



시민건강이슈 2018-12

PHI Issue Paper 2018-12

부양의무제 폐지 이후의 의료급여제도



부양의무제 폐지 이후의 의료급여제도

출판일 || 2018년 12월 10일

편집인 || 서상희 시민건강연구소 연구원
 이현옥 시민건강연구소 초빙연구원

필진 || 김 선 시민건강연구소 연구원
(가나다순) 서상희 시민건강연구소 연구원
 이현옥 시민건강연구소 초빙연구원
 최윤주 중앙대학교 의과대학 예방의학교실

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
 전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
 누리집: www.health.re.kr
 전자우편: people@health.re.kr

ISBN 979-11-87195-09-2 05300

〈 차례 〉

요약

1. 들어가는 글	7
2. 건강정책환경의 변화	9
3. 의료급여의 역사적 발전과 현황	12
3.1. 의료급여 제도	12
3.2. 의료급여 제도에 대한 국제적 시각 - UN 사회권 규약위원회 권고사항	14
3.3. 문재인 정부의 입장 - 의료급여 3개년 기본계획	15
4. 의료급여 의료이용 현황과 쟁점	17
4.1. 의료보장 적용인구 현황	17
4.2. 의료급여 의료이용 현황	18
4.3. 의료급여 의료이용 관련 쟁점	21
5. 의료급여 수급자들의 이야기	24
5.1. 의료이용의 이유	24
5.2. 의료쇼핑이 아닌 ‘전전하고 있는 것’	25
5.3. ‘도덕적 해이’가 아닌 ‘제도의 문제’	28
5.4. ‘도덕적 해이’ 담론은 어떻게 만들어졌나	30
5.5. 의료급여 수급의 경계선, 비수급 빈곤층의 의료이용: 체납자의 의료이용 경험	32
6. 나가는 글	33

〈 표 차례 〉

표 1. 의료급여 제도 지원 대상 및 유형	12
표 2. 부양의무제 완화 대안 및 건강보험 연계 계획	15
표 3. 연도별 의료보장 적용인구 현황	17
표 4. 연도별 진료비 현황비교	19
표 5. 2011-2016년 진료비 증감을 비교	19

〈 글상자 차례 〉

<글상자 1> 의료이용의 이유 “아프다”	24
<글상자 2> 의료이용의 이유 “외롭다”	25
<글상자 3> 차별과 낙인, 떠돌 수밖에 없었다	26
<글상자 4> 균등하지 않은 의료의 질, ‘나도 낫고 싶다’	26
<글상자 5> 의료비가 더 싼 병원으로 이동	27
<글상자 6> 갈 곳이 없다	27
<글상자 7> ‘의료쇼핑’ 할 만큼의 돈이 없다	28
<글상자 8> 공급자의 유인문제	28
<글상자 9> 낙인과 차별을 조장한 정부	29
<글상자 10> 과다 의료이용 언론프레이밍	31
<글상자 11> 의료급여 수급의 경계선, 비수급 빈곤층의 의료이용 경험	32

요약

2017년 5월, 이른바 ‘촛불 정부’가 출범하며, 정부는 “모두가 누리는 포용적 복지국가”를 만들겠다고 선포했다. 이를 위해 건강보험 보장성강화를 위한 ‘문재인 케어’와 기초생활보장제도 수급자 선정기준 완화를 위한 ‘부양의무제 폐지’를 핵심 정책으로 추진했다. 그렇다면, 이 두 가지 핵심 정책만으로 “모두가 누리는 포용적 복지국가”를 맞이할 수 있을 것인가? 우리는 그간 의료급여의 발전 경로에서 의료급여 수급권자와 비수급 빈곤층이 어떻게 다루어져 왔었는지를 근거로, 촛불정부 출범 초기부터 ‘그렇지 않을 것’이라고 우려해왔으며, 그러한 우려 때문에 <부양의무제 폐지 이후의 의료급여제도>에 대한 이슈페이퍼를 작성하고자 했다.

● 건강정책환경의 변화

‘촛불 정부’ 출범 후, 정부는 국정전략으로 모두가 누리는 포용적 복지국가를 선포했다. 그리고 그에 따른 정책을 추진함으로써 의료급여제도를 둘러싼 건강정책환경은 변화하고 있다. 이러한 변화 속에서 해결되지 못한 문제가 산적해 있음에도 마치 모든 문제가 해결된 듯 비춰지고 인식되고 있는 현 상황과 여전히 ‘의료급여’와 비수급 빈곤층은 핵심 논의에서 밀려나고 있는 점이 매우 걱정스럽다.

● 의료급여의 역사적 발전과 현황

1977년 제정된 의료급여제도는 저소득 취약계층을 위해 마련된 제도 중 하나로, 도입 후 지금까지 우리나라 의료보장의 중요한 역할을 담당해 왔다. 그러나 수급자 규모는 인구의 3%정도로 관리되어 오면서 비수급 빈곤층의 사각지대를 양산하는 데 일조했다. 2017년 UN 사회권 규약 위원회 권고사항에도 담겨 있는 것처럼 갈수록 의료불평등이 심각해지는 현실에서 의료급여제도가 우리나라 전체 인구의 3%만을 포괄하고 있는 것은 우리 정부의 저소득층 의료보장을 위한 노력이 매우 미흡하다고 볼 수 있다.

● 의료급여 의료이용 현황과 쟁점

그간 의료급여 정책을 다뤄 온 정부의 태도는 수급자의 도덕적 해이를 강조하며 의료급여 재정 절감에 주목해 왔다. 정부는 의료급여 재정 증가의 주요 원인을 1종 수급자들의 외래 의료이용 증가에 기인한다고 보았다. 그러나 의료급여와 건강보험 총진료비 변화 추이 상, 의료급여 수급자는 건강보험 가입자에 비해 본인부담이 높은 입원보다 본인부담이 낮은 외래와 약국

을 많이 이용하고 있기는 하지만, 2011년-2016년 보건의료실태조사 결과를 살펴보면, 최근 몇 년간 입원과 외래 의료이용에서 모두 의료급여 수급자의 진료비 증가속도는 건강보험 가입자보다 높지 않았다. 이처럼 두 집단의 진료비 평균 증감률을 비교해 볼 때 의료급여 수급자의 진료비 증가가 건강보험 가입자에 비해 과다하다고 할 만한 근거는 없다. 또한, 의료급여 수급자는 건강보험 가입자에 비해 노인인구 비율이 높고 만성질환, 정신질환, 장애 비율이 높아 의료이용이 더 필요한 고위험 집단에 속하는데, 기존의 선행연구들은 이런 환자 특성을 고려하지 않은 채 단순 이용량을 비교했기 때문에 그 현상을 정확하게 설명했다고 보기 어렵다.

● 의료급여 수급자들의 이야기

‘의료급여’를 다룬 선행 연구 중 의료급여 수급자, 의료급여 관리자, 요양병원 종사자 등을 인터뷰한 연구와 담론분석 연구를 재분석해 의료급여 수급 당사자들의 목소리를 확인한 결과, 의료이용의 이유는 도덕적 해이가 아니라 아프고 외로워서였음을 알 수 있었다. 또한, 의료쇼핑이라 비난받지만, 제도적이고 구조적인 문제로 어쩔 수 없이 병원을 전전하고 있는 것임을 확인할 수 있었다. 즉, ‘도덕적 해이’라 비난받고 있는 행태들이, 사실 개인의 도덕적 해이 때문이 아닌 운영기관의 도덕적 해이 때문에 발생한 것이었고, 이러한 문제를 양산한 제도의 문제였음을 확인할 수 있었다.

우리는 이 이슈페이퍼에서 정부 보도자료, 신문기사, 각종 연구보고서와 선행연구에 대한 비판적 고찰을 통해 의료급여제도의 발전과 기존 담론들, 그리고 부양의무자 기준과 의료급여제도의 변화와 사각지대 해소 가능성까지 포괄적으로 검토하였다. 그 결과, 의료급여제도는 전체 인구의 3% 수준으로 관리되어 오면서 빈곤층 의료보장제도로서 그 역할을 충분히 해오지 못했을 뿐 아니라, 그로 인해 광범위한 사각지대를 발생시켰음을 확인할 수 있었다. 또한, 일부 수급자의 과다의료이용은 의료급여 재정 누수의 원인으로 부풀려졌고, 빈곤층의 미충족 의료와 과소 의료이용은 관심의 대상이 되지 못했을 뿐 아니라 국가는 ‘도덕적 해이’ 프레임을 통해 수급자에 대한 낙인과 차별을 조장했음을 확인할 수 있었다.

‘촛불 정부’가 출범한 지 벌써 1년이 훌쩍 넘었다. 건강보험 부과체계 개편이 이루어졌으나 의료급여에 대한 부양의무제 폐지는 지지부진한 상태이며, 빈곤층의 건강권 확보 논의 역시 구체적으로 이루어지지 않고 있다. 이런 상황에서 의료보장의 사각지대는 해소되기 어려울 것으로 보인다.

1. 들어가는 글

2017년 5월, 이른바 ‘촛불정부’가 출범했다. 새 정부는 5대 국정목표 중 하나로 “내 삶을 책임지는 국가”를 제시하고, 국정전략 중 하나로 “모두가 누리는 포용적 복지국가”를 설정했다. 그리고 이를 실현하기 위해 ‘문재인 케어’(건강보험 보장성강화 정책)와 기초생활보장제도의 수급자 선정기준이 되는 ‘부양의무제 폐지’등의 정책을 추진하고 있다. 건강·보건의료 분야에서는 ‘문재인 케어’에 관심이 집중되어 있지만, ‘부양의무제 폐지’야말로 모두가 누리는 포용적 복지국가라는 국정전략과 연관이 더 깊다.

한국의 의료보장체계는 건강보험과 의료급여로 분절되어 있다. ‘전 국민 건강보험’이라는 표현이 무색하게도, 전 국민의 3%, 약 150만 명은 기초생활보장제도 급여 중 하나인 의료급여를 통해 의료를 보장받고 있다. 게다가 부양의무제로 인한 비수급 빈곤층¹⁾ 중 상당수는 보험료를 내지 못해 보험급여를 제한 당한다.²⁾ 2015년 기준 비수급 빈곤층의 규모는 약 93만 명,³⁾ 건강보험료 6회 이상 장기 체납자는 약 400만 명에 달하고 있다.⁴⁾

당연한 사실이지만, 부양의무제가 폐지되면 상당수 비수급 빈곤층이 의료급여 수급권자가 될 것이고, 수급자 수는 자연히 늘어날 것이다. 보건복지부는 부양의무제 폐지(사실상 ‘완화’) 계획에 따른 의료급여 신규 수급권자를 2018-2020년 7만 명, 2021-2022년 11만 7천 명으로 추산하고 있다. 그렇다면 부양의무제 폐지와 함께 “모두가 누리는 포용적 복지국가”가 도래할 것인가?

우리는 그렇지 않을 것이라고 우려하고 있다. 우리의 의심은 의료급여제도의 발전 경로에서 의료급여 수급권자와 비수급 빈곤층이 어떻게 다루어져 왔는지에 근거한다. 기초생활보장제도가 시행된 2000년 이후 ‘부양의무제 폐지’는 끊임없이 제기되어 왔으나 한 번도 중요한 정책 의제로 다루어지지 못했다. 또한 2006년 당시 유시민 보건복지부 장관의 의료급여제도에 관한 ‘대국민 반성문’⁵⁾ 이래 의료급여 수급자에게는 ‘도덕적 해이’라는 오명이 언제나 따라붙어 왔다.

- 1) 일반적으로 “소득이 최저생계비 미만임에도 불구하고 기초생활보장제도의 수급자로 선정되지 못하여 사각지대에 놓인 빈곤층”을 의미한다. 부양의무제가 중요한 원인 중 하나지만, 이외에도 재산의 소득환산제(빈곤 측정을 위해 소득과 함께 재산을 활용), 행정 과정에서의 자의적 배제, 당사자의 자발적 배제 등 여러 가지 원인이 있다. 이정기·김윤영. (2016). 비수급 빈곤층의 생존 과정에 관한 근거이론. 보건사회연구 36(2): 280-310.
- 2) 건강보험법은 가입자가 보험료를 6회 이상 체납하는 경우 보험급여를 제한하도록 하고 있다.
- 3) 2015 국민생활실태조사
- 4) 시민건강연구소. (2017). 생계형 건강보험 실태조사 및 제도개선 연구.
- 5) 보건복지부 보도자료. (2006년 10월 10일자). “유시민장관, ‘의료급여 제도 혁신에 대한 국민보고서’ 발표” (<https://goo.gl/iWpGE5>), 대한민국 정책브리핑 (2006년 10월 13일자). “[세종로 창] 반성문 쓰는 장관” (<https://goo.gl/tGnjJf>)

문제의 기저에는 의료보장에 대한 국가 책임 방기가 자리하고 있다. 대표적 사례가 건강보험 차상위 본인부담 경감 제도이다.⁶⁾ 뿐만 아니라 건강보험 재정에 대한 국고 지원금 미달 문제, 매년 반복되는 의료기관에 대한 의료급여 진료비 미지급금 문제 역시 고질적이다.⁷⁾ 이제껏 정부가 빈곤층 의료보장을 대해 온 태도는 국민들의 ‘건강보장’보다 ‘재정안정’이 우선이었다. 부양의무제가 일부 완화된 올해 정부가 의료급여예산을 책정한 것만 봐도 알 수 있다. 이런 식이라면 사각지대를 해소하고 포용적 국가로 나아가겠다는 계획은 선언에 그칠 것이 우려된다.

이에 우리는 현 시점에서 의료급여제도를 둘러싼 건강정책환경의 변화와 의료급여 제도의 역사적 발전과 현황, 수급자의 의료이용에 관한 통계자료 및 양적 연구, 수급자 및 관련 종사자를 대상으로 한 질적 연구에 대한 비판적 고찰을 통해 왜 여전히 ‘부양의무제 폐지’와 ‘사각지대 해소’를 우려하는지 밝히고자 한다. 이런 노력은 향후 한국의 의료보장체계(궁극적으로 건강보장체계)의 토대를 마련하기 위한 초석이 될 것으로 기대한다.

6) 정부는 2004년 당시 비수급 빈곤층인 차상위 계층을 의료급여 수급권자로 포함시켰다가 4년만인 2008년 다시 건강보험으로 편입시켰다. 보험료와 본인부담금 지원을 통해 의료급여의 보장 수준을 유지하겠다는 약속과 함께였다. 그러나 해당 지원에 대한 국고 지원금 미달로 건강보험 재정이 지속적으로 사용됐다.

7) 데일리팜 신문기사. (2018년 10월 2일자). "의료급여 예상 미지급금 7천억 돌파...이자지급 필요" (<http://www.dailypharm.com/News/245752>)

2. 건강정책환경의 변화

2017년 8월, 취임 세 달째를 맞이한 대통령이 직접 “병원비 걱정없는 든든한 나라”를 만들기 위한 ‘건강보험 보장성강화 정책’을 발표했다. ‘비급여의 급여화’로 상징되는 이른바 ‘문재인 케어’다. 이에 따라 15세 이하 아동 입원 본인부담 완화(’17년 10월), 본인부담 상한액 인하(’18년 1월), 상급종합·종합병원 2-3인실 급여화(’18년 7월)가 추진되었다. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」도 제정됐다(’18년 7월 시행).

이즈음 복지부는 부양의무자 기준의 단계적 폐지를 담은 <1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)>을 발표했다. 2주 뒤에는 복지부 장관이 직접 장애인·빈곤 단체의 ‘장애등급제·부양의무제 폐지 광화문공동행동(이하 공동행동)’ 농성장을 방문해 장애등급제⁸⁾와 부양의무제 폐지, 관련 논의를 위한 민·관 협의체 구성을 약속했고, 공동행동은 5년간의 농성을 해제했다. 장애등급제 폐지를 위한 민·관 협의체는 10월 20일부터, 부양의무자 기준 폐지를 위한 민·관 협의체는 10월 26일부터 운영을 시작했다. 그리고 2017년 11월 1일부터 노인·중증 장애인 가구의 기초생활 보장 부양의무자 기준이 완화됐고, 12월 29일에는 부양의무자 기준을 폐지한 「주거급여법」 개정안이 국회를 통과해 2018년 10월부터 시행됐다.⁹⁾

이로써 주거급여의 경우 지난 10월부터 부양의무제가 전면 폐지되었으며, 생계급여와 의료급여에서는 노인 및 장애인 가구에 한해 2017년 11월부터 단계적으로 폐지된다. 보건복지부는 당초 2022년까지 총 3단계에 걸쳐 추진한다는 계획을 밝혔으나, 최근 저소득층 소득수준 악화 상황을 반영하여 생계급여의 경우 2019년 1월로 앞당겨 시행하겠다고 발표했고, 의료급여는 제외되었다.¹⁰⁾¹¹⁾ 본래 사회복지계에서는 주거급여→의료급여→생계급여 순의 폐지가 일반적이라고 예측했던 것을 고려하면,¹²⁾ 의료급여 부양의무제 폐지는 예상보다 훨씬 뒤쳐지고 있는 셈이다.

8) 장애등급제는 장애인의 장애 정도를 1~6등급으로 나눠 복지 지원을 차등적으로 제공하는 제도이다.

9) 부양의무자 완화는 1단계 ’17년 11월 수급가구 및 부양의무자 가구 모두에 중증 장애인 또는 노인이 포함된 경우, 2단계는 ’19년 1월 부양의무자 가구에 중증 장애인이 포함된 경우, 3단계 ’22년 1월 부양의무자 가구에 노인이 포함된 경우에 대하여 부양의무자 기준을 적용하지 않게 된다. 단, 중증 장애인은 장애등급 1~3급, 노인은 만 65세 이상을 의미하며, 부양의무자 가구의 경우 중증 장애인은 장애인 연금 수급자, 노인은 기초연금 수급자에 한정한다. 소득·재산을 하위 70% 이하에 한정하기 위해서다. 복지부는 이에 따른 의료급여 신규 수급권자가 ’18-’20년 7만명, ’21-’22년 11.7만명으로, ’18-’22년 전체 기간 누계 18.7만명이 될 것으로 예측하고 있다. 이러한 ‘인구학적 기준’은 대상자간 우선순위를 둘러싼 분쟁을 야기하고 최종 목표로서 ‘완전 폐지’의 달성을 어렵게 한다고 평가된다.

10) 1차 기초생활보장종합계획을 통해 보건복지부는 소득재산이 하위70%에 속하는 중증장애인과 노인이 포함된 부양의무자 기준을 의료급여에는 미적용하겠다고 밝혔다. 이들 중위소득 40%이하 비수급 빈곤층 건강보험 가입자에 대해서는 차상위 건강보험 본인부담 경감 확대와 재난적 의료비 지원사업을 통해 의료보장을 확대하겠다는 입장이다.

11) 관계부처합동[보건복지부, 국토교통부, 교육부]. (2017). 제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)

12) 장동열·류만희. (2017). “부양의무자기준 폐지 방안: 비수급 빈곤층, 사각지대 해소” 2017 비판과 대

문제는 의료급여가 제외되는 것만이 아니다. 해결되지 않는 문제들이 여전히 산적함에도 불구하고 마치 모든 문제가 해결된 듯 비춰지고 인식된다는 점이 더 우려스럽다. 대표적인 것이 바로 지난 7월부터 시행된 ‘건강보험료 부과체계 개편’이다. 지역가입자의 건강보험료 부과체계에서 ‘추정소득’ 또는 ‘평가소득’으로 불리던 제도¹³⁾를 폐지하고 소득·재산 없는 미성년자의 연대납부 의무를 면제함으로써 ‘소득과 재산이 없는 미성년자 1인 가구’에도 보험료가 부과되던 불합리한 제도가 개선되었다.

그러나 건강세상네트워크 등 시민사회단체에서는 건강보험료 부과체계 개편 이후에도 ‘생계형 건강보험 체납자’ 문제는 근본적으로 해결될 수 없다며 문제인 케어의 ‘사각지대’를 우려하고 있다. 사실 보험료를 납부할 능력이 없는 사람은 의료급여 수급권자가 되어야함이 마땅하다. 그러나 공공부조제도인 의료급여는 소득 및 재산 기준과 부양의무자 기준을 모두 충족하는 수급권자가 수급을 ‘신청’해야 자격을 취득할 수 있고, 수급자로 ‘선정’되기 전까지 건강보험의 적용을 받는다. 때문에 빈곤층이라 하더라도 건강보험료가 부과될 수 있다. 생계형 건강보험 체납자가 건강보험과 의료급여로 분절된 한국 건강보장제도의 대표적 ‘사각지대’인 이유이다.

물론 문제인 케어로 건강보험 보장성이 확대됨에 따라 건강보험의 급여범위를 준용하는 의료급여의 보장성도 확대될 것이다. 또한 의료급여 수급자의 대다수를 차지하는 국민기초생활보장제도 생계급여 수급자 선정기준이 완화에 따라 의료급여 수급자 규모가 확대될 가능성도 있다. 의료급여 수급권자의 규모가 확대되면, 건강보험 체납도 예방할 수 있다. 그러나 역사적으로 「국민기초생활보장법」이 제정되고 기존 「의료보호법」이 「의료급여법」으로 개정된 2000년 이래, 의료급여 수급권자의 규모는 약 150만 명, 전체 인구의 약 3%로 ‘관리’되어 왔다.¹⁴⁾

현재 ‘부양의무제 폐지’ 논의에서도 의료급여는 찬밥 신세다. <1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)>에 따르면, 기초생활보장제도는 크게 급여별, 대상자별, 재산 기준 완화라는 세 가지 차원에서 부양의무자 기준이 완화된다. 급여별 완화는 주거급여의 부양의무자 기준 폐지가 해당하며, 의료급여제도의 경우 대상자별 완화와 재산 기준 완화가 적용된다. 주거급여 이후 급여별 완화에 대해서는 아직까지 확정된 방안이 없다. 의료급여와 생계급여 중 어느 쪽이 우선일지를 둘러싸고 논의가 진행 중이나, 의료급여가 우선한다고 보는 쪽은 많지 않다. 정부

안을 위한 사회복지학회 춘계학술대회 - 부양의무자기준 폐지 세션

13) 연 소득 500만 원 이하 지역가입자의 보험료에 ‘성별, 나이 등’ ‘생활수준 및 경제활동참가율’, 재산, 자동차를 기준으로 보험료를 산정하는 제도이다. 부과체계 개편으로 성별, 나이에 부과하던 평가소득 보험료는 폐지되고, 재산과 자동차 보험료의 경우 면제·축소되었다.

14) 한국의 절대빈곤 인구는 약 500만 명, 상대빈곤율은 약 15% 수준으로 알려져 있다.

당국자(관리자) 관점에서, 의료급여는 건강보험이라는 ‘보완적’ 제도가 있고, 기초생활보장제도 중 가장 많은 예산을 소요할 뿐만 아니라 부양의무자 기준 폐지 시에도 가장 많은 예산이 소요될 것으로 예상된다. 이런 배경 하에서 의료급여를 건강보험으로 ‘보내버리는’ 방안이 논의되고 있고, 이는 ‘건강보험 차상위 본인부담 경감’이라는 역사적 전례도 있다.¹⁵⁾

그러나 당사자 관점에서, 의료급여는 국민기초생활보장제도의 급여 중 수급자의 욕구가 가장 큰 급여이고, 본인부담 측면에서는 건강보험의 보장성이 워낙 낮아 탈수급을 막는 주요한 유인이 되기도 한다. 무엇보다 부양의무자 기준 폐지가 불가피하게 비용부담자와 수급자 사이의 갈등을 야기한다고 할 때, 조세가 아닌 보험료로 유지되는 건강보험으로 의료급여 수급자가 통합된다고 가정한다면 어려움은 더 극심할 수 있다. 현재의 건강보험이 생계형 보험료 체납자조차 포괄하지 못하는 상황인 점, 직장-지역 가입자 간 보험료 부과체계의 형평성조차 해결하지 못하고 있는 상황인 점, 무엇보다 건강보험재정에 대한 국고지원이 꾸준히 미달되는 점도 중요한 배경이다.

사회복지 분야의 <1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)>과 부양의무자 기준 폐지에 대한 관심에 비해, 건강/보건 분야는 조용하다. 인구의 3%를 담당하는 건강보장제도로서 의료급여가 건강보험에 비해 얼마나 소외되어 있는지를 알 수 있는 대목이다. 사실 <1차 기초생활보장 종합계획종합계획[2018~2020]>과 달리 <의료급여 3개년 기본계획[2018~2020]>은 복지부 누리집에 공개도 되지 않았다.

그러나 현재의 논의대로 의료급여를 건강보험으로 ‘보내버리는’ 방안이 고려되고 그것이 현실화되었을 때, 또다시 의료급여는 ‘재정’의 문제로만 다뤄지게 될 것이다. 현재 ‘문재인 케어’로 이해되는 건강보험 보장성 강화방안, 비급여의 전면 급여화 등이 그저 재정과 수가의 문제로 이해되는 것처럼 말이다.

15) 2004년 의료적 욕구가 긴급하나 경제적 어려움으로 인해 의료서비스를 받을 수 없었던 비수급 빈곤층을 대상으로 “차상위계층 대상 의료급여 제도”가 시작되었다. 이는 차상위계층 중 일부(희귀난치성·중증 질환자, 만성 질환자, 18세 미만 아동)를 의료급여 수급자로 편입하여 수급자와 동일하게 의료 이용을 할 수 있도록 하는 제도였다. 그러나 의료급여 예산의 급속한 증가 등의 이유로, 2008년 의료급여에서 관리되던 차상위계층 중 희귀난치성·중증질환자들이 건강보험으로 전환됨을 시작으로, 2009년 차상위계층 중 만성질환자와 18세미만자가 건강보험으로 편입되었다. 이후 희귀난치성·중증 질환자, 만성 질환자, 18세 미만 아동 중 소득 인정액 기준과 부양의무자 기준을 모두 충족하는 경우, 신청에 따라 ‘건강보험 차상위 본인부담 경감’ 제도를 적용받을 수 있다. 대상자로 선정되면, 요양급여비용 중 의료급여와 비슷한 수준의 본인 부담금만 부담하고 나머지 차액은 국고에서 지원받으며, 지역 가입자의 경우에는 보험료 전액을 국고에서 지원받는다. 김승희·정현진·이지혜·최은희. (2017). 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 평가 및 개선방안 연구. 건강보험정책연구원 연구보고서

3. 의료급여의 역사적 발전과 현황

3.1. 의료급여 제도

1977년 제정되어 작년에 40주년을 맞이했던 의료급여제도는 저소득 취약계층을 위해 마련된 제도 중 하나로 도입 후 지금까지 우리나라 의료보장의 중요한 역할을 담당해 왔다. 역사적으로 1961년 「생활보호법」 아래에 ‘의료보호에 대한 규정’이 포함되면서 최초로 생활 무능력자에 대해 진료를 제공하던 것이 1977년 「의료보호법」이 제정되면서 실질적인 저소득층 의료지원 사업이 시작되었다. 김대중 정부에서 현재의 「의료급여법」으로 제명이 변경되고 ‘중앙의료급여심의위원회’가 설치되고 급여지급기관도 건강보험공단으로 지정되면서 현재의 제도적 틀을 갖추게 되었다.¹⁶⁾

제도의 목적과 의의는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 발생하는 질병, 부상, 출산 등에 대해 국가가 의료서비스를 제공하는 것이다. 때문에 기본적인 급여대상은 국민 기초생활보장제도의 수급권자이다. 그러나 아직까지 우리나라 건강보험제도의 보장수준이 낮아 법정 본인부담이 높기 때문에 국가보훈대상자, 북한이탈주민, 무형문화재 등 국가적으로 기여한 바가 있거나 취약한 대상자에게 의료급여 자격을 부여해 제도 대상자로 포괄해 운영하고 있다. 그리고 이들을 근로능력 유무에 따라 1종과 2종으로 구분해 차등 지원하고 있다.¹⁷⁾

표 1. 의료급여 제도 지원 대상 및 유형

구분	국민기초생활보장법에 의한 수급권자	국민기초생활보장법 외 타 법에 의한 수급권자
1종	○ 국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 없는 자만으로 구성된 가구 - 18세 미만, 65세 이상 - 4급 이내 장애인 - 임산부, 병역의무이행자 등	○ 이재민 ○ 의상자 및 의사자의 유족 ○ 국내 입양된 18세 미만 아동 ○ 국가유공자 및 그 유족·가족 ○ 국가무형문화재 보유자 및 그 가족 ○ 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 ○ 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유가족 ○ 노숙인 ※ 행려환자 (의료급여법 시행령)
2종	○ 국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 있는 가구	-

출처 : 2018 의료급여사업안내

16) 최성은. (2014). 의료급여 지출전망과 재정효율성에 관한 연구. 한국조세재정연구원.

17) 보건복지부. (2018). 2018의료급여사업안내. 보건복지부.

수급자의 총 규모는 2016년 12월 기준 약 151만 명으로 전 국민의 3% 정도이다. 이 중 1종 대상자는 약 107만 명, 2종 대상자는 약 44만 명이다.¹⁸⁾ 수급자 규모는 제도 초기인 2000년 기준으로 157만 명이었으나 노무현 정부 들어 차상위 계층까지 수급자를 확대하는 조치를 취하면서 2008년 185만 명까지 확대되었다. 그러나 이후 차상위계층 의료급여 수급자를 건강보험으로 전환하면서 그 규모가 지속적인 감소 추세에 접어들었다가 2015년 맞춤형 급여체제로 개편한 이후에서야 147만 명으로 다소 증가하였다.¹⁹⁾ 그러나 수급자 규모의 증가가 무색하게 소득과 재산이 의료급여 선정기준의 이하 수준에 위치해 있음에도 불구하고 수급자로 선정되지 못한 비수급빈곤층이 여전히 다수 존재하고 있다.

급여의 내용을 살펴보면 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등을 포함하는데 급여의 범위나 비용은 건강보험제도와 유사하다. 하지만 정신건강의학과 등 일부에서는 상이한 수가체계가 있는 부분도 있다. 수급권자가 부담하는 본인부담금액은 의료급여 1종의 경우 입원은 본인부담금이 없고, 2종은 10%의 본인부담금이 있다. 외래의 경우 1종은 방문 의료기관 종별로 정액으로 부과되며, 2종은 의원급(1,000원)과 약국(500원)을 제외하고 15% 정률로 부과된다.²⁰⁾ 1종 수급자에 대한 본인부담금은 의료급여 수급자들의 이른바 도덕적 해이 논란이 지속되면서 지난 2007년부터 적용되기 시작했다.

최근 5년 간 의료급여의 재정 규모는 연평균 약 5%씩 지속적으로 증가하고 있다. 그러나 이는 제도 자체의 확장을 의미하기보다는 맞춤형 급여체계 개편 이후 수급자 수의 미세한 증가분과 함께 건강보험 보장성 강화에 따라 나타난 자연적인 증가분이라 할 수 있다.

18) 국민건강보험공단. (2017). 2016의료급여주요통계. 국민건강보험공단.

19) 같은 시기 건강보험 가입자의 규모는 2000년 4,589만 명에서 지속적으로 증가하여 2016년에는 5,076만 명에 달한다.

20) 보건복지부. (2018). 2018의료급여사업안내. 보건복지부.

<의료급여 수급권자 본인부담금액>

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

3.2. 의료급여 제도에 대한 국제적 시각 - UN 사회권 규약위원회 권고사항

취약계층의 생존과 삶에 직결되는 의료급여제도의 광범위한 사각지대는 오랫동안 지적되었으나 쉽사리 해결되지 못한 난제이다. 사각지대를 해소해야 한다는 것은 국제적인 시각으로 보면 더욱 분명하게 드러나는 시급한 문제이다. 2017년 10월, UN의 사회권 규약위원회에서는 우리나라 정부가 제출한 사회권규약 이행상황에 대한 보고서에 대해 최종 견해를 발표하였다. 이론적으로, 우리나라가 비준하여 발효된 국제인권규약은 헌법 제 6조에 의해 법률과 동일한 효력을 지닌다. 최종 견해에는 인권과 관련된 몇몇 사항에 대한 긍정적인 평가도 담겨 있으나, 총 71개 분야에 대해서는 우려와 권고사항을 제시하였다.²¹⁾ 이 중에는 의료급여에 관한 평가도 담겨있는데 아래의 내용들이다.

앞서 언급한 바와 같이 2015년 기초생활보장제도가 맞춤형으로 개편이 되면서 의료급여 수급자는 153만 명으로 늘어났다. 개편 이후 수급자 수가 늘어난 것을 두고 일각에서는 의료 사각지대가 해소된 것으로 평가하기도 하지만,²²⁾ 실상은 2008년 184만 명이었던 것이 보수정부 출범 이후 부양의무자 기준 강화로 인해 지속적으로 감소하다가 다시 과거의 수준으로 회복한 데 지나지 않으며, 위원회의 견해도 이와 일치했다. UN 사회권 규약위원회 권고사항에는 2009년에 비해 수급자 수가 감소한 것을 두고 의료급여 제도 후퇴성에 대한 우려가 담겨있다. 또한 의료급여 제도가 우리나라 전체 인구의 약 3%만을 포괄하고 있는 것을 두고, 이는 한국의 절대 빈곤층 규모(약 7%)에 비해 턱없이 낮은 수치이며 갈수록 의료불평등이 심각해지는 현실에서 한국 정부의 저소득층 의료보장을 위한 노력은 매우 미흡하다고 지적했다. 동시에 보편적 의료보장을 위해 부양의무자 기준을 완전히 폐지해야 한다고 주장했다.²³⁾

21) 국가인권위원회. (2017). UN 사회권규약위원회 4차 최종견해 평가 및 이행방안 토론회 자료.

22) 신현웅·여나금. (2016). 맞춤형 급여체계 도입 이후 의료급여제도 현황과 정책과제. 보건복지포럼. 보건사회연구원.

23) 국가인권위원회. (2017). UN 사회권규약위원회 4차 최종견해 평가 및 이행방안 토론회 자료.

3.3. 문재인 정부의 입장 - 의료급여 3개년 기본계획

UN의 사회권 규약위원회 권고사항이 발표되기 불과 두어 달 전인 2017년 8월, 문재인 정부는 모든 국민의 기본생활을 위해 의료급여의 국민 최저선을 보장하겠다고 <의료급여 3개년 기본계획(2018~2020)>을 내놓았다.²⁴⁾ 이를 위해 급여별, 대상자별로 부양의무자 기준 완화를 추진하고 앞으로 3년 동안 비수급 빈곤층 등 복지 사각지대를 최소화 해 나가겠다고 밝혔다.

그러나 정부가 내놓은 <의료급여 3개년 기본계획(2018~2020)>을 보다 자세히 들여다보면 과거에 시도되었던 정부 정책들과 뚜렷한 차별점을 찾아보기 어렵다. 특히 가장 큰 문제로 지적되고 있는 부양의무자 기준과 관련해, 2022년까지 부양의무자 재산의 소득환산율을 2.08%로 완화시키겠다는 것과, 가구에 중증장애인과 노인이 포함되어 있을 경우에만 부양의무자 기준을 적용하지 않겠다고 한 것이 전부이다. 의료급여제도에 적용되는 부양의무자 기준을 폐지해 나가겠다는 계획은 어디에서도 찾아볼 수가 없다.

표 2. 부양의무제 완화 대안 및 건강보험 연계 계획

■ 부양의무자 완화 대안

구분	기초생활수급과 연계		의료보장 자격		법 개정 필요
	전체	선별	의료급여	건강보험	
대안1: 의료급여 자격 부여	●	-	●	-	-
대안2: 선택적 의료급여 자격 부여	-	●	●	-	●
대안3: 건강보험 자격 부여	●	-	-	●	●

■ 차상위 계층 본인부담 경감 대상자 재원조달 방안

구분	보험료	급여비	본인부담
현행 차상위 계층 의료비 지원사업	국고지원	건강보험재원	국고지원
추가 차상위 계층 본인부담 경감사업	건강보험재원	건강보험재원	국고지원

출처: 신현웅 등 (2017). “의료급여 제도 평가 및 기본계획 수립 연구” 한국보건사회연구원.

또한 문재인 정부의 <의료급여 3개년 기본계획(2018~2020)>의 기초가 된 한국보건사회연구원원의 연구²⁵⁾를 보자(위의 표 참고). 부양의무자 기준의 완화에 따라 확대된 기초생활수급권

24) 보건복지부. (2017) 의료급여 3개년 기본계획. 보건복지부.

25) 신현웅 · 신영석 · 황도경 · 최병호 · 윤석준 · 여나금 · 오수진 · 안수인 · 박정훈 (2017). 의료급여 제

자 중 의료필요도가 높은 노인, 아동, 장애인에게만 의료급여 자격을 부여하고 나머지는 건강보험 본인부담경감 대상자로 전환하는 방안, 또는 확대된 기초생활수급권자 전체를 본인부담경감 대상자로 전환하는 방안을 제안했다. 또 비수급 빈곤층 건강보험 가입자에 대해 현행 차상위 계층 의료비 지원사업에 더해 추가로 차상위 계층 본인부담 경감사업을 제안하면서, 현행 사업 대상자와 달리 보험료를 국고가 아닌 건강보험 재원으로 조달하는 방안으로 설계했다. “국민의 세금으로 재원이 조성되는 의료급여 대상자를 추가 확대하지 않으면서 더 많은 대상자에게 의료비 지원이 가능”하다고 설명했지만 건강보험 재정 역시 ‘국민의 보험료’로 조성된다.

사실 과거의 ‘국민의 정부’와 ‘참여 정부’에서도 의료급여 사각지대 해소를 위한 적극적인 노력과 시도가 없었던 것은 아니다. 국민의 정부에서는 대선 공약으로 의료급여 보장범위 확대, 복지예산 증액, 의료급여와 건강보험 통합 등을 내놓았지만, 일부 제도를 개선한 것 이외에 오히려 갈수록 비용절감 관련 정책을 더 많이 만들어냈다. 바로 의료급여과를 신설해 의료급여 수급자에 대한 심사를 강화하고, 의료이용을 통제한 것이다. 참여 정부에서는 차상위계층을 의료급여 수급자로 확대해 정권 초기 2.9%였던 수급자가 3.7%로 확대되기도 하였으나, 정권 말인 2007년 이들을 다시 건강보험체제로 전환했을 뿐 아니라 1종에 대해 외래본인부담금을 부과하고자 하는 시행령 개정안을 의결하였다. 진보적인 정부에서조차도 사각지대를 해소하고자 하는 정권 초기의 적극적인 시도가 결국 실패로 돌아간 후 이명박, 박근혜 정부에서는 지속적으로 수급자를 줄이며 현재의 3%까지 떨어지게 된 것이다.²⁶⁾

사각지대를 해소해야 한다는 공감대가 광범위하게 형성되어 있는 상황에서 오히려 수급자격을 강화하고 비용절감 정책을 내놓는 이율배반적 정부의 태도 이면에는 의료급여 수급자 의료이용에 늘 꼬리표처럼 따라붙는 ‘도덕적 해이 프레임’이 존재한다. 이는 의료급여 수급자의 의료이용이 건강보험 가입자에 비해 매우 높다는 주장을 통해 마치 사실인 것처럼 받아들여지고 있다. 하지만 두 집단 간 의료이용에 대해 분석한 많은 연구들은 이와 다른 해석이 가능하다.

도 평가 및 기본계획 수립 연구. 한국보건사회연구원.

26) 신영전. (2014). 의료급여 사각지대의 정치경제학. 2014 사회정책연합 공동학술대회 발표자료.

4. 의료급여 의료이용 현황과 쟁점

4.1. 의료보장 적용인구 현황

앞서 언급한 것처럼, 저소득 취약계층을 대상으로 한 의료급여제도는 1977년 시행 이후 40여 년 간 빈곤층에 대한 최소한의 의료안전망으로 중요한 역할을 수행해 왔다. 건강보험 가입자 수와 비교해보면, 건강보험 적용인구는 2000년 4,589만 명에서 지속적으로 증가하여 2016년에는 5,076만 명으로 꾸준히 증가하는 반면, 의료급여 수급자 수는 2007년 이후 계속 감소하다 2015년 이후 다소 증가하여 2016년 기준 수급자 수는 약 151만 명이다.²⁷⁾

표 3. 연도별 의료보장 적용인구 현황

(단위 : 만명)

구 분	2000	2005	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
건강보험	4,589	4,739	4,782	4,891	4,930	4,966	4,999	5,032	5,049	5,076
의료급여	157	176	185	167	161	151	146	144	154	151
1종	81	99	106	107	109	106	104	104	108	107
2종	76	77	79	60	52	45	42	40	46	44

출처 : 2016 건강보험 통계연보

그렇다면 이러한 적용인구의 변화가 우리사회의 불평등이 완화된 결과인가? 불행히도 지난 10년간 소득분배지표는 그리 개선되지 않았다.²⁸⁾ 의료급여 수급자수 감소는 불평등 개선의 영향이 아닌 정부의 수급자격 심사 강화와 차상위계층 의료급여 수급자를 건강보험 가입자로 전환하는 조치 등을 통해 의료급여 증가를 억제해온 정부 정책의 결과물이다. 여전히 우리사회에는 부양의무자 기준 등으로 인해 소득이나 재산이 생계·의료급여 선정기준 이하인 빈곤층

27) 의료급여 수급자수는 2000년 기준으로 157만 명이었으나 노무현 정부 들어 차상위계층까지 수급자를 확대하는 조치를 취하면서 2007년 185만 명까지 확대되었다. 이후 차상위계층 의료급여 수급자를 건강보험으로 전환하면서 수급자 규모는 꾸준히 감소하였고, 2015년 맞춤형 급여개편 이후 다소 증가하여 2016년 기준 수급자 수는 약 152만 명을 기록했다.

28) 지난 10년간 우리나라의 소득분배 추이를 살펴보기 위해 통계청의 가계동향조사 자료를 활용하여 산출한 중위소득 50% 기준 상대빈곤율의 변화를 조사하였다. 시장소득을 기준으로 한 상대빈곤율은 2006년 16.6%에서 2011년 18.3%, 2016년 19.5%였고, 변화 추이도 점차 증가하였다. 가처분소득을 기준으로 한 상대빈곤율의 경우 2006년 14.3%, 2011년 15.2%, 2016년 14.7%로 시장소득에 비해 낮았으나 크게 개선되지는 않았다. 경제적으로 가장 열악한 집단인 65세 이상 노인인구를 살펴보면, 지난 10년간 노인인구의 상대빈곤율은 계속 악화되다가, 2015년 기초연금 제도 개선 이후 가처분소득 기준 상대빈곤율은 다소 완화되는 양상을 보였다.

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1L6E003&conn_path=I2)

중에서 수급자가 아닌 비수급 빈곤층이 2015년 기준 93만 명이며, 중위소득 40~50%에 속하는 차상위계층은 51만 명에 달한다.²⁹⁾

만약 문재인 정부의 공약대로 부양의무자 기준이 폐지된다면 비수급 빈곤층을 포함하여 의료급여 수급자 수는 현재의 2배 정도 증가할 것으로 예상된다. 그러나 그간 의료급여 정책을 다뤄 온 정부의 태도는 수급자격 심사기준 강화, 과다이용자 사례관리 및 선택병의원제 도입 등 수급자의 ‘도덕적 해이’를 강조하며 ‘의료급여 재정절감’에 주목해 왔다. 부양의무제 기준 완화에 따라 확대된 수급권자에 대해 문재인 정부 역시 ‘건강보험 본인부담 경감 대상자로 전환’하는 방안이 최우선적으로 고려되고 있다. 이러한 정부 태도는 정말로 부양의무자 기준을 완전히 폐지하고 사각지대를 해소할 의지가 있는지 의문이 들게 한다.

4.2. 의료급여 의료이용 현황

정부에서 항상 ‘문제’로 지적하는 의료급여 의료이용 현황을 살펴보자. 우선 의료급여의 총 진료비 지출규모를 살펴보면, 2001년 1조 6천억원에서 2006년 3조 9천억원으로 급증했다. 당시 정부는 의료급여 재정증가의 주요 원인을 1종 수급자들의 외래 의료이용 증가에 기인한다고 보았다. 대책으로 수급자들의 무분별한 의료이용을 방지하기 위해, 1종 수급자의 외래이용에 대한 본인부담금 부과, 선택병·의원제 시행 등을 포함한 ‘의료급여 혁신 종합대책’을 발표하며 과다 의료이용을 제한하는 제도적 조치를 취하였다. 2007년 혁신종합대책이 시행된 이후 의료급여 총진료비 증가율은 지속적으로 감소하여 2012년 1.0% 수준까지 감소하였고 이후 다소 증가 추세를 보이며 2016년 의료급여 총진료비는 6조 7천억원을 기록했다.

비교를 위해 건강보험의 총진료비 변화 추이를 살펴보자. 건강보험 총진료비는 2006년 32조원 수준이었고, 이후 지속적인 증가추세를 보이며 2016년 65조원으로 지난 10년간 약 2배 가량 증가했다. 내원1일당 진료비의 경우 2016년 기준 의료급여는 56,464원, 건강보험은 49,295원으로 의료급여가 건강보험에 비해 높은 것으로 나타났다. 내원1일당 진료비 중 가장 높은 비중을 차지하는 입원진료비의 경우 건강보험은 167,798원, 의료급여는 86,109원으로 건강보험의 입원진료비가 2배가량 높았고, 외래와 약국의 내원1일당 진료비는 의료급여 수급자가 건강보험 가입자보다 높았다. 즉, 의료급여 수급자는 건강보험 가입자에 비해 본인부담이 높은 입원보다 본인부담이 낮은 외래와 약국을 많이 이용하고 있었다.

29) 보건복지부. (2017). 의료급여 3개년 기본계획(2018-2020). 보건복지부

표 4. 연도별 진료비 현황비교

구분			2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
의료 급여	총진료비 (백만원)		3,930,997	4,478,922	4,958,225	5,142,305	5,194,913	5,303,689	5,640,356	5,982,270	6,737,496
	내원 1일당 진료비 (원)	계	34,560	39,119	44,366	46,042	46,765	48,463	50,936	53,542	56,464
		입원	60,796	63,638	73,246	74,389	74,798	75,407	77,478	80,812	86,109
		외래	24,127	26,591	28,934	30,133	31,330	33,104	35,557	37,654	39,491
		약국	27,253	32,874	36,556	37,879	35,785	36,382	38,050	39,847	42,432
건강 보험	총진료비 (백만원)		32,389,193	34,868,956	43,628,316	46,237,905	47,839,184	50,955,151	54,427,156	57,954,649	64,576,782
	내원 1일당 진료비 (원)	평균	29,723	31,345	35,507	36,914	37,916	40,383	42,426	45,374	49,295
		입원	131,519	129,795	139,319	142,289	141,573	144,148	145,423	154,789	167,798
		외래	19,056	19,934	22,086	22,911	23,752	25,117	26,697	28,248	30,215
		약국	21,127	22,479	24,737	25,534	24,171	24,672	25,608	27,007	28,498

출처: 2016년 의료급여통계연보, 2016년 건강보험통계연보

2011년-2016년 보건의료실태조사 보고서를 통해 외래와 입원 의료이용 변화를 보자. 최근 5년간 입원이용에서 환자수의 연평균 증감률을 살펴보면 전체 환자를 기준으로 6.2%가 증가하였고, 급여유형별로는 건강보험이 5.3%, 의료급여가 2.9% 증가율을 보였다. 입원 총진료비의 증가율의 경우, 건강보험의 연평균 총진료비는 8.7% 증가율을 보이고 의료급여는 연평균 6.0%의 증가율을 보였다. 의료기관 유형별로는 100병상 이상 요양병원에서의 진료비 증가율이 다른 의료기관에 비해 높았으며, 특히 300병상 이상 요양병원의 연평균 총진료비 증가율은 32.8%로 매우 높게 나타났다. 건강보험이 33.3%로 의료급여 수급자의 29.8%에 비해 더 높은 것으로 확인되었다(보건복지부, 2017: 239). 외래이용 현황을 살펴보면, 급여유형별 환자수는 건강보험의 경우 1.5% 증가하였고, 의료급여는 0.4% 감소하였다. 외래 환자의 총진료비는 2011년 약 17조에서 2016년 약 23조로 연평균 6.4%가 증가하였다. 급여유형별 총진료비 증가율은 건강보험은 6.2% 증가한 반면 의료급여는 1.6% 증가에 그쳤다(보건복지부, 2017: 379).³⁰⁾ 최근 몇 년간의 입원과 외래 의료이용에서 모두 의료급여 수급자의 진료비 증가속도는 건강보험 가입자보다 높지 않았다. 두 집단의 진료비 평균 증감률을 비교해 볼 때 의료급여 수급자의 진료비 증가가 건강보험 가입자에 비해 과다하다고 할 만한 근거는 없다. 설령 의료급여 부양의무자 기준을 폐지한다 하더라도 우려할만한 수준의 진료비 증가가 나타나지 않을 수 있다.³¹⁾

30) 보건복지부. (2017). 국민보건의료실태조사.

표 5. 2011-2016년 진료비 증감을 비교

의료기관 유형		2011-2016년 입원증감률(%)		2011-2016년 외래증감률(%)	
		건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
전체		8.7	6	6.2	1.6
상급종합		8.1	7.9	6.9	3.8
종합병원	500병상이상	8.1	7.1	5.8	1.1
	300~499병상	6.8	5	5.1	-1.6
	100~299병상	11.3	7	10.3	1.1
병원	100병상이상	4.8	-0.3	4.8	-0.1
	30~99병상	6.8	-0.7	9.0	1.8
요양병원	300병상이상	33.3	29.8	22.7	9.9
	100~299병상	17.6	12	12.4	-2.2
	30~99병상	-3.7	-6.8	-9.7	-20.5
의원	병상있음	-0.6	-5.2	2.9	0.6
	병상없음			6.8	2.3

자료: 보건복지부, (2017), 국민보건의료실태조사

그간 의료급여에 대한 다수 선행연구들은 의료급여와 건강보험 환자의 의료이용량을 단순 비교하였다. 이러한 연구들은 의료급여 수급자가 건강보험 가입자에 비해 진료비 수준이 더 높고, 2007년 시행된 종합대책 이후 외래 방문일수보다 입원일수의 증가가 높은 경향이 있으며, 외래진료비 증가보다 입원진료비 증가율이 높게 나타난다고 밝혔다. 또한 의료급여 수급자는 건강보험 가입자에 비해 장기간 입원과 잦은 외래방문으로 총진료비가 높은 반면, 건강보험 가입자는 진료일당 입원 및 외래진료비가 더 높은 것으로 보고하였다.³²⁾

그러나 이런 선행연구들은 의료급여 수급자가 건강보험 가입자에 비해 노인인구 비율이 높고, 만성질환·정신질환·장애 비율이 높아 의료이용이 더 필요한 고위험 집단에 속하는데, 이런

31) 지난 10월부터 부양의무자 기준이 폐지된 주거급여의 경우 8~9월 사전신청을 받았다. 정부는 당초 부양의무자 기준 폐지로 90만명이 추가될 것으로 예상했으나 사전신청에 그 1/3수준인 30만명이 신청하여 예상보다 추가되는 수급자 규모가 크지 않을 것으로 관측되고 있다.

32) 김세라·최지숙·주지수·최미영·양정희·채미정, (2008), 의료급여 외래본인부담제 도입에 따른 의료이용행태 변화, 원주: 건강보험심사평가원

최지숙·조창익·김세라·최용준, (2010), 의료급여 1종 외래본인부담 대상자의 의료수요의 변화에 관한 연구, 보건경제와 정책연구

이용재, (2011), 노인 암환자의 건강보험과 의료급여 이용차이 분석, 한국콘텐츠학회논문지.

이용재, (2017), 건강보험과 의료급여 노인환자의 의료이용량-요양기관종별 분석, 한국콘텐츠학회논문지.

신현웅·윤장호·임지원·박하정, (2011), 의료급여 진료비 지출 실태분석, 정책보고서, 보건복지부·한국보건사회연구원.

신현웅·여나금·심보람·이슬기, (2015), 의료급여 발전방안 모색 연구, 정책보고서, 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.

환자 특성을 고려하지 않은 채 단순 이용량을 비교하는 것은 무리가 있다는 비판을 받았다. 이에 최근 의료급여 수급자와 동일한 소득, 연령, 질병 특성을 가진 건강보험 가입자와의 비교 연구가 진행되었다. 성향점수매칭으로 건강보험과 의료급여 수급 가구를 비교한 연구에서는 수급가구가 비수급가구에 비해 외래진료횟수가 6회, 입원일수가 5일로 다소 많은 것으로 나타났다.³³⁾ 또한 의료급여는 건강보험에 비해 본인부담금을 적게 지출하고, 본인부담이 있는 외래이용에서는 두 집단 간 이용량 차이가 나타나지 않았으나, 본인부담이 없는 입원이용은 증가한 결과를 보였다.³⁴⁾

한편, 이진용 외(2017) 연구는 수급자의 질병 중증도를 고려하지 않은 기존 연구의 한계를 지적하며 동반질환을 반영한 동반상병지수(Charlson comorbidity index, CCI)를 고려한다면 질환별로 의료이용에 차이가 두드러진다고 밝혔다. 특히 투석, 정신질환, 물리치료 등 불가피하게 의료이용이 많을 수밖에 없는 상병들에서 의료급여의 의료이용이 건강보험에 비해 압도적으로 높았다. 따라서 이러한 질환을 제외하면 의료급여 수급자 중 상한일수 초과자가 줄어들 것으로 보았다.³⁵⁾ 신현웅 외(2017) 연구에서는 의료급여 수급자의 과다이용도 있지만 한편으로는 과소이용 문제도 있음을 지적했다. 수급자 중 미충족 의료가 발생하는 계층이 지속적으로 나타나 의료접근성 문제가 꾸준히 제기되며, 의료급여 수급자의 병의원 미치료율이 건강보험 가입자에 비해 높게 나타나 과소이용도 존재한다는 것이다.³⁶⁾

4.3. 의료급여 의료이용 관련 쟁점

이 같은 연구결과를 종합하면, 의료급여 수급자의 의료이용은 건강보험 가입자에 비해 상대적으로 높은 것으로 드러났다. 의료급여 수급자는 의료이용 횟수, 1인당 의료비가 건강보험 가입자에 비해 높았다. 한편, 건강보험에 비해 본인부담금은 적게 지출하는 특성을 보였고, 진료비 증가율의 속도는 건강보험에 비해 의료급여 가입자가 높지 않았다.

의료급여 수급자의 의료이용과 관련한 쟁점 중 첫번째는 현재 의료급여 진료비 증가를 이끄

33) 이수진·임재영. (2013). 의료급여 수급가구의 의료이용 변화에 관한 연구: 2007년 의료급여 1종 외래 본인일부부담제도 도입을 중심으로. 보건경제와 정책연구.

34) 이해재. (2016). 성향점수매칭으로 살펴본 의료급여 수급자와 건강보험 가입자의 본인부담 의료비 지출과 의료이용. 보건경제와 정책연구.

김진현·임은실·배현지·고영. (2018). 성향점수대응법에 의한 의료급여와 건강보험의 의료이용량 차이 분석, 사회보장연구.

35) 이진용·김연용·신지연·김현주·임남구. (2017). 의료급여 이용현황 및 사례 분석 연구. 보건복지부보라매병원.

36) 이진용·김연용·신지연·김현주·임남구. (2017). 의료급여 이용현황 및 사례 분석 연구. 보건복지부보라매병원.

는 것이 병원(종합병원, 요양병원, 정신병원 등)의 ‘입원진료비 증가’라는 것이다. 정부는 1종 수급자의 경우 입원진료비가 없어 도덕적 해이로 인해 장기입원이 발생한다고 파악한다. 그러나 입원진료의 경우 대부분 수급자 요인보다 의료기관 요인이 크게 작동하게 된다. 의료서비스는 고도로 기술적인 영역으로 소비자의 정보가 부족하고, 정보 수집 비용이 과도하며, 정보를 잘못 선택함으로써 발생하는 비용이 높기 때문에 시장이 국가보다 비효율적인 기제로 알려져 있다.³⁷⁾ 그런데 우리나라는 의료공급에 있어서는 비효율적인 시장에서 주도하면서 일반 국민들보다 더욱 정보 수집에 취약한 고령의 빈곤층인 의료급여 수급자에게 적절하고 효율적인 의료이용을 요구하고 있다. 정부가 정말 불필요한 의료이용을 관리하려는 의지가 있다면 개별 수급자에 대한 사례관리를 강화하는 조치보다 불필요한 장기입원을 유인하는 의료기관을 관리/감독해야 한다. 보다 근본적인 대책으로는 의료공급을 공공적으로 재편하는 것이 가장 효과적일 것이다.

또한 장기입원 관리와 관련해서 제기되는 쟁점 중 한 가지는 요양병원 의료급여 입원환자 중에서 입원이 불필요한 신체기능저하군 환자들이 11.2%를 차지하므로 이들에 대한 사례관리를 강화하겠다는 것이다. 앞서 통계자료로 확인했듯이 의료급여 수급자의 입원증가율을 이끄는 것이 100명상 이상의 요양병원의 입원 증가다. 그런데 이 환자들은 퇴원 후 거주지가 없거나 독거인 경우로, 자가 건강관리 능력이 부재에 따른 사회적 입원이라고 할 수 있다.³⁸⁾ 의료급여 수급자 상당수가 노인이며, 한번 수급을 받게 되면 수급에서 벗어날 가능성이 거의 없다. 고령의 만성질환을 가진, 1-2인 가구 중심의 의료급여 수급자의 요양 필요도는 어쩌면 시간이 갈수록 높아질 수밖에 없는 상황이다. 그러나 현재 지역사회 돌봄서비스는 부족하여 기댈 수 없고, 홀로 일상생활을 영위하기 어려운 이들의 선택은 병원에 머무르는 것일 수밖에 없다.

이에 대한 대안은 이들을 적절히 돌볼 수 있는 지역사회 중심의 돌봄체계인 커뮤니티케어(Community Care)의 구축일 수 있다.³⁹⁾ 얼마전(11월 20일) 보건복지부장관은 커뮤니티케어 기본계획을 발표했다. 초고령사회 진입을 앞두고 2025년까지 의료·생활지원·돌봄 서비스를 '제가 노인 맞춤형'으로 재구축하고, 노인이 집에서 편안하고 안전하게 생활할 수 있도록 건강관리와 각종 돌봄 서비스를 누릴 수 있는 케어안심주택을 늘리고 거동이 불편한 노인을 위해 방문의료(왕진 등)를 본격 제공할겠다는 것이다.⁴⁰⁾ 정부 계획대로 커뮤니티케어가 잘 정착된다

37) Barr, N. (2004). Economics of the welfare state. Oxford University Press, 이정우·이동수 역. (2008). 복지국가와 경제이론. 학지사. p133-134.

38) 이때의 사회적 입원은 병원을 치료의 공간이 아닌 생활의 장소로 삼는 것을 말한다.

39) 커뮤니티케어는 기존에 돌봄을 필요로 하는 사람들이 병원, 요양병원, 보호센터 등 사회로부터 격리된 시설에서 벗어나 집이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지와 의료서비스를 누리고, 지역사회에서 어울려 살아가도록 하는 사회서비스 체계이다.

면 노인, 장애인 등 취약계층이 시설이 아닌 집에서 생활하며 보다 나은 인권과 삶의 질을 누릴 것으로 기대된다. 그러나 현재 보건·복지서비스는 각각 산발적으로 제공되어 서비스 간 공백과 중복이 발생하고 있다. 따라서 보건·복지서비스의 유기적 연계체계를 마련하고 지역사회 서비스 인프라의 대폭적인 확충 등의 과제를 우선적으로 해결하지 않고서는 커뮤니티케어의 성공적 정착은 불가능할 것으로 보인다.

마지막 쟁점은 건강보험 가입자와 다르게 의료급여 수급자만 대상화하여 관리하는 것에 대한 찬반 논쟁점을 짚는 것은 다음으로 미루더라도, 의료급여 사례관리를 지속하고자 한다면, 의료급여 수급자의 질병 특성을 파악하여 질환에 따른 사례관리가 필요하다는 점이다. 의료급여 수급자는 건강보험 가입자의 2배에 달하는 고혈압, 당뇨 등의 만성질환을 가지고 있으므로, 일상적이고 지속적인 의료이용이 필요하다. 그러나 본인부담금을 감당할 능력이 없는 의료급여 수급자는 의료서비스 강도가 낮고 본인부담금이 거의 없는 급여를 중심으로 이용하고 있다. 또한 질환 특성에 따라 의료이용의 격차가 크게 나타나며, 과다이용과 과소이용이 동시에 존재하고 있다. 그런데 현재 의료급여 사례관리 대상은 진료일수가 높은 대상자에 초점을 맞추고 있어 환자의 중증도에 대한 고려가 부족하고 과다이용을 억제하는 방식으로만 사례관리가 이루어지고 있다. 실제로는 중증도가 높는데 의료이용을 하지 않는 과소이용자가 방치되는 문제가 있으나 이들에 대해서는 지금까지 어떤 대책도 없었다. 과다이용억제를 위한 사례관리가 아닌 수급자의 질병 특성과 의료욕구, 의료필요도를 반영한 사례관리가 필요하다.

40) 보건복지부 보도자료(2018년 11월 20일자). “어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다. 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계:노인 커뮤니티케어)」 발표”
 (http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346683)

5. 의료급여 수급자들⁴¹⁾의 이야기

이 글은 이 장에서는 ‘의료급여’를 다룬 선행연구 중 의료급여 수급자, 의료급여 관리자, 요양병원 종사자 등을 인터뷰한 연구와 담론분석 연구를 재분석해 의료급여 수급당사자들의 목소리를 확인하고자 했다.⁴²⁾

5.1. 의료이용의 이유

사람들은 흔히 의료급여 수급자들은 ‘불필요하게’ 의료이용을 ‘많이’ 한다고 알고 있다. 그러면 의료급여 수급자들은 왜 의료이용을 많이 할까? 어떤 질병으로 의료이용을 많이 하는지, 얼마나 자주 의료이용을 하는지 등의 통계적 수치는 이미 앞에서 확인했다. 여기서는 수급당사자의 목소리를 통해 의료이용의 이유를 살펴보고자 했다.

좀 낫다하고 침 맞으러 가지. 지푸라기 잡는 심정으로 가는 거야. 좋다면 다 가는 거야. 진짜 울기도 많이 울고 죽을라고 진짜 자살까지 내가 시도를 해봤어 그래도 안 죽더라고(F)._R5⁴³⁾

어느 날 갑자기 이손이 막 올라가지도 않고 너무너무 아픈 거야. 그냥 올리지도 못하고 너무 아파죽겠다고 어디서 나와서 침을 일주일째 한 번씩 줘요. 너무 아파가지고 나 이래서 못있겠다고(I)._R5

약을 안먹으면 죽는다! 어떻게 약을 안먹고 어떻게 건강할 수 있어. 나도 약 먹고 싶지 않아... 그렇지만 몸이 이런 걸 어떡혀. 약 안 먹으면 더 아프고 못 견딜 것 같어. (완주군 봉동읍 거주, 임 00 77세)._R2 ⁴⁴⁾

<글상자1> 의료이용의 이유 “아프다”

의료급여 수급자들이 가장 크게 호소하는 의료이용의 이유는 “아파서”, 즉 통증 때문이다.

41) 수급자와 수급권자 : 국민기초생활 보장법 제 2조에 따르면, “수급권자”란 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말하고, “수급자”란 이 법에 따른 급여를 받는 사람을 말한다. 한국은 행정절차상 ‘신청주의’를 채택해, 수급을 신청하지 않으면 사회보장제도의 혜택을 받기 어렵다. 따라서 수급 받을 권리의 요건을 갖추어 “수급권자”가 되었다 할지라도 정보가 없거나 기타 여러 가지 이유로 ‘신청’하지 않으면 “수급자”가 될 수 없다.

42) 선행연구의 출처는 ‘R숫자’로 표기했다.

43) R5: 박영희 · 이용재. (2017). 의료급여환자의 의료이용행태에 관한 질적 분석. 「한국콘텐츠학회논문지」 17(9) 38-49.

44) R2: 김명현. (2007). 의료급여 정책 변화 과정을 통해 본 수급권자의 인식과 태도 변화: 의료급여 과다이용의 재생산. 「지역사회연구」 15(2) 124-149.

이는 고통에 대한 당연한 반응으로 비난 받을 행동이 아님에도, 많은 경우, 의료급여 수급자의 병원 이용은 지탄의 대상이 된다. 이들은 “지푸라기라도 잡는” 심정으로, “너무너무 아파서” 병원에 간다고 호소했다.

의료이용의 또 다른 이유는 “외로움” 때문이었다. 사회적으로 고립되어 있고 정보 접근성이 떨어지는 상황에서 그나마 병의원을 이용할 때, 의료인으로부터 보살핌을 받는다는 느낌 때문에 의료이용을 하기도 했다. 여기저기 아픈 것은 일상이라 어지간히 파스 하나 붙이고 참을 수 있지만 그럼에도 병의원을 굳이 가는 이유는 “외로움” 때문이었다.

병원에 가면 **의사가 잘해주지...** 건강이 어떠냐고 물어보기도 하고... (완주군 사례읍 거주, 임0064세 노인)_R2

할머니네는 약 봉투만 쌓여있고, 뇌경색에 우울증, 천식, 고혈압, 당뇨, 관절염 병이란 병은 다 가지고 있었어요. 급여일수가 1166이었는데, 정말 인생이야기부터 시작해서, 금연상담, 보건소 소개하고...공을 들였죠...그랬더니 급여일수가 반으로 확 줄더라고요...지금은 전화하면 반가워해요._R8⁴⁵⁾

<글상자 2> 의료이용의 이유 “외롭다”

의료급여 수급자들은 대부분의 사람들과 비슷하게 상식적이고 특별할 것 없는 이유인 ‘아픔(통증)’과 ‘외로움’ 때문에 의료이용을 하고 있었다.

5.2. 의료쇼핑이 아닌 ‘전전하고 있는 것’

2007년 이후, 우리가 신문지면이나 뉴스에서 의료급여 수급자에 대해 가장 많이 접한 소식은 ‘도덕적 해이’였다.

“아파서” 병원에 갔을 뿐인데, 그들은 부당한 차별대우를 받은 경험을 가지고 있었다. 어느 곳 하나 반겨주는 곳이 없자, 차별과 낙인에 대한 방어기제로 피해의식이 생기기도 했고, 그로 인해 방어적이거나 거칠게 변해가는 경우도 있었다. 결국, 어느 한 병원에 정착해 치료받지 못하고 병원을 옮겨 다니며 떠돌 수밖에 없었다.

45) R8: 오진주. (2009). 의료급여관리사의 업무경험. 『한국산업간호학회지』 18(1) 84-97.

노숙자로 00시립병원에 많이 가봤는데... 거의 이걸 치료는 아니고... 오지마라 이거예요... 눈이 아파가면 척척 2초 진료해요.. 알약 한 알주고 노안이라고 하고(D). _R5

내가 이렇게 아프다고 하잖아요. 그럼 내 분야가 아닌데요. 이래요. 만약에 이게 내 분야에 간다고 한다면 수술이 들어가야 한다면 그 과장급이 오는 게 아니라 인턴, 레지던트들이 달라붙어서(E). _R5

주사를 몇 번 맞고 안 낫더라고요. 그래서 여기 00병원 가서 CT를 찍어보니까 협착증이라고 하더라고요. 근데 수술도 뭐, 기관이 수급자니까 안 해 줄라고 해요. 어디가도 성의가 없어요. 병원에 서도 그렇고 병원에서도 가보면 제일 나중에 해줘. 그러니까 수급자가 되게 서럽더라고요(F). _R5

<글상자 3> 차별과 낙인, 떠돌 수 밖에 없었다

더욱이 지역 간, 병원 간, 의료의 질이 균등하지 않다보니, “치료가 안 되고 잘 낫지 않는다”는 기분이 들면 수급자가 이용하기 쉬운 보건소와 같은 공공의료기관 이용을 멈추고 다른 병의원으로 옮겨가기도 했다. 통증을 조절해주거나 병을 낫게 해서 “아픈 게 덜하다”는 느낌을 받을 수 있는 곳으로 옮겨서 치료받는 것은 인간의 합리적 행동에 가깝다.

보건소와 같은 공공의료기관을 포함해 병의원을 옮겨 다니는 모습은 얼핏 보기에 의료쇼핑하는 것으로 비춰지기 쉽지만 실상은 단지 ‘나도 덜 아프고 싶고 빨리 낫고 싶다’는 당연한 욕구에 의한 행동이었다.

요즘은 아픈 것 때문에 곧 죽으려나 하는 생각이 들 때도 있어.. 처음에는 보건소를 갔는데 그 쪽 의사는 치료를 잘 못하는 건지.. 약이 잘 안들더라고요... 그래서 대학병원으로 갔거든.. 그러니까 좀 낫더라고요... 보건소는 그 뒤로 잘 안가지..(완주군 경천면 거주, 박00 74세)_R2

나는 보건소를 다녀보기도 했고 그 동안 병원을 많이 다녔기 때문에 군에서 자꾸 보건소를 가라고 해서 가는데 약이 안들어.. 의사도 자주 바뀌어.... 언제 한번 갔는데 처방을 받아서 약을 받았거든.. 근데 그 약을 다 먹고 보건소 가니까 다른 의사가 있더라고요.. 금께 처방하는 약이 다르고 그러니까 보건소는 못 가는 거라고... (완주군 봉동읍 거주, 성00 68세 노인)_R2

<글상자 4> 균등하지 않은 의료의 질, ‘나도 낫고 싶다’

만성질환을 앓는 수급자들은 대개의 경우, 요양병원에서 치료를 받는데, 자신의 의지와 무관하게 경제적 사정에 맞춰서 계속 병원을 옮겨 다녔다. 기존에 입원해 있던 병원에서 병원비를 올리면서 전원 시키면 어쩔 수 없이 병원을 옮길 수밖에 없었다.

요양병원에서 (수급비에 맞춰서)본인부담 30만원씩 냈었는데 갑자기 60만원을 내라고 했어요. 못 내니까 다른 병원으로 보냈어요. 병원에서 30만원 짜리를 찾아서 보냈어요(A)_R7 46)

<글상자 5> 의료비가 더 싼 병원으로 이동

장기간 병원에 입원해 있었던 의료급여 수급자들은 병원 치료가 끝나도 돌아갈 곳이 없는 어려움을 겪고 있었다. 병원에 입원해 있는 동안 주거 관리비와 병원비를 이중으로 감당하기 어려웠던 이들은 주거지를 없앴고, 치료가 끝났지만 돌아갈 집이 없는 상황에서 요양병원에 계속 머물기를 원했다. 그렇게 머물다가 병원에서 병원비를 올리면 병원비가 더 싼 병원으로 옮겨갔다. 이처럼 의료급여수급자들은 치료가 끝났음에도 돌아갈 ‘집’이 없고, 다시 집을 구할 ‘돈’도 없으며, 스스로 생계를 해결할 엄두도 나지 않아, 계속 병원을 전전할 수밖에 없었다.

사람이 치료가 됐어요. 그때부터 걱정하는 거예요. 내 집에 관리비가 얼마나 들어가는데 수급통장에 갖고 있는 돈은 왜 병원비로 다 쓰냐. 안 간대요. 그러면 이런 병원은 그나마도 환자가 케어도 필요하고 진료가 필요한 **병원끼리 돌리면 되요(B)**._R7.

병원에서 돈을 많이 달라고 하니까 계속 못 있었어요. **갈 데가 없어서** 입원했던 거예요. 계속 집을 찾아보다가 마련해서 온 거예요. 치료보다는 갈 곳이 없었니까 있었던 거예요(C)_.R7.

의료적인 치료가 필요한 상태에서 오는 거지만 그게 해결되고 나면 어쨌든. 그 다음에는 **갈 데가 없기 때문에** 문제가 생긴다는 거죠(종사자A)_.R7

의료보호환자들은 **갈 곳이 없어졌어요**. 집을 다 정리한 상태가 된 분들이 몇 명 계시다는 거죠. 아예 집자체가 없는 거예요. 봄여름가을겨울 4계절에 옷이며 뭐며 다 트럭에 싣고 다녀요(종사자A)_.R7

<글상자 6> 갈 곳이 없다.

그간 의료급여 수급자들은 도덕적 해이가 심각하며, 그래서 수급자들의 ‘의료쇼핑’이 넘친다는 비난을 받아왔다. 그러나 당사자들은 의료쇼핑 할 만한 ‘돈’이 없다고 하소연한다. 요양병원에 입원해 있는 경우에는 교통비가 들지 않지만 외래를 이용해야 하는 경우, 오고 가는 교통비가 부담스러워 병원 이용을 자제하고 있는데, 의료쇼핑이라는 오명은 억울하다는 것이다. 의료급여 수급자들은 의료쇼핑이 아닌, 치료받을 수 있는 병원을 찾아 전전하고 있었던 것이다.

46) R7: 이용재. (2017). 의료급여환자의 요양병원 이용에 관한 연구. 「한국콘텐츠학회논문지」 17(5). 366-375.

수급자들에게 오백 원 교통비도 부담이더라고요.. 수급비 그 40몇 만원으로 사는 거야. 방세 21 만원 무조건 내야해요..방세 내고 나머지 27만8천원으로 한 달을 살아야 하더라고요. 그러니까 병원에서 오백원 받는다, 한과에... 3개 과를 가면 1500 원을 내라고 하더라고요.. 약국까지, 그러니까 우리 같은 사람한테 2천원을 내라잖아요.. **우리 같은 사람한테 이천원은 거금이예요(A).** _R5

내가 조금 아픈 거 많이 아프다 그래서 과잉진료할거 같지만 그런 거 없어요.. **갈 차비도 아까운데 무슨, 차비도 아까운데 뭐(C)** _R5

<글상자 7> ‘의료쇼핑’ 할 만큼의 돈이 없다

5.3. ‘도덕적 해이’가 아닌 ‘제도의 문제’

앞서 살펴본 바와 같이 의료급여 수급자의 의료이용은 의료기관 유형별로 살펴봤을 때 100 병상 이상 요양병원에서의 진료비 증가율이 다른 의료기관에 비해 높다. 300병상 이상 요양병원에서는 압도적이다.

의료급여 수급자의 과다 의료이용의 중심에는 공급자의 유인 문제가 큰 몫을 하고 있다. 공급자 유인만이 과다 의료이용의 이유는 아니겠지만 ‘공급자 유인 문제’는 흔히들 알고 있는 개인의 ‘도덕적 해이’보다 훨씬 큰 규모의 문제를 발생시키고 있다.

병의원도 많이 늘어났고, 그래서 이제는 병의원끼리 막 **경쟁**을 하는 거예요. **자기 병의원으로 더 많이 끌어들이기 위해서** 서비스도 더 강화하고 이전보다 병의원 문턱이 많이 낮아졌다고 할 수 있죠. 그러니까 수급자들도 이전보다 많이 이용하는 것이고.. (완주군 고산면, 최00의원 의사)_R2

신장투석환자들은 (요양병원에서) 파워가 있어요. 비급여 빼고. 그러면 **본인부담금이 없는 급여 1종**이잖아요. 투석환자들이 지방병원의 경우 우리병원에 와 계시라고 그러면 **돈 일체 안 받고 밥값도 안 받고. 용돈**하시라고 돈도 줘요. (종사자 A)_R7

오픈 때는 무조건 환자를 까는 거죠. 기본이 있어야 하니까.(종사자 E)_R7

요양원하고 요양병원이 있었는데, 두 곳에서 환자를 서로 6개월 간격으로 스위치를 하더라고요 (종사자E). _R7

급여환자들은 요양원에 가면 자기가 20만원, 25만원도 하나도 못쓴다는 게 문제죠. 요양병원에 가면 식대만 발생하기 때문에 한달에 5-6만원이면 되요. 그러니까 자기돈 십 몇 만원은 쓸 수 있다는 거죠(종사자E). _R7

<글상자 8> 공급자의 유인문제

의료급여 수급자들은 병원에서 다른 환자들과 다르게 차별받는다라는 이야기를 할 때가 종종 있다. 차별을 받는다는 생각에 더 거칠게 항의하기도 하고 때로는 의료진이 환자의 증상에 맞는 적절한 진료를 하고 있음에도 자신이 의료급여 수급자라는 이유로 치료를 안 해주고 있는 것 아닌가 라는 불안감을 느끼기도 했다. 실제로 정부가 의료급여 환자 진료비의 정부 부담분을 병원으로 제때 지급하지 않아서 병원에서 의료급여 환자를 꺼리는 경우가 종종 있어 왔다. 이는 정부가 의도했던 의도하지 않았든, 의료급여 수급자에 대한 낙인과 차별을 조장한 결과를 낳았다.

(진료 대기자 명단을 손으로 짚으며) 여기서 여기까지 오전에는 의료보호 환자들만 있을 때도 많아요. 어떤 때는 하루 내내... 그러니까 진료비를 받지 못할 때도 많아요... 언젠가는 (정부로부터) 받겠지만 직접적으로 들어오는 수입이 없으니까... (완주군 고산면, 최00의원 간호사)_R2

<글상자 9> 낙인과 차별을 조장한 정부

뿐만 아니라, 정부는 적극적으로 언론 보도와 정부정책 집행 방향을 통해 의료급여 수급자를 ‘도덕적 해이’가 발생한 집단으로 몰아갔고, 이러한 정부의 태도는 의료공급자 뿐 아니라 대중들에게 역시 의료급여 수급자들을 부도덕한 집단이라고 생각하도록 만들었다. 이는 사회적 낙인과 차별을 단순히 방조하는 차원이 아니라 조장했다고 보는 것이 더 정확할 것이다.

앞에서 이야기한 것을 종합해 보면, 공급자가 환자를 유인해서 적정 진료와는 거리가 먼 ‘의상의료이용’ 행태, 즉 과다의료이용이 발생했고, 지역 간 병원 간 균일한 의료의 질을 확보하지 못해 몸이 아픈 환자들이 덜 아프기 위해 병원을 전전하게 만들었으며, 정보가 부족하고 경제적으로 어려움이 있어 고립되어 있는 환자에게 정보를 제공하고 돌볼 수 있는 의료전달체계를 확립하지 못한 것을 알 수 있다. 이는 엄밀히 말하면 정부 정책 실패의 결과라 할 수 있다. 아플 때 누구라도 치료를 받고 건강한 삶을 살아갈 수 있도록 하기 위한 제도로 ‘의료급여’를 만들었고, 관련하여 이러저러한 정책을 집행했다. 정책이 효과를 보았다고 평가하려면, 사회적·경제적으로 취약한 이들이 ‘적절한 의료이용’과 돌봄을 통해 ‘건강을 회복’할 수 있어야 했다. 그런데, ‘적절한 의료이용’이 아닌 ‘과다 의료이용’ 또는 ‘미충족 의료이용’⁴⁷⁾이 지속적으로 발생하고, 대부분의 수급자들이 건강을 회복하지 못한 채 아픈 상태로 살아간다면, 이는 정부 정책 실패임을 부정할 수 없다.

정부는 과다 의료이용을 의료급여 수급자 개인의 탓으로 돌리면서도, 정작 그 개인이 과다

47) 미충족의료란 돈이 없어 병원에서 가서 치료를 받을 수 없는 것을 말한다.

의료이용을 할 수 밖에 없었던 이유에 별로 관심이 없었다. 불필요한 의료이용을 하지 않아도 되도록 적절한 돌봄을 제공함이 아닌, 그저 규제에만 관심이 있었다. 이는 제도의 지속성을 고려하지 않고 ‘의료급여관리사’를 비정규직으로 고용한 것을 통해서도 알 수 있다.

의료급여제도는 구체적인 정책목표 또한 부재하다. 의료급여법과 의료급여 사업안내에서 명시하는 목적은 동일하게 “생활이 어려운 사람에게 의료급여를 함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함”이다. 매우 모호하고 피상적이어서 정책의 효과를 평가하기 어렵다.

5.4. ‘도덕적 해이’ 담론은 어떻게 만들어졌나

2017년 11월 감사원의 <의료급여 등 의료지원사업 관리실태> 감사보고서에 따르면 국비와 지방비를 합하여 의료급여에 들어간 지급액은 2006년 약 4조, 2015년 약 6조로, 그 비용은 지속적으로 증가해왔다. 그러나 비용은 증가한 반면 의료서비스 이용은 불충분하고 실제 취약계층을 모두 포괄하지 못하는 문제는 여전히 남아 있다. 뿐만 아니라 의료급여비용을 제때 지급하지 못하는 문제도 지속되고 있다. 감사원은 2017년 현재 의료기관에 제때 지급하지 못할 것으로 예상되는 의료급여비용을 1조여 원으로 추정했다.

보건복지부는 그간 의료급여비용을 관리하기 위해 주로 의료지원대상자의 적정한 의료이용을 통한 재정의 효율화를 도모해왔다. 감사원 역시 의료지원대상자의 의료이용 행태와 이에 대한 정부관리가 적정한지 등 주로 의료서비스 과다이용 대상으로 감사를 실시해왔다. 정작 더 큰 규모로 발생하는 의료공급자(요양기관)의 적정 진료와 진료비 청구, 그리고 이에 대한 관리와 통제에는 관심을 두지 않았다. 2017년 11월 감사원의 감사보고서는 이러한 문제에 대한 인식과 동시에 의료공급자에 대한 관리와 통제의 필요성을 밝히고 있다.

그러나 정작 보건복지부는 2017년 11월 15일 보도자료를 통해, “기초생활보장 수급자 선정에 적정을 기하고 일부 의료급여 수급자의 도덕적 해이 사례 등의 선제적 예방을 위해 전방위적인 제도개선을 추진한다.”고 「기초생활보장 적정급여 T/F」를 소개했다. 또 다시 수급자의 ‘도덕적 해이’를 강조했다. 의료급여 수급자의 과다 의료이용이 ‘도덕적 해이’ 때문이라는 담론은 어떻게 형성되고 확산된 것일까? 왜 보건복지부는 여전히 ‘도덕적 해이’를 꺼내든 것일까?

처음 도덕적 해이로 인한 의료급여 수급자의 과다의료이용 문제를 제기한 것은 2006년이다. 당시 보건복지부는 “의료급여 혁신 종합대책”을 수립하여 의료지원대상자의 적정한 의료이용

과 재정의 효율화를 도모하겠다는 수급자의 ‘도덕적 해이’를 부각시켰다. 사실은 도덕적 해이가 과다의료이용의 핵심이 아니었음에도 불구하고 여론을 정부 정책 집행과 방향에 유리하게 만들기 위해 의료지원대상자 탓을 하는 형태로 프레임을 형성했다. 이를 정성식·김창엽(2016)은 다음과 같이 분석했다.⁴⁸⁾

정부는 ‘언론 프레임 전략’을 활용하여 정책도입에 유리한 여론을 조성함으로써 정책변경에 대한 사회적 반감과 저항을 최소화시키고자 하였다. 당시 전체 수급권자 중에서 부정수급 비율이 1~2% 남짓이었음에도 불구하고, 복지부는 ‘의료비지출 실태조사’(2005)나 ‘과다의료이용자 실태조사’(2006) 등을 통해 파악한 일부 극단적인 부정수급 사례들을 여러 차례 발표 하였고, 이를 언론들이 선정적인 제목을 붙여 기사화시키면서 수급권자들의 도덕적 해이가 만연해 있다는 인식을 사회전반에 확산시킬 수 있었다. 그리고 이는 의도성 여부와 상관없이 수급권자 집단 전체를 부도덕한 집단으로 ‘낙인’(stigma) 찍는 결과와 함께 수급권자 집단과 일반시민들 간의 편가르기를 통해 수급권자들을 사회적으로 고립시키는 결과를 초래하였다.

_[정성식·김창엽(2016)에서 인용]

<글상자 10> 과다 의료이용 언론프레임

보건복지부가 2017년 11월 보도자료에서 도덕적 해이로 인한 의료급여 수급자의 과다 의료이용의 예로 든 사례는 과거 2006년과 매우 유사하다. 2006년에는 ‘파스’였고, 2016년에는 ‘1회용 점안제’로 품목만 다를 뿐이다. 심지어 전 국민을 경악하게 만든 살인범죄 ‘이영학 사건’을 ‘의료급여 부정수급’사례로 채택해 자극적으로 보도자료에 거론하기도 했다.

이처럼 보건복지부의 담론 선점은 10년 전과 다를 바가 없다. 사례로 든 예시의 품목이 변경되었을 뿐, 일부 예외적인 사례를 자극적으로 다루어 여론을 형성하는 방식은 2006년과 똑같다. 다만, 지금은 시민사회와 언론이 그때만큼 적극적으로 반응하지 않는다는 차이가 있을 뿐이다. 그때만큼 적극적으로 반응하지 않아도 될 만큼 ‘도덕적 해이’ 프레임과 수급자에 대한 ‘낙인’은 이미 확고하게 자리 잡고 있기 때문이다.

48) 정성식·김창엽. (2016). Archer의 형태발생론을 활용한 2007년 의료급여정책변동 사례연구. 「비판사회정책」 (53), 7-47.

5.5. 의료급여 수급의 경계선, 비수급 빈곤층의 의료이용: 체납자의 의료 이용 경험

지금까지 의료급여 수급자의 의료이용 경험을 살펴왔다. 그렇다면 의료급여 수급과의 경계에서 배회하는 비수급 빈곤층의 의료이용 경험은 어떠할까? 비수급 빈곤층의 많은 형태가 ‘생계형 건강보험체납자’로 묶인다. 건강보험과 의료급여로 분절된 우리나라 의료보장제도의 대표적 ‘사각지대’이다. 이들은 아파도 의료이용을 하기 쉽지 않다. 의료급여 수급권자가 된다면 그 상황이 한결 나아질 수 있겠지만, 여러 가지 제약으로 수급 혜택을 받기란 쉽지 않다. 심지어 취약한 가족기반으로 실제로 이들을 부양할 사람이 없어 일상에서 더욱 고립되기 쉽다.

[건강보험체납자 피해상담 사례 (여, 서울)] 제 월급이 130만원이고 저희 시어머니 노령연금으로 20만원 받은 걸로 4인 식구가 살기에 집안사정이 도저히 나아지지 않아 분할납부할 여력도 없습니다. 지금 현재 저는 허리디스크 초기증상으로 병원치료 중이고 (중략) 일주일에 적어도 3번 이상은 병원에 가서 물리치료와 약을 처방을 받는데 부당이득금환수 고지서가 무서워 **참고 참다가 병원에 가고는 합니다.** _R10⁴⁹⁾

[건강보험체납자 피해상담 사례 (남, 전남)] 가정불화로 집에 있을 수가 없어 (중략) 계속 몸이 아파서 지금까지 일을 못하고 있습니다. 모든 건강이 약하지만 지금 제일 아픈 곳은 두 무릎이 앓고 서는 것이 어렵습니다. **보험료를 해결한다 해도 병원진료비 등 치료비도 그 누구에게도 도움을 받을 수가 없습니다.** _R10

[건강보험체납자 피해상담 사례 (여, 경기)] 남편도 직장을 잃고 저도 임신을 해서 둘 다 소득이 없습니다. 그런데 체납된 건강보험료 때문에 **출산을 어떻게 해야될지 병원비도 버거운데 소득도 없고 방법은 없는데 독촉장만 쌓이니 불안하기만 합니다.** _R10

<글상자 11> 의료급여 수급의 경계선, 비수급 빈곤층의 의료이용 경험

49) R10: 건강세상네트워크·아름다운재단. (2017). 누구나 건강할 권리가 있다! 생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집.

6. 나가는 글

앞서 우리는 정부 보도자료, 신문기사, 각종 연구보고서와 선행연구에 대한 비판적 고찰을 통해 의료급여제도의 발전과 기존 담론들, 그리고 부양의무자 기준과 의료급여제도의 변화 및 사각지대 해소 가능성까지 포괄적으로 검토하였다.

의료급여제도는 ‘생활이 어려운 이들에게 발생하는 질병, 부상, 출산에 대해 국가가 의료서비스를 제공한다’는 제도 취지에도 불구하고, 전체 인구의 3% 수준으로 관리되어 오면서 빈곤층 의료보장제도로서 그 역할을 충분히 해오지 못하였고 광범위한 사각지대를 발생시켰다. 일부 수급자의 과다 의료이용은 의료급여 재정 누수의 원인으로 부풀려졌고, 빈곤층의 미충족 의료와 과소 의료이용은 관심의 대상이 되지 못했다. 국가는 ‘도덕적 해이’ 프레임을 통해 수급자에 대한 낙인과 차별을 조장하였다.

그런데 작년 7월 문재인 정부가 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 국정전략으로 내세우며 ‘건강보험 보장성강화 정책’과 ‘부양의무자 기준’의 단계적 폐지를 담은 <제1차 기초생활보장종합계획(2018-2020년)>을 발표했다. 또한 ‘건강보험료 부과체계 개편’에 따른 첫 보험료 납부 고지서가 발행된 지 다섯 달이 되어간다. 현재 시점에서 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 위해 우리 사회는 어떻게 변화되고 있는가?

최근 기사를 검색하면 건강보험료 부과체계 개편 이후 긍정적 전망을 확인할 수 있다. 부과체계 개편이 잘 진행되고 있으며, 저소득 지역가입자의 부담이 한결 완화될 것이라고 전망하고 있다. 또한 부과체계 개편 필요성과 장점을 대중에게 알리기 위해 건강보험공단 고위직 간부들의 지역 신문 기고 글도 많이 접할 수 있다. 그러나 실제 현실에서 어떻게 적용되는지 평가하기에는 아직 이르다. 시민의 관점과 목소리를 포함해 평가하기까지는 좀 더 시간을 두고 지켜볼 일이다.

한편, 의료급여와 관련해서는 여전히 ‘재정’과 ‘수급자 교육’ 논의가 가장 많고, 그 밖의 논의는 없다고 해도 과언이 아니다. 의료급여 수급자는 도덕적 해이로 비합리적 의료이용을 하고 있다는 생각과 그로 인해 낭비되는 비용을 방지하기 위해 수급자 개인을 관리할 따름이다. 언론지면상에서는 부양의무제 폐지 이후 빈곤층 의료보장 확충에 대한 조금의 기대감도 확인할 수 없으며 어떠한 예측이나 전망도 보기 어렵다. 또한 매년 그렇듯이 올해도 의료급여 미지급금이 발생할 것이며,⁵⁰⁾ 그 규모도 사상 최대인 7,400억원으로 예상하고 있다.⁵¹⁾ 문제는 매

50) 미지급금은 의료급여 예산 부족으로 인해 의료기관에 지급해야 할 비용을 제때 지급하지 못하는 것을 말한다. 국회입법조사처. (2018.09). 2017 국정감사 시정 및 처리결과 평가보고서 3권.

51) 데일리팝 기사. (2018.10.02.일자) "의료급여 예상 미지급금 7천억 돌파...이자지급 필요"

년 발생하는 미지급금의 문제로 의료기관은 의료급여 환자들을 기피하고 소극적 진료를 할 것이고, 이러한 피해는 고스란히 의료급여 수급자에게 돌아간다는데 있다.

정부가 ‘건강보험 보장성강화 정책’과 ‘부양의무제 폐지’를 약속한 지 1여 년이 지났고, 건강보험 부과체계 개편까지 다소 이루어졌다. 그러나 의료급여에 대한 부양의무제 폐지는 지지 부진한 상태이며, 빈곤층의 건강권 확보 논의 역시 구체적으로 이루어지지 않고 있다. 이런 상황에서 부양의무제가 과연 폐지될 지도 의심스럽지만, 폐지된다 하더라도 처음 우려대로 의료보장의 사각지대는 해소되기 어려울 것으로 보인다.

최근 정부는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 구체적으로 구현하기 위해 2019년 예산에 세부 내용을 반영하겠다고 발표했다. ‘포용적 복지국가’ 그리고 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’ 그 무엇이든지 해당 목표를 달성하기 위해 최소한 의료보장체계 안에서는 건강보험과 의료급여 두 제도가 상호보완적으로 작동해야 한다. 그러나 현재까지는 어떻게 두 제도가 ‘사각지대 없이’ 상호보완적으로 작동할 수 있을지 모호한 상태이다. 단지 슬로건으로 끝나지 않기 위해서 지금 시점에서 정부는 ‘모두를 위한 건강보장체계’에 대해 책무성을 가지고 구체적인 계획을 수립해야 하며, 가장 기본적으로 정책시행을 위한 예산 확보가 필수적이다.

의료급여제도의 부양의무제 폐지는 복지의 공-사 부담을 재정립함으로써 한국 복지국가의 새로운 장을 열지도 모른다. 그러나 새로운 복지국가를 만들어내는 ‘정치’에서 권력의 균형이 현저히 불평등한 상황에서 보다 보편적이고 공정한 사회권·건강권에 기반한 의료보장체계로의 개편을 기대하기는 쉽지 않다. 현재와 같이 공공부조와 사회보험으로 이분화된 체계에서 완전한 사각지대 해소는 불가능하다. 장기적으로 보면, 그리고, ‘모두를 위한 건강보장체계’를 원한다면, 결국 하나의 통합된 보편적 건강보장체계를 구축하는 것이 필요하다.

시민건강이슈는...

시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,

논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : phikorea@gmail.com

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소