

의료급여 제도를 통해 본 빈곤층의 의료보장②

- 보다 튼튼한 의료안전망을 위하여

2010.06.21 | 이은경_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

목 차

1. 적용대상의 불충분
2. 낮은 보장수준과 접근성
3. 대상자 선정기준의 문제
4. 제도내 차별의 문제
5. 대안



<http://saesayon.org>

요약

현재 우리나라의 의료급여 제도는 빈곤층의 최소한의 건강안전망으로 자리잡고 있지만 실제 내용을 들여다 보면 많은 문제점들을 갖고 있다. 대상자의 부족, 제도내의 차별적 요소, 서비스 질 미비 등의 문제가 심각하여 의료안전망이 매우 불충분한 형편이다. 2007년도에 대대적인 제도개혁이 있었으나 개혁의 방향이 의료급여의 질을 높이고 합리적 의료이용을 유도하는 방향이 아닌 재정절감에만 맞춰지다 보니 많은 문제가 발생하고 있다. 그나마 있던 차상위층에 대한 의료급여 지원은 최소한으로 축소되고 대부분은 건강보험으로 전환되었다. 그 결과 절대빈곤층과 차상위계층의 건강보험료 체납율은 매우 높아 의료이용에 큰 장애가 되고 있다. 의료급여의 문제점은 제도내의 문제뿐만 아니라 의료안전망, 대상자의 문제, 수급권을 결정하는 문제, 건강보장의 범위와 내용 등 모든 영역에 걸쳐 나타나고 있다. 본 보고서에서는 의료급여제도를 보다 깊이있게 분석함으로써 의료안전망을 포함한 빈곤층 의료보장의 문제점을 검토하고 의료급여제도와 건강보험의 제도개선을 통해 대안을 찾아보고자 한다.

먼저 적용대상의 불충분이 가장 큰 문제이다.

2010년 1분기 빈곤층을 보면 절대빈곤율 14.7%, 상대빈곤율은 19.1%로 조사되고 있는데, 2009년 12월을 기준으로 의료급여 수급권자는 168만여 명으로 전체 인구의 3-4% 수준에 불과한 실정이다. 의료급여 대상자에 포함되어야 하는 비율은 현재 기준으로도 전체 인구의 15%가 넘는 것이다. 이런 빈곤층의 건강보험 체납율은 매우 심각하여 2008년에는 207만세대가 건강보험료를 체납하고 있는 상황이다. 수급권을 받지 못하는 절대빈곤층과 차상위계층의 의료이용은 심각하게 제한되고 있다. 전체인구의 10%가 넘는 워킹푸어의 경우에도 워킹푸어→건강보험 체납가구→적절한 의료이용 장애→심각한 건강문제 야기→근로능력 저하로 인한 빈곤악화로 이어지는 악순환을 겪게 된다.

대상자 선정기준의 문제

이렇듯 대상자가 불충분한데는 근본적인 예산문제가 도사리고 있다. 부족한 예산내에서 적용대상을 선정하다 보니 대상자 선정기준에도 심각한 문제가 발생하고 있다. 수급권을 인정하는 기준은 매우 엄격하게 적용되고 있어 급여를 신청했으나 선정이 안 된 가구의 비율은 2009년 현재 전체 34.4%, 비수급 1층 73.5%, 비수급 2

층 78.9%로 나타났다. 부양가족이 있는 경우, 대부분 수급권자로 인정되지 못하는 데 오히려 제1부양의무자로부터 물질적 지원을 받는 비율은 전체 45.4%, 월 16만원 미만에 불과해 실질적으로는 거의 도움을 받지 못하고 있는데도 불구하고 자격을 받지 못하고 있다. 그 결과 수급권자보다 비수급자가 더 차별적 대우를 받게 된다. 1종 자격을 받을 수 있는 근로능력평가와 의학적 평가역시 인권침해적 요소과 불공정한 기준으로 1종적용이 필요한 상당수가 2종으로 높은 본인부담금을 감당해야 한다.

낮은 보장수준과 접근성

의료급여 수급권자도 비급여로 인한 본인 부담이 적지 않은 실정이며 현재는 법정 본인부담금까지 일부 납부하고 있다. 특히 유시민 장관의 제도개선 이후 선택병의원제 도입과 본인부담금의 확대로 2종환자들의 의료접근성은 많이 떨어진 것으로 나타나고 있다. 의료로 인한 가계부담이 높은 경우를 과부담 의료비라고 하는데 지불능력의 10% 이상 의료비를 지출하고 있는 가구규모는 전체 가구수의 10~15%로 나타나고 있고, 25% 이상 지출하고 있는 가구들도 4%를 상회하고 있다. 그 결과 심각한 수준의 의료비를 지출하고 있는 가계의 수도 늘어나고 있다. '재난적 의료비 지출'이란 가구 총수입에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40%를 초과하는 경우(WHO)을 의미하며 우리나라의 경우에는 2002년 1.9%에서 2005년 2.4%, 2007년 2.7%로 지속적으로 증가하고 있는 형편이다. 더구나 오히려 수급권자보다 차상위계층의 부담이 더 큰 것으로 나타나 제도의 문제점이 더욱 부각되고 있다.

낮은 보장성과 접근성의 가계파탄의 원인이 되기도 하지만 과도한 본인부담을 우려한 환자가 치료를 기피 또는 포기하거나, 의료공급자로 하여금 적절한 치료를 제공하지 못하는 요인이 되기 때문에 더욱 심각한 문제가 된다.

제도의 차별적 요소

가장 심각한 것은 빈곤층임에도 불구하고 약간의 소득이나 재산이 있어서 수급권자가 되지 못하는 사람들의 역차별 문제이다. 다음으로 문제되는 것은 의료급여 환자와 건강보험 대상자간의 차별적 요소이다. 가장 큰 문제로는 의료급여를 건강보험과 나누어 제공하고 의료급여를 매우 근로능력이 전혀 없는 대상으로 규정함으로써 대상자에게 무능력자라는 낙인을 찍고 의료이용과정에서 차별을 받게 하고 있는 점이다. 이러한 의료기관에서의 차별은 공공의료기관에서도 마찬가지로 의료급여 환자를 정원의 30%이상 봐야하는 국립재활원마저도 2006년 이후 의료급여 환자 비중은 규정상의 30%에 못 미치며, 특히 2009년 9월 현재 전체 입원환자 5만

2466명 중 의료급여 환자 수는 8225명(15.7%)에 불과하다는 조사에서 단적으로 드러난다. 1종과 2종의 차별도 심하다. 대표적인 제도가 2종에 대한 본인부담제도이다. 1종의 경우에는 외래에 한해서만 본인일부부담을 하는데 비해 2종은 입원진료에도 본인일부부담을 해야 하기 때문에 고액의 진료비가 발생하는 입원진료의 접근성이 매우 취약하다.

대안(자세한 내용은 본문 참고)

의료안전망의 재구성이 필요하다.

대상자 확대

의료급여 제도개선

본
문

현재 의료급여제도의 문제점으로 지적되는 것은 지속적 진료체계, 서비스 질 보장, 지출관리를 위한 제도적 틀이 마련되지 않아 저소득층 의료보호가 제대로 되고 있는지에 대한 의문과 예산 투입의 효과성 여부가 확실하지 않는 점들이 있다. 특히 대상자의 건강상태에 대한 지속적이고 통합적인 서비스가 제공되기 어려운 구조 속에서 낮은 수준의 의료서비스에 노출되거나 과잉이용을 지속할 가능성이 높다는 점이 문제로 뽑힌다. 취약계층 및 고령자로 이루어진 수급권자의 특성상 적절한 의료서비스를 선택할 능력을 보유하기 어려울 뿐만 아니라 낮은 본인부담으로 의료이용자와 의료공급기관이 서비스 이용량을 절감할 유인이 취약하여 과잉서비스로 귀결될 가능성 높기 때문이다.

특히 저번 보고서에서 지적한 바대로 2007년 제도개혁이 이루어졌으나 실제 효과에 대해서는 평가가 엇갈리고 있다. 의료서비스 질, 이용행태에 대한 모니터링, 본인부담 부과와 선택병의원제에 따른 접근성 제약 여부나 과잉이용억제 효과 평가 등이 거의 진행되지 못하고 있기 때문에 장기적 대안이 설계되지 못하는 것이다. 이는 의료급여 대상자의 의료이용과 건강상태, 공급자 행태를 총체적으로 점검하고 개선시키려는 정책적 의지가 부재하고 소수의 수급자에게 적정한 재정을 사용하겠다는 단시안적 사고에 머물러 있기 때문이다.

변경된 제도의 문제점은 여러 측면에서 제기되고 있다. 1종 외래 본인일부부담제는 부담능력이 낮은 이에게 본인일부부담을 부과하는 제도로 명확한 근거없이 의료이용 억제라는 목표에 맞춰 무차별적으로 적용되고 있다. 이는 과다 의료이용과 관련된 책임을 수급권자에게만 부과하는 것으로 실제 발생하고 있는 중복투약 문제를 해결하지 못하고 있다.¹⁾ 건강생활유지비 지원은 의료이용 억제를 위한 유인동기가 무차별적으로 적용되는 단적인 예이다. 선택병의원제도는 의료서비스 이용이 보다 많이 필요한 이들에게 더 불리할 뿐만 아니라 1종과 2종에게 다른 시스템을 강요하는 결과를 낳고 있다.

의료급여의 문제점은 제도내의 문제뿐만 아니라 의료안전망, 대상자의 문제, 수급권

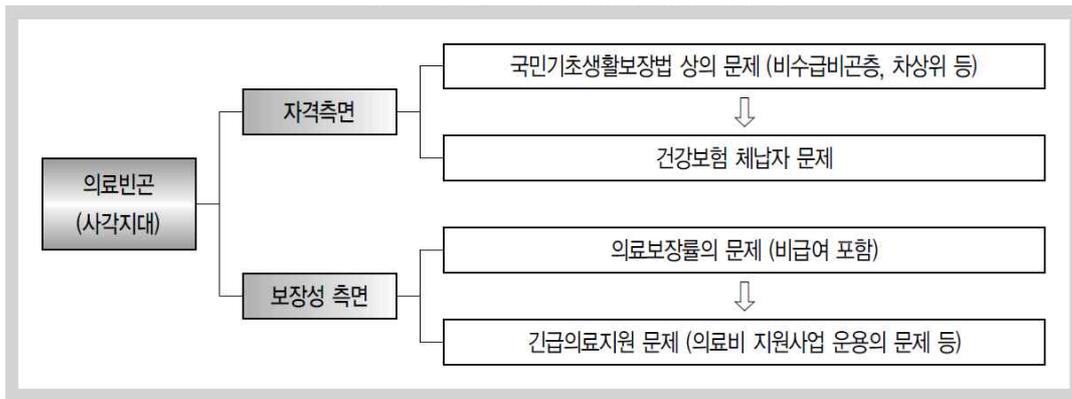
1) 중복처방/비용금지 처방율(2006년 1월-3월 자료분석)
중복처방 18.5%, 비용금지처방 8.13%(참고 : 건강보험 비용금지처방 1.5%)

을 결정하는 문제, 건강보장의 범위와 내용 등 모든 영역에 걸쳐 나타나고 있다. 본 보고서에서는 의료급여제도를 보다 깊이있게 분석함으로써 의료안전망을 포함한 빈곤층 의료보장의 문제점을 검토하고 의료급여제도와 건강보험의 제도개선을 통해 대안을 찾아보고자 한다.

1. 적용대상의 불충분

현재 이 제도로 건강 보장을 받을 권리가 있는 이들 중 다수가 적용대상에서 배제되어 있다. 우리나라 저소득층은 지속적으로 증가하고 있고 의료비 역시 큰 폭으로 증가하면서 의료보장 사각지대의 문제가 심각해지고 있다. 앞서 지적했듯이 빈곤선 주위에 분포하고 있는 비율이 매우 높다. 의료보장 사각지대는 절대적, 상대적 빈곤 상태에 있는 비수급빈곤층이나 차상위계층이 의료급여에 포함되지 못하거나 건강보험료를 체납하는 경우 보험적용을 받지 못해서 발생하는 자격측면의 문제와 건강보험과 의료급여의 보장성이 낮음으로 인해 자격이 되더라도 발생하는 과부담의료비의 문제 모두를 포함해야 한다.(그림 1)

그림 1 의료보장 사각지대의 개념도



출처 : 의료안전망 확보를 위한 정책과제, 보건사회연구원, 2009

2010년 1분기 빈곤층을 보면 절대빈곤율 14.7%, 상대빈곤율은 19.1%로 조사되고 있는데, 2009년 12월을 기준으로 의료급여 수급권자는 168만여 명으로 전체 인구의 3-4% 수준에 불과한 실정이다. 의료급여 대상자에 포함되어야 하는 비율은 현재 기준으로도 전체 인구의 15%가 넘는 것이다. 이 중에서도 특히 의료급여 수급 자격을 얻지 못해 의료급여에서 제외되고 있는 대상자 중 건강보험 체납자의 문제는 매우 심각하다.

1) 건강보험 체납가구 문제점

저소득층은 수급권을 받지 못하면 건강보험 적용을 받아야 하는데 이들 대부분은 직장에서 건강보험료를 지급하지 않는 일자리에 있는 경우이거나 직업이 없는 경우가 많다. 반면 국민건강보험법은 보험료 체납에 의한 보험급여 제한을 명시하고 있기 때문에 국민건강보험에 가입하였다 하더라도 3개월 이상 보험료를 체납한 경우에는 보험급여가 제한되어 의료보장 사각지대가 발생한다. 건강보험공단에 의하면 3개월 이상 보험료를 체납하고 있는 세대는 2001년에는 163만 세대, 2002년에는 137만 세대로 다소 감소하는 경향이었으나, 2004년 카드대란 등 경기침체로 인해 200만 세대가 넘었고 2006년과 2007년, 2008년에는 209만 세대와 205세대, 207만세대로 계속 200만 세대가 넘게 체납하는 것으로 나타났다.(표 1) 건강보험체납자는 대부분 저소득층이기 때문에 건강보험 급여가 제한되는 것은 심각한 문제이다.

표 1 연도별 건강보험료 3개월 이상 체납현황

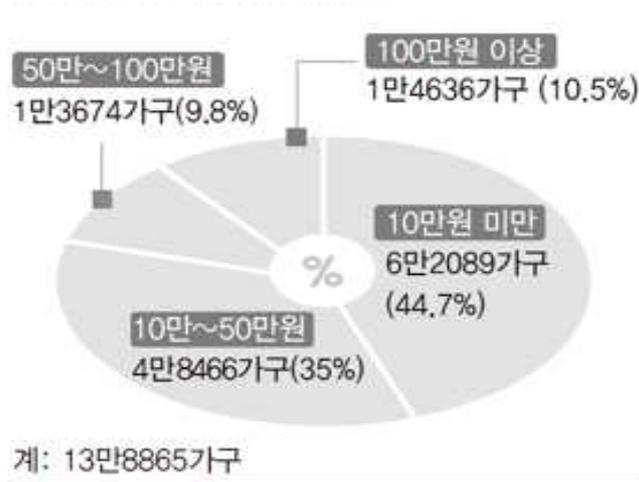
		(단위: 천건, 억원)								
구분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
합계	세대(사업장)수	1,631	1,374	1,585	2,069	1,987	2,139	2,108	2,067	
	체납금액	7,964	7,488	9,593	12,936	12,633	15,330	17,217	18,006	
지역	세대수	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,055	2,006	
	(체납세대비율)	(19%)	(15%)	(18%)	(23.7%)	(23.3%)	(25.8%)	(25.3%)	(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	

출처 : 의료안전망 확보를 위한 정책과제, 한국보건사회연구원, 2009에서 재인용

기초생활수급자의 건보체납의 문제는 더욱 심각하다.(그림 2) 올해 3월 국민건강보험공단이 국회 보건복지위원회 소속 광정숙 민주노동당 의원에게 낸 자료를 보면, 기초생활 수급자 13만 8865가구가 건강보험료를 체납하고 있는 것으로 조사됐다. 이 가운데 53%인 7만 3369가구는 체납기간이 6개월을 넘긴 장기 체납가구다. 체납액이 100만원 이상인 가구도 1만 4636곳(10%)이나 됐다. 기초생활수급자 중 해

당사유가 있으면 결손처분(면제)될 수 있으나 조금이라도 재산이나 소득이 있는 것으로 판명되면 면제받을 수 없게 되어있다. 기초생활대상자는 기본적으로 의료급여 적용대상임에도 불구하고 모든 국민이 건강보험료를 내야한다는 원칙하에 채무자로 전락하고 있는 것이다.

그림 2 2010 기초생활수급자 건강보험 체납현황



출처 : 한겨레신문(국민건강보험공단2010년 3월 자료)

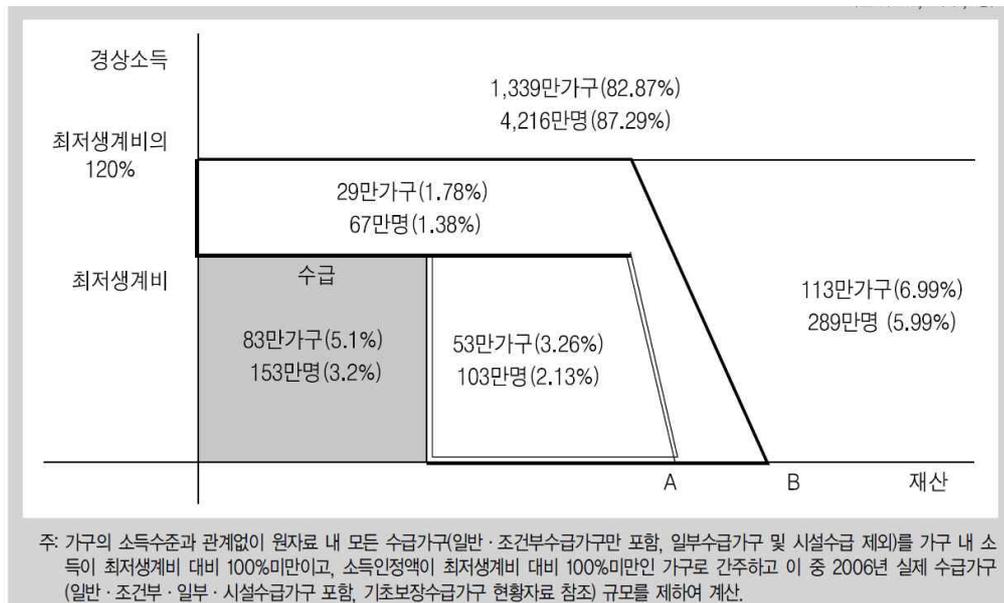
건강보험료 3회 이상 체납자는 체납에 따른 급여제한 뿐만 아니라 체납보험료 징수와 과징금까지 내야하는 관계로 불이익이 중복된다. 특히 체납 예방 관리 대책이 없고 기초생활대상자 등 극빈층 등에 대해서도 같은 기준을 적용하는 과도한 기준을 설정하고 있다. 때문에 수가인상, 급여확대, 노인인구증가 등으로 보험료가 지속적으로 인상될 가능성이 높은 상황에서 생계형 체납자에 대한 대책을 전혀 갖고 있지 못하다. 더구나 현재 건강보험료 탕감 제도는 국세를 내지 못한 국민에게 행해지는 국세청의 결손처분 기준보다 더 엄격하다. '2010년 국세통계연보'에 따르면 경기 침체 여파로 인해 지난해 발생한 국세 체납금액은 16조 7605억 원이며 7조 1110억 원을 결손 처리했다. 이는 체납 금액 대비 42%로 건강보험료 체납액에 대한 결손처분 23%보다 평균적으로 훨씬 높다.

2) 차상위계층의 문제점

차상위계층이란 수급권자²⁾에 해당하지 않는 계층으로서 소득인정액이 최저생계비

의 100분의 120 이하인 계층을 의미한다. 우리나라에는 최저생계비 미만의 절대빈곤층임에도 불구하고 수급권을 받지 못하는 비중이 2005년 현재 3.26%에 달하고 이를 소득수준 120%로 확대하면 5.04%에 달한다.(그림 3) 문제는 이들에게는 복지혜택이 거의 돌아가지 못하고 있어 수급권자에 비해 더 낮은 소득과 생활수준으로 고통받고 있다는 점이다.

그림 3 차상위계층의 규모추정



출처 : 이현주 외 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언, 한국보건사회연구원, 2008

2009년 한국보건사회연구원이 실시한 ‘능동적 복지확충을 위한 복지실태조사’에 따르면 비수급 1층의 월평균 총소득은 65.35만원으로 수급층 80.67만원보다 15.32만원 낮은 것으로 나타났고 월평균 총소득과 지출을 비교해 보면, 수급층은 총소득이 지출보다 10.2만원 많으나 비수급 1, 2층은 총소득이 지출보다 각각 4.4만원, 5.8만원이 적은 것으로 나타났다. 또한 만성질환이 있는 가구주가 일상생활에 어려움이 있는 비율은 수급층 83.2%, 비수급 1층 84.4%, 비수급 2층 89.4%로 비수급빈곤층이 더 높아서 차상위계층으로 수급을 받지 못하는 사람들의 건강문제와 의료안정 문제 매우 심각함을 알 수 있다.(표 2) 그러나 있던 차상위 계층에 대한 의료급여 제도는 2008년 1종 희귀난치성질환자, 2009년 차상위 의료급여 2종(만성질환자, 18세 미만 아동) 이 건강보험으로 전환되면서 건강위험도가 높은 차상위계층이 건강보험료를 납부해야 하는 상황이 되었다. 차상위계층 중 12세미만 아동, 희귀난치성 및 만성질환으로 6개월이상 치료가 필요한 대상자에 대해서만 의료급여

2) 「국민기초생활 보장법」 제5조제2항에 따라 수급권자로 보는 자를 제외

2종, 그나마도 가구당 적용이 아닌 개인에게만 혜택을 주고 있는 수준이다.(12세 미만 중 희귀난치성 질환자의 경우 본인에 한해서만 1종)

<표 2> 저소득층 만성질환자 가구비율 및 가구주의 일상생활 현황

(단위 : %)

	수급	소득 100%미만			소득 100%이상 ~120%미 만	소득 120%이상	전체
		소득인정액 100%미만 <비수급1>	소득인정액 100%~120% <비수급2>	소득인정액 120%이상 <비수급3>			
만성질환자가 있는 가구 비율	69.1	60.3	60.4	60.3	42.8	33.4	53.1
만성질환이 있는 가구주의 일상생활 어려움 비율	83.2	84.4	89.4	80.4	79.0	73.8	80.6

출처 : 능동적 복지확충을 위한 복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2009

3) 근로빈곤층-워킹푸어의 문제점

의료비가 문제가 되는 집단은 전체 인구집단이라고 할 수 있겠지만 현실적으로 가장 큰 문제를 겪는 집단 중 하나는 근로빈곤층이라고 할 수 있다. 근로 빈곤층이란 고령이나 질병 등의 이유로 일자리를 가지지 못해서 빈곤한 것이 아니라, 열심히 일해도 빈곤을 벗어나지 못 하는 집단을 일컫는다. 이들에게 가장 어려운 점은 바로 근로능력=건강상의 문제가 발생할 때 바로 극빈층으로 떨어질 수 있다는 것이다. 2010년 1분기 현재 전체 가구의 29.44%가 빈곤상태에 있으며, 12.55%가 워킹푸어 가구인 것으로 나타났다. 전체 빈곤가구 중에서는 42.63%, 4,547만 명의 인구 중 452만 명, 전체 인구의 9.93%가 근로빈곤층인 것이다.³⁾

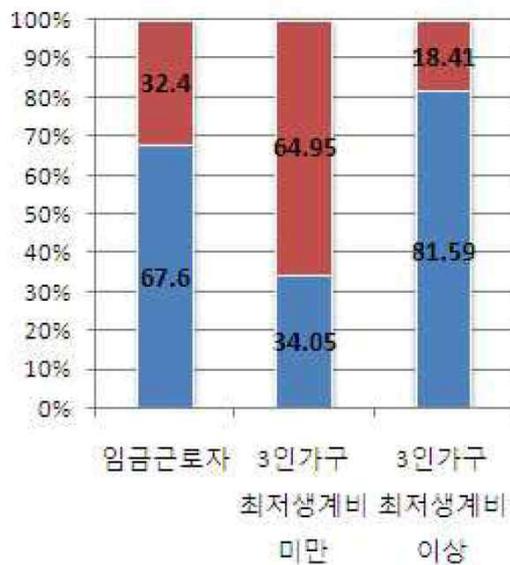
우리나라 워킹푸어의 특징은 여성 가구주가 많은 것이 특징으로 워킹 푸어가 아닌 가구의 경우 74.6%의 가구에서 남성이 가구주이고 23.4%의 가구에서만 여성이 가구주인 반면, 워킹 푸어 가구에서는 43.3%의 가구에서 여성이 가구주이다. 남성가구의 경우에도 맞벌이 가정의 비율이 낮으며 비소비지출을 제외한 가처분 소득은 월 평균 71만원으로 그렇지 않은 가구의 절반에 불과하다. 또한 소비내역에 있어서도 교육비와 보건에 쓰는 돈이 매우 낮은 것으로 드러났는데(교육비 176: 330/보건비 77: 137) 이는 실제 건강수준이 좋아서라기보다는 필수적인 의료이용이 제한되고 있음을 보여준다. 즉 근로빈곤가구에서 환자가 발생하면 의료비지출로 인한 극

3) 김수현, 워킹푸어의 개념 및 규모, 새사연, 2010

빈층으로의 전락이 필연적임을 명확히 보여준다.

또한 워킹푸어가 고용된 직장에서 건강보험을 납부해주는 비율이 매우 낮아 워킹푸어→건강보험 체납가구→적절한 의료이용 장애→심각한 건강문제 야기→근로능력 저하로 인한 빈곤악화로 이어지는 악순환을 겪게 된다.(그림 4)

그림 4 건강보험 제공 노동자 비율



출처 : 김수현, 워킹푸어의 개념 및 규모, 새사연, 2010

2. 대상자 선정기준의 문제

현재 기초생활대상자로 선정되는 기준은 소득인정액, 부양 의무자 기준이다. 즉 가구당 소득이 최저생계비 이하이고 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 경우에 한해서 신청할 수 있다. 또한 근로능력 평가기준에 의거해서 근로능력이 있다고 판단되는 경우에는 ‘자활에 필요한 사업에 참여할 것을 조건으로 생계급여의 일부를 지급받는 수급자’ 즉 조건부 수급자가 되고 의료급여 2종 대상자가 된다. 근로능력 평가기준은 의학적 평가와 활동능력 평가로 근로능력이 없다고 판정받기 위해서는 의학평가는 1~4단계 중 높은 단계로, 활동능력평가는 0~40점 중 낮은 점수를 받아야 한다. 수급권을 인정하는 기준은 매우 엄격하게 적용되고 있어 급여를 신청했으나 선정이 안 된 가구의 비율은 2009년 현재 전체 34.4%, 비수급 1층 73.5%, 비수급 2층 78.9%로 나타났다.

수급자로 선정되지 못한 주된 이유는 부양의무자 소득 및 재산기준초과가 전체 62.2%, 비수급 1층 74.2%, 비수급 2층 63.3%로 나타나 대부분은 부양해줄 가족이 있다고 평가되어 수급자격을 얻지 못한 것을 알 수 있다. 하지만 오히려 제1부양의무자로부터 물질적 지원을 받는 비율은 전체 45.4%, 월 16만원 미만에 불과해 실질적으로는 거의 도움을 받지 못하고 있는데도 불구하고 자격을 받지 못하고 있다. 그 결과 앞서 설명한 것처럼 수급자에 비해 비수급자가 훨씬 차별적 대우를 받게 되는 것이다.

또한 의료급여내의 조건부 수급자의 문제도 심각하다. 조건부 수급자가 되면 의료급여 2종이 되어 의료비 부담이 늘어나는 것이 가장 큰 문제가 된다. 심지어 기초생활대상자에서 벗어나 근로생활을 하고 싶어도 의료급여를 받지 못하게 되는 것을 걱정해 수급권자로 남아있는 경우도 빈번하게 조사되고 있다. 이는 수급권자에게 의료급여가 미치는 혜택이 매우 크다는 점을 보여주는 것으로 어떤 종류의 수급권을 얻는가의 문제가 중요해진다. 현재 의료급여의 수준을 나누는 기준이 근로능력 평가이다. 문제는 근로능력 평가가 지나치게 자의적이고 의학적 기준은 너무 엄격하며 심지어 인권침해적 요소까지 포함하고 있다는 점이다. 국가인권위원회(이하 국가인권위)는 지난 2월 10일, 활동능력 평가기준은 ▲ 개인의 명예나 자존감과 밀접히 관련된 항목으로 근로능력이 없는 수급권자에 대한 차별적 인식을 초래하거나 인격권을 침해할 우려가 높고(인권침해적인 요소) ▲ 활동능력 여부와 직접적인 관계가 없고, 시군구청 공무원의 주관적인 판단의 가능성이 높으며(주관적인 요소) ▲ 간이평가인 체력, 만성적 증상, 알콜 중독의 항목은 의사의 검진을 통해 판단하는 것이 적절하다는 점에서 공무원의 활동능력평가기준으로 적절하지 않다(부적절한 요소)는 이유를 들어 '현행 활동능력 평가기준의 전면적인 개선이 필요하다'는 정책 권고를 내린 바 있다. 하지만 여전히 문제되는 문항을 그대로 반영하고 있는 형편이다.

더구나 의학적 평가는 11개 기관별 질환의 상태에 대해 정밀하고 세세한 방식으로 이루어진다. 전반적으로 장애판정기준을 따르고 있고, 질환을 11개 질환으로만 나누는 등 수급(권)자들의 근로능력 유무를 판정하는 기준으로 합리성을 찾아보기 힘들다. 또한 매우 까다로운 기준으로 이뤄져 있어, 일상적으로 다니던 일차 의료기관에서는 그에 해당하는 평가기준을 받기가 불가능하다. 종합병원급 이상에서나 가능한 검사와 진료를 지속적으로 받을 때만이 가능한 상황이다. 또한 의학적 평가를

해야 할 의사들에게도 근로능력판정제가 제대로 공유되지 못하여, 수급(권)자들은 근로능력평가용 진단서를 백지상태로 되가져올 수밖에 없었으며 의사들 역시 불편함을 호소하고 있다고 조사되고 있다.⁴⁾

3. 낮은 보장수준과 접근성

의료급여의 체계는 건강보험의 급여 체계를 그대로 준용하기 때문에 의료급여의 보장성이 낮다. 낮은 보장성과 높은 본인부담비율은 의료로 인한 가계부담의 증가와 의료이용의 포기로 나타난다. 먼저 보장성의 수준을 보면 의료급여 수급권자도 비급여로 인한 본인 부담이 적지 않은 실정이며 현재는 법정 본인부담금까지 일부 납부하고 있다.(표 3)

표 3 의료급여 본인부담 비율

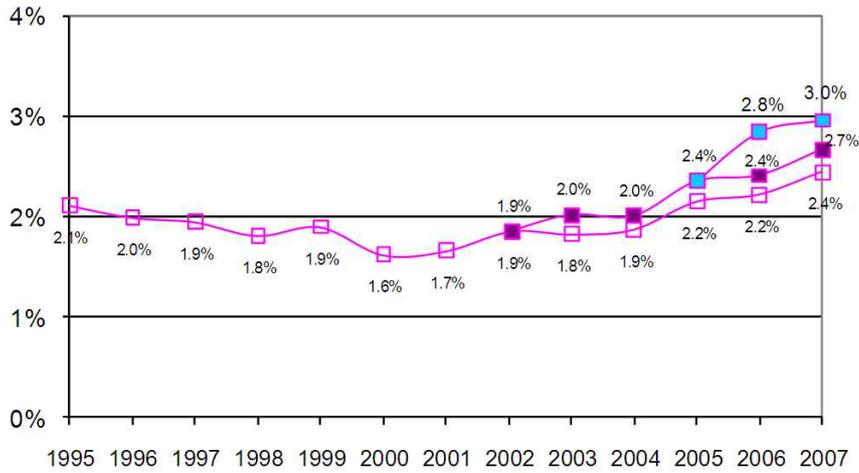
구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (지정병원)	약국	PET 등
1종	입원	없음	없음	없음	500원	없음
	외래	1000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	500원	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

출처 : 의료급여 제도안내, 보건복지부, 2010

특히 유시민 장관의 제도개선 이후 선택병의원제 도입과 본인부담금의 확대로 2종 환자들의 의료접근성은 많이 떨어진 것으로 나타나고 있다. 의료로 인한 가계부담이 높은 경우를 과부담 의료비라고 하는데 지불능력의 10% 이상 의료비를 지출하고 있는 가구규모는 전체 가구수의 10~15%로 나타나고 있고, 25% 이상 지출하고 있는 가구들도 4%를 상회하고 있다. 그 결과 심각한 수준의 의료비를 지출하고 있는 가계의 수도 늘어나고 있다. '재난적 의료비 지출'이란 가구 총수입에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40%를 초과하는 경우(WHO)을 의미하며 우리나라의 경우에는 2002년 1.9%에서 2005년 2.4%, 2007년 2.7%로 지속적으로 증가하고 있는 형편이다.(그림 5)

4) 이상운, 기초생활보장제도 근로능력평가기준 규정토론회 자료집, 2010

그림 5 재난적 의료비 경험 가구 비율



출처 : 김윤, 민주당 보장성 강화 추진 토론회, 2010. 9

이는 각 가구에서 의료비용에 부담을 느끼고 있다고 하는 가구의 비중에서도 잘 나타나는데 오히려 수급권자보다 차상위계층의 부담이 더 큰 것으로 나타나 제도의 문제점이 더욱 부각되고 있다.(표 4)

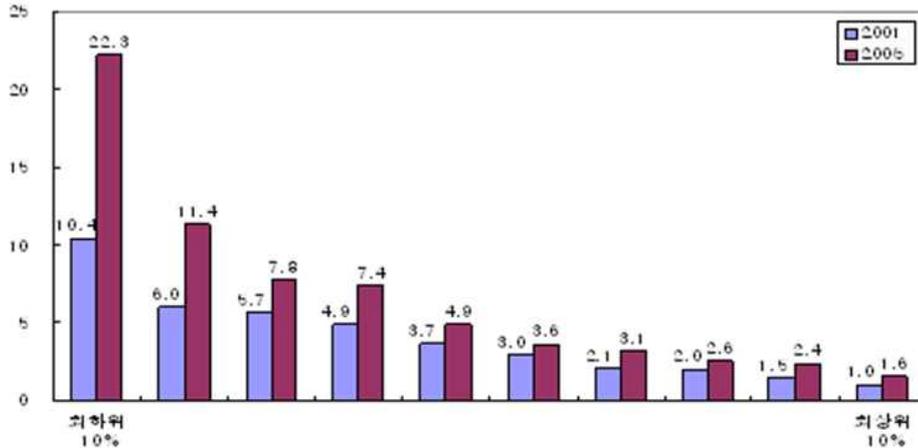
표 4 의료비용에 대한 가계부담 정도

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
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

출처 : 신형웅, 의료보장사각지대 해소방안, 한국보건사회연구원, 2009

특히 저소득층에 집중된 의료비과부담은 일정한 일자리를 얻지 못한 건강보험 지역가입자의 경우에 심각하게 나타나 월소득의 20%이상을 의료비지출에 쓰고 있는 비중이 하위 10%에 제일 높고 이러한 경향은 시간이 지남에 따라 심각하게 악화되고 있다.(그림 6)

그림 6 건강보험 지역가입자 중 월 소득의 20% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가계의 소득계층별 비율



자료: 한국보건사회연구원, 2006

의료급여에서 건강보험에 비해 본인부담율이 상대적으로 낮거나 거의 없음에도 불구하고 과부담 의료비가 발생하는 이유는 의료급여 급여범위의 보장성이 낮아 필요한 의료서비스를 포괄하지 못하고 있기 때문이다. 본인부담보상금제와 본인부담상한제를 시행하고 있기는 하지만 본인부담금에 비례하여 비급여 부담이 발생하는 현행 급여체계 하에서는 고액진료비가 발생할수록 본인부담금 절대규모가 증가하게 되는 것이다. 핵심적인 의료서비스를 비급여로 책정해놓고 비급여 수가가 병의원의 자율에 맡겨져 있는 상황에서는 저소득층의 의료부담은 갈수록 증가할 수 밖에 없다. 즉 건강보험의 낮은 보장성과 높은 비급여로 인한 의료장벽이 저소득층에게는 더욱 크게 작용하고 있다. 의료급여 환자의 본인부담금을 보면 비급여 부담이 매우 높은 것을 알 수 있고 이는 대형병원일수록 심각하게 드러나고 있다. 밑의 표(표 5)를 보면 종합전문병원의 비급여 본인부담금이 1종 17.1%, 2종 25.9%에 달해 의원급 1종 4.7%, 2종 7.3%에 비해 대형병원으로 갈수록 매우 높은 비급여 본인부담금을 내야 한다. 이는 중병이나 집중 치료가 필요한 수급권자들이 치료를 포기하게 되는 원인이 되고 있다.

표 5 의료보장 자격별 요양기관종별 본인부담율(%)

구분	건강보험			의료급여 1종			의료급여 2종			
	보험자 부담	법정본인 부담	비급여 부담	보험자 부담	법정본인 부담	비급여 부담	보험자 부담	법정본인 부담	비급여 부담	
계	61.8	22.5	15.7	93.4	0.2	6.4	81.6	10.1	8.3	
종합전문	52.9	17.7	29.4	82.6	0.3	17.1	66.5	7.5	25.9	
종합병원	55.3	21.2	23.5	90.3	0.2	9.5	71.3	13.8	14.8	
병원	55.4	19.4	25.2	94.9	0.4	4.7	81.1	11.6	7.3	
의원	64.4	23.6	12.0	97.1	0.0	2.8	85.4	10.3	4.3	
치과	병원	35.7	24.3	40.0	-	-	39.4	26.2	34.4	
	의원	47.5	19.9	32.6	88.1	0.0	11.9	76.9	9.9	13.2
한방	병원	28.6	13.9	57.5	77.2	0.1	22.7	45.0	9.9	45.1
	의원	63.2	17.9	19.0	93.6	0.0	6.4	83.9	12.4	3.7
약국	70.8	26.5	2.7	98.9	0.0	1.1	92.1	6.5	1.5	

자료 : 유원섭 의료급여 제도의 문제점과 개선방안, 2007

또한 빈곤연대에서 조사한 ‘기초생활수급자 조사연구’에 따르면 수급자 가구의 부채 발생 원인 항목에서 ‘본인 혹은 가족의 사고 및 질병’이 2번째로 높았으며 부채사용처 또한 의료비가 3위로 나타났다. 기초생활수급자가 되기 전의 부채와 기초생활수급자 이후 부채가 다 포함되어 있는 결과이지만 결국 의료비로 인한 부채 발생율이 높다는 것을 의미한다.

의료급여 환자의 과부담 의료비는 의료급여 수급권자의 경제수준을 악화시키는 요인이기도 하지만, 과도한 본인부담을 우려한 환자가 치료를 기피 또는 포기하거나, 의료공급자로 하여금 적절한 치료를 제공하지 못하는 요인이 되기 때문에 더욱 심각한 문제가 된다. 그 결과 저소득층의 의료기관 이용율은 고소득층에 비해 매우 떨어지게 된다. 이는 저소득층 대부분이 만성질환을 갖고 있다는 사실을 고려해 볼 때 심각한 의료미충족을 야기하게 된다. 이현주의 연구에 따르면 2006년 현재 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.(표 6)

표 6 치료를 포기한 경험이 있는 가구비율

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	23.5	24.7	24.13	26.88	20.46	16.18	8.35	12.07

출처 : 신형웅, 의료보장사각지대 해소방안, 한국보건사회연구원, 2009

4. 제도의 차별적 요소

이렇듯 의료급여 대상자가 협소하고 대상자를 다시 1, 2종으로 나누어 급여내용을 세분화함에 따라 제도의 차별적 요소가 부각되고 있다. 가장 심각한 것은 빈곤층임에도 불구하고 약간의 소득이나 재산이 있어서 수급권자가 되지 못하는 사람들의 역차별 문제이다. 앞서서도 계속 지적했듯이 차상위계층은 수급권자에 비해서 수입 면에서도 적은 수입을 받고 있었으나 만성질환으로 인한 가계부담은 더 높았고 의료비 지출에 있어서는 더 많은 돈을 지불하고 있었으며, 치료포기 비율도 높았다. 이러한 문제는 지나치게 수급권을 엄격하게 적용함으로써 실제 부양을 받고 있지 못하거나 거의 재산이 없는 사람들을 급여에서 제외함으로써 인해 발생하는 문제로 차상위계층의 의료급여 확대가 무엇보다도 시급하다.

다음으로 문제되는 것은 의료급여 환자와 건강보험 대상자간의 차별적 요소이다. 가장 큰 문제로는 의료급여를 건강보험과 나누어 제공하고 의료급여를 매우 근로능력이 전혀 없는 대상자로 규정함으로써 인해 대상자에게 무능력자라는 낙인을 찍고 의료이용과정에서 차별을 받게 하고 있는 점이다. 대다수 수급권자의 경우, 고령과 장애 등의 이유로 3-4가지 이상의 질병을 복합적으로 앓고 있으며 의료이용 수요가 매우 높다. 현재 수가구조에서 일부 진료의 정액 수가제, 진료일수 제한 등은 구조적으로 수급자를 차별하는 결과로 이어지고 있다. 특히 건강보험에 비해 상대적으로 낮은 수가 수준으로 종별 가산율과 정액수가를 정하고 있어 이로 인해 의료기관에서 급여환자를 차별하는 경우가 많다. 더구나 제도개선이후 급여상한일수를 제한하고 1종 외래 본인일부부담 부과와 선택병의원제, 2종의 경우 본인부담을 전부 내야하는 경우가 증가했다.

의료급여환자들은 질환의 특성상 장기간의 치료와 보호가 필요한 정신질환을 갖고 있는 경우가 많다. 의료급여 환자의 정신질환 치료는 정액으로 묶어 놓은 반면 건

강보험 환자는 행위별로 진료비를 보장하고 있다. 그 결과 의료급여 정신질환자의 대부분은 입원을 하고 제대로 된 치료를 받지 못하고 있다. 의료급여 환자의 정신질환 치료비 정액 중 90%가 입원비로 쓰여지는 반면, 건강보험에서는 6%만이 입원비로 쓰고 있으며 진료량은 건강보험이 1.3~2배 많은 것으로 조사되었다. 의료급여 정신질환자의 경우 질적 관리보다는 수용중심의 입원진료가 대부분을 차지하고 있는 것이다.(유원섭, 의료급여 제도 문제점과 개선방안, 2009) 그 외에도 의료기관에서 제대로 된 처치를 거부하거나 싼 약을 강요하는 사례가 많다. 이러한 의료기관에서의 차별은 공공의료기관에서도 마찬가지로 의료급여 환자를 정원의 30% 이상 봐야하는 국립재활원마저도 2006년 이후 의료급여 환자 비중은 규정상의 30%에 못 미치며, 특히 2009년 9월 현재 전체 입원환자 5만2466명 중 의료급여 환자 수는 8225명(15.7%)에 불과하다는 조사에서 단적으로 드러난다.

규정뿐만 건강검진제도로 인해 제대로 된 건강검진을 받고 있지 못하는 문제도 심각하다. 건강보험 가입자는 ‘건강검진을 실시한다’로 규정되어 있지만 의료급여 수급권자는 ‘건강검진을 할 수 있다’는 임의규정이기 때문이다. 생활이 어려운 빈곤층일수록 정기적인 건강검진을 통해 질병의 조기발견과 치료를 위해 정기적인 건강검진이 꼭 필요한데도 의무사항이 아니다 보니 건강검진은 거의 받고 있지 못하다. 또한 건강보험 가입자는 병원을 이용할 때 1차 혹은 2차 의료기관을 이용하고 진료의뢰서를 가지고 3차 의료기관을 방문할 수 있도록 진료절차가 2단계로 이루어져 있다. 그러나 의료급여 수급권자는 진료절차가 3단계로 명확히 구분돼 있어 의료이용이 불편요소가 되고 있다. 이러한 분절화된 의료체계는 중복진료와 중복투약을 야기해 재정악화뿐 아니라 건강수준에도 심각한 장애가 되고 있다.

다음으로는 1종과 2종 내의 차별적 요소이다. 대표적인 제도가 2종에 대한 본인부담제도이다. 1종의 경우에는 외래에 한해서만 본인일부부담을 하는데 비해 2종은 입원진료에도 본인일부부담을 해야 하기 때문에 고액의 진료비가 발생하는 입원진료의 접근성이 매우 취약하다. 특히 의료이용을 적정수준에서 조절하면서 의료비부담을 경감하겠다는 선택병의원제도 마저도 2종 환자에게는 본인부담금을 그대로 받고 있어 선택병의원제에서도 차별을 받고 있다. 또한 선택병의원제도는 여러 복합상병을 보유하고 있는 수급권자에게 불리하며 다양한 의료선택권을 제약한다는 측면에서도 차별적 요소를 갖고 있다.

적용대상자		급여상한일수초과자, 자발적 참여자			
구 분		제1선택 의료기관	제2선택 의료기관	제3선택 의료기관 (본인부담있음)	제4선택 의료기관 (본인부담있음)
일반		1차 - 심의불필요	6개월 이상 진료 필요자 1~2차	한의원 (제1·제2 선택 의료급여기관을 한의원으로 지정하지 않은 경우) - 심의불필요	치과의원 (제1·제2 선택 의료급여기관을 치과의원으로 지정하지 않은 경우) - 심의불필요
진료 절차 예외자	희귀난치성 질환자	1~3차	1~2차 - 심의불필요		
	2~3차 병원 근무자	2~3차 (본인근무지)	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		
	한센병환자, 등록장애인, 도서벽지지역거 주자, 국가유공자 중 상이등급자	1~2차	6개월 이상 진료 필요자 1~2차		

5. 대안

1) 의료안전망의 재구성이 필요하다.

우리나라는 형식적으로나마 의료안전망을 구축하고 있는 것으로 보인다. 전국민은 건강보험적용을 받고 있고 빈곤층은 의료급여를 받고 있으며 저소득, 질병, 장애인 등은 의료비지원과 긴급지원을 받고 있다.(표 7) 전국민이 포함되어 있으며 사회적 약자는 2, 3겹의 보호망을 갖고 있는 것으로 설계되어 있는 것이다. 하지만 위에서 살펴보았듯이 안을 들여다보면 상당한 구멍들을 발견할 수 있다. 건강보험에는 낮은 보장성과 과부담의료비, 건강보험 체납자의 문제로 인해 전체 의료비의 60%에도 못 미치는 보장을 받고 있다.

표 7 우리나라 의료안전망의 체계

의료안전망	대상	주요사업
1차	전국민	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
--	--	---

이는 기본적으로는 복지예산 및 의료급여에 대한 재정이 극히 부족하기 때문에 발생한다. 우리나라 복지예산의 문제점은 매우 심각하며 여러 분야에서 다양하게 지적되고 있다. 의료안전망의 확충은 예산을 확보하여 의료급여의 대상자를 확대하고 필요한 진료영역의 비급여를 보장범위로 넣어 의료비부담을 줄여주는 것에서 출발해야 한다. 하지만 정부에서는 의료급여 재정증가에만 주목하여(표 8) 대상자를 엄격히 관리하고 의료급여 환자들의 본인부담금제를 활용한 의료억제에만 정책의 초점을 맞추고 있는 형편이다.

표 8 복지예산 및 의료급여 재정 증가 추이

연도	정부예산(A)		복지예산(B)		B/A(%)		의료급여(C)		C/B(%)	
	금액	증가율	금액	증가율			금액	증가율		
2001	991,801	-	74,581	-	7.5	100	15,893	-	21.3	100
2002	1,096,298	10.5	77,495	3.9	7.1	104	16,901	6.3	21.8	106
2003	1,181,323	7.8	85,022	9.7	7.2	114	17,612	4.2	20.7	111
2004	1,201,394	1.7	92,322	8.6	7.7	124	18,807	6.8	20.4	118
2005	1,343,704	11.8	86,480	(-6.3)	6.4	116	22,145	17.7	25.6	139
2006	1,457,029	8.4	97,065	12.2	6.7	130	26,621	20.2	27.4	168
2007	1,576,873	8.2	115,783	19.3	7.3	155	35,779	34.4	30.9	225

자료: 보건복지부 내부자료, 2006. 유원섭. 의료급여제도의 문제점과 개선방안, 2007. 재인용

2) 대상자 확대

우선적으로 절대 및 상대빈곤층을 모두 포괄하는 건강안전망이 필요하다. 부양의무자의 기준을 완화하고 대상자를 획기적으로 늘려 전 인구의 15% 수준의 의료급여를 제공해야 한다. 또한 건강보험료 체납자 중 생계형 체납자를 의료급여로 자격 변경하고 의료급여 대상자에 대한 건강보험료 면제를 도입해야 한다. 또한 빈곤의 유발요인인 질병으로 인한 가계부담을 차단하기 위한 대책이 필요하다. 이는 의료비 상한제도를 현실화하는 것에서 출발할 필요가 있다. 현재 건강보험 상한제도는

6개월에 2백만 원을 지출한 경우 상환을 해주고 있으나 실제 대부분의 진료비초과분은 비급여영역에서 나오기 때문에 실효가 거의 없다. 필요한 비급여를 급여로 전환하는 것과 함께 건강보험 본인부담비율을 현행 30%에서 10%수준으로 낮추고 건강보험 본인부담 상한을 연 100만원으로 제한하는 개혁이 요구된다. 이를 위해서는 건강보험 재정확충방안이 필요하다. 전반적인 재정개혁과 동시에 저소득층에 한해서는 국고지원을 확대하는 방안을 검토해야 한다.

3) 의료급여 제도 개선

의료급여 1종과 2종 모두 경제적 수준이 최저생계비 이하로 경제적 부담능력이 동일하고 진료비 발생과 부담능력은 근로능력 유무와 관련이 없기 때문에 의료급여 내에서의 종별구분을 폐지하는 것이 필요하다. 또한 건강보험 대상자와의 차별적 요소를 제거하기 위한 건강보장제도의 통합과 함께 의료급여환자의 의료서비스전달 체계를 건강보험과 동일하게 구성하는 작업이 뒤따라야 한다. 정액수가, 가산율, 수가 등을 건강보험과 동일하게 책정함과 동시에 의료기관에서 임의적으로 의료급여 환자진료를 거부하는 경우에 대한 벌칙을 강화하는 것도 함께 뒤따라야 할 것이다. 무엇보다 중요한 것은 공공의료기관의 역할을 높이는 것이다. 국가 공공보건의료시스템을 정비하여 저소득층이 안전하게 이용할 수 있는 질높은 의료기관을 확보해야 한다. 특히 공공의료기관이 실질적인 공공의 역할을 수행할 수 있도록 의료급여환자비율을 정하고 공공기관 이용시 본인부담을 면제하는 방안이 필요하다. 실제 공공기관의 의료급여 환자 비율은 30%에도 미치지 못하고 국립대병원의 경우에는 10%에도 미치지 못하는 상황이다.

선택병의원제도나 본인일부부담제도를 개선해야 한다. 의료급여 환자의 의료비 절감만을 목표로 시행되는 선택병의원제도와 본인일부부담제도는 의료급여 진료의 질을 담보하지 못하는 결과를 낳고 있다. 뿐만아니라 의료기관에서 발생하는 과잉진료의 책임을 수급권자에게 돌리는 제도인 것이다. 의료급여 환자의 적정의료보장은 포괄적인 건강관리와 치료시스템을 구축하는 것으로 해결되어야 한다. 그러기 위해서는 의료급여 환자에 대한 주치의제도 도입이 고려되어야 한다. 단기적으로는 의료급여 관리가 제대로 이루어질 수 있도록 의료급여관리사에게 재량권을 부여하고 심의를 강화하는 것이 필요하고 본인부담제도는 폐지해야 한다. 또한 의료급여의 질관리를 위해서는 중복투약 방지를 위한 제도를 도입해야 한다.

