

글로벌 경제위기와 의료보장의 사각지대

신 영 전*

〈 요약 〉

최근 글로벌 경제위기는 국민의 건강에도 위협이 되고 있으며 사회안전망으로서 의료보장의 중요성이 커지고 있다. 반면 한국의 의료보장체계는 재정적, 관리적, 정치적 요인으로 인해 8%이상이 의료보장제도에서 배제되고 있고, 보장성 수준 역시 약 60%에 불과하다. 의료비지원 및 긴급지원 사업 역시 복잡하고 분절적인 지원 및 관리방식의 문제, 낮은 보장 수준으로 인해 의료사각지대 문제를 충분히 해결하지 못하고 있다. 그 결과 지불능력의 10% 이상 의료비를 지출하고 있는 가구규모는 전체 가구수의 10-15%에 이르고 한국 성인의 의료 미충족률이 약 3-10%에 달한다. 이러한 의료보장의 사각지대는 경제위기에 더 큰 문제를 야기한다. 경제위기 의료사각지대 문제에 대한 단기적 대응으로 기존의 건강보험, 의료급여, 의료비지원사업 및 긴급지원 사업간의 상이한 기준, 행정상의 혼선, 늦은 결정 등과 같은 문제들은 강력한 조정기구를 통해 신속하고 상호 유기적으로 작동하도록 하는 것이 필요하다. 중장기적으로는 기존의 의료보장체계를 재구성할 필요가 있다. 의료보장체계를 치료중심에서 예방과 건강증진개념으로 전환하고, 재활과 사회복지 영역을 추가하며, 여전히 의료사각지대에 있는 사람들을 주요 정책대상에 포함시키며, 민간부문을 통한 자원조달과 서비스 제공 역시 그 틀 안에 포함시킬 필요가 있다. 시민사회와 당사자가

* 한양대학교 의과대학 예방의학교실 부교수(yshin@hanyang.ac.kr)

참여하는 운영체계를 구축하고 사업을 지속적으로 모니터링 하는 장치도 만들어야 한다. 그리고 소득, 주거, 교육, 문화부문의 사회안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 설계, 운영되어야 한다. 이에 더하여 의료사각지대의 해소문제를 정치의제화하고, 국민건강보험의 획기적 보장성 강화와 제도간 통합이 고려되어야 한다. 아울러 공공보건의료의 양적 확대와 질적 강화를 모색하고 취약계층의 특성에 맞는 사업들을 개발 시행하여야 한다. 경제위기의 제한된 재정으로 이러한 안전망의 실효성을 유지하기 위해서는 의료비 상승을 유도하는 일련의 정책들을 지양하고 공공성에 기반을 둔 양질의 합리적 의료 공급체계 확보에 우선적인 노력을 기울여야 한다. 의료보장 사각지대 해소와 보장성을 높이기 위한 과정은 본질적으로 정치적 과정이다. 따라서 견고한 의료보장체계 구축의 성공은 무한 경쟁과 시장담론을 넘어서는 사회연대의 가치에 대한 담론의 확산, 정치적 리더십, 국민의 지지를 얻을 수 있는 실효성 있는 정책수단의 확보, 안정적인 재원의 마련, 의료보장체계 구축을 위해 헌신하는 정책수립자, 관련 일선 전문가, 시민사회의 역량과 노력에 달려있다. 아울러 견고한 의료보장체계는 경제위기를 극복하는 중요한 기반을 제공할 것이다.

주제어: 경제위기, 의료보장, 사각지대, 의료안전망

1. 경제위기, 건강, 의료보장

파생금융상품증가와 금융감독시스템의 부재, 미국 저금리정책에 따른 과잉 유동성과 저소득층 주택보유를 위한 담보제공정책의 실패 등으로 인해 시작된 글로벌 금융위기로 세계경제와 국내 금융시장이 불안한 양상을 보이고 있다(이지혜, 2008). 이 영향은 단순히 금융영역에 국한되지 않고, 세계시장과 한국을 비롯한 각 나라들의 경제 침체와 위기로 이어지고 있다. 한국도 원화가치 및 추가급락에 이어 소비와 투자, 고용 등 실물 경기에 영향을 미치고, 수출 둔화도 이루어지고 있다(장재철 등, 2008). 구체적으로 2007년 5.1%에 달했던 경제성장률은 2008년 2.2%, 2009년 0.2%를 기록했으며, 2007년 21,695달러에 달했던 1인당 국내총생산도 2008년 19,231달러, 2009년 17,100달러로 감소했다(통계청, 2009; 한국은행, 2010). 또한 한국은행은 2009년 12월말 기준 각종 대출과 신용카드 사용 등으로 우리나라 가계가 지고 있는 빚(가계신용)이 총 733조 6,600억

원이라고 발표했다. 이는 2008년 9월의 688조 2,463억원 보다 6.6% 늘어난 것이며, 2006년말 581조 9,635억원에 비하면 무려 26.1%나 증가한 수치이다. 가계부채를 추계 인구수(4,874만 4,000명)으로 나누면, 국민 1인당 빚은 1,505만원으로 처음으로 1,500만원을 넘어섰다(한국은행, 2010). 또한 2009년 한국 빈곤층이 전체가구수의 305만 8,000가구로 사상 처음 300만 가구를 넘어섰으며 이는 전년도 증가분의 2배 가까이 늘어난 수치다(통계청, 2010).

한 개인 또는 집단의 건강수준은 사회경제적 요인들에 의해 크게 영향을 받는다. 따라서 경제위기란 개인과 집단의 건강위기가이기도 하다. 경제위기가 어떻게 개인과 집단의 건강에 위기를 초래하는 지에 대한 많은 연구결과들이 보고되고 있다. 그 중 빈번히 인용되는 것이 1990년대 말 경제위기기 한국에서 나타난 높은 자살율이다(Khang 등 2005). 또한 소비에트연방의 붕괴이후 러시아에서 기대여명은 급격히 감소했다. 실업, 고용불안, 저임금 모두 건강에 심각한 영향을 미친다(CSDH, 2008). 1970년대와 1980년대 영국에서 이루어진 연구결과에 따르면 실업자는 동일한 수준의 사회경제적 집단에 비해 사망률이 20-25% 더 높은 것으로 나타났다(Moser 등, 1990; Bethune 등, 1997). 선진국에서는 실업상태에서도 사회안전망에 의해 절대적 박탈에서 보호되지만, 개발도상국에서 실업은 빈번히 기아와 극빈을 의미한다. 또한 경제위기는 실업뿐만 아니라 근로빈곤층 및 취약노동(자영업 또는 무임금 가족노동)의 증가를 의미하기도 한다. 또한 경제위기가 건강에 미치는 영향은 선택적이다. 1980년대 초기 영국에서 실업의 영향은 고학력 화이트 칼라직종보다 육체노동자에서 더 컸다(Marmot 등, 2009). 경제위기가 건강에 미치는 영향은 당시에 국한되지 않는다. 어린 나이에 경제위기로 인해 발생한 극도의 빈곤상태나 질병이 초래한 인지, 감성, 신체발달의 장애는 전 생애에 걸쳐 영향을 미친다(Grantham 등 2007; ECDKN, 2007).

개인수준에서 예기치 못한 상황, 특히 경제적 위험상황으로부터 건강을 보호하기 위한 집단적 대처방식의 대표적인 것이 바로 의료보장제도이다. 여기에서 의료보장제도란 사회보험형태의 의료보험, 사회부조형태의 의료급여제도를 의미하며 의료보장제도는 기본적으로 최소한의 경제적 부담으로 보건의료체 대한 접근성을 보장하려는 사회적 제도로 볼 수 있다. 이에 따른 일차적 기능은 건강상의 위험과 이로 인한 경제적 위험에서 국민을 보호하는 것이다(김창엽, 2009). 따라서 경제위기기에 의료보장제도의

필요성은 더욱 커진다. 동일한 수준의 의료비라 할지라도 실질소득이 감소하는 경제위기에는 ‘과도한’ 의료비가 되기 때문이다. 또한 의료보장제도는 흔히 ‘의료안전망’으로도 불린다.¹⁾ 의료안전망은 ‘사회안전망의 하나로 특별히 질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’라고 정의할 수 있다. 또한 1차 의료안전망으로 건강보험, 2차 의료안전망으로 의료급여제도 및 일부 사회서비스, 3차 의료안전망으로 의료비지원제도와 긴급지원사업 등과 같은 의료관련 제도로 구분할 수 있다(신영전, 2009). 마찬가지로 경제위기는 견고한 의료안전망의 존재가 가장 절실한 시기이기도 하다. 이러한 의료안전망의 사각지대가 존재한다면 그 사각지대에서 살아가야 하는 사람들은 경제위기에 무방비적으로 노출되어 있는 셈이다. 이는 질병이나 사망으로 이어지고 또한 경제적으로는 파산으로 이어질 가능성이 높아짐을 의미한다. 하지만 의료안전망을 유지하는 데는 재원이 필요하다. 경제위기는 견고한 의료안전망이 가장 절실히 필요한 시기임과 동시에 이를 유지하기 위한 재원을 확보하기가 가장 어려운 시기이다. 이른바 ‘경제위기와 의료안전망의 딜레마’ 상태에 놓이게 된다.

글로벌 경제위기를 맞고 있는 한국 사회에서 의료보장체계는 잘 작동하고 있는가? 이 의료보장체계의 사각지대는 없는가? 사각지대가 있다면 그것이 발생하는 이유는 무엇인가?, 또한 그 문제를 해결하기 위한 정책과제는 무엇인가? 이러한 질문에 답하는 것은 글로벌 경제위기 하에 있는 한국 사회정책 분야의 중요한 과제라 할 것이다.

2. 경제위기와 한국 의료보장의 사각지대

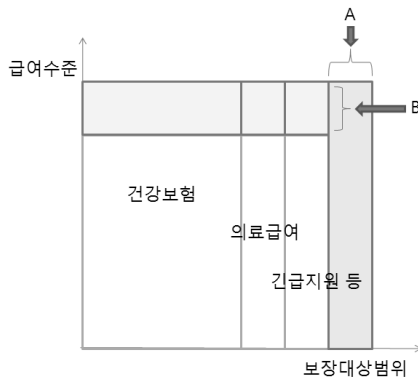
1) 의료보장 사각지대의 정의와 현황

신현웅(2009)은 의료보장의 사각지대를 ‘의료가 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층’으로 정의하고 있다. 아울러 정형선(2004)은 의료보

¹⁾ ‘안전망’이라는 단어의 정의에 대해서는 사회부조와 긴급서비스에 국한하여 사용하는 것이 적절하다는 지적이 있으나 이미 광범위하게 사용되고 있으며, 개념과 1, 2, 3차 분류의 틀이 가지는 현실적 유용성이 있다고 판단하여 이 논문에서 의료보장제도는 의료안전망과 동일한 개념으로 혼용하여 사용한다.

장의 사각지대를 ‘미충족 의료수요를 가지고 있는 계층’라고 폭넓게 규정하고 있으며, 신영석(2005)와 이준영(2005)는 의료보장의 사각지대를 자격측면과 급여측면으로 구분하여 구분하여 설명하고 있다. 이를 도식화하면 [그림 1]과 같다. A는 1, 2, 3차 의료안 전망의 존재에도 불구하고 여러 가지 이유로 보장대상에서 제외되는 집단을 말한다. B는 건강보험, 의료급여, 긴급지원의 대상이 되었음에서 불구하고 급여의 수준이 충분하지 못해서 발생하는 미충족 의료부문에 해당한다.

[그림 1] 의료보장의 사각지대



(1) 의료보장대상 제외자(A)

의료보장의 사각지대를 의료보장대상 제외자(A)와 낮은 급여수준에 따른 미보장 영역(B)으로 구분할 수 있지만 일반적으로 의료보장 사각지대라 함은 전자(A)만을 말하는 경우가 많다.

건강보험료 체납자

[표 1]에서 볼 수 있듯이 지역가입자의 경우 연도별 보험료 3개월 이상 체납세대는 2001년 약 161만세대로 전체 지역가입자 세대의 19%에 달했다. 더욱이 2004년부터 급격히 높아져 200만가구(23.7%)를 넘어섰고, 2008년 현재 지역가입자 세대의 25.4%가 3개월 이상 보험료를 체납하고 있다. 최근 일부 법규정이 바뀌기는 하였으나²⁾ 3개월이상 보험

료를 체납할 경우 건강보험 급여의 제한을 받게되어 사실상 건강보험 미보장 상태에 놓이게 된다. 이러한 수치는 상대적으로 안정적인 수입이 있는 직장 가입자에 비해 지역 가입자가 의료보장 사각지대에 더 많이 놓여 있으며²⁾, 그 수치가 4가구 중 1가구에 달한다는 점에서 전국민의료보장제도 자체의 의미를 크게 훼손할 만큼 심각한 크기의 의료 사각지대가 존재함을 보여주는 것이다. 특별히 약 200만세대에 달하는 의료보험료 체납세대의 95%가 가구별 연 소득이 1,000만원 미만의 저소득층이라는 데 문제가 있다. 이는 세대당 가구원수를 2명으로 보수적 추정을 하더라도 약 400만 명에 해당하는 규모이고 이는 이현주 등이 추계한 차상위층 규모(재산고려 경상소득이 최저생계비 120% 이하이면서 비수급자)인 82만 가구 170만 명(이현주 등 2008)보다 훨씬 많은 규모이며 기획재정부가 추계한 기초보장 사각지대의 규모 200만 가구(410만명)과 거의 일치하는 규모이다(기획재정부, 2009). 이는 전체 국민의 약 8%가 의료 미보장 상태에 놓여있음을 의미한다.

[표 1] 연도별 보험료 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
	사업체당체납액	216	193	242	299	305	319	315	356

출처: 국민건강보험공단 내부자료(신현웅, 의료보장 사각지대 현황 및 해소방안, 보건복지포럼 2009. 9에서 재인용)

2) 2008년 9월3일자로 국민건강보험법 시행령이 개정되어 6회이상 체납시 급여제한으로 기준이 바뀌었으나(국민건강보험법 시행령 제27조) 과거 기준과의 비교를 용이하기 위해 3개월의 기준을 그대로 적용하였다.

3) 직장가입자의 체납율이 지역가입자에 비해 낮은 이유는 상대적으로 안정적인 수입이 있기 때문이지만, 직장가입자는 월급에서 보험료를 원천징수하는 것도 요인으로 작용한다.

비닐하우스 거주자 등 주민등록 미발급자, 쪽방 거주자 및 노숙자

의료보장제도의 사각지대에 있는 사람으로 비닐하우스 거주자와 같은 주민등록 미발급자, 쪽방 거주자, 노숙자가 있다. 이들은 앞서 언급한 건강보험 보험료 체납자와 달리, 공식적인 의료보장 통계 밖에 있는 사람들이다. 따라서 전국적으로 이들의 전체 규모가 얼마나 되는지에 관한 신뢰할 만한 정보가 없는 상황이다. 부분적인 조사결과들을 모아 보면 2009년 2월 현재 서울에만 노숙자가 5,400명이 넘는 것으로 추정된다(한국교회봉사단, 2009). 좁은 의미의 노숙인(거리+쉼터)은 전국적으로 5,000명내외, 서울은 3,000~4,000명 수준이며, 쪽방이나 만화방 등에서 생활하는 사람을 포함하면 전국적으로 1-2만 명수준이라고 할 수 있다(김수현 등, 2009). 넓은 의미의 노숙 위협계층을 7만명으로 추정하기도 한다(남기철, 2007).

[표 2] 노숙자 현황

2008년 9월			2009년 2월		
계	쉼터	거리	계	쉼터	거리
4,448	3,163	1,285	5,463	3,875	1,588

출처: 한국교회봉사단, 서울시노숙인복지시설협회, 노숙인 실태조사 발표, 2009

2007년 건설교통부가 국회에 제출한 자료에 따르면 쪽방거주자의 건강보험가입률은 직장이 0.4%, 지역이 24.1%에 불과하며 비닐하우스 거주자의 경우에도 직장이 32.9%, 지역이 55.9%에 불과한 것으로 나타났다(리서치알앤에이, 2007).

미등록 이주노동자 및 결혼이주여성

2006년 12월 기준 정부 통계에 따르면 전체 외국인 노동자의 수는 약 425,107명이며 이주 186,894명이 미등록 이주노동자로 한국에서 일하고 있다. 이는 전체 이주노동자의 44.0%에 해당한다(주OECD대표부, 2007).

[표 3] 외국인 취업자수 현황(2006.12)

단위: 명(%)

전체	합법체류자						불법체류자
	소계	취업사증 소지 근로자			산업연수생	행외투자 기업연수생	
		비전문 취업자	전문 기술인력	연수 취업자			
425,107 (100.0)	238,213 (56.0)	115,122 (27.0)	27,556 (6.5)	51,517 (12.1)	38,187 (9.0)	5,831 (1.4)	186,894 (44.0)

출처: OECD국가의 외국인력 정책 동향과 시사점, 2007

이들의 건강수준에 대한 정보는 극히 제한적인 수의 연구를 통해서만 보고되고 있는데, 설동훈 등(2005)은 설문조사를 통해 ‘불법체류자’가 ‘합법체류자’에 비해 건강상태가 좋지 않은 것으로 보고하고 있으며, 홍승권 등(2005)은 이들의 정신건강이 전남 순천 주암댐 수몰지구 주민보다 나쁘다고 보고하고 있다.

경제위기가 이주노동자가 겪는 위험은 더욱 커진다. 내국인 일자리를 잠식한다는 이유로 흔히 외국인 근로자의 쿼터 축소, 불법취업자의 색출 및 추방 등의 정책 주장이 제기되기 때문이다.⁴⁾ 따라서 경제위기가 이주노동자의 실업, 소득감소, 스트레스는 더욱 커질 것으로 보이며 의료이용의 접근도도 낮아질 것으로 예상된다.

최근 외국인과의 결혼비율이 전체 결혼의 10%를 넘어서고 있다. 구체적으로 2000년 전체 혼인건수의 3.7%였던 외국인과의 혼인비율은 2007년에는 11.1%로 증가하였다(통계청, 2008). 결혼 이주 여성 가족의 빈곤율은 매우 높아 최저생계비의 120%이하로 살아가는 결혼 이주 여성의 비율은 58.3%에 달하고 있다(설동훈 등, 2005). 그럼에도 불구하고 결혼 이주 여성은 국민기초생활보장제도의 수혜자가 되기 어려운데, 이들이 혜택을 받으려면 한국 국적을 취득하거나 한국 국적의 자녀를 양육해야 한다. 하지만 결혼 이주 여성이 한국 국적을 취득하기 위해서는 체류기간이 2년을 넘어야 하고, 출산은 생물학적으로 결혼 후 일정 기간이 지난 후에야 가능하다. 설동훈 등(2005)의 조사에

⁴⁾ 2008년 12월 18일 한나라당 박종근 의원주최 토론회에서 금재호 노동연구원 선임연구위원은 이주노동자에 대한 색출을 주장했다. 금재호 연구위원은 “최근 외국인 근로자들의 숫자가 급격히 증가해 건설업, 중소기업 등을 중심으로 내국인 일자리를 잠식하고 있다”고 진단했다. 금 연구위원은 “경제위기가 해소 될 때까지 한시적으로 △외국인 근로자의 쿼터축소 △불법취업자의 색출 및 추방 △방문취업제 규모의 제한 등으로 외국인 근로자의 규모를 줄이고 이를 내국인, 특히 청년층으로 대체 할 것”을 제안했다(참세상, 2008).

따르면 빈곤선 아래에 있는 결혼 이주여성 가구 중 86.3%는 (의료급여혜택을 포함하여) 국민기초생활보장제도의 어떤 혜택도 받지 못하는 것으로 나타났다. 또한 김수현 등 (2009)은 탈북자와 그 가족 역시 유사한 어려움을 겪고 있다고 보고하고 있는데, 2007년 말 현재 국내에 입국한 탈북자는 총 1만 2,000여명에 달하며(통일부, 2008), 이 중 27.3%가 최저생계비 120%미만이였다(김연희 등, 2009). 그러나 탈북자는 미등록 이주노동자나 결혼이주여성에 비해서는 여건이 좋은 편인데, 1종 의료급여 수급권자의 혜택을 받기 때문이다. 2008년 현재 9,035명이 ‘북한이탈주민’자격으로 1종 의료급여 수급을 받고있다(국민건강보험공단, 2008).

(2) 낮은 의료보장 급여수준에 따른 미보장 영역(B)

건강보험

건강보험제도가 의료안전망으로써 기능하기 위해서는 우선 그 대상 범위가 전 국민, 특히 취약계층을 모두 포함할 수 있어야 하지만 기본적으로 그 보장수준이 진료비로 인한 빈곤화를 야기하지 않을 만큼 충분한 수준이어야 한다. 한국 건강보험제도의 보장수준은 흔히 61.8%(국민건강보험공단, 2006)로 인용되는 경우가 많지만, 정형선은 환자 본인이 지급하지 않는 의료비 부분을 계상할 경우 56%에 불과하다고 하였다(정형선, 2009). 이렇게 낮은 보장수준은 한국 건강보험의 핵심적인 약점으로 지적되어오고 있다. 이는 다른 선진국의 본인부담금 수준에 비해 지나치게 높은 수준이다. 구체적으로 2006년 현재 한국 본인 부담률 36.9%는 덴마크 14.4%, 프랑스 6.7%, 독일 13.2%, 미국 12.8%, 캐나다 16.5%, 일본 14.3%에 비해 매우 높은 수준이며 OECD 평균 19.0%에 비해서도 매우 높다(OECD, 2009).⁵⁾

의료급여

현행 법상 의료급여 1종 대상자는 입원비는 전액 무료이며, 2종 대상자는 급여총액의 15%를 본인이 부담하고 있다. 외래의 경우에도 방문시 마다 1,000-2,000원의 본인부담

⁵⁾ 일본은 2005년 자료임(OECD, 2009).

을 하고 있다. 하지만 이는 법정 본인부담일뿐이고 비급여 등으로 인해 그 이상의 본인 부담금을 지출하고 있다. 신영석 등(2005)은 이를 고려했을 때 의료급여 1종과 2종 모두 전체 입원 진료비의 약 14%를 본인이 지불하고 있다고 보고하고 있다. 의료급여대상자 1%를 대상으로 분석한 연구 결과에서도 입원과 외래 평균 진료비 대비 평균본인부담액의 비율(1, 2종 합계)도 2001년 11.9%, 2005년에는 11.2%를 보이고 있다(신영석 등, 2006).

의료급여대상자는 원칙적으로 최저생계비 이하의 수입을 가지고 있는 사람들이다. 따라서 이들에게 발생하는 본인부담금은 이들의 수입을 최저생계비 이하로 떨어지게 만든다. 더욱이 취약계층에게 의료서비스가 무료로 제공된다고 취약계층이 부담하는 비용은 없는 것이 아니다. 취약계층은 진료를 위해 일용직 업무를 중단하여야 하고, 의료기관까지의 이동비용 등의 기회비용이 발생한다(Roberts 등, 2004). 의료급여대상자에 대한 진료일수 상한제 역시 의료이용을 제한하는 요인이 되고 있다.⁶⁾

과부담 의료비

이러한 낮은 보장수준은 과부담 의료비로 이어지는데, 지불능력의 10% 이상 의료비를 지출하고 있는 가구규모는 전체 가구수의 10-15%에 달하는 것으로 나타나고 있고, 25%이상 지출하고 있는 가구들도 4%를 상회하고 있다(이원영 등, 2005; Doorslaer 등 2009; 손수인, 2009; 신영석 등, 2006). 과부담 의료비의 발생은 일차적으로는 가구의 경제적 부담을 증가시키고 파산과 빈곤화의 원인이 된다. 과부담 가구비율이 0.5%이며 본인부담률도 15%수준으로 한국에 비해 매우 낮은 미국의 경우에도 의료비로 인한 파산률이 62.1%(2007)에 달하고 있다(Himmelstein 등, 2009).

⁶⁾ 수급권자가 의료급여 기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(상한일수)는 각호와 같다. (1) 보건복지가족부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환 각 질환별 연간 365일 (2)11개 만성 고시질환 각 질환별 연간 365일, (3) 107개 희귀난치성 질환 및 11개 만성질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 365일

[표 4] 과부담 의료비 지출현황

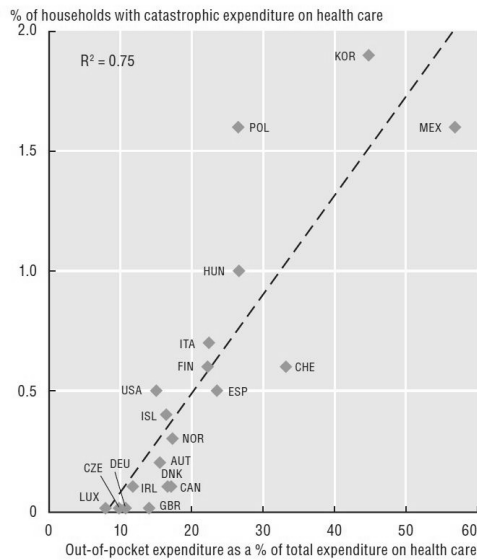
연구자	대상	10% 이상 지출	25% 이상 지출
이원영 등(2003)	도시가구	11.8	4.0
이태진(2003)*	전 국민	15.45	4.82
손수인(2009)*	전 국민	19.1	5.8 (30% 이상 지출)
신영석 등(2006)	의료급여수급자	13.03	7.32 (20% 이상 지출)

* 지불능력 = 총 가계지출-식료품비

출처: 신영진, 의료안전망의 재구성 과 정책과제, 보건복지포럼, 2009에서 재인용

결론적으로 대상자에서 전국민의 8%이상이 의료보장의 대상에서 제외되고 있으며 의료보장의 급여수준도 OECD국가 중에서 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 과부담 의료비와 보건의료 본인부담금 수준을 함께 그려보면 한국은 OECD국가 중 이 두 영역이 모두 심각하게 문제가 되고 있는 국가임을 확인할 수 있다(그림 2).

[그림 2] OECD국가 보건의료 본인부담율과 과부담 의료비



출처: Xu et al (2007); OECD Health Data 2009 (OECD, Health at a glance 2009에서 재인용)

2) 의료보장의 사각지대 해소를 위한 제도: 의료비지원제도 및 긴급지원 사업

건강보험과 의료급여제도가 보장하지 못하는 사각지대의 문제를 해결하기 위해 정부가 시행하고 있는 대표적인 정책이 의료비 지원제도 및 긴급지원사업이다. 의료비지원 제도에는 응급대불제도, 장애인의료비지원, 암치료지원, 희귀난치성질환이나 소아백혈병지원 등 비급여의 일부분까지 지원해주는 사업이 있다. 긴급지원사업은 일시적인 위기상황으로 어려움을 겪고 있는 일정 수준이하의 저소득층에 대해 상황에 따라 의료비뿐만 아니라 생계비, 주거비, 교육비 등을 지원한다.

[표 5] 정부가 시행하고 있는 주요 의료비 지원사업 현황

사업명	선정대상	지원액
■ 대불제도		
응급의료 미수금 대불제도	응급의료에 관한 법률에 의한 응급대상(보험, 급여대상자)	법정보인부담 및 일부 비급여 진료비 중 의료기관 미수금
의료급여 대불제도	2종 수급권자 중 본인부담금 20만원초과자	보장기관 승인액
■ 법정보인부담 지원		
장애인의료비지원	2종 장애인 의료급여 수급권자	법정 본인부담 외래 50%, 법정 입원본인부담 전액 (비급여제외)
성인 암치료지원	암검진대상, 수급자 및 건보하위 저소득층 군(보험, 2종대상자)	최대 연간 200만원, 최대3년까지 (법정보인부담, 비급여제외)
노인개안 및 망막증 수술지원	해당수술이 필요한 60세이상 빈곤층 노인	백내장, 망막증 등의 수술비 1안당 본인부담금 전액(백내장 약 40만원, 망막질환 약 100만원 소요)
■ 법정보인부담금 및 비급여 진료비 지원		
희귀난치성질환	최저생계비의 300~1,200% (보험, 2종대상자)	법정보인부담금, 간병비 (임의비급여제외)
소아 및 아동 암환자 의료비 지원	18세 미만, 저소득층	최대 2,000만원지원 (법정보인부담, 비급여포함)

외국인 근로자 등 소외계층지원	노숙인, 외국인 근로자 및 그 자녀, 국적취득전 여성 결혼이민자 및 그 자녀 중 빈곤층	입원 총진료비 최대 100만원 한도, 초과시 초과금의 80%
차상위계층 본인부담금	차상위계층 중 상병, 소득인정액, 부양의무자 기준 충족군	의료급여 급여에 준함
입양장애아의료비지원	장애아동을 입양한 가정 (보험, 급여대상자)	최대 240만원까지 지원 (법정보인부담, 비급여포함)
아동학대치료비지원	아동학대를 당한 아동 (보험, 급여대상자)	정신과 20만원, 응급치료 50만원 (법정보인부담, 비급여포함)
미숙아 및 선천성 이상아 의료비지원	저소득층대상 (보험, 급여대상자)	최대 700만원까지 지원 (법정보인부담, 비급여포함)
위기가정의료비지원	SOS상담소 상담신청 결정자 (보험, 급여대상자)	최대 200만원까지 지원 (법정보인부담, 비급여포함)
공동 모금회 의료비 지원	시군구 등에서 의뢰된 불우이웃(주로 급여 대상자)	최대 200만원 까지 지원 (법정 본인부담, 비급여 포함)
자치단체 자체 의료비 지원	지자체에 자체 사업으로 지원(주로 급여대상자)	금액은 다양함

의료비지원제도와 긴급지원사업이 일부 성과를 보이고 있음에도 불구하고 복잡하고 분절적인 지원 및 관리방식의 문제, 낮은 보장수준으로 인해 의료사각지대 문제를 충분히 해결하지 못하고 있다. 구체적으로 각 사업마다 대상자 선정기준과 지원내용, 관리운영기관이 상이하고 대부분 신청주의를 채택하고 있어서 의료비 지원의 중복 또는 누락이 발생할 수 있는 구조적인 문제점을 가지고 있다.⁷⁾ 일부 제도에서 채택하고 있는 사후현금지원방식은 당장 돈을 마련하기 어려운 저소득층에게는 도움을 주지 못한다. 대상자들은 이들 제도가 있는지 알지 못하는 경우가 많고, 그 제도의 내용도 매우 이해하기 어려운 경우가 많다. 이러한 문제는 도움을 필요로 하는 사람에게 적기에 지원하는 것을 어렵게 함으로써 정책의 실효성을 떨어뜨리고 있다(신영전, 2009). 하지만 가

7) 2005년도 의료급여 수급권자 중 압환자 5,077명에 대한 지원 금액은 17억 원으로 이는 의료급여 압환자 1인당 평균 약 33만 원에 해당하며, 실제 의료급여 압환자가 부담해야할 본인부담 규모를 고려하면 크게 미흡한 수준이다(유원섭 등, 2008). 긴급지원사업의 경우에도 사업시행 초기 3개월간 보건복지 콜센터로 걸려온 상담전화건수는 7만여 통에 달했지만 이 제도의 혜택을 받은 사람은 약 8-9%에 불과했으며 대부분의 지원이 1회성에 그쳤다(복지뉴스, 2006년).

장 문제로 지적되고 있는 것은 대부분의 의료비지원제도가 건강보험 또는 의료급여 법정 급여범위에 해당하는 본인일부부담금 지원에 국한하고 있다는 것이다. 그러나 의료비 중 비급여비율이 40%이상으로 높은 까닭에 비급여 진료비로 인한 과중한 부담을 경감시키는데는 도움이 되지 못하는 경우가 많다.

3) 미충족 의료

의료의 사각지대는 결국 미충족 의료 문제를 야기한다. 최근 연구결과는 경제적인 요인에 따른 한국 성인의 의료 미충족률이 약 3-10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8-15%가 경제적인 이유로 치료를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다.

미충족 의료는 의료급여 대상자도 예외가 아니다. 2005년 복지패널 조사 결과에 따르면, 1종 의료급여환자의 13.7%에서 미충족 의료를 경험했다고 대답하고 있고, 특히 본인부담금을 내야 하는 2종 의료급여환자의 26.3%가 미충족 의료를 경험했다고 보고하고 있다(신영전 등, 2009). 이현주 등(2008)의 차상위계층 조사에서도 법정 차상위계층의 26.9%가 치료를 포기한 경험이 있다고 보고하고 있으며 이 중 84.4%가 경제적인 이유였다.

[표 6] 미충족 의료실태

연구	대상	자료	미충족 의료
김태일 등 (2007)	19세이상 성인 21,648명	국민건강영양조사 (2005)	미치료 경험률(경제적 원인) = 9.5% 1분위(빈곤층)=13.6% 5분위(고소득층)=1.6%
허순임 등 (2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 \times 0.495 = 8.46\%$
이현주 등 (2008)	전국 대표 22,912가구	차상위계층실태 분석(2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 \times 0.8438 = 10.2\%$

신영전 등 (2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인으로 인한 미충족의료 2005년 5.54% -비빈곤층=2.28%/ 절대빈곤층=13.19% 2006년 2.99% -비빈곤층=1.02%/ 절대빈곤층=7.79%
-----------------	------------------	------------------------	--

4) 의료보장의 사각지대는 왜 발생할까?

한국사회 의료보장제도가 가지는 성취와 한계는 역사적 산물이다. 특별히 빠른 시간내에 전국민 의료보험을 시행할 수 있었음에도 불구하고 낮은 보장수준과 불안정한 재정 문제로 인해 의료보장의 사각지대가 발생하는데는 ‘공공성’을 둘러싼 한국 근현대사의 정치경제학적 산물이기도 하다.⁸⁾ 또한 현 상황 하에서 의료보장의 사각지대가 발생하는 데는 다양한 재정적, 관리적, 정치적 요인이 존재한다. 이들 요인들은 분리되어 있기 보다는 서로 긴밀히 연결되어 있다.

(1) 재정적 요인

의료보장 사각지대 발생의 원인으로 가장 큰 이유 중 하나가 낮은 보장 수준인데 이러한 낮은 보장수준의 원인으로 빈번히 지적되는 것이 이를 위한 충분한 재정을 가지고 있지 못하다는 것이다. 2008년을 기준으로 건강보험 급여비로 26조 6,543억원 넘게 지출하고 있고, 의료급여의 기관부담금으로 4조 3,578억이상을 지출하고 있다. 이러한 큰 규모의 재정이 동원되고 있음에도 불구하고 의료사각지대가 발생하고 있는 것이다. 의료비지원 제도 역시 마찬가지이다. 2008년 11개 의료비지원제도의 총예산은 1,827억 원으로 2005년 656억에 비해 278% 대폭 증가되었으나 수요를 충족하기에는 부족하다.

한국이 의료보장부문에 투여하는 재원이 규모가 비슷한 경제수준을 가진 나라들에 비해 부족한지 아닌지에 대해서는 다양한 논란이 가능하다. 그러나 전체 지출 중 공공 부문이 차지하는 비율을 비교해 보면 OECD 평균이 73.0%인데 비해 한국은 54.9%(2007)로 멕시코, 미국 다음으로 가장 낮은 수치를 보이고 있다(OECD, 2009). 더

⁸⁾ 이에 대해서는 신영전, ‘의료민영화’정책과 이에 대한 사회적 대응이 한국보건 의료체계에 가지는 역사적 함의, 비판과 대안을 위한 건강정책학회 창립학술대회 자료집, 2009 참조할 것

육이 국내 총생산대비 보건의료비의 비율은 6.3%로 OECD평균 8.9%(2007)에 비해 매우 낮다. 이런 상태에서 다른 나라에 비해 국가재정에 미치는 의료보장비의 부담이 커서 한국 정부가 의료보장부문에 추가적인 공공재원을 투입하기 어렵다는 주장은 설득력이 떨어진다. 더욱이 1인당 연 의료비가 1,688 USD로 OECD 평균 2,984 USD에 비해 매우 낮은 상황에서 단위 의료서비스의 가격이 높아 이를 보장하기 어려운 상태라고 보기 어렵다. 그러나 1997년부터 2007년사이 한국의 1인당 의료비의 연간 증가율은 8.7%로 OECD국가 중 가장 빠른 속도를 보이고 있다. 이는 OECD 평균 연 증가율 4.1%에 비하면 2배가 훨씬 넘는 속도이다(OECD, 2009). 이러한 양상은 최근 건강보험 급여비의 증가양상에서도 확인된다. 지난 6년간 소비자 물가 상승률이 2-5%사이에 머물고, 월평균 가구소득 증가율 역시 1-6% 사이에 있는데 반하여 건강보험 요양급여비의 증가율은 7~17%를 보이고 있다(표 7). 특히 최근 경제침체와 관련하여 2009년 월평균 가구소득이 1.5% 증가하였는데, 이는 소비자 물가상승률인 2.8%보다 낮은 수치이다. 이렇게 월평균 가구소득 증가율이 낮음에도 불구하고 2009년 건강보험 요양급여비의 증가는 12.7%를 기록하였다. 2009년 건강보험재정이 당기수지가 적자로 전환되었고 누적 적자액도 2조원을 넘어섰다. 이에 더하여 이명박정부 출범이후 보건복지예산의 증가 둔화와 삭감에 대해 시민사회단체들의 비난이 이어지고 있다(참여연대, 2009). 요약하면, 빠른 의료비의 증가, 건강보험재정의 적자누적 그림에도 불구하고 OECD 평균에 크게 못미치는 낮은 공공재원 비율, 그리고 경제위기기 빈곤층의 증가에도 불구하고 충분히 확대되지 못하거나 오히려 일부 사업에서 삭감이 이루어지고 있는 보건복지예산은 현재 의료보장 사각지대가 발생하는 중요한 요인으로 작용하고 있다.

[표 7] 연도별 건강보험 요양급여비 증가율, 소비자 물가 상승률, 월평균 가구소득 증가율

연도		2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
건강 보험*	요양급여비 (억원)	160,989	180,147	211,367	239,419	258,073	290,924
	전년대비 증가율(%)	-	11.9	17.3	13.3	7.8	12.7
소비자물가 상승률(**)		3.6	2.8	2.2	2.5	4.7	2.8

월평균 가구소득 증가율(%)***	6.0	3.9	5.0	5.1	6.1	1.5
-----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

* 건강보험심사평가원, 2010

** 통계청 2010

*** 2009 한국의 사회지표

(2) 관리적 요인

재정적인 요인 못지않게 관리적 요인들이 의료보장의 사각지대를 만드는데 기여하고 있다. 한국의 의료보장제도는 사회보험인 건강보험과 사회부조인 의료급여가 2층 구조를 이루고 있다. 이러한 2층 구조는 필연적으로 두 제도간의 경계를 만든다. 여기에 해당하는 이들이 이른바 차상위 계층과 빈곤으로 인한 건강보험료 체납자들이다. 건강보험은 이들 보험료 기여금의 규모는 작은 반면 지출은 기여금의 규모를 넘어서는 이 집단을 적극적으로 건강보험에서 끌어안기보다는 그대로 놔두거나 의료급여제도가 해결해 주기를 기대한다. 반면 의료급여제도는 이들을 의료급여제도 안으로 흡수할 경우, 급격한 의료급여재정의 증가라는 압박을 받게되어 이 문제에 대해 소극적인 태도를 가진다. 결국 이렇게 설계된 두 제도 사이에 낀 이들에 대해 서로 상대에게 책임을 미루게 되어 결국 의료사각지대에 놓이게 되는 것이다. 실제로 2004년부터 차상위 대상자 중 일부를 의료급여대상자에 포함시켰었으나, 2008년부터 차상위 의료급여 1종 수급자인 희귀난치성질환자, 2009년부터는 2종 수급자인 만성질환자, 18세미만 아동이 ‘본인부담 특례대상’으로 다시 건강보험체계 내에서 관리되기 시작했다.

의료급여제도의 관리운영 주체는 기본적인 지침을 결정하고 재정의 일부를 지원하는 중앙정부, 대상자 선정과 재원의 일부를 책임지는 지방자치단체, 이들로부터 의료급여에 관한 업무 중 일부(진료비 지급)를 위탁받아 수행하는 국민건강보험공단, 진료비의 적정성을 심사하는 건강보험심사평가원이다. 이렇게 복잡한 운영방식은 각 주체가 책임이 중복되거나 서로 미루게 되는 문제, 유기적인 연계가 이루어지지 않는 문제를 야기한다. 더욱이 빈곤한 지역일 수록 의료급여대상자가 많아 오히려 더 많은 부담을 해야 하는 모순이 존재한다.⁹⁾ 따라서 상대적으로 재정능력이 취약한 지방자치단체는

⁹⁾ 재정자립도가 69.6%에 달하는 울산은 의료급여수급자수가 전체 주민대비 1.7%에 불과한 반면, 재정자립도가 21.1%에 불과한 전라남도도 전체 주민의 7.7%가 의료급여대상자이다. 이 두 지역의 의료급여분담금 비율은 20%로 동일하다.

대상자 선정을 기피할 충분한 유인이 발생한다. 국민건강보험공단 역시 급여비를 지급하는 역할을 하지만 적정 서비스 여부를 점검하고 의료기관에 대한 평가기능은 건강심사평가원이 가짐으로써 의료급여 진료비의 적절한 사용을 유도하는 역할을 수행할 권한과 동기를 가지지 못하고 있다.

또한 2007년 사회부조의 정신을 훼손하는 차별적 정책이라는 이유로 100개에 가까운 빈민·인권·시민·노동 단체들이 반대성명을 내고 국가인권위원회가 건강권, 의료권 및 생존권 등의 침해 우려가 있으며, 일반건강보험 적용 대상자 등과 비교할 때 불합리한 차별적 소지가 존재한다는 등의 의견을 냈으나 정부는 1종 수급권자에 대한 외래본인부담금의 부과, 선택병의원제, 자격관리시스템의 도입 등 정책을 강행했다. 이 정책의 시행 이후 정부는 2,400억의 절감효과를 거두었다고 발표했으나(매일경제, 2008) 시민사회단체는 이러한 의료비의 감소는 의료급여대상자가 의료서비스가 필요함에도 불구하고 복잡한 제도, 위압적 행정에 따른 위축, 건강생활유지비 지출을 하지 않으려고 참기 때문에 발생한 것이라고 주장하고 있다. 또한 2009년 12월 31일 보건복지가족부는 국민기초생활보장법시행령 제7조 제2항 및 의료급여법시행령 제3조 제2항 제1호가목 (4)에 따라 치료 또는 요양이 필요한 자에 대한 근로능력 판정 업무처리를 위한 「근로능력평가의 기준 등에 관한 규정」(이하 규정)을 새로이 고시하였다.¹⁰⁾ 지금까지는 의료기관의 진단서만 있으면 기초생활수급자 가운데 ‘질병·부상으로 인해 근로능력이 없는 자’로 지원을 받을 수 있었지만 2010년부터는 여기에 공무원의 활동능력 평가를 추가하여 ‘의학적 평가’와 ‘활동능력 평가’의 2단계 평가를 거치도록 하고 있다. 이러한 제도변화에 대해 시민사회단체들은 규정의 내용에 ‘외모가 혐오스러운지’, ‘산만한지’, ‘자포자기 하는지’ 등의 주관적이고 인권침해의 소지가 높은 항목을 기준에 포함시켜 판정의 신뢰도를 제고하기는커녕, 빈곤층에 대한 사회적 편견과 낙인을 조장하는 부정적 효과를 내포하고 있고, 장애인에 대한 차별을 노골화하는 등 근로능력을 둘러싼 사회적 인식을 퇴행시킬 여지가 농후하다는 이유로 반대하고 있다(참여연대, 2010). 국가인권위원회에서도 이러한 조치가 인권침해의 소지가 있다는 이유로 개선권고를 하였다(국가인권위원회, 2010).¹¹⁾ 이러한 대상자 기준의 엄격함과 낙인적 요소는 관련제

¹⁰⁾ 보건복지가족부령 제2009-243호

¹¹⁾ 이후 정부는 일부 표현을 바꾸었으나 시민사회단체들은 여전히 같은 문제를 내포하고 있어 폐기를 요구하고 있다(참여연대, 2010).

도에 대한 일반 국민의 부정적인 이미지를 강화하고 의료급여 수급대상자가 제도에 접근하는 것을 어렵게 만들어 결국 의료보장의 사각지대를 넓게 만드는데 기여한다.

이 외에도 최근까지 지방자치단체는 비닐하우스, 철거대상 건물과 같은 곳에 거주하는 주민들에게 주민등록전입신고를 받지 않아왔다. 주민등록이 안된다는 것은 건강보험, 기초생활보장 급여, 의료급여 등 정부가 제공하는 많은 복지혜택을 받지 못함을 의미한다.¹²⁾ 또한 긴급지원사업 역시 지원기준의 모호성과 책임소재의 불분명 등으로 인해 사업초기 각 지방자치단체 관련예산의 90%가 주인을 찾지 못해 사용하지 못하였고 이러한 양상은 현재까지 지속되고 있다(신영전, 2009). 아울러 한국 의료서비스의 전달체계가 전적으로 사유화된 공급구조를 가짐으로써 공공성을 지향하기 보다는 영리를 지향하고, 비영리 의료기관이 공공성을 유지하도록 하는 관리능력을 확보하지 못하고 있으며 그나마 병상기준 15%미만에 불과한 공공의료기관 역시 양적으로나 질적으로 충분한 공적 역할을 수행하지 못하는 것 역시 의료보장의 사각지대를 발생시키는 원인이라고 할 수 있다.

(3) 정치적 요인

모든 정책은 윤리적 입장에 기반을 둔다. 의료보장을 포함한 사회보장제도의 윤리적 기반은 사회적 연대와 정의에 기반한다. 다양한 사회보장제도 출현의 기반이 되었던 비버리지 리 보고서(1942)가 그러한 성격을 잘 보여준다.¹³⁾ 이러한 접근과 비교되는 것이 개인의 자유와 책임, 그리고 최소 정부를 옹호하는 ‘보수적 자유주의’¹⁴⁾이다. 한국 의료보장 정책의 윤리적 기반이 어떤 역사적 경로를 거쳐왔는지에 대한 논의는 거의 이루어지지 못하고 있다. 특히 1990년대말 IMF 경제위기와 국민의 정부와 이에 이은 참여정부의 복지정책의 성격에 대해서는 다양한 논란이 이루어지고 있다. 국민의 정부는 이른바 ‘생산적 복지’노선을 표방하였다. ‘생산적 복지’에서는 일할 수 없는 이들에 대해 최저생계수준을 보장하고, 다른 모든 이들에게는 그들의 잠재력을 개발하여 노동에 참여를

12) 공익변호사그룹 공감, 민변 공익소송위원회, 비닐하우스주민연합, 참여연대 사회복지위원회 등은 ‘비닐하우스촌 주소찾기’ 소송을 진행하였고 2008년 4월 23일 원고승소판결이 이루어졌다. 따라서 이 문제는 일정정도 개선이 이루어질 것으로 보인다.

13) 정식명칭은 <사회보험 및 관련서비스(Social Insurance and Allied Services, Reported by William Beveridge).

14) ‘보수적 자유주의’라 평등주의적 자유주의(egalitarian liberalism)과 구분하기 위한 표현이다. 대표적으로 ‘자유 의지주의(libertarianism)’가 여기에 해당한다.

가능하게 하며, 보다 나은 삶을 누리도록 하는 것을 강조했다(Chung, 2001). ‘생산적 복지’의 성격에 대해서 ‘신자유주의’, ‘일-복지(workfare)’, ‘제3의길’, ‘신자유주의 요소가 결합된 국가개입의 확대’, ‘보수주의적 복지제도’에 이르기까지 매우 다양한 주장이 제기되고 있으며, 그 성과에 대한 해석도 그 대상영역이나 평가기준에 따라 다양하다(김연명 등, 2002; 남구현, 2001). 그러나 여러 가지 논란에도 불구하고, 김대중 정부는 이전 정권들에 비해 서민들의 정치적 지지를 기반으로 했으며, 따라서 기존의 정권보다 친복지적 태도와 정책적으로는 국민기초생활보장법을 제정하는 등의 정책을 추진하였다. 참여정부 역시 그 정책의 성격에 대한 논란에도 불구하고 이러한 정책적 지향을 공유했다. 홍경준은 외환위기 10년간 한국 사회복지의 발전은 인상적이었으며 특별히 취약계층 위주의 잔여적인 사회서비스를 노인과 장애인을 중심으로 한 보편적 서비스로 확충하려는 노력이 전개되었다고 평가하고 있다(홍경준, 2009). 한편 국민의 정부와 참여정부 10년이후 정권교체를 통해 등장한 이명박정부는 정치적으로 보수층의 지지에 기반하고 있다. 최근 ‘서민정책’을 중요한 정책기조로 선언하고 있으나 소속정당인 한나라당의 이념적 기반과 소위 ‘부자감세’정책은 이명박 정부의 정치이념의 기반을 잘 대변한다. 오래된 구분에 따라 복지이념의 모형을 잔여주의적 접근과 보편주의적 접근으로 구분하였을 때 이명박정부가 지향하는 모형은 전자에 가깝다. 정치적으로 보수적이고 잔여주의적 복지관에 기초한 정부가 의료보장에 대해 취하는 기본적인 입장은 건강영역의 재정적 위험을 정부나 국민전체의 공동부담에게 돌리기 보다는 일차적으로 개인에게 돌리며, 이러한 책임을 질 수 없는 최소한의 사람들에 국한해서 집중적인 지원을 하는 것이다. 최근 정부는 민간보험부문의 활성화, 영리병원의 도입 등의 추진을 통해 기존 공보험과 비영리병원 중심의 의료보장 및 제공체계를 국가의 부를 늘리는 친시장적 산업 체계로 전환하려 시도하고 있다. 특별히 민간의료보험의 활성화는 미국의 예에서 잘 볼 수 있듯이 공보험의 위축에 따라 의료보장체계를 약화시키고, 구매력이 없는 이들이 민간보험에서 배제되는 양상으로 이어질 가능성이 크다. 그렇지만 이명박 정부 복지정책 기조의 또하나의 축이라 할 수 있는 의료급여 대상자의 확대나 보장성 향상과 같은 잔여적 정책의 적극 추진은 가시화되지 않고 있다. 이러한 정책적 기조를 지속할 경우, 의료보장의 사각지대를 확대시킬 가능성이 매우 크다.¹⁵⁾

¹⁵⁾ 이명박대통령의 대선 공약에는 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험 등 4대 사회보험의 사각지대에 대한

3. 정책과제

1) 견고한 사회안전망의 구축

건강이 소득, 고용 등 사회 결정인자에 의해 영향을 받고 경제위기는 이 사회 결정인자에 영향을 미치는 까닭에 경제위기가 국민의 건강을 보장하기 위해서는 이러한 견고한 사회안전망의 구축이 전제되어야 한다. 여기서 ‘사회안전망’이란 실업, 질병, 노령, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치를 말한다. 사회안전망의 구체적인 대상, 범위와 내용에 대해서는 다양한 의견이 존재하나, 광의의 개념을 적용할 때, 통상적으로 1차 사회안전망으로 사회보험을, 2차 사회안전망으로 공공부조와 사회복지서비스를, 3차 안전망으로 위기상황에 대한 긴급지원 및 구호제도로 구분 한다.

사회 안전망이 그 기능을 제대로 수행하기 위해서는 1) 효율성에 대한 투명성과 책임성, 2) 수혜대상자의 적절성, 3) 예산의 안정성, 4) 다른 제도들과의 보충성, 5) 모니터링과 평가체계를 갖추어야 한다(김윤권, 2006). 김미곤(2009)은 경제위기가 사회안전망 구축의 기본방향으로 첫째, 사회적 일자리 확충(복구형)과 일자리나누기(대륙형), 둘째, 보육, 교육, 주거, 의료 분야의 비용을 낮추는 저비용 사회로의 전환, 셋째, 사회안전망의 확충을 제안하고 있다. 아울러 사회안전망 구축의 방향으로 첫째, 체계적, 포괄적, 예방적일 것, 둘째, 사회복지 제도간의 연계성과 사회복지와 노동시장 간의 선순환이 제고될 것, 셋째, 전달체계 개선을 통한 사회복지 제도의 효율성과 효과성이 제고될 것, 마지막으로 위기 단계별로 대응할 것을 제안하고 있다. 특별히 경제위기에 특히 취약한 60세 이상 가구주 가구, 여성 가구주 가구, 저학력 가구주 가구의 보호에 추가적인 노력이 필요하다(박찬용 등, 1999).

대책마련, 의료급여 수혜범위를 차상위 계층까지 확대, 중증 질환에 대한 보장성 강화, 진료비 상한제에 비급여 항목까지 점차적으로 확대, 희귀난치성 질환에 대한 의료보험적용 확대 등과 같은 정책이 포함되어 있다.

2) 경제위기기 의료보장 사각지대에 대한 정책적 대응방안: 의료보장체계의 재구성

경제위기기에 의료보장 사각지대 문제에 대응하는 가장 이상적인 방식은 기존 의료보장체계가 가지고 있는 한계들을 개선하고 제도의 보장범위를 넓히고 보장수준을 높임으로써 의료보장체계를 공고히 하는 것이다. 하지만 경제위기기는 이를 위해 필요한 재원을 확보하기가 더욱 어려운 시기이기도 하다. 이러한 상황에서 취할 수 있는 정책적 대응은 경제위기 시기에 의료보장체계의 유지를 위한 재원을 느리거나 감소를 최소화하고, (의료보장정책의 하부 정책뿐만 아니라) 관련 사회정책간의 유기적인 연계, 합리적 운영을 통해 제도의 효율성을 극대화하는 것이다. 또한 이를 위해서는 이러한 정책을 뒷받침할 윤리적 입장, 정치적 리더십, 지지세력, 적절한 정책적 수단과 재원, 관리능력을 필요로 한다. 특별히 앞서 언급한 재정적, 관리적, 정치적 요인과 관련하여 경제위기기 의료보장 사각지대 문제에 적절히 대응하기 위한 의료보장체계가 필요하다.

구체적으로 그간 의료안전망은 ‘질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’ 또는 의료급여제도나 의료비지원사업 등 매우 좁은 의미로 사용되는 경향이 있어왔다. 그러나 이러한 접근은 첫째, 그 대상을 ‘의료욕구로 인해 곤궁해 처한 개인 또는 가구’ 또는 ‘의료보장 미가입자나 보장수준이 낮은 이들’로 국한하는 경우가 대부분이기 때문에 전 국민 차원에서는 별다른 영향력을 가지지 못한다. 둘째, 건강의 보호증진, 질병과 장애의 예방, 그리고 이미 만성적 장애가 발생한 이들에 대한 재활과 사회복귀 등에 대한 개념을 포함하고 있지 못하다. 셋째, 정부에 의해 제공되는 정책이나 서비스로 그 내용을 제한하고 있는 경우가 많고, 민간이 제공하거나 민-관 파트너십에 의해 제공하는 의료안전망에 대한 개념을 포괄하고 있지 못하다. 넷째, 지침제시와 예산집행이 정부 역할의 전부인 경우가 많다. 즉, 정책의 운영에 시민사회나 당사자들이 참여하는 구조가 극히 제한적으로만 이루어지고 있거나 전무한 경우가 많다. 아울러 사업의 효과를 지속적으로 모니터링하고 평가하는 장치가 없는 경우가 대부분이다. 마지막으로, 실제 정책에서 소득, 고용, 교육, 주거와 같은 핵심적인 사회안전망과 상호 효과적인 연계 구조를 만들어 내지 못하고 있다. 따라서 의료사각지대 문제에 적절히 대응하기 위해서는 의료보장체계의 실효성을 높이기 위해 그간의 한계를 넘어

서는 개념과 내용의 재구성이 필요하다. 구체적으로 의료보장체계에 예방과 건강증진, 재활과 사회복지 영역을 추가하고, 여전히 의료사각지대에 있는 사람들을 주요 정책대상에 포함시키며, 민간부문을 통한 자원조달과 서비스 제공 역시 그 틀 안에 포함시킬 필요가 있다. 시민사회와 당사자가 참여하는 운영체계를 구축하고 사업을 지속적으로 모니터링 하는 장치도 만들어야 한다. 그리고 소득, 주거, 교육, 문화부문의 사회안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 설계, 운영되어야 한다(신영전, 2009). 이를 위한 구체적인 정책과제는 다음과 같다.

정치 의제화

현재 우리나라 의료보장체계의 문제점을 대폭 개선하기 위해서는 이를 정치 의제화하는 것이 필요하다. 또한 상당한 규모의 재정과 제도의 개편이 필요하며, 이는 국민의 동의와 정치적 리더십이 필요하다. Kingdon(Kingdon)은 한 나라에서 큰 정책변화가 일어나기 위해서는 다음과 같은 3가지 조건이 동시에 존재하여야 한다고 하였는데 첫째, 정책이 수가 광범위한 대중적 인지 및 지지와 함께, 최우선 국가 정책의제로 대두되어야 하고, 둘째, 당시 정치적 상황이 그러한 중대한 정책을 받아들일만한 상황이어야 하며, 셋째, 변화를 위한 계획이 존재하는 문제들에 대한 현실적 해결책을 제공하는 유용 가능한 것이어야 한다는 것이다(Kingdon, 1984). 그런점에서 최근 경제위기의 장기화는 역설적으로 이러한 정치 의제화에 도움이 되는 상황이다. 아울러 현재 의료보장체계의 문제점과 이로 인한 국민들의 어려움에 대한 체계적인 조사와 분석이 선행되고, 이러한 문제의 원인과 구체적인 정책대안의 개발이 필요하며, 이를 적극적으로 국민과 정치권에 알리고 설득하는 작업을 진행하여야 한다.

국민건강보험의 획기적 보장성 강화와 제도간 통합

건강보험은 질병의 위험으로부터 국민을 보호하는 ‘1차 저지선’이다. 국민건강보험이 그 안전망으로서의 구축을 완벽히 해낸다면 이론적으로는 더 이상의 안전망은 필요 없게 된다. 국민건강보험이 이러한 역할을 수행하는데 있어 현재의 핵심적인 문제점은 앞서 기술한 바와 같이 낮은 보장수준 그리고 보험료체불로 인한 자격정지문제이다. 현재

50-60%대에 머물러 있는 보장수준을 단기간 내에 획기적으로 올리는 작업은 막대한 재원을 필요로 하는 일이다. 그러나 견고한 의료보장체계의 구축에서 건강보험 보장성의 획기적 강화는 필수적 요소이다(신영전, 2009). 이진석은 국민 1인당 월평균 자가 부담금을 올리고 국고지원을 높일 경우, 일시에 건강보험의 보장률을 90%까지 높일 수 있다고 주장한다(이진석, 2009). 또한 건강보험과 의료급여제도의 2층 구조에 따라 중간에 사각지대가 발생하는 구조적 문제를 근원적으로 해결하기 위해서는 이 두 가지 제도를 통합하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 이 두 가지 제도를 통일하여 운영하는 나라가 대만인데, 취약계층에 대한 의료공급체계가 의료보장체계와 거의 유사하며, 행정 효율을 높이고 저소득층에 대한 낙인을 줄이기 위해서 통합 의료보장체계를 구축하였다.¹⁶⁾

공공보건의료의 양적 확대와 질적 강화

사회서비스의 형태로 제공되는 양질의 충분한 공공보건의료서비스는 의료보장체계의 핵심적 요소이다. 의료보장체계에서 공공보건의료서비스의 양적, 질적 강화는 특별히 중요하다. 왜냐하면 유럽과 같이 의료보장체계가 발달한 나라들의 경험에서 볼 수 있듯이 사회서비스의 형태로 보건의료서비스를 주로 공공보건의료체계가 제공하기 때문이다. 영국과 북유럽의 국가들 대부분이 국영의료체계를 기반으로 하고 있으며 상대적으로 낮은 국내 총생산대비 의료비수준을 보이고 있다. 반면 미국의 경우 국민 1인당 의료비는 구매력을 보정하고도 한국의 4.3배에 이른다.¹⁷⁾ 이렇게 의료비가 비싸지면 그것을 보장하기 위해 들어가는 비용도 함께 증가한다. 미국이 전국민의료보험을 시행하지 못했던 데에는 많은 정치, 경제적 이유가 존재하지만 그 중 하나는 전국민의료보험을 시행하기 위해서는 너무나 큰 재원이 필요하기 때문이다. 영리병원과 비영리병원의 성과에 대한 기존연구들의 통합적 고찰에서 영리병원은 비영리병원에 비해 질, 접근도, 경제적 효율성, 자산 영역 모두에서 낮은 성적을 보였으며(Rosenau 등, 2003), 35만명의 환

¹⁶⁾ 대만이 저소득층을 위한 의료보험을 전체 보험에 통합시킨 이유에 대해 양명진은 첫째, 이미 저소득층에 대한 의료보장이 사회보험과 같은 방식으로 존재하고 있었고, 둘째, 두 체계를 하나로 통합함으로써 행정적인 효율을 높일 수 있고, 셋째, 저소득층에 대한 낙인을 줄이기 위해서는 이를 건강보험에 통합시키는 것이 좋다고 판단하였기 때문이라고 하였다(신영전 등, 2006).

¹⁷⁾ 한국의 1인당 의료비는 1,688 USD인데 비해 미국은 7,290 USD에 달한다(OECD, 2009).

자, 8개 관찰연구의 메타분석결과에서도 영리민간병원의 진료비가 비영리 민간병원의 진료비보다 유의하게 높은 것으로 나타났다(Devereaux 등, 2004). 이런 점에서 최근 이명박 정부가 추진하고 있는 영리병원 허용, 민간의료보험 활성화 등 ‘의료민영화’ 정책은 의료비의 증가를 야기할 가능성이 크다. 또한 견고한 의료보장체계의 확보를 위해 충분한 규모의 공공보건의료 공급체계가 필요함과 동시에 양질의 서비스수준을 유지하기에 ‘충분한’ 재정적 지원이 이루어져야 한다.

국가적 질병예방 및 건강증진 정책 강화

비용-효과적인 공공보건의료체계를 가졌다하더라도 질병을 앓는 국민들이 많으면 그로 인한 지출을 감당할 수 없다. 따라서 국민들을 아프지 않게 하는 노력이 매우 중요하다. 건강에 취약한 사람들의 건강수준을 높여주는 것은 그들이 아파서 사용하게 될 의료비를 줄이는 기능을 한다. 또한 이들이 건강해져서 생산 활동에 참여하게 될 경우, 진료비를 줄이는 역할뿐만 아니라 노동생산성을 높이고 의존비를 낮춤으로써 국가의 부를 창출하는데 기여하게 된다(Ruger 등, 2001). 많은 선진국들은 이를 위해 이른바 ‘사회투자’적 공공정책을 시행하고 있다. 이것은 의료비에 지출하는 국가의 부담을 줄여 보장수준을 높게 유지할 수 있는 매우 중요한 요인이 된다. 더욱 중요한 것은 빈곤한 계층일수록 매일 매일의 육체노동을 통해 생계를 유지하는 경우가 많아 질병은 곧바로 빈곤으로 이어진다는 점에서 예방과 건강증진은 더욱 중요한 문제이다. 따라서 국가는 기존의 치료중심 정책에서 질병예방과 건강증진 정책으로 전환하여 국가와 개인의 질병으로 인한 부담을 획기적으로 낮추는 전략을 강력하고 구체적으로 전개해나갈 필요가 있다. 궁극적으로 이것이 진정한 ‘1차 의료안전망’이 되어야 한다(신영진, 2009).

부문간 협력과 중층적 건강 정책의 수립 시행

사업의 분절성과 부문 간 협력의 어려움은 현재 우리나라 의료보장체계의 역할을 제한하는 핵심적인 문제이다. 이러한 분절성을 극복하는 것은 많은 국가들이 공통된 숙원과 제이기도 하다. 의료보장체계가 제대로 작동하기 위해서는 다양한 부문 간 협력이 필수적이다. 여기에는 공공부문간 협력 뿐만 아니라 민간영역의 참여와 협력도 중요하다(신

현용, 2009b). 또한 중앙정부, 시도, 시군구간의 중층적 협력이 함께 이루어져야 한다. 특별히 최근 캐나다의 연구기관은 여러 국가와 지역들의 부문 간 협력경험에 대한 연구 결과에서 부문 간 협력은 매우 어려운 일이지만 성공적인 성과를 만들어낸 많은 사례들이 존재한다고 보고하였다. 이 과정에서 지속적인 대화통로를 확보하여 권한을 분담하며 협력을 이끄는 공신력 있는 조직을 만들어 내는 것이 중요함을 강조하였다(PHAC 등, 2008). 구체적으로 우리나라 의료안전망이 소득, 주거, 교육, 문화와 같은 사회안전망과 유기적인 결합을 이루어내고 중앙정부와 지방자치정부와 긴밀한 협력관계를 유지하며, 민간부문의 활동과도 결합하여 효과적으로 사업을 조율하여 진행하기 위해서는 사업의 통합조정이 가능하도록 하는 조직이 필요한데, 중앙정부수준에서는 참여정부에서 시도하였던 ‘사회문화정책 장관회의’¹⁸⁾를 상시화 하거나 국무총리실산하에 시민사회와 당사자가 참여하는 사회안전망의 조정기구를 설치하고, 시도와 시군구에서도 영국 맨체스터 시가 운영하는 건강협동과(Joint Health Unit)¹⁹⁾처럼 시도지사 및 시장, 군수,구청장 직속 하의 통합조정기관을 두어 운영할 필요가 있다. 경제침체와 같은 위기일수록 이러한 다양한 이해관계자와 관련 부처간의 협력적 작업은 매우 중요하다.

취약계층에 효과적인 보건의료 서비스의 제공

보편 주의적 접근을 근간으로 하는 의료보장체계라 하더라도 보다 적극적이고 전문적인 지원을 필요로 하는 빈곤층, 신체 및 정신장애인, 만성질환자, 이주노동자, 노인 등이 존재하고 이들은 이들의 특성에 맞는 접근이 필요하다. 현재까지 많은 경험을 요약하면, 취약계층의 질병예방, 치료, 재활 및 건강증진에 효과적인 방법으로 제안되고 있는 것은 첫째, 취약계층의 상황을 모니터링할 수 있는 보다 민감한 모니터링 지표를 개발하고 활용하여야 한다. 둘째, 개인수준뿐만 아니라 지역적, 집단적 접근을 통해 사업을 진행하며, 셋째, 전 생애에 걸친 개입이 필요하다. 넷째, 인류학적 접근방식과 같이 이들의 문화에 부합하는 보다 전문적인 접근이 필요하며, 다섯째, 부문 간 협력과 네트워크

¹⁸⁾ 2004년 9월 16일 참여정부는 행정부 장관이 주재하던 기존의 '사회관계장관회의'를 '사회문화정책 관계장관회의'로 대통령 훈령을 개정한 이후 처음 회의를 개최하여 운영을 시작하였다.

¹⁹⁾ 영국 맨체스터시 정부 조직의 하나로 건강증진과 건강불평등 해소를 위한 전략적 기획과 파트너십에 초점을 둔 조직이다. 예산은 맨체스터시와 맨체스터 일차 케어 트러스트(PCT)가 공동출자하고 있다. <Smoking Free Manchester>, <Food Feature>, <Valuing Older People> 등 다양한 사업을 진행하고 있다.

를 구축하고 활용하라는 것이다. 여섯째, 궁극적으로는 사업의 기획, 시행 평가에 취약 계층을 참여시키고, 마지막으로 최종적인 목표로 이들의 역량강화를 이루어내야 한다. 구체적으로 이를 위해서 건강공공정책(healthy public policy)²⁰⁾, 건강친화정책(health in all policy)²¹⁾, 건강영향평가(health impact assessment)²²⁾, 지역단위 사업, 건강도시사업, 관련 전문보건의료인력의 양성, 자조 및 옹호집단의 육성, 건강형평을 중요목표로 설정한 평가체계 등을 갖출 것을 권고하고 있다(신영전 등, 2009b).

4. 소결

의료보장 사각지대 해소와 보장성을 높이기 위한 노력은 국민의 안녕을 위해 매우 중요한 과제이다. 더욱이 경제위기에 이 문제에 적극적으로 대처하여야 한다. 그럼에도 불구하고 현재 한국사회에서 사각지대의 현황을 파악하고 이에 대처하려는 노력은 극히 제한적으로만 관찰되고 있다. 사각지대 문제에 적극적으로 대처하는 과정은 본질적으로 정치적 과정이다. 따라서 견고한 의료보장체계 구축의 성공은 무한 경쟁과 시장담론을 넘어서는 사회연대의 가치에 대한 담론의 확산, 정치적 리더십, 국민의 지지를 얻을 수 있는 실효성 있는 정책수단의 확보, 안정적인 재원의 마련, 의료보장체계 구축을 위해 헌신하는 정책수립자, 관련 일선 전문가, 시민사회의 역량과 노력에 달려있다. 아울러 견고한 의료보장체계는 개인이나 가구수준에서 뿐만 아니라 국가 수준에서 경제 위기를 극복하는 중요한 기반을 제공할 것이다.

20) 건강의 보호 증진과 관련한 통합된 사회정책을 말한다.

21) 모든 사회정책에 국민의 건강증진 개념을 포함시키는 것을 말한다.

22) 모든 사회정책, 사업의 추진 전에 주민이 참여하여 그 정책이 건강에 미치는 영향을 평가하는 것을 말한다.

■ 참고문헌 □

- 국가인권위원회, 2010, 『근로능력평가의 기준 등에 관한 규정 중 활동능력 평가기준에 대한 권고』(2010. 1. 28.).
- _____, 2008, 『의료급여통계연보』 .
- 국민건강보험공단, 2006, 『2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사』 .
- 김미곤, 2009, "경제위기에 따른 사회안전망 구축 기본방향", 『보건복지포럼』 2009 2월호: pp.5-11.
- 김수현·이현주·손병돈, 2009, 『한국의 가난』, 한울.
- 김연명 편, 2002, 『한국 복지국가 성격논쟁 I』, 인간과 복지.
- 김연희·조영아·유시은, 2009, "장기 정책 새터민의 빈곤특성 연구", 『한국사회복지학』61(1): pp.195-218.
- 김윤권, 2006, "Institutional Design for the Social Safety Net", 『한국보건행정학회 동계학술대회 발표논문집』, pp.563-577.
- 김창엽, 2009, 『건강보장의 이론』, 한울아카데미.
- 기획재정부, 2009, 『민생안정 긴급지원 대책』(2009.3.12).
- 남구현, 2001, 『노동자운동과 사회정책』, 현장에서 미래를.
- 남기철, 2007, 『노숙인과 사회복지실천』, 한국학술정보.
- 리서치알앤에이, 2007, 『쪽방, 비닐하우스촌 주거실태조사 보고서』(2007. 5.).
- 매일경제, 2008, "의료급여제도 개편으로 2400억원 절감"(2008.4.28.).
- 박찬용·김진욱·김태환, 1999, 『경제위기에 따른 빈곤수준 및 소득불평등 변화와 정책방향』, 한국보건사회연구원.
- 복지뉴스, 2006, "SOS 저소득층! 위한 긴급복지지원제도를 진단하다", 2006년 7월호.
- 설동훈·홍승권·고현웅·김인태, 2005, 『외국인노동자 보건의료실태 조사연구』, 국제보건의료발전재단.
- 박찬용·김진욱·김태환, 1999, 『경제위기에 따른 빈곤수준 및 소득불평등 변화와 정책방향』, 한국보건사회연구원.
- 손수인, 2009, "저소득층의 과부담의료비 지출에 영향을 미치는 요인", 서울대학교 보건대학원 석사논문.
- 신영석·최병호·신현웅·황도경·윤석준, 2005, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』.
- 신영석·신현웅·황도경·김호임·김진수, 2006, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 서울, 한국보건사회연구원.
- 신영전·유원섭, 2006, 『의료급여 재정 효율화 및 중장기 제도개선 방안』, 보건복지부.

- _____, 2009, “‘의료민영화’정책과 이에 대한 사회적 대응이 한국보건의료체계에 가지는 역사적 함의”, 『비관과 대안을 위한 건강정책학회 창립학술대회 자료집』.
- 신영전 · 손영인, 2009, “미 충족의료의 현황과 관련요인”, 『보건사회연구』 29권 1호, 2009; pp.111-142.
- 신영전, 2009, “의료안전망의 재구성 과 정책과제”, 보건복지포럼.
- 신영전 · 윤태호 · 김명희 등, 2990b, 『건강불평등 완화를 위한 건강증진전략 및 사업개발』, 보건복지가족부.
- 신현웅, 2009, “의료보장 사각지대 현황 및 해소방안”, 『보건복지포럼』 2009년 9월호.
- _____, 2009b, “민간 의료비 지원사업 활성화 방안”. 『정책토론회 자료집』.
- 유원섭 · 김창보 · 신현웅 · 양승욱 · 정백근, 2008, 『의료안전망기금 설치운영방안 연구』.
- 이원영 · 신영전, 2005, “도시가계의 소득계층별 과부담 의료비 실태”, 『사회보장연구』 21(2), pp.105-133.
- 이준영, 2005, “사회적 안전망으로서 건강보험의 역할”, 『건강보험포럼』4(3):pp.2-15.
- 이지혜, 2008, 『경제학자가 진단한 글로벌 경제위기와 한국경제』, 자유기업원.
- 이진석, 2009, “획기적 건강보험 보장성 확대와 의료안전망 강화를 제안한다!”, 『경제위기시대! 의료민영화, 과연 한국의료의 대안인가?』 국회토론회 자료집.
- 이현주 외, 2008, 『2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언』, 보건사회연구원.
- 장재철 · 전영재 · 전효찬 · 신창목 · 정형민 · 유정석 · 손민중 · 강민우, 2008, 『글로벌 금융위기와 한국경제』, 삼성경제연구소.
- 정형선, 2004, 『의료보장 사각지대. 국민건강보험발전을 위한 논의과제 I』, 국민건강보험발전위원회.
- _____, 2009, “경제위기 하의 의료보장정책”, 『국회 시장경제와 사회안전망포럼 공동주최 정책세미나 자료집』, 한국사회보장학회, pp.135-149.
- 주OECD대표부, 2007, 『OECD 국가의 외국인력정책 동향과 시사점』.
- 통일부, 2008, 『통일백서』.
- 참세상, 2008, <http://www.newscham.net/news/view.php?board=news&id=44908>.
- 참여연대, 2009, “서민위한 예산 대폭 삭감한 ‘친서민정부’의 2010년 복지예산(안)”, 『복지동향』 2009년 12월호.
- _____, 2010, “근로능력 판정제도 관련 정책권고 요청”(2010.1.1.)
- 한국교회봉사단, 2009, 『서울시노숙인복지시설협회, 노숙인 실태조사 발표』.
- 홍경준, 2009, “사회안전망 사각지대: 실태와 대응방안 모색”, 『2009년 한국사회정책학회 추계학술대회 자료집』 pp.82-116.
- 홍승권 · 이상윤, 2006, 『국내거주 외국인 근로자의 건강수준 평가와 체계적 관리방안』, 서울대학

교병원 건강증진사업단, 보건복지부.

- Bethune, A., 1997, "Unemployment and mortality", In: Drever F, Whitehead M, eds. 『Health inequalities』, London: Stationery Office, pp.156-167.
- Chung, K., 2001, 『Sharing Productive Welfare Experience』, Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Commission on Social Determinants of Health, 2008, 『Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health』, Geneva: World Health Organization.
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KEA, Cook DJ, et al. 2004, "Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis", *Canadian Medical Association Journal* 170(12), pp.1817-1824.
- Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health(ECDKN), 2007, *Early child development: a powerful equalizer*, Geneva: WHO.
- Grantham-McGregor SM, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B., 2007, "Development potential in the first 5 years for children in developing countries", *Lancet* 369, pp.60-70.
- Himmelstein, D.U., et al., 2007, *Medical bankruptcy in the United States*, results of a national study. *Am J Med*, 2009;122(8): pp.741-746.
- Khang Y, Lynch JW, Kaplan GA., 2005, "Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea", *Int J Epidemiol* 34, pp.1291-1301.
- Kingdon JW. Agendas, 1984, *Alternatives, and Public Policies*, Boston: Little, Brown.
- Marmot, M. G. and R. Bell, 2009, "How will the financial crisis affect health?" *BMJ* 338, pp.858-860.
- Moser K, Goldblatt P, Fox J, Jones D., 1990, "Unemployment and mortality", In: Goldblatt P, ed. *Longitudinal study: mortality and social organisation*, England and Wales, 1971-1981. London: Stationery Office, pp.81-108.
- OECD, 2009, *Health data*.
- OECD, 2009, *Health at a glance*.
- Public Health Agency of Canada and the Health Systems Knowledge Network (PHAC and HSKN), 2008, *an Analysis of 18 Country Case Studies*.
- Roberts, M. J., W. C. Hsiao, et al., 2004, *Getting Health Reform Right*, New York, Oxford.

- Rosenau PV, Linder SH., 2003, "Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provide performance in the United States", *Social Science Quarterly* 84(2), pp.219-241.
- Ruger, J. Prah, et al., 2001, *Health and the Economy*, In: M. H. Merson, R. E. Black and A. J. Mills. Sudbury, eds. International Public Health, Massachusetts, Jones and Barlett.
- van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al., 2007, "Catastrophic payments for health care in Asia", *Health Econ* 16(11):pp..1159-1184.

The Global Economic Crisis and Blind Spots of Health Security

Shin, Youngjeon*

With the recent global economic crisis posing a threat to public health, the importance of health security as a social safety net is growing. Bucking the trend, more than 8% of South Koreans are currently excluded from its health-security scheme due to financial, managerial, and political factors, and even the level of health security coverage remains a mere 60%. Moreover, medical-bill assistance and emergency aid projects fail to offer sufficient solutions to the blind spots of health security due to the complicated and segmented assistance provided, managerial issues, and the low level of coverage. As a result, the number of households in South Korea that spends more than 10% of what they can afford to pay on their medical-bills accounts for a remarkable 10-15% of the total number of households, and the South Korean adults' medical insufficiency represents 3-10%. These blind spots of health security pose a bigger threat to the nation under an economic crisis.

For short-term measures to address the blind spots of health security under an economic crisis, prompt action is necessary, with the parts working in coordination and with the help of stern arbitration regimes in such problematic areas as the existing medical insurance, healthcare bills, the different standards between medical-bill assistance and emergency aid projects, administrative confusion, and the untimely decision-making process. As for mid- to longer-term measures, the existing health safety net should be restructured. The treatment-centered health safety net should be transformed into the concept of prevention and health enhancement, with the addition of rehabilitation and rejoining the society. Furthermore, the inclusion of those who have

* Associate professor, The College of Medicine, Hanyang University(yshin@hanyang.ac.kr)

been left in the blind spots of the health-security system among the beneficiaries of the major relevant policies is necessary, along with the inclusion of resource procurement and service delivery through the private sector in the said framework. In addition, a mechanism that establishes an operating system where the civil society and the concerned parties can participate in, and that monitors projects in a consistent manner, is required. It should be designed and managed in such a way that it will be in good coordination with the social safety net in the areas of income, housing, education, and culture. In addition, the settlement of the blind spots of the health-security system should be made a matter for political discussion, and consideration must be given to the stark reinforcement of security for the public healthcare system and to the integration of the systems. Moreover, the quantitative expansion and qualitative enhancement of the public health system should be sought through the development and implementation of projects that target the extension of assistance to the underprivileged. In an economic crisis, a series of policies that trigger a rise in medical bills should be sublated while preferentially putting much effort in securing a high quality of reasonable medical-service delivery systems based on publicity to maintain the effectiveness of such safety net.

The settlement of the issues regarding the blind spots of the health-security system with enhanced security assumes the nature of a political process. Accordingly, the successful establishment of a firm health safety net lies in the following factors: the expansion of the discussion on the value of social solidarity, which surpasses unlimited competition and market discussion political leaderships securing effective political means with the public support stable resources policymakers dedicated to the establishment of a medical safety net related working experts on the frontline and the relevant capabilities and efforts of the civil society. A firm health safety net will serve as a critical base in overcoming an economic crisis.

key words: economic crisis, health security, health safety net

◆ 2010.3.11. 접수 / 2010.3.25. 1차수정 / 2010.4.9. 게재확정