

의료급여 전자복지카드 정보시스템
모형 설계

연세대학교 보건대학원

보건정보관리학과

김 혜 영

의료급여 전자복지카드 정보시스템
모형 설계

지도 채 영 문 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2007년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건정보관리학과

김 혜 영

김혜영의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2007년 12월 일

감사의 말씀

항상 나와 함께 하시며 지금까지 나를 지켜주시고 이 자리까지 오게 하신 하나님께 감사드립니다.

사무실에서 생활에서 바쁘다는 이유로 좀 더 학업에 열정을 다하지 못한 것이 아쉬움으로 남지만, 교수님과 선후배 및 동기생들의 도움으로 학업을 마칠 수 있게 된 소중한 시간들이었던 것 같습니다.

그동안 아낌없는 가르침으로 오늘의 결실을 맺게 해 주신 채영문 원장님께 먼저 깊은 감사를 드립니다. 그리고 부족한 저를 위해 지도해주신 김진경 박사님과 늘 바쁘신 중에도 열정적인 가르침으로 이끌어 주시고 격려해주신 용왕식 박사님께도 깊은 감사를 드립니다. 또한, 부족한 세계 학문의 길을 열어 주셨던 여러 교수님들께도 지면으로나마 감사의 말씀을 전합니다.

학업의 길을 무사히 마칠 수 있도록 격려와 사랑을 베풀어주며 옆에서 힘이 되어준 직장 선후배와 동료들, 힘들 때 마다 서로 힘이 되어주며 함께 배움의 길을 같이 했던 동료들과 선후배들, 부족한 저를 위해 기도로 후원해 주신 모든 기도의 후원자들에게 고마운 마음을 전하며 감사 인사를 드립니다.

공부를 핑계 삼아 자주 찾아가 뵙지 못했던 부모님께도 죄송한 마음 금할 길 없으며 저의 빈자리를 채워준 가족들과 도움을 주신 모든 분들에게 감사드립니다.

2007년 12월

김혜영 올림

차 례

국문 요약	i
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구의 목적	6
II. 이론적 배경	7
1. 우리나라의 의료급여제도	7
2. 의료급여수급자의 의료이용	11
3. 보건복지서비스의 연계 및 통합	21
4. 외국의 보건의료서비스	27
III. 연구방법	35
1. 연구분석의 틀	35
2. 연구대상 및 자료	36
3. 분석 방법	37
IV. 연구결과	38
1. 연구대상자의 의료급여이용실태	38
가. 연령별 분포 현황	38

나. 65세 이상자의 2007년 1~9월까지의 진료이용현황	38
다. 제도변경전후 3개월간 진료내역 비교	41
라. 제도변경전후 3개월간 의료기관 종별 이용현황	42
마. 제도변경전후 개인별 총진료비 비교	45
바. 제도변경전후 3개월간의 총진료비 분석	46
2. 의료급여 전자복지카드 정보시스템 모형 설계	49
가. 구조적 분석에 의한 자료 흐름 설계	49
나. 계층적 입출력 모형 설계(HIPO)	53
다. 대상자 관리 설계	55
라. 보건서비스 관리 설계	58
마. 복지서비스 관리 설계	59
바. 보건 및 복지 서비스 연계 시스템	61
사. 복지카드시스템 모형 설계	65
아. 법령 정비 및 보안 설계	73
V. 고 찰	76
VI. 결 론	79
참 고 문 헌	81
ABSTRACT	86

표 차 례

표 1. 2007년 7월 개선된 의료급여 제도	10
표 2. 연도별 의료보장 적용인구 현황	12
표 3. 2005년 연령별 성별 의료급여수급권자 현황	13
표 4. 2006~2007년 상반기 의료급여비용 비교	14
표 5. 2006년도 보건복지부 허위 부당 청구 조사 유형별 현황	17
표 6. 의료급여 1종 대상자 진료비 증가요인별 기여율	19
표 7. 2006년 진료일수 365일 초과수급 의료급여대상자	38
표 8. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료내역	39
표 9. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료월별 내역	40
표 10. 의료급여수급자 제도변경전후 3개월간 진료내역 비교	41
표 11. 의료급여수급자 평균진료비 등 비교	42
표 12. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(입원)	43
표 13. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(외래)	44
표 14. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(약국)	45
표 15. 의료급여 제도변경전후 진료자 성별·연령별 현황	45
표 16. 제도변경전후 총진료비 평균의 차에 대한 검정	46
표 17. 의료급여수급자 제도변경전후 진료비 비교	47
표 18. 의료급여수급자(1종) 제도변경전후 진료비 절감 요인별 분석	47
표 19. 보건복지관련 연계 프로그램	64
표 20. 의료급여 복지카드시스템 구성도	66
표 21. 의료급여 복지카드 도입 모형에 따른 비교	72
표 22. 복지카드 도입으로 제도변경후 절감 예상액	73

그림 차례

그림 1. 2000~2007년 의료급여비 지출액 및 복지부 지출대비 비중 증가 .. 9	9
그림 2. 2007년 7월 변경된 의료급여자격시스템 업무처리 흐름도 11	11
그림 3. 의료급여 재정증가 발생구조 (보건복지부, 2006) 15	15
그림 4. 연속적 보건의료서비스의 흐름도(선우덕, 2005) 21	21
그림 5. 적정의료를 위한 보건·복지 시스템 모형 23	23
그림 6. 사회복지 사무소 전달체계 25	25
그림 7. IC카드와 회선을 이용한 의료정보시스템의 구축 32	32
그림 8. 의료급여비용 연구대상자료 36	36
그림 9. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료월별 현황 39	39
그림 10. 의료급여수급자 제도변경전후 3개월 진료내역 그래프 41	41
그림 11. 의료급여시스템의 배경도 50	50
그림 12. 의료급여 시스템 자료흐름도(Level 1) 50	50
그림 13. 의료급여 복지카드 자료 흐름도(Level 2) 51	51
그림 14. 의료급여 보건서비스관리 자료흐름도(Level 2) 52	52
그림 15. 의료급여시스템 HIPO(Level 1) 53	53
그림 16. 의료급여 복지카드관리 HIPO(Level 2) 54	54
그림 17. 의료급여 보건서비스관리 HIPO(Level 2) 55	55
그림 18. 의료급여 대상자관리를 위한 자산조사 시스템 연계모형 56	56
그림 19. 사례관리 시스템 관리 체계도 61	61
그림 20. 보건 및 복지 서비스 연계 체계도 63	63
그림 21. 의료급여 복지카드 업무흐름 체계도 69	69

국문 요약

의료급여제도는 국민기초생활보장 대상자 등 일정수준 이하의 저소득층 즉 경제적으로 어려운 사람들에게 국가에서 기본적인 의료서비스를 제공하기 위한 사회보장제도이다. 최근에는 보건의료기술의 발전과 더불어 국민의 의료욕구 증가, 고령화에 따른 노인수급자의 증가 및 희귀 난치성 질환자 확대 등에 따른 의료급여 지출규모의 부담이 가중되고 있다. 수급자 및 의료공급자의 비용의식 부재로 인한 불필요한 의료이용 및 의료비 증가로 인한 진료비 절감을 위한 다양한 제도 개선 및 방법이 과제로 대두되고 있다.

이에 본 연구는 진료비절감을 위해 도입된 의료급여자격시스템의 변경 전후의 의료이용실태를 분석하여 의료급여 대상자를 체계적으로 관리하고 적절한 의료이용을 유도함으로써 의료급여 재정을 효율적으로 활용하기 위한 의료급여정보시스템 발전 모형을 제시하였다.

본 연구의 조사 자료로 국민건강보험공단에서 보유하고 있는 2006년도 65세 이상의 장기의료이용자 32,501명을 대상으로 2007년 1월부터 9월까지의 의료비 청구내역과 의료급여자격시스템의 진료승인내역을 이용하였다. 65세 이상의 장기의료급여대상자들은 여성일수록 의료급여 이용이 훨씬 높은 것으로 나타났으며 2007.1~9월까지의 9개월간 월평균 29,860명이 1인당 약367만원의 총진료비를 사용한 것으로 나타났다. 또한, 제도변경전후 3개월간의 진료비 분석 및 제도변경전후로 진료이력이 모두 있는 자를 대상으로 한 총진료비의 평균의 차에 대한 검정에 있어서도 제도변경후 의료급여

자격시스템 도입으로 인한 진료비 절감효과는 있는 것으로 나타났다.

의료급여자격시스템의 진료비 절감은 실시간 자격확인, 실시간 진료승인으로 인한 효과와 사례관리, 의료급여대상자 탈락, 의료급여종별 변경, 병원진료기피 등의 여러 가지 요인으로 인해 절감된 것으로 나타났다. 이 시스템은 타요양기관의 진료내역을 확인할 수 없으므로 당일에 여러 기관 진료가능, 다른 의료급여 요양기관간의 중복투약 가능 등 대상자 보건복지 욕구별 서비스 관련 정보와 다른 기관과의 연계 및 협조가 충분치 않음을 확인하였다.

대처방안으로 수명의 연장으로 인해 점점 증가하는 의료급여 노령인구를 중점 관리하고, 의료급여수급자의 요구사항과 여러 가지 요인들이 복합적으로 나타나는 의료이용 행태를 수진자별로 모니터링하고 분석할 수 있는 의료급여 정보시스템 발전 모형을 제시하였다. 이에 복지카드를 이용한 수진자별 의료이용 및 보건복지관련 정보네트워크 구축, 서비스 연계제공, 사례관리 확대를 통한 의료급여 정보시스템관리 체계 구축은 의료급여수급자의 적정의료 이용을 유도하고 효과적인 보건의료정책 및 의료비 절감에 활용 될 수 있을 것으로 기대한다.

핵심어 : 의료급여, 전자복지카드, 보건복지서비스 연계

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

의료급여는 생활이 어려운 생활보호대상자 등 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공적부조제도로서 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지할 목적으로 1977년 의료보호법의 제정과 함께 제한적인 무상의료 제도로 첫 출발한 후 30년 동안 점진적으로 확대되어 오고 있다. 2001년에 의료보호법에서 의료급여법으로 개정되어 의료급여 수급기간을 폐지하고 예방·재활 등에 대하여도 의료급여를 행하는 등 제도의 미비점을 개선·보완하고, 저소득층의 차상위 계층에 대한 의료급여 지원 사업을 새로이 실시하였다.

정부의 복지이념은 복지의 보편성과 국가의 책임, 국민의 참여를 특징으로 모든 국민이 계층이나 경제적 능력에 구애됨이 없이 적정수준의 보건 의료 서비스를 보장받고 건강한 삶을 영위할 수 있도록 함으로써 모든 국민의 건강권이 보장되는 보건의료정책을 추진해 나가는 것이다. 보건의료 기술의 발전과 더불어 소비자인 국민의 의료욕구도 증가하고 있으며, 이러한 사회적 여건의 변화 추세는 필연적으로 의료비 지출증가를 초래하게 되어 국민의 부담도 증가할 수 밖에 없게 되었다. 이 중 취약계층은 각종 자원이나 능력이 제한되어 사회의 다양한 서비스에 접근하기 어려울 뿐 만 아니라 이들을 관리하는 조직의 비효율적인 구조와 체계로 서비스의 효과

및 효율이 낮아 궁극적으로 사회적 비용이 증가하게 되고 이로 인한 국민의 부담도 증가하게 된다(2004년 보건복지백서).

의료급여 수급자등 취약계층에 대한 부양 및 의료비가 가중한 부담으로 증가하고 있다. 2002년 이후 고령화의 진전에 따른 노인수급자의 증가 및 희귀 난치성 질환의 급여대상 확대 등에 따른 의료급여 지출규모가 과도하게 증가하고 있으며 수급자 및 의료공급자의 비용의식 부재와 사후관리 미구축 등으로 인한 불필요한 누수요인도 적지 않다. 의료급여수급권자들은 경제적으로 저소득층일 뿐만 아니라 가족의 지지체계가 매우 열악하고, 건강보험에 비하여 노인인구가 3.6배 많으며, 장애인은 4배, 희귀난치성질환은 21배나 더 많은 등 중증·복합질환자 비율이 높으므로 의료이용이 더 많을 수 밖에 없음을 감안하더라도 불필요한 장기입원 경향과 중복 외래진료 현상이 발생하고 있다(신영석 등, 2005). 특히 의료급여 1종 수급권자의 입원 시에는 장기입원 현상이 나타나고 있으며, 이는 보건복지시설이 부족하여 진료비 부담을 가중시키고 있음을 지적하였다(김창엽, 신영진, 유원섭, 전경자, 허선, 2003).

막대한 예산을 투입하면서도 의료급여수급자들의 건강과 자주 의료기관을 방문하는지에 대해 제대로 파악하지 못하였고, 도덕적 해이를 통제할 수 있는 제도적 장치가 제대로 마련하지 못하고 있다. 또한, 의료기관간의 전달체계도 제대로 구축되어 있지 못하여 실시간으로 진료내역을 파악할 수 없음으로 누가·언제·왜·어떤 의료기관을 방문하였는지, 얼마나 자주 이용했으며, 처방을 받았는지를 제때 알 수 없다. 수급권자의 진료후 의료이용 실태를 파악하는데도 3~4개월씩 소요됨으로 2006년도에는 의료급여 수급권자 1,853,904명중 진료일수가 365일 초과한 사람은 517,914명으로

27.9%를 차지하고 있는 것으로 나타나 급여일수 초과자 관리도 미흡하였다.

이에 정부는 의료급여 수급자들의 의료비증가에 대한 심각성을 인식하여 의료급여 재정증가 발생 구조에 대한 원인 파악 및 의료급여 대상자를 체계적으로 관리하고 제도상의 문제를 보완하고자 하는 정책 대안을 지속적으로 마련하고 있다. 그리하여 시군구·요양기관·국민건강보험공단·건강보험심사평가원 정보시스템간의 정보공유를 원활하게 운영하여 의료수급자의 의료서비스 적정사용을 유도하고, 점점 늘어가는 고령인구를 대비한 비용절감 효과를 보고자 1종 수급권자 외래 진료시 본인일부부담제 도입, 선택병의원제 등 재정증가 발생 구조에 대한 정책 대안으로 「의료급여 자격관리시스템」을 구축하여 운영하고 있다.

그러나 현 시스템은 의료급여 실사업무를 담당하는 직원이 많지 않고 여러 기관이 의료급여 업무에 관여를 하고 있는 상황에서 서로의 정보를 공유하는 것은 업무의 효율성을 높이기 위해서 전제되어야 할 요소이나 기관마다 생산되고 있는 자료에 대하여 서로 중첩되거나 중요한 정보생산이 누락되고 있다. 이들을 위한 보건과 복지서비스는 시·군·구청·주민자치센터 또는 보건소와 사회복지관, 민간의료기관에서 각각의 서비스를 제공하고 있어 서비스의 단편화, 중복, 비연속성 등의 문제가 발생된다(김정우 외,1998). 보건서비스와 복지서비스가 분리 운영됨으로써 필요한 서비스를 제때 공급받지 못하거나 서비스가 중복됨으로써 효율적으로 자원을 활용하고 있지 못하고 노인욕구충족 및 건강유지증진에 기여하지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다(이윤환, 2000; 서미경 등, 2003).

또한, 고령화에 따른 의료급여수급자의 비용증가를 완화하기 위해서는

노인의 양적·질적 변화에 대응할 수 있는 적절한 서비스 제공 체계의 확립의 필요성이 증가하고 있다. 현재의 사후·치료중심·문제해결 중심의 보건복지서비스 제공에서 적극적이고 예방적인 서비스 제공체계의로의 전환 즉, 보건·복지의 원활한 협조와 연계 체계화를 통하여 공공·민간자원의 효율적 활용이 요구되고 있다(보건복지포럼, 2003).

Hill(1990)은 의료서비스의 관심영역과 복지서비스 관심영역이 많은 면에서 중복된다고 하였다. 보건의료 문제와 지역복지는 독립하여 존재하는 것이 아니라 사회, 경제영역과 깊이 관련되어 있어서 보건 및 복지 서비스의 연계 필요성에 대하여 설명하고 있다. 또한, 유럽의 대부분의 나라에서는 노년층을 위한 건강 및 사회케어 서비스의 조정 및 통합서비스 개발이 중요한 문제로 대두되고 있다고 밝히고 있다(Leichsenring, 2004).

결과적으로 별도로 관리되고 있는 의료급여수급자들의 보건복지관련 진료실적을 보건소를 중심으로 건강검진기관, 민간의료기관, 보건교육관련단체 등의 정보 교환을 위한 네트워크 연계 체계 구축을 통해 개인별 건강·질병 정보를 종합적으로 관리하면서 개인별로 필요한 서비스를 지속적으로 제공할 수 있는 체계가 마련되어야 한다.¹⁾ 개개인별 필요 서비스 구축 및 보건복지 관련의 종합적인 서비스 제공과 상담 계도 등을 통한 적정 진료를 유도하고, 관련기관 연계를 통한 중복서비스 방지 등의 실시간 관리를 위해서는 프랑스와 독일과 같은 전자복지카드를 이용한 시스템 구축 방법이 가능할 것으로 보인다.

의료급여 비용절감을 위해서 보건복지 시스템 연계 등의 다양한 방법의 정책 대안이 연구되고 있으나 아직 새로운 의료급여자격시스템에서는 제도

1) 만성질환 관리를 위한 지속적 건강관리체계 구축(이상영 보건복지포럼, 2003)

가 시행된 지 얼마 지나지 않아서 실시간 자격확인 및 진료승인으로 인한 진료비 절감효과에 대한 연구보고서나 보건·복지의 구체적인 연계 구축 모형 및 복지카드에 대한 개념, 기능, 추진방향, 구축모형에 대한 선행연구가 없는 실정이다.

이에, 본 연구에서는 의료급여 제도 변경전후의 의료이용을 조사하여 제도변경으로 인한 진료비 절감 효과가 있었는지 분석하고 보건의료서비스와 사회복지서비스를 지속적, 체계적, 경제적으로 제공하고 효율적으로 관리할 수 있는 자원인프라 구축을 위해 관련 부서 간 협력관계 구축 연계망 조성, 의료공급자의 적정진료를 유도하기 위해서 전자복지카드 정보시스템을 도입한 사례관리 연계 확대 구축 방향과 모형을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 점점 늘어나는 의료급여 대상자를 체계적으로 관리하고 제도상의 문제를 보완하고자 의료급여자격시스템 도입 변경전후의 의료이용실태를 분석하고 적절한 의료이용을 유도함으로써 의료급여 재정을 효율적으로 활용할 수 있는 의료급여 전자복지카드 정보시스템 모형을 설계 하고자 한다.

이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 의료급여 대상자의 의료급여자격시스템 변경전후의 의료이용실태를 파악한다.

둘째, 현행 의료급여자격시스템의 문제점을 파악하여 의료급여 비용절감 방안을 모색한다.

셋째, 의료급여 대상자의 적정의료이용과 비용절감을 위한 전자복지카드 정보시스템 모형을 제시한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 우리나라의 의료급여제도

인간의 삶에 있어서 의료는 의·식·주와 함께 사회보장의 필수품이다(세계인권선언 제25조). 사회양극화 현상으로 인해 경제활동이 어려워지고 가계 수입이 감소한 저소득계층은 질병을 제대로 치료하지 못하고 의료비 지출은 증가하게 되어 더욱 빈곤해지고, 건강도 더욱 악화되는 악순환이 되풀이 된다. 이에, 대부분의 국가에서는 저소득층의 의료비를 정부가 부담하는 공적 부조제도(Public assistance)를 실시하고 있는데, 우리나라 의료보장제도는 사회보험인 건강보험과 공적부조인 의료급여로 이원화되어 있으며 1989년 도시지역 의료보험 실시를 계기로 전국민이 의료보장제도의 적용을 받게 되었다.

우리나라는 1979년 '의료보호' 제도로 시작되어 2001년 '의료보호법'을 '의료급여법'으로 개정하여 생계, 주거, 교육급여와 더불어 급여를 받을 수 있는 권리를 보장받게 되었으며 2003년에는 의료급여 2종 수급자의 본인부담 보상제, 의료급여 진료절차 개선 및 급여 사후연장 승인제도 등을 도입하였다. 2005년에는 질병유무에 상관없이 차상위 계층 가정의 12세 미만 아동까지 확대 하는 등 기초생활 보장 수급자 중 탈락자에 대한 한시적 보호 및 자활 특례자에 대한 의료급여 지원을 통하여 저소득층에 대한 의료보장 기능을 강화하였다. 또한, 그동안 건강보험을 적용받아왔던 차상위 계층 중에서 건강보험의 보장성 취약 등으로 의료비 부담이 높은 희귀난치성질환자, 만성질환

환자 및 18세 미만 아동 등 18만 명을 의료급여 수급자로 전환하여 적용하고 있다. 급여범위도 확대되어 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제가 도입되고, 장애인 보장구에 대한 급여도 확대하여 암, 뇌혈관계, 심혈관계 등 3대 중증질환에 대한 2종 본인부담률을 인하하였고 의료급여 사례관리 제도를 도입하여 독거노인 등 거동이 불편한 계층에 대한 의료보장 역할도 강화되고 있다.

그러나, 아직도 우리나라는 절대 빈곤율이 7.9%이고, 저소득층 중에서 기초생활보장법의 선정기준이 맞지 아니하여 제외된 비수급 빈곤층이 약 250만 명으로 추산되고 있으며(이현주 외, 2005) 잠재적 빈곤층인 차상위 계층이 약 4.2%라고 감안한다면 향후 의료급여수급제도로 흡수되어야 할 대상자는 현재 인구의 약8.7%라 할 수 있다(김미곤 외, 2004).

우리나라 의료급여 예산은 그 규모가 매우 클 뿐만 아니라, 증가율 또한 보건복지부 일반회계 예산보다 몇 배나 빨라 최근 2년간 연평균 24%의 증가추세를 보이고 있다. 2006년도 의료급여 총예산은 국비와 지방비를 합쳐 3.5조원에 이르고 있으며 보건복지 일반회계 예산의 27.4%를 차지하여 2006년도에 정부는 의료급여사업을 위하여 국비 2조 6,623억원을 지출²⁾한 것으로 나타났다. 이는 2000년도 1조 323억원 지출된 것과 비교하여 6년간 의료급여비 지출규모가 2.6배, 1996년 4,459억원과는 10년간 의료급여비 지출이 7.8배로 늘어난 것이다(그림1).

2000년 이래 7년간 본 예산액을 초과하여 2006년 12월 말 현재 미지급액 6,484억원을 합하여 총 1조 4,161억원으로 미지급 진료비가 증가하고 있다(국회예산정책처, 2006회계연도 결산분석).

2) 지방비 제외, 미지급액은 포함되지 않음

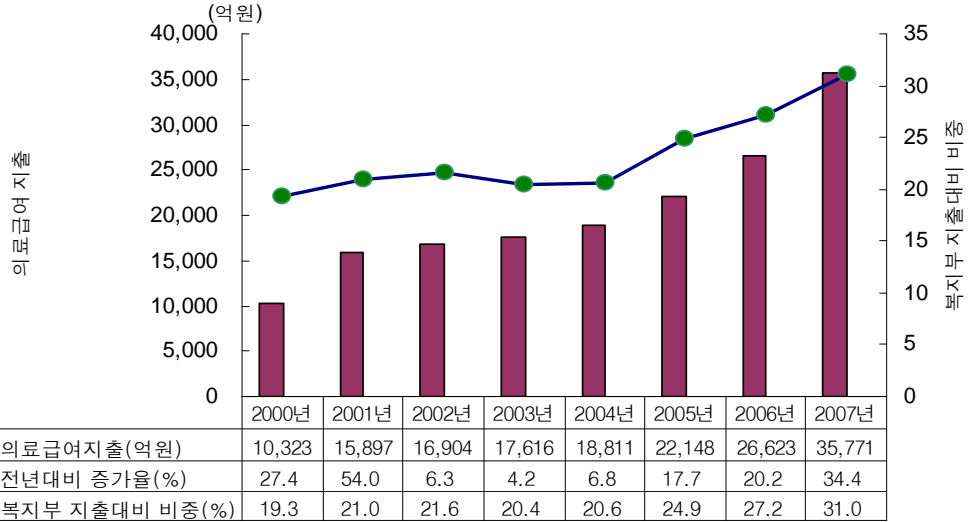


그림 1. 2000~2007년 의료급여비 지출액 및 복지부 지출대비 비중 증가

희귀난치성 질환과 노인 환자에 대한 지원, 저소득층에 대한 의료비 지원 확대, 의료급여기관의 진료비 부적정 청구행위가 급격히 증가 등으로 인해 의료급여 재정은 급격하게 증가하였다. 진료비 의료급여 재정 안정화를 위한 효율적인 관리체계 구축 방안으로 낭비적 요인을 제거하기 위한 새로운 의료급여자격시스템이 2007년 7월부터 시행되었다.

건강생활유지비 선지원을 통해 의료급여 1종 수급자라 하더라도 외래 진료시 병·의원 등을 이용할 때 의원은 1,000원, 병원·종합병원은 1,500원, 대학병원은 2,000원, 약국은 500원, CT나 MRI 촬영시는 비용의 5%를 내야하는 본인부담제 및 선택병의원제 도입, 건강보험 웹서버 이용하여 의료급여수급자 자격 실시간 확인 등으로 제도가 변경되었다(표1).

표 1. 2007년 7월 개선된 의료급여 제도

구 분		변경전		변경후(현행)	
		1종	2종	1종	2종
본인부담 제	입원	×	○	×	○
	외래	×	○	○	○
건강생활유지비		×	×	○	×
본인부담보상제		×	○	○	○
본인부담상한제		×	○	○	○
선택병의원		×		○	
상한일수초과자		연장승인, 급여제한		연장승인, 선택병의원	
급여일수관리		총급여일수 합산		119개 질환군별 산정	
자격관리시스템		×		○	

서비스를 원하는 요양기관은 국민건강보험공단 홈페이지 이용신청을 하고 의료급여 수급권자가 외래 진료시 실시간으로 의료급여자격관리시스템에 인터넷 접속 혹은 국민건강보험 고객센터, 국민건강보험 ARS시스템에 전화 연결하여 수급권자 자격확인 및 건강생활유지비 잔액 확인을 하게 되며, 진료후에는 주상병명, 입(내)원 일수, 투약일수 등을 국민건강보험공단에 통보하여 과별, 내과, 분과별로 진료확인번호를 실시간으로 승인받고 건강생활유지비 잔액에서 본인부담금을 차감하거나 현금으로 수납하게 된다(그림2).

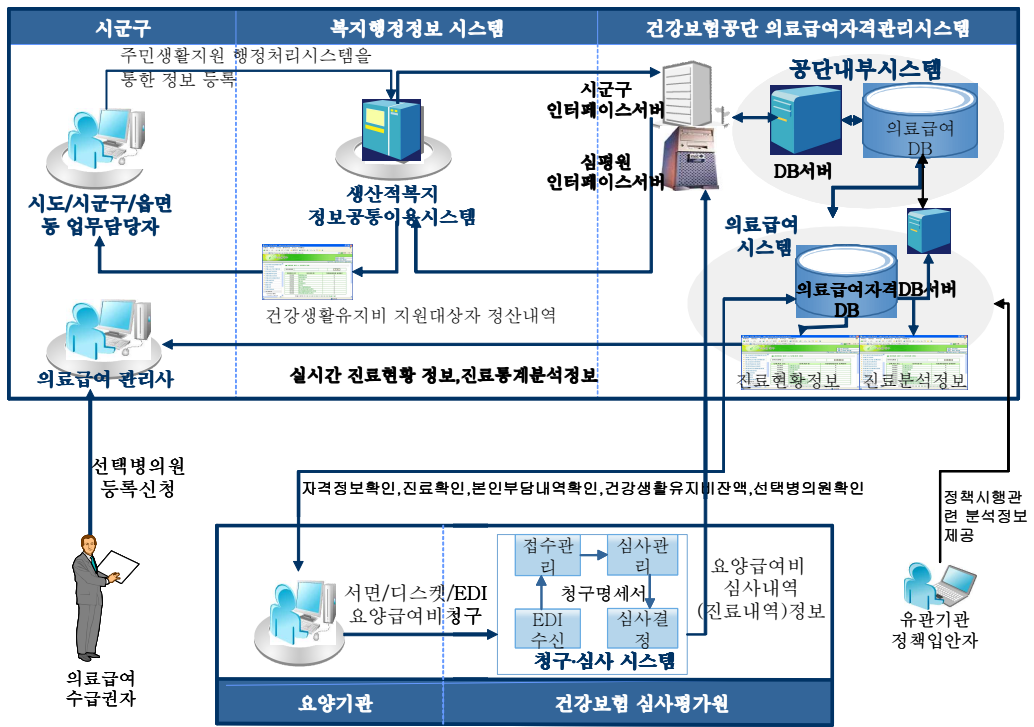


그림 2. 2007년 7월 변경된 의료급여자격시스템 업무처리 흐름도

2. 의료급여수급자의 의료이용

국민건강보험공단의 의료급여통계자료에 의하면 의료급여 대상자 수는 해마다 증가하고 있으며, 인구고령화로 인한 의료급여대상자중 65세 이상의 노인인구가 특히 더 증가하고 있다. 2005년도말 기준 전체 의료보장 인구수 대비 의료급여 대상자수는 2004년도에 3.13%, 2005년도 3.58%, 2006년도는 3.71%로 증가하고, 65세 이상의 의료보장 노인인구 4,371,994명중에서 의료급여대상은 452,480명으로 10.35%로 전체 의료급여 대상 비율 3.58%

보다 높은 것을 알 수 있다(표2).

표 2. 연도별 의료보장 적용인구 현황

(단위 : 명)

구분	총인구 (천명)	의료보장	건강보험	의 료 급 여			
				계	1종	2종	의료부조
1977	36,412	3,200,269	3,200,269	-	-	-	-
1980	38,124	11,368,055	9,226,365	2,141,690	641,732	1,499,958	-
1985	40,806	21,253,682	17,994,913	3,258,769	642,434	2,616,335	-
1990	42,869	44,110,412	40,180,023	3,930,389	695,000	1,958,920	1,276,469
1995	45,093	45,429,041	44,015,900	1,413,141	498,399	914,742	-
1996	45,525	45,891,808	44,603,316	1,288,492	506,756	781,736	-
1997	45,954	46,088,755	44,925,068	1,163,687	496,406	667,281	-
1998	46,287	45,794,823	44,472,127	1,322,696	648,461	674,235	-
1999	46,617	46,820,580	45,183,951	1,636,629	742,844	893,785	-
2000	47,008	47,465,758	45,895,749	1,570,009	810,684	759,325	-
2001	47,354	47,882,147	46,379,161	1,502,986	831,854	671,132	-
2002	47,615	48,080,015	46,659,476	1,420,539	828,922	591,617	-
2003	47,849	48,556,572	47,102,786	1,453,786	867,305	586,481	-
2004	48,082	48,900,835	47,371,992	1,528,843	919,181	609,662	-
2005	48,294	49,153,617	47,392,052	1,761,565	996,449	765,116	-
2006	48,297	49,238,227	47,409,600	1,828,627	1,028,536	800,091	-

출처 : 국민건강보험공단

2005년 연령별 성별 비율을 보면 의료보장 전체 남자 인구중 의료급여 대상 남자가 차지하는 비율이 3.1%, 여자가 차지하는 비율이 4.1%로 약1% 정도의 차이를 보이거나 65세 이상의 노인층에서는 65세 이상 의료보장 남자 인구대비 의료급여 대상 남자의 비율은 7.1%이고 여자의 경우는 12.4%로 의료급여대상자중 65세 이상의 여성의 비율이 5.3%가 더 높다(표3).

표 3. 2005년 연령별 성별 의료급여수급권자 현황

(단위:명)

구 분	계	0~59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세 이상	
의료보장 전체인구	계	49,153,617	42,771,924	2,009,809	1,714,415	1,217,871	1,439,598
	남	24,709,087	22,030,384	956,532	772,227	490,266	459,678
	여	24,444,530	20,741,540	1,053,277	942,188	727,605	979,920
의료급여	계	1,761,565	1,216,606	92,479	123,114	127,559	201,807
	남	767,633	609,439	35,433	39,307	36,578	46,876
	여	993,932	607,167	57,046	83,807	90,981	154,931

출처 : 국민건강보험공단

2005년말 기준 본인부담금을 전혀 내지 않는 1종수급자는 99만 6천명, 진료비의 15%만을 부담하는 2종수급자는 76만 5천명으로 전년대비 증가율이 2005년 23%, 2006년은 21%로 대상자가 점점 증가하고 있다. 또한, 2007년 상반기 건강보험 가입자의 65세 이상 인구는 4,252천명으로 8.9%이나, 의료급여 수급자의 65세 이상 인구는 488천명으로 26.5%를 차지하고 있는 것을 볼 수 있다.

의료급여대상자 수는 점점 늘어나고 있으나 현행 시스템은 타 기관과의 자료연계 부족으로 의료급여 수급자 가운데 재산과 소득이 있으면서도 급여혜택을 받아온 부정수급자가 발생하는 등 의료급여 대상자 선정의 어려움이 있다. 2007년 상반기 의료급여 탈락된 자중 8억대 자산가 2명은 국가유공자로서 국가보훈처가 관리하는 대상으로 국가보훈처에서 소득·재산기준 초과로 2007년부터 의료급여 적용대상에서 제외해 통보함에 따라 의료급여 적용을 제외했고, 한 100명을 조사한 결과에는 정기조사를 통한 탈락자 64명, 자발적 포기자 등 36명으로 자발적 포기자는 정기조사 이외의 사유 즉, 의료급여 수급권이 정지된 자로서 타법에 의한 적용대상에서 제외

된 자, 수감시설 수용자 등이 포함되는 것으로 나타났다.

2007. 1월부터 6월말까지 정부의 정기적인 소득·재산조사를 통해 의료급여에서 탈락되어 건강보험 지역가입자로 전환된 총세대는 2만3954세대로 1세대당 1명으로 봤을 경우 2007년도 의료급여대상자 증가수 12,624명의 2배에 해당된다('06년 대상자수 1,828,627명→'07.6월 1,841,251명).

사회가 더 발전 할수록 사회양극화 현상이 점점 더 심해지고, 연령이 높을수록, 여성일수록 빈곤에 시달리는 노인들이 점점 많아지고 있다. 이에 적정한 의료급여 대상자 관리를 하여 서비스가 필요한 노인에게 적절한 복지관련 서비스가 제공될 수 있도록 하는 제도 보안이 필요함을 알 수 있다.

의료급여 대상자가 늘어남에 따라 총 의료급여 비용도 2007년 상반기 2조 848억원으로 2006년 상반기보다 7.9%증가하였고, 기금부담률은 98.2%, 입원비용은 8.6% 증가한 9,769억원으로 46.9%, 외래의 경우 5.4% 증가한 6,689억원으로 32.1%, 약국은 10.1%증가한 4,390억원으로 21.0%를 차지하고 있다(표4).

표 4. 2006~2007년 상반기 의료급여비용 비교

	2006년 상반기				2007년 상반기				증감률			
	내원 일수 (천일)	의료급여 비 용 (백만원)	기 금 부담금 (백만원)	기금 부담 (%)	내원 일수 (천일)	의료급여 비 용 (백만원)	기 금 부담금 (백만원)	기금 부담 (%)	내원 일수 (%)	의료 급여 비용(%)	기금 부담 금(%)	기금 부담 (%p)
총계	56,835	1,932,549	1,897,592	98.2	57,489	2,084,753	2,046,830	98.2	1.2	7.9	7.9	0.0
소계	41,561	1,533,915	1,501,578	97.9	42,315	1,645,804	1,610,481	97.9	1.8	7.3	7.3	0.0
입원	14,796	899,204	880,507	97.9	15,468	976,875	955,768	97.8	4.5	8.6	8.5	-0.1
외래	26,765	634,711	621,071	97.9	26,847	668,929	654,713	97.9	0.3	5.4	5.4	0.0
약국	15,274	398,634	396,014	99.3	15,174	438,949	436,349	99.4	-0.7	10.1	10.2	0.1

출처 : 국민건강보험공단 2007년 상반기 통계

65세 이상 노인인구 증가에 따른 2007년 상반기 의료급여 65세 이상 노인진료비는 8,010억원으로 2006년 상반기보다 9.6% 증가, 내원일당진료비는 2006년 상반기에 비해 8.5% 증가한 36,791원으로 나타났다(국민건강보험공단 2007년 상반기 통계자료).

의료급여는 대상자 증가와 더불어, 수진자 자격관리 미흡, 정보시스템 미구축의 관리운영 미흡, 급여 범위 확대, 수가인상, 진료 및 약국 조제시 중복처방, 과잉진료, 의료기관의 부당허위청구로 인한 진료비 재정 증가와 수진자별 누적 통제관리 미흡 및 일부 의료급여 수급권자들이 진료와 약 처방이 무료라는 점을 악용, 무분별하게 쇼핑하듯이 의료기관을 이용하는 도덕적 해이 등으로 인한 진료비 증가요인의 문제점이 나타나고 있다(그림3).

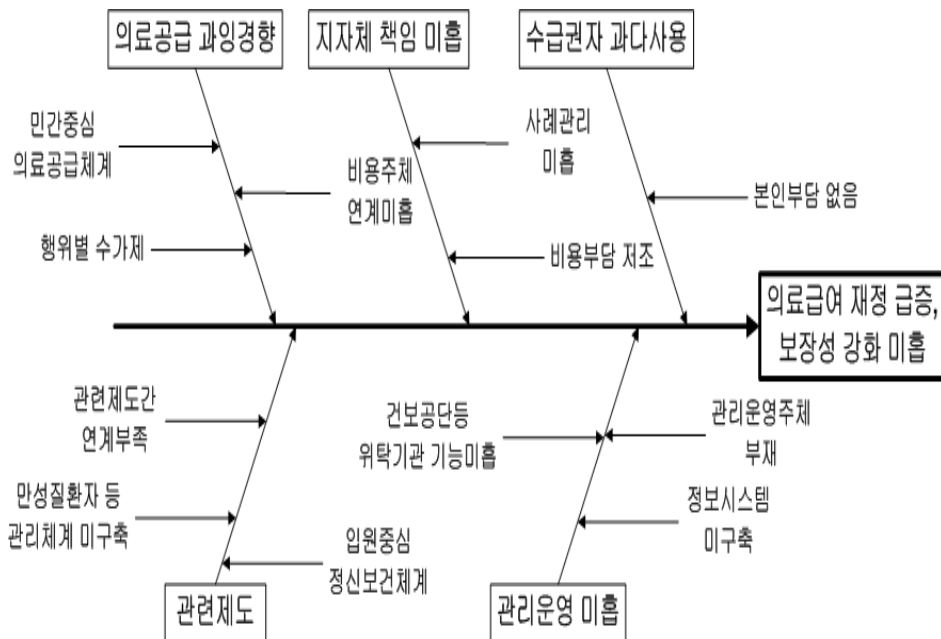


그림 3. 의료급여 재정증가 발생구조 (보건복지부, 2006)

사례관리 대상자의 의료이용 적정성에 대한 의료급여 관리사의 평가에서는 도덕적 해이나 합리적 판단의 문제가 관찰되었다. 사례관리를 담당하는 의료급여 관리사들은 수급자의 의료이용 행태에 대하여 여러 기관을 방문하는 의료쇼핑 행태를 보이는 대상자가 50.0%이며 이들이 의료쇼핑 하는 이유 중 26.4%는 본인부담금이 없어 여러 의료기관을 이용하는 것으로 외래이용에서 63.8%, 입원에서 27.6%, 간단한 치료에도 전문치료를 하는 경우가 21.4%로 나타났다(김의숙외, 2007).

2005년도에 가장 자주 병원을 찾은 수급자는 2,287회로 1년 내내 매일 6~7번의 진료를 받았으며, 많게는 매일 27번의 진료를 받은 경우로 매일 병원과 약국을 방문하는 의료급여자도 있었다. 이것은 1종 의료급여 수급자들이 무상의료의 혜택을 누리고 있기 때문에 수급자의 도덕적 해이와 의료기관의 불법행위 등 문제로 많은 진료비가 발생하여 의료급여 재정의 부족으로 당해 연도의 예산이 부족됨으로써 진료비 지급이 누진적으로 지연되고 있다.

의료급여수급자의 도덕적 해이(Arrow, 1963)는 본인부담이 없거나 낮은 의료서비스 가격 때문에 과도하게 의료서비스를 이용 즉, 의료급여수급자가 실질적으로 지불하는 의료서비스 가격이 적정수준의 가격보다 낮기 때문에 초과 수요가 발생하고 이에 따른 정부의 의료급여에 대한 지출이 증가하게 되어 재정 부족 현상이 발생되고 있다.

복용하는 약물의 의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사(퍼스트디스, 2006.4)-표본 추출된 환자의 3% 이상에서 3개월간 투약일수 합이 200일을 넘는 것으로 조사-에 따르면 의료급여 수급자들은 만성질환, 여러 가지 질환을 가진 노인, 의도적 의료서비스 남용 등 여러 가지 이유로 일상적으

로 2곳 이상의 의료기관을 중복 방문해서 처방받는 약을 복용하고 있는 것으로 나타났다.

보건복지부의 2006년도에 허위 부당 청구 의료기관 현지조사 실시 결과에 의하면 부당금액이 약35억원에 달한다. 산정기준 위반과 본인부담금 과다징수 등 부당청구가 18억 5천 400여만원(52.4%)이었고 실제 행하지 않은 진료행위나 약제비 청구, 입.내원 일수 늘리기, 이중청구와 같은 허위청구가 16억 8천 400여만원(47.6%)이었다(표5).

보건복지부의 의약품 중복처방 및 병용금지 의약품 투여 현황을 조사한 결과에 의하면 중복처방비율은 18.6%이었다. 현재 시스템은 타 요양기관의 진료내역 및 처방받은 의약품에 대한 정보를 의료기관에서 확인 할 수 없으므로 중복처방이 가능하다. 이에 중복처방 및 허위처방을 방지하기 위한 시스템 도입이 필요하다.

표 5. 2006년도 보건복지부 허위 부당 청구 조사 유형별 현황

(단위 : 천원, %)

유 형		부당금액	
합 계		3,539,253	100.0
허위 청구	소 계	1,684,423	47.6
	실시하지 않은 진료행위, 투약 청구	1,605,861	45.4
	입내원일수 증일·끼워 넣기	73,927	2.1
	비급여 진료 후 이중청구	2,220	0.5
	기타	2,415	0.5
부당 청구	소 계	1,854,830	52.4
	산정기준 위반	1,427,945	40.4
	본인부담금 과다징수	151,109	4.3
	의약품 대체청구	34,721	1.0
	기타	241,055	6.8

현재의 진료비청구 명세서별 심사방식으로는 여러 의료기관에서 받아서 동시에 복용하는 약의 상호작용이나 중복투약 등으로 인해 발생하는 안정성 문제에 대한 사전/사후 평가가 불가능하므로 특별한 대책이 없을 경우 약화사고의 위험이 그대로 방치되어 있는 상황이다. 병용금지 의약품 처방은 건강보험의 경우 수진자 비율이 1.5%인 반면 의료급여는 8.13%로 의료급여가 약화사고의 위험에 더 노출되어 있다. 이처럼 중복 투약하는 환자들은 적절한 조치 없이 약화사고의 위험에 노출되어 있으며, 매우 심각한 부작용 발생의 위험을 내포하고 있다.

의료급여비 증가에 영향을 미치는 요인으로 건강보험심사평가원의 연구자료에 의하면 수가인상, 급여범위 확대, 인구 노령화, 대상자 확대 등의 증가할 수밖에 없는 필연적 증가요인과 공급자 과잉, 부당청구 및 수급권자의 의료이용 남용 등의 통제 가능한 증가요인이 있다. 의료급여 진료비 증가의 자연증가 요인에 의한 기여율은 의료급여 1종이 총 진료비 증가분의 71.7%이고 질병구성 및 질병난이도 변화에 의한 기여율은 1.96%, 관련 대책 마련으로 통제가 가능한 부분이 28.3%로 산출되었으며, 약30.3%가 적용인구1인당 입·내원일수(18.3%) 및 내원일당 진료비(12.0%) 증가에 기인한 것이다(표6).

표 6. 의료급여 1종 대상자 진료비 증가요인별 기여율

(단위 : %, 억원)

구분			증가원인	총진료비 증가분 중 기여율	증가 금액	증가 금액 비	
진료비 증가 (100%)	제도적 측면	필요 증가	수가인상	17.4	804	2.48	
			급여범위 확대	13.6	628	1.94	
	적용 대상자 증가	필요 증가	인구 노령화	0.8	37	0.14	
			대상자 확대	37.9	1,751	5.41	
	1인당 내원일수 (방문일수) 증가	필요 증가	질병의 난이도 증가		18.3	A	A
		불필요 증가	환경적 요인	장기요양서비스 요구의 부적절한 이용(대체서비스 부족)			
			공급자 요인	공급자 과잉/부당청구			
			환자 요인	도덕적 해이			
	내원일당 진료비 증가	필요 증가	질병구성의 변화/질병의 난이도 증가		12.0	C	C
		불필요 증가	공급자 요인	공급자 과잉/부당청구			
			환자 요인	도덕적 해이			
증가금액(억원) = 2001년~2005년 평균진료비증가금액 x 기여율				A+C	A+C	A+C	
증가금액비(%) = $\frac{\text{증가금액}}{\text{2005년의료급여총진료비}}$				2.0	91	0.28	
* 2005년 의료급여 총진료비(3,237,171,723천원)				B+D	B+D	B+D	
				28.3	1,308	4.04	

출처 : 건강보험심사평가원 적정화 방안(2006.10)

의료급여 진료비 증가금액은 2001년부터 2005년까지 평균 진료비 증가금액을 기준으로 증가요인별 기여율로 환산했을 경우 의료급여1종에 대하여 통제가 가능한 부분은 최대금액이 약1,308억원으로, 2004년부터 2005년 진료비 증가분의 약21% 즉, 2005년 의료급여 총진료비의 약4%로가 된다.

의료급여1종의 경우는 관련 대책마련 등으로 인해 총진료비의 28.3%정도를 절감시킬 수 있는 것으로 보여 지나, 의료급여 2종의 경우는 자연증가 요인에 의한 기여율이 약99%에 달함으로 인해 관련 대책 마련으로 통제가능한 부분이 사실상 매우 적은 것으로 나타났다. 이에 의료급여 진료비를 절감하기위해 오남용자에 대한 사례관리 강화 및 적정 의료급여비용

청구유도를 통해서 그 효과가 나타나고 있다.

의료급여 사례관리 대상자의 인구사회학적 특징을 보면 노령집단, 노령 여성집단, 배우자가 없는 집단, 독거노인이거나 노인부부집단, 무학이나 저학력집단, 건강상태가 매우 나쁜 집단, 장애집단의 특징을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 365일 장기의료이용자의 경우 대체서비스가 있을 경우 조사대상자중 41.5%가 의료이용 감소가 가능하다고 보았다(김의숙외, 2007).

2005년도 7,270건에 대한 사례관리 실적분석 결과 사례관리대상자의 총 급여일수는 17.9%(4,871천일→4,022천일), 총급여비용은 17.2%(279억원→231억원)감소된 것으로 나타났다. '06.7월부터 오남용자에 대한 사례관리 강화 및 적정 의료급여비용의 청구 유도, 관리 운영시스템 개선 등 단기 혁신대책을 추진하여 '06년도에는 평균 진료비 증가율이 '05년도에 비해 21.4%로 감소한 1,062억원 규모의 절감효과가 있었다. 1인당 월평균 진료비는 2006.8월을 정점으로 감소세로 돌아서서 1/4분기에 1인당 월평균 진료비가 175천원에서 3/4분기 188천으로 증가했다가 4/4분기에는 180천으로 감소하였다. 이 금액은 '06년도 총진료비의 2.7%를 차지한다(보건복지부, 2006).

고혈압과 당뇨병 사례관리를 통해 혈압 및 혈당 조절율이 매우 향상됨을 볼 수 있었으며 이에 대한 경제성 평가 결과 4개월의 실적에서 순편익이 193억원으로 나타났다('07.8, 맞춤형 방문건강관리 사업의 경제성 평가, 김진현). 2003년도에 실시한 의료급여 사례관리 시범사업을 평가한 결과에 의하면 의료급여 수급권자의 건강관리 수준이 높아지고 삶의 질이 향상되었으며, 의료비용 절감효과가 입증되었으나, 복합적인 문제에 대하여 사례관리자의 역할을 제대로 수행하지 못하고 있음이 지적되었다(연세대학교 사회복지연구소, 2004).

3. 보건복지서비스의 연계 및 통합

인간은 건강한 상태에서부터 사망단계의 종말기까지 각종 서비스가 연계적으로 제공될 수 있어야 한다. 건강한 상태에서부터 종말기에 이르기까지 다양한 요구를 충족시키기 위해서는 여러 서비스들이 함께 연계되고 조화되어서 제공되어야 한다.



그림 4. 연속적 보건의료서비스의 흐름도(선우덕, 2005)

고령화·핵가족화 등 사회경제적 여건변화로 국민의 복지욕구가 급증하고 관련 복지정책 및 예산도 지속적으로 확대 되고 있으며, 지방화에 따라 중앙정책의 지방이양 등 지방의 자율성·책임성이 강화되고, 민간의 복지 참여 확대로 민간분야의 복지기능이 확대 추세이다. 또한, 산업과 노동시장, 소득 각 부분에서 사회 양극화가 구조화되어 가고 엄격한 수급책임기준으로 인해 저소득층 빈곤정책에 다수의 사각지대가 발생하고 있다. 복지 서비스 전달체계에 있어서도 복지인력·서비스 연계 협력구조·정보화 등

에 있어 정책 집행 인프라가 부족하고 서비스 기관별 전달체계의 분산으로 보건·복지·고용이 연계된 One-Stop 서비스가 이루어지지 못하고 있다.

다양한 민간기관·단체들을 통해 지역주민들에게 보건 및 복지서비스가 제공되고 있으나, 시·군·구와 읍·면·동 간 공공전달체계 및 지역사회 내 공공-민간분야 상호간의 연계체계가 미흡하여 서비스의 중복·누락이 발생되고 있다. 또한, 지역의 복지문제를 지역주민에게 통합적 서비스를 제공할 수 있는 연계·협력 체계 구축에 대한 필요성이 제기되고 있다.

특정한 정책분야들내에서 민간부문, 공공부문 할 것 없이 행위자들을 열거해 주고, 중요한 정책 등에 초점을 맞추면서 상호작용하는 행위자들의 관계를 알려주어 정보화 사회에서 노인복지를 실천하는데 있어서 정보네트워크를 구축하여 부분간 협력관계의 구축, 연계망 조성(networking)을 위한 환경 정비가 주요 과제가 될 것이다. 정보화의 급진전에 따라 사회복지의 공급자와 이용자 간에 정보의 집적, 유통, 공유를 가능하게 하는 복지 부분의 인프라 구축이 제반 시스템 설계에 중요한 요소가 되고 있다³⁾(강혜규).

의료수급자의 적정의료이용 유도를 위한 정책으로는 의료급여 수급자의 의료이용을 부추기는 생활지원 문제로 복지서비스를 필요로 하고 있어 보건과 복지서비스가 통합적으로 제공되어야 하며, 서로 돕는 상호부조, 직업재활 등의 자립의지를 북돋는 복지 정책이 필요하다고 말하고 있다(김의숙 외, 2007).

3) 강혜규, “참여복지 6개년 계획 : 사회복지행정부문”, 보건복지포럼. 통권87호,2004,p30.

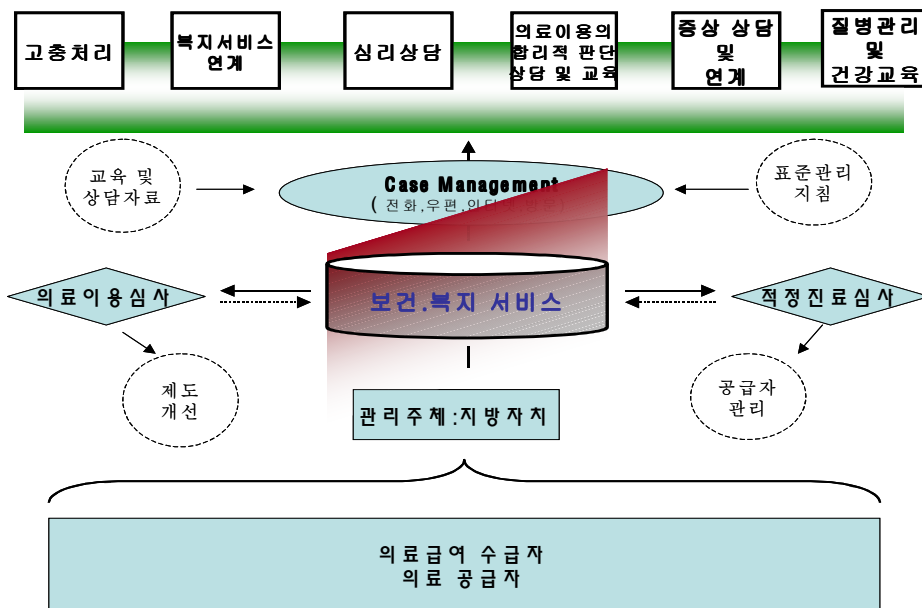


그림 5. 적정의료를 위한 보건·복지 시스템 모형

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안(김의숙외, 2007)

우리나라는 세계 유래 없이 빠른 고령사회 진입으로 경제적 어려움, 건강문제, 고독 및 상실감 등의 노인문제, 가족구조의 변화로 노인 단독세대 비율이 증가하고 있으며 노인들은 시설보호 보다 지역사회에서 부양 받기를 선호하고 있다. 이에 지역사회의 공식적, 비공식적 자원이 하나로 형성되어 이들이 특성에 맞는 서비스를 제공 받을 수 있도록 공공·민간기관 협력하에 '지역사회 중심의 보건복지 연계서비스 체계 모형 개발 및 구축'의 필요성이 대두되어 지역사회를 중심으로 한 '연계' 사업이 전개되고 있다.

보건복지사무소 시범사업은 1980년대 초부터 논의를 시작하여 1992년 사회복지사업법에 '복지사무전담기구'에 관한 규정이 신설됨으로써 법적 근거를 마련하여 1994년 6월 보건복지부가 구성한 사회복지정책심의위원회

에서 「2000년대를 대비하는 사회복지정책 장기발전계획」의 일환으로 1995년 7월부터 1999년 12월까지 4년 6개월 동안 전국5개지역-대도시 2개(서울시관악구, 대구시달서구), 중소도시 1개(안산시), 농어촌2개소(강원도 홍천군, 전라북도 완주군)-에서 보건복지사무소 시범사업을 실시하였다.

취약계층을 주요대상으로 하여 지역주민들에게 보건·의료와 사회복지서비스를 포함하는 포괄적인 서비스를 제공하는 방안을 마련하기 위하여 보건소 조직내에 사회복지담당 부서를 신설하여 시범기간동안 보건의료 및 복지서비스 기능을 연계·수행하는 시범사업을 운영하였다.

2004.7월부터 2006.6월에는 2년 동안 급증하고 있는 복지수요에 적절하게 대응하고, 복지사각지대를 실효성 있게 해소하기 위해서 사회복지 전달체계 개선의 일환으로 대도시, 중소도시, 농어촌 등 9개 지역을 대상으로 사회복지사무소 시범사업이 추진되었다.

사회복지사무소는 보건복지부, 여성가족부 등 중앙부처의 서비스가 시도, 시·군·구를 거쳐 읍·면·동의 사회복지전담 공무원을 통해 복지대상자로 전달하는 공공복지 전달체계의 비효율성을 해결하기 위해 새로운 전달체계를 도입하기 위한 것이었다.

복지서비스를 필요로 하는 대상자가 직접 복지 상담실로 서비스를 요청하면 조사 담당팀에서 대상자를 조사 대상자를 선정하고 서비스 수준이 정해지면 연계팀으로 넘겨져 서비스를 제공받고 관리를 받는 것이었다.

시군구별로 1개소를 설치하는 것을 원칙으로 주민이 이용하기 편리하도록 사회복지전담 공무원을 배치하여 분야별로 전담팀을 구성하여 업무의 전문성을 강화하고 읍면동별로 하던 공통행정업무는 통합·집중하고 대상자별 서비스는 전문화하는 방향으로 진행하게 되었다. 그러나 시범사업은

더 이상 확대하지 않고 2006년 6월에 종결되었다.

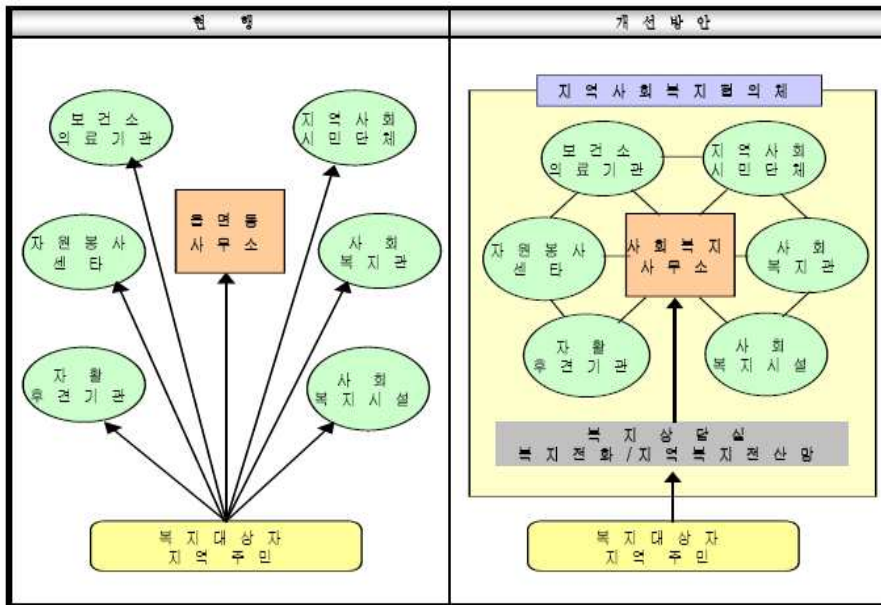


그림 6. 사회복지 사무소 전달체계

보건과 사회복지의 연계방안으로 서울시 은평구 보건소에서 실시되었던 보건복지연계 사례관리 사업은 각종 보건의료 및 사회복지 서비스를 제공 받고 있는 노인들을 대상으로 시범사례를 선정하고 1996년 4월부터 보건소의약과 가족 복지계에서 사례관리팀을 조직하여 가정도우미 사업을 진행하였다.

가정도우미는 보건의료 서비스가 필요한 수혜자들을 방문간호사에게 연결하여 적절한 서비스 제공이 가능하도록 하였으며, 사회복지사·서울시 유급 가정도우미 운영주체·보건소 방문간호사 등이 한 팀으로 구성되어 신체적 정신적으로 일상생활이 어려운 노인 및 일정 소득 이하의 저소득층 장애인을 직접 가정방문하여 각종 편의를 제공함으로써 안정된 생활을 할

수 있도록 하는 것이다. 은평구에선 구청의 가정복지과가 아닌 보건소 의 약과 가족 복지계에서 운영함으로써 보건소가 보건서비스 및 사회복지 서비스간의 연계에 필요성을 받아들이고 민간기관인 사회복지관의 참여와 협조를 이끌었기 때문에 성공적으로 추진될 수 있었다. 사례대상자에 대한 중복서비스 제공은 발생하지 않았으나 여러 기관의 개별 서비스들이 특정 대상자에게 집중되는 현상과, 정보의 제한으로 한정된 서비스를 제공할 수 밖에 없었다.

사회경제적 환경변화에 따라 복지수요와 정책이 지속적으로 확대되어서 사회복지 전달체계의 효율적 운영이 필요하며 사회양극화 및 저출산·고령화 등으로 복지수요가 크게 증가하고 있다. 노인·보육·장애인·여성 등 인구 특성별로 다양한 복지관련 욕구가 증가하고 있으며 중앙·지방정부의 복지정책이 강화되고, 사회복지예산도 지속적으로 확대되고 있다.

그러나 행정체계는 공급자 중심의 개별적인 서비스 제공체계를 이루고 있어 주민불편을 야기하고 정책집행의 효율성·체감도를 저하시키고 있으며 공공·민간영역에서 다양한 서비스가 제공되고 있음에도 불구하고 수요자는 적절하게 정보를 제공받지 못하는 한계점을 드러내고 있다.

국민은 제공주체와 상관없이 자신이 원하는 모든 서비스를 통합적으로 제공받고, 종합적인 정보를 얻고자 한다. 따라서, 정부는 사회복지를 포함한 주민생활지원서비스 행정체계를 수요자 중심으로 개편하여 주민의 삶의 질 향상과 각종 정책의 효율적인 수행을 위해 시군구 및 읍면동의 행정체계를 개편하여 찾아가는 서비스를 실현하고자 한다. 서비스 접근성·신뢰성·체감도 제고, 주민생활지원 서비스 전반에 대한 통합적인 연계시스템 구축과 종합적인 정보제공 체계를 구축하여 주민편의 증진 참여정부의 핵심·역

점 과제로 관리하여 범정부적으로 추진할 계획이다.

정부는 일반 행정·민원 중심으로 운영되는 읍면동사무소에 “주민생활지원담당”을 설치하고 인력을 확대 배치하여 주민생활 지원기능 중심으로 개편 현장방문, 심층상담, 정보제공, 관련기관 의뢰·연결 등 현장성·접근성 기능을 강화한 통합서비스 제공을 위해 필요한 공공기관(고용안정센터, 지방교육청, 보건소 등)간 연계방안을 마련할 계획이다. 공공기관 및 민간기관에서 제공하는 각종 서비스에 대한 종합 정보제공 시스템 구축 추진하여 지역사회 자원 정보망의 구축과 서비스 수요자 정보 공유로 서비스 중복 및 누락 방지와 자원 확충을 도모한 수요자 중심의 통합적 복지 서비스 제공의 지역사회 복지협의회를 구성할 계획이다.

4. 외국의 보건 의료서비스

가. 각국의 사례

1) 미국의 사례

미국에는 연방정부와 주정부가 같이 운영하고 주로 빈곤층을 대상으로 한 공적 부조 프로그램으로 우리나라의 의료급여제도와 비슷한 메디케이드(Medicaid)가 있다. 미국은 메디케이드로 제공되는 의료 필수서비스 제공 총량 및 제공기간에 대한 제한을 두어 부적절한 지급경비나 불필요한 의료 서비스를 삭감하고, 연간 입원기간, 1개월 당 허용 처방수 및 약제비, 일정 기간 의사 방문횟수 등을 규제하고 있으며 약제비를 통제할 수 있는 전산 정보체계(EDS Inter-Change Heritage Information System)을 활용하여 처

방전의 오남용을 감소시키고 있다. 또한, 주정부의 메디케이드 재정 부담을 절감하기 위해 의료서비스 비용의 일부를 부담시키고 있으며, 각 주정부는 메디케이드 오남용에 대한 감시, 조사권한을 갖는 관리 기구를 설치·운영 중이다.

메디케이드 재정악화의 원인은 제도의 비효율성 문제보다는 수급대상자 증가, 인구고령화에 따르는 의료비용 증가로 판단하였다. 이에, 수급자의 의료보호 욕구에 대한 최적화 서비스를 제공함으로써 불필요하고 중복적인 서비스 사용을 억제시키고, 예방약 중심으로 급여범위를 확대하여 장기적인 지출 규모를 축소하였다. 또한, 전산정보망을 활용하여 의료서비스 제공 비용을 절감하고 서비스 제공자들간의 조정역할을 강화했으며 장기요양서비스 확충 및 서비스 개선을 통해 메디케이드 노령수급자에 대한 지출을 축소시켰다.

미국은 1973년에 샌프란시스코 차이나타운에서 포괄적인 의료서비스에서부터 복지서비스까지 원스톱 서비스를 제공하기 위해 낮동안에는 노인들이 지역사회센터에서 시간을 보내고 저녁에는 자신들의 집으로 돌아가는 온락(On Lock) 프로그램이 시작되었다. 이 프로그램은 1987년 메디케어·메디케이드 시범프로그램으로 시작된 PACE(the program of all inclusive care for the elderly)의 모델이 되었다(Larson, 2002). PACE 대상자는 메디케이드에서 PACE프로그램을 제공하는 주(State)에 거주하는 55세 이상인 자로 너싱홈 수준의 돌봄이 필요하다고 주정부로부터 인정받은 사람을 대상으로 하나, 대체로 PACE의 적용을 받는 대상자들은 80세 이상으로 의학적 문제와 함께 일상생활수행능력에 어려움을 가진 사람들로 절반가량은 치매를 가지고 있는 등 중증질환을 가진 노인들이다. 의사, 치과의사, 청각학자

(audiologist), 검안사(optometrist), 족병학자(podiatrist), 언어치료사, 사회복지사, 영양사, 간호사, 가정봉사원, 작업치료사, 물리치료사, 운전사 등이 참여하는 다학제적인 팀을 이루어 PACE 서비스를 제공하고 있다.

2) 노르웨이의 사례

노르웨이 보건의료 서비스 부는 “건강 불평등 완화를 위한 국가전략”에서 모든 사람에게 공평하게 분배되고 있지 않고 대체적으로 경제적으로 부유한 사람이 건강도 좋은 것으로 보았다. 이러한 사회 시스템적 건강불평등 해소를 위해서 소득, 유년기 환경, 고용 및 근무 환경, 의료서비스 이용, 사회통합 등의 측면에서 불평등을 막기 위한 정책적 노력이 필요하다고 밝히고 이를 위해서 4가지 국가 전략 방향을 제시하고 있다.

첫째, 안정된 유년기, 공정한 임금 분배, 교육기회의 평등한 제공 등을 보장하기 위해 정부의 노력과 투자가 필요하다. 둘째, 개인이 건강한 생활 방식을 취하는지 여부도 사회적으로 결정되는 측면이 많기 때문에 건강한 생활방식을 장려하는 정부의 정책적 노력이 필요하다. 셋째, 여러 사회적 장벽으로 교육, 고용 등에서 소외된 계층에 대한 사회통합 노력이 필요하다. 넷째, 건강의 불평등은 다른 분야의 불평등과 긴밀히 연관되어 있기 때문에 이를 체계적으로 모니터링 해 줄 수 있는 시스템의 마련이 필요하다고 말하고 있다. (노르웨이, 건강 불평등 해소를 위한 계획발표 2007.5.15)

3) 독일의 사례

독일은 의료기술의 발달과 인구고령화로 초래된 의료비의 과도한 상승은 의료보험 재정적자로 연결되고 있다고 보고 Agenda 2010에서 의료비

삭감을 위한 「의료보험현대화법」을 제시했다.

진료의 투명성 확보 및 가입자의 진료비 인식 개선을 위해 의료서비스 내용에 대한 진료영수증 발급을 의무화하고 전자운영방식의 보험 카드 제도를 통해 중복검사 방지 및 응급 의료 시 의료정보 공유체계를 개선하였다. 또한, 주치의제도를 의무화하고 의약품에 대한 효율적 관리기능 강화 및 중복검사 방지를 위한 합동진료센터를 설치 운영하고 '의료서비스 오남용신고센터'설치 의무화를 통해 불필요한 이용과 과다진료를 억제하고 있다.

독일은 1988년 12월에 보건의료법을 개정하여 1993년말 1차 카드 발행, 1995년 전 지역 시행, 2005년 3월엔 독일의 사회보장카드 및 신분증을 하나로 통합하고 이 카드를 통해 전자정부 서비스에 접근할 수 있도록 하는 공통의 단일 전자카드를 구현할 계획이라고 밝힌바 있다.

전자 의료카드는 환자에 대한 진단 및 진료정보가 저장되어 있는 카드로 의사, 병원, 약국 등에서 이 카드를 사용해 환자에 대한 상세한 정보를 쉽게 접근할 수 있어 고수준의 치료 제공과 편리하고 신속한 서비스 제공이 가능하며 환자 본인도 본인의 과거 치료과정 등에 대한 추적이 가능하다. 또한 X-ray 등 모든 진찰 및 진단과정이 저장되어 있기 때문에 값비싼 진찰이 이중으로 실행되는 것도 방지될 수 있다고 한다. 전자 의료카드관련 전문가들의 조사에 의하면 이와 같은 전자 의료카드 도입은 독일 보건 시스템 현대화를 위해 필수적이며, 이 전자 의료카드로 인해 이중 진찰 등이 방지됨으로 비용이 현저히 절감되며 진료 수준도 향상될 것으로 평가하고 있다.

2007년 독일이 새로 도입할 전자카드 디지털 의료서비스 솔루션은 중복

진찰을 예방하여 의료서비스의 불필요한 사용을 줄이고 전자처방전을 저장하여 문서작업을 크게 줄일 것으로 보고 있다. 환자의 신분을 엄격히 확인하는 보안기기 역할을 수행하여 사기로 인한 비용을 절감하고 사생활보호에 기여하며, 혈액형, 알리지 정보, 치료기록과 같은 응급 데이터를 포함한 전자 의료파일에 접근할 수 있다. 인증된 의료 인력은 환자가 카드의 개인 식별번호를 입력하여 동의를 표기해야 개인정보를 조회할 수 있도록 되어 있다.

4) 프랑스의 사례

프랑스는 보건법이 정하는 의료종사들에게 자신의 신원을 증명하고, 의료정보체계에 접근과 의료인으로서의 자격을 입증해주고, 자신이 행한 진료행위에 대해 전자서명을 가능케 해주는 의료인카드(CPS : Carte Professionnelle de santé)를 발급하고 있다. 의료인 카드는 본인의 컴퓨터에 입력된 자료를 전송하고 보안관리 되고 있는 데이터베이스의 접근을 가능케 해준다.

1985년 질병보험 정보입력 전자체계(SESAM) 프로젝트의 도입 결정이후 1998년 환자카드인 Vitale Version 1 카드 발행, 2001년 4월 현재 1억5천만 건의 전자진료카드를 통한 처방전 발행건수를 기록하고 있다.

보험가입자의 Vitale 전자카드는 종이로 된 사회보험카드를 대체하여 자격여부를 확인하고 전자 처방전을 작성하며 행정정보만을 담고 있고 진료 기록부를 대체할 수는 없다.

진찰실에 의사의 IC카드(CPS:Carte Professionnelle de Sante) 및 환자의 IC카드(Vitale카드)를 읽어내는 장치가 부착되어있고, 또 질병금고와 각 진료시설·약국 등을 연결하는 인트라넷인 사회의료네트(RSS: Reseau Sante

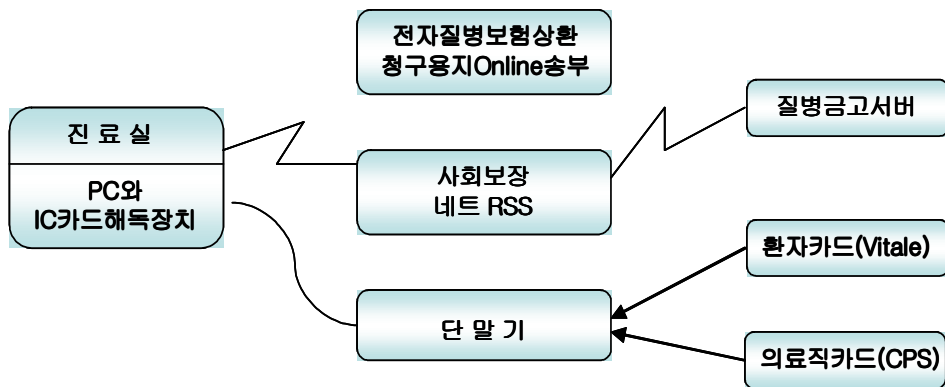


그림 7. IC카드와 회선을 이용한 의료정보시스템의 구축

출처 : 프랑스 IC카드의 실상(이효진)

Sociale)에 연결되어 있다. 의사가 본인의 CPS를 IC카드 해독기에 삽입하고, 환자 카드(Vitale 카드)를 IC카드 해독기에 삽입한 후 의료직이 상환에 필요한 정보(실시한 진료행위 코드와 요금 등)를 입력, 의사 및 환자 각자가 화면상의 정보를 확인한 후, 암호번호를 입력하고 질병보험 상환청구용지를 인쇄하여 환자에게 전해준다. 1일 진료 종료 후 질병금고별로 묶은 전자질병보험 상환청구용지(FSE:Feuille de Electronique)를 각기 금고에 RSS를 통해서 보낸다. 그때 CPS를 다시 삽입하고, 암호번호를 입력해야 한다.

Vitale카드(Vitale I)는 가족단위이며 또 내용도 소속한 금고의 종류, 성명 등 상환청구에 필요한 최소의 정보로 한정되어 있다. 현재, 실험중인 Vitale II 카드는 개인카드로 지금까지의 기본적인 정보에 본인의 사진, 알레르기 기록, 병력, 진료기록(과거 3개월) 등의 구체적 진료정보 등이 기록될 예정이다. 의료직은 환자의 정보를 RSS를 통해 공유할 수 있으며, 현재 실험중인 게이트키퍼 시스템 및 네트워크 시스템의 틀과 맞춤으로써 보다 높은 질의 진료 연계·병원진료 연계체제를 구축할 수 있게 된다.

약국에서는 코드화 된 정보에 의해 질병금고가 그 내용을 상세하게 분석하는 체계가 많은 진전을 보이고 있다. 개업의 의료에서 처방되고 있는 약제의 약 95%는 전국피용자의료보험금고(CNAMTS)의 정보를 얻어 종류별로 어떤 의약품의 처방량 증가폭이 큰지 등에 대해 계통적으로 분석하고 있다. 의사가 환자의 집으로 방문 진료할 때 환자의 Vitale 카드를 해독하고, 처방전을 전송할 수 있는 휴대용 카드해독전송기가 필요하다.

5) 일본의 사례

일본의 이즈모시시는 1991년 4월부터 이즈모시의 65세 이상 고령자들을 대상으로 '종합복지카드'를 발급하고 있다. 이 카드는 8천자까지 입력될 수 있도록 되어 있으며, 카드에는 가족사항, 현주소, 본적, 연금수첩 등 여러 가지 행정데이터와 혈액형, 혈압, 병력(病歴), 연금수첩, 보험증 등 모든 의료데이터를 수록하여, 언제 어디서 불의의 사고를 당하더라도 응급처치가 가능하도록 하고 있다.

이 카드로 인감 및 신분증이 가능함으로 눈이 나쁜 노인들이 무슨 신청서나 신고서를 쓰지 않고서도 필요한 증명서를 바로 발급 받을 수 있게 되었으며, 매년 실시하는 건강진단의 결과도 이 카드에 입력되기 때문에 계획적인 건강관리를 할 수도 있다. 이 종합복지카드 하나로 의료·복지·행정기능에다가 금융기관까지 추가된 카드로 발전되었다.

나. 각국 사례의 시사점

1970년대를 경과하면서 서구 복지국가들이 직면한 과제는 급속한 국민 의료비의 증가로 인한 국민부담의 증가를 어떻게 억제할 수 있는가의 문제

로 압축된다. 더욱이 이같은 의료부문의 과제는 국가 전반의 효율성 제고라는 거시적 과제와 결합함으로써 개혁의 정당성과 추동력을 부여받았다.

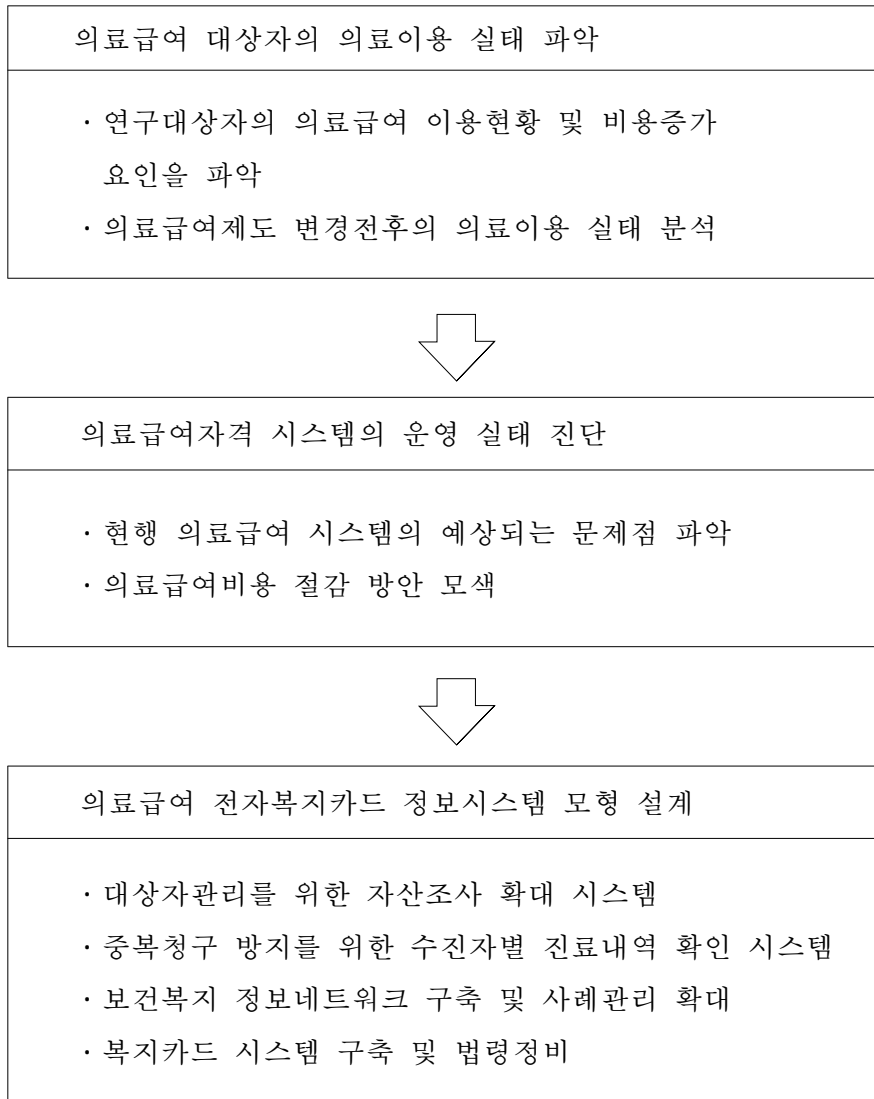
1980년대 후반 이래로 선진 자본주의 국가들의 주요 관심사는 '공적지출의 축소 혹은 적어도 통제'라는 의료개혁 의제에 의해 좌우되고 있으며 (Palier, 2005) 최근의 의료개혁은 '효율성의 강조를 통한 국민의료비 절감'을 목적으로 하고 있다.(Twaddle, 2002)

선진국을 포함해 의료보장제도를 운영하는 대부분의 국가에서는 의료에 대하여 필요 이상의 과다이용을 억제하고 적정 의료이용을 유도하기 위하여, 일반 병의원을 거쳐야만 3차 병원(대학 병원) 진료가 가능하게 한다거나, 진료비 중 소액을 본인에게 부담시키고 있다.

의료비 절감을 위한 노력으로 미국의 메디케이드 노령수급자에 대한 지출 감소와 수요자 중심으로 시스템을 구현, 노르웨이의 환경·의료·사회 통합 등의 정책적 노력, 독일과 프랑스의 전자진료카드의 비용절감, 일본의 종합복지카드 사례의 내용을 보면 향후 세계 각국은 노령인구 수요자 중심으로 의료비 증가에 따른 비용 절감의 대책을 강구하여야 하며, 사회통합적인 정책 마련 및 불필요한 의료 사용을 줄이는 방법으로 전자진료카드 혹은 복지카드를 이용한 방법을 볼 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구분석의 틀



2. 연구대상 및 자료

본 연구의 자료는 의료급여제도 변경에 따른 의료이용을 분석하기 위하여 국민건강보험공단 보유 자료 중 2006년 1년간 365일 이상의 의료를 이용한 65세 이상의 장기의료이용 수급자를 대상으로 2007년 1월~9월까지의 이용내역을 조사 하였다. 65세 이상자(1941년생까지)중 32,501명의 2007년 1월~6월까지 제도 변경전의 심사 후 진료승인내역 및 제도변경 후 심사 후 7월분 진료승인내역과 의료급여자격시스템에서 실시간 진료승인을 받은 내역 중 총진료비가 누락된 건을 제외한 8월~9월분 실시간 승인내역을 대상으로 하였다.

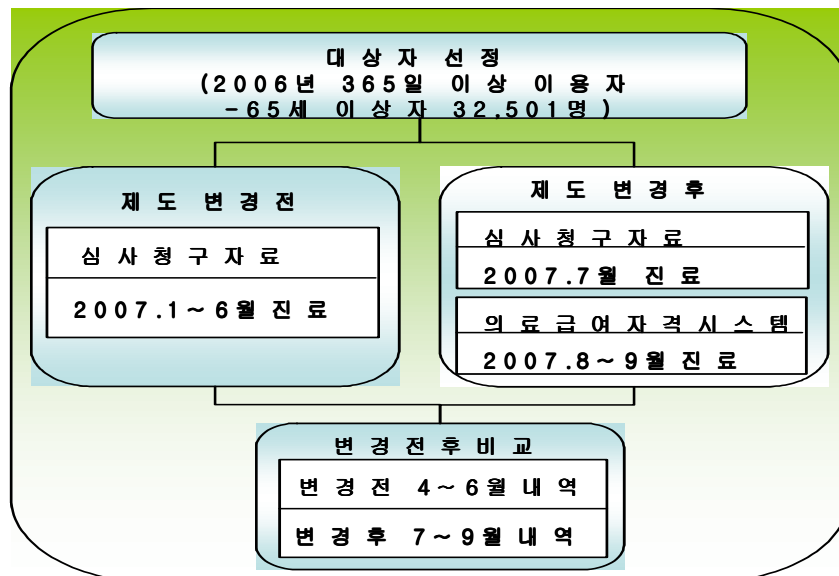


그림 8. 의료급여비용 연구대상자료

3. 분석 방법

수집된 자료를 Access2002, SAS9.1를 이용하여 일반적인 현황을 조사하였다. 의료급여비 비용 절감을 위한 타 기관과의 자료 연계 확대 및 보건복지의 통합적인 정책 마련으로 전자복지카드를 이용하는 의료급여 정보시스템 모형을 제안하였다.

첫째, 연구대상자의 연령, 성별 등 인구학적 특성을 조사한 후, 65세 이상자를 대상자로 선정하여 진료건수, 입내원 일수, 진료일수, 총진료비의 의료이용현황을 산출하였다.

둘째, 의료급여제도 변경전후 3개월간의 진료비, 평균진료비, 개인별 총진료비 변화를 조사하고 평균진료비, 표준오차를 paired t-test 이용하여 측정하였다.

셋째, 문헌고찰을 통하여 현재 시스템에 대한 구조적 분석 후 진료비를 절감 시킬 수 있는 효과적인 모델을 제시하였다.

넷째, 의료급여 시스템의 자료 흐름을 구조적 분석기법에 따라 배경도 및 자료흐름도(Data Flow Diagram, DFD), 계층적 입출력모형도(Hierarchy plus Input Process Output, HIPO)를 작성하여 모형화하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 의료급여이용실태

가. 연령별 분포 현황

국민건강보험공단에서 보유한 2006년 진료일수 365일 초과자 64,038명을 분석해 보면 남성은 33%, 여성은 67%이며, 그중에 65세 이상의 노인은 34,466명으로 54%를 차지하고 있으며, 65세 이상 중 남성은 23%, 여성은 77%로 노인이면서 여성일수록 의료 급여 이용이 훨씬 높은 비율을 차지하고 있다(표7).

표 7. 2006년 진료일수 365일 초과수급 의료급여대상자

2006.12.31기준 (단위: 명)

구분	계	0~59세	60~64세	65~69세	70~74세	70~74세	75~80세	85세 이상
계	64,038(100%)	23,455	6,117	8,866	10,133	8,602	4,650	2,215
남	21,055(33%)	11,165	2,057	2,351	2,344	1,846	892	400
여	42,983(67%)	12,290	4,060	6,515	7,789	6,756	3,758	1,815

나. 65세 이상자의 2007년 1~9월까지의 진료이용 현황

65세 이상자 34,466명의 2007년 1월부터 9월까지의 9개월간의 의료이용 현황을 조사해 보면 월평균 29,860명이 총진료비 109,438백만원(월평균 12,160백만원)을 사용하였고 1인당 약367만원을 사용한 것으로 나타났다(표8).

표 8. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료내역

(단위 : 명, 원)					
구 분	월평균인원	입내원일	진료일수	총진료비	1인당 진료비
'07.1~9월	29,860	3,084,718	16,709,501	109,437,852,831	3,665,032

입원은 월평균 2,777명이 총진료비의 37%인 40,791백만원(월평균 4,532백만원)사용, 외래는 월평균 28,720명이 총진료비의 30%인 33,117백만원(월평균 3,680백만원), 약국은 월평균 26,977명이 총진료비의 32%인 35,530백만원(월평균 3,948백만원)을 사용한 것으로 나타났다(표9).

2007년 1월부터 9월까지 의료급여수급자의 월별 입원, 외래, 약국의 총진료비 현황과 월별 총진료비합의 변화를 살펴보면 의료급여자격시스템으로 제도가 변경된 7월엔 총진료비가 많이 줄어든 것으로 나타났다. 제도변경후 총진료비가 줄어들었으나, 8월 부터는 입원에 대한 총진료비가 다시 증가하고 있는 것을 볼 수 있다(그림9).

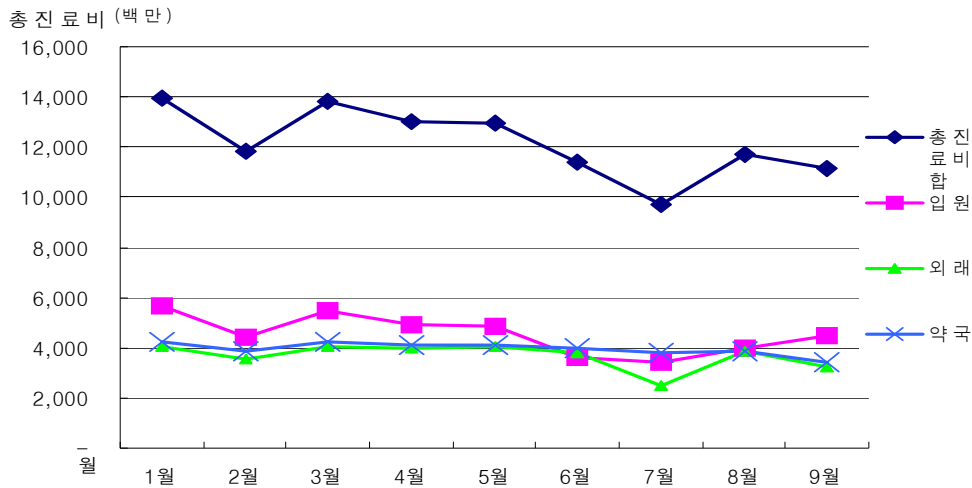


그림 9. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료월별 현황

표 9. 2007.1~9월 의료급여수급자 진료월별 내역

(단위 : 명,건,일,천원)

진료년월	계	2007.01	2007.02	2007.03	2007.04	2007.05	2007.06	2007.07	2007.08	2007.09
인원	268,740	30,929	30,386	30,492	30,174	30,008	29,613	28,648	29,615	28,875
총진료비 계	109,437,853	13,935,891	11,806,741	13,797,920	13,022,747	12,968,442	11,379,278	9,693,296	11,698,732	11,134,807
입원	인원	24,997	3,033	2,605	2,970	2,916	2,955	2,751	2,624	2,531
	입내원일	471,053	60,500	49,524	58,889	55,965	55,613	44,326	47,271	47,548
	진료일	644,352	80,145	66,447	78,796	74,565	74,551	55,790	63,395	73,918
	총진료비	40,790,818	5,645,271	4,406,729	5,499,412	4,949,074	4,848,406	3,609,550	3,401,587	3,970,221
	기관부담금	40,320,099	5,570,116	4,347,318	5,433,965	4,883,619	4,788,041	3,568,228	3,357,506	3,938,998
	본인부담금	352,447	56,630	38,992	48,427	46,467	43,189	29,686	29,575	31,223
외래	인원	258,478	30,159	29,666	29,718	29,384	29,146	28,521	25,351	28,661
	입내원일	1,682,415	210,546	182,865	205,396	202,443	205,164	192,861	141,031	185,972
	진료일	3,457,353	422,281	369,811	413,422	389,126	397,075	367,202	240,111	478,261
	총진료비	33,117,145	4,074,518	3,559,234	4,070,232	3,977,081	4,017,753	3,795,492	2,488,967	3,872,532
	기관부담금	32,361,313	4,031,113	3,522,014	4,029,728	3,937,855	3,977,801	3,757,379	2,332,432	3,672,884
	본인부담금	721,049	37,250	32,351	35,457	33,975	34,876	32,686	153,577	199,649
약국, 처방 조제	인원	242,791	28,225	27,494	27,684	27,423	27,265	26,884	26,145	26,265
	입내원일	931,250	118,813	102,855	113,145	112,131	111,084	104,903	93,209	92,096
	진료일	12,608	1,508,652	1,373,301	1,498,937	1,440,693	1,470,701	1,422,721	1,344,736	1,356,964
	총진료비	35,529,890	4,216,102	3,840,778	4,228,276	4,096,591	4,102,282	3,974,236	3,802,742	3,855,978
	기관부담금	35,380,577	4,208,867	3,834,568	4,221,461	4,089,781	4,095,670	3,968,072	3,763,179	3,818,761
	본인부담금	149,313	7,236	6,210	6,815	6,810	6,612	6,164	39,563	37,218

다. 제도변경전후 3개월간 진료내역 비교

의료급여제도 변경전후의 3개월 내역을 분석해 보면 변경전(4~6월)에는 31,471명이 평균 입내원일 34.46일, 평균진료일 180.88일, 1인당 평균진료비는 119만원을 이용하였으며, 변경후(7~9월)에는 31,046명이 평균 입내원일 28.91일 평균진료일 167.66일, 평균진료비는 105만원을 사용한 것으로, 제도 변경전보다 변경후에 의료이용이 감소된 것으로 나타났다(표10, 그림10). 제도변경전 31,471명에서 제도변경후 31,046명으로 줄어든 것은 의료급여자격 탈락 혹은 중별 변경으로 인한 진료 기피 등의 요인들이 있는 것으로 보여진다.

표 10. 의료급여수급자 제도변경전후 3개월간 진료내역 비교

(단위: 명, 원)

구 분	진료인원	입내원일	진료일수	총진료비	1인당 진료비
'07.4~6월	31,471	1,084,490	5,692,424	37,370,466,190	1,187,457
'07.7~9월	31,046	897,695	5,205,285	32,526,834,451	1,047,698

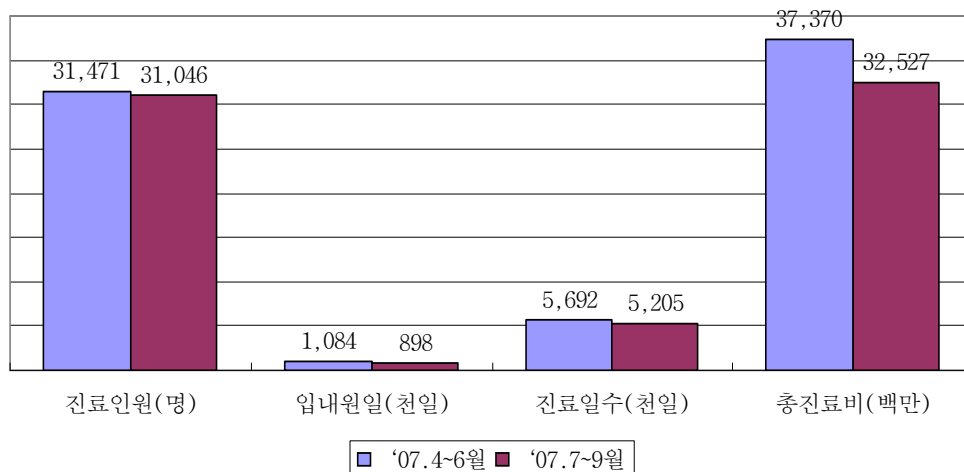


그림 10. 의료급여수급자 제도변경전후 3개월 진료내역 그래프

65세 이상 조사대상자 34,466명에 대한 제도변경전후의 평균진료비는 입원, 외래, 약국이 비슷하게 나타났으나, 실제로 진료를 받은 인원 에 대한 1인당 진료비는 2,629,417원으로 입원이 가장 높았으며, 외래와 약국의 비용보다 약 7~8배 높았다. 또한, 전체 평균진료비에 있어서 제도변경전보다 변경후에 약13%정도의 진료비 절감이 있는 것을 알 수 있다. 그러나 입원 에 있어서는 제도변경 후에 1인당진료비가 더 증가하였다(표11).

표 11. 의료급여수급자 평균진료비 등 비교

(단위 : 명,원)

구 분	'07.4~6월 진료비			'07.7~9월 진료비		
	입원진료비	외래진료비	약국진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
실인원 ⁴⁾	5,671	30,975	29,836	4,500	30,375	29,115
진료비총액(천원)	13,407,031	11,790,326	12,173,109	11,832,375	9,622,835	11,071,625
평균진료비 ⁵⁾	388,993	342,086	353,192	343,306	279,198	321,233
1인당진료비 ⁶⁾	2,364,139	380,640	408,001	2,629,417	316,801	380,272

라. 제도변경전후 3개월간 의료기관 종별 이용현황

의료기관 종별 제도변경전후의 입원 의료이용량을 보면, 의료급여 1종, 의료급여 2종 모두 진료건수에 있어서 병원, 종합병원에 대한 높은 의존도를 볼 수 있다. 의료급여1종의 경우 전체 진료건수에서 병원의 진료건수는 56.03%, 종합병원 37.80%, 의원 4.02%를 차지한다. 또한, 종합병원 진료비는 변경전보다 변경 후에 줄어들었다. 병원이용 진료비는 비슷한 경향을 보이고 의원 이용 진료비는 50%정도 줄어들었으나 보건소 이용은 1종은 2

4) 실제 진료받은 인원

5) 진료비총액/총대상자 34,466명

6) 진료비총액/진료 실인원수

배, 2종은 3배로 증가하였다. 또한, 입내원일수, 진료일, 총진료비에 있어서 제도변경후 종합병원과 의원은 감소하였고 보건소 이용은 1종과 2종 모두 증가, 한방의 경우는 1종의 경우는 증가하였으나 2종은 감소하였다(표12).

표 12. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(입원)

(단위 : 건,일,원)

구 분		의료급여 1종		의료급여 2종	
		'07.4~6월	'07.7~9월	'07.4~6월	'07.7~9월
계	건수	9,463 (100%)	8,869 (100%)	958	949
	입내원일	142,996	133,744	12,908	12,492
	진료일	187,154	194,206	17,752	19,852
	총진료비	12,179,732,630	10,676,405,123	1,227,298,440	1,155,969,579
종합병원	건수	3,577(37.80%)	3,123(35.21%)	399	391
	입내원일	44,607	35,772	4,432	3,603
	진료일	73,188	64,745	7,805	6,897
	총진료비	6,505,247,280	5,179,796,969	760,594,150	680,391,662
병원	건수	5,302(56.03%)	5,357(60.40%)	510	522
	입내원일	92,836	92,749	7,670	8,366
	진료일	107,833	122,320	9,108	12,214
	총진료비	5,285,882,640	5,213,842,737	420,044,960	452,648,720
의원	건수	397(4.02%)	212(2.39%)	24	15
	입내원일	2,830	2,022	306	182
	진료일	3,263	2,749	332	270
	총진료비	276,373,460	143,039,811	27,533,530	8,125,820
보건소	건수	5(0.05%)	9(0.10%)	1	3
	입내원일	89	160	4	17
	진료일	108	277	4	63
	총진료비	4,583,540	10,425,400	270,710	904,070
한방	건수	182(1.92%)	168(1.89%)	24	18
	입내원일	2,634	3,041	496	324
	진료일	2,762	4,115	503	408
	총진료비	107,645,710	129,300,206	18,855,090	13,899,307

제도 변경전후의 외래 이용건수를 보면 의원, 종합병원, 한방, 병원을 주로 많이 이용하는 것을 알 수 있다. 진료비에 있어서는 전체적으로 줄어들었다. 또한, 입내원일, 진료일, 총진료비에 있어서도 대체적으로 줄어든

것으로 나타났으나 진료일에 있어서는 병원과 치과병원이 1종, 2종 모두 증가하였고 종합병원과 의원은 2종에서 증가한 것으로 나타났다(표13).

표 13. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(외래)

(단위 : 건,일,원)

구 분	의료급여 1종		의료급여 2종		
	'07.4~6월	'07.7~9월	'07.4~6월	'07.7~9월	
계	건수	269,929	417,667	35,129	57,138
	입내원일	532,980	425,142	67,488	57,998
	진료일	1,045,125	982,246	108,278	116,190
	총진료비	10,565,920,100	8,588,775,847	1,224,405,720	1,034,059,402
종합 병원	건수	46,134	44,535	4,983	5,105
	입내원일	65,051	45,926	6,804	5,275
	진료일	326,910	272,887	20,843	25,884
	총진료비	2,810,852,910	2,174,504,472	240,370,350	181,901,545
병원	건수	16,312	29,052	1,835	3,093
	입내원일	38,029	34,284	3,879	3,622
	진료일	122,578	160,257	8,890	12,761
	총진료비	1,043,573,050	960,204,886	95,426,050	84,248,065
의원	건수	166,384	282,550	22,420	40,522
	입내원일	343,788	282,665	46,041	40,534
	진료일	429,508	428,992	54,882	58,719
	총진료비	5,473,140,160	4,577,497,381	739,523,400	646,424,601
치과 병원	건수	86	106	13	25
	입내원일	148	139	17	25
	진료일	148	183	17	25
	총진료비	3,735,480	3,172,364	370,220	424,046
치과 의원	건수	5,492	6,751	636	958
	입내원일	9,285	6,751	1,065	958
	진료일	9,301	6,824	1,067	959
	총진료비	168,523,330	120,553,169	18,504,920	16,740,750
보건소	건수	14,560	11,825	2,561	2,005
	입내원일	16,164	12,206	2,839	2,082
	진료일	86,952	58,658	14,728	11,317
	총진료비	155,362,390	110,465,410	27,232,620	20,928,430
한방	건수	20,961	42,848	2,681	5,430
	입내원일	60,515	43,171	6,843	5,502
	진료일	69,728	54,445	7,851	6,525
	총진료비	910,732,780	642,378,165	102,978,160	83,391,965

약국은 제도 변경전후에 관계없이 1종이 88%, 2종이 12%를 이용했으며, 제도변경후에 총진료비가 줄어들었다. 또한, 내원일, 진료일에 있어서도 1종, 2종 모두 이용이 줄어든 것으로 나타났다(표14).

표 14. 의료급여수급자 의료기관 종별 의료이용량 비교(약국)

(단위 : 건,일,원)

구 분	의료급여 1종		의료급여 2종	
	'07.4~6월	'07.7~9월	'07.4~6월	'07.7~9월
내원일	289,266	235,181	38,852	33,138
진료일	3,815,972	3,423,484	518,143	469,307
총진료비	10,702,319,180	9,728,945,079	1,470,790,120	1,342,679,421

마. 제도변경전후 개인별 총진료비 비교

의료급여자격 시스템 제도변경이 개인별 총진료비를 변화시켰는지 조사하기 위해 변경전 3개월('07.4~6월)과 변경후 3개월('07.7~9월)간의 진료내역이 모두 있는 30,631명을 대상으로 조사하였다. 남자 6,660명(21.74%)과 여자 23,971명(78.26%)이 의료이용현황을 보였다. 대상자중 70세에서 74세는 29.25%로 제일 많은 비중을 차지하고 75세에서 79세는 26.87%, 65세에서 69세는 20.47%로 나타났다(표15).

표 15. 의료급여 제도변경전후 진료자 성별·연령별 현황

(단위 : 명)

구 분		65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상
총계	30,631 (100%)	6,271 (20.47%)	8,959 (29.25%)	8,232 (26.87%)	4,719 (15.41%)	2,450 (8.00%)
남	6,660	1,624	2,026	1,746	857	407
여	23,971	4,647	6,933	6,486	3,862	2,043

제도변경 전후에 한번이상 의료이용을 한 대상자들의 총진료비 평균의 차에 대한 검정을 해보면 제도변경으로 인한 평균 총진료비의 차이는 약13만원이며, 제도변경전후 t검정 결과 유의 확률이 0.0001이므로 유의수준 0.05보다 작다. 따라서 통계학적으로 제도변경으로 인한 유의한 총진료비의 차이는 있다고 말할 수 있다(표16).

입원진료비의 차이는 약2만4천원, 외래진료비의 차이는 약6만9천원, 약국진료비의 차이는 약3만3천원으로 유의 확률이 유의수준 0.05보다 작게 나타났으므로, 통계학상 제도변경으로 인한 유의한 입원·외래·약국진료비의 차이는 있다고 말할 수 있다.

표 16. 제도변경전후 총진료비 평균의 차에 대한 검정

변수	평균값	표준오차	t 값	Pr > t
총진료비 차	125204.04	8806.88	14.22	<.0001
입원진료비 차	23855.20	8618.83	2.77	0.0056
외래진료비 차	68667.31	2126.79	32.29	<.0001
약국진료비 차	32681.53	1297.81	25.18	<.0001

바. 제도변경전후 3개월간의 총진료비 분석

의료급여1종수급자 외래 진료시 본인부담제 도입, 실시간 자격확인 및 진료확인번호 승인 등으로 인한 의료급여제도의 변경으로 2006년도 65세 이상의 365일 초과관리자 34,466명에 대한 변경전 31,471명의 총진료비와 변경후 31,046명의 총진료비는 변경 전 총진료비에 대해 12.96%가 절감된 48억 4천만원이었다. 실제 제도변경전의 의료급여1종의 총진료비는 334억

이었으나 제도변경 후에는 290억으로 약44억4천만원이 절감된 것으로 나타났다(표17).

표 17. 의료급여수급자 제도변경전후 진료비 비교

(단위 : 원)

구 분	'07.4~6월 총진료비	'07.7~9월 총진료비	차 감 액
계	37,370,466,190	32,526,834,451	4,843,631,739
1종	33,447,971,910	28,994,126,049	4,453,845,861
2종	3,922,494,280	3,532,708,402	389,785,878

건강보험심사평가원의 의료급여 비용을 증가시키는 총진료비 증가요인론에 따라 1종 의료급여수급자에 대하여 의료급여자격시스템제도 변경전후의 차액을 요인별 기여율에 적용하여 분석해 보았다(표18).

의료급여자격 실시간 확인 등으로 인한 제도변경으로 공급자 과잉, 부당청구, 도덕적 해이 방지 등으로 인한 진료비가 절감된 것으로 본다.

표 18. 의료급여수급자(1종) 제도변경전후 진료비 절감 요인별 분석

구 분	계	수가 인상	급여범위 확대	인구 노령화	대상자 확대	질병난이도증가 환경적요인 질병구성변화	공급자 과잉 부당청구 도덕적 해이
기여율	100%	17.4%	13.6%	0.8%	37.9%	2.0%	28.3%
감소금액(억)	48.43	8.42	6.58	0.39	18.36	0.97	13.71
변경전감소금액비(%)	12.96	2.26	1.76	0.10	4.91	0.26	3.67
변경후감소금액비(%)	14.89	2.59	2.03	0.12	5.64	0.30	4.21

감소금액(억원) = 제도변경전후 감소금액 x 기여율

변경전(후)감소금액비(%) = $\frac{\text{감소금액}}{\text{변경전(후)의료급여총진료비}}$

연구 자료에 의하면 의료급여1종의 경우 대책 마련으로 통제 가능한 부분이 총 진료비 증가분의 약28.3%라 하였으므로 의료급여자격시스템 도입

으로 인한 총진료비 절감액 48억4천만원 중에서 실시간 자격확인, 공급자과잉, 부당청구, 도덕적 해이 방지 등으로 인한 절감액은 총 진료비 차액의 28.3%인 약13억7천만원인 것을 알 수 있다.

2006년도 보건복지부가 실제 행하지 않은 진료행위나 약제비 청구, 입·내원 일수 늘리기 조사로 환수한 금액이 2006년도 의료급여 대상자의 총진료비 중에서 0.04%를 차지한다 하였으므로 이에 실시간 진료확인번호 승인으로 인한 허위 부당청구가 줄어든 것으로 가정 할 때 13억7천만원의 절감액 중에서 변경 전 총진료비의 0.04%인 약1천5백만원은 허위청구로 인한 진료비 부당 금액이고 그 외 나머지는 공급자과잉, 도덕적해이가 해당 될 것으로 추정한다.

이 연구에서는 2006년도 365일 초과 대상자 중에서 65세 이상자의 2007년도 진료내역을 조사하였으므로 변경전후의 절감액 48억4천만원 중에서 부당청구 등으로 인한 13억 7천만원과 나머지 34억 7천만원의 절감액은 이미 일부 대상자 중에서 사례관리를 실시한자이거나, 의료급여대상자에서 탈락되거나, 의료급여 1종에서 2종으로 변경, 혹은 제도변경으로 인한 본인 부담액 부담으로 병원진료 기피 등의 여러 가지 요인이 있을 것으로 예상된다.

2. 의료급여 전자복지카드 정보시스템 모형 설계

가. 구조적 분석에 의한 자료 흐름 설계

연구대상자의 의료급여 이용실태 분석결과에서 나타났듯이 의료급여자격시스템의 월별 의료급여 총진료비 변화 추이를 살펴보면 제도가 변경된 7월 이후엔 총진료비와 입원에 대한 진료비가 점점 증가하고 있다. 다양하고 복잡한 보건복지서비스 욕구를 지닌 노인인구 증가에 따른 의료비 증가가 상승됨에 따라 보건과 복지의 연계 서비스의 강화와 비용 절감 대책 마련이 요구된다. 이러한 차원에서 타기관과의 자료 연계 확대 및 보건 복지의 통합적 정책 마련으로 의료급여 대상자를 체계적으로 관리하고 적정 의료이용을 위한 전자복지카드 정보시스템 모형을 설계 하였다.

먼저, 의료급여 시스템에 대한 구조적 분석기법을 적용하여 자료의 배경도(그림11) 및 흐름도(그림12)를 작성하였다. 대상자를 관리하기 위해 자산 조사 기관으로부터 정보를 받고, 의료급여에서 탈락된 자들은 건강보험으로 관리하며, 의료급여 대상자에게는 복지카드를 발행하여 서비스 제공 기관에서는 자격정보 확인 및 승인을 거쳐 보건 및 복지서비스를 제공하도록 하는 것이다.

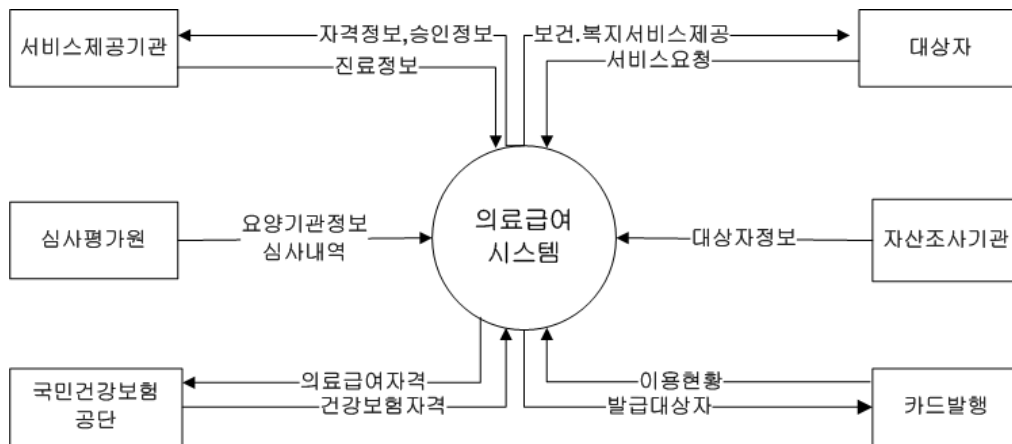


그림 11. 의료급여시스템의 배경도

의료급여시스템은 대상자 관리를 통해 선정된 대상자 위주로 복지카드를 발급하고 의료급여 대상자는 보건기관을 방문하여 복지카드 인식을 통해서 자격승인 및 진료 후 승인을 하게 되며, 사례관리 등의 복지서비스 제공시에도 카드인식을 통해서 실시간으로 서비스가 누적관리 되도록 구축하였다(그림12).

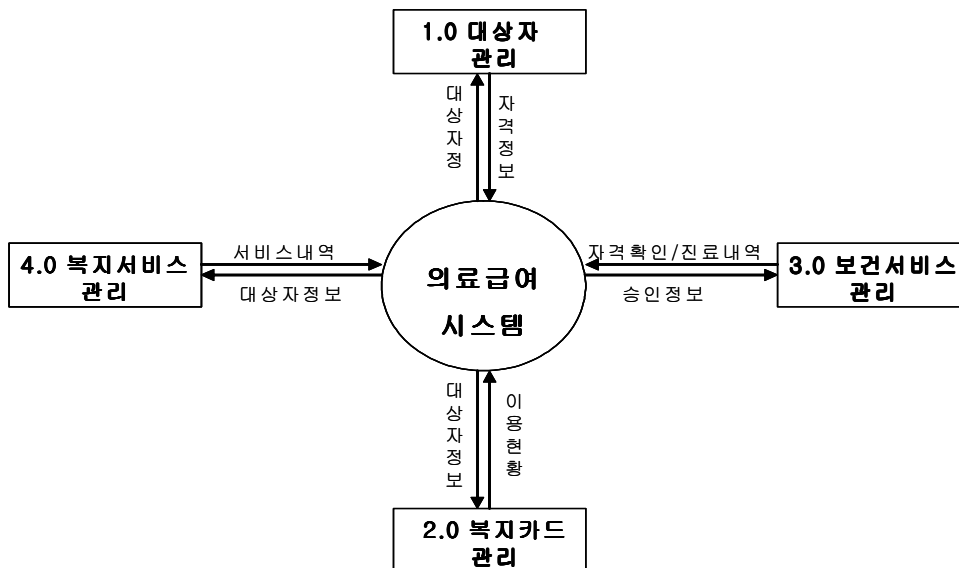


그림 12. 의료급여 시스템 자료흐름도(Level 1)

의료급여 시스템 내에는 복지카드관리와 보건서비스 관리의 두가지 하위 시스템을 설계하였다. 다음은 복지카드관리의 하위 흐름도이다. 의료급여대상자관리에서 등록된 대상자들에게 복지카드를 발급하고 복지카드를 사용한 보건복지 서비스 이용 시 실시간으로 사용내역이 복지카드관리 시스템으로 전송하게 되면서 개인별로 누적관리를 통한 보건복지 서비스 연계 및 사례관리가 가능하도록 조치하며, 실시간으로 이용내역 확인, 정책관리자들에게 의료급여 정보제공 및 복지카드시스템이 잘 운영되도록 시스템관리를 하게 된다(그림13).

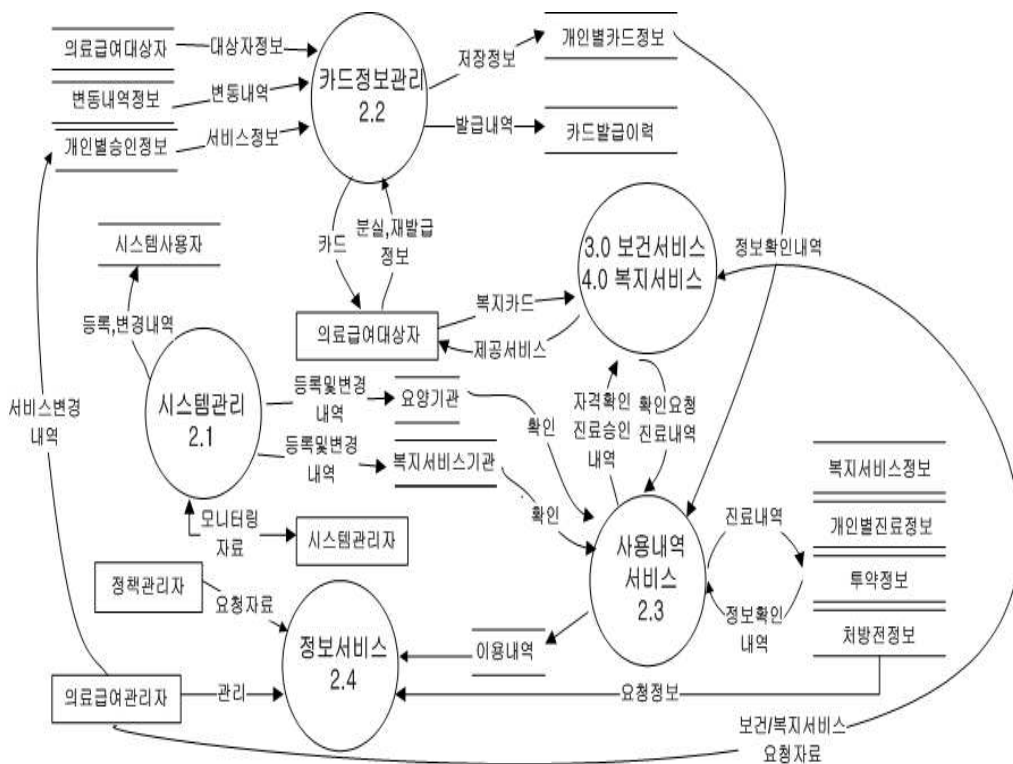


그림 13. 의료급여 복지카드 자료 흐름도(Level 2)

다음은 의료급여 시스템 내에 보건서비스관리의 하위 흐름도이다. 의료급여자가 카드제시로 서비스 요구시 서비스 대상자관리에서 승인된 서비스 인지 조회 후 진료이력과 투약이력을 확인 후 승인을 하게 된다. 서비스 제공후 개인별로 진료이력을 저장 관리하여 모니터링 관리를 통하여 서비스 내역을 관리 하도록 구성하였다(그림14).

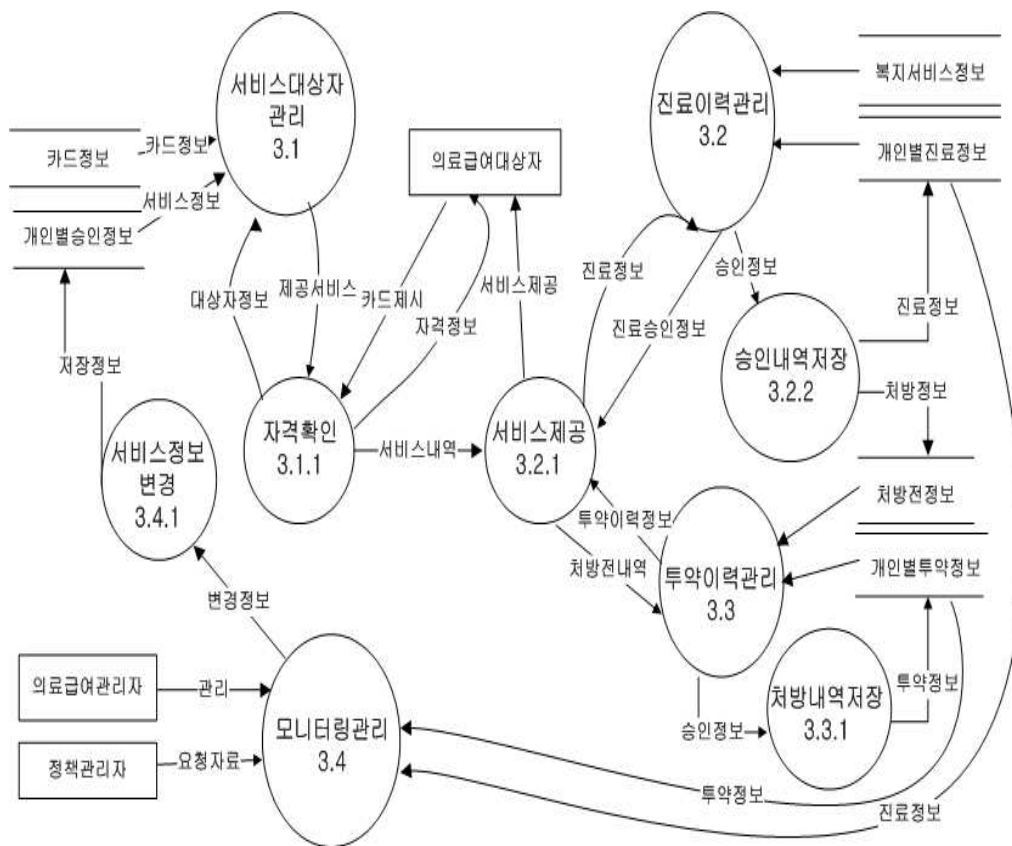


그림 14. 의료급여 보건서비스관리 자료흐름도(Level 2)

나. 계층적 입출력 모형 설계 (HIPO)

의료급여 시스템 분석을 하기 위해 각각의 과정을 자료의 입력(Input), 과정(Process), 출력(Output)을 HIPO로 작성하였다. 의료급여시스템 HIPO는 대상자관리, 복지카드관리, 보건서비스관리, 복지서비스관리 모형의 종합관리 모형으로 한 화면 내에서 의료 급여자를 관리할 수 있도록 구성하였다(그림15).

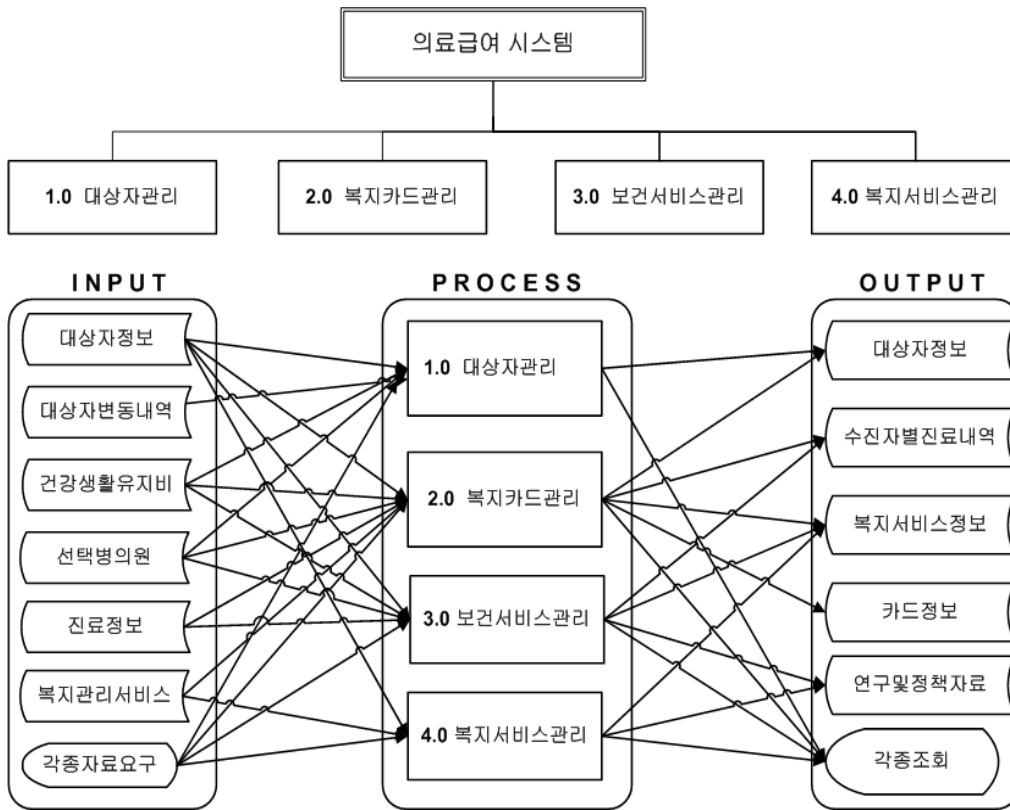


그림 15. 의료급여시스템 HIPO(Level 1)

다음은 의료급여시스템 내에서 복지카드를 이용한 시스템 분석을 하기 위해 자료의 입력, 과정, 출력을 HIPO로 작성하였다. 복지카드관리의 HIPO

는 카드를 관리하기 위한 시스템관리, 카드정보관리, 카드를 이용한 보건 복지서비스, 사용내역서비스 및 연구정책자료 등의 각종자료조사를 위한 정보서비스로 구성되어 있는 모형으로 한 화면 내에서 복지카드관리에 대한 이력을 관리할 수 있도록 구성하였다(그림16).

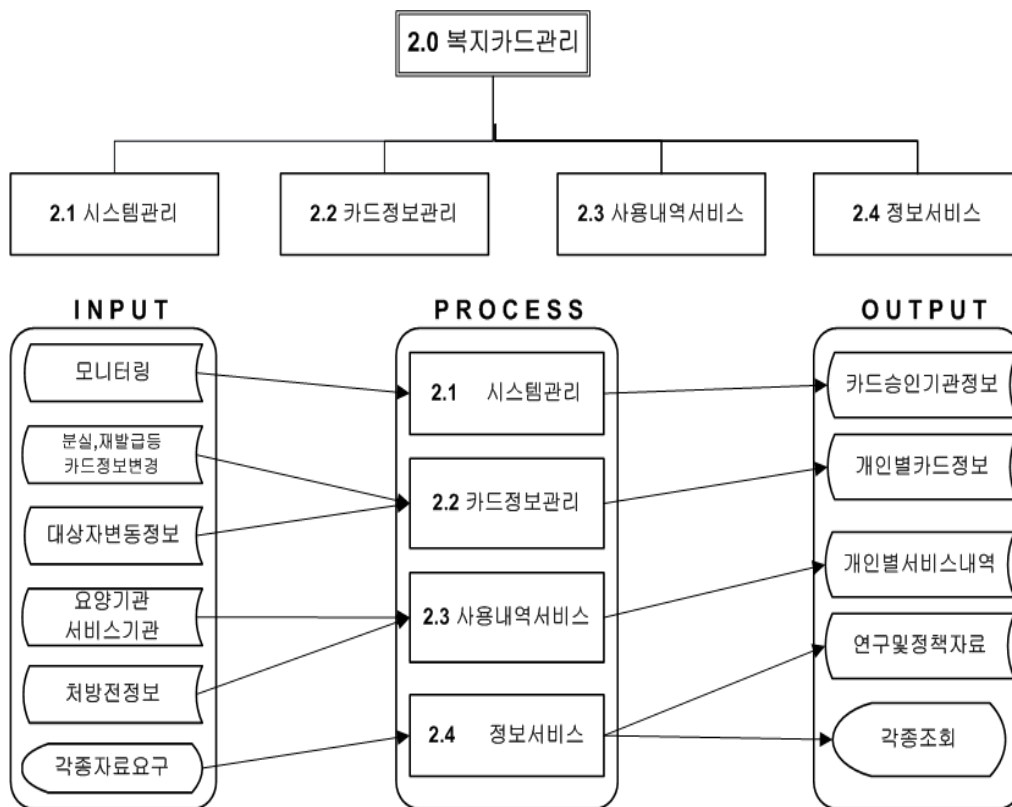


그림 16. 의료급여 복지카드관리 HIPO(Level 2)

또한, 의료급여 시스템 내에서 보건서비스 관리를 하기 위해 서비스대상자관리에서 승인된 서비스를 진료이력과 투약이력 확인후 서비스를 하게 되고 서비스 제공후 모니터링을 통한 보건서비스 관리를 하도록 하는 HIPO는 다음과 같다(그림17).

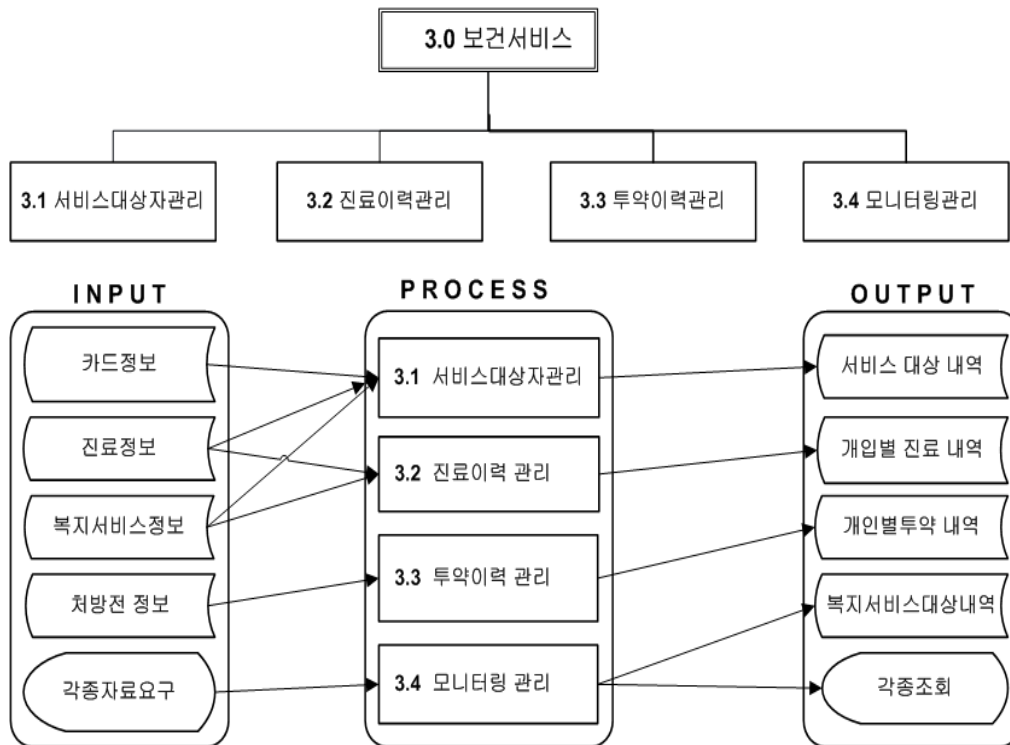


그림 17. 의료급여 보건서비스관리 HIPO(Level 2)

다. 대상자 관리 설계

의료이용내역을 조사해본 결과 제도변경전 진료인원이 31,471명에서 변경후 진료인원은 31,046명으로 425명이 줄어든 것으로 나타났는데 이 중에서 일부는 의료급여 자격에서 제외된 경우가 포함되어 있다. 변경 전에는 1종으로 진료를 받았으나 변경 후에는 2종으로 종별이 바뀐 사례도 있었다. 의료급여자격시스템에서 실시간으로 의료급여 자격을 확인후 진료를 한다고 하지만 실제 대상자가 아닌 자가 계속 대상자로 남아 있는 경우에는 의료급여 대상자로서의 진료비는 계속 나가는 것임으로 의료급여 대상자 선정 및 변경, 해지 업무가 기본적으로 빠른 시간 내에 실시간으로 이

루어질 수 있도록 조치되어야 한다.

이와 같은 의료급여 수급자 적정관리를 위해서는 생산적 복지정보 공동 이용시스템을 활용한 시군구 복지행정시스템과 국세·연금·토지 등 소득·재산관련 전산망을 연계하고, 정보통신부, 보건복지부, 행정자치부, 노동부, 국세청 등 관련부처 및 국민건강보험공단, 국민연금공단, 노동부 Work-Net 연결하여 의료급여 대상자 관리를 효율적으로 지원하여야 한다.

의료급여 대상자관리를 위하여 의료급여 자산관리 시스템을 구축 한다. 국세청의 종합소득자료, 연금급여, 노동부의 지적정보·실업급여·자활지원 사후관리 연계소득, 자산 관련 DB 연계 및 법무부의 해외출입국, 병무청의 군입대자, 주민등록 말소자, 고액 국민연금 가입자, 복지행정전산망과 금융결제원의 이자소득 자료 등 외부기관 전산망을 연계하는 시스템 구축으로 자산조사시스템 확대, 중앙차원의 모니터링 강화, 신규 변동자에 대한 적기에 정보를 제공하는 등 의료급여 수급자를 관련부처 및 기관 전산자료 교차분석을 통한 수급자를 적정 관리 하는 시스템을 구성한다.

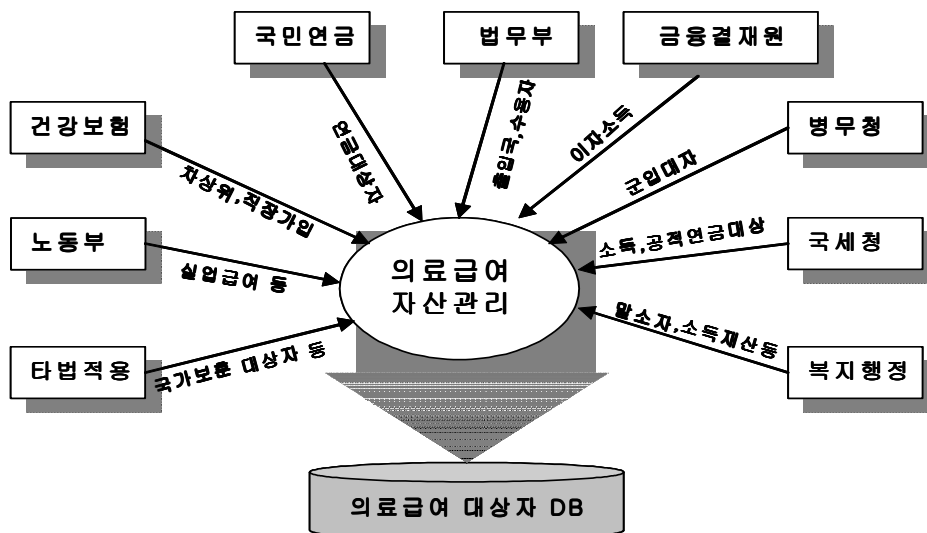


그림 18. 의료급여 대상자관리를 위한 자산조사 시스템 연계모형

현행법상 의료급여 수급자가 직장에 입사 할 때는 자격취득신고를 하지 않는다. 먼저 의료급여 자격이 해지된 후 건강보험 직장가입자로 취득 할 수 있다. 신고서 처리 담당자가 입사자가 의료급여 담당자임을 모르고 신고한 경우에는 신고서 처리오류로 처리되지 않고 후에 보장기관에서 직장가입자임이 확인된 경우에 의료급여 대상자에서 제외시키고 있다. 이런 일을 방지하기 위해선 직장 가입자로 취득 신고하는 경우 의료급여 보장기관에 자동연계가 되어서 조사 후 의료급여 자격상실 직장보험 가입자로 취득될 수 있도록 법적인 제도를 변경하고 타법적용으로 의료급여대상자가 된 자들은 타법에서 제외시키지 않으면 소득이 많아도 의료급여 대상자가 될 수 밖에 없는 제도점을 보완하기 위해 금융소득 등 소득, 재산 조사 시스템을 더욱 확대하여 실시간 혹은 실시간이 힘들면 일정한 주기를 정하여 연계시스템의 자료가 변동되면 의료급여 자격시스템으로 자동 연계되는 조사시스템을 개발 활성화하여 실제 의료급여 혜택을 받아야 되는 대상자가 관리될 수 있도록 자산조사 시스템이 종합적으로 관리할 수 있어야 한다.

이 연구에서는 한정된 대상자를 제도변경전후 3개월간의 진료내역을 분석한 것임으로 자산조사 시스템 확대 연계 모형을 적용했을 경우에 절감액을 가상해 보았다. 새로운 시스템의 자산조사 시스템 확대 연계를 통하여 의료급여 대상자 관리를 철저히 하였을 경우에 건강보험심사평가원의 적정화 방안의 적용인구수 증가에 따른 기여율 37.9%의 50%⁷⁾을 적용했을 경우 약9억2천만원의 절감을 가져올 것으로 사료된다.

7) 이론적배경(p14) : '07년 상반기 의료급여 탈락자가 의료급여대상자 증가수보다 약2배

라. 보건서비스 관리 설계

의료급여수급자의 약물 과다이용의 방지를 위하여 수급자별 투약내역을 누적 관리하여 남수진, 과잉진료 등으로 인한 약물 오남용을 사전 차단하는 시스템이 필요하다. 여러 의료기관에서 동시에 복용하는 약의 중복투약 발생을 사전에 차단하기 위해서 투약 승인 시 이미 청구되어 누적 관리되고 있는 개인별 약물 누적관리 내역을 체크하여 약물이 중복으로 과잉 진료되지 않도록 사전에 차단하여 통합적인 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템이 조성되어야 한다.

의료급여 업무는 여러 기관이 관여를 하고 있는 것으로써 기관마다 생산되고 있는 자료에 대하여 서로 중첩되거나 중요한 정보생산이 공유되어야 되고 정보생산이 누락되어서는 안된다. 그러나, 현재 시스템은 동일 질병에 대해서 동일 요양기관에서만 확인가능하다. 타요양기관의 진료내역 및 처방받은 의약품에 대한 정보를 의료기관에서 확인 할 수 없다. 그러므로 여러 의료기관을 방문시 진료승인이 되고 있으며, 아직 처방받은 약 사용일이 많이 남아있음에도 불구하고 중복투약 등 부적절한 의약품 사용이 가능하게 되고 있다.

따라서, 수진자별 진료내역을 세부적으로 관리하여 동일 질병, 약품명 등 개인정보보호에 어긋나지 않는 범위 내에서는 타 기관에서도 진료내역 확인이 가능하게 하고, 의약품 처방에 대해서는 실시간 약물 누적관리 시스템을 도입하여 수진자별로 투약시작일, 투약종료일, 질병명, 약품명 등에 대하여 투약에 대한 승인 요청 시 수진자별 자료와 비교하여 중복처방이 되지 않도록 구축하여 하루에 여러 의료기관을 이용하는 수급자들에게 적절한 의료이용을 유도 할 수 있게 하여야 한다.

이렇게 모아진 수진자 내역을 분석하여 수진자 관리 자동 모니터링 시스템 항목을 개발하여 수진자별로 누적된 이용내역이 일정한 모니터링 수치에 해당되면 자동으로 알람현상이 나타나 의료급여 대상자 관리의 인력 부족현상을 어느 정도 보완할 수 있을 것이다.

마. 복지서비스 관리 설계

의료급여 수급권자의 인구사회학적·심리적·건강관련 특성을 고려하여 의료급여 수급권자 스스로 건강관리를 할 수 있는 능력을 배양시키고 불필요한 의료의 제공, 과다 진료와 처방, 중복 진료와 처방 등의 의료행태를 합리적인 방향으로 개선시킬 수 있도록 하는 보건 및 복지서비스를 연계한 사례관리방식의 시스템 구축으로 의료이용 및 의료비를 감소시켜 의료급여 재정 안정에 기여하는 방향을 제안한다.

평균수명 증가, 고령인구 증가에 따라 365일 장기의료 이용자 중에서 65세 이상의 여성 노인들이 77%를 차지하고 있으나 인구 통계학상 점점 여성 고령자 비중은 감소하고 남성 고령자들은 증가하여 남녀 고령자 비중 차이가 점차 줄어들고 60세 이후의 노후기간이 과거 8년에서 18년으로 늘어나고 있다. 노후생활의 가장 큰 어려움이 경제적인 문제임으로 노후준비가 되어 있지 않은 시대의 흐름을 파악하고, 의료급여 사례관리 대상자의 특성인 노령여성집단·독거노인 등의 대상자들의 의료서비스와 의료이용 행태를 모니터링하는 시스템을 구축한다. 모니터링을 통하여 정책의 근거를 제시하고 특정한 집단을 위한 사례관리 프로그램을 다양화하여 질병이 발생되기 전에, 의료이용 관리 등을 상담 하여 적정의료 이용을 유도할 수 있도록 한다.

경제적 부담을 느끼지 못하고 의료이용을 하는 계층에게 과다이용을 적

정의료로 관리할 수 있는 사례관리가 전체적인 비용을 절감시켜주고, 효율적인 서비스 전달이 가능할 것으로 기대된다. 또한, 사례관리는 불필요한 의료 제공, 과다 진료와 처방, 중복 진료와 처방 등을 합리적인 방향으로 개선시킬 수 있는 것으로 보여 진다. 따라서 사례관리는 전문적인 지식과 기술을 갖춘 보건의료 전문가, 행정가, 각종 자원 등의 연계, 병원에서 입원 혹은 퇴원시 대상자 연계 방안 확대 등이 고려되어야 하며, 정신질환자와 같은 특성에 따른 의료급여 수급자 사례관리가 이루어져야 한다.

이 연구에서의 변경 전 총진료비 373억 7천만원의 3.0%(‘06년도 총진료비 2.7% 절감)를 적용하면 약11억2천만원이 절감될 것으로 사료된다. 사례관리는 당장 효과가 나타나는 것이 아님으로 사례관리 제도 시행이 확대되어 시행될수록 경제적인 효과는 더 클 것으로 예상된다.

각 기관의 각 사업이 확대되면서 각 기관의 서비스가 사례관리 사업과 중복될 수 밖에 없다. 이에 복지행정망을 통해 의료급여 수급권자에 대한 정보를 얻어서 의료급여 수급권자의 사례관리 현황을 구체적으로 공유할 수 있는 국가차원에서의 정보공유 시스템을 구축하여야 한다. 자원봉사자 관리의 행정자치부와 보건복지부와의 업무연대, 후원·결연·상담 등의 사회복지협의회 시스템 활용에 관한 협력과 종교계 및 유관 단체망과의 연계망 구축, 특정기간 동안 과다 사용 등 이상 징후 발생시 즉각 사례관리 및 사후 점검 실시하는 시스템을 구성한다.

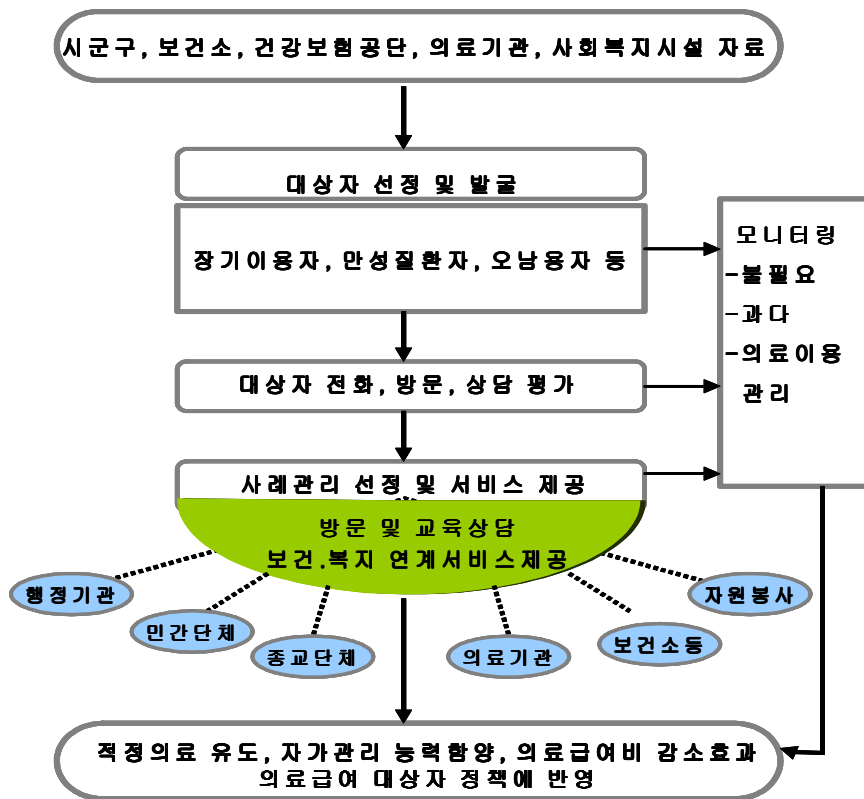


그림 19. 사례관리 시스템 관리 체계도

바. 보건 및 복지 서비스 연계 시스템

의료 급여자들은 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하여 나타난 문제이거나 두 가지 이상의 도움을 필요로 하는 경우가 많다. 이런 문제를 제대로 도와주고 돌보기 위해서는 종합적인 서비스가 필요하다. 복지기관간의 서비스 시스템을 공유하고 각종 보건 및 복지 서비스의 통합 창구를 통해 복지 자원과 복지 욕구가 적절히 연계하여 통합 서비스를 제공함으로써 의료급여 수급권자 스스로 건강관리를 할 수 있는 능력을 배양 할 수 있다.

만성질환, 노인성 질환, 정신질환, 장애 등의 증가로 인하여 의료서비스와 기타 복지 등에 대한 의료급여 수급자의 욕구는 증대하고 있으나 적절한 정보 제공, 상담 및 서비스 제공은 미흡하다. 이에 지역사회 정신건강 사례관리 강화 및 보건 복지서비스와 연계하여 치료 중심의 서비스보다 사전 예방적인 최적의 서비스를 비용 효과적으로 제공하는 시스템 구축이 필요하다.

점점 증가하고 있는 의료급여대상 노인들을 위해 체계적이고 조직적인 재가복지서비스와 연계하여 각 지방 자치단체를 중심으로 지역사회복지관, 가정도우미, 자원봉사단체를 활용한 교육 자원봉사 활성화, 고령자취업, 레크레이션 프로그램 개발, 경로당 운영 등을 활성화할 필요가 있다. 또한, 의료급여 수요자 중심으로 보건소 맞춤형 방문보건사업, 만성질환관리사업, 치매예방사업, 심장질환예방사업, 건강보험 사례관리, 의료급여 사례관리 등의 공공 부문의 연계와 민간의료기관의 지역사회 네트워크 연계가 필요하며, 지역사회 전체를 포괄하고 대상으로 하는 적극적인 전략이 필요하다.

그러나, 우리나라는 보건과 복지의 일부 연계를 제외하곤 보건, 복지, 고용, 문화, 평생교육, 생활체육 등을 제공하는 중앙부처와 시군구 차원에서 연계가 이루어지지 않고 있다. 민간부분의 개별분야별 네트워크가 미미하여 서비스제공 대상 및 사업의 중복, 사각지대 발생, 복지단체들의 연계 부족으로 수요자인 주민들은 소득지원과 서비스를 안내받기 위해서는 개별 기관이나 부서를 찾아 다녀야 하는 불편이 있다.

오늘날은 정보화시대이다. 저출산 및 고령화로 인한 노인인구 증가, 의료급여대상자가 증가하면서 복지대상자가 증가하고 있으나, 의료서비스와 재가서비스가 이원화되어 있어 대상자들의 서비스 체계에 효율성을 떨어뜨

리고 있다. 이에, 의료 급여자들에게 의료서비스와 재가서비스를 통합하여 의료서비스가 곧 재가서비스로 연결되는 필수적인 사항으로 통합된 복지서비스를 할 수 있는 정보시스템의 통합창구를 마련하여, 의료급여 대상자 뿐만 아니라 저소득 계층을 위한 기본적인 서비스의 수준도 높이고 모든 국민의 전반적인 삶의 질 향상을 위한 복지서비스 개발도 함께 이루어져야 한다.

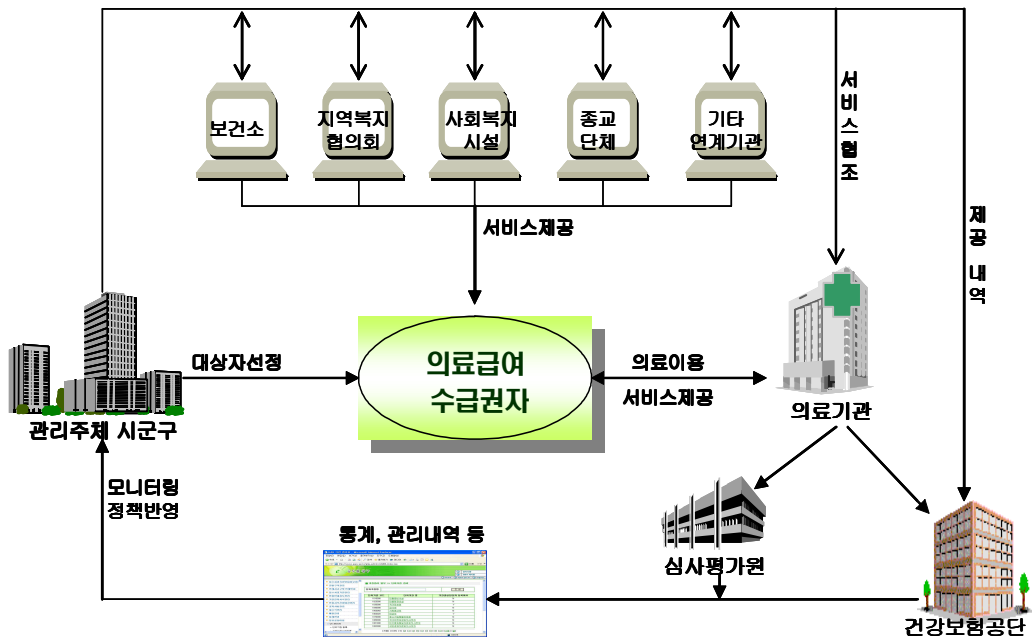


그림 20. 보건 및 복지 서비스 연계 체계도

국가 및 지방자치단체, 민간기관들이 좋은 시책과 다양한 서비스 프로그램들이 많이 운영되고 있어도 서로 잘 알지 못해서 이용되지 못하는 경우나 서비스가 중복되는 사업들도 많이 있다. 이것은 보건 및 복지서비스의 연계를 통해 복지 자원과 의료급여자의 복지 욕구를 적절히 연결하여

각각의 서비스들이 유기적인 연결을 통하여 해결할 수 있을 것으로 본다.

국가나 지방자치단체, 복지기관, 시설, 단체에서 제공되는 복지서비스를 종합적으로 제공, 재활의, 가정의, 보건간호사, 물리치료사, 간호사, 가정도우미 등 의료급여대상 노인의 편의를 제공할 수 있는 필요 제품 및 서비스와 재활센터 등 지원 방안 연결하는 복지 정보를 구축한다. 각종 보건복지 및 사회복지 프로그램을 운영하는 단체나 기관은 자신의 프로그램 정보를 네트워크에 제공함으로써 정부는 적시적소에 행정적, 재정적 지원을 받을 수 있도록 서비스 공급자와 연계하여 의료급여자에게는 복지 서비스를 제공한다. 후원자에게는 인적, 물적 후원 요청정보를 제공하며 후원효과를 극대화한다.

표 19. 보건복지관련 연계 프로그램

구 분	프 로 그 램
사회보장보험	의료급여, 기초노령연금
보건	보건소 사례관리, 건강보험 사례관리, 건강검진, 예방접종, 장기요양 및 치료
간병, 가사지원	간병, 집수리 및 청소, 요리, 시장보기, 말벗하기 자원봉사자연결, 급식, 도시락배달, 밑반찬배달사업 등
취업, 고용	기술 및 교육지원, 취업알선
경로우대	무료급식, 무료입장, 여가활동, 노인교통수당 등
생계지원	기초생활보장 수급자 조사, 독거노인의료지원, 극빈자 생계지원
장애자	의료·심리 재활, 사회적응훈련 등
복지시설	시설 입퇴소

여러 분야에서 다양한 인력과 재정, 정보 분야 등에 대한 구체적인 정책을 수립하기 위해서는 보건복지부, 행정자치부 그리고 정보체계의 위탁

기관이 공동으로 의료 급여자들이 실질적으로 이용할 수 있는 방안을 마련하고 필요한 서비스에서 소외자를 줄이는 방향으로 정책이 이루어져야 한다.

이에 따라 수많은 보건 및 복지서비스는 공급자들 간의 협조체계가 네트워크로 구축됨으로 실시간으로 모든 정보의 흐름이 막힘없이 이루어져야 한다. 그 결과 양방향의 의사소통이 원활히 이루어지는 모습이 될 것이다. 모바일 인터넷이 가능한 노트북이나 PDA등을 휴대하고 다니면서 필요한 데이터들을 가능한 실시간으로 네트워크를 통하여 입력을 하고, 전문가 의사결정 지원시스템 같은 정보체계를 활용하여 서비스 대상과 제공이 필요한 서비스 내용을 전달받고 제공 될 수 있다.

사. 복지카드시스템 모형 설계

보건 및 복지 정보네트워크를 통한 의료급여 수급자별 보건복지의 종합적인 관리를 하기 위해서는 복지카드 시스템 도입이 필요하다. 의료급여 대상자관리에서 등록된 대상자들에게 복지카드를 발급하고 의료 급여자들은 병원·약국 등 요양기관 방문시 복지카드를 사용한다. 또한, 복지관련 서비스 제공, 사례관리 방문 서비스 제공시에도 복지카드를 사용하여 개인별로 실시간 관리를 하게 한다.

1) 복지카드시스템 구성

복지카드시스템은 시스템관리, 카드정보관리, 사용내역서비스, 정보서비스로 구성한다(표20).

표 20. 의료급여 복지카드시스템 구성도

구 성	업 무 내 용
시스템관리	사용자관리(기관별, 부서별 등), 권한영역, 장비 및 Admin 시스템관리 등
카드정보관리	카드발급정보, 카드 정보 조회 및 출력 카드발급대상자 정보변경, 비밀번호 변경, 분실 및 훼손, 해지 관리 등
사용내역서비스	보건 및 복지 항목별, 개인별 조회 및 출력 등
정보서비스	사용내역 다양하게 조회 및 출력

2) 복지카드시스템 업무 프로세스

의료급여 과다수급자 관리를 위해서 의료급여일수 통보기간을 실시간으로 관리하고, 기관별 서비스를 연계하여 서비스 중복, 누락을 방지하고 의료급여 수급자들이 원하는 서비스를 쉽고 편리하게, 다양한 서비스를 통합적으로 제공하기 위해 지역사회와 공공-민간의 네트워크를 공급자 중심이 아니라 수요자 중심으로 구축하기 위해 복지관련 각종 신분증을 하나의 복지카드로 통합하여 활용한다.

마이크로프로세서 카드 기반 체계를 도입하여 카드 발급한 뒤 데이터 업데이트가 가능하도록 하고, 처방전을 저장할 수 있도록 하여 수기처방전 대체가능하도록 한다. 65세 노인들 중 우선 제도가 안정화 될 때까지 원하는 자에게 IC복지카드를 발급하여 의료급여증을 대체하고 부정사용을 예방할 수 있다. 의료기관 창구에 카드 단말기를 보급하여 의료급여수급자가 의료기관 방문시 선지급한 건강생활지원금이 자동으로 차감되고, 사용횟수를 실시간으로 관리하며, 의료급여 관리자가 사례관리시, 보건 및 복지서비스 제공시 카드인식으로 실시간 누적 관리되는 시스템을 구축 한다⁸⁾

8) 의료급여 복지카드 자료 흐름도, HIPO 참고

예를 들면 65세 이상의 노인들에게 경로우대 복지카드를 하나씩 주고 카드 인식하면 자격(건강보험, 의료급여대상)인지 연금(국민연금, 기초노령연금수급자), 노인장기 요양보험대상인지, 노인 돌보미 대상인지 인식한다. 의료기관 방문 등 보건 및 복지관련 협의체에 구성된 민간단체를 방문시 카드 인식 시 대상자에 한해 각종 할인혜택 등의 효과를 주고, 자원 및 연계에 참여한 민간 업체에게는 세금 감면, 실적평가 등의 인센티브를 부여한다.

또한, 카드에는 의료급여대상자의 질병유무, 보호유형, 가족사항 등의 기초정보에 보건의료, 치료, 재활 등의 자료와 혈액형, 알레르기, 구급정보 등의 기본적인 진료 기능을 부여하여 의료기관에서 단말기를 통해 즉시 확인할 수가 있어 응급상황 발생 시 신속하게 진료할 수 있도록 한다. 건강생활 지원금을 매달 선불카드로 입금을 하게 되면 별도의 정산 없이 자금 결제가 이루어질 수 있다.

복지카드의 원활한 업무를 지원하기 위해서는 카드신청 및 관리, 자금정산 등을 자동화한 복지관리 시스템 구축이 선행되어야 한다. 현재 구축되어 있는 의료급여자격시스템을 이용하거나, 카드사의 복지관리 시스템을 이용하는 방법 등 복지관리 시스템 구축하는데 필요한 비용과 관리운영 비용을 살펴서 최소화하는 것이 중요한 과제이다.

또한, 복지카드 타인양도 및 불법 방지 및 개인정보 보호를 위하여 개인별로 비밀번호 등 암호화를 구축하거나 프랑스와 같은 의료인의 카드와 환자 카드를 동시에 IC카드 해독기에 삽입해야만 정보조회가 가능하게 하는 시스템방안도 연구대상이다.

복지카드 시스템 도입을 통해 통계 처리업무, 이용현황 실시간 자료 구

축, 사회복지 생활시설의 입소자 현황정보 및 서비스 이용현황 통계 실시간 집계 등 보건복지의 각 분야별 지식관리체계를 구축함으로써 정책 과정, 서비스 제공 및 평가를 활성화하여 의사결정지원시스템을 구축하여 보건 및 복지서비스의 질적 수준을 높일 수 있게 된다.

별도 관리되고 있던 복지관련 서비스가 복지카드 도입을 통해 실시간으로 수진자별로 누적관리 된다면 저장된 자료를 통해 모니터링 시스템을 확대하여 알람기능에 따라 의료급여수급자별로 더 빠른 서비스와 대책 방안을 제공할 수 있게 된다. 또한, 각 기관별로 제공되고 있던 복지서비스의 이중제공도 방지하게 되며, 사례관리 제공시 실시간으로 수급자별로 필요한 다양한 보건 및 복지서비스를 제공 가능 하게 된다.

복지카드를 이용한 보건·복지 서비스를 연계한 사례관리를 하게 되면 더 많은 비용 절감이 예상 된다. 복지카드를 이용한 실시간 보건·복지관련 연계 서비스 누적관리를 하면서 실시간으로 서비스가 필요한 대상자를 선정하여 수급권자에게 의료이용 교육, 단골의사 선정, 필요한 보건복지자원 연계, 과잉진료 및 중복청구 진료비 방지 서비스를 제공하게 됨으로 진료비를 절감할 수 있다. 이와 같은 복지카드 시스템 도입을 통한 업무 흐름은 그림21과 같다.

복지카드를 통해 수급자에게 적절한 대체서비스를 제공하게 된다고 가정했을 경우 이 연구의 조사대상자 1종 의료급여수급자 모두를 사례관리 대상으로 본다면 절감액 44억 5천만원의 41.5%⁹⁾ 적용한 20억 1천만원의 절감이 예상된다.

9) 365일 장기의료이용자 대체서비스 있을 경우 의료이용감소가능(건강보험심사평가원조사연구)

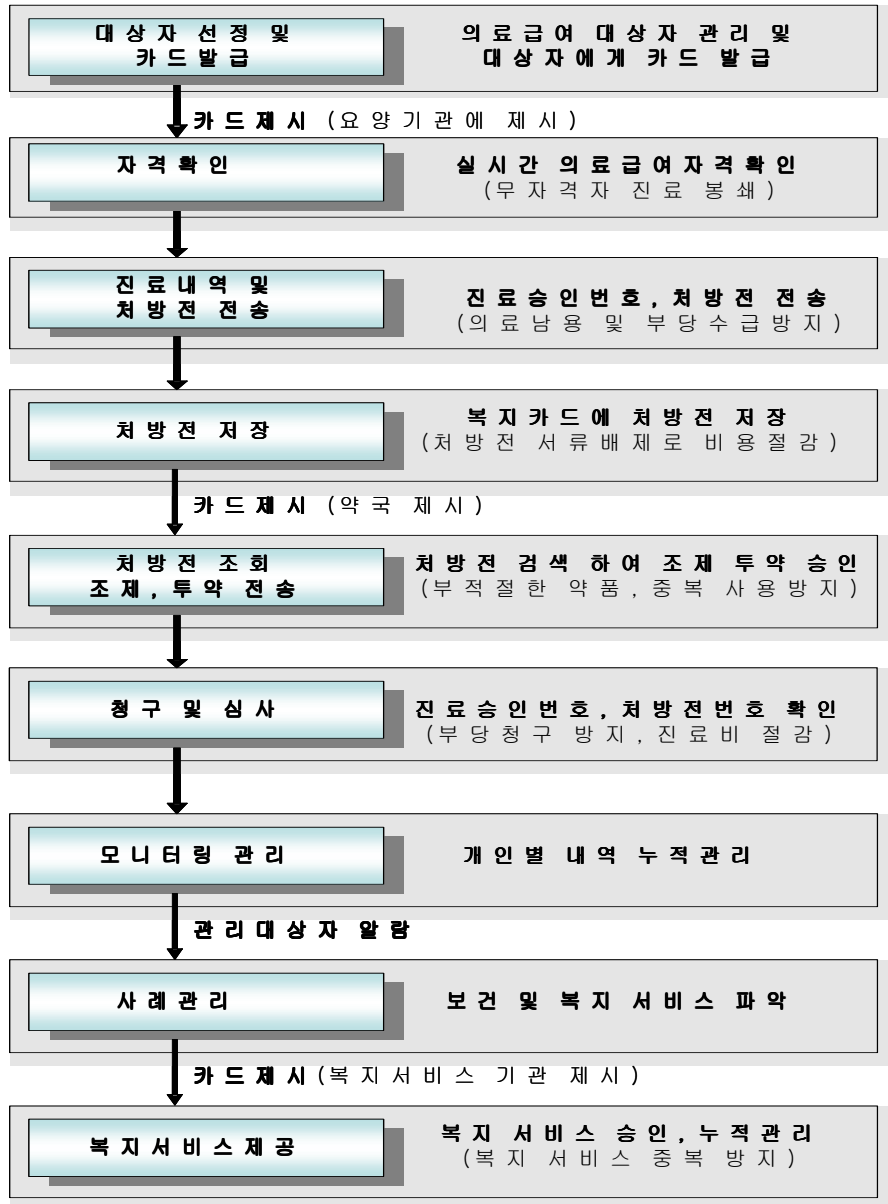


그림 21. 의료급여 복지카드 업무흐름 체계도

3) 복지카드시스템의 기대효과

복지카드시스템 도입으로 가져올 수 있는 기대효과로는 첫째, 자격관리 효율화를 기대할 수 있다. 복지카드를 이용하여 요양기관에서 가입자의 자격확인을 하게 되면 인터넷 통신망을 이용한 자격유무 점검시간을 단축할 수 있다. 무자격자의 진료를 원천 방지 할 수 있게 되며 요양기관에서 인적사항을 별도입력하지 않아도 되는 업무 간소화의 효과가 있다.

둘째, 부당청구 방지의 효과가 있다. 진료시 진료번호 및 진료시간을 자동으로 기록하게 하고 처방전 및 진료내역을 실시간 전송하도록 하며 프랑스와 같이 의료급여수급자 카드와 의사 및 약사 등의 허가된 카드를 동시에 사용했을 경우에 진료가 가능하도록 하여 대역진료를 방지하는 등 허위, 부당청구방지 효과가 있다. 카드인식을 통해서 진료일자, 시간, 요양기관코드, 신분증 등의 자료로 검증코드 생성, IC카드에 값비싼 의료기기의 사용과 검사시간을 등록 의사 진찰 시 참고자료로 활용하여 검사의 중복을 막을 수 있다.

셋째, 처방전 위변조 방지 및 중복처방 방지 효과가 있다. 처방전을 실시간 전송 및 복지카드에 수록하여 승인된 진료번호에 의해서 처방전을 처리하고 카드에 기록된 처방전은 약국에서 조회가 가능하도록 하여 처방전 재입력 과정을 생략하는 업무 간편화의 효과와 처방전 위변조 방지효과와 약국의 허위 부당청구를 방지할 수 있으며 약사의 처방전 판독 오류를 최소화할 수 있고 처방전과 다른 고가의 약제로 조작한 대체청구 방지 및 하루에 몇군데를 방문하는 중복처방도 방지 할 수 있다.

넷째, 의료급여 비용 절감 효과가 있다. 복지카드를 보건 및 복지서비스 사용시 개인별 서비스 내역이 누적 관리됨으로 인해 수진자별 관리가 용이

해 지고, 허위 부당청구를 방지 할 수 있으며, 실시간 진료관리로 인해 과잉진료방지, 사례관리 등 복지서비스 관리, 부당허위청구 절감, 행정비용 감소, 진료비 절감효과의 비용절감 효과가 있다.

건강보험심사평가원에 전송, 저장된 각종 처방전 및 진료내역 DB와 실제 청구내역을 비교하여 부당, 허위 청구를 적발하는 자동 적발 알고리즘 및 개인별 진료내역 자동 관리 알고리즘을 개발하여 적정진료를 유도하고 복지서비스가 중복서비스 되는 것을 방지 종합적인 서비스 제공으로 인한 비용절감이 있다.

다섯째, 업무처리 신속성의 효과가 있다. 실시간으로 자격확인, 진료승인, 처방전 저장 등으로 인한 서비스 제공자간 정보 공유 및 신속성, 진료정보의 투명화로 인한 빠른 업무처리의 효과가 있다. 건강보험심사평가원의 심사업무 시스템 자동화 및 기간을 단축하여 탄력적인 인력 운영이 가능하다.

의료급여대상자의 질병유무 등의 기초정보에 혈액형, 알레르기, 구급정보 등의 기본적인 진료 기능을 부여하면 응급상황 발생시 신속하게 진료가 가능하게 되며, 건강생활지원금을 매달 선불로 입금 하게 되고 한도 금액 내에서 승인이 이루어지게 됨으로 별도의 정산 없이 자금결제가 이루어질 수 있다.

여섯째, 각종 자료 및 통계자료, 질병예방정보 확보 효과가 있다. 보건 및 복지서비스 내역을 실시간으로 자료화함으로 인한 수진자별 질병의 조기발견 및 치료와 예방정보 제공을 통한 의료급여수급자의 자가 건강관리를 위한 각종 자료를 제공함으로써 수진을 감소를 도모할 수 있고, 통계자료의 확보 및 적정 의료정책 수립 시 참고자료로 활용하여 의료급여자에게

실질적이고 다양한 서비스를 받을 수 있도록 정책 수립시 반영할 수 있다.

일곱째, 복지카드의 휴대 편리성 및 이용 활용성의 효과가 기대된다. 카드 형태임으로 휴대가 간편하고 카드 한 장으로 접촉(Contact), 비접촉(Contactless) 검용 사용이 가능함으로 향후에 출입통제, 교통카드 등 다양한 분야에 적용이 가능하고 비밀번호 기능을 설치하여 분실 또는 도난 시 타인의 사용이 불가능하도록 하고 잘못된 비밀번호 여러 차례 입력 시 “자동잠금장치” 작동하여 의료급여증 대여로 인한 비용 발생을 줄일 수 있다.

이와 같이 의료급여 복지카드 도입 모형에 따른 의료급여자격시스템 제도변경전후와 비교하여 보면 표21과 같다.

표 21. 의료급여 복지카드 도입 모형에 따른 비교

구 분	변경전 시스템	현행 시스템	확대시스템모형 (복지카드도입)
대상자관리	복지행정전산망통합 자산조사한계	복지행정전산망통합 자산조사한계	타기관 전산자료 자산조사연계확대
수급자자격확인	의료보호증 확인	인터넷 자격확인	카드인식으로 자격확인 시간절약
중복처방	3~5개월 후 조사시	타 기관진료확인 안됨 중복투약 확인 안됨	실시간 승인 확인 처방전 카드저장
사후관리대상	우편통보	복지행정망 통한 연계 시작	보건 및 복지 실시간 관리 및 모니터링 자동화
복지서비스	별도관리 중복가능	별도관리 중복가능	카드 인식으로 실시간 누적관리 중복방지

4) 복지카드시스템의 경제적 효과

이 연구에서 제안한 전자복지카드 정보시스템을 구축하여 의료급여 대상자관리 및 보건복지 서비스 연계를 통해 의료급여 비용 관리를 하게 되

면 더 많은 경제적 효과를 거둘 수 있을 것으로 기대한다.

의료급여수급자 제도변경전후의 3개월간의 총진료비 분석에서 제도변경 전 373억 7천만원에서 제도변경후 325억 3천만원으로 약48억 4천만원의 진료비 절감효과가 있었다. 또한, 의료급여 전자복지카드 정보시스템 모형 설계에서 제안한 의료급여 대상자관리 모형에서 약9억2천만원, 사례관리 등의 복지서비스 연계로 약11억 2천만원으로 절감효과가 있을 것으로 예상하였다. 따라서 의료급여자격시스템 도입으로 인해 약48억 절감액에 복지카드 도입을 통한 시스템 제안으로 약20억 절감 합해서 약68억의 경제적 효과를 거둘 수 있을 것으로 추정해 본다.

표 22. 복지카드 도입으로 제도변경후 절감 예상액

(단위 : 원)

구 분	제도변경전후	총진료비	진료비절감액
의료급여자격시스템	변경전 '07.4~6월 총진료비	37,370,466,190	4,843,631,739
	변경후 '07.7~9월 총진료비	32,526,834,451	
복지카드도입모델	대상자관리	약9억2천만원	약20억4천만원
	보건 및 복지서비스연계	약11억2천만원	

아. 법령 정비 및 보안 설계

1) 관련 법령 및 제도

복지카드제 도입 및 보건복지관련 기관의 정보를 연계 하려면 먼저 정보보호법에 어긋나지 않는 보안대책이 필수적이다. 정보유출, 사생활침해에서 벗어나지 않는 범위에서 타 요양기관에 정보제공을 위한 법적근거 마련 및 제공범위·내용·방법 등이 결정되어야 할 것이다. 각 요양기관마다 허

가된 인증자에 한해서만 타기관의 동일질병에 대한 진료여부를 확인 가능하도록 하고, 제공되는 의료이용정보도 기본적인 정보만 제공될 수 있도록 하는 등 개인정보보호법에 어긋나지 않는 범위에서 제공되어야 한다.

의료분야의 발전과 공공의 이익을 위해서는 개인의 의료정보가 적절히 이용되어야 하나 개인정보의 유출은 커다란 사회적 문제가 될 수 있으므로 사생활 보호와 의료정보 보호와 활용의 조화를 위한 법·제도적 대비가 필요하다. 카드에는 공인인증기관의 인증코드와 개인의 이름, 혈액형, 주소 등 최소한의 정보를 기록하여 타 요양기관에서 진료정보를 확인 가능하도록 하여 의료 및 투약의 중복을 막을 수 있는 법·제도 개선이 필요하다.

2) 개인 프라이버시 및 정보보안

카드제 도입과 시행에는 국민 공감대와 상호신뢰 분위기가 우선되어야 한다. 독일도 첫 시도 후 여러 가지 사회적 여건이 갖추어져 시행이 될 때까지 약15년이 걸렸다. 새 제도 도입은 보험자와 의료계간 상호 필요성, 무엇보다 환자(소비자) 의견을 수렴해서 국민적 합의가 이루어 질 때 가능하다. 그래서, 의료급여 대상자에게만 카드를 주게 되면 개인프라이버시에 위배되지 않는지도 검토해야 된다.

각 기관마다 업무에 필요한 데이터가 제공 및 연계되고 개인정보는 보호되어야 하며, 허가된 사용자만 접근하도록 하는 피해가 생기지 않도록 하며, 각 기관별로 중복업무는 배제하고 확장성을 고려 안전성을 확보한 시스템이 구축되어야 한다.

의료보장 등 개인정보는 PIN으로 확인된 정당한 사용자 이외의 사람은 카드내의 고유한 데이터에 접근할 수 없도록 하고 해당 관련자는 자신에게

부여된 데이터에 대해서만 접근 가능하도록 하며, 복지카드를 이용한 상호 인증 시스템으로 사용자 정보를 보호하기 위한 제도를 마련한다.

국가가 보증하는 보안 알고리즘을 탑재하여 카드 활용으로 인하여 발생하는 프라이버시 문제 해소를 위하여 복지카드에는 질병내역 혹은 건강정보를 일체 수록하지 않고 본인 확인과 이용횟수 관리 및 본인부담금 지불 근거로만 사용하며, 지역사회 보건·복지서비스와 의료급여 통합 운영 방안을 검토하는 방법이 강구되어야 한다.

3) 단말기 설치 등

카드 도입시에는 요양기관의 비용 결재시에만 단말기가 필요 한 것이 아니라 접수시에도 단말기가 설치되어야 하고, 방문보건 및 사회복지사 출장관리시 휴대용 단말기 비용과 함께 카드 수수료 문제가 있다.

카드 단말기 보급 비용, 의료기관의 설치거부 등 유·무형의 비용 발생에 대한 대응방안 강구 필요하며, 각 카드·단말기·발급센터와 각 해당기관의 시스템의 보안기능과 네트워크상의 보안기능을 철저히 검토하여 시행되도록 한다.

카드에 기록된 정보에 대한 고유정보 노출 및 카드범죄에 대한 방지책도 있어야 한다. 각 카드·단말기·발급센터와 각 해당기관의 시스템의 보안기능과 네트워크상의 보안기능을 철저히 검토하여 신뢰성을 보장하고 복지카드를 이용하는 자에 대하여 수시 또는 정기적인 이용행태 분석을 하여야 한다. 단말기는 제휴카드회사에서 비용을 지원해주고, 복지관련 카드에 대해선 카드 수수료 인하 및 복지차원에서 지원해 주는 방법과 정책부서에서 복지카드시스템을 자체 운영하는 방법도 있을 것이다.

V. 고 찰

보건의료기술의 발전과 더불어 국민의 의료욕구도 증가하고 있으며, 의료급여 수급자등 취약계층에 대한 부양 및 의료비가 가중한 부담으로 증가하고 있다. 노령자, 만성질환자 등으로 인한 대상자 확대, 급여 범위의 확대, 사회양극화 현상 등, 의료남용 및 도덕적 해이로 진료비가 증가하여 진료비 절감을 위한 다양한 방법이 의료급여제도의 과제로 대두되고 있다.

의료급여 재정증가에 따른 제도적 정책 대안으로 실시간 자격확인 및 진료승인의 의료급여자격시스템 도입전의 의료급여환자 의료지출실태에 대한 연구 자료는 있으나 실제 제도변경으로 인한 진료비 분석에 대한 연구 분석 자료는 전무한 실정이다. 이에 본 연구는 의료급여대상자의 진료비를 절감하기 위한 방안으로 시행된 의료급여자격시스템이 진료비 절감 효과를 가져 오고 있는지, 다른 문제점은 없는지에 대한 분석과 앞으로 더 많은 비용 절감을 가져올 수 있는 의료급여 정보시스템 발전모형에 대하여 연구 하였다.

의료급여제도 변경에 따른 의료이용을 분석하기 위해 국민건강보험공단에서 보유하고 있는 자료중 2006년도에 의료를 이용한 65세 이상의 장기의료이용 수급자 32,501명을 대상으로 2007.1~9월까지의 월별 의료이용 현황과 제도변경전후 3개월간의 진료비, 평균진료비, 1인당 진료비 등에 대하여 분석하였다. 제도변경전후 3개월간의 전체 평균진료비에 있어서는 제도변경전보다 변경후에 약13%의 진료비가 절감된 것으로 나타났다. 그러나 타기관의 자료 연계 미흡으로 인한 대상자관리와 수진자별 누적관리 미흡으

로 인한 중복처방, 다른 요양기관에서 진료내역이 확인되지 않음으로 인한 진료 등의 문제점이 나타나고 있다.

의료급여 대상자 선정의 문제점과 점점 증가하는 의료급여 비용 절감을 위한 적정의료를 위한 정책제언으로 보건·복지 연계 시스템 모형에 대하여 언급되고 있다(김의숙외, 2006). 또한 외국문헌에서도 의료서비스와 복지서비스가 많은 부분에서 중복이 발생되고 있어 보건 및 복지 서비스의 연계 필요성이 있다고 말하고 있으며(Hill, 1990), 노령층에게는 통합서비스 개발이 중요한 문제로 보았다.(Leichsenring, 2004). 이에 본 연구에서는 의료급여 대상자를 효과적으로 관리하고 의료급여비용 절감을 위한 방안으로 복지카드를 도입하여 자산관리 시스템 연계 및 보건복지 네트워크 구축망을 이용한 보건 및 복지서비스를 제공하는 의료급여 정보시스템 모형을 설계하였다.

문헌을 통해 진료비 절감액을 자산조사 시스템 확대연계로 인한 의료급여 대상자 관리로 약9억2천만원, 보건복지 연계를 통한 사례관리로 약11억2천만원의 절감액을 추정 산출 하였고 그 외 보건복지 정보네트워크 구축, 수진자별 진료내역 확인 시스템, 복지카드 시스템 도입을 통해 의료급여비 절감을 가져올 것으로 분석하였다. 의료급여자들은 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하여 의료상의 문제들이 나타나기 때문에 보건 및 복지 관련의 종합적인 서비스를 위하여 독일과 프랑스와 같은 복지카드를 이용해서 수진자별 의료이용 및 복지관련 서비스를 연계하여 제공하고 관리하여 예방적 차원에서의 사례관리 확대를 통해 의료급여수급자의 적정의료 이용을 유도하는 방법의 진료비 절감이 모색되어야 될 것으로 사료된다.

이 연구의 제한점은 의료급여자격시스템 제도의 시행기간이 짧아서 실

시간 자격승인 및 실시간 진료내역 승인, 1종 의료수급자의 본인일부부담제 도입 등의 제도변경의 혼란으로 인한 의료급여자의 병원진료 기피, 요양기간의 업무처리 및 진료승인 청구 미숙 등의 여러 가지 요인들이 제대로 반영되지 못하였고 연구 자료가 충분히 모아지지 않았다. 또한, 전체자료가 건강보험심사평가원을 통해 심사청구된 자료를 대상으로 하지 못하였고 실시간 자격확인 및 실시간 진료내역 승인 등의 각 변경 제도 항목별로 의료급여 비용절감에 미치는 경제성평가를 하지 못하였다.

향후 연구에서는 새로운 의료급여자격시스템에 의료급여수급자가 어느 정도의 적응기간을 거친 후 심사청구된 자료를 대상으로 최근 1~2년 동안 의료급여자격을 유지한 대상자를 대상으로 비용절감에 미치는 효과를 제도별로 조사해 보는 것이 필요하다. 그리고, 이 연구에서 의료급여 정보시스템 발전 모형으로 제안한 자산조사, 수신자별 진료내역확인, 복지카드를 도입한 보건·복지시스템 연계 확대 등 제안시스템에 대한 연구를 순차적으로 적용해 보면서 의료급여비용 절감효과로 인한 경제성 평가 연구가 후속적으로 진행되어야 할 것이다.

VI. 결 론

건강한 삶에 대한 인식의 보편화와 보건의료 서비스의 증대와 국민의 보건의료 인식의 전환과 함께 기대수명의 증가로 이어지면서 고령자인구는 점점 증가추세이며, 국민기초생활제도의 확대와 고령사회로의 진입은 새로운 보건 및 복지서비스의 수요를 발생시키고 있다.

의료급여제도는 국민기초생활보장 대상자 등 일정수준 이하의 저소득층 즉 경제적으로 어려운 사람들에게 기본적인 의료서비스를 주기 위해 국가에서 정책적으로 고안한 제도이다. 그 동안은 본인부담이 없다는 점을 악용하여 의료를 남용하여 의료비를 증가 시키는 경우가 많았다.

이에 본 연구에서는 국민건강보험공단에서 관리하는 2006년도 365일 장기이용자를 대상으로 의료급여자격시스템 제도 변경전후의 3개월간의 진료실적을 분석 비교하여 의료급여실시간 자격확인, 실시간 진료승인번호 확인, 본인일부부담제 도입으로 의료급여 총진료비 자연증가 요인을 제외한 진료비 증가분에서 수급권자의 도덕적 해이와 의료공급자의 과잉/부당청구를 일부 방지하여 의료급여 비용 절감을 가져온 것을 알 수 있었다.

그러나, 의료급여자격시스템은 타기관의 진료내역을 확인할 수 없으므로 의료급여수급자가 당일에 여러 기관을 방문할 시에는 승인이 되고 있으며, 수급자별 투약내역을 누적관리하지 않고 다른 의료급여기관간의 중복투약에 대한 방지장치가 마련되어 있지 아니하여 중복투약이 가능하다. 따라서 의료급여자의 의료이용의 비용절감을 위해서 타 요양기관에 정보제공을 위한 법적근거 마련 및 제공범위, 내용, 방법 등을 결정해야하고 의료급

여대상자 확보를 위한 자산조사시스템 확대 연계 및 수진자별 진료내역 확인 시스템, 사례관리 확대를 통한 의료급여 시스템 발전방안과 보건 및 복지 정보 네트워크 구축 및 복지카드 시스템 구축을 통한 수요자 개인의 정보 자료 교차분석 등 특별한 관리로 불필요한 경우의 의료기관 이용 자제 및 중복검사, 중복투약 등 의료비 낭비요인을 최대한 억제할 수 있는 업무 효율화 방안을 제시하였다.

보건 및 복지관련 연계 기관간 정보공유체계를 마련하여 국민건강보험공단, 시군구 사회복지정보화 관련 분야들간의 연계 즉, 지역사회복지관의 전문 사회복지사 및 자원봉사자의 활동을 통한 포괄적인 지역사회 복지서비스 제공과 연계, 사회복지공동모금회 지원 및 육성, 민간부분의 자원봉사자 연결하여 의료급여 수요자에게 보건 뿐 만 아니라 적극적인 복지정보를 제공하는 것이다. 개인의 삶의 질 향상과 사회경제 전반의 선진화 지원시스템을 구축 설계를 제안 하였다.

의료급여자격 시스템은 3~4개월 걸리던 진료정보가 실시간으로 처리되지만 의료급여 대상자는 전체 국민의 3%선인 183만명에 불과하며, 4,800만명 건강보험 전체 가입자를 대상으로 온라인 기반 조회시스템을 도입해 투약·진료 오남용을 막는다는 것은 불가능하다. 이에 의료 급여자가 요구하는 보건 및 복지서비스에 대한 치밀한 분석을 통하여 의료비용을 절감시키고, 실질적이고 다양한 서비스 혜택을 받을 수 있는 종합적인 서비스를 제공할 수 있다. 더 나아가서는 의료급여 대상자 뿐 만 아니라 전 국민을 대상으로 보건·복지 서비스 연계 및 사례관리확대, 복지카드 시스템 도입으로 전 국민의 효과적인 의료정책과 의료비 절감에 활용 될 수 있을 것으로 기대한다.

참 고 문 헌

- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2005~2007
- 국민건강보험공단. 건강보험포럼, 2005~2006
- 국민건강보험공단. 의료급여자격관리시스템 관련 내부자료, 2007
- 구순자. 저소득 취약계층 의료급여 체계의 문제점과 그 개선 방안에 관한 연구. 서울시립대학교 도시과학대학원 석사학위논문, 2005
- 김근희. 우리나라 지역보건의료 EHR 체계 구축 방안에 대한 연구. 연세대학교보건대학원 석사학위논문, 2005
- 김미곤, 여유진, 양시현, 최현수, 김계연, 고연분 등. 2004년 최저생계비 추정 및 계층방식에 관한 연구. 한국보건사회연구원 2004
- 김미지. 의료급여 정신질환자 관리 및 급여체계 개선방안. 인제대학교 대학원 석사학위논문, 2005
- 김영일. 프랑스 전자진료카드 관련 주요 질의 및 응답
- 김의숙, 남정자, 김미영, 고일선, 이덕만, 김광숙 등. 의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안, 연세대학교 간호대학 간호정책연구소, 2007
- 김정우, 이주열, 엄명용. 보건복지 전달체계의 효율적 운영 방안에 관한 연구 I :모델개발을 위한 사례관리 적용. 한국사회복지학 2008; 35:107-131
- 김정은, 김인숙, 김의숙, 일선, 유호신, 채영문 외2. 보건소 방문간호사업 정보시스템 데이터베이스 개발. 대한의료정보학회지 2002; 8(1): 25-35
- 김창엽, 미국 의료보장체계의 현황과 문제점에 대한 조사 분석 보고서. 국민건강보험공단, 2005

- 김창엽, 신영진, 유원섭, 전경자, 허선. 저소득층에 대한 의료보장 장기발전 방안 연구. 보건복지부 정책연구보고서, 2003
- 김화진. 지방자치단체 독거노인의 복지서비스 개선방안에 관한 연구. 한양대학교 행정자치대학원 석사학위논문, 2006
- 김현희. 의료급여 수급권자의 의료복지서비스 이용실태 및 개선방안에 관한 연구. 동국대학교 사회과학대학원 석사학위논문, 2004
- 박기순. 노인인구 의료이용수준에 대한 비교분석. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1997
- 박일남. 정보화를 통한 지역사회복지협의회의 기능 개선방안에 관한 연구. 상지대학교 행정대학원 석사학위논문, 2002
- 박종연, 강임옥, 김경하, 서수라, 신지연. 우리나라 노인의료보장체계의 개선방안. 국민건강보험공단 연구보고서 2005
- 박종연, 강임옥, 김경하. 한국형 노인건강·수발관리체계를 위한 서비스 연계방안. 국민건강보험공단 연구보고서 2006
- 변재관. 주민통합서비스 제공을 위한 민관협의회 활성화 방안. 고령화 및 미래사회위원회 2007
- 보건복지부. 보건복지백서, 2004~2006
- 보건복지부. 의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서, 2006
- 보건복지부. 의료급여 혁신 종합대책 및 세부추진계획(안), 2006
- 보건복지부. 의료급여 오남용방지를 위한 제도개선사항, 2007
- 서미경, 김혜련, 한영자, 선우덕, 송현종, 김남순 등. 보건의료서비스 공급체계 개선방안. 한국보건사회연구원 2003
- 선우덕, 송현종, 황나미, 강은정, 서영준, 김태일 등. 고령화 사회에서의 노인

- 보건의료체계 구축방안. 한국보건사회연구원 2005
- 신동면, 한상연, 김종호, 이호창, 김민용. 지역복지 정보네트워크의 구축에 관한 연구. 한국정책학회보 2004; 13(1): 21-38
- 신영석, 최병호, 신현웅, 황도경, 윤석준. 의료급여환자 의료지출실태 및 급여 개선방안. 한국보건사회연구원 2005
- 신영석, 신현웅, 황도경, 노인철. 의료급여 재정효율화를 위한 모니터링. 한국보건사회연구원 2006
- 양형규. 스마트카드를 이용한 전자주민카드의 암호프로토콜 연구. 산학기술 연구소 논문집 1997; 3: 121-143
- 연세대학교 사회복지연구소. 의료급여 사례관리사업 평가에 대한 연구 2004
- 요양기관과 보험자간 전자매체를 활용한 자격관리 및 급여정보 통합연계관리 방안에 대한 연구. (재)한국의학연구소, 2001
- 의료보장체계 개혁의 결정요인에 대한 연구, 사회복지정책 2007; 28: 275-295
- 이군성. 사회복지 정보네트워크에 관한 연구. 단국대학교정책경영대학원 석사학위논문, 2005
- 이기찬. 각종IC카드(전자카드)간 통합화 연구 방안. 서울여자대학교, 2001
- 이성철. 클라이언트/서버 모델을 이용한 사회복지 정보시스템의 설계 및 구현. 제주대학교대학원 석사학위논문, 1998
- 이인자. 독일의 의료보험카드 시스템에 대하여. 천주교인권위원회, 2001
- 이원희. 의료급여 수급권자의 의료이용과 건강관리를 위한 사례관리사업 발전방안. 한양대학교대학원 박사학위논문, 2006
- 이윤환. 21세기 노인보건의료의 과제 공공과 민간의 역할. 한국보건행정학회 2000년 전기학술대회연제집 2000

- 이용재. 의료급여환자 의료이용의 지역 간 차이에 관한 연구. 사회복지정책 2007; 28: 233-251
- 이현주, 백화중, 신영석, 김안나, 박능후, 이선우 등. 차상위계층 실태분석 및 정책제안. 한국보건사회연구원 2005
- 이효진. 프랑스 IC카드의 실상(II). 천주교인권위원회, 2001
- 정성기. 지역사회 보건복지 서비스연계 실태에 관한 연구. 가톨릭대학교 사회복지대학원 석사학위논문, 2002
- 정윤수, 김미원. 사회복지정보화의 패러다임. 사회과학논집, 2004: 21
- 조홍숙. 지역사회 보건·복지서비스 연계에 관한 연구. 서울시립대학교 도시과학대학원 석사학위논문, 2007
- 한국보건사회연구원. 보건복지포럼, 2003~2006
- 황규영. 복지카드의 활성화 방안에 관한 연구. 단국대학교경영대학원 석사학위논문, 2007
- Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care, American economic review 1963; 941-973
- Hill MJ. Understanding social policy, Cambridge: Basil blackwell ltd, 1990
- Larson L. A better way to grow old: the pace model. Trustee 2002; 55(7): 10-14.
- Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. International Journal of Integrated Care. 2004
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to

reduce social inequalities in health, 2007

Palier B. The health care policies quadrilemma. Paper for the ESPANET
2005. URL: <http://www.unifr.ch/travsoc/espanet05/papers/pap15-04.pdf>

Twaddle AC. Health care reform around the world. Greenwood
Publishing Group Inc, 2002.

<http://www.globalwindow.org> 무역투자정보포탈 글로벌 윈도우

<http://www.ipc.go.kr> 정보화추진위원회

<http://www.kinds.or.kr> 한국언론재단

<http://www.kosmi.org> 대한의료정보학회

<http://www.kihasa.re.kr> 한국보건사회연구원

<http://www.mohw.go.kr> 보건복지부

<http://www.nabo.go.kr> 국회예산정책처

<http://www.nhic.or.kr> 국민건강보험공단

<http://medi.nhic.or.kr> 국민건강보험공단 요양기관포털

<http://www.newsmp.com> 의약뉴스

<http://news.naver.com> 네이버뉴스

<http://www.vms.kr> 한국복지봉사활동 인증관리

ABSTRACT

A Study on Designing Electronic Welfare Card Information System for Medical Aid Program

Hye Young Kim

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Young Moon Chae, Ph.D)

The Medical Aid Program is a social security system, which provides basic medical services to low income population. As with the development of medical technology and increase in life expectancy, the number of elderly population with chronic disease increases. The more elderly population with low income increases, the higher financial burden for managing Medical Aid Program gets attention. Furthermore, the fact that beneficiaries and health care providers tend to be less cost conscious makes it necessary to reduce medical waste (i.e., provision of unnecessary and duplicate care).

The purpose of this study was to compare medical services use among Medical Aid Program elderly beneficiaries before and after the introduction of the Medical Aid Program eligibility verification system. The system was designed to save the medical expenditures through

verifying beneficiaries' eligibility on the spot and encouraging appropriate medical service use. The study sample includes 32,501 elderly patients from National Health Insurance Corporation Registry. The sample was limited to those who have used any medical services before and after the introduction of the new system. The study period is from January to September, 2007.

Results show that male patients had higher medical expenditures; female patients spent on average about 29,806Won per month. Comparison of medical expenditures for three months in each prior and post periods showed decrease in medical expenditures after the introduction of the new system. Decrease in medical expenditures under Medical Aid Program supports that new features of the new system—real-time eligibility verification and medical services approval, case management—produced medical savings for Medical Aid Program.

However, the system still fail to capture those who use the same medical services in many health care providers on the same day. In order to reduce the redundant and unnecessary use of the same medical services, the researcher suggests electronic welfare card information system, which interconnects various health care and social work institutions for the same beneficiaries' information sharing. The electronic welfare card information system should help managing overall Medical Aid Program and making both beneficiaries and health care providers cost conscious.

Key words: Medical Aid Program, electronic welfare card, health and welfare services connected