

연구보고서 2007-17-7

의료욕구를 포함한 의료급여 대상자 선정기준

신 현 응
신 영 석 안 형 식
황 도 경 김 현 정

한국보건사회연구원
기초보장·자활정책평가센터

목 차

요 약	7
I. 서 론	52
II. 개별급여 관련 의료급여제도 현황 및 문제점	55
1. 국민 기초생활보장제도에 대한 개관	55
2. 의료급여 제도의 개요	59
3. 개별급여 관련 현행 수급자 선정의 문제점	71
III. 미국의 Medicaid 제도	73
1. Medicaid 수급 자격	75
2. Medicaid 대상자의 구성	98
3. 오레곤주의 Medicaid	103
IV. 의료욕구에 따른 의료급여 개별화 방안	114
1. 질병특성 기준 선정	116
2. 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 기준 선정	117
3. 우선순위 선정을 위한 자료 및 점수 산정	120
V. 의료급여 개별화 방안 모의운영 연구결과	124
1. 질병부담 및 계층별 차이 기준별 순위	124
2. 질병특성 기준별 순위	150
3. 우선순위 선정 기준에 따른 순위	173
VI. 결 론	178
참 고 문 헌	181

표 목 차

〈표 2- 1〉 가구 균등화 지수	56
〈표 2- 2〉 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계	57
〈표 2- 3〉 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준선 (2007년)	58
〈표 2- 4〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황	60
〈표 2- 5〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준	65
〈표 2- 6〉 재산에서 공제하는 기초공제액	65
〈표 2- 7〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준	66
〈표 2- 8〉 의료급여수급자의 자격 구분	67
〈표 2- 9〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담	69
〈표 2-10〉 2종 수급권자 외래 진료시 본인부담	70
〈표 3- 1〉 AFDC관련 소득기준 (위스콘신 주 ; 2005)	78
〈표 3- 2〉 가구 수에 따른 미국연방정부 2007년 빈곤선	79
〈표 3- 3〉 미국 연방정부 급부금율(the Federal Benefit Rate:FBR), 2007	81
〈표 3- 4〉 18세 미만 장애어린이의 SSI지급 기준	83
〈표 3- 5〉 2000년 기준 Medicaid 수급자 및 지출 분포	89
〈표 3- 6〉 2000년 기준 MNP의 수급자 및 지출 비율 분포	89
〈표 3- 7〉 2000년 기준 1인당 유형별 지출 비교	89
〈표 3- 8〉 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율	90
〈표 3- 9〉 의료 자격별 비율	99
〈표 3-10〉 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출 비율(2004)	99
〈표 3-11〉 미국 전 인구의 소득 분포	100
〈표 3-12〉 연령별 빈곤선 이하의 소득 분포	100

〈표 3-13〉 1인당 의료비 지출(2004)	101
〈표 3-14〉 수급자가 되기 위한 소득기준(2006) - 3인 가족 기준	101
〈표 3-15〉 Medicaid와 Medicare 이중자격	102
〈표 4- 1〉 질병특성에 따른 질병특성군의 내용	117
〈표 4- 2〉 보험자료 내 변수	123
〈표 5- 1〉 1인당 진료비 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보, 단위:천원) ...	125
〈표 5- 2〉 환자 진료일수·1인당 진료일수 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보) ...	127
〈표 5- 3〉 계층별 진료자수 차이(인구 100,000명당)	131
〈표 5- 4〉 계층별 일인당 총 진료비 차이	134
〈표 5- 5〉 계층별 일인당 입원일수 차이	137
〈표 5- 6〉 계층별 일인당 내원일수 차이	140
〈표 5- 7〉 계층별 일인당 외래 방문일수 차이	143
〈표 5- 8〉 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 가중치 합산 순위 ...	148
〈표 5- 9〉 4개 질병특성군의 대표적 15개 질환들	151
〈표 5-10〉 질환특성별 분류기준에 의한 65개 대상 질환 분류	155
〈표 5-11〉 희귀질환의 연간 진료실인원	158
〈표 5-12〉 희귀질환의 일인당 진료건수	162
〈표 5-13〉 희귀질환의 일인당 총 진료비	164
〈표 5-14〉 일인당 진료비에 의한 가중값	173
〈표 5-15〉 질환의 최종 가중치 합산 순위	175

그림 목 차

[그림 2- 1] 부양의무자 기준의 적용 도해	63
[그림 3- 1] 미국의 주별 어린이의 메디케이드 자격 조건	85
[그림 3- 2] 미국의 주별 부모의 메디케이드 자격 조건	86
[그림 3- 3] 메디케이드 자격조건의 변화 (1965-1997)	102
[그림 3- 4] 메디케이드 대상자의 구성 및 변화 1999-2004.	103
[그림 4- 1] 대상 질환의 우선순위 도출 과정	115

요 약

I. 서론

- 우리나라는 저소득층의 의료보장을 위하여 1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도를 실시하였으며 지난 30여 년간 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔음.
- 그러나 의료급여 수급권자는 국민기초생활보장법 상의 수급권자가 선정기준에 따라 소득이나 재산 수준 등을 기본으로 하고 있어 의료욕구(medically needed)가 긴요한 저소득 취약계층 중 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 대상자들의 의료이용이 제약받는다는 지적이 있어 왔음.
 - 그리고 의료급여제도의 기존 취지가 생활이 어려운 저소득 국민에 대하여 국가 및 지방자치단체 재정으로 의료비용을 보장한다는 측면에서 볼 때 단순히 의료급여 기준에서 소득 수준만이 아닌 질병 등 건강상태 기준을 포함할 필요성이 제기되었음.
- 이를 반영하여 2004년부터 차상위계층 중 희귀난치성질환자는 의료급여 1종으로 만성질환자는 2종으로 의료급여 대상자에 편입하여 의료서비스를 제공하였다. 이후 2005년에는 차상위계층 중 12세 미만 아동 그리고 2006년에는 18세미만 아동에게도 의료급여 2종대상자로 포함시켜 의료급여를 제공하여 왔음.
- 현행 차상위 대상자 선정의 경우도 희귀난치성 질환과 만성질환이라는 질환중심의 대상자 선정과 아동이라는 인구학적 특성으로 대상자를 선정하고 있음.

- 하지만 선정된 질환에 대한 명확한 근거가 없이 고액질환인 희귀난치성 질환과 만성질환을 선택한 부분이 있다. 대상 질환 선정에 명확한 기준 마련이 필요한 시점임.
- 따라서 본 연구에서는 인구학적 특성이나 의료비용측면이 아니고 특정질환 중심으로 대상자 선정방식에 대해 검토해 보고자 함.
- 특히 저소득층의 경우 질환에 의한 사회, 경제적 영향이 다른 계층에 비해 크다, 예를 들어 회복이 불가능하거나 중증 질환일 경우 저소득층에게 경제적 부담을 가중시켜 질환에 의한 빈곤의 악순환을 초래한다. 이는 결국 저소득계층의 질환에 따른 의료이용과 의료비용이 다른 계층에 비해 부족하거나 달라서 생기는 결과임.
- 따라서 저소득계층의 대상 질환에 대한 질병특성 기준 및 계층별 차이를 우선순위 기준으로 선정 후 그에 따른 대상 질환별 의료욕구 측정이 이루어져야 함.
- 이러한 필요성을 근거로 본 연구의 목적
 - 의료급여 대상자의 질환별로 의료 욕구를 파악
 - 질병에 따른 지출규모와 의료비 부담을 소득수준별로 파악
 - 의료 욕구를 기준으로 하는 의료급여 대상자 선정 기준 방안을 제시
 - 선정기준에 따라 우선순위로 선정된 질환들을 제시

II. 개별급여 관련 제도 현황 및 문제점

□ 국민기초생활보장법에 대한 개관

- 국민기초생활보장제도의 개요 : 국민기초생활보장법은 생활보호법을 대체한 법률로 1999년 9월 7일 제정되고, 2000년 10월 1일부터 시행됨.
 - 지난 40여 년간의 시혜적 단순보호차원의 생활보호제도로부터 저소득층에 대한 국가책임을 강화하는 종합적 빈곤대책으로 전환됨.
 - 국가의 보호를 필요로 하는 최저생계비 이하의 저소득층에 대한 기초생활을 국가가 보장하되 종합적 자립자활서비스 제공으로 생산적 복지구현
- 국민기초생활보장법에 의한 급여는 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·해산급여·장제급여·자활급여로 구성되어있음.
- 생계급여는 모든 수급자에게 기본적으로 주어지지만 나머지 급여는 수급자의 필요에 따라 주어짐.(법 제7조 제2항)
- 급여수준은 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·자활급여와 수급자의 소득인정액을 합한 금액이 최저생계비 이상이 되어야 함.(법 제7조 제2항)
- 급여총합과 소득인정액의 합계액이 최저생계비 이상이 되어야 한다는 규정은 이른 바 All or Nothing 형태의 통합급여체계를 규정하고 있음.

□ 최저생계비에 대한 검토 : 최저생계비의 구성, 측정 방법

- 최저생계비는 1989 ~ 2004년까지 매 5년마다 한국보건사회연구원에 의하여 계측되어 왔으며, 2007년부터는 매 3년마다 재계측 될 예정이다.
- 가장 최근 계측은 2007년에 전물량방식에 의하여 이루어졌음.

- 최저생계비는 일상적 소비지출을 11개 비목과 비일상적 소비지출 2개 항목으로 구분하고 각 비목별로 마켓바스켓을 구성하여 계측됨.
- 11개 비목 중 식료품, 광열수도, 가구가사용품, 피복신발, 교양오락, 교통통신, 기타소비, 비소비지출 등 8개 비목의 합은 생계급여의 기준이 되고, 주거비는 주거급여, 보건의료비는 의료급여, 교육비는 교육급여의 기준이 됨.
- 비일상적 소비지출에 대응하는 해산급여와 장제급여는 최저생계비를 구성하는 11개 비목과 직접적인 관련이 없음.
- 자활급여의 기초가 되는 자활욕구를 계측하는 비목은 현행 최저생계비 구성내역에 없음.

〈표〉 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계

구 분	최저생계비 11대 비목	급여종류	
		공통급여	욕구별 개별급여
일상적 소비지출	식료품	생계급여	
	광열수도		
	가구가사용품		
	피복신발		
	교양오락		
	교통통신		
	기타소비		
	비소비지출		
	주거비		주거급여
	보건의료		의료급여
	교육		교육급여
비일상적 소비지출	출생		해산급여
	사망		장제급여

□ 최저생계비 계측 및 활용상의 문제점¹⁾

- 표준가구의 규범적 욕구수준을 전 가구에 일괄 적용함으로써 현물급여를 필요로 하지 않는 가구의 경우에는 최저생계비가 과도하게 설정되고 있음.
 - 자가를 가진 가구, 학생이 없는 가구, 의료욕구가 없는 가구에게도 주거욕구, 교육비, 의료급여가 포함되어 있는 최저생계비 적용
 - 이러한 오류를 완화하기 위해 현행 제도는 급여기준선으로서 최저생계비 대신 현금급여기준선을 설정하고 또한 실제 수요가 없는 경우 교육비 액수만큼 줄여 현금급여를 지급하고 있음.
 - 그러나 동일한 성격의 주거급여는 여전히 지급되고 있으며, 기초보장 수급대상자 선정에 사용되는 기준선은 현금급여기준선이 아니라 이 모든 급여가 포함되어 있는 최저생계비이어서 가구소득이 현금급여기준선과 최저생계비 사이에 위치하는 수급자 중 일부는 원래 수급자로 선정되지 않아야 하는데 선정되고 있음.

〈표〉 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준선 (2007년)

(단위: 원)

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비	435,912	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630
현금급여기준	372,978	628,370	832,394	1,031,467	1,202,484	1,377,214

자료: 보건복지부, 「2007년 국민기초생활보장사업 안내」, 2007.

- 현행 최저생계비 계측방식과 통합급여체계는 수급자의 제반 욕구를 화폐 단위로 환원할 수 있으며, 더 나아가 다양한 욕구 간에 대체충족성을 전제로 하고 있음.
 - 욕구 간 대체충족성이란 하나의 욕구를 충분히 충족하면 다른 종류의

1) 노대명 외, “국민기초생활보장제도 개별급여체계 도입방안”, 2007. 한국보건사회연구원

욕구충족을 줄여도 무방하다는 뜻으로 이러한 욕구 간 대체충족성을 극단적으로 표출한 것이 재산의 소득환산제임.

- 2006년 현재 대도시에 살고 있는 4인가구의 수급자가 6,000만원의 전셋집에 거주하고 있으면 실제 가구소득은 전혀 없더라도 재산의 소득환산제에 의해 이 가구는 전세금으로부터 매월 91.7만원의 소득이 발생하는 것으로 간주되어 이 가구가 받는 현금급여액은 84,024원에 불과 : 이것은 기본재산(대도시 3,800만원) 이상의 주거여건에 살고 있으므로 다른 욕구를 그 만큼 대체하여 줄여야 한다는 논리와 똑같음.
 - 주거욕구가 최저수준 이상으로 충족되었다하여 의료나 생계욕구가 그 만큼 줄어드는 것은 아니고 의료와 생계욕구는 그 자체로서 충족되어야 함.
 - 가구균등화 지수는 기본적으로 생계욕구에만 적용될 수 있는 것이어서 다른 욕구에도 동일한 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않음.
 - 가구원 구성원이 2인에서 4인으로 바뀌면 의료욕구(의료위험)가 가구균등화 지수만큼 증가하는 것이 아니고 모든 조건이 똑같다면 정확히 2배 증가하는 것이기 때문에 의료욕구에 생계욕구의 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않음.
- 의료급여 수급자 선정 기준 검토 : 국민기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 되기 때문에 국민기초생활보장 수급자 선정기준을 검토함.
- 의료급여 수급자 : 국민기초생활보장법에 의한 수급권자(근로능력이 있는 계층은 2종, 근로능력이 없는 계층은 1종으로 구분)와 타법에 의한 기타 대상자(국가유공자, 인간문화재, 이재민, 북한이탈주민 등- 전원 의료급여 1종) 그리고 최근에 확대된 차상위계층(최저생계비 100% 이상 120% 이하)중 일부(만성질환자, 희귀난치성질환자, 18세 미만 아동)

〈표〉 국민기초생활보장 수급자 선정 기준

<p>1) 소득 및 재산기준(최저생계비)</p> <p>□ 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합 - 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해짐. - 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3,800만원, 중소도시는 3,100만원, 농어촌은 2,900만원 적용 - 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100% 적용 <p>2) 부양의무자기준</p> <p>□ 부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분</p> <ul style="list-style-type: none"> - 부양의무자 범위 : 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 1촌 이내의 혈족 - 부양능력 판정기준 : 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합의 1.2배 이상」인 부양의무자는 '부양능력이 있는 자'로 판정

- 타법 지원자에 대해서는 의료욕구와 관계없이 1종 의료급여를 적용하고 있음.
 - 이재민, 의사상자, 입양아동, 5,18 민주화 운동 관련자(약 11천명)에 대해서는 소득기준 없이 수급자로 선정
 - 국가유공자, 무형문화재, 북한이탈주민 (약 91천명)에 대해서는 별도의 유형별 상이한 소득기준 적용
- 현행 수급자 선정기준의 문제점
 - 재산의 소득환산제 : 재산의 기초공제액이 너무 낮아 주거용 자가나 대도시의 경우 전세를 보유할 경우 소득에 상관없이 수급자 대상에서 제외되고 있음.
 - 가구균등화 지수 적용의 한계 : 4인 가구 기준 최저생계비를 계측한 후 가구균등화 지수를 사용하여 가구원 수의 차이를 반영한 최저생계비를 공시하고 있으나 수급자의 대부분이 1인 내지 2인 가구 이고 가구균등화 지수가 현실 상황을 적절히 반영하지 못하고 있다는 논란이 지속되고 있음.
 - 현행 최저생계비는 도·농간 및 특성별(장애인, 노인 등) 생계비 차이를 반영하지 못하고 있음. : 현행 최저생계비는 중소도시 39세 가장의 4인 가구(부부 및 자녀 2명)를 기준으로 계측되고 있어 대도시 거주자에게는 과소, 농어촌 거주자에게는 과다 생계비가 지급되고 있고 특히 4인 가구에 노인, 장애인 등 의료비가 많이 드는 계층이 포함되어 있지 않아 형평성에 문제가 있음.
 - 부양의무자 기준의 한계 : 부양의무자 기준 때문에 최저생계비 이하의 소득임에도 수급자가 되지 못하고 또한 부양의무자로부터 실질적인 부양을 받지 못하는 등의 문제 상존
 - 의료사각지대 : 위에서 제기한 문제점들 때문에 수급자가 되지 못하고 건강보험 적용대상자가 되는 계층은 건강보험 보험료를 납부하지 못하고

체납상태에 방치됨으로써 의료사각지대에 놓이게 됨.

- 현재 200만 세대 이상이 건강보험 보험료를 체납하고 있는 실정이며 이 중 약 40%(80만 세대)가 경제적 능력부족으로 체납하고 있는 것으로 조사되고 있음.

Ⅲ. 외국의 사례 및 시사점

Medicaid Medically Needy Programs:

가. Introduction

- 35개주와 DC가 MNP(Medically Needy Program) 운영 중
 - TANF(Temporary Assistance for Needy Families)와 SSI(Supplemental Security Income-Federal cash assistance benefits) 수혜자들은 자동적으로 Medicaid 수급자가 됨.
 - 그 외 일련의 계층에게 Medicaid를 제공하는 선택적 프로그램 중 하나가 MNP임.
 - 즉 MNP는 원래 현격한 의료욕구가 있지만 현금보조를 받기에는 소득이 기준선을 넘는 계층에게 의료혜택을 부여하기 위해 개발된 프로그램임.
 - 오늘날 MNP는 Medicaid 수혜 대상을 확대하기 위한 수단으로 주정부에 의해 사용되고 있음.(특히 두 개의 그룹에게 확대)
- (1) 19세 20세의 젊은 성인과 그 부모: MNP가 Medicaid 자격을 가질 수 있는 유일한 방법인 주 또는 MNP에서의 소득기준이 Medicaid 수혜 자격을 얻기 위한 여러 가지 방법 중 가장 높은 기준인 주에서 사용

- (2) 의료비 지출 후 소득이 주정부가 정한 Medically Needy income limit(MNIL)보다 낮은 계층

나. MNP에서의 Enrollment and Spending

- 2000년 기준 MNP 수혜자 수 및 지출 : \$3.6Million, \$24Billion
- 1980년대 국회에서 Medicaid 수혜대상을 확대하기 위해 여러 종류의 선택(option) 프로그램을 법제화하였지만 오늘날 MNP가 거의 유일하게 운영중임.
- 연방정부의 재정지원을 받기위해서 주정부는 당연(Mandatory)적용 대상에게 Medicaid 급여 혜택을 제공해야함.
- 주정부는 선택적용 프로그램을 운영하는 데 광범위한 재량권을 가지고 있음.
 - 연방정부가 정한 최소 소득 기준 이상을 적용하여 수급 대상을 확대할 수 있음.
 - 이 경우도 연방정부의 Matching funds를 지원받게 됨.
 - MNP도 이러한 선택 프로그램 중 하나임.
- MNP를 제외한 모든 당연(Mandatory) 및 선택(Optional) 적용 대상을 범주적 욕구(Categorically needy) 집단으로 분류함.
 - 각 주정부는 범주적 욕구 대상자에게 똑같은 수준의 급여를 제공하도록 의무화 되어있음.
 - 그러나 MNP 대상자에게는 보다 엄격한 수급기준 및 훨씬 제한적인 급여범위를 적용할 수 있음.
- Medicaid 전체수급자의 8%를 점하는 MNP 수급자가 전체 Medicaid 지출

의 약 14%를 사용하고 있음.

- 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%)

- 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%

- 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

- 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율

	분포
성인	9%
아동	7%
장애인	7%
노인	15%

다. MNP 수급자가 될 수 있는 방법

- 4개의 유형(19세 미만 아동과 그 부모, 장애인, 노인, 임산부)에 포함되어야 함.
 - 따라서 소득 수준, 유병에 따른 비용 수준에 상관없이 아동이 없는 성인은 MNP 자격을 가질 수 없음.
 - 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 있음.
- MNP 자격을 가질 수 있는 두 가지 길
 - Categorically needy 그룹의 소득기준보다 높으나 MN 소득 기준보다 낮은 소득자(주에 따라 MN 기준이 낮은 경우도 있음. - 이 경우 Spend down 방법에 의해 MNP 자격을 가질 수 있음.)
 - Spend down obligation : 의료비 지출 후 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)
- MNIL이 AFDC 소득기준의 133%를 초과할 수 없도록 연방정부는 규정하고 있음.
 - 단 도농간 주거비의 차이를 소득기준에 반영할 수 있도록 하고 있음.

- 시설 거주자이면서 MNP 수급자는 용돈(\$50)을 제외한 모든 소득(SSI 소득 포함)과 자산을 시설에 납부하여야 함.
- 자산 기준: 거주 주택 1채를 제외하고 \$2,000(1인), \$3,000(2인)- SSI 기준에 준함
 - 주정부는 MNP에서 SSI 자산기준보다 완화된 기준을 적용할 수 있으나 더 엄격한 기준을 사용할 수 없음.
- 2001년 MNP의 전체 평균 기준
 - 소득 : \$400(1인)- 연방정부 빈곤선(Federal poverty line)의 55%
 - FPL의 15%(Arkansas)부터 111%(Vermont)까지 다양함.

라. MNP의 급여 범위

- 연방 정부 Requirements for MNP
 - 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 제공함. 특히 시설거주자에 대한 급여를 제한할 수 있고 안경, 치과 관련 치료 등을 MNP 급여범위에서 제외시킬 수 있음.
 - 또한 높은 본인부담이나 다른 종류의 급여 제한을 할 수 있음.
- MNP를 실행하고 있는 36개주 중 28개주에서는 MNP 급여범위와 CNP 급여범위가 같음.

마. MNP 관련 정책 이슈

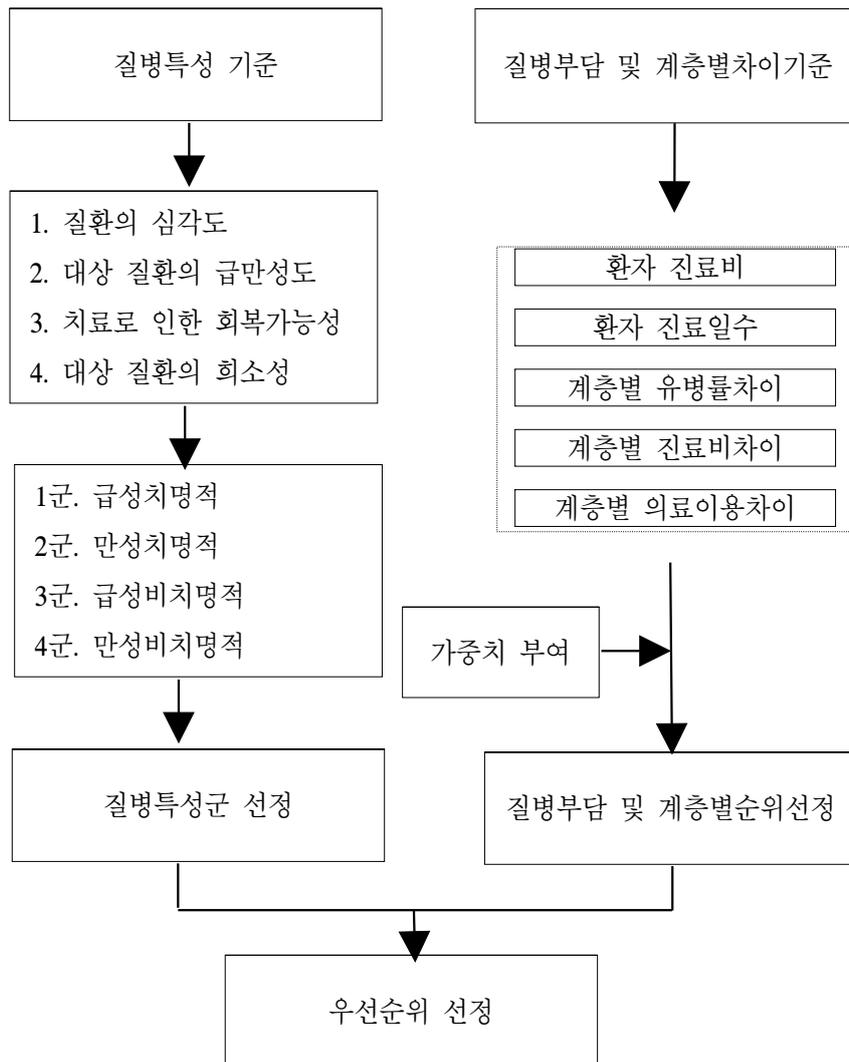
- 예산 부족 : 2000년대에 지출은 평균 약 13.3% 증가하고 있지만 수입은 약 5%증가에 그쳐 2003년에는 49개주에서 MNP를 축소시키고 있음. (cost-containment를 위한 다양한 option을 사용하고 대상자를 줄이며 급여 범위를 축소시키고 있음.)
 - => 공급자들이 Medicaid 자격을 갖지 않고 있는 사람들에게 대한 진료를 거부하는 경향이 나타남. (즉 잠재적으로 spend down을 통하여 MNP 자격을 갖출 수 있는 계층까지 진료거부의 문제를 놓고 있음.)
- MNP에서 소득기준을 정기적으로 조정하지 않음. : Spend down 규모가 상대적으로 커질 수밖에 없음.
 - 따라서 MNP 자격에 대한 확신이 없는 계층에 대해 공급자나 요양시설에서는 의료서비스 제공을 기피하고 있음.
- MNP를 적용하지 않는 주가 아직도 상당수 있고 적용하더라도 MNIL 기준이 너무 낮아 의료접근성에 문제가 있음.
 - MNP를 적용하고 있는 36개 주 중 26개 주에서 SSI 소득 기준(FPL의 74%)보다 MNIL 기준이 낮음.
- 관리운영의 복잡성
 - CNP에서는 1년마다 수급자격을 다시 결정하지만 MNP는 spend down 제도 때문에 훨씬 복잡함.
 - 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 있음.

- 수급자들은 의료비 영수증을 지속적으로 모아서 제출해야하고 spend down obligation 때문에 자격이 빈번히 바뀔 수 있음.

IV. 의료욕구에 따른 의료급여 개별화 방안

- 본 연구에서는 질병특성기준 및 질병부담 및 계층별 차이를 우선순위 선정 기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출하였음.
- 질환의 심각도, 대상 질환의 급·만성도, 치료로 인한 회복 가능성, 대상자의 특수성의 네 가지 질병특성기준을 토대로 11가지의 질환범주를 도출하였다. 그리고 급성 치명적 질환군을 1군, 만성 치명적 질환군을 2군, 급성 비치명적 질환군을 3군, 만성 비치명적 질환군을 4군으로 분류하여 각각의 질환을 범주화하였음.
- 1인당 환자 진료비, 1인당 환자 진료일수를 질병부담으로 정의하였으며 계층별 진료자수 차이, 계층별 진료비 차이, 계층별 입원일수 차이, 계층별 내원일수 차이, 계층별 외래방문일수 차이의 5가지를 계층별 의료이용 차이에 대한 기준으로 선정하였음.
- 세분화된 질환특성별, 의료이용 차이별, 그리고 질병부담에 따른 각 범주별 우선순위에 각 값을 가중치를 적용하여 3가지 범주를 합한 값으로 최종순위를 산출하고, 이를 통해 저소득계층의 의료욕구를 측정하였음.

[그림] 대상 질환의 우선순위 도출 과정



1. 질병특성 기준 선정

- 대상 질환의 합리적인 우선순위 선정을 위해 필수적인 과정은 그 목적에 부합하는 객관적이며 타당성 있는 질병특성 기준을 선정하는 것임.
- 본 연구에 필요한 질병특성 기준을 개발하기 위하여 미국의 Oregon Health Plan을 검토하였음.
 - Oregon Health Plan에서 제시된 질병특성의 분류 항목(CMAJ, 2001)
 - ① 질환의 심각도 - 치명적, 비치명적으로 구분하여 사망에 대한 예방 정도를 질병의 분류항목으로 설정하였다
 - ② 대상 질환의 급·만성도 - 급성·만성으로 구분하여 질병의 발병 정도와 그에 따른 질병처치를 분류항목으로 설정하였다
 - ③ 치료로 인한 회복 가능성 - 심각도와 응급도에 따라 파악된 급성 치명적 질환을 기능의 회복 정도에 따라 다시 이분화 하였다.
 - ④ 대상 질환의 회귀성 - 대상 질환의 회귀성으로 인한 고 비용발생 및 치료의 어려움을 고려하여 회귀질환을 분류항목으로 설정하였다
- 본 연구에 필요한 질병 특성군을 미국의 Oregon Health Plan에 제시한 대상 질환에 대한 질병특성을 토대로 11가지로 분류하여 범주화하였음.

〈표〉 질병특성에 따른 질병특성군의 내용

범주	질병특성군 설명 및 예
필수 질병특성 기준	
1. 급성 치명적(완전회복)	치료가 사망을 예방하고 완전한 회복
2. 급성 치명적	치료가 사망을 예방하나 완전한 회복 못함
3. 만성 치명적	치료가 삶의 기간과 질을 향상시킴
4. 대상 질환의 희귀성	
중요 질병특성 기준	
5. 급성 비치명적	치료를 통해 이전의 건강상태로 돌아옴
6. 만성 비치명적	한 번의 치료가 삶의 질을 향상시킴
7. 급성 비치명적	치료를 통해 이전의 건강상태로 돌아오지 못함
8. 만성 비치명적	반복적인 치료를 통해 삶의 질을 향상시킴
9. 치과진료	예; 클리닝과 불소화
10. 예방서비스	예; 유방조영술
11. 말기환자 완화 의로서 비스	말기환자에 대한 증상완화 치료

□ 그러나 본 연구에서는 치료로 인한 회복가능성으로 인한 분류기준은 본 연구 자료로 측정하기 어려운 제한점이 있으므로 질환의 심각도와 대상 질환의 급·만성도에 따라 4개의 범주로 구분하여 분류 기준을 선정하였음.

2. 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 기준 선정

□ 1인당 진료비와 1인당 진료일수를 질병부담으로 선정하였으며, 계층별 진료자수 차이와 계층별 진료비 차이, 계층별 입원일수차이, 계층별 내원일수차이, 계층별 외래방문일수 차이의 5가지 기준을 계층별 의료이용 차이로 정의하였음.

□ 질병부담은 건강보험자료의 상위 500개의 다빈도 질환 중 일인당 평균 진료비와 1인당 평균 진료일수를 상위 질환을 선정하였음.

환자 진료비

- 상병별 일인당 환자 총 진료비는 환자본인부담금과 보험자 부담금이 포함된 비용이다. 이 값이 클수록 환자 및 보험자의 경제적 부담이 클 것으로 판단하였으며 값의 크기와 비례하여 대상 질환의 우선순위를 선정하였음.

환자 진료일수

- 상병별 환자 진료일수는 대상 질환의 유병상태의 크기(지속정도)를 의미하며 이 값이 높을수록 대상 질환의 우선순위가 높아짐.

계층별 진료자수 차이

- 개념: 기준인구집단 그룹의 진료실인원 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)을 1로 하였을 때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 진료실인원 (하위 5~10% 인구집단)의 비.
- 의미: 이 값이 1에 가까울수록 계층간 진료자수의 차이가 없는 것을 의미하며 1보다 큰 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)의 진료자수가 상대적으로 기준인구집단에 비해 높다는 것을 의미함. 또한 이는 계층간 유병율이 동일하다는 가정 하에 적정시기에 적정 의료이용여부를 의하는 값으로 이 값이 1보다 작은 경우 기준인구 집단에 비해 저소득층 인구집단에서의 적정의료시기에 의료이용을 하지 못함을 의미함.

계층별 진료비 차이

- 개념: 기준인구집단 그룹의 평균 일인당 총 진료비 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단 그룹

의 평균 일인당 총 진료비(하위 5~10% 인구집단)의 비

- 의미: 이 값이 1에 가까울수록 계층간 의료이용의 차이가 없는 것을 의미하며 1보다 낮은 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)의 일인당 총 진료비가 상대적으로 하위 40~70%보다 낮아 의료이용이 낮다는 것을 의미함.

계층별 입원일수, 내원일수, 외래방문일수 차이

- 개념: 1인당 입원일수 차이, 1인당 내원일수 차이, 1인당 외래방문 횟수의 차이를 통해 계층별 의료이용을 파악하는 방법임.
 - 1인당 입원횟수 차이 = 기준인구집단의 평균 일인당 입원횟수 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 평균 일인당 입원횟수(하위 5~10% 인구집단)의 비
 - 1인당 내원일수 차이 = 기준인구집단의 일인당 평균내원일수(하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 평균내원일수(하위 5~10% 인구집단)의 비
 - 1인당 외래방문 일수 차이 = 기준인구집단의 일인당 평균 외래방문 일수(하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 일인당 평균 외래방문일수(하위 5~10% 인구집단)의 비
- 의미: 위 3가지 값의 평균이 1에 가까울수록 계층간 의료이용의 차이가 없는 것을 의미하며 이 값이 낮은 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)의 의료이용 상대적으로 기준인구집단에 비해 적은 것을 의미함.

3. 우선순위 선정을 위한 점수 산정

□ 우선순위 점수 산식은 다음과 같음.

$$\text{우선순위 점수} = \text{질병부담}(\text{가중치} \times (\ln \text{일인당 진료비}) + \text{가중치} \times (\ln \text{일인당진료일수})) + \text{의료이용의 차이}(\text{가중값} \times (\ln \text{계층별 내원일수 차이} + \ln \text{계층별 외래이용 차이} + \ln \text{계층별 입원일수 차이} + \ln \text{계층별 진료비 차이})) + \text{질병특성}(4\text{개 분류별 점수의 가중값})$$

V. 의료급여 개별화 방안 모의운영 연구결과

1. 질병부담 및 계층별 차이 기준별 순위

가. 질병부담

1) 1인당 진료비

〈표〉 1인당 진료비 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보, 단위-천원)

순위	상병기호	상 병 명	진료실인원	총 진료비	1인당진료비
1	N18	만성 신부전	60,518	519,977,768	8,592
2	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	41,280	173,932,116	4,213
3	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	42,981	157,353,785	3,661
4	I60	거미막하 출혈	20,094	67,112,501	3,340
5	C20	직장의 악성 신생물	29,583	80,985,237	2,738
6	C18	결장의 악성 신생물	36,831	89,017,575	2,417
7	S72	대퇴골의 골절	42,006	100,745,655	2,398
8	I61	뇌내출혈	44,809	106,294,817	2,372
9	C16	위의 악성 신생물	89,961	202,748,965	2,254
10	C50	유방의 악성 신생물	58,271	114,752,397	1,969
11	A41	기타 패혈증	22,153	40,957,988	1,849
12	F20	정신분열증	94,303	152,741,875	1,620
13	I21	급성 심근경색증	62,272	100,714,774	1,617

순위	상병기호	상 병 명	진료실인원	총 진료비	1인당진료비
14	C53	자궁경의 악성 신생물	24,534	35,639,906	1,453
15	M87	골괴사증	21,607	29,169,571	1,350
16	G81	편마비	29,855	37,781,233	1,265
17	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	50,824	63,887,900	1,257
18	I12	고혈압성 신장 질환	31,997	39,718,655	1,241
19	K80	담석증	77,745	83,099,094	1,069
20	G20	파킨슨병	34,232	36,542,999	1,068
21	J93	기흉	21,908	23,123,671	1,055
22	O82	제왕절개에 의한 단일 분만	137,554	133,431,133	970
23	F00	알츠하이머병에서의 치매	38,870	35,418,955	911
24	F31	양극성 정동 장애	37,985	32,423,104	854
25	Q21	심장 중격의 선천성 기형	20,632	17,427,990	845
26	I63	뇌경색(중)	334,636	260,673,242	779
27	K35	급성 충수염	139,424	108,445,561	778
28	K85	급성 췌장염	23,006	17,644,128	767
29	C73	갑상선의 악성 신생물	51,802	39,589,591	764
30	K74	간의 섬유증 및 경변	82,943	63,243,273	762
31	S82	발목을 포함한 이태다리의 골절	130,437	94,203,047	722
32	O81	겸자 및 진공 흡착기에 의 한 단일 분만	23,742	15,316,052	645
33	O83	기타 보조 단일 분만	18,176	11,547,076	635
34	K81	담낭염	22,814	13,735,528	602
35	K40	서혜헤르니아	41,083	24,428,847	595
36	O80	단일 자연 분만	195,420	108,390,738	555
37	I05	류마티스성 승모판 질환	18,403	9,959,046	541
38	S42	어깨 및 팔죽지의 골절	83,687	45,285,933	541
39	S32	요추 및 골반의 골절	96,462	50,078,179	519
40	O00	자궁외 임신	18,205	9,128,205	501
41	N20	신장 및 요관의 결석	193,442	96,374,675	498
42	I25	만성 허혈성 심장 질환	109,706	54,331,755	495
43	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명 시되지 않은 졸중	20,774	10,077,686	485
44	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	65,816	31,422,759	477
45	I70	죽상경화증	28,041	13,376,564	477
46	A15	세균학적 조직학적으로 확 인된 호흡기 결핵	64,681	30,425,538	470

순위	상병기호	상 병 명	진료실인원	총 진료비	1인당진료비
47	I47	발작성 빈맥	28,942	13,351,306	461
48	N80	자궁내막증	45,673	20,975,793	459
49	S06	두개내 손상	173,955	77,781,118	447
50	I20	협심증	407,860	170,565,455	418

2) 환자 진료일수

〈표〉 환자 진료일수-1인당 진료일수 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보)

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
1	F20	정신분열증	94,303	17,293,890	183.39
2	N18	만성 신부전	60,518	8,946,306	147.83
3	F31	양극성 정동 장애	37,985	5,403,098	142.24
4	G20	파킨슨병	34,232	4,463,304	130.38
5	F33	재발성 우울성 장애	60,297	5,605,850	92.97
6	F34	지속성 기분 (정동) 장애	89,433	6,369,320	71.22
7	F32	우울증 에피소드	370,237	25,575,001	69.08
8	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	41,280	2,494,55	60.44
9	F90	과운동성 장애	33,755	1,864,987	55.25
10	F00	알츠하이머병에서의 치매	38,870	2,006,504	51.62
11	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	42,981	2,108,494	49.06
12	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	50,824	2,467,947	48.56
13	G81	편마비	29,855	1,208,572	40.48
14	F40	공포 불안 장애	23,329	906,560	38.86
15	C20	직장의 악성 신생물	29,583	1,007,188	34.05
16	I61	뇌내출혈	44,809	1,464,405	32.68
17	E12	영양실조와 관련된 당뇨병	35,843	1,119,707	31.24
18	C18	결장의 악성 신생물	36,831	1,100,677	29.88
19	C16	위의 악성 신생물	89,961	2,604,266	28.95
20	F41	기타 불안장애	296,190	8,504,712	28.71
21	S72	대퇴골의 골절	42,006	1,199,286	28.55
22	E10	인슐린 의존성 당뇨병	112,195	3,026,558	26.98

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
23	C50	유방의 악성 신생물	58,271	1,478,421	25.37
24	I12	고혈압성 신장 질환	31,997	748,443	23.39
25	I60	거미막하 출혈	20,094	444,598	22.13
27	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	65,816	1,386,921	21.07
28	I63	뇌경색(증)	334,636	6,966,797	20.82
29	I10	본태성(원발성) 고혈압	3432,702	70,660,720	20.58
22	E10	인슐린 의존성 당뇨병	112,195	3,026,558	26.98
23	C50	유방의 악성 신생물	58,271	1,478,421	25.37
24	I12	고혈압성 신장 질환	31,997	748,443	23.39
25	I60	거미막하 출혈	20,094	444,598	22.13
26	G40	간질	138,904	2,939,627	21.16
27	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	65,816	1,386,921	21.07
28	I63	뇌경색(증)	334,636	6,966,797	20.82
29	I10	본태성(원발성) 고혈압	3432,702	70,660,720	20.58
30	F45	신체형 장애	159,343	3,213,636	20.17
31	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	1312728	26380095	20.10
32	C53	자궁경의 악성 신생물	24534	458878	18.70
33	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	65187	1091858	16.75
34	F51	비기질적 수면 장애	97847	1626761	16.63
35	F43	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응 장애	65415	1081324	16.53
36	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	64681	1018144	15.74
37	S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	130437	1990476	15.26
38	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸중	20774	309060	14.88
39	K74	간의 섬유증 및 경변	82943	1179966	14.23
40	C73	갑상선의 악성 신생물	51802	724330	13.98
41	S32	요추 및 골반의 골절	96462	1329880	13.79
42	M87	골괴사증	21607	278409	12.89
43	S42	어깨 및 팔꿈치의 골절	83687	1053135	12.58
44	A41	기타 패혈증	22153	268136	12.10
45	G63	달리 분류된 질환에서의 다발 신경병증	28193	327587	11.62
46	J93	기흉	21908	252703	11.53

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
47	K80	담석증	77745	894080	11.50
48	E14	상세불명의 당뇨병	352414	4011811	11.38
49	I15	속발성 고혈압	30643	348508	11.37
50	I21	급성 심근경색증	62272	685666	11.01

나. 계층별 의료이용의 차이

1) 계층별 진료자수 차이

<표> 계층별 진료자수 차이(인구 100,000명당)

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	2.3	3.82	0.61
2	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	125.8	204.24	0.62
3	C50	유방의 악성 신생물	82.4	130.54	0.63
4	C73	갑상선의 악성 신생물	84.3	131.72	0.64
5	C18	결장의 악성 신생물	53.4	82.76	0.65
6	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	57.2	87.63	0.65
7	C16	위의 악성 신생물	134.9	205.69	0.66
8	C20	직장의 악성 신생물	56.4	84.37	0.67
9	N18	만성 신부전	89.6	131.02	0.68
10	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	36.0	52.52	0.69
11	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	95.3	134.07	0.71
12	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	108.9	150.22	0.73
13	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	33.8	46.56	0.73
14	M40	척추후만증 및 척추전만증	31.9	41.70	0.76
15	I20	협심증	677.1	884.94	0.77
16	I48	심방세동 및 조동	97.0	125.74	0.77
17	I67	기타 대뇌혈관 질환	127.1	164.77	0.77
18	I25	만성 허혈성 심장 질환	180.1	233.19	0.77
19	I05	류마티스성 승모판 질환	31.8	41.01	0.78

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
20	M41	척추측만	140.8	181.05	0.78
21	M48	기타 척추병증	833.5	1071.07	0.78
22	C53	자궁경의 악성 신생물	40.5	51.94	0.78
23	K74	간의 섬유증 및 경변	121.7	155.66	0.78
24	I60	거미막하 출혈	33.2	42.29	0.79
25	I61	뇌내출혈	75.0	94.51	0.79
26	M46	기타 염증성 척추병증	53.0	66.62	0.80
27	K51	궤양성 대장염	43.6	54.41	0.80
28	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	28.5	35.11	0.81
29	I70	죽상경화증	55.7	68.55	0.81
30	K50	크론 병(국한성 장염)	32.6	40.13	0.81
31	E05	갑상선 증독증 (갑상선 기능 항진증)	349.0	429.02	0.81
32	H34	망막 혈관 폐쇄	46.4	56.55	0.82
33	G62	기타 다발신경병증	53.9	65.59	0.82
34	N04	신 증후군	40.6	49.35	0.82
35	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	400.3	486.25	0.82
36	J15	달리 분류되지 않은 세균성폐렴	514.4	622.81	0.83
37	J43	폐기종	32.5	39.24	0.83
38	I21	급성 심근경색증	108.3	130.45	0.83
39	G55	달리분류된 질환에서의 신 경근 및 신경총압박	86.4	102.75	0.84
40	R56	달리 분류되지 않은 경련	90.8	107.86	0.84
41	M06	기타 류마토이드 관절염	464.5	550.97	0.84
42	I50	심부전	177.3	208.24	0.85
43	M71	기타 점액낭병증	92.9	108.13	0.86
44	I11	고혈압성 심장 질환	706.5	812.87	0.87
45	I15	속발성 고혈압	57.8	65.55	0.88
46	E14	상세불명의 당뇨병	607.9	686.88	0.89
47	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	2444.1	2742.05	0.89
48	E10	인슐린 의존성 당뇨병	198.3	221.29	0.90
49	K72	달리 분류되지 않은 간부전	52.3	58.20	0.90
50	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	118.3	131.42	0.90
51	I10	본태성(원발성) 고혈압	6783.6	7527.14	0.90
52	D21	결합조직,기타 연조직의 기 타 양성 신생물	140.2	155.32	0.90

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
53	K92	소화기계의 기타 질환	116.2	127.95	0.91
54	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	153.3	163.15	0.94
55	G40	간질	264.0	278.34	0.95
56	K70	알콜성 간질환	370.0	381.41	0.97
57	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	137.1	141.25	0.97
58	T21	체간의 화상 및 부식	54.9	54.67	1.00
59	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상및부식	92.7	90.67	1.02
60	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	103.2	97.13	1.06
61	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	70.2	65.24	1.08
62	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	97.0	85.32	1.14
63	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	151.7	125.45	1.21
64	F20	정신분열증	205.0	161.97	1.27
65	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	145.7	104.35	1.40

2) 계층별 진료비 차이

〈표〉 계층별 일인당 총 진료비 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
1	K72	달리 분류되지 않은 간부전	362,632	545,629	0.67
2	I05	류마티스성 승모관 질환	572,868	766,689	0.75
3	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	576,248	759,618	0.76
4	I67	기타 대뇌혈관 질환	459,511	603,782	0.76
5	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	205,473	259,869	0.79
6	I48	심방세동 및 조동	342,111	413,297	0.83
7	N04	신 증후군	384,622	464,253	0.83
8	C18	결장의 악성 신생물	3,155,504	3,755,587	0.84
9	G62	기타 다발신경병증	145,331	170,075	0.86
10	J43	폐기종	250,312	291,429	0.86
11	C50	유방의 악성 신생물	2,496,610	2,904,831	0.86
12	M06	기타 류마티드 관절염	184,958	214,783	0.86
13	K74	간의 섬유증 및 경변	861,849	991,287	0.87

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
14	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	305,744	351,069	0.87
15	I70	죽상경화증	593,584	671,683	0.88
16	F20	정신분열증	1,778,838	2,009,036	0.89
17	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	5,065,360	5,718,756	0.89
18	M40	척추후만증 및 척추전만증	227,316	252,445	0.90
19	C53	자궁경의 악성 신생물	1,765,087	1,960,148	0.90
20	C20	직장의 악성 신생물	2,523,655	2,791,481	0.90
21	I15	속발성 고혈압	194,720	213,346	0.91
22	E14	상세불명의 당뇨병	240,164	260,579	0.92
23	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	2,999,922	3,242,956	0.93
24	M48	기타 척추병증	273,807	295,621	0.93
25	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	284,899	307,031	0.93
26	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	708,733	762,783	0.93
27	C16	위의 악성 신생물	2,633,276	2,830,771	0.93
28	E10	인슐린 의존성 당뇨병	344,378	368,109	0.94
29	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	394,009	420,999	0.94
30	I20	협심증	673,159	712,079	0.95
31	M46	기타 염증성 척추병증	268,186	282,902	0.95
32	I25	만성 허혈성 심장 질환	720,079	756,690	0.95
33	I60	거미막하 출혈	3,741,804	3,911,613	0.96
34	G40	간질	506,836	529,062	0.96
35	I10	본태성(원발성) 고혈압	284,171	295,384	0.96
36	N18	만성 신부전	9,154,767	9,509,749	0.96
37	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	248,571	257,882	0.96
38	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	176,603	179,590	0.98
39	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	212,959	216,182	0.99
40	C73	갑상선의 악성 신생물	974,849	989,092	0.99
41	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	124,378	125,389	0.99
42	I11	고혈압성 심장 질환	275,427	277,173	0.99
43	K50	크론 병(국한성 장염)	421,206	423,564	0.99
44	I21	급성 심근경색증	2,245,182	2,247,007	1.00
45	I50	심부전	430,940	431,049	1.00
46	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	148,022	148,038	1.00
47	M41	척추측만	110,384	110,359	1.00

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
48	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	361,841	361,203	1.00
49	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	1,648,838	1,643,172	1.00
50	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관 의 양성 신생물	269,075	267,784	1.01
51	G55	달리분류된 질환에서의 신 경근 및 신경총압박	160,895	159,911	1.01
52	K51	궤양성 대장염	467,809	464,914	1.01
53	I61	뇌내출혈	2,826,715	2,773,660	1.02
54	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상및부식	211,138	203,857	1.04
55	M71	기타 점액낭병증	145,636	140,093	1.04
56	R56	달리 분류되지 않은 경련	184,159	176,816	1.04
57	T21	체간의 화상 및 부식	197,971	187,473	1.06
58	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	203,455	192,267	1.06
59	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	254,387	238,285	1.07
60	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	448,385	419,756	1.07
61	H34	망막 혈관 폐쇄	197,204	184,047	1.07
62	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신 생물	422,104	389,294	1.08
63	K92	소화기계의 기타 질환	220,172	192,945	1.14
64	K70	알콜성 간질환	326,463	269,167	1.21
65	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	266,748	213,823	1.25

3) 계층별 입원일수 차이

〈표〉 계층별 일인당 입원일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	0.33	1.56	0.21
2	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	0.67	1.40	0.48
3	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	0.84	1.27	0.66
4	G62	기타 다발신경병증	0.90	1.33	0.67
5	I15	속발성 고혈압	0.93	1.21	0.76
6	M41	척추측만	0.95	1.16	0.82
7	M40	척추후만증 및 척추전만증	1.02	1.22	0.84
8	I67	기타 대뇌혈관 질환	1.18	1.38	0.85
9	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	1.93	2.25	0.85
10	C18	결장의 악성 신생물	2.83	3.29	0.86
11	C16	위의 악성 신생물	2.40	2.75	0.87
12	K50	크론 병(국한성 장염)	1.21	1.38	0.88
13	J43	폐기종	0.99	1.12	0.88
14	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	2.97	3.36	0.88
15	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	0.98	1.11	0.88
16	H34	망막 혈관 폐쇄	1.01	1.14	0.89
17	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	2.36	2.60	0.91
18	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	1.05	1.16	0.91
19	K72	달리 분류되지 않은 간부전	1.09	1.19	0.91
20	I61	뇌내출혈	2.00	2.18	0.92
21	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.06	1.15	0.92
22	E10	인슐린 의존성 당뇨병	1.31	1.41	0.93
23	C50	유방의 악성 신생물	3.08	3.32	0.93
24	C20	직장의 악성 신생물	2.78	2.99	0.93
25	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	1.25	1.33	0.94
26	K51	퀘양성 대장염	1.09	1.16	0.94
27	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	1.10	1.16	0.94
28	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	1.39	1.47	0.95

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
29	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	3.37	3.54	0.95
30	N18	만성 신부전	1.71	1.80	0.95
31	M46	기타 염증성 척추병증	1.25	1.31	0.96
32	N04	신 증후군	1.20	1.25	0.96
33	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	1.07	1.11	0.96
34	I70	죽상경화증	1.36	1.41	0.97
35	K74	간의 섬유증 및 경변	1.49	1.53	0.97
36	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.15	1.18	0.97
37	E14	상세불명의 당뇨병	1.26	1.29	0.98
38	M06	기타 류마티드 관절염	1.19	1.22	0.98
39	I48	심방세동 및 조동	1.11	1.14	0.98
40	K70	알콜성 간질환	1.39	1.42	0.98
41	T21	체간의 화상 및 부식	1.11	1.13	0.99
42	F20	정신분열증	4.10	4.15	0.99
43	I11	고혈압성 심장 질환	1.34	1.36	0.99
44	I60	거미막하 출혈	1.71	1.73	0.99
45	I50	심부전	1.30	1.32	0.99
46	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신 생물	1.02	1.03	0.99
47	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	1.35	1.36	0.99
48	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신 생물	1.02	1.03	1.00
49	M48	기타 척추병증	1.19	1.19	1.00
50	R56	달리 분류되지 않은 경련	1.07	1.08	1.00
51	I20	협심증	1.15	1.16	1.00
52	I25	만성 허혈성 심장 질환	1.14	1.15	1.00
53	I10	본태성(원발성) 고혈압	1.42	1.42	1.00
54	I21	급성 심근경색증	1.17	1.17	1.00
55	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.06	1.07	1.00
56	K92	소화기계의 기타 질환	1.07	1.07	1.00
57	G40	간질	1.26	1.25	1.00
58	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	1.09	1.09	1.01
59	C53	자궁경의 악성 신생물	3.02	3.00	1.01
60	C73	갑상선의 악성 신생물	1.36	1.35	1.01

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
61	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.11	1.09	1.02
62	I05	류마티스성 승모관 질환	1.29	1.26	1.03
63	M71	기타 점액낭병증	1.12	1.08	1.04
64	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.15	1.08	1.07
65	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	3.08	2.75	1.12

4) 의료이용(일인당 내원일수)

〈표〉 계층별 일인당 내원일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
1	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	10.03	12.65	0.79
2	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	2.99	3.66	0.82
3	C18	결장의 악성 신생물	16.93	19.48	0.87
4	C50	유방의 악성 신생물	17.71	20.28	0.87
5	I67	기타 대뇌혈관 질환	5.48	6.19	0.89
6	C20	직장의 악성 신생물	15.41	17.29	0.89
7	G62	기타 다발신경병증	3.73	4.16	0.90
8	I60	거미막하 출혈	16.16	17.67	0.91
9	C53	자궁경의 악성 신생물	13.96	15.09	0.92
10	F20	정신분열증	31.21	33.65	0.93
11	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	28.23	30.34	0.93
12	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	17.55	18.80	0.93
13	C16	위의 악성 신생물	16.48	17.61	0.94
14	N04	신 증후군	6.23	6.59	0.94
15	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	14.55	15.37	0.95
16	I61	뇌내출혈	23.39	24.67	0.95
17	K72	달리 분류되지 않은 간부전	4.67	4.89	0.95
18	I05	류마티스성 승모관 질환	8.10	8.40	0.96
19	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분 류된 화상	4.37	4.53	0.96
20	J43	폐기종	4.06	4.21	0.97
21	I48	심방세동 및 조동	6.64	6.78	0.98
22	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	5.75	5.84	0.98
23	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	9.83	9.92	0.99

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
24	N18	만성 신부전	51.43	51.79	0.99
25	M41	척추측만	3.51	3.53	1.00
26	E10	인슐린 의존성 당뇨병	9.95	9.97	1.00
27	I21	급성 심근경색증	7.39	7.40	1.00
28	C73	갑상선의 악성 신생물	11.11	11.11	1.00
29	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	7.03	7.02	1.00
30	M48	기타 척추병증	8.13	8.08	1.01
31	M40	척추후만증 및 척추전만증	5.25	5.21	1.01
32	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	12.89	12.77	1.01
33	I10	본태성(원발성) 고혈압	12.85	12.70	1.01
34	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	7.89	7.80	1.01
35	E14	상세불명의 당뇨병	8.60	8.48	1.01
36	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	6.73	6.64	1.01
37	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	5.12	5.04	1.02
38	M71	기타 점액낭병증	4.84	4.76	1.02
39	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	4.55	4.48	1.02
40	I70	죽상경화증	6.36	6.25	1.02
41	G40	간질	7.97	7.83	1.02
42	K51	퀘양성 대장염	7.19	7.05	1.02
43	I50	심부전	8.45	8.26	1.02
44	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	4.34	4.23	1.03
45	K50	크론 병(국한성 장염)	5.73	5.59	1.03
46	M06	기타 류마티드 관절염	6.19	6.03	1.03
47	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	6.81	6.62	1.03
48	I11	고혈압성 심장 질환	10.51	10.21	1.03
49	I20	협심증	6.30	6.12	1.03
50	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	2.87	2.78	1.03
51	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	32.29	31.29	1.03
52	T21	체간의 화상 및 부식	5.18	5.02	1.03
53	H34	망막 혈관 폐쇄	5.50	5.31	1.04
54	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	3.34	3.22	1.04

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
55	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	4.93	4.74	1.04
56	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	4.53	4.35	1.04
57	I15	속발성 고혈압	7.46	7.15	1.04
58	K74	간의 섬유증 및 경변	9.68	9.26	1.04
59	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	6.54	6.23	1.05
60	R56	달리 분류되지 않은 경련	2.66	2.53	1.05
61	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기 결핵	6.32	5.97	1.06
62	I25	만성 허혈성 심장 질환	6.38	6.02	1.06
63	M46	기타 염증성 척추병증	7.55	6.93	1.09
64	K92	소화기계의 기타 질환	3.05	2.79	1.09
65	K70	알콜성 간질환	5.90	5.23	1.13

5) 의료이용(1인당 외래 방문일수)

〈표〉 계층별 1인당 외래 방문일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	1.44	1.80	0.80
2	C50	유방의 악성 신생물	5.16	5.66	0.91
3	I61	뇌내출혈	3.47	3.80	0.91
4	C20	직장의 악성 신생물	4.47	4.89	0.92
5	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	4.65	5.04	0.92
6	C53	자궁경의 악성 신생물	3.60	3.89	0.93
7	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	5.02	5.36	0.94
8	C16	위의 악성 신생물	4.27	4.51	0.95
9	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	3.31	3.50	0.95
10	C18	결장의 악성 신생물	4.17	4.39	0.95
11	G62	기타 다발신경병증	1.81	1.89	0.95
12	K72	달리 분류되지 않은 간부전	1.53	1.60	0.96
13	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	2.24	2.34	0.96
14	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	1.39	1.45	0.96
15	I60	거미막하 출혈	3.42	3.56	0.96
16	N18	만성 신부전	7.66	7.94	0.97

순위	상병기호	상병명	저소득층 기준집단 차이		
17	N04	신 증후군	2.89	2.98	0.97
18	K74	간의 섬유증 및 경변	3.38	3.47	0.97
19	I48	심방세동 및 조동	3.37	3.46	0.97
20	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	1.32	1.35	0.97
21	I05	류마티스성 승모판 질환	4.27	4.38	0.98
22	M41	척추측만	1.60	1.63	0.98
23	K92	소화기계의 기타 질환	1.25	1.28	0.98
24	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.48	1.51	0.98
25	M06	기타 류마티드 관절염	2.63	2.68	0.98
26	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.55	1.58	0.98
27	R56	달리 분류되지 않은 경련	1.28	1.29	0.99
28	K70	알콜성 간질환	2.13	2.15	0.99
29	M46	기타 염증성 척추병증	2.04	2.07	0.99
30	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.81	1.82	0.99
31	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	1.30	1.31	0.99
32	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상및부식	1.50	1.51	1.00
33	M48	기타 척추병증	2.54	2.55	1.00
34	F20	정신분열증	7.73	7.73	1.00
35	I10	본태성(원발성) 고혈압	6.79	6.78	1.00
36	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	6.34	6.32	1.00
37	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	5.03	5.02	1.00
38	M71	기타 점액낭병증	1.75	1.74	1.00
39	H34	망막 혈관 폐쇄	2.91	2.90	1.00
40	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	2.26	2.25	1.00
41	T21	체간의 화상 및 부식	1.39	1.39	1.00
42	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	1.53	1.52	1.00
43	I67	기타 대뇌혈관 질환	2.34	2.33	1.01
44	I21	급성 심근경색증	2.97	2.95	1.01
45	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	2.59	2.57	1.01
46	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	1.40	1.39	1.01
47	I70	죽상경화증	2.38	2.36	1.01
48	C73	갑상선의 악성 신생물	4.80	4.76	1.01

순위	상병기호	상병명	저소득층 기준집단 차이		
49	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	3.80	3.75	1.01
50	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	2.58	2.55	1.01
51	M40	척추후만증 및 척추전만증	1.80	1.77	1.02
52	K51	궤양성 대장염	3.27	3.22	1.02
53	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.46	1.44	1.02
54	J43	폐기종	1.84	1.80	1.02
55	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	1.42	1.39	1.02
56	I11	고혈압성 심장 질환	5.31	5.21	1.02
57	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	2.56	2.51	1.02
58	I20	협심증	3.19	3.11	1.02
59	E14	상세불명의 당뇨병	4.21	4.10	1.03
60	I15	속발성 고혈압	3.80	3.68	1.03
61	E10	인슐린 의존성 당뇨병	4.68	4.53	1.03
62	I50	심부전	3.59	3.46	1.04
63	G40	간질	4.40	4.23	1.04
64	K50	크론 병(국한성 장염)	2.50	2.35	1.06
65	I25	만성 허혈성 심장 질환	3.18	2.96	1.07

바. 질병 부담 및 계층별차이 기준에 의한 가중치 합산 순위

* 질병부담

$$\textcircled{1} \text{ 1인당 진료비 가중값} = \text{1인당 진료비}/1,000,000$$

$$\textcircled{2} \text{ 1인당 진료일수 가중값} = \text{1인당 진료일수}/10$$

* 계층별 의료이용 차이

$$\textcircled{1} \text{ 1인당 입원횟수 차이}$$

$$= (40\sim70\% \text{의 일인당 입원횟수} - 5\sim10\% \text{의 일인당 입원횟수})$$

$$/40\sim70\% \text{의 일인당 입원횟수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim10\% \text{의 일인당 입원횟수}/40\sim70\% \text{의 일인당 입원횟수} \times 10$$

② 1인당 내원일수 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 내원일수})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 내원일수} / 40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} \times 10$$

③ 1인당 외래방문 횟수의 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 외래방문 횟수})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 외래방문 횟수}$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} \times 10$$

④ 계층별 진료비 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 총 진료비})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 총 진료비} / 40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} \times 10$$

⑤ 계층별 유병률 차이(진료자수의 차이)

$$= (40\sim 70\% \text{의 유병률} - 5\sim 10\% \text{의 유병률}) / 40\sim 70\% \text{의 유병률} \times 10$$

$$= (1 - 5\sim 10\% \text{의 유병률} / 40\sim 70\% \text{의 유병률}) \times 10$$

〈표〉 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 가중치 합산 순위

순위	상병기호	상병명	질병부담	이용차이	가중치합
1	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	10.00	7.11	17.11
2	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	8.57	5.99	14.55
3	N18	만성 신부전	10.00	4.43	14.43
4	C18	결장의 악성 신생물	5.41	8.38	13.78
5	C20	직장의 악성 신생물	6.14	6.91	13.05
6	C50	유방의 악성 신생물	4.51	7.96	12.47
7	C16	위의 악성 신생물	5.15	6.58	11.73
8	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	0.67	10.00	10.67
9	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	1.97	8.53	10.51
10	I61	뇌내출혈	5.64	4.09	9.73
11	I60	거미막하 출혈	5.55	3.93	9.49
12	F20	정신분열증	10.00	-0.66	9.34
13	G62	기타 다발신경병증	0.70	7.99	8.69
14	I67	기타 대뇌혈관 질환	1.19	7.23	8.41
15	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	1.78	6.62	8.40
16	C53	자궁경의 악성 신생물	3.32	4.61	7.93
17	K72	달리 분류되지 않은 간부전	0.95	6.14	7.09
18	I05	류마티스성 승모관 질환	1.63	5.07	6.70
19	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	2.58	3.31	5.90
20	K74	간의 섬유증 및 경변	2.19	3.59	5.78
21	C73	갑상선의 악성 신생물	2.16	3.59	5.75
22	I48	심방세동 및 조동	1.02	4.71	5.73
23	N04	신 증후군	0.96	4.76	5.71
24	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	0.74	4.75	5.49
25	M40	척추후만증 및 척추전만증	0.67	4.73	5.40
26	J43	폐기종	0.76	4.44	5.20
27	E10	인슐린 의존성 당뇨병	2.90	2.09	4.99
28	I15	속발성 고혈압	1.25	3.67	4.92
29	M41	척추측만	0.44	4.32	4.76
30	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	0.70	3.85	4.55
31	I70	죽상경화증	1.33	3.12	4.45
32	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	1.08	3.35	4.43
33	I21	급성 심근경색증	2.72	1.68	4.40

순위	상병기호	상병명	질병부담	이용자이	가중치합
34	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	0.66	3.45	4.11
35	M48	기타 척추병증	1.13	2.95	4.08
36	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	2.19	1.68	3.87
37	M06	기타 류마티드 관절염	0.67	3.12	3.79
38	I20	협심증	1.24	2.37	3.61
39	I10	본태성(원발성) 고혈압	2.17	1.25	3.42
40	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	0.70	2.50	3.20
41	M46	기타 염증성 척추병증	0.90	2.21	3.11
42	E14	상세불명의 당뇨병	1.26	1.77	3.03
43	K51	궤양성 대장염	0.84	2.15	3.00
44	K50	크론 병(국한성 장염)	0.66	2.23	2.89
45	I25	만성 허혈성 심장 질환	1.37	1.45	2.82
46	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	6.11	-3.41	2.71
47	G40	간질	2.40	0.31	2.70
48	H34	망막 혈관 폐쇄	0.54	1.83	2.38
49	I50	심부전	1.21	0.97	2.18
50	I11	고혈압성 심장 질환	1.13	1.01	2.14
51	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	0.59	0.94	1.52
52	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.20	0.20	1.40
53	R56	달리 분류되지 않은 경련	0.52	0.75	1.27
54	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	0.71	0.55	1.26
55	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	0.69	0.51	1.20
56	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	0.97	0.15	1.12
57	M71	기타 점액낭병증	0.57	0.44	1.00
58	T24	발목,발 제외 둔부,하지의 화상및부식	0.76	-0.45	0.31
59	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	0.56	-0.71	-0.15
60	T21	체간의 화상 및 부식	0.65	-0.82	-0.17
61	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	0.63	-0.89	-0.26
62	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	0.62	-1.16	-0.55
63	K92	소화기계의 기타 질환	0.61	-1.24	-0.63
64	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.26	-2.82	-1.56
65	K70	알콜성 간질환	0.79	-2.83	-2.04

2. 질병특성 기준별 순위

가. 질병특성군 4개 범주에 의한 분류

〈표〉 4개 질병특성군의 대표적 15개 질환들

질환범주	상 병 명	진료건수	
1. 급성치명적	상세불명 병원체의 폐렴	141,180	
	뇌경색(중)	127,987	
	급성 충수염	101,828	
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	43,692	
	늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	43,494	
	요추 및 골반의 골절	39,787	
	두개내 손상	39,255	
	급성 세노관-간질성 신염	36,338	
	뇌내출혈	34,212	
	대퇴골의 골절	34,171	
	두개골 및 안면골의 골절	27,906	
	헤르니아 없는 마비성 장폐색증 및 장관폐쇄	23,176	
	급성 심근경색증	23,149	
	2. 만성치명적	위의 악성 신생물	89,258
		기관지 및 폐의 악성 신생물	74,871
협심증		66,400	
간 및 간내담관의 악성 신생물		64,811	
유방의 악성 신생물		44,523	
결장의 악성 신생물		41,712	
기타 척추병증		38,067	
비뇨기계외 기타 장애		37,520	
직장의 악성 신생물		33,796	
기타 만성 폐쇄성 폐질환		30,825	
위궤양		30,558	
알콜성 간질환		28,029	
만성 허혈성 심장 질환		19,129	
치핵		213,422	
3. 급성비치명적		감염성으로 추정되는 설사, 위장염	106,623
	발목을 포함한 아래다리의 골절	58,150	
	요추와 골반의 관절 및 인대탈구, 염좌 및 긴장	40,484	

질환범주	상 병 명	진료건수
3. 급성비치명적	아래팔의 골절	38,033
	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	35,126
	급성 편도염	33,758
	손목 및 손부위에서의 골절	29,622
	서혜 헤르니아	29,262
	급성 기관지염	28,737
	어깨 및 팔죽지의 골절	28,437
	발목을 제외한 발의 골절	25,834
	신장 및 요관의 결석	24,538
	정신분열증	84,629
4. 만성 비치명적	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	69,229
	인슐린-비의존성 당뇨병	68,384
	자궁의 평활근종	48,768
	담석증	40,402
	편도 및 아데노이드의 만성 질환	37,433
	양성 지방종성 신생물	10,218
	간질	16,228
	유방의 양성 신생물	9,997
	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	7,914
	비화농성 중이염	7,227
	기타 사시	7,093
	장의 개실성 질환	5,636
	갑상선의 양성 신생물	4,207
	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	3,971
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	3,129
	여성 생식기의 용종	3,037
	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	3,017
	피부의 기타 양성 신생물	2,837
	중이 및 호흡기계의 양성 신생물	2,694
	뇌 및 기타 중추 신경계 부위의 양성 신생물	2,563

나. 질환특성별 분류기준에 의한 합산 순위

〈표〉 질환특성별 분류기준에 의한 65개 대상질환 분류

점수	상병기호	상병명	질병범주
4	T21	체간의 화상 및 부식	급성치명적
4	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	급성치명적
4	I60	거미막하 출혈	급성치명적
4	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	급성치명적
4	I61	뇌내출혈	급성치명적
4	I67	기타 대뇌혈관 질환	급성치명적
4	I21	급성심근경색증	급성치명적
4	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	급성치명적
4	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	급성치명적
4	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	급성치명적
4	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	급성치명적
4	I48	심방세동 및 조동	급성치명적
3	I70	죽상경화증	만성치명적
3	I25	만성 허혈성 심장 질환	만성치명적
3	I50	심부전	만성치명적
3	M41	척추측만	만성치명적
3	N04	신증후군	급성치명적
3	J43	폐기종	만성치명적
3	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	만성치명적
3	C18	결장의 악성 신생물	만성치명적
3	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	만성치명적
3	C20	직장의 악성 신생물	만성치명적
3	C50	유방의 악성 신생물	만성치명적
3	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	만성치명적
3	C16	위의 악성 신생물	만성치명적
3	C53	자궁경의 악성 신생물	만성치명적
3	N18	만성 신부전	만성치명적
3	M35.8,9	결합조직의 기타 전신성 침습	만성치명적
3	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	만성치명적
3	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	만성치명적
3	K72	달리 분류되지 않은 간부전	만성치명적
3	C73	갑상선의 악성 신생물	만성치명적

집수	상병기호	상병명	질병범주
3	I05	류마티스성 승모관 질환	만성치명적
3	I20	협심증	만성치명적
3	I11	고혈압성 심장 질환	만성치명적
3	K74	간의 섬유증 및 경변	만성치명적
3	K70	알콜성 간질환	만성치명적
2	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	급성비치명적
2	M46	기타 염증성 척추병증	급성비치명적
2	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	급성비치명적
1	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	만성비치명적
1	G40	간질	만성비치명적
1	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	만성비치명적
1	G62	기타 다발신경병증	만성비치명적
1	M06	기타 류마티오이드 관절염	만성비치명적
1	M40	척추후만증 및 척추전만증	만성비치명적
1	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	급성비치명적
1	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	만성비치명적
1	K50	크론 병(국한성 장염)	만성비치명적
1	K51	궤양성 대장염	만성비치명적
1	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	만성비치명적
1	D16	뼈 및 관절 연골의 양성 신생물	만성비치명적
1	I15	속발성 고혈압	만성비치명적
1	M71	기타 점액낭병증	만성비치명적
1	D21	결합조직, 기타 연조직의 기타 양성 신생물	만성비치명적
1	K92	소화기계의 기타 질환	만성비치명적
1	F20	정신분열증	만성비치명적
1	M48	기타 척추병증	만성비치명적
1	E14	상세불명의 당뇨병	만성비치명적
1	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	만성비치명적
1	E10	인슐린 의존성 당뇨병	만성비치명적
1	R56	달리 분류되지 않은 경련	만성비치명적
1	I10	본태성(원발성) 고혈압	만성비치명적
1	E05	갑상선중독증(갑상선기능항진증)	만성비치명적
1	H34	망막 혈관 폐쇄	만성비치명적

3) 대상질환의 특수성으로 인한 기준에 의한 가중값

3. 우선순위 선정 기준에 따른 순위

〈표〉 질환의 최종 가중치 합산 순위

상병기호	상병명	기준1	기준2	합계
C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	17.11	7.5	24.61
C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	14.55	7.5	22.05
N18	만성 신부전	14.43	7.5	21.93
C18	결장의 악성 신생물	13.78	7.5	21.28
C20	직장의 악성 신생물	13.05	7.5	20.55
I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	10.51	10	20.51
C50	유방의 악성 신생물	12.47	7.5	19.97
I61	뇌내출혈	9.73	10	19.73
I60	거미막하 출혈	9.49	10	19.49
C16	위의 악성 신생물	11.73	7.5	19.23
I67	기타 대뇌혈관 질환	8.41	10	18.41
M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	10.67	7.5	18.17
I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	8.40	7.5	15.90
I48	심방세동 및 조동	5.73	10	15.73
C53	자궁경의 악성 신생물	7.93	7.5	15.43
K72	달리 분류되지 않은 간부전	7.09	7.5	14.59
I21	급성 심근경색증	4.40	10	14.40
I05	류마티스성 승모판 질환	6.70	7.5	14.20
K74	간의 섬유증 및 경변	5.78	7.5	13.28
C73	갑상선의 악성 신생물	5.75	7.5	13.25
N04	신 증후군	5.71	7.5	13.21
J43	폐기종	5.20	7.5	12.70
M41	척추측만	4.76	7.5	12.26
I70	죽상경화증	4.45	7.5	11.95
J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	4.43	7.5	11.93
F20	정신분열증	9.34	2.5	11.84
J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.26	10	11.26
G62	기타 다발신경병증	8.69	2.5	11.19
I20	협심증	3.61	7.5	11.11
I25	만성 허혈성 심장 질환	2.82	7.5	10.32

상병기호	상병명	기준1	기준2	합계
T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	0.31	10	10.31
T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	-0.15	10	9.85
T21	체간의 화상 및 부식	-0.17	10	9.83
T20	머리 및 목의 화상 및 부식	-0.26	10	9.74
I50	심부전	2.18	7.5	9.68
I11	고혈압성 심장 질환	2.14	7.5	9.64
T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	-0.55	10	9.45
A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.40	7.5	8.90
I69	대뇌혈관 질환의 후유증	5.90	2.5	8.40
M46	기타 염증성 척추병증	3.11	5	8.11
G55	달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	5.49	2.5	7.99
M40	척추후만증 및 척추전만증	5.40	2.5	7.90
E10	인슐린 의존성 당뇨병	4.99	2.5	7.49
I15	속발성 고혈압	4.92	2.5	7.42
D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	4.55	2.5	7.05
D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	4.11	2.5	6.61
M48	기타 척추병증	4.08	2.5	6.58
E11	인슐린-비의존성 당뇨병	3.87	2.5	6.37
M06	기타 류마티드 관절염	3.79	2.5	6.29
T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.20	5	6.20
I10	본태성(원발성) 고혈압	3.42	2.5	5.92
E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	3.20	2.5	5.70
E14	상세불명의 당뇨병	3.03	2.5	5.53
K51	퀘양성 대장염	3.00	2.5	5.50
K70	알콜성 간질환	-2.04	7.5	5.46
K50	크론 병(국한성 장염)	2.89	2.5	5.39
F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	2.71	2.5	5.21
G40	간질	2.70	2.5	5.20
H34	망막 혈관 폐쇄	2.38	2.5	4.88
D21	결합조직, 기타 연조직의 기타 양성 신생물	1.52	2.5	4.02
R56	달리 분류되지 않은 경련	1.27	2.5	3.77
D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.12	2.5	3.62
M71	기타 점액낭병증	1.00	2.5	3.50
S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	-1.56	5	3.44
K92	소화기계의 기타 질환	-0.63	2.5	1.87

I. 서론

우리나라는 저소득층의 의료보장을 위하여 1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도를 실시하였으며 지난 30여 년간 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔다.

그러나 의료급여 수급권자는 국민기초생활보장법 상의 수급권자가 선정기준에 따라 소득이나 재산 수준 등을 기본으로 하고 있어 의료욕구 (medically needed)가 긴요한 저소득 취약계층 중 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 대상자들의 의료이용이 제약받는 다는 지적이 있어 왔다.

그리고 의료급여제도의 기존 취지가 생활이 어려운 저소득 국민에 대하여 국가 및 지방자치단체 재정으로 의료비용을 보장한다는 측면에서 볼 때 단순히 의료급여 기준에서 소득 수준만이 아닌 질병 등 건강상태 기준을 포함할 필요성이 제기되었다.

이를 반영하여 2004년부터 차상위계층 중 희귀난치성질환자는 의료급여 1종으로 만성질환자는 2종으로 의료급여 대상자에 편입하여 의료서비스를 제공하였다. 이후 2005년에는 차상위계층 중 12세 미만 아동 그리고 2006년에는 18세미만 아동에게도 의료급여 2종대상자로 포함시켜 의료급여를 제공하여 왔다.

그런데 최근 의료급여 예산의 급속한 증가와 국민기초생활보장 대상자 선정 방식을 통합급여 방식에서 각각 급여별(소득, 주거, 의료, 교육, 자활 등)로 필요에 따라 선정하려는 논의들과 연계하여 의료급여에서 관리하던 차상위계층 대상자들을 건강보험으로 전환하는 것으로 결정하였다. 우선 2008년 4월에 차상위계층 중 희귀난치성 질환 대상자들은 건강보험으로

편입이 될 예정이고 2009년에는 차상위계층 중 만성질환자와 18세미만 아동이 건강보험으로 편입될 예정에 있다.

이러한 환경변화에 따라 의료급여를 제공할 저소득층을 선정하는 방안들이 많은 논의가 진행 중에 있다. 특히 개별급여로써 의료급여 제공을 위해 의료욕구가 현저한 노인, 아동, 장애인, 임산부 등에 대한 인구학적 특성에 기초한 방법이나 고액진료비가 발생했을 경우 비용을 보상해 주는 방안 등이 논의 되고 있다.

하지만 본 연구에서는 인구학적 특성이나 의료비용측면이 아니고 특정 질환 중심으로 대상자 선정방식에 대해 검토해 보고자 한다. 특히 저소득층의 경우 질환에 의한 사회, 경제적 영향이 다른 계층에 비해 크다, 예를 들어 회복이 불가능하거나 중증 질환일 경우 저소득층에게 경제적 부담을 가중시켜 질환에 의한 빈곤의 악순환을 초래한다. 이는 결국 저소득 계층의 질환에 따른 의료이용과 의료비용이 다른 계층에 비해 부족하거나 달라서 생기는 결과이다.

현행 차상위 대상자 선정의 경우도 희귀난치성 질환과 만성질환이라는 질환중심의 대상자 선정과 아동이라는 인구학적 특성으로 대상자를 선정하고 있다. 하지만 선정된 질환에 대한 명확한 근거가 없이 고액질환인 희귀난치성질환과 만성질환을 선택한 부분이 있다. 대상 질환 선정에 명확한 기준 마련이 필요한 시점이다.

따라서 대상 질환의 우선순위에 기반을 둔 저소득계층의 의료욕구 측정은 저소득계층의 질병으로 인한 빈곤을 방지하고 기존 공적 지원제도의 보완과 아울러 장기적 정책 대안을 제시하기 위한 정책적 근거를 마련하는데 필요한 사항이다.

우선순위 선정은 의사결정(decision making)의 한 기전으로, 주어진 여러 가지 조건 중 특정 기준에 의해 일부를 선택함을 뜻한다. 일반적으로 제한된 자원으로 인해 주어진 모든 대상을 취할 수 없을 경우 우선순위의

선정이 요구된다.

체계적이고 합리적인 저소득계층의 의료자원 분배를 위해서는 대상 질환에 대한 정보를 수집, 평가하는 과정보다 우선 그 대상 질환의 특성 기준 및 계층별 차이를 파악하는 것이 선행되어야 한다.

따라서 저소득계층의 대상 질환에 대한 질병특성 기준 및 계층별 차이를 우선순위 기준으로 선정 후 그에 따른 대상 질환별 의료욕구 측정이 이루어져야 한다.

이러한 필요성을 근거로 본 연구에서는 의료급여 대상자의 질환별로 의료 욕구를 파악하고, 질병에 따른 지출규모와 의료비 부담을 소득수준별로 파악하고자 한다. 그리고 의료 욕구를 기준으로 하는 의료급여 대상자 선정 기준 방안을 제시하고, 선정기준에 따라 우선순위로 선정된 질환들을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다.

Ⅱ. 개별급여 관련 의료급여제도 현황 및 문제점

1. 국민 기초생활보장제도에 대한 개관

가. 국민기초생활제도의 개요

국민기초생활 보장 수급 자격과 의료급여 수급자격이 밀접하게 연관되어 있기 때문에 우선 국민기초생활보장제도를 먼저 살펴보고자 한다. 국민기초생활보장법은 생활보호법을 대체한 법률로 1999년 9월 7일 제정되고, 2000년 10월 1일부터 시행되었다. 지난 40여 년간의 시혜적 단순보호 차원의 생활보호제도로부터 저소득층에 대한 국가책임을 강화하는 종합적 빈곤대책으로 전환되었다. 국가의 보호를 필요로 하는 최저생계비 이하의 저소득층에 대한 기초생활을 국가가 보장하되 종합적 자립자활서비스 제공으로 생산적 복지를 구현하고자 하였다.

국민기초생활보장법에 의한 급여는 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·재산급여·장제급여·자활급여로 구성되어있다. 생계급여는 모든 수급자에게 기본적으로 주어지지만 나머지 급여는 수급자의 필요에 따라 주어진다.(법 제7조 제2항) 급여수준은 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·자활급여와 수급자의 소득인정액을 합한 금액이 최저생계비 이상이 되어야 한다.(법 제7조 제2항) 급여총합과 소득인정액의 합계액이 최저생계비 이상이 되어야 한다는 규정은 이른 바 All or Nothing 형태의 통합급여체계를 규정하고 있다.

1) 최저생계비 계측

최저생계비는 1989년부터 2004년까지 매 5년마다 한국보건사회연구원에 의하여 계측되어 왔으며, 2007년부터는 매 3년마다 계측되도록 바뀌었다. 가장 최근 계측은 2007년에 전물량방식에 의하여 이루어졌고 계측된 최저생계비가 발표되었다.

최저생계비 계측방식은 표준가구를 기준으로 마켓바스켓을 구성하여 표준가구의 최저생계비를 산출한 후 가구균등화지수를 적용하여 1-7인가구의 최저생계비를 산출하게 된다. 표준가구는 우리나라의 대표적인 가구형태와 가구구성을 기준으로 설정된다. 2007년의 경우 40세 아버지, 37세 어머니, 11세와 9세의 두 자녀로 구성된 4인가구가 최저생계비 계측의 표준가구가 되었다. 가구균등화 지수(Household Equivalence Scale)는 서로 다른 인구사회학적 구성을 지닌 가구는 현실적으로 서로 다른 효용 수준을 갖는다는 개념으로부터 출발하여 이러한 구성형태가 서로 상이한 가구들 간의 서로 다른 효용 수준을 동일한 효용수준에 도달하도록 하는데 필요한 지출비율을 의미한다. 2007년의 경우 아래 표와 같은 가구균등화 지수가 사용되었다.

〈표 2-1〉 가구 균등화 지수

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
가구균등화 지수	0.38136	0.61754	0.81869	1.00	1.16786	1.32572	1.47573

최저생계비는 일상적 소비지출을 11개 비목과 비일상적 소비지출 2개 항목으로 구분하고 각 비목별로 마켓바스켓을 구성하여 계측된다. 11개 비목 중 식료품, 광열수도, 가구가사용품, 피복신발, 교양오락, 교통통신, 기타소비, 비소비지출 등 8개 비목의 합은 생계급여의 기준이 되고, 주거비는 주거급여, 보건의료비는 의료급여, 교육비는 교육급여의 기준이 된

다. 비일상적 소비지출에 대응하는 해산급여와 장제급여는 최저생계비를 구성하는 11개 비목과 직접적인 관련이 없다. 자활급여의 기초가 되는 자활욕구를 계측하는 비목은 현행 최저생계비 구성내역에 없다.

〈표 2-2〉 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계

구 분	최저생계비 11대 비목	급여종류	
		공통급여	욕구별 개별급여
일상적 소비지출	식료품	생계급여	
	광열수도		
	가구가사용품		
	피복신발		
	교양오락		
	교통통신		
	기타소비		
	비소비지출		
	주거비		주거급여
	보건의료		의료급여
	교육	교육급여	
비일상적 소비지출	출생	해산급여	
	사망	장제급여	

2) 최저생계비 계측 및 활용상의 문제점²⁾

최저생계비 계측방법은 태생적으로 몇 가지 관점에서 한계를 갖고 있다. 비단 우리나라 뿐 아니라 다른 외국에서도 비슷한 문제를 갖고 있는데 첫째, 표준가구의 규범적 욕구수준을 전 가구에 일괄 적용함으로써 현실물급여를 필요로 하지 않는 가구의 경우에는 최저생계비가 과도하게 설정되고 있다. 자가를 가진 가구, 학생이 없는 가구, 의료욕구가 없는 가구에 게도 주거욕구, 교육비, 의료급여가 포함되어 있는 최저생계비가 적용된다. 이러한 오류를 완화하기 위해 현행 제도는 급여기준선으로서 최저생

2) 노대명 외, “국민기초생활보장제도 개별급여체계 도입방안”, 2007. 한국보건사회연구원

계비 대신 현금급여기준선을 설정하고 또한 실제 수요가 없는 경우 교육비 액수만큼 줄여 현금급여를 지급하고 있다. 그러나 동일한 성격의 주거급여는 여전히 지급되고 있으며, 기초보장 수급대상자 선정에 사용되는 기준선은 현금급여기준선이 아니라 이 모든 급여가 포함되어 있는 최저생계비이어서 가구소득이 현금급여기준선과 최저생계비 사이에 위치하는 수급자 중 일부는 원래 수급자로 선정되지 않아야 하는데 선정되고 있다.

〈표 2-3〉 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준선 (2007년)

(단위: 원)

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비	435,912	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630
현금급여기준	372,978	628,370	832,394	1,031,467	1,202,484	1,377,214

자료: 보건복지부, 「2007년 국민기초생활보장사업 안내」, 2007.

둘째, 현행 최저생계비 계측방식과 통합급여체계는 수급자의 제반 욕구를 화폐단위로 환원할 수 있으며, 더 나아가 다양한 욕구 간에 대체충족성을 전제로 하고 있다. 욕구 간 대체충족성이란 하나의 욕구를 충분히 충족하면 다른 종류의 욕구충족을 줄여도 무방하다는 뜻으로 이러한 욕구 간 대체충족성을 극단적으로 표출한 것이 재산의 소득환산제이다. 2006년 현재 대도시에서 살고 있는 4인가구의 수급자가 6,000만원의 전셋집에 거주하고 있으면 실제 가구소득은 전혀 없더라도 재산의 소득환산제에 의해 이 가구는 전세금으로부터 매월 91.7만원의 소득이 발생하는 것으로 간주되어 이 가구가 받는 현금급여액은 84,024원에 불과하다. 이것은 기본재산(대도시 3,800만원) 이상의 주거여건에 살고 있으므로 다른 욕구를 그 만큼 대체하여 줄여야 한다는 논리와 똑같다. 주거욕구가 최저수준 이상으로 충족되었다하여 의료나 생계욕구가 그 만큼 줄어드는 것은 아니고 의료와 생계욕구는 그 자체로서 충족되어야 한다.

셋째, 가구균등화 지수는 기본적으로 생계욕구에만 적용될 수 있는 것

이어서 다른 욕구에도 동일한 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않다. 가구원 구성원이 2인에서 4인으로 바뀌면 의료욕구(의료위험)가 가구균등화 지수만큼 증가하는 것이 아니고 모든 조건이 똑같다면 정확히 2배 증가하는 것이기 때문에 의료욕구에 생계욕구의 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않다.

2. 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 2002년 이후 지속적으로 매년 증가추세를 보이고 있다. 특히 2004년에는 차상위계층 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 사람을 수급권자로 편입시켰고 2005년에는 차상위계층 중 12세 미만 아동을, 2006년에는 18세 미만 아동을 의료급여 수급권자로 확대하였다. 따라서 의료급여 수급권자수가 지속적으로 확대되어 2007년 말 기준 약 1,854천 명에 이르고 있다. 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005, 2006년에는 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였다.

〈표 2-4〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007
의 계	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,854,821
료 1종	828,922	867,305	919,181	996,449	1,028,536	1,045,619
급 2종	591,617	586,481	609,662	765,116	800,091	809,202
여						

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.³⁾

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 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자는 국민기초생활보장법

3) 국민기초생활보장법 부칙 제5조.

하의 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

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

○ 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	승 용 차
소득환산율	월 4.17%	월 6.26%	월 100%

나) 부양의무자기준⁴⁾

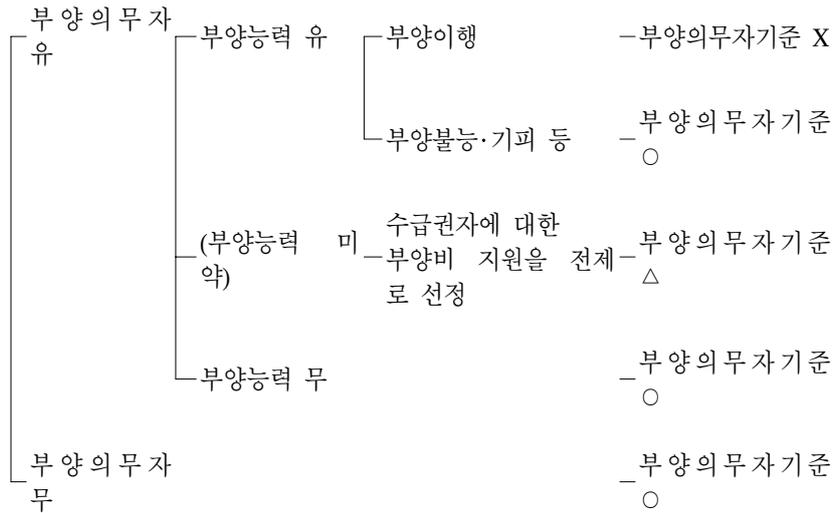
부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다. 수급자가 되기 위한 必要條件은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을 지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

(1) 부양의무자 범위

扶養義務者 範圍는 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).

4) 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 2-1] 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 자⁵⁾(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 「국민기초생활 보장법 시행령」 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장시설수급자), 「국민기초생활 보장법」 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.

5) 치료가 완료되어 근로능력을 회복하였을 경우에는 2종으로 환원

(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
- ② 자활급여 특례자 : 수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활인턴 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 최저생계비를 초과한 경우
- ③ 차상위 의료급여 수급권자⁶⁾ : 『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 2-5〉 ' 08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
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 2-6〉 재산에서 공제하는 기초공제액

대도시	중소도시	농어촌
9,500만원	7,750만원	7,250만원

6) 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 : $B \times 3$

※ B : 부양의무자의 최저생계비

〈표 2-7〉 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
차상 위가 1인 (300%)	1,389,141	2,352,957	3,079,809	3,797,544	4,463,634
구의 수급 2인 (325%)	1,504,903	2,549,037	3,336,460	4,114,006	4,835,604
자수 3인 (350%)	1,620,665	2,745,117	3,593,111	4,430,468	5,207,573

※ 원단위 이하는 절상함

〈표 2-8〉 의료급여수급자의 자격 구분

구분	대상
	국민기초생활보장법에 의한 수급자중, ○근로능력이 있는 수급자에 해당하지 아니하는 자(국민기초생활보장법 시행령 제8조 제1호 가목에 해당하는 자 포함)만으로 구성된 세대의 구성원 · 18세 미만 61세 이상의 수급자 · 18세 이상 60세 이하 수급자 중 중증장애인, 임산부, 공익요원, 기타 보건복지부 장관이 정하는 자 · 미취학자녀 또는 질병 등으로 보호가 필요한 가구원의 양육·간병(1인에 한함)
1종	○국민기초생활보장법시행령 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자 ○보건복지부 장관이 정하는 희귀난치성 질환(107개)으로 6월 이상 치료를 받고 있거나 6월 이상의 치료를 요하는 자가 속한 세대의 구성원 ○재해구호법에 의한 이재민 ○의사상자예우에 관한 법률에 의한 의상자 및 의사자의 유족 ○독립유공자예우에 관한 법률 및 국가유공자등 예우 및 지원에 관한 법률의 적용을 받고 있는 자와 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 요청한 자 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자 ○북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률의 적용을 받고 있는 자와 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자 ○광주민중화운동관련자 보상 등에 관한 법률 제8조의 규정에 의하여 보상금 등을 받은 자와 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 자 ○차상위계층 중 희귀질환 보유자
2종	○국민기초생활보장법상 수급자중 1종 수급권자에 해당하지 않는 자 ○차상위계층 중 만성질환 보유자 및 18세 미만 아동

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) 본인부담⁷⁾

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.

7) 보건복지부 발행 의료급여 사업안내 참조

〈표 2-9〉 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 ⁸⁾	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)	
선택의료급여기관 이용자	제1~3차 의료급여기관	조건부연장승인자(M001) 자발적참여자(M002) M009~M010	0 (본인부담 없음)	
선택의료급여기관에서 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	선택기관에서 의뢰된 자 (B005) 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자 (B006)	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

8) 그 이외의 경우

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

〈표 2-10〉 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	-	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)
제3차 의료급여기관	-	-	의료급여비용총액의 15%		
선택의료 급여기관 이용자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	B001 ~ B004 ※ 조건부연장 승인 자(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	-	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)
제3차 의료급여기관	-	-	의료급여비용총액의 15%		
선택의료 급여 기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	선택기관에서 의뢰 된 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 의뢰 된 자(B005) 선택의료급여기관에 서 의뢰되어 재의뢰 된 자 (B006)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
		만성질환자 외	-	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)
제3차 의료급여기관	-	선택기관에서 의뢰 된 자(B005) 선택의료급여기관에 서 의뢰되어 재의뢰 된 자 (B006)	의료급여비용총액의 15%		

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.

3. 개별급여 관련 현행 수급자 선정의 문제점

현행 통합급여 형식의 국민기초생활보장법 하에서는 기초수급자가 그대로 의료급여수급자가 되기 때문에 국민기초생활제도에서 수급자 선정의 문제점이 그대로 의료급여 수급자 선정방식의 문제점으로 다시 부각될 수 있다. 이를 의료급여제도의 관점에서 재해석해보고 추가적으로 의료급여 제도만 한정해서 자격선정의 문제점도 검토하고자 한다.

첫째, 가구균등화 지수 적용의 한계를 들 수 있다. 4인 가구 기준 최저생계비를 계측한 후 가구균등화 지수를 사용하여 가구원 수의 차이를 반영한 최저생계비를 공시하고 있으나 의료급여 수급자의 대부분이 1인 내지 2인 가구 이고 가구균등화 지수가 현실 상황을 적절히 반영하지 못하고 있다는 논란이 지속되고 있다. 가구균등화 지수의 배경은 모든 가구의 효용이 같게 한다는 것이다. 그러나 의료에 한정하면 이는 논리적으로 하자 있다. 1인의 의료위험이 1이라면 2인의 의료위험이 가구균등화 지수 만큼 증가하는 것이 아니고 정확히 2배가 된다.

둘째, 현행 최저생계비는 도·농간 및 특성별(장애인, 노인 등) 생계비 차이를 반영하지 못하고 있다. 현행 최저생계비는 중소도시 40세 가장의 4인 가구(부부 및 자녀 2명)를 기준으로 계측·적용되고 있다. 대도시 거주자에게는 과소, 농어촌 거주자에게는 과다 생계비가 지급되고 있기 때문에 형평성에 문제가 있다. 특히 4인 가구에 노인, 장애인 등 의료비가 많이 드는 계층이 포함되어 있는 경우 표준가구 기준 최저생계비가 적용

되는 현실에서 당연히 수급자에 포함되어야 할 가구가 배제될 수밖에 없는 상황이 발생한다.

셋째, 부양의무자 기준의 한계가 존재한다. 부양의무자 기준 때문에 최저생계비 이하의 소득임에도 수급자가 되지 못하고 또한 부양의무자로부터 실질적인 부양을 받지 못하는 등의 문제가 상존한다.

넷째, 현행 수급자 선정기준에서는 의료사각지대가 존재할 수밖에 없다. 위에서 제기한 문제점들 때문에 수급자가 되지 못하고 건강보험 적용대상자가 되는 계층은 건강보험 보험료를 납부하지 못하고 체납상태에 방치됨으로써 의료사각지대에 놓이게 된다. 현재 200만 세대 이상이 건강보험 보험료를 체납하고 있는 실정이며 이 중 약 40%(80만 세대)가 경제적 능력부족으로 체납하고 있는 것으로 조사되고 있다. 건강보험에서 3개월 이상 보험료를 체납하면 급여가 중지되기 때문에 이들은 의료사각지대에 놓이게 되는 것이다.

다섯째, 의료급여의 수급자 선정기준이 의료욕구를 반영하고 있지 못하다. 국민기초생활보장제도의 수급자가 그대로 의료급여 수급자가 되기 때문에 소득, 재산, 부양의무자 기준이 적용될 뿐이다. 희귀질환을 앓고 있는 사람, 고혈압, 당뇨 등 만성질환을 앓고 있는 사람은 2004년부터 차상위 의료급여라는 이름으로 선정되었지만 2008년부터 다시 건강보험 적용대상자로 전환 중에 있다. 그 외 의료비가 많이 소요되는 장애인, 임산부, 노인 등은 의료급여 수급기준에서 전혀 고려되지 못하고 있는 실정이다. 즉 의료욕구를 반영한 수급자 선정기준이 필요하다 하겠다.

Ⅲ. 미국의 Medicaid 제도

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 있다⁹⁾. 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

9) 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 가이드라인을 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. 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 대상자 (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 한해서 실시한다. 가구소득기준은 주별 상이한데, 일반적으로 AFDC소득기준은 연방정부 빈곤선 (Federal poverty line) 보다 낮게 책정되었다. 2005년, 위스콘신 주의 경우, 4인 가족의 월 소득이 연방정부 빈곤선의 48%미만인 경우 AFDC 관련된 Medicaid 서비스를 받을 수 있다. 자산의 경우는 1,000 불을 초과할 없다.

〈표 3-1〉 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 Standard	Assistance
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 임산부와 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 3-2〉 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 가정 이면서 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 임신부의 경우, SSI에서 적용한 자산기준 보다는 다소 완화된 기준을 적용하고 있다. 유아와 어린이의 경우도 이전 AFDC의 기준보다 덜 제한

적으로 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, 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.

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

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 3-3〉 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 SSI를 받게 된다¹¹⁾. 해당 장애가 있는 어린이 또는 성인은 미혼상태이고, 가정의 가장 역할을

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

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 받지 않고, 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(earned income) 기준은 2,219 달러가 된다. 근로소득은 세금부과전의 자영업자의 임금 또는 고용노동자의 임금을 의미하며, 근로 외 소득은 연금, 실업보험, 이자소득 등을 포함한다.

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 3-4〉 18세 미만 장애어린이의 SSI지급 기준

비장애아 동의 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, 월 소득이 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.

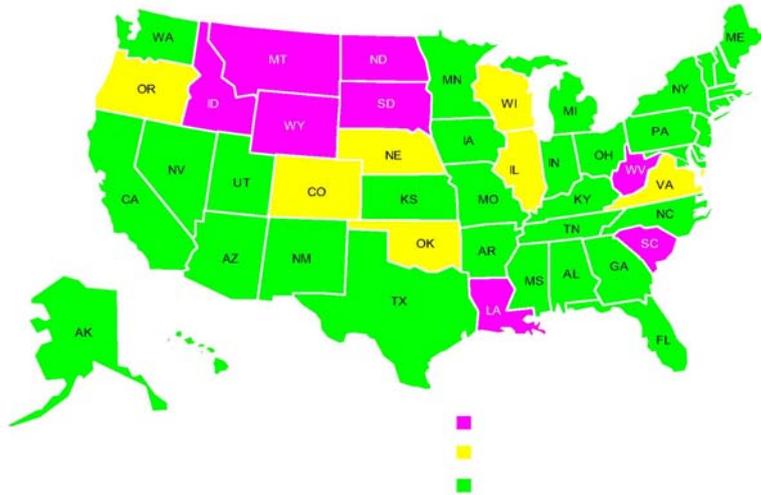
나. 범주적 관련 집단(categorically related group)

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 지역사회 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 넘게 된 경우에 한하며, 결핵관련 통원서비스 및 의약품에 한해 급여됨(spending down에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단은 의료비 지출분에 대해 소득공제를 함으로써 소득기준을 충족시키는 것임)

[그림 3-1] 미국의 주별 어린이의 메디케이드 자격 조건
(미국의 연방정부 빈곤선 기준)

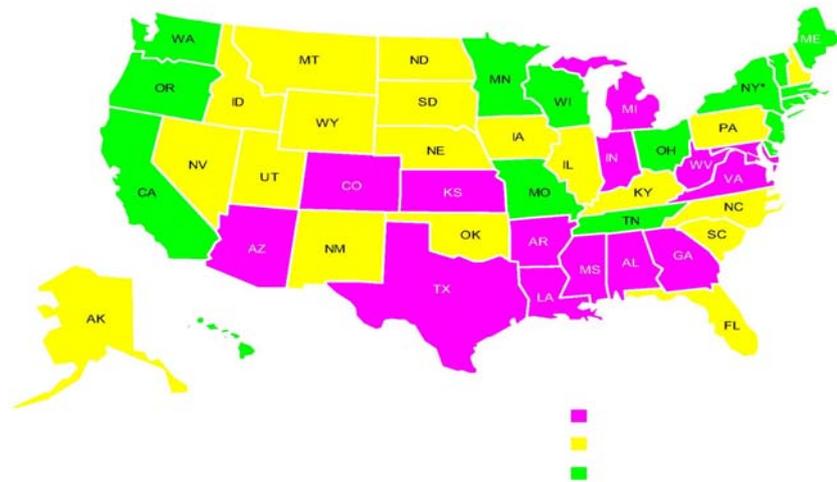


■ 연방정부 빈곤선 150% 미만 (8개주)

■ 연방정부 빈곤선 151%-199% (7개주)

■ 연방정부 빈곤선 200% 이상 (36개주)

[그림 3-2] 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, 18세 이하의 어린이, 그리고 일부 시각장애인’을 포함해야 하며 이들을 ‘의무적 의료요보호집단 (Mandatory medically needy groups)’ 이라 분류한다. 이들 주들은 의무적 의료보호집단 이외에 선택적으로 의료적 요보호집단을 기준을 설정할 수 있으며, 이들에게 메디케이드 서비스를 제공하고 있다.

2005년 기준으로 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.

1) 의료적 필요 집단을 수급자로 편성하는 프로그램(MNP- Medically Needy Program)에서의 Enrollment and Spending

2000년 기준 MNP 수혜자 수 및 지출은 각각 \$3.6Million, \$24Billion에 이른다. 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 제공해야한다. 반면 주정부는 선택적용 프로그램을 운영하는 데 광범위한 재량권을 가지고 있다. 연방정부가 정한 최소 소득 기준 이상을 적용하여 수급 대상을 확대할 수 있다. 이 경우도 연방정부의 Matching funds를 지원받게 된다. MNP도 이러한 선택 프로그램 중 하나이다.

MNP를 제외한 모든 당연(Mandatory) 및 선택(Optional) 적용 대상을 범주적 욕구(Categorically needy) 집단으로 분류한다. 각 주정부는 범주적

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

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 접하는 MNP 수급자가 전체 Medicaid 지출의 약 14%를 사용하고 있다. MNP 수급자 3.6백만명 중 아동이 약 40%를 차지하고 성인 26%, 장애인 15%, 노인 19%로 구성되어있다. 1인당 의료비 관점에서 살펴보면 의료적 욕구에 의해 수급자가 된 계층이 범주적 욕구 계층보다 더 많이 지출한다. 특히 노인, 장애인은 거의 2배에 육박하고 있다.

〈표 3-5〉 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 3-6〉 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 3-7〉 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 3-8〉 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율

	분포
성인	9%
아동	7%
장애인	7%
노인	15%,

2) 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 자격이 안 된다. MNP를 운영하는 주는 최우선적으로 임산부 및 18세 이하 아동에게 우선 적용해야 하고 21세 이하 아동, 아동의 부모 및 아동을 돌봐주는 관련인, 노인, 장애인 등에게 선택적으로 적용할 수 있다.

MNP 자격을 가질 수 있는 두 가지 방법은 다음과 같다. 첫째, Categorically needy 그룹의 소득기준보다 높으나 MN 소득 기준보다 낮을 경우이다.(주에 따라 MN 기준이 낮은 경우도 있음. - 이 경우 Spend down 방법에 의해 MNP 자격을 가질 수 있음.) 둘째, 의료비 지출 후 소득이 MNIL(Medically Needy Income Line)보다 낮은 경우이다. 이를 Spend down obligation이라한다. 주에 따라 의료비를 1개월 spend down 하는 경우부터 6개월 spend down 하는 경우까지 다양하다. Spend down 을 통한 수급자격을 결정하는 데 소득(소득 기준 및 소득 산정 방법), 자산(자산 기준 및 자산 산정 방법), Budget period(1개월부터 6개월), Pay-in spend down(Medicaid 수가적용을 받기 위한 사전지불) 등이 영향을 미친다.

MNIL이 AFDC 소득기준의 133%를 초과할 수 없도록 연방정부는 규

정하고 있다. 단 도·농간 주거비의 차이를 소득기준에 반영할 수 있도록 하고 있다. 시설 거주자이면서 MNP 수급자는 용돈(\$50)을 제외한 모든 소득(SSI 소득 포함)과 자산을 시설에 납부하여야 한다. 자산은 거주 주택 1채를 제외하고 1인의 경우 \$2,000, 2인의 경우 \$3,000이 상한선이다. 이는 SSI 기준과 똑같다. 주정부는 MNP에서 SSI 자산기준보다 완화된 기준을 적용할 수 있으나 더 엄격한 기준을 사용할 수는 없다. 2001년 MNP의 전체 평균 기준 소득은 1인 기준 약 \$400인데 이는 연방정부 빈곤선(Federal poverty line)의 55%에 해당한다. 가장 낮은 경우 연방정부 소득 기준의 15%인 Arkansas부터 111%인 Vermont까지 다양하다.

Spend Down에 대한 이해를 돕기 위해 간단한 예를 소개하고자 한다. Penn state에 살고 있는 5세 아동이 있는 3인가구의 한달 가처분 소득이 약 \$1,550인 경우 FPL의 133%가 \$1,622이기 때문에 5세 아동은 Medicaid 수급자가 된다. (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 없다. (Penn state 3인 가구의 Medicaid 수급을 위한 소득기준: \$806(CN), \$442(MN)) 이 때 어머니가 빙판의 미끄럼 사고로 팔이 골절되어 \$14,000의 병원비가 발생하였다면 spend down에 의해 MN 수급자가 될 수 있다. 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 있다.(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 한 후 나머지 \$12,892를 Medicaid에서 지원하나 수급기간은 1개월로 한정된다.

3) MNP의 급여 범위

MNP를 운용하는 주정부는 연방정부의 Matching Fund를 받기 위해 연방정부가 강제적으로 의무화하는 의료서비스를 반드시 급여범위 내에 포함시켜야 한다. 18세 이하의 아동 및 시설 거주자에게 앰블런스 서비스 제공, 임신부에 대한 산전케어 및 출산 서비스는 연방정부의 의무사항으로 반드시 포함하여야 하고 정신질환자에 대해 MNP를 제공하는 모든 주에서는 MNP 수급자에게 CNP 급여와 똑같은 급여를 제공해야 한다.(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 28개주에서는 MNP 급여범위와 CNP 급여범위가 같다.

4) MNP 관련 정책 이슈

약 35개 주에서 MNP 제도를 시행하고 있지만 이와 관련 여러 문제점들이 노출되고 있다. 현재 미국 정부가 MNP 관련 고민하고 있는 사항은 아래와 같다. 첫째, 예산 부족이다. 2000년대에 지출은 평균 약 13.3% 증가하고 있지만 수입은 약 5%증가에 그쳐 2003년에는 49개주에서 MNP를 축소시키고 있다. 비용 억제(cost-containment)를 위한 다양한 제도(option)를 사용하고 대상자를 줄이며 급여범위를 축소시키고 있다. 둘째, 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. 이는 예산의 부족과 밀접하게 연관되어 있다. 셋째, MNP에서 소득기준을 정기적으로 조

정하지 않고 있다. 이는 Spend down 규모가 상대적으로 커질 수밖에 없음을 의미한다. 따라서 MNP 자격에 대한 확신이 없는 계층에 대해 공급자나 요양시설에서는 의료서비스 제공을 기피하고 있다. 이 문제 또한 예산 부족과 밀접한 연관성이 있다. 넷째, 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 책정되고 있다. 다섯째, 관리운영체계가 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.

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 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

17) 메디케어 프로그램은 65세이상의 노인, 65세 이하의 장애인, 말기의 신장병환자를 대상으로 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 Check에서 지불되며, 의료서비스를 받을 때마다 일부금액을 지불해야 한다. Part D는 조제약처방관련 보험이다.

100%, 120%, 135%, 175%) 요건과 은행구좌, 주식, 채권 등의 자산 한도액 (SSI 수급요건의 2배) 요건이 있다.

보조내용으로는 아래와 같은 이중자격 유형에 따라 파트A의 보험료, 파트B의 보험료, 정액공채액, 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, 연방재정지원(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 메디케이드 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

2. 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.

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

〈표 3-9〉 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. 이 중 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 명으로 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 우리나라처럼 노인과 장애인은 인구대비 상대적으로 더 많은 의료 니드가 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-10〉 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% 이

상 200% 미만인 전 인구의 19%를 점하고 있다. 나머지 64%의 인구는 연방 빈곤선 기준 200% 이상의 소득을 가지고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-11〉 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 3-12〉 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 3-13〉 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 3-14〉 수급자가 되기 위한 소득기준(2006) - 3인 가족 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%

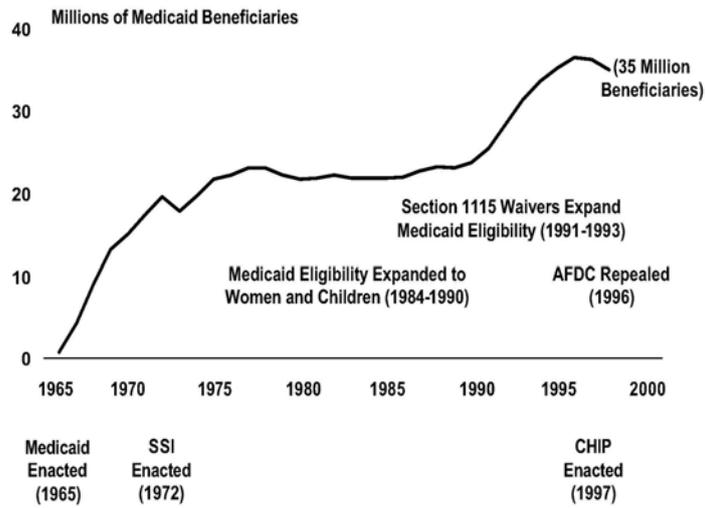
현재 미국 Medicaid 제도에서는 Medicare 자격자 중 Medicaid 수급 기준을 만족하는 계층에 대해 이중으로 보호하고 있는 데 이를 Medicaid와 Medicare의 이중 자격자라 한다. Medicaid 수급자의 약 14%가 이와 같은

이중자격자에 해당하고 이들이 Medicaid 총 지출의 약 40%를 소요하고 있다.

〈표 3-15〉 Medicaid와 Medicare 이중자격

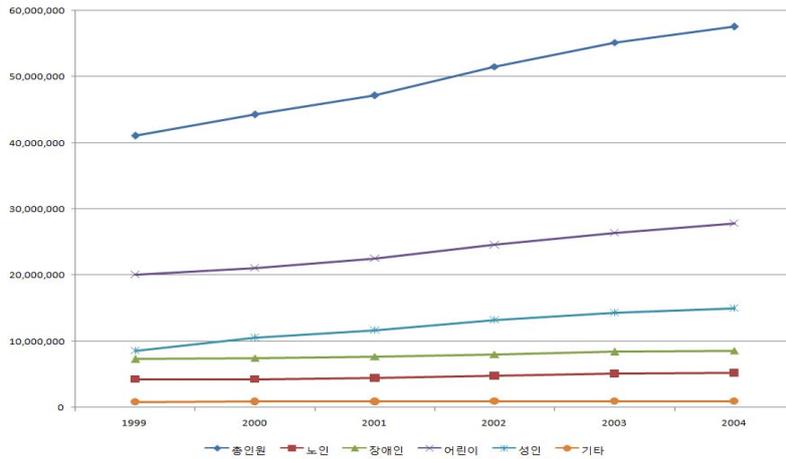
총 수급자수(2003년)	5.9M(Medicaid 수급자의 14%)
총 지출(2003년)	16.7B(Medicaid 총지출의 40%)
총 Medicare 수급자(2005년)	42.3M(전체인구의 14%)

[그림 3-3] 메디케이드 자격조건의 변화 (1965-1997)



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

[그림 3-4] 메디케이드 대상자의 구성 및 변화 1999-2004.



3. 오레곤주의 Medicaid

가. 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 선정과정

1) OHP(Oregon Health Plan): 전개과정

오레곤주에서 보건관리가 중요시된 첫 번째 사건은 1987에 백혈병으로 진단 받은 7살의 Coby Howard의 사망이었다. Howard는 골수 이식이 필요한 상황이었으나 오레곤주의 Medicaid 관련 법안은 Medicaid 의료서비스에서 골수 이식 비용을 제공하지 않는 것으로 되어 있었다. 결과적으로 오레곤주는 Howard의 골수 이식 비용 지불을 거절했고 그로 인해 Howard는 사망했다. 이 사건으로 인해 오레곤주의 행정당국은 골수 이식에 대한 비용을 제공하는 Medicaid 관련 법안 제정을 시도하였다.

그러나 이 법안은 응급의학의사였고 후에 오레곤주의 주지사가 된 상

원의원장 John Kitzhaber로부터 반대를 받았다. 그는 오레곤 뿐만 아니라 다른 미국주의 대부분 사람들이 비보험이고 심지어 가장 기초적인 의료 서비스를 받는 사람도 부족하다라고 언급했다. Kitzhaber는 이러한 골수이식 같은 Medicaid 서비스는 수혜자가 거의 없는 상황에서 막대한 비용에 비해 얻는 편익은 거의 없다고 강력히 주장했다. 그는 비록 오레곤주가 모든 사람을 위한 모든 의료 관리 서비스 비용을 지불할 수 없기는 하지만 지출을 조절하여 계획적 관리를 한다면 보험적 범위를 현재의 모든 비보험 범위로 확대할 수 있다고 주장했다.

1989년, 오레곤 입법부는 Kitzhaber의 지지에 힘입어 보험 범위를 모든 오리곤 사람에게 적용하려는 건강 개혁 법안을 제정했다. 개혁법안의 2가지 골자는 다음과 같다 : 하나는 오레곤주의 노동자에게 건강 보험을 제공하도록하는 민간 고용주에 대한 의무적 법안과 다른 하나는 연방의 빈곤 기준 이하의 모든 사람에 대한 Medicaid 프로그램의 확대였다. 이 시기에, Medicaid는 저소득 미국인의 42%만을 적용대상으로 하였고 다른 주들은 Medicaid 수혜자의 자격 요건을 계속 강화하고 있었다. 대조적으로 오레곤주는 적용대상을 확대하기 위해 의료보험의 공적인 자원과 민간 자원의 양측을 확대하는 "양측 전략"을 추구했다. 사업주와 공화당의 정치적 반대에도 불구하고 오레곤 행정부는 입법실행을 강행했다. 상당한 진통과 토론이 있었으나 연방의 Medicaid 개혁이 클린턴 행정부의 승인에 의해 이루어졌고 OHP는 1994에 효력을 발휘하기 시작했다.

2) 오레곤주 Medicaid 급여의 우선순위 과정의 원칙 설정

오레곤주 Medicaid 급여의 우선순위 과정의 원칙은 다음과 같다. 700쌍의 임상적 상황과 치료군의 임상적 근거의 조사와 다른 치료 효과에 관한 전문적인 견해 두 가지를 우선순위 목록 선정 회의에서 도출하여 적용시키는 것이다. 여기서의 임상적 상황들은 ICD9-에 따라 범주화된 것이다.

그리고 그것과 관련된 치료들은 Current Procedural Terminology에서 도출되었다.

최초의 목록은 오리곤 입법부에 의해 제출되었으나 미국의 장애인 법안과 상충되는 면이 있어 1990년에 기각되었다. 기각된 이유는 임상적 상황과 치료군의 순위화가 장애자와 무관한 완벽한 삶의 질평가 및 그에 대한 결과에 기반을 두었기 때문이다. 이러한 문제를 피하기 위해 개정된 우선순위 목록이 1994년 2월에 개정되어 나왔고 Health Care Financing Administration에 의한 동의 및 연방정부의 승인을 얻었다. 오레곤 건강계획의 최종적인 우선순위 목록의 696개의 치료군 중 565개에 대해 자금 확보 법안이 통과되었다. 그 치료군들 중 예방적이고 완치가 가능한 서비스가 높은 우선순위군에 포함되었고 증상완화적인 관리도 우선순위군으로 포함되었다. 우선순위군에서 배제되는 기준 2가지는 개인에만 국한된 특정임상 상황과 효과적인 중재가 없는 것이었다.

3) 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 선정: 우선순위 목록

OHP는 연방정부의 빈곤 기준 미만 주민에게 Medicaid 범위를 확대하였다. 확대 대상에 대한 의료급여의 제공은 서비스의 우선순위 목록을 기초로 이루어졌다. Health service commission이 10000개 이상의 의료처치를 709개의 진단과 그에 대한 처치("condition/treatment pairs")로 범주화하였다. 이러한 범주화는 지역사회에 의한 회의, 삶의 질에 대한 선호도, 공적인 가치관, 비용-편익 분석, 의학적 결과 조사를 기준으로 이루어졌다. 이것은 의료 지출에 대한 우선순위 기준이 될 것으로 생각되었다.

초기에 우선순위 목록의 설정은 의사에 의한 데이터와 결과 조사를 통한 수학적 공식에 의해 이루어졌다. 이후 서비스의 추가가 이루어졌다. 오레곤주의 보건 서비스의 우선순위 선정은 객관적인 선호도 분석과 비용-편익 분석을 동시에 요구하였다.

오레곤 보건관리 개혁의 핵심 사안은 OHP에 속한 각각의 질환 및 치료군에 대한 재정 투입 결정 및 OHP 적용의 빈곤기준 결정이었다. 그러나 이러한 개혁법은 의료 공급자의 임금 삭감이나 Medicaid 혜택 범위 축소를 하지 않았기 때문에 궁극적으로 재정부족을 초래했다. 대안으로 Medicaid 서비스 범위를 축소하던지 아니면 프로그램을 위한 세액을 증가시켜야만 했다.

우선순위 목록 시행 초기에 다음과 같은 문제들이 지적되었다. 몇몇은 서비스 범위에 해당되지 못하는 빈곤계층 장애인에 대한 윤리적 문제와 시간에 따른 비효율성을 지적했고 다른 몇몇은 우선순위 목록 자체의 불합리성의 문제를 제기했다. 이러한 문제를 해결하고 OHP를 제정하기 위해 오레곤주의 정책 입안자는 장애인의 삶에 질에 대한 기준을 추가하였다.

오레곤주는 1994년 이래로 우선순위 목록을 계속 발전시켜 왔다. 가장 최근의 OHP 추가 목록은 1999년에 만들어진 것으로 743개중 574개의 질병서비스를 포함하고 있다. 오레곤주의 입법부는 매 2년마다 해당 보건서비스 분야의 공적인 범위를 넓히고 있다.

4) 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 내용 및 목록의 부작용

OHP의 일차적인 목표는 HSC가 오레곤주의 Medicaid 수혜자를 의료서비스의 우선순위 목록에 적용시키는 것이었다. 처음에, HSC는 건강문제의 17개 범주(치명적이나 치료가 완전한 회복을 가져오는 급성 상태와 치료가 가능한 비치명적 급성 상태, 치명적일 것 같지 않은 만성적 상황과 모성 및 신생아 서비스, 그리고 효능이 인정된 예방적 관리)를 만들었다. 그때 내과 및 외과의 모든 진단명과 치료군들이 17개의 건강 문제로 할당되어 나누어졌다. (전체 700개의 진단-치료군) 다음에 진단명과 치료군의 평균 여명, 삶의 질, 치료의 비용 효과, 임상적 효과, 순편익, 그리고 많은

사람들에게 미칠 이익들을 기준으로 13개의 범주로 순위화되었다. 마지막으로 우선순위를 매긴 목록과 그 목록별 질환에 대한 예산이 할당되었고 해당 서비스의 대상자의 범위도 최종적으로 확정되었다.

최초의 우선순위 목록(587개의 항목)은 장애자들의 삶의 질을 과소평가 했다는 이유로 1991년 부시 행정부에 의해 기각되었다. 그러다 사망이나 장애의 정도에 따라 치료의 유무를 정한 새로운 진단-치료군에 관한 우선순위 개정 목록이 제출되었고 1993년 클린턴 행정부에 의해 승인되었다. 이 새로운 버전의 목록은 결과 데이터와 건강의 질, 순위의 공정성을 위해 다음과 같은 특징을 가지게 되었다.; 1) 질에 대한 결과를 왜곡시키는 조사를 없앴다; 2) 진단-치료 군을 709개에서 699개로 수정했다; 3) 그리고 우선순위 목록에 대한 HSC 의장의 결정권을 강화시켰다. 1993년의 우선순위 질병 목록 순위는 1991년 질병 목록과 비교해서 약 85%가 거의 정확하게 똑같은 순위로 평가되었다.

우선순위 최종 목록에서 사망을 막고 회복이 가능한 치료군(임상적으로 효과적인 고비용 치료도 포함됨)이 가장 우선순위가 높은 군에 해당되었다. 모성관리, 완전한 회복 없이 죽음을 막는 처치가 그 다음 우선순위를 차지하였다. 반대로 최소의 또는 건강 향상이 없는 치료군이 가장 낮은 우선순위군으로 평가되었다. 다른 중요한 진단-치료군은 다음과 같다; 51줄의 피임, 67줄의 저체중 출생, 181줄의 효과가 입증된 성인의 예방적 서비스가 포함되었다. 반면에 578줄 아래의 진단-치료군은 보다 효과적인 치료법이 택해져 효과적으로 관리되고 있었다.

우선순위 목록에 의한 Medicaid 수혜자의 의료서비스 제공에도 불구하고 의사들에 의해 다음의 부작용들이 나타나게 되었다. Medicaid 수혜자가 우선순위 목록에 해당하지 않는 단순한 질병으로 방문한 경우에도 치료가 행해지고 우선순위 목록에 해당하지 않는 질환이 우선순위 목록 질환으로 포함되어져 치료되었다. 특히 복잡한 질환에 의한 오진의 경우 의사가 그

들의 손실을 매우기 위해 이러한 질환을 더 많이 OHP에 포함시킬 수 있었다.

5) 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 목록의 적용 결과

Medicaid 급여를 위한 우선순위 목록의 적용이 어떻게 이루어지고 있고 그에 대한 결론은 무엇인가? 6년간의 시행 기간동안 5가지 결론이 도출되었다.

첫째는 예상과는 달리 오레곤 주의 우선순위 목록에 기반을 둔 Medicaid 급여 제공이 광범위하게 확산되지 않았다. 왜냐하면 우선순위 목록에서 제외된 서비스의 수가 상대적으로 적었고 그로 인한 비용 절감이 크지 않았기 때문이다.

반면에 최근 OHP에 추가된 benefit package는 과거 오레곤 주의 Medicaid 시스템보다 더 많은 종류의 보건 서비스를 제공하고 있다. 그 예로 정신보건과 치아관리 같은 몇몇의 서비스를 들 수 있다.

둘째는 서비스 대상 범위를 현실에 적용하는 것이 실제로 훨씬 더 어렵다는 것이다. 비록 오레곤 주의회가 우선순위 서비스 목록을 제시하였으나 현실적 적용은 쉽지 않았다. 예를 들어, 많은 Medicaid 수혜자는 계속해서 OHP에 해당되지 않는 질병에도 불구하고 Medicaid 급여서비스를 받고 있다. 이것은 과거의 관행을 묵인하는 공급자의 진료행태에 기인한다. 즉 OHP의 서비스 범위에 해당되지 않을지라도 모든 진단 방문과 치료에 대해 의료비용이 지불되는 허점을 의사가 이용하여 의사유발수요를 발생시키는 것이다. 특히 환자의 동반상병을 이용하여 OHP에 해당되지 않은 환자를 해당되도록 하는 것이 대표적인 사례이다.

세번째로 오레곤주의 Medicaid 급여를 위한 우선순위 목록이 의미있는 비용 절감을 가져오지는 못했다. 행정부가 산출한 우선순위 목록 시행 첫 5년간의 재정절감 비율은 이전 비용에 비해 약 2%정도였다. 이유는 상대

적으로 적은 수의 서비스 축소가 이루어졌기 때문이다. 그럼에도 불구하고 오레곤주는 60만명 이상의 대상자를 늘려서, 1992년 비보험 대상자 비율 17%를 1997년에는 11%까지 줄였다.(이것은 국제적인 기준에서 크나큰 성과라고는 볼 수 없으나 1998년 미국의 평균 비보험 가입자가 16% 이상이라는 점을 감안하면 긍정적인 결과라고 판단되어진다.) 그러나 오레곤주의 비보험 대상자 확대에 대한 비용은 우선순위 목록의 사용에 의해 절감된 것이 아니라 담배세의 인상과 Medicaid 수혜자의 managed-care로의 이동을 통한 비용의 이전에 의한 것이다. 우선순위 목록 할당을 통한 의료비용의 절감은 이루어지지 못한 것으로 판명되었다.

네 번째, 초기에 계획된 OHP의 과학적인 우선순위 산정법은 실제적으로 이루어지지 못했다. 비록 계획 초기의 우선순위 목록은 과학적 기준에 큰 비중을 두기는 하였지만 우선순위 목록과 관련된 논쟁과 정치적인 이해관계로 인해 객관성이 변질되었다. 특히 새로운 서비스의 포함 및 개정된 우선순위가 Health service commission의 선호도에 따라 결정되었다. 한마디로 OHP의 우선순위 목록은 제정 초기에 계획한 비용편익 분석 및 과학적 임상 결과 데이터에 기반을 둔 것이 아니었다.

마지막으로, 오레곤주의 OHP는 획기적인 정책 혁신이기는 하였으나 미국의 다른 주나 다른 나라에서는 OHP의 모델을 도입하지 않았다. 이유는 오레곤주의 우선순위 목록에 의한 Medicaid 급여의 비용절감효과가 그다지 높지 않고 Medicaid 수혜자에 대한 확대 적용도 공공의 참여와 조세의 인상을 통해 유지되는 단점을 가지고 있기 때문이다.

6) 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 목록 실행의 이익

전체적으로, OHP의 우선순위 목록의 이익은 크다. 왜냐하면 그것을 활용하기 위해 질병에 대한 서비스를 축소했을 지라도 OHP에 대한 Medicaid 급여 수혜자가 많아졌기 때문이다. 현재의 Medicaid 급여 수혜자

는 이전의 OHP에서 제공하지 않은 치아 관리 및 장기 이식과 같은 서비스 혜택도 받게 되었다. 또한 우선순위 목록 기준 밖의 의료 서비스 제공 거절 비율도 시작년도에 비해 매우 낮아졌다. 이것은 우선순위 기준의 변동에 따른 치료 혜택 범위의 축소를 연방의 Health Care Financing Administration(HCFA)가 제한하는 것에서 비롯되었다. 1997년, 오레곤 주의 회 입법부가 항목을 581개로부터 574개로 축소시키는 것을 제안했을 때 HCFA는 단지 578 항목으로의 축소만을 허용했다.; 따라서 Medicaid 급여 수혜자와 OHP 의료 서비스 범위는 미래에도 크게 변하지 않을 것으로 예상된다.

7) 오레곤주 Medicaid 급여를 위한 우선순위 목록 실행의 한계

오레곤주의 건강 계획은 우선순위에 기반을 둔 하나의 목록으로 건강 서비스를 제공하려고 하였다. 이것은 시작부터 모험적인 일이었다. 아마 임상우선순위 목록은 임상효과와 비용, 사회적 가치에 의한 건강 서비스의 순위화를 이루고자 했다. 그러나 본질적인 한계 때문에 완전한 평가는 이루어지지 못했다.

나. 임상적 효과

오레곤 건강 서비스 커미션은 일차적으로 다른 의료 서비스의 효과의 평가를 건강 전문가에게 조사 형태로 만들어 배포함으로써 임상 효과에 대한 정보를 얻었다. 직설적으로 묻고 답하는 형식을 빌어 정책적 중요성을 평가했다. 이것은 과학적인 면에서 비합리적이다. 본질적으로 건강 서비스의 순위화는 엄격한 과학적 검증에 기반을 둔 임상 효과에 기초를 두어야만 한다.

게다가 모든 건강 서비스에 우선순위를 매기기 위해 충분히 과학적이

고 엄밀한 임상 효과에 대한 정보를 획득하는 것은 실제로 불가능한 일이다. 의학 문헌의 전체 범위 중 비교적 적은 수의 서비스에만 위의 정보들이 신빙성을 가지게 된다. 적용가능한 연구라도 그 중의 일부는 대상인구와 기술, 사회의 변화 때문에 시대에 뒤지게 되고 의료 서비스에 대해 이러한 연구를 하는 것은 최종적인 결론을 도출할 수 없다. 우리가 효과적으로 결과를 이용하기 전에 이러한 연구결과는 일반적으로 시대에 뒤쳐진다고 말할 수 있다.

오레곤 건강 계획에 동의하는 Brookings 단체의 Joshua Wiener은 다음과 같이 언급하였다:

대부분의 임상적 상황과 치료군을 결정하기 위한 타당한 효과 판단의 경험적 기초 데이터가 없다. 임상 효과의 산출은 오레곤 공무원에 의해 추정될 뿐이다.

다른 문제도 있다. 의료 서비스의 임상 효과는 환자(나이, 의료 역사, 기타 등등)에 따라, 의사(기술 및 다른 요소들)에 따라, 사용가능한 시설에 따라 다르다. 그러나 오레곤 건강 서비스 위원회는 이 변화를 객관적으로 판단할 방법이 없다.

다. 사회에 대한 가치

오레곤주 사람들의 사회에 대한 가치나 다른 의료 서비스에 대한 선호도에 대한 가치는 본질적으로 주관적인 판단이다. 위원회는 공청회와 지역사회 미팅과 전화 조사를 통해 이 문제에 대한 데이터를 얻으려고 했다. 그러나 이러한 방법이 오레곤 사람들의 사회에 대한 가치나 다른 의료 서비스에 대한 선호 가치 및 그에 따른 모든 건강 서비스의 우선순위를 매기기 위해 충분하고 정밀한 데이터를 산출할 것으로는 예상될 수 없다.

이러한 방법을 통해 주관적이고 피상적인 견해가 조사되고 이것은 오

레곤의 모든 국민의 가치관과 선호도를 정밀하게 나타내었다고 볼 수 없다. 게다가 이러한 가치 및 선호도가 개인과 시간, 상황에 따라 달라진다. 위원회는 이러한 차이를 고려하는 방법을 가지고 있지 않다. 또한 공청회와 지역사회 미팅이 조직화된 특별 관심사에 지배를 받는 경향이 있고 따라서 일반 대중의 관점보다 특정 조직의 관점을 반영한다. 정치가 과학적 경향을 바꾸는 것이다.

게다가, 위원회는 조사한 가치관과 대중으로부터 얻은 선호도에 관한 내용을 수많은 의료 서비스의 순위화로 바꾸는 방법을 가지고 있지 않다. 결국 위원회 스스로가 대중의 가치관과 선호에 대해 그들의 판단에 기초를 둔 서비스 서열화를 분류 및 조정, 확정한다. 결과적으로 우선순위 목록의 서열화는 오리곤 사람들이 아닌 위원회 구성원의 가치관과 선호도를 반영한다고 할 수 있다.

라. 삶의 질

기본적으로 모든 의료의 임상 효과에 의한 서비스나 사회에 대한 가치는 사회나 다른 국민들의 삶의 질이나 삶의 가치에 대한 판단을 수반한다. 노인들의 삶을 구하기 위해 의료 서비스를 사용해야 하는가 아니면 아이들의 삶을 구하는 것이 보다 효과적이고 가치 있는가? 어느 보건서비스는 임상 상황을 호전시키지만 완전한 치료는 불가능하고 다른 사람들에게 대해 다른 보건서비스가 건강을 완벽히 되찾는다고 가정할 때 후자가 보다 효과적이고 가치 있는가? 몇몇의 임상적 상황과 징후, 약간의 고통 경감은 다른 임상적 상황의 징후, 고통 경감보다 더 중요하고 가치가 있는가?

이러한 문제들은 단지 수집가능하지 않은 데이터라는 사실을 떠나 대답할 수 없는 질문인 것이다. 우주적이고 철학적인 이러한 내용은 결정적이며 보편적으로 적용할 수 있는 대답을 적용할 수 없다. 해답은 개인과

가족 스스로의 판단에 기초하여 정하여진다. 실제로 삶의 질을 판단하기 위한 보편적인 기준은 정해져있지 않을 것이다. 여기서 정치는 개인적인 선택을 바꾸어 놓는다.

마. 비용

위원회가 이용할 수 있는 비용에 관한 의료 서비스 데이터도 불충분하다. 주로 위원회는 의사와 다른 건강 전문가의 조사를 통해 비용 데이터를 얻는다. 이것은 비용이나 비용-효과에 기초를 둔 신빙성 있는 순위 결과를 보여 주지 않는다. 게다가 위원회는 그것의 최종적인 순위를 통해 기타 다른 의료 서비스에도 이러한 비용이 일관적으로 적용된다고 증명할 수도 없다.

The Harvard Study에서 The Harvard 공중보건 대학교는 계속적으로 보건관리 비용과 다른 생명을 구하는 의료 서비스의 효과에 대한 연구를 하고 있다. 연구는 순위화가 가능한 비용 데이터와 일관된 결과를 결정하기 위한 의료 서비스의 오레곤 순위와의 관련성을 검토했다. 하버드 연구는 오레곤 우선순위 목록과 그것이 개발한 데이터 사이에 거의 관계가 없음을 발견했다. 또한 연구내용에서 항상 의료 처치의 비용-효과 순위가 과학적으로 타당한 결과를 보여 주는지에 관해서도 의문을 제기했었다.

Harvard 연구내용을 더욱 강조한 Wall Street Journal은 순위방법에 대한 불신을 다음과 같이 표현했다 : "Medicaid 서비스에 대한 오레곤주의 순위화는 정치가 어떻게 비용-효과 분석을 왜곡할 수 있는지를 보여주는 좋은 예이다"

IV. 의료욕구에 따른 의료급여 개별화 방안

본 연구에서는 질병특성기준 및 질병부담 및 계층별 차이를 우선순위 선정기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출하였다(그림2-1).

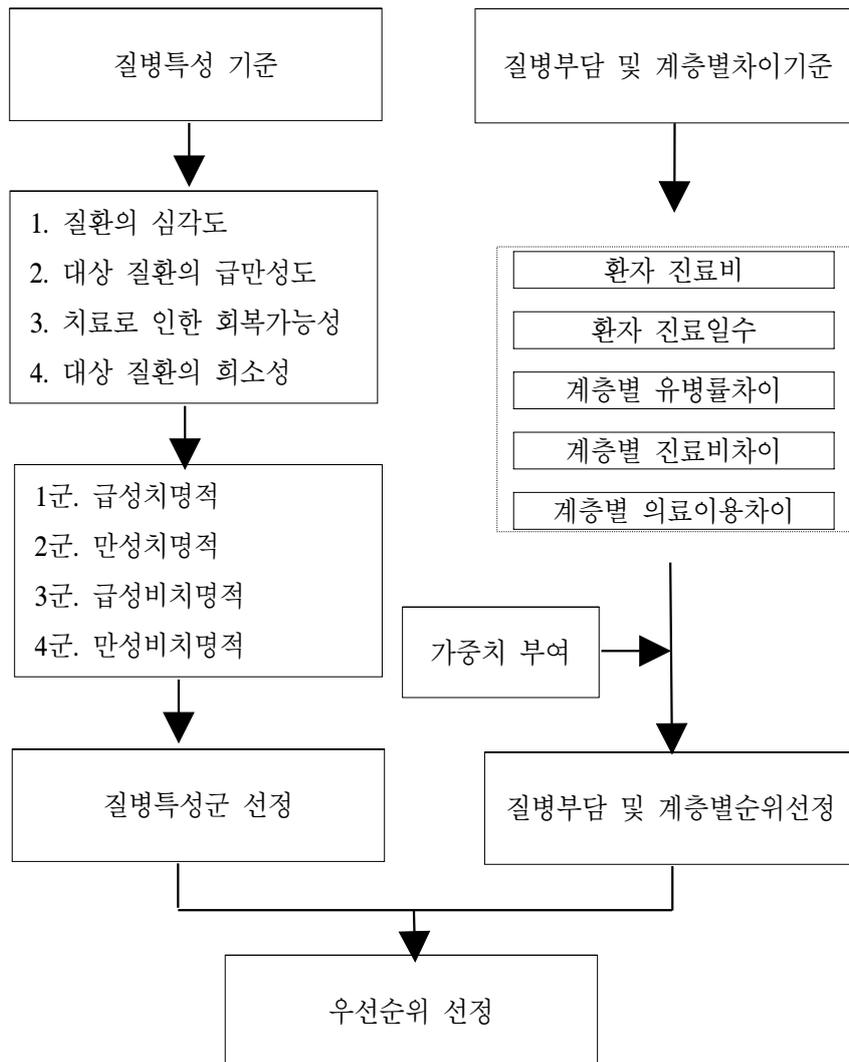
질환의 심각도, 대상 질환의 급·만성도, 치료로 인한 회복 가능성, 대상자의 특수성의 네 가지 질병특성기준을 토대로 11가지의 질환범주를 도출하였다. 그리고 급성치명적 질환군을 1군, 만성치명적 질환군을 2군, 급성 비치명적 질환군을 3군, 만성 비치명적 질환군을 4군으로 분류하여 각각의 질환을 범주화하였다.

1인당 환자 진료비, 1인당 환자 진료일수를 질병부담으로 정의하였으며 계층별 진료자수 차이, 계층별 진료비 차이, 계층별 입원일수 차이, 계층별 내원일수 차이, 계층별 외래방문일수 차이의 5가지를 계층별 의료이용 차이에 대한 기준으로 선정하였다. (그림2-1).

세분화된 질환특성별, 의료이용 차이별, 그리고 질병부담에 따른 각 범주별 우선순위에 각 값을 가중치를 적용하여 3가지 범주를 합한 값으로 최종순위를 산출한다. 이를 통해 저소득계층의 의료욕구를 측정하였다.

[그림 4-1] 대상 질환의 우선순위 도출

과정



1. 질병특성 기준 선정

대상 질환의 합리적인 우선순위 선정을 위해 필수적인 과제는 그 목적에 부합하는 객관적이며 타당성 있는 질병특성 기준을 선정하는 것이다.

본 연구에 필요한 질병특성 기준을 개발하기 위하여 미국의 Oregon Health Plan을 검토하였다. 여기에서 제시된 질병특성의 분류 및 기준을 검토한 결과는 다음과 같다.

- Oregon Health Plan에서 제시된 질병특성의 분류 항목(CMAJ, 2001)
 - ① 질환의 심각도- 치명적, 비치명적으로 구분하여 사망에 대한 예방 정도를 질병의 분류항목으로 설정하였다
 - ② 대상 질환의 급·만성도- 급성·만성으로 구분하여 질병의 발병정도와 그에 따른 질병처치를 분류항목으로 설정하였다
 - ③ 치료로 인한 회복 가능성- 심각도와 응급도에 따라 파악된 급성 치명적 질환을 기능의 회복 정도에 따라 다시 이분화하였다
 - ④ 대상 질환의 희귀성- 대상질환의 희귀성으로 인한 고비용발생 및 치료의 어려움을 고려하여 희귀질환을 분류항목으로 설정하였다

가. 질병특성에 따른 질병특성군의 선정

본 연구에 필요한 질병특성군을 미국의 Oregon Health Plan에 제시한 대상 질환에 대한 질병특성을 토대로 11가지로 분류하여 범주화하였다. 여기에서 제시된 질병특성의 범주 및 서비스 내용을 검토한 결과는 다음과 같다.

〈표 4-1〉 질병특성에 따른 질병특성군의 내용

범주	질병특성군 설명 및 예
필수 질병특성 기준	
1. 급성 치명적(완전회복)	치료가 사망을 예방하고 완전한 회복
2. 급성 치명적	치료가 사망을 예방하나 완전한 회복 못함
3. 만성 치명적	치료가 삶의 기간과 질을 향상시킴
4. 대상 질환의 희귀성	
중요 질병특성 기준	
5. 급성 비치명적	치료를 통해 이전의 건강상태로 돌아옴
6. 만성 비치명적	한 번의 치료가 삶의 질을 향상시킴
7. 급성 비치명적	치료를 통해 이전의 건강상태로 돌아오지 못함
8. 만성 비치명적	반복적인 치료를 통해 삶의 질을 향상시킴
9. 치과진료	예; 클리닝과 불소화
10. 예방서비스	예; 유방조영술
11. 말기환자 완화 의료서비스	말기환자에 대한 증상완화 치료

그러나 본 연구에서는 치료로 인한 회복가능성으로 인한 분류기준은 본 연구자료로 측정하기 어려운 제한점이 있으므로 질환의 심각도와 대상 질환의 급·만성도에 따라 4개의 범주로 구분하여 분류 기준을 선정하였다.

본 연구에서 질병의 심각도 및 대상 질환의 급·만성도에 따른 분류는 미국의 Oregon Health Plan에서 제시한 대상 질환을 참고로 전문가 회의를 통하여 선정하였다.

2. 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 기준 선정

1인당 진료비와 1인당 진료일수를 질병부담으로 선정하였으며, 계층별 진료자수 차이와 계층별 진료비 차이, 계층별 입원일수차이, 계층별 내원

일수차이, 계층별 외래방문일수 차이의 5가지 기준을 계층별 의료이용 차이로 정의하였다.

질병부담은 건강보험자료의 상위 500개의 다빈도 질환 중 일인당 평균 진료비와 1인당 평균 진료일수를 상위 질환을 선정하였다.

환자 진료비

- 개념: 1인당 진료비는 요양기관에서 일년 동안 건강보험 대상자에 소요된 각 상병별 총비용을 건강보험 가입자중 1년간 동일 상병으로 실제 진료 받은 환자수로 나눈 값이다.
- 의미: 상병별 일인당 환자 총 진료비는 환자본인부담금과 보험자 부담금이 포함된 비용이다. 이 값이 클수록 환자 및 보험자의 경제적 부담이 클 것으로 판단하였으며 값의 크기와 비례하여 대상 질환의 우선순위를 선정하였다.

환자 진료일수

- 개념: 상병별 1인당 진료일수로 진료비청구명세서상에 기재된 건강보험 환자가 실제로 요양기관에 방문 또는 진료한 총 일수를 건강 보험 가입자중 1년간 실제 진료 받은 환자수로 나눈 값이다.
- 의미: 상병별 환자 진료일수는 대상 질환의 유병상태의 크기(지속정도)를 의미하며 이 값이 높을수록 대상 질환의 우선순위가 높아진다.

계층별 진료자수, 진료비, 의료이용의 차이와 관련하여 기준 대상 인구 집단은 보험료 등급을 기준으로 하위 40~70%에 포함되는 인구집단(보험료 22등급~33등급)으로 하였으며, 의료 이용의 차이를 비교하는 저소득층 대상 인구 집단은 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)을 대상으로 하였다.

계층별 의료비 및 의료이용의 차이를 파악하기 위해 저소득층 계층 중 하위 5%미만 인구집단은 평균연령이 높고 그로인한 의료이용이 높아 저소득층 의료이용 행태를 파악하기에 일반적이지 못한 문제점이 제기되어 5~10% 인구집단을 대상으로 의료이용의 차이를 파악하였다.

계층별 의료이용의 차이를 규명하기 위한 저소득층 대상 인구 집단과 기준인구 집단은 간접표준화방식을 이용하여 성, 연령(10세 단위)을 보정한 값으로 의료이용의 차이를 파악하였다.

계층별 진료자수 차이

- 개념: 기준인구집단 그룹의 진료실인원 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)을 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 진료실인원 (하위 5~10% 인구집단)의 비.
- 의미: 이 값이 1에 가까울수록 계층간 진료자수의 차이가 없는 것을 의미하며 1보다 큰 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)의 진료자수가 상대적으로 기준인구집단에 비해 높다는 것을 의미한다. 또한 이는 계층간 유병율이 동일하다는 가정 하에 적정시기에 적정 의료이용여부를 의하는 값으로 이 값이 1보다 작은 경우 기준인구 집단에 비해 저소득층 인구집단에서의 적정의료시기에 의료이용을 하지 못함을 의미한다.

계층별 진료비 차이

- 개념: 기준인구집단 그룹의 평균 일인당 총 진료비 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단 그룹의 평균 일인당 총 진료비(하위 5~10% 인구집단)의 비
- 의미: 이 값이 1에 가까울수록 계층간 의료이용의 차이가 없는 것을 의미하며 1보다 낮은 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)

의 일인당 총 진료비가 상대적으로 하위 40~70%보다 낮아 의료 이용이 낮다는 것을 의미한다.

계층별 입원일수, 내원일수, 외래방문일수 차이

- 개념: 1인당 입원일수 차이, 1인당 내원일수 차이, 1인당 외래방문 횟수의 차이를 통해 계층별 의료이용을 파악하는 방법으로 다음과 같은 계산과정을 거친다.
 - 1인당 입원횟수 차이 = 기준인구집단의 평균 일인당 입원횟수 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 평균 일인당 입원횟수(하위 5~10% 인구집단)의 비
 - 1인당 내원일수 차이 = 기준인구집단의 일인당 평균내원일수(하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 평균내원일수(하위 5~10% 인구집단)의 비
 - 1인당 외래방문 일수 차이 = 기준인구집단의 일인당 평균 외래방문 일수 (하위 40~70%에 포함되는 인구집단)를 1로 하였을때 저소득층 대상 인구집단의 그룹의 일인당 평균 외래방문일수(하위 5~10% 인구집단)의 비
- 의미: 위 3가지 값의 평균이 1에 가까울수록 계층간 의료이용의 차이가 없는 것을 의미하며 이 값이 낮은 경우 하위 5~10% 인구집단(보험료 8~10등급)의 의료이용 상대적으로 기준인구집단에 비해 적은 것을 의미한다.

3. 우선순위 선정을 위한 자료 및 점수 산정

가. 우선순위 기준에 해당하는 자료 분류 및 순위 점수 산정

우선순위 선정기준의 해당 항목 값을 검토한 결과 질병부담및 의료이

용차이 값 간의 범위와 편차 및 절대 값의 차이가 매우 크게 나타났다. 특히 질병에 따른 일인당 진료비용의 경우 타 선정 기준에 비해 그 값이 매우 큰 관계로 상대적으로 선정기준의 절대적인 영향이 미칠 우려가 있었다. 따라서 본 연구에서는 자연로그를 취하는 방법을 사용하였으며 세 가지 범주의 값이 동일한 가중치를 가질 수 있는 가중값을 적용하여 최종 점수 및 순위를 산정하였다.

또한 가중값 적용 후 범주 내 질병값이 범주간 해당 질병값에 절대적인 영향을 미칠 수 있게 질병값이 큰 경우 동일 범주 내 최대값을 적용하여 최종점수로 합산하였다.

$$\text{우선순위 점수} = \text{질병부담}(\text{가중치} \times \ln(\text{일인당 진료비})) + \text{가중치} \times (\ln(\text{일인당진료일수})) + \text{의료이용의 차이}(\text{가중값} \times (\ln(\text{계층별 내원일수 차이} + \ln(\text{계층별 외래이용 차이} + \ln(\text{계층별 입원일수 차이} + \ln(\text{계층별 진료비 차이}))) + \text{질병특성}(4\text{개 분류별 점수의 가중값}))$$

나. 대상 질환의 우선순위 선정에 사용된 기초 자료

1) 건강보험 통계연보

건강보험 통계연보는 사회보장의 근간인 건강보험에 관한 실태와 실적을 담고 있어 우리나라 보건의료정책의 기초자료로 활용되어 온 자료이다. 2003년까지는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 별도의 통계연보를 발간하여 왔으나, 2004년부터는 양 기관이 수차례 검토와 회의를 거쳐 통합 발간을 한 자료이다.

본 연구에서 사용된 통계 연보내의 항목은 아래와 같다.

- 총 진료비 : 요양기관에서 건강보험환자 진료에 소요된 비용으로 공단

부담금과 환자본인 부담금을 합한 금액이며, 요양기관에서 청구한 총 진료비 중 심사결정 된 진료비.

- 내원(입원)일수 : 진료비청구명세서상에 기재된 건강보험 환자가 실제로 요양기관에 방문 또는 입원한 일수.
- 진료실인원 : 건강보험 가입자중 1년간 실제 진료 받은 환자수로 상병별, 월별, 요양기관종별로 실인원을 각각 산정, 총 실인원수와 일치하지 않는다.
- 청구건수 : 요양기관에서 환자를(에게) 진료(투약)한 후 건강보험 요양급여비용 청구방법에 의거 작성한 요양급여비용 명세서 건수.

2) 건강보험공단의 건강보험료 부과자료

의료비지원사업의 대상이 되는 상병코드를 가진 환자의 2001년부터 2006년 보험료 부과 등급 및 진료비 내역 자료를 이용하였다. 그 자료에 포함된 변수는 다음과 같다.

〈표 4-2〉 보험자료 내 변수

변수명
진료년도
요양기관기호
요양기관종
진료과목
주상병기호
부상병기호
진료형태(입원, 외래)
진료비
급여비
의료보장 종류(2005년도 말 기준)
시군구 지역
성별
연령
산정보험료-개인부담(2005년도 말 기준)
보험료 등급(2005년도 말 기준)

3) 국내외 문헌

희귀·난치성 질환 의료비지원사업의 선정기준 개선 방안 :보험료 등급을 기준으로 희귀·난치성 질환 의료비지원사업의 선정기준 제시

Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan

다. 우선순위 질환군 도출

본 연구에서는 우선순위 기준에 따라 상위 65개를 선정하였다.

국내에서 65개의 질환에 대한 공적제도의 지원과 정책제안의 개발에서 단기간에 우선적으로 개발되어야 할 단위를 제시하기 위하여 65개 질환 중에서 순위가 높은 질환부터 차례대로 우선순위를 선정하여 제시하였다.

V. 의료급여 개별화 방안 모의운영 연구결과

1. 질병부담 및 계층별 차이 기준별 순위

가. 질병부담

1) 1인당 진료비

질환별 1인당 급여 항목의 의료비용을 추계하기 위하여 2005년도 건강보험 통계연보의 질환별 급여실적 내 총 진료비 및 진료실인원을 사용하였다(표3-1).

2005년도 건강보험 통계연보 중 다빈도 상위질환 50개 질환의 진료비 총액은 약 15조 4백억 원으로 추계되었고 1인당 평균 진료비는 약 8만원 정도로 추정되었다. 상위 50개 질환 중 1인당 진료비에 의한 우선순위는 만성 신부전, 기관지 및 폐의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 거미막하 출혈, 직장의 악성 신생물이 각각 8,592,118원, 4,213,472원, 3,661,008원, 3,340,927원, 2,738,560원으로 1인당 진료비가 가장 높은 5위안에 해당하는 질환이었다. 전체 50개 질환 중 중앙질환의 경우 8개를 차지하여 전체 15%로 가장 큰 비중을 차지하였다.

그 외 거미막하출혈과 뇌내 출혈이 각각 3백 3십 4만원과 2백 3십 7만원으로 4위와 8위를 차지하였으며 중앙 및 대뇌혈관질환이 50개의 질환 중 1인당 진료비를 가장 많이 차지하는 10위 질환의 대부분을 차지하고 있었다.

1인당 진료건수가 가장 높은 질환으로는 정신분열증, 만성신부전, 양극성 정동장애, 파킨슨병, 재발성 우울성 장애가 각각 183일, 147일, 142일,

130일, 90일로 주로 정신질환의 경우 진료건수가 가장 높은 질환으로 나타났다. 또한 이들 질환 중 정신분열증과 파킨슨병의 경우 진료비가 상위 11위와 20위로 나타나 질병부담이 큰 질환으로 나타났다.

1인당 진료비 상위 50개 질환 중 암질환이 8개인 16.0%(전체 500개 질환 중) 1위, 심혈관계질환이 7개인 14.0%로 2위, 대뇌혈관질환 5개, 정형외과 질환이 5개인 12.0%로 3위로 나타났으며 치명율이 높은 질환이 일인당 진료비가 높은 상위 질환군으로 선별되었다.

〈표 5-1〉 1인당 진료비 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보, 단위-천원)

순위	상병기호	상 병 명	진료실인원	총 진료비	1인당진료비
1	N18	만성 신부전	60,518	519,977,768	8,592
2	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	41,280	173,932,116	4,213
3	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	42,981	157,353,785	3,661
4	I60	거미막하 출혈	20,094	67,112,501	3,340
5	C20	직장의 악성 신생물	29,583	80,985,237	2,738
6	C18	결장의 악성 신생물	36,831	89,017,575	2,417
7	S72	대퇴골의 골절	42,006	100,745,655	2,398
8	I61	뇌내출혈	44,809	106,294,817	2,372
9	C16	위의 악성 신생물	89,961	202,748,965	2,254
10	C50	유방의 악성 신생물	58,271	114,752,397	1,969
11	A41	기타 패혈증	22,153	40,957,988	1,849
12	F20	정신분열증	94,303	152,741,875	1,620
13	I21	급성 심근경색증	62,272	100,714,774	1,617
14	C53	자궁경의 악성 신생물	24,534	35,639,906	1,453
15	M87	골괴사증	21,607	29,169,571	1,350
16	G81	편마비	29,855	37,781,233	1,265
17	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	50,824	63,887,900	1,257
18	I12	고혈압성 신장 질환	31,997	39,718,655	1,241
19	K80	담석증	77,745	83,099,094	1,069
20	G20	파킨슨병	34,232	36,542,999	1,068
21	J93	기흉	21,908	23,123,671	1,055

순위	상병기호	상 병 명	진료실인원	총 진료비	1인당진료비
22	O82	제왕절개에 의한 단일 분만	137,554	133,431,133	970
23	F00	알츠하이머병에서의 치매	38,870	35,418,955	911
24	F31	양극성 정동 장애	37,985	32,423,104	854
25	Q21	심장 증격의 선천성 기형	20,632	17,427,990	845
26	I63	뇌경색(중)	334,636	260,673,242	779
27	K35	급성 충수염	139,424	108,445,561	778
28	K85	급성 췌장염	23,006	17,644,128	767
29	C73	갑상선의 악성 신생물	51,802	39,589,591	764
30	K74	간의 섬유증 및 경변	82,943	63,243,273	762
31	S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	130,437	94,203,047	722
32	O81	겸자 및 진공 흡착기에 의한 단일 분만	23,742	15,316,052	645
33	O83	기타 보조 단일 분만	18,176	11,547,076	635
34	K81	담낭염	22,814	13,735,528	602
35	K40	서혜헤르니아	41,083	24,428,847	595
36	O80	단일 자연 분만	195,420	108,390,738	555
37	I05	류마티스성 승모판 질환	18,403	9,959,046	541
38	S42	어깨 및 팔죽지의 골절	83,687	45,285,933	541
39	S32	요추 및 골반의 골절	96,462	50,078,179	519
40	O00	자궁외 임신	18,205	9,128,205	501
41	N20	신장 및 요관의 결석	193,442	96,374,675	498
42	I25	만성 허혈성 심장 질환	109,706	54,331,755	495
43	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	20,774	10,077,686	485
44	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	65,816	31,422,759	477
45	I70	죽상경화증	28,041	13,376,564	477
46	A15	세균학적 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	64,681	30,425,538	470
47	I47	발작성 빈맥	28,942	13,351,306	461
48	N80	자궁내막증	45,673	20,975,793	459
49	S06	두개내 손상	173,955	77,781,118	447
50	I20	협심증	407,860	170,565,455	418

2) 환자 진료일수

질환별 일인당 환자 진료일수를 추계하기 위하여 2005년도 건강보험 통계연보의 질환별 급여실적 내 진료실인원과 진료일수를 사용하였고 2005년도 건강보험 통계연보 500개 질환의 1인당 평균 진료일수는 약 4.4일 정도로 추정되었다(표3-2).

1인당 진료일수가 가장 높은 질환은 정신분열증이 약 183일 정도로 가장 높았고 만성신부전이 147일로 2위를 차지하였다. 1인당 진료일수 상위 10개 질환 중 8개 질환이 정신질환에 분류되는 질환들로 이들 질환군들은 500개 질환의 1인당 평균 진료일수 4.4일의 약 10배-45배에 해당하는 1인당 진료일수를 나타내었다.

또한 1인당 진료비가 가장 큰 만성 신부전의 경우 1인당 진료일수 역시 2위를 차지하여 질병부담이 큰 질환인 것으로 분석되며, 그 외 1인당 진료비 상위 질환인 중앙질환의 경우 대략 30일을 전후한 진료일수로 전체 20위권에 해당되는 것으로 분류되었다.

1인당 진료비 상위 50개 질환 중 정신질환이 15개로 전체 30.0%를 차지하여 정신질환의 경우 1인당 진료일수가 다른 질환에 비해 압도적으로 많은 것으로 분석되었다.

〈표 5-2〉 환자 진료일수-1인당 진료일수 상위 50개 질환(2005년 건강보험 통계연보)

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
1	F20	정신분열증	94,303	17,293,890	183.39
2	N18	만성 신부전	60,518	8,946,306	147.83
3	F31	양극성 정동 장애	37,985	5,403,098	142.24
4	G20	파킨슨병	34,232	4,463,304	130.38
5	F33	재발성 우울성 장애	60,297	5,605,850	92.97

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
6	F34	지속성 기분 (정동) 장애	89,433	6,369,320	71.22
7	F32	우울증 에피소드	370,237	25,575,001	69.08
8	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	41,280	2,494,555	60.44
9	F90	과운동성 장애	33,755	1,864,987	55.25
10	F00	알츠하이머병에서의 치매	38,870	2,006,504	51.62
11	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	42,981	2,108,494	49.06
12	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	50,824	2,467,947	48.56
13	G81	편마비	29,855	1,208,572	40.48
14	F40	공포 불안 장애	23,329	906,560	38.86
15	C20	직장의 악성 신생물	29,583	1,007,188	34.05
16	I61	뇌내출혈	44,809	1,464,405	32.68
17	E12	영양실조와 관련된 당뇨병	35,843	1,119,707	31.24
18	C18	결장의 악성 신생물	36,831	1,100,677	29.88
19	C16	위의 악성 신생물	89,961	2,604,266	28.95
20	F41	기타 불안장애	296,190	8,504,712	28.71
21	S72	대퇴골의 골절	42,006	1,199,286	28.55
22	E10	인슐린 의존성 당뇨병	112,195	3,026,558	26.98
23	C50	유방의 악성 신생물	58,271	1,478,421	25.37
24	I12	고혈압성 신장 질환	31,997	748,443	23.39
25	I60	거미막하 출혈	20,094	444,598	22.13
26	G40	간질	138,904	2,939,627	21.16
27	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	65,816	1,386,921	21.07
28	I63	뇌경색(중)	334,636	6,966,797	20.82
29	I10	본태성(원발성) 고혈압	3432,702	70,660,720	20.58
30	F45	신체형 장애	159,343	3,213,636	20.17
31	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	1312728	26380095	20.10
32	C53	자궁경의 악성 신생물	24534	458878	18.70
33	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	65187	1091858	16.75
34	F51	비기질적 수면 장애	97847	1626761	16.63
35	F43	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응 장애	65415	1081324	16.53
36	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	64681	1018144	15.74
37	S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	130437	1990476	15.26

순위	상병기호	상병명	진료실인원	진료일수	1인당 진료일수
38	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	20774	309060	14.88
39	K74	간의 섬유증 및 경변	82943	1179966	14.23
40	C73	갑상선의 악성 신생물	51802	724330	13.98
41	S32	요추 및 골반의 골절	96462	1329880	13.79
42	M87	골괴사증	21607	278409	12.89
43	S42	어깨 및 팔꿈치의 골절	83687	1053135	12.58
44	A41	기타 패혈증	22153	268136	12.10
45	G63	달리 분류된 질환에서의 다발신경병증	28193	327587	11.62
46	J93	기흉	21908	252703	11.53
47	M41	척추측만	110,384	110,359	1.00
48	E14	상세불명의 당뇨병	352414	4011811	11.38
49	I15	속발성 고혈압	30643	348508	11.37
50	I21	급성 심근경색증	62272	685666	11.01

나. 계층별 의료이용의 차이

계층별 의료이용의 차이를 파악하기 위하여 건강보험의 건강보험료 부과자료를 사용하였다. 우선순위군 65개 질환에서 2005년 보험료 부과 등급 및 진료비 내역 자료를 활용하여 하위 5~10%의 의료이용과 하위 40~70%의 의료이용을 진료자수 차이, 일인당 진료비차이, 일인당 입원횟수, 일인당 내원일수, 일인당 외래방문일수 차이를 산출하여 의료이용의 차이를 파악하였다

1) 계층별 진료자수 차이

계층별 차이를 파악하기 위하여 건강보험의 건강보험료 부과자료를 사용하였다. 우선순위선정 기준에 의해 상위 65개 질환을 선정하여 2005년 1월부터 12월까지의 보험료 부과 등급 및 진료비 내역 자료를 활용하여 하위 5~10%의 인구집단을 저소득층 인구집단으로, 하위 40~70%의 인구집

단을 기준인구집단으로 선정하여 기준인구집단 대비 저소득층 인구집단의 진료자수의 차이를 파악하였다. 기준인구집단 대비 저소득층 인구집단의 진료자수의 비율은 평균적으로 0.84정도로 나타났으며 이는 소득계층별 유병율을 건강보험자료로 추정하기 어려우나 본 연구에서는 소득계층별 유병율이 동일하다는 개념 하에 저소득층 인구집단의 경우 질병 발생과 관련된(즉 질병의 상태가 중해지기 전) 의료이용이 기준인구집단에 비해 낮음을 보여주는 지표로 개념화 하였다(표3-3).

하위 5~10%의 진료자수와 하위 40~70%의 진료자수의 비율이 가장 크게 차이가 나는 질환은 결합조직의 기타 전신성 침습이었으며 기준인구집단에 비해 저소득층 인구집단의 경우 0.61정도의 의료기관방문을 보였으며 결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물이 0.62로 2위를 차지하였다.

또한 중앙질환의 경우 저소득층 인구집단의 경우 질병이 심각해지기전 의료이용이 전체 65개 질환중 상위 10위안에 8개가 포함되어 전체 질환군 중 의료이용의 차이가 가장 심각한 질환으로 분류되었다.

위 5~10%가 하위 40~70%보다 높은 진료자수를 나타내는 질환은 65개 중 8개였다. 이 중 화상관련 질환이 5개, 정신과 질환이 2개, 정형외과질환이 1개로 파악되었다.

따라서 결합조직의 기타 전신성 침습, 중앙질환, 대뇌혈관질환 등이 저소득층 인구집단에서 기준인구집단에 비해 적정시기에 적정의료이용을 하지 못하는 질환으로 파악되었으며 다른 질환군에 비해 상대적으로 높은 정책적 중요성을 차지하고 있었다.

〈표 5-3〉 계층별 진료자수 차이(인구 100,000명당)

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	2.3	3.82	0.61
2	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	125.8	204.24	0.62
3	C50	유방의 악성 신생물	82.4	130.54	0.63
4	C73	갑상선의 악성 신생물	84.3	131.72	0.64
5	C18	결장의 악성 신생물	53.4	82.76	0.65
6	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	57.2	87.63	0.65
7	C16	위의 악성 신생물	134.9	205.69	0.66
8	C20	직장의 악성 신생물	56.4	84.37	0.67
9	N18	만성 신부전	89.6	131.02	0.68
10	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	36.0	52.52	0.69
11	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	95.3	134.07	0.71
12	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	108.9	150.22	0.73
13	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	33.8	46.56	0.73
14	M40	척추후만증 및 척추전만증	31.9	41.70	0.76
15	I20	협심증	677.1	884.94	0.77
16	I48	심방세동 및 조동	97.0	125.74	0.77
17	I67	기타 대뇌혈관 질환	127.1	164.77	0.77
18	I25	만성 허혈성 심장 질환	180.1	233.19	0.77
19	I05	류마티스성 승모판 질환	31.8	41.01	0.78
20	M41	척추측만	140.8	181.05	0.78
21	M48	기타 척추병증	833.5	1071.07	0.78
22	C53	자궁경의 악성 신생물	40.5	51.94	0.78
23	K74	간의 섬유증 및 경변	121.7	155.66	0.78
24	I60	거미막하 출혈	33.2	42.29	0.79
25	I61	뇌내출혈	75.0	94.51	0.79
26	M46	기타 염증성 척추병증	53.0	66.62	0.80
27	K51	궤양성 대장염	43.6	54.41	0.80
28	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	28.5	35.11	0.81
29	I70	죽상경화증	55.7	68.55	0.81
30	K50	크론 병(국한성 장염)	32.6	40.13	0.81
31	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	349.0	429.02	0.81

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
32	H34	망막 혈관 폐쇄	46.4	56.55	0.82
33	G62	기타 다발신경병증	53.9	65.59	0.82
34	N04	신 증후군	40.6	49.35	0.82
35	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	400.3	486.25	0.82
36	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	514.4	622.81	0.83
37	J43	폐기종	32.5	39.24	0.83
38	I21	급성 심근경색증	108.3	130.45	0.83
39	G55	달리분류된 질환에서의 신 경근 및 신경총압박	86.4	102.75	0.84
40	R56	달리 분류되지 않은 경련	90.8	107.86	0.84
41	M06	기타 류마티오이드 관절염	464.5	550.97	0.84
42	I50	심부전	177.3	208.24	0.85
43	M71	기타 점액낭병증	92.9	108.13	0.86
44	I11	고혈압성 심장 질환	706.5	812.87	0.87
45	I15	속발성 고혈압	57.8	65.55	0.88
46	E14	상세불명의 당뇨병	607.9	686.88	0.89
47	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	2444.1	2742.05	0.89
48	E10	인슐린 의존성 당뇨병	198.3	221.29	0.90
49	K72	달리 분류되지 않은 간부전	52.3	58.20	0.90
50	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	118.3	131.42	0.90
51	I10	본태성(원발성) 고혈압	6783.6	7527.14	0.90
52	D21	결합조직,기타 연조직의 기 타 양성 신생물	140.2	155.32	0.90
53	K92	소화기계의 기타 질환	116.2	127.95	0.91
54	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	153.3	163.15	0.94
55	G40	간질	264.0	278.34	0.95
56	K70	알콜성 간질환	370.0	381.41	0.97
57	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	137.1	141.25	0.97
58	T21	체간의 화상 및 부식	54.9	54.67	1.00
59	T24	발목,발 제외 둔부,하지의 화상및부식	92.7	90.67	1.02
60	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	103.2	97.13	1.06
61	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	70.2	65.24	1.08
62	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지 의 화상 및 부식	97.0	85.32	1.14

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
63	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	151.7	125.45	1.21
64	F20	정신분열증	205.0	161.97	1.27
65	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	145.7	104.35	1.40

2) 계층별 진료비 차이

계층별 진료비 차이를 파악하기 위하여 건강보험의 건강보험료 부과자료를 사용하였다. 우선순위군 65개 질환에서 2005년 보험료 부과 등급 및 진료비 내역 자료를 활용하여 하위 5~10%의 일인당 총 진료비와 하위 40~70%의 일인당 총 진료비의 비율의 차이를 파악하였다. 전체 계층별 진료비의 차이는 평균적으로 0.95정도로 나타났다.(표3-4).

하위 5~10%의 일인당 총 진료비가 하위 40~70%의 일인당 총 진료비의 비율에 가장 크게 못 미치는 질환은 달리 분류되지 않은 간부전으로 0.67 정도의 차이를 보였고 류마티스성 승모관 질환이 0.75로 2위를 차지하였다. 이 두 질환은 하위 5~10%가 하위 40~70%에 비해 평균 약 0.3정도의 비율만큼 일인당 총 진료비를 적게 쓰는 것으로 분석되었다.

하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 총 진료비 비중을 나타내는 질환은 65개 중 43개였다. 이 중 심혈관 질환이 8개, 종양질환이 9개로 하위 5~10%의 일인당 총 진료비가 하위 40~70%보다 낮은 대표적인 질환군인 것으로 파악되었다.

반면 알콜성 간질환, 소화기계의 기타 질환, 주요 화상질환 등은 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 일인당 총 진료비가 더 높은 질환인 것으로 파악되었다.

〈표 5-4〉 계층별 일인당 총 진료비 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
1	K72	달리 분류되지 않은 간부전	362,632	545,629	0.67
2	I05	류마티스성 승모관 질환	572,868	766,689	0.75
3	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	576,248	759,618	0.76
4	I67	기타 대뇌혈관 질환	459,511	603,782	0.76
5	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	205,473	259,869	0.79
6	I48	심방세동 및 조동	342,111	413,297	0.83
7	N04	신 증후군	384,622	464,253	0.83
8	C18	결장의 악성 신생물	3,155,504	3,755,587	0.84
9	G62	기타 다발신경병증	145,331	170,075	0.86
10	J43	폐기종	250,312	291,429	0.86
11	C50	유방의 악성 신생물	2,496,610	2,904,831	0.86
12	M06	기타 류마토이드 관절염	184,958	214,783	0.86
13	K74	간의 섬유증 및 경변	861,849	991,287	0.87
14	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	305,744	351,069	0.87
15	I70	죽상경화증	593,584	671,683	0.88
16	F20	정신분열증	1,778,838	2,009,036	0.89
17	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	5,065,360	5,718,756	0.89
18	M40	척추후만증 및 척추전만증	227,316	252,445	0.90
19	C53	자궁경의 악성 신생물	1,765,087	1,960,148	0.90
20	C20	직장의 악성 신생물	2,523,655	2,791,481	0.90
21	I15	속발성 고혈압	194,720	213,346	0.91
22	E14	상세불명의 당뇨병	240,164	260,579	0.92
23	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	2,999,922	3,242,956	0.93
24	M48	기타 척추병증	273,807	295,621	0.93
25	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	284,899	307,031	0.93
26	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	708,733	762,783	0.93
27	C16	위의 악성 신생물	2,633,276	2,830,771	0.93
28	E10	인슐린 의존성 당뇨병	344,378	368,109	0.94
29	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	394,009	420,999	0.94
30	I20	협심증	673,159	712,079	0.95
31	M46	기타 염증성 척추병증	268,186	282,902	0.95
32	I25	만성 허혈성 심장 질환	720,079	756,690	0.95
33	I60	거미막하 출혈	3,741,804	3,911,613	0.96
34	G40	간질	506,836	529,062	0.96

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준인구	차이
35	I10	본태성(원발성) 고혈압	284,171	295,384	0.96
36	N18	만성 심부전	9,154,767	9,509,749	0.96
37	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	248,571	257,882	0.96
38	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	176,603	179,590	0.98
39	E05	갑상선 증독증 (갑상선 기능항진증)	212,959	216,182	0.99
40	C73	갑상선의 악성 신생물	974,849	989,092	0.99
41	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	124,378	125,389	0.99
42	I11	고혈압성 심장 질환	275,427	277,173	0.99
43	K50	크론 병(국한성 장염)	421,206	423,564	0.99
44	I21	급성 심근경색증	2,245,182	2,247,007	1.00
45	I50	심부전	430,940	431,049	1.00
46	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	148,022	148,038	1.00
47	M41	척추측만	110,384	110,359	1.00
48	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	361,841	361,203	1.00
49	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	1,648,838	1,643,172	1.00
50	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	269,075	267,784	1.01
51	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	160,895	159,911	1.01
52	K51	퀘양성 대장염	467,809	464,914	1.01
53	I61	뇌내출혈	2,826,715	2,773,660	1.02
54	T24	발목,발 제외 둔부,하지의 화상및부식	211,138	203,857	1.04
55	M71	기타 점액낭병증	145,636	140,093	1.04
56	R56	달리 분류되지 않은 경련	184,159	176,816	1.04
57	T21	체간의 화상 및 부식	197,971	187,473	1.06
58	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	203,455	192,267	1.06
59	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	254,387	238,285	1.07
60	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	448,385	419,756	1.07
61	H34	망막 혈관 폐쇄	197,204	184,047	1.07
62	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	422,104	389,294	1.08
63	K92	소화기계의 기타 질환	220,172	192,945	1.14
64	K70	알콜성 간질환	326,463	269,167	1.21
65	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	266,748	213,823	1.25

3) 계층별 입원일수 차이

하위 5~10%의 일인당 입원일수와 하위 40~70%의 일인당 입원일수의 비율은 평균적으로 0.93 정도로 나타나 저소득층 인구집단에서 기준인구 집단 대비 입원관련 의료 이용이 적은 것으로 분석되었다.(표3-5)

하위 5~10%의 일인당 입원횟수가 하위 40~70%의 일인당 입원횟수의 비율에 가장 크게 못 미치는 질환은 결합조직의 기타 전신성 침습으로 0.21정도의 차이를 보였으며, 고혈압성 심장 및 신장 질환은 0.646, 달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총 압박 0.66, 기타 다발신경병증 0.67, 속발성 고혈압 0.76으로 입원관련 의료이용이 가장 적은 질환을 차지하였다. 이들 질환의 경우 기준인구집단 대비 저소득층 인구집단에서의 일인당 입원일수는 평균 50%정도인 것으로 분석되어 입원일수관련 의료이용이 매우 부족한 것으로 평가되었다.

하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 입원횟수 비중을 나타내는 질환은 65개중 47개였다. 이 중 상위 10개 질환에 대뇌혈관 질환이 2개, 신경계질환 및 선형성 척추질환 5개로 이들 질환이 특히 일인당 입원일수에 있어서 차이가 많은 질환으로 파악되었다.

반면 대뇌 혈관질환의 휴유증, 뼈 및 관절연골의 양성 신생물, 기타 점액낭병증, 류마티스성 승모관 질환, 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 등은 기준인구집단에 비해 저소득층 인구집단에서 더 많은 입원일수를 갖는 질환으로 분석되었다.

〈표 5-5〉 계층별 일인당 입원일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	0.33	1.56	0.21
2	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	0.67	1.40	0.48
3	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	0.84	1.27	0.66
4	G62	기타 다발신경병증	0.90	1.33	0.67
5	I15	속발성 고혈압	0.93	1.21	0.76
6	M41	척추측만	0.95	1.16	0.82
7	M40	척추후만증 및 척추전만증	1.02	1.22	0.84
8	I67	기타 대뇌혈관 질환	1.18	1.38	0.85
9	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	1.93	2.25	0.85
10	C18	결장의 악성 신생물	2.83	3.29	0.86
11	C16	위의 악성 신생물	2.40	2.75	0.87
12	K50	크론 병(국한성 장염)	1.21	1.38	0.88
13	J43	폐기종	0.99	1.12	0.88
14	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	2.97	3.36	0.88
15	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	0.98	1.11	0.88
16	H34	망막 혈관 폐쇄	1.01	1.14	0.89
17	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	2.36	2.60	0.91
18	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	1.05	1.16	0.91
19	K72	달리 분류되지 않은 간부전	1.09	1.19	0.91
20	I61	뇌내출혈	2.00	2.18	0.92
21	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.06	1.15	0.92
22	E10	인슐린 의존성 당뇨병	1.31	1.41	0.93
23	C50	유방의 악성 신생물	3.08	3.32	0.93
24	C20	직장의 악성 신생물	2.78	2.99	0.93
25	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	1.25	1.33	0.94
26	K51	궤양성 대장염	1.09	1.16	0.94
27	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	1.10	1.16	0.94
28	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	1.39	1.47	0.95
29	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	3.37	3.54	0.95
30	N18	만성 신부전	1.71	1.80	0.95
31	M46	기타 염증성 척추병증	1.25	1.31	0.96

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
32	N04	신 증후군	1.20	1.25	0.96
33	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	1.07	1.11	0.96
34	I70	죽상경화증	1.36	1.41	0.97
35	K74	간의 섬유증 및 경변	1.49	1.53	0.97
36	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.15	1.18	0.97
37	E14	상세불명의 당뇨병	1.26	1.29	0.98
38	M06	기타 류마토이드 관절염	1.19	1.22	0.98
39	I48	심방세동 및 조동	1.11	1.14	0.98
40	K70	알콜성 간질환	1.39	1.42	0.98
41	T21	체간의 화상 및 부식	1.11	1.13	0.99
42	F20	정신분열증	4.10	4.15	0.99
43	I11	고혈압성 심장 질환	1.34	1.36	0.99
44	I60	거미막하 출혈	1.71	1.73	0.99
45	I50	심부전	1.30	1.32	0.99
46	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	1.02	1.03	0.99
47	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	1.35	1.36	0.99
48	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	1.02	1.03	1.00
49	M48	기타 척추병증	1.19	1.19	1.00
50	R56	달리 분류되지 않은 경련	1.07	1.08	1.00
51	I20	협심증	1.15	1.16	1.00
52	I25	만성 허혈성 심장 질환	1.14	1.15	1.00
53	I10	본태성(원발성) 고혈압	1.42	1.42	1.00
54	I21	급성 심근경색증	1.17	1.17	1.00
55	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.06	1.07	1.00
56	K92	소화기계의 기타 질환	1.07	1.07	1.00
57	G40	간질	1.26	1.25	1.00
58	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	1.09	1.09	1.01
59	C53	자궁경의 악성 신생물	3.02	3.00	1.01
60	C73	갑상선의 악성 신생물	1.36	1.35	1.01
61	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.11	1.09	1.02
62	I05	류마티스성 승모판 질환	1.29	1.26	1.03
63	M71	기타 점액낭병증	1.12	1.08	1.04
64	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.15	1.08	1.07
65	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	3.08	2.75	1.12

4) 의료이용(일인당 내원일수)

하위 5~10%와 하위 40~70%의 일인당 내원일수의 비율은 평균적으로 0.99정도로 나타나 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 일인당 내원일수에서 차지하는 비율이 거의 같았다(표3-6).

하위 5~10%의 일인당 내원일수가 하위 40~70%의 일인당 내원일수의 비율에 가장 크게 못미치는 질환은 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸중으로 0.79 정도의 차이를 보였고 결합조직의 기타 전신성 침습이 0.82로 2위를 차지하였다. 이 두 질환은 하위 5~10%가 하위 40~70%에 비해 상대적으로 가장 낮은 일인당 내원일수를 차지하여 하위 5~10%가 하위 40~70%에 비해 평균 약 0.21정도의 비율만큼 일인당 내원일수가 부족한 것으로 판단되었다. 특히 결합조직의 기타 전신성 침습의 경우 일인당 입원일수가 가장 차이가 큰 질환인 것으로 분석된 점을 고려하면 의료이용이 가장 부족한 질환인 것으로 파악된다.

하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 내원일수 비중을 나타내는 질환은 65개중 24개였으며 이중 중앙질환이 7개로 가장 많은 분포를 보였으며 대뇌혈관질환이 5개로 의료이용의 차이가 많은 질환군으로 분류되었다.

암질환과 대뇌 혈관 질환을 제외한 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 내원일수 비중을 나타내는 24개 질환 중 나머지 12개 질환은 신경계 질환 2개, 화상 질환 2개, 심혈관 질환 3개, 신장 질환 2개로 나타났다.

반면 알콜성 간질환과 소화기계 기타질환, 세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기 결핵 등은 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 일인당 내원일수의 비율이 평균 약 1.08정도로 높아 하위 5~10%가 이러한 질환군의 일인당 내원일수가 높은 질환들에 속하였다.

〈표 5-6〉 계층별 일인당 내원일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층 기준집단 차이		
1	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	10.03	12.65	0.79
2	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	2.99	3.66	0.82
3	C18	결장의 악성 신생물	16.93	19.48	0.87
4	C50	유방의 악성 신생물	17.71	20.28	0.87
5	I67	기타 대뇌혈관 질환	5.48	6.19	0.89
6	C20	직장의 악성 신생물	15.41	17.29	0.89
7	G62	기타 다발신경병증	3.73	4.16	0.90
8	I60	거미막하 출혈	16.16	17.67	0.91
9	C53	자궁경의 악성 신생물	13.96	15.09	0.92
10	F20	정신분열증	31.21	33.65	0.93
11	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	28.23	30.34	0.93
12	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	17.55	18.80	0.93
13	C16	위의 악성 신생물	16.48	17.61	0.94
14	N04	신 증후군	6.23	6.59	0.94
15	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	14.55	15.37	0.95
16	I61	뇌내출혈	23.39	24.67	0.95
17	K72	달리 분류되지 않은 간부전	4.67	4.89	0.95
18	I05	류마티스성 승모판 질환	8.10	8.40	0.96
19	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	4.37	4.53	0.96
20	J43	폐기종	4.06	4.21	0.97
21	I48	심방세동 및 조동	6.64	6.78	0.98
22	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	5.75	5.84	0.98
23	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	9.83	9.92	0.99
24	N18	만성 신부전	51.43	51.79	0.99
25	M41	척추측만	3.51	3.53	1.00
26	E10	인슐린 의존성 당뇨병	9.95	9.97	1.00
27	I21	급성 심근경색증	7.39	7.40	1.00
28	C73	갑상선의 악성 신생물	11.11	11.11	1.00
29	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	7.03	7.02	1.00
30	M48	기타 척추병증	8.13	8.08	1.01
31	M40	척추후만증 및 척추전만증	5.25	5.21	1.01
32	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	12.89	12.77	1.01
33	I10	본태성(원발성) 고혈압	12.85	12.70	1.01

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
34	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	7.89	7.80	1.01
35	E14	상세불명의 당뇨병	8.60	8.48	1.01
36	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	6.73	6.64	1.01
37	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	5.12	5.04	1.02
38	M71	기타 점액낭병증	4.84	4.76	1.02
39	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	4.55	4.48	1.02
40	I70	죽상경화증	6.36	6.25	1.02
41	G40	간질	7.97	7.83	1.02
42	K51	퀘양성 대장염	7.19	7.05	1.02
43	I50	심부전	8.45	8.26	1.02
44	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	4.34	4.23	1.03
45	K50	크론 병(국한성 장염)	5.73	5.59	1.03
46	M06	기타 류마티드 관절염	6.19	6.03	1.03
47	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	6.81	6.62	1.03
48	I11	고혈압성 심장 질환	10.51	10.21	1.03
49	I20	협심증	6.30	6.12	1.03
50	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	2.87	2.78	1.03
51	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	32.29	31.29	1.03
52	T21	체간의 화상 및 부식	5.18	5.02	1.03
53	H34	망막 혈관 폐쇄	5.50	5.31	1.04
54	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	3.34	3.22	1.04
55	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	4.93	4.74	1.04
56	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	4.53	4.35	1.04
57	I15	속발성 고혈압	7.46	7.15	1.04
58	K74	간의 섬유증 및 경변	9.68	9.26	1.04
59	T24	발목, 발 제외 둔부,하지의 화상및부식	6.54	6.23	1.05
60	R56	달리 분류되지 않은 경련	2.66	2.53	1.05
61	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	6.32	5.97	1.06
62	I25	만성 허혈성 심장 질환	6.38	6.02	1.06
63	M46	기타 염증성 척추병증	7.55	6.93	1.09
64	K92	소화기계의 기타 질환	3.05	2.79	1.09
65	K70	알콜성 간질환	5.90	5.23	1.13

5) 의료이용(1인당 외래 방문일수)

하위 5~10%의 1인당 외래 방문일수와 하위 40~70%의 1인당 외래 방문일수의 비율은 평균적으로 0.99정도로 나타나 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 외래방문일수에서 차지하는 비율은 거의 같거나 약간 낮았다.

하위 5~10%의 일인당 외래 방문일수가 하위 40~70%의 일인당 외래 방문일수의 비율에 가장 크게 못미치는 질환은 결합조직의 기타 전신성 침습이 0.80으로 가장 낮았으며, 유방의 악성 신생물 0.91, 뇌내출혈 0.91, 직장의 악성신생물 0.92, 간 및 간내담관의 악성 신생물 0.92로 의료이용에 있어서 차이가 많은 질환을 차지하였다. 이들 질환은 하위 5~10%가 하위 40~70%에 비해 상대적으로 가장 낮은 일인당 외래 방문일수를 차지하여 하위 5~10%가 하위 40~70%에 비해 평균 약 0.10 정도의 비율만큼 일인당 외래 방문일수가 부족한 것으로 판단되었다.

하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 외래 방문일수 비중을 나타내는 질환은 65개중 31개였다. 이 중 암질환이 9개, 화상이 4개로 하위 5~10%의 일인당 외래 방문일수가 하위 40~70%보다 낮아 일인당 외래 방문일수의 관리적 차원에서 우선순위 질환으로 파악되었다. 또한 앞서의 1인당 총 진료비와 1인당 입원일수, 1인당 내원일수와는 달리 심혈관 질환이 5순위 안에 빠져있었다.

암질환과 화상을 제외한 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 낮은 일인당 외래 방문일수 비중을 나타내는 31개 질환 중 나머지 18개 질환은 뇌혈관 질환 2개, 간질환 3개, 신장 질환 2개, 신경과 질환 3개, 심혈관질환 2개로 나타났다.

반면 만성 허혈성 심장질환, 크론병, 간질 등은 하위 5~10%가 하위 40~70%보다 일인당 외래방문일수가 평균 약 0.05정도로 높아 하위 5~10%가 이러한 질환군의 일인당 외래 방문일수가 낮지 않음을 보여주었다.

〈표 5-7〉 계층별 일인당 외래 방문일수 차이

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
1	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	1.44	1.80	0.80
2	C50	유방의 악성 신생물	5.16	5.66	0.91
3	I61	뇌내출혈	3.47	3.80	0.91
4	C20	직장의 악성 신생물	4.47	4.89	0.92
5	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	4.65	5.04	0.92
6	C53	자궁경의 악성 신생물	3.60	3.89	0.93
7	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	5.02	5.36	0.94
8	C16	위의 악성 신생물	4.27	4.51	0.95
9	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	3.31	3.50	0.95
10	C18	결장의 악성 신생물	4.17	4.39	0.95
11	G62	기타 다발신경병증	1.81	1.89	0.95
12	K72	달리 분류되지 않은 간부전	1.53	1.60	0.96
13	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	2.24	2.34	0.96
14	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	1.39	1.45	0.96
15	I60	거미막하 출혈	3.42	3.56	0.96
16	N18	만성 신부전	7.66	7.94	0.97
17	N04	신 증후군	2.89	2.98	0.97
18	K74	간의 섬유증 및 경변	3.38	3.47	0.97
19	I48	심방세동 및 조동	3.37	3.46	0.97
20	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	1.32	1.35	0.97
21	I05	류마티스성 승모관 질환	4.27	4.38	0.98
22	M41	척추측만	1.60	1.63	0.98
23	K92	소화기계의 기타 질환	1.25	1.28	0.98
24	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.48	1.51	0.98
25	M06	기타 류마티오이드 관절염	2.63	2.68	0.98
26	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.55	1.58	0.98
27	R56	달리 분류되지 않은 경련	1.28	1.29	0.99
28	K70	알콜성 간질환	2.13	2.15	0.99
29	M46	기타 염증성 척추병증	2.04	2.07	0.99
30	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.81	1.82	0.99
31	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	1.30	1.31	0.99
32	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상및부식	1.50	1.51	1.00
33	M48	기타 척추병증	2.54	2.55	1.00
34	F20	정신분열증	7.73	7.73	1.00

순위	상병기호	상병명	저소득층	기준집단	차이
35	I10	본태성(원발성) 고혈압	6.79	6.78	1.00
36	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	6.34	6.32	1.00
37	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	5.03	5.02	1.00
38	M71	기타 점액낭병증	1.75	1.74	1.00
39	H34	망막 혈관 폐쇄	2.91	2.90	1.00
40	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	2.26	2.25	1.00
41	T21	체간의 화상 및 부식	1.39	1.39	1.00
42	D21	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신 생물	1.53	1.52	1.00
43	I67	기타 대뇌혈관 질환	2.34	2.33	1.01
44	I21	급성 심근경색증	2.97	2.95	1.01
45	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	2.59	2.57	1.01
46	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신 생물	1.40	1.39	1.01
47	I70	죽상경화증	2.38	2.36	1.01
48	C73	갑상선의 악성 신생물	4.80	4.76	1.01
49	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	3.80	3.75	1.01
50	I64	출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸중	2.58	2.55	1.01
51	M40	척추후만증 및 척추전만증	1.80	1.77	1.02
52	K51	궤양성 대장염	3.27	3.22	1.02
53	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.46	1.44	1.02
54	J43	폐기종	1.84	1.80	1.02
55	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	1.42	1.39	1.02
56	I11	고혈압성 심장 질환	5.31	5.21	1.02
57	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	2.56	2.51	1.02
58	I20	협심증	3.19	3.11	1.02
59	E14	상세불명의 당뇨병	4.21	4.10	1.03
60	I15	속발성 고혈압	3.80	3.68	1.03
61	E10	인슐린 의존성 당뇨병	4.68	4.53	1.03
62	I50	심부전	3.59	3.46	1.04
63	G40	간질	4.40	4.23	1.04
64	K50	크론 병(국한성 장염)	2.50	2.35	1.06
65	I25	만성 허혈성 심장 질환	3.18	2.96	1.07

다. 질병 부담 및 계층별차이 기준에 의한 가중치 합산 순위

질환의 전체 가중치 합산 순위를 추계하기 위하여 2005년도 건강보험 통계연보의 질환별 급여실적 내 총 진료비 및 전체진료일수를 진료실인원으로 나눈 일인당 진료비 및 일인당 진료일수를 사용하였다. 또한 계층별 진료자수 차이, 계층별 진료비 차이, 계층별 의료이용 차이를 건강보험공단의 건강보험료 부과자료를 통해 파악하였다.(표3-8).

계층별 진료비 차이는 건강보험료 부과자료의 1인당 총 진료비를 통해 파악하였고 그 외 계층별 의료이용 차이는 건강보험료 부과자료의 1인당 입원횟수 차이, 1인당 내원일수 차이, 1인당 외래방문 횟수의 차이로 파악하였다.

질환의 전체 가중치 합산 및 개별 가중치는 다음과 같은 과정을 통해 산출되었고 가중치 합산 평균은 5.05, 최대값은 17.11, 최소값은 -2.04정도로 산출되었다.

질병부담에 의한 질병분류에 의한 가중값중 기관지 및 폐의 악성 신생물, 만성 신부전, 정신분열증의 경우 일평균 진료건수 및 일인당진료비가 다른 질환에 비해 10배 이상의 차이가 있어 이로 인한 절대적인 점수차가 큰 점을 고려하여 10으로 최대값을 적용하였다. 또한 의료이용에 의한 가중치 합산 시 결합조직의 기타 전신성 침습의 경우 역시 절대적인 점수차로 인해 다른 범주간 가중치합산에 편중된 결과를 보임을 고려하여 10으로 최대값을 적용하여 합산하였다.

* 질병부담

① 1인당 진료비 가중값 = 1인당 진료비/1,000,000

② 1인당 진료일수 가중값 = 1인당 진료일수/10

* 계층별 의료이용 차이

① 1인당 입원횟수 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 입원횟수} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 입원횟수})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 입원횟수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 입원횟수} / 40\sim 70\% \text{의 일인당 입원횟수} \times 10$$

② 1인당 내원일수 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 내원일수})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 내원일수} / 40\sim 70\% \text{의 일인당 내원일수} \times 10$$

③ 1인당 외래방문 횟수의 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 외래방문 횟수})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 외래방문 횟수}$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 외래방문 횟수} \times 10$$

④ 계층별 진료비 차이

$$= (40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} - 5\sim 10\% \text{의 일인당 총 진료비})$$

$$/40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} \times 10$$

$$= 1 - 5\sim 10\% \text{의 일인당 총 진료비} / 40\sim 70\% \text{의 일인당 총 진료비} \times 10$$

⑤ 계층별 유병률 차이(진료자수의 차이)

$$= (40\sim 70\% \text{의 유병률} - 5\sim 10\% \text{의 유병률}) / 40\sim 70\% \text{의 유병률} \times 10$$

$$= (1 - 5\sim 10\% \text{의 유병률} / 40\sim 70\% \text{의 유병률}) \times 10$$

가중치 합산순위로는 기관지 및 폐의 악성 신생물이 17.11로 1위에 해당되었고 간 및 간내담관의 악성 신생물이 14.55로 2위에, 만성신부전이 14.43으로 3위에 해당되어 전반적으로 악성 종양이 65개 질환의 가중 합산에서 우선순위 질환군으로 선정되었다.

가중치 합산 우선순위 10위내에 해당하는 암종류는 모두 6가지로 결장의 악성 신생물, 기관지 및 폐의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 유방의 악성 신생물, 간 및 간내담관의 악성 신생물, 위의 악성 신생물이 해당되어 가중치 적용 우선순위 질환의 절반 이상이 악성 종양 질환으로 분석되었다.

종양질환 외 10위 내에 있는 질환은 뇌혈관질환으로 출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중, 뇌내출혈, 거미막하 출혈이 각각 9위, 10위, 11위를 차지하여 종양 및 뇌혈관질환이 65개의 질환 중 가중치 합산 순위 상위 10위 질환의 대부분을 차지하고 있었다.

가중치가 가장 낮은 5개의 질환은 머리 및 목의 화상 및 부식, 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상, 소화기계의 기타질환, 알콜성 간질환, 손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상으로 이 중 1가지는 소화기 질환이었고 3가지는 손상 및 화상, 다른 한 가지는 간질환으로서 상대적으로 우선순위 질환군으로서의 중요성이 떨어졌다.

〈표 5-8〉 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 가중치 합산 순위

순위	상병기호	상병명	질병부담	이용차이	가중치합
1	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	10.00	7.11	17.11
2	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	8.57	5.99	14.55
3	N18	만성 신부전	10.00	4.43	14.43
4	C18	결장의 악성 신생물	5.41	8.38	13.78
5	C20	직장의 악성 신생물	6.14	6.91	13.05
6	C50	유방의 악성 신생물	4.51	7.96	12.47
7	C16	위의 악성 신생물	5.15	6.58	11.73
8	M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	0.67	10.00	10.67
9	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	1.97	8.53	10.51
10	I61	뇌내출혈	5.64	4.09	9.73
11	I60	거미막하 출혈	5.55	3.93	9.49
12	F20	정신분열증	10.00	-0.66	9.34
13	G62	기타 다발신경병증	0.70	7.99	8.69
14	I67	기타 대뇌혈관 질환	1.19	7.23	8.41
15	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	1.78	6.62	8.40
16	C53	자궁경의 악성 신생물	3.32	4.61	7.93
17	K72	달리 분류되지 않은 간부전	0.95	6.14	7.09
18	I05	류마티스성 승모판 질환	1.63	5.07	6.70
19	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	2.58	3.31	5.90
20	K74	간의 섬유증 및 경변	2.19	3.59	5.78
21	C73	갑상선의 악성 신생물	2.16	3.59	5.75
22	I48	심방세동 및 조동	1.02	4.71	5.73
23	N04	신 증후군	0.96	4.76	5.71
24	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	0.74	4.75	5.49
25	M40	척추후만증 및 척추전만증	0.67	4.73	5.40
26	J43	폐기종	0.76	4.44	5.20
27	E10	인슐린 의존성 당뇨병	2.90	2.09	4.99
28	I15	속발성 고혈압	1.25	3.67	4.92
29	M41	척추측만	0.44	4.32	4.76
30	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	0.70	3.85	4.55
31	I70	죽상경화증	1.33	3.12	4.45
32	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	1.08	3.35	4.43
33	I21	급성 심근경색증	2.72	1.68	4.40

순위	상병기호	상병명	질병부담	이용자이	가중치합
34	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	0.66	3.45	4.11
35	M48	기타 척추병증	1.13	2.95	4.08
36	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	2.19	1.68	3.87
37	M06	기타 류마토이드 관절염	0.67	3.12	3.79
38	I20	협심증	1.24	2.37	3.61
39	I10	본태성(원발성) 고혈압	2.17	1.25	3.42
40	E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	0.70	2.50	3.20
41	M46	기타 염증성 척추병증	0.90	2.21	3.11
42	E14	상세불명의 당뇨병	1.26	1.77	3.03
43	K51	궤양성 대장염	0.84	2.15	3.00
44	K50	크론 병(국한성 장염)	0.66	2.23	2.89
45	I25	만성 허혈성 심장 질환	1.37	1.45	2.82
46	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	6.11	-3.41	2.71
47	G40	간질	2.40	0.31	2.70
48	H34	망막 혈관 폐쇄	0.54	1.83	2.38
49	I50	심부전	1.21	0.97	2.18
50	I11	고혈압성 심장 질환	1.13	1.01	2.14
51	D21	결합조직기타 연조직의 기타 양성 신생물	0.59	0.94	1.52
52	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.20	0.20	1.40
53	R56	달리 분류되지 않은 경련	0.52	0.75	1.27
54	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	0.71	0.55	1.26
55	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	0.69	0.51	1.20
56	D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	0.97	0.15	1.12
57	M71	기타 점액낭병증	0.57	0.44	1.00
58	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상및부식	0.76	-0.45	0.31
59	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	0.56	-0.71	-0.15
60	T21	체간의 화상 및 부식	0.65	-0.82	-0.17
61	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	0.63	-0.89	-0.26
62	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	0.62	-1.16	-0.55
63	K92	소화기계의 기타 질환	0.61	-1.24	-0.63
64	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	1.26	-2.82	-1.56
65	K70	알콜성 간질환	0.79	-2.83	-2.04

2. 질병특성 기준별 순위

가. 질병특성군 4개 범주에 의한 분류

본 연구와 관련된 대표적 질병특성군 4개 범주(급성 치명적, 만성치명적, 급성 비치명적, 만성 비치명적) 중 국내에서 진료건수가 가장 많은 15개를 미국의 Oregon Health Plan에서 제시한 대상 질환과 연관시키고 살펴본 결과는 다음과 같다.(표3-9)

급성 치명적으로 분류된 질병 중 국내 진료건수가 많은 순서는 상세불명의 병원체의 폐렴, 뇌경색, 급성중수염 등이었으며 급성 치명적으로 분류된 질환의 경우 염증성 질환, 두개골 및 척추, 골반을 비롯한 대퇴부위 골절, 뇌출혈, 급성 심장질환 등을 포함하고 있다.

- 만성 치명적으로 분류된 질병 중 국내 진료건수가 가장 많은 질환은 위장의 악성신생물이며 만성 치명적으로 분류된 질환의 상위 10개 질환 중 7개의 질환이 악성 신생물로 분류되었다. 그 외의 만성 치명적 질환은 만성폐쇄성 폐질환, 위궤양, 알콜성 간질환 등이 포함되었다.

급성 비치명적으로 분류된 질병 중 국내 진료건수가 가장 많은 질환은 치핵이었으며 급성 비치명적 질환은 골절을 비롯한 염좌 등의 정형외과 질환이 주요한 질병으로 분류되었다.

만성 비치명적으로 분류된 질병 중 국내 진료건수가 가장 많은 질환은 정신분열증, 알콜사용으로 인한 정신 및 행동장애였으며 주요 만성 비치명적 질환은 당뇨병과 고혈압 등의 만성질환과 주요장기의 양성신생물이 포함되었다.

〈표 5-9〉 4개 질병특성군의 대표적 15개 질환들

질환범주	상 병 명	영 어 상 병 명	진료건수	
1. 급성치명적	상세불명 병원체의 폐렴	Other Bacterial Pneumonia	141,180	
	뇌경색(중)	Stroke	127,987	
	급성 충수염	Appendicitis	101,828	
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	Other Bacterial Pneumonia	43,692	
	늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	Fracture of Ribs and Sternum, Open	43,494	
	요추 및 골반의 골절	Fracture of Pelvis, Open and Closed	39,787	
	두개내 손상	Severe/Moderate Head Injury: Hematoma / Edema with loss of consciousness	39,255	
	급성 세뇨관-간질성 신염	Acute Glomerulonephritis and Other Acute Renal Failure	36,338	
	뇌내출혈	Intracerebral Hemorrhage	34,212	
	대퇴골의 골절	Open Fracture of Epiphysis of Lower Extremity	34,171	
	두개골 및 안면골의 골절	Deformities of Head and Compound/Depressed Fractures of Skull	27,906	
	헤르니아 없는 마비성 장폐색증 및 장관폐쇄	Intussception, Volvulus, Intestinal Obstruction and Foreign Body in Stomach,/Intestines/Colon/Rectum	23,176	
	급성 심근경색증	Acute and Subacute Ischemic Heart Disease, Myocardial Infarction	23,149	
	2. 만성치명적	위의 악성 신생물	Cancer of Stomach,Treatable	89,258

질환범주	상 병 명	영 어 상 병 명	진료건수
2. 만성치명적	기관지 및 폐의 악성 신생물	Cancer of Lung, Bronchus, Pleura,Trachea, Mediastinum & Other Respiratory Organs, Treatable	74,871
	협심증	Acute and Subacute Ischemic Heart Disease, Myocardial Infarction (Heart Attack)	66,400
	간 및 간내담관의 악성 신생물	Cancer of Liver, Cancer of Gallbladder and Other Biliary	64,811
	유방의 악성 신생물	CancerofBreast,Treatable	44,523
	결장의 악성 신생물	CancerofColon,Rectum,SmallIntestineandAnus,Treatable	41,712
	기타 척추병증	Disorders of Spine with Neurologic Impairment	38,067
	비뇨기계의 기타 장애	Congenital Anomalies of Urinary System	37,520
	직장의 악성 신생물	Cancer of Colon, Rectum, Small Intestine and Anus,Treatable	33,796
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	30,825
	위궤양	Ulcers, Gastritis and Duodenitis	30,558
	알콜성 간질환	Alcoholic Fatty Liver Or Alcoholic Hepatitis, Cirrhosis of Liver	28,029
	만성 허혈성 심장 질환	Acute and Subacute Ischemic Heart Disease, Myocardial Infarction	19,129
	3. 급성비치명적	치핵	Uncomplicated Hemorrhoids
감염성으로 추정되는 설사, 위장염		Regional Enteritis, Idiopathic Proctocolitis, Ulceration of Intestine	106,623
발목을 포함한 아래다리의 골절		Fracture of lower extremity	58,150
요추와 골반의 관절및 인대탈구,염좌 및 긴장		DislocationKnee&Hip,Open	40,484

질환범주	상 병 명	영 어 상 병 명	진료건수
3. 급성비치명적	아래팔의 골절	Closed Fracture of Physis of Lower Extremities	38,033
	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	Dislocation Knee & Hip, Open	35,126
	급성 편도염	Acute Tonsillitis other than Beta-Streptococcal	33,758
	손목 및 손부위에서의 골절	Closed Fracture of Physis of Upper Extremities	29,622
	서혜 헤르니아	Uncomplicated Hernia in Adults age 18 or Over	29,262
	급성 기관지염	Acute Bronchitis and Bronchiolitis	28,737
	어깨 및 팔꿈치의 골절	Closed Fracture of Physis of Upper Extremities	28,437
	발목을 제외한 발의 골절	Closed Fracture of One or More Phalanges of the Foot not including the Great Toe	25,834
	신장 및 요관의 결석	Calculus of Bladder or Kidney	24,538
4. 만성 비치명적	정신분열증	Schizophrenic Disorders	84,629
	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	Mental and behavior disorder by alcohol	69,229
	인슐린-비의존성 당뇨병	Type II Diabetes Mellitus	68,384
	자궁의 평활근종	Uterine Leiomyoma	48,768
	담석증	Cholelithiasis, Cholecystitis, Common Biliary Duct Stone	40,402
	편도 및 아데노이드의 만성 질환	Chronic Disease of Tonsils and Adenoids (Tonsillectomy and adenoidectomy)	37,433
	양성 지방종성 신생물	Benign Neoplasm Bone & Articular Cartilage Including Osteoid Osteomas; Benign Neoplasm	10,218
	간질	Epilepsy and Febrile Convulsions	16,228

질환범주	상 병 명	영 어 상 병 명	진료건수
	유방의 양성 신생물	benign Neoplasm of breast	9,997
	결합조직,기타 연조직의 기타 양성 신생물	Benign Neoplasms of Skin and Other Soft Tissues	7,914
	비화농성 중이염	Chronic Otitis Media	7,227
	기타 사시	other strabismus	7,093
	장의 계실성 질환	Diverticulitis of Colon	5,636
	갑상선의 양성 신생물	Cyst, Hemorrhage, and Infarction of Thyroid	4,207
4. 만성 비치명적	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	Benign Neoplasm Bone & Articular Cartilage Including Osteoid Osteomas ; Benign Neoplasm...	3,971
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	Other benign neoplasm of endocrine gland	3,129
	여성 생식기의 용종	Polyp of female reproductive system	3,037
	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	angioma and lymphoma of all area	3,017
	피부의 기타 양성 신생물	Benign Neoplasms of Skin and Other Soft Tissues	2,837
	중이 및 호흡기계의 양성 신생물	Benign Neoplasm of Respiratory & Intrathoracic Organs	2,694
	뇌 및 기타 중추 신경계 부위의 양성 신생물	Benign Neoplasm of the Brain	2,563

나. 질환특성별 분류기준에 의한 합산 순위

질환특성별 분류기준에 의한 합산 순위를 선정하기 위해 본 연구에서의 우선순위군 65개 질환을 대상으로 질병범주로 구분하였다. 65개 대상 질환중에 급성치명적으로 분류된 질환은 13개 질환으로 20.0%였으며 만성치명적 질환이 24개로 36.9% 급성비치명적 질환이 4개로 6.2%, 만성비치명적 질환이 24개로 36.9%였다.

본 질환특성별 분류기준에 의한 합산 순위는 4개 범주로 그룹화 하였으며 동일한 가중치를 적용하여 동일 범주 내에서는 동일한 순서로 점수화 하였다.

〈표 5-10〉 질환특성별 분류기준에 의한 65개 대상 질환 분류

점수	상병기호	상병명	질병범주
4	T21	체간의 화상 및 부식	급성치명적
4	T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	급성치명적
4	I60	거미막하 출혈	급성치명적
4	I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	급성치명적
4	I61	뇌내출혈	급성치명적
4	I67	기타 대뇌혈관 질환	급성치명적
4	I21	급성심근경색증	급성치명적
4	J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	급성치명적
4	T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	급성치명적
4	T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	급성치명적
4	T20	머리 및 목의 화상 및 부식	급성치명적
4	I48	심방세동 및 조동	급성치명적
3	I70	죽상경화증	만성치명적
3	I25	만성 허혈성 심장 질환	만성치명적
3	I50	심부전	만성치명적
3	M41	척추측만	만성치명적
3	N04	신증후군	급성치명적
3	J43	폐기종	만성치명적
3	A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	만성치명적
3	C18	결장의 악성 신생물	만성치명적

집수	상병기호	상병명	질병범주
3	C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	만성치명적
3	C20	직장의 악성 신생물	만성치명적
3	C50	유방의 악성 신생물	만성치명적
3	C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	만성치명적
3	C16	위의 악성 신생물	만성치명적
3	C53	자궁경의 악성 신생물	만성치명적
3	N18	만성 신부전	만성치명적
3	M35.8,9	결합조직의 기타 전신성 침습	만성치명적
3	I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	만성치명적
3	J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	만성치명적
3	K72	달리 분류되지 않은 간부전	만성치명적
3	C73	갑상선의 악성 신생물	만성치명적
3	I05	류마티스성 승모판 질환	만성치명적
3	I20	협심증	만성치명적
3	I11	고혈압성 심장 질환	만성치명적
3	K74	간의 섬유증 및 경변	만성치명적
3	K70	알콜성 간질환	만성치명적
2	S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	급성비치명적
2	M46	기타 염증성 척추병증	급성비치명적
2	T25	발목 및 발의 화상 및 부식	급성비치명적
1	I69	대뇌혈관 질환의 후유증	만성비치명적
1	G40	간질	만성비치명적
1	F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	만성비치명적
1	G62	기타 다발신경병증	만성비치명적
1	M06	기타 류마티스관절염	만성비치명적
1	M40	척추후만증 및 척추전만증	만성비치명적
1	G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	급성비치명적
1	D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	만성비치명적
1	K50	크론 병(국한성 장염)	만성비치명적
1	K51	궤양성 대장염	만성비치명적
1	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	만성비치명적
1	D16	뼈 및 관절 연골의 양성 신생물	만성비치명적
1	I15	속발성 고혈압	만성비치명적
1	M71	기타 점액낭병증	만성비치명적
1	D21	결합조직, 기타 연조직의 기타 양성 신생물	만성비치명적
1	K92	소화기계의 기타 질환	만성비치명적

점수	상병기호	상병명	질병범주
1	F20	정신분열증	만성비치명적
1	M48	기타 척추병증	만성비치명적
1	E14	상세불명의 당뇨병	만성비치명적
1	E11	인슐린-비의존성 당뇨병	만성비치명적
1	E10	인슐린 의존성 당뇨병	만성비치명적
1	R56	달리 분류되지 않은 경련	만성비치명적
1	I10	본태성(원발성) 고혈압	만성비치명적
1	E05	갑상선중독증(갑상선기능항진증)	만성비치명적
1	H34	망막 혈관 폐쇄	만성비치명적

다. 대상 질환 희귀성에 의한 분류

1) 희귀질환의 연간 진료실인원

희귀질환의 경우 유병률이 낮아 적절한 치료방법과 대체 의약품이 개발되지 않은 질환으로 희귀질환을 정의하는 것은 국가마다 차이가 있으며 우리나라의 경우 국내 환자수(유병인구)가 20,000명 이하이며 그 질환에 사용되는 의약품이 원칙적으로 동일제제의 연간 총 수입실적이 오십만 불(미화)이하이거나 총 생산실적이 5억원 이하인 것으로 현 의약품 수급체계에 비추여 제한적으로 공급되는 경우 환자의 치료에 큰 지장을 초래할 우려가 있는 질환으로 정의된다.

또한 환자수가 적어 의약품의 수요가 적고 이에 따라 적절한 치료방법과 대체 의약품이 개발되지 못하고 신약개발이 어려울 뿐 만 아니라 조기에 정확한 진단과 적절한 치료를 받지 못하는 문제점을 가지고 있다.

이에 따라 국내의 경우 2001년부터 의료비의 경제적 부담이 과중하여 가계의 사회경제적 수준 저하가 우려되는 희귀·난치성 질환자에 대해 본인부담 의료비 지원사업을 통해 2006년 89조 109개 질환에 대해 지원을 하고 있다.

본 연구에서는 현행 지원되고 있는 희귀·난치성 질환 중 난치성 질환

을 제외한 희귀질환을 하나의 질병특성으로 분류하였다.

본 연구자료에서의 대상 질환에 해당 상병코드로 1번 이상 진료를 받은 적이 있는 대상자의 진료실인원을 파악하여 유병율을 추정하였으며 따라서 실제 환자수에 비해 과장되어 추정될 가능성을 배제하지 못하였다.

총 126개 질환에 대한 연간 진료실인원은 평균 3901명으로 노년황반변성이 79,871명으로 가장 진료실인원이 많았으며 해당효소장애에 의한 빈혈이 2명으로 가장 적은 수를 보였다. 또한 전체 질환 중 65.1%가 진료실인원이 1,000명이내의 희소성을 보였다.

〈표 5-11〉 희귀질환의 연간 진료실인원

상병기호	상병명	질환자수
H35.3	노년 황반변성(삼출성)	79,871
H35.5	유전성 망막 영양장애(망막색소변성증)	76,827
D69.1	정성혈소판 결함(글란즈만병 등)	68,547
G20	파킨슨병	38,973
M45	강직성 척추염	24,663
M35.0-M35.7	결합조직의 기타 전신침습	23,782
M35.2	베체트병	14,783
I42.0-I42.4	심근병증	13,885
M32	전신 홍반성 루푸스	12,250
D66-D68.4	혈우병	10,074
D70	무과립세포증	8,664
D35.2	뇌하수체 양성신생물	8,350
G56.4	작열통	7,648
D69.3	에반스 증후군	6,739
E23.0	뇌하수체 기능저하증(쉬이한 증후군)	6,076
D69.6	상세불명의 혈소판감소증	5,446
D80-D84	면역결핍증	5,036
D61	기타 무형성 빈혈(재생불량성빈혈 등)	4,536
G70.0-G70.2	중증 근무력증	4,187
M89.0	동통성 신경영양장애	4,030
G41	간질지속상태	3,691
I73.1	폐색성 혈전 혈관염[버거병]	3,376

상병기호	상병명	질환자수
G71.0-G71.3	근육의 원발성 장애	2,867
I67.5	모야모야병	2,807
E73	유당불화증	2,489
G12	척추성 근육위축 및 관련 증후군	2,450
E27.1-E27.4	부신의 기타장애	2,174
M33	피부다발근육염	2,050
Q85.0	신경섬유종증(비악성 : 폰 레클링하우젠병)	1,987
M08.0-M08.3	청소년성 관절염	1,977
G61	염증성 다발 신경병증	1,939
G10	헌팅톤병	1,903
M34	전신경화증	1,884
G35	다발성경화증	1,831
G31.8	기타 명시된 신경계통의 퇴행성 질환	1,657
M31.0-M31.4	기타 과사성 혈관병증	1,381
G11	유전성 운동 실조증	1,357
E22.0	말단거대증 및 뇌하수체 거인증	1,267
Q05	척추갈림증	1,260
Q23	대동맥 및 승모판의 선천기형	1,188
Q96	터너증후군	1,185
K75.4	자가면역 간염	1,064
I27.0	원발성 폐성 고혈압	1,037
B45	크립토콕쿠스증	1,007
P22.0	신생아의 호흡곤란	1,002
Q90	다운증후군	915
E25	부신성기장애	913
D86	사르코이도시스	913
E83.0	구리대사장애(월슨병 등)	863
D76	림프관 계통을 침범하는 특정질환	849
Q79	달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천성기형	835
K74.3	원발성 담즙성경화	811
G90.8	자율신경계통의 기타 장애	605
L12.0	수포성 유사천포창	555
Q20.1	양대혈관 우심실 기시증	515
G95.0	척수공동증 및 구공동증	513
G60.0	유전성 운동 및 감각 신경병증(샤르코-마리-투스병 등)	485
M88	뼈의 파궤병[변형성 골염]	462

상병기호	상병명	질환자수
E74	탄수화물대사의 기타장애	460
M30.0-M30.2	결절성 다발 동맥염	439
Q87.4	마르팡 증후군	436
L10.0	천포창	428
E24.1	넬슨 증후군	425
Q22.0	폐동맥판막 폐쇄	414
E55.0	활동성 구루병	404
Q85.1	결절성 경화증	397
E72	아미노산대사의 기타장애	385
M94.1	재발성 다발 연골염	330
Q87.1	주요단신과관련된선천기형증후군(프라더윌리증후군 등)	326
Q44.2	쓸개관(담관)의 폐쇄	317
G13	중추신경계통에 영향을 주는 전신 위축	313
Q25.5	폐동맥 폐쇄	300
E70	방향성아미노산 대사장애	297
E84	낭성섬유증	285
Q26.0-Q26.6	대정맥의 선천 기형	277
E85	아밀로이드증	265
Q85.8	달리 분류되지 않은 기타 모반증(스터지-베버 증후군)	259
Q98	달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	230
Q78.0	불완전 골형성증	208
E76	뮤코다당증	206
D59.5	발작성 야간 혈색소뇨증	205
E83.3	인대사장애	202
D60	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증]	193
Q77.4	연골무형성증	192
G63.0	달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경 병증	180
Q07.0	아놀드-키아리증후군	173
L10.2	낙엽상 천포창	170
E34.8	기타 명시된 내분비장애(레프리카니즘 등)	162
Q24.5	심장동맥 혈관의 기형	156
I82.0	버드-키아리 증후군	150
E75.2	파브리병	145
F84.2	레트 증후군	137

상병기호	상병명	질환자수
G23.1	진행성 핵상성 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	130
E71.3	부신백질영양장애	126
E24.3	딴곳 부신피질 자극호르몬 증후군	112
E24.0	뇌하수체-의존 쿠싱병	111
Q87.0	주로 얼굴 형태에 영향을 주는 선천 기형 증후군	107
N25.1	콩팥(신장성) 요붕증	105
A81	중추신경계통의 비정형 바이러스감염	88
Q78.1	다골성 섬유성 형성이상	83
D71	다핵성호중구의 기능적 장애	81
E71	축쇄 아미노산대사 및 지방산 대사장애	80
Q04.3	뇌의 기타 축소 변형(무뇌회증)	62
L12.3	후천성 수포성 표피 박리증	59
Q77.7	척추뼈끝 형성이상	52
Q20.0	충동맥줄기	49
Q75.1	머리얼굴 뼈형성이상(크루종 병)	48
E77	당단백질 대사장애	43
Q22.6	발육부전성 우심 증후군	40
E80.2	기타 포르피린증	38
Q91	파타우 증후군	29
Q20.2	양대혈관 좌심실 기시증	27
Q75.4	턱얼굴뼈 형성이상	25
Q93.4	5번 염색체 짧은 팔의 결손	24
Q78.5	골중간 형성이상(필레 증후군)	24
Q93.5	염색체의 기타 부분 결손(22번 염색체 미세결실)	22
L12.1	홍터성 유사천포창	21
Q81.2	이영양성 표피 수포증	18
D55.0	포도당6인 산탈수효소[G6PD]결핍에 의한 빈혈	14
G51.2	멜커슨증후군(멜커슨-로젠탈증후군)	11
Q06.2	척수갈림증	10
Q77.5	이영양성 형성이상	9
Q86.0	(이상형태증성)태아알코올증후군	6
Q81.1	치사성 표피 수포증	3
D55.2	해당 효소장애에 의한 빈혈	2

2) 희귀질환의 일인당 진료건수

희귀질환의 일인당 진료건수 상위 20개 질환은 다음과 같다. 일인당 평균진료건수는 3.71이며 가장 많은 진료건수를 보인 질환은 레트증후군 11.01, 5번 염색체 짧은 팔의 결손 10.63건이었다.

〈표 5-12〉 희귀질환의 일인당 진료건수

		진료자수	진료건수	일인당 진료건수
F84.2	레트 증후군	137	1,509	11.01
Q93.4	5번 염색체 짧은 팔의 결손	24	255	10.63
M32	전신 홍반성 루프스	12,250	107141	8.75
D59.5	발작성 야간 혈색소뇨증	205	1644	8.02
M34	전신경화증	1,884	13995	7.43
L10.2	낙엽상 천포창	170	1225	7.21
G20	파킨슨병	38,973	278107	7.14
M35.2	베체트병	14,783	103245	6.98
L10.0	천포창	428	2934	6.86
E75.2	파브리병	145	935	6.45
G70.0-G70.2	중증근무력증	4,187	26555	6.34
Q96	터너증후군	1,185	7401	6.25
D61	재생불량성빈혈 등	4,536	28052	6.18
I42.0-I42.4	심근병증	13,885	84114	6.06
Q85.1	결절성 경화증	397	2380	5.99
I67.5	모야모야병	2,807	16744	5.97
M30.0-M30.2	결절성 다발 동맥염	439	2587	5.89
D71	다핵성호중구의 기능적 장애	81	474	5.85
E83.0	구리대사장애(윌슨병 등)	863	4894	5.67
G35	다발성경화증	1,831	10164	5.55
		491556	1824426	3.71

3) 희귀질환의 일인당 총진료비

희귀질환의 일인당 총진료비는 126개 질환 평균 660,514원으로 가장

높은 진료비를 차지하는 질환은 파브리병으로 50,840,092원이며 그다음으로 류코다당증, 혈우병, 신생아의 호흡곤란 등이다. 상위 37개 질환에서 일인당 총진료비가 100만 원 이상이었다.

〈표 5-13〉 희귀질환의 일인당 총진료비

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
E75.2	파브리병	7,371,813,270	145	50,840,092
E76	뮤코다당증	2,257,471,560	206	10,958,600
D66-D68.4	혈우병	67,820,859,060	10,074	6,732,267
P22.0	신생아의 호흡곤란	4,920,995,350	1,002	4,911,173
Q96	터너증후군	4,769,042,000	1,185	4,024,508
G35	다발성경화증	6,157,137,297	1,831	3,362,718
D71	다핵성호중구의 기능적 장애	269,612,430	81	3,328,549
E22.0	말단거대증 및 뇌하수체 거인증	4,106,338,140	1,267	3,240,993
Q26.0-Q26.6	대정맥의 선천 기형	732,290,950	277	2,643,650
G12	척추성 근육위축 및 관련 증후군	6,376,947,464	2,450	2,602,836
Q87.1	주요단신과관련된선천기형증후군(프라더윌리증후군 등)	817,973,680	326	2,509,122
A81	중추신경계통의 비정형 바이러스감염	211,159,640	88	2,399,541
Q20.0	총동맥줄기	115,876,500	49	2,364,827
D61	기타 무형성 빈혈(재생불량성빈혈 등)	10,516,417,045	4,536	2,318,434
Q20.1	양대혈관 우심실 기시증	1,134,724,070	15	2,203,348
Q25.5	폐동맥 폐쇄	613,167,340	300	2,043,891

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
G61	염증성 다발 신경병증	3,948,814,565	1,939	2,036,521
Q20.2	양대혈관 좌심실 기시증	54,699,450	27	2,025,906
I67.5	모야모야병	5,641,732,240	2,807	2,009,880
Q44.2	쓸개관(담관)의 폐쇄	604,335,580	317	1,906,421
E85	아밀로이드증	504,448,270	265	1,903,578
M31.0-M31.4	기타 괴사성 혈관병증	2,066,720,235	1,381	1,496,539
G20	파킨슨병	57,986,987,208	38,973	1,487,876
D59.5	발작성 야간 혈색소뇨증	300,331,550	205	1,465,032
Q07.0	아놀드-키아리증후군	239,849,770	173	1,386,415
D35.2	뇌하수체 양성신생물	11,420,318,269	850	1,367,703
F84.2	레트 증후군	187,180,344	137	1,366,280
D76	림프관 계통을 침범하는 특정질환	1,104,276,506	849	1,300,679
G41	간질지속상태	4,749,070,252	3,691	1,286,662
Q77.4	연골무형성증	238,242,150	192	1,240,845
D60	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증]	228,181,100	193	1,182,285
I82.0	버드-키아리 증후군	176,301,159	150	1,175,341
G23.1	진행성 핵상성 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	148,077,240	130	1,139,056

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
Q24.5	심장동맥 혈관의 기형	176,247,420	156	1,129,791
M32	전신 홍반성 루프스	1,3635,837,075	12,250	1,113,130
G13	중추신경계통에 영향을 주는 전신 위축	334,049,290	313	1,067,250
Q91	파타우 증후군	29,474,150	29	1,016,350
E71	측쇄 아미노산대사 및 지방산 대사장애	79,773,800	80	997,173
M30.0-M30.2	결절성 다발 동맥염	432,963,718	439	986,250
Q04.3	뇌의 기타 축소 변형(무뇌회증)	60,864,030	62	981,678
I73.1	폐색성 혈전 혈관염[버거병]	3,247,635,965	3,376	961,977
Q93.4	5번 염색체 짧은 팔의 결손	22,945,800	24	956,075
E72	아미노산대사의 기타장애	367,795,300	385	955,312
I42.0-I42.4	심근병증	1,2378,553,137	13,885	891,505
Q22.0	폐동맥판막 폐쇄	367,645,930	414	888,034
G95.0	척수공동증 및 구공동증	452,563,840	513	882,191
G11	유전성 운동 실조증	1,194,199,927	1,357	880,029
Q87.0	주로 얼굴 형태에 영향을 주는 선천 기형 증후군	91,566,720	107	855,764
M34	전신경화증	1,584,026,979	1,884	840,779
Q23	대동맥 및 승모판의 선천기형	993,460,740	1,188	836,246

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
I27.0	원발성 폐성 고혈압	860,270,239	1,037	829,576
M33	피부다발근육염	1,675,126,660	2,050	817,135
Q75.1	머리얼굴 뼈형성이상(크루종 병)	39,131,130	48	815,232
D69.3	에반스 증후군	5,255,397,050	6,739	779,848
E83.0	구리대사장애(윌슨병 등)	667,061,198	863	772,956
E23.0	뇌하수체 기능저하증(취이한 증후군)	4,666,828,321	6,076	768,076
K74.3	원발성 담즙성경화	621,546,572	811	766,395
E80.2	기타 포르피린증	28,698,270	38	755,218
G70.0-G70.2	중증근무력증	3,100,396,718	4,187	740,482
M08.0-M08.3	청소년성 관절염	1,454,143,143	1,977	735,530
E70	방향성아미노산 대사장애	214,814,340	297	723,281
K75.4	자가면역 간염	767,225,590	1,064	721,077
Q78.0	불완전 골형성증	148,120,710	208	712,119
E71.3	부신백질영양장애	89,187,620	126	707,838
E24.0	뇌하수체-의존 쿠싱병	76,213,330	111	686,607
Q85.1	결절성 경화증	261,450,250	397	658,565
D86	사르코이도시스	587,528,690	913	643,514

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
E27.1-E27.4	부신의 기타장애	1,346,373,140	2,174	619,307
Q79	달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천성기형	507,267,800	835	607,506
Q81.2	이영양성 표피 수포증	10,869,950	18	603,886
Q87.4	마르팡 증후군	263,261,240	436	603,810
B45	크립토크쿠스증	573,219,910	1,007	569,235
G71.0-G71.3	근육의 원발성 장애	1,621,188,358	2,867	565,465
E83.3	인대사장애	104,224,999	202	515,965
Q05	척추갈림증	649,059,760	1,260	515,127
E74	탄수화물대사의 기타장애	233,202,010	460	506,961
M94.1	재발성 다발 연골염	160,523,600	330	486,435
Q77.7	척추뼈끝 형성이상	25,195,350	52	484,526
Q78.1	다골성 섬유성 형성이상(알브라이트(-맥쿤)(-스턴버그) 증후군)	37,818,420	83	455,644
L10.0	천포창	194,084,710	428	453,469
M45	강직성 척추염	11,127,514,987	24,663	451,183
Q90	다운증후군	403,431,090	915	440,908
L12.0	수포성 유사천포창	229,403,008	555	413,339
M35.2	베체트병	5,921,698,643	14,783	400,575

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
E25	부신성기장애	346,545,596	913	379,568
Q75.4	턱얼굴뼈 형성이상	9,357,520	25	374,301
Q78.5	골중간 형성이상(필레 증후군)	8,917,990	24	371,583
Q85.0	신경섬유종증(비악성 : 폰 랙클링하우젠병)	733,206,082	1,987	369,002
Q93.5	염색체의 기타 부분 결손(22번 염색체 미세결실, 엔젤만 증후군)	8,026,500	22	364,841
G60.0	유전성 운동 및 감각 신경병증(샤르코-마리-투스병 등)	162,294,270	485	334,627
Q85.8	달리 분류되지 않은 기타 모반증(스터지-베버 증후군)	85,851,440	259	331,473
M89.0	동통성 신경영양장애	1,321,776,698	4,030	327,984
D69.6	상세불명의 혈소판감소증	1,743,397,308	5,446	320,124
L12.1	홍터성 유사천포창	5,900,570	21	280,980
N25.1	콩팥(신장성) 요붕증	29,235,920	105	278,437
E55.0	활동성 구루병	90,009,700	404	222,796
E77	당단백질 대사장애	9,556,070	43	222,234
G31.8	기타 명시된 신경계통의 퇴행성 질환(아급성 괴사성 뇌병증[리이])	367,790,110	1,657	221,961
G56.4	작열통	1,692,376,766	7,648	221,284
G63.0	달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	37,334,428	180	207,413
H35.3	노년 황반변성(삼출성)	15,148,908,822	79,871	189,667

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
Q98	달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	41,790,440	230	181,698
Q06.2	척수갈림증	1,779,660	10	177,966
D70	무과립세포증	1478,709,714	8,664	170,673
D80-D84	면역결핍증	807,610,350	5,036	160,367
E84	낭성섬유증	44,922,350	285	157,622
M88	뼈의 파열병[변형성 골염]	70,475,805	462	152,545
E24.3	딴곳 부신피질 자극호르몬 증후군	17,047,210	112	152,207
L12.3	후천성 수포성 표피 박리증	8,797,770	59	149,115
E34.8	기타 명시된 내분비장애(레프리코니즘 등)	23,995,510	162	148,120
M35.0-M35.7	결합조직의 기타 전신침습	3496,272,108	23,782	147,013
G10	헌팅톤병	263,875,370	1,903	138,663
Q77.5	이영양성 형성이상	1,244,390	9	138,266
G90.8	자율신경계통의 기타 장애	74,301,700	605	122,813
D55.0	포도당6인 산탈수소효소[6PD]결핍에 의한 빈혈	1,478,780	14	105,627
H35.5	유전성 망막 영양장애(망막색소변성증)	5352,470,210	76,827	69,669
G51.2	멜커슨증후군(멜커슨-로젠탈증후군)	747,970	11	67,997
Q81.1	치사성 표피 수포증	,91,030	3	63,677

		총진료비	진료자수	일인당 총진료비
D69.1	정성혈소판 결핍(글란즈만병 등)	3821,859,360	68,547	55,755
E24.1	넬슨 증후군	22,660,010	425	53,318
E73	유당불화증	103,457,580	2,489	41,566
D55.2	해당 효소장애에 의한 빈혈	54,250	2	27,125
Q86.0	(이상형태증성)태아알코올증후군	106,370	6	17,728
		3.2468E+11	491,556	660,514

4) 대상질환의 특수성으로 인한 기준에 의한 가중값

희귀질환의 경우 질병부담 및 의료이용의 차이에 대한 분류는 희귀질환 자체의 질병의 특수성과 부합되지 않는 문제점을 가지고 있으며 질병의 유병율이 전체인구의 20000명 이하로 정의되며 본 연구에서의 연간 진료 실인원이 평균 3701명인 것을 고려하면 계층별 의료이용의 차이를 구분하는 기준은 특히 본 질병의 특성과 부합되지 않는다. 따라서 희귀질환의 경우 다른 가중값에 의한 우선순위 선정이 필요하였다.

또한 본 연구에서 동일 상병명으로 1회이상 진료받은 모든 대상자의 자료를 분석하였으며 이는 유병인구가 많은 경우에 비해 희귀질환의 경우 진료일수 등을 더욱 과소평가하게 만들었을 가능성이 있을 것으로 추정된다. 따라서 본 연구에서는 희귀질환은 두 가지 기준에 의한 가중값에 의해 우선순위를 선정하였다.

희귀질환 126 질환의 일인당 총진료비의 평균값은 660,514원으로 이를 우선순위 선정 65개 질환 중 기준인구집단의 일인당 총진료비가 45만원 이상 80만원 이하인 질환의 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 가중값의 평균을 합하여 기준 1의 값을 산출하였다. 희귀질환의 평균값과 가장 일치하는 질환의 경우 류마티스성 승모판 질환이나 한 개 질환으로 국한한 경우 해당 질환의 의료이용의 차이 등의 특수한 영향요인을 배제할 수 없는 문제점을 보완하기 위해 진료비의 범주를 넓게 확장하고 해당질환의 기준값의 합산값의 평균을 구하였다.

〈표 5-14〉 일인당 진료비에 의한 가중값

상병기호	상병명	일인당 총진료비(천원)	기준1의 가중값
C73	갑상선의 악성 신생물	764	5.75
K74	간의 섬유증 및 경변	762	5.78
I05	류마티스성 승모관 질환	541	6.70
I25	만성 허혈성 심장 질환	495	2.82
I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	485	10.51
I69	대뇌혈관 질환의 후유증	477	5.90
I70	죽상경화증	477	4.45
A15	세균학적 조직학적으로 확인된 호흡 기 결핵	470	1.40
			5.41

희귀질환의 경우 대부분의 질환이 만성치명적인 질병특성을 가지고 있으므로 기준1에 의한 값과 만성치명적인 질병특성에 의한 값을 합하여 최종 합산 점수를 계산하면 $5.41+7.50=12.91$ 로 가중값이 부여되었다. 이는 최종 우선순위 선정 65개 질환 중 22번째에 해당되는 값이다.

그러나 희귀질환의 경우 일반 다른 질환과는 다른 질병의 희소성이라는 특수성이 있으며 질병으로 인한 일인당 진료비의 경우도 최대값 50,840,092에서 최소값 17,728로 범위가 매우 넓어 일인당 진료비의 평균값에 해당하는 질병 그룹으로 가중값을 계산하는 것은 다소 무리가 있는 일일 것으로 판단된다.

3. 우선순위 선정 기준에 따른 순위

질환의 전체 가중치 합산 순위를 추계하기 위해 두 가지 우선순위 선정 기준을 적용하여 파악하였다.

첫 번째 우선순위 선정기준은 질병부담 및 계층별 의료이용의 차이에

의한 순위로 이는 각 질환별 급여실적 내 총진료비, 일인당 진료일수, 계층별 유병율의 차이, 진료비의 차이, 의료이용의 차이 등의 7가지 기준에 의해 각각 개별 가중치에 의한 점수의 합산으로 순위화 하였다. 가중치의 합산 평균은 5.05이며 최대값은 17.11, 최소값은 -2.04정도로 산출되었다.

두 번째 우선순위 선정기준은 질병특성에 따른 분류로 본 연구에서는 4가지 기준범주인 급성치명적, 만성치명적, 급성 비치명적, 만성 비치명적으로 구분하고 각 기준 범주내에서는 우선순위 없이 동일한 점수를 부여하였으며 이는 각각 4점에서 1점으로 구분하였다

두 가지 우선순위 선정기준의 가중값의 합산을 본 연구에서는 첫 번째 기준에 의한 선정기준과 두 번째 기준에 의한 선정기준을 각각 60:40으로 조정하여 가중값을 부여하여 합산하였다. 합산을 위한 가중값은 아래의 공식에 의해 산출되었다.

최종우선순위

$$= \text{질병부담 및 계층별 의료이용의 차이에 의한 가중값의 합산} \\ + (\text{질병특성에 의한 가중값} \times 2.5)$$

가중치 합산 점수는 평균 10.97로 최대값은 24.61에서 최소값은 1.87로 산출되었다.

가중치 합산 순위로는 기관지 및 폐의 악성신생물이 24.61로 1위에 해당되었고 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 만성 신부전, 결장의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물 등 만성치명적 질환에 해당되는 중앙질환이 가장 우선순위가 높은 질환군으로 선정되었다.

가중치 합산 순위 10위내에 해당하는 질병은 뇌혈관질환 3개 질환, 악성신생물 6개 질환이 포함되었으며 이는 질병부담 및 의료이용의 차이에 의한 가중치 합산값에 의한 10개 질환과 동일하였다.

가중치가 가장 낮은 5개 질환은 소화기계 기타 질환, 기타 점액낭병증, 손목과 손부위에서의 근육 및 건의 손상, 뼈 및 관절연골의 양성 신생물, 달리 분류되지 않은 경련 등으로 질병부담 및 의료이용의 차에 의한 가중치의 합산에서는 하위 5개 질환 중 3개 질환이 화상이었던 것과는 상이한 결과를 보였다. 이는 이들 질환의 경우 질병특성이 급성 치명적 질환으로 분류되었으며 우선순위가 조정된 결과로 분석된다.

〈표 5-15〉 질환의 최종 가중치 합산 순위

상병기호	상병명	기준1	기준2	합계
C34	기관지 및 폐의 악성 신생물	17.11	7.5	24.61
C22	간 및 간내담관의 악성 신생물	14.55	7.5	22.05
N18	만성 신부전	14.43	7.5	21.93
C18	결장의 악성 신생물	13.78	7.5	21.28
C20	직장의 악성 신생물	13.05	7.5	20.55
I64	출혈 또는 경색(중)으로 명시되지 않은 졸중	10.51	10	20.51
C50	유방의 악성 신생물	12.47	7.5	19.97
I61	뇌내출혈	9.73	10	19.73
I60	거미막하 출혈	9.49	10	19.49
C16	위의 악성 신생물	11.73	7.5	19.23
I67	기타 대뇌혈관 질환	8.41	10	18.41
M35.8-9	결합조직의 기타 전신성 침습	10.67	7.5	18.17
I13	고혈압성 심장 및 신장 질환	8.40	7.5	15.90
I48	심방세동 및 조동	5.73	10	15.73
C53	자궁경의 악성 신생물	7.93	7.5	15.43
K72	달리 분류되지 않은 간부전	7.09	7.5	14.59
I21	급성 심근경색증	4.40	10	14.40
I05	류마티스성 승모판 질환	6.70	7.5	14.20
K74	간의 섬유증 및 경변	5.78	7.5	13.28
C73	갑상선의 악성 신생물	5.75	7.5	13.25
N04	신 증후군	5.71	7.5	13.21
J43	폐기종	5.20	7.5	12.70
M41	척추측만	4.76	7.5	12.26
I70	죽상경화증	4.45	7.5	11.95
J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환	4.43	7.5	11.93

상병기호	상병명	기준1	기준2	합계
F20	정신분열증	9.34	2.5	11.84
J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	1.26	10	11.26
G62	기타 다발신경병증	8.69	2.5	11.19
I20	협심증	3.61	7.5	11.11
I25	만성 허혈성 심장 질환	2.82	7.5	10.32
T24	발목, 발 제외 둔부, 하지의 화상 및 부식	0.31	10	10.31
T22	손목 및 손 제외 어깨, 상지의 화상 및 부식	-0.15	10	9.85
T21	체간의 화상 및 부식	-0.17	10	9.83
T20	머리 및 목의 화상 및 부식	-0.26	10	9.74
I50	심부전	2.18	7.5	9.68
I11	고혈압성 심장 질환	2.14	7.5	9.64
T31	포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	-0.55	10	9.45
A16	세균학, 조직학적 확인 안된 호흡기결핵	1.40	7.5	8.90
I69	대뇌혈관 질환의 후유증	5.90	2.5	8.40
M46	기타 염증성 척추병증	3.11	5	8.11
G55	달리분류된 질환에서의 신경근 및 신경총압박	5.49	2.5	7.99
M40	척추후만증 및 척추전만증	5.40	2.5	7.90
E10	인슐린 의존성 당뇨병	4.99	2.5	7.49
I15	속발성 고혈압	4.92	2.5	7.42
D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	4.55	2.5	7.05
D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	4.11	2.5	6.61
M48	기타 척추병증	4.08	2.5	6.58
E11	인슐린-비의존성 당뇨병	3.87	2.5	6.37
M06	기타 류마티오이드 관절염	3.79	2.5	6.29
T25	발목 및 발의 화상 및 부식	1.20	5	6.20
I10	본태성(원발성) 고혈압	3.42	2.5	5.92
E05	갑상선 중독증 (갑상선 기능항진증)	3.20	2.5	5.70
E14	상세불명의 당뇨병	3.03	2.5	5.53
K51	궤양성 대장염	3.00	2.5	5.50
K70	알콜성 간질환	-2.04	7.5	5.46
K50	크론 병(국한성 장염)	2.89	2.5	5.39
F10	알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애	2.71	2.5	5.21
G40	간질	2.70	2.5	5.20
H34	망막 혈관 폐쇄	2.38	2.5	4.88
D21	결합조직, 기타 연조직의 기타 양성 신생물	1.52	2.5	4.02
R56	달리 분류되지 않은 경련	1.27	2.5	3.77
D16	뼈 및 관절연골의 양성 신생물	1.12	2.5	3.62

상병기호	상병명	기준1	기준2	합계
M71	기타 점액낭병증	1.00	2.5	3.50
S66	손목 및 손부위에서의 근육 및 건의 손상	-1.56	5	3.44
K92	소화기계의 기타 질환	-0.63	2.5	1.87

VI. 결 론

본 연구에서는 의료급여제도에서 기초생활 수급권자 선정기준에 의한 소득이나 재산수준 외의 저소득층 대상질환의 우선순위를 선정하는 기준을 제시하고자 시행하였다. 이는 의료급여에 있어서 생활이 어려운 저소득 국민에 대한 의료비용의 보장은 소득수준뿐만 아니라 질병 등의 건강상태 기준이 포함되어야 하며 또한 이는 저소득계층의 의료욕구를 파악하여 이를 기반으로 지원제도를 보완하는 것이 합리적이며, 이를 통해 필요에 따른 적절한 의료서비스의 제공과 질병으로 인한 빈곤의 악순환을 방지할 필요가 있다.

본 연구에서는 저소득계층에 대한 의료욕구는 의료이용의 차이 및 의료이용의 발생정도의 차이로 개념화하여 측정하였다. 질병에 대한 적절한 의료서비스의 양을 결정하는 것은 매우 어려운 일이며 이는 동일 질병내에서도 심각도 및 급·만성의 차이가 존재하므로 사실상 일정한 값으로 결정하는 것은 불가능하다. 그러나 질병간의 심각도 및 급·만성의 차이가 존재하고 한정된 자원내에서 의료이용은 제한적일 수 밖에 없으므로 일정 범위내에서 절대 기준값을 결정할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 동일 질병 내에서의 적절한 의료서비스의 양을 측정하기위해 기준인구집단을 선정하여 기준 인구집단의 의료이용행태를 파악하고 이를 적절한 의료서비스의 기준 값으로 선정하였다. 또한 저소득계층의 의료욕구 중 의료이용의 차이는 적절한 서비스와의 일치정도로 개념화였다. 이를 통해 적절한 의료이용을 1이라고 가정 하에 1보다 작은 값은 의료욕구가 있으나 충족되지 못한 것으로 평가하여 이에 대해서는 가중값을 부여하였으며 1보다 큰 경우는 과도한 의료이용을 하는 것으로

간주하여 -값으로 가중값을 부여하였다. 이는 공적부조로서 한정된 자원의 이용이라는 점에 근거하여 기준을 적용하였다.

의료욕구의 또 한가지 개념적인 측정값인 의료이용의 발생정도는 질병의 발생 및 유병율에 따라 구체화 할 수 있는 값이다. 그러나 본 자료에서 질병에 대한 발생 및 유병상태를 계층별로 파악하기 어려운 점을 고려하여 본 연구에서는 동일한 질병내에서는 동일한 발생과 유병율을 가진다고 설정하였다. 또한 이를 바탕으로 기준인구집단의 의료이용의 발생정도(진료자수)를 이상적인 의료이용이라 설정하고 저소득계층의 의료이용의 발생정도의 차이를 점수화하였다. 이는 기준인구집단의 의료이용의 발생(진료실인원)을 1로 가정 하에 1보다 작은 경우 그 동일 상병에 대한 적절한 의료이용의 제한된 것으로 평가하였으며 1보다 큰 경우 그 동일 상병에 대한 과한 의료이용을 한 것으로 평가하였다. 그러나 사회계층 및 소득수준, 교육수준 등에 따른 질병의 발생정도와 유병율에는 차이가 존재하며 저소득계층에서 많이 발생하는 질병을 보다 우선순위로 지원할 필요가 있으며 따라서 의료이용의 발생정도가 많은 질병은 유병율이 높은 질환일 가능성을 배제할 수 없다. 또한 본 연구결과에서 의료이용의 발생정도가 높은 질환이 대부분 화상이나 정형외과 질환임을 고려하면 이러한 가능성은 좀 더 클 것으로 판단된다. 그러나 본 연구에서는 질병에 있어서 적절한 시기에 적절한 의료이용을 시작하는 것은 질병의 심각도를 방지하고 적은 비용에 최대의 효과를 얻을 수 있다는 점을 우선 고려하였으며 이를 통해 의료이용의 시기적 적절성을 보다 중요한 의료욕구로 개념화하였다.

또한 해당 질병의 일인당 총진료비와 진료일수를 질병부담으로 가중값을 부여하였으며 질병자체의 급성 및 만성적 요인, 심각도와 치명도 등의 질병특성을 4가지 기준범주로 분류하여 전체 우선순위의 선정 요인에 포함시켰다.

본 연구에서는 질병의 따른 이상적인 의료이용행태의 기준값으로 전체 인구집단의 하위 40-70%를 선정하였으며, 질병특성에 의한 가중값은 전체 우선순위 선정에 30%의 영향요인으로 제한하여 제시하였으나, 이는 여러 가지 사회경제적 환경에 따라 좀더 다양하게 가중값을 부여할 수 있을 것으로 판단된다.

또한 본 연구에서의 제한점으로 우선순위 선정그룹에 의해 초기 희귀 질환을 제외한 의료비 및 기타 여러 가지 요인에 의해 상위 65개 질환으로 제한하여 가중값을 계산하였으며 의료이용을 파악하기 위해 동일 상병으로 1번이상 주·부상병으로 진단 받은 대상자의 전체 자료를 분석하여 분석 값이 실제 환자보다 의료이용의 과장 및 과소 평가된 점이 있을 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

- 건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.
- 김미곤 외, 『우리나라의 빈곤현황 및 정책과제』, 2004년도 한국사회 보장학회 춘계학술대회, 2004.
- 김미곤 외, 2004년 최저생계비 계측조사 연구, 한국보건사회연구원, 2004.
- 노대명 외, 국민기초생활보장제도 급여체계 도입방안, 보건복지부 한국보건사회연구원, 2006.
- 손병돈, “한국과 미국, 영국의 공공부조제도 급여수준 비교”, 사회복지 연구 30, 2006: 243-277.
- 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』, 한

- 국보건사회연구원 , 2005.
- 신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원 , 2006.
- 신영석 외, 『미국 Medicaid의 주(State)별 제도 비교 연구』, 한국보건사회연구원 , 2007.
- 여유진, 『부양의무자 기준 개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 여유진, 『2007년 최저생계비 계측조사 연구』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 이건영, 『미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점』, 행정연구원 웹진 9/10월호, 2007.
- 홍경준, 이상은, 김미곤, 재산의 소득환산제 적용분석 및 개선방안, 보건복지부, TCG 사회복지연구소, 2003.
- 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 Services, 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 Crouley(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 Health 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 States 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

