

연구보고서 2004-19

기초보장 급여체계 합리화 방안

- 의료급여를 중심으로 -

신 영 석
황 도 경

한국보건사회연구원
기초보장·자활정책평가센터

머 리 말

1997년 경제위기 이후 소득격차가 확대되고 실업자가 증가하면서 저소득층에 대한 정부의 관심이 높아졌다. 그 결과 “생활보호”제도가 2000년 “국민기초생활보장법”으로 재탄생 되었다. 종래에는 국가가 보호 내지 시혜차원에서 저소득층을 구휼하던 방식이 최저생계비 이하의 소득자들이 당당하게 권리로써 국가의 지원을 주장할 수 있도록 법체계의 근간이 바뀌었다. 그러나 현재 운영되고 있는 제도가 법정신에 투철한지 여부는 별도의 검토가 필요하다. 최저생계비 이하의 계층이 실제적으로 최저생계비에 미달하는 소득만큼 정부의 지원을 받고 있는지, 주거가 불확실한 계층이 안정된 주거공간을 확보할 수 있도록 제도가 운영중인지, 의료욕구가 긴요한 계층이 최저생계를 유지하면서 치료를 받을 수 있는지 여부 등 법체계에 걸맞게 제도가 시행되고 있는지에 대한 제도 전반의 검토가 요청되고 있다. 특히 최근 경제의 양극화로 빈부의 격차가 심해지고 실업의 성격이 단순실업에서 구조적 장기실업으로 성격이 변화하면서 취업빈곤(Working Poor)이 발생하고 있다. 즉, 우리나라 저소득 취약계층에 대한 현실을 재검토해야 하는 시점이 도래한 것이다. 실직계층 및 빈곤계층의 변화된 실태와 욕구를 파악하고, 정책목표와 추진전략을 이 현실에 맞게 재구성해야 하는 것이다. 이를 위해 사회안전망에서 소외된 취약계층(사각지대 계층)을 파악하여 포괄적인 제도적 지원체계를 강구해야하고, 지원된 급여의 충분성을 검토해야 하고, IMF 경제위기이후 긴박한 정책수립과정에서 불가피했던 제도 간의 중복과 충돌의 문제를 해소하여야 한다.

따라서 본 보고서는 위와 같은 인식하에 의료급여제도의 급여범위나 본인부담 수준에 대한 적정성 여부, 의료사각지대 해소 등에 초점을 맞추어 중장기적 대안을 모색하고 있다. 첫째, 제도상 우리나라 모든 국민은 건강보험이나 의료급여 적용을 받도록 되어있으나, 건강보험료 장기체납자, 주민등록 말소자, 실질적으로 부양을 받지 못함으로써 의료기관 이용을 못하고 있는 자 등 의료사

각지대가 존재하고 있다. 이들에 대한 근원적 의료안전망을 강구하고 있다.

둘째, 국민기초생활보장법 수급권자가 그대로 의료급여 수급권자가 됨으로써 의료욕구가긴요한 저소득 취약계층 중 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 자들의 의료이용이 제약받고 있다. 연 중 의료기관을 이용할 수밖에 없는 희귀난치성 및 만성질환자의 경우 과도한 본인부담금으로 인하여 필요한 의료 서비스를 제때 받지 못하거나 과도한 의료비로 인하여 기초생활보장 수급대상자로 전락할 가능성이 높음에도 불구하고 제도적 지원책이 미흡한 실정이다. 즉, 수급자들의 보장성과 의료욕구가긴요한 차상위 계층의 의료보장성을 강화할 수 있는 방안을 강구하고 있다.

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

본 연구는 본원의 신영석 연구위원의 책임하에 황도경 연구원에 의해 완성됐다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 보건복지부의 안소영 의료급여과 과장, 비릇 장호연 사무관, 주평환 사무관, 황택상 사무관 그리고 자료 구득에 많은 도움을 주신 심사평가원 관계자 여러분께 감사를 표하고 있다. 또한 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 김미곤 부연구위원, 이태진 책임연구원, 그리고 본 보고서가 발간되기까지 실태조사 자료정리 및 보고서 편집을 도와준 박효숙 주임연구조원에게도 감사하고 있다.

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

2004년 12월
한국보건사회연구원
원 장 박 순 일

목 차

요 약	11
I. 서 론	33
1. 연구의 목적 및 필요성	33
2. 연구내용 및 방법	35
3. 기대효과 및 활용방안	37
II. 의료급여의 현황 및 문제점	38
1. 자격 관련	38
2. 진료비 관련	55
3. 급여범위 및 수가체계	76
III. 미국 Medicaid의 급여체계	86
1. 수급자격	86
2. 급여서비스	90
3. 메디케어의 저소득 취약계층에 대한 추가 지원	96
4. 시사점	99
IV. 의료급여 급여체계 개선 방안	100
1. 자격 관련	100
2. 급여범위 및 본인부담	104
참 고 문 헌	111

표 목 차

〈표 II- 1〉 2004년 최저생계비(중소도시 기준) 기준	40
〈표 II- 2〉 의료급여 대상자 추이	46
〈표 II- 3〉 의료급여 대상자 증가율 추이	46
〈표 II- 4〉 의료급여 대상자의 성별·연령별 분포(2003년 기준)	47
〈표 II- 5〉 연령별 의료급여 대상자 추이	48
〈표 II- 6〉 연령별 의료급여 대상자 증감률	49
〈표 II- 7〉 연령별 의료급여 1종 대상자 추이	50
〈표 II- 8〉 연령별 의료급여 1종 대상자 증감률	51
〈표 II- 9〉 연령별 의료급여 2종 대상자 추이	52
〈표 II-10〉 연령별 의료급여 2종 대상자 증감률	53
〈표 II-11〉 의료급여 예산 및 체불진료비 추이('96~'03)	56
〈표 II-12〉 의료급여 예산의 국가 및 지방자치단체 분담 비율	57
〈표 II-13〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)	60
〈표 II-14〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)	61
〈표 II-15〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)	63
〈표 II-16〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)	64
〈표 II-17〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)	65

〈표 II-18〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)	66
〈표 II-19〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(입원)	67
〈표 II-20〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(외래)	68
〈표 II-21〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비 (전체)	69
〈표 II-22〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (입원)	70
〈표 II-23〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (외래)	71
〈표 II-24〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (전체)	71
〈표 II-25〉 연도별 의료급여와 건강보험 건당 입원일수(입원)	72
〈표 II-26〉 연도별 의료급여와 건강보험 건당 입원일수(입원)	73
〈표 II-27〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(입원)	74
〈표 II-28〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(외래)	75
〈표 II-29〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(전체)	76
〈표 II-30〉 의료급여 수급자 중별 법정 본인부담금 현황	78
〈표 II-31〉 의료급여 수가 기준 현황	79
〈표 II-32〉 의료보장 형태별 급성기 입원 부적절률	84
〈표 II-33〉 의료급여 중별 급성기 입원 부적절 비율	84
〈표 II-34〉 의료공급자 특성별 1종 수급자의 입원 부적절률	85
〈표 III- 1〉 Medicaid의 본인부담(2003년 8월 기준)	94
〈표 IV- 1〉 복지 욕구 조사결과	104
〈표 IV- 2〉 의료비 지불주체 현황	105
〈표 IV- 3〉 의료비용에 대한 가계부담 정도	106
〈표 IV- 4〉 의료이용시 중도 치료포기 유무	106
〈표 IV- 5〉 의료이용시 중도 치료포기 사유	107
〈표 IV- 6〉 의료기관 방문시 힘든 점	108
〈표 IV- 7〉 의료급여제도 체계 개편 방안	110

그림 목 차

[그림 II- 1] 부양의무자 기준의 적용 도해	41
[그림 II- 2] 의료급여 특례 2 영역	42
[그림 II- 3] 의료급여특례 관련 부양의무자 기준 특례 도해	43
[그림 II- 4] 차상위 의료급여 특례 영역	44
[그림 II- 5] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)	60
[그림 II- 6] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)	62
[그림 II- 7] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)	64
[그림 II- 8] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)	65
[그림 II- 9] 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(입원)	67
[그림 II-10] 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(외래)	69
[그림 II-11] 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(입원)	74
[그림 II-12] 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(외래)	75
[그림 II-13] 의료급여 수급자의 본인부담금 구조 비교	82

Abstract

A Study to improve the benefit structure of Medical Aid

Public assistance programs are based on the principle that all citizens shall be entitled to a life worthy of a human being. Accordingly Medical Aid is aimed to provide for those who are not capable of living or are too poor to get health services. It is sort of social security system in which basic medical services are given by national budget. However, there exists groups which are excluded from medical security net(Medical Aid). Vulnerable classes like Chronic patients, aged people, disable persons are out of medical safety net because of rigid and complicated criteria though they are the most in need of medical services. Also the scope of benefit coverage is relatively narrow and the copayment is quite high

The research performed try to find out

- 1) a plan to expand the scope of benefit coverage for vulnerable classes who need medical services though they can not see a doctor due to financial limit
- 2) how to decrease the copayment in order for recipients to keep their minimal living standard
- 3) loosened criteria to include all vulnerable people
- 4) policy implications to execute Medical Aid program for selected additional recipients

요약

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

- 의료급여 수급권자의 급여 범위가 건강보험 급여범위와 거의 동일하여 중증 질환을 보유하고 있는 가구에겐 진정한 의료보장이 실현되지 못하고 있음.
 - 특히 2종 입원의 경우 총진료비의 15%를 본인이 부담하도록 되어있어 임의비급여까지 포함하면 본인부담액 지수는 총진료비의 약 34%에 이룸
 - 1종 입원의 경우도 총진료비의 23%(추정)를 본인이 부담하고 있어 필요한 진료를 충분히 받지 못하거나 진료를 포기하는 사례 빈발
 - 2004년 “의료급여제도 개선을 위한 실태조사”에 의하면 차상위 계층 이하(소득인정액 기준 최저생계비 120% 이하)의 약 22%가 경제적인 이유 때문에 진료를 포기한 경험이 있다고 응답하였음.
- 과도한 본인부담(법정보인 부담금 및 비급여 본인부담금) 때문에 의료보장의 사각지대 고착
 - 만성질환을 보유하고 있는 가구의 78%가 한 달 평균 20만원 이상을 의료비로 지출하고 있어 최저생계 유지에 어려움을 겪고 있음(2004년 “의료급여제도 개선을 위한 실태조사” 결과내용 중).
- 본 연구는 의료급여 수급권자의 의료 관련 비용 분석을 통한 급여체계 개선 방안을 도출하여 최소한의 의료보장 체계를 구축하고자 함.

- 의료급여 수급권자에 대한 실질적인 의료사각지대 해소
 - 과중한 본인부담의 해소방안을 강구하여 경제적인 이유 때문에 진료를 포기하는 의료사각지대 해소
- 의료급여제도 개선을 위한 시사점 제공
 - 현행 급여의 종류, 범위에 관한 적정성을 분석하여 향후 제도개선을 위한 시사점 제공
- 의료급여 수급권자들의 의료이용 실태분석을 통한 기초자료 구축
 - 질환종류별, 비용규모별 집단의 유형에 따른 부담능력 추정
 - 현행수급권자와 차상위계층간 의료이용실태 차이 분석

2. 연구의 내용 및 방법

가. 연구내용

- 1) 서론: 연구의 필요성, 목적, 연구방법, 연구내용, 외국의 사례, 시나리오별 추가재원 추계, 정책 효과 등에 관한 전반적 소개
- 2) 급여의 현황 및 문제점

종별 급여 범위:

- 건강보험의 급여범위와 비교하여 의료급여 1종 및 2종의 급여 범위 분석

건강보험의 본인부담 실태와 비교하여 의료급여 1종 및 2종의 본인부담 실태 분석(비급여 포함)

- 최근 건강보험공단에서 조사한 요양기관 비급여 실태 자료를 이용하여 비급여 포함 건강보험과 의료급여의 본인부담 실태 비교·분석

□ 급여의 불충분성

- 2001년 연구결과(신영석, 의료급여 재정안정화방안 연구)에 따르면 2종 수급권자의 비급여 포함 본인부담은 약 40%, 1종은 약 29%에 이르러 중질 환에 걸렸을 경우 저소득층 대상 실질적인 의료보장이 되고 있지 못함

□ 급여의 비형평성

- PL을 경계로 수급권자가 되면 의료급여 혜택을 받고, 되지 못하면 건강보험 대상자가 되어 한계선상에 있는 차상위 계층과 의료급여 수급권자 간 형평성이 결여되어 있음(All or Nothing).

□ 수급권자 및 공급자의 도덕적 해이 가능성

- 1종 수급권자의 경우 외래 본인부담이 전혀 없어 필요 이상의 진료를 받고 있다는 일선 사회복지사들의 문제 제기(특히 2001년 국무총리실 평가결과 1회용 파스를 구입할 때도 요양기관 처방을 받아 구득함으로써 필요 이상의 진찰료, 처방료, 조제료 등의 부담을 낳는 경우가 많다는 지적이 있었음)
- 지방의 중·소 병원의 경우 공실률이 높아 의료급여 수급권자를 입원시키고 식대까지 본인부담을 면제시킴으로써 공급자와 수요자간 이해가 일치하여 의료급여 재정에 부담을 드리우고 있음.

□ 전달체계의 비합리성

- 수급권자의 접근성, 비용조장적인 측면 등을 중심으로 전달체계 전반에 대한 검토

3) 미국 Medicaid의 급여체계

 급여범위

- 연방정부 차원의 Mandatory 범위와 주정부별 Option 검토

 본인부담 실태 재정 절감 방안

- 공급자 및 수급자의 사위행위에 대한 정부차원의 방침

 시사점

- 현재 시행중인 제도 중심으로 우리나라에 적용가능성 검토

4) 급여체계 개선 방안

 보장성 강화: 수급권자에 대한 충분치 못한 급여체계를 최소 의료보장이 될 수 있는 방안 모색: 비급여 포함 재정안정: 고액질환, 장기입원 환자, 필요이상의 외래 수진 등에 대한 분석을 토대로 이들에 대한 종합적인 관리방안 모색 형평성 제고: 1종과 2종 그리고 수급권자와 차상위 계층간 형평성을 제고할 수 있는 방안을 모색하고 의료의 접근성 측면에서 형평성 검토

나. 연구방법

1) 선진제국 답사를 통한 자료분석 및 문헌연구

2) 선행연구에 대한 검토

3) 국민건강보험공단 및 심사평가원 자료를 통한 실태 분석

3. 연구결과에 대한 기대효과 및 활용방안

- 본 연구는 의료급여 수급권자의 급여 내역을 건강보험과 비교 분석함으로써 향후 의료급여 제도 개선을 위한 시금석으로 활용될 수 있음.
- 급여체계의 개편을 통해 형평성 제고, 재정안정, 보장성 강화 등 상충되는 목표의 조화 도모
- 과중한 본인부담 때문에 필요한 진료를 충분히 받지 못하거나 포기하는 의료사각지대 규모를 추계하여 대책을 강구함으로써 저소득층 대상 실질적인 의료보장 체계 구축

II. 의료급여의 현황 및 문제점

1. 자격 관련

가. 수급자 선정기준

1) 소득 및 재산기준(최저생계비)

- 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자
 - 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 3800만원, 중소도시는 3100만원,

농어촌은 2900만원 적용

- 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100% 적용

2) 부양의무자기준¹⁾

- 부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분
- 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합 1.2배 이상」인 부양의무자는 ‘부양능력이 있는 자’로 판정

나. 의료급여 특례 기준 및 급여내용

1) 의료급여특례

- 소득인정액에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제 대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액 기준을 초과하는 가구

2) 의료급여특례

- 부양의무자 기준은 충족하지만 소득인정액이 최저생계비를 초과하여 수급자로 선정되지 못하는 가구 중에서 소득평가액이 최저생계비 이하이고 재산가액이 7천만원 이하이며, 소득환산율이 100% 적용되는 승용차를 보유하고 있지 않은 가구로서 만성희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 자

주1) 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.

가 있는 가구

3) 부양의무자기준 관련 의료급여 특례

- 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하이면서 부양의무자의 실제소득이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 120% 미만
에 해당하고, 부양의무자의 재산의 소득환산액이 수급권자 및 당해 부양의
무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 42% 이상 100% 미만
에 해당하는 경우 그리고 부양의무자의 실제소득이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각
의 최저생계비를 합한 금액의 120% 이상 및 150% 미만
에 해당하고, 부양의무자의 재산의 소득환산액이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저
생계비를 합한 금액의 100% 미만
에 해당하는 경우로 만성·회귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요한다고 시장·군수·구청장이 인정하는 자

4) 자활급여 특례자 의료급여 특례

- 수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활 인턴 등 자활사업에 참가하여 발생한
소득으로 인하여 소득인정액이 최저생계비를 초과한 경우

5) 의료급여법에 의한 차상위 의료급여 특례

- 부양의무자 기준은 충족하지만 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가
구 중에서 소득평가액이 최저생계비의 100% 초과 120% 이하이고 회귀난치
성 질환 또는 만성질환 등으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6월 이상
치료를 요하는 자가 있는 가구

다. 의료급여 자격 관련 문제점

1) 국민기초생활보장법의 수급자격 기준

- 국민기초생활보장법하의 수급자가 그대로 의료급여 수급자가 되기 때문에

현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 전혀 반영되지 못하고 있음.

- 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 사각지대 존재
- 최저생계비 산정시 4인 가구 1달 의료비 지출항목으로 약 4만 7천원(2002년 기준)이 계상되어 있지만 실질적으로는 약 50만원이 지출되고 있어 한계 계층에 심각한 소득 역진 현상 발생
- 2000년 10월 국민기초생활보장법 시행시 의료급여 수급자 2대 선정원칙으로 건강위험으로부터 최저생계 보호 그리고 수급자와 비수급자간 형평성 유지기준 적용
 - 현행 기준은 두 가지 원칙을 모두 위배하고 있음.
 - 첫째 건강위험 때문에 최저생계가 위협을 받고 있거나, 금전적인 문제로 진료를 받지 못하는 사각지대가 존재
 - 둘째, All or Nothing 급여 방식 때문에 두 계층간 심각한 소득 역진 문제가 발생하고 있어 형평성 유지가 위협받고 있음.

2) 의료급여 특례 수급자격 기준

- 의료급여특례는 서로간 수급자격의 중복을 가져오는 경우도 있고 급여의 방식도 일관성이 결여되어 있음.
 - 특례 1과 특례 2는 수급자격에 있어 중복되고 있음.
 - 소득인정액 기준 최저생계비는 초과하지만 소득평가액 기준으로는 최저생계비 기준을 밑돌면서 만성 또는 희귀질환 등으로 6개월 이상 치료비를 공제하면 소득인정액 기준 최저생계비 이하로 떨어지는 계층은 두 가지 특례에 모두 해당됨.

- 특례 1과 차상위 대상 의료급여 특례도 서로간 중복의 가능성이 있음.
 - 소득인정액 기준 최저생계비 이상의 계층 중 6개월 이상 지속적으로 의료비가 지출되어 이를 공제하면 수급 요건에 해당되는 경우와 소득 평가액이 최저생계비의 100% 초과 120% 이하이면서 6개월 이상의 만성질환 혹은 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 계층은 중복될 수 있음.

□ 특례 제도간 급여내용에 있어서 일관성 부족

- 만성과 희귀질환자의 경우 부양의무자 특례에서는 동일하게 2종 급여를 받고 있으나 다른 특례에서는 희귀질환자의 경우 1종, 만성질환자의 경우 2종 급여를 제공 받고 있음.
- 특례 1 수급자의 경우 가구원 전체가 1종 또는 2종 급여를 받고 있으나, 타 특례는 개인 단위의 급여를 제공하고 있음.
- 차상위 의료급여 특례는 다른 4종류의 특례와 달리 장제비 지원을 받지 못하고 있음.

2. 진료비 관련 현황 및 문제점

가. 재정현황

- 의료급여 예산은 국고와 지방비로 대부분의 재원충당이 이루어지고 있으며, 2종 수급자에게 부과되는 본인부담금이 일부 재원을 형성하고 있음.
 - 의료급여 진료비는 1996년에 5362억원에서 2003년 약 2조 2148억에 이르고 있으며 7년 만에 절대규모에 있어서 4.1배가 증가
- 서울시의 경우는 국고와 지방비가 각각 50%씩, 그 외 광역자치단체는 80% 대 20%의 비율로 비용 분담을 하고 있으나 서울시와 광역자치단체 내의 자치구는 의료급여 비용을 분담하지 않음.

- 의료급여 예산과 진료비에서 나타나는 문제점으로 첫째, 진료비의 급팽창과 예산 증액의 어려움 둘째, 지방비의 분담 구조의 비형평성 문제를 들 수 있음.

나. 의료이용 실태 분석

1) 의료이용 양의 분석

가) 수진율

- 2003년 의료급여대상자는 평균 0.72회 입원하는 것으로 건강보험대상자의 0.11회보다 6.3배 높게 나타났음.
 - 수진율의 연도별 증가율이 1종대상자는 평균 15.18% 증가하고 2종대상자는 7.11%, 건강보험의 경우 5.14% 증가하는 것을 볼 때 대상자 건강 상태를 보정한다 하더라도 의료급여대상자들의 의료이용양이 많음을 알 수 있음.
- 외래 수진율의 경우도 의료급여대상자가 평균 11.29회이며, 1종 대상자가 13.28회 2종대상자가 8.34회로 건강보험대상자 7.79회보다 높았음.
 - 연도별 증가율에서도 1종대상자가 11.19%, 2종대상자가 8.98%로 건강보험 7.79%보다 높게 나타났으며, 이는 본인부담이 있는 2종과 건강보험보다 1종의 경우 상대적으로 크게 나타났음.

나) 입내원율

- 수진율은 통계작성의 한계상 청구건이라는 한계 때문에 적용인구 1인당 내원일수인 입내원율을 의료이용량의 척도로 비교해보고자 함.
- 입원의 경우 의료급여대상자가 연간 평균 13.84일을 입원했고, 1종의 경우는 20.70일, 2종의 경우 3.37일 그리고 건강보험 1.09일로 나타났음.
 - 이는 1종의 경우 건강보험보다 무려 18.98배가 높고, 2종의 경우도 3.39

배 높은 것으로 나타났음.

- 연평균증가율에서도 1종의 경우는 연평균 11.70%증가한 반면 건강보험이 4.56%, 2종대상자가 3.39%로 나타났음.
- 2종대상자의 경우 평균 증가율이 건강보험보다 적게 증가한 것으로, 2종의 경우도 입원의 본인부담이 부담스러워 의료이용을 자제하는 것으로 판단됨.

- 외래 적용인구 1인당 연간 내원일수는 의료급여대상자가 평균 25.71일, 1종대상자 31.38일, 2종대상자가 17.32일 그리고 건강보험이 13.54일로 나타났음.
 - 연평균 증가율에서도 의료급여 전체가 10.39% 증가한 반면 건강보험은 6.15% 증가하여 의료급여대상자들의 의료이용 증가율이 높음을 알 수 있음.

2) 의료이용의 강도 분석

가) 건당진료비

- 입원 건당진료비의 경우 의료급여전체가 건당 978,452원이고, 1종대상자는 건당 982,901원, 2종은 950,004원, 그리고 건강보험 1,116,378원으로 나타나 건당진료비는 건강보험이 더 높은 것으로 나타났음.
 - 이는 건당진료비가 주로 공급자의 영향을 받기 때문에 공급자에게 도움이 되는 건강보험 환자에게 의료이용 강도를 높였을 개연성이 있음.
 - 의료급여환자의 경우는 생계형 입원 등으로 인해 건당진료비가 낮아진 것도 하나의 원인일 수 있음.
- 외래의 건당진료비의 경우는 의료급여대상자가 72,254원이며, 1종의 경우 79,178원, 2종의 경우 55,954원이며 건강보험은 41,602원으로 1종의 경우가 가장 높은 것으로 나타났음.

- 외래의 건당진료비의 연도별 추이 중 2001년이 가장 높고 2002년과 2003년에 증가율이 떨어진 것은 2001년까지 급여일수를 제한하지 않던 것을 2002년부터 급여일수를 365일로 제한한 것에서 그 원인을 찾아볼 수 있음.

나) 입내원일당 진료비

- 내원일당 진료비는 내원율이 수진율의 보완적인 지표로 사용된 것과 마찬가지로 의료 강도를 나타내는 건당진료비의 보완적인 지표로써 살펴보고자 함.
- 입원의 입원일당 진료비의 경우는 건강보험이 106,599원으로 의료급여 51,136원보다 2.08배 높은 것으로 나타났음.
 - 연도별 증가율에 있어서는 건강보험과 의료급여 간에 별 차이가 없었음.
- 외래의 경우는 의료급여가 31,728원으로 건강보험 23,922원보다 높게 나타났으며, 연평균 증가율도 10.70%와 10.49%로 큰 차이가 없었음.

다) 건당 입내원일수

- 의료강도와 관련해서 의료사고 한 건당 입원한 일수나 한 건당 외래로 방문한 일수는 의료강도를 진료비가 아닌 투입량으로 판단할 수 있는 지표임.
- 입원 건당 입원일수는 1종 대상자의 경우 19.74일이고 2종은 15.25일 그리고 건강보험이 9.52일로 1종의 경우 건강보험보다 2.07배 높고, 2종은 1.60배 높은 것으로 나타났음.
 - 연도별 증가율에 있어서 모두 마이너스로 나타나는 것은 의료기관의 청구가 쉬어 청구를 나누어서 한 결과로 해석됨.
 - 이를 건당진료비와 같이 비교해 보면 건당 내원일수는 의료급여가 많으면서 건당급여비는 건강보험보다 낮다는 것은 의료급여환자가 약한 의료강도로 길게 입원하고 있다는 것을 나타냄.

- 외래의 경우도 의료급여 대상자의 건당 내원일수가 2.28일로 건강보험 대상자의 1.74일보다 높게 나타났음.

라) 적용인구 1인당 진료비

- 적용인구 1인당 진료비는 의료강도만을 나타낸다기보다는 의료이용량과 의료강도를 복합적으로 보여주는 의료실태 분석의 주요 지표임.
 - 특히 전체 의료지출을 잘 설명해주는 주요한 지표로 보험재정 증가요인 분석 등에 많이 사용됨.
 - 적용인구 1인당 진료비의 증가는 일단 인구증가를 보정한 상태에서 의료이용량의 증가에 의한 것과 의료강도의 증가에 의한 것이 복합적으로 작용하는 것임.
- 입원의 경우 1인당 진료비가 1종의 경우 1,030,757원이고, 2종의 경우는 230,412원 건강보험의 경우는 116,378원으로 1종의 경우는 건강보험보다 8.86배 많았고, 2종의 경우는 1.98배 높은 것을 나타냈음.
 - 연도별 증가율에 있어서도 1종이 18.23%로 건강보험 9.84%보다 높게 나타났음.
 - 그러나 2종대상자의 증가율은 8.97%로 건강보험보다 증가율이 떨어지는 것은 2종대상자의 입원시 본인부담률이 의료급여 환자들에게 부담으로 작용한 것으로 판단됨.
- 외래의 경우는 의료급여가 815,628원으로 건강보험의 323,978원으로 의료급여가 높게 나타났으나 입원의 차이만큼의 격차는 아님.
 - 하지만 의료급여와 건강보험과의 관계를 떠나 건강보험의 경우도 연평균 17.29%증가하고 의료급여도 22.20%가 증가해 입원의 증가추이보다 외래의 진료비 증가가 월등히 높았음.

□ 마지막으로 전체 1인당 진료비는 입원에서 의료급여가 건강보험보다 월등히 높았던 점들이 반영되어 전체 진료비도 의료급여가 1,523,513원으로 건강보험 440,356원보다 3.46배 높은 것으로 나타났음.

- 연도별 증가율은 건강보험의 경우 외래진료비의 급격한 증가에 영향을 받아 평균 14.91% 증가하는 것으로 나타났고 의료급여는 20.37% 증가하는 것으로 나타났음.

3. 급여범위 및 수가체계의 현황과 문제점

가. 급여범위 및 본인부담

□ 의료급여의 급여 범위는 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등 포함

- 연간 의료급여일수를 365일로 제한하고 특정 질병의 경우만 30일 연장이 가능하며 추가적인 연장이 필요할 경우는 시·군·구 의료급여심의위원회의 승인 필요

□ 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황

종별 진료기관			1종 수급권자	2종 수급권자	
				일반인	장애인
1차 의료기관 (외래)	의원	의약분업 적용	무 료	1,000원	250원
		의약분업 예외		1,500원	750원
	보건 기관	의약분업 적용	무 료	무 료	무 료
		의약분업 예외			
	약국	처방조제	무 료	500원	좌 동
		직접조제		900원	
보건기관처방조제		무 료			
1차의료기관(입원), 2차, 3차 의료기관(외래, 입원)			무 료	총진료비의 15%	무 료 (장애인의료비에서 부담)

자료: 보건복지부 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

□ 의료급여 수가 기준 현황

		수가기준
외래	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원급 11% 적용) 의료급여 별도 적용수가 <ul style="list-style-type: none"> • 혈액투석수가 1회당 136,000원 • 사회복지법인 개설 의료급여기관(의·치과의원, 한의원) 외래수가 : 내원1일당 8,380원
	정신 질환	내원 및 투약 1일당 정액수가 2,520원 예시) 1월3일 내원하여 15일분 투약받은 경우: 40,320원 {2,520원 x 1(내원일수)} + {2,520원 x 15(투약일수)}
		수가기준
입원	일반	건강보험진료수가기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원15%, 의원급 11% 적용) * 급식비 10,170원(1일3식 기준), 영안실 안치료 3,750원(3일만 산정)
	정신 질환	낮병동: 국공립 5,570원, 지방공사 사립정신요양병원 13,880원, 민간위탁 공립정신병원 15,800원, 사립진료기관 16,450원 외박수가: 국공립 1,460원, 지방공사 사립정신요양병원 4,200원, 민간위탁 공립정신병원 5,000원, 사립진료기관 5,270원 <ul style="list-style-type: none"> • 국·공립병원 8,560원 • 지방공사의료기관 및 사립정신요양병원 26,820원 ~ 25,080원 • 민간위탁 공립정신병원 29,800원 ~ 27,720원 • 사립정신병원 30,800원 ~ 28,610원

자료: 보건복지부 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

나. 문제점

□ 의료급여제도의 급여범위 및 본인부담과 관련된 문제는 크게 두 가지 부분에서 제기됨.

- 첫째는 급여일수의 제한 문제를 포함한 급여범위 문제와 비급여부문을 포함한 실질 본인부담금의 문제임.
 - 급여일수를 365일로 제한하는 경우 여러 가지 질병을 갖고 있어 여러 진료기관을 방문할 수밖에 없는 노인질환의 경우 불이익을 감수해야 하는 문제가 발생하고 동시에 장기입원환자 등에 대해 급여기간 제한제를 부활하자는 의견 존재
- 법정급여 범위내에서도 15%를 본인이 부담해야하는 2종 입원의 경우 20% 본인부담인 건강보험과 비교하여 과도하게 높음.
- 반면 1종 수급자의 경우 법정 본인부담금이 없고, 식대도 급여에 포함되어 있어 의료담용을 불러일으키는 도덕적 해이 현상이 나타난다는 시각도 있음.
- 건강보험권에서 입원의 경우 비급여 포함 본인부담이 약 38.6%(최병호 외, 2000) 정도로 추정되고 이중 15.7%는 법정본인부담이고 나머지 22.9%는 비급여 본인부담임.
- 의료급여 1종 대상자의 비급여 본인부담은 건강보험 적용대상자와 똑같은 정도의 치료를 받는다고 가정할 때 약 22.9%
 - 2종 입원의 경우 법정급여내에서 본인부담률이 15%이기 때문에 병실료 차액, 지정 진료료, 식대 등의 서비스가 의료급여 환자에게는 해당되지 않는다고 가정하면 본인부담률은 약 34.7%
- 의료급여의 경우는 진료비의 80% 이상이 행위별수가제로 지출되기 때문에 의료공급자의 '유인수요', 과도한 심사절차와 심사비용 등의 문제를 유발함으로써 중장기적으로 진료비 통제에 매우 취약함.
- 사회복지 전담 공무원의 인식에 의존하면 상대적인 과잉진료 및 입원 유도, 부당청구, 고가약 처방 등의 도덕적 해이가 많은 것으로 인식되고

있는 데 특히 농어촌에 근무하는 전담공무원 일수록 과잉진료나 불필요한 입원을 지적하는 비율이 높았음.

- 건강보험 환자와 의료급여 환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 의료급여환자의 입원이 부적절한 경우가 유의하게 많은 것으로 나타났음.

Ⅲ. 미국 Medicaid의 급여체계

1. 수급자격

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

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

가. 범주적 필요 집단(categorically needy groups)

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

- SSI 수급자
- AFDC/TANF 수급가구

– 임신부 및 아동

나. 범주적 관련 집단(categorically related group)

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

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

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

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

2. 급여서비스

가. 기본 필수서비스(mandatory services/ basic services)

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

나. 선택서비스(optional services)

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

다. 급여서비스의 총량 및 기간에 대한 제한

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

3. 메디케어의 저소득 취약계층에 대한 추가 지원

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

4. 시사점

- 미국의 Medicaid는 우리나라에 비해 빈곤 기준선이 높아 전 인구의 약 15%가 수급권자이고 급여범위 또한 대부분의 치료질환을 포함하고 있으며 본인부담도 50\$ 이하로 질환 발생으로 인한 의료접근성을 충분히 보장하고 있음.

IV. 의료급여 급여체계 개선 방안

1. 자격 관련

가. 수급권자 확대 대상

- 의료사각지대 해소와 계층간 형평성 유지의 원칙하에 수급권자 확대
 - 의료비 지출 공제를 받기 위해서는 6개월 이상 지속적으로 진료기록이 있어야 하는 기준을 3개월 이상으로 축소
 - 일반인에 비해 평상시 의료욕구가 월등한 노인, 아동, 장애인 등 취약계층을 우선적으로 보호

나. 기준완화

1) 소득 기준

- 의료욕구가 긴요한 만성질환 및 희귀난치성 질환 보유자들은 의료비가 훨씬 많이 소요되므로 소득기준을 한정하지 않고 3개월 이상 의료비를 공제하면 최저생계비 이하로 전락하는 계층을 현재의 소득 수준에 상관없이 모두 포괄
- 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층에 대해서는 의료비 외에도 특성별 추가비용이 소요되는 계층이므로 법적인 정의에 따라 이들에 대한 소득한계를 현행 차상위 기준인 소득인정액 120%를 적용하여 선별

2) 재산 기준

- 재산의 기초공제액을 현행기준에서(지역에 따라 다소 차이가 있으나 평균 3000만원) 1억원(도시가계 조사에서 재산 1억은 하위 27%에 해당함)으로 높이고 환산율도 현행 대비 50% 이하로 인하

3) 부양의무자 기준

1촌 이내의 생계를 같이하는 자

- 부양의무자의 부양능력 판정기준과 관련하여 부양의무자의 경우 중위생활 또는 평균생활 수준을 향유한다는 전제를 바탕으로 부양의무자의 소득이 수급권자 최저생계비와 부양의무자 가구규모의 중위소득이나 평균소득의 합계 이상일 경우 부양능력 있음으로 판정하는 것이 논리적 임.

4) 의료급여 특례

자활급여특례자 의료급여 특례적용은 현행처럼 유지하되, 다른 4종류의 특례는 앞에서 제시한 소득, 재산, 부양의무자 기준을 토대로 대상자를 선정하게 되면 모두 포함하게 됨.

- 위에서 제시한 기준으로 완화하여 자활급여특례자 의료급여 특례적용을 제외하고 모두 폐지

2. 급여범위 및 본인부담

가. 실태조사 결과

2004년 실시되었던 차상위 의료급여 실태조사에서 의료비 지원이 생계비 지원과 함께 각 계층 모두 가장 최우선 욕구로 드러났음.

- 의료비는 전체적으로 약 89.8%가 자가 부담
- 최저생계비 이하계층의 약 25%, 차상위 계층의 19.3%, 소득 120% 이상 계층의 약 9.7%가 중도에 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 응답
- 의료기관 방문시 어려운 점에 대한 설문 결과에서도 진료비나 약값의 부담이 31.6%로 나타났고 교통비에 대한 부담이 21.2%로 그 다음이었는 데 모두 경제적인 요인에 의해 어려움을 겪고 있는 것으로 응답하였음.

나. 개편 방안

- 새로운 방안은 현실적이면서 의료접근성(보장성)과 형평성이 담보되어야 함.
- 입원의 경우 법정급여 범위를 건강보험과 분리, 대폭 확대하여 실질적인 보장성을 강화해야 함.
 - 비급여 포함 실질 본인부담률을 10% 이하로 유지
 - 본인부담액 상한을 한 달 10만원(4인 기준 최저생계비의 약 10%) 정도로 정하여 저소득층의 생계가 의료이용으로부터 위협받지 않아야 함.
 - 즉시 10% 본인부담률, 10만원 상한액으로의 급여범위 확대는 막대한 예산을 수반함으로 향후 10년 정도의 장기플랜을 가지고 접근
- 입원의 급여범위를 실질 본인부담률 10% 이하로 유지할 경우 진료비 규모가 상대적으로 작은 외래 본인부담은 탄력적으로 운용
 - 1종과 2종을 통합하여 방문당 본인부담을 약제비 포함 1000원 이하로 한다면 수급자들에게 크게 부담을 주지 않으면서 동시에 도덕적 해이 가능성도 줄일 수 있음.
- 건강보험 체납가구 중 비자발적 체납가구에 의료부조 또는 의료급여 2종으로 분류하여 의료급여보다 높고 건강보험보다 낮은 본인부담 수준으로 제도화
- 의료급여제도 체계 개편 방안

	현행		개편안	
	1종	2종	현행 1종과 2종을 통합	의료부조 (차상위 대상)
본인부담(입원) - 법정급여내	무료	15%	무료	10%
비급여 포함 실질 본인부담(입원)	22.9%	34.7%	10%	20%
본인부담(외래)	무료	1000원+500원	500원+500원	1500원+500원

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

1997년 경제위기 이후 소득격차가 확대되고 실업자가 증가하면서 저소득층에 대한 정부의 관심이 높아졌다. 그 결과 “생활보호”제도가 2000년 “국민기초생활보장법”으로 재탄생 되었다. 종래에는 국가가 보호 내지 시혜차원에서 저소득층을 구휼하던 방식이 최저생계비 이하의 소득자들이 당당하게 권리로써 국가의 지원을 주장할 수 있도록 법체계의 근간이 바뀌었다. 그러나 현재 운영되고 있는 제도가 법정신에 투철한지 여부는 별도의 검토가 필요하다. 최저생계비 이하의 계층이 실제적으로 최저생계비에 미달하는 소득만큼 정부의 지원을 받고 있는지, 주거가 불확실한 계층이 안정된 주거공간을 확보할 수 있도록 제도가 운영중인지, 의료욕구가 긴요한 계층이 최저생계를 유지하면서 치료를 받을 수 있는지 여부 등 법체계에 걸맞게 제도가 시행되고 있는지에 대한 제도 전반의 검토가 요청되고 있다. 특히 최근 경제의 양극화로 빈부의 격차가 심해지고 실업의 성격이 단순실업에서 구조적 장기실업으로 성격이 변화하면서 취업빈곤(Working Poor)이 발생하고 있다. 즉, 우리나라 저소득 취약계층에 대한 현실을 재검토해야 하는 시점이 도래한 것이다. 실직계층 및 빈곤계층의 변화된 실태와 욕구를 파악하고, 정책목표와 추진전략을 이 현실에 맞게 재구성해야 하는 것이다. 이를 위해 사회안전망에서 소외된 취약계층(사각지대 계층)을 파악하여 포괄적인 제도적 지원체계를 강구해야하고, 지원된 급여의 충분성을 검토해야 하고, IMF 경제위기이후 긴박한 정책수립과정에서 불가피했던 제도 간의 중복과 충돌의 문제를 해소하여야 한다.

본 보고서에서는 국민기초생활보장법 하의 여러 가지 급여 중에서 의료급여에 초점을 맞추어 논의하고자 한다. 의료급여제도는 지난 20여 년간 최저생계

비 이하의 극빈층에게 기초의료 서비스를 제공해왔다. 충분하지는 않지만 최소한의 의료서비스를 국가의 예산으로 제공함으로써 우리나라 사회안전망의 한 축으로 절대적인 역할을 수행해왔다. 그러나 최근 양극화 현상이 심화되면서 다시 빈곤층이 증가하는 경향이 나타남으로써 최후의 의료안전망인 의료급여제도가 제 역할을 충실히 하고 있는지에 대한 검토가 필요하게 되었다. 의료안전망의 사각지대는 없는지, 보장성은 최저생계에 영향을 주지 않는지 등에 대한 의문이 제기되고 있다. 따라서 다음과 같은 문제점들을 분석, 검토해보고 해결책이 있다면 강구해야 할 것이다.

첫째, 제도상 우리나라 모든 국민은 건강보험이나 의료급여 적용을 받도록 되어 있으나, 건강보험료 장기체납자, 주민등록 말소자, 실질적으로 부양을 받지 못함으로써 의료기관 이용을 못하고 있는 자 등 의료사각지대가 존재하고 있다.

둘째, 국민기초생활보장법 수급권자가 그대로 의료급여 수급권자가 됨으로써 의료욕구가 긴요한 저소득 취약계층 중 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 자들의 의료이용이 제약받고 있다. 연 중 의료기관을 이용할 수밖에 없는 희귀난치성 및 만성질환자의 경우 과도한 본인부담금으로 인하여 필요한 의료서비스를 제때 받지 못하거나 과도한 의료비로 인하여 기초생활보장 수급대상자로 전락할 가능성이 높음에도 불구하고 제도적 지원책이 미흡한 실정이다. 특히 의료급여 2종의 경우 법정급여 범위 내에서 총진료비의 15%를 본인이 부담하도록 되어 있어 비급여까지 포함하면 본인부담률이 총진료비의 37%에 육박하고 있다. 2004년 시행된 “의료급여제도 개선을 위한 실태조사”에 의하면 차상위 계층 이하(소득평가액 기준 최저생계비 120% 이하)의 약 22%가 경제적인 이유 때문에 진료를 포기한 경험이 있다고 응답하였다.

셋째, 2004년 4인 기준 최저생계비 105만원 중 의료비는 4만 7천원으로 책정되어 있으나 실질적으로 지급되는 액수는 2004년 기준 54만 8천원으로 4인 가구 기준 약 50만 1천원이 추가 지급되고 있어 국민기초생활보장법 수급권자와 차상위계층간 소득의 역진 가능성이 있다. 즉, 현행 국민기초생활보장법상 6개월 이상 지속적인 의료비 지출은 소득 공제되고 있으나 그렇지 않은 세대의 의료비 지출은 가처분 소득의 감소를 가져와 소득의 역진 가능성이 있다.

넷째, 건강보험 체납에 의해 의료 사각지대가 발생하고 있다. 국민건강보험공단 사회보장연구센터의 건강보험 장기체납자 실태조사 분석결과에 의하면 4개월 이상 체납세대의 경우 96.8%가 보험료를 납부할 의사는 있지만 소득이 없어 자식, 친지 등이 대신 납부하거나 체납하고 있는 실정이고 13개월 이상 체납세대의 46.7%가 1년에 한 번도 요양기관을 방문하지 않았다는 것은 건강보험 가입자의 연평균 수진율이 약 13회임을 감안할 때 체납에 의해 의료사각지대가 발생하고 있다는 것을 보여준다.

따라서 본 연구는 다음과 같은 몇 가지 목적에 기반을 두고 수행하였다. 첫째, 중장기적으로 저소득층의 의료사각지대를 해소하고자 하였다. 저소득층의 의료욕구 관련 문제점을 분석하고 이에 대한 대처방안을 마련함으로써 의료사각지대를 근본적으로 제거하고자 하였다. 한계계층의 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자 사이의 형평성을 고려하면서 사각지대 해소방안을 강구하고자 하였다.

둘째, 의료급여 수급권자의 의료관련 비용 분석을 통한 급여체계 개선 방안을 도출하여 최소한의 의료보장체계를 구축하고자 한다. 급여범위의 확대, 본인부담의 축소 등의 근거를 도출하고 이에 기반한 중장기 의료급여제도의 지향점을 모색하고자 한다.

끝으로 저소득 빈곤층에 대한 의료안전망으로써 국가의 기초의료보장 체계를 구축하고자 한다. 비수급 빈곤층(최저생계비 이하이지만 소득인정액은 빈곤선을 넘거나 부양의무자가 있어도 실제로 부양을 받지 못하는 계층) 또는 잠재적 빈곤층(현재는 최저생계비 이상의 소득이 있으나 의료비 등의 지출로 가처분 소득은 최저생계비 이하의 계층)의 최소한 의료욕구를 국가가 제도로서 보장함으로써 의료사회안전망을 재정비 하고자 하였다.

2. 연구내용 및 방법

“의료급여제도에 초점을 맞춘 기초보장 급여체계 합리화 방안” 연구는 연구의 목적을 달성하기 위하여 의료급여제도 관련 현황 및 문제점 분석, 미국

Medicaid의 급여체계 및 시사점, 국내외 관련 연구동향분석 등을 수행하고 그 분석결과들을 기초로 급여체계 개편방안을 도출하였다.

급여의 현황 및 문제점과 관련하여 종별 급여범위 및 본인부담 실태를 분석하였다. 건강보험의 급여범위와 비교하여 의료급여 1종 및 2종의 급여범위를 분석하고 최근 건강보험공단에서 조사한 요양기관 비급여 실태자료를 이용하여 비급여 포함 건강보험과 의료급여의 본인부담 실태를 비교 분석하였다. 이를 토대로 급여의 충분성과 형평성의 관점에서 개편 방안을 논하였다. 또한 수급권자 및 공급자의 도덕적 해이 가능성도 같이 염두에 두고 개편방안을 강구하였다. 1종 수급권자의 경우 외래 본인부담이 전혀 없어 필요이상의 진료를 받고 있다는 일선 사회복지사들의 문제 제기와 지방의 중소병원의 경우 공실률이 높아 의료급여 수급권자를 입원시키고 식대까지 본인부담을 면제시킴으로써 공급자와 수요자간 이해가 일치하여 의료급여 재정에 부담을 드리우고 있다는 문제점도 고려하였다.

외국의 사례로서 미국의 Medicaid 급여체계가 소개되었다. 연방정부 차원의 Mandatory 급여범위와 주정부별 Option을 검토하고 각 주별 본인부담실태도 파악하였다. 이를 기초로 우리나라에 적용가능한 시사점도 검토하였다.

우리나라의 의료급여 관련 현황 및 문제점 그리고 미국의 Medicaid 사례를 토대로 급여체계 개편방안을 도출하였다. 수급권자에 대한 충분치 못한 급여체계를 최소 의료보장이 될 수 있도록 보장성 강화 차원에서 방안이 모색되었다. 고액질환, 장기입원환자, 필요이상의 외래 수진 등에 대한 분석을 토대로 종합적인 재정관리 방안이 모색되었다.

위에서 열거된 연구내용을 완성하는 데 미국현지 방문을 통한 자료 구득 및 분석 그리고 문헌연구가 진행되었다. 또한 국민건강보험공단 및 심사평가원 자료를 통한 실태분석 및 2004년 실시되었던 차상위 의료급여 실태조사 자료를 분석하였다.

3. 기대효과 및 활용방안

본 연구는 의료급여 수급권자의 급여내역을 건강보험과 비교분석함으로써 향후 의료급여 제도개선을 위한 시금석으로 활용될 수 있을 것이다. 또한 급여체계의 개편을 통해 형평성 제고, 보장성 강화, 재정안정 등 상충되는 목표의 조화를 도모할 수 있을 것으로 기대된다. 무엇보다도 과중한 본인부담 때문에 필요한 진료를 충분히 받지 못하거나 포기하는 의료사각지대에 대한 대책을 강구함으로써 실질적인 의료보장 체계를 구축할 수 있을 것이다.

본 보고서는 서론에 이어 2장에서는 진료실태, 자격, 본인부담 및 급여범위 등으로 주제를 나누어 의료급여제도의 현황 및 문제점에 대해서 논의하였다. 3장에서는 미국 Medicaid 제도의 급여내용 및 본인부담 실태가 소개되었다. 끝으로 4장에서는 앞의 내용을 요약정리함으로써 의료급여체계의 개편방안이 모색되었다.

Ⅱ. 의료급여의 현황 및 문제점

1. 자격 관련

국민기초생활 보장 수급자가 되면 자동적으로 의료급여 수급자가 되기 때문에 우선 국민기초생활보장 수급자격을 살펴보고 이를 의료급여측면에서 의료급여 특례와 함께 다시 살펴보고자 한다.

가. 현황

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.주2) 따라서 본 장에서는 선정기준, 소득인정액(소득평가액, 재산평가액) 등에 관하여 살펴본다.

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

주2) 국민기초생활보장법 부칙 제5조.

〈표 II-1〉 2004년 최저생계비(중소도시 기준) 기준

(단위: 원, 월)

구 분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비	368,226	609,842	838,796	1,055,090	1,199,637	1,353,680

주: 7인 이상 가구: 1인 증가시 마다 154,043원씩 증가
 자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장사업 안내』, 2004.

나) 부양의무자기준³⁾

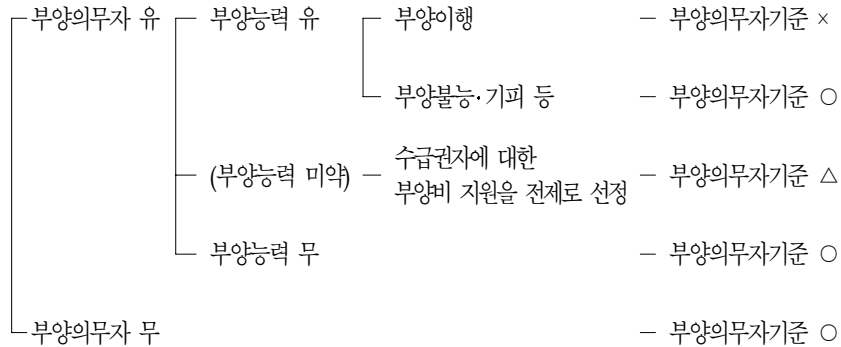
부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다. 수급자가 되기 위한 필요조건은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

(1) 부양의무자 범위

부양의무자 범위는 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).

주3) 일본과 오스트리아를 제외한 대부분의 나라에는 부양의무자기준이 없다. 우리나라의 정서상으로는 부양의무자기준을 선정기준으로 적용하는 것이 맞다. 하지만 복지이념, 외국의 동향, 핵가족 중심으로 가족구조의 변화 등을 감안할 때 부양의무자기준은 장기적으로 검토되어야 할 과제이다.

[그림 II-1] 부양의무자 기준의 적용 도해



(2) 부양의무자의 부양능력 판정기준

국민기초생활보장법에서 부양능력 유무는 ‘부양능력 있는 자’, ‘부양능력 없는 자’, ‘부양능력 미약 자’로 구분하여 접근하고 있다. 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합 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 특례 기준 및 급여내용

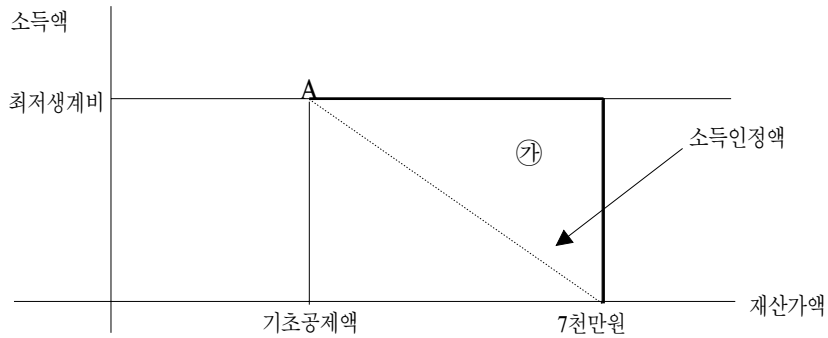
가) 의료급여특례 (1)

소득인정액에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제 대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액 기준을 초과하는 가구를 가구원 전체에 대하여 1종(또는) 2종을 급여하는 특례이다.

나) 의료급여특례 (2)

부양의무자 기준은 충족하지만 소득인정액이 최저생계비를 초과하여 수급자로 선정되지 못하는 가구 중에서 소득평가액이 최저생계비 이하이고 재산가액이 7천만원 이하이며, 소득환산율이 100% 적용되는 승용차를 보유하고 있지 않은 가구로서 만성희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 자가 있는 가구는 특례의 한 종류로 급여를 제공하고 있다. 아래의 그림에서 ㉠에 해당되는 지역이 대상이 된다. 만성질환 및 희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 개인에 대하여만 급여가 제공된다. 그 중 74개 희귀난치성 질환자에 대해서는 1종을 그 외 질환에 대해서는 2종급여를 제공하고 있다.

[그림 II-2] 의료급여 특례 2 영역



다) 부양의무자기준 관련 의료급여 특례

다음의 ① 및 ②의 요건을 모두 충족하는 개별가구원 중에서 ③의 요건에 해당하는 가구원에 대해서 의료급여의 또 다른 특례로 급여를 제공하고 있다.

- ① 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하인 가구
- ② 부양의무자의 부양능력이 다음의 하나에 해당하는 가구(그림 II-3 참조)

[그림 II-3] 의료급여특례 관련 부양의무자기준 특례 도해

실제소득 (A+B)×150%	부양능력 있음	부양능력 있음	
(A+B)×120%	부양능력 미약 ㉠	부양능력 미약 ㉠	부양능력 있음
B의 120%	부양능력 미약	부양능력 미약 ㉠-1	
B의 50%	부양능력 없음	부양능력 없음 ㉠-2	
	부양능력 없음	부양능력 없음 ㉠-3 (부양의무자재산특례)	
0		(A+B)×42%	(A+B)×100% 재산의 소득환산액

※ A: 수급권자가구의 최저생계비, B: 부양의무자가구의 최저생계비

부양의무자의 실제소득이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 120% 미만에 해당하고, 부양의무자의 재산의 소득환산액이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 42% 이상 100% 미만에 해당하는 경우(그림 II-3의 ㉠-1, 2, 3 참조) 그리고 부양의무자의 실제소득이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 120% 이상 및 150% 미만에 해당하고, 부양의무자의 재산의 소득환산액이 수급권자 및 당해 부양의무자 각각의 최저생계비를 합한 금액의 100% 미만에 해당하는 경우(그림 II-3의 ㉠ 참조), ③ 만성·회귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요한다고 시장·군수·구청장이 인정하는 자, 만성·회귀질환자 개인에 대해서만 2종 의료급여를 제공하되 '부양의무자 재산기준의 특례'에 의한 수급자 중에서 의료급여 1종 수급자는 1종으로 계속 보호하고, 생계·주거급여 등 타급여를 지급받고 있을시에는 타급여도 계속지급(그림 II-3의 ㉠-3참조)하도록 하고 있다.

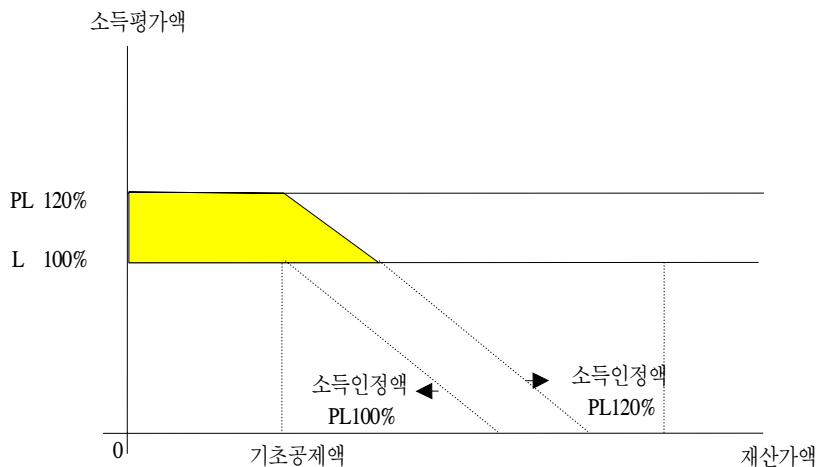
라) 자활급여 특례자 의료급여 특례

수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활 인턴 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 최저생계비를 초과한 경우도 의료급여 특례로 급여를 제공하고 있다. 희귀난치성 질환자 개인에 대하여는 1종을 급여하되, 다른 가구원은 급여하지 않고, 희귀난치성 질환 환자가 없는 가구의 경우 모든 가구원에 대하여 2종급여를 제공한다.

마) 의료급여법에 의한 차상위 의료급여 특례

부양의무자 기준은 충족하지만 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구 중에서 소득평가액이 최저생계비의 100% 초과 120% 이하이고 희귀난치성 질환 또는 만성질환 등으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6월 이상 치료를 요하는 자가 있는 가구를 의료급여 특례로 급여를 제공하고 있다. 희귀난치성 질환자 개인에 대하여 1종 급여를 희귀난치성 질환을 제외한 기타질환자 개인에 대하여는 2종 급여를 실시하고 있다.

[그림 II-4] 차상위 의료급여 특례 영역



3) 의료급여 수급권자 현황

의료급여는 전체적으로 1997년까지 수급자수가 감소하다가 1998년과 1999년에 IMF 외환위기로 ‘한시적 생활보호’ 대상자가 새롭게 추가되면서 그 수가 163만명으로 늘어났다. 그러나 2000년 생활보호법이 국민기초생활보장법으로 전환되면서 한시적 생활보호제도 폐지와 국민기초생활보장법 수급자의 자격요건 변동 등의 영향으로 그 수가 점차 줄어들어 2003년 12월말 현재 약 145만명이 보호를 받고 있는데 이는 인구대비 3.03%에 해당되는 규모이다. 의료급여는 대상자를 1종과 2종으로 구분하여 본인부담금에 차등을 두고 있다. 국가유공자, 인간문화재 등 기타대상자는 1종에 해당되고, 국민기초생활보장 수급대상자는 근로능력 여부에 따라 노동능력이 없는 수급자는 1종 의료급여 대상자, 있는 자는 2종 수급자가 된다. 아래의 표에서 보는 것처럼 1999년까지는 근로능력이 있는 2종 수급자가 1종 수급자보다 많았으나 2000년 이후 그 비율이 역전되어 2003년의 경우 1종수급자가 87만명, 2종 수급자가 59만명에 달하고 있다. 1종 대상자의 연평균 증가율은 1996년 이후 약 7.98%인 데 반해 2종대상자는 연평균 약 4% 감소하였다.

의료급여 수급자를 종류별로 보면 <표 II-2>와 같은데 1종 대상자는 국민기초생활보장법에 의해 근로능력이 없는 세대와 그 세대의 구성원, 보장시설 수용자(양로시설 및 육아시설 등), 그리고 일부 난치병 환자로 구성되어 있으며, 이들 외에 2003년 기준으로 약 18만명에 달하는 국가유공자나 광주민중화운동관련자 등이 1종 수급자로 지정되어 무상의료의 혜택을 받고 있다. 전체적으로 의료급여 수급자의 약 80%가 기초생활보장법에 의한 빈곤층에 해당되며 나머지 20%는 빈곤층과 무관한 사람들로 구성되어 있다.

〈표 II-2〉 의료급여 대상자 추이

(단위: 명, %)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
전체대상자수	1,288,492	1,163,687	1,322,696	1,636,629	1,570,009	1,520,986	1,420,539	1,453,786
인구대비	2.89	2.53	2.85	3.49	3.32	3.17	2.98	3.03
1종 대상자	506,756	496,406	648,461	742,844	810,684	831,854	828,922	867,305
기초생활보장 수급자	290,233	299,109	458,778	561,116	642,899	664,288	660,991	690,766
사회복지시설 보호대상자	76,802	76,625	76,146	76,862	77,211	78,158	79,068	81,715
국가유공자	123,533	111,535	94,013	86,356	80,122	77,793	75,993	80,584
북한이탈주민	694	762	876	1,084	1,172	1,709	2,653	2,994
인간문화재	409	451	403	380	381	402	385	425
광주민중화 운동관련자	6,985	7,105	7,881	8,455	8,292	9,040	9,108	9,221
이재민	7,783	428	9,964	8,089	96	10	289	1,172
의상자 및 의사자유족	317	391	400	502	511	454	435	428
2종 대상자	781,736	667,281	674,235	893,785	759,325	671,132	591,617	586,481

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

〈표 II-3〉 의료급여 대상자 증가율 추이

(단위: 명, %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	연 평균
전체대상자수	-9.69	13.66	23.73	-4.07	-3.12	-6.60	2.34	1.74
1종 대상자	-2.04	30.63	14.55	9.13	2.61	-0.35	4.63	7.98
기초생활보장 수급자	3.06	53.38	22.31	14.58	3.33	-0.50	4.50	13.19
사회복지시설 보호대상자	-0.23	-0.63	0.94	0.45	1.23	1.16	3.35	0.89
국가유공자	-9.71	-15.71	-8.14	-7.22	-2.91	-2.31	6.04	-5.92
북한이탈주민	9.80	14.96	23.74	8.12	45.82	55.24	12.85	23.23
인간문화재	10.27	-10.64	-5.71	0.26	5.51	-4.23	10.39	0.55
광주민중화 운동관련자	1.72	10.92	7.28	-1.93	9.02	0.75	1.24	4.05
이재자	-94.50	2,228.04	-18.82	-98.81	-89.58	2790.00	305.54	-23.70
의상자 및 의사자유족	23.34	2.30	25.50	1.79	-11.15	-4.19	-1.61	4.38
2종 대상자	-14.64	1.04	32.56	-15.04	-11.61	-11.85	-0.87	-4.02

의료급여 대상자의 성별 분포를 보면 남성이 62만명으로 전체의 43%를 차지하고 있으며, 여성이 83만명으로 57%를 차지하고 있다. 여성이 남성보다 많은 이유는 60세 이상 노인인구에서 여성노인의 비율이 절대적으로 높기 때문이다. 수급자의 연령별 분포를 보면 <표 II-4>에서 보는 것처럼 유아와 청소년에 해당되는 0~19세까지의 인구가 40만명으로 전체 수급자의 27.6%를 차지하고 있으며, 60세 이상 노인인구는 약 48만명으로 약 33%의 비율을 차지하고 있다. 반면에 소위 인구학적으로 노동능력이 있는 계층으로 판별할 수 있는 20세에서 59세의 인구는 57만명으로 전체 의료급여 수급자의 39%를 차지하고 있다. 최근 사회 전체적으로 노인인구의 비율이 급속히 상승하고 있기 때문에 앞으로 의료급여 수급자 중 노인인구의 비율이 점점 높아질 전망이며 이로 인해 노인 의료비 지출이 가속화되고, 그만큼 의료급여 예산도 급속히 팽창될 가능성이 매우 높다고 할 수 있다.

<표 II-4> 의료급여 대상자의 성별·연령별 분포(2003년 기준)

(단위: 명, %)

		0~19세	20~59세	60세 이상	합 계
1종 대상자	남자	87,266(6.00)	157,463(10.83)	113,574(7.81)	358,303(24.65)
	여자	77,264(5.31)	122,537(8.43)	309,201(21.27)	509,002(35.01)
2종 대상자	남자	118,212(8.13)	122,472(8.42)	21,775(1.50)	262,459(18.05)
	여자	118,449(8.15)	170,041(11.70)	35,532(2.44)	324,022(22.29)
합 계		401,191(27.60)	572,513(39.38)	480,082(33.02)	1,453,786(100.00)

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『2003 의료급여통계연보』, 2004.

〈표 11-5〉 연령별 의료급여 대상자 추이

(단위: 명)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
계	1,288,492	1,163,687	1,322,696	1,636,629	1,570,009	1,502,986	1,420,539	1,453,786
0세	2,230	3,195	5,388	11,282	4,740	4,973	3,806	4,428
1~4세	17,060	17,007	37,179	71,298	40,071	38,174	32,968	33,012
5~9세	43,966	41,912	63,952	97,382	92,079	92,102	85,390	88,496
10~14세	126,553	108,749	141,038	186,193	130,780	126,633	121,081	126,586
15~19세	211,252	184,832	178,503	182,364	193,830	174,547	154,285	148,669
20~24세	101,068	77,270	64,328	65,239	74,671	65,987	61,393	61,932
25~29세	42,754	34,743	39,029	52,894	42,334	35,277	30,485	29,244
30~34세	37,479	34,312	48,419	73,203	58,415	54,013	47,331	45,776
35~39세	68,788	63,927	86,433	121,176	94,276	85,931	76,705	78,271
40~44세	81,018	74,675	89,996	113,516	125,263	123,912	115,764	115,805
45~49세	74,223	67,068	72,842	85,656	96,213	97,526	95,889	104,182
50~54세	64,477	56,452	60,837	71,852	75,419	72,373	69,983	72,577
55~59세	66,213	61,287	69,674	87,482	75,939	68,481	61,814	64,726
60~64세	74,598	69,199	81,121	104,472	95,117	91,393	89,280	88,234
65~69세	84,859	81,740	94,024	111,650	114,406	112,723	109,190	111,745
70~74세	78,294	75,367	81,232	90,939	105,551	106,730	107,879	111,901
75세 이상	113,660	111,952	708,701	110,031	150,905	152,211	157,296	168,202

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

〈표 11-6〉 연령별 의료급여 대상자 증감률

(단위: %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	연평균
계	-9.69	13.66	23.73	-4.07	-4.27	-5.49	2.34	1.74
0세	43.27	68.64	109.39	-57.99	4.92	-23.47	16.34	10.30
1~4세	-0.31	118.61	91.77	-43.80	-4.73	-13.64	0.13	9.89
5~9세	-4.67	52.59	52.27	-5.45	0.02	-7.29	3.64	10.51
10~14세	-14.07	29.69	32.02	-29.76	-3.17	-4.38	4.55	0.00
15~19세	-12.51	-3.42	2.16	6.29	-9.95	-11.61	-3.64	-4.90
20~24세	-23.55	-16.75	1.42	14.46	-11.63	-6.96	0.88	-6.76
25~29세	-18.74	12.34	35.52	-19.96	-16.67	-13.58	-4.07	-5.28
30~34세	-8.45	41.11	51.19	-20.20	-7.54	-12.37	-3.29	2.90
35~39세	-7.07	35.21	40.20	-22.20	-8.85	-10.74	2.04	1.86
40~44세	-7.83	20.52	26.13	10.35	-1.08	-6.58	0.04	5.24
45~49세	-9.64	8.61	17.59	12.32	1.36	-1.68	8.65	4.96
50~54세	-12.45	7.77	18.11	4.96	-4.04	-3.30	3.71	1.70
55~59세	-7.44	13.68	25.56	-13.19	-9.82	-9.74	4.71	-0.32
60~64세	-7.24	17.23	28.79	-8.95	-3.92	-2.31	-1.17	2.43
65~69세	-3.68	15.03	18.75	2.47	-1.47	-3.13	2.34	4.01
70~74세	-3.74	7.78	11.95	16.07	1.12	1.08	3.73	5.23
75세 이상	-1.50	-2.90	1.22	37.15	0.87	3.34	6.93	5.76

65세 이상 노령인구가 연평균 5%정도 증가하고 있다. 특히 2000년 이후 국민기초생활보장법 시행으로 대상자의 절대인구가 감소하였으나 65세 이상의 적용대상자수는 증가하고 있는 추세이다. 국민기초생활보장법 시행이후 인구학적 요인(만 65세 이상)이 폐지되었음에도 절대인구가 증가하는 것은 우리나라 사회 전반의 노령화에 기인하고 있고, 노령인구는 자활을 통한 빈곤 탈출 가능성이 그 만큼 상대적으로 어렵다는 것을 증명하고 있다. 아래 표에서 보듯이 특히 1종의 노령인구가 2종에 비해서 상대적으로 증가속도가 빠르다는 것을 통해서 이를 알 수 있다.

〈표 II-7〉 연령별 의료급여 1종 대상자 추이

(단위: 명)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
계	506,756	496,406	648,461	742,844	810,684	831,854	828,922	867,305
0세	1,599	2,316	3,335	4,907	2,747	3,286	2,587	3,036
1~4세	8,430	8,734	21,613	31,414	15,543	15,573	14,144	14,621
5~9세	18,846	19,049	34,043	43,837	34,781	35,472	33,899	35,717
10~14세	47,012	43,976	64,331	75,017	50,987	50,863	50,090	53,291
15~19세	61,475	58,897	63,649	59,056	64,458	64,256	58,540	57,865
20~24세	26,148	22,166	22,700	22,523	22,819	21,968	21,698	22,410
25~29세	17,960	15,867	20,475	23,650	19,297	17,890	16,835	17,084
30~34세	17,630	16,865	26,303	32,452	26,460	26,168	24,690	24,639
35~39세	27,071	26,947	41,620	50,300	38,389	37,469	35,492	37,377
40~44세	28,272	28,221	40,103	46,020	48,388	52,056	51,680	53,301
45~49세	25,130	25,341	31,892	35,411	39,257	43,903	45,828	51,579
50~54세	21,877	21,441	26,922	30,595	32,467	34,634	35,565	38,453
55~59세	22,475	22,278	30,972	37,699	33,316	33,596	32,427	35,157
60~64세	28,718	27,940	40,132	52,153	66,081	65,312	65,312	61,599
65~69세	43,438	43,983	57,571	67,820	94,171	96,941	96,403	100,332
70~74세	41,501	42,285	50,402	56,562	90,796	95,549	99,027	104,051
75세 이상	69,174	70,100	72,398	73,428	130,727	136,918	144,705	156,793

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

〈표 II-8〉 연령별 의료급여 1종 대상자 증감률

(단위: %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	연평균
계	-2.04	30.63	14.55	9.13	2.61	-0.35	4.63	7.98
0세	44.84	44.00	47.14	-44.02	19.62	-21.27	17.36	9.59
1~4세	3.61	147.46	45.35	-50.52	0.19	-9.18	3.37	8.18
5~9세	1.08	78.71	28.77	-20.66	1.99	-4.43	5.36	9.56
10~14세	-6.46	46.29	16.61	-32.03	-0.24	-1.52	6.39	1.81
15~19세	-4.19	8.07	-7.22	9.15	-0.31	-8.90	-1.15	-0.86
20~24세	-15.23	2.41	-0.78	1.31	-3.73	-1.23	3.28	-2.18
25~29세	-11.65	29.04	15.51	-18.41	-7.29	-5.90	1.48	-0.71
30~34세	-4.34	55.96	23.38	-18.46	-1.10	-5.65	-0.21	4.90
35~39세	-0.46	54.45	20.86	-23.68	-2.40	-5.28	5.31	4.72
40~44세	-0.18	42.10	14.75	5.15	7.58	-0.72	3.14	9.48
45~49세	0.84	25.85	11.03	10.86	11.83	4.38	12.55	10.82
50~54세	-1.99	25.56	13.64	6.12	6.67	2.69	8.12	8.39
55~59세	-0.88	39.03	21.72	-11.63	0.84	-3.48	8.42	6.60
60~64세	-2.71	43.64	29.95	26.71	-1.16	0.00	-5.69	11.52
65~69세	1.25	30.89	17.80	38.85	2.94	-0.55	4.08	12.70
70~74세	1.89	19.20	12.22	60.52	5.23	3.64	5.07	14.03
75세 이상	1.34	3.28	1.42	78.03	4.74	5.69	8.35	12.40

〈표 11-9〉 연령별 의료급여 2종 대상자 추이

(단위: 명)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
계	781,736	667,281	674,235	893,785	759,325	671,132	591,617	586,481
0세	631	879	2,053	6,375	1,993	1,687	1,219	1,392
1~4세	8,630	8,273	15,566	39,884	24,528	22,601	18,824	18,391
5~9세	25,120	22,863	29,909	53,545	57,298	56,630	51,491	52,779
10~14세	79,541	64,773	76,707	111,176	79,793	75,770	70,991	73,295
15~19세	149,777	125,935	114,854	123,308	129,372	110,291	95,745	90,804
20~24세	74,920	55,104	41,628	42,716	51,852	44,019	39,695	39,522
25~29세	24,794	18,876	18,554	29,244	23,037	17,387	13,650	12,160
30~34세	19,849	17,447	22,116	40,751	31,955	27,845	22,641	21,137
35~39세	41,717	36,980	44,813	70,876	55,887	48,462	41,213	40,894
40~44세	52,746	46,454	49,893	67,496	76,875	71,856	64,084	62,504
45~49세	49,093	41,727	40,950	50,245	56,956	53,623	50,061	52,603
50~54세	42,600	35,011	33,915	41,257	42,952	37,739	34,418	34,124
55~59세	43,738	39,009	38,702	49,783	42,623	34,885	29,387	29,569
60~64세	45,880	41,259	40,989	52,319	29,036	26,081	23,968	26,635
65~69세	41,421	37,757	36,453	43,830	20,235	15,782	12,787	11,413
70~74세	36,793	33,082	30,830	34,377	1,455	11,181	8,852	7,850
75세 이상	44,486	41,852	36,303	36,603	20,178	15,293	12,591	11,409

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

〈표 11-10〉 연령별 의료급여 2종 대상자 증감률

(단위: %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	연평균
계	-14.64	1.04	32.56	-15.04	-11.61	-11.85	-0.87	-4.02
0세	39.30	133.56	210.52	-68.74	-15.35	-27.74	14.19	11.97
1~4세	-4.14	88.15	156.23	-38.50	-7.86	-16.71	-2.30	11.41
5~9세	-8.98	30.82	79.03	7.01	-1.17	-9.07	2.50	11.19
10~14세	-18.57	18.42	44.94	-28.23	-5.04	-6.31	3.25	-1.16
15~19세	-15.92	-8.80	7.36	4.92	-14.75	-13.19	-5.16	-6.90
20~24세	-26.45	-24.46	2.61	21.39	-15.11	-9.82	-0.44	-8.73
25~29세	-23.87	-1.71	57.62	-21.22	-24.53	-21.49	-10.92	-9.68
30~34세	-12.10	26.76	84.26	-21.58	-12.86	-18.69	-6.64	0.90
35~39세	-11.36	21.18	58.16	-21.15	-13.29	-14.96	-0.77	-0.28
40~44세	-11.93	7.40	35.28	13.90	-6.53	-10.82	-2.47	2.45
45~49세	-15.00	-1.86	22.70	13.36	-5.85	-6.64	5.08	0.99
50~54세	-17.81	-3.13	21.65	4.11	-12.14	-8.80	-0.85	-3.12
55~59세	-10.81	-0.79	28.63	-14.38	-18.15	-15.76	0.62	-5.44
60~64세	-10.07	-0.65	27.64	-44.50	-10.18	-8.10	11.13	-7.47
65~69세	-8.85	-3.46	20.24	-53.83	-22.01	-18.98	-10.75	-16.82
70~74세	-10.09	-6.81	11.51	-57.08	668.45	-20.83	-11.32	-19.80
75세 이상	-5.92	-13.26	0.83	-44.87	-24.45	-17.67	-9.39	-17.67

나. 의료급여 자격 관련 문제점

1) 국민기초생활보장법의 수급자격 기준

국민기초생활보장법하의 수급자가 그대로 의료급여 수급자가 되기 때문에 현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 전혀 반영되지 못하고 있다. 최저생계비 이하의 가구에 대해서 근로능력이 있으면 2종을, 없으면 1종을 급여하는 현행 제도는 근로능력 유무에 따라 급여의 범위에 차등을 두고 있지만 의료욕구는 전혀 반영되지 못하고 있는 실정이다.주4) 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출

주4) 미국의 Medicaid에서도 소득, 자산 기준 외에 우선적으로 의료욕구를 반영하고 있다.

을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 계층이 많이 존재하게 된다. 또한 최저생계비 산정시 4인 가구 1달 의료비 지출항목으로 약 47천원(2002년 기준)이 계상되어 있지만 실질적으로는 약 50만원이 지출되고 있어 한계 계층에 심각한 소득 역진 현상이 발생하고 있다. 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 가구는 빈번히 진료기관을 방문해야 하지만 수급자로 선정되지 못한 차상위 계층은 실질적으로 의료사각지대에 남을 수밖에 없는 문제점이 발생하고 있다. 2000년 10월 국민기초생활보장법 시행시 의료급여 수급자 2대 선정원칙으로 건강위험으로부터 최저생계 보호 그리고 수급자와 비수급자간 형평성 유지기준이 적용되었다. 그러나 현행 기준은 두 가지 원칙을 모두 위배하고 있다. 첫째 건강위험 때문에 최저생계가 위협을 받고 있거나, 금전적인 문제로 진료를 받지 못하는 사각지대가 광범위하게 존재한다. 둘째, 수급자와 비수급자간 형평성이 유지되고 있지 못하다. 위에서 언급했듯이 All or Nothing 급여 방식 때문에 두 계층간 심각한 소득 역진 문제가 발생하고 있어 형평성 유지가 위협받고 있다. 즉, 원래의 원칙에 충실할 수 있도록 수급자 선정기준을 보완 또는 개선해야할 필요성이 있다.

2) 의료급여 특례 수급자격 기준

현재 적용되고 있는 5가지의 의료급여특례는 서로간 수급자격의 중복을 가져오는 경우도 있고 급여의 방식도 일관성이 결여되어 있다. 위에서 언급된 특례 1과 특례 2는 수급자격에 있어 중복되고 있다. 예를 들어 소득인정액 기준 최저생계비는 초과하지만 소득평가액 기준으로는 최저생계비 기준을 밑돌면서 만성 또는 희귀질환 등으로 6개월 이상 치료비를 공제하면 소득인정액 기준 최저생계비 이하로 떨어지는 계층은 두 가지 특례에 모두 해당된다. 또한 특례 1과 차상위 대상 의료급여 특례도 서로간 중복의 가능성이 있다. 소득인정액 기준 최저생계비 이상의 계층 중 6개월 이상 지속적으로 의료비가 지출되어 이를 공제하면 수급 요건에 해당되는 경우와 소득평가액이 최저생계비의 100% 초과

120%이하이면서 6개월 이상의 만성질환 혹은 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 계층은 중복될 수 있다. 즉, 두 특례간 수급자격의 중복 가능성이 있다.

특례 제도간 급여내용에 있어서도 일관성이 부족하다. 만성과 희귀질환자의 경우 부양의무자 특례에서는 동일하게 2종 급여를 받고 있으나 다른 특례에서는 희귀질환자의 경우 1종, 만성질환자의 경우 2종 급여를 제공 받고 있다. 또 특례 1 수급자의 경우 가구원 전체가 1종 또는 2종 급여를 받고 있으나, 타 특례는 개인 단위의 급여를 제공하고 있다. 또한 앞에서 나열한 5가지 의료급여 특례중 의료급여법에 의한 차상위 의료급여 특례를 제외한 4가지 특례는 장제비를 지원하고 있으나 차상위 의료급여 특례는 장제비를 지원하지 않고 있다. 각 특례간 급여의 차이가 있어야 될 만큼 수급자격 기준에 현저한 차별성이 있지 못하기 때문에 이에 대한 검토가 필요하다. 즉, 이처럼 특례 제도내에서 서로간 중복 또는 급여의 일관성 결여 문제는 제도 전반의 방향성 관련 전면적 재검토가 필요하다 하겠다.

2. 진료비 관련

가. 재정현황

의료급여 예산은 국고와 지방비로 대부분의 재원충당이 이루어지고 있으며, 2종 수급자에게 부과되는 본인부담금이 일부 재원을 형성하고 있다. 국고와 지방비를 통해 충당되는 재원의 추이와 의료급여 진료비 추이를 보면 <표 II-11>과 같다. 의료급여 진료비는 1996년에 5362억원에서 2003년 약 2조2148억에 이르고 있으며 7년 만에 절대규모에 있어서 4.1배가 증가하는 급속한 팽창속도를 보이고 있다. 반면 의료급여예산 중 국고의 경우는 1996년에 3419억원에서 2003년에 1조 7612억으로 5배 이상 증가하였다. 하지만 96년에서 2000년(4513억)까지 매년 증가하였던 의료급여 진료비 체불은 2000년 이후에는 감소하였다. 다시 말하면 96년에서 2000년까지는 진료비 팽창률이 국가예산 증가율

을 훨씬 증가하는 현상이 나타났었으나, 2001년에는 의료급여 추경예산 4500억 원이 편성되어 예산규모가 2조 947억 원으로 늘어났고 체불액 규모도 점차 줄어들었다.

〈표 II-11〉 의료급여 예산 및 체불진료비 추이('96~'03)

(단위: 억원, %)

구분	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
총진료비	5,362 (23.22)	6,692 (24.79)	8,391 (25.39)	12,341 (47.06)	14,977 (21.36)	18,922	20,312	22,148
체불진료비	1,574	1,734	1,822	3,085	4,513	2,894	902	0
기금부담금 (증가율)	5,007 (18.14)	6,289 (25.60)	7,954 (26.47)	11,779 (48.08)	14,346 (21.79)	18,419 (28.39)	19,824 (7.63)	21,655 (9.24)
예산액 (국고)	4,471 (3,419)	6,343 (4,776)	7,921 (6,043)	10,666 (8,098)	13,578 (10,320)	20,947 (15,893)	22,119 (16,901)	23,073 (17,612)

한편, 의료급여 비용은 전액 국비 및 지방비 분담에 의해 재원이 충당되는데 그 비율은 자치단체마다 상이하다. 서울시의 경우는 국고와 지방비가 각각 50%씩, 그 외 광역자치단체는 80% 대 20%의 비율로 비용 분담을 하고 있으나 서울시와 광역자치단체 내의 자치구는 의료급여 비용을 분담하지 않는다(표 II-12 참조). 반면 도의 경우는 국비와 지방비의 비율이 80% 대 14~16%이며, 시·군이 4~6%의 비용을 분담하는 구조이다. 지방의 중소도시와 군이 4~6%의 비용을 분담하는데, 서울시와 광역자치단체의 자치구가 비용을 분담하지 않는 것이 형평성에 문제가 있다는 지적이 제기되고 있다.

〈표 11-12〉 의료급여 예산의 국가 및 지방자치단체 분담 비율

	서울시		광역자치단체		도		
	시청	자치구	도청	자치구	도청	시	군
지방비	50%	없음	20	없음	14~16%	6%	4%
국 비	50%		80%		80%		
합 계	100%		100%		100%		

의료급여 예산과 진료비에서 나타나는 문제점으로 첫째, 진료비의 급팽창과 예산 증액의 어려움 둘째, 지방비의 분담 구조의 비형평성 문제를 들 수 있다. 먼저 진료비의 팽창과 이에 따른 예산확보의 어려움이다. 진료비 팽창은 수급자 증가, 병원 이용률 증가, 노령화, 의료기술의 진보, 공급자의 유도 등 다양한 원인이 복합적으로 작용하기 때문에 그 원인을 설명하기가 쉽지 않다. 2000년 의약분업 이후 진료비가 급속히 팽창하였으나 2002년 건강보험 재정위기 이후 수가 인상 억제 등 제반 재정 건전화를 위한 방안들이 강구된 후 의료급여도 2003년 까지 비교적 안정적인 모습을 보이고 있다. 그러나 최근 고령화의 급진전, 경기 양극화에 따른 빈곤인구 증가, 그 동안 억제되었던 수가 앙등 압력 등이 향후 의료급여 재정에 커다란 걸림돌로 작용할 전망이다.

둘째, 지방비 분담구조의 비형평성 문제는 서울시 자치구와 광역자치단체의 자치구가 의료급여기금을 전혀 부담하지 않는다는 점이다. 11중소도시와 군지역이 지방비를 4~6%씩 분담하고 있는데, 비교적 재정상태가 양호한 대도시 자치구에서 비용을 분담하지 않고 있다. 대도시 자치구가 의료급여 비용을 부담하지 않기 때문에 발생하는 문제는 두 가지이다. 첫째는 일선 자치단체에서 환자 및 관내 의료기관 그리고 급여비를 체계적으로 관리할 경제적 유인이 존재하지 않는다. 대도시 자치단체에서는 해당 단체의 예산이 지출되지 않기 때문에 나타나는 의료급여 관리소홀 현상은 현장조사에서 관계자와의 면담을 통해 확인할 수 있었다. 두 번째는 지방비 분담률이 서울시와 나머지 자치단체간에 차등을 두고는 있으나 서울시 자치단체간에, 그리고 나머지 자치단체간에도 상당한 편차가 있는 재정자립도를 고려하지 않고 분담비율을 정하고 있다는 점이다. 따라서 지방비 분담 방식을 자치단체의 재정상태를 고려하는 방식으로

더욱 세분화될 필요가 있다.

나. 의료이용 실태 분석

의료이용 실태를 파악하기 위해서는 의료이용의 정도와 의료이용의 강도를 살펴보는 것이 타당할 것으로 판단된다. 의료이용의 정도는 대상자가 일정기간 동안 얼마만큼의 의료이용을 하는지에 대한 의료이용량의 정도를 파악하는 것이고 의료이용의 강도는 같은 양의 의료이용을 가정할 경우 질병의 중한 정도에 따라 투입되는 의료자원의 양을 파악하는 것이다. 아래에서는 건강보험공단 발행 의료급여 통계연보 자료를 토대로 의료이용의 정도 및 강도를 분석하고자 한다.

의료이용량을 판단하는 척도로는 전통적으로 수진율을 많이 사용하였다. 수진율은 일반적 적용대상자가 1년에 의료기관을 이용한 진료건수를 말하며, 이는 1년에 적용대상자가 질병에 걸릴 횟수를 나타내는 의료사고 발생 확률을 의미한다. 그러나 현재 의료급여통계나 건강보험통계에서 사용하고 있는 진료건수는 의료기관이 청구하는 청구건으로 파악되고 있어 동일 질환이 청구기간에 따라 여러 건으로 분리하여 청구될 수 있다는 한계를 가지고 있다. 따라서 의료이용량을 판단하는 다른 척도로 내원율을 사용하고 있는데, 내원율은 적용대상자가 1년에 의료기관을 방문 또는 재원한 일수를 의미한다. 내원율은 연간 입내원일수를 기준으로 하므로 청구의 양태에 영향을 받지 않아 의료이용량을 측정하는 유용한 척도라 할 수 있다.

의료이용의 강도를 판단하는 값으로는 한건의 진료건에 투입되는 진료비의 크기를 알아보는 진료건당 진료비를 들 수 있다. 즉, 의료이용의 강도를 한 의료사고 발생에 들어가는 진료비의 양으로 판단하고자 하는 것이다. 하지만 진료건당 진료비도 수진율과 마찬가지로 진료비 청구 양태에 따라 어느 정도 영향을 받는다. 따라서 의료이용 강도에서도 의료기관에 방문 또는 재원한 일당 투입된 진료비의 크기인 입내원일수당 진료비를 보조적으로 살펴보는 것이 필요하다. 그리고 의료이용 강도에 있어 의료사고 발생 건에 따라 의료기관을 이

용한 입내원일수도 하나의 지표가 될 수 있다.

이외에 적용인구 1인당 들어가는 진료비도 의료이용 실태를 파악하는데 하나의 지표가 될 수 있을 것으로 판단된다.

이러한 의료이용 실태는 입원과 외래로 구분하여 살펴보는 것이 실질적인 실태를 파악하는데 도움이 될 것으로 판단하여 모든 지표들은 입원과 외래로 구분하여 제시하였다.

본 장에 알아보고자 하는 의료이용 실태분석은 의료급여대상자들의 의료이용 실태이다. 하지만 의료급여대상자만을 가지고 위에서 제시한 지표들을 비교하는 것은 단순 지표들의 증가정도만을 파악하는데 그칠 가능성이 높다. 따라서 의료급여대상자와 비교대상으로 건강보험대상자들의 의료이용 실태도 같이 파악하여 비교 분석하는 것이 타당할 것으로 판단된다. 하지만 의료급여대상자와 건강보험대상자는 대상자의 건강상태가 아주 달라 의료이용 행태가 원천적으로 다르다는 한계는 있다. 이를 극복하기 위해 각 지표의 절대수치를 비교할 뿐 아니라 연도별 증가율 등을 같이 비교하고자 하였다. 그리고 의료급여대상자도 1종대상자와 2종대상자간의 의료이용 실태에 차이가 많아 이를 구분하여 비교하였다.

1) 의료이용 양의 분석

의료이용량의 분석은 위에서 설명한 바와 같이 적용인구 1인당 연간 진료건수인 수진율과 적용인구 1인당 연간 입내원일수 인 내원율을 살펴보고자 한다.

가) 적용인구 1인당 진료건수

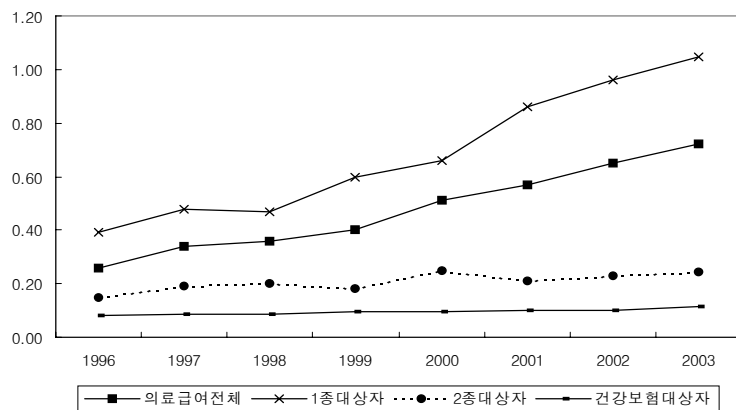
입원에 있어서 의료급여대상자와 건강보험대상자의 수진율 실태를 살펴보면, 2003년 의료급여대상자는 평균 0.72회 입원하는 것으로 건강보험대상자의 0.11회보다 6.3배 높게 나타났다. 특히 의료급여 내에서도 1종대상자 수진율이 1.05회로 2종대상자 0.24회보다 높았으며 건강보험보다 무려 9.1배나 높게 나타났다. 이는 의료급여 1종대상자와 2종대상자 그리고 건강보험 대상자간에 원래

건강상태가 달라 의료사고가 발생할 확률이 다르다고 볼 수 있다. 하지만 수진율의 연도별 증가율이 1종대상자는 평균 15.18% 증가하고 2종대상자는 7.11%, 건강보험의 경우 5.14% 증가하는 것을 볼 때 대상자 건강상태를 보정한다 하더라도 의료급여대상자들의 의료이용 정도가 건강보험 적용자들에 비해 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 II-13〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)
(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
1996	0.26		0.39		0.15		0.08	
1997	0.34	30.77	0.48	23.08	0.19	26.67	0.09	5.91
1998	0.36	5.88	0.47	-2.08	0.20	5.26	0.09	2.12
1999	0.40	11.11	0.60	27.66	0.18	-10.00	0.10	9.16
2000	0.51	27.50	0.66	10.00	0.25	38.89	0.09	-0.55
2001	0.57	11.76	0.86	30.30	0.21	-16.00	0.10	5.58
2002	0.65	14.04	0.96	11.63	0.23	9.52	0.10	2.01
2003	0.72	11.30	1.05	9.24	0.24	5.45	0.11	12.33
평균증가율		15.74		15.18		7.11		5.14

[그림 II-5] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)



특히 수진율은 의료사고의 확률을 나타내기는 하지만, 의료기관을 이용할 것 인지에 대한 부분은 상당히 의료이용자의 의지에 영향을 받는다. 따라서 의료 이용시 본인부담이 없는 의료급여 1종의 경우 본인부담이 있는 의료급여 2종이나 건강보험보다 의료이용량을 늘리는 경향이 있음을 알 수 있다.

RAND 연구에서는 본인부담의 정도가 의료이용자의 도덕적 해이를 가져오는 가를 연구한 것으로 대상자들의 건강상태를 보정하기 위해 본인부담이 다른 건강보험에 연구대상자들을 무작위로 할당한 후 3년에서 5년간 대상자들의 의료 이용량과 건강상태를 조사하였다. 연구결과 본인부담이 없는 건강보험에 가입한 경우가 본인부담이 있는 건강보험보다 평균 30%의 의료이용을 더했다는 결과가 나왔으며, 3~5년 후 건강상태는 대상자가 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Phelps, *Health Economics*, 1997).

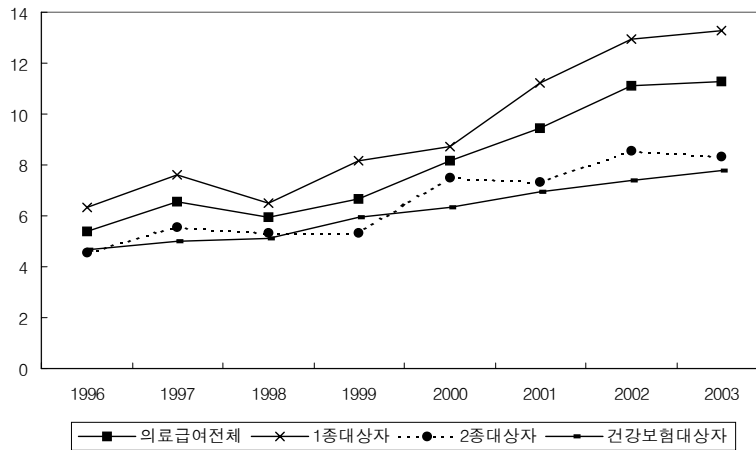
의료급여대상자들의 입원에 대한 높은 수진율은 대상자들이 상대적으로 의료 욕구가 많은 즉, 유병률이 타 집단에 비해 높다는 것이고 그 외에도 RAND 연구결과처럼 주거나 식사문제 해결을 위한 생계형 입원도 상당히 있으리라 추측할 수 있을 것이다.

〈표 II-14〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)
(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
1996	5.39		6.32		4.57		4.66	
1997	6.56	21.71	7.59	20.09	5.55	21.44	5.02	7.55
1998	5.97	-8.99	6.52	-14.10	5.36	-3.42	5.14	2.46
1999	6.64	11.22	8.19	25.61	5.32	-0.75	5.92	15.28
2000	8.16	22.89	8.75	6.84	7.52	41.35	6.33	6.81
2001	9.47	16.05	11.21	28.11	7.31	-2.79	6.94	9.63
2002	11.12	17.42	12.95	15.52	8.56	17.10	7.37	6.29
2003	11.29	1.51	13.28	2.55	8.34	-2.54	7.79	5.62
평균증가율		11.14		11.19		8.98		7.60

외래 수진율의 경우도 의료급여대상자가 평균 11.29회이며, 1종 대상자가 13.28회 2종대상자가 8.34회로 건강보험대상자 7.79회보다 높았다. 이는 1종의 경우 건강보험보다 1.7배와 2종 1.07배로 입원에서와 같이 큰 차이를 보이지는 않는다. 연도별 증가율에서도 1종대상자가 11.19%, 2종대상자가 8.98%로 건강보험 7.79%보다 높기는 하였지만 입원의 증가율 차이보다는 적었다. 하지만 평균증가율의 경우 본인부담이 있는 2종과 건강보험보다 1종의 경우 상대적으로 크게 나타나고 있음을 주목할 필요가 있다.

[그림 II-6] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)



전체 수진율은 외래의 진료건수가 절대적으로 많아 외래 수진율과 거의 유사한 형태를 나타내고 있다. 하지만 전체수진율은 입원과 외래를 모두 포함한 의료이용량의 절대수치를 나타내고 있어 그 값이 의미가 있다. 전체 수진율은 의료급여 대상자는 1년에 12.01회이고 1종의 경우 14.33회, 2종의 경우 8.59회로 건강보험 7.90회를 이용하는 것으로 나타났다. 연도별 증가율도 1종대상자 11.42%, 2종대상자, 8.96%, 건강보험 7.76%로 외래 수진율과 유사한 형태를 나타내고 있다.

〈표 II-15〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)
(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
1996	5.65		6.72		4.71		4.74	
1997	6.90	22.12	8.07	20.09	5.73	21.66	5.10	7.52
1998	6.33	-8.26	6.99	-13.38	5.56	-2.97	5.23	2.45
1999	7.04	11.22	8.79	25.75	5.51	-0.90	6.02	15.18
2000	8.67	23.15	9.41	7.05	7.77	41.02	6.42	6.70
2001	10.04	15.80	12.07	28.27	7.52	-3.22	7.04	9.57
2002	11.77	17.23	13.91	15.24	8.79	16.89	7.47	6.23
2003	12.01	2.05	14.33	3.01	8.59	-2.33	7.90	5.71
평균증가율		11.38		11.42		8.96		7.56

나) 적용인구 1인당 내원일수

위에서 설명한 수진율은 통계작성의 한계상 청구건이라는 한계 때문에 적용인구 1인당 내원일수인 입내원율을 의료이용량의 척도로 비교해보고자 한다.

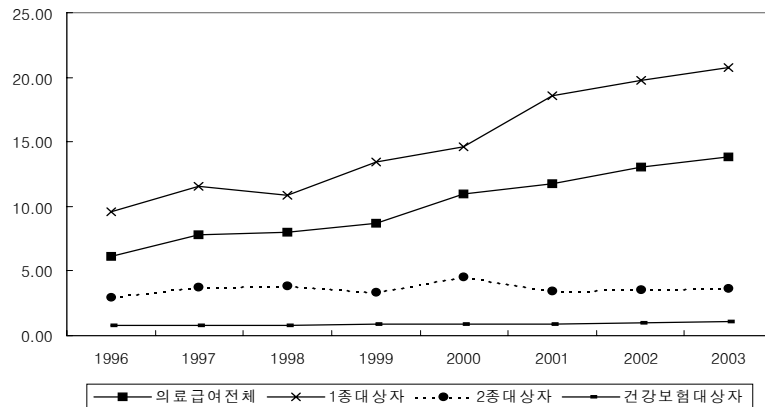
먼저 입원의 경우 의료급여대상자가 연간 평균 13.84일을 입원했고, 1종의 경우는 20.70일, 2종의 경우 3.37일 그리고 건강보험 1.09일로 나타났다. 이는 1종의 경우 건강보험보다 무려 18.98배가 높고, 2종의 경우도 3.39배 높은 것으로 나타났다.

연평균증가율에서는 1종의 경우 11.70% 증가한 반면 건강보험이 4.56%, 2종 대상자가 3.39%로 나타났다. 여기서 주목할 만한 내용은 2종대상자의 경우 평균내원일수가 절대적으로는 건강보험 높지만 평균 증가율에서는 건강보험보다 적게 증가했다는 것이다. 2종 입원의 본인부담률은 건강보험과 같이 20%로 동일하기 때문에(2004년에 2종 입원 본인부담률이 20%에서 15%로 인하되었음) 의료급여 1종과 2종의 평균증가율 차이는 본인부담의 차이로 설명될 수 있을 것이다. 즉, 1종 대상자의 경우 본인부담이 없기 때문에 의료이용량이 급격히 증가하는 경향을 보이고 있다는 것이다.

〈표 II-16〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
1996	6.11		9.54		2.93		0.80	
1997	7.79	27.50	11.60	21.59	3.76	28.33	0.82	3.10
1998	8.05	3.34	10.90	-6.03	3.87	2.93	0.83	0.68
1999	8.65	7.45	13.42	23.12	3.33	-13.95	0.89	7.09
2000	10.93	26.36	14.66	9.24	4.52	35.74	0.88	-0.38
2001	11.79	7.85	18.54	26.48	3.42	-24.42	0.93	4.61
2002	13.03	10.53	19.80	6.78	3.55	3.91	0.96	4.13
2003	13.84	6.24	20.70	4.56	3.70	4.21	1.09	13.30
평균증가율		12.39		11.70		3.39		4.56

[그림 II-7] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)



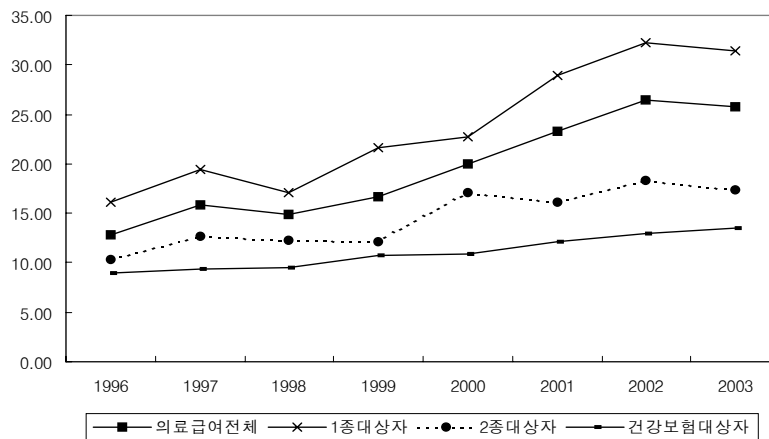
외래 적용인구 1인당 연간 내원일수는 의료급여대상자가 평균 25.71일, 1종대상자 31.38일, 2종대상자가 17.32일 그리고 건강보험이 13.54일로 나타났다. 이는 1종대상자가 건강보험보다 2.32배가 많고, 2종도 1.29배가 많은 것으로 나타났다. 연평균 증가율에서도 의료급여 전체가 10.39% 증가한 반면 건강보험은 6.15% 증가하여 의료급여대상자들의 의료이용 증가율이 높음을 알 수 있다. 여

기서 2종대상자의 증가율이 7.65%로 건강보험 6.15%보다 높다는 것이다. 2종의 경우 입원의 경우는 건강보험과 본인부담률이 같아 평균증가율이 건강보험보다 적었지만, 외래의 경우 건강보험보다 본인부담금이 적다는 사실로 인해 평균증가율이 건강보험보다 높다는 것은 본인부담이 의료이용에 영향을 미치고 있다는 사실을 보여주고 있다.

〈표 II-17〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
1996	12.87		16.17		10.34		8.92	
1997	15.91	23.62	19.45	20.28	12.64	22.24	9.42	5.61
1998	14.85	-6.66	17.05	-12.34	12.24	-3.16	9.57	1.61
1999	16.64	12.05	21.63	26.86	12.16	-0.65	10.75	12.31
2000	20.00	20.19	22.71	4.99	17.11	40.71	10.95	1.83
2001	23.25	16.25	28.95	27.48	16.19	-5.38	12.13	10.82
2002	26.41	13.59	32.18	11.16	18.33	13.22	12.95	6.76
2003	25.71	-2.66	31.38	-2.49	17.32	-5.51	13.54	4.58
평균 증가율		10.39		9.93		7.65		6.15

[그림 II-8] 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)



전체 입내원일수는 입원과 외래를 합한 결과로 1종대상자의 경우 연간 평균 52.08일로 의료이용량이 엄청 많은 것을 보여주고 있고, 2종의 경우 21.02일 그리고 건강보험의 경우 14.64일로 나타났다.

〈표 11-18〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
1996	18.98		25.72		13.27		9.72	
1997	23.71	24.92	31.05	20.72	16.40	23.59	10.24	5.40
1998	22.90	-3.42	27.95	-9.98	16.11	-1.77	10.40	1.54
1999	25.59	11.75	35.05	25.40	15.49	-3.85	11.64	11.89
2000	30.93	20.87	39.64	13.10	21.63	39.64	11.83	1.66
2001	35.04	13.29	47.49	19.80	19.61	-9.34	13.06	10.36
2002	39.44	12.56	51.97	9.43	21.88	11.58	13.91	6.58
2003	39.55	0.28	52.08	0.22	21.02	-3.94	14.64	5.18
평균 증가율		11.06		10.60		6.79		6.02

2) 의료이용의 강도 분석

의료이용의 강도는 위에서 제시한 바와 같이 건당진료비와 내원일당진료비, 그리고 건당내원일수 등을 통해 살펴보고자 하며, 전체 진료의 의료이용 실태를 파악하고자 적용인구 1인당 진료비도 살펴보고자 한다.

가) 건당진료비

의료이용의 강도로 건당진료비를 하나의 지표로 사용하는데, 이는 의료사고가 한건 발생했을 때 어느 정도의 진료비가 투입되는지를 파악하고자 하는 것이다. 이도 의료사고의 중증도에 따라 투여되는 강도가 달라 절대수치만을 비교하는 것은 한계가 있을 것으로 판단해 연평균 증가율도 같이 비교하였다.

먼저 입원의 건당진료비의 경우 의료급여전체가 건당 978,452원이고, 1종대상자는 건당 982,901원, 2종은 950,004원, 그리고 건강보험 1,116,378원으로 나타나

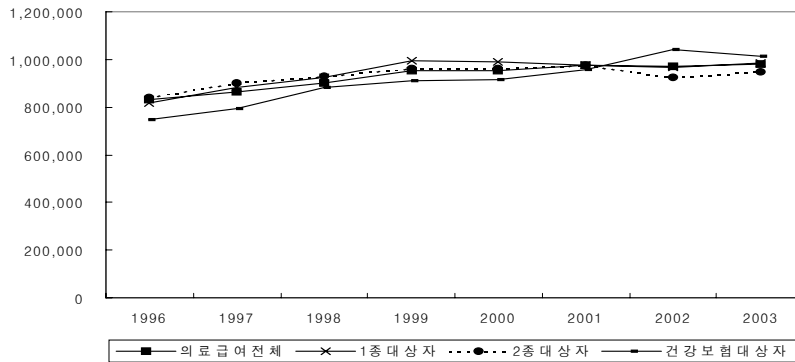
건당진료비는 건강보험이 더 높은 것으로 나타났다. 1996년이나 그리고 증가율에 있어서도 건강보험이 4.47%로 의료급여대상자 2.38%보다 높게 나타났다.

〈표 II-19〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(입원)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	829,885		818,423		841,887		747,596	
1997	863,015	3.99	880,994	7.65	900,895	7.01	793,966	6.20
1998	899,550	4.23	925,040	5.00	928,090	3.02	881,020	10.96
1999	953,475	5.99	992,470	7.29	962,711	3.73	911,009	3.40
2000	951,633	-0.19	990,555	-0.19	961,596	-0.12	912,996	0.22
2001	974,013	2.35	973,867	-1.68	977,311	1.63	956,404	4.75
2002	970,598	-0.35	968,019	-0.60	925,148	-5.34	1,042,454	9.00
2003	978,452	0.81	982,901	1.54	950,004	2.69	1,015,310	-2.60
평균증가율		2.38		2.65		1.74		4.47

이는 수진율이 의료이용자의 의지에 따라 상당부분 영향을 받는 반면 건당진료비는 주로 공급자의 영향을 받기 때문에 공급자에게 도움이 되는 건강보험 환자에게 의료이용 강도를 높였을 개연성이 높다. 그리고 의료급여환자의 경우는 생계형 입원 등으로 인해 건당진료비가 낮아진 것도 하나의 원인일 수 있다.

[그림 II-9] 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(입원)



외래의 건당진료비의 경우는 의료급여대상자가 72,254원이며, 1종의 경우 79,178원, 2종의 경우 55,954원이며 건강보험은 41,602원으로 1종의 경우가 가장 높은 것으로 나타났다. 증가율에 있어서는 의료급여와 건강보험사이에 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 의료강도와 관련하여 알 수 있는 사실은 의료급여대상자의 건강상태가 좋지 않아 건당진료비가 높다는 것이다. 이는 입원의 경우 건당진료비에 있어 의료급여가 건강보험 낮은 이유로 수급자들의 비급여 본인부담 능력을 의심하는 공급자들의 불충분한 의료공급량 등을 들 수 있을 것이다.

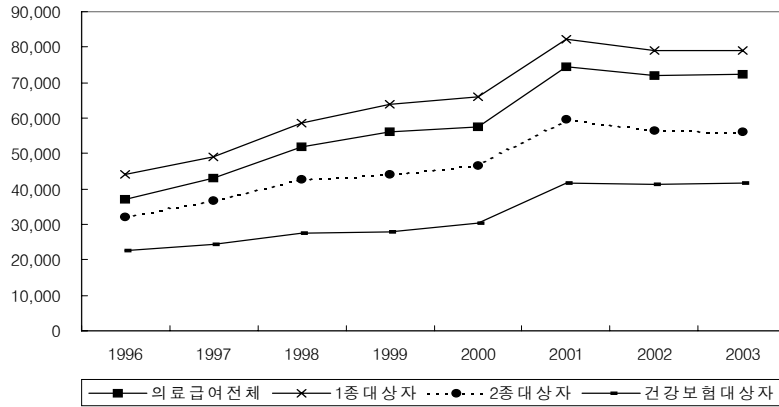
그리고 외래의 건당진료비의 연도별 추이 중 2001년이 가장 높고 2002년과 2003년에 증가율이 떨어진 것은 2001년까지 급여일수를 제한하지 않던 것을 2002년부터 급여일수를 365일로 제한한 것에서 그 원인을 찾아볼 수 있다.

〈표 11-20〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	37,189		44,291		32,160		22,757	
1997	42,942	15.47	49,108	10.88	36,532	13.60	24,520	7.75
1998	52,028	21.16	58,583	19.29	42,646	16.74	27,502	12.16
1999	56,125	7.87	63,889	9.06	44,082	3.37	27,865	1.32
2000	57,431	2.33	66,025	3.34	46,727	6.00	30,459	9.31
2001	74,319	29.41	82,106	24.36	59,552	27.45	41,597	36.57
2002	71,856	-3.31	79,128	-3.63	56,409	-5.28	41,456	-0.34
2003	72,254	0.55	79,178	0.06	55,954	-0.81	41,602	0.35
평균증가율		9.95		8.65		8.23		9.00

[그림 II-10] 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비(외래)



전체진료비의 건당진료비는 외래의 진료건수가 많기 때문에 외래 진료행태에 많은 영향을 받아 1종이 건당 145,319원으로 가장 많고 건강보험이 55,726원으로 가장 적었다. 연도별 증가율에 있어서도 2002년에 의료급여의 경우 증가율이 마이너스를 기록하여 건강보험보다 365일 급여제한에 영향을 더욱 받은 것으로 나타났다. 그리고 2종대상자의 경우 건강진료비 증가가 4.92%로 건강보험보다 적어 입원의 건당진료비 증가율이 적은 것이 반영된 것으로 판단된다.

<표 II-21> 연도별 의료급여와 건강보험 진료건당 연간 진료비 (전체)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	73,667		89,152		58,015		35,087	
1997	83,351	13.15	98,588	10.58	65,257	12.48	37,412	6.63
1998	100,229	20.25	116,843	18.52	74,497	14.16	41,756	11.61
1999	107,111	6.87	127,274	8.93	74,012	-0.65	41,844	0.21
2000	110,031	2.73	130,870	2.83	76,163	2.91	43,479	3.91
2001	125,397	13.97	145,645	11.29	85,181	11.84	54,600	25.58
2002	121,490	-3.12	140,475	-3.55	79,141	-7.09	55,120	0.95
2003	126,834	4.40	145,319	3.45	81,210	2.62	55,726	1.10
평균증가율		8.07		7.23		4.92		6.83

나) 입내원일당 진료비

내원일당 진료비는 내원율이 수진율의 보완적인 지표로 사용된 것과 마찬가지로 의료 강도를 나타내는 건당진료비의 보완적인 지표로써 살펴보고자 한다.

먼저 입원의 입원일당 진료비의 경우는 건강보험이 106,599원으로 의료급여 51,136원보다 2.08배 높은 것으로 나타났다. 이것은 건당진료비가 건강보험이 1.0377배 높았던 걸 감안하면 하루 입원당 의료강도가 건강보험이 훨씬 높은 걸을 알 수 있고, 의료강도의 실질적인 강도를 보여주고 있다. 의료급여가 건당진료비보다 내원일당진료비가 훨씬 높게 나온 것은 의료급여대상자의 경우 입원건당 입원일수가 많아 건당진료비는 높은 반면 내원일당진료비는 상대적으로 낮게 나타난 것이다. 이러한 현상도 의료급여환자들의 중하지 않은 질병으로 오래 입원하는 경향이 있음을 보여주고 있다(특히 정신과).

연도별 증가율에 있어서는 건강보험과 의료급여 간에 별 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 II-22〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	35,314		33,458		43,100		75,524	
1997	37,667	6.66	36,455	8.96	45,524	5.62	82,390	9.09
1998	40,228	6.80	39,887	9.41	47,963	5.36	92,738	12.56
1999	44,091	9.60	44,373	11.25	52,038	8.50	97,748	5.40
2000	44,404	0.71	44,595	0.50	53,186	2.20	97,789	0.04
2001	47,097	6.07	45,168	1.28	60,075	12.95	103,387	5.72
2002	48,418	2.81	46,934	3.91	59,939	-0.23	110,394	6.78
2003	51,136	5.61	49,789	6.08	62,281	3.91	106,599	-3.44
평균증가율		5.43		5.84		5.40		5.05

외래의 경우는 의료급여가 31,728원으로 건강보험 23,922원보다 높게 나타났으며, 연평균 증가율도 10.70%와 10.49%로 큰 차이가 없었다. 이런 현상은 건당진

료비에서와 마찬가지로 외래의 경우는 의료급여 대상자들이 건강보험환자들보다 건강상태가 좋지 않아 내원일당 투여되는 투여량이 높은 것으로 설명할 수 있다.

〈표 II-23〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (외래)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	15,575		17,311		14,214		11,897	
1997	17,706	13.68	19,163	10.70	16,041	12.85	13,055	9.73
1998	20,916	18.13	22,402	16.90	18,675	16.42	14,764	13.09
1999	22,396	7.07	24,191	7.98	19,286	3.27	15,356	4.01
2000	23,432	4.62	25,439	5.16	20,537	6.49	17,607	14.66
2001	30,271	29.19	31,793	24.98	20,994	2.23	23,787	35.10
2002	30,255	-0.05	31,843	0.16	26,888	28.08	23,601	-0.78
2003	31,728	4.87	33,509	5.23	26,954	0.24	23,922	1.36
평균증가율		10.70		9.89		9.57		10.49

전체 내원일당진료비도 외래의 내원일수에 영향을 받아 외래 내원일당 진료비와 유사한 형태의 의료이용 강도를 나타냈다. 연도별 증가율에서는 2000년 의약분업 이후 2001년에 내원일당진료비가 급격히 증가한 후 2002년 급여일수 제한 등 재정안정대책이후 증가율이 안정적으로 변화한 것으로 나타났다.

〈표 II-24〉 연도별 의료급여와 건강보험 입원일당 연간 진료비 (전체)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	21,929		23,293		20,592		17,127	
1997	24,257	10.61	25,623	10.00	22,800	10.73	18,630	8.78
1998	27,705	14.22	29,221	14.04	25,711	12.77	20,980	12.62
1999	29,467	6.36	31,918	9.23	26,327	2.40	21,642	3.16
2000	30,843	4.67	31,067	-2.67	27,360	3.92	23,602	9.06
2001	35,932	16.50	37,015	19.15	32,671	19.41	29,429	24.69
2002	36,256	0.90	37,599	1.58	31,794	-2.69	29,611	0.62
2003	38,521	6.25	39,980	6.33	33,172	4.34	30,089	1.61
평균증가율		8.38		8.02		7.05		8.38

다) 건당 입내원일수

의료강도와 관련해서 의료사고 한 건당 입원한 일수나 한 건당 외래로 방문한 일수는 의료강도를 진료비가 아닌 투입량으로 판단할 수 있는 지표이다. 특히 위에서 간단히 설명한 바와 같이 건당진료비와 내원일당진료비를 분석함에 있어서 건당 입내원일수의 변화도 같이 살펴보는 것이 의료이용 실태를 파악하는데 도움을 줄 것으로 판단한다.

입원 건당 입원일수는 1종 대상자의 경우 19.74일이고 2종은 15.25일 그리고 건강보험이 9.52일로 1종의 경우 건강보험보다 2.07배 높고, 2종은 1.60배 높은 것으로 나타났다. 그리고 연도별 증가율에 있어서 모두 마이너스로 나타나는 것은 위에서 살펴본 바와 같이 진료건수의 증가가 내원일수의 증가보다 높다는 것에서 알 수 있다. 이는 의료기관의 청구형태의 변화에서 원인을 찾을 수 있는데, 전산시스템의 발달로 청구를 쉽게할 수 있어 청구건이 늘어남으로 인해 건당입원일수가 줄어드는 것으로 나타났다.

〈표 II-25〉 연도별 의료급여와 건강보험 건당 입원일수(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
1996	23.50		24.46		19.53		9.90	
1997	22.91	-2.50	24.17	-1.21	19.79	1.31	9.64	-2.65
1998	22.36	-2.40	23.19	-4.04	19.35	-2.22	9.50	-1.42
1999	21.63	-3.29	22.37	-3.56	18.50	-4.39	9.32	-1.90
2000	21.43	-0.90	22.21	-0.69	18.08	-2.27	9.34	0.18
2001	20.68	-3.50	21.56	-2.93	16.27	-10.02	9.25	-0.92
2002	20.05	-3.07	20.63	-4.34	15.43	-5.12	9.44	2.08
2003	19.13	-4.55	19.74	-4.28	15.25	-1.18	9.52	0.86
평균증가율		-2.89		-3.02		-3.47		-0.55

하지만 의료급여나 건강보험이 청구형태가 동일하다고 가정한다면 의료급여가 건당입원일수가 건강보험보다 훨씬 높은 것을 알 수 있다. 이를 건당진료비와 같이 비교해 보면 건당 내원일수는 의료급여가 많으면서 건당급여비는 건강보험

보다 낮다는 것은 의료급여환자가 약한 의료강도로 길게 입원하고 있다는 것을 나타낸다.

외래의 경우도 의료급여 대상자의 건당 내원일수가 2.28일로 건강보험 대상자의 1.74일보다 높게 나타났으며, 연도별 증가율이 감소한 원인도 입원과 마찬가지로 청구를 자주하는 청구형태의 변화에서 원인을 찾아 볼 수 있다.

〈표 II-26〉 연도별 의료급여와 건강보험 건당 입원일수(입원) (단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
1996	2.39		2.56		2.26		1.91	
1997	2.43	1.57	2.56	0.16	2.28	0.66	1.88	-1.81
1998	2.49	2.56	2.62	2.05	2.28	0.27	1.86	-0.82
1999	2.51	0.75	2.64	0.99	2.29	0.09	1.81	-2.58
2000	2.45	-2.20	2.60	-1.73	2.28	-0.46	1.73	-4.67
2001	2.46	0.17	2.58	-0.50	2.21	-2.66	1.75	1.08
2002	2.38	-3.26	2.48	-3.78	2.14	-3.31	1.76	0.45
2003	2.28	-4.11	2.36	-4.91	2.08	-3.06	1.74	-0.99
평균증가율		-0.67		-1.13		-1.22		-1.35

라) 적용인구 1인당 진료비

적용인구 1인당 진료비는 의료강도만을 나타낸다기보다는 의료이용량과 의료강도를 복합적으로 보여주는 의료실태 분석의 주요 지표이다. 특히 전체 의료지출을 잘 설명해주는 주요한 지표로 보험재정 증가요인 분석 등에 많이 사용된다.

적용인구 1인당 진료비의 증가는 일단 인구증가를 보정한 상태에서 의료이용량의 증가에 의한 것과 의료강도의 증가에 의한 것이 복합적으로 작용하는 것이다.

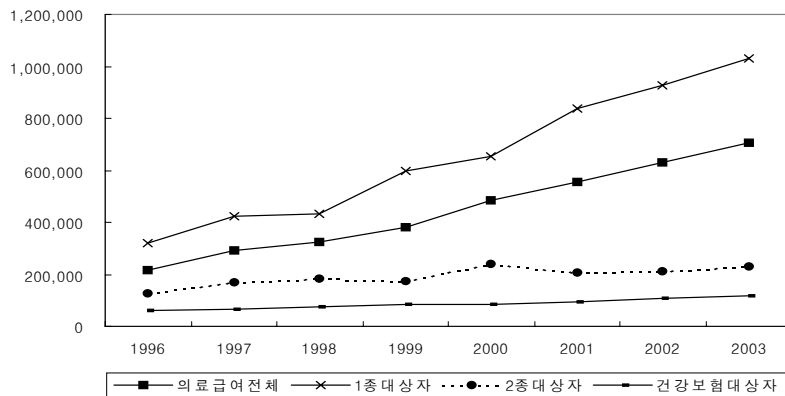
이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 먼저 입원의 경우 1인당 진료비가 1종의 경우 1,030,757원이고, 2종의 경우는 230,412원 건강보험의 경우는 116,378원으로 1종의 경우는 건강보험보다 8.86배 많았고, 2종의 경우는 1.98배 높은 것을 나타냈다. 이는 1종의 경우 수진율의 9.15배와 입내원율의 18.96배보다는 낮지만 의료급여 진료비가 높음을 단적으로 보여주고 있다. 연도별 증가

율에 있어서도 1종이 18.23%로 건강보험 9.84%보다 높게 나타났다. 그러나 2종 대상자의 증가율은 8.97%로 건강보험보다 증가율이 떨어지는 것은 1인당 입원 일수 증가율이 건강보험보다 적은 것에 기인하는 것으로 판단되며, 이는 위에서 설명한 바와 같이 2종대상자의 입원시 본인부담률이 의료급여 환자들에게 부담으로 작용한 것으로 판단된다.

〈표 II-27〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(입원)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	215,770		319,185		126,283		60,326	
1997	293,425	35.99	422,877	32.49	171,170	35.54	67,852	12.48
1998	323,838	10.36	434,769	2.81	185,618	8.44	76,890	13.32
1999	381,390	17.77	595,482	36.97	173,288	-6.64	86,791	12.88
2000	485,333	27.25	653,766	9.79	240,399	38.73	86,499	-0.34
2001	555,187	14.39	837,526	28.11	205,235	-14.63	95,665	10.60
2002	630,889	13.64	929,298	10.96	212,784	3.68	106,373	11.19
2003	707,885	12.20	1,030,757	10.92	230,412	8.28	116,378	9.41
평균증가율		18.50		18.23		8.97		9.84

[그림 II-11] 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(입원)

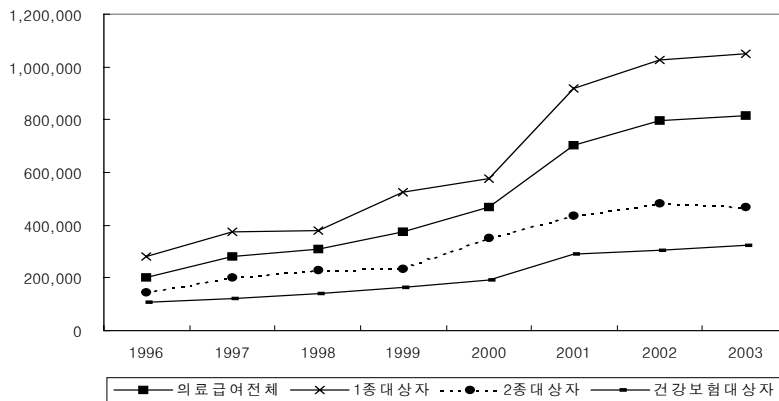


외래의 경우는 의료급여가 815,628원으로 건강보험의 323,978원으로 의료급여가 높게 나타났으나 입원의 차이만큼의 격차는 아니다. 하지만 의료급여와 건강보험과의 관계를 떠나 건강보험의 경우도 연평균 17.29%증가하고 의료급여도 22.20%가 증가해 입원의 증가추이보다 외래의 진료비 증가가 월등히 높았다. 즉, 최근 진료비 증가요인은 의약분업 등으로 인한 외래의 진료비용 증가가 원인이었음을 보여주고 있다.

〈표 II-28〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(외래)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	200,449		279,918		146,970		106,113	
1997	281,697	40.53	372,730	33.16	202,755	37.96	122,971	15.89
1998	310,608	10.26	381,961	2.48	228,585	12.74	141,312	14.92
1999	372,672	19.98	523,254	36.99	234,518	2.60	165,061	16.81
2000	468,636	25.75	577,719	10.41	351,388	49.83	192,720	16.76
2001	703,800	50.18	920,404	59.32	435,323	23.89	288,548	49.72
2002	799,044	13.53	1,024,710	11.33	482,861	10.92	305,647	5.93
2003	815,628	2.08	1,051,496	2.61	466,819	-3.32	323,978	6.00
평균증가율		22.20		20.81		17.95		17.29

[그림 II-12] 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(외래)



마지막으로 전체 1인당 진료비를 살펴보면 입원에서 의료급여가 건강보험보다 월등히 높았던 점들이 반영되어 전체 진료비도 의료급여가 1,523,513원을 건강보험 440,356원보다 3.46배 높은 것으로 나타났다. 연도별 증가율은 건강보험의 경우 외래진료비의 급격한 증가에 영향을 받아 평균 14.91%증가하는 것으로 나타났고 의료급여는 20.37%증가하는 것으로 나타났다.

〈표 II-29〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 1인당 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	416,219		599,104		273,253		166,439	
1997	575,122	38.18	795,606	32.80	373,925	36.84	190,823	14.65
1998	634,447	10.32	816,730	2.66	414,202	10.77	218,202	14.35
1999	754,062	18.85	1,118,736	36.98	407,806	-1.54	251,853	15.42
2000	953,969	26.51	1,231,485	10.08	591,787	45.11	279,219	10.87
2001	1,258,988	31.97	1,472,226	19.55	640,558	8.24	384,213	37.60
2002	1,429,933	13.58	1,757,930	19.41	695,645	8.60	412,019	7.24
2003	1,523,513	6.54	2,082,253	18.45	697,232	0.23	440,356	6.88
평균증가율		20.37		19.48		14.32		14.91

3. 급여범위 및 수가체계

가. 급여범위 및 본인부담

의료급여의 급여 범위는 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’의 해당규정을 준용하게 되어 있으므로 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등이 의료급여에서 지급되는 급여이다. 다만 의료급여에서는 의료급여 수급자의 불필요한 입원, 주거목적의 장기입원 등의 방지와 장기요양기관의 부족 해소를 위해 ‘가정 간호’를 급여로 인정하고 있다.

의료급여 급여범위에서 그 동안 문제시 되어왔던 연간 급여일수 제한은 2000

년 7월 건강보험과 동시에 폐지되어 급여일수 제한이 없어졌으나 급여일수 제한 폐지 후 수급자의 과도한 의료급여 남용이 문제시되면서 연간 의료급여일수를 365일로 제한하고 특정 질병의 경우만 30일 연장이 가능하며 추가적인 연장이 필요할 경우는 시·군·구 의료급여심의위원회의 승인을 받도록 의료급여법이 개정되었다.

의료급여 급여범위에서 가장 논란이 되는 부분은 법정 본인부담금 문제이다. 현재 의료급여 수급자의 본인부담은 <표 II-30>에서 보는 것처럼 1종 수급자의 경우 급여범위내에서 입원, 외래 상관없이 본인 부담금이 전혀 없는 무상의료가 제공되고 있다. 그러나 2종 대상자의 경우는 외래의 경우 의원급 1,000원, 약국은 500원의 본인부담금이 설정되어 있으며 입원의 경우는 진료비의 15%를 부담하고, 외래의 2차, 3차기관을 이용할 경우도 진료비의 15%를 부담하도록 되어 있다. 의료급여 2종 수급자의 외래, 입원 본인부담금 15% 유지 문제는 의료급여에서 매우 중요한 쟁점이다. 2001년 국회에서 의료급여법이 개정될 당시 보건복지상임위원회에서는 2종 대상자의 본인부담률을 2003년부터 20%에서 10%로 낮출 것을 부대 결의하였으며, 시민단체의 경우는 본인부담제도의 폐지를 주장하고 있다.

1989년 이전에는 의료급여수가를 건강보험수가와 별도로 고시하여 건강보험수가의 70~90% 정도에 불과했으며 이 때문에 의료기관에서 의료급여 환자를 차별하는 문제가 제기되었으나 1990년 이후에는 건강보험수가와 의료급여수가를 일치시켜 적어도 수가차이에 기인하는 의료급여 문제는 없어졌다. 의료급여의 수가는 행위별수가제를 일률적으로 적용하는 건강보험과는 달리 일반질환의 경우는 ‘행위별 수가제’를 적용하고, 정신질환은 ‘일당 진료비 정액제’를 적용하는 이원화된 수가체제를 갖고 있다. 건강보험의 비급여대상인 식대^{주5)}와 영안실 안치료는 의료급여에서 별도로 지급하고 있다. 2003년의 경우 총 의료급여 진료비 2조 2천억원 중 행위별수가제의 비중이 81.8%(1조 8천억원), 일당 진료비 정액제가 18.2%(372억원) 차지하는 것으로 나타나고 있다.

주5) 2003년 이전에는 식대가 무료로 제공되었으나 필요없는 장기입원을 막기 위해 식대의 20%를 본인부담으로 전환하여 시행중임.

〈표 II-30〉 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황

종별 진료기관			1종 수급권자	2종 수급권자		
				일반인	장애인	
1차 의료기관 (외래)	의원	의약분업 적용	무 료	1,000원	250원	
		의약분업 예외		1,500원	750원	
	보건 기관	의약분업 적용	무 료	무 료	무 료	
		의약분업 예외				
	약국	처방조제	무 료	500원	좌 동	
		직접조제		900원		
		보건기관처방조제		무 료		
	1차의료기관(입원), 2차, 3차 의료기관(외래, 입원)			무 료	총진료비의 15%	무 료 (장애인의료비에 서 부담)

자료: 보건복지부, 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

행위별수가제는 ‘건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수’에 근거한 수가에 의료급여기관 종별 가산율을 적용하여 산정되는 구조인데 의료기관 종별 가산율은 의원급 11%, 병원급 15%, 종합병원 18%, 제3차 의료급여기관 22%이다(주6)(표 II-31 참조). 정신질환에 적용되는 진료비 정액제는 외래의 경우 내원 1일당 2,520원, 입원의 경우는 국공립과 사립병원 여부, 그리고 입원 일수에 따라 8,560원에서 30,800원의 정액제가 적용되고 있으며, 낮병동의 경우도 국공립과 사립병원 여부에 따라 5,570원에서 16,450원의 수가가 적용된다.

주6) 건강보험의 의료기관 종별 가산율은 2004년 11월 현재 의원급 15%, 병원급 20%, 종합병원 25%, 제3차의료급여기관이 30%로 의료급여 보다 약간 높게 책정되어 있다.

〈표 II-31〉 의료급여 수가 기준 현황

		수가기준
외래	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원급 11% 적용) 의료급여 별도 적용수가 · 혈액투석수가 1회당 136,000원 · 사회복지법인 개설 의료급여기관(의·치과의원, 한의원) 외래수가 : 내원1일당 8,380원
	정신 질환	내원 및 투약 1일당 정액수가 2,520원 예시) 1월3일 내원하여 15일분 투약받은 경우: 40,320원 {2,520원 x 1(내원일수)} + {2,520원 x 15(투약일수)}
입원	일반	건강보험진료수가기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원15%, 의원급 11% 적용) * 급식비 10,170원(1일3식 기준), 영안실 안치료 3,750원(3일만 산정)
	정신 질환	낮병동: 국공립 5,570원, 지방공사 사립정신요양병원 13,880원, 민간위탁 공립정신병원 15,800원, 사립진료기관 16,450원 외박수가: 국공립 1,460원, 지방공사 사립정신요양병원 4,200원, 민간위탁 공립정신병원 5,000원, 사립진료기관 5,270원
		· 국·공립병원 8,560원 · 지방공사의료기관 및 사립정신요양병원 26,820원 ~ 25,080원 · 민간위탁 공립정신병원 29,800원 ~ 27,720원 · 사립정신병원 30,800원 ~ 28,610원

자료: 보건복지부, 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

나. 문제점

의료급여제도의 급여범위 및 본인부담과 관련된 문제는 크게 두 가지 부분에서 제기된다. 첫 째는 급여일수의 제한 문제를 포함한 급여범위 문제와 비급여 부문을 포함한 실질 본인부담금의 문제이다.

의료급여의 진료일수 제한은 1995년 180일에서 매년 30일씩 연장되어 2000년부터 급여기간 제한이 폐지되었다. 물론 앞에서 언급한 것처럼 시행규칙이 개정되어 급여일수는 365일로 줄어들고 특수질병인 경우만 30일이 연장이 가능하며 그 이상의 연장은 승인을 받아야 한다. 급여일수를 원칙적으로 365일로 제

한하는 경우 여러 가지 질병을 갖고 있어 여러 진료기관을 방문할 수밖에 없는 노인질환의 경우 상당한 불이익을 감수해야 하는 문제가 발생할 수 있다. 그러나 무제한적인 급여일수에서 파생되는 부작용도 만만치 않아 학계 일부와 정부에서 장기입원환자 등에 대해 급여기간 제한제를 부활하자는 의견이 존재한 것도 사실이다.

보건복지부의 보도자료에 따르면⁷⁾ 급여일수 제한 폐지로 ‘외래 환자의 경우’ 도덕적 해이 현상이 발생하는 사례가 존재하고 있음을 확인할 수 있는데, 의료급여 수급자 중 365일 초과진료자가 전체 진료인원의 6%에 달하는 91,259명이며, 연간 진료일수가 1,000일을 초과하는 경우도 1,222명에 달하고 있다. 하루 평균 6개 이상 진료기관 이상을 방문하고 1일 최대 19개 진료기관 방문하여 연간 내원일수 1,879일, 투약일수 3,000일에 이르는 극단적인 사례도 보고되고 있다. 또한 진료비 및 급식비 부담이 낮고, 마땅히 오갈 곳이 없는 일부 환자의 경우 한겨울과 한여름 병원에 입원하여 지내는 주거목적의 장기입원(사회적 입원, social admission) 현상이 존재하는 것도 보고되고 있다(사회적 입원의 경우 일부 의료공급자와 이해관계가 부합되어 나타나는 현상이기도 하다)

급여일수 제한보다 더 심각한 논란을 불러일으키는 경우가 의료급여제도의 급여범위 및 그와 관련한 본인부담금 문제이다. 현재 의료급여제도의 급여범위는 “건강보험 요양기준에 관한 규칙”의 해당 규정을 준용하도록 되어있다. 즉, 급여범위가 건강보험과 거의 같다. 의료급여제도가 최저생계비 이하의 극빈층에게 의료보장을 담보하는 공공부조의 일환으로 운영되고 있는 제도임을 고려할 때 급여범위를 건강보험과 연계하여 일치시키는 것은 저소득 취약계층의 건강을 크게 위협하는 일이다. 특히 법정급여 범위내에서도 15%를 본인이 부담해야하는 2종 입원의 경우 20% 본인부담인 건강보험과 비교하여 과도하게 높다는 지적이 있다. 반면 본인부담금의 존치 혹은 더 나아가 1종 수급자에게도 법정 본인부담금을 부과해야 한다고 주장하는 시각에서는 1종 수급자의 경우 법정 본인부담금이 없고, 식대⁸⁾도 급여에 포함되어 있어 의료남용을 불러

주7) 보건복지부 보도자료, “의료보호 실태조사결과 및 실사강화계획” 2001.4.12.

주8) 식대의 경우 20%의 본인부담

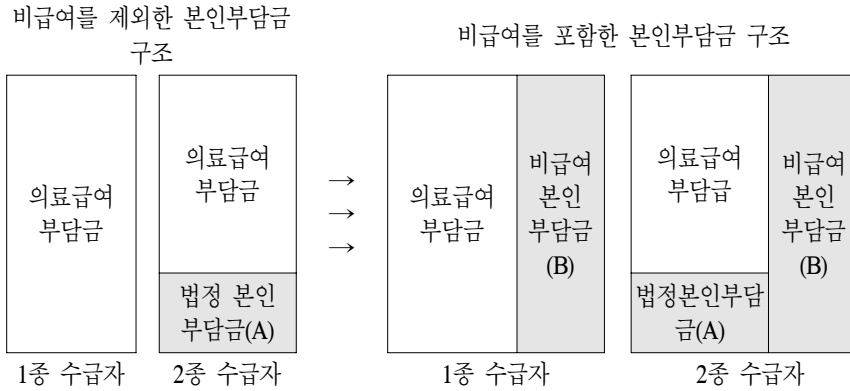
일으키는 도덕적 해이 현상이 나타난다고 보고 있다.

우선 건강보험 대비 의료급여 수급권자의 임의 비급여 포함 실질 본인부담액을 추정하고자 한다. 일반적으로 건강보험권에서 입원의 경우 비급여 포함 본인부담이 약 38.6%(최병호 외, 2000) 정도로 추정되고 이중 15.7%는 법정본인부담이고 나머지 22.9%는 비급여 본인부담이다. 따라서 의료급여 1종 대상자의 비급여 본인부담은 건강보험 적용대상자와 똑같은 정도의 치료를 받는다고 가정할 때 약 22.9%이다. 천식, 당뇨, 전립선 비대 등의 만성질환으로 입원하는 경우 건당진료비가 100만원을 초과하고 있고 따라서 본인부담 또한 최소 23만원 이상으로 추정된다. 여기에서 건당진료비는 의료기관이 월 단위로 청구하기 때문에 본인부담 또한 한 달 단위에서 도출된 것이고 이는 최저생계비 이하의 저소득 빈곤층의 의료접근성을 제약하는 요인으로 해석될 수 있다.

2종 입원의 경우 법정급여내에서 본인부담률이 15%이기 때문에 병실료차액, 지정 진료료, 식대 등의 서비스가 의료급여 환자에게는 해당되지 않는다고 가정하면 본인부담액은 약 34만 7천원이다.

즉, [그림 II-13]에서 보는 것처럼 법정 본인부담금만을 보면 2종 수급자에게 부과되는 법정본인부담금(A)만 해당되나 비급여 본인부담금을 같이 보게되면 1종 수급자도 본인부담금을 부과받는 것이며, 2종 수급자의 경우는 본인부담금의 크기가 더 커지게 된다(그림의 A+B 부분). 따라서 입원의 경우 실제 본인부담률을 따지게 되면 법정 본인부담금이 없어 1종 수급자에게서 의료급여 남용 현상이 발생한다는 설득력이 없으며 오히려 저소득층의 의료이용에 장벽으로 작용한다고 볼 수도 있다.

[그림 II-13] 의료급여 수급자의 본인부담금 구조 비교



비고: 검은 부분이 총 본인부담금임(법정본인부담금+비급여부담금)

의료급여 수가구조에 있어서 제기되는 쟁점은 의료공급자의 ‘유인수요’(induced demand)로 인한 과잉진료의 여부와 이것이 진료비 증가에 미치는 영향, 그리고 진료비 증가 억제에 위한 수가구조의 개편 문제이다. 의료수가는 일반적으로 진료비가 발생한 이후 진료비를 지급하는 ‘사후적 지급’방식(대표적인 방식이 행위별수가제)과 진료비가 이루어지기 전에 진료액수가 정해져 있는 사전 지급방식(포괄수가제, 인두제, 총액예산제)으로 분류할 수 있다. 의료급여의 경우는 진료비의 80% 이상이 행위별수가제로 지출되기 때문에 의료공급자의 ‘유인수요’, 과도한 심사절차와 심사비용 등의 문제를 유발함으로써 중장기적으로 진료비 통제에 매우 취약한 구조라는 것은 잘 알려져 있다.

대표적인 사후적인 진료비 지불방식인 행위별수가제가 무료의료의 성격이 존재하는 의료급여와 결합되면서 진료비의 남용을 가져올 가능성은 충분하다. 의료공급자에 의한 유인수요 문제는 이론적으로 설득력이 있으나 이것을 과학적, 실증적으로 검증하는 문제는 아직도 논란의 여지가 있으며 충분한 설득력을 확보하지 못하고 있다(Phelps, 1997:245~250). 의료급여와 관련해서는 그 동안 건강보험보다 의료급여에서 공급자의 유도수요가 더욱 심할 것이며, 특히 의료급

여 환자가 많은 지방의 중소병원과 정신병원이 논란의 초점이 되어 왔으나 행위별수가체제와 의료급여 진료비 증가의 상관관계와 메커니즘에 대한 정밀한 연구결과가 아직은 없는 상태에 있다.주9) 복지부에서 발표한 의료공급자의 도덕적 해이와 관련된 사례는 “조혈모세포(골수)이식 환자에게 간·신장 이식한 사례, 폐쇄성 골절로 물리치료만을 위해 1,288일간 계속입원 유도한 사례, 그리고 버스를 동원한 환자 유치 행위” 등이 제시되고 있는 정도이다.주10) 의료급여 진료비의 20%를 차지하고, 사전적인 진료비 지불방식에 해당되는 일당진료비정액방식은 정신질환자가 많은 의료급여의 특성과 그리고 입원진료의 적절성 등을 판별하는 구조의 미약 등으로 사전 진료비 지불체계임에도 불구하고 사실상 진료비 통제의 역할을 하지 못하는 것으로 추정된다.

사회복지 전담 공무원의 인식에 의존하면 의료공급자의 도덕적 해이의 정도가 매우 심한 것으로 나타났다. 상대적인 과잉진료 및 입원 유도, 부당청구, 고가약 처방 등의 도덕적 해이가 많은 것으로 인식되고 있는데 특히 농어촌에 근무하는 전담공무원 일수록 과잉진료나 불필요한 입원을 지적하는 비율이 높았다.

이평수 등의 연구(1999)에서는 의료급여에서 수급자와 의료공급자의 도덕적 해이 현상의 일부를 알 수 있는 분석이 제시되어 있다.주11) 이 연구는 90년대 이후 의료급여자 수가 감소하고 있는데도 대상자 당 입원건수, 그리고 일인당 입원건수가 증가 추이에 있다는 사실에 주목하면서 여기서 ‘부적절 입원’이 차지하는 비율이 높을 것이라는 사실을 추측하였다. 이들은 전국 13개병원에 입원해 있는 건강보험 환자와 의료급여 환자의 입원적절성(급성기 입원 적절성과 재원 적절성, 장기요양서비스 입원 적절성)을 표준화된 도구인 ‘적절성평가도구’(Appropriate Evaluation Protocol)를 이용하여 평가한 후 본인부담금이 없는 1종 환자의 도덕적 해이와 의료공급자의 유인수요가 부적절 입원에 미치는 영향을 간접적으로 추론하였는데 요지는 다음과 같다.

주9) 의료급여 진료비 증가 문제를 연구한 보고서에서 몇 가지 시사적인 현상을 발견할 수 있다(이평수 외, 1999).

주10) 보건복지부 보도자료, “의료보호 실태조사결과 및 실사강화계획” 2001.4.12.

주11) 이 부분의 내용은 이평수 외(1999) pp.34~41 참조

우선 건강보험 환자와 의료보호 환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 <표 II-32>에서 보듯이 의료급여환자의 입원이 부적절한 경우가 유의하게 많은 것으로 나타났다. 의료급여 환자의 부적절 입원이 높은 것은 본인부담금이 없음으로 발생하는 환자의 도덕적 해이와 의료공급자측의 유도수요로 나누어 볼 수 있는데, 전자의 경우를 간접적으로 확인할 수 있는 자료로서 <표 II-33>에서 보는 것처럼 의료급여 1종 환자의 부적절입원이 2종 수급자보다 높으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 본인부담금이 없는 1종 환자에서 어느 정도의 도덕적 해이 현상이 나타나고 있음을 알 수 있다.

<표 II-32> 의료보장 형태별 급성기 입원 부적절률

	조사 대상자 수	적절입원환자수 (적절입원율)	부적절입원환자수 (부적절 입원율)	P for Chi square
의료보호	424	333 (78.5)	91 (21.5)	<0.001
의료보험	313	279 (89.1)	34 (10.9)	

<표 II-33> 의료급여 종별 급성기 입원 부적절 비율

구분	조사 대상자 수	적절입원환자수 (적절입원율)	부적절입원환자수 (부적절 입원율)	P for Chi-square
1종 수급자	291	226 (77.6)	65 (22.4)	0.01
2종 수급자	133	107 (80.5)	26 (19.5)	

의료급여 환자의 부적절 입원이 병원측의 유인수요에 의해 발생할 수도 있기 때문에 이를 정확하게 평가하기 위하여 조사대상병원을 운영 주체, 병상수, 대학병원 여부, 소재지, 병상이용률, 그리고 보호환자의 비율에 따라 의료보호환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 의료급여 2종 환자에게서는 병원측 요인이 부적절 입원에 영향을 미치는 않는 것으로 나타났으나, 1종 환자의 경우는 병원측 요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이를 구체적으로 보면 <표 II-34>에서 보는 것처럼 공공병원이 민간병원에 비해 1종 환자의 입원 부적절률이 높았

으며, 허가 병상수가 작은 병원에서, 대학병원이 아닌 병원에서, 도시병원보다는 농촌병원에서, 병상이용률이 낮은 병원에서, 그리고 의료급여환자의 비율이 높은 병원에서 1종 수급자의 입원 부적절률이 높은 것으로 나타났다.

이러한 분석결과를 토대로 이 연구에서는 “의료기관측의 유인 동기가 의료급여 환자의 부적절입원에 영향을 미치는 것은 사실이지만 이는 의료급여 1종 환자에 국한되어 있기 때문에 의료기관측의 요인과 환자 측 요인이 동시에 작용하여 부적절한 입원에 영향을 미친 것으로 보인다”고 정리하고 있다(1999:40).

〈표 II-34〉 의료공급자 특성별 1종 수급자의 입원 부적절률

구 분		조사 대상자수	입원 적절환자수 (입원 적절률)	입원 부적절환자수 (입원 부적절률)	P for Chi square
운영주체	공공	147	99 (67.4)	48 (32.6)	0.001
	민간	160	134 (83.7)	26 (16.3)	
허가 병상수	500병상 미만	111	68 (61.3)	43 (38.7)	0.001
	500병상 이상	196	165 (84.2)	31 (15.8)	
대학병원 여부	비대학병원	254	184 (72.4)	70 (27.6)	0.002
	대학병원	53	49 (92.5)	4 (7.5)	
소재지	농촌	61	41 (67.2)	20 (32.8)	0.07
	도시	246	192 (78.1)	54 (21.9)	
병상이용율	상(80% 이상)	122	95 (77.9)	27 (22.1)	0.01
	중(70~80%)	127	87 (68.5)	40 (31.5)	
	하(70% 이하)	58	51 (87.9)	7 (12.1)	
보호환자 비율	8% 미만	106	97 (91.5)	9 (8.5)	0.001
	8% 이상	201	136 (67.7)	65 (32.3)	

Ⅲ. 미국 Medicaid의 급여체계

1. 수급자격

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.

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 임신부를 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 있다.

가. 범주적 필요 집단(categorically needy groups)

주정부는 특정집단에 대해서는 의무적으로 메디케이드 의료서비스를 제공해야 하며, 이런 의미에서 이들을 'mandatory group'이라고도 한다.

○ SSI 수급자

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'주12)들은 '무능력자' 기준을 매우 엄격히 하고 있으며, 소득과 자산 기준도 매우 엄격하다.

○ AFDC/TANF 수급가구

1996년 8월 이전에는 AFDC 프로그램 수혜자라면 자동적으로 메디케이드 자격이 주어졌다. 1996년 8월 AFDC프로그램은 폐지되고 TANF(Temporary Assistance for Needy Families)프로그램으로 바뀌었지만 의회는 TANF 법 하에서 여전히 현금보조를 받지 못하는 가정(family)에도 메디케이드 자격을 보장하고 있다. TANF 대상자인 개인이 노동을 거부한다면 현금 부조를 받을 수 없지만, 소득이 연방정부 빈곤수준이하인 임산부, 부모가 노동을 거부하더라도 빈곤수준에 부합하는 대부분의 어린이들은 메디케이드 적용을 받을 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

주12) 1972년 Social Security Amendments Act의 section 209(b)가 이러한 예외규정을 제공하였기 때문에 이렇게 불림.

가정의 소득이 자녀 또는 배우자의 소득 때문에 기준보다 높아진다면 메디케이드 지급은 4개월 동안만 보장된다.

○ 임신부 및 아동

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 가정이라면 소득이 연방정부 빈곤 수준(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 자산기준보다는 다소 완화된 기준을 적용하고 있다. 유아와 어린이의 경우도 이전 AFDC의 기준보다 덜 제한적으로 되며, 소득이 FPL 이하인 가정의 19세 미만의 어린이에 대해서는 주정부가 반드시 메디케이드를 제공해야 한다.

1997년 Balanced Budget Act는 어린이를 위한 메디케이드와 관련하여 중요한 변화를 가져왔다. 즉, SCHIP(State Children's Health Insurance Program)이라는 새로운 프로그램으로 무보험자에 대한 건강보험과 19세까지의 저소득층 어린이에 대한 보험제공을 높였다. 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.

○ 기타

사회보장법 Title 4에 따른 입양·양육부조(adoption or foster care assistance) 수급자, 그리고 특별보호그룹으로 보통 사회보장급여에 따른 수입 증가로 현금부조 자

격을 잃게 되었지만 일정 기간 메디케이드 자격을 보유하는 개인 등이 해당된다.

나. 범주적 관련 집단(categorically related group)

주정부는 또한 주정부에 따라 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 임산부 및 1세 미만의 유아
- AFDC 소득 및 자산 기준을 충족시키는 21세 미만의 아동
- 시설에 입원하고 있고, 일정소득(SSI 급여수준의 300%라는 연방급여기준 미만에서 주정부가 정함) 미만인 자
- 앞의 시설입원기준을 충족시키지만, 재가 또는 지역사회에서의 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 넘게된 경우에 한하며, 결핵관련 통원서비스 및 의약품에 한해 급여됨(spending down)에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단은 의료비 지출분에 대해 소득공제를 함으로써 소득기준을 충족시키는 것임).

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

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 적용되

며, 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 임산부 포함하는 집단과 임산부를 위한 주산기 및 출산서비스, 아동을 위한 통원서비스 제공이 포함되어야 한다.

또한 주정부는 MN 자격 대상과 제공서비스를 추가할 수 있다. 현재 38개 주가 MN 프로그램을 가지고 있으며, 나머지 주는 모두 메디케이드를 의료시설의 차상위 소득계층(near poor)에게 확대하기 위한 특별소득수준 선택(special income level option)을 활용하고 있다.

참고로 복지개혁법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996)에 따른 비시민(alien)에 대한 특별 취급이 해당된다. 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. 급여서비스

가. 기본 필수서비스(mandatory services/ basic services)

사회보장법 규정상으로는 주별 메디케이드 플랜에 따른 융통성이 광범위하게 인정되고 있지만, 연방정부의 기금을 받기 위한 필수 이행사항이 있다. 그 중

하나가 범주적 필요 집단에게는 다음과 같은 기본 필수서비스를 제공해야 한다는 것이다.

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

나. 선택서비스(optional services)

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

- 진단서비스
- 클리닉 서비스
- 정신질환 및 정신지체자를 위한 중간시설 (ICFs/MR)
- 처방약 및 보철: 처방약은 다음과 같은 조건을 만족시켜야 메디케이드의 적용을 받을 수 있음.
 - DHHS(Health and Human Services)에서 가격 인정을 받은 제약회사에 의

해 만들어진 것

- 전문의에 의해 처방되거나 또는 메디케이드 프로그램에 의해 승인을 받은 개업의에 의해 처방된 것
 - 일반적으로 FDA(Food and Drug Administration)의 승인을 받은 약품만 메디케이드의 적용 받을 수 있지만 주정부의 재량으로 실험 약품에도 적용할 수 있으며, 이 경우 주정부에 따라 또는 약품에 따라 매우 다양함.
 - 치료에 필요한 약품이라는 의사의 동의가 있다면 처방전 없는 경우라도 메디케이드는 계속해서 수혜자에게 약품을 공급할 수 있음.
- 시력측정 서비스 및 안경
 - 21세 미만자에 대한 nursing facility 서비스
 - 수송 서비스
 - 재활 및 물리치료 서비스
 - 만성손상 수반자에 대한 재가 및 지역 케어
 - 호스피스 서비스:
 - 메디케이드 하에서 ‘호스피스’란 6개월 이상 살 수 없을 것이라 예상되는 말기 환자에 대한 가정 보호 연계 서비스를 말하며, 메디케이드가 적용되는 호스피스 서비스는 nursing care, 가정 건강 조력자 서비스, 상담, 주부 서비스, 의료 보조, 약처방 등
 - 1/3 이하의 주정부는 범주적 필요 그룹에만 호스피스 서비스를 제공하고 있고, 절반 정도의 주정부는 범주적 필요 그룹과 의료적 필요 그룹 모두에 호스피스 서비스 제공
 - 호스피스 서비스는 말기 환자들에 대한 고통을 경감시키기 위해 제공되는 것이기 때문에 일단 환자가 호스피스를 선택하면 삶을 연장하거나 환자를 치료하기 위한 약처방은 메디케이드 적용을 받지 않음.
 - 환자 관리 서비스
 - 환자 관리 서비스는 의료, 사회, 교육, 기타 서비스를 이용할 자격이 있는 개인에 대한 보조적인 서비스로, 일반적으로 빈곤층 평가, 치료 계획 개발, 서비스 보조 그리고 개인의 추적 조사와 감시를 포함함.

- 주정부는 범주적 필요 그룹에게 환자 관리 서비스를 제공할 수 있지만, 이는 다른 메디케이드 서비스와 중복되어서는 안됨.
- 치과 서비스
- 응급의료 서비스
- 말하기, 듣기, 언어장애
- 작업 요법
- 틀니, 의치

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

다. 급여서비스의 총량 및 기간에 대한 제한

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

또한 주정부는 일반적인 메디케이드 환자에게 미미한 정도나마 deductible,

coinsurance, copayment와 같은 이용자 본인부담을 부과할 수 있다. 다만, 임산부, 18세 미만의 아동, 대부분의 소득을 시설케어에 사용하게 될 병원 또는 너싱홈 환자에게는 부과할 수 없고, 응급서비스와 가족계획서비스에 대해서는 copayment가 제한된다.

〈표 III-1〉 Medicaid의 본인부담(2003년 8월 기준)

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

〈표 III-1〉 계속

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

3. 메디케어의 저소득 취약계층에 대한 추가 지원

메디케어 수급자 중에서 소득이나 자산이 낮은 사람들은 메디케이드 프로그램으로부터 지원을 받을 수 있다. 이렇게 양쪽 모두에서 지원을 받는 경우를 이중자격수급자(dually eligible beneficiary)라고 한다. 메디케이드는 항상 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 보조프로그램에 따라 주정부의 보조가 이루어지는데 월수입 한도액(FPL의 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. 지원방식은 다음과 같다.

가. QMB Only: Qualified Medicare Beneficiaries without other Medicaid

메디케어/파트A의 자격을 가지고, FPL 이하의 소득 또는 SSI 기준의 2배 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.

나. QMB Plus: QMBs with Full Medicaid

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

다. 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.

라. 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.

마. 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.

바. 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 1998년 1월1일부터 2002년 12월31일 사이에만 유효했고, 연간 사용가능한 돈의 총액에 상한이 있어서 그룹 소속 인원을 제한하게 되었다.

사. 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.

아. 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/파트 A와(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 한

도 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.

4. 시사점

미국 Medicaid 제도는 소득과 자산조사를 통하여 빈곤 기준선 이하이면 수급자로서 당연 적용되고 주에 따라 추가적인 지원을 하고 있다. 공보험이 없는 상태이기 때문에 저소득 취약계층에 대한 광범위한 의료안전망을 구축하고 있다. 급여범위 또한 치료와 상관없는 성형외과적 수술 등을 제외하고는 대부분 포함하고 있다. 본인부담도 주에 따라 조금씩 다르지만 입원의 경우 진료건당 50\$(테네시주 제외) 이하이고 외래의 경우 몇 개주(몬타나, 오레곤, 뉴멕시코, 사우스 다코다, 버몬트, 와이오밍)를 제외하고는 대부분 방문당 3\$ 이하이다. 즉, 저소득 취약계층에 대해서는 실질적인 의료안전망을 구축하고 있다. 미국의 Medicaid는 우리나라에 비해 빈곤 기준선이 높아 전 인구의 약 15%가 수급권자이고 급여범위 또한 대부분의 치료질환을 포함하고 있으며 본인부담도 50\$ 이하로 질환 발생으로 인한 의료접근성을 충분히 보장하고 있다. 향후 우리나라 의료급여제도의 지침이 될 수 있을 것으로 보인다.

IV. 의료급여 급여체계 개선 방안

1. 자격 관련

의료급여제도는 근본적으로 최저생계비 이하의 계층에 대해 국가가 최소한의 의료서비스를 제공하는 제도이다. 소득인정액 기준 최저생계비 100% 이하의 계층 중 부양의무자 기준을 충족하면 국민기초생활보장 수급권자가 되고 이들은 자동적으로 의료급여 수급권자가 되어 국가의 예산으로 기초적인 의료서비스를 제공받는다. 이 외에도 5가지의 의료급여특례제도를 이용하여 의료욕구가긴요한 계층에 대해 개인단위 혹은 가구단위로 급여를 실시하고 있다.

현행 기준에 대해서는 앞에서 이미 검토한 바 있다. 현행기준은 국민기초생활보장 수급권자가 그대로 의료급여 수급권자 되기 때문에 의료욕구에 대한 고려가 전혀 되어있지 않다. 다만 의료급여 특례 제도를 이용하여 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 계층에 대해 급여를 제공하고 있는 실정이다. 또한 노인, 아동, 장애인 등 취약계층에 대한 특성별 지출을 고려하지 못한 상태에서 최저생계비가 계층되기 때문에 이 들에 대한 근본적인 사회안전망이 되고 있지 못하다. 특례 제도에 있어서도 5가지 종류가 실시되고 있지만 각 특례 간 수급자격에 중복이 되거나 급여내용에 일관성이 없다는 지적도 한 바 있다.

가. 수급권자 확대

위에서 지적한 문제점에 따라 다음과 같은 원칙하에 의료급여 수급권자를 확대했으면 한다. 첫째, 의료사각지대를 해소해야 한다. 둘째, 계층간 형평성을 유지해야 한다. 의료사각지대라는 것은 질환이 발생하여 진료를 받아야함에도 재정적인 이유 때문에 진료를 받지 못하거나, 진료를 받아 진료비 때문에 빈곤층으로 전락할 수 있는 계층을 통칭한다. 현행 제도는 소득인정액 기준 최저생계

비 이하의 계층을 수급자로 선정하는 데 소득인정액은 소득평가액에 재산의 소득환산액을 더한 값이다. 소득평가액은 경상소득에서 특성별 지출이나 공적이전소득을 공제한 후의 소득이다. 즉, 의료비 지출을 공제한 후 소득이 최저생계비 이하이면 의료급여수급권자가 될 수 있다. 단 이 조건에서 의료비 지출 공제를 받기 위해서는 6개월 이상 지속적으로 진료기록이 있어야 한다. 대부분의 의료요구를 가진 저소득층이 6개월 이상 치료조건에 부합하지 못하여 의료사각지대에 남게 된다. 따라서 의료요구를 반영하기 위해서는 6개월 이상 치료조건을 완화할 필요가 있다. 만성병에 대한 정의에 따르면 잠재기가 길며, 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간 경과를 취하는 것으로 되어있고 국민건강영양 조사에서도 3개월 이상 경과된 질병을 만성질환으로 분류하고 있다. 미국 National Health Interview Survey에서도 Chronic을 정의하기 위해 90일 이상의 이환상태를 이용하였다. 현행 6개월 이상 치료조건을 3개월 이상으로 완화하여 현재 이환상태에 있는 의료요구 대상자들에 대한 실질적인 의료보장제도가 되어야 하겠다.

두 번째 최저생계비 계층시 노인, 아동, 장애인 등 취약계층에 대한 고려가 전혀되어있지 않음이 지적되었다. 이들 취약계층은 일반인에 비해 평상시 의료요구가 월등한 계층이다. 1년 평균 진료비 규모도 타집단에 비해 높고, 일상생활을 영위하는 데 추가적인 의료요구가 발생하게 된다. 이들 집단 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 갖고 있는 경우는 앞에서 제시된 방법에 의해 국가의 보호를 받을 수 있지만 그렇지 못한 대상자에 대해서는 다른 각도에서 국가의 책임이 필요한 부분이다. 앞장에서 분석되었듯이 이들의 의료비가 다른 계층에 비해 높게 나타나고 일상생활에서 의료요구 또한 크다는 사실을 감안하여 이들 또한 의료급여 안전망에 포함시켜야 한다.

나. 기준완화

1) 소득 기준

의료요구가 긴요한 만성질환 및 희귀난치성 질환 보유자들은 의료비가 훨씬

많이 소요되므로 소득기준을 한정하지 않고 3개월 이상 의료비를 공제하면 최저생계비 이하로 전락하는 계층을 현재의 소득 수준에 상관없이 모두 포괄해야 한다. 다만 형평성 차원에서 다음과 같은 점을 고려할 필요가 있다. 급여확대 기준이 소득과 상관없이 의료비가 공제되지 않으면 소득이 최저생계비 이하로 떨어질 우려가 있지만 공제되고 나면 최저생계비를 초과하는 공제액만큼 초과 소득이 발생하게 되므로 다른 계층과의 형평성 차원에서 소득평가액 100% 이상의 소득에 대해서는 정부에 보험료의 형태로 지불할 수 있도록 해야 한다. 예를 들어 소득이 180만원인 4인 가구의 경우 건강보험대상자일 때 1달 본인부담 의료비가 100만원 이었는데, 의료비를 공제하지 않으면 최저생계비 이하로 떨어지기 때문에 의료급여수급권자로 책정된다. 수급권자가 되고난 이후 본인부담의료비가 50만원으로 감소하였다면 이 가구의 실제소득은 130만원이 되는 것이고 최저생계비 100%가 120만원이라면 이 가구는 차상위 기준 소득보다 10만원의 초과 소득이 발생하게 된다. 이 때 초과소득 10만원을 보험료형태로 정부에 납부하고 의료급여권을 갖게 되면 의료사각지대도 해소되고 그 외 계층과의 형평성도 유지될 수 있다.

2) 재산 기준

Stock인 재산을 Flow인 소득으로 환산하여 소득인정액 기준으로 수급자를 선별하는 데 기초공제액이 너무 낮아 최저주거수준을 유지하는 데 어려움이 가중되고 있다. 특히 금융자산 적용률 6.26%에 비해 일반자산 적용률 4.17%는 너무 과도하다. 금융자산과 일반자산이 최저생계에 미치는 영향을 고려하여 적용률을 조정할 필요가 있다. 4.17%는 자산을 2년 24개월에 소진한다는 가정하에 얻어진 비율이므로 2년이내에 빈곤으로부터 탈출하지 못하면 일반자산까지 없어져 영원히 빈곤으로부터 벗어날 기회를 잃어버리게 되는 것이다. 따라서 기초공제액을 현행기준에서(지역에 따라 다소 차이가 있으나 평균 3000만원) 1억원(도시가계 조사에서 재산 1억은 하위 27%에 해당함)으로 높이고 환산율도 현행 대비 50% 이하로 인하할 필요가 있다.

3) 부양의무자 기준

1촌을 넘는 부양의무자에게 의료비 부담을 지우는 것은 현실적으로 어렵다. 차상위 의료급여 실태조사 결과에서도 드러났듯이 의료기관이나 사회복지시설의 무상진료를 제외하면 99%가 1촌 이내의 혈족이 부담하고 있고 특히 본인부담이 99%에 이르고 있다. 이러한 현실을 반영하면 부양의무자기준이 원천적으로 제거되어야 하나, 기준자체가 없게 되면 도덕적 해이 가능성이 있으므로 1촌 이내의 생계를 같이하는 자로 한정할 필요가 있겠다. 부양의무자의 부양능력 판정기준과 관련하여 다음과 같은 점 또한 고려해야 한다. 현행 판정기준은 부양의무자에게도 수급자와 마찬가지로 최저생활유지를 강요하고 있다는 점이다. 수급자에게는 최저생계비 개념을 적용할 수 있으나, 부양의무자에게 최저생계비 개념을 적용하는 것은 논리적인 문제가 있다. 둘째, 부양의무자라도 촌수에 따라 혈연관계여부에 따라 부양의무감 정도가 다르나 동일한 부양능력 판정기준을 적용하고 있다는 점이다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 먼저 부양의무자의 경우 중위생활 또는 평균생활 수준을 향유한다는 전제를 바탕으로 제고가 설계되어야 한다. 예를 들어 부양의무자의 소득이 수급권자 최저생계비와 부양의무자 가구규모의 중위소득이나 평균소득의 합계 이상일 경우 부양능력 있음으로 판정하는 것이 논리적이다. 이는 현행 기준(부양의무자와 수급권자의 최저생계비 합계 120%)보다는 높은 수준이 된다. 만약 부양의무자에게 중위소득을 적용할 경우는 현행 최저생계비가 중위소득의 약 40%이므로 새로운 기준은 최저생계비의 약 $3.5(=1+2.5)$ 배가 된다. 이와 같이 될 때 실제적인 부양이 가능할 것으로 판단된다.

4) 의료급여 특례

현재 운영중인 5가지 종류의 의료급여 특례를 재검토할 필요가 있겠다. 특례에 따라 중복이 되기 때문에 이를 일관성있게 재정비해야 한다. 자활급여특례자 의료급여 특례적용은 현행처럼 유지하되, 다른 4종류의 특례는 앞에서 제시한 소득, 재산, 부양의무자 기준을 토대로 대상자를 선정하게 되면 모두 포함하게

된다. 따라서 위에서 제시한 기준으로 완화하여 자활급여특례자 의료급여 특례 적용을 제외하고 모두 폐지하는 것이 맞을 것이다.

2. 급여범위 및 본인부담

가. 실태조사 결과

우선 2004년 실시 되었던 차상위 의료급여 실태조사 자료를 토대로 저소득층의 의료관련 현실을 직시하고자 한다. 가정생활 도움, 신체적 건강 도움, 경제적 도움, 주거서비스, 취업서비스 등의 항목으로 분류된 복지욕구조사에서 의료비 지원이 생계비 지원과 함께 각 계층 모두 가장 최우선 욕구로 드러났다.

〈표 IV-1〉 복지 욕구 조사결과

서비스분류	서비스	100 이하 (N=267)		100~120 (N=74)		120 이상 (N=1074)	
		현재	희망	현재	희망	현재	희망
가정생활 향상도움	청소·세탁		5.6(15)		2.7(2)	0.1(1)	3.3(35)
	가정봉사(간병)		3.7(10)		4.0(3)		3.5(38)
	식사지원(밀반찬 등)	3.7(10)	22.5(60)		1.3(1)	0.5(5)	5.3(57)
신체적 건강도움	방문보건, 가정간호	1.5(4)	8.2(22)		8.1(6)		3.7(40)
	주간보호		3.0(8)		1.3(1)		1.0(11)
	단기보호		3.0(8)		2.7(2)		0.8(9)
	의료비지원	1.8(5)	52.4(140)		48.6(36)	0.6(6)	32.3(347)
경제적 도움	후원물품지원(쌀, 옷, 생활용품 등)	9.7(26)	32.6(87)		13.5(10)	1.2(13)	7.5(81)
	생계비지원	3.7(10)	58.0(155)		45.9(34)	0.4(4)	21.6(232)
주거 서비스	집수리	0.4(1)	9.7(26)		9.4(7)	0.1(1)	9.3(100)
	이사지원		4.5(12)		2.7(2)		6.0(65)
	주거비지원	1.1(3)	20.9(56)		20.3(15)	0.2(2)	15.4(165)
	임대주택입주	0.4(1)	27.7(74)	1.3(1)	37.8(28)	0.2(2)	25.7(276)
취업 서비스	직업훈련, 취업준비		7.1(19)		14.9(11)	1	13.6(146)
	직장소개		10.1(27)		18.9(14)		16.6(178)
	부업알선		6.0(16)		17.6(13)	2	11.6(125)

주) 100 이하는 최저생계비 100% 이하를, 120은 최저생계비 기준 120%를 의미함.

그 외 아래에서는 의료비 지불주체, 의료비의 가계부담정도, 의료이용시 중도 포기 유무 및 그 사유, 주관적 건강상태, 의료기관 방문시 어려운 점 등 의료관련 가구들의 일반적인 경향을 분석하고자 한다.

〈표 IV-2〉 의료비 지불주체 현황

(단위: %, 명)

구분	소득수준			전체
	100	100-120	120 이상	
자가부담	72.4 (234)	87.9 (87)	94.9 (1081)	89.8 (1402)
부모부담	-	-	.5 (6)	.4 (6)
자녀부담	1.2 (4)	4.0 (4)	1.6 (18)	1.7 (26)
형제자매	-	-	-	-
친인척	-	1.0 (1)	-	.1 (1)
친구 및 이웃	0.3 (1)	-	-	.1 (1)
의료기관에서 무상진료	6.2 (20)	4.0 (4)	- (14)	2.4 (38)
기타	0.6 (2)	-	.6 (7)	.6 (9)
사회단체 및 복지기관	19.2 (62)	2.0 (2)	1.1 (12)	4.9 (76)
무응답	-	1.0 (1)	0.1 (1)	0.1 (2)
계	100.0 (323)	100.0 (99)	100.0 (1139)	100.0 (1561)

복수응답하는 경우도 있어 총 응답수는 조사 대상 가구수보다 많은 1,561개이다. 의료비는 전체적으로 약 89.8%가 자가 부담하는 것으로 나타났다. 자가 부담외에 의료기관에서의 무상진료와 사회단체 및 복지기관 부담을 합하면 약 97.2%로 나타났다. 즉, 현행 국민기초생활보장법 수급자 선정기준에서 부양의무자 기준이 대단히 중요한 역할을 하고 있다. 그러나 본 조사 결과를 빌리면 최소한 의료부분에서는 부양의무자 기준이 적절치 않음을 보여주고 있다. 대부분의 경우 본인, 의료기관, 사회단체나 복지시설에서 해결하고 기타 부모, 형제자매 등 부양의무자 기준에 저촉되는 대상으로부터 의료비 지원은 거의 없는 것으로 판단된다. 의료급여 수급자 선정시 또는 확대시 다시 한 번 검토해야 하는 부분이다.

〈표 IV-3〉 의료비용에 대한 가계부담 정도

(단위: %, 명)

구분	소득수준			전체
	100	100~120	120 이상	
전혀 부담없음	26.4 (146)	31.9 (58)	45.1 (1185)	41.3 (1389)
조금 부담	31.1 (172)	39.0 (71)	31.4 (826)	31.8 (1069)
매우 부담	27.8 (154)	22.0 (40)	15.4 (404)	17.8 (598)
의료비 없음	14.6 (81)	7.1 (13)	7.8 (204)	8.9 (298)
모름	-	-	0.3 (8)	0.2 (8)
계	100.0 (553)	100.0 (182)	100.0(2627)	100.0(3362)

매우 부담과 조금부담을 합한 결과 최저생계비 이하의 계층은 약 59%, 차상위 계층은 약 61%, 120% 이상 계층은 46%로 나타나 최저생계비 이하 계층과 차상위 계층의 의료비에 대한 가계부담은 거의 비슷한 것으로 나타났다. 이는 최저생계비 100% 이하 계층의 대부분이 의료급여 대상자여서 본인부담이 상대적으로 적기 때문에 나타나는 현상으로 판단된다. 다만 차상위 계층과 그 이상의 계층간 의료비에 대한 부담정도가 상당히 차이가 나는 것으로 보이고, 차상위 계층은 낮 계층보다는 최저생계비 이하의 계층과 양태가 비슷함을 보여주고 있다.

〈표 IV-4〉 의료이용시 중도 치료포기 유무

(단위: %, 명)

구분	소득 수준			전체
	100	100~120	120이상	
치료포기 있었다	25.0 (155)	19.3 (39)	9.7 (287)	12.7 (481)
치료포기 없었다	75.0 (466)	80.7 (163)	90.3 (2677)	87.3 (3306)
계	100.0 (621)	100.0 (202)	100.0 (2964)	100.0 (3787)

〈표 IV-5〉 의료이용시 중도 치료포기 사유

(단위: %, 명)

구분	소득 수준			전체
	100	100~120	120 이상	
경제적인 어려움 때문에	91.3 (137)	89.5 (34)	75.0 (204)	81.5 (375)
일을 중단하면 수입이 줄기 때문에	11.3 (17)	10.5 (4)	19.1 (52)	15.9 (73)
의료기관을 갈 시간이 없어서	6.0 (9)	13.2 (5)	15.1 (41)	12.0 (55)
식구를 돌보아 줄 사람이 없어서	3.3 (5)	2.6 (1)	4.8 (13)	4.1 (19)
치료해도 나올 것 같지 않아서	12.0 (18)	13.2 (5)	11.0 (30)	11.5 (53)
의료기관까지 가는 시간이 너무 많이 걸려서	6.0 (9)	-	5.5 (15)	5.2 (24)
기타	3.3 (5)	2.6 (1)	6.6 (18)	5.2 (24)

주: 중복응답 허용
응답자 460명이며, 무응답자 21명은 제외됨.

의료이용시 중도에 치료를 포기하는 경우 소득이 낮을수록 경험이 높은 것으로 나타났다. 최저생계비 이하계층의 약 25%, 차상위 계층의 19.3%, 소득 120% 이상계층의 약 9.7%가 중도에 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 응답하였다. 중도에 치료를 포기한 경험이 있는 481명을 대상으로 그 이유를 물어본 결과 치료포기의 주된 사유는 소득수준에 상관없이 대부분 경제적인 것으로 나타났고 특이한 점은 모든 집단에서 치료해도 나올 것 같지 않아서 포기한 경우도 상당히 발견되고 있다는 것이다.

의료기관 방문시 어려운 점에 대한 설문 결과에서도 경제적인 이유가 단연 많이 나타났다. 진료비나 약값의 부담이 31.6%로 나타났고 교통비에 대한 부담이 21.2%로 그 다음 이었는데 모두 경제적인 요인에 의해 어려움을 겪고 있는 것으로 응답하였다. 그 외에서 병원에 갈 때 도와줄 사람이 필요한 것으로 조사되었는데 이는 혼자 거동하는 데 어려움을 느끼는 사람이 많다는 증거로 특히 단독가구로 거동에 어려움이 있는 경우 이에 대한 사회적, 국가적 관심이 필요한 부분이라 하겠다.

〈표 IV-6〉 의료기관 방문시 힘든점

(단위: %, 명)

구분	소득 수준			전체
	100	100~120	120이상	
병원등 치료기관에 갈 수 없어 왕진이 필요하다	4.4 (7)	2.6 (1)	4.1 (10)	4.1 (18)
병원등 치료기관에 갈 때 도와줄 사람이 없다	16.4 (26)	7.9 (3)	7.3 (18)	10.6 (47)
교통이 불편하고 교통비가 많이 든다	26.4 (42)	21.1 (8)	17.9 (44)	21.2 (94)
진료비나 약값이 부담이 된다	27.7 (44)	47.4 (18)	31.7 (78)	31.6 (140)
병원 등 치료기관에서 오래 기다려야 한다	6.9 (11)	-	7.3 (18)	6.5 (29)
간호와 수발을 해줄 사람이 없다	0.6 (1)	-	1.2 (3)	.9 (4)
특별한 어려움이 없다	17.6 (28)	21.1 (8)	30.5 (75)	25.1 (111)
계	100.0 (159)	100.0 (38)	100.0 (246)	100.0 (443)

나. 개편 방안

위에서 논의하였듯이 저소득 취약계층의 의료접근성이 경제적인 이유에 의해 저해되고 있다. 즉, 현행 의료급여제도의 급여범위가 건강보험과 같아 법정 비급여가 광범위하게 존재하고 또한 법정급여 범위 내에서도 2종의 경우 본인부담이 적지 않아 저소득 취약계층의 의료보장이 상당한 정도로 위협받고 있다. 다만 새로운 방안은 현실적이면서 의료접근성(보장성)과 형평성이 담보되어야 한다.

우선 입원의 경우를 살펴보고자 한다. 앞에서 분석되었듯이 의료급여 1종의 본인부담률은 입원의 경우 22.9%, 2종은 34.7%로 나타났다. 현재 노동능력의 유무에 따라 의료급여 1종과 2종으로 분리되어 있다. 빈곤선 이하의 소득계층에게 단지 노동력 유무를 급여차등의 판단근거로 삼는 것은 옳지 않다. 특히 입원의 경우 도덕적 해이 가능성이 작기 때문에 두 그룹을 통합하여 중장기적으로 본인부담률을 10% 이하로 유지할 수 있어야 하겠다. 법정급여 범위를 건강보험과 분리하여 대폭 확대하여 실질적인 보장성을 강화해야 한다. 현실적인 예산제약이 있기 때문에 당장 실현은 곤란할 지라도 매년 점진적인 확대를 통

하여 비급여 포함 실질 본인부담률을 10% 이하로 유지해야 할 것이다. 또한 본인부담액 상한을 한 달 10만원(4인 기준 최저생계비의 약 10%) 정도로 정하여 저소득층의 생계가 의료이용으로부터 위협받지 않아야 할 것이다. 현재 필요없는 장기입원의 문제가 제기되고 있지만 이들은 급성기 치료가 완료된 상태에서 입원중이기 때문에 현행 법정급여 범주내에서만 진료가 계속되어진다. 즉, 급여범위를 확대하더라도 약간의 추가적 도덕적 해이는 있을지라도 크게 문제되지는 않을 것이다. 다만 즉시 10% 본인부담률, 10만원 상한액으로의 급여범위 확대는 막대한 예산을 수반함으로 향후 10년 정도의 장기플랜을 가지고 접근할 필요가 있겠다.

외래의 급여범위에 대한 논의는 여러 시각이 있을 수 있다. 진료비가 많이 소요되는 입원의 급여범위를 대폭확대하여 실질 본인부담률을 10% 이하로 유지할 경우 진료비 규모가 상대적으로 작은 외래 본인부담은 탄력적으로 운용할 수 있을 것이다. 더욱이 외래부문의 도덕적 해이 가능성이 일선 사회복지 공무원들의 우려사항이기 때문에 최소한의 선에서 일부 본인부담을 유지할 필요가 있다. 1종과 2종을 통합하여 방문당 본인부담을 약제비 포함 1000원 이하로 한다면 수급자들에게 크게 부담을 주지 않으면서 동시에 도덕적 해이 가능성도 줄일 수 있을 것으로 판단된다.

위에서 제기한 방안은 보장성에 초점을 맞추어 논의하였다. 형평성의 관점에서 보면 수급자와 비수급자간 특히 빈곤선 이상의 차상위 계층에게는 상대적 불이익이 될 수 있다. 건강보험의 급여범위도 점진적으로 확대될 것으로 판단되지만 의료급여와는 상당한 차이가 있을 것이다. 최근 건강보험 체납가구가 170만 세대¹³⁾에 이르고 이 중 소득감소와 상실에 의한 비자발적 체납계층이 약 40% (약 136만명)에 이르는 것으로 추정되었다. 이들을 의료부조 또는 의료급여 2종으로 분류하여 의료급여보다 높고 건강보험보다 낮은 본인부담 수준으로 제도화한다면 저소득 취약계층 대상 의료보장의 밑그림이 완성될 것으로 판단된다.

주13) 국민건강보험공단의 자체 체납실태조사 결과

〈표 IV-7〉 의료급여제도 체계 개편 방안

	현행		개편안	
	1종	2종	현행 1종과 2종을 통합	의료부조(차상위 대상)
본인부담(입원) - 법정급여내	무료	15%	무료	10%
비급여 포함 실질 본인부담(입원)	22.9%	34.7%	10%	20%
본인부담(외래)	무료	1000원+500원	500원+500원	1500원+500원

참 고 문 헌

- 건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.
- 김미곤 외, 『우리나라의 빈곤현황 및 정책과제』, 2004년도 한국사회보장학회 춘계학술대회, 2004.
- 노대명·이태진·강병구·강석훈·홍경준·이우재·송민아·김선미, 『2002년 저소득층 자활사업 실태조사』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2003.
- 박능후, 『빈곤율 추정의 쟁점과 대안』 비판과 대안을 위한 사회복지학회 춘계 학술대회, 2004.
- 신영석 외, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 신영석 외, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신영석 외, 『의료급여제도 시행평가 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 신영석 외, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 여유진 외, 『부양의무자 기준 개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 유경준 외, 『취약계층 보호정책의 방향과 과제』, 한국개발연구원, 2004.
- 이평수 외, 『의료보호 재정안정화 방안 연구』, 한국보건산업진흥원, 1999.
- 최병호 외, 『의료보장강화를 위한 의료보험 재정지출 재편성 방안』, 한국보건사회연구원, 2000. 4.
- 통계청, 『지역통계연보』, 1999.
- _____, 『한국의 사회지표』, 1999.

홍경준, 『공적이전과 사적이전의 빈곤감소효과분석: 기초생활보장제도 도입 이후를 중심으로』, 한국사회복지학 통권 제50호, 2002.

Dercon, Stefan, *Assessing Vulnerability to Poverty*, Jesus College and CSAE, Department of Economics, Oxford University, August, 2001.

Epstein P. D., "Get Ready: the Time for Performance Measurement is Finally Coming", *Public Administration Review* Vol.52, No.5, 1992.

Health Care Financial Review, 1998.

Klevens, R. Monina, Elizabeth T. Luman, "U.S. Children Living in and Near Poverty-Risk of Vaccine-Preventable Diseases", *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.20, No.4S, 2001.

Marlene Kim, "Are the working poor lazy?", *Challenge* Vol.41, Iss.3, 1998.

Phelps, C. E., *Health Economics*, 2nd edition, Addison Wesley, 1997.

Rowntree, B. S., *Poverty-A Study of Town Life*, 1901.

Schiller, B. R., *The Economics of Poverty and Discrimination*, 4th ed. 1984.

Townsend, Peter, "The Meaning of Poverty", *The British Journal of Sociology*, Vol.13 No.3, 1962.

Zagorsky, Jay, "Health and the Working Poor", *Eastern Economic Journal*, Vol.25, Iss.2, Bloomsburg: Spring 1999.

http://blss.mohw.go.kr/history_02.htm

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

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

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

