



■ 정책보고서 2013-

의료급여 맞춤형 급여체계 도입방안 연구

신현웅·윤장호·성민현·이예슬

【책임연구자】

신현웅 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안

보건복지부·한국보건사회연구원, 2011(공저)

의료급여 진료비 지출 실태분석

보건복지부·한국보건사회연구원, 2012(공저)

2014년 유형별 환산지수 연구

국민건강보험공단·한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】

윤장호 오레곤 주립대학교 교수

성민현 한국보건사회연구원 연구원

이예슬 한국보건사회연구원 연구원

제출문

보건복지부장관 귀하

이 보고서를 『의료급여 맞춤형 급여체계 도입방안 연구』 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2013 . 12. 16.

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 신현웅

연구원 : 윤장호

연구원 : 성민현

연구원 : 이예슬

목 차

요약	1
제1장 서론	4
제1절 연구의 필요성 및 목적	15
제2절 연구내용 및 방법	55
제3절 기대효과 및 활용방안	75
제2장 의료급여 맞춤형 급여체계 현황 및 문제점	9
제1절 국민기초생활보장제도에 대한 현황 및 한계점	6
제2절 의료급여제도 현황 및 한계점	7
제3절 맞춤형 급여체계 관련 현행 수급자 선정의 문제점	8
제3장 의료급여제도의 맞춤형 급여 선행연구	5
제1절 선행연구	8
제2절 선행연구 고찰을 통한 시사점	9
제4장 외국 사례 비교 분석	99
제1절 미국	101
제2절 독일	113
제3절 프랑스	117
제4절 네덜란드	124
제5절 싱가포르	132
제6절 일본	140
제7절 대만	150
제8절 시사점	153

제5장 의료급여제도의 맞춤형 급여방안	751
제1절 의료급여 개편의 개요	9
제2절 의료급여 단기 개편안	1
제3절 의료급여 중기 개편안	7
제4절 의료급여 장기 개편안	32
 참고문헌	213
 부록	216

표 목차

<표 2-1> 보건복지부 고시 최저생계비(2013년 기준)	2..... 6
<표 2-2> 현금급여 기준 최저생계비(2013년 기준)	2..... 6
<표 2-3> 정부에 의한 최저생계비 계측	5..... 6
<표 2-4> 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계	8..... 6
<표 2-5> 의료급여 1종 2종 수급 대상자 변화	2..... 7
<표 2-6> 의료급여 예산 현황 추이	7..... 7
<표 2-7> 의료급여 지원대상	8..... 7
<표 3-1> 수급자격에 따른 유형 분류, 급여 범위, 본인부담	1..... 9
<표 3-2> 의료급여 개편방안	2..... 9
<표 4-1> Medicaid 제도의 대상자 구성	201
<표 4-2> 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출비용	40 1
<표 4-3> 미국 전 인구의 연방빈곤선(Federal Poverty Level) 비율 (2011)	500 1
<표 4-4> 연령별 빈곤율	501
<표 4-5> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준)(2013)	700 1
<표 4-6> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준) 의 기초통계량	00 1
<표 4-7> 미국 각주의 Medicaid 수급자(Medicaid Enrollees) 수 및 비율 (FY2010)	900 1
<표 4-8> 미국 각주의 Medicaid 수급자(Medicaid Enrollees) 수(FY2010)의 기초통계량	001 1
<표 4-9> 미국 각 주 가입자의 Medicaid 지출 비율 (FY2010)	11 1
<표 4-10> 미국 각주 가입자의 Medicaid 지출 비율(FY2010)의 기초통계량	11 1
<표 4-11> 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출(FY2010)	21 1
<표 4-12> 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출 (FY2010)의 기초통계량	21 1
<표 4-13> 2013년 소득임계치와 기여율	41 1
<표 4-14> CMU 연도별 재정현황	91 1
<표 4-15> CMU 기본보험 수혜자(CNAMTS-전국건강보험 기준)	02 1
<표 4-16> 수혜자당 평균 CMU 비용	021
<표 4-17> CMU 보충급여 대상자 연도별 추이(지역별)	22 1
<표 4-18> CMU-C 수급대상자 수(régime별)	22 1
<표 4-19> CMU-C 상한 금액(프랑스 거주 대상자, 2013년 7월 기준)	32 1
<표 4-20> CMU-C 상한 금액(해외거주 대상자 (Mayotte 제외), 2013년 7월 기준)	32 1

<표 4-21> ACS 보충 의료 지원 금액	321
<표 4-22> ACS 상한 금액(2013년 기준)	4·2·1
<표 4-23> 재원 배분 시 개인의 위험도 보정 예시	7·2·1
<표 4-24> Medifund의 재정 상태	631
<표 4-25> Medifund 및 Medifund Silver 기금의 MFIs	731
<표 4-26> Medifund 및 Medifund Silver 적용 승인 내역	831
<표 4-27> MFIs Medifund 및 Medifund Silver 이용	831
<표 4-28> 일본 공공부조 제도의 최저생활비용 계산	0·4·1
<표 4-29> 가구구성별 생활보호제도 기본급여액(2010년)	1·4·1
<표 4-30> 각 보험자별 비교	241
<표 4-31> 일본 건강보험 가입자 수	441
<표 4-32> 소득계층별 본인부담 상한액(70세미만)	7·4·1
<표 4-33> 소득계층별 본인부담 상한액(70세 이상)	9·4·1
<표 4-34> 대만 건강보험의 피부양자 유형별 재원분담률(2012)	1·5·1
<표 5-1> 2012년도 의료급여 종별 대상자 및 선정기준	1·6·1
<표 5-2> 연도별 의료급여 수급권자 수 추이	2·6·1
<표 5-3> 최저생계비와 맞춤형 급여체계의 선정기준(소득기준) 비교(2013년)	5·6·1
<표 5-4> 부채사유별 평균 부채비율(1순위, 2순위)	1·7·1
<표 5-5> 수급자 종별에 따라 의료기관 이용 시 본인부담	2·7·1
<표 5-6> 연도별 의료급여 수급권자 소요액 현황	4·7·1
<표 5-7> 맞춤형 의료급여체계 구상(1안)에 따른 소요재정	8·8·1
<표 5-8> 맞춤형 의료급여체계 구상(2안)에 따른 소요재정	1·9·1
<표 5-9> 맞춤형 의료급여체계 구상(3안)에 따른 소요재정	4·9·1
<표 5-10> 맞춤형 급여체계에 따른 재정소요액(예시)	8·9·1
<표 5-11> 현행 건강보험 및 의료급여 본인 부담률	2·0·2
<표 5-12> 건강보험과 의료급여의 비교	8·0·2

그림 목차

[그림 2-1]	부양의무자 기준의 적용 도해	8	6
[그림 2-2]	의료급여 연도별 수급자 수 추이	1	7
[그림 2-3]	의료급여 연도별 총진료비 추이	6	7
[그림 3-1]	대상 질환의 우선순위 도출 과정	0	9
[그림 3-2]	급여별 맞춤형 개별급여 체계 선정기준	5	9
[그림 4-1]	독일의 SHI	41	1
[그림 4-2]	건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자 구조	6	1
[그림 4-3]	2006년 개혁 이후 네덜란드 건강보장시스템의 행위자, 시장	6	1
[그림 4-4]	네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년)	8	1
[그림 4-5]	네덜란드 선택적 계약 체계	9	1
[그림 4-6]	일본 본인부담 상한제도	7	1
[그림 4-7]	고액요양비 제도	8	1
[그림 4-8]	고액요양비 제도 지원 체계	8	1
[그림 5-1]	우리나라 사회보장 체계	0	1
[그림 5-2]	최저생계비와 상대기준선의 수준 비교(2013년)	6	1
[그림 5-3]	기초생활보장제도의 개편방향	7	1
[그림 5-4]	맞춤형 의료급여체계 구상(안)	3	1
[그림 5-5]	의료보장성 강화 확대	6	1
[그림 5-6]	저소득층 의료비 지원사업	7	1
[그림 5-7]	의료급여 선정 기준	9	1
[그림 5-8]	맞춤형 의료급여체계 구상(1안)	6	1
[그림 5-9]	맞춤형 의료급여체계 구상(2안)	9	1
[그림 5-10]	맞춤형 의료급여체계 구상(3안)	2	1
[그림 5-11]	맞춤형 의료급여체계 구상(4안)	6	1
[그림 5-12]	맞춤형 급여체계에 따른 재정소요액 방식	8	1
[그림 5-13]	맞춤형 의료급여체계 구상(1-3안 탈락자 규모)	0	2
[그림 5-14]	건강보험 제도 시행 과정	5	2
[그림 5-15]	건강보험 보장률 변화 추이	5	2
[그림 5-16]	장기개편 모형(예시)	9	2

I. 서론

1. 연구의 필요성

□ 2000년 이전 약 40년간 시행된 생활보호제도는 근대적 공공부조제도라는 제도적 외형은 띄고 있었으나, 그 내용은 시혜적 단순보호차원을 넘지 못하는 한계를 가졌음.

○ 2000년 10월 비로소 빈곤에 대한 국가책임을 강화하는 종합적 빈곤대책으로 국민기초생활보장제도가 출범하게 되었음.

– 단순한 시혜가 아닌 권리로서의 국민기초생활보장제도는 그간 우리나라 빈곤의 최후 사회안전망으로서의 기능을 충실히 수행해 왔다고 해도 과언이 아닐 것임.

□ 그러나 국민기초생활보장제도 내 급여체계에서는 큰 변동이 없었음.

○ 일단 수급자가 되면 생계급여 외에 의료, 주거, 교육, 자활, 장제, 출산급여의 수급권을 동시에 갖게 되는 통합급여체계를 유지하고 있음.

– 이는 급여가 한 덩어리로 경직적으로 작동하는 체계로 빈곤지위만으로 모든 급여를 받거나 혹은 아무것도 받지 못하는 All or Nothing 급여체계에 따른 빈곤함정(Poverty trap)이 발생하게 됨.

– 이에, 의료이 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 의료보장의 사각지대가 발생하는 문제점을 가짐.

○ 이러한 통합 급여체계는 수급자에게 복지혜택이 집중되어 수급자와 차상위계층 사이에 소득역전 등의 부작용이 있으며, 이로 인해 근로의욕 저하와 탈수급 기피현상이 나타나고 있음.

○ 지금까지 기초생활보장제도는 관련 복지제도가 취약한 상황에서 수급자에게

다양한 지원을 하는 상징적인 제도의 역할을 담당 해왔지만 최근에는 관련 복지제도를 통한 지원 또한 수급자에게 집중되면서 수급자와 비수급자 간의 소득역전 문제마저 발생하고 있음(노대명 외, 2013).

□ 현행 통합 급여체계에서 개별상황에 따라 다차원적 욕구를 유연하게 반영할 수 있는 맞춤형 급여체계로 개편이 필요한 시점임.

○ 통합 급여체계에서 제시된 문제점들을 해소할 수 있는 방안으로 맞춤형 급여 체계가 논의되어 왔음.

○ 맞춤형 급여체계는 빈곤층의 기초생활을 보장하는 또 다른 방식으로, 통합급여가 Top-down 방식이라면, 맞춤형 급여체계는 Bottom-up 방식으로 빈곤가구의 욕구에 맞게 보장성을 현실화하는 방식이라고 볼 수 있음(노대명 외, 2013).

○ 새 정부 공약사항에서도 ‘기초생활보장제도 급여체계 개편’에서 수급자 중심의 통합급여체계를 ‘맞춤형 급여체계’로 확대 개편하는 것을 공약하고 있음.

□ 특히, 의료급여의 경우는 의료욕구를 반영한 맞춤형 급여체계로의 개편이 필요함.

○ 현행 의료급여제도는 소득(소득인정액 기준)이 최저생계비 이하인 기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 됨으로써 대상자 선정에 소득 기준만 반영될 뿐 의료욕구를 반영하고 있지 못함.

□ 따라서 의료급여의 경우 맞춤형 급여체계로의 전환을 위한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 구체적인 방안 마련이 필요한 시점임.

2. 연구 목적

□ 본 연구는 의료급여제도가 맞춤형 급여체계로 전환할 때 필요한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 구체적인 방안을 목적으로 하고 있음.

□ 이를 위한 구체적인 목적은

- 첫째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체계의 전환과 관련된 현황, 문제점 그리고 기존에 연구된 문헌들에 대한 종합적인 검토를 통해 기본 방향설정의 시사점 등을 도출
- 둘째, 외국의 기초생활보장제도 및 기초의료보장제도에 대한 고찰을 통해 우리나라 제도의 시사점 도출
- 셋째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체계의 전환을 위한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 의료급여제도의 맞춤형 급여체계 도입 방안 마련
- 넷째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체계 도입방안을 실제 실행할 경우 의료급여 대상자 규모 및 의료급여 재정소요액 대한 구체적인 추계결과 제시
- 마지막으로 중장기적으로 의료급여제도와 건강보험제도간의 역할정립방안 등 중장기 발전방안 모색

II. 의료급여 맞춤형 급여체계 현황 및 문제점

1. 국민기초생활보장제도 현황 및 한계점

- 국민기초생활보장제도는 생계유지 능력이 없는 최저생계비 이하의 절대 빈곤층 국민에게 생계급여, 교육급여, 주거급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여를 지원
- 의료급여제도는 국민기초생활보장제도의 통합급여체계의 운영되며, 국민기초생활보장제도의 수급자격과 밀접하게 연관되어 있음(신영석, 2008).
- 국민기초생활보장 제도의 수급자 선정 기준
- 수급자 선정 기준은 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서, 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당하는 가구

○ 국민기초생활보장제도 도입 이후 2002년 12월까지의 개별가구의 소득인정액 대신 소득평가액 기준과 재산 기준을 이원적으로 적용하였으나, 수급자 선정의 형평성을 높이고 급여산정을 합리화하기 위해 소득평가액과 재산기준을 통합한 소득인정액을 산정하여 선정 및 급여기준으로 활용하고 있음.

○ 하지만, 기초보장 수급자격을 갖춘 가구 가운데 소득인정액이 현금급여기준선 이하인 가구에 대해서만 지급되므로, 소득인정액이 최저생계비 이하여도 실제로 생계급여를 받는 것은 아님(노대명 외, 2013).

□ 국민기초생활보장제도의 급여체계

○ 현행의 국민기초생활보장제도는 수급자격이 주어지면 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여가 제공(노대명 외, 2013)

○ 저소득층에게 필요한 급여를 실시하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕고 있음에도 불구하고 기초보장 사각지대 문제와 관련하여 급여체계에 대한 논쟁이 계속되어 옴(노대명 외, 2013).

2. 국민기초생활보장제도의 최저생계비 계측 및 활용 상 문제점

가. 최저생계비 계측

□ 최저생계비는 국민기초생활보장제도에 의해 처음 고안된 것이 아니라 시행 이전부터 존재해왔으며, 국민기초생활보장제도의 한 부분으로 편입됨(박능후, 2013).

○ 정부가 공식적으로 발표한 최저생계비는 각각 1999년, 2004년, 2007년¹⁾, 2010년 및 2013년의 최저생계비 계측조사를 바탕으로 중앙생활보장위원회의 심의의결을 거쳐 확정하고 있으며 계측 방법은 1988년과 크게 다르지 않음(노대명 외, 2013).

1) 제1차 국민기초생활보장법 개정(2004. 3. 5)으로 계측주기가 5년에서 3년으로 단축됨에 따라 2004년 계측에 이어 2007년에도 최저생계비 계측이 이뤄졌다.

- 재산의 소득환산제는 cut-off 방식의 불합리한 선정기준을 시정하고, 선정기준의 합리화를 가져옴(박능후, 2013).
- 부양의무자의 부양능력을 측정하는 기준은 소득기준과 재산기준이 있으며, 이 두 기준을 동시에 충족해야 부양의무자 기준을 충족하게 됨.
- 부양의무자가 소득기준보다 소득이 적고 동시에 재산기준보다 재산이 적어야만 부양능력이 없는 것으로 간주

나. 최저생계비 계측 및 활용상 문제점²⁾

- 표준가구의 규범적 욕구수준을 전 가구에 일괄 적용함으로써 현물급여를 필요로 하지 않는 가구의 경우에는 최저생계비가 과도하게 설정되고 있음.
- 자가를 가진 가구, 학생이 없는 가구, 의료욕구가 없는 가구에게도 주거급여, 교육비, 의료급여가 포함되어 있는 최저생계비 적용
- 현행 최저생계비는 빈곤선이면서 공공부조급여기준선이 되고 있으며, 이는 건강하고 문화적인 최저생활을 하기 위한 빈곤선으로서 너무 낮고, 공공부조급여 기준선으로는 너무 높다는 대립된 의견 충돌이 발생함(노대명 외, 2006).
- 대상선정의 합리화를 위해 도입된 재산의 소득환산제는 부분적으로 선정의 합리화를 가져왔지만, 합법적으로 대상자를 축소하고, 급여수준을 낮추는 역할을 수행하게 됨(박능후, 2013).
- 부양능력 기준은 현 국민기초생활보장제도의 사각지대를 발생시키는 가장 주요한 요인으로 지적되어옴(노대명 외, 2013).
 - 부양의무자의 부양능력이 있다는 기준선이 너무 엄격하게 설정되어 있어 실제 부양능력이 없는 부양의무자에게도 부양의무를 부과하고 있음.

2) 노대명 외(2006), 신현웅 외(2007), 신영석 외(2008), 노대명 외(2013) 재구성

3. 의료급여 제도의 현황 및 한계점

□ 의료급여 제도의 개념 및 목적

- 의료급여 제도는 의료급여법 제 1조에 의하면 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로써 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도로 정의됨.

□ 의료급여 수급자 현황

- 의료급여 수급자는 2003년 이후부터 2007년까지 지속적인 증가 추세를 보였으나, 2008년부터 차상위계층의 건강보험 가입자로의 전환이 시행되면서 의료급여 2종대상자가 줄어들면서 전체 의료급여 수급자는 점차 감소하고 있음.
 - 2003년 1,453천명에서 2007년 1,852천명으로 지속적인 증가추세를 보였으나 2008년 1,841천명을 시작으로 2012년 1,507천명까지로 감소함.

□ 의료급여 예산 현황

- 의료급여 제도는 “의료급여혁신종합대책” 등 지속가능성 확보를 위한 다양한 대책을 통하여 의료급여 진료비 증가율 둔화 등의 성과를 거두었으나, 최근 3년간 의료급여 예산동결로 진료비 부족 및 수급권자 의료이용에 제약 발생이 우려됨.

<표 1> 의료급여 예산 현황 추이

(단위 : 억 원, %, 추정포함, 국비기준)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
예산액	36,051	37,901	35,098	34,995	36,718	39,812
증가율	35.4	5.1	△7.4	△0.3	4.9	8.4

주 : 추정편성 : 2008년도 2,747억 원, 2009년도 920억 원
자료 : 보건복지백서(2012).

□ 의료급여 지원대상

- 의료급여 1종 대상자는 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원
- 의료급여 2종 대상자는 국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

<표 2> 의료급여 지원대상

유형	대상
1종 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> · 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는 자 · 국민기초생활보장법 이외의 타법에 의한 수급권자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민(재해구호법) - 의상자 및 의사자의 유족 - 국내 입양된 18세 미만 아동 - 국가유공자 및 그 유족 · 가족 - 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 - 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유족 · 가족 등 - 노숙인 등
2종 수급권자	· 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 자

자료 : 보건복지백서(2012)

- 의료급여 특례 수급권자는 실제소득에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면 수급(권)자 선정요건에 해당하나, 수급(권)자 선정 이후에는 공제 대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구

□ 의료급여의 지원범위

○ 의료급여의 내용(의료급여법 제 7조)

- 의료급여수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대한 의료급여의 내용은 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 규정

□ 의료급여 본인부담

- 의료급여 1종 수급권자의 경우 1차 의료급여 기관 외래 본인부담은 1,000원, 2차 의료급여기관은 1,500원, 3차 의료기관은 2,000원, CT, MRI, PET는 5%, 약국 500원, 입원은 무료임.
- 의료급여 2종 수급권자의 경우 1차 의료급여 기관 외래 본인부담은 1,000원, 2차 의료기관은 15%, 3차 의료기관 15%, CT, MRI, PET는 15%, 약국 500원, 입원 10%를 적용함.

4. 맞춤형 급여체계 관련 현행 수급자 선정의 문제점

- 의료급여 제도는 사회안전망으로서의 한 축으로써 역할하고 있으나, 건강보험료 장기체납자, 주민등록 말소자 등 의료사각지대가 존재함으로써 의료급여 대상자 선정 기준의 적절성에 대한 논의가 계속되고 있음.
- 의료수급자 중에서도 희귀난치성 질환이나 만성질환을 보유한 대상자에게 적절한 서비스를 제공하지 못하는 문제 등이 존재하고 있음.
- 생계급여의 선정기준선과 급여기준선이 다른 이유는 현행 기초보장제도가 갖고 있는 통합급여체계로서의 특징 때문임(노대명 외, 2013).
- 현행 기초보장제도 하에서 생계급여를 수급하기 위해서는 가구의 소득인정액이 가구원수별 최저생계비 이하여야 한다는 조건과 부양의무자가 없거나 부양의무자의 부양능력이 미약하다는 기준을 충족해야함.
- 이 조건을 충족한다고 해서 실제로 생계급여를 받게 되는 것은 아니며, 생계급여는 기초보장 수급자격을 갖춘 가구 가운데 소득인정액이 현금급여기준선 이하인 가구에 대해서만 지급함.
- 현행 방식은 2명의 성인과 2명의 아동으로 구성된 4인 가구를 표준가구로 삼고 있는데, 이 방식이 1, 2인 가구의 최저생계비를 다소 낮게 평가한다는 비판이 있음.
- 현행 균등화지수에 대해서는 그동안 저소득층의 생활욕구를 반영하지 못한다는 비판이 지속적으로 제기되고 있음.

- 현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 반영되지 못하고 있는 실정임(신영석, 2010).
- 의료급여제도에서 소득, 재산, 부양의무자 등 자산 능력을 기준으로 선정된 기초수급자가 그대로 의료급여 수급자가 됨으로써 의료급여 수급권자 선정기준에 의료욕구가 반영되지 못하는 한계가 있음.
- 통합급여체계 내에서 운영되는 의료급여제도는 앞서 살펴본 바와 같은 한계를 내포하고 있으며, 향후 의료급여에 적절한 대상자 기준 적용과 의료욕구가 있는 대상자에게 의료급여 제도를 확대하는 방안으로 나아가야 할 것임.

III. 의료급여제도의 맞춤형 급여 선행연구

1. 선행연구

- 현행 통합급여 형식은 생계급여 수급자가 의료급여수급자가 되기 때문에 국민기초생활제도에서의 수급자 선정 문제점이 그대로 의료급여 수급자 선정방식의 문제로 부각됨.
- 통합급여체계와 근로능력자를 포함한 일반적인 현행 제도는 수급대상자 확대에 대한 사회적 합의를 도출하는 것이 어려움(신영석 외, 2004).
- 노대명(2006)은 현행 기초생활보장법의 최저생계비 조항이 「생계급여 + 주거급여+의료급여+교육급여」의 합계액으로 구성되는 것이 아닌 「생계급여 + 가구특성별 필요급여」로의 구성으로 전환되어야 함을 시사함.
- 이에 의료급여는 의료욕구가 있는 저소득층에게 의료서비스를 제공하여야 하며, 적절한 의료보장과 관리의 효율화 측면에서 개별급여로의 개편방향을 제시
- 개별급여체계의 원칙은 <최저생활보장의 원칙, 욕구충족에서 개별화의 원칙,

자립지원의 원칙, 욕구충족에 있어서 형평성의 원칙> 하에 다음과 같은 방향에서 제도를 운영해야 할 것임.

□ 신현웅 외(2007) 연구는 질병특성기준 및 질병부담, 계층별 차이를 우선순위 선정기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출함.

○ 질병특성기준 및 질병부담 및 계층별 차이를 우선순위 선정기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출

○ 질환의 심각도, 대상 질환의 급만성도, 치료로 인한 회복 가능성, 대상자의 특성 네 가지 질병특성기준을 토대로 11가지의 질환범주를 도출

□ 신영석 외(2008) 연구는 의료급여제도의 개별화 방안에 대한 수급자의 의료욕구에 따른 분리된 유형을 도출하였으며, 차등된 지원을 강조함.

○ 수급자 선정기준을 유형 3가지로 분류하여 다음과 같이 제시

－ 유형 1(생계급여 수급자 중 근로무능력자) : 생계급여 수급자는 최저수준의 생계를 유지하는 정도의 소득(생계급여액 포함)만 갖기 때문에 의료위험으로부터 발생하는 비용에 대해 국가가 보장하되 근로유인을 강화하기 위해 근로능력이 없는 계층만 유형 1로 분류

－ 유형 2(빈곤탈피 유도를 위한 지원대상자) : 빈곤 탈피 유도를 위해 생계급여 수급자 중 근로능력이 있는 자와 예측하지 못한 의료위험이 발생했을 경우 최저생계이하로 전락할 가능성이 있는 계층으로 생계급여 수급자 기준에서 탈락한 현행 수급자

－ 유형 3(Medically Needy Group : 의료비 과다 부담자) : 유형 1과 2에 속하지 않는 자로 사고, 급성 질환 등에 의해 발생한 본인부담 의료비 때문에 소득이 최저생계비(현행 기준 100% 또는 유형 2의 소득기준인 개별급여 하 최저생계비 130%) 이하로 떨어지는 계층

<표 3> 수급자격에 따른 유형 분류, 급여 범위, 본인부담

자격 구분	소득, 재산, 부양의무자, 근로능력 유무 기준	급여 범위	본인부담
유형 1	소득, 재산, 부양의무자 : 생계급여 기준에 따름, 근로능력 : 없음	국민건강보험 '요양급여의 기준에 관한 규칙'의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등	외래 : 1,500원 입원 : 없음
유형 2	-소득 : 생계급여 기준 소득의 100% 이상 130% 이하 -재산 및 부양의무자 기준: 생계급여 기준을 따름 -유형1의 소득, 재산, 부양의무자 기준을 만족하는 자 중 근로능력이 있음		외래 : 1,500원 입원 : 10%
유형 3	건강보험 가입자		건강보험 체계에 준함

자료 : 신영석(2008)

□ 이태진 외(2012) 연구는 맞춤형 빈곤정책의 전반적인 개편방안을 제시하고 있으며, 특히 의료급여는 빈곤층의 의료보장을 확보하고, 건강보험과 의료급여 간 보장의 형평성을 유지하며, 동일한 재원으로 최대의 인원을 가장 효과적으로 보장할 수 있는 개편방안을 제시

○ 의료 사각지대 해소를 위한 방안으로 건강보험 체납세대를 포괄하여 저소득 취약계층의 의료접근성 향상

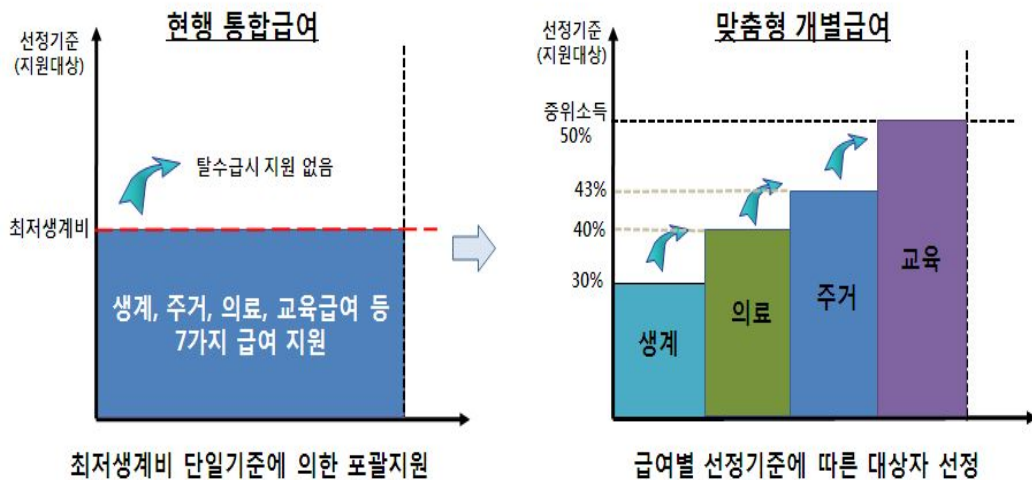
○ 또한 건강보험의 보장성이 선진국 수준인 약 80%에 근접하면 의료급여와 건강보험의 통합이 될 것을 간주한 제도 설계를 강조

□ 노대명 외(2013)은 지난 10여년간 계속되어온 기초생활보장제도의 쟁점 및 문제점을 면밀히 분석하여 생활영역별 맞춤형 급여체계로의 개편 방향을 제시함.

○ 생계급여는 대상자 선정기준은 소득인정액이 '중위소득 30%수준을 고려하여 중앙생활보장위원회에서 결정한 금액' 이하인 가구로 선정하며, 부양의무자 기준을 적용하되 부양의무자가 수급자를 부양하고도 중위소득 수준의 생활을 유지할 수 있는 선에서 소득기준을 개선

- 주거급여는 기존 주거급여를 점유형태, 임대료 수준 등을 종합 고려하는 주거비 지원제도로 확대하고 발전시키는 방향 모색
- 의료급여는 의료급여법으로 독립하여 운영되고 있어, 이미 개별급여적 성격을 가지고 있음.
 - 따라서 획기적인 변화보다는 현실가능성을 최대한 반영하여 현행 소득기준을 중심으로 대상자를 선정하되, 부양의무자 기준 완화를 통해 대상자를 확대하는 방향으로 추진
- 교육급여의 대상자를 차상위계층까지 확대하고, 복지부의 교육급여와 교육부의 저소득층에 대한 교육비 지원사업을 통합하여 총괄적으로 지원하는 방향을 마련

[그림 1] 급여별 맞춤형 개별급여 체계 선정기준



2. 선행연구 고찰을 통한 시사점

- 의료급여제도는 현재 기초생활보장제도의 통합급여체계 내에서 운영되므로 통합급여에서 나타나는 문제점을 그대로 내포하고 있으며, 의료욕구와 같은 의료급여가 지녀야 할 특수성이 배제되는 악순환이 10여년 이상 지속되고 있음.

- 많은 연구에서 공통적으로 통합급여체계가 아닌 맞춤형 개별급여로의 전환을 시사하고 있으며, 새정부 도래이후 수급자 중심의 맞춤형 급여체계 확대 개편의 실시를 앞두고 있음.
- 맞춤형 의료급여 체계로의 도입을 위해 현행 기초생활보장제도와 같이 기본원칙을 설립해야하며, 특히, 기초생활보장제도의 생존권보장의 원리, 최저생활보장의 원리와 같은 초기 설정한 원리에 위배되지 않아야 할 것임.
- 의료급여의 맞춤형 급여체계 도입을 위한 소득기준 및 질환별, 욕구별 기준 설정의 명료화하여 의료사각지대 대상자의 충분한 의료서비스 제공을 도모해야함.
- 의료급여 수급자의 선정에 있어 의료욕구를 반영한 기준이 설정되어야 하며, 소득이 최저생계비 기준 이상인 차상위나 차차상위 계층에서 의료비 부담이 높은 대상자이거나 부양의무자 기준 등과 같이 통합급여체계의 절대적인 소득기준으로 인해 수급자에 탈락한 계층에 대한 대안 모색되어야 함.
 - 수급자격을 부여함에 있어 의료급여는 생계급여나 기타급여와 달리 ‘의료욕구’의 특수성이 반영되어야 하므로 현행 의료급여제도에서 이미 1종과 2종으로 분리하여 운영되고 있는 것과 같이 의료급여 체계 내 소득기준 및 근로능력 기준, 의료욕구 기준을 반영하여 본인부담을 달리하는 유형별 급여체계를 모색해볼 수 있음.
 - 또한 의료 사각지대에 놓인 의료과부담 계층에 대한 합리적인 대상자 지원을 위해 과도한 의료비를 발생시키는 질병 및 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출하여 의료비로 인해 수급자로 전락하는 것을 예방할 수 있는 기준을 마련하는 방안 등이 요구됨.
- 의료급여의 맞춤형급여제도로 도입하기 위해 현행 통합급여체계에서 보다 실질적이고 분절적인 소득기준선이 요구됨.
 - 통합급여체계의 전물량 마켓바스켓 방식으로 확정된 최저생계비 기준에서 상대적 기준방식의 중위소득 개념을 도입하고, 부양의무자가 수급자를 부

양하고도 중위소득 수준의 생활을 유지할 수 있는 소득기준으로 개편 적용해야함.

- 의료급여제도의 맞춤형급여 체계로의 전환에 있어 단기적 맞춤형급여제도로의 전환에 따른 근시안적 제도변화에만 국한하지 않고, 중·장기적 의료제도의 환경변화를 고려한 단계적인 제도 설계를 고려해야 할 것
- 향후 우리나라 의료보장성이 사회보험 선진국가와 같이 80% 이상이 넘으면 의료급여 제도를 개별적으로 운행하기보다 건강보험과 의료급여를 통합하여 최소한의 의료 취약계층에게 보충적 성격의 제도를 지원하는 것이 바람직함.

IV. 외국사례 비교 분석

1. 미국

- 미국에서는 공적보험 형태가 없기 때문에 저소득층 의료보장 체계는 Medicaid 제도로 운영하고 있음. 이 제도는 우리나라의 의료급여체계와 비슷함.
- 미국의 Medicare프로그램(우리나라의 건강보험제도와 비슷함)이 연방정부 산하의 사회보장국에 의해서 운영되고 있고 Medicaid는 주정부에의해 각자 독자적으로 관리와 운영을 하고 있음.
- Medicaid의 프로그램은 미 각 주정부에서 독자적으로 관리되므로 수급자격 조건과 급여 범위가 주마다 다르나 연방정부의 교부금을 받기 위해서는 연방정부에서 제시하는 지침을 충족해야하며 연방정부의 SSI(보충적 사회보장제도)수혜자, 가정위탁대상자 등 소득보조금을 받는 사람들에게 의무적으로 Medicaid서비스를 제공해야함.
- Medicaid는 주별로 기준이 다르지만 크게 두 가지의 자격조건이 필요한 것으로 보임.

○ Medicaid 제도의 수급 자격

- 소득과 자산기준
- 아동, 임산부, 노인, 장애인 등 특정집단
- 저소득 취약계층의 추가지원

○ Medicaid 제도의 대상자 구성

- Medicaid의 대상자는 주별로 매우 다양하지만 원칙적으로 크게 3개의 집단으로 구분할 수 있지만 프로그램은 다양한 대상자의 조건을 가지고 있으므로 주별로 대상자의 범위가 이질적이고 대상자 수도 크게 차이가 남.

<표 4> Medicaid 제도의 대상자 구성

구분	기준	예시
범주적 필요군 (categorically needy)	소득을 기준으로 대상자를 정함	“부양이 필요한 어린이”를 가진 가족에 대한 지원 프로그램의 대상자
		가구소득이 빈곤선의 133% 이하인 가구에 속한 임신한 여성과 6세 이하 어린이
		가구 소득이 빈곤선의 100%이하인 6~19세 어린이와 청소년
		18세(고교 재학 중인 경우는 19세)이하 어린이나 청소년의 간병을 담당하는 친척 혹은 법적 보호자
		생계보조금제도(SSI)수혜자 의료기관에 수용중이면서 SSI 수입 기준 300%이내에 해당하는 개인이나 부부
의학적 필요군 (medically needy)	의학적 상태를 기준으로 소득의 기준보다 높은 사람까지 적용대상으로 함	임신한 여성(산후 60일까지)
		18세 이하의 어린이와 청소년
		일부 신생아(출생 후 1년)
		일부 시각장애인
		추가로 다음 대상자 추가 가능 : 21세 이하의 청소년과 어린이, 어린이와 청소년을 간병하는 친척이나 보호자, 65세 이상 노인, 시각장애인, 장애인
특수집단 (special group)		메디케어 대상자로서 빈곤선 ³⁾ 100% 이하 소득자
		노동가능 장애인으로서 빈곤선 200% 이하 소득자
		유방암이나 자궁경부암을 가진 여성
		보험 미가입자로서 결핵이 발병한 경우 등.

자료: What can we learn from Medicaid Program of the United States?, Harvard School of Public Health, Yeong-Su Ju, 2006

□ Medicaid 제도의 관리 및 운영

- 주 정부의 Medicaid 프로그램은 연방정부의 HHS(Health and Human Services) 부 산하의 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)에서 제시하는 지침에 의해 Medicaid 프로그램을 운영

□ 미국 Medicaid 제도의 수급자격 세부 기준 모색

○ Medicaid 수급자격의 세부 분류 기준 모색

－ Medicaid 대상자 선정 기준

- 소득 및 자산기준과 인구집단 기준, 질병별 기준을 토대로 Medicaid는 4가지 공적보험 프로그램으로 구성
- 저소득 여성 및 아동 가구에 의료비의 대부분을 지원 : 비용은 전체의 1/4, 수급권자는 전체의 2/3
- 저소득층 노인에 대해 Medicare에서 급여해 주지 않는 의료비 지출을 지원
- 저소득층 장애인들의 의료비 대부분을 지원
- 요양원 시설에 입원한 많은 노인들의 비용을 지불

□ Medicaid의 소득자격 조건

- 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격은 대상자별 다르게 나타나며, 0-1

3) 빈곤선: 미국은 두가지 공식 빈곤선을 이용

① 통계국이 순수 통계적인 목적으로 매년 발표하는 연방빈곤선(Federal Poverty Thresholds)

② 보건부가 매년 연방관보에 발표하는 빈곤기준(Poverty Guidelines)

보건부의 빈곤기준은 공식 빈곤선을 간략화한 것으로 첫 번째 가구원의 빈곤선을 정하고 그 이상의 가구원의 경우는 일인당 가중치를 더하는 형식으로 계산한다. 이렇게 정해진 빈곤선이 공적부조 프로그램들의 수급자 자격 여부를 판단하는 사용

그러나, 일부 의학적 필요군을 제외한 대부분의 Medicaid는 다른 사회복지 프로그램의 급여와 연계되어 있으므로 실제 대상자가 되기 위한 판단은 다른 사회복지 제도의 자산조사(means test)를 통하게 된다. 이 자산조사의 정확성은 늘 문제가 되는 사항으로 당사자가 신고한 모든 종류의 수입이 얼마나 정확한지를 판단하는 것이 핵심적인 과제이다. 이 문제는 Medicaid제도에 한정된 문제는 아니지만 대상자 선정의 기준이 되는 빈곤선이 실제 빈곤층의 상황을 반영하는 적절한 수준인가 하는 문제는 중요한 논쟁거리이다. 이 측정 기준이나 방법 자체에 논란이 있음.

세 아동은 연방정부 빈곤선 기준 최저133%~ 최대300%까지 지원하고 있으며, 1-5세 아동은 최저 133%~최대 275%, 6~19세 아동은 최저 100%~최대 275%, 부양가족이 있는 성인(실직) 10%~215%, 부양가족이 있는 성인(구직) 16%~215%, 비장애인성인(실직) 10%~200%, 비장애인성인(구직) 20%~211%, 임신부 133% ~ 300% 까지 지원

<표 5> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준)(2013)

United States	어린이			어른				임산부
	(0-1세)	(1-5세)	(6-19세)	자녀부양		비장애인		
				실직	구직자	실직	구직자	
Alabama	133%	133%	100%	10%	23%			133%
Arkansas	133%	133%	100%	13%	16%	—	—	162%
Colorado	133%	133%	133%	100%	106%	10%	20%	185%
Florida	185%	133%	100%	200%	206%	200%	211%	185%
Kansas	133%	133%	100%	27%	80%	—	—	300%
Mississippi	275%	275%	275%	215%	215%	75%	75%	275%
Wisconsin	300%	185%	100%	200%	200%			300%

참고: 연방빈곤수준(FPL)은 메디케이드 등 공공지원 프로그램에 대한 자격 수준을 결정하기 위하여 결정됨.

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-fpl-medicaid/>
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-low-income-adults/>
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-fpl-pregnant-women/>

□ Medicaid는 연방정부와 주정부가 비용을 분담

- 이러한 분담분을 연방의료비지원부담률(FMAP)라 부르며 각 주의 주민 일인당 소득 수준을 전국의 소득 수준과 비교하는 공식에 따라 매년 정해짐.
- 소득수준이 높은 주는 비용의 적은 부분만을 연방정부로부터 상환

2. 독일

가. 독일 공적보험제도(SHI) 개요

□ 건강보험제도를 운영하고 있는 SHI-funds의 특징은 다음과 같음.

- 134개의 기금에서 운영되고 있고, 이 기금들 중 가입자가 자유롭게 선택할 수 있음(Full competition between SHI-funds).
- 2009년 이후 모든 SHI펀드들은 보험료율이 같은 수준임.
- SHI 펀드의 비용이 수입을 초과하는 경우에는 부가적 보험료율을 조정하는 형태임.
- 2009년부터, morbidity를 포함한 위험조정장치를 마련함.
- 독일에서는 모든 사람이 공적의료보험인 SHI에 의무적으로 가입해야함.

□ SHI의 재원조달

- income-related contributions : 약 1,720억 유로(2012년)
 - contribution rate : 과세 소득의 15.5%
 - 고용주는 7.3%, 근로자는 8.2%
 - 소득 한계선(threshold)은 월소득 3,825유로까지임.(2012년 기준)
- 조세 보조(tax subsidy) : 총 140억 유로(2012년)
- 할증보험료(additional premiums)
 - 재정적 필요에 따라 SHI 펀드들이 개별적으로 결정
 - 개인의 소득과는 관련이 없으며, 프리미엄은 보험가입자가 지불함.
 - 할증보험료의 평균이 보험가입자의 소득의 2%를 초과하는 경우, 개인은 사회적 보상(social compensation)을 받을 수 있음(현재까지 평균 프리미엄은 0).
- moderate co-payments : 약 520억 유로(2011년)

- (분기당)진찰료 10유로 - 2013년 폐지
- 일반적으로 급여의 10% (min. 5유로 - max. 10유로)
- 만성질환환자의 경우 연간 가구 소득의 1%로 제한, 그 외의 경우에는 2%
- 2013년 기준 강제가입상한선은 연소득 45,900€임.⁴⁾
- 보험료는 소득에 따라 산정되어 일반적으로 직장가입자는 소득의 15.5%, 지역가입자는 소득의 14.9%임.

나. 저소득층 의료보장의 개요

- 2009년이전 독일의 저소득층에 대한 의료보장은 크게 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있음.
- 먼저 건강보험 틀 안에서 최저생계비 이하의 국민에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식임.
 - 독일은 건강보험 체계의 보장성이 높기 때문에 저소득층에게 건강보험료를 지원하여 건강보험권 안에서 보장하는 것임.
 - 우리나라의 경우는 보장성이 낮기 때문에 보장성을 달리하는 별도의 체계가 필요한 반면 독일의 경우는 건강보험체계 내에서 관리하는 것이 효율적임.
- 둘째는 건강보험권 안에서 관리가 되지 않는 취약계층에 대해서는 지방자치단체에서 직접 보장해주는 방식임.
- 공적부조 제도 내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.
- 연방정부는 대상자 선정에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주 정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행

4) 2013년 임승지 외, “저소득층 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 개선방안”

정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.

○ 재원의 경우도 연방정부의 지원 없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.

□ 공적부조 제도 내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치 단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.

○ 연방정부는 대상자 선정에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주 정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.

○ 재원의 경우도 연방정부의 지원 없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.

□ 이때 공적부조 대상자 병의원 이용절차는 지방 사회보장국의 사전승인(응급질환 제외) → 병의원 진료 → 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산 하는 순으로 이루어짐.

□ 2009년 이후에는 의료이용시 의무적으로 건강보험에 가입하도록 하고 있으며, 보험료 지원을 통해서만 지원하고 있음.

□ 저소득층 건강보험 편입 정책에 대해서 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고할 수 있다는 장점이 있는 것으로 평가됨.

○ 그리고 공적부조 대상자는 병의원 이용 시 사전승인을 받아야 하나, 법정보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거할 수 있다는 장점이 있음.

○ 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료율 인상 요인이므로 보험자의료공급자가입자가 반대하고 있음.

3. 프랑스

가. 프랑스 의료보장의 개요

- 프랑스 사회보장제도는 통상 모자이크형 특징을 가지고 있다고 평가되며, 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도임.
- 이러한 특징에 기인하여 사회보장제도의 운영주체도 제도(Régime)에 따라 독립적으로 존재하고 있음.
- 대표적인 프랑스 사회보장제도의 3대 운영주체는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF) 등이 있음.
- 2000년부터 법정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)를 실시하여 전국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.
- 그리고 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료부조제도(Aides Sociales)가 있음.

나. 저소득층 의료보장

- 프랑스의 저소득층 의료보장은 2000년부터 시작된 보편적 질병급여제도(Couverture Maladie Universelle, 이하 CMU)에서 보장을 해주고 있으며, CMU는 기본적으로 보험료를 지원해서 기본적인 건강보험에 가입하도록 하는 CMU 기본보험(CMU de base)과 건강보험을 이용할 때 발생하는 본인부담을 지원하는 CMU 보충보험(CMU complémentaire)으로 구성되어 있음.
- CMU 기본보험은 2000년 프랑스 정부가 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험 가질 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 한 시스템임.
- CMU 혜택은 건강보험 가입 자격이 없는 3개월 이상 프랑스 거주자, 질병보

험 가입기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주외국 노동자, 의료부조 수급자 등이 대상자이며 이들 중 상당수는 RMI 수급자임.

□ CMU 보충급여는 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료에의 접근성의 제약을 받는 것을 줄이기 위해 본인부담을 지원하는 체계임.

○ 즉, CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공됨.

○ 그리고 제3자 지불방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에서 자유로움.

□ CMU 보충급여 대상자 선정은 자산조사를 통해 대상자가 선정되며, 1인 가구 454.63 EURO 이하, 2인 가구 778.32 EURO 이하(2010년 기준)의 경우 혜택을 받을 수 있음.

4. 네덜란드

가. 의료보장 체계

□ 네덜란드 건강보험 체계는 3단계로 이루어져 있음.

○ 제1영역은 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 의무적으로 가입하도록 되어 있는 보험임.

○ 재원은 보험료, 정부의 보조금 및 본인부담금으로 구성되어 있음.

□ 제2영역은 급성질환 및 일반적 질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 강제가입 하도록 한 보험임.

○ 제 2영역 보험은 2006년 이전에는 소득수준과 직종에 따라 공적보험(일정소

득 이하), 공무원보험 그리고 민간보험(일정소득 초과)으로 구분되어 가입되어 있었음.

- 하지만 2006년 개혁방안에 따라 관리를 모두 민간보험이 하도록 하였음.
- 그리고 정부는 저소득취약계층에 대한 보건의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금을 지원하도록 하였음.

- 제3영역은 보충형 민간보험으로 제1,2영역에서 급여하지 않는 치과, 고급의료, 성형 등을 위한 보험으로 가입은 자율적으로 하도록 하고 있음.
 - 하지만 전 국민의 90% 이상 가입하고 있음.

나. 네덜란드 건강보험 개혁방향

- 개혁 전 네덜란드 건강보험은 소득, 건강, 연령, 고용상태에 따라 다층 구조로 이루어져 있었음.
 - 따라서 소득, 건강상태, 고용주의 지원 등에 따라 보험료도 차등 부과되었음.
- 이러한 체계는 거시적인 관점에서 비용 억제에 성공한 것으로 평가되었으나, 대기시간이 길고, 공급자들의 효율성이 저하되었음.
 - 가입자들의 비용의식이 부족했으며, 가격에 상응하는 서비스를 제공하기 위한 인센티브가 미약하였음.
- 이에, 2006년 네덜란드 건강보험법(Zvw)은 세계 제2차 대전 이후 지속되던 필수질병기금보험과 자발적인 사적보험 간의 구별을 폐지하였음.
- 이를 극복하기 위해 네덜란드에서는 종전 공적인 체계 내에 있던 전통적인 보험을 사적인 조직인 민간보험에서 “경쟁”을 통해 관리하도록 함으로써 가격에 상응하는 서비스를 하도록 제도를 개혁하였음.

다. 건강보험(제2영역)의 개혁내용

- 2006년 개혁 중 가장 핵심은 제2영역의 건강보험의 관리를 민간보험에 위탁하는 것임.
 - 전 국민을 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하고 정부는 표준급여의 범위, 의료서비스의 질 등 민간보험을 통제 관리하는 시스템으로 변경 한 것임.
 - 따라서 민간보험사들은 급여, 서비스의 질(質), 보험료 등을 정부로부터 엄격한 통제를 받으며 보험 상품을 판매하고 있음. 민간보험사는 가입자의 건강상태에 따라 보험료를 차등하거나 가입을 거부할 수 없도록 하였음.
 - 그러나 정부에서 보험사에 재원을 배분할 때 정률보험료로 조성된 위험균등화 기금에서 가입자의 위험도(성, 연령, 질환여부 등)를 고려하여 재원을 배분하고 있음.
- 네덜란드 제2영역 건강보험의 재원은 정액보험료(기본보험료), 정률보험료 및 정부국고 부담으로 이루어져 있음.

라. 저소득층 의료보장

- 네덜란드의 저소득층 의료보장은 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보험 체계 내에서 보장하고 있음.
 - 다만, 저소득층에 대해서는 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의 세금공제 형태인 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을 통해 보험료 및 본인 부담금을 지원해 주고 있음.
- 의료보장수당 지원계산 방식은 다음과 같음
 - 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium
 - * Standard premium : 1인 가구 €1,209, 2인 이상 가구 €2,418
 - * Norm premium
 - 1인 가구 : 기준소득(€19,135)의 2.7% + 초과소득의 5%

2인 이상 가구 : 기준소득(€19,135)의 5% + 초과소득의 5%

- 위험조정(Risk adjustment)은 피보험자의 위험에 대한 보험을 보상하는 데 활용
 - 예상되는 관리비용과 조정 기여도를 계산하기 위해 위험조정을 결정하는 데 사용하는 피보험자의 특성)이러한 특성을 ‘조정기준’이라 함.
 - 연령 및 성별, 소득, 지역, 의약품비, 진료비, 사회경제적 상태

5. 싱가포르

가. 싱가포르의 의료보장 개요

- 싱가포르의 의료보장제도는 Medisave, Medishield, Medifund의 3층으로 구성되어 있어 '3M' 제도로도 불림.
 - 이러한 3층제도를 간략히 살펴보면, 첫째로 제1층제도인 Medisave 제도는 강제가입의무가 있으며 1984년에 처음 도입되었음.
- MSA(Medical Saving Account)제도는 일반적 입원서비스 중심으로 필요한 의료서비스를 이용하기위한 개인저축제도인 Medisave와 저비용으로 중증질환에 걸린 사람들을 보호하기위한 민영보험제도인 Medishield, 저소득층의 의료이용을 돕기 위한 Medifund로 구성됨.
 - Medisave는 1983년에 National Health Plan의 일부로 공표되어 개인의 CPF 내 계정으로 만듦.
 - Medishield는 과부담 질병에 대한 보장제도로 저비용 건강보험의 일환으로 CPF 멤버와 그들의 부양가족에게 Medisave 시행 6년 후인 1990년에 시작됨.
 - Medishield는 2002년부터 고령자의 장기요양을 위한 ElderShield를 시행하고, 2007년부터는 고령자 중 고비용의 치료를 필요하거나 심각한 장애의 치료가 필요한 고령자를 위한 ElderShield Supplements를 시행하고 있음.

- Medifund는 의료비를 지불할 수 없는 싱가포르인을 돕기위하여 정부에 의해 설정된 기금임. Medifund는 Medisave와 Medishield가 커버하는 범위에도 불구하고 의료비를 감당할 수 없는 사람들을 위한 안전망 역할을 함.

나. 저소득층 의료보장

- 1993년 4월 1일부터 시작된 Medifund는 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 정부에서 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안전망(Safety net)의 일종임.
- 가난한 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망임.
- Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야함.
- 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정함.
- 메디펀드의 수입과 지급 관련한 모든 문제에 대하여 보건부에 자문을 하는 임무는 메디펀드 자문기구(Medifund Advisory council)에서 담당하고 있음.
- 메디펀드 환자를 돌볼 수 있도록 승인된 메디펀드 기관(MFI)의 선정을 위해서 신청서를 평가하고 승인하기 위한 위원회를 가지고 있음.
- 과도한 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들에게 의료보장을 더 확대하기 위해 RH/Is가 메디펀드 자본금 중 총 5억 달러를 할당받아 2007년 12월에 메디펀드 실버가 출범하였음.
- 2009년 4월 1일부터 메디펀드는 포터블 보조금 지급 계획을 통해 민간 넢심홈

(Nursing Home)에 있는 환자들에게까지 확대 적용하였음.

6. 일본

가. 일본의 공공부조 제도

□ 일본의 공공부조제도 개관

- 1950년 생활보호법에서 생존권 보장 및 국가 책임의 원리, 무차별·평등의 원리, 최저생활보장의 원리, 보충성의 원리의 네 가지 기본 원리 규정
- 일본 공공부조제도는 빈곤에 처한 대상자의 욕구에 따라 필요한 지원을 제공하는 시스템
- 생활보호제도의 선정기준은 후생대신이 정하는 최저생계비
 - 대상가구의 소득평가액⁵⁾이 최저생활비보다 적으면 수급가구로 선정
 - 최저생계비는 급여수준을 결정하는 기준으로 활용

□ 일본 공공부조의 급여수준

- 생활보호제도의 기본급여액
 - 가구구성별 생활보호제도 기본급여액은 1급지-1의 경우 부모와 자녀1인으로 이루어진 가구는 175,170엔, 노인독신 가구는 80,820엔, 노인부부 가구는 121,940엔, 편모와 자녀 2인 가구는 193,900엔

나. 일본의 의료보장 개요

- 일본에서는 사회보험 방식의 의료보험제도가 1961년에 전 국민을 대상으로 실시되었고 피용자보험과 자영자보험으로 구분됨.
- 피용자보험은 건강보험과 공제조합 외에 선원보험이 있고, 자영자보험은 국민

5) 평균월소득-실비공제-근로공제

건강보험이 있음.

- 2009년 3월 기준으로 조합 수는 1,497개이며 가입자 수가 3,034만 명으로 전체인구의 23.6%가 가입되어 있음.

다. 저소득층 의료보장체계

- 그리고 저소득층 의료보장체계는 우리나라와 유사한 형태로 건강보험과 별도로 생활보호 제도 내에서 의료부조제도를 가지고 있으며, 166만 명 1.3%가 의료부조제도의 혜택을 받고 있음.
- 일본의 생활보호제도는 우리나라 국민기초생활보장제도와 유사한 제도로 생활이 빈곤한 사람들에게 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 보장하고 자립할 수 있도록 도와주는 제도로써 “생활부조, 주택부조, 교육부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 상제부조” 8가지 부조를 실시하고 있음.
- 일본은 건강보험제도 내에서 파산 등으로 일자리를 잃어 저소득층으로 전락할 수 있는 실업자에 대한 국민 건강 보험료(세)의 경감 조치를 2010년 4월부터 시행하였음.
- 일본은 소득수준과 연령수준에 따라 본인부담 상한액을 달리하여 취약계층에게 의료접근성을 보장하는 고액요양비제도를 가지고 있음.
- 여기서 주목할 부분은 고액진료비가 고액 상한을 두고 있음에도 고액 상한을 초과하는 경우에도 1%의 본인부담을 하도록 하고 있어 비용의식 제고를 위한 노력을 하고 있음.

7. 대만

가. 대만의 의료보장 개요

- 대만의全民건강보험은 단일보험자로 법률상 모든 국민이 강제가입하며, 주관기

관은 정부이고 중앙건강보험국이 운영함.

○ 피보험대상자는 피보험자와 피부양자이며 고용형태와 그들이 속한 단체의 성격에 따라 6개의 군으로 분류되어 운영되고 있음.

□ 대만에서 보험료 부과는 표준소득등급표(29등급)에 의거하여 전 국민에게 적용하고 있으며 소득과악이 임금근로자보다 용이하지 않은 자영자는 단일 등급을 적용하고 있음.

나. 저소득층 의료보장

□ 대만은 기본적으로 저소득층을 건강보험제도 내에서 제5류로 구분하고 건강보험료 전액을 국가에서 지원하고 있으며 그 규모는 전 국민의 1%수준임.

□ 이러한 기본적인 저소득층에 대한 지원 이외에 건강보험 제도 내에서 보험료를 체납하는 세대에 대한 보험료 지원과 본인부담을 납부하기 어려운 대상에 대해서 진료비를 대출해주는 지원체계를 가지고 있음.

□ 먼저 보험료를 보조해주는 제도로 저소득층과 취약계층을 대상으로 국가가 보험료를 보조해 주고 있음.

○ 적용대상으로는 저소득층의 70세 이상 노인과 3세 미만의 어린이, 실업자, 20세 이하 또는 55세 이상 실업 원주민 및 장애우임.

□ 둘째로는 보험료 체납자 및 본인부담 납부가 어려운 계층에 대한 지원을 위해 NHI 구제기금을 운영하고 있음.

○ NHI는 보험료 납부가 어렵거나 진료비 본인부담이 어려운 사람에게 무이자로 대출해 주는 제도이며, NHI 기금은 정부예산, 담배기금, 복권수입 등으로 조성됨.

□ 마지막으로 저소득층을 대상으로 한 응급구호제도의 일환으로 보험료를 체납

하고 있어도 입원진료나 응급진료가 필요한 저소득층에 대해서는 진료를 받을 권리를 보장하고 있음.

○ 보험료를 납부하지 못하는 저소득층이 응급진료를 받을 시에는 지자체에서 발급한 저소득 증빙서류를 의료기관에 제출하면 지원을 받았음.

V. 의료급여제도의 맞춤형 급여 방안

1. 의료급여 개편의 개요

□ 의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 국민조세를 토대로 의료서비스를 제공하는 공공부조제도임.

○ 의료급여는 생존권보장의 원리, 최저생활보장의 원리, 보충성의 원리, 자립조장의 원리와 같은 기본원칙에 의해 운영되고 있음.

□ 의료급여는 소득기준만을 따른 기초생활수급자와 타법 수급자*에게 실시하고, 근로능력 유무에 따라 종별 자격 부여(1종 또는 2종)

* 이재민, 의사상자, 국가유공자, 북한이탈주민, 5·18민주화유공자, 무형문화재, 행려환자, 노숙인, 입양아동(의료급여법 제3조)

□ 현행 의료급여는 국민기초생활보장법과 달리 「의료급여법」으로 독립되어 운영됨으로 이미 개별급여적 성격을 띠고 있음.

□ 현행의료급여 수급자선정 기준은 국민기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 되기 때문에 국민기초생활보장 수급자 선정기준과 같음.

○ 의료급여법에 의한 수급권자(근로능력이 있는 계층은 2종, 근로능력이 없는 계층은 1종으로 구분)와 타법에 의한 기타 대상자(국가유공자, 인간문화재, 이재민, 북한이탈주민 등 전원 의료급여 1종)가 해당

○ 타법 지원자에 대해서는 의료욕구와 관계없이 1종 의료급여를 적용하고 있음.

- 이재민, 의사상자, 입양아동, 5·18 민주화 운동 관련자(약 11천명)에 대해서는 소득기준 없이 수급자로 선정

□ 의료욕구를 반영하지 못한 대상자 선정

- 현행 의료급여제도는 소득(소득인정액 기준)이 최저생계비 이하인 기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 됨으로써 대상자 선정에 소득 기준만 반영될 뿐 의료욕구를 반영하고 있지 못함.
- 따라서 의료급여 수급자 선정 시 의료욕구를 반영한 기준 필요
 - 일정수준 소득 이하 계층 중 의료욕구가 있는 대상자에 대해서도 별도의 기전을 마련하여 의료 사각지대를 최소화하고 빈곤추락을 방지할 필요가 있음.

□ 의료급여 내 불형평성 문제

- 동일 소득 이하이면서 근로능력이 없는 의료급여 2종(예시: 노인, 아동 등)인 경우 의료급여 1종 대상자와 형평성 문제

□ 건강보험과의 관계를 고려한 중장기 발전방향 모색 필요

2. 의료급여 단기 개편방안

가. 기본원칙

- 의료급여는 의료급여법으로 독립하여 운영되고 있어, 이미 개별적으로 급여를 하고 있음
- 따라서 획기적인 변화보다 현실가능성을 최대한 반영하여 현행 소득기준을 중심으로 대상자를 선정하되, 부양의무자 기준 완화를 통한 대상자 확대 방안
- 제도의 안정적 정착을 위해 기존 의료급여 제도의 의료급여 대상자와 보장수준을 최대한 유지

○ 현행 최저생계비 기준(2013년 기준) : 중위소득 40%

나. 소득기준선 설정 논리

□ 제도의 안정적 정착을 위해 기존 의료급여 제도의 의료급여 대상자와 보장수준을 최대한 유지

○ 현행 최저생계비 기준(2013년 기준)인 중위소득 40% 유지

□ 부채가 있는 수급가구(전체의 43.3%)의 16.6%가 의료비로 인해 부채를 지는 것으로 나타남.

○ 이는 부채가 있는 차상위가구(전체의 25~30%)의 약 6%, 부채가 있는 전체가구(전체의 52.30%)의 3.70%가 의료비로 인해 부채를 지게 되는 비율보다 월등히 높아 의료지원 욕구가 높은 현(現)수급가구 수준(중위소득 40%)을 우선 지원 필요

다. 대상자 선정 기준

□ 소득기준은 중위소득 40% 이하인 대상자 선정

○ 현행대로 소득 및 부양의무자 기준*만 적용하되 의료필요 기준은 단기 발전방향에서는 반영하지 않음.

○ 대상자를 현행 기준대로 1종과 2종을 구분하는 안

□ 급여 지원 수준

○ 최저보장수준

－ 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 의료문제(개인의 질병, 부상, 출산)에 대해 기본적이고 필수적인 의료서비스(진찰·검사, 치료 등)를 제공함으로써 의료접근성에 제약을 주지 않는 수준

○ 현행 1종, 2종 본인부담 수준 유지

□ 수급대상자 추계

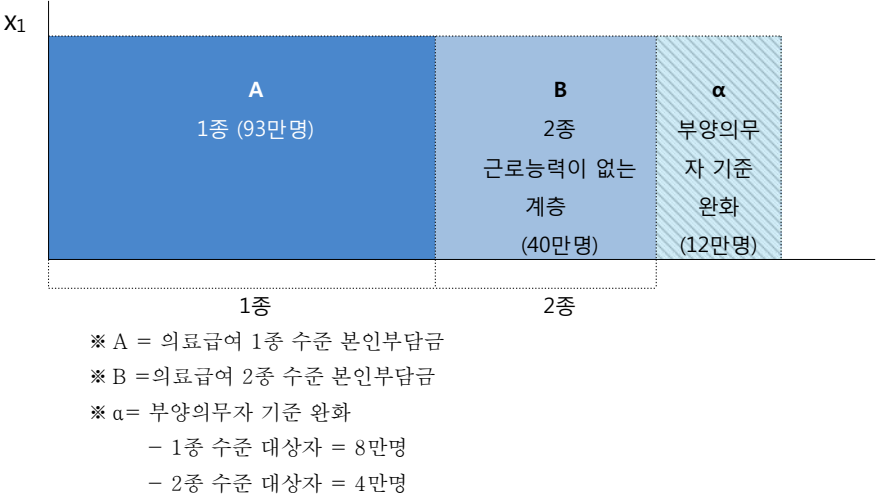
- 現 의료급여 수급자(타법 수급자 제외) → 133만명
- 부양의무자 기준 완화에 따른 수급자 증가분 → 12만명
- 의료급여 대상자(타법 수급자 제외)
 - 의료급여 1종 대상자 93만명 → 101만명(8만명 증가)
 - 의료급여 2종 대상자 40만명 → 44만명(4만명 증가)
 - 의료급여 대상자 133만명 → 145만명(12만명 증가)

라. 재정소요액

- 개편된 맞춤형 의료급여체계에 따른 재정소요액은 추정된 2014년 의료급여 소요액(54,133억원)에 2014년 10월부터 시행되는 부양의무자 기준 완화에 따른 추가소요액(806억원)이 더해져 의료급여 재정소요액은 총 54,939억원으로 예상됨.
 - 연도별 의료급여 수급권자의 실제 총진료비 소요액 현황으로 중앙 및 지방 정부 예산을 포함함.
- 2014년 1년간의 재정소요액을 가정하면, 2014년 의료급여 소요액(54,133억원)에 부양의무자 기준완화에 따른 추가소요액의 1년으로 산출한 소요액(3,224억)을 더하여 계산한 결과 2014년 1년간 의료급여 재정소요액은 총 57,357억원으로 추정됨.
- 2015년 1년간 재정소요액을 추계하면 의료급여 수급자 지원액 56,125억원에 부양의무자 기준완화에 따른 추가소요액 3,343억원이 더해져 59,468억원으로 추정됨.

[그림 2] 맞춤형 의료급여체계 구상(안)

(단위 : 명)



3. 의료급여 중기 개편방안

가. 의료급여 중기개편방향 검토

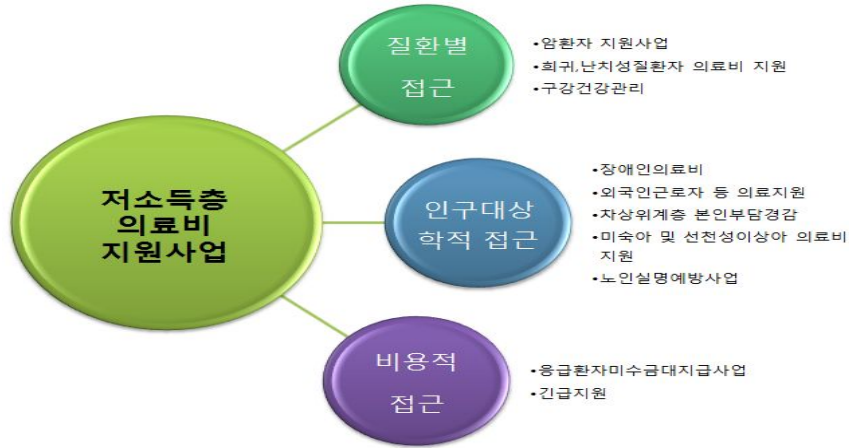
□ 의료보장성 강화 정책 방향

- 건강보험은 질병으로 인한 경제적 부담 경감을 목표로 하며, 이를 위해 의료비 부담이 많은 사회경제적으로 취약한 계층에 대해 보장성 강화 필요
- 건강보장 보장성 강화를 위한 항목별, 질환별, 비용적 접근 방안

□ 저소득층 의료비 지원사업의 정책방향

- 저소득층 의료비 지원사업으로 대표적인 제도는 의료비지원제도 및 긴급지원 사업으로 구분됨.

[그림 3] 저소득층 의료비 지원사업



□ 미국 Medicaid 대상자 선정기준

○ 소득과 자산 기준

- 빈곤가정일시부조(Temporary Assistance for Needy families : TANF) 제도와 보충적 사회보장제도(supplemental security income: SSI) 수혜자

○ 인구집단 기준

- 아동(위탁·입양아동, 장애아동, 부모나 보호자가 없는 아동 등), 임산부, 노인, 장애인
- 질병 기준
- 유방암이나 자궁경부암 여성
- 결핵감염자(단, 결핵 치료에 대한 급여로, SSI 소득을 넘게 된 경우에 한함)

나. 의료급여 중기개편의 기본원칙

□ 의료급여 확대 방향성

- 현행 의료급여 제도는 소득 기준을 적용하여 의료급여 수급자를 선정함에 따라 의료필요 대상자의 욕구를 반영하지 못하고 있음.
- 의료필요도는 소득, 질환, 인구학적 특성, 비용적 기준과 같은 기준을 적용할 수 있음.

□ 소득·재산 및 부양의무자 기준 + 의료필요 기준

- 소득·재산 및 부양의무자 기준
 - 소득인정액(소득·재산의 소득환산액)이 일정수준 이하인 가구
 - 생계급여기준선, 최저생계비, 중위소득 40%~50%

□ 의료필요 기준

- 인구학적 요인 및 질환별 요인으로 인해 의료필요가 높은 대상자 선정
- 의료필요 기준의 개념
 - (인구학적 요인) 노인, 아동, 장애인, 임산부 등 근로무능력자
 - (질환별 요인) 만성질환자, 희귀난치성질환자, 중증질환자 등

□ 의료급여 내 형평성 도모

- 의료급여 내 모든 수급자에게 동일급여 원칙
 - 동일 소득 이하인 의료급여 1종 대상자와 근로능력이 없는 2종대상자에게 동일 급여

□ 제도의 안정적 정착 고려

- 기존 제도의 의료급여 대상자와 보장수준에 대한 변화의 폭을 좁히고, 정해진 예산을 고려한 의료급여 정책 마련

- 탈락자와 저소득층 지원방안 모색
- 건강보험체계 내에서의 저소득층 의료보장 강화 모색

□ 취업과 탈수급 도모

- 근로능력이 있는 빈곤층의 취업과 탈수급을 도모할 수 있도록 건강보험과의 관계를 고려한 의료지원 방안 모색

□ 의료급여의 중장기적 방향성 반영

- 의료급여와 건강보험의 관계를 고려한 중장기적으로 발전방향 설정과 이에 부합한 방안 마련
- 저소득층 보장 문제를 의료급여 내에서만 해결할 것이 아니라 건강보험 내에서 의료급여 2종 수준으로 본인부담을 경감해 주는 방안

1) 중기개편 방안 1안

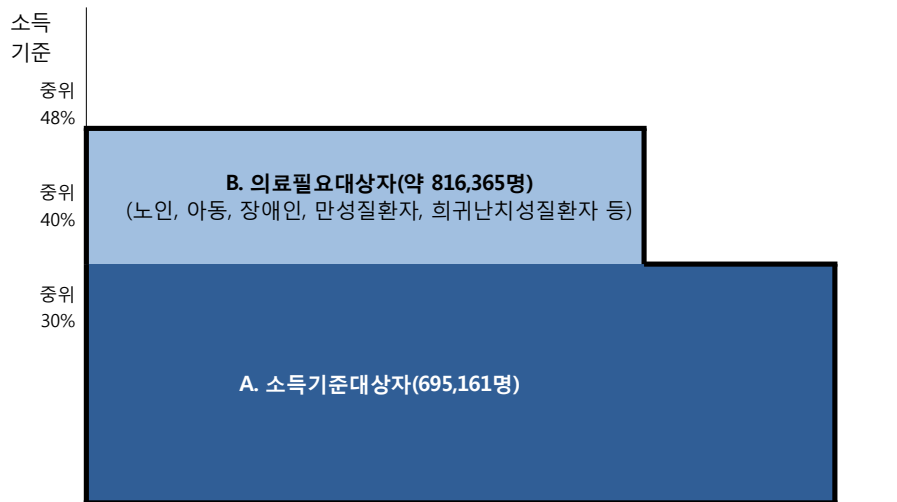
□ 소득기준 및 의료필요기준을 반영하여 대상자를 늘리는 개편방안

- 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 163만명
 - (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,151명
 - (의료필요 기준)중위소득 30~48% 대상자 중 의료필요 대상자 : 816,365명
 - 노인, 아동, 만성질환자, 장애인, 희귀난치성질환자 등
 - 부양의무자기준 완화 대상자 : 약 12만명

○ 소요예산

- 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(3조 3,083억) + 부양의무자 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 6조 272억원
- 추가소요액 : 1조 2,913억원

[그림 4] 맞춤형 의료급여체계 구상(1안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%, 차상위 기준선 중위소득 48%

2) 중기개편 방안 2안

□ 현실적인 상황을 고려하여 현행 대상자 수와 동일하게 유지하는 방안

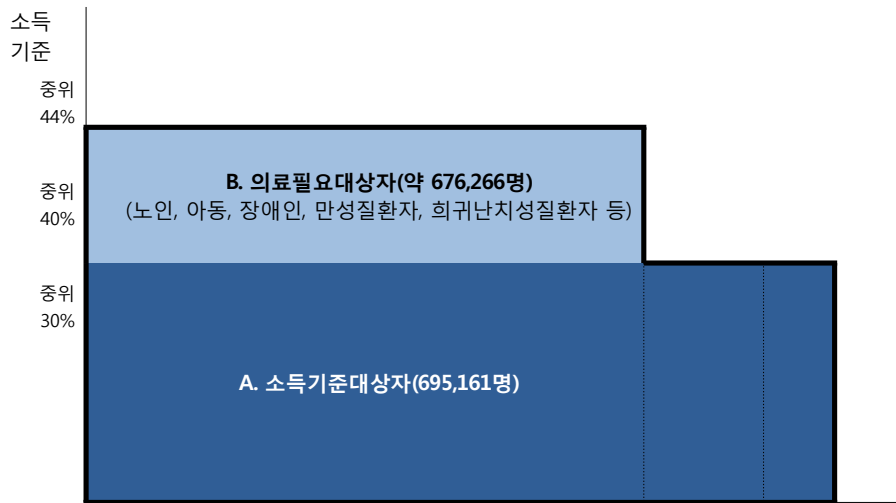
○ 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 149만명

- (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,161명
- (의료필요 기준)중위소득 30~ 44% 대상자 중 의료필요 대상자 : 676,266명
 - 노인, 아동, 만성질환자, 장애인, 희귀난치성질환자 등
- 부양의무자기준 완화 대상자 : 약 12만명

○ 소요예산

- 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 7,708억) + 부양의무자 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 4,897억원
- 추가소요액 : 7,538억원

[그림 5] 맞춤형 의료급여체계 구상(2안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%, 차상위 기준선 중위소득 48%

3) 중기개편 방안 3안

□ 대상자별 선정기준을 차등적으로 적용하는 방안

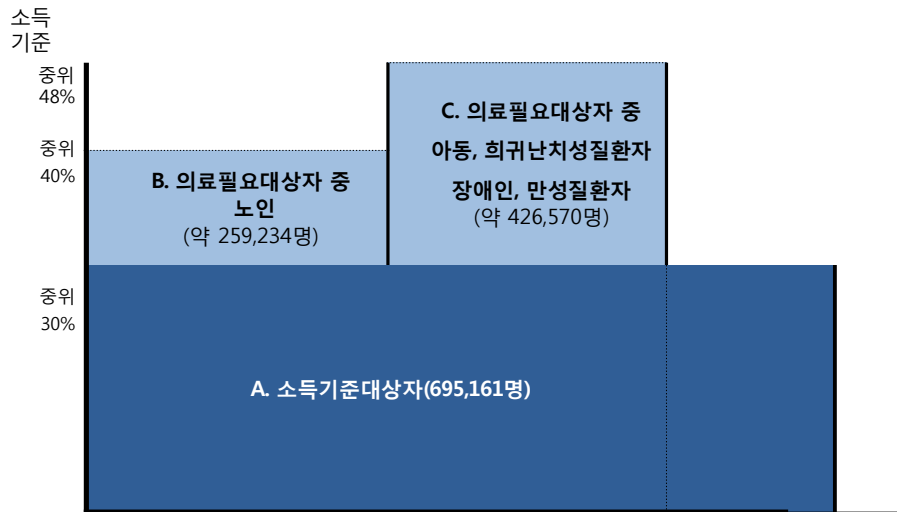
○ 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 150만명

- (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,161명
- (의료필요 기준)의료필요가 있는 취약계층 : 685,804명
 - 중위소득 40% 이하 : 노인(259,234명)
 - 중위소득 48% 이하 : 아동(199,138명), 장애인(90,045명), 만성질환자(115,000명), 희귀난치성질환자(22,387명)
- 부양의무자기준 완화 대상자 : 약 12만명

○ 소요예산

- 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 6,678억) + 부양의무자 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 3,867억원
- 추가소요액 : 6,508억원

[그림 6] 맞춤형 의료급여체계 구상(3안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%

4) 중기개편 방안 4안

□ 근로무능력자 유무에 따른 대상자 선정기준을 달리 적용하는 방안

○ 대상자 선정기준 및 대상자 수

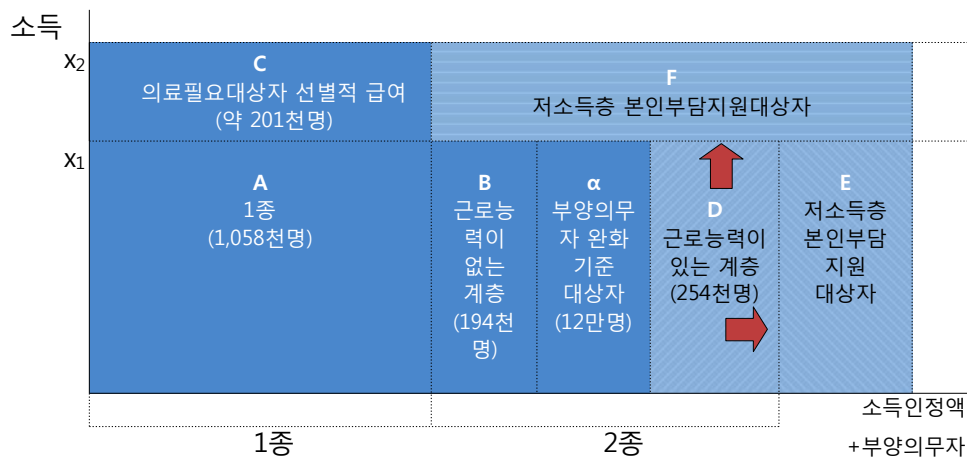
- 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함)과 의료필요를 반영한 대상자를 선정하여 의료급여 1종 수준 급여 : 136만명
 - 노인, 아동, 장애인, 임산부 등(중위소득 40% 이하) 근로무능력자
- 기준소득 이상이지만 의료필요가 있는 계층은 추가적으로 선별적 의료급여

시행하여 건강보험 본인부담경감 대상자로 의료급여 2종 수준 급여 : 170만명

- 희귀난치성질환자, 아동에게 개인별 급여를 제공하고, 단계적으로 만성질환자, 장애인, 임산부, 노인 등으로 확대하는 방안

○ 추가소요액 : 총 5,623억원(부양의무자 기준 제외시 2,399억원)

[그림 7] 맞춤형 의료급여체계 구상(안)



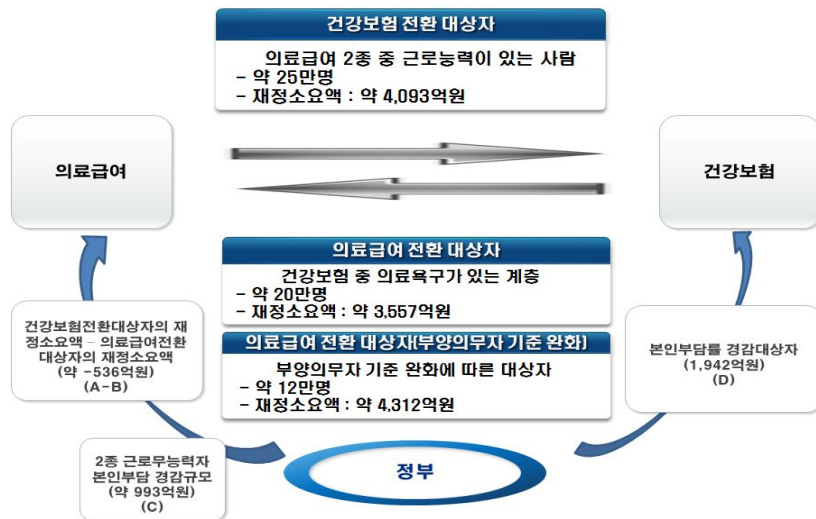
자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ X₁ - X₂: 기준선 예) 생계급여기준선, 최저생계비, 중위소득 38%-45%

□ 중기 개편방안 재정소요액 추계

○ 중기 개편방안의 국가의 추가 의료급여지원액은 총 6,711억원으로 추정

[그림 8] 맞춤형 급여체계에 따른 재정소요액 방식



□ 향후 쟁점사항

○ 근로능력자 건강보험 전환 가능성

- 대상자 선정 기준에 의료필요를 반영할 경우 근로능력이 있는 사람들의 건강보험 전환 가능성 고려

○ 의료급여 내 동일급여 원칙 가능성

- 의료급여 1종 대상자와 의료급여 2종 대상자의 동일급여 가능성
- 향후 의료급여 1종, 2종 구분없이 동일한 본인부담 수준으로 통합 가능성

○ 의료가수요 발생으로 인한 의료비 증가문제

- 부양의무자 기준 완화로 인한 본인부담이 줄어드는 대상자 수가 증가하고, 이에 의료가수요 발생으로 의료비 증가 문제

○ 급여대상자가 되는 의료필요대상자(약 20만명)의 진료비가 2종 근로능력이 있는 대상자(약 25만명)도 높아 과도해지는 모순 발생

○ 이러한 의료가수요의 문제의 대안으로 단계적인 급여수준 조정을 위한 의료급여 본인부담 조정 방안이 고려될 수 있음.

- (1안) 현행 의료급여 1종 대상자의 본인부담 수준 유지하는 방안을 고려할 수 있음.
- (2안) 의료급여 약국 본인부담 정률제 도입하는 방안 고려

□ 탈락자 등에 대한 대안

○ 이행기 보장정책 시행(대안 1)

- 기초생활제도 급여체계의 개편과정에서 일부 수급가구의 급여감소나 수급 탈락이 발생함에 따라 제도정착기까지 충격을 흡수할 수 있는 이행기 보장 정책 적용
 - 이행기보장정책은 맞춤형 의료급여체계(욕구별 급여체계)가 연착륙할 수 있는 한시적 충격흡수 장치임.
 - 따라서 맞춤형급여체계 도입으로 탈락한 대상에 대해 3개년 동안 현행 자격을 유지하고, 발생하는 비용을 건강보험에서 부담하는 이행기 제도 시행.

○ 의료급여 탈락자 및 저소득층 본인부담 지원방안 고려(대안 2)

- 의료급여에서 탈락한 대상자와 재산 및 부양의무자 기준으로 탈락된 계층에게는 본인부담을 보충적으로 지원하는 방안 고려
 - 대상자 선정기준 은 소득인정액과 부양의무자 기준을 고려하여 선정해야 할 것
 - 본인부담 지원 규모는 건강보험 법정본인부담의 50% 지원
 - 단, 2종 수급자 중 탈락할 경우 3년간 2종 수준의 본인부담 유지

4. 의료급여 장기개편안

가. 의료급여 장기개편의 기본방향

- 건강보장체계의 통합방안운영방식으로 전환

- 의료급여와 건강보험을 통합하여 단일한 체계로 운영
- 이러한 방식은 사회보험 선진국가에서 모두 실시하고 있는 체계임.
- 또한 재원조달도 중앙정부와 지방정부가 저소득층에 대한 진료비와 본인부담금을 부담하는 방식을 채택할 수도 있음.
- 대상자에 대한 수입비례보험료와 본인부담금을 부담하는 방식으로 할 수 있음.

나. 건강보험과 의료급여의 특성

□ 사회보험방식의 건강보험제도

- 사회보험의 각종 프로그램은 국가의 일반재정이 아닌 보험료에 의하여 재원이 조달되는 특성이 있음.
 - 보험료는 사용자, 피용자 또는 양자에 의하여 부담이 이루어짐.
 - 이러한 보험료는 통상 정부의 회계와는 별도로 모아져 특정기금으로 충당하며 보험혜택은 기금으로부터 보험료 부담에 대한 반대급부로 주어짐.

□ 공공부조제도로써 의료급여의 특성

- 공공부조는 자력으로 생계를 영위할 수 없는 사람들의 생활을 그들이 자력으로 생활할 수 있을 때까지 국가가 재정자금으로 보호하여 주는 일종의 구빈제 도입.

〈표 5〉 건강보험과 의료급여의 비교

구분	건강보험	의료급여
제도의 특성	사회보험제도 근로능력이 있는 사람을 위한 제도	공적부조제도 근로능력이 없는 사람을 원조하는 제도
대상	모든 국민 강제가입	저소득층 등 일부계층 (본인신청필요)
자산조사	불필요	필요
급여수준	보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여(수지균등원칙)	재산 상태 및 필요도에 따라 조정
수가체계	-	건강보험수가의 100%산정

구분	건강보험	의료급여
		요양기관 종별가산율 차이 존재
재원조달	보험료, 국고지원금 등	정부의 일반조세(중앙과 지방부담)
보험료	소득 수준에 따른 차등 부과	—
관리주체	국민건강보험공단	기초자치단체(시·군·구)

다. 장기개편 모형(예시)

□ 장기모형의 단계적 적용방안

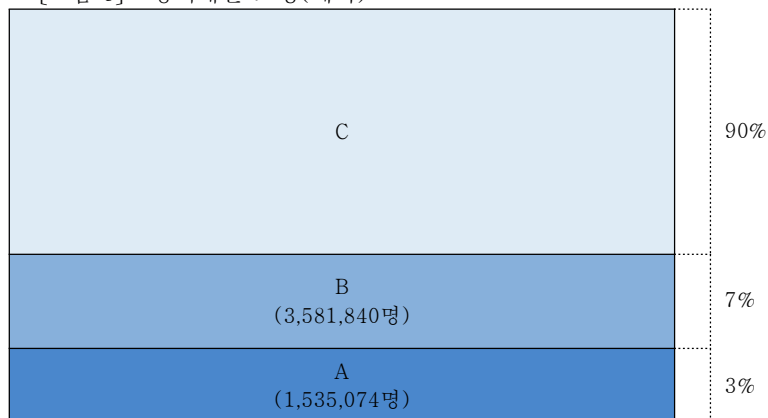
○ 통합초기 : 본인부담 경감대상자를 둠.

- 현행 의료급여 대상자 수준 3%는 현행과 같이 본인부담 거의 무료
- 나머지 7%는 건강보험 본인부담의 50% 수준으로 경감

○ 보장률이 80%에 다다르면 본인부담을 동일하게 적용

- 본인부담 20%로 인해 고통받는 저소득 계층의 경우 의료안전망기금(가칭) 등에서 일시적으로 고액진료비(재난적 의료비) 지원 등으로 보장성 확보

[그림 9] 장기개편 모형(예시)



※ 건강보험 내 보험료 감면 등 본인부담 차등

※ A : 본인부담을 거의 면제 하고, 근로능력이 없는 중위소득 40%, 의료욕구가 있는 계층 지원
 - 현행기준 의료급여 1종 대상자(1,058천명) + 근로능력이 없는 계층+ 부양의무자완화기준 대상자 + 의료 필요대상자(선별적 급여)

※ B : 건강보험 본인부담 1/2(저소득층)

□ 재원조달

- 현행과 같이 중앙정부와 지방정부가 80:20(서울시) 지원
 - 의료급여 대상자 수(약 3%)의 총진료비만큼(약 5조) 국고 지원
 - 추가적으로 본인부담경감대상자(약 350만명)의 본인부담경감액에 대한 국고지원

□ 향후 쟁점사항

가) 장점

- 현행 두가지체계로 약간 상이한 방식으로 운영되고 있는 것을 하나의 체계로 묶음으로써 관리의 효율성을 높일 수 있음.
- 별도의 운영기준이나 관리체계를 둘 필요가 없이 하나의 체계로 운영함으로써 관리비, 관리인력을 줄일 수 있음.
- 무엇보다 이러한 통합방식은 모든 국민들을 동일한 운영원칙을 가지는 하나의 건강보장체계 하에 묶음으로써 사회보장의 정신에 가장 부합할 수 있어 보편성의 원칙에 가장 충실한 방법이라고 볼 수 있음.
- 외국사례 등을 고려할 때, 장기적으로 방향성과 일치함.

나) 단점

- 일시적으로 저소득층의 의료보장이 약화될 우려가 있음.
- 저소득층 규모의 적절성에 대한 논란이 존재할 수 있음.
- 이러한 통합 시 저소득층의 규모를 얼마나 할 것인지에 대해서는 여전히 중요한 정책적 이슈가 됨.
- 의료급여의 성격을 기존 사회부조에서 사회보험으로 전환함에 따라 저소득층에 대한 특수성이 오히려 무시될 수 있음.

5. 모형에 따른 의견

□ 앞에서 언급한 단기, 중기, 장기모형들 중 어떤 정책모형을 선택할 것인가는 여러 가지 요소들을 검토하여야 함.

○ 각 모형은 장단점을 모두 가지고 있기 때문에 모든 이들에 만족하게 할 수 없음.

□ 따라서 각안들이 가지는 장단점이 있는 까닭에 개개인의 저소득층의 의료보장에 대한 입장과 정치적 실현가능성과 기대효과에 따라 대안이 다르게 선택될 수 있음.

□ 건강보험과 의료급여의 관계를 정립해 보면 원칙적으로 건강보험과 의료급여는 하나의 테두리에서 운영되어야 함.

□ 그러나 현재 우리나라 의료보장의 보장률 수준이나 시기적절성, 정책의 용이성과 실현가능성 등을 검토해 볼 때는 당분간 단기개편안이 적절할 것으로 판단됨.

*주요용어: 의료급여, 맞춤형 급여, 의료욕구



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구내용 및 방법

제3절 기대효과 및 활용방안

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

□ 2000년 10월 시작된 국민기초생활보장제도가 어느덧 12년이 경과하였음.

○ 2000년 이전 약 40년간 시행된 생활보호제도는 근대적 공공부조제도라는 제도적 외형은 띄고 있었으나, 그 내용은 시혜적 단순보호차원을 넘지 못하는 한계를 가졌음.

– 종래의 생활보호제도에서는 최저생계비 이하의 소득자에게 국가가 시혜로써 최저생활을 보장하였지만 국민기초생활보장법에서는 최저생계비 이하의 수급자가 권리로서 국가에게 최저생활보장을 요청할 수 있게 바뀌었음.

○ 즉, 2000년 10월 비로소 빈곤에 대한 국가책임을 강화하는 종합적 빈곤대책으로 국민기초생활보장제도가 출범하게 되었음.

– 단순한 시혜가 아닌 권리로서의 국민기초생활보장제도는 그간 우리나라 빈곤의 최후 사회안전망으로서의 기능을 충실히 수행해 왔다고 해도 과언이 아닐 것임.

□ 그러나 국민기초생활보장제도 내 급여체계에서는 큰 변동이 없었음.

○ 일단 수급자가 되면 생계급여 외에 의료, 주거, 교육, 자활, 장제, 출산급여의 수급권을 동시에 갖게 되는 통합급여체계를 유지하고 있음.

– 이는 급여가 한 덩어리로 경직적으로 작동하는 체계로 빈곤지위만으로 모든 급여를 받거나 혹은 아무것도 받지 못하는 All or Nothing 급여체계에 따른 빈곤함정(Poverty trap)이 발생하게 됨.

– 이에, 의료이 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 의료

보장의 사각지대가 발생하는 문제점을 가짐.

- 표준화된 욕구로 산정된 획일적 최저생계비는 지역별, 생애주기별, 개별상황별로 상이한 최저생계욕구를 반영하지 못하며, 개별욕구들이 한 덩어리로 합쳐진 최저생계비 기준의 적용은 개별적인 상황에 따른 다차원적 욕구들을 평가하는 데 한계를 가짐.

○ 이러한 통합 급여체계는 수급자에게 복지혜택이 집중되어 수급자와 차상위계층 사이에 소득역전 등의 부작용이 있으며, 이로 인해 근로의욕 저하와 탈수급 기피현상이 나타나고 있음.

- 특히, 탈수급 시 급여 및 서비스 중단 또는 감소와 함께 사회보험료 등 새롭게 발생하는 비용부담이 편익에 비해 월등히 크게 나타나는 구조적 문제가 상존

○ 지금까지 기초생활보장제도는 관련 복지제도가 취약한 상황에서 수급자에게 다양한 지원을 하는 상징적인 제도의 역할을 담당 해왔지만 최근에는 관련 복지제도를 통한 지원 또한 수급자에게 집중되면서 수급자와 비수급자 간의 소득역전 문제마저 발생하고 있음(노대명 외, 2013).

□ 현행 통합 급여체계에서 개별상황에 따라 다차원적 욕구를 유연하게 반영할 수 있는 맞춤형 급여체계로 개편이 필요한 시점임.

○ 통합 급여체계에서 제시된 문제점들을 해소할 수 있는 방안으로 맞춤형 급여체계가 논의되어 왔음.

- 이는 욕구별로 수급기준을 설정하여 별도의 법체계에서 서비스를 공급하는 것으로 욕구를 반영하여 맞춤형 급여를 하는 체계임.
- 개별욕구의 특성을 반영한 급여별 수급의 자격기준 및 보장수준으로 기초생활권 보장성의 합리화를 확보하는 것임.

○ 맞춤형 급여체계는 빈곤층의 기초생활을 보장하는 또 다른 방식으로, 통합급여가 Top-down 방식이라면, 맞춤형 급여체계는 Bottom-up 방식으로 빈곤가구의 욕구에 맞게 보장성을 현실화하는 방식이라고 볼 수 있음(노대명 외,

2013).

- 빈곤층 복지 사각지대를 해소하는 현실적인 전략으로 욕구별 급여체계 개편이 필요하며, 각 급여별 제도 개편을 통하여 영역별 복지제도가 빠르게 성장할 수 있는 기반이 마련되어야 할 것

○ 새 정부 공약사항에서도 ‘기초생활보장제도 급여체계 개편’에서 수급자 중심의 통합급여체계를 ‘맞춤형 급여체계’로 확대 개편하는 것을 공약하고 있음.

공약 : 기초생활보장제도 급여체계 개편

□ 수급자 중심의 통합 급여체계를 ‘맞춤형 급여체계’로 확대 개편

□ 생활영역별로 다양한 정책대상별 맞춤형 급여 및 서비스 제공

○ 의료, 교육, 주거급여는 부처 간 칸막이를 해소하고 관련 정책 간 연계 및 통합을 통해 각 생활영역별 맞춤형 급여체계로 재설계

<국정과제 42>

□ (맞춤형 개별급여체계 도입) 생계, 주거, 교육, 의료급여별 선정기준 및 지원내용 차별화, 분야별 지원프로그램과 연계·조정·통합

□ 특히, 의료급여의 경우는 의료욕구를 반영한 맞춤형 급여체계로의 개편이 필요함.

○ 현행 의료급여제도는 소득(소득인정액 기준)이 최저생계비 이하인 기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 됨으로써 대상자 선정에 소득 기준만 반영될 뿐 의료욕구를 반영하고 있지 못함.

- 노인, 장애인, 임산부, 아동 등 의료 취약 계층과 만성질환자, 희귀난치성질환자 등 질병으로 인한 의료욕구가 많지만, 소득, 재산, 부양의무자 기준 때문에 수급자가 되지 못하여 의료 접근성 측면에서 상당한 정도의 제약을 받고 있음.

- 따라서 의료급여 수급자 선정 시 의료욕구를 반영한 맞춤형 급여체계로의 개선이 필요
 - 미충족 의료욕구가 있는 최저생계비 이상의 차상위 계층에 대한 별도의 기전을 마련하여 의료 사각지대를 최소화하고 빈곤추락을 방지할 필요가 있음.
- 또한 맞춤형 의료체계로의 전환을 통해 의료급여제도의 합리성, 효율성, 효과성 제고 필요
- 현행 수급자 대상 설문조사에 의하면 의료욕구 때문에 기초수급자가 되고자 하는 유인이 가장 많은 것으로 조사되고 있음.
 - 즉, 의료욕구 때문에 근로 유인이 저하되어 최저생계비 이하의 소득자가 되고, 기초수급자가 되면 필요이상의 7개 급여를 받게 됨.
 - 따라서 욕구별 급여체계로의 재편은 필요한 곳에 필요한 서비스를 제공함으로써 제도의 효율성을 높일 수 있음.
- 따라서 의료급여의 경우 맞춤형 급여체계로의 전환을 위한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 구체적인 방안 마련이 필요한 시점임.

2. 연구 목적

- 본 연구는 의료급여제도가 맞춤형 급여체계로 전환할 때 필요한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 구체적인 방안을 목적으로 하고 있음.
- 이를 위한 구체적인 목적은
 - 첫째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체계로의 전환과 관련된 현황, 문제점 그리고 기존에 연구된 문헌들에 대한 종합적인 검토를 통해 기본 방향설정의 시사점 등을 도출
 - 둘째, 외국의 기초생활보장제도 및 기초의료보장제도에 대한 고찰을 통해 우리나라 제도의 시사점 도출

- 셋째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체제로 전환을 위한 의료급여 대상자의 범위, 대상자 선정기준, 관리운영 방안 등 의료급여제도의 맞춤형 급여체계 도입 방안 마련
- 넷째, 의료급여제도의 맞춤형 급여체계 도입방안을 실제 실행할 경우 의료급여 대상자 규모 및 의료급여 재정소요액 대한 구체적인 추계결과 제시
- 마지막으로 중장기적으로 의료급여제도와 건강보험제도간의 역할정립방안 등 중장기 발전방안 모색

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

- 본 연구에서는 현행 의료급여 제도의 맞춤형 급여제도로의 전환을 위한 현행 제도의 현황 및 개선사항과 외국제도로부터의 시사점을 도출하여 개편방안을 모색하는데 의의가 있음.
- 제2장에서는 의료급여의 맞춤형 급여체계 관련 현황 및 문제점을 모색함.
 - 국민 기초생활보장제도의 현황 및 문제점 도출
 - 국민기초보장 생활제도의 개요
 - 국민기초생활보장 수급자 선정기준, 최저생계비 계측, 최저생계비 계측 및 활용상의 문제점
 - 의료급여제도의 대상자 선정 등 제도 개요
 - 현행 의료급여 수급권자 선정기준
 - 의료급여 본인부담 및 보장성 범위
 - 맞춤형 급여체계 관련 현행 수급자 선정의 문제점 도출

□ 제3장은 의료급여제도의 맞춤형 급여 관련 선행연구 고찰을 통한 시사점 도출

- 국민기초생활보장제도 개별급여체계 도입방안, 국민기초생활보장제도 빈곤정책제도 기획단, 의료급여 개별급여 도입방안, 의료급여 욕구별 급여방안 등 기초생활보장제도의 급여체계 개편 논의와 관련된 다양한 선행연구 정리
- 선행연구 정리 및 기존의 개선대안들에 대한 분석

□ 제4장은 외국의 의료보장 제도 및 저소득층에 대한 의료보장 제도 고찰을 통해 우리나라 의료급여제도와 비교분석함.

- 외국의 제반 의료보장제도와 저소득층 의료보장 제도 비교 분석
 - 미국 저소득층 의료보장체계인 Medicaid 제도에 대한 개관
 - 주별 Medicaid 대상자 선정기준 등
 - 특히 의료욕구를 반영한 대상자 선정에 대한 각 주별 기준 비교분석
 - 저소득층 의료서비스 내용 및 급여범위
 - 독일, 프랑스, 네덜란드, 싱가포르, 일본, 대만의 의료보장제도와 저소득층 의료보장 현황 및 시사점 도출

□ 제5장에서는 향후 의료급여제도의 맞춤형 급여 전환 방안을 도출하고, 중장기적 의료급여 방향을 제시함.

- 현행 의료급여 제도의 개편의 필요성 모색
- 의료급여 제도의 단계적 개편방안 제시
 - 향후 의료급여 제도를 타 제도 및 의료보장성을 고려하여 단기·중기·장기 개편방안을 제시함.
 - 의료급여 대상자 선정기준을 도출하기 위해 생계급여 기준선, 중위소득 기준, 최저생계비 기준 등의 소득기준선 고려
 - 의료급여 개편에 따른 재정소요액 추계
 - 의료 필요기준을 적용한 중기 의료급여 도입방안 모색

- 건강보험과 의료급여 관계를 고려한 통합적 장기개편방안 모색

2. 연구방법

□ 선행연구 및 외국제도 고찰

- 맞춤형 급여체계와 관련된 기존 연구들에 대한 문헌고찰 및 시사점 도출
- 외국의 기초생활보장 및 기초의료보장체계에 대한 제도 고찰 및 시사점 도출

□ 전문가 그룹의 자문을 통한 의료급여제도의 맞춤형 급여체계 방안 제시

- 기초생활보장제도 관련 전문가, 의료급여제도 관련 전문가, 사회복지통합전망 관련 전문가 등 각계의 다양한 전문가 그룹들과 주기적인 회의를 통해 구체적인 맞춤형 급여체계 방안 제시

□ 대상자 추계 및 소요재정 추계

- 복지패널자료, 사회복지통합관리망 등의 자료분석을 통해 수급자들의 소득기준선, 근로능력유무 등에 대한 자료를 구득하고 이를 반영한 대상자 선정
- 의료급여통계연보, 의료급여 진료비 청구자료 분석 등을 통해 대상자 유형별 진료비 단가 및 총 재정소요액 추정

□ 연구 진행 중 결과물에 대한 워크숍이나 토론회를 통해 의견수렴

- 맞춤형 복지급여 기획단 회의, 국회관련 담당자 자문회의, 중앙생활보장위원회 회의, 사회보장위원회 안전 회의, 학계 전문가 자문회의 등을 통한 의견수렴

제3절 기대효과 및 활용방안

- 의료급여제도가 의료욕구를 반영한 맞춤형 급여체제로 변경됨으로써 의료욕구가 많음에도 의료급여제도에서 소외되었던 계층이 제도권 내에 들어올 수 있게 되어

의료안전망으로써의 역할이 강화될 것으로 판단됨.

- 의료급여제도의 수급권을 갖기 위해 근로능력이 있음에도 근로를 하지 않고 탈빈곤을 위한 노력을 하지 않아 빈곤의 악순환에 빠졌던 상당수의 계층이 탈빈곤 과정에 들어올 수 있을 것으로 기대됨.
- 의료급여제도 운영에 있어서 자율성을 가지고 탄력적으로 운영할 수 있을 것으로 기대됨.
 - 의료급여 제도의 운영상황에 따라 대상자 선정기준을 자율적으로 조정할 수 있는 기전이 마련될 것으로 판단됨.
 - 의료급여와 건강보험제도간의 역할 정립을 통해 두 제도가 유기적으로 협조하는 체계로 전환될 것으로 기대됨.
 - 중장기적으로 의료급여와 건강보험을 통합하여 운영할 수 있는 기초가 될 것으로 판단됨.



제2장 의료급여 맞춤형 급여체계 현황 및 문제점

제1절 국민기초생활보장제도에 대한 현황 및 한계점

제2절 의료급여제도 현황 및 한계점

제3절 맞춤형 급여체계 관련 현행 수급자 선정 문제점

2

의료급여 맞춤형 급여체계 현황 < 및 문제점 <

제1절 국민기초생활보장제도에 대한 현황 및 한계점

1. 국민기초생활보장제도 현황

- 국민기초생활보장제도는 생계유지 능력이 없는 최저생계비 이하의 절대 빈곤층 국민에게 생계급여, 교육급여, 주거급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여를 지원
 - 의료급여제도는 국민기초생활보장제도의 통합급여체계로 운영되며, 국민기초생활보장제도의 수급자격과 밀접하게 연관되어 있음(신영석, 2008).
- 국민기초생활법의 도입배경 및 경과
 - 1961년 제정된 「생활보호법」은 빈곤의 책임을 개인과 가족에게 돌리는 잔여적·시혜적 차원의 제도적 한계 내포
 - 1997년 경제위기로 인한 대량실업과 빈곤인구 양산으로 인해 빈곤문제가 부각되면서 최후의 사회안전망으로서 1999년 9월부터 「국민기초생활보장법」이 제정되고 2000년 10월부터 제도 시행
 - 최저생활보장에 대한 헌법상 권리를 실체적으로 규정한 법률로서 복지는 국민의 권리이며 국가의 의무로 보는 복지철학의 대전환을 이룩함.
 - 근로능력 유무에 관계없이 국가의 보호를 필요로 하는 빈곤선 이하의 국민에 대한 최저생활 보장
 - 기초생활을 권리로서 보장하되, 근로능력이 있는 사람에게 노동의 기회를 부여함으로써 궁극적인 사회통합 지향
- 국민기초생활보장 제도의 수급자 선정 기준
 - 수급자 선정 기준은 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없

거나 부양을 받을 수 없는 자로서, 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당하는 가구

<표 2-1> 보건복지부 고시 최저생계비(2013년 기준)

(단위: 원/월)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
금액	572,168	974,231	1,260,315	1,546,399	1,832,482	2,118,566

자료 : 국민기초생활보장사업 안내(2013)

<표 2-2> 현금급여 기준 최저생계비(2013년 기준)

(단위: 원/월)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
금액	468,453	797,636	1,031,862	1,266,089	1,500,315	1,734,541

자료 : 국민기초생활보장사업 안내(2013)

- 국민기초생활보장제도 도입 이후 2002년 12월까지의 개별가구의 소득인정액 대신 소득평가액 기준과 재산 기준을 이원적으로 적용하였으나, 수급자 선정의 형평성을 높이고 급여산정을 합리화하기 위해 소득평가액과 재산기준을 통합한 소득인정액을 산정하여 선정 및 급여기준으로 활용하고 있음.

<소득인정액 산정>

- 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액
- 소득평가액 = 실제소득 - 가구특성에 따른 지출요인을 반영한 금품 - 근로활동을 통해 얻은 소득에 대한 공제액
 - 재산의 소득환산액 = (재산의 종류별 가액 - 기준재산액 - 부채) × 재산의 종류별 소득환산율
 - 기본재산액

지역	대도시	중소도시	농어촌
금액(만원)	5,400	3,400	2,900

* 보장가구의 기초생활 유지에 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 소득환산에서 제외되는 재산가액

• 재산의 종류별 소득환산율

재산의 종류	일반재산	금융재산	승용차
소득환산율	월 4.17%	월 6.26%	월 100%

* 일반재산 : 지역별 전세가격 등 재산수준, 신규 수급자 규모 등을 감안하여 기본재산액을 초과하는 일반자산을 2년 동안에 최대한 사용하는 경우의 환산율 적용

* 금융재산 : 현금으로 쉽게 바꿀 수 있는 점을 고려하여 일반재산의 1.5배 수준

* 승용차 : 승용차를 보유하는 경우 기초생활보장 수급자로 선정 보호하기 곤란하다는 현재의 국민 정서를 감안하여 100% 적용

자료 : 보건복지백서(2012)

○ 하지만, 기초보장 수급자격을 갖춘 가구 가운데 소득인정액이 현금급여기준선 이하인 가구에 대해서만 지급되므로, 소득인정액이 최저생계비 이하여도 실제로 생계급여를 받는 것은 아님(노대명 외, 2013).

— 생계급여의 선정기준선과 급여기준선이 다른 이유는 현행 기초보장제도가 갖고 있는 통합급여체제로서의 특징 때문

- 최저생계비를 100으로 간주한다면 현금급여 기준선(현금급여의 상한액)이 최저생계비의 약 81.9%에 해당하는 금액이고 나머지 18.1%는 타법지원액이 차지함.
- 현금급여 기준선에 해당되는 금액은 다시 생계급여(최저생계비의 약 66.5%)와 주거급여액(최저생계비의 15.8%)로 구성됨.
- 소득인정액이 0인 가구는 최저생계비의 81.9%에 해당되는 현금급여를 받게 되지만 만일 가구의 소득인정액이 현금급여기준선을 초과한다면 이 가구는 의료, 교육 등의 급여는 받을 수 있으나 현금 급여(생계 및 주거급여)를 받지 못하게 됨.

□ 국민기초생활보장제도의 급여체계

- 현행의 국민기초생활보장제도는 수급자격이 주어지면 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여가 제공(노대명 외, 2013)
 - 급여는 수급자가 자신의 생활의 유지·향상을 위하여 그의 소득, 재산, 근로 능력 등을 활용하여 최대한 노력하는 것을 전제로 이를 보충·발전시키는 것을 기본 원칙(법 제3조)으로 하고 있음(노대명, 2013).
 - 생계급여는 모든 수급자에게 기본적으로 주어지지만 나머지 급여는 수급자의 필요에 따라 주어짐(법 제7조제2항)
 - 수급자의 최저생활 보장을 위해 급여수준은 가구의 소득인정액을 포함하여 최저생계비 이상이 되도록 설계(법 제7조2항)
 - 급여총합과 소득인정액의 합계액이 최저생계비 이상이 되어야 한다는 규정은 이른 바 All or Nothing 형태의 통합급여체계를 규정하고 있음(신현웅 외, 2007; 신영석 외, 2008).
- 저소득층에게 필요한 급여를 실시하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕고 있음에도 불구하고 기초보장 사각지대 문제와 관련하여 급여체계에 대한 논쟁이 계속되어 옴(노대명 외, 2013).
 - 이에 대해 전문가들이 공통적으로 소득보장의 형평성 부족, 사각지대 해소 효과 부족, 근로유인 및 탈수급 효과 부족 등의 기초보장제도의 문제점을 제기하고 있음.

2. 국민기초생활보장제도의 최저생계비 계측 및 활용 상 문제점

가. 최저생계비 계측

- 최저생계비는 국민기초생활보장제도에 의해 처음 고안된 것이 아니라 시행 이전부터 존재해왔으며, 국민기초생활보장제도의 한 부분으로 편입됨(박능후, 2013).
- 최저생계비는 개인에 의한 계측이 이루어지기도 하였지만 정부 혹은 정부를

대행한 기관에서 주로 계측이 이루어지고 있음.

- 현재까지 이루어진 최저생계비 계측은 1974년부터 1994년까지 생활보호제도에 이루어졌으며, 2004년부터 국민기초생활보장제도에 실시되고 있음.
- 1989년부터 2004년까지는 매 5년마다 한국보건사회연구원에 의하여 계측되어 왔으며, 2007년부터는 매 3년마다 계측이 시행되고 있음(신현웅 외, 2007).
- 정부가 공식적으로 발표한 최저생계비는 각각 1999년, 2004년, 2007년⁶⁾, 2010년 및 2013년의 최저생계비 계측조사를 바탕으로 중앙생활보장위원회의 심의의결을 거쳐 확정하고 있으며 계측 방법은 1988년과 크게 다르지 않음(노대명 외, 2013).
 - 이에, 표준가구를 어떻게 설정할 것인가의 문제, 서울을 비롯한 수도권을 별도의 지역유형으로 둘 것인가에 관한 지역구분의 문제, 가구규모별 최저생계비를 산출하는데 있어 어떤 가구균등화지수를 사용할 것인가의 문제는 최저생계비를 발표하는 과정에서 언제나 제기되고 있음.

<표 2-3> 정부에 의한 최저생계비 계측

시기구분	발표연도	계측기관	기준연도(계측지역)	계측방식
생활보호제도기	1974	사회보장심의위원회	1973(전국)	반물량
	1978	사회보장심의위원회	1987(대도시)	반물량
	1989	한국보건사회연구원	1988(지역별)	전물량
	1994	한국보건사회연구원	1994(지역별)	전물량
전환기	1999	한국보건사회연구원	1999(지역별)	전물량
국민기초생활보장제도기	2004	한국보건사회연구원	2004(지역별)	전물량
	2007	한국보건사회연구원	2007(지역별)	전물량
	2010	한국보건사회연구원	2010(지역별)	전물량

자료 : 김미곤 외, 2010; 박능후, 2013 재인용

6) 제1차 국민기초생활보장법 개정(2004. 3. 5)으로 계측주기가 5년에서 3년으로 단축됨에 따라 2004년 계측에 이어 2007년에도 최저생계비 계측이 이뤄졌다.

- 재산의 소득환산제는 cut-off 방식의 불합리한 선정기준을 시정하고, 선정기준의 합리화를 가져옴(박능후, 2013).
- 부양의무자의 부양능력을 측정하는 기준은 소득기준과 재산기준이 있으며, 이 두 기준을 동시에 충족해야 부양의무자 기준을 충족하게 됨.
- 부양의무자가 소득기준보다 소득이 적고 동시에 재산기준보다 재산이 적어야만 부양능력이 없는 것으로 간주

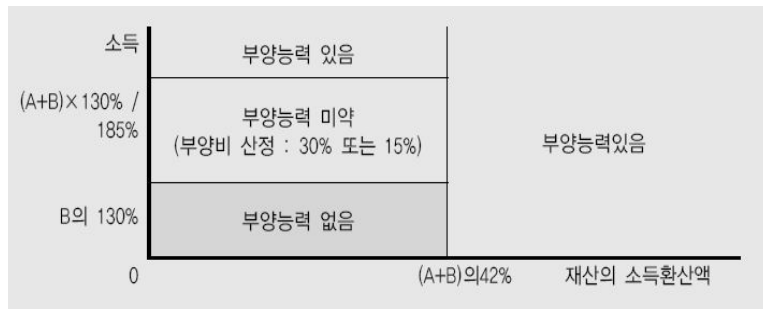
<부양의무자 기준> (법 제5조, 시행령 제4조, 제5조)

- 다음의 요건 중의 1에 해당하는 자는 부양의무자 기준 충족
 - (1) 부양의무자가 없는 경우
 - (2) 부양의무자가 있어도 부양능력이 없는 경우
 - (3) 부양의무자가 부양능력이 미약한 경우로서 수급(권)자에 대한 부양비 지원을 전제로 부양능력이 없는 것으로 인정하는 경우
 - (4) 부양능력 있는 부양의무자가 있어도 부양을 받을 수 없는 경우
- 부양능력 판정의 기본원칙
 - (1) 부양능력 없음(소득기준과 재산기준 동시 충족)
 - 소득기준 : 부양의무자의 소득이 부양의무자 가구 최저생계비의 130% 미만
 - 재산기준 : 재산의 소득환산액이 수급(권)자 및 부양의무자 가구 각각 최저생계비 합계 42% 미만
 - (2) 부양능력 미약(소득기준과 재산기준 동시 충족)
 - 소득기준 : 부양의무자의 소득이 부양의무자 가구 최저생계비의 130% 이상, 수급(권)자 및 부양의무자 가구 각각의 최

저생계비 합이 130% 미만 (노인· 장애인· 한부모가구,
희귀난치성질환자의 부양의무자는 185%미만)

- 재산기준 : 재산의 소득환산액이 수급(권)자 및 부양의무자 가구 각각 최저생계비 합이 42% 미만

<부양능력 기본 도해>



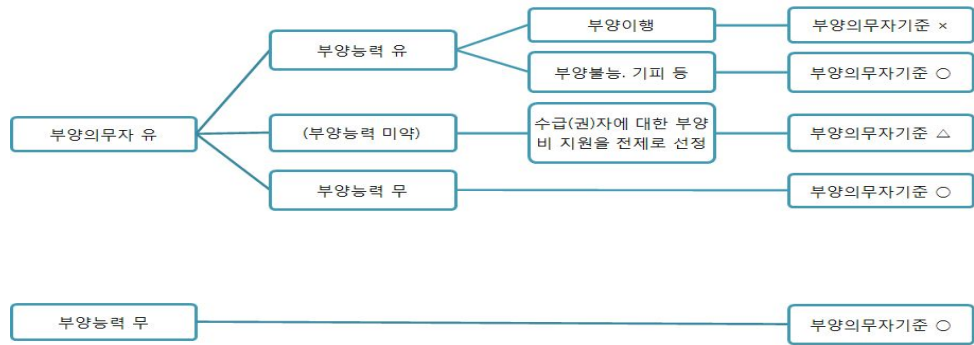
※ A : 수급(권)자가가구의 최저생계비, B : 부양의무자가가구의 최저생계비

※ 42%의 의미 : '99년도 4인 가구 재산기준(3,200만원)의 120%(3,840만원)에 대하여 월 이자율 1%를 가정할 경우 발생하는 월소득 384천원과 4인 가구 최저생계비(93만원)와의 비율

□ 부양능력이 있는 부양의무자로부터 부양을 받고 있는 가구는 수급(권)자의 범위에 해당하지 않음.

자료 : 국민기초생활보장 사업안내(2013)

[그림 2-1] 부양의무자 기준의 적용 도해



자료 : 의료급여 사업안내(2013)

- 최저생계비는 일상적 소비지출을 11개 비목과 일상적 소비지출 2개 항목으로 구분하고 각 비목별로 마켓바스켓을 구성하여 계측됨(신영석, 2008).
- 11개 비목 중 식료품, 광열수도, 가구가사용품, 피복신발, 교양오락, 교통통신, 기타소비, 비소비지출 등 8개 비목의 합은 생계급여의 기준이 됨.
 - 주거비는 주거급여, 보건의료비는 의료급여, 교육비는 교육급여의 기준이 됨.

<표 2-4> 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계

구분	최저생계비 11대 비목	급여종류	
		공통급여	욕구별 개별급여
일상적 소비지출	식료품	생계급여	
	광열수도		
	가구가사용품		
	피복신발		
	교양오락		
	교통통신		
	기타소비		
	비소비지출		
비일상적 소비지출	주거비		주거급여
	보건의료		의료급여
	교육		교육급여
	출생		해산급여
	사망		장제급여

자료 : 신현웅 외, 2007; 신영석 외, 2008

나. 최저생계비 계측 및 활용상 문제점⁷⁾

- 표준가구의 규범적 욕구수준을 전 가구에 일괄 적용함으로써 현물급여를 필요로 하지 않는 가구의 경우에는 최저생계비가 과도하게 설정되고 있음(노대명 외, 2006; 신현웅 외, 2007 재인용; 신영석 외, 2008; 노대명 외, 2013 재인용).
- 자가를 가진 가구, 학생이 없는 가구, 의료욕구가 없는 가구에게도 주거급여, 교육비, 의료급여가 포함되어 있는 최저생계비 적용
 - 이러한 오류를 완화하기 위해 현행 제도는 급여기준선으로서 최저생계비 대신 현금급여기준선을 설정하고 또한 실제 수요가 없는 경우 교육비 액수만큼 줄여 현금급여 지급
 - 그러나 동일한 성격의 주거급여는 여전히 지급되고 있으며, 기초보장 수급대상자 선정에 사용되는 기준선은 현금급여 기준선이 아니라 이 모든 급여가 포함되어 있는 최저생계비여서 가구소득이 현금급여기준선과 최저생계비 사이에 위치하는 수급자 중 일부는 원래 수급자로 선정되지 않아야 하는데 선정되고 있음.
- 현행 최저생계비는 빈곤선이면서 공공부조급여기준선이 되고 있으며, 이는 건강하고 문화적인 최저생활을 하기 위한 빈곤선으로서 너무 낮고, 공공부조급여 기준선으로는 너무 높다는 대립된 의견 충돌이 발생함(노대명 외, 2006).
 - 비일상적인 소비지출인 해산급여와 장제급여는 최저생계비를 구성하는 11개 비목과 직접 관련이 없으며, 자활급여의 기초가 되는 자활욕구를 계측하는 비목은 없음(노대명 외, 2013).
 - 또한, 생활에 필수적인 모든 품목을 나열하는 과정과 각 품목의 소비에 대한 최저수준을 정하는 과정 모두에서 자의적일 수 밖에 없으며, 최저생계비 수준을 낮추려는 보수적 시각과 그 수준을 높이려는 진보적 시각이 대립하는 경우 최저생활에 필요한 품목의 목록과 품목별 소비의 최저수준을 객관적 기준에

7) 노대명 외(2006), 신현웅 외(2007), 신영석 외(2008), 노대명 외(2013) 재구성

의해 결정하기란 거의 불가능함(노대명 외, 2013).

□ 대상선정의 합리화를 위해 도입된 재산의 소득환산제는 부분적으로 선정의 합리화를 가져왔지만, 합법적으로 대상자를 축소하고, 급여수준을 낮추는 역할을 수행하게 됨(박능후, 2013).

○ 재산의 소득환산제의 cut-off 방식은 급여수준을 실질적으로 낮추는 방어기제의 기능을 수행

- 높은 환산율을 적용함으로써 다수의 저소득층을 수급대상에서 제외시킴.
- 수급대상자로 선정된 경우에도 기본재산을 초과하는 재산에 대한 과도한 소득환산율이 적용되어 실질 수급액이 크게 훼손됨.

- 기본재산을 가진 대부분의 수급가구는 재산의 소득환산제로 인해 수급액이 심각하게 훼손되는 결과를 가져옴.

□ 부양능력 기준은 현 국민기초생활보장제도의 사각지대를 발생시키는 가장 주요한 요인으로 지적되어옴(노대명 외, 2013).

○ 부양의무자의 부양능력이 있다는 기준선이 너무 엄격하게 설정되어 있어 실제 부양능력이 없는 부양의무자에게도 부양의무를 부과하고 있음.

○ 부양의무자 기준은 수급권자를 부양할 책임이 있는 자로서 국민기초생활보장제도 초기 부양능력이 있으면 자신이 빈곤하더라도 수급권자가 될 수 없음(박능후, 2013).

○ 국민기초생활보장제도 시행 이후 미수급빈곤층으로 불리는 사각지대의 절반 정도가 부양의무자 규정에 의해 발생(윤홍식, 2003; 여유진, 2004; 박능후, 2013 재인용; 노대명 외, 2013).

○ 부양의무자 소득기준의 적용은 많은 빈곤자들로 하여금 사적부양을 받지 못하면서 공적 부양도 받지 못하는 최저생활보장의 사각지대에 노출시키는 주요한 요인으로 지적(노대명 외, 2013)

제2절 의료급여 제도 현황 및 한계점

1. 의료급여 제도의 개관

□ 의료급여 제도의 개념 및 목적

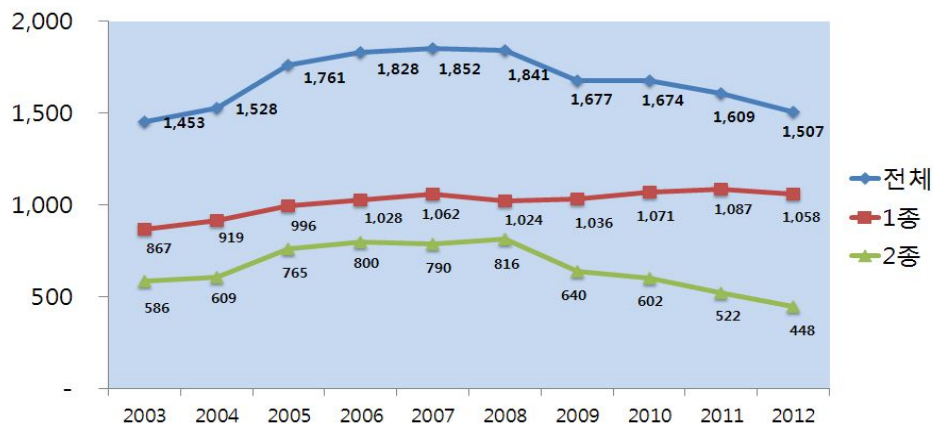
- 의료급여법 제 1조에 의하면 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도로 정의됨.
- 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 발생하는 의료문제 즉, 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스(진찰·검사, 치료 등)제공

□ 의료급여 수급자 현황

- 의료급여 수급자는 2003년 이후부터 2007년까지 지속적인 증가 추세를 보였으나, 2008년부터 차상위계층의 건강보험 가입자로의 전환이 시행되면서 의료급여 2종대상자가 줄어들면서 전체 의료급여 수급자는 점차 감소하고 있음.
 - 2003년 1,453천명에서 2007년 1,852천명으로 지속적인 증가추세를 보였으나 2008년 1,841천명을 시작으로 2012년 1,507천명까지로 감소함.

[그림 2-2] 의료급여 연도별 수급자 수 추이

(단위 : 천명)



□ 의료급여 제도의 경과 및 발전

○ 1986년 의료부조의 실시를 시작으로 의료급여 제도 도입 후 약 30년 동안 수많은 발전과 개선이 이루어져 왔음.

- 1989년 전국민 의료보험을 실시하여, 1990년 의료보호수가를 의료보험과 일치시킴.
- 1999년 의료보호 진료지구제 폐지 및 3차 기관을 제외한 모든 진료기관을 당연 지정함.
- 2000년 7월부터 의료보호기간을 365일로 확대하였고, 동 년 10월부터 국민기초생활보장법이 제정되면서 2001년 5월부터 의료급여법으로 개정하여 지금의 의료급여 제도로 이어지고 있음.
- 2004년부터 차상위 희귀난치성질환자 및 만성질환자 의료급여 적용이 확대되었고 2005년, 2006년에 걸쳐 차상위 아동에 대해 확대·적용됨.
- 2007년부터 의료급여 1종 외래 본인부담제도 도입을 통해 의료급여 수급권을 제한하는 제도로의 변환
- 2008년과 2009년에 걸쳐 차상위 의료급여 희귀난치질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동을 모두 건강보험 가입자로 전환

<표 2-5> 의료급여 1종 2종 수급 대상자 변화

(단위 : 명)

연도 구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
전체대상자수	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,852,714	1,841,339	1,677,237	1,674,396	1,609,481
1종 대상자	919,181	996,449	1,028,536	1,062,263	1,024,848	1,036,291	1,071,686	1,087,268
기초생활보장 수급자	729,537	793,508	822,484	850,760	827,106	834,384	858,920	861,180
사회복지시설 대상자	86,374	87,668	85,118	86,655	85,929	85,814	91,622	89,389
국가유공자	83,999	85,287	85,214	84,332	85,110	86,810	85,366	83,495
북한이탈주민	4,481	5,158	6,335	7,933	9,035	10,377	12,691	15,039

연도 구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
인간문화재	434	410	317	312	244	233	224	172
광주민중화 운동관련자	9,342	9,322	9,281	9,249	10,520	10,358	10,360	10,310
이재민	20	561	59	13	-	-	-	13,378
의상자 및 의사자유족	525	574	732	791	811	866	887	918
국내입양아동	-	703	1,223	2,241	3,448	4,536	5,600	6,819
차상위 (희귀난치성)	4,469	13,258	17,773	17,989	19,406	21,258	21,789	23,348
군입대자	-	-	-	1,988	2,645	2,913	4,160	5,161
행려자	-	-	-	-	-	-	1,856	1,407
2종대상자	609,662	765,116	800,091	790,451	816,491	640,946	602,710	522,213
기초생활보장 수급권자	596,639	630,792	617,016	596,391	603,489	632,754	591,224	510,719
차상위 (만성질환)	13,023	47,378	70,063	73,182	82,486	90,775	91,962	108,763
차상위 (18세 미만 아동)	-	86,946*	113,012	116,866	124,185	147,373	162,938	176,416
군입대자	-	-	-	4,012	6,331	8,192	11,486	11,494

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 년도.

주. 음영 된 대상자 수는 건강보험공단 내 차상위계층 대상자 수

*차상위 12세 미만 아동

<차상위계층 의료급여 적용 경과 및 실태>

1) 차상위계층 정의

□ 차상위계층은 급여를 필요로 할 가능성이 높은 계층, 생활이 어려운 자이지만 수급권자는 아닌 집단으로 정의할 수 있음.

○ 소득을 기준으로 차상위계층은 실제 소득이 100분의 120 미만의 자로 설정되고 있음.

- 2000년 초반까지 빈곤규모 추계를 다룬 연구들은 직접적으로 차상위계층을 다루고 있지는 않음.
- 차상위계층 개념은 빈곤의 개념의 절대적 빈곤에서 상대적 빈곤으로 그리고 박탈과 배제 등으로 그 인식의 변화를 거듭해 옴.
 - 절대적 빈곤선인 최저생계비의 120% 미만이라는 규정은 차상위계층을 절대적 빈곤의 근접계층으로 이해하도록 함.
- 2003년 이후부터 차상위계층에 대한 분석은 기초보장의 사각지대 규모와 그 특성을 밝히는 연구로부터 비롯됨.

2) 차상위계층 의료급여 적용 연혁

- 2000년 이전 의료급여 정책의 태동(1961~1977)시기는 국민들이 정부 정책을 이해하지 못한 채 그저 정부에서 수혜를 준다는 정도의 인식에서 이루어짐.
 - 정부가 1962년부터 경제개발 5개년계획을 실시하면서 1970년대 중반에 들어 빈부격차가 심화되고 계층간 의료수혜의 형평성이 대두됨.
 - 이에 따라 경제정책으로 인해 발생된 사회취약계층에 대한 의료보장제도의 필요성이 부각됨.
 - 1976년 10월부터 생활보호대상자를 대상으로 국공립 의료기관에서 무료 의료구호사업이 실시되면서 1977년 12월에 저소득취약계층에게 국가재정으로 의료혜택을 제공하는 의료보호법이 제정됨.
- 의료보호법 제정(1977년) 이후 의료급여 정책은 발전과 변화의 과정을 거침.
 - 의료보호뿐만 아니라 영세민을 대상으로 하는 구호사업, 재가복지프로그램, 보육 사업 등 여러 가지 복지정책이 시혜적 차원에서 병행됨.
 - 정부에서는 일정하게 근로능력이 있는 자를 1종, 근로능력이 없는 자를 2종으로 분류하고 수혜 제공

- 1991년 3월에는 의료보호 대상자의 확대와 전 국민을 대상으로 하는 의료보험 실시 등으로 의료보호법 전면 개정되면서 의료보호를 적용받을 수 있는 일수를 180일로 제한하고 질병에 따라 전국 시·군·구 의료보호심의 위원회를 설치하여 의료보호 연장을 할 수 있도록 함.
 - 1993년 12월에 의료보호법 시행령을 개정하면서, 2종 보호 대상자가 1차 외래진료를 받을 경우 전액 지원하던 진료비를 한 진료 당 1,000원씩 본인 부담하도록 하여 과다 진료를 방지하고자 함.
 - 2000년에는 의료보호기간을 365일까지 연장하여 저소득층의 의료보호가 상시적으로 이루어 질 수 있도록 함.
- 2000년 10월 시작된 국민기초생활보장법이 시행 된 후 12년이 경과하였음.
- 생활보호제도에서는 최저생계비 이하의 소득자에게 국가가 시혜로써 최저 생활을 보장하였지만 국민기초생활보장법에서는 최저생계비 이하의 수급자가 권리로써 국가에게 최저생활보장을 요청할 수 있게 바뀌었음.
 - 생활보호제도 틀 내에서 저소득층의 의료보장은 의료보호라는 이름으로 시행되었음.
- 2001년 10월 종래의 의료보호법이 의료급여법으로 개정됨.
- 의료급여법 개정 이 후, 진료비 지급업무가 국민건강보험공단으로 이관되었고, 자격증 발급이 공단에서 지자체로 환원되었으며, 의료이용에 어려움이 있는 수급자들을 돕기 위해 의료급여 사례관리사 제도가 도입되는 등 의료급여 수급자를 위한 제도 개선됨.
- 수급자격과 관련하여 2004년부터 차상위계층 의료급여 대상자를 발굴하는 정책이 시도됨.
- 차상위계층 중 의료욕구가 있는 19만 명의 만성질환자 및 약 18천 명의 희귀질환자가 의료급여수급 자격을 갖게 됨.

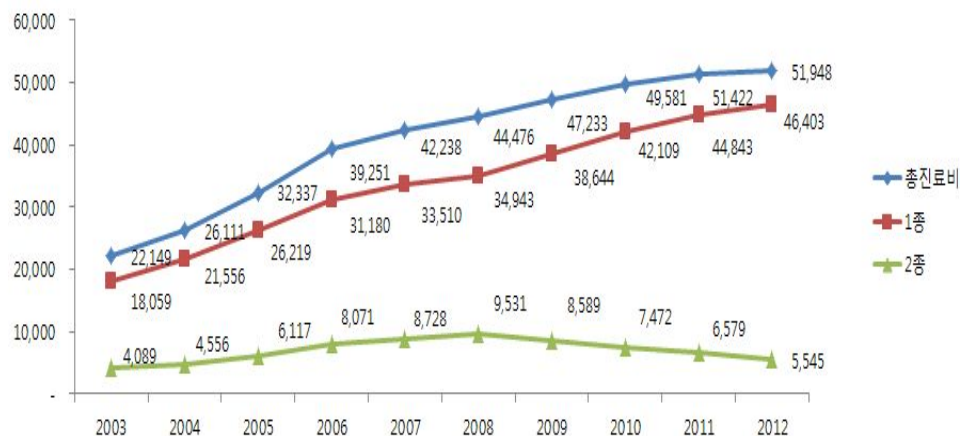
- 2005년에 차상위계층 12세 미만 아동에 대해서 2종 의료급여를 실시하였고 2006년부터 12세에서 18세 미만으로 확대
- 이후 차상위 의료급여 수급권자는 2008년과 2009년에 다시 건강보험 가입자로 자격 변동되었지만, 급여범위 및 본인부담 수준은 의료급여 수급자에 준하여 혜택을 받고 있음.

- 2009년에는 상대적으로 의료비 본인부담률이 높은 의료급여 2종 수급권자에 대하여 입원 시 본인부담률을 15%에서 10%로 인하하였고, 본인부담 보상제도의 지급기준도 매 30일간 30만원에서 20만원으로 인하함.
- 2012년부터 일부 노숙인에게도 의료급여 1종을 부여

□ 의료급여 연도별 총진료비 추이

- 의료급여 제도는 2003년 총진료비 22,149억원에서 2012년도 51,948억원으로 꾸준히 증가하고 있으나 의료급여 2종대상자는 2003년 4,098억원에서 2008년 9,531억원까지 증가하였다가 2012년에는 5,545억원으로 줄어듦.

[그림 2-3] 의료급여 연도별 총진료비 추이



□ 의료급여 예산 현황

- 의료급여 제도는 “의료급여혁신종합대책” 등 지속가능성 확보를 위한 다양한 대책을 통하여 의료급여 진료비 증가율 둔화 등의 성과를 거두었으나, 최근 3년간 의료급여 예산동결로 진료비 부족 및 수급권자 의료이용에 제약 발생이 우려됨.
- 향후 의료급여 수급권자의 건강한 삶의 질 보장 등을 위해 지속적인 예산지원 확충이 필요함.

<표 2-6> 의료급여 예산 현황 추이

(단위 : 억 원, %, 추정포함, 국비기준)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
예산액	36,051	37,901	35,098	34,995	36,718	39,812
증가율	35.4	5.1	△7.4	△0.3	4.9	8.4

주 : 추정편성 : 2008년도 2,747억 원, 2009년도 920억 원
 자료 : 보건복지백서(2012).

□ 지원대상

- 의료급여 1종 대상자는 의료급여법 제 3조 제1항 제1호의 규정에 의한 「국민기초생활보장법」에 의한 수급권자 중 다음에 해당하는 자이며 다음에 해당하는 대상자
 - 의료급여법 제 3조 제1항 제1호 가목의 규정에 의한 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원
 - 18세 미만인 자
 - 65세 이상인 자
 - 「장애인 고용촉진 및 직업 재활법」 제2조 제2호 및 동법시행령 제4조의 규정에 의한 중증장애인
 - 국민기초생활 보장법 시행령 제7조 제1항 제2호의 규정에 의한 질병·

부상 또는 그 후유증으로 치료 또는 요양이 필요한 사람 중에서 근로능력 평가를 통하여 시장·군수·구청장이 근로능력이 없다고 판정한 사람

- 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만인 여자
- 병역법에 의한 병역의무를 이행중인 자(공익근무요원, 상근 예비역 등)
- 영주 귀국 사할린 한인 1세 및 2세(1세의 배우자 및 장애인 자녀)의 경우 기초생활보장수급자 선정일로부터 3년 이내에는 자활사업 참여 조건부 과 유예자로서 의료급여 1종 급여
- 20세 미만의 중·고교 재학생
- 「장애인 고용촉진 및 직업 재활법」 제2조제2호 및 동법 시행령 제4조의 규정에 의한 중증장애인에 해당하지 않는 장애인복지법상 4급이내 장애인
- 타 가구원을 양육·간병 또는 보호해야 하므로 근로가 곤란한 수급권자(가구별 1인에 한함)
- 「국민기초생활 보장법 시행령」 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장 시설수급자)
- 「국민기초생활 보장법」 제5조제2항의 규정에 해당하는 자로서, 보건복지부장관이 인정하는 자(국민기초생활보장 특례수급권자)
- 의료급여특례, 자활급여특례, 이행급여특례 중 의료급여 1종 수급권자
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 등록자가 속한 가구의 구성원(가구단위 급여)

○ 의료급여 2종 대상자는 국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

<표 2-7> 의료급여 지원대상

유형	대상
1종 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> · 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는 자 · 국민기초생활보장법 이외의 타법에 의한 수급권자

유형	대상
	<ul style="list-style-type: none"> - 이재민(재해구호법) - 의상자 및 의사자의 유족 - 국내 입양된 18세 미만 아동 - 국가유공자 및 그 유족·가족 - 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 - 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유족·가족 등 - 노숙인 등
2종 수급권자	· 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 자

자료 : 보건복지백서(2012)

○ 의료급여 특례 수급자

－ 적용대상자

- 실제소득에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면 수급(권)자 선정요건에 해당하나, 수급(권)자 선정 이후에는 공제 대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구

－ 급여내용

- 의료급여 : 지속적인 의료비 지출을 요하는 가구원 개인에 대해서만 지급
 - * 1종 : 보건복지부장관이 정하고 고시하는 희귀난치성 질환자
 - * 2종 : 보건복지부장관이 정하고 고시하는 희귀난치성 질환을 제외한 기타 질환자
- 해산급여, 장제급여 : 특례수급(권)자가 출산 또는 사망시 지급

□ 의료급여의 지원범위

○ 의료급여의 내용(의료급여법 제 7조)

- － 의료급여수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 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 규정
- － 의료수가의 기준과 그 계산방법은 보건복지부장관이 고시한 「의료급여수가

의 기준 및 일반기준」에 의함.

○ 의료급여의 범위

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조(요양급여의 범위)의 규정에 의함.
- 단, 질병군포괄수가제DRG 적용을 제외함.
- 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 “행위”, “약제, 치료재료”로 구분하여 고시
 - ※ 동 규정에 따른 고시에는 “치료재료급여·비급여 목록 및 급여상한금액표”, “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수”, “한약제제급여목록및상한금액표”, “약제급여목록및급여상한금액표”가 있음.
- 비급여 대상은 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」에 규정된 비급여대상이 적용되며, 입원기간 중 안치료는 의료급여 대상에 포함됨.

□ 의료급여 본인부담

- 의료급여 1종 수급권자의 경우 1차 의료급여 기관 외래 본인부담은 1,000원, 2차 의료급여기관은 1,500원, 3차 의료기관은 2,000원, CT, MRI, PET는 5%, 약국 500원, 입원은 무료임.
- 의료급여 1종 수급권자의 외래 본인부담의 구체적인 내용은 다음과 같음.

대상자	본인부담구분 코드	의료급여기관	구분	본인부담금
일반1종(면제자, 선택의료급여기관 적용자 제외) · 선택의료급여기관에서 의뢰된 자 1종	일반 1종의 경우(본인부담코드 없음)	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
	선택의료급여기관에서의 의뢰된 자(B005)	제2차 의료급여기관	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
			원내직접조제	2,000원
	선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(B006)	제3차 의료급여기관	그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
본인부담 면제자 1종	M003~M008 M011 *행려환자('10.3월부터	제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	원내직접조제	2,500원
			그 이외의 경우	2,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
			0 (본인부담 없음)	

대상자	본인부담구분 코드	의료급여기관	구분	본인부담금
	적용) M012~M014 *노숙인('12.6.8일부터 적용)			
선택의료급여기 관 이용자 1종	조건부연장승인자(M001) 자발적참여자(M002) M009~M010	제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	0 (본인부담 없음)	
	촉탁의 처방(B007)	제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	1,000~1,500원	
	제3선택, 제4선택기관(B008)	선택한의원, 선택치과의원	1,000~1,500원	

－ 1종 수급권자 외래 본인부담금 면제

－ 보건복지부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환자와 선택의료급여기관 이용자, 20세 이하인 자로 중고등학교 재학중인 자 1종, 임신임을 신고한 날부터 출산예정일 후 6개월까지의 임산부, 가정간호대상자, 장기이식 환자가 해당됨.

○ 의료급여 2종 수급권자의 경우 1차 의료급여 기관 외래 본인부담은 1,000원, 2차 의료기관은 15%, 3차 의료기관 15%, CT, MRI, PET는 15%, 약국 500원, 입원 10%를 적용함.

－ 의료급여 2종 수급권자의 외래 본인부담의 구체적인 내용은 다음과 같음.

대상자	본인부담구분 코드	의료급여기관		구분	본인부담금
일반2종(선택의 료급여기관 적용자 제외) · 선택의료급여기 관 이용자 2종 · 선택의료급여기 관에서 의뢰된 2종	일반 2종의 경우(본인부담코드 없음) 조건부연장승인자(B001) · 자발적 참여자(B002) 선택의료급여기관에서 의뢰된 자(B005) 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(B006) 절차예외 경과규정 적용자 등(B009)	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)		원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액 의 15/100
		제2차 의료급여 기관	만성질환 자 *의료급여 수가의 기준및일 반기준 제 17조	원내직접조제	1,500원
			만성질환 외	그 이외의 경우	1,000원
				의료급여비용총액의 15%	

대상자	본인부담구분 코드	의료급여기관	구분	본인부담금
		제3차 의료급여기관	원내직접조제	2,500원
			그 이외의 경우	2,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액 의 5/100
		제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	의료급여비용총액의 15%	
	선택의료급여적용자의 촉탁의 처방(B007)	제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	1,000~1,500원	
	제3선택, 제4선택 기관(B008)	제1차 · 제2차 · 제3차 의료급여기관	1,000~1,500원	

○ 약국의 본인부담금은 의료급여 1, 2종 공통으로 적용되며 구체적인 내용은 다음과 같다.

구 분	본인부담금	
처방조제	500원	
직접조제	900원	
보건소 보건지소 및 보건진료소의 처방전	없음	
선택의료급여기관에서 발부한 처방전에 의한 처방조제	1종	없음
	2종	500원
선택의료급여기관 적용자이지만 다른 의료급여기관으로 의뢰 또는 재의뢰된 의료기관에서 처방된 처방전에 의한 처방조제	500원	

제3절 맞춤형 급여체계 관련 현행 수급자 선정의 문제점

□ 의료급여 제도는 사회안전망으로서의 한 축으로서 역할하고 있으나, 건강보험료 장기체납자, 주민등록 말소자 등 의료사각지대가 존재함으로써 의료급여 대상자 선정 기준의 적절성에 대한 논의가 계속되고 있음.

○ 의료수급자 중에서도 희귀난치성 질환이나 만성질환을 보유한 대상자에게 적절한 서비스를 제공하지 못하는 문제 등이 잔재하고 있음(신영석, 2004; 신영석 2005; 신영석, 2010; 신현웅, 2007; 김진구, 2008; 조경애, 2009).

- 생계급여의 선정기준선과 급여기준선이 다른 이유는 현행 기초보장제도가 갖고 있는 통합급여체제로서의 특징 때문임(노대명 외, 2013).
- 현행 기초보장제도 하에서 생계급여를 수급하기 위해서는 가구의 소득인정액이 가구원수별 최저생계비 이하여야 한다는 조건과 부양의무자가 없거나 부양의무자의 부양능력이 미약하다는 기준을 충족해야함.
- 이 조건을 충족한다고 해서 실제로 생계급여를 받게 되는 것은 아니며, 생계급여는 기초보장 수급자격을 갖춘 가구 가운데 소득인정액이 현금급여기준선 이하인 가구에 대해서만 지급함.

생계급여 수급가구 선정기준: 소득인정액 \leq 최저생계비
 생계급여액 산정 기준: 소득인정액 \leq 현금급여기준선

자료: 노대명 외(2013).

- 현행 의료급여 제도는 빈곤인구 규모에 비해 의료급여 수급권자가 적게 나타나고 있으며, 근본적인 이유는 소득 및 재산을 모두 고려한 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당하더라도 부양의무자 기준이나 차상위계층이 의료급여 수급권자에서 배제되고 있음(류정순, 2008).
- 또한, 의료급여체계의 가구균등화 지수 적용의 한계로 인해 1인에서 2인인 대다수의 의료급여 수급대상자의 현실 상황을 적절히 반영하지 못하고 있으며, 도·농간 및 특성별(장애인, 노인 등)의 생계비 차이도 제대로 반영하지 못하고 있음.
- 현행 기초보장제도는 옥스퍼드 방식을 준용하되 성인수와 아동수에 따라 균등화지수를 세분하지 않고 사용함.
- 1인가구는 성인 1명, 2인 가구는 성인 2명, 3인은 성인 2명과 아동 1명, 4인은 성인 2명과 아동 2명으로 구성된 것으로 간주하여 균등화지수를 가구원수별로만 차등화하는 방식을 사용함(노대명 외, 2013).
- 이때 현행 방식은 2명의 성인과 2명의 아동으로 구성된 4인 가구를 표준가구

로 삼고 있는데, 이 방식이 1, 2인 가구의 최저생계비를 다소 낮게 평가한다는 비판이 있음.

○ 현행 균등화지수에 대해서는 그동안 저소득층의 생활욕구를 반영하지 못한다는 비판이 지속적으로 제기되고 있음.

□ 현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 반영되지 못하고 있는 실정임(신영석, 2010).

○ 의료급여제도에서 소득, 재산, 부양의무자 등 자산 능력을 기준으로 선정된 기초수급자가 그대로 의료급여 수급자가 됨으로써 의료급여 수급권자 선정기준에 의료욕구가 반영되지 못하는 한계가 있음.

○ 2004년 차상위 계층 대상 만성질환자와 희귀난치성 질환자 등에 대해 일부 의료욕구가 반영되었으나 2009년에 다시 건강보험적용대상자로 환원하여 수급자격에서 실질적인 의료욕구가 반영되지 못하고 있는 실정임.

○ 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 계층이 많이 존재함.

□ 통합급여체계 내에서 운영되는 의료급여제도는 앞서 살펴본 바와 같은 한계를 내포하고 있으며, 향후 의료급여에 적정한 대상자 기준 적용과 의료욕구가 있는 대상자에게 의료급여 제도를 확대하는 방안으로 나아가야 할 것임.

○ 의료급여 제도의 경우 건강보험과의 보장성 수준의 차이를 해소할 수 있는 제도적 장치가 마련되면 빈곤, 비빈곤의 이분법적 구분 보다는 소득기준과 의료욕구의 기준을 함께 고려하여 보다 합리적인 의료욕구 대응체계 마련이 필요함(석재은, 2011).

○ 의료급여는 국민기초생활보장법과 별개로 의료급여법이 독립적으로 운영되고 있으며, 이미 개별급여의 성격을 갖추고 있으므로 현행 의료급여제도의 틀을 유지하면서 의료욕구에 맞는 대상자를 확대하는 방안이 제시되어야 할 것



제 3장 의료급여제도의 맞춤형 급여 선행연구

제1절 선행연구

제2절 선행연구 고찰을 통한 시사점

3

의료급여제도의 맞춤형 급여 < 선행연구 <

제1절 선행연구

- 현행 통합급여 형식은 생계급여 수급자가 의료급여수급자가 되기 때문에 국민기초생활제도에서의 수급자 선정 문제점이 그대로 의료급여 수급자 선정방식의 문제로 부각됨(신현웅 외, 2007).
- 통합급여체계와 근로능력자를 포함한 일반적인 현행 제도는 수급대상자 확대에 대한 사회적 합의를 도출하는 것이 어려움(신영석 외, 2004).
- 이러한 관점에서 국민기초생활제도에 대한 전면적 개편에 대한 논의가 시작되었고, 의료급여제도도 2006년 이후부터 빈곤층의 특성변화를 고려한 기초생활보장제도 개편 방안으로써 욕구별 급여체계로의 개편이 대두되고 있음(노대명 외, 2006; 신현웅 외, 2007; 신영석 외, 2008; 석재은, 2011; 황승현, 2013; 노대명 외, 2013).
- 노대명(2006)은 현행 기초생활보장법의 최저생계비 조항이 「생계급여 + 주거급여+의료급여+교육급여」의 합계액으로 구성되는 것이 아닌 「생계급여 + 가구특성별 필요급여」로의 구성으로 전환되어야 함을 시사함.
- 이에 의료급여는 의료욕구가 있는 저소득층에게 의료서비스를 제공하여야 하며, 적절한 의료보장과 관리의 효율화 측면에서 개별급여로의 개편방향을 제시
- 개별급여체계의 원칙은 <최저생활보장의 원칙, 욕구충족에서 개별화의 원칙, 자립지원의 원칙, 욕구충족에 있어서 형평성의 원칙> 하에 다음과 같은 방향에서 제도를 운영해야 할 것임.
 - 기초생활보장제도 수급자는 생계급여 및 제반 급여의 수급자격을 규정한다는 점에서 상대적으로 엄격하게 관리하는 것이 필요하며, 근로능력자의 경

우에는 조건부과규정을 유지하는 것이 필요

- 기타 개별급여는 수급선을 빈곤선보다 높게 설정하되, 욕구의 존재를 부가적 수급기준으로 부여함으로써 <빈곤층에 대한 보편적 욕구보장>과 <준빈곤층에 대한 선별적 욕구보장>이라는 두 가지 목표를 달성

○ 개별급여제도(주거급여, 의료급여, 교육급여, 자활급여)는 독립된 법적 근거에 따라 수급자 선정기준과 급여상한액을 독자적으로 결정하게 되며, 각 제도의 개편방향은 아래와 같이 설정

- 주거급여는 월세 및 전세가구에 대한 임대료 지원을 담당하는 제도로 발전하고, 주거복지정책 전반과의 관계를 고려하여 개편되어야 할 것임.
- 의료급여는 의료욕구가 있는 저소득층에게 의료서비스를 제공하는 제도이며, 적절한 의료보장과 관리의 효율화 측면에서 개편되어야 할 것임.
- 교육급여는 교육부가 지원하는 급여와 통합하는 방안을 포함하여, 욕구에 따른 급여지원방안을 강구해야 할 것임.
- 자활급여는 고용관련 서비스를 제공하는 제도로 독립시키고, 생계급여 수급자에 대한 조건부과 규정은 유지하여 참여를 허용. 이는 생계급여 수급자 중 조건부수급자에 대해서는 직권주의를 적용하고, 나머지 자활사업 참여자는 신청주의를 적용하는 이중의 자격제도를 근간으로 하게 됨.

○ 각 급여별 급여상한액 설정 방식

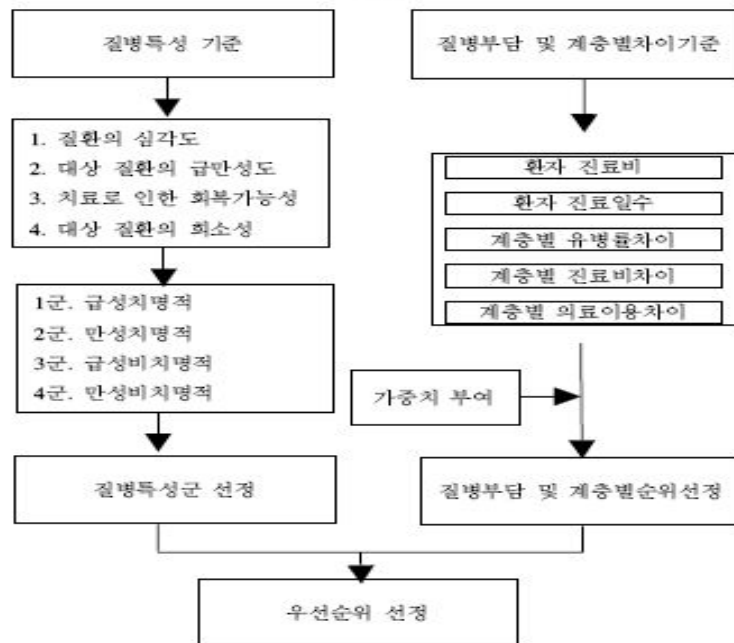
- 생계급여는 표준가구로 통합된 가구원 특성별 지출금액을 분리 계측하여 급여에 적용
- 주거급여는 지역단위의 표준임대료를 설정하고 지불능력을 감안하여 급여
- 의료급여와 교육급여 등은 급여상한액을 설정하는 것이 큰 의미가 없음.

○ 현재 기초보장제도 급여체계 개편방안과 관련하여 부분급여체계와 개별급여체계가 존재하며, 개별급여체계는 아래와 같은 비교우위를 갖는 것으로 판단 됨.

- 급여의 욕구충족성과 욕구대응성을 높이며, 기초생활보장 수급자 간 외에도 수급자와 비수급자 간의 형평성 문제를 해결한다는 강점을 가짐.

- ‘중장기적으로’ 공공부조제도 예산의 효율적이고 효과적인 관리를 가능하게 한다는 점에서 경제성 측면의 강점을 가짐.
 - 급여수급기준을 다양화함으로써 빈곤층이 기초생활보장제도에 집중되고 그것이 전체 급여예산의 증가를 가져오는 동반효과를 최소화하고, 복지의 존성을 해소하는 강점을 가짐.
 - 개별급여제도가 안고 있는 단점으로 지적되어 왔던 행정적 운용과정에서의 어려움은 개별적인 업무담당자의 관점에서 본다면 보다 효율화될 것임을 시사. 또한 최근 주민생활서비스지원체계의 구축은 개별급여의 도입을 용이하게 할 기제로 해석할 수 있을 것임.
- 신현웅 외(2007) 연구는 질병특성기준 및 질병부담, 계층별 차이를 우선순위 선정기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출함.
- 질병특성기준 및 질병부담 및 계층별 차이를 우선순위 선정기준으로 분류하여 질환별, 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출
 - 질환의 심각도, 대상 질환의 급만성도, 치료로 인한 회복 가능성, 대상자의 특수성 네 가지 질병특성기준을 토대로 11가지의 질환범주를 도출
 - 급성 치명적 질환군을 1군, 만성 치명적 질환군을 2군, 급성비치명적 질환군을 3군, 만성 비치명적 질환군을 4군으로 분류하여 각각의 질환을 범주화하였음.
 - 1인당 환자 진료비, 1인당 환자 진료일수를 질병부담으로 정의하였으며 계층별 진료자수 차이, 계층별 진료비 차이, 계층별 입원일수 차이, 계층별 내원일수 차이, 계층별 외래방문일수 차이의 5가지를 계층별 의료이용 차이에 대한 기준으로 선정하였음.
 - 세분화된 질환특성별, 의료이용 차이별, 그리고 질병부담에 따른 각 범주별 우선순위에 각 값의 가중치를 적용하여 3가지 범주를 합한 값으로 최종순위를 산출하고, 이를 통해 저소득계층의 의료욕구를 측정

[그림 3-1] 대상 질환의 우선순위 도출 과정



자료 : 신현웅(2007)

□ 신영석 외(2008) 연구는 의료급여제도의 개별화 방안에 대한 수급자의 의료욕구에 따른 분리된 유형을 도출하였으며, 차등된 지원을 강조함.

○ 수급자 선정기준을 유형 3가지로 분류하여 다음과 같이 제시

- 유형 1(생계급여 수급자 중 근로무능력자) : 생계급여 수급자는 최저수준의 생계를 유지하는 정도의 소득(생계급여액 포함)만 갖기 때문에 의료위험으로부터 발생하는 비용에 대해 국가가 보장하되 근로유인을 강화하기 위해 근로능력이 없는 계층만 유형 1로 분류
- 유형 1에게는 현행 1종 수급자의 본인부담체계를 적용하여 외래 이용 시 1차 의료기관 방문당 1,000원, 2차 1,500원, 3차 2,000원, 약국 처방전당 500원을 본인이 부담하고 CT, MRI, PET는 급여비용의 5%를 본인이 부담하도록 설계

- 현행처럼 건강생활 유지비는 계속 지원하되, 입원은 법정급여 범위 내에서 본인부담이 없는 것으로 함.
- 유형 2(빈곤탈피 유도를 위한 지원대상자) : 빈곤 탈피 유도를 위해 생계급여 수급자 중 근로능력이 있는 자와 예측하지 못한 의료위험이 발생했을 경우 최저생계이하로 전락할 가능성이 있는 계층으로 생계급여 수급자 기준에서 탈락한 현행 수급자
 - * 생계급여 수급기준에서 탈락한 자로 개별급여 하 생계급여 기준 소득의 100% (965,083원) 이상 130%(1,254,608원 : 현행 최저생계비의 약 104%에 해당) 이하의 자
 - * 유형 1의 소득 기준을 만족하는 생계급여 수급자 중 근로능력이 있는 자
- 유형 2는 현행 2종 수급자의 본인부담 체계를 준용하되, 입원의 본인부담율을 15%에서 10%로 인하함.
- 유형 2에 해당하는 계층이 외래이용을 할 경우 1차 의료기관 방문당 1,000원, 2차·3차의 경우 급여비용의 10%, 입원·CT·MRI·PET도 급여비용의 10%를 본인이 부담하고 약국은 처방전당 500원을 본인이 부담하도록 함.
- 유형 3(Medically Needy Group : 의료비 과다 부담자) : 유형 1과 2에 속하지 않는 자로 사고, 급성 질환 등에 의해 발생한 본인부담 의료비 때문에 소득이 최저생계비(현행 기준 100% 또는 유형 2의 소득기준인 개별급여 하 최저생계비 130%) 이하로 떨어지는 계층
- 유형 3은 평상시 건강보험 자격을 유지하되 과도한 본인부담 의료비가 발생했을 때 사후적으로 신청에 의해 상환

<표 3-1> 수급자격에 따른 유형 분류, 급여 범위, 본인부담

자격 구분	소득, 재산, 부양의무자, 근로능력 유무 기준	급여 범위	본인부담
유형 1	소득, 재산, 부양의무자 : 생계급여 기준에 따름, 근로능력 : 없음	국민건강보험 '요양급여의 기준에 관한 규칙'의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산시 진찰 · 검사,	외래 : 1,500원 입원 : 없음

자격 구분	소득, 재산, 부양의무자, 근로능력 유무 기준	급여 범위	본인부담
유형 2	<ul style="list-style-type: none"> -소득 : 생계급여 기준 소득의 100% 이상 130% 이하 -재산 및 부양의무자 기준: 생계급여 기준을 따름 -유형1의 소득, 재산, 부양의무자 기준을 만족하는 자 중 근로능력이 있음 	약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등	외래 : 1,500원 입원 : 10%
유형 3	건강보험 가입자		건강보험 체계에 준함

자료 : 신영석(2008)

□ 이태진 외(2012) 연구는 맞춤형 빈곤정책의 전반적인 개편방안을 제시하고 있으며, 특히 의료급여는 빈곤층의 의료보장을 확보하고, 건강보험과 의료급여 간 보장의 형평성을 유지하며, 동일한 재원으로 최대의 인원을 가장 효과적으로 보장할 수 있는 개편방안을 제시

○ 의료급여 수급자 선정 시 의료욕구를 반영한 기준이 필요하며, 미충족 의료욕구가 있는 최저생계비 이상의 차상위 계층에 대한 별도의 기전을 마련하여 의료 사각지대를 최소화하고 빈곤 추락을 방지함을 강조

○ 의료 사각지대 해소를 위한 방안으로 건강보험 체납세대를 포괄하여 저소득 취약계층의 의료접근성 향상

○ 또한 건강보험의 보장성이 선진국 수준인 약 80%에 근접하면 의료급여와 건강보험의 통합이 될 것을 간주한 제도 설계를 강조

<표 3-2> 의료급여 개편방안

구분	현행	개편안
선정기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득인정액이 최저생계비 이하 <ul style="list-style-type: none"> - 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액 <ul style="list-style-type: none"> • 재산소득환산액 = (재산-기본재산액-부채)× 소득환산율 • 소득환산율 : 일반재산 월 4.17%, 금융재산 월 6.26%, 자동차 월 100% ○ 부양의무자 기준 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개편되는 생계급여 자격기준과 동일함. ○ 총순자산이 조정된 일반재산 최고가액 미만 <ul style="list-style-type: none"> - 조정된 일반재산의 최고가액 = 일반재산의 최고가액 +(급지별 전세가격 - 지역별 기초공제액) ○ 소득평가액이 조정된 생계급여최대액 이하 <ul style="list-style-type: none"> - 조정된 생계급여액 = 최저생계비 - 타법지원액 - 주거급여액 + 임대료 제외 주거

구분	현행	개편안
		<p>급여액</p> <p>○ 현행을 유지하되 점진적 완화</p>
의료급여	<p>○ 급여범위 : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산 시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등</p> <p>○ 본인부담</p> <p>○ 의료급여 1종, 2종(근로능력 유무)</p> <p>– 1종: 외래 1,000원, 입원 무료 입원 시 생계급여는 지원하지 않음.</p> <p>– 2종 : 외래 1,500원, 입원 10%</p>	<p>○ 급여범위 : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산 시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등</p> <p>○ 본인부담 : 외래 1,500원, 입원 및 약 5%</p> <p>– 입원 중인 환자에게도 생계급여 지원</p> <p>– (현행 1종에 준용, 입원과 약에 대해 본인부담제 신설)</p> <p>• 한시적 운영(2종) : 외래 1,500원, 입원 및 약 10% 즉, 현행과 동일하되, 약에 대한 정율적 본인부담 10%</p> <p>○ 중장기적으로 건강보험과 통합운영</p>

주. 한시적으로 운영되는 2종은 생계급여 개편에 따라 탈락된 기존 1종 수급자와 기존 2종 수급자가 해당됨.
자료 : 이태진 외(2012).

□ 노대명 외(2013)은 지난 10여년간 계속되어온 기초생활보장제도의 쟁점 및 문제점을 면밀히 분석하여 생활영역별 맞춤형 급여체계로의 개편 방향을 제시함.

○ <통합급여체계 vs. 욕구별 급여체계> 논쟁은 기초보장제도 수급자격이 다양한 욕구별 급여를 통합적으로 보장함에 따라, 각 욕구별 급여의 적정성을 보장하기 힘들다는 비판에서 비롯되었음.

○ 기초연금제도의 도입은 기초생활보장제도, 특히 생계급여제도의 역할변화를 가져 올 것으로 예상됨.

– 이는 하나의 제도가 아니라 다양한 제도를 연계하여 빈곤층 및 저소득층을 지원하는 새로운 공공부조 시스템을 구축하는 일이 시급함을 나타냄.

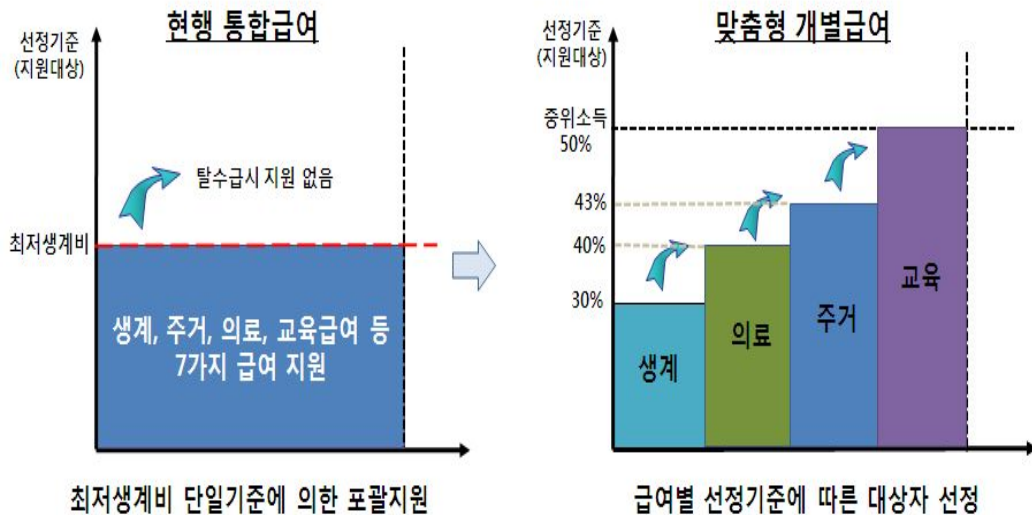
○ 거시적인 관점에서 기초생활보장제도의 개편은 불가피 하며, 기초생활보장제도 수급자격으로 인해 발생하는 문제를 해결하기 위한 방안이 구축되어야 할 것임.

○ 각 기초생활보장 급여의 맞춤형급여로의 전환방향은 다음과 같음.

- 생계급여 개편안에서는 개편 이후 적어도 현행 제도 하에서의 생계급여 최대액 이상이 되도록 하는 것을 원칙으로 함.
 - 대상자 선정기준은 소득인정액이 ‘중위소득 30%수준을 고려하여 중앙생활보장위원회에서 결정한 금액’ 이하인 가구로 선정하며, 부양의무자 기준을 적용하되 부양의무자가 수급자를 부양하고도 중위소득 수준의 생활을 유지할 수 있는 선에서 소득기준을 개선
 - 급여 방식으로는 생계급여의 가구별 최저보장수준에서 수급자 가구의 소득인정액을 제외한 차액을 보충급여 방식으로 지급
- 주거급여는 기존 주거급여를 점유형태, 임대료 수준 등을 종합 고려하는 주거비 지원제도로 확대하고 발전시키는 방향 모색
 - 제도개편에 따른 주거급여의 대상자 선정기준은 소득인정액이 ‘중위소득 43%수준을 고려하여 중앙생활보장위원회에서 결정한 금액’ 이하인 가구로 선정하며, 이는 월 소득 대비 임대료와 부담 수준이 높은 중위소득 40~45% 이하 가구를 지원
- 의료급여는 의료급여법으로 독립하여 운영되고 있어, 이미 개별급여적 성격을 가지고 있음
 - 따라서 획기적인 변화보다는 현실가능성을 최대한 반영하여 현행 소득기준을 중심으로 대상자를 선정하되, 부양의무자 기준 완화를 통해 대상자를 확대하는 방향으로 추진
 - 즉, 현행 국민기초생활보장제도의 소득기준과 같은 중위소득 40% 이하에 생계급여 개편안 수준으로 완화된 부양의무자 기준을 적용
- 교육급여의 대상자를 차상위계층까지 확대하고, 복지부의 교육급여와 교육부의 저소득층에 대한 교육비 지원사업을 통합하여 총괄적으로 지원하는 방향을 마련
 - 대상자 선정기준선으로 ‘소득인정액이 중위소득의 50% 수준을 고려하여 중생보위에서 결정한 금액’이하인 가구로, 이는 ‘11년 기준 최저생계비의

121.4%('13년 기준 124%)로 현행 법정 차상위기준(최저생계비 120%)을 약간 상회하는 수준으로 상향조정

[그림 3-2] 급여별 맞춤형 개별급여 체계 선정기준



제2절 선행연구 고찰을 통한 시사점

- 의료급여제도는 현재 기초생활보장제도의 통합급여체계 내에서 운영되므로 통합급여에서 나타나는 문제점을 그대로 내포하고 있으며, 의료욕구와 같은 의료급여가 지녀야 할 특수성이 배제되는 악순환이 10여년 이상 지속되고 있음.
- 많은 연구에서 공통적으로 통합급여체계가 아닌 맞춤형 개별급여로의 전환을 시사하고 있으며, 새정부 도래이후 수급자 중심의 맞춤형 급여체계 확대 개편의 실시를 앞두고 있음.
- 이에 지금까지 진행되어온 연구들을 참조하여 새로운 맞춤형 급여체계의 현실화를 위한 실질적 도입방안을 제시해야 할 것임.

- 맞춤형 의료급여 체계로의 도입을 위해 현행 기초생활보장제도와 같이 기본원칙을 설립해야하며, 특히, 기초생활보장제도의 생존권보장의 원리, 최저생활보장의 원리와 같은 초기 설정한 원리에 위배되지 않아야 할 것임.
- 맞춤형급여제도로 전환되더라도 생존권보장의 원리, 최저생활보장의 원리, 보충성의 원리, 자립조장의 원리와 같은 기초생활보장급여의 기틀을 유지하는 방향으로 개편되어야 함.
- 맞춤형급여제도로 전환됨에 따라 추가적으로 욕구충족에서 개별화의 원칙, 자립지원의 원칙, 욕구충족에 있어서 형평성의 원칙 등의 개별화 원칙이 설립되어야 할 것.
- 의료급여의 맞춤형 급여체계 도입을 위한 소득기준 및 질환별, 욕구별 기준 설정의 명료화하여 의료사각지대 대상자의 충분한 의료서비스 제공을 도모해야함.
- 의료급여 수급자의 선정에 있어 의료욕구를 반영한 기준이 설정되어야 하며, 소득이 최저생계비 기준 이상인 차상위나 차차상위 계층에서 의료비 부담이 높은 대상자이거나 부양의무자 기준 등과 같이 통합급여체계의 절대적인 소득기준으로 인해 수급자에 탈락한 계층에 대한 대안이 모색되어야 함.
 - 맞춤형 개별급여체계의 소득기준선을 설정함에 있어 근로능력 유무와 재산 및 부양의무자 기준에 대한 고려가 필요함.
 - 이에 의료급여 기준을 생계급여 기준선에 준하거나 약간정도 더 높게 설정하되, 의료필요나 부양의무자 기준을 완화하여 의료급여 수급 대상자를 선정해야함.
 - 수급자격을 부여함에 있어 의료급여는 생계급여나 기타급여와 달리 ‘의료욕구’의 특수성이 반영되어야 하므로 현행 의료급여제도에서 이미 1종과 2종으로 분리하여 운영되고 있는 것과 같이 의료급여 체계 내 소득기준 및 근로능력 기준, 의료욕구 기준을 반영하여 본인부담을 달리하는 유형별 급여체계를 모색해볼 수 있음.
 - 현행 의료급여 1종대상자는 생계급여 소득기준에 준하며, 근로능력이 없

는 대상자이므로 동 대상자에 대한 본인부담은 현재와 같이 유지될 수 있도록 설계되어야 할 것임.

- 생계급여 수급자 중 근로능력이 있는 대상자이거나 예측하지 못한 의료 위험에 처해 최저생계 이하로 떨어질 가능성이 있는 대상자 혹은 부양의 무자 기준으로 인해 실질적 소득수준과 관계없이 수급자에 탈락한 대상의 경우 현행 의료급여 2종 대상자 수준의 본인부담체계를 적용하여 의료 부담을 완화시킬 수 있는 방향으로 나아가야 할 것임.

– 또한 의료 사각지대에 놓인 의료과부담 계층에 대한 합리적인 대상자 지원을 위해 과도한 의료비를 발생시키는 질병 및 의료욕구별 질환의 우선순위를 도출하여 의료비로 인해 수급자로 전락하는 것을 예방할 수 있는 기준을 마련하는 방안 등이 요구됨.

○ 의료급여의 맞춤형급여제도로 도입하기 위해 현행 통합급여체계에서 보다 실질적이고 분절적인 소득기준선이 요구됨.

– 통합급여체계의 전물량 마켓바스켓 방식으로 확정된 최저생계비 기준에서 상대적 기준방식의 중위소득 개념을 도입하고, 부양의무자가 수급자를 부양하고도 중위소득 수준의 생활을 유지할 수 있는 소득기준으로 개편 적용해야함.

– 각 개별급여의 소득 설정의 구체적인 기준은 다음과 같음.

- 생계급여 대상자 선정기준은 소득인정액이 ‘중위소득 30%수준을 고려하여 중앙생활보장위원회에서 결정한 금액’ 이하인 가구로 선정
- 주거급여의 대상자 선정기준은 소득인정액이 ‘중위소득 43%수준을 고려하여 중앙생활보장위원회에서 결정한 금액’ 이하인 가구로 선정하며, 이는 월 소득 대비 임대료와 부담 수준이 높은 중위소득 40~45% 이하 가구를 지원하기 위함이며, 제도정착에 따라 지속적인 검토가 필요함.
- 현행 국민기초생활보장제도의 소득기준과 같은 중위소득 40% 이하에 생계급여 개편안 수준으로 완화된 부양의무자 기준을 적용

* 의료급여는 이미 의료급여법으로 독립하여 운영되고 있어, 개별급여적 성격을 띠고 있으며, 이에 현행 소득기준 중심으로 대상자를 선정하되, 부양의무자 기준을

완화하여 대상자를 확대

- 교육급여는 ‘소득인정액이 중위소득의 50% 수준을 고려하여 중생보위에서 결정한 금액’이하인 가구로, 이는 ‘11년 기준 최저생계비의 121.4%(’13년 기준 124%)로 현행 법정 차상위기준(최저생계비 120%)을 약간 상회하는 수준으로 상향조정

□ 의료급여제도의 맞춤형급여 체계로의 전환에 있어 단기적 맞춤형급여제도로의 전환에 따른 근시안적 제도변화에만 국한하지 않고, 중·장기적 의료제도의 환경변화를 고려한 단계적인 제도 설계를 고려해야 할 것

- 현재 우리나라 의료보장성은 60%초반에 머물고 있지만 4대 중증질환제도 개선, 3대 비급여제도 개선 등과 같은 지속적인 보장성 강화정책을 제도화하려는 목소리가 커지고 있음.
- 이에, 향후 우리나라 의료보장성이 사회보험 선진국가와 같이 80% 이상이 넘으면 의료급여 제도를 개별적으로 운행하기보다 건강보험과 의료급여를 통합하여 최소한의 의료 취약계층에게 보충적 성격의 제도를 지원하는 것이 바람직함.
- 그러므로 개편되는 맞춤형 급여제도에서도 건강보험 보장성이 선진국 수준에 근접하면 의료급여와 건강보험이 통합될 것을 간주한 제도 설계가 이루어져야 할 것임.



제4장 외국 사례 비교 분석

- 제1절 미 국
- 제2절 독 일
- 제3절 프 랑 스
- 제4절 네덜란드
- 제5절 싱 가 폴
- 제6절 일 본
- 제7절 대 만
- 제8절 시 사 점

제1절 미국

□ 미국 Medicaid 제도에 대한 개관

○ Medicaid 제도의 목적 및 의의

- 저소득 개인 및 가족들에 대한 의료보호프로그램으로 미국의 주정부가 도움이 필요한 사람들에게 적절한 의료를 제공할 수 있도록 하기위함.
- 주정부와 연방정부가 재정을 분담하며 운영은 주정부가 담당함. 특정 범주의 취약계층에게 보건의료를 제공하며 요양원 서비스를 제공하는 중요한 주체임.
- Medicaid의 프로그램은 미 각 주정부에서 독자적으로 관리되므로 수급자격조건과 급여 범위가 주마다 다르나 연방정부의 교부금을 받기 위해서는 연방정부에서 제시하는 지침을 충족해야하며 연방정부의 SSI(보충적 사회보장제도)수혜자, 가정위탁대상자 등 소득보조금을 받는 사람들에게 의무적으로 Medicaid서비스를 제공해야함.

○ Medicaid 제도의 수급 자격

- 소득과 자산기준
- 아동, 임산부, 노인, 장애인등 특정집단
- 저소득 취약계층의 추가지원

○ Medicaid 제도의 대상자 구성

- Medicaid의 대상자는 주별로 매우 다양하지만 <표 4-1>과 같이 원칙적으로 크게 3개의 집단으로 구분할 수 있음. Medicaid 제도는 다양한 대상자의 조건을 가지고 있으므로 주별로 대상자의 범위가 이질적이고 대상자 수도 크게 차이가 남.

<표 4-1> Medicaid 제도의 대상자 구성

구분	기준	예시
범주적 필요군 (categorically needy)	소득을 기준으로 대상자를 정함	“부양이 필요한 어린이”를 가진 가족에 대한 지원 프로그램의 대상자
		가구소득이 빈곤선의 133% 이하인 가구에 속한 임신한 여성과 6세이하 어린이
		가구 소득이 빈곤선의 100%이하인 6~19세 어린이와 청소년
		18세(고교 재학 중인 경우는 19세)이하 어린이나 청소년의 간병을 담당하는 친척 혹은 법적 보호자
		생계보조금제도(SSI)수혜자
의학적 필요군 (medically needy)	의학적 상태를 기준으로 소득의 기준보다 높은 사람까지 적용대상으로 함	임신한 여성(산후 60일까지)
		18세 이하의 어린이와 청소년
		일부 신생아(출생 후 1년)
		일부 시각장애인
		추가로 다음 대상자 추가 가능 : 21세 이하의 청소년과 어린이, 어린이와 청소년을 간병하는 친척이나 보호자, 65세 이상 노인, 시각장애인, 장애인
특수집단 (special group)		메디케어 대상자로서 빈곤선 ⁸⁾ 100% 이하 소득자
		노동가능 장애인으로서 빈곤선 200% 이하 소득자
		유방암이나 자궁경부암을 가진 여성
		보험 미가입자로서 결핵이 발병한 경우 등.

출처: What can we learn from Medicaid Program of the United States?, Harvard School of Public Health, Yeong-Su Ju, 2006

○ Medicaid 제도의 관리 및 운영

－ 주 정부의 Medicaid 프로그램은 연방정부의 HHS(Health and Human

8) ※ 빈곤선: 미국은 두가지 공식 빈곤선을 이용

① 통계국이 순수 통계적인 목적으로 매년 발표하는 연방빈곤선(Federal Poverty Thresholds)

② 보건부가 매년 연방관보에 발표하는 빈곤기준(Poverty Guidelines)

보건부의 빈곤기준은 공식 빈곤선을 간략화한 것으로 첫 번째 가구원의 빈곤선을 정하고 그 이상의 가구원의 경우는 일인당 가중치를 더하는 형식으로 계산한다. 이렇게 정해진 빈곤선이 공적부조 프로그램들의 수급자 자격 여부를 판단하는 사용

그러나, 일부 의학적 필요군을 제외한 대부분의 Medicaid는 다른 사회복지 프로그램의 급여와 연계되어 있으므로 실제 대상자가 되기 위한 판단은 다른 사회복지 제도의 자산조사(means test)를 통하게 된다. 이 자산조사의 정확성은 늘 문제가 되는 사항으로 당사자가 신고한 모든 종류의 수입이 얼마나 정확한지를 판단하는 것이 핵심적인 과제이다. 이 문제는 Medicaid제도에 한정된 문제는 아니지만 대상자 선정의 기준이 되는 빈곤선이 실제 빈곤층의 상황을 반영하는 적절한 수준인가 하는 문제는 중요한 논쟁거리이다. 이 측정 기준이나 방법 자체에 논란이 있음.

Services) 부 산하의 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)에서 제시하는 지침에 의해 Medicaid 프로그램을 운영

CMSO(연방정부 수준에서 메디케이드를 관장하는 CMS산하기관)의 주요업무
① 주정부가 연방정부로부터 적절한 매칭펀드를 받았는지의 확인
② 주정부의 Medicaid프로그램의 보완요청 및 대체의료서비스 사항 관리
③ Medicaid운영에 필요한 주정부, 수혜자, 공급자 등의 준수사항과 규정해석
④ 주정부의 Medicaid프로그램과 대체의료서비스의 연방지침 준수 감독
⑤ 주정부와 지방정부의 Medicaid프로그램의 효율적인 운영지원
⑥ 연방정부의 매칭펀드 사용의 적절성 감독
⑦ 매칭펀드 지출자료 수집 정리 등

각 주정부의 Medicaid 관련부서의 주요 업무
① 등록자의 정보 관리
② 서비스 수혜내용 결정
③ 서비스 지불 비용과 참여 의료기관 결정
④ 관리의료(managed care plans)에 가입되지 않은 의료기관이 요구하는 행위별 수가제 처리
⑤ Medicaid프로그램이 사용하는 의료서비스의 질 관리
⑥ 중앙과 지방의 재원 관리
⑦ 효과적인 프로그램 운영방안 자료 수집
⑧ 프로그램 가입자, 등록자, 공급자 및 관리조직들의 불만 해결 등의 업무

○ Medicaid 제도의 재정분담

- 1965년 Medicaid프로그램이 시작된 이래 연방정부는 저소득층의 보건의료에 대한 주정부의 재정지출을 보조해주는 형식으로 모든 주들이 매칭 펀드 형태의 연방정부 재원과 주 정부예산으로 Medicaid서비스를 제공
- Medicaid는 연방정부와 주정부가 비용을 분담
- 이러한 분담분을 연방의료비지원부담률(FMAP)라 부르며 각 주의 주민 일인당 소득 수준을 전국의 소득 수준과 비교하는 공식에 따라 매년 정해짐
 - 소득수준이 높은 주는 비용의 적은 부분만을 연방정부로부터 상환

□ Medicaid 대상자 규모 및 재정 추이

○ 각 그룹별 Medicaid 수급자수는 전체 66,425천명이고 아동 32,548천명, 성인(19세 미상~64세 미만)은 17,934천명, 노인(65세 이상)은 5,987천명, 장애인은 9,963천명임.

- 이에 따른 Medicaid 총 지출액을 살펴보면 전체 \$369,524,733,846 임. 각 그룹별로 살펴보면 아동의 경우 수급자 수는 49%를 차지하지만 총지출 비율은 21%이고 노인의 경우 수급자수는 전체의 9%이지만 총지출액 비율은 42%로 노인 그룹에서 Medicaid 지출이 크다는 것을 알 수 있음.
- 1인당 의료비 평균 지출을 그룹별 전체는 장애인 \$16,240로 의료비 지출이 가장 크고 두 번째로 노인 \$12,958로 의료비 지출이 큼.
- 노인과 장애인에 비하여 아동과 성인의 1인당 의료비 평균 지출이 상대적으로 적음.

<표 4-2> 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출비율

(단위: 천명, \$)

구분	수급자수(FY2010)	총지출(FY2010)	1인당 의료비
Total	66,425	\$3,695억	\$5,563
아동(19세 미만)	32,548(49%)	\$776억 (21%)	\$2,359
성인(19~64세)	17,934(27%)	\$554억 (15%)	\$3,025
노인(65세 이상)	5,987(9%)	\$813억 (22%)	\$16,240
장애인	9,963(15%)	\$1,552억 (42%)	\$12,958

참고: FY2010는 2009년 10월 1일부터 2010년 9월 30일 기간을 뜻함.

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-enrollment-fy2009/> (전체수급자수)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-payments-per-enrollee/> (전체 총지출)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-by-enrollment-group-fy2009/> (그룹별 수급자수)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/payments-by-enrollment-group/> (그룹별 총지출)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-payments-per-enrollee/>

□ 미국의 빈곤계층 현황

- 연방빈곤수준(FPL)의 100%이하의 사람들이 저소득층이라고 할 수 있음.
100%이하의 비율은 20%임(표 4-3참고).

<표 4-3> 미국 전 인구의 연방빈곤선(Federal Poverty Level) 비율 (2011)

(단위 : 천명)

구분	수	비율
미국 인구	307,892	100%
100% 이하	61,578	20%
100-138%	24,631	8%
139-250%	61,578	20%
251-399%	58,499	19%
400+%	101,604	33%

출처: <http://kff.org/other/state-indicator/distribution-by-fpl/>

- 연령별 빈곤율에서 아동의 빈곤율이 27%로 가장 높음. 성인의 경우에는 전체 인구의 61%이지만 빈곤율은 19%로 아동과 노인이 취약계층이라고 할 수 있음.

<표 4-4> 연령별 빈곤율

(단위 : 천명)

연령	연령별 전체		연령별 빈곤율	
	수	비율	수	비율
아동(18세 이하)	76,973	25%	20,782	27%
성인(19~64세)	187,814	61%	35,684	19%
노인(65세 이상)	40,025	13%	4,803	12%

출처: <http://kff.org/other/state-indicator/poverty-rate-by-age/> (빈곤선 이하의 연령별 분포)
<http://kff.org/other/state-indicator/distribution-by-age/> (연령별 전체인구)

□ 미국 Medicaid 제도의 수급자격 세부 기준 모색

○ Medicaid 대상자 선정 기준

- 소득 및 자산기준과 인구집단 기준, 질병별 기준을 토대로 Medicaid는 4가지 공적보험 프로그램으로 구성
- 저소득 여성 및 아동 가구에 의료비의 대부분을 지원 : 비용은 전체의 1/4, 수급권자는 전체의 2/3
- 저소득층 노인에 대해 Medicare에서 급여해 주지 않는 의료비 지출을 지원
- 저소득층 장애인들의 의료비 대부분을 지원
- 요양원 시설에 입원한 많은 노인들의 비용을 지불

○ 의료욕구를 반영한 대상자 선정에 대한 사례

- Medicaid는 빈곤층 모두에게 의료지원을 제공하지 않음.
- 수급자격을 폭넓게 규정하고 있는 연방정부의 법령에서도 이들은 일정한 분류의 인구집단에 포함되지 않으며 매우 빈곤한 사람일 경우에도 요건에 해당하지 않으면 의료서비스를 지원하지 않음.
- 저소득 여부는 이러한 인구집단들 내에서 Medicaid 수급자격을 결정하기 위한 기준들 중에 하나의 기준일 뿐임.
- 예를 들면, 소득이 연방 빈곤선(FPL)의 133%이하인 가구의 임신부와 6세 이하 아동, FPL이하 소득가구에서 19세 미만의 아동 전체 등이 있음.

□ 미국 Medicaid 제도의 주별 비교

- 뉴욕, 캘리포니아, 일리노이, 위스콘신, 네바다, 오레곤, 버지니아 등 전체 51개 주의 소득자격 조건, 급여범위, 본인부담, 지불보상 등의 Medicaid 제도 고찰(각 주별 본인부담에 대한 내용은 <부록1> 참고).

□ 미국 각 주의 대상 별 Medicaid 소득자격 조건 비교

○ <표 4-5>은 미국 각 주들에서 소득자격이 가장 크거나 가장 작은 주만 나타냄.
각 주별 데이터는 부록 <표 2>에 명시되었음.

- 각 주의 대상별 Medicaid 소득자격 조건은 주별로 어린이(0세-1세)의 경우 133%~300%사이이고 평균 169.7%, 어린이(1세-5세)는 133%~275%사이로 평균 144.3%, 어린이(6세-19세)는 100%-275%사이로 평균이 118.2%임.
- 어른의 경우 자녀 부양시 실직자와 구직자로 나뉘고 비장애인의 경우에도 실직자와 구직자로 나누어 Medicaid 소득자격 조건이 구분됨. 부양가족이 있으면서 실직자인 경우 10%-215%로 주별로 차이가 크고 평균 73.0%임. 부양가족이 있으면서 구직자의 경우 16%-215%로 주별로 차이가 크고 평균 88.0%임.
- 부양가족이 없고 비장애인이지만 실직자의 경우 주별로 10%-200%의 차이를 보이고 있고 평균 102.6%임.
- 임신부의 경우 주별로 133%-300%의 차이를 보이고 있고 평균 186.5%로 대상별 Medicaid 소득자격 평균이 가장 높음.

<표 4-5> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준)(2013)

United States	어린이			어른				임산부
	(0-1세)	(1-5세)	(6-19세)	자녀부양		비장애인		
				실직	구직자	실직	구직자	
Alabama	133%	133%	100%	10%	23%			133%
Arkansas	133%	133%	100%	13%	16%	—	—	162%
Colorado	133%	133%	133%	100%	106%	10%	20%	185%
Florida	185%	133%	100%	200%	206%	200%	211%	185%

United States	어린이			어른				임 산부
	(0-1세)	(1-5세)	(6-19세)	자녀부양		비장애인		
				실직	구직자	실직	구직자	
Kansas	133%	133%	100%	27%	80%	-	-	300%
Mississippi	275%	275%	275%	215%	215%	75%	75%	275%
Wisconsin	300%	185%	100%	200%	200%			300%

참고: 연방빈곤수준(FPL)은 메디케이드 등 공공지원 프로그램에 대한 자격 수준을 결정하기 위하여 결정됨.

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-fpl-medicaid/>
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-low-income-adults/>
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/income-eligibility-fpl-pregnant-women/>

<표 4-6> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준) 의 기초통계량

구분	최저값	중위값	최대값	평균
어린이 (0-1세)	133%	185%	300%	169.7%
어린이 (1-5세)	133%	133%	275%	144.3%
어린이 (6-19세)	100%	100%	275%	118.2%
부양가족있는 어른 (실직)	10%	37%	215%	73.0%
부양가족있는 어른 (구직)	16%	64%	215%	88.0%
비장애인 어른 (실직)	10%	100%	200%	102.6%
비장애인 어른 (구직)	20%	100%	211%	108.8%
임산부	133%	185%	300%	186.5%

□ 미국 각 주의 대상 별 Medicaid 수급자 수 및 비율 비교

○ <표 4-7>은 미국 각 주에서 Medicaid 수급자 수가 가장 많거나 가장 적은 주만 나타냄. 각 주별 데이터는 부록 <표 3>에 명시되었음.

- 미국 각 주에서 아동의 Medicaid 수급자 수가 가장 적은 주는 Michigan 주이고 20,591백명임. 아동의 수급자수가 가장 큰 주는 Utah주와 Wyoming주로 43,176백명임.
- 성인의 경우 New Mexico와 Utah가 가장 적은 8,635백명이고 Michigan 주가 가장 많은 28,562백명의 수급자가 있음.
- 또한, Vermont주가 노인의 수급자 수가 가장 적은 2,657백명이고 Maryland주가 노인의 수급자 수가 가장 많은 11,428백명임.
- 장애인의 수급자가 가장 적은 주는 California주로 5,978백명이고 가장 많은 주는 West Virginia주로 18,599백명임.

<표 4-7> 미국 각주의 Medicaid 수급자(Medicaid Enrollees) 수 및 비율 (FY2010)

(단위: 백명)

주	아동	성인	노인	장애인
California	26,570	27,898	5,978	5,978
	40%	42%	9%	9%
Maryland	22,584	18,599	11,956	13,285
	34%	28%	18%	20%
Massachusetts	32,548	18,599	5,314	9,963
	49%	28%	8%	15%
Michigan	20,591	28,562	6,642	10,628
	31%	43%	10%	16%
New Mexico	37,198	8,635	9,299	11,292
	56%	13%	14%	17%
Utah	43,176	8,635	5,978	8,635
	65%	13%	9%	13%
Vermont	39,191	16,606	2,657	7,971
	59%	25%	4%	12%
West Virginia	31,884	9,963	6,642	18,599
	48%	15%	10%	28%

주	아동	성인	노인	장애인
Wyoming	43,176	10,628	4,649	8,635
	65%	16%	7%	13%

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-enrollment/#> (수급자수)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-by-enrollment-group-fy2009/> (각 수급자수)

<표 4-8> 미국 각주의 Medicaid 수급자(Medicaid Enrollees) 수(FY2010)의 기초통계량
(단위: 백명)

구분	최저값	중위값	최대값	평균
아동	20,591	34,541	43,176	34,163
성인	8,635	13,949	28,562	15,538
노인	2,657	5,978	11,956	6,212
장애인	5,978	9,963	18,599	10,484

□ 미국 각 주의 대상 별 Medicaid 지출 비율 비교

○ <표 4-9>은 미국 각 주에서 Medicaid 지출이 가장 많거나 가장 적은 주만 나타냄. 각 주별 데이터는 부록 <표 4>에 명시되었음.

- 각 주에서 어린이의 Medicaid 지출이 가장 적은 주는 North Carolina로 11%이고 가장 많은 주는 New York주로 48%임.
- 어른의 Medicaid 지출이 가장 적은 주는 Arkansas주로 5%이고 가장 많은 주는 South Carolina주와 Mississippi주, Georgia로 16%임.
- 또한, 노인의 경우 Medicaid 의 지출이 가장 적은 주는 Vermont주로 10%이고 가장 많은 주는 Ohio주로 31%임.
- 장애인은 Idaho주가 가장 낮은 30%이고 Georgia주가 가장 많은 55%임.

<표 4-9> 미국 각 주 가입자의 Medicaid 지출 비율 (FY2010)

(단위: %)

	전체	어린이	어른	노인	장애인
Arkansas	100%	23%	5%	26%	46%
Georgia	100%	20%	13%	24%	42%
Idaho	100%	17%	26%	28%	30%
Mississippi	100%	19%	13%	22%	47%
New York	100%	48%	19%		31%
North Carolina	100%	11%	19%	27%	42%
Ohio	100%	16%	10%	31%	43%
South Carolina	100%	23%	13%	18%	45%
Vermont	100%	27%	15%	10%	48%

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/payments-by-enrollment-group/#>

<표 4-10> 미국 각주 가입자의 Medicaid 지출 비율(FY2010)의 기초통계량

구분	최저값	중위값	최대값	평균
전체	100%	100%	100%	100%
아동	11%	22%	48%	22%
성인	5%	13%	36%	14%
노인	10%	22%	31%	21%
장애인	30%	43%	55%	43%

□ 미국 각 주의 대상 별 1인당 Medicaid 지출 비교

○ <표 4-11>은 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출이 가장 크거나 가장 작은 주만 나타냄. 각 주별 데이터는 부록 <표 5>에 명시되었음.

- 미국 인구 전체의 1인당 Medicaid 지출이 가장 적은 주는 California주로서 \$3,441이고 1인당 Medicaid 지출이 가장 큰 주는 Alaska주로 \$9,310임.
- 각 대상자별로 살펴보면, 어린이의 경우 Wisconsin주가 \$1,570의 지출이 가장 적고 Alaska주가 \$4,805로 가장 높음.

- 어른은 California주가 1인당 Medicaid 지출이 \$1,136로 가장 낮고 Alaska주가 \$6,360로 가장 높음.
- 노인의 경우 New Hampshire주가 \$7,886로 1인당 Medicaid 지출이 가장 낮고 Ohio주가 \$22,868로 가장 높음.

<표 4-11> 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출(FY2010)

(단위: 달러)

	전체	어린이	어른	노인	장애인
Alaska	\$9,310	\$4,805	\$6,360	\$22,399	\$27,896
California	\$3,441	\$1,585	\$1,136	\$9,844	\$15,891
NewHampshire	\$4,011	\$2,120	\$2,485	\$7,886	\$12,642
Ohio	\$8,305	\$2,474	\$3,946	\$22,868	\$24,997
Wisconsin	\$5,233	\$1,570	\$2,772	\$13,575	\$15,360

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-enrollment-fy2009/> (수급자수)
<http://kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-payments-per-enrollee-fy2009/>

<표 4-12> 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출 (FY2010)의 기초통계량

(단위: 달러)

구분	최저값	중위값	최대값	평균
전체	\$3,441	\$5,950	\$9,310	\$6,020
아동	\$1,570	\$2,496	\$4,805	\$2,576
성인	\$1,136	\$3,620	\$6,360	\$3,655
노인	\$7,886	\$13,632	\$22,868	\$13,992
장애인	\$7,296	\$16,052	\$30,288	\$16,786

제2절 독일

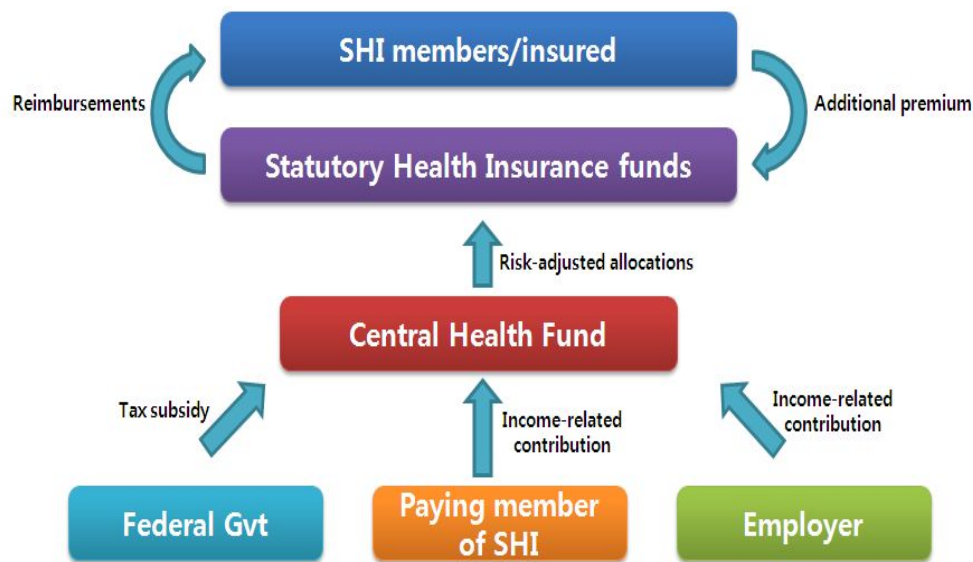
가. 독일 공적보험제도(SHI) 개요

- 건강보험제도를 운영하고 있는 SHI-funds의 특징은 다음과 같음.
 - 134개의 기금에서 운영되고 있고, 이 기금들 중 가입자가 자유롭게 선택할 수 있음(Full competition between SHI-funds).
 - 2009년 이후 모든 SHI펀드들은 보험료율이 같은 수준임.
 - SHI 펀드의 비용이 수입을 초과하는 경우에는 부가적 보험료율을 조정하는 형태임.
 - 2009년부터, morbidity를 포함한 위험조정장치를 마련함.
- 독일에서는 모든 사람이 공적의료보험인 SHI에 의무적으로 가입해야함
- SHI의 재원조달은 다음과 같이 이루어짐.⁹⁾
 - income-related contributions : 약 1,720억 유로(2012년)
 - contribution rate : 과세 소득의 15.5%
 - 고용주는 7.3%, 근로자는 8.2%
 - 소득 한계선(threshold)은 월소득 3,825유로까지임.(2012년 기준)
 - 조세 보조(tax subsidy) : 총 140억 유로(2012년)
 - 할증보험료(additional premiums)
 - 재정적 필요에 따라 SHI 펀드들이 개별적으로 결정
 - 개인의 소득과는 관련이 없으며, 프리미엄은 보험가입자가 지불.
 - 할증보험료의 평균이 보험가입자의 소득의 2%를 초과하는 경우, 개인은 사회적 보상(social compensation)을 받을 수 있음(현재까지 평균 프리미엄은 0).

9) 신현웅(2013), 독일 AOK 출장보고서, 한국보건사회연구원

- moderate co-payments : 약 520억 유로(2011년)
 - (분기당)진찰료 10유로 - 2013년 폐지
 - 일반적으로 급여의 10% (min. 5유로 - max. 10유로)
 - 만성질환환자의 경우 연간 가구 소득의 1%로 제한, 그 외의 경우에는 2%

[그림 4-1] 독일의 SHI



자료: 신현웅(2013), 독일 AOK 출장보고서, 한국보건사회연구원

- 2013년 기준 강제가입상한선은 연소득 45,900€임(임승지 외, 2013).
- 보험료는 소득에 따라 산정되어 일반적으로 직장가입자는 소득의 15.5%, 지역가입자는 소득의 14.9%임.

〈표 4-13〉 2013년 소득임계치와 기여율

보험에 가입된 그룹	소득임계치
일반적인 기여율 (43번째 날부터 질병수당을 받을 자격이 생기고 동등하게 14.6%지급함)	15.5%
감소된 기여율 (질병수당 없음)	14.9%

연금의 기여율	15.5%
국민연금의 기여율 (동등하게 14.6%지급)	15.5%
보험 (자녀가 없는 사람도 포함. 0.25%)	1.95% 그리고 2.2%
수입제한 (매달)	€ 3,937.50
기부의 최대한도 (년)	€ 47,250

자료: Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife

나. 저소득층 의료보장의 개요

1) 저소득층 의료보장 지원 체계¹⁰⁾

□ 2009년 이전 독일의 저소득층에 대한 의료보장은 크게 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있음.

○ 먼저 건강보험 틀 안에서 최저생계비 이하의 국민에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식임.

- 독일은 건강보험 체계의 보장성이 높기 때문에 저소득층에게 건강보험료를 지원하여 건강보험권 안에서 보장하는 것임.
- 우리나라의 경우는 보장성이 낮기 때문에 보장성을 달리하는 별도의 체계가 필요한 반면 독일의 경우는 건강보험체계 내에서 관리하는 것이 효율적임.

○ 둘째는 건강보험권 안에서 관리가 되지 않는 취약계층에 대해서는 지방자치단체에서 직접 보장해주는 방식임.

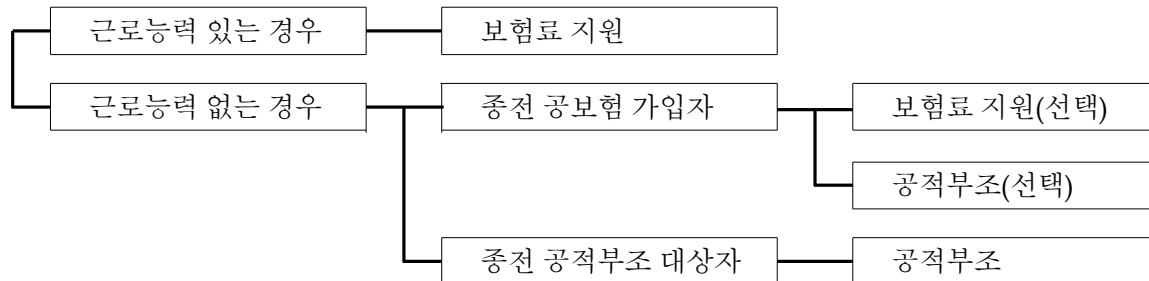
□ 저소득층에 대한 두 가지 지원방식에 대한 대상자 구분은 원칙적으로 근로능력 여부에 따라 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자로 분류하고 있음.

- 이에 대한 자세한 구조는 다음 <그림 2>과 같으며, 이때 근로능력의 유무는

10) 2013년 독일 보건부, AOK, 독일의사 면담 등 직접방문을 통해 조사된 내용을 중심으로 재구성하였음.

의사의 진단에 의해 결정됨.

[그림 4-2] 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자 구조



□ 공적부조 제도 내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치 단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.

○ 연방정부는 대상자 선정에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주 정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.

○ 재원의 경우도 연방정부의 지원 없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.

□ 이때 공적부조 대상자 병의원 이용절차는 지방 사회보장국의 사전승인(응급질환 제외) → 병의원 진료 → 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산 하는 순으로 이루어짐.

□ 2009년 이후에는 의료이용시 의무적으로 건강보험에 가입하도록 하고 있으며, 보험료 지원을 통해서만 지원하고 있음.

□ 저소득층 건강보험 편입 정책에 대해서 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고할 수 있다는 장점이 있는 것으로 평가됨.

- 그리고 공적부조 대상자는 병의원 이용 시 사전승인을 받아야 하나, 법정보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거할 수 있다는 장점이 있음.
- 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료율 인상 요인이므로 보험자의료공급자가입자가 반대하고 있음.

제3절 프랑스¹¹⁾

가. 프랑스 의료보장의 개요

- 프랑스 사회보장제도는 통상 모자이크형 특징을 가지고 있다고 평가되며, 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도임.
- 이러한 특징에 기인하여 사회보장제도의 운영주체도 제도(Régime)에 따라 독립적으로 존재하고 있음.
- 대표적인 프랑스 사회보장제도의 3대 운영주체는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF) 등이 있음.
- CNAMTS은 건강보험, 산재보험, 임출산보험, 장애보험, 사망보험 등의 보험자이고, CNAV는 노령연금제도의, CNAF는 가족수당제도의 운영기관임.
- 그 밖의 주요 기관으로는 사회보장 및 사회보험 분담금 징수를 담당하는 기관으로 사회보험료통합징수공단(URSSAF) 등이 있음.
- 이러한 복잡성이 있음에도 제도운영과 정책 결정과정을 통해서 볼 때, 적용대상 인구수를 기준으로 가장 비중이 큰 일반제도(Régime général)를 중심으로 프랑스의 사회보장제도 전체가 작동되고 있음.
- 더불어 다양한 하위제도들이 일반제도를 중심으로 운영원리가 일원화되는 경

11) 신현웅(2011) 자료를 기준으로 2013년 자료로 재구성

향도 확대되고 있음.

○ 예컨대 농업종사인구의 감소 등 산업 구조의 변화와 형평성과 효율성을 추구하는 정부의 정책에 따라 농업제도, 특수제도 등의 상당 부문은 비중축소, 소멸 혹은 해체되면서 일반제도에 흡수되고 있음¹²⁾.

□ 2000년부터 법정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)를 실시하여 전국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.

○ 그리고 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료부조제도(Aides Sociales)가 있음.

나. 저소득층 의료보장

□ 프랑스의 저소득층 의료보장은 2000년부터 시작된 보편적 질병급여제도(Conversion Maladie Universelle, 이하 CMU)에서 보장을 해주고 있으며, CMU는 기본적으로 보험료를 지원해서 기본적인 건강보험에 가입하도록 하는 CMU 기본보험(CMU de base)과 건강보험을 이용할 때 발생하는 본인부담을 지원하는 CMU 보충보험(CMU complémentaire)으로 구성되어 있음.

□ CMU의 재정규모는 2009년 기준 연간 1,870백만 EURO이며, 재원은 2008년까지는 술, 담배에 대한 세금이나 기부금 그리고 보험료 수입 등으로 이루어졌음.

○ CMU 재정의 수입과 지출 규모는 <표 4-19>과 같음.

12) 일반제도는 고유의 대상 범주인 민간부문 근로자와 공무원뿐만 아니라, 원래는 대상이 아니었던 학생, 전쟁 유공자, 퇴역군인 등으로 대상을 확대하였고, 가족수당의 경우 최소 생계비를 지원받는 사람들 범주까지 확대함으로써 전 국민을 대상으로 하게 되었다.

〈표 4-14〉 CMU 연도별 재정현황

(단위: 백만 EURO)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
수입	1,047	1,206	1,532	1,358	1,530	1,418	1,524	1,595	1,452	1,870
지출	1,013	1,371	1,355	1,475	1,455	1,374	1,555	1,559	1,423	1,851
당기수지	34	-165	177	117	75	44	-31	36	29	19
누적수지	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101

자료: http://www.cmu.fr/userdocs/231-1_2010.pdf; 신현웅(2011) 재인용

○ CMU 2013년 7월 현재 12월 간 CMU 재정 지출은 도시 €1,142백만, 병원 €444백만으로 총 €1,586백만 지출함.

1) CMU 기본보험(CMU de base)

□ CMU 기본보험은 2000년 프랑스 정부가 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험 가질 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 한 시스템임.

○ CMU 혜택은 건강보험 가입 자격이 없는 3개월 이상 프랑스 거주자, 질병보험 가입기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주외국 노동자, 의료부조 수급자 등이 대상자이며 이들 중 상당수는 RMI 수급자임.

□ CMU 기본보험은 건강보험료를 지원하는 시스템으로 연간 가구 소득이 9,534 EURO 이하(2013년 10월 1일까지의 12개월 소득 기준)인 경우는 보험료를 면제해 주고 9,534 EURO 이상인 경우 초과하는 금액의 8%를 보험료로 납부하도록 하고 있음.

○ 예를 들어 1년 소득이 12,000 EURO인 가구의 경우 9,534 EURO를 공제한 2,466 EURO에 대해 8%에 대해 보험료를 부과하여 연간 197.28 EURO의 보험료를 납부함.¹³⁾

13) <http://www.urssaf.fr> 2013년 11월 20일 검색 기준

□ CMU 가입은 기본적으로 프랑스에 3개월 이상 지속적이고 합법적으로 거주하는 모든 사람에게 적용되었으나, 최근 CMU 가입을 위해 EU지역에 거주자가 조기 퇴직하는 경우가 있어 최소 5년간 프랑스에 거주해야 자격을 주는 것으로 하였습니다.

○ 단 EU 지역 이외의 외국인도 종전과 같이 가입할 수 있음.

□ CMU 기본보험 수혜자는 2007년 1,407천명에서 지속적으로 증가하여, 2012년에는 2,221천명으로 증가됨.

<표 4-15> CMU 기본보험 수혜자(CNAMTS-전국건강보험 기준)

(단위 : 천명)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
프랑스본토	1,146	1,195	1,554	1,848	1,877	1,878
프랑스령	261	266	302	310	314	343
총	1,407	1,461	1,856	2,159	2,191	2,221

자료 : <http://www.cmu.fr/statistiques.php>

□ 수혜자당 평균 CMU 비용은 2012년 CNAMTS 451€, 자영업자 사회보장 339€, CCMSA 374€, 기타 사회보장제도는 384€이며, 연도별 수혜자당 평균 CMU 비용은 <표 4-21> 과 같다.

<표 4-16> 수혜자당 평균 CMU 비용

(단위 : €)

구분	2008	2009	2010	2011	2012
전국건강보험 + SLM (CNAMTS)	414	425	438	453	451
자영업자 사회보장 (RSI)	339	334	313	330	339
CCMSA	365	370	366	372	374
기타 사회보장제도	362	367	370	383	384

자료 : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/References_CMU52.pdf

2) CMU 보충급여(CMU complémentaire : CMU-C)

- CMU 보충급여는 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료에의 접근성의 제약을 받는 것을 줄이기 위해 본인부담을 지원하는 체계임.
- 즉, CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안정과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공됨.
- 그리고 제3자 지불방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에 선 자유로움.
- CMU 보충급여 대상자 선정은 자산조사를 통해 대상자가 선정되며, 1인 가구 454.63 EURO 이하, 2인 가구 778.32 EURO 이하(2010년 기준)의 경우 혜택을 받을 수 있음.
- 2009년 CMU-C 혜택을 받은 대상자는 프랑스 본토 3,579,141명(5.7%)과 프랑스령 거주자 577,886명(31.9%)으로 전체 4,157,027명으로 전체인구 64,628,151명의 6.4%가 혜택을 보고 있음.
- 대상자 비율은 2006년 6.8%, 2007년 6.8% 그리고 2008년 6.5%보다 줄어드는 추세를 보이고 있음.¹⁴⁾
- CMU 보충급여 대상자 수는 2007년 4,473천명 이후 지속적인 감소추세를 보이다가 2011년 4,385천명, 2012년 4,484천명으로 다시 증가하는 추세를 보이고 있음.
 - 레짐(Régime)별 대상자는 전국건강보험(CNANTS)가 2012년 기준 4,053천명으로 가장 많고 자영업자 사회보장(RSI) 255천명, 농업상호지원 협회(MSA)가 107천명, 기타 67천명으로 나타남.

14) http://www.cmu.fr/userdocs/RSA_CMU.pdf 자료 참조

〈표 4-17〉 CMU 보충급여 대상자 연도별 추이(지역별)

구분		2006년		2007년		2008년		2009년	
		대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율
프랑스 본토	CMU	3,826,760	6.1%	3,821,019	6.1%	3,637,333	5.8%	3,579,141	5.7%
	총인구	62,817,120		62,809,976		62,817,120		62,817,120	
프랑스 령	CMU	587,285	32.4%	590,048	32.6%	575,147	31.8%	577,886	31.9%
	총인구	1,811,031		1,811,031		1,811,031		1,811,031	
총합계	CMU	4,414,045	6.8%	4,411,067	6.8%	4,212,480	6.5%	4,157,027	6.4%
	총인구	64,628,151		64,621,007		64,628,151		64,628,151	

자료: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75>; 신현웅(2011) 재인용.

<표 4-18> CMU-C 수급대상자 수(régime별)

(단위: 천명)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012
전국건강보험 (CNAMTS)	4,079	3,885	3,840	3,882	3,975	4,053
자영업자 사회보장 (RSI)	174	180	183	201	226	255
농업상호지원협회 (MSA)	145	140	131	119	113	107
소계	4,398	4,206	4,154	4,203	4,315	4,416
기타 레짐 Autres régimes et SLM	74	68	65	61	69	67
총계	4,473	4,275	4,220	4,265	4,385	4,484

자료: <http://www.cmu.fr>

○ CMU-C(보충급여)를 적용하는 상한선은 지난 12월간의 CMU에서 받은 소득을 기준으로 아래 표와 같이 상한선을 두어 제한하고 있음.

<표 4-19> CMU-C 상한 금액(프랑스 거주 대상자, 2013년 7월 기준)

가계 인원 수	상한 금액
1인 가구	8,593€
2인 가구	12,889€
3인 가구	15,467€
4인 가구	18,045€
추가 인당	+ 3,437.182€

자료 : <http://www.aide-sociale.fr/cmu-plafonds-de-revenus-et-demandes-dossier-cmu/>

<표 4-20> CMU-C 상한 금액(해외거주 대상자 (Mayotte 제외), 2013년 7월 기준)

가계 인원 수	상한 금액
1인 가구	9,564€
2인 가구	14,346€
3인 가구	17,215€
4인 가구	20,084€
추가 인당	+ 3,825.585€

자료: http://www.urssaf.fr/profil/particuliers/beneficiaire_de_la_cmu/vous_-_vos_cotisations/infos_pratiques_01.html

3) ACS(Aide pour une Complémentaire Santé)

□ ACS는 2005년부터 CMU-C보다 소득이 많은 대상자에게 보완적 건강을 위해 지원

○ 지원금액은 현재 년도 1월 1일 수혜자의 연령에 따라 달라지며 아래 표와 같이 차등지원 됨.

<표 4-21> ACS 보충 의료 지원 금액

수혜자 지원 연령	지원 금액
16세 미만	100€
16세 ~ 49세	200€
50세 ~ 59세	350€
60세 이상	500€

자료: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante/objectif-et-avantages-de-l-ac.php> (2013년 11월 접속)

- 2011년 1월 1일 기준으로 ACS 지원 기준 상한금액은 1인 가구 9,590€, 2인 가구 14,385€, 3인 가구 17,263€, 4인 가구 20,140€ 임.

<표 4-22> ACS 상한 금액(2013년 기준)

가계 인원 수	상한 금액
1인 가구	9,590€
2인 가구	14,385€
3인 가구	17,263€
4인 가구	20,140€

자료 : <http://sante-medicine.commentcamarche.net>

- 예를 들어, 두 자녀의 4인 가정의 경우
- 45세 모는 200€, 52세 부는 350€, 20세 자는 200€, 10세 자는 100€로 연간 해당 가계의 추가 할인은 850€가 됨.

제4절 네덜란드

가. 의료보장 체계

- 네덜란드 건강보험 체계는 3단계로 이루어져 있음.
- 제1영역은 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 의무적으로 가입하도록 되어 있는 보험임.
 - 재원은 보험료, 정부의 보조금 및 본인부담금으로 구성되어 있음.
- 제2영역은 급성질환 및 일반적 질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 강제가입 하도록 한 보험임.
- 제 2영역 보험은 2006년 이전에는 소득수준과 직종에 따라 공적보험(일정소득 이하), 공무원보험 그리고 민간보험(일정소득 초과)으로 구분되어 가입되어 있었음.

- 하지만 2006년 개혁방안에 따라 관리를 모두 민간보험이 하도록 하였음.
- 그리고 정부는 저소득취약계층에 대한 보건의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금을 지원하도록 하였음.
- 제3영역은 보충형 민간보험으로 제1,2영역에서 급여하지 않는 치과, 고급의료, 성형 등을 위한 보험으로 가입은 자율적으로 하도록 하고 있음.
- 하지만 전 국민의 90% 이상 가입하고 있음.

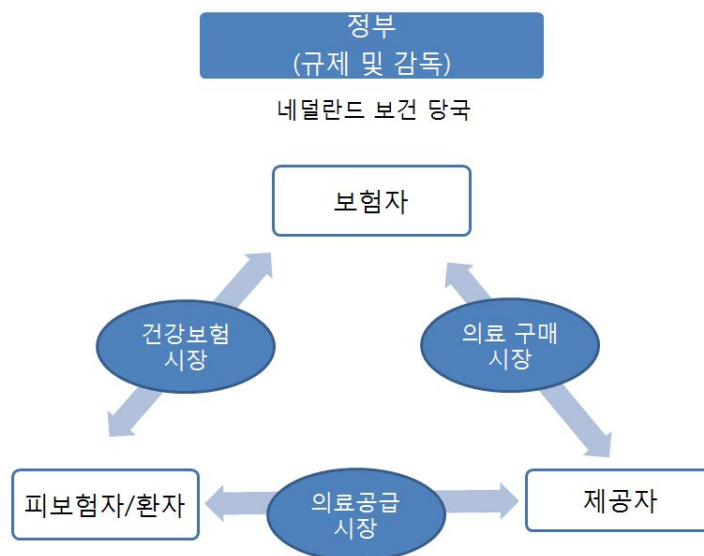
나. 네덜란드 건강보험 개혁방향

- 개혁 전 네덜란드 건강보험은 소득, 건강, 연령, 고용상태에 따라 다층 구조로 이루어져 있었음.
- 따라서 소득, 건강상태, 고용주의 지원 등에 따라 보험료도 차등 부과되었음.
- 이러한 체계는 거시적인 관점에서 비용 억제에 성공한 것으로 평가되었으나, 대기시간이 길고, 공급자들의 효율성이 저하되었음.
- 가입자들의 비용의식이 부족했으며, 가격에 상응하는 서비스를 제공하기 위한 인센티브가 미약하였음.
- 그리고 투명성이 부족하여 질 관리가 미흡했으며, 보험자에 대한 통제가 미약하여 고령자와 만성질환자 보호에 미흡한 부분이 많았음.
- 이에, 2006년 네덜란드 건강보험법(Zvw)은 세계 제2차 대전 이후 지속되던 필수질병기금보험과 자발적인 사적보험 간의 구별을 폐지하였음.
- 이를 극복하기 위해 네덜란드에서는 종전 공적인 체계 내에 있던 전통적인 보험을 사적인 조직인 민간보험에서 “경쟁”을 통해 관리하도록 함으로써 가격에 상응하는 서비스를 하도록 제도를 개혁하였음.
- 이런 개혁을 통해 중앙정부가 제공을 주도하는 시스템보다 민간보험이 고령

화, 만성질환자 증가, 의료기술 발달 등 미래 환경에 효과적으로 대응할 것으로 기대하였음.

- 정부의 역할은 직접적인 양, 가격, 상품에 대한 규제에서 규칙을 설정하고 (rules of the game) 시장의 작용이 적절히 이루어지는지 감독하는 것으로 변모함.
- 행위자는 보험자, 피보험자/환자, 의료서비스 공급자로 구성되며 시장은 건강보험, 의료공급, 건강보험구매로 구성되어 서로 상호작용함.

[그림 4-3] 2006년 개혁 이후 네덜란드 건강보장시스템의 행위자, 시장



자료 : <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/HIT-rapport-Netherlands.pdf>

다. 건강보험(제2영역)의 개혁내용

□ 2006년 개혁 중 가장 핵심은 제2영역의 건강보험의 관리를 민간보험에 위탁하는 것임.

- 전 국민을 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하고 정부는 표준급여의 범위, 의료서비스의 질 등 민간보험을 통제 관리하는 시스템으로 변경 한 것임.

- 따라서 민간보험사들은 급여, 서비스의 질(質), 보험료 등을 정부로부터 엄격한 통제를 받으며 보험 상품을 판매하고 있음. 민간보험사는 가입자의 건강상태에 따라 보험료를 차등하거나 가입을 거부할 수 없도록 하였음.
- 그러나 정부에서 보험사에 재원을 배분할 때 정률보험료로 조성된 위험균등화 기금에서 가입자의 위험도(성, 연령, 질환여부 등)를 고려하여 재원을 배분하고 있음.

〈표 4-23〉 재원 배분 시 개인의 위험도 보정 예시

(단위: €/연)

구 분	40세 여성(A) 장애급여 수혜자 사회경제적수준 낮음 도시 지역 거주 PCG-당뇨-1 DCG-none	38세 남성(B) 정상 직업 사회경제적수준 높음 쾌적한 거주지 PCG-none DCG-none
성별/연령	1,182	946
수입원	965	-63
사회경제적상태	51	-67
지역	60	-98
Pharma Cost Group(PCG)	3,117	-213
Diagnosis Cost Group(DCG)	-98	-98
총 비용	5,277	407
기본 보험료	-970	-970
위험보정 후 지불액	4,307	-563

주: 위험균등화기금에서 (A)가 속한 민영보험사에게 4,307€를 추가 지급하고, (B)가 속한 민영보험사에게는 563€를 삭감하여 지급

□ 네덜란드 제2영역 건강보험의 재원은 정액보험료(기본보험료), 정률보험료 및 정부국고 부담으로 이루어져 있음.

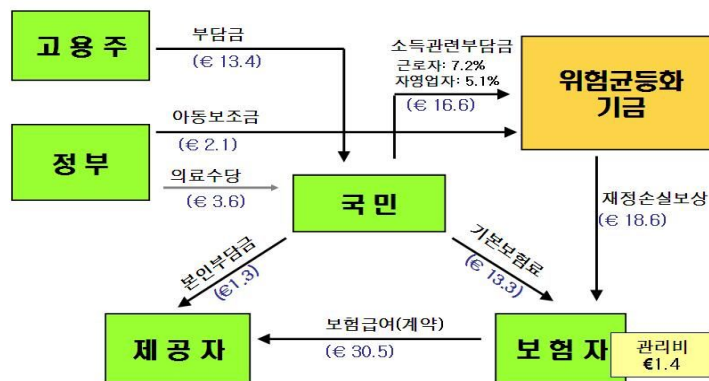
- 정액 보험료는 가입자가 매월 민간보험사에 직접 납부하는 기본보험료로 전체 재원 중 약 45%를 차지하고 있음.
- 정률보험료는 소득에 따라 차등 부과하는 것으로 고용주와 가입자가 일정 비

을 국가가 운영하는 위험균등화기금에 납부하고 있으며, 전체 재원 중 약 50%를 차지하고 있음.

- 정부국고부담은 18세 미만 아동의 정액보험료를 국가가 대신 부담하는 것으로 위험균등화기금 조성에 사용하고 있고 전체 재원 중 5%를 차지하고 있음.

[그림 4-4] 네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년)

(단위 : 억€)



자료 : 신현웅(2011)

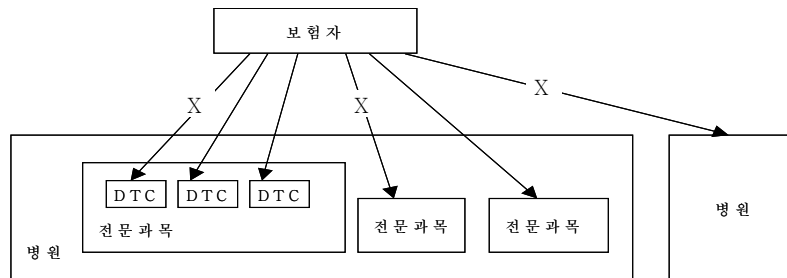
- 진료 공급은 기본적으로 보험사와 의료공급자간 계약을 통해 결정되며, 보험자나 공급자 모두 계약을 거부할 수 있도록 되어 있음.

– 지불제도는 병원·치과는 네덜란드형 수가제인 DTC에 의해 결정되고 가정의는 인두제를 적용하고 있음.

- 보험사와 공급자는 DTC 수가의 20% 범위 내에서 가격협상이 가능하도록 하였고 향후 70%까지 확대 적용할 예정임.

- 1차 의료는 가족의(일반의)가 gatekeeper 역할 담당하고 있으며 2차 의료(병원)는 가족의가 의뢰하는 경우만 병원진료가 가능함.

[그림 4-5] 네덜란드 선택적 계약 체계



□ 의료이용 시 본인부담은 가입한 보험의 종류에 따라 deductible을 설정하고 있으며 본인부담(deductible) 상한은 연간 €150임.

□ 의료비 지출에 있어 불필요한 의료이용을 감소시키기 위해 1년간 의료이용이 없는 경우(진료비 미청구) 일정금액을 환급하는 제도를 운영하였으나 만성질환자에게 불리한 제도라는 지적 등에 따라 2008년에 폐지하였음.

○ 그리고 민간보험사들은 가입자의 건강관리 및 위험도가 높은 환자의 예방을 통한 비용절감을 유도하고 있음.

라. 저소득층 의료보장

□ 네덜란드의 저소득층 의료보장은 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보험 체계 내에서 보장하고 있음.

○ 다만, 저소득층에 대해서는 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의 세금공제 형태인 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을 통해 보험료 및 본인 부담금을 지원해 주고 있음.

○ 의료보장수당은 명목 보험료(nominal premiums)의 평균 추정치에 근거함.

○ 또한 피보험자들 간 경쟁을 촉진하고, 피보험자들의 명목 보험료 수준에 대한 평가되기 위한 수단으로써 활용

○ 약 560만명 정도가 의료보장수당(Health Care Allowance)를 받고 있고 연 평균 €662를 받을 수 있음.

○ 2009년 의료보장수당의 순지출은 €3,751억

□ 의료보장을 받는 소득수준은 1인 가구 연소득 €29,069 이하, 2인 이상 가구 연소득 €47,520 이하 등임.

○ 2007년 기준으로 600만 가구(전체 가구의 69%)가 의료보장 수당을 지원 받았음.

□ 의료보장수당 지원계산 방식은 다음과 같음

○ 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium

* Standard premium : 1인 가구 €1,209, 2인 이상 가구 €2,418

* Norm premium

1인 가구 : 기준소득(€19,135)의 2.7% + 초과소득의 5%

2인 이상 가구 : 기준소득(€19,135)의 5% + 초과소득의 5%

예시1) 소득이 €15,000인 1인 가구

step 1) 기준 보험료 €1,209

step 2) 신청자의 자산 조사 소득 €15,000

배우자의 자산 조사 소득 + N/A

총소득 €15,000

step 3) Normative premium = 2.7% x €19,135 + 5%(€15,000 - €19,135) = €516.65

step 4) 기준보험료 €1,209

Normative premium - €516.65

연간 의료보장수당 €692.335 (약 €692)

※사례는 한달에 €57.67를 받는 것과 같으며, 연간 의료보장수당은 월별 금액의 합계가 됨. 월별금액의 합계는 연간 금액을 초과할 수 없음.

자료 : VWS budget 2010, allowance year 2008; Health insurance in the Netherlands(2011)

예시2) 소득이 남편이 €30,000, 부인이 €18,000인 부부 가구

step 1) 기준 보험료	€2,418
step 2) 신청자의 자산 조사 소득	€30,000
배우자의 자산 조사 소득	+ €18,000
총소득	€48,000
step 3) Normative premium = 5% x €19,135 + 5%(€48,000-€19,135)	
= €2,400	
step 4) 기준보험료	€2,418
Normative premium	- €2,400
연간 의료보장수당	€ 18

※ Dutch Tax와 Customs Administration은 연간 €24 이하의 금액은 지불하지 않음.

자료 : VWS budget 2010, allowance year 2008; Health insurance in the Netherlands(2011)

□ 위험조정(Risk adjustment)은 피보험자의 위험에 대한 보험을 보상하는 데 활용

○ 예상되는 관리비용과 조정 기여도를 계산하기 위해 위험조정을 결정하는 데 사용하는 피보험자의 특성)이러한 특성을 ‘조정기준’이라 함.)

- 연령 및 성별, 소득, 지역, 의약품비, 진료비, 사회경제적 상태
- 건강보험 피보험자의 조정기여도 계산

예시3) 근로 부적격인 40세 여성, 최소한의 소득과 사회경제적으로 불리한

Bijlmer지구에 혼자 살고 있으며, 유형IIa당뇨병이 있음.

여성 나이 40~44	€1,322
근로 부적격, 나이 35~44	€1,037
지역1	€ 67
사회경제적 상태(낮음), 나이 18~64	€ 82
의약품비용	€1,237
진료비 없음	- € 131

총계	€ 3,613
보험료 계산	- € 983
조정기여	€ 2,630

※피보험자는 건강보험 기금에서 € 2,630를 지급받음.
 자료 : VWS budget 2010, allowance year 2008; Health insurance in the Netherlands(2011)

□ 예를 들어 가구의 실제소득이 기준소득(€18,496) 이하인 경우 상한금액(1인 가구 €553, 2인 이상 가구 €1,475)을 지급 받음.

- 2007년 기준으로 상한금액을 지급받은 가구는 약 100만 가구로 전체 가구의 11% 정도였음.

□ 의료보장수당에는 본인부담(deductible) 지원금(연간 €103, 연평균 본인부담 수준)이 포함되며, 1년치 보험료와 본인부담금을 모두 지원하지는 못하는 수임.

- 수당을 대상자에게 직접 지원할 경우 다른 용도로 사용하는 것을 방지하기 위해 정부에서 보험사에 직접 지급하는 방법도 병행하고 있음.

□ 대상자 선정 및 관리는 국세청에서 하고 있으며, 1,000여개에 달하는 지역 사회 복지 담당관청에서 서류접수 등 행정업무를 담당하고 있음.

제5절 싱가포르¹⁵⁾

가. 싱가포르의 의료보장 개요

□ 싱가포르의 보건의료는 모든 사람이 기본적 보건의료 서비스를 제공받기 위해 정부와 국민의 공동책임으로 함. 이에 따라 싱가폴 정부는 MSA(Medical Saving Account)제도를 도입함.

15) 2011년 신현웅 외, “의료급여 진료비 지출 실태분석”

□ MSA(Medical Saving Account)제도는 일반적 입원서비스 중심으로 필요한 의료서비스를 이용하기 위한 개인저축제도인 Medisave와 저비용으로 중증질환에 걸린 사람들을 보호하기 위한 민영보험제도인 Medishield, 저소득층의 의료이용을 돕기 위한 Medifund로 구성됨.

○ Medisave는 1983년에 National Health Plan의 일부로 공포되어 개인의 CPF 내 계정으로 만듦.

- Medisave는 의료비용으로부터 싱가포르 국민들을 도와주고, Central Provident Fund는 은퇴자를 구제하는 제도로써 효력이 있음.
- 고용자와 고용주는 그들의 월소득에 일정비율을 개인 CPF계정으로 지불하고, 이러한 방법으로 Medisave 또한 적용됨.
- 2012년부터 고용자 나이 최대 50세까지 임금의 20%를 지불하고, 고용주가 나머지 16%를 지불하여 총 월소득의 36%를 지불하고 있음.

○ Medishield는 과부담 질병에 대한 보장제도로 저비용 건강보험의 일환으로 CPF 멤버와 그들의 부양가족에게 Medisave 시행 6년 후인 1990년에 시작됨.

- Medishield의 배경에는 장기요양을 필요로하는 만성질환을 갖는 개인에게 전 생애에 걸쳐 매우 높은 비용을 지불하게하고, 가족의 부담을 과중시키며, Medisave 계정을 고갈시키는 요인으로 작용하는 것을 방지하고자 하는 필요성에 의해 제기됨. 국민들은 특별히 탈퇴하지 않는 한 자동적으로 Medishield에 가입되며, 인구의 90%가 가입되어 있음.
- Medishield는 2002년부터 고령자의 장기요양을 위한 ElderShield를 시행하고, 2007년부터는 고령자 중 고비용의 치료를 필요하거나 심각한 장애의 치료가 필요한 고령자를 위한 ElderShield Supplements를 시행하고 있음.

□ 마지막으로 1993년에 도입된 제3층제도인 Medifund 제도는 대략 10%에 육박하는 빈곤층을 위한 건강보험 기금제도임.

○ 1993년에 정부가 예산에서 출자하여 15억 US 달러의 기금을 조성하였으며,

의료보장의 사각지대를 해소하기 위해 만들어졌음.

- 이 기금은 이자수입으로 운영되며 분배되지 않도록 규정되었음.
- 즉, 각 병원이나 의료사회사업가가 자산조사(means test: 빈곤층 재산을 사정하는 일)를 거쳐 대상자를 선정하고, 병원 메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committee)의 심의·의결을 거쳐 자금을 지원 해주는 제도임.
- 그리고 2007년 12월부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금의 총 5억 달러를 할당받아 출범하였음.
- 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 부조하기 위한 제도임.
- 인구 고령화로 인하여 정부는 가난한 노인에게 도움을 제공하는 Medifund실버를 Medifund의 부분으로 설정하여 더 많은 사람들에게 제공하고자 결정함.

나. 저소득층 의료보장

1) Medifund(Medical endowment fund) 개요

- 1993년 4월 1일부터 시작된 Medifund는 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 정부에서 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안전망(Safety net)의 일종임.
- 가난한 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망임.
- 따라서 의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적부조(public assistance)로서의 성격을 가지나, Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 획일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적부조와는 성질이 다르다고 할 수 있음.

- Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야함.
- 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정함.
- 보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비 지급이 어렵다고 판단되면 각 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 Medifund 보조를 신청한 사람들의 어려움과 요구를 고려하여 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 이 위원회의 결정에 따라 보조금의 정도가 결정됨.
- 최근 실적을 살펴보면 신청자의 약 99%가 지원을 받고 있음을 알 수 있으며 개략적인 한 가지 기준은 어른 2인과 3자녀를 표준세대로 하여 월수입이 1,400SG\$ 미만인 가구로 설정된다고 함.
- 다만, B2 병실과 C 병실 이용자의 보조금을 동일하게 하기 위하여 B2 병실 이용자는 진료비의 60%까지만 보조를 받음(평균적으로, C 병실 진료비 규모는 B2 병실 진료비의 약 60%에 해당함).
- 그리고 2007년 12월부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금 중 5억 달러를 할당받아 출범하였음.
- 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 돕기 위한 제도임.

2) 운영방식

- Medical endowment fund(Medifund)는 Medical & elderly care endowment schemes 법(173A 장)에 의해 운용되며 1993년 4월 1일에 처음 시작되어 Medifund의 회계연도는 매년 4월 1일부터 다음해 3월 31일까지임(FY2009(2009년 회계 연도): 2009.4.1~ 2010.3.31).

- 메디펀드의 수입과 지급 관련한 모든 문제에 대하여 보건부에 자문을 하는 임무는 메디펀드 자문기구(Medifund Advisory council)에서 담당하고 있음.
- 메디펀드 환자를 돌볼 수 있도록 승인된 메디펀드 기관(MFI)의 선정을 위해서 신청서를 평가하고 승인하기 위한 위원회를 가지고 있음.
- FY09에는 37개의 MFI가 승인되었음(14개의 재구성된 병원 및 기관(RH/Is)과 23개의 중등도 및 장기요양(ILTC)시설).
- 각 기관의 메디펀드 위원회는 해당 기관 환자들의 메디펀드 신청서를 승인하고, 메디펀드 급여비를 결정함.
- 메디펀드 위원회 구성원은 각 기관에서 지명되고, 영원히 비밀을 지킬 것을 약속함.

3) Medifund의 재정적 상태

- FY10에 싱가포르 정부는 Medifund 기금에 2억달러를 추가 투입하였으며 Medifund 기금 총 18억달러에 달했음. 또한 FY11에는 Medifund 기금에 5억달러를 추가 투입하였으며 Medifund 기금 총 20억달러에 달했음.
- 따라서 총 예비금 및 누적 수입은 Medifund 및 Medifund Silver의 총 수지를 FY10, FY11 각각 1억 9천7백달러, 2억4천7백달러로 만들었음(표4-29).

<표 4-24> Medifund의 재정 상태

	FY10(\$million)			FY11(\$million)		
	Medifund	Medifund Silver	Total	Medifund	Medifund Silver	Total
회기연도 초기금총액	1,252.7	533.1	1,785.8	1,387.5	590.7	1,978.3
자금투입	140.0	60.0	200.0	350.0	150.0	500.0
회기연도 총 수입	51.5	21.8	73.2	57.8	24.6	82.4

	FY10(\$million)			FY11(\$million)		
	Medifund	Medifund Silver	Total	Medifund	Medifund Silver	Total
회기연도 총 지출	56.6	24.1	80.7	59.1	25.3	84.4
회기연도 말기금총액	1,387.5	590.7	1978.3	1,736.1	740.0	2,476.2
세부내역						
자본총계	1,310.0	590.0	1,900.0	1,660.0	740.0	2,476.2
예비비	76.0	—	76.0	77.3	0.6	78.0
누적 수입	1.5	0.7	2.2	1.2	0.6	1.8

자료: Ministry of Health Singapore

4) 메디펀드 지원규모

□ 싱가포르 보건부(MOH)는 연도별 지급금과 함께 MFIs를 제공하고, MFIs 내 Medifund위원회는 Medifund의 지불 및 시관의 Medifund 기금으로부터 환자의 진료비에 대한 Medifund Silver보조를 승인함.

□ FY11에 싱가포르 보건부(MOH)는 Medifund 및 Medifund Silver 기금에서 8천 4백만 달러를 기관들에게 배분했는데, 이는 전년 배분 대비 4.6% 증가된 것으로 MFI로의 기금은 다음표와 같음.

<표 4-25> Medifund 및 Medifund Silver 기금의 MFIs

MFLs	FY10(\$million)	FY11(\$million)	증감율
PH/Is	68.6	71.7	+4.5%
ILTCs	12.0	12.6	+5.0%
Total	80.6	84.3	+4.6%

자료: Ministry of Health Singapore

□ FY11에 500,000건 이상의 Medifund 및 Medifund Silver 신청서가 승인되었음.

○ 승인된 Medifund 신청서의 상세 내용은 <표 4-31>과 같음.

<표 4-26> Medifund 및 Medifund Silver 적용 승인 내역

MFLs	FY10(\$million)	FY11(\$million)			증감율
	총계	Medifund	Medifund Silver	총계	
PH/Is	473,033	396,267	112,958	509,225	+7.7%
ILTCs	7,836	3,785	5,379	9,164	+16.9%
Overall	480,869	400,052	118,337	518,389	+7.8%

자료: Ministry of Health Singapore

□ MFIs가 환자에게 준 총보조금은 FY10에 7천 9백달러에서 FY09에 9천 백달러로 8%증가했음.

○ 이의 106.8%는 FY11에 MOH에서 MFIs로 지급된 Medifund 및 Medifund Silver기금으로 구성되었음.

○ 미사용 보조금은 차기 년도의 환자를 보조하기 위해 이월되었음.

□ Medifund 보조금은 FY10에 56백만에서 FY11에 66.8백만으로, Medifund Silver 보조금은 FY10에 22만에서 FY11에 24만으로 증가되었음.

<표 4-27> MFIs Medifund 및 Medifund Silver 이용

	FY10(\$million)		FY11(\$million)	
	환자부조액	할당액 이용률	환자부조액	할당액 이용률
Medifund	56.0	99.0%	66.8	113.3%
Medifund Silver	22.7	94.4%	24.0	94.8%
Overall	78.7	97.6%	90.8	106.8%

자료: Ministry of Health Singapore

다. 저소득층 의료보장의 확대

1) 노령계층에 대한 지원

□ 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들에게 의료보장을 더 확대하기 위해 RH/Is가 메디펀드 자본금 중 총 5억 달러를 할당받아 2007년 12월에 메디펀드 실버가 출범하였음.

- 이후 FY07에 총 610만 달러가 메디펀드 실버 대상 빈곤층을 돕기 위해 의료 기관에 지급되었음.
- 메디펀드 실버는 좀 더 연령대가 높은 환자에 대한 의료보장을 위해 2008년 4월에 ILTC 섹터에 있는 MFI기관까지 확장되었음.
- 메디펀드 실버 적용 후 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들이 이용한 만큼의 메디펀드 비율이 줄어들었음.

2) 포터블 보조금 지원 계획을 위한 메디펀드

- 2009년 4월 1일부터 메디펀드는 포터블 보조금 지급 계획을 통해 민간 널싱홈에 있는 환자들에게까지 확대 적용하였음.
- 병합의료기관(AIC, The Agency of Integrated Care)은 포터블 보조금 지급 계획을 위해 메디펀드의 관리자로 지명되었음.
- 각 기관에는 메디펀드가 승인된 민간 널싱홈으로부터 적용 환자에 대한 신청서를 평가 및 승인하기 위한 메디펀드 위원회가 있었음.

3) Medifund 예산 확대

- 싱가포르 정부는 저소득층 의료보장을 위해 FY10에 의료비 예산을 2억 달러를 더 투입할 예정임.
- 보건부는 지급액을 점진적으로 증가시키기 위해 재정부와 지속적으로 긴밀하게 협력할 것임.
- 빈곤한 싱가포르인들의 의료비를 지원하는데 충분한 자금이 이용 가능하도록 재원을 확보하고 있음.

제6절 일본

가. 일본의 공공부조 제도

□ 일본의 공공부조제도 개관

- 1950년 생활보호법에서 생존권 보장 및 국가 책임의 원리, 무차별·평등의 원리, 최저생활보장의 원리, 보충성의 원리의 네 가지 기본 원리 규정
- 일본 공공부조제도는 빈곤에 처한 대상자의 욕구에 따라 필요한 지원을 제공하는 시스템
 - 최저생활 및 문화생활을 보장하고, 독립성을 강화하는 목표를 가짐.
 - 공공부조는 생계지원, 교육지원, 주거지원, 의료지원, 개호지원, 출산지원, 직업지원, 장례지원의 총 8가지로 구성되며 이 중 1개 이상의 보호를 필요로 하는 대상자에게 필요에 따라 제공됨.
- 생활보호제도의 선정기준은 후생대신이 정하는 최저생계비
 - 대상가구의 소득평가액¹⁶⁾이 최저생활비보다 적으면 수급가구로 선정
 - 최저생계비는 급여수준을 결정하는 기준으로도 활용
 - 최저생계비는 대상가구(원)의 연령, 세대구성, 거주지역, 특수한 욕구 등을 고려해서 정함.

<표 4-28> 일본 공공부조 제도의 최저생활비용 계산

생계지원		주거지원		교육지원		장기요양지원		의료지원	
생계비	+	임대료 외	+	의무교육비용	+	장기요양비용	+	의료비	= 최저생계비

※ 위의 항목 외에 표준금액은 자녀출산, 장례비용 등이 추가됨.

(소득 처분 금액 계산)

월소득 평균 - (실제 필요한 비용 + 기초 공제) = 소득 처분 비용

(지원 금액 계산)

최저생계비 - 소득처분금액 = 지원금액

자료 : 일본후생노동성(2012) <http://www.mhlw.go.jp>

16) 평균월소득-실비공제-근로공제

□ 일본 공공부조의 급여수준

○ 생활보호제도의 기본급여액

- 가구구성별 생활보호제도 기본급여액은 1급지-1의 경우 부모와 자녀1인으로 이루어진 가구는 175,170엔, 노인독신 가구는 80,820엔, 노인부부 가구는 121,940엔, 편모와 자녀 2인 가구는 193,900엔

<표 4-29> 가구구성별 생활보호제도 기본급여액(2010년)

(단위 : ¥)

	부모+자녀1인 33세남, 29세여, 4세자	노인 독신 68세여	노인 부부 68세남, 65세여	편모+자녀2인 30세여, 9세자, 4세자
1급지-1	175,170	80,820	121,940	193,900
1급지-2	167,870	77,190	116,460	187,470
2급지-1	160,580	73,540	110,960	179,310
2급지-2	153,270	69,910	105,480	172,880
3급지-1	256,980	66,260	99,990	164,730
3급지-2	138,680	62,640	94,500	158,300

자료 : 일본후생노동성(2012) <http://www.mhlw.go.jp>

나. 일본의 의료보장 개요

- 일본에서는 사회보험 방식의 의료보험제도가 1961년에 전 국민을 대상으로 실시되었고 피용자보험과 자영자보험으로 구분됨.

- 피용자보험은 건강보험과 공제조합 외에 선원보험이 있고, 자영자보험은 국민건강보험이 있음.

- 피용자건강보험에는 보험자가 기업이나 정부냐에 따라 조합관장건강보험과 정부관장 건강보험으로 나누어짐.

- 먼저 조합관장건강보험의 경우 피보험자수가 일정수준을 넘는 대기업이 지사의 허가를 받아 단독으로 설립한 단일조합과 2개 이상의 중소기업이 공동으로

설립한 공동조합이 있음.

○ 2009년 3월 기준으로 조합 수는 1,497개이며 가입자 수가 3,034만 명으로 전체인구의 23.6%가 가입되어 있음.

○ 2011년 3월 기준으로 시정촌 국민건강보험은 1,723개, 국민건강보험 society는 165개, 공기업건강보험 1개, Society-managed·고용기반 건강보험은 1,458개, 공제회 85개, 75세 이상 노인의료시스템 47개로 구성

○ 보험료는 원칙적으로 사업자와 피보험자가 반반씩 부담하고 있으나 보험료율은 사업내용, 재정상황 등을 고려하여 3%에서 9.5%의 범위 내에서 자율적으로 결정할 수 있음.

○ 2009년 기준으로 전 조합의 보험료율 평균은 6.93%이고 사용자의 부담은 3.82%, 피보험자의 부담은 3.11%이었음.

<표 4-30> 각 보험자별 비교

	시정촌 국민건강보 험	국민건강보 험 society	공기업 건강보험	Society-man aged, 고용기반 건강보험	협회 건강보험	75세 이상 노인 의료 시스 템
보험 수 (2011. 3)	1,723	165	1	1,458	85	47
보험자 수 (2011.3)	35.49mil (20.37mil 가구)	3.27mil	34.85mil 보험-19.58mil 부양-15.27mil	29.61mil 보험-15.57mi l 부양-14.03mi l	9.20mil 보험-4.53mil 부양-4.67mil	14.34m il
평균연령 (2010)	49.7	39.0	36.3	34.0	33.4	81.9
평균 소득 (2010)	¥910,000 ¥1,580,000 0가구당(20 09년기준)	¥3,470,000 ¥7,430,000 0가구당(2 008년 기준)	¥1,370,000 ¥2,420,000 가구당	¥1,960,000 ¥3,720,000 가구당	¥2,270,000 ¥4,670,000 가구당	¥800,000 (2010년 기준)

	시정촌 국민건강보 험	국민건강보 험 society	공기업 건강보험	Society-man aged, 고용기반 건강보험	협회 건강보험	75세 이상 노인 의료 시스템
인당 보험료 (2010)	¥740,000 ¥1,290,000 가구당(2009년기준)	—	¥2,090,000 ¥3,700,000 가구당	¥2,810,000 ¥5,330,000 가구당	¥3,190,000 ¥6,510,000 가구당	¥370,000 (2010년 기준)
인당 의료비 (2010)	¥299,000	¥176,000	¥156,000	¥138,000	¥140,000	¥905,000
인당 평균 보험료 (2010) <고용주 기여 포함>	¥81,000 ¥142,000 가구당	¥126,000	¥97,000<¥193,000> ¥172,000<¥344,000> 보험자당 건강보험료율: 10.0% 2012년 기준)	¥93,000<¥207,000> ¥177,000<¥394,000> 보험자당 건강보험료율: 7.67%(2010 년 기준)	¥112,000<¥224,000> ¥227,000<¥455,000> 보험자당 건강보험료율 : 8.03%(2010년 기준)	¥63,000
정부보조 금 (고정비용 만)	수익금의 50%	수익금의 42%	수익금의 16.4%	재정악화와 연관되어 고정된 양 기여	—	수익금 의 50%
정부보조 금 양 (2012년 예산 평균 기준)	¥3,445.9억	¥284.2억	¥1,182.2억	¥1.6억	—	¥6,177 억

자료 : 일본후생노동성(2012), <http://www.mhlw.go.jp>

□ 정부관장 건강보험은 중소기업의 피용자를 대상으로 국가가 보험자가 되어 실시하고 있음.

○ 보험료는 피용자의 소득에 비례하고 보험료율은 정률로 사업자와 피용자가 반반씩 부담하고 있으며, 2009년 기준 보험료율은 8.2%이었음.

○ 가입자는 2009년 3월 기준 3,471만 명으로 전체인구의 27.0%가 가입되어 있음.

<표 4-31> 일본 건강보험 가입자 수

(단위: 만명)

	건강보험 적용 70세 미만								의료보 험 조합 70세 이상	의료 보험 적용 75 세 이상	건강보험 적용 65세이 상 75세 미만
		피고용 자보험 계	협회 일반				건강보험조합				
			본인	가족	본인	가족	본인	가족			
2008	10,798	7,366	3,997	3,369	1,955	1,487	1,597	1,421	3,432	723	1,957
2009	10,733	7,321	3,966	3,355	1,937	1,488	1,580	1,407	3,412	718	1,997
2010	10,666	7,294	3,954	3,340	1,942	1,491	1,557	1,386	3,373	711	2,046
2011	10,588	7,275	3,952	3,323	1,943	1,487	1,550	1,375	3,314	706	2,105
2012 4~3 월	10,507	7,271	3,969	3,301	1,959	1,483	1,552	1,366	3,237	703	2,167

주1. 가입자는 의료보험 각제도의 연고 등을 이용하여 작성함. 그러나 의료보험 조합과 공제의 최근 2년 정도의 데이터 추계를 실시하고, 변동이 있을 수 있음.

주2. “의료보험 적용 70세 이상”은 후기 고령자 의료보험 대상(2007년도 이전에는 노인 의료 수급대상)이 되는 65세 이상 70세 미만의 장애 인정을 받은 자에 관한 데이터 포함.

“의료 보험 적용 75세 이상”은 후기 고령자 의료의 대상자에 관한 자료

“의료보험 적용 65세 이상 75세 미만”은 후기 고령자 의료의 대상이 되는 65세 이상 75세 미만의 장애 인정을 받은 자에 관한 데이터는 포함되지 않음.

자료 : 최근 의료비 동향(2013), <http://www.e-stat.go.jp>

□ 자영자보험에는 시정촌 국민건강보험과 국민건강보험조합이 있으며 가입자가 2009년 3월 기준으로 3,949만 명으로 약 30.6%가 가입되어 있음.

○ 시정촌 국민건강보험은 피용자보험의 대상에서 제외된 자영업자나 농민 등을 대상으로 질병, 부상, 출산 및 사망에 대해 필요한 급여를 제공하는 제도로 시정촌 단위로 실시되고 있는 지역의료보험임.

○ 시정촌 국민건강보험의 재정은 피용자보험과는 달리 보험료의 사업자부담이 없기 때문에 보험료수입 이외에는 국가나 지방정부에서의 공적부담금과 보조금에 의하여 재정을 충당하고 있음.

○ 보험자의 대부분이 소득, 자산, 피보험자당 균등, 세대 당 균등의 4가지 보험료 부과방식 중 시정촌의 보험자 특성에 맞게 탄력적으로 운영하고 있음.

□ 국민건강보험조합은 동종의 사업 또는 업무에 종사하는 300인 이상으로 조직된 공법인의 조합원으로 도도부현지사의 인가에 의해 설립됨.

- 현재 국민건강보험조합에 포함되는 업종으로는 의사, 치과의사, 약사, 식품판매업, 토목건축업, 이·미용업, 목욕업, 변호사 등이 있음.
- 2008년 4월부터 75세(일정의 장애가 있는 65세) 이상의 고령자에 대해서 “후기 고령자의료제도”를 실시하고 있으며, 적용대상자는 2009년 3월 기준으로 1,346만 명으로 10.5%가 가입되어 있음.

다. 저소득층 의료보장체계

- 그리고 저소득층 의료보장체계는 우리나라와 유사한 형태로 건강보험과 별도로 생활보호 제도 내에서 의료부조제도를 가지고 있으며, 166만 명 1.3%가 의료부조제도의 혜택을 받고 있음.
- 일본의 생활보호제도는 우리나라 국민기초생활보장제도와 유사한 제도로 생활이 빈곤한 사람들에게 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 보장하고 자립할 수 있도록 도와주는 제도로써 “생활부조, 주택부조, 교육부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 상제부조” 8가지 부조를 실시하고 있음.
- 의료부조는 이중 하나의 부조로 보호해 주고 있으나, 우리나라와 다른 점은 기본적으로 의료와 관련된 보장은 건강보험제도 내에서 모두 해결을 하고 최후의 수단으로 의료부조를 실시한다는 것임.
- 즉 최소한의 대상을 의료부조로 보호하고 있어 우리나라 대상자보다 적은 1.3%수준에서 의료부조를 실시하고 있음.
- 따라서 의료부조 이외에 건강보험제도 내에서 저소득층에 대한 의료접근성을 높이기 위해 지원해주는 제도를 실시하고 있음.
- 대표적인 제도로는 다른 나라들과 마찬가지로 보험료 지원제도와 고액진료비 본인부담 경감제도임.

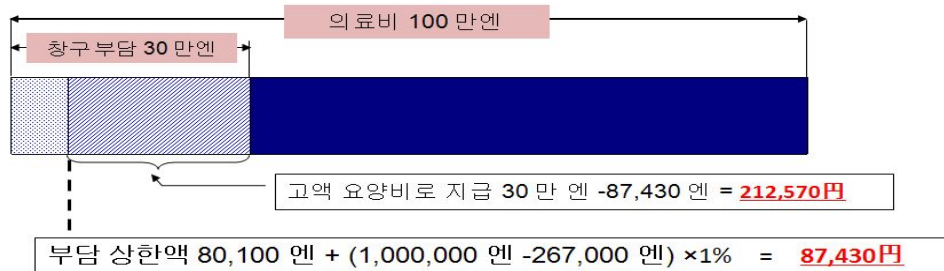
1) 건강보험료 경감조치

- 일본은 건강보험제도 내에서 파산 등으로 일자리를 잃어 저소득층으로 전락할 수 있는 실업자에 대한 국민 건강 보험료(세)의 경감 조치를 2010년 4월부터 시행하였음.
- 경감조치대상자는 이직 다음날부터 다음 연도 말까지 기간 동안 (1) 고용 보험의 특정 수급 자격자(예: 도산 해고 등으로 인한 이직) (2)고용 보험의 특정 이유 이직자(예: 고용 중지 등으로 인한 이직)로 실업 등 급부를 받을 사람을 대상으로 하였음.
- 국민건강보험료는 전년도 소득 등에 따라 산정되며, 경감수준은 전년의 급여 소득을 30/100만을 적용하여 보험료를 산정하여 70%의 보험료를 경감해주고 있음.
- 단, 경감 받을 수 있는 기간은 이직 다음날부터 다음 연도 말까지 기간으로 한정하였음.
- 혜택을 받을 것으로 예상되는 규모는 2010년에 실업자 본인과 그 가족을 포함해서 약 87만명으로 추정되고 있음.

2) 본인부담 상한제도

- 일본은 소득수준과 연령수준에 따라 본인부담 상한액을 달리하여 취약계층에게 의료접근성을 보장하는 고액요양비제도를 가지고 있음.
- 고액 요양비 제도란 의료 기관 및 약국에서의 본인부담금의 월별(월초~월말) 합이 일정액을 초과할 경우 그 초과 금액을 지급하는 제도이며 이때 입원 시 식비 및 병실료 차액은 제외됨.
- 예를 들어, 일반적인 소득자(일정소득 이상인자)의 경우 만약 의료비가 100만 엔이 나왔을 경우 원래 본인부담 30%인 30만엔을 부담하여야 하지만 고액요양비 제도에서 다음 그림과 같은 공식에 의해 87,430엔만 부담하면 됨.

[그림 4-6] 일본 본인부담 상한제도



－ 212,570원을 고액 요양비로 지급받아 실제 본인 부담액은 87,430엔이 됨.

□ 고액 기준은 연령과 소득수준에 따라 달리하고 있으며, 그 금액은 <표 4-10>과 같음.

○ 여기서 주목할 부분은 고액진료비가 고액 상한을 두고 있음에도 고액 상한을 초과하는 경우에도 1%의 본인부담을 하도록 하고 있어 비용의식 제고를 위한 노력을 하고 있음.

<표 4-32> 소득계층별 본인부담 상한액(70세미만)

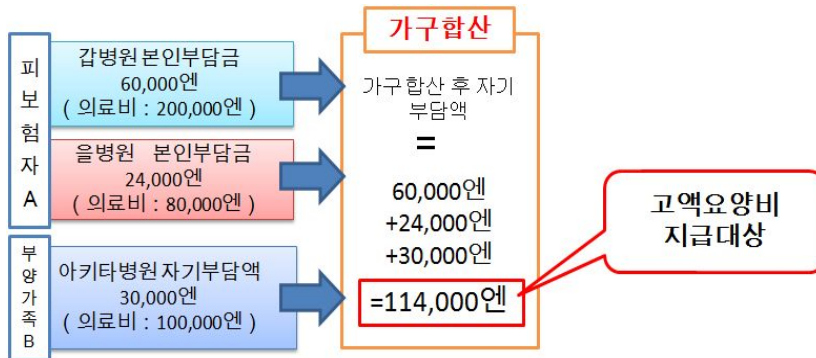
소득 구분	1 개월의 부담 상한액
상위소득자(월53만엔이상)	150,000엔+(의료비-500,000엔)×1%
일반	80,100엔+(의료비-267,000엔)×1%
저소득자(주민세비과세분)	35,400엔

주: 70세 이상은 월수입 28만엔 이상인 경우 70세 미만 일반과 동일한 상한액을 가짐.

□ 고액 요양비 제도는 세대를 합산하여 계산되며 계산 방식은 다음 그림과 같음.

○ 세대단위로 본인부담금은 1개월(달의) 단위로 합산 수 있으며, 그 합산액이 일정액을 초과할 경우 초과한 금액을 고액 요양비로 지급함.

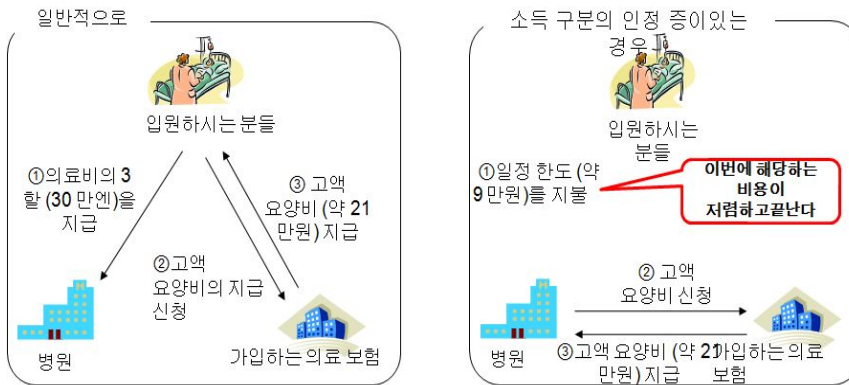
[그림 4-7] 고액요양비 제도



□ 고액 요양비 제도 지급절차는 사전적 지원과 사후지원으로 구분됨.

- 예를 들어 사전지원의 경우는 의료이용 하기 전이나 퇴원 전에 건강보험조합에 "소득 구분"의 인정증을 발행받으면 의료 기관의 창구에서 지불 부담 상한액까지 본인부담 할 수 있음.
- 그렇지 않은 경우는 사후에 조합에 신청하여 상환 받을 수 있음.

[그림 4-8] 고액요양비 제도 지원 체계



주: 100 만원의 의료비가 발생했을 경우를 가정한 사례임.

□ 일본 국민건강보험 혜택(2012년 4월 기준)

- 건강보험 지불
 - 방문간호사 의료지원 혜택

- 출생에서 초등학생 : 80%
 - 고등학생부터 69세 : 70%
 - 70~74세 : 80%(평균 과세소득 이상 : 70%)
- 입원 중 식대
- 식대 부담 기준 금액은 매 식사당 ¥260을 지불하고, 저소득층의 경우 ¥210 지불
 - 입원 90일 후 저소득층의 경우 매 식사당 ¥160 지불
 - 70세 이상 저소득 고령자는 매 식사당 ¥100 지불
- 65세 이상 노인 대상의 입원 시 케어
- 기준 금액 → 식대(¥460 매 식사당) + 거주비용(¥320)
 - 저소득층 → 식대(¥210) + 거주비용(¥320)
 - 열악한 저소득층 → 식대(¥130) + 거주비용(¥320)
- * 입원 시 생활수준을 고려하여 건강보험공단에서 ¥420 지불
- 사회복지 혜택을 받는 고령자 → 식대(¥100) + 거주비용(¥0)
- * 심각한 질병이 있는 환자의 경우 기준금액 적용
- 고액 의료비용(개인 한도)

<표 4-33> 소득계층별 본인부담 상한액(70세 이상)

70세 이하	70~74세		
	구분	입원	외래 (개인당)
고소득 대상자 $¥150,000 + (\text{의료비용} - 500,000) \times 1\%$ (¥83,400)	직장소득수준	$¥80,100 + (\text{의료비용} - 267,000) \times 1\%$ (¥44,400)	¥44,400
일반 대상자 $¥80,100 + (\text{의료비용} - 267,000) \times 1\%$ (¥44,400)	일반대상자	¥44,400	¥12,000

70세 이하	70~74세		
	구분	입원	외래 (개인당)
저소득 대상자 ¥35,400 (¥24,600)	저소득 대상자	¥24,600	¥8,000
	열악한 저소득 대상자	¥15,000	¥8,000

주. 괄호 안의 수는 4년째 개월 이후

자료 : <http://www.e-stat.go.jp>

제7절 대만

가. 대만의 의료보장 개요

- 대만의全民건강보험은 단일보험자로 법률상 모든 국민이 강제가입하며, 주관기관은 정부이고 중앙건강보험국이 운영함.
- 피보험대상자는 피보험자와 피부양자이며 고용형태와 그들이 속한 단체의 성격에 따라 6개의 군으로 분류되어 운영되고 있음.
- 대만에서 보험료 부과는 표준소득등급표(29등급)에 의거하여 전 국민에게 적용하고 있으며 소득과약이 임금근로자보다 용이하지 않은 자영자는 단일 등급을 적용하고 있음.
- 대만은 현재의 건강보험제도가 도입되기 전에 13개의 각기 다른 보험제도가 존재하였음.
- 여기에는 공무원보험, 노동자보험, 농민과 군인보험 등이 포함되었으며 전체 인구의 59%가 적용되고 있었고 대략 800만 명이 적용대상에서 제외되었음.
- 그러나 적용 제외된 이들 대부분은 14세미만 아동과 65세 이상 노인들이 주류를 이루어 이른바 취약계층이 의료의 사각지대에 놓이게 되었음.
- 이런 불합리를 해결하고자 1995년 전국민건강보험인 BNHI를 도입하였으며, 2010년 기준 99%가 건강보험의 혜택을 받고 있음.

○ 또한 저소득층과 취약계층의 의료혜택을 받을 권리를 지키고 보험료 부담을 줄여주기 위한 다양한 제도가 국가 주도로 수행되고 있음.

□ 대만의 건강보험 피부양자별 재원부담형태와 각 유형별 적용인구 현황은 〈표 4-39〉와 같음.

□ 대만에서는 저소득층을 건강보험제도 내에서 제5분류로 구분하고 건강보험료 전액을 국가에서 지원하고 있으며 그 규모는 2009년 기준 전국민의 1%수준임.

○ 이러한 기본적인 저소득층에 대한 지원이외에 건강보험 제도 내에서 보험료를 체납하거나 본인부담을 납부하기 어려운 대상에 대하여 따로 지원하는 체계를 가지고 있음.

○ 저소득층의 70세 이상 노인과 3세 미만 어린이, 실업자, 20세 이하 또는 55세 이상 실업 원주민 및 장애인은 국가가 보험료를 지원해주고 있으며 보험료를 한 번에 납부하지 못하거나 체납한 사람 중 NHI 구제기금의 자격이 못되어 대출을 받을 수 없는 사람에게는 보험료 분할 제도를 실시하고 있음.

○ 보험료 체납자 및 본인부담 납부가 어려운 계층을 지원하기 위한 별도의 기금을 운영하여 무이자로 대출해주고 있음.

<표 4-34> 대만 건강보험의 피부양자 유형별 재원분담률(2012)

피보험대상		분담비율(%)			인구수	인구비율
		피보험인	사용자	중앙정부		
제1류	공무원 등	30	70	0	11,797,103	51.5%
	사립학교교직원	30	35	35		
	사업장 피용자(공공, 민간)	30	60	10		
	사용자, 자영자(주로 고소득 전문직 및 기술직)	100	0	0		
제2류	직종별 협회(union 혹은 association) 소속 자영자(택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등), 외향선원	60	0	40	3,998,617	17.4%
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70	2,973,133	13.0%
제4류	군인, 대체복무기간중 공익요원	0	0	100	146,011	0.6%
제5류	저소득층	0	0	100	238,919	1.0%

제6류	퇴역군인	0	0	100	3,774,407	16.5%
	퇴역군인의 피부양자	30	0	70		
	제1내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 이외의 세대 호주 및 대표	60	0	40		

자료: Bureau of National Health Insurance, "National Health Insurance in Taiwan, 2012"

나. 저소득층 의료보장

- 대만은 기본적으로 저소득층을 건강보험제도 내에서 제5류로 구분하고(표 4-39 참고) 건강보험료 전액을 국가에서 지원하고 있으며 그 규모는 전 국민의 1%수준임.
- 이러한 기본적인 저소득층에 대한 지원 이외에 건강보험 제도 내에서 보험료를 체납하는 세대에 대한 보험료 지원과 본인부담을 납부하기 어려운 대상에 대해서 진료비를 대출해주는 지원체계를 가지고 있음.
- 먼저 보험료를 보조해주는 제도로 저소득층과 취약계층을 대상으로 국가가 보험료를 보조해 주고 있음.
 - 적용대상으로는 저소득층의 70세 이상 노인과 3세 미만의 어린이, 실업자, 20세 이하 또는 55세 이상 실업 원주민 및 장애우임.
 - 그리고 보험료를 한 번에 납부하지 못하거나 체납한 사람 중 NHI 구제기금의 자격이 못되어 대출을 받을 수 없는 사람들에게는 보험료 분할 납부제도를 실시하고 있음.
- 둘째로는 보험료 체납자 및 본인부담 납부가 어려운 계층에 대한 지원을 위해 NHI 구제기금을 운영하고 있음.
 - NHI는 보험료 납부가 어렵거나 진료비 본인부담이 어려운 사람에게 무이자로 대출해 주는 제도이며, NHI 기금은 정부예산, 담배기금, 복권수입 등으로 조성됨.
- 마지막으로 저소득층을 대상으로 한 응급구호제도의 일환으로 보험료를 체납하고 있어도 입원진료나 응급진료가 필요한 저소득층에 대해서는 진료를 받을 권

리를 보장하고 있음.

- 보험료를 납부하지 못하는 저소득층이 응급진료를 받을 시에는 지자체에서 발급한 저소득 증빙서류를 의료기관에 제출하면 지원을 받았음.

제8절 시사점

- 외국의 저소득층 의료보장체계를 비교·분석한 결과 선진국의 경우 상대적으로 높은 보장성을 가지고 있어 저소득층을 따로 구분하여 지원하지 않고 거의 대부분 건강보험 제도 안에서 보장하려고 함.
 - 독일의 경우 최저생계비 이하의 사람들에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식으로 저소득층을 구분하지 않고 건강보험제도 안에서 보장하고 있음.
 - 프랑스의 경우에도 CMU기본보험을 통하여 건강보험에 기본적으로 가입할 수 있도록 지원을 저소득층 구분없이 건강보험제도 안에서 보장하고 있음.
 - 네덜란드에서도 저소득층의 의료보장체계는 별도의 제도가 아닌 건강보험 체계 안에서 보장하고 있음. 다만, 독일과 프랑스와 달리 저소득층에 대해서는 국세청의 세금공제 형태로 의료보장수당 지급을 통하여 건강보험료 및 본인부담금을 지원하고 있음.
- 위에서 살펴본 국가들에서 국가에서 건강보험제도 안에서 저소득층을 지원하면서 의료사각지대에 있어 낙오되는 취약계층을 지원하기 위한 별도의 제도들을 갖추고 있음.
 - 싱가포르나 일본의 경우 저소득층 의료보장에서 노인 계층에 대한 지원을 확대하고 있음.
 - 싱가포르의 경우 저소득층 의료보장인 Medifund silver를 통하여 노인계층에 대한 지원을 강화하고 일본은 고액요양비 제도에서 70세 이상 노인에 대한 상한액을 낮게 하여 보장해주고 있음.

- 보험료 지원제도는 기본적으로 저소득층 의료보장은 본인부담을 면제해주고 있으며 건강보험 제도에 가입되어 있는 경우에도 상황이 어렵거나 저소득층으로 전락할 수 있는 계층에 대해서는 따로 지원해주는 체계를 가지고 있음.
- 본인부담 경감제도의 경우도 의료이용 시 발생하는 일정수준 이상의 본인부담이 부담되어 제약을 받는 계층에 대해서 본인부담을 경감하거나 면제해주는 제도를 가지고 있음.
 - 프랑스의 CMU보충보험을 통하여 의료이용 시 발생하는 본인부담금을 지원해주고 있음.
 - 독일에서도 1인가구의 경우 월 소득이 938€이하, 2인 가족인 경우 1,289.50€이하, 3인 이상 가족인 경우 2인기준 월소득(1,289.50€)+ 추가 1인당 234.5€이하의 경우 본인부담금을 면제하여줌.
 - 대만에서는 보험료를 한 번에 납부하지 못하거나 체납한 사람 중 NHI 구제기금의 자격이 못되어 대출을 받을 수 없는 사람에게는 보험료 분할 제도를 실시하고 있음.
- 위에서 살펴본 국가들을 통하여 우리나라 저소득층 의료보장체계에서 크게 몇 가지 시사점을 얻을 수 있을 것임.
 - 선진국과 같이 의료안전망인 건강보험의 보장성을 강화하여 저소득층의 의료보장도 건강보험제도 내에서 지원해야 할 것임.
 - 독일, 프랑스, 네덜란드 등 보장성이 높은 유럽국가에서는 저소득층에 건강보험료의 지원으로 의료보장을 하고 있으며 우리나라에서도 어느 수준 이상의 보장성이 확보된다면 보장성이 높은 국가와 마찬가지로 건강보험제도 내에서 보장할 수 있을 것임.
 - 외국의 경우 저소득층에게 보험료 지원이나 본인부담 경감 또는 면제의 혜택을 주고 있으므로 우리나라의 1,2차 의료안전망 사각지대에 대하여 이와 같은 체계를 실시할 필요성이 있음.

- 또한, 노령화시대에 따른 노인 인구를 지원하는 싱가포르의 Medifund Silver의 체계와 같이 노령화 시대에 접어든 우리나라에서도 노인 인구에 특화된 지원 체계 마련을 검토할 필요가 있음.
- 미국의 Medicaid 제도와 같이 소득을 기준으로 대상자 선정과 의학적 필요에 의한 대상자 선정 등으로 지원 대상을 선정하고 있음. 이와 같이 저소득층 지원에 국한된 경직된 체계에서 벗어나 다양하게 지원하여 의료 사각지대의 사람들에 대한 의료이용 접근성을 높일 필요가 있음.
- 이러한 지원에는 많은 예산이 필요하므로 건강보험 재원 이외의 별도의 기금을 마련하여 활용하는 것을 고려한 대만의 보험료 분할제도나 NHL구제기금제도를 적용해볼 필요가 있음.
- 의료이용이 어려운 대상자 선정 기준을 구체화하고 체계화시켜 지원확대의 노력이 필요함.
- 중앙정부의 의료급여 및 저소득층 의료비 지원 사업 등의 의료보장지원에도 불구하고 발생하는 의료사각지대에 대하여 위에서 살펴본 복지수준이 높은 유럽국가와 같이 적극적인 지원 방안이 필요함.
- 마지막으로 위에서 살펴본 나라들의 저소득층 지원 정책 동향을 면밀히 고찰하여 우리에게 적합하고 실현가능한 체계로 발전시킬 필요가 있음. 이에 저소득층이 의료이용 향상과 함께 의료의 질 향상, 공평한 서비스 분배 등이 고려되어 할 것임.



제5장 의료급여제도의 맞춤형 급여방안

제1절 의료급여 개편의 개요

제2절 의료급여 단기 개편 방안

제3절 의료급여 중기 개편 방안

제4절 의료급여 장기 개편 방안

5

의료급여제도의 맞춤형 급여방안 <



제1절 의료급여 개편의 개요

1. 현행 제도 개요

□ 의료급여의 개념 및 목적

「의료급여법」 제 1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

○ 현행 의료급여는 다른 주거, 교육급여 등과 달리 국민기초생활보장법에서 독립된 「의료급여법」 하에서 운영하고 있어 이미 개별급여적 성격을 띠고 있다고 볼 수 있음.

□ 의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 국민조세를 토대로 의료서비스를 제공하는 공공부조제도임.

○ 의료급여는 공공부조의 성격을 가지고 있으며, 다음과 같은 공공부조의 원리를 반영하고 있음.

○ 생존권보장의 원리

－ 이 원리는 헌법에 기초하여 국가가 생활이 곤궁한 국민에 대하여 곤궁의 정도에 따라 필요한 보호를 실시하여 그들의 최저한의 생활을 보장하는 이른바 생존권 보장이념의 실현으로서 국민에게 최저생활을 누릴 수 있는 권리를 보장해야 한다는 것임.

○ 최저생활보장의 원리

- 최저한도의 생활이란 “건강하고도 문화적인 생활수준을 유지할 수 있는 것 이라야 한다”라고 하여 하나의 인간으로서 의미하는 생활을 누릴 수 있는 상태를 의미함.
- 이 수준은 고정적인 것이 아니라 그 국가의 경제상태와 일반국민의 생활수 준을 비교하여 가장 합리적인 방법을 이용하여 결정할 수 있는 것임.

○ 보충성의 원리

- 이러한 공공부조는 생활빈곤자가 스스로 이용할 수 있는 자산, 근로능력, 기타 모든 것을 활용하여도 아직 최저 수준의 생활을 유지할 수 없을 경우 에 이를 보충하기 위하여만 받을 수 있는 것임.

○ 자립조장의 원리

- 이 제도를 통하여 보호를 받고 있는 사람은 잠재능력을 발견, 육성하여 그 들로 하여금 독자적으로 사회생활에 적응하게 하려는 것임.

[그림 5-1] 우리나라 사회보장 체계



자료 : 보건복지백서(2012).

□ 의료급여대상자는 국민기초생활수급자와 타법 수급자*에게 실시하고, 근로능력 유무에 따라 종별 자격 부여(1종 또는 2종)

* 이재민, 의사상자, 국가유공자, 북한이탈주민, 5·18민주화유공자, 무형문화재, 행려환자, 노숙인, 입양아동(의료급여법 제3조)

<표 5-1> 2012년도 의료급여 종별 대상자 및 선정기준

구분	수급권자
1종	<ul style="list-style-type: none"> ·국민기초생활보장법에 의한 수급권자 중 근로능력이 없는 자 ·국민기초생활보장법 이외의 타법에 의한 수급권자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민(재해구호법) - 의사상자 및 의사자의 유족 - 국내 입양된 18세 미만 아동 - 국가유공자 및 그 유족·가족 - 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 - 5·18민주화운동관련자 및 그 유족·가족 등 - 노숙자 등
2종	·국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 자

□ 의료급여 대상자 수

○ 2002년도에 142만 명이었던 의료급여 수급권자 수가 건강보험 차상위계층에 대한 의료급여 적용에 따라, 2005년도에 176만 명, 2006년에 183만명으로 확대되었으며, 2007년 말 기준으로 총 수급권자 수는 185만 명임.

○ 다만, 복지재원의 합리적 배분을 위해 2008년부터 단계적으로 차상위계층을 건강보험가입자로 전환하였고, 2012년 말 기준으로 총 수급권자 수는 151만 명임.

<표 5-2> 연도별 의료급여 수급권자 수 추이

(단위 : 명)

구분		2008	2009	2010	2011	2012
계		1,841,339	1,677,237	1,674,396	1,609,481	1,057,044
1종	소계	1,024,848	1,036,291	1,071,686	1,087,268	1,058,223
	기초생활	827,106	1,036,291	1,071,686	1,087,268	1,058,223
	사회복지시설	85,929	85,814	91,622	89,369	88,251
	국가유공자	85,110	86,810	85,366	83,495	77,925
	북한이탈자	9,035	10,377	12,691	15,039	15,506
	인간문화재	244	233	224	172	180
	광주민주화	10,520	10,358	10,360	10,310	10,368
	이재민	0	0	0	13,378	985
	의사상자	811	866	887	918	916
	군입대자	2,645	2,913	4,160	5,161	5,469
	차상위	-	-	-	-	-
	입양아동	3,448	4,536	5,600	6,819	7,739
	행려환자	-	-	1,856	1,407	1,346
	노숙인 등	-	-	-	-	322
2종	소계	816,491	640,946	640,946	522,213	448,821
	기초생활	603,489	632,754	632,754	510,719	438,713
	군입대자	6,331	8,192	8,192	11,494	10,108
	차상위	124,185	-	-	-	-
	18세 미만	82,486	-	-	-	-

자료: 보건복지백서(2012)

2. 개편의 필요성

□ 현행의료급여 수급자선정 기준은 국민기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 되고, 타법에 정한 경우에도 의무적으로 적용이 되고 있어 의료급여 대상자 선정이 독립적으로 이루어지지 못하는 한계가 있음.

○ 국민기초생활보장법상의 수급권자(근로능력이 있는 계층은 2종, 근로능력이 없는 계층은 1종으로 구분)와 타법에 의한 기타 대상자(국가유공자, 인간문화재, 이재민, 북한이탈주민 등 전원 의료급여 1종)가 해당됨.

- 타법 지원자에 대해서는 의료욕구와 관계없이 1종 의료급여를 적용하고 있음.
 - 이재민, 의사상자, 입양아동, 5·18 민주화 운동 관련자(약 11천명)에 대해서는 소득기준 없이 수급자로 선정되고 있음.
 - 국가유공자, 무형문화재, 북한이탈주민(약 91천명)에 대해서는 별도의 유형별 상이한 소득기준이 적용됨.

□ 의료욕구를 반영하지 못한 대상자 선정

- 현행 의료급여제도는 소득(소득인정액 기준)이 최저생계비 이하인 기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 됨으로써 대상자 선정에 소득 기준만 반영될 뿐 의료욕구를 반영하고 있지 못함.
 - 만성질환자, 희귀난치성질환자, 노인, 장애인, 임산부, 아동 등 취약 계층 중 일부는 의료욕구가 현저하지만 소득, 재산, 부양의무자 기준 때문에 수급자가 되지 못하여 의료 접근성 측면에서 상당한 정도의 제약을 받고 있음.
 - 차상위 실태조사에 의하면 빈곤으로 추락하는 원인 중 의료가 가장 높은 비율을 차지하고 있음.

○ 따라서 의료급여 수급자 선정 시 의료욕구를 반영한 기준 필요

- 일정수준 소득 이하 계층 중 의료욕구가 있는 대상자에 대해서도 별도의 기전을 마련하여 의료 사각지대를 최소화하고 빈곤추락을 방지할 필요가 있음.

□ 의료급여 내 불형평성 문제

- 동일 소득 이하이면서 근로능력이 없는 의료급여 2종(예시: 노인, 아동 등)인 경우 의료급여 1종 대상자와 형평성 문제
 - 가구원 중 근로능력이 있는 자가 1명이라도 있으면 의료급여 2종으로 분류됨.
 - 이러한 경우 2종대상자들 중 근로능력이 없는 노인, 아동 등의 경우는 1종 대상자들과 소득이나 근로능력 상태가 동일함에도 불구하고 본인부담을 더 높게 내야 하는 불평등이 존재함.

□ 건강보험과의 관계를 고려한 중장기 발전방향 모색 필요

○ 의료급여는 공적부조의 성격을 가지고 있지만, 동시에 의료보장이라는 성격을 가지고 있음.

○ 따라서 의료보장 내에서 의료급여와 건강보험의 관계를 고려한 중장기적인 발전방향 설정과 이에 부합한 방안 마련이 필요함.

3. 의료급여 개편의 기본방향

가. 맞춤형 급여체계의 기본방향

□ 맞춤형 급여체계는 국민기초생활보장제도의 여러 급여들을 개별화하여 그 선정 기준을 다양하게 함으로써 빈곤층의 특성과 욕구를 반영하고 수급자로 하여금 기초생활보장제도로부터 탈수급 할 유인을 제공하는 것을 목적으로 설계(노대명 외, 2013).

□ 최저생계비와 상대기준선(소득기준)의 비교

○ 국민기초생활보장제도가 맞춤형급여체계로 개편된다면 생계급여, 의료급여, 주거급여 및 교육급여는 각기 별도의 선정 및 급여기준을 갖게 됨 (노대명 외, 2013).

－ 현행의 최저생계비는 전물량 방식에 기초한 최저생계비 기준으로써, 다양한 측면에서 적절성을 둘러싼 쟁점이 있음.

- 절대적 기준의 자의성 문제는 최저생활을 위해 충족되어야 할 기본욕구 수준을 전물량방식에 기초하여 정한다는 점에서 두드러지게 나타남.
- 전물량방식은 생활에 필수적인 모든 품목을 나열한 후, 품목 각각의 소비에 대한 최저수준을 정해서 화폐가치로 환산한 후에 합하는 방식으로 최저생활을 위해 충족되어야 할 기본욕구 수준을 결정함.
- 생활에 필수적인 모든 품목을 나열하는 과정과 각 품목의 소비에 대한 최

저수준을 정하는 과정 모두에서 자의적일 수밖에 없음.

- 최저생계비 수준을 낮추려는 보수적 시각과 그 수준을 높이려는 진보적 시각이 대립하는 경우 최저생활에 필요한 품목의 목록과 품목별 소비의 최저수준을 객관적 기준에 의해 결정하기란 거의 불가능

－ 이러한 한계들을 극복하기 위해 대상자 선정 소득기준을 상대적 빈곤선 개념의 중위소득 개념으로의 전환이 필요함.

○ 제도개편에 따른 소득기준의 변화는 2013년을 기준 시점으로 4인 가구의 최저생계비와 각 급여별 상대기준선의 추정 금액(만원 단위)을 비교

－ 각 급여별 소득기준을 상대기준선으로 개편하는 경우, 각 급여의 소득기준은 최저생계비와 유사하거나 높은 수준을 나타내고 있음.

－ 생계급여는 현 최저생계비의 생계비 금액과 개편된 생계급여의 급여상한액을 비교하는 것이 타당하며, 이 경우에도 개편 후 소득기준이 증가

－ 참고로 상대기준선의 금액은 가구균등화지수 선택에 따라 큰 차이를 보이며, 현행균등화지수 < 수정균등화지수 < 제급근 균등화지수 순으로 크게 나타남.

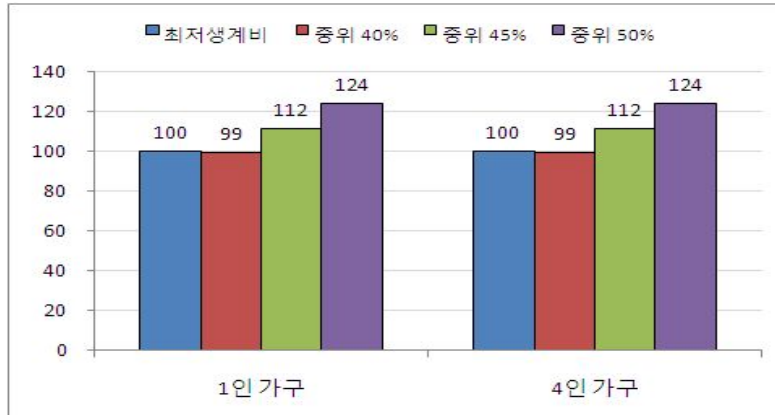
<표 5-3> 최저생계비와 맞춤형 급여체계의 선정기준(소득기준) 비교(2013년)

(단위 : 만원)

주요 지표	비교 지표		금 액
	중위소득 기준	최저생계비 기준	
중위소득	100%	248%	384
중위소득 60%	60%	148%	230
중위소득 50%	50%	124%	192
(현) 차상위 기준	48%	120%	186
중위소득 45%	45%	112%	172
중위소득 40%	40%	99%	154
(현) 최저생계비	40%	100%	155
(현) 현금급여 기준	33%	82%	127
중위소득 30%	30%	74%	115
(현) 생계급여 기준	27%	66%	102

주: 1) 최저생계비, 현금급여 기준선, 생계급여 상한선은 2013년 발표자료 기준
 2) 중위소득은 2012년 통계청 가계금융복지조사(2011년 기준) 원자료를 사용. 현행 균등화지수를 적용하여 산출한 중위소득 값에 지난 6년간의 중위소득 증가율을 적용하여 2013년 중위소득 값을 산출
 3) 2014년 제도시행에 앞서 중위소득의 30%, 중위소득의 40%, 중위소득의 45%, 중위소득의 50%를 중위소득 증가율 등을 고려하여 재산출하여 적용
 자료: 맞춤형 급여체계 개선방안 공청회 자료, 2013년 6월

[그림 5-2] 최저생계비와 상대기준선의 수준 비교(2013년)



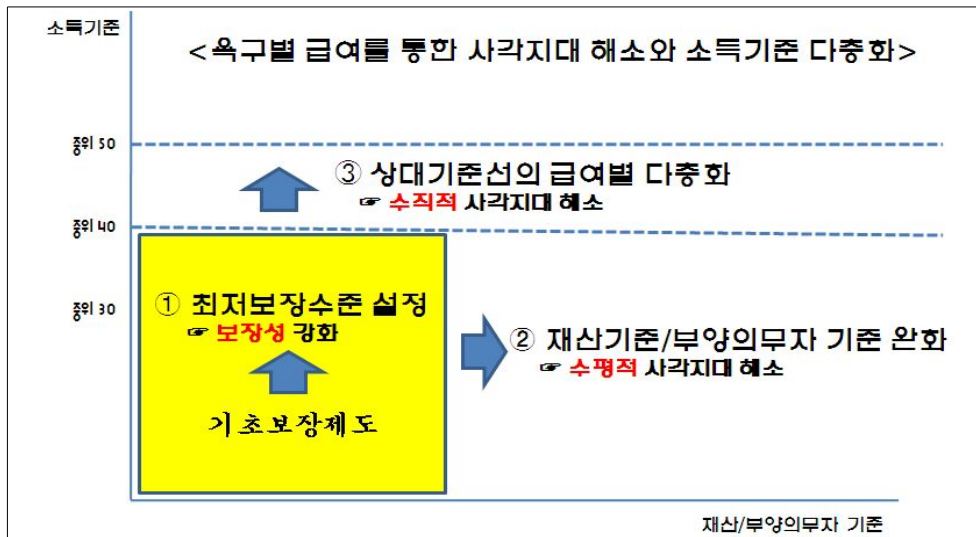
주: 최저생계비 = 100

□ 맞춤형 급여체계로의 개편에 있어 공공부조제도 개편방향의 지향(志向)으로는 크게 세가지를 제시하고 있음(노대명 외, 2013).

○ 첫째, 보장성을 강화, 둘째 사각지대를 해소, 셋째 탈빈곤 등 정책효과를 제고하는 것임.

- 보장성을 강화하기 위해서는 각 급여의 <최저보장수준>을 적정화하는 방안
- 사각지대를 해소하기 위해서는 재산기준과 부양의무자 기준을 완화하는 방안
- 탈빈곤 등 정책효과를 제고하기 위해서는 각 급여별로 <소득기준을 다층화>해야 하는 것임.
- 이를 그림으로 나타내면 아래와 같음.

[그림 5-3] 기초생활보장제도의 개편방향



자료: 한국보건사회연구원·국토연구원(2013). 『국민기초생활보장제도의 맞춤형 급여체계 개편방안 마련을 위한 연구』 공청회 자료.

- 기초생활보장제도는 재산기준 및 부양의무자 기준을 완화하는 것을 제시하고 있음.
 - 하지만 현실적으로는 급여체계 개편이라는 변화를 감안하여, 급여별로 부양의무자 기준을 단계적으로 폐지하는 방안을 제안하고 있음.
- 따라서 의료급여제도의 재산기준/부양의무자 기준완화는 국민기초생활보장제도의 다른 급여와의 연관성 및 관리의 효율성 등을 감안하여 생계급여 개편방안과 연계하는 것을 원칙으로 함.
 - 대신 의료욕구가 있는 대상의 급여기준선을 높여 수직적 사각지대 해소를 하는 것으로 함.

가. 의료급여 개편방안

□ 의료급여 단기 개편방안

- 제도의 안정적 정착을 위해 단기적으로 기존 의료급여 제도의 의료급여 대상

자와 보장수준을 현행대로 최대한 유지

- 의료급여는 의료급여법으로 독립적으로 운영되고 있으며 이미 개별급여의 성격을 띠고 있어 맞춤형 급여체계로 개편 시 큰 변화 없이 제도를 안착시킬 수 있음.

○ 중위소득 40% 대상자를 지원하되, 부양의무자 기준 완화 적용

- 현행 의료급여제도의 최저생계비 기준(2013년 기준) 99%와 동일함.
- 근로·사업소득의 증가, 의료비 지출 변화 등으로 인해 소득기준을 초과하는 경우, 현행과 같이 특례수급자 형태로 한시적 보호

□ 의료급여 중기 개편방안

1) 중기개편 1안

○ 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함) 중위소득 30% 이하의 대상자는 의료 필요 여부와 관계없이 모두 대상자로 선정

- 의료급여 1종 대상자 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하 대상자

○ 최저생계비(중위소득 30% 초과)에 초과하지만 일정소득 수준 이하의 계층 중 의료필요가 있는 취약계층에게 선택적으로 의료급여 시행

- 중위소득 30~48%(현행 차상위 수준) 대상 중 의료필요가 있는 취약 계층 지원
- 노인, 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자 등

2) 중기개편 2안

○ 중기개편 1안과 동일한 기준이지만 예산의 한계 등을 고려하여 대상자 수를 현행 대상자 수와 유사하게 유지하는 방안

○ 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함) 중위소득 30% 이하의 대상자는 의료 필요 여부와 관계없이 모두 대상자로 선정

- 의료급여 1종 대상자 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하 대상자

- 최저생계비(중위소득 30% 초과)에 초과하지만 일정소득 수준 이하의 계층 중 의료필요가 있는 취약계층에게 선택적으로 의료급여 시행
 - 현행 기준의 대상자 수를 유지하기 위해 중위소득 44% 이하의 대상자 중 의료필요가 있는 대상자를 선정
 - 중위소득 30~44%이하 대상자 중 노인, 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자

3) 중기개편 3안

- 의료욕구가 다른 대상자별 급여기준선을 달리 적용하여 적정 급여를 제공하는 개편방안
- 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함) 중위소득 30% 이하의 대상자는 의료 필요 여부와 관계없이 모두 대상자로 선정
 - 의료급여 1종 대상자 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하 대상자
- 최저생계비(중위소득 30% 초과)에 초과하지만 의료필요가 있는 취약 계층에게 대상자별로 소득기준선을 차등적으로 적용
 - 중위소득 30~40%이하 : 노인
 - 중위소득 30~48%이하 : 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자

4) 중기개편 4안

- 소득·재산기준과 부양의무자 기준, 의료필요기준 및 근로능력 유무 기준을 적용한 대상자 확대
- 기본급여 대상은 소득이 일정수준 이하(중위소득 40% 이하)이면서 의료필요가 있는 대상자를 우선적으로 선정
 - 노인, 아동, 장애인, 임신부 등 근로무능력자에 대해 자격부여
- 기준소득 이상이지만(중위소득 40%~48%) 의료필요가 있는 저소득층
 - 희귀난치성질환자, 아동에게 개인별 급여를 제공하고 단계적으로 만성질환

자, 장애인, 임산부, 노인 등으로 확대

□ 의료급여 장기 개편방안

○ 건강보험과 의료급여의 통합 운영 방식으로 전환

- 건강보험과 의료급여의 통합하여 운영하기 위해서는 건강보험 제도 내 본인부담률을 달리 책정하는 방안 등을 고려하여 통합 방안을 마련해야 할 것임.
- 향후 건강보험 보장률이 일정수준에 도달하면 건강보험 대상자와 의료급여 대상자 모두에게 동일한 본인부담을 적용

제2절 의료급여 단기 개편방안

1. 기본원칙

□ 의료급여는 다른 급여들과 달리 의료급여법으로 독립하여 운영되고 있어, 이미 개별적으로 급여를 하고 있음.

○ 의료급여는 이미 개별급여의 성격을 띠고 있어 맞춤형 급여체제로 개편 시 큰 변화 없이 제도를 안착시킬 수 있음.

○ 따라서 획기적인 변화보다 현실가능성을 최대한 반영하여 현행 소득기준을 중심으로 대상자를 선정하되, 부양의무자 기준 완화를 통한 대상자 확대 방안 모색

□ 따라서 맞춤형 급여체제로 전환되는 2014년에는 현행 대상자 수준에 부양의무자 기준 완화에 따른 신규수급자에게 의료급여를 확대하는 방안 모색

2. 소득기준선 설정 논리

□ 제도의 안정적 정착을 위해 기존 의료급여 제도의 대상자와 보장수준을 최대한 유지

○ 현행 최저생계비 기준(2013년 기준)인 중위소득 40% 유지

□ 부채가 있는 수급가구(전체의 43.3%)의 16.46%가 의료비로 인해 부채를 지는 것으로 나타남.

○ 이는 부채가 있는 차상위가구(전체의 25~30%)의 약 6%, 부채가 있는 전체가구(전체의 52.30%)의 3.70%가 의료비로 인해 부채를 지게 되는 비율보다 월등히 높아 의료지원 욕구가 높은 현행 제도의 수급가구 수준(중위소득 40%)을 우선 지원할 필요가 있음.

<표 5-4> 부채사유별 평균 부채비율(1순위, 2순위)

(단위: %)

구분 (부채비율)	수급 (43.30%)	소득인정액 120% 미만 (25.20%) (31.20%)		소득인정액 120%이상~ 소득 120%미만 (39.30%)	소득 120%~ 150% (42.20%)	소득 150%~ 180% (49.40%)	소득 180% 이상 (57.60%)	계 (52.30%)
	1	2	3	4	5	6	7	
교육비	1.16	6.90	10.89	5.26	8.48	8.57	6.55	6.48
의료비	16.46	6.37	0.46	7.63	7.76	0.92	2.38	3.70
생활비	52.73	31.84	43.82	29.07	33.48	27.35	13.18	18.97
주택관련 자금	13.15	12.83	—	30.21	19.11	40.07	51.71	44.63
자동차, 기타 내구재 구입	0.38	—	—	0.21	2.36	3.96	5.75	4.69
관혼상제	1.16	11.15	—	—	0.15	1.54	1.62	1.56
사업자금 마련	10.36	22.63	18.77	14.30	15.73	14.45	12.87	13.30
빚 갚음	4.12	3.30	26.06	8.92	4.93	2.29	4.55	4.76
기타	0.49	4.98	—	4.39	8.01	0.83	1.39	1.91
합계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

자료: 한국보건사회연구원, 『2011년 복지욕구실태조사』, 2차 조사

3. 대상자 선정기준

□ 소득기준은 중위소득 40% 이하인 대상자 선정

○ 현행 소득기준과 추가적으로 부양의무자 기준*만 적용함.

※ 부양의무자의 부양능력 판단 기준은 생계급여 개편안 수준으로 확대:

(현행) 수급자 최저생계비 수준 → (개선) 중위소득 40% 수준 + 부양의무자 기준

－ 단, 근로·사업소득의 증가, 의료비 지출 변화 등으로 인해 소득기준을 초과하는 경우, 현행과 같이 특례수급자* 형태로 한시적 보호

* ('13.6월 기준) 의료급여 특례자(4,408명), 자활급여 특례자(14,031명), 이행급여 특례자(21,651명)

○ 대상자를 현행 기준대로 1종과 2종을 구분하는 안

□ 급여 지원 수준

○ 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 의료문제(개인의 질병, 부상, 출산)에 대해 기본적이고 필수적인 의료서비스(진찰·검사, 치료 등)를 제공함으로써 의료접근성에 제약을 주지 않는 수준

－ (급여내용) 진찰·검사, 약재·치료재료의 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등(국민건강보험법 제41조, 의료급여법 제 7조)

－ 의료급여에서는 의료이용의 제약을 없애기 위해서 건강보험에서 발생하는 본인부담률보다 낮추어 의료접근성 보장

○ 현행 1종, 2종 본인부담 수준 유지

<표 5-5> 수급자 종별에 따라 의료기관 이용 시 본인부담

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (지정병원)	약국
1종	입원	없음	없음	없음	－
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원
2종	입원	10%	10%	10%	－
	외래	1,000원	15%	15%	500원

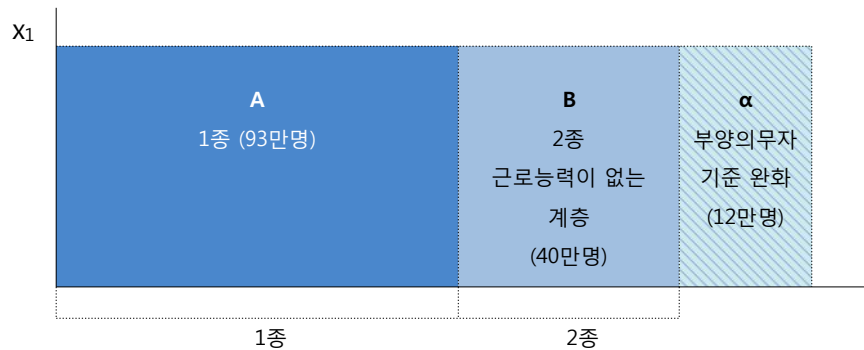
건강 보험	입원	20%	20%	20%	—
	외래	30%	40% / 50%	진찰료+60%	30%

□ 수급대상자 추계

- 현행 의료급여 수급자 기준에서 타법 수급자 제외한 대상자는 133만명임.
- 부양의무자 기준 완화에 따른 수급자 증가분은 12만명으로 추정됨.
- 즉, 의료급여 대상자 중 타법 수급자 제외한 대상자를 비교하면 의료급여 대상자는 전체 12만명이 증가함.
 - － 의료급여 1종 대상자는 현재 93만명에서 101만명으로 약 8만명 증가할 것으로 추정됨.
 - － 의료급여 2종 대상자는 현재 40만명에서 44만명으로 약 4만명 증가할 것으로 추정됨.
 - － 전체 의료급여 대상자는 133만명에서 145만명으로 약 12만명이 증가할 것으로 추정됨.

[그림 5-4] 맞춤형 의료급여체계 구상(안)

(단위 : 명)



※ A = 의료급여 1종 수준 본인부담금

※ B = 의료급여 2종 수준 본인부담금

※ α = 부양의무자 기준 완화

－ 1종 수준 대상자 = 8만명

－ 2종 수준 대상자 = 4만명

4. 재정소요액 추계

□ 재정소요액

- 재정소요액은 2014년 기준으로 총 54,133억원이 소요될 것으로 추계됨.
- 아래는 2008 ~ 2013년 의료급여 수급권자의 소요액 현황으로 중앙 및 지방정부 예산을 포함함.
- 의료급여 소요액의 연평균 증가율은 3.68%로 2014년 의료급여 소요액을 추정하면 54,133억원이 산출됨.

<표 5-6> 연도별 의료급여 수급권자 소요액 현황

(단위: 억원)

연도	2008	2009	2010	2011	2012	2013
의료급여 수급권자 기관부담금 (소요액)	43,578	46,452	48,656	50,542	51,118	52,212

자료: 의료급여통계연보(각 연도), 국민건강보험공단

- 개편된 맞춤형 의료급여체계에 따른 재정소요액은 추정된 2014년 의료급여 소요액(54,133억원)에 2014년 10월부터 시행되는 부양의무자 기준 완화에 따른 추가소요액(806억원)이 더해져 의료급여 재정소요액은 총 54,939억원으로 예상됨.

2014년 의료급여 1종, 2종 수급자 지원액(54,133억원)
 + 부양의무자 기준 완화에 따른 추가 소요액(806억원) = 총 54,939억원

- 2014년 1년간의 재정소요액을 가정하면, 2014년 의료급여 소요액(54,133억원)에 부양의무자 기준완화에 따른 추가소요액의 1년으로 산출한 소요액(3,224억)을 더하여 계산한 결과 2014년 1년간 의료급여 재정소요액은 총 57,357억원으로 추정됨.

2014년 의료급여 1종, 2종 수급자 지원액(54,133억원)
 + 부양의무자 기준 완화에 따른 추가 소요액(3,224억원) = 총 57,357억원

○ 2015년 1년간 재정소요액을 추계하면 의료급여 수급자 지원액 56,125억원에 부양의무자 기준완화에 따른 추가소요액 3,343억원이 더해져 59,468억원으로 추정됨.

2015년 의료급여 1종, 2종 수급자 지원액(56,125억원)
 + 부양의무자 기준 완화에 따른 추가 소요액(3,343억원) = 총 59,468억원

제3절 의료급여 중기 개편방안

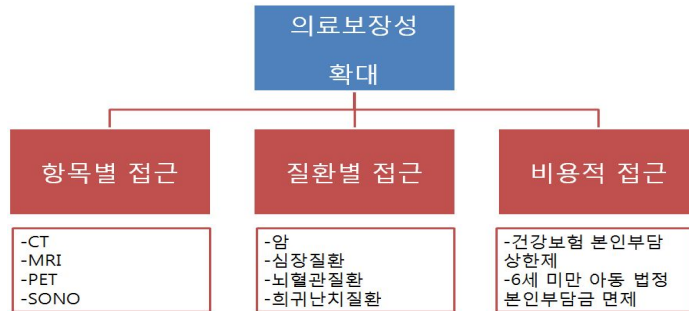
1. 의료급여 중기개편방향 검토

가. 건강보험 보장성 강화 정책 방향

□ 건강보험은 질병으로 인한 경제적 부담 경감을 목표로 하며, 이를 위해 의료비 부담이 많은 사회경제적으로 취약한 계층에 대해 보장성 강화 필요

□ 건강보장 보장성 강화를 위한 방향으로 크게 항목별, 질환별, 비용적 접근 방안이 있음.

[그림 5-5] 의료보장성 강화 확대



38

○ 항목별 접근

- 1989년 전국민 의료보험 실시 이래 약국의료보험 도입, 1992년 골수이식, 1993년 백내장수술시 인공수정체, 1996년 CT, 1998년 자가조혈모세포이식술 등으로 확대됨.
- 2004년부터 현재까지 건강보험의 흑자재정으로 전환됨에 따라 항목별 보장성 강화가 확대되었고, 2005년 MRI 보험급여, 2006년 PET 등으로 확대됨.
- 2013년부터 초음파영상의 보험급여가 확대되고, 2014년부터 항암제 등 고가 의약품 보장성 확대, 방사선 치료, 유전자 검사 등으로 확대될 예정
- 예시) CT, MRI, SONO(초음파), PET, 항암제 등 고가 의약품, 방사선치료, 심장 뇌수술재료, 유전자 검사, 교육 상담료, 일반 수술재료 등

○ 질환별 접근

- 2005년 이후 재정흑자를 배경으로 질환별 접근의 보장성 개선을 위한 접근 방식이 논의됨에 따라 2005년 희귀난치성 질환 외래 본인부담 경감, 암 보장성 강화, 뇌혈관, 심장질환자 본인부담 경감 등 시행
- 2013년 8월부터 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환의 4대 중증질환에 대한 재난적 의료비 지원사업을 시행

- 예시) 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환 등

○ 비용적 접근

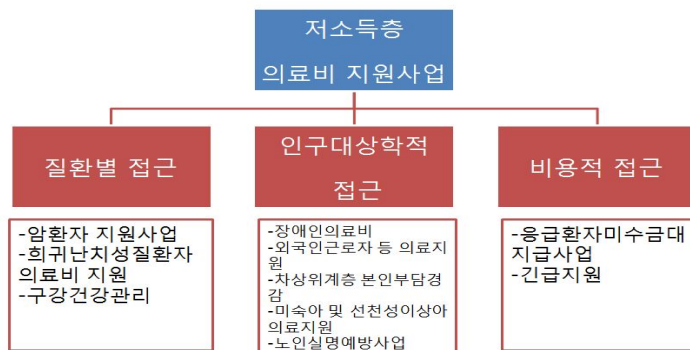
- 건강보험 법정본인부담률을 낮추기 위해 2004년 본인부담상한제 시행
- 예시) 건강보험 본인부담 상한제, 6세 미만 아동의 입원에 대한 법정본인부담금 면제, 중증질환 본인부담률 경감 등

나. 저소득층 의료비 지원사업의 정책방향

□ 저소득층 의료비 지원을 위해 다양한 지원사업들이 있음.

○ 이러한 지원사업의 정책방향은 크게 질환별 접근, 인구대상적 접근, 비용적 접근 임.

[그림 5-6] 저소득층 의료비 지원사업



○ 질환별 접근

- 암환자 지원사업(①소아암 : 3,000만원이내(만18세까지) ②성인암: 220만원 이내 (최대 3년))
- 희귀·난치성 질환자 의료비 지원(요양급여 중 본인부담금(대상질환에 한함))
- 구강건강관리(노인틀니 : 완전틀니, 전부틀니 지원 및 사후관리)

○ 인구대상학적 접근

- 장애인 의료비(본인부담금 일부 또는 전액 지원, 비급여 제외)
- 외국인근로자 등 의료지원(입원 및 수술비 전액(500만원 한도내))
- 차상위 계층 본인부담경감(법정본인부담 일부)
- 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원(미숙아: 1천만원(1회), 선천성이상아: 5백만원(1회))
- 노인실명예방사업(무료 안검진, 수술비 본인부담금 전액)

○ 비용적 접근

- 응급환자미수금대지급사업(응급의료비용의 대지급)
- 긴급지원(300만원 내(2회까지))

다. 미국 Medicaid 대상자 선정기준

□ Medicaid의 의료필요대상자 기준

○ 소득과 자산 기준

- 빈곤가정일시부조(Temporary Assistance for Needy families : TANF) 제도와 보충적 사회보장제도(supplemental security income: SSI) 수혜자

○ Medicaid 적용 기준 예시

- 6세 이하의 아동이 있는 가족의 소득이 빈곤선의 133%인 경우(3인 가족 기준 \$25,390 2012년 기준)
- 6~9세 아동이 있는 가족의 소득이 빈곤선의 100%인 경우(3인 가족 기준 \$19,090 2012년 기준)
- 임신부가 있는 가족의 소득이 빈곤선의 133%인 경우

○ 인구집단 기준

- 아동(위탁·입양아동, 장애아동, 부모나 보호자가 없는 아동 등), 임신부,

노인, 장애인

○ 질병 기준

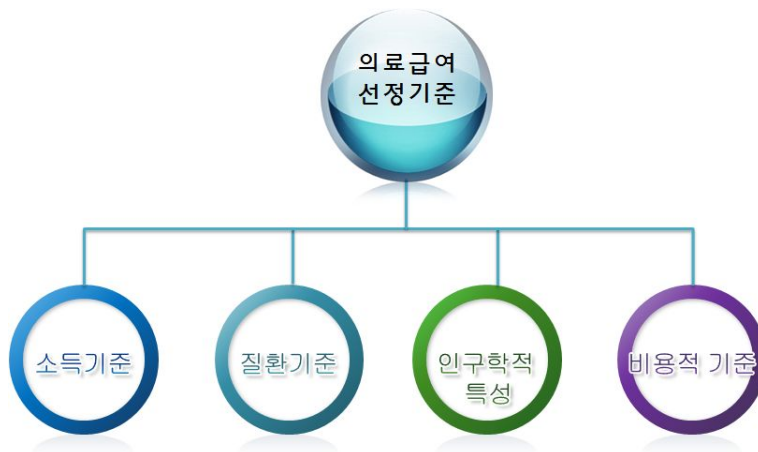
- 유방암이나 자궁경부암 여성
- 결핵감염자(단, 결핵 치료에 대한 급여로, SSI 소득을 넘게 된 경우에 한함)

2. 기본원칙

□ 의료급여 확대 방향성

- 현행 의료급여 제도는 소득 기준을 적용하여 의료급여 수급자를 선정함에 따라 의료필요 대상자의 욕구를 반영하지 못하고 있음.
- 의료필요도는 소득, 질환, 인구학적 특성, 비용적 기준과 같은 기준을 적용할 수 있음.

[그림 5-7] 의료급여 선정 기준



- 소득 기준
- 질환기준 : 만성질환, 희귀난치성 질환
- 인구학적 특성 : 노인, 장애인, 아동, 임산부

－ 비용적 기준

□ 소득 기준과 재산 기준 및 부양의무자 완화 기준, 의료필요 기준을 고려한 개편방안 설정

○ 소득·재산 및 부양의무자 기준

- － 소득인정액(소득·재산의 소득환산액)이 일정수준 이하인 가구
 - 소득기준선을 설정하는 계측기준은 생계급여기준선, 최저생계비, 중위소득 30%~48%을 활용할 수 있으며, 타 급여제도와와의 관계 등을 고려하여 선정

○ 의료필요 기준

- － 인구학적 요인 및 질환별 요인으로 인해 의료필요가 높은 대상자 선정
- － 의료필요 기준의 개념은 다음과 같이 정의됨.
 - 인구학적 요인은 생애주기나 대상자 특성에 따른 질병유인이 많은 대상자로 노인, 아동, 장애인, 임산부 등 근로무능력자가 해당됨.
 - 질환별 요인은 만성질환자, 희귀난치성질환자, 중증질환자 등과 같이 질병이 있는 대상자가 해당됨.

□ 의료급여 내 형평성을 도모할 수 있는 방안을 고려해야 함.

○ 현행 의료급여 제도의 1종과 2종이 상이한 급여를 적용받고 있는 것은 의료급여 내에서도 차별을 발생시키고 있음.

- － 이에 의료급여 내 모든 수급자에게 동일급여 원칙을 적용하여, 동일 소득 이하인 의료급여 1종 대상자와 근로능력이 없는 2종대상자에게 동일 급여를 제공해야 함.

□ 제도의 안정적 정착 고려하여 기존 제도의 의료급여 대상자와 보장수준에 대한 변화의 폭을 좁히고, 정해진 예산을 고려한 의료급여 정책 마련

○ 탈락자와 저소득층 지원방안 모색

○ 건강보험체계 내에서의 저소득층 의료보장 강화 모색

- 근로능력이 있는 빈곤층의 취업과 탈수급을 도모할 수 있도록 건강보험과의 관계를 고려한 의료지원 방안 모색
 - 의료급여는 공공부조 제도의 일환으로 공공부조 제도의 자립조장의 원칙을 위배하지 않도록 제도가 설계되어야 할 것임.
- 의료급여의 중장기적 방향성 반영해야 함.
 - 의료급여와 건강보험의 관계를 고려한 중장기적으로 발전방향 설정과 이에 부합한 방안을 마련해야 함.
 - 저소득층 보장 문제를 의료급여 내에서만 해결할 것이 아니라 건강보험 내에서 의료급여 2종 수준으로 본인부담을 경감해 주는 방안 또한 고려되어야 할 것임.

3. 의료급여 중기개편 방안

- 의료급여 제도의 장기 발전방향을 고려하여 현행 의료급여제도를 발전시키기 위한 과도기 단계의 중기개편이 요구됨.
 - 소득기준 및 의료필요기준, 근로능력 유무 등을 적용하여 다각적인 차원에서 의료급여 중기개편방향을 제시

중기개편 방안 1안

□ 소득기준 및 의료필요기준을 반영하여 대상자를 늘리는 개편방안

○ 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 163만명

- (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,161명
- (의료필요 기준)중위소득 30~ 48% 대상자 중 의료필요 대상자 : 816,365명
 - 노인, 아동, 만성질환자, 장애인, 희귀난치성질환자 등
- 부양의무자기준 완화 대상자 수 : 약 12만명

○ 소요예산

- 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(3조 3,083억) + 부양의무자기준 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 6조 272억원
- 추가소요액 : 1조 2,913억원

중기개편 방안 2안

□ 현실적인 상황을 고려하여 현행 대상자 수와 동일하게 유지하는 방안

○ 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 149만명

－ (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,161명

－ (의료필요 기준)중위소득 30~ 44% 대상자 중 의료필요 대상자 : 676,266명

• 노인, 아동, 만성질환자, 장애인, 희귀난치성질환자 등

－ 부양의무자기준 완화 대상자 수 : 약 12만명

○ 소요예산

－ 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 7,708억) + 부양의무자기준 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 4,897억원

－ 추가소요액 : 7,538억원

중기개편 방안 3안

□ 대상자별 선정기준을 차등적으로 적용하는 방안

○ 대상자 선정기준 및 대상자 수 : 150만명

- (소득 기준)최저생계비 기준(중위소득 30%) 이하 대상자 : 695,161명
(의료필요 기준)의료필요가 있는 취약계층 : 총 658,804명

- 중위소득 40% 이하 : 노인(259,234명)
- 중위소득 48% 이하 : 아동(199,138명), 장애인(90,045명), 만성질환자(115,000명), 회귀난치성질환자(22,387명)

- 부양의무자기준 완화 대상자 수 : 약 12만명

○ 소요예산

- 소득기준 재정소요액(2조 7,189억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 6,678억) + 부양의무자기준 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 3,867억원
- 추가소요액 : 6,508억원

중기개편 방안 4안

□ 근로무능력자 유무에 따른 대상자 선정기준을 달리 적용하는 방안

○ 대상자 선정기준 및 대상자 수

- 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함)과 의료필요를 반영한 대상자를 선정하여 의료급여 1종 수준 급여 : 136만명
 - 노인, 아동, 장애인, 임산부 등(중위소득 40% 이하) 근로무능력자
- 기준소득 이상이지만 의료필요가 있는 계층은 추가적으로 선별적 의료급여 시행하여 건강보험 본인부담경감 대상자로 의료급여 2종 수준 급여 : 170만명
 - 희귀난치성질환자, 아동에게 개인별 급여를 제공하고, 단계적으로 만성질환자, 장애인, 임산부, 노인 등으로 확대하는 방안

○ 추가소요액 : 총 5,623억원(부양의무자 기준 제외시 2,399억원)

가. 중기개편 방안 1안

1) 대상자 선정기준

□ 대상자 선정기준

- 일정 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함) 이하의 대상자는 의료필요를 반영하지 않고 모두 대상자로 선정
 - 의료급여 1종 대상 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하인 대상자
 - 중위소득 30%이하 (약 695,161명)
- 최저생계비(중위소득 30% 초과) 초과이지만 일정소득 수준이하의 계층 중 의료필요가 있는 취약 계층에게 선택적으로 의료급여 시행
 - 중위소득 30%(생계급여 기준선)를 초과하지만 중위소득 48%(차상위 계층)

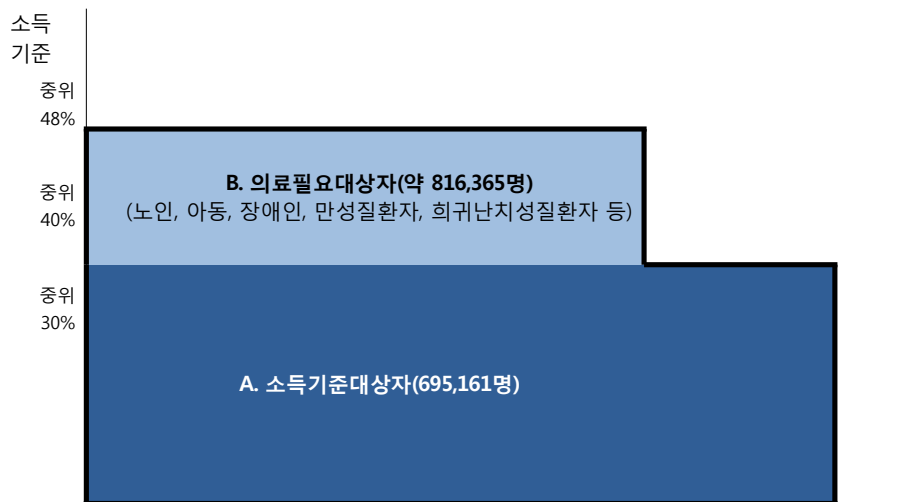
이하 중 의료필요가 있는 취약 계층

- 노인, 아동, 만성질환자, 장애인, 희귀난치성질환자 등
- 각 취약계층별 소득수준을 달리하는 경우 방안도 검토 필요

□ 급여수준

- 소득기준과 의료필요 기준을 충족하는 모든 대상자에게 의료급여 1종 수준의 급여를 제공
 - 현행 차상위계층에 속하는(중위소득 48%) 대상자 중 의료필요 대상자(희귀난치성질환자, 만성질환자, 노인, 아동 등)는 개인별로 1종과 동일한 수준의 의료급여를 제공

[그림 5-8] 맞춤형 의료급여체계 구상(1안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%, 차상위 기준선 중위소득 48%

□ 대상자 규모 및 기대효과

- 의료급여 대상자 약 163만명

- 중위소득 30%이하 695,161명
- 중위소득 48% 이하의 의료필요가 있는 취약계층 816,365명
 - 노인(389,795명), 아동(199,138명), 장애인(90,045명), 만성질환자(115,000명),¹⁷⁾ 희귀난치성질환자(22,387명)¹⁸⁾ 등
- 부양의무자기준 완화 대상자 약 12만명

○ 현행 133만명에서 163만명(부양의무자기준 완화 대상자 포함)으로 약 30만명 증가

- 중위소득 40% 이하의 탈락대상자수는 약 151,015명
 - 노인(259,234명), 아동(108,949명), 장애인(52,037명), 만성질환자(55,161명), 희귀난치성질환자(8,442명)를 제외한 중위소득 30%~40% 사이의 대상자

2) 재정소요액 추계

□ 대상자 재정 소요액

○ 소득기준과 의료필요를 반영하여 대상자를 선정

- 최저생계비(중위소득 30%이하)수준 이하인 대상자와 중위소득 30%~48% 사이의 의료필요대상자
- 중위소득 30%이하 695,161명
 - 중위소득 30%~48% 사이의 의료필요대상자(예. 노인, 아동, 장애인, 희귀난치성 질환자, 만성질환자 등)
 - 부양의무자기준 완화 대상자 포함.

17) 만성질환 대상자 중에서 의료필요대상자에 속하는 중복을 제거하기 위하여 노인, 아동, 장애인을 제외함.

18) 2012년 건강보험 차상위 대상자수를 사용함.

○ 각 계층별 평균 1인당 연간급여비를 기준으로 대상자별 소요재정 추계

<표 5-7> 맞춤형 의료급여체계 구상(1안)에 따른 소요재정

구분	세부사항
<ul style="list-style-type: none"> 중위소득 30%이하의 생계급여의 의료급여 대상자 (약 695,161명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2조 3,965억원 (A) 	
<ul style="list-style-type: none"> 부양의무자기준 완화 대상자 (약 12만명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 3,224억원 (B) 	
<ul style="list-style-type: none"> 중위소득 30%-48%사이의 의료필요대상자 (약 816,365명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 3조 3,083억원 (C) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인 대상자(약 389,795명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1조 9,124억원
	<ul style="list-style-type: none"> 아동 대상자(약 199,138명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1,020억원
	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 대상자(약 90,045명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 4,555억원
	<ul style="list-style-type: none"> 만성질환자 대상자(약 115,000명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 5,817억원
	<ul style="list-style-type: none"> 희귀난치성질환자 대상자(약 22,387명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2,568억원
<ul style="list-style-type: none"> 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(3조 3,083억원) + 부양의무자완화대상자 재정소요액(3,224억원) = 6조 272억원 	
<ul style="list-style-type: none"> 추가소요액 : 개선안 소요액(6조 272억원) - 2012년 실질소요액(4조 7,359억) = 1조 2,913억원 	

나. 중기개편 방안 2안

1) 대상자 선정기준

□ 대상자 선정기준

○ 최저생계비(중위소득 30%이하)수준 이하인 대상자는 의료필요를 반영하지 않고 모두 대상자로 선정으로 중기개편 방안 1안과 같음.

- 의료급여 1종 대상 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하인 대상자로 약 695,161명

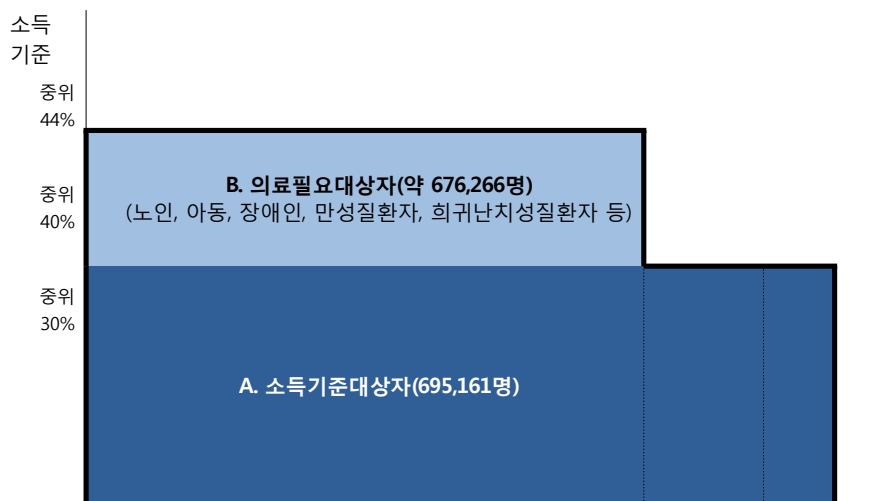
○ 최저생계비(중위소득 30% 초과) 초과이지만 일정소득 수준이하의 계층 중 의료필요가 있는 취약 계층에게 선택적으로 의료급여 시행하되 현행의 145만명 (부양의무자기준 완화 대상자 포함)을 유지하기 위하여 중위소득 44%이하 중 의료필요가 있는 취약계층에 의료급여 시행.

- 중위소득 30%(생계급여 기준선)를 초과하지만 중위소득 44%이하 중 의료 필요가 있는 취약 계층인 노인, 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자 등

□ 급여수준

- 소득기준과 의료필요 기준을 충족하는 모든 대상자에게 의료급여 1종 수준의 급여를 제공
 - 현행 기준과 동일한 대상자 수를 유지하는 기준선인 중위소득 44%의 대상자 중 의료필요 대상자(희귀난치성질환자, 만성질환자, 노인, 아동 등)는 개인별로 1종과 동일한 수준의 의료급여를 제공

[그림 5-9] 맞춤형 의료급여체계 구상(2안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%, 차상위 기준선 중위소득 48%

□ 대상자 규모 및 기대효과

- 의료급여 대상자 약 149만명
 - 중위소득 30%이하 약 695,161명

- 의료필요가 있는 취약계층 676,266명
 - 노인(330,291명), 아동(158,671명), 장애인(71,891명), 만성질환자(96,443명)¹⁹⁾, 희귀난치성질환자(18,970명) 등
- 부양의무자기준 완화 대상자 약 12만명

○ 현행 145만명(부양의무자기준 완화 대상자 포함)을 유지할 수 있음.

- 중기개편방안 1안과 같이 중위소득 40% 이하의 탈락대상자수는 약 151,015명임.
 - 노인(259,234명), 아동(108,949명), 장애인(52,037명), 만성질환자(55,161명), 희귀난치성질환자(8,442명)를 제외한 중위소득 30%~40% 사이의 대상자

2) 재정소요액 추계

□ 대상자 재정 소요액

○ 소득기준과 의료필요를 반영하여 대상자를 선정

- 최저생계비(중위소득 30%이하)수준 이하인 대상자와 중위소득 30%~44% 사이의 의료필요대상자
- 중위소득 30%이하 약 695,161명
 - 중위소득 30%~44% 사이의 의료필요대상자(예. 노인, 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성 질환자 등)
 - 부양의무자기준 완화 대상자

19) 만성질환 대상자 중에서 의료필요대상자에 속하는 중복을 제거하기 위하여 노인, 아동, 장애인을 제외함.

○ 각 계층별 평균 1인당 연간급여비를 기준으로 대상자별 소요재정 추계

<표 5-8> 맞춤형 의료급여체계 구상(2안)에 따른 소요재정

구분	세부사항
<ul style="list-style-type: none"> 중위소득 30%이하의 생계급여의 의료급여 대상자 (약 695,161명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2조 3,965억원 (A) 	
<ul style="list-style-type: none"> 부양의무자기준 완화 대상자 (약 12만명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 3,224억원 (B) 	
<ul style="list-style-type: none"> 중위소득 30%-44%사이의 의료필요대상자 (676,266명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2조 7,708억원 (B) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인 대상자(330,291명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 1조 6,205억원 아동 대상자(158,671명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 812억원 장애인 대상자(71,891명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 3,637억원 만성질환자 대상자(96,443명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 4,878억원 희귀난치성질환자 대상자(18,970명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 2,176억원
<ul style="list-style-type: none"> 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 7,708억원) + 부양의무자기준 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 4,897억원 	
<ul style="list-style-type: none"> 추가소요액 : 개선안 소요액(5조 4,897억원) - 2012년 실질소요액(4조 7359억) = 7,538억원 	

다. 중기개편 방안 3안

1) 대상자 선정기준

□ 대상자 선정기준

○ 최저생계비(중위소득 30%이하)수준 이하인 대상자는 의료필요를 반영하지 않고 모두 대상자로 선정으로 중기개편 방안 1안과 같음.

- 의료급여 1종 대상 : 생계급여 기준선인 중위소득 30% 이하인 대상자로 약 695,161명

○ 최저생계비(중위소득 30% 초과) 초과이지만 일정소득 수준이하의 계층 중 의료필요가 있는 취약 계층에게 차등적으로 의료급여 시행.

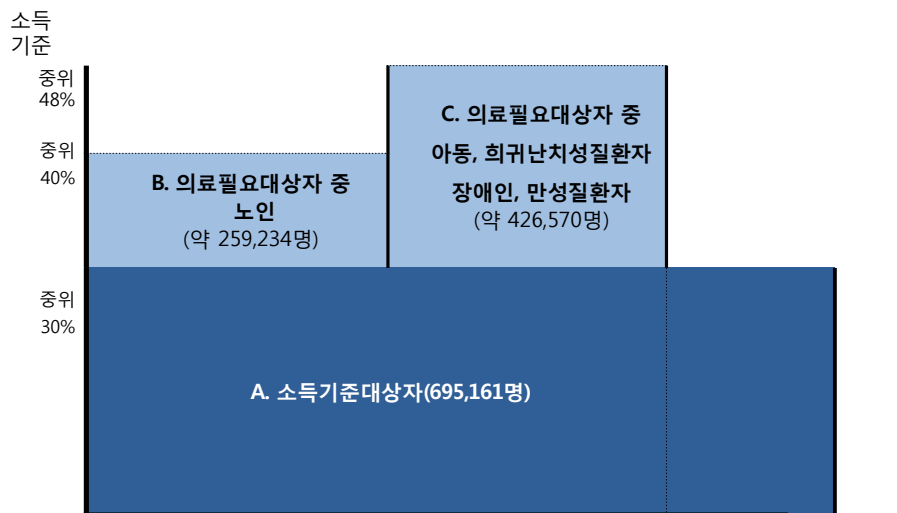
- 중위소득 30%(생계급여 기준선)를 초과하지만 중위소득 의료필요가 있는

취약 계층인 노인은 중위소득 40%이하인 대상자로 적용하고 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자는 중위소득 48%이하인 대상자 기준으로 적용하여 의료급여를 시행함.

□ 급여수준

- 소득기준과 의료필요 기준을 충족하는 모든 대상자에게 의료급여 1종 수준의 급여를 제공
 - 중위소득 30%~40% 사이에 있는 노인과 중위소득 48%이하인 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자와 대상자는 개인별로 1종과 동일한 수준의 의료급여를 제공

[그림 5-10] 맞춤형 의료급여체계 구상(3안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%

□ 대상자 규모 및 기대효과

- 의료급여 대상자 약 150만명

- 중위소득 30%이하 695,161명
- 의료필요가 있는 취약계층 685,804명
 - 중위소득 40% 이하 노인(259,234명)
 - 중위소득 48% 이하 아동(199,138명), 장애인(90,045명), 만성질환자(115,000명), 희귀난치성질환자(22,387명)
- 부양의무자기준 완화 대상자 약 12만명
- 중기개편방안 1안과 같이 중위소득 40% 이하의 탈락대상자수는 약 151,015명임.
 - 노인(259,234명), 아동(108,949명), 장애인(52,037명), 만성질환자(55,161명), 희귀난치성질환자(8,442명)를 제외한 중위소득 30%~40% 사이의 대상자

2) 재정소요액 추계

□ 대상자 재정 소요액

○ 소득기준과 의료필요를 반영하여 대상자를 선정

- 최저생계비(중위소득 30%이하)수준 이하인 대상자와 중위소득 30%~48% 사이의 의료필요대상자를 차등적 선정
 - 중위소득 30% 이하(695,161명)
 - 중위소득 40% 이하 노인(259,234명)
 - 중위소득 48% 이하의 의료필요대상자 중 아동(199,138명), 장애인(90,045명), 만성질환자(115,000명), 희귀난치성질환자(22,387명)
 - 부양의무자기준 완화 대상자(약 12만명)

○ 각 계층별 평균 1인당 연간진료비를 기준으로 대상자별 소요재정 추계

<표 5-9> 맞춤형 의료급여체계 구상(3안)에 따른 소요재정

구분	세부사항
<ul style="list-style-type: none"> • 중위소득 30%이하의 생계급여의 의료급여 대상자 (약 695,161명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2조 3,965억원 (A) 	
<ul style="list-style-type: none"> • 부양의무자기준 완화 대상자 (약 12만명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 3,224억원 (B) 	
<ul style="list-style-type: none"> • 중위소득 30%-40%사이의 의료필요대상자 중 노인(약 259,234명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1조 2,719억원(C) 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인 대상자(약 259,234명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1조 2,719억원
<ul style="list-style-type: none"> • 중위소득 30%-48%사이의 의료필요대상자 중 아동, 장애인, 만성질환자, 희귀난치성질환자(약 564,262명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1조 3,959억원(D) 	<ul style="list-style-type: none"> • 아동 대상자(약 199,138명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 1,020억원
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 대상자(약 90,045명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 4,555억원
	<ul style="list-style-type: none"> • 만성질환자 대상자(약 115,000명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 5,817억원
	<ul style="list-style-type: none"> • 희귀난치성질환자 대상자(약 22,387명) <ul style="list-style-type: none"> - 재정소요액 : 약 2,568억원
<ul style="list-style-type: none"> • 소득기준 재정소요액(2조 3,965억원) + 의료필요 기준 재정소요액(2조 6,678억원) + 부양의무자기준 완화 대상자 재정소요액(3,224억원) = 5조 3,867억원 	
<ul style="list-style-type: none"> • 추가소요액 : 개선안 소요액(5조 3,867억원) - 2012년 실질소요액(4조 7359억원) = 6,508억원 	

라. 중기개편 방안 4안

1) 대상자 선정기준

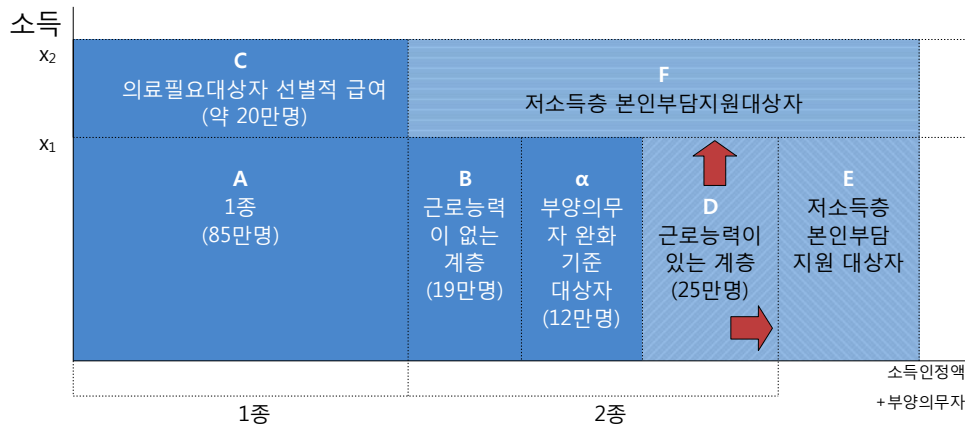
□ 대상자 선정기준

- 소득기준(재산 및 부양의무자 기준 포함)과 의료필요를 반영하여 대상자를 선정해야 함.
 - 기본급여 대상은 소득이 일정수준 이하이면서 의료필요가 있는 대상자를 우선적으로 선정
 - 예를 들면, 노인, 아동, 장애인, 임산부 등(중위소득 40% 이하) 근로 무능력자가 해당됨.
- 기준소득 이상이지만 의료필요가 있는 계층은 추가적으로 선별적 의료급여 시행해야 함.
 - 기본급여 기준소득 이상이지만 의료필요가 있는 저소득층
 - 예를 들어, 희귀난치성질환자, 아동에게 개인별 급여를 제공하고, 단계적으로 만성질환자, 장애인, 임산부, 노인 등으로 확대하는 방안을 모색해야 함.

□ 급여수준

- 의료급여 내 모든 수급자에게 현행 의료급여 1종 수준의 급여를 제공해야 할 것
 - 또한, 현행 의료급여 제도의 의료급여 1, 2종과 같은 종별 구분은 없어지고, 장기적으로 2종은 폐지하는 방안으로 나아가야함.
 - 2종 대상자 중 의료필요가 있는 취약계층(만성질환자, 희귀난치성질환자, 노인, 장애인, 임산부, 아동 등)은 개인별로 1종과 동일한 수준의 의료급여 제공해야 할 것

[그림 5-11] 맞춤형 의료급여체계 구상(4안)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ $x_1 - x_2$: 기준선 예) 생계급여기준선, 최저생계비, 중위소득 38%~45%

자료: 의료급여통계, 2012; 건강보험통계, 2012.

□ 대상자 규모 및 기대효과²⁰⁾

○ 의료급여 대상자는 2012년 현재 129만명에서 개편 후 136만명 ($A+B+C+\alpha$)으로 추정됨.

- 이는 부양의무자기준 완화 대상자(α) 약 12만명이 포함된 수치임.
- 의료급여 1종 수준 대상자의 규모는 85만명에서 136만명으로 증가될 것으로 예상됨.

○ 건강보험 본인부담 경감 대상자인 현행 의료급여 2종 수준의 대상자는 약 170만명 ($D+E$) 추정됨.

- 현행 의료급여 2종 수준 대상자는 44만명에서 170만명이 증가함에 따라 126만명이 증가될 것으로 예상됨.

○ 현행 의료급여 전체 대상자는 129만명에서 306만명 ($A+B+C+D+E+\alpha$)으로 증가될 것으로 예상됨.

20) 타법지원 대상자는 제외한 수치임.

- 즉, 의료급여 1종 수준 대상자는 51만명 증가하고, 의료급여 2종 수준 대상자 126만명이 증가할 것으로 예상됨.

2) 재정소요액 추계

□ 재정소요액 추계

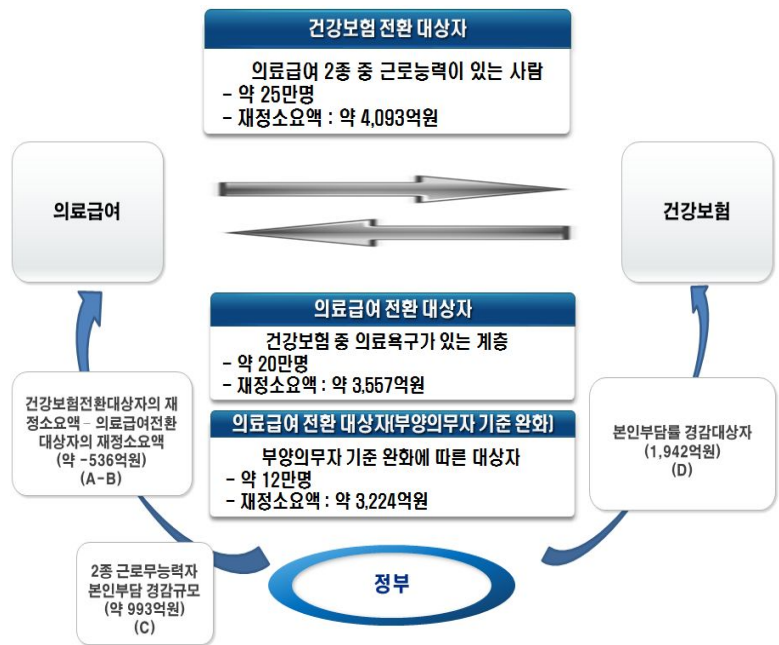
○ 중기 개편방안의 추가 의료급여지원액은 총 6,711억원으로 추정되며, 구체적인 재정소요액 추계 내용은 다음과 같음.

- 건강보험 대상자 중 의료급여로 전환될 약 20만명의 재정소요액 약 3,557억원
- 의료급여 2종 대상자 중 근로능력이 있는 대상자로 건강보험 대상자로 전환될 약 25만명 재정소요액 약 4,093억원
- 의료급여 2종에서 근로능력이 없어 1종으로 변경된 대상자의 본인부담경감액 약 993억원
- 건강보험 보험료 분위 하위 5% 세대의 법정 본인부담률 경감대상자 재정소요액 1,942억원
- 부양의무자 기준완화에 따른 의료급여로 전환될 대상자 12만명의 재정소요액 약 3,224억원

<표 5-10> 맞춤형 급여체계에 따른 재정소요액(예시)

	의료급여	건강보험
사항	<ul style="list-style-type: none">건강보험 중 의료욕구 있는 계층으로 의료급여로 전환될 대상자 (약 20만명) - 재정소요액 : 약 3,557억원 (A)	<ul style="list-style-type: none">의료급여 2종 중 근로능력이 있는 사람으로 건강보험으로 전환될 대상자 (약25만명) - 재정소요액 : 약 4,093억원 (B)
	<ul style="list-style-type: none">의료급여 2종에서 근로능력이 없어 1종으로 변경된 대상자의 본인부담경감액 - 재정소요액 : 약 993억원 (C)	<ul style="list-style-type: none">본인부담률 경감대상자 재정소요액 - 재정소요액 : 1,942억원(D)
	<ul style="list-style-type: none">부양의무자 기준 완화에 따라 의료급여로 전환될 대상자 (약 12만명) - 재정소요액 : 약 3,224억원(α)	
추가 소요액	$(3,557\text{억원} - 4,093\text{억원}) + 993\text{억원} + 1,942\text{억원} + 3,224\text{억원} = 5,623\text{억원}$ $(A - B) + C + D + \alpha$	

[그림 5-12] 맞춤형 급여체계에 따른 재정소요액 방식



3. 향후 쟁점사항

□ 근로능력자 건강보험 전환 가능성을 고려해야 할 것임.

- 대상자 선정 기준에 의료필요를 반영할 경우 근로능력이 있는 사람들의 건강보험 전환이 가능한 지에 대한 고려가 필요함.

□ 의료급여 내 동일급여 원칙의 가능성 고려

- 의료급여 1종 대상자와 의료급여 2종 대상자의 동일급여가 가능한 지에 대한 논의가 필요함.
- 향후 의료급여 1종, 2종 구분없이 동일한 본인부담 수준으로 통합의 가능성 또한 고려해야 함.

□ 의료가수요 발생으로 인한 의료비 증가문제에 대한 쟁점 발생

- 부양의무자 기준 완화로 인해 본인부담이 줄어드는 대상자 수가 증가하고, 이에 의료가수요의 문제가 발생함에 따른 의료비 증가
 - 새롭게 의료급여대상자가 되는 의료필요대상자(약 20만명)의 진료비가 2종 근로능력이 있는 대상자(약 25만명)보다 높아 의료비가 과도해지는 모순이 발생함.
 - 예를 들면, 의료필요대상자인 노인의 경우 1인당 의료비는 약 405만원인 반면, 의료급여 2종의 근로능력이 있는 대상자의 경우 1인당 의료비는 약 160만원 발생(2012년 기준)
 - 즉, 2종 근로능력 있는 대상자 약 3인 의료비와 의료필요대상자 노인 1인 의료비가 동일해지는 모순이 발생함.
- 이러한 의료가수요의 문제의 대안으로 단계적인 급여수준 조정을 위한 의료급여 본인부담 조정 방안이 고려될 수 있음.
 - (1안) 현행 의료급여 1종 대상자의 본인부담 수준 유지하는 방안을 고려할 수 있음.
 - 의료급여 대상자는 현행 1종 수준으로 본인부담을 경감하는 방안을 유지

하되, 새로운 의료급여가 도입되어도 의료급여 내에서 본인부담을 차등화하는 방안 모색

－ (2안) 의료급여 약국 본인부담 정률제 도입하는 방안 고려

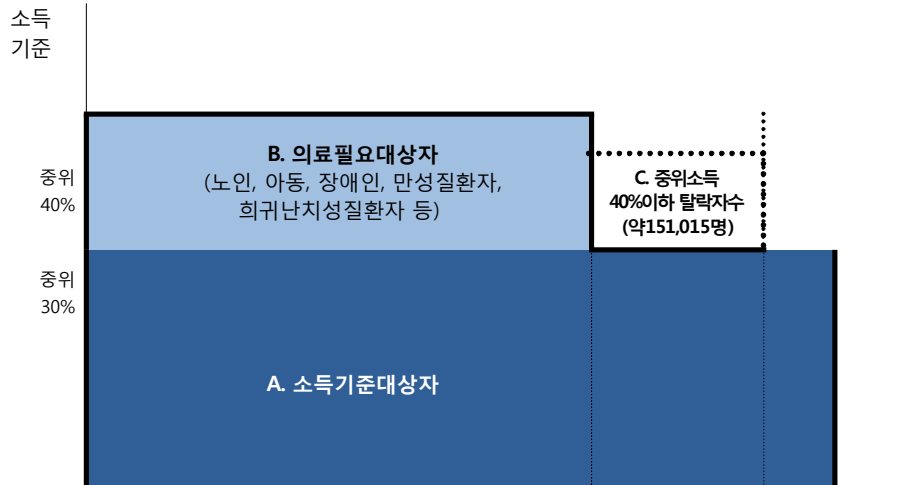
- 약국 본인부담 정률제 도입의 1단계는 건강보험 본인부담 차등제와 동일하게 가벼운 질환으로 2~3차 의료기관에 내원하는 환자 약제비 정률제 도입

* 본태성 고혈압, 인슐린비 의존 당뇨병, 감기계통, 피부사상균증, 관절염 등 건강보험에서 실시하고 있는 질환

4. 탈락자 등에 대한 대안

□ 중기 개편방안에 따르면 1-3안의 경우 기존 의료급여 대상자 중 약 15만명이 탈락하고 4안의 경우 약 25만명이 탈락 할 것으로 예상되어 이에 대한 대안 마련이 필요함.

[그림 5-13] 맞춤형 의료급여체계 구상(1-3안 탈락자 규모)



자료: 의료급여통계, 건강보험통계, 2012

※ 소득 기준선: 생계급여기준선 중위소득 30%, 차상위 기준선 중위소득 48%

□ 이행기 보장정책 시행(대안 1)

- 기초생활제도 급여체계의 개편과정에서 일부 수급가구의 급여감소나 수급탈락이 발생함에 따라 제도정착기까지 충격을 흡수할 수 있는 이행기 보장정책 적용
 - 이행기보장정책은 맞춤형 의료급여체계(욕구별 급여체계)가 연착륙할 수 있는 한시적 충격흡수 장치임.
 - 따라서 맞춤형급여체계 도입으로 탈락한 대상에 대해 3개년 동안 현행 자격을 유지하고, 발생하는 비용을 건강보험에서 부담하는 이행기 제도 시행.

□ 의료급여 탈락자 및 저소득층 본인부담 지원방안 고려(대안 2)

- 의료급여에서 탈락한 대상자와 재산 및 부양의무자 기준으로 탈락된 계층에게는 본인부담을 보충적으로 지원하는 방안 고려
 - 대상자 선정기준 은 소득인정액과 부양의무자 기준을 고려하여 선정해야 할 것
 - 본인부담 지원 규모는 건강보험 법정본인부담의 50% 지원
 - 단, 2종 수급자 중 탈락할 경우 3년간 2종 수준의 본인부담 유지
- 이 경우, 적용대상 인구 규모는 약 170만명으로 추정됨.

<표 5-11> 현행 건강보험 및 의료급여 본인 부담률

구분		1종	2종	건강보험	건강보험의 50%부담 (E, F)
외 래	의원	1,000원	1,000원	30%	15%
	병원	1,500원	15%	40%	20%
	종합병원	1,500원	15%	50%	25%
	상급종합병원	2,000원	15%	진찰료+60%	$\frac{\text{진찰료}}{2} + 30\%$
입원		무료	10%	20%	10%
약국		500원	500원	30%	15%

주 1. 요양기관 종별로 대표적인 본인부담률만 제시하였음.

2. 단 65세이상 노인 의원 외래방문 시 15,000원이하 1,500원은 경감이 그대로 부담

□ 탈락자 및 건강보험 저소득층에게 본인부담 지원 방안의 입장

○ 수급자/대상자입장

- 본인부담률(보장성)은 동일하게 혜택을 누리면서도 의료급여라는 낙인도 없어 대상자 입장에서 더 좋음.

○ 정부입장

- 의료급여 대상자를 확대하면 대상자 전체 진료비를 국가 세금으로 지원해야하지만, 건강보험에서 본인부담을 경감해주면, 본인부담의 차액(입원 10%, 외래 15%, 약국 15%)만 지원해주면 됨.
- 따라서 더 많은 대상자에게 혜택을 줄 수 있으므로 대상자 확대에 용이함.

○ 보험자(공단)입장

- 일부 의료급여에서 책임져야할 대상자를 건강보험으로 떠넘기는 문제가 발생할 것으로 우려됨.
- 반면, 건강보험 내 저소득층의 보장정책에 대해서 건강보험 역할을 강화하는 긍정적인 측면도 있음.

<참고자료> 국민건강보험공단채신위원회 활동보고서(안)

□ 소득계층 1분위 세대에 대해 법정본인부담률 경감

- 적용대상 인구 규모(2010) : 약 3,450천명(보험료 분위 하위 10% 세대)
- 본인부담률 경감 내용 : 입원 10%, 외래 15%, 약국 15%로 경감
- 재정소요 연 3,884억원
 - ※ 2010년 기준 저소득층(보험료 분위 하위 5%)의 입내원 1일당 진료비 규모와 법정본인 부담률 기준으로 추계
- 전체 보장율, 0.7%p 증가효과, 직접적인 혜택을 보는 저소득층(1분위)의 보장률은 10.5%p 상승 예상

<저소득층 본인부담률 경감(안)>

(단위 : %)

구분	현재	경감 후
입원	20	10
외래	30~60	15
약국	30~50	15

자료 : 국민건강보험공단채신위원회 활동보고서, 2012

※ 의료급여 2종의 건당 법정본인부담률은 입원 10%, 외래 15%, 약국 정액 500원

제4절 의료급여 장기개편안

1. 의료급여 장기개편의 기본방향

□ 건강보장체계의 통합방안운영방식으로 전환

- 의료급여와 건강보험을 통합하여 단일한 체계로 운영
 - 의료급여와 건강보험은 의료보장이라는 큰 틀 안에서도 동일한 성격을 가지고 있음.
 - 전국민 건강보험제도가 갖추어진 상황에서 저소득층 의료보장을 따로 구분하여 제도를 운영하는 것에 대한 재검토 필요

- 이러한 방식은 사회보험 선진국가에서 모두 실시하고 있는 체계임.
 - 모든 사회보험 선진국가는 의료보장체계를 사회보험과 사회부조체계로 양분하지 않고 하나의 체계로 운영함.
- 물론 통합방안을 도입하더라도 중기개편안과 같이 내부적으로 저소득층은 별도의 그룹으로 설정하여 상이한 본인부담(보장성)과 재원조달을 채택할 수 있는 기전을 마련해야 함.
- 또한 재원조달도 중앙정부와 지방정부가 저소득층에 대한 진료비와 본인부담금을 부담하는 방식을 채택할 수도 있음.
- 대상자에 대한 수입비례보험료와 본인부담금을 부담하는 방식으로 할 수 있음.

2. 건강보험과 의료급여의 특성

1) 건강보험제도와 의료급여제도의 변화

- 1977년 의료보험의 최초 도입과 함께 의료보험에서 의료보험에 적용되지 않는 대상자 중 생활무능력자와 저소득자를 대상으로 하는 의료보호 사업이 최초 시행됨.
- 의료보험은 1977년 500인 이상 사업장 근로자 대상으로 시행한 이래 1988년 농어촌 지역의료보험 확대 실시, 5인 이상 사업장 의료보험적용 확대 실시함.
- 의료보호제도는 1977년 의료보험과 함께 시행되었으며, 생활보호대상자, 사회복지시설 수용자, 이재자, 국가유공자, 중요무형문화재 등을 대상으로 독자적 의료보호사업을 실시함.
- 1989년 도시지역의료보험 실시로 비로소 전국민 건강보험을 실현함.
- 1989년 전국민 건강보험 제도가 시행됨에도 건강보험의 높은 본인부담율로 인해(외래 30%~60%, 입원 20%) 저소득층의 의료이용에 제약 등으로 본인부담을 경감 및 면제해주는 의료급여제도가 그대로 유지됨.

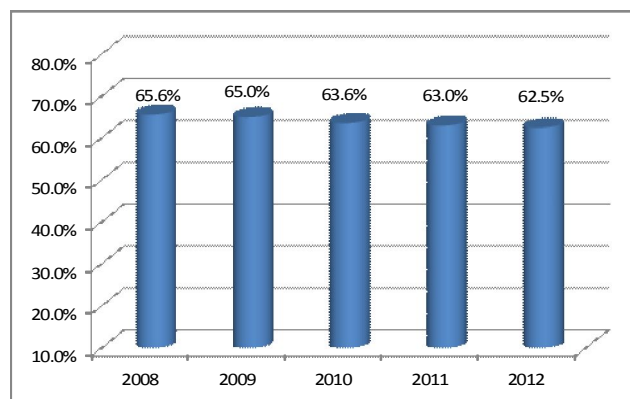
- 하지만 전국민 건강보험 시행에도 의료급여 제도는 보장성의 문제를 안고 여전히 잔재하게 됨.

[그림 5-14] 건강보험 제도 시행 과정



- 건강보험 보장률이 일정수준으로 높아진다면 건강보험과 의료급여제도를 통합하여 운영되는 것이 바람직한 방향성이나 현재 비급여 문제로 인해 보장률이 점차 낮아지고 있음.

[그림 5-15] 건강보험 보장률 변화 추이



- 추후 건강보험과 의료급여 간 분리운영을 유지할지, 두 제도를 통합운영 할 지

에 대한 방향성을 명확히 해야함.

2) 건강보험제도와 의료급여제도 비교

□ 사회보험의 각종 프로그램은 국가의 일반재정이 아닌 보험료에 의하여 재원이 조달되는 특성이 있음.

○ 보험료는 사용자, 피용자 또는 양자에 의하여 부담이 이루어짐.

○ 이러한 보험료는 통상 정부의 회계와는 별도로 모아져 특정기금으로 충당하며 보험혜택은 기금으로부터 보험료 부담에 대한 반대급부로 주어짐.

□ 사회보험으로써 건강보험의 특징을 요약하면 다음과 같음.

○ 첫째, 수혜자가 비용을 부담하여 보험료를 각출한 사람에게 반대급부로 급여가 제공되는 점임.

－ 보험료 부담 능력이 없는 사람은 사회보험의 적용 대상에서 제외되어 다른 제도(공공부조)에 의하여 보장을 받아야 한다는 것을 의미함.

○ 둘째, 강제가입의 원칙

－ 법적으로 적용대상이 되면 대상자가 사회보험에 대하여 반대한다 하더라도 무조건 강제로 가입시키게 됨.

○ 셋째, 수지균등의 원칙으로, 지출은 보험료로 각출된 수입을 바탕으로 재정의 안정을 이루어야만 함.

－ 따라서 보험급여의 설계에 있어서 유의해야 할 점은 무턱대고 급여범위를 넓히고 급여수준을 높이는 것이 중요한 것이 아니라 보험수입의 범위 내에서 보험급여를 결정하는 것이 중요함.

□ 공공부조제도로써 의료급여의 특성

○ 공공부조는 자력으로 생계를 영위할 수 없는 사람들의 생활을 그들이 자력으로 생활할 수 있을 때까지 국가가 재정자금으로 보호하여 주는 일종의 구빈제

도입.

- 첫째, 의료급여의 수혜자가 저소득층이거나 빈곤층으로 한정되고 있으며 본인의 신청에 의하여 수혜가 결정됨.
 - 사회보험이면 대상자는 모두 강제로 적용대상이 되는데 반하여 의료급여는 본인의 신청을 조건으로 하고 있음.
 - 그 이유는 비록 저소득자라 하더라도 정부로부터 무상지원을 부끄럽게 생각하는 자존심 강한 사람이 있을 수 있기 때문에 반드시 본인의 신청이 수급권의 조건이 되고 있음.
- 둘째, 급여는 수혜자의 재정적인 상태를 조사(자산조사)하고 동시에 필요도를 조사한 연후에 주어짐.
 - 사람에 따라 정부의 지원을 받는 것을 부끄럽게 생각하는 사람이 있는가 하면 반대로 일정한 자산이 있으면서 무상으로 주어지는 혜택을 무조건 받고자 하는 계층도 있음.
 - 이러한 경우에 수혜하는 것을 방지하기 위하여 반드시 자산조사를 요구하고 있음.
- 셋째, 급여수준은 수혜자의 재산 상태와 필요도에 따라 조정됨.
 - 저소득층이라 할지라도 가난의 정도가 일률적으로 동일하지 않기 때문에 수혜자의 필요도를 본인의 능력으로 충족시키지 못하는 부분만 공공부조에서 제공하기 위하여 급여수준의 차등을 두고 있음.
- 넷째, 공공부조의 재원은 전적으로 국가의 일반재정으로 조달됨.
 - 여기에서 국가에는 지방자치단체도 포함됨.
 - 우리나라 사회보장기본법도 “공공부조라 함은 국가 및 지방자치단체의 책임 하에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도”로 정의하고 있음.

〈표 5-12〉 건강보험과 의료급여의 비교

구분	건강보험	의료급여
제도의 특성	사회보험제도 근로능력이 있는 사람을 위한 제도	공적부조제도 근로능력이 없는 사람을 원조하는 제도
대상	모든 국민 강제가입	저소득층 등 일부계층 (본인신청필요)
자산조사	불필요	필요
급여수준	보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여(수지균등원칙)	재산 상태 및 필요도에 따라 조정
수가체계	-	건강보험수가의 100%산정 요양기관 종별가산율 차이 존재
재원조달	보험료, 국고지원금 등	정부의 일반조세(중앙과 지방부담)
보험료	소득 수준에 따른 차등 부과	-
관리주체	국민건강보험공단	기초자치단체(시·군·구)

3. 의료급여 장기 개편방향 모형(예시)

1) 기본원칙

□ 장기모형의 경우 건강보험의 보장성 및 타 제도와의 관계를 고려하여 단계적 적용방안 도입

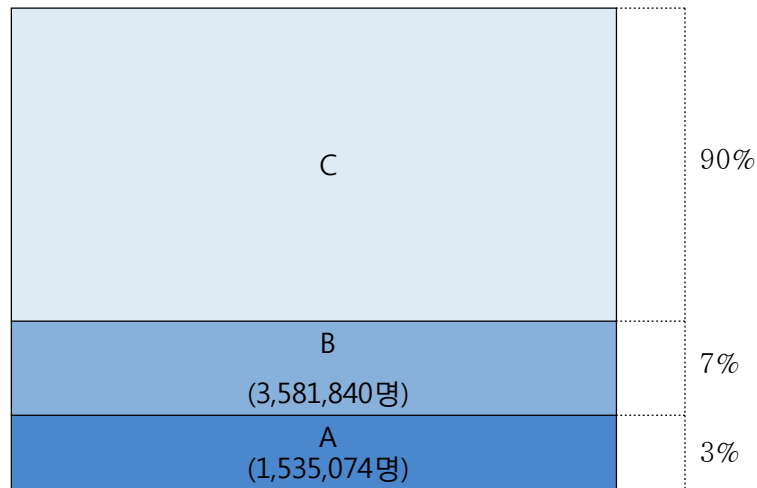
○ 통합초기에는 본인부담 경감대상자를 두어 이행기적 제도 운영 필요

－ 현행 의료급여 대상자 수준인 전체 대상자의 3%는 현행과 같이 본인부담 거의 무료로 적용함.

－ 나머지 7%는 건강보험 본인부담의 50% 수준으로 경감

○ 향후 건강보험의 보장률이 일정수준에 도달해 저소득층에게도 의료접근성에 제약이 없어지는 경우 건강보험 내 동일한 본인부담으로 통일

[그림 5-16] 장기개편 모형(예시)



※ 건강보험 내 보험료 감면 등 본인부담 차등

※ A : 본인부담을 거의 면제 하고, 근로능력이 없는 중위소득 40%, 의료욕구가 있는 계층 지원

－ 현행기준 의료급여 1종 대상자(1,058천명) + 근로능력이 없는 계층+ 부양의무자 완화기준 대상자 + 의료필요대상자(선별적 급여)

※ B : 건강보험 본인부담 1/2(저소득층)

2) 재원조달

□ 재원조달

- 현행과 같이 중앙정부와 지방정부가 80:20(서울시) 지원하는 방안 고려
 - － 의료급여 대상자 수(약 3%)의 총진료비만큼(약 5조) 국고 지원
 - － 추가적으로 본인부담경감대상자(약 350만명)의 본인부담경감액에 대한 국고지원

3) 향후 쟁점사항

가) 장점

- 현행 두가지체계로 약간 상이한 방식으로 운영되고 있는 것을 하나의 체계로 묶음으로써 관리의 효율성을 높일 수 있음.
- 별도의 운영기준이나 관리체계를 둘 필요가 없이 하나의 체계로 운영함으로써 관리비, 관리인력을 줄일 수 있음.
- 무엇보다 이러한 통합방식은 모든 국민들을 동일한 운영원칙을 가지는 하나의 건강보장체계 하에 묶음으로써 사회보장의 정신에 가장 부합할 수 있어 보편성의 원칙에 가장 충실한 방법이라고 볼 수 있음.
- 외국사례 등을 고려할 때, 장기적으로 방향성과 일치함.

나) 단점

- 일시적으로 저소득층의 의료보장이 약화될 우려가 있음.
- 저소득층 규모의 적절성에 대한 논란이 존재할 수 있음.
 - 이러한 통합 시 저소득층의 규모를 얼마로 할 것인지에 대해서는 여전히 중요한 정책적 이슈가 됨.
- 의료급여의 성격을 기존 사회부조에서 사회보험으로 전환함에 따라 저소득층에 대한 특수성이 오히려 무시될 수 있음.

4. 모형에 따른 의견

- 앞에서 언급한 단기, 중기, 장기모형들 중 어떤 정책모형을 선택할 것인가는 여러 가지 요소들을 검토하여야 함.

- 각 모형은 장단점을 모두 가지고 있기 때문에 모든 이들에 만족하게 할 수 없음.
- 따라서 각안들이 가지는 장단점이 있는 까닭에 개개인의 저소득층의 의료보장에 대한 입장과 정치적 실현가능성과 기대효과에 따라 대안이 다르게 선택될 수 있음.
- 의료급여제도는 생활유지의 능력이 없거나 일정 수준이하의 저소득층에게 생활보호의 일환으로 국가가 의료수요를 보장해 주는 제도임.
- 하지만 의료급여제도가 질병의 발생에 따른 경제적 위험에 대하여 사회가 공동으로 책임을 진다는 면에서는 건강보험과 같은 맥락에서 접근하여 볼 수 있음.
- 의료급여와 건강보험의 차이는 건강보험은 보험료를 본인이 부담하지만 의료급여는 국가가 책임을 진다는 것과 진료비 본인부담의 일정부분을 더 급여해준다는 것 이외는 없음.
- 환자와 진료기관, 심사기관 등 모든 구조와 관계가 동일함.
- 다만 의료보호대상자는 생활보호차원에서 관리주체가 지방자치단체라는 것 때문에 건강보험과 분리하여 모든 것이 운영되며, 건강보험에서 필요한 부분들은 위탁하여 관리되는 형태가 되어있음.
- 이러한 취지에서 건강보험과 의료급여의 관계를 정립해 보면 원칙적으로 건강보험과 의료급여는 하나의 테두리에서 운영되어야 함.
- 이는 질병이라는 특수한 위험에 대하여 사회적 연대를 이루는 것으로 동일한 목표를 추구하고 있고, 질병의 위험은 의학적인 접근이나 판단 등 전문성을 필요하기 때문에 두 제도를 분리하여 운영하는 것은 범국가적 차원에서 비효율을 초래하는 것임.
- 그러므로 건강보험과의 통합운영은 장기적으로 가야할 방향임에는 틀림이 없음.

독일, 네덜란드와 프랑스 등 선진국에서도 건강보험과 통합되어 운영하고 있는 경우가 많으며 이런 경우 단지 보험료를 정부차원에서 보조하는 형식을 취하고 있음.

독일, 네덜란드와 프랑스의 경우 우리나라와 같은 빈곤층을 대상으로한 의료보장제도가 따로 없음.

단지 저소득층에 대해서 보험료 및 본인부담금 등을 경감 또는 면제해 주는 형태로 혜택을 주고 있음

□ 그러나 현재 우리나라 의료보장의 보장률 수준이나 시기적절성, 정책의 용이성과 실현가능성 등을 검토해 볼 때는 당분간 단기개편안이 적절할 것으로 판단됨.

참고문헌 <<

- 건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.
- 김미곤 외, 『우리나라의 빈곤현황 및 정책과제』, 2004년도 한국사회보장학회 춘계학술대회, 2004.
- 김미곤 외, 『최저생계비 계측방식 개선방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 2009.
- 김미곤 외, 『2004년 최저생계비 계측조사 연구』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 노대명 외, 『국민기초생활보장제도 개별급여체계 도입방안』, 한국보건사회연구원 2006.
- 노대명 외, 『국민기초생활보장제도의 맞춤형급여체계 개편방안마련을 위한 연구』, 한국보건사회연구원, 2013.
- 노대명 외, 『기초생활보장제도 개편방안에 대한 연구』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 보건복지부, 『2008 국민기초생활보장사업 안내』, 2008.
- 손병돈, 『한국과 미국, 영국의 공공부조제도 급여수준 비교』, 사회복지 연구 30, 2006: 243-277.
- 신영석, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 신영석, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신영석, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『기초보장 급여체계 합리화 방안-의료급여를 중심으로』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 신영석 외, 『기초보장 건강성 제고를 위한 급여체계 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2006.
- 신영석 외, 『미국 Medicaid의 주(State)별 제도 비교 연구』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 신영석 외, 『의료급여의 개별급여 도입방안』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 신영석, 『의료급여제도의 성과와 발전 방향』, 한국보건사회연구원, 2010.
- 신영석 외, 『간병서비스 제도화방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2010.
- 신현웅 외, 『의료욕구를 포함한 의료급여 대상자 선정기준』, 한국보건사회연구원, 2007.

- 신현웅 외, 『의료급여 진료비 지출 실태분석』, 한국보건사회연구원, 2011.
- 여유진, 『부양의무자 기준 개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 여유진, 『2007년 최저생계비 계측조사 연구』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 이건영, 『미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점』, 행정연구원 웹진 9/10월호, 2007.
- 이태진 외, 『빈곤정책 제도개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2012.
- 임승지 외, 『저소득층 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 개선방안』, 건강보험정책연구원, 2013.
- 홍경준 외, 『재산의 소득환산제 적용분석 및 개선방안』, 보건복지부, TCG 사회복지연구소, 2003.
- 통계청, 『지역통계연보』, 1999.
- _____, 『한국의 사회지표』, 1999.
- Green, D & Irvine, B. Healthcare Systems: France, civitas [Updated by Clarke, E. (2012), Bidgood, E. (2013)] <http://www.civitas.org.uk>
- <http://www.uk.EMC.com/government>
- <http://www.disabilitysecrets.com/resources/social-security-disability/supplemental-security-income-ssi/income-limits-eligibility.htm>
- http://www.fns.usda.gov/snap/applicant_recipients/eligibility.htm#Resources
- <http://anfdata.urban.org/wrd/tables.cfm>
- <http://www.mhlw.go.jp>
- <http://kff.org/medicaid/state-indicator>
- <http://www.ameli.fr>
- <http://www.cmu.fr>
- <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicare-enrollment/>
- Ministry of Health, Welfare and Sport, <http://www.government.nl>
- 독일보건부 <http://www.bmggesundheits.de>
- 대만보건부 www.moh.gov.tw
- 싱가포르보건부 www.moh.gov.sg/
- Health Care Performance Report 2010, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).
- Health insurance in the Netherlands(2011)

- Daley. C. & Gubb. J. Healthcare Systems: The Netherlands, civitas [Updated by
Clarke. E. (2011), Bidgood. E. (2013)] <http://www.civitas.org.uk>
- Schäfer. W. et al(2010), The Netherlands Health System review, Health Systems in
Transition, 12(1),
- References(2013) <http://www.cmu.fr>

부 록 <<

<표 1> 미국의 각 주별 본인부담

	입원	외래	진찰료	약제비
Alabama	입원 당 \$50	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3	의료 검진 당 \$1	처방 당 최대 \$3 (조건과 약값에 따라)
Alaska	하루 당 \$50에서 입원 당 최대 \$200	응급이 아닌 진료시 치료비의 5%	방문 당 \$3	처방 당 \$2
Arizona	—	외래 환자 치료시 방문 당 \$2.30	의료 검진 당 \$3.40	처방 당 \$2.30
Arkansas	첫 날 비용의 10%	—	—	처방 당 \$0.50~\$3 (약값에 따라)
California	—	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$5 다른 진료는 방문 당 \$1	방문 당 \$1	처방 당 \$1
Colorado	하루 당 \$10에서 최대 첫 날 의료비용의 50%	방문 당 \$3	방문 당 \$2, 정신과 진료 15분 당 \$0.50	일반적이거나 복수 공급 처방 당 \$1, 브랜드이거나 단수 공급 처방 당 \$3
Connecticut	—	—	—	—
Delaware	—	—	—	처방 당 \$0.50~\$3 (약값에 따라, 최대 한 달에 \$15)
Florida	입원 당 \$3	방문 당 \$3	의료 검진이나 응급이 아닌 외래환자 검진 하루 당 \$2	
Georgia	응급이 아닐시 입원 당 \$12.50	응급이 아닌 방문 당 \$3	진료비용에 따라 선택된 진료 당 \$0.50~\$3	처방 당 \$1~\$3 (약값과 상태에 따라)
Hawaii	—	—	—	—
Idaho	—	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3	—	—

	입원	외래	진찰료	약제비
Illinois	하루당 \$2에서 \$3		방문 당 \$2	브랜드 처방 당 \$3
Indiana	—	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3	—	처방 당 \$3
Iowa	—	—	하루 당 \$3 (의료 검진에 한해)	일반적이거나 선호브랜드 처방 당 \$1 비선호 브랜드 처방 당 \$2~\$3 (지불 방식에 따라)
Kansas	입원 당 \$48	응급이 아닌 방문 당 \$3	방문 당 \$2	처방 당 \$3
Kentucky	A — 입원당 \$50, C & D — 입원당 \$10	A, C & D — 보행방문 당 \$3 A, B, C & D — 응급이 아닐 때 응급실 방문 시 진료비의 5%에서 최대 \$6	A,B,C&D— 예방 진료에는 부담금 면제 A— 방문 당 \$2 (산후 조리 제외) B— 알레르기 테스트 방문 당 \$2	일반적 처방 당 \$1 선호 브랜드 처방 당 \$2 B-비선호 브랜드 처방 당 \$3 A,C&D-비선호 브랜드 처방 당 처방비의 5%에서부터 최대 \$20 A,B,C &D-한해 부대비용 상한선은 \$225
Louisiana	—	—	—	처방 당 \$0.50~\$3 (약값에 따라)
Maine	하루당 \$3에서 한 달에 \$30까지	지불방식에 따라 하루 당 \$0.50~\$3에서 최대 한 달 당 \$30	—	처방 당 \$3
Maryland	—	—	—	일반적, 선호 브랜드이거나 HIV/AIDS 약 처방 당 \$1 비선호 브랜드 처방 당 \$3
Massachusetts	입원 당 \$3	—	—	선정된 일반적 처방이나 선택된 OTC 처방당 \$1 다른 일반적 처방 당 \$3 브랜드 처방이나 다른 명시된 OTC 처방 당 \$3
Michigan	입원 첫날 당 \$50	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3, 병원 클리닉 방문	방문 당 \$2	일반적 처방 당 \$1 브랜드 처방 당 \$3

	입원	외래	진찰료	약제비
		당 \$1		
Minnesota	B - 자식이 없는 어른은 고용인 부담의 10%	응급이 아닐 때 응급실 방문 시 \$6, 예방 진료가 아닐 시 방문 당 \$3	B - 예방 진료 가 아닐 시 방문 당 \$3	A-일반적 처방 당 \$1, 브랜드 처방 당 \$3, 부담금 없는 항정신병 처방 한 달 최대 \$7 B-처방 당 \$3 (상한선이나 예외없이)
Mississippi	하루 당 \$10에서 최대 일일경비 혹 첫날 입원비의 절반	이례적인 응급이 아닌 방문 당 \$3	방문 당 \$3	처방 당 \$3
Missouri	입원당 \$10 (응급 및 이송 제외)	하루 당 \$3 (응급 진료 제외)	하루 당 \$1	처방 당 \$0.50~\$2 (재료값에 따라)
Montana	입원당 \$100	방문 당 \$3	방문 당 \$4	처방 당 \$1~\$5 (약값에 따라 최대 한 달 \$25까지)
Nebraska	입원당 \$15	방문 당 \$3	방문 당 \$2, 일반진료, 소아과, 내과, 임상 간호사, 조산사, 의료 보조원 비용은 무료	처방 당 \$2, 산아제한은 부담금 불필요
Nevada	무상	무상	무상	무상
New Hampshire	무상	무상	무상	일반적 처방 당 \$1, 브랜드나 복합적 처방 당 \$2
New Jersey	무상	무상	무상	무상
New Mexico	A-입원당 \$0~\$30 일하는 장애인들은 입원당 \$30	A-응급이 아닐 시 응급실 방문 당 \$0~\$7, 외래환자 방문 당 \$7 (클리닉 방문, 긴급 진료 방문, 외래 의료 세션, 정신건강 세션 제외) 일하는 장애인들은 응급실 방문 당 \$20 A-입원 시 응급실 부담금 면제	A- 방문 당 \$0~\$7 (수입에 따라) B- 예방 진료 가 아닐 시 방문 당 \$7	A-처방 당 \$3, 일하는 장애인들은 처방 당 \$5
New York	입원 당 \$25	응급이 아닌 방문 당 \$3	무상	일반적이거나 선호브랜드이거나 싼 브랜드 처방 당 \$1 브랜드 처방 당 \$3 일반 의약품이거나 정신병, 산아제한,

	입원	외래	진찰료	약제비
				폐결핵 약 처방 당 \$1
North Carolina	—	방문 당 \$3	방문 당 \$3	처방 당 \$3
North Dakota	입원당 \$75	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3, 물리치료, 재활치료, 정신과 치료, 언어치료, 듣기테스트예약 외래환자 방문 당 \$2	방문 당 \$2	브랜드 처방 당 \$3
Ohio	무상	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3	무상	선택된 브랜드 처방 당 \$2, 사전 승인 필요한 처방 당 \$3
Oklahoma	하루 당 \$10에서 21세 이상 어른 입원당 최대 \$90	21세 이상 어른이 응급이 아닐 시 방문 당 \$3	21세 이상 어른 방문 당 \$3	약값이 \$10이거나 이보다 싸면 처방 당 \$0.65, 약값이 \$10.01~\$25이면 \$1.20, 약값이 \$25.01~\$50이면 \$2.40, 약값이 \$50.01이거나 비싸면 \$3.50, 유지약은 부담금 면제, 21세 이하 어린이는 부담금 면제
Oregon	무상	A-방문 당 \$3	A-방문 당 \$3	A-빈곤층에 비선호 일반 처방이거나, 빈곤층이 아닌 일반적 처방 약값이 \$10보다 비싸면 처방 당 \$1, 브랜드 처방 당 \$3
Pennsylvania	하루당 \$3에서 입원 당 최대 \$21	진료 당 \$0.50~\$3 (진료비율에 따라)	명시된 진료 당 \$0.50~\$3 (진료비율에 따라)	일반적 처방 당 \$1 브랜드 처방 당 \$3
Rhode Island	무상	응급이 아닐 때 응급실 방문 당 \$3	무상	일반적 처방 당 \$5 브랜드 처방 당 \$10
South Carolina	입원당 \$25	방문 당 \$3.40	방문 당 \$3.30	처방 당 \$3.40
South Dakota	응급이 아닐시 입원 당 \$50	진료비의 5%부터 최대 방문당 \$50	방문 당 \$3	브랜드 처방 당 \$3

	입원	외래	진찰료	약제비
		(응급 아닐 시에만)		
Tennessee	B1-입원 당 \$5, B2-입원 당 \$100	B1-승인이 없을 시 응급실 방문 당 \$10, B2-승인이 없을 시 응급실 방문 당 \$50	B1-방문 당 \$5 (예방 진료 제외) 전문 진료 방문 당 \$10 B2-방문 당 \$10 (예방 진료 제외) 전문 진료 방문 당 \$20	브랜드 처방 당 \$3
Texas	무상	무상	무상	무상
Utah	응급이 아닐시 입원 당 일 년에 \$220	A&B- 응급이 아닐 시 응급실 방문 당 \$6 C-응급이 아닐시 응급실 방문당 \$30 외래환자 및 물리치료 방문 총 진료비 최대 일 년 당 \$100	A & B-방문 당 \$3 외래환자 및 물리치료 방문 총 진료비 최대 일 년 당 \$100	A-처방 당 \$3, 최대 한 달의 \$15, B-처방 당 \$3, C-일반적 처방이거나 브랜드 처방이며 다른 것보다 25% 비싼 처방 당 \$5, B&C-일반적 처방이 가능할 경우에 브랜드 처방시 전액 부담
Vermont	A-입원 당 \$75	A-하루 당 \$3, B-응급실 방문 당 \$25	무상	\$1~\$3 (약값에 따라)
Virginia	응급이 아닐시 입원 당 \$100	방문 당 \$3	방문 당 \$1 (시력측정 포함) 진료 당 \$3 (방문이 아님)	일반적 처방 당 \$1 브랜드 처방 당 \$3
Washington	무상	응급이 아닐시 응급실 방문 당 \$3	무상	무상
Washington, D.C.	무상	무상	무상	처방 당 \$1
West Virginia	무상	무상	무상	처방 당 \$0.50-\$1 (약값에 따라)
Wisconsin	하루 당 \$3에서 입원 당 \$75 (정신과 입원포함)	방문 당 \$3	진료에 따라 \$0.50-\$3, 최대 일 년당 제공자당 \$30 (정신과 치료는 15시간이나 \$825불로 제한)	일반적 처방 당 \$1, 브랜드 처방 당 \$3, 최대 한달 \$12, 일반 의약품 처방 당 \$0.50
Wyoming		응급이 아닐시 응급실 방문 당 \$3.65	의료 검진이나 방문 검진 당 \$2.45	일반적이거나 선호 브랜드 처방 당 \$1, 비선호 브랜드 처방 당 \$3

자료: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/>

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/outpatient-hospital-services/> (외래)

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/physician-services/> (진찰료)

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/prescription-drugs/> (약제비)

<표 2> 미국 각 주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건(연방정부 빈곤선 기준)(2013)

United States	어린이			어른				임산부
	(0-1세)	(1-5세)	(6-19세)	자녀부양		비장애인		
				실직	구직자	실직	구직자	
Alabama	133%	133%	100%	10%	23%			133%
Alaska	150%	150%	150%	74%	78%			175%
Arizona	140%	133%	100%	100%	106%	100% (closed)	100% (closed)	150%
Arkansas	133%	133%	100%	13%	16%	—	—	162%
California	200%	133%	100%	100%	106%	—	—	200%
Colorado	133%	133%	133%	100%	106%	10% (closed)	20% (closed)	185%
Connecticut	185%	185%	185%	185%	191%	55%	70%	250%
Delaware	185%	133%	100%	100%	120%	100%	110%	200%
Florida	185%	133%	100%	200%	206%	200%	211%	185%
Georgia	185%	133%	100%	19%	56%	—	—	185%
Hawaii	185%	133%	100%	27%	48%	—	—	200%
Idaho	185%	133%	100%	133%	133%	133%	133%	185%
Illinois	133%	133%	100%	20%	37%			133%
Indiana	133%	133%	100%	133%	139%			200%
Iowa	200%	133%	100%	18%	24%	—	—	200%
Kansas	133%	133%	100%	27%	80%	—	—	300%
Kentucky	150%	133%	100%	25%	31%	—	—	150%
Louisiana	185%	133%	100%	33%	57%	—	—	185%
Maine	133%	133%	100%	11%	24%	—	—	200%
Maryland	185%	133%	125%	200%	200%	—	—	200%
Massachusetts	185%	133%	100%	116%	122%	—	—	250%
Michigan	185%	133%	114%	133%	133%	—	—	200%
Minnesota	185%	150%	150%	37%	64%	—	—	185%
Mississippi	275%	275%	275%	215%	215%	75%	75%	275%
Missouri	185%	133%	100%	23%	29%	—	—	185%
Montana	185%	133%	100%	18%	35%	—	—	185%
Nebraska	133%	133%	100%	31%	54%	—	—	150%

United States	어린이			어른				임산부
	(0-1세)	(1-5세)	(6-19세)	자녀부양		비장애인		
				실직	구직자	실직	구직자	
Nevada	150%	133%	100%	47%	58%	—	—	185%
New Hampshire	133%	133%	100%	24%	84%	—	—	133%
New Jersey	185%	185%	185%	38%	47%	—	—	185%
New Mexico	185%	133%	100%	200% (close d > 133%)	200% (close d > 133%)	—	—	185%
New York	185%	185%	185%	28%	85%	—	—	235%
North Carolina	200%	133%	100%	150%	150%	100%	100%	200%
North Dakota	185%	133%	100%	34%	47%	—	—	185%
Ohio	133%	133%	100%	33%	57%	—	—	133%
Oklahoma	150%	150%	150%	90%	96%	—	—	200%
Oregon	133%	133%	100%	36%	51%	—	—	185%
Pennsylvania	133%	133%	100%	30%	39%	—	—	185%
Rhode Island	185%	133%	100%	25%	58%	—	—	185%
South Carolina	185%	133%	100%	175%	181%	—	—	185%
South Dakota	150%	150%	150%	50%	89%	—	—	185%
Tennessee	133%	133%	100%	50%	50%	—	—	133%
Texas	185%	133%	100%	67%	122%	—	—	185%
Utah	185%	133%	100%	12%	25%	—	—	185%
Vermont	133%	133%	100%	37%	42%	—	—	133%
Virginia	225%	225%	225%	185%	191%	150%	160%	200%
Washington	133%	133%	100%	25%	30%			133%
Washington, D.C.	200%	200%	200%	35%	71%			185%
West Virginia	150%	133%	100%	16%	31%			150%
Wisconsin	300%	185%	100%	200%	200%			300%
Wyoming	133%	133%	100%	37%	50%			133%

<표 3> 미국 각주의 Medicaid 수급자(Medicaid Enrollees) 수 및 비율 (FY2010)

(단위: 천명)

	아동	성인	노인	장애인
United States	32,548	17,934	5,978	9,963
	49%	27%	9%	15%
Alabama	33,212	11,292	7,971	13,949
	50%	17%	12%	21%
Alaska	39,191	14,613	4,649	8,635
	59%	22%	7%	13%
Arizona	29,891	25,905	3,985	6,642
	45%	39%	6%	10%
Arkansas	35,869	10,628	6,642	13,285
	54%	16%	10%	20%
California	26,570	27,898	5,978	5,978
	40%	42%	9%	9%
Colorado	40,519	11,956	5,314	8,635
	61%	18%	8%	13%
Connecticut	29,227	21,256	8,635	7,306
	44%	32%	13%	11%
Delaware	27,234	27,234	3,985	7,306
	41%	41%	6%	11%
Florida	25,241	23,913	5,314	11,956
	38%	36%	8%	18%
Georgia	33,876	13,949	8,635	9,963
	51%	21%	13%	15%
Hawaii	39,855	10,628	5,978	9,963
	60%	16%	9%	15%
Idaho	27,898	25,241	5,978	6,642
	42%	38%	9%	10%
Illinois	41,183	8,635	4,649	11,292
	62%	13%	7%	17%
Indiana	35,869	17,934	5,314	7,306
	54%	27%	8%	11%
Iowa	37,862	13,949	4,649	9,299
	57%	21%	7%	14%
Kansas	31,884	19,927	5,314	9,299
	48%	30%	8%	14%
Kentucky	37,862	9,299	6,642	13,285
	57%	14%	10%	20%
Louisiana	32,548	9,963	6,642	16,606
	49%	15%	10%	25%
Maine	35,205	12,620	5,978	11,956
	53%	19%	9%	18%
Maryland	22,584	18,599	11,956	13,285
	34%	28%	18%	20%
Massachusetts	32,548	18,599	5,314	9,963
	49%	28%	8%	15%

	아동	성인	노인	장애인
Michigan	20,591	28,562	6,642	10,628
	31%	43%	10%	16%
Minnesota	34,541	17,270	3,985	10,628
	52%	26%	6%	16%
Mississippi	31,884	17,934	6,642	9,299
	48%	27%	10%	14%
Missouri	34,541	9,963	7,971	14,613
	52%	15%	12%	22%
Montana	36,533	11,292	5,978	12,620
	55%	17%	9%	19%
Nebraska	39,191	10,628	5,978	11,292
	59%	16%	9%	17%
Nevada	40,519	10,628	5,978	9,299
	61%	16%	9%	14%
New Hampshire	39,855	13,285	5,314	8,635
	60%	20%	8%	13%
New Jersey	39,191	9,299	5,978	11,956
	59%	14%	9%	18%
New Mexico	37,198	8,635	9,299	11,292
	56%	13%	14%	17%
NewYork	40,519	13,285	4,649	7,971
	61%	20%	7%	12%
NorthCarolina	25,241	25,905	7,306	7,971
	38%	39%	11%	12%
North Dakota	35,205	13,285	6,642	11,292
	53%	20%	10%	17%
Ohio	35,205	13,949	7,306	9,299
	53%	21%	11%	14%
Oklahoma	33,876	15,942	5,314	11,292
	51%	24%	8%	17%
Oregon	37,862	13,949	5,314	9,299
	57%	21%	8%	14%
Pennsylvania	33,212	17,270	5,978	9,963
	50%	26%	9%	15%
Rhode Island	29,891	13,949	6,642	16,606
	45%	21%	10%	25%
South Carolina	29,891	13,949	8,635	13,285
	45%	21%	13%	20%
South Dakota	34,541	14,613	5,978	11,292
	52%	22%	9%	17%
Tennessee	39,855	10,628	6,642	9,299
	60%	16%	10%	14%
Texas	34,541	13,285	5,978	11,956
	52%	20%	9%	18%
Utah	43,176	8,635	5,978	8,635
	65%	13%	9%	13%
Vermont	39,191	16,606	2,657	7,971
	59%	25%	4%	12%

	아동	성인	노인	장애인
Virginia	23,248	27,234	7,306	8,635
	35%	41%	11%	13%
Washington	37,198	10,628	7,306	11,292
	56%	16%	11%	17%
Washington, D.C.	37,862	13,949	4,649	9,963
	57%	21%	7%	15%
West Virginia	31,884	9,963	6,642	18,599
	48%	15%	10%	28%
Wisconsin	26,570	23,248	7,971	8,635
	40%	35%	12%	13%
Wyoming	43,176	10,628	4,649	8,635
	65%	16%	7%	13%

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-enrollment/#> (수급자수)

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-by-enrollment-group-fy2009/> (각 수급자수)

<표 4> 미국 각 주 가입자의 Medicaid 지출 비율 (FY2010)

(단위: 백만 달러, %)

	전체	어린이	어른	노인	장애인
United States	100%	21%	15%	22%	42%
Alabama	100%	32%	8%	23%	37%
Alaska	100%	30%	15%	17%	38%
Arizona	100%	22%	36%	12%	30%
Arkansas	100%	23%	5%	26%	46%
California	100%	18%	14%	26%	42%
Colorado	100%	23%	11%	23%	42%
Connecticut	100%	20%	15%	29%	36%
Delaware	100%	19%	32%	15%	33%
Florida	100%	12%	12%	21%	55%
Georgia	100%	20%	13%	24%	42%
Hawaii	100%	26%	15%	21%	39%
Idaho	100%	17%	26%	28%	30%
Illinois	100%	22%	11%	15%	52%
Indiana	100%	27%	19%	15%	39%
Iowa	100%	19%	12%	23%	46%
Kansas	100%	18%	12%	21%	49%
Kentucky	100%	21%	9%	22%	49%
Louisiana	100%	25%	12%	17%	46%
Maine	100%	22%	12%	16%	50%
Maryland	100%	14%	10%	27%	49%
Massachusetts	100%	19%	17%	19%	45%
Michigan	100%	14%	20%	26%	40%
Minnesota	100%	20%	15%	20%	45%

	전체	어린이	어른	노인	장애인
Mississippi	100%	19%	13%	22%	47%
Missouri	100%	24%	11%	23%	43%
Montana	100%	26%	9%	19%	45%
Nebraska	100%	24%	10%	27%	38%
Nevada	100%	24%	9%	23%	43%
NewHampshire	100%	31%	12%	16%	41%
New Jersey	100%	25%	6%	26%	43%
New Mexico	100%	18%	8%	30%	44%
New York	100%	48%	19%		31%
North Carolina	100%	11%	19%	27%	42%
North Dakota	100%	24%	13%	17%	45%
Ohio	100%	16%	10%	31%	43%
Oklahoma	100%	14%	14%	25%	47%
Oregon	100%	29%	13%	16%	41%
Pennsylvania	100%	18%	18%	25%	39%
Rhode Island	100%	18%	9%	23%	50%
South Carolina	100%	23%	13%	18%	45%
South Dakota	100%	22%	15%	20%	43%
Tennessee	100%	27%	12%	21%	40%
Texas	100%	26%	21%	15%	38%
Utah	100%	37%	8%	17%	38%
Vermont	100%	27%	15%	10%	48%
Virginia	100%	21%	23%	19%	37%
Washington	100%	25%	11%	20%	44%
Washington,D.C.	100%	24%	16%	18%	43%
West Virginia	100%	19%	8%	22%	50%
Wisconsin	100%	12%	18%	30%	39%
Wyoming	100%	23%	10%	22%	44%

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/payments-by-enrollment-group/#>

<표 5> 미국 각 주의 수급자 1인당 Medicaid 지출(FY2010)

(단위: 달러, 명)

	전체	어린이	어른	노인	장애인
United States	\$5,563	\$2,359	\$3,025	\$12,958	\$16,240
Alabama	\$4,150	\$2,646	\$1,951	\$8,213	\$7,296
Alaska	\$9,310	\$4,805	\$6,360	\$22,399	\$27,896
Arizona	\$5,986	\$2,902	\$5,491	\$11,471	\$18,930
Arkansas	\$5,173	\$2,232	\$1,468	\$13,883	\$11,779
California	\$3,441	\$1,585	\$1,136	\$9,844	\$15,891
Colorado	\$6,256	\$2,405	\$3,935	\$17,920	\$20,144
Connecticut	\$7,561	\$3,339	\$3,533	\$16,955	\$25,393

	전체	어린이	어른	노인	장애인
Delaware	\$5,826	\$2,771	\$4,521	\$13,948	\$16,916
Florida	\$8,029	\$2,515	\$2,732	\$20,572	\$25,076
Georgia	\$4,434	\$1,716	\$2,880	\$8,532	\$12,130
Hawaii	\$3,916	\$1,682	\$3,725	\$8,740	\$9,916
Idaho	\$5,132	\$1,996	\$3,506	\$15,155	\$14,980
Illinois	\$6,015	\$2,122	\$5,131	\$12,345	\$18,056
Indiana	\$5,277	\$2,630	\$3,717	\$10,734	\$17,955
Iowa	\$4,790	\$1,575	\$2,621	\$15,003	\$15,314
Kansas	\$5,486	\$2,086	\$2,204	\$14,894	\$18,462
Kentucky	\$5,996	\$2,212	\$3,745	\$13,643	\$14,829
Louisiana	\$5,931	\$3,016	\$4,742	\$9,723	\$10,689
Maine	\$5,196	\$2,170	\$3,315	\$8,794	\$13,985
Maryland	\$5,968	\$2,526	\$2,189	\$8,932	\$14,386
Massachusetts	\$7,046	\$2,778	\$4,231	\$16,591	\$20,962
Michigan	\$6,841	\$3,088	\$3,145	\$17,727	\$17,121
Minnesota	\$4,929	\$1,894	\$2,876	\$15,588	\$14,019
Mississippi	\$7,944	\$3,128	\$3,632	\$16,709	\$25,943
Missouri	\$5,005	\$2,265	\$3,741	\$9,894	\$9,827
Montana	\$6,884	\$3,300	\$3,688	\$14,926	\$16,310
Nebraska	\$7,140	\$2,958	\$4,707	\$22,543	\$16,226
Nevada	\$6,165	\$2,477	\$3,580	\$16,011	\$18,375
New Hampshire	\$4,011	\$2,120	\$2,485	\$7,886	\$12,642
New Jersey	\$6,748	\$2,797	\$3,194	\$18,744	\$16,213
New Mexico	\$8,309	\$2,621	\$4,687	\$17,646	\$22,124
New York	\$5,803	\$4,551	\$5,565		\$15,234
North Carolina	\$8,910	\$2,580	\$4,465	\$21,931	\$30,288
North Dakota	\$5,803	\$2,634	\$3,934	\$9,973	\$15,369
Ohio	\$8,305	\$2,474	\$3,946	\$22,868	\$24,997
Oklahoma	\$6,272	\$1,748	\$3,631	\$20,140	\$17,134
Oregon	\$4,782	\$2,462	\$2,973	\$10,085	\$13,820
Pennsylvania	\$6,035	\$2,161	\$4,352	\$16,199	\$15,664
Rhode Island	\$7,288	\$2,889	\$3,173	\$16,687	\$14,895
South Carolina	\$8,229	\$4,263	\$4,916	\$11,229	\$18,798
South Dakota	\$5,119	\$2,169	\$3,465	\$11,220	\$13,093
Tennessee	\$5,776	\$2,551	\$4,286	\$12,722	\$16,731
Texas	\$5,565	\$2,783	\$5,705	\$8,728	\$11,772
Utah	\$5,278	\$3,016	\$3,263	\$9,751	\$15,259
Vermont	\$4,890	\$2,261	\$2,889	\$11,624	\$19,597
Virginia	\$6,158	\$3,667	\$3,437	\$10,550	\$17,936
Washington	\$5,985	\$2,701	\$4,086	\$10,928	\$15,289
Washington, D.C.	\$4,849	\$2,042	\$3,609	\$12,285	\$13,444
West Virginia	\$6,099	\$2,455	\$3,496	\$13,632	\$11,023
Wisconsin	\$5,233	\$1,570	\$2,772	\$13,575	\$15,360

	전체	어린이	어른	노인	장애인
Wyoming	\$6,212	\$2,243	\$4,194	\$20,561	\$21,154

출처: <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-enrollment-fy2009/> (수급자수)

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-payments-per-enrollee-fy2009/>