

장애인 건강권 보호를 위한 정책 방향과 과제 : 장애인 건강 주치의를 중심으로



Policy Directions and Tasks for the Protection of the Health Rights of the Disabled- Focused on the General Physician for the Disabled

임종한 | 인하대 의과대학 교수

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에는 장애인들의 건강권과 의료접근성을 보장하는 획기적인 내용이 담겨 있다. 이 법은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다. 장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가지며, 장애인은 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에서 차별 대우를 받지 아니하고, 건강관리 및 보건의료서비스의 접근에서 비장애인과 동등한 접근성을 가질 권리가 있다. 이를 위해 국가와 지방자치단체는 장애인 건강보건관리종합계획의 수립, 재활운동과 체육, 장애인 건강 주치의 제도 등을 시행하도록 하는 책무를 지닌다. 그러나 상당 부분이 반드시 해야 하는 강제 조항이 아닌, 강제성 없는 임의 조항이라 본래의 법 목적이 실현될 수 있을지는 미지수이다. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법이 시행되기까지 참여 의료기관, 전문인력 등의 인프라 마련, 건강보험 진료비 지불 제도 등의 제도 개선, 예산 투입 등과 같은 과제가 쌓여 있다. 이 법이 단지 선언적인 내용을 담은 법이 되지 않도록 하기 위해서는 의료인, 장애인, 시민, 지자체, 중앙정부 등 여러 주체의 협력이 절실하다.

1. 들어가며

국내 장애인인구가 300만 명에 육박하지만 적절한 의료보장 방안도 없이 의료 사각지대에서

방치되다시피 하는 상황이다. 2014년 장애인 실태조사, 2015년 국민건강통계 등에 의하면 건강상태가 '나쁘다'고 응답한 비율은 비장애인이 16.6%에 불과한 반면 장애인은 비장애인의 3배

이상인 53.4%에 달한다. 장애인들은 장애와 함께 관련 질환이 동반된 경우가 많다. 대부분의 장애인이 의료지원서비스에 대한 요구를 갖고 있으나¹⁾²⁾ 신체재활서비스, 성재활서비스, 건강증진 프로그램, 가족 지원 프로그램, 지역사회 참여 프로그램 등의 실제 이용률은 낮게 나타난다. 물리치료와 동료 상담, 자조 모임은 응답자의 절반 정도만이 이용할 뿐이다.

장애인은 3개월 이상 지속되는 질환(만성질환)의 유병률도 2011년도 70.0%에서 2014년 75.8%로 증가하였다. 고혈압 유병률은 장애인이 52.6%로 비장애인의 25.5%에 비해 2배나 높았다. 당뇨 유병률도 장애인이 25.1%로 비장애인의 10.2%에 비해 역시 2배 높았다. 2005년 김윤의 연구³⁾에 의하면 고혈압으로 인한 외래 이용 건수는 비장애인이 장애인에 비해 많다. 장애인

은 비장애인에 비해 평소 병원 이용이 적은 반면 입원 건수, 응급실 내원 건수는 많은 것이다. 그러므로 장애인들에게는 장애와 관련된 의료서비스도 필요하지만 만성질환 관리, 건강증진을 포함한 전반적인 건강관리서비스도 필요한 것으로 파악된다.

그러면 장애인들은 의료에 대한 요구가 많은데도 왜 의료서비스를 제대로 받지 못하는 것일까? 보건복지부의 2011년 장애인 실태조사에 의하면 장애인 가운데 57.3%가 경제적 사정으로 의료기관을 이용하지 않는 것으로 나타났다.

2014년 인권위원회에서 발행한 장애인 건강권 증진방안에 대한 연구에 의하면 장애인이 병의원 이용 및 진료에서 가장 불편하게 느끼는 점은 병의원의 장애인 편의시설 부족(26.8%), 경제적 부담(33.0%), 의사들의 장애 특성 이해 및 배

표 1. 병의원 이용 및 진료 시 불편한 점

병의원 이용 및 진료 시 불편한 점	N(%)
병의원의 장애인 편의시설 부족	74(26.8)
수화통역사 부재, 점자 안내물 부족 등 소통과 정보 접근의 어려움	39(14.1)
장애인 전문 재활병원 및 전문 의사 부족	54(19.6)
의사들의 장애 특성 이해 및 배려 부족	96(34.8)
경제적 부담	91(33.0)
예약자 폭주로 인한 긴 대기시간	35(12.7)
기타	14(5.0)

자료: 인권위(2014). 장애인건강권 증진 방안에 대한 연구. p.99.

1) 보건복지부(2011). 2011년 장애인실태조사.

2) 인권위(2014). 장애인건강권 증진 방안에 대한 연구. pp.105-131.

3) 김윤(2005). 장애인의 요양급여 이용실태 분석 및 의료보장 강화방안 연구. 서울대학교.

려 부족(34.8%) 등이었다(표 1). 치과 진료를 제대로 받지 못한 이유도 경제적 부담(39.7%), 동네 치과의 편의시설 부족, 교통 불편, 활동보조인 부재 등으로 인한 소통과 정보 접근의 어려움(29.3%), 의사들의 장애 특성 이해 및 배려 부족(17.2%), 예약이 많기 때문에(12.1%), 기타(1.7%) 등으로 나타났다. 이를 보면 경제적인 이유와 편의시설 부족, 의사들의 장애 특성 이해 및 배려 부족 등으로 인한 의료접근성의 제약이 장애인들의 건강 유지에 장벽으로 작용함을 알 수 있다.

2. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법 제정 이전 장애인 주치의 시범 사업

의료보장은 소득보장에 이어 장애인의 요구가 두 번째로 많은 분야임에도 불구하고 현재의 의료체계가 이러한 요구를 담지 못해 장애인들은 종합병원의 여러 전문과를 전전하며 제대로 된 의료서비스를 받지 못하는 상황이다. 이런 가운데 민간 차원에서 사회복지공동모금회가 지역에서 취약집단을 위한 성과관리 모델 사업을 공모했다. 이에 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협), 노들장애인야학, 행동하는 의사회 등 13개 기관이 장애인 건강 분야에 참여해 2015년 6월부터 2017년 5월까지 2년 동안 장애인 건강 주치의 사업을 추진하게 되었다.

사업 목표는 보건의료인 및 의료기관의 주치의 네트워크 참여 활성화와 장애인의 참여를 통

한 ‘지역 단위의 장애인 주치의 시스템’ 마련, 지역 단위 장애인주치의사업을 통한 ‘장애인 건강관리 및 건강증진 정책’ 제안이다. 사업은 다음의 활동을 포괄한다.

- 예방: 건강실천단(장애인), 건강학교(통합)
- 치료: 주치의의 진료(방문진료 포함) 및 처방
- 증진 및 관리: 주치의와 건강코디네이터의 일상적 사례 관리, 건강 상담
- 지지: 가족 프로그램, 마음산책 등 정신건강 지지, 건강캠프
- 교육: 건강코디네이터 교육, 보건의료인 인권 교육, 건강교육, 워크숍을 통한 주치의 역할 정립
- 정책: 장애인 주치의 실현을 위한 장애인 건강 실태 및 욕구 조사/장애인 주치의 사업 성과 연구 및 평가 사업
- 홍보: 장애인 주치의 실현을 위한 시민 한마당, 홍보 영상 등
- 통합형돌봄: 지역 복지기관 네트워크를 통한 통합돌봄 시도

장애인 주치의 사업에서 무엇보다 중요한 것은 장애인들의 건강과 복지에 대한 요구를 충족시키는 일이다. 건강은 생활 전반에 걸친 통합적 접근과 이해가 필요한데 교육, 예방, 관리, 진료 영역이 모두 제각각이라면 효과적인 결과를 기대하기 어렵다. 장애인 주치의 사업 개발에는 장애인 감수성에 대한 교육 등을 위한 장애인단체의 참여가 절대적으로 필요하다. 사회복지공동모금회사업에서 장애인단체의 자발적인 참여는 이 사업이 어떻게 진행되어야 하는지, 사업이 전

국적으로 확대되고 제도적으로 안착되기 위해 필요한 것이 무엇이지를 명확하게 해 주었다. 장애인들이 사업의 대상으로 남아 있지 않고 사업의 주체로 참여했을 때 그 효과가 더 크게 나타난다는 것을 잘 보여 주었다. 그렇지만 한정된 사업 예산으로는 장애인들이 가진 여러 건강에 대한 요구를 다 담기에 한계가 있을 수밖에 없다. 저소득층 장애인의 요구가 절실하기 때문에 사업 확대 시에는 장애인이 자발적으로 참여할 수 있도록 장애인 주치의 기관을 이용하는 경우 본인부담금 인하 등의 인센티브를 줄 필요가 있다. 장애인 주치의 기관으로 의원이 참여하게 하되 지역의 자원을 연계, 활용해 장애인의 건강과 복지 요구를 충족시킬 수 있는 모델을 개발해야 한다. 장애인 주치의 사업에 많은 의료기관이 참여하고 호응하도록 하기 위해서는 진료비 지불 제도 개편과 같은 제도 개선이 뒷받침되어야 한다는 인식이 생기면서 장애인 건강권과 의료접근성 보장을 위한 법 제정의 필요성이 제기되었다.

장애인의 의료보장에 대한 절실한 요구에도 불구하고 건강권과 의료접근성을 보장하는 독립 법안의 부재 속에 장애인 의료보장이 장애인 복지법 등에서 포괄적으로 취급되어 장애인에게 특화된 보건의료정책이 미흡했다. 이러한 상황에서 주치의 제도는 사전에 질병의 위험 요인을 관리해 의료비 절감 효과가 클 뿐만 아니라 장애인과 저소득층 등 사회취약계층의 미충족 의료 수요를 충족시키고 건강증진 효과도 높은 것으로 알려져 있다.

사회복지공동모금회가 지원하는 장애인 주

치의 사업은 장애인단체, 보건의료단체, 의료사협이 장애인의 건강권 보장을 위해 서로 협력하는 계기로 작용했다. 이 사업은 취지가 알려지면서 지역에서 장애인들에게 뜨거운 호응을 받게 되었다. 이런 지역 활동이 입법 활동과 연결되어 2015년 12월 당시 김용익 의원과 문정림 의원이 공동으로 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법’을 발의하였다.

3. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법 내용과 의의

중증 장애인 주치의 제도 도입, 건강보건관리 종합계획, 장애인 의료기관 접근 편의 제공 등을 주요 내용으로 하는 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률’ 제정안이 2015년 12월 국회 본회의를 통과했다. 이는 2017년 12월부터 본격적으로 시행될 예정이다. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법의 구체적인 내용을 항목별로 살펴보면 아래와 같다.

○ 법의 목적: 이 법은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다(1조).

○ 법의 이념: 장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가지며, 장애인은 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에 있어 차별 대우를 받지 아니하고, 장애인은 건강관리 및 보건의료서

비스의 접근에 있어 비장애인과 동등한 접근성을 가질 권리를 가진다(2조).

○ 장애인 건강권과 의료접근성 보장을 위한 국가와 지방자치단체의 책무 및 국민의 의무를 명시하고 있다(4, 5조).

○ 장애인 건강보건관리종합계획의 수립: 보건복지부 장관은 「장애인복지법」 제11조에 따른 장애인정책조정위원회의 심의를 거쳐 장애인 건강보건관리종합계획을 5년마다 수립하고 「국민건강증진법」 제4조 및 제4조의2에 따라 국민건강증진종합계획 및 실행 계획을 수립, 시행함에 있어서 종합계획이 포함되도록 한다(6조).

○ 재활운동과 체육: 보건복지부 장관은 의사의 처방에 따른 재활운동 프로그램을 장애인 또는 손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정 기간 내에 장애인이 될 것으로 예상되는 사람들에게 제공할 수 있다(15조).

○ 장애인 건강 주치의: 국가 및 지방자치단체는 장애 정도가 심하여 건강에 대한 특별한 보호가 필요한 장애인(이하 ‘중증 장애인’이라 한다)에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있다(16조).

○ 의료비 지원: 국가와 지방자치단체는 의료비를 부담하기 어렵다고 인정되는 장애인에게 장애 정도와 경제적 능력 등을 고려하여 장애 정도에 따라 의료비에 사용되는 비용을 지급할 수 있다(17조).

이 법은 지방자치단체장이 중증 장애인을 대상으로 주치의 제도를 운영할 근거를 마련했으

며, 보건복지부가 장애인 건강증진 방안을 담은 건강보건관리종합계획을 수립하도록 의무를 부과했다. 또한 국가와 지자체가 건강보건관리사업을 진행하고 장애인건강보건센터를 중앙과 지역에 설치하도록 했다. 센터의 역할은 장애인 건강검진, 진료, 치료 등의 의료서비스를 제공하고 의료 종사자에게 교육·훈련을 시행하는 것으로 규정했다. 장애인이 동네 의료기관에서 진료하지 못하는 질환을 앓는 경우 거주지에서 가까운 센터를 이용해 진료받을 수 있도록 했다.

이 외에 장애인의 의료기관 접근을 보장하는 편의를 제공하고 의료기관을 직접 이용하기 어려운 장애인을 위해 방문진료사업을 한다는 등의 의료접근성 향상 조항이 포함됐다. 장애인 건강증진을 위한 연구, 통계 사업을 지원하고 의사의 처방에 따라 재활 프로그램을 보급하는 등의 내용도 반영됐다.

4. 장애인 건강 주치의 제도 내용과 의의

세계보건기구(WHO)는 2015년 ‘세계장애보고서(World Report on Disability)’에 기초해 보건·건강 분야에서 장애인의 권리를 신장하기 위해 필요한 포괄적인 행동강령을 담은 ‘국제장애행동계획(Global Disability Action Plan)’을 채택했다.

국내에서도 2015년 한국장애인재활협회 주최로 서울 여의도 이룸센터에서 열린 제44회 ‘RI KOREA 재활대회’에서 WHO의 국제장애행동계획을 어떻게 실현할 것인지에 대한 논의가 이

뤼졌다.

국제장애행동계획은 “모든 장애를 가진 사람과 그들의 가족들이 존엄성을 가지고 살고, 평등한 권리와 기회를 누리며, 모든 잠재력을 성취할 수 있도록 한다”는 비전 아래 “모든 장애를 가진 사람들이 건강, 움직임, 행복 그리고 인권에서의 최선을 누릴 수 있도록 기여한다”는 목표를 내걸고 있다. 행동계획은 이에 기초해 △건강서비스와 프로그램에 대한 접근성 향상 △재활의학, 보조 기술, 지역 기반의 프로그램 강화 △국제적으로 비교 가능한 데이터 수집 강화라는 세 가지 과제를 제시하고 있다.

구체적으로 ‘접근성’과 관련해 “장애를 가진 사람들이 부담스러운 지출 없이도 건강관리를 감당할 수 있음을 알리고 그것에 대한 장벽을 없애야” 한다고 명시했으며 “장애인들의 응급상황에 대한 구체적인 요구 사항을 받아들여야” 한다고 강조하는 등 6가지 세부 과제를 제시했다.

‘재활의학 및 보조 기술’ 등에 관해서는 “적절한 교육과 재활서비스, 보조 기술의 공급을 확실하게 할 수 있는 적합한 경제적 자원을 제공”할 것과 “안전하며 좋은 품질에 저렴한 보조공학 기술의 개발” 등 7가지 세부 과제를 제시했다.

‘국제적으로 비교 가능한 데이터 수집’에 대해서도 “장애인에 대한 유선적 연구를 강화”할 것과 “국내 데이터 수집 시스템에 장애 관련 건강 데이터 시스템을 포함하도록 개선”하는 것을 포함해 4가지 과제를 제시했다.

이러한 내용은 유엔 장애인권리협약이 제시한 방향에 따라 만들어졌으며 장애인의 자율성, 비

차별, 당사자의 완전한 참여 및 사회통합, 기회 균등의 원칙 등을 따르도록 되어 있다.

2015년 제정된 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법’에는 △5년마다 장애인 건강보건 관리종합계획 및 지역별 세부 계획 수립 △장애인 건강검진사업 및 장애인 건강관리사업 시행 △이동이 어려운 장애인을 위한 방문진료사업 수행 △장애인 건강보건 연구와 보건통계 사업 시행 △장애인 건강 주치의 제도 시행 △지역 장애인 건강보건의료센터를 시·군·구에 1개 이상 지정 △장애인 건강권 백서 발간 및 재활운동 프로그램 개발 보급 등의 내용이 담겨 있다.

다만 이 법은 장애인의 건강권 보장을 국가와 지자체의 책무로 규정하고 있음에도 불구하고 주치의 제도, 건강관리보건사업, 정보·통계사업, 재정 지원 등 일부 주요 내용은 강제성이 없는 임의 조항에 그쳤다.

2017월 12월 시행을 앞두고 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 대한 법률이 중요한 내용을 담고 있다 하더라도 법 시행에 필요한 의료인과 장애인, 시민의 적극적인 협력이 없으면 건강주치의 제도 시행 등 법의 핵심 내용들이 제대로 시행되지 않을 개연성이 있다. 특히 지역사회 일차 의료기관에서 장애인 건강 주치의 기관으로 얼마나 등록하느냐가 법의 성패를 좌우한다고 해도 과언이 아니다. 기존의 조사에 따르면 장애인들이 병의원을 이용할 때 장벽으로 작용했던 것은 경제적인 부담과 편의시설 부족, 의사들의 장애 특성 이해 및 배려 부족 등이다.

장애인 건강 주치의 시행으로 무엇이 달라지는가?

급성·만성질환, 장애로 인한 합병증 및 주장애 등을 적절히 관리하기 위해 현재처럼 여러 병원을 돌아다니는 것이 아니라 원하는 의사에게 등록해서 주치의가 문지기 역할을 수행할 수 있도록 했다. 장애인의 특성을 고려한 돌봄과 건강관리의 통합서비스(integrated care service)이어야 하고, 제공되는 의료서비스는 비장애인과 동일한 것이되 여기에는 장애에 대한 특별한 관심과 방향이 설정되어 있다. 그래서 장애인 건강 주치의에 의한 건강관리서비스는 전반적(포괄적), 지속적인 건강관리가 이루어지도록 되어 있다. 그런 바탕에서 다음과 같은 건강관리서비스가 제공될 예정이다.

첫 방문 시 장애인이 의료기관을 방문하기 어려운 경우에는 의료팀이 가정을 방문할 수도 있다. 이때 주치의 등록, 초기 건강상태 평가, 건강관리 계획 수립이 이루어진다.

일상 진료에서는 건강증진, 건강관리, 주장애 관리, 조정 등의 통합서비스가 제공되고 일반 외래 진료, 건강증진 프로그램, 주장애 보조 관리, 재발 및 2차 장애 예방 관리, 예방접종, 퇴원(회송), 방문진료, 의료기관 내 건강 상담 전화, 전자통신을 통한 상담(전화, 이메일, SNS 등), 의뢰, 환자 정보 관리 및 전송 서비스가 제공된다. 방문진료와 전자통신을 통한 상담은 원하는 사람에 한해 선택적으로 제공될 수 있다.

장애인 건강 주치의는 장애인에게 포괄적 의

료를 제공할 수 있는 지역사회 일차의료 전문 인력으로서 장애인들을 전인적으로 대하며 장애인들이 자신의 건강 문제를 쉽게 해결할 수 있도록 돕는 의사이다. 많은 질환에 대한 이해와 해결 능력뿐만 아니라 장애인과 관련한 의료 지식과 해결 능력 또한 갖춘 의사이다.

장애인 건강 주치의는 장애인을 대하고 진료하면서 필요한 경우 적절히 단과 전문의와 의논하거나 의뢰해 문제를 해결해야 한다. 장애인 건강 주치의는 장애인과의 첫 접촉 및 상담에서 해당 장애의 전문의가 누구인지 알아 두어야 하고, 주치의는 그 의사와 미리 장애인의 상태를 충분히 인지하고 있어야 하며, 연락 가능한 방법을 알고 있어야 한다. 장애와 관련 없는 질환이라면 주치의가 최선의 전문의를 찾아 의뢰해야 한다. 의뢰 시에는 장애인에 대한 정보를 충분히 기록해서 보낼 수 있도록 한다. 협력의사와 관련해서는 두 가지를 생각할 수 있다. 첫째, 급성·만성질환을 전문적으로 치료할 때는 여러 단과 전문의가 협력의사가 된다. 둘째, 주장애를 유형별로 관리할 때는 장애 담당 전문의가 협력의사가 될 수 있다. 장애인들은 장애인 건강 주치의를 통해 의료체계 내에서 어떤 의료서비스를 받을지 안내받을 수 있다.

장애인의 건강권은 인권 차원에서 다루어져야 한다. 장애인의 건강권은 그들의 인간적인 생활보장과 삶의 질 향상을 위해 필수적이다. 이러한 상황에서 장애인 건강 주치의 제도는 사전에 질병의 위험 요인을 관리함으로써 의료비를 절감하는 효과가 클 뿐만 아니라 장애인과 저소득층 등

사회취약계층의 미충족 의료 수요를 충족시키고 건강을 증진하는 효과가 큰 것으로 기대된다.

장애인 건강 주치의 제도의 의의는 다음과 같다.

첫째, 장애인 주치의 제도는 대상자가 중증 장애인으로 제한되긴 하지만 장애인의 건강권과 의료접근성 보장의 획기적인 전기가 될 수 있다. 이 법이 원래의 목표를 달성하고 장애인 전체로 사업을 확대할 수 있도록 해야 한다.

둘째, 장애인 주치의 제도는 건강 주치의를 두도록 명시한 국내 최초의 법이다. 주치의 사업은 국내에서 처음으로 시행되는 것이며, 사업의 성과에 따라 일차의료의 질을 획기적으로 향상시키는 계기가 될 수 있다.

셋째, 장애인 주치의 제도는 지역사회에서 소득, 건강, 고용 등 여러 측면에서 가장 취약한 집단을 대상으로 한 보건사업으로, 성과에 따라 노인 주치의 사업 등 지역사회 건강불평등을 완화할 수 있는 유용한 정책 수단으로 발전할 수 있다.

넷째, 장애인 주치의 제도는 지역사회 공중보건, 의료, 복지사업을 연계하는 중요한 고리로서 장애인 주치의 사업의 발전은 지역사회 보건의료 강화의 중요한 전기가 될 수 있다.

다섯째, 장애인 주치의 제도는 성과에 따라 우리나라의 일차의료 약화, 고령화, 의료비 급등에 대한 대안을 마련할 수 있게 한다. 보건의료체계의 근간을 새롭게 하는 사업으로 장애인 건강 주치의 제도가 성공적으로 안착한다면 그 모델을 일차의료 분야 전반으로 확산할 수 있기에 우리나라 보건의료체계 정비에 획기적인 전기를 마련할 수 있을 것이다.

5. 장애인 건강보장을 위한 향후 과제

국내에서 처음으로 장애인 건강 주치의 제도를 시행하는 것이지만 아직 추진 주체, 제도, 환경이 정리되지 않았다. 사업이 실제로 가능하도록 하기 위해서는 해야 할 일이 많다. 장애인 건강 주치의 제도의 과제를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 장애인의 건강권과 의료접근성 보장을 위한 법 시행을 위한 시행령, 시행규칙 제정과 전문인력, 지역 인프라를 마련하기 위해선 이를 논의할 정부-장애인단체-보건의료 관련 학계의 거버넌스를 구축해야 한다. 당사자인 장애인단체, 장애인 건강 주치의 사업을 추진할 전문인력단체 등 현장의 의견을 잘 반영해야 할 것이다.

둘째, 지역사회 내에서 장애인 건강 주치의 지원체계를 수립하고 추진해야 한다. 장애인의 건강권과 의료접근성 보장을 위한 법에서는 장애인 건강 주치의 지원체제로 중앙장애인보건의료센터, 광역시에 지역장애인보건의료센터, 시·군·구에 지원센터를 두도록 규정하고 있다. 지역 의료기관에서는 장애인 건강 주치의 사업에 대한 이해도가 낮은 만큼 의료기관에 참여하도록 홍보하고, 구체적인 사업 지침을 알리고 지원하는 체계를 잘 갖추어 사업 기반을 구축해야 한다.

셋째, 장애인건강권법에서의 서비스 대상은 중증 장애인이며, 제16조 제1항에 장애 정도가 심하여 건강에 대한 특별한 보호가 필요한 장애인으로 규정되어 있다. 현재로서는 제도의 대상이 심한 장애(1~3급)와 건강에 대한 특별한 보호를 필요로 하는 장애인으로 한정되어 있어 대상자

확대의 필요성이 있다.

넷째, 지불체계를 개편해 장애인 주치의 제도 지원을 구체화해야 한다. 현재의 행위별 수가제 하에서는 장애인 건강 주치의 사업을 정상적으로 추진하기 어렵다. 장애인 건강 주치의의 행위가 행위별 수가제에는 잘 반영되지 않았으며, 현재의 구조로는 많은 행위를 하고도 청구할 수 있는 항목이 없어 결국 저수가에 매이게 되므로 제도가 의료인들로부터 외면당할 가능성이 높다. 그래서 행위별 수가제에 인두제 성격을 가미해 혼합제를 시행하는 것이 좋겠다. 장애인 건강 주치의가 추가적으로 제공하는 서비스 중 환자 관리에 해당하는 서비스는 인당 정액제로, 행위별 보상이 필요한 서비스는 행위별 수가제로, 환자의 건강상태 등은 평가 후 성과급으로 보상하는 것이 합리적이라고 평가된다. 적절한 수가체계가 뒷받침되지 않으면 장애인 건강 주치의제는 성공을 거둘 수 없다. 합리적인 지불 제도를 마련해 장애인 건강 주치의제가 정착되도록 해야 할 것이다.

57.3%의 장애인이 경제적인 사정으로 의료기관을 이용하지 않는 것으로 나타났으므로⁴⁾, 경제적인 부담을 낮추어 주는 것도 적극 고려해야 한다. 장애인 주치의 제도를 통해 입원, 장애로 인한 2차 질환 발생을 사전에 예방함으로써 의료비 절감이라는 목표를 달성할 수 있을 것으로 기대된다. 앞으로 의료비 상승에 대한 중요 전략으로 국가, 지자체, 건강보험공단에서 적극적으로 지

원을 할 필요가 있다.

마침 일차의료 시범 사업, 만성질환 관리 사업이 확대 시행될 예정이므로 이와 연계해 일차의료기관 의사에 대한 전반적인 인센티브 제도를 마련할 필요가 있다. 즉, 일차의료기관 의사가 장애인 주치의와 만성질환의 관리에 참여하는 등의 공공의료적 의료행위를 지속하는 것에 대한 인센티브 제도를 만드는 것이 의료서비스의 포괄적인 제공 측면에서 더 의의를 가질 수 있다.

다섯째, 취약 지역인 농촌은 의료, 재활서비스를 받을 수 있는 여건이 조성되지 못한 상태로, 서비스 전달에 필요한 기본적인 자원 배치가 열악하다. 보건소 관할 구역 내에 최소한 1개의 지역재활센터나 재활 병원의 배치 혹은 이러한 서비스를 제공할 수 있는 시설이 필요하다.

여섯째, 일차의료 전문인력을 육성하기 위해 교육·훈련 기회를 확대해야 한다. 장애인 건강 주치의 사업에 참여할 전문인력을 육성하는 것이 무엇보다 중요하다. 장애인 건강 주치의, 코디네이터를 위한 교육과정을 빨리 마련해야 한다. 코디네이터의 역할은 장애인 주치의 서비스 제공에 매우 중요하다. 장애인의 특성을 고려한 돌봄과 건강관리의 통합서비스(integrated care service)를 제공하는 것은 의사의 역할만으로는 부족하다. 코디네이터, 사회복지사, 재활운동사, 자원봉사자 등의 팀 접근이 필요하다. 장애인들이 직접 보조 코디네이터 역할을 하게 하면 소통과 조정의 역할이 더욱 향상된다. 지역사회 참여

4) 보건복지부, 2011장애인실태조사

는 제공되는 서비스의 질에도 큰 영향을 미친다.

지원센터 안에 코디네이터를 두는 방안은 코디네이터의 본래 역할인 사례 관리와 지지보다는 의뢰와 연계 쪽에 비중을 둔 것이다. 이러한 모델에서는 일차의료기관이 돌봄과 의료의 통합 서비스를 제공하기가 어렵다. 일차의료기관이 직접 코디네이터를 두고 통합서비스를 제공해야 서비스의 질을 높일 수 있다. 장애인 주치의 참여 의료기관에 코디네이터 인건비를 제공하는 것도 아주 좋은 인센티브가 된다. 장기적으로 일차의료기관이 돌봄과 의료의 통합서비스를 제공하도록 유도하고, 코디네이터를 두어 직접 사례 관리에 나서는 일차의료기관에는 인센티브를 줄 필요가 있다.

일곱째, 장애인의 건강 및 복지에 대한 종합적인 통계나 정보체계를 구축해야 한다. 장애인 건강 주치의 제도가 제대로 시행되려면 장애인 건강 수준, 의료 요구(needs)를 정확히 파악해야 하며, 이러한 요구를 수용할 수 있는 사업 모델을 만들어야 한다. 이를 위해선 장애인의 건강과 복지에 대한 종합적인 통계나 정보체계를 구축해야 한다.

끝으로, 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법이 우리나라에서 장애인의 건강권과 의료접근성을 보장하는 획기적인 전기가 되기를 진심으로 기대한다. 그러나 상당 부분이 반드시 해야 하는 강제 조항이 아닌, 강제성 없는 임의 조항이므로 본래의 법 목적이 실현될 수 있을지는 미지수이다. 장애인 건강권과 의료접근성 보장에 관한 법이 시행되기까지는 참여 의료기관,

전문인력 등의 인프라 마련과 건강보험 진료비 지불 제도 등의 제도 개선, 예산 투입 등과 같은 과제가 산적해 있다. 이 법이 단지 선언적인 내용을 담은 법이 되지 않도록 의료인, 장애인, 시민, 지자체, 중앙정부 등 여러 주체가 마음의 문을 열고 서로 협력한다면 분명 좋은 결실을 거둘 수 있을 것이다. 한국의 민주주의가 한 단계 더 발전해 사회의 형평성을 진작시키고 건강 등 시민 삶의 질을 향상시키는 분야에서 큰 진전을 이룰 것으로 기대한다. ■