

저소득층 건강보장 전략

A Study to Improve Health Security for Low Income People

신영석 한국보건사회연구원 연구위원

경제위기는 저소득 취약계층의 의료현실을 점점 어렵게 하고 있다. 6개월 이상 보험료를 체납하여 급여를 제한 받는 세대가 증가하고 있고 건강보험 보장성이 취약하여 본인부담 의료비 때문에 생계를 위협받는 가구 또한 점증하고 있다. 따라서 본고는 현행 우리나라 의료보장 제도 및 의료이용 현실을 분석하여 저소득 취약계층 대상 의료보장 강화 방안을 제시하고 있다. “의료구제기금” 조성을 통하여 보험료나 본인부담 의료비를 대물해주는 방안과 공공요양기관 이용시 비급여 본인부담에 대해 본인부담 보상제 도입을 제안하고 있다.

1. 서론

1977년 500인 사업장 종사자들을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 우리나라 의료보장체계는 30여년이라는 길지 않은 기간 동안 비약적으로 발전하였다. 그러나 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 그 이후 위기는 진정되었으나 소득불평등 정도는 여전히 지속되고 있는 것으로 보고되고 있다. 소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료요구 및 의료요구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 유병률의 차이도 현저한 것으로 보고되고 있다. 소득 계층별 부담의 불형평성 문제도 주요 이슈로 제기되고 있다. 특히 의료니드 때문에 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나

오늘날 이들에 대한 의료보장제도는 이를 예방·대처하지 못하고 있다.

더욱이 작년 하반기부터 발생한 세계적 경제 위기는 우리나라에도 현실화되어 그 폭과 깊이가 어느 정도일지 가늠하기도 어렵다. 영세 자영업자의 줄도산, 폐업의 속출, 실업자 양산 등 사회의 손길을 기다리는 계층이 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 계층은 가구원이 질환에 노출되면 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 빈곤으로 전락할 가능성이 커진다. 또한 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별도의 의료제도가 존재하지 않고 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대가 점증하고 있다. 따라서 본고에서는 저소득 취약계층의 의료비 부담 관련 이론 및 외국의

사례를 검토하고 현황 및 문제점들을 분석하여 이에 대한 개선 방안을 제시하고자 한다.

2. 저소득 취약계층의 의료비 부담 관련 이론

소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있다. Wyszewinaski(1986a)는 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우도 포함하여야 한다(Wyszewinaki, 1986a)고 주장하였다. Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 ‘과부담의료비 지출’을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수

준(customary standard of living)이 위협 받을 때 라고 정의하였다.

세계보건기구(WHO, 2000)는 한 가구의 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력으로 나눈 값이 50%를 초과할 경우 의료비지출로 인하여 빈곤화에 빠질 수 있다고 하였다. 그 이후 세계보건기구는 앞의 지표에서 의료비 지출이 40% 초과할 경우가 ‘과부담상태(catastrophic status)’ 이어야 한다고 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있다고 하였다(Kawabata, Xu, and Carin, 2002; Xu et al, 2003). 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수¹⁾를 사용하여 소득계층 간 형평성을 측정하는 연구도 있다(Wagstaff et al, 1999). 선진국이지만 본인부담이 높은 미국의 경우 Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는

가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였으며, 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득 중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15%이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고한 바 있다. Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하였다. 이와 같이 과부담의료비 지출의 측정지표나 기준은 아직 통일되어 있지 않으나 가구단위로 분석하며, 한 가구의 총소득 혹은 총소비 지출을 분모로 하고 건강과 관련된 지출을 분자로 하여 그 비중을 측정하며, 그 기준점은 각 나라가 처한 보건의료정책 상황(context)에 맞게 정하여 연구하는 경향을 띠었다.

위에서 언급한 기존 연구들은 한 가구의 의료비 지출에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 가구의 소득수준을 들고 있다. 그 외 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태, 특히 노인, 만성질환자, 장애인 등 의료요구가 큰 가구원의 존재, 건강상태 등이 의료비 지출에 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

3. 외국의 사례 및 시사점

1) OECD 국가에 있어서 취약계층 의료보장의 유형

OECD 국가를 중심으로 한 선진국은 베버리 지형 국가나 비스마르크형 국가를 막론하고 필수적인 의료에 대해서는 이를 공적 의료보장의

대상으로 하고 있다. 즉, 핵심서비스(core service) 내지 기본패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package)로서 지불능력과 관계없이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다. 최근 모델해저드의 방지와 공공재정부담의 완화 차원에서 이용자 부담을 설정 내지 확대하는 경향이 있는 것은 사실이나 출발점은 우리나라의 반대편에 있었던 것이다. 또한 취약계층에 대한 배려는 저소득층에만 한정되지 않고 임산부, 아동, 장애인 등 개별 국민의 특성 내지 의료적 필요성도 강하게 반영하고 있다.

영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건의료서비스의 틀에서 통합적으로 전 국민에게 보건의료를 제공한다. 필수의료의 경우에는 이용 단계에서 거의 무상으로 이용이 가능하도록 하면서 의약품, 치료 등의 선택적 의료의 경우에 환자의 이용자 부담을 두게 된다. 일부 취약계층에게는 이용자 부담을 면제하든지 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약받지 않도록 하는 구조 하에 있다.

독일, 프랑스 등 비스마르크형 국가들은 기본적으로 대부분의 국민들이 공적 건강보험에 가입하는 것을 원칙으로 하고 있으나, 이러한 보험방식은 보험료의 지불능력을 전제로 하는 만큼 이러한 지불능력이 결여되거나 지불부담으로 인해 의료의 이용이 제약받게 될 계층에 대해서는 이를 면제한다든지 대납하든지 하는 특별한 배려를 하는 형식을 취하고 있다. 독일의 경우에는 평상시의 보험료 납부에 있어서 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면

표 1. 과부담 의료비 지출에 대한 개념 정의

	개념 또는 정의
Wyszewinaski(1986)	치료비용 규모와 상관없이 가계 재정에 심대한 부담을 주는 경우
Berki(1986)와 Stiglitz(1998)	의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준이 위협 받을 수준
세계 보건 기구(2000)	보건의료지출 비용(의료비와 보험료)을 그 가계의 지불능력(총 소비지출 중 식료품비 제외)으로 나눈 값이 40%를 넘는 경우
Feldstein(1971)	한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계
미국 국회예산처 (Congress Budget Office, 1997)	가구의 연소득 중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15%이상 지출하는 가구
Waters · Anderson · Mays(2004)	일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우
Devadasan(2005)	가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출

1) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수로(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력에 있어 누적적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다.

제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복 무자의 경우는 국가 등이 대납하는 한편, 이용 단계에서의 부담에 있어서는 장기만성질환자에 대한 본인부담을 소득의 1% 이내로 하며, '사회조항'에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제하고 있다. 프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시한다. 즉, 수혜자격 요건은 ① 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고 ② 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 한다. 일본은 국민의 1% 정도에 해당하는 생활보호 대상자에게 예외적이고 잔여적 형태의 의료부조를 실시하는 것으로 국민개보험을 통해 필요서비스를 충족시키는 것을 원칙으로 하고 있다.

자유주의형 국가인 미국은 선진국으로서 예외적으로 전 국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없으며, 그 대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)와 노인과 장애인 등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 국민의 28%를 대상으로 의료보장 기능을 담당하고 있다.

2) 시사점

우리나라에는 형식상으로는 공적부조인 국민기초생활보장제도 상의 하나의 급여 형태로

의료급여제도가 있지만 건강보험제도와는 별도로 운영이 되고 있다. 건강보험의 실효급여율이 낮게(이용자 부담이 높게) 설정됨에 따라 이러한 이용자 부담을 감당하기 힘든 계층을 선별해서 지원해 줌으로써 이들의 의료비 부담을 줄이기 위한 제도이다.

연구자마다 다소의 차이는 있지만 건강보험의 본인부담률은 비급여 포함 약 40%, 의료급여 2종은 약 30%, 1종은 약 20%에 이르는 것으로 알려져 있다. 즉 의료급여제도는 저소득층의 의료보장을 담보하는 형식을 띠고 있지만 실질적인 보장이 되지 못하고 있고 더욱이 수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층³⁾이나 최저생계비이상의 차상위 계층은 심각한 건강위협에 직면하고 있다. 이러한 현실은 선진외국의 경우에 비추어보면 정도가 더하다 하겠다. 대부분의 유럽국가는 조세방식이나 보험료 방식의 차이 없이 저소득층의 의료보장을 실현하고 있고 공공보험이 없는 미국은 저소득층 대상 수급자격을 폭 넓게하여 약 14% 이상의 국민이 Medicaid 혜택을 받고 있다. 이러한 외국의 경험에 비추어 우리나라 의료보장체계는 다음과 같은 과제를 안고 있다. 첫째, 1차 의료안전망인 건강보험의 보장성을 강화해야한다. 둘째, 당장 건강보험의 보장성 제고에 한계가 있다면 저소득 취약계층 대상 의료제도인 의료급여제도의 수급기준을 완화하여 수급자 수를 증가시키고 동시에 보장범위를 넓혀야 한다. 즉 의료안전망을 훨씬 더 촘촘히 체계적으로 재구축할 필요가 있다.

4. 저소득층의 의료이용 실태 및 문제점

저소득층의 의료이용 실태를 파악하기 위해서는 차상위 계층 포함 저소득 취약계층 중 의료요구가 긴요한 계층이 필요한 만큼 의료서비스를 받는 것이 제도적으로 완비되어 있는지를 살펴봐야 한다. 이를 위해서는 모든 대상자들이 자격에서 누락되는 경우는 없는지, 자격은 주어졌지만 다른 제도적 여건(본인부담 가격 등)이 의료서비스를 받는 데 지장을 초래하지 않는지 여부를 검토해보아야 한다. 따라서 아래에서는 자격측면과 급여측면으로 나누어 이를 검증하고자 한다.

1) 자격 측면

법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활보장 수급자, 인간문화재, 의사상자 등 기타 대상자, 특례법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전 국민은 건강보험 가입자이므로 자격측면에서 우리나라 의료보장체계는 공고하다 할 수 있다. 차상위 이하의 계층 중 소득이 최저생계비(빈곤선) 이하의 계층³⁾은 의료급여 수급자로 나머지는 건강보험 가입자이기 때문에 자격측면에서 누락되는 계층은 없다. 다만 6개월⁴⁾ 이상 체납하고 있는 약 158만 건강보험 가입세대의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료보

장체계로부터 벗어나 있다. 또한 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓여있는 계층이 약 3만 명⁵⁾에 이르고 있다.

건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 6개월 이상 체납하고 있는 158만 세대 중 46.7%인 약 74만 세대가 생계형 체납이고 나머지 84만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 즉 자격측면에서 74만 세대(177만 명)⁶⁾와 약 3만 명의 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료요구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있다.

2) 급여 측면

급여 측면에서 저소득층의 의료이용 실태를 파악하기는 대단히 어렵다. 건강보험과 의료급여제도 모두 법정급여 범위 내에서 본인부담률을 정하고 있기 때문에 비급여(법정 비급여 또는 임의 비급여)부분을 정확히 파악하는 것은 불가능하다. 즉 비급여 포함 환자의 실질 본인부담 규모를 파악하기가 어렵다. 더욱이 소득수준별 의료지출 비용을 측정하기는 대단히 어렵다. 그러나 간접적인 방법에 의해 추정할 수 있다. 간접적인 추정을 위하여 건강보험공단에서 실시한 본인부담 측정 결과, 한국보건사회연구원이 실시한 차상위 실태조사 결과, 복지패널 실태조사 결과, 가계조사연보의 의료부분, 건강보험공단 진료 자료를 통한 보험료 등급별 진료

2) 소득은 최저생계비 기준 이하이나 부양의무자 조건, 재산의 소득환산제 등 때문에 수급자가 되지 못한 계층

3) 자산조건과 부양의무자 조건도 만족해야함.

4) 2008년부터 3개월 이상 체납에서 6개월 이상 체납으로 바뀌었음.

5) 건강보험공단 내부자료 인용

6) 부양율 1.4 적용 추산

실태 등을 분석하고자 한다.

(1) 본인부담 실태조사 결과

요양기관 실태조사를 통한 국민건강보험공단의 「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 연구가 3개 년도를 시계열적으로 분석하고 있다. 국민건강보험공단의 연구에 의하면 전체적으로 2006년의 보장률은 64.3%로 2005년의 보장률 61.8%와 2004년의 61.3%보다 상승한 것으로 분석되었다. 법정본인부담률은 거의 변화가 없었으나 비급여 본인부담률은 13.3%로 전년에 비해 2.3%p 낮아졌다.

위와 같은 본인부담진료비 분석은 전체적으로 제도의 본인부담 정도는 파악할 수 있으나 소득 수준별 의료비 부담은 파악하기 어렵다. 질환에 따라 수백만 원의 본인부담이 있는 경우도 있지만 경제적 능력이 충분하다면 문제가 되지 않는다. 반대로 본인부담 의료비가 미미한 수준이라 할지라도 가계단위에서 부담을 느낀다면 이는 별도의 대책이 강구되는 부분이기도 하다.

(2) 차상위 실태조사 결과

2004년도에 한국보건사회연구원에서 실시

한 차상위 실태조사 결과에 의하면 수급자의 48.6%, 차상위 계층의 65.8%, 전 가구의 31%가 의료비 과부담[의료비(보험료와 의료지출액의 합)가 소득의 10% 이상] 상태에 있는 것으로 나타났다.

(3) 복지패널(2006)를 활용한 소득분위별 보건의료비 지출 실태

2006년도 의료급여 수급자 중 보건의료비가 소득의 10%를 넘는 가구가 전체의 약 19.33%에 이르고 20%를 넘는 가구도 7.82%에 이르고 있다.

2006년도 건강보험 가입자 중 소득기준 1분위는 소득 대비 약 26.25%를 보건의료비 및 건강보험료로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 반면 가장 소득이 높은 10분위는 약 4.74%만을 보건의료비 및 건강보험료로 지출하고 있다.

건강보험의 소득분위별 과부담 보건의료비 실태가 아래에 나와 있다. 2006년에는 전 국민의 약 22.06%가 소득의 10% 이상을 보건의료비로 지출하는 것으로 나타났는데 1분위의 경우 50.94%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하는 의료비 과부담 가구로 나타났다.

표 2. 의료급여수급권자의 종별 과부담 보건의료비 실태(2006년)

의료급여	10% 이상	15% 이상	20% 이상
1종	21.12	13.26	8.31
2종	15.46	12.08	6.76
합계	19.33	12.88	7.82

표 3. 건강보험 소득분위별 보건의료비 실태(2006년)

분위수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	합계
(보건의료비+건강보험료)/평균소득	26.25	17.04	12.10	12.59	8.90	7.60	5.91	6.41	5.61	4.74	6.20

표 4. 건강보험 소득분위별 과부담 보건의료비 실태(2006년)

분위수	10% 이상	15% 이상	20% 이상
1	50.94	36.46	26.24
2	43.97	31.75	22.92
3	31.07	19.35	13.07
4	27.33	16.64	12.73
5	19.86	12.56	10.02
6	14.77	9.51	5.77
7	9.68	3.57	2.38
8	10.87	5.60	3.90
9	6.28	2.55	1.70
10	5.94	2.89	1.19
합계	22.06	14.08	9.99

(4) 가계조사연보를 활용한 소득분위별 보건의료비 지출 실태

가계조사는 농가, 어가, 단독가구, 가계수지 파악이 곤란한 가구 및 외국인 가구를 제외한 전국에 거주하는 가구를 대상으로 표본가구로 선정된 조사대상 가구에 대하여 매월 조사표(가계부)를 배부하여 매일 매일의 수입과 지출에 관한 금액과 품목 명을 직접 가계부에 기입하는 가장방식을 택하고 있다. 농어가 등 일부 계층이 누락되어 전국을 대표하기는 다소 어려우나 경향치를 파악하기에는 충분할 것으로 판

단된다.

소득이 가장 열악한 1분위는 소득대비 보건의료비 및 건강보험료 지출비중이 거의 20%를 육박하고 있고 소득이 가장 높은 10분위는 5% 이하의 소득을 의료비로 지출하고 있다. 가계조사연보는 가구별 자료로 구축되지 않아 분위별 의료비 과부담 가구 비율을 구하지 못했다.

(5) 건강보험공단 자료를 이용한 2006년 소득계층별 과부담 의료비 가구 분석

2006년 건강보험가입자 및 의료급여대상자

의 소득계층별 의료이용행태를 살펴보기 위해 건강보험대상자와 의료급여대상자의 1%자료를 가지고 분석하였다. 소득의 대리변수⁷⁾로 보험료를 활용하였으며, 추출방법은 직장과 지역을 구분하여 모든 가입세대를 보험료 순위로 나열하고 1%씩 계통 추출하였다. 의료급여의 경우는 모두 최저생계비 이하의 세대이므로 세대 규모별 최저생계비를 소득으로 간주하였다.

의료비지출 규모에서 비급여 본인부담은 건강보험의 경우 건강보험연구원 김정희(2008년) 연구결과에 의하면 입원시 비급여 본인부담률 21.7%(2006년), 외래 비급여 본인부담률 14.8%(2006년), 그리고 약국 1.4%(2006년)를 적용하여 추정하였다. 의료급여의 경우 입원은 신영석(2005년)자료의 1종 14.68%, 2종 14.18%를 적용하여 추정하였다. 그러나 의료급여 외래와 약국의 경우는 비급여 본인부담률이 제시된 연구

가 없어 김정희(2008년)의 건강보험 비급여 본인부담률을 적용하여 추정하였다.

의료급여 수급자 중 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가구는 약 14.57%로 나타났다. 소득의 20% 이상을 지출한 가구도 7.81%에 이르고 있다.

건강보험 직장가입자 중 1분위의 경우 39.08%, 10분위 계층은 5.43%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 직장가입자 전체 기준 20% 이상을 지출하는 가구도 7.45%에 이른다.

건강보험 직장가입자 중 1분위의 경우 28.21%, 10분위 계층은 11.12%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 직장가입자 전체 기준 20% 이상을 지출하는 가구도 6.96%에 이른다.

표 5. 소득분위별 보건의료비용 실태(2007년)

(단위: 원, %)

분위수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	합계
(보건의료비+건강보험료)/평균소득	19.76	9.26	7.53	7.04	6.66	5.99	5.88	5.45	5.53	4.74	5.50

표 6. 의료급여 수급자의 종별 과부담 의료비 분석(2006년)

구분	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1종	8288	1509	18.21	1067	12.88	833	10.05
2종	4441	345	7.77	223	5.02	161	3.63
합계	12729	1854	14.57	1290	10.13	994	7.81

7) 소득자료가 없어 부득이 건강보험자료를 활용하여 보험료를 소득의 대리변수로 사용했음.

표 7. 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(지역, 2006년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	9,781	3,822	39.08	2,884	29.49	2,298	23.49
2	6,696	1,633	24.39	1,095	16.35	803	11.99
3	8,309	1,797	21.62	1,058	12.73	686	8.26
4	8,735	1,946	22.28	1,078	12.34	684	7.83
5	7,941	1,447	18.22	712	8.96	411	5.17
6	7,264	1,100	15.14	490	6.75	275	3.78
7	8,945	1,144	12.79	512	5.72	297	3.32
8	6,346	608	9.58	271	4.28	173	2.72
9	8,304	692	8.33	330	3.97	210	2.53
10	7,607	413	5.43	216	2.84	125	1.65
합계	79,928	14,599	18.27	8,650	10.82	5,958	7.45

표 8. 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(직장, 2006년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	14573	4112	28.21	2741	18.81	1929	13.24
2	10250	2172	21.19	1276	12.45	825	8.05
3	8582	1637	19.08	938	10.93	561	6.54
4	7554	1540	20.39	842	11.15	514	6.80
5	13757	2689	19.54	1435	10.43	852	6.19
6	7527	1522	20.22	776	10.30	445	5.92
7	9270	1909	20.59	944	10.18	528	5.70
8	11372	2351	20.67	1143	10.05	685	6.02
9	9373	1606	17.14	768	8.20	450	4.80
10	9664	1074	11.12	497	5.15	311	3.22
합계	101922	20608	20.22	11363	11.15	7095	6.96

(6) 실태조사 결과 비교

앞에서 분석된 각 자료별 결과치들이 상당한 차이를 보이고 있다. 가계조사연보는 소득 분위

별로 합산된 Data만 있어서 가구별 분석에 한계가 있었다. 다른 세 종류의 조사 결과는 너무 현격한 차이가 발생하여 그 원인을 살펴보고자 한다. 차상위 실태조사는 의료비 관련 항목이 가

장 세분화되어있다. 외래, 약국, 입원 외에도 간병비와 일반 의료비 지출 등의 항목이 별도로 분리되어 있어 실제 이상의 비용이 합산되었을 개연성을 무시할 수 없다. 복지패널조사의 경우 2006년 의료급여 표본수가 갑자기 전년도에 비해 감소하여 신뢰성을 담보하기 어려운 것으로 보인다. 건강보험 자료는 여러 단계의 과정을 거쳐 대리 변수들이 사용되었기 때문에 이 또한 신뢰성에 한계가 있다. 보험료를 소득의 대리변수로 사용하였고 공단에서 실시한 본인부담실태조사의 본인부담율 결과치를 사용하여 비급여 부분을 역추적하였다.

위에서 열거한 한계에도 불구하고 표본 수가 가장 많고 실제통계로부터 추출한 건강보험 자료가 가장 근접한 수치로 판단된다. 전 국민의 1%를 표본으로 삼았고 입원, 외래, 약국의 실제 진료비를 적용하였다. 비급여 부분은 공단 자료를 사용하여 역추적하였으나 실제치로부터 얻어진 것을 감안하면 다른 조사 결과들 보다는 훨씬 현실에 근접한 수치일 것으로 보인다. 따라서 방안 도출이나 결론부분에서는 건강보험

자료를 기준으로 설계하고자 한다.

3) 저소득층 의료이용 실태 관련 문제점

저소득 취약계층 대상 의료보장체계의 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 약 73만 가구(약 177만 명-비자발적 체납자)의 건강보험 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자들은 자격측면에서 원천적으로 의료보장체계에서 벗어나 있다. 둘째, 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 약 19%(건강보험자료-2006년)에 이르고 있다. 즉 현행 의료보장체계의 보장성이 약하여 의료비 때문에 생계에 지장을 받는 국민이 약 900만 명을 넘고 있다. 셋째, 자격측면에서 그리고 급여측면에서 의료보장체계로부터 벗어나 있는 저소득 취약계층에 대한 제도적 장치가 미흡하다. 또한 그나마 존재하는 의료지원제도들이 제 각각 예산형편에 따라 임시방편적으로 설계되

어 체계적이지 못하다. 예를 들면, 경제적 능력은 없지만 긴급한 의료욕구가 발생하여 응급실을 이용해야 하고 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우, 우선 응급대불제도를 이용할 수 있을 것이다. 응급상황이 종료되면 입원료가 필요하지만 비급여가 과도하여 본인이 부담할 능력이 안된다. 이런 경우 2005년에 입법된 긴급구조제도 중 긴급의료제도를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 긴급의료제도를 이용하고자 하여도 소득이 최저생계비의 130%를 넘거나, 재산이 있으면(도시: 95백만원, 농어촌: 7,250만원) 이용할 수 없다. 우선 치료를 받게 하고 지불능력이 안되는 계층에게는 연차적으로 상환할 수 있는 제도적 장치가 미흡하다.

과 저소득 취약계층에 대한 보장성 강화대책으로 나누어 살펴보고자 한다.

보험료 체납자에 대해 급여제한 등 제도적 불이익이 없으면 도덕적 해이 현상이 심화되어 제도 유지에 어려움이 따를 수밖에 없다. 당연이 체납자에 대한 급여제한은 필요할 것으로 판단된다. 다만 급여제한이 제도화된 상태에서 비자발적 체납자에 대한 의료보장 방안을 어떻게 강구하느냐가 문제의 본질이다. 비자발적 체납자는 실업, 재해, 빈곤(기초보장제도의 수급기준에서 부양의무자 조건과 소득인정액 적용 때문에 빈곤함에도 수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층), 폐업 등 경제적 능력의 취약으로 보험료를 납부할 수 없는 계층이다. 따라서 이들에 대해 별도의 대책이 요구되는 것이다.

차상위 실태조사와 복지패널조사에 의하면 부양의무자가 있음에도 부양을 받지 못하는 계층이 다수 존재하는 것으로 나타나고 있다. 의료위험이 발생했을 때 부양의무자의 도움을 빌리는 계층은 약 8%에도 못 미치고 있다. 대부분의 경우 본인이 해결해야하는 상황이다. 따라서 의료급여 수급 기준(부양의무자 조건과 재산의 소득 환산제)을 완화하여 수급자로 편성하거나 건강보험에서 급여중단이 일어나지 않도록 보험료 지원이 이루어질 수 있어야 한다. 그러나 현실적으로 의료급여수급권자를 확대하는 것은 여러 제약이 있는 것으로 보인다. 예산 확보 측면에서 그리고 중장기적으로 건강보험과의 관계를 고려하면 건강보험제도 내에서 틀을 재정비 할 필요가 있을 것으로 보인다. 우선 보험료 지원이 급선무이다. 가칭 “의료구제기금”을 통하여 보험료를 지원함으로써 접근성을 보장

5. 결론: 저소득층 건강보장 강화 방안 중심으로

사회보험은 사회연대성 원리를 기반으로 한다. 더욱이 건강보험은 다른 보험과 달리 소멸성 단기보험이기 때문에 연대성 원리에 더욱 충실할 필요가 있다. “건강보험 미래전략” 보고서에 의하면 우리나라 국민의료비는 2005년 기준 GDP의 5.9%로 OECD 평균인 8.9%에 많이 못 미치고 있다. 더욱이 공공부문의 비중은 약 50%에 머무르고 있어 향후 우리나라는 건강보험과 의료급여제도가 그 역할을 강화해야 한다. 빈곤층 전략 사유 중 가장 주요요인으로 지적되는 것이 과도한 의료비 지출이다. 따라서 빈곤층으로의 전략을 방지하기 위하여 건강보험 적용 대상자 중 체납계층에 대한 자격관리 방안

표 9. 각 자료별 의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구 비율 비교

(단위: %)

자료	가구 비율		비고	
차상위 실태조사 (2003)	의료급여	48.6	의료비 관련 항목이 가장 세 분화 되어있음.	
	건강보험	31.0		
복지패널 조사 (2006)	의료급여	48.28	의료급여의 표본수가 적음 (624개-2006년, 267개-2007년)	
	건강보험	22.06		
건강보험자료 (2006)	의료급여	14.57	보험료를 소득의 대리변수로 사용	
	건강보험	지역		18.27
		직장		20.22

한다. 의료위험이 발생하여 본인부담이 과도한 경우 또한 이들에게는 현실적인 어려움을 초래한다. 따라서 의료구제기금을 통하여 대불⁸⁾할 수 있는 방안의 모색이 필요할 것으로 보인다. 보다 근본적으로 건강보험에서도 소득수준별 급여의 차이 즉 본인부담의 차이가 필요할 것으로 보인다. 비수급 빈곤층에 해당되는 계층에게는 의료급여 수급권자 수준의 본인부담형태로 개편하여 이들을 의료위험에서 보호해야 할 것이다. 경제위기 동안 한시적으로 보험료 지원 및 본인부담 대불금 제도를 시행하되 위기가 극복될 때까지 보험료 부과체계와 본인부담 체계를 개편하여 능력이 안되는 계층에게는 보험료를 면제하고 능력수준에 따라 본인 부담률을 차별화할 것을 제안한다.

실업, 재해, 폐업 등 경제위기 때문에 일시적 곤궁에 처한 비자발적 체납자에 대해서도 “의료구제기금”을 통하여 한시적으로 지원하되 계속 어려움에 있는 계층은 중장기적으로 의료급여제도에서 포괄하고 어려움에서 탈출한 계층은 지원된 보험료를 사후에 환수하는 것이다. 즉 비자발적 체납세대 중 적격자에 대해서는 국민기초생활보장법에 의해 의료급여 수급자로 전환한다. 또 부양의무자 또는 재산의 소득환산 때문에 국민기초생활보장제도의 수급자가 되지 못한 계층 등 비자발적 체납계층에 대해서는 의료구제기금⁹⁾ 형성을 통한 건강보험료 지원

및 진료비 본인부담 대부제도를 도입하여 의료수요를 감당한다. 특히 일시적 실업, 도산, 부도 등에 의해 일시적 체납중인 유형에 대해서는 체납보험료 결손처분, 체납보험료 경감, 분할납부 등 방법을 통하여 의료욕구를 감당할 수 있게 해야 할 것이다. 자발적 체납 계층에 대해서는 제도 개선을 통하여 스스로 보험료를 납부할 수 있도록 동기를 부여하여야 한다. 이들은 경제적 능력이 있음에도 제도에 대한 저항, 인지 부족으로 인해 체납상태에 있기 때문에 의료사각지대로 볼 수 없다. 특히 의료욕구가 발생할지라도 자체 능력에 의해 의료비 감당이 가능한 집단이기 때문에 국가나 공단차원의 정책적 배려보다는 체납자에 대한 납부설득 및 유인, 제도 개선을 통한 납부 동기부여 또는 압류, 체납처분 등 관리의 강화가 필요하다. 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 건강보험 자격정지가 되어있어 관리가 현실적으로 어려운 계층에게는 긴급 의료제도가 대안이 될 수 있을 것이다.

급여측면에서 저소득 취약계층¹⁰⁾의 의료보장은 진료비 본인부담액과 결부되어진다. 법정급여 범위 내에서의 본인부담과 비급여 본인부담으로 나누어 저소득층 대상 본인부담 경감방안을 논의하고자 한다. 법정본인부담의 경우 의료빈곤에 있는 계층에게 “의료구제기금”을 이용하여 본인부담 의료비를 대불해주고 후일 연차적으로 상환하는 제도 도입을 권하고자 한다.

비급여 본인부담의 경우 비급여 본인부담 보상제 도입을 권고하고자 한다. 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 일정액 이상(예: 30일 기준 30만원) 초과분에 대해 50%를 보상하되 우선 본인이 부담하고 사후적으로 신청에 의해 의료급여 수급자의 경우 즉각 상환하고 건강보험가입자의 경우 보험료 수준(예: 전 국민 기준 하위 20% 이하)에 따라 상환여부를 결정한다. 다만 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료의 경우에 한정하여 실시할 필요가 있다. 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문이

다. 우선 공공의료기관으로부터 적용한 후 비급여 항목별 기준 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 민간부분의 경우 보상률을 50%보다 낮게(예: 30%) 적용할 수도 있을 것이다.

비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해 반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심각할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 즉 상한제 한계부분에 이르게 되면 필요이상의 처치, 필요이상의 장기입원 등 공급자 및 수급자 양쪽 모두 도덕적 해이가 만연할 우려가 있다. 보건복지

8) 일정기간후 분납에 의해 대불금 상환.

9) 일시적 실업, 도산, 부도 등 때문에 가계의 경제적환경이 심하게 악화되어 보험료 체납이 불가피한 계층에게 보험료를 일시적으로 대부해주는 제도.

10) 적용대상은 전 국민의 약 20%(의료를 기준으로 실태조사에서 2분위와 3분위 간 차이가 현격한 것으로 나타났음)로 한정하되 일시적 실업, 도산 등 어려움에 처한 계층도 포괄.