

의료사각지대 해소 방안

Policy Measures of Medical Safety Net for Low-income and Underprivileged Brackets



신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

저소득 취약계층의 경우 유병률이 높아 스스로 의료비를 감당하기에 한계가 있다. 대내외적인 경제 여건은 여전히 불투명하여 저소득 취약계층의 삶은 그 무게를 더하고 있다. 의료비의 과중함 때문에 최저생계가 유지되지 않거나 최저생계비 이하의 계층으로 전락하는 가구가 증가하고 있어 저소득 취약계층 대상 특단의 의료보장책이 강구되어야 한다. 의료사각지대 해소를 위한 정책 방안으로 먼저 의료안전망 기금의 창설을 들 수 있다. 기금은 복권기금 등 국가의 재원을 통해 설치하되, 지원대상은 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한달에 20만원 이상)을 초과한 가구를 포함하여 대불 방법을 통해 지원 가능하다. 이 밖에 소득 계층별 본인부담 상한제 세분화, 전 국민의 약 5% 대상 보험료 면제 및 비급여 본인부담 보상제 도입 등의 방안이 있다.

1. 문제 제기

1998년 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 그 이후 위기는 진정되었으나 소득불평등 정도는 여전히 지속·심화되었다. 더욱이 2008년 하반기부터 발생한 세계적 경제 위기는 우리나라에도 현실화되어 영세 자영업자의 줄도산, 폐업의 속출, 실업자 양산 등 사회의 손길을 기다리는 계층이 지속적으로 증가하였다. 2012년 현재 세계적인 경제 여건은 여전히 불투명하다. 따라서 무역의존국인 우리나라의 경제여건도 여전히 안개 속에 있고, 당연히 저소득 취약계층의 삶은 무게에 억눌려 있다.

소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른 성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 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 의료보장 제도는 이를 예방·대처하지 못하고 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 별

도의 의료제도가 존재하지 않고 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대가 점증하고 있다. 따라서 저소득 취약계층이 의료비 때문에 빈곤으로 추락하지 않도록 비급여 본인부담을 포함한 의료비 지원 방안의 수립 필요성이 제기되고 있다. 즉, 의료비로 위기에 봉착한 가구에 의료비를 지원할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 기존의 의료급여 등 취약계층 대상 의료제도(본인부담 등)의 보완 필요성도 제기된다. 본고에서는 저소득 취약계층의 의료비 부담 관련 이론을 검토하고 현황 및 문제점들을 분석하여 의료사각지대 해소 방안을 제시하고자 한다.

2. 의료안전망 개념 및 관련 이론

1) 의료안전망 개념

사회안전망(Social Safety Net)이란 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도를 통칭한다. 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로서 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함한다. 사회안전망 중 질병과 관련된 부분을 의료안전망으로 정의하고자 한다. 따라서 의료안전망은 의료욕구 때문에 곤궁에

처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하는 것으로 정의할 수 있다.

정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층 중심의 취약계층에게 초점이 모아질 수 있다.

2) 저소득 취약계층에 대한 의료비 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 경우 뿐만 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 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의하였다.

세계보건기구(WHO, 2000)는 한 가구의 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력(식료품비 제외)으로 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 소득계층간 형평성을 측정한 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. 의료사각지대 관련 현황, 실태 및 문제점

우리나라 의료안전망은 3단계로 구성되어 있고 그 외에 기타 의료지원사업 및 민간의 모금에 의해 지원되는 보충적 사업으로 구성되어 있다. 의료급여 수급자를 제외한 전국민 대상 건강보험이 1차 안전망이다. 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구를 대상으로 하는 의료급여제도가 2차 안전망이다. 최후의 안전망으로 긴급하다고 판단되는 경우 1회(예외적으로 2회까지 인정하는 경우도 있음)에 한정하여 최고 300만원까지 지원되는 긴급의료지원제도가 3차 안전망의 역할을 하고 있다. 기타 질환별, 특성별로 지원되는 9개의 의료지원 사업이 있고 보충적으로 민간에서 모금에 의해 지원되는 사업도 있다.

저소득 취약계층의 의료이용 실태를 파악하기 위해서는 차상위 및 차차상위 이하계층 중 의료요구가긴요한 계층이 필요한 만큼 의료서비스를 받는 것이 제도적으로 완비되어 있는지를 살펴보아야 한다. 이를 위해서는 모든 대상자들이 자격에서 누락되는 경우는 없는지, 자격은 주어져 있지만 다른 제도적 여건(본인부담 가격 등)이 의료서비스를 받는 데 지장을 초래하지 않는지 여부를 검토해보아야 한다. 따라서 아래에서는 자격측면과 급여측면으로 나누어 의료사각지대를 검증하고자 한다.

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 측정함.

표 1. 의료안전망의 개요

| 구분 | 대상 | | 주요사업 |
|----|---------------|--------|---|
| 1차 | 전 국민 | | 건강보험제도 |
| 2차 | 의료급여수급자 | | 의료급여제도 |
| 3차 | 긴급 자격에 해당하는 자 | | (진료비 중심 지원) 긴급의료비 지원 |
| 기타 | 공적지원 | 건강증진기금 | (질환 중심 지원) - 희귀난치성 질환 - 소아 및 아동 암 환자 - 성인 암환자 - 미숙아 및 선천성 이상아 - 노인의치 - 노인 개안 및 망막증 수술지원 |
| | | 일반회계 | (특정 계층 중심 지원) 장애인 의료비지원 외국인 의료비지원 차상위 대상자 본인부담 지원 |
| | 민간 의료비지원사업 | | - 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈우병 - 어린이, 장애인, 노인 |

1) 자격 측면

법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활 보장 수급자, 인간문화재, 의사상자 등 기타 대상자, 특례법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전 국민은 건강보험 가입자이므로 자격측면에서 우리나라 의료보장체계는 공고하다 할 수 있다. 다만 6²⁾개월 이상 보험료를 체납하고 있는 약 160만³⁾ 건강보험 가입세대의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료보장체계로부터 벗어나 있다. 또한 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓

여있는 계층이 상당 수에 이르고 있는 것으로 추정된다.

국민건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 6개월 이상 체납하고 있는 160만 세대 중 80.7%인 약 129만 세대가 생계형 체납이고 나머지 31만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 즉 자격측면에서 129만 세대(310만 명)⁴⁾와 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료욕구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있다.

2) 2008년부터 3개월 이상 체납에서 6개월 이상 체납으로 바뀌었음.

3) 2011년 8월말 기준: 건강보험공단 내부자료

4) 부양률 1.4 적용 추산

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 소득 수준별 의료지출 비용을 측정하기는 대단히 어렵다. 그러나 국민건강보험공단 연구원에서 간접조사 방법에 의해 본인부담정도를 측정하고 있다. 이를 통해 간접적으로 의료비 부담 정도를 파악할 수 있을 것이다. 그 외 가계조사연보를 활용하여 소득 계층별 의료비 실태를 파악할 수 있다.

(1) 본인부담 실태조사 결과

요양기관 실태조사를 통한 국민건강보험공단의 「2010년도 건강보험환자의 진료비 실태조사」 연구가 최근 6개 년도를 시계열적으로 분석

하고 있다. 국민건강보험공단의 연구에 의하면 2010년의 보장률은 62.7%로 나타났다. 2005년에 61.8%에서 2006년 64.3%, 2007년 64.6%로 향상되다가 2008년에 62.2%로 감소하였고 2009년에 64%로 다시 상승하였으나 2010년도에 62.7%로 다시 하락하였다. 법정 급여범위내 본인부담률이 일부 감소하고 비급여의 상당부분이 급여화 되는 등 보장성 확충을 위한 노력이 경주되고 있으나 비급여가 더 빨리 증가하여 전체적인 보장율은 정태상태에 있는 것으로 보인다. 그나마 다행인 것은 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등에 대한 본인부담율이 인하(10%에서 5%로)되어 산정특례대상 질환의 건강보험 보장율은 2010년의 경우 71.4%로 전년의 67.8%에 비해 개선된 것으로 나타나고 있다.

<표 2>와 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

표 2. 건강보험 보장률

(단위: %)

| 구분 | 2005년 | 2006년 | 2007년 | 2008년 | 2009년 | 2010년 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 건강보험 보장률 | 61.8 | 64.3 | 64.6 | 62.2 | 64.0 | 62.7 |
| 법정본인 부담률 | 22.5 | 22.4 | 21.9 | 22.6 | 22.7 | 21.3 |
| 비급여본인 부담률 | 15.7 | 13.3 | 13.5 | 15.2 | 13.3 | 16.0 |

주: 1) 보장률은 전체 의료비 중 보철비, 처방비, 일반 매약비, 성형 등은 제외하고 건강보험에서 부담하는 급여비가 차지하는 비율

건강보험 보장률 산출식: $\frac{\text{건강보험급여액}}{\text{건강보험급여액} + \text{법정본인부담액} + \text{비급여본인부담액}} \times 100$

자료: 국민건강보험공단 보도자료, 2012. 2. 8

표 3. 본인부담 산정특례대상 질환 건강보험 보장을

(단위: %, %p)

| 구분 | 산정특례대상 대상 질환 전체 | 암 | 뇌혈관질환 | 심장질환 | 희귀난치성질환 |
|----------|-----------------|------|-------|------|---------|
| 2010년(A) | 71.4 | 70.4 | 66.1 | 69.2 | 74.6 |
| 2009년(B) | 67.8 | 67.9 | 60.9 | 63.8 | 68.4 |
| 증감률(A-B) | 3.6 | 2.5 | 5.2 | 5.4 | 6.2 |

자료: 국민건강보험공단 보도자료, 2012. 2. 8

느낀다면 이는 별도의 대책이 강구되는 부분이기도 하다.

(2) 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 기장방식을 택하고 있다. 농어가 등 일부 계층이 누락되어 전국을 대표하기는 다소 어려우나 경향치를 파악하기에는 충분할 것으로 판단된다.

소득이 가장 열악한 1분위는 소득대비 보건

의료비 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.

3) 저소득 계층의 의료이용 실태 관련 문제점

저소득 계층 대상 의료보장체계의 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 약 129만 가구(약 310만 명-비자발적 체납자)의 건강보험 체납자와 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-2008년)⁵⁾에 이르고

표 4. 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 |

자료: 신영석 외(2010), 건강보험의 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원.

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 의료지원제도가 제각각 예산형편에 따라 임시 방편적으로 설계되어 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 긴급구호제도 중 긴급의료제도를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 긴급의료제도를 이용하고자 하여도 소득이 최저생계비의 150%를 넘거나, 재산이 있으면(대도시: 135백만원, 중소도시: 85백만원, 농어촌: 7,250만원)⁶⁾ 이용할 수 없다. 우선 치료를 받게 하고 지불능력이 안되는 계층에게는 년차적으로 상환할 수 있는 제도적 장치가 미흡하다.

기타 의료지원제도의 경우 기존의 의료체계가 충분한 급여를 보장하지 못해 부분적으로 의료욕구가 긴요한 환자나 특성별 계층에게 9개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있다. 그러나 9개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하고 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있다. 기존의

의료안전망이 불비하여 개별적으로 지원사업이 시행되었으나 현재는 의료안전망이 제 역할을 찾아가는 즈음이기 때문에 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있다.

4. 의료 사각지대 해소 방안

사회보험은 사회연대성 원리를 기반으로 한다. 더욱이 건강보험은 다른 보험과 달리 소멸성 단기보험이기 때문에 연대성 원리에 더욱 충실할 필요가 있다. 우리나라 국민의료비는 2010년 기준 GDP의 6.9%로 OECD 평균인 8.9%에 많이 못 미치고 있다. 더욱이 공공부문의 비중은 약 58%에 머무르고 있어 향후 우리나라는 의료보장제도(건강보험과 의료급여제도)가 그 역할을 강화해야 한다. 역할 강화를 위한 방안은 다음과 같은 원칙하에서 수립되어야 한다. 첫째, 재원이 허락하는 범위내에서 보장을 충분하게 해야 한다. 둘째, 재원은 한정되어 있기 때문에 효율적으로 사용되어야 한다. 필요 없는 누수, 남용의 여지를 원천적으로 제거해야 한다. 대상자간 형평성 유지도 중요한 원칙이다. 급여 수급 여부는 공정한 원칙하에서 이루어져야 한다. 넷째, 어떠한 제도도 관리가 비교적 용이해야 한다.

의료사각지대 해소 방안으로 다음 두 종류의 Option 중 하나를 택해서 시행할 것을 제안하고

5) 신영석 외(2010). 건강보험의 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원.

6) 2011년도 긴급지원사업 안내

자 한다. 첫 번째 Option은 의료안전망 기금의 창설을 통해 의료사각지대를 해결하는 방안이다. 기금의 구성, 지원대상 선정 및 운영방법은 아래와 같다. 기금은 복권기금 등 국가의 재원을 통해 설치한다. 지원대상은 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한달에 20만원 이상) 초과한 가구를 포함한다. 지원 방법은 대불하되 분할 납부할 수 있도록 하고 일정기간(예: 3년)후 상환 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분한다.

두 번째 Option은 다음과 같은 지원 제도를 패키지 형태로 묶어서 신설한다. 첫째 취약계층의 본인부담 의료비 완화 방안이다. 현재 시행 중인 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위내)를 보다 세분화하여 적용할 것을 제안한다. 소득 기준 하위 50% 이하에게 일률적으로 적용되고 있는 본인부담 상한제의 소득 구간을 세분화하여 30% 이하의 계층에게는 본인부담 상한선을 100만원으로 인하하고 동시에 소득 계층별 본인부담 차등제를 도입하여 서민들의 의료비 부담을 완화(2009년 기준 약 4,540억 원 소요)할 필요가 있다. 예를 들어 소

득 기준 하위 20%에게 입원의 경우 현행 20%에서 15%로, 외래의 경우 현행 30%에서 20%로 경감함으로써 과부담 의료비 가구의 의료비 부담을 줄여줄 것을 제안하고자 한다.

둘째, 취약계층을 대상으로 보험료 면제를 제안한다. 경상 소득 기준 최저생계비 이하의 계층 중 의료급여 수급자가 아닌 사람들(전 국민의 약 5%)에게 건강보험 보험료를 면제(약 2,200억 원 정도 소요)할 것을 제안한다. 최저생계를 유지하기 어려운 소득자이지만 부양의무자 조건, 재산의 소득 환산제 등 때문에 의료급여 수급자가 되지 못한 계층에게 보험료를 면제하여 이들의 경제적 부담을 완화하고 의료접근성을 제고할 필요가 있다.

셋째, 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: 전국민 기준 하위 20% 이하)에 따라 상환여부를 결정한다. 다만 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료

의 경우에 한정하여 실시할 필요가 있다. 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문

표 5. 본인부담 상한제 개편 방안

| 현행 | 개편(안) |
|--------------------------|--------------------------|
| - 소득 기준 하위 50%: 200만원 | - 소득 기준 하위 30% 이하: 100만원 |
| - 소득 기준 상위 50~80%: 300만원 | - 소득 기준 하위 30~50%: 200만원 |
| - 소득 기준 상위 80% 이상: 400만원 | - 소득 기준 상위 50~80%: 300만원 |
| | - 소득 기준 상위 80% 이상: 400만원 |

이다. 우선 공공의료기관부터 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.

위에서 제안한 방향으로 의료복지 증진 방안이 새롭게 강구되면 현행 공적 의료지원사업도 개편되어야 한다. 기존 의료비 지원사업은 개별 제도별 고유의 특성을 살리되 제도 시행 초기와 환경이 달라진 사업은 대상자 선정, 급여 크기 등을 재조정해야 한다. 일반회계로 지원되는 긴급지원사업과 응급의료기금을 활용하고 있는 응급의료비 대불사업은 사업별 특성이 차별화됨으로 현행상태를 유지한다. 일반회계로 지원되는 장애인 의료비 지원사업은 의료급여 2종 장애인을 대상으로 의료급여 1종과 법정 본인부담금 차액을 지원하고 있으므로 의료급여 2종 대상자 중 장애인을 1종으로 전환하고 동시에 예산도 의료급여예산에 편입한다. 외국인 등 의료비 지원사업은 성격이 긴급의료지원과 거의 유사하므로 예산을 긴급지원으로 전환하고 급여 내용도 긴급지원에 준하여 지원하는 것으로 개편한다. 건강증진기금으로 지원되는 희귀질환자 및 암환자(소아, 아동, 성인) 대상 의료비 지원사업은 통합하여 대상자 및 지원 내용을 단

일화할 필요가 있다. 최근 희귀질환자 및 암환자를 대상으로 건강보험권에서 법정 본인부담률을 인하(법정급여범위 내에서 5%)하였으므로 현재 상태에 맞게 급여 내역을 재조정해야 하는 것이다. 미숙아 및 선천성 이상아 지원, 노인 개안 및 망막증 수술, 노인의치 지원 사업은 사업별 특성이 현저하므로 현행 상태를 유지한다. 동시에 중복과 누락 방지 등 제도의 효율화를 기하기 위해 기존 의료보장제도 내의 조직(예: 국민건강보험공단)을 활용하여 전달체계 및 관리운영체계를 일원화할 필요가 있다.

국민의료비 중 공공의료비 비중이 약 58% (2010년 기준)에 머무르고 있고 공단의 진료비 실태조사에서도 보장률이 지난 5년 동안 62%에서 64% 범주를 벗어나지 못하는 것으로 나타났다. 보장성 확대에 대한 국민적 욕구가 있지만 신의료기술, 신약 등 비급여 부분이 못지않게 확대되고 있으므로 빠른 시일내에 보장성을 획기적으로 향상시키기는 어렵다. 이러한 상황에서 저소득 취약계층 특히 의료사각지대에 놓여있는 저소득층이 중증질환에 이환되면 생계를 유지하기 어려운 상황에 처한다. 1인당 국민소득이 2만불을 넘는 오늘날 의료비 때문에 생계가 위협받고 의료비 때문에 최저생계비 이하로 전락하는 가구가 발생해서는 안된다. 의료사각지대에 대한 특단의 대책(위에서 제시한 것처럼)이 마련되어 모든 국민에게 실질적 의료보장체계가 완비되기를 기대해본다. 보건복지