

의료안전망의 재구성과 정책과제

Health Care Safety Net in Korea: Issues and Policy Options



신영진 한양대학교 의과대학 부교수

최근 국내외 경제상황은 견고한 의료안전망을 더욱 필요로 하고 있다. 그러나 현재 의료안전망의 개념과 내용에 대한 논의는 아직도 체계적으로 이루어지지 못하고 있으며, 현재 통상적인 의료안전망이라고 여기는 건강보험, 의료급여, 의료비지원 등과 같은 제도들은 형식적인 틀만 갖추었을 뿐 그 실효성에 많은 제약을 가지고 있다. 의료안전망의 실효성을 높이기 위해서는 그 개념과 내용의 재구성이 필요한데, 구체적으로 의료안전망에 예방과 건강증진, 재활과 사회복귀 영역을 추가하고, 여전히 의료사각지대에 있는 사람들을 주요 정책대상에 포함시키며, 민간부문을 통한 자원조달과 서비스 제공 역시 그 틀 안에 포함시킬 필요가 있다. 시민사회와 당사자가 참여하는 운영체계를 구축하고 사업을 지속적으로 모니터링 하는 장치도 만들어야 한다. 그리고 소득, 주거, 교육, 문화부문의 사회안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 설계, 운영되어야 한다. 이러한 과정은 본질적으로 정치적 과정을 동반하고, 그 과정에는 의료안전망의 역할과 의미에 대한 정치적 입장 정립과 국민의 지지를 필요로 한다. 또한 의료안전망구축을 위해 노력하는 전문가들, 시민사회의 역할이 중요하다. 아울러 견고한 의료안전망의 구축여부는 우리 사회의 성격을 보여주는 중요한 지표가 될 것이다.

1. 의료안전망이란?

우리나라 보건의료정책에서 ‘의료안전망’라는 말이 본격적으로 사용되기 시작한 시점과 그것이 내포했던 의미를 명확히 파악하는 것은 어렵다. 그러나 학술 영역과 대중매체에서의 사용 양상을 확인해 보면 1987년 경제위기시기 이후 ‘사회안전망’이라는 용어가 본격적으로 사용되기 시작하면서 이를 의료부문에 적용해 사용해 오고 있는 것으로 보인다. 이러한 사실은 의료안전망에 대한 논의에서 중요한데, ‘의료안전망’의 개념이 ‘사회안전망’의 개념과 친화성을

가지며, 한편으로는 아직까지 엄밀한 과학적 정의에 근거하기 보다는 다분히 사용자의 편의에 의해 정의하고 있다는 것이다.

신영석 등은 의료안전망이 “의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄한다.”고 하면서 “정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아진다. 따라서 광의의 개념을 적용하게 되면 사회보험인 건강보험, 빈곤선 이하를 대상으로 하는 의료급여제도 그리고

특수목적에 맞게 설계된 긴급구호제도, 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급대불제도 등 기타 의료관련 제도를 포괄한다. 협의의 개념이 적용되면 전 국민 대상 건강보험은 제외되어야 할 것이다.”고 하였다.¹⁾ 미국에서는 통상적으로 ‘의료안전망’을 ‘의료보장 미가입자나 보장수준이 낮은 집단들에게 직접적인 보건 의료서비스를 제공하는 것을 법적 의무로 가지거나 그것에 기여를 목적으로 하는 공공과 민간부문의 모든 기관과 프로그램’이라고 정의한다.²⁾ 또한 국제연합개발계획은 사회안전망을 ‘기존 사회보장제도 하에서는 보호 받을 수 없는 사람들을 보호하기 위한 대책’으로 한정하여 정의하기도 한다.³⁾

‘사회안전망’은 실업, 질병, 노령, 빈곤 등 사

회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치를 말한다. 사회안전망의 구체적인 대상, 범위와 내용에 대해서는 다양한 의견이 존재하나, 광의의 개념을 적용할 때, 통상적으로 1차 사회안전망으로 사회보험을, 2차 사회안전망으로 공공부조와 사회서비스를, 3차 안전망으로 위기상황에 대한 긴급지원 및 구호제도로 구분하기도 한다. 이러한 사회안전망의 조각적 정의를 그대로 의료안전망에 적용하면 의료안전망은 ‘사회안전망의 하나로 특별히 질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’라고 정의할 수 있다. 또한 1차 의료안전망으로 건강보험, 2차 의료안전망으로 의료급여제도 및 일부 사회서비스, 3차 의료안전망으로 의료비지원제도와 긴급지원사업 등

과 같은 의료관련 제도로 구분할 수 있다. 그러나 실제로는 위와 같은 구분에서 2차와 3차 또는 3차에 해당하는 제도만을 ‘의료안전망’으로 간주하여 사용하는 경우가 많다.

2. 의료안전망의 현황 및 문제점

현재 우리나라의 대표적 의료안전망이라 할 수 있는 건강보험제도, 의료급여제도, 의료비 지원제도의 현황과 문제점을 정리하면 다음과 같다.

1) 건강보험제도

1977년 시작하여 1989년 전 국민 건강보험 제도로 발전한 우리나라 건강보험제도는 상대적으로 빠른 시간 내에 전 국민의 의료보장수준을 일정수준 이상으로 끌어올렸다는 점에서 국가 의료안전망 구축에 성공적으로 기여했다. 그러나 그 보장대상에서 제외되는 이들의 문제와 낮은 보장수준은 지속적인 문제가 되고 있다.

(1) 낮은 보장성

건강보험제도가 의료안전망으로써 기능하기 위해서는 우선 그 대상 범위가 전 국민, 특히 취

약계층을 모두 포함할 수 있어야 하고, 그 보장수준은 진료비로 인한 빈곤화를 야기하지 않을 수준이어야 한다. 우리나라 건강보험제도는 전 국민 의료보험이라는 면에서 적어도 제도적으로는 전자의 요건을 충족했다고 볼 수 있다(차상위 의료사각지대문제는 의료급여에서 다룬다). 그러나 건강보험의 낮은 보장수준은 우리나라 건강보장의 핵심적인 약점으로 지적되어 오고 있다. 현재 우리나라 건강보험의 보장수준은 흔히 61.8%⁴⁾ 수준으로 이야기되지만, 정형선은 환자 본인이 지급하지 않는 의료비 부분을 계상할 경우 56%에 불과하다고 보고하였다.⁵⁾

(2) 과부담 의료비

이러한 낮은 보장수준은 과부담 의료비로 이어지는데, 지불능력의 10% 이상 의료비를 지출하고 있는 가구규모는 전체 가구수의 10~15%에 달하는 것으로 나타나고 있고, 25%이상 지출하고 있는 가구들도 4%를 상회하고 있다. 과부담 의료비의 발생은 일차적으로는 가구의 경제적 부담을 증가시키고 파산과 빈곤화의 원인이 된다. 미국의 경우, 2007년 의료비로 인한 파산률이 62.1%에 달하며⁶⁾ 이에 대한 지속적인 보고가 이루어지고 있으나, 우리나라의 경우, 의료비로 인한 파산률에 대한 체계적인 조사와 의미 있는 자료를 찾기 어렵다. 그러나 과도한

표 1. 의료안전망의 개요

의료안전망	대상	주요사업
1차	전 국민	건강보험제도
2차	의료급여수급자	의료급여제도
3차	저소득, 질병, 장애인	의료비지원제도 응급대불제도 희귀난치성질환 소아 및 아동 암 환자 성인 암 환자 장애인 입양장애아 미숙아 및 선천성 이상아 노인 개안 및 망막증 수술 지원 긴급지원사업

1) 신영석, 신현웅, et al. (2006). 의료안전망 구축과 정책과제. 서울, 한국보건사회연구원.
 2) Jacobson, P. D., V. K. Dalton, et al. (2005). "Survival strategies for Michigan's health care safety net providers." Health Serv Res 40(3): 923~40.
 3) 국제연합개발계획 한국대표부, 사회안전망, 1999: 4~5

4) 국민건강보험공단, 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 2006.
 5) 정형선, 경제위기 하의 의료보장정책, 2009 한국사회보장학회, 국회 시장경제와 사회안전망포럼 공동주최 정책세미나 자료집, 2009: 135~149.
 6) Himmelstein, D.U., et al., Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study, Am J Med, 2009. 122(8): p. 741~6.

의료비는 우리나라에서도 중요한 빈곤화의 원인이 되고 있다는 것은 분명하다.

3~10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%가 경제적인 이유로 치료를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다.

(3) 미충족 의료

과부담 의료비의 발생은 필연적으로 미충족 의료를 야기한다. 최근 연구결과는 경제적인 요인에 따른 우리나라 성인의 의료 미충족률이 약

2) 의료급여제도

1979년 12월 법과 시행령, 규칙이 정비됨에 따라 비로소 작동을 시작한 의료급여제도는 최

표 2. 과부담 의료비 지출현황

연구자	대상	10% 이상 지출	25% 이상 지출
이원영 등(2003)	도시가구	11.8	4.0
이태진(2003)*	전 국민	15.45	4.82
손수인(2009)*	전 국민	19.1	5.8 (30% 이상 지출)
신영석 등(2006)	의료급여수급자	13.03	7.32 (20% 이상 지출)

* 지불능력=총가계지출-식료품비

표 3. 미충족 의료실태

연구	대상	자료	미충족 의료
김태일 외(2007)	19세이상 성인 21,648명	국민건강영양조사 (2005)	미치료 경험률(경제적 원인) = 9.5% 1분위(빈곤층)=13.6% 5분위(고소득층)=1.6%
허순임 외(2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 17.1*0.495=8.46%
이현주 외(2008)	전국 대표 22,912가구	차상위계층실태 분석 (2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 =84.38% 12.07*0.8438 = 10.2%
신영전 외(2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%,절대빈곤층=7.79%

저생계비이하의 저소득층에게 의료안전망으로써의 역할을 수행해 오고 있다. 2007년 현재 약 185만 명(전체 인구의 약 3.7%)이 그 대상자가 되고 있다. 현재 의료급여제도가 가지는 한계로 지속적으로 지적되고 있는 문제는 다음과 같다.

(1) 적용대상 범위의 미흡

의료급여제도가 빈곤층의 올바른 보호 장치가 되기 위해서는 원칙적으로 필요한 모든 대상자를 포함할 수 있어야 한다. 2007년 현재 약 전체 인구의 3.7%가 의료급여의 혜택을 받고 있으나, 현재 그 기준으로 삼고 있는 최저생계비는 계속 빈곤가구는 물론 반복빈곤과 만성빈곤가구를 보호하기에는 낮은 수준이다. 실제로 2008년 7월 현재 3개월 이상 건강보험료를 체납한 지역건강보험 세대가 205만 세대, 체납사업장이 6만2천 개소에 달하고 있다.⁷⁾ 이현주 등은 최저생계비 기준의 계속빈곤가구를 보호하기 위해서는 정책빈곤선이 최저생계비의 140%까지 높아져야 한다고 하였다. 2006년 현재 경상소득을 기준으로 소득인정액이 최저생계비의 120%이하인 차상위계층까지만 추가로 의료급여대상에 포함시킨다고 하더라도 그 규모는 전 가구의 5.04%인 약 82만 가구, 인구로는 3.51%인 약 170만 명에 달한다.⁸⁾

(2) 의료급여 수급자의 낮은 보장성과 의료이용의 장애물들

의료급여 수급자가 된다고 해서 모든 문제가 해결되는 것은 아니다. 현재 우리나라 건강보험의 낮은 보장수준은 의료급여에도 적용된다. 2005년 복지패널 조사 결과에 따르면, 1종 의료급여환자의 13.7%에서 미충족 의료를 경험했다고 대답하고 있고, 특히 본인부담금을 내야 하는 2종 의료급여환자의 26.3%가 미충족 의료를 경험했다고 보고하고 있다.⁹⁾ 이현주 외의 차상위계층 조사에서도 법정차상위계층의 26.88%가 치료를 포기한 경험이 있다고 보고하고 있으며 이 중 84.4%가 경제적인 이유였다.¹⁰⁾ 이에 더하여 복잡한 수급절차, 위압적 행정처리, 진료과정에서 겪게 되는 차별도 이들의 의료 접근성을 떨어뜨리는 요인으로 작용한다. 여기에는 상대적으로 낮은 수익성이나 진료비 체불로 인한 의료서비스 제공자들의 기피현상도 더해진다. 대부분 거동이 불편하고 돌봐 줄 가족이 없는 고령 환자에게 가족의 역할을 대신할 수 있는 서비스가 없는 것도 이들이 제때에 의료서비스를 이용하지 못하는 원인이 되고 있다.

3) 의료비지원제도 및 긴급지원사업

협의의 의료안전망 정의를 적용했을 때, 대표적인 의료안전망 제도가 의료비 지원제도 및 긴급

7) 정현선, 전게서, 2009.
8) 이현주, 강신욱, 김태원 외, 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책대안, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2008.
9) 신영전, 손정인, 미 충족의료의 현황과 관련요인, 보건사회연구, 29권 1호, 2009, 111~142.
10) 이현주 외, 전게서, 2008.

급지원사업이다. 의료비지원제도는 다시 응급 인의료비지원, 암치료지원처럼 법정본인부담 대불제도처럼 비용을 대불해 주는 제도와, 장애 부분을 지원하는 사업, 그리고 희귀난치성질환

표 4. 정부가 시행하고 있는 주요 의료비 지원사업 현황

사업명	선정대상	지원액
■ 대불제도		
응급의료 미수금 대불제도	응급의료에 관한 법률에 의한 응급대상 (보험, 급여대상자)	법정보인부담 및 일부 비급여 진료비 중 의료기관 미수금
의료급여 대불제도	2중 수급권자 중 본인부담금 20만원초과자	보장기관 승인액
■ 법정본인부담 지원		
장애인의료비지원	2중 장애인 의료급여 수급권자	법정 본인부담 외래 50%, 법정 입원본인부담 전액(비급여제외)
성인 암치료지원	암검진대상, 수급자 및 건보하위 저소득층 군 (보험, 2중대상자)	최대 연간 200만원, 최대3년까지 (법정보인부담, 비급여제외)
노인개안 및 망막중 수술 지원	해당수술이 필요한 60세이상 빈곤층 노인	백내장, 망막중 등의 수술비 1인당 본인부담금 전액(백내장 약 40만원, 망막질환 약 100만원 소요)
■ 법정본인부담금 및 비급여 진료비 지원		
희귀난치성질환	최저생계비의 300~1,200%(보험, 2중대상자)	법정보인부담금, 간병비(임의비급여제외)
소아 및 아동 암환자 의료비 지원	18세 미만, 저소득층	최대 2,000만원지원 (법정보인부담, 비급여포함)
외국인 근로자 등 소외계층 지원	노숙인, 외국인 근로자 및 그 자녀, 국적취득전 여성 결혼이민자 및 그 자녀 중 빈곤층	입원 총진료비(최대 100만원 한도, 초과시 초과금의 80%)
차상위계층 본인부담금	차상위계층 중 상병, 소득인정액, 부양의무자 기준 충족군	의료급여 급여에 준함
입양장애아의료비지원	장애아동을 입양한 가정(보험, 급여대상자)	최대 240만원까지지원 (법정보인부담, 비급여포함)
아동학대치료비지원	아동학대를 당한 아동(보험, 급여대상자)	정신과 20만원, 응급치료 50만원 (법정보인부담, 비급여포함)
미숙아 및 선천성 이상아 의료비지원	저소득층대상(보험, 급여대상자)	최대 700만원까지 지원 (법정보인부담, 비급여포함)
위기가정의료비지원	SOS상담소 상담신청 결정자 (보험, 급여대상자)	최대 200만원까지 지원 (법정보인부담, 비급여포함)
공동 모금회 의료비 지원	시군구 등에서 의뢰된 불우이웃 (주로 급여 대상자)	최대 200만원 까지 지원 (법정 본인부담, 비급여 포함)
지자체에 자체 의료비 지원	지자체에 자체 사업으로 지원(주로 급여대상자)	금액은 다양함

* 일부제도 기준 등에 변동이 있음.
자료: 신영전 외(2006) 내용일부 보완

이나 소아백혈병지원 등 비급여의 일부분까지를 지원해주는 사업들이 있다. 긴급지원사업은 일시적인 위기상황으로 어려움을 겪고 있는 일정 수준이하의 저소득층에 대해 상황에 따라 의료비뿐만 아니라 생계비, 주거비, 교육비 등을 지원하는 사업이다.

의료비지원제도와 긴급지원사업은 일정한 성과를 보이고 있음에도 불구하고 다음과 같은 문제들이 지속적으로 제기되어 왔다

(1) 복잡하고 분절적인 지원 및 관리방식

각 사업마다 대상자 선정기준과 지원내용, 관리운영기관이 상이하고 대부분 신청주의를 채택하고 있어서 의료비 지원의 중복 또는 누락이 발생할 수 있는 구조적인 문제점을 가지고 있다.¹¹⁾ 또한 일부 제도에서 채택하고 있는 사후현금지원방식 역시 당장 돈을 마련하기 어려운 저소득층에게는 지원의 효과를 떨어뜨리고 있다. 더욱이 대상자들이 관련 제도가 있는지를 알기 어렵고, 또 설령 알았다하더라도 그 내용을 정확히 이해하기 어려울 만큼 복잡한 경우가 많다. 이러한 제도적 한계는 도움을 필요로 하는 사람에게 적기에 지원을 하는 것을 어렵게 함으로써 정책의 실효성을 떨어뜨리고 있다.

(2) 낮은 보장수준

의료비지원제도의 가장 큰 문제점은 대부분의 제도가 건강보험 또는 의료급여 급여범위에

해당하는 본인일부부담금 지원에 국한하고 있어서 비급여 진료비로 인한 과중한 부담을 경감시키기에는 제한적일 수밖에 없다. 예를 들어 2005년도 의료급여 수급권자 중 암환자 5,077명에 대한 지원 금액은 17억 원으로 이는 의료급여 암환자 1인당 평균 약 33만 원에 해당하며, 실제 의료급여 암환자가 부담해야할 본인부담 규모를 고려하면 크게 미흡한 수준이다. 아울러 간병비, 식대 등이 제외되는 경우가 대부분이어서 거동이 불편한 독거노인들에게 어려움을 야기하는 경우가 많다(희귀난치성질환 지원은 간병비 포함).

이러한 낮은 보장수준에 더하여, 과연 이러한 제도들이 사회전체의 수요를 얼마만큼이나 충족시키고 있는지와 관련하여 체계적인 조사가 이루어지지 않아 정확히 단언할 수 없으나 그 선정기준과 지원규모로 볼 때 그 충족수준이 높지 않을 것으로 보인다. 긴급지원사업의 경우에도 사업시행 초기 3개월간 보건복지 콜센터로 걸려온 상담전화건수는 7만여 통에 달했지만 이 제도의 혜택을 받은 사람은 약 8~9%에 불과했으며 대부분의 지원이 1회성에 그쳤다.

(3) 불안정한 재정운용

대상의 제한과 낮은 보장수준은 제한된 재원이 원인이다. 2008년 11개 의료비지원제도의 총예산은 1,827억 원으로 2005년 656억에 비해 278% 대폭 증가되었으나 수요를 충족하기에는 부족하다. 또한 예산의 안정적 유지 역

11) 유원섭, 김창보, 신현웅, 양승욱, 정백근, 의료안전망기금 설치운영방안 연구, 2008.

시 사업의 유효성을 위해 필요하다. 긴급지원 사업의 경우 역시 지원기준의 모호성과 책임 소재의 불분명 등으로 인해 사업초기 각 지방 자치단체 관련예산의 90%가 주인을 찾지 못해 사용하지 못하였고 이러한 양상은 현재까지 지속되고 있다.

3. 의료안전망의 재구성과 정책 과제

현재 우리나라 의료안전망은 기본적인 제도적 틀을 구비하였다고 할 수도 있으나, 여전히 개념과 내용에 대해서는 추가적인 논의와 정책적 과정이 필요하다.

김윤권은 사회안전망이 가져야 할 제도적 원칙으로 1) 효율성에 대한 투명성과 책임성, 2) 수혜대상자의 적절성, 3) 예산의 안정성, 4) 다른 제도들과의 보충성, 5) 모니터링과 평가를 들었다.¹²⁾ 이를 의료안전망에 적용해 그 개념을 재구성하고 주요 정책과제들을 살펴보면 다음과 같다.

1) 의료안전망의 재구성

건강보험, 의료급여, 의료비지원제도로 대변되는 우리나라 의료안전망을 ‘질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’라는 측면에서 다음과 같은 문제가

있다. 첫째, 그 대상을 ‘의료욕구로 인해 곤궁에 처한 개인 또는 가구’ 또는 ‘의료보장 미가입자나 보장수준이 낮은 이들’로 국한하는 경우가 대부분이기 때문에 전 국민 차원에서는 별다른 영향력을 가지지 못한다. 또한 저소득층을 대상으로 할지라도 관련 그 정의가 명확하지 않고 사업마다 그 기준에 차이를 보이는 문제를 가지고 있다. 둘째, 현재의 통상적 정의는 그 대상을 중증 만성질환이나 의료적 문제(예, 미숙아)를 가진 사람으로 설정하고 있어, 건강의 보호증진, 질병과 장애의 예방, 그리고 이미 만성적 장애가 발생한 이들에 대한 재활과 사회복귀 등에 대한 개념을 포함하고 있지 못하다. 셋째, 정부에 의해 제공되는 정책이나 서비스로 그 내용을 제한하고 있는데, 이는 민간이 제공하거나 민-관 파트너십에 의해 제공하는 의료안전망에 대한 개념을 포괄하고 있지 못하다. 넷째, 정부주도의 지침제시와 집행이 관리운영부문의 전부가 되고 있다. 정책의 운영에 시민사회나 당사자들이 참여하는 구조가 필요하다. 아울러 사업의 효과를 지속적으로 모니터링하고 평가하는 장치가 부재한 상태이다. 마지막으로, 실제 정책에서 소득, 고용, 교육, 주거와 같은 핵심적인 사회안전망과 상호 효과적인 연계 구조를 만들어 내지 못하고 있다.

따라서 의료안전망의 실효성을 높이기 위해서는 그 개념과 내용의 재구성이 필요한데, 구체적으로 의료안전망에 예방과 건강증진, 재활과 사회복귀 영역을 추가하고, 여전히 의료사각

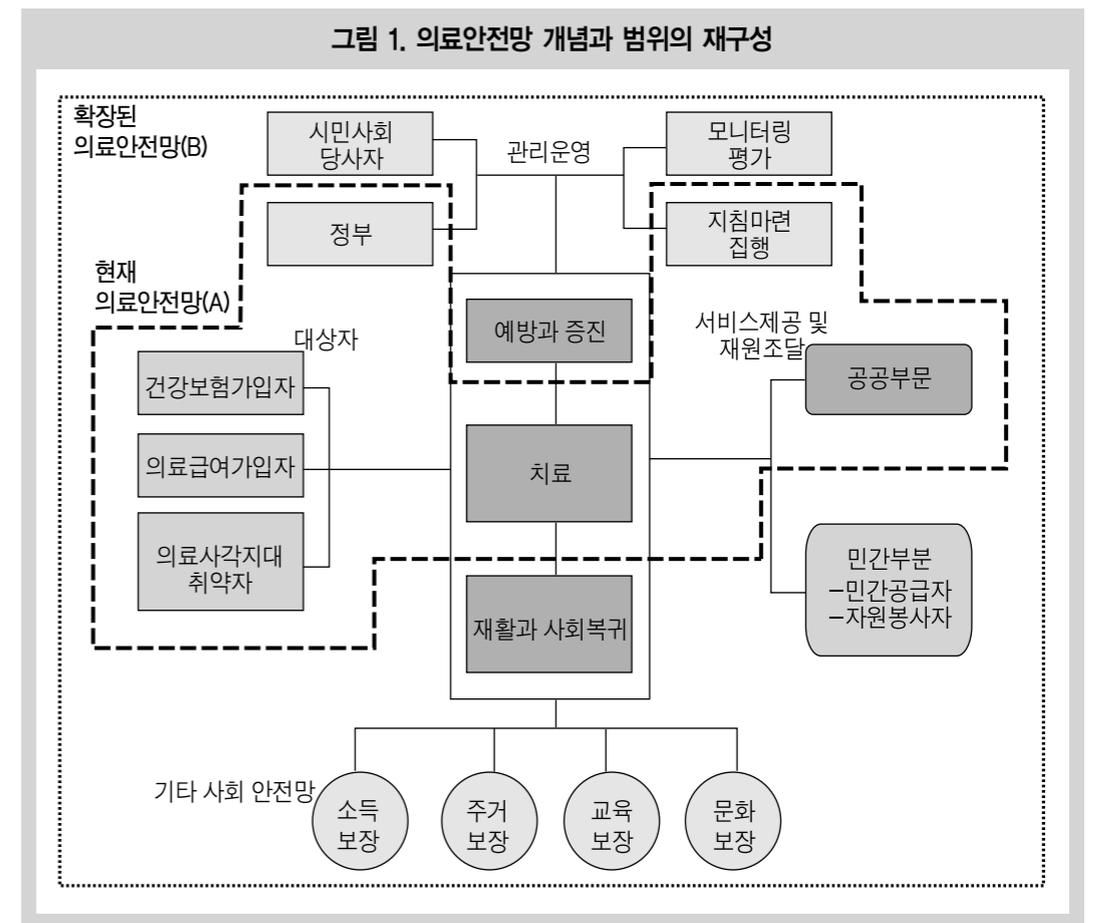
지대에 있는 사람들을 주요 정책대상에 포함시키며, 민간부문을 통한 자원조달과 서비스 제공 역시 그 틀 안에 포함시킬 필요가 있다. 시민사회와 당사자가 참여하는 운영체계를 구축하고 사업을 지속적으로 모니터링 하는 장치도 만들어야 한다. 그리고 소득, 주거, 교육, 문화부문의 사회안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 설계, 운영되어야 한다[그림 1].

2) 견고한 의료안전망을 위한 주요 정책과제

(1) 견고한 국가의료안전망 구축의 정치 의제화

현재 우리나라 의료안전망이 가지는 한계를 효과적으로 개선하기 위해서는 이를 정치 의제화하는 것이 필요하다. 상당한 규모의 재정과 제도의 개편이 필요하며, 이는 국민의 동의와 정치적 리더십을 필요로 하는 일이다. 최근 경제위기의 장기화는 이러한 정치 의제화에 도움

그림 1. 의료안전망 개념과 범위의 재구성



12) Yunkwon Kim, Institutional Design for the Social Safety Net, 한국보건행정학회 동계학술대회 발표논문집, 2006: 563~577.

이 되는 상황이다. 이를 위해서는 현재 의료안전망의 문제점과 이로 인한 국민들의 어려움에 대한 체계적인 조사와 분석이 선행되고, 이러한 문제의 원인과 구체적인 정책대안의 개발이 필요하며, 이를 적극적으로 국민과 정치권에 알리고 설득하는 작업을 진행하여야 한다.

(2) 국민건강보험 보장성의 획기적 강화

건강보험을 1차 안전망이라 부르는 이유는 이것이 질병의 위협으로부터 국민을 보호하는 '1차 저지선'이기 때문이다. 국민건강보험이 그 안전망으로서의 구축을 완벽히 해낸다면 이론적으로는 더 이상의 안전망은 필요 없게 된다. 국민건강보험이 이러한 역할을 수행하는데 있어 현재의 핵심적인 문제점은 앞서 기술한 바와 같이 낮은 보장수준 그리고 보험료체불로 인한 자격정지문제이다. 현재 50~60%대에 머물러 있는 보장수준을 단기간 내에 획기적으로 올리는 작업은 막대한 재원을 필요로 하는 일이다. 그러나 견고한 의료안전망의 구축을 이야기할 때 이 문제를 빼놓고 다른 문제를 이야기할 수 없다. 정치적 실현가능성은 주어지는 것이 아니라 만들어내는 것이다. 이미 국민들은 고액의 본인부담금을 지출하고 있으며, 민간보험료를 지불하고 있다. 이러한 기존의 지출액을 건강보험 재원으로 돌리고 이에 더하여 기존 건강보험제도의 지불보상제도와 전달체계의 개선을 통해 낭비적 구조를 줄이는 방식으로 국민건강보험의 보장수준을 85%이상으로 끌어 올리는 일이 우리나라 의료안전망의 강화에 있어서 최우선의 정책 과제가 될 것이다.

(3) 사회서비스로서의 공공보건의료의 양적, 질적 강화

사회서비스의 형태로 제공되는 양질의 충분한 공공보건의료서비스는 의료안전망의 핵심적 요소이다. 의료안전망에서 공공보건의료서비스의 양적, 질적 강화는 특별히 중요하다. 왜냐하면 첫째, 유럽과 같이 의료안전망이 발달한 나라들의 경험에서 볼 수 있듯이 사회서비스의 형태로 보건의료서비스를 제공하는 구조로 공공보건의료체계가 적절하기 때문이며, 둘째, 공공보건의료를 통해서 보건의료서비스를 제공하는 것이 국가가 재정을 '감당할 수 있는' 수준으로 유지하기 용이하기 때문이다. 그럼에도 불구하고 공공보건의료부문에 대한 국가의 투자 규모는 그 질과 양을 유지하기에 '충분한' 수준이 되어야 할 것이다.

(4) 국가적 질병예방 및 건강증진 정책 강화

아무리 비용-효과적인 공공보건의료체계를 가졌다하더라도 질병을 앓는 국민들이 많으면 그로 인한 지출을 감당할 수 없다. 따라서 국민들을 아프지 않게 하는 노력이 매우 중요하다. 이것은 의료비에 지출하는 국가의 부담을 줄여 보장수준을 높게 유지할 수 있는 매우 중요한 요인이 된다. 더욱 중요한 것은 빈곤한 계층일수록 매일 매일의 육체노동을 통해 생계를 유지하는 경우가 많아 질병은 곧바로 빈곤으로 이어진다는 점에서 예방과 건강증진이 더욱 중요한 문제이다. 따라서 국가는 전 국민의 질병예방과 건강증진 정책을 대대적으로 전개하여 국가와

개인의 질병으로 인한 부담을 획기적으로 낮추는 전략을 강력하고 구체적으로 전개해나갈 필요가 있다. 어떤 의미에서 이것이 진정한 '1차 의료안전망'이 되어야 한다.

(5) 부문 협력적, 중층적 건강 정책의 수립 시행

'질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하는' 의료안전망이 제대로 작동하기 위해서는 다양한 부문 간 협력이 필수적이다. 또한 중앙정부, 시도, 시군구간의 중층적 사업이 협력적으로 병행되어야 한다. 사업의 분절성과 부문 간 협력의 어려움은 현재 우리나라 의료안전망의 역할을 제한하는 핵심적인 문제이다. 이러한 분절성의 문제를 극복하는 것은 많은 국가들이 공통된 숙원과제이기도 하다. 특별히 최근 세계보건기구 사회결정요인 위원회(WHO Commission on Social Determinants)의 활동이 계기가 되어 캐나다의 연구기관은 여러 국가와 지역들의 부문 간 협력(intersectoral action, IA) 경험에 대하여 보고하였다. 결론은 부문 간 협력은 매우 어려운 일이지만 성공적인 성과를 만들어낸 많은 사례들이 존재한다는 것이다. 그리고 이 과정에서 지속적인 대화통로를 확보하여 권한을 분담하며 협력을 이끄는 공신력 있는 조직을 만들어 내는 것의 중요성을 강조하고 있다.¹³⁾ 구체적으로 우리나라 의료안전망이 소득, 주거, 교육, 문화와 같은 사회안전망과 유기적인 결합을 이루어내고 중앙정부와 지방자치정

부와 긴밀한 협력관계를 유지하며, 민간부문의 활동과도 결합하여 효과적으로 사업을 조율하여 진행하기 위해서는 사업의 통합조정이 가능한 국무총리실산하에 시민사회와 당사자가 참여하는 사회안전망의 조정기구를 설치하여 운영하는 것이 바람직할 것이다.

(6) 취약계층에 효과적인 보건의료 서비스의 제공

모든 국민들의 질병을 예방하고 조기발견과 치료를 가능하게 하며 재활과 사회복귀를 돕는 것이 보편적 접근을 지향하는 의료안전망의 기본적인 기초가 되어야 한다. 이러한 보편 주의적 접근을 근간으로 하더라도 보다 적극적이고 전문적인 지원을 필요로 하는 취약계층이 존재한다. 빈곤층, 신체 및 정신장애인, 만성질환자, 이주노동자, 노인 등이 바로 그들이다. 이들 각각은 저마다 특성을 가지고 있다. 취약한 집단에 대한 접근은 기존의 접근과 다른 접근이 필요하다. 현재까지 많은 국가들의 경험을 통해 취약계층의 질병예방, 치료, 재활 및 건강증진에 효과적인 방법으로 제안되고 있는 것은 다음과 같다. 첫째, 개인수준뿐만 아니라 지역적, 집단적 접근을 통해 사업을 진행하며, 둘째, 보다 전문적인 접근이 필요하고, 셋째, 부문 간 협력과 네트워크를 구축하고 활용하라는 것이다. 궁극적으로는 사업대상자의 참여와 역량강화를 이루어내야 한다는 것이다. 취약계층을 대상으

13) Public Health Agency of Canada and the Health Systems Knowledge Network, an Analysis of 18 Country Case Studies, 2008.

로 하는 의료안전망이 지향해야 할 궁극적인 목표도 동일하다.

최근 국내외 경제상황은 견고한 의료안전망을 더욱 필요로 하고 있다. 그러나 현재 의료안전망의 개념과 내용에 대한 논의는 아직도 체계적으로 이루어지지 못하고 있으며, 현재 통상적인 의료안전망이라고 여기는 건강보험, 의료급여, 의료비 지원 등과 같은 제도들은 형식적인 틀만 갖추었을 뿐 그 실효성에 많은 제약을 가지고 있다. 국민을 질병의 위협으로부터 보호하는 진정한 의미의 의료안전망을 구축하기 위해서는 그 개념의 재구성뿐만 아니라 정치의 의제화가 필요하며 보다 적극적인 시행의지와 전략을 필요로 한다. 재원의 안정적 확보, 다양한 제도간의 효과적인 조율과 같은 제도의 변화도 필

요하다. 더욱이 경제위기시기에 자동적으로 그 역할과 규모가 커지는 유연한 제도로 변화해야 한다. 그런 장치들을 마련하지 못하면 의료안전망의 필요성이 더욱 커지는 경제위기 상황에서 의료안전망에 대한 지출을 늘리지 못하거나 줄임으로써 오히려 의료안전망이 부실해 지는 악순환을 야기하게 될 것이다.

이러한 과정은 본질적으로 정치적 과정을 동반하고, 그 과정에는 의료안전망의 역할과 의미에 대한 정치적 입장 정립과 국민의 지지를 필요로 한다. 또한 의료안전망 구축을 위해 노력하는 전문가들, 시민사회의 역할이 중요하다. 아울러 견고한 의료안전망의 구축여부는 우리 사회의 성격을 보여주는 중요한 지표가 될 것이다. **박원**