

# 의료보호법 개정이 시급하다

지난 6월경 서울시내 유명 병·의원들이 의료보호 진료기관 지정을 의도적으로 기피한 사건이 발생, 사회적 물의를 일으킨 일이 있었다.

사건의 전말은 서울의 유명병원 23곳과 의원 3천7백35곳에서 의료보호환자 진료를 기피한채 일반환자와 보험환자만을 선별 진료하고 있다는게 밝혀진 것.

이들 병원이 의료보호 진료기관 지정을 꺼린 이유는 의료보호환자의 수가 의료보험보다 7% 낮다는 점, 특진료 책정을 할 수 없다는 점, 의료보호 대상자는 생활보호대상자나 장기간 치료를 요하는 만성질환자가 많기 때문인 것으로 풀이될 수 있다.

이에따라 서울시는 6월말 현재 병원급은 전체 1백56곳중 1백33곳이, 의원급은 6천1백70곳중 2천4백35곳만이 지정된 상태이며 향후 시내 모든 의료기관을 의료보호 진료기관으로 지정키 위해 강력한 조치를 취하겠다고 밝힌 바 있다.



우리나라  
의료보호법이 제정된  
것은 제 4차 경제개발  
5개년 계획이  
추진중이던 지난 77년  
전국민을 대상으로한  
의료보호 기반을  
확립해 국민보건향상을  
도모한다는 취지아래  
사회개발 역점사업으로  
추진됐다.

그럼에도 불구하고 의료보호 대상자에 대한 의료서비스는 여전히 열악한 상태로 국가차원의 행정지도외에 개별 의료기관의 자발적인 참여의식이 절실히 요구되고 있는 실정이다.

## 지난 77년 제정돼 첫 시행

우리나라에서 의료보호법이 제정된 것은 제4차 경제개발 5개년 계획이 추진중이던 지난 77년. 전국민을 대상으로한 의료보호 기반을 확립해 국민보건향상을 도모한다는 취지아래 사회개발 역점사업으로 추진됐다.

의료보호는 국가시책중 사회복지의 한 갈래로 공적부조 부문에서 생활보호와 함께 제도화 되어 있다. 여기서 공적부조란 자기힘으로 생계를 영위할 수 없는 사람들을 국가에서 보조해주는 제도를 말한다.

현재 의료보호제도는 생활수준에 따라 제1종 보호대상자(황색카드), 제2종 보호대상자(녹색카드),

드), 의료부조대상자(청색카드)로 구분돼 있다.

제1종 보호대상자는 거택보호자시설 수용자, 인간문화재, 국가보훈대상자, 월남귀순용사, 이재민, 성병감염자가 해당된다.

제 2 종 보호대상자에는 생활보호법에 의한 자활보호대상자를 꼽을 수 있다. 이외에 지난 86년부터는 자활보호대상자와 생활정도가 유사한 사람을 의료부조대상자로 구분, 혜택을 주고 있다.

따라서 의료보호 대상자는 세대를 기준으로 하여 생계수단이 일시적으로 또는 영구히 상실되었거나 일정한 소득이 있어도 기준에 미달되어 의료문제를 자력으로 해결할 수 없는 저소득층이 해당된다.

이들은 원칙적으로 모든 질병에 대하여 진찰, 처치, 수술 및 투약과 의료시설에의 수용, 간호 등을 받을 수 있다.

다만 의료법령에 의하여 국가의 보호를 받고있는 경우(결핵예방법, 전염병 예방법, 산업재해보상보험법, 모자보건법)와 특수한 재료를 요하는 경우(보조기, 의수족, 의안, 보청기 등) 그리고 특진, 진단서 발급등은 의료보호



이대 성산 사회복지회관 전경

범위에서 제한된다.

## 저소득층위한 의료보호제도

또 의료보호 대상자는 본인이 원하는 의료기관에서 진료를 받을 수 없고 정해진 진료체계내에서 단계별 진료만이 가능해 진료기관 선택의 자유가 제한된다.

이에 따라 정부는 진료권 제도를 도입, 인접한 시·군을 묶어 57개의 진료지구로 나눈다음 먼저 자신이 속한 진료지구내의 의료기관을 이용토록 하고있다.

각각의 진료지구내에서는 제1차, 제2차 진료기관을 구분·지정하여 응급등의 특수한 경우를 제외하고는 반드시 제1차 진료기관에서 외래진료를 받아야 한다. 제1차 진료기관에서 입원 및 전문적인 진료가 필요하다고 인정되면 담당의사가 발부하는 소견서를 갖고 제2차 진료기관으로 이송할 수 있다. 여기서도 고도의 치료를 요한다고 인정되면 다른 제2차 진료기관이나 특수의료기관으로 재이송된다.

진료비를 좌우하는 진료수가는 정부에 의해 통제되는데 대상자의 종류에 따라 부담에 차이를 두고 있다.

즉 1종 보호대상자는 입원, 외래 구분없이 전액을 정부에서 부담케되며 2종·3종 보호대상자는 외래만 전액 정부부담이고 입원인 경우 일부만 의료보호기금에서 부담하며 나머지는 본인이 부담하도록 돼있다. 이때 본인부담액이 일정기준을 초과하면 정부에서 그 초과액을 대불하여준 후 일정기간이 지난다음 분할 상환토록 배려하기도.

### 진료수가 정부에 의해 통제

의료보호기금 조성은 국가와 지방자치단체의 상호부담이다. 즉 국고 80%, 지방비 20%로 조성되는데 다만 서울은 국고대 지방비가 각각 50%로 나뉘어져 있다.

의료보호대상자는 91년 9월말 현재 서울시내에만도 거택보호 대상자(의료보호 1종) 6만1천2백77명, 자활보호대상자(의료보호 2종)가 13만7천1백13명, 의료부조대상자(의료보호 3종) 3만9천8백55명등 모두 23만8천2백45명의 의료보호 대상자가 선정돼 있는 것으로 집계되고 있다.

한편 이들 의료보호 대상자가



**의료보호 대상자가  
피부로 느끼는  
의료서비스  
수준은 매우 저조한  
실정으로 국내 의료보호  
제도의 올바른 실현이  
요원하게 아닌가  
하는 의구심을 자아내고  
있다.**

피부로 느끼는 의료서비스 수준은 매우 저조한 실정으로 국내 의료보호 제도의 올바른 실현이 요원한 게 아닌가하는 의구심을 자아내기에 부족함이 없다.

이대 성산종합사회복지회관 간호사업부 김성남씨는 현행 의료보호제도가 효율적인 운영을 하지 못하고 있다고 지적한다. 일례로 일부 의료보호대상자들은 병·의원에서 받는 불친절, 불이익 때문에 어려운 경제적 여건에도 불구하고 일반인으로 진료를 신청 몇배가 넘는 진료비를 내기도 한다는 것. 때문에 그나마 어려운 생활형편이 더욱 악화되거나 심지어는 진료자체를 포기, 절망하는 사례가 빈번하다고.

더욱이 이곳 성산시영아파트는 영세민을 대상으로 한 임대 아파트여서 주민 대다수가 2종·3종 의료보호 대상자이고 입주자들은 취로사업이나 파출부 등 육체적 노동에 의해 생계를 유지하는 저소득층이다.

따라서 생계유지가 제일 큰 관건으로 질병관리에 대한 정신적·경제적 의욕도 여유도 없는 형편.

지난 9월에 문을 연 이대 성산 사회복지회관도 턱없이 부족한

국가 보조금과 사회단체의 봉사  
로 꾸려가고 있는 실정이며 이  
들 주민에 대한 사회복지 실현에  
큰 장애를 받고 있다.

### 의료서비스 질적향상 요원

현재 이곳 간호사업부에서 실  
행되고 있는 의료활동으로는 임  
신진단검사, 자궁암 자가검사,  
소변검사(당뇨, 단백뇨검사), 빈  
혈검사 및 예방접종이 가능한데  
일부검사에 대해서만 최소한의  
검사비용을 받고 나머지는 무료  
다.

특히 당뇨병 환자의 경우는  
2달에 1번, 한림대의대에서 의료  
봉사팀이 나와 혈당측정을 해주  
고 있다. 최근에 한 검사에서는  
대략 1백20여명이 참여해서 당  
뇨병이라고 의심이 가는 13명을  
찾아내기도 했고, 중중인 2명은  
입원치료를 주선한 예도 있다.  
이외에도 아세아신학대학의 의  
료선교원, 남서울교회의 의료선  
교원, 연세대 치대등 주로 기관,  
단체등의 봉사활동이 의료사업  
에 큰 보탬이 되고 있다.

김성남 간호사는 특히 이들 의  
료보호대상자들에 대한 건강보  
건 교육이 절실히 필요하다고 지



**의료보호 대상자는  
전체인구의 8%인데  
반해 공적부조가 필요한  
인구는 이미 전체의  
15%를 넘어서고 있어  
혜택을 받는 인구가  
절반에 그치고 있음을  
시사하는 통계가  
나왔다.**

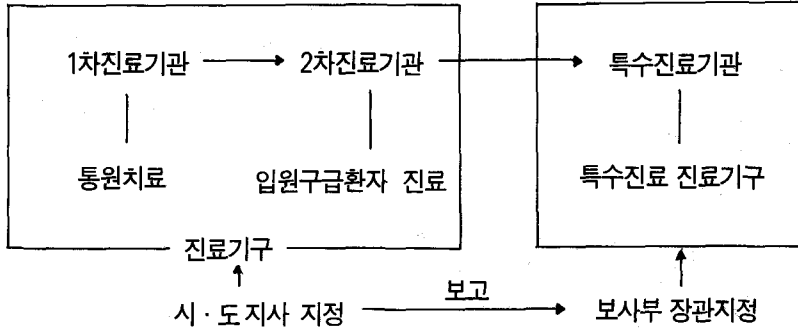
적. 향후 사회복지회관 간호사업  
부의 취지대로 보건교육과 질병  
예방사업에 더욱 역점을 둘 계획  
임을 밝혔다.

덧붙여 당뇨병 관리를 위해서  
는 혈당측정기의 구비가 급선무  
이며 이것이 이뤄지면 이 지역  
당뇨병환자 관리에 큰 전환점이  
될 것이라고 전망했다. 더욱이  
운영면에서는 부족한 국가보조  
때문에 많은 사회단체들의 후원  
이 절대적으로 필요한 형편이라  
고 결론지었다.

### 본래의 취지와는 천양지차

이처럼 현행 의료보호법이 본  
래의 취지대로 활성화되지 못하  
고 있는 원인은 먼저 빈부의 격  
차로 인한 의료보호대상자의 증  
대를 들 수 있다. 1985년 현재  
의료보호대상자는 전체인구의  
8%인데 반해 공적부조가 필요하  
인구는 이미 전체의 15%를 넘어  
서고 있어 혜택을 받는 인구가  
절반에 그치고 있음을 시사하는  
통계가 나와있다. 현재도 이러한  
실태는 크게 달라지지 않아 대상  
자의 확대실시가 절실히 요구되  
고 있다.

두번째는 낮은 의료보호수가를



〈의료보호대상자의 진료체계〉

품을 수 있다. 의료보험수가 및 관행수가 보다 현저히 낮게 책정된 의료보호수가는 진료의 질적 저하를 초래하는 주요변수가 되기 때문이다. 따라서 의료보호수가의 현실화가 심도있게 검토되어야한다는게 의료계의 주장이다.

세번째는 의료보호 재정의 부족과 입원수진율의 증가로 인한 진료비 지급의 지연.

이는 의료기관이 의료보호환자의 진료를 기피하는 대표적 불만요인으로 보다 안정된 재정확보와 진료비의 적시지급이 필요하다.

넷째는 적용대상의 선정문제. 이미 선정기준은 마련돼 있으나 가구의 수입 및 재산상태를 정확히 파악하기 어려운 난점이 있다. 따라서 이에 대한 효율적인 방법안 개발이 추진돼 객관적이고 공정한 선정작업이 선행될 때 비로소 의료보호법의 신뢰성 회복과 함께 제도적 안정을 기대할



**의료보호수가는  
의료보험수가 및  
관행수가 보다 현저히  
낮게 책정돼 있어  
진료의 질적 저하를  
초래하는 주요변수가  
되고 있다.**

수 있을 것이다.

### 보다 효율적인 방안모색 절실

마지막으로 현행 의료보호사업은 진료위주로 인식·실행되는 사례가 빈번한데 이를 예방중심의 제1차적 진료형태로 시급히 전환해야한다고 관계자들은 지적한다. 아울러 점차 물질만능주의로 돌변한다는 현대사회이지만 이속에서도 인간애를 실현하는 히포크라테스 선서의 높은 뜻만은 변모되지 말아야한다는 자성의 목소리도 높다.

이제 의료보호사업은 올바른 정착과 사회보장제도의 실현을 위해 다시한번 심사숙고해봐야 할 시기가 닥친 것임에 분명하다. 이 또한 우리가 함께 풀어야 할 과제일 수밖에 없는 것으로 보다 효과적이고 총괄적인 보건서비스의 실현을 위한 재검토가 시급한 실정이다.〈庚〉