

포용복지와 건강정책의 방향¹⁾



Health Policy for Inclusive Welfare

김명희 | 시민건강연구소 건강형평성연구센터장

“어느 계층도 소외됨이 없이 경제성장의 과실과 복지를 고루 누리면서 개인이 자신의 역할과 잠재력을 최대한 발휘할 수 있는 나라”라고 정의한 포용적 복지국가 개념에 비추어 볼 때, 현재의 건강정책은 이러한 목표를 달성하기에는 미흡하다. 우선 다양한 건강 결과와 건강 행동에서 사회적 불평등이 뚜렷이 관찰되는데, 이는 의료보장 강화만으로는 해결할 수 없는 문제이다. 의료보장 측면에서는 문재인케어로 대표되는 건강보험 보장성 강화 정책을 통해 경제적 부담이 크게 줄어들 것으로 예상되지만, 의료급여 수급 자격이 까다롭고 노동시장 불평등, 주거 불안정, 전통적 가족 해체로 인해 발생하는 건강보험 생계형 장기 체납자 문제 같은 사각지대 이슈는 여전히 남아 있다. 또한 지리적 접근성이나 의료 질에서의 불평등을 완화하고 보건의료 공급 체계의 공공성을 강화하는 대책도 여전히 초기 단계에 머물러 있다. 게다가 소득주도성장을 내세우며 보건의료의 상업화와 영리화를 적극적으로 추진하는 것은 포용복지국가의 기본 이념을 훼손하는 일이다. 포용적 복지국가 달성을 위해 건강보험 보장성 강화 정책을 넘어 건강의 사회적 결정 요인을 다루고 사회적 보호와 보건의료 체계의 공공성을 높이는 접근이 필요하다. 포용적 복지국가 달성을 위한 건강정책은 건강권을 보장하기 위한 ‘건강한 공공정책(healthy public policies)’이어야 한다.

1) 이 글은 김태완, 김미근, 여유진, 이태진, 김기태, 김현경...심창학(2019), 포용복지와 사회정책방향, 한국보건사회연구원(발간 예정) 보고서의 내용 중 필자의 글을 발췌하여 수정보완한 것이다.

1. 들어가며

2012년 대통령 후보 수락 연설에서 “기회는 평등할 것입니다. 과정은 공정할 것입니다. 결과는 정의로울 것입니다.”라고 이야기했던 문재인 후보가 2017년 5월 제19대 대통령으로 선출되었다. 문재인 정부는 출범과 함께 ‘국민의 나라 정의로운 대한민국’이라는 국가 비전을 제시했다. 더불어 5대 국정목표를 제시했는데 그중 세 번째가 ‘내 삶을 책임지는 국가’ 달성이며 이 목표를 달성하기 위한 5대 국정전략 중 첫 번째가 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’이다.

포용적 복지(inclusive welfare)국가란 “어느 계층도 소외됨이 없이 경제성장의 과실과 복지를 고루 누리면서 개인이 자신의 역할과 잠재력을 최대한 발휘할 수 있는 나라”를 일컫는다. 이러한 접근의 철학적 토대는 물질이 아닌 사람을 중심에 두는 인본주의, 사각지대를 축소하여 사회적 배제로부터의 포용을 달성한다는 사회통합, 어느 계층도 소외되지 않는다는 보편주의, 다양성에 대한 존중이다(김미곤 외, 2017). 실용적으로는 사회보장 대상자를 확대하고 급여를 충분하게 제공함으로써 사각지대를 해소하는 것이 목표라고 보아도 무방할 것이다.

이 글에서는 ‘포용적 복지국가’ 전략에 비추어, 현재 한국의 건강권 보장 상황을 개괄하고 건강정책이 이러한 목표에 충분히 부응하고 있는지, 개선이 필요한 부분은 무엇인지 살펴보고자 한다.

2. 건강권 보장 현황

기회의 평등과 과정의 공정성, 결과의 정의로운 것은 건강과 보건의료의 형평성 논의에서도 매우 중요하다. 이는 단순히 건강보험 보장성과 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성을 높이는 것에 국한되지 않는다. 건강할 수 있는 다양한 기회와 자원에 대한 평등한 접근, 정책을 만들고 집행하는 과정에서의 공정성, 그리고 궁극적으로 건강 형평성 달성이라는 도덕철학적 논거와 닿아 있다(Peter & Evans, 2001).

건강은 인간 삶의 매우 중요한 조건 중 하나이자, 각자 가치 있게 생각하는 다른 일들을 할 수 있게 만드는 잠재력(capability)의 중요한 요소라는 점에서 특별한 의미가 있다(Sen, 2002). 또한 보건의료는 정상적 기능(normal functioning)을 유지하는 데 기여함으로써 기회의 평등을 보호하고, 사회적 삶의 모든 영역에서 완전히 참여하는 시민으로 살아가는 데 중요한 역할을 한다(Daniels, 2001). 이러한 맥락에서 본다면 ‘포용적 복지국가’라는 전략을 건강보험 보장성 강화와 보건의료서비스의 사각지대 해소를 한정하는 것은 그 이념을 매우 협소하게 해석하는 셈이다. 보건의료를 넘어서는 건강권 보장, 그리고 그 결과인 건강불평등을 함께 고려할 필요가 있다.

가. 건강불평등 현황

건강불평등은 결코 자연스러운 현상이 아니다. 세계보건기구의 ‘건강의 사회적 결정 요인 위

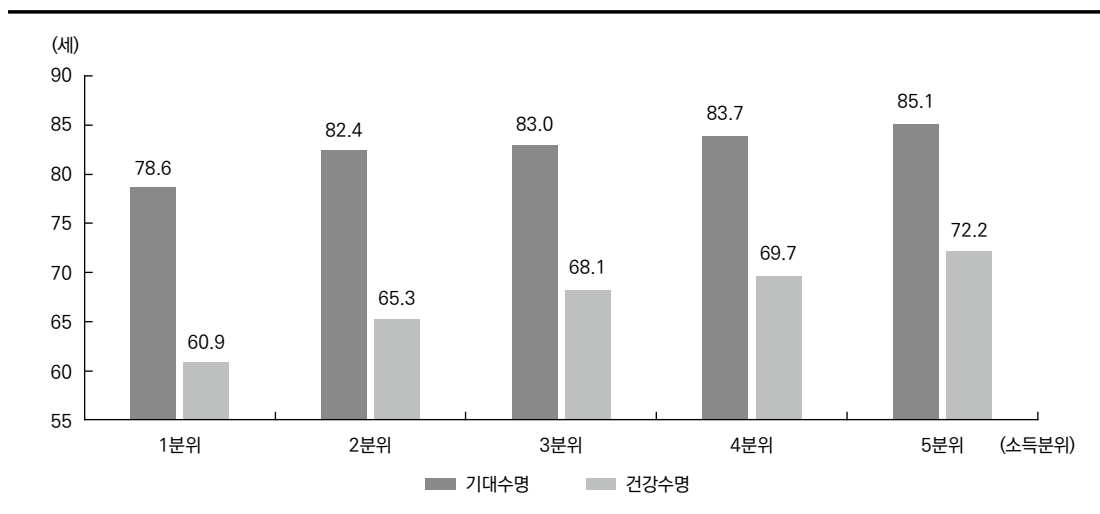
원회'는 건강불평등이 '불량한 사회정책과 사업, 불공정한 경제 질서, 나쁜 정치의 유독한 조합'의 결과물이라고 지적했다(CSDH, 2008). 국내 건강불평등 현황에 대해서는 이미 수많은 논문과 연구보고서가 출판되어 있다. 이러한 연구들이 보여 주는 것은, 지표나 측정 방법에 따라 구체적 양상은 조금씩 다르지만 한국에서 소득, 사회계층, 학력, 지역에 따라 일관된 건강불평등이 존재한다는 것이다. 이 방대한 연구 결과를 이 글에서 모두 살펴보기는 어렵기 때문에 건강 결과(health outcome)에 해당하는 사망지표 일부와 상병, 주요 건강 위험 요인 일부를 소개하고자 한다.

우선 가장 대표적인 건강지표인 출생 시 기대여명과 건강기대여명(healthy life expectancy)에서 지역별, 소득계층별 뚜렷한 격차를 확인할

수 있다. 이를테면 17개 광역시·도 중에서 수명이 가장 긴 곳과 짧은 곳의 격차는 약 3년이며, 건강기대수명의 격차는 5년 정도로 더 크다. 지역을 세분화해서 살펴보면 불평등은 더욱 두드러진다. 또한 개인소득으로 구분해 보아도, 소득 최저 1분위와 최고 5분위 사이에는 기대수명 6년, 건강기대수명 11년 정도의 차이가 존재한다(그림 1).

이렇게 사망 수준에 격차를 낳는 요인들 중에서는 회피 가능한 요인 혹은 예방 가능한 요인이 차지하는 비율이 크다. 이를테면 회피가능사망(avoidable mortality)은 치료가능사망(amenable mortality)과 예방가능사망(preventable mortality)으로 구분할 수 있다. 회피가능사망이란 현재의 의학적 지식과 기술을 고려할 때 양질의 예방적·

그림 1. 소득 5분위별 기대수명과 건강기대수명



자료: 한국건강행태성학회. (2018). 전국 광역시도 시군구 건강격차 프로파일. https://drive.google.com/open?id=1Czdweu2_Db5QsKJOiqSGo1BJp2ody0nl에서 2019. 3. 17. 인출하여 재구성.

표 1. 지역박탈지수 분위별 연령표준화 회피가능사망률 2013~2015년

(단위: /10만 명)

전체	회피가능사망률			예방가능사망률			치료가능사망률		
	127.2	상대격차	절대격차	106.7	상대격차	절대격차	51.5	상대격차	절대격차
1분위	160.8	1.4	46.7	135.0	1.4	39.6	60.0	1.3	12.5
2분위	143.3	1.3	29.2	121.1	1.3	25.7	57.0	1.2	9.4
3분위	128.7	1.1	14.6	108.2	1.1	12.7	52.3	1.1	4.8
4분위	114.1	-	-	95.4	-	-	47.5	-	-

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경,....류한소. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발: 통계로 본 건강불평등. 한국보건사회연구원, pp. 272-276 재구성.

표 2. 학력에 따른 연령표준화 자살 사망률(2015년)

(단위: /10만 명)

연령	학력	남성			여성		
		표준화율	상대격차	절대격차	표준화율	상대격차	절대격차
30~64세	초졸 이하	166.7	4.99	142.14	97.0	8.08	85.04
	중·고졸	58.4	2.38	33.91	23.0	1.91	10.94
	전문대졸 이상	24.5	-	-	12.0	-	-
65세 이상	초졸 이하	120.4	1.85	55.30	31.3	1.76	13.55
	중졸	96.4	1.48	31.28	25.5	1.44	7.76
	고졸 이상	65.1	-	-	17.7	-	-

자료: 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경,....류한소. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발: 통계로 본 건강불평등. 한국보건사회연구원, pp. 335-336 재구성.

치료적 보건의료서비스를 통해 피할 수 있는 사망을 의미하며, 예방가능사망은 보건의료서비스 이외에 포괄적인 건강 결정 요인을 다루는 정책들로 예방할 수 있는 사망을 의미한다. 전국 시·군·구의 박탈지수(deprivation index)를 산출하여 4개 집단으로 구분하고 그에 따른 회피가능 사망률을 살펴보면, 절대격차에서든 상대격차에서든 뚜렷한 불평등을 확인할 수 있다(표 1)(김동진 외, 2017, pp. 273-276).

정신건강과 삶의 질 수준을 종합적으로 보여

주고 예방가능사망의 대표 사례에 해당하는 자살 사망에서도 불평등은 매우 뚜렷하다. 이를테면 65세 미만 연령 계층에서 전문대 졸업 이상의 학력을 가진 이들에 비해 초등학교 졸업 이하 학력자의 상대격차는 남녀 각각 5배와 8배에 달한다. 절대적 격차에서도 남녀 각각 10만 명당 140명과 85명에 달할 정도로 불평등이 심하다(표 2).

불평등 현상은 만성질환이나 정신건강 이환은 물론 각종 질환의 대표적 위험 요인 중 하나인 흡연에서도 일관되게 관찰된다(표 3).

표 3. 소득 수준에 따른 주요 상병의 연령표준화 유병률과 흡연율

(단위: %)

소득	현재 흡연율	우울감 경험률	활동제한	고혈압 유병률	당뇨병 유병률
하	26.0	17.4	9.6	29.8	14.5
중하	24.9	11.6	6.0	27.8	10.3
중	22.7	8.6	4.7	25.4	10.4
중상	21.7	9.9	5.3	25.2	9.2
상	15.9	9.1	3.3	26.4	8.5

주: · 현재 흡연율(만 19세 이상): 평생 담배 5갑(100개비) 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 분율.
 · 우울감 경험률(만 19세 이상): 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 분율.
 · 활동제한율(만 19세 이상): 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회 활동에 제한을 받은 분율.
 · 고혈압 유병률(만 30세 이상): 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분율.
 · 당뇨병 유병률(만 30세 이상): 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사 진단을 받았거나 혈당강하제를 복용하거나 인슐린 주사를 사용하는 분율.
 · 가구균등화소득: 월 가구소득 / √가구원 수

자료: 보건복지부 질병관리본부. (2017). 국민건강통계자료. pp. 32, 80, 91, 224, 231 재구성.

이러한 건강불평등은 우리 사회의 사회경제적 불평등이 가져온 결과이며, 사회적 삶의 다른 영역에서 또 다른 불평등의 악순환을 초래할 수 있다. 의료서비스 보장만으로는 이러한 건강불평등 문제를 결코 해결할 수 없다.

나. 의료보장 현황

경제협력개발기구(OECD) 회원국들과 비교했을 때 한국의 경상의료비 수준은 아직 낮은 편이다. 2016년 자료 기준, 국내총생산(GDP) 대비 경상의료비²⁾ 비율은 OECD 회원국 평균이 8.9%인데 비해 한국은 7.3%에 그쳤다. 1인당 경상의료비도 2688달러(구매력기준환율)로 OECD 평균 3882달러에 비해 상당히 낮은 수준이다. 그러나

경상의료비의 증가세는 가파르다. 2007~2017년 동안 OECD 회원국의 평균 증가율이 2%였던 것에 비해 한국의 연평균 증가율은 6.0%나 된다. 전 세계적으로 의료비 증가세가 둔화하고 있다는 점을 고려하면 한국의 의료비 증가세는 우려스럽다. 문제는 경상의료비의 재원 구성이다. 2016년 자료에 기초할 때 전체 경상의료비 중 공공 재원인 건강보험과 정부 기여 비율은 각각 48.8%, 10.3%에 불과했다. 가계직접부담과 임의가입의 구성비가 각각 33.3%와 7.5%로 민간 재원의 기여분이 상당히 크다. 공공 재원의 비율은 59.1%로, OECD 회원국 평균 73.6%에 한참 못 미친다. 게다가 이를 개인의료비와 집합보건의료비로 구분해 보면, 개인의료비의 공공 재원 비율은 57.7%로 더 낮아진다. 민간 재원 42.3% 중에서

2) '국민 의료비'로 지칭되던 'Total Health Expenditure'에서 보건의료 허부 구조에 대한 자본 투자를 제외한 'Current Health Expenditure'를 의미하며, "보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 국민 전체의 1년간의 지출 총액"으로 정의된다. 세계보건기구의 국가보건계정 작성 지침 2011년판(A Systems of Health Accounts 2011, 약칭 SHA 2011)부터 이 방법이 적용되었다.

표 4. 건강보험 보장률의 연도별 추이

(단위: %)

연도	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
보장률	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7

건강보험 보장률 = {건강보험급여비 ÷ (건강보험급여비+법정 본인부담금+비급여 본인부담금)} × 100

자료: 국민건강보험공단. (2018). 건강보험환자 진료비 실태조사. p. 55.

도 가계직접부담이 35.2%를 차지하며, 특히 의약품이나 기타 비내구재 등 의료 재화에 대한 가계 직접부담이 44.6%로 높았다(보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강보험, 건강보험심사평가원, 2018, pp. 55-57).

건강보험에 한정해서 보자면 지난 10년 동안 건강보험 보장률은 62~65% 사이에서 정체되어 있다(표 4). 이는 건강보험 보장성 강화 조치를 강력하게 추진하는 배경이 된다.

한편 저소득층의 의료안전망인 의료급여의 경우, 2017년 급여 대상자는 1종 약 106만 명과 2종 42만 명을 합해 총 148만 6000명이었다. 2016년에 비해 약 2만 4000명이 감소한 숫자다. 1종 의료급여 대상자의 구성은 기초생활보장수급자 82.5%, 시설보호자 7.9%, 국가유공자 5.5%, 북한이탈주민 1.5% 등이다(보건복지부, 2018). 상대빈곤율이 수년째 15%를 넘나들고 있지만 의료급여 수급자 비율 역시 꾸준히 3%를 유지하고 있다. 의료급여 수급자가 되기 위한 까다로운 조건은 만족시키지 못하고, 건강보험료를 부담하기는 어려운 건강보험 '생계형 체납자'가 생겨날 수밖에 없는 구조인 셈이다.

그동안 6회 이상 건강보험료를 납부하지 않은

장기 체납자 규모는 연간 140~150만 가구 내외인 것으로 알려져 있었다. 그러나 2017년 시민건강연구소의 분석에 따르면 건강보험료 장기 체납 가구는 연간 2백만 가구에 달하며, 약 4백만 명이 연루되어 있는 것으로 추정된다. 2015년을 기준으로, 장기 체납자들은 평균 36.3회, 중위수 기준 24회의 체납을 경험한 것으로 나타났다. 가구당 누적 체납액은 평균 140만 원, 중위수 기준 약 90만 원 수준이다. 월별 보험료로 환산하면 평균 4만 7000원, 중위수 기준 3만 1000원이다. 이는 상대적으로 소액의 보험료가 잦은 빈도로 체납되고 있음을 의미한다. 실제로 2015년 기준 전체 체납자 중 월 5만 원 미만의 보험료를 납부하는 가구가 약 57%에 달했으며, 월 보험료가 낮아질수록 체납 횟수는 많아지고 체납 총액과 월평균 체납액은 작아지는 것으로 나타났다. 장기 체납자 중에는 35~54세 중장년층 비율이 가장 높았지만 20세 미만의 미성년자도 4000여 명 이상, 20~24세 청년도 약 4만 2000명 있었다. 독립, 부모의 사망 혹은 이혼 등 가족 구조가 변동하는 과정에서 가구의 보험료 연대납부의무로 인해 부모나 보호자의 납부 책임이 자녀에게 이전되었음을 짐작케 한다. 실제로 25세 미만 대

표 납부의무자 약 4만 7000명 중에서 체납이 미성년기에 시작된 경우가 4분의 1이었으며, 10세 미만에서 시작된 경우도 약 3%였다. 장기 체납자들의 건강보험 자격 변동 이력을 추적해 보면, 자격 변동이 잦고 짧은 기간 동안 자격을 유지하는 경향이 있었다. 잦은 이사에 따른 주소지 변화, 가족 구성의 변화, 노동시장의 빈번한 진입과 이탈 등 삶의 기반이 불안정하다는 것을 알 수 있다. 건강보험이 체납되었다고 해서 당장 의료 이용을 할 수 없는 것은 아니다. 그러나 급여 환수 조치에 대한 우려 때문에 의료 이용을 기피하는 경향이 있다. 또한 통장 압류 등의 조치 때문에 정상적인 금융생활이 어렵고 노동시장에서 불이익을 겪는 등 건강뿐 아니라 사회생활 측면에서도 여러 가지 제약에 직면해 있었다(김명희, 김선, 김창엽 외, 2017).

대개 사회경제적으로 어려운 상황에 놓여 있을수록 건강 문제가 많기 때문에 의료서비스에 대한 필요(needs)가 크지만(Hart, 1971), 현재의 의료보장제도는 이를 공평하게 충족시키지 못하고 있다. 높은 본인부담금으로 인해 여전히 경제적 접근성에서 불리하고 건강문해력에서 차이를 보이며, 지역 간 의료 자원의 불균등 분포에 따른 지리적 접근성과 서비스 질에 격차가 있기 때문이다. 이를테면 상급종합병원 입원 횟수 점유율은 고소득층이 높고, 적정 의료 이용을 통해 악화를 예방할 수 있는 외래민감질환으로 인한 입원 비율은 저소득층이 높다(김동진 외, 2017).

의료보장제도의 또 다른 축인 산업재해보상보

험 또한 '보장성' 측면에서 커다란 한계를 갖고 있다. 산재보상보험법에 따르면 공무원이나 군인, 선원 등의 특수지역 혹은 농림수산업 일부를 제외한 모든 사업장이 가입 대상이며 특수고용노동자를 제외할 때 가입률은 거의 98%에 이른다. 그러나 여러 연구와 언론 보도가 반복적으로 지적해 왔듯, 산재보험은 일을 하다 다치거나 병에 걸린 노동자들을 충분히 보호하지 못하고 있다. 예컨대 산업재해율은 OECD 회원국 평균의 4분의 1에 불과하지만 산재로 인한 사망만인율은 평균보다 3배 이상 높다. 이런 기이한 통계는 사망에 이를 만큼 심각한 산재를 제외하고는 상당한 은폐가 이루어지고 있음을 시사한다. 실제로 2014년과 2015년의 한국의료패널 자료를 분석한 결과, 산재보험이 아닌 다른 방법으로 치료받은 비율이 69.3%나 되었다. 국민건강보험공단 자료에서도 산재인데도 건강보험으로 진료를 받아 환수된 금액이 2017년에만 75억 원이었으며 2014년~2018년 9월에는 총 334억 원이 환수되었다. 산재 은폐로 인한 건강보험 재정 누수 금액은 연간 최소 277억 원에서 최대 3218억 원으로 추정된다(김진현, 2018). 이는 건강보험 재정 누수 측면만의 문제는 아니다. 산재 피해 노동자의 건강보험 본인부담금, 산재보험에만 존재하는 휴업 급여의 손실, 장기적으로 발생할 수 있는 후유증과 관련한 장애연금 등 의료보장과 생계보장 측면 모두에서 심각한 문제가 아닐 수 없다.

의료 이용의 질과 관련된 불평등, 생계형 건강보험 체납, 산재 은폐 등의 문제는 본인부담금의

감소를 핵심으로 하는 건강보험의 보장성 강화만으로는 여전히 해결되지 않는 의료보장 이슈가 남는다는 것을 잘 보여 준다.

3. 건강권 보장 측면에서 포용국가 전략 돌아보기

그렇다면 문재인 정부의 포용적 복지국가 전략은 이러한 건강불평등과 불충분한 의료보장 문제에 어떻게 대응하고 있을까?

가. 포용적 복지국가 달성을 위한 국정과제

문재인 정부의 ‘국민의 나라 정의로운 대한민국’이라는 국가 비전을 성취하기 위한 100대 국정과제 중에서 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’ 전략에 해당하는 과제는 모두 6가지이다(표 5)(국정기획자문위원회, 2017). 2018년까지 정책 추진의 기반을 구축하고 2019년부터 과제별 체감 성과를 본격적으로 창출하겠다는 것이 목표이다.

이들 6개 과제 중에서 44번과 45번 과제가 건강보장과 직접 관련되어 있지만, 다른 과제들에도 다음과 같이 건강보장 이슈가 포함되어 있다.

- 과제 42번 맞춤형 사회보장 - 의료급여를 포

합하는 공공부조에서 부양의무자 기준 적용 제외 확대, 두루누리 사회보험료 지원 사업에 건강보험료 추가 지원, 장애인 지원 강화 사업에 장애인 보조기 건강보험급여 적용 확대와 권역별 어린이 재활병원 설치 등 장애인 의료 지원 확대를 포함함.

- 과제 43번 고령사회 대비 - 신중년 생활 안정 지원 항목으로 두루누리 건강보험 지원 확대, 건강보험 임의계속가입 기간과 대상 확대, 치매국가책임제를 통해 전국 252개 치매안심센터를 확충하고 치매안심병원 확충 추진. 중증 치매 환자의 본인부담률을 인하하고 고비용 진단검사를 급여화하며 장기요양 치매 수급자 본인부담 경감을 확대함.
- 과제 44번 건강보험 보장성 강화 - ‘문케어’로 지칭되는 대표 정책. ① 선별 급여 적용 항목을 확대하고 신포괄수가 확대 등으로 비급여의 풍선 효과 해소, ② 선택진료 폐지, 상급병실 단계적 급여화, 간호·간병 통합서비스 확대 등으로 3대 비급여 부담 지속 경감, ③ 저소득층 의료비 본인부담 완화를 위해 소득 고려한 본인부담 상한액 설정, ④ 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담률 5%로 인

표 5. ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’ 전략 과제

42. 국민의 기본생활을 보장하는 맞춤형 사회보장(복지부)
43. 고령사회 대비, 건강하고 품위 있는 노후생활 보장(복지부)
44. 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원(복지부)
45. 의료 공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공(복지부)
46. 서민이 안심하고 사는 주거 환경 조성(국토부)
47. 청년과 신혼부부 주거 부담 경감(국토부)

하, ⑤ 민간 실손보험 관리 강화로 건강보험 재정건전성 제고, ⑥ 40대 이상 진단 바우처 도입 등 건강검진 사후 관리를 강화하고 초·중·고교생 독감 예방접종 국가 지원 확대 등 예방적 건강관리 강조, ⑦ 정신건강 증진 체계 강화, ⑧ 평가소득 폐지와 보수 외 고소득 직장인 보험료 부담 강화를 중심으로 건강보험료 부과 체계 개편. 이러한 과제들을 통해 2022년까지 건강보험 보장률 70% 달성 목표 (2015년 63.4%). 또한 건강보험료 부과 체계 개편으로 서민 부담을 경감하고 형평성을 제고함.

- 과제 45번 의료 공공성 확보 - ① 지역사회 기반 의료 체계 구축을 위해 일차의료기관과 대형병원의 역할을 유도할 수 있는 건강보험수가 구조 개편 방안 마련, 환자 의뢰-회송 사업 시행 및 진료 권역별 정보 교류 시스템 구축, ② 의료 격차 해소 위해 2022년까지 의료 취약지에 300병상 이상 거점 종합병원 확충, 공중보건장학제도 시범사업과 취약지 공공의료기관 의사 파견 지원 확대, ③ 응급 의료 전용 헬기, 소아전문응급센터 및 재활 병원 확대, 전국에 권역외상센터 확대 및 심혈관센터 지정 설립 등으로 환자 중심 응급 의료 체계 구축, ④ 고위험 감염병 및 원인 미상 질환 대응을 위한 중앙·권역별 감염병 전문병원 설치. 이러한 과제들을 통해 예방 가능사망률을 2015년 30.5%에서 2021년 25%로 개선함.

이 외에도 여러 부문이 함께 협력해야 할 복합 혁신 과제로 ① 불평등 완화와 소득주도성장을 위한 일자리경제, ② 4차산업혁명을 선도하는 혁신창업국가, ③ 교육·복지·노동 체계 혁신으로 인구절벽 해소, ④ 국가의 고른 발전을 위한 자치분권과 균형발전 선정 등이 제시되어 있다. 특히 ②항을 달성하기 위해 대통령 직속으로 '4차 산업혁명위원회'를 신설하고 그에 따라 신산업 성장을 위한 규제 개선, 제도 정비를 위해 규제샌드박스 도입, 네거티브 규제 원칙 등을 마련하도록 했다. 여기에 보건 의료산업이 중요하게 언급되어 있다.

이러한 국정과제들을 담당 부처별 정책과제로 구체화했는데, 보건복지부가 종합한 '포용적 복지국가' 달성을 위한 과제는 다음과 같이 크게 일곱 가지다. 첫째 사회서비스 공공 인프라 구축과 일자리 확충, 둘째 국민의 기본생활을 보장하는 맞춤형 사회보장, 셋째 고령사회 대비, 건강하고 품위 있는 노후 생활 보장, 넷째 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원, 다섯째 의료 공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공, 여섯째 미래 세대 투자를 통한 저출산 극복, 일곱째 고부가가치 창출 미래형 신산업 발굴·육성(보건복지부, 2018).

실제로 이러한 국정과제 목표에 따라 여러 정책들이 순차적으로 도입되고 있다. 대표적으로 2018년 1월에 선택진료제가 폐지되고 소득 하위 50% 계층의 본인부담 상한액이 연소득의 약 10% 수준으로 인하되었으며, 2018년 4월부터

간경화, 지방간, 췌장염 등 상복부 초음파에 대한 건강보험 확대 적용이 시작되었다. 또한 2018년 10월에는 대한민국 정부 수립 이래 처음으로 ‘공공보건의료 발전 종합 대책’이 발표되어 현재 후속 작업이 진행 중이다.

나. 목표와 정책의 정합성

정부의 ‘포용적 복지국가’ 전략에 따른 중점 과제들이 목표한 대로 성과를 거두고 있는지 평가하기는 아직 이르다. 문재인케어로 대표되는 건강보험 보장성 강화 정책은 본격적인 시행에 돌입한 지 겨우 1년이 지났을 뿐이다. 삽화적 성공 사례들은 속속 보고되고 있지만 아직 통계 자료는 사용 가능하지 않다. 의료 공공성 확보 측면에서도 공공보건의료 마스터플랜이 발표된 것이 지난해 말이고 세부 계획에 따른 추진은 여전히 시작 단계에 머물러 있다. 이 글에서는 개별 과제의 달성 여부를 평가하기보다는 포용적 복지국가 전략에 따라 추진되는 과제들이 놓치고 있는 부분을 이야기하고자 한다. 문재인 정부 남은 임기 동안에는 기존 과제들을 지속적으로 추진하는 것과 더불어 이러한 부분들이 보강되어야 할 것이다.

첫째, 기회의 평등과 과정의 공정성, 결과의 정의로움이라는 비전을 달성하기 위한 접근으로서 포용적 복지국가 전략을 각종 사회보험의 사각지대 해소에 한정하는 것은 지나치게 협소한 관점이다. 건강은 인간 번영(human flourishing)의 중요한 조건 중 하나이자 가치 있는 일을 할 수 있게 만드는 잠재력의 중요한 요소이다. 건강

은 사회적 삶의 영역에서 완전히 참여하는 시민으로서 살아가는 데, 즉 사회에 포용되는 데 중요한 역할을 한다. 그렇다면 보건의료를 넘어서는 건강권 보장, 건강형평성의 달성을 추구해야 하는데, 현재의 중점 과제들은 이 부분을 다루지 않는다. 현 정부는 고용 없는 성장과 불평등 심화라는 현실 진단 속에서 ‘소득주도성장’을 제안했다. 사회경제적 불평등은 건강불평등으로 이어지고, 건강불평등은 다시금 노동시장 참여와 소득 능력의 저하라는 악순환으로 이어져 사회경제적 불평등을 악화시킨다. 이런 면에서 포용적 복지국가 전략이 의료보장의 확대에만 한정되는 것은 매우 아쉽다. 포용적 복지국가 전략은 ‘의료’보장(healthcare or medical security)이 아니라 ‘건강’보장(health security)으로 그 폭과 깊이를 확장해야 한다.

둘째, 건강보장을 위해 보건의료를 넘어서는 포괄적 접근이 필요하다고 이야기했지만, 현실 정책 영역에서 의료보장이 확대되는 것 자체도 매우 중요하다. 불충분한 건강보험 보장성이나 산재 은폐로 인해 건강과 생계를 위협받는 현실을 본다면 더욱 그렇다. 그러나 의료보장에 국한한다 하더라도 현재의 정책은 여전히 불충분하다. 건강권(right to health)을 보장하기 위한 보건의료서비스의 원칙에 해당하는 AAAQ(가용성 availability, 접근성 accessibility, 수용성 acceptability, 질 quality) 중에서(Asher, 2004), 현재의 건강보험 보장성 강화 정책은 경제적 접근성 개선에만 초점을 두고 있다. 그러나 현실을

돌아보면, 급성기 의료서비스 이외에 치매를 포함한 정신보건서비스, 지역사회 재활서비스, 만성질환 관리 인프라는 공급 자체가 매우 불충분하다. 가용성 측면에서 심각한 제약이다. 또한 접근성에는 경제적 접근성 이외에도 비차별성(non-discrimination)과 물리적 접근성, 정보 접근성이 중요한 요소인데, 지역 간의 의료 자원 불균등 분포로 인해 초래되는 물리적 접근성의 제약, 정보 접근성과 질에서의 차이, 성별이나 성적 지향과 정체성, 장애를 포함하여 사회적·경제적·건강 취약성으로 인해 보건의료 체계 안에서 발생할 수 있는 차별에 대한 고려가 충분하지 않다. 예컨대 앞서 언급한 것처럼 외래에서 충분히 관리 가능한 질환들에 대해 저소득층의 입원율이 더 높은 것은 경제적 접근성을 개선한다고 해서 해결되는 문제가 아니다.

셋째, 정부는 포용적 복지를 달성하기 위한 물적 토대를 강화하는 논리로 소득주도성장을 내세우고 있다. 그러나 소득주도성장을 위해 제시한 방안들 중 일부는 포용적 복지국가 전략이 표방하는 것과 명백히 상충한다. 이를테면 4차산업혁명이라는 환경 변화에 부응하는 성장 동력을 논하면서 보건의료산업이 중요하게 언급되고 있다. 국정기획자문위원회는 디지털헬스케어를 ‘소비자 중심 의료’로 정의하며 정밀의료와 더불어 정보통신기술, 빅데이터와 결합한 새로운 성장 동력으로 제시했다(국정기획자문위원회, 2017). 한국보건사회연구원의 연구보고서도 예컨대 “산부인과, 피부과, 비뇨기과 등 의사와 상담하기에

민망한 문제에 대한 수요가 존재하여 네이버 지식인 서비스에서 이러한 종류의 의료 욕구에 대한 이용 빈도가 높음”을 언급하며 디지털헬스케어의 필요성을 주장했다(김미곤 외, 2017). 그러나 사례로 제시된 이러한 문제들은 일차의료를 강화함으로써 해결해야지, 디지털 디바이스를 이용한 정보 접근성의 강화로 나아질 수 있는 것들이 아니다. 실제로 정부는 포용적 복지국가 전략을 제기한 배경으로 ① 의료 접근성을 높이고 치료 효과를 높이기 위한 체계를 구성해 왔지만 민간 부문이 공급을 주도하면서 부문 간·지역 간 불균형, 서비스 전달체계의 왜곡 초래, ② 의료 체계의 비효율화로 인한 의료비 급증으로 재정의 지속가능성에 의문이 제기되고 있는 실정, ③ 기술 발달에 따른 보건의료 체계의 정비 필요성 등을 제시한 바 있다. 그러나 현재와 같은 방식의 보건의료산업 육성 방안이 실제로 고용 확대와 소득주도성장에 기여할 수 있을지 의문이다. 기술집약적인 산업일수록 고용 확대에 미치는 효과가 크지 않고, 그로 인해 창출되는 수익은 기업과 주주들에게 집중되는 것이 일반적이기 때문이다. 반면 고용 창출 효과가 크고 소득주도성장에 기여한다 해도 문제는 여전히 남는다. 이러한 방식의 개인화된 ‘소비자 중심 의료’는 낭비적 의료비용의 상승과 불평등, 의료 체계의 분절화를 심화시킬 가능성이 매우 크기 때문이다. 보건사업의 건강불평등 영향에 대한 체계적 문헌 고찰에 따르면, 교육이나 캠페인, 개인의 소비와 자발적 실천에 초점을 둔 중재들일수록 오히려 건강불평등

을 악화시키는 결과를 보였다(Lorenc, Petticrew, Welch, & Tugwell, 2013). 건강문해력과 경제적·사회적 자원이 충분한 이들일수록 이러한 새로운 기술과 서비스 접근에 유리하기 때문이다. 실제로 최근 여러 언론 보도는 국내에 급속하게 확대 중인 정보통신 기반 대인서비스들, 예컨대 철도 온라인 예매, 식당의 전자 키오스크 주문 등이 노인이나 장애인의 서비스 접근을 제안하고 불평등을 야기한다는 점을 지적했다. 또한 소비자 중심 의료가 확대된다는 것은 국민들이 이러한 서비스를 많이 소비한다는 뜻이고, 비용효과성이 불분명한 상황에서 이는 국민 의료비 절감 효과보다는 본인이 직접 부담하는 의료비 비율이 커진다는 것을 의미한다. 그뿐만 아니라 이러한 산업의 육성을 위해 추진하는 규제 완화가 개인의 정보 인권이나 건강을 침해할 가능성 또한 배제할 수 없다. 최근 소비자 직접 의뢰 유전자 검사를 확대하기 위한 규제 완화 조치나 보건의료 빅데이터의 산업적 이용 확대, ‘비의료’ 건강관리 서비스 제도 도입에 대한 시민사회의 우려와 비판은 바로 이 지점을 주목하고 있다(김명희, 김성이, 김지영, 이도연, 하랑경, 2019). 이러한 보건의료 산업화 논리는 소득주도성장을 통해 결국 달성하려고 하는 포용적 복지국가의 모습과 근본적으로 상충한다. 보건의료 분야의 기술혁신은 당연히 필요하다. 하지만 이러한 기술혁신은 인간 번영과 건강권 보장을 위한 도구이지 그것 자체가 목표가 되어 오히려 건강권을 침해하거나 의료보장을 후퇴시키는 방식으로 이루어져서는

안 될 것이다.

4. 나가며

현 정부의 임기가 절반을 지난 시점에서 포용적 복지국가 전략을 성취하기 위해 전혀 새로운 정책과제를 만들어 내서 실행에 옮기는 것은 현실적으로 불가능하다. 그보다는 남은 임기 동안 사각지대 해소와 건강보험 보장성 강화 과제들을 차질 없이 진행하고, 공공보건의료 마스터플랜의 실행 계획을 구체화하여 실행에 옮기는 것이 당장의 중요한 책무라고 생각한다. 이 과정에서 근거 기반의 꾸준한 정책 모니터링을 통해 보완책을 마련하는 것은 반드시 이루어져야 한다.

그럼에도 불구하고, 현재의 틀 안에서 몇 가지 전환을 시도해 볼 만한 대목이 있다. 포용적 복지국가 전략은 단순한 정책 패키지가 아니라 국가의 비전을 실현하는 수단이자 정책 ‘담론’으로서의 성격을 지닌다. 그렇다면 의료보장의 사각지대 해소라는 소극적 담론보다는 ‘모든 이에게 건강권 보장’과 ‘건강 형평성 증진’이라는 보다 적극적인 의제를 표방할 필요가 있다. 담론은 당장의 현실 정책으로 이어지지 않더라도 그 자체로 장기적 영향력을 갖는다는 점에서 그렇다. 또한 의료보장 이외에 건강과 건강불평등에 영향을 미칠 수 있는 기존의 여러 사회정책들을 조율하면서 ‘건강한 공공정책(healthy public policy)’으로의 방향을 더 분명히 할 필요가 있다. 이러한 맥락 안에서 노동정책과 주거정책의 연계, 통합

적 의료보장제도로서 건강보험과 산재보험의 연계, 지역사회 일차의료와 재활·복지서비스의 연계 등이 가능해질 것이다. 마지막으로, 소득주도 성장을 위한 혁신성장 요소로서 의료산업화에 대한 강조는 의료비의 낭비적 지출과 공공보건의료 체계의 훼손, 건강불평등의 심화, 정보인권의 침해 등 커다란 부작용을 낳을 수 있다는 점에서 매우 신중한 접근이 필요하다. 포용적 복지국가를 위한 물적 토대를 확보한다는 정책이 포용적 복지국가 전략 그 자체와 가치를 훼손하는 모순은 없어야 할 것이다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2018). 건강보험환자 진료비 실태조사.
- 국정기획 자문위원회. (2017. 7.). 문재인정부 국정운영 5개년 계획.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경, ... 류한소. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발: 통계로 본 건강불평등. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김명희, 김선, 김창엽 외. (2017). 생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구. 서울: 시민건강연구소.
- 김명희, 김성이, 김지영, 이도연, 하량경. (2019). 시민건강도, 공공성도 안중에 없는 정부의 건강관리서비스 추진에 반대한다 (시민건강 이슈 2019-08). 서울: 시민건강연구소.
- 김미곤, 여유진, 정해식, 변재관, 김성아, 조한나. (2017). 포용적 복지국가 비전과 정책방향. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김진현. (2018). 산재은폐로 인한 건강보험 재정부수 방지방안 연구. 국민건강보험공단.
- 김태완, 김미곤, 여유진, 이태진, 김기태, 김현경, ... 심창학. (2019). 포용복지와 사회정책방향. 한국보건사회연구원. 발간 예정 보고서.
- 보건복지부. (2018). 2017 보건복지백서.
- 보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강보험, 건강보험심사평가원. (2018. 7.). 2016년 국민보건계정. 보건복지부, 질병관리본부. (2017). 국민건강통계자료.
- 보건복지부. 2018 보건복지통계연보.
- 한국건강형평성학회. (2018). 전국 광역시도 시군구 건강격차 프로파일. https://drive.google.com/open?id=1Czdweu2_Db5QsKJOiqSGo1BJp2ody0nI 에서 2019. 3. 17. 인출.
- Asher, J. (2004). The Right to Health: a resource manual for NGOs. the Commonwealth medical Trust.
- Daniels, N. (2001). Justice, health and health care. *Am J Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Hart, T. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiology Community Health*, 67(2), 190-193.
- Peter, F., Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. In: T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth. (Eds.),

Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press.

Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666.

WHO Commission on social determinants of health [(CSDH)]. (2008). Closing the gap in a generation. Geneva: WHO.