

의료급여제도의 성과와 발전 방향

Direction to go for Medical Aid



신영석 한국보건사회연구원 연구위원

의료의 최후 안전망, 사회적 연대와 형평성에 기초한 재정운영의 건전성과 지속가능성 확보, 지출 합리화와 의료서비스의 질 향상, “의료보장”에서 “건강보장”으로 건강보장제도의 서비스 영역 확대, 정책결정과 관리에서 국민 참여 강화를 의료급여제도의 5대 정책 목표 이를 달성하기 위하여 다음과 같은 전략을 제시하고 있다.

첫째, 의료급여제도가 최후의 의료안전망으로서 역할을 충실히 하기 위해서는 자격과 급여에서 포괄성과 충분성이 담보되어야 한다. 둘째, 의료보장의 패러다임이 변화하여야 한다. 지금까지의 사후적 치료성격의 보장체계에서 사전적 예방체계로 전환되어야 한다. 셋째, 비급여 포함 비용 중심의 보장체계를 재구조화해야 한다. 넷째, 진료비 지불제도의 개편, 비급여 관리방안 등 급여관리체계가 도입되어야 한다.

1. 머리말

2000년 10월 국민기초생활보장법이 시행된 이후 그 동안 시혜차원의 보호개념이 수급권리로 바뀌면서 최저생계비이하의 저소득층도 당당히 국가와 사회에 권리를 주장할 수 있게 되었다. 종래의 생활보호제도 틀 내에서 의료보호라는 이름으로 저소득계층의 의료욕구를 감당해왔던 제도가 2001년 10월 의료급여제도로 바뀌어 보다 포괄적으로 우리나라 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 즉 2000년 국민기초생활보장법이 시행된 이후 정부의 시혜가 아닌 수급권자의 권리로써 각종 급여가 실시되었고 의료

급여제도 또한 제도개선을 통하여 저소득층에 대한 의료보장을 한 차원 높은 단계로 끌어올렸다. 특히 2001년 10월 종래의 의료보호법이 의료급여법으로 개정된 이후 진료비 지급업무가 국민건강보험공단(이하 공단)으로 이관되었고, 자격증 발급이 공단에서 지자체로 환원되었으며, 의료이용에 어려움이 있는 수급자들을 돕기 위해 의료급여 사례관리사 제도가 도입되는 등 의료급여 수급자의 편의 증진을 위한 제도 개선 노력이 계속 진행 중이다. 국민기초생활보장법이 시행되고 의료보호제도가 의료급여제도로 바뀐 이래 이러한 노력들이 제도의 효율성을 제고하고 수혜자들의 건강증진을 위해 제 기능을

다하고 있는지, 국민기초생활보장법 시행 10년을 맞는 즈음에 지난 10년의 공과를 되돌아보고 개선해야 할 사항들에 대한 조망이 필요한 시점이다. 따라서 본고에서는 국민기초생활보장법 시행이후 의료급여제도의 성과를 살펴보고, 이를 토대로 과제를 도출하여 향후 제도발전방향에 대해서 논의하고자 한다.

2. 국민기초생활보장법 제정이후 의료급여제도의 성과

2000년에 시행된 국민기초생활보장법 이후 의료급여제도도 많은 변화가 이루어졌다. 수급자 선정기준이 다소 변화하였고, 진료비 규모도 대폭 증가하였다. 보장성이 지속적으로 확대됨은 물론 수급자의 편의 증진을 위하여 의료급여 사례관리사 제도가 도입되는 등 지난 10년 동안 의료급여제도는 최저생계비 이하의 저소득 취약계층의 의료위험을 담보하기 위하여 발전을 거듭하고 있다. 본장에서는 국민기초생활보장법 시행 이후 변화가 이루어진 수급자격의 변화, 진료비 규모의 변화, 급여범위를 포함한 제도의 변화 등을 포괄하여 그 동안 의료급여제도의 성과에 대해 약술하고자 한다.

첫째, 수급자격과 관련하여 자격조건과 수급자의 구조에 변화를 가져왔다. 자격조건 관련하여 2004년부터 차상위계층¹⁾ 중 의료요구가 현저한 약 19만 명의 만성질환자 및 18세 미만 아동 그리고 약 18천 명의 희귀질환자가 의료

급여수급 자격을 갖게 되었다. 차상위 의료급여 수급권자는 그 이후 2008년과 2009년에 다시 건강보험 가입자로 자격이 변동되었지만 급여범위 및 본인부담 수준은 의료급여 수급자에 준하여 혜택을 받고 있다. 또한 2006년에 국민기초생활보장법상 부양의무자 기준이 완화되어 2촌 이내의 직계혈족 및 그 배우자에서 일촌으로 바뀌었다. 부양의무자 조건의 완화로 약 15만 명이 추가로 의료급여 수급자로 편성되었다. 수급자 구조와 관련하여 국민기초생활보장법 전후 의료급여제도에 상당한 진전이 있었다. 2000년 10월 이전(국민기초생활보장법 시행 이전)에는 거택보호자와 시설보호자를 근로능력이 없는 것으로 판단하여 의료보호 1종으로 보호하였고, 근로능력이 있는 자활보호대상자는 의료보호 2종 수급권의 자격을 부여하였다. 국민기초생활보장법 시행이후에도 여전히 근로능력 유무에 따라 1종과 2종이 구분되었으나 인구학적 기준에서 수급자격의 차이가 발생하였다. 이전에는 65세 이상 노인이거나 18세 이하의 아동, 폐질환 등에 한정되어 1종 수급자격이 부여되었으나 국민기초생활보장법이 시행된 이후에는 수급자격에 이러한 인구학적 기준이 폐지되고 근로능력 유무만이 1종과 2종의 구분 기준으로 사용되었다. 따라서 2001년 전후 전체수급자의 규모는 큰 변화가 없었지만 1종 수급자는 급격히 증가했고 2종 수급자는 감소하였다.

둘째, 국민기초생활보장법 시행이후 의료급여제도의 가장 큰 변화는 급여비의 현격한 증

1) 최저생계비 기준 100% 이상 120% 이하의 소득자

표 1. 의료급여 대상자 추이

(단위: 명, %)

구분 \ 연도	1999	2000	2001	2003	2005	2007	2009
전체대상자수	1,636,629	1,570,009	1,520,986	1,453,786	1,555,256	1,852,714	1,677,237
인구대비	3.49	3.32	3.17	3.03	3.30	3.93	3.56
1종 대상자	742,844	810,684	831,854	867,305	929,064	1,062,263	1,036,291
기초생활보장 수급자	561,116	642,899	664,288	690,766	739,085	850,760	834,384
사회복지시설 보호대상자	76,862	77,211	78,158	81,715	86,319	86,655	85,814
국가유공자	86,356	80,122	77,793	80,584	82,537	84,332	86,810
북한이탈주민	1,084	1,172	1,709	2,994	4,591	7,933	10,377
인간문화재	380	381	402	425	407	312	233
광주민주화 운동관련자	8,455	8,292	9,040	9,221	9,294	9,249	10,358
이재민	8,089	96	10	1,172	20	13	-
의상자 및 의사자유족	502	511	454	428	526	791	866
입양아동 및 희귀질환자					6,285	20,230	4,536
군 입대자						1,988	2,913
2종 대상자	893,785	759,325	671,132	586,481	626,192	790,451	640,946
기초생활보장 수급자					606,119	596,391	632,754
18세아동 및 만성질환자					20,073	190,048	
군 입대자						4,012	8,192

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

가이다. 2001년 약 1.84조 원이던 1년 급여비가 2009년에는 약 4.6조 원을 상회하고 있다. 수급자의 증가, 보장성확대, 노인인구 비율의 증가, 1인당 수진율의 증가, 내원일당 진료강도의 증가 등이 급여비 양등의 원인으로 설명될 수 있다.

셋째, 지난 10년 동안 수급자에 대한 서비스 개선, 보장성 확대 등 여러 가지 제도가 개편되었다. 2001년 중앙의료급여위원회가 신설되어 제도 개선을 위한 논의의 장이 만들어졌다. 요양비가 신설되고 건강검진 규정이 도입되었다. 2002년 5월에는 보건복지부에 의료급여업무를

표 2. 연도별 의료급여 진료실적

(단위: 백만원)

연도	총진료비	급여비
2001	1,892,241	1,841,925
2002	2,031,275	1,982,390
2003	2,214,861	2,165,540
2004	2,611,144	2,565,774
2005	3,233,676	3,176,479
2006	3,925,103	3,853,483
2007	4,223,834	4,132,120
2008	4,478,922	4,357,826
2009	4,754,800	4,645,201

전담할 의료급여과가 신설되었고 동시에 심사평가원에 의료급여실을 신설하여 업무 개선을 위한 인프라가 구축되었다. 특히 주목할 만한 변화는 의료급여 사례관리사의 신설이다. 수급자 중 독거노인이나 거동이 불편한 계층은 의료욕구는 있지만 의료서비스를 받기가 어려웠다. 의료급여 사례관리사는 이들에게 밀착하여 불편사항을 해결하고 의료서비스를 받을 수 있도록 의료도우미 역할을 하고 있다. 시범사업으로 도입된 이래 성과가 인정되어 매년 의료급여 사례관리사가 확대되고 있다. 2004년에는 본인부담보상금제도의 매 30일 상한 기준을 30만원

에서 20만원으로 인하하였고 2종 법정 본인부담률을 20%에서 15%로 인하하였다. 2007년에는 2종 입원의 경우 본인부담률을 15%에서 10%로 인하하였다. 180일 기준 60만원을 초과하는 법정급여비에 대해서 본인부담을 면제하는 본인부담금 상한제의 도입은 중질환을 앓고 있는 가계를 재정과탄으로부터 구하게 되었다. 그 외에도 암, 심혈관계, 뇌혈관계 질환에 대한 본인부담은 5%로 인하되었고 식대 또한 급여화 되었다. 이처럼 수급자의 의료보장을 위하여 충분하지는 않지만 점진적으로 급여범위가 확대되거나 열악한 계층이 수급자로 포함되기 시

표 3. 최근 10년간 의료급여제도 변화 내용

연도	내 용
2000	- 의료보호기간 330일 → 365일로 확대
2001	- 중앙의료급여위원회 신설 - 의료급여 수급기간 폐지 - 요양비 신설 - 건강검진 규정 신설 - 진료비 지급업무를 지자체에서 건강보험공단으로 위탁하고 의료급여증 발급업무를 건강보험공단에서 지자체로 이관
2002	- 보건복지부에 의료급여과 및 심사평가원에 의료급여실 신설 - 혈액투석수가 정액제로 전환(방문일당 136천원)
2003	- 본인부담보상금제 도입(매 30일 마다 30만원 초과금액의 50%) - 의료급여 관리요원 시범사업 실시
2004	- 본인부담보상금 기준 완화(매 30일 30만원에서 20만원으로 인하) - 2종 본인부담율 인하(20%에서 15%로 인하) - 만성질환 및 희귀난치성 질환자에 대한 차상위 의료급여 실시 - 의료급여 본인부담 상한제 실시(180일 기준 120만원 이상에 대하여 국가 예산으로 부담)
2005	- 차상위 계층 12세 미만 아동에 대해서 2종 의료급여 실시 - 국내에 입양된 18세 미만 아동에 대해서 1종 의료급여 실시 - 희귀난치성 질환의 종류 확대(74종에서 98종으로 확대)

〈표 3〉 계속

연도	내 용
2006	<ul style="list-style-type: none"> - 희귀난치성 질환의 종류 확대(98종에서 107종으로 확대) - 차상위계층 의료급여지원대상을 12 → 18세 미만으로 확대 - 사회복지법인 개설 의료급여기관 외래수가를 행위별수가로 전환 - 의료급여식대 추가급여 실시 - 의료급여제도 혁신종합대책 수립 - 보장구 처방전 발급대상을 장애등급 판정의사로 제한, 보장구 지급 전 보장기관의 승인을 받도록 함 - 보장구 제작, 판매업자의 대행신청 금지 - 부양의무자를 “일촌의 직계혈족 및 그 배우자”로 축소
2007	<ul style="list-style-type: none"> - 1종 수급권자의 외래진료 시 본인부담제 및 선택병의원제도 도입 - 1종 외래에 대한 본인부담 보상제 실시(30일 기준 2만원 초과분에 대해 50% 보상) - 2종에 대한 본인부담 상한제 조정(6개월 기준 120만원에서 60만원으로 하향 조정) - 1종에 대한 본인부담 상한제 신설(6개월 기준 5만원 초과분에 대해 100% 보상) - 2종 입원의 본인부담률을 15%에서 10%로 인하
2008	<ul style="list-style-type: none"> - 입양아동 본인에 한해 의료급여 실시 - 차상위의료특례 1종 희귀질환자 → 건강보험공단으로 이관
2009	<ul style="list-style-type: none"> - 출산전 진료비 지원 - 가정산소치료 요양비 지급 - 차상위의료특례 2종 만성질환자 → 건강보험공단으로 이관 (4.1.)

작하였다.

넷째, 효율성 증진을 위한 제도개선이 이루어졌다. 2004년부터 2006년까지 3년 동안 연평균 급여비 증가율이 20%를 상회하여 제도의 지속 가능성이 위협받게 되었다. 차상위 계층 중 의료위험이 현저한 만성질환자, 희귀질환자 등이 수급자로 편성되어 급여비가 증가할 수밖에 없는 상황이었으나 그럼에도 불구하고 증가폭이 제도운영의 틀을 되돌아보게 하였다. 특히 법정 급여 범위 내에서 본인부담이 없는 1종의 경우 필요이상의 진료를 이용할 개연성이 내재되어 있었다. 이를 억제하고자 1종 외래에도 방문당 1,500원의 본인부담제가 도입되었다. 다만 최저

생계비 이하의 계층임을 감안하여 사전에 건강생활유지비로 한 달에 6천 원을 선 지급 하였다. 즉 수급자에게도 비용의식을 고취하여 필요이상의 이용을 스스로 자제하도록 함으로써 제도 운영의 효율성을 제고하였다. 또한 일상적 의료욕구가 있는 계층은 담당 의사를 지정하여 지속적인 관리를 받을 수 있도록 선택병원제도도 도입되었다. 수급자의 입장에서는 의료이용에 다소간 불편이 따를 수 있으나 국민의 세금으로 운영되는 제도임을 감안하면 재정의 효율성 측면에서 진일보한 제도개선이라 할 수 있다. 그 외에도 새로운 제도의 원활한 운영을 돕고 중복투약 방지 등 수급자의 건강지킴이 역할을 충실

히 하기 위해 전국 단일망의 자격관리 시스템도 구축되었다.

3. 의료급여제도의 과제

1) 자격 관련

현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 반영되지 못하고 있다. 2004년 차상위 계층 대상 만성질환자와 희귀난치성 질환자 등에 대해 일부 의료욕구가 반영되었으나 2009년에 다시 건강보험적용대상자로 환원하여 수급자격에서 실질적인 의료욕구가 반영되지 못하고 있는 실정이다.²⁾ 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 계층이 많이 존재하게 된다.

또한 국민기초생활보장제도에서 수급자는 그대로 의료급여수급자가 되기 때문에 저소득층대상 의료보장 관점에서 수급자격에 대한 별도의 고려가 필요하다. 실태조사³⁾에 의하면 약 95% 이상이 타인의 도움 없이 본인이 의료비를 감당하는 현실에 비추어볼 때 국민기초생활보장법의 부양의무자 기준은 의료급여에 적절치 않다. 2006년에 부양의무자 기준이 2촌 이내의 직계 혈족 및 그 배우자에서 1촌 이내로 완화되

었지만 여전히 많은 사람들이 수급대상에서 제외되어 있다. 재산의 소득환산제 또한 지나치게 엄격하게 적용되고 있다. 일정수준까지는 재산을 고려하여야 하지만 약 3천만 원의 재산공제액은 현실에 비추어 너무 낮다. 소득환산을 4.17% 또한 2년 동안에 현행 재산을 소진시켜야한다는 원리이기 때문에 저소득층 대상 의료보장 수급기준으로는 타당하지 않다. 즉 현행 수급자격기준은 상당한 의료사각지대를 낳을 수밖에 없다.

2) 급여범위 및 본인부담 관련

현재 의료급여제도의 급여범위는 “건강보험요양기준에 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.

국민건강보험공단의 진료비 실태조사 결과에 의하면 의료급여수급권자의 보장률⁴⁾은 과거에 비해 현저히 개선되었다. OECD 30개국의 평균 본인부담률이 약 81%임을 감안하면 의료급여 수급자에 대한 보장률은 충분하다. 평균적으로 보장률은 대단히 양호하나 문제는 보장의 내역에서 발생한다. 상대적으로 경질환을 대상

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

3) 신영석 외, 「차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대 방안」, 한국보건사회연구원, 2004.

4) 보장률을 정의하기가 대단히 어려우나 여기에서는 건강보험공단이 사용한 정의를 그대로 인용하고자 한다. 보장률 = 급여비 / (급여비 + 법정본인부담 + 비급여 본인부담)

표 4. 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황

의료급여기관		의료급여종별				
		1종수급권자	2종수급권자			
			일반	장애인		
외 래	보건기관		무료	무료	무료	
	제1차 의료급여기관 (의원급)	원내직접제조	1,500원	1,500원	750원	
		그밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원	
		CT, MRI, PET 등 장관고시 진료	총진료비의 5%	총진료비의 15%	총진료비의 15%	
	제2차 의료급여기관 (병원, 종합병원급)	그밖의 외래진료	1,500원	총진료비의 15%	무료	
		원내직접제조	2,000원			
		CT, MRI, PET 등 장관고시 진료	총진료비의 5%	총진료비의 15%	무료	
		만성 질환 자 ²⁾	처방전 발행	무료	1,000원	
			처방전 미발행	무료	1,500원	
	CT, MRI, PET 등 장관고시 진료		무료	총진료비의 15%	무료	
	제3차 의료급여기관 (대학병원급25개)	그밖의 외래진료	2,000원	총진료비의15%	무료	
		원내직접제조	2,500원			
		CT, MRI, PET 등 장관고시 진료	총진료비의 5%	총진료비의 15%	무료	
	약국 및 한국회귀의약품 센터	처방제조	1매당 500원	1매당 500원	1매당 500원	
직접제조		1회 방문당 900원	1회 방문당 900원	1회 방문당 900원		
보건기관 처방제조		무료	무료	무료		
입 원	급여비용 (1, 2, 3차 의료기관)	자연분만, 조산아, 6세 미만 아동	무료	무료	무료	
		중증환자 ⁵⁾	무료	총진료비의 10% (등록암환자는 5%)	무료	
		그 밖의 환자	무료	총진료비의 10%	무료	
		CT, MRI, PET 등 장관고시 진료	무료	총진료비의 10%	무료	
	식대 ⁶⁾	자연분만, 조산아, 6세미만아동, 행려환자, 정신과 정액수가자	무료	무료	무료	
		중증환자	소정금액의 10%	소정금액의 10% (등록암환자는 5%)	소정금액의 10%	
		그 밖의 환자	소정금액의 20%	소정금액의 20%	소정금액의 20%	

주: 1) 1종수급권자 외래본인부담금 2007년 7월 1일부터 시행

2) 제2차 의료급여기관에서 만성질환자란 만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 암환자, 근육병환자가 그 상병으로 자율신경계 또는 면역억제제 투여를 받은 당일, 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식 환자가 조직이식 거부반응억제제를 투여받는 당일을 의미함

3) 2008.4.1일부터 의료급여수급권자 외래진료시 본인일부부담금이 원내 직접조제여부에 따라 달리 적용

4) 그 밖의 외래진료란: 원내 직접조제와 처방전 발급이 함께 이루어진 경우, 원내 직접조제 없이 처방전 발급만 이루어진 경우, 원내 직접조제 또는 처방전 발급이 없는 경우

5) 중증환자의 정의: 건강보험 본인일부부담금산정특례에 관한 기준의 "중증질환자 산정특례대상"과 같음

6) 식사종류는 일반식 (3,390원), 치료식 (4,030원), 멸균식 (9,950원), 분유 (1,900원)으로 총 4종류

자료: 보건복지부, 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2010.

으로 하는 외래부분은 1종의 경우 보장률이 90%를 넘고 있다. 오히려 필요이상의 남용이 우려된다. 비용이 많이 소요되는 입원의 경우 외래에 비해 보장성이 떨어지고 있다. 특히 비급여가 과도하기 때문에 고액이 소요되는 중질환에 이환될 경우 최소한의 생계조차 유지하기 어려운 처지에 놓일 수 있다. 즉 보장성의 구조조정이 필요하다. 즉 외래에 일정부분 본인부담을 인상하더라도 치료와 직접적으로 관련된 비급여를 급여화하거나 비급여 포함 본인부담 상한제를 실시하여 저소득층 대상 의료보장제도로써의 소임을 다할 필요가 있다. 비급여 포함 본인부담 중 약 28%⁵⁾가 선택진료비에 해당되기 때문에 이에 대한 대책이 시급히 강구되어야 할 것으로 판단된다.

4. 의료급여제도의 향후 발전 방향

의료급여제도가 지향하는 목적은 일차적으

로 저소득 취약계층을 질병 발생에 따른 비용부담의 위협으로부터 보호하고, 이차적으로 치료와 재활, 예방 및 건강관리를 통하여 건강수준을 향상시킴으로써 삶의 질을 지속적으로 제고하고 그 결과 이들이 빈곤계층에서 탈피하는데 있다. 이러한 목적을 달성하기 위한 의료급여제도의 정책목표는 다음의 다섯 가지로 정리될 수 있다.

첫째, 수급권자 누구나 큰 부담 없이 질병치료를 할 수 있고 건강수준을 향상시킬 수 있는 “의료의 최후 안전망”의 구축을 의료급여제도의 정책목표로 설정해야 한다. 둘째, 의료급여제도는 “사회적 연대와 형평성에 기초한 재정운영의 건전성과 지속가능성 확보”를 정책목표로 설정해야 한다. 셋째, 의료급여제도는 “지출 합리화와 의료서비스의 질 향상”을 지속적으로 도모해야 한다. 지출구조의 합리화를 위해 진료비 지불보상체계를 개선하며 비급여에 대한 관리방안을 제도적으로 확립하여야 한다. 넷째, “의료보장”에서 “건강보장”으로 건강보장제도의 서비스 영

표 5. 의료급여 수급자 보장률 현황

연도	1종			2종		
	전체	입원	외래	전체	입원	외래
2003	-	88.9	-	-	76.5	-
2006	94.1	90.6	96.1	87.0	82.0	86.6
2007	93.6	90.4	96.5	82.0	77.5	87.3
2008	91.8	87.6	95.9	86.2	78.7	85.4

주: -은 N.A.

자료: 2003년은 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원, 2009.

2006, 2007, 2008년은 건강보험공단, 건강보험정책연구원, 『2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 2009.

5) 건강보험정책연구원, 『2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 2009.

역을 확대해야 한다. 지금까지의 의료급여제도는 질병 치료(사후 보장)를 중심으로 서비스 영역을 확대해왔다. 그러나 앞으로는 예방(사전 보장), 급여 사후관리, 건강증진, 재활 등 서비스 영역을 적극적으로 보장하여 명실상부한 ‘건강보장’이 이루어질 수 있는 체계로 전환해야 한다. 다섯째, 의료급여제도는 “정책결정과 관리에서 국민 참여 강화”를 지향해야 한다. 부담 주체인 전체 사회구성원이 함께 책임지고 함께 만들어 가는 제도가 될 수 있도록 할 필요가 있다.

위에서 제시한 정책목표는 제도 도입의 취지를 실현하고자 하는 것이다. 이를 실현하고 구체화할 수 있는 전략은 다음과 같다.

1) 최후의 의료안전망으로서 의료급여 제도

사회안전망의 교과서적인 정의는 ‘삶의 주기에 따라 누구에게나 나타날 수 있는 다양한 위험으로 인해 빈곤 상태로 떨어지지 않도록 사회적 차원에서 보장하는 각종 제도적 장치’이다. 이 같은 개념 정의에 따르면 사회안전망은 모든 국민의 기본적인 생활을 보장하는 사회보장제도 일반을 의미하는 것이다.

우리나라의 사회안전망은 3단계로 구축되어 있다. 1차 안전망은 일반국민을 대상으로 한 건강보험을 비롯한 5대 사회보험으로 이루어져 있다. 2차 안전망은 1차 안전망에 의하여 보호받지 못하는 저소득층을 위한 공공부조인 국민기초생활보장제도로서 의료급여는 여기에 해당된다. 마지막으로 3차 안전망은 재난을 당한 사람들에게 한시적으로 최소한의 생활을 보장하는 긴급구호제도로서 의료구호는 여기

에 속한다.

의료급여제도는 빈곤층으로 추락한 계층의 건강과 질병에 대한 2차 안전망이자 최후의 안전망 역할을 해야 한다. 긴급구호로서 의료지원이 3차 안전망으로 제도화되어 있지만 이는 지극히 제한적인 역할만 하도록 설계되어있기 때문에 의료급여제도가 최후의 의료안전망이 되어야 한다. 따라서 빈곤층으로 추락한 계층이 각종 건강위험을 보장받으며 빈곤으로부터 탈피할 수 있는 전기를 제공해야 한다. 이를 위하여 의료급여제도는 적용의 포괄성과 급여의 충분성을 갖추어야 한다.

2) 건강증진, 예방, 질병관리, 재활의 영역을 적극적으로 보장

지금까지의 의료급여제도는 이미 발생한 질병의 치료비용을 사후적으로 보상하는 체계를 유지하였다. 그러나 인구 고령화와 생활습관의 변화로 인한 질병 양상의 변화는 새로운 건강위험을 초래하고 있고 이에 대한 대응력을 높여야 할 필요성이 커지고 있다.

인구 고령화와 만성질환의 증가는 후천적 장애 발생을 지속적으로 증가시킬 것이다. 장애 발생을 사전에 예방하고 이미 발생한 장애는 합병증 발생을 줄이면서 신속하고 원활한 사회복귀를 촉진하는 체계가 마련되어야 한다. 이는 장기적으로 의료급여의 재정 부담을 줄이는 데에도 큰 기여를 할 것이다. 따라서 향후 신속하면서 원활한 질병 회복과 사회복귀를 지원하기 위해서는 의료급여제도의 건강관리 지원체계를 구축해야 한다.

3) 고액 의료비 지출을 적극적으로 보장하는 급여체계

우리나라의 의료급여제도는 저소득 취약계층 대상 건강보장제도이지만 건강보험과 급여 범위가 같아 아직도 필수 의료서비스의 상당부분이 비급여로 남아 있다. 비급여의 과도함은 수급자의 접근성을 떨어뜨리게 됨으로서 저소득층 대상 의료보장이라는 제도 도입 취지와 멀어진다는 점에서 필수서비스에 대한 급여화가 시급하다. 최저생계비 이하의 계층을 대상으로 하기 때문에 급여 확대의 기준에 비용이 포함되어야 할 것이다. 본인부담상한제와 같이 사후적으로 일정 규모 이상의 총(누적)의료비용(비급여 포함)을 상환해주는 방안을 도입하는 등 고액 의료비 지출에 대한 안전망을 구축하는 것이 필요하다.

4) 급여 관리체계 구축

의료급여제도의 진료비가 매년 급증하고 있기 때문에 낭비적으로 사용되고 있는 부분을 줄여 전체적인 재정안정성을 높일 필요가 있다. 이를 위해 의료급여 수급자 전체를 대상으로 질환 양태에 따른 급여 관리 뿐 아니라 부당청구 등이 의심되는 의료기관에 대한 주의 깊은 감찰이 필요하다. 진료의 표준화를 이루기 위한 다양한 노력과 함께 부당 청구를 줄이기 위한 관리 프로그램을 시급하게 구축할 필요가 있다.

비급여 영역에 대한 급여체계 관리도 필요하다. 현행 급여체계는 보장성이 확대되어도 비급여 서비스 영역의 지속적인 팽창 때문에 궁극적

으로 국민의 경제적 부담 경감 효과가 미진할 수밖에 없다. 이 같은 문제를 해결하기 위해서는 급여 범위에서 명백하게 제외되어야 할 서비스 항목을 정하고 나머지 서비스 항목은 모두 급여 대상으로 포함하는 방식으로 급여 관리체계를 개편해야 한다.

또한 지불보상제도의 개편은 지출의 적정화 뿐 아니라 보장성 강화를 위해서도 매우 중요한 과제이다. DRG 지불방식은 미리 지정된 일부 비급여 항목을 제외한 모든 서비스 항목을 급여 대상으로 포함하는 기본 구조를 갖추고 있다. 따라서 DRG 지불방식의 확대는 무분별하게 산재한 비급여 서비스를 건강보장의 영역으로 포괄함으로써 국민의 부담을 경감시키는 보장성 강화의 과정으로도 이해할 수 있다. 건강보험에서 전면적으로 시행하기에 앞서 시범사업 성격으로 의료급여에서 먼저 시행하는 것도 우리나라 의료보장 급여체계의 선진화를 위한 방편이 될 수 있다. 또한 DRG 지불방식의 도입과 함께 인두제 지불방식에 기초한 주치의제가 도입된다면 약물 오남용 및 과다 이용을 억제하고 동시에 개인별 건강관리가 지금보다는 훨씬 용이해져 질적 관리가 동반될 수 있을 것이다.

5. 결론

본고는 국민기초생활보장법 시행 10주년에 즈음하여 의료급여제도의 지난 10년간의 공과를 되돌아보고 향후 제도발전 방향에 대하여 논의하였다. 지난 10년간 의료급여제도는 비약적인 발전이 있었지만 그 만큼 개선되어야

할 과제도 많다. 의료급여제도의 발전방향으로 다음과 같은 과제들이 제시되었다. 첫째, 의료급여제도가 최후의 의료안전망으로서 역할을 충실히 하기 위해서는 자격과 급여에서 포괄성과 충분성이 담보되어야 한다. 둘째, 의료보장의 패러다임이 변화하여야 한다. 지금까지의 사후적 치료성격의 보장체계에서 사전적 예방체계로 전환되어야 한다. 셋째, 비급여 포

함 비용 중심의 보장체계를 재구조화해야 한다. 넷째, 진료비 지불제도의 개편, 비급여 관리방안 등 급여관리체계가 도입되어야 한다. 위와 같은 과제들은 의료위험에 처해 최저생계가 위협받는 계층을 국가가 보다 철저히 보호하고 동시에 국민의 세금이 효율적으로 운영될 수 있는 기틀을 제공하여 제도의 지속가능성을 제고하고 있다. **보건복지**