

의료보호제도의 정책방향

윤 두 근

〈지방공사 강남병원 총무부장〉

1. 의료보호제도와 공적부조(公的扶助)

의료보호제도는 생활이 어려운자에게 인종이나 신앙, 성별, 또는 사회적신분에 관계 없이 의료보호를 받을 수 있게한 공적부조이다.

우리나라 헌법 제34조에는 국가는 사회복지와 사회복지증진에 노력할 의무가 있음을 규정하고 「신체장애자 및 질병, 노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다」라고 규정하고 있어 생활능력이 없는 국민에 대한 의료보호는 시혜(施惠)라기 보다는 권리로 인정한 것이라고 생각된다. 공적부조인 의료보호제도는 생활능력이 없는 국민이 당연히 의료보호를 받을 권리가 있다는 점에서 사회보험적 성격이 있는 의료보험제도와는 차이가 있다.

우리 나라에서는 실정법상 생활보호법으

로 「생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 필요한 보호를 행하여 이들의 최저 생활을 보장하고 자활을 조장함으로써 사회복지의 향상을 도모할 수 있도록」정하였으며 그중 의료보호대상자에 대하여는 다시 의료보호법으로 이를 구체화하기 위하여 「생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료보호를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지 한다」정하여 의료보호는 국가에서 책임을 지고 실시할 것임을 명확히 하였다.

따라서 선언적으로는 의료보호대상자가 의료보호를 받는 것은 국민의 권리이며 국가는 이에대한 책임을 져야한다. 이와같은 공적부조는 국가에 따라서 다르고 시대의 변천에 따라서 변화하여 일정하지는 않다고 본다.

2. 의료보호제도의 연혁

우리 나라의 의료보호제도는 기본법인 생활보호법이 1961.12.30 제정되고, 동법 시행령이 1969.11.10 제정 시행됨에 따라 1970년 도부터 실시되었다.

그 당시에는 지방자치단체에서 무료진료권을 발급하여 국, 공립병원에서 치료를 받을 수 있게 하였다.

그 후 1976.9월 「전국민의료보장의 기반 확립을 위한 의료시혜 확대방안」이 정부에서 계획되고 「의료보호에 관한 규칙」이 1977.1.4 제정 시행되었으며, 1977.12.31 의료보호법(이하 “동법”이라 한다)이 제정됨에 따라 의료보호제도는 본격적으로 시행되었다. 1991.3.8 동법전문이 개정되는 등 지금까지 6차에 걸친 법령개정으로 의료보호제도는 그 내용에 있어 많이 보완 수정되고 발전하였다.

우리나라의 의료보호제를 개관하면 미국의 「메디카이드」나 일본의 의료보호제도와 맥락을 같이한 것으로 보이며 앞으로 더 많은 보완이 필요하다고 본다.

3. 의료보호대상자 및 구분

의료보호대상자는 생계수단을 일시적으로 또는 영구히 상실하였거나 일정한 소득이 있어도 일정기준에 미달되어 의료문제를 스스로 해결할 수 없는 계층과 기타 정책적으로 의료보호대상에 편입함이 타당한 계층을 대상으로 삼고 있다.

의료보호대상자 기준인 생활정도의 측정은 세대단위로 함을 원칙으로 하고 있으며, 자력으로 생활에 필요한 수요를 충족할 수 없는 부족분을 실태파악하고, 더불어 세대단위의 자산을 확인하여 정부에서 정한 기

준에 해당되어야 하는 것이다.

우리나라 의료보호대상자는 다음과 같다. (동법 제4조 제1항)

가. 생활보호법에 의한 생활보호대상자

나. 재해구호법에 의한 이재민

다. 의사상자에우에관한법률에 의한 의사자 및 의사자의 유족

라. 독립유공자에우에관한법률 및 국가유공자에우등에관한법률의 적용을 받고 있는 자와 그 유족으로서 국가보훈처장이 의료보호가 필요하다고 요청한 자중 보건복지부장관이 의료보호가 필요하다고 인정한 자

마. 문화재보호법에 의하여 지정된 주요 무형문화재의 보유자 및 그 가족으로서 문화체육부장관이 의료보호가 필요하다고 요청한 자중 보건복지부장관이 인정한 자

바. 귀순복한동포보호법의 적용을 받고 있는 자와 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료보호가 필요하다고 인정한 자

사. 기타 생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 자로서

① 전염병예방법의 규정에 의한 제3종 전염병중 성병에 감염된 자

② 위 “가”내지 “사”에 해당하는 자와 유사한 자로서 보호기관인 시장, 군수, 자치구구청장이 의료보호가 필요하다고 인정한 자이다.

이상과 같은 의료보호대상자는 다시 1종과 2종으로 구분되며 의료보호 비용부담의 내용을 달리하고 있다.

의료보호1종대상자는 다음과 같다.

가. 생활보호대상자로서

① 65세 이상의 노약자

② 18세 미만의 아동

③ 임산부

- ④ 폐질 또는 심신장애로 인하여 노동력이 없는 자
- ⑤ 위 ①내지 ④에 해당하는 자와 50세 이상의 부녀자만으로 구성된 세대에 속하는 자로서 그 주거에서 생계보호, 의료보호, 자활보호, 교육보호, 해산보호, 장제보호를 행할 자
- ⑥ 위 ①내지 ④에 해당하는 자로서 주거가 없거나 있어도 그곳에서는 보호의 목적을 달성할 수 없어 보호시설에 입소하게 하여 생계보호, 의료보호, 자활보호, 교육보호, 해산보호, 장제보호를 행할 자이며

나. 제3종전염병중 성병에 감염된 자와

다. 위 “가”와 유사하여 보호기관이 의료보호가 필요하다고 인정한 자 그리고 동법 제4조 제1항중 2호 내지 5호 해당자이다.

의료보호 2종대상자는 거택보호 또는 시설보호의 대상자는 아니나 그 자활조성을 위하여 의료보호, 자활보호, 교육보호, 해산보호, 장제보호를 행할 자이다.

4. 의료보호대상자 책정

의료보호대상자에 대한 보호기관은 거주지를 관할하는 시장, 군수, 구청장이다. 그러나 보호기관이 그 대상자를 책정함에 있어서는 매년 보건복지부장관이 서울특별시, 광역시 및 도별로 의료보호대상자 구분(1종, 2종)에 따른 대상자 수를 정하고, 이에 근거하여 시·도지사가 시·군, 구청별로 정하여 통보한 수의 범위내에서 책정할 수 있다.

그러므로 의료보호대상자 책정은 정부 또는 상급지방자치단체에서 정하여준 범위내

에서만 가능하며 공적부조로서의 의의는 제한적이다.

책정된 대상자에게는 의료보호증이 발급되며 유효기간은 발급년도에 한한다.

5. 의료보호의 내용 및 보호기간

의료보호의 내용을 진찰, 처치, 수술, 기타치료, 약제 또는 치료재료의 지급, 의료시설에의 수용, 간호, 이송 기타 의료목적의 달성을 위한 조치와 분만이며, 그 방법, 절차, 범위 및 의료보호 수가기준과 그 계산방법등에 관하여는 보건복지부장관이 정하도록 되어있다(동법 제8조).

위에서 간호 또는 분만보호라함은 의료보호진료기관에서의 행위만을 의미하되 분만의 경우 부득이한 사유로 자기분만한 경우에는 보건복지부장관이 정하는 분만비를 지급받을 수 있다.

1997년도에는 일년중 의료보호를 받을 수 있는 기간을 270일로 정하였다. 그러나 다음의 경우에는 보호기간을 제한하지 아니한다.

가. 65세 이상의 자

나. 장애인복지법에 의하여 등록된 자

다. 국가유공자에우등에관한법률에 해당하는 전상군경, 공상군경, 4.19혁명부상자, 공상공무원, 국가사회발전 특별공로상이자.

라. 폐결핵, 정신질환, 기타 보건복지부장관이 정하는 질병으로 보호를 받는자.

마. 보호기관이 의료보호심의위원회 심의를 거쳐 보호기간을 연장승인한 자

그러나 입원진료의 경우 보호기관은 의료보호심의위원회로 하여금 수시로 입원진료

의 적정여부를 심의하게 할 수 있으며, 심의결과 통원진료가 가능하다고 인정한 경우는 통원진료를 받도록 하여야 한다.

의료보호진료기관은 보호기간을 초과한 보호대상자에 대하여 진료가 계속 필요한 경우에는 보호기관으로부터 연장승인을 얻도록 하여야 한다.

특히 입원기간의 경우는 30일을 초과할 것으로 판단되면 제1차 및 제2차 진료기관의 장은 미리 보호기관으로부터 입원연장승인을 얻도록 하지 아니하면 안된다.

6. 의료보호환자 진료체계

의료보호환자의 진료를 위하여 시·도지사는 제1차 및 제2차 진료구역을 지정하고 시장, 군수, 구청장은 제1차 진료기관을 시·도지사는 제2차 진료기관을 지정하되 3차진료기관은 보건복지부장관이 지정한다(동법 제10조).

의료보호대상자는 시·도지사가 정한 진료구역내에 있는 의료보호 진료기관으로 지정된 의료기관에서 진료를 받아야 한다. 그러나 다음의 경우에는 그러하지 아니하다(동법 시행령 제13조 제1항).

가. 고도의 전문인력 또는 특수시설, 장비에 의한 진료가 필요한데 지정된 진료지구 안에는 이에 해당하는 제1차 또는 제2차 진료기관이 없어 진료가 곤란한 질병의 경우

나. 성병에 감염된 자가 진료를 받는 경우

다. 천재, 지변 등에 의하여 진료지구안의 의료보호기관에서 진료가 불가능하다고 판단되어 보건복지부장관 또는 시·도지사가 따로 정한 경우

라. 여행중인 보호대상자가 응급진료(분만포함)를 받은 경우

마. 간병등 부득이한 사유로 진료지구안에서 진료가 곤란하다고 보호기관이 인정한 경우이다.

시·도지사가 정한 진료구역외에서 진료를 받고자 할 때에는 담당의사의 소견서를 첨부하여 보호대상자 본인 또는 그 보호자가 보호기관의 승인을 얻어야 한다.

의료보호환자에 대하여는 단계별로 진료를 실시하도록 되어있다.

처음에는 지정된 진료지구내의 제1차 의료기관에 의료보호를 신청하여야 한다. 다만 성병감염자나 분만보호가 필요하여 응급할 경우에는 그러하지 아니하다. 제1차 또는 제2차 진료기관의 장은 진찰결과 제2차 또는 제3차 진료기관의 진료가 필요하다고 인정된 경우에는 진료한 의사의 소견서를 첨부하여 상급 의료기관에 진료의뢰서를 작성하여 보호대상자에게 발급해 주어야 한다.

진료기관별 진료범위는 다음과 같다(동법 시행규칙 제18조).

가. 제1차 진료기관에서 행할 수 있는 진료의 범위

- ① 간단한 외과적 처치 기타 통원치료가 가능한 질병의 치료
- ② 장기치료를 요하는 만성질환으로서 입원을 필요로 하지 아니하는 질병의 치료
- ③ 질병상태, 이송거리 및 이송시간 등을 고려할 때 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래된다고 판단하는 경우의 긴급입원수술
- ④ 제2차 진료기관으로부터 회송받은 환자에 대한 진료

- ⑤ 분만과 같이 고도의 시설이나 장비가 필요없이 제1차 진료기관에서 입원·수술치료를 받는 것이 보호대상자에게 유리하다고 판단하여 보건복지부장관이 정한 상병의 입원, 수술치료

나. 제2차 진료기관에서 행할 수 있는 진료의 범위는 다음과 같다.

- ① 입원진료가 필요하여 제1차 진료기관 또는 제2차 진료기관에서 이송된 환자의 입원
- ② 당해 제2차 진료기관에서 입원하였던 자가 퇴원후 경과의 관찰이 필요하여 진료를 받은 경우
- ③ 기타 제1차 진료기관에서 행할 수 없는 진료

다. 제3차 진료기관에서 행할 수 있는 진료의 범위는 다음과 같다.

- ① 특수진료
- ② 제1차 또는 제2차 진료기관에서 이송된 특수진료를 요하는 환자의 진료
- ③ 당해 제3차 진료기관에 입원하였던 환자로서 퇴원후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료

7. 진료비 부담

의료보호에 소요되는 비용은 그 전부 또는 일부를 의료보호기금(이하 “기금”이라 한다)에서 부담한다.

의료보호기금은 국고에서 100분의 80을 부담한다. 그러나 서울특별시의 경우는 국고에서 100분의 50을 부담한다.

이와같이 조성된 기금으로 각 시·도에 의료보호기금을 설치하고 특별회계를 따로두어 운영하고 있다.

보호기관인 시·군·구에서 의료보호사업에 충당하기 위한 재원은 상급 자치단체에 설치된 의료보호기금으로 부터 보조금을 교부받아 충당한다.

의료보호대상자의 진료비부담에 있어서는 1종에 해당되는 자는 전액이 무료이다. 그러나 2종에 해당되는 자는 1차진료에 소요된 비용은 진료건당 1,500원의 본인부담금을 제외한 비용전액을 1차진료의 입원진료나 2차진료 또는 3차진료 비용은 그 비용의 100분의 80범위안에서 보건복지부장관이 정한 비율의 비용을, 1차진료의 경우에는 전산화 단층촬영등 보건복지부장관이 정한 진료에 대하여는 100분의 80범위안에서 보건복지부장관이 정한 비율의 비용을 동기금에서 부담한다(동법시행령 제16조).

의료보호대상자의 진료비중 동기금에서 일부만 부담하는 경우 나머지 비용부분에 대하여는 본인이 부담하는데 신청에 따라 동기금에서 무이자로 대부(代拂)하여 주고 대불금액의 규모에 따라 3회 내지 12회에 걸쳐 상환받는다.

보호대상자를 진료한 의료보호진료기관은 진료를 마친후 보호기관인 시·군·구에 진료비를 청구함과 동시에 의료보험연합회에 진료비심사를 요청하여야 한다.

보호기관에서는 의료보험연합회로부터 진료비에 대한 심사결과를 통보받아 진료기관에 진료비를 지급하게 되어있다.

8. 의료보호제도의 문제점

의료보호제도는 생활이 곤궁하여 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 국민이 인간다운 건강한 생활을 할 수 있도록 보장한

제도이다.

그러나 우리의 현실은 정부로부터 그 대상수를 미리 책정하여 하향식으로 배정하는 제도이다.

이 과정에서 대상자 선정에 합리적이지 못한 점이 발생되어 자가용을 타고 진료받으러 오는 의료보호 대상자가 있는가 하면 실제 생활이 어려워 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 사람이 누락되는 경우가 있음을 볼 수 있다.

둘째로 우리나라의 의료보호제도는 비급여부분에 대하여 입원한 경우 식비를 제외하고는 의료보호환자에게 부담시켜야 한다.

현재 의료비중 양질의 의료를 제공받는 것을 기준으로 할때 비급여부분이 차지하고 있는 부분은 대단히 크다.

결국 의료보호환자는 자력부담능력이 없으므로 양질의 의료를 제공받기 어렵다.

세번째로 의료보호진료기관이 보호환자를 진료하였을 때 2차 및 3차기관의 경우 가산료도 보험환자에 비하여 적고 또한 보호환자의 경우 보호자가 없던가 있어도 환자를 돌볼 수 없는 경우가 있어 병원부담이 늘어나는대도 진료비 청구시 기 절차가 복잡하고 최소 기간이 너무 길어 자연히 보호환자의 치료를 기피하지 않을 수 없게 되어 있다. 이로 인한 보호환자의 불이익이 적지 않음이 문제이다.

9. 의료보호제도의 정책방향

의료보호제도가 공적부조로서 생활곤궁자 모두가 의료보호를 실질적으로 받을 수 있도록 하기 위하여는

첫째, 보호기관인 시·구·군이 자주적으로 의료보호대상자를 조사하여 선정하고 그 기초위에서 보건복지부는 소요재정 상황에 따라 전체적인 수를 조정해야할 것이다.

둘째, 의료보호가 아직까지는 비급여 항목이 많이 있다.

이런 경우 경제적 부담능력이 없는 보호대상자는 양질의 의료제공을 받을 수 없게 된다.

이런 점을 감안하여 의료보호대상자에게는 의료보험수가적용으로 불충분한 부분을 보완할 수 있는 장치가 필요하다.

셋째, 의료보호환자의 보호기관은 시·군·구로 기초자치단체이고 기금관리자는 시·도으로써 상급자치단체이며 의료보호대상자의 숫자조정은 보건복지부장관이 주관하며 보호진료비의 심사는 의료보험연합회에서 실시하고 그 지급을 시·군·구에서 하고 있는 바 이와같이 여러 기관에서 동일 업무를 분담처리함으로써 책임성 결여등으로 대상자 선정의 부정확함은 물론 의료보호진료기관에서 진료비회수업무에도 상당한 어려움을 당하고 있으므로 업무체계를 조정할 필요가 있다.

우리의 여건이 아직은 성숙되지 못한 부분이 있으나 관계법규의 개정등을 통하여 의료보호제도가 점진적으로 발전해 왔고 앞으로도 더욱 많은 발전이 있기를 기대한다.*