

연구보고서 2006-06

의료안전망 구축과 정책과제

신 영 석
신 현 응
황 도 경
김 호 임
김 진 수

한국보건사회연구원

머 리 말

우리나라 의료보장체계는 30년이라는 길지 않은 기간 동안 비약적으로 발전하였다. 그러나 IMF 경제위기를 겪으면서 소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 있다. 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 최저생계비 이하의 빈곤층은 빈곤의 악순환에서 벗어날 수 없고 중산층은 중증의료위험에 노출됨에 따라 빈곤층으로 전락할 가능성이 높아지고 있다. 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별도의 제도가 존재하지 않고 특히 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대에 놓여있는 계층이 증가하고 있다.

이러한 현실을 반영하여 2004년부터 보건복지부에서는 만성·희귀난치성 질환 보유 차상위 계층 및 12세 미만 차상위 계층 아동에 대한 의료급여 확대, 저소득층 희귀·난치성질환자 의료비지원 사업대상 질환 확대, 긴급의료지원에 관한 특별법 제정, 심장질환, 뇌질환, 암환자 등에 대한 본인부담 감면 등 의료비 지원 대상을 확대하거나 본인부담을 감소시키고 있다. 각각의 대책들이 지엽적인 접근에 의해 저소득 취약계층에 대한 부분적 보장 강화방안이 도출되고 있으나 포괄적인 틀 구성이 미진하였다. 따라서 본 보고서에서는 의료안전망이란 개념을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 하면서, 이를 점검하고 드러난 문제점을 해결하고자 하였다.

본 보고서는 이처럼 현재 운영 중인 의료관련제도의 현황 및 문제점, 그리고 최근의 실태조사 결과 및 건강보험공단 자료를 토대로 소득계층별 의료이용 실

태들을 분석하여 이를 토대로 기존의 취약계층에 대한 의료비 지원 및 보건의료서비스 지원 사업 등 제반 정책 및 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안을 모색하고 있다. 국민건강보험 및 의료급여제도의 정책 및 기초 자료로도 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신영석 연구위원의 책임 하에 신현웅 선임연구원, 황도경 연구원 그리고 건강보험공단의 김진수 박사에 의해 완성됐다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 경북대 박재용 교수, 연세대 정형선 교수, 세종대 이수연 교수 등에 감사를 표하고 있다.

또한 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 노대명 연구위원, 이태진 연구위원에게도 감사하고 있다.

2006년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

Abstract	11
요 약	13
I. 서 론	40
1. 연구의 목적 및 필요성	40
2. 선행연구 현황 및 선행연구와 본 연구의 차별성	43
3. 연구방법 및 연구내용	51
II. 의료안전망 개념 및 관련 이론	53
1. 안전망의 개념 (Definition of safety net)	53
2. 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론	56
III. 외국의 제도 및 시사점	61
1. 베버리지형(조세방식) 의료제도 국가	61
2. 비스마르크형(사회보험방식) 의료제도 국가	74
3. 자유주의형 - 미국	103
4. 종합 및 시사점	132
IV. 의료안전망 관련 현황, 실태 및 문제점	137
1. 의료 관련 제도 현황	137
2. 의료안전망 실태	159
3. 의료안전망 관련 문제점	194

V. 의료안전망 구축방안	197
1. 건강보험 체납자에 대한 자격 관리 방안	197
2. 저소득 취약계층에 대한 보장성 강화 방안	198
VI. 결 론	205
참고문헌	209

표 목 차

〈표 II- 1〉 과부담 의료비 지출에 대한 개념 정의	59
〈표 III- 1〉 프랑스의 질병보험제도	75
〈표 III- 2〉 의료부조 수급자수	79
〈표 III- 3〉 연령 계층별 피보호 인원의 추이	91
〈표 III- 4〉 세대 유형별 피보호 세대수의 추이	92
〈표 III- 5〉 세대 인원별 피보호 세대수의 구성 비율의 추이	92
〈표 III- 6〉 생활보호비의 추이	93
〈표 III- 7〉 생활부조기준액 - 표준 3인 세대(33세 남자, 29세 여자, 4세 자녀)의 경우	96
〈표 III- 8〉 의료부조인원, 의료부조율, 입원율	99
〈표 III- 9〉 의료부조인원의 질병종류별 구성비율	100
〈표 III-10〉 미국 국민의료비 재원구성의 변화	111
〈표 IV- 1〉 연도별 건강보험 적용대상자 현황	138
〈표 IV- 2〉 요양급여비용중 본인부담률 및 부담액	140
〈표 IV- 3〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황	141
〈표 IV- 4〉 의료급여의 본인일부부담금	143
〈표 IV- 5〉 가구원 판별기준	147
〈표 IV- 6〉 개인단위 보장	148
〈표 IV- 7〉 지원 금액	154
〈표 IV- 8〉 지원 내역	155
〈표 IV- 9〉 요양기관종별 2004년과 2005년의 보장률	164
〈표 IV-10〉 의료에 있어 박탈상태로 보고한 가구비율	166

<표 IV-11>	만성, 희귀질환자가 있는 가구의 직접의료비(입원비, 외래비, 약국비용의 합) - 가구분포	167
<표 IV-12>	만성, 희귀질환자가 있는 가구의 간병비용 - 가구분포	168
<표 IV-13>	만성질환 및 희귀질환이 없는 가구의 소득구간별 의료비 - 가구분포	169
<표 IV-14>	이환 여부와 상관 없는 가구당 소득 규모별 의료비(입원+외래+약국+간병+일반의료비) 합 - 가구 분포 ..	171
<표 IV-15>	보험료 + 의료비(입원+외래+약국+일반의료비)의 합 - 가구분포 ..	172
<표 IV-16>	의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 가구비율- 가구분포	173
<표 IV-17>	소득구간별 주관적의료비(월 평균)-가구분포	174
<표 IV-18>	의료비용 가계부담 - 가구분포	175
<표 IV-19>	의료비 충당방식 - 가구분포	176
<표 IV-20>	치료포기경험 - 가구분포	177
<표 IV-21>	치료포기이유 - 가구분포	178
<표 IV-22>	가구당 총소비지출 대비 의료비 비중별 가구수 및 의료비 발생규모의 추이	183
<표 IV-23>	분석데이터 분포	184
<표 IV-24>	2001년과 2005년의 최저생계비 규모	185
<표 IV-25>	의료급여 수급자의 종별 진료비 및 본인부담 실태(2001년) ..	186
<표 IV-26>	의료급여 수급자의 종별 진료비 및 본인부담 실태(2005년) ..	186
<표 IV-27>	의료급여 수급자의 종별 과부담 의료비 분석자료 (2001년) ..	186
<표 IV-28>	의료급여 수급자의 종별 과부담 의료비 분석자료(2005년) ..	187
<표 IV-29>	건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(지역, 2001년) ..	188
<표 IV-30>	건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(지역, 2005) ..	189
<표 IV-31>	건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(지역, 2001년) ..	190

<표 IV-32>	건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(지역, 2005년) …	190
<표 IV-33>	건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(직장, 2001년) …	192
<표 IV-34>	소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(직장, 2005) ……………	192
<표 IV-35>	건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(직장, 2001년) …	193
<표 IV-36>	소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(직장, 2005) ……………	194
<표 V- 1>	저소득 취약계층 대상 비급여 본인부담 감소를 위한 정책 대안 …	204

그림 목 차

[그림 II- 1]	치료비용 규모와 재정적 부담간 관계 ……………	57
[그림 III- 1]	영국의 사회보장체계 ……………	63
[그림 III- 2]	독일의 사회보장체계 ……………	83
[그림 III- 3]	사회보장 기본구조 ……………	89
[그림 III- 4]	생활보호의 실시체제 ……………	90
[그림 III- 5]	의료부조의 급여수준 ……………	97
[그림 III- 6]	사회보장체계 ……………	104
[그림 III- 7]	미국 의료보장 수급자(79.3백만명)의 구성(2003) ……………	110
[그림 III- 8]	미국 국민의료비의 재원구성 ……………	111
[그림 III- 9]	미국 연방 의료보장 예산의 지출구성, 2003 ……………	112
[그림 III-10]	OECD 국가의 국민의료비 대비 공공의료비 비율, 2001 ……………	134

Abstract

Establishment of the Health Care Safety Net and Policy Task

- Due to factors including the polarization of income, the groups that may be degenerated below the poverty line. However the health care system is not capable of supporting them.
 - The research develops suggestions on how to reform and improve the present frame work and policies of poverty including the health care expenditure support and support to the health and medical services, by examining them.
- The health care safety net: The comprehensive system that includes all the services available to individuals and household in need of help due to difficulties related to receiving health care services.
- Study on the subscribers of the health care insurance 2005 in accordance with income levels and the individual's co-payment.
 - As the expenditure on medical fees in 2005 increased more than the income increase comparing 2001, the burden of medical spending is increased to households.
- The number of the households over-burdened with medical expenditure(over 10% of the income) comprises of 15.5% of the total population.
- For those non-voluntarily fails to pay the insurance fees, it may be considered to switch them to recipients of the insurance or provide them with a loan to pay the delayed fees.
- Payback system
 - To adopt a system to return the money spent by individuals for non-compensatory type of medical care.

요 약

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 목적

- 소득의 양극화 등에 따라 빈곤층 및 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나 이들에 대한 의료보장제도는 이를 감당하지 못하고 있음.
 - 우리나라 의료보장체계는 30년이라는 길지 않은 기간 동안 비약적으로 발전하였으나 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 이에 따라 건강의 계층간 형평성 문제가 현안으로 떠오르고 있음.
 - 소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 있음.
 - 학력, 소득수준, 직업 유형별로 유병률의 차이가 현저하고 소득 계층별 부담의 불형평성 문제도 주요 이슈로 제기되고 있음.
- 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 최저생계비 이하의 빈곤층은 빈곤의 악순환에서 벗어나지 못하고 중산층은 중증의료위험에 노출됨에 따라 빈곤층으로 전락할 가능성이 높아지고 있음.
 - 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별도의 제도가 존재하지 않고 특히 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대에 놓여있는 계층이 증가하고 있음.
 - 급여범위의 제한과 의료서비스 이용시 높은 본인부담제도^{주1)}로 인하여

주1) 건강보험 가입자의 부담은 급여부문과 비급여 부문으로 나뉜다. 급여부문은 법정본인일부 부담(입원은 20% 정률제, 외래는 1회 방문당 일정진료액 미만은 정액제, 그 이상은 종별

타 OECD국가들에 비해 보장성이 낮음.

- 본 연구에서는 기존의 취약계층에 대한 의료비 지원 및 보건의료서비스 지원 사업 등 제반 정책 및 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안을 제시하고자 함.

2. 선행연구 현황 및 선행연구와 본 연구의 차별성

- 의료비 본인부담과 관련한 기존의 국내연구들은 고액진료비환자 특성이나 총 진료비 중 본인부담 수준 등 진료비 자체에 국한한 주제들이 주를 이루어왔음.(김창엽 외, 1999; 구미경, 2001; 이진경, 2001)
 - 한편 소득수준을 고려한 본인부담의 수준과 관련한 연구는 많지 않으나 이수연(1997)과 이태진 등(2003)의 연구가 소득 계층간 의료비 부담률의 불평등이 존재하는지에 대해 총론수준에서 접근하였음.
 - Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하면서 높은 의료비 지출로 인해 대부분의 사람들이 의료비 과부담 문제를 겪을 수 있지만 그 중에서도 특히 사회의 빈곤층이 가장 심각한 상태에 빠질 수 있다고 하였음.
 - Xu(2003)는 빈곤가구는 의료보장 체계의 본인부담비가 축소되면 의료비 지출 과부담과 재정적 위험에서 벗어날 수 있다고 하였음.
- 건강형평성에 대한 논의는 크게 두 가지로 구분할 수 있는데, 첫째는 거시적인 자료를 토대로 의료비 및 의료이용의 형평성을 분석한 연구이며, 둘째는 미시적인 자료를 중심으로 건강수준의 불평등 실태 및 이에 영향을 미

요양기관에 따라 30~50% 정률제)과 100/100본인부담으로 구성되며, 비급여부문은 법정비급여, 한시적비급여, 임의비급여로 구성되어 있다(건강보험법 시행령 제22조, 시행규칙 제9조와 10조, 국민건강보험요양급여 기준에 관한 규칙 제9조). 의료급여수급권자의 부담은 외래 및 입원 모두 법정본인부담이 없는 1종과 입원시 15%, 외래이용시 1,000원, 약국이용시 500원의 본인부담이 있는 2종으로 구분되며, 100/100본인부담 및 비급여부문은 전액 본인부담한다(의료급여법 제13조).

치는 요인을 규명하고자 하는 연구임.

- 전자의 연구들은 주로 Kakwani 의료비 누진성지수, 간접표준화지수 등을 사용하여 우리나라와 외국간의 의료비 부담에 대한 형평성 분석
- 후자의 연구들은 사망, 유병, 건강행태 등의 사회계층간 차이를 밝히고 이러한 차이에 영향을 주는 요인을 규명하고자 하였음.

- 최병호(2004)의 『국민의료의 형평성 분석과 정책과제』에서는 보건의료부문에서의 형평성 실태를 분석하기 위하여 보건의료 재원부담의 형평성, 건강수준 혹은 건강상태의 형평성 그리고 의료이용의 형평성 및 의료필요와 비교한 의료이용(unmet need)의 형평성 분석
- 문옥륜(1996)의 『의료서비스 이용의 형평성에 관한 연구』에서는 직장의료보험 가입자와 지역의료보험 가입자를 대상으로 건강 및 의료서비스 이용의 형평성을 검토하기 위해 성별, 지역별, 계급별 건강수준의 불평등과 성별, 지역별, 계급별 의료이용여부와 의료서비스 이용량의 불평등, 그리고 의료이용의 불평등 정도를 계량화하고 다른 나라의 결과와 비교 분석
- 양봉민(2003)의 『보건의료재원 조달의 형평성』에서는 1996년부터 2000년까지의 연도별 통계청의 도시가계조사 자료를 이용하여 Wagstaff and van Doorsler, et al.(1999)이 제안한 방법으로 접근하였으며, 직·간접세, 사회보험 및 본인부담액 등 보건의료 재원조달 항목별 가쿠와니 지수를 산출하고, 당해연도의 국민의료비 재원 구성비에 의한 가중평균으로 총 가쿠와니 지수를 산출함으로써 국민의료비 재원부담의 구성항목별 형평성 분석
- 권순만(2003)의 『보건의료 이용의 형평성』 연구에서는 한국보건사회연구원의 1998년 국민건강영양조사자료 원자료를 van Doorslaer, et al.(2000)가 제안한 방법에 따라 의료이용의 형평성 분석
- 신영석(2005)의 『의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안』에서는 의료급여 수급권자의 의료 관련 본인부담(비급여포함) 분석을 통하여 급여의 적절성 측면에서 보장성 강화 방안을 도출하고 의료급여 수급권자들의 의

료이용실태를 파악하여 필요이상의 장기입원을 하거나 경향치 이상의 고액이 소요되는 질환자들을 적정진료로 유도할 수 있는 방안 제시

- 신영석(2004)의 『차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』은 소득빈곤과 의료 빈곤에 관한 객관적인 자료를 토대로 심층 분석하여 저소득층 의료 사각지대를 해소하고 의료욕구가 긴요한 저소득층의 규모를 파악하여 건강보험 및 의료급여사업의 합리성·효율성 제고와 의료급여수급자 선정 및 관리 그리고 건강보험 가입자에 대한 관리운영체계 개선작업을 뒷받침할 수 있는 기초 자료 구축
- 김혜련(2004)의 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』은 건강수준의 불평등과 관련된 지표들을 이용하여 사회계층간 건강수준의 차이를 대표성 있는 대규모 국가통계자료를 통하여 실증적으로 분석하고, 사망률 및 유병수준과 관련된 요인들의 기전 분석
- 본 연구는 취약계층의 의료지원과 관련된 제도 및 법을 포괄적으로 검토하여 통합적인 정책 방안을 모색하고자 함.
 - 기존의 취약계층에 대한 의료비 지원 및 보건의료서비스 지원 사업 등 제반 정책과 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안 제시
 - 2003년에 실시된 의료 차상위 실태조사 및 2004년에 실시된 차상위 실태조사 결과를 분석하고 건강보험공단이 보유한 자료를 연계하여 소득계층별(보험료를 대리변수로 사용) 의료이용 실태 분석
 - 제도 및 법에 대한 심층 분석과 계층별 실태분석을 토대로 의료보장체계 재정비

3. 연구방법 및 연구내용

- 문헌 고찰을 통해 국내외의 기존 연구물들이 제시하고 있는 연구방법, 내용,

결과에 대해 정리하여 본 연구의 방향 정립

- 저소득 취약계층에 의료관련 제도 및 법에 대하여 분석
- 의료욕구가 발생했을 때 경제적 능력과 상관없이 최소한의 치료를 보장 받을 수 있는 지 여부 검증

□ 의료관련 외국의 제도를 우리와 비교하여 시사점을 도출

- 공보험이 없는 미국, 조세방식의 영국, 우리와 비슷한 환경의 독일 및 일본, 대륙형 복지모델의 대표인 프랑스, 스칸디나비아 복지모델의 대표로써 스웨덴 등에 대해 심층 고찰

□ 2003년의 의료차상위 실태조사와 2004년의 차상위 실태조사 자료를 토대로 기술 분석을 하고 건강보험공단의 진료실태 자료와 연계하여 계층분석

□ 본 보고서의 주요 연구내용

- I 장: 연구의 필요성, 목적, 내용, 기대효과 등 연구의 흐름에 대한 개괄적으로 정리
- II 장: 의료안전망에 대한 조작적 정의를 하고 관련 이론 제시
- III 장: 외국의 제도 소개
- IV 장: 의료안전망 관련 실태 및 문제점 조명
 - 저소득 취약계층에 대한 현행 제도 및 법에 대한 심층 분석
- V 장: 도출된 문제점을 해결하는 차원에서 실질적 의료안전망 구축방안 제시
- VI 장: 결론

□ 기대효과

- 전 국민 대상 포괄적인 의료 안전망을 강구함으로써 의료위험이 발생했을 때 최소한의 의료보장 담보
- 의료이용 측면에서 계층간 형평성 제고

- 건강보험 및 의료급여를 포함하여 우리나라 의료보장 틀 재구성

II. 의료안전망 개념 및 관련 이론

1. 안전망의 개념(Definition of safety net)

□ 사회안전망(Social Safety Net): 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그 들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도 통칭

- 지원수단의 영향력이 지속되는 기간에 따라 두 가지 형태로 나뉨.
 - 아동수당, 음식 보조금 등 기타 식생활을 위한 지원, 여러 가지 형태의 기초서비스 수혜를 위한 바우처 등 단기간에 걸쳐 제도의 영향력이 발휘되는 이전(Transfer)사업: 소비형태의 사회안전망
 - 공공 일자리 제공, 신용회복 등 상대적으로 좀 더 장시간 영향력을 미치는 비이전성 지원제도: 투자형태의 지원제도
 - 전자의 형태도 인적자본을 형성하는 데 지원되는 것으로 해석하면 투자의 개념으로 볼 수 있음.

□ 용어 정리

- 사회보장(Social Protection): 사회보험, 사회 서비스, 사회부조, 사회안전망 포괄
- 사회보험(Social Insurance): 기여를 통하여 질병, 실업, 산업재해, 노령기의 소득 등 보장
- 사회부조(Social Assistance): 기여와 상관없이 빈곤층, 취약계층, 사회적 약자 등 보호
- 사회서비스(Social Services): 교육, 보건, 사회복지 분야 등에서 공공부분

이 제공하는 서비스

- 사회안전망(Social Safety Net): 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함
- 의료안전망: 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도 포괄
 - 정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아질 수 있음.
 - 본보고서에서는 의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위^{주2)} 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 하고자 함.

2. 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론

- 소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있음.
 - Wyszewinaski(1986a)는 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우로 과부담 의료비 정의
 - Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 ‘과부담의료비 지출’을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의

주2) 이현주 외 『차상위 실태분석 및 정책제안』에 의하면 소득((경상소득-생계급여-정부지원금)이 최저생계비 기준 120% 이하(차상위 계층)는 전국민의 약 20.3%로 나타나고 있음.

- 세계보건기구(WHO, 2000)는 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력으로 나눈 지표가 40%를 초과할 경우 ‘과부담상태’(catastrophic status)로 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있다고 하였음.
 - Wagstaff et al., 1999는 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수^{주3)}를 사용하여 소득계층간 형평성 측정
 - Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였음.
 - 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15% 이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고
 - Waters·Anderson·Mays(2004)는 일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우를 과부담상태로(catastrophic status) 규정하고 소득계층간 발생분포 조사
 - Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의
 - Xu(2003)는 빈곤가구는 의료보장 체계의 본인부담비가 축소되면 의료비 지출 과부담과 재정적 위험에서 벗어날 수 있다고 하였음.
- 한 가구의 의료비 지출이 가계재정에 부담을 미치는 가장 중요한 변수는 가구의 소득(Berki, 1986; Wyszewianski, 1986b; Kawabata, Xu, and Carrin, 2002; 이수연, 1997), 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태(세계보건기구의 Kawabata·Xu·Carrin(2002)), 노인이나 만성질환자, 그리고 장애인이 있

주3) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수로(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력이 있어 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다.

는 가구들의 유무로 파악되고 있음.

Ⅲ. 외국의 제도 및 시사점

1. OECD 국가에 있어서 보편적 의료보장의 확보

- OECD 국가 대부분은 보편적인 의료보장을 기본으로 함. 즉, 세금이나 보험료로서 보편적 의료보장이라는 상품을 사고 있다고 볼 수 있음.
 - 베버리지형 국가들은 주로 높은 세금을 재원으로 하며 비스마르크형 국가들은 높은 보험료를 재원으로 한다는 점에서 차이가 있지만 공공 재원을 주재원으로 하고 있는 점에서는 같음.
 - 국민의료비 중에서 세금이나 사회보험료를 재원으로 하는 부분을 공공의료비(public health expenditure: PHE)라고 부르고 있는 것도 같은 맥락임.
- OECD의 30개 회원 국가 중에서 전국민을 대상으로 한 보편적 의료보장(universal population coverage)을 취하지 않고 있는 국가는 독일, 네덜란드, 미국, 멕시코, 터키의 5개 국가 뿐임.
 - 독일과 네덜란드는 상대적으로 자비부담이 가능한 부유층을 중심으로 10~30%의 국민을 공적인 의료보장에서 제외시키거나 자발적으로 벗어나게(opt out) 하며, 이들 계층 대부분은 민영보험 등에 의해 커버되기 때문에 이들 국가에서는 이미 보편적 의료보장이 이루어져 있다고 볼 수 있음.
 - 멕시코의 경우는 최근까지 피용자에게만 사회보장제도를 통한 의료보장이 이루어지고 있지만, 2004년부터 보건분야의 사회보호제도를 통해 나머지 주민에게도 공보험을 제공하기 시작하고 있으며, 터키 또한 세 가지 사회보장제도를 통해 3분의 2의 국민이 의료보장 하에 있고 나머지 국민에게도 확대하는 과정에 있음

- 결국 25%의 국민만을 공적 의료보장 하에 놓고 있는 미국만이 OECD 국가 중에서 보편적 의료보장을 확보하지 못하고 있는 것임.
- 인구집단 면에서의 의료보장(population coverage)과 급여수준(benefit coverage)을 포괄하여 동시에 보여주는 PHE(공공의료비)의 비중 면에서는 미국, 멕시코, 한국, 그리스, 스위스가 낮은 편에 속함.
 - 미국에서는 대다수 국민이 민영보험을 중심으로 한 사적 의료보장에 의존하고 취약계층에 대해서만 공적 의료보장이 이루어지기 때문에 민간재원의 비중이 높고, 스위스에서는 전 국민이 공보험에 의해 기본의료서비스를 제공받으나 80%의 국민이 보충적 민영보험을 가입하고 있기 때문에 민간재원의 비중이 높음
 - 한국은 인구집단 면에서의 보편적 의료보장(universal population coverage)에도 불구하고, 비급여항목이 많고 급여항목의 경우에도 이용 단계에서의 본인부담(cost-sharing)이 높아서 민간재원의 비중이 높게 나타나고 있음. 또한 민영보험의 미발달로 민간재원의 대부분을 직접적인 가계부담에 의존하고 있는 것도 특징임.

2. OECD 국가에 있어서 취약계층 의료보장의 유형

- OECD 국가를 중심으로 한 선진국은 베버리지형 국가나 비스마르크형 국가나 막론하고 필수적인 의료에 대해서는 공적 의료보장의 대상으로 함. 즉, 핵심서비스(core service) 내지 기본패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package)로서 지불능력과 관계없이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있음.
 - 최근 모럴해저드의 방지와 공공재정부담의 완화 차원에서 이용자 부담을 설정 내지 확대하는 경향이 있는 것은 사실이나 출발점은 우리나라의 반대편에 있었던 것임.
 - 취약계층에 대한 배려는 저소득층에만 한정되지 않고 임산부, 아동, 장애인 등 개별 주민의 특성 내지 의료적 필요성도 강하게 반영하게 됨.

- 영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건서비스의 틀에서 통합적으로 전 국민에게 보건의료를 제공함. 필수의료의 경우에는 이용 단계에서 거의 무상으로 이용이 가능하도록 하면서 의약품, 치과 등의 선택적 의료의 경우에 환자의 이용자 부담을 두게 됨.
 - 일부 취약계층에게는 이용자 부담을 면제하든지 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약받지 않도록 하는 구조 하에 있음.
- 독일, 프랑스 등 비스마르크형 국가들은 지불능력이 결여되거나 지불부담으로 인해 의료의 이용이 제약받게 될 계층에 대해서는 이를 면제한다든지 대납하든지 하는 특별한 배려를 하는 형식을 취하고 있음.
 - 독일의 경우에는 정상시의 보험료 납부에 있어서 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복무자의 경우는 국가 등이 대납하고 있음
 - 이용 단계에서의 부담은 장기만성질환자에 대한 본인부담을 소득의 1% 이내로 하며, ‘사회조항’에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제함.
 - 프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시함.
 - 즉, 수혜자격 요건은 ① 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고 ② 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 함
 - 일본은 국민의 1% 정도에 해당하는 생활보호 대상자에게 예외적이고 잔여적 형태의 의료부조를 실시하는 것으로 국민개보험을 통해 필요서비스를 충족시키는 것을 원칙으로 함
 - 일본 의료부조의 경우는 생활보호 수급자도 극히 예외적인 상황에 놓인

소수의 국민을 대상으로 하고 있고 이러한 생활보호 대상자 중에서 의료적 필요가 있는 경우 사전에 실시기관에서 의료권을 발급받아 의료부조를 받는 것이기 때문에 비교적 제한적인 제도임. - 이 면에서는 프랑스로 이와 유사한 형태로 분류 가능함.

- 미국은 선진국으로서 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없으며, 그 대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)와 노인과 장애인등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 국민의 28%를 대상으로 의료보장 기능을 담당하고 있음.

3. 시사점

- 대부분의 유럽국가는 조세방식이나 보험료 방식의 차이 없이 저소득층의 의료보장을 실현하고 있고 공공보험이 없는 미국은 저소득층 대상 수급자격을 폭 넓게 하여 약 14% 이상의 국민이 Medicaid 혜택을 받고 있음.
 - 첫째, 빈곤층 대상 의료보장제도인 의료급여는 수급기준의 폭을 넓힐 필요가 있음.
 - 차상위 계층으로 통칭되는 저소득 취약계층에 대한 수급기준을 완화하여 의료보장 사각지대 해소
 - 둘째, 실효급여율 제고
 - 급여범위 확대 및 본인부담 축소를 통한 의료보장 강화
 - 셋째, 선진국의 경험에 비추어 과도한 의료남용을 경계할 수 있는 제도 필요
 - 최근 독일, 프랑스 등은 과도한 의료이용에 따라 심각한 재정 압박을 받고 있어 이를 해결하기 위하여 일부 본인부담을 신설하는 등 남용을 방지하기 위한 다각적인 대책 강구

IV. 의료안전망 관련 현황, 실태 그리고 문제점

1. 의료관련 제도 현황

가. 건강보험

- 목적: 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상 및 사회보장 증진에 기여
- 2005년 12월 현재 4천 7백만명이 건강보험 적용을 받고 있음.
- 보험급여의 범위: 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대한 보험급여의 내용은 국민건강보험법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송으로 규정되어 있음.
 - 요양기관에서 받은 서비스 중 건강보험이 적용되지 않는 비급여 항목인 상급병실료 차액, 지정진료료, 기타 비급여항목은 본인이 100%로 부담
 - 요양기관 종별에 따라 본인 일부 부담의 차등 적용

나. 의료급여

- 목적: 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스에 대한 접근을 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있음.
- 2005년 12월 현재 약 176만명이 수급권자로 책정되어 있음.
- 급여범위: 건강보험과 유사하게 의료급여 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여제도의 급여 범위는 의료급여법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치로 규정되어 있음.

- 1종 수급권자(노동 능력이 없는 자)에 대해서는 법정 급여 범위 내에서 본인부담이 없고 2종 수급권자(노동 능력이 있는 자)에 대해서는 정을 또는 정액의 방식으로 건강보험보다는 낮은 본인부담률 적용
- 2종 수급권자를 대상으로 대불금제도, 본인부담 보상제 그리고 본인부담 상한제를 운영하고 있음.
 - 대불금제도는 급여대상 본인부담금이 20만원 초과시 초과한 금액을 무이자로 대불하여 대불기간 동안 균등상환하고 본인부담보상금은 급여대상 본인부담금이 매 30일간 20만원을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보상하는 제도이며, 본인부담상한제는 급여대상 본인부담금이 매 6월간 120만원을 초과한 경우에 그 초과 금액을 기금에서 부담

1) 수급자 선정기준

- 소득 및 재산 기준: 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 3,800만원, 중소도시는 3,100만원, 농어촌은 2,900만원 적용
 - 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100% 적용
- 부양의무자 기준: 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부

양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분

- 扶養義務者 範圍는 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 1촌 이내의 혈족

다. 희귀난치성 질환 의료비 지원사업(보건의료사업비로 지원)

- 목적: 보건의료사업비로 지원되는 희귀난치성 질환 대상 의료비 지원사업은 질환자의 과중한 경제적 부담을 덜어주어 대상자와 그 가족의 사회경제적, 심리적 안정을 도모하고 국민건강 및 복지수준을 제고하기 위하여 시행하고 있음.
- 대상: 2006년 희귀·난치성질환자 의료비 지원사업 대상 질환^{주4)} 89종에 해당하는 질환을 보유하고 있는 건강보험가입자 중 환자가구와 부양의무자가구가 소득 및 재산 기준을 만족하는 자
- 급여: 희귀·난치성질환 및 그 합병증으로 인한 진료의 급여비용(장기이식 및 한방 진료 관련 의료비는 제외) 중 법정본인부담금, 근육병·다발성경화증·유전성운동실조증·뮤코다당증·부신백질영양장애 환자에게는 보장구 구입비 중 보험급여에 해당하는 본인부담금, 호흡보조기 대여료(월 80만원 이내) 또는 산소호흡기 대여료(월 10만원 이내) 등이 지원되고, 지체 또는 뇌병변장애 1급 해당자만 간병비(매월20만원)가 지원되고 있음.

라. 응급의료대불제도

- 목적: 당장 치료를 받아야 할 응급환자에게 의료비를 내지 못한다는 이유로 의료기관 등이 응급의료를 거부하는 폐해를 없애고 인간생명의 존엄성을 유지하기 위해 도입

- 응급의료 대불제도는 의료기관 등이 응급환자에게 응급의료 서비스를 제

주4) 2006년부터 희귀·난치성질환자 의료비지원사업 대상질환을 89종으로 확대함

공하고 이에 대한 비용을 지불받지 못하였을 경우 그 비용 중 응급환자 본인이 부담하여야 하는 금액에 대하여 심사평가원이 동 미수금을 대불하여 주고 사후에 응급환자 본인이나 부양의무자 또는 다른 법령에 의한 의료비부담 의무자에게 대불금을 상환 받고 있음.

마. 미숙아 및 선천성 이상아 지원제도

1) 미숙아 의료비 지원

- 목적: 생활이 어려운 가정에서 출생한 미숙아 및 선천성이상아에 대한 본인 부담금의 의료비를 지원하여 과다한 의료비 지출로 인한 치료포기 등으로 발생하는 장애 및 영아사망을 예방하기 위함.
- 지원대상: 기초생활수급자의 자녀 또는 삼태아 이상 출산 가정을 포함, 관할 보건소장이 생활이 곤란하다고 판단하여 의료비 지원이 필요한 자

2) 선천성 이상아 의료비 지원

- 기초생활 수급자 자녀 및 관할 보건소장이 생활이 곤란하다고 판단하여 의료비 지원이 필요하다고 판정한자를 지원대상으로 하고 있음.

바. 긴급복지지원제도(의료)

- 중한 질병 또는 부상으로 의료비를 감당하기 곤란한 자에게 복지부장관이 고시하는 금액(300만원 이내)의 범위 안에서 의료서비스를 지원하는 제도로 원칙적으로 1회이며 최대 2회까지 지원
 - 지원 대상은 최저생계비의 130%(4인 가구 기준 약 1,522천원)이하의 소득과 보건복지부 장관이 고시하는 금액(지역별 기본재산액의 250%: 대도시 9,500만원, 중소도시 7,750만원, 농어촌 7,250만원)이하의 재산 그리고 120만원 이하(민사집행법상 압류금지 생계비)의 금융재산 조건을 만족하여야 함.

사. 보건소 사업 내용

- 방문보건사업: 보건기관 인력이 지역주민을 대상으로 가정 또는 시설방문을 통하여 가족문제 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족의 자가관리능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜 주는 포괄적인 건강관리 사업
- 구강보건사업: 충치예방 수돗물 불소농도조정사업 지속추진, 충치 없는 유아 및 초등학생층 만들기 위한 치아홈메우기, 노인을 위한 구강보건사업, 국민의 구강보건에 관한 인식 제고, 구강보건사업담당자 교육기회 부여 등의 사업 실시
- 가족보건사: 인구의 자질 및 삶의 질 향상에 중점을 두어 건강한 차세대 국민을 확보하기위한 영유아 건강관리, 선천성대사 이상 등 장애아 발생예방, 모유수유율 제고와 모성건강의 보호 및 증진을 도모하고 출생성비불균형 해소, 인공임신중절 예방, 청소년 성 문제 등 사회적 정책과제와 연계하여 가족의 보건복지증진 차원에서 생식보건사업(Reproductive Health Care)으로 추진하고 있음.
- 정신보건사업: 지역사회 내에서 정신질환자를 조기에 발견하여 상담, 치료, 재활 및 사회복지를 지원하는 방향으로 사업 수행
- 암 관리 사업: 암 질환으로 인한 사회적·경제적·정신적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해 암관리 사업 시행
- 한방 지역보건사업: 보건소 중심의 한방지역보건사업을 실시하여 중풍, 치매 등 만성·퇴행성질환의 예방 및 치료를 통해 지역주민의 건강증진 도모

2. 의료안전망 실태

가. 자격 측면

- 법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활보장 수급자, 인간문화재, 의사상

자 등 기타 대상자, 특례법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전국 민은 건강보험 가입자 이므로 자격측면에서 안전망은 공고함.

- 그러나 3개월 이상 체납하고 있는 가입자의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료안전망으로부터 벗어나 있고, 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓여있는 계층이 약 3만 명^{주5)}에 이르고 있음.

□ 건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 207만 세대의 체납세대 중 46.7%인 약 97만 세대가 생계형 체납이고 나머지 110만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있음.

- 자격측면에서 97만 세대(233만 명)^{주6)}와 약 3만 명의 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료욕구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있음.

나. 급여 측면

1) 본인부담 실태조사 결과

□ 국민건강보험공단의 연구에 의하면 전체적으로 2005년의 보장률은 61.8%로 2004년의 61.3%보다 조금 상승한 것으로 분석되었음.

- 법정본인부담률은 0.6%p 낮아졌으며 비급여비율은 0.1%p 높아진 15.7%로 나타났음.

2) 차상위 실태 조사 결과

□ 비수급 빈곤층(최저생계비 이하의 소득자이나 부양의무자 조건 또는 소득인정액 개념 때문에 수급자로 편성되지 못한 계층)이 다른 계층에 비해 의료박탈 상태에 있음.

- 수급 빈곤층의 경우 의료급여 수급자이기 때문에 본인부담 수준이 건강

주5) 건강보험공단 내부자료 인용

주6) 부양률 1.4 적용 추산

보험적용자인 비수급 빈곤층에 비해 상대적으로 적어 박탈비율이 비수급 빈곤층에 비해 적음.

- 만성질환 및 희귀질환 보유 가구의 경우 전 국민의 약 10%가 1년 평균 200만 원 이상의 직접의료비 부담
 - 1년 의료비가 100만원이 넘는 가구의 비율이 수급가구는 15%, 소득인정액 기준 최저생계비 120% 미만의 계층은 30.7%, 경상 소득 최저생계비 기준 150% 이상 계층은 34.5%로 나타났음.
- 과부담의료비에 대한 정의를 의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 계층으로 하면 수급자의 48.6%와 차상위 계층의 67.2%가 의료비 과부담(의료비가 소득의 10% 이상 초과) 상태에 있음.

3) 의료안전망 실태 관련 다른 선행 연구 결과

- 최병호(2004)의 『국민의료의 형평성 분석과 정책과제』: 보건의료재원부담의 형평성에서 조세부담의 가쿠와니 지수는 1996년 0.0022에 비해 2000년에 0.0327로서 누진적이었고 보험료부담의 가쿠와니 지수는 1996년에 -0.1610로서 역진적이었으나 2000년에는 -0.0847로 역진성이 완화되었음.
- 양봉민(2003)의 『보건의료재원 조달의 형평성』: 2000년을 기준으로 보험료의 가쿠와니 지수는 -0.1634로서 역진적으로 나타났으며, 조세와 보험료를 포함한 공적재원부담의 가쿠와니 지수는 -0.0600으로써 다소 역진성을 띠고 있음.
- 이원형(2005)의 『도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태』: 전체가구 대비 과부담의료비 지출 가구의 규모(2.0~11.8%)에 비해 이들 가구들이 지출한 의료비가 전체의료비에서 차지하는 비중(10.9~39.2%)이 상대적으로 높았으며, 동일한 과부담의료비 지출이지만 가구당 월평균 의료비의 크기는 저소득층이 고소득층 보다 통계적으로 유의하게 낮았음($p < 0.05$).

4) 2001년과 2005년 건강보험 가입자 및 의료급여 대상자 소득계층별 과부담
의료비 가구 분석

- 2001년과 2005년 건강보험가입자 및 의료급여대상자의 소득계층별 의료이용 행태를 살펴보기 위해 건강보험 직장이나 지역의 보험료를 Proxy 변수로 활용하여 1%씩 계통 추출
 - 비급여 포함 의료비 지출 규모를 추정하기 위하여 건강보험의 경우는 김정희(2006년) 연구결과를 사용하였고 의료급여의 경우는 신영석(2005년) 자료의 1종 14.68%, 2종 14.18%를 적용하여 추정하였다.
- 2001년 의료급여 1종의 평균 소득은 42만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 21만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.2만원으로 추정되었음.
 - 본인부담의료비는 소득 대비 약 5.26%를 차지하는 것으로 나타났음.
 - 2종의 경우 평균 소득은 57만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 11만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 1.9만원으로 추정되었음.
- 2005년에는 의료급여 1종의 평균 소득은 49만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 29만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.9만원으로 추정되었음.
 - 본인부담의료비는 소득 대비 약 5.93%를 차지하는 것으로 나타났음.
 - 2종의 경우 평균 소득은 65만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 15만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.3만원으로 추정되었음
- 2001년에 비해 2005년에는 종별에 상관없이 평균소득이 늘어났으나 진료비는 소득 증가분 보다 더 큰 폭으로 증가하였고 비급여 포함 본인부담 지출도 소득 증가분보다 더 큰 폭으로 증가하였음.
 - 소득 대비 의료비 지출이 2001년에는 의료급여 수급자 전체 평균으로 약 4.39% 이던 것이 2005년에는 4.9%가 되었음.
 - 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여

과부담의료비 가구도 1, 2종 모두 증가하였음.

- 2001년도 건강보험 지역가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태:
 - 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담 증가
 - 2분위와 3분위 사이에서 그 차이가 가장 큼.
 - 분위별 소득 차이는 진료비, 진료건수, 비급여 포함 본인부담 수준의 차이보다 더 크게 나타나 소득대비 의료비 지출(비급여 포함 본인부담+보험료) 비율은 소득이 증가함에 따라 감소
- 2005년도 건강보험 지역가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태:
 - 2005년에도 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담 증가
 - 2001년에는 2분위와 3분위 사이에서 그 차이가 현격했으나 2005년에는 3분위와 4분위간 의료이용의 차이가 현격함.
 - 이는 의료비 관점에서 2001년에는 한계 계층이 2분위와 3분위 사이에 존재했지만 2005년에는 3분위와 4분위 사이로 이동했을 개연성을 보여주고 있음.
 - 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여 과부담의료비 가구도 모든 소득 분위에서 증가
- 2001년도 건강보험 직장가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태:
 - 2001년의 경우 지역처럼 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담 증가
 - 지역과 달리 2분위부터 8분위 까지 소득대비 의료비 지출 비율이 감소하지 않음.
 - 이는 중간계층에서 소득 차이보다 의료비 지출 차이가 작다는 것을 의미함: 2분위의 소득대비 의료비 지출률이 약 8.22이나 8분위의 경우

8.33%로 거의 차이가 없음.

- 2001년도 건강보험 직장가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태:
 - 2005년에도 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담 증가
 - 2005년도에도 2001년처럼 3분위부터 8분위까지 소득대비 의료비 지출률 비율이 감소하지 않음: 소득차이보다 의료비 지출 차이가 작게 나타나고 있음.
 - 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여 과부담의료비 가구도 평균적으로 증가하나 6, 7, 8분위에서는 과부담 의료비 가구비율이 다소 감소하고 있음.

3. 의료안전망 관련 문제점

- 자격측면에서 의료소의 계층: 약 97만 가구(약 233만 명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자
 - 체납가구(207만세대)의 34.1%인 약 70만 세대(158만명)는 의료욕구가 있음에도 요양기관 이용을 못하고 있음.
- 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있음.
- 자격측면에서 그리고 급여측면에서 의료안전망으로부터 벗어나 있는 계층에 대한 제도적 장치 미흡

V. 의료안전망 구축방안

1. 건강보험 체납자에 대한 자격 관리 방안

- 비자발적 체납계층에 대해서는 의료급여 수급권자로 전환하거나 보험료 대부 제도(의료 Buffer 기금 이용) 및 긴급지원제도 활용
 - 적격자에 대해서는 국민기초생활보장법에 의해 의료급여 수급자로 전환
 - 부양의무자 또는 재산의 소득환산 때문에 국민기초생활보장제도의 수급자가 되지 못한 계층에 대해서는 기준을 대폭 완화하여 수급자로 편성하되 그 외 계층에 대해서는 의료Buffer^{주7)} 기금 형성을 통한 건강보험료 대부제도 도입
 - 일시적 실업, 도산, 부도 등에 의해 일시적 체납중인 유형에 대해서는 체납보험료 결손처분, 체납보험료 경감, 보험료 경감, 분할납부 등 일정기간 보험료 대부
 - 중증질환 등에 의해 과도한 본인부담이 발생하는 계층에 대해서는 의료 Buffer 기금 활용
 - 자발적 체납 계층에 대해서는 제도 개선을 통하여 스스로 보험료를 납부할 수 있도록 동기를 부여하고 압류, 체납처분 등 관리 강화 필요
 - 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 건강보험 자격정지가 되어있어 관리가 현실적으로 어려운 계층에게는 긴급의료제도 활용

2. 저소득 취약계층에 대한 보장성 강화 방안

- 급여의 측면에서 의료안전망을 공고히 하기 위한 기본 방향

주7) 일시적 실업, 도산, 부도 등 때문에 가계의 경제적환경이 심대히 악화되어 보험료 체납이 불가피한 계층에게 보험료를 일시적으로 대부해주는 제도

- 의료보장 강화
- 집단간 형평성 유지
- 예산 활용의 효율성 제고

□ 보장성 강화 방안

- 의료급여: 1종과 2종의 법정 본인부담률을 입원의 경우 5%로 통일하되 본인부담 보상제 및 상한제를 현실화함.
 - 현재 30일 기준 본인부담 20만원 이상의 50%를 보상하는 본인부담 보상제를 10만원 이상으로 현실화하고 180일 기준 120만원을 상한으로 설정하고 있는 본인부담 상한제를 60만원 상한제로 기준 완화
- 건강보험 가입자 이면서 의료빈곤에 있는 계층(약 97만 가구, 233만 명): 의료급여 수급 기준을 완화^{주8)}하여 수급자로 편성하거나 의료 Buffer^{주9)} 기금을 이용하여 본인부담 의료비를 대불해주고 후일 연차적으로 상환하는 제도 도입
- 비급여에 대한 대처 방안: 비급여 본인부담 보상제 도입
 - 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위 내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50% 보상
 - 우선 본인이 부담하고 사후적으로 신청에 의해 수급자의 경우 즉각 상환하고 건강보험가입자의 경우 Means Test를 거쳐 상환여부 결정
 - 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료의 경우에 한정하여 실시
 - 대상자는 차상위 실태조사에서 차상위로 분류된 최저생계비 소득의

주8) 부양의무자 기준을 1촌 이내의 직계 혈족으로 한정하고, 소득인정액 산정시 재산 공제기준을 긴급지원제도에서 시행하는 것처럼 2.5배 인상하여 적용

주9) 일시적 실업, 도산, 부도 등 때문에 보험료 체납이 불가피 하거나, 중증질환의 이환에 따라 과도한 본인부담 등으로 가계의 경제적환경이 심대히 악화되는 계층에게 보험료 또는 비급여 포함 본인부담을 일시적으로 대부해주는 제도

130% 이하로 하고 노인, 장애인, 질환자(의료급여제도에서 만성질환이나 희귀난치성 질환으로 분류된 질환), 아동, 임산부가 있는 경우 최저생계비 소득의 150% 이하까지 적용

- 장기적 보장성 확보 방안:
 - 비급여 본인부담 합계액이 10만 원 이하의 경우 현행처럼 본인이 부담
 - 10만 원 이상 100만 원 이하의 건에 대해서는 10만 원 이상 부분의 본인부담에 대해 20%의 정률 적용
 - 100만 원 이상 건에 대해서는 100만원 미만 부분은 앞의 방법을, 100만원 초과한 부분은 10%의 정률로 본인 부담
 - 실질본인부담의 상한을 건당 50만원으로 한정
 - 단, 비급여 본인부담 구성 중 선택 진료료 및 상급 병실료 차액을 나타내는 입원료는 제외

VI. 결론

- 본 보고서에서는 의료 빈곤 계층의 실태를 파악하고 이에 기반하여 의료안전망을 정비하고자 하였음.
 - 의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 하였음.
 - 의료안전망을 점검하는 차원에서 자격측면과 급여측면으로 나누어 현황 및 문제점을 검토하였고 실태조사 및 건강보험공단 자료분석 등을 통하여 의료안전망 정비 방안 강구
- 건강보험 체납세대 207만 가구 중 경제적 요인 때문에 비자발적으로 체납할 수밖에 없는 계층 약 97만 가구(233만명)와 행방불명 등으로 주민등록이 말

소되어 있는 약 3만명이 자격측면에서 의료소의 계층으로 간주되었음.

- 자격측면에서 소외되어 있는 약 97만 가구에 대해서는 수급기준 완화를 통해 의료급여 수급자로 편성하거나 의료Buffer 기금을 창설하여 보험료 대납 또는 본인부담 의료비를 대불하여 이들이 의료욕구를 감당할 수 있도록 제안하였음.
 - 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자는 최근에 신설된 긴급지원법에 의거 지원하거나 의료급여법상 노숙자 등에 지원할 수 있는 근거를 적용하여 보호
- 급여측면에서는 차상위 실태조사, 선행연구 결과, 건강보험공단(이하 공단)의 비급여 포함 본인부담 실태조사 결과, 건강보험공단의 진료실적 자료를 이용한 소득 계층별 분석 등을 통해 간접적으로 급여의 불충분 때문에 의료 빈곤 계층이 적지 않음을 분석하였음.
- 보장성 강화 차원에서는 최저생계비 기준 약 130% 이하의 소득자(노인, 장애인, 아동, 임산부, 희귀난치성 질환 보유 가구 등에는 약 150%)에게 비급여부문에 대해서도 본인부담 보상제도입
 - 의료급여 수급자에게는 의료비가 발생하면 바로 지원하고 건강보험가입자 중 차상위 계층에게는 본인이 먼저 지불하게 한 후 Means test를 통하여 사후적으로 지급하는 방식 제안
 - 비급여 수가가 요양기관마다 천차만별이기 때문에 우선 공공요양기관을 이용하는 경우에 한정하여 적용하고 비급여에 대한 상대가치가 정리되는 시점에 민간병원 이용의 경우에도 적용
- 본인부담률이 20% 이하의 수준으로 보장성이 충분히 강화된다면 의료비 전체 규모를 토대로 비용크기별 본인부담 체계를 달리하는 방향으로 중장기 대안 제시

1. 연구의 한계 및 향후 연구 방향

- 보장성의 정도를 파악하기 위해서는 비급여 포함 본인부담 실태를 정확하게 확인할 수 있어야 하나 이에 대한 자료가 없어 공단의 자료 사용
 - 공단의 조사는 요양기관 응답 자료를 중심으로 실태를 조사하여 발표하였으나 결과치에 대한 신뢰성이 현저히 떨어지고 있음.
- 차상위 실태조사 결과 중 의료관련 부분을 참조하였으나 단발성 조사에서 나온 결과이기 때문에 신뢰성에 의문이 남게 됨.
- 소득계층별 의료실태 파악이 필요하였으나 소득자료와 공단의 진료자료를 결합시킬 수 없어 공단의 보험료를 소득의 대리변수로 사용
 - 건강보험의 부과체계가 직장과 지역으로 이원화되어있어 통일된 소득계층별 분석은 한계가 있었고 지역과 직장으로 나누어 분석
 - 도시가계연보의 경우 도시거주자에 대한 소득정보 및 일부 의료비 지출실태가 있으나 정확한 진료실적은 얻을 수 없고 더욱이 도시가계연보는 놓여진 거주자가 빠져있어 전 국민 경향치를 구하는데 대표성을 갖기 어려움.
- 의료안전망을 정의함에 있어 조작적으로 할 수밖에 없었음
 - 사회안전망으로부터 의료안전망 정의를 얻고자 하였으나 사회안전망에 대한 정의도 각 국가마다 천차만별이고 우리나라의 경우는 외국에서 정의된 것과는 또 다른 각도에서 사용되어왔음.
 - 따라서 본 연구에서는 연구의 범위를 제한하여 충실도를 더하고자 의료안전망이란 용어에 대해 조작적으로 정의하였음.
- 소득계층별 분석을 통하여 사회의 도움이 절실한 계층을 규명하였으나 이러한 계층의 특성을 파악하지 못하였음.
 - 노인의 유무, 가구원의 수, 장애인의 유무, 아동의 수, 소득 정도 등 의료비를 과다지출하고 있는 가구의 특성을 파악한다면 정책적 타깃이 분명해질 수 있음.

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

건강보험과 의료급여제도는 우리나라 의료보장체계의 근간을 이루고 있다. 500인 이상 사업장 가입자를 대상으로 1977년 건강보험이 시작되었다. 동시에 최저생계비 이하의 저소득계층을 대상으로 공공부조형태의 의료급여제도 또한 1977년에 도입되었다. 점진적으로 건강보험의 적용 대상을 확대하여 1988년 전 국민 보험시대가 도래하였다. 2000년에 의약분업이 시행되었고, 건강보험은 직장과 지역이 통합되어 단일 보험자조직으로 관리운영체계가 바뀌었다. 그 후 2001년에는 그 동안 유래 없던 건강보험 재정위기가 도래 하였다. 재정위기를 타개하기 위해 한시법으로 재정건전화 특별법이 재정되었고 재정위기를 극복하기 위한 여러 가지 제도적 보완이 실시되어 예정보다 빨리 2004년에 재정수지 균형을 이루게 되었다. 2006년에는 재정건전화 특별법이 종료되어 2007년에는 새로운 건강보험법의 적용을 받게 된다. 재정위기 극복과 함께 그 동안 잠재되었던 여러 욕구들이 분출되고 있다. 일반 국민은 보장성확대에 대한 욕구가 있는 반면 공급자들은 억눌렸던 수가에 대한 현실화 요구 움직임이 있다. 이러한 요구에 부응하여 3대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환)에 대한 법정 본인부담률이 20%에서 10%로 인하되고, 6세 미만 아동에 대한 법정 본인부담이 없어지고, 식대가 급여화 되는 등 보장성이 날로 확대되고 있다.

의료급여제도는 2000년에 국민기초생활보장법이 시행되면서 다시 태어났다. 이전에는 정부의 시혜차원에서 최저생계비 이하의 저소득층에게 지원되었던 의료보호가 국민기초생활보장법 시행이후 수급권자가 권리로 주장할 수 있게 되었다. 수급자 선정기준에서 인구학적 요인이 없어지고 점진적으로 차상위^{주10)}

주10) 법적으로는 최저생계비(소득인정액) 기준 100% 이상 120% 이하의 소득자를 의미함.

계층까지 확대되어 2006년에는 의료급여수급자가 약 180만명에 이르게 되는 등 외연적으로는 발전적 모습을 보였다.

이 처럼 우리나라 의료보장체계는 30년이라는 길지 않은 기간 동안 비약적으로 발전하였다. 그러나 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 이에 따라 건강의 계층간 형평성 문제가 현안으로 떠오르고 있다. 소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 있다. 학력, 소득수준, 직업 유형별로 유병률의 차이가 현저한 것으로 보고되고 있다. 소득 계층별 부담의 불형평성 문제도 주요 이슈로 제기되고 있다. 소득의 양극화 등에 따른 빈곤층 및 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나 이들에 대한 의료보장체도는 이를 감당하지 못하고 있다. 과중한 의료비 부담(법정 본인 부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 최저생계비 이하의 빈곤층은 빈곤의 악순환에서 벗어나지 못하고 중산층은 중증의료위험에 노출됨에 따라 빈곤층으로 전락할 가능성이 높아지고 있다. 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별도의 제도가 존재하지 않고 특히 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장 수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대에 놓여있는 계층이 증가하고 있다. 급여범위의 제한과 의료서비스 이용시 높은 본인부담제도^{주11)}로 인하여 타 OECD국가들에 비해 보장성이 낮다. 2000년 현재 OECD 국가들의 평균 총본인 부담률은 27.7%이며, 우리나라는 55.6%로 미국(55.8%)에 이어 두 번째로 높은 나라에 속한다(박지연, 2004). 이는 단기간에 전국민의료보장체도를 시행하기 위하여 ‘저부담-저급여’의 기초를 유지한데서 비롯한 불가피한 부작용일 수 있지만 국민입장에서 의료보장의 의미를 찾을 수 없게 하는 심각한 문제일 수 있

주11) 건강보험 가입자의 부담은 급여부문과 비급여 부문으로 나뉜다. 급여부문은 법정본인일부 부담(입원은 20% 정률제, 외래는 1회 방문당 일정진료액 미만은 정액제, 그 이상은 종별 요양기관에 따라 30~50% 정률제)과 100/100본인부담으로 구성되며, 비급여부문은 법정비급여, 한시적비급여, 임의비급여로 구성되어 있다(건강보험법 시행령 제22조, 시행규칙 제9조와 10조, 국민건강보험요양급여 기준에 관한 규칙 제9조). 의료급여수급권자의 부담은 외래 및 입원 모두 법정본인부담이 없는 1종과 입원시 15%, 외래이용시 1,000원, 약국이용시 500원의 본인부담이 있는 2종으로 구분되며, 100/100본인부담 및 비급여부문은 전액 본인부담 한다(의료급여법 제13조).

다(김창엽, 2000). 이와 같이 우리나라의 의료보장제도는 높은 환자부담과 동시에 소득수준에 대한 고려가 충분히 이루어지 못하고 있다. 우리나라 건강보험의 부과체계는 소득 역진적이다(문옥륜 외, 2000). 더욱이 환자 총진료비 중 상당부분을 차지하는 비급여서비스는 전액 본인부담이다(김창엽 외, 1999). 따라서 상대적으로 급여수준이 높은 의료급여 수급권자조차 MRI나 초음파와 같은 비급여서비스를 포함할 경우, 실제로 본인부담은 높은 것으로 조사되었다.(신영석 외, 2005) 서울시내 한 대학병원의 의료급여 종별 평균 환자부담률은 1종의 경우 34.4%, 2종의 경우 46.2%인 것으로 나타났으며(조경애, 2000), 지방공사의료원 2개소를 대상으로 한 결과 1종의 경우, 외래 7.5%와 15%, 입원 5%와 8.4%, 2종의 경우 외래 30.9와 52.5%, 입원 25%와 39.9%인 것으로 나타났다(유원섭, 2004). 이러한 비급여 본인부담은 더욱 소득 역진적일 수밖에 없다.

이와 같이 낮은 보장성과 소득수준에 대한 고려가 미흡한 본인부담체계는 특히 중증질환자나 지속적인 치료를 요하는 만성질환자가 있는 가계가 저소득층일 경우, 고소득층에 비해 그들이 체감하는 의료비 부담의 크기는 더욱 클 것이며, 이는 빈곤화로 이어질 수 있다. 최근 건강보험공단의 자료에 의하면 약 200만 세대 이상이 보험료를 체납하고 있고 이 중 상당비율이 생계형 체납으로 밝혀짐으로써 이 들에 대한 대책이 시급하다.

이러한 현실을 반영하여 2004년부터 보건복지부에서는 만성·희귀난치성 질환 보유 차상위 계층 및 12세 미만 차상위 계층 아동에 대한 의료급여 확대, 저소득층 희귀·난치성질환자 의료비 지원사업 대상질환 확대, 긴급의료지원에 관한 특별법 제정, 심장질환, 뇌질환, 암환자 등에 대한 본인부담 감면 등 의료비 지원대상을 확대하거나 본인부담을 감소시키고 있다. 그러나 각각의 대책들이 지엽적인 접근에 의해 저소득 취약계층에 대한 부분적 보장 강화방안이 도출되고 있으나 포괄적인 틀 구성이 미진하다. 따라서 본 연구에서는 기존의 취약계층에 대한 의료비 지원 및 보건의료서비스 지원 사업 등 제반 정책 및 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안을 제시하고자 한다.

2. 선행연구 현황 및 선행연구와 본 연구의 차별성

취약계층의 의료보장에 대한 연구는 주로 의료급여 수급권자와 관련된 내용이 가장 많고 건강보험 제도 내에서 별도의 저소득 계층에 대한 연구는 많지 않다. 의료급여 수급권자 대상 진료비 증가요인, 도덕적 해이 방지를 위한 대안 모색, 차상위 계층에 대한 추가 대상자 선정 방안, 수급권자들의 의료비 부담 실태 등 의료급여 관련 연구와 건강보험 및 의료급여 수급권자 관련 본인부담 수준 측정 연구가 주를 이루고 있다.

의료비 본인부담과 관련한 기존의 국내연구들은 고액진료비환자 특성이나 총 진료비 중 본인부담 수준 등 진료비 자체에 국한한 주제들이 주를 이루어왔다(김창엽 외, 1999; 구미경, 2001; 이진경, 2001). 한편 소득수준을 고려한 본인부담의 수준과 관련한 연구는 많지 않으나 이수연(1997)과 이태진 등(2003)의 연구가 있었는데 이들 연구들은 소득 계층간 의료비 부담률의 불평등이 존재하는지에 대해 총론수준에서 접근하였다. Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하면서 높은 의료비 지출로 인해 대부분의 사람들이 의료비 과부담 문제를 겪을 수 있지만 그 중에서도 특히 사회의 빈곤층이 가장 심각한 상태에 빠질 수 있다고 하였다. 이를 해결하기 위해 저소득 국가의 보험가입 가구와 비보험 가입가구의 과부담 정보를 비교 분석하여 건강보험의 중요성을 강조하였다. Xu(2003)는 빈곤가구는 의료보장 체계의 본인부담비가 축소되면 의료비 지출 과부담과 재정적 위험에서 벗어날 수 있다고 하였다. 의료비 부담의 형평성 문제와 의료욕구 대비 본인부담 크기 또는 보건의료재정분배의 역진성의 정도를 수치화하여 보여준다는 점에서 중요한 함의를 가지나 가계의 의료비 지출부담의 과중성 여부를 설명함에 있어 본질적 한계를 지니고 있다.

최근에는 건강형평성을 제고하기 위한 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 건강형평성에 대한 논의는 크게 두 가지로 구분할 수 있는데, 첫째는 거시적인 자료를 토대로 의료비 및 의료이용의 형평성을 분석한 연구이며, 둘째는 미시적인 자료를 중심으로 건강수준의 불평등 실태 및 이에 영향을 미치는 요인을

규명하고자 하는 연구이다. 전자의 연구들은 주로 Kakwani 의료비 누진성지수, 간접표준화지수 등을 사용하여 우리나라와 외국간의 의료비 부담에 대한 형평성을 분석하였다. 후자의 연구들은 사망, 유병, 건강행태 등의 사회계층간 차이를 밝히고 이러한 차이에 영향을 주는 요인을 규명하고자 하였으며, 관련 연구로는 김혜련 외(2004)의 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』, 최병호의 『국민의료의 형평성 실태와 정책과제』, 문옥륜의 『의료서비스이용의 형평성에 관한 연구』, 박실비아·신영전·문옥륜의 『의료보험의 재원조달과 의료이용의 형평성에 관한 연구』, 양봉민의 『보건의료재원조달의 형평성』, 권순만의 『보건 의료이용의 형평성』 등의 연구가 있다.

최병호(2004)의 『국민의료의 형평성 분석과 정책과제』에서는 보건의료부문에서의 형평성 실태를 분석하기 위하여 보건의료 재원부담의 형평성, 건강수준 혹은 건강상태의 형평성 그리고 의료이용의 형평성 및 의료필요와 비교한 의료이용(unmet need)의 형평성을 분석한 연구로 보건의료재원부담의 형평성은 1996년과 2000년까지의 가구소비실태조사를 사용하여 가쿠와니 지수(Kakwani index), 수직적 형평과 수평적 형평을 측정하였고 건강상태(수준)의 형평성은 급성질환(질환의 유무), 만성질환(질환 유무), 자기건강평가 등에 대한 집중도 분석을 하였으며 의료이용의 형평성에 대해서는 1998년 국민건강영양조사를 이용하여 루그랑지수(Le Grand) 지수(HILG = 의료비부담의 집중도 - 의료필요의 집중도)를 분석한 연구이다.

문옥륜(1996)의 『의료서비스 이용의 형평성에 관한 연구』에서는 직장의료보험 가입자와 지역의료보험 가입자를 대상으로 건강 및 의료서비스 이용의 형평성을 검토하기 위해 성별, 지역별, 계급별 건강수준의 불평등과 성별, 지역별, 계급별 의료이용여부와 의료서비스 이용량의 불평등, 그리고 의료이용의 불평등 정도를 계량화하고 다른 나라의 결과와 비교하였다. 이러한 불평등을 알아보기 위해 1994년 6월부터 10월까지 5개월간 전국 417개 조합 중 3개의 직장조합과 5개의 지역조합을 선정하여 지역가입자 4,698명과 직장가입자 5,765명 등 총 10,463명을 피보험자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 건강수준의 형평성을 보기 위하여 만성질환의 유무와 지난 1개월간 이환여부, 자가평가 건강수준,

노팅검 건강척도 등 4가지를 통해서 비교하였고 의료이용의 불평등을 알아보기 위해 외래와 입원으로 나누고 외래이용은 지난 1개월간의 의료이용여부와 이용한 기관, 방문횟수, 입원이용은 지난 1년간 입원여부와 입원기관, 입원일수를 이용하여 분석하였다. 분석 결과 건강수준과 의료서비스 이용은 지역별, 성별, 연령별, 계급별에 따라 차이를 보이는 것으로 나타났으며 특히 지역변수가 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났고 군지역의 의료이용에 대한 접근도가 시 지역에 비해 현저히 떨어지고 있음을 보였다. 그러나 특정한 변수하나만으로 의료서비스 이용의 불평등을 설명하기 보다는 상기 변수들이 복합적으로 작용하고 있는 것으로 나타났다. 또한 의료서비스 이용의 불평등을 계량화한 결과 다른 나라에 비해 불평등이 크지 않은 것으로 나타났다. 연구의 제한점으로는 대상 집단이 의료보험조합가입자인 관계로 남자가 차지하는 비율이 높고 의료보호대상자들이 누락되는 등 자료의 충분한 대표성을 확보하지 못하였고 우리나라 의료보험의 집단별 보험료 부과기준의 차이로 인해 통일된 소득수준을 파악하지 못하였으며 총진료비 산출시 개개이별 총진료비자료를 구하지 못하여 의료기관 방문횟수에 각 기관별 평균방문비율을 곱하여 총진료비를 산출한 한계점을 갖고 있다.

양봉민(2003)의 『보건의료재원 조달의 형평성』에서는 1996년부터 2000년까지의 연도별 통계청의 도시가계조사 자료를 이용하여 Wagstaff and van Doorsler, et al.(1999)이 제안한 방법으로 접근하였으며, 직·간접세, 사회보험 및 본인부담액 등 보건의료 재원조달 항목별 가쿠와니 지수를 산출하고, 당해연도의 국민 의료비 재원 구성비에 의한 가중평균으로 총 가쿠와니 지수를 산출함으로써 국민 의료비 재원부담의 구성항목별 형평성을 분석한 연구이다. 부담능력(소득)의 대리변수로 총소비를 사용한 것이 특징이다. 그런데 이 연구에서 이용한 도시가계자료는 농어촌지역이나 1인 이하 근로자가구를 조사표본에서 제외하고 있어 대표성에 한계를 안고 있다. 그리고 직접세는 소득세만을 대상으로 하는 제한점을 보였다. 그러나 간접세는 부가가치세, 특별소비세, 주세를 고려함으로써 국내의 다른 연구에 비해 보다 엄밀하게 접근하였다.

권순만(2003)의 『보건의료 이용의 형평성』 연구에서는 한국보건사회연구원

의 1998년 국민건강영양조사자료 원자료를 van Doorslaer, et al.(2000)가 제안한 방법에 따라 의료이용의 형평성을 분석하였다. 개인별 지불능력은 가구단위 월 평균소득총액을 가구원수와 연령으로 보정하여 사용하였다. 의료이용의 변수로써 외래, 입원, 의료비 세 가지를 이용하였다. 외래는 의료기관 방문횟수를, 입원은 재원일수를 사용하였고, 의료이용비용은 2주간 외래이용을 1년간으로 연장하여 비용으로 추정하고 입원은 재원일당비용을 연간으로 추정하여 합산하여 구하였다. 의료필요(need) 변수는 만성질환의 수와 주관적 건강인식을 지표로 사용하였다. 형평성을 측정하는 지수로서는 HIwv를 사용하였는데 이는 의료이용변수들의 집중도에서 의료필요의 집중도를 차감한 것이다. 분석결과 빈곤층일수록 의료에 대한 니드 혹은 기대되는 의료이용량이 높은 것으로 나타났다. 동일한 니드 상태인 경우에서의 형평성을 측정했을 때 부유층의 (니드 대비) 의료이용이 더 많은 약간의 불형평성이 있는 것으로 나타났다. 만성질환의 수가 아닌 자가건강인식척도로 표준화했을 경우에는 빈곤층의 (니드 대비) 의료이용이 더 많은 불형평성이 있는 것으로 나타났다. 외래의료이용 횟수의 경우 다른 나라들에 비해 부유층에게 유리한 의료이용(Pro-rich inequity)의 정도가 약하거나 나아가 (자가건강인식척도로 표준화 한 경우) 오히려 빈곤층에게 유리한 의료이용(Pro-poor inequity)의 양상을 보이는 것은 주목할 만한 결과로 보고하였다.

그러나 동 연구에서 사용한 건강영양조사 자료의 특성이 의료기관방문횟수는 2주간의 회상기간, 입원자료는 1년의 회상기간에 의한 자료이므로 2주간의 외래이용비용을 바탕으로 1년간의 추정치로 환산하였다는 문제점을 안고 있다. 이는 본 조사 자료가 조사대상자의 기억에 의존하거나 조사대상기간이 매우 한정된 문제점을 안고 있다.

신영석(2005)의 『의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안』에서는 의료급여 수급권자의 의료 관련 본인부담(비급여포함) 분석을 통하여 급여의 적절성 측면에서 보장성 강화 방안을 도출하고 의료급여 수급권자들의 의료이용 실태를 파악하여 필요이상의 장기입원을 하거나 경향치 이상의 고액이 소요되는 질환자들을 적정진료로 유도할 수 있는 방안을 제시하였다. 의료급여 수급권자의 의료이용실태를 파악하기 위해서 의료이용의 정도와 의료이용의 강도를

보기위해 건강보험공단에서 발행하는 의료급여 통계연보 자료를 토대로 의료이용의 정도 및 강도를 분석하였다. 우선 의료이용량의 정도를 판단하기 위해 적용대상자가 1년에 의료기관을 방문 또는 재원한 일수를 의미하는 내원율을 사용하였고 의료이용의 강도를 판단하는 값으로는 한건의 진료 건에 투입되는 진료비의 크기를 알아보는 진료건당 진료비와 의료기관에 방문 또는 재원 일당 투입된 진료비의 크기인 입내원일수당 진료비를 보조적으로 추가하여 분석하였다. 이외에 적용인구 1인당 들어가는 진료비도 의료이용실태를 파악하기 위하여 사용하였고 모든 지표들은 입원과 외래로 구분하여 분석하였다. 또한 의료급여수급권자의 의료이용 관련 비급여 포함 본인부담 실태를 분석하기위하여 각 요양기관으로부터 2003년 1월 1일부터 12월 31일까지 27개 요양기관(17개 2차병원 및 10개 3차병원)의 건강보험과 의료급여 진료실적의 원 데이터를 비급여 포함하여 그대로 수집하여 최종적으로 27개 기관(수거율 48.5%), 244,162건을 분석대상으로 하였다. 실제 의료이용을 하는 당사자인 의료급여 수급권자들이 생각하는 의료이용 정도와 의료 이용 시 소요되는 간접비용 등에 대한 실태를 분석하기 위해 전국 전화번호부를 활용하여 건강보험대상자 및 전 국민을 대표하는 전국 만 20세 이상 성인 1,004명을 추출하여 수급권자에 대한 전화조사를 실시하였다. 이와 더불어 의료급여수급권자의 의료이용의 적정성을 분석하기위하여 동일상병, 동일 중증도, 동일 연령 대에 건강보험 적용 대상자와 의료급여 수급자간 양 집단의 의료이용 평균은 같아야 한다는 전제로 건강보험심사평가원에서 보유하고 있는 2003년도 1년간의 의료급여, 건강보험 EDI청구자료 중 의과 입원 청구 자료를 분석대상으로 하였고 구체적인 분석을 위해 상병별로 의료급여 대상자들의 다빈도, 고액, 장기 입원 상병들에 대한 성별, 연령별, 중증도별 분석하였다. 본 연구는 의료급여 2종의 법정 본인 부담률 인하 및 본인부담 보상제 및 상한제의 현실화, 비급여 본인부담에 대한 본인부담 보상제 도입 등의 의료보장 강화를 위한 제도개선 방안을 제시하였다.

신영석(2004)의 『차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』은 소득빈곤과 의료 빈곤에 관한 객관적인 자료를 토대로 심층 분석하여 저소득층 의료 사각지대를 해소하고 의료욕구가 긴요한 저소득층의 규모를 파악하

여 건강보험 및 의료급여사업의 합리성·효율성 제고와 의료급여수급자 선정 및 관리 그리고 건강보험 가입자에 대한 관리운영체계 개선작업을 뒷받침할 수 있는 기초 자료를 구축하기 위한 연구이다. 연구방법으로는 의료급여수급자격 관련 현황 및 문제점 분석, 미국의 Medicaid 선정기준 및 유럽의 의료보장 실태 분석 등 미국의 사례, 국내외 관련 연구 동향 분석, 전국 수급권자 면접 실태조사 등을 수행하였다. 우선 의료급여수급자격 관련 현황 및 문제점을 분석하기 위해 의료급여 수급권자의 소득, 재산, 자동차 관련 자격기준과 건강보험 무자료 세대에 대해 성별, 연령별, 경제활동인구 등 부과기준을 재검토 하였다. 수급권자 확대를 위한 전국 실태조사는 국민건강보험공단의 부과자료를 기준으로 15,040세대를 임의 추출하여 1차 표본으로 선정하고 해당 세대의 진료실적을 국민건강보험공단으로부터 획득하여 의료실태를 분석한 후 그 중 보험료 기준 하위 30%에서 1,800세대를 2차 표본으로 선정하고 임의 추출방식을 통하여 소득 추정 및 의료욕구에 대해 심층면접조사를 실시하였다. 연구 결과 의료사각지대에 놓여있는 계층의 규모, 의료욕구, 취약계층의 특성에 따른 추가 의료비 등을 파악하여 이들에 대한 의료보장 방법과 만성질환 및 희귀난치성 질환 보유자들의 실태, 그리고 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층의 실태를 포함하여 차상위계층(최저생계비 120% 이하 계층)의 의료를 포함한 전반적 생활실태를 파악하여 그들에게 적절한 의료보장책을 제시하였고 선정 기준에 대해서는 재산 기준의 기초공제액을 일정수준 이상으로 상향조정할 것을 제안하고 있다. 또한 부양의무자 기준을 완화하는 방안으로 1촌 이내의 부양의무자로 한정하고 소득수준도 수급자와 부양의무자의 최저생계비 합에 120%를 적용하고 있는 현행 기준을 수급자의 최저생계비에 부양의무자의 중류 생활 보장 형태로 바꾸어야함을 제시하고 있다. 마지막으로 의료비 때문에 최저생계비 이하로 전락할 수 있는 만성질환이나 희귀난치성 질환 보유 계층을 의료급여 수급권자로 책정하여 보호할 것을 제안하는 등 전반적인 의료사각지대 해소 방안에 대한 대안을 제시하고 있다.

김혜련(2004)의 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』은 건강수준의 불평등과 관련된 지표들을 이용하여 사회계층간 건강수준의 차이를 대표성 있

는 대규모 국가통계자료를 통하여 실증적으로 분석하고, 사망률 및 유병수준과 관련된 요인들의 기전을 분석하였다. 첫 번째로 사망률의 사회경제적 계층별 차이를 알아보기 위해 '1998년도 국민건강영양조사'의 대상자를 5년 동안 사망 여부를 추적한 연구 결과, 교육수준, 소득수준, 직업계층 등 다양한 사회경제적 위치 지표별로 계단형의 사망률 불평등이 있다는 사실을 밝혔다. 4가지 범주의 기전 변수(임상적 위험요인, 건강 행태, 심리사회적 요인, 어릴 적 폭로 요인)를 각각 또는 동시에 보정하여 상대비의 변화로 기여도를 평가한 결과, 임상적 위험요인이나 건강 행태를 모형에 추가하였을 때, 10% 내외의 사망률 상대비의 감소를 보였다. 또한 이러한 감소는 월 가구소득 100만원 미만인 집단에서만 나타났다. 중간 소득군(100~199만원)에서는 건강행태에 의한 사망률 상대비의 감소는 미미한 수준이었다. 심리사회적 요인은 가장 낮은 소득군의 사망률 상대비를 감소시켰지만, 기저 건강수준이 보정되거나, 기저 건강수준이 좋지 않은 사람들이 제외된 분석 모형에서 심리사회적 요인에 기인한 사망률 상대비의 감소는 미미한 수준이었다. 반면, 어릴 적 폭로 요인(교육수준, 신장)을 통계 모형에 보정하였을 때, 가장 낮은 소득군(100만원 미만)에서는 물론 중간 소득군에서도 사망률 상대비의 큰 감소를 보였다. 두 번째로 유병수준의 불평등을 파악하기 위하여 2001년과 1998년 국민건강영양조사의 2개년도 자료를 사용하여 만성질환 유병과 주관적 건강상태의 사회경제적 계층별 차이를 분석한 결과 남녀 모두에서 교육수준과 소득수준이 낮아질수록 높았으며, 또한 육체노동자와 기타군(무직자, 주부)에서도 높았다. 특히 주관적 건강상태는 남녀 모두에서 만성질환 유병률보다 사회경제적 지위가 낮을수록 나쁜 것으로 나타났다. 또한 65세 이상의 노인에서 교육수준과 소득계층간 만성질환과 주관적 건강상태로 본 건강수준의 불평등도가 뚜렷하게 심화되는 것으로 나타났으며 연령표준화 흡연율은 소득수준과 부(負)의 선형적인 관계를 보였으며, 운동실천율은 교육 및 수준이 높을수록 실천율이 높은 뚜렷한 선형적인 관계를 보여주었다. 세 번째, 건강행위(흡연)의 사회계층별 차이는 통계청의 1989년, 1995년, 1999년, 2003년 사회통계조사 자료를 이용하여 교육수준에 따른 흡연율의 불평등 양상을 시계열적으로 평가하였다. 분석 결과 교육수준에 따른 흡연율에서의 불평등은 지난

15년 동안 지속되고 있는 것으로 나타났다. 한편, 45~64세 연령군과 65~84세 연령군에서는 교육수준별 흡연 불평등의 크기가 감소하는 양상을 보인데 반하여, 20~24세와 25~44세 연령군의 남녀 모두에서는 절대적, 상대적 불평등의 크기가 커지고 있는 것으로 나타났고 지역(동)별로도 연령 보정 흡연율에 차이가 있는 것으로 나타났다. 네 번째로 2001년 국민건강영양조사의 의료이용 자료를 분석한 결과 의료이용의 사회경제적 계층별 차이를 보면 입원 및 외래이용에서 교육수준이나 소득수준, 직업유형에 따른 차이는 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 그러나 본인부담 의료비에는 큰 차이를 보여 저학력자일수록, 소득이 낮을수록, 육체노동자일수록 의료비 지출이 유의하게 낮아짐을 볼 수 있다. 또한 의료급여2종 수급자는 1종수급자에 비하여는 물론 일반 건강보험적용자에 비하여도 의료비 지출이 크게 낮음을 볼 수 있다. 마지막으로 저소득층의 의료이용 장애현황 분석을 위해 도시가계연보자료를 이용하여 분석한 자료를 보면 소득수준이 낮을수록 가계지출 중 의료비가 차지하는 비중이 높아 역진성을 띠기 때문에 의료비 부담이 높은 것으로 나타났다. 교육수준이 낮고, 경상소득수준이 낮을수록 의료이용에 드는 비용이 가계에 큰 부담이 되고 있으며, 경제적 이유로 의료이용을 포기한 경험이 높아 저소득층이 느끼는 의료비의 부담과 의료이용에서의 높은 제약 경험을 가지는 나타났다.

본 연구는 취약계층의 의료지원과 관련된 제도 및 법을 포괄적으로 검토하여 통합적인 정책 방안을 모색하고자 한다. 즉, 기존의 취약계층에 대한 의료비 지원 및 보건의료서비스 지원 사업 등 제반 정책과 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안을 제시하고자 한다. 2003년에 실시된 의료차상위 실태조사 및 2004년에 실시된 차상위 실태조사 결과를 분석하고 건강보험공단이 보유한 자료를 연계하여 소득계층별(보험료를 대리변수로 사용) 의료이용 실태를 분석하고자 한다. 즉, 제도 및 법에 대한 심층 분석과 계층별 실태분석을 토대로 의료보장체계를 재정비 하고자 한다. 본 연구는 이러한 점에서 기존 연구와 차별성이 있다. 기존 연구는 개별 제도에 대한 개선 방안을 제시함으로써 분절적인 형태를 띠고 있으나 실제로 취약계층의 경우 여러 가지 문제를 동시에 안고 있는 경우가 많아서 이를 통합적으로 접근하여야 한다. 특히

기존의 연구는 취약계층의 현실을 반영하는 데 미흡한 측면이 있었으나 본 연구는 2003년에 실시된 의료 차상위 실태조사 및 2004년에 실시된 차상위 실태조사 결과를 토대로 현실을 반영한다는 측면에서 차별성을 보이고자 한다. 즉, 현장과의 괴리를 최대한 줄일 수 있는 정책방안을 제시하고자 한다.

3. 연구방법 및 연구내용

문헌 고찰을 통해 국내외의 기존 연구물들이 제시하고 있는 연구방법, 내용, 결과에 대해 정리하여 본 연구의 방향을 정립하고자 한다. 또한 저소득 취약계층에 의료관련 제도 및 법에 대하여 분석하고자 한다. 동일 계층에 대한 중복 혹은 누락여부를 검토하고자 한다. 의료욕구가 발생했을 때 경제적 능력과 상관없이 최소한의 치료를 보장받을 수 있는 지 여부를 검증하고 그렇지 못하다면 이유가 무엇인지를 밝히고자 한다.

의료관련 외국의 제도를 우리와 비교하여 시사점을 도출하고자 한다. 특히 공보험이 없는 미국, 조세방식의 영국, 우리와 비슷한 환경의 독일 및 일본, 대륙형 복지모델의 대표인 프랑스, 스칸디나비아 복지모델의 대표로써 스웨덴 등에 대해 심층 고찰하고 각각의 특징 비교를 통해 우리나라에 적용가능한 시사점을 찾고자 한다.

2003년의 의료차상위 실태조사와 2004년의 차상위 실태조사 자료를 토대로 기술 분석을 하고 건강보험공단의 진료실태 자료와 연계하여 계층분석을 하고자 한다. 실태조사 자료는 개인별 아이디어를 얻기 어렵기 때문에 경향치를 분석하고 건강보험공단의 보험료 부과자료를 소득의 대리변수로 사용하여 소득별 진료실태 및 의료실태를 분석하고자 한다.

위에서 제시한 연구방법을 이용하여 의료보장 강화 방안을 도출하되 필요시마다 전문가 그룹의 자문을 받을 예정이다.

본 보고서의 주요 연구내용은 아래와 같다. I 장에서는 연구의 필요성, 목적, 내용, 기대효과 등 연구의 흐름에 대한 개괄적인 정리를 하고자 한다. 본

연구와 기존 연구의 차별성도 언급하고자 한다. II 장에서는 의료안전망에 대한 조작적 정의를 하고 관련 이론을 제시하고자 한다. III 장에서는 외국의 제도를 살펴볼 예정이다. 공보험이 없이 저소득 계층을 위한 Medicaid와 노인을 위한 Medicare 제도를 운영하고 있는 미국, 조세 방식의 영국, 대륙형 복지모델의 대표격인 프랑스, 스칸디나비아 복지모델의 대표격인 스웨덴, 우리나라와 비슷한 계 보험료 방식에 의해 운영되는 독일과 일본의 경험을 검토하여 시사점을 찾아보고자 한다. IV 장에서는 의료안전망 관련 실태 및 문제점을 집중적으로 조명하고자 한다. 이를 위하여 우선 저소득 취약계층에 대한 현행 제도 및 법에 대한 심층 분석을 하고자 한다. 전국민을 대상으로 하는 건강보험, 최저생계비 이하를 대상으로 하는 의료급여제도, 그 외 욕구별 제도인 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급의료 대불제도, 미숙아 및 선천성 이상아 지원제도, 긴급구호제도 등에 대해 검토하고 최근의 보장성 강화조치와 보건소 사업 내용을 덧붙이고자 한다. 실태조사 결과와 건강보험공단의 자료를 연계한 계층별 분석이 구체화 될 것이다. 과부담의료비의 개념을 토대로 계층별 분석을 하여 문제점을 도출할 예정이다. V 장에서는 앞에서 도출된 문제점을 해결하는 차원에서 실질적 의료안전망 구축방안에 대해 논하고자 한다. 이를 위해 향후 정책과제를 현실 가능성 차원에서 제시하고자 한다. 끝으로 본 보고서의 결론이 VI 장에서 다루어질 것이다.

본 보고서는 위와 같이 의료안전망 재구축을 통해 다음과 같은 효과를 기대한다.

- 전 국민 대상 포괄적인 의료 안전망을 강구함으로써 의료위험이 발생했을 때 최소한의 의료보장을 담보하고자 한다.
- 의료이용 측면에서 계층간 형평성을 제고하고자 한다. 소득 계층별 건강보험 적용대상자와 의료급여 수급권자간 의료이용 측면에서 형평성을 제고하고자 한다. 이는 제도의 건강성을 도모하는 차원이기도 하다.
- 중장기적 관점에서 의료보장체계의 재편성 필요성이 제기된다. 즉, 건강보험 및 의료급여를 포함하여 우리나라 의료보장 틀을 재구성하고자 한다.

II. 의료안전망 개념 및 관련 이론

1. 안전망의 개념(Definition of safety net)

의료안전망에 대해 정의하기 위해 먼저 사회안전망이란 개념을 정리할 필요가 있다. 사회안전망 관련 유사한 용어 및 개념들이 혼용되어 쓰이고 있기 때문에 이에 대한 정리가 먼저 필요할 것 같다. 학자에 따라, 기관에 따라 용어에 대한 해석이 다소 상이하나 본 보고서에서는 가장 일반적이고 널리 쓰이는 것으로 판단되는 IMF와 U.N.의 해석을 중심으로 정리하고자 한다. 사회안전망이란 제도나 환경의 변화가 빈곤층들에게 미칠 수 있는 부정적 영향을 완화 내지 해소 시킬 목적으로 운영 중인 여러 가지 장치로 정의할 수 있다. 이러한 장치는 일시적으로 만들어 질 수도 있고 이미 사회보호를 위해 제도화 되어있는 것도 있다. 노인, 장애인, 실업자, 질환자 등 취약계층이나 가뭄 등 천재지변에 의해 도움이 필요한 계층에게 지원되는 모든 제도를 포괄한다 할 수 있다. 따라서 본 보고서에서는 다음과 같이 사회안전망을 정의 하고자 한다.

사회안전망(Social Safety Net): 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그 들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구 단위에 사회적인 도움을 주는 모든 제도를 통칭하되 부분적으로 빈곤하지 않지만 실업 등에 의해 일시적 어려움에 처한 일부 계층에게 지원되는 제도나 프로그램까지 포함한다.

이처럼 외부적 충격에 의해 위험에 처해있는 계층을 지원하는 것이 사회안전망의 주 역할이다. 지원 수단은 현금과 현물 그리고 이전의 형태가 아닌 지원으로 구분할 수 있다. 지원수단의 영향력이 지속되는 기간에 따라 두 가지 형태로 나뉘어 진다. 아동수당, 음식 보조금 등 기타 식생활을 위한 지원, 여러

가지 형태의 기초서비스 수혜를 위한 바우처 등 단기간에 걸쳐 제도의 영향력이 발휘되는 이전(Transfer)사업이 있고 공공 일자리 제공, 신용회복 등 상대적으로 좀 더 장시간 영향력을 미치는 비이전성 지원제도가 있다. 전자는 소비형태의 사회안전망 제도이고 후자는 투자형태의 지원제도이다. 그러나 전자의 형태도 인적자본을 형성하는 데 지원되는 것으로 해석하면 투자의 개념으로 볼 수 있다.

또 다른 차원에서 살펴보면 사회안전망은 광의의 개념에서 사회보장(Social)의 구조 속에서 해석될 수 있다. 공식적인 사회보험제도(Social Insurance Schemes)가 기여를 전제로 가입자들에게 질병, 실업, 산재, 사망 등의 원인에 의한 소득 감소를 보호해주는 반면 사회안전망은 기여와 상관없이 이전지출이나 기초사회서비스 제공을 통해 사회경제적 위험에 처한 취약계층을 돌보는 제도를 총칭한다. 따라서 다음과 같이 용어를 구분하여 정리할 수 있다.

- 사회보장(Social Protection): 사회보험, 사회 서비스, 사회부조, 사회안전망을 포괄한다.
- 사회보험(Social Insurance): 기여를 통하여 질병, 실업, 산업재해, 노령기의 소득 등을 보장한다.
- 사회부조(Social Assistance): 기여와 상관없이 빈곤층, 취약계층, 사회적 약자 등을 보호하는 것을 의미한다.
- 사회서비스(Social Services): 교육, 보건, 사회복지 분야 등에서 공공부분이 제공하는 서비스를 의미한다.
- 사회안전망(Social Safety Net): 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함하는 사회적 안전장치

사회안전망의 개념에 대한 여러 기관의 정의^{주12)}는 다소 차이가 있으나 거

주12) IMF: 구조조정이 빈곤층에 미칠 수 있는 악영향을 완화하기 위한 수단으로써 사회보험, 공공부조, 수당 및 일반생활에서 발생하는 위험에 대비하는 조치들

의 유사하다. IMF에서는 구조조정이 빈곤층에 미칠 수 있는 악영향을 완화하기 위한 수단으로써 사회보험, 공공부조, 수당 및 일반생활에서 발생하는 위험에 대비하는 조치들로 정의 하였다. 세계은행은 근로능력이 없어 생계를 스스로 해결하지 못하는 상태와 근로능력이 있다 하더라도 비축된 여유가 없어 최소한의 생계를 유지하기 어려운 상황에 처한 개인이나 가구주 및 가구원들을 보호하기 위한 프로그램으로 정의하였다. OECD는 자력만으로 생활유지가 어려운 사회구성원들을 정상적인 노동 및 사회활동이 가능할 때까지 최소한의 생활유지가 가능하도록 해주기 위한 사회적 장치로 정의한 바 있다..

위에서 정리한 사회안전망 개념을 토대로 의료안전망이란 용어를 정의하고자 한다. 의료안전망은 사회안전망의 부분집합이라 할 수 있다. 사회안전망이 사회경제적 재앙, 비상사태에 의해 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 도움을 제공하는 제도를 통칭하기 때문에 의료안전망은 다음과 같이 정의할 수 있다. 의료안전망은 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄한다. 정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아진다. 따라서 광의의 개념을 적용하게 되면 사회보험인 건강보험, 빈곤선 이하를 대상으로 하는 의료급여제도 그리고 특수목적에 맞게 설계된 긴급구호제도, 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급대불 제도 등 기타 의료관련 제도를 포괄한다. 협의의 개념이 적용되면 전 국민 대상 건강보험은 제외되어야 할 것이다. 안전망이란 개념에 제도의 건강성, 포괄성, 효과성, 접근성 등 제도의 유무보다는 제도의 운용개념이 포함된다면 안전망에 대한 정의가 훨씬 복잡하고 다원화된다. 의료안전망의 경우 주요 타깃 대상 중 제외된 사람은 없는지, 대상자 누구나 쉽게 요양기관에 접근할 수 있는지, 대상자들의 건강수준은 향상되고 있는지, 필요이상의 남용이나 도덕

세계은행: 근로능력이 없어 생계를 스스로 해결하지 못하는 상태와 근로능력이 있다 하더라도 비축된 여유가 없어 최소한의 생계를 유지하기 어려운 상황에 처한 개인이나 가구주 및 가구원들을 보호하기 위한 프로그램

OECD: 자력만으로 생활유지가 어려운 사회구성원들을 정상적인 노동 및 사회활동이 가능할 때까지 최소한의 생활유지가 가능하도록 해주기 위한 사회적 장치

적 해이는 없는지 등을 종합적으로 살펴보아야 한다. 본 보고서에서는 의료안전망이란 개념을 조작적으로 정의하고자 한다. 연구의 범위를 제한하여 집중적인 논의를 할 수 있도록 의료안전망이란 개념을 다음과 같은 정의하에서 살펴보고자 한다. 대상자들의 접근성, 제도의 효과성, 건강성(효율성)에 대한 검증은 다음으로 미루고 본 보고서에서는 제도의 포괄성 중심으로 검토하고자 한다. 포괄성이라 함은 제도에서 누락된 계층은 없는지에 초점을 맞추는 것이다. 즉, 본보고서에서는 의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단 위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위¹³⁾ 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 하고자 한다.

2. 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론

국내의 의료비와 관련한 연구는 대부분 본인부담 수준을 측정하는 데 머물렀다. 요양기관 종별 또는 입원과 외래로 구분하여 총진료비 중 본인이 일부 부담정도를 측정하였다. 그러한 시도도 비급여가 광범위하여 요양기관 제출 자료에 근거하거나 수진자 내역조사를 통해 연구된 것이기 때문에 결과치에 대한 신뢰가 지극히 제한적이다. 더욱이 본인부담 절대액 크기는 질환의 종류에 따라 비슷할 수 있으나 부담하는 가구의 입장에서 체감하는 본인부담 규모는 소득의 크기에 따라 달라진다. 그러나 소득수준별 본인부담 정도에 대해서는 아직 정교한 작업이 진행되고 있지 못하다. 소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있다. Wyszewinaski(1986a)는 교통사고나 후천성면역결핍증보다 훨씬 치료비용이 들뜨는 질환이더라도 그 가계가 가난할 경우 과중한 부담이 될 수 있다고 하였다. 따라서 '과부담의료비 지출(Catastrophic Health Expenditure)'은 [도 II- 1]

주13) 이현주 외 『차상위 실태분석 및 정책제안』에 의하면 소득((정상소득-생계급여-정부지원금)이 최저생계비 기준 120% 이하(차상위 계층)는 전국민의 약 20.3%로 나타나고 있음.

에서 보듯이 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우 (a) 뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우(c)도 포함하여야 한다(Wyszewinaki, 1986a). 똑같은 차원에서 고액의 치료 비용이 소요되었지만 재정적으로 부담을 느끼지 않는다면(b) 과부담 의료비로 정의할 수 없다.

[그림 II-1] 치료비용 규모와 재정적 부담간 관계

		재정적 부담	
		매우 부담	부담되지 않음
치료비용 규모	고비용 소요	a	b
	저비용 소요	c	d

Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 ‘과부담의료비 지출’을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의하였다. 즉, 소득 혹은 총 소비지출에서 의료비 지출의 비중이 비정상적으로 증가된 상태는 가구의 의도와 상관없는 어쩔 수 없는 선택이며, 이는 그 가구의 소비지출이 평균적인 수준 이하로 떨어짐으로써 효용 수준이 감소하고 빈곤화의 가능성이 높아짐을 의미한다.

세계보건기구(WHO, 2000)는 각 나라의 보건의료시스템 성과지표들 중의 하나로 보건의료재정의 공평성(fairness in financing contribution)을 측정하여 발표한 바 있다. 이 지표는 한 가구의 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력으로 나누었다. 전자는 한 가계의 직접의료비 지출(out-of-pocket health expenditures)과 건강보험료(health insurance premiums)이며 후자는 총 소비지출 중 식료품비¹⁴⁾를 제외한 것이다. 이 지표가 50%를 초과할 경우 의료비지출로 인하여 빈곤화에 빠질 수 있다고 하였다. 그 이후 세계보건기구는 앞의 지표에서 의료비 지출이 40% 초과할 경우가 ‘과부담상태’(catastrophic status)이어야 한다고 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나

주14) 한 가계의 생존에 필요한 기본비용을 식료품비로 대체하였다.

낮을 수 있다고 하였다(Kawabata, Xu, and Carrin, 2002; Xu et al, 2003). 이와 관련한 개발도상국이나 중진국들의 연구들은 과부담의료비 지출 지표로 가구당 총소비지출 중 보건의료비 평균비중을 사용하여 소득계층간 부담수준을 비교하였으며, 특히 많은 문헌들이 가계의 본인부담지출(user fee)에 초점을 두었다(Fabricant, Kamara, and Mills, 1999). 한편 유럽의 OECD 국가들은 의료관련 보장수준이 높아 과부담의료비 지출 관련 연구는 많지 않으며, 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수(주15)를 사용하여 소득계층간 형평성을 측정하였다(Wagstaff et al., 1999). 반면 선진국이지만 본인부담이 높은 미국의 경우 과부담 의료비 지출이 심각한 정책적 이슈로 다루어져 왔다. Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였으며, Wyszewianski (1986b)는 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중을 5%, 10%, 20%이상으로 나누어 그 발생빈도를 조사한 바 있다. 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15%이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고한 바 있다. 그 이후에도 의료보장 취약계층이나 저소득층의 의료비 과부담에 대한 많은 연구들이 있었다(Rice, Desmond, and Gabel, 1990; Cutler and Zeckhauser, 1999; Burtless and Siegel, 2001). 최근에 Waters·Anderson·Mays(2004)는 일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우를 과부담상태로(catastrophic status) 규정하고 소득계층간 발생분포를 조사한 바 있다. Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하였다. Xu(2003)는 빈곤가구는 의료보장 체계의 본인부담비가 축소되면 의료비 지출 과부담과 재정적 위험에서 벗어날 수 있다고 하였다. 의료비 부담의 형평성 문제와 의료욕구 대비 본인부담 크기 또는 보건의료 재정분배의 역진성의 정도를 수치화하여 보여준다는 점에서 중요한 함의를 가

주15) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력에 있어 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다.

진다. 이와 같이 과부담의료비 지출의 측정지표나 기준은 아직 통일되어 있지 않으나 가구단위로 분석하며, 한 가구의 총소득 혹은 총소비 지출을 분모로 하고 건강과 관련된 지출을 분자로 하여 그 비중을 측정하며, 그 기준점은 각 나라가 처한 보건의료정책 상황(context)에 맞게 정하여 연구하는 경향을 띠었다.

〈표 II-1〉 과부담 의료비 지출에 대한 개념 정의

	개념 또는 정의
Wyszewinski(1986)	치료비용 규모와 상관없이 가계 재정에 심대한 부담을 주는 경우
Berki(1986)와 Stiglitz(1998)	의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준이 위협 받을 수준
세계 보건 기구(2000)	보건의료지출 비용(의료비와 보험료)을 그 가계의 지불능력(총 소비지출 중 식료품비 제외)으로 나눈 값이 40%를 넘는 경우
Feldstein(1971)	한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계
미국 국회예산처 (Congress Budget Office, 1997)	가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15% 이상 지출하는 가구
Waters · Anderson · Mays(2004)	일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우
Devadasan(2005)	가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출

기존 연구에서 한 가구의 의료비 지출이 가계재정에 부담을 미치는 가장 중요한 변수는 가구의 소득수준이다(Berki, 1986; Wyszewianski, 1986b; Kawabata, Xu, and Carrin, 2002; 이수연, 1997). 또한 세계보건기구의 Kawabata·Xu·Carrin(2002)는 과부담의료비 지출에 미치는 가구특성 요인으로 소득수준 이외에 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태가 있으며, 특히 노인이나 만성질환자, 그리고 장애인이 있는 가구들은 보건의료서비스에 대한 필요가 높고 노동력 손

실에 따른 가구소득 감소로 인하여 과부담의료비의 지출 가능성이 높다고 하였다. 미국의 ‘국민 의료이용 및 의료비 지출 실태 조사’(National Medical Care Utilization and Expenditure Survey)의 원자료를 분석한 결과, Dicker와 Sunshine(1988)은 의료비 지출에 따른 가계재정부담의 가장 중요한 원인으로 가구 소득수준과 의료보장 유형 유형이라고 보고하였으며, Waters·Anderson·Mays(2004)은 가구 소득수준과 만성질환자 수, 그리고 의료보장 유형이 가장 중요하다고 보고하였다. Su(2006)는 부유층에 비교해서 아주 적은 의료비 지출액이라 할지라도 저소득층에게는 영향이 크다고 언급하면서 경제상태가 의료비 과부담의 핵심 결정요인이라고 하였다. 국내연구로 이수연(1997)의 연구에 따르면 가구원이 적을수록, 연령이 높아질수록, 가구소득 수준이 낮을수록, 건강상태가 나쁠수록 치료비 부담률이 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 과부담의료비 지출에 영향을 미치는 가구특성 요인을 종합하면 가구소득 이외에 연령구조, 가구크기, 건강상태, 가구의 취업상태이다.

Ⅲ. 외국의 제도 및 시사점

취약계층에 대한 의료보장은 취약계층에 대한 사회부조적 측면과 의료보장적 측면을 동시에 가지며 따라서 복지국가의 유형과 의료보장제도 유형의 양면성을 띄게 된다. 따라서 이러한 양 측면을 동시에 관찰할 필요가 있다. 본 장에서는 OECD 국가의 취약계층에 대한 의료보장을 크게 조세를 주 재원으로 하는 소위 베버리지형 의료체계 하의 국가, 사회보험을 주 재원으로 하는 소위 비스마르크형 의료체계 하의 국가, 자유주의형 의료체계 하의 국가 등 세 가지로 구분하여 살펴보았다. 베버리지형 의료체계 하의 국가로는 영국, 스웨덴, 노르웨이, 핀란드, 스페인, 포르투갈, 이태리, 그리스, 호주, 뉴질랜드 등이 있으며, 캐나다는 조세 재원을 중심으로 포괄적 서비스를 제공한다는 점에서 베버리지형으로 분류 가능하나 공급을 민간 소유 의료기관에 의존하는 등 변형된 형태를 가지고 있다. 비스마르크형 의료체계 하의 국가로는 독일, 오스트리아, 프랑스, 벨기에, 네덜란드, 일본, 한국 등이 있으며, 자유주의형 의료체계 하의 국가로는 미국을 들 수 있다.

1. 베버리지형(조세방식) 의료제도 국가

베버리지형 의료제도를 지닌 국가는 전 국민을 대상으로 하여 예방부터 치료, 그리고 재활에 이르는 포괄적인 보건의료서비스를 조세 재원을 통해 원칙적으로 무료로 제공하는 방식을 취하며, 이는 흔히 NHS(National Health Service) 제도로 불린다.

전 국민을 대상으로 한 포괄적인 보건의료서비스가 제공되고 있기 때문에 취약계층에 대한 지원은 별도의 제도로 부각되고 있지 않으나 평등을 강조하는 제도의 성격상 이들에 대한 배려가 정책 운용을 통해 이루어지고 있다.

약품비, 치과치료비 등 이용자 부담이 부과되고 있는 경우에 이러한 부담으로 인해 필수의료에 대한 접근성이 제약되지 않게 하기 위한 부담 면제 등의 배려가 있게 된다. 그러나 우리의 의료급여제도에 해당하는 별도의 제도는 가지고 있지 않다.

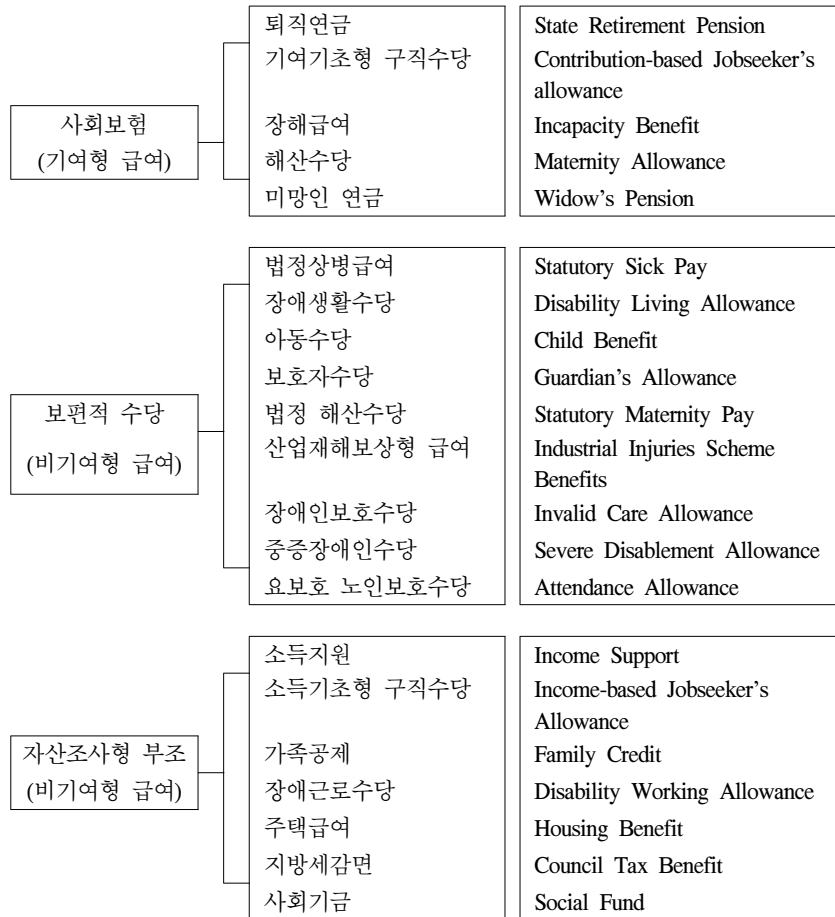
가. 영국

1) 사회보장제도

영국의 사회보장체계^{주16)}는 사회보험, 사회수당, (공공)부조라는 세 요소로 구성되어 있으며 다른 나라에 비해 사회보험의 비중이 상대적으로 작고 대신 사회수당과 (공공)부조가 발달되어 중요한 역할을 하고 있다.

주16) 사회보장(Social Security)의 의미는 국가마다 달라 모호한 측면이 있다. 예를 들어 미국에서는 사회보장을 통상 '퇴직연금들'(retirement pensions)을 의미하는 반면 영국에서는 국가를 통하여 제공되는 모든 현금급여(cash benefits)를 의미한다. 반면에 유럽대륙에서는 현금급여 및 의료보장을 포괄하는 '사회보호'(social protection)라는 용어를 보다 더 선호한다(이영찬, 2000).

[그림 III-1] 영국의 사회보장체계



출처: 김미곤 외, 「외국의 공공부조제도 비교연구」, 2000.

국민보험은 기여형 급여인 사회보험이고, 비기여형 급여인 공적부조는 사회보장세의 납부와는 관계없이 정부의 일반 회계에서 빈곤층의 최저생계수준을 유지하게 하기 위해 지출하는 것으로, 다시 보편적 사회수당으로서의 비자산조사형 급여와 자산조사형 급여로 나눌 수 있다. 총 사회보장 지출 중 비기여형

인 공적부조 지출의 비율은 41%이며, 이중 자산조사급여는 61%, 비자산조사급여는 39%에 해당된다.

영국의 사회복지서비스 전달체계는 소득보장적 성격의 사회보장 담당조직과 사회복지서비스 담당조직이 분리되어 있다. 현금급여적 사회보장급여는 중앙정부에서 각 지역에 지방사무소를 두고 직접 운영하고, 사회복지서비스(social care)는 주로 지자체 사회복지서비스부서(social services department)을 통해 제공하고 있다.

대상자 선정 및 급여는 Benefit Agency(급여청)가 담당하고, 보험료 징수와 기록에 관한 사무는 Contributions Agency(보험료청)가 담당하며, Benefit Agency는 주로 현금급여 업무에 집중하고 있다. 보호대상 가족의 문제에 포괄적으로 대처하는 대인복지서비스(personal social services)는 별도의 사회보장사무소에서 주로 담당한다. 영국에서도 우리나라와 마찬가지로 공공부조 수급자들의 근로유인제도가 가장 큰 정책적 과제가 되고 있으며, 최근 몇 년 동안 소득산정 및 급여방식 등이 근로유인을 위한 목적으로 개편되어 왔다.

중앙의 사회보장부(Dept. of Social Security)는 정책을 입안하는 본부와 실무를 집행하는 5개의 독립청을 두고 있으며, 지역(regional) 및 지방(local)사무소가 있다. Benefits Agency(급여청)는 사회보장 급여를 관리하며, 전국에 1,400여개의 사무소가 설치되어 있고 7만여 명이 근무하고 있다. Child Support Agency(아동지원청)은 아동을 지원·관리하며 75백 명이 근무하고 있다. Contributions Agency(보험료청)은 국민보험기여금을 징수하고, Information Technology Services Agency(정보·기술청)은 사회보장분야 전산망을 관리하는데 1천명이 근무하고 있으며 War Pensions Agency(보훈청)은 전쟁으로 인한 사망 및 부상자에 대한 급여를 관리하고 있다.

사회적 케어(social care)는 중앙 차원에서는 보건부(Dept. of Health)에서 담당하지만, 보호서비스(care)의 제공 책임은 지방정부 사회서비스국에 있다. 사회적 케어는 지방사회복지서비스국과 보건·복지부문의 각종 서비스 제공 주체가 긴밀한 연계를 이루면서 제공되며, 사회복지서비스를 담당하는 전문인력은 지방 사회복지서비스국에 대부분 고용되어 있다. 영국의 공공복지인력으로서 일선에

서 복지서비스를 제공하는 자로는 케어매니저(care manager), 현장 사회복지사(field worker), 커뮤니티 워커 등이 있다.

가) 공공부조제도

(1) 자산조사형 급여

자산조사를 거쳐 대상자를 선별하는 급여로 소득지원, 소득기초형 구직자급여, 가족공제, 주택급여, 사회기금, 장애취업수당, 지방세금공제 등이 이에 해당된다.

영국은 공공부조대상자 선정시 공식적 빈곤선과 같은 단일한 소득 기준이 없고, 신청가구별로 소득상한선이 정해진다. 즉, 특정 신청자가 받을 수 있는 급여 총액이 곧 대상자 선정시 그 가구의 소득 상한선이 된다. 이런 방식은 대상가구의 특성에 따른 욕구의 차이를 대상자 선정시 충실히 반영함으로써 대상자 선정에 있어서의 형평성을 기할 수 있는 장점이 있다.

① income Support(소득지원)

소득지원의 대상자는 근로가 불가능한 질병이나 장애가 있는 사람, 60세 이상, 아동이나 환자 보호자, 임산부, 편부모 혹은 부모 부양자, 등록된 시각장애인, 청각장애인, 특정범주의 학생, 50세 이상으로 지난 10년간 직장을 갖지 못한 자 등이 선정된다.

급여액은 결혼여부, 연령, 부양아동의 수 및 연령, 거주지역에 따라 개인수당(Personal Allowance)을 지급하며 개인수당 외에도 욕구에 따라 부가급여(특수 집단의 특별욕구에 대한 급여, 예를 들면 대상자가 노령, 장애, 혹은 아동이 있거나 편부모이면 혜택을 받음)를 지급하거나 주거비용(Housing Costs)을 보조한다. 개인수당 및 부가급여의 급여수준은 소득수준에 따라 보충적 방식으로 급여액이 결정되며, 급여의 지급기간에는 제한이 없다.

② Income-based Jobseeker's Allowance(소득기초형구직자급여)

IS 수급자 중 근로능력이 있는 사람(18세 이상 연금수급연령 이하, 즉, 남성의 경우 65세 이하, 여성은 60세 이하인 사람 중 근로를 하고 있지 않거나 평균 근로시간이 주당 16시간 이하인 경우)은 소득기초형 구직자급여(Income-based Jobseeker's Allowance)를 수급하고 있으며, 수급기준 및 급여액은 IS와 동일하다.

③ Family Credit(가족공제제도)

부양아동이 있는 저임금 상근근로자들을 위한 자산조사를 통한 급여로서 대상자의 근로소득이 일정수준 이하로 떨어지지 않도록 대상자의 임금을 확실히 보장하기 위한 것으로 저소득 상근근로자에게 주어지며, 수혜액의 계산은 소득 보조에 준한다.

대상은 대상자(혹은 배우자)가 주당 최소 16시간 이상 근로(임금근로 및 자영업)하면서, 16세 이하의 부양아동(전일제 수업을 받는 학생인 경우는 19세 이하)이 1명 이상 있는 경우에 해당되며 자산(saving and capital)이 £ 8,000이하, 그리고 대상자(혹은 배우자)가 장애근로수당(Disability Working Allowance)을 받고 있지 않아야 한다.

급여는 대상자(혹은 배우자)의 소득과 아동의 연령 및 수에 따라 달라지며 6개월(26주)동안 동일한 급여율로 지급되며 그 기간동안의 소득 및 생활환경 등의 변화에 따르지 않는다.

④ Housing Benefits(주택급여제도)

IS를 받고 있거나, IS 수혜자는 아니지만 저소득층인 사람들에게 민영 혹은 공영 주택의 임대료를 보조하는 정책이다. 연령이 16~17세에 해당하는 자와 18~24세인 자의 급여 수준이 같다는 점과 편부모의 경우 급여율이 더 높다는 점을 제외하고는 IS와 급여율 체계가 동일하다.

⑤ Social Fund(사회기금제도)

사회기금은 정규적인 수입으로는 감당할 수 없는 비용이 발생했을 경우 지원되는 제도로써, 자격조건은 국민보험 기여금의 납부여부와 상관없이 신청자의 욕구나 소득의 정도에 따라 지급한다.

사회기금은 상환을 하지 않는 보조금(grant)과 대부(loan)의 두 가지로 구분된다. 대부는 공적부조수당으로 일정액씩 공제하는 무이자 상환제도이며, 무이자 대부로는 Budgeting Loans(가계비대부), Crisis Loans(위기대부) 등이 있다. 보조금으로는 Community Care Grant(지역케어보조금), Maternity Payment(해산수당), Funeral Payment(장례보조금), Cold Weather Payment(혹한기보조금) 등이 있으며, 지역케어보조금은 공공기관 요양 후 지역사회에서의 정착을 돕기 위해서 병원이나 다른 공공기관에 입원한 친척을 방문하기 위한 교통비, 취약계층으로 분류된 사람들의 생활조건을 향상시키기 위해 지출된다.

⑥ Disability Working Allowance(장애취업수당)

DWA는 16세 이상인 사람이 주당 평균 16시간 이상의 근로를 하고 있으나 질병이나 장애 등으로 소득 능력이 제한되는 경우에 지급한다. 대상자(혹은 배우자)의 자산(saving)이 £16,000 이상인 경우에 DWA에 대한 수급자격이 없으며, £3,000 이상인 경우에는 급여가 감소된다.

급여액은 대상자의 수입 및 자산(saving), 자녀유무, 자녀의 수 및 연령 등에 따라 달라지고 급여기간은 26주(6개월)이며 그 기간 동안의 생활환경의 변화는 고려되지 않는다.

⑦ 기타부조

그밖에 Council Tax Benefit(지방세금공제), 무료학교급식, 학자금 공여, 국민보건서비스 부담금의 면제 등이 있다.

(2) 비자산조사형 급여

비자산조사급여는 국민보험 기여금의 납부 기록이나 자산조사 없이 니드에 기초하여 지급되는 급여로 사회수당의 성격을 띠기 때문에 엄밀한 의미의 공공 부조와는 차이가 있다. 비자산조사급여로는 장애생활수당, 이동수당, 보호자수당, 고용주가 지급하는 법정상병급여 및 법정출산수당, 산재보상급여, 장애인 보호수당, 중증장애인수당, 요보호 노인 보호를 위한 개호수당 등이 있다. 대표적인 급여들에 대해 소개하면 다음과 같다.

첫째, 자녀급여는 16세 이하의 자녀와 16세 이상 18세 이하의 자녀 중 재학 중인 자녀를 둔 부모나 후견인에게 지급하는 급여이다.

둘째, 질병수당은 질병 등으로 28주 이상 계속해서 일을 할 수 없는 16세 이상의 사람들에게 지불되며, 이 수당은 다른 추가소득이 없을 경우에는 소득 보조보다 낮으며, 지급기한은 52주까지이다.

셋째, 장애생활수당(Disability Living Allowance)은 1992년4월 이전에는 운동수당(Mobility Allowance)과 간호수당(Attendance Allowance)라는 급여가 있었으나, 이를 통합해 그 대상 범위를 조금 더 확대한 것으로 65세 이하에게 지급되며 운동요소와 간호요소를 가지고 있다.

넷째, 병자간호수당(Invalidity Care Allowance)은 간호수당을 받는 환자를 지속적으로 즉, 주당 35시간 이상을 간호하는 사람에게 지불하는 수당으로, 가정에서 장애인 및 환자를 돌보기 위하여 직장을 가질 수 없는 사람은 국민보험기여금을 납부할 수 없는 까닭에 각종 급여를 받을 수 없는 문제점을 해결하기 위하여 마련되었다.

2) 취약계층에 대한 의료 지원

가) NHS에서의 취약계층에 대한 배려

NHS는 전 국민을 대상으로 포괄적인 보건의료서비스를 제공하고 있기 때문에 취약계층에 대한 지원은 별도의 제도로 부각되고 있지 않으나 평등을 강조

하는 제도의 성격상 이들에 대한 배려가 정책 운용을 통해 이루어지고 있는 것이 특징이다.

일반의(일차의료), 전문의(병원외래), 입원은 모든 국민에게 본인부담이 없으며, 약품비, 치과치료비 등 이용자 부담이 부과되고 있는 경우에 이러한 부담으로 인해 필수의료에 대한 접근성이 제약되지 않게 하기 위해 다음과 같은 배려가 있게 된다.

첫째, 처방약은 정액(2002년 4월 기준 6.20파운드)의 본인부담이 있으나, 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 60세 이상 노인, 사회보장급여 수급자(소득지원, 장애 연금수급자 등) 가족, 참전 연금자의 참전 후유증에 대한 약품, 임신부 및 생후 1년 미만 자녀를 둔 여자의 경우 본인부담이 면제된다.

둘째, 치과는 진료의 80% 정도를 환자가 부담(본인부담 상한 354파운드)함. 이 경우도 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 60세 이상 노인, 사회보장급여 수급자(소득지원, 장애 연금수급자 등) 가족, 임신부 등은 본인부담이 면제된다.

셋째, 정기검진은 4.76파운드를 지불해야 하나, 18세 미만, 임신부, 저소득층, NHS병원에서의 진료 등인 경우에 본인부담이 없다.

넷째, 안경서비스 중 검안, 안경에 대해서는 유료이나 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 저소득세대, 난시렌즈가 필요한 자, 시각장애자, 당뇨병과 녹내장 환자 및 그 친족으로 40세 이상인 자 등에 대해서는 보건당국과 계약을 하고 있는 안과의에 의한 검안은 무료이고 특히 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 저소득세대에 대해서는 안경 값을 보조하기 위해 교환권이 지급된다.

나) 사회보장제도에 의한 취약계층 의료지원

(1) 국민보험(National Insurance)제도

수입이 주 66파운드 이상 500파운드 미만인 직장인은 제1종 보험료로서 본인 10%, 사업주 12.2%의 보험료 납부하도록 되어 있으나, 법정질병급여 및 법정출산급여 수급자, 장애인자 간호수당의 수령자, 구직자수당 수급자, 소득보조 및 가족 크레딧 수급자, 60~64세인 자, 근로불능자, 직업훈련중인자, 학생으

로 일정요건을 충족하는 자는 보험료를 실제로 납부하지 않더라도 1등급 보험료를 납부한 것으로 인정된다. 이들에게는 상병으로 인해 연속하여 4일 이상 근무하지 못한 경우 29주 이후부터 근로불능급여(Incapacity Benefit)가 지급되며, 출산으로 근로할 수 없는 여성으로 법정출산수당이 지급되지 않는 자에게는 국민보험에서 출산수당(Maternity Allowances)이 지급됨. 법정출산수당 및 출산수당 어느 쪽도 받을 수 없는 자로, 출산으로 근로할 수 없는 자에게는 근로불능급여가 지급되기도 한다.

저소득자에 대해서는 최고 100파운드의 출산일시금(Social Fund Maternity Payments) 이외에 실비기본의 매장료(Social Fund Funeral Payments)가 사회기금에서 지급된다.

(2) 공적부조제도

① 자산조사형 급여

영국은 공공부조대상자 선정시 공식적 빈곤선과 같은 단일한 소득 기준이 없고, 신청가구별로 소득상한선이 정해진다. 즉, 특정 신청자가 받을 수 있는 급여 총액이 곧 대상자 선정시 그 가구의 소득 상한선이 된다. 따라서 대상가구의 특성에 따른 욕구의 차이를 대상자 선정시 충실히 반영함으로써 대상자 선정에 있어서의 형평성을 기할 수 있게 된다.

정규적인 수입으로는 감당할 수 없는 비용이 발생했을 경우 국민보험 기여금의 납부여부와 상관없이 신청자의 욕구나 소득의 정도에 따라 사회기금(Social FUND)에서 상환을 하지 않는 보조금(grant)과 대부(loan)의 두 가지 지원을 하고 있다. 보조금에는 Community Care Grant(지역케어보조금), Maternity Payment(해산수당), Funeral Payment(장례보조금), Cold Weather Payment(혹한기보조금) 등이 있는데 지역케어보조금은 공공기관 요양 후 지역사회에서의 정착을 돕기 위해서 병원이나 다른 공공기관에 입원한 친척을 방문하기 위한 교통비, 취약계층으로 분류된 사람들의 생활조건을 향상시키기 위한 것이다.

16세 이상인 사람이 주당 평균 16시간 이상의 근로를 하고 있으나 질병이나

장애 등으로 소득 능력이 제한되는 경우에는 Disability Working Allowance(장애 취업수당)가 지급된다. 급여수준은 대상자의 수입 및 자산(saving), 자녀유무, 자녀의 수 및 연령 등에 따라 다르며 급여기간은 26주(6개월)이고 그 기간 동안의 생활환경의 변화는 고려되지 않는다. 대상자(혹은 배우자)의 자산(saving)이 £16,000 이상인 경우 DWA에 대한 수급자격이 없으며, £3,000이상인 경우 급여가 감소된다.

② 비자산조사형급여

질병 등으로 28주 이상 계속해서 일을 할 수 없는 16세 이상의 사람들에게 제공되는 질병수당(Statutory Sick Pay), 이전의 운동수당(Mobility Allowance)과 간호수당(Attendance Allowance)을 통합해 65세 이하에게 지급되는 장애생활수당(Disability Living Allowance), 간호수당을 받는 환자를 지속적으로 주당 35시간 이상 간호하는 사람에게 지불하는 병자간호수당(Invalidity Care Allowance) 등은 비록 자산조사에 의한 것이 아닌 일반 수당적인 성격의 것이지만 취약계층으로 전락하는 것을 방지하는 역할을 한다. 또한 병자간호수당은 가정에서 장애인 및 환자를 돌보기 위하여 직장을 가질 수 없는 사람은 국민보험기여금을 납부할 수 없는 까닭에 각종 급여를 받을 수 없는 문제점을 해결하기 위한 것이다.

나. 스웨덴

스웨덴은 사회적 연대를 강조하는 대표적인 국가이며 이에 따라 높은 복지 수준을 유지하고 있음. 스웨덴이 유럽 경제 통합 내지 유로화권 진입을 거부한 것도 이러한 경제 통합이 스웨덴 국민의 높은 복지수준의 하향 평준화를 초래할지도 모른다는 위기감에 근거한 것으로 해석되고 있다.

스웨덴의 의료보장은 사회보험의 하나로서 국민건강보험을 통해 제공되는 현금급여 그리고 국가보건서비스(National Health Service, 엄밀히는, Regional Health Service)에 의해 제공되는 현물서비스로 구성되어 있다. 여기서의 의료보

장의 구성 내용을 본 뒤, 취약계층에 대한 지원 내용을 정리하였다.

1) 취약계층을 위한 지원

가) 제도적 지원

베버리지형 의료체계 하에 있는 만큼 대부분의 서비스가 제공되고 이용자 본인부담이 미미하다. 그나마 있는 이용자 부담의 경우에도 연간 상한을 설정하여 부담에 따른 접근성 제약을 최대한 완화하고 있다. 입원진료를 제외한 본인부담이 연간 99 Euro를 넘으면 더 이상 부담을 하지 않는다. 외래 처방약제비가 연간 198 Euro를 넘으면 더 이상 부담을 하지 않으며, 약제비 총액이 99 Euro 이하인 경우 전액 본인부담하나 그 이상은 금액이 증가함에 따라 본인부담률이 50%, 20%, 10%로 감소한다.

연금소득자, 저소득층, 아동, 산모 등에게는 이용자 부담에 대한 면제 내지 감면 혜택이 주어진다. 연금생활자, 저소득층에 대해서는 본인부담(2000년 현재, 일차의료는 11~15 Euro, 전문의 진료는 16~27 Euro, 입원진료는 일당 8.6 Euro)에 대한 감면 혜택이 주어진다. 18세 이하의 아동에게는 본인부담이 면제되고, 치과의 경우 19세까지는 무료이며, 학령기 아동에게는 일차의료, 예방접종, 건강검진 등이 무료로 제공되고, 산모는 임신기간 중 무료 검진을 받는다.

나) 평등한 보건의료서비스 개발을 위한 행동플랜

평등을 강조하는 스웨덴에서도 건강 불평등은 아직까지 공중보건 및 사회결속에 있어서의 주요 문제로 남아 있다. 스웨덴 정부 또한 지난 20년간 사회적 불평등이 크게 줄지 않은 것으로 판단하고 있다. 화이트칼라 근로자가 블루칼라 노동자에 비해 오래 살고 병에 걸릴 확률이 낮다든지, 작업 조건, 가족 관계, 사회관계, 재산 등의 면에서 남녀간의 차이가 질병 유형의 차이를 가져오며, 여성이 남성보다 오래 살지만 불건강(ill-health)의 증상은 더 많이 보이고 있다든지 하는 문제에 대해 대응책을 마련하고 있다.

스웨덴 보건의료의 총체적인 목표는 전 주민에게 평등한 건강수준 및 의료 서비스를 제공하는 것이다. 정책의 우선순위는 인간존엄원칙(human dignity principle), 필요/연대원칙(needs/solidarity principle), 비용효과원칙(cost-effectiveness principle)의 세 가지 원칙으로 구성된 윤리강령에 기반을 두고 있다.

구체적인 행동플랜(action plan)에서 나타난 정책들은 사회적 취약계층에 대한 보건의료서비스 향상에 우선적 목표를 두고 있다(Government Offices of Sweden, 2003). 일차보건의료의 강화를 통해 의료서비스에 대한 접근의 권리를 높이고 모든 환자가 의료서비스를 필요로 할 때 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 행동 플랜의 최우선 과제이다. 이를 위해 2001~2004 사이에 90억 SEK가 사용될 것이고 그 중 70%는 county council에, 30%는 local authorities에 배분될 것이다. 또한 정신질환을 지닌 노인, 청소년, 아동에 대한 보건서비스를 강화하는 것도 주요 목표이다. 유사 증상을 보이는 남성과 여성 사이에 상이한 치료가 요구된다는 최근의 연구결과에 따라 보건의료부문에서의 성차별 시정을 위한 조치들이 검토되고 있으며 노인의 보건의료에 대해서도 검토가 진행되고 있다. local authorities가 시설 및 재가 의료를 담당했던 지난 10년간의 노인의료개혁의 경험에 비추어 현재 노인을 위한 최적의 의료가 이루어지고 있는지에 대한 검토가 이루어지고 있으며, local authorities와 county council 사이의 협력 관계의 문제를 개선하는 방안도 강구되고 있다.

주민의 니드에 대한 대응과 이를 위한 접근성 향상을 위해 2002~2004 사이에 37.5억 SEK가 배당되어 있다. 정부와 federation of county council은 county council이 90일 내에 치료에 대한 접근이 가능하도록 하는 소위 '확대의료보장(extended health care guarantee)'의 도입에 대해 합의하였다. 보건의료서비스에서 '0-7-90 rule'이 도입되었다. 즉, 지역사회 의료부문의 접촉은 당일에 이루어지고, 의사를 만나는 것은 7일 이내에, 치료는 90일 이내에 제공되도록 하였다. 또한 의학적 문의 서비스를 위한 단일 전화번호가 도입될 것인데 이 전화로 증상에 대한 대처 방식에 관한 질 높은 안내와 조언을 얻을 수 있게 될 것이다.

2. 비스마르크형(사회보험방식) 의료제도 국가

가. 프랑스

1) 사회보장제도

프랑스의 사회보장제도(협회의 개념)는 크게 사회보험제도(assurance sociale)와 사회부조제도(aide sociale)로 구분되며, 의료와 연금을 담당하는 사회보험부문, 노동재해 및 직업병부문, 가족급여부문의 3개 부분으로 나누기도 한다. 사실상 질병보험과 노령(연금)보험이 사회보장제도의 주축이 되고 있다. 사회보험제도는 보험료를 주재원으로 하는 질병보험, 노령(연금)보험, 가족수당제도를 포함하나, 직업에 따라 많은 하위제도로 나누어지기 때문에 매우 복잡하다. 참고로, 일반제도 보험료율을 보면 1997년의 경우 질병보험이 13.55%(고용주 12.8%, 피용자 0.75%), 노령보험이 14.75%(고용주 8.2%, 피용자 6.55%), 가족수당이 5.4%(고용주가 전액 부담)이었다. 기타 보충제도(un système subsidiaire de protection sociale)로서 사회복지, 사회부조, 의료부조, 상호부조조합 등이 있다.

법정제도로는 피용자제도와 자영자제도가 있고 피용자제도에는 일반제도(régimes général)와 특별제도(régimes spéciaux)가 있으며, 자영자제도에는 농업자제도와 상공업자제도가 있는데 이들 제도는 전국 단일제도로 전 국민의 80%가 이에 속한다. 일반제도, 농업자영자제도, 상공업자영자제도 등 3대 건강보험 제도는 국민의 96%를 포함하며, 일반제도인 전국질병보험금고는 상공업근로자 및 그 부양가족과 CMU의 수혜자들을 포함하며 국민의 약 84%를 포함하고 있다. 국민은 보험자에 대한 선택권 없이 직업상태와 거주지를 근거로 건강보험 제도에 자동적으로 가입된다. 일반제도는 모든 부문에 걸쳐 급여를 하고 있는데 특별제도의 경우 급여내용이 일반제도와 일치하지 않아 사회보장 수준의 최저기준 설정 및 재정조정의 논란이 계속되고 있다

법정제도를 보완하는 역할을 하는 것으로 임의가입의 보충적 제도가 있다.

공제조합이나 상호부조조합제도가 대표적이고, 그밖에 공적인 질병보험제도의 미가입자를 대상으로 하는 의료부조제도 및 개인보험이 있다.

의료보장은 질병보험(질병금고)제도에 의해 전국민에게 제공되며 국민뿐만 아니라 3개월 이상 거주한 외국인에 대해서도 보장하고 있다. 전체국민의 90%가 일반질병보험에 가입하고 나머지는 특별질병보험에 가입하고 있다. 의료보장제도의 재원은 주로 질병금고로, 질병금고 75%, 보충보험 13%, 본인부담 11%, 기타 1%로 구성된다.

〈표 III-1〉 프랑스의 질병보험제도

제도명		대상가입자	보험자	가입자비율
피용자제도 régimes salariés	일반제도 (régimes général) (CNAMTS)	일반상공업피용 자	질병금고	전국민의 84% (49,500,000)
	특별제도 (régimes spéciaux)	국철직원	국철공제조합	전국민의 4% (2,500,000)
		광산종사자	광산부조조합	
		선원	전국선언장애자기관	
		국가공무원	공무원공제조합	
		파리지하철공사 직원	질병·출산보험조정 금고	
프랑스수도회사 직원	네프춘공제조합			
자영자제도 régimes non salariés	농업자영자제도 (régimes agricoles) (MSA)	농업자영자	농업복지공제금고	전국민의 7% (5,000,000)
	상공업자영자제도 (CANAM)	상공업자영자	자영자질병금고	전국민의 5% (3,500,000)

가) 사회부조제도

프랑스의 사회보장제도는 대단히 복잡하고 중첩적이다. 사회부조와 관련된 조직과 기관들이 다양하고, 사회보험과 사회부조가 중첩되어 있어 사회부조(공공부조)에 대한 일관성 있는 전국적 통계를 갖기가 어렵다. 또한 국민연대성에

기초한 사회보장제도가 직종 및 직업연대성으로 얽혀 있어 사회보장 권리의 일반화는 아직도 미흡하고, 직종·지역별로 다양한 제도들이 있으며 급여 수준도 상당한 격차가 존재한다.

프랑스의 사회부조 제도 중 우리나라의 국민기초생활보장제도와 가장 유사한 제도는 일반부조(RMI)제도이며, 근로능력이 있는 자에 대한 조건부과와 적극적 자활지원 측면에서도 유사하다. 빈곤정책에 있어서 최저기준의 설정이나 최저생활의 보장, 급여의 적정성에 대한 관심보다는 자활이나 근로를 통한 복지에 대한 관심이 크다.

(1) RMI

1989년부터 도입되었고, 다른 사회보험제도나 자산조사를 통한 급여에 의해 보호를 받지 못하는 실업자거나 도움이 필요한 저소득층을 위한 마지막 의지처의 역할을 하는 가장 중요한 공적부조 제도이다. 또한 RMI는 저소득층을 노동시장이나 사회에 재통합하는데 도움을 주려는 특수한 정책목표를 가지는 대표적인 사회부조제도이다.

프랑스 전체 일반부조 수급자수는 약 90만 명이며, 이중 수도 파리시민 55천명이 혜택을 받고 있다. 수급자의 약 58%는 부양자가 없는 독신남성 또는 여성이고, 21%는 편부모, 21%는 부부이며, 수급자는 농촌지역보다 도시지역에 더 많고, 수급자의 약 30%가 고용이나 훈련을 받고 있다. 고용된 사람 중 60%는 비 영리활동(주로 지역사회 연합체나 공공기관)과 관련된 연대성고용계약(solidarity employment contract)아래 있고, 일부는 직장으로서의 복귀계약(contrat de retour a l'emploi) 하에 있어 고용주는 사회보험 기금이 면제된다.

수급자격은 자산조사를 통하여 평가되며, 가구의 전 자산을 고려한다. 가옥 소유자이면서 주택급여를 받는 사람과 무료의 임대 주택에 사는 사람은 월 개인은 267프랑, 부부는 553프랑이 감액된다. 즉, 신청자와 배우자의 소득·재산은 모두 포함되나, 각각의 급여에 있어서 제율이 다르다. 모든 신청자는 그들의 재산, 주택, 가구 상황의 변화를 보고해야 할 의무가 있다. 25세 이하의 사람은

아동이 있거나 임신한 경우가 아니면 RMI의 수급 자격이 없으며, 프랑스 국민이 아닌 자는 3년 이상 프랑스에 거주한 경우에 수급자격이 있다.

급여는 처음 3달 동안 지불하고, 3월 이후 1년 사이에 계속 보호여부를 판단하여 갱신하고, 전체 급여수급 기간에는 제한이 없다. 급여수준은 1인 독신가구의 경우 월 2,600프랑이며 2인가구는 3,200프랑이고, 아동 수에 따라 추가급여가 지급된다.

RMI는 전국적으로 지급되고 있는 급여로 지방에서는 CAF(Caisse d'Allocation Familiales)에 의하여 운영된다. CNAF에 의하여 재원이 충당되며, 그 비용은 후에 일반재원으로부터 중앙정부에 의하여 상환받는다. 이 급여의 부가적 요소(예를 들어 직업 훈련, 교육이나 상담)는 각 departements를 통하여 운영되며, 전체 급여의 20%에 상당하는 금액을 이 부분에 투입하고 있다.

(2) 기타 각종 공적부조제도

프랑스에서 공적부조는 어떤 특정 집단이나 특정 범위의 사람들을 미리 대상으로 지정하지 않고 사회부조의 도움을 필요로 하는 사람들이 대상자가 되며, 사회부조의 수혜자격은 사회부조심사위원회가 검토하여 급여의 여부와 수준을 결정한다. 수혜자로서 요구되는 두 가지 요건은 첫째, 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고, 둘째, 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 한다는 것이다.

공적부조의 종류 및 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 질병수당으로 질병 또는 업무 외의 사고로 인하여 일시적인 노동불능 상태에 처하게 된 피보험자의 임금손실을 현금급여 형태의 대체 소득으로 보상하여 주는 상병수당금과 피보험자 또는 그 근친자의 질병으로 인한 의료비 또는 준의료비의 지출에 피보험자가 대처할 수 있게 하는 현물급여가 있다.

둘째, 경로수당은 노인층을 위한 부조제도를 의미하며 노인층을 지원하기 위한 여러 급여들로 구성되어 있다. 수급기간에는 제한이 없으며 프랑스와 상호호혜조약을 맺고 있는 국가의 외국인으로서, 프랑스에 10년 이상 살고 있다

면 이 급여를 받을 자격을 갖는다.

셋째, 장애인수당은 20세 이상 60세 이하의 사람 중 80%이상의 영구적인 장애가 있거나, 최소 50% 이상의 장애가 있고 근로를 할 수 없는 것으로 분류된 사람에게 수당이 주어진다. 이들은 질병급여를 수급하지 않고 있어야 하고, 자산이 일정 수준 이하이어야 한다. 이 급여는 최대 5년간 지급하고 5년이 만료한 시점에서 계속 지급여부를 결정하기 위하여 의료검사를 실시하고 있다.

넷째, 가족수당은 사회보장 영역의 가족수당 급여가 전 국민에게 일반화된 이후 거의 유명무실하게 되었는데, 단 자녀의 군복무로 인하여 생계가 어려운 가정을 위한 군인가족수당은 계속 유지된다.

다섯째, 아동에 대한 부조로는 부조가 없는 아동들의 양육, 교육비용 및 빈곤가정 아동의 장학금 지급 등이 있다.

여섯째, 빈곤노인, 장애인, 환자 등 보조원을 필요로 하는 대상자에게 보조원 수당을 지급하고 있으며 재원은 노인보험금고, 질병보험금고, 가족수당금고 및 사회부조가 맡는데 사회부조의 부담분이 가장 중요하다.

2) 취약계층에 대한 의료 지원

법정제도에 의한 급여를 보완하는 역할을 하는 것으로 보충보험 외에도 공적인 질병보험제도의 미가입자를 대상으로 하는 의료부조제도 및 개인보험이 있다. 공적부조에 의한 질병수당 및 장애인수당은 취약계층의 질병 및 장애로 인한 소득 상실을 보전하는 역할을 한다. 또한 보충보험에 가입하지 못한 저소득층에게 보건의료에 대한 접근의 형평성을 보장하기 위해 2000년 1월 1일 보편질병급여(CMU)제도가 실시되고 있다.

가) 공적부조로서의 의료부조(aide médicale)

프랑스에서 공적부조는 어떤 특정 집단이나 특정 범위의 사람들을 미리 대상자로 지정하지 않고 사회부조의 도움을 필요로 하는 사람들이 대상자가 된다. 수혜자격 요건은 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고, 경제적 능력

을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 한다는 것이다. 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람을 대상으로 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시하고 있다. 의료부조는 프랑스에 살고 있고 필요 의료비를 부담할 수 없는 자를 위한 것으로 사회부조 중 가장 역사가 오래되었다. 의료부조 수급자는 축소되는 경향이며, 수급자수는 현재 전체인구 5700만명 중 5~10% 정도인 것으로 파악되고 있다.

〈표 III-2〉 의료부조 수급자수

(단위: 명)

		1984년	1992년	1993년	1994년	1995년
국가부담	인공중절	12,170	7,420	8,310	9,360	9,750
	재가부조	555,800
현부담	입원부조	440,200	456,580
	임의개인보험	69,000	267,700	288,470	306,780	312,360
	결핵의료부조	2,250	-	-	-	-
	정신병의료부조	26,560	-	-	-	-

자료: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, 1998.

...는 데이터가 없는 경우이고, - 는 대상 외의 경우임.

프랑스에서 국가가 의료보장 재원을 직접 지원하는 것은 제한되어 있으나, 특정 취약계층에 대한 의료부조는 그러한 지원의 몇 안 되는 예이며 주세로부터 일정 부분이 배당(ear-marked)된다. 1984년부터 지방분권화의 일환으로 인공 임신중절을 제외한 모든 의료부조가 道(préfecture)의 관할로 되었다.

수급조건은 道의회의 의료부조 관계 조례에서 정하게 되며, 소득요건 외에도 신청자의 건강상태에 대한 판정이 있어야 한다. 모든 환자(정신병환자, 결핵 환자 포함)와 임신부가 대상이 되지만 외국인이 의료부조를 신청하기 위해서는 3년 이상의 거주 조건을 충족해야 한다.

의료부조에는 재가의료부조, 입원부조, 의료부조수급자에 대한 수당, 사회보험료 대납 등이 있다. 각 부조의 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 재가의료부조로 왕진, 방문간호, 기능회복훈련, 의약품 및 보철기구의 교부, 필요한 가사보조 등이 있으며, 왕진이나 방문간호의 요금, 사전허가 없이 받을 수 있는 왕진의 회수, 치과진료내용, 보철기구의 교부 방법 등은 道 조례에 따른다. 현물급여의 비용부담과 관련하여, 의료부조 수급자가 사회보험의 피보험자인 경우는 예외적으로 사회보험이 통상 부담하는 액과 현 조례가 정하는 요금의 차액만을 현이 부담하며, 피임약의 부조 인정은 예외적으로 인정위원회가 아닌 道の회의장이 하고 인공임신중절의 비용부담의 인정은 현지사가 한다.

둘째, 입원부조로는 지정병원에 대한 입원, 불가항력에 의한 경우나 특별 치료를 위한 여타 병원에의 입원, 인가된 민간 치료, 양호시설에의 입소, 정액의료비(forfait journalier)의 부담 등이 있다.

셋째, 의료부조수급자에 대한 수당으로 이 수당은 부족한 수입으로 인해 주식을 해결할 목적으로 입원하는 것을 막기 위해서 도입된 것이나, 실제로 지급 대상자가 적어 거의 목적을 달성하지 못하고 있다. 수당지급의 결정은 인정위원회가 아니고 道の회의장이 하며 수당액은 재가의료부조에서의 고통자수당과 같다.

넷째, 임의 개인보험료의 부담은 1967년부터 임의가입의 사회보험료 전액 또는 일부를 부담하도록 되어 있다가 1987년부터 국가에서 道로 부담주체가 바뀌었다.

(1) 개인보험(assurance personnelle) 제도

일반제도의 질병 및 출산에 관한 현물급여로 1978년 창설되었으며 사실상 취약 계층에 대한 질병보험 제공의 역할을 수행하고 있다.

수급자격은 질병보험 가입 자격이 없는 프랑스 거주자, 질병보험 가입기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 이혼 후 배우자이었던 자, 프랑스 거주자의 국경 노동자, RMI, 의료부조 등의 수급자이며, 대상자의

상당수는 RMI 수급자이다.

보험료를 보면 소득세 부과 대상소득의 3.35%(사회보험료 부과대상 상한 임금까지), 소득세 부과 대상소득의 11.70%(사회보험료 부과대상 임금부터 그 5배까지)이고, 노령특별수당 수급자는 노령연대기금에서, 저소득 가족수당 수급자는 가족수당금고에서, 그 이외의 저소득 계층은 사회부조에서 보험료를 부담하고 있다. 61만명의 피보험자 중 보험료 면제자가 대부분이고 보험료 납부자는 5만명이다.

(2) 보편질병급여(CMU: Couverture médicale universelle) 제도

보충보험을 가지지 못한 저소득층에게 보건의료에 대한 접근성을 보장해서 의료의 형평성을 높이기 위해 2000년 1월 1일부터 실시하고 있다. 제3자 지불 방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에선 자유롭다.

지방당국으로부터 의료보조를 받았던 거의 3백만 명의 국민 또는 RMI 수급자는 신청할 없이 자동적으로 CMU자격이 부여된다. CMU는 프랑스에서 합법적으로 거주하는 사람들에게는 고용상황 또는 보험료 기록과는 관계없이 기본급여를 제공한다. 매달 1인당 수입이 FF3,500 이하인 사람들에게는 무료로 보충급여를 제공한다. 정부는 그러한 수혜자들을 약 6백만 명으로 추정하고 있으며, 이중 절반은 RMI의 수령자와 그 가족들이다.

지불능력에 따라 고급의료에 대한 접근성이 달라지는데, 이는 표준 부담 이외에 Sector II 진료에 따른 추가 부담, 비협약 금액 등이 존재하기 때문이다. 이와 비슷한 현상은 공공병원에서도 발생하고 있다.

OECD 보건장관회의(2004.5.13-14) 보고서에서의 CMU에 대한 언급

CMU는 다른 보충 급여 프로그램을 가지지 못하는 저소득층의 사람들을 위하여 치료에의 접근성을 높이기 위해 설계된 자산조사프로그램임. CMU는 의사진찰, 병원 일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금을 커버함. 즉, 치료가 CMU수혜자에게는 본질적으로 무료라는 의미임. 2002년도에 프랑스인구의 약 8%가 CMU 급여를 받음.

보건의료이용에 대한 CMU의 영향에 대한 첫 평가는 CMU 수혜자가 이용한 서비스의 양은 증가되었다는 것임. 그들의 CMU 수급 이전의 소비수준에 비해서도 그렇고, CMU 대상이 되기에는 소득이 초과하지만 다른 보충 보험을 가지지 못하는 사람과 비교해 볼 때도 그러함. 소비 증가는 특히 전문의상담, 치과진료, 안과에서 매우 현저했음. CMU 수혜자의 의료비 지출은 보충 보험이 없는 사람들과 비교해보면 대략 20%이상 증가한 것으로 평가됨(DRESS, 2003). CMU의 전체 비용은 2002년 10억 유로이었음.

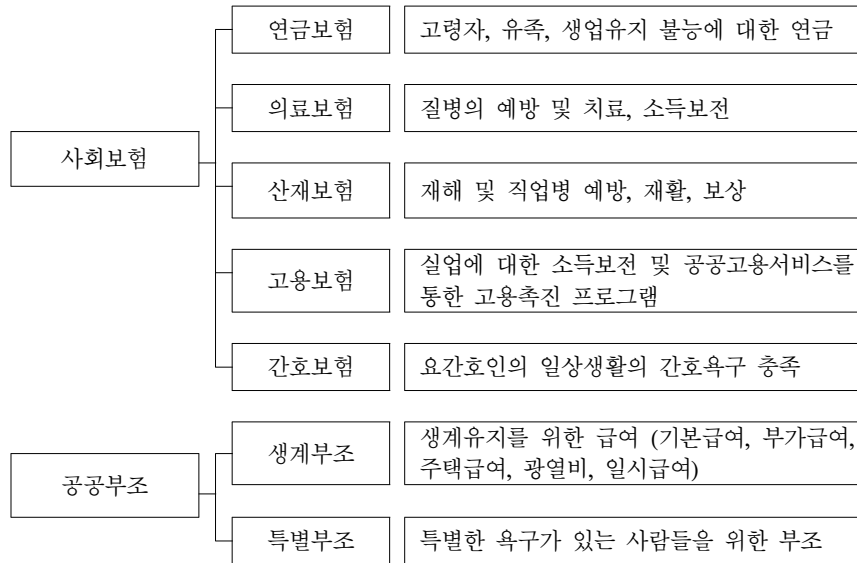
다. 독일

1) 사회보장제도

독일의 사회보장제도는 크게 사회보험, 공공부조, 보상, 그리고 특수형태 및 기타 사회복지서비스로 구분되어진다. 사회보험은 질병보험, 산재보험, 연금보험, 고용보험, 간호보험으로 구성되어 있으며, 원칙적으로 기여 방식이나, 공무원, 군인 및 판사와 같은 공직의 경우는 비기여방식이다.

공공부조는 연방사회부조법에 의한 것으로 생계부조(Hilfe zum Lebensunterhalt)와 특별부조(Hilfe in besonderem Lebenslagen)로 구성된다. 생계부조는 법적인 수급자격을 갖춘 사람에게 일정한 급여를 제공하는 것으로, 기본급여, 부가급여, 주택급여, 광열비 등이 포함되고 의복이나 가구 등과 같은 현물을 위한 일정액 지불도 포함된다. 특별부조는 장애, 질병, 개호 등 개개인의 특별 상황 별로 이에 맞는 적절한 전문서비스를 제공하고 소득 및 자산기준을 완화 적용한다.

[그림 III-2] 독일의 사회보장체계



출처: 김미곤 외, 「외국의 공공부조제도 비교연구」, 2000.

2) 취약계층에 대한 지원

가) 질병보험에 있어서의 특별 취급

(1) 보험료 면제 또는 대납

① 가족피보험자에 대한 면제

가족피보험자란 보험료 부담 없이 가입자와 함께 보험에 가입되어 있는 자로서, 피보험자의 가족의 경우 부양관계의 유무와는 별도로 주로 가입자의 배우자, 자식, 손자, 입양아로 구성된다. 자영업자의 무소득 배우자, 만 18세까지의 어린이, 미취업자인 23세 미만자, 학생 및 실습생인 25세 미만, 25세 이상이

더라도 군복무와 사회봉사로 학업 또는 실습을 중단하거나 지진아가 된 자 등은 보험료가 면제된다. 장애자인 자식은 연령제한이 없으며, 만약 가입자가 50%이상을 부양하면 손자와 의붓자식은 무료로 가입할 수 있다. 입양아는 가입자와 오랫동안 가정에서 함께 기거 하면 무료로 가입할 수 있다.

가족피보험자가 되기 위해서는 소득이 일정 한도액을 초과하지 않아야 한다. 월간 고정수입이 340유로 이하인 가족원에게 적용되며, 2003년 4월부터는 약간의 유로직업으로 월간 400유로에 달하는 추가수입이 있는 사람에게도 적용된다.

② 보험료 대납

저소득 피용자의 경우에는 사용자만 보험료를 납부하며, 사회부조의 수급자는 사회부조기관이, 실직자는 연방고용청이 보험료를 부담한다. 군복무중에 있는 자는 연방부가 보험료를 부담하며, 재활 직업프로그램 참가자의 보험료는 재활 교육기관이 부담하고 있다.

③ 기타 조치

단기수당 또는 자연재해수당을 수급하고 있는 사람들에게는 특별규정이 적용되며, 질병보험에 의무가입된 학생과 실습생의 경우에는 본인들의 보험료만 부담한다.

(2) 본인부담의 면제·경감·상한

독일은 1997년 이용자 본인부담을 대폭 인상한 바 있다. 이와 같이 환자의 본인부담을 확대하면서도 한편으로 이로 인해 피보험자가 의료에의 접근에 심한 제약을 느끼지 않도록 과중부담조항을 통해 본인부담에 상한을 두고 사회조항에 해당하는 취약계층 등에게 본인부담의 면제 및 경감조치를 취하고 있다.

약 7,170만명인 공적의료보험(GKV)가입자 중에서 약 2,400만명이 전면적 혹은 부분적으로 일부부담 감면의 대상이 되고 있다. 약 27만 명이 「과중부담조항」에 해당하고, 약 990만 명은 「사회조항」에 해당하기 때문에 전면적 면제가

되었고, 그 해당자 수는 전년도 대비 17% 증가하였으며, 약 1,400만 명의 「어린이 및 청소년」이 원칙적으로 부담이 감면되었다.

① 과중부담조항(Überforderungsklausel)

과도한 본인부담으로부터 환자를 보호하기 위해 소득에 따른 본인부담 상한을 두는 것으로 과중부담조항은 부담한도액을 일정액으로 하지 않고 수입에 대한 비율로 정하고 있다. 약제비, 비의사인력 서비스, 응급후송에 대한 연간 본인부담이 본인부담의 상한을 넘어서면 넘는 부분은 면제되고 치과보철과 의치에 대한 비용분담액은 경감된다.

독일에서는 환자일부부담 현황을 스스로 기입하고 영수증을 모은 노트가 약국 등에 항상 마련되어 있다. GKV 가입자는 노트를 받아서 약제·봉대재료·택시운임 등의 영수증과 함께 연말까지 보관해야 한다. 이는 과중부담 증명시 필요하기 때문이다.

본인부담의 상한은 소득의 2%이며, 이 본인부담의 상한 또한 상한이 있는 바, 그 액수는 보험료산정 보수한도액의 2%가 되게 된다. 환자의 소득에 의지하는 피부양자가 있는 경우는 소득한계치가 재조정되어 피부양자 한사람에 EUR 4,221, 그리고 추가적 1인당 EUR 2,814가 적용된다. 장기만성질환자(1년 이상 동일질환에 이환)의 경우는 본인부담 상한이 소득의 1%로 치료를 1년 이상 계속하는 경우에는 2년째부터 감면되게 된다. 만성질환자에 대한 본인부담 상한은 과거 2%이었으나, 3차 의료개혁에서 과중부담을 완화하는 차원에서 1%로 줄게 되었다.

② 사회조항

「사회조항」(Sozialklausel)을 충족하는 자(연방사회부조법과 연방취학촉진법 등에서 정하는 해당조항을 충족하는 자)는 본인부담이 면제된다. 저소득계층(독신자의 경우 월소득 EUR 938 이하, 2인 가족의 경우 월소득 EUR 1,289.50 이하, 3인 이상 가족의 경우 2인 기준 월소득에 추가적 1인당 EUR 234.50 이하), 실업급여수령자, 사회부조대상자는 병원치료를 제외한 대부분의 본인부담을 면

제받는다.

③ 어린이의 본인부담 면제·상환

18세 이하는 치과보철과 의치, 응급후송을 제외한 모든 본인부담이 면제된다.

나) 공공부조에서의 의료 관련 지원

공공부조 중 특별부조는 생계부조 수급자나 생계부조의 수급자는 아니더라도 장애, 질병, 개호 등 개인의 특별 상황에 따른 도움을 필요로 하는 사람을 대상으로 하여 이에 맞는 적절한 전문서비스를 제공하고 소득 및 자산기준을 완화 적용하는 것이다. 이런 점에서 특별부조는 일본의 조치제도만큼 제도적으로 생활보호와 구분되어 있지는 않고, 생계부조와 사회서비스보장제도의 중간적인 성격을 지닌다.

12가지 특수한 생활여건에 대한 부조 중에서 건강관리부조, 의료부조, 가족계획부조, 임신부부조, 장애인재활부조, 시각장애인부조, 생활간호부조가 직간접적으로 저소득층에 대한 의료지원의 성격을 가지고 있다. 각 부조에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 건강관리부조는 질병의 우려가 있다고 의사가 판단하는 자에 대하여 질병의 조기발견을 위한 건강진단 등이 제공된다.

둘째, 의료부조는 환자에 대하여는 의사 및 치과의사의 처치, 의약품, 의료재료 및 의치제공, 입원과 요양 또는 질병에 의한 고통을 경감시키기 위한 급여가 제공된다.

셋째, 가족계획부조는 피임에 필요한 전문적인 상담이나 비용을 지급한다.

넷째, 임신부와 산모를 위한 부조는 임신 및 분만에 관련된 모든 필요한 진료, 합법적인 임신중절의 경우 의사의 조치, 의약품 등의 급여 등 필요한 의료 조치를 제공한다.

다섯째, 장애인 재활 부조는 신체적·정신적 및 심리적으로 장기간 장애상태에 있는 자를 의학적, 직업적, 그리고 사회적으로 재활시키기 위해 지급되는 급여로, 보통 장애인 재활급여는 생활간호급여와 함께 제공되며 다른 사회보장제

도에 의한 재활급여를 받지 못하는 자가 그 대상이 된다. 장애인들의 사회참여가 가능하게 하거나 용이하게 하기 위하여 치료, 보장구와 정형재료의 제공, 의무교육과 직업교육에서의 원조 등이 제공되며, 특별부조 중 생활간호부조 다음으로 재정부담이 많은 급여이다.

여섯째, 시각장애인을 위한 부조는 시각장애인을 위한 부조는 다른 급여와는 달리 실제의 욕구를 충족시키기 위해서가 아니라 시각장애인에게 발생하는 추가비용을 보상하기 위한 성격을 띠고 있다. 대부분 각 주에서 주법에 의하여 또는 다른 연방법에 의하여 맹인에 대한 보호를 행하기 때문에 연방사회부조법상의 시각장애인 보호의 기능은 크지 않다.

일곱째, 생활간호부조는 질병이나 장애로 인하여 세면, 식사 등 일상생활에서의 극히 개인적 활동을 할 수 없는 자를 보호하는 급여이며 시설보호 혹은 재가간호의 형태로 이루어진다. 1994년 장기요양보험제도가 창설되면서 생활간호부조도 전면적인 개정을 보게 되었다. 장기요양보험제도와 관련 속에서 그 역할이 재조정되었지만 그래도 사회부조 중에서 급여액 면에서 가장 크다. 재가간호의 경우에는 생활간호보조금이 지급간호가 필요한 경우, 시설에 수용하거나 자택에서 간호를 받을 수 있도록 급여를 제공한다. 생활간호보조금의 액수는 요보호 상태의 정도에 따라 차등적으로 산정하며, 특별히 간호인을 필요로 하는 경우 간호인 고용비용을 사회부조 담당청이 부담하고, 그 대신 생활간호보조금은 삭감된다.

라. 일본

1) 사회보장제도

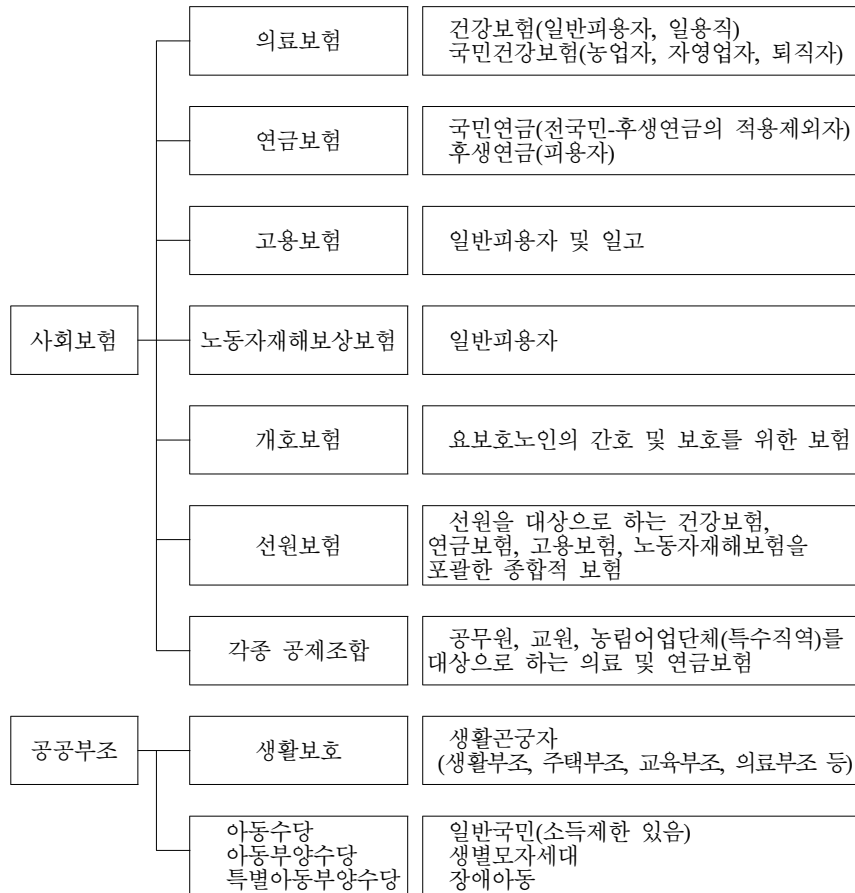
일본에 있어서 사회보장은 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스로 구성되며, 사회보험으로서의 의료보험과 공공부조로서의 생활보호(의료부조 및 개호부조)를 통해 의료보장을 이루고 있다.

1920년대부터 의료보험이 도입되기 시작하여 1961년에는 국민개보험(전국민

의료보험)을 달성한 결과 전 국민이 비교적 저가의 폭넓은 의료서비스를 누리
고 있다. 의료보험제도는 일반 직장인을 대상으로 한 ‘건강보험제도’와 자영업
자 등을 대상으로 한 ‘국민건강보험제도’로 대별되며, 기타 공무원 등을 대상으
로 한 공제조합 등이 있다.

의료부조 및 개호부조는 스스로 최저생활을 유지할 수 없는 빈곤층에 대해
생활보호 급여의 하나로 지급한다. 생활보호제도는 일본국헌법 제25조에 규정
하는 이념에 근거해서 국가가 생활의 빈궁한 국민의 최저한도의 생활을 보장하
기 위한 제도이다. 의료부조는 국민건강보험 및 노인보건제도의 진료방침과 진
료보수(보상)의 예에 따른 현물급여를 원칙으로 하며 이것이 어려운 경우 예외
적으로 현금급여를 할 수 있다. 최저생활비산정시에는 의료비의 월 평균액을
기준으로 한다. 개호부조는 개호보험의 진료방침과 진료보수(보상)의 예에 따른
현물급여를 원칙으로 하며 이것이 어려운 경우 예외적으로 현금급여를 할 수
있다.

[그림 III-3] 사회보장 기본구조



출처: 김미곤 외, 「외국의 공공부조제도비교연구」, 2000

2) 취약계층에 대한 의료보장

가) 생활보호제도

(1) 실시체제

생활보호제도는 후생노동성이 총괄하며, 보호과와 감사지도과를 통해 생활

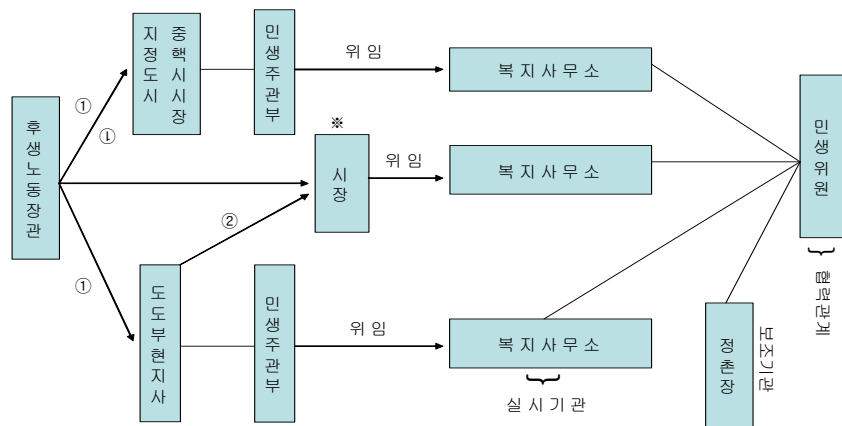
보호행정의 운영, 조사, 지도감사 등 사무감사를 수행한다.

생활보호의 결정 및 실시에 관한 권한은 도도부현지사, 시장 및 복지사무소를 설치하는 정촌의 장이 가지고 있지만, 복지사무소장에게 권한을 위임하고 있으며, 도도부현과 지정도시·중소도시의 지사(시장)는 법정 수탁사무를 하고, 복지사무소 관리감독, 생활보호비의 예산 편성과 집행을 수행한다.

복지사무소는 관내에 거주지 또는 현재지를 보유하는 요보호자에 대한 보호를 실시하는 제1선의 행정기관으로서, 보호신청의 수리, 보호의 결정, 부조액의 지급 업무를 수행하며, 전국에 1,200개소(2000년 4월 현재)가 있고, 사회복지법에 의한 소장 이외에 사찰(査察)지도원, 현업원 및 사무직원을 두고 있다.

생활보호업무는 사회복지주사의 자격을 가지는 현업원(지구담당원, 케이스 워커라고도 불림)이 담당하는데, 현업원은 도시지역에서는 피보호세대 80세대 당 한 명, 군지역에서는 피보호세대 65세대에 대해 한 명을 표준으로 배치하고 있으며, 사찰지도원은 현업원의 업무를 전문적으로 지도감독하는 전문직원이다.

[그림 III-4] 생활보호의 실시체제



- 주: ① 법정수탁사무의 위탁, 감사지도, 기술적 조언·권고·시정의 지시 등
- ② 감사지도, 기술적 조언·권고·시정의 지시 등
- ※ 복지사무소를 관리하는 정촌장은 시장과 동일하게 취급됨.

(2) 수급요건

생활보호법은 ‘생활이 곤궁한 일본국민으로, 현금소득을 포함한 자산, 노동능력, 이 외 일체의 것으로 생활비를 충당하고도 후생대신이 정하는 보호의 기준으로 측정한 최저한도의 생활이 유지할 수 없는 사람’을 대상으로 한다.

생활보호대상자로 선정되기 위해서는 소득조사를 통하여 후생노동대신이 정하는 최저생활비(최저생계비)이하의 생활수준이 인정되어야(수입인정액) 하는데, 최저생활비는 생활부조(1류, 2류, 각종가산)+주택부조+교육부조+의료부조+개호부조 등에 의해 설정된다. 또한 생활보호제도는 민법이 정하는 부양의무규정을 이행보호의 우선하고 있으며, 이러한 부양을 받고도 빈궁한 경우, 보호를 시행하고 있다.

(3) 보호대상자

생활보호제도의 피보호인원은 사회정세나 경제정세 등의 사회변동에 따라 변하는 경향이 강하다. 최근의 피보호계층은 고령자, 모자세대, 상병자, 심신장애자 등의 핸디캡을 지닌 자가 대부분을 차지하고 있으며 이러한 경향은 앞으로도 계속될 것으로 예상되므로 생활보호행정의 운용에 있어서 이런 사람들의 실태에 맞는 보다 적절한 대응책을 강구해 갈 필요가 요구되고 있다.

〈표 III-3〉 연령 계층별 피보호 인원의 추이

연도	총수	0~14세	15~49세	50~59세	60~64세	65세 이상
1995년	856,333 (100.0)	111,286 (100.0)	216,647 (100.0)	151,706 (100.0)	93,046 (100.0)	283,708 (100.0)
1997년	875,652 (102.2)	107,650 (96.7)	211,525 (97.6)	150,386 (99.1)	99,544 (107.0)	306,547 (108.1)
2002년	1,191,151 (139.1)	151,015 (135.7)	255,978 (118.2)	204,256 (134.6)	130,582 (140.3)	449,320 (158.4)

주: ()안은 지수 (1995년=100)
 자료: 일본 피보호자 전국 일제 조사(기초)

보호율의 추이를 보면 보호율(인구 대비 피보호인원의 비율)이 1974년에는 1.19%, 1975년부터 1984년까지는 1.20~1.24%로 거의 변동 없이 진행된 후 1985년에 1.18%로 1974년을 밑돈 뒤부터는 계속 감소해왔으나 1995년의 0.7%를 최저점으로 그 뒤 계속 증가하여 2002년에는 0.98%가 되었고, 2003년 10월 현재 피보호 인원 1,353천명, 보호율 1.6%로 증가하였다. 오사카시, 코베시, 삿포로시, 카와사키시, 오사카부 등이 큰 증가를 보인 지역이며 특히 도시의 증가가 현저하다.

피보호세대수는 2002년 총 87.1만 세대로 세대수가 적었던 1992년 이후 2002년까지 전국에서 약 28만 세대가 증가하였다. 세대 유형별로 보면 1997년부터 모자 세대 등 일할 능력이 있는 세대의 증가율이 현저하다.

〈표 III-4〉 세대 유형별 피보호 세대수의 추이

	1997년	구성비율(%)	2003년	구성비율(%)	증가율
총수	630,577	100.0	945,823	100.0	150.0
고령자세대	277,409	44.0	437,187	46.2	157.6
모자세대	52,206	8.3	83,069	8.8	159.1
환자·장애자 세대	258,558	41.0	339,256	35.9	131.2
기타	42,404	6.7	86,311	9.1	203.5

자료: 복지행정보고

또한 2명 이상 세대의 비율이 감소하고 단독세대가 증가하고 있다.

〈표 III-5〉 세대 인원별 피보호 세대수의 구성 비율의 추이

	2002년	2002년
1인세대	68.6%	73.5%
2인세대	18.5%	16.9%
3인 이상 세대	12.9%	9.6%
평균인원	1.53명	1.42명

자료: 일본 피보호자 전국 일제 조사(기초)

(4) 예산

생활보호의 예산은 국가가 보호비의 3/4을 부담하고 도도부현, 시 및 복지사무소를 설치하는 정촌이 각각 1/4씩을 부담하고 있다. 2003년 생활보호 부담금 예산은 1조 5천억엔이었으며, 2004년도 예산은 노령가산의 단계적 폐지, 국민의 소비 동향에 따른 생활부조 기준의 개정, 장기 불황에 따른 피보호 인원이 증가 등에 따라 2003년보다 2,257억엔 증가한 1조 7천억엔을 계상하였다.

생활보호제도 도입 이후 생활보호제도의 예산액은 증가하였으나 일반예산 대비 생활보호비 비율 및 사회보장관계비 대비 생활보호비 비율은 점차 감소하고 있다.

〈표 III-6〉 생활보호비의 추이

(단위: 억엔)

	40년대	50년대	60년대	1995	1999
일반회계예산(A)	36,581	212,888	524,996	709,871	818,601
일반세출예산(B)	29,199	158,408	325,854	421,417	468,878
사회보장관계비(C)	5,184	39,282	95,740	139,244	160,950
후생성예산(D)	4,787	39,067	95,028	140,115	162,478
생활보호비(E)	1,059	5,347	10,815	10,532	11,524
E/A	2.9	2.5	2.1	1.5	1.4
E/B	3.6	3.4	3.3	2.5	2.5
E/C	20.4	13.6	11.3	7.6	7.2
E/D	22.1	13.7	11.4	7.5	7.1

(5) 보호의 내용

생활보호의 종류는 생활부조, 교육부조, 주택부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 장제 부조 등 8가지가 있다. 이전의 7가지 종류에서 개호보험 제도의 시행에 따라 2000년부터 개호부조가 신설되었다.

생활, 교육, 주택, 출산, 생업과 장제부조는 현금급여를 원칙으로 하나 현금급여로 하는 것이 불가능하거나 적절하지 않은 경우, 또한 보호의 목적을 달성하기 어려운 경우는 현물급여로 하는 것이 가능하다. 각 부조의 급여에 대해 살펴보면 생활부조는 식품과 이외의 일상생활에서의 수요를 충족시키기 위해 필요한 것, 교육부조는 의무교육에 따라 필요한 교과서와 학용품, 통학용품, 학교급식, 이외의 필요한 것, 주택부조는 주거, 보수와 기타 주택의 유지를 위해 필요한 것, 생업부조는 생업에 필요한 자금, 도구와 재료, 생업에 필요한 기능의 습득, 취로를 위해 필요한 것, 장제부조는 검안, 사체의 운반, 화장과 이장, 분골과 이외 이장을 위해 필요한 것에 대해 급여를 지급하며, 출산부조로는 시설분만 및 재가분만에 필요한 비용이 기준액 범위 내에서 급여되며 기준의 내용은 분만개조료, 목욕료, 분만전후의 처치료 등인데 이 밖에 위생재료비를 필요로 하는 때는 일정액의 범위 내에서 가산되며, 병원 등의 시설에서 분만하는 경우에는 입원료에 대해서도 입원에 드는 필요최소한도의 액수에 대해 실비지급이 이루어진다.

의료주¹⁷⁾와 개호부조는 현물급여를 원칙으로 하고 있으나 이것이 어려운 경우 예외로 현금급여를 할 수 있다. 개호부조는 개호보험법에 규정하는 요개호자 및 요지원자(요개호상태 또는 그런 위험이 있는 상태에 있는 65세 이상과 특정질병으로 요개호상태 또는 그런 위험이 있는 상태에 있는 40세 이상 65세 미만을 대상으로 한다. 거주개호(개호서비스계획에 의한 것에 한정), 복지용구, 주택개수, 시설개호 등 개호보험과 동일 내용의 개호서비스가 도도부현, 지사 등이 지정한 지정개호기관에서 현물급여 방식으로 급여되고, 보족성의 원리에 의해 개호보험의 급여가 우선하고 자기부담부분이 보호비로 지급된다.

(6) 생활부조의 수준

생활보호법은 보족성의 원리를 따르고 있으므로 생활보호에 의한 급여(부조액)는 최저생활비에서 수입인정액을 차감한 금액을 지급(보충급여)한다.

주17) 의료부조는 뒷 부분을 참조바람.

$$\text{부조액} = \text{최저생활비} - \text{수입인정액(월평균 수입액-실비공제-근로공제)}$$

일본 생활보호법의 보호의 기준은 후생대신이 정하는 기준에 의해 측정된 수요를 기초로 해서, 피보호자의 현금수입, 금전 등을 채우지 못하는 부족분을 보충하여 지급한다.

최저생활비는 피보호자의 연령, 성별, 세대의 구성, 기타 필요한 사정을 고려해서 최저한도의 수요를 충족시키는 것으로, 생활보호 급여는 이 기준을 넘는 정도로 지급되어서는 안되고, 수입인정액은 과거 3개월 평균 수입액(근로수입, 사업수입, 농업수입, 기타 수입)에서 실비공제와 근로공제 해당액을 차감한 액수로 계산된다. 그리고 기타수입에는 은급, 연금 등 각종 사회보장급여가 포함되며, 실비공제에는 원천수입의 종류에 따라 실제 경비가 계산되는 방식이다. 예를 들면 근로수입에는 사회보험료, 소득세, 통근비 등이 포함되며, 사업수입에는 원재료비, 기계기구구입비, 농업수입에는 비료대, 종묘대, 농기구 수리비, 소액농구의 구입비 등이 포함된다. 그리고 근로공제는 수입금액별 지역별로 일정 금액이 설정된다. 의료 예정 기간이 3개월 미만인 단기 질병 때문에 의료부조에 대한 보호 신청이 있을 경우 의료 예정 기간에 2개월을 더한 기간의 최저 생활비와 수입을 비교하여 판정한다.

생활부조액의 기준액은 지역에 따라 다르며 2003년의 경우에 1급지-1의 경우 162,490엔에서부터 3급지-2의 경우 125,940엔이었다(33세 남자, 29세 여자, 4세 자녀).

(7) 최근의 동향

사회보장심의회 복지부회에 설치된 「생활보호제도의 바람직한 형태에 관한 전문위원회」에서 2003년 8월 이래 6회에 걸친 논의 끝에 2003년 12월에 주로 생활부조기준에 대한 중간 정리가 이루어져 이를 참고로 노령가산을 줄이는 것을 결정하였다. 2004년에는 보호기준 외에도 자립지원 등 제도·운용의 개선방안에 대해서도 논의하고 그 결과에 따라 2005년에 필요한 개정을 하는 것으로 하고 있다.

2004년 생활보호기준이 개정하였다. 생활부조의 기준은 일반 국민의 소비 수준과 균형을 꾀하기 위해 민간 최종 소비지출의 성장률에 대한 정부의 전망치를 기초로 하고 국민의 소비동향이나 사회경제의 정세를 종합적으로 감안해 개정하였다. 생활부조 기준액 산정에 있어서는 생활 부조의 대상이 되지 않는 집세 등을 제외하고, 전년의 전망과 실적 전망을 조정한 결과 기준을 0.2% 인하하기로 하였다. 개정 후의 1급지-1의 표준 3인 세대의 생활부조기준액은 162,170원이 되었다.

〈표 III-7〉 생활부조기준액 - 표준 3인 세대(33세 남자, 29세 여자, 4세 자녀)의 경우

	2003년	2004년
1급지-1	162,490	162,170
1급지-2	155,190	154,870
2급지-1	147,870	147,560
2급지-2	140,550	140,270
3급지-1	133,240	132,990
3급지-2	125,940	125,690

노령 가산에 대해서는 전문위원회에서 논의한 바, 소비 실태에 있어서 60대 노인과 70세 이상 노인의 소비 지출액을 비교한 결과 70대 이상 노인의 소비 지출액이 적었기 때문에 70세 이상 노인에게 현행의 노령 가산에 상당하는 정도의 특별 수요가 있다고 하기 힘들다는 점, 70세 이상 노인의 소비 지출액과 피보호 고령자 세대의 기준액을 비교할 때 생활보호의 기준액이 높은 것이 확인되었기 때문에 폐지하는 방향으로 결정되었다. 이와 함께 현재 노령 가산을 수급하고 있는 피보호 세대의 생활수준이 갑자기 저하하지 않도록 2004년부터 단계적으로 노령 가산을 감축하기로 하였다.

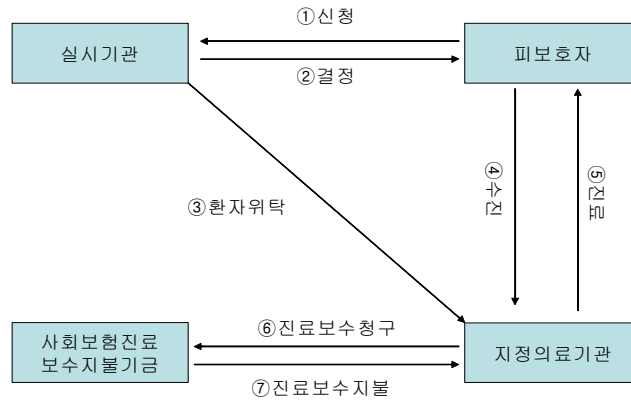
나) 의료부조

(1) 급여절차

의료부조는 다른 의료보장제도의 혜택을 받을 수 없거나 자원이 부족한 빈

민이 질병이나 부상으로 치료를 필요로 하는 경우 행하는 급여로 급여내용 등은 의료보험과 큰 차이가 없으나, 급여 방법 내지 절차 면에서 의료보험과 차이가 난다.

[그림 III-5] 의료부조의 급여수순



의료보험에서는 피보험자나 피부양자가 보험의료기관의 청구에 피보험자증을 제시하면 바로 수진이 가능한데 반해 의료부조는 원칙적으로 실시기관(복지사무소)에서 의료부조의 개시수속을 밟고 그 결정을 받아서 의료를 받도록 되어 있다. 우선 의료 여부에 대한 판정이 행해지는데, 의료의 필요가 있다고 여겨지는 자에 대해서 의료권을 발행하고 그 의료권을 피보험자가 생활보호의 「지정의료기관」에 제출하는 구조로 되어 있다.

(2) 급여 내용

의료부조의 급여는 국민건강보험, 노인보험 진료보수, 진료방침의 예에 따르는 것으로 되어 있어서 사실상 의료보험 진료에서의 급여내용과 거의 같다. 입원, 진

찰, 투약, 주사 또는 수술 등이 대상이 되는 것은 물론이고 입퇴원, 통원, 전원(轉院)을 위한 교통비, 치료 등의 일환으로서 필요한 수혈, 안경 등도 치료재료로서 급여의 대상이 되고 방문간호스테이션을 이용하는 비용도 급여대상이 된다.

또한 의사의 동의를 있는 자에 대해서는 유도정복(타박상이나 염좌의 환부를 치료하는 경우 및 골절환부의 응급처치를 하는 경우는 의사의 동의가 필요 없음), 마사지, 침·구 등의 시술비용도 급여대상이 된다. 다만, 고도선진의료나 선정요양 등의 특정요양비, 치과재료로서 금의 사용 등은 급여대상이 아니다.

(3) 수급자격

의료부조를 받기 위해서는 생활보호대상자로 선정되어야 한다. 따라서 수입 인정액(수입에서 실비공제와 근로공제를 적용한 금액)이 최저생활비 보다 적어야 한다.

(4) 수급자수

의료부조수급자 규모의 변화는 인구의 고령화 등에 따른 국민질병구조의 변화 및 유병률의 변화 등과 관계가 있다.

의료부조인원은 1960년에는 46.0만명, 의료부조율(피보호자에서 점하는 의료부조인원의 비율)이 28.3%였으나, 1970년에는 70.2만명, 의료부조율 52.2%로 의료부조인원이 피보호자의 절반을 넘게 되었다. 그 후 의료부조인원은 1974년에 일시 감소하고 1984년을 피크로 증가를 계속한 후 1985년부터 피보호인원의 감소와 동반해 감소경향을 보이고 있다. 1974년에 일시감소를 보인 것은 1973년 1월 노인의료비 지급제도 창설을 기점으로 해 그 후 고액요양비 지급제도, 특정 질환 치료 연구사업 등 여타 제도에 의한 급여가 확대된 데 기인하며, 1985년부터 다시 감소한 것은 약가기준의 대폭적 인하 및 피보험자 본인의 10% 부담 등이 1984년부터 도입된 것이 국민전체의 수진 억제로 이어져 가계지출도 압박을 받고 의료비가 생활에 미치는 영향이 약간 낮아졌기 때문이다.

의료부조인원은 1994년부터 피보호인원과 함께 증가로 전환하여 1999년에는

80.4만 명이 되었고, 2002년에는 처음으로 100만명을 넘어 의료부조율은 80.7%가 되었고, 가구수로는 총 피보호가구 751,303가구 중에서 672,676가구가 의료부조가구이었다(89%).

환자조사에 따르면 결핵이 줄어드는 대신에 이른바 생활습관병 또는 정신장애가 매년 상승하고 있음을 보이고 있는데, 이들 만성질병은 좀처럼 낫기 어려운 경향이 있어 퇴원후도 계속해서 치료를 받아야 하는 경우가 많으므로 이러한 질병에 걸린 사람이 생계의 중심에 있는 경우는 실직 또는 직업능력의 감퇴에 따른 수입의 감소와 의료비 환자부담의 증가가 동시에 일어나고, 그 사람이 가족원이더라도 의료비 부담이 증가하여 이러한 세대가 생활이 궁핍해진 결과가 의료부조 인원의 증가로 나타나고 있다고 할 수 있다.

〈표 III-8〉 의료부조인원, 의료부조율, 입원율

(1개월 평균)

	실수				의료부조율 B/A (%)	입원율 C/B (%)
	피보호실인원 (A)	의료부조인원				
		총수(B)	입원(C)	입원 외(D)		
'60	1 627 509	460 243	179 618	280 624	28.3	39.0
'70	1 344 306	701 783	191 103	510 681	52.2	27.2
'80	1 426 984	856 245	197 418	658 827	60.0	23.1
'90	1 014 842	711 268	133 105	578 163	70.1	18.7
'00	1 072 241	864 231	132 751	731 480	80.6	15.4
'02	1 242 723	1 002 886	135 197	867 689	80.7	13.5

(5) 수급자의 특성

가구유형의 구성비율을 보면 생활보호자들은 대부분 노동무능력자가구이지만, 노동능력이 있는 가구를 포함하는 모자가구 및 기타 가구도 늘어나고 있는 추세인데, 이는 경제난을 반영하고 있는 것으로 해석된다. 1997년에 노인가구의 비율이 44.0%였던 것이 2003년 3월 현재 46.5%로 증가하였고, 질병, 장애인가구의 비율이 상대적으로 줄어들었다.

(6) 의료이용의 특성

① 입원의 질병종류별 추이

의료부조실태조사에서는 정신장애가 가장 많고 이어서 고혈압, 심장병, 뇌혈관질환 등의 순환계 질환, 간질환 등의 소화계 질환의 순으로 이들 3질환이 입원환자의 약 7할을 점하고 있다. 환자조사에 따른 일반적인 질환 이환 순서는 정신장애, 순환기계의 질환, 신생물, 손상 및 중독, 소화기계의 질환의 순이었고, 정부관장건강보험에서는 신생물, 소화계질환, 순환계 질환의 순이었으며, 1998년 국민건강보험에서는 정신장애, 순환계 질환, 신생물, 소화계 질환의 순이었다.

결핵환자는, 1960년에는 입원환자 2 명중 1명의 비율이었으나 항결핵약의 개발, 결핵대책의 추진, 생활수준의 향상 등으로 결핵환자는 매년 감소해 2002년의 의료부조실태 조사에 의하면 입원환자 중 0.3%에 지나지 않았다. 한편 정신장애는 1960년에는 입원환자 4명중 1명의 비율이었으나 2002년에는 입원환자의 약 2명중 1명의 비율을 점하고 있는데 이는 국민건강보험 입원환자 중 정신장애 비율인 25.8%와 대비된다.

〈표 III-9〉 의료부조인원의 질병종류별 구성비율

	총수	입원				외래			
		총수	결핵	정신	기타	총수	결핵	정신	기타
실수(人)									
'70	701,783	191,103	9,900	95,459	85,744	510,680	23,500	12,168	475,012
'80	856,245	197,418	4,058	116,595	76,766	658,827	12,891	29,285	616,650
'90	711,268	133,105	...	70,032	63,073	578,163	...	49,588	528,576
'00	864,231	132,751	...	64,913	67,838	731,480	...	90,939	640,542
'02	1,002,886	135,197	...	64,658	70,589	867,689	...	108,011	759,678
구성비율(%)									
'70	...	100.0	5.2	50.0	44.9	100.0	4.6	2.4	93.0
'80	...	100.0	2.1	59.1	38.9	100.0	2.0	4.4	93.6
'90	...	100.0	...	52.6	47.4	100.0	...	8.6	91.4
'00	...	100.0	...	48.9	51.1	100.0	...	12.4	87.6
'02	...	100.0	...	47.8	52.2	100.0	...	12.4	87.6

② 외래의 질병종류별 추이

의료부조실태조사에서는 순환계 질환, 근골격계 및 결합조직 질환, 신경계·감각기 질환, 호흡계 질환, 소화계 질환의 5질환 순이며 이들이 전체의 약 7할 가까이 접하고 있다. 환자조사, 정부관장건강보험, 국민건강 보험에서는 소화기계 질환, 순환기계 질환, 근골격계 및 결합조직 질환, 호흡기계 질환이 큰 비율을 접하고 있어서, 의료부조수급자의 질병구조도 국민전체 질병구조와 거의 같은 경향을 보인다고 할 수 있으며 이 경향은 향후에도 계속될 것으로 보인다.

결핵이 매년 감소하고 있는 것은 입원의 경우와 마찬가지로이며, 정신장애는 1960년의 2,852명(입원 외 환자의 1%)이 2002년에는 108,011명으로 증가해 외래 환자의 12.4%를 접하고 있다. 환자조사에 의하면 결핵의 수료율은 감소하고 있으나 정신장애의 수료율은 매년 증가를 거듭해 1955년에는 인구 10만 대비 67명이었으나 1999년에는 인구 10만 대비 386명으로 5.8배의 신장을 보이고 있어, 정신장애에 의한 의료부조수급환자는 앞으로도 증가할 것으로 예상된다.

③ 진료기간의 추이

의료부조 입원환자의 26.9%가 5년 이상 입원치료를 계속하고 있다. 이는 환자조사의 경우에도 마찬가지로 치료기간이 긴 정신분열병(통합실조증)이 대부분을 접하는 정신장애의 입원환자가 많은 데에 기인한다. 생활보호자의 경우 입원환자 중 6개월을 초과한 자의 비율은 55.2%에 달하는데 이는 국민건강보험의 42.4%보다 매우 높은 수치이다.

외래에서도 30.5%의 환자가 3년 이상 치료를 계속해 진료기간이 장기화하는 경향에 있으며 이른바 만성질환이 증가하고 있다.

(7) 의료부조 지출의 구성

2003년 생활보호예산 중 의료부조비가 차지하는 비중이 54%로 가장 높았다. 생활부조비는 34%에 불과했다. 의료부조비의 약 70%는 입원비용이고 그 중 절반 가까이는 정신질환에 따른 비용이다. 피보호자가 있는 입원환자 중 약 3~4

만 명이 소위 ‘사회적 입원환자’로 추계되어 사회적 입원의 해소가 긴급한 과제로 대두되고 있다.

(8) 최근의 의료부조 대책

피보호자의 적절한 처우의 확보 및 생활보호비의 적정 지출을 꾀하는데 있어서 의료 부조의 적정 운영이 절대적이라고 보고 장기 입원 환자의 퇴원 촉진이나 다수진자에 대한 적정 수진 지도 등 의료 부조의 적정화 대책을 강구하고 있으며 각 도도부현시에 대해서도 지역의 실정에 따른 적극적인 대응을 독려하고 있다. 이른바 사회적 입원 환자에 대해서는 적절한 수용처를 확보하도록 함과 동시에, 개개의 퇴원 저해 요인의 해소나 퇴원을 향한 지도 원조를 행하기 위한 상담 지원 체계의 충실을 도모하고 있다.

건강보험진료비청구서의 점검은 의료 부조 수급자의 병상(病狀) 파악이나 의료 부조비의 적정 지출을 위해 필요 불가결하기 때문에 모든 의료비청구서에 대해서 점검함과 동시에, 적절 점검효과의 검증을 통해 효과가 불충분이라고 생각되는 점검 방법은 고치는 등 보다 효율적이고 효과적인 점검을 실시하고 있다.

다) 개호부조

개호부조는 개호 보험의 급여대상인 개호서비스와 원칙적으로 같은 내용을 생활보호법에 따라 지정된 지정개호기관에서 지급한다.

개호보험의 보험료 납부를 위한 생활보호의 대응을 살펴보면 다음과 같다.

- 1호 피보험자 특별징수: 연금 수입에서 보험료분을 공제함
- 1호 피보험자 보통징수: 생활부조에 보험료 부분을 가산함.
- 2호 피보험자: 근로 수입으로부터 보험료 부분을 공제함.
- 피보험자 이외의 자: 개호 보험에 가입할 수 없기 때문에 보험료를 납부할 필요가 없음.

개호부조 수급자는 계속 증가하고 있는 한편 개호보수의 부정 청구 등에 의한 지정 개호기관의 취소 등의 사례도 접수되고 있다.

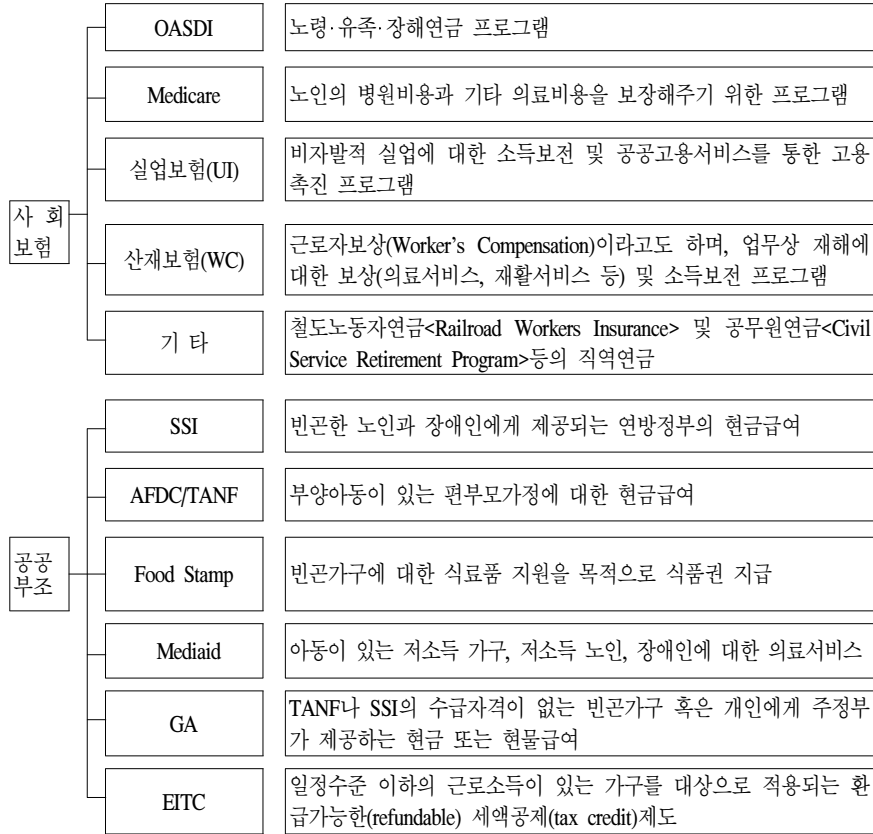
3. 자유주의형 - 미국

가. 사회보장제도

사회보험으로 노령·유족·장해연금 프로그램(OASDI: Old-Age, Survivor, and Disability Insurance), 메디케어, 실업보험(UI: Unemployment Insurance), 산재보험(WC: Worker's Compensation) 등이 있다. 다음 섹션에서 노인 등 취약계층의 의료 보장과 관련되는 메디케이드에 대해 살펴 볼 것이다.

공공부조로서 SSI(Supplemental Security Income), AFDC/TAN(Aid to Families with Dependent Children/Temporary Assistance for Needy Families), Food Stamp, 메디케이드, GA(General Assistance), EITC(Earned Income Tax Credit) 등이 있다. 공공부조는 저소득층 내지 취약계층에 대한 지원이므로 각 제도별 내용을 살펴 보았다. 특히 메디케이드 제도는 다음 섹션에서 자세히 살펴볼 것이다

[그림 III-6] 사회보장체계



자료: 김미곤 외, 「외국의 공공부조제도비교연구」, 2000.

1) SSI

매월 빈곤 노인과 빈곤 장애인에게 지급되는 연방정부의 현금부조. 이전의 OAA(노령부조), AB (맹인부조), 영구완전장애인부조(APTD)를 통합하여 전국적으로 수급자격과 급여수준을 단일화한 연방정부의 프로그램으로 전환하였다.

재원은 연방정부의 일반재정임. 연방정부의 SSI 급여와는 별도로 주정부마다 SSI 급여를 보충하기 위한 급여를 제공하고 있음. 2000년 현재 Texas,

Georgia 등 8개주를 제외한 모든 주에서 시행하고 있다.

SSI 수혜자격의 기준은 사망할 수도 있는 육체적, 정신적 손상이 의학적으로 증명되어 실질적인 소득활동에 종사할 수 없거나 그러한 상태가 적어도 12개월 이상 지속될 것이라 판단되어 근로능력을 상실한 자이며, 여기서 “실질적인 소득활동”이라 함은 한 달에 가산(可算)소득이 500달러 이상인 것을 의미한다.

수급을 받기 위해선 소득이 연방정부에서 정하는 수준(최저생계비 수준의 75%로, 1998년의 경우 한 달에 494달러 수준) 이하여야 하며, 자산은 개인의 경우에는 2000달러를 초과하지 않고 부부인 경우에는 3000달러를 초과하지 않아야 한다. 자산에는 저축예금, 부동산, 2000달러 이상의 개인 소유물을 포함하며, 집, 자동차, 충보상금이 1500달러 미만인 생명보험 등 법에 정의된 몇몇은 자산에서 제외된다.

2) TANF

이전의 부양아동가족원조(AFDC: Aid to Families with Dependent Children) 프로그램을 대체한 것으로 기초적인 건강과 안전욕구를 충족시키기에 충분한 소득이 없는 가족의 아동들에게 원조를 제공하는 프로그램이다.

AFDC는 저소득층 가정에 현금을 보조해 주는 프로그램으로서 18세 이하의 어린이를 가진 가정에 개별적인 지급도 가능했는데 그 가정이 주정부에서 정하는 소득과 자산 기준에 부합하거나 부모 중 한 명이 무능력자, 지속적 부재(不在), 실업자이거나 사망한 경우에 해당된다. AFDC 소득기준은 주정부마다 매우 다양하고 그 주정부가 예산을 어떻게 운영하는가에 따라서도 많은 차이가 난다. TANF의 시행으로 기존의 AFDC를 수급하는 부모에게 교육, 직업훈련을 제공하던 Job Opportunities and Basic Skills Training(JOBS)과 요보호 가족에 대한 긴급부조(Emergency Assistance; EA)제도가 통합·운영되게 되었다.

AFDC하에서는 연방정부가 각 주의 1인당 평균소득에 따라 전체 재정의 50-80%를 차등 지원했는데, TANF 시행 이후에는 연방정부가 일괄금액(block grant) 방식으로 지원하며, 이를 연방 DHHS(Department of Health and Human

Services)에서 관리하고 있다. 이로 인해 주 정부는 자산기준 및 급여수준, 자격 요건 등 제도운영에 대한 자율권을 갖게 되었으나 full grant를 받기 위해서는 연방의 운영지침을 따라야 한다. 연방정부는 기본적인 Block Grant 이외에 ① 빈곤율 및 인구증가율이 일정수준 이상인 주, ② 일정기한 내에 사생아의 수를 감소시키거나, ③ 성공적으로 TANF 프로그램을 운영한 주, 그리고 ④ 가장 최근 분기 동안 실업률이 6.5% 이상이거나 실업률이 이전 2년 동안의 동일 분기 실업률보다 10%가 높은 주에 대해서 추가 보조금(supplemental grants)을 지원하고, 반면에 연방정부가 요구하는 규정을 준수하지 않는 주에 대해서는 지원되는 재원을 감액할 수 있다.

3) Food Stamp

저소득 가구에 하여금 적절한 영양수준을 유지할 수 있도록 식품권을 지원하기 위해 연방정부에 의해 1964년부터 시행된 프로그램이다.

1935년 도입초기에는 현재와 달리 잉여농산물의 국내소비를 촉진시키기 위해 전국의 빈곤계층에게 잉여농산물을 분배하는 형태였다. 1939년 orange stamp와 blue stamp로 구성된 food stamp가 도입되었으나, 전쟁으로 인해 농산물의 수요가 급증하자 1943년 중단되었다. 1963년 케네디 대통령에 의해 할인구매조건부 food stamp(수급자가 소득수준에 따라 액면가보다 낮은 가격에 식품권을 구입하고 사용시에는 액면가대로 사용하도록 한 제도)가 시범적으로 22개주에서 도입되었으며, 1964년 ‘빈곤과의 전쟁(War on Poverty)’의 일환으로 Food Stamp Act가 입법되어 할인구매조건부 food stamp가 시행되었다. 그러나 이를 통해서도 식품권을 구입할 수 없는 극빈계층에 대한 문제와 이 제도가 가지는 stigma 효과로 인해 비판이 제기됨에 따라 1977년부터 현재 형태의 food stamp(무료 식품권제도: 식품권을 필요로 하는 저소득자에게 무료로 식품권을 지급하고, 수급자는 식품권으로 정부가 지정한 품목가운데서 자신이 필요로 하는 식품을 일반식품상에서 구입해 사용)가 전국적으로 도입되었다.

관리운영주체는 DA(department of agriculture)의 FNS(Food and Nutrition

Service)로 각 주정부에서 운영하고 있다.

4) GA(일반부조)

연방정부의 다양한 공공부조제도의 자격기준을 충족시키지 못하거나, 긴급한 원조를 필요로 하는 경우 등 사각지대에 있는 대상자들을 위한 보완적 성격의 프로그램으로, 연방정부와 관계없이 주정부나 지방정부의 일반재정에서 재원이 조달되며, 자율적으로 관리 운영된다. 따라서 GA의 수급대상자 선정기준 및 급여수준과 서비스 형태는 각 주에 따라 다르며, 동일한 주에서도 지방(county)마다 다르게 나타나고 있다. 대부분의 GA 프로그램들이 근로가능한 수급자에게 최저임금 수준의 공공근로에 참여하도록 요구하고 있으며, GA의 급여수준은 계속해서 감소되는 추세이다.

5) EITC(근로소득세 공제)

1975년 포드 정부에서 근로활동에 참여하는 빈곤층(working poor)의 소득을 향상시켜 빈곤으로부터 벗어나도록 하며, 동시에 복지지출을 감소시키고 근로유인을 제공하기 위한 프로그램으로 도입되었다. 근로소득이 있는 사람들만을 대상으로 한다는 점에서 다른 복지프로그램에 비해 근로의욕을 높일 수 있는 대안적 프로그램으로서 지속적으로 확대되고 있다. 특히, 근로연계복지(Workfare)를 강조하고 있는 미국 정부에 있어서 클린턴 정부 집권(1993) 이후 적용대상의 범위와 급여수준이 크게 확대되었다.

나. 취약계층에 대한 의료보장

1) 의료보장의 개요

가) 의료보장의 역사

20세기 초부터 미국에서는 건강보험이 주요 이슈이었고, 1915~20년 사이에

주정부 수준에서 정부건강보험에 대한 시도가 있었지만 무산된 바 있다. 1930년대에 연방정부 수준에서 정부건강보험에 대한 관심이 표면화되었지만 공중보건과 모자보건서비스에 관련된 주정부활동을 지원한다는 사회보장법의 한정된 규정 이상의 구체적인 것은 없었고, 1930년대 후반부터 건강보험을 통해 예측 불가능한 잠재적 고비용을 커버해야 한다는 요구가 다수 국민에게 생기게 되었는데 주된 관심은 건강보험의 재원을 공공으로 할지 민간으로 할지였다. 결국 다수 국민의 지지를 받은 것은 민영건강보험, 특히 직장을 통한 group insurance 이었다. 민영의료보험은 2차대전 중에 급속도로 성장하였다. 이는 정부의 임금 규제에 따른 직장인에 대한 부가급여(fringe benefits)의 증가에 기인한다. 전후 민영의료보험의 증가는 계속되고 있다.

1940년에는 payroll taxes 재원의 국가건강보험을 위한 제안들을 담은 법안들이 의회에서 제안되었는데 어느 것도 투표까지는 이르지 못하였다. 대신 의회는 1950년에 공공부조 대상인 저소득층(the needy)에 대한 의료접근성을 개선하는 조치를 취하였다. 처음으로 공공부조 수급자의 의료비용으로서 주정부가 의료 공급자에게 직접 지불한 금액에 대해 연방의 재정 참여를 허용한 것이다. 노인들의 의료 접근성을 높여야 한다는 목표에 대해서는 의회 내에 공감대가 형성이 되었으나 이를 달성하기 위한 방법론에서는 다양한 견해가 있었고, 이러한 다양한 접근법을 반영한 다수 법안이 1950년대와 1960년대에 걸쳐 제안되었다. 그러나 합의가 어려워지자 의회는 1960년 “Medical Assistance to the Aged”라는 제한된 법을 통과시켰는데 이 법은 덜 가난하지만 의료비 지원을 필요로 하는 노인에 대해 의료부조를 실시하는 것을 골자로 하고 있다. 1965년에는 메디케어와 메디케이드 프로그램을 설치하는 것을 입법화하였다. 메디케어는 노인의 특별한 의료적 필요성을 반영한 것이고(1973년 일부 장애인과 신장질환자 포함), 메디케이드는 공공부조 만으로는 의료니드를 충족시키기에 불충분하다는 일반적인 인식을 반영한 것으로 두 제도는 Department of Health, Education and Welfare의 관장 하에 두었는데 이는 현재의 DHHS(Department of Health and Human Services)의 전신이다. 1977년까지는 SSA(Social Security Administration)가 메디케어, SRS(Social and Rehabilitation Service)가 메디케이

드를 담당했고, 그 후 모두 HCFA(Health Care Financing Administration)의 업무로 이전되었다. 현재 메디케어와 메디케이드는 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)가 관장하고 있다. 이는 2001년 7월 과거의 HCFA가 개편된 것으로 수급자 및 공급자에 대한 반응성(responsiveness)과 질(quality)을 높이는 것에 비중을 두고 있다.

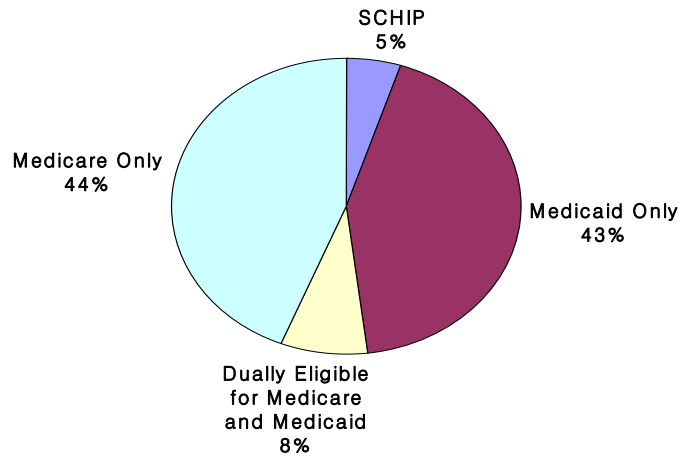
나) 의료보장의 수급자

현재 미국에는 선진국으로서 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없다. 다만, 노인과 장애인등 일부 한정된 자를 대상으로 한 메디케어(Medicare)와 일부 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)가 한정된 계층의 의료보장 기능을 담당하고 있을 뿐이다.

사회보장법 Title 18에는 노인과 장애인을 위한 의료보험(Health Insurance for the Aged and Disabled)을 규정하고 있으며 이것이 소위 메디케어이다. 사회보장법 Title 19는 저소득 및 자산의 개인 및 가구에 의료부조 제공 비용을 지불하는 내용의 메디케이드를 규정하고 있다.

공적의료보장의 대상자는 2003년 현재 전국민의 28%정도이고, 나머지 일반국민은 민간의료보험에 가입하고 있다. 전혀 보험에 가입하지 않고 있는 이른바 「無보험자」가 인구의 16%에 해당되는데 이는 보험의 사각지대(Insurance Crack)로 되어 있다. 메디케어와 메디케이드 수급자는 2003년 현재 79.3백만명에 달하고 있는데, 메디케어 44%, 메디케이드 43%, 아동건강보험(SCHIP: State Children's Health Insurance Program) 5%, 그리고 메디케어/메디케이드 중복수급자 8%로 구성되어 있다.

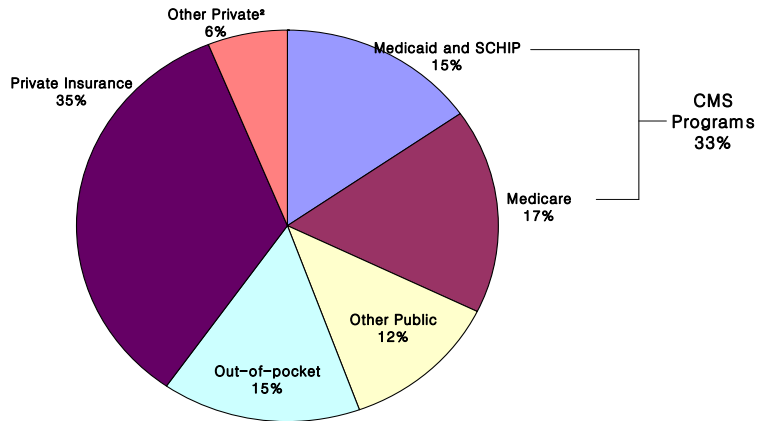
[그림 III-7] 미국 의료보장 수급자(79.3백만명)의 구성(2003)



자료: FY 2003 President's Budget

미국 국민의료비 중 공공의료비의 비중은 45%인데, 메디케어, 메디케이드 및 SCHIP가 그 대부분을 차지하고 있어 국민의료비의 약 3분의 1을 점하고 있다.

[그림 III-8] 미국 국민의료비의 재원구성



- 주: 1) other public은 산재보상, 공중보건, 국방부, 보훈처, 인디언 보건서비스, 주정부병원보조, 학교보건 프로그램 포함.
- 2) other private은 기업 내부의 민간 자금을 의한 건설, 비환자수입(자선 등) 포함.

자료: CMS, Office of the Actuary, National Health Statistics Group

메디케어와 메디케이드가 국민의료비에서 차지하는 비중은 지난 20년간 꾸준히 늘어왔으며 반면에 환자의 본인부담은 줄어들었다.

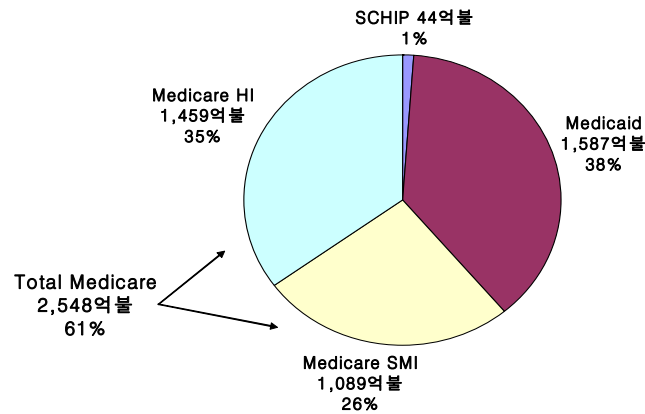
<표 III-10> 미국 국민의료비 재원구성의 변화

재원	1980년	2000년
메디케어	15%	17%
메디케이드	11%	15%
기타 정부관련 프로그램	17%	12%
민간보험	28%	34%
환자본인부담	24%	15%
기타	5%	6%
합계	100%	100%

2003년 연방(CMS)의 관련 예산 4,178억불 중 메디케어에는 61%인 2,548억

불, 메디케이드에는 38%인 1,587억불, SCHIP에는 1%인 44억불이 사용되었다.

[그림 III-9] 미국 연방 의료보장 예산의 지출구성, 2003



자료: FY 2003 President's Budget

2) 메디케이드

메디케이드는 아동이 있는 저소득 가구, 저소득 노인, 장애인들을 위해 현물로 의료서비스를 제공하는 프로그램으로 연방정부의 사회부조제도 중 예산규모가 가장 큰 프로그램이다. 1950년 Social Security Act가 개정되면서 연방정부의 재원으로 빈곤층에 대해 의료보호를 제공할 수 있는 법적 근거가 마련되었으며, 1965년에 이 법을 다시 개정하여 연방정부와 주정부가 공동으로 재정을 부담하여 의료서비스를 제공하는 메디케이드제도가 도입되었다.

메디케이드는 빈곤 정도의 차이 때문에 주정부가 연방법이 정한 기준의 범위 내에서 자체적으로 운영한다. 따라서 연방정부가 전체 업무를 운영하는 메디케어와 차이가 있다.

재원은 각 주의 1인당 평균 소득수준에 따라 전체 재정의 50~83%를 연방

정부가 지원할 수 있고 연방정부의 지침 내에서 각 주정부는 자율적으로 자격 조건, 서비스의 형태, 양, 기간, 범위 및 행정체계를 결정하여 운영할 수 있어 주정부별로 제도의 자격조건과 서비스의 수준 및 범위 등은 다양하고 수시로 변하고 있다. 지역 의료기관에서 수급자들에 대한 의료서비스를 제공하고 주정부가 진료비를 상환하는 방식으로 운영되고 있다.

오늘날 미국에서 메디케이드의 혜택을 받는 인구는 저소득층과 장애인 등 약 3700만명(전체 인구의 14%)에 달하며 특히 전체 미국 어린이의 약 20%, 임산부의 40%가 메디케이드의 혜택을 받고 있을 정도로 어린이와 임산부에 많은 도움을 주고 있다. 최근에는 증가하는 무보험자의 수를 줄이기 위해서 메디케이드 수혜 자격을 완화하려는 움직임이 있다. 주정부에 따라서 시행방법에는 다소 차이가 있지만 공통점은 managed care를 메디케이드에 도입해서 비용을 조절하고자 한다는 점이다.

가) 관리운영

메디케이드는 주정부의 책임 하에 운영되나 연방정부 즉, DHHS(Department of Health and Human Service) 산하의 CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)가 정한 포괄적인 연방기준에 따른다. 메디케이드 프로그램에 대한 가입은 주정부가 자유로이 선택할 수 있지만 실제로 모든 주가 가입해 있다. 연방정부로부터 matching fund를 받기 위해 주정부는 사회보장법 Title 19의 요구 조건을 만족시키는 메디케이드 계획을 제출해서 DHHS의 장관의 승인을 받아야 한다. 연방정부는 프로그램의 운영비용과 관리비용을 matching fund의 형태로 제공하고 프로그램에 따른 일반적인 기준을 설정함으로써 주 정부 단위의 메디케이드 운영을 지원한다. 다만, 그 기준이 포괄적이어서 실질적인 운영의 융통성이 크기 때문에 51개의 주 및 District of Columbia가 각기 서로 다른 자격조건, 급여내용 및 지불방식을 갖는다. 의료서비스에 대한 matching fund 지원율은 주별로 다양하지만 메디케이드 프로그램 관리 비용에 대한 matching fund 지원율은 모든 주에 대해 동일하게 50%이며, 연방정부의 CMS와

OBM(Office of management and Budget)이 이러한 대응자금이 적절히 사용되고 있는지를 감독하는 책임을 진다.

CMS는 산하의 CMSO(Center for Medicaid and State Operations)를 통해 주정부가 메디케이드 프로그램을 원활하게 운영할 수 있도록 지원하며, 연방정부의 지원금이 적절하게 사용되고 있는 지에 대해 감독한다. 2000년 CMS의 총 직원 4,570명 중 9%인 425명이 CMSO 본부와 10개의 CMS 지사에 근무하고 있다. CMSO의 주된 업무는 주별 matching fund의 적정화, 주정부의 메디케이드 계획 수정이나 규제 면제 요청, 주정부/의료공급자/수급자의 법적 질의에 대한 답변, 주정부의 메디케이드 계획이나 규제 면제 조건 이행에 대한 관리 감독, 주정부에 대한 효율적인 관리 지원, matching fund의 적절한 사용 여부 감독, 연방정부 지원금 내역에 대한 정확한 자료 수집 등이다.

관리 감독을 담당하는 기타 연방조직으로는 DHHS의 OIG(HHS Office of Inspector General)와 OCR(HHS Office of Civil Rights) 그리고 법무부가 있다. OIG는 속임행위나 법 남용을 감독하는 역할을 하고 OCR는 연방의 차별금지법을 집행하는 역할을 하며, 법무부는 사기, 남용 및 시민권리법을 집행한다.

각 주별로 메디케이드 프로그램 담당부서가 다양하지만 주정부의 메디케이드 업무 담당부서의 주요 업무는 다음과 같다.

- 자격심사 및 수혜자 가입 업무 지도: 메디케이드 프로그램의 잠재적 대상자에게 프로그램에 대한 정보를 제공하고 자격조건을 갖춘 사람들을 수급자로 등록.
- 자격조건 및 수혜 범위에 대한 민원 관리: 어떠한 조건하에서 어떠한 급여를 받을지 결정
- 의료서비스 수가에 대한 이의신청을 관리하고 1인당 지급액 결정
- 효과적인 프로그램 관리를 위한 정보를 수집하고 보고함
- 프로그램에 대한 다양한 민원의 해결
- 의료서비스 공급자의 자격 심사
- fee-for-service 공급자에 대한 지불보상을 결정
- 관리의료에 대한 계약 및 관리 감독

- fee-for-service 공급자 및 관리의료기구에 의해 공급되는 의료서비스 질 관리
- 메디케어 보험료 지급 및 이중 수급 적격자(dually eligible Medicare and Medicaid Beneficiary)에 대한 비용분담 관리
- 메디케이드 프로그램에 대한 사기나 남용에 대한 관리 감독
- 연방 matching fund 지급 청구
- fee-for-service 공급자로부터 관리의료 공급자로의 전환 관련 업무

1965년에 메디케이드 프로그램이 시행된 이후 메디케이드 프로그램에 대한 연방 정부의 지원이 증가해 왔고, 한편으로 주정부 예산에서 연방정부의 대응 자금의 역할이 커질수록 연방정부 및 주정부간의 재정적, 정치적 긴장은 커져 왔다. 메디케이드와 관련한 연방정부와 주정부 사이의 역할 구조상 프로그램의 결과에 대한 책임 소재가 모호해지고 이에 따른 정부 간의 분쟁은 연방 법정 또는 의회로까지 옮겨가고 있다.

나) 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 임산부를 중심으로 메디케이드 적용 대상을 확대하는 추세이다. 주정부들은 최근 메디케이드 프로그램의 적용 대상 선정과 선정에 따른 재정기준에 대하여 폭넓은 자유 재량권을 갖게 되었다. 예전에는 생활수준이 빈곤하다고 해도 자격요건에 해당되는 사항이 하나라도 있지 않으면 수급에서 제외되었다. 예를 들면, 근로능력이 있는 무자녀자의 경우에는 빈곤 정도와 의료

비 지출 수준에 관계없이 수급에서 제외되었으나 일부 주의 경우 이를 완화하였다.

메디케이드의 수급대상자는 ‘범주적 필요 집단’(categorically needy groups), ‘범주적 관련 집단’(categorically related 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 주 정부에 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.

① 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’^{주18)}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

주18) 1972년 Social Security Amendments Act의 section 209(b)가 이러한 예외규정을 제공하였기 때문에 이렇게 불림.

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

○ 임산부 및 아동

메디케이드가 적용되는 여성의 태아 및 신생아는 어머니의 메디케이드 자격이 유지되고 있는 한 생후 1년까지 메디케이드 적용을 받을 수 있다. 주정부는 모든 임산부, 유아, 6세 미만의 어린이가 있는 가정이면서 소득이 연방정부 빈곤수준(FPL)의 133%이하인 경우(1999년 세 식구를 기준으로 18,460달러)에 메디케이드 자격을 준다.

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

1997년 Balanced Budget 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 메

디케이드에서 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 현금 부조 자격을 잃게 되었지만 일정 기간 메디케이드 자격을 보유하는 개인 등이 해당된다.

② 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 임신부 및 1세 미만의 유아
- AFDC 소득 및 자산 기준을 충족시키는 21세 미만의 아동
- 시설에 입원하고 있고, 일정소득(SSI 급여수준의 300%이라는 연방급여기준 미만에서 주정부가 정함) 미만인 자
- 앞의 시설입원기준을 충족시키지만, 재가 또는 지역사회외 장기요양보호 서비스를 받고 있는 자
- 노인, 맹인 또는 장애인. 단, 당연적용 조건 이상의 소득이 있지만 FPL 미만인 경우
- 근로 장애인. 단, 근로소득으로 인해 SSI 수급 자격이 없게 되었지만, FPL

기준의 250% 미만의 가구소득인 경우.

- 결핵감염자. 단, 결핵관련 치료에 대한 급여로 인해 SSI 소득을 넘게된 경우에 한하며, 결핵관련 통원서비스 및 의약품에 한해 급여됨(spending down)에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단은 의료비 지출분에 대해 소득 공제를 함으로써 소득기준을 충족시키는 것임)

③ 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 적용되며, 진료비 지출로 인해 주정부가 정한 기준 밑으로 떨어질(spend down) 가능성이 있는 자들이 포함된다. MN을 위한 수급자격이나 급여는 제한적이며, 주별로 적용기준 및 급여범위의 차이가 크다.

연방자금의 지원을 받기 위해서는 일정 집단과 일정 서비스가 포함되어야 한다. 즉, 의료적으로 필요한 19세 미만 아동 및 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

다) 급여서비스

① 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(EPSDT: Early and periodic screening, diagnostic, and treatment)

② 선택서비스(optional services)

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

- 진단서비스
- 클리닉 서비스
- 정신질환 및 정신지체자를 위한 중간시설 (ICFs/MR)
- 처방약 및 보철: 처방약은 다음과 같은 조건을 만족시켜야 메디케이드의 적용을 받을 수 있음.
 - DHHS(Health and Human Services)에서 가격 인정을 받은 제약회사에 의해 만들어진 것
 - 전문의에 의해 처방되거나 또는 메디케이드 프로그램에 의해 승인을 받은 개업의에 의해 처방된 것
 - 일반적으로 FDA(Food and Drug Administration)의 승인을 받은 약품만 메디케이드의 적용 받을 수 있지만 주정부의 재량으로 실험 약품에도 적용 할 수 있으며, 이 경우 주정부에 따라 또는 약품에 따라 매우 다양함.
 - 치료에 필요한 약품이라는 의사의 동의가 있다면 처방전 없는 경우라도 메디케이드는 계속해서 수혜자에게 약품을 공급할 수 있음.
- 시력측정 서비스 및 안경
- 21세 미만자에 대한 nursing facility 서비스
- 수송 서비스
- 재활 및 물리치료 서비스
- 만성손상 수반자에 대한 재가 및 지역 케어
- 호스피스 서비스:
 - 메디케이드 하에서 ‘호스피스’란 6개월 이상 살 수 없을 것이라 예상되는 말기 환자에 대한 가정 보호 연계 서비스를 말하며, 메디케이드

가 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 개개인은 단지 PACE 프로그램을 통해서만 급여를 받는다.

③ 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.

라) 지불보상

① 연방정부의 주정부에 대한 보상

주정부는 불리한 수급자비율 또는 기타 저소득, 비보험자에게 입원서비스를 제공하는 자격병원에 대해 추가적 지불을 해야 하는데 이를 DSH(Disproportionate Share hospitals) Adjustment라고 한다. DSH 조정은 1988~1991 사이에 과도하게 사용이 되어 연방 메디케이드 지출 급증의 결과를 초래하지만, 1991, 1993, 1997(BBA)년의 연속적인 입법으로 DSH 병원을 위한 연방지출이 제한되고 있다.

연방정부가 주정부 의료부조 지출의 일정비율을 지불해주어야 하는 데 이 비율을 FMAP(Federal Medical Assistance Percentage)라고 한다. FMAP는 주별 평균 일인당 소득수준과 전국 평균 소득을 비교한 공식에 따라 매년 결정되며,

높은 소득수준의 주는 FMAP가 낮다. 법적으로는 비용의 50%에서 83% 사이에서 벗어날 수 없다. FMAP의 평균이 57%인데 비해 SCHIP를 통해 메디케이드에 추가된 아동에 대한 평균은 약 70%이다. FMAP는 일반적으로 총운영관리비의 50%수준이고, 일부 관리운영 기능에 대해서는 더 높은 비율로 지원하며, 메디케이드 프로그램 신청자의 합법적인 이민 여부를 판단하는 신분 확인에 소요되는 비용은 연방정부가 100%지원한다. 경영정보체계 운영비용, 관리의료기구에 의해 제공되는 의료수준 점검, 의료서비스 오용이나 의료사기 등을 관리하는데 소요되는 비용은 75%(어떤 경우에는 90%)를 지원한다.

② 공급자에 대한 보상

메디케이드는 판매자 지불 (vender payment) 프로그램으로 운영된다. 즉, 공급자에게 직접 fee-for-service 방식으로 지불하거나 HMO와 같은 사전 지불 제도를 통해서 지불한다. 각 주정부는 연방에서 정한 상한 및 제한 규정 범위 내에서, 지불방식 및 지불액(payment rate)을 결정하는데 넓은 재량권을 갖는다. 지불액은 일반적으로 지역의 일반 대중에게 동등한 서비스가 제공되기에 충분한 공급자를 확보할 만큼이 되어야 한다.

○ 입원

현재 거의 모든 주정부들은 입원 환자들에 대해서 예상지급액을 산정하여 입원 환자들에 대해 보상한다. 즉, 진단에 기초하거나 입원 기간에 따라 결정된 균일한 기준율을 적용하여 지급 금액을 미리 정한다. 병원측은 환자개인에 대한 실질적 비용과는 상관없이, 제공한 서비스에 일정한 비율의 금액을 상환 받으므로, 만약 개인 메디케이드 수급자에 대한 비용이 기준율 보다 높으면 병원은 그 만큼 손해를 보게 된다.

○ 개업의

개인 개업 의사에 대한 메디케이드 지급률은 수급자의 서비스 접근성을 보

장하기 위해 충분히 지급되어야 하나, 대체로 실제로 제공된 의료 서비스 금액 보다 낮게 책정되고 있다. 의사들에 대한 보상은 주정부마다 차이가 있다. 같은 의료 서비스에 대해 주별로 10배 정도의 차이를 보이기도 한다. 메디케이드 보상 비율은 메디케어 보다 낮은 수준이고, 민간 의료 보험 보다는 훨씬 낮은 수준이기 때문에 의사들이 메디케이드 환자를 꺼리게 된다.

○ 약처방

일반적으로 메디케이드는 모든 FDA승인 약품에 다 적용이 되지만, 연방정부로부터 할인/보상 허가를 받지 못한 제약회사에서 만들어진 약은 제외된다. 메디케이드 처방약 공급자들은 수급자를 대상으로 한 약의 구입과 조제의 비용에 대해서 보상을 받는다. 대부분의 경우 메디케이드에서 모든 약값을 지불한 후 제약회사로부터 할인가를 소급보상의 형태로 지불 받게 되는데, 제약회사는 이러한 할인가를 정하는 방법을 공개해야 한다. 그렇지 않으면 그 회사의 약품은 메디케이드 수급자 뿐만 아니라 연방정부 차원의 의료 보조를 받는 모든 사람들에게 판매가 금지된다.

○ 호스피스

주정부가 호스피스 서비스를 메디케이드 선택서비스에 포함할 경우 이는 일별 기준율에 의해 보상된다. 환자당 지급은 금액 상한선에 따라 결정되며, 투여한 처방약은 따로 보상되지 않는다.

○ 연방정부 허가 건강 센터

연방정부 허가를 받은 건강 센터는 연방 보조금을 받을 수 있는 자격이 있다. 그러나 1997년 *Balanced Budget Act* 제정 이후 2000년부터 보상의 비율을 단계적으로 줄이고 있다.

3) 메디케어와 취약계층 의료 지원

가) 제도 개괄

메디케어제도는 사회보험으로 분류되며 이 점에서 공적부조의 하나로 분류되는 메디케이드와 차이가 있다. 하지만 노인 및 장애인 등 메디케이드 제도의 대상자가 상당수 사회의 취약계층을 포함하므로 이들을 위한 의료보장의 역할을 하고 있는 것이다.

메디케어에는 입원서비스 등을 보장하는 강제가입인 파트A(Hospital Insurance: HI)와 외래에서의 의사 진찰 등을 보장하는 임의가입인 파트B(Supplementary Medical Insurance: SMI)가 있다. 파트A의 재정은 전액 사회보장세의 일정비율(1999년 사회보장세는 15.3%인데 파트A에는 2.9% 배당)로 조달되고, 파트B의 재정은 가입자의 월정 보험료(1999년 1인당 45.50달러)와 연방정부 일반세입에서(파트B 비용의 약 75%) 조달된다. 파트A는 DRG-PPS방식(진단군별 정액포괄지불방식)에 의한 정액포괄지불방식이고 파트B는 RBRVS(자원기준 상대가치척도)에 의해 책정되는 진료수가표(Fee Schedule)에 의한 성과불 방식이 채택되고 있다. 1997년의 경우 파트A가 약 3,805만명(65세 이상 3,324만명, 65세 미만 481만명), 파트B가 약 3,646만명(65세 이상 3,216만명, 65세 미만 430만명)이었다.

① 메디케어/파트A (Hospital Insurance: HI)

피보험자의 자격기준은 65세 이상의 노인으로 사회보장제도(OASDI) 또는 철도종업원 퇴직제도에 따른 연금수급자격(퇴직과는 관계없음)을 가진 자, 65세 미만으로 2년 이상 장애연금을 수급한 장애인, 65세 미만으로 일정기간 철도종업원 퇴직장애급여를 받고, 사회보장법의 장애인 규정에 해당하는 장애인, 메디케어의 적용을 받는 일정 공무원 본인과 그 배우자, 신장이식과 신장투석이 필요한 말기신장병환자(End Stage Renal Disease: ESRD)이며, 위의 자격이 없더라도 65세 이상이고 자발적으로 소정의 보험료(1998년의 경우 월 309달러)를 지

불하는 고령자 등은 피보험자가 될 수 있다.

재원은 사회보장세이며, 사회보장세는 고령·유족·장해연금제도(OSDI: Old-Age, Survivors, Disability Insurance Programs)와 병원보험제도(HI: Health Insurance)를 합친 사회보장제도(OSDHI) 전체를 담당하고 있다. 근로자는 세율(1999년 15.3%)을 노사 절반씩 부담하며, 자영업자는 전액 본인이 부담한다. 전체 사회보장세 중에서 건강보험제도(HI)에 충당되는 것은 1999년 2.9%(노사 절반씩, 자영업자는 본인 부담)이었다. 연금에 충당되는 부분에 관해서는 연간과 세소득의 상한이 있지만 메디케어 충당부분에 관해서는 상한이 없다. 65세 이상으로 임의로 메디케어/파트A에 가입한 자는 별도로 월액 309달러(1998년)의 정액보험료를 납부한다.

파트A의 급여로는 병원에서의 입원서비스, 퇴원후 전문요양원(Skilled Nursing Home)에서의 요양서비스, 퇴원·퇴소후의 재가의료서비스, 호스피스·간호서비스가 제공된다. 병원에서의 입원서비스를 예를 들면, Semi private room(1실 2~4병상), 식사, 일반적인 간호, 입원 중 투입되는 약제, 수혈, 기타 병원 서비스 및 의료용구 등이다. 이러한 급여에는 이용자 본인부담이 수반된다. 입원의 경우 급여기간은 원칙적으로 90일(정신병원 190일)인데, 최초 60일간은 768달러까지는 전액 본인부담(deductible)이고 61일째부터 90일까지는 하루 192달러의 본인부담이 있다. 기타 평생 60일로 제한된 기간동안 하루 384달러의 본인부담만 지불하는 Reserved Days System이 있다.

진료보수지불방식을 살펴보면 정신병원, 재활병원, 병원 내에 명확히 구분되어진 정신 및 재활병동, 알콜·마약병동(또는 병원 내에 명확하게 구분되어 있는 同병동), 소아병동(18세 미만), 장기요양형 병원(평균 재원일수 25일 이상), 50주 및 콜롬비아 특별구 이외의 병원의 경우에 적정비용 베이스(reasonable costs basis) 상환방식(이른바 성과불)이 적용되며, 위의 경우를 제외한 대부분의 병원에서 DRG-PPS(진단군별 정액지불방식)가 적용된다. DRG-PPS(진단군별 정액지불방식)은 1983년의 사회보장법 개정에 의해 도입되어 3년의 경과기간을 거친 후 1996년 10월 전면 적용되었는데 입원환자를 511개(2000년 현재)의 진단군(제도발족 당시인 1984년에는 467개)의 하나로 분류하여 실제 입원일수나 소비

되는 의료자원의 양에 관계없이 미리 정해진 금액을 병원에 상환하는 제도이다.

② 메디케어/파트B (Supplementary Medical Insurance: SMI)

파트B는 임의가입 보험이므로 다음과 같은 자격이 있는 자로서 보험료((1999년의 경우 월 45.5달러)를 납부하면 피보험자가 된다. 즉, 파트A의 강제적용자, 미국에 거주하는 65세 이상의 고령자로서 미국시민 또는 합법적으로 미국영주권을 소지한 외국인으로 신청일 직전 5년간 미국에 거주한 자가 해당된다.

파트B 급여비의 약 75%는 연방정부의 일반재원, 나머지 25%는 가입자가 지불하는 정액보험료(1999년 월 45.50달러)로 조달된다. 법률상으로는 장애자를 제외한 고령자만의 1인당 월 급여비의 4분의1을 파트B 피보험자 전체(고령자와 장애자)의 월 보험료로 조달하도록 정해져 있기 때문에 최종적인 일반재원의 투입비율은 75%를 초과한다. 그러나 고령자 피보험자수가 장애자 피보험자수의 약 7배에 달하므로 실질적으로 일반재원의 비율은 75%에서 크게 벗어나지 않는다.

급여로는 의사의 의료서비스, 외래병원 서비스, 물리치료·작업치료 등과 같이 파트A에서는 급여가 되지 않는 기타 의료서비스, 재가의료서비스가 제공된다. 연간 일정 한도액(1999년 100달러)까지는 전액 이용자 본인이 부담하고, 정액부담액 초과부분에 대해서 20%의 정률로 본인이 부담한다. 외래환자의 물리치료, 작업치료에 대해서는 최초 1,500달러까지는 비용의 20%, 그 이후에는 100% 본인이 부담하며(병원 외래서비스는 1,500달러에 불포함) 심리치료서비스의 대부분은 본인부담이 비용의 50%이다. 65세 이상 노인과 장애자에 대해서는 국고에서 월별 1인당 일정액을 부담하고 전체적으로 파트B 비용의 약 75%를 부담한다.

참고로 파트A, 파트B 어느 것에서도 급여대상이 아닌 항목들이 있는데 다음과 같다.

- 외래 처방약
- 일상적인 또는 매년 행하는 신체검사

- 백신예방접종(인플루엔자, 폐렴, B형 간염은 제외)
- 정형외과상의 특수한 신발
- 가정이나 요양시설에서의 보호적인 보살핌 (목욕시키기, 옷입히기, 배설, 식사 등)
- 대부분의 치과의료와 의치
- 일상적인 발치료
- 청각보조
- 일상적인 눈치료
- 캐나다와 멕시코에서 서비스를 받지 않을 수 없는 특별한 경우를 제외한 해외에서 받은 의료급여
- 미용을 위한 성형외과

파트B의 경우는 RBRVS(자원기준 상대가치 척도: Resource-Based Relative-Value Scale)에 기초한 메디케어 수가표(Medicare Fee Schedule : MFS)에 따라 지불한다. 이는 OBRA 1989법에 의해 1992년 1월 1일 시행되어, 1996년에 단계적으로 실시되었다. 의사의 서비스는 모두 대상이며, 물리치료와 작업치료는 독립적으로 행해지는 서비스가 대상이고(병원이나 요양시설 등에서 이루어지는 경우에는 파트A의 대상) 진료간호사(NP: Nurse Practitioners)와 임상간호전문사(CNS: Clinical Nurse Specialist)는 메디케어 진료수가의 85%를 상환하며, 조산사(Nurse-midwives)는 메디케어 진료수가의 65%를 상환한다.

나) 메디케어에 있어서 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 은행 구좌, 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.

① 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.

② 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.

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

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

④ SLMB Plus: SLMBs with Full Medicaid

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

⑤ QDWs: Qualified Disabled and Working Individuals

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

⑥ QI-1s: Qualifying Individuals(a)

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

⑦ QI-2s: Qualifying Individuals(b)

메디케어/파트A의 자격을 가지고, 소득이 FPL 135~175%이며, 자산이 SSI 자격기준의 2배를 넘지 않고, 이것이 아니면 메디케어의 자격이 없는 경우로 메디케이드는 단지 Medicare Part B를 위한 보험료만을 지불하며 연방재정지원(FFP)은 100%로 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다. 이 그룹은 1998년1월1일부터 2002년12월31일 사이에만 유효했고, 연간 사용가능한 돈의 총액에 상한이 있어서 그룹 소속 인원을 제한하게 되었다.

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

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

4. 종합 및 시사점

가. OECD 국가에 있어서 보편적 의료보장의 확보

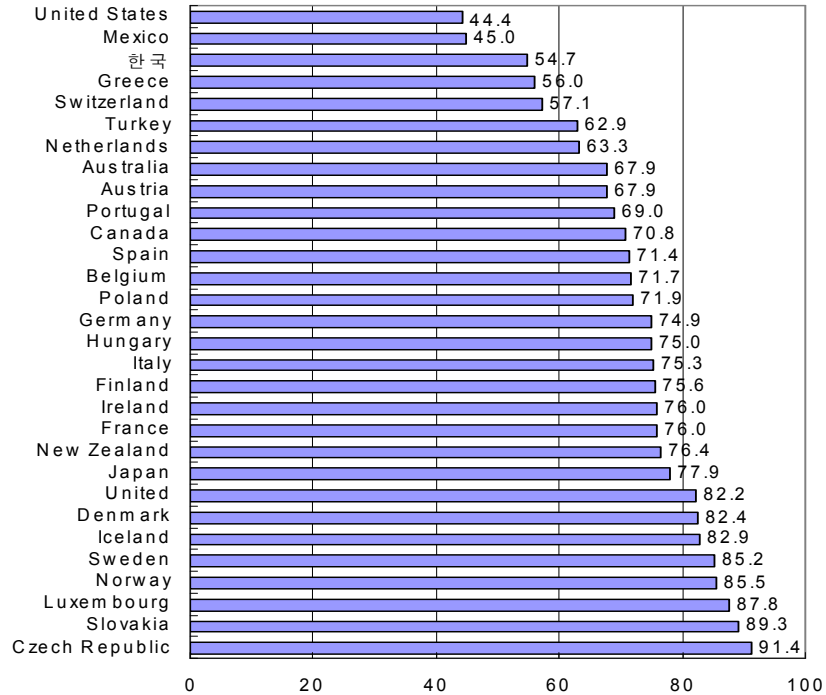
OECD 국가 대부분은 보편적인 의료보장을 기본으로 한다. 즉, 세금이나 보험료로서 이러한 보편적 의료보장이라는 상품을 사고 있다고 볼 수 있다. 배버

리지형 국가들은 주로 높은 세금을 재원으로 하며 비스마르크형 국가들은 높은 보험료를 재원으로 한다는 점에서 차이가 있지만 공공 재원을 주재원으로 하고 있는 점에서는 같다. 국민의료비 중에서 세금이나 사회보험료를 재원으로 하는 부분을 공공의료비(public health expenditure: PHE)라고 부르고 있는 것도 같은 맥락이다.

OECD의 30개 회원 국가 중에서 전국민을 대상으로 한 보편적 의료보장(universal population coverage)을 취하지 않고 있는 국가는 독일, 네덜란드, 미국, 멕시코, 터키의 5개 국가 뿐이다. 독일과 네덜란드는 상대적으로 자비부담이 가능한 부유층을 중심으로 10~30%의 국민을 공적인 의료보장에서 제외시키거나 자발적으로 벗어나게(opt out) 하며, 이들 계층 대부분은 민영보험 등에 의해 커버되기 때문에 이들 국가에서는 이미 보편적 의료보장이 이루어져 있다고 볼 수 있다. 멕시코의 경우는 최근까지 피용자에게만 사회보장제도를 통한 의료보장이 이루어지고 있지만, 2004년부터 보건분야의 사회보호제도를 통해 나머지 주민에게도 공보험을 제공하기 시작하고 있으며, 터키 또한 세 가지 사회보장제도를 통해 3분의 2의 국민이 의료보장 하에 있고 나머지 국민에게도 확대하는 과정에 있다. 결국 25%의 국민만을 공적 의료보장 하에 놓고 있는 미국만이 OECD 국가 중에서 보편적 의료보장을 확보하지 못하고 있는 것이다.

인구집단 면에서의 의료보장(population coverage)과 급여수준(benefit coverage)을 포괄하여 동시에 보여주는 PHE(공공의료비)의 비중 면에서는 미국, 멕시코, 한국, 그리스, 스위스가 낮은 편에 속한다. 미국에서는 대다수 국민이 민영보험을 중심으로 한 사적 의료보장에 의존하고 취약계층에 대해서만 공적 의료보장이 이루어지기 때문에 민간재원의 비중이 높고, 스위스에서는 전국민이 공보험에 의해 기본의료서비스를 제공받으나 80%의 국민이 보충적 민영보험을 가입하고 있기 때문에 민간재원의 비중이 높다. 한국은 인구집단 면에서의 보편적 의료보장(universal population coverage)에도 불구하고, 비급여항목이 많고 급여항목의 경우에도 이용 단계에서의 본인부담(cost-sharing)이 높아서 민간재원의 비중이 높게 나타나는 것이다. 또한 민영보험의 미발달로 민간재원의 대부분을 직접적인 가계부담에 의존하고 있는 것도 특징이다.

[그림 III-10] OECD 국가의 국민의료비 대비 공공의료비 비율, 2001



출처: OECD Health Data 2003 3rd edition (2003.10.3 version), 단, 한국은 정형선 외(2004), 터키는 OECD의 보건계정 구축 프로젝트의 중간 결과 활용.
 - 룩셈부르크 및 터키는 2000년 수치, 나머지는 모두 2001년

나. OECD 국가에 있어서 취약계층 의료보장의 유형

OECD 국가를 중심으로 한 선진국은 베버리지형 국가나 비스마르크형 국가나 막론하고 필수적인 의료에 대해서는 이를 공적 의료보장의 대상으로 하고 있다. 즉, 핵심서비스(core service) 내지 기본패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package)로서 지불능력과 관계없이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다. 최근 모럴해저드의 방지와 공공재정부담의 완화 차원에서 이용자 부담을 설정 내

지 확대하는 경향이 있는 것은 사실이나 출발점은 우리나라의 반대편에 있었던 것이다. 또한 취약계층에 대한 배려는 저소득층에만 한정되지 않고 임산부, 아동, 장애인 등 개별 주민의 특성 내지 의료적 필요성도 강하게 반영하고 있다.

영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건서비스의 틀에서 통합적으로 전 국민에게 보건의료를 제공한다. 필수의료의 경우에는 이용 단계에서 거의 무상으로 이용이 가능하도록 하면서 의약품, 치과 등의 선택적 의료의 경우에 환자의 이용자 부담을 두게 된다. 일부 취약계층에게는 이용자 부담을 면제하든지 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약받지 않도록 하는 구조 하에 있다.

독일, 프랑스 등 비스마르크형 국가들은 기본적으로 대부분의 국민들이 공적 건강보험에 가입하는 것을 원칙으로 하고 있으나, 이러한 보험방식은 보험료의 지불능력을 전제로 하는 만큼 이러한 지불능력이 결여되거나 지불부담으로 인해 의료의 이용이 제약받게 될 계층에 대해서는 이를 면제한다든지 대납하든지 하는 특별한 배려를 하는 형식을 취하고 있다. 독일의 경우에는 평상시의 보험료 납부에 있어서 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복무자의 경우는 국가 등이 대납하는 한편, 이용 단계에서의 부담에 있어서는 장기만성질환자에 대한 본인부담을 소득의 1% 이내로 하며, ‘사회조항’에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제하고 있다. 프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시한다. 즉, 수혜자격 요건은 ① 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고 ② 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 한다. 일본은 국민의 1% 정도에 해당하는 생활보호 대상자에게 예외적이고 잔여적 형태의 의료부조를 실시하는 것으로 국민개보험을 통해 필요서비스를 충족시키는 것을 원칙으로 하고 있다.

자유주의형 국가인 미국은 선진국으로서 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없으며, 그 대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드

(Medicaid)와 노인과 장애인등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 국민의 28%를 대상으로 의료보장 기능을 담당하고 있다.

다. 시사점

우리나라에는 형식상으로는 공적부조인 국민기초생활보장제도 상의 하나의 급여 형태로 의료급여제도가 있지만 이는 건강보험을 대체하는 형태를 취하고 있고 일반적 의료보장인 건강보험제도와는 별도로 운영이 되고 있다. 건강보험의 실효급여율이 낮게(이용자 부담이 높게) 설정됨에 따라 이러한 이용자 부담을 감당하기 힘든 계층을 선별해서 지원해 줌으로써 이들의 의료비 부담을 줄이기 위한 제도이다.

연구자마다 다소의 차이는 있지만 건강보험의 본인부담률은 비급여 포함 약 40%, 의료급여 2종은 약 30%, 1종은 약 20%에 이르는 것으로 알려져 있다. 즉, 의료급여제도는 저소득층의 의료보장을 담보하는 형식을 띄고 있지만 실질적인 보장이 되지 못하고 있고 더욱이 수급자가 되지 못한 최저생계비이상의 차상위 계층은 심각한 건강위험에 직면하고 있다. 이러한 현실은 선진외국의 경우에 비추어보면 정도가 더하다 하겠다. 대부분의 유럽국가는 조세방식이나 보험료 방식의 차이 없이 저소득층의 의료보장을 실현하고 있고 공공보험이 없는 미국은 저소득층 대상 수급자격을 폭 넓게 하여 약 14% 이상의 국민이 Medicaid 혜택을 받고 있다. 즉, 외국의 경험에 비추어 우리나라 의료보장체계는 첫째, 의료급여 수급기준의 폭을 넓힐 필요가 있다. 차상위 계층으로 통칭되는 저소득 취약계층에 대한 수급기준을 완화하여 의료보장 사각지대를 해소하여야 한다. 둘째, 실효급여율을 제고시켜야 한다. 의료급여 대상자조차도 20%를 상회하고 있는 본인부담은 실질적인 의료보장이 되지 못하고 있기 때문이다. 셋째, 선진국의 경험에 비추어 과도한 의료남용을 경계할 수 있는 제도가 되어야 하겠다. 최근 독일, 프랑스 등은 과도한 의료이용에 따라 심각한 재정 압박을 받고 있다. 이를 해결하기 위하여 일부 본인부담을 신설하는 등 남용을 방지하기 위한 다각적인 대책을 강구하고 있다. 우리나라 의료보장 체계도 급여범위를 넓히고 수급기준을 완화하여 의료보장 사각지대를 해소하되 의료남용을 방지할 수 있어야 하겠다.

IV. 의료안전망 관련 현황, 실태 그리고 문제점

1. 의료관련 제도 현황

의료안전망 관련 우리나라 현실을 살펴보기 위하여 현재 운영 중인 제도 현황부터 살펴보고자 한다. 전 국민 대상 의료보장 체계인 건강보험과 의료급여 제도를 간략히 살펴보고 일정 대상자를 목표로 운용중이거나 특수한 경우를 위해 운용중인 특수목적형 의료제도를 검토하고자 한다. 희귀난치성 질환자 대상 의료비 지원 사업, 응급의료 대불제도, 긴급구호제도 중 의료관련 부분, 미숙아 및 선천성 이상아 지원제도, 임신 및 출산 관련 지원제도, 보건소 시행사업 등이 이에 해당한다.

가. 건강보험

1) 목적

국민건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상 및 사회복지 증진에 기여함을 목적으로 한다.

2) 수급자 현황

건강보험은 최저생계비 이하의 빈곤층이 대상이 되는 의료급여수급권자를 제외하고 모든 국민이 의무적으로 가입해야하는 사회보험이다. 따라서 인구의 수가 증가함에 따라 건강보험 가입자 수도 증가하게 된다. 다만 의료급여 수급권자가 늘어나게 되면 건강보험 적용대상은 감소할 수 있다. 최근 5년간 인구의 증가에 따라 건강보험 적용대상자의 수가 증가하였다. 의료급여 수급권자

수도 증가하여 인구증가분만큼 건강보험 가입자가 늘어난 것은 아니다. 2001년 5인 미만 사업장 가입자도 건강보험 직장가입자로 전환할 수 있어 직장가입자는 지속적으로 늘어나는 반면 지역가입자는 지속적으로 감소하고 있다. 2001년에는 직장가입자와 지역가입자 구성비가 50:50으로 거의 비슷하였으나 2005년에는 60:40으로 직장가입자의 수가 점증하고 있다.

〈표 IV-1〉 연도별 건강보험 적용대상자 현황

(단위: 명, 세대)

구분		2001	2002	2003	2004	2005		
건강 보험	계	46,379,161	46,659,476	47,102,786	47,371,992	47,392,052		
	직장	소계	23,166,561	23,751,940	24,834,233	25,979,308	27,233,298	
		가입자	7,885,452	8,323,084	8,804,906	9,282,739	9,745,597	
		피부양자	15,281,109	15,428,856	16,029,327	16,696,569	17,487,701	
		부양률	1.94	1.85	1.82	1.8	1.79	
	지역	소 계	가입자	23,212,600	22,907,536	22,268,553	21,392,684	20,158,754
			(세대수)	8,563,866	8,701,123	8,730,311	8,612,088	8,384,173
			부양률	1.71	1.63	1.55	1.48	1.4
		지 역 군	가입자	2,872,691	2,741,485	2,466,740	2,315,615	2,135,468
			(세대수)	1,047,997	1,037,085	970,074	941,519	904,189
			도 시	가입자	20,339,909	20,166,051	19,801,813	19,077,069
	(세대수)	7,515,869		7,664,038	7,760,237	7,670,569	7,479,984	

자료: <http://www.nhic.or.kr>

3) 급여범위 및 본인부담금

가) 보험급여의 범위

가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대한 보험급여의 내용은 국민건강

강보험법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송으로 규정되어 있다. 이와 같은 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정하고 있다. 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있도록 하고 있다.

나) 본인부담

본인부담액이란 건강보험 가입자 및 피부양자가 일정기간 동안 관련법에 의해 개설·등록된 병·의원·약국 등의 요양기관에서 요양급여(가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사·치료·수술 등의 서비스)를 받고 납부한 본인일부부담금을 일컫는다. 총진료비 중 일정률 또는 일정액으로 결정된다. 구체적인 내역은 아래 표와 같다. 그러나 요양기관에서 받은 서비스 중 건강보험이 적용되지 않는 비급여 항목인 상급병실료 차액, 지정진료료, 기타 비급여항목은 본인이 100%로 부담한다.

〈표 IV-2〉 요양급여비용증 본인부담률 및 부담액

기관종별	소재지	요양급여 비용총액에 관한 조건	환자구분	본인부담액
종합전문 요양기관	모든 지역		일반환자	진찰료총액+(요양급여비용총액- 진찰료총액)×50/100
			의약분업 예외환자	진찰료총액+(요양급여비용총액- 약가총액-진찰료총액)×50/100+ 약가총액×30/100
종합병원	동지역		일반환자	요양급여비용총액×50/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)× 50/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하는 금액을 초 과하는 경우	일반환자	요양급여비용총액×45/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액) ×45/100+약가총액×30/100
	요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하 는 금액을 초과하지 아니하는 경우		보건복지부령이 정하는 금액 (4,600원)	
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동지역		일반환자	요양급여비용총액×40/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)× 40/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하 는 금액을 초과하는 경우	일반환자	요양급여비용총액×35/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)× 35/100+약가총액×30/100
	요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하 는 금액을 초과하지 아니하는 경우		보건복지부령이 정하는 금액 (4,100원)	
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역	요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하 는 금액을 초과하는 경우		요양급여비용총액×30/100
		요양급여비용총액이 보건복 지부령이 정하 는 금액을 초과하지 아니하는 경우		보건복지부령이 정하는 금액 (15,000원을 초과하지 않는 경우: -65세 이상: 1,500원 -65세 이하: 3,500원)

자료: 국민건강보험법 시행령(2006.7.14개정) 별표2

나. 의료급여

1) 목적

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

2) 수급자 현황

의료급여 수급권자 수는 IMF 경제위기 이후 급격히 증가하였으나 그 이후 경제위기가 회복되면서 수급자의 수가 감소하였다. 2002년 까지 계속 감소하다가 2003년부터 다시 소득 양극화 등의 원인으로 증가하기 시작하였다. 특히 2004년부터 차상위 계층에 대한 의료급여 수급권이 확대되면서 2005년에는 176 만명을 초과하게 되었다.

〈표 IV-3〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명, 세대)

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

자료: <http://www.nhic.or.kr>

3) 급여범위 및 본인부담금

가) 의료급여의 범위

의료급여 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여제도의 급여 범위

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

의료급여수급권자의 의료급여 범위는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항(요양급여의 범위)의 규정에 의하여, 국민건강보험법 요양급여로 인정되는 항목과 요양급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 구분하여 적용된다. 즉, 의료급여제도의 급여범위는 건강보험과 거의 유사하다.

나) 본인부담

의료급여 수급권자에 대한 본인부담은 건강보험에 비해 낮게 설정되어 있다. 빈곤선 이하의 소득자를 대상으로 하기 때문에 1종 수급권자(노동 능력이 없는 자)에 대해서는 법정 급여 범위 내에서 본인부담이 없고 2종 수급권자(노동 능력이 있는 자)에 대해서는 정율 또는 정액의 방식으로 건강보험보다는 낮은 본인부담률을 적용하고 있다. 구체적인 의료급여수급권자의 본인부담은 아래와 같다.

〈표 IV-4〉 의료급여의 본인일부부담금

구분		본인부담금	
1종		- 기금부담 급여비용범위내 본인부담 없음 - 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외)	
2종	외래	없음	- 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 - 보건소·보건지소 및 보건진료소의 처방전으로 약국에서 의약품을 조제하는 경우
		1,000원	- 1차 의료급여기관에서의 외래 진료(의료법에서 시·군·구청장에게 개설 신고된 의료기관, 보건의료원) - 2차 의료급여기관에서 보건복지부 고시 만성질환자에 대해 그 질환에 대한 외래진료
		1,500원	- 약사법제21조제5항에 따라 1차의료급여기관 및 2차의료급여기관에서 직접조제한 경우, 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우
		급여비 15%	- 1차 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우에 소요되는 급여비용으로서 전산화단층(CT) 등 보건복지부장관이 정하는 진료에 대한 급여비용 - 2차, 3차의료급여기관 외래진료 ※ 암 등 중증질환자 본인부담금은 10% 적용(2005.9.1부터)
	입원	급여비 15%	- 1차, 2차, 3차 의료급여기관의 입원 진료 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외) ※ 암 등 중증질환자 본인부담금은 10% 적용(2005.9.1부터)
	약국	500원	- 의료기관 및 보건의료원이 교부한 처방전에 의해 의약품을 조제하는 경우
500원		- 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	

자료: 보건복지부, 「의료급여제도안내」, 2006.

다만 의료급여제도에서는 수급자의 경제적 특성을 반영하여 2종 수급권자를 대상으로 대불금제도, 본인부담 보상제 그리고 본인부담 상한제를 운영하고 있다. 대불금제도는 급여대상 본인부담금이 20만원 초과시 초과한 금액을 무이자로 대불하여 대불기간 동안 균등상환하도록 하고 있고 본인부담보상금은 급여대상 본인부담금이 매 30일간 20만원을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100

분의 50에 해당하는 금액을 지급하는 제도이며, 본인부담상한제는 급여대상 본인부담금이 매 6월간 120만원을 초과한 경우에 그 초과금액을 기금에서 부담하는 제도이다. 이는 타 급여와 중복 지급되지 않는다.

4) 수급자 선정 기준

의료급여 수급자(국민기초생활보장 수급자)가 되기 위해서는 보장단위별로 선정기준을 충족하여야 한다. 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.^{주19)} 따라서 아래에서는 보장단위, 선정기준, 소득인정액(소득평가액, 재산평가액) 등에 관하여 살펴본다.

가) 보장 단위

보장단위는 공공부조에서 매우 중요한 의미를 지닌다. 개별가구의 가구원을 어떻게 규정하느냐에 따라 그 가구가 수급자로 선정될 수도 있고, 그렇지 못할 수도 있다. 예를 들면 가구소득이 3인 가구 소득기준을 약간 초과하는 가구가 부부 및 자녀 4인으로 구성되었을 때, 아들이 군인일 경우 아들을 가구원으로 보면 수급자가 될 수 있으나, 가구원으로 보지 않을 경우 수급자가 될 수 없다.

한편 가구단위로는 수급자가 될 수 없으나, 개인단위로 보장을 하는 것이 국가차원에서 재원의 효율적인 배분을 기하고, 가구차원에서 빈곤에 대한 예방적인 기능을 담보할 수도 있다. 이러한 점을 감안하여 국민기초생활보장법에서는 가구단위의 보장을 원칙으로 하고, 특별히 인정되는 경우 개인단위의 보장을 할 수 있도록 규정하고 있다(법 제4조3항).

주19) 국민기초생활보장법 부칙 제5조.

① 가구단위 보장

개별가구에 대해서는 국민기초생활보장법시행령 제2조에서 규정하고 있다. 개별가구를 규정함에 있어서는 가구의 개념을 충실히 반영하여야 한다는 측면과 효율적인 판별이 가능하여야 한다는 측면을 동시에 고려하였다. 가구 및 가구원의 개념은 所得을 공유하는 생활공동체 및 구성원이라고 정의한 연구^{주20)}를 바탕으로 설정되었다. 그리고 효율적인 판별을 고려하여 세대별 주민등록표를 기준으로 가구원에 포함되는 자와 포함되지 않는 자를 구분하였다.

먼저 가구원에 포함되는 자는 주민등록표에 기재된 자(동거인을 제외)를 기본으로 하고, 주민등록에 기재되지 않는 자 중에서 가구개념 상 가구원으로 볼 수 있는 경우를 포함하였다. 여기에는 배우자(사실혼 관계에 있는 자 포함), 미혼자녀 중 30세 미만인 자 등이 포함된다.

그리고 가구원에 포함되지 않는 경우로는 첫째, 다른 법률에 의하여 생계를 보장받고 있는 경우로 현역군인, 보장시설, 교도소 등에 수용중인 자와 둘째, 소비공동체의 구성원이 아닌 경우로 외국에서 3개월 이상 체류중인 자, 가출자, 실종신고의 절차가 진행중인 자 등을 구체적으로 적시하고 있다.

② 개인단위 보장

개인단위 보장에 구체적인 규정은 시행령 및 규칙에서 다루지 않고 지침에서 다루고 있다.^{주21)} 지침에서 열거하고 있는 개인단위 보장의 사항들은 다음과 같은 측면들을 고려하여 구체화하였다. 첫째, 개인단위 보장은 빈곤에 대한 예방적 기능을 수행할 수 있다는 점이다. 가구원 중 어떤 개인만 보장하면 가

주20) 김미곤 외, 『국민기초생활보장법 시행방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.에서는 아래와 같은 논거를 바탕으로 가구를 소득을 공유하는 消費主體들의 집단으로 정의하고 있다. 첫째, 이와 같이 정의하는 것이 경제학적인 의미의 가구개념에 가깝다. 둘째, 국민기초생활보장법에서 소득인정액과 최저생계비를 비교하여 선정 및 급여를 하도록 규정되어 있다.

주21) 그러나 이는 시행령 또는 시행규칙에서 다루어야 할 사항이다. 왜냐하면 법에서임의 조항으로 규정하고 있는 것은 시행령 및 규칙에서 구체화하는 것이 타당하고, 지침은 상위 법령에서 언급된 사항을 구체화하는 것이기 때문이다.

구 전체가 빈곤에 빠지지 않을 수 있다. 즉, 만성신부전증 등 환자가 있어 의료비가 과대하게 지출되는 가구나 교육비 부담이 있는 차상위 계층의 가구는 이로 인하여 가구전체가 빈곤의 나락으로 떨어질 수도 있다. 이 경우 가구 전체가 빈곤해진 후에 국가가 보장하는 것보다 사전에 개인을 보장하는 것은 공공부조의 효율성을 증대시킨다.

둘째, 보호가 필요한 일부 가구들이 위장가구분리를 하거나 실제로 이혼을 하여 보호를 받는 경우도 있다. 이는 공공부조가 편법을 조장하거나 가정해체를 유도하는 문제를 야기한다.

셋째, 가구단위 보장과 부양의무자기준을 적용하게 되면 보장의 사각지대가 발생할 수 있다. 예컨대, 조부모와 같이 사는 소년소녀세대가 소득·재산기준은 충족하나, 조부모의 부양의무자인 삼촌이 부양능력이 있는 경우 이 가구원 중 소년소녀는 수급자가 될 수 없다. 왜냐하면 부양의무자의 범위가 직계혈족, 배우자, 생계를 같이하는 2촌이내의 혈족이기 때문에(법 제2조5호) 삼촌의 부양의무는 조부모만이 해당된다. 이 경우 소년소녀는 기초보장의 사각지대에 빠지게 된다.^{주22)}

주22) 이와 유사한 경우로는 부모와 함께 사는 장남가구가 소득·재산기준을 충족하나 부모의 부양의무자인 차남이 부양능력이 있는 경우 등이다. 이 경우 차남에게 부양의무가 있는 부모를 제외한 나머지 가구원(장남 가구원)을 별도가구로 보아 기초보장의 사각지대를 없애야 한다.

〈표 IV-5〉 가구원 판별기준

구분	국민기초생활보장법
가 구 원	①세대별 주민등록표에 기재된 자(동거인은 제외) ②세대별 주민등록표에 기재되지 아니한 다음의 자 · ①호의 자의 배우자(사실혼을 포함) · ①호의 자의 미혼자녀 중 30세 미만인 자 · ①호의 자와 생계 및 주거를 같이 하는 자 (①호의 자 중 생계를 책임지는 자가 그 부양의무자인 에 한함)
비 가 구 원	· 현역군인 등 법률상 의무이행을 위하여 다른 곳에서 생계를 보장받고 있는 자(공익근무요원 제외) · 외국에 3월 이상 체류하는 자 · 교도소·구치소·보호감호시설 등에 수용중인 자 · 보장시설에서 보호를 받고 있는 자 · 실종신고의 절차가 진행중인 자 · 가출 또는 행방불명의 사유로 행정관청에 신고되어 1개월이 경과되었거나, 그 사실을 기초자치단체장이 확인한 자 · 세대별 주민등록표에 기재되었지만 생계 및 주거를 달리한다고 기초자치단체장이 확인한 자

자료: 국민기초생활보장법 및 하위법령

마지막으로 기존의 장애인생활시설, 아동복지시설 등에서 시설보호 형태로 기초생활을 보장받고 있는 자들을 개인단위 보장으로 규정할 필요성이 있었다. 수급 가구원 중 일부가 시설에서 거주하는 경우 이들은 국민기초생활보장법에서 규정하고 있는 가구단위 보장에서 제외된다. 따라서 이들을 개인단위 보장으로 규정하여야 만이 논리적 정합성을 지닌다.

이러한 필요성과 논리하에 지침에서는 시설보호자(위탁보호자 포함), 특례대상자, 부양의무자 관계로 발생하는 특수한 경우, 가족해체의 위기에 있는 자 등을 개인단위 보장에 포함하고 있다.

〈표 IV-6〉 개인단위 보장

구분	국민기초생활보장법
시설수용자 (위탁보호)	· 보장시설에 입소한 자(시설수급자) · 아동복지법 제10조제1항제2호의 규정에 의하여 보호·양육을 받고 있는 아동(보호자 또는 연고자가 부양의무자가 아닌 경우에 한함) 및 제10조제1항 제3호의 규정에 의하여 위탁보호를 받고 있는 아동
빈곤에 대한 예방적 기능	· 의료급여, 교육급여, 자활급여의 특례 해당자(표 3참조)
부양 의무자 관계	· 가구의 소득평가액과 재산은 기준을 충족하나 부양능력 있는 부양의무자가 있어 수급자 선정이 어려운 가구 중, 그 부양의무자와 법률상 부양의무 관계가 성립하지 않는 가구원
가족해체 방 지	· 가구전체로는 수급자 선정요건을 초과하나, 가구를 분리·신청하면 요건을 충족하여 수급자로 선정될 수 있는 가구원 중 다음의 자 ① 형제자매 집(형제자매가 가구의 생계를 책임지고 있는 경우에 한함)에 거주하는 61세 이상의 노인, 이혼·사별한 모자가정, 중증장애인(1, 2급장애인 또는 3급 정신지체·발달(자폐)장애인으로서 다른 장애가 중복된 자), 만성·희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 자(의료비 소득공제대상자) ② 출가한 딸의 집에 거주하는 친정부모(출가한 딸 및 사위가 근로능력이 없어 부양의무자의 부양에 의해 생계를 유지하고 있거나, 친정부모가 중증장애인 또는 만성·희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 경우에 한함) ③ 조부모 또는 외조부모 집에 거주하는 소년·소녀세대 및 친정부모의 집에 거주하는 이혼·사별한모자가정(조부모·외조부모·친정부모가 근로능력 및 소득능력이 없거나, 모자 중에 중증장애인 또는 만성·희귀질환 등으로 6개월 이상 치료를 요하는 자가 있는 경우에 한함) ④ 시부모와 친정부모 모두를 자신의 주거에서 직접 부양하는 경우 친정부모

자료: 국민기초생활보장법 및 하위법령

나) 수급자 선정기준

① 소득 및 재산기준(최저생계비)^{주23)}

부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는

주23) 국민기초생활보장법에서는 자산기준으로 최저생계비만을 두고 있다. 그러나 소득인정액 시범사업이 완료되는 2002년까지 한시적으로 소득기준과 재산기준이 적용되며(부칙 제5조), 행정적으로는 최저생계비를 소득기준으로 사용하고 있다. 따라서 본 보고서에서는 소득기준과 재산기준으로 나누어 기술하되, 소득기준에서 최저생계비를 언급하고자 한다.

자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자는 국민기초생활보장법하의 수급자가 된다. 가구별로 산정된 소득인정액을 가구별 최저생계비와 비교하여 수급자 선정 및 급여액을 결정하게 된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합으로 구성되어있다. 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해진다. 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3,300만원, 중소도시는 3,000만원, 농어촌은 2,900만원이 적용된다. 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100%가 적용된다.

○ 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

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

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

② 부양의무자기준^{주24)}

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

주24) 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.

타인에게 맡겨서 생활비를 보내주고 있는 경우 ④ 병원·직업훈련 등에 입원 또는 입소하고 있는 경우 등이다(국민기초생활보장사업 안내)

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.

5) 차상위계층 대상 의료급여

기존의 의료급여 사업과 별도로 차상위계층²⁵⁾ 중 일부를 의료급여 수급자로 편입하는 제도이다. 삶의 수준은 거의 의료급여 수급자와 비슷하여 의료욕구가 긴요하나 경제적 한계에 의해 의료서비스를 적기에 필요한 만큼 받을 수 없는 저소득계층을 보호하고자 2004년부터 실시되었다. 질병으로 인한 빈곤을 방지하고, 의료보장체계 내에서 의료사각지대를 해소하여 국민통합을 도모하기 위해 시행된 것이다. 2004년에 희귀난치성 및 만성 질환자 적용에 이어 2005년에는 12세 미만 아동에 대하여, 2006년에는 18세 미만 아동에 대하여 차상위 의료급여를 확대 실시 중이다.

최저생계비(소득인정액 기준) 100% 이상 120% 이하로서 부양의무자의 부양능력이 없는 가구 중 희귀난치성질환자(1종), 만성질환자(2종) 및 18세 미만 아동(2종)을 지원대상으로 하고 있다. 희귀난치성 질환자는 의료급여 1종 수급자로, 그 외 만성질환자나 18세 미만 아동은 의료급여 2종 수급자로 편성하고 있다. 국민기초생활보장 수급권자(과거의 생활보호대상자)가 아닌 가구로 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구 중 부양의무자 기준을 만족하면 차상위 의료급여 수급대상자가 된다. 배우자 및 1촌 이내의 혈족이 부양의무자 범

주25) 최저생계비(재산을 소득으로 환산한 후 소득인정액) 기준 100% 이상 120% 이하의 소득을 가진 자

위에 속한다. 따라서 출가한 딸의 경우 가구원수는 딸이 속한 가구의 가구원수로 산정하되, 실제소득은 딸의 실제소득에 의해서만 부양능력 유무를 산정한다.(사위의 실제소득은 고려하지 않음) 부양의무자의 실제소득을 기준으로 부양의무자의 부양능력을 판단하되 수급자에게 적용하는 재산의 소득환산 방식은 적용하지 않는다. 부양의무자의 부양능력 판정소득은 부양의무자의 실제소득이 다음의 소득 미만일 경우 부양능력 없음으로 판정한다.

부양의무자 가구의 월별 소득기준 : $(A \times 1.2) + (B \times 2.5)$

A : 수급권자가구의 최저생계비, B : 부양의무자가구의 최저생계비

가) 상병 기준

희귀난치성질환은 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제17조의 2(보건복지부 고시)에 의한 107개 상병을 의미한다. (예: 암, 파킨슨병, 신부전증 등) 만성질환은 특정질환과 관계없이 6개월 이상 치료를 받고 있거나 치료를 요하는 상병을 포함한다. (예: 고혈압, 당뇨병, 정신장애 등) 질환 보유 여부를 판정하고자 할 때 희귀난치성 질환은 상병코드가 일치하는 진단서를 기준으로 하고 만성질환은 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제22조에 해당하는 11개 만성질환과 기타 6월 이상의 치료를 요하는 질환으로 의사의 진단서, 소견서, 진료비 영수증, 처방전 등 통상 6월 이상의 치료를 요하는 질병(관절염, 협심증, 천식 등)에 해당된다는 사실을 입증할 수 있는 증빙자료를 제출할 경우 상병조건을 충족하는 것으로 한다.

다. 희귀난치성 질환 의료비 지원사업(보건의료사업비로 지원)

보건의료사업비로 지원되는 희귀난치성 질환 대상 의료비 지원사업은 질환자의 과중한 경제적 부담을 덜어주어 대상자와 그 가족의 사회경제적, 심리적 안정을 도모하고 국민건강 및 복지수준을 제고하기 위하여 시행하고 있다. 희귀난치성 질환은 진단과 치료가 어려울 뿐 아니라 지속적인 치료를 받아야 하기 때문에 의료비 부담이 과중하다. 이를 방치할 경우 질환자 및 그 가족은 경

제적 어려움 때문에 빈곤으로 전락할 수 있고 자칫 치료를 포기할 수 있다. 이를 사전에 방지함으로써 국가의 사회경제 질서의 안녕을 도모하는 데 본 사업의 목적이 있다.

2006년 희귀·난치성질환자 의료비 지원사업 대상 질환^{주26)} 89종에 해당하는 질환을 보유하고 있는 건강보험가입자 중 환자가구와 부양의무자가구가 소득 및 재산 기준을 만족하는 자 그리고 의료급여 제2종 수급자를 지원 대상으로 규정하고 있다. 건강보험가입자는 환자가구의 소득·재산수준과 부양의무자가구의 소득·재산수준을 조사·평가하여 이 지침에서 정한 기준에 합당한 자를 지원 대상으로 선정하고 있다. 질환별 본인부담 의료비 수준의 차이를 감안하여 지원대상자 선정을 위한 소득·재산기준은 차등 적용된다. 기초생활보장제도에서 소득·재산조사 및 평가를 이미 거친 의료급여수급자는 별도의 소득·재산조사 및 평가를 거치지 않고 수급자증 확인만으로 지원대상이 된다. 근육병·다발성 경화증·유전성 운동 실조증·뮤코다당증·부신백질영양장애^{주27)}를 앓고 있는 의료급여 1종 수급자에게는 호흡보조기(또는 산소호흡기) 대여료 및 간병비가 지원된다.

지원대상 의료비는 다음과 같다. 희귀·난치성질환 및 그 합병증으로 인한 진료의 급여비용(장기이식 및 한방 진료 관련 의료비는 제외) 중 법정본인부담금, 비급여비용 중 입원기간 중 식대의 80%(2006년 9월부터 식대도 건강보험에서 급여화 되었음)가 지원된다. 근육병·다발성경화증·유전성운동실조증·뮤코다당증·부신백질영양장애 환자에게는 보장구 구입비 중 보험급여에 해당하는 본인부담금, 호흡보조기 대여료(월 80 만원 이내) 또는 산소호흡기 대여료(월 10 만원 이내) 등이 지원되고, 지체 또는 뇌병변장애 1급 해당자만 간병비(매월 20 만원)가 지원된다. 2005년 사업예산은 705억 원이었고, 2006년은 781억으로 지원을 확대하는 중이다.

주26) 2006년부터 희귀·난치성질환자 의료비지원사업 대상질환을 89종으로 확대함.

주27) 의료급여 2종 수급자 및 건강보험가입자는 의료비 지원, 보장구 구입비(급여분의 본인부담금) 지원 등 이 사업의 모든 지원을 받을 수 있지만, 의료급여 제1종 수급자는 의료비 지원은 대상이 아니고 해당되는 질환에 대해서 간병비 등 비급여 부분만 지원 함(의료급여 사업에 따른 의료비 및 보장구 구입비 등 지원과 중복되는 부분은 지원 제외).

라. 응급의료대불제도

응급의료 대불제도는 의료기관 등이 응급환자에게 응급의료 서비스를 제공하고 이에 대한 비용을 지불받지 못하였을 경우 그 비용 중 응급환자 본인이 부담하여야 하는 금액에 대하여 응급환자를 대신하여 심사평가원이 지불하여 줄 것을 요청하면 심사평가원은 동 미수금을 대불하여 주고 사후에 응급환자 본인이나 부양의무자 또는 다른 법령에 의한 의료비부담 의무자에게 대불금을 상환 받는 제도이다. 이 제도는 당장 치료를 받아야 할 응급환자에게 의료비를 내지 못한다는 이유로 의료기관 등이 응급의료를 거부하는 폐해를 없애고 인간 생명의 존엄성을 유지하기 위해 도입되었다.

지원 대상은 응급의료비 본인부담 미수금으로 의료기관 등이 응급환자에게 응급의료 및 이송처치를 행하고 이에 대한 비용을 받지 못한 경우 응급환자 본인이 부담하여야 하는 응급의료비와 이송처치료가 해당된다. 이때, 다른 법령에 의한 다음 각 호의 부담의무자가 부담하는 경우에는 그 비용을 공제한 금액이 본인부담 미수금이 된다.

- 국민건강보험법에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여비용
- 의료급여법에 의하여 의료급여기관이 부담하는 의료급여비용
- 기타 다른 법령에 의한 부담의무자가 부담하는 요양급여비용

대불금의 지급범위는 의료기관 등의 대불청구 내역을 심사한 후 산출된 금액을 기준으로 한다. 최근 응급증상의 범위를 확대하였다. 추가된 응급증상은 아래와 같다.

- 신경학적 응급증상 의식장애 현훈
- 심혈관계 응급증상 호흡곤란
- 소아과적 응급증상
- 38℃ 이상인 8세 이하의 소아
- 산부인과적 응급증상: 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상 분만 추가
- 이물에 의한 응급증상으로 귀, 눈, 코, 항문 등에 이물이 들어가 제거술

이 필요한 환자

이 제도는 의료비가 준비 안된 응급환자에게 의료비를 우선 빌려주고 나중에 받아들이는 것이므로 대불혜택을 받은 자는 사후에 심사평가원장으로부터 상환통보를 받은 후에 대불금을 상환하여야 한다. 이 경우 당장 전액을 갚을 능력이 없으면 사정에 따라 12월의 범위 내에서 분할하여 대불금을 상환 할 수도 있다.

마. 미숙아 및 선천성 이상아 지원제도

1) 미숙아 의료비 지원:

생활이 어려운 가정에서 출생한 미숙아 및 선천성이상아에 대한 본인부담금의 의료비를 지원하여 과도한 의료비 지출로 인한 치료포기 등으로 발생하는 장애 및 영아사망을 예방하기 위한 제도이다.

지원대상은 기초생활수급자의 자녀 또는 삼태아 이상 출산 가정을 포함, 관찰 보건소장이 생활이 곤란하다고 판단하여 의료비 지원이 필요한 자로 하고 있다. 즉, 장애인 가정으로 생활이 어려운 가정, 남편 월수입이 일정액이하로 미숙아치료비를 감당하지 못하는 어려운 가정 등이 포함된다.

보건소 미숙아로 등록된 자의 부모가 의료비 지원신청서, 퇴원 또는 퇴원 전 중간진료비계산서 등 서류를 구비하여 병원 (미숙아 진료) 퇴원일로부터 30일 이내 거주지 보건소에 신청하면 지원받을 수 있다.

〈표 IV-7〉 지원 금액

출생시 체중	최고지원액	진료비 100만원 미만	진료비 100만원 초과
2,499gm-2,000gm	3백만원	전액	본인부담금중 100만원을 제외한 금액은 80%추가 지원 예)130만원인 경우 ((130만원-100만원)*0.8)+100만원
1,999gm-1,500gm	5백만원		
1,500gm 미만	7백만원		

2) 선천성 이상아 의료비 지원

기초생활 수급자 자녀 및 관할 보건소장이 생활이 곤란하다고 판단하여 의료비 지원이 필요하다고 판정한자를 지원대상으로 하고 있다. 출생 직후 신생아기에 즉시 수술 또는 치료를 받지 못하면 사망하거나 장애가 발생하는 질환으로 치료비가 많이 소요되는 다빈도 질환의 선천성이상아가 지원 대상이고 국가 또는 민간단체에서 지원하고 있는 질환은 제외한다(선천성대사이상, 선천성 심장질환 등). 5대 다빈도 선천성이상아 질환은 식도폐쇄증, 장 폐색증, 항문 직장 기형, 선천성 횡격막 탈장, 제대 기저부 탈장이고 그 외 신생아기(생후 28일 이내)가 응급수술 또는 치료를 받아야 하는 질환도 이에 해당한다.

〈표 IV-8〉 지원 내역

최고지원금액	진료비 100만원 미만	진료비 100만원 초과
3백만원	전액	본인부담금중 100만원을 제외한 금액은 80%추가 지원

3) B형간염, 수직간염 예방사업

임신 중 B형간염 검사결과 표면항원 양성인 산모의 출생아 (2002.7.1 이후 출생아)를 대상으로 분만의료기관에 결과지를 제출하면 분만의료기관에서 예방수첩 발급하면서 면역글로불린 및 B형간염 1차 동시 무료접종을 실시한다. B형간염 2차, 3차 접종을 위해서는 접종기관을 방문, 예방수첩을 제시하면 무료로 재차 접종을 받을 수 있고, 3차 접종 후 무료 항체검사를 실시하여 검사결과에 따라 무료 재접종할 수 있다.

4) 산모·신생아 도우미 지원

출산가정에 공공분야 산모·신생아도우미를 통한 가정방문 서비스를 지원하여 산모 및 신생아 건강관리 및 출산가정의 경제적 부담 완화, 사회적 일자리

창출에 기여함을 목적으로 시행되고 있다. 특히 저소득층 산모가정에 산후조리 방문서비스를 제공하여 산모 건강회복과 신생아 안전을 도모하고 있다. 둘째, 이상 출산가정 중 최저 생계비 130%이하인 가정(총 12,964가정)을 대상으로 바우처 지급 형태로 지원하는데 통상 산후조리 기간 2주를 원칙으로 하고 있다. (단 쌍생아 출산 가정에는 3중 가정방문 서비스를 제공하고 있다.) 서비스 제공자에게는 기초생활보장제도상 해산 급여 수준인 40만원을 제공하고 있다. 장애아, 희귀난치성 질환자, 한 부모 가정, 쌍생아 등 보건소장이 필요하다고 판단한 경우에는 소득기준을 다소 초과하거나 접수기간이 경과하여도 지원하고 있다.

5) 불임부부 지원

도시근로자가구 평균소득 60%이하(소득인정액 기준 200만원), 연령(44세 이하), 자녀유무(무자녀) 등을 고려하여 대상자를 선정한다. 시험관야기 등 보조생식술(단, 인공수정 제외)을 지원하되 1회 시술비(300만원)의 50%를 (기초생활보장 수급가구: 85% 지원) 보조한다. 지원 횟수는 2회로 한정하고 신청자의 신청 후 지방심의 위원회에서 심사 후 확정한다.

바. 긴급복지지원제도(의료)

중한 질병 또는 부상으로 의료비를 감당하기 곤란한 자에게 복지부장관이 고시하는 금액(300만원 이내)의 범위 안에서 의료서비스를 지원하는 제도로 원칙적으로 1회이며 최대 2회까지 지원한다. 부부의 소득이 차상위 계층 이상에 해당하는 경우라도, 아이의 병을 치료하고자 하는데 의료비를 감당할 수 없는 경우에 의료지원을 받을 수 있다. 지원 대상은 최저생계비의 130%(4인 가구 기준 약 1,522천원)이하의 소득과 보건복지부 장관이 고시하는 금액(지역별 기본재산액의 250%: 대도시 9,500만원, 중소도시 7,750만원, 농어촌 7,250만원)이하의 재산 그리고 120만원 이하(민사집행법상 압류금지 생계비)의 금융재산 조건을 만족하여야 한다.

사. 보건소 사업 내용

1) 방문보건사업

방문보건사업은 보건기관 인력이 지역주민을 대상으로 가정 또는 시설방문을 통하여 가족문제 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족의 자가관리능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜 주는 포괄적인 건강관리 사업을 말한다.

만성질환, 장애, 사고 및 재해 등으로 가족문제 및 가구원 건강문제를 관리하고자 하며 건강문제의 주요 관리 질환은 고혈압, 당뇨, 암, 관절염, 뇌졸중, 치매, 정신질환 등을 포함한다. 서비스의 수준은 가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성에 관련한 인식 및 태도, 문제해결을 위한 지식과 대처능력, 가족 등 지지자원 보유 및 활용정도 등을 고려하여 결정한다. 진료, 사정 및 진단, 검사, 투약 및 투약관리, 처치, 환자증상관리, 교육 및 상담, 홍보, 의뢰 등 포괄적으로 서비스를 제공한다. 가정방문을 통하여 이루어지는 서비스가 방문보건서비스의 범위를 벗어난 경우에는 보건소 해당 사업부서 또는 보건지소, 보건진료소에 의뢰 및 연계한다. 또한 가족문제 및 가구원 건강문제가 보건기관의 방문보건서비스를 통하여 해결하기 어려운 서비스는 해당지역의 의료기관, 사회복지기관, 행정기관 등에 의뢰 및 연계를 한다.

2) 구강보건사업

건강수명을 연장하기 위해서는 치아건강이 필수적인데, 우리나라 65세 이상 74세까지의 노인의 경우 의치장착률은 38.5%, 의치필요자율은 40.2%로서 65세 이상 노인인구 중 80% 가량이 의치에 의존할 만큼 치아를 일찍 상실하는 것으로 조사되었다.(2000년, 국민구강건강실태조사) 따라서 국민의 구강건강관리를 위한 프로그램이 주요 사업으로 포함되었다. 이를 위하여 구강보건사업 정착을 위한 사업추진 기반구축, 치료 위주의 보건소 구강보건업무를 예방사업 중심의

생애주기별 접근으로 전환, 충치예방 수돗물 불소농도조정사업 지속추진, 충치 없는 유아 및 초등학생층 만들기 위한 치아홈메우기, 노인을 위한 구강보건사업, 국민의 구강보건에 관한 의식 제고, 구강보건사업담당자 교육기회 부여 등의 사업을 실시하고 있다.

3) 가족보건사업

가족보건사업은 인구의 자질 및 삶의 질 향상에 중점을 두어 건강한 차세대 국민을 확보하기위한 영유아 건강관리, 선천성대사 이상 등 장애아 발생예방, 모유수유율 제고와 모성건강의 보호 및 증진을 도모하고 출생성비불균형 해소, 인공임신중절 예방, 청소년 성 문제 등 사회적 정책과제와 연계하여 가족의 보건복지증진 차원에서 생식보건사업(Reproductive Health Care)으로 추진하고 있다.

해당지역의 전 지역주민을 대상으로 포괄적인 보건의료 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하고 방문간호요구가 높다고 판단되는 저소득 고위험가족에 우선순위를 두되 보건소별로 지역여건에 맞게 자체 조정하여 관리하고 있다. 임신부, 영유아에 대한 지속적이고 종합적인 건강관리로 모성 및 어린이 건강증진을 도모하고, 신생아 선천성대사이상검사, 미숙아선천성이상아 등록관리 및 지원으로 장애 발생예방 및 영아 사망률 하향 정책을 시행하고 생식보건교육 및 성교육/성상담사업 강화로 건전한 성문화 정착을 도모하고 인공임신중절예방 및 성비불균형 해고소하고자 한다.

4) 정신보건사업

1997년 정신보건법의 시행을 기점으로 기존의 장기입원 중심의 정신보건서비스 제공체제로부터 벗어나 지역사회 내에서 정신질환자를 조기에 발견하여 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 지원하는 방향으로 사업을 수행하고 있다. 정신질환자 인권보호 및 정신질환에 대한 인식개선, 지역사회 정신보건사업 강화, 사회복귀시설 확충 및 운영지원, 알코올 중독자에 대한 치료 및 재활 체계 강화 사업을 수행 중이다.

5) 암 관리 사업

암 질환으로 인한 사회적·경제적·정신적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해 암관리 사업을 시행하고 있다. 공공보건의료체계를 통하여 수행하는 국가 암관리사업은 암 예방교육·홍보사업, 암 조기검진사업, 재가 암환자 등록·관리 사업, 소아백혈병 의료비 지원사업 등이 있고 이밖에 국민건강증진사업의 일환으로 추진하는 금연사업, 식생활개선사업과 전염병관리사업의 일환으로 추진하는 B형간염 예방접종사업 및 국민건강보험법에 의해 실시하는 특정암검사 등도 넓은 의미의 국가 암관리사업에 해당된다.

6) 한방 지역보건사업

농어촌 취약계층에게 포괄적인 한방보건의료서비스를 제공함으로써 국민의 건강증진과 삶의 질 향상 도모를 목적으로 보건소 중심의 한방지역보건사업을 실시하여 중풍, 치매 등 만성·퇴행성질환의 예방 및 치료를 통해 지역주민의 건강증진을 도모하고 있다. 특히, 의료취약계층(노인, 장애인, 농어촌 주민 등)에게 다양한 한방진료서비스와 한방건강증진 프로그램을 제공하는 등 지역주민의 한방의료서비스 수요를 충족하는데 일익을 담당하고 있다. 보건소 한방보건(진료)실을 통해 의료취약계층(노인, 장애인, 농어촌 주민) 등에게 평생건강관리 차원의 다양한 한방진료서비스를 제공하고 있다.

2. 의료안전망 실태

II장에서 의료안전망이란 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하는 것으로 정의한 바 있다. 의료안전망 관련 실태를 파악하기 위해서는 차상위 계층 포함 저소득 취약계층 중 의료욕구가 긴요한 계층이 필요한 만큼 의료서비스를 받는 것이 제도적으로 완비되어 있는지를 살펴보아야 한다. 이를 위해서는 모든 대

상자들이 자격에서 누락되는 경우는 없는지, 자격은 주어졌지만 다른 제도적 여건(본인부담 가격 등)이 의료서비스를 받는 데 지장을 초래하지 않는지 여부를 검토해보아야 한다. 따라서 아래에서는 자격측면과 급여측면으로 나누어 이를 검증하고자 한다.

가. 자격 측면

법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활보장 수급자, 인간문화재, 의사상자 등 기타 대상자, 특별법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전국민은 건강보험 가입자 이므로 자격측면에서 안전망은 공고하다 할 수 있다. 차상위 이하의 계층 중 최저생계비(빈곤선) 이하의 계층은 의료급여 수급자로 나머지는 건강보험 가입자이기 때문에 자격측면에서 누락되는 계층은 없다. 다만 3개월 이상 체납하고 있는 가입자의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료안전망으로부터 벗어나 있다. 또한 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓여있는 계층이 약 3만 명^{주28)}에 이르고 있다.

건강보험 지역가입자의 경우 3개월 이상 체납세대가 2000년에는 190만 세대, 2001년에는 161만 세대, 2002년에는 136만세대로 감소하는 경향을 보였으나, 2003년에는 153만세대, 2005년에는 192만 세대로 다시 증가하기 시작하였고 2006년 10월 현재 207만세대로 추정된다. 건강보험공단의 체납세대에 대한 실태조사자료 의하면 현재 체납중인세대의 체납사유로 “경제적으로 보험료가 부담되어서”라는 답변이 68.4%로 가장 높았다. “체납한 사실을 몰라서”가 12.3%로 나타났다. 체납보험료 납부의지에 대한 질문에 현재 체납세대 중 “납부하겠다”는 응답이 87.8%로 매우 높게 나타났다. 체납보험료 납부동기는 “독촉장 또는 압류 고지서” 때문이 29.1%로 가장 많았고, 다음은 “경제적으로 나아져서”가 21.9%, “질병이 발생하여 건강보험이 필요”하였기 때문이 13.4% 순으로 나타났다.

보험료 체납 시 불편사항을 묻는 질문에 36.5%가 없었다고 응답하였고,

주28) 건강보험공단 내부자료 인용

33.6%가 “병·의원을 이용하지 못한 점”을, 12.8%는 “부당이득금 징수조치” 순으로 응답하였다. 3개월 이상 체납한 후 병·의원 이용방법에 대한 질문은 병원 및 약국 등을 이용하지 않은 경우가 34.1%로 가장 많았고, 다음으로 전액 본인 부담이 25.5%로 나타났으며, 체납보험료를 납부하고 건강보험을 사용하였다는 응답이 12.4%로 나타났다. 경제적 부담과 치료여부 관련 질문에서는 전체 응답세대 중 24.2%가 경제적 부담으로 치료를 못 받는 경험이 있었던 것으로 나타났다.

월수입에 대한 질문에 70만원 이하의 수입을 가진 세대가 31.5%로 나타났으며, 71만원과 100만원사이의 수입을 가진 세대는 31.0%로 나타났다. 전체 응답세대 중 46.7%가 최저생계비 이하의 삶을 유지하는 것으로 나타났다. 체납사유 중 “체납사실인지여부”는 소득이 높을수록 많아 고소득 계층일수록 도덕적 해이에 의한 체납비율이 높게 나타났다. “경제적 부담”은 소득이 낮을수록 많아 저소득 계층일수록 경제적 어려움에 의한 생계형 체납비율이 높게 나타났고 “납부의지 없음”은 소득이 높을수록 많아 고소득 계층일수록 도덕적 해이에 의한 체납비율이 높게 나타났다.

건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 207만 세대의 체납세대 중 46.7%인 약 97만 세대가 생계형 체납이고 나머지 110만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 즉, 자격측면에서 97만 세대(233만 명)^{주29)}와 약 3만 명의 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료욕구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있다.

나. 급여 측면

급여 측면에서 의료안전망 관련 실태는 현실적으로 파악하기가 대단히 어렵다. 건강보험과 의료급여제도 모두 법정급여 범위 내에서 본인부담률을 정하고 있기 때문에 비급여(법정 비급여 또는 임의 비급여)부분을 정확히 파악하는 것은 불가능하다. 즉, 비급여 포함 환자의 실질 본인부담 규모를 파악하기가 어렵

주29) 부양률 1.4 적용 추산

다. 더욱이 소득수준별 의료지출 비용을 측정하기는 대단히 어렵다. 그러나 간접적인 방법에 의해 추정할 수 있다. 간접적인 추정을 위하여 건강보험공단에서 실시한 본인부담 측정 결과, 한국보건사회연구원이 실시한 차상위 실태조사 결과, 소득 수준별 형평성 연구 결과, 건강보험공단 진료 자료를 통한 보험료 등급별 진료실태 등을 분석하고자 한다.

1) 본인부담 실태조사 결과

요양기관 실태조사를 통한 국민건강보험공단의 「2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 연구가 2개 년도를 시계열적으로 분석하고 있다. 국민건강보험공단의 연구에 의하면 전체적으로 2005년의 보장률은 61.8%로 2004년의 61.3%보다 조금 상승한 것으로 분석되었다. 법정본인부담률은 0.6%p 낮아졌으며 비급여비율은 0.1%p 높아진 15.7%이다. 법정본인부담률은 특히 중증환자가 많은 종합전문병원에서 크게 낮아졌으며 비급여도 병원급, 특히 종합전문과 종합병원 에서 많이 감소하였다.

종합전문병원의 경우 2004년에는 의과 의료기관 중 보장률이 가장 낮은 43.8%였으나, 2005년에는 52.9%로 가장 증가폭이 큰(9.1%p) 것으로 나타났다. 이는 암 등 본인부담률을 10%로 낮춘 중증환자가 주로 종합전문병원을 이용하기 때문인 것으로 보여 중증환자에 대한 본인부담경감조치가 효과를 나타내고 있다고 판단된다. 종합병원도 55.3%로 2004년에 비해 3.6%p 증가 하였다. 병원은 55.4%로 전년에 비해 3.8%p 증가하였고, 의원은 64.4%로 전년에 비해 오히려 3.1%p 낮아졌으며, 약국은 전년에 비해 2.2%p 낮아졌으나 여전히 보장률이 70.8%로 전체 요양기관 중별 중 가장 높은 수준으로 분석되었다. 약국의 보장률이 낮아진 것은 약제비가 높아져 정률건이 증가한(31.1% → 36.8%, 내원일수 기준) 것이 주원인으로 분석되고 있다.

병원급은 모두 전년에 비해 급여율이 높아졌으며 그러한 경향은 대규모 의료기관 일수록 두드러지나, 전체 진료비의 55.6%를 차지하는 의원과 약국은 전년에 비해 낮아진 것이 전체 보장률이 담보상태인 주된 원인이다.

입원 전체의 보장률은 57.5%로 전년에 비해 2.6%p 증가하였다. 종합전문병원의 보장률은 2004년에 비해 7.7%p 높아진 55.7%였다. 중증환자에 대한 본인부담률 인하로 법정본인부담률이 다소(1.7%p) 감소하였으며 비급여항목의 정비 및 급여기준 완화로 비급여 비율이 크게(6%p) 낮아졌다. 종합병원은 59.8%로 전년 대비 2.8%p 높아졌다. 주된 원인은 법정본인부담률이 낮아진 것에 기인한 것으로 보인다. 병원은 전년에 비해 2.7%p 높아진 57%이다. 의원은 전년의 72.1%에 비해 15.5%p 낮아진 56.6%로 나타났다. 의원급의 보장률이 이렇게 낮아진 것은 2004년에는 의원의 비급여 내역 작성능력이 부족하여 비급여 내역에 대한 기재가 부실했을 가능성과 함께 최근 급증하고 있는 비급여 항목에 대한 급여화 논의 시 비급여 수익의 크기가 영향을 미침에 따라 성실 신고하고자 하는 유인, 그리고 실제로 비급여가 증가한 것이 동시에 작용한 결과로 보여진다.

외래 전체의 보장률은 58.4%로 전년에 비해 1.5%p 높아졌다. 종합전문병원은 2004년에 비해 11.5% 증가한 47.5%로 가장 증가폭이 큰 것으로 나타났다. 입원에서와 마찬가지로 암환자의 외래본인부담률이 낮아진 것과 함께 주요 비급여항목인 항암제 급여전환의 영향으로 보인다. 종합병원도 40.1%에서 46.1%로 증가하였고 병원도 48.7%에서 51.6%로 증가하였다. 의원은 2004년의 66.4%에서 65.5로 다소 감소하였다. 다른 요양기관종별의 비급여 비율이 다소 낮아진 데 비해 의원은 비급여가 오히려 늘어난 것이 원인으로 보인다. 치과와 한방은 급여확대의 영향을 거의 받지 않았음에도 급여율이 다소 증가한 것으로 나타나는 것은 비급여 항목의 기재 방식의 차이에 따른 것으로 보여진다.

〈표 IV-9〉 요양기관종별 2004년과 2005년의 보장률

(단위: %)

구분	종별	2004년				2005년			
		계	공단 부담률	법정보인 부담률	비급여 본인 부담률	계	공단 부담률	법정보인 부담률	비급여 본인 부담률
전체	계	100.0	61.3	23.1	15.6	100.0	61.8	22.5	15.7
	종합전문	100.0	43.8	20.8	35.4	100.0	52.9	17.7	29.4
	종합병원	100.0	51.7	22.6	25.7	100.0	55.3	21.2	23.5
	병원	100.0	51.6	22.8	25.6	100.0	55.4	19.4	25.2
	의원	100.0	67.5	24.3	8.2	100.0	64.4	23.6	12.0
	치과병원	100.0	22.2	16.9	60.9	100.0	35.7	24.3	40.0
	치과의원	100.0	38.3	15.5	46.2	100.0	47.5	19.9	32.6
	한방병원	100.0	20.6	9.4	70.0	100.0	28.6	13.9	57.5
	한의원	100.0	66.4	19.5	14.1	100.0	63.2	17.9	19.0
	약국	100.0	73.0	25.0	2.0	100.0	70.8	26.5	2.7
입원	계	100.0	54.9	16.4	28.7	100.0	57.5	14.0	28.6
	종합전문	100.0	48.0	14.1	37.9	100.0	55.7	12.4	31.9
	종합병원	100.0	57.0	17.5	25.5	100.0	59.8	15.5	24.7
	병원	100.0	54.3	18.8	26.9	100.0	57.0	14.6	28.4
	의원	100.0	72.1	17.9	10.0	100.0	58.1	13.2	28.6
	한방병원	100.0	31.4	11.4	57.2	100.0	36.4	9.2	54.4
	외래	계	100.0	56.9	26.0	17.1	100.0	58.4	25.8
종합전문	100.0	36.0	33.5	30.5	100.0	47.5	28.1	24.4	
종합병원	100.0	40.1	33.6	26.3	100.0	46.1	32.8	21.1	
병원	100.0	48.7	27.2	24.1	100.0	51.6	31.3	17.1	
의원	100.0	66.4	25.9	7.7	100.0	65.5	25.5	9.0	
치과병원	100.0	22.2	16.9	60.9	100.0	35.7	24.3	40.0	
치과의원	100.0	38.3	15.5	46.2	100.0	47.5	19.9	32.6	
한방병원	100.0	14.2	8.2	77.6	100.0	25.1	16.0	59.0	
한의원	100.0	66.4	19.5	14.1	100.0	63.2	17.9	19.0	
약국	약국	100.0	73.0	25.0	2.0	100.0	70.8	26.5	2.7

자료: 국민건강보험공단, 「2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」, 2006.

위와 같은 본인부담진료비 분석은 전체적으로 제도의 본인부담 정도는 파악할 수 있으나 소득 수준별 의료비 부담은 파악하기 어렵다. 질환에 따라 수백만 원의 본인부담이 있는 경우도 있지만 경제적 능력이 충분하다면 의료안전망 관점에서 문제가 되지 않는다. 반대로 본인부담 의료비가 미미한 수준이라 할지라도 가계단위에서 부담을 느낀다면 이는 안전망 차원에서 별도의 대책이 요구되는 부분이기도 하다.

2) 차상위 실태 조사 결과

아래에서는 차상위 실태조사 중 의료와 관련 있는 항목을 중심으로 결과를 분석하고자 한다. 소득을 기준으로 의료욕구 미충족 상태에 대한 결과가 아래 표에 나와 있다. 3개월 이상 질병을 앓고 있음에도 치료를 받지 못하거나 치료 비용이 필요함에도 치료를 받지 못한 경우 등 거의 모든 항목에서 비수급 빈곤층(최저생계비 이하의 소득자이나 부양의무자 조건 또는 소득인정액 개념 때문에 수급자로 편성되지 못한 계층)이 다른 계층에 비해 의료 박탈 상태에 있는 것으로 나타났다. 특히 돈이 없어서 병원에 갈 수 없었던 적이 있었던 경험에 대한 물음에 비수급 빈곤층의 약 21%가 경험 있음으로 응답하였음을 볼 때 상당수의 저소득층이 의료사각지대에 놓여있음을 짐작하게 한다. 수급 빈곤층의 경우 의료급여 수급자이기 때문에 본인부담 수준이 건강보험적용자인 비수급 빈곤층에 비해 상대적으로 적어 박탈비율이 비수급 빈곤층에 비해 적은 것으로 판단된다. 그러나 수급자라 할지라도 경제적 이유 때문에 병원에 갈 수 없었던 가구가 17.9%에 이르는 것을 볼 때 의료급여 제도의 급여범위에 대한 고민이 필요함을 보여준다. 비수급 빈곤층의 차상위계층의 의료박탈 비율도 비수급 빈곤층과 거의 흡사한 정도를 보이고 있다.

〈표 IV-10〉 의료에 있어 박탈상태로 보고한 가구비율

(단위: %)

계층	수급 빈곤층	비수급 빈곤층	비수급 빈곤층 외 차상위계층(120%)	일반층	전체
3개월 이상 질병을 앓고 있는 경우 정기적 진료를 받는 것 ¹⁾	7.8	9.7	8.6	2.6	3.9
가족 중이 이가 아프면 치과에 가는 것 ¹⁾	23.2	22.8	16.8	7.1	10.1
가족 중에 몸이 아프면 주로 병원에 가서 치료를 받는 것 ¹⁾	8.5	12.6	9.4	3.3	4.9
돈이 없어서 병원에 갈 수 없었던 적이 있음 ²⁾	17.9	20.9	15.7	4.8	7.7

- 주: 1) 해당 문항에 대해 “하고(갖고) 싶지만 현재 여건이 안되어 못하고(갖고) 있다”고 응답한 가구
 2) 해당 문항에 대해 그런 경험이 “있다”고 응답한 가구
 3) 모든 항목에 대해 집단간 유의미한 차이를 나타내었음.

만성질환 및 희귀질환 보유 가구의 직접의료비 분포가 아래 표에 나와 있다. 전국민의 약 10%가 1년 평균 200만원 이상의 직접의료비를 부담하는 것으로 조사되었다. 약 23%는 100만원 이상의 의료비를 부담하고 있는 실정이다. 의료급여 수급가구 중에서도 약 10.3%가 본인부담 직접의료비를 100만원 이상 부담하고 있다. 또한 소득 인정액 기준 최저생계비 120% 미만 계층의 20.9%가 100만원 이상의 의료비를 부담하고 있는 것으로 나타났다. 수급가구는 최저생계비 이하의 가구로 최저생계비에 계층되어 있는 4인 기준 월 5만원 이상의 의료비 발생은 최저생계를 위협하기 때문에 의료급여 제도의 급여범위에 대한 고민이 필요함을 보여주고 있다. 차상위 계층(소득 인정액 기준 최저생계비 130% 미만)의 경우도 과도한 본인부담 의료비는 이들을 최저생계비 이하의 빈곤층으로 전락시킬 수 있기 때문에 이 들에 대한 별도의 고려가 필요함을 보여주고 있다.

간병비는 소득수준에 상관없이 거의 없는 것으로 나타나 아직도 가족 중심의 간병 문화인 것으로 판단된다.

〈표 IV-11〉 만성, 희귀질환자가 있는 가구의 직접의료비(입원비, 외래비, 약국비용의 합) - 가구분포

(단위: 가구, 만원)

소득 비용		수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
0~20	빈도	106	117	59	108	395	785
	1	13.5% (72.6%)	14.9% (35.5%)	7.5% (34.1%)	13.8% (34.1%)	50.3% (33.1%)	100.0% (36.4%)
20~30	빈도	7	33	16	28	137	221
	1	3.2% (4.8%)	14.9% (10.0%)	7.2% (9.2%)	12.7% (8.8%)	62.0% (11.5%)	100.0% (10.2%)
30~50	빈도	7	46	21	45	164	283
	1	2.5% (4.8%)	16.3% (13.9%)	7.4% (12.1%)	15.9% (14.2%)	58.0% (13.7%)	100.0% (13.1%)
50~100	빈도	11	64	32	64	205	376
	1	2.9% (7.5%)	17.0% (19.4%)	8.5% (18.5%)	17.0% (20.2%)	54.5% (17.2%)	100.0% (17.4%)
100~200	빈도	7	38	19	43	171	278
	1	2.5% (4.8%)	13.7% (11.5%)	6.8% (11.0%)	15.5% (13.6%)	61.5% (14.3%)	100.0% (12.9%)
200 초과	빈도	8	32	26	29	121	216
	1	3.7% (5.5%)	14.8% (9.7%)	12.0% (15.0%)	13.4% (9.1%)	56.0% (10.1%)	100.0% (10.0%)
합계	빈도	146	330	173	317	1,193	2,159
	1	6.8% (100.0%)	15.3% (100.0%)	8.0% (100.0%)	14.7% (100.0%)	55.3% (100.0%)	100.0% (100.0%)

1 : 동일비용구간내 소득계층별 비율

() : 소득구간내 비용구간별 비율

〈표 IV-12〉 만성, 희귀질환자가 있는 가구의 간병비용 - 가구분포

(단위: 가구, 만원)

소득 비용	빈도	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체	
			차상위1	차상위2				
0~5	1	빈도	144	327	171	314	1,195	2,151
			6.7%	15.2%	7.9%	14.6%	55.6%	100.0%
			(98.6%)	(99.4%)	(98.8%)	(99.4%)	(99.4%)	(99.3%)
5~10	1	빈도	1	0	1	0	0	2
			50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
			(0.7%)	(0.0%)	(0.6%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.1%)
20~50	1	빈도	0	0	0	1	0	1
			0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
			(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.3%)	(0.0%)	(0.0%)
50 초과	1	빈도	1	2	1	1	7	12
			8.3%	16.7%	8.3%	8.3%	58.3%	100.0%
			(0.7%)	(0.6%)	(0.6%)	(0.3%)	(0.6%)	(0.6%)
합계	1	빈도	146	329	173	316	1,202	2,166
			6.7%	15.2%	8.0%	14.6%	55.5%	100.0%
			(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)

1 : 동일비용구간내 소득계층별 비율

() : 소득구간내 비용구간별 비율

질환자가 없는 일반가구의 의료비는 소득수준에 상관없이 대부분 1년 동안 50만원 이하의 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 수급가구 중 100만원 이상의 의료비 지출이 있다고 응답한 가구는 160 응답가구 중 4가구로 2.5%에 해당하나 설문지를 이해하지 못했거나 샘플 수가 너무 작은 것에 기인한 것으로 판단된다.

〈표 IV-13〉 만성질환 및 희귀질환이 없는 가구의 소득구간별 의료비 - 가구 분포

(단위: 가구, 만원)

소득 비용	빈도	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
0~20	1	124	251	135	291	1,241	2,042
		6.1%	12.3%	6.6%	14.3%	60.8%	100.0%
		(77.5%)	(62.8%)	(56.3%)	(62.2%)	(55.7%)	(58.4%)
20~30	1	15	62	48	81	441	647
		2.3%	9.6%	7.4%	12.5%	68.2%	100.0%
		(9.4%)	(15.5%)	(20.0%)	(17.3%)	(19.8%)	(18.5%)
30~50	1	9	44	27	39	283	402
		2.2%	10.9%	6.7%	9.7%	70.4%	100.0%
		(5.6%)	(11.0%)	(11.3%)	(8.3%)	(12.7%)	(11.5%)
50~100	1	8	30	14	32	142	226
		3.5%	13.3%	6.2%	14.2%	62.8%	100.0%
		(5.0%)	(7.5%)	(5.8%)	(6.8%)	(6.4%)	(6.5%)
100~200	1	3	9	9	12	80	113
		2.7%	8.0%	8.0%	10.6%	70.8%	100.0%
		(1.9%)	(2.3%)	(3.8%)	(2.6%)	(3.6%)	(3.2%)
200 초과	1	1	4	7	13	41	66
		1.5%	6.1%	10.6%	19.7%	62.1%	100.0%
		(0.6%)	(1.0%)	(2.9%)	(2.8%)	(1.8%)	(1.9%)
합계	1	160	400	240	468	2,228	3,496
		4.6%	11.4%	6.9%	13.4%	63.7%	100.0%
		(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)

1 : 동일비용구간내 소득계층별 비율

() : 소득구간내 비용구간별 비율

질환 보유 여부와 상관없는 가구당 소득 규모별 의료비(입원+외래+약국+간병+일반의료비) 합계 분포가 아래 표에 나와 있다. 1년 의료비가 100만원이 넘는 가구의 비율이 수급가구는 15%, 소득인정액 기준 최저생계비 120% 미만의 계층은 30.7%, 경상 소득 최저생계비 기준 150% 이상 계층은 34.5%로 나타났다. 의료급여 수급가구는 본인부담이 건강보험에 비해 현격히 적기 때문에 다른 소득 계층에 비해 의료비의 부담이 상대적으로 적은 것처럼 보이나 소득수준에 비해 의료비 부담이 과도한 가구의 비율이 15%로 나타나고 있다. 수급자와 생활양태가 비슷한 차상위 계층(소득인정액 기준 최저생계비 120% 미만)의 30.7%가 1년에 100만원 이상의 의료비 부담을 안고 있어 생계유지에 의료비가 장애 요인으로 나타나고 있음을 보여준다.

〈표 IV-14〉 이환 여부와 상관 없는 가구당 소득 규모별 의료비(입원+외래+약국+간병+일반의료비) 합 - 가구 분포

(단위: 가구, 만원)

소득 비용	빈도	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체	
			차상위1	차상위2				
0~20	1	빈도	80	50	27	38	174	369
		1	21.7% (54.8%)	13.6% (15.2%)	7.3% (15.8%)	10.3% (12.0%)	47.2% (14.6%)	100.0% (17.1%)
20~30	1	빈도	12	35	19	35	104	205
		1	5.9% (8.2%)	17.1% (10.6%)	9.3% (11.1%)	17.1% (11.1%)	50.7% (8.7%)	100.0% (9.5%)
30~50	1	빈도	15	60	25	62	242	404
		1	3.7% (10.3%)	14.9% (18.2%)	6.2% (14.6%)	15.3% (19.6%)	59.9% (20.3%)	100.0% (18.7%)
50~100	1	빈도	17	84	38	81	261	481
		1	3.5% (11.6%)	17.5% (25.5%)	7.9% (22.2%)	16.8% (25.6%)	54.3% (21.9%)	100.0% (22.3%)
100~200	1	빈도	11	54	33	55	269	422
		1	2.6% (7.5%)	12.8% (16.4%)	7.8% (19.3%)	13.0% (17.4%)	63.7% (22.5%)	100.0% (19.6%)
200 초과	1	빈도	11	46	29	45	144	275
		1	4.0% (7.5%)	16.7% (14.0%)	10.5% (17.0%)	16.4% (14.2%)	52.4% (12.1%)	100.0% (12.8%)
합계	1	빈도	146	329	171	316	1,194	2,156
		1	6.8% (100.0%)	15.3% (100.0%)	7.9% (100.0%)	14.7% (100.0%)	55.4% (100.0%)	100.0% (100.0%)

1 : 동일비용구간내 소득계층별 비율
() : 소득구간내 비용구간별 비율

위에서 논의한 의료비의 합(입원+외래+약국+일반의료비)에 보험료를 합한 비용의 총합이 아래 표에서 보여지고 있다. 수급가구는 의료급여 수급자이기 때문에 보험료가 없는 것으로 간주하였고 그 외 계층에 대해서는 공적부조를 제외한 경상소득의 약 2%를 보험료로 산정하였다. 건강보험적용자 중에서도 직장가입자와 지역가입자간 본인부담 보험료가 차이가 있으나 직장가입자의 경우를 지역에도 적용하였다. 이에 따르면 의료를 위해 지출되는 소득규모별 가구당 평균 지출액이 수급가구의 경우 약 97만원, 차상위 계층은 약 130만원, 전국민은 전체적으로 약 173만원을 부담하는 것으로 보인다. 이들 소득 계층별 의료비 부담이 과도한 집단의 규모를 살펴보고자 한다. 즉, 정부의 도움이 필요한 집단의 규모를 추정하고자 한다.

〈표 IV-15〉 보험료 + 의료비(입원+외래+약국+일반의료비)의 합 - 가구분포
(단위: 가구, 만원)

	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
		차상위1	차상위2			
사례수	146	329	172	315	1,194	2,157
평균	97.3	132.1	173.2	155.4	199.9	173.9
표준편차	574.4	258.7	326.0	215.9	247.1	287.2
최소값	0.00	1.40	4.60	13.0	28.0	0.00
최대값	8,702.0	4,253.2	4,439.0	3,092.9	5,389.2	8,702.00

주: 보험료는 공적부조를 제외한 경상소득의 약 2%로 산정하였음(수급가구는 보험료가 없는 것으로 처리)

과부담 의료비에 대한 다양한 해석이 있다. 세계보건기구(WHO)는 직접의료비 지출(out-of-pocket health expenditure)과 건강보험료(health insurance premium)의 합이 지불능력(소득)의 40%를 초과하는 가구로 정의하였고 Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고

주장하였다. 미국 국회예산처(1997)는 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 15%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 보고하였고 Waters, Anderson, Mays(2004)는 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 의료비 과부담 가구로 규정하였다.

위에서 정의한 여러 해석들 중 과부담의료비에 대한 정의를 의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 계층으로 하고자 한다. 이에 따르면 수급자의 48.6%와 차상위 계층의 67.2%가 의료비 과부담(의료비가 소득의 10% 이상 초과) 상태에 있음을 볼 수 있다.

〈표 IV-16〉 의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 가구비율- 가구분포 (단위: 가구)

	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체	
		차상위1	차상위2				
해당 가구	빈도	71	217	93	103	186	670
	1	10.6%	31.2%	14.1%	16.3%	29.2%	100.0%
		(48.6%)	(65.8%)	(54.1%)	(32.7%)	(15.6%)	(31.0%)

1 : 가구의 소득계층별 비율
() : 소득구간내 가구 비율

기본적인 진료를 받기위해 월평균 얼마의 비용이 필요한지에 대한 응답은 소득수준에 상관없이 대부분의 구간에서 약 7~8만원으로 나타났다. 공적 부조를 제외한 경상소득은 최저생계비 기준 130% 미만이지만 재산의 소득환산에 따른 소득인정액이 130% 이상인 계층이 소득계층 내에 편차가 다른 계층에 비해 심하지만 기본진료를 위한 월평균 주관적 소요비용으로 약 10만원을 응답하였다. 이환상태가 아닌 정상생활을 유지하는 데 필요한 주관적 기초의료비가 약 7만원으로 조사된 것은 최저생계비 계층시 객관적 기초의료비로 책정된 약 5만원과 견주어 시사하는 바가 있다고 하겠다.

〈표 IV-17〉 소득구간별 주관적의료비(월 평균) - 가구분포

(단위: 가구, 만원)

	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
		차상위1	차상위2			
사례수	160	399	239	467	2,228	3,493
평균	8.024	8.183	10.072	7.564	6.382	7.073
표준편차	43.931	13.562	18.056	13.970	14.814	17.262
최소값	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
최대값	700	167	200	251	560	700

의료비용 가계부담 정도에 관한 질문에서 부담되었다와 부담되지 않았다고 구분하였을 경우 수급가구의 45.6%, 차상위 계층의 73.2%, 150% 이상 계층의 39.5%가 부담을 느끼는 것으로 나타났다. 수급가구는 의료급여수급권자로 건강보험적용 대상자에 비해 본인부담이 적기 때문에 부담정도가 상대적으로 차상위 계층에 비해 적은 것으로 나타났고 차상위 계층은 생활양태나 의료욕구가 수급자와 비슷하나 건강보험 적용대상자이기 때문에 부담이 큰 것으로 보인다.

〈표 IV-18〉 의료비용 가계부담 - 가구분포

(단위: 가구)

		수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
전혀 부담되지 않았다	빈도	51	41	35	84	573	784
	1	6.5% (31.9%)	5.2% (10.3%)	4.5% (14.6%)	10.7% (18.0%)	73.1% (25.7%)	100.0% (22.4%)
거의 부담되지 않았다	빈도	36	69	66	133	776	1,080
	1	3.3% (22.5%)	6.4% (17.3%)	6.1% (27.6%)	12.3% (28.5%)	71.9% (34.8%)	100.0% (30.9%)
다소 부담되었다	빈도	32	132	73	124	514	875
	1	3.7% (20.0%)	15.1% (33.0%)	8.3% (30.5%)	14.2% (26.6%)	58.7% (23.1%)	100.0% (25.0%)
많이 부담되었다	빈도	41	158	65	126	366	756
	1	5.4% (25.6%)	20.9% (39.5%)	8.6% (27.2%)	16.7% (27.0%)	48.4% (16.4%)	100.0% (21.6%)
합계	빈도	160	400	239	467	2,229	3,495
	1	4.6% (100.0%)	11.4% (100.0%)	6.8% (100.0%)	13.4% (100.0%)	63.8% (100.0%)	100.0% (100.0%)

1 : 동일응답구간내 소득계층별 비율
() : 소득구간내 동일응답 비율

전국민의 83.9%가 의료비를 생활비 절감이나 저축을 통해 충당하는 것으로 나타났다. 수급가구는 78%, 차상위 계층은 68.1%로 나타나 상대적으로 의료비 충당이 어려운 것으로 보이고 수급가구 중 22%는 자식의 도움, 친지의 도움, 금융기관 대출, 사채 차입 등으로 다양하게 의료비를 충당하는 것으로 나타난 반면, 차상위 계층은 26.3%가 자식으로부터 도움을 받는 것으로 나타났다. 수급가구는 독거노인 등 인구학적 요인에 의해 도움을 받을 만한 여력이 상대적으로 차상위 계층에 비해 열악하나 차상위 계층은 자식 등 부양자가 있어 부족한 본인의 능력을 충당하는 것으로 보인다. 다만 부양의무자 기준 때문에 수급자가 되지 못한 계층 중 부양의무자로부터 의료비 관련 도움을 받지 못한 가구는 의료사각지대에 놓일 수밖에 없다.

〈표 IV-19〉 의료비 총당방식 - 가구분포

(단위: 가구)

	빈도	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
생활비로	빈도 1	55	186	103	186	736	1,266
		4.3% (75.3%)	14.7% (64.6%)	8.1% (75.2%)	14.7% (75.0%)	58.1% (83.6%)	100.0% (77.9%)
저축이용	빈도 1	2	9	8	7	71	97
		2.1% (2.7%)	9.3% (3.1%)	8.2% (5.8%)	7.2% (2.8%)	73.2% (8.1%)	100.0% (6.0%)
전세비를 줄여서	빈도 1	0	1	0	0	2	3
		0.0% (0.0%)	33.3% (0.3%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	66.7% (0.2%)	100.0% (0.2%)
재산처분 으로	빈도 1	0	1	1	1	0	3
		0.0% (0.0%)	33.3% (0.3%)	33.3% (0.7%)	33.3% (0.4%)	0.0% (0.0%)	100.0% (0.2%)
부모에게 도움받음	빈도 1	0	1	0	1	7	9
		0.0% (0.0%)	11.1% (0.3%)	0.0% (0.0%)	11.1% (0.4%)	77.8% (0.8%)	100.0% (0.6%)
자식에게 도움받음	빈도 1	3	77	16	38	36	170
		1.8% (4.1%)	45.3% (26.7%)	9.4% (11.7%)	22.4% (15.3%)	21.2% (4.1%)	100.0% (10.5%)
친 지, 친 구 에게도움	빈도 1	5	5	2	4	0	16
		31.3% (6.8%)	31.3% (1.7%)	12.5% (1.5%)	25.0% (1.6%)	0.0% (0.0%)	100.0% (1.0%)
금융기관 대출	빈도 1	3	3	5	3	18	32
		9.4% (4.1%)	9.4% (1.0%)	15.6% (3.6%)	9.4% (1.2%)	56.3% (2.0%)	100.0% (2.0%)
사채등 빛으로	빈도 1	3	5	2	6	0	16
		18.8% (4.1%)	31.3% (1.7%)	12.5% (1.5%)	37.5% (2.4%)	0.0% (0.0%)	100.0% (1.0%)
기타	빈도 1	2	0	0	2	10	14
		14.3% (2.7%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	14.3% (0.8%)	71.4% (1.1%)	100.0% (0.9%)
합계	빈도 1	73	288	137	248	880	1,626
		4.5% (100.0%)	17.7% (100.0%)	8.4% (100.0%)	15.3% (100.0%)	54.1% (100.0%)	100.0% (100.0%)

1 : 동일응답구간내 소득계층별 비율

() : 소득구간내 동일응답 비율

치료포기 경험과 관련하여 전 가구의 약 18%가 치료포기 경험이 있는 것으로 나타났다. 치료포기 경험은 본인부담률이 수급자에 비해 높고 생활수준은 비슷한 차상위 계층이 가장 많아 약 33.3%를 보이고 있다. 수급자의 경우도 27.7%가 치료포기 경험이 있는 것으로 조사되었다. 치료를 포기한 경험이 있는 가구 중 약 73.6%가 진료비 부담 때문에 치료를 포기하는 것으로 나타났다. 수급가구는 72.7%가 진료비 부담 때문에 치료를 포기한 것으로 나타났고 차상위 계층은 87.7%에 이르고 있다. 전국민의 약 4.3%가 치료해도 나올 것 같지 않아서 치료를 포기한 경험이 있는 데 반해 수급가구는 11.4%에 이르러 수급가구의 질환 정도가 일반가구에 비해 중하거나 진료에 대한 신뢰가 없는 것으로 판단된다. 위의 결과에 의하면 치료를 포기한 대부분의 경우 경제적 이유 때문에 필요한 진료를 받지 못하고 있는 것으로 보인다. 의료자격(의료급여 또는 건강보험)과 상관없이 의료 사각지대에 놓여있는 계층이 많이 있음을 보여주고 있다. 법적으로는 의료보장이 되어있지만 실제적으로는 의료보장 체계의 미진함을 여실히 보여주고 있다 하겠다.

〈표 IV-20〉 치료포기경험 - 가구분포

(단위: 가구)

		수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
있다	빈도	44	130	51	90	315	630
	1	7.0% (27.7%)	20.6% (32.6%)	8.1% (21.3%)	14.3% (19.3%)	50.0% (14.1%)	100.0% (18.0%)
없다	빈도	115	269	188	377	1,913	2,862
	1	4.0% (72.3%)	9.4% (67.4%)	6.6% (78.7%)	13.2% (80.7%)	66.8% (85.9%)	100.0% (82.0%)
합계	빈도	159	399	239	467	2,228	3,492
	1	4.6% (100.0%)	11.4% (100.0%)	6.8% (100.0%)	13.4% (100.0%)	63.8% (100.0%)	100.0% (100.0%)

1 : 동일응답구간내 소득계층별 비율
() : 소득구간내 동일응답 비율

〈표 IV-21〉 치료포기이유 - 가구분포

(단위: 가구)

	빈도	수급	일반차상위		차차상위	일반	전체
			차상위1	차상위2			
진료비부담 때문에	빈도 1	32 6.9% (72.7%)	114 24.7% (87.7%)	34 7.4% (68.0%)	61 13.2% (68.5%)	221 47.8% (70.2%)	462 100.0% (73.6%)
일을 중단하면 수입이 줄어서	빈도 1	0 0.0% (0.0%)	1 3.8% (0.8%)	0 0.0% (0.0%)	1 3.8% (1.1%)	24 92.3% (7.6%)	26 100.0% (4.1%)
시간이 없어서	빈도 1	1 3.7% (2.3%)	2 7.4% (1.5%)	2 7.4% (4.0%)	5 18.5% (5.6%)	17 63.0% (5.4%)	27 100.0% (4.3%)
의료기관과 거리가 멀어서	빈도 1	2 50.0% (4.5%)	1 25.0% (0.8%)	0 0.0% (0.0%)	1 25.0% (1.1%)	0 0.0% (0.0%)	4 100.0% (0.6%)
중세경미	빈도 1	2 2.6% (4.5%)	7 9.0% (5.4%)	8 10.3% (16.0%)	16 20.5% (18.0%)	45 57.7% (14.3%)	78 100.0% (12.4%)
치료에도 나아질 것 같지 않아서	빈도 1	5 18.5% (11.4%)	4 14.8% (3.1%)	5 18.5% (10.0%)	5 18.5% (5.6%)	8 29.6% (2.5%)	27 100.0% (4.3%)
식구를 돌봐줄 사람이 없어서	빈도 1	0 0.0% (0.0%)	0 0.0% (0.0%)	1 100.0% (2.0%)	0 0.0% (0.0%)	0 0.0% (0.0%)	1 100.0% (0.2%)
기타	빈도 1	2 66.7% (4.5%)	1 33.3% (0.8%)	0 0.0% (0.0%)	0 0.0% (0.0%)	0 0.0% (0.0%)	3 100.0% (0.5%)
합계	빈도 1	44 7.0% (100.0%)	130 20.7% (100.0%)	50 8.0% (100.0%)	89 14.2% (100.0%)	315 50.2% (100.0%)	628 100.0% (100.0%)

1 : 동일응답구간내 소득계층별 비율

() : 소득구간내 동일응답 비율

3) 의료안전망 실태 관련 다른 선행 연구 결과

최병호(2004)의 『국민의료의 형평성 분석과 정책과제』에서는 보건의료부문에서의 형평성 실태를 분석하기 위하여 보건의료 재원부담의 형평성, 건강수준 혹은 건강상태의 형평성 그리고 의료이용의 형평성 및 의료필요와 비교한 의료이용(unmet need)의 형평성을 분석한 연구로 보건의료재원부담의 형평성은 1996년과 2000년까지의 가구소비실태조사를 사용하여 가쿠와니 지수(Kakwani index), 수직적 형평과 수평적 형평을 측정하였고 건강상태(수준)의 형평성은 급성질환(질환의 유무), 만성질환(질환 유무), 자기건강평가 등에 대한 집중도 분석을 하였으며 의료이용의 형평성에 대해서는 1998년 국민건강영양조사를 이용하여 루그랑지수(Le Grand) 지수($HILG = \text{의료비부담의 집중도} - \text{의료필요의 집중도}$)를 분석한 연구이다.

각각의 결과를 살펴보면 우선 보건의료재원부담의 형평성에서는 조세부담의 가쿠와니 지수는 1996년 0.0022 에 비해 2000년에 0.0327 로서 누진적이었고 보험료부담의 가쿠와니 지수는 1996년에 -0.1610 로서 역진적이었으나 2000년에는 -0.0847 로 역진성이 완화되었다. 본인부담의 가쿠와니 지수는 1996년 -0.1377 로서 역진적인 것으로 나타났다. 2000년의 경우 -0.2353 으로서 역진성이 더 심화된 것으로 나타나 전체적인 재원부담의 가쿠와니 지수는 1996년 -0.1296, 2000년 -0.1693 으로서 다소 역진적이며 역진성이 심화되는 조짐을 보이고 있는 것으로 나타났다. 건강수준의 형평성 결과에서는 급성질환의 발생은 소득계층간 차이가 없으며, 만성질환은 집중도 -0.03937로 저소득층에 다소 많아 다소 역진적인 경향을 보였으며 자기건강평가는 집중도 -0.18677로 역진적인 상태인 결과를 보였다. 마지막으로 보건의료이용의 형평성에 대한 결과는 의료필요 대비 의료이용의 형평지표인 Le Grand 지수는 급성질환-0.05092, 만성질환 -0.03903 으로서 저소득층에 다소 유리하지만 거의 0 에 가까워 반드시 의료이용이 형평하다고 말할 수는 없으며 자기건강평가의 Le Grand 지수는 +0.07727 로서 고소득자에 유리한 불공평한 결과를 보였고 의료비부담을 성, 연령, 만성질환 등으로 보정하면 급만성질환의 역진성이 다소 완화되어 저소득

층에 유리한 공평의 성향이 다소 후퇴하였고 자기건강평가에서도 고소득자에 유리한 불공평이 다소 심화되는 것으로 나타났다.

양봉민(2003)의 『보건의료재원 조달의 형평성』에서는 1996년부터 2000년까지의 연도별 통계청의 도시가계조사 자료를 이용하여 Wagstaff and van Doorsler, et al.(1999)이 제안한 방법으로 접근하였으며, 직·간접세, 사회보험 및 본인부담액 등 보건의료 재원조달 항목별 가쿠와니 지수를 산출하고, 당해연도의 국민의료비 재원 구성비에 의한 가중평균으로 총 가쿠와니 지수를 산출함으로써 국민의료비 재원부담의 구성항목별 형평성을 분석한 연구이다. 부담능력(소득)의 대리변수로 총소비를 사용한 것이 특징이다. 2000년을 기준으로 한 가쿠와니 지수는 직접세가 0.2683 으로서 누진적이었고, 간접세는 0.0379로써 예상과 달리 다소 누진적으로 나타났다. 직접세와 간접세를 포함한 조세의 가쿠와니 지수는 0.1559 로서 누진적이었다. 보험료의 가쿠와니 지수는 -0.1634 로서 역진적으로 나타났으며, 조세와 보험료를 포함한 공적재원부담의 가쿠와니 지수는 -0.0600 으로서 다소 역진성을 띠고 있었다. 가계의 직접의료비부담 즉, 본인부담의 가쿠와니 지수는 0.0124 로서 다소 누진성을 띠어 예상과는 다른 결과를 보였다. 전체적으로 의료재원부담의 가쿠와니 지수는 -0.0239 로서 다소 역진적으로 나타났다. 그런데 이 연구에서 이용한 도시가계자료는 농어촌지역이나 1인 이하 근로자가구를 조사표본에서 제외하고 있어 대표성에 한계를 안고 있다. 그리고 직접세는 소득세만을 대상으로 하는 제한점을 보였다. 그러나 간접세는 부가가치세, 특별소비세, 주세를 고려함으로써 국내의 다른 연구에 비해 보다 엄밀하게 접근하였다.

권순만(2003)의 『보건의료 이용의 형평성』 연구에서는 한국보건사회연구원의 1998년 국민건강영양조사자료 원자료를 van Doorslaer, et al.(2000)가 제안한 방법에 따라 의료이용의 형평성을 분석하였다. 개인별 지불능력은 가구단위 월평균소득총액을 가구원수와 연령으로 보정하여 사용하였다. 의료이용의 변수로써 외래, 입원, 의료비 세 가지를 이용하였다. 외래는 의료기관 방문횟수를, 입원은 재원일수를 사용하였고, 의료이용비용은 2주간 외래이용을 1년간으로 연장하여 비용으로 추정하고 입원은 재원일당비용을 연간으로 추정하여 합산하여

구하였다. 의료필요(need) 변수는 만성질환의 수와 주관적 건강인식을 지표로 사용하였다. 형평성을 측정하는 지수로서는 HIwv를 사용하였는데 이는 의료이용변수들의 집중도에서 의료필요의 집중도를 차감한 것이다. 분석결과, 의료서비스 이용량 중 외래서비스 이용량에 관한 지표로 사용된 ‘의료기관 방문횟수’의 경우, 실제이용량의 Concentration Index(CM)는 -0.088로 외국에서의 사례와 마찬가지로 Pro-poor양상을 보인다. 이에 대해 연령 및 성별 그리고 만성질환의 수로 니드에 대한 표준화를 하고 난 후의 지표인 CN은 -0.0999로 나타나서 빈곤층일수록 의료에 대한 니드 혹은 기대되는 의료이용량이 높은 것으로 나타났다. 동일한 니드 상태인 경우에서의 형평성을 측정하는 HIwv 지수는 +0.012로서 부유층의 (니드 대비) 의료이용이 더 많은 약간의 불형평성이 있는 것으로 나타나고 있다. 만성질환의 수가 아닌 자가건강인식척도로 표준화했을 경우 CN값은 -0.096이고 이때의 HIwv 지수는 -0.011로 빈곤층의 (니드 대비) 의료이용이 더 많은 불형평성이 있는 것으로 나타났다. 외래의료이용 횟수의 경우 다른 나라들에 비해 부유층에게 유리한 의료이용(Pro-rich inequity)의 정도가 약하거나 나아가 (자가건강인식척도로 표준화 한 경우) 오히려 빈곤층에게 유리한 의료이용(Pro-poor inequity)의 양상을 보이는 것은 주목할 만한 결과로 보고하였다. 입원의료서비스 이용량을 나타내는 변수인 입원재원일수의 경우 표준화 이전의 실제 이용량의 Concentration Index(CM)은 -0.213으로 빈곤층에서의 이용이 훨씬 더 많은 양상이었다. 예상 입원의료이용량의 집중정도 CN은 나이, 연령 및 만성질환의 수로 표준화하였을 때에는 -0.022이고 나이, 연령 및 자가건강인식척도로 표준화하였을 때에는 -0.019로 나타났다. 따라서 형평성 지수인 HIwv 지표는 만성질환, 자가건강인식척도 및 2가지 모두로 표준화시 각각 -0.191, -0.168, -0.162로 니드 대비 실제 의료이용이 빈곤층에서 더 높은(Pro-poor inequity) 것으로 나타났다. 입원의료이용의 경우 형평성은 다른 나라들과 같은 양상을 보여주었다.

그런데 앞에서 분석한 의료이용은 양을 나타내는 변수로서 이용된 의료의 질이나 강도를 알 수 없다는 단점이 있다. 따라서 의료의 질과 강도를 고려하기 위하여, 지불된 의료비를 분석하였으며 이때 Concentration Index(CM)는

+0.040으로 나타나서 부유층에서의 의료이용의 강도가 더 높은 것으로 나타났다. 이를 연령 및 성별과 니드를 대변하는 변수로 표준화한 후의 결과인 CN은 만성질환의 수, 자가건강인식척도 및 2가지 모두로 표준화한 후 각각 -0.044, -0.042, -0.048로 각각 나타났으며, 최종적으로 형평성의 지수인 HI_{wv}는 +0.083, +0.058, +0.064로서 부유층에서 (니드 대비) 의료비 지출이 많은 것(Pro-Rich inequity)으로 나타났다. 이는 빈곤층에서 (니드 대비) 의료비지출이 더 높은 핀란드와 영국의 경우와 대비되는 결과이며, 미국의 경우보다도 부유층에 유리한 (Pro-rich) 정도가 더 큰 양상을 보이는 것으로 보고하였다. 그러나 동 연구에서 사용한 건강영양조사 자료의 특성이 의료기관방문횟수는 2주간의 회상기간, 입원자료는 1년의 회상기간에 의한 자료이므로 2주간의 외래이용비용을 바탕으로 1년간의 추정치로 환산하였다는 문제점을 안고 있다. 이는 본 조사 자료가 조사 대상자의 기억에 의존하거나 조사대상기간이 매우 한정된 문제점을 안고 있다.

이원형(2005)의 “도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태” 연구는 가계소득 중 일정기준치(10-30%) 이상의 의료비를 부담하는 경우를 과부담의료비 지출(Catastrophic Health Expenditure)로 정의한 후, 제8차 (1998년~2002년) 도시가계조사 원자료를 이용하여 과부담의료비 가구들의 의료비가 전체의료비에서 차지하는 비중과 소득계층별 가구당 월평균 의료비(연간 3개월 이상 보고한 경우) 및 구성요소별 비중, 그리고 소득계층별 과부담의료비 지출 가구의 발생율을 연도별로 파악하였다. 또한 연도별 자료를 통합하여 일반화추정방정식(GEEs)에 의해 소득계층간 그 발생률 및 관련 요인을 분석하였다. 분석결과, 전체가구 대비 과부담의료비 지출 가구의 규모(2.0~11.8%)에 비해 이들 가구들이 지출한 의료비가 전체의료비에서 차지하는 비중(10.9~39.2%)이 상대적으로 높았으며, 동일한 과부담의료비 지출이지만 가구당 월평균 의료비의 크기는 저소득층이 고소득층 보다 통계적으로 유의하게 낮았다($p < 0.05$). 또한, 1998년에서 2002년사이 과부담의료비 지출가구의 발생률은 최하위소득계층(I)에서 1.5~1.9배로 다른 상위소득 계층들에 비해 상대적으로 큰 폭으로 증가하였다. 소득계층간 과부담의료비 지출 가구의 발생 위험비는 가구소득 최하위소득계층(I)이 최상위소득계층(V)에 비해 관련 요인 보정 전(1.39-2.02배), 보정 후(1.13-1.84배)

모두 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$). 과부담 의료비지출 가구의 발생은 가구원이 적고 노인가구원이 많은 가구에서 유의하게 높았다($p<0.05$).

〈표 IV-22〉 가구당 총소비지출 대비 의료비 비중별 가구수 및 의료비 발생 규모의 추이

(단위: 백만원(%))

T/x	1998		1999		2000		2001		2002	
	가구수	의료비	가구수	의료비	가구수	의료비	가구수	의료비	가구수	의료비
10 % 이상	532 (10.8)	98 (35.2)	524 (10.5)	112 (35.6)	522 (10.5)	119 (35.7)	528 (10.8)	130 (36.6)	550 (11.8)	144 (39.2)
15 % 이상	221 (4.5)	54 (19.3)	219 (4.4)	64 (20.3)	239 (4.8)	71 (21.3)	241 (5.0)	78 (21.9)	255 (5.5)	89 (24.3)
20 % 이상	101 (2.0)	30 (10.9)	123 (2.5)	44 (14.0)	126 (2.5)	45 (13.3)	120 (2.5)	47 (13.3)	135 (2.9)	59 (16.2)
전체	4,928 (100)	278 (100)	4,998 (100)	316 (100)	4,951 (100)	335 (100)	4,867 (100)	355 (100)	4,649 (100)	367 (100)

T/x: 가구당 총소비지출 대비 의료비 비중

자료: 이원형, 신영전(2005)의 『도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태』에서 인용

4) 2001년과 2005년 건강보험 가입자 및 의료급여 대상자 소득계층별 과부담 의료비 가구 분석

2001년과 2005년 건강보험가입자 및 의료급여대상자의 소득계층별 의료이용 행태를 살펴보기 위해 건강보험대상자와 의료급여대상자의 1%자료를 가지고 분석하였다. 분석자료는 소득수준을 건강보험 직장이나 지역의 보험료를 Proxy 변수로 활용하여 추출하였으며, 추출방법은 직장과 지역을 구분하여 모든 가입 세대를 보험료 순위로 나열하고 1%씩 계통수에 따라 계통 추출하였다. 의료급여의 경우는 모두 최저생계비 이하의 세대이므로 소득수준을 하나의 집단으로 판단하여 전체 의료급여 세대 중에서 1%를 무작위 추출하였다.

이렇게 추출된 세대에 속한 모든 구성원의 주민번호를 가지고 2001년과

2005년에 의료이용한 진료실적 자료를 추출하여 본 분석에 사용하였다. 본 분석에서 사용된 세대구성과 진료건수를 다음과 같다.

〈표 IV-23〉 분석데이터 분포

구분	2001년		2005년	
	표본세대수	진료건수	표본세대수	진료건수
지역	85,543	2,455,491	82,658	2,956,149
직장	76,729	2,550,087	95,368	4,096,095
의료급여	10,049	258,876	12,089	479,050

지역가입자의 소득은 보험료를 Proxy로 활용하여 추정하였는데, 추정방식은 직장가입자의 보험료율을 가지고 세대를 추정하였다. 추정식은 다음과 같다.

$$\text{지역가입자 세대소득} = \text{세대보험료} \div \text{직장보험료율}$$

이때 소득의 추정시 지역가입세대의 부과보험료를 2005년도 직장가입자의 보험료율 4.31% 혹은 2.155%로 나누어 구한다. 이는 일종의 소득의 대리변수(proxy)로 볼 수 있다. 여기서 4.31%는 직장의 사용주와 근로자의 부담률을 합산한 것이다. 그러나 2.105%는 근로자의 보험료부담률이다. 지역가입자의 부담능력이 취약하여 정부가 지역가입자에 대해 지역보험지출의 대략 半을 보조한다는 측면에서 볼 때에 지역가입자의 보험료부담은 직장가입자의 보험료부담의 1/2로 간주할 수 있다. 이러한 측면에서는 지역가입자의 소득을 추정하는 데에 2.155%를 이용하는 것이 타당할 것으로 판단하여 근로자 부담률을 적용하여 추정하였다.^{주30)} 2001년의 소득은 2001년 직장가입자 근로자부담 보험료율인 1.7%를 적용하여 추정하였다.

의료급여의 경우는 모두 최저생계비 이하의 세대로 국가로부터 최저생계비까지는 보전을 받으므로 세대규모별 최저생계비를 그 가구의 소득으로 산정하였다. 연도별 최저생계비 규모는 다음 표와 같다.

주30) 최병호(2005년) 『국민건강보험의 형평성 실태와 정책과제』에서도 지역가입자의 소득을 직장근로자 부담 보험료율로 추정하여 계산하였음.

〈표 IV-24〉 2001년과 2005년의 최저생계비 규모

(단위: 원)

	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
2001년 ¹⁾	333,731	552,712	760,218	956,250	1,087,256	1,226,868
2005년 ²⁾	368,226	609,842	838,796	1,055,090	1,199,637	1,353,680

주: 1) 7인 이상 가구의 경우 1인당 130,000원씩 증가
 2) 7인 이상 가구의 경우 1인당 174,882원씩 증가

의료비지출 규모에서 비급여 본인부담은 건강보험의 경우는 김정희(2006년) 연구결과인 입원시 비급여 본인부담률 28.6%와 외래 비급여 본인부담률 15.8%, 그리고 약국 2.7%를 적용하여 추정하여 계산하였다. 의료급여의 경우는 입원은 신영석(2005년)자료의 1종 14.68%, 2종 14.18%를 적용하여 추정하였다. 그러나 의료급여 외래와 약국의 경우는 비급여 본인부담률이 제시된 연구가 없어 김정희(2006년)의 건강보험 비급여 본인부담률을 적용하여 추정하였다.

의료급여 수급자에 대한 종별 진료비 및 본인부담 실태가 아래 표에 나와 있다. 2001년 의료급여 1종의 평균 소득은 42만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 21만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.2만원으로 추정되었다. 본인부담의료비는 소득 대비 약 5.26%를 차지하는 것으로 나타났다. 2종의 경우 평균 소득은 57만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 11만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 1.9만원으로 추정되었다. 본인부담의료비는 소득 대비 약 3.31%를 차지하는 것으로 나타났다. 2005년에는 의료급여 1종의 평균 소득은 49만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 29만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.9만원으로 추정되었다. 본인부담의료비는 소득 대비 약 5.93%를 차지하는 것으로 나타났다. 2종의 경우 평균 소득은 65만원으로 추정되었고 평균진료비는 약 15만원, 비급여 포함 본인부담 의료비는 2.3만원으로 추정되었다. 본인부담의료비는 소득 대비 약 3.46%를 차지하는 것으로 나타났다. 2001년에 비해 2005년에는 종별에 상관없이 평균소득이 늘어났으나 진료비는 소득 증가분 보다 더 큰 폭으로 증가하였다. 비급여 포함 본인부담 지출도 소득 증가분보다 더 큰 폭으로

증가하였다. 따라서 소득 대비 의료비 지출이 2001년에는 의료급여 수급자 전체 평균으로 약 4.39% 이던 것이 2005년에는 4.9%가 되었다.

〈표 IV-25〉 의료급여 수급자의 증별 진료비 및 본인부담 실태(2001년)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1종	6,265	422,767	22,234	0	214,199	26.76	5.26
2종	3,784	568,406	18,841	0	112,496	24.11	3.31
급여합계	10,049	477,608	20,956	0	175,902	25.76	4.39

〈표 IV-26〉 의료급여 수급자의 증별 진료비 및 본인부담 실태(2005년)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1종	7,836	493,951	29,296	0	286,503	41.71	5.93
2종	4,253	652,394	22,561	0	153,091	35.79	3.46
급여합계	12,089	549,692	26,927	0	239,568	39.63	4.90

유사하게 의료급여 수급자에 대한 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구) 정도에 대한 분석이 실시되었다. 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여 과부담의료비 가구도 1, 2종 모두 증가하였다.

〈표 IV-27〉 의료급여 수급자의 증별 과부담 의료비 분석자료(2001년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1종	6,265	877	14.00	649	10.36	523	8.35
2종	3,784	266	7.03	174	4.60	121	3.20
급여합계	10,049	1,143	11.37	823	8.19	644	6.41

〈표 IV-28〉 의료급여 수급자의 증별 과부담 의료비 분석자료(2005년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1중	7,836	1,258	16.05	945	12.06	723	9.23
2중	4,253	317	7.45	220	5.17	162	3.81
급여합계	12,089	1,575	13.03	1,165	9.64	885	7.32

건강보험 지역가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태가 아래 표에 나와 있다. 2001년의 경우 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담이 증가하고 있다. 2분위와 3분위 사이에서 그 차이가 현격하다. 분위별 소득 차이는 진료비, 진료건수, 비급여 포함 본인부담 수준의 차이보다 더 크게 나타나 소득대비 의료비 지출(비급여 포함 본인부담+보험료) 비율은 소득이 증가함에 따라 감소하고 있다. 평균보험료의 경우 1분위가 약 9천원을 부담하고 있는데 반해 10분위는 10.7만원을 부담하고 있어 10배 이상 차이가 나고 있다. 진료건수에서는 10분위가 평균적으로 1년에 42건을 기록하고 있는데 반해 1분위는 12건으로 나타나 약 3.5배 더 진료를 받는 것으로 나타났다. 따라서 진료비도 10분위가 평균 약 24만원으로 1분위의 7.6만원에 비해 3.15배를 보이고 있다. 즉, 소득이 높을수록 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 평균적으로 2001년에는 소득의 5.16%를 의료비로 지출하고 있다.

2005년에도 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담이 증가하고 있다. 2001년에는 2분위와 3분위 사이에서 그 차이가 현격했으나 2005년에는 3분위와 4분위간 의료이용의 차이가 현격하다. 이는 의료비 관점에서 2001년에는 한계 계층이 2분위와 3분위 사이에 존재했지만 2005년에는 3분위와 4분위 사이로 이동했을 개연성을 보여주는 것이다. 2005년도에도 2001년처럼 분위별 소득 차이는 진료비, 진료건수, 비급여 포함 본인부담 수준의 차이보다 더 크게 나타나 소득대비 의료비 지출(비급여 포함 본인부담+보험료) 비율은 소득이 증가함에 따라 감소하고 있다. 평균보험료의 경우 1분위가 약 8천원을 부담하고 있는데 반해 10분위는 15만원을 부담하고 있어 18배 이상 차이가 나고 있다. 진료건수에서는 10분위가 평균적으로 1년에 55.6건을 기록하

고 있는데 반해 1분위는 18.92로 나타나 약 2.93배 더 진료를 받는 것으로 나타났다. 따라서 진료비도 10분위가 평균 약 33.4만원으로 1분위의 11.3만원에 비해 2.92배를 보이고 있다. 즉, 2005년에도 2001년처럼 소득이 높을수록 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 평균적으로 2005년에는 소득의 6.27%를 진료비로 지출하고 있다. 2001년에 비해 소득이 늘어남에도 진료비는 소득보다 훨씬 빨리 증가하여 소득대비 진료비 지출 비율이 급증하고 있다.

〈표 IV-29〉 건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(지역, 2001년)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1	10,112	536,857	40,095	9,127	76,308	12.03	9.17
2	7,145	768,604	38,881	13,066	74,090	12.46	6.76
3	8,430	1,047,270	53,371	17,804	102,363	18.81	6.80
4	8,652	1,369,638	70,053	23,284	134,500	25.63	6.81
5	8,602	1,696,349	81,647	28,838	156,781	30.27	6.51
6	8,487	2,067,411	92,522	35,146	177,964	33.81	6.18
7	8,495	2,500,625	92,975	42,511	179,917	35.73	5.42
8	8,552	3,037,280	100,933	51,634	195,417	37.68	5.02
9	8,524	3,842,864	105,522	65,329	205,498	38.95	4.45
10	8,544	6,294,682	123,069	107,010	240,336	42.05	3.66
합계	85,543	2,308,698	79,852	39,247	154,206	28.70	5.16

〈표 IV-30〉 건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(지역, 2005)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1	10,115	373,630	58,981	8,052	112,652	18.92	17.94
2	6,925	639,396	52,868	13,779	101,345	17.39	10.42
3	8,593	930,533	58,252	20,053	112,678	22.06	8.42
4	9,033	1,339,581	84,310	28,868	161,825	30.15	8.45
5	8,212	1,768,463	92,760	38,110	179,298	35.33	7.40
6	7,512	2,222,873	101,036	47,903	196,210	40.11	6.70
7	9,250	2,778,528	116,149	59,877	224,761	44.25	6.34
8	6,563	3,393,342	125,576	73,127	243,489	47.25	5.86
9	8,588	4,268,149	139,761	91,979	271,777	50.52	5.43
10	7,867	7,006,131	171,688	150,982	334,101	55.63	4.61
합계	82,658	2,410,757	99,143	51,951	191,839	35.76	6.27

유사하게 건강보험 지역가입자에 대한 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구) 정도에 대한 분석이 실시되었다. 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여 과부담의료비 가구도 모든 소득 분위에서 증가하였다. 2001년에는 1분위의 경우 21.16%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있었지만 2005년에는 37.01%로 증가하였다. 10분위 계층도 3.2%에서 5.145로 증가하였다.

〈표 IV-31〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(지역, 2001년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	10,112	2,140	21.16	1,455	14.39	1,054	10.42
2	7,145	1,107	15.49	666	9.32	427	5.98
3	8,430	1,414	16.77	790	9.37	480	5.69
4	8,652	1,512	17.48	716	8.28	421	4.87
5	8,602	1,344	15.62	579	6.73	315	3.66
6	8,487	1,085	12.78	448	5.28	253	2.98
7	8,495	809	9.52	303	3.57	175	2.06
8	8,552	628	7.34	273	3.19	171	2.00
9	8,524	417	4.89	207	2.43	128	1.50
10	8,544	273	3.20	147	1.72	88	1.03
합계	85,543	10,729	12.54	5,584	6.53	3,512	4.11

〈표 IV-32〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(지역, 2005년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	10,115	3,744	37.01	2,825	27.93	2,251	22.25
2	6,925	1,600	23.10	1,073	15.49	787	11.36
3	8,593	1,760	20.48	1,036	12.06	672	7.82
4	9,033	1,906	21.10	1,056	11.69	670	7.42
5	8,212	1,417	17.26	697	8.49	402	4.90
6	7,512	1,077	14.34	480	6.39	269	3.58
7	9,250	1,120	12.11	501	5.42	290	3.14
8	6,563	595	9.07	266	4.05	169	2.58
9	8,588	678	7.89	323	3.76	206	2.40
10	7,867	404	5.14	212	2.69	123	1.56
합계	82,658	14,301	17.30	8,469	10.25	5,839	7.06

건강보험 직장가입자에 대한 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태가 아래 표에 나와 있다. 2001년의 경우 지역처럼 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담이 증가하고 있다. 그러나 지역과 달리 2분위부터 8분위 까지 소득대비 의료비 지출 비율이 감소하지 않는다. 이는 중간 계층에서 소득 차이보다 의료비 지출 차이가 작다는 것을 의미한다. 2분위의 소득대비 의료비 지출률이 약 8.22이나 8분위의 경우 8.33%로 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 평균보험료의 경우 1분위가 약 20천원을 부담하고 있는데 반해 10분위는 12.2만원을 부담하고 있어 6배 정도 차이가 나고 있다. 지역의 경우에 비해 1분위와 10분위간 보험료 격차는 심하지 않다. 진료건수에서는 10분위가 평균적으로 1년에 54건을 기록하고 있는데 반해 1분위는 16건으로 나타나 약 3.29배 더 진료를 받는 것으로 나타났고 따라서 진료비도 10분위가 평균 약 31.6만원으로 1분위의 8만원에 비해 3.95배를 보이고 있다. 즉, 소득이 높을수록 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 지역가입자에 비해 평균적으로 진료건수, 진료비, 비급여 포함 본인부담수준이 높게 나타나고 있다. 평균적으로 2001년에는 소득의 8.42%를 의료비로 지출하고 있어 지역가입자의 5.16%에 비해 월등하게 의료비 지출을 많이 하고 있다.

2005년에도 소득이 증가할수록 평균진료비, 진료건수 그리고 비급여 포함 본인부담이 증가하고 있다. 단 1분위, 2분위, 3분위 사이에는 이러한 경향이 맞지 않는다. 1분위가 의료이용도 많고 비급여 포함 본인부담도 많은 것으로 나타났다. 2005년도에도 2001년처럼 3분위부터 8분위까지 소득대비 의료비 지출률 비율이 감소하지 않는다. 즉, 소득차이보다 의료비 지출 차이가 작게 나타나고 있다. 평균보험료의 경우 1분위가 약 3만원을 부담하고 있는데 반해 10분위는 26만원을 부담하고 있어 8배 이상 차이가 나고 있다. 진료건수에서는 10분위가 평균적으로 1년에 71.8건을 기록하고 있는데 반해 1분위는 41.71건으로 나타나 약 1.72배 더 진료를 받는 것으로 나타났고 따라서 진료비도 10분위가 평균 약 41.5만원으로 1분위의 11.9만원에 비해 3.48배를 보이고 있다. 즉, 2005년에도 2001년처럼 소득이 높을수록 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 평균적으로 2005년에는 소득의 9.34%를 의료비로 지출하고 있다. 2001년에 비해

소득이 늘어남에도 의료비는 소득보다 훨씬 빨리 증가하여 소득대비 의료비 지출 비율이 급증하고 있다.

〈표 IV-33〉 건강보험 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(직장, 2001년)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1	10,983	600,509	40,775	20,004	80,094	16.45	10.12
2	5,903	810,000	39,830	26,783	77,870	15.60	8.22
3	10,509	1,009,138	49,445	32,855	95,814	18.14	8.16
4	4,486	1,200,000	58,855	38,145	113,933	21.66	8.08
5	8,604	1,403,742	75,753	43,143	146,201	27.37	8.47
6	7,730	1,685,175	95,670	48,443	185,886	36.79	8.55
7	6,934	1,990,092	118,438	55,979	230,050	45.62	8.76
8	7,881	2,398,611	135,718	64,183	262,643	51.17	8.33
9	7,438	3,005,198	151,815	78,286	295,051	55.21	7.66
10	6,261	4,784,863	162,865	121,983	316,666	54.20	5.95
합계	76,729	1,791,795	89,896	60,921	174,568	33.23	8.42

〈표 IV-34〉 소득 분위별 진료비 및 본인부담 실태(직장, 2005)

(단위: 세대, 원, 건, %)

분위수	세대수	평균소득	평균본인부담	평균보험료	평균진료비	평균진료건수	(본인부담+보험료)/평균소득
1	13,636	700,901	61,068	30,423	119,296	24.27	13.05
2	9,591	953,432	58,819	41,421	115,115	23.53	10.51
3	8,030	1,152,930	59,911	49,832	117,729	25.13	9.52
4	7,068	1,347,218	73,205	57,796	142,323	28.57	9.72
5	12,872	1,654,831	89,469	69,902	173,764	34.32	9.63
6	7,043	2,045,353	108,892	83,407	211,925	42.10	9.40
7	8,674	2,425,102	131,810	94,687	256,436	51.01	9.34
8	10,641	3,026,364	175,631	112,952	339,900	64.66	9.54
9	8,770	3,910,409	193,149	142,743	374,906	70.34	8.59
10	9,043	6,320,987	213,479	263,694	415,011	71.89	7.55
합계	95,368	2,284,647	114,823	98,468	223,276	42.95	9.34

유사하게 건강보험 직장가입자에 대한 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구) 정도에 대한 분석이 실시되었다. 2001년에 비해 2005년에 소득보다 의료비 지출이 더 큰 폭으로 증가하여 과부담의료비 가구도 평균적으로 증가하였다. 그러나 6,7,8분위에서는 과부담 의료비 가구비율이 다소 감소하고 있다. 2001년에는 1분위의 경우 22.78%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있었지만 2005년에는 26.751%로 증가하였다. 10분위 계층도 9.06%에서 10.54%로 증가하였다.

〈표 IV-35〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(직장, 2001년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	10,983	2,502	22.78	1,614	14.70	1,111	10.12
2	5,903	917	15.53	562	9.52	378	6.40
3	10,509	1,703	16.21	951	9.05	575	5.47
4	4,486	736	16.41	408	9.09	254	5.66
5	8,604	1,562	18.15	809	9.40	472	5.49
6	7,730	1,587	20.53	758	9.81	417	5.39
7	6,934	1,517	21.88	713	10.28	347	5.00
8	7,881	1,501	19.05	639	8.11	357	4.53
9	7,438	1,146	15.41	480	6.45	284	3.82
10	6,261	567	9.06	245	3.91	152	2.43
합계	76,729	13,738	17.90	7,179	9.36	4,347	5.67

〈표 IV-36〉 소득 분위별 과부담 의료비 분석자료(직장, 2005)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	13,636	3,648	26.75	2,431	17.83	1,711	12.55
2	9,591	1,927	20.09	1,132	11.80	732	7.63
3	8,030	1,453	18.09	832	10.36	498	6.20
4	7,068	1,366	19.33	747	10.57	456	6.45
5	12,872	2,385	18.53	1,273	9.89	756	5.87
6	7,043	1,350	19.17	688	9.77	395	5.61
7	8,674	1,693	19.52	837	9.65	468	5.40
8	10,641	2,086	19.60	1,014	9.53	608	5.71
9	8,770	1,425	16.25	681	7.77	399	4.55
10	9,043	953	10.54	441	4.88	276	3.05
합계	95,368	18,286	19.17	10,076	10.57	6,299	6.60

3. 의료안전망 관련 문제점

의료안전망이란 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하는 것으로 정의한 바 있다. 의료안전망 관련 실태를 보기위해 위해 현재 운영 중인 제도들을 살펴보았다. 또 자격측면에서 누락되는 계층은 없는지, 급여의 충분성 측면에서 소외되는 계층은 없는지 분석하였다. 따라서 본 장에서는 분석과정에서 나타난 의료안전망 관련 문제점들을 살펴보고자 한다.

우리나라 모든 국민은 법적으로 의료급여 수급자 이거나 아니면 건강보험 가입자가 되어야 하기 때문에 자격측면에서 누락되는 계층은 없는 것으로 나타났다. 다만 건강보험 가입자 중 3개월 이상 보험료를 체납하여 급여에 제한을 받는 계층이 2006년 10월 현재 약 207만 가구로 파악되었다. 또 주민등록 말소 등에 의해 행방불명된 사람이 약 3만 명 정도로 추산되었다. 이들이 자격측면에서 의료안전망으로부터 벗어나 있는 계층이다. 건강보험 체납가구 207만 가구 중 46.7%가 경제적 요인 때문에 불가피하게 보험료를 체납하고 있는 비자

발적 체납가구이고 나머지는 제도에 대한 저항 등 경제적으로 납부할 능력이 있음에도 체납하고 있는 자발적 체납가구로 분류할 수 있다. 의료안전망에서 문제가 되는 가구는 비자발적 체납가구와 약 3만 명의 주민등록 말소자들이다. 특히 체납가구의 34.1%인 약 70만 세대(158만명)는 의료욕구가 있음에도 요양기관 이용을 못하고 있는 실정이다. 의료안전망 구축 차원에서 이들에 대한 대책이 강구되어야 한다.

건강보험공단의 자료에 의하면 본인부담률이 약 42.5%인 것으로 나타났다. 이 중 비급여 본인부담이 약 28.6이다. 뇌경색, 백혈병 등 중질환이 발생하면 저소득 계층은 생계에 심각한 지장을 받게 된다. 보장성 강화의 필요성이 제기 되는 부분이다. 차상위 실태조사에서도 비수급 빈곤층의 약 21%가 돈이 없어 병원에 가지 못하고 있다고 응답하고 있고, 특히 최저생계비 기준 120% 계층의 약 9%는 3개월 이상 질병을 앓고 있으면서도 진료를 포기한 것으로 나타나고 있다. 이는 전국민의 약 2%(약 96만명)가 경제적 능력 부족으로 의료욕구를 감당하지 못하고 있는 것이다.

100만원 이상의 의료비를 부담하고 있는 가구는 의료급여 수급자(1종의 경우 법정 본인부담이 없음)의 경우 약 10.3%, 차상위 계층의 경우 약 20.9%에 이르고 있다. 치료포기 경험을 갖고 있는 사람이 전국민의 30%를 넘고 있고 총의료비(보험료+간병비+교통비 등 간접의료비+입원, 외래, 약국에서 지출한 직접의료비) 지출액이 소득의 10%를 넘는 가구는 의료급여 수급자의 경우 약 48.6%, 차상위(최저생계비 기준 120% 이하의 소득)계층은 약 67.2%, 차차상위(최저생계비 기준 150% 이하의 소득)계층은 약 32.7%에 이르고 있다. 전 국민으로 확대하면 약 15.6%가 소득이 10% 이상을 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 도시가계조사 자료만 가지고 분석한 이원형(2005)의 “도시가계의 소득계층별 과부담 의료비 실태”에 의하면 과부담 의료비(총 의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 경우) 가구가 2002년에 약 11.8%로 나타났다. 차상위 실태조사 자료는 2003년 기준이고, 이원형 조사자료는 2002년 기준이라는 것과 이원형 자료는 농어촌이 제외되어있다는 사실을 고려하면 2003년 기준 전 국민의 약 15.6%가 의료비를 과다 부담하고 있다고 해석할 수 있을 것이다. 특히 77.9%의

가구가 의료비 지출을 생계비로부터 충당한다는 실태조사 결과는 의료안전망 미비로 중산층이 빈곤층으로 전락할 수 있음을 보여준다 하겠다. 즉, 보장성이 충분하지 못하여 의료안전망으로부터 벗어나 있는 계층이 상당히 많다는 사실이다.

응급의료대불제도, 임신 및 출산 관련 지원제도, 희귀난치성 관련 지원제도, 보건소 사업 등 부분적으로는 여러 가지 제도들이 있지만 예측할 수 없는 의료욕구가 발생되었을 때 이를 해결할 수 있는 사회적 기반은 미비하다 할 수 있다. 따라서 의료안전망 관련 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 약 97만 가구(약 233만 명)의 건강보험 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자들은 자격측면에서 원천적으로 의료안전망으로부터 벗어나 있다. 둘째, 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있다. 즉, 현행 의료보장체계의 보장성이 약하여 의료비 때문에 생계에 지장을 받는 국민이 약 700만 명을 넘고 있다. 셋째, 자격측면에서 그리고 급여측면에서 의료안전망으로부터 벗어나 있는 계층에 대한 제도적 장치가 미흡하다. 예를 들면, 경제적 능력은 없지만 긴급한 의료욕구가 발생하여 응급실을 이용해야 하고 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우, 우선 응급대불제도를 이용할 수 있을 것이다. 응급상황이 종료되면 입원료가 필요하지만 비급여가 과도하여 본인이 부담할 능력이 안된다. 이런 경우 2005년에 입법된 긴급구호제도 중 긴급의료제도를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 긴급의료제도를 이용하고자 하여도 소득이 최저생계비의 130%를 넘거나, 재산이 있으면(도시: 95백만원, 농어촌: 7,250만원) 이용할 수 없다. 우선 치료를 받게 하고 지불능력이 안되는 계층에게는 년차적으로 상환할 수 있는 제도적 장치가 미흡하다.

V. 의료안전망 구축방안

앞 장에서 지적되었듯이 우리나라 의료안전망의 문제점은 크게 건강보험 적용대상자 중 급여에 제한을 받는 약 97만 세대(233만 명)의 비자발적 체납계층 및 3만 명의 주민등록 말소자에 대한 자격 문제와 계에 지장을 받는, 즉, 급여의 불충분 때문에 발생하는 문제로 집약될 수 있다. 1인당 국민소득 2만불 시대가 도래하고 있는 요즈음 제도가 불비하여 경제적 능력 때문에 긴요한 의료욕구가 있음에도 치료를 받지 못하는 계층이 존재한다면 이는 사회 구성원들의 책임이다. 빈곤층 전략 사유 중 가장 주요요인으로 지목되는 것이 과도한 의료비 지출이다. 따라서 본 장에서는 사회구성원으로써의 책임도 다하고 빈곤층으로의 전략도 방지하는 의료안전망 구축방안에 대해 논의하고자 한다. 이를 위하여 건강보험적용 대상자 중 체납계층에 대한 자격관리 방안과 저소득 취약계층에 대한 보장성 강화 대책으로 나누어 살펴보고자 한다. 의료보장체계(건강보험과 의료급여제도)의 과도한 비급여 때문에 생

1. 건강보험 체납자에 대한 자격 관리 방안

건강보험체납자는 크게 비자발적 체납계층과 자발적 체납계층으로 나뉜다. 노인, 장애인, 아동, 임산부, 만성 및 희귀질환 등 경제적 능력이 취약하여 체납상태에 있거나 실업, 재해, 휴·폐업 등 소득 상실 또는 감소에 의해 일시적으로 체납하고 있는 계층이 비자발적 체납세대로 분류된다. 소득(능력)이 충분함에도, 제도거부나 도덕적 해이 등 경제외적 요인으로 체납하는 계층을 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 비자발적 체납계층에 대해서는 의료급여 수급권자로 전환하거나 보험료 대부 제도(의료 Buffer 기금 이용) 및 긴급지원제도를 활용하여 이 들을 보호할 필요가 있다. 실태조사 결과 46.7%(97만 가구, 233만명)의

체납자가 최저생계비 이하의 생활을 하는 것으로 나타났다. 따라서 이들 중 적격자에 대해서는 국민기초생활보장법에 의해 의료급여 수급자로 전환하는 등 국가차원의 정책적 배려가 필요하다. 부양의무자 또는 재산의 소득환산 때문에 국민기초생활보장제도의 수급자가 되지 못한 계층에 대해서는 기준을 대폭 완화하여 수급자로 편성하되 그 외 계층에 대해서는 의료Buffer^{주31)} 기금 형성을 통한 건강보험료 대부제도를 도입하여 의료수요를 감당할 수 있어야 한다. 특히 일시적 실업, 도산, 부도 등에 의해 일시적 체납중인 유형에 대해서는 체납보험료 결손처분, 체납보험료 경감, 보험료 경감, 분할납부 등 일정기간 보험료를 대부하여 의료요구를 감당할 수 있게 해야 할 것이다. 중증질환 등에 의해 과도한 본인부담이 발생하는 계층에 대해서는 의료Buffer 기금을 활용하여 의료요구가 충족될 수 있도록 하여야 한다. 자발적 체납 계층에 대해서는 제도 개선을 통하여 스스로 보험료를 납부할 수 있도록 동기를 부여하여야 한다. 이들은 경제적 능력이 있음에도 제도에 대한 저항, 인지 부족으로 인해 체납상태에 있기 때문에 의료사각지대로 볼 수 없다. 특히 의료요구가 발생할지라도 자체 능력에 의해 의료비 감당이 가능한 집단이기 때문에 국가나 공단차원의 정책적 배려보다는 체납자에 대한 납부설득 및 유인, 제도개선을 통한 납부 동기 부여 또는 압류, 체납처분 등 관리의 강화가 필요하다. 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 건강보험 자격정지가 되어있어 관리가 현실적으로 어려운 계층에게는 긴급의료제도가 대안이 될 수 있을 것이다.

2. 저소득 취약계층에 대한 보장성 강화 방안

저소득 취약계층(사회경제적 수준이 낮은 계층)은 흡연, 음주, 비만 등 건강에 해로운 행태를 더 많이 가지며(윤태호, 2000), 주관적 건강수준과 질병이환율도 높고(남정자 등, 1996), 사망률도 더 높은 것으로 알려져 있다(조홍준

주31) 일시적 실업, 도산, 부도 등 때문에 가계의 경제적환경이 심대히 악화되어 보험료 체납이 불가피한 계층에게 보험료를 일시적으로 대부해주는 제도

1997, 송윤미 외 2000). 이러한 사실들은 빈곤 규모의 확대와 심화가 불건강으로 인한 사회적 부담을 더 많이 초래한다는 것을 의미한다.

1998년 국제보건회의(World Health Assembly)가 건강의 사회경제적 불평등 감소가 모든 국가의 우선순위 문제여야 한다고 선언한 것과 공중보건에 관한 유럽연합 행동 계획(EU Action Programme)이 불리한 집단의 건강수준을 향상시키는데 우선순위를 부여한 것과(Graham H,2000) 같은 정책변화는 의료서비스의 제한적인 역할과 건강을 결정하는 사회경제적 요인들을 고려할 때, 의료보장에 국한된 논의만으로는 반복되는 저소득 빈곤층의 건강문제에 대한 근본적인 해결방안을 제시할 수 없다는 교훈을 우리에게 시사한다. 따라서 보다 근본적인 저소득 빈곤층에 대한 건강문제해결 방안이 필요하나 본 보고서에서는 조작적으로 정의된 의료안전망 구축에 초점을 두고자 한다.

급여측면에서 의료안전망의 문제점으로 비급여 본인부담의 과도함이 이미 앞에서 지적되었다. 급여의 측면에서 의료안전망을 공고히 하기 위한 방안은 다음과 같은 기본 방향에서 출발하였으면 한다.

첫째, 의료보장을 강화해야 하겠다. 의료위험은 예측할 수 없다. 특히 저소득 취약계층의 경우 예측할 수 없었던 위험이 닥쳤을 때 이를 감당하기 어렵다. 이에 대한 사회적 보호장치가 필요하다. 최소한 의료비 때문에 일시적 압박은 있더라도 이환에 따른 치료가 종결되면 짧은 기간내에 가계가 정상적으로 돌아올 수 있어야 할 것이다.

둘째, 집단간 형평성이 유지되어야 한다. 보험료 부담, 급여 이용, 요양기관에 대한 접근성 등의 관점에서 모두 저소득층이 고소득층에 비해 상대적으로 불리한 것으로 나타났다. 현행 의료보장체계 내에서도 건강보험 적용대상자와 의료급여 1종, 2종간 형평성의 문제가 제기된다. 현실적으로 의료급여의 법정급여 범위가 건강보험과 연계되어 있어 소득 수준을 고려하지 않는다면 현재의 급여 체계는 어느 정도 형평성이 유지되고 있다 할 수 있다. 그러나 현재의 의료보장 정도는 특히 저소득층의 생계를 심각하게 위협하는 수준이기 때문에 저소득층 대상 보장성만 강화된다면 한계선상에 있는 차상위 계층은 상대적 빈곤감에 젖을 수밖에 없다. 따라서 우리나라 의료보장 체계 전체적으로 보장

성을 강화하는 가운데 저소득 취약계층을 대상으로 하는 제도에 좀 더 주안점을 두는 방향으로 접근했으면 한다.

셋째, 예산 활용의 효율성을 제고해야 한다. 현재 최저생계비 이하의 빈곤층에게 적용되고 있는 의료급여 제도는 전액 국가의 예산으로 충당하기 때문에 예산 활용에 낭비요소가 없어야 한다. 특히 본인부담이 없거나 상대적으로 적어서 제도 자체가 도덕적 해이 가능성을 잉태한다면 전 국민의 저항에 부딪힐 수 있다. 따라서 의료이용 행태가 필요이상의 장기입원을 하거나 고액의 진료비가 지출된다면 이에 대한 관리방안이 반드시 강구되어야 한다.

위와 같은 기본 방향위에 저소득층 대상 의료보장 강화 방안을 모색해보고자 한다. 최근 의료사각지대 해소를 위하여 긴급지원제도의 일환으로 긴급의료제도가 도입되었다. 또한 사회안전망 강화차원에서 건강보험에 의료기금을 설치하여 본인부담이 과다하거나 일시적으로 보험료를 체납하는 계층에 대여해주는 역할을 하는 것에 대한 논의가 진행 중이다. 이러한 논의는 저소득 취약계층에 대한 사회의 책임을 강화한다는 차원의 출발로 인식된다. 저소득 취약계층 대상 보장성 강화도 이러한 사회적 합의의 토대위에 설계될 수 있으리라 판단된다. 저소득 취약계층의 의료보장을 강화하기 위해서는 수급권자들의 최저생계가 심각하게 위협받지 않아야 한다. 이를 위해 이들이 부담하는 실질 본인부담액을 감소시켜주어야 한다. 우선 법정 본인부담률에 대해 검토하고 비급여 포함 전체적인 본인부담 수준을 고려하고자 한다. 의료급여 수급권자와 건강보험가입자이지만 의료빈곤에 있는 계층으로 분리하여 접근하되 의료급여 수급권자에 대한 방안을 우선 고려하고자 한다. 의료급여 1종은 현재 법정급여 범위 내에서 본인부담이 없는 반면 의료급여 2종은 입원의 경우 진료비의 15%를 본인이 부담하도록 하고 있다. 건강보험은 입원의 경우 진료비의 20%를 본인이 부담해야한다. 현재 1종과 2종의 구분 기준은 근로능력 여부로 판단하고 있지만 근로능력 여부를 판단하는 것 자체도 어렵고 근로능력이 있는 것으로 판명된다 하더라도 모두 최저생계비 이하의 계층인 만큼 국민기초생활보장법이 수급자의 권리로써 보장하고 있는 최저생계보장 차원에서 장기적으로는 의료급여 2종 수급권자를 현행 근로무능력자인 의료급여 1종 수급권자와 동일한 본인부

담을 하는 것이 옳다. 그러나 현행 1종 기준에 맞추면 기준에 나타나고 있는 도덕적 해이 현상이 지속, 심화될 우려가 있다. 본인의 건강관리 책임분으로 진료비의 5%를 본인이 부담하는 것으로 제안하고자 한다. 현실적으로 1종의 5% 본인부담은 2종의 10% 본인부담 인하를 감당하고 남은 정도가 되리라 본다. 정부의 추가 예산이 필요하지 않다. 5%의 본인부담에도 고액이 소요되는 중증 질환의 경우 수급자들의 생계를 현저히 위협할 수 있다. 이를 부분적으로 보완하기 위하여 현재 실시되고 있는 본인부담 보상제 및 상한제를 현실화할 것을 제안하고자 한다. 현재 30일 기준 본인부담 20만 원 이상의 50%를 보상하는 본인부담 보상제를 10만 원 이상으로 현실화하고 180일 기준 120만 원을 상한으로 설정하고 있는 본인부담 상한제를 60만원 상한제로 할 것을 제안하고자 한다. 4인 기준 한 달 최저생계비가 약 117만원(2006년 기준)이기 때문에 생존을 위한 최저생존비는 약 90만원 정도로 추정된다. 이환에 따른 본인 책임을 일정부분 강조하더라도 20만 원 이상의 예상치 않은 의료비 지출은 생계 자체를 위협하게 됨으로 현행 기준 본인부담이 30만원이면 25만원을 본인이 부담해야 하나 제안된 보상제에서는 20만원을 부담하게 된다. 물론 뇌경색, 백혈병 등 비급여 본인부담이 과도한 질환이 발생하면 새로이 제안된 제도에서도 생계를 위협받을 수밖에 없지만 과도기 동안은 일정부분 감내할 수밖에 없을 것으로 판단된다. 상한제를 최대 6개월간 60만원으로 하는 것은 기본적인 생계를 질환의 위협으로부터 현실적인 범위 내에서 최대한 보장하고자 하는 것이다.

건강보험 가입자 이면서 의료빈곤에 있는 계층(약 97만 가구, 233만 명)은 의료급여 수급 기준을 완화^{주32)}하여 수급자로 편성하거나 의료 Buffer^{주33)} 기금을 이용하여 본인부담 의료비를 대불해주고 후일 연차적으로 상환하는 제도 도입이 필요하다. 적용대상은 전국민의 약 20%(의료를 기준으로 실태조사에서 2분위와 3분위간 차이가 현격한 것으로 나타났음)로 한정하되 일시적 실업, 도

주32) 부양의무자 기준을 1촌 이내의 직계 혈족으로 한정하고, 소득인정액 산정시 재산 공제기준을 긴급지원제도에서 시행하는 것처럼 2.5배 인상하여 적용

주33) 일시적 실업, 도산, 부도 등 때문에 보험료 체납이 불가피하거나, 중증질환의 이환에 따라 과도한 본인부담 등으로 가계의 경제적환경이 심대히 악화되는 계층에게 보험료 또는 비급여 포함 본인부담을 일시적으로 대부해주는 제도

산 등 어려움에 처한 계층도 포괄하여야 할 것이다.

위에서는 법정급여 내에서 의료급여 수급권자에 대한 본인부담률 인하 및 의료 Buffer 기금을 활용한 건강보험적용대상자들에 대한 보장성 강화 방안에 대해 논의하였다. 그러나 실태조사에서도 드러났듯이 과도한 비급여 때문에 비급여 부문에 대한 별도의 대책이 없으면 안전망으로의 한계가 있다. 따라서 아래에서는 비급여에 대한 대처 방안을 논하고자 한다. 저소득 취약계층이 암, 심혈관계, 뇌혈관계, 정신질환, 희귀난치성 질환 등 중질환에 이환되면 생계유지가 불가능하고 빈곤으로부터 탈출할 수 있는 길이 요원해진다. 또한 경제적 이유 때문에 치료를 받기하면 생명에 직접적인 영향을 미치게 된다. 이를 해결하기 위하여 현실적인 측면에서 비급여 본인부담 보상제 도입을 권고하고자 한다. 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위 내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50%를 보상하되 우선 본인이 부담하고 사후적으로 신청에 의해 수급자의 경우 즉각 상환하고 건강보험가입자의 경우 Means Test를 거쳐 상환 여부를 결정한다. 다만 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료의 경우에 한정하여 실시할 필요가 있다. 20만 원 이상의 경우로 한정하는 것은 1달 평균 본인부담의 상한선이 최저생계비의 20%(문화 생활비를 제외한 생존을 위한 비용이 약 최저생계비의 약 80%로 추정됨)를 초과하지 않아야 기본적인 생계가 유지되기 때문이고 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문이다. 우선 공공의료기관부터 적용한 후 비급여 항목별 기준 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 민간부분의 경우 보상율을 50%보다 낮게(예: 30%) 적용할 수도 있을 것이다. 비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해 반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심각할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 즉, 상한제 한계부분에 이르게 되면 필요이상의 처치, 필요이상의 장기입원 등 공급자 및 수급자 양쪽 모두 도덕적 해이가 만연할 우려가 있다.

위와 같은 비급여 본인부담 상한제를 적용할 대상을 선정하는 것이 다음 과

제이다. 기본적으로 의료급여수급권자들은 포함되어야하고 건강보험적용대상자들 중에서는 저소득 취약계층 중심으로 선별 적용해야 할 것이다. 이원형(2005)의 연구에 의하면 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구) 가구는 소득이 적거나, 노인 또는 장애인이 있거나, 만성질환 및 희귀난치성 질환을 보유한 가구원이 있거나, 가구원수가 작은 특징이 있는 것으로 나타났다. 따라서 대상자는 차상위 실태조사에서 차상위로 분류된 최저생계비 소득의 130% 이하로 하고 노인, 장애인, 질환자(의료급여제도에서 만성질환이나 희귀난치성 질환으로 분류된 질환), 아동, 임신부가 있는 경우 최저생계비 소득의 150% 이하까지 적용하는 것을 제안하고자 한다. 차상위 계층은 실태조사에서 의료급여수급권자와 거의 유사한 unmet need가 있는 것으로 나타났다. 노인, 장애인, 질환자는 유형별로 다른 일반 계층에 비해 일상적 의료비용이 더 많이 소요된다. 노인 및 장애인은 일반인에 비해 한 달 평균 각각 67천원, 104천 원씩 더 많은 의료비를 부담하고 있다. 아동 및 임신부는 미래세대의 건강을 확보한다는 차원에서 포함시키고자 한다.

위에서 제기한 보장성 강화 방안은 형평성과 재정상태를 감안한 과도기적 제안이고 건강보험의 급여범위가 확대되어 급여율이 80%이상에 이르고 재정상태도 양호해지면 장기적으로 저소득층 대상 실질적 보장성 확보가 필요하게 된다. 이를 위하여 상병별 건당 비급여 및 법정본인부담 포함 실질본인부담 정도에 따라 급여를 달리하여 모든 질환자들이 기본적인 최저생계가 유지될 수 있는 방향으로 모색하고자 한다. 질환별 건당 본인부담 상한선 및 비율을 아래 표와 같이 적용할 것을 대안으로 제시하고자 한다. 비급여 본인부담 합계액이 10만 원 이하의 경우는 다소 최저생계 유지에 어려움이 있지만 치료가 종료되면 바로 회복될 수 있을 것으로 판단하여 현행처럼 본인이 부담을 하고 10만 원 이상 100만 원 이하의 건에 대해서는 10만 원 이상 부분의 본인부담에 대해 20%의 정률을 적용하여 본인이 부담하도록 하고, 100만 원 이상 건에 대해서는 100만원 미만 부분은 앞의 방법을, 100만원 초과한 부분은 10%의 정률로 본인이 부담하도록 하되 실질본인부담의 상한을 건당 50만원으로 한정한다. 단 비급여 본인부담 구성 중 선택 진료료 및 상급 병실료 차액을 나타내는 입원료

는 제외하는 것으로 하였다. 이와 같은 비용 크기별 단계적 구성은 형평성, 예산의 효율적 활용 그리고 보다 근본적으로 보장성 확보를 목표로 하였다. 현행 제도로부터 본인부담의 상한을 50만원으로 함으로써 최저생계가 심각하게 위협 받는 상황을 다소 완화하였고 동시에 비용규모별 단계적 접근으로 질환자들간 형평성을 확보하고자 하였다. 동시에 이는 도덕적 해이 가능성을 없애는 방향에서 최소한의 본인부담을 유지하는 것으로 하였다.

제시된 대안이 집단간 형평성의 관점에서 타당한지에 대한 검토가 필요하다. 건강보험적용대상자들 중 차차상위계층의 바로 윗계층에 대한 의료보장 방안은 없고 그 이하의 계층에 대한 의료보장만 아래 표와 같이 강화한다면 한계 선상에 있는 많은 사람들과 형평성에 문제가 있다. 건강보험제도에서 비급여 포함 본인부담률이 20% 이하로 떨어진다면 아래와 같이 제시된 안을 적용시킬 수 있을 것으로 판단된다. 만약 현재 위에서 제기된 안들이 현실과 다소 상이하다면 제시된 안을 단계적으로 적용하여야 할 것이다. 본인부담 크기를 제시된 안보다 좀 더 높게 재구성 할 수 있다.

〈표 V-1〉 저소득 취약계층 대상 비급여 본인부담 감소를 위한 정책 대안

본인부담 크기(건당)	본인부담 대안	비고
10만원 이하	현행처럼 본인 부담	1) 비급여 중 선택진료료와 상급병실료 차액 제외
10만원 이상 100만원 이하	10만원 + (A-10만원)×0.2	
100만원 이상	10만원 + (100-10만원)×0.2 + (A-100만원)×0.1	2) 실질 본인부담 상한 50만원

주: A는 본인부담 크기

Ⅵ. 결 론

1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 시작된 의료보험과 저소득층을 대상으로 시작된 의료보호제도가 지난 30년 동안 비약적으로 발전하였다. 1988년 전 국민 의료보험 시대를 열었고, 2000년 국민기초생활보장법이 시행되면서 최저생계비 이하의 계층이 권리로써 기초의료보장을 요구할 수 있게 되었다. 직장가입자와 지역가입자로 이원화되어 운영되었던 의료보험이 하나의 보험자로 통합되면서 건강보험으로 거듭났다. 1997년 경제위기와 2000년 의약분업을 거치면서 2001년에 건강보험 재정위기가 도래하였고 위기극복을 위한 재정건전화 특별법이 2006년까지 한시적으로 적용되어 예정보다 빨리 2004년에 재정흑자기조로 돌아섰다. 재정안정을 위해 억제되었던 보장성 요구와 공급자들의 수가현실화 문제가 제기되었고 2007년부터는 새로운 건강보험법의 적용을 받게 된다. 지난 30년간 우리나라는 세계에 유래가 없을 정도로 짧은 시간에 전 국민 보험시대를 열었고 내실화 작업도 병행되었다. 그러나 1인당 국민소득 2만 불 시대를 앞둔 요즈음에도 경제적 능력이 취약하여 의료 빈곤에 시달리고 있는 계층이 적지 않다. 따라서 본 보고서에서는 의료 빈곤 계층의 실태를 파악하고 이에 기반하여 의료안전망을 정비하고자 하였다.

의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위^{주34)} 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 한 바 있다. 의료안전망을 점검하는 차원에서 자격측면과 급여측면으로 나누어 현황 및 문제점을 검토하였고 실태조사 및 건강보험공단 자료 분석 등을 통하여 의료안전망 정비 방안을 강구하였다.

주34) 이현주 외 『차상위 실태분석 및 정책제안』에 의하면 소득((경상소득-생계급여-정부지원금)이 최저생계비 기준 120% 이하(차상위 계층)는 전국민의 약 20.3%로 나타나고 있음.

건강보험 체납세대 207만 가구 중 경제적 요인 때문에 비자발적으로 체납할 수밖에 없는 계층 약 97만 가구(233만명)와 행방불명 등으로 주민등록이 말소되어 있는 약 3만명이 자격측면에서 의료소의 계층으로 간주되었다. 급여측면에서 의료소의 계층을 직접적으로 파악하기 어려워 차상위 실태조사, 선행연구 결과, 건강보험공단(이하 공단)의 비급여 포함 본인부담 실태조사 결과, 건강보험공단의 진료실적 자료를 이용한 소득 계층별 분석 등을 통해 간접적으로 급여의 불충분 때문에 의료 빈곤 계층이 적지 않음을 분석하였다. 공단의 비급여 포함 본인부담이 약 40%로 파악되었다. 암, 심혈관계, 뇌혈관계, 희귀난치성 질환 등은 건당 진료비가 수백만 원에서 수천만 원에 이르고 심한 경우 수억 원이 필요하다. 저소득 취약계층이 이와 같은 중증질환에 이환되면 현행 의료보장체계 내에서는 의료욕구를 해결할 방법이 없다. 즉, 의료욕구 때문에 빈곤으로 전락할 위험에 노출된 계층이 전 국민의 20% 이상으로 추정되었다. 보장성 강화가 시급함을 알 수 있다.

자격측면에서 소외되어 있는 약 97만 가구에 대해서는 수급기준 완화를 통해 의료급여 수급자로 편성하거나 의료Buffer 기금을 창설하여 보험료 대납 또는 본인부담 의료비를 대불하여 이들이 의료욕구를 감당할 수 있도록 제안한 바 있고 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자는 현행 체계 내에서 별 다른 방법이 없다. 다만 최근에 신설된 긴급지원법에 의거 지원하거나 의료급여법상 노숙자 등에 지원할 수 있는 근거를 적용하여 보호할 수밖에 없다.

보장성 강화 차원에서는 최저생계비 기준 약 130% 이하의 소득자(노인, 장애인, 아동, 임산부, 희귀난치성 질환 보유 가구 등에는 약 150%)에게 비급여부문에 대해서도 본인부담 보상제를 실시할 것을 제안한 바 있다. 의료급여 수급자에게는 의료비가 발생하면 바로 지원하고 건강보험가입자 중 차상위계층에게는 본인이 먼저 지불하게 한 후 Means test를 통하여 사후적으로 지급하는 방식을 제안하였다. 다만 비급여 수가가 요양기관마다 천차만별이기 때문에 우선 공공요양기관을 이용하는 경우에 한정하여 적용하고 비급여에 대한 상대가치가 정리되는 시점에 민간병원 이용의 경우에도 적용할 것을 제안하였다.

본인부담률이 20% 이하의 수준으로 보장성이 충분히 강화된다면 의료비 전

체 규모를 토대로 비용크기별 본인부담 체계를 달리하는 방향으로 중장기 대안도 제시하고 있다. 지금 당장 적용하기는 한계가 있지만 정부차원에서 보장성 강화계획을 수립하였고 국민적 공감대가 지속적 보장강화를 요청할 것으로 예상되어 머지않은 장래에 선진국 수준인 80%의 보장성을 갖게 될 것으로 판단된다. 그 즈음에는 제시된 비용크기별 본인부담 체계를 적용할 수 있을 것이다. 명실공이 의료보장이 확보되는 것이다. 우리나라 국민이면 누구나 의료욕구를 해결할 수 있는 시대가 곧 오리라 희망한다.

1. 연구의 한계 및 향후 연구 방향

본 연구를 수행함에 있어 여러 가지 측면에서 제약조건이 있었다. 보장성의 정도를 파악하기 위해서는 비급여 포함 본인부담 실태를 정확하게 확인할 수 있어야 하나 이에 대한 자료가 없었다. 그나마 최근 공단에서 요양기관 응답 자료를 중심으로 실태를 조사하여 발표하였으나 결과치에 대한 신뢰성이 현저히 떨어지고 있다. 약국의 비급여 포함 본인부담이 3%이하로 나타난 내용은 그 좋은 예이다. 보장성 강화 계획을 수립하기 위해서도 시급히 서둘러야 할 과제이다.

차상위 실태조사 결과 중 의료관련 부분을 참조하였으나 단발성 조사에서 나온 결과이기 때문에 이 또한 신뢰성에 의문을 표할 수 있다. 동일한 조사 대상에게 동일한 질문을 반복하여 매년 실태가 어떻게 바뀌는지 살펴보아야 더욱 정확한 자료를 구득할 수 있으나 이에 대한 조사 결과가 없어 부득이 1회성 자료를 사용할 수밖에 없었다.

또한 소득계층별 의료실태 파악이 필요하였으나 소득자료와 공단의 진료자료를 결합시킬 수 없어 공단의 보험료를 소득의 대리변수로 사용하였다. 건강보험의 부과체계가 직장과 지역으로 이원화되어있어 통일된 소득계층별 분석은 한계가 있었고 지역과 직장으로 나누어 분석하였다. 도시가계연보의 경우 도시 거주자에 대한 소득정보 및 일부 의료비 지출실태가 있으나 실태조사에 의한

것이고 정확한 진료실적은 얻을 수 없었다. 더욱이 도시가계연보는 놓여준 거주자가 빠져있어 전 국민 경향치를 구하는데 대표성을 갖기 어렵다. 의료비에 대한 패널조사가 시급하다.

의료안전망을 정의함에 있어 조작적으로 할 수밖에 없었음을 고백하고자 한다. 사회안전망으로부터 의료안전망 정의를 얻고자 하였으나 사회안전망에 대한 정의도 각 국가마다 천차만별이고 우리나라의 경우는 외국에서 정의된 것과는 또 다른 각도에서 사용되어왔다. 따라서 본 연구에서는 연구의 범위를 제한하여 충실도를 더하고자 의료안전망이란 용어에 대해 조작적으로 정의하였다. 후일 유사연구 수행시 이에 대한 검토가 다시 되어야할 것이다.

끝으로 저소득 취약계층에 대한 의료안전망을 강구하면서 연구자의 게으름과 현실의 한계 때문에 더욱 구체적인 결론을 도출해야함에도 하지 못한 부분을 지적하면서 본보고서를 종결하고자 한다. 소득계층별 분석을 통하여 사회의 도움이 절실한 계층을 규명한 바 있다. 본 연구에서는 도움이 필요한 계층의 규모정도를 파악하였으나 이러한 계층의 특성을 파악하지 못하였다. 과부담 의료비를 기준으로 소득계층별 의료비 지출이 과도한 집단을 발견하였으나 그 집단의 특성을 규명하지 못한 것이다. 노인의 유무, 가구원의 수, 장애인의 유무, 아동의 수, 소득 정도 등 의료비를 과다지출하고 있는 가구의 특성을 파악한다면 정책적 타점이 분명해질 수 있다. 그러나 본 연구는 보험료를 소득의 대리변수로 사용하였고 2000년 의약분업 전후 의료환경이 바뀌어 자료의 연속성이 훼손되는 등의 한계 때문에 2001년과 2005년 두 해 자료만 분석함으로써 과부담의료비 가구의 정밀한 특성을 파악하지 못하였다. 향후 유사한 연구를 할 수 있으면 반드시 이에 대한 답을 얻고자 한다.

참고문헌

- 구미경, 2001, 『고액진료비 환자 특성 및 재정환경분석』, 국민건강보험공단.
- 권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형., 2003, “보건의료이용의 형평성”, 『보건경제연구』 9(2): 13~24
- 김상욱, 유흥준, 2001, 「직무만족과 이직의사의 행태학적 요인에 관한 연구: 전국 패널자료를 사용한 GLM 및 GEE 추정」, 한국노동연구원 한국노동패널 학술대회 발표자료:
URL: http://www.kli.re.kr/klips/21_learn_q/sub03.asp
- 김재용, 조희숙, 2003, 「주요질병의 사회경제적 격차 분석」, 2001년도 국민건강영양조사심층연계분석결과 및 정책토론회 자료집, 한국보건사회연구원
- 김혜련 외, 2004, 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향』, 한국보건사회연구원
- 김창보, 김기영, 2002. 『2001년 건강보험 암환자 진료실태』, 국민건강보험공단.
- 김창엽, 2000, 「국민건강보험의 과제: 보장성 강화」, 『건강보험동향지』 8월호: 1~7
- _____, 이진석, 강길원, 김용익, 1999, 「의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담의 크기」, 『보건행정학회지』 9(4):6~9
- 남정자 외, 1996, 『한국인의 건강수준에 미치는 영향 분석』, 한국보건사회연구원
- 노대명 외, 2005, 『저소득층 현물급여 확대방안 연구』, 한국보건사회연구원
- 문성현, 2004, 「한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성」, 『사회보장연구』 20(1):68~72

- 문옥륜 외, 2004, 『건강보장론』, 신광출판사.
- 문옥륜, 이규식, 이해종, 신영전, 김창엽, 이기효, 조홍준, 장동민, 박실비아, 김운목, 「의료서비스이용의 형평성에 관한 연구」, 『사회보장연구』, 1995;11:105~150.
- 박종연, 2003, 「노인요양보험의 도입 및 조기정착을 위한 건강보험공단의 역할」, 『건강보험포럼』 3(2):35~45
- 박지연, 2004, 「외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점」, 『대한병원협회지』 5·6월: 28~40
- 신영석, 2000, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원
- 신영석, 2001, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원,
- 신영석, 2003, 『의료급여제도 시행평가 연구』, 한국보건사회연구원,
- 신영석 외, 2005, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원』
- 신영석 외, 2004, 『기초보장 급여체계 합리화 방안-의료급여를 중심으로』, 한국보건사회연구원,
- 신영석 외, 2005, 『기초보장 건강성 제고를 위한 급여체계 개선방안』, 한국보건사회연구원
- 신영석 외, 2004, 『차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원
- 양봉민, 2003.10.31, 『보건의료재원조달의 형평성』, 한국보건경제학회 추계학술대회
- 양세정, 1996, 「가구원수와 가계소비지출규모」, 『사회과학연구』 9:330~331
- 유승흠 외, 2004, 『예방의학』, 계축문화사

- 유원섭, 2004, 「빈곤층 의료보장 현황과 과제」, 빈곤층 의료문제 해결을 위한 토론회 자료집, 인도주의실천의사협의회
- 윤태호, 2000, 「우리나라의 사회계층간 건강행태의 차이」, 박사학위논문, 서울대학교
- 이기춘, 윤정혜, 2002, 『가정경제학』, 한국방송통신대학교출판부
- 이수연, 1997, 「도시근로자 소득수준간 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 형평성」, 박사학위논문, 서울대학교
- 이원형, 신영전, 2005, 「도시가계의 소득계층별 과부담 의료비 실태」, 『사회보장연구』
- 이진경, 2001, 「건강보험 본인부담 실태와 추이 분석」, 『건강보험포럼』 1(3): 51~72
- 이현주 외, 2005, 『차상위계층 실태분석 및 정책제안』, 한국보건사회연구원
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오준환, 이수형, 2003, 「보건의료비용 지출의 형평성」, 『보건경제연구』 9(2):25~34
- 정경희, 오영희, 변재관, 문현상, 조애선, 1998, 『전국노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원
- 조경애, 2000, 「가난한 이들의 건강과 의료이용 현황」, 올바른 의료보호법 개정을 위한 공청회 자료집, 건강연대
- 조홍준, 1997, 「공교 의료보험 피보험자의 사회계층별 사망률 차이에 관한 연구」, 박사학위논문, 서울대학교
- 최병호 외, 2004, 『국민의료의 형평성 실태와 정책과제』, 한국보건사회연구원
- Action, J. P., 1975, "Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services : Some Empirical Evidence," *Journal of Political Economy* 83(3):178

- Berki S. E., 1986, "A look at catastrophic medical expenses and the poor", *Health Affairs* 5(4):139~145
- Burtless G, Siegel S., 2001, *Medical spending, health insurance, and measurement of American Poverty*, Brookings Institution
- Congressional Budget Office, 1997, *Catastrophic health insurance*, CBO
- Cutler D.M., Zeckhauser R. J., 1999, *The anatomy of health insurance*, National Bureau of Economic Working Paper.
- Dicker M., Sunshine, J. H., 1988, *Determinants of financially burdened family health expenses*, United States, 1980, U.S. Government Printing Office.
- Fabricant S. J., Kamara C.W., and Mills A., 1999, "Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone", *International Journal of Health Planning and Management* 14(3):179~199.
- Feldstein M. S., 1971, "A new approach to national health insurance", *The Public interest* 23:93
- Graham H. 2001. "From science to policy; options for reducing health inequalities", In *Poverty, Inequality and Health: An international perspective* edited by Leon D. and Walt G. New York: Oxford
- Kawabata K., Xu K., and Carrin G., 2002, "Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure", *Bulletin of World Health Organization* 80(8):612
- Parker S. W., Wong R., 1997, "Household income and health care expenditures in Mexico", *Health Policy* 40(1):245~248
- Rice T., Desmond K., and Gabel J., 1990, "The Medicare Catastrophic Coverage Act: A post-mortem", *Health Affairs* 9(3):76~87
- Ruso G., Herrin A. N., 1993, *The determinants of household health care*

expenditures in the Philippines, East-West Center

- Stiglitz J. E., 1988, *Economics of the Public Sector*(2nd ed), W.W. Norton & Company; New York
- Wagstaff A., Doorslaer E. V., 2003, "Catastrophe and impoverishment in paying for health care with applications to Vietnam 1993~1998", *Health Economics* 12(11):921~934
- Wagstaff A., van Doorslaer E., van der Berg H., Calonge S., Christianen T., and Citoni G., 1999, "Equity in the finance of health care: some further international comparisons", *Journal of Health Economics* 18:263~290
- Waters H. R., Anderson G. F., and Mays J., 2004, "Measuring financial protection in health in the United States", *Health Policy* 69(3):339~349
- World Health Organization, 2000, *The World Health Report 2000*, Health System: Improving Performance, World Health Organization
- Wyszewinski L, 1986(a), "Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation", *Inquiry* 21:617~634
- _____, 1986(b), "Families with catastrophic health care expenditures", *Health Services Research*, 21(5):617~623
- Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., and Murray C. J. L., 2003, "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *Lancet*, 362(9378):111~117
- Zeger S. L., Liang K. Y., Albert. P. S., 1988, "Models for longitudinal Data: Generalized Estimating Equation Approach." *Biometrics*, 44:1049~1060

연구보고서 2006-06

의료안전망 구축과 정책과제
Establishment of the Health Care Safety Net and Policy Task

발행일	2006년 12월 일	값 7,000원
저 자	신 영 석 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	http://www.kihasa.re.kr	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	대명기획	

© 한국보건사회연구원 2006

ISBN 978-89-8187-396-7 93330