

서울시 의료급여 재정효율화 정책제안 연구

2014. 12.

서울특별시 · 호서대학교산학협력단

서울특별시장 귀하

이 보고서를 『의료급여 재정효율화 정책제안 연구』 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2014년 12월

호서대학교 산학협력단
단장 강영구

- 연구책임자: 이용재 (호서대학교 사회복지학부 교수)
- 공동연구원: 김 옥 (백석대학교 노인복지전공 교수)
문성현 (백석대학교 경상학부 교수)
김용수 (서울시 공공보건의료지원단 책임연구원)
박진화 (대구카톨릭대학교 간호학과 교수)
김승연 (성균관대학교 사회복지연구소)
- 연구원 : 이현옥 (중앙대 사회복지학과 박사과정)
엄소영 (호서대학교 사회복지학과 박사과정)
김유진 (호서대학교 학사)

※ 본 보고서의 내용은 연구용역과제를 수행한 연구자의 개인적인 의견이므로 서울특별시의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.

연구배경 및 목적

제1절 연구배경

□ 의료급여 전체 진료비 추이

- 1997년~2011년까지 의료급여 총진료비는 지속적인 증가 추세를 보임. 2011년 의료급여 총진료비는 5조 1,430억원으로 전년 대비 3.7% 증가. 이는 1997년 대비 약 10배 증가한 수준이며, 2001년 대비 2.6배 증가한 수준임.
- 1997년~2011년 사이 의료급여 총진료비의 연평균 증가율은 17.9%이며, 2001년~2011년의 연평균 증가율은 10.2%, 2008년~2011년 연평균 증가율은 4.8%임.
- 1997년부터 의료급여 진료비 청구건수 및 내원일수 또한 지속적인 증가추세를 보이다 2008년 이후 다소 감소하는 경향이 나타남. 의료급여 수급자수는 2007년에 185만명으로 최고치에 이른 후 2011년 161만명으로 감소하여 2008년~2011년 기간동안 연평균 4.4%의 감소율을 보임.
- 2008년 이후 진료비 증가는 대체로 안정된 상황임.

<표 I -1> 의료급여 총진료비 추이와 의료급여 수급자수·청구건수·내원일수

연도	진료비 추이				수급자수, 청구건수, 내원일수 추이					
	총진료비 (백만원)	증가율 (%)	증가지수1 (1997년 =100)	증가지수2 (2001년 =100)	수급자수 (명)	증가 율 (%)	청구건수 (건)	증가 율 (%)	내원일수 (일)	증가율 (%)
1997	513,036	-	100.0		1,163,687		5,929,117		18,726,687	
1998	666,461	29.9	129.9		1,322,696	13.7	6,339,735	6.9	21,003,309	12.2
1999	1,044,651	56.7	203.6		1,636,629	23.7	9,223,086	45.5	31,031,186	47.7
2000	1,556,162	49.0	303.3		1,570,009	-4.1	16,922,140	83.5	55,103,390	77.6
2001	1,949,639	25.3	380.0	100.0	1,502,986	-4.3	27,436,418	62.1	76,222,874	38.3
2002	2,031,169	4.2	395.9	104.2	1,420,539	-5.5	28,288,015	3.1	76,927,894	0.9
2003	2,212,081	8.9	431.2	113.5	1,453,786	2.3	28,988,604	2.5	77,632,627	0.9
2004	2,616,105	18.3	509.9	134.2	1,528,843	5.2	32,009,126	10.4	85,731,031	10.4
2005	3,237,172	23.7	631.0	166.0	1,761,565	15.2	48,515,462	51.6	99,566,287	16.1
2006	3,938,854	21.7	767.8	202.0	1,831,827	4.0	56,720,776	16.9	113,920,568	14.4
2007	4,222,828	7.2	823.1	216.6	1,852,714	1.1	65,861,663	16.1	113,352,726	-0.5
2008	4,473,460	5.9	872.0	229.5	1,841,339	-0.6	78,115,994	18.6	114,362,049	0.9
2009	4,754,916	6.3	926.8	243.9	1,677,237	-8.9	78,011,842	-0.1	114,140,450	-0.2
2010	4,957,210	4.3	966.2	254.3	1,674,396	-0.2	75,461,402	-3.3	111,720,866	-2.1
2011	5,143,064	3.7	1,002.5	263.8	1,609,481	-3.9	74,318,811	-1.5	111,690,772	0.0
1997-2011		17.9				2.3		19.8		13.6
1997-2001		39.6				6.6		46.7		42.0
2001-2011		10.2				0.7		10.5		3.9
2001-2008		12.6				2.9		16.1		6.0
2008-2011		4.8				-4.4		-1.6		-0.8

김진현·이용재 외(2013)

- 1997년부터 2011년까지 의료급여 수급자 1인당 진료비는 지속적인 증가 추세를 보임. 2011년 의료급여 수급자 1인당 진료비는 320만원으로 전년 대비 7.9% 증가함.
- 1997년~2011년 사이 의료급여 수급자 1인당 진료비의 연평균 증가율은 15.2%이며, 2008년~2011년 사이 연평균 증가율은 9.6%로서 여전히 높은 수준임.
- 2008년~2011년 사이 1인당 수진율의 연평균 증가율은 2.9%이며, 1인당 내원일수의 연평균 증가율은 3.8%임.
- **요컨대, 최근 수급자 1인당 진료비의 증가율이 수진율이나 내원일수 증가율보다 빠르다는 것을 알 수 있음.**

<표 I -2> 의료급여 수급자 1인당 진료비 추이

연도	1인당 진료비(천원)	증가율 (%)	1인당 수진율	증가율 (%)	1인당 내원일수(일)	증가율 (%)
1997	440.9		5.1		16.1	
1998	503.9	14.3	4.8	-5.9	15.9	-1.3
1999	638.3	26.7	5.6	17.6	19.0	19.4
2000	991.2	55.3	10.8	91.3	35.1	85.1
2001	1,297.2	30.9	18.3	69.4	50.7	44.5
2002	1,429.9	10.2	19.9	9.1	54.2	6.8
2003	1,521.6	6.4	19.9	0.1	53.4	-1.4
2004	1,711.2	12.5	20.9	5.0	56.1	5.0
2005	1,837.7	7.4	27.5	31.5	56.5	0.8
2006	2,150.2	17.0	31.0	12.4	62.2	10.0
2007	2,279.3	6.0	35.5	14.8	61.2	-1.6
2008	2,429.5	6.6	42.4	19.3	62.1	1.5
2009	2,835.0	16.7	46.5	9.6	68.1	9.6
2010	2,960.6	4.4	45.1	-3.1	66.7	-2.0
2011	3,195.5	7.9	46.2	2.5	69.4	4.0
1997-2011		15.2		17.1		11.0
1997-2001		31.0		37.6		33.2
2001-2011		9.4		9.7		3.2
2001-2008		9.4		12.8		2.9
2008-2011		9.6		2.9		3.8

김진현·이용재 외(2013)

□ 서울시 의료급여 환자 추이

- 서울시 전체 의료급여환자 진료실인원의 의료급여 전체는 2008년 259,864명에서 2012년 233,934명으로 매년 지속적으로 감소하였으나, 의료급여 1종은 2008년 150,757명에서 2012년 164,391명으로 증가하였고, 의료급여 2종은

2008년 109,107명에서 2012년 69,543명으로 감소하였음.

- 2008년 대비 2012년 증가율은 의료급여 전체는 10.0% 감소하였지만, 의료급여 1종은 9.0% 증가하였고, 의료급여 2종은 36.3% 감소하였음.

- **전국과 비교하여 보면, 2008년 대비 2012년 증가율은 의료급여 전체는 서울(-10.0%)이 전국(-13.4%)보다 감소율이 낮았지만, 의료급여 1종의 증가율은 서울이 전국보다 높았고, 의료급여 2종의 감소율도 서울이 전국보다 높았음.**

<표 I -3> 서울시 의료급여환자 유형별 현황(명, %)

구분	서울시						전국					
	의료급여 전체		1종		2종		의료급여 전체		1종		2종	
	실인원	증가율	실인원	증가율	실인원	증가율	실인원	증가율	실인원	증가율	실인원	증가율
2008년	259,864		150,757		109,107		1,941,243		1,138,144		872,770	
2009년	263,282	1.3	153,445	1.8	109,837	0.7	1,945,540	0.2	1,127,456	-0.9	889,111	1.9
2010년	242,776	-7.8	156,739	2.2	86,037	-21.7	1,739,886	-10.6	1,124,986	-0.2	678,877	-23.7
2011년	241,116	-0.7	163,485	4.3	77,631	-9.8	1,719,248	-1.2	1,167,647	3.8	631,311	-7.0
2012년	233,934	-3.0	164,391	0.6	69,543	-10.4	1,681,060	-2.2	1,189,003	1.8	565,123	-10.5
2008-2012년 증가율		-10.0		9.0		-36.3		-13.4		5.5		-35.3

- 1) 서울에 주소지를 둔 의료급여환자 개인의료급여내역 자료 분석: 자격 변동, 사망 등으로 의료급여 수급권자의 연도말 기준으로 분석한 내용이 아니라 실제로 진료를 받은 환자 진료실인원으로 분석하여 의료급여수급권자보다 많음
- 2) 보건복지부·건강보험공단. 각 연도별 의료급여통계연보

□ 서울시 의료급여환자 총진료비 증가

- **서울시 의료급여 환자의 감소에도 불구하고 의료급여 총 진료비는 지속적으로 증가하고 있어서 의료급여 진료비 감소를 위한 서울시 차원의 노력요구**

- 서울시 전체 의료급여환자 총진료비의 의료급여 전체는 2008년 5,785억에서 2012년 6,994억으로 매년 지속적으로 증가하였고, 의료급여 1종도 2008년 4,539억에서 2012년 6,275억으로 증가하였으나, 의료급여 2종은 2008년 1,247억에서 2012년 719억으로 감소하였음.

- 2008년 대비 2012년 증가율은 의료급여 전체는 20.9% 증가하였고, 의료급여 1종도 38.3%로 큰 폭으로 증가하였으나, 의료급여 2종은 42.3%로 큰 폭으로 감소하였음.

- 진료형태별 서울시 의료급여환자 총진료비는 의료급여 전체가 2008년 대비 2012년 입원·외래·약국 모두 증가하였고, 입원·외래·약국 모두 의료급여 1종도 증가하였으나, 의료급여 2종은 감소하였음.
- 전국과 비교하여 보면, 2008년 대비 2012년 증가율은 서울(20.9%)이 전국(16.0%)보다 증가율이 높았음.
- 요컨대, 서울시 의료급여 진료비는 전국에 비해서 높으며 이는 1종 진료비 증가가 원인으로 해석됨.

<표 I-4> 서울시 의료급여환자 전체 진료비(백만원, %)

구분	서울						전국					
	의료급여 전체		1종		2종		의료급여 전체		1종		2종	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2008년	578,556		453,896		124,660		4,478,923		3,494,321		953,137	
2009년	621,293	7.4	515,303	13.5	105,989	-15.0	4,754,801	6.2	3,864,437	10.6	858,969	-9.9
2010년	659,930	6.2	566,575	9.9	93,355	-11.9	4,958,226	4.3	4,210,951	9.0	747,275	-13.0
2011년	687,033	4.1	606,159	7.0	80,870	-13.4	5,142,306	3.7	4,484,364	6.5	657,942	-12.0
2012년	699,460	1.8	627,546	3.5	71,914	-11.1	5,194,914	1.0	4,640,329	3.5	554,585	-15.7
2008-2012년 증가율		20.9		38.3		-42.3		16.0		32.8		-41.8

* 계수가 단위미만인 수는 반올림하였으므로 의료급여 1종과 2종의 합이 의료급여 전체 합과 일치하는 않은 경우가 있음

□ 의료급여 진료비 관리를 위한 정부차원의 노력과 서울시 관리방안의 필요성

- 의료급여제도는 지난 30년간 1977년 의료보험제도와 같이 시행되어 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔음.
- 그러나 2002년 이후 의료급여 대상자 증가와 급여 범위의 확대 등으로 의료급여 총진료비가 급속하게 증가하면서 의료급여 재정을 효율적으로 관리하는 것이 보건 의료정책에서 중요한 이슈가 되었음. 특히, 의료급여환자의 의료이용이 건강보험환자에 비해 지나치게 많아 도덕적 해이가 존재하는 것에 주목하여 비용을 절감하기 위한 관리정책을 도출하기 위하여 노력하였음.
- 이에 참여정부는 의료급여 진료비를 감소시키는 것을 주요 목표로 삼은 「2006년 의료급여혁신 종합대책」을 수립하고 지속적인 제도 모니터링 등을

통해 진료비 증가율을 일정 수준으로 유지하기 위해 노력하여왔음.

- 그러나 진료비 증가가 다소 완화되었으나, 향후에도 의료급여에서 의료서비스 요구가 증가하고 고령화, 질병 구조의 변화 등으로 의료급여 진료비 지출이 계속적으로 증가할 것으로 판단되는 만큼, 중앙정부 차원에서도 의료급여비용의 관리를 위한 노력을 여러 각도에서 진행하고 있음.

□ 서울시 의료급여 총진료비가 지속적인 증가하는 추세

- 보건복지부 의료급여통계연보를 보면, 서울특별시 의료급여환자의 진료실인원은 2008년 27만 명에서 2012년 25만 명으로 8.4% 감소하였으나, 의료급여 총진료비는 2008년 5,898억에서 2012년 7,107억으로 20.5%가 증가하였고, 서울특별시 총진료비 증가율(20.5%)이 전국보다 증가율(16.0%)보다 높아 서울특별시 의료급여 진료비 관리가 필요함.

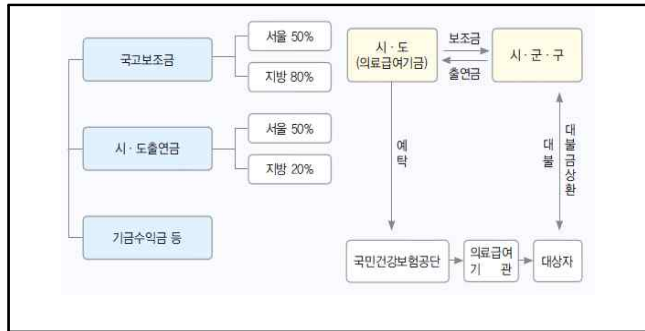
□ 서울시 차원의 의료급여 관리운영 참여와 역할 부재

- 의료급여 관리운영체계는 보건복지부와 지방자치단체, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 각각의 역할이 부여되어 있음.
- 보건복지부는 의료급여 주요 정책 개발·결정 및 의료급여사업의 총괄적인 조정 및 지도 감독업무를 수행하고 시·도는 의료급여기금 관리·운영 및 보장기관에 대한 지도감독 업무를 담당함.
- 보장기관인 시·군·구는 수급권자의 자격선정과 관리업무, 건강보험공단은 진료비 지급 업무, 수급권자 자격 및 개인별 급여내역의 전산관리 업무, 건강보험심사평가원은 진료비 심사 및 급여 적정성 평가를 각각 위탁받아 수행
- 지방자치단체인 서울시는 의료급여 관리운영체계 속에서 의료급여기금 관리·운영 및 보장기관인 자치구에 대한 지도·감독 업무를 수행하고 있고, 25개 자치구는 수급권자의 자격 선정 및 사례관리 업무 등을 수행하고 있음.
- 의료급여 비용을 부담하는 서울시와 의료급여수급권자 관리는 자치구가 하고 있어 의료급여비용 부담 주체와 관리 주체가 달라 책임 있는 관리운영이 어려움 것이 현실임.
- 그리고 『지방재정법시행령』 제26조제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비

부담의 기준 등에 관한 규칙에 서울특별시의 기초자치단체인 자치구는 의료급여기금 부담비율이 없어, 의료급여 비용을 절감하려는 동기를 갖기 어려움.

- 의료급여제원은 일부 본인부담금 외에는 국고보조금과 지방비로 충당되는데, 국고보조금의 비율은 『보조금 관리에 관한 법률』에 따라 서울은 50%, 기타 지역은 80%를 적용하고, 지방비출연금은 서울은 50%, 기타 지역은 20%를 부담하고 있음.
- 서울시는 의료급여기금 부담을 타 시·도보다 많이 부담하고 있음에도 불구하고 재원이 적절히 쓰이고 있는지 모니터링이 되지 않고 있음.
- 『의료급여법』 제6조에 의료급여기금의 관리·운영에 관한 주요 사항이나 시·군·구의 의료급여사업의 조정에 관한 사항 등을 심의하기 위해 시·도에 의료급여심의회를 두고 있으나, 의료급여심의회 운영이 형식으로 운영되고 있는 경우도 많음. 따라서 서울특별시 의료급여 관리운영체계의 전반적인 현황을 파악하고 개선방안 마련이 필요함.

[그림 I -1] 의료급여 기금조성 및 운영체계



□ 요양병원의 의료급여 진료비 증가와 관리수단의 부재

- 요양병원의 특성
- 의료법 제3조 의료기관중에 병원급 의료기관(의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관)의 종류중 하나로서 요

양병원이 있음.

- 요양병원은 「노인복지법」 제34조제1항제3호에 따른 노인전문병원을 포함함(노인전문병원은 2011년 노인복지법에서 삭제됨). 즉, 요양병원은 노인복지법의 의료복지시설의 하나였던 노인전문병원을 포함하여 설립됨으로서 의료기관이기는 하지만, 아직은 노인의료복지시설의 역할과 기능이 일부 존재하고 있다고도 볼 수 있음. **요양병원은 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자 등을 입원대상으로 함.**
- 요양병원 의료인력 기준
- 요양병원은 만성환자의 장기입원(요양)을 위해 의사, 간호사 등 인력기준이 동급 의료기관인 병원에 비해서 상당히 약한 기준으로 평가됨. **예컨대, 의사 기준과 간호사 기준은 병원의 절반수준으로 요양병원에 의료급여환자 입원 시 급성기 치료보다는 장기입원을 통한 요양에 집중**

<표 I -5> 의료기관에 두는 의료인 정원(제38조 관련)

구분	종합병원	병원	한방병원	요양병원	의원
의사	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나는 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	종합병원과 같음	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조 제2항에 따라 의과 진료과목을 설치하는 경우)	연평균 1일 입원환자 40명마다 1명을 기준으로 함(의사를 포함하여 환산함). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	종합병원과 같음
치과의사	의사의 경우와 같음	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조제3항에 따라 치과 진료과목을 설치하는 경우)	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조제3항에 따라 치과 진료과목을 설치하는 경우)	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조제3항에 따라 치과 진료과목을 설치하는 경우)	
한의사	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조제1항에 따라 한의과 진료과목을 설치하는 경우)	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조제1항에 따라 한의과 진료과목을 설치하는 경우)	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나는 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	연평균 1일 입원환자 40명마다 1명을 기준으로 함(의사를 포함하여 환산함). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	
조산사	산부인과에 배정된 간호사 정원의 3분의 1 이상	종합병원과 같음(산부인과가 있는 경우에만 들)	종합병원과 같음(법 제43조제2항에 따라 산부인과를 설치하는 경우)		병원과 같음
간호사(치과의료기관의 경우에는 치과위생사 또는 간호사)	연평균 1일 입원환자를 25명으로 나는 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함	종합병원과 같음	연평균 1일 입원환자를 5명으로 나는 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함	연평균 1일 입원환자 6명마다 1명(간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 들 수 있음). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함	종합병원과 같음

□ 서울시 요양병원의 급격한 팽창(1개→96개)

- 서울시 요양병원은 2001년 1개에서 2005년 11개, 2010년 76개, 2013년 96개로 급격히 증가하였음. 현재 부산, 경기, 경남 다음으로 요양병원이 많지만 향후 보호자들이 면회가 편리한 거주지 주변에 환자가 있는 것을 선호하고 있는 추세여서 서울시의 급격한 요양병원 증가가 예상
- 전국적으로도 2003년 69개소에 이던 것이 불과 10년 만에 1,177개소로 크게 증가하였음.

<표 I-6> 요양병원 증감현황(단위 : 개소)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013.6
합계	28	54	69	112	202	360	592	690	778	867	988	1,103	1,177
서울	1	2	3	6	11	26	47	59	65	76	83	93	96
부산			3	7	28	51	75	86	99	113	137	155	165
대구	1	4	5	7	11	21	31	33	38	40	38	50	56
인천	1	2	2	3	5	10	25	30	34	37	39	47	47
광주	1	4	3	5	5	7	16	16	17	19	23	29	29
대전	1	4	5	7	10	19	27	31	34	37	41	44	47
울산		2	3	4	8	15	25	25	28	30	34	37	38
세종										-	-	6	6
경기	7	11	12	18	30	55	102	125	139	166	203	221	239
강원	1	1	3	4	5	11	12	16	18	20	21	24	26
충북	2	2	3	4	9	13	16	21	25	29	32	34	35
충남	2	3	5	8	14	20	34	44	45	47	58	57	61
전북	3	5	7	10	16	30	46	55	59	60	64	71	77
전남	2	2	2	4	9	16	28	28	37	42	45	53	59
경북	2	3	3	13	20	33	50	62	73	77	84	89	97
경남	4	9	10	12	19	31	51	53	61	68	80	86	91
제주					2	2	7	6	6	6	6	7	8

주 : 연도말 요양병원 소재지 기준
출처: 건강보험공단(2013). 김용익 의원실 제공. 2013년 9월

□ 요양병원의 진료비 증가와 의료급여 환자 의료이용의 문제

- 요양병원수 증가와 함께 진료비도 급격히 증가하여 2002년 425억원이던 것이 2012년 3조 4179억원까지 급격히 증가함. 같은 기간 공단부담금은 362억원에서 2조 7854억원으로 증가하였으며, 본인부담금도 63억원에서 6326억원으로 증가하였음.
- 요양병원은 경쟁심화에 따른 병원 간 환자 유인 행위가 증가, 병원수의 등의 이유로 적극적 퇴원 유도에 소극적인 상황임.
- 저소득층인 의료급여 환자를 대상으로 본인부담금 면제, 간병비 할인 등을 내세워 요양등급판정을 받지 못한 수급권자의 장기입원을 유도하는 부도덕적 행태도 발견된 바 있음.
- 요양병원 입원환자 중에서 의료급여 수급자가 차지하는 비중은 24%이며, 총 진료비는 중 의료급여수급자가 차지하는 비중은 26%(2011년 기준)로 나타남.

<표 I-7> 의료급여와 건강보험 입원일수 및 입원진료비 비교



주 : 2010년~2011년까지 삼결자료
자료 : 신현웅 외(2012)

- 요양병원 내 입원치료 보다는 요양시설이나 외래진료가 적합한 환자군(신체 기능저하군) 입원의 의료급여 비중이 현저히 높으나, 통제장치가 부재
- 노인장기요양보험이 시행되면서 등급 외 판정을 받은 수급자가 시설입소를 할 수 없게 됨. 따라서 등급 외 판정을 받은 수급자 노인은 요양시설이 아닌 요양병원에 입원하는 상황이 발생하고 있음.

- 신제기능저하군 입원 시 건강보험 본인부담은 40%이나, 의료급여는 무료이기 때문에 본인부담이 거의없는 의료급여수급권자의 입원이 과다하게 발생

○ 보험종별로는 2012년 기준으로 건강보험이 약 2조 5986억원의 진료비를 이용하였으며, 평균진료비는 345만원이며, 평균 본인부담은 83만 5천원으로 나타남.

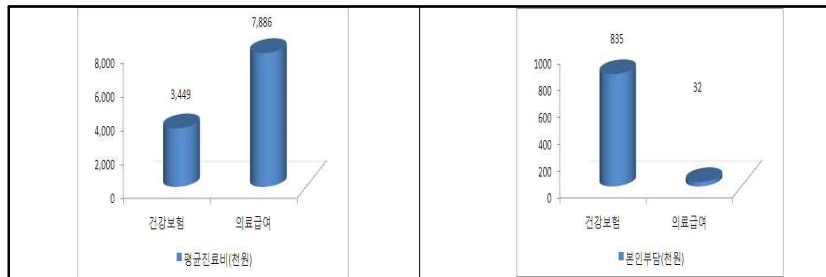
- 의료급여환자는 요양병원에서 8192억원의 진료비를 이용하였고 평균 진료비는 789백만원이며 본인부담은 3만2천원에 불과하였음. 따라서 의료급여 환자들이 환자수는 적지만 1인당 요양병원에서 이용하는 진료비가 건강보험환자에 비해서 2배 가까이 많았음.

- 의료급여환자의 진료비는 높고, 본인부담은 적은 상황

<표 I-8> 보험종별 진료비 현황(2012년기준)(단위 : 명, 천원)

구분	총계				평균		
	진료실인원 (A)	진료비 (B)	급여비 (C)	본인부담금 (D)	진료비 (B/A)	급여비 (C/A)	본인부담 (D/A)
건강보험	753,438	2,598,642,525	1,969,483,578	629,158,947	3,449	2,614	835
의료급여	103,889	819,263,206	815,893,460	3,369,746	7,886	7,854	32

자료 : 건강보험공단(2013). 김용익 의원실 제공. 2013년 9월



□ 요양병원이용 의료급여 수급권자에 대한 집중관리방안 모색 필요

○ 노인 의료급여 수급권자 이용이 많은 요양병원이 증가하면서 서울시 의료급여관리를 위해서는 요양병원 이용 수급권의 이용행태에 대한 구체적 분석에 기반하여 요양기관과 이용 수급권자에 대한 집중관리 방안모색이 요구됨.

제2절 연구목적

□ 연구목적

○ 중앙정부차원의 의료급여관리제도의 한계가 노출되고 있는 상황에서 재원의 50%를 부담하고, 의료급여대상자의 거주지인 서울시차원에서 의료급여관리체계에 대한 종합적인 검토와 국내외 저소득층 의료이용 관리방안에 대한 검토, 서울시 의료급여 수급자의 의료이용에 대한 종합적인 자료분석에 기반하여, “서울시 의료급여제도 운영을 위한 정책제안과 계획수립”을 목적으로 함.

□ 세부목표

○ 서울시 의료급여 수급권자의 의료이용행태에 대한 정밀분석

- 서울시 의료급여 수급권자의 의료이용행태 및 진료비 실태분석

- 서울시 의료급여 수급권자의 입원, 재입원, 중복진료 등 이용행태 분석

- 요양병원 이용 의료급여 수급권자의 이용행태 분석

- 서울시 의료급여 수급권자의 진료비 발생 예측모형 개발

○ 의료급여관리의 효율성과 효율성 제고를 위한 구체적인 정책 제안

- 서울시 의료급여 비용이 지속적으로 증가하는 반면, 서울시 관리체계가 미흡한 한 상황에서, 서울시가 수행할 수 있는 의료급여를 효율적으로 관리함으로써 불필요한 비용낭비를 줄이는 대신 혜택을 늘릴 수 있는 방안을 제시

○ 의료급여 수급자와 의료급여기관(의료기관)의 의료이용 관리방안 제시

- 의료급여 관리의 두 대상인 의료급여기관과 수급자에 대한 구체적인 관리방안을 제시함으로써 의료급여기관이 비용유발 가능성을 통제하고, 의료급여 수급자의 과잉이용 가능성을 관리

○ 의료이용 지속관리를 위한 측정 가능한 지표설정

- 서울시가 지속적으로 의료급여관리를 할 수 있도록 지표를 설정하여 제공

선행연구 결과와 정책대안 분석

제3절 연구방법

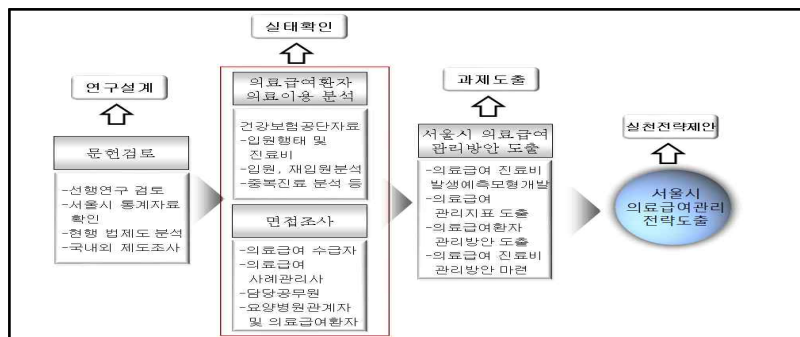
- ‘연구설계’를 위한 철저한 문헌조사 : 국내외 제도조사 및 선행연구분석
- 각종 의료급여 관련 법제도를 분석과 선행연구에 기반하여 연구설계
- 영미권, 독일, 일본 등 해외 저소득층 의료이용 관리방안 조사

- 서울시 의료급여환자 이용실태조사 : 양적 분석 + 질적 분석
- 일반적인 의료급여 환자 이용실태와 요양병원 환자 이용실태 정밀분석
- 건강보험보유 의료급여 수급권자의 진료데이터 확보를 통한 전수분석
 - 일반적 진료현황 및 진료비 분석, 재입원, 중복진료 등에 대한 구체적 분석
- 의료급여수급자 등 관계자 면접조사를 통한 질적 분석

- 서울시 의료급여 관리방안 도출 : 자문단 및 실무자 의견반영
- 서울시 의료급여환자 및 의료급여기관 관리를 위한 과제도출
- 실태확인에 기반하여 국내외 의료급여 관리방안, 국내 선행연구 제언사항, 전문가 자문, 실무자 의견조사를 거쳐 의료급여관리방안(안)을 도출
 - 아울러 의료급여 관리의 지속성 확보를 위하여 의료급여 진료비 관리를 위한 ‘진료비 발생 예측모형’을 제안하고, 의료급여관리에 필요한 지표들 도출

- 서울시 의료급여 관리전략 도출
- 의료급여 관리방안을 지속적으로 수행하고 모니터링할 수 있는 전략제시

[그림 I -2] 사업수행과정 및 전략



□ 의료급여제도와 관련한 선행연구는 주로 의료급여제도 진료비 현황 및 재정 절감과 관련한 연구가 가장 많고 이의 사례관리, 본인부담금과 선택병의원제도 효과 및 수급자들의 건강상태 및 삶의 질 관련 연구와 공급자 요인 관련 연구가 있음. 이러한 선행연구들을 연구문제별로 간략히 정리함.

제1절 진료비 현황 및 건강보험과의 의료이용량 비교

1. 진료비 현황 분석결과

□ 신영석·신현웅·황도경·노인철(2006)의 연구는 2007년 의료급여제도 변화 이전 시점의 수급자들의 의료이용 실태를 분석하고, 장기 및 고액 의료이용 환자를 중심으로 모니터링을 실시함.

○ 의료급여 진료비 증가추세를 살펴보면 2001년 1조 9천억원이던 진료비가 2005년 3조 2천억원으로 증가했음.

- 증가 원인은 차상위계층 중 일부가 수급자로 전환되고 회귀난치질환 확대로 수급자가 증가한 것과 본인부담 보상제 및 상한제 도입과 3대 중증질환에 대한 의료급여 2종의 본인부담이 인하되는 등의 급여범위 확대에 따른 것임. 또한 1인당 수진율과 내원일수가 증가하는 등 의료수요 증가 때문임.
- 1인당 평균 입원건수 증가, 외래 1인당 수진율이 년 평균 4.64%씩 증가하는 추세인 반면, 외래 내원일수는 감소 추세임.
- 진료일수는 증가하는데 내원일수가 감소하는 이유는 투약일수 증가 때문임.

□ 김의숙·남정자·김미영·고일선·이덕만·김광숙·최재성·박현주·신선미·이상호·양일석(2007)은 연간 진료일수가 365일 이상인 의료급여 장기이용 수급자를 중심으로 의료이용 실태를 살펴보고, 사례관리 대상자 중심으로 심층 면접조사를 통해 수급자의 의료이용 행태와 건강 특성을 파악함.

○ 장기이용 수급자들의 입원경험률은 전체 평균보다 4배 높고, 전체의료급여

수급자의 평균보다 2배 높음.

- 외래이용은 1년 평균 6.4개 의료기관 이용, 5~9개 의료기관을 이용한 경우가 47.2% 정도임.
- 투약일수는 365~455일(35.5%)이 가장 많았고, 평균투약일수는 약 424일임.
- 입원·외래·투약비용을 합한 총진료비는 일인당 평균 356만원이며, 입원·외래·투약비용이 진료비에서 차지하는 비율이 유사함.

○ 의료이용행태 중 여러 의료기관을 이용하는 이유로는 여러 가지 질병으로(59.75%)가 가장 높게 나타났고, 다음 순차적으로 전문의료기관의 진료를 위해(41.02%), 주위의 호평에 의해(30.59%), 물리치료를 위해(26.815), 경제적 부담이 없어서(26.57%)이었음.

- 약물이용 행태로 현재 5가지 이상 약을 복용하고 있는 사람이 47.4%, 잉여 약물을 가지고 있는 사람이 15.9%임.
- 의료급여 수급자들의 일반적 의료 특성이 의료를 많이 이용할 수밖에 없는 조건이나 비슷한 연령대인 건강보험에 비해 의료이용이 더 높아 원인파악이 필요함. 의료이용행태에서 약물관리의 부적정 행태에 대한 도덕적 해이 문제 있음.
- 의료이용에서 비용부담은 없으나 질병치료에 대한 경제적 부담, 즉 교통비와 비급여 부담이 존재하고, 요양시설과 방문간호사업의 도움을 요청하고 있음.

□ 신현웅·윤장호·임지원·박하정(2011)은 진료비 지출 증가추이와 의료이용 양과 강도를 구분하여 진료비 지출 실태를 분석함.

○ 의료급여 1종 총진료비 증가율(13.34%)과 건강보험 총진료비 증가율(11.22%)은 적용인구 증가에 의한 차이임.

- 의료급여1종 대상자 진료비는 건강보험에 비해 적용인구당 진료비 절대규모가 4.4배 더 많으며, 이는 적용인구당 입내원일수가 3.44배가 많고 입내원일당 진료비가 1.28배 높은 것에 기인함.

○ 적용인구당 진료비 8년 평균증가율은 10.93%이며, 입원·외래·약국으로 구분하면 입원 증가율이 12.66%로 평균보다 더 높은 것으로 나타남.

- 의료급여 1종에서는 입원 증가가 가장 높고, 2종은 약국증가율이 가장 높음.

- 적용인구당 입내원일수 8년 평균증가율은 4.12%이고, 입원·외래·약국 중 입원(8.6%)이 증가율을 이끌었고, 종별 구분으로도 입원 증가율이 가장 높음.
- 입원 증가율 정도를 입내원일당 진료비로 파악한 결과 8년 동안 평균 6.53% 증가하였으며, 입원·외래·약국으로 구분해볼 때 약국 증가율(8.99%)이 입원과 외래에 비해 2배 가량 높았음. 종별로 세분화해보면 1.2종 모두 약국 증가율이 높았고, 연령대로는 60-70대가 평균보다 좀 더 높은 것으로 나타남.

□ 김진현·이태진·이용재·서구민(2013)의 연구는 의료급여제도 지출실태 및 영향요인을 분석하고 중장기 발전방안을 제시함.

○ 의료급여제도 지출실태 및 영향 요인 분석 결과,

- 2011년 의료급여 총진료비 5조 1,430억원으로 지속적으로 증가함. 2007년 1종수급자 외래 본인부담 신설 이후 외래진료 증가율 감소하였으나 입원진료비 증가함.
- 건당 진료비와 내원일당 진료비는 건강보험에 비해 낮으나 입원일수가 많고 입원진료비 비중(51%)이 건강보험에 비해 1.6배 높음.
- 수급자와 건강보험 소득하위 10% 가입자를 성별, 연령, 장애유무, 유병률을 통제하여 비교한 결과, 의료급여 수급자가 건강보험에 비해 2011년 기준 1인당 총진료비가 1.5배 높고, 입원일수가 2.9배 길게 나타남.
- 지출 증가의 핵심요인은 본인부담이 없는 의료급여 1종 수급자의 병원, 종합병원, 요양병원의 장기입원이라고 평가함.

○ 덧붙여 의료급여 재정관리 대책을 평가하고 있음.

- 본인부담금 제도는 외래진료비 및 약국 투약일수는 감소시켰으나, 입원일수나 입원진료비 억제에 실패함.
- 선택병의원제는 외래 내원일수, 투약일수 및 투약비용은 감소시켰으나 입원일수 및 입원진료일수 증가함, 외래가 입원으로 대체되는 결과 초래하고 총진료비 감소시키지 못함.
- 사례관리는 고혈압 및 당뇨 조절로 대상자 건강증진, 질병 중증도 낮고 회귀난치질환 없는 환자들의 외래 내원일수와 투약일수 감소시킴.
- 급여일수 연장승인제도는 실효성 없음.
- 중복투약관리는 외래내원일수, 약국조제일수, 1인당진료비 감소효과 있음.

- 입원 진료비의 경우 관리안됨. 본인부담금과 선택병의원제는 외래이용 감소, 입원이용 증가시켜 총진료비 상승시킴.

□ 가장 최근 연구인 황도경·신현웅·여지영·김진호·이슬기·성민현(2014)의 연구에서는 의료급여 과다이용자 중심으로 패널자료를 구축하여 의료급여수급자의 의료이용에 영향을 미치는 다양한 요인을 분석하고 있음.

○ 최근 5년간(2008년~2012년) 진료일수 상위자의 진료비 증가에 대한 주요 기여요인을 살펴봄.

- 수급자 중 진료일수 700일 이상인 진료일수 상위자가 지속적으로 증가함. 특히 의료급여 대상자 수가 최근 5년간 연평균 약 6.5%씩 감소한 것에 비해 진료일수 상위자 수는 연평균 9.2%씩 증가하고 있음.
- 최근 3~4년간 1인당 진료일수와 진료일당 진료강도에 의한 진료일수 상위자 1인당 진료비 변화가 미미함. 진료일수 상위자의 의료이용량 증가보다는 의료급여 대상자의 전반적인 의료이용량이 증가함.
- 외래, 약국에서는 1인당 진료비 증가가 미미하거나 감소추세인 반면, 입원 1인당 진료비 증가가 계속됨. 1인당 입원진료일수 증가가 이를 주도하고 있음
- 진료일수 상위자 1인당 진료비 증가는 진료일당 진료강도 증가의 감소로 인해 지속적으로 감소하고 있는 추세지만 1인당 약국 진료일수 증가는 최근 5년간 지속되고 있음. 최근 5년간 진료일수 상위자의 1인당 약국 진료일수는 약 700일 수준임.

○ 진료비 증가에 대한 주요 기여요인을 의료기관 종별로 구분하여 살펴봄.

- 최근 5년간 요양병원, 병원, 한방, 치과가 다른 의료기관에 비해 진료일수 상위자 수 증가, 1인당 진료비 증가에 의한 진료비 증가 기여도 높았음.
- 1인당 진료비 증가 기여를 보면 입원의 1인당 진료일수 감소하고 진료일당 진료강도의 기여 증가하는 반면, 외래에서는 1인당 진료일수의 기여는 증가하고 진료일당 진료강도의 기여는 감소하였음.
- 의원에서 진료일수 상위자 수 증가에 의한 진료비 증가 기여액은 증가하고 있지만, 1인당 진료비 증가의 기여도는 감소하고 있음.

<표II-1> 진료비 현황 및 추이 선행연구 결과분석

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
신영석·신현웅·황도경·노인철	2006	의료급여 재경효율화를 위한 모니터링	의료급여 통계	<ul style="list-style-type: none"> - 2001년 1조 9천억원이던 의료급여 진료비가 2005년 3조 2천억원으로 증가 - 증가요인으로는 차상위계층 확대, 희귀난치질환 확대 등의 의료급여대상자의 증가와 1인당 수진율 증가와 내원일수 증가 등의 의료수율의 증가임 - 진료일수는 증가하나 외래 내원일수는 감소 추세, 투약일수 증가에 기인함
김의숙·남정자·김미영·고일선·이덕만·김광숙·최재성·박현주·신선미·이상호·양일석	2007	의료급여 대상자 생활의 이용상태	사례 관리 대상자 설문조사 및 심층면접	<ul style="list-style-type: none"> - 장기이용자들의 의료이용 특성 - 2005년 의료급여 장기이용자 평균입원일수 17.7일, 내원일수 60.6일, 투약일수 약424일, 총진료비 360만원임 - 장기이용자의 의료이용 행태 - 여러 의료기관 이용이유: 여러 가지 질병(59.75%), 전문의료기관 진료위해(41.02%), 주위의 호평(30.59%), 물리치료(26.81%), 경제적 부담이 없어서(26.57%) - 장기의료이용에 영향을 미치는 요인 - 의료급여 1종과 젊은 연령층, 남성에게 더 많은 의료이용에 영향을 미침. 지역특성과 기타요인에 따라 차이 나타나 입원의 경우 도시보다 농촌에서 더 많음. - 젊은 연령은 희귀난치질환, 18세이하 수급권자 때문 - 65세 이상만 고려하면 연령이 많을수록, 활동성 낮고, 뇌졸중을 가진 집단에서 의료이용이 더 많음
신현웅·윤장호·임지원·박하정	2011	의료급여 진료비 지출 실태분석	건강보험통계 & 의료급여통계	<ul style="list-style-type: none"> - 총진료비 증가 중 적용인구 증가 - 2003년~2006년 의료급여 진료비 증가는 차상위 대상자 증가 이외의 의료급여 대상자 증가도 3.47% 높게 확대됨 - 적용인구당 진료비 8년 평균증가율 10.93%, 이를 입원/외래/약국으로 구분해 보면, 입원 증가율이 12.66%로 평균보다 더 높음 - 증별로 살펴보면, 1종은 입원 증가가 가장 높고, 2종은 약국의 증가율이 가장 높음. - 적용인구당 입내원일수 8년 평균증가율은 4.12%, 입원/외래/약국 중 입원(8.6%)이 증가율을 이끌었고, 증별 구분으로도 입원 증가율이 가장 높음. - 입내원일당 진료비는 8년 평균 6.53% 증가, 약국 증가율(8.99%)이 입원과 외래에 비해 2배 가량 높음.
김진현·이태진·이용재·서구민	2013	의료급여 제도 중장기 발전방안	의료급여통계	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여제도 지출실태 분석 - 2011년 의료급여 진료비 5조1천억원으로 지속적 증가, 2007년 제도혁신 이후 외래진료 증가를 감소, 입원 증가 - 의료급여 건당 진료비와 내원일당 진료비는 건강보험에 비해 낮음 - 입원일수 많고 입원진료비 비중이 건강보험에 비해 1.6배 높음 - 수급자와 건강보험 소득하위 10%가입자를 성별, 연령, 장애유무, 유병률 통제하여 비교하면 건강보험에 비해 2011년 의료급여 1인당 총진료비가 1.5배, 입원일수 2.9배임. - 지출 증가 핵심요인은 의료급여1종 수급자의 병원, 종합병원, 요양병원의 장기입원임
황도경·신현웅·여지영·김진호·이슬기·성민현	2014	의료급여 과다이용자의 의료이용 실태에 대한 연구	2008-2012년 의료급여 과다이용자 패널 데이터	<ul style="list-style-type: none"> - 외래, 약국에서는 1인당 진료비 증가가 미미하거나 감소추세, 입원 1인당 진료비 증가 계속됨. - 진료일수 상위자 1인당 약국 진료일수가 최근 5년간 증가하고 있음. - 진료일수 상위자의 진료비 증가에 대한 기여요인은 1인당 진료비 증가의 기여도 높음 - 입원은 1인당 진료일수 감소, 진료일당 진료강도 기여는 증가한 반면, 외래는 1인당 진료일수 증가, 진료일당 진료강도 기여 감소함.

2. 건강보험과 의료이용량 비교 분석결과

□ 신영석·신현웅·황도경·노인철(2006)은 수급자의 질병중증도를 보정한 상태에서 의료급여 환자들의 진료비와 건강보험 환자의 진료비를 비교한 결과, 건강보험에 비해 의료급여 환자 진료비가 높게 나타남.

○ 질병건당 진료비의 경우 중증도가 같은 경우 입원은 1종의 경우 1.2배, 2종은 1.06배 높았고, 외래의 경우는 1종 1.48배, 2종은 1.11배 높았음.

○ 질병건당 입내원일수도 입원 1종은 1.52배, 2종은 1.28배 높고, 외래는 1종 1.35배, 2종은 1.13배 높았음.

○ 의료급여 1종 수급권자에 중증도 높은 환자들이 많은 것은 사실이지만 질병 중증도를 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수가 많다는 것은 과다 의료이용이 있다는 것임.

○ 병용금기 의약품 처방을 건강보험과 비교하면, 건강보험의 경우 수진자 비율의 1.5%가 병용금기 의약품을 처방받는 반면, 의료급여는 8.13%로 약화사고 위험에 더 노출됨.

□ 이용재(2011)의 연구는 노인 암환자의 건강보험과 의료급여 이용차이를 비교하고, 의료보장유형이 노인 암환자의 의료이용량에 미치는 영향을 분석함.

○ 노인 암환자의 의료이용차이를 확인하기 위해 의료보장유형, 총진료비, 입원 진료비, 진료일당 입원진료비, 외래진료비, 진료건당 외래진료비, 입원일수, 외래방문건수를 변수로 사용함.

- 분석결과, 노인 암환자의 건강보험과 의료급여의 의료이용차이의 경우 의료급여 암환자가 건강보험 암환자에 비해 잦은 외래방문과 장기간 입원으로 총진료비를 많이 사용하고 있는 것으로 나타남.

- 진료건당 외래진료비와 진료일당 입원진료비의 경우 건강보험 환자가 의료급여 환자보다 더 많아, 건강보험 환자가 상대적으로 비용이 비싼 고급의료서비스를 이용하는 것으로 해석함.

○ 노인 암환자의 의료이용 차이에 미치는 의료보장 유형의 영향을 분석한 결과, 총진료비와 입원진료비, 외래방문건수, 입원일수는 의료급여 노인 암환자

일수록 건강보험에 비해 통계적으로 유의미한 증가를 보임. 외래진료비는 유
의미하지 않고, 진료건당 외래진료비와 진료일당 입원진료비는 건강보험 환
자에게 많음.

- 결과적으로 노인 의료급여 암환자들의 의료이용은 환자들의 의료이용의 도덕
적 해이라기보다 과도한 본인부담비용을 감당하기 어려워, 본인부담이 없는
외래와 입원이용을 많이 하는 것임.

□ 신현웅 외(2011)의 연구는 2003년부터 2010년까지 8개년 증가율을 건강보
험과의 비교를 통해 분석함.

○ 의료급여 총진료비와 건강보험 총진료비의 증가율 비교 : 의료급여 8년 증가
율이 12.2%, 건강보험 11.22%보다 높음

○ 입원, 외래, 약국으로 나누어 비교해보면, 건강보험 입원이 14.9%로 의료급
여 13.58%보다 높게 나타남. 특히 2007년 이후 건강보험 입원진료비는 급격
히 증가한 반면 의료급여 진료비는 건강보험에 비해 완만한 증가율 보임

- 외래는 의료급여가 9.23%, 건강보험 8.81%보다 낮게 증가, 2007년이후에는
4.01%, 2.82%, 2.51%로 안정적 증가율 보임

- 약국은 의료급여가 13.84% 증가, 건강보험은 11.16% 증가하여 의료급여 약
국진료비 증가가 높은 것으로 나타남

○ 의료급여 종별로 살펴보면, 입원, 외래, 약국 구분없이 의료급여 1종 대상자
의 진료비가 높게 증가함

- 의료급여 1종의 경우 입원 15.07%, 외래 9.82%, 약국 14.67%로 건강보험보
다 높게 증가, 의료급여 2종은 입원 9.81%, 외래 7.16%, 약국 10.95%로 건
강보험보다 적게 증가

<표II-2> 건강보험과 의료급여 이용량 비교

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
신영석· 신현웅· 황도경· 노인철	2006	의료급여 재 정효율화를 위한 모니터 링	의료급여 통계	- 질병 중증도 보정후 의료급여 환자와 건강보험 환자 진 료비 비교하면 의료급여가 높음 · 질병건당 진료비는 1종의 경우 입원 1.2배, 외래 1.48 배로 의료급여 수급자가 더 높음 · 질병건당 입내원일수도 1종 입원 1.52배, 외래 1.35배 로 의료급여 수급자가 더 높음 · 의료급여 1종에 질병 중증도 높은 환자가 많지만 중증 도 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수 많아, 과다 의료이용이 있음. - 병용금지 의약품 처방을 건강보험과 비교한 결과, 건강 보험의 경우 수진자 비율이 1.5%가 병용금지 의약품을 처 방받는 반면, 의료급여는 8.13%로 약화사고 위험에 더 노 출됨.
이용재	2011	노인암환자의 건강보험과 의료급여 이 용차이 분석	건강보 험 사 청 구 자료	- 노인 암환자의 건강보험과 의료급여 의료이용차이 분석 · 의료급여 암환자가 건강보험에 비해 잦은 외래방문, 장 기간 입원으로 총진료비 많이 사용 · 진료건당 외래진료비와 진료일당 입원진료비는 건강보 험 환자가 의료급여보다 많음 - 노인암환자의 의료이용에 미치는 영향 · 총진료비와 입원진료비, 외래방문건수, 입원일수는 의 료급여가 건강보험에 비해 증가 · 진료건당 외래진료비와 진료일당 입원진료비는 건강보 험 환자가 많음
신현웅· 윤장호· 임지원· 박하영	2011	의료급여 진 료비 지출 실 태분석	건강보 험 통계 & 의 료급여 통 계	- 2003년부터 2010년까지 8개년 증가율을 건강보험과 비교분석 · 의료급여 1종 총진료비 증가율 13.34%, 건강보험 총진 료비 증가율 11.22%, 적용인구 증가때문. · 적용인구 1인당 진료비 증가율은 의료급여 1종 9.96%, 건강보험 10.61% 증가 · 2003-2006년까지 의료급여 진료비가 건강보험에 비 해 더 높았고, 2007년 의료급여 혁신이후 의료급여 진료 비 증가가 건강보험보다 떨어짐 - 적용인구 1인당 진료비 규모는 의료급여 1종이 건강보 험보다 4.4배 많고, 의료급여 2종은 건강보험보다 1.4배 더 많음 - 의료급여, 건강보험 모두 입원의 1인당 진료비 증가율 이 외래 진료비 증가율에 비해 높음. - 의료급여 1인당 입내원일수는 평균 3.57% 증가하여 건 강보험(3.43%)와 유사

3. 개선방안

- 장기의료이용 수급자에 대한 실태를 분석한 김의숙 외(2007)연구에서는 수급자 자체의 문제와 관련한 단기적이고 구체적 접근전략과 보건의료제도와 관련한 중·장기적 제도보완으로 개선방안을 구분함.
- 단기적 대안으로는 대상자의 질병 및 신체적 요인을 중심으로 한 증상관리, 질병관리, 건강상담, 보건교육 등 대상자의 전반적 건강관리와 정확한 질병과 증상에 대한 지식과 상담을 제공함
 - 불필요한 의료이용을 사전에 방지하고 필요시 적절한 의료기관을 합리적으로 선택할 수 있는 보건서비스를 제공
- 중·장기적 방안으로는 적정의료를 위한 시스템 모형을 제시
 - 적정의료를 위한 제도가 의료급여 수급자를 가장 일선에서 관할·관리하는 지방자치체를 중심으로 관리될 수 있도록 수급자들의 의료이용 관리 주체 중심을 지방자치단체로 이양
 - 입원, 외래, 약국 이용과 관련하여 부정적 의료이용 행태와 관련 요인을 확인하고 위험요인을 중심으로 평가 및 관리 체계를 마련
- 신현웅 외(2011)의 연구에서는 의료급여 진료비의 효율적 운영을 위해 진료비 지불제도 개편 및 공급체계 개편과 약국 본인부담 개선, 급여제한, 사례관리 강화를 제안함.
 - 약국 진료비의 본인부담제 개선
 - 현행 500원 정액부담에서 정률 본인부담으로 전환
 - 의료급여 약국 본인부담 차등제를 도입
 - 급여제한
 - 약제비 관리를 위해 사용량과 사용기간 제한
 - 환자에게 중복처방받은 일수가 얼마나 되는지 알려주고 개선이 없을 경우 중복 처방받는 약제비를 환자에게 사후 환수하는 방안
 - 사례관리 강화
 - 수요자 측면에서 의료급여 기관간 동일성분 의약품 중복 투약자 관리 강화
 - 선택병의원제 관리 강화 제안
 - 선택병의원 대상자에게도 현행 본인부담금 부과, 선택병의원 이외에 병원에

- 갈 경우 현행 본인부담금 두 배 부과
 - 진료의뢰서 남발하는 선택병의원에 대한 관리 강화 제안
- 장기적으로 진료비 지불제도 개편과 공급체계 개편
 - 입원은 포괄수가제 도입, 외래는 선택병의원제를 전체 의료급여 대상자들에 게 전면 확대하여 주치의제도 도입, 정신과 수가는 현행처럼 정액제 유지
 - 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제를 병행
 - 장기적으로 선택병의원제 전면 도입에 따라 의료급여 요양기관 계약제 도입을 검토
- 김진현 외 연구(2013)에서는 중장기 발전방안을 크게 관리운영체계, 공급자, 수급자로 구분하여 제시하고 있음.
 - 관리운영체계 발전방안은 맞춤형 의료급여제도 실시 및 사각지대 해소, 관리운영체계 정비, 건강보험과의 통합 추진
 - 공급자 관련해서는 장기입원관리, 정신질환 병상관리, 선택병의원제 폐지를 통해 적절진료관리 강화, 허위·부당청구 방지, 지표연동관리제를 통해 개별 의료기관 관리강화, 공급자 재정관리 유인제도 도입 제안
 - 수급자 관련으로는 과다 의료이용자 관리 등을 통해 합리적 의료이용 유도, 경증질환 및 장기입원 본인부담, 합리적 약제비 본인부담제 등을 통해 수급자 비용의식 제고, 예방적 건강관리 및 지원체계 구축을 제안

<표 II -3> 진료비 현황 및 건강보험과 의료이용량 비교 개선방안

연구자	연도	연구명	개선방안
김의숙·남정자·김미영·고일선·이덕만·김광숙·최재성·박현주·신선미·이상호·양일석	2007	의료급여 장기이용환자의 이용실태	<ul style="list-style-type: none"> - 단기적 대안 <ul style="list-style-type: none"> · 수급자의 증상관리, 질병관리, 건강상담, 보건교육 등 전반적 건강관리와 정확한 질병과 증상에 대한 지식과 상담 제공 · 불필요한 의료이용의 사전방지 및 적절한 의료기관을 합리적으로 선택할 수 있는 보건의료서비스 제공 - 중장기적 대안 <ul style="list-style-type: none"> · 적정의료에 위한 시스템 모형 제시 · 적정의료에 위한 제도를 지방자치 중심으로 관리하도록 의료이용 관리주체 중심을 지방자치로 이양 · 부정적 의료이용 행태와 관련 요인 확인, 위험 요인 중심으로 평가 및 관리체계 마련
신현웅·윤장호·임지원·박하정	2011	의료급여 진료비 지출 실태분석	<ul style="list-style-type: none"> - 약국진료비 본인부담제를 현행 500원 정액에서 정률로 전환하고 본인부담 차등제 도입 - 급여제한 정책으로 약제비 관리를 위해 사용량과 사용기간 제한하고, 중복처방 개선없는 환자의 약제비 환수 조치 - 동일성분 의약품 중복 투약자에 대한 사례관리 강화 - 선택병원대상자에게 본인부담금 부과, 선택병원 이외 병원 갈 때 본인부담금 두 배 부과 - 진료비 지불제도 및 공급체계 개편 · 입원 포괄수가제, 외래 주치의제도 도입과 정신과는 현행 정액제 유지, 요양기관 평가체계 도입, 인센티브제 병행
김진현·이태진·이용재·서구민	2013	의료급여제도 중장기 발전방안	<ul style="list-style-type: none"> - 관리운영체계 개선 <ul style="list-style-type: none"> · 맞춤형 의료급여제도 실시 및 사각지대 해소 · 관리운영체계 정비 및 건강보험과의 통합 - 공급자 방안 <ul style="list-style-type: none"> · 장기입원 관리 및 정신질환 병상 관리 · 선택병원제 폐지를 통해 적절한 진료관리 강화 · 허위·부당청구 방지 · 지표연동관리제를 통해 개별 의료기관 관리 강화 · 공급자 재정관리 유인제도 도입 - 수급자 방안 <ul style="list-style-type: none"> · 과다 의료이용자 관리 등을 통해 합리적 의료이용 유도 · 경증질환 및 장기입원의 본인부담 부과 · 합리적 약제비 본인부담제로 수급자 비용의식 제고 · 예방적 건강관리 및 지원 체계 구축 제안

제2절 선택병원제도 관련 연구

1. 분석결과

□ 신현웅·신영석·황도경·유원섭·최기춘·임승주(2008)의 연구는 선택병원제도 모니터링을 통해 단기 개선안과 장기개선안을 검토함.

○ 선택병원제도에 따른 의료이용량과 진료비 변화 비교 위해 제도 시작전 3개월(3-5월), 제도 도입후 3개월(8-10월)의 의료이용량과 진료비 평균 증감률을 비교함.

- 적용인구 1인당 평균 내원일수 모두 감소, 특히 당연적용자는 23.3%로 가장 높았고, 자발적 참여자는 21.6%, 비적용자는 13.15%의 감소함.

- 적용인구 1인당 투약일수도 모두 감소, 당연 적용자 15%, 자발적 참여자 17.4%, 비적용자 5% 감소하여 자발적 참여자가 가장 많이 감소함.

- 진료비 변화는 적용인구 1인당 평균진료비와 기관부담금을 분석함. 진료비도 의료이용량과 같은 경향을 보임. 절대적 비용은 비적용자에 비해 당연적용자가 2배가량 높고, 증가율은 당연적용자 20.2% 감소, 비적용자 11% 감소함.

- 선택진료 대상자들의 진료비 증가율이 비적용자보다 낮은 것은 단순히 선택병원제도의 순수한 효과라고 단정하기 어렵지만 선택병원제 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과로 해석함.

○ 의료급여사례관리사 수기를 통해 선택병원제도의 문제점 수집함.

- 급여일수 연장승인 면제로 인해 과다의료이용 초래, 선택병원제 적용거부하는 대상자에 대한 관리기준 부재, 선택병원제 선정방식의 문제로 제도가 필요없는 대상자의 의료이용 제한하는 문제가 있음.

- 의뢰서 발급기준과 관리방안 부재, 의료기관 폐업, 개설권자 변경시 행정절차의 시간으로 인해 병의원 이용의 불편이 발생함.

- 진료의뢰서 발급 기피 현상으로 수급자 의료이용 선택권 제한 발생함.

□ 신현웅·신영석·윤필경·이인재·임승주(2009)는 단순히중차이분석¹⁾으로 선택병원

1) 단순히중차이 분석은 선택병원제도의 영향을 받을 것이라 예상되는 집단을 실험집단으로 놓고

의원제도 시행 이후 선택병의원 대상자의 내원일수, 총진료비의 효과, 의료급여 약제비 관리 현황 및 건강보험과 비교 분석함.

- 분석결과, 선택병의원제도 이후 대상자의 내원일수가 3.88일, 총진료비가 약 13만원 감소한 것으로 나타남.
- 선택병의원제도 문제점에 대해 의료급여 사례관리사들을 대상으로 파악한 결과, 급여일수 상한 초과자 의료이용 관리제도가 여러 의료기관 이용에 따른 약물 중복처방 가능성을 감소시키는데 효과가 있는 것으로 나타남.
- 의료급여의 총진료비의 평균증가율은 입원, 외래, 약국 중에서 약국(15.73%)이 가장 많이 증가했고, 입원(14.52%), 외래(9.79%) 순으로 증가함.

- 이종차이모형으로 제도 전후 변화를 확인함.
- 지역 구분이 대도시, 중소도시, 군지역으로 갈수록, 여자보다 남자가, 연령이 증가할수록, 교육정도가 높아질수록, 사례관리 비대상자일 경우 내원일수가 감소하는 것으로 나타남.
- 이종차이 변수 확인 결과, 선택병의원제도 시행 이후 내원일수 감소함.
- 약국진료비 비중변화를 살펴보면, 건강보험 약제비는 2001년 25.8%에서 계속 증가하다 2006년 최고 28.3%까지 증가함. 이후 약제비 합리화 방안 시행으로 인해 2007년 27.5%, 2008년 27.4%로 감소함. 반면, 의료급여는 2001년 17.9%에서 2006년 20.9%로 증가, 2007-2008년 21.0%로 증가함.

□ 최정명·오진주(2012)의 연구는 전국 의료급여 대상자 1,327명을 대상으로 선택병의원제 도입에 따른 불편과 이로 인한 의료접근성의 문제를 파악하고 기존 연구에서 다루어지지 않은 건강행태, 투약순응도 및 삶의 질을 조사함.

- 병·의원 선택은 예전부터 다니던 곳의 비율(70.6%)이 가장 높았고, 불편 정도는 55.8%가 불편하다고 응답함.
- 의료접근성은 선택병의원 기간이 길수록 접근성이 낮게 나타남.
- 건강행태는 독감예방, 건강검진 및 암검진 모두 선택병의원 적용자와 비적용자간 유의한 차이가 없었고, 적용자별 투약순응도는 2년 적용자가 1년 적용

받지 않을 것이라 예상되는 집단을 비교집단으로 놓았을 때 각 집단의 제도 전후에 차이를 구한 뒤 실험집단과 비교집단의 차이를 구하는 이종차이를 보는 분석임, 이 분석은 집단에 영향을 미치는 제3의 요인과 기타요인을 통제한 제도 효과를 확인할 수 있음.

- 자 및 비적용자에 비해 높았으나 유의한 차이는 없었음.
- 항목별로 약 부작용을 알고 있다는 문항에서 유의한 차이가 있고, 선택병의원제 기간이 길수록 약 부작용을 잘 아는 것으로 나타남.
- 선택병의원 2년 적용자, 1년 적용자 및 비적용자 집단간의 건강관련 삶의 질이 유의한 차이가 있었고, 2년 적용자의 삶의 질이 가장 낮게 나타남.
- 건강상태 인식은 선택병의원 적용자가 높은 점수를 보였고, 신체증상과 정서기능에서는 선택병의원 적용자가 비적용자보다 낮음.
- 의뢰서 발급의 불편함이나 외래 본인부담금을 피하기 위해 응급실 이용이나 입원을 하는 경우도 각각 8.7%, 6.5%로 나타남.

<표II-4> 선택병의원제 관련 연구

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
신현웅·신영석·황도경·유원섭·최기춘·임승주	2008	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구		- 선택병의원제 도입 전 후 3개월간 의료이용량 비교 결과, 적용인구 1인당 평균 내원일수가 모두 감소. 당연적용자 23.3%, 자발적 참여자 21.6%, 비적용자 13.15% 감소. - 적용인구 1인당 투약일수 모두 감소. 당연 적용자 15%, 자발적 참여자 17.4%, 비적용자 5% 감소 - 진료비 변화는 적용인구 1인당 평균진료비와 기관부담금의 절대적 비용은 비적용자에 비해 당연적용자가 2배 가량 높고, 증가율은 당연적용자가 20.2% 감소, 비적용자 11% 감소. - 선택병의원제 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과임.
신현웅·신영석·윤필경·이인재·임승주	2009	의료급여 재원의 효율적 운영 방안	수급자의 의료이용 및 건강 실태 조사 자료	- 선택병의원제도 이후 대상자 내원일수, 총진료비 효과 분석 · 선택병의원 시행 후 내원일수 3.88일, 총진료비 약13만원 감소 · 급여일수 상한 초과 관리제도로 약물 중복처방 가능성 감소 - 총진료비 평균증가율은 의료급여는 약국(15.73%)>입원(14.52%)>외래(9.79%) 순으로 증가 · 총진료일수 평균증가율 약국(11.91%)>입원(9.73%)>외래(6.79%)임.
최정명·오진주	2012	선택병의원제가 의료급여 수급자의 건강에 미치는 영향	본인부담제 대상자 1,327명 설문조사	- 병의원 선택은 다니던 곳의 비율(70.6%)로 가장 높고, 불편 정도에 대해서는 55.8%가 불편하다고 응답. - 선택병의원 기간이 길수록 의료접근성이 낮았고, 선택병의원제 기간이 길수록 약 부작용을 잘 아는 것으로 나타남. - 건강관련 삶의 질에서 선택병의원 2년, 1년, 비적용자 세 집단 유의한 차이가 있었고, 2년 적용자의 삶의 질이 가장 낮았음. - 건강상태 인식은 선택병의원 적용자가 높은 점수를 보였고, 신체증상과 정서기능에서는 선택병의원 적용자가 비적용자보다 낮음.

2. 개선방안

- 신현웅·신영석·황도경·유원섭·최기춘·임승주(2008)의 연구는 선택병의원제도 모니터링을 통해 단기적 제도 개선안과 장기적 의료급여 공급체계를 검토함.
- 선택병의원제 개선방안으로 급여일수 제한, 의료 요구도에 부합하는 대상자 선정기준 마련 등을 제안함.
 - 현행 선택병의원제는 의료급여 1종 수급자 중 단순 질환자에게 본인부담없이 의료이용 보장함. 반면 복합질환 또는 중증질환 등으로 2차 의료기관 이용자의 의료이용을 제한하고 있어 수직적 형평성이 문제됨.
 - 희귀난치질환 및 중증질환자에게 3차 의료기관을 선택병의원으로 선정할 수 있도록 자격요건을 확대해야함.
 - 현재 의료서비스 전달체계에 부합하는 주치의 제도 마련함.
 - 선택병의원제 운영과 관련하여 의료급여관리사의 권한 및 지침 마련, 역할 강화해야함.
 - 원활한 제도시행을 위한 행정업무 수정 및 보완, 제도운영 모니터링 체계를 강화해야 함.
- 신현웅 외(2009)은 의료급여 예산의 효율적인 운영을 위해 장기적으로는 수급자에 대한 지속적 관리를 위해 단골의사제 도입을 제안함.
- 약제비 관리를 위해 경증질환에 대한 본인부담을 강화 및 본인부담 정률제와 중증질환에의 보장성을 강화할 것을 제안함.
- 의료급여 수급권자의 합리적 의료이용과 복약순응 향상을 위한 사례관리를 강화하고 약제비 사용량과 사용기한을 제한하는 방안 제시함.
- 최정명·오진주(2012)는 의료급여 수급권자들이 병의원을 선택하는데 있어 병원이용의 편리성 뿐 아니라 수급권자들의 건강관리에 도움이 될 수 있도록 의료기관 선택가이드 제공할 것을 제안함.
- 선택병의원 의사가 단순 진료의뢰서 발급기관으로서가 아니라 환자에 대한 주치의로서 1차 의료 책임을 다할 수 있도록 해야 함.
- 이를 위해 공급자에 대한 제도 안내, 공급자의 역할과 책임 등에 대한 준비 및 주치의 역할에 대한 인센티브 제공 등을 통해 선택병의원제의 긍정적 효과를 극대화 하는 노력 필요함.

<표 II-5> 선택병의원제 개선방안

연구자	연도	연구명	개선방안
신현웅 · 신영석 · 황도경 · 유원섭 · 최기춘 · 임승주	2008	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구	<ul style="list-style-type: none"> - 선택병의원 적용자에게 급여일수 제한 - 의료요구도에 부합하는 대상자 선정기준을 마련. · 현행 선택병의원제는 복합질환 또는 중증도 높아 3차 의료기관의 치료가 필요한 수급자의 의료이용 제한 - 의료이용의 선택권 제한 요소 검토하여 희귀난치질환 및 중증질환자에게 3차 의료기관을 선택병의원으로 선정할 수 있도록 자격요건 확대 - 현 의료서비스 전달체계에 부합하는 주치의 제도 마련 - 의료급여관리사의 권한 및 지침 마련, 역할 강화 - 원활한 제도시행을 위한 행정업무 수정 및 보완, 제도운영 모니터링 체계 강화
신현웅 · 신영석 · 윤필경 · 이인재 · 임승주	2009	의료급여재원의 효율적 운영방안	<ul style="list-style-type: none"> - 급여일수 제한 및 의료요구도 선정기준 마련 등은 신현웅 외(2008)의 연구와 유사함. - 이외 장기적으로 단골의사제 도입 - 약제비 관리 위해 경증질환 본인부담 정률제로 전환, 중증질환 보장성 강화 - 수급자의 합리적 의료이용과 복약순응도 향상을 위해 사례관리 강화, 약제비 사용량과 사용기한 제한
최정명 · 오진주	2012	선택병의원제가 의료급여 수급권자의 건강에 미치는 영향	<ul style="list-style-type: none"> - 선택병의원제 효과적 시행을 위해 의료기관 선택가이드를 제공 - 의료공급자에 대한 제도 안내, 공급자의 역할과 책임 등에 대한 준비 - 선택병의원 의사의 주치의 역할에 대한 인센티브 제공

제3절 의료공급자 관련 연구

1. 분석결과

- 임승주(2009)의 연구는 의료급여 1종 노인 수급권자의 입원이용을 뇌경색증, 고혈압, 당뇨병에 대한 의료기관 유형별 규모와 양상을 중심으로 파악함.
- 상병 중심으로 분석한 결과, 분석대상 상병 중 뇌경색증은 요양병원 입원건수가 가장 높았고, 고혈압과 당뇨는 요양병원보다 병원과 종합병원의 입원건수가 많았음.
 - 입원경험자 거주지에 따라 의료기관 선택이 달라졌음. 뇌경색증은 대도시와 중소도시에서 요양병원 62.5%, 66.5%로 가장 많이 선택, 농촌지역은 요양병원 57.5%, 병원 23.6%로 나타남.
 - 고혈압의 경우 대도시에서 각 의료기관 유형별로 30%대의 고른 분포를 보이고, 군 지역은 대도시에 비해 병원 입원건수 비율이 1.8배 높았음.
- 입원건당 진료비의 분석 결과,
 - 입원건당 재원일수는 요양병원이 가장 높고, 종합병원과 병원은 고혈압과 당뇨병에서 요양병원보다 낮음. 뇌경색은 병원 재원일수가 요양병원과 유사한 수준임.
 - 의료서비스 강도를 나타내는 재원일당 진료비는 모든 상병에서 종합병원, 병원, 요양병원 순으로 나타남.
 - 입원건당 진료비 결정의 주요 변수인 건당 재원일수와 재원일당 진료비의 동일 의료기관 유형 안에서의 변이 분석결과, 건당 재원일수의 변이가 재원일당 진료비의 변이에 비해 매우 큰 것으로 나타남. 동일상병의 동일유형 의료기관간 변이가 보건의료비의 비효율을 발생시키는 정도를 밝히는 데는 한계가 있으나 입원치료가 필요하지 않은데 입원을 유지하고 있다고 추정 가능함.
 - 재원일당 진료비의 변이계수는 낮지만 모든 상병의 입원건당 진료비 변이계수가 요양병원에서 가장 높게 나타나고 있어 사회적 입원 고려가능.
- 주정미·권순만(2009)의 연구는 고혈압 건강보험환자와 의료급여환자 간 의원, 외래 의료이용 차이와 공급자 진료형태를 살펴보기 위해 해당 진료의사가 동일한 질병을 가진 의료급여 1종 환자와 건강보험환자에게 제공한 외래

서비스를 비교함.

- 동일한 공급자가 진료한 환자의 의료보장 유형에서 본인부담이 없는 의료급여 1종 환자에 대한 진료강도가 건강보험 환자에 비해 높은 것으로 나타남.
 - 건당진료비는 건강보험환자에 비해 의료급여 1종 환자가 더 높았으며 건당내원일수는 0.33일, 내원일당 진료비는 평균 4.981원이 건강보험 환자보다 높게 나타남.
 - 회귀분석 결과, 공급자특성에서 의사연령이 49세 이하, 재원기간이 5년 미만인 경우가 건강보험환자에 비해 의료급여 1종 환자의 건당진료비가 높음. 일반외과나 정형외과에서는 의료급여 1종 환자 건당진료비가 건강보험 환자보다 낮음.
 - 의료급여 1종 환자의 동반상병건수 비율이 높을수록, 의료급여 1종 환자의 동반상병개수가 많을수록 의료보장 유형간 건당진료비가 차이가 남.
 - 의료급여 1종 소아환자가 많을수록 건강보험 환자에 비해 의료급여 1종 환자의 건당진료비와 건당내원일수가 더 높았음. 이는 의료급여 1종 아동이 백혈병이나 희귀난치성질환인 경우가 많기 때문임.
- 신현웅·윤장호·이충섭·임지원·황상미(2012)의 연구는 요양기관별 진료비 실태 및 의료급여 공급자의 유인수요를 분석하고 있음.
- 적용인구당 진료비 증가율은 2003년 72.40%, 2006년까지 크게 증가함. 2007년 이후 44.13%, 37.55%, 22.03%로 매년 큰 폭으로 감소하였으나, 2010년에 다시 42.49%로 다소 크게 증가함.
 - 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.37% 증가, 건강보험은 9.92% 증가함.
- 공급자 유인수요 분석하기 위해 전국 각 지역을 포함한 총 16개 페널 데이터와 36분기의 시계열 정보를 의료기관의 유형별과 종별로 데이터를 수집함.
 - 먼저 의료 기관수와 의료수요량 변화를 시계열 비교해 보면, 2003년부터 2010년까지 병원 수는 꾸준히 증가하는 추세이며, 2003년과 2010년의 차이는 두 배 이상 증가함
 - 여러 의료 기관 및 의료 서비스 종류 중, 종합병원, 일반 병원 및 요양 병원, 의원, 한의원 방문에 대해서 공급자 유인 수요가 있음을 확인함.
 - 의료급여 대상자 10만명당 종합병원 수 증가가 종합병원 입내원일수를 증가

시킴

- 본인부담정책, 해당인구 당 의사 수, 여성비율은 종합병원 입내원일수와 관련 없음.

<표Ⅱ-6> 의료공급자 관련 선행연구

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
임승주	2009	의료급여1종 노인 수급권자의 입원이용	'장기 입원자 사례관리 방향' 자료	- 뇌경색, 고혈압, 당뇨에 대한 노인 수급권자의 입원이용 분석 · 뇌경색증은 요양병원 입원건수 가장 높았고, 고혈압, 당뇨는 요양병원보다 병원 및 종합병원 입원건수가 가장 많음 - 거주지에 따라 의료기관 선택 다름 · 뇌경색증은 대도시62.5%, 중소도시 66.5% 많이 선택, 농촌은 요양병원 57.5%, 병원 23.6% 선택 · 고혈압은 대도시는 각 의료기관 유형별로 30%대 분포, 군은 대도시에 비해 병원 비율이 1.8배 높음 - 입원건당 진료비는 뇌경색은 입원건당 진료비가 병원>종합병원 · 뇌경색에서의 재원일수: 병원과 요양병원 유사 - 의료서비스 강도를 재원일당 진료비로 파악, 모든 상병이 종합병원>병원>요양병원 순으로 나타남 - 입원건당 진료비는 건당 재원일수와 재원일당 진료비 동일 의료기관 변이 분석
주정미·권순만	2009	건강보험환자와 의료급여환자간 의원 외래 의료이용 차이와 공급자 진료 형태	건강보험환자 사평가원 진료비 청구 자료	- 동일한 공급자가 진료한 환자의 의료보장 유형에 있어서 본인부담이 없는 의료급여 1종 환자에 대한 진료강도가 건강보험 환자에 비해 높은 것으로 나타남. - 건당진료비는 건강보험환자에 비해 의료급여 1종 환자가 더 높았으며 건당내원일수는 0.33일, 내원일당 진료비는 평균 4.981원이 건강보험 환자보다 높게 나타남. - 회귀분석 결과, 공급자 특성에서 의사연령이 49세 이하, 재원기간이 5년 미만인 경우가 건강보험환자 대비 의료급여 1종 환자의 건당진료비를 높이는데 영향을 줌.
신현웅·윤장호·이충섭·임지원·황상미	2012	의료급여진료행태 분석 및 개선 방안	16개 지역 패 널 데 이 터	- 적용인구당 진료비 증가율은 2003년- 2006년까지 크게 증가함, 2007년 이후 큰 폭의 감소했으나, 2010년에 다시 42.49%로 다소 증가 - 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.37% 증가, 건강보험은 9.92% 증가 - 공급자 유인수요 분석 · 종합병원, 일반 병원 및 요양 병원,의원, 한의원 방문에 대해서 공급자 유인 수요가 있음을 · 의료급여 대상자 10만명당 종합병원 수 증가가 종합병원 입내원일수를 증가 · 본인부담정책, 해당인구 당 의사수, 여성비율은 종합병원 입내원일수와 관련없음

2. 개선방안

□ 임승주(2009)는 질병군에 따른 대상자 및 의료기관 관리를 위한 구체적 관리 지침을 개발할 것을 제안함.

- 지역에 따라 의료기관 유형별로 입원건수 분포가 달라, 접근성으로 인해 발생하는 불필요한 상위의 의료기관 유형 선택 문제 및 미충족 의료 발생 문제를 해결하기 위해 기관 선택의 적절성을 평가하는 도구 개발을 제안함.
- 재원일수 증가요인을 파악하여 각 단계별 접근전략을 개발할 것.
- 입원이용에 대한 의료기관 심사강화와 함께 입원자 관리를 위해 사례관리자에게 권한을 부여할 것을 제안.

□ 신현웅 외 연구(2012)에서는 의료 공급자의 적정 의료서비스 제공 유인이 미흡하여 지속적인 공급확대가 이루어짐을 지적함.

- 의료급여제도의 운영 실효성 제고를 위해, 급여일수 초과자 연장승인 관리 강화, 수급권자 자격관련시스템 개선, 선택병의원제 개선, 의료급여 사례관리 업무 효율성 제고를 제안함.
- 수급자 비용의식 제고 및 건강관리 향상을 위해 외래 및 입원 진료비 본인 부담 조정을 지적함.
- 수급자의 의료기관 의존도 완화 방안으로 건강관리체계 구축을 위해 수급자 건강관리 인센티브 도입과 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계를 구축할 것을 제안함.
- 입원 본인부담진료비 조정을 통해 신체기능저하군의 본인부담 상향으로 수급자 퇴원증가하면 이들이 자발적으로 시설 입소하는 유인체계를 마련하고, 신규 의료급여 수급자 대해 건강관리교육을 강화하도록 제안함.
- 공급자의 적정 진료 유도 방안으로 장기입원 적정성 관리체계 구축으로 불필요한 장기입원을 차단하고, 부적정 진료행위 의료기관의 현황 파악과 정리, 본인부담금 면제하며 수급자를 유지하는 병원에 대해 현황 파악한 후 의료기관 부정행위를 모니터링, 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 마련함.

<표 II-7> 의료공급자 및 선택병의원제 관련 개선방안

연구자	연도	연구명	개선방안
임승주	2009	의료급여 1종 노인 수급권자의 입원비용	<ul style="list-style-type: none"> - 질병군에 따른 대상자 및 의료기관 관리 위한 구체적 관리지침 개발 - 의료 접근성으로 인해 발생하는 불필요한 상위의 의료기관 선택 및 미충족 의료 발생 문제에 대한 기관 선택의 적절성 평가 도구 개발 - 입원비용에 대한 의료기관 심사 강화 - 입원자 관리를 위한 사례관리자 권한 강화
신현웅·윤장호·이충섭·임지원·황상미	2012	의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안	<ul style="list-style-type: none"> - 수급자의 의료기관 의존도 완화 방안 · 건강관리체계 구축을 위해 수급자 건강관리 인센티브 도입 · 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계 구축. 입원의 본인부담진료비 조정을 통해 신체기능저하군의 본인부담 상향으로 수급자 퇴원증가가 예상됨에 따라 이들이 자발적으로 시설입소하는 유인체계 마련 · 신규 의료급여 수급자 대해 건강관리교육 강화 - 공급자의 적정 진료 유도 방안 · 장기입원 적정성 관리체계 구축으로 불필요한 장기입원을 차단 · 부정적 진료행위 의료기관 현황 파악 및 관리 · 본인부담금을 면제하며 수급자 유지하는 병원 현황 파악한 후 의료기관 부정행위 수시 모니터링 · 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 보완

제4절 의료급여 사례관리에 대한 연구

1. 분석결과

□ 신영석 외(2006)의 연구에서는 의료급여일수 365일이상인 만성·복합 상병자 중 의료기관 방문이 많고 진료비가 큰 수급자들 973명을 대상으로 2006년 1월-6월까지 사례관리 모니터링을 실시함.

○ 사례관리 전후 의료이용실태를 비교·분석한 결과,

- 2006년 1월~3월 실시된 사례관리 대상자 입원진료는 총진료일수, 입원일수는 감소하였으나 총진료비 증가, 실입원 환자당진료일수, 입원일수, 진료비등은 모두 증가함. 수급권자 입원이 대부분 필요에 의해 수요된다고 판단함.
- 외래진료에서 이용환자수는 큰 변화없지만 이용량은 절대적으로 감소. 사례관리가 외래의 경우 효과가 상당한 것으로 나타남.
- 약국은 환자 1인당 내원일수는 약 15% 감소하였으나 고가약 투약 및 진료건당 투약일수 증가로 진료비 증가했음.
- 사례관리 횟수별 의료이용량 변화는 방문상담이 이루어지지 않은 경우 이용량 증가, 1회 방문상담이 가장 효과적이며 외래 모든 지표가 감소함. 5회 이상방문은 오히려 이용량 증가함.
- 입원보다 외래, 병원급 이상보다 의원급 의료기관, 진료과는 내과와 외과에서, 1-2회 정도 방문을 통한 사례관리가 효과적으로 나타남.

□ 신영석·신현웅·황도경(2008)의 연구는 2006년 의료급여 사례관리 1차 연구에 이어 효과의 지속성을 탐색하기 위한 2차 연구임. 대상자는 2005년 기준 365일 이상 진료일수를 기록한 수급자 중 10곳 이상 다른 요양기관을 방문하거나 만성질환으로 365일 이상 진료일수를 기록한 약 3만명임.

○ 2차년도 분석결과는 1차년도 결과와 달리 성, 연령, 사례관리 횟수, 요양기관 종류, 1종과 2종, 거주지역, 입원과 외래, 진료과별 등 모든 분류기준에서 사례관리를 받은 집단과 그렇지 못한 집단간 의료이용량의 뚜렷한 차이를 발견하지 못함. 의료이용량에서는 전체적으로 감소하는 경향을 보였으나 두 집단

간 감소량의 모든 지표에서 큰 차이가 발생하지 않음.

- 그 이유로는 2007년 제도적 변화를 지적함. 2007년 본인부담제, 선택병의원 도입으로 인해 사례관리 대상자들이 대부분 선택병원제 해당될 가능성이 높고, 선택병의원제로 인해 지정병원 외 다른 요양기관 방문시 지정병원의 의뢰서가 있어야 하기에 이전과 같이 요양기관 방문이 자유롭지 못했을 것으로 추정함.

□ 안양희(2010)의 연구는 의료급여 사례관리가 의료급여 수급권자의 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축 영역에서의 변화 및 사례관리효과와 발전방안을 모색함.

○ 의료급여 수급권자의 사례관리 중재 전후 사례관리 요구도 측정점수가 통계적으로 유의한 변화가 있었음. 구체적으로 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 측면에서 사례관리에 효과가 있었음.

- 사례관리가 개입된 수급권자의 1인당 평균 진료일수는 입원 4.9% 증가한 반면 외래는 8.4%가 감소, 약국도 8.3% 감소함.

- 1인당 평균진료비는 입원 16.3% 증가, 외래 2.7% 감소, 약국 5.6% 감소함.

□ 임승주(2010)는 의료급여 1종 수급자 중 급여일수를 초과한 자 중에서 의료급여 사례관리가 본인부담제 및 선택병의원제 적용자의 의료이용에 미친 영향을 분석하였음.

○ 본인부담제 적용자 중에서 사례관리군의 외래내원일수는 2006년에 비해 2008년 1인당 평균 21.5일 감소, 비사례관리군은 13.9일 감소하였고, 그 차이가 통계적으로 유의함.

○ 투약일수가 사례관리군에서 통계적으로 유의하게 감소하였고, 총 진료비, 입원일수, 입원진료비, 외래진료비, 약제비에서 두 집단간에 차이가 없었음.

○ 선택병의원제 적용자 중에서는 모든 의료이용에서 두 집단간 차이 없었음.

□ 황도경·신현웅·여지영·김진호·이슬기·성민현(2014)의 연구에서 나타난 사례관리 효과를 살펴보면 다음과 같음.

○ 2012년 고위험군 사례관리 여부에 따른 2011년 대비 2012년 의료이용 증감율은 다음과 같음.

- 2012년 사례관리 대상자는 비대상자에 비해 2011년 대비 2012년 1인당 진료비 증가율이 낮음. 또한 사례관리 횟수가 적을수록 의료이용 감소폭이 큰 것으로 나타남.

- 사례관리 비대상자는 약국을 제외한 입원, 외래 의료이용이 증가하면서 전체 의료이용이 증가한 반면, 사례관리 1회 대상자는 약국을 포함하여 입원, 외래 의료이용이 모두 감소하여 전체 의료이용이 감소함.

- 고위험군 사례관리 효과는 특히 1회 대상자에게서 가장 크게 나타나고, 사례관리 2, 3회 이상 대상자는 약국과 외래 의료이용은 감소한 반면, 입원 의료이용은 증가하였음.

- 현재 사례관리 영역이 외래와 입원으로 구분되면서 외래 영역에서의 지속적 사례관리로 인해 외래의료이용이 입원 의료이용으로 대체될 수 있는 가능성 보여줌.

<표II-8> 의료급여 사례관리에 대한 연구

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
신영석 · 신현웅 · 황도경 · 노인철	2006	의료급여 재정효율화를 위한 모니터링		<ul style="list-style-type: none"> - 2006년 1월부터 3월까지 사례관리 대상자 입원진료는 총진료일수, 입원일수는 감소했으나, 총진료비 증가. - 외래진료 이용환자수는 큰 변화없지만 이용량은 절대적으로 감소, 사례관리가 외래에서 효과가 큼. - 약국의 환자 1인당 내원일수는 약 15% 감소하였으나, 고가약 투약 및 진료건당 투약일수 증가로 진료비 증가함. - 사례관리 방문상담이 이루어지지 않은 경우 이용량이 증가, 1회 방문상담이 이루어진 경우 가장 효과적, 5회 이상방문은 오히려 이용량 증가함. - 입원보다 외래, 병원급 이상보다 의원급 의료기관, 진료과는 내과와 외과에서, 1-2회 정도 방문을 통한 사례관리가 효과적으로 나타남.
신영석 · 신현웅 · 황도경	2008	의료급여 사례관리 및 효과분석II		<ul style="list-style-type: none"> - 2차년도 분석결과, 모든 분류기준에서 사례관리를 받은 집단과 그렇지 못한 집단간 의료이용량의 뚜렷한 차이 발견 못함. - 의료이용량에서는 전체적으로 감소하는 경향을 보였으나 두 집단간 감소량에 모든 지표에서 큰 차이 발생하지 않음.
안양희	2010	의료급여 사례관리 성과와 발전방향	문헌고찰	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 수급권자의 사례관리 중재 전후 사례관리 요구도 측정점수가 유의함. - 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 측면에서 사례관리에 효과있음. - 사례관리 개입된 수급권자의 1인당 평균 진료일수는 입원 4.9% 증가한 반면 외래는 8.4%가 감소, 약국도 8.3% 감소. - 1인당 평균진료비는 입원 16.3% 증가, 외래 2.7% 감소, 약국 5.6% 감소
임승주	2010	의료급여 사례관리가 본인부담제 적용자의 의료이용에 미치는 영향	2007-2008년 의료급여 사례관리 사업 지원단 자료	<ul style="list-style-type: none"> - 사례관리가 본인부담제 적용 수급권자의 외래 내원일수와 투약일수 감소, 선택병의원제 적용 수급권자의 의료이용에는 효과 나타나지 않음 - 선택병의원제 적용 사례관리군이 비사례관리군에 비해 질병 중증도 높음. - 본인부담있는 외래이용에 효과보이며 본인부담없는 선택병의원제에 효과 보이지 않음
황도경 · 신현웅 · 여지영 · 김진호 · 이슬기 · 성민현	2014	의료급여 과다이용자의 의료이용 실태에 관한 연구		<ul style="list-style-type: none"> - 사례관리의 효과는 2011년 대비 2012년 의료이용 증감을 정리함. - 2012년 사례관리 대상자는 비대상자에 비해 2011년 대비 2012년 1인당 진료비 증가율이 낮음. - 사례관리 횟수가 적을수록 의료이용 감소폭이 크게 나타남. - 사례관리 비대상자는 전체 의료이용이 증가, 사례관리 1회 대상자는 약국, 입원, 외래 의료이용이 모두 감소하여 전체 의료이용이 감소. - 고위험군 사례관리 효과는 특히 1회 대상자에게서 가장 크게 나타남 - 사례관리 영역이 외래와 입원으로 구분되면서 외래의료이용이 입원 의료이용으로 대체될 수 있는 가능성 보여줌.

2. 개선방안

- 의료급여 수급자의 의료이용 실태를 분석하고 장기 및 고액 의료이용 환자를 중심으로 모니터링을 실시한 신영석 외(2006)연구는 다음 개선방안 제시
- 의료급여 수급권자들의 과다·중복된 불필요한 의료이용을 관리하기 위해 사례관리의 필요성이 있음. 사례관리에 대한 지속적인 모니터링을 토대로 현재 의료급여 관리체계가 효과적인지를 판단해야 함.

- 안양희(2010)는 효과적인 사례관리를 위한 발전방향으로 다음을 제시함.
- 장기입원자 중 퇴원여건이 마련되어 있고 퇴원의향도 있는 약 20%의 환자들을 우선 대상으로 하여 사례관리가 필요함.
- 2010년에 장기입원자 사례관리가 도입되어 진행되고 있으나 의료팀에 의해 관리중이라 의료급여관리사의 업무에 한계 있음.
- 외래와 입원관리가 연속선상에서 이루어지는 수급권자 중심의 통합순환 사례관리체계 구축이 필요함.
- 통합순환 사례관리 체계를 운영하기 위해 표준화된 임상지침개발 및 사정도구가 준비되어야 함.
- 외래고위험군과 장기입원군을 서로 연계하고 효율적으로 접근하기 위해 수급권자 관할지역 내의 공공부문과 민간부문, 각 의료기관, 지방자치단체 보건복지부서 등 모든 지역자원의 지원 네트워크 체계가 구축되어야 함.
- 수급권자의 복합적 욕구를 해결하기 위해 정보 공유가 필수적임. 국가차원에서 관련 업무를 파악하고 적절한 방법의 통합정보체계를 개발, 연계 구축하는 방안을 검토해야 함.

- 황도경 외(2014)연구에서 의료급여 사례관리 개선방안으로 다음을 제시함.
- 의료급여 사례관리 대상자 선정기준을 현행 급여일수 700일에서 연간 외래방문일수 또는 입내원일수 기준으로 변경함.
- 연간 외래일수 60일 이상 혹은 연간 입내원일수 90일 이상으로 기준 전환함. 60일 이상 장기입원은 장기입원군 사례관리 적용하고 사례관리 대상자 선정기준에서 약국 급여일수 기준은 제외함.
- 외래중심의 고위험군 사례관리와 입원 중심의 장기입원군 사례관리 대상기준의 유기적 연계가 필요함.
- 사례관리 대상 고위험군에 대한 사례관리는 최대 3년까지만 실시하며 이후

집중관리군으로 전환함. 사례관리 1회에서 효과가 높은 것은 대상자가 지속적 의료이용이 필요한 경우이거나 지속적 사례관리에 대한 학습효과임. 3년간 사례관리 이루어졌던 대상자는 집중관리군으로 편입하고 진료일수 상위자 중 새로운 사례관리 대상자를 발굴하여 사례관리 효과성 제공함.

- 유명무실한 연장승인제도를 개선하여 연장승인시 불합리한 의료이용이 많이 발생하는 진료형태에 대한 적극적 심의가 필요함.
- 자발적 선택병의원제는 폐지함.

<표II-9> 의료급여 사례관리제도 개선방안

연구자	연도	연구명	개선방안
신영석· 신현웅· 황도경· 노인철	2006	의료급여재정효율화를 위한 모니터링	- 과다 중복된 불필요한 의료이용 관리 위해 사례관리 필요 - 사례관리에 대한 지속적 모니터링
안양희	2010	의료급여 사례관리 성과와 발전방향	- 장기입원자 중 주거지 등 퇴원여건이 마련되어 있고 퇴원의향 있는 환자들을 우선 대상으로 사례관리 필요. - 외래와 입원관리가 연속선상에서 이루어지는 수급권자 중심의 통합순환 사례관리체계 구축이 필요. - 통합순환 사례관리 체계를 운영하기 위해 표준화된 임상지침개발 및 사정도구가 준비되어야 함. - 외래 고위험군과 장기입원군을 서로 연계하고 효율적으로 접근하기 위해 수급권자 관할지역 내의 공공부문과 민간부문, 각 의료기관, 지방자치단체 보건 복지부서 등 모든 지역자원의 지원 네트워크 체계 구축 - 수급권자의 복합적 욕구를 해결하기 위해 정보 공유와 통합정보체계를 개발, 연계 구축하는 방안 검토
임승주	2010	의료급여 사례관리가 본인부담제 및 선택병의원제 적용자의 의료이용에 미치는 영향	- 제도도입 초기의 평가로서 제도가 안정적으로 반영되었다고 단정하기 어려우므로 반복적 평가 필요함 - 입원이용관리를 위한 사례관리 모형개발 필요 - 사례관리 서비스질과 접근성을 포함한 연구가 필요 - 사례관리를 통해 비용감소시키기 위해서는 의료서비스 공급자의 협력체계 방안 마련 - 선택병의원 적용자에 대한 사례관리 효과 극대화할 수 있는 제도적 보완 필요
황도경· 신현웅· 윤장호· 이충섭· 임지원· 황상미	2014	의료급여 과다이용자의 의료이용 실태에 대한 연구	- 의료급여 사례관리 대상자 선정기준을 현행 급여일수 700일에서 연간 외래방문일수 또는 입내원일수 기준으로 변경. - 연간 외래일수 60일 이상 혹은 연간 입내원일수 90일 이상으로 기준 전환함. 60일 이상 장기입원은 장기입원군 사례관리 적용, 사례관리 대상자 선정기준에서 약국 급여일수 제외함. - 외래중심의 고위험군 사례관리와 입원 중심의 장기입원군 사례관리 대상기준의 유기적 연계. - 연장승인제도 개선, 연장 승인시 불합리한 의료이용이 많이 발생하는 진료형태에 대한 적극적 심의가 필요함. - 자발적 선택병의원제 폐지

제5절 수급자의 건강상태 및 삶의 질

1. 분석결과

□ 홍선우(2009)의 연구는 의료급여 수급자들의 건강관련 삶의 질을 파악하기 위해 수급자의 인구사회학적 특성과 건강수준, 건강증진행위와 건강관련 삶의 질 간의 관계를 파악한 후 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석함.

○ 18세이상, 전국의 3,753명의 의료급여 수급자를 대상으로 건강관련 삶의 질과 관련한 변수 중 어떤 요인이 수급권자의 삶의 질을 잘 설명해주는지 탐색함. 인구사회학적 요인, 건강수준, 건강행위 요인을 단계적으로 투입하는 위계적 다중 서베이 회귀분석 실시함.

○ 연구결과, 거주 지역이 유의미한 영향 요인으로 나타남.

- 건강수준 변수를 추가하여 38.7%의 설명력을 나타냈고, 거주 지역, 활동제한, 스트레스, 우울경험이 유의미함. 건강행위를 추가했을 때 44.6%로 설명력이 증가했고, 전체 변수중 성별, 거주 지역, 활동제한, 스트레스, 우울경험, 음주, 규칙적 운동이 유의한 변수로 나타남.

□ 윤경일(2014)의 연구는 암 질환에서 의료보장종류를 대리변수로 하는 소득수준의 차이가 의료이용과 치료결과에 미치는 영향을 분석하였음.

○ 건강보험과 의료급여 환자의 치료결과를 비교한 결과, 사망률이 건강보험 환자는 6.0%인 반면, 의료급여환자는 8.9%임.

- 비호전 퇴원도 의료급여가 8.3%로 더 높았고, 건강보험은 7.5%였음. 호전율은 건강보험 86.6%, 의료급여82.8%로 나타나 전반적으로 의료급여 환자의 부정적 치료결과 비율이 높았음.

- 건강보험 환자와 의료급여 환자가 이용하는 의료기관의 종류, 입원경로, 중증도 등을 통제하면 두 집단간 치료결과에서의 유의한 차이는 없었음.

- 상대적으로 높은 의료급여환자의 암사망률이나 비호전퇴원율은 의료기관입원 전의 조건에 의한 결과이며, 의료기관내에서 치료과정상 차이로 볼 수 없음.

<표Ⅱ-10> 수급자 건강상태 및 삶의 질 관련 연구

연구자	연도	연구명	분석자료	연구결과
홍선우	2009	의료급여 수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인	전국 3,753 명의 의료급여 수급자	<ul style="list-style-type: none"> - 인구사회학적 요인은 건강관련 삶의 질을 4% 설명, 거주 지역만이 유의미한 영향 요인임 - 건강수준 변수 추가하여 38.7%의 설명력을 나타냄, 거주 지역, 활동제한, 스트레스, 우울경험이 유의미함 - 건강행위를 추가했을 때 44.6%로 설명력 증가 - 전체 변수중 성별, 거주 지역, 활동제한, 스트레스, 우울경험, 음주, 규칙적 운동이 유의한 변수로 나타남
윤경일	2014	건강보험과 의료급여 암 환자의 의료 이용 행태와 치료결과 비교	한국보건사회 연구원의 퇴원환자 조사 자료	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험환자와 의료급여환자의 치료결과 비교하면 사망률이 건강보험환자 6.0%, 의료급여환자 8.9%임. - 비호전 퇴원이 의료급여가 더 높았고, 호전율은 건강보험 86.6%, 의료급여 82.8%, 전반적으로 의료급여 환자의 부정적 치료 결과 비율이 높았음. - 건강보험 환자와 의료급여 환자가 이용하는 의료기관의 종류, 입원경로, 중증도 등을 통제하면 두 집단간 치료결과에서 유의한 차이는 없었음. - 상대적으로 높은 의료급여 환자의 암 사망률이나 비호전 퇴원율은 의료기관에 입원하기 전의 조건에 의한 결과이며, 의료기관 내에서의 치료 과정상 차이로 볼 수 없음.

2. 개선방안

- 홍선우(2009)는 의료급여 수급권자들의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해 스트레스와 우울감 관리 등 정신건강과 일상활동 능력을 향상시키는 것이 가장 중요하며, 적당한 음주습관과 규칙적 운동 등 건강증진 행위를 촉진하는 프로그램 개발과 정책이 효과적임을 지적하였음.
- 윤경일(2014) 연구의 정책적 함의로는 의료급여 환자의 경우 높은 응급실 입원률, 상대적으로 긴 재원일수, 높은 CCI 지표 등으로 치료지연이 나타난다는 것임.
- 개선방안으로 의료급여 수급자를 대상으로 하는 암 검진 기회 확대와 의료급여 환자의 상급종합병원의 접근성 제한 문제를 완화하기 위해 의료급여 전달

체계를 건강보험과 같이 두 단계로 개선할 것을 제언함.

<표Ⅱ-11> 수급자 건강상태 및 삶의 질 개선방안

연구자	연도	연구명	개선방안
홍선우	2009	의료급여 수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인	<ul style="list-style-type: none"> - 수급자들의 정신건강과 일상활동 능력을 향상시키고, 건강증진 행위를 촉진하는 프로그램 개발과 정책 개선 - 사례관리 강화
윤경일	2014	건강보험과 의료급여 암 환자의 의료이용 행태와 치료결과 비교	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 수급자를 대상으로 하는 암 검진 기회 확대 - 수급자들의 상급종합병원의 접근성 제한 문제를 완화하기 위해 의료급여 전달체계 개선

제6절 소결

1. 주요연구결과 정리

- 2007년 이전 의료급여 진료비는 지속적으로 증가추세였고, 건강보험과 비교해서도 증가추세가 빠름. 구체적으로 진료일수는 증가하나 외래 내원일수 감소, 투약일수가 증가하였음.
- 건강보험과 의료급여환자 이용량을 질병중증도를 보정한 후 비교한 결과 대체로 진료비와 입내원일수가 모두 의료급여환자가 많았음.
- 2007년 1종 수급권자에 대한 본인부담금 부과, 선택병의원제 시행 이후 의료급여 진료비가 전체적으로는 건강보험보다 떨어졌으며, 외래진료비는 감소하고 입원과 약국 진료비는 증가하는 추세임.
- 의료급여와 건강보험 암환자의 의료이용을 비교할 결과, 의료급여암환자는 건강보험 암환자에 비해 잦은 외래방문과 장기간 입원으로 총진료비가 많았음.
- 의료급여 재정지출 증가의 요인은 의료급여 1종 수급자의 병원, 종합병원, 요양병원의 장기입원이라고 볼 수 있음. 이는 2007년 1종 외래 진료 시 부과되는 본인부담금과 선택병의원제 시행 결과, 외래수요가 입원으로 대체되는 결과 때문임.
- 선택병의원제도 도입 이후 평균내원일수, 투약일수 감소, 총진료비 감소하고 있음. 선택병의원제의 단순한 효과라고 단정하기 어렵지만 제도 도입에 따라 수급자들이 의료이용을 자제한 결과라 할 수 있음.
- 역으로 꼭 의료이용을 해야 하는 환자들의 의료이용 접근성을 제한하는 문제도 나타남. 선택병의원제 시행이 길수록 약물의 부작용을 잘 알게 되지만 건강 관련 삶의 질은 선택병의원제 기간이 길수록 낮아짐.
- 이는 선택병의원제도가 의료이용이 상급종합병원의 이용이 필요한 복합질환이나 중증도가 높은 환자들의 의료이용을 제한하는 요소가 있다는 것임.
- 사례관리의 효과에 대해서는 상반된 연구결과가 존재함.

- 약국 투약일수 감소하나 고가약 사용으로 진료비는 증가, 외래진료에서 효과적이며, 특히 사례관리 방문상담이 1회 이루어진 경우 외래이용량 감소에 가장 효과적임. 입원이용량의 감소효과는 없음(신영석 외, 2006).
- 의료급여 수급자의 사례관리 중재 후 건강 삶의 질, 자가 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 측면에서 효과있는 것으로 나타남(안양희, 2010).
- 2012년 사례관리 대상자는 비대상자에 비해 전년도 대비 1인당 진료비 증가율이 낮은 것으로 나타남. 또한 사례관리 횟수가 적은 집단에서 의료이용 감소폭이 크며, 고위험군 사례관리는 특히 1회 대상자에 가장 효과적이며, 2-3회 대상자는 약국, 외래는 감소하나 입원이용이 증가함(황도경 외, 2014)
- 반면, 신영석 외(2008)의 연구결과에서는 사례관리집단의 의료이용량이 전체적으로 감소하는 경향을 보였으나 사례관리 받은 집단과 아닌 집단간의 뚜렷한 차이가 나타나지 않았음.
- 또한 사례관리가 본인부담제 적용 수급자의 외래 내원일수와 투약일수 감소시켰고, 선택병의원제 적용 수급자의 의료이용에는 효과가 나타나지 않음(임승주, 2010) 사례관리 대상자 중 고혈압 및 당뇨의 조절로 대상자의 건강을 증진시켰으나 외래진료비, 입원진료비, 약국투약비를 감소시키지 못하였고, 질병의 중증도가 낮고 회귀난치질환이 없는 의료급여환자의 경우에만 외래내원일수와 투약일수의 감소함(김진현 외, 2013).
- 사례관리가 입원일수 등 의료이용 감소에 효과가 부족하다는 연구도 있었지만 이 역시 환자의 건강관리 측면에서는 긍정적으로 보고 있음.
- 의료 공급자의 의료이용 유인수요는 존재하는 것으로 나옴.
- 동일상병 동일유형 의료기관을 비교한 결과, 재원일당 진료비 변이계수는 낮으나 모든 상병의 입원건당 진료비 변이계수가 요양병원에서 높게 나타나고 있어 사회적 입원의 가능성 존재함.
- 동일 공급자가 진료한 의료급여1종 환자와 건강보험 환자를 비교한 결과, 의료급여 1종 환자의 건당 진료비, 건당 내원일수, 내원일당 진료비가 건강보험환자보다 더 높게 나타남.

2. 대안평가

- 의료급여 재정효율화에 대한 기존 정책 결과
 - 본인부담금은 외래 진료일수 및 외래진료비와 투약일수 감소에 효과적이나, 본인부담없는 입원진료에 대한 감소 효과는 없음.
 - 선택병의원제는 외래의 내원일수, 투약일수 및 투약비용을 감소시킨 대신 입원일수 및 입원진료일수를 증가시킴.
 - 사례관리는 질병 중증도가 낮은 외래 환자에게 효과적임.
 - 의료공급자의 유인수요가 있음이 확인됨.
 - 입원진료비 절감에는 모든 정책이 실패함.
 - 따라서 수급자의 의료서비스 접근권을 침해하지 않으면서 비용 효율화할 수 있는 방안을 마련해야 함.
- 입원 진료비가 가장 문제가 되는 상황에서 수급자들의 불필요한 장기입원을 방지하기 위해 외래와 입원관리가 연속선상에서 이루어지는 수급권자 중심의 통합사례관리 체계 구축이 필요함.
 - 통합순환 사례관리 체계를 운영하기 위해 표준화된 임상지침개발 및 사정도구가 준비되어야 함.
 - 외래 고위험군과 장기입원군을 서로 연계하고 효율적으로 접근하기 위해 수급권자 관할지역 내외 공공부문과 민간부문, 각 의료기관, 지방자치단체 보건복지부서 등 모든 지역자원의 지원 네트워크 체계가 구축되어야 함.
 - 특히 사례관리 사업은 지자체의 사례관리사에 의해 이루어지므로 서울시가 적극적으로 개입할 수 있음.
- 효율적 재정관리와 더불어 의료급여 수급자의 삶의 질을 향상시키기 위한 대안이 필요함.
 - 선택병의원제도가 잘 정착되기 위해 선택병의원 의사의 역할이 매우 중요하며, 의사들이 단순히 진료의뢰서 발급기관으로서가 아니라 환자에 대한 주치의로서 1차적인 책임을 다할 수 있는 역할을 해야 함.
 - 제한적이기는 하나 서울시의 공공의료기관을 의료급여 선택병의원기관으로 선정하고 수급자들의 주치의 역할과 책임을 담당하도록 함.

- 의료급여 재정효율화를 위해 서울시 차원에서 적극적 개입이 필요함.
- 의료급여제도 운영에 있어서 현재는 자치구의 역할이 미흡함. 서울시는 의료급여비의 절반을 부담하고 의료급여사례관리에 대한 예산을 부담하고 있었지만 의료급여제도에 관리감독이나 모니터링 등의 역할은 거의 없음.
- 의료급여제도와 관련된 환자 및 사례관리 사업에 대한 정보를 수집하여 사례관리를 연계하여 통합사례관리를 제공, 통합사례관리 네트워크를 구축하는 등의 적극적 개입 노력이 필요함.

<표Ⅱ-12> 의료급여 재정효율화 대책 평가

구 분		본인부담금	선택병의원	사례관리
외래	내원일수	○	○	○
	진료비	○	×	○
입원	내원일수	×	×	×
	진료비	×	×	×
약국	투약일수	○	○	○
	투약비용	×	○	×

주 : ○ 효과있음, × 효과없음

- 한편, 김진현·이용재(2013)의 연구에서는 급여일수 연장승인은 외래, 입원, 약국 모두에 있어서 효과가 없다고 분석하고 있으며, 중복투약관리는 외래 내원일수를 감소시키고, 약국 투약일수와 비용을 줄이는데 기여한다고 평가하고 있음.

중앙정부와 서울시 의료급여 관리체계 분석

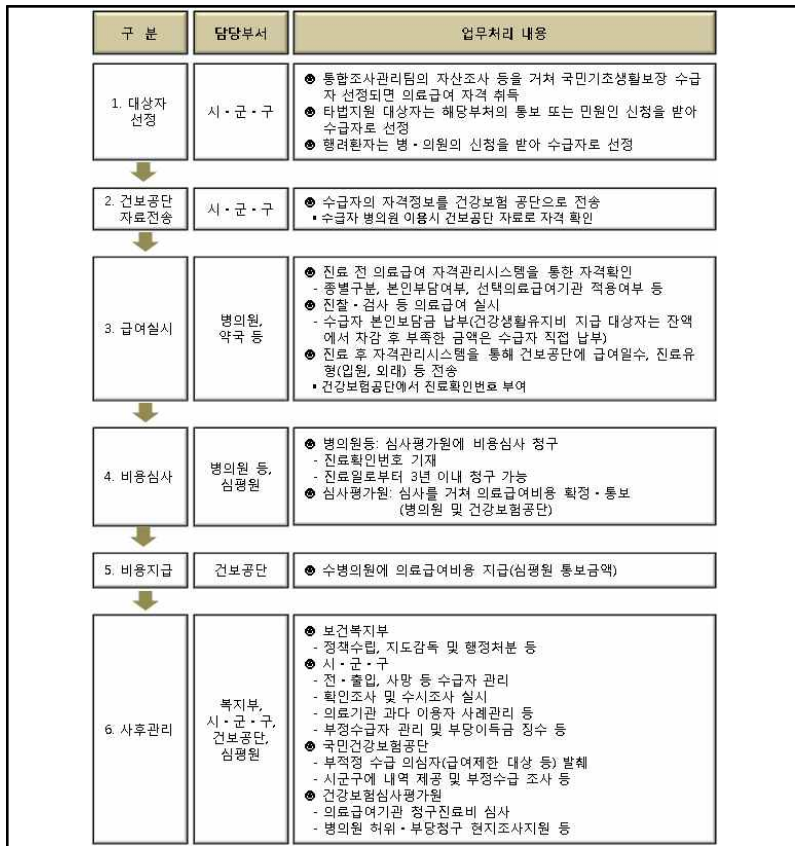
제1절 의료급여 관리 체계 및 시행절차

- 의료급여 관리·운영은 의료급여 사업기관인 국가(보건복지부) 및 지방자치단체(보장기관), 건강보험공단(의료급여비용지급기관), 건강보험심사평가원(의료급여 비용심사기관), 의료급여기관(의료공급자) 등으로 나누어 이루어지고 있음
- 국가(보건복지부)
 - 의료급여 사업의 관장주체로서 중앙의료급여심의위원회에서 의료급여 사업의 실시에 관한 사항을 심의하고, 의료급여수가기준과 그 계산방법을 정하고, 의료급여기관에 대한 업무정지 및 과징금 부과·검사, 기금의 관리·운영, 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시도 및 시군구에 대한 지도·감독권 및 보고권을 가지고 있음
- 보장기관(시도 및 시군구)
 - 수급권자의 거주지 관한 시도 및 시군구로 의료급여에 관한 업무 즉, 의료급여증 발급, 수급권자의 자격관리, 의료급여비용의 지급, 의료급여기금의 관리, 의료급여의 제한, 변경, 중지, 구상권의 행사, 대불금의 관리, 부당이득금의 징수권 등을 수행함
- 국민건강보험공단
 - 보장기관으로부터 의료급여비용의 지급, 수급권자 자격관리, 개인별 진료내역, 급여제한에 필요한 실태조사 및 자료수집 업무를 위탁받은 기관으로 건강보험심사평가원으로부터 심사결과를 통보받으면 이에 따라 의료급여비용을 의료급여기관에 지급함
- 건강보험심사평가원
 - 보장기관으로부터 급여비용 심사와 적정성 평가업무를 위탁받은 의료급여비용 심사기관으로 의료급여기관이 수급권자를 진료하고 그 급여비용을 심사청구하는 경우 의료급여비용 심사 및 적정성 여부를 평가하여 그 결과를 의료급여기관, 보장기관, 국민건강보험공단에 통보함.

□ 의료급여기관

○ 의료급여법상 수급권자에 대한 의료급여를 행하는 곳으로 지정제도가 폐지되면서 「의료법」에 의하여 개설된 의료기관, 「약사법」에 따라 등록된 약국 및 한국회귀약품센터, 「지역보건법」에 의한 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소는 당연히 의료급여기관으로 지정되고 있음.

[그림III-1] 의료급여사업 시행절차



자료: 보건복지부 의료급여사업지침(2013)

□ 건강보험과의 비교

○ 의료급여는 국민의 의료문제를 국가가 개입한다는 점에서 건강보험과 동일한 목적은 가진다. 그러나 적용대상, 재정부담, 급여비용의 본인부담 등 관리운영 및 제도적인 측면에서 차이가 있으며, 급여기준은 「의료급여 수가의 기준 및 일반기준」 등 관련규정에서 별도로 정하고 있는 사항 외에는 건강보험과 동일하다.

○ 의료급여법령 등 관련 규정에서 별도로 정하고 있어 건강보험과 다르게 운영되는 주요 제도 등은 다음과 같다.

<표III-1> 건강보험과 의료급여 비교

구분	담당기관	내용
제도특성	사회보험	공공부조
적용대상	모든 국민	저소득층 등 일부계층
보험료	소득수준에 따라 차등부과	없음
근거법령	국민건강보험법령	의료급여 법령
재원	보험료, 국고지원 등	조세(국고+지방비)
운영기관	보건복지부, 심평원, 건보공단, 요양기관	보건복지부, 보장기관(시도 및 시군구), 심평원, 건보공단, 의료급여기관
자격증명	건강보험증, 신분증 등	의료급여증, 신분증 등
진료절차	2단계(종합병원이하→상급종합)	3단계(1차→2차→3차)
급여일수 상한제	2006.1월 폐지	연간 급여를 받을 수 있는 일수를 정함
선택병의원제	-	급여일수 초과자의 경우 선택병원 이용
진료비 대불제도	-	2중 입원 본인일부부담금 20만원 초과시 초과금액 대불(보장기관 승인필요)
본인부담 보상제	-	1중(2중) 매30일간 2만원(20만원)초과시 대불(보장기관 승인 필요)
본인부담 상한제	보험료 수준에 따라 차등화 (200만원-400만원)	수급권자 종별에 따라 차등화 -1종: 매30일간 5만원 초과시 초과금전액 -2종: 매6개월간 60만원 초과시 초과금전액
건강생활 유지비	-	1종 수급권자(본인부담면제자 제외)에게 본인부담금 지원(월 6,000원)

제2절 의료급여제도 운영

1) 의료급여 절차

○ 의료급여 절차는 보다 나은 진료를 받고자 하는 의료수요자의 욕구와 함께 의료급여는 본인부담이 없거나 소액만 부담하는 특성으로 인하여 대형병원을 진료가 집중될 소지가 높아 의료자원의 효율적 활용과 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 급여 절차를 규정함으로써 수급권자의 합리적인 의료이용 유도과 의료자원의 효율적 배분을 통한 의료기관의 역할정립을 도모하고자 하였다.

□ 의료급여의 단계별 절차

○ 의료급여는 1·2·3단계로 구분하여 단계별로 진료를 받아야 한다. 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 먼저 제 1차 의료급여기관(의원급)에 의료급여를 신청해야 하고 진찰결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단되는 경우 진료담당의사의 진료의견이 기재된 「의료급여의뢰서」(별지 제3호 서식)를 수급권자 또는 보호자에게 발급하여야 한다. 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관에 의료급여의뢰서를 제출하여야 한다.

○ 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에는 의료급여회송서를 수급권자에게 발급하여 의료급여를 의뢰한 의료급여기관이나 그 밖의 적절한 다른 의료급여기관으로 수급권자를 회송할 수 있다.

[그림Ⅲ-2] 의료급여의 단계별 절차



□ 의료급여 단계별 진료절차 예외

○ 수급권자가 의료급여를 받기 위해서는 원칙적으로 각 단계별 절차를 거쳐야 한다. 그러나 시급성을 요하거나 단계별 절차를 준수하는 것이 불합리한 경우에는 다음과 같이 그 예외를 인정하고 있다.

- ① 「응급의료에 관한 법률」 제2조의 제1호에 해당하는 응급환자인 경우
 - ② 분만의 경우
 - ③ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ④ 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관에 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑤ 「장애인복지법」 제33조에 따라 등록된 장애인이 장애인 보장구를 지급받고자 하는 경우
 - ⑥ 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑦ 단순물리치료가 아닌 작업치료, 운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑧ 한센병환자가 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑨ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인이 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑩ 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우
 - ⑪ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조에 의한 상이등급을 받고 있는 자가 의료급여를 받고자 하는 경우
- ※ ①-⑥은 2차 또는 3차 의료급여기관, ⑦-⑪은 2차 의료급여기관 이용 가능

2) 의료급여기관별 진료범위

□ 제1차 의료급여기관의 진료범위

- 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료
- 장기치료가 필요한 만성질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료
- 질병상태, 이송거리 및 이송시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원진료
- 제1차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 장관이 정하여 고시하는 입원진료(① 긴급수술을 요하는 경우 ② 분만, 충수염, 서혜 및 대퇴부탈장수술, 자궁과 자궁부속기수술, 안비인후과수술 ③ 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한

경우 ④ 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우 ⑤ 말기암환자에 대한 입원진료가 필요한 경우)

- 지역보건법에 의한 보건의료원에서의 입원진료
- 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제1차의료급여기관만 해당)
- 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료

□ 제2차 의료급여기관의 진료범위

- 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제1항 각호의 1에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우)
- 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제2차의료급여기관만 해당)
- 제1차 의료급여기관 또는 다른 제2차 의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료
- 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료
- 제3차 의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료

□ 제3차 의료급여기관의 진료범위

- 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제1항 제1호부터 제6호까지에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우)
- 제2차 의료급여기관 또는 다른 제3차 의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료
- 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료

3) 의료급여일수 상한제

- 급여일수 상한제는 수급권자가 1년 동안 의료급여를 받을 수 있는 급여일수를 365일(윤년 366일)로 제한하는 것으로 보건복지부장관이 고시한 희귀난치성질환 및 중증질환과 다음 11개 고시질환에 대하여는 질환별로 상한일수

를 산정하고 있으나 그 외 질환에 대해서는 모든 질환의 의료급여일수를 합하여 연간 365일로 제한

① 정신 및 행동장애(간질포함)	② 신경계질환
③ 고혈압성 질환	④ 간의 질환(만성바이러스간염포함)
⑤ 당뇨병	⑥ 호흡기결핵
⑦ 기타 만성폐쇄성폐질환	⑧ 갑상선의 장애
⑨ 대뇌혈관 질환	⑩ 두개내손상
⑪ 심장질환	

4) 선택의료급여기관 제도

- 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 있는 수급권자의 집중적인 관리와 의료급여제도의 효율적인 운영을 위하여 의료급여기관의 선택이용 제도를 2007년 7월 1일부터 도입 시행하였다.

□ 선택의료급여기관 적용대상자(1·2종 모두 해당)

- 선택의료급여기관 적용대상자는 조건부 연장승인자와 자발적 참여자로 구분한다. 조건부 연장승인자는 중복투약 등으로 건강상 위해 발생 가능성이 높아 의료급여심의위원회에서 선택의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 연장승인을 받은자(질환군별 급여일수 초과자)이며, 자발적 참여자는 급여일수 초과자가 아니더라도 시도 및 시군구에 신청한 자가 대상이다.
- 조건부 연장승인(선택의료급여기관 적용자)이란 급여일수 연장승인신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 중복투약 등으로 위해 발생 가능성이 높은 자를 대상으로 본인이 선택한 1-2개 의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 차기연도 말까지 급여일수를 연장해 주는 제도로 141개 희귀난치성질환 및 중증질환자 중 일부 그리고 11개 만성질환(고시) 중 하나의 질환으로 급여일수 455일(상한일수 365일+연장승인 90일), 이외 질환(기타 질환)으로 급여일수 545일(상한일수 365일+연장 180일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자가 대상이다.

□ 선택의료급여기관 선택 범위

- 의료급여수급권자는 제1차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있고, 재활치료가 필요한 자의 재활의학과 진료나 한센병환자, 등록장애인, 도서·벽

지 거주자, 상이등급을 받은 국가 유공자인 경우는 제2차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있으며, 보건복지부장관이 고시한 희귀난치성질환자 및 중증질환자 중 일부, 당해 의료급여기관 근무자인 경우에는 제2차 또는 제3차 의료급여기관 중 선택할 수 있다.

- 선택의료급여기관을 선택한 수급권자가 복합질환으로 6개월 이상 진료가 필요한 자인 경우 시군구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 제1차 또는 제2차 의료급여 기관 중 한 곳을 추가로 선택하게 할 수 있으며, 선택 또는 추가 선택의료급여기관으로 치과의원 또는 한의원을 선택하지 않은 경우 치료를 위하여 필요하면 치과의원 및 한의원을 하나씩 선택 가능하다.

<표Ⅲ-2> 선택의료급여기관 선택 범위

구분	선택의료급여기관			
	제1선택	제2선택(심의필요)	제3선택	제4선택
일반	1차 기관	1-2차 기관 (6개월 이상 진료 필요자)		
진료 절차 예외 대상	희귀난치성질환자	1-3차 기관	한의원 (1.2선택의료 급여기관을 한의원으로 선택하지 않은 경우) * 본인부담 있음	치과의원 (1.2선택의료 급여기관을 치과의원으로 선택하지 않은 경우) * 본인부담 있음
	2-3차기관 근무자	2-3차 기관 (본인근무)		
	환선병환자, 등록장애인, 도서벽지거주자, 국가유공자 중 상이등급자	1-2차 기관 (6개월 이상 진료 필요자)		

□ 선택의료급여기관 의료급여 의뢰절차

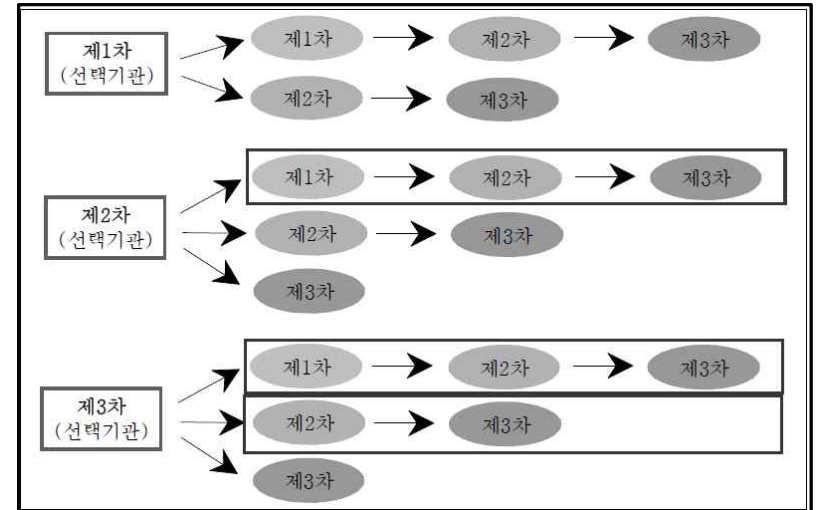
- 선택의료급여기관이 제1차 의료급여기관인 경우 다른 제1차 의료급여기관 또는 제2차 의료급여기관으로 의뢰할 수 있고, 선택의료급여기관이 제2차 또는 제3차 의료급여기관인 경우 다른 의료급여기관(제1차 의료급여기관 등)으로 의뢰할 수 있다.
- 선택의료급여기관에서 진료상 필요하여 다른 기관으로 의뢰하는 경우 의료급

여의뢰서(별지 제3호 서식)를 사용하여 의뢰하고, 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보하여야 하며, 공단의 자격관리시스템을 이용하여 진료 후 선택 의료급여기관 기호 및 급여일수 등 전송 시 '타 기관 의료여부(Y/N)'를 전송 시 보장기관에 통보한 것으로 같음한다.

□ 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자 재의뢰 범위

- 선택의료급여기관으로부터 의료급여를 의뢰받은 제1차 의료급여기관 또는 제2차 의료급여기관은 진찰 결과 또는 진료 중에 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제6조제1항에 따라 다른 의료급여기관에서 진료가 필요하다고 판단되는 경우에 의료급여를 의뢰할 수 있다. 다만, 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제1차 의료급여기관이 다른 제1차 의료급여기관으로, 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제2차 의료급여기관이 다른 제2차 의료급여기관으로 또는 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제3차 의료급여기관이 다른 제3차 의료급여기관으로는 의뢰할 수 없다.

[그림Ⅲ-3] 선택의료급여기관 의뢰 및 재의뢰 절차도



5) 본인부담금 보상제 및 상한제

○ 본인부담금 보상제는 1종(2종) 수급권자 본인부담금을 경감하기 위하여 매 30일간의 본인부담금이 2만원(20만원)을 초과하는 경우 초과한 금액의 50%에 해당하는 금액을 보장기관(시도 및 시군구)이 지급하는 제도이며, 본인부담금 상한제는 1종 수급권자는 매 30일간의 본인부담금이 5만원, 2종 수급권자는 매 6개월간의 본인부담금이 60만원을 초과하는 경우 초과한 금액을 보장기관이 지급하는 제도로 입원, 외래 및 약국약제비를 포함하며 비급여대상, 100/100 본인부담 진료비는 지급제외대상이다.

6) 건강생활유지비 지원제도

○ 2007년 7월 1일 1종 수급권자 본인부담제 도입에 따라 본인부담금을 지원해 주는 제도로 공단에 수급권자별 가상계좌를 구축하여 1종 외래 본인부담면제자를 제외하고 1종 수급권자에게 매월 6,000원을 지원한다. 건강생활유지비를 지원받는 1종 수급권자는 외래 진료시 본인부담금을 건강생활유지비 잔액으로 납부하며, 건강생활유지비 잔액이 모자라거나 없는 경우에는 본인이 직접 본인부담금 전부 또는 일부를 납부한다.

○ 의료급여기관은 진료 또는 조제 후 공단 가상계좌에서 본인부담금을 차감요청하고, 공단은 진료확인번호가 부여된 경우에는 별도의 청구절차 없이 주1회 이상 의료급여기관에 지급하며, 매년도 말일을 기준으로 수급권자별 건강생활유지비 잔액을 확정하여 보장기관으로 통보하면 보장기관은 잔액을 수급권자의 계좌에 입금한다.

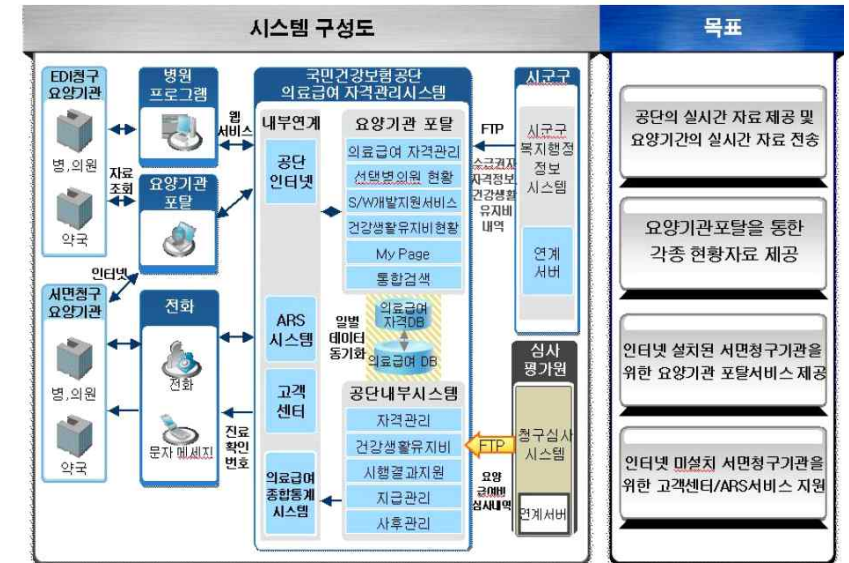
7) 의료급여 자격관리시스템

○ 의료급여 자격관리시스템은 급여일수의 실시간 관리를 통해 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약을 예방하여 건강을 증진하고, 수급권자가 진료비를 건강생활유지비로 지불할 수 있도록 하며, 불필요한 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정의 건전성을 도모하기 위해 도입한 것이다.

○ 의료급여기관이 수급권자의 본인부담면제자 여부, 선택의료급여기관 적용 여부, 건강생활유지비 잔액 등의 정보를 확인할 수 있도록 하여 의료급여기관

의 행정편의를 제공하고, 진료(조제)후에는 주상병명, 입·내원일수, 급여일수, 건강생활유지비 청구액, 처방진교부번호, 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호 등 보건복지부장관이 정하는 사항을 자격관리시스템에 전송하면 진료확인번호를 부여받게 되며, 의료급여기관은 부여받은 진료확인번호를 의료급여비용 명세서에 기재하여 심사평가원에 청구한다.

[그림III-4] 자격관리시스템 구성도



* FTP(File Transfer Protocol): 두 컴퓨터 간의 파일 전송을 위한 인터넷 표준 프로토콜

8) 본인일부부담금

<표Ⅲ-3> 의료급여종별 본인일부 부담금

의료급여기관		의료급여종별		1종 수급권자	2종수급권자	
					일반	장애인
외래 및 약국	제1차 의료급여기관	의원	원내 직접조제	1,500원	1,500원	750원
			그밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원
		보건기관	원내 직접조제	없음	없음	없음
			그밖의 외래진료	없음	없음	없음
		약국 및 한국회귀의약품센터	처방조제	500원	500원	500원
			직접조제	900원	900원	900원
	제2차 의료급여기관	의원	원내 직접조제	2,000원	총진료비의 15%(예외사항 주' 참조)	없음 (장애인의료비에서 부담)
			그밖의 외래진료	1,500원	없음	없음
		보건기관	원내 직접조제	2,500원	총진료비의 15%(중증환자 5%)	없음 (장애인의료비에서 부담)
			그밖의 외래진료	2,000원	없음	없음
		제3차 의료급여기관	원내 직접조제	2,500원	총진료비의 10%	없음 (장애인의료비에서 부담)
			그밖의 외래진료	2,000원	없음	없음
입원	제1-2·3차 의료급여기관		없음	총진료비의 10%	없음 (장애인의료비에서 부담)	
입원 외래	75세 이상 레진상 완전 틀니		총진료비의 20%	총진료비의 30%		

* 1종 외래 본인부담면제자는 제외 * 75세이상 노인틀니 본인부담(1종 20%, 2종 30%)
* 식대는 별도 부담(1,2종): 20%(중증환자 5%), 단 식대본인부담면제자는 제외

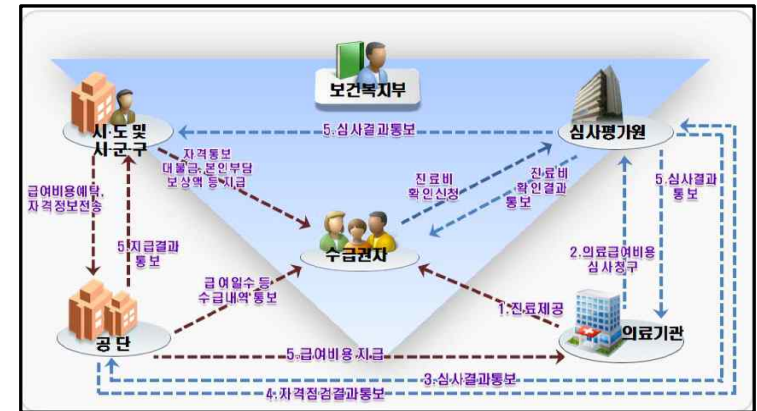
<표Ⅲ-4> 의료급여종별 본인일부부담금 면제

구분	내용
1종 수급권자 중 외래 본인부담면제자	- 선택의료급여기관 이용자(조건부 연장승인자, 자발적 참여자) - 18세 미만인 자, 20세 이하인 자로 중고등학교 재학중인 자 - 임신부, 가정간호를 받고 있는 자가 외래를 이용하는 경우 - 구(등록) 회귀난치성질환자(2013.9.30. 이전 적용 수급권자) - 행위환자, 응급환자인 선택의료급여기관 이용자 - 노숙인 진료시설을 이용하는 노숙인 - 응급, 분만으로 노숙인 진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 - 노숙인 진료시설에서 의뢰되어 제33차의료급여기관을 이용하는 노숙인 - 등록 회귀난치성질환자 - 등록 중증질환자
2종 수급권자 중 입원 본인부담 면제	- 자연분만 - 6세미만 - 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자
1·2종 입원환자 중 식대 본인부담면제자	- 행위(무연고자), 자연분만, 6세 미만 아동
CT, MRI 또는 PET 본인일부부담률	- 1종 외래: CT, MRI 또는 PET 총액의 5% - 1종 입원: 본인부담금 없음 - 2종 외래: CT, MRI 또는 PET 총액의 15% - 2종 입원: 10%(심장, 뇌혈관질환자인 중증환자는 면제)
그 밖의 외래진료란	- 원내 직접조제와 처방전 발급이 함께 이루어진 경우 - 원내 직접조제 없이 처방전 발급만 이루어진 경우 - 원내 직접조제와 처방전 발급이 모두 없는 경우
예외사항 '주'	- 제2차 의료급여기관에서 만성질환자(만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 암환자, 근육병환자)가 그 상병으로 자율신경에 또는 면역억제제 투여를 받은 당일, 장기 이식 환자가 조직이식 거부반응 억제제를 투여받은 당일의 외래진료인 경우는 그 밖의 외래진료시 1,000원, 원내 직접조제시 1,500원을 부담

9) 심사

- 의료급여비용은 원칙적으로 보장기관인 시도 및 시군구에서 급여비용에 대한 심사와 지급업무를 담당하여야 한다. 그러나 보장기관이 심사업무를 담당하기에는 전문성 부족 및 심사업무의 효율적인 측면을 고려하여 보장기관의 업무 중 의료급여비용의 심사, 의료급여의 적정성 평가, 의료급여비용 심사 및 평가기준 설정을 심사평가원에 위탁하였으며, 의료급여비용 지급은 공단에 위탁하였다.
- 의료급여비용의 심사절차 및 방법은 원칙적으로 건강보험과 동일하다. 다만 의료급여비용 심사결과를 의료급여기관, 공단, 심사업무를 위탁한 보장기관에도 통보하며, 심사평가원으로부터 심사결과를 통보받은 공단은 의료급여비용을 해당 의료급여 기관에 지급한다. 단, 대불금 및 장애인의료비는 보장기관에서 의료급여기관에 직접 지급한다.

[그림Ⅲ-5] 의료급여 비용 청구심사·지급 업무 흐름도



10) 추가

- 「의료급여법」 제7조에 따라 '의료급여수가의 기준 및 일반기준'을 별도로 고

시하고 있으며, 의료급여수가의 기준에 별도로 명시하지 아니한 의료급여수가는 건강보험수가를 준용한다. 별도 고시되어 건강보험수가와 달리 적용되는 주요사항은 다음과 같다.

○ 의료급여기관 종별 가산율

건강보험	상급종합병원 30%	종합병원 25%	병원 20%	의원 15%
의료급여	제3차 의료급여기관 22%	종합병원 18%	병원 15%	의원 11%

* 정신과 정액진료비, 혈액투석 정액수가: 조산소, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국은 종별 가산율을 적용하지 아니함.

○ 의료급여기관의 입원료 산정

제3차 의료급여기관	건강보험 상급종합병원	상급종합병원 입원료
	그 밖의 제3차 의료급여기관	종합병원 입원료
건강보험 상급종합병원이지만 제3차 의료급여기관으로 지정되지 아니한 종합병원		종합병원 입원료

- 혈액투석 수가는 만성신부전증 환자가 외래에서 혈액투석 시에는 의료급여기관 종별 불문하고 1회당 136,000원의 정액수가(진찰료, 혈액투석 수기료, 치료재료대, 투석액, 필수 경구약제 및 Erythropoietin제제 등 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등 일체의 비용 포함)를 산정한다.
- 단, 혈액투석을 위한 정맥내 카테나 삽입술 비용은 별도 산정할 수 있으며, 혈액투석을 받은 만성신부전증환자가 동일날 다른 상병으로 다른 진료과목 전문의에게 진료를 받는 경우 이에 대한 비용은 행위별수가로 별도 산정가능하다.
- 정신질환 정액수가는 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신과 포함)에서 진료한 경우에 1일당 정액수가를 산정하며, 2008년 10월 1일 진료분부터 의료인 등 인력확보수준에 따른 수가차등제는 정신과외과 및 정신과 레지던트, 정신과 간호사 및 간호조무사, 정신보건전문요원(수련생 포함)이 그 대상으로 인력대비 환자 수에 따라 기관등급이 5등급으로 구분된다.
- 입원환자 식대는 의료급여기관에 입원한 환자에게 의사 처방에 의하여 식사

를 제공한 경우에 산정하며, 건강보험과 달리 영양사, 조리사, 선택식단, 직영에 대한 식사가간은 산정할 수 없다. 1일 3식 이상 제공하는 경우에도 3식을 초과 산정할 수 없고(산모식의 경우에는 1일 4식 이내로 함), 급식(NPO), 경구투여 불가능 등으로 1일 3식 이하를 제공 시에는 실제 제공한 급식회수로 산정한다.

구분	일반식	치료식 (완제품으로 된 경관유동식 포함)	멸균식	분유
금액	3,390원 (1식당)	4,030원 (1식당)	9,950원 (1식당)	1,900원 (1일당)

- 영안실 안치료는 1일당 3,750원으로 의료급여기관에서 입원진료 중 사망 또는 외래에서 6시간 이내에 사망한 경우에만 산정하되, 안치기간은 3일 이내 산정하며, 환자 측 사정으로 3일을 초과하는 경우 초과분에 대한 안치료는 그 보호자가 부담한다.

11) 의료급여에 영향을 주는 법과 제도

- 국민기초생활보장법
- 의료급여제도는 의료급여법을 통해 수급대상과 보장성에 대해 독자적으로 결정관리할 수 없고 직접적으로는 국민기초생활보장법과 건강보험제도에 종속되어 있고 수급대상 선정에 있어서도 타법에 연동되어 영향을 받으므로 제도 운영을 합리화하는데 근본적인 한계를 가지고 있음.
- 『국민기초생활보장법』에 근거하여 기초생활수급자로 선정되면 자동으로 의료급여 수급권을 취득하므로 의료급여제도 내에서 자체조정이 곤란하고, 의료적 욕구를 반영하는데 한계가 있음. 1, 2종 종별 구분도 근로능력판정에 종속되어 의료욕구가 반영되지 못함.
- 타법에 규정된 의료급여 수급자
- 일부 타법 수급권자는 ‘생활이 어려운 자’에게 의료급여를 제공한다는 의료급여법의 입법 목적에 부합하지 않는 경우가 있음
- 「재해구호법」제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민

- 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」제11조에 의한 의사상자(義傷者) 및 의사자(義死者)의 유족
- 「입양촉진 및 절차에 관한 특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동
- 「독립유공자 예우에 관한 법률 및 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 자와 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 요청한 자 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자
- 「문화재보호법」에 의하여 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다) 및 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 요청한 자 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자
- 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 자와 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자
- 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제6조의 2의 규정에 의한 관련자 및 그 유족

□ 국민건강보험법에서 규정한 급여 범위와 지불제도

- 의료급여비용 산정은 건강보험 급여기준을 따르게 되어있어 건강보험에서 수가 인상되고 급여범위나 보장성이 변경될 때 바로 영향을 받음
- 임신출산진료비 확대(2012.4), 노인틀니(2012.7), 초음파 급여(2013) 등
- 정신과 및 혈액투석환자의 일당 정액제를 제외하고는 건강보험과 동일하게 행위별 수가제도를 적용받고 있음.

제3절 의료급여 사업에서 시도 및 시군구의 역할

□ 의료급여법에 따라 보장기관으로서 시도 및 시군구의 역할

- 의료급여사업에 대한 보장기관은 시도와 시군구로 되어있음. 그런데 현행 「의료급여법」에 명시된 **시도의 역할은 사례관리와 의료급여심의위원회 운영, 의료급여기금 설치운영에 한정되어 있음.**
- 의료급여사업과 관련하여 **수급자를 선정, 수급자에 대한 실질적인 사례관리, 급여지급, 급여 제한 및 정지와 업무는 시군구에서 권한을 가지고 있음.**

<표Ⅲ-5> 의료급여법 상 시도 및 시군구의 역할

구분	담당기관	내용
보장기관(제5조)	시도 시군구	의료급여법에 관한 업무는 수급권자의 거주지를 관할 하는 특별시장·광역시장·도시자와 시장·군수·구청장이 한다.
수급권자의 인정 절차 등(제3조의 3)	시군구	수급권자가 되려는 사람은 시장·군수·구청장에게 수급권자 인정 신청을 하여야 한다.
사례관리 (제5조의2)	보건복지부 시도 시군구	보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도시자와 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시할 수 있다.
의료급여 심의위원회 (제6조)	보건복지부 시도 시군구	의료급여사업의 실시에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부, 시도 및 시군구에 각각 의료급여심의위원회를 둔다
의료급여증(제8조)	시군구	시장·군수·구청장은 수급권자에게 의료급여증을 발급하여야 한다.
급여비용의 청구와 지급(제11조)	시군구	의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.
요양비, 보장구, 건강검진 (제12, 13, 14조)	시군구	시장·군수·구청장은 수급권자에게 요양비로 지급한다. 장애인인 수급권자에게 보장구에 대하여 급여를 실시할 수 있다. 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 할 수 있다.
의료급여 제한 변경, 중지 (제15, 16, 17조)	시군구	시장·군수·구청장은 수급권자가 동법에 따라 의료급여를 하지 아니한다. 시장·군수·구청장은 수급권자의 소득, 재산상황, 근로능력 등이 변동되었을 때에는 의료급여의 내용 등을 변경할 수 있다. 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여가 필요 없게 된 경우, 의료급여를 거부한 경우 등 의료급여를 중지하여야 한다
의료급여기금의 설치 및 조성	시도	급여비용의 재원에 충당하기 위하여 시도에 의료급여기금을 설치한다.
기금의 관리 및 운용(제26조)	시도	기금은 일반회계와 구분하여 별도의 계정을 설정하여 관리하여야 한다. 시도지사는 기금에 여유자금이 있을 때에는 기금을 운용할 수 있다.
급여비용의 예탁	시도	급여비용의 지급업무가 위탁된 경우 시도지사는 기금에서 추정 급여비용을 급여비용지급기관에 예탁하여야 한다.

* 자료: 의료급여법

- 시도 및 시군구의 사례관리사업
- 사례관리 사업에 있어서 **시도는 사례관리사업 계획 수립, 시군구 사업수행 지원, 의료급여관리사 교육, 사업 홍보 및 보건복지부와 시군구 간의 업무 협력과 같은 업무를** 실시함.
- 실질적인 사례는 시군구 단위에서 이루어지고 있음. **시군구는 수급권자의 의료이용 관리, 연장승인 관리, 중복청구 업무** 등을 실시함.

<표Ⅲ-6> 시도 및 시군구 사례관리 사업 역할 분담

구분	시도	시군구
배치기준	- 1개~14개 시군구청 이하: 1명 - 15~31개 시군구청 이하: 2명	- 수급권자 3,000명 이하: 1명 - 3,500명 초과~9,000명 이하: 2명 - 9,000명 초과~15,000명 이하: 3명 - 15,000명 초과~20,000명 이하: 4명 - 20,000명 초과: 5명
업무내용	<ol style="list-style-type: none"> ① 시·도 특성을 고려한 사례관리사업 실행 계획 수립 및 결과보고 ② 시·군·구 의료급여사례관리사업 수행 및 지원 ③ 사례관리사업 모니터링을 위한 보장기관 현장점검 실시 및 평가 ④ 보장기관 사례관리 실적관리·모니터링 및 보고 ⑤ 보장기관 의료급여관리사 수퍼비전 제공 및 신규 의료급여관리사 교육 및 훈련 ⑥ 장기입원 사례관리 지원 ⑦ 시도 특성을 고려한 지역 특화사업 ⑧ 지역사회 협조체계 구축을 위한 의료급여사례관리 홍보 ⑨ 지역 사례관리 서비스 질적 향상을 위한 간담회, 사례회의 및 정례모임 개최 ⑩ 보건복지부, 의료급여사례관리사업지원단, 시·군·구와 업무 협력 	<ol style="list-style-type: none"> ① 의료급여사례관리 : 신규수급권자, 외래이용자, 장기입원 관리 ② 의료급여일수 연장승인 관리, 조건부 승인(선택의료급여기관) ③ 상해요인조사, 중복청구 업무 등 ④ 시·군·구 특성을 고려한 사례관리사업 계획 수립 및 결과보고 ⑤ 실적보고 및 자체평가 실시 ⑥ 사업홍보, 교육 및 사례검토 및 연계 서비스 회의 ⑦ 사례회의 및 유관부서와 회의 개최 ⑧ 보장기관 특성에 따른 특수사업 실시 ⑨ 지역사회 협력체계 구축

* 자료: 보건복지부 의료급여사업 지침(2013년)

- 중앙, 시도 및 시군구의 의료급여심의위원회
- 중앙의료급여심의위원회는 의료급여사업의 기본방향 및 대책을 수립하고, 급여기준 및 수가에 관한 사항을 심의하는 역할을 함
- 시도의료급여심의위원회는 의료급여기금의 관리 및 운영에 관한 사항과 시군구 의료급여사업의 조정에 관한 사항을 심의하는 역할을 함

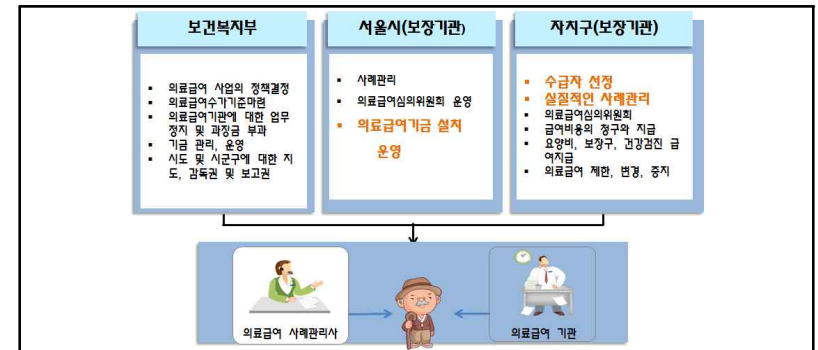
- 시군구의료급여심의위원회는 결손처분에 관한 사항 및 의료급여일수 연장승인에 관한 사항을 심의하는 역할을 함

<표Ⅲ-7> 중앙 및 시도, 시군구의 의료급여심의위원회 역할분담

구분	중앙	시도	시군구
설치	보건복지부에 의료급여사업의 기본방향, 주요 정책 등을 심의하기 위해 중앙의료급여심의위원회를 둠	시·도 및 시·군·구에 의료급여사업 실시에 관한 사항 등을 심의하기 위해 의료급여심의위원회를 각각 둠	
구성	위원장을 포함하여 10인 이내의 위원으로 구성(위원장 : 보건복지부차관)위원은 보건복지부장관이 다음에 해당하는 자 중에서 위촉·지명(위원장 : 시·도지사 또는 시장·군수·구청장) 1. 공익을 대표하는 자(의료보장에 관한 전문가로서 대학의 조교수 이상인 자 또는 연구기관의 연구원으로 재직중인 자) 2. 의약계를 대표하는 자 및 사회복지계를 대표하는 자 3. 관계 행정기관 소속의 3급 이상 공무원	시·도 및 시·군·구 의료급여심의위원회의 위원은 시·도지사 또는 시·군·구청장이 다음에 해당하는 자 중에서 위촉·지명(위원장 : 시·도지사 또는 시장·군수·구청장) 1. 의료보장에 관한 학식과 경험이 있는 자 2. 공익을 대표하는 자 3. 관계행정기관소속의 공무원	시·도 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1인을 포함한 7인 이내의위원으로 구성하고 시·군·구 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1인을 포함한 5인 이내의 위원으로 구성 타 위원회가 의료급여심의위원회의 기능을 대신하는 경우 위원장은 조례로 정함
심의사항	의료급여사업의 기본방향 및 대책 수립에 관한 사항 의료급여기준 및 수가에 관한 사항 그 밖에 보건복지부장관 또는 위원장이 부의하는 사항	1. 의료급여기금의 관리, 운영에 관한 주요 사항 2. 시·군·구의 의료급여사업의 조정에 관한 사항 3. 그 밖에 의료급여사업과 관련하여 시·도지사가 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항	1. 대불금 및 부당이득금 등의 결손처분에 관한 사항 2. 의료급여일수의 연장승인에 관한 사항 3. 그 밖에 의료급여사업과 관련하여 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항

* 자료: 보건복지부 의료급여사업 지침(2013년)

[그림Ⅲ-6] 중앙정부·시도·시군구 역할



제4절 재원조달 및 기금운용관리

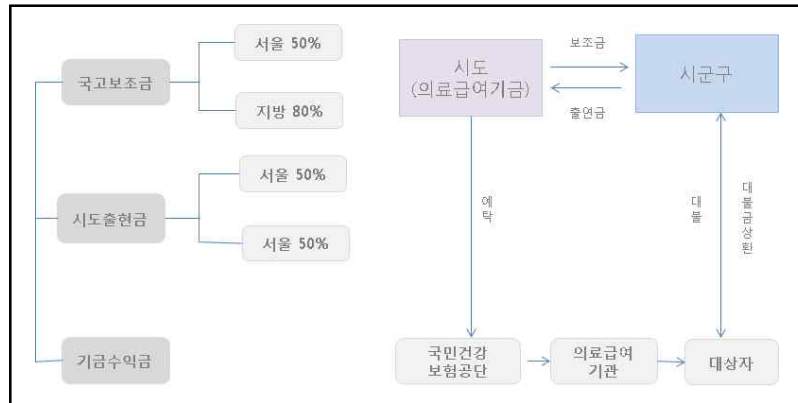
- 의료급여 재원은 일부 본인부담분 이외의 의료비는 국비와 지방비로 충당됨
- 국고보조금의 비율은 「보조금의 예산 및 관리에 관한 법 시행령」에 따라 서울은 50%, 기타는 80%를 적용하며, 「지방재정법」 제 26조에 따라 **특별시 및 광역시의 자치구는 부담비율이 없고, 시는 6%, 군은 4%를 부담**하도록 함.
- 시도에서는 의료급여비용을 충당하기 위해 시도에 일반회계와 구분하여 의료급여 기금을 설치
 - 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 대불상환금, 부당이득금 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금으로 조성

<표Ⅲ-8> 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비 출연금

구분	서울		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14-16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

* 자료: 보건복지부 의료급여사업 지침(2013년)

[그림Ⅲ-7] 기금 조성 및 운용체계



제4절 서울시 의료급여기금 운영 현황

1) 의료급여 예산 현황

□ 의료급여기금 특별회계

- 의료급여법상 의료급여비용의 재원에 충당하기 위하여 시도에 의료급여기금을 설치하도록 되어있음. 특히, 서울시의 경우 국고보조금을 제외한 모든 사업비용을 서울시에서 부담함
- 서울시 의료급여기금 특별회계는 국고보조금과 서울시의 일반회계 전입금, 기타수입(과징금 및 이행강제금, 그 외 수입)으로 조성됨
- 서울시 의료급여 기금은 2010년 6,085억 원에서 2014년 7,467억 원으로 4년간 1,382억 원이나 증가하였음. 연평균 증가율이 22.7%나 됨. 이는 전체 사회복지 지출 증가율을 능가함.

<표Ⅲ-9> 의료급여기금 현황

(단위: 천원)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
총세입	608,500,000	659,800,000	690,600,000	726,600,000	746,700,000
국고보조	303,745,590	329,373,941	344,574,715	362,525,000	368,225,655
시도전입금	303,745,590	329,373,941	344,574,715	362,525,000	368,225,655
기타(잡수입)	1,008,820	1,052,118	1,450,570	1,550,000	10,248,690

* 자료: 서울시 의료급여기금 특별회계(각 년도)

□ 의료급여사업 지출현황

- 의료급여사업에 대한 지출은 진료비(의료급여대상진료비에 대한 공단위탁금, 심사위탁 수수료)와 자치구 의료급여 사업(일반운영비, 보장구지원, 의료급여관리사 인건비 등), 시도자체사업비(사례관리사 보수 등)으로 구분된다.

- 2010년 진료비는 5,971억 원에서 2014년 7,342억 원으로 4년 간 1,425억 원이 증가하여 연 평균 증가율이 23.8%가 됨.
- 의료급여 사업 지출내역을 보면, 의료급여 사업에 대한 기금 조성은 서울시에서 하고 있으나, **서울시 자체사업으로는 의료급여 사례관리사 2인에 대한 인건비 지급 외에는 진료비 지급과 자치구 보조금에 모두 사용됨.**

<표III-10> 의료급여 세출 현황

(단위: 천원)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
총사업비	608,500,000	659,800,000	690,600,000	726,600,000	746,700,000
진료비 (공단위탁금)	597,172,000	648,444,000	678,699,086	714,292,954	734,219,720
자치단체보조금	11,300,000	11,300,000	11,841,954	12,246,244	12,419,478
시도자체사업비	28,000	56,000	58,960	60,802	60,802

* 자료: 서울시 의료급여기금특별회계 세출예산자료(각 년도)

2) 시도별 의료급여 관련 현황

- 의료급여 수급자 수는 서울시가 전국에서 가장 많은 217,718명이지만, **전체 인구 대비 수급자 비율은 2.2%로 전국 평균 4.10%보다 낮은 수준임.**
- 기관부담금(국고보조금+서울시 부담)은 경기도 다음으로 많고, **전국 평균 기관부담금에 비해 2배 이상 높은 수준임.** 이는 의료급여 수급자의 규모가 크기 때문인 것으로 파악됨.
- 서울시가 다른 지역에 비해 인구가 많기 때문에 수급자 수도 상대적으로 많지만 **서울시 인구 1인당 부담금이 31,577원으로 다른 지역 평균 24,076원에 비해 높다는 점에서 인구규모를 고려해서 서울시의 부담이 다른 지역에 비해 크다는 것을 알 수 있음**
- 또한 서울시에서 부담하는 금액은 3,256억 원으로 전국 평균 지방비 부담금 730억 원에 비해 약 4.5배나 높은 수준임. 이는 서울시의 경우 시도부담비가 50%로 다른 시도부담비 20%보다 높기 때문임.

- 만일 서울시도 다른 시도와 동일하게 부담비가 20%인 경우, 서울시 부담금은 1,302억 원으로 1,954억 원을 서울시 예산을 절감할 수 있음

<표III-11> 시도별 의료급여 진료비

시·도	의료급여 수급자 수	의료급여 수급자비율(%)	기관부담금1) (천원)	지방비 부담금(천원)	진료실인원 1인당 진료비(원)	인구1인당 연간부담금(원)
서울특별시	217,718	2.2	651,272,479(2위)	325,636,240	2,539,619	31,577(1위)
경기도	210,277	1.9	674,421,122	134,884,224	2,682,971	11,444
울산광역시	17,064	1.7	72,486,670	14,497,334	3,226,218	12,872
인천광역시	75,452	2.8	206,178,418	41,235,684	2,426,885	14,950
대전광역시	48,164	3.5	141,570,560	28,314,112	2,464,583	18,830
제주자치도	23,129	4.6	63,735,799	12,747,160	2,349,014	22,314
충청남도	62,461	3.9	235,101,148	47,020,230	2,798,224	22,655
충청북도	54,037	4.1	178,660,039	35,732,008	2,648,542	23,060
경상남도	101,702	3.4	385,438,710	77,087,742	2,715,007	23,427
광주광역시	69,464	5.2	172,081,544	34,416,309	2,131,542	23,660
대구광역시	105,590	4.7	301,094,286	60,218,857	2,429,238	23,976
강원도	63,796	4.9	192,059,239	38,411,848	2,523,841	25,109
부산광역시	144,063	4.5	488,376,770	97,675,354	2,917,302	27,376
경상북도	111,822	5.1	400,673,033	80,134,607	2,911,424	29,791
전라북도	102,236	6.7	343,048,263	68,609,653	2,705,108	36,710
전라남도	96,686	6.4	359,423,309	71,884,662	2,893,768	37,469
전국 평균	93,978	4.10	304,101,336	73,031,626	2,647,705	24,076

* 자료: 유원섭, 의료급여기금 부담의 지역 간 불평등(2011년) 참조

제6절 지역사회 취약계층 의료비 및 보건-복지서비스 지원

1) 의료비 지원제도

- 중증질환 재난 의료비지원
 - 지원대상은 암, 뇌혈관, 심장질환, 희귀난치성질환의 4대 중증질환자로서 대상 질환 여부, 가구의 소득 및 재산기준에 따라 질병 당 1회에 한해 본인부담액 발생 규모에 따라 최대 2천만원까지 비급여를 포함한 본인부담액의 일부를 지원
 - 4대 중증질환으로 제한하여 그 외 고액진료비 질환에 대한 지원 미흡하고, 퇴원 시 환자가 진료비 납부 후 공단에서 의료기관으로 지원하는 방식으로 환자 등이 치료비 마련에 어려움을 겪음

<표Ⅲ-12> 고액질환 의료비 지원사업

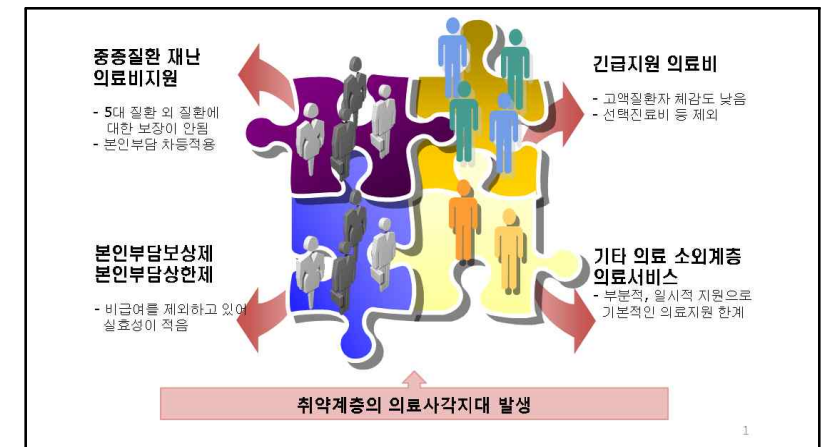
구분	고액질환 의료비 지원사업			
	중증 재난적	희귀난치성	소아암환자	미숙아 선천성이상아
소득 기준	- 의료급여 - 최저생계비 300% 이하	- 의료급여 - 소득기준상 최저 생계비 300%미만	- 의료급여 - 최저생계비 300% 이하	- 의료급여 - 전국가구의 월평균 소득150%이하
대상 질병	암, 심장, 뇌, 희귀난치성, 중증화상	희귀 난치성 질환 산정특례 대상자	암	미숙아, 선천성이상아
지원 금액	최대 2천만원 차등지원	본인부담금 보장구입비 간병비일부 등	-백혈병 3천만원/년 - 기타 2천만원/년	- 미숙아 :최고 1천만원 -선천성이상아 :최고 5백만원
재원	국비	국, 시, 구비	국, 시, 구비	국, 시, 구비
비급여	○	○(제한적)	○	○
추진 기관	건강보험공단	자치구(보건소)	자치구(보건소)	자치구(보건소)
실적 (13)	4,546명 150억원	4,800명 140억원	393명 28억원	1,918명 30억원

- 긴급지원 의료비
 - 위기 상황으로 중한 질병, 부상 시 지원하는 제도로 지원대상기준이 까다로워(최저생계비 150%이하) 의료이용접근성이 떨어지고, 1회 300만원 지원 원칙으로 고액질환자는 의료비 지원 체감이 낮음

- 본인부담 상한제
 - 본인부담액상한제는 건강보험의 적용을 받는 본인부담액 연간 총액이 개인별 상한액을 넘는 경우 그 초과액을 공단이 부담하는 제도. 연평균 보험료 부담 수준에 따라 3단계(200~500만원) ⇒ 7단계(120만원 ~500만원, '14년부터)으로 세분하여 저소득층 부담 완화
 - 의료급여 수급자를 대상으로 하는 본인부담금 보상제는 1종(2종) 수급권자 본인부담금을 경감하기 위하여 매 30일간의 본인부담금이 2만원(20만원)을 초과하는 경우 초과한 금액의 50%에 해당하는 금액을 보장기관(시도 및 시군구)이 지급하는 제도이며, 본인부담금 상한제는 1종 수급권자는 매 30일간의 본인부담금이 5만원, 2종 수급권자는 매 6개월간의 본인부담금이 60만원을 초과하는 경우 초과한 금액을 보장기관이 지급하는 제도
 - 비급여를 제외한 본인부담금만 지원함으로써 실효성이 적음

- 기타 의료 소외계층 의료서비스
 - 의료비 지불능력이 부족한 저소득층 응급환자에 대하여 의료비 지원
 - 외국인 근로자의 입원·수술비 등 의료비 지원(1회당 최대 1,000만원)
 - 저소득층 희귀난치성 질환자(133종) 의료비 및 암검진비용 지원
 - 쪽방촌거주자, 독거노인 등 나눔진료 : 월2~3회('11)→월4~6회('14)

[그림Ⅲ-8] 의료비 지원제도



2) 지역사회 저소득층(의료급여환자)에 대한 보건-복지서비스

- 의료급여환자는 저소득층으로 보건서비스는 물론 복지서비스를 동시에 필요로 한다.
- 의료급여 수급권자는 사회복지전담공무원, 통합사례관리사, 보건소 등을 통해 서비스를 받게 된다. 그런데 이런 관리 체계가 통합적으로 운영되지 못해 효율적인 관리가 어렵다
 - 사회복지전담공무원: 동사무소에 소속되어 의료급여 수급자를 선정하고, 수급권자의 의료기관이용안내, 비용부담 안내, 기타 지역사회 복지자원연계 등의 업무를 통해 수급자에게 서비스를 제공한다.
 - 복지분야 통합사례관리팀: 사회복지과에 속하여 수급자에게 각종 서비스 및 민간자원 등을 연계하는 역할을 수행한다.
- 보건소 및 의료급여기관: 보건소 또는 의료급여기관을 통해 각종 의료서비스를 제공하는 역할을 한다.

노원구의 운영체계

- 사회복지전담공무원: 동사무소
- 의료급여수급자 관리 및 의료급여사례 관리: 교육복지국 사회보장과 담당
- 통합사례관리 교육복지국 복지정책과 담당
- 보건소 및 의료급여기관 관리: 보건위생과 담당

제7절 소결

1) 의료급여 관리운영의 문제점(시도 및 시군구간 역할체계)

구분	문제점	대안
서울시 권한 및 역할 부족	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수급자 선정 및 관리 권한이 자치구에만 있음 ▪ 사례관리에 있어서 수급자의 의료이용 관리, 연장 승인 관리 등 실질적인 사례관리는 자치구에서 실시, 서울시 관리권한 없음 ▪ 수급자의 의료이용이나 정보 등을 관리하는 권한 자치구에 있고 서울시와 공유되지 못함 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 서울시 산하에 의료급여 사례관리단을 설치하여 의료급여 사례관리 관장 ▪ 자치구에서 관리하는 의료급여 수급권자의 의료이용에 관한 정보를 종합관리하여 의료급여업무에 활용
재원부담의무만 있고, 재정통제 권한은 부재	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 기금조성 및 재원조달 책임은 서울시 ▪ 수급권관리, 의료기관 과다 이용자 사례 관리, 부정수급권자 관리 등 급여지출에 관한 사항은 자치구에서 관리 ▪ 급여비용의 청구와 지급에 관한 사항도 자치구에서 담당하고 있고, 진료비 사용에 대한 심사결과도 자치구에만 통보하도록 하고 있어 기금사용에 대한 서울시 통제 권한 없음 	
재정 부담 증가	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국고보조율이 서울시는 50%, 타지역은 80%로 다른 지역에 비해 서울시 예산부담 비율이 높음 ▪ 자치구는 예산부담은 전혀 없고, 수급자 의료이용에 관한 권한을 가지고 있음. 자치구는 재원부담이 없기 때문에 느슨한 관리로 인한 재정누수가 발생 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 자치구에 의료급여 출연금을 5%수준에서 부담(지방재정법 시행령 제33조에 따라 안전행정부의 협의가 필요) ▪ 기초자치단체 의료급여 평가를 통한 재정절감 유인

① 보장기관으로서 서울시의 권한 및 역할 부족

- 의료급여법 상 의료급여 사업에 있어서 시도의 권한 부족
- 보건복지부의 의료급여 사업지침에 따르면 의료급여 관리 운영에 있어서 시도는 의료급여 기금 관리 운영 및 보장기관에 대한 지도감독 업무를 담당하도록 되어 있음
- 의료급여사업에 관한 주요 사항을 심의하는 의료급여심의위원회의 기능을 보더라도 시도 의료급여심의위원회는 기금관리 및 시군구의 사업 조정에 관한 사항을 심의하도록 되어 있고, 전반적인 사업 운영에 관한 사항은 중앙의료급여심의위원회가 담당, 실질적인 급여와 관련된 사항은 시군구 의료급여심

의위원회가 담당하고 있음

- 의료급여사례관리 사업에 있어서 시도는 사례관리사업 계획 수립이나 시군구 사업수행지원 및 교육 등의 업무를 담당하고 있으며 시군구는 수급권자의 의료이용 관리, 연장승인 관리 등 실질적인 사례관리를 담당하고 있음.
- 서울시에서 수급자의 의료이용이나 정보 등을 관리할 수 있는 권한이 전혀 없고, 자치구에서 가지고 있는 수급자의 의료이용에 대한 정보조차 공유되지 못함. 따라서 서울시에서는 수급자 의료서비스에 대한 관리 또는 통제가 불가능함.

□ 재원 조달은 서울시, 수급자 및 급여지출 관리는 자치구가 담당

- 의료급여 기금 조성 과 같이 재원조달에 대한 책임은 서울시에서 모두 담당하면서 수급권 관리, 확인조사 및 수시조사 실시, 의료기관 과다 이용자 사례 관리, 부정수급권자 관리 및 부당이득금 징수 등 대부분의 업무에 대한 책임과 권한이 자치구에 있음
- 예컨대, 급여 사용에 있어서도 진료비 사용에 대한 심사결과도 시장·군수·구청장과 의료급여기관에 심평원에서 통보하도록 되어 있을 뿐 실제 재원을 조달하는 서울시는 기금 사용에 있어서도 통제하거나 관리할 수 있는 권한을 갖지 못함.
- 실질적으로 서울시에서 의료급여 사업과 관련하여 자체 사업을 기획하고, 시행하지 못하고 있음. 이는 서울시의 노력의 문제보다는 현행 법에서 시도에 구체적인 권한을 부여하지 않는 데에서 비롯된 것임.
- 서울시는 의료급여 사업과 관련하여 정부 보조금과 자체 전입금을 통해 기금을 조성하여 자치구가 사업을 할 수 있도록 하는 창구역할에 불과함.

⇒ 현행 의료급여법의 한계로 인해 서울시의 권한이 부재한 상황에서 다음과 같은 대안을 고려해 볼 수 있다.

- ① 서울시 산하에 의료급여사례관리단을 설치하여 자치구에 의료급여사례관리를 파견하는 방식
- ② 자치구에서 관리하는 의료급여 수급권자의 의료이용에 관한 정보를 공유

② 사업예산 부담에 따른 재정부담 확대

- 의료급여 사업비에 대한 국고보조율이 서울시의 경우 50%에 불과
- 서울시는 의료급여 사업 예산의 50%를 부담하고 있으며, 자치구는 예산 부담의무가 없음. 타 지역은 국고보조율이 80%에 이르고, 도의 경우에는 시군과 예산을 분담하고 있는데 비해 서울시는 타 지역에 비해 예산부담 비율도 높고, 자치구가 예산분담이 이루어지지 않음.
- 이와 같은 국고보조율은 「보조금 관리에 관한 법 시행령」에 따른 것으로 현행 국고보조율은 1987년 동 법률 개정 당시 정해진 것임. 하지만 국고보조율이 정해진 이후 의료급여 수급권이 확대되고, 보장성도 획기적으로 확대됨에 따라 의료급여 지출에 대해 지방비 부담이 급격히 늘어나는 상황에서 이전에 정해진 국고보조율을 그대로 적용하는 것은 지방자치단체 재정에 큰 부담이 되고 있음.
- 서울시와 같은 광역시의 자치구는 의료급여 재원 부담이 없기 때문에 수급자 선정 및 의료이용 관리에 있어서 자치구의 느슨한 관리로 인한 재정누수가 발생할 수 있음.
- 의료급여 지출에 영향을 미치는 수급자 선정 및 관리, 의료이용 관리, 급여 관리와 같은 업무를 시군구에서 담당하고 있으며, 서울시는 이를 관리 및 통제할 수 있는 권한이 없음.

⇒ 현행 보조금 관리에 관한 법에 따라 서울시의 재정부담이 큰 상황에서 다음과 같은 대안을 고려해 볼 수 있다.

- ① 자치구에 의료급여 출연금을 5%수준에서 부담하도록 한다. 단, 자치구의 재정부담 문제가 제기 될 수 있으므로 자치구의 출연금 부담 수준의 일정 금액을 다른 방법으로 보전해 주는 방안. 이를 통해 자치구 스스로 의료급여 지출을 감소시키도록 유인. 단, 이를 위해서는 안전행정부와의 협의가 필요함.
- ② 자치구가 의료급여 사업에 대하여 평가를 받도록 함으로써 재정절감 활동을 유인하도록 함.

지방재정법 시행령 제33조(지방자치단체가 부담할 경비의 종목 등)

- ① 법 제22조제1항의 규정에 의하여 특별시·광역시 및 도(이하 "시·도"라 한다)와 시·군·자치구가 각각 부담하여야 할 경비(국가의 재정용자금으로 조달되는 금액 및 수익자가 부담하여야 할 금액을 제외한다)의 종목과 부담비율은 사업의 성격, 사업의 효과가 미치는 범위 및 당해 사업에 대한 지방자치단체간 이해관계를 참작하여 안전행정부령으로 정한다. 다만, 다른 법령에서 달리 정하여진 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 시·도지사는 제1항의 규정에 의하여 안전행정부령이 정한 부담비율(이하 "기준부담률"이라 한다)에 불구하고 시·군·자치구의 재정형편상 필요하다고 인정하는 때에는 기준부담률 외에 따로 추가부담을 할 수 있다.

국외 저소득층 의료보장과 의료이용 관리제도

2) 의료비 지원과 보건-복지서비스 연계강화 필요

- 현재 의료비 지원의 한계를 극복할 수 있는 의료비 지원필요
- 재난적 의료비는 4대 중증질환에 제한적일 뿐만 아니라 기초생활수급자와 차상위계층은 100만원부터 본인부담이 발생하고 건강보험가입자는 200만원부터 본인부담이 발생하여 의료비 부담이 여전
- 긴급지원은 300만원 제한이 있으며, 선택진료비와 상급병실료는 제외하여 중증질환의 상급종합병원 이용시 의료비 부담의 한계가 존재
- 다른 의료비 지원의 경우 금액이나 지원대상의 제한요소가 있는 바 의료비 지원이 필요한 저소득층을 위한 보다 폭넓은 의료비 지원제도가 필요

- 지역사회내 보건-복지서비스 연계강화 필요
- 보건소의 방문간호를 포함한 보건서비스는 복지서비스와 연계가 부족, 복지정책과의 통합사례관리 등 복지서비스는 의료서비스와 연계하고는 있으나 단순 무료진료연계에 머무르고 있어서 저소득층 건강증진과 건강관리는 물론 불필요한 의료이용을 적정화는 시도하지 못하고 있음.
- 보건과 복지서비스 욕구를 복합적으로 가지고 있는 저소득층의 특성을 고려하여 보건-복지서비스연계를 보다 강화하되, 저소득층 건강관리를 통한 예방적 보건서비스 지원과 적정의료이용 유도를 위한 서비스가 보다 강화 필요가 있음.
- 아울러 입원 등 장기간 의료서비스를 이용한 후 지역사회에 복귀한 환자들의 지역사회 활동을 지원하기 위한 복지서비스연계가 필요함.

제1절 일본 생활보호제도의 의료부조 현황

1. 일본 생활보호제도의 개요

(1) 생활보호제도의 목적

○ 최저생활의 보장

- 자산, 능력 등을 모두 활용하여도 생활이 어려운 사람에 대해서 빈곤의 정도에 따라 보호를 실시

○ 자립 촉진

가) 최저생활의 보장

① 자산, 능력 등 모든 것을 우선적으로 활용하는 것이 보호의 전제조건이 되고, 부양의무자에 의한 부양 등은 보호에 우선된다.

- 부동산, 자동차, 예금저금 등의 자산
- 가동능력의 활용
- 연금, 수당 등의 사회보장급여
- 피부양의무자로부터의 부양 등

⇒ ◇ 보호개시 시 조사 (예금저금, 연금, 수당 등의 수급유무, 질병 상황 등을 고려한 취로의 가부, 부양의무자의 상황 및 부양능력 등)
◇ 보호적용 후에도 제출을 의무화

② 지급되는 보호비의 금액

- 후생노동성 장관이 정하는 기준으로 계산된 최저생활비에서 수입을 뺀 차액을 보호비로 지급하고 있음.

최저생활비	
연금 등의 수입	지급되는 보호비

수입으로는 취로에 의한 수입, 연금 등 사회보장급여, 친족에 의한 지원 등을 인정
예금저금, 보험반환금, 부동산 등 자산의 매각수입 등도 인정하기 때문에 이러한 것을 전부 사용한 후에 보호적용이 된다.

나) 자립 촉진

- 세대의 실태에 따라 연간 수차례 방문조사를 실시하고 있음.
- 취로 가능성이 있는 사람에 대해서는 취로지도를 실시하고 있음.

(2) 생활보호기준의 내용

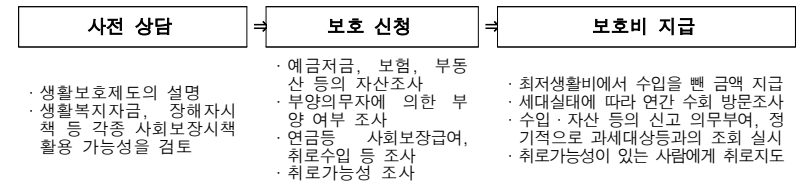
- 생활보호기준은 보호필요자의 연령별, 성별, 세대구성별, 거주 지역별, 기타 보호의 종류에 따라 필요한 사항을 고려한 최저한도의 생활수요를 충족하기에 충분한 것으로 이를 초과하면 안 됨.(생활보호법 제8조 제2항)

생활을 하는데 발생하는 비용	대응하는 부조의 종류	지급내용
일상생활에 필요한 비용 (식비, 의복비, 광열수도비 등)	생활부조	기준액은 ①식비 등의 개인적 비용(연령별산정) ②광열수도비 등의 세대공통비용(세대인원별 산정)을 합산하여 산출 특정세대는 가산(장해인가산 등)
아파트 등의 임대료	주택부조	정해진 범위 내에서 실비로 지급
의무교육을 받기 위해 필요한 학용품비	교육부조	정해진 기준액을 지급
의료서비스의 비용	의료부조	비용은 직접 의료기관에 지급
개호서비스의 비용	개호부조	비용은 직접 개호사업자에게 지급
출산비용	출산부조	정해진 범위 내에서 실비로 지급
취로에 필요한 기능을 습득하기 위한 비용	생업부조	정해진 범위 내에서 실비로 지급
장제비용	장제부조	정해진 범위 내에서 실비로 지급

(3) 생활부조기준의 사례(2008년)

	1급지	2급지	3급지
표준3인세대(33세, 29세, 4세)	167,170엔	152,580엔	130,680엔
고령자단신세대(68세)	80,820엔	73,540엔	62,640엔
고령자부부세대(68세, 65세)	121,940엔	110,960엔	94,500엔
모자세대(30세, 4세, 2세)	166,160엔	152,730엔	132,880엔

(4) 생활보호의 절차



(5) 보호의 실시기관과 비용부담

- 도도부현, 시 및 복지사무소를 설치하고 있는 정촌(町村)이 실시하고 있음.
- 도도부현, 시 등은 복지사무소를 설치하고 피보호세대를 담당하는 케이스워크 배치해야 함.
- 보호비에 대해서는 국가 3/4, 지방자치단체가 1/4을 부담하고 있음.

(6) 생활보호제도의 국가·도도부현·시정촌의 역할분담

구분	주된 역할
국가	○생활보호제도에 관한 기본적인 구조 설정 · 생활보호법 등에 의한 생활보호제도의 설정 · 보호종류, 지급내용의 설정(생활보호법 제11조~제18조, 제30조~제37조)
	○전국적인 기준설정 · 생활보호의 기준과 필요성을 판단하는 처리기준 등의 설정 · 복지사무소의 인력정원의 표준정원수 설정(사회복지법 제16조)
	○지방공공단체가 실시하는 생활보호시책에 관한 재정적 지원 · 생활보호비에 관련된 경비(국고부담 3/4)(생활보호법 제75조) · 도도부현이 보호시설에 대해 지원하는 보조경비(국고부담 2/3) ※ 지방부담분에 대해서는 지방교부세에서 별도조치 있음.
	○도도부현 및 시정촌의 사무에 관한 감사 · 도도부현 및 시정촌에서 이루어지는 생활보호법에 관련된 사무에 대한 감사
	○개선명령, 조연·권고, 시정지시, 대리집행 등 · 도도부현에 대한 보호시설의 운영 등에 관한 개선명령(생활보호법 제45조) · 도도부현 및 시정촌에 대한 조연·권고, 자료제출요구, 시정지시, 대리집행(지방자치법 제245조)
	○생활보호수급자에 관한 자립지원시책의 실시 · 고용센터에 의한 취업지원 등 · 지방자치단체의 자립지원프로그램 등에 실시에 관한 보조(고용센터연계사업 등)
도도부현(광역자치단체적 역할)	○보호시설의 설치인가, 의료기관의 지정 등 · 보호시설의 설비 및 운영기준에 관한 조례의 책정(생활보호법 제39조) · 보호시설의 설치인가, 지도, 현지조사, 개선명령 등(생활보호법 제41조 제43~45조) · 의료부조에 관한 의료기관의 지정, 지도, 현지조사 등(생활보호법 제49조~54조) · 개호부조에 관련된 개호기관의 지정 등(생활보호법 제54조)
	○시정촌의 사무에 관한 감독 · 시정촌이 하는 생활보호법에 관한 사무에 대한 감사(생활보호법 제23조)
	○개선명령, 조연·권고, 시정지시, 대리집행 등 · 시정촌 등에 대한 보호시설의 운영 등에 관한 개선명령(생활보호법 제45조) · 시정촌에 대한 조연·권고, 자료제출요구, 시정지시, 대리집행(지방자치법 제245조)
도도부현·시(일부시정촌)(실시기관적 역할)	○생활보호시책의 실시(도도부현은 복지사무소를 설치하지 않은 정촌구역 포함) · 복지사무소의 설치, 생활보호의 결정, 시책의 실시(생활보호법 제19조) · 복지사무소의 인력의 정원수조례 책정(사회복지법 제16조)
	○생활보호수급자에 대한 자립지원시책의 실시 · 자립지원프로그램의 책정·실시 · 국가의 보조프로그램에 기초한 지원사업(복지사무소·고용지원센터연계사업) · 지방자치단체 독자적인 지원사업(상담사업, 직업소개, 직업훈련 등)

2. 의료부조의 현황

□ 생활보호제도에서는 빈곤으로 인해 최소한의 생활을 유지할 수 없는 사람에 대해서 의료부조로서 의료를 제공하고 있음.(생활보호법 제15조)

(1) 의료부조의 대상자

- 생활보호수급자는 국민건강보험의 피보험자에서 제외되기 때문에 대부분의 생활보호수급자의 의료비는 전액을 의료부조에서 부담하고 있음.
- 단 ①장해인자립지원법 등의 조세부담의료가 적용되는 사람이나, ②피용자보험의 피보험자 또는 피부양자에 대해서는 각 제도에서 급여되지 않는 부분이 의료부조의 급여대상이 됨
- ※ 피보호자의 피용자보험가입률은 2.4%(2008년 피보호자전국조사)

(2) 의료부조의 범위·방법

- 의료부조는 ①진찰, ②약제 또는 치료재료, ③의학적 처치, 수술 및 기타 치료 및 시술, ④재택에서의 영양상 관리 및 그 요양에 따른 돌봄, 기타 간호, ⑤병원 또는 진료소의 입원 및 그 요양에 따른 돌봄, 기타 간호, ⑥이송의 범위 내에서 실시하고 있음.
- 의료부조는 각 구에 설치된 보건복지센터에서 생활보호법에 의한 지정을 받은 의료기관에 진료를 위탁하고 원칙적으로 현금급여로 지급.(생활보호법 제34조 2항)

(3) 지정의료기관, 진료방침, 진료수가

- 의료부조에 의한 의료급여는 생활보호법의 지정을 받은 의료기관 등에 위탁·실시
- 지정의료기관의 진료방침 및 진료수가는 별도로 정하는 경우를 제외하고 국민건강보험의 사례에 따름

(4) 신청보호의 원칙

- 의료부조는 요보호자(피보호자)로부터 신청이 있어야 개시되기 때문에 의료부조를 받으려는 환자는 우선 관할 복지사무소 등에 신청함.

- 단 환자의 급박한 상황 등에 있을 때는 신청이 없더라도 의료기관으로부터의 연락 등에 의해 필요한 보호가 이루어짐.

(5) 의료권 등

- 복지사무소 등에서는 의료부조신청을 수리하게 되면 의료의 필요성을 검토한 후에 의료부조의 적용을 결정하고, 「의료권·조제권」 「치료재료권」 「기술권」 을 발생하는데, 이와 같은 방식은 건강보험과 다른 생활보호제도만의 독특한 방식임.
- 건강보험에서는 우선 교부된 피보험자증이 있고 환자는 이를 의료기관 등에 제시하고 진료를 받지만 생활보호에서는 이러한 소위 보험증과 같은 목적으로 교부되는 것은 없음.
- 그러나 야간·휴일 등 복지사무소 등이 열려있지 않은 때나 위급한 질병인 때는 의료권·조제권을 발급받지 못하고 의료기관 등에서 진료를 받을 때가 있기 때문에 이런 경우에는 복지사무소 등으로부터 교부받은 수급권(생활보호의 수급을 증명하는 것)을 제시하고 진료를 받을 수 있음.
- 의료기관은 생활보호수급자가 야간·휴일 등에 수급증을 제시하고 진료를 받은 때에는 수급증에 기재되어 있는 성명, 연령, 복지사무소명 등을 확인한 후에 진료를 해야 함.
- 이러한 경우에 의료권·조제권은 환자로부터 연락을 받은 후에 복지사무소 등이 발행함.

(6) 각 급여필요여부에 관한 의견서

- 의료의 내용은 다양하고 그 필요성, 내용 및 정도의 결정에 있어서는 전문적·기술적인 판단이 요구되기 때문에 복지사무소 등은 의료부조에 의한 각 급여를 결정을 하는데 있어서 의료부조지정기관의 의견을 기초로 결정하고 있음.
- 의료부조지정기관의 의견은 복지사무소 등에서 발행하는 각 급여필요여부에 관한 의견서에 기입하고 각 급여필요여부에 관한 의견서는 작성 후 신속하게 복지사무소 등에 반송해야 함.
- 복지사무소 등은 각 급여필요여부에 관한 의견에 따라 의료부조를 결정하고 의료권 등을 발생하기 때문에 각 급여필요여부에 관한 의견서의 송부가 늦어지면 의료권 등의 발생도 늦어지게 됨.

① 의료필요여부에 관한 의견서

- 입원 및 입원 외 의료의 필요여부에 관하여 의견을 기입한다.

② 정신질환입원필요여부에 관한 의견서

③ 급여필요여부에 관한 의견서

- 치료재료, 시술 및 이송급여의 필요여부에 대해서 기입한다.

④ 방문간호필요여부에 관한 의견서

(7) 생활보호비의 총액 및 부조의 종류별 구성(2008년 예산 기준)

- 생활보호비의 총액은 2조 6,225억엔이고, 이 중 의료부조는 1조 3,063억엔 (49.8%)

생활부조	주택부조	의료부조	개호부조	기타
8,557억엔 (32.6%)	3,700억엔 (14.1%)	1조 3,063억엔 (49.8%)	624억엔 (2.4%)	281억엔 (1.1%)

- 보호비의 부담비율은 중앙정부 3/4, 지방 1/4

(8) 생활보호의 의료부조의 상황

- 의료부조비는 총 1조 3,063억엔으로 생활보호비 전체의 49.8%를 차지함.
- 의료부조를 받고 있는 인원에서 입원 중 정신입원이 약 50%를 차지함.

	피보호 실인원	의료부조인원			의료 부조율	의료 부조비	생활보호비 중 의료부조비가 차지하는 비율
		총수	입원	외래			
2002	1,242,723	1,002,886	135,197	867,689	80.7	11622	52.4
2003	1,344,327	1,082,648	132,578	950,070	80.5	12361	51.8
2004	1,423,388	1,154,521	132,285	1,022,236	81.1	13029	51.9
2005	1,475,838	1,207,814	131,104	1,076,710	81.8	13470	51.9
2006	1,513,892	1,226,233	130,487	1,095,746	81.0	13500	51.3

(9) 병상조사

- 복지사무소의 케이스워커가 의료부조를 수급하고 있는 환자의 주치의를 방문하여 환자 및 그 가족의 지도상 필요한 사항에 대해서 의견을 들음. 이는 위탁환자의 상황을 파악하여 적절한 생활지도 등을 제공하기 위해 이루어짐.
- 병상조사의 내용은 다음과 같음.
- 환자의 병상, 치유 예상기간(입원의 경우는 퇴원예정 및 퇴원 후 의료 필요여부)
- 현재 이루어지고 있는 요양상의 지시 및 환자의 수진태도
- 환자 및 가족에 관하여 복지사무소에 대한 의견·요망
- 외래환자에 대해서는 귀로가능성 및 그 정도
- 이러한 사항에 대해서 문제가 있는 경우에는 주치의와 충분히 협의한 후에 환자 및 그 가족에 필요한 지도·원조·조치가 이루어지기 때문에 케이스워커가 하는 병상조사에 대해서 그 취지를 이해하고 솔직한 의견을 제시해야함.

(10) 진료수가 지불을 위한 제도

(가) 국민건강보험제도의 의료비 지불

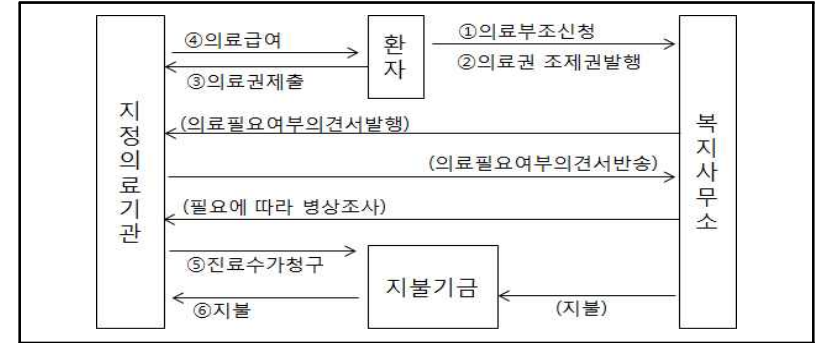
- 국민건강보험의 경우 가입자는 보험의료기관에서 의료급여를 받고 부담분의 진료수가를 지불함. 보험의료기관은 각 현의 국민건강보험단체연합회에 보험 부담분의 진료수가를 청구하고, 동 연합회는 의사에 의한 명세서의 의학적인 심사, 사무원에 의한 사무적인 심사를 거쳐, 보험의료기관에 진료수가를 지급함. 동 연합회는 지방자치단체에 심사결과를 통지하고, 지방자치단체는 재심사청구를 하는 것을 제외하고 의료비를 연합회에 지불함.

(나) 생활보호의 경우

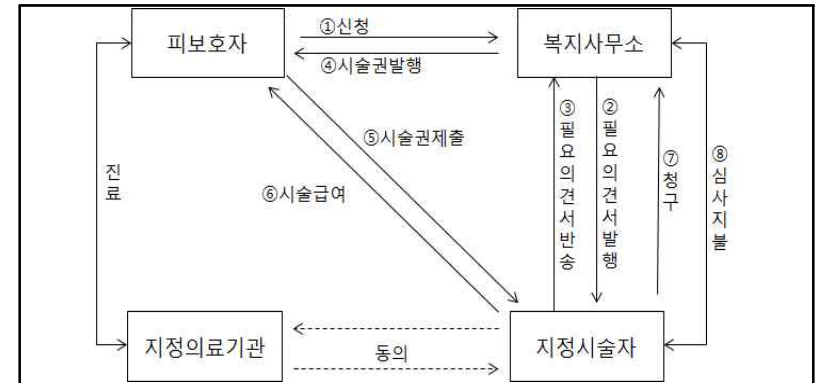
- 생활보호수급세대에 속한 사람은 국민건강보험 피보험자에 대해서 법정적용 제외로 규정되어 있음.(국민건강보험법 6조 9호) 따라서 생활보호수급세대의 사람은 지정의료기관에서 의료급여를 받지만 의료비의 지불을 하지 않음.
- 의료부조제도에서 의료를 담당하는 기관을 지정의료기관이라고 함. 지정의료기관은 지방자치단체의 수탁기관인 사회보험진료수가지불기금에 진료수가지불을 청구하고 기금은 진료명세서를 심사한 후에 지정의료기관에 진료수가를 지급함. 그 후 기금은 지방자치단체에 심사결과를 통지하고 지방자치단체는 재심사청구를 하는 것을 제외한 의료비를 기금에 지급함.
- 또한 생활보호수급세대에 속한 사람이 지정의료기관 이외에서 의료급여를 받

은 경우, 보험적용외의 시술을 받은 경우, 의료기관까지의 왕복 교통비 등은 기금에서는 지급되지 않고 보건복지종합센터에서 직접 지급함.

○ 의료기관



○ 시술자



자료: <http://www.pref.saitama.lg.jp/site/iryohujyo/910-20091208-79.html>

(11) 일본 복지사무소의 역할과 기능

○ 복지사무소의 역할

- 복지사무소는 도도부현·시구청촌에 설치된 지역주민의 복지를 담당하는 행정 기관임. 복지사무소라는 명칭은 법적으로 규정된 고유의 명칭은 아니고 편의

적으로 붙여진 명칭으로 지역에 따라서는 복지사무소와 다른 명칭을 붙이는 경우도 있음.(복지사무센터 등)

- 또한 복지사무소를 설치하지 않고 시청이나 구청의 복지관련부서에서 업무를 수행하는 경우나 합리화·효율화를 도모하기 위해서 **보건소와 합하여 보건복지사무소라고 하는 지역도 있음.**
- **도도부현이 설치하는 복지사무소는 생활보호나 아동복지, 모자·과부복지에 관련된 안전을 다루고, 시구정촌의 복지사무소는 이러한 것에 더하여 노인복지나 신체·지적장애자복지의 안전도 다루는 역할을 담당하도록 사회복지법에서 규정하고 있음.**
- 이 법을 근거로 **복지사무소에는 케어워커, 의료소설워커, 보건사 등의 전문직원이 배치되어** 담당지역내의 주민상담에 따라 학교나 병원, 복지시설 등의 관계기관 또는 민생위원·아동위원 등과 연계하여 문제를 해결하는 역할을 수행하게 됨.

○ 복지사무소의 설치상황(2014년 4월 1일)

설치주체	도도부현	시(특별구를 포함)	정촌	계
복지사무소	208	996	43	1,247

○ 주된 배치직원

- 복지사무소에는 사회복지법 제15조에 근거하여 다음과 같은 직원을 배치하고 있음. 이 외에 노인복지업무에 종사하는 사회복지주관, 신체장애자복지사, 지적장애자복지사 등을 배치하고 있는 복지사무소가 있음.

인력	직무
소장	도도부현지사 또는 시정촌장(특별구는 구청장)의 지휘감독을 받아 업무를 관리한다.
지도감독을 하는 인력 (사회복지주사)	소장의 지휘감독을 받아 현업사무의 지도감독을 담당한다.
현업을 수행하는 인력 (사회복지주사)	소장의 지휘감독을 받아 원호, 육성 또는 갱생의 조치가 필요한 사람 등의 가정을 방문하거나 방문하지 않고 해당하는 사람을 면접하여 본인의 자산, 환경 등을 조사하고 보호, 기타 조치의 필요성 유무 및 그 종류를 판단하여 본인에 대해 생활지도를 하는 등의 사무를 담당한다.
사무를 수행하는 인력	소장의 지휘감독을 받아 소의 사무를 담당한다.

○ 복지사무소 인력정원

- 복지사무소의 인력정원은 지역의 실정에 맞추어 조례로 정하도록 되어 있음. 단 현업을 수행하는 인력수에 대해서는 각 복지사무소의 피보호세대의 수에 따라 다음에 열거하는 수를 표준으로 하여 정하도록 하고 있음.

설치주체의 구분	현업직원 표준정원수	표준에 추가해야 할 정원수
도도부현	피보호세대가 390명 이하인 경우 6명	65명 증가할 때 마다 1명
시(특별구)	피보호세대가 240명 이하인 경우 3명	80명 증가할 때 마다 1명
정촌	피보호세대가 160명 이하인 경우 2명	80명 증가할 때 마다 1명

○ 복무

- 지도감독을 하는 인력 및 현업을 하는 인력은 앞에서 열거한 복무에만 종사하는 것이 원칙이지만 그 직무의 수행에 지장을 초래하지 않는 경우에는 다른 사회복지 또는 보건의료에 관한 업무를 할 수 있게 되어 있어서, 민생위원·아동위원에 관한 사무, 아동부양수당에 관한 사무 등을 수행하는 복지사무소가 많아지고 있음.

○ 복지사무소 직원의 자격

- 복지사무소직원은 원칙적으로 지방공무원으로 사회복지주사이어야 한다. 사회복지주사는 이하의 조건 하나를 충족하는 20세 이상인 사람이 임용됨.
 - ① 대학 또는 전문대학에서 후생노동장관이 규정한 사회복지에 관한 과목(심리학, 교육학, 사회학 등도 포함함)을 3과목 이상 이수하고 졸업한 사람
 - ② 후생노동성장관이 지정한 양성기관 또는 강습회과정을 수료한 사람
 - ③ 후생노동성장관이 지정한 사회복지종사자시험에 합격한 사람
 - ④ 사회복지사 또는 정신보건복지사의 자격을 가진 사람

3. 사회보장심의회 특별부회에서 논의되었던 의료부조의 적정화

(1) 의료부조의 적정화를 위한 대응방안의 방향성에 대해서

- 생활보호의 의료부조에 대해서는
 - 의료부조에 대해서는 일부에서는 의료기관의 중복수진이나 의약품의 부정유통 등의 문제가 있다는 지적도 있어서, 실태를 고려한 적정화를 위한 대응을 검토할 필요가 있음
 - 생활곤란자가 되는 계기가 의료를 필요로 하게 되었기 때문인 사람이 많고, 건강에 불안이 있는 상태에 되고 난 후에는 회복되기가 쉽지 않음.
 - 적정화가 강조되면 생활보호수급자의 생활을 위협하게 되기 때문에 충분한 배려가 필요함. 부정수급에 관해서는 의료기관에 의한 의료부조의 부정수급에 대한 엄정한 대처 또는 조사의 강화를 검토해야 함.
 - **의료를 낭비하며 제공하고 있다는 지적이 있지만 이 지적을 맞지 않음. 향후 일본은 전례가 없는 고령사회가 되어 가는 가운데 의료를 어떻게 지역에서 제공할 것인가 궁리할 필요가 있음.**
 - 의료부조의 적정화를 위한 대응방안의 방향성에 관하여 많은 의견이 제시
- 원래 생활보호수급자가 가능한 한 질병을 걸리지 않고 건강하게 생활하는 것은 수급자가 다양한 자립을 위한 대처를 하는 가운데 중요하고 이를 위해서도 수급자 본인이 스스로 건강의 유지 증진에 노력하고 복지사무소에서는 그 동기부여를 제공하여 필요한 지원을 하는 것이 필요함.
- 또한 일단 질병에 걸린 후에도 이를 조기에 치료를 개시하여 중증으로 발전하는 것을 예방하기 위한 대처를 추진하는 것도 필요함.
- 한편 의료부조에서 일부에서는 의료기관의 중복수진이나 의약품의 부정유통 등의 문제도 있다고 지적되고 있고 생활보호수급자가 필요한 수진을 억제하지 않도록 충분히 유의하면서 후발의약품의 사용촉진 등을 포함하여 이러한 문제에 적극적으로 대응하는 것이 필요함.
- 의료부조의 적정화에 관하여 의료비의 일부부담을 도입하는 것에 대해서는 실시해서는 안 됨. 또 금액이 적어도 일부 부담을 검토해야 한다는 의견도 있었음.

(2) 생활보호수급자에 대한 대응에 대해서

- 우선 생활보호수급자 스스로 건강의 유지·증진에 노력하는 것이 중요하고, 복지사무소에서는 수급자에 대해 건강증진법에 기초하여 시정촌의 건강검사의 수진(受診) 등을 촉진하는 등을 통하여 스스로 건강유지에 대해서 의식할 수 있도록 촉구하는 것이 필요함.
- 구체적으로는 복지사무소에서 건강검진결과에 기초한 보건지도나 수진자로부터 건강이나 수진에 관한 상담 등이 있을 때에 조언 지도 등 필요한 대응을 할 수 있는 전문직원의 배치를 검토할 필요가 있음.
- 그 후에 복지사무소가 생활보호수급자의 건강상태를 고려한 효과적인 조언지도가 가능하도록 하기 위해 목적이외에는 사용하지 않는다는 점에는 당연히 배려하면서 지금까지 개인정보보호의 관점에서 입수가 어려웠던 건강진단의 결과 등을 입수 가능하도록 하는 것을 검토할 필요가 있음.
- 이것을 통해 생활보호수급자의 질병예방 및 조기발견과 중증화 예방, 상황에 따른 의료기관과의 연계 및 복지사무소 자체의 의료부조와 관련된 상담·조언에 관한 체제강화도 도모할 필요가 있음.
- 또한 일부 사회복지법인에서는 생활곤란자에 대해서 무료 또는 낮은 금액으로 진료를 제공하기 위해 사회복지법에 기초한 무료·소액진료사업을 실시하고 있지만 무료·소액의 진료사업의 취지 등을 고려하여 생활보호수급자를 포함한 생활곤란자를 위한 건강상의 지원도 적극적인 역할이 기대됨.

(세컨드 오피니언(검진명령)의 활용)

- 복지사업소의 촉탁의사 등이 생활보호수급자의 건강상태나 의료의 계속성 등에 대해서 확인할 필요가 있다고 판단한 경우에는 다른 의료기관 등의 검진을 받도록 수진자에게 지시하는 것도 필요함.
- 또 장기적으로 의료부조를 받고 있는 경우에는 생활보호수급자의 질병상황, 가동능력 등을 확인하기 위해서 원칙적으로 정기적으로 다른 의료기관 등의 검진을 받도록 하는 것이 필요함.

(3) 의료기관에 대한 대응에 대해서

(지도대상이 되는 지정의료기관의 선정)

- 지정의료기관의 특징을 종합적으로 감안한 중점적인 점검지도가 가능하도록

현행 전자청구관리시스템에 적정화대상이 될 수 있는 것을 쉽게 추출할 수 있도록 하는 기능을 추가할 필요가 있음.

(지정의료기관에 대한 지도권한의 강화 등)

- 지정의료기관의 지정요건 및 지정취소사유에 대해서는 법률상 명확한 규정이 없음. 이 때문에 건강보험의 취급을 참고로 하여 지정의료기관의 지정요건 및 취소요건을 법률상 명확화 해야 함.
- 또 **현재는 무기한으로 되어 있는 지정의료기관의 지정의 유효기간에 대해서도 6년간의 유효기간을 설정하고 있는 건강보험법의 사례를 참고로 하여 유효기간을 도입하는 것이 필요함.**
- 건강보험법의 보험의료기관의 취소를 받아도 생활보호법의 취소를 받지 않으면 생활보호의 지정의료기관으로서 생활보호수급자의 진료가 가능하게 되어 있음. 이 때문에 예를 들어 지정의료기관 또는 보험의료기관이 어느 한쪽의 지정이 취소된 때에는 양 제도에서 관련성을 가지고 대응할 수 있도록 개선하는 것에 대해 검토할 필요가 있음.
- 과거 부정사안에 대해서도 엄정하게 대응할 필요가 있기 때문에 건강보험의 취급을 참고로 하여 현재 대상이 되어 있지 않는 지정의료기관의 관리자였던 사람에 대해서도 보고정수나 검사 등의 대상으로 할 필요가 있음.
- 부정을 저지른 지정의료기관에 대해서는 엄정하게 대처할 필요가 있기 때문에 건강보험의 취급을 참고로 하여 취소처분 전에 지정의료기관 등이 지정사퇴가 이루어진 경우에는 지정취소가 있던 경우와 마찬가지로 취급하여 원칙적으로 5년간은 재지정이 불가능하도록 할 필요가 있음.

(지정의료기관에 대한 지정과 지정 등에 관련된 체제강화·부담경감)

- 의료기관의 지정에 대해서 지방자치단체의 부담경감의 관점에서 지정의 유효기간을 설정한 경우의 지정갱신절차의 간소화를 검토하는 것이 필요함.
- 지정의료기관에 대한 지도에 대해서 지방자치단체만으로는 지도를 담당하는 의사를 확보하는 것이 어렵기 때문에 충분한 지도가 가능하다고는 말하기 어려운 상황임. 이에 따라 국가에 의한 지정지도도 함께 실시될 수 있도록 한 후에 지방후생국에 전문 지도감독직원을 증원하여 배치하는 것을 검토해야 함.

4. 생활보호법 개선에서 의료부조 개선사항

- 생활보호법의 일부를 개정하는 법률과 생활곤란자자립지원법이 성립되어 2014년 7월 1일부터 시행됨.
- 생활보호법의 개정에 대해서는 지원을 필요로 하는 사람에게 확실하게 보호를 제공한다고 하는 생활보호제도의 기본적인 생각을 유지하면서 ①취로에 의한 자립촉진, ②건강·생활면 등에 착목한 지원, ③부정·부적정 수급대책의 강화 등, ④의료부조의 적정화 등을 개선하는 내용이 중심이 됨.
- **의료부조의 적정화의 주된 내용은 지정의료기관에 대해서 지정(취소)와 관련된 요건을 명확화하고 지정갱신제도를 도입하였고, 의사가 후발의약품의 상용을 인정한 경우에는 수급자에 대해 후발의약품의 사용을 권유하는 것임.** 또한 의료기관에 대해서 국가(지방후생국)가 직접 지도가 가능하도록 함.

(1) 의료부조의 적정화(지정의료기관제도의 개선 등)

- 많은 의료기관에서는 적절한 진료가 이루어지고 있는 한편 일부에서 발생하고 있는 의료기관의 부정 사안에 대해서는 엄정한 대처가 필요하기 때문에 지정의료기관제도를 개선하고 지도체제를 강화함.

<개정 ①> 지정의료기관제도의 개선

- 지정의료기관의 지정요건 및 지정취소요건을 명확화
 - 지정요건: 보험의료기관일 것, 처분취소 전에 지정사퇴가 이루어진 경우에 5년을 경과할 것, 신청자가 금고형 이상의 집행(유예)중이지 않을 것 등
 - 취소요건: 보험의료기관이 되지 못한 때, 진료수가의 청구에 관한 부정이 있을 때
- 지정의료기관의 지정의 유효기간에 대해서 6년간 유효기간(갱신제) 도입
 - 갱신제의 대상은 병원, 진료소, 약국
 - 부담경감의 관점에서 일부 진료소 등에 대해서는 갱신신청 불필요
- 지정의료기관 또는 보험의료기관의 한 쪽의 지정이 취소된 때에 관련성을 가지고 대응
 - 보험의료기관의 지정취소 → 지정의료기관의 지정취소가 가능
 - 지정의료기관의 지정취소 → 도도부현 지사는 보험의료기관의 지정취소요건

에 해당한다는 의심하기에 충분한 사안이 있을 때는 후생노동성 장관에 통지해야 함.

- 과거의 부정에도 대처할 수 있도록 건강보험의 취급을 참고로 하여 현재 대상이 되지 않는 지정의료기관의 관리자였던 사람에 대해서도 보고징수나 검토 등의 대상으로 함.

<개정 ②> 지정의료기관에 대한 지도체제 강화

- 국가(지방후생국)에 의한 지도 등도 실시할 수 있도록 함.
- 각 지방후생국에 지정의료기관에 대한 지도 등을 담당하는 전문직원을 배치함.

(2) 의료부조의 적정화(후발의약품의 사용촉진)

- 의료전체에서 후발의약품의 사용촉진에 대처하는 가운데 의료보험과 비교하여 의료부조에서는 사용비율이 낮다고 하는 상황을 고려하여 후발의약품의 사용촉진에 대해서 법률상 명확화 함.
- 의사가 의학적 지견에 기초하여 후발의약품을 사용할 수 있다고 인정한 것에 대해서는 피보호자에 대해서 가능한 후발의약품의 사용을 촉진하도록 하여 의료급여가 이루어지도록 노력함.

※ 의료보험제도와 비교하여 생활보호의 후발의약품 사용비율이 낮음

	생활보호(전체비율)	의료보험(전체비율)
2010년	7.0%	7.9%
2011년	7.5%	8.5%
2012년	8.4%	9.8%

(참고) 후발의약품사용촉진의 운영

- 약국은 의사가 후발의약품의 사용이 가능하다고 판단한 처방전을 지참한 수급자에 대해 후발의약품에 대해서 설명한 후에 원칙적으로 후발의약품을 조제함.
- 선발의약품을 희망하는 수급자에 대해서는 선발의약품을 일단 조제한 후에 필요에 따라 복지사무소에서 계속적으로 후발의약품의 사용을 촉진함.

5. 시사점

- 의료부조 수급자에 대한 제한조치
- 의료부조 수급권자에 대해서는 주치의의 의견을 받아 후발의약품을 사용하도록 하고, 병상조사 등을 통해 과잉의료를 억제하려고 하는 노력을 하고 있음.
- 보건복지사무소를 통해 건강검진결과에 기초한 보건지도나 건강상담 등을 통해 건강유지에 대한 의식을 높이도록 노력하고 있음.

⇒ 의료급여수급자 중에서 과도한 의료이용을 하고 있는 수급자에 대해서 의료이용의 제한이나 보건지도 및 건강상담 등의 지원체계를 마련하는 것을 검토할 필요가 있음.

- 의료기관에 대한 제한조치
- 생활보호법에 의한 지정을 받은 지정의료기관에서 의료부조를 제공하고 있는데, 지정조건 및 지정취소요건을 명확하게 하여 문제가 있는 의료기관에 대한 관리 강화

⇒ 의료급여를 제공하는 의료기관에 대한 평가 및 관리 등을 통해 개입하여 조정할 수 있는 기전마련 검토

제2절 독일

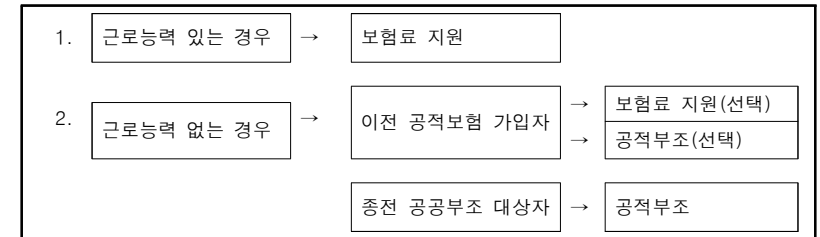
1. 독일 의료보장 개요

□ 독일의료보장

- 독일의 의료보장은 크게 공적건강보험(gesetzliche Krankenversicherung), 민간건강보험(private Krankenversicherung) 그리고 저소득층을 위한 의료급여(Gesundheitshilfe)로 구성.
- 2009년 건강보험개혁으로 전 국민은 원칙적으로 건강보험에 의무가입. 일정 소득(2009년 기준 세전 월소득 4,050유로)이상인 국민은 공적건강보험과 민간건강보험 중에서 선택하여 의무 가입함.
- 사회부조 대상자는 건강보험 의무가입 규정이 적용되지 않기 때문에, 건강보험의 임의가입자 또는 사회부조청에 의해 의료보장 가능.
- 2004년 "공적건강보험의 현대화 법률(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung)"에 의해 의료급여 수급자도 급여종류와 수준에 있어서 건강보험 가입자와 동등한 의료보장 가능. 이를 통해 의료급여 수급자의 권리 강화와 의료수요에 대한 수급자의 책임의식을 강조함.
- 사회부조 대상자는 해당 사회부조청(Sozialamt)의 관할지역에 소재하는 건강보험금고를 임의로 선택, 가입하여, 해당 질병금고로부터 건강보험카드를 받아 건강보험 가입자와 동등한 급여를 받음. 그러나 단기간 공공부조를 수급하거나 건강보험이 안 되는 경우 사회부조청이 의료급여를 보장함.

2. 저소득층 의료보장

- 저소득층 의료보장은 의사의 판단에 근거하여 대상자의 근로능력여부에 따라 2가지 방식으로 운영. 대상자가 근로능력이 있어 공적건강보험에 가입했거나 할 수 있는 경우에는 사회부조청이 보험료를 지원하고, 그렇지 못한 경우에는 사회부조를 통한 의료급여를 보장함.



1) 건강보험료 지원

- 2004년 1월부터 사회부조 수급자가 임의 가입 형태로 건강보험과 수발보험에 가입하고자 하는 경우 사회부조청은 적정수준에서 보험료를 지원함. 이를 통해 사회부조 수급자 역시 공적건강보험 가입자로서 건강보험제도 내에서 동일한 보장이 가능함. 병의원은 진료 제공시 건강보험자에게 진료비를 청구하고 보험자는 비용을 지불한 후 지역 사회보장청에 비용을 청구함.
- 사회부조청은 근로능력이 있는 사회부조 대상자에게 생계급여를 지급하는 경우, 월 최저생계비 800유로를 기준으로 하여 건강보험 가입을 위한 비용으로 110유로를 차감하여 지급함. 이 금액은 일반 건강보험가입자 보험료의 70% 수준임.

2) 의료급여(Hilfe zur Gesundheit)

- 의료급여는 공적 또는 민간건강보험에 가입할 수 없거나 비용을 스스로 부담할 수 없는 사회부조 수급권자 또는 가구의 규모나 상황을 감안한 일정 소득 이하의 저소득계층에 대한 의료보장 제도임.

□ 수급조건 및 내용

- 근로능력이 없는 대상자 중 소득과 재산이 소득상한선 이하이면서 공적건강보험에 의해 보장이 되지 않는 저소득층을 대상으로 지자체가 사회부조 의료급여를 통해 건강보험과 동등한 의료보장을 제공함.
- **의료급여 수급자 역시 건강보험 가입자와 같은 수준으로 본인부담금 의무를 가짐. 베를린의 경우 의료급여 수급자들은 년 93.60유로(만성질환자의 경우 년 46.8유로)의 상한액 범위내에서 본인부담금을 지불함.**
- 상한액을 초과하는 금액은 전액 건강보험체정에서 충당함. 본인부담의무는 2004년 건강보험개혁으로 건강보험 재정안정화를 위하여 모든 피보험자에게 외래진료에 대하여 정액본인부담금제를 도입함.
- 의료급여의 경우 건강보험과 동일하게 진료일수 제한이 없으며, 환자진료에 대해서는 전적으로 건강보험에 위임함. 의료급여에는 건강지원, 가족계획상담, 임신부 및 산모지원 그리고 불임수술이 해당함.
- 의료급여를 통해 일반 질병뿐만 아니라 임신 및 출산, 낙태에 대해서도 급여를 받을 수 있음. 다만 피임도구의 구입이나 의료처치 비용은 20세 미만의 경우 건강보험에서 부담하고, 20세 이상은 자신의 생계급여에서 그 비용을 반영하여 지원함.
- 낙태의 경우에는 낙태 사유가 “낙태에 있어서 여성의 보호를 위한 법률(Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbruch)”의 특별규정에 해당될 경우 그 비용은 사회부조청이 부담함. 그러나 낙태가 질병이나 감염으로 인해 불가피하게 필요한 경우에는 건강급고가 전액 부담함.

□ 수급자 현황

- 독일 사회부조 수급자는 2011년 현재 251만여명으로, 이들 중 노령 및 노동능력감소로 인한 기초보장 수급자가 84만여명으로 가장 많으며, 다음으로 장애인 지원 79만여명 그리고 수발지원, 생계급여의 순으로 나타남. 반면 의료급여는 3만여명으로 수급자 수가 가장 적으며, 비율로는 전체 수급자의 약 1.2%에 불과함.
- 연령별 수급자 현황을 살펴보면, 18세 미만의 수급자는 1,267명, 18세부터 65세 미만의 수급자가 15,269명으로 가장 많았으며, 65세 이상의 수급자는

13,279명으로 나타남. 65세 이상의 수급자는 일반적으로 의료급여 보다는 수발지원에 대한 욕구가 높기 때문에 수발지원 수급자에 대다수 포함됨. 실제로 수발지원의 경우 65세 이상의 수급자 수가 33만여명으로 가장 높게 나타남. (표 1 참조)

- 한편, 독일 저소득층 의료보장의 특징인 건강보험에 의한 의료보장 현황을 살펴보면, 저소득층이면서 건강보험에 의해 의료보장을 받는 수급자의 수는 약 8만 2천명으로 공적부조 의료급여보장 수급자 3만여명에 비해 약 2.7배 많음.

<표IV-1> 2011년 독일 사회부조 급여별, 연령별 수급자 현황(단위: 명)

구분	18세미만	18-65세미만	65세이상	합계 (%)
생계급여	259,000		73,000	332,000 (13.2)
노령 및 노동능력감소 보장	408,000		436,000	844,000 (33.6)
의료급여	1,267	15,269	13,279	29,815 (1.2)
장애인지원	228,913	523,328	36,057	788,298 (31.4)
수발지원	1,481	89,529	332,029	423,039 (16.8)
특별지원	1,019	62,857	32,204	96,080 (3.8)
합계	1,590,663		922,569	2,513,232 (100.0)

자료: Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen: Sozialhilfe 2014년

- 독일에서는 저소득층 의료보장의 경우에도 의료급여보다는 건강보험을 통한 의료보장이 큰 역할을 하는 것으로 나타남. 저소득층이면서 건강보험을 통해 의료보장을 받은 수급자 현황을 보면, 18세 미만 1,249명, 18세부터 65세 미만이 22,615명 그리고 65세 이상의 수급자 57,709명으로 나타나 저소득 가능성이 상대적으로 높은 노인의 경우에도 건강보험에 의한 의료보장을 상당 수 받는 것으로 나타남.(표 2 참조)

<표IV-2> 2011년 독일 저소득층 의료보장 연령별 수급자 현황(단위: 명)

의료급여별 / 연령	18세미만	18-65세미만	65세이상	합계 (%)
의료급여 수급자	1,267	15,269	13,279	29,815 (26.8%)
건강보험지원 수급자	1,249	22,615	57,709	81,573 (73.2%)
합계				111,388 (100%)

자료: Statistisches Bundesamt, Sozialeistungen: Sozialhilfe 2014년

□ 이용절차

- 사회부조 의료급여 대상자는 응급의 경우를 제외하고는 질병발생시 지역 사회보장청으로부터 사전에 승인을 받고 병원 및 의원에서 진료를 받을 수 있음. 이 경우 수급자의 병원선택에 대한 제한은 없음. 따라서 수급자는 진료를 받기 전에 사회부조청으로부터 사전에 진료권을 받아야 하고, 진료비용은 공공부조청이 직접 의사에게 지불함.(www.betanet.de)

□ 행정관리

- 주정부는 사회부조제도의 운영방식이나 운영기구 설치에 대하여 자치적인 권한을 가짐. 사회부조 운영주체는 일반적으로 자치단체의 사회부조청이며, 경우에 따라 별도의 조직으로 행정을 담당하는 경우도 있음.
- 사회부조 대상자에 대한 행정적 책임은 거주지 보호원리에 따라 대상자가 실제 거주하는 지역의 관할 사회부조청에 있음.
- 사회부조 수급권을 강화하고 급여신청의 편의를 위하여 사회부조청은 다른 사회보장제도와 행정적 지원과 협조해야 한다는 의무를 법적으로 규정하고 있음. 특히 국민연금관리공단, 건강보험 등 사회보험제도 운영자들이 대표적인 업무협조기관으로 규정되어 있음.

□ 재정지출현황

- 사회부조제도 운영재원은 해당 주(Land)가 부담하며, 연방정부는 외국에 있는 독일국민의 사회부조를 위한 비용만 지원함.
- 사회부조 총 급여지출액은 2011년 현재 약 250억 유로로 전체 사회복지 총

지출액의 2.7%에 해당함.(독일 연방통계청, 2012)

- 사회부조제도의 급여종류별 지출비중을 살펴보면, 장애인 재활지원 57.6%, 노인 및 노동능력감소의 경우 기초소득보장 18.3%, 수발지원 14.3%, 생계급여 4.9%, 의료급여 3.1%, 긴급급여 및 기타급여 1.7%의 순으로 나타남. (표 3 참조)

<표IV-3> 2011년 독일 사회부조 급여별 지출 현황(단위: 백만유로)

급여종류	금액 (%)
생계급여	1,234 (4.9)
노령 및 노동능력감소 보장	4,583 (18.3)
의료급여	764 (3.1)
- 사회부조청	71
- 건강보험	693
장애인지원	14,402 (57.6)
수발지원	3,577 (14.3)
특별지원	437 (1.7)
합계	24,996 (99.9)

자료: Statistisches Bundesamt, Sozialeistungen: Sozialhilfe 2012년

- 저소득층을 위한 의료보장지출의 경우 사회부조청의 의료급여 지출은 7천 1만유로, 건강보험에 의한 의료보장지원은 6억 9천만 유로로 나타나 건강보험 지원 지출액이 의료급여 지출액에 비해 약 10배 많은 것으로 나타남.
- 공공부조재원은 원칙적으로 사회부조 담당자인 해당 지자체(Kommunen)에서 부담하며, 도시지역은 도시지역 50%, 주정부 50%부담 원칙임. 소도시 지역의 경우에는 지자체가 25%까지 부담하며, 생계급여, 노후보장, 취업능력감소에 대한 소득보장급여에만 재정부담함.

<표IV-4> 년도별 독일 사회부조 급여별 지출 현황 (단위: 백만유로)

급여 년도	생계급여	노령 및 노동능력 감소시 보장	의료급여	장애인 지원	수발지원	특별지원	합계
2006	1,065	3,158	946	11,804	3,120	390	20,483
2008	1,138	3,788	892	12,454	3,262	421	21,955
2010	1,196	4,261	765	13,842	3,439	439	23,942
2012	1,265	4,934	739	15,129	3,720	448	26,235

자료: Statistisches Bundesamt, Sozialeistungen: Sozialhilfe 2014년

3. 시사점

- 독일은 저소득층 의료보장에 있어서 사회부조 의료급여보다는 가능한 공적 건강보험제도 가입을 지원하여 건강보험과 동일한 급여를 보장하고 있다는 점이 특징임.
- 건강보험 가입으로 사회보험체계에 편입시켜 이들에 대한 실질적인 관리로 효율성을 높이고자 함. 그러나 건강보험 재정부담 및 보험료 인상요인이 됨.
- 사회부조는 이들에 대한 건강보험료 지원, 본인부담금 감면 등을 지원함. 이에 따라 저소득층 의료보장 비용 역시 별도의 의료수가 없이 건강보험의 수가체계를 근거로 산정함.
- 사회부조에 의한 의료급여 수급권자의 경우 의료기관 방문 전에 의료진료권을 발급받아 진료를 받게 함으로써 간접적인 급여 억제 및 급여남용 예방 효과를 가짐.
- 병원선택의 자유와 급여 이용에 대한 권리는 보장되며, 건강보험과 동일한 급여를 제공하여 낙인효과가 없도록 함.

(부록1: 독일 의료급여 진료권 견본)

관할청		건강진료권		원호대상자 진료는 해당안됨
서류번호/고객번호		유효기간	분기:	
() 본인부담의무없음		() 본인부담의무있음		
주의사항: 진료에 있어서 공공부조수급자는 합의한 비용을 부과한다. 병원지정은 사전에 공공부조담당자의 동의를 얻어야 한다. 수급자는 의사선택권이 있으며, 명확한 이유없는 협약을 맺지 않은 의사, 병원, 시설 이용시 추가비용을 부담한다. 치료 및 처치체의 경우 해당 법을 따른다. 진단서 비용은 공공부조담당자가 인정한 경우에만 지불된다.	성명			() 공공부조에 의한 건강부조
	생년월일			() 청소년부조
	주소			() 건강지원 (재해지역)
	우편번호			() 원호부조
	가족원(보호자)			
	성명			증명서 유효지역
생년월일			독일지역	
주소				
우편번호				
일자			회계담당사무소	
주요사항 진료자는 해당수급자는 일정금액 한도내에서 부담한다.			회계년도	
서명			첨부번호	

제3절 영국의 공공부조법

1. 구빈법(Poor Law)

- 영국은 국가적 차원에서 빈민문제를 다루었고 19세기 말 이후 생겨난 공공부조법 성격인 구빈법을 사회복지법의 기원으로 삼을 수 있다. 영국의 현대 사회복지법의 전사를 이루는 1601년의 구빈법(Old Poor Law)과 1834년의 신구빈법(New Poor Law) 체제는 1948년의 국민부조법이 제정될 때까지 약 350년의 장기간에 걸쳐 영국의 공공부조법으로 역할을 수행해왔다.
- 이시기의 구빈법이 가지는 일반적인 특징을 살펴보면 다음과 같은 특징을 볼 수 있다(신섭중 외, 2001: 30-31)
 - 중세봉건사회의 붕괴에 수반하여 창출된 대량의 무산빈민에 의한 사회질서의 혼란을 부랑의 금지와 그 위반자에 대한 가혹한 처벌을 중심으로 하면서, 기본적으로는 근로의무를 강제하여 빈민의 억압적 관리와 근로강제에 의해 사회의 유지를 목적으로 하고 있다.
 - 아동·노인·병자·장애인 등의 노동능력이 없는 빈민뿐만 아니라, 노동능력이 있는 일반적인 빈민을 포함하는 모든 빈민을 그 대상으로 하고 있으므로 대상의 포괄성이라는 특징을 가지고 있다.
 - 노동능력이 있는 빈민과 아울러 근로 가능한 아동에게 노동을 강제하면서, 그것이 불가능한 자에게 대해서는 친족부양의무를 선행시키며 억압적으로 관리 상 필요최저한도의 구제를 행하고 있으며, 노동능력의 유무에 의한 빈민의 구별과 억압적 관리, 그 결과로서 구제라는 성격을 지니고 있다.

2. 신구빈법(An Act for the Amendment and Better Administration of the Law Relating to the Poor in England and Wales)

- ① 피구제자에게 주어지는 구제는 행정기관인 구빈법위원회에 의해 전국적으로 통일되어야 한다. ② 피구제자의 생활수준은 최하급의 독립근로자의 상태보다도 이하가 되지 않으면 안된다(열등처우의 원칙). ③ 근로능력이 있는

빈민에게는 원외구제를 금지하고 노역장 수용으로 한정할 것 등

- 그러나 영국의 구빈법은 20세기 초 자유당 정부의 대대적인 사회정책 입법에 의해 주요원칙이 변화되었고, 제2차 세계대전 이후 베버리지 보고서(Beveridge Report)의 출현으로 사회복지법으로 발전되었다.
- 1942년 ‘사회보험 및 관련 제 서비스에 관한 위원회 보고’로서 일반적으로 베버리지 보고서라고 불리는 이 문서가 전후 영국 사회복지법의 골격이 되었다(신섭중 외 2001).
 - 베버리지 보고서는 ‘요람에서 무덤까지’ 새로운 생활보장의 원리와 체계를 내세우고, 국민생활의 재건도상에 잠복하고 있는 결핍, 질병, 무지, 비위생, 나태라는 5대악의 퇴치를 강조하였는데, 특히 결핍(빈곤)과의 전쟁을 강조하였다. 그 기본 목적은 국민의 최저생활(national minimum)을 보장한다는 것이었다.
- 이를 달성하기 위하여, 현금 급여에 대해서는 1911년 이후 유지되어 오던 인가조합방식에 의한 사회보험을 폐지하고, 기본적 필요(need)에 대하여, 균일각출, 균일급여의 원칙에 따른 국가에 의한 강제가입의 사회보험제도를 도입하여, 이것을 특수한 필요에 대응하는 국민부조(공적부조)로 보완하고, 그 이상의 부가급여에 대해서는 임의보험으로 대응하였다. 그리고 소득보장을 위한 현금급여에 관계하는 행정조직으로서 사회보장성을 신설하여 일원적으로 통할, 관리하고, 보건·의료 등 서비스 급부는 사회보장성과는 별도로 기관에 의해 무차별, 무료의 광범위한 제도를 실시하는 것으로 되어 있다. 또한 그 전제조건으로서 아동수당제도, 재활을 포함한 종합적인 국영의료서비스, 완전고용이라는 세가지를 담고 있다.
- 베버리지 구상은 1943년에는 신체장애자고용법, 1945년 가족수당법, 국민보험법, 1946년 국민보건서비스법 등으로 점차 구체화되고, 공적부조에 관한 입법은 1948년 5월에 국가부조법(National Assistance Act)으로 제정되었다.
- 이법의 제정을 계기로 구빈법은 350년간의 역사를 마무리하고, 최저임금(National Minimum)이라는 이념에 기반을 둔 공공부조법으로 전환되었다.

3. 영국 국가보건서비스(National Health Service): 전국민포괄하는 단일최대 공공조직 의료제도

1) 국가보건서비스 헌장 (The NHS Constitution)

○ 국가보건서비스 헌장(The NHS Constitution)에는 ‘국가보건서비스는 국민들의 것이다(The NHS belongs to the people)’라고 명시되어 있다. 국가보건서비스는 “종교에 우리의 삶이 끝날 때뿐만 아니라 이 땅에서 살아가기 위해, 정신적으로 육체적으로 계속해서 나아지도록 지원하면서, 사람들이 아프거나 완전히 회복할 수 없을 때, 우리의 건강과 안녕을 개선하기 위한 것이다. 국가보건서비스는 과학의 한계에서 활동하는 것으로 - 건강을 개선하고 생명을 구하는 인간의 지식과 기술이 최고수준에 이르게 해 하는 것이다. 국가보건서비스는 보호(care)와 연민(즉슨하게 여기는 마음)이 가장 중요할 때 인간의 가장 기본적인 필요의 시점에 우리의 삶을 건드리며 만족시키는 것이다.”

2) 1948년 국가보건서비스 제도설립 당시 세 가지 핵심 원칙

○ 국가보건서비스는 좋은 건강관리가 부와 관계없이 모든 사람에게 가능해야 한다는 이상을 실현하기 위해 설립되었다. 국가보건서비스가 보건부에 의해 처음 시작되었을 때, 1948년 노동당 정부의 에누린 베번(Annurin Bevan)의 해 국가보건서비스가 시작되었을 때 세 가지 핵심 원칙을 근거로 하였다.

- ① 국가보건서비스는 모든 사람의 욕구를 충족시킨다.
- ② 국가보건서비스는 의료서비스를 전달하는 시점에 무상(free)으로 제공된다
- ③ 국가보건서비스는 지불할 능력(ability to pay)에 의해서가 아니라 임상적 니드(clinical need)에 기반 해서 제공된다.

○ 이들 세 가지 핵심 원칙들은 국가보건서비스를 60년 넘게 발전시켜왔으며 오늘날까지 핵심요소로 남아 지켜지고 있다. 국가보건서비스 법(the NHS Constitution)은 매 10년마다 공공(the public), 환자 그리고 국가보건서비스 직원들의 적극적 참여로 재개정된다.

3) 국가보건서비스가 지켜 온 7개 핵심 가치

- ① 국가보건서비스는 성, 인종, 장애, 연령, 성 취향, 종교나 신념에 관계없이 통합적 서비스를 제공 한다; 국가보건서비스는 모든 환자들에게 서비스를 제공하는 의무를 갖고 있으며 환자들의 인권을 존중해야 한다. 동시에 국가보건서비스는 제공하는 서비스를 통해 평등을 개선해야 하는 다양한 사회적 의무를 가지고 있으며 건강과 기대수명에서의 향상을 그것에 보조를 맞추지 못하는 인구의 나머지 집단이나 영역에서 특별한 주의를 기울여야 한다.
- ② 국가보건서비스 접근은 개인들이 지불 능력(individual's ability to pay)에 의해서가 아니라 임상적 욕구(clinical need)에 기반한다.
- ③ 국가보건서비스는 높은 수준의 우수성과 전문성을 추구한다.
- ④ 국가보건서비스는 환자와 그들 가족, 보호자의 취향과 욕구(니드)를 반영해야 한다.
- ⑤ 국가보건서비스는 조직의 경계를 넘어 일하며, 환자들, 지역 커뮤니티, 그리고 더 넓은 인구집단들의 이익에 있어서 다른 조직들과 파트너십을 유지한다.
- ⑥ 국가보건서비스는 납세자들에게 최선의 가치를 그리고 한정된 자원을 가장 효과적이고, 공정하고, 지속가능한 사용을 위해 전념한다.
- ⑦ 국가보건서비스는 공공(the public), 지역사회와 그리고 환자에게 대한 책임을 갖고 있다.

4. 국가보건서비스 인력 구성과 전달체계

1) 국가보건서비스 인력 구성

- 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드 4개 연방정부로 구성된 영국(UK)의 공적 의료제도인 국가보건서비스(National Health Service, NHS)는 국가보건서비스는 세계에서 가장 큰 공적 기금의 보건의료 서비스 조직이다.
 - 현재 국가보건서비스 인력으로 대략 1백 7십만 명을 고용하고 있으며, 이들 가운데 GP(39,409명), 410,615명의 간호사인력, 18,450명의 애플런스, 컨설

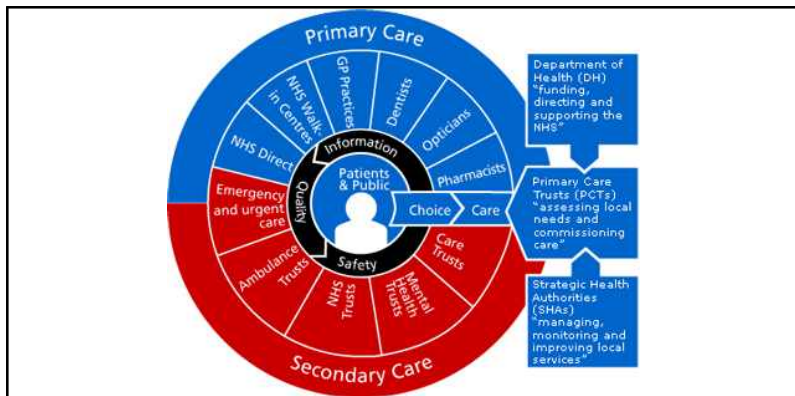
턴트(37,752), 병원과 지역사회 보건서비스 (Hospital and Community health service, HCHS)를 위한 의료와 치과 인력 103,912명을 포함하여 임상 전문의 수가 절반 조금 못 미치는 721,717명 거느린 세계 최대 규모의 공공조직이다.

- 잉글랜드의 경우, 5천 2백만 명의 잉글랜드 국민건강을 책임지고 있는 국가 보건서비스의 구성 인력은 1백 4십만 명에 이를 정도로 잉글랜드에서 가장 큰 국가조직이다.
- 스코틀랜드 웨일즈, 북아일랜드의 국가보건서비스 인력은 각각 155,312명, 85252명, 65,016명이다.

2) 국가보건서비스 의료전달체계

- 의료전달체계에 있어서 3차 의료전달체계의 한국과 달리, 영국 국가보건서비스 의료전달체계는, 2차체계로 1차(Primary Care)와 2차(Secondary Care) 운영되고 있다. Primary Care는 영국 대부분의 사람들이 첫 번째 접촉 포인트의 의료기관으로 GP(General Practitioners, 개인주치의)를 포함하여 치과, 약국, 검안(시력 측정)이 1차 의료전달체계에 해당한다.

[그림IV-1] 영국 국가보건서비스 의료전달체계



○ 1차(Primary Care)

- 일상적이고 가벼운 상처나 질병 진단 및 치료 등 1차 진료기관으로서의 역할 뿐만 아니라 예방접종, 금연보조 같은 광범위한 보건정책의 포괄
- 보다 전문적인 진단 및 치료를 요하는 환자를 2차의료기관인 병원서비스 (hospital service)로 의뢰하는 역할
- 주로 영국의료전달체계의 게이트키퍼라 할 수 있는 GP(General Practitioner), NHS 상설진료소(NHS Walk-in centre), 약국, 검안까지 primary care 영역 안에서 이루어짐
- 현재 잉글랜드에만 대략 39,409개의 GP와 22,800개의 치과, 안경, 약국이 있는 것으로 파악되고 있으며 이들 1차 의료전달체계기관은 152개의 PCT와 계약을 맺는다. Secondary Care를 담당하는 2차 의료기관은 응급/긴급 보호를 비롯하여 앰플런스, NHS Trust, Mental Health Trust, Care Trust 등으로 이루어져 있다.

○ 2차(Secondary Care)

- 일반적으로 NHS 병원을 통해서 서비스가 제공되며 우리나라 2차 진료기관에 해당하는 선택진료(Elective Care)와 응급진료(Emergency Care)로 분류되며
- 선택진료: 일반적으로 보건소와 같은 기초 건강보호기관으로부터 의뢰된 의료서비스로서 계획되어 이루어지는 전문의료인력에 의한 시술이나 수술 등을 의미하며 입원치료 및 외래진료를 포함.
- 응급진료: 사고나 외상성 상해 등으로 인해 긴급한 치료를 요하는 경우 일반적으로 4시간 이내 치료가 이루어진 후 퇴원하거나 추가치료를 위한 입원조치
- 그 외 정신보건, 정신지체 노령환자 등을 위한 2차적 보호가 이에 해당

- 국가보건서비스를 위한 조직은 정부의 보건부를 중심으로 잉글랜드 지역의 경우 지역내 보건의료서비스를 총괄하는 10개의 전략기구(Strategic Health Authority, SHA)가 있으며 그 아래 각 지역단위의 지역사회서비스를 포함하여 전반적인 주민의 보건과 의료서비스를 관할하는 330여개의 PCT(primary care trust)가 GP와 병원을 지도감독.

- PCT(Primary Care Trust, PCT)는 전략건강기구의 산하기관으로 NHS예산

의 80%를 집행하는 NHS 중심기관으로, 2002년 4월부터 설치되어 다음과 같은 역할을 수행함

- 지역주민의 건강욕구에 대한 실사 및 파악
- GP, 병원, 치과 등 지역사회 욕구에 맞춰 서비스를 배치, 위임
- 지역사회의 전반적인 건강수준 향상
- 모든 주민의 필요한 보건의료서비스 접근권 보장
- 환자의 관점에서 보건의료서비스에 대한 의견 청취 및 반영
- **지방정부와 지역 민간기관의 지역수발 서비스**
- 연간 지역내 GP 실사 등

- PCT(Primary Care Trust, PCT)는 지역의 보건의료를 충족하기 위해 국가 보건서비스 공급자(GP, 검안사, 치과의사, 약사, 보건 근로자)들과 다른 기관 들로부터 보건서비스를 구매한다. 즉, PCT는 1차의료에 대한 책임을 맡고 있으며 지역사회 보호 서비스를 제공하는 것은 물론 주요 역할로서 2차 의료를 의뢰하는 역할을 맡고 있다.
- 국가보건서비스 기금의 대략 80%(840억 파운드, 2010/11 회계연도)가 지역의 필요에 따라 의료서비스를 구매하는 책임을 갖고 있는 PCT(Primary Care Trusts, 151개 잉글랜드 전역)에 할당되고 있다. 국가보건서비스 예산의 나머지 20%는 설비투자, 지역과 전국단위 프로그램과 서비스 전달을 위해 사용된다. 예로 10개의 전략적 보건당국(Strategic Health Authorities)는 대략 60억 파운드로 국가적 검진프로그램과 같은 전국단위 프로그램 의 지역적 관리를 위해 그리고 국가보건서비스 노동연력들을 위한 교육과 훈련을 위해 대략 60억 파운드를 사용한다. 회계연도 2011-12 PCT 예산은 850억 파운드로 일인당 평균 1,615파운드에 해당한다.

○ 전략건강기구(Strategic Health Authority, SHA)

- 보건부와 NHS 조직간의 매개기관으로서 지역내 NHS 서비스의 전략적 방향 과 운영을 책임지며 다음과 같은 역할을 수행
 - 관할지역내 기초 건강보호 트러스트와 NHS 트러스트(병원)을 모니터 하며 기준에 미달할 경우 조치
 - 정보 기술의 활용을 위한 전략등 지역 내 보건의료 서비스의 발전을 위한 계획 개발

- 지역 치과의를 더 모집하고, 보건소와 간호인력을 심장질환이나 천식 등 더욱 전문적인 훈련을 실시하는 등 더 많은 지역사회 주민들에게 더 나은 보건의료 서비스를 제공 할 수 있는 능력개발
- 암이나 심장질환 서비스 개선 프로그램과 같은 국가 우선순위 전략을 지역사회 보건의료 서비스 계획에 온전히 반영하는 것을 보장
- 2002년 잉글랜드 지역내 28개의 전략건강기구가 설치되었으나 더 적은 전략적 기관이 더욱 효과적이고 효율적인 역할을 수행한다는 판단 아래 2006년 7월 1일 부로 10개소로 대폭 축소. 또한 전체적인 국가적 목표 설정이나 모니터 기능이 보건의료 위원회(Healthcare Commission)으로 이전되고 환자의 선택이 NHS 트러스트의 중요한 평가기준이 되면서 전략건강기구의 역할 역시 축소 되고 있음.

○ 보건부(Department of Health, DoH)

- 잉글랜드 국민의 질병을 예방하고 더 건강한 삶을 더 오래 영위할 수 있도록 건강과 안녕(Well-being)을 향상시키기 위해 NHS와 지역 사회 서비스의 기준을 설정하고 관리 감독하며 아래와 같은 역할을 수행
- **환자의 욕구에 맞게 지역사회 수발 서비스와 협력관계 속에서 NHS의 전체적인 전략적 방향을 설정하고 보건의료서비스를 현대화**
- 암, 심장질환, 정신보건 등 우선순위 영역을 위한 보건의료서비스의 기준을 설정하는 국가서비스기준(National Service Framework)과 같은 서비스의 질적 향상을 위한 국가적 기준 설정
- NHS와 지역사회수발 서비스가 이 같은 기준을 충족시키기 위해 정부로부터 충분한 예산이 투여 될 수 있도록 보장
- 전략건강기구, 보건의료 감사 및 발전 위원회(Commission for Healthcare Audit and Improvement, CHAI), 지역사회 수발서비스 조사 위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI) 등 핵심 유관기관 들이 최고의 서비스를 제공할 수 있도록 긴밀히 협력

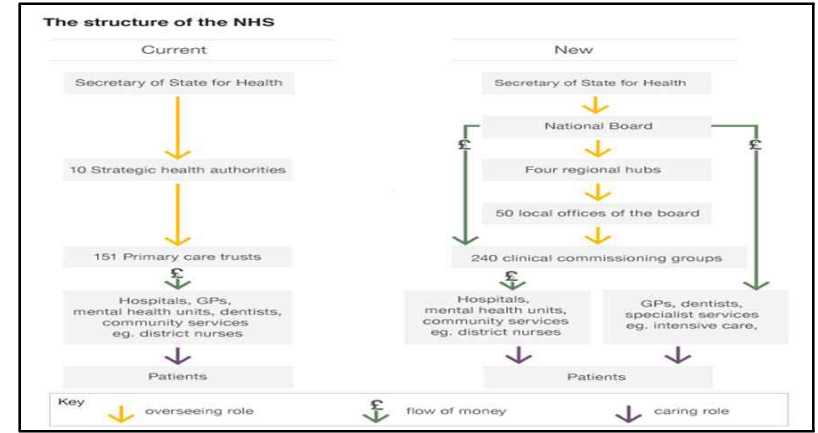
- 국가보건서비스 병원들은 Acute Trust에 의해 운영 관리된다. 현재 170 Acute NHS trust와 58 정신건강 NHS trust가 1600개의 국가보건서비스 병원과 전문케어센터(specialist care centres)를 관리 감독하는 역할을 맡고 있다.

- Acute Trust는 병원들이 질 높은 의료서비스를 제공하고 있는지 그리고 재정을 효과적으로 사용하고 있는지를 확인하는 역할을 맡고 있다. 또한 Acute Trust는 병원들을 어떻게 발전시키고, 병원서비스를 개선시킬지를 결정하는 역할을 한다.
- Acute trusts는 간호사, 의사, 약사, 조산사와 순회 보건관을 포함하여 대규모의 국가보건서비스의 노동인력들을 고용하고 있다. 또한 의료와 관련한 일을 수행하는 사람, 즉 물리치료사, 방사선기사, 족병치료의사, 음성 및 언어 치료사, 상담가, 직업치료사, 정신과의사와 의료과학자들을 고용하고 있다. 또한 접수대원, 운반인력, 청소, 정소기술 전문가, 관리자, 메니저, 영양사, 안전요원 등을 포함하여 다른 비의료인력을 고용하고 있다.

○ 국가보건서비스 병원서비스는 NHS trust에 의해 관리되고 운영된다. NHS trust는 국가보건서비스 병원들이 고품질 의료서비스를 제공하는지 그리고 재정이 효과적으로 사용되는지를 확인하는 책임을 갖고 있다. 또한 NHS trust는 병원 발전(개선)을 위한 전략들을 결정한다. 응급의료를 제외하고 병원 처치(treatment)는 GP, 치과의사, 안경점을 통해 의뢰되고 조정된다.

5. 최근 국가보건서비스 개혁 전/후 구조적 변화

○ 최근 정부의 보건개혁으로 오랫동안 이어져 온 10개의 권역별 보건당국(10 Strategic Authorities)과 PCT(Primary Care Trust)는 2013년 4월 폐지되고 4개의 지역적 허브(Four regional hubs)를 중심으로 50개의 지역단위 보건당국아래 GP가 중심이 된 240개의 임상적 그룹(Clinical Commissioning Groups)이 국가보건서비스 의료전달체계의 핵심그룹으로 변화된다.



[그림IV-2] 최근 국가보건서비스 구조와 개혁 전/후 변화

6. 국가보건서비스 병원예산 배정기준 : 효율성(efficiency)과 생산성(productivity)

- 1948년 국가보건서비스 시작했을 당시 4억 3천 7백만 파운드(오늘날 가치로 대략 90억 파운드) 국가보건서비스 예산은 2011/12년 1,060억 파운드로 10 배 이상 증가하였다.
- 의료전달체계상 1차 의료(Primary Care)가 국가보건서비스의 핵심으로 국가 보건서비스 예산의 80%를 1차 의료에서 통제한다. 2009년 11월, 정부의 보건부 장관은 2013-14년 국가보건서비스 예산절감을 150억에서 200억으로 상향조정하여 비용절감에 대한 대책을 발표하였다. 구체적으로 2013년 4월 SHA, PCT 조직 폐쇄와 병원에 생산성 실행을 조치하였다. 정부는 조직 폐쇄 등으로 인해 대략 6% 생산성이 증가할 것으로 기대하고 있다.
- 2000년 이후 대기시간, 시설설비 개선, 질 높은 의료서비스 전달에도 불구하고 국가보건서비스의 생산성은 연간 0.2%, 그리고 병원의 생산성이 2000년부터 2008년까지 대략 평균 1.4% 감소 추세(The Office for National Statistics, ONS)인 것으로 나타나, 정부가 병원의 생산성 개선에 대한 의지

를 표명하였다. 정부는 지역의 국가보건서비스 병원들의 생산성 개선을 위한 여러 가지 조치들을 추진하여 오고 있다

- 성과에 따른 지불(Payment by Results), 전국 단위의 임금 계약(national pay contracts), 그리고 혁신에 대한 훌륭한 사례 공유가 그것이다.

○ 1990년대 이전 지역수준에 의한 전체 예산(global budget) 배정과 달리, 오늘날은 분할된 10개의 지역단위 국가보건서비스 병원들(과 다른 공급자들에게)에 대한 예산 배정은 PCT와 병원간 계약(contracts)과 성과에 따른 지불(Payment by Results, Pbr)'이라는 국가보건서비스 개혁 시스템이 2002년부터 시행되어 오고 있다.

- 성과에 따른 지불은 2002년 노동당 정부 아래에서 보건부가 국가보건서비스 병원들의 상환방법으로 사용하기 시작하였으며, 병원들이 환자의 (질환) 단계나 기간, 외래 환자비용, 진찰 테스트와 같이 (병원) 환자에게 서비스 제공을 위해 수행한 활동에 대해 질환 유형에 따른 처치(treatment)비용을 전국단위 평균비용에 근거하여 산출 상환하는 방법이다.

- 이와 같은 성과에 따른 지불체계는 의료서비스에 대해 전국 단위의 평균비용을 반영하는 고정된 가격(fixed prices)의 관세(율)표를 이용하는 것으로, 전례가 없을 정도로 약화된 PCT의 재정에 대한 위협한 수준을 나타내는 것으로 여겨지고 있으며 재정불안정에 대한 잠재성을 확장시킨다는 이유로 국가보건서비스의 기회이자 도전으로 받아들여지고 있다.

- 성과에 따른 지불체계로 동일 수준의 자원을 소비하는 진단군과 동일수준의 자원을 소비하는 환자처치(treatment)는 보건의료 자원그룹(HealthCare Resource Group)으로 분류 배정되어 관리된다.

○ 특별 처치 방식에 대한 가격은 참고비용(reference cost)으로 여겨져 국가보건서비스 전역에 걸쳐 표준화되고 시장 힘에 의해 조정된다. 어떤 의약품들은 성과에 의한 지불체계에서 제외되어 고비용 약품으로 분류된다. 또한 성과에 의한 지불체계는 처치의 개별가격 설정을 가능하게 하여 서로 다른 의료서비스 공급자들에 의한 다양한 형태의 처치가 가능하도록 한다.

○ 결과적으로, 성과에 따른 지불체계(Payment by Results)는

- 의료서비스의 질적 향상을 통해 효율성을 증진시키고 국가보건서비스 예산에

대한 가치를 높이기 위해,

- 국가보건서비스 예산이 환자들이 선택한 서비스로 용이하게 흘러가도록 함으로써 환자들의 선택을 용이하게 하기 위해,
- 다원성을 용이하고 경합성을 증진시키기 위해,
- 국가보건서비스 의료서비스 혁신과 질적 개선을 용이하도록,
- 사람들이 살고 일하는 곳에서 좀 더 가까운 새로운 모델의 보호를 도입하기 위해,
- 국가보건서비스의 대기시간을 줄이는 목적으로 이용되고 있는 것으로 성과에 의한 지불체계만으로 국가보건서비스의 병원활동의 60%에 적용되고 있는 것으로 나타나고 있으며 그리고 각 병원별 비용과 활동에 있어서 상당한 차이가 발생하고 있는 것으로 나타나 국가보건서비스 병원 개선을 주도해 온 것으로 나타나고 있다.

○ 또한 영국 정부는 국가보건서비스 병원 인력에 대한 전국 단위의 임금 계약(national pay contracts)을 통해 국가보건서비스 병원에 대한 효율성(efficiency)과 생산성²⁾ 향상(productivity improvements)을 증진해 오고 있다. 그러나 지금까지 생산성 개선 목적으로 잘 사용되어져 오지 않았다는 것이다.

- 예로, 병원 컨설턴트와 계약(Consultant Contract)은 2003년 이후, 매년 생산성을 얻는다는 기대감으로 시작되었다. 그러나 컨설턴트의 임금이 상당히 증가했음에도 국가보건서비스 병원의 전반적인 생산성은 지속적으로 감소하고 있다. 정부는 이것을 개발도상국에서 나타나는 전반적인 경향이라고 설명하고 있으나, 어떤 병원도 생산성을 개선하기 위한 목적으로 일자리 계획과 같은 실용적인 계약 지렛대가 사용되지 않았으며 이는 직원들의 업무 수행이 지속적으로 관리되지 않았다는 것을 나타내고 있다.

○ 개별 병원 간 효율과 특별한 처치 비용에 대한 상당한 차이가 있는 것으로 나타남.

- 예로, 관상동맥 회로이식술의 경우 비용이 5,000파운드에서 12,000파운드까지 다양하게 나타남. 또한 병원 간 bed당 의료인력 역시 4명에서 13명까지

²⁾ 생산성(productivity)은 제공된 보건의료 양(산출)에 대한 자원의 양(투입)의 비율로 정의된다.

차이가 발생하고 있음. 따라서 good practice에 대한 사례교류를 통해 비용을 좀 더 효과적이고 효율적으로 사용하는 여지가 있다.

- 또한 국가보건서비스 병원들은 응급의료 이용(emergency admission) 감소를 추진해오고 있는 것으로 나타나고 있다. 국가보건서비스에서 응급의료 이용의 상대적 높은 비율은 고비용과 관련되어 나타난다.
- 따라서 정부는 병원의 생산성 향상을 목표로 응급의료 이용율을 10% 감소를 목표로 연간 3억 파운드의 비용절감을 추진하고 있다.

제4절 소결

- 의료급여 수급자의 의료이용에 대한 제한조치
- 일본의 경우 복지사무소에서 의료권과 조제권을 발부받아 의료서비스를 이용하도록 하고 있을 뿐만 아니라, 의료필요여부 의견서를 받고 있음. 독일도 진료를 받기 전에 사회부조청으로부터 사전에 진료권을 받아야 함.
- 일본의 경우 의료부조 수급권자에 대해서는 주치의의 의견을 받아 후발의약품 사용하도록 하고 있음. 선발의약품을 희망하는 수급자에 대하여 복지사무소에서 수발의약품 사용을 촉진함.
- 일본은 입원 수급자에 대한 병상조사 등을 통해 과잉의료를 억제하려고 하는 노력을 하고 있음. 일본은 복지사무소 케이스워커가 환자 주치의를 방문하여 환자와 가족의 지도에 필요한 의견을 들음. 병상조사를 통하여 환자의 치유 예상기간과 환자의 태도 등을 확인하여 과잉입원뿐만 아니라 치료과정에 대하여 관리하는 역할을 수행.
- 독일은 의료급여수급자들에게도 일정 상한액 범위 내에서 본인부담제도를 두고 있음(만성질환의 경우 일반적인 본인부담의 절반수준)

⇒ 우리나라도 진료일수제한(연장승인제도)이나 본인부담, 선택병원제도를 통하여 의료이용제한 조치를 하고 있음.

⇒ 후발의약품 사용에 대하여 사례관리사와 세이프 약국을 중심으로 보다 적극적인 개입필요. 아울러 사례관리사 등 관련 인력의 장기입원자에 대한 병상 방문을 지속적으로 수행할 필요가 있음.

- 보건-복지서비스 연계 노력
- 일본의 경우 보건복지사무소를 통해 건강검진결과에 기초한 보건지도나 건강상담 등을 통해 건강유지에 대한 의식을 높이도록 노력하고 있음. 복지사무소에는 케어워커, 의료사회복지사, 보건사 등 전문직 배치
- 영국의 PCT(Primary Care Trust)경우 지역 내 민간기관의 지역수발서비스와의 연계역할을 수행하도록 하고 있으며, 보건부내의 전략건강기구(SHA), 보건의료감사 및 발전위원회, 지역사회 수발서비스 조사위원회 등 핵심 유관기관들이 최고의 서비스를 제공하기 위해 긴밀히 협력

서울시 의료급여 관리방안 도출

⇒ 지역사회 내 복지서비스 연계를 위한 긴밀한 협조체계 필요. 특히, 장기요양 서비스 제공기관(장기요양시설)과의 연계로 의료기관 퇴원환자들이 요양시설에서 서비스를 받을 수 있도록 유도하여 요양등급받은 노인들이 불필요하게 요양병원에 입원하는 것을 최소화해야 함.

□ 건강관리 상담 및 지도

○ 일본의 경우 의료급여수급자에 대한 보건지도 및 건강상담 등의 지원체계를 마련하기 위해 노력하고 있음. 사회보장심의회에서도 복지사무소를 통하여 수급자의 건강검진수준을 촉진하기 위해 노력하여야 하며, 관련 정보를 수합하여 보건지도나 조언을 해야 한다고 함.

⇒ 수급권자의 건강검진 실태파악과 촉진을 위한 노력필요, 건강검진 자료에 대한 분석을 통하여 전문인력에 의한 적절한 건강관리 지원필요. 전문인력을 운영할 수 있는 조직이 필요

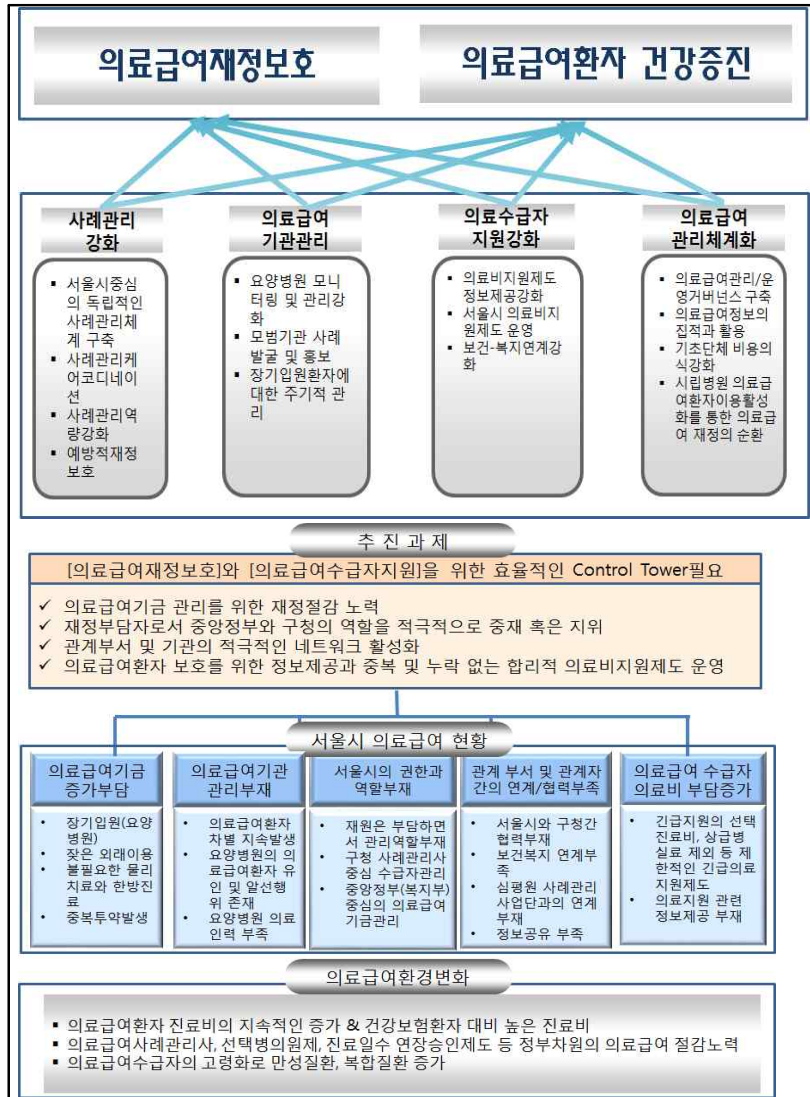
□ 의료기관에 대한 통제 조치

○ 일본의 경우 생활보호법에 의한 지정을 받은 지정 의료기관에서 의료부조를 제공하고 있는데, 지정요건 및 지정취소요건을 명확하게 하여 문제가 있는 의료기관에 대한 관리 강화

⇒ 의료급여를 제공하는 의료기관에 대한 평가 및 관리 등을 통해 개입하여 조정할 수 있는 기전마련이 필요함.

제1절 서울시 관리방안도출의 배경 및 추진체계

[그림IX-1] 의료급여관리 추진체계



제2절 서울시 관리방안 분류

- 의료급여 사례관리 강화를 통한 효과적인 재정보호
- 지방자치단체에서 현재 수행하고 있으며, 선행연구에서 가장 효과가 검증된 “의료급여 사례관리”를 강화함으로써 의료급여재정을 보호하면서 의료급여환자 건강증진을 도모
- 사례관리 업무의 효율적 지원을 위하여 [서울시의료급여사례관리사업단]을 운영하면서, 전문가로 구성된 [사례관리케어코디네이션 지원]시범사업을 통하여 복합적인 의료급여환자특성에 적합한 전문서비스를 제공
- 의료급여기관 관리
- 지속적으로 문제되고 있는 요양병원에 대한 안전, 의료서비스 질과 함께 불법적인 의료급여환자 유인 및 알선행위를 지속적으로 모니터링하고 관리함.
 - 특히, 보건소·소방서·의료기관평가인증원 등에 분산되어 있는 안전과 의료서비스 관련 정보를 집적·관리함으로써 효율적인 요양병원관리자료로 활용
- 모범적인 의료급여기관에 대해 포상하고, 차별적인 진료행위를 하는 기관에 대한 적발과 적절한 조치를 취함.
- 의료급여수급자 지원강화
- 의료비지원제도에 대한 정보제공을 활발히 하며, 관련 인력에 대한 교육을 통하여 필요시 의료비지원제도를 이용하는 물론 올바른 의료서비스를 이용할 수 있도록 지원
- 의료급여환자의 의료비부담을 덜어주기 위한 지원제도를 운영하고, 보건·복지서비스가 연계될 수 있도록 함.
- 서울시 의료급여관리의 체계화
- 서울시 의료급여관리의 거버넌스 구축을 위하여 이해당사자·전문가가 참여하는 의료급여심의위원회를 조직하여 운영활성화함.
- 건강보험공단과 심사평가원자료는 물론 서울시 의료급여사례관리 관련 자료 등을 종합하여 관리·분석하고 서울시 의료급여 관리 사업에 활용함.
- 서울시립병원이 의료급여환자를 신속하게 진료할 수 있는 시스템을 갖추고 지역사회복지기관·단체와의 서비스 및 환자 연계시스템을 구축 함.