

미국 Medicaid 의료 욕구별 수급자 선정기준 방식 및
자격관리 방안 검토를 위한 해외출장 복명서

2008.2

한국보건사회연구원

연구위원 신영석
부연구위원 신현웅
주임연구원 황도경

1. 출장기간

: 2008.2.9 ~ 2. 17

2. 출장목적

: 개별급여로써의 의료급여 수급자 선정방식과 관련하여 미국 Medicaid의 의료요구별 수급자 선정기준 방식 및 자격관리방안 검토

3. 출장지

- Wisconsin Department of Health & Family Service, Wisconsin
- Medi - Cal Santa Clara District office
- County of LA Department of Public Social Service Administration Office
- St. Barnabas Center of Los Angeles

4. 주요활동사항

□ Department of Health & Family Service, Division of Public Health, Wisconsin

- 면담자: Constance R. Robinson(Administrative Manager), Tangie Johnson(Program Assitant)
- 위스콘신주는 타 주에 비해 소득 기준선이 상대적으로 높아 더 높아 더 많은 사람들이 메디케이드 혜택을 볼 수 있도록 하고 있음. Centers for Medicaid Medicare Services (CMS)로부터 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 메디케이드 자격기준을 연방정부 빈곤선 기준 185%까지 확대 실시 하고 있고 소득이 빈곤선 200%에 이르기 전까지 Medicaid 서비스를 받을 수 있도록 하고 있음. 단지 소득이 빈곤선 150% 이상인 경우는 소득기준으로 월정 보험료를 납부하고 있는데 이들은 직접적으로 Medicaid 관련 서비스를 받거나, 고용주의 의료보험에 첨부하여 추가로 Medicaid 관련 서비스를 받을 수 있음. 또한 위스콘신주는 1997년 균형예산법(the Balanced Budget Act of 1997)에 의해 장애인들이 선택적으로 Medicaid서비스를 구입할 수 있는데 이를 구입한 장애인들은 자신의 소득이 연방 빈곤선 250% 미만이 경우에 한해 지속적으로 Medicaid 서비스를 받을 수 있으며 이들 역시 자신의 소득을 기준으로 한 월정 보험료를 납부해야함.
- 위스콘신주는 다른 주에 비해 급여범위가 대단히 광범위 한 것으로 보여짐. 정신질환에 대한 클리닉 서비스와 심리치료를 제외한 거의 모든 치료가 급여범주내에 포함되어 있다고 하며 보장구 등도 포괄적으로 급여되고 있는 상황임.
- 외래의 경우 대부분 50센트부터 3 달러까지 제공된 서비스 종류에 따라 본인부담이 다르게 나타나고 있으나 1년 본인부담의 한도가 30달러로 제한되어 있다고 함. 병원

에서 외래 서비스를 받을 경우는 3달러의 본인부담이 발생하고 약국 조제의 경우 건당 3 달러를 본인이 부담하도록 되어있으나 한 달 기준 최고 5달러 본인부담으로 제한되어 있음. Over the counter(일반의약품)의 경우에는 보통 50센트 정도의 본인부담을 하고 있음.

- 위스콘신주는 급여범위가 넓은 대신 상대적으로 사전승인제도가 시행되고 있음. 미리 정의된 질환, case 들에 대해 사전 승인을 받게되는데 특히 치과치료의 경우 사전승인절차가 까다롭다도 함. 그리고 조제약은 하루 비용이 100 달러를 넘거나 영양공급과 관련이 있는 약제의 경우 반드시 사전 승인을 받도록 하고 있고 안경, 틀니, 보청기, 기타 의료장비 등도 새롭게 바꾸거나 고가의 비용이 소요되는 경우 사전승인을 반드시 받아야 한다고 함.
- 급여 제한 사항도 상당히 광범위하게 적용되고 있는데 주말입원은 제한되어 있고 정신질환자가 병원에 외래로 방문하는 경우 하루에 5시간, 한 달에 120시간으로 서비스가 제한되어 있고, 시설 거주자의 경우 1년에 40시간으로 서비스를 제한하고 있음. 또한 재활 서비스는 남용을 막기위해 1년에 500 달러 이내에서 비용을 지출할 수 있도록 되어 있지만 가정에서의 재활 서비스는 금지되어 있다고 함. 급여제한의 예로 x-ray 검사의 경우는 처음 방문했을 때만 허용되고 대부분의 투약서비스는 1년에 34일로 제한되어 있지만 특별한 경우 100일까지 연장이 가능하다고 함.
- 지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 사전가격제도 혼용되고 있는데 병원 입원의 경우는 DRG, 사전가격제가 같이 사용되고 있다고 함. 약국의 조제료는 다른 주에서처럼 약가의 일부에 조제료를 덧붙여 보상하고 있으며 평균 약제비의 16%와 건당 3.88 달러를 조제료로 지급하고 있음.
- 대부분의 의료서비스가 MN(Medically Needy)과 CN(Categorically Needy) 대상자에 상관없이 동일하게 주어지고 있다고 함.

□ Medi-Cal Santa Clarity District office, Canyon County, California

- 면담자: Gloria O'Sullivan(Human service Administrator), Julie Arnold(Interagency Relations section)
- Los Angeles Department of Public Social Service 의 지역사무소로써 기관의 주된 역할은 지역 Medi-Cal 수급자의 자격관리임. 수급자의 자격관리에는 Deprivation Factors, Application Evaluation(Adult & Family Programs), Mandatory Verification, 재산규정, 소득규정 등임.
- Deprivation Factors 는 실업자, 장애인 또는 부모가 없는 아동, 그리고 임신부 및 65

세 이상의 노인, 장애인에 대한 자격관리와 시민권 및 영주권 유무, 소득 및 재산의 심사 등의 Mandatory Verification 등의 심사를 거쳐 주(State)사무소로 보내게 되고 이러한 서류를 바탕으로 의사의 소견을 받아 평가를 하고 있음. 이상의 모든 평가가 완료되면 모든 자료를 근거로 Medi-Cal가입 여부를 결정하게 됨.

- Medical Fraud의 경우 수급자나 의료공급자들로부터 신고를 접수하게 되면 조사에 착수하게 됨. 이러한 Fraud의 경우 지역사무소가 직접 조사하는 것이 아니고 보험자인 HMO에서 약 90%정도의 Case에 대해 조사하고 있음. 하지만 지역사무소에서도 Identity Fraud(타인의 의료이용)에 대해서는 직접 조사를 실시하고 있다고 함.
- Medically Needed의 수급자에 대한 급여 기한에 대해서는 치료가 끝나더라도 자격을 계속 유지시킨다고 함. 이러한 자격유지는 의사의 소견이 있을때까지 지속되는데 이러한 과정에서 발생하는 문제를 해결하기 위해 첫 번째 의사방문 시에는 본인부담을 하도록 되어있음.
- Medi-Cal에 가입된 사람은 자동적으로 Managed-care에 가입되게 되는데 약간의 예외 조항도 존재하고 있음. 이렇게 가입된 수급자들의 보험료는 HMO로 매달 \$260(Capitation Fee)씩 지불되어 지고 이 \$260은 Department Health Care에서 금액을 결정하고 있다고 함. 또한 이러한 예산은 6월에서 7월사이에 Budget adjustment를 통해 주어진 주(State)예산의 총액에 따라 Coverage가 조정되지만 Basic Coverage에는 변함이 없다고 함.

□ County of LA Department of Public Social Service Administration Office

- 면담자: Corneitha Kirk(Human services Adminitrator), Kyeong Chang(Program Assistant)
- Los Angels Medi-Cal 자격관리(Eligibility)와 의료서비스의 급여를 총괄하는 기관으로 2월 14일 오후 2시부터 3시간 가량 Meeting을 진행하였음.
- 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램인 Medi-Cal 프로그램은 Department of Health Care Service에서 관할하고 있으며 자격관리와 급여서비스의 총괄심사는 본 기관에서 담당하고 있음.
- Medi-Cal 프로그램의 기본적인 역할은 의학적으로 필요한 치료 서비스, 의약품, 내구성 의료 장치 및 의료용 소모품 비용을 지불하여 주는 것으로 약 4명중 1명의 어린이와 임산부 및 대부분의 에이즈환자 등에게 의료서비스를 제공하고 있음. 또한 65세 이상의 저소득층 노인과 장애인들은 Medicare에서 제공하고 있지 않는 의료서비스를 Medi-Cal를 통해 공급받고 있고 이렇게 Medi-Cal과 Medicare를 이중으로 수급하는

것을 Dual Eligibility라고 함.

- 캘리포니아주는 무보험자의 비율이 미국에서 가장 높은 주들 중 하나로 고용주가 제공하는 의료보험을 갖고 있는 인구비율도 미국 전체 평균(57%)보다 낮음.
- 현재 캘리포니아의 Medi-Cal 프로그램은 캘리포니아주 요양병원(Nursing home)의 료서비스의 3분의 2에 대한 비용을 지불하고 신생아 10명당 4명이 Medi-Cal 서비스를 통해 캘리포니아주에서 태어나고 있다고 함.
- Medi-Cal 프로그램은 캘리포니아에 거주하는 전체 인구의 약 30%인 일천백만명의 주민들에게 혜택을 주고 있고 구체적으로 Medi-Cal은 약 4백 4십만명의 어린이, 4백 5십만명의 성인, 9십만명의 장애인과 9십만명의 노인들에게 Medicaid를 제공하고 있다고 함.
- 어린이의 자격조건은 연방정부의 빈곤선과 어린이의 나이에 의해서 결정되는데 신생아의 경우는 가구소득이 연방정부 빈곤선의 200%까지 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있다고 함. 이는 연방정부의 가이드라인 133%보다 높은 기준으로 1세부터 5세까지의 어린이는 가구소득이 빈곤선133% 미만인 경우, 6세부터 19세 어린이의 경우는 빈곤선100% 미만인 경우에만 Medi-Cal 서비스 자격조건이 주어짐. 하지만, 어린이가 어느 보험에도 가입되어 있지 않고 가구소득이 빈곤선 250%미만이면 주정부의 어린이 건강보험 프로그램인 Healthy Families를 통해 의료서비스를 제공받고 있음.
- Medi-Cal 프로그램은 소득이 연방정부 빈곤선 200% 미만인 임산부와 빈곤선 100% 미만의 소득을 갖고 있는 부모에게 제공되는 것으로 자녀가 없고 저소득층인 성인의 경우는 가족계획에 관련된 서비스에 한해 혜택을 주는 가족 PACT에 가입할 수 있으나, Medicaid에서 제공하는 의료서비스는 받을 수 없음.
- 소득보충급여(SSI)를 받는 노인과 장애인은 Medi-Cal 에 가입할 자격조건이 주어지는데 Medi-Cal 프로그램은 연방정부 빈곤선 100%미만의 소득을 가지고 있는 노인과 장애인에게 의료서비스를 제공하고 있음. Medi-Cal 프로그램은 이들에게 조제약과 장기요양(long-term care)관련 비용 뿐만 아니라, Medicare보험료, Medicare 공제액과 사용자 비용부담분을 지불해 주고 있음.
- 의료적 요보호대상자 (Medically Needy Groups)에 대해서는 소득수준이 아동, 임산부, 노인 등의 대상자 기준보다 높지만, 의료비용의 지불로 실질소득이 감소하는 경우 Medicaid 대상자에 포함됨. Medi-Cal 프로그램은 의료비용 지출로 개인 및 동거자의 소득이 연방정부 빈곤선의 각각 83% 미만과 97%미만으로 감소하는 경우 Medicaid 자격조건을 부여하고 있음.
- 의무적으로 적용되는 의료 서비스는 입원환자(inpatient) 및 외래환자(outpatient) 병원 서비스, 외과관련 의료 서비스, 간호시설 서비스 (Nursing facility service), 진료소 실험실 서비스(혈액 검사, 소변 검사), 21세 미만 개인을 위한 조기 정기 검진, 진

단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment :EPSDT) 등을 포함하고 있음.

- 또한 캘리포니아주가 임의로 제공하는 의료 서비스는 조제약, 치과 및 안과 치료, 호스피스(Hospice) 치료, 정신과 입원치료, 재활 및 치료요법 등이 있음.
- Medi-Cal 서비스는 Managed care 또는 행위별 수가제도 (fee-for-service)에 의해 운영되는데, Medi-Cal 등록자 중 노인의 86%와 장애인의 79%는 행위별수가제도를 통해 메디케이드 서비스를 받고 있다고 함.
- 캘리포니아주에서 시행되고 있는 의료서비스 종류에 따라 제공여부, 본인부담 정도, 사전승인 필요여부, 급여의 한계, 지불보상 방법, 서비스별 수혜대상자 등에 대해 정리하자면
- 급성치료의 경우 대부분 메디케이드에서 서비스를 제공하고 있고 응급이 아닌 외래의 경우 본인부담이 방문당 5 달러를 부담하고 있지만 대부분의 다른 서비스에 대한 본인부담은 방문당 1 달러가 적용되고 있음.
- 모든 서비스가 Categorically needed 그룹과 Medically needed 그룹에 동시에 제공되고 있는데 지불 보상방식은 상당히 복잡하게 적용되고 있음. 보상방식은 Fee for service, 사전지불제, Capitation, 정액제 등의 방법이 혼용되거나 사용되고 있다고 함.
- 예를 들어, clinic service를 이용하는 경우 Fee for service(행위별 수가제)가 적용되고 있고, 연방정부가 승인한 Health care Services와 입원환자에 대해서는 여러 방법이 혼재되어 사용되고 있다고 함.
- 외래 환자의 경우 대부분 Fee for service가 적용되고 있지만 경우에 따라서는 공급자와 타협에 의해 가격을 결정하기도 한다고 함. 재활서비스에 대해서는 정액제 방식이 사용되기도 하고 치과, 조산소, Chiropractor 서비스 등도 제공되는데 모두 Fee for service가 적용되고 있음.
- 치과의 서비스 중 크라운 같은 서비스는 사전승인이 필요하고 특히 시설 거주자는 치과 치료를 위해 사전 승인이 필요한데 응급의 경우를 제외하고는 치과치료를 위해 1년에 1천 8백 달러의 제한이 있다고 함.

□ St. Barnabas Center of Los Angeles

- 면담자: Anna Padilla(Social Work)
- 방문 전 기관의 Director 인 Marthan Spinks와 Appointment가 되어 있었지만 Director의 개인사정으로 인해 Meeting 일정이 취소가 되어 기관의 Social Worker로부터 기관 안내 및 견학을 수행하였음. 본 기관은 Medi-Cal 수급자인 저소득 노인들을 대상으로 Social service와 Mental and physical Health Promotion, 사회복지 서비스

스 등을 제공하는 기관으로 기관의 운영은 전액 Medi-Cal로 운영되는 기관임.

- 본 기관이 제공하는 있는 구체적인 서비스는 Adult Day Health Care, Adult Learning, Nutrition Program, Social Work, Transportation 등 저소득층 노인들의 전반적인 건강생활을 제공하고 있음.
- St. Barnabas의 가입은 Medi-Cal을 수급하고 있는 65세 이상의 노인으로 본인부담금은 전혀 없고 전액 Medi-Cal에서 지원하고 있음. Medically needed 나 Categorically needed 의 구분 등 특별한 가입조건은 없었음.