

국민기초생활보장제도와 의료급여

National Basic Livelihood Security System and Medical Aid

1. 머리말

2000년 10월 국민기초생활보장법이 시행된 이후 그동안 시혜차원의 보호개념이 수급권리로 바뀌면서 최저생계비이하의 저소득층도 당연히 국가와 사회에 권리를 주장할 수 있게 되었다. 종래의 생활보호제도 틀 내에서 의료보호라는 이름으로 저소득계층의 의료욕구를 감당해 왔던 제도가 2001년 10월 의료급여제도로 바뀌어 보다 포괄적으로 우리나라 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 즉 2000년 국민기초생활보장법이 시행된 이후 정부의 수혜가 아닌 수급권자의 권리로써 각종 급여가 실시되었고 의료급여제도 또한 제도개선을 통하여 저소득층에 대한 의료보장을 한 차원 높은 단계로 끌어올렸다. 특히 2001년 10월 종래의 의료보호법이 의료급여법으로 개정된 이후 진료비 지급업무가 국민건강보험공단(이하 공단)으로 이관되었고 자격증 발급이 공단에서 지자체로 환원되는 등 의료급여 수급자의 편의 증진을 위한 제도 개선 노력이 계속 진행 중이다. 국민기초생활보장법이 시행되고 의료보호제도가 의료급여제도로 바뀐 이래 이



신 영 석

한국보건사회연구원 연구위원

러한 노력들이 제도의 효율성을 제고하고 수혜자들의 건강증진을 위해 제 기능을 다하고 있는지, 국민기초생활보장법 시행 5년을 맞는 즈음에 지난 5년의 공과를 되돌아보고 개선해야 할 사항들에 대한 조망이 필요한 시점이다. 따라서 본고에서는 국민기초생활보장법 시행이후 의료급여제도의 현황 및 제도변화 과정을 살펴 보고, 이를 토대로 과제를 도출하여 향후 제도개선방향에 대해서 논의하고자 한다.

2. 국민기초생활보장법 제정이후 의료급여제도 변화 내용

의료급여제도는 1977년 의료보험제도의 시행과 같은 연도에 “의료보호법”이 제정되면서 출범하였고 2001년 10월부터 “의료급여법”으로 명칭이 변경되었다. 즉 국민기초생활보장법 시행에 맞추어 저소득층 대상 의료보장 체계가 획기적인 변화를 보인 것은 아니다. 그러나 국민기초생활보장법 시행과 맞물려 부분적으로 변화된 것도 있고 그 이후 점진적으로 제도 개선이 이루어지고 있다. 국민기초생활보장법 시행 이후 제도 변화가 이루어진 수급자격의 변화, 예산의 변화, 급여범위를 포함한 제도의 변화 등에 대해 약술하고자 한다. 첫째, 수급자격과 관련하여 자격조건의 변화보다는 수급자의 구조에 변화를 가져왔다. 2000년 10월 이전 근로능력이 없는 거택보호자와 시설보호자는 의료보호 1종 수급권자였고 근로능력이 있는 자활보호대상자는 의료보호 2종 수급권의 자격을 갖고 있었다. 국민기초생활보장법 시행이후 여전히 근로능력 유무에 따라 1종과 2종이 구분되었으나 인구학적 기준에서 수급자격의 차이가 발생하였다. 이전에는 65세 이상 노인이거나 18세 이하의 아동, 폐질자 등에 한정되어 있었으나 국민기초생활보장법이 시행된 이후에는 수급자격에 이러한 인구학적 기준이 폐지되었다. 따라서 2001년 전후 전체수급자의 규모는 큰 변화가 없었지만 1종 수급자는 급격히 증가했고 2종 수급자는 감소하였다.

둘째, 의료급여제도의 수급자 구조 변동과 더불어 국민기초생활보장법 시행이후 의료급여제도의 가장 큰 변화는 예산의 대폭 증가이다. 1999년 약 8천억 원이던 1년 예산이 2000년 1조 원을 돌파한 이후 2005년에는 2조 1천억 원¹⁾을 상회

1) 여기에서는 국고로 지원되는 의료급여 예산만 적시하였고 지방자치단체의 예산은 포함하지 못하였다. 지방자치단체는 의료급여법에 의하여 총 진료비의 20%(서울시는 50%)를 부담하도록 되어 전체적으로 국고예산이 의료급여 전체예산의 약 78%를 담당하도록 되어있다.

표 1. 의료급여 대상자 추이

(단위: 명, %)

	1997	1999	2000	2001	2003	2005.2
전체대상자수	1,163,687	1,636,629	1,570,009	1,520,986	1,453,786	1,555,256
인구대비	2.53	3.49	3.32	3.17	3.03	3.30
1종 대상자	496,406	742,844	810,684	831,854	867,305	929,064
기초생활보장 수급자	299,109	561,116	642,899	664,288	690,766	739,085
사회복지시설 보호대상자	76,625	76,862	77,211	78,158	81,715	86,319
국가유공자	111,535	86,356	80,122	77,793	80,584	82,537
북한이탈주민	762	1,084	1,172	1,709	2,994	4,591
인간문화재	451	380	381	402	425	407
광주민주화 운동관련자	7,105	8,455	8,292	9,040	9,221	9,294
이재민	428	8,089	96	10	1,172	20
의상자 및 의사자유족	391	502	511	454	428	526
입양아동 및 희귀질환자						6,285
2종 대상자	667,281	893,785	759,325	671,132	586,481	626,192
기초생활보장 수급자						606,119
12세 아동 및 만성질환자						20,073

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

하고 있다. 전체적으로 수급자 규모는 비슷하지만 연간 1인당 진료비 규모에서 의료급여 2종에 비해 1인당 평균 4.47²⁾배 이상 사용하는 1종 수급자가 대폭 증가하였고, 최근 만성질환 및 희귀질환자 그리고 12세 미만 아동에 대한 수급자격이 부여되었고, 급여 범위 또한 점진적으로 확대되고 있어 예산이 최근 5년 사이에 2배 이상 증가하였다.

표 2. 의료급여 예산 추이

(단위: 천명, 억원, %)

연도	'99년	'00년	'01년	'02년	'03년	'04년	'05년
예산액(국고)	8,098	10,322	15,897	16,904	17,617	18,810	21,325
전년대비 증가율	34.0	27.4	54.0	6.4	4.2	6.8	13.4

2) 2003년 기준 의료급여 1종 수급자의 년평균 1인당 진료비는 1,030천원이고 2종 수급자는 230천원으로 1종 수급자가 2종 수급자에 비해 약 4.47배 이상 사용하고 있다.

셋째, 지난 5년 동안 수급자에 대한 서비스 개선을 위하여 여러 가지 제도가 개편되었다. 2001년 중앙의료급여위원회가 신설되어 제도 개선을 위한 논의의 장이 만들어졌다. 요양비가 신설되고 건강검진 규정이 도입되었다. 2002년 5월에는 보건복지부에 의료급여업무를 전담할 의료급여과가 신설되었고 동시에 심사평가원에 의료급여실을 신설하여 업무 개선을 위한 인프라가 구축되었다. 2003년 1월에는 2종 수급자의 부담능력을 완화해 주기 위해 본인부담 보상금제도가 도입되었다. 매 30일간 30만원 이상의 본인부담이 발생하면 초과분의 50%를 보상하도록 하였다. 특히 주목할 만한 변화는 의료급여 관리요원의 신설이다. 수급자 중 독거노인이나 거동이 불편한 계층은 의료욕구는 있지만 의료서비스를 받기가 어려웠다. 의료급여 사례관리사는 이들에게 밀착하여 불편사항을 해결하고 의료서비스를 받을 수 있도록 의료도우미 역할을 하고 있다. 시범사업으로 도입된 이래 성과가 인정되어 매년 의료급여 관리요원을 확대배치하고 있다. 2004년에는 본인부담보상금제도의 매 30일 상한 기준을 30만원에서 20만원으로 완화하였고 2종 법정 본인부담률을 20%에서 15%로 인하하였다. 또한 만성질환이나 희귀질환을 보유한 차상위 계층(소득인정액 기준 최저생계비 120% 이하)을 의료급여 수급자로 편입하여 Medically needy 계층에 대한 급여가 시작되었다. 180일 기준 120만원을 초과하는 법정급여비에 대해서 본인부담을 면제하는 본인부담금 상한제의 도입은 중질환을 앓고 있는 가계를 재정파탄으로부터 구하게 되었다. 2005년에는 차상위 계층 중 12세 미만 아동에게 2종 급여가 시작되었고 국내에 입양된 18세 미만 아동에 대해서도 의료급여 1종이 실시되고 있다. 이처럼 수급자의 의료보장을 위하여 충분하지는 않지만 점진적으로 급여범위가 확대되거나 열악한 계층이 수급자로 포함되기 시작하였다.

3. 의료급여제도의 과제

1) 의료급여 자격 관련

현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 반영되지 못하고 있다. 2004년 차상위 계층 대상 만성질환자와 희귀난치성 질환자에 대해 일부 의료욕구가 반영되기 시작했지만 차상위 계층에 대한 확대 차원에서 우선순위에 해당되었을 뿐 실질적인

표 3. 최근 5년간 의료급여제도 변화 내용

연 도	내 용
2001	- 중앙의료급여위원회 신설 - 의료급여 수급기간 폐지 - 요양비 신설 - 건강검진 규정 신설 - 진료비 지급업무를 지자체에서 건강보험공단으로 위탁하고 의료급여증 발급업무를 건강보험공단에서 지자체로 이관
2002	- 보건복지부에 의료급여과 및 심사평가원에 의료급여실 신설 - 혈액투석수가 정액제로 전환(방문일당 136천원)
2003	- 본인부담보상금제 도입(매 30일 마다 30만원 초과금액의 50%) - 의료급여 관리요원 시범사업 실시
2004	- 본인부담보상금 기준 완화(매 30일 30만원에서 20만원으로 인하) - 2종 본인부담율 인하(20%에서 15%로 인하) - 만성질환 및 희귀난치성 질환자에 대한 차상위 의료급여 실시 - 의료급여 본인부담 상한제 실시(180일 기준 120만원 이상에 대하여 국가 예산으로 부담)
2005	- 차상위 계층 12세 미만 아동에 대해서 2종 의료급여 실시 - 국내에 입양된 18세 미만 아동에 대해서 1종 의료급여 실시 - 희귀난치성 질환의 종류 확대(74종에서 98종으로 확대)

의료욕구가 반영되지 못하고 있는 실정이다³⁾. 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 계층이 많이 존재하게 된다. 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 가구는 빈번히 진료기관을 방문해야 하지만 수급자로 선정되지 못한 차상위 계층은 실질적으로 의료사각지대에 남을 수밖에 없는 문제점이 발생하고 있다.

또한 국민기초생활보장제도에서 수급자는 그대로 의료급여수급자가 되기 때문에 저소득층대상 의료보장 관점에서 수급자격에 대한 고려가 있어야 한다. 실태조사⁴⁾에 의하면 약 95% 이상이 타인의 도움 없이 본인이 의료비를 감당하는 현실에 비추어볼 때 국민기초생활보장법의 부양의무자 기준은 의료급여에 적절치 않

3) 미국의 Medicaid에서도 소득, 자산 기준 외에 우선적으로 의료욕구를 반영하고 있다.

4) 신영석 외 “차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대 방안”, 한국보건사회연구원, 2004년.

다. 또한 재산의 소득환산제는 stock 상태를 flow로 바꾸어 생계비나 의료비를 감당할 수밖에 없다. 일정수준까지는 재산을 고려하여야 하지만 약 3천만원의 재산 공제액은 현실에 비추어 너무 낮다. 소득환산을 4.17% 또한 2년 동안에 현행 재산을 소진시켜야한다는 원리이기 때문에 저소득층 대상 의료보장 수급기준으로는 타당하지 않다. 즉 현행 수급자격기준은 상당한 의료사각지대를 낳을 수밖에 없다.

2) 급여범위 및 본인부담 관련

현재 의료급여제도의 급여범위는 “건강보험 요양기준에 관한 규칙”의 해당 규정을 준용하도록 되어있다. 즉, 급여범위가 건강보험과 거의 같다. 의료급여제도가 최저생계비 이하의 극빈층에게 의료보장을 담보하는 공공부조의 일환으로 운영되고 있는 제도임을 고려할 때 급여범위를 건강보험과 연계하여 일치시키는 것은 저소득 취약계층의 건강을 크게 위협하는 일이다. 특히 법정급여 범위 내에서도 15%를 본인이 부담해야하는 2종 입원의 경우 20% 본인부담인 건강보험과 비교하여 과도하게 높다는 지적이 있다.

표 4. 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황

종별 진료기관		1종 수급권자	2종 수급권자		
			일반인	장애인	
1차 의료기관 (외래)	의원	의약분업 적용	무료	1,000원	250원
		의약분업 예외	무료	1,500원	750원
	보건기관	의약분업 적용	무료	무료	무료
		의약분업 예외	무료	무료	무료
	약국	처방조제	무료	500원	좌 동
		직접조제	무료	900원	
보건기관처방조제		무료	무료		
1차의료기관(입원), 2차, 3차 의료기관(외래, 입원)		무료	총진료비의 15%	무료 (장애인의료비에서 부담)	

자료: 보건복지부, 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004. 12. 31.

실태조사결과⁵⁾에 의하면 의료급여의 건당 본인부담(법정 본인부담 및 비급여)이 10만원을 초과하는 건수가 약 28.01%에 이르는 것으로 나타났다. 의료급여 1종은 약 27.63%에 이르고, 의료급여 2종은 약 30.09%에 이른다. 본인부담 100만원을 기준으로 하면 의료급여 1종은 약 2.7%, 의료급여 2종은 약 1.67%가 넘는다. 2004년 기준 4인 가구 1달 최저생계비가 약 1,055천원이므로 의료급여 입원환자 가구의 약 2.3%가 1달 생계비 이상을 의료비로 지출하여야 하는 현실이다. 특히 상병에 따라서는 건당 본인부담이 5백만원에 육박하는 경우도 발생하고 있다. 의료급여 1종의 경우 골수 이식술 등 15개 상병이, 의료급여 2종은 뇌기저부 수술 등 9개 상병이 100만원 이상의 비급여를 감당해야 한다. 현행 최저생계비는 의료위험 발생시 의료급여제도가 완전히 위험을 해소해줄 수 있다는 가정 하에 산출되고 보충급여 방식의 생계비가 지급되고 있기 때문에 의료위험이 발생하여 조금이라도 본인부담이 발생하면 최저생계가 위협받을 수밖에 없다. 즉, 우리나라 의료급여 제도는 최저생계비 이하 계층을 대상으로 의료보장을 담보하는 제도이지만 실질적으로는 상당한 정도의 의료사각지대를 태생적으로 안고 있다.

4. 의료급여제도의 향후 개선 방향

1) 자격 관련

앞에서 논의했던 의료급여 과제를 자격측면에서 다음과 같은 원칙하에 해소하였으면 한다. 첫째, 의료사각지대를 해소해야 한다. 둘째, 계층간 형평성을 유지해야 한다. 의료사각지대라는 것은 질환이 발생하여 진료를 받아야함에도 재정적인 이유 때문에 진료를 받지 못하거나, 진료를 받아 진료비 때문에 빈곤층으로 전락할 수 있는 계층을 통칭한다. 현행 제도에서 의료욕구에 의해 수급자가 되기 위해서는 6개월 이상 지속적으로 진료기록이 있어야 한다. 대부분의 의료욕구를 가진 저소득층이 6개월 이상 치료조건에 부합하지 못하여 의료사각지대에 남게 된다. 따라서 현행 6개월 이상 치료조건을 3개월⁶⁾ 이상으로 완화하여 현재 이환상태에

5) 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원, 2005년.

6) 만성병에 대한 정의에 따르면 잠재기가 길며, 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간 경과를 취하는 것으로 되어있고 국민건강영양 조사에서도 3개월 이상 경과된 질병을 만성질환으로

있는 의료욕구 대상자들에 대한 실질적인 의료보장제도가 되어야 하겠다.

최저생계비 계층시 노인, 아동, 장애인 등 취약계층에 대한 고려가 전혀 되어있지 않다. 이들 취약계층은 일반인에 비해 평상시 의료욕구가 월등한 계층이다. 1년 평균 진료비 규모도 타집단에 비해 높고, 일상생활을 영위하는 데 추가적인 의료욕구가 발생하게 된다. 이들 집단 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 갖고 있는 경우는 앞에서 제시된 방법에 의해 국가의 보호를 받을 수 있지만 그렇지 못한 대상자에 대해서는 다른 각도에서 국가의 책임이 필요한 부분이다.

Stock인 재산을 Flow인 소득으로 환산하여 소득인정액 기준으로 수급자를 선별하는 데 기초공제액이 너무 낮아 최저주거수준을 유지하는 데 어려움이 가중되고 있다. 특히 금융자산 적용률 6.26%에 비해 일반자산 적용률 4.17%는 너무 과도하다. 금융자산과 일반자산이 최저생계에 미치는 영향을 고려하여 적용률을 조정할 필요가 있다. 4.17%는 자산을 2년 24개월에 소진한다는 가정하에 얻어진 비율이므로 2년이내에 빈곤으로부터 탈출하지 못하면 일반자산까지 없어져 영원히 빈곤으로부터 벗어날 기회를 잃어버리게 되는 것이다. 따라서 기초공제액을 현행 기준에서(지역에 따라 다소 차이가 있으나 평균 3,000만원) 1억원(도시가계 조사에서 재산 1억은 하위 27%에 해당함)으로 높이고 환산율도 현행 대비 50%이하로 인하할 필요가 있다.

1촌을 넘는 부양의무자에게 의료비 부담을 지우는 것은 현실적으로 어렵다. 부양의무자기준 자체가 없게 되면 도덕적 해이 가능성이 있으므로 1촌 이내의 직계 혈족으로 한정할 필요가 있겠다. 부양의무자의 부양능력 판정기준과 관련하여 다음과 같은 점 또한 고려해야 한다. 현행 판정기준은 부양의무자에게도 수급자와 마찬가지로 최저생활유지를 강요하고 있다는 점이다. 수급자에게는 최저생계비 개념을 적용할 수 있으나, 부양의무자에게 최저생계비 개념을 적용하는 것은 논리적인 문제가 있다.

2) 급여범위 및 본인부담

급여의 측면에서 의료사각지대의 완화내지 해소하기 위한 방안은 다음과 같은

분류하고 있다. 미국 National Health Interview Survey에서도 Chronic을 정의하기 위해 90일 이상의 이환상태를 이용하였다.

기본 방향에서 출발하였으면 한다. 첫째, 빈곤층에 대하여 의료보장을 강화해야 하겠다. 현재의 의료급여 수급권자는 의료위험으로부터 자유로울 수 없다. 최소한의 의료비 때문에 일시적 압박은 있더라도 이환에 따른 치료가 종결되면 짧은 기간내에 가계가 정상적으로 돌아올 수 있어야 할 것이다.

둘째, 집단간 형평성이 유지되어야 한다. 건강보험 적용대상자와 의료급여 1종, 2종간 형평성이 유지되어야 한다. 현실적으로 의료급여의 법정급여 범위가 건강보험과 연계되어 있어 현재의 급여 체계는 어느 정도 형평성이 유지되고 있다 할 수 있다. 그러나 현재의 의료보장 정도는 특히 저소득층의 생계를 심각하게 위협하는 수준이기 때문에 보장성을 강화할 수밖에 없고 의료급여제도만 보장성이 강화된다면 한계선상에 있는 건강보험적용자들은 상대적인 박탈감에 젖을 수밖에 없다. 따라서 우리나라 의료보장 체계 전체적으로 보장성을 강화하는 가운데 저소득층을 대상으로 하는 의료급여제도에 좀 더 주안점을 두는 방향으로 접근했으면 한다.

셋째, 예산 활용의 효율성을 제고해야 한다. 의료급여 제도는 전액 국가의 예산으로 충당하기 때문에 예산 활용에 낭비요소가 없어야 한다. 특히 본인부담이 없거나 상대적으로 적어서 제도 자체가 도덕적 해이 가능성을 잉태한다면 전 국민의 저항에 부딪힐 수 있다. 따라서 의료급여의 의료이용 행태가 필요이상의 장기입원을 하거나 건강보험에 비해 고액의 진료비가 지출된다면 이에 대한 관리방안이 반드시 강구되어야 한다.

최근 의료사각지대 해소를 위하여 긴급구호제도의 일환으로 긴급의료제도가 모색되고 있다. 또한 사회안전망 강화차원에서 건강보험에 의료기금을 설치하여 본인부담이 과다하거나 일시적으로 보험료를 체납하는 계층에 대여해주는 역할을 하는 것에 대한 논의가 진행 중이다. 이러한 논의는 저소득 취약계층에 대한 사회의 책임을 강화한다는 차원의 출발로 인식된다. 의료급여제도의 보장성 강화도 이러한 사회적 합의의 토대위에 설계될 수 있으리라 판단된다. 의료급여 수급권자의 의료보장을 강화하기 위해서는 수급권자들의 최저생계가 심각하게 위협받지 않아야 한다. 이를 위해 이들이 부담하는 실질 본인부담액을 감소시켜주어야 한다. 우선 법정 본인부담률에 대해 검토하고 비급여 포함 전체적인 본인부담 수준을 고려하고자 한다. 의료급여 1종은 현재 법정급여 범위 내에서 본인부담이 없는 반면 의료급여 2종은 진료비의 15%를 본인이 부담하도록 하고 있다. 1종과 2종의 구분

기준은 근로능력 여부로 판단하고 있지만 근로능력 여부를 판단하는 것 자체도 어렵고 근로능력이 있는 것으로 판명된다 하더라도 모두 최저생계비 이하의 계층인 만큼 국민기초생활보장법이 수급자의 권리로써 보장하고 있는 최저생계보장 차원에서 장기적으로는 의료급여 2종 수급권자를 현행 근로무능력자인 의료급여 1종 수급권자와 동일하게 법정급여 내에서 본인부담을 없애는 것이 옳다. 그러나 현실적으로 정부의 예산 부담까지를 고려한다면 단계적인 절차에 따라 우선 현행 15%를 10%로 인하하고 점진적으로 없애는 것이 옳을 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 과도기에는 본인부담이 과도하여 의료 접근성이 현저히 떨어질 수 있는 계층이 있다. 이를 부분적으로 보완하기 위하여 현재 실시되고 있는 본인부담 보상제 및 상한제를 현실화할 것을 제안하고자 한다. 현재 30일 기준 본인부담 20만 원 이상의 50%를 보상하는 본인부담 보상제를 10만 원 이상으로 현실화하고 180일 기준 120만 원을 상한으로 설정하고 있는 본인부담 상한제를 60만원 상한제로 할 것을 제안하고자 한다. 4인 기준 한 달 최저생계비가 약 105만원(2004년 기준)이기 때문에 생존을 위한 최저생존비⁷⁾는 약 83만원 정도로 추정된다. 이환에 따른 본인 책임을 일정부분 강조하더라도 20만 원 이상의 예상치 않은 의료비 지출은 생계 자체를 위협하게 된다. 물론 뇌경색, 백혈병 등 비급여 본인부담이 과도한 질환이 발생하면 새로이 제안된 제도에서도 생계를 위협받을 수밖에 없지만 과도기 동안은 일정부분 감내할 수밖에 없을 것으로 판단된다. 상한제를 최대 6개월간 60만원으로 하는 것은 기본적인 생계를 질환의 위협으로부터 현실적인 범위 내에서 최대한 보장하고자 하는 것이다.

비급여 포함 전체적인 본인부담 수준을 고려하고자 할 때 비용 규모별 접근 방식과 질환별 접근 방식이 있을 수 있다. 우선 질환별 접근 방식은 질환별 빈도를 같이 고려하여야 한다. 고액이면서 상대적으로 빈도가 높은 질환을 우선 보장하고 빈도는 적으면서 고액이 소요되는 질환은 비용규모별 접근방식에서 해법을 강구할 수 있을 것이다. 의료급여 수급권자들의 이환 빈도가 잦으면서 고액이 소요되는 질환군은 암, 심혈관계, 뇌혈관계, 희귀난치성 질환 등이 있다. 이 들 질환군은 생명과 직결되어있으면서 고액이 소요되기 때문에 방지할 수 없는 최우선 고려대상이 될 수밖에 없다. 최저생계비 이하의 수급권자들이 이러한 질병에 이환되면

생계유지가 불가능하고 빈곤으로부터 탈출할 수 있는 길이 요원해진다. 또한 경제적 이유 때문에 치료를 방기하면 생명에 직접적인 영향을 미치게 된다. 따라서 우선 이 들 4개 질환 군에 대해 보장성을 강화해야 하겠다. 본인부담액이 평균 2백만 원 이상인 이 들 질환에 대해 생계를 유지할 수 있을 정도의 보장성이 확보되려면 1달 평균 본인부담의 상한선이 최저생계비의 20%(문화 생활비를 제외한 생존을 위한 비용이 약 최저생계비의 약 80%로 추정됨)를 넘지 않아야 하나 이러한 대안 역시 현실적인 한계에 봉착하게 된다. 건강보험적용대상자들과의 형평성, 예산의 한계 등을 종합적으로 고려하면 우선 비급여 포함 총진료비의 10% 이하에서 본인부담이 설정될 수 있어야 하겠다. 비급여 포함 총진료비의 10%는 질환에 따라 중증도에 따라 편차가 크지만 평균적으로 이러한 질환에 이환되었을 때 약 50만원 정도를 본인이 부담하는 것으로 나타난다. 간병비, 교통비 등 치료와 관련 있는 간접비용까지를 고려한다면 이 정도의 수준도 심각하게 생계를 위협할 수 있으나 일단 출발이 중요할 것으로 보인다.

위에서는 고액이 소요되면서 빈도도 상대적으로 높은 질환에 대하여 보장성 강화방안을 제시하였다. 이는 고액이 소요되지만 상대적으로 빈도가 낮은 질환에 이환된 계층이 원천적으로 배제될 우려가 있다. 따라서 비용규모별 접근 방식도 병행되어야 한다. 상급 병실료 차액 및 선택진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위 내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50%를 보상하되 우선 공공의료기관에 한하여 시행한 후 점진적으로 확대할 것을 제안하고자 한다. 4대 질환 군에 포함되지 못하면서 고액이 소요되는 경우도 기본적인 보장 구조를 갖추어야 한다. 20만 원 이상의 경우로 한정하는 것은 앞에서 언급했듯이 기본적인 생계유지 차원에서 접근하는 것이고 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문이다. 우선 공공의료기관부터 적용한 후 비급여 항목별 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해 반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 만약 위에서 제기된 안들이 현실과 다소 상이하다면 제시된 안을 단계적으로 적용하여야 할 것이다. 본인부담 크기를 제시된 안보다 좀 더 높게 재구성할 수 있다. 본인부담 상환을 지방자치단체에서 일정부분 지자체 예산으로(예: 20%)

7) 최저생계비에서 문화생활비를 제외한 금액을 최저생존비로 정의하고자 함.

실시하게 한다면 지금보다 훨씬 많은 관심과 관리가 될 수 있을 것이다.

5. 결 론

본고는 국민기초생활보장법 시행 5주년에 즈음하여 의료급여제도의 지난 5년간의 공과를 되돌아보고 향후 제도개선 방향에 대하여 논의하였다. 지난 5년간 의료급여제도는 비약적인 발전이 있었지만 그 만큼 개선되어야 할 과제도 많다. 사각지대를 해소하고 수급자의 최저생활을 보장하는 차원에서 수급자의 확대와 보장성 강화에 초점을 맞추어 논의하였지만 본인부담 감소를 통한 보장성 강화는 의료납용 가능성을 배제하지 못한다. 의료보장의 강화와 의료납용의 가능성에 대한 관리는 제도운영의 양 날개이다. 보장성 강화와 관리를 통한 지출 억제는 서로 상반된 목표처럼 보이지만 두 개의 목적이 반드시 같이 달성되어야 하는 과제이다. 의료 위협에 처해 최저생계가 위협받는 계층에 대해 보다 철저한 국가의 보호가 필요하고 동시에 국민의 세금이 효율적으로 운영될 수 있는 기틀을 제공하는 것은 제도의 지속 가능성을 담보하고 있다. 두 가지 목표가 동시에 성취되어 우리나라 의료급여제도가 저소득 취약계층을 위한 명실 공히 의료보장제도으로써 다시 태어나길 기대해 본다. 