

정책토론회 자료

민간 의료비 지원사업 활성화 방안

일시 : 2009.11.24(화) 15~17시

장소 : 한국보건사회연구원 본관 대회의실

주최 : 한국보건사회연구원

진행순서

14:30~15:00 등록

15:00~17:00 좌 장
이성규 서울복지재단 이사장

15:00~15:30 주제발표
“민간 의료비 지원사업 활성화 방안”
신현웅 한국보건사회연구원 부연구위원

15:30~16:20 지정토론

- 김명훈 대한의료사회복지사협회 회장
- 김창보 건강세상네트워크 연구소장
- 박경수 사회복지 공동모금회 연구센터장
- 박태규 연세대학교 경제대학원장
- 윤석준 고려대학교 교수
- 이선미 건강보험공단 부연구위원
- 전광현 서울신학대 교수

16:20~17:00 자유토론

17:00 폐 회

목 차

I. 서론	3
II. 의료안전망 및 사각지대	6
III. 민간의료비 지원사업의 현황 및 문제점	12
IV. 민간의료비 지원활성화를 위한 방안	21

I . 서론

- 우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도가 지속적인 보장성 확대 등을 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해 왔음.
 - 건강보험의 경우 2005년 이후에 보험급여확대 계획수립에 따라 암, 뇌혈관·심장 질환 등 중증질환자의 본인부담 경감, 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감, 식대 급여화, 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하 등 보장성을 확대해 왔음.
 - 의료급여의 경우도 차상위계층 중 희귀 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대, 희귀난치성 질환 종류의 확대, 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제 도입, 장애인 보장구 급여확대, 암 등 3대 중증질환의 2종 본인부담률 감소, 사례관리제도 도입 등 의료보장의 역할을 강화해 왔음.

- 특히 올해에는 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 여러 가지 보장성을 확대했음.
 - 건강보험 본인부담 상한액 인하 및 소득수준별 차등 적용, 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감(20%→10%), 중증질환인 암환자에 대해서 본인부담을 경감(10%→5%)해 주었음.
 - 의료급여의 경우도 건강보험 보장성 강화방안과 같이하여 의료급여 본인부담 상한금액 6개월에 120만원을 60만원으로 조정하는 것으로 하였으며, 의료급여 2종의 본인부담률 15%를 10%로 인하하였음.

- 하지만 정부의 이러한 지속적인 사각지대 해소를 위한 노력에도 불구하고 보장성은 선진국 수준에 비해 여전히 낮고, 저부담-저급여로 시작한 건강보험은 낮은 보장성이 계속적인 문제점으로 지적되고 있음.

1) 2007년 기준 건강보험 보장률은 평균 64.6%이며, 국민의료비중 공공의료비 비중은 55.1%(2006년 기준)로 OECD 평균 73.0%에 비해 낮은 수준임.

- 특히 중증질환의 고액진료비는 빈곤층으로의 전락에 주요한 원인이(1위 사업실패, 2위 가정해체, 3위 고액진료비)²⁾ 되고 있음.
- 이는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여의 촘촘함이 부족해 제1차, 2차 안전망으로써 역할을 충분하지 못해 의료의 사각지대가 완전히 해소되지 못하고 있음.

□ 의료의 사각지대는 자격측면에서 최저생계비 이하인 저소득층으로 의료급여에 포함되어야 하나 포함되지 못하여 의료이용에 제약을 받는 계층과 건강보험료를 납부할 능력이 없어 체납함으로써 건강보험 자격이 정지되는 사각지대가 계속적으로 존재하고 있음.

- 보장성 측면에서도 건강보험이나 의료급여의 급여수준이 낮아 비급여 등 과도한 본인부담이 발생하여 의료이용이 필요하지만 의료를 포기하는 의료의 사각지대가 상존하고 있음.

□ 1, 2차 안전망의 부족부분을 채우기 위해 긴급의료비 지원제도, 암환자 의료비 지원사업, 희귀난치성 의료비 지원사업 등 저소득층에게 다양한 공적 의료비 지원사업이 시행되고 있음.

- 그러나 저소득층 의료비 지원사업은 사업마다 대상자 선정기준, 관리운영 체계가 달라 사업의 효과성, 효율성, 형평성 측면에서 보완 필요함.
- 또한 현행 국가 의료비 지원 사업은 주로 특정 질병에 대해 법정 본인일부부담금과 일부 비급여 본인부담금만을 대상으로 하고 있어, 고액의 진료비 부담에 대한 대책으로 미흡함.
- 그리고 각각의 대책들이 지역적인 접근에 의해 저소득 취약계층에 대한 부분적 보장 강화방안이 도출되고 있으나 포괄적인 틀 구성이 미진함.
- 이로 인해 사업마다 의료사각지대 발생하고 그 사각지대를 메우기 위해 다시 새로운 사업을 만드는 악순환이 계속되고 있음.

2) 김윤, “건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토”, 보건의료 및 건강보험 시사토론 발표자료, 2005.7.7.

- 이처럼 건강보험, 의료급여, 기타 저소득층 의료비지원사업 등 공적인 분야에서 다양한 노력들을 강구하고 있지만 급여의 충분성 등이 부족하여 의료의 사각지대가 발생하고 있음.
- 하지만 의료의 사각지대에 대한 현황이나 분석 등은 단편적인 분석 (Cross-sectional Analysis)들이 대부분으로, 질병발생에 따른 의료비 지출부담이 빈곤의 사각지대 미치는 근본적인 원인 파악들은 미진한 상태임.
 - 따라서 사각지대 해소를 위해서는 우선적으로 질병으로 인한 빈곤층으로 전락하는 계층에 대한 동태적인 분석(Longitude Analysis) 등으로 통해 의료와 빈곤 등 사각지대와의 관계에 대한 심층적인 분석이 필요함.
 - 이를 통해 공적 의료안전망인 건강보험, 의료급여, 공적 의료비 지원사업 등이 지속적으로 사각지대 해소를 위한 내실화를 기해야 할 것임.
 - 그리고 공적부분의 의료비 지원사업 이외에 현재 운영 중인 민간 의료비 지원 사업에 대해서도 공적부분을 보충할 수 있도록 활성화 하는 방안 마련도 필요함.
 - 공적부분에서 보장성 확대 등의 역할을 지속적으로 확대하여야 하지만 항상 공적 부분이 충분하지 못한 부분에 대한 보충적 성격의 민간 분야의 역할이 있을 수 있음.
 - 하지만, 공적부분의 지원사업은 비급여 부분에 대한 지원의 한계 등으로 충분한 지원이 어려운 부분이 있음.
 - 이러한 부분에 대해서 현재 시행 중인 민간의료비 지원사업을 활성화하여 공적 부분은 미흡한 부분을 보완하는 방안이 필요할 것으로 판단됨.
 - 그리고 이미 기존에 운영하고 있는 민간 의료비 지원사업에 대한 비효율성 등을 극복하고 민간 의료비 지원사업을 활성화할 필요성 제기
- 따라서 본 연구는 의료사각지대 해소를 위해 사각지대 현황에 대한 심층적인 분석과 이를 토대 사각지대 해소를 위해 공적부분과 민간 부분의 역할 분담에 대한 검토, 그리고 최종적으로는 현행 민간의료비 지원사업을 활성화하여 공적부분을 보완할 수 있는 방안 마련에 그 목적을 두고 있음.

Ⅱ. 의료안전망 및 사각지대

1. 의료안전망 정의

- 의료안전망은 “의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄한다.”라고 정의하고 있음.
 - 또한 “정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당 되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아진다. 따라서 광의의 개념을 적용하게 되면 사회보험인 건강보험, 빈곤선 이하를 대상으로 하는 의료급여제도 그리고 특수목적에 맞게 설계된 긴급구호제도, 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급대불제도 등 기타 의료관련 제도를 포괄한다. 협의의 개념이 적용되면 전 국민 대상 건강보험은 제외되어야 할 것이다.”고 하였음.³⁾

- ‘사회안전망’은 실업, 질병, 노령, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치를 말함.
 - 사회안전망의 구체적인 대상, 범위와 내용에 대해서는 다양한 의견이 존재하나, 광의의 개념을 적용할 때, 통상적으로 1차 사회안전망으로 사회보험을, 2차 사회안전망으로 공공부조와 사회서비스를, 3차 안전망으로 위기상황에 대한 긴급지원 및 구호제도로 구분하기도 함.
 - 이러한 사회안전망의 조작적 정의를 그대로 의료안전망에 적용하면 의료안전망은 ‘사회안전망의 하나로 특별히 질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’라고 정의할 수 있음.
 - 또한 1차 의료안전망으로 건강보험, 2차 의료안전망으로 의료급여제도 및 일부 사회서비스, 3차 의료안전망으로 의료비지원제도와 긴급지원사업 등과 같은 의료관련 제도로 구분할 수 있음.

3) 신영석, 신현웅, et al. (2006). 의료안전망 구축과 정책과제. 서울, 한국보건사회연구원.

- 그러나 실제로는 위와 같은 구분에서 2차와 3차 또는 3차에 해당하는 제도만을 ‘의료안전망’으로 간주하여 사용하는 경우가 많음.

〈표 1〉 의료안전망의 개요(2008년 기준)

의료 안전망	대상	주요사업	지원규모	본인부담
1차	전 국민	건강보험제도	25조5819억원	법정:9조2638억원 비급여:5조4384억원
2차	의료급여수급자	의료급여제도	4조3578억원	법정: 1211억원 비급여: 3319억원
3차	저소득, 취약계층, 질병별 (공공분야)	의료비지원제도 응급대불제도 희귀난치성질환 소아 및 아동 암 환자 성인 암 환자 장애인 입양장애아 미숙아 및 선천성 이상아 노인 개안 및 망막증 수술 지원	2654억원	
	저소득, 취약계층, 질병별 (민간분야)	긴급지원사업 의료비지원제도 희귀난치성질환 소아암 백혈병 혈우병 어린이 장애인 노인 긴급지원사업(저소득층 우선)	약600-800억원	

주: 비급여 본인부담은 건강보험 본인부담실태조사 자료를 활용하였음.

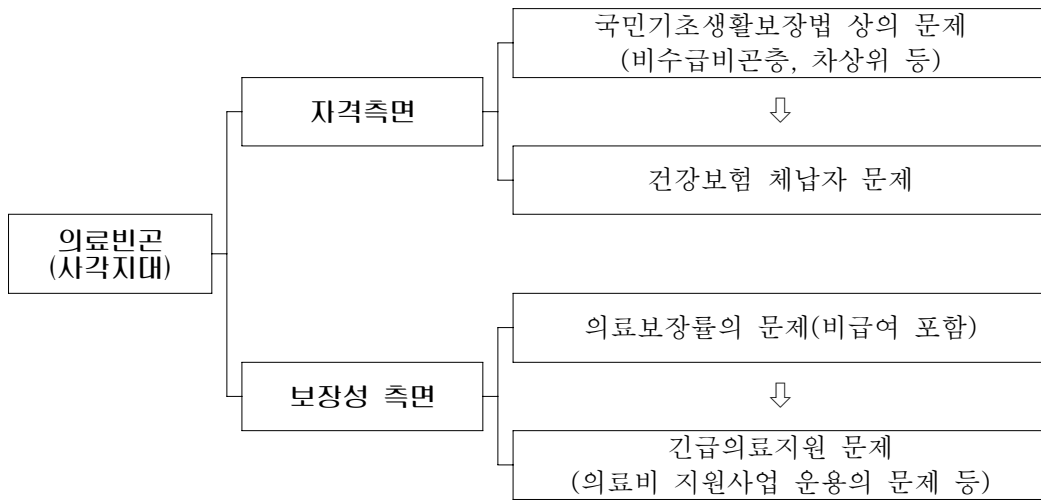
□ 그런데 신영전(2009)에서 의료안전망의 개념 중 “정부에 의해 제공되는 정책이나 서비스로 그 내용을 제한하고 있는데, 이는 민간이 제공하거나 민-관 파트너십에 의해 제공하는 의료안전망에 대한 개념을 포괄하고 있지 못하다.”라는 문제점을 제시하고 있음.

- 또한 “의료안전망에 민간부문을 통한 자원조달과 서비스 제공 역시 그 틀 안에 포함시킬 필요가 있다.” 라고 제시하고 있음.

2. 의료 사각지대 현황

- 의료보장의 사각지대란 의료가 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층으로 정의할 수 있음.

[그림 1] 의료보장의 사각지대에 대한 개념도



가. 자격측면

- 자격측면의 사각지대인 건강보험료 3개월 이상 체납세대는 다음 표와 같음.
 - 3개월 이상 체납세대는 2001년에는 163만 세대, 2002년에는 137만 세대로 다소 감소하는 경향이었으나, 2004년 카드대란 등 경기침체로 인해 200만 세대가 넘었고 2006년 2007년에 209만세대와 205세대로 계속 200만세대가 넘게 체납하는 것으로 나타났음.
 - 그리고 2008년 7월 11일 한시적이니 결손처분으로 9월기준 199만세대였으나, 2008년 말에는 다시 207만세대로 200만세대가 넘었음.

- 이 규모는 지역가입자의 경우 전체 지역가입자 778세대의 약 25%를 차지하는 비율임.

〈표 2〉 연도별 보험료 3개월 이상 체납 현황

(단위 : 천건, 억원)

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
합계	세대(사업장)수	1,631	1,374	1,585	2,069	1,987	2,139	2,108	2,067
	체납금액	7,964	7,488	9,593	12,936	12,633	15,330	17,217	18,006
지역	세대수	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,055	2,006
	(체납세대비율)	(19%)	(15%)	(18%)	(23.7%)	(23.3%)	(25.8%)	(25.3%)	(25.4%)
	체납금액	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	13,873	15,547	15,831
	세대당체납액	47	53	58	59	59	66	76	79
직장	사업장수	15	13	22	31	35	46	53	61
	체납금액	324	251	533	929	1,067	1,457	1,670	2,175
	사업장당체납액	216	193	242	299	305	319	315	356

자료: 국민건강보험공단 내부자료

□ 그러나 단순히 건강보험료를 체납하여 급여를 제한받고 있다고 하여 국가가 모두 책임져야 하는 시각지대로 보기 어렵음.

- 왜냐하면 체납세대 중 경제적 어려움보다는 기여회피형인 경우와 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순 기피자들은 진정한 시각지대라고 볼 수 없기 때문임.

나. 보장성 측면

□ 급여의 충분성은 의료보장의 급여수준, 즉, 본인부담의 정도가 어느 정도인지에 따라 달라질 수 있음.

- 따라서 우리나라 건강보험과 의료급여의 본인부담수준을 살펴보면 다음 표와 같음.

〈표 3〉 건강보험과 의료급여 본인부담률

(단위: %)

구분	2005년			2006년			2007년			
	보장률	법정본인 부담률	비급여 본인 부담률	보장률	법정본인부담률	비급여 본인부담률	보장률	법정본인부담률	비급여 본인부담률	
건강보험	전체	61.8	22.5	15.7	64.3	22.4	13.3	64.6	21.9	13.5
	입원	57.5	14.0	28.6	64.1	14.2	21.7	66.5	13.5	20.0
	외래	58.4	25.8	15.8	59.7	25.4	14.8	58.7	24.7	16.6
	약국	70.8	26.5	2.7	71.5	27.1	1.4	70.8	27.8	1.3
의료급여중	전체	93.4	0.2	6.4	94.1	0.1	5.8	93.6	0.5	5.9
	입원	89.0	0.4	10.6	90.6	0.6	8.9	90.4	0.4	9.2
	외래	96.1	0.0	3.9	96.1	0.0	3.9	96.5	3.8	3.5
	약국	98.9	0.0	1.1	100.0	0.0	0.0	98.0	1.4	0.6
의료급여중	전체	81.6	10.1	8.3	87.0	7.4	5.6	85.8	6.6	7.6
	입원	73.0	11.3	15.7	82.0	8.6	9.4	77.5	9.1	13.4
	외래	82.8	11.4	5.8	86.6	7.9	5.5	87.3	7.3	5.3
	약국	92.1	6.5	1.5	94.1	5.1	0.8	95.2	2.4	2.5

자료: 2007년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 건강보험정책연구원

□ 보장성 측면의 사각지대는 의료욕구에 비해 의료이용에 제약을 받아 발생하는 미충족 의료이용(unmet need)의 정도를 가지고 판단해 볼 수 있음.

- 미충족의료란 의사의 도움이 꼭 필요했는데도 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우를 말하며, 이러한 미충족의료는 의료보장의 보장성이 불충분하여 발생하는 사각지대로 판단할 수 있음.
- 최근 연구결과는 경제적인 요인에 따른 우리나라 성인의 의료 미충족률이 약 3-10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%가 경제적인 이유로 치료를 받지 못하고 있는 것으로 나타났음.

〈표 4〉 미충족 의료수요 실태

연구	대상	자료	미충족 의료
김태일 등(2007)	19세이상 성인 21,648명	국민건강영양조사 (2005)	미치료 경험률(경제적 원인) = 9.5% 1분위(빈곤층)=13.6% 5분위(고소득층)=1.6%
허순임 등(2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 \times 0.495 = 8.46\%$
신현웅 등(2008)	전국 대표 22,912가구	차상위계층실태 분석(2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 \times 0.8438 = 10.2\%$
신영전 등(2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%, 절대빈곤층=7.79%

- 이러한 조사가 전국민을 대표한다고 가정할 경우 우리나라 성인의 약 108만명~360만명이 경제적인 이유로 의료 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 판단됨.

Ⅲ. 민간의료비 지원사업의 현황 및 문제점

1. 민간 의료비 지원사업 현황

4)

가. 의료비 지원사업 수행기관의 성격

□ 의료비 지원사업을 수행하고 있는 민간기관 및 단체는 대체로 3개로 구분될 수 있음.

- 사회복지공동모금회, 어린이재단 등과 같은 재단법인(사회복지법인, 의료법인 등)
- 한국희귀난치성질환연합회, 한국백혈병소아암협회와 같이 질병이나 환자들이 모인 사단법인
- 그 외 기타의 성격

□ 기관수, 의료비 지원사업 금액의 규모 등으로 볼 때 재단법인이 90% 이상을 차지하고 있어 대표적이라고 할 수 있음.

나. 의료비 지원사업 대상

□ 민간단체의 의료비 지원사업의 대상은 거의 전부가 저소득층(기초생활수급대상자와 일부 차상위계층 포함)을 대상으로 하고 있음.

- 그러나 아동, 노인, 여성가장과 같이 인구집단중 취약계층을 대상으로 제한하는 경우와 질환을 대상으로 제한하는 경우가 있음.

□ 민간지원 대상 기준에 따른 지원기관

○ 경제적 기준

- 저소득층을 우선적인 대상으로 하는 것은 동일 (대부분 차상위까지 포함)

4) 본 내용은 유원섭 외, 의료안전망기금 설치운영방안, 2008 연구의 일부 연구결과와 실제 본 연구에서 조사된 자료를 바탕으로 재구성하였음.

○ 질병 기준

- 심장병 : 한국심장재단, 한국마사회
- 장기이식 : 한국심장재단
- 혈우 : 한국혈우재단
- 백혈병 : 한국백혈병어린이재단, 한국혈액암협회, 한국백혈병소아암협회, 한국마사회, 사회복지공동모금회, 한국타이어복지재단
- 희귀난치질환 : 한국희귀난치성질환연합회, 사회복지공동모금회, 한국타이어복지재단
- 불임 : 인구보건복지협회
- 시력 : 하트하트재단(아동시력회복지원)

○ 인구집단 기준

- 어린이 : 어린이재단, 삼성에버랜드, 한국백혈병어린이재단, 한국백혈병소아암협회, 한국타이어복지재단, 아름다운재단, 하트하트재단
- 장애인 : 한국재활재단, 아름다운재단, 스마일재단, J&M 상지재단,
- 모자가정, 저소득층 여성 : 아름다운재단, 한국여성재단
- 노인 : 아름다운재단, 동작복지재단

○ 저소득층 일반(질병이나 인구집단을 기준으로 하지 않는 경우)

- 하트하트재단, 경기여고개교100주년기념사업회, KT&G복지재단, 전자복권협의회, 이랜드복지재단, 아산사회복지재단, 지엠대우한마음재단

다. 민관기관의 의료비 지원 현황

□ 민간의료비 지원사업의 실태를 파악하기 위해 34개 단체에 조사표를 발송하여 조사를 실시하였으며, 조사기간은 완료하였으나 18개기관만 제출하여 아직 조사표를 보내오지 않은 기관에 대해 계속 보완 중임.

□ 또한 조사표가 들어온 기관도 몇몇 자료들의 신뢰성 등이 떨어져 개별적으로 다시 확인 중에 있어 정확한 자료는 추후 보완할 예정임.

□ 따라서 다음에 제시되는 결과들은 아직 미완인 상태에서 개괄적인 현황만을 파악하기 위해 제시하고자 함.

〈표 5〉 조사대상 기관의 일반현황

구분	기관명	설립년도	조직형태	기부금유형	조직현황
법정 모금	사회복지공동모금회	1998년	사회복지법인	법정기부금	중앙회, 16개 지회
	대한적십자사	1905년	공익법인	개인: 법정기부금 법인: 지정기부금	중앙1개 14개 지회
사회복지 법인	어린이재단	1948년	사회복지법인	개인: 법정기부금 법인: 지정기부금	중앙1개, 16개 지회
	(재)외환은행 나눔재단	2005년	비영리공익법인	지정기부금	중앙1개
	(사)한국국제기아대책기구	1989년	비영리법인	지정기부금	중앙1개 23개 지역본부
	사회복지법인 월드비전	1964년	비영리법인	법정, 지정, 특례기부금	중앙1개 16개 지회
	재단법인 애린복지재단	1996년	비영리법인	지정기부금	중앙1개
의료비 지원	(사)한국혈액암협회	2003년	비영리법인	지정기부금	중앙1개
	한국심장재단	1984년	사회복지법인	지정기부금	중앙1개
	(사)한국백혈병소아암협회	2000년	비영리법인단체	지정, 개인, 기업 기부 등	중앙1개, 6개 지회
	(사)생명나눔실천본부	1994년	공익법인	지정기부금	중앙1개 5개 지회
	(사)한국희귀·난치성질환연합회	2001년	사단법인	지정기부금	중앙1개
	(재)한국백혈병어린이재단	2000년	재단법인	지정기부금	중앙1개
	사회복지법인 한국재활재단	1989년	사회복지법인	지정기부금	

〈표 6〉 조사기관의 인력현황

구분	기관명	상근직		비상근직		직원 월평균임금(천원)
		임원	직원(정규직)	임원	직원	
법정 모금	사회복지공동모금회	1	240(206)	19		2,479
	대한적십자사		321(298)	4		-
사회복지 지원	어린이재단	62	1189(791)			2,633
	(재)외환은행 나눔재단	1	5	1		2,083
	(사)한국국제기아대책기구	3	133(130)			2,200
	사회복지법인 월드비전	23	572(466)			2,629
	재단법인 애린복지재단	2	1	8		무보수
의료비 지원	(사)한국혈액암협회	1	5	15		1,685
	한국심장재단		10	13		3,591
	(사)한국백혈병소아암협회		15(13)	120	1	1,900
	(사)생명나눔실천본부	5	17	95	5	1,352
	(사)한국희귀·난치성질환연합회		7(6)	4		2,053
	(재)한국백혈병어린이재단		16(15)	15		2,214
	사회복지법인 한국재활재단		4(3)	17		1,971

〈표 7〉 조사기관의 연도별 모금현황

(단위: 백만원)

구분		2006	2007	2008
법정 모금	사회복지공동모금회	217,745	267,406	270,286
	대한적십자사	41,404	43,359	47,887
사회복지 지원	어린이재단	52,383	58,474	51,337
	(재)외환은행 나눔재단	1,415	2,589	2,885
	(사)한국국제기아대책기구	44,691	44,136	52,452
	사회복지법인 월드비전	39,657	54,193	69,457
의료비 지원	(사)한국혈액암협회	545	628	829
	한국심장재단	1,453	1,601	1,789
	(사)한국백혈병소아암협회	2,373	2,603	4,021
	(사)생명나눔실천본부	765	807	764
	(사)한국희귀·난치성질환연합회	1,750	1,416	1,122
	(재)한국백혈병어린이재단	2,714	2,182	2,926
	사회복지법인 한국재활재단	343	473	332
		407,238	479,867	506,087

〈표 8〉 조사대상기관의 기부처별 모금현황

(단위: 백만원, %)

구분	구분	개인		기업		정부부처 및 투자기관		사회종교단체		총계
		금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	
법정 모금	사회복지공동모금회	48,718	18.0	176,644	65.4	10,711	4.0	34,213	12.7	270,286
	대한적십자사	28,165	58.8	6,953	14.5	5,525	11.5	1,546	3.2	47,887
사회복지 지원	어린이재단	33,955	66.1	17,382	33.9					51,337
	(재)외환은행 나눔재단	487	16.9	2,398	83.1					2,885
	(사)한국국제기아대책기구	13,576	25.9	30,996	59.1	1,205	2.3	6,675	12.7	52,452
	사회복지법인 월드비전	66,224	95.3	3,233	4.7					69,457
	재단법인 애린복지재단	185								
의료비 지원	(사)한국혈액암협회	156	18.8	530	63.9					829
	한국심장재단	871	48.7	720	40.2			198	11.1	1,789
	(사)한국백혈병소아암협회	1,421	35.3	2,057	51.2	268	6.7	275	6.8	4,021
	(사)생명나눔실천본부	655	85.7	89	11.6			20	2.6	764
	(사)한국희귀·난치성질환연합회	716	63.8	366	32.6	40	3.6			1,122
	(재)한국백혈병어린이재단	506	17.3	2,150	73.5	198	6.8	72	2.5	2,926
	사회복지법인 한국재활재단	218	65.7	141	42.5					332

〈표 9〉 분야별 지원현황

(단위: 백만원, %)

구분	생계지원		의료지원		주거지원		교육지원		기타		총계
	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	
사회복지공동모금회	40,226	16.1	29,768	11.9	7,610	3.0	16,711	6.7	155,973	62.3	250,288
어린이재단	26,681	25.2	4,294	4.1	572	0.5	807	0.8	73,336	69.4	105,690
(재)외환은행 나눔재단	816	28.9	264	9.3	47	1.7	712	25.2	986	34.9	2,825
(사)한국국제기아대책기구	583	1.2	309	0.7		0.0	5,245	11.1	41,311	87.1	47,448
사회복지법인 월드비전		0.0		0.0		0.0	546				35,850
재단법인 애린복지재단	72	36.9	20	10.3		0.0	25	12.8	78	40.0	195
(사)한국혈액암협회		0.0	183	42.7		0.0	34	7.9	63	42.9	429
한국심장재단		0.0	3,491	91.3		0.0		0.0	334	8.7	3,825
(사)한국백혈병소아암협회	47	3.4	913	65.4	46	3.3	135	9.7	255	18.3	1,396
(사)생명나눔실천본부		0.0	268	100.0		0.0		0.0		0.0	268
(사)한국희귀·난치성질환연합회		0.0	605	70.8		0.0	62	7.3	186	21.8	854
(재)한국백혈병어린이재단	85	2.8	1,540	51.3		0.0		0.0	1,377	45.9	3,002
사회복지법인 한국재활재단		0.0		0.0		0.0	12	4.5	257	95.5	269

□ 참고자료로 2008년에 연구된 의료안정망기금 설치운영방안에서 조사된 민간의료비 지원 사업 현황은 다음 표와 같음.

〈표 10〉 2007년 민간재단법인 의료비 지원 현황

(단위 : 명, 백만원)

지원대상	질병구분	지원기관	인원	금액	비고		
개인 지원	일반	저소득 일반	KT&G 복지재단	60	166		
		저소득층 일반 긴급의료비 지원	사회복지공동모금회(지회) 월드비전, 어린이재단	26,645	12,669		
		저소득 일반	아산사회복지재단	2,286	1,614	아산계열 병원 이용자	
		저소득 환자	경북대병원, 한양대병원, 전북대병원, 전남대병원, 원광대병원, 순천향대병원, 카톨릭대성모병원	-	1,608	병원 이용자중 저소득, 취약계층의 수술비 및 진료비 지원	
	아동	긴급의료비	굿네이버스, 어린이재단	264	2,527		
		희귀난치성질환	남촌복지재단, 애린복지재단	32	71		
		이른둥이(조출생아)	아름다운재단	129	207		
		선천성기형, 소아암, 희귀난치, 기타질환	세이브더칠드런, 사회복지협의회	602	1,451		
		여성 가장	저소득 여성가장	한국여성재단	27	45	치료비
			저소득 여성가장	아름다운재단	433	157	건강검진, 치료비
	환자	뇌질환, 호스피스	남촌복지재단, 애린복지재단	7	63	노인	
		노인 백(녹)내장	귀뚜라미복지재단	122	33	노인	
		간질환자	어린이재단	21	72	노인, 아동, 장애인 포함	
		심장병, 얼굴기형, 콩팥이식, 골수이식	한국심장재단	1,298	2,692	노인, 아동, 장애인 포함	
		안면기형수술비	정인옥복지재단	30	10	노인, 아동, 장애인 포함	
	소계				23,385		
	기관 지원	병원 (의료 기관)	무의탁자, 행려자, 외국인노동자	한국타이어복지재단 외환은행나눔재단	5	200	- 병원운영비 지원 - 지원인원 240명
			외국인어린이 난치병	외환은행나눔재단	1	100	- 병원운영비 지원 - 지원인원 7명
복지기 관		아동청소년, 장애인, 노인, 여성, 지역사회 분야 의료사업	사회복지공동모금회	-	27,870	- 의료사업비 지원. - 의료서비스 또는 의료비 지원 포함	
보건 기관		백혈병, 희귀난치질환	한국마사회	-	300	- 9개 보건기관 지원 - 의료비 지원사업	
소계				6	28,470		
전체 계			31,962	51,855			

자료: 유원섭 외, 의료안정망기금 설치운영방안 연구, 을지대학교, 2008.

라. 지원금 신청, 결정 및 지급방식

□ 지원금 신청

- 법인에 지원금을 신청할 경우 조사대상 기관에서 모두가 개인신청은 받지 않고 동사무소나 사회복지기관, 병원 등 기관에서 근무하는 사회복지사가 신청하도록 하고 있음.
- 예를 들어 사회복지공동모금회는 각 복지시설의 사회복지사, 각 병원의 의료사회복지사, 주민자치센터 사회복지전담공무원 등에 의해 신청됨.

□ 지원금 심사 및 결정

- 법인 자체의 배분분과실행위원회 등의 심사 및 선정 등을 통해 결정하고 있음.
- 사회복지공동모금회, 어린이재단, 월드비전 등 비교적 큰 모금기관들은 배분과 관련된 위원회에서 심사 결정하고 있음.
- 그러나 몇몇 기관의 경우 “내부회의”, “현장조사후 내부심사”, “지원심사팀에서 지원결정” 등 심사기준이 명문화되어 있지 않은 곳들도 있었음.
- 또한 심사과정이나 결과가 공개되지 않아 기준의 공정한 적용이 이루어지는지 알기 어려움.
- 이처럼 일관된 기준이 적용되지 않을 경우 환자입장에서는 재단에서 신청한 의료비에 대한 지급결정에 대하여 예측이 어려워지는 문제를 발생시킬 수 있음.

□ 지원금 선정기준

- 선정기준은 일반적으로 의료적 상황(지원의 시급성, 회복 및 치유가능성), 재산 등 경제력, 치료 이후의 예후와 자립 및 재활의지, 지원효과성 및 타당성, 질병 종류 등에 대한 판단을 주로 보고 있음.
- 신청자의 재산 및 소득을 증빙할 서류를 진단서와 함께 제출하도록 요구하며, 재단에서는 신청자 심사 과정에서 동사무소 등을 통해 사실을 확인하는 절차를 거침.

□ 지원금 규모

- 지원금은 각 재단마다 자체적으로 정해둔 상한액 이하의 범위에서 환자에게 지원할 금액을 결정하고 있음.

〈표 11〉 재단법인의 의료비 지원사업 한도액 (예)

재단	지원액 한도액
어린이재단	간이식 또는 화상 : 2천만원, 조혈모, 백혈병 : 1천만원 일반질환 : 1천만원, 신장이식 : 8백만원, 척추측만증 : 4백만원
사회복지 공동모금회	한도금액 : 긴급지원-3백만원, 수술비 3천만원 한도
세이브 더 칠드런	한도액 : 1천만원
이름다운재단	- 저소득 여성가장 건강검진 및 치료비 지원 : 50만원 한도 - 이룬등이 : 협력병원 7백만원, 비협력병원 500만원
월드비전	사고, 재해, 질병으로 인해 일시적으로 의료비가 필요한 가정 100만원 이상 500만원 이하
희귀난치성질환 연합회	사업별로 3천만원에서 1억 2천만원 한도
외환은행 나눔재단	소아암 환자, 1억원 이내
한국백혈병 소아암협회	백혈병, 소아암 어린이-1천만원 한도

□ 지원금 지급 방식

- 지원금의 지급은 법인이 의료기관에 직접 의료비를 대납하는 형태로 하고 있음.
- 의료비 지원의 경우 환자를 거치지 않음.
 - 환자가 먼저 의료비를 납부하고 의료비 영수증을 제출하면 의료비를 환급받는 방식도 예외적으로 인정될 뿐 거의 활용되지 않음.
- 한편 이 과정에서 일부 재단법인의 경우 환자가 여러 개의 복지재단으로부터 중복 수혜를 받는지 확인하며, 중복수혜가 확인될 경우 지원을 취소하는 경우도 있음.

2. 민간의료비 지원사업의 한계점

- 의료비 지원사업 만을 목적으로 하는 기관 등이 소규모 법인으로 운영되고 각자의 운영 목적에 따라 개별적으로 운영되어 법인간 지원할 수 있는 자원량에 대한 정보를 서로 공

유하고 있지 못해 기초적인 협력조차 이루어지지 못하고 있음.

- 대상자 선정기준, 지원규모 등 각기 다른 기준들을 가지고 있어 운영상의 비효율이 발생함.

□ 사회복지공동모금회나 일반 사회복지법인의 의료비 지원사업은 의료비 지원이 사회복지 분야 중 일부로 판단되어 배분에 한계를 가지고 있음.

- 사회복지공동모금회의 경우 약 10%정도 배분을 하고 있고, 기타 복지재단의 경우도 비슷한 수준으로 의료비 지원 분야의 활성화를 위해 모금규모나 재원지원이 필요함.

□ 민간에서 법인을 중심으로 의료비 지원사업을 하는 경우 지원대상과 의료비 지원 예산이 안정적이지 못할 가능성이 큼.

- 재단법인의 수입은 대체로 기업의 기부금 등에 의존하고 있어 수입변동에 따라 의료비 지원예산의 변동도 불가피하다는 점
- 법인에서 지원금을 결정할 경우 환자에게 필요한 금액 보다는 재단의 재정상황을 우선적으로 고려할 수밖에 없다는 것

□ 대상자 심사과정이나 결과가 공개되지 않아 기준의 공정한 적용이 이루어지는지 알기 어렵고, 이처럼 일관된 기준이 적용되지 않을 경우 환자입장에서는 재담법인에 중복청구할 수 밖에 없는 구조임.

- 환자와 가족의 입장에서는 재단법인에 의료비 지원을 신청해도 예측이 불가능할 뿐만 아니라 지원이 되더라도 지원액이 필요한 금액에 충족되는지 알 수 없기 때문에 여러 재단법인에 중복신청을 할 수 밖에 없음.

IV. 민간의료비 지원 활성화를 위한 방안

1. 의료안전망 공공부분과 민간부분 역할 정립

□ 사회복지 분야의 민간부분 역할 필요성(한동우, 2009)

- 사회복지에 있어서 민간 영역의 참여는 사회복지의 “조건”을 넘어서는 것임.
 - 오히려 민간영역은 사회복지의 궁극적 영역이고, 동시에 출발점임.
 - 역사적으로 볼 때, 사회복지제도는 민간영역의 자발적인 노력에 국가가 참여하는 방식을 통하여 확립되었음.
- 게다가 국가 주도의 제도는 다분히 보편적인 요구에 대응하는 것이어서, 민간영역의 다양하고 쉽게 변화하는 욕구에 탄력적으로 대응하기 어려움.
 - 다양한 이러한 요구를 충족하는 것이 정치적으로 민감한 경우에는 국가가 제도적으로 대응하는 것이 매우 힘들게 됨.
- 따라서 사회복지 역사의 모든 시기에서 국가 영역과 민간영역의 협력은 필수적인 것이며 당연한 것임.

□ 의료안전망의 경우도 일차적으로 국가에 책임이 있다는 점은 부인할 수 없는 것이지만, 여전히 민간의 의료비 지원의 필요성은 존재하고 있음.

- 따라서 국가 주도의 건강보험이나 의료급여제도는 본인부담 인하, 비급여의 급여화 등 보편적인 보장성 강화 요구에 대응하고, 민간 의료비 지원은 비급여 본인부담을 포함하여 다양하고 쉽게 변화하는 의료비에 탄력적으로 대응하도록 하여야 함.

〈표 12〉 공적부분과 민간부분의 역할 정립

의료안전망		향후 역할
1차	건강보험	- 보편적인 보장성의 지속적인 확대 • 본인부담 인하, 비급여 보험급여 확대 등
2차	의료급여	- 보편적인 보장성 지속적인 확대 • 본인부담 인하, 비급여 보험급여 확대 등
3차	의료비 지원사업 (공적분야)	- 제도간 효율화 방안 • 제도간 대상자선정기준, 정보시스템 구축 등 효율화 추진 - 긴급지원 확대 등 사업 확대
	의료비 지원사업 (민간분야)	공적부분의 보충적 성격 - 긴급의료비 지원 - 대불사업(의료비 Micro Credit) - 긴급성, 예후가 좋은 질환 중심의 단기의료비 지원 • 현재 시행하고 있는 민간의료비 지원사업 유지 및 확대 • 비급여 본인부담 위주의 지원

□ 민간 부분 의료비 지원사업의 향후 역할

- 저소득층 중 공적부분에서 건강보험, 의료급여, 긴급의료비 지원 등을 지원 후에도 비급여 본인부담 등으로 치료에 어려움을 겪는 계층에 대한 보충적 지원

□ 민간 부분 의료비 지원사업의 사업 분야

- 예후가 좋은 질환 중심의 단기의료비 지원
 - 예후가 좋은 질환의 수술비 등에 대한 지원
 - 난치성질환이나 만성질환에 대한 지원은 민간부분의 예산한계로 지양하는 것이 타당
- 공적부분을 보완할 긴급의료비 지원
- 긴급의료비 지원 이외에 일시적인 본인부담에 대한 대불제도
 - 지원금을 확대할 경우 예산 상에 한계가 있을 것으로 판단됨.
 - 앞으로의 사업은 지원보다는 대불하는 형식의 의료비 Micro Credit 사업 실시

2. 민간 기부 현황

□ 2007년 우리나라 민간부문의 전체 기부금 지출액은 8조 5,914억원에 달함.

- 개인의 기부금 지출액은 5조 2,663억원으로서 전체 기부금 지출액의 61.3%, 기업의 기부금 지출액은 3조 3,251억원으로서 전체 기부금 지출액의 38.7%를 차지함.

〈표 13〉 개인과 기업의 연도별 기부금액 및 구성비

(단위: 억원, %)

	개인			기업	합계
	근로소득자	종합소득자	소계		
2005	35,782 (52.7)	7,364 (10.9)	43,146 (63.6)	24,703 (36.4)	67,849 (100.0)
2006	42,045 (52.6)	9,959 (12.4)	52,004 (65.0)	27,956 (35.0)	79,960 (100.0)
2007	41,548 (48.4)	11,115 (12.9)	52,663 (61.3)	33,251 (38.7)	85,914 (100.0)

- 주: 1. 개인의 기부금액은 소득금액에서 공제되는 기부금을 의미. 따라서 ① 공제대상이 아닌 기부금, ② 한도를 초과한 기부금, ③ 소득세신고대상이 아닌 과세미달자의 기부금 등은 불포함
2. 법인의 경우에는 법인이 신고한 기부금액

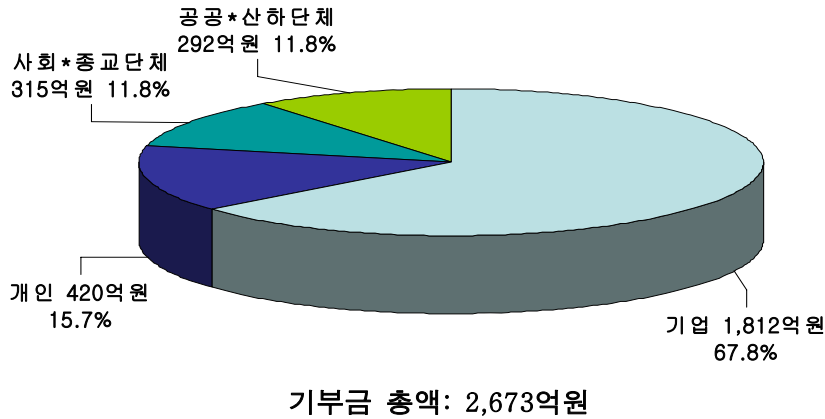
자료: 국세청, 『국세통계연보』, 각 연도.

□ 개인이 종교단체에 현금 등의 형식으로 기부하는 금액⁵⁾을 제외하면 실제 우리나라의 자선적 기부는 개인 보다는 기업에 의해서 이루어지고 있는 것으로 판단됨.

- 비영리민간단체의 통계를 통해 실제 우리나라 자선적 기부의 기부자 유형별 기부 비율을 유추할 수 있음.
- 예를 들면 우리나라에서 규모가 가장 큰 민간 기부금 모집기관인 사회복지공동모금회의 경우 [그림 1]에서 보는 바와 같이 2007년 기부금 총액 2,673억원 중에서 기업 기부액의 비중이 67.8%였던 반면 개인 기부액의 비중은 15.7%에 불과하였음.

5) 종교단체에 대한 기부금의 규모는 소득세 신고시 기부금 특별공제 항목을 통해 파악될 수 있을 것이나, 국세통계연보에서는 이러한 통계자료가 제공되고 있지 않음.

[그림 2] 사회복지공동모금회 기부자 유형별 기부금 규모



자료: 사회복지공동모금회, 『2007 사회복지공동모금회 연간보고서』, 2008.

□ 기부문화가 가장 발달한 미국의 경우 기부주체별 기부현황을 살펴보면 [그림 2]와 같음.

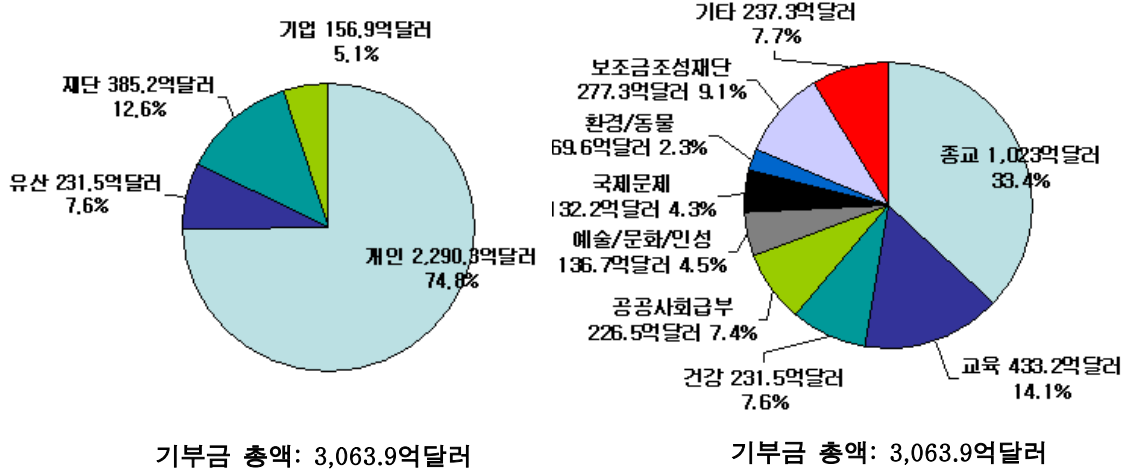
- 2007년 개인 및 유산 기부는 2,521.8억달러로서 전체 기부금액의 82.4%를 차지하고 있으며, 기업 및 재단 기부는 542.1억달러로서 전체 기부금액의 17.7%를 차지하고 있음.

□ 종교단체에 대한 기부는 [그림 3]에서 보는 바와 같이 1,023.2억 달러로서 전체 기부금의 33.4%를 차지하는데, 종교단체에 대한 기부의 주체는 거의 대부분이 개인인 것으로 나타남.⁶⁾

- 개인의 기부금 2,290.3억달러에서 종교단체에 대한 기부금 1,023.2억 달러를 제외한 나머지 1,267.1억달러가 개인의 자선기부금이라고 볼 수 있음.
- 이는 기업 기부금 156.9억달러의 8.1배에 달하는 규모이며, 기업기부금에 재단의 기부금을 합한 금액인 542.1억달러의 2.3배에 달하는 규모임.

6) Giving USA Foundation(2008), p. 90.

[그림 3] 미국의 기부주체별 기부금 지출액 (2007) [그림 4] 미국의 기부처별 기부금 규모(2007)



자료: Giving USA Foundation, *Giving USA 2008*, 2008. 자료: Giving USA Foundation, *Giving USA 2008*, 2008.

□ 또한 모금 규모에 있어서도 우리나라는 GDP의 0.9%인 반면 미국은 2.2%로 향후 우리나라 기부 규모가 확대될 여지가 많이 있음.

- 따라서 민간의료비 지원 활성화를 위한 모금을 특화 및 전문화할 경우 민간 의료비 지원 규모를 확대할 수 있을 것으로 판단됨.

<표 14> GDP에 대비한 기부금 지출 수준

(단위: 억원, 억달러, %)

	기부금(A)	GDP(B)	A/B
한국	85,914	9,750,130	0.9
미국	3,064	138,076	2.2

주: 2007년기준임.

자료: 한국은행, 경제통계시스템 IMF, Data and Statistics

3. 민간 의료비 지원 확대방안

- 의료안전망에서 공적부분과 민간부분 각각의 역할이 있으며, 이미 운영되고 있는 민간 분야의 의료비 지원사업을 효율화하고 활성화할 필요가 있음.
 - 공적부분에서 보장성 확대 등의 역할을 지속적으로 확대하여야 함. 그러나 항상 공적부분이 충분하지 못한 부분에 대한 보충적 성격의 민간 분야의 역할이 있을 수 있음.
 - 그리고 이미 기존에 운영하고 있는 민간 의료비 지원사업에 대한 비효율성 등을 극복하고 민간 의료비 지원사업을 활성화할 필요성 제기

- 민간 의료비 지원사업을 활성화하기 위해서는 무엇보다도 지원할 수 있는 재원을 더 많이 확보하는 것이 중요하며, 각 단체별로 분산되어 있는 사업들을 효율적으로 관리할 필요가 있음.

- 앞에서 살펴본 바와 같이 민간 의료비 지원 단체가 소규모 법인으로 운영되고 각자의 운영 목적에 따라 개별적으로 운영되어 법인간 지원할 수 있는 지원량에 대한 정보를 서로 공유하고 있지 못해 비효율이 발생하고 있음.
 - 자원 확보 차원에서도 의료비 지원이 일반 사회복지 재단 지원 분야 중 하나로 배분 받고 있어 자원 확보에 한계가 있는 것으로 판단됨.

- 따라서 민간의료비 지원사업 활성화를 위한 방안으로 의료비 지원만을 목적으로 하는 공동모금기관을 설립하여 활성화하는 방안마련이 필요함.
 - 이러한 경우 의료비지원 공동모금기관 설립은 공적부분에서 다루는 데 한계가 있는 사각지대 계층에 대해 민간 자원을 더욱 활성화하여 의료비로 인해 고통받는 계층에게 도움을 주고자 함.

가. 민간 의료비 지원 확대 방안

- 의료비 지원을 위한 공동모금기관 설립을 통해 민간 의료비 지원 분야에서의 모금 활성화 및 지원사업 확대

나. 민간 의료비 지원 공동모금 필요성

- 의료비 지원만을 목적으로 하는 공동모금기관을 설립하여 의료비지원 모금을 전문화함.
 - 공동모금은 사회복지에 있어서 민간부문의 자원을 동원하는 핵심적 전략임.
 - 공동모금방식은 기부총량을 늘릴 뿐만 아니라 국가부문과 민간부문의 파트너십을 강화한다는 장점이 있음.(한동우, 2009)
 - 현행 일반모금 방식인 민간 의료비 지원사업을 공동모금 방식으로 전환하여 의료비지원의 모금 규모의 확대와 모금의 전문화 달성
- 의료비 지원이라는 특수한 목적으로 공동모금함으로써 의료비 지원에 대한 국민인식을 개선하고 관심을 기울이게 하여 기부를 활성화 할 필요가 있음.
 - 기존의 생계비 지원, 주거 지원 등 다양한 사회복지 분야 중 의료비 지원을 특화함으로써 국민들의 관심을 기울이게 하여 기부 활성화 도모
- 개별 단체별로 모금하고 배분함으로써 발생하던 운영상의 비효율을 제거하고 1개의 공동모금기관을 통해 지원사업의 효율화
 - 민간의료비 지원사업은 각 사업별 상황에 따라 각각 개별적으로 기부금을 모집하게 되면 여러 가지 낭비와 어려움에 직면하게 되며, 기부자들에게 불편을 느낄 수 있음.
 - 따라서 1개의 의료비 지원 공동모금 기관을 통해 모금활동의 전문화, 배분의 평평성 등을 달성할 수 있음.

다. 의료비지원 공동모금기관(가칭 의료구제 공동모금회) 설립 대안

□ I안 : 국가의 지원 하에 의료비 지원 공동모금기관 설립

- 새로운 기관 설립 시 설립 초기 정부가 적극적으로 참여하여 활성화 하는 방안
 - 정부가 기관 설립 초기 시민단체, 학계 등의 의견 수렴 등을 통해 공동모금기관을 설립하여 운영하는 방안
 - 단, 설립 후 기관 운영 등은 사회복지공동모금회 수준의 자율성 유지

□ II안 : 민간 주도의 새로운 의료비지원 공동모금기관 설립 유도

- 민간 의료비 지원단체들이 NPO 성격의 민간 협의체를 구성하여 의료비 지원 공동모금기관을 설립할 수 있도록 지원하는 방안