

# 경제위기에 따른 의료빈곤 개선방안

*A Plan for the Improvement of the Crisis-led Poverty in Health Care*



신현웅 한국보건사회연구원 부연구위원

최근의 경제위기는 의료빈곤계층의 증가로 이어질 것으로 전망됨. 따라서 의료빈곤계층의 실태 및 개선방안에 대한 고찰이 필요한 시점으로 판단되며 본고는 이에 대한 내용입니다.

의료빈곤층은 자격측면에서 국민기초생활보장에 포함되지 못하는 계층, 이로 인해 건강보험권에서 체납 등으로 자격정지된 의료빈곤층이 있을수 있고, 보장성 측면에서는 비급여나 고액진료비로 진료의 필요가 있지만 진료를 포기하는 의료빈곤층이 있다.

경제위기는 이러한 계층을 더욱 증가 시킬 것으로 판단되며, 이에 대한 대안마련이 필요하다. 대안으로는 일시적 경제위기에 빠진 사람들에게 건강보험료 납부유예 및 보험료 지원마련, 긴급의료비 지원사업 확대 및 대불금제도 도입, 그리고 보장성 강화를 위한 노력 등이 필요할 것으로 판단된다.

## 1. 들어가며

1977년 시작한 의료보험제도는 1989년 전국민 의료보험시대를 열었고, 2000년 7월 단일보험자로 건강보험시대를 열며 계속적으로 발전해왔다. 건강보험과 같이 시행된 의료급여제도도 건강보험에서 보장하지 못하는 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔다. 특히 의료급여는 2000년 10월 국민기초생활보장법이 시행된 이후 정부의 수혜가 아닌 수급권자의 권리로서 각종 급여가 실시되었고 의료급여제도 또한 제도 개선을 통하여 저소득층에 대한 의료보장을 한

차원 높은 단계로 끌어올렸다.

하지만 의료안전망인 건강보험과 의료급여 사이에서 자격측면에서나 보장성 측면에서나 사각지대가 존재하여 의료빈곤의 문제가 계속 상존하고 있다. 자격측면에서는 최저생계비 이하인 저소득층으로 의료급여에 포함되어야 하나 포함되지 못하여 의료이용에 제약을 받는 계층과 건강보험료를 납부할 능력이 없어 체납함으로써 건강보험 자격이 정지되는 사각지대가 계속적으로 존재하고 있다. 보장성 측면에서도 건강보험이나 의료급여의 급여수준이 낮아 비급여 등 과도한 본인부담이 발생하여 의료이용이 필요하지만 의료를 포기하는 의료의 사각지

대가 상존하고 있다.

이를 해소하기 위해 정부는 지속적으로 차상 위계층에게 의료급여 자격을 확대하고, 2009년에는 보험료를 동결하고, 그리고 고액진료비 및 암 등 중증질환에 대한 보장성을 강화하여 왔다. 하지만 최근 갑작스런 경제위기 도래는 새로운 의료빈곤층 발생 가능성이 높아지고 있어 이에 대한 대안 마련이 시급한 상황이다. 특히 일시적인 실업, 휴·폐업 등으로 가정 경제가 어려워 보험료 납부가 어렵고, 또 갑작스런 질병이나 부상 등으로 인한 의료이용 시 본인부담이 부담스러워 의료이용에 제약을 받는 계층이 늘어날 것으로 예측되고 있어 이에 대한 종합적인 대안 마련이 준비되어야 할 것으로 판단된다.

본고는 이러한 경제위기가 체납세대의 증가, 의료이용 시 본인부담으로 인한 의료이용 제약 등 의료빈곤층에 새로운 위기에 대처하기 위한 개선방안에 대한 고민을 제시하고자 한다. 따라서 의료빈곤층에 대한 개념적 정의와 의료빈곤층의 실태에 대해서 분석해 보고 이에 따라 경제적 위기에 따른 의료빈곤 개선방안을 제시하는 것으로 하였다.

## 2. 의료빈곤층의 정의

의료빈곤이란 의료이 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층을 의료빈곤층으로 정의할 수 있다. 따라서 의료빈곤층은 의료보장내의 사각지대에 놓인 계층

으로 보고 이를 정의하고 실태를 파악해 보고자 한다.

의료보장 내에서 사각지대에 대한 개념적 정의는 관련 학자나 연구기관에 따라 약간 다르게 나타나고 있다. 정형선(2004년)에서는 “의료보장의 사각지대란 희귀난치성, 만성질환 등 의료에 대한 수요가 있음에도 지불능력(ability to pay) 등으로 필요한 의료서비스를 받지 못하는 계층을 의미한다”라고 정의하고 있어 미충족 의료수요(unmet need)를 가지고 있는 계층을 사각지대로 정의하고 있다.

반면, 신영석(2005년)에서는 사각지대의 개념적 정의를 자격측면과 급여측면으로 구분하여 설명하고 있는데, 자격측면은 법적으로 의료급여 수급권자를 제외하고 전국민은 건강보험 가입자이므로 자격측면의 사각지대는 없다고 생각할 수 있다. 하지만, 건강보험에서 3개월 이상 체납하는 경우 급여를 제한 받기 때문에 건강보험의 사각지대가 발생하며, 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 실질적인 사각지대에 놓여 있는 계층이 일부 있다고 보고 있다. 급여측면에서는 건강보험과 의료급여가 비급여를 포함한 본인부담률이 높아 소득이 충분치 못한 중증질환 보유자의 경우 의료이용을 못하는 사각지대가 존재하는 것으로 판단하였다. 이규식(2004년)에서는 우리나라 빈곤인구에 대한 연구에서 절대빈곤인구를 대략 10%, 상대빈곤인구를 15% 내외로 추정하고 있는데, 만약 절대빈곤인구를 10%로 간주하고 이들을 모두 의료급여에 포함시켜야만 사회안전망이 제대로 기능할 것이라고 전제한다면, 의료급여에서 제외되어 건강보험에 포함된 의료보장인구 7%에

해당하는 340만명 정도가 보험료를 내지 못하고 본인부담도 어려워 1차 안전망으로써 건강보험이 제대로 역할을 하지 못하는 사각지대로 판단하였다. 같은 맥락에서 정형선(2004년)도 빈곤층(10%) 모두가 생활보장수급자(3.2%)가 되지 못하는 상황 하에서 수급자에서 누락된 사람들로 구성된 생활보장의 사각지대는 의료보장의 사각지대를 형성한다고 보고 있다.

이준영(2005년)에서 의료빈곤은 수요자 측면에서 여러 가지 이유로 자신의 힘으로는 기본적인 욕구를 충족할 수 없음에도 불구하고 공적 보장체계로부터 배제되거나 급여의 부족으로 욕구가 결핍된 채 살아가고 있는 상태를 의미하며, 결국 사각지대는 사회적 안전망의 보호(Protection)로부터 배제(Excluded) 되는 것으로 보았다. 특히 의료보장의 사각지대를 대상의 포괄성과 급여의 충분성 관점에서 파악하였는데, 먼저 건강보험의 가입자 중 보험료를 납부할 수 없어 체납하는 세대가 늘어 사회보장의 혜택을 받지 못하는 경우 대상의 포괄성 관점에서 볼 때 건강보험의 사각지대로 보았다. 그리고 급여

의 충분성 관점에서도 건강보험의 경우 제공되지 않는 비급여 부분이 많고 제공되는 급여의 범위가 제한적이어서 가입자가 부담하는 진료비가 많아 급여의 충분성 관점에서 사각지대가 존재하는 것으로 판단하였다.

여러 선행연구 결과 등을 종합해 보면 의료빈곤층(사각지대)은 크게 자격측면과 보장성측면으로 구분해 볼 수 있다.

먼저, 자격측면에서는 건강보험에서 보험료 부담능력이 결여된 빈곤계층이 의료급여제도로 포함되지 못하고 건강보험에 포함되어 발생하는 사각지대이다. 이러한 계층은 보험료 납부능력이 없어 결국 체납으로 이어져 건강보험 자격이 정지되어 의료이용에 제약을 받는 의료빈곤층으로 전락하게 되는 것이다. 이러한 비수급 빈곤층이나 차상위계층에 대한 자격의 사각지대는 보험료 부담능력의 결여뿐만 아니라 건강보험과 의료급여 사이의 본인부담률 차이로 인한 의료의 역할 분담 문제를 가지고 있다. 즉, 차상위계층 중 의료수요가 많은 경우 의료비를 지출한 후 소득이 의료급여수급권자의 소득보다 낮

그림 1. 의료빈곤(사각지대)에 대한 개념도



아지는 역차별이 발생하는 문제가 있다. 따라서 국민기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급 빈곤층(최저생계비 이하이지만 소득인정액이 빈곤선을 넘거나 부양의무자가 있어도 실제로 부양을 받지 못하는 계층) 또는 잠재적 빈곤층(현재는 최저생계비 이상의 소득이 있으나 의료비 등의 지출로 가처분 소득은 최저생계비 이하의 계층)으로 최소한의 의료요구를 국가가 해소해 주지 못하는 의료빈곤층으로 볼 수 있다.

이러한 생활보장 상의 사각지대는 보험료 납부능력이 없는 계층이 건강보험료를 일정기간 이상 체납하여 급여를 받지 못하는 또 다른 의료빈곤을 양상하고 있다. 특히, 최근 계속되는 경기위기로 인해 경제적 취약계층의 보험료 체납이 증가하고 있어, 일시납부의 부담감이 가중되어 체납보험료의 납부의지를 상실하게 되고 장기체납으로 급여제한이 됨으로서 사각지대에 놓인 세대가 증가하고 있다. 따라서 건강보험료 체납에 따른 급여를 제한받는 계층을 또 다른 자격측면의 의료빈곤층으로 볼 수 있다. 하지만 체납하는 유형이 장기간에 걸친 경제적 생계곤란과 중증 또는 만성장애·질병으로 인한 체납세대는 건강보험의 사각지대로 볼 수 있지만, 경제적 어려움보다는 보험료 부담을 단순 회피로 인해 급여정지가 된 경우나 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단수제도기피형의 체납세대는 진정한 사각지대로 보기 어렵다. 따라서 체납세대에 대한 사각지대의 정의와 범위 등은 조심스러운 접근이 필요하다.

둘째는 보장성 측면의 의료빈곤층은 건강보험이나 의료급여의 급여수준에 있어서 부족한 보장성과 과도한 본인부담으로 인하여 의료이

용의 제한을 받는 의료의 사각지대에 놓인 계층을 의미한다. 건강보험은 의료비용 의식을 고취하여 불필요한 의료서비스를 제한하고 보험재정안정을 위하여 본인부담제도를 두고 있다. 그러나 지나치게 높은 본인부담률은 저소득계층의 의료서비스에 대한 접근성을 떨어뜨리고 질병의 조기진단과 치료를 어렵게 하여 적절한 의료서비스를 받지 못하는 의료빈곤층을 존재하게 하고 있다. 또한 건강보험과 의료급여에서 보험적용이 되지 않는 항목들은 환자가 전액 본인부담하는 비급여 부분이 많아 의료이용이 필요함에도 불구하고 지불능력(ability to pay)이 없어 의료이용을 하지 못하는 사각지대가 존재한다.

### 3. 의료빈곤층 실태

#### 1) 자격측면

자격측면 중 생활보장제도에서 보장되지 않아 의료빈곤층으로 구분되는 비수급 빈곤층이나 차상위계층의 실태에 대해서는 최근 차상위 실태조사나 복지패널조사 등을 통해 알 수 있으며, 이 분야는 생활보장분야에서 다루어 질 것으로 판단하여 의료빈곤 분야에서는 의료보장과 관련된 건강보험 체납자 실태에 대해서만 자세히 다루고자 한다.

지역가입자의 보험료 납부의무는 세대가 연대하여 납부하도록 규정하고 있으며, 세대가 일정기간 보험료를 체납할 경우 보험급여제한을 받도록 건강보험법으로 규정하고 있다. 이처럼

생계곤란으로 보험료를 체납하여 급여를 제한받거나 의료이용이 어려워 의료보장의 사각지대에 놓이는 한계계층이 현실적으로 존재하고 있고, 특히 세계적인 경제위기로 촉발된 최근의 경제위기는 이러한 체납세대 증가로 이어질 것으로 보여 문제의 심각성이 더하고 있다.

이러한 3개월 이상 체납세대는 지역가입자의 경우 2000년에는 190만 세대, 2001년에는 161만 세대, 2002년에는 136만 세대로 다소 감소하는 경향이었으나, 2004년 카드대란 등 경기침체로 인해 200만 세대가 넘었고 2006년 2007년에 209만 세대와 205세대로 계속 200만 세대가 넘게 체납하는 것으로 나타났다. 그리고 2008

년 9월 기준으로 199만 세대가 체납한 것으로 나와 체납세대가 줄어든 것으로 보이나, 이는 2008년 7월 11일 체납자 중 일부를 한시적 결손처리한 결과로 줄어든 것으로 나타났다. 이 규모는 전체 지역가입자 778세대의 약 25%를 차지하는 비율이다.

보험료 구간별로 살펴보면, 1만원 이하 중 체납세대는 15만 세대이었고, 1만원~2만원이 50만세대로 대상자가 많았으며 5만원 초과도 59만세대였다. 체납비율도 월 보험료 1~2만원대가 25.1%가 체납하고 있어 가장 높았고, 다음으로 5~10만원대가 20.6%로 높게 나타났다. 반면 1만원 이하세대는 7.5% 수준으로 체납비율은

표 1. 연도별 체납보험료 현황

(단위: 천건, 억원)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008.9
세대수	1,901	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,055	1,992
체납금액	7,312	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	13,873	15,547	14,560

주: 2008년 7월 11일 체납자 중 한시적 결손처리한 결과 2008년 8월기준으로 감소하였음.

표 2. 보험료 구간별 체납현황(2008. 10.10 현재)

(단위: 만세대)

보험료 구간	전체		체납(3회이상)	
	세대수	구성비	세대수	구성비
계	778	100%	199	100%
1만원이하	70	9.0%	15	7.5%
1만원 ~ 2만원	130	16.7%	50	25.1%
2만원 ~ 3만원	95	12.2%	34	17.1%
3만원 ~ 4만원	72	9.3%	24	12.1%
4만원 ~ 5만원	59	7.6%	17	8.5%
5만원 ~ 10만원	195	25.1%	41	20.6%
10만원 초과	157	20.2%	18	9.0%

낮았다.

그러나 단순히 건강보험료를 체납하여 급여를 제한받고 있다고 하여 국가가 모두 책임져야 하는 사각지대로 보기 어렵다. 왜냐하면 체납세대 중 경제적 어려움보다는 기여회피형인 경우와 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순 기피자들은 진정한 사각지대라고 볼 수 없기 때문이다. 따라서 이러한 체납세대의 체납원인, 경제적 상황, 체납유형 등의 특성을 정확하게 파악하여 특성별로 접근하는 것이 필요할 것이다.

## 2) 보장성 측면

의료보장의 보장성은 정책적으로 국가가 제공해야 할 필요가 있는 급여 내용 중 실질적으로 얼마를 공적으로 부담하는 지를 나타내는 개념이다. 따라서 보장성은 의료보장제도가 정한 급여의 범위와 본인부담 수준에 의해 결정된다. 의료보장이란 국가의 구성원으로 하여금 지불 능력에 구애받지 않고 필수적 의료(necessary service)를 확보할 수 있도록 해주는 것을 의미하며 의료보장의 충분성을 의미할 수도 있다(이규식, 2002). 그런데 우리나라 건강보험의 외형적인 급속한 확대는 실질적인 의료의 보장보다는 적용인구의 확대와 이익집단의 저항을 줄이는 방향으로 발전해왔으며, 건강보험은 보험재정의 안정적 확보를 위해 저수가 정책과 보험급여범위와 항목을 크게 제한하여 왔다. 또한 불필요한 의료서비스를 제한하기 위한 본인부담 제도는 비급여를 포함한 본인부담률이 너무 높아 소득이 충분치 못한 계층이나 중증질환자의

경우 의료보장의 사각지대에 노출될 가능성이 높다. 그리고 급여의 불충분성으로 인해 의료보장의 사각지대가 존재하는 것으로 판단된다(이준영, 2005).

급여의 충분성은 의료보장의 급여수준, 즉, 본인부담의 정도가 어느 정도인지에 따라 달라질 수 있다. 또한 환자가 느끼는 의료욕구에 비해 지불능력 등으로 인해 의료이용에 제약을 받는 정도에 따라 달라진다. 여기에서는 의료욕구에 비해 의료이용에 제약을 받아 발생하는 미충족 의료이용(unmet need)의 정도를 가지고 보장성 측면의 의료빈곤층 실태를 파악하고자 한다.

미충족의료란 의사의 도움이 꼭 필요했는데도 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우를 말하며, 이러한 미충족의료는 의료보장의 보장성이 불충분하여 발생하는 사각지대로 판단할 수 있다. 이러한 미충족의료의 정도를 파악할 수 있는 조사는 국민건강영양조사 자료 등 몇 가지가 있다. 이 중 가장 최근 조사 자료인 이현주(2008년)의 연구인 “차상위계층 실태분석 및 정책제안”에서 건강보험과 의료급여 대상자 모두에게 미충족의료와 가계 부담정도 관련 내용을 조사한 자료가 있어 이 실태조사 자료를 재분석하여 현황을 파악하였다.

이 조사에서 3가지 문항을 재분석하였는데, 첫째는 의료이용에 대해 가계에 부담이 되는지 여부, 둘째는 의료이용이 꼭 필요했는데 치료를 포기한 적이 있는지 여부, 그리고 포기했다면 포기한 이유에 대해 질문한 항목이다.

먼저 의료이용에 대한 가계부담 정도에 대한

질문에서 “다소 부담된다”와 “많이 부담된다”는 의견이 28.12%와 16.70%로 부담된다는 응답이 평균 44.82%를 차지하였다. 대상자계층별로는 수급대상자가 36.20%가 부담된다고 응답했고, 법정차상위가 68.62%, 소득차상위가 65.08%, 차차상위가 58.88%, 그리고 일반이 38.37%로 나타나 수급대상자가 가계부담 정도가 가장 낮았다. 의료급여 종별로는 “전혀 부담되지 않는다”는 응답이 1종이 28.7%인 반면 2종은 14.8%로 이는 의료급여 종별 본인부담의 차이를 반영한 결과로 판단된다.

의료비용에 대한 부담 정도에서도 법정차상위가 부담을 느끼는 정도가 가장 높은 것으로 나타나 법정차상위의 의료복지 정책이 절실히 필요함을 알 수 있었다.

둘째, 치료를 포기한 경험은 전체 평균이 12.07%를 차지하였고, 수급대상자가 24.13%, 법정차상위가 26.88%, 소득차상위가 20.46%로 나타났으며, 일반대상자는 8.35%가 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 나타났다. 의료급여 종별로도 의료급여 1종이 23.5%이고 의료급여 2종이 24.7%로 의료급여 2종의 포기 정도가 많았다. 이러한 수치는 지난 2003년 조사결과인 18.0%보다 낮아진 수치로 그간 건강보험과 의료급여의 제도 내실화 및 보장성 강화 노력이 일정부분 이루어진 것으로 판단된다. 하지만 아직도 법정차상위가 26.88%가 치료를 포기한 경험이 있어 수급대상자보다 높다는 부분에 대해서는 다른 대안이 필요할 것으로 판단된다.

표 3. 의료비용에 대한 가계부담 정도

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정차상위	소득차상위			
전혀 부담되지 않았다	28.7	14.8	25.59	8.70	8.48	9.33	23.34	19.62
거의 부담되지 않았다	35.1	47.9	38.22	22.68	26.44	31.79	38.29	35.56
다소 부담되었다	20.2	23.0	19.92	33.45	35.55	33.90	26.27	28.12
많이 부담되었다	16.0	14.4	16.28	35.17	29.53	24.98	12.10	16.70

표 4. 치료를 포기한 경험이 있는 가구비율

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정차상위	소득차상위			
치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	23.5	24.7	24.13	26.88	20.46	16.18	8.35	12.07

치료를 포기한 이유를 살펴보면 진료비 부담 때문이 84.38%이며, 대상계층별로는 법정차상위가 93.39%가 진료비부담 때문에 라고 대답했다. 수급대상자는 81.81%가 진료비 때문이었고, 7.52%는 치료해도 나올 것 같지 않아서 2위를 차지하였다. 반면 일반대상자는 진료비 부담 때문에는 77.94%로 가장 낮았지만 시간이 없어서가 13.27%로 다른 계층과는 다른 양상을 보이고 있다. 의료급여 종별로 볼 때 진료비 부담 때문이라는 응답이 1종 78.8%인 반면 의료급여 2종은 차상위 계층과 유사하게 92.9%이었다.

이 조사가 전국민을 대표한다고 가정할 경우 전국민 약 4,800만명 중 576만명(12.07%)이 미충족의료에 의한 사각지대에 놓여있으며, 이 중 경제적 어려움으로 의료이용을 하지 못하는 대상자가 488만명(576만명 중 84.38%)에 이르는 것으로 판단되어 진다.

## 4. 경제위기에 따른 의료빈곤 개선방안

### 1) 2009년 시행 예정인 개선방안

의료보장의 내실화와 보장성 강화를 위해 2009년에 실시하기로 예정된 사업들을 살펴보면 기본적으로 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 있다. 이러한 보장성 강화방안들은 특정 의료빈곤층을 목표로 하는 것이 아니지만 중증질환 중심으로 보장성이 확대되어 의료빈곤층에게도 큰 도움이 될 것으로 보여진다.

시행예정인 개선방안을 소개하면 건강보험 분야에서는 첫째, 본인부담 상한액 인하 및 소득수준별로 차등 적용하는 것으로 소득수준에 관계없이 6개월간 2백만원인 본인부담 상한액을 소득수준에 따라 차등화하고 중하위계층의 상한액을 인하하는 것이다. 구체적인 방안은 보험료 하위 50%에 대해 1년간 2백만원, 중위

30% 3백만원, 상위 20% 4백만원으로 조정하는 것으로 하였다. 둘째는 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감이다. 만성신부전증, 혈우병, 장기이식, 내분비샘 장애, 대사 장애, 신경계통 장애 등 각종 희귀난치성 질환에 대한 현행 본인부담을 20%를 10%로 인하해 주는 방안이다. 셋째는 중증질환인 암환자에 대해서 본인부담을 경감해 주는 것이다. 이미 암환자의 경우 본인부담율을 20%에서 10%로 경감한 바 있으며 올해에 다시 5%까지 본인부담을 인하하고자 하는 것이다. 이러한 사업에 소요되는 예산은 본인부담 상한제 조정에 약 1,800억원, 희귀난치성 질환자 본인부담 경감 약 1,400억원, 암환자 본인부담 경감은 약 1,300억원이 소요될 것으로 추정되었다(보건복지부 내부자료).

의료급여의 경우도 건강보험 보장성 강화방안과 같이하여 의료급여 본인부담 상한금액 6개월에 120만원을 60만원으로 조정하는 것으로 하였으며, 의료급여 2종의 본인부담률 15%를 10%로 인하하도록 하였다.

시행예정은 아니지만 최근 보험료 체납자에 대한 조치사항 등을 살펴보면, 사망, 경제적 빈곤, 국민기초생활수급자 선정, 사업장 파산 등으로 보험료 징수가능성이 없는 세대(사업장)를 대상으로 한시적 결손처분을 건보통합 이후 3회(13,811건, 60억(2003.11.) → 828,955건, 3662억('2006.10.) → 718,007건, 3423억(2008.7.)) 실시하였다. 특히 2008년 7월 11일에 적극적으로 결손처분을 실시하였다. 그리고 2008년 9월에 미성년자 연대납부의무 제외, 보험료 체납횟수 연장(3회 → 6회) 등 체납세대의 의료보장을 위한 제도개선을 실시하였으며, 그 결과 미성년자

420만명이 연대납부 의무자에서 제외하였고, 급여제한 체납횟수 확대도 70만세대, 172만명이 혜택을 보았다.

### 2) 향후 개선방안

2009년에 실시될 의료빈곤 개선방안 등은 보편적 보장방안으로 경제위기 발생으로 인해 의료빈곤에 빠지는 대상자들에 대해서는 신속하고 유연하게 대처하는 데에 한계를 가지고 있다. 따라서 급격한 경제위기로 인한 새로운 의료빈곤의 위기계층에 대해서 목표대상을 명확하게 하면서 신속하고 유연하게 대처할 방안 마련이 필요하다. 본 고에서는 이러한 방안으로 몇가지 대안을 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 현행 긴급의료지원제도를 확대하는 방안이다. 경제위기 상황에서 중한 질병으로 인해 의료이용 필요시 비급여 비용 등으로 인해 치료 포기 등의 상황을 방지하기 위해 긴급의료지원제도를 확대 실시가 필요할 것으로 보여진다. 현행 제도는 평생 1회 300만원(예외적으로 2회 600만원)까지 지원하도록 하고 있지만, 경제위기로 의료빈곤의 위기계층이 증가할 경우 긴급의료비에 대한 수요가 증가할 것으로 판단된다. 따라서 실업, 휴·폐업, 부도 등으로 일시적으로 경제적 위협에 빠진 사람들이 본인부담으로 인해 의료이용에 제약을 받을 때 긴급의료비 지원이나 응급의료비를 1회 300만원까지 지원하는 방안이다. 그리고 대상자 선정 등 자격요건에 대해서도 사회복지 전담공무원의 재량권을 확대하여 긴급하다고 판단되는 경우 의료지원을 유연하게 할 수 있도록 하여야 할 것이다.

표 5. 치료를 포기한 주된 이유

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정차상위	소득차상위			
진료비 부담 때문에	78.8	92.9	81.81	93.39	87.67	92.88	77.94	84.38
일을 중단하면 소득이 줄기 때문에	1.8	0.0	1.35	0.40	0.00	0.95	2.91	1.73
시간이 없어서	0.0	7.1	2.82	1.10	4.19	4.36	13.27	7.97
의료기관과의 거리가 멀어서	4.5	0.0	3.34	2.12	2.48	0.00	2.22	1.94
치료해도 나올 것 같지 않아서	10.7	0.0	7.52	3.00	1.84	1.80	3.19	3.10
식구를 돌보아 줄 사람이 없어서	1.6	0.0	1.16	0.00	1.72	0.00	0.00	0.27
기타	2.7	0.0	2.00	0.00	2.11	0.00	0.49	0.61

추가적으로 긴급지원제도만으로 해결되지 않을 경우 이를 보충하기 위해 건강보험에 대불 제도를 일시적으로 신설하는 방안도 필요하다. 즉 긴급지원대상자에 포함되지 않지만 실업, 휴·폐업 등으로 의료빈곤으로 전락할 세대에 대해 의료비를 300만원까지 건강보험공단에서 대불해 주는 방안이다.

둘째, 건강보험료 체납세대에 대한 대책으로 일반적인 저소득층 건강보험료 체납은 반복적인 결손 처분 등으로 도덕적 해이가 발생할 우려가 많다. 이미 2008년 7월 11일 한시적 결손 처분을 해준 상태로 추가적인 지원은 보험료 납부에 대한 신뢰성 저하 등 우려가 있다. 저소득층도 보험료 징수를 강화하되 중장기적으로 건강보험료 부과체제에서 보험료 경감이나 면제 등 근본적인 문제해결 방안 모색이 필요하다.

따라서 보험료 체납세대 대책은 실업, 휴·폐업, 부도 등으로 일시적인 경제적 어려움을 겪는 세대에 집중해서 경제위기에 따라 실업, 휴·폐업, 부도 등으로 일시적인 경제적 어려움에 처한 생계형 보험체납세대에 대해 공단에서 정확한 사실 확인 후 일시적인 보험료 경감(50%경감)을 해주거나 경감 후에도 일정기간 보험료를 체납할 경우 6개월간 보험료 납부를 유예해 주는 방안이 필요하다.

그리고 경제위기가 지속되어 저소득층에게 보험료납부가 부담이 될 경우 일시적으로 기존 취약계층의 건강보험료를 국고로 일부 경감해

주는 방안을 고민해 볼 수 있다. 이때 체납자만 지원할 경우 보험료 납부에 있어 도덕적 해이가 발생할 우려가 있으므로 일정보험료 이하 저소득층 전체세대에 대해 보험료를 지원하는 방안이 적절할 것으로 판단된다.

셋째는 의료가 필요한 사람들에 대한 맞춤형 보장성 확대방안이다. 이는 건강보험 내에서 경제위기로 인해 의료빈곤층으로 전락할 위גיע층 중 의료욕구가 있는 계층에 대한 법정 본인부담률을 경감해 주는 방안이다. 이는 관리를 건강보험이나 의료급여 어디서 하던지 관계없이 이런 계층에게 의료급여 수준으로 본인부담률을 경감해 주는 것이다. 특히 경제위기로 인해 실업, 휴폐업 등으로 인한 경제적 어려움을 받는 계층에 대해 우선적으로 본인부담률 경감을 고려해 보아야 한다. 그리고 중증질환 등 질환별 본인부담률 경감을 할 경우 특히 저소득층이 많이 걸리는 질환 중심으로 본인부담률을 경감함으로써 혜택이 저소득층에게 집중될 수 있도록 정책을 시행해야 할 것이다.

과거 의료급여 차상위계층 확대 계획에 따라 희귀난치성질환자, 만성질환자, 아동 등에 대해서는 본인부담을 경감해 주었지만 아직 계획대로 실시되지 않은 노인이나 장애인 차상위에 대해 본인부담률을 경감해 주고 본인부담부분에 대한 예산을 국고가 부담해 주는 방안이 추진되어야 할 것이다. 