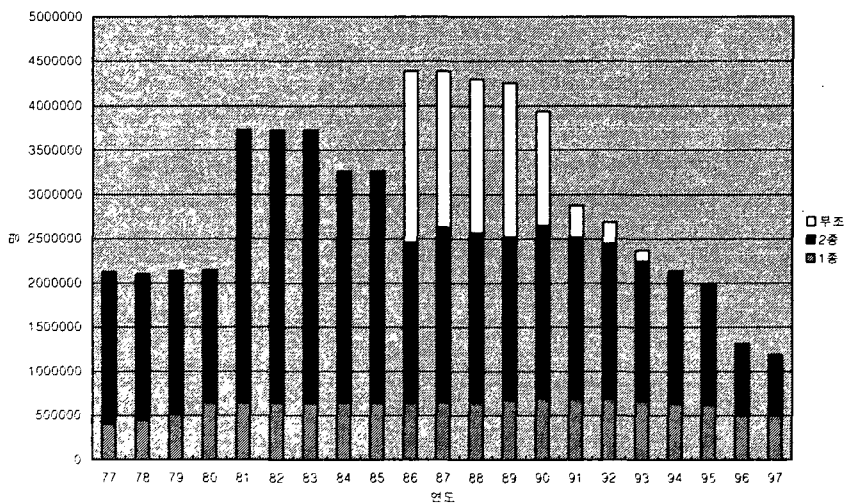


의료보호정책의 발전방향

신영전 (한양대학교 의과대학 예방의학교실)

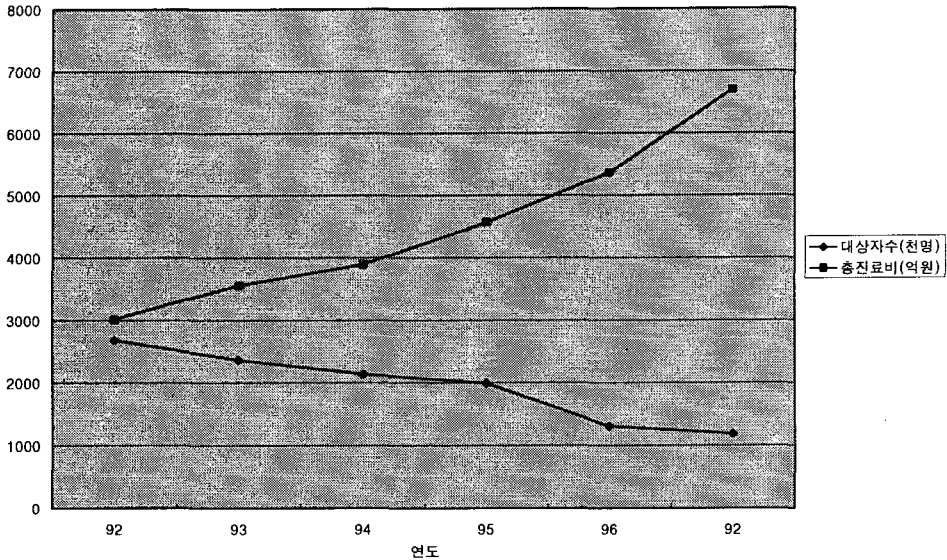
1. 의료보호제도의 현황

의료보호는 생활보호대상자와 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공적부조제도로 의료보험과 더불어 국가의료보장정책의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다. 이것은 의료보호제도가 가난한 이들을 질병으로부터 보호해 줄 수 있는 사회의 공식적인 마지막 안정장치임을 의미한다. 그럼에도 불구하고, 그간 의료보호제도는 많은 사람들의 관심밖에 있어왔다. 그 이유는 의료보호제도가 기본적으로 생활보호제도, 의료보험제도 등 다른 법들에 의해 규정되어지는 경우가 많으며, 의료보호관련 비용의 전액을 국가가 지불함으로써 상대적으로 정책결정이 용이하였기 때문이다. 그러나 무엇보다도 의료보호 대상자들의 대부분이 정치적 목소리를 내기 힘든 집단이라는 점과 의료보호를 시혜적 시각으로 바라보는 것에 기인한 바 크다. 그럼에도 불구하고 우리나라 의료보호제도는 규모와 내용 면에서 지속적인 확대를 이루어 왔다. 의료보호사업 실시 첫해인 1977년에는 대상자가 2,095천명에 진료건수 1,168천건, 진료일수 4,632천일이었던 것이 1997년에는 대상자 1,642천명에 진료건수 8,030천건, 진료일수 90,768천일로 진료건수는 6.9배, 진료일수는 19.6배의 증가를 보여주고 있다. 또한 의료보호지정진료기관은 1988년도 총 8,826개소에 불과하던 것을 1997년 12월말 현재 33,304개소에 달하고 있다.



(그림 1) 연도별 종별 대상자수

그러나 최근 정부가 의료보호제도에 대한 관심을 보이기 시작한 이유 중의 하나는 의료보호진료비의 급격한 상승 때문이다. 실제로 1992년 2,900억원에 불과하던 의료보호진료비는 대상자의 급격한 감소에도 불구하고 1997년말 현재 6,700억원에 달하여, 1992년부터 1997년사이 대상자당 진료비의 평균증가율은 31.6%에 달하고 있다. 이는 의료보험진료비의 증가율을 훨씬 상회하는 것이다.



(그림 2) 연도별 의료보호 대상자 및 총진료비

최근 의료보호에 대한 관심의 증가하고 있는데 그 이유 중의 하나는 IMF 경제한파에 따른 노숙자의 증가양상, 보험료의 체납 등 이른 바 사회복지의 중요성에 대한 체감적 현실에 기인한다 크다. 특히 최근 국민기초생활보장법의 제정으로 의료보호정책의 근본적인 재검토가 불가피한 상황이다. 구체적으로 '국민기초생활보장법'에서는 기존생활보호대상자의 선정에 기준이 되는 최저생계비선을 보다 합리적인 방법을 통해 결정해 나가겠다는 의지를 표명하고 있다. 이는 현실적으로 최저생계비가 상향조정될 가능성이 매우 높음을 의미한다. 또한 생활보호대상자 선정기준에서 법적 보호자가 있다하더라도 사실상 부양을 하지 않으면 생활보호대상자가 될 수 있게 하였으며, 생활보호대상자 선정과정의 전문성 확대 등도 대상자의 수의 증가에 영향을 미치게 될 것이다. 또한 생활보호 및 의료보호급여의 범위와 수준의 증가에 따른 책정희망자의 증가도 예상된다. 아울러 최근 의료보험 피보험자의 보험료 및 본인부담금의 증가 역시 의료보호대상자의 증가요인으로 작용하게 될 것이다. 둘째, 일부대상자에 대한 본인부담금을 폐지할 가능성이 있으며, 이럴 경우, 상당액의 의료보호진료비 증가가 예상된다. 기존 의료보호법상 2종 대상자는 일부 법정본인부담금을 부여하여 왔다. 이는 명확한 연구결과의 부재에도 불구하고 2종 의료보호대상자의 의료이용을 부분적으로 제한하는 기능을 수행하였을 것으로 예상된다. 또

한 본인이 부담한 만큼 의료보호제정의 부담을 줄일 수 있어왔다. 그러나 국민기초생활보장법의 통과에 따라 18세이상 65세미만 저소득층이 기존의 거택보호자와 같이 생계비를 지급 받게 됨으로써 의료보호에서도 기존 자활보호대상자에게 부가하던 본인부담금을 거택보호자와 동일하게 적용하여야 한다는 요구를 받고 있다. 기존 2종 의료보호대상자에 대한 법정본인부담금을 폐지할 경우, 기존 법정본인부담금액 만큼을 국가가 추가로 부담해야할 뿐만 아니라 기존 본인부담금의 의료이용억제효과가 없어짐으로써 추가적인 의료이용이 이루어질 것으로 보인다. 또한 공급자들의 추가적인 의료시행도 발생하게 될 가능성이 있다. 또한 18세이상 65세미만 저소득층에 대한 생계비 지원에 따라 종래 일일 생계비를 벌기 위해 의료이용을 할 수 없었던 사례들이 줄어들어 의료이용율이 높아질 것으로 예상된다. 이상이 주로 의료보호진료비의 증가요인이었다면 근본적으로는 의료보호에 대한 시혜적 개념이 권리적 개념으로 전환됨으로써 의료보호제도의 체질변화를 이루어내지 않으면 안 되는 과제를 안게되었다.

(표 1) 국민기초생활보장법의 주요내용

- 용어의 정의를 현행 생활보호법상의 “피보호자”, “보호기관” 등에서 “수급권자”, “보장기관” 등으로 하여 권리적 성격이 강한 문구로 변경함(안 제2조제1호·제4호).
- “소득인정액”은 개별가구의 소득평가액과 재산의 소득환산액을 합산한 금액으로 계산하며, 소득평가액의 산정에 있어서 근로소득공제 등 근로유인을 위한 방안을 둠(안 제2조제7호·제8호).
- 인구학적 기준을 철폐하고 소득인정액이 제6조의 최저생계비 이하인 국민은 누구나 국가로부터 지원을 받을 수 있도록 함(안 제5조).
- 수급자를 선정함에 있어 기준이 되는 최저생계비를 결정함에 있어서 제20조제2항의 규정에 의한 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부장관이 공표하도록 하여 최저생계비 결정 과정의 합리성을 높임(안 제6조).
- 급여의 종류로서 생계·주거·의료·교육·해산·장제·자활급여 등을 규정하고, 수급자에 대한 급여는 생계급여와 수급자의 필요에 따라 주거·의료·교육·장제·해산·자활급여를 함께 하도록 함(안 제7조).
- 근로능력이 있는 수급권자에 대하여는 조건부로 급여를 할 수 있도록 하되 직업훈련등 자활을 촉진하는 사업과 연계시키는 방안을 둠(안 제9조).
- 생활보장에 관한 기획·조사·실시 등에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부와 특별시·광역시·도 및 시·군·구에 생활보장위원회를 두도록 하고, 위원회의 구성과 자격기준 등을 명문화하여 민간의 민주적 참여와 전문성을 강화함(안 제20조).
- 사회복지전담 공무원의 역할과 중요성을 명문화하여 시행의 효율성을 높임(안 제19조·제21조·제22조).
- 합리적인 재산의 소득환산방법 개발 및 대상자 변동규모의 추계, 수급자의 급격한 변동의 예방 등 법의 합리적 시행을 위해 필요한 조치를 취할 수 있도록 함(안 부칙 제1조 단서·제4조·제5조·제6조).

2. 의료보호제도의 문제점

현재 우리나라 의료보호제도가 안고 있는 문제점들을 기술하면 다음과 같다.

○ 의료보호 대상자의 건강을 지키기 위한 구체적인 정책의 부재

건고한 사회보장의 전통에 기초하지 않고 입법 선행적으로 만들어진 우리나라 의료보호제도는 누가, 누구를, 왜, 얼마만큼, 어떻게 보호할 것인가에 대한 충분한 고민과 사회적 합의를 이루지 못한 채 시행되었으며, 의료보호제도를 시행한 지 20여년이 지난 지금까지도 이와 관련한 논의는 극히 제한적으로 이루어지고 있을 뿐이다. 이러한 논리와 합의의 부재는 최근 우리나라 사회보장관련 환경의 변화에 대하여 일관되고 유연한 대응을 하지 못하는 중요한 요인으로 작용하고 있다.

○ 의료보호 적용대상의 제한

그간 생활보호대상자 선정기준¹⁷⁾과 관련한 많은 논란이 있어왔다. 그간 논쟁의 중요내용은 최저생계비수준 및 책정방식의 적절성에 관한 것이고, 생활보호대상자의 책정기준이 최저생계비 수준보다 낮다는 것에 대한 이의제기가 주를 이루었다. 최근 생활보호대상자의 책정기준을 최저생계비 수준과 일치시키고, 국민기초생활보장법에서 합리적인 재산의 소득환산방법 개발 및 대상자 변동규모의 추계, 수급자의 급격한 변동의 예방 등 법의 합리적 시행을 위해 필요한 조치를 취할 수 있도록 하며, 이상의 과정에 국민들의 민주적 참여가 보장되도록 하는 등 전향적인 조치들이 이루어지고 있다. 이러한 긍정적 변화에도 불구하고 생활보호대상자의 책정은 관련예산규모에 따라 책정인원이 암묵적으로 정해져 하달되는 행정적 관행이 여전히 존재하고 있다. 최저생계비 이하 자만을 의료보호대상자로 설정할 것인가에 대한 논의를 제외하더라도 현 의료보호제도는 의료비 때문에 의료보호대상자로 전락하거나, 의료보험료 체납으로 인한 자격정지자, 노숙자 등에 대한 의료보호 기능을 수행하지 못하고 있다.

○ 의료보호환자의 높은 본인부담

우리나라 의료보험의 낮은 급여범위와 수준의 문제는 이미 잘 알려진 사실이다¹⁸⁾. 이러한 높은 본인부담률은 고가의 의료서비스에 대한 급여의 제한이 주된 이유이다. 따라서 이는 의료보험 가입자에 대해서도 큰 경제적 부담이 되고 있다. 따라서 의료보호대상자에게 이러한 고액 진료에 대한 비급여의 존재는 사실상 의료이용의 접근을 불가능하게 하는 요인으로 작용하고 있다. 더욱이 현행 2종 의료보호대상자의 경우, 입원시 20%의 법정본인부담을 의료보험가입자와 동일하게 부여하고 있어 2종 의료보호 대상자 설정자체의 부적절성이 논란이 되고 있다. 실제로 법정본인부담금을 부담하지 않는 기존 1종 의료보호대상자가 법정본인부담금을 부담해야

17) 생활보호대상자는 당연히 의료보호대상자 적용을 받는다.

18) 노인철('89) 연구에서는 본인부담률이 40.5%, 문옥륜 등('93)의 연구에서는 52%, 최병호 등('97)의 연구에서는 44.0%에 달하는 것으로 보고하고 있다.

하는 2종 대상자에 비해 이용률, 수진률, 건당 진료비, 건당 진료일수 등이 모두 현격히 높았다¹⁹⁾.

(표 2) 의료보호 1종, 2종 의료이용양상비교(1997)

	1종	2종
연평균대상자(A)(명)	499,208	687,969
진료실인원(B)(명)	538,137	572,599
이용률(B/A*100) (%)	107.8	83.2
수진률(진료건수/A*100)(%)	8.4	5.6
건당 진료일수(일)	12.6	9.9
건당 진료비(원)	99,859	65,205

(자료) 1997년 의료보호통계, 의료보험관리공단

○ 의료보호환자의 특성에 맞는 급여프로그램과 시설의 부족

의료보호환자의 의료서비스와 관련한 중요한 특징은 경제적으로 취약할 뿐만 아니라, 노령화, 신체 및 정신장애 등으로 인하여 거동이 어렵고, 정보에 대한 접근과 이해가 어려운 경우가 많다. 또한 질병관련 의사표시가 적극적이지 못한 경우가 많다. 또한 의료보호대상자의 인구, 사회, 경제학적 특성상 만성퇴행성질환과 정신질환이 전체 질환 중 차지하는 비율이 매우 높다. 구체적으로 의료보호 입원 10대 다빈도 상병 중 정신분열증, 알코올중독, 인격장애, 간질, 뇌손상으로 인한 정신장애 등 5개가 정신질환이다. 정신질환 외에도 만성폐쇄성폐질환, 간경화, 만성신부전, 고혈압은 장기적인 치료가 필요한 질환이다. 특히 만성신부전의 경우, 지속적인 혈액투석비용을 감당하지 못하여 '의료보호환자화²⁰⁾'하는 현상들이 일어나고 있다. 외래이용 역시 고혈압, 위십이지장염, 위궤양, 관절염, 정신분열증과 같은 만성질환이 주를 이루는 것으로 나타났다.

따라서 이러한 의료보호대상자의 인구, 사회학적 특성과, 질병의 특성에 알맞은 급여프로그램이 개발되어야 한다. 그럼에도 불구하고 현재 의료보호제도의 급여내용은 일부내용을 제외하고 의료보호의 급여내용과 차이를 가지지 않는다. 이와 관련하여 의료보호환자에게 더욱 필요한 일차의료기관입원, 약국의료보험이 정작 의료보호에서는 적용되지 않고 있다.

19) 그러나 이 수치는 연령, 성, 진단명, 중증도별 보정이 이루어지지 않은 수치이므로 해석시 주의할 요함

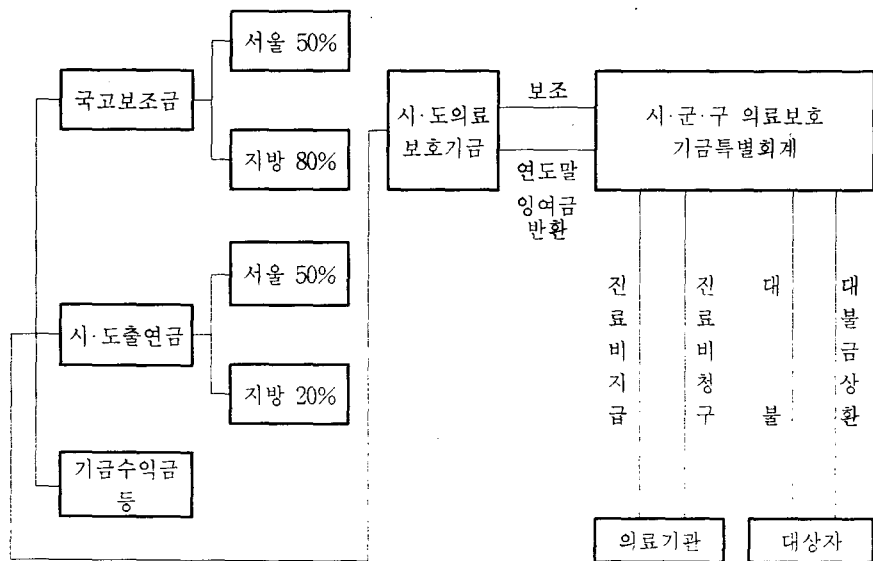
20) 지속적으로 부담해야 하는 혈액투석비를 감당하지 못하여 이혼 등을 통하여 의료보호자격을 취득하는 현상들이 벌어지고 있다.

(표 3) 의료보호 10대 다빈도 상병(1997)

외래			입원		
진단명	건수	전체비율(%)	진단명	건수	전체비율(%)
합계	203,783	100.0	합계	10,804	100.0
고혈압(I10)	12,208	6.0	정신분열증(F20)	3,568	33.0
급성비인후염(감기)(J00)	10,674	5.2	알코올중독에 따른 정신, 행동장애(F10)	709	6.6
위십이지장염(K29)	7,381	3.6	다른 만성폐쇄성폐질환(COPD)(J44)	165	1.5
상기도감염(J06)	7,206	3.5	간경화(K74)	147	1.4
배변증(M54)	6,751	3.3	특수 인격장애(F60)	142	1.3
급성기관지염(J20)	5,742	2.8	간질(G40)	137	1.3
위궤양(K25)	4,022	2.0	뇌손상, 기능장애, 신체적 질환에 따른 다른 정신장애(F06)	120	1.1
슬관절증(M17)	3,897	1.9	만성신부전(N18)	113	1.1
다른 관절염(M13)	3,703	1.8	노인성 백내장(H25)	109	1.0
정신분열병(F20)	3,214	1.6	고혈압(I10)	109	1.0

○ 부족한 의료보호 예산과 진료비 체불

의료보호의 재원은 의료보호사업 재원을 충당하기 위하여 각 시, 도에 의료보호기금을 설치 운영하고 있으며 이 기금은 국고보조금(서울 50%, 기타 80%), 지방비출연금(서울 50%, 기타 20%), 결산상잉여금, 기금운영으로 생기는 수익 및 기타 수입으로 조성하도록 하고 있다.



(그림 3) 의료보호 기금조성 및 운용체계

의료보호의 기금에 관한 내용은 의료보호법 제21조²¹⁾에 규정되어 있으며, 의료보호 관련 비용의 지급주체, 중앙정부와 자치단체와의 분담비율의 원칙, 기금의 운용 등에 관한 기본적인 원칙은 생활보호법²²⁾의 규정에 따르고 있다.

의료보호예산은 의료보호 실시 첫해인 1977년 48억 8천4백만원으로 시작하였으나 1997년에는 6,190억원이 넘고 있다. 이러한 수치는 1977년대비 129.76배가 증가한 수치이다. 이러한 급속한 증가양상은 지방비에서 더 두드러지게 나타나 1977년대비 203.54배의 증가가 이루어졌다. 총진료비는 1997년말 현재 6,692억 6천200만원으로 급속히 증가하고 있으며 (그림 4)에서 보는 바와 같이 매년 진료비가 예산액을 적게는 20억원(1994년) 많게는 89억원(1996년)까지 초과하고 있다. 이러한 이유와 함께 예산의 적기확보가 원활히 이루어지지 않아 의료보호진료비 체불이 해마다 늘어나고 있는 추세이며 1997년 의료보호진료비 체불액은

21) 의료보호법 제21조 (의료보호기금)

- ① 이 법에 의한 보호비용의 재원에 충당하기 위하여 시·도에 의료보호기금(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다.
- ② 기금은 국고보조금, 지방자치단체의 출연금, 당해 기금의 결산상 잉여금과 기타 수입금으로 조성한다.
- ③ 기금은 별도계정을 설정하여 관리하여야 하며, 보호비용, 제27조의 규정에 의한 업무위탁 시에 필요한 비용, 기타 의료보호사업에 직접 소요되는 비용으로 사용하거나 상환을 조건으로 보호비용을 대불하는 경우 외에는 이를 사용하여서는 아니된다.
- ④ 시·도지사는 기금에 여유자금이 있을 때에는 다음 각 호의 방법으로 운용할 수 있다.
 1. 금융기관 또는 채신관서에서의 예입
 2. 국·공채의 매입
- ⑤ 기금의 관리·운용에 관하여 이 법에서 정한 것 외에 필요한 사항은 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 당해 지방자치단체의 조례로 정한다. <개정 95.8.4>

22) 생활보호법 제35조 (보호비용) 이 법에서 보호비용이라 함은 다음의 비용을 말한다.

1. 이 법에 의한 보호업무에 소요되는 인건비와 사무비
2. 제16조의 생활보호위원회운영에 소요되는 비용
3. 제8조(생계보호) 내지 제14조(장제보호)의 규정에 의한 보호실시비용
4. 기타 이 법에 의한 보호업무에 소요되는 비용

생활보호법 제36조 (보호비용의 부담구분)

- ① 제35조의 규정에 의한 보호비용의 부담은 다음 각호의 구분에 의한다. <개정 97.8.22>
 1. 국가 또는 시·도가 직접 행하는 보호업무에 소요되는 비용은 국가 또는 당해 시·도가 부담한다.
 2. 제15조제2항의 규정에 의한 보호실시비용은 국가 또는 당해 시·도가 부담한다.
 3. 시·군·구가 행하는 보호업무에 소요되는 비용중 제35조제1호 및 제2호의 비용은 당해 시·군·구가 부담한다.
 4. 시·군·구가 행하는 보호업무에 소요되는 비용 중 제35조제3호 및 제4호의 비용은 다음의 범위 내에서 보호기관간에 협의하여 부담한다.
 - 가. 특별시가 관할하는 자치구의 경우에는 그 총액의 100분의 50이하를 국가가 부담하고, 국가부담제외분의 100분의 50이상을 특별시가, 그 100분의 50이하를 당해 자치구가 부담한다.
 - 나. 광역시 및 도가 관할하는 시·군·구의 경우에는 그 총액의 100분의 80이상을 국가가 부담하고, 국가부담제외분의 100분의 50이상을 당해 광역시 및 도가, 그 100분의 50이하를 당해 시·군·구가 부담한다.
- ② 국가는 매년 이 법에 의한 보호비용 중 국가부담예정합계액을 각각 보조금으로 교부하고, 그 과부족은 정산에 의하여 추가로 교부하거나 반납하게 한다. <개정 97.8.22>
- ③ 시·도는 매년 시·군·구에 대하여 제2항의 규정에 의한 국가의 보조금에, 제1항제4호의 규정에 의한 시·도의 부담예정액을 합하여 보조금으로 교부하고 그 과부족은 정산에 의하여 추가로 교부하거나 반납하게 한다. <개정 97.8.22>
- ④ 제2항 및 제3항의 규정에 의한 보조금의 산출 및 정산방법 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

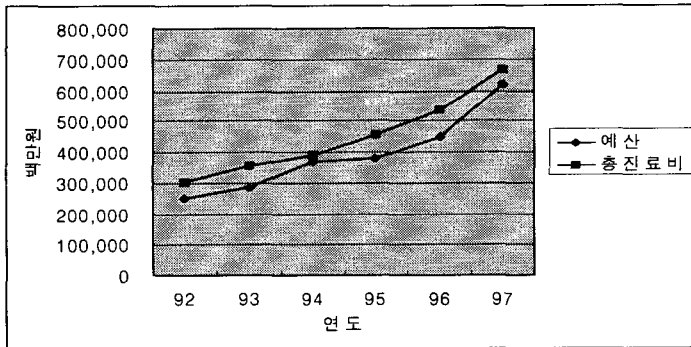
1393억 9천6백만원에 달하고 있다. 이러한 진료비에 못 미치는 예산의 책정과 진료비체불은 의료기관이 의료보호환자를 기피하는 주 요인으로 작용하고 있다.

(표 4) 연도별 의료보호예산 및 진료비 현황

(단위 : 백만원)

	1977	1992	1993	1994	1995	1996	1997
예산현황 계	4,884	249,255	285,209	368,884	378,077	447,074	619,087
(A) 국고	4,189	193,339	220,995	292,678	292,388	341,864	477,628
지방비	695	55,916	64,214	76,206	85,689	105,210	141,459
'77년대비 계	1.00	51.04	58.40	75.53	77.41	91.54	126.76
증가배수 국고	1.00	46.15	52.76	69.87	69.80	81.61	114.02
지방비	1.00	80.45	92.39	109.65	123.29	151.38	203.54
총진료비 합계	-	301,034	355,179	389,436	456,423	536,295	669,262
(B) 입원	-	148,640	174,586	194,490	236,604	278,018	341,454
외래	-	152,394	180,594	194,946	219,818	258,277	327,808
적자액 (A-B)	-	51,779	69,970	20,552	78,346	89,221	50,175
적자누적액*	-	0	121,750	90,522	98,897	167,566	139,396
채불액	-	40,690	54,884	54,172	86,773	120,105	132,257

*1992년 이후 적자누적액(예산-진료비)



(그림 4) 연도별 의료보호예산과 총진료비

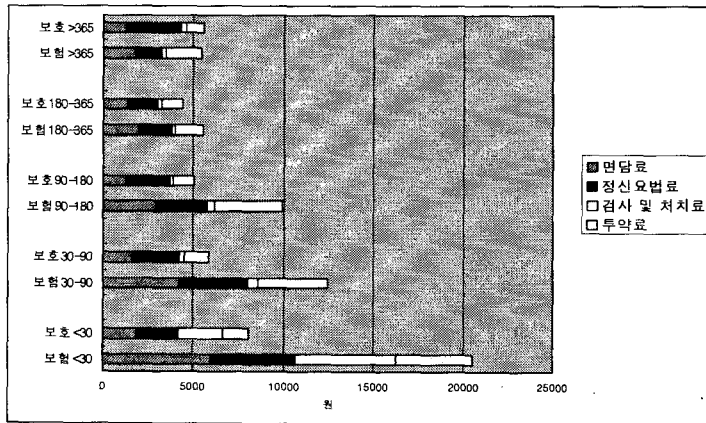
○ 의료서비스에서의 의료보호환자 차별의 존속

의료보호환자는 일반 보험환자에 비해 의료서비스의 접근도와 진료과정에서 차별을 받아오고 있다. 최근 의료보호법의 개정으로 의료보호증과 의료보험증의 외관을 동일하게 하고, 모든 의료기관을 의료보호진료기관으로 당연지정하는 등의 전향적 조치가 이루어지고 있음에도 불구하고 실제 의료기관 중 의료보호환자를 한 명도 진료하지 않은 기관이 전체 의료기관의 30%가 넘고 있다²³⁾. 또한 진료과정에서도 차별이 이루어지고 있는데 최근 정신질환 입원시 의료보험과 의료보호환자에게 제공되어진 입원기간별 서비스 내용을 비교한 연구에서는 의료보호 정신

23) 1년 중 한 건이라도 의료보호환자를 진료한 의료기관수의 비율은 '93년 63.35%, '94년, 67.56%, '95년 72.78%, '96년 66.56%에 불과하다(한국보건 의료관리연구원, 1998).

질환자가 의료보험 정신질환자에 비해 현저히 낮은 양의 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다.

이러한 차별의 가장 중요한 원인은 의료보호에 대한 진료비 체불이며, 정신질환의 경우 의료보호에서 채택하고있는 정액제방식의 지불제도가 원인이 되고 있다. 또한 의료보호환자의 경우 상대적으로 이윤이 높은 비급여서비스를 제공하기 어려운 것 등도 이러한 차별의 원인으로 작용하고 있을 것으로 보인다.



(자료) 한국보건산업진흥원, 정신병원운영효율화 및 수가체계 개선에 관한 연구, 1999

(그림 5) 보장형태별, 입원기간별, 정신과 입원서비스 제공내용비교

○ 최근 의료보호진료비의 낭비를 막기 위한 효율적 관리체계의 부재

최근 급격한 의료보호진료비의 증가원인을 살펴보면 수가의 인상, 급여의 확대, 환자의 노령화 등 불가피한 진료비 증가요인이 있는 반면, 효과적인 의료보호진료비의 관리가 이루어지지 않고 있는 것도 중요한 이유로 작용하고 있다. 이 중에서도 가장 문제가 되고 있는 것은 정신질환 입원서비스로 1984년 이래 사립정신병원의 병상수는 9배이상 증가하였고, 현재 채택하고 있는 일당정액제방식은 정신질환자의 장기입원을 유도하여 진료비의 급속한 증가를 야기하고 있다²⁴⁾. 또한 의료보호 1종 대상자의 경우, 법정본인부담금이 없어 의료소비자나 공급자 양측 모두 불필요한 의료이용을 유도할 가능성이 높지만 이를 막기 위한 정책수단을 가지지 못하고 있다.

○ 불법적이고 비인권적인 상황의 상존

정신질환자의 비인권적인 실태는 지속적으로 사회문제가 되어왔다. 이러한 비인권적인 상황이 전적으로 의료보호제도 문제점에 기인한 것은 아니지만 낮은 서비스 수준과 장기입원을 조장하는 현행 일

24) 이용자당 입원일수가 1992년대비 1997년 68.56%나 증가하였다(한국보건의료관리연구원, 1998).

당정액제 방식, 관리체계의 미흡, 지역사회재활을 가능케 하는 급여프로그램의 부재 등 현행 의료보호 제도에 일단의 책임이 있다. 이로 인하여 수용환자 중 많은 수가 지역사회에서 생활이 가능함에도 불구하고 오랜 기간을 수용되어 있는 상황이며, 이호영 등은 우리나라 장기입원환자의 54%가 부적절 입원이라고 보고하였다²⁵⁾.

○ 가난한 사람들의 건강문제에 관심을 갖는 지원체계가 미흡

앞서 언급한 바와 같이 의료보호대상자의 인구, 사회, 경제학적 특성과 질병 특성상 자기 스스로의 힘으로 질병의 문제를 해결하기 어려운 경우가 많다. 가난한 사람들 스스로의 노력과 역량강화의 중요성에도 불구하고 가난한 사람들의 건강에 관심을 갖는 사회내 지원체계가 필요하다. 일부 공공, 민간부문의 헌신적인 노력에도 불구하고 아직 우리 사회에서는 가난한 사람들이 건강문제에 대하여 지속적이고 체계적으로 지원하는 지지체계를 가지지 못하고 있다. 이러한 미약한 지지체계는 가난한 이들의 건강문제에 대하여 보다 실질적인 도움을 줄 수 있는 정책을 생성해내고 이를 수행해나가는 데 중요한 제한점이 되고 있다.

3. 의료보호정책의 발전방향

3.1 정책의 목표

우리나라 의료보호제도가 궁극적으로 정책의 목표로 삼아야 할 것들은 다음과 같다.

- 첫째, 실질적인 빈곤층 모두가 의료보호의 혜택을 받을 수 있어야 한다.
- 둘째, 의료보호환자의 접근도를 저해하는 요인들을 제거해야 한다.
- 셋째, 의료보호환자에 대한 차별적, 비합리적 상황을 제거해야 한다.
- 넷째, 의료보호환자의 특성에 맞는 보호프로그램을 개발하여 확대 적용하여야 한다.
- 다섯째, 의료보호제도상의 낭비적인 요소들을 찾아 이를 개선해 나가야 한다.
- 여섯째, 효율적인 의료보호제도 관리운영방안을 개발하여 시행하여야 한다.

3.2 주요정책과제

이상의 정책목표를 달성하기 위한 주요 정책과제는 다음과 같다.

정책안 1. 가난한 이들의 건강보장을 위한 국가의 구체적인 목표수립

25) 아주의대, 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준개발연구, 1994

의료보호는 가난한 이들의 건강을 지키기 위한 사회보장제도이며 이는 국가의 중요한 의무 중의 하나이다. 가장 고전적 의미의 사회보장제도이면서도 많은 이들의 관심 밖에 있어왔다. 의료보호제도의 성격과 구체적인 목표의 수립을 위하여 다음과 같은 정책작업들이 시급히 이루어져야 한다.

첫째, 의료보험과 의료보호의 역할부담을 명확히 하여야 한다.

둘째, 복지서비스와 의료보호서비스의 역할구분을 명확히 하여야 한다.

셋째, 의료보호를 통하여 달성하고자 하는 건강수준을 명확히 설정하여야 한다.

넷째, 의료보호제도가 의료보호대상자들의 건강보호를 충분히 확보하고 있는지 지속적으로 모니터링 하는 체계가 확립되어야 한다.

정책안 2. 의료부조의 재실시

의료부조제도는 1985년 12월 실시된 적이 있었으나, 결과적으로 그 혜택이 의료보험 대상자보다도 적었고, 전국민의료보험이 실시되면서 1994년 1월부터 폐지되었다. 그러나, 현재 우리나라 의료보장제도는 보험료를 내기 어려울 정도로 경제적으로 빈곤하거나 과도한 진료비를 담당할 능력이 없으나 의료보호대상자의 기준에는 들어가지 못하는 많은 사람들이 있다. IMF경제한파 이전에도 보험료를 체납하여 의료보험자격이 정지된 사람이 200만명이 넘었다. 이들 중 상당수는 보험료를 내기 어려운 빈곤가정이 포함되어 있을 것으로 예상된다. 현재 본인부담액의 비율이 50%에 달하고 고액진료비의 경우 더욱 그 비율이 높은 우리나라 상황에서 일부 제도적 보완장치²⁶⁾가 있기는 하지만 과도한 의료비를 부담하기 어려운 사람들이 많이 발생하고 있다. 또한 빈곤층이 가지고 있는 부채 중 의료비가 중요한 원인이 되고 있다²⁷⁾. 또한 최근 경제한파로 양산된 노숙자들의 경우 대부분이 의료보험료를 낼 수 없으면서, 의료보호대상자에 포함되지 못하고 있으므로 이들은 우리나라 의료보장의 사각지대에서 살아야게 된다. 따라서 이들 집단에 대한 의료보장을 위해서는 의료보호대상자의 적용범위를 확대하거나 의료보험의 급여수준의 확대 등과 같은 조치와 함께 의료비로 인한 가정과 개인의 파산을 막을 수 있는 장치가 필요한데 이러한 장치가 바로 의료부조제도이다.

정책안 3. 2종 의료보호대상자에 대한 본인부담금의 폐지

새로이 제정된 국민기초생활보장법에서는 종래 18세이상 65세미만을 자활보호대상자로 분리 하였던 것을 가난하면 나이에 상관없이 소득인정액이 제6조의 최저생계비 이하인 국민은 누구나

26) 고액진료비상환제

27) 서울대 사회복지연구소의 도시 저소득가구의 소득 및 생활실태 분석연구에 따르면 저소득층 응답 가구 329가구 중 부채이유가 의료비인 가구가 전체의 6.1%에 달했다(최일섭 등, 1995).

국가로부터 지원을 받을 수 있도록 하였다. 따라서 종래 자활보호대상자를 2종 의료보호대상자로 분리하여 본인부담금(외래 방문당 1500원, 입원 20%)을 부과하던 것을 국민기초생활보장법의 제정취지에 맞게 의료보호에서도 폐지하여야 한다.

정책안 4. 의료보험과의 관리체계 일원화

국민건강보험법이 본격적으로 시행되어지면 우리나라 의료보험은 단일한 보험자를 가지게 되어 그간 조합간, 보험종류간 관리방식의 차이로 인해 야기되었던 많은 혼란을 최소화하여 궁극적으로는 관리의 효율성을 높일 수 있을 것이다. 이러한 시대적 상황과 관련하여 의료보호제도 역시 의료보험에 통합하여 운영함으로써 사회보장제도간의 연계성을 높이고, 관리운영의 효율화를 증대시킬 수 있을 것이다.

구체적으로, 기존 생활보호대상자를 통합의료보장제도하에서는 ‘국가지원피보험자(가칭)’로 분류할 수 있을 것이다. 재정은 의료보호 진료비 전액을 국고에서 지원하는 까닭에 분리하여 운영하는 것이 바람직할 것으로 보이나 의료보험보험제정과 의료보호제정간의 상호 연계는 용이하도록 제도화하여야 할 것이다.

이렇게 할 경우, 그간 다양하게 분산되어 있는 의료보호관리체계를 의료보험관리체계와 통합함으로써 관리, 운영체계의 중복을 막고, 운영의 효율성을 높일 수 있을 것이다. 구체적으로 ‘의료보호대상에서 의료보험대상으로’, ‘의료보험대상에서 의료보호대상으로’의 자격변동을 손쉽게 관리해 낼 수 있으며, 지역내 조합(또는 출장소)들을 통해 지역내 대상자 및 의료기관의 관리를 현재보다 더욱 체계적으로 관리할 수 있게 될 것이다. 의료보호제정과 의료보험제정간의 상호 연계를 제도화함으로써 의료보호제정의 확보와 활용을 용이하게 할 수 있을 것이다. 추가적인 검토가 필요하겠지만 이러한 두 의료보장제도간 재정운영의 연계는 기존 의료보험체계하에서 보험료를 납부해왔던 사람들이 노령화나 질병으로 인해 의료보호대상자로 편입되는 경우, 그 책임을 일방적으로 의료보호가 떠맡게되는 문제를 해소할 수 있는 가능성을 찾을 수 있을 것이다.

또한, 그간 의료이용과정상에 의료보험 보험자와 의료보호대상자간의 차별을 줄이기 위해 의료보험증과 의료보호증의 외관을 통일하는 등의 노력들에도 불구하고 의료보호환자의 진료과정에서의 차별은 완전히 없어지지 않고 있는데 의료보호대상자를 기존의 의료보험체계내에 완전히 통합시킴으로써 이러한 의료보호대상자들의 낙인감과 차별을 대폭 줄일 수 있을 것이다.

정책안 5. 의료보호대상자의 특성에 맞는 의료보호 급여 프로그램의 운영

의료보호대상자들의 인구, 사회, 경제학적 특성과 질병특성을 고려하여 현재 허가하지 않고

있는 1차 의료기관 입원을 허용하여야 하며²⁸⁾, 약국의료보호를 실시하고, 방문서비스를 적극적으로 이용할 수 있도록 하며, 상병수당을 실시하여야 한다. 또한 현재 제한적으로만 허용하고 있는 보장구의 급여도 대폭 확대하여야 한다²⁹⁾. 또한 보건소의 일차 의료기능 및 방문보건사업을 활성화하여야 할 것이다.

정책안 6. 요양기관의 확충

의료보호 대상자들은 의료보험 피보험자에 비해 상대적으로 노인과 정신질환, 만성질환자가 차지하는 비율이 매우 높다. 그럼에도 불구하고 만성병상이 없는 우리나라의 경우, 만성질환자들의 대부분이 상대적으로 많은 인력과 시설을 갖추어야 하는 급성병상에서 치료를 받음으로써 낭비적 요인으로 지적되고 있다. 따라서 의료보호 진료비의 대폭적인 억제 유도를 위해서는 고액의 급성병상에 있는 만성환자를 상대적으로 값싼 만성병상으로 이동시키는 정책이 절대적으로 필요하다.

이를 위해서는 기존 급성병상을 만성병상으로 전환시키는 것이 필수적이다. 이를 위해 기존 의료전달체계에서 그 역할이 모호한 중소병원의 급성병상을 만성병상으로 전환시키기 위한 정책을 시행할 수 있다.

의료보호 환자 중 대다수를 차지하는 만성질환자의 입원서비스를 종래의 급성병상에서 상대적으로 저렴한 만성병상으로 전환시킴으로써 의료비의 절감효과를 가져올 수 있을 것이다.

정책안 7. 의료보호기금의 확대

의료보호제도의 발전적 변화는 의료보호 재정의 확대가 전제되어야 한다. 이를 위하여 다음과 같은 정책안들이 검토될 수 있다.

○ 의료보험계정에서의 지원

현재 의료보호기금은 일반회계의 형태로 조달되어지고 있다. 그러나 과거 의료보험제도하에서 보험료를 내던 사람인 사람이 노령화나 질환으로 인하여 의료보호로 편입되는 경우가 많으므로 의료보험에서 책임을 공유해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 따라서 의료보험에

28) 최근 공포한 의료보호법시행규칙중개정령(99. 10. 2. 공포)에서는 제1차 진료기관에서의 입원은 응급진료, 분만, 충수염수술, 골절정복술만 가능하였으나, 보호대상자의 진료편의를 위하여 항문수술, 안·이비인후과수술, 서혜 및 대퇴부탈장수술, 자궁과 자궁부속기수술, 정신질환, 나환자치료에 대하여도 제1차 진료기관에서 입원이 가능토록 확대하였다.

29) 현재는 의료보호대상자 중 장애인복지법에 의한 등록장애인에 대하여 의료보장구 보호범위를 확대하여, 지체장애인용 보조기, 상·하지의지와 시각장애인용 의안, 콘택트렌즈를 의료보호로 급여하고 있다.

서 직장의료보험과 지역의료보험사이의 상호 지원기전으로 만들어져 운영되고 있는 고액진료비, 노인진료비 공동운영과 같은 방식을 통하여 의료보험 재정의 일부를 의료보호재정에 지원할 수 있는 제도적 장치를 마련할 수 있을 것이다.

○ 인간문화재 등 특수집단에 대한 재정의 별도 조달 및 운영

인간문화재, 광주민주화운동관계자 등 생활보호대상자가 아닌 특수집단에 대한 의료보호 진료비는 일반회계로 재원을 조달하여 운영하기보다는 특수단체 기금으로 전환하여 집단의 특성에 맞게 재원을 조달하고 운영할 수 있도록 한다.

○ 각종 지원금 모금 및 재원확보의 허용

현재 일반회계방식으로만 재원의 조달이 이루어지고 있는 방식을 탈피하여 각종 지원금이나 기금 등을 의료보호재원으로 전환하여 사용가능하도록 하는 방식이다.

○ 예산의 목전환(Budget shifting)

예산목의 전환은 전체 비용적인 면에서의 절감을 의미하지는 않으나 해당 예산을 적정 부문에서 사용하게 함으로서 예산 목 본연의 성격에 충실하게 함으로써 예산의 거시적 효율성을 높이는 데 기여할 수 있다.

(1) 의료비에서 복지비로의 목전환

의료보호제도는 저소득층의 의료보호를 목적으로 만들어진 제도이나 사회복지시설과 서비스의 부족으로 인하여 요양원 등의 복지서비스로 대체가 가능한 노인질환자, 정신질환자 등 만성환자들에 대한 서비스를 의료보호가 담당하고 있는 경향이 있다³⁰⁾. 따라서 노인질환자, 정신질환자 등의 사회복지를 위한 다양한 복지시설 및 복지서비스의 확충은 의료보호진료비의 감소효과를 가져 올 수 있다.

(2) 의료보호재정에서 의료보험 재정으로 전환

혈액투석환자, 정신질환자 등 의료비 문제로 인하여 빈곤으로 전락하는 집단들에 대한 의료보장은 원칙적으로 의료보험이 의료보험으로서의 기능에 충실하지 못했기 때문이라고 볼 수 있다. 따라서 장기간 고액의 진료비가 소요되는 의료보험환자에 대해 고액진료비 상한제 등의 확대를 통하여 급여수준을 높임으로써 이들 환자들이 의료보호 대상자로 편입되는 것을 막을 수 있다.

정책안 8. 의료보호대상자들을 대상으로 한 주치의제

30) 극단 적인 예이기는 하지만, 동절기에 생계비 절감을 목적으로 입원을 하는 의료보호대상자들이 보고되기도 한다.

노령화, 장애, 낮은 가족지지체계 등 의료보호대상자의 특성은 다른 어느 집단보다 건강을 돌보아주는 주치의의 필요로 한다. 따라서 현재 실시를 준비하고 있는 주치의 등록제를 의료보호 제도에도 확대하여 적용함으로써 모든 의료보호환자들이 자신의 주치의의를 갖도록 할 경우, 의료보호환자에 대한 적절한 의료서비스가 의료보호대상자의 특성에 맞게 지속적으로 제공될 수 있는 획기적인 계기가 될 수 있을 것이다.

정책안 9. 새로운 지불보상제도의 모색

의료보호제도의 개선방법 중에 중요한 것이 새로운 지불보상제도를 통한 변화를 모색하는 것이다. 새롭게 모색되는 진료비 지불보상제도는 다음과 같은 효과를 가지고 있는 것이어야 한다.

첫째, 보다 포괄적인 의료서비스의 제공이 가능한 지불보상제도

둘째, 의료보호환자의 특성에 맞는 서비스의 제공을 용이하게 하는 지불보상제도

셋째, 의료보호진료비의 낭비를 최소화 할 수 있는 지불보상제도

현행 행위별수가제하에서는 어떠한 진료비 억제 정책도 확실한 진료비 억제효과를 보기 어렵다. 기본적으로 행위별수가는 이용량을 늘릴수록 이윤의 크기가 커지는 기전을 갖기 때문이다. 행위별 수가 하에서 심사의 강화 등 여러 가지 방법을 동원하여 진료비억제를 시도하지만 그 효과는 제한적이다. 따라서 선진국에서는 여러 가지 가장 효과적인 진료비 억제 방안으로 진료비 지불보상제도의 개편을 시도하고 있다. 이러한 여러 가지 시도들 중 대표적인 방안들에는 DRG와 같은 포괄수가제, 인두제 방식에 기초한 새로운 건강유지기구(health maintenance organization, HMO), 보건의료저축계정, 일당정액제 등 다양하다. 이러한 여러 가지 시도들 중에서 의료보호 재정안정화 방안과 관련하여서는 인두제 방식에 기초한 새로운 건강유지기구(health maintenance organization, HMO)를 중심으로 정책을 제안하였다.

o 인두제 방식에 기초한 새로운 지불보상제도의 적용

인두제 방식에 기초한 새로운 지불보상제도라 함은 의료보호환자들에 대해 1년간의 의료보호비용을 의료기관에 정액(이하 건강관리비)으로 선납하고 보호의뢰를 받은 의료기관(이하 의료보호 의료기관³¹⁾)이 의료보호대상자들의 건강문제에 대해 책임을 지는 방식을 말한다. 좀더 구체적인 예를 들어 설명하면 다음과 같다. 의료보호대상자와 의료보호 의료기관은 일년(또는 일정기간)을 단위로 계약을 체결한다. 이때 의료보호 대상자와 의료보호 의료기관 간에 체결되는 건강관리비의 총합은 기존 의료보호 대상자 구성, 대상자 특성별 질병이환상태, 질병별 의료비 등을 고려하여 결정하게 된다³²⁾. 의료보호 의료기관은 계약을 맺은 의료

31) 인두제 방식의 의료보호 의료기관과 운영방식은 미국의 사회건강유지조직(social health maintenance organization)과 유사한 개념임

32) 의료보호 의료기관의 계약인원, 조건, 급여수준과 범위 등에 대한 규정은 추후 별도의 작업을 필

보호환자에 대한 예방, 치료, 재활에 관련한 의료서비스에 대한 포괄적인 책임을 지게된다. 이 경우 의료보호 의료기관은 의료보호환자의 건강을 유지하고 질병을 치료하기 위한 가장 적절한 의료서비스를 선택하게 되어 불필요한 서비스를 최소화하려고 노력하게 됨으로써 포괄수가제보다도 적극적으로 의료비 절감을 유도할 수 있다. 이러한 지불보상방식은 최근 미국 메디케이드에서도 시도되고 있다³³⁾.

인두제방식의 지불보상제도의 전면적인 실시가 어려울 경우, 정신질환자 등 특정군에 대해서 우선 실시 할 수 있을 것이며 필요에 따라서는 1-2년의 시범사업을 우선적으로 시행하는 것이 바람직할 것이다. 이 제도가 시행될 경우, 불필요한 의료서비스의 선택 자체를 억

요로 함

33) 메디케이드에서 선불제 인두제 방식으로의 전환은 1980년대의 가장 중요한 변화 중의 하나이다. 이러한 전달체계의 개혁이 메디케이드 수혜자와 공급자에게 미친 영향에 대한 영향을 평가하기 위한 연구들이 진행되어졌다. 그 중 대표적인 사례연구가 위스콘신 메디케이드 프로그램 연구이다. 다른 많은 곳에서도 사례관리나 선불제 방식이 시행되었지만 위스콘신주의 프로그램은 그 개혁의 범위와 주내 메디케이드 수혜자의 비율이 매우 높았다는 점이 중요한 특징이다. 전통적으로 위스콘신주는 자유로운 가입기준들, 급여팩키지의 포괄성, 상대적으로 제한이 적은 공급자 지불보상방식 등으로, 메디케이드 수혜자들에게 가장 너그러운 주중의 하나였다. 1983년 주 보건국은 메디케이드 AFDC그룹에 대한 HMO Preferred Provider Initiatives를 시행하였다. 연방인증 HMO가 아니더라도 주정부의 closed-panel HMO가 참여하는 것을 법으로 허용하였고, HMO 가입을 위한 경제적 인센티브를 위하여 급여의 구조도 개정하였다. HMO Preferred Provider Initiatives하에서 밀워키나 덴(메디슨지역)의 메디케이드 수혜자들은 한 HMO를 선택하도록 하였다. 위스콘신 프로그램은 행위별수가제에서 선불 인두제 방식으로의 전환은 주와 지방기관에 대한 실질적인 실행과 조심스러운 계획 그리고 공급자 집단의 적극적인 참여유도와 지원이 필요함을 보여 주었다. 위스콘신 프로그램은 그 대상을 AFDC의 젊고 일반적인 진료를 받는 군으로 국한하였다. 노인과 장애인은 포함하지 않았는데 이들은 메디케이드뿐만 아니라 메디케어의 혜택도 받고 있으며, 이들의 건강상태는 시간이 경과함에 따라 나빠지는 경향 때문에 인두제 방식을 적용하기 어려웠기 때문이었다. 또한 AFDC의 수혜자라 할 지라도 관리가 어려운 집단들은 제외시켰는데, 정신지체가 있거나 정신질환, 또는 약물중독자들은 프로그램에서 제외하였다. 모든 메디케이드 수혜자들에게 인두제 방식을 확대 적용하기 위해서는 노인과 장애인의 큰 건강상태의 변이를 수용할 수 있으며 건강의 비용을 산정할 수 있는 정교한 인두제 방식의 개발이 필요하다. 위스콘신 프로그램은 인두제 수가 후하고 민간부문 수가와 견줄만할 때 광범위한 개혁이 보다 용이함을 보여주었다. 위스콘신의 인두제 수가 결정방식은 행위별 수가 추정지출액에 대해 일정감소(a flat reduction)를 적용하는 방식을 채택하였다. 플랜은 연령, 성, 건강상태에 관계없이 동일한 수준의 보상을 받았다. 따라서 지불보상수준은 후할 수밖에 없었는데, 포괄적인 급여 팩키지를 제공하고 상대적으로 제한이 적은 보수지불방식인 행위별 수가에 기초하여 수가의 수준이 만들어 졌기 때문이다. 따라서 어린이의 비율이 높을 수록 상대적으로 유리하였다. 참여한 플랜들과 주정부는 최초 수가수준을 민간 HMO 수준에 맞추는 데 서로 동의함으로써 경제적인 유인을 도모했다, 그러나 후한 수가는 비용억제와 주 지출의 억제에 대한 지속적인 압력 때문에 오래 지속될 것 같지 않다. 장래에 주는 인두제 수가를 기존의 행위별 수가에 기초하던 것에서 평균 가입자당 비용의 일정을 감소(a percentage reduction in the HMO cost per enrollee)방식으로 전환하려고 하고 있다. 또 다른 중요한 이슈 중의 하나는 어떠한 서비스를 급여에 포함할 것인가이다. 주는 특별히 응급서비스와 정신서비스를 급여에 포함할 것을 요구하였다. 위스콘신의 경험은 이러한 체제의 시행은 지방수준에서 중재와 빈번한 재조정 필요함을 보여 주었다. 카운티와 주정부는 가입대상의 선정과정, 범정의외사례에 대한 검토, 정신보건 및 지체 급여의 제공을 개선하기 위하여 지속적인 노력을 수행하고 있다. 마지막으로 위스콘신의 경험은 이러한 프로젝트는 시간을 필요로 하며 포괄적인 HMO체계는 빨리 만들어지지 않는다는 것을 보여 주었다. 밀워키에서 참여한 플랜 중 연방인증 HMO는 단 한 곳뿐이었고 나머지는 IPAs(Independent Practice Associations)였다. 요약하면 위스콘신 HMO Preferred Provider Initiatives는 주정부가 메디케이드 어린이와 그 가족들에 대한 진료를 기존의 의료체제나 서비스의 붕괴 없이 행위별 수가에서 선불제 방식으로 전환 할 수 있음을 보여주었다. 그러나 장기적인 효과는 아직 분명하지 않다. 위스콘신의 노력들은 특수집단에 대한 진료, 응급서비스에 대한 접근, 특수서비스의 제공, 주와 카운티 뿐만 아니라 공급자간의 협조가 어려운 과제로 제기되었다(HCFA, 1996).

제함으로써 더욱 적극적인 진료비 억제효과를 거둘 수 있을 뿐만 아니라 의료보호대상자는 질병의 치료보다 예방에 관심을 기울이게 되므로 질병의 예방, 치료, 재활의 총체적인 보건 의료서비스를 제공받을 수 있게 될 것이다. 또한 이 인두제 방식은 주치의제가 정착화할 경우 손쉽게 이와 연계해서 추진될 수 있을 것이다³⁴⁾.

정책안 10. 정신질환 입원환자의 탈원화를 위한 정책의 시행

현재 우리나라는 의료보호 정신과 서비스 이용에 대해 일당 정액제 방식을 택하고 있다. 이는 불필요한 장기입원과 이로 인한 진료비 증가의 중요한 원인 중의 하나가 되고 있다. 장기입원환자의 54%가 부적절 입원상태에 놓여 있으며³⁵⁾, 1998년 11월 보건복지부에 대한 국회 보건복지위의 국정감사자료에 따르면 의료보호 정신질환자의 경우 평균 입원치료기간이 212.9일로 의료보험환자 102.3일의 2배이상인 것으로 나타났다. 구체적으로 의료기관별 의료보호 정신질환자 입원기간은 국립정신병원 131일, 공립정신병원 167일, 사립정신병원 210일, 위탁정신병원 238일로 사립 대형병원과 민간위탁 대형병원을 중심으로 장기입원이 이루어지고 있다.

○ 차감수가제의 적용

정신질환자의 장기입원을 억제하기 위한 한 가지 정책안으로 입원기간이 길어질수록 수가를 차감적으로 적용하여 퇴원을 유도하는 방법이 고려되어 질 수 있다. 재원기간별 차감수가제는 정신질환자들의 장기입원을 억제하고 지역사회로의 복귀가능성을 높일 수 있을 것이며 이는 장기입원으로 인한 진료비 증가를 억제하는 효과를 가져올 수 있을 것이다³⁶⁾.

○ 테이케어 프로그램 수가화

만성정신질환자의 지역사회재활을 촉진하기 위해서는 치료서비스와 거주서비스, 지지적 서비스를 포함한 포괄적인 서비스가 제공되어야 한다. 우리나라의 경우 단기입원, 낮병원이나 주간재활과 같은 부분입원, 거주시설, 사례관리, 직업재활과 같은 서비스의 우선 순위가 높다고 판단된다³⁷⁾. 현재 의료공급의 90%를 민간부문이 담당하고 있는 우리나라 실정에서

34) 인두제에 기초한 지불보상제도를 실시하기 위해서는 우리나라 실정에 맞는 의료보호의 인구학적 특성 및 이환 상태 등을 고려한 위험보정 수가의 개발이 필요하면 적정 의료보호의 범위와 수준에 대한 규정, 다양한 예방프로그램의 개발, 의료제공자들의 교육과 훈련 등 다양한 제도적 장치가 필요하다.

35) 아주의대, 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준개발연구, 1994

36) 공급자들이 장기입원환자를 퇴원시키기보다는 제공서비스의 양과 질을 더욱 줄일 가능성이 있으며 이럴 경우 이 정책은 실효를 거두지 못할 것이다. 또한 횡수용화와 회전문현상을 막기 위해서는 재입원 기준의 설정과 환자 데이터베이스의 구축과 전문적인 모니터링이 필요하다. 또한 재원기간별 차감수가제는 지역사회 정신보건서비스의 확충과 반드시 병행되어 시행되어질 때만이 실질적인 효과를 보일 수 있을 것이다.

37) 김용익 등, 정신보건의 현황과 정책개발, 1994

지역사회정신보건사업이 활성화되기 위해서는 민간부문이 적극적으로 참여할 수 있는 지역 사회 프로그램을 개발하는 것이 필수적이다. 이러한 정책 중에서 가장 우선적으로 검토하여야 하는 것이 데이케어 프로그램의 의료보험 및 보호 적용이다. 현재 낮병원에 대한 수가가 마련되어 적용되어지고 있고 최근 의료보호에서도 이의 적용이 가능해졌으나, 낮병원은 현재 우리나라에서 입원서비스의 '대체서비스'로 보다는 '추가적 입원서비스'로 제공되어지는 경우가 많고, 낮병원이 환자들의 거주지에서 멀리 떨어져 있는 경우가 많으며, 본인부담액이 많아 지역사회 정신보건서비스로의 기능을 적절히 수행하고 있지 않다.

데이케어 프로그램에 대한 수가는 원칙적으로 외래서비스에 준하며, 낮병원에 비해 제약 조건이 매우 적은 형태로 만들어져야 한다. 일본에서와 마찬가지로, 데이케어 프로그램의 시행을 장려하기 위하여 상대적으로 높은 수가를 설정하여야 한다. 수가의 형태에 대해서는 별도의 추가적인 연구가 필요하겠지만, 원칙적으로 최소한 1개월을 단위로 서비스의 시행이 이루어지며 서비스 내용에는 건강관리훈련(약물관리훈련, 증상관리 훈련 등), 일상생활기술 훈련(요리, 개인위생관리, 가정관리 등), 대화기술훈련, 인지 재활훈련, 지역적응훈련, 집단상담 및 치료, 여가활동 훈련 등을 포함하도록 한다. 데이케어 프로그램이 수가가 만들어져 광범위하게 실시될 경우, 현재 입원되어 있는 정신질환자 중 상당수를 상대적으로 저렴한 비용으로 지역사회내에서 관리할 수 있게 됨으로써 의료보호 진료비를 절감할 수 있을 뿐만 아니라 정신질환자의 사회복귀를 촉진시킬 수 있을 것이다³⁸⁾.

○ 강력한 탈원화 정책의 지속추진

현재 정신보건법에서는 시도 정신보건심의위원회로 하여금 6개월이상 장기입원 정신질환자에 대해 계속입원필요성에 대한 심사를 하도록 명시하고 있다. 이러한 상황에도 불구하고 각 시도별로 통일된 심사결정지침을 확보하고 있지 못하며 퇴원명령률도 강원도의 30%에서 제주도 0%에 이르기까지 지역에 따라 큰 차이를 보이고 있다³⁹⁾. 또한 퇴원명령을 받은 환자들에 대한 추적관리가 이루어지지 않아 다른 정신병원에 바로 다시 입원하는 횡수용화 현상과, 요양시설과의 이른바 '회전문 현상'이 효과적으로 통제되지 못함으로써 지역사회복귀가 효과적으로 진행되지 못하고 있다.

따라서 정부는 장기 정신질환자에 대한 퇴원기준을 과학화하고 엄격히 시행할 뿐만 아니라 퇴원정신질환자에 대한 추적관리를 통하여 강력한 탈원화 정책을 지속적으로 추진해 나가야 할 것이다.

현재 의료보호 정신과 입원수가는 사립의료기관의 경우 22,810원으로 한 달에 684,300원의 진료비 전액을(1종 의료보호대상자의 경우) 국가가 부담하고 있는 상황이다. 앞서 언급한 바

38) 데이케어 프로그램의 수가개발과 적용은 불필요한 장기수용 정신질환자의 사회복귀를 획기적으로 개선할 수 있는 정책이다. 그럼에도 불구하고 이러한 정책이 성공하기 위해서는 다음과 같은 것이 병행되어야 한다. 첫째, 대형정신수용시설에 부적절하게 수용되어 있는 정신질환자에 탈원화 정책의 강력한 시행, 둘째, 지역내 다양한 정신질환자 지지체계의 구축, 셋째, 민간 데이케어 프로그램을 포함하여 지역사회내 정신보건관련 조직과 프로그램을 효과적으로 조정 통합할 수 있는 체계의 확보 등이다.

39) 국정감사자료, 1999, 10

와 같이 장기입원환자 중 약 54%가 불필요한 입원을 하고 있다면 이들 불필요하게 입원되어 있는 정신질환자를 사회에 복귀시킴으로써 얻을 수 있는 의료보호 진료비의 증가액제효과는 매우 클 것으로 예상된다. 또한 제한적이거나 정신질환자들이 사회에 복귀하여 생산과정에 참여함으로써 국가적인 편익도 발생하게 될 것이다. 또한 이러한 탈원화는 정신질환자의 삶의 개선에도 기여할 수 있다.

정책안 11. 의료보호 대상자 및 진료비의 효율적 관리운영을 위한 정책의 시행

○ 관련 전문인력 충원 및 전산관리기능강화로 대상자관리의 전문성향상

인구의 노령화와 함께 국민기초생활보장법 제정에 따른 대상자선정기준의 확대 등은 향후 지속적으로 의료보호대상자의 수를 증가시키는 요인으로 작용할 것이며 대상자수의 증가는 의료보호진료비를 증가시키는 가장 기본적인 요인으로 작용할 것이다.

대상자의 선정과 관련하여 1998년 감사원 보고에 의하면 생활보호대상자 선정 및 관리 인력의 부족과 전문성의 부족, 업무소홀, 관련 업무전산화의 미비, 업무간 협조부족 등으로 인하여 의료보호대상자의 선정과 관리가 효율적으로 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났으며 부적절한 대상자의 선정으로 인한 예산의 낭비액은 651,004,500원이 넘는 것으로 나타났다⁴⁰⁾.

[사회복지전문요원의 확충]

사회복지전문요원은 사회복지업무의 효율적 추진을 위해 지방자치단체의 장이 사회복지사 자격을 갖춘 사람 중에서 선발하여 저소득층 밀집지역의 행정기관에 배치한 지방공무원이다. 보건복지부는 현재 사회복지사 3급 이상의 자격증을 가진 사람을 채용하여 지방 별정직 8급(94년부터 7급에서 8급으로 변동)으로 발령하도록 기준을 정하고 있다. 업무는 다음과 같다. 1. 생활보호업무, 의료보호업무 등을 포함하는 공적부조와 노인, 장애인, 청소년, 여성복지, 요보호 아동 등을 대상으로 하는 사회복지서비스업무를 수행함 2. 생활보호대상자를 조사, 선정하는 것을 비롯하여 보호금품 지급과 생계보호, 생업자금융자, 취업알선 등의 자립지원, 개별상담 및 사후관리, 생활보호대상자를 위한 후원금이나 후원자 알선이다. 3.보통 사회복지전문요원은 각 지역 동사무소에서 근무하게 된다. 1999년 현재 약 3,000명이 활동하고 있다.

현재 사회복지전문요원들이 대상자의 발견과 추후관리가 어려움 이유로, 불안정한 신분보장, 사회복지업무의 과다한 업무의 부가, 대상자관리에 필요한 데이터 베이스와 프로그램의 미흡 등을 그 이유로 들고 있다. 또한 군지역의 상당수가 사회복지전문요원이 배치되지 못

40) 이는 선정기준 초과자와 관련한 비용 중 일부금액으로 1998년도 감사가 전체 의료보호대상자의 50%에 해당하는 생활보호대상자 1,153,034명에 해당하는 것이었다. 그러므로 국가 전체로는 이보다 큰 금액이 될 것이다. 그러나 실재는 선정과정상의 오류에는 기준해당자의 선정누락 등을 일부 포함하게되므로 실제 낭비액은 약간 줄어들게 된다. 구체적인 내용은 앞의 의료보호 관리체계부분에서 기술하였다.

하고 있는 것도 대상자관리의 전문성부족의 이유가 되고 있다.

따라서 대상자선정 및 추후 관리의 전문성을 확보하기 위해서는 사회복지전문요원의 수를 대폭확대하고, 이들에게 승진의 기회를 보장하는 등의 신분보장을 명확히 하며, 기타 업무에 대부분의 시간을 빼앗겨 본연의 업무를 수행하는데 소홀함이 없도록 제도적 장치를 마련하는 것이 필요하다.

[대상과 관리프로그램의 기능확대]

1990년 당시 보건사회부는 의료보호대상자 자격관리를 전산관리체제로 전환하기로 하고 관리업무를 의료보험관리공단에 위탁하였다. 관리공단에서는 대상자별 인적사항 37항목을 수록한 의료보호대상자 자격 데이터베이스 프로그램을 개발하고, 1990년 10월 23일부터 11월 3일에 걸쳐 전국 시, 도지사 와 의료보호대상자 전산관리 위탁운영에 관한 계약을 체결한 후 1) 의료보호대상자 자격전산관리, 2) 의료보호대상자 진료비 지급과 관련한 사후 관리자료 생산, 3) 의료보호대상자 자격 및 진료비 지급관련 통계자료 생산, 4) 의료보호수첩 전산출력, 5) 기타 보건복지부장관이 지정한 사항에 관하여 위탁업무를 수행하고 있다. 1992년부터는 전산관리영역을 더욱 확대하여 중복청구 진료비를 색출하고, 상해의인 확인대상자를 발체하며, 연간 보호기관 초과 내역을 발체하는 등의 진료비 지급 사후관리 및 지역조합과의 자격연계, 진료실적 통계생산의 업무를 시행하고 있다⁴¹⁾. 이러한 발전에도 불구하고 고용상태 변동에 관한 정보, 자동차세, 보험료, 연료비, 유지비 등의 운영경비관련 정보, 의료보험자격관련 정보, 공공근로사업관련 정보, 입소시설 변동 정보 등에 행정, 노동, 복지, 보건 의료의 통합된 전산망이 구축되지 않아 대상자선정의 오류, 중복급여 등의 낭비적 요인이 발생하고 있으며 효과적인 의료보호환자 추적관리가 이루어지지 못하고 있다.

따라서 최근 추진되고 있는 행정, 노동, 복지, 보건의료를 포괄하는 종합전산망에 생활보호대상자 또는 의료보호대상자의 파악과 추구관리를 위한 기능을 추가하여 효과적인 대상자관리가 이루어 질 수 있도록 하여야 한다.

이상의 정책은 부적절한 대상자 선정, 중복지급(청구), 상해의인 확인 등의 추구관리가 보다 전문적으로 이루어짐으로써 의료보호 관리체계의 낭비를 줄이고 관리체계의 효율화를 기할 수 있을 것이다.

○ 의료보호 심사체계의 개선

현재 의료보호의 심사는 행위별 수가 진료비의 경우, 의료보험연합회에서 의료보험의 심사기준에 의해 이루어지고 있다. 의료보호 진료비는 의료보험과는 달리 상위 10%의 진료비를 사용하는 이용자가 전체 진료비의 70%이상을 사용하므로 이들 고액진료비 집단에 대한 집중관리를 통해 진료비 절감효과를 거둘 수 있을 것으로 보인다.

이를 위하여 기존 청구방식에 일부 청구내용을 추가하여 DRG 그룹화가 가능하도록 하고, 고액 진료비를 사용하는 DRG군에 대해 추가적인 정밀 심사를 시행함으로써 불필요한 진료

41) 노인철 외, 전계서, 108-111, 1991

비를 억제할 수 있을 것이다. 그밖에도 부당 및 허위청구 방지 방안의 개발이 필요하며, 기존 월별 청구방식에서 에피소드당 청구방식으로 전환하여 실질적인 의료이용의 질 관리가 가능하도록 하여야 할 것이다.

정책안 12. 가난한 이들의 건강을 지지하는 사회체계의 구축

의료보호제도와 관련하여 좋은 정책안이 있어도 그 정책안을 지속적으로 주장하고 관철시켜 나가고, 그 정책의 취지가 변질하지 않도록 모니터링하며, 새로운 환경의 변화에 빠르게 대응하기 위해서는 의료보호대상자들 자신의 노력뿐 만 아니라, 이들 가난한 이들의 건강을 지지하는 사회적 조직을 만들어 가지 않으면 안 된다. 좀더 구체적으로 의료보호환자의 건강을 보호하기 위해 더욱 유용한 프로그램을 만들어 나가고, 주치의등록제나 인두제 방식의 시행과정에서 공급자 집단과 협력하고 때로는 견제할 수 있는 보호집단의 필요성이 전제될 때만이 우리는 가난한 이들의 건강을 위한 다양한 정책들을 효과적으로 시도해 나갈 수 있을 것이다. 또한 이렇게 다양한 프로그램들을 운영하기 위한 예산도 확보할 수 있을 것이다. 따라서 가난한 이들의 건강을 지지하는 전문적이고 체계적인 조직들을 만들어 나가야 할 것이다.

4. 노숙자들의 건강문제 해결을 위한 의료보호제도의 역할

현재까지 노숙자의 건강문제에 대한 관심과 지원은 대부분 개인이나 민간부문의 헌신적인 노력에 의해 보호되어 왔다. 그러나 노숙자의 건강문제를 자원봉사적 노력만으로 푸는 데는 한계가 있다. 또한 경제한파 이후에도 노령화, 가족의 해체경향 등은 노숙자의 지속적인 증가가 예상되는 상황에서 향후 노숙자들의 건강보호를 위한 구체적인 정책목표와 체계를 구축하는 것이 필요하다. 이러한 과정에서 저소득층의 의료보호를 목적으로 하고 있는 의료보호제도가 노숙자 건강보호에서 어떠한 역할을 할 수 있고, 또 하여야 하는지에 대한 검토는 매우 필요하다.

그럼에도 불구하고 노숙자의 건강보호와 의료보호의 역할에 대한 논의는 그간 거의 이루어진 바 없다. 그러므로 본격적인 정책안들을 만들어 나가기 위해서는 상당기간 노숙자들에 대한 국가의 역할, 의료보장체계의 목표 속에서 노숙자 건강보호의 의미 등 기본적인 현황과 개념들을 정리하는 작업들이 필요하다.

구체적으로 우선 정책적 결정이 필요한 몇 가지 정책적 문제와 바라직한 정책방향은 다음과 같다.

■ 노숙자들의 건강문제를 어느 제도가 책임질 것인가?

노숙자들의 상당수는 과거 의료보험의 대상자로 보험료를 내던 사람들이다. 따라서 이들이 비록 현재 보험료를 내지 못하고 있다 할지라도 이들의 진료비에 대한 책임을 전적으로 국가가 부담하는 것이 적절하지 않을 수 있다. 또한 최근의 노숙자의 대량발생은 일종의 재난으로 볼 수 있는데 재난보험(catastrophic insurance)은 기본적으로 사회보험이므로 사회보험내에서 해결하는 것이 바람직할 것이다. 또한 이들의 의료서비스의 상당부분은 복지적 서비스 비용을 대치하는 경우가 많은데, 이 경우 이 비용자체를 의료보호가 맡는 것이 적절하지 않을 수 있다.

■ 노숙자에게 누가 의료서비스를 제공할 것인가?

현재, 노숙자의 진료를 위한 별도의 의료서비스 제공체계에 대한 검토도 이루어지고 있다. 그러나 기본적으로 가난한 이들을 위한 진료기관과 그렇지 않은 집단에 대한 진료기관으로 구분하는 것은 가난한 이들에 대한 낙인감을 심화시키고, 상대적으로 의료기관의 시설, 장비, 서비스의 질적 차이가 차별적인 진료로 이어질 가능성이 높고, 의료기관의 중복투자에 따른 낭비가 발생할 수 있으므로 별도의 의료전달체계를 가지는 것은 바람직하지 못하다. 단지 일부 국립의료기관을 중심으로 기존 진료업무이외에 추가적으로 노숙자들의 건강문제를 전문적으로 다루는 의료기관이 필요할 것이다.

■ 노숙자들의 건강보호를 위한 구체적인 관리체계는 어떻게 할 것인가?

○ 노숙자들을 위한 특화된 관리체계가 필요함.

노숙자의 건강보호를 위해서는 매우 다양한 여러 분야간의 협조가 필수적이다. 따라서 노숙자의 의료보호를 위한 관리체계는 포괄적인 조정이 가능한 전문적이고 힘있는 조직이어야 할 것이다. 또한 전문적이고 유능한 사례관리(Case management) 기능의 강화가 실제적인 도움을 줄 수 있을 것이다.

○ 의료부조제도의 실시

의료부조제도를 재실시하고 노숙자들을 의료부조자로 지정함으로써 제도권 안으로 포함시켜야 할 것이다. 의료부조자로 지정될 경우, 노숙자들은 기존의 의료보호전달체계를 이용하여 다른 의료보호환자들과 동일하게 의료를 이용할 수 있게 될 것이다.

○ 소규모 쉼터, 직업재활 프로그램 등을 대폭 확충하고 이들 프로그램과 연계 실시

소규모 쉼터, 직업재활 프로그램 등을 대폭 확충하고 이 프로그램과 연계하여 의료보호를 제공함으로써 의료보호가 실질적이 도움이 되도록 하여야 할 것이다.

■ 노숙자의 건강보호를 위해 어떤 서비스를 제공할 것인가?

실직으로 인한 정신적 고통, 정신질환, 알코올 및 약물과의 높은 연관성 등 노숙자들의 특성과 거주지의 불안정 등을 고려하여 효과적인 건강보호 프로그램들을 개발하여 시행하여야 할 것이다.

기본적으로 자발적인 참여를 원칙으로 하되 스스로 자기 몸을 돌보기가 어려운 이들에 대해서는 별도의 적극적 개입서비스 필요할 것이다(특히 행려자, 정신질환자에 대한 별도의 정책이 검토되어야 함). 또한 단주모임, 직업재활, 상담 등 다양한 전문집단의 서비스와 연계를 통한 보건의료서비스가 제공되어야 할 것이다.

■ 기타 노숙자 관련 보건의료 부문 정책안

- 현재 의료구호비의 형태로 지급되고 있는 노숙자 진료수가를 적정화하여 서비스 제공자들이 노숙자의 진료를 기피하지 않도록 하여야 한다.
- 노숙자 다수 지역(시, 군, 구)에 대한 별도의 건강관리기금을 지원하여 시, 군, 구 자체적인 의료지원활동을 전개해 나가야 할 것이다. 이 과정에서 보건소가 주도적인 역할을 수행하도록 하여야 할 것이다.
- 노숙자 건강관련 전문 사례관리자와 팀을 육성하여야 한다.
- 일정기간 노숙자의 건강을 책임지는 주치의 제도의 도입을 검토할 수 있다.
- 장기입원이나 요양이 필요한 노숙자들을 위한 장기요양시설의 확보가 필요하다.