

제2차 의료급여 3개년 기본계획 수립 연구

여나금·신현웅

배재용·김수진·정 연·최슬기

오수진·이재은·이지혜·박희동

【연구책임자】

여나금 한국보건사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

신현웅 한국보건사회연구원 선임연구위원

배재용 한국보건사회연구원 연구위원

김수진 한국보건사회연구원 부연구위원

정 연 한국보건사회연구원 부연구위원

최슬기 한국보건사회연구원 부연구위원

오수진 한국보건사회연구원 전문연구원

이재은 한국보건사회연구원 연구원

이지혜 한국보건사회연구원 연구원

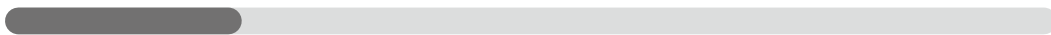
박희동 한국보건사회연구원 객원연구위원

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2020. 2. 13.)한 「제2차 의료급여 3개년 기본계획 수립 연구」의 보고서로 제출합니다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장





제1장 서론	1
제1절 연구 필요성 및 목적	3
제2절 연구 방법 및 내용	11
제2장 의료급여 제도 현황 진단	51
제1절 의료급여 제도 적정성 평가 개요	71
제2절 의료급여 보장성 평가	81
제3절 의료급여 수급자 건강수준 평가	72
제4절 의료급여 이용 및 재정 평가	83
제5절 의료급여 제도 적정성 평가 소결	26
제3장 제2차 의료급여 기본계획 수립을 위한 정책목표	96
제1절 의료급여 기본계획 추진현황 진단 및 평가	17
제2절 제2차 의료급여 기본계획 추진방향 및 주요 추진과제	97
제4장 주요 분야별 정책과제 도출	58
제1절 (❶분야) 취약계층 의료보장 확대	78
제2절 (❷분야) 지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축	211
제3절 (❸분야) 수급자의 건강한 의료이용 지원	731
제4절 (❹분야) 미래대응을 위한 관리·운영체계 개선	741



제5장 결론 및 정책제언 5

 제1절 제2차 의료급여 3개년 기본계획51

 제2절 의료급여 제도 중장기 발전방안 제언761

참고문헌 182

부록 183

 부록1 그간 간담회 추진 경과8

 부록2 종합토론회 결과 8

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



<표 1-1> 의료급여 3개년 기본계획 수립 관련 이해관계자 간담회	2	1
<표 1-2> 의료급여 3개년 기본계획 수립 관련 전문가·지자체 대상 정책토론회	3	1
<표 2-1> 의료급여 제도 적정성 평가 개요	7	1
<표 2-2> 연도별 의료급여 수급자 수 추이	0	2
<표 2-3> 건강보험료 미납 경험 추이	1	2
<표 2-4> 건강보험료 미납 경험 이유	1	2
<표 2-5> 국민기초생활보장 의료급여 수급 신청 탈락 사유	2	2
<표 2-6> 탈수급 시 가장 필요한 지원 항목	2	2
<표 2-7> 과부담 의료비 가구 발생률 비교	3	2
<표 2-8> 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률 비교	4	2
<표 2-9> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 의료이용 불만족 수준 비교	6	2
<표 2-10> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 건강행태(생활습관) 비교	8	2
<표 2-11> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 건강검진종별 수검률 추이 비교	9	2
<표 2-12> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 정신건강 행태 비교	0	3
<표 2-13> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 19세 이상)	1	3
<표 2-14> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 30세 이상)	2	3
<표 2-15> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 65세 이상)	2	3
<표 2-16> 미충족 의료율 비교	4	3
<표 2-17> 미충족 의료 경험 사유(2018년 기준)	4	3
<표 2-18> 경제적 미충족 의료 발생에 따른 삶의 질 비교	4	3
<표 2-19> 경제적 미충족 의료 발생에 따른 건강상태 측정 비교(다소 지장 있는 수준)	5	3
<표 2-20> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응도 연도별 비교	6	3
<표 2-21> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응 이유(2017년 기준)	6	3
<표 2-22> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 주관적 건강인지율 비교	7	3
<표 2-23> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 삶의 질(EQ-5D index) 수준 비교	7	3
<표 2-24> 적용인구당 진료비: 전체 (2009~2018)	9	3
<표 2-25> 적용인구당 입내원일수: 전체 (2009~2018)	9	3
<표 2-26> 입내원일당 진료비: 전체 (2009~2018)	0	4
<표 2-27> 진료행태별 의료급여 진료비 추이	4	4
<표 2-28> 적용인구당 진료비: 입원 (2009~2018)	7	4
<표 2-29> 적용인구당 입내원일수: 입원 (2009~2018)	7	4



<표 2-30> 입내원일당 진료비: 입원 (2009~2018)	7	4
<표 2-31> 적용인구당 진료비: 외래 (2009~2018)	8	4
<표 2-32> 적용인구당 입내원일수: 외래 (2009~2018)	8	4
<표 2-33> 입내원일당 진료비: 외래 (2009~2018)	8	4
<표 2-34> 적용인구당 진료비: 약국 (2009~2018)	9	4
<표 2-35> 적용인구당 입내원일수: 약국 (2009~2018)	9	4
<표 2-36> 입내원일당 진료비: 약국 (2009~2018)	9	4
<표 2-37> 의료급여 수급권자 연령별 구성비 현황 (2018년)	0	5
<표 2-38> 연령별 진료실인원당 진료비: 전체 (2018년)	3	5
<표 2-39> 연령별 진료실인원당 진료비: 입원 (2018년)	3	5
<표 2-40> 연령별 진료실인원당 진료비: 외래 (2018년)	4	5
<표 2-41> 연령별 진료실인원당 진료비: 약국 (2018년)	4	5
<표 2-42> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 의료급여 및 건강보험 진료비 현황	7	5
<표 2-43> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 의료급여 및 건강보험 1인당 진료비	8	5
<표 2-44> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 연도별 해당 환자(진료실인원) 1인당 급여일수	9	5
<표 2-45> 의료급여-건강보험(소득하위 10%) 간 의료이용 비교 (2013년 기준)	9	5
<표 2-46> 맞춤형 급여 개편 후, 신규수급권자 '15년 대비 '16년 증감률	0	6
<표 2-47> 연도별 의료급여 예산 현황	0	6
<표 2-48> 연도별 의료급여未지급금 현황	1	6
<표 2-49> 의료급여수급권자 vs 건강보험가입자: 건강검진 수검률	2	6
<표 2-50> 의료급여 수급권자와 건강보험 소득하위 10% 의료이용량 비교(2013년)	4	6
<표 2-51> 의료급여 수급권자와 건강보험 소득하위 10% 의료이용량 비교(2010년)	4	6
<표 2-52> 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황 (2017년)	5	6
<표 2-53> 의료기관 종별 장기입원 현황(2017년)	6	6
<표 3-1> 【의료보장성】 추진과제 및 추진현황	2	7
<표 3-2> 의료급여 보장률 변화	3	7
<표 3-3> 【건강관리】 추진과제 및 추진현황	4	7
<표 3-4> 【의료이용】 추진과제 및 추진현황	6	7
<표 3-5> 연도별 선택병의원제 적용 대상자 수 및 비율: 당연적용 vs 자발적 (전체)	7	7
<표 3-6> 【거버넌스】 추진과제 및 추진현황	8	7
<표 4-1> 부모 부양 책임자 인식 변화(2002~2018)	8	8



<표 4-2> 제1차 기초생활보장 종합계획('18~'20)에 따른 급여별 부양의무자 기준 완화(안)	3..... 9
<표 4-3> 현행 건강보험 차상위 의료비 지원사업 내용	8..... 9
<표 4-4> 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 추이(2009~2019년)	9..... 9
<표 4-5> 부양의무자 기준 완화를 통한 차상위 본인부담 경감 대상자 확대 기대효과	0.....0..... 1
<표 4-6> 건강보험 보장성 강화 대책 추진 현황('19.7월)	4.....0..... 1
<표 4-7> 치료단계별 보상연계 방안	7.....0..... 1
<표 4-8> 소득구간별 재난적 의료비 지원 기준 및 지불능력 대비 비율	8.....0..... 1
<표 4-9> 소득구간별 의료비 부담 예시	9.....0..... 1
<표 4-10> 소득분위에 따른 재난적 의료비 지원금액을 제외한 나머지 의료비 마련 방법	9.....0..... 1
<표 4-11> 의료접근성: 미충족 의료율 비교	3.....1..... 1
<표 4-12> 지역사회 건강관리서비스 내용	5.....1..... 1
<표 4-13> 수급자 의료지원팀 운용 모델 검토(안)	1.....2..... 1
<표 4-14> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응도 연도별 비교	3.....2..... 1
<표 4-15> 건강보험가입자와 의료보험 수급권자의 만성질환 보유 개수	6.....2..... 1
<표 4-16> 선택의료급여기관 대상자의 지정 1인당 입내원일수·진료비 변화	8.....3..... 1
<표 4-17> 선택의료급여기관 대상자 변화	8.....3..... 1
<표 4-18> 건강생활 인센티브 지표 예시	3.....4..... 1
<표 4-19> 건강생활 인센티브 지급 기준 예시	4.....4..... 1
<표 4-20> 선택의료급여 제도의 본인부담 개선대안 및 대안별 장단점	4.....4..... 1
<표 4-21> (참고) 1종 수급자의 외래본인부담 현실화(안)	6.....4..... 1
<표 4-22> 광역-기초자치단체 간 지방비 및 국비 부담 현황	7.....4..... 1
<표 4-23> 타법 의료급여 수급자 소득·재산 선정기준 현황('18년 기준)	0.....5..... 1
<표 5-1> 1분야(저소득층 의료보장 확대) 추진과제별 세부 내용(과제)	2.....6..... 1
<표 5-2> 2분야(지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계 구축) 추진과제별 세부 내용(과제)	4.....6..... 1
<표 5-3> 3분야(의료급여 관리·운영체계 개선) 추진과제별 세부 내용(과제)	6.....6..... 1
<표 5-4> 분야별 추가 검토내용	7.....6..... 1
<표 5-5> (예시) 복약이행 정도 상담 기록지	3.....7..... 1
<표 5-6> (참고) 다제약물 관리사업 과정	4.....7..... 1
<표 5-7> 확대기준 적용 시 시범사업 지역 구분 예상 분포	7.....7..... 1
<표 5-8> 협력의료기관의 서비스 유형별 제공 현황	8.....7..... 1
<표 5-9> (예시) 지자체 자율점검제 운영방향	9.....7..... 1



<표 5-10> (예시) 지자체 중점 관리 사항	0·8·1
<표 5-11> (예시) 인센티브 지급을 위한 선정방식	1·8·1
<표 5-12> (예시) '20년도 시도별 진료비 집행 점검표 (누적, 억원, 지방비 포함)	1·8·1

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1]	의료급여 제도 발전과정	4
[그림 1-2]	국민기초생활보장법 제20조의2(기초생활보장 계획의 수립 및 평가)	5
[그림 1-3]	기초생활보장 3개년 종합계획 수립과정	6
[그림 1-4]	의료급여 보장성 성격: 자격측면, 급여측면	6
[그림 1-7]	의료급여 현황 및 실태 진단	0 1
[그림 2-1]	의료급여 수급자 수 및 수급률 추이	8 1
[그림 2-2]	의료급여 수급자 특성 분석 개념도	7 2
[그림 2-3]	전체 진료비 지출 현황 (2009~2018)	8 3
[그림 2-4]	적용인구당 진료비 지출 현황 (2009~2018)	1 4
[그림 2-5]	적용인구당 입내원일수 현황 (2009~2018)	2 4
[그림 2-6]	입내원일당 진료비 현황 (2009~2018)	3 4
[그림 2-7]	연도별 의료급여 진료비 증가 추이 (2009~2018)	4 4
[그림 2-8]	연도별 의료급여 진료비 증가 추이 (2009~2018)	5 4
[그림 2-9]	진료행태별 진료비 구성비 (2009~2018)	6 4
[그림 2-10]	의료급여 수급권자 연령별 구성비 현황 (2018년)	1 5
[그림 2-11]	연령별 진료실인원당 진료비: 전체 (2018년)	2 5
[그림 2-12]	연령별·진료행태별 진료비 구성비(2018년)	5 5
[그림 2-13]	진료행태별 진료비 구성비(2018)	6 5
[그림 2-14]	연도별·진료행태별(입원, 외래, 약국) 의료급여 진료비 추이	7 5
[그림 2-15]	입원일수 구간별 의료급여 수급자 현황(2017년)	5 6
[그림 2-16]	입원일수 구간별 의료급여 수급자의 진료비 현황(2017년)	6 6
[그림 2-17]	의료급여 제도 적정성 평가 주요 결과	7 6
[그림 3-1]	제1차 의료급여 기본계획 정책목표 및 추진과제	1 7
[그림 3-2]	건강보험 가입자와 비교한 의료급여 수급자의 건강행태 및 건강검진 수검률	5 7
[그림 3-3]	제2차 의료급여 기본계획 정책목표 및 추진과제	0 8
[그림 3-4]	【의료보장】 추진과제	2 8
[그림 3-5]	【건강관리】 추진과제	2 8
[그림 3-6]	【의료이용】 추진과제	3 8
[그림 3-7]	【거버넌스】 추진과제	3 8
[그림 4-1]	국민기초생활보장제도 근거 법 명칭 변경에 따른 성격 변화	7 8
[그림 4-2]	차상위계층 규모(2018년 기준)	8 8



[그림 4-3] 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 선정 기준	9	8
[그림 4-4] 현행 건강보험 차상위계층 부양의무자 기준	9	8
[그림 4-5] 기초생활보장급여에서 소득역전 현상	0	9
[그림 4-6] 의료급여 부양의무자 기준 완화(수급자격 완화) 방향	1	9
[그림 4-7] 부양의무자 범위 축소 흐름	2	9
[그림 4-8] 부양능력 판정 기준 완화 흐름	2	9
[그림 4-9] 생계·의료급여 부양의무자 기준 완화 흐름('17~'20)	4	9
[그림 4-10] 의료급여 부양의무자 기준 완화(안)	5	9
[그림 4-11] 現 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화 범위	6	9
[그림 4-12] 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화 방향(안)	6	9
[그림 4-13] 차상위 의료취약계층의 의료보장을 위한 그간의 제도 변화	7	9
[그림 4-14] 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화(안)	0	0
[그림 4-15] 전체 수급자 대비 65세 이상 수급자의 인원수, 입내원일수, 진료비 비중(2015~2019)	0	1
[그림 4-16] 전 영역에 걸친 의료안전망 구축 방향	4	0
[그림 4-17] 건강검진과 연계한 건강관리 서비스 제공모형설계(안)	6	0
[그림 4-18] 재난적 의료비 지원제도 지원수준 개선안	0	1
[그림 4-19] 건강보험 대비 의료급여 환자의 불필요한 입원합병증 발생률 배수	4	1
[그림 4-20] 재가 의료급여 시범사업 흐름도	6	1
[그림 4-21] (참고) 301 네트워크 사업 수행 체계	2	2
[그림 4-22] 선택의료급여기관 제도 현황 및 문제점	8	3
[그림 4-23] 급여일수 연장승인제 효율화 관련 기타 검토사항(전문가 간담회)	0	4
[그림 4-24] 의료급여일수 연장승인절차	0	4
[그림 4-25] 건강관리 인센티브 도입의 필요성	2	4
[그림 4-26] 현행 선택병의원 대상자 외래 본인부담 구조	2	4
[그림 4-27] 선택의료급여기관 제도 개선방향	2	4
[그림 4-28] 건강생활유지비 설계 방식	5	4
[그림 4-29] 재정지출 모니터링 시스템(예시)	4	5
[그림 4-30] 의료급여 퇴원 자율평가체계 기본방향(안)	6	5
[그림 5-1] 제2차 의료급여 3개년 기본계획의 추진방향 및 체계	0	6
[그림 5-2] 저소득층 의료보장 확대 방향	1	6
[그림 5-3] 지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계 구축 방향	3	6

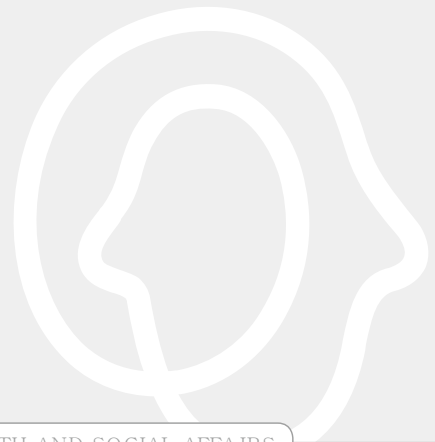


[그림 5-4]	의료급여 관리·운영체계 개선 방향 중 재정관리 모니터링 시스템	5.....6.....	1
[그림 5-5]	제2차 기본계획(안)에 따른 의료급여·생계급여 보장범위 확대(안)	8.....6.....	1
[그림 5-6]	차상위 본인부담 경감대상자 지원 확대 규모 추계 개요	0.....7.....	1
[그림 5-7]	차상위 본인부담 경감대상자 지원 확대 규모 추계	1.....7.....	1
[그림 5-8]	현행 기준에 따른 지역유형 예상 분포	6.....7.....	1
[그림 5-9]	시범사업 추진지역 확대 기준(안)	7.....7.....	1

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

◆ **【연구배경 및 필요성 1】** 1977년 도입된 의료급여 제도는 저소득 취약계층의 건강 향상 및 기본적 의료보장 증진에 크게 이바지 한 것으로 평가 ⇒ 2014년 국민기초생활보장법 제20조의 2개정에 따라 기초생활보장 3개년 종합계획 수립을 위한 법적 근거 마련 ⇒ 2017년 제1차 의료급여 3개년 종합계획이 수립되면서 의료급여 제도의 도약의 기틀이 마련

□ 의료급여 제도는 저소득 취약계층의 질병, 부상, 출산 등의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 1977년에 도입되었음. 의료급여 제도는 도입 이후 저소득 취약계층의 건강 향상 및 기본적 의료보장 증진에 크게 이바지 한 것으로 평가되고 있음.

○ (1세대 의료급여: 도입기) 1977년 12월 「의료급여법(舊, 의료보호법)」 제정에 따른 의료급여 제도 도입으로 저소득 취약계층을 위한 시혜적 성격의 의료혜택을 위한 제도적 기반을 마련하였고, 1979년 1월 본격적으로 의료급여 사업을 추진하였음.

○ (2세대 의료급여: 정착기) 1989년 전국민건강보험 시대 개막 이후 본격적으로 “법적본인부담 비율이 여전히 높은” 건강보험 제도와 분리되어 독립된 공적부조 성격의 의료보장 제도로써 역할을 구축·확대하여, 타법 수급자 유형을 확대하기 시작하였음.

○ (3세대 의료급여: 발전기) 2000년 생활보호법에서 국민기초생활보장법으로 개정을 통해 의료보호법에서 「의료급여법」으로 전문 개정하였는데, 이는 의료급여 제도에 대한 인식이 시혜적 성격의 제도에서 권리적 성격의 제도로 전환

되는 계기가 되었음. 또한, 3차 기관을 제외한 모든 의료기관을 의료보호 진료 기관으로 당연지정 하였음.

- (3.5세대 의료급여: 내실화) 2007년 「의료급여 종합혁신대책 수립」 을 통해 양적 확대를 추진하던 정책기조에서 부분적인 제도의 질적 개선 및 내실화를 도모함.
 - － 1종 수급자의 외래 본인부담 및 건강생활유지비 도입, 과다이용자 대상 선택병의원제 도입, 의료급여 사례관리 강화 등 의료급여 제도정비를 위한 정책을 도입하고 개선함.
- (4세대 의료급여: 도약기) 2014년 「국민기초생활보장법」 개정에 따라 기본계획 수립이 의무화 되면서, 전체 의료급여 분야를 아우르는 제1차 의료급여 3개년 기본계획이 수립됨.
 - － 2017년 제1차 의료급여 3개년 종합계획이 수립되면서 지난 40년 간의 확대기 및 내실화 시기를 넘어 의료급여 제도가 차세대 의료급여(Next generation of Medical aid)로의 도약을 위한 기틀이 마련됨.

[그림 1-1] 의료급여 제도 발전과정



◆ **【연구배경 및 필요성 ②】** 2017년 8월 제1차 기초생활보장 종합계획(‘18-’20)이 수립된 지 3년이 지남에 따라 지난 3년 간의 성과와 한계에 대한 평가를 통해 의료급여 제도의 재정비가 필요한 상황 ⇒ 제2차 의료급여 3개년 기본계획(‘21-’23) 수립을 통해 의료급여 제도가 저소득 취약계층의 포용적 의료안전망으로써의 역할을 강화하기 위한 기반을 마련하는 것이 필요한 시점

□ 「국민기초생활보장법」 제20조2에 의거, 2017년 8월 제1차 기초생활보장 3개년 (2018~2020년) 종합계획을 수립함.

○ 국민기초생활보장법 제20조의2에 따라 기초생활보장 3개년 종합계획에는 수급권자, 수급자 및 차상위계층의 규모·생활실태 등에 대한 실태조사 결과를 활용하여 각 급여기준의 적정성 등에 대한 평가를 수행하여야 함.

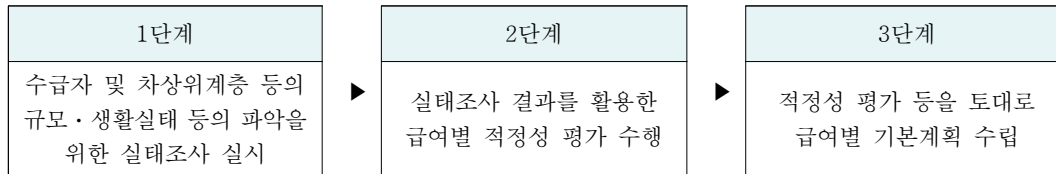
[그림 1-2] 국민기초생활보장법 제20조의2(기초생활보장 계획의 수립 및 평가)

※ 국민기초생활보장법 제20조의2(기초생활보장 계획의 수립 및 평가)

- ① 소관 중앙행정기관의 장은 수급자의 최저생활을 보장하기 위하여 3년마다 소관별로 기초생활 보장 기본계획을 수립하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.
- ② 보건복지부장관 및 소관 중앙행정기관의 장은 제4항에 따른 실태조사 결과를 고려하여 급여 기준의 적정성 등에 대한 평가를 실시할 수 있으며, 이와 관련하여 전문적인 조사·연구 등을 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 또는 민간 법인·단체 등에 위탁할 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따른 기초생활보장 기본계획 및 제2항에 따른 평가결과를 종합하여 기초생활보장 종합계획을 수립하여 중앙생활보장위원회의 심의를 받아야 한다.
- ④ 보건복지부장관은 수급권자, 수급자 및 차상위계층 등의 규모·생활실태 파악, 최저생계비 계측 등을 위하여 3년마다 실태조사를 실시·공표하여야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관 및 소관 중앙행정기관의 장은 관계 행정기관, 지방자치단체, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 등에 대하여 평가에 관한 의견 또는 자료의 제출을 요구할 수 있다. 이 경우 관계 행정기관 등은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.

□ 이처럼 기초생활보장 3개년 종합계획은 3년마다 실시하는 실태조사 결과를 활용한 급여별 적정성 평가를 기반으로 종합계획을 수립하고 있음.

[그림 1-3] 기초생활보장 3개년 종합계획 수립과정



- 하지만, 의료급여 제도는 다른 기초생활보장 제도와는 달리 수급자 실태조사 결과를 활용한 적정성 평가가 어려운 구조임.
- 의료급여 제도(의료보장 성격, 현물급여 중심)는 기초생활보장 제도 중 타 급여 제도(소득보장 성격, 현금급여 중심)와 특성차이가 존재함에 따라 별도의 제도 평가과정 및 개선방안 수립이 필요함.
- 예를 들어 의료급여의 경우 자격측면에서는 기초생활보장 제도와 밀접하게 연계되어 있는 반면, 급여측면(의료이용)에서는 건강보험 및 보건의료 제도와 더욱 밀접하게 연계되어 있는 구조임.
- 따라서 2017년 제1차 국민기초생활보장 3개년 기본계획을 수립하게 된 이후로, 의료급여 제도는 기초생활보장 기본계획과 연계하여 기본계획을 수립하되, 의료급여 제도의 특성을 반영하여 별도의 기본계획을 수립하고 있음.

[그림 1-4] 의료급여 보장성 성격: 자격측면, 급여측면



- 2020년은 제1차 국민기초생활보장 3개년 기본계획, 제1차 의료급여 기본계획이 수립된지 3년이 지난 시점으로, 지난 3년 간의 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」의 성과 및 한계 평가, 의료급여 제도를 둘러싼 정책 환경의 변화 분석을 토대로 제1차 의료급여 3개년 기본계획을 재정비하고, 제2차 의료급여 3개년 기본계획을 수립하는 것이 필요한 시점임.
- 이를 위해 먼저 제1차 의료급여 3개년 기본계획에서 편성한 4대 핵심 분야(의료보장성, 건강관리, 적정 의료이용, 거버넌스), 핵심 분야별 정책목표, 세부추진과제의 이행 성과 및 한계를 분석하고자 함.
- 이와 같은 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」 평가결과를 토대로 의료급여 중장기 발전방향 수립을 위한 핵심분야, 정책목표, 세부추진과제를 재설정하고자 함.
- 2017년 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」을 수립함으로써 4세대 의료급여로의 도약을 위한 기틀을 마련하였다면, 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」 수립을 통해 4세대 의료급여의 완결성을 제고하는 것이 필요함.
- 이를 통해, 의료급여 제도가 저소득 취약계층의 포용적 의료안전망으로써의 역할을 강화하기 위한 기반을 마련하고자 함.

◆ **【연구배경 및 필요성 ③】** `17년 「제1차 의료급여 3개년 기본계획 수립」을 통해 의료급여 제도가 저소득 취약계층을 위한 의료안전망으로써 역할을 강화하기 위한 기반 마련 ⇒ 하지만 의료급여 각 분야별로 여전히 한계가 발생함에 따라 추가적인 혁신대책 마련이 요구되고 있는 상황으로 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」에 이러한 성과 및 한계를 반영하는 것이 필요

- 2017년 「제1차 의료급여 3개년 기본계획 수립」을 통해 의료급여 제도 전반을 아우르는 종합적인 대책이 수립되면서 의료급여 제도가 저소득 취약계층을 위한 의료안전망으로써 역할을 강화하기 위한 기반이 마련되는 성과가 있었음.

- 하지만 의료급여 제도 각 분야별 여전히 한계가 발생하고 있는 상황으로, 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」에 이러한 성과와 한계를 반영하여 의료급여 제도의 제2의 혁신을 이루는 것이 필요함.
- 「제1차 의료급여 3개년 기본계획 수립」 이후의 각 분야별 성과 및 한계를 살펴보면 다음과 같음.

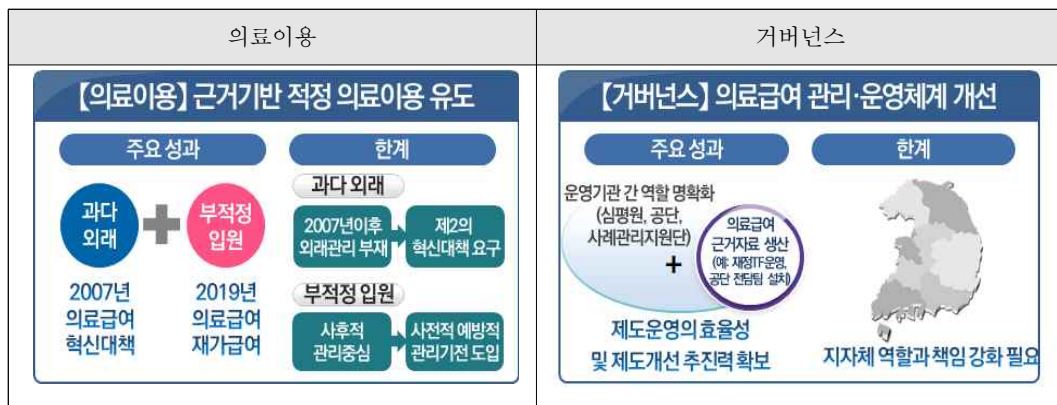
[그림 1-5] 제1차 의료급여 기본계획 성과 및 한계(의료보장성, 건강관리)



- (의료보장) 제1차 의료급여 3개년 기본계획을 통해 의료급여 보장성이 확대되면서 수급자 수 증가(‘17년 148.6만→‘19년 148.9만), 의료급여 보장률 향상(‘17년 77.1%→‘19년 77.7%) 등의 성과가 있었음.
- 하지만 소득기준 또는 부양의무자 기준 등으로 인해 비수급 빈곤층에 남아있는 취약계층이 존재하고 있는 상황으로, 의료보장 사각지대에 놓여있는 비수급 빈곤층을 위한 수급권 확대 또는 보장범위 확대 등의 정책추진의 필요성이 제기되고 있음.
- (건강관리) 의료급여 재가급여 서비스 도입으로 지역사회 내에서 의료-요양-돌봄 서비스를 지원하는 등 지역사회 내 의료급여 수급자를 위한 건강관리 지원체계가 마련되는 성과가 있었음.

- 하지만 여전히 의료급여 제도는 치료중심의 의료보장에 집중되면서 지역사회 중심의 건강보장 서비스를 지원하기 위한 체계는 미흡한 실정임. 예방-건강관리-생애말기 등 전 생애 걸친 건강보장 지원을 위한 적극적인 투자가 요구되고 있는 상황임.

[그림 1-6] 제1차 의료급여 기본계획 성과 및 한계(의료이용, 거버넌스)



- (의료이용) 그 간 과다 외래이용, 부적정 입원 방지를 위한 대책들이 추진되면서 적정 의료이용을 유도하는 성과가 일부 있었지만, 의료급여 수급자들의 부적정 의료이용에 대한 문제가 지속적으로 제기되고 있는 상황임.
- (과다 외래이용) 2007년 의료급여 혁신대책을 통해 의료급여 1종 외래 본인부담, 연장승인 및 선택병의원제도 도입 등으로 과다 외래이용 방지를 위한 정책적 기틀이 마련되었음. 하지만 2007년 이후, 과다 외래이용에 대한 추가적인 제도개선이 거의 이루어지지 않고 있는 상황으로 적정 외래이용을 위한 제2의 혁신대책 수립의 필요성이 제기되고 있는 상황임.
- (부적정 입원) 장기입원 관리 강화를 위해 그 간 외래 고위험군을 중심으로 추진되어왔던 사례관리를 장기입원 중심으로 재편하였으며, 장기입원자에 대해서는 생계급여를 공제 하였음. 하지만 현재 의료급여 재가급여 서비스는 사후적 관리중심으로 사전에 불필요한 입원을 방지하기 위한 관리기전을 마련하는 것이 필요한 상황임.

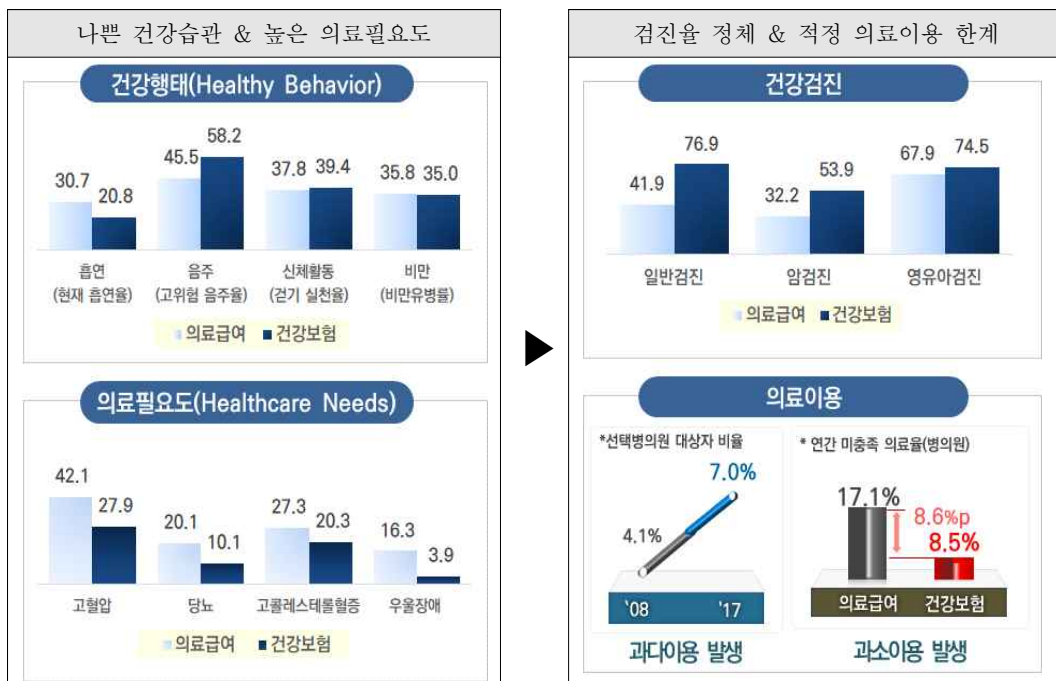
□ (거버넌스) 제1차 의료급여 3개년 기본계획을 통해 심평원, 공단, 사례관리 지원단 등 의료급여 관련 **운영기관 간 역할을 정립**하고, 재정운영 TF 운영, 공단의 전담팀 설치 등 **의료급여 제도 관련 근거자료를 생산**하기 위한 **인프라를 구축**하였음. 이를 통해 **의료급여 제도 운영의 효율성 및 제도개선의 추진력을 확보**하는 성과가 있었음.

○ 하지만 여전히 의료급여 제도의 법적 보장기관인 **지자체의 역할과 책임이 명확하지 않은 상황**으로, **지자체의 역할과 책임을 강화**하기 위한 방안을 마련하는 것이 필요함.

□ 종합적으로 살펴보면, 의료급여 수급자는 건강보험 가입자 대비 건강하지 못한 생활습관에 따른 **높은 의료필요도가 발생**하고 있었으나, **의료 필요도에 적합한 적정 의료이용은 이루어지지 않고** 있는 상황임.

○ 따라서 **의료급여 수급자들이 건강을 유지**하고, **의료필요시 적정한 의료이용**을 할 수 있도록 **의료보장, 건강관리, 의료이용, 거버넌스 측면에서 의료급여 제도를 개선**하기 위한 방안을 마련하는 것이 필요함.

[그림 1-7] 의료급여 현황 및 실태 진단



제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용 및 목표

□ 본 연구는 총 5장으로 구성됨, 각 장별 주요 연구 내용은 다음과 같음.

- 먼저 1장에서는 연구의 배경 및 필요성을 살펴보고, 이를 토대로 연구 목적을 제시하고, 주요 연구 내용 및 추진과정을 설명함.
- 2장에서는 현재 우리나라 의료급여 제도의 현황 파악과 평가를 실시함.
 - － 의료급여 보장성 평가를 비롯하여 의료급여 수급권자 건강수준을 평가하고, 의료급여 이용 및 재정 현황을 파악하여 제도 평가 결과의 주요 함의를 제시하고자 함.
- 3장에서는 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」을 위한 접근 전략을 제시하고, 의료급여 정책목표를 수립함.
 - － 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」의 주요 성과와 한계를 진단하여 제2차 의료급여 기본계획 수립을 위한 시사점을 도출함.
 - － 의료급여 기본계획 수립과 정책과제 도출을 위해 단계적 접근방식과 추진 전략을 제안하며, 정책과제 도출 과정을 설명함.
- 4장에서는 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」의 정책목표를 달성하기 위한 분야별 정책목표를 달성하기 위한 세부 정책과제를 도출하고, 가능한 대안을 검토함.
- 마지막으로, 5장에서는 본 연구를 토대로 수립된 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」내용을 검토하고, 이를 토대로 향후 의료급여 제도가 나아가야 할 방향성 및 이를 위한 정책과제에 대해 종합적으로 정리함.
 - － 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」최종안을 검토하고, 향후 이를 성공적으로 이행하기 위해 필요한 추가적인 고려사항을 점검함.
 - － 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」중에 구체적인 실행방안 마련이 필요한 과제와 사회적 합의가 필요한 과제 등에 대해서 검토함.

2. 연구 방법 및 수행체계

□ 본 연구에서는 「제2차 의료급여 3개년 기본계획 수립」 전후를 기점으로 의료급여 제도의 발전 방향에 대한 다양한 의견을 수렴하여 합리적이고 실효성 있는 정책을 마련하기 위해 이해관계자 간담회, 전문가·지자체 대상 정책토론회, 그리고 종합토론회를 개최함.

○ 이를 통해 의료급여 운영현황을 공유하고, 의료급여 관련 정책욕구를 파악하여 현장중심의 수용성 높은 정책과제를 도출하고자 하였음.

□ (이해관계자 간담회) 의료급여 3개년 기본계획 수립을 위한 지자체 담당자, 의료급여 공급자, 가입자 등이 참여한 이해관계자 간담회는 총 6차례에 걸쳐 진행함.

○ 이해관계자 토론회를 통해 2차 기본계획 비전, 정책목표, 추진방향 등에 대해 공유하였으며, 4개 분야에 대해 각 분야별 정책목표 및 정책과제에 대한 세부적인 의견을 수렴함.

〈표 1-1〉 의료급여 3개년 기본계획 수립 관련 이해관계자 간담회

구분	일정	주요내용
1차	`20.05.28	◆ 안건: 제2차 의료급여 기본계획 kick-off회의 - 2차 기본계획 비전, 정책목표, 추진방향 ⇒ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진
2차	`20.06.05	◆ 안건: 4대 분야별 정책과제 및 추진계획 공유 - 의료보장, 건강관리 분야 ⇒ 참석범위: 전문가, 복지부, 연구진
3차	`20.06.12	◆ 안건: 4대 분야별 정책과제 및 추진계획 공유 - 의료보장, 건강관리 분야(지자체), 의료이용, 거버넌스분야(전문가) ⇒ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진
4차	`20.06.19	◆ 안건: 중장기 제도개선 중점과제 종합 논의(1) - 안건1: 생계급여 연계 의료급여 부양의무자 개선안 - 안건2: 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) ⇒ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진
5차	`20.06.25	◆ 안건: 중장기 제도개선 중점과제 종합논의(2) - 안건1: 수급자의 건강한 의료이용 지원 - 안건2: 2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) ⇒ 참석범위: 공급자(의급심), 복지부, 연구진
6차	`20.07.03	◆ 안건: 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) - 종합논의 ⇒ 참석범위: 가입자, 전문가, 복지부, 연구진

□ (정책토론회) `20년 8월 발표된 제2차 기초생활보장종합계획(‘21~’23년) 중 의료급여 3개년 기본계획을 중심으로 주요 이슈별 중장기 계획을 구체화하기 위한 정책토론회를 진행함.

○ 각 주제별로 관련 분야 전문가가 발표를 진행하고, 주제별 논의에 필요한 이해 당사자들이 참석함.

○ 중점과제별 심층 간담회는 4차까지 진행되었으며, 1~4차 간담회에서는 의료급여 보장성, 예방적 건강관리, 재정지출 효율화 관련 중점과제에 대한 세부 추진방안에 대해 각각 논의하였음.

□ (종합토론회) 2차 의료급여 기본계획의 정책방향과 핵심과제를 논의하기 위해 종합토론회를 개최함.

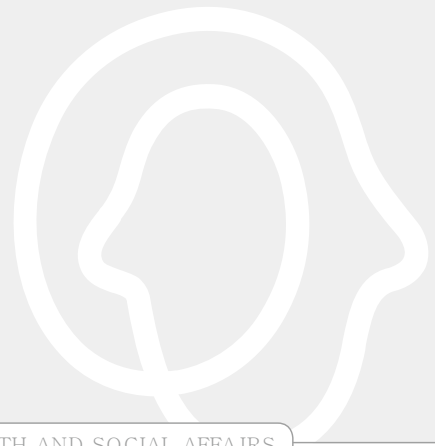
○ 종합토론회에서는 ‘제2차 의료급여 기본계획 정책방향’에 대한 본 연구의 최종적인 결과를 공유하고, 분과별 핵심과제에 대해 심층논의를 진행하였음.

〈표 1-2〉 의료급여 3개년 기본계획 수립 관련 전문가·지자체 대상 정책토론회

구분	일정	주요내용
1차	`20.10.06	◆ ‘의료보장체계 구축’ 관련 정책 토론회 발제1: 건강보험과 의료급여 수급자간 의료이용량 분석(나영균 박사, 건강보험연구원) 발제2: 건강보험 차상위 부양의무자 단계적 완화 시 지원 대상 규모 추정 분석(여나금 박사, 보건사회연구원) ⇒ 참석범위: 학계 전문가, 연구진
2차	`20.10.08	◆ ‘지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축’ 관련 정책 토론회(1) 발제1: 재가의료급여 시범사업 제도화 방안(이요셉 박사, 건강보험심사평가원) 발제2: 3년 단위의 지역사회 주도 사례관리 계획 수립(이용재 교수, 호서대학교) ⇒ 참석범위: 학계 및 유관기관 전문가, 지자체 의료급여 관리자, 연구진
3차	`20.10.13	◆ ‘지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축’ 관련 정책 토론회(2) 발제1: 만성질환 고위험군 예방적 건강관리 지역 내 의료기관 연계체계 활성화를 위한 인센티브 모형 설계(김영은 박사, 건강보험연구원) 발제2: 올바른 약물 이용 지원사업 효과성 제고를 위한 제도적 지원방안(장선미 교수, 가천대학교) ⇒ 참석범위: 학계 전문가, 연구진
4차	`20.10.15	◆ ‘지속가능한 효율적 재정지출 체계 구축’ 관련 정책 토론회 발제1: 지자체 재정지출 자율절감목표제 효과성 제고방안(여나금 박사, 보건사회연구원) 발제2: 미지급금에 대한 광역-기초 자치구 간 지방비 분담 방안(홍근석 박사, 지방행정연구원) ⇒ 참석범위: 학계 전문가, 지방자치단체, 연구진

중합토론회 `20.12.03

제2차 의료급여 기본계획 분과별 핵심과제 논의



제 2 장

의료급여 제도 현황 진단

제1절 의료급여 제도 적정성 평가 개요

제2절 의료급여 보장성 평가

제3절 의료급여 수급자 건강수준 평가

제4절 의료급여 이용 및 재정 평가

제5절 의료급여 제도 적정성 평가 소결

제 2 장 의료급여 제도 현황 진단

제1절 의료급여 적정성 평가 개요

- 본 연구에서는 의료급여 제도 적정성 평가를 위해 크게 3가지 측면에서 평가를 실시하고자 하였음. 본 연구에서는 의료급여 제도의 성과를 절대적·상대적으로 평가하기 위해 건강보험 제도와 비교하여 평가결과를 제시함.
- (의료급여 보장성) WHO에서 제시하는 세 가지 의료 보장성 강화 방향 측면에서 의료급여 보장성 효과를 평가함.
- (의료급여 수급자 건강수준) 예방적 건강관리부터 최종적 건강결과까지 의료 필요 여부와 의료이용 여부에 따라 분석지점을 4단계로 구분하여 수급자의 건강수준을 평가함.
- (의료급여 이용 및 재정) 의료급여 수급자의 의료이용 현황 및 재정 현황 분석을 통해 의료급여 지출 효율화 성과를 평가함.

<표 2-1> 의료급여 제도 적정성 평가 개요

의료급여 제도 적정성 평가		
의료급여 보장성	의료급여 수급자 건강수준	의료급여 이용 및 재정
-의료급여 수급자 비율 -의료급여 자격 사각지대 -의료비 부담 -의료 접근성 -의료서비스 질	-예방적 건강관리 단계 -의료필요 단계 -적정 의료이용 단계 -건강결과 단계	-의료급여 진료비 현황 -의료급여 재정 현황 -의료급여 의료이용 현황

제2절 의료급여 보장성 평가

□ 전 국민에게 필수 보건의료서비스에 대해 충분한 접근성을 보장하는 것은 모든 국가 보건정책의 주요 목표임.

○ 본 연구에서는 WHO에서 제시하는 세 가지 의료 보장성 강화 방향 측면에서 의료급여 보장성 효과를 평가함.

- (1) 급여의 넓이(breadth): 의료급여 수급 인구의 비율
- (2) 급여의 깊이(depth): 의료보장 급여 서비스 범위 확대
- (3) 급여의 높이(height): 의료보장의 단위 서비스 당 상환을 확대

1. 의료급여 수급자 비율 평가

【의의】 총 인구(=통계청 연도별 인구추계) 대비 의료급여 수급자 수

【지표】 의료급여 수급률

□ (전체 인구 대비 의료급여 수급률) 2019년 기준 의료급여 수급자는 약 149만 명으로 2015년 맞춤형 급여 개편 이후 감소 추세를 보이다 2019년에 전년 대비 소폭 증가하였음.

[그림 2-1] 의료급여 수급자 수 및 수급률 추이



주: 수급자 수 연도 말 기준

자료: KOSIS 홈페이지(<http://www.kosis.co.kr>)

- 구체적으로 살펴보면, 의료급여 제도는 1977년 12월 도입 이후, 저소득 취약계층의 건강향상 및 기본적 건강권 보장에 크게 이바지 한 것으로 평가됨.
- (1세대 의료급여: 도입기) 1977년 의료급여 제도 도입 시점인 1980년 의료급여 수급률은 5.6% 수준이었음.
 - 1980년에는 건강보험 가입률이 24.2%에 불과했던 시점으로 의료보장 체계가 제도화되기 이전시점부터 의료급여 제도는 빈곤층의 의료 안전망으로써 중요한 역할을 수행하여 왔음.
- (2세대 의료급여: 정착기) 1989년 전국민건강보험 달성 이전까지 의료급여 수급률은 지속적으로 확대('80년 5.6%→'90년 9.2%)되었음.
 - 1989년 전국민건강보험 달성 이후 건강보험 제도와 분리되어 독립된 공적 부조 성격의 의료보장제도로써 역할을 확대하였음(타법 수급자 유형 확대).
- (3세대 의료급여: 발전기) 전국민건강보험 달성 이후 건강보험 가입자 자격 확대로 의료급여 수급자 일부가 건강보험 가입자로 자격이 전환되면서 의료급여 수급률은 감소하였음('90년 9.2%→'00년 3.3%).
 - 2000년 생활보호법에서 국민기초생활보장법으로 개정을 통해 의료보호법에서 의료급여법으로 전문 개정하고, 시혜적 성격의 제도에서 권리적 성격의 제도로 인식의 전환을 달성하였음.
- (3.5세대 의료급여: 내실화) 2004년 차상위 희귀/만성질환자, 2005년 차상위 12세 아동에 대한 의료급여 실시로 의료급여 수급률은 다시 증가추세로 전환하였음('00년 3.3%→'07년 3.8%).
 - 하지만 2007년 「의료급여 종합혁신대책 수립」을 통해 의료급여 제도의 양적 확대를 추진하던 정책에서 제도의 질적 개선 및 내실화를 도모하면서, 2008년 차상위 수급자를 건강보험 가입자로 전환함에 따라 의료급여 수급률은 다시 감소하였음('07년→'10년 3.4%).

○ (4.0세대 의료급여: 도약기) 2013년 타법 수급자 자격요건 및 행복e음을 통한 소득재산 조사 개선 등으로 부정수급자들을 탈락시키면서 수급률은 지속적으로 감소하였음('10년 3.4%→'14년 2.8%).

－ 2015년 7월 맞춤형 급여체제로 개편 이후, 부양의무자 기준이 완화되면서 의료급여 수급률은 증가하였음('14년 2.8%→'15년 3.0%).

－ 2016년 이후 의료급여 수급률은 감소 추세를 보이다 2019년에 전년 대비 소폭 증가하였음.

<표 2-2> 연도별 의료급여 수급자 수 추이

연도	의료보장 인구	의료급여 수급자	%
1980	11,368,055	2,141,690	18.8%
1985	21,253,682	3,258,769	15.3%
1990	44,110,412	3,930,389	8.9%
1995	45,429,041	1,413,141	3.1%
1997	46,088,755	1,163,687	2.5%
1998	45,794,823	1,322,696	2.9%
1999	46,820,580	1,636,629	3.5%
2000	47,465,758	1,570,009	3.3%
2001	47,882,147	1,502,986	3.1%
2002	48,080,015	1,420,539	3.0%
2003	48,556,572	1,453,786	3.0%
2004	48,900,835	1,528,843	3.1%
2005	49,153,617	1,761,565	3.6%
2006	49,238,227	1,828,627	3.7%
2007	49,672,388	1,852,714	3.7%
2008	50,001,057	1,841,339	3.7%
2009	50,290,771	1,677,237	3.3%
2010	50,581,191	1,674,396	3.3%
2011	50,908,646	1,609,481	3.2%
2012	51,169,141	1,507,044	2.9%
2013	51,448,491	1,458,871	2.8%
2014	51,757,146	1,440,762	2.8%
2015	52,034,424	1,544,267	3.0%
2016	52,272,755	1,509,472	2.9%
2017	52,426,625	1,485,740	2.8%
2018	52,556,653	1,484,671	2.8%

자료: KOSIS 홈페이지(<http://www.kosis.co.kr>)

2. 의료급여 자격 사각지대 평가

【의의】 건강보험료 미납으로 의료 사각지대에 놓인 생계형 건강보험료 체납자

【지표】 건강보험 체납자율, 건강보험료 미납 여부/사유, 수급 신청 탈락 사유 등

□ 의료급여 혜택을 받지 못하는 건강보험 저소득층은 저소득층을 제외한 건강보험 일반 대상자 보다 건강보험료 체납자율이 높은 수준임.

○ 2017년 기준 건강보험 저소득층의 경우 보험료 미납 경험에 있는 사람은 1.6%로 저소득층을 제외한 건강보험 일반 대상자(0.7%) 보다 높은 것으로 나타났다. 2013년의 건강보험 저소득층의 보험료 체납자율인 2.8%에 비해서는 크게 개선된 것으로 나타났다.

□ 자격별 보험료 체납 사유로는 건강보험 저소득층 및 일반 대상자에서 공통적으로 “건강보험료를 납부할 돈이 없어서” 미납한 이유가 가장 많았음.

○ 특히 건강보험 저소득층의 경우 “건강보험료를 납부할 돈이 없어서” 건강보험료 미납한 비율이 2013년 98.5%에서 2017년 77.3%로 줄어 든 것으로 나타났다.

<표 2-3> 건강보험료 미납 경험 추이

(단위: %, %p)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
건강보험 대상자 (전체)	1.5	1.7	1.2	1.0	0.9	-0.6
건강보험 (저소득층) ¹	2.8	3.3	2.9	1.5	1.6	-1.2
건강보험 (저소득층 제외) ²	1.2	1.3	0.8	0.9	0.7	-0.5

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 각 연도

주: 1. 공공부조 이전의 균등화 경상소득의 중위 60% 이상

2. 공공부조 이전의 균등화 경상소득의 중위 60% 미만

<표 2-4> 건강보험료 미납 경험 이유

(단위: %)

미납 사유	2013년			2017년		
	전체	저소득	일반	전체	저소득	일반
건강보험을 별로 이용할 일이 없어서	10.0	—	17.4	3.9	10.0	—
건강보험료를 납부할 돈이 없어서	76.9	98.5	61.1	77.6	77.3	77.8
내는 돈에 비해 혜택이 적어서	—	—	—	5.2	—	8.6
제도에 대한 불신 때문에	—	—	—	4.2	—	6.8
납부기한을 잊어버려서	11.4	1.5	18.7	9.1	12.7	6.8
기타	1.6	—	2.8	—	—	—

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 각 연도

주: 의료급여 수급자(1,2종) 제외

□ 한편, 기초생활수급권자에서 탈락된 이유를 살펴보면 부양의무자의 소득 및 재산이 기준보다 많아서라고 응답한 비율은 2013년 69.5%에서 2017년 52.0%로 감소하였으나 여전히 많은 비중을 차지하는 것으로 확인되었음.

○ 즉, 자신의 소득이나 재산이 적음에도 불구하고 부양의무자 소득 및 재산 기준에 의해서 의료급여 수급권자 선정 기준에서 탈락하여 비수급빈곤층으로 남아 있는 경우가 존재하고 있으므로 의료급여 부양의무자 기준 완화가 지속적으로 추진되어야 할 것으로 보임.

○ 또한, 탈수급 시 가장 필요한 지원 항목으로는 의료비 지원이 69.7%로 가장 높은 것으로 나타났음.

<표 2-5> 국민기초생활보장 의료급여 수급 신청 탈락 사유

(단위: %)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
소득이 기준보다 많아서	26.0	12.7	12.7	29.7	35.1
자동차가 있어서	6.9	—	0.5	9.0	6.8
살고 있는 집의 가격이 높아서	5.5	6.8	—	13.3	—
살고 있는 집 이외에 재산이 기준보다 많아서	1.2	1.8	2.7	2.9	—
부양의무자의 소득 및 재산이 기준보다 많아서	69.5	68.2	70.4	37.6	52.0
기타	17.5	5.4	5.5	—	—
잘 모르겠다	12.5	5.0	8.2	7.5	6.1

자료: 한국복지패널, KOSIS 홈페이지(<http://www.kosis.kr>)

주: 2015년부터 생계, 주거, 교육, 의료급여 각각에 대해 수급자로 선정되지 못한 이유를 제시하였음(2014년까지는 항목 분류 없이 전체 결과 수치로 제시).

<표 2-6> 탈수급 시 가장 필요한 지원 항목

(단위: %, %p)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
의료비 지원	64.7	60.8	69.6	67.5	69.7	5.0
교육비 지원	7.3	5.4	5.8	5.6	2.5	-4.8
주거비 지원	26.5	30.8	22.2	24.8	27.1	0.6
자활 관련 지원	1.5	3.1	2.3	2.0	0.5	-1.0
없다	—	—	0.1	0.1	0.2	—

자료: 한국복지패널, KOSIS 홈페이지(<http://www.kosis.kr>)

3. 의료비 부담 평가

【의의】 과부담 의료비 가구 발생률은 가구 지불능력 대비 보건의료지출(보험료 제외)의 비중이 40% 이상인 가구¹⁾를 의미함.

【지표】 과부담 의료비 가구 발생률

□ 지난 5년간(2013~2017년) 의료급여 수급 가구의 과부담 의료비 가구 발생률이 2013년 3.4%에서 2017년 3.8%로, 약 0.4%p가 증가하였음.

○ 의료급여 제도가 빈곤 가구의 의료비 부담률을 개선시키는데 크게 기여한 것으로 평가되었음. 2017년에 저소득 가구 중 의료급여 수급 가구의 과부담 의료비 발생률은 4.2%이며, 건강보험 가입 가구의 과부담 의료비 발생률은 이 보다 2.7배 높은 10.2%로 나타났다.

<표 2-7> 과부담 의료비 가구 발생률 비교

(단위: %)

구분		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
전체	의료급여	3.4	1.0	3.0	3.1	3.8	0.4
	건강보험	3.1	2.8	3.1	3.2	3.3	0.2
저소득 가구	의료급여	3.0	1.0	3.5	3.0	4.2	1.2
	건강보험	8.1	8.2	8.4	9.8	10.2	1.9

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 각 연도

주: 저소득 가구는 공공부조 이전의 균등화 경상소득의 중위 60% 미만으로 산출함

1) WHO에서 과부담 의료비를 지불능력 대비 의료비 지출이 40%를 초과한 경우로 정의하였음(WHO, Distribution of health payment and catastrophic expenditures methodology, 2015)

$$\text{과부담의료비} = \frac{\text{보건의료비} / \sqrt{\text{가구원수}}}{\{\text{총생활비} - \text{식료품비}(\text{가정식비} + \text{외식비})\} / \sqrt{\text{가구원수}}} \geq 0.4$$

4. 의료 접근성 평가

【의의】 의료 접근성은 경제적 이유로 인한 미충족 의료로, 돈이 없어 본인이나 가족이 병원에 못간 경험이 있는 가구 비율을 말함.

【지표】 (경제적 이유로 인한) 미충족 의료 경험률

□ 의료급여 수급권자의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2013년 4.1%에서 2017년 3.4%로 감소하여, 지난 5년간 의료급여 수급권자의 의료 접근성이 개선된 것으로 평가됨.

○ 그러나 건강보험 가입자와의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률 격차가 2013년 약 2.8%p에서 2017년 약 3.1%p로 의료 접근성 측면에서 건강보험 가입자와 격차는 증가하고 있는 상황임.

○ 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자(저소득)의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2013년에는 각각 4.1%와 4.5%로 건강보험 가입자(저소득)이 다소 높았으나, 2017년에는 각각 3.4%, 1.1%로 의료급여 수급권자가 3.1배 더 높은 것으로 나타났음.

○ 2013년 의료급여 1종과 2종의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 각각 4.4%, 3.1%였으며, 2017년에는 1종은 3.6%, 2종은 2.6%로 나타났음.

<표 2-8> 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률 비교

(단위: %)

구분		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
의료급여	전체	4.1	2.5	3.3	2.3	3.4	-0.7
	1종	4.4	2.6	3.6	2.8	3.6	-0.8
	2종	3.1	2.3	1.9	0.2	2.6	-0.5
건강보험	전체	1.3	1.1	0.8	0.3	0.3	-1.0
	저소득	4.5	4.3	3.0	1.5	1.1	-3.4

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 각 연도

주: 저소득 가구는 공공부조 이전의 균등화 경상소득의 중위 60% 미만으로 산출함

5. 의료서비스의 질

※ 환자 경험(반응성, responsiveness)은 의료 이용 시 환자가 느끼는 존엄성, 자율성, 편안함 등 환자 만족도와 관련이 있는 지표

- (예의응대) 담당 의사 및 간호사가 응대 시 예의를 갖췄다고 생각하지 않는 비율
- (쉬운설명) 담당 의사 및 간호사가 이해하기 쉽게 설명해줬다고 생각하지 않는 비율
- (질문기회) 담당 의사가 말할 기회(질문, 걱정 등)를 제공해줬다고 생각하지 않는 비율
- (환자참여) 담당 의사가 치료 결정시 원하는 만큼의 의견을 반영해주었다고 생각하지 않는 비율
- (충분대화) 담당 의사가 대화를 충분히 해줬다고 생각하지 않는 비율

□ 의료급여 수급권자의 의료이용 만족도는 아래와 같음.

- (예의 있는 응대: 의사) 의사가 예의 있는 응대를 하지 않았다고 느끼는 비율은 2018년 기준 의료급여 수급권자가 2.74% 건강보험 가입자가 0.98%로 의료급여 수급권자가 1.76%p 높았음.
- (알기 쉬운 설명: 의사) 의사가 이해하기 쉽게 설명 해 주지 않았다고 느끼는 비율은 2018년 기준 의료급여 수급권자가 1.71% 건강보험 가입자가 0.79%로 의료급여 수급권자가 0.92%p 높았음.
- (충분한 질의 기회 제공: 의사) 의사가 궁금한 점, 질문하고 싶은 점에 대해 말할 기회를 제공해 주지 않았다고 느끼는 비율은 2017년 기준 의료급여 수급권자가 0.35% 건강보험 가입자가 1.17%로 의료급여 수급권자가 0.82%p 낮았음.
- (환자 의견 반영 진료: 의사) 의사가 치료 결정시 원하는 만큼의 의견을 반영해 주지 않았다고 느끼는 비율은 2018년 기준 의료급여 수급권자가 0.17% 건강보험 가입자가 0.70%로 의료급여 수급권자가 0.53%p 낮았음.
- (충분한 대화: 의사) 의사와의 충분한 대화를 경험하지 못했다고 느끼는 비율은 2018년 기준 의료급여 수급권자가 1.48% 건강보험 가입자가 2.12%로 의료급여 수급권자가 0.64%p 낮았음.
- (예의 있는 응대: 간호사) 간호사가 예의 있는 응대를 하지 않았다고 느끼는 비율은 의료급여 수급권자가 1.62% 건강보험 가입자가 1.09%로 의료급여 수급

권자가 0.53%p 높았음.

- (알기 쉬운 설명: 간호사) 간호사가 이해하기 쉽게 설명 해 주지 않았다고 느끼는 비율은 의료급여 수급권자가 0.22% 건강보험 가입자가 0.90%로 의료급여 수급권자가 0.68%p 낮았음.

<표 2-9> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 의료이용 불만족 수준 비교

(단위: %, %p)

구분			2017년	2018년	변화
의사 서비스 경험	예의 있는 응대	의료급여	0.59	2.74	2.15
		건강보험	0.85	0.98	0.13
		전체	0.85	1.04	0.19
	알기 쉬운 설명	의료급여	0.97	1.71	0.74
		건강보험	1.08	0.79	-0.29
		전체	1.08	0.82	-0.26
	충분한 질의 기회 제공	의료급여	0.35	-	-0.35
		건강보험	1.17	0.80	-0.37
		전체	1.15	0.78	-0.38
	환자 의견 반영 진료	의료급여	0.84	0.17	-0.67
		건강보험	1.02	0.70	-0.32
		전체	1.02	0.68	-0.34
	불안에 공감 (2018년 신규 지표)	의료급여	-	-	-
		건강보험	-	1.12	1.12
		전체	-	1.08	1.08
간호사 서비스 경험	예의 있는 응대	의료급여	1.17	1.48	0.31
		건강보험	2.01	2.12	0.11
		전체	1.99	2.10	0.10
	알기 쉬운 설명	의료급여	-	1.62	1.62
		건강보험	1.19	1.09	-0.10
		전체	1.17	1.11	-0.05
		의료급여	-	0.22	0.22
		건강보험	1.11	0.90	-0.21
		전체	1.09	0.88	-0.21

자료: 신정우 외. (2018). 2018년도 의료서비스경험조사. 보건복지부·한국보건사회연구원; 신정우 외. (2017). 2017년도 의료서비스경험조사. 보건복지부·한국보건사회연구원의 2개년도 마이크로데이터를 활용하여 분석 실시
 주: 1) 해당 분석 결과는 '전혀 그렇지 않았다', '그렇지 않았다'에 응답한 환자의 비율임
 2) 2018년 데이터 기준 건강보험 97.1%, 의료급여 2.9%

제3절 의료급여 수급자 건강수준 평가

◆ **【의료급여 수급자 건강수준】** 의료필요 발생 전 단계부터 의료이용 단계, 그리고 최종 건강결과 단계까지 각 시점마다 건강보험 가입자와 비교를 통해 수급자의 특성 파악

1. 의료급여 수급자 건강수준 분석 틀

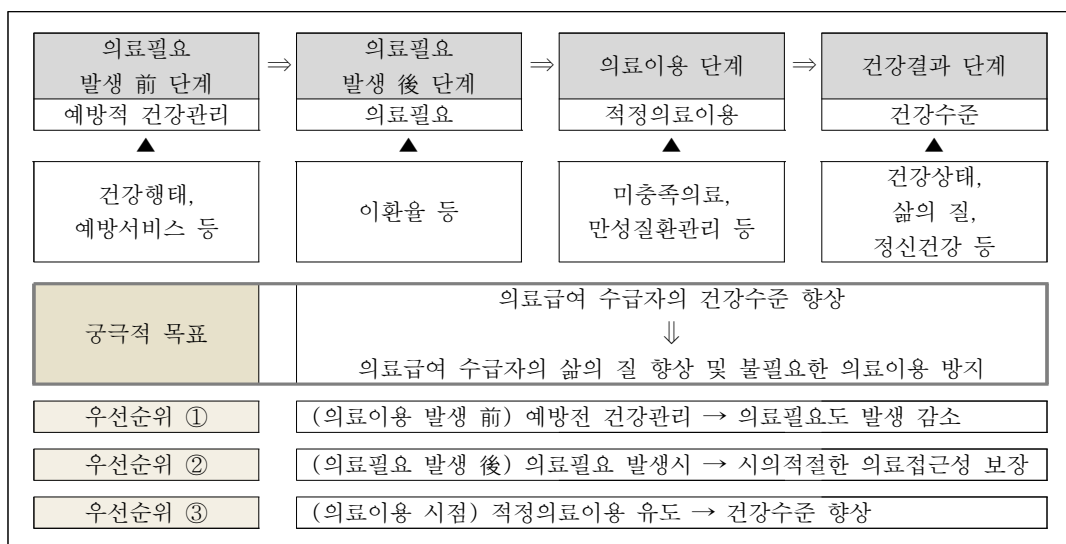
□ 예방적 건강관리부터 건강결과까지 “의료필요 여부”와 “의료이용 여부”에 따라 분석지점을 ①예방적 건강관리 단계, ②의료필요 단계, ③의료이용 단계, ④건강결과 등 네 단계로 구분함.

□ (분석 대상) 각 분석 지점별 의료급여 수급자, 건강보험 가입자의 소득수준별(전체, 저소득층)로 분석 대상을 세분화하여 대상자별 특성을 비교분석함.

□ (분석자료 및 시점) 다양한 자료원을 활용하여, 의료급여 수급자 및 건강보험 가입자의 의료이용 행태를 비교 분석함.

○ 국민건강영양조사 제6기(2013~2015년) 및 제7기(2016~2018년), 2018년 건강검진통계연보, 2018년 한국의료패널 자료 중 활용 가능한 변수를 이용함.

[그림 2-2] 의료급여 수급자 특성 분석 개념도



2. 건강수준 분석 결과

가. 예방적 건강관리 단계: 생활습관

【의의】 의료필요 발생 전 단계에서의 의료급여 수급자의 생활습관 행태 진단
【지표】 흡연, 음주, 신체활동, 비만, 식습관

□ 전반적으로 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 건강행태가 취약하였음.

○ 2018년 기준 흡연, 신체활동, 비만의 생활습관 지표의 경우 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 건강행태 수준이 저조한 것으로 나타남.

○ 음주의 경우 의료급여 수급권자의 월간 음주율(45.5%)과 고위험 음주율(12.1%)은 건강보험 가입자보다 각각 12.7%p, 1.8%p 낮은 수준이었으나, 건강보험 1분위 가입자보다는 각각 6.2%p, 3.1%p 높은 수준을 보임.

○ 의료급여 수급권자 중 의료필요도가 높은 사람이 많다는 점을 감안할 때, 의료급여 수급권자의 건강행태 관리가 더욱 중요할 것으로 판단됨.

<표 2-10> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 건강행태(생활습관) 비교 (단위: %, %p)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
흡연 (현재 흡연율)	의료급여	29.4	29.7	28.2	29.8	30.7	1.30
	건강보험	22.9	21.2	22.5	22.5	20.8	-2.04
	건강보험 1분위	16.2	21.1	16.6	16.6	15.2	-0.98
음주① (월간 음주율)	의료급여	35.5	47.9	39.0	40.9	45.5	10.07
	건강보험	58.9	59.2	60.1	59.9	58.2	-0.71
	건강보험 1분위	36.7	42.8	42.9	36.4	39.3	2.63
음주② (고위험 음주율)	의료급여	5.6	8.5	11.7	12.8	12.1	6.47
	건강보험	13.2	13.0	13.4	13.4	13.9	0.68
	건강보험 1분위	7.0	7.3	9.2	6.3	9.0	2.06
신체활동 (걷기 실천율)	의료급여	40.5	43.2	31.1	33.6	37.8	-2.66
	건강보험	41.4	40.6	39.3	38.8	39.4	-2.01
	건강보험 1분위	38.1	36.2	37.8	31.5	36.4	-1.70
비만 (비만 유병률)	의료급여	40.6	36.0	41.1	40.1	35.8	-4.75
	건강보험	31.2	34.2	35.4	34.8	35.0	3.85
	건강보험 1분위	29.8	36.5	39.2	36.9	35.6	5.74
식습관 (아침식사 결식률)	의료급여	25.2	30.0	24.3	24.4	23.5	-1.69
	건강보험	23.0	24.4	26.3	26.3	27.0	4.05
	건강보험 1분위	12.1	18.0	16.3	16.3	22.4	10.26

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) 현재 흡연율: 평생 담배 5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 분율

3) 하루 평균 흡연량: 현재 흡연자가 피우는 하루 평균 담배 개비 수

4) 월간 음주율: 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 분율

5) 고위험 음주율: 1회 평균 음주량이 남자는 7잔 이상, 여자는 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주한 분율

6) 걷기 실천율: 최근 1주일 동안 걷기를 1일 총 30분 이상, 주5일 이상 실천한 분율

7) 비만 유병률: 체질량지수(BMI) 25kg/m² 이상인 분율 (임신 여성 제외)

8) 아침식사 결식률: 조사 1일전 아침식사를 결식한 분율

나. 예방적 건강관리 단계: 건강검진

【의의】 의료필요 발생 전 단계에서의 예방적 의료서비스 이용 현황 진단

【지표】 일반건강검진, 암검진, 생애전환기 검진, 영유아건강검진

□ 영유아 건강검진에 대한 접근성은 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자 간 큰 차이가 없었으나, 일반건강검진에 대한 접근성은 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 35.0%p의 큰 차이로 낮았음.

○ 특히 의료급여 수급권자의 모든 검진비용은 전액 국가 및 지자체에서 부담하고 있음에도 불구하고, 전반적으로 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급권자의 검진 수검률이 크게 낮았음.

○ 최근 5년간(2014~2018년) 건강검진종별 수검률은 건강보험 가입자의 경우 다소 증가하는 추세를 나타내고 있으나, 의료급여 수급권자는 다소 감소하는 추세를 나타내고 있음.

○ 건강검진은 질병을 조기에 발견하여 적기에 치료토록 한 제도이나, 이러한 의료급여 수급권자의 예방적 건강서비스에 대한 접근성 취약은 곧 의료필요도 발생을 유인하는 요인으로 작용함.

<표 2-11> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 건강검진종별 수검률 추이 비교 (단위: %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
일반건강검진	의료급여	46.7	42.3	43.2	42.4	41.9	-4.8
	건강보험	74.8	76.1	77.7	78.5	76.9	2.1
암검진	의료급여	34.8	31.6	32.5	32.3	32.2	-2.6
	건강보험	45.8	48.3	49.2	50.4	53.9	8.1
생애전환기	의료급여	58.1	51.8	52.0	49.2	37.2	-20.9
	건강보험	75.2	77.1	79.3	79.8	-	4.6
영유아건강검진	의료급여	68.2	64.6	64.7	63.7	67.9	-0.3
	건강보험	69.8	69.5	71.9	72.1	74.5	4.7

자료: 건강검진통계연보, 의료급여 건강검진통계연보 각 연도

주: 1) 수검률=수검인원/대상인원×100

2) 만 40세, 66세에 제공하던 생애전환기건강진단은 2018년부터 일반건강검진에 통합(건강보험)

다. 예방적 건강관리 단계: 정신건강

【의의】 의료필요 발생 전 단계에서의 의료급여 수급자의 정신적 습관 진단

【지표】 스트레스 인지율, 우울장애 유병률, 자살 생각률

□ 전반적으로 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자가 스트레스, 우울증, 자살생각 등의 잘못된 정신적 습관을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타남.

○ 2018년 기준으로 우울증의 경우 의료급여 수급권자의 16.3%가 우울증상을 경험한 것으로 나타났고, 이는 건강보험 가입자에 비해 약 4.2배 높은 수준이고 건강보험 1분위 가입자에 비해서도 2.0배 높은 수준으로 나타났음.

○ 의료급여 수급권자의 스트레스 인지율은 36.6% (2018년 기준), 자살생각률은 18.6% (2017년 기준)로 건강보험 가입자보다 각각 9.6%p, 14.4%p 높았고, 건강보험 1분위 가입자보다도 각각 12.8%p, 7.7%p 높은 것으로 나타났음

○ 이러한 정신적 습관이 장기간 지속될 경우 신체적·정신적 건강에 유해한 영향을 미칠 수 있어, 의료필요도 발생 예방 차원에서 건강한 생활습관을 자발적으로 실천할 수 있도록 꾸준한 관리가 요구됨.

<표 2-12> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 정신건강 행태 비교

(단위: %, %p)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
스트레스 인지율	의료급여	39.2	45.9	39.0	33.5	36.6	-2.67
	건강보험	24.9	28.8	27.6	29.0	27.0	2.08
	건강보험 1분위	26.0	24.5	21.0	28.9	23.8	-2.22
우울장애 유병률	의료급여	31.7	-	24.3	-	16.3	-15.39
	건강보험	5.9	-	5.0	-	3.9	-1.99
	건강보험 1분위	14.5	-	10.0	-	8.0	-6.52
자살 생각률	의료급여	-	17.0	-	18.6	-	1.53
	건강보험	-	4.6	-	4.2	-	-0.32
	건강보험 1분위	-	9.4	-	10.9	-	1.44

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) 스트레스인지율: 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 분율

3) 우울장애 유병률: 우울증 선별도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 분율

4) 자살 생각률: 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는 분율

라. 의료필요 단계: 이환율

【의의】 예방적 건강관리 단계를 넘어서 **의료필요도가 발생하는 단계**

【지표】 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증, 빈혈

□ 만성질환 중 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증에서 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급권자의 이환율이 높았으며, 빈혈은 비슷한 수준임.

○ 2018년 기준 주요 만성질환인 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증의 경우 만 19세 이상 의료급여 수급권자의 이환율이 건강보험 가입자 대비 각각 14.2%p, 10.0%p, 7.0%p 정도 높게 나타났음.

○ 당뇨와 고콜레스테롤혈증의 이환율은 만 19세 이상 의료급여 수급권자와 건강보험 1분위 가입자가 비슷한 수준을 나타냈으며, 고혈압과 빈혈의 이환율은 만 19세 이상 의료급여 수급권자가 건강보험 1분위 가입자대비 각각 12.4%p, 8.5%p 낮게 나타났음

○ 최근 5년간 의료급여 수급권자의 고혈압, 고콜레스테롤혈증의 이환율은 다소 상승하였으며, 이는 건강보험 가입자들도 유사한 추세를 보여주고 있으나, 당뇨, 빈혈의 경우에는 의료급여 수급권자의 이환율은 다소 감소하는 반면 건강보험 가입자들은 다소 증가하는 추세를 나타내고 있음.

○ 앞선 분석에서 의료급여 수급권자에게 나타난 예방적 건강서비스의 취약성이 질병이환율의 증가로 이어졌고, 특히 의료급여 수급권자 중 노령인구가 많은 점을 고려하면 대부분이 의료적 필요도가 높은 것으로 분석됨.

<표 2-13> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 19세 이상)
(단위: %, %p)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
고혈압	의료급여	32.5	40.6	41.9	49.9	42.1	9.60
	건강보험	23.5	25.9	27.5	25.8	27.9	4.44
	건강보험 1분위	48.7	47.0	51.0	47.9	54.5	5.86
당뇨	의료급여	22.6	17.6	26.1	28.7	20.1	-2.44
	건강보험	8.6	8.4	10.3	10.0	10.1	1.48
	건강보험 1분위	18.6	18.3	22.8	22.6	21.5	2.87
고콜레스테롤혈증	의료급여	22.5	15.8	33.1	30.3	27.3	4.73
	건강보험	12.6	16.7	18.8	20.4	20.3	7.72
	건강보험 1분위	21.8	25.5	21.0	31.2	27.0	5.22

32 제2차 의료급여 3개년 기본계획 수립 연구

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
빈혈	의료급여	7.4	16.7	9.9	16.0	7.0	-0.41
	건강보험	6.2	6.8	7.8	7.7	7.4	1.25
	건강보험 1분위	9.5	9.4	11.3	13.5	15.5	5.95

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분을

3) 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사진단을 받았거나 혈당강하제복용 또는 인슐린 주사를 사용하는 분을

4) 총콜레스테롤이 240mg/dL 이상이거나 콜레스테롤강하제를 복용한 분을

5) 현재 빈혈(헤모글로빈 기준)을 가지고 있는 분을(헤모글로빈(g/dL) : 10-11세 11.5미만, 12-14세 12미만, 15세이상 비 임신여성 12미만, 임신여성 11미만, 남성 13미만)

<표 2-14> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 30세 이상)
(단위: %, %p)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
고혈압	의료급여	42.5	48.1	46.3	52.7	53.8	11.30
	건강보험	28.4	31.1	32.7	30.3	32.7	4.29
	건강보험 1분위	55.4	51.8	59.8	54.5	59.5	4.16
당뇨	의료급여	30.1	21.0	28.4	31.6	25.9	-4.21
	건강보험	10.5	10.2	12.4	11.8	12.1	1.51
	건강보험 1분위	21.6	20.5	26.7	26.7	24.1	2.52
고콜레스테롤혈증	의료급여	28.5	16.5	36.0	33.4	35.0	6.52
	건강보험	15.3	19.6	21.7	23.4	23.5	8.21
	건강보험 1분위	25.3	27.2	25.0	34.1	29.8	4.51
빈혈	의료급여	9.8	16.7	10.9	17.0	8.2	-1.60
	건강보험	6.9	7.4	8.6	8.0	8.3	1.37
	건강보험 1분위	10.8	10.3	12.2	14.8	16.9	6.07

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

<표 2-15> 의료급여 수급자 vs 건강보험 가입자의 만성질환 유병률 비교(만 65세 이상)
(단위: %, %p)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
고혈압	의료급여	76.2	73.4	71.9	70.5	71.0	-5.21
	건강보험	59.7	63.8	64.5	59.2	63.8	4.18
	건강보험 1분위	61.1	64.4	64.8	64.3	68.4	7.39
당뇨	의료급여	27.7	29.4	37.5	42.6	29.5	1.80
	건강보험	23.1	21.3	26.6	25.2	24.7	1.62
	건강보험 1분위	22.9	23.0	29.7	30.8	28.2	5.24
고콜레스테롤혈증	의료급여	38.4	29.2	39.5	46.9	44.9	6.49
	건강보험	25.1	30.8	28.5	34.5	36.0	10.99
	건강보험 1분위	25.3	31.3	24.3	35.3	34.4	9.09
빈혈	의료급여	17.0	18.5	16.3	21.6	12.2	-4.82
	건강보험	11.8	12.3	15.2	12.2	14.9	3.08
	건강보험 1분위	14.4	12.2	15.2	17.4	22.1	7.67

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

마. 적정의료이용 단계: 의료접근성

【의의】 의료필요도 발생 후 단계로, 시의적절한 의료접근성 필요

【지표】 미충족 의료(병의원), 경제적 미충족 의료

- 필수 의료서비스에 대한 접근성이 떨어지는 미충족 의료 경험율은 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급자들이 높은 것으로 나타났다.
- 2018년 기준 의료급여 수급권자의 병의원 미치료율은 17.1%로, 건강보험 가입자의 8.5%보다 8.6%p 높은 수준을 보였으며, 건강보험 1분위 가입자의 13.8% 보다 3.3%p 높은 것으로 나타났다.
- 최근 3년간 의료급여 수급권자의 병의원 미치료율은 2016년 17.6%에서 2018년 17.1%로 0.51%p 감소하였음.
- 특히, 경제적 취약계층일수록 경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율이 증가함.
- 미충족 의료를 경험한 의료급여 수급권자 중 59.7%가 경제적 이유로 필요 의료서비스를 제공받지 못하였고, 이는 건강보험 가입자의 13.0%보다 약 4.6배 정도 높은 수준이며, 건강보험 1분위 가입자의 50.5% 보다도 다소 높은 수준으로 나타났다.
- (미충족 의료와 삶의 질) 이와 같은 필요 대비 의료이용의 제약은 궁극적으로 수급권자의 건강수준과 삶의 질을 저하시키는 원인으로 작용함.
- 2018년 기준 경제적 이유로 미충족 의료를 경험한 의료급여 수급자의 삶의 질 수준은 100점 만점의 79.0점으로 미충족 의료를 경험하지 않은 수급자의 88.2점에 비해 낮은 수준임.

<표 2-16> 미충족 의료율 비교

(단위: %, %p)

구분		2016년	2017년	2018년	변화
연간 미충족 의료율 (병의원)	의료급여	17.6	16.7	17.1	-0.51
	건강보험	8.4	9.9	8.5	0.08
	건강보험 1분위	14.6	16.1	13.8	-0.75
경제적 미충족 의료율	의료급여	41.2	40.2	59.7	18.51
	건강보험	17.9	13.3	13.0	-4.93
	건강보험 1분위	56.0	31.9	50.5	-5.57

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 분을

3) 미충족 의료를 경험한 사람 중 경제적 이유로 필요 의료서비스를 받지 못한 분을

<표 2-17> 미충족 의료 경험 사유(2018년 기준)

(단위: %)

필요 의료서비스 미충족 사유	의료급여	건강보험	건강보험 1분위
시간이 없어서(내가 원하는 시간에 문을 열지 않아서, 직장 등을 비울 수 없어서, 아이를 봐줄 사람이 없어서 등)	8.0	54.3	25.9
증세가 가벼워서(시간이 지나면 좋아질 것 같아서)	8.8	21.1	12.3
경제적인 이유(진료비가 부담되어서)	59.7	13.0	50.5
교통편이 불편해서, 거리가 멀어서	8.1	2.8	5.9
병원에서 오래 기다리기 싫어서	-	0.9	-
병의원 등에 예약을 하기가 힘들어서	-	-	-
진료(검사 또는 치료) 받기가 무서워서	9.0	4.2	4.7
기타	6.4	3.7	0.7

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사

주: 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

<표 2-18> 경제적 미충족 의료 발생에 따른 삶의 질 비교

구분	2016년			2017년			2018년		
	경제적 미충족 경험 無	경제적 미충족 경험 有		경제적 미충족 경험 無	경제적 미충족 경험 有		경제적 미충족 경험 無	경제적 미충족 경험 有	
의료급여	0.833	>	0.707	0.850	>	0.826	0.882	>	0.790
건강보험	0.959	>	0.834	0.964	>	0.834	0.959	>	0.840
건강보험 1분위	0.894	>	0.760	0.896	>	0.668	0.902	>	0.676

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

<표 2-19> 경제적 미충족 의료 발생에 따른 건강상태 측정 비교(다소 지장 있는 수준)
(단위: %, %p)

구분		2016년	2017년	2018년	변화
운동능력	의료급여	61.5	45.4	47.0	-14.55
	건강보험	54.6	44.8	53.2	-1.44
	건강보험 1분위	67.2	73.6	62.0	-5.28
자기관리	의료급여	24.7	25.3	27.2	2.50
	건강보험	20.1	17.8	19.3	-0.89
	건강보험 1분위	23.3	49.8	25.9	2.60
일상활동	의료급여	57.5	32.2	59.2	1.66
	건강보험	35.2	35.7	39.6	4.47
	건강보험 1분위	46.6	50.3	54.0	7.35
통증/불편	의료급여	95.0	68.3	71.8	-23.15
	건강보험	59.9	74.4	61.0	1.10
	건강보험 1분위	74.2	86.5	66.4	-7.83
불안/우울	의료급여	83.2	49.9	46.0	-37.18
	건강보험	56.0	31.3	42.3	-13.66
	건강보험 1분위	58.0	38.6	40.9	-17.17

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

바. 적정의료이용 단계: 만성질환관리

【의의】 의료필요도 발생 후 의료이용 단계에서 만성질환관리 척도 중 복약순응도 분석

【지표】 복약순응도

□ 복약순응도란 처방받은 약을 정해진 방법대로 꾸준히 복용하는 것으로, 복약을 잊어버리거나 정기적인 복용에 어려움을 겪는 경우, 자발적으로 복용을 중단하는 경우 등으로 미순응이 발생함.

○ 2017년 기준 의료급여 수급권자의 복약 미순응도는 11.9%로 건강보험 가입자의 복약 미순응도 11.8% 보다 다소 높으며, 건강보험 1분위 가입자의 복약 미순응도 8.3%보다는 매우 높은 수준을 보이는 것으로 나타났다.

○ 의료급여 2종 수급권자의 복약 미순응도는 12.8%로 의료급여 1종 수급권자의 복약 미순응도 11.7%보다 다소 높게 나타났다.

○ 최근 5년간 의료급여 수급권자의 복약 미순응도는 2013년 16.8%에서 2017년 11.9%로 감소한 것으로 나타났다.

- 의료급여 수급권자의 경우 건강보험 가입자에 비해 복약미순응 사유가 증상 호전으로 자발적으로 복약을 중단한 경험, 효과 미미나 부작용으로 자발적으로 복약을 중단한 경험복약을 잊어버린 경험 비율이 높았음.

<표 2-20> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응도 연도별 비교
(단위: %, %p)

구분		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
복약 미순응	의료급여 전체	16.8	19.2	11.4	10.2	11.9	-4.93
	2중	16.4	18.6	12.7	10.7	12.8	-3.66
	1중	17.0	19.4	10.9	10.1	11.7	-5.33
	건강보험 전체	17.0	15.8	13.7	10.1	11.8	-5.24
	건강보험 1분위	14.7	11.7	12.4	9.3	8.3	-6.43

자료: 2017년 한국의료패널 자료 재구성(한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2018)

<표 2-21> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응 이유(2017년 기준)
(단위: %, %p)

구분	의료급여			건강보험	
	전체	2중	1중	1분위	전체
복약미순응	11.9	12.8	11.7	8.3	11.8
미순응1: 잊어버린 경험	14.3	8.7	16.1	21.4	20.6
미순응2: 자발적 복용중단(증상호전)	66.5	78.8	62.5	51.9	61.1
미순응3: 자발적 복용중단(효과미미, 부작용)	9.7	12.5	8.8	12	7.6
미순응4: 지속적 복용에 대한 건강 우려	7.5	-	9.9	14.8	9.5
미순응5: 기타	2.0	-	2.7	0.6	1.1

자료: 2017년 한국의료패널 자료 재구성(한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2018)

사. 건강수준

【의의】 의료필요도 발생 후, 적정의료이용 유도를 통한 건강수준 향상

【지표】 주관적 건강인지율, 삶의 질(EQ-5D Index)*

* 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증·불편, 불안·우울 5가지 건강상태의 질 가중치

- (주관적 건강상태) 2018년 기준 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 의료급여 수급권자의 비율은 14.8%로 2014년 12.8% 대비 1.98%p 증가하였음.

- 2018년 기준 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 건강보험 가입자는 31.2%, 건강보험 1분위 가입자는 22.2%로 의료급여 수급권자보다 각각 16.4%p,

7.4%p 더 높았음.

- 최근 5년간(2014~2018년) 의료급여 수급권자의 주관적 건강상태는 향상되고 있으며, 건강보험 가입자와의 격차는 2014년 19.3%p에서 2018년 16.4%p로 감소한 것으로 나타났음.

□ (삶의 질) 2018년 기준 의료급여 수급권자의 삶의 질 수준은 100점 만점의 87.1점으로 2014년 79.3점 대비 7.8점 향상되었음.

- 2018년 기준 건강보험 가입자의 삶의 질 수준은 95.6점, 건강보험 1분위 가입자의 삶의 질 수준은 88.7점으로 의료급여 수급권자보다 각각 8.5점, 1.6점 더 높았음.

- 최근 5년간(2014~2018년) 의료급여 수급권자의 삶의 질은 향상되었으며, 건강보험 가입자와의 격차는 2014년 16.1점에서 2018년 8.5점으로 감소한 것으로 나타났음.

<표 2-22> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 주관적 건강인지율 비교 (단위: %, %p)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
의료급여	12.8	12.7	18.6	10.0	14.8	1.98
건강보험	32.1	31.9	31.6	28.4	31.2	-0.98
건강보험 1분위	19.7	23.5	21.9	15.2	22.2	2.47

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) 평소에 본인의 건강이 '매우 좋음' 또는 '좋음'이라고 생각하는 분을

<표 2-23> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 삶의 질(EQ-5D index) 수준 비교

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	변화
의료급여	0.793	0.857	0.828	0.844	0.871	0.078
건강보험	0.954	0.954	0.957	0.960	0.956	0.002
건강보험 1분위	0.855	0.894	0.884	0.883	0.887	0.032

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 만 19세 이상 성인 대상, 가중치 적용

2) EQ-5D: 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증·불편, 불안·우울

3) 위의 수치는 「EQ-5D 건강상태에 건강상태 질가중치(질병관리본부, 삶의 질 조사도구(EQ-5D)의 질 가중치 추정 연구」(2007)를 반영한 값

제4절 의료급여 이용 및 재정 평가

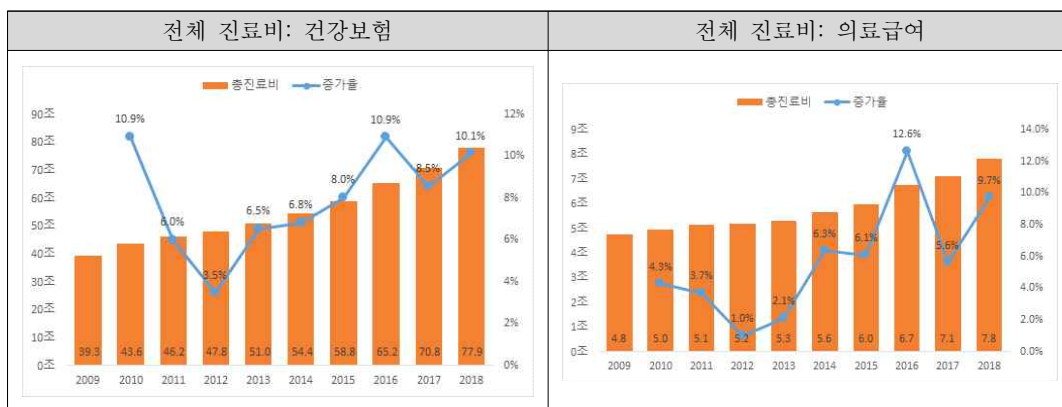
1. 의료급여 이용 및 재정의 주요현황

가. 진료비

□ 2018년 기준 전체 의료급여 진료비는 7.8조원 수준이었음.

- (연도별 추이) 전체 의료급여 진료비 지출 증가율은 2010년 전년 대비 4.3%에서 2012년 1.0%로 하락하였다가 이후 지속적으로 상승하고 있으며 2016년에는 12.6%, 2018년에는 9.7% 증가하는 등 최근 들어 진료비 지출이 급증한 것으로 나타났음.
- (vs 건강보험) 2012년 이후의 진료비 증가 현상은 건강보험에서도 동일하게 확인되었는데, 건강보험 진료비 증가율 역시 2010년 전년 대비 10.9%에서 2012년 3.5%로 하락하였다가 이후 지속적으로 상승하고 있으며 2016년에는 10.9%, 2018년에는 10.1% 증가하는 등 최근 들어 진료비 지출이 급증한 것으로 나타났음.
- (1종 vs 2종) 의료급여 종별로 구분하여 진료비 지출 증가율을 보면 최근 3년간 (2015~2018년) 1종의 연평균 증가율은 9.4%, 2종의 연평균 증가율은 8.2%이고 2018년의 전년대비 진료비 지출 증가율은 1종은 10.1%, 2종은 5.8%로 나타나 의료급여 1종의 진료비가 더욱 크게 증가한 것으로 확인되었음.

[그림 2-3] 전체 진료비 지출 현황 (2009~2018)





<표 2-24> 적용인구당 진료비: 전체 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	809		2,835		3,729		1,340	
2010년	892	10.2%	2,961	4.5%	3,929	5.4%	1,240	-7.5%
2011년	938	5.1%	3,195	7.9%	4,124	5.0%	1,260	1.6%
2012년	963	2.7%	3,447	7.9%	4,385	6.3%	1,236	-1.9%
2013년	1,019	5.8%	3,635	5.5%	4,600	4.9%	1,242	0.5%
2014년	1,082	6.1%	3,915	7.7%	4,946	7.5%	1,270	2.2%
2015년	1,164	7.6%	3,874	-1.0%	5,048	2.1%	1,156	-9.0%
2016년	1,284	10.3%	4,463	15.2%	5,722	13.4%	1,442	24.7%
2017년	1,389	8.2%	4,789	7.3%	6,074	6.2%	1,532	6.3%
2018년	1,526	9.8%	5,258	9.8%	6,587	8.4%	1,691	10.4%
'09-'12 평균증가율	6.0%		6.7%		5.5%		-2.7%	
'12-'15 평균증가율	6.5%		4.0%		4.8%		-2.2%	
'15-'18 평균증가율	9.4%		10.7%		9.3%		13.5%	
'09-'18 평균증가율	7.3%		7.1%		6.5%		2.6%	

<표 2-25> 적용인구당 입내원일수: 전체 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2009년	17.9		68.1		82.3		44.0	
2010년	18.5	3.3%	66.7	-1.9%	81.9	-0.5%	39.9	-9.5%
2011년	18.8	1.3%	69.4	4.0%	83.4	1.9%	40.2	0.9%
2012년	19.2	2.0%	73.7	6.2%	88.1	5.6%	39.9	-0.9%
2013년	19.4	1.1%	75.0	1.8%	89.7	1.9%	38.6	-3.2%
2014년	19.7	1.5%	76.9	2.5%	91.9	2.5%	38.2	-1.0%
2015년	19.6	-0.2%	72.4	-5.9%	89.3	-2.8%	33.1	-13.5%
2016년	20.3	3.3%	79.0	9.3%	95.6	7.0%	39.3	18.9%
2017년	20.3	0.0%	80.3	1.6%	96.3	0.7%	39.7	1.1%
2018년	20.6	1.6%	81.5	1.5%	96.8	0.6%	40.4	1.6%
'09-'12 평균증가율	2.2%		2.7%		2.3%		-3.3%	
'12-'15 평균증가율	0.8%		-0.6%		0.5%		-6.1%	
'15-'18 평균증가율	1.6%		4.1%		2.7%		6.9%	
'09-'18 평균증가율	1.5%		2.0%		1.8%		-1.0%	

<표 2-26> 입내원일당 진료비: 전체 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	45.1		41.7		45.3		30.4	
2010년	48.1	6.7%	44.4	6.5%	48.0	5.9%	31.1	2.2%
2011년	49.9	3.7%	46.0	3.8%	49.5	3.0%	31.3	0.7%
2012년	50.3	0.7%	46.8	1.6%	49.8	0.7%	31.0	-1.1%
2013년	52.6	4.6%	48.5	3.6%	51.3	3.0%	32.2	3.8%
2014년	55.0	4.6%	50.9	5.1%	53.8	4.9%	33.2	3.3%
2015년	59.3	7.8%	53.5	5.1%	56.5	5.0%	35.0	5.2%
2016년	63.4	6.8%	56.5	5.5%	59.9	5.9%	36.7	4.9%
2017년	68.5	8.2%	59.6	5.6%	63.1	5.4%	38.5	5.1%
2018년	74.1	8.1%	64.5	8.1%	68.0	7.8%	41.9	8.7%
'09-'12 평균증가율	3.7%		3.9%		3.2%		0.6%	
'12-'15 평균증가율	5.7%		4.6%		4.3%		4.1%	
'15-'18 평균증가율	7.7%		6.4%		6.4%		6.2%	
'09-'18 평균증가율	5.7%		5.0%		4.6%		3.6%	

1) 적용인구당 진료비

□ 2018년 기준 전체 의료급여의 적용인구당 진료비는 5,258천원이었음.

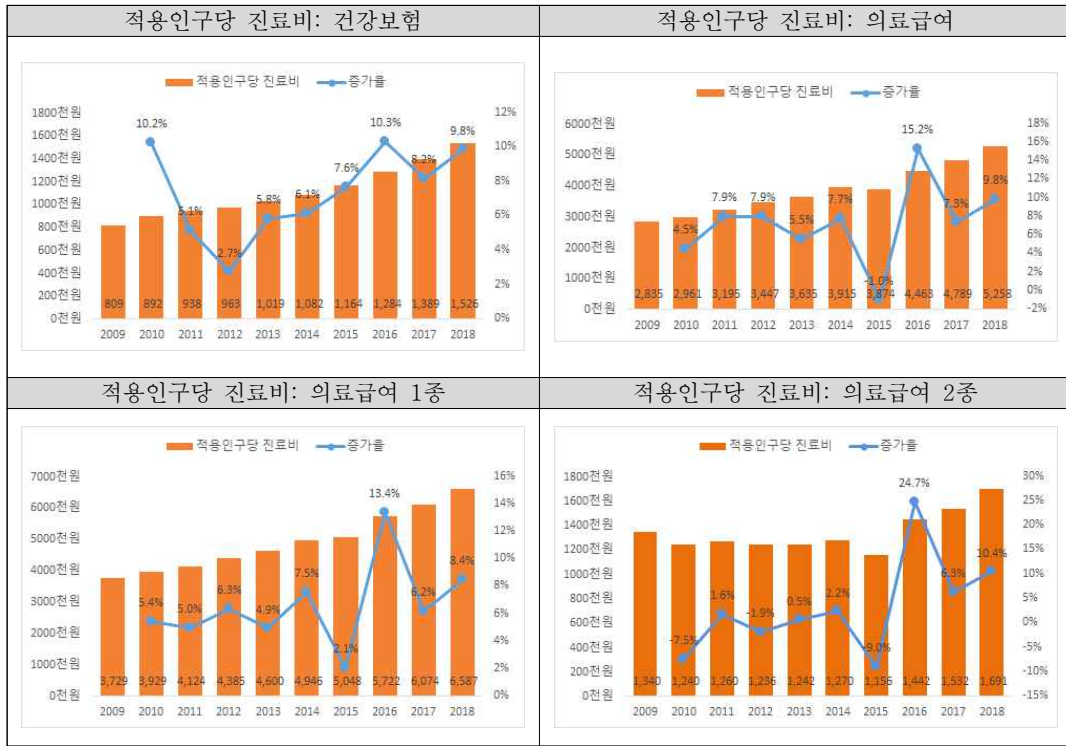
○ (연도별 추이) 적용인구당 진료비는 2010년부터 2014년까지 전년대비 4.5~7.9% 증가하는 수준이었으나 2015년 맞춤형 급여체계 도입에 따라 수급권자 수가 늘어나면서 1.0% 감소하였고, 이후 증가추세로 돌아서 2016년에는 15.2%, 2018년에는 9.8% 증가한 것으로 나타났음.

○ (vs 건강보험) 2018년 기준 의료급여의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 3.4배 수준임. (의료급여 5,258천원 vs 건강보험 1,526천원)

– 2016~2018년의 적용인구당 진료비 급증 현상은 건강보험에서도 동일하게 확인되었는데, 건강보험의 적용인구당 진료비는 2016년에는 10.3%, 2018년에는 9.8% 증가하여 의료급여와 비슷한 증가 양상을 보이고 있음.

○ (1종 vs 2종) 의료급여 종별로 구분하여 2018년 적용인구당 진료비 지출을 보면 1종이 2종에 비해 3.9배 수준이며 (1종 6,587천원 vs 2종 1,691천원), 2018년 전년 대비 증가율은 1종은 8.4%, 2종은 10.4%로 2종의 증가율이 다소 높은 것으로 확인되었음.

[그림 2-4] 적용인구당 진료비 지출 현황 (2009~2018)



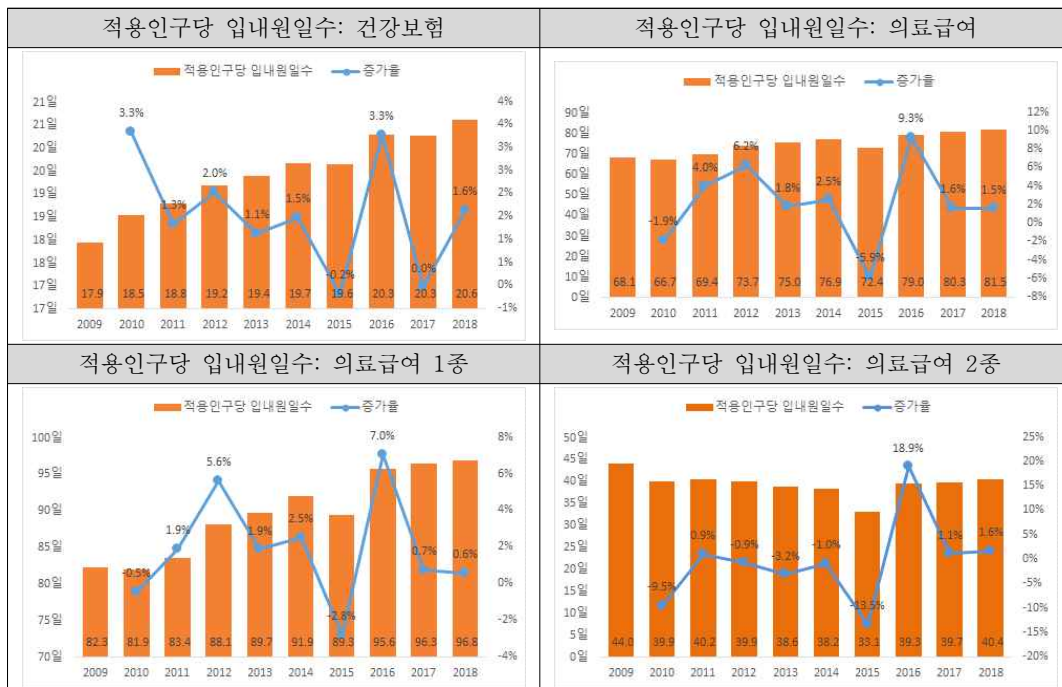
2) 적용인구당 입내원일수

□ 2018년 기준 전체 의료급여의 적용인구당 입내원일수는 81.5일이었음.

- (연도별 추이) 적용인구당 입내원일수는 2010년 전년 대비 1.9% 감소하였으나, 이후 증가추세로 돌아서 2011~2014년 1.8~6.2% 수준을 유지하다가 2015년 맞춤형 급여체계 도입에 따라 수급권자 수가 늘어나면서 5.9% 감소하였고, 이후 다시 증가추세로 돌아서 2016년에는 9.3%, 2018년에는 1.5% 증가한 것으로 나타났음.
- (vs 건강보험) 2018년 기준 의료급여의 적용인구당 입내원일수는 건강보험 대비 4.0배 수준이며 (의료급여 81.5일 vs 건강보험 20.6일), 전년 대비 적용인구당 입내원일수 증가율은 의료급여는 1.5%, 건강보험은 1.6%로 비슷한 증가율을 보이고 있음.

- (1종 vs 2종) 의료급여 종별로 구분하여 2018년 적용인구당 입내원일수를 보면 1종이 2종에 비해 2.4배 수준이며 (1종 96.8일 vs 2종 40.4일), 2018년 전년 대비 증가율은 1종은 0.6%, 2종은 1.6%로 2종의 증가율이 높은 것으로 확인되었음.

[그림 2-5] 적용인구당 입내원일수 현황 (2009~2018)



3) 입내원일당 진료비

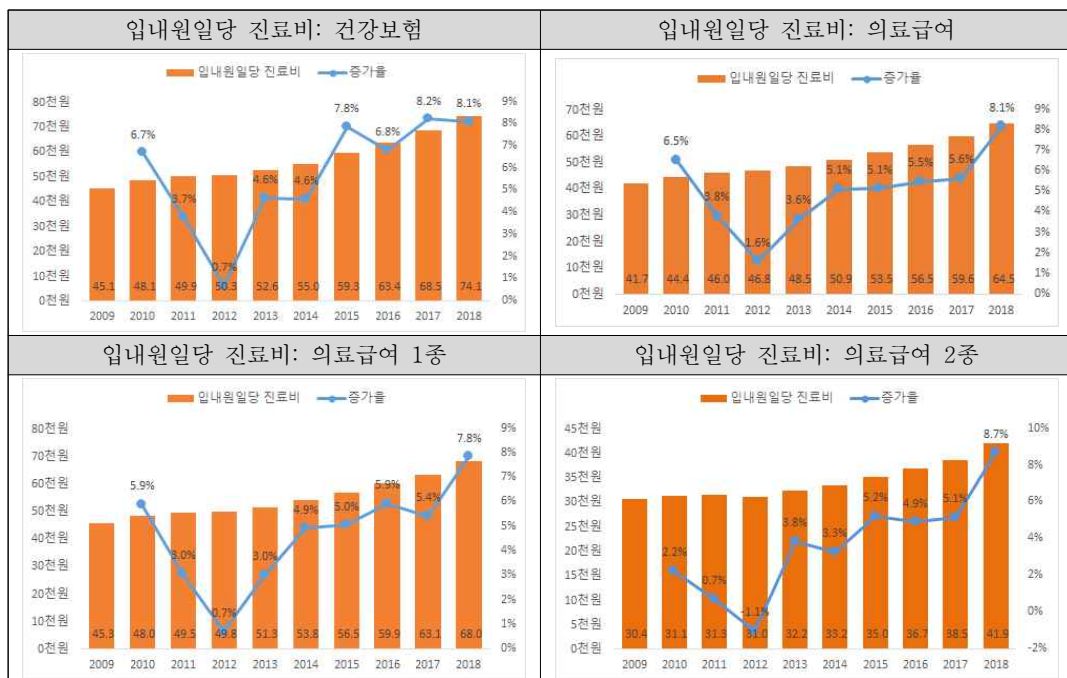
□ 2018년 기준 전체 의료급여 입내원일당 진료비는 64.5천원이었음.

- (연도별 추이) 입내원일당 진료비의 증가율은 2010년 전년 대비 6.5%에서 2012년 0.7%로 하락하였다가 이후 상승 추세에 있으며 2018년에는 8.1% 증가하는 등 최근 들어 입내원일당 진료비가 매년 7~8% 수준에서 증가하는 것으로 나타났음.
- (vs 건강보험) 2018년 건강보험의 입내원일당 진료비는 74.1천원으로 의료급여 64.5천원보다 9.6천원이 더 높았음.

－ 입내원일당 진료비가 의료이용 강도를 나타내는 것을 고려했을 때, **의료강도는 의료급여보다 건강보험이 더 높은 경향**을 보였음.

○ (1종 vs 2종) 의료급여 종별로 구분하여 2018년 입내원일당 진료비를 보면 1종이 2종에 비해 1.6배 수준이며 (1종 68.0천원 vs 2종 41.9천원), 건강보험과 비교하여 의료급여 1종, 2종 모두 건강보험 대비 의료강도가 낮은 것으로 확인되었음.

[그림 2-6] 입내원일당 진료비 현황 (2009~2018)



나. 진료행태별

□ (진료비 지출 현황) 2018년 기준 전체 의료급여 진료비 7.8조원 중 입원진료비는 4.2조원으로 54.1%, 외래는 2.3조원으로 29.8%, 약국은 1.3조원으로 16.1%를 차지하는 것으로 나타났음.

○ 한편, 2018년 전체 의료급여 진료비는 2009년 대비 3.1조원(64.2% ↑)이 증가하였는데, 이 중 입원 진료비 증가가 1.9조원으로 약 61.2%, 외래 진료비 증가가 0.9조원으로 약 29.5%를 차지하고 있었음.

- 2009~2018년 연평균 외래진료비는 약 5.6%, 약국은 약 2.9%씩 증가했으나, 입원진료비는 6.7%씩 증가하여 입원 진료비 증가가 의료급여 진료비 증가를 주도하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 2-7] 연도별 의료급여 진료비 증가 추이 (2009~2018)



<표 2-27> 진료행태별 의료급여 진료비 추이

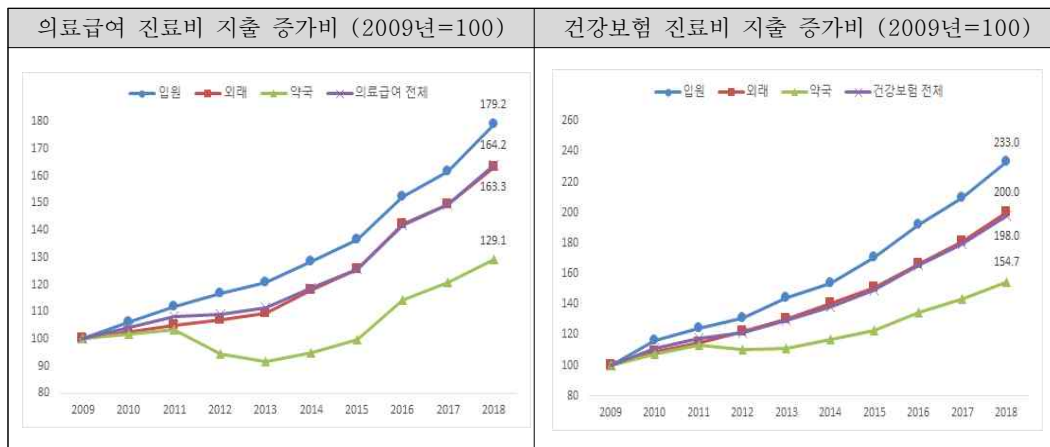
구분	입원		외래		약국	
	억원	증가율	억원	증가율	억원	증가율
2009년	23,588		14,223		9,737	
2010년	25,093	6.4%	14,580	2.5%	9,909	1.8%
2011년	26,411	5.3%	14,958	2.6%	10,054	1.5%
2012년	27,535	4.3%	15,225	1.8%	9,188	-8.6%
2013년	28,531	3.6%	15,591	2.4%	8,915	-3.0%
2014년	30,355	6.4%	16,807	7.8%	9,242	3.7%
2015년	32,236	6.2%	17,854	6.2%	9,732	5.3%
2016년	35,984	11.6%	20,252	13.4%	11,139	14.5%
2017년	38,089	5.8%	21,286	5.1%	11,782	5.8%
2018년	42,269	11.0%	23,228	9.1%	12,574	6.7%
09-12 평균증가율	5.3%		2.3%		-1.9%	
12-15 평균증가율	5.4%		5.5%		1.9%	
15-18 평균증가율	9.5%		9.2%		8.9%	
09-18 평균증가율	6.7%		5.6%		2.9%	

□ (지출 증가비) 한편, 2009년 진료비 수준을 100으로 설정하고, 2018년의 진료비 지출 증가비를 진료행태별로 살펴보면 입원 증가비는 179.2, 외래는 163.3, 약국은 129.1인 것으로 나타났음.

○ (vs 건강보험) 2009년과 비교시 건강보험은 의료급여보다 지출 증가비가 더 높은 경향을 보였는데, 특히, 건강보험의 입원 증가비는 198.0으로 의료급여의 164.2 보다 높게 나타났음.

○ 또한, 입원 진료비의 높은 증가는 의료급여 뿐만 아니라 건강보험에서도 나타나고 있는 현상으로, 이는 노인인구 증가, 보장성 강화 정책 등에 기인하고 있는 것으로 보임.

[그림 2-8] 연도별 의료급여 진료비 증가 추이 (2009~2018)



□ (입원 진료비 비중) 2018년 기준 의료급여의 입원 진료비 비중은 54.1%로 건강보험의 입원 진료비 비중인 37.0%에 비해 약 1.5배 높은 것으로 나타났음.

○ (연도별 추이) 의료급여와 건강보험의 입원 진료비 비중은 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있음.

– 의료급여 입원 진료비 비중은 2009년 49.6%에서 2018년 54.1%로 증가하였으며, 건강보험 입원 진료비 비중은 2009년 31.5%에서 2018년 37.0%로 증가하였음.

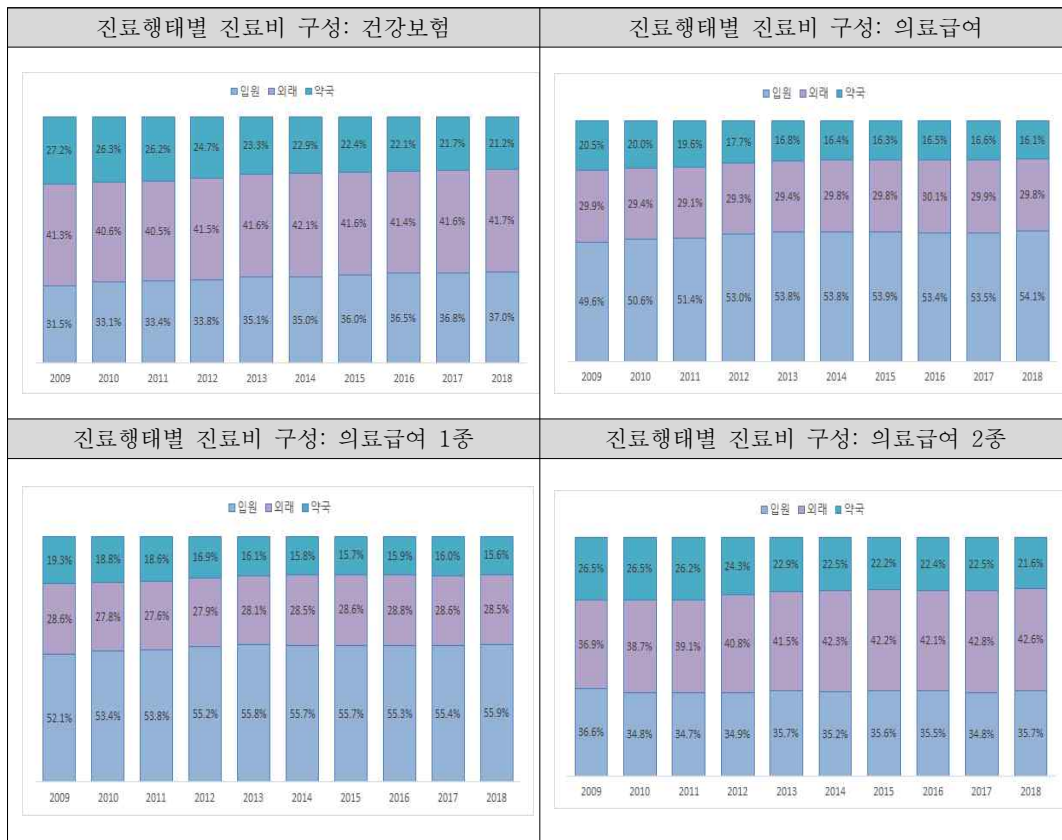
○ (의료급여 종별) 한편, 의료급여 2종은 의료급여 1종 뿐 아니라 건강보험보다도 입원비 비중이 낮은 것으로 확인되었음.

– 2018년 의료급여 2종 입원 진료비 비중은 35.7%로 의료급여 1종의 55.9%, 건강보험의 37.0%보다 낮은 수준으로 나타났음.

○ 특히, 의료급여 2종의 경우 의료급여 1종과 건강보험과는 달리 입원 진료비 비중이 감소하는 추세를 보이고 있었음.

– 2009년 의료급여 2종의 입원 진료비 비중은 36.6%였는데, 2018년에는 35.7%로 0.9%p 감소한 것으로 나타났음.

[그림 2-9] 진료행태별 진료비 구성비 (2009~2018)



<표 2-28> 적용인구당 진료비: 입원 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	255		1,406		1,943		491	
2010년	295	15.9%	1,499	6.6%	2,099	8.0%	432	-12.1%
2011년	313	6.1%	1,641	9.5%	2,219	5.7%	437	1.3%
2012년	326	4.0%	1,827	11.3%	2,419	9.0%	431	-1.5%
2013년	358	9.9%	1,956	7.0%	2,565	6.0%	443	2.8%
2014년	378	5.8%	2,107	7.7%	2,754	7.3%	447	1.0%
2015년	419	10.8%	2,087	-0.9%	2,812	2.1%	411	-8.0%
2016년	469	11.7%	2,384	14.2%	3,164	12.5%	512	24.4%
2017년	510	8.9%	2,564	7.5%	3,365	6.4%	532	4.0%
2018년	565	10.7%	2,847	11.1%	3,682	9.4%	604	13.5%
'09-'12 평균증가율	8.5%		9.1%		7.6%		-4.2%	
'12-'15 평균증가율	8.8%		4.5%		5.1%		-1.5%	
'15-'18 평균증가율	10.4%		10.9%		9.4%		13.7%	
'09-'18 평균증가율	9.3%		8.2%		7.4%		2.3%	

<표 2-29> 적용인구당 입내원일수: 입원 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2009년	1.9		20.2		28.1		6.2	
2010년	2.1	11.2%	20.5	1.5%	29.1	3.4%	5.1	-18.1%
2011년	2.2	3.8%	22.1	7.8%	30.2	3.7%	5.2	1.6%
2012년	2.3	4.6%	24.4	10.7%	32.6	8.1%	5.1	-0.9%
2013년	2.5	7.9%	25.9	6.2%	34.3	5.0%	5.3	2.9%
2014년	2.6	4.8%	27.2	4.8%	35.7	4.3%	5.3	0.8%
2015년	2.7	2.4%	25.8	-5.0%	35.0	-1.9%	4.6	-14.3%
2016년	2.8	4.3%	27.7	7.2%	37.0	5.7%	5.3	16.0%
2017년	2.8	1.3%	28.1	1.7%	37.2	0.5%	5.2	-2.3%
2018년	2.9	1.6%	28.6	1.7%	37.3	0.3%	5.3	1.9%
'09-'12 평균증가율	6.5%		6.6%		5.0%		-6.2%	
'12-'15 평균증가율	5.0%		1.9%		2.4%		-3.9%	
'15-'18 평균증가율	2.4%		3.5%		2.1%		4.9%	
'09-'18 평균증가율	4.6%		4.0%		3.2%		-1.8%	

<표 2-30> 입내원일당 진료비: 입원 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	133.7		69.7		69.1		78.8	
2010년	139.3	4.2%	73.2	5.0%	72.1	4.4%	84.5	7.3%
2011년	142.3	2.1%	74.4	1.6%	73.6	2.0%	84.3	-0.3%
2012년	141.6	-0.5%	74.8	0.6%	74.2	0.8%	83.8	-0.5%
2013년	144.1	1.8%	75.4	0.8%	74.9	0.9%	83.8	-0.1%
2014년	145.4	0.9%	77.5	2.7%	77.1	3.0%	83.9	0.2%
2015년	157.4	8.2%	80.8	4.3%	80.3	4.1%	90.1	7.3%
2016년	168.6	7.1%	86.1	6.6%	85.5	6.5%	96.6	7.3%
2017년	181.2	7.5%	91.1	5.8%	90.4	5.8%	102.9	6.5%
2018년	197.6	9.0%	99.5	9.2%	98.7	9.1%	114.7	11.4%
'09-'12 평균증가율	1.9%		2.4%		2.4%		2.1%	
'12-'15 평균증가율	3.6%		2.6%		2.7%		2.4%	
'15-'18 평균증가율	7.9%		7.2%		7.1%		8.4%	
'09-'18 평균증가율	4.4%		4.0%		4.0%		4.3%	

<표 2-31> 적용인구당 진료비: 외래 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	334		848		1,066		495	
2010년	362	8.3%	871	2.7%	1,091	2.3%	479	-3.1%
2011년	379	4.8%	929	6.7%	1,139	4.4%	492	2.7%
2012년	400	5.4%	1,010	8.7%	1,225	7.5%	504	2.4%
2013년	424	6.0%	1,069	5.8%	1,292	5.5%	515	2.1%
2014년	455	7.3%	1,167	9.2%	1,412	9.3%	537	4.3%
2015년	484	6.5%	1,156	-0.9%	1,445	2.3%	488	-9.1%
2016년	531	9.7%	1,342	16.0%	1,648	14.1%	606	24.2%
2017년	578	8.7%	1,433	6.8%	1,739	5.5%	655	8.1%
2018년	636	10.2%	1,565	9.2%	1,878	8.0%	721	10.1%
09-12 평균증가율	6.2%		6.0%		4.7%		0.6%	
12-15 평균증가율	6.6%		4.6%		5.7%		-1.1%	
15-18 평균증가율	9.5%		10.6%		9.1%		13.9%	
09-18 평균증가율	7.4%		7.0%		6.5%		4.3%	

<표 2-32> 적용인구당 입내원일수: 외래 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2009년	16.0		31.1		35.5		23.9	
2010년	16.4	2.4%	30.1	-3.2%	34.6	-2.5%	22.0	-7.7%
2011년	16.6	1.0%	30.8	2.5%	35.0	1.0%	22.2	0.9%
2012년	16.8	1.7%	32.2	4.6%	36.5	4.5%	22.1	-0.5%
2013년	16.9	0.2%	32.3	0.1%	36.7	0.3%	21.4	-3.2%
2014년	17.0	1.0%	32.8	1.6%	37.3	1.8%	21.2	-0.8%
2015년	16.9	-0.6%	30.7	-6.4%	36.0	-3.5%	18.4	-13.4%
2016년	17.5	3.1%	34.0	10.6%	39.0	8.2%	21.9	19.4%
2017년	17.4	-0.2%	34.7	2.0%	39.5	1.3%	22.4	1.9%
2018년	17.7	1.6%	35.2	1.7%	39.9	0.9%	22.8	1.9%
09-12 평균증가율	1.7%		1.2%		0.9%		-2.5%	
12-15 평균증가율	0.2%		-1.6%		-0.5%		-6.0%	
15-18 평균증가율	1.5%		4.7%		3.4%		7.4%	
09-18 평균증가율	1.1%		1.4%		1.3%		-0.5%	

<표 2-33> 입내원일당 진료비: 외래 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	20.9		27.3		30.0		20.7	
2010년	22.1	5.7%	28.9	6.0%	31.5	5.0%	21.8	5.0%
2011년	22.9	3.7%	30.1	4.1%	32.6	3.4%	22.2	1.8%
2012년	23.8	3.7%	31.3	4.0%	33.5	2.9%	22.8	2.9%
2013년	25.1	5.7%	33.1	5.7%	35.2	5.1%	24.1	5.5%
2014년	26.7	6.3%	35.6	7.4%	37.8	7.4%	25.3	5.2%
2015년	28.6	7.1%	37.7	5.9%	40.1	6.0%	26.6	4.9%
2016년	30.4	6.4%	39.5	4.9%	42.3	5.4%	27.6	4.0%
2017년	33.1	9.0%	41.3	4.7%	44.0	4.2%	29.3	6.0%
2018년	35.9	8.4%	44.4	7.4%	47.1	7.0%	31.7	8.0%
09-12 평균증가율	4.4%		4.7%		3.8%		3.2%	
12-15 평균증가율	6.4%		6.3%		6.2%		5.2%	
15-18 평균증가율	7.9%		5.7%		5.5%		6.0%	
09-18 평균증가율	6.2%		5.6%		5.1%		4.8%	

<표 2-34> 적용인구당 진료비: 약국 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	220		581		720		355	
2010년	235	6.7%	592	1.9%	740	2.7%	329	-7.2%
2011년	245	4.5%	625	5.6%	766	3.6%	330	0.4%
2012년	238	-3.2%	610	-2.4%	741	-3.3%	301	-9.0%
2013년	238	0.0%	611	0.2%	743	0.3%	284	-5.5%
2014년	248	4.5%	641	5.0%	780	5.0%	285	0.5%
2015년	260	4.9%	630	-1.8%	792	1.5%	256	-10.2%
2016년	284	9.1%	738	17.1%	911	15.0%	323	26.1%
2017년	301	5.9%	793	7.5%	970	6.5%	344	6.5%
2018년	324	7.7%	847	6.8%	1,026	5.8%	366	6.2%
09~12 평균증가율	2.6%		1.6%		1.0%		-5.4%	
12~15 평균증가율	3.1%		1.1%		2.2%		-5.2%	
15~18 평균증가율	7.5%		10.4%		9.0%		12.6%	
09~18 평균증가율	4.4%		4.3%		4.0%		0.3%	

<표 2-35> 적용인구당 입내원일수: 약국 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	일	증가율	일	증가율	일	증가율	일	증가율
2009년	9.4		16.8		18.6		13.9	
2010년	9.5	1.5%	16.2	-3.7%	18.1	-2.4%	12.7	-8.7%
2011년	9.6	1.0%	16.5	1.9%	18.3	0.7%	12.8	0.6%
2012년	9.8	2.3%	17.0	3.3%	18.9	3.6%	12.6	-1.5%
2013년	9.6	-2.0%	16.8	-1.4%	18.8	-0.8%	11.9	-5.7%
2014년	9.7	0.7%	16.9	0.4%	18.9	0.6%	11.7	-2.1%
2015년	9.6	-0.9%	15.8	-6.2%	18.3	-3.2%	10.1	-13.2%
2016년	10.0	3.9%	17.4	10.0%	19.6	7.3%	12.1	19.4%
2017년	9.9	-1.1%	17.5	0.6%	19.6	-0.1%	12.2	1.0%
2018년	10.1	2.0%	17.7	1.0%	19.7	0.4%	12.3	1.0%
09~12 평균증가율	1.6%		0.4%		0.6%		-3.3%	
12~15 평균증가율	-0.7%		-2.5%		-1.1%		-7.1%	
15~18 평균증가율	1.6%		3.8%		2.5%		6.8%	
09~18 평균증가율	0.8%		0.6%		0.6%		-1.4%	

<표 2-36> 입내원일당 진료비: 약국 (2009~2018)

구분	건강보험		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율	천원	증가율
2009년	23.5		34.5		38.7		25.4	
2010년	24.7	5.2%	36.6	5.9%	40.8	5.3%	25.8	1.6%
2011년	25.5	3.4%	37.9	3.6%	42.0	2.9%	25.8	-0.2%
2012년	24.2	-5.3%	35.8	-5.5%	39.2	-6.6%	23.8	-7.6%
2013년	24.7	2.1%	36.4	1.7%	39.6	1.0%	23.9	0.2%
2014년	25.6	3.8%	38.0	4.6%	41.3	4.4%	24.5	2.6%
2015년	27.1	5.9%	39.8	4.7%	43.3	4.8%	25.3	3.5%
2016년	28.5	5.0%	42.4	6.5%	46.5	7.2%	26.8	5.6%
2017년	30.5	7.1%	45.3	6.8%	49.5	6.6%	28.2	5.4%
2018년	32.2	5.5%	47.9	5.7%	52.2	5.4%	29.7	5.2%
09~12 평균증가율	1.0%		1.2%		0.4%		-2.2%	
12~15 평균증가율	3.9%		3.6%		3.4%		2.1%	
15~18 평균증가율	5.9%		6.3%		6.4%		5.4%	
09~18 평균증가율	3.6%		3.7%		3.4%		1.7%	

다. 연령별

□ 2018년 의료급여 수급권자의 연령별 구성비를 살펴보면, 65세 이상이 35.0%로 의료급여 수급권자 3명 중의 1명은 65세 이상인구인 것으로 나타났다.

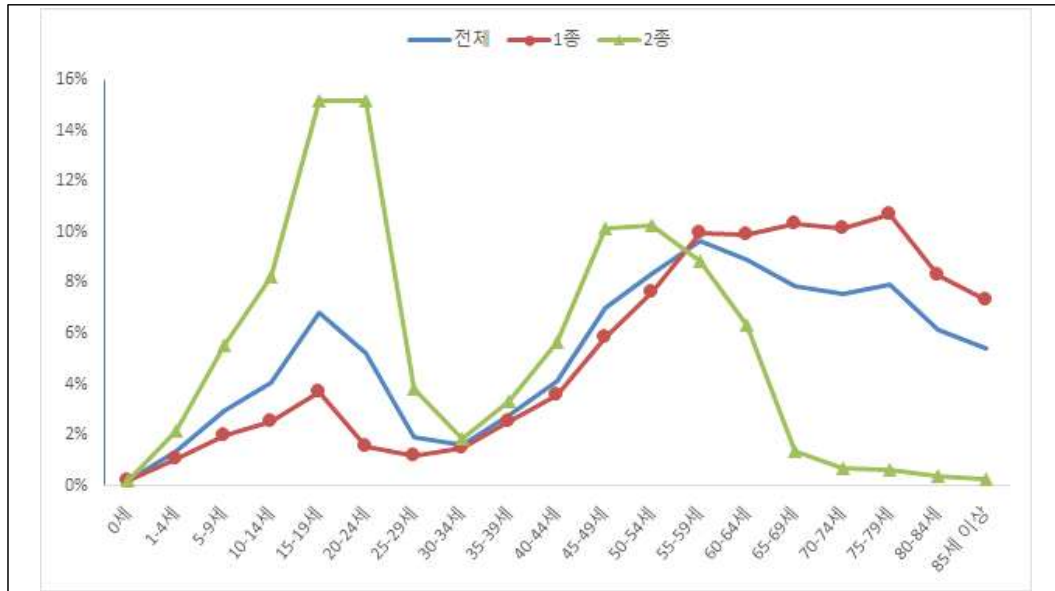
○ 의료급여 1종 수급권자의 경우 65세 이상이 46.8%로 2명 중의 1명은 65세 이상인구인 것으로 나타났다.

○ 반면, 의료급여 2종 수급권자의 경우 20세 미만이 31.3%, 20-64세가 65.4%, 65세 이상이 3.3%로 65세 이상 인구 비중이 크게 낮은 것으로 나타났다.

<표 2-37> 의료급여 수급권자 연령별 구성비 현황 (2018년)

구분	연령별 수급권자 수			연령별 수급권자 구성비		
	전체	1종	2종	전체	1종	2종
계	1,484,671	1,081,803	402,868	100.0%	100.0%	100.0%
0세	2,886	2,145	741	0.2%	0.2%	0.2%
1-4세	20,206	11,477	8,729	1.4%	1.1%	2.2%
5-9세	43,927	21,534	22,393	3.0%	2.0%	5.6%
10-14세	60,811	27,519	33,292	4.1%	2.5%	8.3%
15-19세	101,152	40,026	61,126	6.8%	3.7%	15.2%
20-24세	78,136	17,065	61,071	5.3%	1.6%	15.2%
25-29세	28,512	13,046	15,466	1.9%	1.2%	3.8%
30-34세	23,670	16,246	7,424	1.6%	1.5%	1.8%
35-39세	40,948	27,581	13,367	2.8%	2.5%	3.3%
40-44세	61,220	38,477	22,743	4.1%	3.6%	5.6%
45-49세	104,269	63,475	40,794	7.0%	5.9%	10.1%
50-54세	123,841	82,474	41,367	8.3%	7.6%	10.3%
55-59세	143,112	107,467	35,645	9.6%	9.9%	8.8%
60-64세	132,504	107,059	25,445	8.9%	9.9%	6.3%
65-69세	116,890	111,451	5,439	7.9%	10.3%	1.4%
70-74세	112,276	109,593	2,683	7.6%	10.1%	0.7%
75-79세	118,218	115,731	2,487	8.0%	10.7%	0.6%
80-84세	91,512	89,915	1,597	6.2%	8.3%	0.4%
85세 이상	80,581	79,522	1,059	5.4%	7.4%	0.3%
20세 미만	228,982	102,701	126,281	15.4%	9.5%	31.3%
20-64세	736,212	472,890	263,322	49.6%	43.7%	65.4%
65세 이상	519,477	506,212	13,265	35.0%	46.8%	3.3%

[그림 2-10] 의료급여 수급권자 연령별 구성비 현황 (2018년)



□ (연령별 진료실인원당 진료비) 2018년 기준 20-64세 연령구간에서는 건강보험 대비 의료급여 수급권자는 약 3.40배의 진료비를 지출하였으나, 65-75세 연령구간과 75세 이상 연령구간에서는 각각 1.47배, 1.12배의 진료비를 지출하는 것으로 나타나, 연령이 늘어날수록 건강보험 가입자 대비 진료비 지출 격차가 줄어드는 것으로 확인되었음.

○ (연령별 진료실인원당 입원 진료비) 20-64세 연령구간에서는 건강보험 대비 의료급여 수급권자는 약 2.80배의 입원 진료비를 지출하였으나, 65-75세 연령구간과 75세 이상 연령구간에서는 각각 1.51배, 0.93배의 입원 진료비를 지출하는 것으로 나타남.

○ (연령별 진료실인원당 외래 진료비) 20-64세 연령구간에서는 건강보험 대비 의료급여 수급권자는 약 2.39배의 외래 진료비를 지출하였으나, 65-75세 연령구간과 75세 이상 연령구간에서는 각각 1.10배, 1.00배의 외래 진료비를 지출하는 것으로 나타남.

○ (연령별 진료실인원당 약국 진료비) 20-64세 연령구간에서는 건강보험 대비 의료급여 수급권자는 약 2.37배의 약국 진료비를 지출하였으나, 65-75세 연

령구간과 75세 이상 연령구간에서는 각 각 1.30배, 1.13배의 약국 진료비를 지출하는 것으로 나타남.

[그림 2-11] 연령별 진료실인원당 진료비: 전체 (2018년)



주: 의료급여 실인원 및 진료비는 기타(행려자중 연령구분 불가능자) 수치를 제외. 의료급여 실인원은 주민번호 및 종별변경 등으로 전체 합계 실인원과 일치하지 않음.

<표 2-38> 연령별 진료실인원당 진료비: 전체 (2018년)

구분	건강보험 A (만원)	의료급여 B (만원)	B/A
0세	199	110	0.55
1~4세	125	102	0.82
5~9세	78	78	1.00
10~14세	52	66	1.26
15~19세	50	72	1.43
20~24세	55	86	1.57
25~29세	66	154	2.33
30~34세	85	262	3.08
35~39세	91	313	3.45
40~44세	98	342	3.49
45~49세	114	394	3.45
50~54세	147	479	3.27
55~59세	186	545	2.93
60~64세	237	588	2.48
65~69세	329	541	1.64
70~74세	406	527	1.30
75~79세	487	571	1.17
80~84세	559	615	1.10
85세이상	645	660	1.02
20~64세	122	416	3.40
65세이상	442	577	1.31
65~75세	363	534	1.47
75세이상	543	610	1.12

주: 의료급여 실인원 및 진료비는 기타(행려자중 연령구분 불가능자) 수치를 제외. 의료급여 실인원은 주민번호 및 중별변경 등으로 전체 합계 실인원과 일치하지 않음.

<표 2-39> 연령별 진료실인원당 진료비: 입원 (2018년)

구분	건강보험 A (만원)	의료급여 B (만원)	B/A
0세	175	275	1.57
1~4세	136	199	1.46
5~9세	126	196	1.56
10~14세	156	206	1.32
15~19세	187	238	1.28
20~24세	184	298	1.62
25~29세	187	491	2.63
30~34세	197	625	3.18
35~39세	222	687	3.10
40~44세	259	733	2.83
45~49세	299	802	2.69
50~54세	332	881	2.65
55~59세	378	936	2.47
60~64세	445	960	2.16
65~69세	529	896	1.69
70~74세	622	836	1.34
75~79세	738	860	1.17
80~84세	884	936	1.06
85세이상	1095	655	0.60
20~64세	300	842	2.80
65세이상	737	834	1.13
65~75세	573	866	1.51
75세이상	878	815	0.93

주: 의료급여 실인원 및 진료비는 기타(행려자중 연령구분 불가능자) 수치를 제외. 의료급여 실인원은 주민번호 및 중별변경 등으로 전체 합계 실인원과 일치하지 않음.

<표 2-40> 연령별 진료실인원당 진료비: 외래 (2018년)

구분	건강보험 A (만원)	의료급여 B (만원)	B/A
0세	25	14	0.58
1~4세	59	41	0.69
5~9세	46	43	0.92
10~14세	32	39	1.21
15~19세	28	38	1.34
20~24세	31	44	1.43
25~29세	38	69	1.82
30~34세	47	108	2.28
35~39세	49	125	2.54
40~44세	51	133	2.61
45~49세	55	142	2.56
50~54세	67	159	2.37
55~59세	79	167	2.10
60~64세	95	175	1.84
65~69세	140	179	1.28
70~74세	161	175	1.09
75~79세	164	172	1.05
80~84세	147	150	1.02
85세이상	105	105	1.01
20-64세	58	139	2.39
65세이상	148	160	1.08
65-75세	149	177	1.19
75세이상	147	147	1.00

주: 의료급여 실인원 및 진료비는 기타(행려자중 연령구분 불가능자) 수치를 제외. 의료급여 실인원은 주민번호 및 종별변경 등으로 전체 합계 실인원과 일치하지 않음.

<표 2-41> 연령별 진료실인원당 진료비: 약국 (2018년)

구분	건강보험 A (만원)	의료급여 B (만원)	B/A
0세	9	6	0.67
1~4세	32	21	0.64
5~9세	19	15	0.80
10~14세	11	11	0.99
15~19세	9	11	1.21
20~24세	9	13	1.36
25~29세	11	21	1.95
30~34세	13	32	2.46
35~39세	16	39	2.43
40~44세	21	46	2.21
45~49세	26	56	2.15
50~54세	36	73	2.05
55~59세	48	90	1.90
60~64세	62	108	1.74
65~69세	80	110	1.36
70~74세	95	117	1.23
75~79세	110	127	1.16
80~84세	115	128	1.11
85세이상	101	113	1.12
20-64세	28	66	2.37
65세이상	97	119	1.23
65-75세	87	113	1.30
75세이상	110	124	1.13

주: 의료급여 실인원 및 진료비는 기타(행려자중 연령구분 불가능자) 수치를 제외. 의료급여 실인원은 주민번호 및 종별변경 등으로 전체 합계 실인원과 일치하지 않음.

[그림 2-12] 연령별·진료행태별 진료비 구성비(2018년)



[그림 2-13] 진료형태별 진료비 구성비(2018)



2. 의료급여 이용 및 재정 평가결과

가. 의료급여 진료비 현황 평가

□ (총 진료비) 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간(2015~2018년) 의료급여 진료비 연평균 증가율은 9.3%로 건강보험(9.8%) 대비 0.5%p 낮은 수준으로 유사한 추세로 증가하는 것으로 나타남.

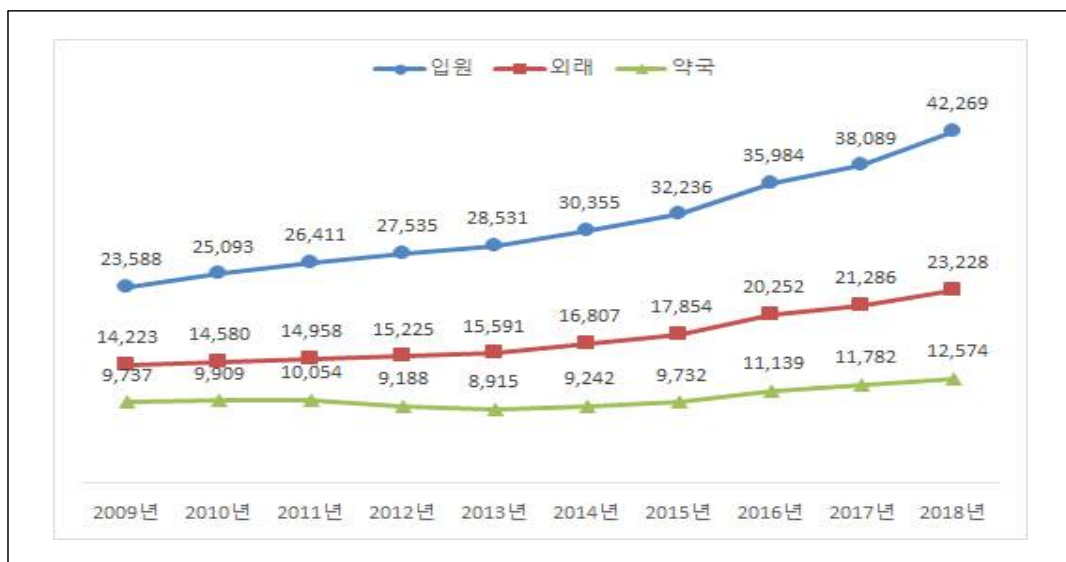
○ 의료급여의 전년대비 진료비 증가율은 2017년 5.6%에서 2018년 9.7%로 급등 하였음.

<표 2-42> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 의료급여 및 건강보험 진료비 현황
(단위: 억원 /전년대비 증가율)

구분	'15년	'16년	'17년	'18년
의료급여	59,823 (6.1%)	67,375 (12.6%)	71,157 (5.6%)	78,070 (9.7%)
건강보험	587,869 (8.0%)	651,844 (10.9%)	707,525 (8.5%)	779,104 (10.1%)

자료: 의료급여 통계연보, 건강보험 통계연보 각연도

[그림 2-14] 연도별·진료행태별(입원, 외래, 약국) 의료급여 진료비 추이



자료: 의료급여 통계연보 각연도

○ 2018년 기준 진료비는 7.8조원으로 2009년(4.8조원) 대비 64.2%(3.1조원)가 증가하였으며, 이 중 입원 진료비 증가(1.9조원)가 61.2%를 차지함.

－ 의료급여 대상자는 전체 의료보장 인구의 2.8%에 불과하나, 총 진료비는 의료보장(건강보험+의료급여) 총 진료비(85.7조원)의 9.11%를 차지하고 있음.

－ 지난 10년간(2009~2018년) 외래 진료비는 연 평균 5.6%, 약국은 2.9%씩 증가한데 비해, 입원 진료비는 연 6.7%씩 증가하여 의료급여 진료비 증가를 주도함.

□ (1인당 진료비) 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간(2015~2018년) 1인당 진료비 증가율은 10.7%로 건강보험(9.4%) 대비 1.3%p 높은 수준이며, 1인당 진료비는 2018년 525.8만원으로 건강보험(152.6만원) 대비 3.4배 수준임.

<표 2-43> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 의료급여 및 건강보험 1인당 진료비
(단위: 천원 / 전년대비 증가율)

구분	'15년	'16년	'17년	'18년
의료급여	3,874 (-1.0%)	4,463 (15.2%)	4,789 (7.3%)	5,258 (9.8%)
건강보험	1,164 (7.6%)	1,284 (10.3%)	1,389 (8.2%)	1,526 (9.8%)

자료: 의료급여 통계연보, 건강보험 통계연보 각연도

나. 의료급여 이용 현황 평가

□ 의료급여 환자의 의료이용량은 건강보험 환자 대비 더 높은 수준이며, 더 빠른 속도로 증가하고 있음.

○ (환자 1인당 급여일수) 2018년 기준 환자 1인당 급여일수는 건강보험 환자 대비 약 2.1배 수준이며, 건강보험 대비 빠른 속도로 증가하고 있음. 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간(2015~2018년) 연평균 증가율이 의료급여는 5.3%이고, 건강보험은 5.0%임.

○ (환자 1인당 외래일수) 2018년 기준 환자 1인당 외래일수는 건강보험 환자 대

비 약 1.8배 수준이며, 건강보험 대비 빠른 속도로 증가하고 있음. **맞춤형 급여 체계 도입 이후** 4년간(2015~2018년) 연평균 증가율이 의료급여는 3.0%이고, 건강보험은 1.2%임.

○ (환자 1인당 입원일수) 2018년 기준 환자 1인당 입원일수는 89.4일로 건강보험(19.9일) 대비 약 4.5배 수준임,

－ 의료급여 대상자의 입원 **장기화를 유발**하는 주요 요인으로는 건강보험 대비 높은 65세 이상 노인인구 비율과 입원 시 본인부담 부재로 인한 불필요한 입원을 증가를 들 수 있음.

<표 2-44> 맞춤형 급여체계 도입 이후 4년간 연도별 해당 환자(진료실인원) 1인당 급여일수

(단위: 일)

연도	전체		외래		입원	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
2015	342.3	161.8	30.8	18.2	95.4	20.2
2016	368.7	171.0	32.7	18.7	90.9	19.0
2017	384.8	178.1	33.5	18.6	91.3	19.8
2018	399.3	187.3	33.7	18.9	89.4	19.9
연평균 증가율	5.3%	5.0%	3.0%	1.2%	-2.1%	-0.6%

주: 전체는 투약일수를 포함한 급여일수이고, 외래 및 입원은 투약일수를 제외한 급여일수(외래일수, 입원일수)임.
자료: 의료급여 통계연보, 건강보험 통계연보 각연도

○ 의료급여 환자는 낮은 본인부담과 사후관리 미흡 등으로 건강보험 대비 **의료이용량과 진료비가 더 큰 상황임**.

<표 2-45> 의료급여-건강보험(소득하위 10%) 간 의료이용 비교 (2013년 기준)

구분	의료급여	건강보험	차이
1인당 진료비	349만원	258만원	1.3배
1인당 급여일수	66일	51일	1.3배

주: 성, 연령, 장애유무, 유병률을 동일 수준으로 통제한 상황에서 분석한 결과를 나타냄.

□ 참고로, 2015년 맞춤형 급여 개편에 따라 건강보험에서 의료급여로 편입된 신규 대상자의 의료이용 분석결과 자격변동 이후 의료이용량이 약 30%가 증가하였음.

<표 2-46> 맞춤형 급여 개편 후, 신규수급권자 '15년 대비 '16년 증감률

구분	1그룹 (일반 → 1종)	2그룹 (차상위 → 1종)	3그룹 (일반 → 2종)	4그룹 (차상위 → 2종)
수진자수	0.9%	-0.2%	1.6%	-1.2%
1인당 입내원일수	32.0%	7.8%	29.6%	2.2%

자료: 국민건강보험공단 내부자료

다. 의료급여 재정 현황 평가

- 2017년도 의료급여 재정규모는 약 4.8조원(국비) 수준으로, 최근 5년간 연평균 5%씩 지속 증가하고 있음.

<표 2-47> 연도별 의료급여 예산 현황

(단위: 억 원, 추정 포함)

구분	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년
합계 (증가율)	52,340 (8.2%)	57,976 (10.8%)	58,511 (0.9%)	60,787 (3.9%)	63,904 (5.1%)	63,650 (△0.4%)
국비	39,818	43,939	44,371	45,876	48,192	47,992
지방비	12,522	14,037	141,40	14,911	15,712	15,658

주: 추정(국고+지방비)은 '13년 1,971억 원, '15년 937억 원, '16년 1,315억 원임.

자료: 보건복지부 내부자료

- 의료급여 수급권자 증가, 의료보장성 강화 등에 따라 의료기관에 대한 진료비 미지급금이 연례적으로 발생함.

○ 연도별 의료급여 미지급금액은 2011년 6,388억 원에서 2015년 290억 원으로 감소하는 추세를 보였으나, 2016년 2,941억 원, 2017년 4386억 원, 2018년 8,695억 원으로 다시 급증했음.

－ 미지급금 발생 시점도 2016년 12월에서, 2017년 11월로, 2018년에는 10월로 갈수록 앞당겨지는 경향을 보였음.

○ 2019년부터 의료급여 미지급금 문제를 해소하기 위해 목적예비비를 편성해 연내에 해소할 수 있는 기전을 마련함.

<표 2-48> 연도별 의료급여 미지급금 현황

(단위: 억 원)

구분	'11년	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년	'18년
미지급금	6,388	6,138	1,726	834	290	2,941	4,386	8,695

자료: 보건복지부 내부자료

주: 미지급금 현황은 국비와 지방비를 합친 금액임

□ 향후 노인인구 증가, 보장성 확대 등의 재정소요 변동요인을 감안한 **중장기 재정 소요 예측과 선제적 예산확보** 등 대응 체계 마련이 필요함.

제5절 의료급여 적정성 평가 소결

1. 의료급여제도의 그간의 성과와 한계

□ (사후적 치료 중심의 건강관리) 의료급여 수급권자는 건강관리 생활을 자율적으로 추진하기 위한 역량이 상대적으로 취약함에 따라 사전적 예방 중심의 건강관리보다 사후적 치료 중심의 건강관리에 의존하고 있음.

○ (문제점) 의료급여수급권자는 건강보험가입자보다 건강검진 수검률이 더 낮을 뿐만 아니라, 사후관리 결과도 더 낮은 것으로 확인됨.

<표 2-49> 의료급여수급권자 vs 건강보험가입자: 건강검진 수검률

(단위: %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
건강검진 수검률	의료급여	46.7	42.3	43.2	42.4	41.9
	건강보험	74.8	76.1	77.7	78.5	76.9

자료: 의료급여 검진통계, 건강보험 검진통계 각 연도

□ (건강행태) 의료급여수급권자자는 건강보험건강보험가입자보다 전반적으로 건강행태가 나쁜 것으로 확인됨.

○ (생활습관) 흡연, 신체활동, 비만의 생활습관 지표의 경우 건강보험 가입자보다 의료급여 수급권자의 건강행태 수준이 저조한 것으로 나타났음.

○ (정신건강) 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자가 스트레스, 우울증, 자살생각 등의 잘못된 정신적 습관을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타남.

○ (복약순응도) 2017년 기준 의료급여수급권자의 경우 복약 미순응하는 경우는 11.9%로, 건강보험 가입자의 11.8% 보다 매우 높으나, 최근 5년간 의료급여 수급권자의 복약 미순응도는 2013년 16.8%에서 2017년 11.9%로 큰 폭으로 감소한 것으로 나타났음.

– 의료급여 수급권자의 경우 건강보험 가입자에 비해 복약미순응 사유가 증상 호전으로 자발적으로 복약을 중단한 경험, 효과 미미나 부작용으로 자발적으로 복약을 중단한 경험복약을 잊어버린 경험 비율이 높았음.

- (의료 필요도) 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자 대비 **의료필요도가 높은 것**으로 확인됨.
 - (만성질환) 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증에서 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급권자의 **이환율이 높았으며**, 빈혈은 비슷한 수준임.
 - 2018년 기준 주요 만성질환인 고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤혈증의 경우 만 19세 이상 의료급여 수급권자의 이환율이 건강보험 가입자 대비 각각 14.2%p, 10.0%p, 7.0%p 정도 높게 나타났음.
- (의료 접근성) 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자 대비 **의료필요도가 높음에도 불구하고 필수 의료서비스에 대한 접근성이 떨어지는 미충족 의료 경험율은 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급자들이 높은 것**으로 확인됨.
 - (미충족 의료 경험율) 2018년 기준 의료급여 수급권자의 병의원 미치료율은 17.1%로, 건강보험 가입자의 8.5%보다 8.6%p 높은 수준을 보였으며, 건강보험 1분위 가입자의 13.8% 보다 3.3%p 높은 것으로 나타났음.
- (건강수준) 의료급여 수급권자는 **높은 의료필요도가 있지만 건강관리가 취약하고 의료접근성이 떨어짐에 따라 건강보험 가입자에 비해 건강수준이 낮은 것**으로 나타났다.
 - (주관적 건강 상태) 2018년 기준 주관적 건강상태가 **좋다**고 응답한 의료급여 수급권자의 비율은 14.8%로 건강보험 가입자의 31.2%에 비해 16.4%p 낮은 것으로 확인됨.
 - (삶의 질) 2018년 기준 주관적 건강상태가 **좋다**고 응답한 의료급여 수급권자의 비율은 의료급여 수급권자의 삶의 질 수준은 100점 만점의 87.1점으로 건강보험 가입자의 95.6점에 비해 8.5점 낮은 것으로 확인됨.
- (필요대비 과도한 의료이용) 의료급여 수급권자는 **낮은 본인부담률을 적용받아 의료이용 시 체감할 수 있는 비용의식이 적어 불필요한 의료서비스를 이용할 유인이 존재함**.

- 의료급여 수급권자와 동일 위험요인을 가진 건강보험 소득하위 10%의 가입자의 의료이용을 성별, 연령, 장애유무, 유병률을 통제한 상황에서 비교한 결과 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자 대비 총 진료비 및 의료이용량이 일관되게 높은 것으로 확인됨.

<표 2-50> 의료급여 수급권자와 건강보험 소득하위 10% 의료이용량 비교(2013년)
(단위: 원, 일, 배)

구분	의료급여	건강보험	차이
전체 진료비 (원)	3,485,341	2,583,776	1.3
입원 진료비	7,024,313	5,761,335	1.2
외래 진료비	1,053,484	908,633	1.2
약국 진료비	683,851	525,567	1.3
전체 입내원일수 (일)	66.3	51.2	1.3
입원 입내원일수	64.6	42.7	1.5
외래 입내원일수	32.9	28.3	1.2
약국 입내원일수	18.6	15.1	1.2

자료: 국민건강보험공단 코호트 자료 분석(2013년도 의료이용 자료 분석 결과)

<표 2-51> 의료급여 수급권자와 건강보험 소득하위 10% 의료이용량 비교(2010년)

대상(연간)	진료비				진료일수		
	총진료비	외래	입원	투약	외래	입원	투약
건강보험 대비 의료급여	1.5배	1.3배	1.9배	1.4배	1.2배	2.9배	1.1배

주: 연간 1인당 기준으로 작성

자료: 국민건강보험공단·서울대학교(2011). 의료급여 이용 실태분석

- (소수의 과다이용자에 진료비 지출 집중) 소수의 과다이용자가 전체 의료급여 지출의 대부분을 차지하고 있음.

- 2017년 기준 의료급여 수급권자 총 1,485,740명 중 입원 서비스를 이용한 환자는 453,240명으로 30.5%를 차지함.
- 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자는 259,335명(57.2%)이었고, 30일 이상인 의료급여 수급자는 193,905명(42.8%)이었음.
 - 전체 입원 의료급여 수급자의 5명 중 1명은 입원일수가 180일 이상인 장기입원자임.

○ 2017년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자의 총 입원 진료비는 3조 9,108억 원으로 나타났다.

– 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자의 총 입원 진료비는 6,163 억원이었으며, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자의 총 입원 진료비는 3조2,945억 원으로 전체 입원 진료비의 84.2%를 차지하였음.

– 180일 이상 장기입원자의 입원진료비는 2조 1,737억 원으로 전체 의료급여 입원 진료비의 절반 이상을 차지하고 있음(55.6%).

○ 2017년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자의 총 입원일수는 41,260,884일로, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자의 총 입원일수가 전체의 94.1%를 차지하였음.

<표 2-52> 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황 (2017년)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억 원	%	일	%
전체 입원환자	453,240	100.0%	39,108	100.0%	41,260,884	100.0%
30일 미만	259,335	57.2%	6,163	15.8%	2,432,141	5.9%
30일 이상	193,905	42.8%	32,945	84.2%	38,828,743	94.1%
– 30~120일 미만	81,702	18.0%	8,305	21.2%	4,898,695	11.9%
– 120~180일 미만	17,469	3.9%	2,904	7.4%	2,574,413	6.2%
180일 이상	94,734	20.9%	21,737	55.6%	31,355,635	76.0%
– 180~360일 미만	34,225	7.6%	7,528	19.2%	9,280,788	22.5%
– 360일 이상	60,509	13.4%	14,209	36.3%	22,074,847	53.5%

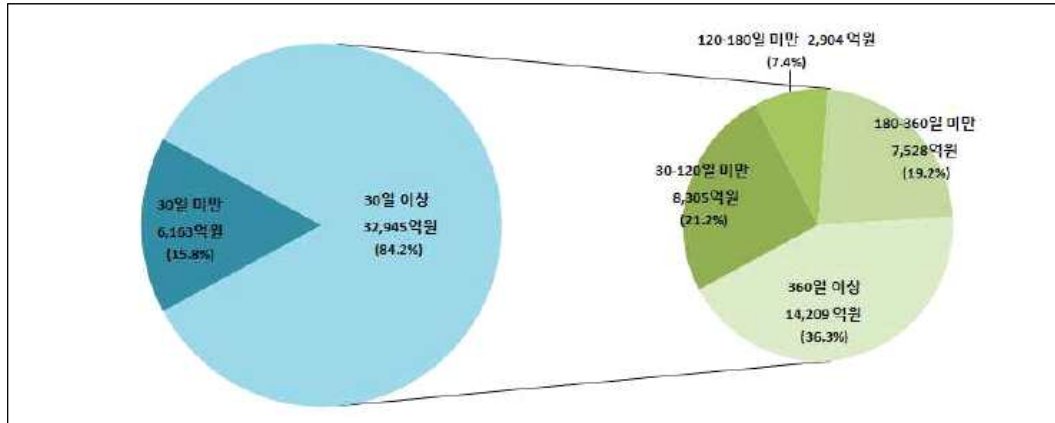
자료: 황도경 외(2019) 의료급여 수급자 장기입원 적정성 평가 및 제도개선 방안 연구

[그림 2-15] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 현황(2017년)



자료: 황도경 외(2019) 의료급여 수급자 장기입원 적정성 평가 및 제도개선 방안 연구

[그림 2-16] 입원일수 구간별 의료급여 수급자의 진료비 현황(2017년)



자료: 황도경 외(2019) 의료급여 수급자 장기입원 적정성 평가 및 제도개선 방안 연구

- 장기입원자는 요양병원에 가장 많이 분포하며, 입원기간이 장기화될수록 요양병원 입원자 비중이 증가함.

－ (요양병원 장기입원자 비중) 30일 이상 45.1% → 180일 이상 57.8%

<표 2-53> 의료기관 종별 장기입원 현황(2017년)

(단위 : 명, %)

구분	상급종합	종합	요양병원	병원(정신)	병원	계
30일 이상	28,651	71,135	89,405 (45.1%)	52,633	56,759	198,192 (100%)
180일 이상	7,107	18,481	56,131 (57.8%)	37,732	23,301	97,196 (100%)
360일 이상	2,511	7,406	35,782 (56.7%)	25,986	13,085	63,072 (100%)

자료: 황도경 외(2019) 의료급여 수급자 장기입원 적정성 평가 및 제도개선 방안 연구

- (필요대비 과소한 의료이용) 일부 과다이용자들과는 달리 한편으로는 필수의료서비스에 대한 접근성이 떨어지는 미충족 의료를 경험하고 있는 수급권자 계층이 존재하고 있음.

- 2018년 기준 의료급여 수급권자의 병의원 미치료율은 17.1%로, 건강보험 가입자의 8.5%보다 8.6%p 높은 수준을 보였으며, 건강보험 1분위 가입자의 13.8% 보다 3.3%p 높은 것으로 나타났다.

- 이와 같은 건강관리 취약 및 의료 접근성 제약은 궁극적으로 수급권자의 건강 수준 및 삶의 질을 저하시키는 원인으로 작용할 위험이 있음.

2. 적정성 평가 결과의 주요함의

[그림 2-17] 의료급여 제도 적정성 평가 주요 결과

의료급여 제도 평가 결과 요약			
의료급여 보장성	의료급여 수급권자 건강수준	의료급여 이용	의료급여 재정
-빈곤층 의료보장 수준 획기적 개선 -그러나 미충족 의료·비수급 빈곤층 등 의료 사각지대 여전히 존재	-건강보험 대비 낮은 건강수준 -그럼에도 사전 예방적 건강관리 노력은 오히려 더 미흡	-적정 이용유도 위한 제도혁신 추진 노력 -그럼에도 최근 필요도 대비 의료 과다이용 사례 증대	-수급 대상·의료보장성 확대에 따라 재정지출 급속 증대 -중장기 관리체계 부재로 재정 지속가능성 지속 저하

- 그간 의료급여 수급권자 수 확대 등 의료급여 보장성을 지속적으로 확대해왔고, 이에 따라 의료 접근성이 향상되고 의료비 부담이 점차 완화되었음에도 불구하고, 결과적으로 수급권자의 건강결과를 향상시키는 데에는 미흡한 것으로 분석되었음.

- 의료급여 제도는 저소득 취약계층의 필수 의료보장제도로서의 역할을 충실히 수행해 왔고, 의료급여 수급권자의 건강향상 및 의료비 부담을 줄이기 위해 의료보장성을 지속적으로 확대해 왔지만, 결과적으로 의료급여 수급권자의 건강 수준은 건강보험 가입자에 비해 낮은 것으로 나타남.

- 의료급여 수급권자의 보장성도 중요하지만, 무엇보다 의료욕구가 있는 비수급 빈곤층 문제를 우선적으로 해결할 필요가 있음.

- 국민기초생활보장제도의 개별급여 개편 이후에도 사실상 의료욕구를 반영한 선정기준이 정비되지 못하였음.

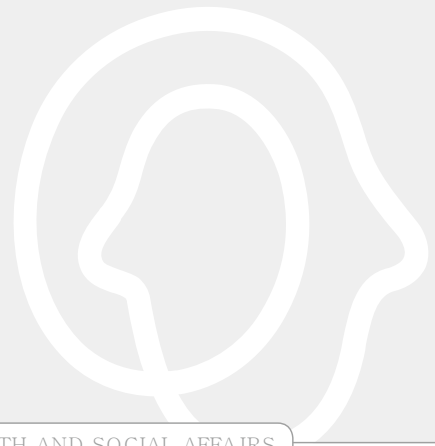
- 이에, 차상위계층(비수급 빈곤층)과 의료급여 수급자(과소·적정·과다이용자)의 대상자별로 상이한 의료이용 행태를 면밀히 파악하여, 대상자 맞춤형 관리체계를

구축하여 지원할 필요가 있음.

- (비수급 빈곤층) 건강보험제도에 남아있는 차상위계층(비수급 빈곤층)의 의료 빈곤층으로의 추락을 방지하기 위해 부양의무자 기준 완화, 재난적의료비 지원제도 개선 등의 사전적 지원 확대 방안이 필요함.
- (수급가구: 과소 이용자) 선제적 관리로서, 빅데이터에 기반하여 사전적으로 발굴하여 치료와 의료비 지원사업을 연계하는 방안을 모색해야 함.
- (수급가구: 적정 이용자) 사전적 관리로서, 건강검진 수검률을 제고하고, 수급자의 건강관리 역량 강화를 통해 질병을 감소할 수 있는 유인을 제공하는 건강 인센티브제 및 복약순응도 향상을 위한 단골약국제 등의 예방 및 건강관리에 관한 사업을 추진할 필요가 있음.
- (수급가구: 과다이용자) 의료급여 과다이용자의 의료이용 책무성을 강화하고 합리적 의료이용 환경 조성을 위해 급여일수 연장승인제도, 선택의료급여기관 제도 등의 과다이용 관리방안에 대한 개선이 필요함. 또한, 요양병원을 중심으로 한 장기·부적정기 입원 관리 방안이 모색되어야 함.

□ 효율적인 의료급여 관리를 통해 의료급여 제도가 지속적으로 유지될 수 있는 기전 마련이 필요함.

- 우리나라 의료보장 인구 전체의 약 2.8%를 차지하는 의료급여 대상자의 총진료비 규모는 건강보험 재정의 9.1%인 7.8조원 수준임.
- 의료급여는 국민기초생활보장제도에서 가장 많은 재정이 투입되고 있지만, 생계나 주거급여 등과 달리 사후적 성격의 현물급여로서 제도의 지속가능성을 위한 효율적 재정관리가 필요함.
- 의료급여 대상자의 높은 진료비 지출 수준은 고령, 만성질환, 근로무능력 등 수급권자의 특성이 반영된 것이기도 하나, 일부 수급권자의 불필요한 의료이용으로 인한 진료비 지출은 의료급여 대상자와 보장성 확대를 위한 재정 안정화에 걸림돌로 작용할 수 있음.



제 3 장

제2차 의료급여 기본계획 수립을 위한 정책목표

제1절 의료급여 기본계획 추진현황 진단 및 평가
제2절 제2차 의료급여 기본계획 추진방향 및 주요 추
진과제

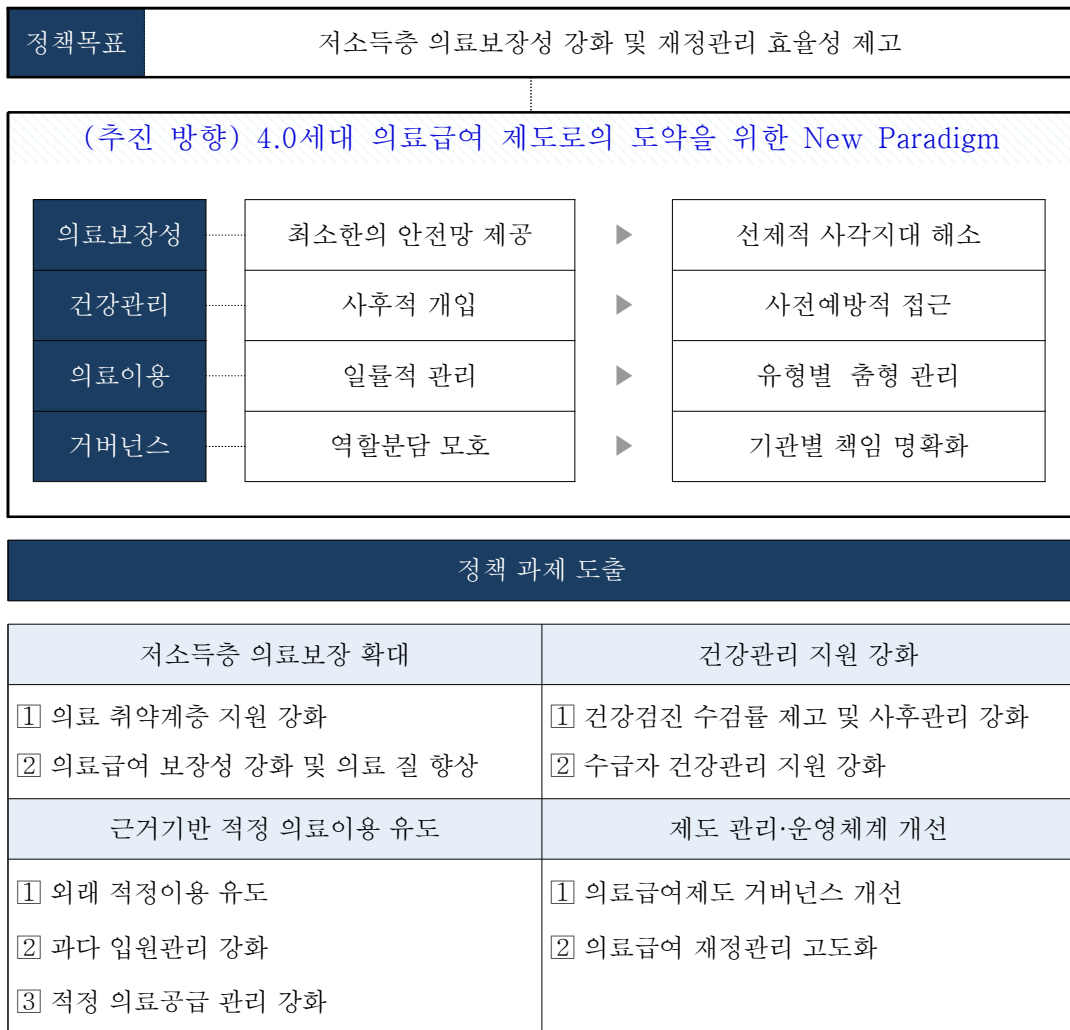
제 3 장

제2차 의료급여 기본계획 수립을 위한 정책목표

제1절 제1차 의료급여 기본계획 추진현황 진단 및 평가

- 제1차 의료급여 기본계획에서는 **충충한 의료 안전망 구축으로 저소득층의 건강 향상 및 재정관리 효율성 제고**를 목표로 설정하고 총 4대 분야에서 9대 정책 목표 22개 세부 추진과제를 도출하였음.

[그림 3-1] 제1차 의료급여 기본계획 정책목표 및 추진과제



1. 주요 성과 및 한계

가. 【의료보장성】 저소득층 의료보장 확대

<표 3-1> 【의료보장성】 추진과제 및 추진현황

구분	추진과제	추진현황			
자격 측면	-부양의무자 기준 단계적 완화	-부양의무자 단계적 미적용 → 의료급여 수급권 확대 -부양의무자 재산 소득환산을 완화			
		가구 특성		의료급여 수급권 확대	
		수급가구	부양의무자가구		
		일반가구	장애인연금 수급 중증장애인		`19.1~
		일반가구	기초연금 수급 노인		`22.1~
		30세 미만 한부모가구	일반가구		`19.1~
		30세 미만 시설퇴소 아동	일반가구		`19.1~
보장성 측면	-의료급여 보장성 강화 및 본인부담 경감	*의료급여 보장성 강화 -3대 비급여(상급병실, 선택진료, 간병)의 단계적 개선 -의학적 비급여(MRI, 초음파 등)의 급여화 -재난적 의료비 지원 *의료급여 수급자 본인부담 경감 -2종 본인부담상한액 연 120만원→ 80만원 인하 -2종 6~15세 본인부담 경감(10%→3%)(`17.10) -2종 중증치매환자 본인부담 경감(입원 10%→5%, 외래 15%→5%)(`17.11)			
	-의료급여 보장성 확대	-정신과 입원 식대 수가 인상(`19.6) -정신과 입원수가 인상 및 점수제 도입(`18.8) -정신과 정액수가의 약제비 행위별 수가 전환(`19.6)			

□ (주요성과) 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」에 따라 **자격 측면**에서는 부양의무자 기준 완화로 **비수급 빈곤층의 의료급여 수급권이 확대**되었으며, **보장성 측면**에서는 의료급여 보장성 강화 및 본인부담 경감 대책으로 **수급자의 의료비 부담이 완화**되었음.

○ (자격 측면) 의료급여 부양의무자 기준 완화에 따른 부양의무자 기준에 의한 **비수급 빈곤층의 의료급여 수급권이 확대**되었음.

- 부양의무자가 **중증장애인, 기초연금 수급 노인**의 경우(~22년 예정), 수급가구가 30세미만 한부모 가구, 30세미만 시설퇴소 아동 가구의 경우 **의료급여 수급권이 확대되는 성과가 있었음**.

○ 3대 비급여 단계적 개선, 의학적 비급여의 급여화를 중심으로 한 **의료급여 보장성 강화 정책**과 **의료급여 수급자 본인부담 경감 대책**으로 의료급여 수급자의 **의료접근성이 향상**되고, 수급자의 **의료비 부담이 완화** 되었음.

- 국민보건계정(SHA) 기준에 의하면, **의료급여 보장률은 2017년 76.0%에서 2018년 77.7%로 1.7%p 증가**하였으며, **비급여 본인부담률은 22.5%에서 20.5%로 2.0%p 감소**한 것으로 나타났음.

<표 3-2> 의료급여 보장률 변화

구분	2017년	2018년	변화
의료급여 보장률	76.0%	77.7%	▲1.7%p
의료급여 비급여 본인부담률	22.5%	20.5%	▼2.0%p

자료: 연세대학교(2019), 국민보건계정(SHA) 산출 내부자료

□ **(주요한계)** 여전히 건강보험 제도에 남아 있는 **차상위계층(비수급 빈곤층)**에 대해 **의료 빈곤층(Medical Poor) 추락 예방**을 위한 **사전적 지원확대 방안**을 마련하는 것이 필요함.

- 이를 위해서는 **생계급여 부양의무자 완화방안**을 참고하여, 의료급여 제도의 특수성을 고려하여 의료급여 수급을 위한 **추가적인 부양의무자 기준 완화방안**을 검토하는 것이 필요함.
- 이와 같은 **부양의무자 기준 완화**를 통한 수급자 확대 정책과 함께 비수급 빈곤층이 의료비 부담 등으로 인해 **빈곤층으로 전락하는 것을 방지**하기 위한 **보완 대책**을 함께 마련하는 것이 필요함.
- 예를 들어 **건강보험 제도** 내에서 지원이 필요한 **비수급 빈곤층**을 선별하고, 이들의 **의료접근성 보장** 및 **의료비로 인한 가계 파탄**을 방지하기 위한 건강보험 제도 내 **보험료 경감, 본인부담 경감, 의료비 지원 방안** 등을 추가적으로 마련하는 것이 필요함.

나. 【건강관리】 맞춤형 건강관리 지원체계 구축

<표 3-3> 【건강관리】 추진과제 및 추진현황

구분	추진과제	추진현황
건강 검진	-건강검진 수검률 제고 및 사후관리 강화	-`18~`19년 건강검진 수검률 지자체 평가 가점 반영 -공공부문 사례관리와 연계·협력을 통한 건강증진 향상 도모
건강 관리	-수급자 자기 건강관리 지원	-의료급여 과소이용자 사례관리 시범사업(`19.5~7) -신규수급자 교육 강화 및 대상 방문(수급자의 약 5%) 시행

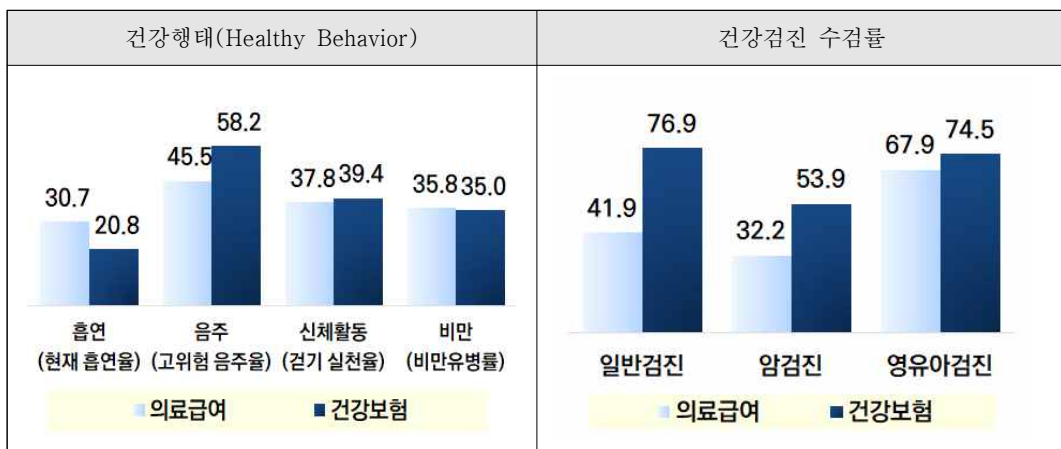
□ (주요성과) 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」에 따라 의료급여 수급자의 건강관리 지원체계 구축을 통해 수급자가 건강관리에 관심을 가지고, 건강관리 역량을 강화하기 위한 기반을 마련하고자 하였음.

- 의료급여 수급자의 건강검진 수검률 제고, 자기 건강관리 관련 사례관리 및 교육 활성화 등을 통해 스스로가 건강관리에 책임의식을 가질 수 있도록 지자체의 지원 역할을 강화하고자 하였음.
- 이를 위해 2018년 건강검진 수검률을 지자체 평가 가점 지표로 도입하였으며, 공공부문 사례관리와 연계·협력을 통해 수급자의 건강증진 향상을 도모하고자 하였음.
- 또한 수급자의 자기 건강관리 지원을 위해 2019년 과소이용자를 대상으로 한 사례관리 시범사업을 도입하였으며, 신규수급자를 대상으로 한 교육을 강화하였음.
- 한편, 재가 의료급여 서비스 도입을 통해 단순히 개인 스스로 책임지는 건강관리체계를 넘어서, 의료-요양-돌봄 서비스 연계를 통해 지역사회 내에서 건강관리 및 일상생활을 지원해주는 체계로 확장될 수 있는 기반을 구축하였음.
- 이처럼 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」을 통해 그 간 적정 의료이용에 중점을 두고 추진되었던 의료급여 제도 개선이 수급자의 건강관리 지원체계 구축까지 확대되는 성과가 있었음.

□ (주요한계) 하지만 여전히 의료급여 제도는 시급성의 관점에서 치료중심의 의료보장에 집중된 정책을 추진하고 있다는 한계가 있음. 예방 및 건강관리 측면에서의 건강보장 기능은 여전히 취약한 상황임.

○ 의료급여 수급자는 건강보험 가입자 대비 흡연, 운동 등의 생활습관이 나쁜 상태이면서 건강검진 수검률은 크게 낮은 상황으로 예방 및 건강관리 측면에서 더 취약함.

[그림 3-2] 건강보험 가입자와 비교한 의료급여 수급자의 건강행태 및 건강검진 수검률



□ (개선방향) 향후 치료중심의 의료보장 정책에서 벗어나 예방, 건강관리, 생애말기 등 전생애 걸친 건강보장을 구현할 수 있도록 예방 및 건강관리에 대한 투자를 확대해 나갈 필요가 있음.

○ 이를 위해서는 건강보장을 위한 개인-지자체-국가의 역할을 명확하게 정립해 의료급여 수급자가 사각지대 없이 필요한 예방 및 건강관리 서비스를 더욱 효과적으로 받을 수 있는 체계를 마련하는 것이 필요함.

○ 또한, 더 많은 수급자가 더 나은 재가 의료급여 서비스를 제공받을 수 있도록 재가 의료급여 서비스 제도화 및 내실화를 준비해 나가는 것도 필요함. 이를 통해, 지역사회 내에서 의료-요양-돌봄 서비스를 지원받을 수 있는 체계를 확장해 가는 것이 필요함.

다. 【의료이용】 근거기반 적정 의료이용 유도

<표 3-4> 【의료이용】 추진과제 및 추진현황

구분	추진과제	추진현황
수급자 관리	-외래 적정이용 유도 강화	-연장승인 미신청 및 불승인 대상자 건강보험 본인부담 수준 적용('19.1) -경증질환으로 종합병원급 이상 진료 시 약제비 본인부담(3%) 차등 적용 질환 확대: 52개 → 100개('18.11)
	-장기입원 관리 강화	-연장승인 미신청 및 불승인 대상자 건강보험 본인부담 수준 적용('19.1) -장기입원 중심으로 사례관리 개편: 외래 고위험군 축소 → 장기입원관리 강화, 의료급여관리사 추가 배치 -요양병원의 입원진료 현황 고지 규정 신설: 입원진료 현황 건보공단 시스템에 등록('19.11) -생계급여 장기입원 공제 확대 -재가 의료급여 시범사업 추진('19.7~)
공급자 관리	-적정의료 공급관리 방안	-현지조사 실효성 강화: 병원급 대상기관수 확대, 심평원 인력 증원(16명→29명)

□ (주요성과) 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」으로 인해 2007년 의료급여 혁신대책 수립 이후, 과다 외래이용자 관리에 중점을 두고 추진되어 온 적정 의료이용 관리가 장기 입원관리까지 확대되는 전환기가 마련되었음.

- 장기입원 관리 강화를 위해 그 간 외래 고위험군을 중심으로 추진되어왔던 사례관리를 장기입원 중심으로 재편하였으며, 장기입원관리 강화를 위해 의료급여 관리사를 추가로 배치하였음.
- 장기입원자에 대해서는 생계급여를 공제함으로써 장기입원에 대한 수급자의 경제적 유인을 방지하고자 하였음.
- 또한 불필요한 입원과 관련하여 커뮤니티 케어 서비스의 일환으로 재가 의료급여 시범서비스를 도입함으로써, 의료적 필요도가 낮지만 요양, 돌봄 등의 필요로 인해 불필요한 입원을 하고 있는 수급자에게 지역사회에서 의료-요양-돌봄 서비스를 제공하는 기반을 마련하였음.

○ 특히, 재가 의료급여 시범서비스를 통해 **지역사회에서 완결성 있는 서비스 제공**을 할 수 있다는 가능성이 확인되면서, 재가 의료급여 시범서비스는 2026년 보편화된 커뮤니티 케어 서비스 제공을 목표로 한 **커뮤니티케어 사업을 추진**하는 데 필요한 **성과와 개선점을 선도적으로 제공**하는데 기여하였음.

□ **(주요한계)** 장기입원의 경우 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」을 통해 **관리기반**이 마련되는 성과가 있었지만, **과다외래**의 경우 2007년 의료급여 혁신대책 수립 후 10년째 동일하게 유지되어 오면서 제2의 혁신대책 마련이 요구되고 있는 상황임.

○ **(과다 외래이용)** 과다 외래이용에 대한 추가적인 관리기전이 마련되지 않으면서 급여상한일수를 초과한 **선택병의원 대상자 규모**가 2008년 도입 이후 지속적으로 증가하여, 2016년 기준 전체 수급권자 대비 6.6%를 차지하고 있음. 특히, 당연 적용자가 매년 증가 추세로, 2016년 기준 전체 수급권자 대비 5.8% 수준까지 증가하였음.

○ 따라서 2007년 도입된 **외래 본인부담, 건강생활유지비, 연장승인제도, 선택병의원제도** 등에 대한 평가를 통해 **적정 외래의료이용으로의 유도를 위한 개선방안**을 마련하는 것이 필요한 시점임.

<표 3-5> 연도별 선택병의원제 적용 대상자 수 및 비율: 당연적용 vs 자발적 (전체)

구분	전체 수급자 A	선택병의원 B	B/A	비자발적	자발적
2008년	1,841,339	75,436	4.1%	44,580	30,856
2016년	1,509,472	99,872	6.6%	86,852	13,021

○ **(부적정 입원)** 또한, 현재 부적정 입원관리는 **사후적 관리** 중심으로 이루어지고 있는 **불필요한 장기입원 관리**를 **사전적·예방적 관리** 중심으로 개선하기 위한 추가적인 개선대책을 마련하는 것도 필요함.

라. 【거버넌스】 의료급여 관리·운영체계 개선

<표 3-6> 【거버넌스】 추진과제 및 추진현황

구분	추진과제	추진현황
제도 개선	-운영기관 간 역할 명확화 및 기능 강화	-심사평가원 현지조사 급여관리 및 합동중재 기능 강화 -현지조사 및 의료급여 관리 강화: 심사평가원 의료급여 담당인력 20명 증원 -의료급여 사례관리사업 지원단 역할 강화: 사례관리 단순업무 지원 기능→의료급여 제도 정책지원 기능 확대('19)
	-지자체 역할 및 책임 강화	-수급자 건강향상, 제도관리, 인센티브(포상금) 강화 위한 지자체 평가체계 개선('19)
재정 관리	-의료급여 실태조사 및 재정 추계 도입	-정례적(매 3년)으로 중장기 재정추계 실시('17~) -건보공단 의료복지부에 전담팀(5팀) 설치('17.4)

□ (주요성과) 「제1차 의료급여 3개년 기본계획」을 통해 의료급여 제도 관련 기관 간 명확한 역할 부여와 책임 강화를 통해 제도 운영의 효율성 및 제도개선 추진력을 확보하는 기반이 마련되었음.

- (심평원) 현지조사 효과성 제고를 위해 담당인력을 증원하고, 급여관리 및 합동중재 기능을 강화하였음.
- (공단) 사후적 예산 확보 및 재정 분석 행태에서 벗어나 선제적 재정관리를 위한 재정 운용 모니터링체계 구축을 위해 전담팀을 설치하였음.
- (사례관리사업 지원단) 사례관리 단순업무 지원 기능에서 의료급여 제도 정책 지원으로 기능을 확대하고, 의료급여 관리사를 증원하였음.

□ (주요한계) 이처럼 의료급여 운영기관의 역할은 강화 및 정비된 반면, 의료급여 제도의 법적 보장기관인 지자체의 역할과 책임이 여전히 미흡한 측면이 있음.

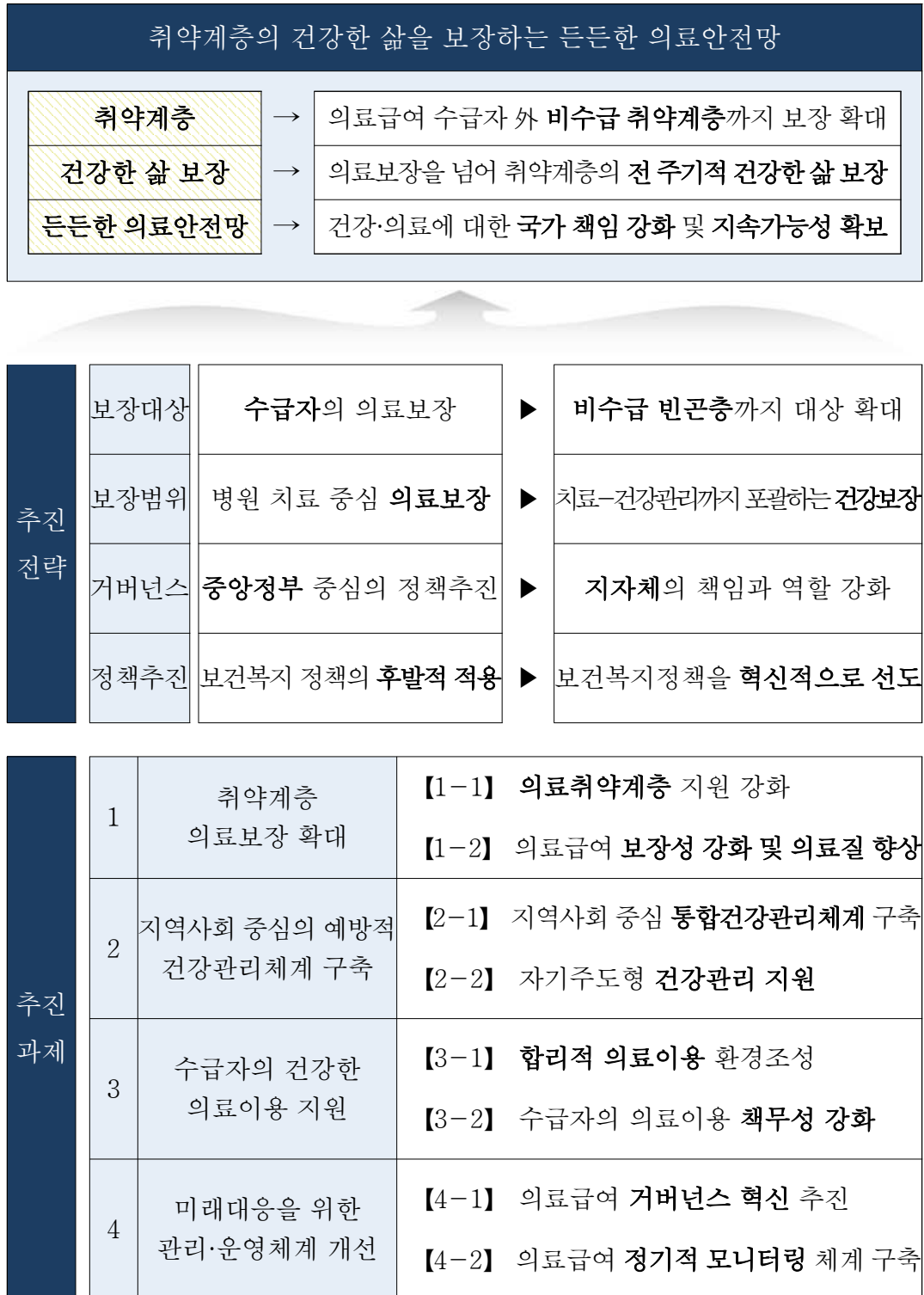
- 지자체의 역할 명확화 및 역할 강화를 위해 지자체의 의료급여 제도관리 관련 역량을 강화하기 위한 지원체계를 마련하는 것이 필요함.
- 또한 의료급여 수급자 관리와 관련하여 지자체에 적극적인 인센티브를 제공하는 등 지자체의 책임의식을 고취시킬 수 있는 접근전략을 마련하는 것이 필요함.

제2절 제2차 의료급여 기본계획 추진방향 및 주요 추진과제

1. 비전 및 목표

- (비전) 본 연구에서는 제2차 의료급여 기본계획 수립 연구의 비전을 “취약계층의 건강한 삶을 보장하는 든든한 의료안전망”으로 선정함. “취약계층의 건강한 삶을 보장하는 든든한 의료안전망”은 다음의 3가지 측면에서 의의가 있음.
 - (취약계층) “취약계층”은 제2차 의료급여 기본계획에서 의료급여 수급자 뿐만 아니라 의료급여 수급자 외 건강보험 제도에 있는 비수급 빈곤층까지를 모두 포용하는 것을 의미함.
 - － 의료급여 제도에 한정된 논의에서 벗어나, 향후 의료비 부담 등으로 인해 빈곤층으로 전락할 수 있는 비수급 빈곤층에 대한 지원까지 포괄하는 확장된 논의를 통해 모든 취약계층이 소외됨 없이 든든한 의료안전망 혜택을 누릴 수 있도록 제도를 설계하는 것이 필요함.
 - (건강한 삶 보장) “건강한 삶 보장”은 제2차 의료급여 기본계획을 통해 의료급여 제도가 수급자의 의료접근성 보장 및 의료비 부담 경감 등 의료보장 제도의 역할을 담당할 뿐만 아니라, 수급자의 평생 건강을 보장하기 위한 서비스를 제공하고, 이를 위한 정책환경을 조성하는 것을 의미함.
 - － 이를 통해 의료급여 제도가 수급자의 의료보장에 집중되었던 역할에서 벗어나 전 생애에 걸쳐 수급자의 건강한 삶을 지원하는 건강보장의 역할을 강화하는 방향으로의 정책 패러다임의 전환이 필요함.
 - (든든한 의료안전망) “든든한 의료안전망”은 제2차 의료급여 기본계획을 통해 취약계층의 의료비 부담에 대한 국가책임을 강화하고, 제도의 효율성 향상을 통한 지속가능성을 확보를 통해 취약계층을 위한 든든한 의료안전망으로써 역할을 강화하는 것을 의미함.
 - － 의료급여 제도가 취약계층을 위한 든든한 버팀목이 될 수 있도록 국가의 책임을 강화하는 동시에 미래의 취약계층들도 안심하고 제도의 혜택을 누릴 수 있도록 제도의 지속가능성을 확보해 나가는 것이 필요함.

[그림 3-3] 제2차 의료급여 기본계획 정책목표 및 추진과제



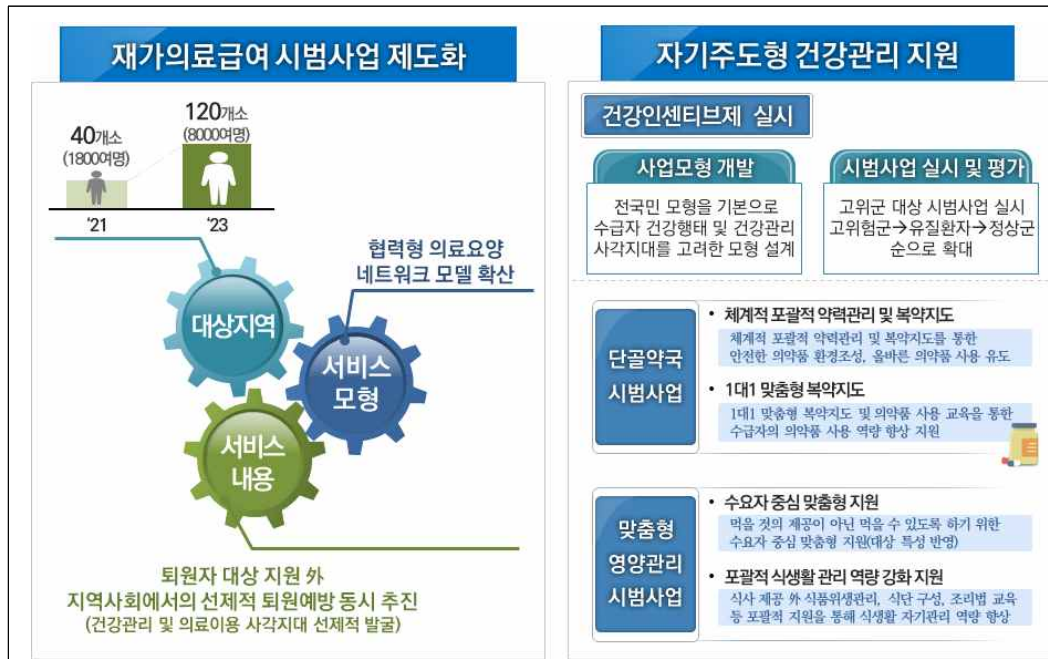
- (정책목표) “취약계층의 건강한 삶을 보장하는 든든한 의료안전망”을 구축하기 위해 본 연구에서는 다음의 4가지 추진전략을 선정함.
 - (보장대상) 보장대상을 의료급여 수급자에게 한정하지 않고 전체 비수급 빈곤층으로 확대함.
 - － 이를 통해 의료급여 제도가 취약계층을 모두 포용하는 기초의료보장 제도로써의 역할을 더욱 공공히 할 수 있는 기반을 마련함.
 - (보장범위) 현재 병원 치료 중심의 의료보장 제공방식에서 벗어나 치료-건강관리까지 포괄하는 건강보장 제공방식으로 정책을 추진함.
 - － 이를 통해 의료급여 수급자가 의료기관에만 서비스를 제공받는 것이 아닌 의료급여 수급자가 지역사회에서도 건강관리 서비스를 제공받음으로써 수급자가 건강한 삶을 누릴 수 있는 기반을 마련함.
 - (거버넌스) 현재 중앙정부 중심의 정책추진 방식에서 벗어나 지자체의 책임과 역할을 강화하는 방식으로 정책을 추진함.
 - － 이를 통해 의료급여 보장기관으로서 지자체의 역량을 강화하고, 책임을 높여 수급자들이 지역사회에서 사각지대 없이 필요한 지원을 효과적으로 제공받을 수 있는 기반을 마련함.
 - (정책추진) 보건복지정책의 후발적 적용방식에서 벗어나, 의료급여 제도의 특수성을 활용하여 보건복지정책을 선도하는 방식으로 정책을 추진함.
 - － 예를 들어 재가 의료급여 서비스가 커뮤니티 케어 사업의 선도적 역할을 수행하는 것과 같이 향후 의료급여 제도가 보건복지정책을 혁신적으로 선도할 수 있는 기반을 마련함.
- (추진과제) 본 연에서는 이와 같은 비전과 추진전략을 기반으로 취약계층 의료보장 확대, 지역사회중심 통합건강관리체계 구축, 수급자의 건강한 의료이용 지원, 미래대응을 위한 관리·운영체계 개선의 4가지 추진과제와 8가지 세부과제를 최종적으로 도출함.

2. 분야별 추진과제

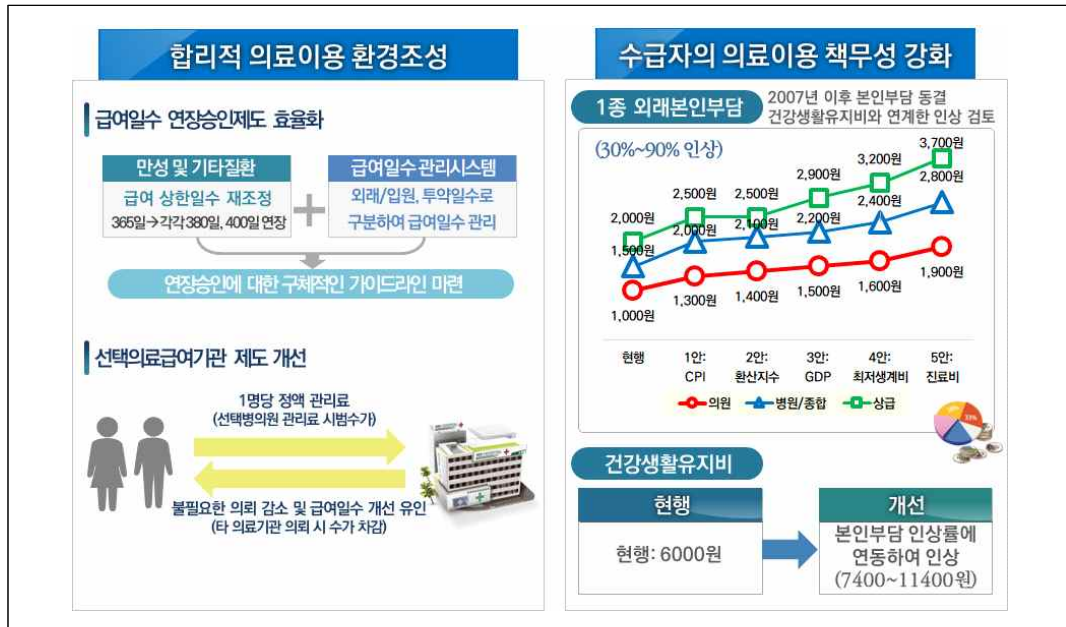
[그림 3-4] 【의료보장】 추진과제



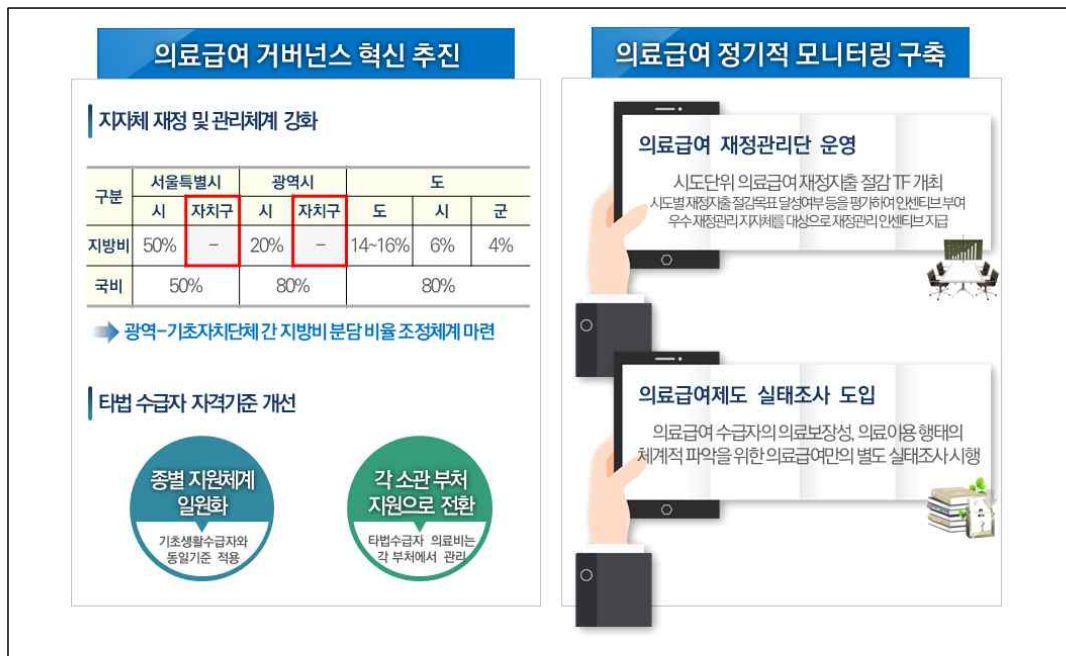
[그림 3-5] 【건강관리】 추진과제



[그림 3-6] 【의료이용】 추진과제



[그림 3-7] 【거버넌스】 추진과제





제 4 장

주요 분야별 정책과제 도출

제1절 저소득층 의료보장 확대

제2절 지역사회 중심 예방적 건강관리체계 구축

제3절 수급자의 건강한 의료이용 지원

제4절 미래대응을 위한 관리·운영체계 개선

제 4 장 주요 분야별 정책과제 도출

제1절 【①분야】 취약계층 의료보장 확대

정책목표	추진과제
(1-1) 의료 취약계층 지원 강화	① 부양의무자 기준의 단계적 완화 ② 건강보험 차상위 지원 계층의 부양의무자 적용 기준 완화
(1-2) 의료급여 보장성 강화 및 의료 질 향상	① 전 영역에 걸친 의료안전망 구축 ② 사후적 안전망 구축

1. 【정책목표 1-1】 의료 취약계층 지원 강화

가. 현황 및 문제점

□ (국민기초생활보장법 이념) 2000년 10월 국민기초생활보장법이 시행된 이후
시혜 차원의 보호 개념이 수급 권리로 전환됨.

○ (문제의식①) 헌법과 사회보장기본법의 ‘인간다운 생활을 할 권리’와 ‘모든 국민
의 최저생활보장’의 이념을 실현하기 위한 **최후의 안전망**으로써 국민생활보장
제도가 작동하기 위해서는 사적 부양실태와 공적 부양책임 간의 괴리를 축소
하는 것이 중요함(여유진, 2004).

[그림 4-1] 국민기초생활보장제도 근거 법 명칭 변경에 따른 성격 변화

『생활보호법』 (1961.12.30. 제정, 1962.1.1. 시행)	▶	『국민기초생활보장법』 (1999.9.7. 제정, 2000.10.1. 시행)
빈곤의 책임을 개인과 가족에게 돌리는 잔여적·시혜적인 차원의 생활보호 “보호·피보호자” 등의 시혜적 개념 강조		국가가 책임져야 할 의무인 동시에 국민의 권리 로서 기초생활 보장 및 사회안전망으로서 역할 수행 “보장·수급자” 등의 권리적 개념 강조

□ (사적 부양 관련 사회적 기반 변화) 국민기초생활보장제도의 부양의무자 기준은
공적 부양에 앞서 사적 부양을 강제하는 것으로, **사적 부양 기반이 빠르게 약화**
되고 있는 現 상황을 고려했을 때 부양의무자 기준을 완화해야 함.

- **(문제의식②)** 사적부양은 주로 가족에 의해 이루어지므로, 사적 부양 유지를 위해서는 가족의 안정성이 중요하나, 사적 부양을 제공할 수 있는 가족의 역량이 빠르게 약화되는 추세임(손병돈, 2019).
- － 출산율은 점차 감소하고 있는 반면 기대수명은 점차 길어지고 있으며, 만혼·비혼·이혼이 증가하고 있어 사적 부양 역량이 감소하고 있음. 또한 부모 부양에 대한 가치관 또한 점차 소극적으로 변화하고 있는 상황임.

<표 4-1> 부모 부양 책임자 인식 변화(2002~2018)

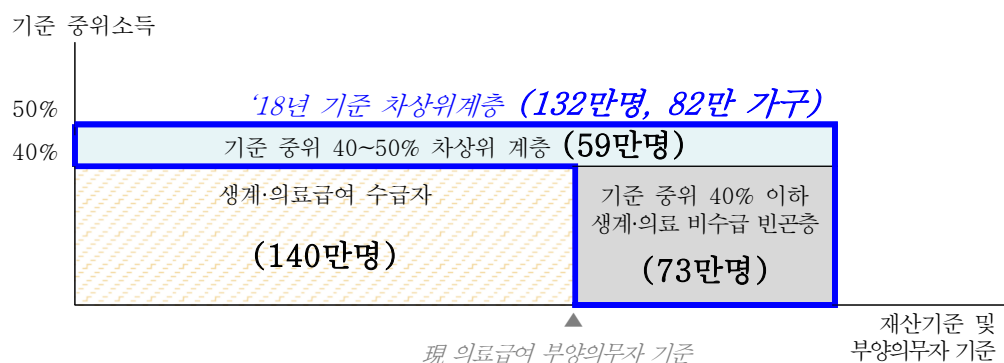
구분	가족		스스로 해결		사회·기타	
	비율(%)	변화	비율(%)	변화	비율(%)	변화
2002	70.7%	—	9.6%	—	19.7%	—
2006	63.4%	▼ 7.3%	7.8%	▼ 1.8%	28.8%	▲ 9.1%
2010	36.0%	▼ 27.4%	12.7%	▲ 4.9%	51.3%	▲ 22.5%
2014	31.7%	▼ 4.3%	16.6%	▲ 3.9%	51.7%	▲ 0.4%
2018	26.7%	▼ 5.0%	19.4%	▲ 2.8%	54.0%	▲ 2.3%

자료: 통계청. (2002~2018). 사회조사 결과.

- **(차상위 의료취약계층)** 그간 차상위 의료취약계층은 의료급여에 편입되어 관리되거나, 2008년부터 건강보험으로 편입되어 차상위 본인부담경감대상자로 지원·관리되어왔음.

- **(현황)** 차상위계층(기준 중위소득 40~50%)은 2018년 기준 총 59만명으로 추정되며, 이중 약 27만명(45.8%)이 차상위계층 본인부담 경감 지원 대상자임.

[그림 4-2] 차상위계층 규모(2018년 기준)



자료: 관계부처합동(보건복지부·국토교통부·교육부). (2020.8.11.). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023)(안).

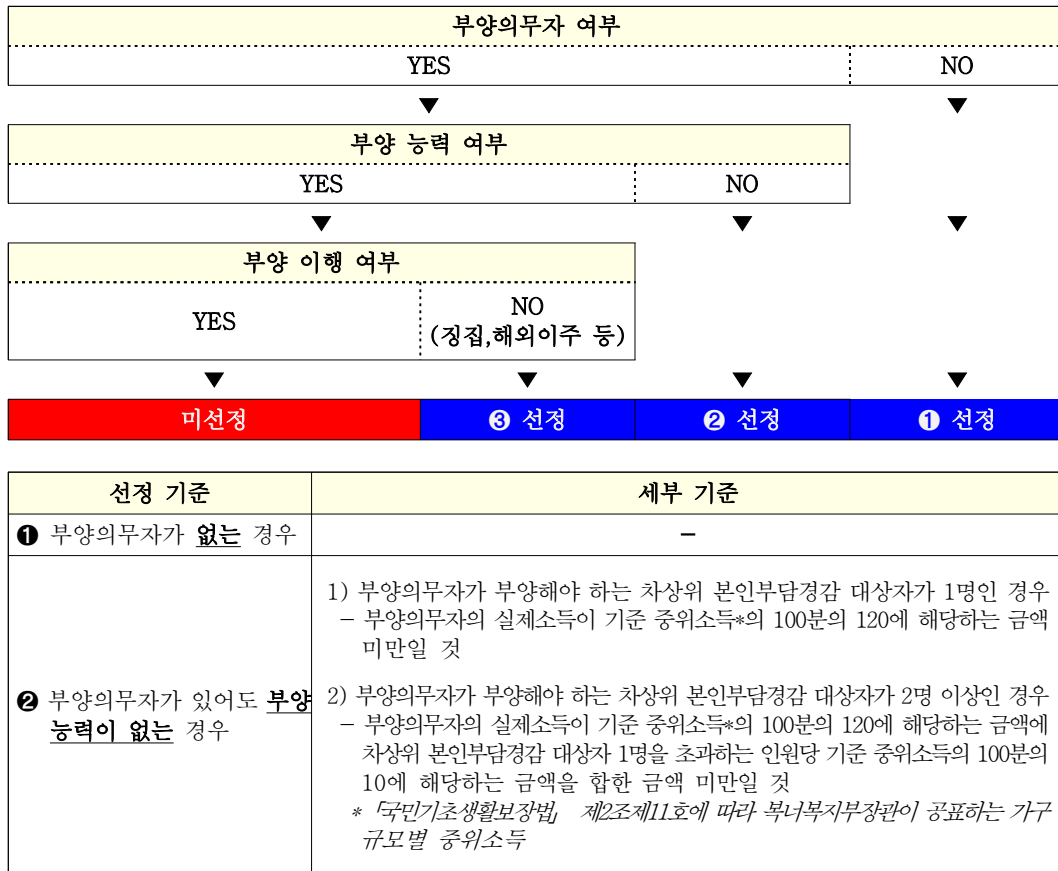
- (문제의식①) 건강보험 차상위 본인부담 경감대상자는 소득·재산 기준 외에 부양의무자 기준을 함께 적용하여, 질환기준(또는 연령기준)을 만족함에도 불구하고 수혜 대상이 제한적임.

[그림 4-3] 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 선정 기준

소득인정액 기준	+	부양의무자 기준(부양 요건)
기준 중위소득의 50% 이하		경감대상자가 부양의무자가 없거나, 있어도 부양능력이 없거나, 부양을 받을 수 없는 경우

- － (부양의무자 기준) 차상위 본인부담경감대상자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자를 부양의무자로 정의, 부양의무자 기준은 「국민건강보험법 시행규칙」 별표5 제2호에 근거

[그림 4-4] 현행 건강보험 차상위계층 부양의무자 기준



③ 부양의무자가 있어도 부양을 받을 수 없는 경우	1) 「병역법」에 따라 징집되거나 소집된 경우 2) 「해외이주법」 제2조에 따른 해외이주자에 해당하는 경우 3) 소득인정액 산정기준세대에서 제외되는 자에 해당하는 경우
------------------------------------	---

○ (문제의식②) 차상위 본인부담 경감 지원사업의 부양의무자 기준을 현행대로 유지한 상태에서 의료급여 부양의무자 기준이 완화되면 **의료급여 수급자와 차상위 계층 간 실질소득이 역전되는 사례가 증가할 것으로** 예측됨.

－ 또한 의료필요도가 높은 의료급여 수급자가 기준 중위소득 40~50%로 소득상황이 변경될 경우, 차상위 본인부담 경감 대상자에서도 탈락하여 의료 빈곤층으로 전락하는 사례가 발생할 수 있음. 이에 따라 의료급여 수급권자로 남아있으려는 현상(고착화 우려)이 발생할 수 있음.

－ 이러한 소득역전 현상은 기초생활보장급여의 사례를 통해서 발생 가능성을 가늠해볼 수 있음.

[그림 4-5] 기초생활보장급여에서 소득역전 현상

◆ 소득			
－ 수급가구의 총소득 및 경상소득은 기준 중위소득 40% 이하 생계·의료 비수급 가구보다 높으나, 기초생활보장 급여를 제외한 소득은 수급가구에 비해 40% 이하 비수급가구가 높음			
－ 공적이전소득(기초생활급여 등)에 따라 수급가구와 기준 중위소득 40% 이하 생계·의료 비수급 가구 간 소득역전 현상이 발생함			
◆ 재산			
－ 총 재산은 생계·의료급여 수급가구와 비수급 가구가 유사한 수준으로 나타남			
◆ 지출			
－ 월 평균 총 지출규모는 전체가구는 331.5만원, 생계·의료급여 수급가구는 109.8만원, 기준 중위소득 30~40% 비수급가구는 98만원 수준임			
구 분	생계·의료급여 수급 가구	생계·의료급여 비수급 가구	
		기준 중위소득 ~30%	기준 중위소득 30~40%
총소득*(만원/월)	100.6	67.8	87.1
경상소득**	99.9	64.2	86.2
경상소득 - 기초생활보장급여	50.5	56.7	84.5
경상소득 - 기초생활보장급여 - 타 정부 보조금	24.0	30.6	57.3
총 재산(만원)	1,558.9	2,256.8	1,798.2
거주 재산	1,343.2	1,403.7	1,349.4

자료: 관계부처합동(보건복지부·국토교통부·교육부). (2020.8.11.). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023)(안).

나. 세부 추진계획

1) 【추진과제 1-1-1】 부양의무자 기준의 단계적 완화

가) 추진 방향

- 생계급여 부양의무자 기준 완화와 연계하여 **사적 부양이 현실적으로 불가능한 취약 계층**을 우선적으로 **부양의무자 기준을 단계적으로 완화(폐지)**
- **부양능력이 있는 계층**에 대해서는 부양의무자 기준을 준치하되, 수급자의 **재산 기준을 완화하고 부양비를 인하**하여 수급자 선정기준을 완화할 필요가 있음.
- ‘수급권자가 비노인·비장애인이면서 부양의무자가 노인인 경우’와 ‘수급권자가 중증장애인이면서 부양의무자가 비노인·비장애인인 경우’는 현 생계급여 부양의무자 기준 완화와 다르게 가고 있는 부분으로, 생계급여 부양의무자 기준 **완화와 연계한다는 측면에서 검토가 필요함**.

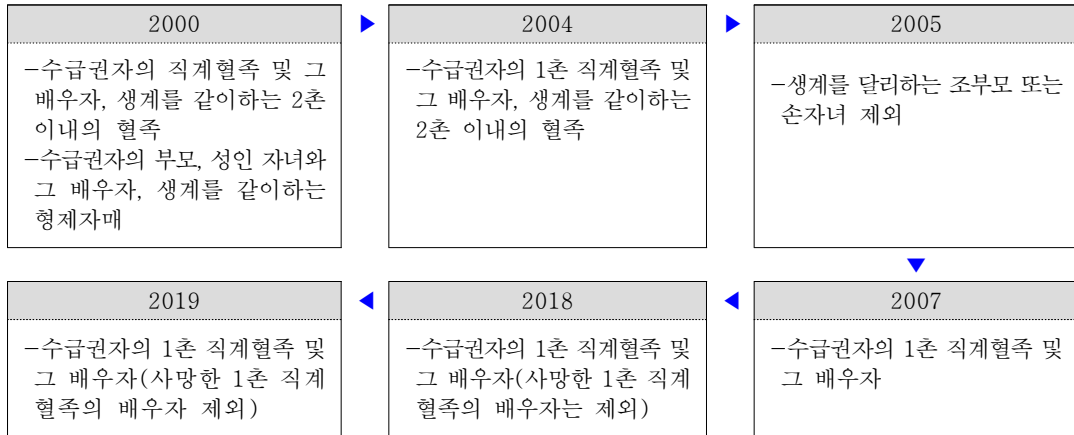
[그림 4-6] 의료급여 부양의무자 기준 완화(수급자격 완화) 방향

【추진방향①】 부양능력 無	+	【추진방향②】 부양능력 有
생계급여 완화 방향과 연계한 단계적 폐지 ⇒ 사적 부양이 현실적으로 불가능한 노인 등 취약계층의 부양의무자 기준 폐지		수급자 선정기준 확대 ⇒ 수급권자 재산 반영기준 완화 및 부양비 부과율 인하 등

나) 그간의 추진 실적

- **(부양의무자 기준 변화)** 기초생활보장제도에서는 부양의무자 범위 및 판정 기준을 지속적으로 완화해왔음.
- **(범위 축소)** 2000년 『국민기초생활보장법』 시행 이후 **부양의무자(수급자를 부양할 책임이 있는 자)의 범위를 점차 축소**해왔음.
 - － 국민기초생활보장제도 도입 당시, ‘직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족’을 부양의무자 기준으로 설정
 - － 당초 부양의무자 범위가 비현실적이라는 비판이 제기됨에 따라, 몇 차례에 걸쳐 부양의무자 범위 축소

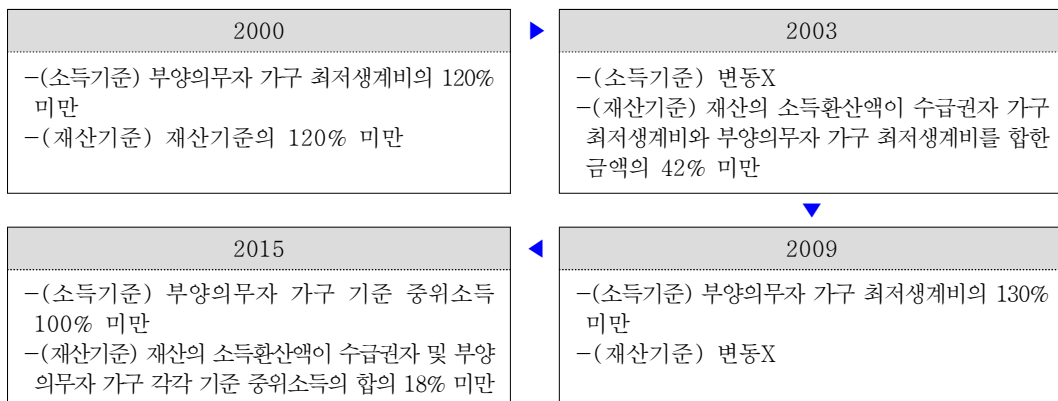
[그림 4-7] 부양의무자 범위 축소 흐름



○ **(부양능력 완화)** 2000년 『국민기초생활보장법』 시행 이후 부양의무자의 부양능력 판정 기준도 점진적으로 완화되었음.

- 국민기초생활보장제도 도입 당시에는 ‘부양의무자가 소득기준(최저생계비의 120% 미만)과 재산기준(재산기준의 120% 미만)을 동시에 만족’하는 경우에만 부양능력이 없는 것으로 간주
- 2020년 현재 ‘소득기준(기준 중위소득 100% 미만)과 재산기준(재산의 소득환산액이 수급권자 및 부양의무자 가구 각각 기준 중위소득 합의 18% 미만)을 동시에 만족’하는 경우에만 부양능력이 없는 것으로 간주

[그림 4-8] 부양능력 판정 기준 완화 흐름



□ (제1차 기초생활보장 종합계획) 제1차 기초생활보장 종합계획에서 비수급 빈곤층의 복지사각지대 해소를 위한 주요과제로 ‘부양의무자 기준의 단계적 폐지’를 설정함.

○ (주거급여) 주거급여의 부양의무자 기준 폐지

○ (생계·의료급여) 부양의무자 기준의 단계적 적용 제외, 재산기준 완화

- (부양의무자 기준 완화) 의료필요도가 높은 소득·재산 하위 70% 중증 장애인 또는 노인이 포함된 경우, 부양의무자 기준 연차적 적용 제외
- (재산기준 완화) 부양의무자 재산의 소득환산을 완화

<표 4-2> 제1차 기초생활보장 종합계획(‘18~’20)에 따른 급여별 부양의무자 기준 완화 (안)

구분	개선							
주거급여	-주거급여 수급권자에 대한 부양의무자 기준 폐지							
생계·의료급여	-부양의무자 기준 완화 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 수급자 및 부양의무자 가구에 중증장애인 또는 노인이 모두 포함된 소위 ‘老-老’ 부양, ‘障-障’ 부양인 경우(‘17.11월) ▶ 부양의무자 가구에 중증 장애인(장애인연금 수급자)이 포함된 경우(‘19.1월) ▶ 부양의무자 가구에 노인(기초연금 수급자)이 포함된 경우(‘22.1월) 							
	-수급자 재산기준 완화							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>현행</th><th>개선</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>부양의무자 재산의 소득환산율</td><td>부양의무자 재산의 소득환산율</td></tr> <tr> <td>- (주거용) 월 1.04%</td><td>- (주거용) 월 1.04%</td></tr> <tr> <td>- (일반·금융·승용차) 월 4.17%</td><td>- (일반·금융·승용차) 월 2.08%</td></tr> </tbody> </table>	현행	개선	부양의무자 재산의 소득환산율	부양의무자 재산의 소득환산율	- (주거용) 월 1.04%	- (주거용) 월 1.04%	- (일반·금융·승용차) 월 4.17%
현행	개선							
부양의무자 재산의 소득환산율	부양의무자 재산의 소득환산율							
- (주거용) 월 1.04%	- (주거용) 월 1.04%							
- (일반·금융·승용차) 월 4.17%	- (일반·금융·승용차) 월 2.08%							

자료: 관계부처합동(보건복지부·국토교통부·교육부). (2017.8.10.). 제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)(안).

□ (추진경과) 제1차 기초생활보장 종합계획에 의거하여 주거급여에서 부양의무자 기준이 폐지(‘18.10월)되었으며, 생계·의료급여에서 부양의무자 기준이 단계적으로 완화되었음.

○ (주거급여) 주거급여의 부양의무자 기준 폐지(‘18.10월)

○ (생계·의료급여) 부양의무자 기준의 단계적 적용 제외, 재산기준 완화

- (생계·의료) 수급권자가 중증장애인 또는 노인이고, 부양의무자가 중증 장애인(장애인연금 수급) 또는 노인(기초연금 수급)인 경우(‘老-老’ 부양, ‘障-障’ 부양) 부양의무자 기준 폐지(‘17.11월)

- (생계·의료) 수급권자가 만 30세 미만 한부모가구 및 보호종결 아동가구인 경우, 부양의무자 기준 폐지('19.1월)
- (생계·의료) 부양의무자가 중증장애인(장애인연금 수급)인 경우 부양의무자 기준 완전 폐지('19.1월)
- (생계) 부양의무자가 노인(기초연금 수급) 부양의무자 기준 완전 폐지('20.1월)
- (생계) 수급권자가 중증장애인인 경우, 부양의무자 기준 완전 폐지('20.1월)
- (생계·의료) 재산소득 환산율 4.17% → 2.08%로 인하 ('19.7월)

[그림 4-9] 생계·의료급여 부양의무자 기준 완화 흐름('17~'20)

		부 양 의 무 자 가 구		
		중증장애인 (장애인연금 수급)	노인 (기초연금 수급)	非노인·장애인
수 급 대 상 가 구	중증장애인	의료, 생계 '17.11월 폐지 (老-老, 障-障 부양)		생계 '20.1월 폐지
	노인			
	非노인·장애인	의료, 생계 '19.1월 폐지	생계 '20.1월 폐지	
	한부모 및 시설 퇴소아동	의료, 생계 '19.1월 폐지		

주: '19.7월 부양의무자의 재산소득 환산율 인하(4.17% → 2.08%)

다) 단계별 이행계획

□ 향후 3년('21~'23년)간 저소득층의 의료보장을 확대하기 위해 생계급여 부양의무자 기준 완화와 연계하여 사적부양이 현실적으로 어려운 노인¹⁾에 대해 부양의무자 기준을 완화하는 방안과 수급자 선정기준을 확대하는 방안 병행 추진

○ (세부과제①) 소득하위 70%인 기초연금 수급노인이 포함된 부양의무자 가구에 대한 부양의무자 기준 폐지

- 생계급여와의 정합성, 현실성을 고려하여 사적부양이 현실적으로 어렵고, 의료필요도가 높은 노인이 부양의무자일 경우 '21~'23년 중 부양의무자 기준 적용을 폐지하고, 3차 기본계획에서 부양의무자 기준 폐지 확대

○ (세부과제②) 1차 기본계획에 따른 생계급여 제도 개선사항 반영 → 수급자 재산기준 완화 등을 통한 수급자 선정기준 확대

－ (부양비 부과율 폐지) 일정 수준의 부양비를 수급권자의 소득인정액에 포함(사전이전소득)하여 해당 부양비만큼 급여를 차감하는 부양비 부과율을 폐지

－ (기본재산공제 확대) 보장가구의 기본적 생활 유지에 필요하다고 인정되어 재산의 소득 환산 시 재산가액 산정에서 제외되는 기본재산공제액을 확대(인상)*

* 1차 기본계획 中 생계급여에서 기본재산공제액 변화: 대도시(5,400만원→6,900만원), 중소도시(3,400만원→4,200만원), 농어촌(2,900만원→3,500만원)

－ (주거용 재산 한도액 확대) 최저주거면적 전세 상승률을 고려하여 주거용 재산 인정 한도액 확대*

* 1차 기본계획 中 생계급여에서 주거용 재산 한도액 변화: 대도시(1억원→1억2천만원), 중소도시(6,800만원→9,000만원), 농어촌(3,800만원→5,200만원)

－ (기준 중위소득 산정방식 변경) 기존 ‘가계동향조사’에서 통계청이 발표하는 공식 소득분배지표인 ‘가계금융복지조사’로 통계 자료원이 변경됨에 따라 기준 중위소득이 상향*되어 수급권자 확대

* ‘18년 기준, 기준중위소득 451.9만원 < 가금복 중위소득 508.4만원

[그림 4-10] 의료급여 부양의무자 기준 완화(안)

부 양 의 무 자 가 구			
	중증장애인 (장애인연금 수급)	노인 (기초연금 수급)	非노인·장애인
수급대상가구	중증장애인	‘17.11월 폐지 (老-老, 障-障 부양)	
	노인		
	非노인·장애인	‘19.1월 폐지	‘21~’23년 中 폐지 검토
	한부모 및 시설 퇴소아동	’19.1월 폐지	

재산기준
완화 등
▼
수급대상
가구 확대

2) 【추진과제 1-1-2】 건강보험 차상위 지원계층의 부양의무자 적용 기준 완화

가) 추진 방향

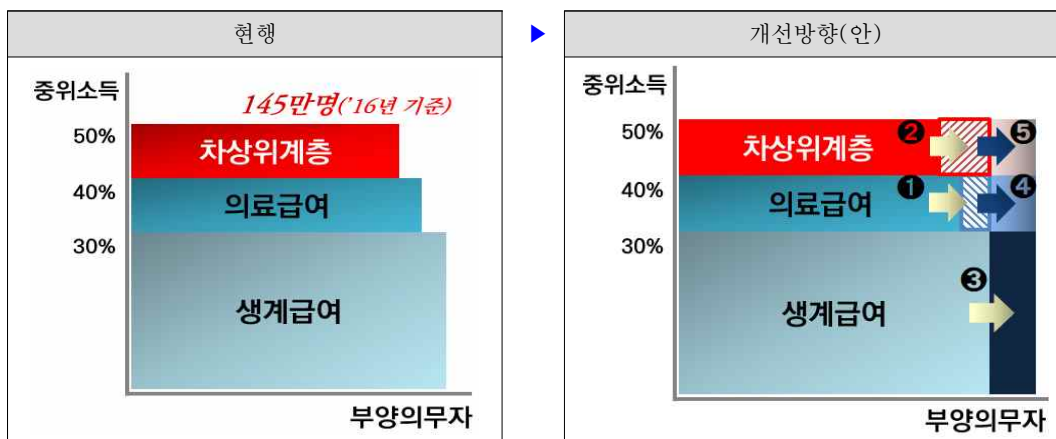
- 現 차상위 본인부담 경감 대상자의 부양의무자 적용 기준을 완화할 수 있는 범위 (부양의무자 有, 부양능력 有, 부양이행 可내)에서 **의료급여 부양의무자 기준 완화 흐름과 연계하여** 사적 부양이 현실적으로 어렵다고 판단되는 집단을 **우선 선별하여 단계적으로 완화(폐지)**
- **의료급여 부양의무자 기준 완화 흐름**을 차상위 계층에서도 단계적으로 적용하는 것이 **국민의 수용성 제고** 측면뿐 아니라, **제도의 정합성 확보** 측면에서도 타당함.

[그림 4-11] 現 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화 범위

		부양의무자 능력 여부	
		없음	있음
			부양 이행 불가 부양 이행 가능
부양의무자 여부	없음	현재 적용 기준	
	있음		기준 완화 범위

- 의료급여 부양의무자 기준 완화(폐지)에 따라 발생할 수 있는 **수급자와 차상위 의료 취약계층 간 소득역전 현상**을 방지하는 차원에서도 차상위 부양의무자 기준 완화 추진이 필수적임.

[그림 4-12] 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화 방향(안)



나) 그간의 추진 실적

- **(제도 변화)** 2004년부터 의료급여에 포함되어 관리되었던 차상위 의료취약계층에 대하여 2008년부터 단계적으로(희귀난치성·중증질환자 → 만성질환자·18세 미만 아동) **건강보험으로 자격을 전환**하고, 의료비 지원방식을 건강보험 재정에서 지원하는 것으로 변경하였음.
- **(~'03.12월)** 차상위 의료취약계층(희귀난치성·중증질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동)은 일반적인 건강보험 가입자와 동일하게 보험료·본인부담금 납부
- **(‘04.1월~’08.3월)** 차상위 의료취약계층은 의료보장 확대 차원에서 의료급여 수급자로 자격 전환
- **(‘08.4월~)** 희귀난치성·중증질환자의 자격 전환(의료급여 → 건강보험), 의료비 본인 부담금 차액에 대한 지원 방식 변경(일반회계 지원방식 → 건강보험재정 지원방식)
- **(‘09.4월~)** 만성질환자, 18세 미만 아동의 자격 전환(의료급여 → 건강보험), 의료비 본인부담금 차액에 대한 지원 방식 변경(일반회계 지원방식 → 건강보험재정 지원방식)

[그림 4-13] 차상위 의료취약계층의 의료보장을 위한 그간의 제도 변화



- **(부양의무자 기준)** 부양의무자 기준은 차상위 본인부담 경감제도 도입('07.4월) 이후 엄격하게 유지되어 옴.

□ (건강보험 차상위 본인부담 경감제도) 2007년부터 기준 중위소득 50% 이하 비수급 의료취약계층 중 **희귀난치성·중증질환자, 18세 미만 아동**에 대해서는 **의료급여에서 건강보험 가입자로 전환**하되, 국고 지원(연간 3,800억원)을 통해 의료급여에 준하는 의료보장 혜택 지원

* `08.4월 희귀난치성·중증질환자(17,833명) 전환, `09.4월 만성질환자(86,841명) 및 18세 미만 아동(133,120명) 전환

○ 차상위 본인부담 경감 대상자는 **의료급여와 유사한 수준의 본인부담금만 부담** 하고, 건강보험 가입자 본인부담금과의 차액은 국고에서 지원함.

<표 4-3> 현행 건강보험 차상위 의료비 지원사업 내용

구분	요양급여비용 중 본인부담금	
	일반 건강보험 가입자	차상위 본인부담경감대상자
입원외래	-요양급여비용의 5%(중증),10%(희귀) -식대의 50%	-요양급여비용 면제 -기본식대의 20%
희귀·중증 노인 틀니	65세 이상 -요양급여비용의 30%	-요양급여비용의 5%
	65세 이상 치과 임플란트 -요양급여비용의 30%	-요양급여비용의 10%
	추나요법 -요양급여비용의 50%	-요양급여비용의 30%
만성·아동	입원 -요양급여비용의 20% -식대의 50%	-요양급여비용의 14% -식대의 20%
	외래 -요양급여비용의 30-60%	-요양급여비용의 14%(정액 1,000원, 1,500원) ※단, 1세 미만 영유아는 5% 또는 면제
	65세 이상 노인 틀니 -요양급여비용의 30%	-요양급여비용의 15%
	65세 이상 치과 임플란트 -요양급여비용의 30%	-요양급여비용의 20%
	심뇌혈관질환자 -요양급여비용의 5% -식대의 50%	-요양급여비용 면제(입원수술시 30일) -기본식대의 20%
	추나요법 -요양급여비용의 50%	-요양급여비용의 40%

주: 1) 상급종합병원 2인실 및 3인실 입원료의 본인일부부담률은 각 100분의 50, 100분의 40으로, 종합병원·병원·한방병원 2인실 및 3인실의 경우는 각 100분의 40, 100분의 30으로 인하(일반 건강보험가입자와 동일)
2) 복잡추나 중 디스크, 협착증 외 근골격계 질환인 경우에는 본인부담률 80% 적용

○ 2019년 기준 차상위 본인부담 경감 대상자는 약 27만명으로, 만성질환자(49.2%), 18세 미만 아동(40.5%), 희귀난치성·중증질환자(10.2%) 순으로 비중이 높게 나타남.

- 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 중 만성질환자의 비중은 '09년 35.0%에서 '19년 49.2%로, 인원 및 비중이 지속적으로 증가 추세

<표 4-4> 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 추이(2009~2019년)

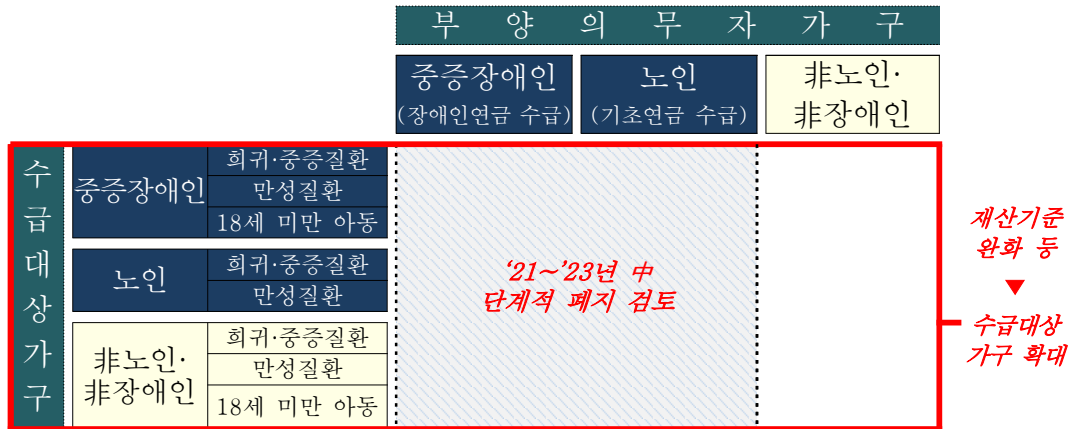
구 분	계	희귀난치성· 중증질환자	만성질환자	18세미만
2009년	259,406	21,258	90,775	147,373
2010년	276,689	21,789	91,962	162,938
2011년	307,527	23,348	108,763	175,416
2012년	322,454	22,387	120,566	179,501
2013년	331,223	24,836	123,666	182,721
2014년	335,832	31,906	127,482	176,444
2015년	326,904	30,968	130,012	165,924
2016년	292,757	27,453	127,444	137,860
2017년	279,568	27,245	128,252	124,071
2018년	272,373	27,339	129,863	115,171
2019년	272,567	27,794	134,270	110,503

자료: 보건복지부. (2020). 2020 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내

다) 단계별 이행계획

- 향후 3년('21~'23년)간 건강보험 차상위 의료취약계층의 의료보장을 확대하기 위해 의료급여 부양의무자 기준 완화와 연계하여 사적부양이 현실적으로 어려운 노인¹⁾에 대해 부양의무자 기준을 완화하고, 수급자 선정기준을 확대하는 방안 병행 추진
- (세부과제①) 부양의무자가 중증장애인(장애인연금 수급) 또는 노인(기초연금 수급)인 경우 부양의무자 기준 폐지
 - 장기적으로 향후 3차 의료급여 기본계획 수립 시 비노인·비장애인에 대한 부양의무자 기준 폐지 검토 필요
- (세부과제②) 1차 기본계획에 따른 생계급여 제도 개선사항 반영 → 수급자 재산기준 완화 등을 통한 수급자 선정기준 확대

[그림 4-14] 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자 부양의무자 기준 완화(안)



□ (기대효과) 차상위 본인부담 경감 대상자에 대한 부양의무자 기준 완화 시,

- 단기적으로는 저소득층 본인부담 경감을 통한 의료비 부담 완화 및 건강관리 역량 강화를 지원할 수 있다는 측면에서 긍정적 효과 발생을 기대해볼 수 있음.
- 중장기적으로는 예방적 건강관리 지원을 통해 비수급 빈곤층의 의료 빈곤화를 예방할 수 있고, 사후적 의료비 절감 효과를 기대해볼 수 있음.

<표 4-5> 부양의무자 기준 완화를 통한 차상위 본인부담 경감 대상자 확대 기대효과

대상자	기대효과
수급권자	-본인부담 경감 이라는 동일한 혜택을 누리면서 의료급여 낙인효과 없음
정부	-국민의 세금으로 재원이 조성되는 의료급여 대상자를 추가 확대하지 않으면서 더 많은 대상자에게 의료비 지원 가능
보험자	-건강보험 내 저소득층 건강보장 강화에 대한 건강보험 역할 강화

2. 【정책목표 ❶-2】 의료급여 보장성 강화 및 의료 질 향상

가. 현황 및 문제점

□ (낮은 건강수준) 의료급여 수급자는 예방적 건강관리 및 질환 발생 후 관리 등 건강 관리가 전반적으로 미흡하고, 이로 인해 건강결과(수준)이 좋지 않음.

- 성인 의료급여 수급자의 예방가능한 입원율은 2016년 기준으로 건강보험 가입자 소득 5분위의 10배 이상임(강희정 외, 2018).
- 대표적인 만성질환 중 하나인 당뇨병의 경우, 일부 서비스 이용은 건강보험 가입자와 크게 다르지 않지만 복약순응도가 낮고 결과적으로 합병증 발생으로 인한 입원율이 높음.
 - 당뇨병 환자의 효과적 관리를 위해 권장되는 당화혈색소 검사를 연중 1회 이상 받은 환자는 차이가 거의 없으나(2016년 기준, 의료급여 대상자 75.8%, 건강보험 최고 소득층 77.9%) 연간 292일 이상 약제 처방을 받은 환자의 비율은 차이가 있었음(2016년 기준, 의료급여 대상자 65.2%, 건강보험 최고 소득층 74.1%).
 - 2016년 기준, 의료급여 당뇨병 환자는 건강보험 최고소득층의 당뇨병환자보다 단기 합병증과 장기합병증 으로 인한 입원율이 각각 6배, 8배 높은 수준이었음.

□ (고령화·만성질환에 따른 의료수요 증가) 고령화에 따라 노인 수급자 비율이 점차 증가하고 있으며, 이에 따라 수급자의 질병 중증도 악화, 복합만성질환 유병률 증가 등으로 향후 의료수요가 크게 증가할 것으로 전망됨.

- 최근 5년간 전체 수급자 대비 65세 이상 수급자 인원 수, 입내원일수, 진료비 비중을 살펴보면 2015년 대비 2019년에 각각 4.0%p, 2.7%p, 4.3%p 증가하였음.
- 의료급여 수급자는 건강보험 가입자보다 노인인구수 및 노인진료비 비중이 높아 향후 고령화에 따른 의료비 부담이 더욱 가중될 수 있음.
 - (2019년 기준 노인 진료실인원 점유율) 건강보험 15.7% vs 의료급여 42.5%
 - (2019년 기준 노인 진료비 점유율) 건강보험 41.6% vs 의료급여 49.3%

[그림 4-15] 전체 수급자 대비 65세 이상 수급자의 인원수, 입내원일수, 진료비 비중 (2015~2019)



자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2020). 2019년 의료급여통계.

- 한편, 의료급여 수급자는 건강한 생활습관 실천률이 낮고 질병 발생 후 건강관리 등이 미흡하여 고령화에 따른 의료수요가 더욱 급증할 수 있음.

□ **(높은 미충족 의료경험)** 또한 의료급여 수급자는 건강보험 가입자보다 본인부담 수준이 낮음에도 불구하고, **경제적 부담으로 인한 미충족 의료경험*이 높음.**

* 병원 치료가 필요하나 경제적 부담 등으로 치료를 포기한 경험이 있는 가구 비율

- 2017년 기준 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률은 의료급여 수급자가 3.7%, 건강보험 저소득 가구(균등화 경상소득의 중위 60% 미만)가 1.1%임(한국복지패널, 2017).

□ **(의료 빈곤화 예방 필요)** 의료급여 수급자가 체감하는 **높은 의료비 부담을 충분하게 줄이고, 빈곤화를 예방하기 위해서는 촘촘한 사후적 의료안전망이 필요함.**

- 의료보장제도가 의료안전망으로 충분한 기능을 수행하기 위해서는 대상 범위가 전 국민, 특히 취약계층을 사각지대 없이 모두 포함할 수 있어야 하고, 보장 수준은 진료비로 인한 가계 빈곤화가 야기되지 않는 수준이어야 할 것임(WHO, 2005).
- 우리나라는 그 동안 ‘저부담-저급여’의 제한적 의료보장체계로부터 시작된 높은 법정 본인부담금(20~60%)과 비급여 본인부담으로 인해 환자가 부담

해야하는 의료비 부담이 높은 수준임(권순만, 2002).

□ **(보장성 강화정책) 비급여의 급여화와 연계하여, 의료급여 수급자 친화적인 사후적 의료안전망**이 마련될 수 있도록 관련 사업(제도)의 정비가 필요함.

○ 문제인 케어의 일차과제는 ‘비급여의 급여화’이지만, 이는 정교한 작업과 함께 이해 관계자간 사회적 합의의 시간이 요구됨.

○ 또한 비급여의 급여화의 진행 과정 중에도, 그리고 완료 후에도 존재할 수 있는 본인부담금의 소득 대비 과도한 의료비 지출을 해소하기 위해서는 사후적 의료안전망이 필요함.

나. 세부 추진계획

1) **【추진과제 1-2-1】** **전 영역에 걸친 의료안전망 구축**

가) 추진 방향

□ **전 영역에 걸친 의료서비스 보장으로 의료급여 수급자의 건강수준 및 삶의 질 제고**

○ **(사전예방)** 질환 발생 전 사전예방 차원에서 질환을 진단받지 않은 경우에도 자신의 건강상태에 대한 확인 및 사전관리가 필요함.

－ 건강검진 결과에 근거해서 수급자의 건강상태 및 건강관리 수준 등을 평가하고 수급자가 인지해야 할 건강행동을 비롯한 건강관리 방안 등에 대한 교육, 상담 진행

○ **(필수서비스 보장 확대)** 간호간병통합서비스를 확대하고 의학적 타당성이 있는 의료서비스에 대한 예비급여 도입 지속 추진

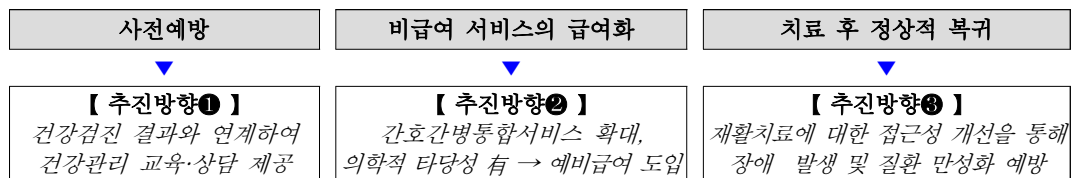
－ 간호간병 통합서비스 병상 확대를 통한 의료급여 수급자의 간병료 부담 완화

－ 치료에 필요한 의학적 비급여를 '22년까지 단계적으로 급여화하며, 그 과정에서 불가피하게 발생하는 비급여(의학적 필요성이 낮거나 검토과정 중에 있어서 잠정적으로 존치될 것으로 예상되는 비급여와 신규로 발생하게 될

비급여)에 대한 관리 감독 강화

- (치료 이후 정상적 복귀) 의료급여 수급자는 건강보험 가입자보다 뇌혈관 질환 등 장애로 연결될 수 있는 질환의 발생률이 높은 편이며 뇌혈관 질환 등으로 의료급여 수급자격을 얻게 된 경우 정상적인 사회복귀를 위한 재활서비스 제공이 중요함.
- － 효과적인 재활치료 제공을 위해서는 질환 및 중증도에 따른 필요군 설정과 재활서비스의 선정, 서비스 제공기관 확충방안이 필요함.

[그림 4-16] 전 영역에 걸친 의료안전망 구축 방향



나) 그간의 추진 실적

- (보장성 강화 대책) 그간 비급여의 급여화 및 급여항목의 본인부담 경감을 통해, 의료급여 수급자의 의료비 절감 및 의료접근성 향상을 추진해왔음. 그러나 전 영역에 걸친 의료서비스가 아닌 급성기 치료 영역에 한정된 정책을 추진해왔음.
- (3대 비급여 해소) 국민 부담이 컸던 3대 비급여 중 선택진료비는 폐지되었고, 상급병실에 대한 보장이 확대되었으며, 간호·간병 통합서비스 제공병상을 확대하여 간병료 부담을 해소함.
- (예비급여 도입을 통한 비급여 급여화) 초음파(하복부·비뇨기, '19), MRI(두경부 등, '19), 주나요법('19) 항목 등의 급여화가 추진되었고 의료급여 수급자의 접근성 개선을 위해 본인부담률은 30~90%로 건강보험보다 낮은 수준으로 설정함.

<표 4-6> 건강보험 보장성 강화 대책 추진 현황('19.7월)

구분		추진현황	비고
비급여의 급여화	3대 비급여 해소	선택진료비 폐지('18.1월)	완료
		상급병실(2·3인실) 급여화(~'19)	추진중
		간호간병 통합서비스 확대(~'22)	추진중

구분		추진현황	비고
비급여의 급여화 (계속)	의학적 비급여 급여화	초음파 급여화(∼'21)	추진중
		MRI 급여화(∼'21)	추진중
		등재·기준 비급여 급여화(∼'22)	추진중
		치과·한방·약제(∼'22)	추진중
의료취약계층 본인부담 경감	취약계층 본인부담 경감	노인(치매검사 급여화, 중증치매·틀니·임플란트 본인부담경감, 노인외래정액제 개선 등)	완료
		아동(입원진료비 본인부담률 5%로 경감 등)	완료
		여성(검사, 마취, 약제 등 난임치료시술 보험적용)	완료
		장애인(보장구 급여 단계적 확대)(∼'22)	추진중
의료안전망 강화	본인부담상한제 개선	소득 하위 50% 연간 건강보험 의료비 본인부담상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하	완료
	긴급 위기지원	재난적의료비 지원에 관한 법률 제정 및 대상자 확대(연간 최대 3천만원까지 지원)	완료

자료: 보건복지부, (2019). 건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획.

□ **(만성질환 관리 및 말기케어 개선)** 만성질환의 증가와 함께 사전예방과 질환 관리, 질환 발생 후 재활치료 등 전 영역에 걸친 의료서비스 접근이 중요해짐에 따라 일차의료 만성질환관리 시범사업이 시작되었고, 의료급여수급자는 본인부담 없이 해당 서비스를 이용하고 있음.

○ **(재활치료에 대한 낮은 접근성)** 일부 개선에도 불구하고 의료급여 수급자는 건강 보험 가입자에 비해 건강상태가 좋지 않고 피할 수 있는 입원 발생이 높은 편으로, 질병 발생 전 건강관리 및 질환 발생 후 정상적인 사회 복귀를 돕는 재활 치료가 중요하나 이와 같은 서비스에 대한 접근성은 취약함.

○ **(말기케어 개선)** 생애 말기 삶의 질에 대한 관심과 불필요한 의료비 지출에 대한 우려가 제기되면서 전문기관 호스피스 제도 도입 및 가정형·자문형 호스피스 제도 시범사업이 시행 중이며 의료급여 수급자는 본인부담 면제 혹은 일부 부담하는 형태로 이용함.

다) 단계별 이행계획

□ 의료급여 수급자가 재정적 제약 없이 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하기 위해, 전 생애에 걸쳐(예방·건강증진, 치료, 재활 등) 포괄적인 양질의 보건의료 서비스를 급여화함.

- **(세부과제①: 건강검진과 연계한 건강관리)** 건강검진 결과에 근거해 수급자의 건강상태 및 건강관리 수준 등을 평가하고, 수급자가 인지해야 할 건강행동을 비롯해 건강관리 방안 등에 대한 교육, 상담을 진행하는 서비스 제공 모형 설계(‘21년) 및 시범사업 운영 검토(‘22~‘23년)
 - － 유질환자가 아니더라도 수급자의 건강관리를 위해 필요성 정도를 판단하여 지역사회 가용 자원과 연계

[그림 4-17] 건강검진과 연계한 건강관리 서비스 제공모형설계(안)

<p>◆ 대상 및 급여수준</p> <ul style="list-style-type: none"> － (대상) 일차의료 만성질환관리 시범사업 등 별도의 사업에 참여하지 않는 수급자 － (주기) 건강검진 주기에 따른 매 격년 － (급여범위) <ul style="list-style-type: none"> ① 개인화된 건강계획 수립, ② 검진 결과 및 과거 검진 결과와 비교한 건강상태 설명 ③ 신체건강·정신건강 측면에서 운동, 식습관 등 교육·상담 ④ (필요시) 지역사회 체육프로그램, 사회복지시설 등 보건의료자원과 연계 <p>◆ 전달체계</p> <ul style="list-style-type: none"> － (관리 및 서비스 제공 체계) 기존의 사례관리 체계 혹은 보건소, 서비스 제공주체 등 검토 － 사업수행을 위한 가이드라인 마련 － 수급자 검진 정보 연계 － 지역사회 체육프로그램, 사회복지시설 등 연계 체계 마련
--

- **(세부과제②: 필수서비스 보장 확대)** ‘22년까지 간호간병통합서비스를 단계적으로 확대하고, 의학적 타당성이 있고 치료에 필수적인 비급여는 예비급여를 통해 급여화(보장성 강화 정책의 연장선, ’21~‘23년)
- **(세부과제③: 치료 이후 정상적 복귀)** 회복기에서의 집중재활, 유지기 및 생활기에서의 지속적 재활을 포함하여 환자 상태에 따른 단계별 재활서비스를 포괄적으로 보장하여 빠른 사회복귀를 위한 도움 제공(‘21~‘23년)
 - － **(급성기, 회복기: 재활서비스 보장 강화)** 케어플랜을 수립하고, 케어플랜에 근거하여 현재 비급여인 재활서비스에 대한 보장 및 재활치료 목적의 입원에 대한 보장 방안 마련
 - 현재 사회복귀에 필요한 언어치료 등 활동적 치료항목은 비급여이며, 이용자 대부분이 만성질환자이므로 의료비 부담이 큼. 비급여 서비스더라도 환자의 요구도와 이용 빈도가 높은 서비스에 대한 보장방안 검토 필요

- (유지기, 생활기: 지역사회 중심 재활서비스 제공체계 마련) 급성기 치료 이후 지속적인 재활치료가 필요한 환자에 대해 지역사회 재활서비스 제공 방안 마련
 - 케어플랜에 근거한 재활서비스 제공을 보장해야하고, 지역사회 환자에게 제공되는 통원 재활에 대한 보장 확대 방안 검토 필요

<표 4-7> 치료단계별 보상연계 방안

단계	개념	보상연계
질병이환 전 단계	질병발생 전 사전예방 및 건강증진	건강검진과 연계한 서비스 제공체계 마련 필요
급성기	병의 진행이 멈출 때까지 제공	-
회복기	일상생활동작의 기능을 높이고 지역사회 복귀 도움	집중적인 재활로 재가복귀를 돕는 것으로 이에 기반한 보상체계 마련 필요
유지기, 생활기	건강을 어느 정도 회복한 환자의 활동성을 높여 기능 및 건강상태의 유지 또는 증진	전문적 재활서비스의 적시 제공이 필요하며 지역사회 연계 모형 개발 필요

2) 【추진과제 1-2-2】 사후적 안전망 강화

가) 추진 방향

- 의료급여 수급자의 건강보장을 위한 국가 책임을 강화하고 의료비 부담의 실질적 경감을 위한 사후적 안전망 강화
 - 비급여의 급여화를 통한 보장성 강화에 따라 의료비 부담은 개선될 것으로 예상됨에도 불구하고, 여전히 비급여로 인한 과도한 의료비 부담이 발생할 가능성이 존재하며, 사후적 의료안전망을 강화하는 것이 필요함.
 - 특히, 재난적의료비 지원기준 조정 및 지원확대, 국가와 민간 영역의 의료비 지원 사업 조정 및 연계 강화 등의 전략을 수립하여 사후적 의료안전망을 강화하고, 재난적의료비 발생을 예방하는 것은 매우 중요함.

나) 그간의 추진 실적

- 의료비로 인한 의료급여 수급가구의 경제적 파탄을 막기 위해 일정수준을 초과하는 의료비를 사후적으로 면제하거나 돌려주는 제도를 시행하고 있음.

- **(본인부담상한제)** 의료급여 1종 수급자는 매 30일간 5만원 초과 시, 2종 수급자는 연간 80만원을 초과 시(요양병원 연간 240일 초과 입원 시, 연간 120만원을 초과한 경우) 본인부담상한제를 적용받게 됨.
- **(재난적의료비 지원사업)** 4대 중증질환에 대해서만 적용되던 한시적 재난적의료비 지원사업을 2018년 하반기 전체질환으로 확대하여 제도화함에 따라, 의료급여 수급자는 질환에 상관없이 입원 건당 진료비가 100만원을 초과하는 비급여의 50%를 돌려받게 됨.
 - 기준중위소득 100% 이하의 대상자에 대해(기준중위소득 200%이하는 개별 심사) (건강보험급여본인부담금을 포함한 총) 본인부담의료비가 소득수준의 약 15%를 넘는 경우 예비급여 등 본인부담상한제에 포함되지 않는 본인부담금의 50%를 2천만원까지 지원하고 있으나,
 - **(소득기준) 의료급여는 의료비 100만원 초과인 경우, 건강보험은 기준중위소득 50% 이하이면서 의료비 200만원 초과인 경우 재난적의료비 지원대상이 되나, 이는 다른 소득계층과 비교 시 높은 수준임.**

<표 4-8> 소득구간별 재난적 의료비 지원 기준 및 지불능력 대비 비율

구분	가구원수	의료비기준(원) (2019)	소득 대비 비율(%)	지불능력 대비 비율(%)
생계급여 수급자 (기준중위소득의 30%로 가정)	—	1,000,000	15.8	47.3
의료급여 수급자 (기준중위소득의 40%로 가정)	—	1,000,000	11.5	22.4
기준중위소득 50%	—	2,000,000	18.9	31.6
기준중위소득 100%	1인	3,000,000	14.6	18.3
	2인 이상	5,200,000		
기준중위소득 200%*	1인	8,200,000	19.9	22.2
	2인 이상	14,000,000		

주: 1) 수급자의 소득은 기준중위소득~50%까지 분포하며 상대적으로 낮은 수준일 것으로 예상되나 기준중위소득의 30%로 가정하여 계산. 재난적 의료비 산출시 소득이나 총지출 보다는 기본적인 생계비를 제외하고 산출하므로 생계비를 기준중위소득의 20% 선으로 가정하고 이를 제외한 지불능력 산출

2) 기준중위소득 100~200% 구간은 개별심사구간으로 지원대상 의료비 기준이 높게 설정됨.

- 동일한 의료비를 지출하더라도 소득수준에 따라 가계에 미치는 영향이 다를 수 있지만 현재 기준으로는 모든 소득구간에서 비급여의 50%를 지원하므로 의료급여 수급자에서 의료비 부담은 더 높아짐.

<표 4-9> 소득구간별 의료비 부담 예시

구분	예시1) 비급여의료비 100만원 가정		예시2) 비급여의료비 300만원 가정	
	소득 대비 비율(%)	지불능력 대비 비율(%)	소득 대비 비율(%)	지불능력 대비 비율(%)
수급자 (기준중위소득의 30% 가정)	7.9	23.7	23.7	71.0
수급자 (기준중위소득의 40% 가정)	5.9	11.8	17.8	35.5
기준중위소득 50%	4.7	7.9	14.2	23.7
기준중위소득 100%	2.4	3.1	7.3	9.2

주: 수급자의 소득은 기준중위소득의 30%와 40%로 가정하여 계산. 재난적 의료비 산출시 소득이나 총지출 보다는 기본적인 생계비를 제외하고 산출하므로 생계비를 기준중위소득의 20% 선으로 가정하고 이를 제외한 지불능력 산출

- 재난적의료비 지원제도 만족도 조사에 따르면, 재난적의료비 지원 후 남은 의료비 마련방법에 대해 의료급여 또는 차상위계층은 ‘금융기관 대출이나 주변사람에게 빌려서’ 의료비를 지불하는 사람의 비중이 높게 나타남.

<표 4-10> 소득분위에 따른 재난적 의료비 지원금액을 제외한 나머지 의료비 마련 방법

구분	의료급여 또는 차상위계층(%)	기준중위소득 50% 초과 100% 이하(%)	기준중위소득 100% 초과 200% 이하(%)	전체(%)
본인의 소득이나 재산으로	23.0	31.1	37.5	28.4
가족이나 주변 사람들의 무상지원으로	33.7	42.0	28.6	38.1
금융기관 대출이나 주변사람들에게 빌려서	33.9	24.4	30.4	28.4
민간단체의 지원으로	3.4	0.7	1.8	1.8
정부나 지방자치단체의 타 의료비 지원사업을 통해	6.0	1.8	1.8	3.4
기타	0.0	0.0	0.0	0.0
합계	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 김수진 외. (2019). 보장성강화대책이 재난적의료비 지원제도에 미치는 영향 및 제도 중장기 개선방안.

- 환자단체 및 건강보험공단 지사 재난적의료비 지원제도 담당자 등도 의료급여 수급자 및 차상위 계층 의료비 지원 기준 하향 조정 및 지원수준 상향 조정이 필요하다는 의견을 제기함(김수진 외, 2019).

□ 중앙정부 차원의 의료비 지원 사업 외에도 지방자치단체, 민간후원단체에서 다양한 의료비 지원사업이 시행되고 있으나, 제도 간 정보 연계가 미흡한 상황임.

다) 단계별 이행계획

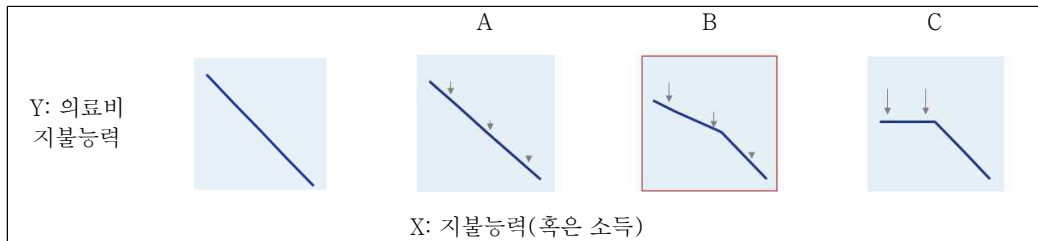
□ 의료급여 수급자의 고액 의료비로 인한 가계파탄 등을 예방하기 위하여 **재난적 의료비 지원제도 개선 및 의료비 지원제도(사업)간 연계를 강화**함.

○ **(세부과제①:재난적의료비 지원제도 개선)** 의료급여 수급자의 재난적의료비 지원 기준 개선을 통한 의료비로 인한 가계 부담 완화

－ **(의료비 기준 개선 및 지원비율 차등화)** 의료급여 수급자의 지불능력을 고려하여, 재난적의료비 지원사업 의료비 기준 하향 조정 및 지원비율 차등화 검토(‘21~’23년)

- 의료비 기준 하향 측면에서는 모든 소득 계층의 의료비를 동일한 비율로 낮추는 방향(A) 또는 낮은 소득계층의 의료비를 일정수준 이하로 낮추는 방향(C)으로 설계 가능
- 소득계층에 따라 의료비가 가계경제에 미치는 영향이 다를 수 있음을 고려하여 소득계층별 지원비율 차등화(의료급여 수급자에 대한 지원비율 상향 조정)하는 방안(B) 검토

[그림 4-18] 재난적 의료비 지원제도 지원수준 개선안



자료: 김수진 외. (2019). 보장성강화대책이 재난적의료비 지원제도에 미치는 영향 및 제도 중장기 개선방안.

○ **(세부과제②: 제도간 연계 강화)** 다양한 집단을 대상으로 시행되고 있는 국가, 지방자치단체 의료비 지원 사업들 간 연계 강화를 통해 의료비 지원의 효율성 제고

－ **(의료비 지원내역 정보 수집 체계 마련)** 질환, 연령 등 다양한 특성에 따라 존재하는 의료비 지원 사업(제도)간 사전적·사후적 중복 수급을 확인하기 위해 건강보험 심사·평가 단위별로 의료비 지출 현황을 구체적으로 파악할 수 있는 정보 수집 체계 마련(‘21~’23년)

- (의료비 지원 정보 공유 시스템 구축) 의료비 통합정보관리 시스템을 구축하여, 환자 본인의 의료비를 파악할 수 있고 의료비 지원 제도 간 연계를 통해 필요한 환자에게 적절한 지원 제공
- 의료비 지원의 중복 확인뿐 아니라 의료급여 수급자가 본인이 지불한 의료비 내역을 확인할 수 있고 고액의료비 발생 시 받을 수 있는 지원내용, 지원받은 금액에 대한 정보를 제공하는 시스템 구축('22~'23년)

제2절 【2분야】 지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축

정책목표	추진과제
(2-1) 지역사회 중심 통합건강관리체계 구축	① 재가 의료급여 시범사업 내실화 ② 수급자 지역사회 정착 지원서비스 제공
(2-2) 자기주도형 건강관리 지원	① 건강인센티브제 실시 ② 복약순응도 향상 지원 ③ 만성질환자 맞춤형 영양관리 지원

1. 【정책목표 2-1】 지역사회 중심 통합건강관리체계 구축

가. 현황 및 문제점

□ (현황 및 문제점①) 그동안 지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계를 마련하거나 또는 재가 중심 의료·돌봄체계를 구축하기 위한 목적으로 다양한 정책적 노력을 기울인 바 있음.

○ 만성질환관리 사업, 모바일 헬스케어 등 다양한 건강증진 프로그램을 운영해 왔으며, 특히 국가와 지자체가 협업체계를 구축해 기존의 병원·시설 중심에서 벗어나 지역사회 내에서 자신이 거주하는 재가 중심의 통합돌봄서비스를 제공 하였음.

○ 그러나, 지역 간 의료·돌봄 서비스 제공 역량 차이로 인해 거주 지역 내 원하는 의료 수요가 충족되지 못하는 등의 문제가 제기되었음.

□ (현황 및 문제점②) 지속적인 보장성 확대 정책으로 수급자의 의료접근성은 지속적으로 개선되었으나, 여전히 의료이용이 필요함에도 적절한 의료이용을 하지 못하는 건강관리 사각지대가 존재하고 있음.

○ 의료급여 수급자 중 미충족 의료가 발생하는 계층이 지속적으로 존재함에 따라 의료급여 수급자의 의료접근성 개선에 대한 요구도 꾸준히 제기되고 있는 상황임(신현웅 외, 2016).²⁾

2) 신현웅 등. (2016). 의료급여수급자 건강관리 향상방안

- 2018년 기준 의료급여 수급권자의 병의원 미치료율은 17.1%로, 건강보험 가입자의 8.5%보다 8.6%p 높은 수준을 보였으며, 건강보험 1분위 가입자의 13.8% 보다 3.3%p 높은 것으로 나타났다.

<표 4-11> 의료접근성: 미충족 의료율 비교

(단위: %, %p)

구분		2016년	2017년	2018년	변화
연간 미충족 의료율 (병의원)	의료급여	17.6	16.7	17.1	-0.51
	건강보험	8.4	9.9	8.5	0.08
	건강보험 1분위	14.6	16.1	13.8	-0.75
경제적 미충족 의료율	의료급여	41.2	40.2	59.7	18.51
	건강보험	17.9	13.3	13.0	-4.93
	건강보험 1분위	56.0	31.9	50.5	-5.57

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사 연도별 데이터를 활용하여 분석하였음.

주: 1) 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 분을

2) 미충족 의료를 경험한 사람 중 경제적 이유로 필요 의료서비스를 받지 못한 분을

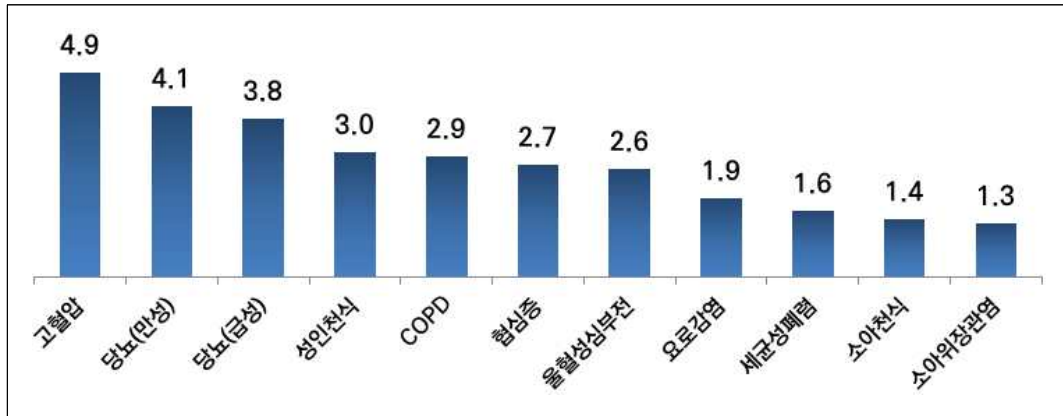
- 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급자들의 예방가능한 입원률은 더 높은 수준으로, 이는 정기적인 건강검진이나 일차의료 진료를 통해 충분히 줄일 수 있는 부분임.

- 예방가능한 입원(preventable hospitalization)이란 외래서비스에 의한 조기 진단과 적절한 치료가 이루어지면 입원서비스가 필요치 않는 특정질환 관련 입원으로서, 의료에 대한 접근성과 질을 측정하는 지표로 널리 사용됨(신현철, 2010).³⁾
- 2009~2011년까지의 한국의료패널 자료를 이용해 만성질환자들의 의료이용을 분석한 결과, 인구학적, 요인, 건강증증도, 사회경제적 요인을 보정하고도 의료급여환자의 예방가능한 입원확률과 응급실 방문확률은 건강보험 환자에 비해 유의하게 높게 나타남(김수정 외, 2015).⁴⁾
- 2014년 건강보험청구자료를 이용해 당뇨환자의 예방가능한 입원에 미치는 요인을 분석한 결과, 의료급여 환자들이 건강보험환자에 비해 예방가능한 입원확률이 약 2.7배 가량 높았음(김윤 외, 2015).⁵⁾

3) 신현철. (2010). 신규 의료급여대상자의 예방가능한 입원을 추이분석. HIRA 연구. 건강보험심사평가원.

4) 김수정 등. (2015). 만성질환자의 예방가능한 입원 및 질병으로 인한 응급실 방문. 보건사회연구 35(2). 405-428.

[그림 4-19] 건강보험 대비 의료급여 환자의 불필요한 입원합병증 발생률 배수



주: 국립중앙의료원. (2015). 보건복지부 공공보건프로그램 신규 사업 계획.

□ (현황 및 문제점③) 과소이용자에 대한 발굴과 적정 의료서비스로의 연계가 취약한 실정임.

○ 현 의료급여제도에서는 의료급여관리사가 적정 의료이용 유도를 위해 의료이용 정보제공 및 자원 연계 등을 하고 있으나, 이는 수급자 중 부적정(과다) 의료이용 행태를 보이는 대상자의 관리가 주요 목적으로 과소이용자에 대한 발굴과 연계는 미흡한 상황임.

－ 소수의 의료급여관리사가 다수의 의료급여수급권자들 중 과소이용자를 선제적으로 발굴하기란 현실적으로 무리가 있으며, 더욱이 단순 정보 제공을 넘어 이들의 건강상태에 맞는 적절한 의료서비스에 실질적인 연계를 지원할만한 역량과 시스템은 미흡함.

- 2020년 1월 기준 17개 시·도에 배치된 의료급여관리사는 31명, 228개 시·군·구에 배치된 의료급여관리사는 605명으로, 의료급여관리사 1인당 평균 약 2,300여명의 의료급여 수급권자에 대한 사례관리를 진행하였음.
- 또한 의료급여사례관리 업무매뉴얼에 따르면 의료급여관리사 1인이 최대 수급권자 3,000명을 관리하도록 되어 있음(보건복지부, 2020).⁶⁾

5) 김윤 등. (2015). Health Map 서비스를 위한 환자 의료이용지도 구축. 국민건강보험공단, 서울대학교.

6) 보건복지부. (2020). 2020 의료급여사례관리 업무매뉴얼.

○ 수급자를 비롯한 **취약계층이나 질환 고위험자들**을 대상으로 한 **지역 단위** (보건소 중심의) **건강관리서비스**가 존재하나 주로 **건강행태 개선**을 목적으로 한 교육과 상담 위주의 서비스로, **과소이용자들을 실질적인 의료체계 내로 편입**하는 데는 한계가 있음.

－ 지역 단위 건강관리서비스로는 **지역사회 통합건강증진사업 방문건강관리 서비스, 보건소 모바일 헬스케어** 등이 있음.

<표 4-12> 지역사회 건강관리서비스 내용

구분	대상	서비스 내용
지역사회 통합건강증진 사업 방문건강관리 서비스	사회·문화·경제적 건강취약계층 (건강위험군, 질환군) －기초생활보장수급자, 차상위계층, 건강보험 하위 20%, 북한이탈주민, 다문화가족, 65세 이상 독거노인, 75세 이상 노인부부 가구, 장애인 가족, 한부모 가족 등	－건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 －건강검진 및 생애전환기건강진단 결과 확인 및 방문상담 －만성질환자의 생활습관 상담, 건강생활실천 동기부여 및 합병증 예방 교육 －복용 약물에 대한 점검 및 상담 －암으로 인한 증상 및 통증조절을 위한 정보 제공 －대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 －신체활동, 영양, 구강관리, 인지강화, 낙상예방을 위한 허약 노인 중재프로그램 제공 등
보건소모바일 헬스케어	건강검진결과 건강위험요인이 1개 이상인 성인 중 보건소 서비스를 회 망하는 사람(고혈압, 당뇨 환자 제외)	건강, 영양, 신체활동 등 개인 맞춤형 건강관리 서비스 제공

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원, 2019). 2019년 지역사회 통합건강증진사업 안내; 한국건강증진개발원. 보건소 모바일 헬스케어사업.

나. 세부 추진계획

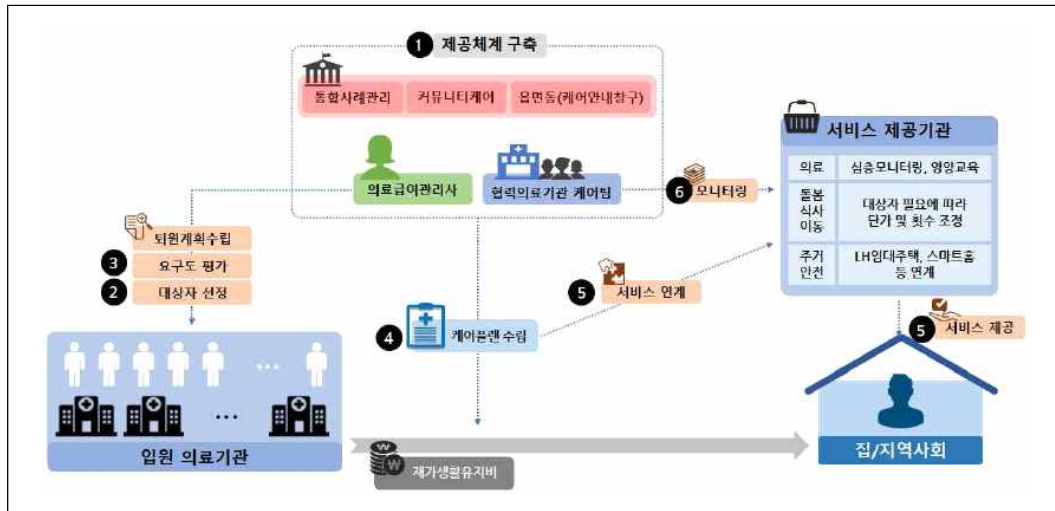
1) 【추진과제 2-1-1】 재가 의료급여 시범사업 내실화

가) 추진 방향

□ (추진 개요) 오랜 기간 관행화된 사회적 입원 문제를 해소하고 의료급여 퇴원 수급자의 **지역사회로의 원활한 정착(Aging In Place)**을 지원하기 위해 지역사회 통합돌봄 선도사업의 일환으로 입원서비스 필요도가 낮은 의료급여 장기입원자를 대상으로 재가 의료, 돌봄서비스의 통합·연계 모델을 개발함.

- 지역사회 통합 의료, 돌봄, 식사, 이동지원, 주거 지원 등 **홈헬스** 형태의 서비스 제공 모델을 기본으로 하되, 제공 서비스는 지역자원을 우선 연계하고 보충적으로 의료급여에서 서비스 제공 비용을 부담하는 형태로 진행함.

[그림 4-20] 재가 의료급여 시범사업 흐름도



주: 건강보험심사평가원. (2020). 재가 의료급여 시범사업 제도화를 위한 개선방안 논의(정책간담회 발표자료집)

- (추진 방향) 재가 의료급여 시범사업 대상 지역을 전체 시군구의 50% 내외로 확대하고, 재가 의료급여 이용 수급자 규모도 확대함으로써 지역사회 내에서 재가 의료급여 서비스 기반을 내실화할 필요가 있음.

나) 그간의 추진 실적

- (주요 경과) `19.6월부터 지역사회 통합돌봄 노인형 사업 대상 13개 시군구에서 장기입원 수급자를 대상으로 재가 의료급여 시범사업을 진행하였음.
- 2020년 6월 말 기준, 13개 지자체에서 퇴원가능 대상자의 22%(266명)를 퇴원시켜 재가급여 서비스를 제공받도록 하였음.
 - 퇴원 수급자 중 65세 이상 노인이 58.6%(156명)이었고, 6개월 이상 장기입원자는 47.4%(126명)에 해당하였음(건강보험심사평가원, 2020).

- (주요 성과) 지역사회 자원 활용도 측면에서 재가 의료급여 시범사업을 통해 기존의 지역사회 자원 발굴과 활용실적이 증가하고 재입원율은 크게 감소하였음.
- 2020년 2월 기준, 사례관리 대상자 대비 재가 의료급여 대상자의 재입원율은 30일 이내의 경우 5.1%p 더 감소하였고, 90일 이내는 6.5%p, 전체 기준으로는 8.7%p가 감소한 것으로 나타났음(건강보험심사평가원, 2020).
 - － (사례관리 재입원율) 30일 이내 10.9%, 90일 이내 20.5%, 전체 30.0%
 - － (재가급여 재입원율) 30일 이내 5.8%, 90일 이내 14.0%, 전체 21.3%

다) 단계별 이행계획

- 단기적으로는 재가 의료급여 지원을 의료급여 법령으로 제도화하고, 재가 의료급여 시행 지역을 지역사회 통합돌봄 사업 지역과 연계해 40개소로 확대하는 방안을 검토함.
- 이 때, 시범사업 지역 내 재가 의료급여 수급자를 대상으로, 퇴원 이후 재가 적응을 지원할 수 있도록 재가 지원비를 한시적으로 지원하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 중장기적으로는 지역사회 통합돌봄 시범사업 외의 지역도 포함해 재가 의료급여 시행 지역을 120개소로 확대하고 서비스 제공·연계 현황을 실시간으로 모니터링할 수 있도록 전산 시스템을 구축하는 방안을 검토함.

2) 【추진과제 2-1-2】 수급자 지역사회 정착 지원서비스 제공

가) 추진 방향

- (추진 방향) 의료급여 수급자의 건강관리 사각지대를 해소하기 위해 의료적 필요에도 불구하고 방치되어 있는 건강관리 사각지대를 선제적으로 발굴하고, 이들에 대한 실질적인 의료자원을 연계할 수 있는 방향으로 추진하고자 함.

- 의료급여 수급권자의 사회적 입원과 예방가능한 입원을 줄이기 위해 지역사회 의 건강 자원들을 적절하게 연계할 수 있는 체계를 구축함.
- 지역사회의 적정 자원들을 연계해 퇴원 후 관리와 입원 예방을 동시에 추진함.
- 자원 연계와 대상자 발굴 강화를 위한 지원팀을 구성함.

□ (추진 과제) 수급자 지역사회 정착 지원서비스를 제공하기 위해

- 현재 일부 공공병원을 중심으로 수행중인 취약계층 보건의료복지연계서비스 (301 네트워크) 모형을 벤치마킹하여 수급자의 건강상태에 맞춰 방문진료, 외래진료, 입원진료가 이루어질 수 있도록 설계·연계하는 방안을 검토함.
 - － 이 때, 고위험군에 대해서는 보건소 방문건강관리서비스나 모바일 헬스케어로 연계하고, 유질환자 중 경증 만성질환자일 경우 ‘일차의료 만성질환관리 사업’으로 연계함. 경증 만성질환자 중 거동이 불편한 환자에 대해서는 방문진료 제공, 중증 질환자일 경우 공공병원 입원진료를 연계토록 함.
- 단순 안내차원의 연계가 아닌 실질적인 의료이용으로 이어질 수 있도록 진료 예약을 비롯해 필요시 차량 지원, 병원 동행, 간병 지원 등의 서비스를 제공함.
- 301 네트워크가 이미 잘 작동중인 지역에서는 이를 중심으로 수급자 의료지원을 수행하고, 그렇지 못한 지역에 수급자 의료지원팀을 우선 구성해 추진함.

나) 그간의 추진 실적

□ (주요 성과①) 보장성 확대를 통해 의료급여수급자의 의료접근성을 개선함.

- 지속적인 건강보험 보장성 확대정책을 통해 건강보험의 급여범위를 따르는 의료급여의 보장성 역시 확대되었으며, 문제인 케어를 통해 보장성 수준은 더욱 확대될 것으로 전망됨.

□ (주요 성과②) 의료급여사례관리를 통해 적정의료이용을 유도함.

- 2003년 의료급여관리사 제도를 도입하면서 질병, 빈곤 등 복합적 문제를 갖고

있는 수급자에 대해 건강관련 정보 제공 및 상담, 과다 이용의 징후가 있는 수급자에게는 상담 및 계도 등을 실시함.

- 의료급여사례관리는 합리적 의료이용, 건강한 삶의 질 향상 등의 측면에서 일부 긍정적인 효과가 있었던 것으로 나타남(김진수, 이기주, 2012).⁷⁾

□ (주요 한계①) 의료급여 사례관리는 주로 과다이용 관리 중심으로 이루어지고 있음.

- 현재의 의료급여 사례관리 대상은 진료일수가 높은 대상자에 초점을 맞추고 있어 중증도는 높지만 의료이용을 하지 않는 과소이용자가 방치되는 문제가 있음.
- 과다이용억제를 넘어 수급자의 질병 특성, 의료욕구 등을 반영한 사례관리와 적정 서비스로의 연계가 필요하나 의사가 아닌 의료급여관리사가 이러한 역할을 수행하기에는 한계가 있음.

□ (주요 한계②) 과소이용자에 대한 관리부재는 의료급여 수급권자에서의 높은 예방가능한 입원율과 상관성이 큼.

- 독거노인 및 취약계층 중에는 의료비(간병비 등 비급여) 부담을 예견하고 질병을 가지고 있음에도 불구하고 병의원을 방문하지 않는 경우가 존재함. 더욱이 다양한 통로를 통해 생활비와 의료비 지원이 존재함에도 이를 제대로 알지 못하는 경우가 있음.
- 의료이용이 필요함에도 제 때 적절한 의료이용을 하지 못할 경우 이는 예방가능한 입원으로 이어질 수 있으며, 궁극적으로 불필요한 의료비 지출의 원인이 됨.
 - － 건강보험 가입자에 비해 의료급여수급권자에서 예방가능한 입원율이 높게 나타난 것은 의료급여수급권자들이 지역사회 내에서 적절한 일차의료 서비스를 제공받지 못하고 있을 가능성을 시사함.
- 의료급여수급권자는 건강보험 가입자에 비해 노인인구의 비율이 높고, 만성질환 유병률 역시 높음을 고려할 때 지역사회 내의 적절한 자원 연계가 매우 중요함.
 - － 특히 정보 수집에 취약한 고령의 빈곤층이 혼자 힘으로 적절하고 효율적인

7) 김진수, 이기주(2012). 의료급여 사례관리제도 도입의 효과분석과 시사점. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원.

의료이용을 도모하기란 사실상 어려울 것으로 보이나 현재는 이를 지원해 줄 수 있는 인력과 시스템이 미흡함(시민건강연구소, 2018).⁸⁾

다) 단계별 이행계획

□ (실행계획①) 건강관리 사각지대 대상자 발굴 방안 마련

○ 건강관리 사각지대 발굴을 위한 지역기관 MOU 체결 및 의뢰 시스템을 마련함.

- 특히, 대상자 발굴 및 원활한 연계 협력이 이루어질 수 있도록 구청, 사회복지관, 주민센터, 119구조대, 요양시설 등 해당지역 유관기관과의 협조체계를 구축함.

○ 공공빅데이터 분석을 통해 과소의료이용자 발굴 방안을 검토함.

- (예시) 건강보험청구자료를 이용해 만성질환 등으로 진단받았으나 이후의료이용 기록이 없는 환자 발굴

※ (참고) 복지사각지대 발굴 시스템 운영 현황

찾아가는 복지서비스의 일환으로 2015년부터 복지사각지대 발굴관리 시스템 구축·운영 공공빅데이터 활용을 통해 갑작스러운 실직·사고·질병 등으로 위기 상황에 놓인 가구 발굴 - 단전, 단수, 사회보험료 체납, 금융연체, 주거, 고용 위기 등 관련 연계 정보(32종) 활용



자료: 이유정. (2018. 12. 03.). 서울시, 한파에 고통 받는 사각지대 위기가구 발굴 ‘총력’ 내외통신.

8) 시민건강연구소(2018). 부양의무제 폐지 이후의 의료급여제도.

□ (실행계획②) 수급자 의료지원팀 구축 및 운영 모형 개발

- (의료지원팀 구성) 환자 진료를 직접 수행할 수 있도록 의사 1인을 포함해 환자 진료지원, 병의원 연계, 사례관리, 지역사회 자원 연계 등을 수행할 수 있도록 간호사와 사회복지사 등으로 구성된 의료지원팀을 운영함.

※ (참고) 301 네트워크 팀의 구성 및 역할

서울특별시 북부병원의 301 네트워크에서는 의사 1명, 사회복지사 3명, 간호사 1명, 기능직(운전원) 1명으로 구성된 팀을 운영하였으며, 현재 전국 6개 지방의료원에서 확장 운영되고 있는 네트워크에서는 의사 1인, 간호사 2인, 사회복지사 100명당 당 1인으로 구성된 팀을 운영 중

- 의사: 센터 업무 총괄, 대상자의 진료업무 중심 역할 수행
- 간호사: 환자 진료지원 및 모니터링, 보건소 연계(원외), 간호팀 업무 연계(원내) 중심 역할수행
- 사회복지사: 지역사회 취약계층 의뢰대상자 접수, 대상자 사례관리 및 지역사회 자원 연계 등 중심으로 역할 수행
- 운전원: 의뢰대상자 방문 시 운전지원 등의 역할 수행

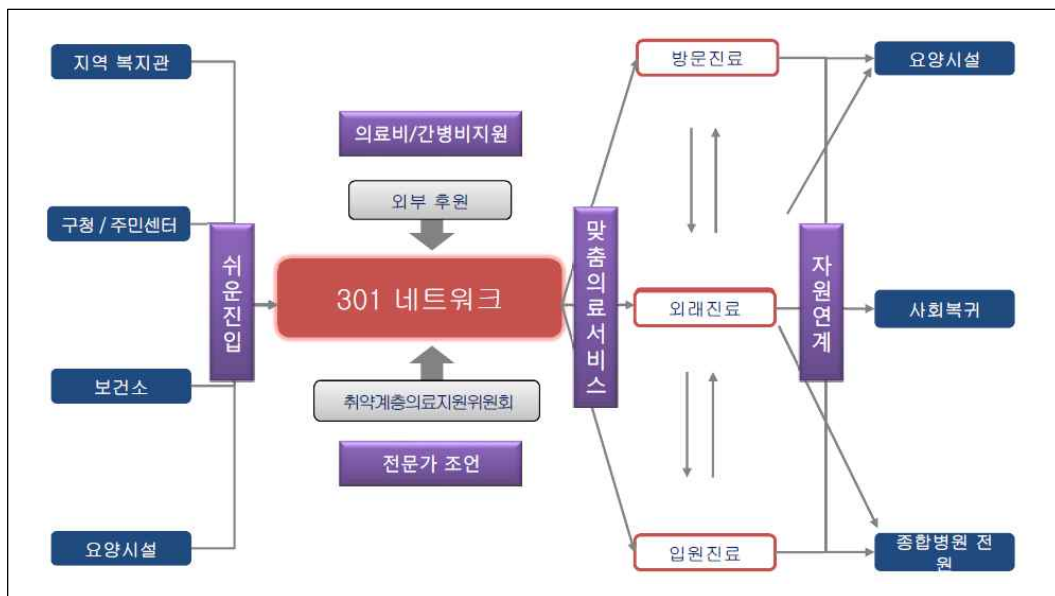
- (의료지원팀 운용방안) 지자체의 보건소가 중심이 되어 의료지원팀을 직접 운영하는 모형과 지역 내 공공의료기관 등 의료기관이 중심이 되어 지원팀을 구축하는 모형 등이 가능함.

<표 4-13> 수급자 의료지원팀 운용 모델 검토(안)

구분	장점	단점
보건소 중심 모형	-건강관리 사각지대 발굴에 대한 지역의 책무성 강화 -보건소 타 건강관리 프로그램과의 연계 용이	-의사를 비롯한 추가 인력 확보 필요 -방문진료 외에는 타 의료기관과의 연계 중심으로 서비스 제공 - 이에 따른 절차의 복잡성과 연속성 저하
의료기관 중심 모형	-모든 의료서비스를 기관 내에서 직접 제공할 수 있으므로 절차 간소화	-지역 내 적정 공공의료기관이 없을 경우에 대한 보완책 마련 필요

- (서비스 제공 범위) 방문 진료 등 직접적인 의료서비스 제공 외에 입원시 필요한 간병 및 물품 지원, 퇴원 후 지역사회 복귀를 위한 사례관리 연계, 필요시 3차 병원이나 요양병원으로의 연계, 퇴원 후 모니터링 등을 수행토록 함.
- － 보건소가 중심이 되어 의료지원팀을 직접 운영하는 경우, 고위험군에 대해서는 보건소 방문건강관리서비스나 모바일 헬스케어로, 유질환자 중 경증 만성질환자일 경우 ‘일차의료 만성질환관리 사업’으로 연계하고, 경증 만성질환자 중 거동이 불편한 환자에 대해서는 방문진료 제공, 중증 질환자일 경우 공공병원 입원진료를 연계함.

[그림 4-21] (참고) 301 네트워크 사업 수행 체계



2. 【정책목표 2-2】 자기주도형 건강관리 지원

가. 현황 및 문제점

- (주요 문제의식①) 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자에 비해 만성질환 유병률이 높고 전반적 건강수준이 낮은 것으로 알려져 있지만, 건강보험 가입자보다 자가 건강관리 역량은 상대적으로 취약함.
- 건강보험 가입자의 건강검진 수검률은 2014년 66.4%에서 2018년 68.5%로 2.1%p 상승한 반면, 의료급여 수급자의 건강검진 수검률은 해당기간 52.6%에서 47.6%로 5%p 감소함.
- 또한 음주를 제외한 흡연, 운동, 스트레스 등에서 건강보험 가입자보다 건강행태가 더 취약한 것으로 나타남.
- 2017년 기준 의료급여 수급자의 복약 미순응도는 11.9%로 건강보험 가입자의 복약 미순응도 11.8%보다 다소 높으며, 건강보험 1분위 가입자의 복약 미순응도 8.3%보다는 매우 높은 수준을 보이는 것으로 나타났음.

<표 4-14> 의료급여 수급권자 vs 건강보험 가입자의 복약 미순응도 연도별 비교
(단위: %, %p)

구분		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	변화
복약 미순응	의료급여 전체	16.8	19.2	11.4	10.2	11.9	-4.93
	2중	16.4	18.6	12.7	10.7	12.8	-3.66
	1중	17.0	19.4	10.9	10.1	11.7	-5.33
	건강보험 전체	17.0	15.8	13.7	10.1	11.8	-5.24
	건강보험 1분위	14.7	11.7	12.4	9.3	8.3	-6.43

자료: 한국보건사회연구원·국민건강보험공단. (2018). 2017년 한국의료패널 자료 재구성

- (현황 및 문제점①) 사전적 건강관리에서의 제도적 사각지대가 존재함.

- 현재 의료급여 제도는 질병 발생 후 사후적 치료 중심의 의료보장에 중점을 두고 있어 상대적으로 사전적 예방중심의 건강관리에 있어 제도적 사각지대가 존재함.
 - 수급자들의 건강관리 역량을 지원하는 제도적 장치가 미흡한 실정임.

- 사전적 건강관리의 미흡은 불필요한 과다 의료이용을 유발하기도 함.
- 지역 단위 (보건소 중심의) 건강관리서비스를 통해 수급자를 비롯한 취약계층이나 질환 고위험자들을 대상으로 건강행태 개선을 위한 교육과 상담을 제공하고는 있으나, 단순 정보 제공을 넘어 실질적인 행태 개선을 유도하는 메커니즘이 부재함.
 - 건강행태의 개선은 속성상 그로 인해 얻을 수 있는 편익이 즉각적이지 않고 꾸준한 노력을 요한다는 점에서 자신의 의지가 반드시 동반되어야만 가능함.

□ (주요 문제의식②) 만성질환 관리와 치료의 최적화를 위해 만성질환자의 의약품 사용 역량 강화 지원이 필요함.

- 인구고령화와 급성 단일질환에서 만성복합질환으로의 질병의 양상 변화로 인해 지역사회 기반의 ‘수요자 중심’의 질환 예방 및 관리가 강조되고 있음.
 - 영국과 일본은 보건의료제도의 개혁방향으로 지역사회 기반 보건의료를 설정함. 치료 중심에서 케어 중심, 단일 질환 발병에 대한 대처에서 지속적인 의료로의 전환, 분절적 의료에서 환자의 병력과 생활습관 등을 고려한 통합적인 의료 구조로의 변화를 포함함(정형선, 2017; Health Care 2035 Advisory Panel, 2015, pp. 19~20).
 - 지역사회 약국은 높은 접근성을 기반으로 지역사회 중심의 질병 관리에 중요한 역할을 수행하기 적합하여 지역주민의 건강관리에서 중요한 역할을 할 수 있는 것으로 제시됨(정채림, 최상은, 2013).
- 만성질환의 증가로 약물 복용인구가 증가하면서 다제약제 복용 및 약물 오남용으로 인한 부작용이 발생하고 있음.
 - 우리나라 65세 이상 노인의 44.1%는 1일 평균 처방약이 5개 이상인 것으로 보고됨(Park et al., 2017).
 - 약물 복용의 증가는 약물 오남용 발생으로 이어질 우려가 있음. 지속적으로 약물을 복용하는 성인의 17.0%가 약물을 본래 목적과 다르게 사용하거나 권장량이나 용법 등을 권고사항과 다르게 이용하였다고 보고함(채수미,

2015).

○ 의약품의 적절한 복용은 만성질환 관리에서 필수적이며 복약미순응은 치료효과를 감소시키고 합병증 발생으로 이어질 수 있음.

– 국민건강보험자료를 이용하여 분석한 국내 연구는 복약순응도가 좋지 않은 경우 관련 질환의 입원율과 합병증 발생이 증가한다고 보고함(Han et al., 2014).

• 복약순응도가 좋지 않은 고혈압 환자는 2년차에 고혈압관련 입원 발생이 10.9%, 모든 원인으로 인한 입원 32% 증가함.

• 복약순응도가 좋지 않은 고혈압환자는 2년차에 14%, 고지혈증환자의 경우 합병증 발생이 8.1% 증가함.

– 의약품 복약미순응의 경제적 영향에 대한 체계적 문헌고찰 연구는 복약미순응으로 인한 경제적 비용이 크다고 보고함.

• 1인당 연간 경제적 비용은 2015년 기준으로 질병별로 949 USD~52,341 USD였다고 보고함(Cutler et al., 2018).

□ (현황 및 문제점②-1) 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자에 비해 만성질환 유병률이 높고 여러 가지 만성질환을 동시에 가지고 있는 중복질환 이환자가 많음.

○ 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자(1,2종) 중 만성질환⁹⁾을 1개 이상 앓고 있는 사람은 각각 48.5%와 71.9%로 의료급여 수급권자의 만성질환 이환율이 약 1.5배 높음(김남순 외, 2018).

○ 2개 이상의 복합질환을 보유하고 있는 비율은 건강보험 가입자가 28.4%, 의료보험 수급권자가 51.9%로, 의료급여 수급권자의 복합질환 이환율이 1.8배 높음.

9) 김남순 외(2018)의 보고서에서 주요 만성질환으로 선정한 7개 질환: 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 관절병증, 결핵, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환

<표 4-15> 건강보험가입자와 의료보험 수급권자의 만성질환 보유 개수

(단위: %)

구분	0개	1개	2개	3개 이상
건강보험 가입자	28.1	20.0	11.5	40.4
의료급여 수급권자	51.5	20.0	10.7	17.7

자료: 김남순 외. (2018). 2016년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ) - 질병 이환, 만성질환, 건강 행태와 건강 수준. 세종: 한국보건사회연구원.

□ (현황 및 문제점②-2) 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자에 비해 정기적인 복약이 필요한 만성질환의 유병률이 높지만 복약순응도가 낮으며, 약물이용의 과소 이용률이 높아 올바른 약물 이용을 통한 만성질환 관리가 부족한 것으로 나타남.

○ 2017년 기준 의료급여 수급권자의 복약미순응도는 1종이 11.7%이고, 2종이 12.8%로 건강보험 가입자(11.8%)에 비해 2종 수급자의 미순응도가 높은 것으로 나타남.

－ 복약미순응의 주요 사유는 의료급여 1,2종 수급권자 모두 증상 호전에 따른 자발적 복용 중단이었음.

○ 수급권자의 복합질환 이환과 다제약물 복용으로 동일성분의약품 중복 투약과 약물 상호작용 발생의 위험이 있음.

－ 의료급여 수급권자는 건강보험 환자 대비 투약 일수가 더 길고, 처방전당 약품목수가 더 많음.

－ 또한 수급권자의 높은 복합질환 이환율로 인해 체계적인 복약 관리가 이루어지지 않는다면 동일성분의약품 중복 투약과 약물의 상호작용 발생 우려가 있음.

□ (주요 문제의식③) 노년기 건강한 식생활은 만성질환 유병률의 감소와 건강수명 연장에 기여할 수 있으나 많은 노인들이 영양관리에 어려움을 겪으며 특히 저소득층 노인은 영양부족의 위험이 높음.

○ 노화 과정 및 다제약물 복용으로 인한 영양소의 체내 이용률 감소, 식이관리가 필요한 다양한 만성질환 이환으로 인해 노인들의 식생활 관리의 중요성이

강조되고 있음.

- 65세 이상 노인의 38.1%가 저작 불편의 문제를 겪고 있었음(보건복지부, 질병관리본부, 2019)

□ (현황 및 문제점③) 신체기능 저하와 만성질환으로 인한 식단 관리의 어려움으로 인해 다른 연령층보다 노인층의 영양부족 문제가 심각함.

○ 특히 저소득층 노인의 경우 경제적 자원의 부족과 건강 문제로 인해 영양소 섭취의 양적, 질적 부족의 위험도가 높은 상황임.

- 저소득층 노인은 다른 소득계층에 비해 탄수화물로부터의 열량 섭취가 높은 반면 단백질로부터의 열량 섭취가 부족함. 또한, 채소, 과일, 육류 섭취량이 부족하거나, 미량영양소 권장 기준 미만 섭취자의 비율이 높은 수준임.

나. 세부 추진계획

1) 【추진과제 2-2-1】 건강인센티브제 실시

가) 추진 방향

□ (수급자의 건강관리 역량 강화 지원) 수급자의 사전적 건강관리 역량을 강화해 질병위험도를 감소시킬 수 있도록 수급자에 대한 경제적 인센티브를 제공함. 현재 국가 비만관리 종합대책의 일환으로 추진 계획 중인 ‘전국민 건강인센티브제’ 모형의 내용 확대를 검토해볼 수 있음.

○ (세부 목표) 의료급여 수급권자의 건강관리 역량 강화를 통해 질병위험도를 감소함. 즉, 흡연, 음주, 복약, 신체활동 등 건강행태 개선을 유도할 수 있는 경제적 인센티브를 마련함.

○ (추진 과제) 수급자들의 건강역량 강화를 지원하기 위해 건강관리 실천에 대해 보상을 제공하는 ‘건강인센티브제 시범사업’ 실시를 검토함.

- (사업내용) 건강생활실천 뿐 아니라 수급자의 건강검진 수검률 제고를 위해

건강검진 수검여부, (만성질환자 대상) 복약순응도 등을 평가해 인센티브를 부여함.

- 건강검진 결과에 따라 건강안전군, 건강주의군, 건강위험군 등 3개 그룹으로 분류한 후, 개인이 개선해야 할 건강목표를 설정하고 건강생활실천 프로그램 등록 및 신체활동량, 혈압, 체중, 니코틴 농도 등 객관적 지표를 통해 평가를 실시함.
- 질환군만을 대상으로 한 서울시 ‘시민건강포인트’ 제도와 달리, **질환 고위험군이 질환군으로 이행되는 것을 막고, 현재 건강을 유지하고 있는 사람들도 꾸준히 건강관리를 할 수 있도록 비질환군 모두를 대상자로 포함함.**
- (보상방식) 건강생활실천 평가(월 또는 분기 단위), 건강검진 수검여부 점검(연 단위), 복약순응도 평가(월 또는 분기 단위)를 통해 건강 포인트를 지급하는 방안을 고려함.
- 건강포인트는 **지자체 상품권**(예: 온누리 상품권)이나 **지역화폐**로 지급하여 생활필수품 구입, 외래/약국 이용 등에서 본인부담금으로 활용할 수 있도록 검토함.

※ (참고) 건강인센티브 국내외 사례

1) 사례①: 서울시 ‘시민건강포인트’

- (대상) 서울시 고혈압이나 당뇨병 환자
- (내용) 고혈압이나 당뇨병 환자가 동네 의원에서 꾸준히 치료를 받거나 자가관리 교육을 받으면 건강포인트가 생기고 이 포인트로 추가적인 건강관리(필수검사, 예방접종)를 받을 수 있는 제도

< 서울시 시민건강포인트 적립 방식 >

구분	포인트	최대누적포인트(연)	비고
등록포인트	3,000	3,000	최초 등록 시 제공
교육포인트	2,000	9,000	교육 수료 시 1,000포인트 추가 제공
방문포인트	1,000	12,000	월 1회, 12회/년 인정
성과포인트	3,000	6,000	고혈압, 당뇨병 조절 성공 시 연 1회
계		30,000	연 30,000포인트 이내 누적

자료: 손창우·김정아(2017). 서울시 의료급여 수급권자 건강관리와 의료이용 실태

2) 사례② 미국 메디케이드: 만성질환 예방을 위한 건강인센티브(Medicaid Incentives for Prevention of Chronic Diseases Grants, MIPCD)

- (대상) 만성질환을 가지고 있거나 만성질환 위험이 있는 메디케이드 가입자
- (내용) 질환 예방 프로그램에 참여하거나 건강행태를 개선한 메디케이드 수급권자에게 직접 경제적 인센티브 제공
 - 2011년부터 2016년까지 시범사업 형태로 진행된 것으로, 10개의 주(state)가 참여
 - 금연, 당뇨 예방 혹은 관리, 혈압 관리, 체중관리, 콜레스테롤 관리 중 한 가지 이상을 선택해야 하며, 주마다 대상으로 하는 건강행동과 인센티브 내용 등은 다를 수 있음.
 - 예방 및 치료 관련한 프로그램에 ‘참여’ 뿐 아니라 향상된 ‘건강결과’에 대해 보상
 - 코네티컷 주에서는 ‘반복적인 참여’와 ‘반복적 건강향상’에 대해 추가적인 인센티브 지원
- (인센티브 형태) 현금보상, 선불카드, 기프트 카드 등의 형태로 지급하며, 의약품, 건강식품, 운동시설 등록 등 건강 관련 항목에 사용할 수 있음

나) 단계별 이행계획

□ (실행계획①) 수급자 대상 ‘건강인센티브제’ 사업 모형 개발을 검토함.

- 건강인센티브 지급을 위한 평가지표, 보상 수준 및 제공방식 등을 설계함.
- 현재 시범사업 추진 계획 중인 전 국민 대상 건강인센티브제 모형을 기본으로 하되, 수급자의 건강행태나 건강관리 사각지대 영역을 고려한 모형으로의 확장을 검토할 필요가 있음.
 - 이 때, 건강검진 수검 여부나 복약순응도 등을 추가 지표로 고려할 수 있음.
- 건강안전군, 건강주의군, 건강위험군별로 평가지표와 지급기준, 보상수준 등을 차별적으로 설계함.

※ 수급자 대상 건강인센티브 모형(안)

- 건강위험군(유질환자)
 - 건강위험군에 대해서는 꾸준한 치료와 다양한 건강지원사업에의 참여를 독려하는 인센티브 모형 설계
 - 일차의료 만성질환 관리제 참여 및 방문 당 인센티브 제공

- 정기적인 복약과 질환관리를 독려할 수 있도록 처방일수 종료 시점에 맞춰 내원 시 인센티브 가산 고려(예: 1월 1일 내원했고 처방일수가 30일이라면, 2월 1일 이전에 재방문 필요)
- 보건소 만성질환 관리 및 합병증 예방 사업(방문건강관리서비스) 참여시 인센티브 제공
- 정기 건강검진 수검에 대해서도 인센티브 제공

○ 건강주의군(고위험군)

- 1차 검진결과, 질환 의심 및 질환으로 발전할 소견이 제시된 경우로, 대상자의 위험요인을 낮추는 방향으로 인센티브 모형 설계
- 지역사회 통합건강증진 사업 중 만성질환 관리 및 합병증 예방 사업이나 보건소 모바일 헬스케어 사업에 참여시 인센티브 제공
 - 초기 등록 및 정기적 참여시 마다 인센티브 지급
- 흡연, 고위험 음주, 비만, 신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선 시 인센티브 제공
 - 모바일 기기나 보건소 내원 등을 통해 혈압, 니코틴, 신체활동량, 체중 등을 정기적으로 평가
- 정기 건강검진 수검에 대해서도 인센티브 제공

○ 건강안전군(정상군)

- (검진결과 건강상태와 건강생활습관이 모두 양호한 대상자의 경우), 이전 검진시기와 비교해 건강생활습관을 유지한 경우 인센티브 지급
 - 금연, 절주, 식생활, 신체활동 등을 평가
- (검진결과 건강상태는 양호하나 건강생활습관에서의 개선이 필요한 경우), 건강행태 개선을 독려하는 인센티브 모형 설계
 - 지역사회 통합건강증진사업 중 '보건소 건강행태 개선사업' 이나 보건소 모바일 헬스케어 참여시 인센티브 지급
 - 흡연, 고위험 음주, 비만, 신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선 시 인센티브 제공
 - 건강주의군과 달리 정기적인 평가보다는 건강검진을 통해 2년 단위로 평가
- 정기 건강검진 수검에 대해서도 인센티브 제공

□ (실행계획②) 시범사업 실시 및 효과성 평가를 추진함.

- 건강주의군(고위험군) 대상으로 시범사업을 실시하되, 시범사업 확대 추진 시, 건강주의군, 건강위험군, 건강안전군 순으로 추진할 필요가 있음.
- 인센티브 지급 기준과 지급 방식, 금액의 적정성 등에 평가하고, 인센티브 제공으로 인한 건강행태 개선 효과에 대해 평가를 실시함.

2) 【추진과제 2-2-2】 복약순응도 향상 지원

가) 추진 방향

- (추진 방향) 올바른 의약품 복용을 통해 의약품 부작용과 만성질환의 합병증 발생을 예방할 수 있음. 만성질환자의 올바른 의약품 사용 지원을 위해 체계적이고 포괄적인 1대1 맞춤 의약품 사용 관리를 통해 수급권자의 의약품 사용 역량 향상을 모색하고자 함.
- 만성질환자의 처방·비처방 의약품, 건강기능식품 모두를 포함하는 체계적이고 포괄적인 약력 관리 및 복약지도를 통해 가정 내 안전한 의약품 환경을 조성하고 올바른 의약품 사용을 유도함.
- 만성질환자의 복합적 의료 필요 및 질병 이환을 고려한 1대1 맞춤 복약지도와 안전한 의약품 사용 교육을 통해 수급권자의 의약품 사용 역량 향상을 지원함.
- (세부 목표) 의료급여 수급권자들의 만성질환 관리의 효율성을 증대시키고 안전한 의약품 사용 유도와 불필요한 의약품 지출 감소를 위해 단골약국제를 도입하여 포괄적인 약력관리, 약료서비스, 복약지도 제공을 통한 만성질환자의 약물치료에 대한 자기관리 능력 향상을 지원함.
 - 만성질환자의 적정투약 관리를 유도하기 위해 1대1 맞춤 복약상담을 제공함.
 - 복약미순응의 주요 원인은 ‘잊어버림’과 ‘부작용’에 대한 우려임.
 - 단골약국에서의 복약순응도 점검, 복약 상담을 통한 약물 부작용 관리를 통해 복약순응도를 90% 수준으로 향상시킴.
 - 중복성분의약품 투약 및 약물 상호작용 발생 감소 관리를 위한 포괄적 약력 관리를 함.
 - 비처방의약품 및 타 약국에서 조제한 내역을 포함한 약력 관리
 - 가정 내 약물 사용 관리
 - 신체활동에 제한이 있는 수급권자에게 방문약료서비스가 제공될 수 있도록 ‘올바른 약물이용지원’ 사업에 연계함.

나) 그간의 추진 실적

□ 의료급여사례관리사업, 보건소의 방문건강관리사업, 일부 지자체의 단골약국, 방문약료서비스사업 등을 통해 **일부 수급자에 대한 약물 복용 관리**가 이루어지고 있음.

○ 서울시 포괄적 약력관리, 경기도 방문약료 사업 등 일부 지자체에서 지역 약사회 공동으로 **약물 약력관리 및 약료서비스의 제공**을 시도하고 있음.

◆ (참고) 의료급여사례관리사업

- (대상) 의료급여 신규 수급권자, 비합리적 의료이용 고위험군(외래 이용자 중 약물과다복용, 중복처방 등 비합리적 의료이용자) 포함
- (제공 서비스) 신규 수급권자 대상 집합교육, 소그룹교육, 개별교육 등 실시, 고위험군 대상 3개월간 방문, 전화, 서신 관리

〈 고위험군 사례관리 기간 및 목표관리 횟수 〉

관리군	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
고위험군	3개월	2회 이상	4회 이상	수시

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원, 의료급여사례관리사업지원단 (2020). 2020 의료급여사례관리 업무매뉴얼

◆ (참고) 보건소 방문건강관리서비스

- (대상) 경제적 취약계층으로 기초생활보장수급자 포함, 이 외에도 건강관리서비스 이용이 어려운 사회·문화·경제적 건강취약계층을 대상으로 함
- (만성질환 관리 및 합병증 예방)질환의심자, 만성질환자를 대상으로 복용 약물에 대한 점검 및 상담 시행
 - 투약확인, 투약교육(투약일지 작성, 복용 약물 점검, 약물복용의 중요성 및 부작용 설명 등)

□ 전체 의료급여 수급권자의 **의약품 사용을 모니터링**하고 관리하는 **별도의 제도적 장치**는 없는 **상황**으로, 만성질환 관리를 위한 **적정 복약과 안전한 의약품 사용**을 위해 수급권자들의 **의약품관리 역량 강화**를 위한 지원이 필요함.

다) 단계별 이행계획

□ (실행계획①) 단골약국제 도입을 위한 사업 표준모형 개발을 위한 연구를 추진함.

- 의료급여 수급권자를 대상으로 체계적이고 포괄적인 약력관리와 약료서비스가 제공될 수 있도록 단골약국 사업 표준모형 개발을 위한 연구 추진, 사업 표준모형 개발 연구는 다음과 같은 내용을 포함함.

◆ (참고) 단골약국제 도입을 위한 사업 표준모형 개발 연구

- (인증제도) 단골약국 인증체계 수립을 위한 약국과 약사의 자격기준 설정
- (표준화 가이드라인) 단골약국 사업 표준화를 위해 사업의 내용, 대상자 특성 별 복약지도 프로토콜, 약력관리 가이드라인 개발, 참여 약사의 역량 표준화를 위한 교육훈련 포함
- (연계체계 구축) 약력관리를 위한 약국-병의원 정보 연계체계 구축방안 마련
- (인센티브) 서비스 공급자(약국, 약사)와 사용자(의료급여 수급권자)의 참여 유도를 위한 인센티브 제공 방안 검토

□ (실행계획②) 단골약국 시범사업 실시하고, 효과성을 평가함.

- 앞서 실행계획①에서 개발한 단골약국 사업 표준모형을 기반으로 시범사업을 실시함. 이 때, 2개 이상의 복합만성질환자, 고위험약물 장기복용자 등 올바른 의약품 복용 필요도가 높은 집단을 대상으로 함.
- 시범사업의 효과성 평가를 위해 사업 평가지표의 설정이 필요함. 이 때, 복약준응도 증가, 만성질환 치료관리율, 대상자 만족도, 교육·상담 제공이 평가지표로 고려될 수 있음.

□ (실행계획③) 단골약국 시범사업 확대 및 의료취약계층 대상 방문약료서비스 제공을 검토함.

- 단골약국 시범사업의 대상 범위를 확대하고, 효과성 평가를 실시함. 이 때, 약국 접근성이 낮은 지역 거주자 및 신체활동 제한자, 허약노인 등 취약계층 대상 방문약료서비스 제공을 위한 ‘올바른 약물이용지원’ 사업 연계를 검토해볼 수 있음.

3) 【추진과제 2-2-3】 만성질환자 맞춤형 영양관리 지원

가) 추진 방향

□ 의료급여 수급권자 중 **만성질환자의 건강한 식생활**을 통한 효율적인 만성질환 관리와 만성질환으로 인한 **예방가능한 입원과 합병증 발생 감소**에 기하고자 함.

○ **(추진전략①)** ‘먹을 것’의 제공이 아닌 ‘**먹을 수 있도록**’하기 위한 맞춤형 지원을 추진함. 즉, 대상자의 특성을 고려한 맞춤형 지원을 통해 **대상자의 식생활 향상과 지원프로그램의 효과성**을 증대할 수 있음.

－ **(추진방안①)** 만성질환 노인 의료급여 수급권자의 **보유질환, 저작능력, 신체활동 능력 등 건강상태를 고려한 영양 지원**을 통해 만성질환 관리의 효율성을 제고함.

- 보유질환에 따른 질환식 제공
- 저작능력을 고려한 식사 지원 또는 조리법 교육(저작 편의식 제공 또는 저작 편의식 조리방법 교육)
- 신체활동 능력을 고려한 영양지원의 다양화(예시: 신체활동 제한자 → 식사 배달, 거동 가능자 → 경로식당, 직접 조리를 위한 식재료 제공)

○ **(추진전략②)** 포괄적인 식생활 관리 역량을 강화함. 식품이나 식사의 제공뿐만 아니라 식품의 위생적 관리, 건강한 식생활을 위한 **식단 구성, 조리방법 교육** 등 포괄적인 지원을 통해 **개개인의 자가관리 역량** 향상을 도모함.

－ **(추진방안②)** 단순한 식사 제공이 아닌 **영양교육, 조리교육, 식품위생교육을 포함한 포괄적 식생활관리 역량** 향상을 모색함(예: 보유질환에 따른 질환식 제공).

나) 그간의 추진 실적

□ 만성질환 유병률이 높은 의료급여 수급권자들은 건강한 식생활을 통한 질환 관리가 필수적이나 그동안 **의료급여 수급권자의 식생활 지원은 식품의 제공에만 그친**

상황임.

- 기초생활보장 수급자를 대상으로 한 일부 식품지원*이 존재하나, 대상자의 건강상태를 고려한 지원은 부족한 상황임.
 - (식품 지원) 정부양곡할인 지원, 노인급식지원(경로식당, 식사 및 반찬 배달), 저소득층 학생 급식지원 등이 있음.

□ 만성질환 관리를 위한 맞춤형 영양관리의 필요성이 증가하고 있으나, 노인 의료급여 수급자의 영양관리는 미흡한 실정임.

- 일부 시범사업을 통해 저소득층 노인 만성질환자의 건강상태, 저작능력, 신체활동 능력을 고려한 맞춤형 영양지원의 건강 및 영양상태 개선의 효과성을 보고하기도 하였음.
 - (서울시 영양꾸러미 시범사업) 취약계층 노인 대상 영양 및 조리, 식품위생 교육, 영양상담, 영양꾸러미(질환과 저작능력 고려한 식품 제공) 제공을 통해 대상자의 건강상태와 영양상태 개선 효과를 입증한 바 있음(시민건강국 식품정책과, 2019).

□ 지역사회 통합건강증진사업의 일부로 보건소에서 맞춤형영양관리사업을 시행하고 있으나, 이는 19~65세 성인만을 대상으로 하는 사업으로 노인이 포함되어 있지 않음.

□ 2019년부터 실시 중인 재가 의료급여 시범사업에 식사 지원이 재가서비스에 포함되어 있으나, 일부 대상에만 국한해 제공하고 있으며 대상자 맞춤형 영양지원 계획이 미흡한 실정임.

- (시범사업 대상) 6개월 이상 병원 입원자 중 재가생활이 가능한 수급자로 한정되어 기존의 지역사회 거주 수급권자에 대한 고려가 부족함.
- (식사 서비스) 식사지원은 기존의 사회서비스(복지관, 민간 도시락 제공기관 활용)에 연계하는 방안 위주여서 대상자의 질환관리를 위한 맞춤형 지원으로서의 기능하는 데에는 한계가 있음.

다) 단계별 이행계획

□ (실행계획①) 맞춤형 영양관리 지원 모형 개발을 위한 연구를 추진함.

○ 65세 이상 당뇨 질환자를 대상으로 **당뇨 외 대상자의 보유질환, 저작능력, 조리능력, 식생활환경을 고려한** 맞춤형 영양관리 지원 모형 개발을 위한 연구를 추진함.

- 당뇨는 혈당 조절과 합병증 예방을 위해 식생활 관리가 중요한 질환임. 식생활 관리를 위해서는 **당뇨질환에 대한 이해를 바탕으로 적절한 식품을 선택하고, 당뇨 식단을 구성할 수 있는 영양지식, 조리 전 식재료와 조리 후 음식을 위생적으로 관리·보관할 수 있는 주방 환경과 식품 위생지식, 당뇨식을 조리할 수 있는 조리능력이 필요함.**

- 65세 이상 당뇨질환자의 맞춤형 영양관리 지원 모형 개발을 위한 연구는 다음과 같은 내용을 포함하고 있음.

◆ (참고) 맞춤형 영양관리 지원 모형 개발 연구

- (대상자) 의료급여 수급권자 중 65세 이상 당뇨질환자를 맞춤형 영양관리의 대상으로 설정
→ 이를 위해서는 우선순위에 따른 대상자 발굴 및 선정을 위한 체계적인 프로세스 설정이 필요
- (맞춤형 영양지원 구성) 당뇨질환자와 복합질환자를 위한 식단 구성, 조리교육, 영양 상담 및 교육, 식품위생교육을 위한 교육안 및 제공 식사/식품의 안 구성이 필요
- (영양지원 전달체계) 대상자의 신체활동 능력(거동제한자 등)과 식생활환경(거주지 내 주방 환경, 인근 식료품점 유무 등)에 따른 영양지원 전달 방법(단체급식, 식사 배달, 식료품 배달, 공동 주방 활용 등)의 다양화 필요, 또한 지원 프로그램의 인력과 인프라 구축 방안, 식품 수급 방안, 기존 식품지원서비스 활용 방안이 필요

□ (실행계획②) 당뇨질환자 맞춤형 영양관리 지원을 확대함.

○ 당뇨질환자 맞춤형 영양관리 지원 지자체를 확대함.

○ 고혈압, 신장질환의 순으로 **당뇨질환자 영양관리 지원 모형**을 활용하여 단계적으로 맞춤형 영양관리 지원 확대를 추진함.

제3절 【③분야】 수급자의 건강한 의료이용 지원

정책목표	추진과제
(3-1) 합리적 의료이용 환경 조성	① 급여일수 연장승인제도 효율화 ② 선택의료급여기관 제도 개선
(3-2) 수급자 의료이용 책무성 강화	① 1종 수급자의 본인부담 결정구조 개편

1. 【정책목표 3-1】 합리적 의료이용 환경 조성

가. 현황 및 문제점

- (의료급여일수 연장승인제) 의료급여 혁신대책의 일환으로, 2006년 수급자의 외래이용 관리를 위해 의료급여 상한일수(연간 365일)을 초과하여 진료가 필요한 수급자에 대해 사전적으로 급여일수를 연장승인하는 제도를 도입·운영해왔음.
- (조건부 연장승인제) 연장승인 신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 위해 발생 가능성이 높은 수급자를 대상으로 선택의료급여기관을 차년도 말까지 이용하는 조건 하에 급여일수를 연장하는 제도를 운영 중임.
- (문제의식①) 시·군·구에서 연간 48만명, 60만건 이상 연장신청이 발생하고 있으나 질환 특성에 따른 고려없이 형식적으로 운영되고 있음.
 - － 연장승인율이 100%에 근접해 사실상 제도의 실효성에 대한 의문이 제기되고 있으며, 과도한 행정투입으로 인한 지속적 개선 요구가 제기되고 있음.
 - － 특히 전체 60만건 중 40만건(67%)인 기타질환군의 개편 필요성 제기
- 또한 그간 관행적으로 시군구에서는 급여일수 연장시 당해연도만이 아닌 차년도 급여일수까지 연장범위에 포함하고 있으나,
 - － 이는 최대 90일까지 급여일수 혜택을 중복적으로 부여하는 문제를 초래하여 적정 급여일수 관리가 어려운 상황임.
- (선택의료급여기관 제도) 의료급여 혁신대책의 일환으로, 수급자의 적정 외래이용을 유도하기 위해 급여일수 상한을 초과한 수급자 또는 자발적 참여자가 차년도 말까지 의료기관을 지정하여 이용하는 경우, 본인부담을 면제하는 제도를 도입('07.7월)·운영해왔음.

○ 본 제도는 의료급여 수급자에게 지속적인 개인별 밀착형 의료서비스를 제공함으로써 수급자에게 건강관리의 필요성을 인지시켜주고 공급자의 책임성을 강화하기 위해 도입되었으나,

－ 당초 도입 목적과는 달리 수급자의 지속적 건강관리 역할은 미흡하고 오히려 과다이용자에게 본인부담을 면제해 주는 제도로 전락하였다는 비판에 직면

○ 제도 도입 이후 현재까지 선택병의원 제도의 실효성을 종합적으로 판단할 수 있는 명확한 데이터와 연구가 축적되어 있지 않으나,

－ 최근 연구 결과에서는 선택 병·의원 지정 후 의료이용량, 진료비 등이 오히려 소폭 증가하여 본인부담 인상 등을 통한 보완 필요성이 지속 제기

<표 4-16> 선택의료급여기관 대상자의 지정 1인당 입내원일수·진료비 변화

구분		'14년	'15년	'16년	'17년
1인당 입내원일수 (일)	지정 전(A)	111.2	110.1	114.2	112.6
	지정 후(B)	129.0	130.1	130.8	125.5
	차이(B-A)	▲ 17.8	▲ 19.9	▲ 16.6	▲ 13.0
1인당 진료비 (만원)	지정 전(A)	517.6	529.5	577.6	593.8
	지정 후(B)	657.9	701.5	742.1	748.9
	차이(B-A)	▲ 140.3	▲ 172.0	▲ 164.5	▲ 155.1

자료: 신현웅 외. (2018). 의료급여 외래 의료이용 적정화 방안 연구. 바탕으로 재구성

－ 특히, 제도 도입 이후 조건부 연장승인자(비자발적 참여자)를 중심으로 대상 인원 및 비중이 빠르게 증가하고 있음(자발적 참여자는 감소 추세).

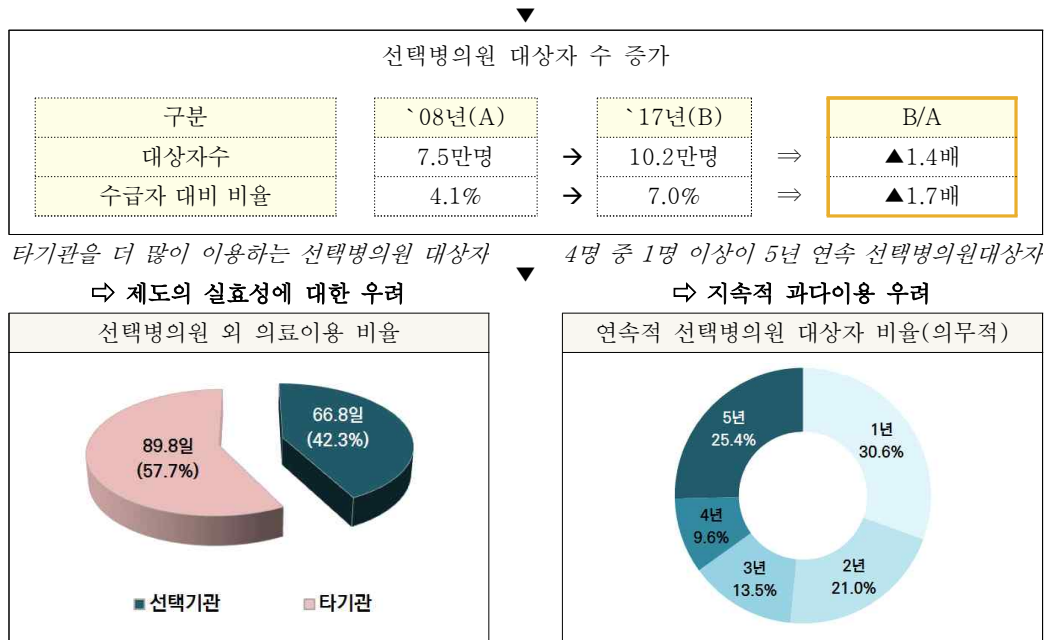
<표 4-17> 선택의료급여기관 대상자 변화

구분	'16년	'17년	'18년	연평균 증가율(%)
선택의료급여기관 대상자(명)	115,329	124,828	134,144	7.8%
비자발(조건부 연장승인자)	100,952	112,152	122,803	10.3%
자발적 참여자	14,377	12,676	11,341	-11.2%

자료: 황도경 외. (2019). 의료급여 선택병의원 이용자의 사례관리 강화방안 연구

[그림 4-22] 선택의료급여기관 제도 현황 및 문제점

절대적 추세 진단	상대적 추세 진단
<p>의료급여 수급자 외래 방문일수 증가</p> <p>(최근 10년('08~'17) 간 외래 방문일수 변화: 의료급여 1.23배 증가 > 건강보험 1.16배 증가)</p>	<p>성향매칭 後, 건강보험 대비 의료이용 과다</p> <p>(연간 외래방문일수: 의료급여 38.8일 > 건강보험 32.6일 ⇒ ▲1.19배)</p>



자료: 신현웅 외. (2018). 의료급여 외래 의료이용 적정화 방안 연구. 바탕으로 재구성

나. 세부 추진계획

1) 【추진과제 3-1-1】 급여일수 연장승인제도 효율화

가) 추진 방향

- 연장승인이 반복적으로 발생하는 질환별 특성을 파악해, **의료급여 상한일수를** 재조정하고 급여일수를 **외래/입원, 투약일수로 구분해서** 관리하도록 급여일수 관리시스템 정비
- **만성질환 및 기타질환군**은 급여일수 연장범위 내에서 상한일수 재조정
- 급여일수 전체가 아닌 **투약/입원이 제외된 외래일수** 기준으로 연장승인 기준을 구체화하고, **차년도 투약일수는 차감되도록** 시스템 개선
 - － 차년도 복용약을 미리 당겨 처방받을 경우 차년도 급여일수에서 차감하고 현행 급여일수에 산입하지 않도록 시스템을 개선함으로써 불필요한 급여일수 연장 등의 행정낭비 최소화

▶ (전문가 의견) 급여일수 연장승인제도 개선은 **불필요한 행정비용 낭비**를 줄일 수 있다는 점에서 **적절한 것으로 판단**, 연장승인 **통보 방식**을 기존 **‘종이’에서 ‘모바일(알림톡 등)’** 서비스로 제공하는 방안도 검토 필요

▶ (지자체 의견) 현실적으로 **알림톡은 수급자가 활용하기 어려움**(정신장애인 등 多). **QR코드로 병원에서 공단으로 전송**하는 방안 검토 필요(불필요한 지자체 및 병원 방문 감소 효과)

□ 의료급여는 건강보험과 달리, 수급자 1인당 질환특성별로 구분하여 연간 급여 일수의 상한을 설정*함.

```

graph TD
    A[상한인수 초과한 것을  
안 날부터 14일 이내에  
독촉장 발부] --> B[상한인수 초과 전  
연정승인 신청 후  
14일 이내 연정승인 신청]
    B --> C[의료급여  
심의위원회  
심의]
    C --> D[시장, 군수,  
구청장의  
승인여부 결정]
    D --> E[승인여부 통보]
    F[통보  
결정 후 14일 이내 통보] --> D
    G[급여인수 통보  
(건보공단)] --> C
    H[동 기간 전료에 대하여는 부당이득금  
적용 제외 사후 일괄 처리]
  
```

보장 기관
상한인수 초과한 것을
안 날부터 14일 이내에
독촉장 발부

수급 권리자
• 상한인수 초과 전
연정승인 신청 후
• 독촉장이 도달 후
14일 이내 연정승인 신청

통보
결정 후 14일 이내 통보

급여인수 통보
(건보공단)

의료급여
심의위원회
심의

시장, 군수,
구청장의
승인여부 결정

승인여부 통보

동 기간 전료에 대하여는 부당이득금
적용 제외 사후 일괄 처리

자료: 보건복지부, (2020), 2020 의료급여 사업안내.

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵포함): 각 질환별 연간 365일
 - 의료급여법 시행규칙에 따른 만성 고시질환: 각 질환별 연간 365일
 - 위의 질환에 해당하지 않는 질환: 모두 합산하여 연간 365일
- **상한일수를 초과해야 할 경우 시군구 승인을 받아야 하며, 승인을 얻지 못한 경우 건강보험과 동일한 본인부담을 부과함.**

다) 단계별 이행계획

- **(세부과제①)** 의료급여법 시행규칙 개정을 통해 만성 및 기타질환군에 대한 급여 상한일수를 재조정하고, 급여일수 관리시스템 개선(‘21~‘22년)
- 만성 및 기타질환군(의 급여일수 상한은 현행 365일에서 불가피하게 발생하는 외래 및 입원 이용일수 등을 고려해 상한일수를 각각 380일, 400일로 연장
 - 지자체, 전문가 의견수렴을 거쳐 개편된 급여일수 관리시스템에 따라 연장승인에 대한 구체적 가이드를 마련하고 이를 의료급여사업 지침에 반영
 - 투약일수 차감은 만성고시질환을 대상으로 시범적으로 시행한 후(‘20년), 등록 중증질환·희귀난치질환 순으로 단계적으로 확대 추진
- **(세부과제②)** 장기간 입원 필요성이 낮은 요양병원 선택입원군 등에 대해서는 입원 치료 연장·관리체계 마련의 실효성 등을 지속 검토(‘23년~)

2) 【추진과제 3-1-2】 선택의료급여기관 제도 개선

가) 추진 방향

- 선택의료급여기관 제도가 당초 도입 목적에 부합한 역할을 수행(높은 의료이용빈도 및 타 기관 의뢰비율 적정화)할 수 있는 방향으로의 제도 개선 추진
- **(공급자 인센티브)** 선택병의원 대상자의 합리적 외래 이용을 지원하는 기관에

대한 인센티브 제공 검토

- 선택병의원이 수급자의 급여일수 현황을 확인할 수 있도록 하고, 타 기관 의뢰가 최소화되는 경우, 공급자 인센티브 지급

○ (건강생활 인센티브 연계) 선택병의원 대상자의 건강관리 향상과 재정절감 목적을 동시에 달성하기 위해 건강관리 인센티브 시범사업*을 도입하는 방안 검토

- * (건강관리 인센티브 시범사업) 수급자 중심의 건강증진사업을 수행하고, 수급자가 자발적으로 건강관리 노력을 향상할 수 있도록 건강행태 개선을 지원하기 위한 수급자 인센티브 제도
- 의료이용 개선, 건강관리 개선 측면 평가 후, 인센티브 지급

[그림 4-25] 건강관리 인센티브 도입의 필요성

건강관리 인센티브 도입의 필요성	
수급자 측면	공급자 측면
선택병의원 대상자는 대부분 의료이용 과다이용자 로, 의료이용 행태 개선의 여지가 많은 집단	선택병의원 의료기관은 수급자의 건강관리를 지원하는 기능 수행 이 필요한 집단

○ (본인부담 조정) 선택병의원 대상자에 대한 본인부담 인상 등은 선택병의원 제도 보완의 효과성을 분석 후 추진 검토

[그림 4-26] 현행 선택병의원 대상자 외래 본인부담 구조

구분	선택병의원 지정 前		선택병의원 지정 後
선택병의원	본인부담 1배	→	본인부담 면제
타 의료기관	본인부담 1배	→	본인부담 1배
▼			
선택병의원 지정 후 본인부담이 더 낮아지는 구조			

[그림 4-27] 선택의료급여기관 제도 개선방향

선택의료급여기관 제도의 역할·목적	선택병의원제 모형 개선	건강생활 인센티브 연계	선택병의원제 본인부담 조정
의료이용행태의 근본적 개선	●		
수급자 건강관리 강화		●	
불필요한 의료이용 방지			●
▼			
개선 시기	단기 개선방안	중장기 개선방안	

나) 그간의 추진 실적

□ 의료급여 상한일수를 초과한 수급자는 **다기관 이용에 따른 건강상 위해 발생 가능성이 높기** 때문에, 상한일수 초과 수급자 및 자발적 참여자에 한해 선택의료 급여기관 제도를 운영하고 있음.

○ 2018년 기준 선택의료급여기관 대상자는 134,144명으로, 제도 도입 이후 지속적으로 증가 추세

다) 단계별 이행계획

□ **(세부과제①: 공급자 인센티브 제공)** 선택 병·의원으로 지정되는 의료기관에는 ‘선택 병·의원 관리료’ 시범수가 등 인센티브 지급방안을 마련, 시범사업 추진(‘21~’22년)*
* 시범사업 참여 선택병의원이 수급자의 적정 급여일수 관리에 도움을 줄 수 있도록 개별 수급자의 질환별 급여일수 현황을 볼 수 있도록 시스템도 개선

○ 재가 의료급여 시범사업 지역 내 의원급 선택 병·의원 중 선택의료기관 지정자 수가 50명 이상인 기관을 대상으로 신청기관 모집

○ 시범 수가는 선택병의원 지정자 1명당 정액 관리료를 사전에 설정하고, 타 의료기관 의뢰 시 차감되도록 설계해 불필요한 진료 의뢰 감소 유도

○ 시범사업을 통해 제도 개선의 효과성을 검토하고, 급여일수 개선 효과가 크지 않은 경우에는 본인부담 부과 등 추가 보완 대책 마련(’23년)

□ **(세부과제②: 건강생활 인센티브 연계)** 선택병의원 대상자를 대상으로 건강관리 인센티브 시범사업 도입 방안 마련, 시범사업 추진(~’23년)

<표 4-18> 건강생활 인센티브 지표 예시

구분	지표 예시
의료이용 개선	- 개별 수급자 진료비 증감률
건강관리 개선	- 정기적 약물 복용 등 만성질환 관리 행태 - 건강검진 수검여부 - 흡연, 운동, 절주 등 건강행태 개선

<표 4-19> 건강생활 인센티브 지급 기준 예시

구분	수급자	공급자
예시1	진료비 절감 또는 건강관리 향상 등에 따른 건강포인트 제공 (예: 연 5만원)	-
예시2	진료비 절감 정도에 따라 건강포인트 제공 (예: 연 5만원)	진료비 절감 정도에 따라 절감액 일부를 인센티브로 지급(예: 절감액의 20~80%)
예시3	건강관리 향상 등에 따라 건강포인트 제공	진료비 절감+건강관리 향상 등에 따라 인센티브 지급

□ (세부과제③: 본인부담 조정) 선선택병의원과 선택병의원 외 타 의료기관을 이용하는 것에 대한 의료급여 수급자의 본인부담 조정하는 방안 검토(∼'23년)

<표 4-20> 선택의료급여 제도의 본인부담 개선대안 및 대안별 장단점

구분	선택병의원	타 기관	대안별 장단점	
현행	무료	1배		
1안	1-1	무료	2배	⇒ -선택병의원 이용엔 인센티브 & 타 기관 이용엔 디스인센티브로, 선택병의원 도입목적에 부합하게 개선
	1-2	1배	1배	⇒ -가장 반발이 적은 개선대안이나, 선택병의원 제도가 더 형식적으로 운영될 우려(의뢰서 작성 기능)
	1-3	1배	2배	⇒ -과다이용자에 대한 패널티 개념으로 가장 적합한 방식이나, 타 기관 이용에 대한 과도한 부담 우려
2안	선택병의원제도 폐지			⇒ -적정 외래 이용을 유도하기 위한 제도 중의 하나가 폐지되는 것으로 향후 과다 외래 이용자에 대한 관리가 더욱 어려워질 수 있다는 우려

2. 【정책목표 3-2】 수급자의 의료이용 책무성(Accountability) 강화

가. 현황 및 문제점

□ (현황 및 문제점①) 현행 의료급여제도의 분절적인 본인부담 구조로 인해 2종 수급자에 비해 1종 수급자의 본인부담이 매우 낮은 수준으로 유지되고 있음.

○ 지난 10여년 간 현재 본인부담 수준을 실질 가치로 평가했을 때 상당한 본인부담 인하 효과가 발생하였으며, 같은 기간 현금급여 인상을 고려할 경우 구매력 측면에서 실질 본인부담은 더 크게 감소하였음.

○ 반면 전체 수급자의 75%인 1종 수급자는 6개월 이상 장기입원자의 95%, 급여

- 실태연구를 거쳐 중앙의료급여심의위원회에서 **건강생활유지비**와 **수급자 본인 부담 조정 여부**를 심의하도록 의료급여법 개정을 추진함.
- 본인부담 보상제 개편을 통해 **선택 병·의원 지정자가 최대 급여일수를 초과할 경우 보상제 적용을 제외**하도록 시행령 개정을 추진함.

<표 4-21> (참고) 1종 수급자의 외래본인부담 현실화(안)

① (가격인상 반영) 물가상승률 반영	
'07→'19년 물가상승률 27.5% 반영	
<div>'07→'19년 물가상승률</div> <div> -('07년 소비자물가지수) 82.2 -('19년 소비자물가지수) 104.9 ⇒ (인상률) 27.5% </div>	<div>1종 수급자 외래본인부담</div> <div> -(의원) 1,000원 → 1,300원 -(병원·종합병원) 1,500원 → 2,000원 -(상급종합병원) 2,000원 → 2,500원 </div>
② (가격인상 반영) 환산지수 인상률 반영	
'07→'20년 환산지수 인상률 38.2% 반영	
<div>'07→'20년 환산지수인상률</div> <div> -('07년 환산지수) 62.1점 -('20년 환산지수) 85.8점 ⇒ (인상률) 38.2% </div>	<div>1종 수급자 외래본인부담</div> <div> -(의원) 1,000원 → 1,400원 -(병원·종합병원) 1,500원 → 2,100원 -(상급종합병원) 2,000원 → 2,500원 </div>
③ (가격인상 반영) 진료비인상률 반영	
'07→'18년 방문일당 외래진료비 증가율 87.3% 반영	
<div>'07→'18년 방문일당 외래진료비 증가율</div> <div> -('07년 내원일당외래진료비) 19,056원 -('18년 내원일당외래진료비) 35,695원 ⇒ (인상률) 87.3% </div>	<div>1종 수급자 외래본인부담</div> <div> -(의원) 1,000원 → 1,900원 -(병원·종합병원) 1,500원 → 2,800원 -(상급종합병원) 2,000원 → 3,700원 </div>
④ (부담능력 인상 반영) GDP 증가율 반영	
'07→'19년 1인당 실질 GDP 증가율 52.4% 반영	
<div>'07→'19년 1인당 실질 GDP 증가율</div> <div> -('07년 1인당 GDP) 2,357만원 -('19년 1인당 GDP) 3,593만원 ⇒ (인상률) 52.4% </div>	<div>1종 수급자 외래본인부담</div> <div> -(의원) 1,000원 → 1,500원 -(병원·종합병원) 1,500원 → 2,200원 -(상급종합병원) 2,000원 → 2,900원 </div>
⑤ (부담능력 인상 반영) 최저생계비 증가율 반영	
'07→'20년 최저생계비 증가율 57.7% 반영	
<div>'07→'20년 최저생계비 증가율</div> <div> -('07년 4인 기준 최저생계비) 1,205천원 -('20년 4인 기준 최저생계비) 1,900천원 ⇒ (인상률) 57.7% </div>	<div>1종 수급자 외래본인부담</div> <div> -(의원) 1,000원 → 1,600원 -(병원·종합병원) 1,500원 → 2,400원 -(상급종합병원) 2,000원 → 3,200원 </div>

제4절 【4분야】 미래대응을 위한 관리·운영체계 개선

정책목표	추진과제
(4-1) 의료급여 거버넌스 혁신 추진	❶ 지자체 재정 및 관리체계 강화
	❷ 타법 수급자 자격기준 개선
	❸ 의료급여 시스템 고도화 및 기관간 역할 명확화
(4-2) 의료급여 정기적 모니터링 체계 구축	❶ 의료급여 재정관리단 운영
	❷ 의료급여 제도 실태조사
	❸ 의료급여 퇴원자율평가체계 마련

1. 【정책목표 4-1】 의료급여 거버넌스 혁신 추진

가. 현황 및 문제점

- (현황 및 문제점❶) 빠른 속도로 증가하는 재정지출을 효율화하기 위해서는 지자체의 역할과 책임을 확대할 필요가 있으나 재정관리 노력을 유인할 기제가 부족한 실정임.
- 대부분의 재정지출(75.7%)을 중앙정부에 의존하고 있음에도 재정지출 효율화를 수급자의 불편 유발 또는 복지 축소로 인식하고 있음.
 - 기초자치단체의 경우 부당 지출된 보장비용을 환수해도 시도에 예탁하도록 되어 있어, 재정절감 노력을 보상해줄 제도적 장치가 부재한 상황임.
 - 특히 의료급여 재정 분담 측면에서 일부 지자체(자치구)가 지방재정 하위법령에 따라 재정부담을 하고 있지 않아 형평성 문제가 지속적으로 대두되고 있음.

<표 4-22> 광역-기초자치단체 간 지방비 및 국비 분담 현황

구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	-	20%	-	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		

- (현황 및 문제점②) 의료급여법 제정 목적은 생활이 어려운 대상자를 위한 지원이지만, 개별법상 규정된 타법 수급자는 국가적 차원의 예우가 필요한 대상자로서,
 - 의료급여 제도의 ‘저소득층 의료보장’ 취지 및 국민기초생활보장법상 수급자와의 형평성을 고려할 때, 선정자격 기준의 합리적 개편이 필요한 상황임.
 - － 즉, 소득인정액 산출방식을 국민기초생활보장법상 의료급여 수급자와 동일하게 적용하는 등 국가유공자 의료급여 선정기준의 개선이 필요하다는 제적이 있었음(’15. 감사원 지적사항).
- (현황 및 문제점③) 건강보험과 달리, 의료급여는 법정 보장기관인 지자체에서 수급자 자격관리 및 현금·현물급여 지급 업무 등을 담당하고 있음. 따라서, 특정 급여 항목을 지급받기 위해서는 수급가구에서 시군구에 직접 방문 신청토록 규정되어 있어 수급자의 신청 편의성이 저하되는 문제점이 있음.
 - 한편, 개설 기준을 위반한 의료급여기관에 대한 사후관리 방식은 건보공단과 지자체로 이원화되어 있어 업무 처리의 적시성과 효율성을 저해하는 결과를 초래함.
 - － 즉, 건강보험은 부당이득금 환수·급여비 지급보류 결정을 건보공단에서 일임하나, 의료급여는 대상기관 통보(건보공단), 징수·지급보류 절차 이행(시군구)으로 이원화되어 있다는 문제점이 있음.

나. 세부 추진계획

1) 【추진과제 4-1-1】 지자체 재정 및 관리체계 강화

가) 추진 방향

- (추진 개요) 지자체는 의료급여의 법적 보장기관으로서 중앙정부와 함께 소요 재정을 분담하고, 재정관리 측면에서는 광역과 기초 간 역할을 분배함.
- 광역 지자체는 의료급여 기금의 관리운용 책임을 갖고, 기초 지자체는 의료급

여 분담분의 예탁과 부담 지출된 보장비용의 징수를 담당함.

- (추진 방향) 지방비 재정분담의 형평성을 제고할 수 있도록 광역단위 지자체가 기초 자치단체의 재원분담을 조정할 수 있는 권한을 부여하는 방안을 검토함.
- 그간 협의를 지속적으로 추진하여 기초자치단체의 의료급여 재정부담 비율 인상 등 비용부담 부과를 통해 재정관리 유인을 제고하는 방안을 추진한 바 있음.
 - 시·도 및 시·군·구가 지방비를 5:5로 부담하는 방안을 행정안전부와 협의('17.12)한 바 있으며, 당시 기초자치단체의 지방비 매칭부담을 고려하여 추진 시기를 조정한 바 있음.

나) 단계별 이행계획

- 광역-기초자치단체 간 지방비 분담 비율 조정체계를 마련('22년~)한 후, 시도지사 협의회 등 지자체 의견을 수렴하고, 관계부처와 협의하는 방향을 검토해 볼 수 있음('23년~).
- '지방재정법 시행령 제33조제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙(행정안전부령)' 제2조제1항에 따른 별표의 48번 개정 건

2) 【추진과제 4-1-2】 타법 수급자 자격기준 개선

가) 추진 방향

- (추진 개요) 의료급여법에서는 국민기초생활보장법상 수급자 이외에도, 타법에서 보호하고 있는 대상자에게 의료급여 수급자격을 부여하고 있음.
- 국민기초생활보장법 외 10개 법률에 따른 1종 수급자는 2018년 말 기준 약 94천명(전체 수급자수의 6.3%)이며, 연간 4,215억원을 지원해주었음.

<표 4-23> 타법 의료급여 수급자 소득·재산 선정기준 현황('18년 기준)

유형	선정기준(소득기준)	규모 (명)	기금부담금 (억원)	관련부처
국가유공자	－중위소득 80%(일반), 중위100%(취약) *18세미만, 65세이상, 4급이내 장애인	56,446	3,372	보훈처
북한이탈주민	－중위소득 50%	15,616	326	통일부
중요무형문화재 보유자	－중위소득 60%	47	2.2	문화재청/문체부
입양아동	소득·재산기준 미적용	10,116	33.7	복지부
5.18 민주화운동 관련자		9,431	268	행안부/법무부
의사상자		1,158	26.2	복지부
노숙인		502	16.2	복지부
이재민		－	170	행안부
계		93,316명	4,215억원	

□ **(추진방향①)** 단기적으로, 국민기초의료급여와 타법 의료급여의 **종별 지원체계를 일원화하는 방향**을 고려함.

○ 타법 의료급여수급자도 2종 의료급여 지원을 원칙으로 하되, 1종 국민기초의 료급여 지원기준에 부합하는 경우 1종 의료급여를 지원토록 함.

- 필요 시, 타법 소관부처에서 1종 수준과 2종 수준의 차액을 추가로 지원하는 방안을 협의하는 방안을 검토함.

□ **(추진방향②)** 장기적으로 **타법 의료급여 대상자의 의료비 지원은 각 소관 부처에 서 지원하는 방향으로** 개편하는 것을 검토함.

나) 단계별 이행계획

□ 타법 의료급여 종별 체계 개정을 위해 **관계 부처 간 사전 협의·조정 후, 의료급여 법 시행령 개정(1종 수급자를 2종으로 일괄 전환)**을 통해 **타법 의료급여 종별 지원체계 일원화**를 추진토록 함('21~'22년).

- 장기적으로 타법 수급자에 대해서는 의료급여 기금이 아니라, 개별 법률을 관장하고 있는 소관 부처에서 의료비를 지원하는 방안을 협의함('23년~).
- 이에 따라, 수급자격 관리, 의료비 정산 등과 관련하여 실시간 관리가 가능하도록 전산 시스템 개정 등을 함께 추진해야 함.

3) 【추진과제 4-1-3】 의료급여 시스템 고도화 및 기관간 역할 명확화

가) 추진 방향

- 수급자의 신청 편의성을 제고하기 위해 건강보험과 같이 급여비 항목에 대해서는 온라인 신청이 가능하도록 의료급여 시스템의 고도화를 추진함.
- 예를 들면, 임·출산 진료비, 장애인 보조기기, 노인 틀니·임플란트 신청 등이 있음.
- 지자체는 자격관리 및 합리적 의료이용 유도를 위한 사례관리 등에 집중, 급여비 지급·환수에 관한 사항은 전문성을 보유한 건강보험공단이 일임하도록 추진함.

나) 단계별 이행계획

- 수급자 급여 신청절차를 간소화하고, 온라인 신청을 위한 시스템 개선을 추진함('21년).
- 건강보험공단과 업무처리 절차 이관에 대한 협의를 실시한 후, 건강보험공단에서 부당이득금 환수 업무를 추진할 수 있도록 법적 근거를 마련함('21~'22년).
- 의료급여법 시행령 개정을 통해 개설기준 위반 기관에 대한 부당이득 환수업무를 지자체에서 건보공단으로 위탁할 수 있는 규정을 신설하고,
- 기존 건강보험 전담조직에서 의료급여 사무까지 담당할 수 있도록 추가 전담인력을 증원해주는 등 협의를 추진함.

- 건강보험 부담이득금 환수는 건강보험공단 본부에서 환수결정, 지급보류, 징수처분을 담당하고, 6개 지역본부 및 178개 지사를 통해 실제 징수업무를 추진토록 함.

2. 【정책목표 4-2】 의료급여 정기적 모니터링 체계 구축

가. 현황 및 문제점

- (현황 및 문제점①) 빠른 속도로 증가하는 의료급여 진료비 지출에 대응하기 위해 정부차원의 지출 효율화 대책을 지속적으로 추진하고 있으나,
 - 지출 절감 대책의 효과성 측면에서 지자체가 현장에서 재정 누수 요인을 자율적으로 점검토록 유인할 수 있는 제도적 장치가 부재한 상황임.
 - 또한, 지자체에 적시성 있는 재정지출 정보를 제공할 수 있는 실시간 진료비 모니터링 체계도 구축하고 있지 못해 가시적 성과를 내고 있지 못한 상황임.
- (현황 및 문제점②) 그간 의료급여 수급자의 생활실태 및 의료이용 현황은 기초생활보장 실태조사, 한국복지패널, 한국의료패널 등을 통해 파악되었으나, 의료급여 제도만의 보장성 평가와 의료이용 현황을 이해하기에는 역부족한 실정임.
 - 기존 조사는 의료급여 수급자를 포함한 전체 수급자의 규모, 생활실태, 복지욕구 파악뿐 아니라, 전국민의 의료이용 행태를 개괄적 수준에서 파악할 수 있음.
 - 의료급여 제도 운영을 고려하여 수급자의 의료이용 행태 등을 면밀히 파악하기 위해서는 의료급여만의 별도 실태조사를 시행할 필요가 있음.
 - 수급자 본인부담 완화를 위한 지원제도(본인부담 보상·상한제), 적정 수준의 의료이용을 유도하기 위한 제도(연장승인제·선택의료급여기관제 등) 등
- (현황 및 문제점③) 높은 입내원일수, 장기입원 등 의료급여 과다이용 사례는 건강보험보다 심각한 수준임.

- 요양병원을 중심으로 입원치료 종료 후에도 퇴원을 하지 않거나, 입원 필요가 낮은 경증환자가 장기입원하는 등 사회적 입원이 오랜 기간 관행화되어 왔음.
 - 2018년 기준 1인당 연간 입내원일수는 건강보험이 22일인 반면, 의료급여는 59일로 약 2.7배 정도 높은 수준임.
- 장기·부적정 입원 관리 강화를 위한 제도적 장치를 마련함으로써 합리적 의료급여 이용 기반을 마련한 바 있으나, 현행 상담·교육 위주의 의료급여 사례관리와 별도의 자율평가 기제가 필요한 상황임.

나. 세부 추진계획

1) 【추진과제 4-2-1】 의료급여 재정관리단 운영

가) 추진 방향

- 노인인구 증가, 의료보장성 강화 등으로 인해 의료급여 재정지출이 증가함을 고려하여 관계기관 합동으로 의료급여 재정관리단을 구성·운영하는 방향을 검토함.
- 이 때, 의료급여 재정관리단은 복지부, 건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건사회연구원 등 외부 전문가를 중심으로 구성하고, 분기별 의료급여 재정관리단 회의를 지속 운영함으로써,
- 신설되는 시·도 단위 ‘의료급여 재정지출 절감 TF’ 운영 실적을 비롯한 의료급여 재정운용 현황에 대한 모니터링을 지속적으로 추진함.
- 광역단위 지자체로 하여금 지출목표와 실적을 자율적으로 점검·관리할 수 있도록 지원체계를 구축함.
- 이를 위해 진료비 빅데이터가 집합된 시스템에 기반하여 실시간으로 재정지출 모니터링을 할 수 있는 재정지출 모니터링 시스템 구축을 추진함.

2) 【추진과제 4-2-2】 의료급여 제도 실태조사

□ (추진 방향) 의료급여 실태조사를 정기적으로 실시하여, 의료급여 제도 평가 및 개선을 검토할 수 있는 기초자료를 구축하는 방향을 검토함.

○ 예를 들어, 매 3년마다 의료급여 기본계획 수립 직전 연도에 추진함.

□ (이행 계획) 중장기 의료급여 기본계획 수립 시기와 연동하여 실태조사를 진행하도록, '22년부터 의료급여 실태조사를 시행함.

○ 기존 의료급여 관련 조사 현황 분석을 통해 추가 조사가 필요한 항목 선정과 표본, 조사표 등을 설계함.

○ 의료급여 실태조사를 정기적으로 실시할 수 있도록, 의료급여법상 의료급여 기본계획 수립 및 실태조사 시행근거를 마련토록 함.

【유사입법례】 국민기초생활보장법(실태조사 시행 관련)

제20조의2(기초생활보장 계획의 수립 및 평가) ① 소관 중앙행정기관의 장은 수급자의 최저생활을 보장하기 위하여 3년마다 소관별로 기초생활보장 기본계획을 수립하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

- 중 략 -

④ 보건복지부장관은 수급권자, 수급자 및 차상위계층 등의 규모·생활실태 파악, 최저생계비 계측 등을 위하여 3년마다 실태조사를 실시·공표하여야 한다.

3) 【추진과제 4-2-3】 의료급여 퇴원자율평가체계 마련

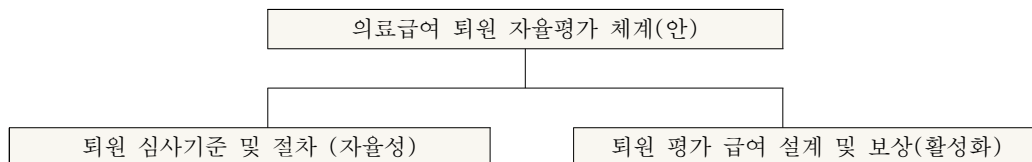
□ (추진 방향) 병원 및 환자가 퇴원 여부를 자율적으로 평가하되, 평가결과에 대한 확인 심사, 퇴원지원체계 마련으로 제도적인 퇴원 기제를 구축함.

○ (자율평가) 참여병원에 대한 보상과, 퇴원환자에 대한 재의료급여를 지원함

○ (퇴원기제) 자율평가 결과에 대한 확인심사, 사례관리 합동중재 및 의료급여 상한일수 연장심사에 확인심사 결과에 활용함.

- (의료급여 상한일수) 480일/년=300일+90일(연장)+90일(연장), 중증희귀난치질환자의 경우 질환별 365일+90일

[그림 4-30] 의료급여 퇴원 자율평가체계 기본방향(안)



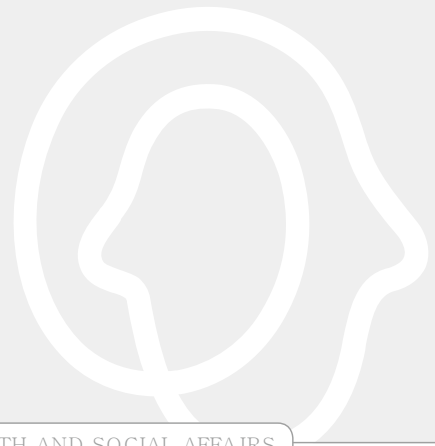
□ (시범사업) 모의조사 결과, 마련된 퇴원 심사기준 및 절차로 의료급여 퇴원 자율평가 시범사업을 실시함.

- 공립요양병원 소재 재가의료급여 시범사업 지자체(8개) → 심평원 2개 지원 관찰 지자체 시범사업 시행(`20. 6월~`21. 12월)

- (모의조사) 심평원 '장기입원관리 TF' 주도 하에 재가의료급여 시범사업 지자체의 공립요양병원 퇴원환자 대상 사례 분석을 통한 퇴원 심사기준을 마련하고 절차를 설계함.

□ (본 사업) 관련 법령 및 제도 정비를 통한 퇴원기재를 활성화 함.

- 입원에 대한 의료급여 상한일수 연장승인 심사, 참여병원에 대한 퇴원급여 지급 등 근거를 마련함.



제 5 장

결론 및 정책제언

제1절 제2차 의료급여 3개년 기본계획

제2절 의료급여 제도 발전방안 제언

제 5 장 결론 및 정책제언

제1절 제2차 의료급여 3개년 기본계획

1. 추진방향 및 체계

□ 『국민기초생활보장법』 제20조2에 의거, 2020년 8월 제2차 기초생활보장 종합계획(‘21~’23)이 발표되었으며, 기초생활보장종합계획 내 **의료급여 3개년 기본계획**의 비전은 ‘**지역사회 중심의 포용적 의료보장체계 구축**’으로, 3대 분야(의료보장, 건강활력, 제도혁신), 9개 추진과제로 구성되어있음.

○ **(①분야: 의료보장)** 병원비 걱정 없는 든든한 의료보장 체계 구축

- **(부양의무자 기준 개선)** 비수급 사각지대를 축소하기 위해 수급권자에 대한 부양의무자 기준 개선(완화)
- **(건강보험 차상위 의료취약계층 지원 강화)** 의료급여 부양의무자 기준 완화 흐름과 연계하여 차상위 의료취약계층 부양의무자 기준 완화 및 지원 확대
- **(의료급여 보장성 확대)** 비급여의 급여화 확대 및 급여기준 개선, 수가 산정 기준 및 방식 개편

○ **(②분야: 건강활력)** 지역사회 중심 예방적 건강관리 체계 구축

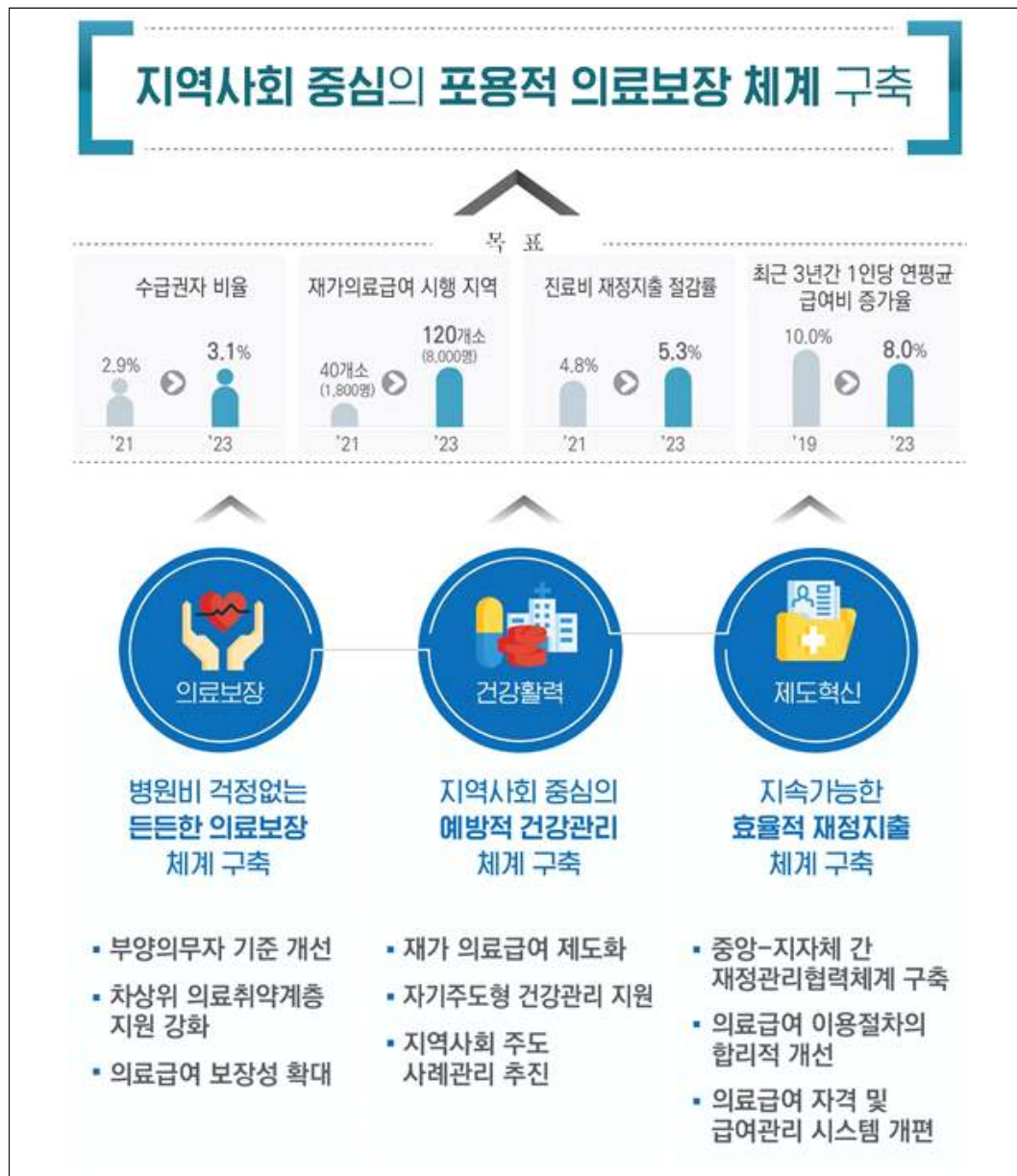
- **(재가의료급여 제도화)** 재가의료급여 시범사업 제도화 및 관리체계 구축
- **(자기주도형 건강관리 지원)** 지역 의료연계체계 내실화, 건강 인센티브 시범사업
- **(지역사회 주도 사례관리)** 지역사회 주도 사례관리 수립을 위한 표준 가이드라인 제공, 과소·과다 의료이용자 발굴·관리 강화

○ **(③분야: 제도혁신)** 지속가능한 효율적 재정지출 체계 구축

- **(중앙-지자체 협력체계 구축)** 재정지출 자율절감 목표제, 광역·기초 지자체 간 재정분담 형평성 제고

- (의료급여 이용절차 합리적 개선) 급여일수 관리체계 효율화, 선택 의료급여 기관 제도 개선, 합리적 본인부담 결정 구조 마련
- (의료급여 자격 및 급여관리 시스템 개편) 의료급여 자격관리체계 개편, 의료급여-건강보험 간 시스템 연계성 강화

[그림 5-1] 제2차 의료급여 3개년 기본계획의 추진방향 및 체계



자료: 보건복지부. (2020). 제2차 의료급여 3개년 기본계획(2021~2023).

2. 추진과제 및 세부내용¹⁰⁾

가. 저소득층 의료보장 확대

1) 정책방향

- (정책방향) 의료취약계층의 실질적 의료보장 혜택을 보장하기 위해 **의료급여** 자체 보장성을 확대하고, 건강보험 내 저소득 취약계층의 지원 확대 병행 추진
- (의료급여) **부양의무자 기준을 단계적으로 완화**하여 일정 소득 수준 이하의 경제적 취약계층은 의료급여 제도권 내로 편입
- (건강보험) 의료급여 보장성 확대와 연계해 **저소득 건강보험 가입자에 대한 보험료 경감 및 차상위 본인부담 지원 확대** 등 추진
 - － 사후적 의료안전망으로서 도입된 **재난적 의료비 지원사업**의 보장기준은 지속 완화

[그림 5-2] 저소득층 의료보장 확대 방향



10) 본 절은 ‘제2차 의료급여 3개년 기본계획(보건복지부, 2020)’ 내용을 바탕으로 작성함.

2) 주요 정책과제

- **(①부양의무자 기준 개선)** 생계급여 부양의무자 기준 완화와 연계해 사적 부양이 현실적으로 힘든 노인 등 취약계층의 부양의무자 기준을 단계적으로 개선
 - 부양능력이 있는 계층에 대해서는 부양의무자 기준을 존치하되, 수급권자의 재산 기준을 완화하고 부양비를 인하해 수급권자 선정기준 확대
 - 적정 본인부담 등 재정지출 효율화 방안과 연계하여 3차 기본계획 수립 시까지 수급권자의 부양의무자 기준 개선방안 마련
- **(②차상위 의료취약계층 지원 강화)** 의료급여 부양의무자 기준 개선을 통해 포괄하기 어려운 건강보험 내 차상위 의료취약계층에 대한 경제적 부담 경감
 - 건강보험 차상위 지원사업의 부양의무자 기준 개선 및 재난적 의료비 지원기준 현실화 등 지원 확대방안을 단계적으로 검토
- **(③의료급여 보장성 확대)** 건강보험 보장성 확대계획과 연계해 필수 의료서비스를 중심으로 의료급여의 보장성을 단계적으로 확대
 - 수급권자의 경제적 부담이 높거나 이용기준의 개선이 필요한 급여 항목은 본인부담을 인하 또는 기준 완화 등도 추진
 - 의료급여에서 충분히 보장하지 못하는 급여 영역은 지자체에서 자체 저소득층 의료보장 프로그램을 통해 제공할 수 있도록 유도

<표 5-1> 1분야(저소득층 의료보장 확대) 추진과제별 세부 내용(과제)

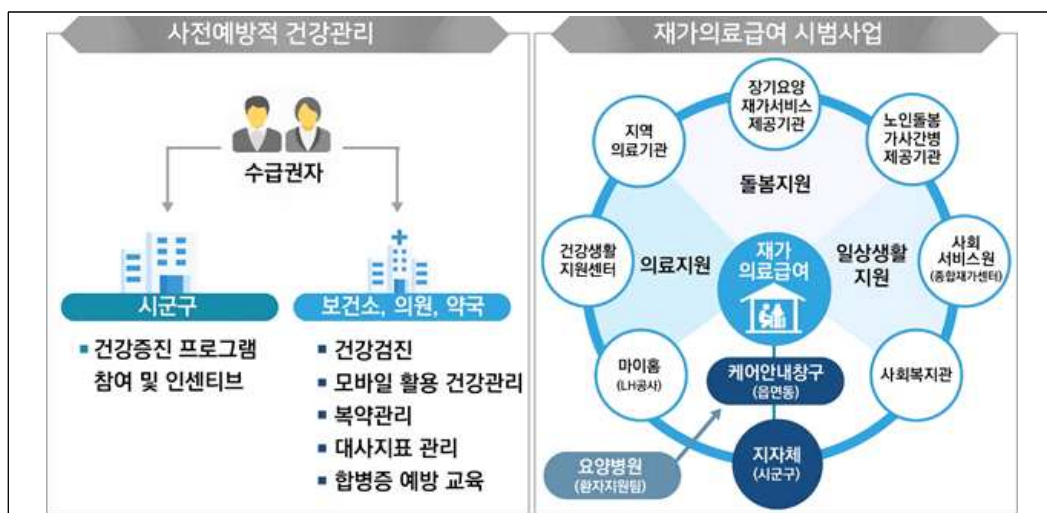
추진과제	세부 내용(과제)
① 부양의무자 기준 개선	-기초연금 수급노인 포함 가구에 대한 부양의무자 기준 적용 제외(생계급여 제도 개선사항 반영) -의료급여 부양의무자 기준 개선방안 연구용역 추진
② 차상위 지원 계층 지원 강화	-건강보험 차상위 지원 부양의무자 기준을 의료급여 수준으로 일치 -수급권자의 실질 부담능력을 고려해 재난적 의료비 지원기준 현실화 추진
③ 의료급여 보장성 확대	-비급여의 급여 전환 단계적 확대 및 본인부담 경감 -정액 수가체계 개선(수가 산정기준과 방식 개편)

나. 지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계 구축

1) 정책방향

- (성과) 그간 지역사회 내에서 질병의 사전 예방을 위한 건강관리 지원체계 마련 또는 재가 중심 의료·돌봄 체계 구축을 목적으로 다양한 정책적 노력을 시도
- (한계) 다만, 지역 간 의료 및 돌봄 서비스 제공 역량 차이로 인해 거주 지역 내에서 원하는 의료 및 돌봄 수요가 미충족되는 사례도 발생
- (정책방향) 그간 급성기 병원 중심의 의료보장체계에서 인구구조 고령화에 따라 지역사회를 기반으로 하는 재택 중심 의료돌봄 지원서비스 확대 추진
 - 재가 의료급여 서비스는 '23년까지 전체 시군구의 50%로 확대하고 재가 의료급여 이용자 규모도 장기입원 사례관리 대상자로 확대
 - 병원이 아닌 재가에서도 지속적인 건강관리가 가능하도록 건강 유지에 필요한 의료·돌봄·식사 등 다양한 서비스를 제공하고, 재가 생활 중에도 지정된 병원 에서 지속적인 관리가 이루어지도록 협력의료기관 지정을 비롯한 지역사회 의료 네트워크 모델 구축

[그림 5-3] 지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계 구축 방향



2) 주요 정책과제

- (①재가 의료급여 제도화) 재가 의료급여 시범사업 제도화 및 서비스 유형 다양화
 - (제공지역 확대) 재가 의료급여 서비스 지역은 지역사회 통합돌봄 시범사업 등과 연계해 향후 3년 간 전체 시군구의 50% 내외로 확대
 - (서비스 모형 다양화) 재가 의료급여 서비스 제공 유형은 다양화하고 일부 지역에서 시행 중인 협력형 의료 및 요양 네트워크 모델 확산 추진
- (②자기주도형 건강관리 지원) 만성질환 관리 네트워크 구축, 만성질환 고위험군의 지역 내 자가 건강관리 프로그램 연계 등
 - (유질환자) 보건소, 약국, 동네 의원 등 지역 내 보건의료 기관과 협업해 모바일 건강확인, 복약 관리 등에 중점을 둔 만성질환 관리 네트워크 구축
 - (고위험군) 만성질환 발병 우려가 있는 고위험군은 건강검진을 통해 사전 선별하고, 지역 보건소 등에서 시행하고 있는 자가 건강관리 프로그램과 연계하여 수급권자의 자율적인 프로그램 참여를 통해 건강관리를 유도하고, 참여 성과에 대해서는 건강생활유지비 등 인센티브를 지원
- (③지역사회 주도 사례관리 추진) 시군구가 사례관리 대상자 자체 발굴하여 장기적으로 관리하도록 유도하고, 과소 이용자 발굴·관리 강화를 위해 대상자 선정기준 보완
 - 방문건강관리 서비스 확대와 연계해 과소·과다 의료이용자 발굴·관리 강화

<표 5-2> 2분야(지역사회 중심의 예방적 건강관리 체계 구축) 추진과제별 세부 내용(과제)

추진과제	세부 내용(과제)
❶ 재가 의료급여 제도화	- 재가 의료급여 제도화 및 서비스 지역 확대 - 재가 의료급여 서비스 제공 유형 다양화, 협력 의료 및 요양 네트워크 모델 확산
❷ 자기주도형 건강관리 지원	- (만성질환) 지역 내 의료연계체계 내실화 - (만성질환 고위험군) 보건소/건강공단 운영 건강증진 프로그램 연계 - 차세대 행복e음 시스템 고도화
❸ 지역사회 주도 사례관리 추진	- 3년 단위 지역사회 주도 사례관리 수립을 위한 표준 가이드라인 제공 - 과소·과다 의료이용자 발굴·관리 강화

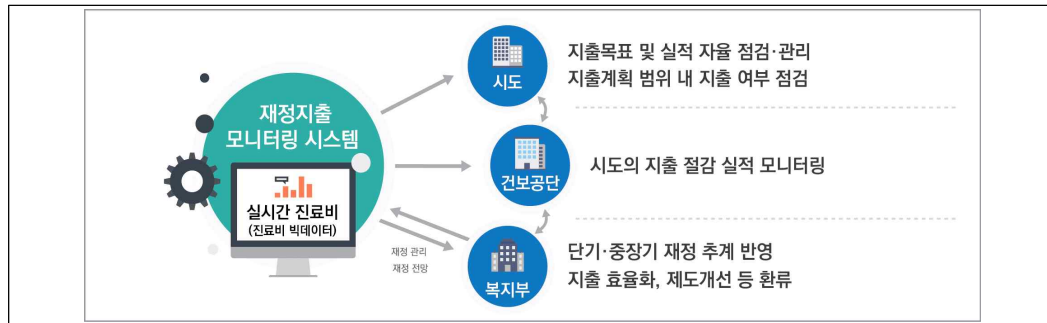
다. 의료급여 관리·운영체계 개선

1) 정책방향

- (문제점) 현재 의료급여는 수급권자 책정 및 재원 분담은 지자체, 급여관리는 건강보험공단에 위탁되어 실제 지자체의 역할은 크지 않은 상황
 - 건강보험과 지자체 행정 시스템 간 연계성 부족으로 인해 수급권자가 불편을 겪거나, 업무처리가 지연되는 등 운영 상 비효율 문제도 존재
- (정책방향) 지자체가 의료급여 보장기관 및 수급권자의 급여를 보장하는 역할 이외에 제도 운영의 보장자로서 보다 적극적 역할을 할 수 있도록 개선
 - 국가와 지자체 간 재정관리 모니터링 정보를 공유하고, 낭비적 의료 소요를 사전에 관리할 수 있도록 의료이용 절차를 합리적으로 개선
 - 현재의 이원적 관리·운영 시스템이 일원화된 시스템처럼 관리될 수 있도록 연계성을 강화하는 방향으로 제도 및 시스템 개편

[그림 5-4] 의료급여 관리·운영체계 개선 방향 중 재정관리 모니터링 시스템

- 지자체 중심의 의료급여 운영체계가 건강보험 시스템과 연계성 및 통합성을 확보할 수 있도록 업무 역할과 시스템을 개편
 - 개별 법률에 의한 특례로서 의료급여 수급권이 부여된 대상자는 관리체계 정비를 통해 의료급여 특성에 맞는 수급자 관리체계 제도화 추진



2) 주요 정책과제

- **(①중앙-지자체 재정관리 협력체계 구축)** 광역 단위 지자체에서 지출 목표 및 실적을 자율적으로 점검·관리할 수 있도록 지원체계 구축
 - 이를 위해 진료비 빅데이터가 집합된 시스템에 기반하여 실시간으로 재정지출 현황·관리가 가능한 **재정지출 모니터링 시스템** 구축 추진
 - 기초 지자체의 재정 책임성 강화를 유도하기 위해 **국비 부담비율 조정 및 광역-기초 간 부담비율 조정 검토**
- **(②의료급여 이용절차의 합리적 개선)** 급여일수 관리, 선택 병·의원 지정 등 합리적 의료이용을 위해 도입된 제도들의 개선 추진
 - 질환별 특성을 반영해 **급여일수 상한 재조정** 및 **급여일수 관리시스템** 개선
 - **선택 의료급여기관 제도의 실효성 제고**를 위해 선택 병의원 역할 확대
 - 본인부담 인상 등 **합리적 본인부담 결정 구조** 마련
- **(③의료급여 자격 및 급여관리 시스템 개편)** 타법 수급권자에 대한 의료급여 수급 자격 부여(2종), 의료급여-건강보험 간 시스템 연계성 강화
 - 신규 진입하는 타법 수급권자에 대해서는 **2종 수급권을 부여**하는 방안 우선 추진
 - 건강보험 관리체계와 연계되어 지자체가 실질적 역할을 하기 어려운 부분은 **건강보험공단에 위탁**해 업무처리의 효율성과 책임성 제고

<표 5-3> 3분야(의료급여 관리·운영체계 개선) 추진과제별 세부 내용(과제)

추진과제	세부 내용(과제)
❶ 중앙-지자체 재정관리 협력 체계 구축	- 재정지출 자율절감 목표제 시행 - 광역·기초 지자체 간 재정분담 형평성 제고
❷ 의료급여 이용절차의 합리적 개선	- 급여일수 관리체계 효율화 - 선택 의료급여기관 제도 개선 - 합리적 본인부담 결정 구조 마련
❸ 의료급여 자격 및 급여관리 시스템 개편	- 의료급여 자격관리체계 개편 - 의료급여-건강보험 간 시스템 연계성 강화

제2절 의료급여 제도 발전방안 제언

- 정부가 2020년 8월에 발표한 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」에는 향후 3년 간 의료급여 제도의 정책 추진방향, 추진과제, 과제별 이행방안 등이 포함되어 있음.
- 본 절에서는 「제2차 의료급여 3개년 기본계획」의 정책과제들 중 추가적인 심층 논의가 필요한 과제를 중심으로 관련 쟁점사항을 점검해 봄.
- 쟁점검토를 위해 각 과제별로 필요한 현황 및 통계 등의 근거자료 산출, 실제 과제 이행시 필요한 고려사항 검토, 구체적인 실행방안 제안 등을 제시함.
- 이를 통해 향후 세부 정책과제 추진해 필요한 이행방안을 마련하기 위한 기초 자료를 제공해 보고자 함.
- 본 절에서 검토하고자 하는 분야별 추진과제는 다음과 같음.
- 먼저 건강보험 차상위 의료취약계층 수급자격 완화방안 마련을 위해 대상자 규모를 추정해 보고, 올바른 약물이용 지원 사업 등 약제관리 체계 도입을 위해 필요한 고려사항을 검토해 보고자 함.
- 또한, 재가 의료급여 서비스 시범사업 확대 및 내실화와 지자체 재정지출 자율 점검목표제 효과성 제고를 위해서는 구체적인 실행방안을 제안해 보고자 함.

<표 5-4> 분야별 추가 검토내용

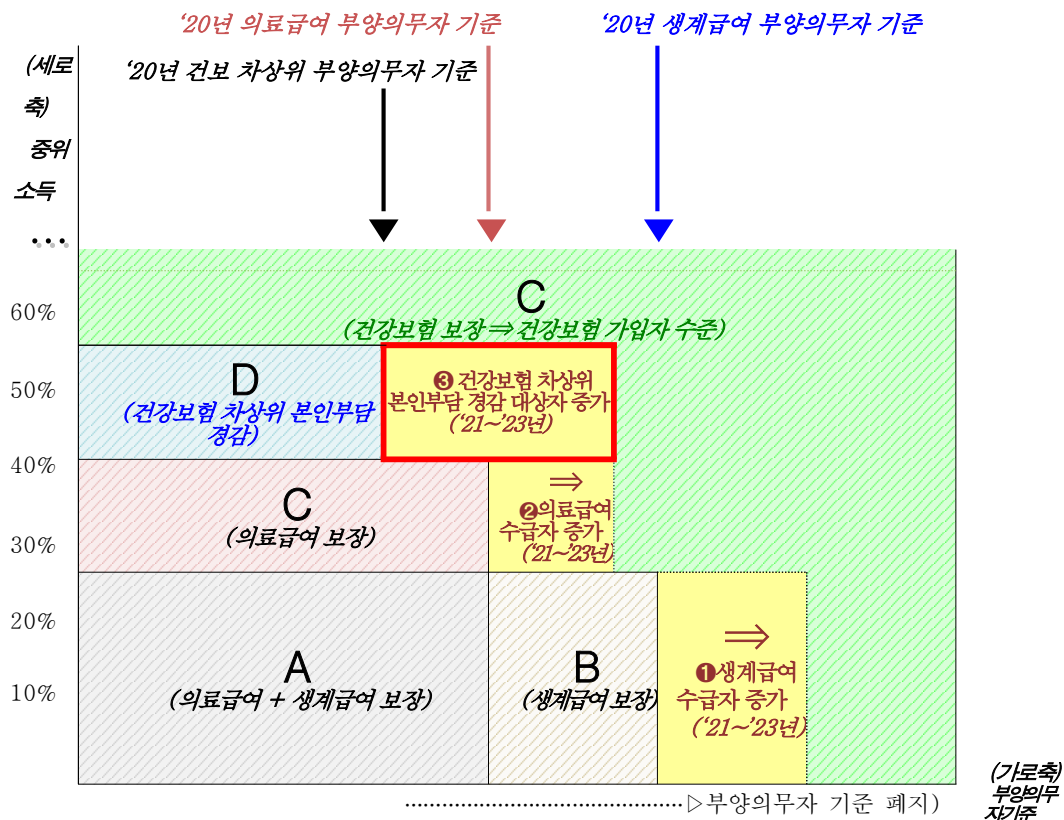
분야	추가 검토내용	비고
의료보장	◆ 저소득층 의료보장 확대 ⇒ 건강보험 차상위 의료취약계층 수급자격 완화 시 규모 추정	현황 및 통계 등의 근거자료 산출
건강활력	◆ 지역사회 중심 예방적 건강관리 체계 ⇒ 올바른 약물이용 지원 사업 등 약제관리 체계 도입 검토	실제 과제이행시 필요한 고려사항 검토
의료이용	◆ 합리적 의료이용 유도 ⇒ 재가 의료급여 서비스 시범사업 확대 및 내실화 방안	구체적인 실행방안 제안
제도혁신	◆ 지속가능한 효율적 재정지출 체계 구축 ⇒ 지자체 재정지출 자율점검목표제 효과성 제고방안	구체적인 실행방안 제안

1. 【의료보장】 저소득층 의료보장 강화

건강보험 내 저소득 취약계층 지원 확대방안 검토
◆ 의료급여 부양의무자 기준 완화와 더불어 건강보험 내 저소득 취약계층 지원 확대를 병행하여 추진하는 방안을 검토하기 위해 건강보험 차상위 의료취약계층의 부양의무자 기준 완화 시 대상자 규모를 추정해 봄.

□ (논의배경) 의료급여 부양의무자 기준 완화와 더불어 의료 취약계층의 실질적 의료보장 확대를 위해 건강보험 내 저소득 취약계층 지원 확대를 병행하여 추진하는 방안을 검토해볼 필요가 있음.

[그림 5-5] 제2차 기본계획(안)에 따른 의료급여·생계급여 보장범위 확대(안)



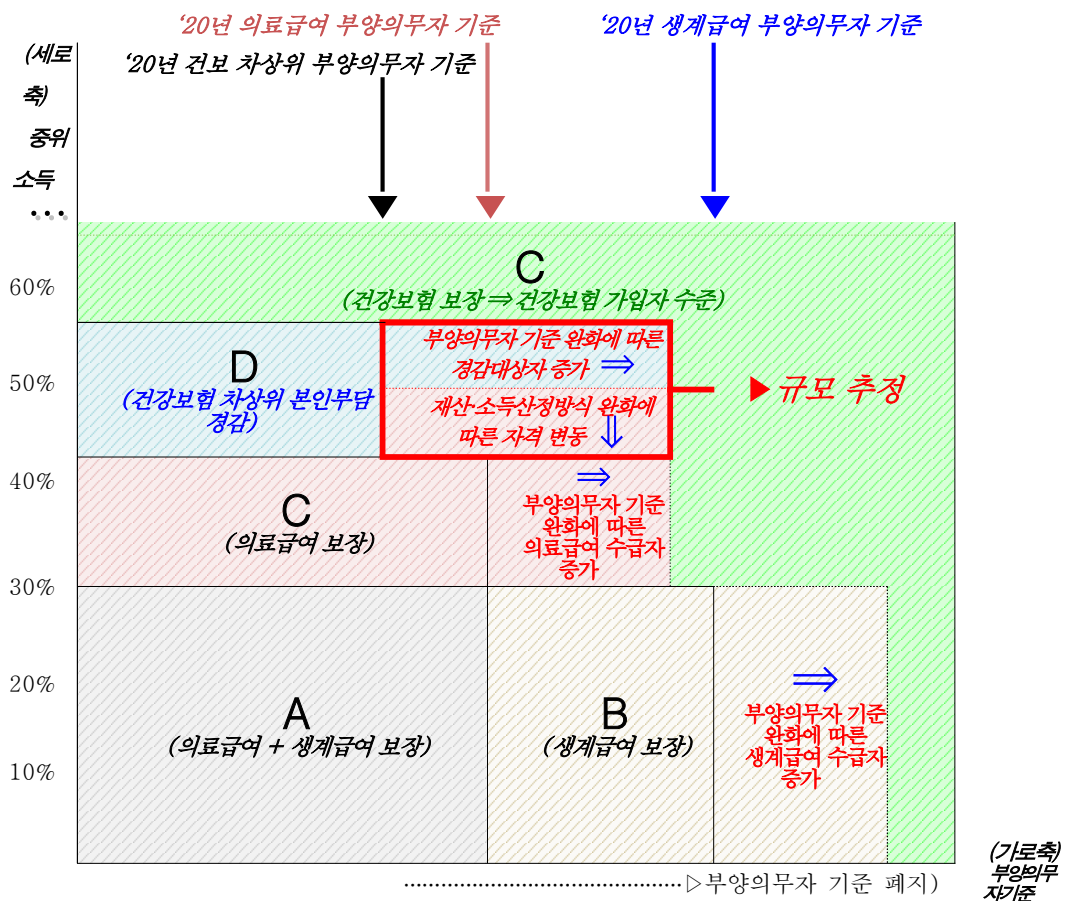
주: ① 제2차 기초생활보장 기본계획의 부양의무자 기준 완화 안에 따라 생계급여 수급자 증가
② 제2차 의료급여 기본계획에 제시된 부양의무자 기준 완화 안에 따라 의료급여 수급자 증가
③ 의료급여 부양의무자 기준 완화(안)을 건강보험 본인부담경감 대상자에게 동일하게 적용했을 시 대상자 증가

- (2차 기본계획(안)) 의료급여에서는 향후 3년('21~'23)동안 생계급여 부양의무자 기준 완화와 연계하여 노인 등 취약계층에 대한 부양의무자 기준을 폐지하고, 수급자 재산기준 완화 및 부양비 인하를 통해 수급자 선정기준을 확대할 예정임.
 - (차상위 의료취약계층 지원 확대(안)) 의료급여 수준으로 차상위 본인부담경감 대상자에 대한 부양의무자 기준을 완화하는 방안을 검토해보고자 함.
- 건강보험료 하위 10% 546만명 중 449만명(82.2%) 대상으로 보험료 또는 진료비 본인부담금 경감을 지원 중이나, 차상위 본인부담경감 지원사업의 경우 '07년 도입 당시 부양의무자 기준과 소득인정액 기준을 유지함에 따라 경감 대상자가 제한적임.
- 2차 기본계획에서는 의료급여 부양의무자 기준 개선을 통해 포괄하기 어려운 건강보험 내 차상위 의료취약계층의 부담을 완화하기 위해 희귀난치·중증 질환자 등 경제적 부담이 큰 차상위 가구에 대해 우선적으로 의료급여와 동일한 수준으로 부양의무자 기준 완화하겠다고 밝힘.
 - 계획 이행에 앞서 부양능력이 있어 차상위 본인부담 지원 대상자에서 탈락한 대상자 규모와 2차 기본계획(안)에 따른 기준 완화 시 확대 규모를 대략적으로 추정해볼 필요가 있음.
- (분석 개요) '18-'19년 행복e음 자료 등을 통해 건강보험 차상위 의료취약계층의 부양의무자 기준 완화 시 규모를 추정하였으며, 전체 차상위계층을 부양의무자 존재 여부, 부양능력 여부에 따라 구분하여 각 셀별로 해당 인원을 산출하였음.
- 차상위 계층(중위소득 40~50%) 중 재산·소득 산정방식 완화*에 따른 자격 변동자(건강보험 본인부담경감→의료급여)와 잔존 차상위 계층 규모 산출
- * 부양비 부과율 폐지, 수급자 기본재산공제 확대, 수급자 주거용 재산 한도액 확대, 기준 중위소득 산정방식 변경
- 부양능력이 있어 차상위 본인부담 경감 지원 계층에서 탈락한 대상자에 대해서는 세부 분석을 실시하여 각 셀별로 해당 인원을 산출함.
 - 잔존 차상위 계층 중 부양의무자 유무에 따른 규모 산출

- 부양의무자가 있는 경우 중 부양능력 유무에 따른 규모 산출
- 부양능력이 있는 경우 중 부양의무자 기준 완화에 따른 신규 본인부담경감 대상자 규모 산출

○ 행복e음 자료에서는 질병특성 등(희귀난치·중증질환, 만성질환, 18세 미만)을 적용한 규모를 산출할 수 없어, 각 셀별 인원 산출 후 차상위계층 중 희귀난치·중증질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동의 비율(49.8%)을 적용함.

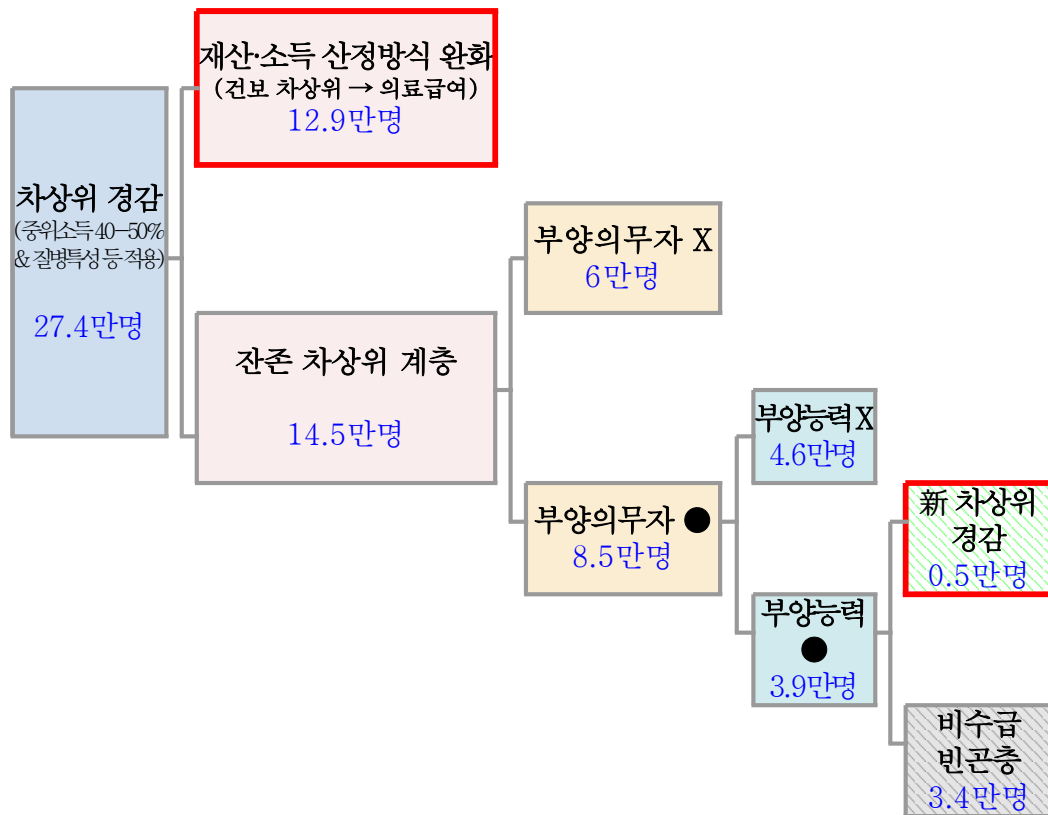
[그림 5-6] 차상위 본인부담 경감대상자 지원 확대 규모 추계 개요



□ (분석 결과) 건강보험 차상위 본인부담경감 지원 대상자에 대해 재산·소득 산정 방식을 완화하고, 의료급여 수준으로 부양의무자 기준 완화 시 수급 확대 규모는 13.4만명으로 추산됨.

- 이중 부양의무자 기준 완화에 따른 신규 본인부담경감 대상자는 0.5만명, 재산·소득 산정방식 완화에 따른 자격 변동자(건강보험 차상위 본인부담경감 대상자→의료급여 수급자)는 12.9만명으로 분석됨.

[그림 5-7] 차상위 본인부담 경감대상자 지원 확대 규모 추계



- 비수급 빈곤층에 대한 재산·소득 산정방식 완화, 부양의무자 기준 완화 등을 통해 건강보험 차상위 지원사업을 확대할 경우 비수급 빈곤층은 보험료를 지원받고, 의료이용시 본인부담을 경감받을 수 있음.

- 위 산출된 대상자 규모를 기반으로, 향후 소요예산 추정 등을 토대로 재산·소득 산정방식 완화, 부양의무자 기준 완화 등을 통해 건강보험 차상위 지원사업 대상자를 확대하기 위한 구체적인 이행방안을 마련하는 것이 필요함.

2. 【건강활력】 지역사회 중심 예방적 건강관리 체계

올바른 약물이용 지원 사업 등 약제관리 체계 도입 검토

◆ 의료급여 수급자는 만성질환 유병률이 높으며, 특히 복합 만성질환자 비율이 높아 약물관리에 대한 필요도가 높으나, 현재 올바른 약물이용 지원사업 등 다제약제 관리사업은 건강보험 가입자를 대상으로만 진행되고 있는 상황으로 의료급여 수급자를 대상으로 한 다제약제 관리체계를 마련하기 위한 방안을 검토해 봄.

□ (논의배경) 올바른 약물이용 지원사업 등 약제관리 체계는 여러 가지 만성질환이 있는 대상자가 가정에서 안심하고 약물복용을 하며, 다제약제 관리를 스스로 할 수 있도록 도와줄 수 있음.

○ 처방 조제 의약품, 일반의약품, 건강식품 등의 복용 상황을 총괄적으로 검토하여 약물관련문제를 해결할 수 있도록 함.

○ 특히 약물 복용으로 여러 가지 건강문제(낙상, 저혈압, 변비, 위장관 출혈 등)가 생길 수 있는 의약품(유의필요 의약품 혹은 집중관리약제)에 대해 약사의 복약 상담과 교육 서비스를 제공함.

○ 이러한 조제 후 약물관리 도입으로 약물 부작용이나 상호작용 등으로 인한 입원, 재입원, 응급실 이용이 줄어들고, 약의 수, 의료이용이 감소할 수 있음.

□ 약물관리는 복약 전(사전관리)과 조제 후 복약관리(사후관리)로 구분할 수 있음. 처방조제의 경우 복용 전 관리(사전관리)에 해당하며, 조제 후 복약지도 및 DUR 시스템은 복약관리(사후관리)에 해당함.

○ 올바른 약물이용지원서비스, 방문약료사업은 대표적인 다약제적 복약관리 사업으로 환자의 복약 이행을 직접 확인하고 약물 교육을 수행함.

□ (도입 필요성) 의료급여 수급자는 만성질환 유병률이 높으며, 특히 복합 만성질환자 비율이 높음.

○ 장기간 다약제를 복용하는 경우 복약순응도를 높이고, 안전한 약물복용을 통

해 이상반응이나 부작용을 체계적으로 관리하는 것이 필요함.

○ 특히, 복합 만성질환자의 경우 가정에서 고위험 약제(항응고제, 항혈전제 등) 복용이 증가하면서, 복약관리의 필요성이 증대되고 있음.

○ 하지만 현재 올바른 약물이용지원서비스, 방문약료사업은 건강보험 가입자를 대상으로 제공되고 있는 상황으로, 이러한 약제관리 체계를 의료급여 수급자에게 도입하는 방안을 검토해 보는 것이 필요함.

□ (검토사항) 약제관리 체계를 의료급여 수급자에게 도입할 시, 다음과 같은 의료급여 수급자 특성 및 정책추진 환경 등을 고려하여 사업모형을 개발하는 것이 필요함.

○ (약제 관리의 높은 필요도) 의료급여 수급자는 만성질환 치료 약제의 복약이행이 낮고, 다약제 복용자가 많은 특성을 고려하여 다음과 같은 사항들이 서비스 항목으로 포함되는 것이 필요함.

- 집중관리약제(유의필요약제) 복약 상담
- 이상반응 관리
- 보관 및 복용법 교육
- 약물 치료 효과 증진을 위한 보건 교육
- 복약이행 정도 상담 기록지

<표 5-5> (예시) 복약이행 정도 상담 기록지

약품명	성분명	약국 조제일	투약 일수	투약 횟수	일회 투약량	처방의료기관	순응도	현재 복용여부	복용이유
							<input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 한다 <input type="checkbox"/> 안한다	
							<input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 한다 <input type="checkbox"/> 안한다	
							<input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 한다 <input type="checkbox"/> 안한다	

○ (제도 적용의 용이성) 올바른 약물이용 지원사업 등 기존의 건강보험 가입자 대상 사업을 의료급여 수급자에게 확대 적용하는 방식을 통해 제도를 용이하게 도입할 수 있음.

- 국민건강보험공단을 통해 대상자 선정, 약목록 구독 가능

- 다년간 방문약료 사업 경험이 축적되어 다제약제 관리사업(올바른 약물이용 지원 서비스)의 체계가 구성
- 이 시스템에 익숙하고 경험이 풍부한 연계가 용이한 약사가 많으며, 의사와의 협조체제 구축이 상대적으로 용이

○ (사업모형의 유연한 적용 가능) 수용성 및 비용 고려하여 의료급여 수급자에게 적합하고 이행가능성이 높은 방향으로 사업내용을 변경하는 것이 가능함.

- 가정 방문이 가장 효율적이거나 방문을 기피할 경우 약국에서도 수행 가능(캐나다, 영국, 일본 등은 약국에서 우선 수행하고, 거동 불편한 경우 방문)
- 방문 2번 + 전화(혹은 약국 방문) 2번을 방문 2회로 조정 가능(평일 저녁, 토요일인 경우 제한적)
- 의료급여 수급자에게 가능한 한 바로 복약상담지를 전달하여 복약에 활용하도록 체계 마련 가능
- 방문 시간, 동행자 고려하여 가능한 대안 마련이 필요

<표 5-6> (참고) 다제약제 관리사업 과정

구분	주요내용
국민건강보험공단 담당자	<ul style="list-style-type: none"> -대상자 및 투약내역 발췌 -환자 대상 전화로 참여 의사 확인 -약사 가정 방문 일자 정리 -각종 자료 및 서류 구비 등
1차 복약 상담 (약사 업무)	<ul style="list-style-type: none"> -가정 방문 3~7일전 의약품 관련 정보 제공 -약물요법 검토 (자료 찾아 봄) -1차 방문을 통해 전체적인 의약품, 건강식품 등 복용 현황 점검 · 집중관리약제(유의필요약제) 복약 상담 · 보관법 문제 점검 · 복용 방법 문제 점검 · 약물 이상반응 모니터링 · 중복 등의 문제 점검 · 투약순응 여부 점검 등 -1차 복약 상담 내용 입력
2, 3차 복약 상담	<ul style="list-style-type: none"> -약국 방문 또는 전화 상담을 통해 1차 상담에서 파악된 개선 사항 설명 및 점검 -2,3차 복약 상담 내용 입력
4차 복약 상담	<ul style="list-style-type: none"> -그동안의 복약 상담에서 파악된 문제점, 어려움 개선 여부 파악 -약물 교육 종합적 수행 -4차 복약 상담 내용 입력

3. 【의료이용】 합리적 의료이용 유도

재가 의료급여 서비스 시범사업 확대 및 내실화 방안
<p>◆ 불필요한 입원을 방지하고, 지역사회에서 의료-요양-돌봄의 통합 서비스를 제공하는 재가 의료급여 서비스 시범사업을 확대하고, 제도의 내실화를 위해 시범사업을 통해 파악된 성과 및 한계점을 평가하고, 시범사업 확대 및 제도개선을 위한 추진전략을 검토해 봄.</p>

□ (논의배경) 재가 의료급여 시범사업은 지역사회 통합돌봄 선도사업의 일환으로 입원서비스 필요도가 낮은 의료급여 장기입원자들의 원활한 퇴원, 재가생활 정착 및 지역사회 복귀를 위한 제도로, 전국 13개 지자체에서 '19.6월부터 도입·시행 되어옴.

○ (현황 및 성과) 13개 지자체에서 266명('20.6월말 기준)을 퇴원시켜 지역사회 정착을 유도(의료급여관리사 1인당 4.75명)하였으며, 1인당 예산은 월 15.6만원 (총 3억 1,750만원)이 소요되었음(기존 서비스 포함 시 1인당 월 72만원 지출).

－ 시범사업 수급자 대상으로 퇴원 전후 3개월 분석 결과, 퇴원 후 수급자 1인당 월 238만원(의료급여 기금), 월 109만원(사회복지비용)의 절감 효과가 확인됨.

○ (2차 기본계획(안)) 의료급여에서는 향후 3년('21~'23) 동안 재가 의료급여 서비스 지역을 확대(전체 시군구의 50% 내외)하고, 서비스 제공 유형을 다양화하고 일부 지역에서 적용 중인 협력형 의료 및 요양 네트워크 모델을 확산할 예정임.

－ 중장기적으로 재가 의료급여 시행지역을 120개소로 확대 및 서비스 제공·연계 현황에 대한 별도 관리체계를 구축할 예정임.

□ (시범사업 확대 시 고려사항) 지역사회 통합돌봄의 지속적인 확대와 발맞춰 '22년까지 전국 120개 시군구로 시범사업 확대 추진 예정('21년 40개 지역 → '22년 120개 지역)으로, 시범사업 추진 지역 확대 시 현행 틀에서 장기입원자, 입원 고위험 지역 등의 통합적 관리가 필요한 상황임.

- (사례관리 지역구분) 현행 사례관리 지역구분의 목적은 해당 시군구의 입원·외래 비중을 판별하여 유형별 사례관리 목표 수를 제시하기 위함임.
- (제한점) 요양일수·진료비(4개 지표), 의료기관 수(1개 지표), 장기입원자 수(1개 지표)의 순위를 합산하여 상위부터 입원, 혼합, 외래 지역으로 구분하고 있으나, 외래·입원의 비율 값을 반영하기 때문에 시군구에 따른 절대적 순위는 아님.
 - － 즉, 외래·입원 요양일수, 진료비의 절대 값이 높더라도 비율이 유사할 경우 혼합지역으로 분류되며, 외래보다 입원(입원비, 입원일수) 중심으로 지역을 구분하는 경향이 있음.

[그림 5-8] 현행 기준에 따른 지역유형 예상 분포

높음	입원 고위험	입원 고위험	혼합
중간	입원 고위험	혼합	외래 고위험
낮음	혼합	외래 고위험	외래 고위험
입원 / 외래	낮음	중간	높음

- (시범사업 확대 방안) 현행 사례관리제도의 지역 구분을 장기입원 지표 중심의 산출방식으로 재편하여 재가·장기입원자 관리 지역과 그 외 지역으로 구분하는 방안을 제안함.
- 지역구분 기준의 개선을 통해 각 보장기관(시군구)은 과다이용자 및 사회적입원자를 보다 명확하게 선별하고 사례관리를 효율화할 수 있을 것이며, 이를 통해 시범사업 확대가 원활하게 이루어질 것으로 기대함.
- 외래·입원이 모두 많은 지역이 있으므로, 외래·입원 지표를 모두 반영하는 현행 지역구분은 어렵고 모호할 수 있음.
- 또한 지역 구분의 타당성을 높이기 위해서는 입원 지표는 1인당 입원진료비, 입원일수, 입원건수, 입원 실환자수 등의 단순 지표가 아닌 입원 치료의 필요성이 높고 낮음을 판별 할 수 있는 지표이어야 함.

- (개선안) 각 시군구(총 229개)의 의료급여 수급권자 중 산정특례 대상자, 고령자·미성년자를 제외한 누적 입원일수 180일 이상인 수급자를 기준으로 시범사업 확대 지역을 선정하는 것을 제안함.

[그림 5-9] 시범사업 추진지역 확대 기준(안)

제외 조건			▶ 적용 그룹
적정이용자	고령자&미성년자	중증·희귀난치·정신질환	
누적 입원일수 180일 이하	80세 초과(고령자) 및 19세 미만(미성년자)	산정특례 대상자 (중증, 희귀, 중증난치)	과다이용자 & 사회적입원자

- 산정특례는 과다 의료비 발생에 따른 부담을 완화하기 위해 본인부담금을 감면하는 제도로, 입원 치료의 필요성이 높은 편임. 또한 고령자(81세 이상)은 퇴원 및 재가생활 유도 대상으로 부적합할 수 있으며, 미성년자는 가정 및 양육 환경에 따라 대상자로 포함하기 어려운 측면이 있음.
- 본 확대기준 적용 시 대도시·중소도시 위주로 시범사업 지역이 선정되며, 의료급여 사례관리를 효율화하기 위해 확대 기준 적용 시 1인당 사례관리 목표 수 변경에 대한 검토도 필요함.

<표 5-7> 확대기준 적용 시 시범사업 지역 구분 예상 분포

구분	대도시	중소도시	농어촌	기존지역
상위 40개 (~'21년)	17개	10개	—	13개 (‘20년 기준)
상위 80개 (~'22년)	38개	37개	5개	40개 (‘21년 기준)

- (협력의료기관 활성화를 위한 고려사항) 협력의료기관의 케어팀(의사, 간호사, 사회복지사, 영양사 등으로 구성)은 시범사업 대상자의 재가생활 유지 및 건강관리를 위해 요구도 평가, 케어플랜 수립, 상담, 건강관리 등의 역할을 수행함.

- (현황) 시범사업 참여 13개 시군구는 대부분 1개소 이상의 **협력의료기관을** 보유하고 있으며, 주로 **공공병원 및 종합병원과 협약을 체결함**(의원급은 의료사회복지적 협동조합 존재).
- (문제점) 협약은 체결되었으나 **협력의료기관을 통한 실제적 서비스 제공이 많지 않은 상황으로, 사례관리·건강관리 등의 적극적 개입이 미흡함**. 실질적 필요도 평가, 케어플랜 수립은 대부분 **시군구 의료급여관리사**가 수행함.

<표 5-8> 협력의료기관의 서비스 유형별 제공 현황

구분	제공 비율
케어플랜 작성	18.2% (최대 100%, 최소 0%)
모니터링 실시	14.9% (최대: 24%, 최소 0%)
사례회의 참여	33.3% (최대: 100%, 최소 5%)

- (협력의료기관 활성화 방안) 공공의료원의 공공보건의료사업단, 지역사회 의료사협 등 **의료급여 수급권자의 건강관리에 관심이 많은 기관을 활용하는 방안을** 제안함.
- 공공의료원은 사회복지사 및 간호사 중심의 **공공보건의료사업단을 운영하여 취약 계층의 보건의료를 위한 사업을 추진하고 있으며, 301 네트워크 지원 등을 통해 통합돌봄 서비스를 제공하고 있음**.
- 의료사협은 **지역주민의 자발적 참여와 출자로 이루어진 일차의원으로, 조합원 뿐만 아니라 주변 이웃을 위한 의료서비스, 돌봄, 식사 서비스 등을 제공하는 커뮤니티케어**를 자발적으로 시행하고 있음.

4. 【제도혁신】 지속가능한 효율적 재정지출 체계 구축

지자체 재정지출 자율절감목표제 효과성 제고방안
<p>◆ 의료급여 수급자의 건강관리 및 불필요한 지출 최소화를 위해 법적 보장기관인 지자체의 책임 강화를 유도하기 위해 자율적 재정지출 점검체계를 마련하고, 인센티브를 지급하는 방안을 검토해 봄.</p>

□ (논의배경) 불필요한 의료급여 지출 최소화를 위해 합리적 의료이용(제공) 유도 노력 등 지자체의 재정절감 책임 및 역할이 요구되는 상황임.

○ 또한, 의료급여비 지출의 효율적 관리를 위해 일선 지자체의 보다 적극적인 재정관리 책임 및 역할이 요구되나 유인책이 미흡한 상황임.

□ (개선방안①) 시도별 의료급여 재정지출 절감 이행계획 조사 및 분석을 실시하고, 중앙-지자체 주기적 점검 체계를 운영하는 방안을 검토함.

<표 5-9> (예시) 지자체 자율점검제 운영방향

<시도>	<건보공단>	<시도> *관할 시군구 포함	<최종 모습>
연간 현물급여(이하 진료비) 지급예상액 범위 설정 및 불필요한 진료비 지출 최소화 이행 방안 마련(TF구성)	▶ 시도별로 분기별(上), 월별(下) 지급예상비율, 지급예상액, 실제 지급대상액, 잔여/부족액이 포함된 집행 점검표[표2]를 17개 시도에 제공	▶ 건보공단이 제공하는 진료비 집행점검표 [표2]를 참고하여, 적극적인 절감 방안 이행	▶ 당초 설정한 연간 진료비 지급예상액 범위 내 지출여부 및 차액 분석 등 최종 점검

○ (1단계) 연간 진료비 지급 예상액 범위 설정 및 절감방안 마련 (1월)

- ① (시도) 관할 시군구, 심사평가원 지원 등이 참여한 ‘의료급여 재정지출 절감 TF’ 구성, 연간 지급예상액 범위 설정 및 절감방안 마련
- ② (복지부) 시도에서 참고할 수 있도록 시도별 과거 진료비 지급 추이를 고려한 연간 지급예상액 범위 자료 제공

○ (2단계) 불필요한 진료비 지출 최소화 이행 방안 추진 (연중)

- ① (건보공단) 분기별(上), 월별(下) 지급예상비율, 지급예상액, 실제 지급대상액, 잔여/부족액이 포함된 집행 점검표를 시도에 제공
- ② (시도) 건보공단이 제공하는 진료비 집행 점검표를 참고하여, 연간 진료비 지급 예상액 범위 내 지출토록 주기적 점검 및 적극적인 절감 방안 추진, 운영 계획안 및 점검 자료 제출
- ③ (복지부) 시도별 이행리스트*(분기별) 점검, 시도간 벤치마킹이 가능하도록 우수한 점, 보완할 점 정보 공유, 상향 평준화 토대 마련

<표 5-10> (예시) 지자체 중점 관리 사항

구분		관리사항 예시
수요자 관리	1) 사례관리강화	① 장기/부적정 입원자 퇴원 유도 ② 요양병원 신규 입원자 중 불필요한 입원자 퇴원 유도 ③ 고위험군(과다이용) 대상 적정의료이용 유도
	2) 연장승인강화	① 연장승인 심사 강화(조건부 포함) ② 연장불승인자 및 미신청자 건보부담적용 관리 강화
	3) 사후관리강화	① 확인 조사 시, 소명이 완료되어 보장중지 결정이 난 수급자에 대해 신속히 자격 상실 처리 ② 수급자가 취득한 부당이득 환수 강화
공급자 관리	1) 의료급여기관 관리	① 관내 의료급여기관 개·폐원 현황 수시 파악 ② 개원 의료급여기관이 적정 의료를 제공하도록 초기에 적극 안내(방문, 교육 등)
	2) 사후관리강화	① 개설기준위반(사무장병원) 결정 및 정수 실적 상향

○ (3단계) 연간 진료비 지급대상액이 연초 설정한 지급예상액 범위 내 지출여부 및 차액 분석 등 최종 점검 (다음연도 1월)

□ (개선방안②) 지자체의 역할 및 책임 강화를 위해 인센티브(포상금)를 도입하여 지자체 주도의 의료급여 재정관리 효율화를 도모하는 방안을 검토함.

○ (포상내용) 의료급여 재정지출을 효율적으로 관리하기 위한 지자체 자율점검 제 이행 노력에 대한 보상으로 상금 및 격려금을 지급함.

- (선정방향) 시도별 목표치(예: 시도별 최근 5년간 지급대상액 연평균 증가율)를 설정하고, 절대→상대평가 순으로 지급 대상 지자체를 선정함. 이 때, 절대와 상대평가 모두 해당되는 시도는 절대평가 포상금만 지급함.
- － (절대평가 예시) 시도별 기준연도 대비 개선 정도에 따라 포상, 목표 연평균 증가율 기준 10% 이상 절감 시 10% 구간별 차등 지급
- － (상대평가 예시) 급여비 규모별 세 그룹으로 분류*, 그룹 내 목표액과 집행액 차이가 적은 시도 순으로 균등 지급

<표 5-11> (예시) 인센티브 지급을 위한 선정방식

우선순위	평가방식	목표	대상 시도 선정 기준
1	절대	개선(향상) 정도에 따른 포상 (성과기반지급)	시도별 예상 연평균 증가율 대비 절감 비율
2	상대	시도간 경쟁을 통해 절감 동기 부여	급여비 규모별 그룹 설정, 목표액과 집행액 간의 차액이 적은 시도 순위대로 지급

- (평가자료) 지자체 자율점검제 집행점검표를 활용하여 평가함.

<표 5-12> (예시) '20년도 시도별 진료비 집행 점검표 (누적, 억원, 지방비 포함)

시도	항목	1분기	2분기	3분기			4분기			급여비 예상범위
				7월	8월	9월	10월	11월	12월	
OO	지급예상비율 (월평균 누적)	23.80%	47.80%	55.80%	63.80%	71.80%	80.80%	89.80%	100.0%	—
	지급예상액(A)	3,327	6,682	7,800	8,918	10,036	11,294	12,552	13,978	13,979 ~14,051
	실제지급대상액(B)	3,000	6,000	7,500	9,000	10,300	11,600	12,850	14,050	—
	잔여부족액(A-B)	327	682	300	△82	△264	△306	△298	△72	

- (단위) 금액 단위는 억원, 증가율 단위는 소수점 두 번째 자리까지(모두 아래 자리에서 반올림)
- (지급예상비율) 최근 3년간('17-'19년) 시도별 월별 지급대상액 누적 비율 추출 + 공단의 월별 지출 추이 분석 결과 보완 가능(1월분에는 전년도 지연지급액이 포함되지 않은 순수 당해연도분만 고려, 한시적 지원한 이재민 급여비는 제외)
- (지급예상액) 시도별 급여비 예상액 최소 금액(표1) x 지급예상비율 적용하여 산출
- (실제 지급대상액) 분기별, 월별 누적 지급대상액(1월분에는 전년도 지연지급분 포함)



- 김수진·황도경·김현경·신현웅·강혜리·이재광·박정훈·전보영·김수정. (2019). 보장성강화대책이 재난적의료비 지원제도에 미치는 영향 및 제도 중장기 개선방안.
- 여유진. (2004). 국민기초생활보장제도 부양의무자기준과 빈곤사각지대: 공적부양과 사적부양과 관계를 중심으로. 보건사회연구, 24(1), 3-29.
- 손병돈. (2019). 부양의무자 기준의 한계와 개선 방안. 보건복지포럼, 2019(9), 32-45.
- 통계청. (2002~2018). 사회조사 결과.
- 보건복지부. (2020). 2020 의료급여 사업안내.
- 보건복지부. (2020). 2020 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2020). 2019년 의료급여통계.
- 보건복지부. (2019). 건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획.
- 신현웅·여나금·배재용·권용진·송태민·김은아·오수진·박정훈. (2018). 의료급여 외래 의료이용 적정화 방안 연구.
- 황도경·김수진·윤강재·하솔잎·김현규·신나라·강혜리. (2019). 의료급여 선택병의원 이용자의 사례관리 강화방안 연구.



부록1. 그간 간담회 추진 경과

- ◇ 의료급여 중장기 계획 수립을 위한 추진과제(안)을 논의하기 위해 지난 6~7월 10회에 걸쳐 전문가·지자체·의료계·시민단체 대상 정책 토론회를 개최
- ◇ '20.8월 발표된 제2차 기초생활보장종합계획 中 의료급여 3개년 기본계획을 중심으로 주요 이슈*별 중장기 계획을 구체화하기 위해 전문가 발표 및 토론 진행
- * 의료급여 보장성, 예방적 건강관리, 재정지출 효율화

구분		회의 안건	비고	
1차	5/28(목)	-제2차 의료급여 기본계획 간담회 • 2차 기본계획의 비전, 정책목표, 추진방향 논의	전문가(1차) 지자체(1차)	기본계획(안) 마련을 위한 이해관계자 간담회
2차	6/5(금)	-4대 분야별 주요 정책과제 및 추진계획(안) 공유 및 의견수렴 (1회차) • (1분야) 저소득층 의료보장 확대 • (2분야) 지역사회 중심 통합건강관리체계 구축	전문가(2차)	
3차	6/12(금)	-4대 분야별 주요 정책과제 및 추진계획(안) 공유 및 의견수렴 (2회차) • (3분야) 건강한 의료이용 지원 • (4분야) 의료급여 제도 관리·운영 체계	전문가(3차), 지자체(2차)	
4차	6/19(금)	-중장기 제도개선 중점과제 및 종합 논의 • (안건1) 생계급여와 연계한 의료급여 부양의무자 기준 개선방안 • (안건2) 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) 종합 토론	전문가(4차), 지자체(3차)	
5차	6/25(목)	-중장기 제도개선 중점과제 및 종합 논의 • (안건1) 수급자의 건강한 의료이용 지원 • (안건2) 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) 종합 토론	공급자(1차)	
6차	7/3(금)	-제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) 종합 논의	가입자(1차) 전문가(5차)	

구분		회의 안건	비고	
7차	10/6(화)	-(발제①) 건강보험과 의료급여수급자간 의료이용량 분석(나영균, 건강보험공단) -(발제②) 건강보험 차상위 부양의무자 단계적 완화 시 지원 대상 규모 추정 분석(여나금, 보건사회연구원)	심층간담회 (1차)	기본계획(안) 중점과제 심층논의를 위한 전문가 발표 및 토론
8차	10/8(목)	-(발제①) 재가의료급여 시범사업 제도화 방안(이요셉, 건강보험심사평가원) -(발제②) 3년 단위의 지역사회 주도 사례관리 계획 수립(이용재, 호서대)	심층간담회 (2차)	
9차	10/13(화)	-(발제①) 만성질환 고위험군 예방적 건강관리 지역 내 의료기관 연계체계 활성화 인센티브 모형 설계(김영은, 건강보험공단) -(발제②) 올바른 약물 이용 지원사업 효과성 제고를 위한 제도적 지원방안(장선미, 가천대학교)	심층간담회 (3차)	
10차	10/15(목)	-(발제①) 지자체 재정절감 자율목표제 효과성 제고 방안(여나금, 보건사회연구원) -(발제②) 미지급금에 대한 광역-기초 자치구 간 지방비 분담 방안(홍근석, 지방행정연구원)	심층간담회 (4차)	

부록2. 종합토론회 결과

- ◇ 『제2차 의료급여 3개년 기본계획 수립 연구』의 일환으로, 2차 의료급여 기본계획의 정책 방향과 핵심과제를 논의하기 위해 종합토론회 개최
- (일 시) 2020.12.3.(목), 오후 2시
 - (주요 안건) 제2차 의료급여 기본계획 분과별 핵심과제 논의
 - (참 석 자) 한국보건사회연구원, 보건복지부, 유관기관 전문가, 연구진 등

1. 종합토론회 일정

시 간	내 용
14:00~14:10 (10분)	【개회】 인사 말씀 양성일 보건복지부 제1차관 조홍식 한국보건사회연구원 원장
14:10~14:30 (20분)	【제2차 기본계획 연구 최종 보고】 제2차 의료급여 기본계획 정책 방향 : 여나금 한국보건사회연구원 부연구위원
14:30~15:30 (60분)	【세션1】 분과별 핵심과제 발표 건강보험과 의료급여 간 의료이용량 분석 : 나영균 건강보험연구원 부연구위원 재가의료급여 시범사업 제도화를 위한 개선방안 : 이요셉 건강보험심사평가원 부연구위원 의료급여 수급자 요양병원 장기입원 관리방안 : 배재용 한국보건사회연구원 연구위원
15:30~16:00 (30분)	【세션2】 자유토론 【좌장】 신영석 한국보건사회연구원 건강보험연구센터 선임연구위원 【토론】 신현웅 건강보험심사평가원 기획상임이사 이진용 건강보험심사평가원 심사평가연구소 소장 이용갑 국민건강보험공단 건강보험연구원 원장
16:00~16:10 (10분)	【폐회】 마무리 말씀 광숙영 보건복지부 복지정책관

제2차 의료급여 기본계획 수립 연구

한국보건사회연구원

2020.12.03

목 차

1. 제2차 의료급여 기본계획 수립추진배경
2. 제2차 의료급여 기본계획 수립을 위한 여건진단
3. 제2차 의료급여 기본계획 추진방향
4. 제2차 의료급여 기본계획 추진과제



2. 여건진단

3. 제1차 의료급여 기본계획 추진방향

-5-

저소득층 의료보장성 강화 및 재정관리 효율성 제고

(추진방향) 4.0세대 의료급여 제도로의 도약을 위한 New Paradigm

의료보장성	최소한의 안전망 제공	▶	선제적 사각지대 해소
건강관리	사후적 개입	▶	사전예방적 접근
의료이용	일률적 관리	▶	유형별 맞춤형 관리
거버넌스	역할분담 모호	▶	기관별 책임 명확화

추진과제

저소득 의료보장 확대

- 의료취약계층 지원 강화
- 의료급여 보장성 강화 및 의료질 향상

건강관리지원 강화

- 건강검진 수검률 제고 및 사후관리 강화
- 수급자 건강관리 지원 강화

근거기반 적정 의료이용 유도

- 외래 적정이용 유도
- 과다 입원관리 강화
- 적정 의료공급 관리 강화

제도 관리운영체계 개선

- 의료급여 제도 거버넌스 개선
- 의료급여 재정관리 고도화

2. 여건진단

2. 제1차 의료급여 기본계획 성과 및 한계

-6-

【의료보장성】 저소득층 의료보장 확대



【건강관리】 맞춤형 건강관리 지원체계 구축

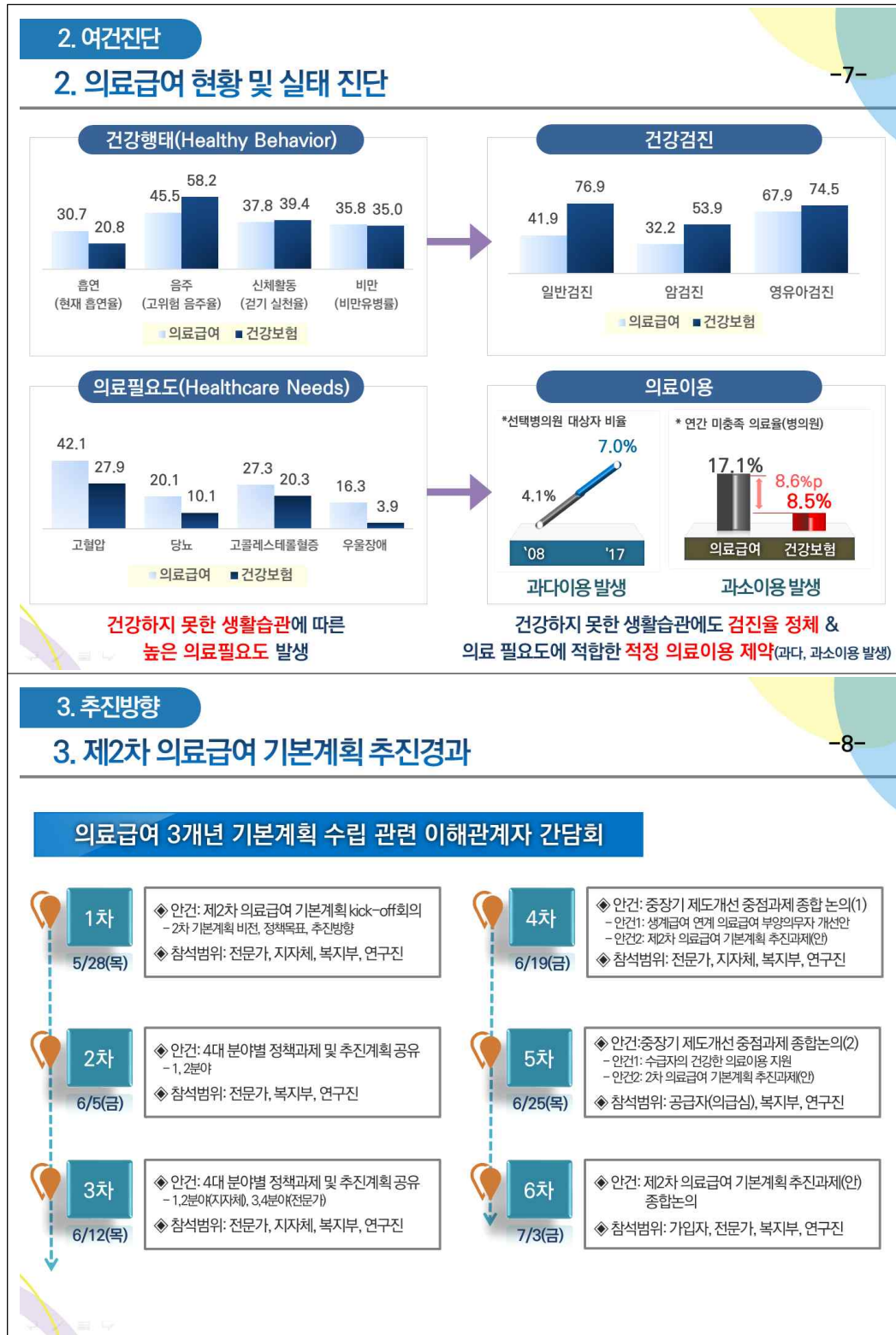


【의료이용】 근거기반 적정 의료이용 유도



【거버넌스】 의료급여 관리·운영체계 개선





-8-

1차
5/28(목)

- ◆ 안건: 제2차 의료급여 기본계획 kick-off회의 - 2차 기본계획 비전, 정책목표, 추진방향
- ◆ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진

4차
6/19(금)

- ◆ 안건: 중장기 제도개선 중점과제 종합 논의(1)
 - 안건1: 수급자의 연계 의료급여 부양의무자 개선안
 - 안건2: 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안)
- ◆ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진

2차
6/5(금)

- ◆ 안건: 4대 분야별 정책과제 및 추진계획 공유 - 1, 2분야
- ◆ 참석범위: 전문가, 복지부, 연구진

5차
6/25(목)

- ◆ 안건: 중장기 제도개선 중점과제 종합 논의(2)
 - 안건1: 수급자의 건강한 의료이용 지원
 - 안건2: 2차 의료급여 기본계획 추진과제(안)
- ◆ 참석범위: 공급자(의급심), 복지부, 연구진

3차
6/12(목)

- ◆ 안건: 4대 분야별 정책과제 및 추진계획 공유 - 1, 2분야(지자체), 3, 4분야(전문가)
- ◆ 참석범위: 전문가, 지자체, 복지부, 연구진

6차
7/3(금)

- ◆ 안건: 제2차 의료급여 기본계획 추진과제(안) 종합 논의
- ◆ 참석범위: 가입자, 전문가, 복지부, 연구진

3. 추진방향

3. 제2차 의료급여 기본계획 추진경과

-9-

전문가·지자체 대상 하반기 정책토론회('20.10월 中)



1차

10/6(화)

- ◆ 의료급여 기본계획 '의료보장체계 구축' 관련 정책 토론회
- 발제1: 건강보험과 의료급여 수급자간 의료이용량 분석(나영균 박사, 건강보험연구원)
 - 발제2: 건강보험 차상위 부양의무자 단계적 완화 시 지원 대상 규모 추정 분석(어나금 박사, 보건사회연구원)
- ◆ 참석범위: 학계 전문가, 연구진



2차

10/8(목)

- ◆ 의료급여 기본계획 '지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축' 관련 정책 토론회(1)
- 발제1: 재가의료급여 시범사업 제도화 방안(이요셉 박사, 건강보험심사평가원)
 - 발제2: 3년 단위의 지역사회 주도 사례관리 계획 수립(이용재 교수, 호서대학교)
- ◆ 참석범위: 학계 및 유관기관 전문가, 지자체 의료급여 관리자, 연구진



3차

10/13(목)

- ◆ 의료급여 기본계획 '지역사회 중심의 예방적 건강관리체계 구축' 관련 정책 토론회(2)
- 발제1: 만성질환 고위험군 예방적 건강관리 지역 내 의료기관 연계체계 활성화를 위한 인센티브 모형 설계(김영은 박사, 건강보험연구원)
 - 발제2: 올바른 약물 이용 지원사업 효과성 제고를 위한 제도적 지원방안(장선미 교수, 가천대학교)
- ◆ 참석범위: 학계 전문가, 연구진



4차

10/15(목)

- ◆ 의료급여 기본계획 '지속가능한 효율적 재정지출 체계 구축' 관련 정책 토론회
- 발제1: 지자체 재정지출 자율질감목표제 효과성 제고방안(어나금 박사, 보건사회연구원)
 - 발제2: 미지급금에 대한 광역-기초 지자체 간 지형비 부담 방안(홍근석 박사, 지방행정연구원)
- ◆ 참석범위: 학계 전문가, 지방자치단체, 연구진

3. 추진방향

3. 제2차 의료급여 기본계획 추진방향

-10-

취약계층의 건강한 삶을 보장하는 든든한 의료안전망

보장대상	수급자의 의료보장	▶ 비수급 빈곤층까지 대상 확대
보장범위	병원 치료 중심 의료보장	▶ 치료-건강관리까지 포괄하는 건강보장
거버넌스	중앙정부 중심의 정책추진	▶ 지자체 의 책임과 역할 강화
정책추진	보건복지정책의 후발적 적용	▶ 보건복지정책을 혁신적으로 선도

추진과제

취약계층
의료보장 확대

- 의료취약계층 지원 강화
- 의료급여 보장성 강화 및 의료질 향상

지역사회중심
통합건강관리체계 구축

- 재가 의료급여 시범사업 내실화
- 자기주도형 건강관리 지원

수급자의 건강한
의료이용 지원

- 합리적 의료이용 환경조성
- 수급자의 의료이용 책무성 강화

미래대응을 위한
관리·운영체계 개선

- 의료급여 거버넌스 혁신 추진
- 의료급여 정기적 모니터링 체계 구축



3. 추진방향

3. 제2차 의료급여 기본계획 추진방향

-11-

추진과제

4대 분야 8대 정책 목표 16개 추진 과제 도출

【1분야】 저소득층 의료보장 확대	
정책목표 1-1	의료 취약계층 지원 강화 (1-1-1) 부양의무자 기준의 단계적 완화 (1-1-2) 건강보험 차상위 지원 계층의 부양의무자 적용 기준 완화
정책목표 1-2	보장성 강화 및 의료질 향상 (1-2-1) 전 영역에 걸친 의료안전망 구축 (1-2-2) 사후 안전망 구축

【2분야】 지역사회 중심 통합건강관리체계 구축	
정책목표 2-1	재가 의료급여 시범사업 내실화 (2-1-1) 지역사회 공공보건의료지원모델 개발(공급자) (2-1-2) 수급자 지역사회 정착 지원서비스 제공(수요자)
정책목표 2-2	자기주도형 건강관리 지원 (2-2-1) 건강인센티브제 실시 (2-2-2) 복약순응도 향상 지원 (2-2-3) 만성질환자 맞춤형 영양관리 지원

【3분야】 수급자의 건강한 의료이용 지원	
정책목표 3-1	합리적 의료이용 환경 조성 (3-1-1) 급여일수 연장승인제도 효율화 (3-1-2) 선택의료급여기관 제도 개선
정책목표 3-2	수급자의 의료이용 책무성(accountability) 강화 (3-2-1) 1종 수급자의 본인부담 결정구조 개편

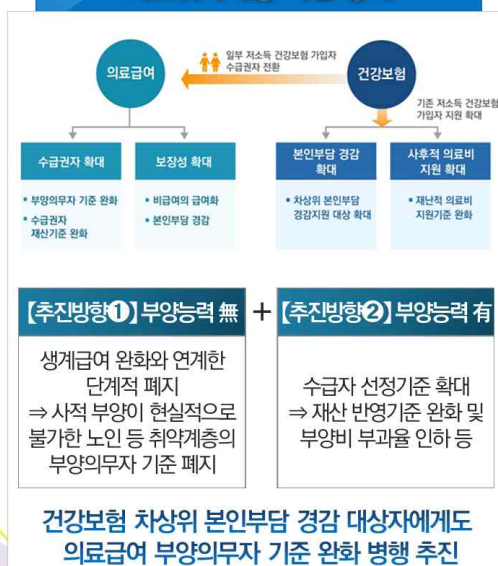
【4분야】 미래대응을 위한 관리·운영체계 개선	
정책목표 4-1	의료급여 거버넌스 혁신 추진 (4-1-1) 지자체 재정 및 관리체계 강화 (4-1-2) 타법 수급자 자격기준 개선
정책목표 4-2	의료급여제도 정기적 모니터링체계 구축 (4-2-1) 의료급여 재정관리단 운영 (4-2-2) 의료급여 제도 실태조사

4. 추진과제

4. 제2차 의료급여 기본계획 추진과제: 의료보장

-12-

의료취약계층 지원 강화



보장성 강화 및 의료질 향상

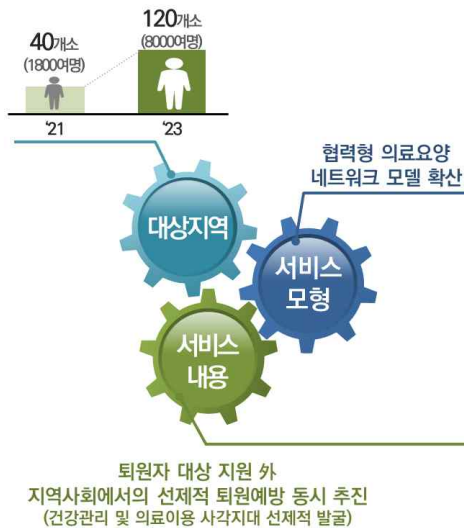


4. 추진과제

4. 제2차 의료급여 기본계획 추진과제: 건강관리

-13-

자가의료급여 시범사업 제도화



자기주도형 건강관리 지원

건강인센티브제 실시

사업모형 개발

전국민 모형을 기본으로
수급자 건강행태 및 건강관리
사각지대를 고려한 모형 설계

시범사업 실시 및 평가

고위군 대상 시범사업 실시
고위험군→유질환자→정상군
순으로 확대

단골약국
시범사업

체계적 포괄적 약력관리 및 복약지도

체계적 포괄적 약력관리 및 복약지도를 통한
안전한 의약품 환경조성, 올바른 의약품 사용 유도

1대1 맞춤형 복약지도

1대1 맞춤형 복약지도 및 의약품 사용 교육을 통한
수급자의 의약품 사용 역량 향상 지원

맞춤형
영양관리
시범사업

수요자 중심 맞춤형 지원

먹을 것의 제공이 아닌 먹을 수 있도록 하기 위한
수요자 중심 맞춤형 지원(대상 특성 반영)

포괄적 식생활 관리 역량 강화 지원

식사 제공 외 식품위생관리, 식단 구성, 조리법 교육
등 포괄적 지원을 통해 식생활 자기관리역량 향상

4. 추진과제

4. 제2차 의료급여 기본계획 추진과제: 의료이용

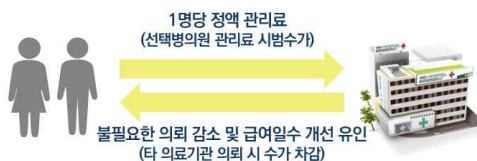
-14-

합리적 의료이용 환경조성

급여일수 연장승인제도 효율화



선택의료급여기관 제도 개선



수급자의 의료이용 책무성 강화

1종 외래본인부담 2007년 이후 본인부담 동결
건강생활유지비와 연계한 인상 검토

(30%~90% 인상)



현행

1안:

2안:

3안:

4안:

5안:

CPI

환산지수

GDP

최저생계비

진료비

의원

병원/종합

상급

건강생활유지비

현행

현행: 6000원

개선

본인부담 인상률에
연동하여 인상
(7400~11400원)

4. 추진과제

4. 제2차 의료급여 기본계획 추진과제: 거버넌스

-15-

의료급여 거버넌스 혁신 추진

| 지자체 재정 및 관리체계 강화

구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	-	20%	-	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%			80%	

▶ 광역-기초자치단체 간 지방비 분담 비율 조정체계 마련

| 타법 수급자 자격기준 개선

종별 지원체계
일원화기초생활수급자와
통일기준 적용각 소관 부처
지원으로 전환타법수급자 의료비는
각 부처에서 관리

의료급여 정기적 모니터링 구축

의료급여 재정관리단 운영

시도단위 의료급여 재정지출 절감 TF 개최
 시도별 재정지출 절감목표 달성여부 등을 평가하여 인센티브 부여
 우수 재정관리 지자체를 대상으로 재정관리 인센티브 지급

의료급여제도 실태조사 도입

의료급여 수급자의 의료보장성, 의료이용 행태의
 체계적 파악을 위한 의료급여만의 별도 실태조사 시행

-감사합니다-