

# 의료보장 사각지대 현황 및 해소방안

*Gaps in Health Security and Ways to Narrow Them*



신현웅 한국보건사회연구원 부연구위원

우리나라 건강보험과 의료급여가 지속적인 보장성 확대 등을 해 왔지만, 아직 의료보장의 사각지대가 자격측면에서나 보장성 측면에서 존재하고 있다.

이를 해결하기 위해 자격측면에서는 보험료 체납지를 축소하기 위한 노력과 의료급여대상자가 소득증가로 제외되더라도 일정기간 의료급여 자격을 부여하는 방안이 필요하다.

보장성 측면에서는 지속적인 보장성 강화와 의료가 필요한 사람에 대한 맞춤형 보장성 강화 그리고 긴급의료비 지원사업을 포함한 저소득층 의료비 지원사업의 확대 및 활성화 방안 등이 필요하다.

## 1. 들어가며

우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여가 지속적인 보장성 확대 등을 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해왔다. 건강보험의 경우 2005년 이후에 보험급여확대 계획수립에 따라 암, 뇌혈관·심장질환 등 중증질환자의 본인부담 경감, 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감, 식대급여화, 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하 등 보장성을 확대해 왔다. 의료급여의 경우도 차상위계층 중 희귀 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대, 희귀난치성 질환 종류의 확대, 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제 도

입, 장애인 보장구 급여확대, 암 등 3대 중증질환의 2종 본인부담률 감소, 사례관리제도 도입 등 의료보장의 역할을 강화해 왔다.

특히 올해에는 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 여러 가지 보장성을 확대했다. 사업 들로는 본인부담 상한액 인하 및 소득수준별 차등 적용, 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감(20%→10%), 중증질환인 암환자에 대해서 본인부담을 경감(10%→5%)해 주었다. 의료급여의 경우도 건강보험 보장성 강화방안과 같이하여 의료급여 본인부담 상한금액 6개월에 120만원을 60만원으로 조정하는 것으로 하였으며, 의료급여 2종의 본인부담률 15%를 10%

로 인하하였다.

하지만 정부의 이러한 지속적인 사각지대 해소를 위한 노력에도 불구하고 보장성은 선진국 수준에 비해 여전히 낮고<sup>1)</sup>, 저부담-저급여로 시작한 건강보험은 낮은 보장성이 계속적인 문제점으로 지적되고 있다. 특히 중증질환의 고액 진료비는 빈곤층으로의 전락에 주요한 원인이 (1위 사업실패, 2위 가정해체, 3위 고액진료비)<sup>2)</sup> 되고 있다.

이는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여의 촘촘함이 부족해 제1차, 2차 안전망으로써 역할을 충분하지 못해 의료의 사각지대가 완전히 해소되지 못하고 있다. 의료의 사각지대는 자격측면에서 최저생계비 이하인 저소득층으로 의료급여에 포함되어야 하나 포함되지 못하여 의료이용에 제약 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 사각지대가 상존하고 있다.

이러한 1,2차 안전망의 부족부분을 채우기 위해 긴급의료비 지원제도, 암환자 의료비 지원 사업, 희귀난치성 의료비 지원사업 등 저소득층에게 다양한 의료비 지원 사업이 시행되고 있

다. 그러나 사업마다 대상자 선정기준, 관리운영 체계가 달라 사업의 효과성, 효율성, 형평성 측면에서 보완이 필요하다. 또한 현행 국가 의료비 지원 사업은 주로 특정 질병에 대해 법정 본인일부부담금과 일부 비급여 본인부담금만을 대상으로 하고 있어, 고액의 진료비 부담에 대한 대책으로 미흡하다. 그리고 각각의 대책들이 지엽적인 접근에 의해 저소득 취약계층에 대한 부분적 보장 강화방안이 도출되고 있으나 포괄적인 틀 구성이 미진하다. 이로 인해 사업마다 의료사각지대가 발생하고 그 사각지대를 메우기 위해 다시 새로운 사업을 만드는 악순환이 계속되고 있다.

이러한 사각지대 해소를 위해서는 우선 우리나라 의료보장 내에서 사각지대의 현황이나 규모 등에 대하여 살펴보고, 저소득층 의료비 지원사업을 포함하여 앞으로 의료 사각지대 해소를 위해 나아가야 할 방향들에 대해서 고찰할 필요가 있을 것으로 판단된다. 따라서 본고는 우리나라 의료보장 사각지대의 현황 및 향후 사각지대 해소를 위한 개선방안에 대해서 살펴보고자 한다.

## 2. 의료보장의 사각지대 정의<sup>3)</sup>

의료보장의 사각지대란 의료이 필요하나 지

불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층으로 정의할 수 있다.

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 놓여있는 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 사회안전

망이 제대로 기능할 것이라고 전제한다면, 의료급여에서 제외되어 건강보험에 포함된 의료보장인구 7%에 해당하는 340만 명 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 상황에서 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 급여의 충분성 관점에서도 건강보험의 경우 제공되지 않는 비급여 부분이 많고 제공되는 급여의 범위가 제한적이어서 가입자가 부담하는 진료비가 많아 급여의 충분성 관점에서 사각지대가 존재하는 것으로 판단하였다.

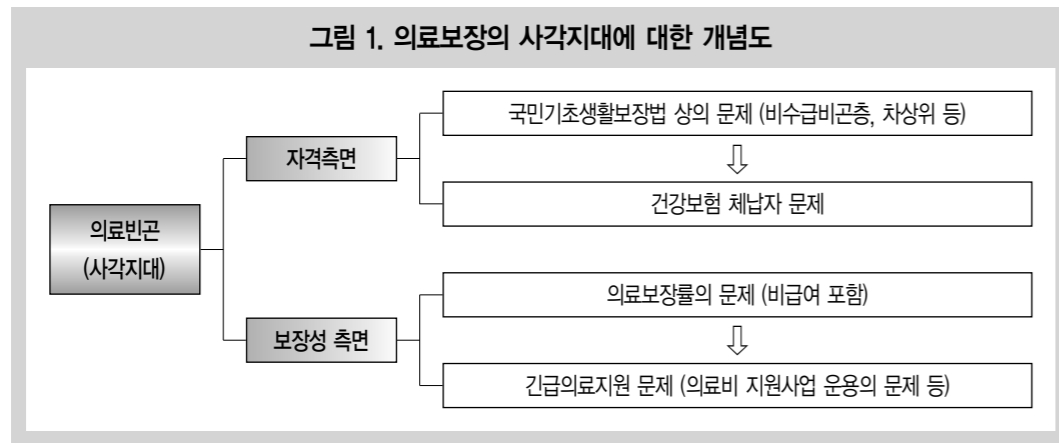
여러 선행연구 결과 등을 종합해 보면 의료보장의 사각지대는 크게 자격측면과 보장성측면으로 구분해 볼 수 있다.

1) 2007년 기준 건강보험 보장률은 평균 64.6%이며, 국민의료비중 공공의료비 비중은 55.1%(2006년 기준)로 OECD 평균 73.0%에 비해 낮은 수준임.

2) 김윤, “건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토”, 보건 의료 및 건강보험 시사토론 발표자료, 2005.7.7.

3) 신현웅, 경제위기에 따른 의료빈곤 개선방안, 보건복지포럼, 2009.2에서 의료빈곤층의 정의를 기본으로 사각지대의 정의를 재구성하여 작성하였음.

그림 1. 의료보장의 사각지대에 대한 개념도



먼저, 자격측면에서는 건강보험에서 보험료 부담능력이 결여된 빈곤계층이 의료급여제도로 포함되지 못하고 건강보험에 포함되어 발생하는 사각지대이다. 이러한 계층은 보험료 납부 능력이 없어 결국 체납으로 이어져 건강보험 자격이 정지되어 의료이용에 제약을 받는 사각지대로 전락하게 되는 것이다. 이러한 비수급빈곤층이나 차상위계층에 대한 자격의 사각지대는 보험료 부담능력의 결여뿐만 아니라 건강보험과 의료급여 사이의 본인부담률 차이로 인한 의료의 역차별 문제를 가지고 있다. 즉, 차상위계층 중 의료수요가 많은 경우 의료비를 지출한 후 소득이 의료급여수급권자의 소득보다 낮아지는 역차별이 발생하는 문제가 있다. 따라서 국민기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급 빈곤층 또는 잠재적 빈곤층으로 최소한의 의료 욕구를 국가가 해소해 주지 못하는 사각지대로 볼 수 있다.

이러한 생활보장 상의 사각지대는 보험료 납부능력이 없는 계층이 건강보험료를 일정기간 이상 체납하여 급여를 받지 못하는 또 다른 사

각지대를 양상하고 있다. 특히, 최근 계속되는 경기위기로 인해 경제적 취약계층의 보험료 체납이 증가하고 있어, 일시납부의 부담감이 가중되어 체납보험료의 납부의지를 상실하게 되고 장기체납으로 급여제한이 뒎으로서 사각지대에 놓인 세대가 증가하고 있다. 따라서 건강보험료 체납에 따른 급여를 제한받는 계층을 또 다른 자격측면의 사각지대로 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 납부 능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순제도기피형의 체납세대는 진정한 사각지대로 보기 어렵다. 따라서 체납세대에 대한 사각지대의 정의와 범위 등은 조심스러운 접근이 필요하다.

둘째는 보장성 측면의 사각지대는 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 사각지대가 존재하고 있다. 또한 건강보험과 의료급여에서 보험적용이 되지 않는 항목들로 환자가 전액 본인부담하는 비급여 부분이 많아 의료이용이 필요함에도 불구하고 지불능력(ability to pay)이 없어 의료이용을 하지 못하는 사각지대가 존재한다.

이러한 1,2차 안전망의 사각지대 해소를 위해 긴급의료비 지원제도, 암환자 의료비 지원사업, 희귀난치성 의료비 지원사업 등 저소득층에게 다양한 의료비 지원 사업이 시행되고 있다. 그런데 현행 국가 의료비 지원 사업은 주로 특정 질병에 대해 법정 본인일부부담금과 일부 비급여 본인부담금만을 대상으로 하고 있어, 고액의 진료비 부담에 대한 대책으로 충분하지 못하여 긴급의료지원 제도 내에서도 여전히 사각지대가 존재하고 있다. 특히 각각 사업들이 지엽적인 접근에 의해 저소득 취약계층에 대한 부분적 보장 강화방안이 도출되고 있으나 포괄적인 구성이 미진하다. 이로 인해 사업마다 의료 사각지대가 발생하고 그 사각지대를 메우기 위해 다시 새로운 사업을 만드는 악순환이 계속되고 있어 의료 사각지대 해소의 근원적인 해결책이 되지 못하고 있다.

### 3. 의료 사각지대 실태

#### 1) 자격측면

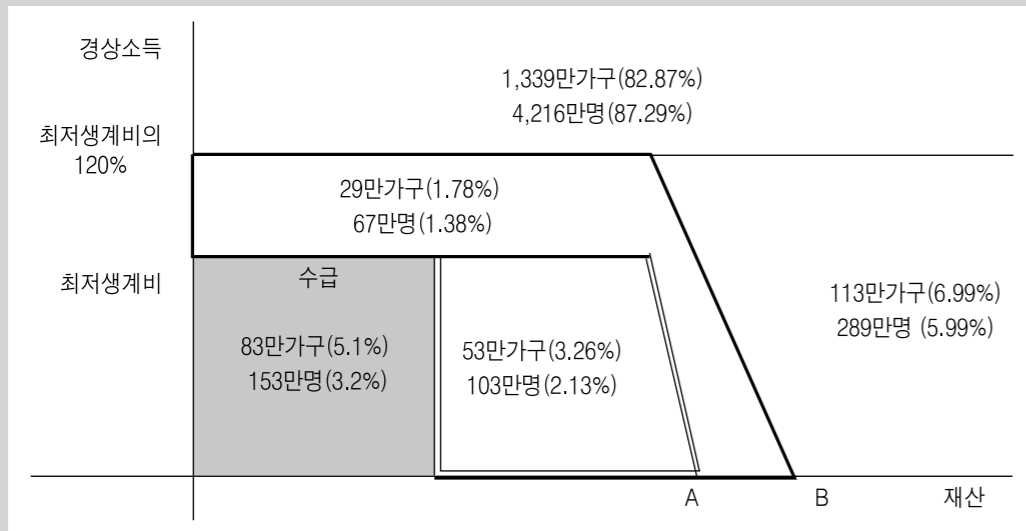
자격측면에서는 국민기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급 빈곤층 또는 잠재적 빈곤층으로 최소한의 의료욕구를 국가가 해소해 주지 못하는 사각지대 규모와 건강보험 체납으로 인한 의료이용에 제한을 받는 사각지대로 둘로 나누어 살펴보고자 한다.

먼저, 국민기초생활보장 대상자에서 제외되는 비수급 빈곤층은 차상위실태조사에서 53만 가구(3.26%)로 103만명(2.13%)에 이르고 있다. 이 계층은 최저생계비 이하이지만 소득인정액이 빈곤선을 넘거나 부양의무자가 있어도 실제로 부양을 받지 못하는 계층으로 의료급여대상자로 포함시켜야 하나 포함되지 못하는 사각지대 계층이다. 그리고 경상소득을 기준으로 소득 인정액이 최저생계비의 120% 이하 비수급인 가구는 29만가구(1.78%), 67만명(1.38%)으로 현재는 최저생계비 이상의 소득이 있으나 의료비 등의 지출로 가처분 소득은 최저생계비 이하의 계층이다.

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, 최근의 경제위기는 이러한 체납세대 증가로 이어질 것으로 판단된다.

그림 2. 차상위계층의 규모 추정

(단위: %, 가구, 명)



주: 가구의 소득수준과 관계없이 원자료 내 모든 수급가구(일반·조건부수급가구만 포함, 일부수급가구 및 시설수급 제외)를 가구 내 소득이 최저생계비 대비 100%미만이고, 소득인정액이 최저생계비 대비 100%미만인 가구로 간주하고 이 중 2006년 실제 수급가구(일반·조건부·일부·시설수급가구 포함, 기초보장수급가구 현황자료 참조) 규모를 제하여 계산.  
 자료: 이현주 외, 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언, 한국보건사회연구원, 2008.

이러한 3개월 이상 체납세대는 2001년에는 163만 세대, 2002년에는 137만 세대로 다소 감소하는 경향이였으나, 2004년 카드대란 등 경기침체로 인해 200만 세대가 넘었고 2006년 2007년에 209만 세대와 205세대로 계속 200만 세대가 넘게 체납하는 것으로 나타났다. 그리고 2008년 7월 11일 한시적이니 결손처분으로 9월 기준 199만 세대였으나, 2008년 말에는 다시 207만세대로 200만세대가 넘었다. 이 규모는 지역가입자의 경우 전체 지역가입자 778세대의 약 25%를 차지하는 비율이다.

그러나 단순히 건강보험료를 체납하여 급여를 제한받고 있다고 하여 국가가 모두 책임져야 하는 사각지대로 보기 어렵다. 왜냐하면 체납세

대 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

표 1. 연도별 보험료 3개월 이상 체납 현황

(단위: 천건, 억원)

구분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
합계	세대(사업장)수	1,631	1,374	1,585	2,069	1,987	2,139	2,108	2,067
	체납금액	7,964	7,488	9,593	12,936	12,633	15,330	17,217	18,006
지역	세대수	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,055	2,006
	(체납세대비율)	(19%)	(15%)	(18%)	(23.7%)	(23.3%)	(25.8%)	(25.3%)	(25.4%)
	체납금액	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	13,873	15,547	15,831
	세대당체납액	47	53	58	59	59	66	76	79
직장	사업장수	15	13	22	31	35	46	53	61
	체납금액	324	251	533	929	1,067	1,457	1,670	2,175
	사업장당체납액	216	193	242	299	305	319	315	356

자료: 국민건강보험공단 내부자료

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. 따라서 우리나라 건강보험과 의료급여의 본인부담수준을 살펴보면 다음 표와 같다.

우리나라는 암, 뇌혈관·심장질환 등 중증질환자의 본인부담 경감('05.9), 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감('06.1), 식대급여화('06.6), 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하('07.7)하는 등의 보장성강화 정책을 수행해 왔으며, 이로 인해 보장성은 2005년 61.8%에서 2007년 64.6%로 보장률이 높아졌음. 그리고 2009년에도 암 본인부담인하, 희귀난치성 질환 본인부담인하, 본인부담 상한제 확대 등 계속적으로 보장성을 확대할 예정이지만, 다른 나라와 비교해 볼 때 국민의료비중 공공의료비 비중은 우리나라가 55.1%(2006년 기준)로 OECD 평균 73.0%에 비해 낮은 수준이다.

의료급여의 경우 2007년 1종이 93.6%, 2종이 85.8%로 다른 나라의 보장률과 비교하여 낮지 않은 수준이 아니다. 하지만 평균적으로 낮

지 않지만 고액진료의 경우는 아직도 본인부담이 많아 의료이용에 제약을 받는 경우가 있다. 그리고 소득이 낮은 계층의 경우는 낮은 본인부담에도 의료이용에 제약을 받을 수 있다. 1종의 경우 2006년 94.1%에서 2007년 93.6%로 증가한 것은 2007년 외래 본인부담제를 실시한 효과로 보여 지지만, 이에 대해서는 미리 건강생활유지비를 지급하고 있어 크게 문제가 되지는 않는 것으로 판단된다.

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 가계부담정도와 관련된 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 조사 결과인 18.0%보다 낮아진 수치로 그간 건강보험과 의료급여의 제도 내실화 및 보장성 강화 노력이 일정부분 이루어진 것으로 판단된다.

표 2. 건강보험과 의료급여 본인부담률

구분	2005년			2006년			2007년			
	보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	
건강 보험	전체	61.8	22.5	15.7	64.3	22.4	13.3	64.6	21.9	13.5
	입원	57.5	14.0	28.6	64.1	14.2	21.7	66.5	13.5	20.0
	외래	58.4	25.8	15.8	59.7	25.4	14.8	58.7	24.7	16.6
	약국	70.8	26.5	2.7	71.5	27.1	1.4	70.8	27.8	1.3
의료 급여 1종	전체	93.4	0.2	6.4	94.1	0.1	5.8	93.6	0.5	5.9
	입원	89.0	0.4	10.6	90.6	0.6	8.9	90.4	0.4	9.2
	외래	96.1	0.0	3.9	96.1	0.0	3.9	96.5	3.8	3.5
	약국	98.9	0.0	1.1	100.0	0.0	0.0	98.0	1.4	0.6
의료 급여 2종	전체	81.6	10.1	8.3	87.0	7.4	5.6	85.8	6.6	7.6
	입원	73.0	11.3	15.7	82.0	8.6	9.4	77.5	9.1	13.4
	외래	82.8	11.4	5.8	86.6	7.9	5.5	87.3	7.3	5.3
	약국	92.1	6.5	1.5	94.1	5.1	0.8	95.2	2.4	2.5

자료: 2007년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 건강보험정책연구원

표 3. 의료비용에 대한 가계부담 정도

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
				(단위: %)				
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

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
				(단위: %)				
치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	23.5	24.7	24.13	26.88	20.46	16.18	8.35	12.07

하지만 아직도 법정차상위가 26.88%가 치료를 포기한 경험이 있어 수급대상자보다 높다는 부분에 대해서는 다른 대안이 필요할 것으로 판단된다.

치료를 포기한 이유를 살펴보면 진료비 부담 때문이 84.38%이며, 대상계층별로는 법정차상위가 93.39%가 진료비 부담 때문이라고 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 대

상자가 488만명(576만명 중 84.38%)에 이르는 것으로 판단되어 진다.

#### 4. 의료보장 사각지대 해소방안

의료보장 사각지대 해소방안은 사각지대의 분류했던 것과 같이 자격측면의 사각지대 해소방안과 보장성측면의 사각지대 해소방안을 구분하여 제시하고자 한다.

자격측면의 사각지대 해소를 위해서는 먼저 보험료 체납자를 축소시키는 방안 마련이 필요하다. 이를 위해 체납자 중 생계형 체납자에 대한 정확한 실태 파악이 필요하다. 실태 파악을 통해 꼭 필요한 사람에게 보험료 지원 등이 이루어져야 하기 때문이다. 이는 체납자에 대한 반복적인 결손처분 등은 다른 가입자들에게도 보험료 납부에 대한 신뢰성을 떨어뜨리고 도덕적 해이를 유도할 가능성이 있기 때문이다. 따라서 사각지대에 놓인 생계형 체납자를 정확히

구분하고 그 대상을 위한 지원방안 마련이 필요하다. 단기적으로 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.

하지만 중장기적으로는 저소득층에게도 보험료 징수를 강화하되 중장기적으로 건강보험료 부과체계에서 보험료 경감이나 면제 등 근본적인 문제해결 방안 모색이 필요하다. 그리고 건강보험료 지원은 지방자치단체에서 실시하고있는 보험료지원사업을 활성화 할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 특히 지자체 조례 제정을 통해 저소득층 건강보험료 지원근거를 명시하여 지속적·안정적인 건강보험료 지원을 확보하도록 지방자치단체가 조례를 제정<sup>4)</sup>할 경우 인센티브 제공 방안 등이 필요할 것으로 보여진다.

그리고 자격측면에서 수급자가 소득 증가로 차상위계층에 진입한 경우, 일정기간 동안은 수급자와 동일한 의료보장 수준을 유지(예: 3년간 의료급여 수급자격 유지)하는 방안 마련이 필요하다.

보장성 측면의 사각지대 해소방안은 크게 세 가지 방향을 제시하고자 한다. 먼저 원칙적으로는 건강보험과 의료급여의 기본적인 보장성을 확대하는 방안이다. 이는 우리나라 의료보장 보

장물이 다른나라 수준에 떨어지므로 보편적인 보장성을 지속적으로 확대하여 전체적인 보장률을 높이도록 하여야 할 것이다. 특히 올해 중증질환 중심으로 본인부담률을 낮추고, 법정본인부담 상한제를 확대하는 등 지속적인 노력을 강구하고 있지만, 이에 더하여 비급여로 인한 본인부담 문제를 해결하기 위해 비급여를 보험급여로 확대하는 노력이 더욱 필요할 것으로 판단된다.

둘째, 의료가 필요한 사람들에 대한 맞춤형 보장성 확대방안이 필요하다. 이는 사각지대에 놓여있거나 사각지대로 전락할 위기에 있는 계층 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. 예를 들어 과거 의료급여 차상위계층 확대 계획에 따라 희귀난치성 질환자, 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. 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.

셋째는 건강보험(1차안전망)과 의료급여(2차안전망)로도 충분하지 않은 부분에 대해서 긴급

표 5. 치료를 포기한 주된 이유

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정차상위	소득차상위			
진료비 부담때문에	78.8	92.9	81.81	93.39	87.67	92.88	77.94	84.38
일을 중단하면 소득이 줄기때문에	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

4) 2008.8월 현재 종로구 등 148개 지방자치단체. 499개 기관에서 월 134,144세대 6억9천8백만원 지원

---

의료비지원 등 다양한 저소득층 의료비 지원사업을 활성화하여 사각지대를 해소하는 것이다. 이를 위해 현재 진행하고 있는 다양한 저소득층 의료비 지원사업의 비효율성을 개선하고 사업을 체계화하여 사업간 사각지대를 해소할 필요가 있다. 이를 위해 대상자 및 지원내역 관리 등을 위한 전산체계 구축 등이 필요하며, 국가 의료비 지원사업 수혜자 및 지원금 지급 내역 등을 관리할 수 있는 시스템 구축을 하는 것이 중

요하다. 그리고 전체적으로는 긴급의료비 지원사업 등 공적 의료비 지원사업을 지속적으로 확대하여 사각지대 해소를 위한 노력이 필요하다. 마지막으로 공적 의료비 지원사업을 확대하여 실시하여도 충분하게 보장되지 못하는 계층에 대해서 현재 민간차원의 의료비 지원사업들이 있는데, 이를 활성화할 수 있도록 정부차원의 지원이 이루어 진다면 일정부분 사각지대 해소에 도움이 될 것으로 판단된다. **국회**