

저소득층 의료이용에 대한 관용과 배려

박윤형

보건행정학회지 편집인, 순천향대학교 의과대학 예방의학교실

Social Tolerance for the Health Care Cost of the Low Income Population

Yoon Hyung Park

Editor-in-Chief, Health Policy and Management, Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

무상급식에 이어 복지재정 누수가 주요이슈가 되고 있다. 정부에서는 복지재정 누수를 막으면 약 10조 원을 절약할 수 있으며 이와 관련하여 내년 예산을 제로베이스에서 검토하겠다고 발표하였다. 의료분야의 복지재정은 주로 건강보험과 의료급여재정이다. 그중 건강보험은 주로 국민의 보험료로 운용하기 때문에 국가재정이라고는 보기 어렵지만 정부 지원금이 5조 원 정도 투입되고 있어 관리 대상으로 되어있다. 의료급여재정은 아주 작은 본인부담금을 제외하면 전부 국가의 예산으로 운영되고 있어 중점관리대상이 될 수도 있다.

의료급여재정과 관련하여 최근 보건복지부는 의료급여 이용자에게 사용한 의료비와 정부지원금, 전국평균 의료비, 진료비가 높은 병명 등을 알려주는 안내문을 발송한다는 정책을 발표하였다[1]. 예를 들면 “귀하가 지난 1년간 사용한 진료비는 총 ***원이고, 그중 정부 지원금은 ***원입니다. 지난 1년간 귀하와 같은 의료급여 환자의 평균 진료비는 ***원입니다. 귀하는 *** 질병의 의료이용이 높은 편입니다”와 같은 안내문이다. 이와 같은 안내문을 받은 의료급여 환자들의 태도와 행동변화에 대하여는 앞으로 연구가 필요하며 이 연구가 향후 정책에 지표가 되어야 한다.

지난 2006년에도 당시 유시민 보건복지부 장관이 추석 명절휴가를 이용해 작성했다는 대국민 보고서를 발표하였다[2]. 유장관은 보건복지부가 범한 네 가지 잘못으로 목표설정의 오류, 정보시스템 결여, 도덕적 해이 제어장치 부재, 엄정하지 못한 공급자 관리를 꼽았다.

매년 4조 원이나 되는 돈을 쏟아 부으면서도 수급자의 건강 수준 상태를 측정하려는 시도가 없었으며, 수급자들 가운데 누가 왜 얼마나 자주 의료기관을 방문하는지를 제대로 파악하고 있지 않았으며, 이를 제때 파악할 시스템조차 전혀 갖추지 않았다. 아울러 수

급자를 늘리고 보장범위를 넓히는 데만 힘을 쏟았지 도덕적 해이를 통제할 수 있는 제도적 장치를 전혀 마련하지 않았다고 발표하였다. 이런 문제점을 해결하기 위해 의료기관 특별실사, 연간 급여일수가 365일이 넘는 38만 명에 대한 전면적 실태조사 및 밀착관리, 관련 정보인프라 확충 등을 추진하고 의료서비스 오남용을 막기 위한 방안으로 의료급여 수급자에 대한 주치의제도와 지정병원제도를 도입, 의료급여 수급자의 본인부담금제도 도입, 희귀난치성 질환자를 위한 전문병원 건립, 의료급여 관리주체인 시군구의 적극적인 참여를 위해 특별시·광역시의 자치구도 의료급여 지방비 분담 등을 추진하겠다고 밝혔다. 그 후 의료급여 환자에게 진료비에 대한 본인일부 부담제와 선택 병의원제도가 시행되었다.

의료급여 수급자 수는 2007년 185만 3,000명(3.8%), 2009년 167만 7,000명(3.4%), 2011년 160만 9,000명(3.2%), 2013년에는 145만 9,000명(3.0%)으로 계속 감소하는 추세이다. 그러나 의료급여 수급자의 진료비는 2007년에 4조 1,321억 원, 2009년에 4조 6,452억 원, 2011년에 5조 542억 원, 2013년에 5조 2213억 원으로 계속 증가하고 있다[3].

이는 보장성 확대정책으로 시행한 6세 미만 아동 입원 시 본인부담금 면제(2006년), positron emission tomography 급여적용(2006년), 정신과 수가제도 개선(2007년), 본인부담완화(2009년), 한방물리 급여적용(2009년), magnetic resonance imaging 급여적용(2010년), 노숙인 의료급여적용(2012), 틀니 급여, 장애인 보장구 급여(2013년) 등으로 인하여 정부재정 부담이 지속적으로 증가한 결과이며 바람직한 방향이라고 할 수 있다. 급여대상자를 최소 차상위 계층까지 포함하여 전 국민의 8% 이상 확대하는 것과 급여범위를 확대하는 것은 복지국가의 기본정책으로 추진해야 할 사항이다. 가끔 언론에 보도되는 비정상적인 과잉수급자를 사례로 삼아 축

Correspondence to: Yoon Hyung Park
Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, 31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan, 330-930, Korea
Tel: +82-41-570-2406, Fax: +82-41-575-2406, E-mail: parky@sch.ac.kr

© Korean Academy of Health Policy and Management
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

소하거나 실질적으로 축소할 수 있는 정책을 추진하는 것은 바람직하지 않은 일이다.

이번 호에 소득에 따른 의료이용의 차이를 연구한 2편의 논문이 발표되었다. 서은원 등은 경피적 관상동맥 성형술(percutaneous transluminal coronary angioplasty)을 받은 환자 4,188명을 대상으로 건강보험 환자와 의료급여 환자의 의료이용 등을 분석하였다[4]. 연구결과 건강보험 환자는 상급종합병원을 많이 이용한 반면 의료급여 환자는 종합병원을 많이 이용하였다. 이는 상급종합병원 이용절차와 비급여 비용에 대한 부담 차이와 상급종합병원을 이용하기 위한 단계가 건강보험은 2단계인 반면 의료급여는 3단계이기 때문인 것으로 보았다. 건강보험 환자와 비교하여 의료급여 환자의 경우 연령이 높고 여성이 다수를 차지하며, 그리고 상대적으로 중증도가 더 높을 것으로 보고하였다. 상급종합병원에서의 재원일수와 총 진료비는 건강보험 환자보다 의료급여 환자의 재원일수가 더 길게 나타났고 총 진료비도 많다고 보고하였다. 이는 중증도가 반영된 결과로 보인다. 즉 의료급여 환자는 이용제한에도 불구하고 전반적으로 연령이 높고 중증도가 높아 진료비가 더 많이 사용된다고 할 수 있다.

송해연 등은 제4차 및 제5차 한국 의료패널자료를 이용하여 미충족 의료(unmet needs)를 분석한 결과 19세 이상 성인의 16.2%가 미충족 의료를 경험하였다고 보고하였다[5]. 60세 이상에서는 주로 소득으로 인한 미충족 의료가 많았다. 40대와 50대에서는 실직 등으로 경제활동에 참여하지 못한 사람은 계속 참여하는 사람에 비해 미충족 의료 비율이 2.4배 높았다고 보고하였다. 노령화가 빠른 속도로 진행되고 있으며, 50대 실직률이 늘어나고 있는 시점에서 깊이 생각하고 정책을 보완해야 하는 데 필요한 연구라고 생각된다.

김효주 등은 청소년 건강행태 온라인조사자료를 이용하여 북한 이탈가장 청소년의 건강행태를 비교 조사하였다. 조사결과 한국 청소년에 비해 흡연, 음주율이 높았다고 보고하였다[6].

우리나라는 급속한 고령화로 인하여 연금, 건강보험, 의료급여 등 중요한 복지문제를 안고 있다. 부담능력과 필요에 대한 갈등과 타협이 계속될 것이다. 그러나 저소득층이 헌법에서 보장하는 최소한의 인간의 존엄성을 지키기 위한 의료비 지원문제는 우선적으로 고려되어야 하며 사회적인 낙인과 차별을 유발하는 정책은 수립 시행되어서는 안 될 것이다.

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. press release, "New information services for the medicaid patients" Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2015.
2. Ministry of Health and Welfare. press release "Strategy to reform the Korean Medicaid system" [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2006 [cited 2015 Apr 4]. Available from: http://www.mohw.go.kr/blog_index.jsp.
3. Ministry of Health and Welfare. Internal report, 2014. 8. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2014.
4. Seo EW, Lee KS. Difference in healthcare utilization for percutaneous transluminal coronary angioplasty inpatients by insurance types: propensity score matching analysis. *Health Policy Manag* 2015;25(1):3-10
5. Song HY, Choi JW, Park EC. The effect of economic participatory change on unmet needs of health care among Korean adults. *Health Policy Manag* 2015;25(1):11-21
6. Kim H, Han MA, Park J, Ryu SY, Choi SW. Health behavior of multicultural and general family adolescents in Korea: the Korea youth risk behavior web-based survey, 2011-2013. *Health Policy Manag* 2015;25(1):31-39