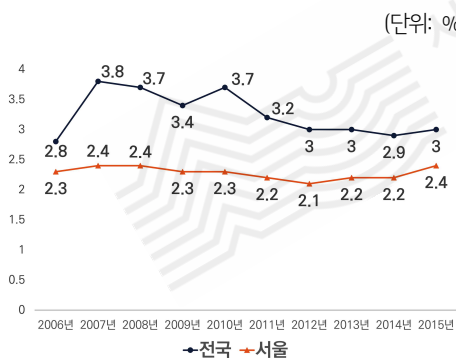


요약

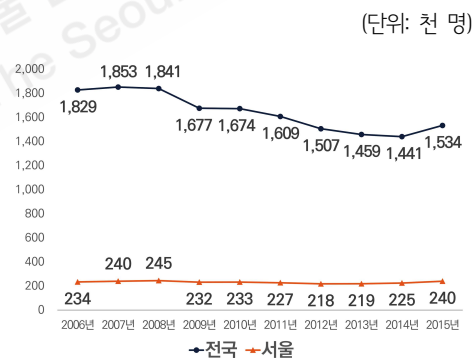
의료급여 수급권자가 체감 가능한 의료서비스 질 개선방안 마련해야

제도 보장성 강화 등으로 서울시 의료급여 환자 수·진료비 증가추세

우리나라 전체 의료급여 환자는 2008년 약 180만 명에서 2015년 150만 명으로 감소하는 추세이나, 서울시 의료급여 환자는 2008년 약 24만 명에서 2015년 약 25만 명으로 증가하는 경향을 보이고 있다. 서울시 의료급여 환자의 총 진료비도 2008년 5,898억 원에서 2012년 7,107억 원으로 20.5% 증가하여 전국 증가율 대비 16.0%가량 높은 수준을 보였다. 이는 의료급여제도에서 급여일수의 제한이 사라지고 환자 본인의 부담이 거의 없는 제도적 변화에서 비롯된 것으로 보인다.



[그림 1] 전국 및 서울시 의료급여 수급권을 추이(2006~2015년)



[그림 2] 전국 및 서울시 의료급여 수급권자 수 추이(2006~2015년)

의료급여 수급권자의 평상시 건강관리·의료서비스 질 평가는 미흡

의료급여제도는 급여범위 및 진료비의 확대 등으로 크게 성장한 듯해 보이지만 의료급여 수급권자들이 받고 있는 의료 서비스의 질과 평상시 건강관리가 적절하게 이루어져 왔는지에 대한

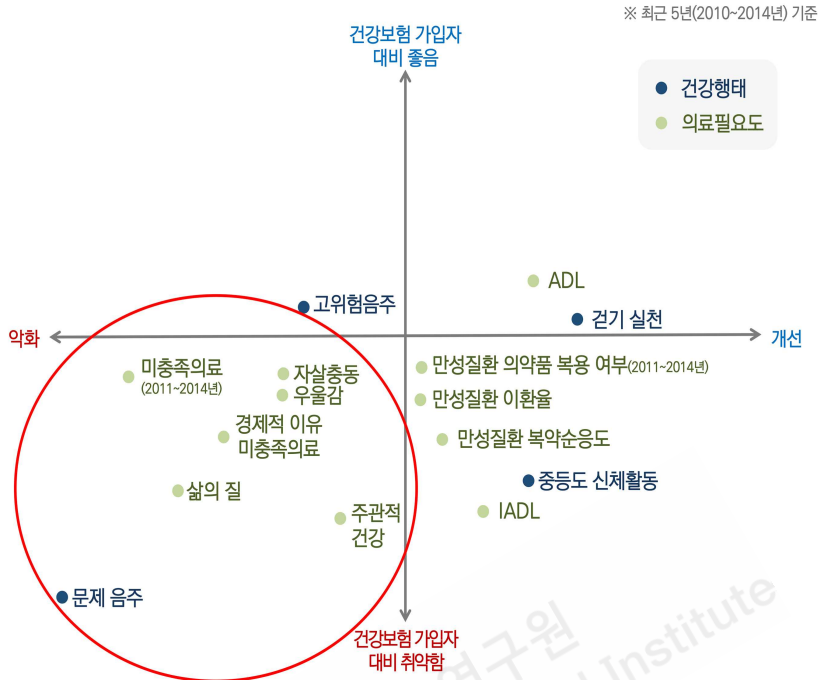
고민과 관심은 제도의 성장에 비해 적었다. 의료급여 제도와 관련된 기존 연구들은 주로 의료급여 환자들의 의료쇼핑과 같은 도덕적 해이, 의료급여 환자의 의료이용 적정성 고찰 등 의료이용량에 초점이 맞추어져 있었으며, 의료급여 환자가 이용하는 의료 서비스의 질을 평가하는 연구는 극히 드물었다.

의료이용이라는 결과는 평상시의 건강행태와 환자가 느끼는 의료필요에 따라 좌우되기 때문에 평상시 환자의 건강관리가 매우 중요하다. 따라서 그동안 저소득층을 포함한 의료급여 수급권자의 건강 관련 정책들이 의료이용 접근성 개선을 중심으로 했다면, 앞으로는 서울시 차원의 건강증진 강화 노력이 필요할 것이다.

의료급여 수급권자, 건강보험 가입자보다 예방적 건강관리 잘 안 돼

서울시 의료급여 수급권자들의 건강행태를 요약하자면 적게나마 건강보험 가입자보다 건강행태가 좋았던 것은 고위험 음주와 걷기 실천이었다. 다만 의료급여 수급권자들의 걷기 실천율은 최근 5년 동안 지속적으로 좋았던 반면, 고위험 음주율은 높아지고 있었다. 반면 의료급여 수급권자들의 중등도 신체활동과 문제 음주는 건강보험 가입자보다 좋지 못한 행태를 보이고 있었고, 특히 문제 음주는 그 격차가 매우 컸다. 한편 의료급여 수급권자의 의료필요를 건강보험 가입자와 비교했을 때, 주관적 건강수준이 좋다고 인식하는 의료급여 수급권자들의 비율은 전체 건강보험 가입자의 절반 수준이었다. 의료급여 수급권자는 미충족 의료 경험도 전체 건강보험 가입자보다 약 1.9배 높은 것으로 나타났으며, 특히 이러한 미충족 의료를 경험한 사람들 중 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 전체 건강보험 가입자보다 약 2.7배 높았다. 정신건강 측면에서도 우울감과 자살충동을 살펴보았을 때, 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자보다 더 높은 것으로 나타났다.

다시 말해, 현재 의료급여 수급권자들이 건강보험 가입자에 비해 상대적으로 취약하고 악화 속도가 빠른 지표는 문제 음주율이었으며, 이들의 미충족 의료 경험률은 높아지고 삶의 질은 저하되고 있었다. 특히 의료급여 수급권자들의 주관적 건강, 자살충동, 우울 등 인지적 건강상태와 관련된 지표들이 모두 좋지 않은 것이 특징이다. 다만 만성질환 관리는 현재는 좋지 않으나 점점 개선되고 있는 것으로 확인되었다.



[그림 3] 서울시 의료급여 수급권자의 건강행태와 의료필요 수준

의료급여 외래환자 의료이용량·외래방문일수 줄고 본인부담금 늘어

의료급여 수급권자들의 외래서비스 이용률은 2015년 기준 93%(1종 93.6%, 2종 92.2%)로, 의료급여 수급권자 10명 중 9명 이상이 외래서비스를 이용했다. 의료급여 환자의 외래이용량은 1인당 외래방문건수, 방문당 총 진료비, 방문당 본인부담금, 1인당 총 진료비, 1인당 본인부담금 5가지 지표를 통해 실태를 분석하였고, 지표의 최근 변화율은 2013년부터 2015년까지 3년간의 변화율로 제시하였다. 먼저 2013년에 비해 2015년에 감소한 지표는 1인당 외래 방문일수와 방문당/1인당 총 진료비였다. 의료급여 환자의 1인당 외래 방문일수가 감소한 이유는 의료급여 2종 환자들의 방문일수는 1일 증가했지만 1종 환자들의 방문이 1일 감소하였기 때문이다. 방문당/1인당 총 진료비의 경우 의료급여 2종 환자들의 총 진료비는 증가하였으나 1종 환자들의 총 진료비가 감소했기 때문에 전체적인 총 진료비가 감소할 수 있었다. 반면 방문당/1인당 본인부담금 지표는 2013년에 비해 2015년에 증가하였으며, 이는 의료급여 1종 환자들의 본인부담금 감소 폭보다 2종 환자들의 본인부담금 증가 폭이 더 큰 것이 주요 원인이었다.

의료급여 입원환자 의료이용량은 재원일수 등 6개 지표 모두 증가

서울시 의료급여 입원환자의 입원 서비스 이용률은 2015년 기준 22.0%(1종 26.0%, 2종 12.5%)이었다. 이들의 입원이용량은 입원건당/1인당 재원일수, 입원건당/1인당 총 진료비 및 본인부담금 6가지 지표를 통해 실태를 파악하였으며, 모든 지표에서 2013년에 비해 2015년에 증가한 것으로 나타났다. 요양기관을 종별로 나누어 그 원인을 파악한 결과, 첫 번째로 입원건당/1인당 재원일수의 경우 종합병원과 의원급 요양기관에서의 재원일수는 감소하는 추세이거나 변화가 없었던 반면, 병원 이용 시 재원일수가 증가한 것에 기인하고 있었다. 두 번째로 입원건당/1인당 총 진료비 및 본인부담금의 경우 의료급여 1종 환자와 2종 환자의 총 진료비가 모두 증가했기 때문이었다.

건보 하위20% 환자보다 예방가능한 입원을 높고 응급실 이용률 낮아

의료급여 수급권자들의 건강결과는 예방 가능한 입원과 응급실 이용 두 가지 지표를 통해 확인하였다. 먼저 예방 가능한 입원의 경우 의료급여 환자가 건강보험 하위 20% 그룹보다 의료급여 그룹이 예방 가능한 입원 확률이 통계적으로 유의하게 높았다. 이는 의료급여 환자가 평상시 건강행동 개선 및 1차의료를 중심으로 한 건강관리가 제대로 이루어지지 못했음을 짐작할 수 있다. 응급실 이용의 경우 의료급여 수급권자가 건강보험 하위 20% 그룹에 비해 응급실 이용 확률이 통계적으로 유의하게 낮은 것이 확인되었다. 이러한 결과는 응급실 이용 시 본인부담금이 발생하며, 건강보험 가입자에 비해 다소 먼 응급의료기관까지의 거리가 영향을 미친 것으로 보인다. 또한 의료급여 2종 환자는 3차 기관 외래 이용 시 본인부담은 15%, 검사비는 15%이지만 입원 시는 본인부담이 10%이기 때문에 오히려 입원을 선호하는 현상이 나타났을 가능성이 있다.

의료급여 수급권자 걷기실천 등 건강행태 개선으로 의료이용량 감소

의료급여 수급권자들의 건강행태 개선이 의료이용량 감소로 이어지는지를 확인하기 위해 6년간의 건강행태와 의료이용 사이의 관계를 패널분석한 결과, 걷기 실천을 많이 할수록 외래방문 일수가 통계적으로 유의하게 감소하는 것을 확인했다. 또한 걷기 실천을 많이 하고, 우울감이 낮을수록 의료비 지출 역시 통계적으로 유의하게 감소하는 것을 확인하였다.

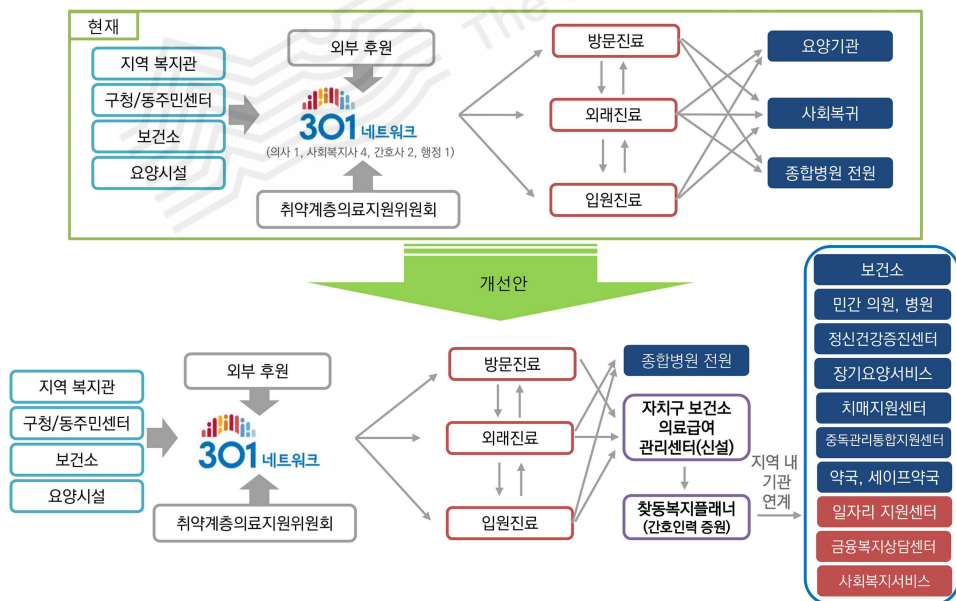
서울시민 건강행태 개선 유도 위해 ‘시민건강포인트’ 확대 운영 필요

절주, 금연, 신체활동 증진과 같은 건강행태를 개선하려면 본인의 의지가 가장 중요하다. 이에 의료급여 수급권자의 건강행태 개선을 위해 ‘인센티브’ 구조를 만드는 것이 효과적이라고 생각되며, 현재 서울시에서 시행 중인 시민건강포인트 제도를 확대 운영하는 안을 제안하고자 한다. 특히 현재 시민건강포인트 제도는 이미 질병을 가지고 있는 고혈압, 당뇨병자들이 건강관리를 했을 때에 유효한 제도이기 때문에 질병으로 이환되기 전 단계인 평상시 건강관리 측면에서의 인센티브가 전혀 없다고 할 수 있다. 따라서 제도의 실효성을 높이고 시민의 건강행태 개선을 유도하기 위한 시민건강포인트 제도의 구체적인 개선안은 다음과 같다.

먼저 시민건강포인트 제도의 참여 자치구를 현재 서울시 9개 자치구에서 2020년까지 25개 자치구 전역으로 확대한다. 또한 시민건강포인트 적립 항목에 있는 기존의 만성질환 관리에 체중 조절, 혈압관리 등 객관적으로 시민의 상태를 파악할 수 있는 건강행태 개선 항목을 추가한다. 마지막으로 제도를 통해 쌓은 포인트의 사용처를 기존의 필수검사나 예방접종에만 사용이 가능하도록 하는 것이 아니라, 저소득층 참여 확대를 위해 전통시장, 의약품 구매 등에도 사용이 가능하도록 사용처를 확대한다면 이들의 건강행태 개선 효과를 기대할 수 있을 것이다.

‘301 네트워크’·‘서울시 찾동’ 연계해 새로운 건강관리 모형 구축해야

서울시 및 자치구에 의료급여 수급권자, 저소득자 및 취약계층을 위한 다양한 제도들이 있음에도 불구하고 보건과 복지 분야, 제도를 담당 및 관리하는 주체가 각각 달라 의료급여에 대한 정보가 분산되어 있고 연계가 잘 되어 있지 않다. 따라서 서울시 의료급여제도를 개선하기 위한 방안 중 하나로 현재 공공병원을 통해 시행 중인 ‘301 네트워크’와 ‘서울시 찾아가는 동주민센터’의 건강관리사업을 연계하여 새로운 건강관리 모형을 만들어 내는 것을 제안한다. 여기에서 301 네트워크는 취약계층을 상대로 보건, 의료 서비스 및 사회복지 서비스를 일부 제공하는 공공병원들이 참여하고 있는 사업으로, 취약계층을 선별하여 공공병원에서 진료를 받게 해주고 사회복지 서비스를 연계해준다. 이 연구에서 수행한 ‘의료급여제도 개선 솔루션 포럼’에서 공공병원에 온 환자들의 거주지를 기반으로 주변 사회복지 기관 또는 서비스를 연계해주는 일은 정보 및 자원 부족 등의 이유로 어렵다는 의견이 있었다. 이에 ‘301 네트워크’와 서울시가 가진 지역사회 네트워크인 ‘서울시 찾아가는 동주민센터’를 연계하는 것이 바람직하다고 판단되었다.



[그림 4] 서울시 의료급여 환자 케어의 연속성 모형(제안)

한편, 입원할 정도는 아니지만 사회생활을 바로 시작할 수 없는 대상자들에게 보건서비스를 제공하는 서울시립 중간시설(Intermediate Care Facilities, ICF)을 마련하는 방안이 있다. 이러한 시설은 의료급여 환자들만을 대상으로 하지는 않으나 사회적 입원이 많은 의료급여 환자 들이 주된 이용자가 될 것이다.

서비스 질관리 인센티브 신설, ‘퇴원환자 퇴원관리’ 시범사업도 시행

1차의료 서비스 의료이용량이 많음에도 불구하고, 예방 가능한 입원이 많다는 것은 1차의료의 접근성 문제라기보다 받고 있는 서비스의 질 관리가 안 되고 있는 것으로 보는 것이 타당할 것이다. 이에 현재 ‘의료기관 선택 병의원제’를 개선할 것을 제언한다. 현재 의료기관 선택 병·의원제는 생활소득이 어려운 저소득계층 중 1년간 급여일수가 상한(365일+90일, 180일)을 초과한 사람이나 자발적 참여자를 대상으로 하고 있다. 이를 자발적 참여형 모든 의료기관으로 확대하고 질 평가와 연동한 인센티브 구조를 신설하고, 질 관리 지표 실적과 기관 관리는 서울시 공공보건의료재단으로 업무 위탁하도록 한다. 질 관리 항목은 관리의 편의성을 고려하여 다음과 같이 의료심사업무가 아닌 행정자료를 기반으로 하도록 한다.

[표 1] 질 관리 인센티브 항목과 내용

인센티브 항목	질 관리 지표
고혈압 관리	고혈압 상병(I10~I13) 환자 기준 -처방지속성: 처방일수율, 처방지속군 비율 (단, 단일기관 이용환자 30명 이상 대상) -처방: 동일성분군 중복처방률
당뇨 관리	당뇨 상병(E10~E14) 환자 기준 -처방지속성: 처방일수율, 외래방문(분기별 1회 이상 방문환자 비율) -처방: 동일성분군 중복처방률 -검사: 당화혈색소 검사 시행률, 지질 검사 시행률, 안전 검사 시행률
우울 스크리닝 및 F/W	MMSE-DS, K-MMSE, MMSE-K 등을 이용한 우울 스크리닝 여부 이후 병원 및 지역사회 연계 계획서 작성 및 실행
의료급여 관리센터(가칭) 연계	진료 후 결과를 지치구 의료급여 관리센터(가칭)로 통보 및 환자와의 연계

질 관리 인센티브 항목 개설과 더불어 서울시립병원에서의 퇴원환자 퇴원관리(Discharge Management) 시범사업 실시를 제안한다. 퇴원환자 퇴원관리란 입원환자 퇴원 시 외래, 재활, 영양 서비스로 원활하게 이송 및 연계하기 위한 체계로서 퇴원할 때 병원에서 지정한 간호사가 상담 서비스를 제공하며, 의사의 소견을 바탕으로 환자들의 장기적인 향후 영양 계획을 수립하고 지원한다. 또한 퇴원한 의료급여 환자의 주소를 기준으로 하여 해당 자치구 보건소 의료급여 관리센터(신설)로 해당 사실을 통보하고, 환자정보를 공유할 수 있게 하여 실질적인 연계관리가 가능하도록 모형을 구축하도록 한다.

