

의료급여제도의 내실화 방안

- 제도의 지속가능성을 담보하기 위해 제도 도입의 취지에 부합되도록 형평성과 효율성을 동시에 도모하는 방향으로 제도 개편

- 사각지대를 해소하고 제도를 합리화 하는 차원에서 진료비 지불제도 개편, 본인부담 구조 조정, 수급자 비용의식 고취, 의료안전망체계 도입, 관리운영체계 개편 등 관련 논의가 필요함

1. 쟁점

가. 국민기초생활보장법에의 순응 여부

국민기초생활보장법

제1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 **최저생활을 보장**하고 자활을 조성하는 것을 목적으로 한다.

- 본인부담이 없거나 상대적으로 낮은 제3자 지불방식의 경우 의료이용 단계에서 추가부담(비급여 등)보다 얻게 되는 효용이 크기 때문에 의료급여제도에 수급자는 구조적으로 필요이상의 소비(이용)를 할 수밖에 없음

○ 따라서 과소비 또는 도덕적 해이 현상이 최소화될 수 있는 제도 설계 필요

○ 반면 필요이상의 부담을 제도화하면 경제적 취약계층인 수급자의 경우 필요한 서비스를 이용하지 못하거나 작게 이용하여 병을 키울 개연성이 있음

○ 따라서 최저생활보장에 대한 구체적 합의 필요(동일한 차원에서 부양의 무자 조건과 재산의 소득환산제에 대한 고민 필요)

나. 의료보장체계내에서 의료급여(건강보험과의 관계)

- 중장기적으로 건강보험과 의료급여를 통합 운영할 것인지 여부에 따라 의료급여 제도의 형태가 달라질 수 있음

○ 통합을 전제한다면 자격, 급여 측면에서 의료급여제도를 건강보험에 준하는 형태로 유지 발전시켜야 하나 별도의 운영체계를 갖는다면 급여내역 등에서 독립된 형태로 운영할 수 있을 것임

○ 현재 시점에서 통합의 걸림들

- 보장율의 차이 : 건강보험(약 64%), 의료급여 1종(약 92%), 의료급여 2종(약 86%)
- 현저자재의 예산 분담 : 서울(50%), 광역(14%), 기초(6%) 자치단체의 예산은 통합후에 건강보험에 지원되기 어려운 구조이기 때문에 별도의 재원 필요(전체적으로 의료급여 예산의 약 23%)

[표 1] 건강보험과 의료급여의 비교

구분	의료급여	건강보험	비고
자격	소득 인정액 기준 최저생계비 이하의 계층 중 부양의무자 기준을 만족하는 가구	의료급여 수급자를 제외한 전 국민	행불자, 주민등록말소자 등 자격 누락자가 전국에 약 3만 명으로 추정
급여범위	99% 동일		
재원조달	중앙정부 일반회계(77%), 지방자치단체(23%)	보험료(83.3%), 국고지원(16.6%-건강증진기금 포함)	
진료비 지불제도	행위별 수가제(정신질환 및 혈액 투석에 정액제)	행위별 수가제(7개 질환군에 대해 DRG)	
본인부담	외래(정액 천원), 입원(없음-1종, 10%-2종)	외래(약 30%), 입원(약 20%)	
전달체계	3단계(1차-의원, 2차-병원 및 종합병원, 3차-상급종합병원)	2단계(1차-의원, 병원, 종합병원, 2차-지정기관)	
보장기관	전국 232개 지방자치단체	건강보험공단	
보장율	92%(1종), 86%(2종)	64%	의료급여는 2008년, 건강보험은 2009년 기준

다. 형평성과 효율성의 조화

□ 국민기초생활보장법과 형평성 :

- 능력에 맞게 부담하고 급여는 동일하게 한다는 사회보험(건강보험)의 원리와 최저생계 보장을 권리로서 보장하는 국민기초생활보장제도에서의 의료급여제도간 정합성 문제
 - 과부담의료비에 대한 정의를 의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 계층으로 하면 수급자(의료급여)의 48.6%와 차상위 계층(건강보험)의 67.2%가 의료비 과부담(의료비가 소득의 10% 이상 초과) 상태에 있음
- 형평성과 효율성의 조화 : 동일한 재원으로 최대의 인원을 가장 효과적으로 보장하는 방법은?
 - 미국 Medicaid의 경우 수급자에게는 Generic 처방을 원칙으로 하되 Original 처방을 원할 경우 차액은 본인이 부담하도록 하고 있음
 - Medicaid 수가는 Medicare 및 민간보험 수가에 비해 낮음

1) 급여범위, 수가 수준 등

2. 문제점

가. 재정적인 측면에서 제도의 지속가능성

- 재정 현황 : 2001년 이후 지난 9년간 의료급여의 년평균 급여비 증가율이 약 11.4%(건강보험의 경우 약 10.98%)에 이르고 있음.(2001년 1.8조원에서 2010년에 4.87조원으로 증가)

○ 2015년에는 약 6.7조원, 2020년에는 약 10.9조원에 이를 것으로 추정됨.(OECD 추정방식에 의한 한국보건사회연구원 자체 추정)

[표 2] 의료급여 급여비 변화

(단위: 십억 원)

년도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
급여비	1,841	1,982	2,165	2,565	3,176	3,853	4,132	4,357	4,645	4,865

[표 3] 의료급여지출 전망 2015~2050년(base year=2009년)

(단위: 십억 원)

연도	예상GDP	재정소요액	GDP 대비 비율
2015	1,368,023	6,683	0.49%
2020	1,682,088	10,884	0.65%
2025	1,940,554	14,841	0.76%
2030	2,238,734	19,650	0.88%
2035	2,418,890	23,710	0.98%
2040	2,613,542	27,680	1.06%
2045	2,737,353	30,239	1.10%
2050	2,867,030	31,892	1.11%

- 일반회계 증가율은 약 5~6%인 반면 의료급여 재정 증가율은 10%를 초과하고 있어 일반회계로 재정을 총당하고 있는 의료급여제도의 중장기적 지속가능성에 의문을 드리고 있음

○ 특히 의료급여 재정 증가는 다른 보건복지 분야의 재정을 잠식할 수 있기 때문에 의료급여 재정관리 방안이 시급함

나. 재정 증가의 원인

- 제도적 한계 : 부담대비 얻게 되는 효용이 크기 때문에 제도적으로 필요이상의 서비스를 이용할 수밖에 없음(사회적 입원 등 도덕적 해이)

- 수급자의 비용의식을 고취하기 위하여 본인부담제를 도입하자는 주장도 있으나 시민단체 등은 경제적 취약계층인 수급권자의 의료접근성을 현저히 악화시킬 수 있다는 주장으로 적극 반대

□ 기타 원인

- 진료비 지불제도 : 비용유발적인 진료비 지불제도 때문에 필요이상의 서비스가 제공 될 개연성이 있음
- 과도한 약제비 : 약가 수준, 고가약 처방 비중, 처방전 당 약의 개수 등이 원인으로 파악됨
- 공급자와 소비자의 이해 부합: 지방의 빈 병상, 물리치료 시설 등
- 타 제도에 종속 : 생계급여수급권과 연계되어 있어 부양의무자 기준 등 변화에 의해 생계급여수급권자가 증가하면 의료급여수급자도 자동으로 증가하고, 건강보험의 보장성이 확대되면 의료급여 또한 보장성이 확대되어 재정관리의 독립성 부족
- 지자체가 법적인 보장기관이나 실질적 관리능력 부재 : 기초자치단체가 법적인 보장 기관이나 수급자 선정 외에 의료이용 행태 관련 관리 능력부재
 - 특히 의료급여 사례관리사들은 공무원의 역할을 대신하는 형태로 변질되어 본래의 취지에 부합한 업무를 하는 데 한계

다. 의료사각지대 (수급기준, 급여 범위)

- 의료보장의 사각지대란 의료서비스에 대한 욕구는 있으나 지불능력의 한계 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미함
 - 의료보장 사각지대는 자격과 급여측면으로 구분하여 접근할 수 있음

[그림 1] 의료보장 사각지대



□ 자격 측면의 사각지대

- 보험료 체납가구(6개월 이상 : 약 160만 가구) : 6개월 이상 체납하는 경우 급여가 정지되어 의료 사각지대에 놓이게 됨

○약 3만명으로 추정되는 주민등록 말소자, 행방불명자 또한 자격이 불비하여 사각지대에 방치되어 있음

□ 급여(보장성) 측면의 사각지대

○2009년 기준 보장율이 약 64%(OECD 평균 약 81%)에 머물러 고액이 소요되는 중증 질환에 이환될 경우 과도한 본인부담(법정 및 비급여 본인부담)으로 빈곤층으로 추락하거나 의료욕구를 해결하지 못하는 사각지대에 놓이게 됨

○부양의무자 조건, 재산의 소득환산액 적용 등 국민기초생활보장 수급 기준의 엄격함으로 의료급여수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층, 차상위 계층은 건강보험의 보장율이 미흡함에 따라 의료이용에 한계를 경험하고 있음

□ 최근 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3-10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있음. (허순임 외 2007, 신현웅 외 2008, 신영전 외 2009 등)

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

□ 차상위 실태조사 결과에 의하면 비수급 빈곤층(최저생계비 이하의 소득자이나 부양의무자 조건 또는 소득인정액 개념 때문에 수급자로 편성되지 못한 계층)이 다른 계층에 비해 의료 박탈 상태에 있음

○수급 빈곤층의 경우 의료급여 수급자이기 때문에 본인부담 수준이 건강보험적용자인 비수급 빈곤층에 비해 상대적으로 적어 박탈비율이 비수급 빈곤층에 비해 적음

○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

□ 사각지대 관련 제도별 문제점

○건강보험(1차 의료안전망) : 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 있고 약 160만 가구가 보험료를 6개월 이상 체납하여 급여제한 상태에 있음

○의료급여(2차 의료안전망) : 대상자 선정기준의 엄격함으로 소득은 최저생계비 이하이나 부양의무자 기준, 재산의 소득환산액 등 때문에 수급자가 되지 못하여 의료사각지대에 방치되어 있는 계층도 상당수에 이룸

○긴급 의료지원제도(3차 의료안전망) : 예산 때문에 지원금액 및 대상에 한계가 있어 마지막 안전망으로써 역할 미흡

○기타 의료지원제도 : 10개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하여 대상자간 중복과 누락이 발생하고 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있음

- 기존의 의료안전망이 불비하여 개별적으로 지원사업이 시행되었으나 현재는 의료안전망이 제 역할을 찾아가는 즈음이기 때문에 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있음

라. 본인부담율의 왜곡

- 입원에 비해 외래가 외래에 비해 약국에 대한 보장율이 높아 제도의 취지와 맞지 않음
 - 따라서 본인부담의 구조조정이 필요함
 - OECD 국가의 평균 본인부담율은 약 19%임(입원) 외래) 약국)

[표 4] 보장율(건강보험공단)

(단위: 백만원)

구분	건강보험				의료급여 1종				의료급여 2종			
	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국
2006	64.3	64.1	59.8	71.5	94.1	90.0	96.1	100	87.0	82.0	86.6	94.1
2007	64.6	66.5	58.7	70.8	93.6	90.4	96.5	98.0	85.8	77.5	87.3	95.2
2008	62.2	61.7	57.8	70.1	91.8	87.6	95.9	98.2	86.2	78.7	85.4	97.0

마. 관리운영체계

- 법적인 보장기관은 기초 지방자치단체이고 심사는 심사평가원, 자격관리 및 지급은 건강보험공단에서 담당하고 있음
 - 지자체는 수급자 선정업무만 담당할 뿐 급여관리가 전혀 이루어지고 있지 않음
 - 의료급여 사례관리사의 경우 제도 도입 취지와 달리 과다이용 수급자 대상 사례를 관리하고 있으나 관리하기에는 관리사 1인당 수급자가 너무 많고 더욱이 지자체 공무원의 업무를 대신하는 경우 빈발
 - 심평원 및 건강보험공단의 경우 위탁형태로 업무를 수행하고 있기 때문에 의료급여에 대해 관심 부족

3. 향후 과제 및 추진 방향

가. 재정 관리

- 재정적인 측면에서 지속가능성 제고 : 의료급여제도는 일반회계로 재정이 총당되기 때문에 제도의 지속가능성을 담보하기 위해서는 재정증가율이 일반회계 증가율 범위 내에서 운영되어야 함

(대안 1)

- 의료급여 요양기관 계약제 실시 및 요양기관 종별 네트워크 구축
 - 현재 보훈 대상자 전문 병원처럼 의료급여 수급자 대상 요양기관을 희망에 의해 선별하여 계약제 도입

- 계약된 요양기관을 종별에 따라 수직적 네트워크 구축(미국의 HMO 방식) : 수급자는 네트워크내에서 의뢰 및 회송에 의해 요양기관 이용
- 네트워크별 수급자 수에 따라 사전지불제 도입(총액)
- 요양기관은 제공한 서비스의 상대가치 총점 비중에 따라 총액 배분
- 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제 병행

(대안 2)

진료비 지불제도 개편

- 입원은 DRG 도입, 외래는 현행 선택병의원제를 전면 확대하여 주치의제 도입, 정신과 수가는 현행처럼 정액제 유지
- 외래는 인두제, 입원의 DRG 수가는 사전에 책정된 재정규모에 따라 사후적으로 결정
- 외래의 인두제 및 DRG에 약품비까지 포함
- 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제 병행

(대안 3)

수급자의 비용의식 고취 및 본인부담 구조조정

- 1종에 대해서도 본인부담제 도입 : 입원과 외래(5%), 약국(10%)에 본인부담제를 도입하되 본인부담 상한을 한 달 기준 최저생계비의 10%로 한정
- 2종의 경우에는 현행 본인부담제를 유지하되 약국 본인부담율은 500원 정액에서 10%로 조정
- 약국에서 조제는 Generic을 원칙으로 하되 수급자가 Original을 원할 경우 추가분은 전액 본인부담
- 본인부담제 도입 및 조정으로 절감된 재원은 현재 비급여 중 일부(검사 등)를 급여화

나. 의료사각지대 해소

- 건강보험 가입자들이 의료비 때문에 빈곤층(의료급여 수급권자)으로 전락하지 않도록 건강보험제도 내에서 사전에 보장
- 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위내) 세분화 적용
 - 소득 기준 하위 50%이하에게 일률적으로 적용되고 있는 본인부담 상한제의 소득 구간을 세분화하여 30% 이하의 계층에게는 본인부담 상한선을 100만원으로 인하

[표 5] 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위내) 개편(안)

현행	개편(안)
소득 기준 하위 50% : 200만원	소득 기준 하위 30% 이하: 100만원
소득 기준 상위 50%-80% : 300만원	소득 기준 하위 30%-50% : 200만원
소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원	소득 기준 상위 50%-80% : 300만원
	소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원

경상 소득 기준 최저생계비 이하의 계층 중 의료급여 수급자가 아닌 사람들(전 국민의 약 5%)에게 건강보험 보험료 면제(약 2,200억 원 정도 소요)

- 최저생계를 유지하기 어려운 소득자이지만 부양의무자 조건, 재산의 소득 환산제 등 때문에 의료급여 수급자가 되지 못한 계층에게 보험료를 면제하여 이들의 경제적 부담을 완화하고 의료접근성 제고

소득 계층별 본인부담 차등제를 도입하여 취약 계층의 의료비 부담 완화

- 소득 기준 하위 20%에게 입원의 경우 현행 20%에서 15%로, 외래의 경우 현행 30%에서 20%로 경감

의료안전망 기금 설치

- 지원 대상 : 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예 : 한 달에 20만 원 이상) 초과한 가구)
- 지원 방법 : 대불하되 분할 납부할 수 있도록 하고 일정기간(예: 3년)후 상환 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분

다. 관리운영체계 개편

(대안 1)

광역자치단체별 관리운영 독립

- 미국 Medicaid 운영방식 채용 : 중앙정부에서 수급자 선정 및 급여범위에 따른 최소한의 기준 마련
- 지자체의 재정형편에 따라 수급자 기준 완화 및 급여범위 확대 가능
- 재정은 중앙정부와 지방정부간 매칭펀드 형식으로 운영하되 지역별 노인비율 편차에 따른 매칭 비율 조정
- 급여 사후관리 포함 모든 업무를 지자체에서 담당

(대안 2)

건강보험공단에 수급자 선정을 제외한 모든 업무 위탁

- 건강보험공단의 전문성 활용

신영석 (사회보험연구실장)

문의(02-380-8225)

- 한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다.
http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/public/public_01_01.jsp