정책보고서 2008-28

의료급여의 개별급여 도입 방안

신 영 석
신 현 웅
황 도 경

보 건 복 지 가 족 부
한국보건사회연구원

머 리 말

국민기초생활보장제도가 시작된 지 8년이 경과하였다. 종래의 생활보호제도에서는 최저생계비 이하의 소득자에게 국가가 시혜로써 최저생활을 보장하였지만 국민기초생활보장법에서는 최저생계비 이하의 수급자가 권리로써 국가에게 최저생활보장을 요청할 수 있게 바뀌었다. 제도 변경의 저변에 혁신적인 개념이 도입된 것이다. 그러나 급여체계에서는 큰 변동이 없었다. 일단 수급자가 되면 생계급여 외에 의료, 주거, 교육, 자활, 장제, 출산급여의 수급권을 동시에 같게 된다. 일명 통합급여체계로 불린다. 통합급여체계는 여러 가지 관점에서 문제가 있는 것으로 지적되고 있다. 수급자가 되면 모든 급여를 다 받을 수 있지만 수급자가 되지 못하면 하나의 급여혜택도 받을 수 없다. 즉 All or Nothing의 문제점이 지적된다. 또한 자가가 있는 수급자도 주거급여를 받게 되거나, 의료욕구가 현저한 계층이 의료서비스를 받지 못하는 문제점 등이 지속되어 왔다. 이러한 문제점들을 해소할 수 있는 방안으로 욕구별 급여체계가 논의되어 왔다. 욕구별로 수급기준을 설정하여 별도의 법체계에서 서비스를 공급하는 것이 욕구별 급여 즉 개별급여체계인 것이다.

의료급여제도에서도 이러한 문제점들이 있었다. 소득, 재산, 부양의무자 등 자산능력 기준으로 선정된 기초수급자가 그대로 의료급여 수급자가 됨으로써 의료급여 수급권자 선정기준에 의료욕구가 반영되지 못했다. 그나마 2004년부터 차상위 계층 중 희귀난치성 질환, 만성질환을 보유하고 있는 계층이 개인단위에서 의료수급권을 갖게 됨으로써 의료니드에 의한 수급기준이 일부 첨가되었다. 2006년에는 18세 미만 차상위 아동까지 수혜범위가 확대되었다. 그러나 최근 의료급여제도의 재정 불안으로 차상위 수급자를 다시 건강보험에 환원하기로 결정하였고 2008년 4월부터 시행중이다.

본보고서는 이러한 현실을 바탕으로 의료급여제도의 개별화 방안을 모색하고 있다. 종래의 의료급여제도가 지향하는 바를 유지하면서 의료욕구를 수급기준에 반영

할 수 있는 방안을 강구하고 있다. 특히 의료사각지대 해소, 향후 건강보험과의 관계, 그리고 형평성 제고, 보장성 강화, 관리운영의 용이성 확보, 제도의 효율성 제고 등의 기본원칙을 고려하면서 의료급여제도의 개별급여 방안을 제시하고 있다.

현행 국민기초생활보장법의 수급자 선정기준의 문제점을 검토하고 미국의 Medically Needy 프로그램을 소개하면서 향후 의료급여제도가 개별화 되었을 때 적용할 수 있는 방안과 그에 따른 재정소요를 추정하고 있다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신 영석 연구위원의 책임 하에 신 현웅 부연구위원에 의해 완성됐다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 보건복지부 정 윤순 기초의료보장 과장, 전 병왕 전임 기초의료보장 과장, 김 혜례 사무관, 안 형식 고려대 교수, 정 형선 연세대 교수, 이 평수 전임 건강보험공단 상무, 지 영건 포천중문의대 교수, 유 원섭 을지의대 교수 등 자문단 위원에게 심심한 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 홍석표박사, 허순임박사에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2008년 7월

한국보건사회연구원장

목 차

요 약 ····· 11

Ⅰ. 서 론 ····· 43
1. 연구의 필요성 및 목적 ····· 43
2. 연구내용 및 방법 ····· 45
3. 기대효과 및 활용방안 ····· 47

Ⅱ. 개별급여 관련 의료급여제도 현황 및 문제점 ····· 49
1. 국민 기초생활보장제도에 대한 개관 ····· 49
2. 의료급여 제도의 개요 ····· 53
3. 개별급여 관련 현행 수급자 선정의 문제점 ····· 64

Ⅲ. 외국의 저소득층 의료보장제도 ····· 66
1. 미국 Medicaid 제도에 대한 개관 ····· 66
2. 독일의 의료보장제도 ····· 101
3. 네덜란드의 의료보장제도 ····· 104
4. 시사점 ····· 110

Ⅳ. 의료급여제도의 개별화 방안 ····· 112
1. 수급자 선정 기준의 기본 방향 ····· 112
2. 개별급여로의 개편 방안 ····· 114

Ⅴ. 모형에 따른 대상자수 추계 및 재정 소요 전망 ····· 124
1. 유형 3의 대상자 선정을 위한 소득추정방식 ····· 124
2. 개별급여하 의료급여 수급권자 추계 ····· 128
3. 유형별 1인당 평균 단가 추정 ····· 130
4. 재정 추계 및 소요재정 전망 ····· 132
5. 대상자 및 재정추계 종합 ····· 135

Ⅵ. 결 론 ····· 138

참고문헌 ····· 142

표 목 차

〈표 2- 1〉 가구 균등화 지수 ····· 50
〈표 2- 2〉 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계 ····· 51
〈표 2- 3〉 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준선 (2007년) ····· 52
〈표 2- 4〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황 ····· 53
〈표 2- 5〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준 ····· 58
〈표 2- 6〉 재산에서 공제하는 기초공제액 ····· 58
〈표 2- 7〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준 ····· 59
〈표 2- 8〉 의료급여수급자의 자격 구분 ····· 60
〈표 2- 9〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담 ····· 62
〈표 2-10〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담 ····· 63
〈표 3- 1〉 Medicaid 관련 주요법안의 발전과정 (1965-2005) ····· 73
〈표 3- 2〉 AFDC관련 소득기준 (위스콘신 주 ; 2005) ····· 77
〈표 3- 3〉 가구수에 따른 미국연방정부 2007년 빈곤선 ····· 78
〈표 3- 4〉 미국 연방정부 급부금율(the Federal Benefit Rate:FBR), 2007 ····· 80
〈표 3- 5〉 18세 미만 장애어린이의 SSI지급 기준 ····· 82
〈표 3- 6〉 2000년 기준 Medicaid 수급자 및 지출 분포 ····· 88
〈표 3- 7〉 2000년 기준 MNP의 수급자 및 지출 비율 분포 ····· 88
〈표 3- 8〉 2000년 기준 1인당 유형별 지출 비교 ····· 88
〈표 3- 9〉 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율 ····· 89
〈표 3-10〉 의료 자격별 비율 ····· 96
〈표 3-11〉 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출 비율(2004) ····· 97
〈표 3-12〉 미국 전 인구의 소득 분포 ····· 97
〈표 3-13〉 연령별 빈곤선 이하의 소득 분포 ····· 98

〈표 3-14〉 1인당 의료비 지출(2004) ····· 98
〈표 3-15〉 수급자가 되기 위한 소득기준(2006) – 3인 가족 기준 ····· 99
〈표 3-16〉 Medicaid와 Medicare 이중자격 ····· 99
〈표 3-17〉 독일의 총보수의 결정과 분배방식 ····· 102
〈표 3-18〉 재원 배분시 개인의 위험도 보정 예시 ····· 106
〈표 4- 1〉 수급자격에 따른 유형 분류, 급여 범위, 본인부담 ····· 119
〈표 5- 1〉 산정대상 소득의 범위 ····· 127
〈표 5- 2〉 개별급여 모형별 생계급여 수급자 수 ····· 128
〈표 5- 3〉 개별급여 모형 3에 따른 현행 수급자 구분 ····· 129
〈표 5- 4〉 유형 3 대상자 수 및 혜택 받는 대상자 수 ····· 130
〈표 5- 5〉 유형 1과 유형 2의 대상자 및 평균진료비 ····· 131
〈표 5- 6〉 유형 1과 유형 2의 대상자 수 및 재정소요 전망 ····· 133
〈표 5- 7〉 유형 3 대상자 및 소요예산 추정 ····· 134
〈표 5- 8〉 기타 대상자 및 차상위 대상자 규모 및 소요예산 추정 ····· 135
〈표 5- 9〉 대상자수 추계 종합 ····· 136
〈표 5-10〉 재정소요 전망 종합 ····· 137

그 림 목 차

〔그림 2 -1〕 부양의무자 기준의 적용 도해 ····· 56
〔그림 3- 1〕 미국의 주별 어린이의 메디케이드 자격 조건 ····· 84
〔그림 3- 2〕 미국의 주별 부모의 메디케이드 자격 조건 ····· 85
〔그림 3- 3〕 메디케이드 자격조건의 변화 (1965-1997) ····· 100
〔그림 3- 4〕 메디케이드 대상자의 구성 및 변화 1999-2004. ····· 100
〔그림 3- 5〕 법정의료보험에서의 의료서비스제공 구조 ····· 103
〔그림 3- 6〕 네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년) ····· 107

요 약

Ⅰ. 의료급여의 개별화 필요성

□ 욕구를 반영한 대상자 선정

- 현행 의료급여제도는 소득이 최저생계비 이하의 기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 됨으로써 대상자 선정에 의료욕구를 반영하고 있지 못함.
  - · 차상위 계층 중 만성질환자(복지부 고시 11개 질환) 및 희귀난치성 질환자(복지부 고시 107개 질환) 등 일부 계층이 의료급여수급 자격을 얻고 있지만 의료욕구가 현저한 노인, 장애인 등은 제도적으로 배제되어 있음.
  - · 차상위 실태조사에 의하면 빈곤으로 추락하는 원인 중 의료가 가장 높은 비율을 차지하고 있음.
  - · 건강보험 적용대상자 중 한계선상에 있는 약 200만 세대가 보험료 체납으로 의료접근성에 제한을 받고 있음.
- 따라서 의료급여 수급자 선정 시 의료욕구를 반영한 기준 필요
  - · 미충족 의료욕구가 있는 최저생계비 이상의 차상위 계층까지도 의료급여 수급권자로 포괄하여 의료 사각지대를 최소화하고 빈곤추락을 방지할 필요가 있음.

□ 욕구별 급여

- 현행 수급자 대상 설문조사에 의하면 의료욕구 때문에 기초수급자가 되고자 하는 유인이 가장 많은 것으로 조사되고 있음.
  - · 즉 의료욕구 때문에 근로 유인이 저하되어 최저생계비 이하의 소득자가 되고, 기초수급자가 되면 필요이상의 7개 급여를 받게 됨.

· 따라서 욕구별 급여체계로의 재편은 필요한 곳에 필요한 서비스를 제공함으로써 제도의 효율성을 높일 수 있음.

Ⅱ. 개별급여 관련 제도 현황 및 문제점

□ 국민기초생활보장법에 대한 개관

- 국민기초생활보장제도의 개요 : 국민기초생활보장법은 생활보호법을 대체한 법률로 1999년 9월 7일 제정되고, 2000년 10월 1일부터 시행됨.
  · 지난 40여 년간의 시혜적 단순보호차원의 생활보호제도로부터 저소득층에 대한 국가책임을 강화하는 종합적 빈곤대책으로 전환됨.
  · 국가의 보호를 필요로 하는 최저생계비 이하의 저소득층에 대한 기초생활을 국가가 보장하되 종합적 자립자활서비스 제공으로 생산적 복지구현
- 국민기초생활보장법에 의한 급여는 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·해산급여·장제급여·자활급여로 구성되어있음.
- 생계급여는 모든 수급자에게 기본적으로 주어지지만 나머지 급여는 수급자의 필요에 따라 주어짐.(법 제7조 제2항)
- 급여수준은 생계급여·주거급여·의료급여·교육급여·자활급여와 수급자의 소득인정액을 합한 금액이 최저생계비 이상이 되어야 함.(법 제7조 제2항)
- 급여총합과 소득인 정액의 합계액이 최저생계비 이상이 되어야 한다는 규정은 이른바 All or Nothing 형태의 통합급여체계를 규정하고 있음.

□ 최저생계비에 대한 검토 : 최저생계비의 구성, 측정 방법

- 최저생계비는 1989 ~ 2004년까지 매 5년마다 한국보건사회연구원에 의하여 계측되어 왔으며, 2007년부터는 매 3년마다 재 계측될 예정임.

- 가장 최근 계측은 2007년에 전물량방식에 의하여 이루어졌음.
- 최저생계비는 일상적 소비지출을 11개 비목과 비일상적 소비지출 2개 항목으로 구분하고 각 비목별로 마켓바스켓을 구성하여 계측됨.
- 11개 비목 중 식료품, 광열수도, 가구가사용품, 피복신발, 교양오락, 교통통신, 기타소비, 비소비지출 등 8개 비목의 합은 생계급여의 기준이 되고, 주거비는 주거급여, 보건의료비는 의료급여, 교육비는 교육급여의 기준이 됨.
- 비일상적 소비지출에 대응하는 해산급여와 장제급여는 최저생계비를 구성하는 11개 비목과 직접적인 관련이 없음.
- 자활급여의 기초가 되는 자활욕구를 계측하는 비목은 현행 최저생계비 구성내역에 없음.

〈표〉 최저생계비 비목과 기초보장법의 급여 종류와의 관계

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

□ 최저생계비 계측 및 활용상의 문제점[1)]

- 표준가구의 규범적 욕구수준을 전 가구에 일괄 적용함으로써 현물급여를 필요로 하지 않는 가구의 경우에는 최저생계비가 과도하게 설정되고 있음.
  - · 자가를 가진 가구, 학생이 없는 가구, 의료욕구가 없는 가구에게도 주거욕구, 교육비, 의료급여가 포함되어 있는 최저생계비 적용
  - · 이러한 오류를 완화하기 위해 현행 제도는 급여기준선으로서 최저생계비 대신 현금급여기준선을 설정하고 또한 실제 수요가 없는 경우 교육비 액수만큼 줄여 현금급여를 지급하고 있음.
  - · 그러나 동일한 성격의 주거급여는 여전히 지급되고 있으며, 기초보장 수급대상자 선정에 사용되는 기준선은 현금급여기준선이 아니라 이 모든 급여가 포함되어 있는 최저생계비이어서 가구소득이 현금급여기준선과 최저생계비 사이에 위치하는 수급자 중 일부는 원래 수급자로 선정되지 않아야 하는데 선정되고 있음.

〈표〉 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준선 (2007년)

(단위: 원)

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비	435,912	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630
현금급여기준	372,978	628370	832,394	1,031,467	1,202,484	1,377,214

자료: 보건복지부, 「2007년 국민기초생활보장사업 안내」, 2007.

- 현행 최저생계비 계측방식과 통합급여체계는 수급자의 제반 욕구를 화폐단위로 환원할 수 있으며, 더 나아가 다양한 욕구 간에 대체충족성을 전제로 하고 있음.
  - · 욕구간 대체충족성이란 하나의 욕구를 충분히 충족하면 다른 종류의 욕구충족을 줄여도 무방하다는 뜻으로 이러한 욕구간 대체충족성을 극단적으로 표출한 것이 재산의 소득환산제임.

1) 노대명 외, "국민기초생활보장제도 개별급여체계 도입방안", 2007. 한국보건사회연구원

· 2006년 현재 대도시에 살고 있는 4인가구의 수급자가 6,000만원의 전셋집에 거주하고 있으면 실제 가구소득은 전혀 없더라도 재산의 소득환산제에 의해 이 가구는 전세금으로부터 매월 91.7만원의 소득이 발생하는 것으로 간주되어 이 가구가 받는 현금급여액은 84,024원에 불과 : 이것은 기본재산(대도시 3,800만원) 이상의 주거여건에 살고 있으므로 다른 욕구를 그 만큼 대체하여 줄여야 한다는 논리와 똑같음.

· 주거욕구가 최저수준 이상으로 충족되었다하여 의료나 생계욕구가 그 만큼 줄어드는 것은 아니고 의료와 생계욕구는 그 자체로서 충족되어야 함.

- 가구균등화 지수는 기본적으로 생계욕구에만 적용될 수 있는 것이어서 다른 욕구에도 동일한 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않음.

· 가구원 구성원이 2인에서 4인으로 바뀌면 의료욕구(의료위험)가 가구균등화 지수만큼 증가하는 것이 아니고 모든 조건이 똑같다면 정확히 2배 증가하는 것이기 때문에 의료욕구에 생계욕구의 가구균등화지수를 적용하는 것은 타당하지 않음.

□ 의료급여 수급자 선정 기준 검토 : 국민기초생활보장 수급자가 자동으로 의료급여 수급자가 되기 때문에 국민기초생활보장 수급자 선정기준을 검토함.

- 의료급여 수급자 : 국민기초생활보장법에 의한 수급권자(근로능력이 있는 계층은 2종, 근로능력이 없는 계층은 1종으로 구분)와 타법에 의한 기타 대상자(국가유공자, 인간문화재, 이재민, 북한이탈주민 등- 전원 의료급여 1종) 그리고 최근에 확대된 차상위계층(최저생계비 100% 이상 120% 이하)중 일부(만성질환자, 희귀난치성질환자, 18세 미만 아동)

〈표〉 국민기초생활보장 수급자 선정 기준

1) 소득 및 재산기준(최저생계비)

□ 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자

- 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합
- 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해짐.
- 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3,800만원, 중소도시는 3,100만원, 농어촌은 2,900만원 적용
- 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100% 적용

2) 부양의무자기준

□ 부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분

- 부양의무자 범위 : 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 1촌 이내의 혈족
- 부양능력 판정기준 : 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합의 1.2배 이상」인 부양의무자는 '부양능력이 있는 자'로 판정

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

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

- 국가유공자, 무형문화재, 북한이탈주민 (약 91천명)에 대해서는 별도의 유형별 상이한 소득기준 적용

□ 현행 수급자 선정기준의 문제점

- 재산의 소득환산제 : 재산의 기초공제액이 너무 낮아 주거용 자가나 대도시의 경우 전세를 보유할 경우 소득에 상관없이 수급자 대상에서 제외되고 있음.
- 가구균등화 지수 적용의 한계 : 4인 가구 기준 최저생계비를 계측한 후 가구균등화 지수를 사용하여 가구원 수의 차이를 반영한 최저생계비를 공시하고 있으나 수급자의 대부분이 1인 내지 2인 가구 이고 가구균등화 지수가 현실 상황을 적절히 반영하지 못하고 있다는 논란이 지속되고 있음.
- 현행 최저생계비는 도·농간 및 특성별(장애인, 노인 등) 생계비 차이를 반영하지 못하고 있음. : 현행 최저생계비는 중소도시 39세 가장의 4인 가구(부부 및 자녀 2명)를 기준으로 계측되고 있어 대도시 거주자에게는 과소, 농어촌 거주자에게는 과다 생계비가 지급되고 있고 특히 4인 가구에 노인, 장애인 등 의료비가 많이 드는 계층이 포함되어 있지 많아 형평성에 문제가 있음.
- 부양의무자 기준의 한계 : 부양의무자 기준 때문에 최저생계비 이하의 소득임에도 수급자가 되지 못하고 또한 부양의무자로부터 실질적인 부양을 받지 못하는 등의 문제 상존
- 의료사각지대 : 위에서 제기한 문제점들 때문에 수급자가 되지 못하고 건강보험 적용대상자가 되는 계층은 건강보험 보험료를 납부하지 못하고 체납상태에 방치됨으로써 의료사각지대에 놓이게 됨.
  - 현재 200만세대 이상이 건강보험 보험료를 체납하고 있는 실정이며 이 중 약 40%(80만 세대)가 경제적 능력부족으로 체납하고 있는 것으로 조사되고 있음.

Ⅲ. 외국의 사례 및 시사점

Medicaid Medically Needy Programs:

가. Introduction

- 35개주와 DC가 MNP(Medically Needy Program) 운영 중
- TANF(Temporary Assistance for Needy Families)와 SSI(Supplemental Security Income-Federal cash assistance benefits) 수혜자들은 자동적으로 Medicaid 수급자가 됨.
  - ·그 외 일련의 계층에게 Medicaid를 제공하는 선택적 프로그램 중 하나가 MNP임.
  - ·즉 MNP는 원래 현격한 의료욕구가 있지만 현금보조를 받기에는 소득이 기준선을 넘는 계층에게 의료혜택을 부여하기 위해 개발된 프로그램임.
  - ·오늘날 MNP는 Medicaid 수혜 대상을 확대하기 위한 수단으로 주정부에 의해 사용되고 있음.(특히 두 개의 그룹에게 확대)

(1) 19세 20세의 젊은 성인과 그 부모: MNP가 Medicaid 자격을 가질 수 있는 유일한 방법인 주 또는 MNP에서의 소득기준이 Medicaid 수혜 자격을 얻기 위한 여러 가지 방법 중 가장 높은 기준인 주에서 사용

(2) 의료비 지출후 소득이 주정부가 정한 Medically Needy income limit(MNIL)보다 낮은 계층

나. MNP에서의 Enrollment and Spending

- 2000년 기준 MNP 수혜자 수 및 지출 : $3.6Million, $24Billion
- 1980년대 국회에서 Medicaid 수혜대상을 확대하기 위해 여러 종류의 선택(option) 프로그램을 법제화하였지만 오늘날 MNP가 거의 유일하게 운영 중임.
- 연방정부의 재정지원을 받기위해서 주정부는 당연(Mandatory)적용 대상에게 Medicaid

급여 혜택을 제공해야함.

- 주정부는 선택적용 프로그램을 운영하는 데 광범위한 재량권을 가지고 있음.
  - 연방정부가 정한 최소 소득 기준 이상을 적용하여 수급 대상을 확대할 수 있음.
  - 이 경우도 연방정부의 Matching funds를 지원받게 됨.
  - MNP도 이러한 선택 프로그램 중 하나임.
- MNP를 제외한 모든 당연(Mandatory) 및 선택(Optional) 적용 대상을 범주적 욕구(Categorically needy) 집단으로 분류함.
  - 각 주정부는 범주적 욕구 대상자와 똑같은 수준의 급여를 제공하도록 의무화 되어있음.
  - 그러나 MNP 대상자에게는 보다 엄격한 수급기준 및 훨씬 제한적인 급여범위를 적용할 수 있음.
- Medicaid 전체수급자의 8%를 점하는 MNP 수급자가 전체 Medicaid 지출의 약 14%를 사용하고 있음.
- 2000년 기준 Medicaid 수급자 및 지출 분포

	수급자수	지출
전체	44.2M	$168.3B
Categorically needy	36.68M(83%)	$132.9B(79%)
Medically needy	3.6M(8%)	$23.8B(14%)
기타	3.92M(9%)	$11.6B(7%)

- 2000년 기준 MNP의 수급자 및 지출 비율 분포

	수급자	지출
전체	3.6M(100%)	$23.8B(100%)
성인	26%	8%
아동	40%	8%
장애인	15%	38%
노인	19%	46%

- 2000년 기준 1인당 유형별 지출 비교

	Categorically needy	Medically needy
성인	$1,856	$1,941
아동	$1,219	$1,380
장애인	$9,213	$17,283
노인	$9,281	$16,396

- 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율

	분포
성인	9%
아동	7%
장애인	7%
노인	15%

다. MNP 수급자가 될 수 있는 방법

- 4개의 유형(19세 미만 아동과 그 부모, 장애인, 노인, 임산부)에 포함되어야 함.
  - 따라서 소득 수준, 유병에 따른 비용 수준에 상관없이 아동이 없는 성인은 MNP 자격을 가질 수 없음.
  - MNP를 운영하는 주는 최우선적으로 임산부 및 18세 이하 아동에게 우선 적용해야하고 21세 이하 아동, 아동의 부모 및 아동을 돌봐주는 관련인, 노인, 장애인 등에게 선택적으로 적용할 수 있음.
- MNP 자격을 가질 수 있는 두 가지 길
  - Categorically needy 그룹의 소득기준보다 높으나 MN 소득 기준보다 낮은 소득자(주에 따라 MN 기준이 낮은 경우도 있음. - 이 경우 Spend down 방법에 의해 MNP 자격을 가질 수 있음.)
  - Spend down obligation : 의료비 지출후 소득이 MNIL보다 낮은 경우(주에 따라 의료비를 1개월 spend down 하는 경우부터 6개월 spend down 하는 경우까지 다양함.)

* Spend down을 통한 수급자격을 결정하는 데 영향을 미치는 요소들
  - 소득(소득 기준 및 소득 산정 방법)
  - 자산(자산 기준 및 자산 산정 방법)
  - Budget period(1개월부터 6개월)
  - Pay-in spend down(Medicaid 수가적용을 받기 위한 사전지불)
- MNIL이 AFDC 소득기준의 133%를 초과할 수 없도록 연방정부는 규정하고 있음.
  - 단 도농 간 주거비의 차이를 소득기준에 반영할 수 있도록 하고 있음.
- 시설 거주자이면서 MNP 수급자는 용돈($50)을 제외한 모든 소득(SSI 소득 포함)과 자산을 시설에 납부하여야 함.

- 자산 기준: 거주 주택 1채를 제외하고 $2,000(1인), $3,000(2인)- SSI 기준에 준함
  ·주정부는 MNP에서 SSI 자산기준보다 완화된 기준을 적용할 수 있으나 더 엄격한 기준을 사용할 수 없음.
- 2001년 MNP의 전체 평균 기준
  · 소득 : $400(1인)- 연방정부 빈곤선(Federal poverty line)의 55%
  · FPL의 15%(Arkansas)부터 111%(Vermont)까지 다양함.

라. MNP의 급여 범위

- 연방 정부 Requirements for MNP
  ·18세 이하의 아동 및 시설 거주자에게 엠블런스 서비스 제공
  ·임산부에 대한 산전케어 및 출산 서비스
  ·정신질환자에 대해 MNP를 제공하는 모든 주에서는 MNP 수급자에게 CNP 급여와 똑같은 급여를 제공해야 함.(단 Nurse practitioner services 제외)
- 일반적으로 주정부는 CNP 급여범위보다 제한적인 급여를 제공함. 특히 시설거주자에 대한 급여를 제한할 수 있고 안경, 치과 관련 치료 등을 MNP 급여범위에서 제외시킬 수 있음.
  · 또한 높은 본인부담이나 다른 종류의 급여 제한을 할 수 있음.
- MNP를 실행하고 있는 36개주 중 28개주에서는 MNP 급여범위와 CNP 급여범위가 같음.

마. MNP 관련 정책 이슈

- 예산 부족 : 2000년대에 지출은 평균 약 13.3% 증가하고 있지만 수입은 약 5%증가에 그쳐 2003년에는 49개주에서 Medicaid 예산을 감축하였고 MNP를 실행하는 36개

주 모두에서 프로그램을 축소시키고 있음. (cost-containment를 위한 다양한 option을 사용하고 대상자를 줄이며 급여범위를 축소시키고 있음.)

=> 공급자들이 Medicaid 자격을 갖지 않고 있는 사람들에 대한 진료를 거부하는 경향이 나타남. (즉 잠재적으로 spend down을 통하여 MNP 자격을 갖출 수 있는 계층까지 진료거부의 문제를 낳고 있음.)

- MNP에서 소득기준을 정기적으로 조정하지 않음. : Spend down 규모가 상대적으로 커질 수밖에 없음.
  - 따라서 MNP 자격에 대한 확신이 없는 계층에 대해 공급자나 요양시설에서는 의료서비스 제공을 기피하고 있음.
- MNP를 적용하지 않는 주가 아직도 상당수 있고 적용하더라도 MNIL 기준이 너무 낮아 의료접근성에 문제가 있음.
  - MNP를 적용하고 있는 36개 주 중 26개 주에서 SSI 소득 기준(FPL의 74%)보다 MNIL 기준이 낮음.
- 관리운영의 복잡성
  - CNP에서는 1년마다 수급자격을 다시 결정하지만 MNP는 spend down 제도 때문에 훨씬 복잡함.
  - Spend down을 통한 수급자는 1개월부터 6개월까지 수급자격을 유지할 수 있고 수급기간동안 주정부는 개인별 의료비 영수증을 모아서 spend down 후 잔액을 공급자에게 지불해야하는 등 관리운영의 어려움이 있음.
  - 수급자들은 의료비 영수증을 지속적으로 모아서 제출해야하고 spend down obligation 때문에 자격이 빈번히 바뀔 수 있음.

Ⅳ. 개별급여체계에서 의료급여 수급자 선정 기준

1. 수급자 선정 기준의 원칙

: 의료급여제도의 향후 지향과 괘를 같이하는 원칙 수립

□ 건강보험과의 관계를 고려한 제도 설계 : 중장기적으로 건강보험의 급여율이 선진국 수준(약 80%)이상으로 확대되면 의료급여는 건강보험에 통합될 것으로 간주하여 제도 설계

□ 의료 사각지대 해소 : 건강보험의 체납세대를 포괄하여 저소득 취약계층의 의료접근성 향상

□ 기초의료보장, 욕구충족의 형평성, 효율성, 관리운영의 용이성 등 기본 원칙을 훼손하지 않는 범위에서 제도가 지향해야 될 방향 설정

2. 수급자 선정기준

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

- 생계급여 기준선 예측 : 최저생계비 중 개별급여 형태로 분리될 의료, 주거, 교육관련 비용은 생계급여 선정기준에서 제외될 것임.
- 주거급여 비용(213,012원) 중 주거유지비(61,330원)는 생계급여에 포함되나 주거 구입비(임차료 : 151,682원)는 별도의 주거급여 형태로 분리될 것으로 예측됨.
- 보건의료비(53,044원) 중 탈지면, 물파스 등 의료급여에서 지원되고 있지 않는 가정상비약의 경우(16,111원)는 생계급여에 포함되고 지원되는 나머지 (36,932원)는 분리될 것으로 예측됨.

- 교육비(51,838원)는 대상자 여부에 따라 지급되는 것이기 때문에 전액 교육급여로 분리될 것으로 예측됨.
- 따라서 생계급여 수급 기준선은 현행(2007년) 기준 최저생계비(1,205,535원)에서 주거구입비(임차료 : 151,682원), 보건의료비 중 의료급여에서 제공되고 있는 의료비(36,932원), 교육비(51,838원)를 제외한 금액(965,083원)이 될 것으로 예측됨.
- 재산 기준 및 부양의무자 기준 : 생계급여 기준을 준용하되 현행 기준이 수용될 것으로 판단됨

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

- 소득 기준 :
  1) 생계급여 수급기준에서 탈락한 자로 개별 급여하 생계급여 기준 소득의 100%(965,083원) 이상 130%(1,254,608원 : 현행최저생계비의 약 104%에 해당) 이하의 자
  2) 유형 1의 소득 기준을 만족하는 생계급여 수급자 중 근로능력이 있는 자
- 재산 및 부양의무자 기준 : 유형 1의 재산 및 부양의무자 기준 적용

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

- ·유형 3은 평상시 건강보험 자격을 유지하되 과도한 본인부담 의료비가 발생했을 때 사후적으로 신청에 의해 상환
- ·차상위 실태조사에서 전 국민의 약 15%(수급자 포함)가 최저생계비(현행 기준) 120% 이하의 소득 계층으로 판별되었고 의료비 관점에서 박탈의 경계는 최저생

계비의 약 130%(전 국민의 약 18.5%)인 것으로 분석됨. : 의료비 관점에서 최저생계비 기준 130% 이하의 계층까지 적용하여야 하나 현재까지 거의 모든 정책 기준이 최저생계비 기준 120%를 적용하고 있기 때문에 120%를 적용.

3. 유형에 따른 급여 범위 및 본인부담

□ 급여 범위 : 장기적으로 건강보험과의 통합을 고려하여 건강보험의 급여 범위와 동일하게 운용하되 본인부담금, 본인부담보상금, 본인부담상한제를 통하여 차등화

・국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'의 해당규정을 준용하여 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등 포괄 급여

□ 본인부담금

- 유형 1(생계급여 수급자 중 근로무능력자) : 현행 1종 수급자의 본인부담체계 적용
  ・외래 : 1차의료기관 방문당 1,000원, 2차 1,500원, 3차 2,000원, 약국 처방전당 500원, CT・MRI・PET 급여비용의 5%
  ・단 현행처럼 건강생활 유지비 지원
  ・입원 : 본인부담 없음.
- 유형 2(빈곤탈피 유도를 위한 지원대상자) : 현행 2종 수급자의 본인부담 체계를 준용하되 입원의 본인부담율 15%를 10%로 인하
  ・1차 의료기관 방문당 1,000원, 2차・3차・입원・CT・MRI・PET 급여비용의 10%, 약국 처방전당 500원
- 유형 3(Medically Needy Group - 의료비 과다부담자) : 건강보험 적용대상자 이므로 건강보험 본인부담 체계에 따름.

□ 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제

- 유형 1(생계급여 수급자 중 근로 무능력자) : 현행 1종 수급권자에 적용되고 있는 방법 준용
  - ·본인부담금이 월 2만원을 초과하는 경우 초과금액의 50%를, 5만원을 초과하는 경우에는 초과금액의 전액을 보상
- 유형 2(빈곤탈피 유도를 위한 지원대상자) : 현행 2종 수급자의 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제를 준용하되 상한 기준을 하향 조정할 필요가 있음.
  - ·방안 1 : 본인부담금이 30일 기준 20만원을 초과하는 경우 초과금액의 50%를, 6개월 기준 120만원을 초과하는 경우에는 초과금액의 전액을 보상
  - ·방안 2 : 의료급여도 상한제(보상제)를 6개월(1개월) 기준 120 (20)만원에서 60(10)만원으로 하향 조정 (건강보험의 경우 보상제가 없어지고 상한제가 6개월 기준 300만원에서 200만원으로 하향 조정되었기 때문에 의료체계의 형평성을 맞추는 차원에서 의료급여의 본인부담 보상제 및 상한제도 하향 조정할 필요가 있음.)
- 유형 3 : 건강보험 적용대상자 이므로 건강보험 본인부담 상한제 적용 후 본인부담분에 대해 유형 2와의 형평성을 고려하여 접근
  - ·방안 1 : 매 6개월 120만원까지는 본인이 부담하고 초과하는 경우에는 최저생계비 이상 소득을 공제한 후 차액 보상

  ; 보상 금액 = [건강보험 본인부담 상한제 적용후 본인부담 - 6×(가구 월소득 - 현행 기준 최저생계비) - 120만원)]

  ; 단 가구소득이 부양의무자 조건 등 때문에 현행 최저생계비 기준에 미달할 경우 본인부담에서 120만원 공제 후 보상

  - ·방안 2 : 매 6개월 60만원까지는 본인이 부담하고 초과하는 경우에는 최저생계비 이상 소득을 공제한 후 차액 보상

  ; 보상 금액 = [건강보험 본인부담 상한제 적용후 본인부담 - 6×(가구 월소득 - 현행 기준 최저생계비) - 60만원)]

; 단 가구소득이 부양의무자 조건 등 때문에 현행 최저생계비 기준에 미달할 경우 본인부담에서 60만원 공제 후 보상

※ 그러나 가구별 실소득을 사정하는 데 한계가 있기 때문에 60만원 이상 초과액을 전액 보상하거나 대상자를 소득수준에 따라 2 그룹으로 분류하여 차등 보상할 수 있음. 이 경우 1 그룹(소득이 상대적으로 낮은 그룹 : 대상자 중 비수급 빈곤층이나 잠재적 빈곤층으로 차상위에 해당되는 계층)은 60만원 이상 전액을 보상하고 2 그룹(소득이 상대적으로 높은 그룹-대상자 중 1 그룹 제외)은 90만원 이상 전액 보상

□ 수급자격에 따른 유형 분류, 급여 범위, 본인부담, 관리운영체계

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

Ⅴ. 개별급여 도입에 따른 쟁점 및 고려사항 검토

□ Medically needy 계층에 대한 개인단위 급여와 가구단위 급여의 장단점 비교 및 제안

- 현재는 희귀난치성, 만성질환 보유자 및 18세 미만 차상위 계층을 개인단위로 급여하고 있지만, 이는 한 가구에 가구원간 서로 다른 자격을 갖게 해 관리운영에 어려움을 야기하고 있음.(차상위 수급자는 2008년 4월부터 점진적으로 건강보험에 환원될 예정임.)

=> 유형 1과 2는 가구단위 급여를 하고 유형 3은 건강보험 가입자이므로 해당 없음. (단 본인부담 상한제 적용 후 본인부담 보상분 산정시 개인별 의료비 반영)

※ 가구원 전체의 의료비를 반영하는 것이 합리적이나 현실적용측면에서 행정적 어려움이 있음. 같은 가구 내에 건강보험가입자와 의료급여 수급자가 혼재되어 있는 경우도 있고 동일가구가 여러 세대로 분리되어 있는 경우도 있어 가구별 적용의 어려움이 있음.

□ 수급자 중 근로 무능력자와 유능력자간 급여의 차등을 둘 것인지 여부

- 현재는 동일하게 최저생계비 이하의 계층이라도 근로 능력 유무에 따라 본인부담 차이를 두고 있으나 개별급여 체계에서도 급여차이를 지속할지 여부에 대해 검토

=> 근로를 통한 탈빈곤을 유인하기 위해 근로능력 유무에 따라 급여를 차등화 함.

- 국민기초생활보장법상 최저생계비 이하의 계층은 권리로써 국가의 보장을 요청할 수 있게 되어 있음. : 따라서 근로능력자라 할지라도 최저생계비 이하의 소득자는 의료비 때문에 최저생계가 위협받아서는 안됨. 그러나 현실적으로 의료급여 수급자가 되기 위해 근로능력이 있음에도 근로를 기피하는 등 탈빈곤 정책에 반하는 사례가 빈발하여 근로능력 유무에 따른 급여의 차등화는 불가피함.

□ 개별급여 전환시 현행 타법 지원에 의한 기타수급자(인간문화재, 이재민, 국가유공자, 북한이탈 주민 등) 자격처리 방안?

=> 저소득층의 의료욕구에 대한 지원이라는 개별급여의 취지에 맞지 않으므로 타법 지원대상자는 건강보험적용대상자로 전환하되 보험료 지원형태로 바뀌어야함. (관련 타 부처와의 조율 필요) : 단 기타대상자에 대한 자격변동은 관련 타 부처와 협의가 완료될 때까지 한시적으로 현행 급여 기준 유지(유형 1 급여 기준 유지)

□ 건강보험 가입자에 대해 사후적으로 의료급여에서 보상하는 방식이 타당한지?

- 진료후 신청에 의해 본인부담 의료비를 상환하는 방식이 가능한지?

=> 현재 건강보험에서 소득계층별 본인부담을 차등화하고 있지 않기 때문에 저소득계층은 상대적으로 의료접근성이 떨어짐.

- 중장기적으로 의료급여제도는 건강보험에 통합될 것으로 예측됨으로 최소한의 대상자만 의료급여에서 관리
- 1차 안전망인 건강보험의 보장성이 일정 수준(급여율 약 80%)에 이를 때까지 저소득층에 대한 의료접근성을 확보한다는 차원에서 사후적으로 2차 안전망인 의료급여제도에서 보상이 가능할 것으로 판단됨.

□ 현행 재산기준 및 부양의무자 기준을 어떻게 할 것인가?

=> 유형 1, 유형 2의 재산 기준은 생계급여 기준에 따르고 유형 3은 보험료 등급에 의해 결정되기 때문에 재산기준이 필요하지 않음.

- 유형 1과 유형 2에 대한 부양의무자 조건은 생계급여 기준에 따름.

□ 유형 3에 대해 의료급여에서 보험료 지원을 할 것인지?

=> 건강보험은 지불능력에 비례해서 이미 보험료 부과에 차등을 두고 있기 때문에 별도로 의료급여에서 보험료 지원의 필요성은 없는 것으로 판단됨.

- 보험료 지원이 필요하다면 건강보험에서 감면 등 조항을 이용하여 적용할 수 있을 것임.
- 그러나 유형 3에 해당하는 계층이 보험료를 3개월 이상 장기 체납하는 경우 급여제한을 받게 됨으로 이에 대한 대책도 강구되어야 함.(현재 논의 중인 의료안전망 기금에서 검토할 수 있을 것으로 판단됨.)

□ 새 정부의 정책방향 수용여부?

; 새 정부의 정책 방향 : 현재 전체 인구의 3.8% 수준인 의료급여 대상자를 '09년부터 매년 0.5%씩 단계적으로 확대하여 장기적으로 7%까지 확대(국정과제 4-1-6)

- 최근의 수급자 자격 관련 변동 상황

· 2004년부터 2006년까지 차상위 계층 중 질환자(희귀 및 만성), 18세 미만 아동을 개인단위 의료급여 수급권자로 자격 변동(약 23만 명)

· 참여복지 5개년 계획 및 희망한국 21에서는 2007년 이후에도 계속 임산부, 장애인, 노인 차상위를 의료급여 수급권자로 전환하기로 계획했었음.

· 2006년 후반기부터 의료급여 재정불안으로 더 이상 확대하지 못하다가 2008년 4월부터 단계적으로 기 전환된 차상위 의료급여 수급자를 건강보험 가입자로 환원하기로 2007년 결정

· 2008년 초 새 정부의 인수위에서 의료법인의 영리추구 허용, 민간보험 확대, 요양기관 계약제, 의료산업 육성 등을 고려하면서 의료취약계층의 의료보장 악화를 방지하고자 의료급여 수급자를 확대하기로 결정

- 이와 별도로 기초생활보장체계를 개별화하여 급여별 수급요건, 급여수준 등을 차등화하기로 결정(국정과제 3-2-4) : 따라서 의료급여를 개별화하는 과정에서 새 정부의 정책방향을 반영할 필요가 있음.

- 수급자 확대 가능성 검토

· 방안 1 : 건강보험에 환원하기로 예정되었던 차상위 수급자를 의료급여수급자로 잔존시키고 희망한국 21 등의 계획을 반영하여 점진적으로 임산부, 장애인, 노인 차상위를 수급자로 확대

=> 첫째 예산확보가 어렵고,

둘째 정책의 일관성 결여 측면에서 혼란을 야기할 수 있음.

· 방안 2 : 현행 수급기준 중 부양의무자 조건과 재산의 소득환산제를 일부 완화하여 수급자 확대

=> 첫째 예산확보가 어렵고,

둘째 생계급여에서 적용되는 부양의무자 조건 및 재산의 소득환산제보다 완화된 수급기준이 의료급여에 적용되면 형평성측면에서 논리적 전개가 어렵고,

셋째 이 경우 대부분이 차상위 의료급여 수급자와 중복가능성이 있어 정책의 혼란을 초래하고,

넷째 차상위 계층과의 정책적 우선순위 측면에서 논란을 야기할 수 있음.(2004년부터 확대된 차상위는 정책적 우선순위를 고려하여 질환자, 아동, 임산부, 장애인, 노인 순으로 결정되었음.)

· 방안 3 : 저소득층 건강보험 가입자에 대한 본인부담 의료비 지원

=> 첫째 재정소요가 비교적 작아 예산확보가 용이하고,

둘째 중장기적으로 의료급여를 건강보험에 통합시킨다는 측면에서 정책적 방향과 일치하고,

셋째 저소득 취약계층의 의료보장 측면에서 가장 많은 인원을 포괄할 수 있어 의료사각지대를 원천적으로 감소시킬 수 있으므로 현실적으로 가장 수용 가능할 것으로 판단됨.

※ 방안 3의 제한점 : 방안 3, 즉 개별급여에서 유형 3에 해당하는 계층은 평상시 건강보험 가입자이면서 의료비가 과다하게 발생하는 경우 의료급여에서 본인부담의료비를 지원하는 것이기 때문에 이들을 의료급여 수급자로 간주하기는 어려움.

Ⅵ. 모형에 따른 대상자수 추계 및 재정 소요 전망

1. 대상자 추계

□ 개별급여 체계에서 의료급여 수급자 유형 1은 생계급여 연구팀에서 제시한 생계급여 기준선을 중심으로 추계되었음.

– 현행 부양의무자 기준과 재산의 소득환산제도를 그대로 적용할 경우를 가정하여 생계급여 기준선 관련 세 가지 모형이 제시되었으며 이중 모형 3(OECD 수정 균등화 방식을 이용한 생계급여 기준선)이 모형1(현 기초보장법 하에서의 욕구별 급

여액 제외하고 생계급여 기준선 설정)과 모형2(생계급여를 가구공통경비+개인경비로 설정)의 중간으로 본 연구에서는 모형3의 결과를 채택하기로 하였음.

〈표〉 개별급여 모형별 생계급여 수급자수

(단위: %, 가구, 명)

구분	모형 1		모형 2		모형 3	
	수급 가구 수	수급자 수	수급 가구 수	수급자 수	수급 가구 수	수급자 수
현 기초법	809,745	1,437,714	809,745	1,437,714	809,745	1,437,714
개별급여 모형	507,467	877,868	615,406	1,030,574	561,423	966,958

□ 생계급여 수급자 중 근로능력이 없는 현행 1종대상자를 유형 1로 구분

□ 유형 2는 유형 1을 제외한 현행 수급자 전체

- 단 기타대상자와 차상위 수급권자 제외 : 제외된 대상자들은 별도로 소요예산 추정

□ 현행 의료급여 대상자(국민기초생활수급자만) 1,524,602명 중 생계급여 기준선 이하가 998,545명으로 67.26%가 생계비 기준 소득 이하의 자임.(생계급여팀에서 추정된 966천명은 2005년 기준이고 여기서 제시된 998천명은 2007년 기준이어서 약간의 차이 발생)

- 이중 현행 1종이 73.36%, 2종은 53.60%로 1종대상자가 상대적으로 생계급여대상자에 많이 포함되었음.
- 현행 1종 대상자 중 생계급여 기준선 이상의 소득으로 유형 1에서 제외된 계층이 1종 대상자 908,538명 중 26.64%인 242,054명을 차지했음.

〈표〉 개별급여 모형 3에 따른 현행 수급자 구분

(단위: %, 명)

구분	전체	현행 1종	현행 2종
현재 의료급여 대상자(A)	1,524,602	908,538	616,064
개별급여 모형 3에 의한 생계급여 대상자(B)	998,545	666,483	332,061
B/A*100	65.5	73.36	53.90
개별급여 모형 3에 의한 현행 수급자 중 생계급여 제외자(C)	526,057	242,054	284,003
C/A*100	34.50	26.64	46.10

주: 기초생활수급대상자 이외의 기타대상자와 차상위대상자는 제외한 숫자임.

□ 생계급여 수급자 중 근로능력이 없는 유형 1은 666,483명이고 현행 수급자에서 유형 1을 제외한 유형 2는 총 858,119명에 이름.(1,524,602 - 666,483)

□ 유형 3(의료비 과다 부담자)

- 전 국민의 15%이하 중 유형1과 유형2의 합(현행 기초수급자 - 전 국민의 약 3.15%)을 제외한 건강보험 보험료기준 전 국민의 하위 약 11.88%를 대상으로 하였음.
- 대상자 중 소득인정액 기준 최저생계비의 120%이하인 차상위 대상자(빈곤위험계층+비수급빈곤층 - 2,576,100명 ; 그룹 1)와 나머지(3,172,400명 ; 그룹2)로 구분하였음.
  - group 1은 대상자 중에서 상대적으로 더욱 열악한 집단임.
- 방안 1 : 본인부담 보상금을 그룹1에서는 120만원 이상 200만원 이하의 금액을 보상해주고, 그룹2의 경우는 150만원 이상 200만원 이하의 금액에 대해 보상
- 방안 1에서 보상 해택을 받는 대상자는 그룹1중 1.31%인 33,700명이고 그룹2중에는 0.51%인 16,050명임.
- 방안 2 : 그룹 1에게는 60만 원 이상 200만 원 이하의 금액을 본인부담 보상금으로 보상해주고, 그룹2의 경우는 90만 원 이상 200만 원 이하의 금액에 대해 보상
- 방안 2에서 보상 해택을 받는 대상자는 그룹1 중 4.80%인 123,700명, 그룹2 중에는 1.45%인 46.100명임.

〈표〉 유형 3 대상자 수 및 혜택 받는 대상자 수

(단위: %, 명)

분류		총대상자	전체 인구비중	혜택 받는 대상자	대상자중 비중
1안	1그룹(상한 120만원)	2,576,100	5.32	33,700	1.31
	2그룹(상한 150만원)	3,172,400	6.55	16,050	0.51
	전체	5,748,500	11.88	49,750	0.87
2안	1그룹(상한 60만원)	2,576,100	5.32	123,700	4.80
	2그룹(상한 90만원)	3,172,400	6.55	46,100	1.45
	전체	5,748,500	11.88	169,800	2.95

2. 유형별 1인당 평균 단가 추정

□ 생계급여 수급자 중 근로능력이 없는 유형1(현행 1종)의 적용인구당 평균진료비는 3,073,326원이고, 근로능력이 있는 계층(현행 2종)의 적용인구당 평균진료비는 1,063,094원으로 나타났음.

□ 유형 2(빈곤탈피 유도를 위한 지원 대상자) 중 현행 1종대상자는 유형 1의 현행 1종대상자 보다 높은 3,210,608원으로 나타났으며, 유형 2의 현행 2종대상자는 983,242원으로 나타났음.

〈표〉 유형 1과 유형 2의 대상지 및 평균진료비

(단위: 명, 원)

구분			대상자수	적용인구당 평균진료비
생계급여수급자		1종	666,483	3,073,326
		2종	332,061	1,063,094
현행수급자이면서 개별급여에서 생계급여 제외자	1종	합계	242,054	3,210,608
		입원	242,054	983,242
		외래, 약국	242,054	2,227,366
	2종	합계	284,003	902,883
		입원	284,003	240,563
		외래, 약국	284,003	662,321

3. 재정소요액 추정

가. 유형 1과 유형2 추계

□ 유형1의 소요재정과 현재보다 추가적으로 소요되는 재정을 추계한 결과는 다음 표와 같음.

- 근로능력이 없는 생계급여수급자(유형1 - 666,481명)의 1인당 평균 진료비가 3,073,326원이고 기관이 부담하는 총 금액은 2조 422억 원임.
- 1종대상자의 경우는 현재와 본인부담이나 급여범위가 동일하여 변경되는 금액이 없음.
- 근로능력이 있는 생계급여 수급자 332,061명은 1인당 평균진료비가 1,063,094원이고 총 3530억원의 진료비가 발생함. 이 계층은 입원 본인부담율을 15%에서 10%로 경감해 주는 것으로 설계되어 추가소요재정이 약 62억으로 추정되며, 외래 본인부담도 병원급 이상 15%에서 10%로 경감해 줌으로써 약 20억이 추가로 재정이 소요되는 것으로 추정되었음.

□ 유형2에서 본인부담이 없던 현행 1종 대상자 242,054명은 입원과 외래에서 각각 238억과 267억원의 본인부담이 발생하여 전체 505억원의 재정이 절감되는 것으로 나타났음.

- 반면 현행 2종 대상자 입원의 경우는 본인부담율이 15%에서 10%로 경감되면서 34억원의 추가 재원이 소요되고 외래 본인부담 경감에 따라 약 16억원의 추가재원이 소요될 것으로 추정되었음.

□ 결과적으로 유형 1과 유형 2로 유형을 구분하고 본인부담을 달리함으로써 372억원이 절감되는 것으로 추정되었음.

〈표〉 유형 1과 유형 2의 대상자 수 및 재정소요 전망(2007년)

(단위: 명, 원, 백만원)

구분			대상자수	적용인구당 평균진료비	적용인구당 기관부담금	총진료비	총기관 부담금	변경전 기관 부담금	소요 변동액
유형1			666,483	3,073,326	3,064,178	2,048,321	2,042,224	2,042,224	0
생계급여 수급자	현행 2종 (유형2)	합계	332,061	1,063,094	997,629	353,012	331,274	322,996	8,278
		입원	332,061	326,901	301,441	108,551	100,097	93,863	6,234
		외래, 약국	332,061	736,193	696,188	244,461	231,177	229,133	2,044
현수급자 중생계급 여제외자 (유형2)	현행 1종	합계	242,054	3,210,608	2,991,249	777,141	724,045	774,556	-50,512
		입원	242,054	983,242	884,918	237,998	214,198	237,998	-23,800
		외래, 약국	242,054	2,227,366	2,106,331	539,143	509,846	536,558	-26,712
	현행 2종	합계	284,003	902,883	842,837	256,422	239,368	234,380	4,989
		입원	284,003	240,563	216,506	68,321	61,489	58,072	3,416
		외래, 약국	284,003	662,321	626,330	188,101	177,880	176,307	1,573
합계			1,524,602	2,252,979	2,188,709	3,434,896	3,336,911	3,374,156	-37,245

나. 유형 3 추계

□ 유형 3은 건강보험 보험료기준 전 국민의 하위 15% 중 생계급여 수급자(3.15%)를 제외한 계층 중 의료비가 과다하게 발생하여 의료급여에서 본인부담을 보상받는 계층임.

- 방안 1에서 해택을 받는 대상자가 그룹 1 중 1.31%인 33,700명으로 연간 약 146억 원의 추가재원이 소요되는 것으로 추정되었음. 그룹2의 경우도 대상자 중 0.51%인 16,050명이 혜택을 받게 됨으로 약 42억 원의 추가재원이 소요될 것으로 나타남.
- 방안 2는 방안 1보다 보상수준이 높은 방안으로 혜택을 받는 대상자가 그룹1 중 4.80%인 123,700명으로 추가 소요재원이 약 561억원이 소요되고 그룹2 경우도 대상자 중 1.45%인 46,100명에게 220억원의 추가재원이 소요됨.
- 결과적으로 1안의 경우 약 188억원, 2안의 경우 약 782억원의 추가재원이 소요되는 것으로 추정되었음.

〈표〉 유형 3 대상자 및 소요예산 추정

(단위: 명, %, 백만원)

분류		총대상자	전체 인구비중	혜택 받는 대상자	대상자중 비중	소요예산액
1안	1그룹(상한 120만원)	2,576,100	5.32	33,700	1.31	14,639
	2그룹(상한 150만원)	3,172,400	6.55	16,050	0.51	4,220
	전체	5,748,500	11.88	49,750	0.87	18,860
2안	1그룹(상한 60만원)	2,576,100	5.32	123,700	4.80	56,136
	2그룹(상한 90만원)	3,172,400	6.55	46,100	1.45	22,037
	전체	5,748,500	11.88	169,800	2.95	78,173

다. 기타대상자 및 차상위 대상자

□ 기타대상자(국가유공자 등) 및 차상위 대상자의 현재 대상자 수와 현재 사용하고 있는 진료비 및 국고부담금 등을 별도 산정하였음.

□ 기타대상자(국가유공자 등)는 연간 1인당 평균진료비가 250만원이었으며, 1종 차상위인 희귀난치성 질환자는 1055만원이었음.

- 기타대상자를 그대로 의료급여로 편입할 경우 총 2579억원이 소요되며, 차상위 희귀난치성 질환에 들어가는 총비용은 2178억원이었음.

□ 차상위 만성질환자는 연간 1인단 평균 진료비가 259만원이었으며 차상위 아동은 57만원이었음.

- 만성질환자의 연간 기관부담금이 1683억원이 소요되고, 18세미만 아동은 602억원이 소요되는 것으로 나타났음.
- 만약, 차상위 2종 대상자의 입원 본인부담을 15%에서 10%로 감소시켜 줄 경우에는 약 63억원의 추가적인 예산이 소요될 것으로 추계되었으며, 외래본인부담 경감에 따라서는 약 13억원의 추가재원이 소요되는 것으로 추계되었음.

〈표〉 2007년 기준 기타 대상자 및 차상위 대상자 규모 및 소요예산

(단위: 명, %, 백만원)

		대상자수	평균진료비	평균기관부담금	총 진료비	총기관부담금
1종	기타대상자	103,161	2,500,693	2,500,389	257,974	257,943
	차상위희귀	20,758	10,546,703	10,490,766	218,928	217,767
	합계	123,919	3,848,502	3,838,878	476,902	475,710
2종	차상위만성	70,063	2,580,278	2,401,834	180,782	168,280
	차상위아동	113,012	572,165	532,595	64,661	60,190
	합계	183,075	1,340,672	1,247,955	245,443	228,469
전체 합계		306,994	2,352,964	2,293,789	722,346	704,179

주: 차상위 2종 입원본인부담율 경감에 따라 63147백만원이 추가 소요되고, 외래본인부담 경감에 따라서는 13159백만원의 추가재원이 소요됨.

4. 재정추계 종합

□ 개별급여로써 의료급여 대상자 선정과 관련하여 생계급여 기준선까지의 대상자 중 근로능력이 있는 계층에 대해 의료급여대상자 유형 1로 정의하고, 생계급여 기준선 이하이면서 근로능력이 있는 계층과 현재 의료급여 대상자이면서 생계급여기준선을 넘는 계층을 유형 2로 정의하였음.

- 유형 1은 현행 의료급여 1종에 준하는 급여를, 유형 2는 현행 2종 기준으로 급여하되 입원 본인부담율을 15%에서 10%로 인하하는 것으로 설정하였고, 외래의 경우는 병원급 이상 본인부담율 15%에서 10%로 인하하는 것으로 설정하였음.

□ 건강보험 대상자 중 일정소득 이하이면서 최저생계 유지가 어려울 정도의 의료비를 과다 지출하는 대상자에게는 과다 지출된 의료비 중 일부를 의료급여에서 지원해 주는 것으로 하였음.(유형3)

□ 각 유형별 대상자를 종합해 보면 현행 의료급여대상자 1종이 908,538명이고 2종이 616,064명으로 총 1,524,602명이었고, 이를 새로운 개별급여하에서 유형1인 생계급여기준선 이하의 세대 중 근로능력이 없는 대상자가 666,483명이었으며, 유형 2는 858,119명이었음.

- 유형3은 그룹 1이 2,576,100명이고 그룹2가 3,172,400명으로 유형 1, 2, 3을 모두 합한 대상자는 7,273,102명이었음.
- 또한 기타대상자와 차상위 대상자 306,994명을 포함하면 전체가 7,580,096임.

〈표〉 대상자수 추계 종합

(단위: 명)

구분	현행대상자	개별급여		개별급여 대상자수
1종대상자	908,538	유형 1	생계급여기주선 이하 1종	666,483
		유형 2	생계급여기준선 이상 1종	242,054
2종대상자	616,064		생계급여기준선 이하 2종	332,061
			생계급여기준선 이상 2종	284,003
1, 2종 합계	1,524,602	유형 1, 2의 합계		1,524,602
		유형3	그룹1	2,576,100
			그룹2	3,172,400
		유형1,2,3 합계		7,273,102

1종	기타대상자	103,161
	차상위희귀	20,758
2종	차상위만성	70,063
	차상위아동	113,012
기타대상자를 포함한 총 합계		7,580,096

□ 소요예산 중 변동되는 금액을 종합해 보면, 생계급여 기준선보다 낮으면서 근로능력이 있는 현행 2종대상자의 입원 보상액 약 62억 원과 외래 보상액 약 20억원이 추가 소요되는 대신에 유형 2 중 현행 1종 대상자들의 본인부담 부과에 따라 505억 원이 절감되고, 현행 2종 중 유형 2로 분류된 계층의 경우 입원과 외래 본인부담율의 인하로 각각 약 34억 원과 약 16억원의 재정이 추가 소요됨.

- 결과적으로 유형 1과 유형2에 의해 372억원이 덜 쓰이는 것으로 나타났음.

□ 유형 3의 경우는 본인부담 보상을 방안1로 할 경우 약 188억이 소요되고, 2안의 경우는 약 782억원이 소요됨.

□ 유형1과 유형2, 유형3을 종합해 보면, 방안 1로 할 경우 약 184억원이 절감되고, 방안 2가 경우는 409억원이 더 소요됨.

□ 기타 대상자와 차상위계층의 경우는 정책결정을 어떻게 하느냐에 따라 소요예산이 결정될 것으로 판단됨.

– 이때 기타대상자의 기관부담금은 약 2579억원이며, 차상위 1종(희귀)은 2178억원, 차상위 2종(만성, 아동)은 2285억원임.

– 이 중 차상위 2종의 경우 입원본인부담율 인하에 따라 약 63억원의 추가비용이 발생하고 외래 본인부담율 인하에 따라 약 13억원이 추가로 발생할 것으로 판단됨.

〈표〉 재정소요 전망 종합

(단위: 명, 원, 백만원)

구분		대상자수	적용인구당 평균진료비(원)	총기관부담금 (백만원)	소요변동액 (백만원)
유형1	생계급여기주선 이하 1종	666,483	3,073,326	2,042,224	0
유형2	생계급여기준선 이상 1종	242,054	3,210,608	724,045	-50,512
	생계급여기준선 이하 2종	332,061	1,063,094	331,274	8,234
	생계급여기준선 이상 2종	284,003	902,883	239,368	4,989
유형1, 유형2 합계		1,524,602	2,252,979	3,336,911	-37,245
		총대상자	혜택 받는 대상자	대상자중 비중(%)	소요예산액 (백만원)
유형3	1안	5,748,500	49,750	0.87	18,860
	2안	5,748,500	169,800	2.95	78,173

종합		
	1안 선택 시 소요예산액	-18,385
	2안 선택 시 소요예산액	40,928

주: 차상위 2종 입원본인부담율 경감에 따라 63147백만원이 추가 소요되고, 외래본인부담 경감에 따라서는 13159백만원의 추가재원이 소요됨.

* 참고표: 기타대상자 및 차상위 대상자 소요예산액

(단위: 명, 원, 백만원)

	대상자수	적용인구당 평균진료비	총기관부담금
기타대상자	103,161	2,500,693	257,943
차상위1종	20,758	10,546,703	217,767
차상위2종	123,919	3,848,502	228,469
합계	306,994	2,352,964	704,179