

# 253

서울연구원 정책리포트  
2018. 6. 25



---

## 서울시 의료급여 수급권자의 건강관리와 의료이용 실태

손창우

서울연구원  
연구위원

**서울연구원 정책리포트**는 서울시민의 삶의 질을 향상하고  
서울의 도시 경쟁력을 강화하기 위해 도시 전반의 다양한 정책 이슈를 발굴하여 분석함으로써  
서울시의 비전 설정과 정책 수립에 기여하고자 작성된 정책보고서입니다.

발행인 : 서왕진

편집인 : 정희윤

발행처 : 서울연구원

06756 서울특별시 서초구 남부순환로 340길 57

02-2149-1234

[www.si.re.kr](http://www.si.re.kr)

[twitter.com/seoulinstitute](https://twitter.com/seoulinstitute)

[www.facebook.com/SeoulInstitute/](https://www.facebook.com/SeoulInstitute/)

※ 이 정책리포트는 서울연구원의 연구보고서 「서울시 의료급여 수급권자 건강관리와 의료이용 실태」를  
바탕으로 작성되었습니다.

※ 이 정책리포트의 내용은 연구진의 견해로 서울특별시의 정책과 다를 수 있습니다.

## 서울시 의료급여 수급권자의 건강관리와 의료이용 실태

	요약	3
I.	의료급여제도 현황	4
II.	서울시 의료급여 수급권자의 건강행태와 의료필요도	6
III.	서울시 의료급여 환자의 의료이용수준과 건강결과	9
IV.	서울시 의료급여제도의 과제	14
V.	정책제언	17

손창우

서울연구원  
부연구위원

02-2149-1029  
cwshon@si.re.kr

1977년 의료보험 도입과 함께 시행된 의료급여제도는 그간 저소득층 의료보장의 핵심적 역할을 맡아왔다. 특히, 대상자 수부터 급여범위와 진료비에 이르기까지 외형상 크게 발전한 듯 보인다. 그러나 의료이용량이 아닌, 의료서비스의 질과 의료급여 수급권자의 평상시 건강행태에 대한 관심은 크지 않았다. 이에, 서울시 의료급여 수급권자의 건강행태, 의료필요도, 의료이용량과 건강결과를 파악하고, 서울시 의료급여제도의 개선안을 제안하고자 한다.

## 서울시 의료급여 수급권자, 건강보험 가입자에 견줘 평상시 건강행태 좋지 못해

의료급여 수급권자의 고위험음주율은 13.9%로 건강보험 전체(14.5%)에 비해서는 낮았지만, 문제음주율(2.43%)은 건강보험 전체보다 7.8배 높았다. 이들의 주관적 건강 ' 좋음' 인식률은 24.5%로, 건강보험 가입자(43.1%)보다 크게 낮았다. 게다가, 미충족의료(25.7%), 우울감(19.0%), 자살충동(18.6%) 등 대부분 지표에서 건강보험 가입자보다 나쁜 건강행태를 보였다.

## 외래환자 의료이용량 줄었지만, 입원환자 의료이용량 증가로 의료급여 재정부담 가중

의료급여 환자의 외래이용량을 분석한 결과 1인당 외래방문일수(26일), 방문당 진료비(33,737원), 1인당 진료비(896,295원)는 최근 감소했지만, 방문당 본인부담금(1,490원), 1인당 본인부담금(33,810원)은 증가 추세를 보였다. 1인당 재원일수(54일), 입원건당 진료비(610만 원), 1인당 진료비(700만 원) 등 입원환자의 의료비용이 모두 크게 늘어, 최근 의료급여의 재정 부담에는 의료급여 환자의 입원증가가 큰 영향을 미침을 알 수 있다.

## 의료급여 환자의 예방가능한 입원을 높여, 이들 대상 평상시 예방적 건강관리 필요

의료급여 수급권자의 예방가능한 입원(preventable admission) 확률이 건강보험 소득 하위 20%에 비해 높은 것으로 확인돼, 서울시 의료급여 수급권자는 지역사회 내에서 평상시 건강관리 또는 예방의료를 적절히 받지 못함을 알 수 있었다.

## 의료급여 수급권자의 건강역량 강화를 위해 체감할 수 있는 건강관리체계 필요

의료급여 수급권자의 건강행태 개선을 위해 현재 서울시에서 시행 중인 시민건강포인트 제도를 확대 운영하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이는 기존의 만성질환 관리에 체중조절, 혈압관리 등 건강행태 개선 항목을 추가한다면 가능하다. 또한, 현재 공공병원의 '301 네트워크'와 '서울시 찾아가는 동 주민센터'의 건강관리사업을 연계해 새로운 건강관리 모형을 만들 수 있다. 아울러 일차의료를 중심으로 의료서비스의 질을 높여 예방관리를 강화할 필요가 있다.

# I. 의료급여제도 현황

---

## 급여 보장성 확대, 평상시 건강관리 및 의료의 질 관심 미흡

의료급여제도는 저소득층 의료보장의 핵심적 사회보장제도 중 하나

- 의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도
- 사회보장제도는 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단
- 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민에게 발생하는 의료문제(개인의 질병·부상·출산 등)에 의료서비스(진찰·검사, 치료 등)를 제공하는 제도(보건복지부, 2017)

대상질병 확대, 본인부담 완화, 급여일수 무제한 등 의료급여제도의 보장성은 지속 확대

- 2004년 사후 승인제 시행으로 의료급여 1종 수급권자의 급여일수 제한이 실질적으로 해제

표 1. 의료보장제도 보장성 지속확대정책 사례

- 
- 희귀난치성 질환 종류의 확대
  - 차상위 계층 희귀난치성 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등으로 수급권자 대상 확대
  - 본인부담 상한제 도입
  - 장애인 보장구 급여 확대
  - 암·심혈관계 질환·뇌혈관계 질환을 포함하는 3대 중증질환이 있는 의료급여 2종 환자의 본인부담률 완화
  - 사례관리제 도입 등
- 

우리나라 전체 의료급여 수급권자는 감소하는 반면, 서울시는 대상자와 진료비 모두 증가

- 전체 의료급여 수급권자는 2008년 약 180만 명에서 2015년 150만 명으로 감소 추세
- 그러나 서울시 의료급여 수급권자는 2008년 약 24만 명에서 줄어드는 추세였다가 2015년 다시 약 24만 명으로 오르는 경향

- 서울시 의료급여 환자의 총진료비도 2008년 5,898억 원에서 2012년 7,107억 원으로 20.5% 증가하여 전국 증가율 대비 16.0% 높은 수준
- 이러한 증가 추세는 의료급여제도의 보장성 강화, 급여일수 제한 해제 등의 제도적 변화와 의료이용에 개인 부담이 거의 없는 상황에서 발생하는 의료의 과다이용 가능성이 상호작용한 결과

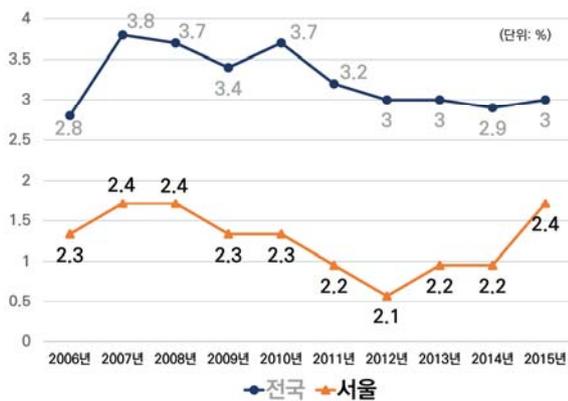


그림 1. 전국 및 서울시 의료급여 수급권자 비율 추이 (2006~2015년)

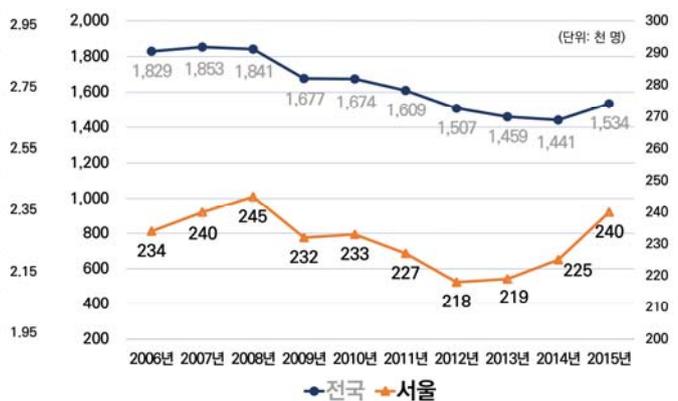


그림 2. 전국 및 서울시 의료급여 수급권자 수 추이 (2006~2015년)

### 의료급여 수급권자의 평상시 건강관리와 의료서비스 질 관리 미흡

- 서울시 의료급여제도는 중앙정부가 50%, 서울시가 50%의 비용을 부담해 운영 중이고, 2017년 기준 서울시는 약 1조 원의 재정을 투입
- 그동안 서울시는 의료급여 환자의 의료이용량에 주된 관심이 있었고, 그들이 이용하는 의료서비스의 질과 평상시 건강행태에 관한 고민은 저조
- 특히, 그간의 의료급여제도 개선에 관한 연구는 주로 의료급여 환자의 의료쇼핑 같은 도덕적 해이에 초점(신선미 외, 2010; 신영석, 2006)

## II. 서울시 의료급여 수급권자의 건강행태와 의료필요도

---

### 의료급여 수급권자, 예방적 건강관리는 미흡하고 의료필요도 높아

의료급여 수급권자의 고위험 음주와 걷기 실천은 양호, 문제음주와 중등도 신체활동 좋지 않아

- 의료급여 수급권자의 고위험 음주율<sup>1)</sup>(13.9%)은 건강보험 가입자(14.5%)에 견줘 상대적으로 양호
  - 그러나 최근 5년 동안 건강보험 가입자(소득 하위 20% 포함)의 고위험 음주율은 감소한 데 반해 의료급여 수급권자는 증가하는 추세
- 문제음주율<sup>2)</sup>은 의료급여 수급권자의 약 2.43%로 수치상으로는 낮아 보이지만, 건강보험 가입자 전체 대비 7.8배, 건강보험 소득 하위 20% 대비 3.8배 높은 수치
- 중등도 신체활동<sup>3)</sup> 비율(9.96%)은 건강보험 가입자(전체: 14.63%, 소득 하위 20%: 12.25%)보다 낮은 수준이었지만, 최근 5년간 증가 추세
  - 걷기 실천율<sup>4)</sup>은 55.58%로 건강보험 가입자 대비 1.7% 높고 건강보험 하위 20% 그룹 대비 5.3%가량 낮았지만, 최근 5년간 지속 상승

의료급여 수급권자의 주관적 건강 수준은 낮은 편

- 스스로 자신의 건강이 좋다고 인식하는 의료급여 수급권자는 약 24.5%로 건강보험 가입자 전체(43.1%)의 약 절반
- 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 66.2%로 건강보험 가입자 대비 2.7배 높은 수준

---

1) 최근 1년(365일) 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상을, 여자는 5잔 이상을 주 2회 이상 마신다고 응답한 사람의 비율(%)

2) 최근 1년(365일)간 음주로 인해 일상생활에 지장을 받은 적이 있는 사람의 비율(%)

3) 최근 일주일 동안 중등도 신체활동을 1일 30분 이상 주 5일 이상 실천한 사람의 비율(%)

4) 최근 일주일 동안 1일 30분 이상 걷기를 주 5일 이상 실천한 사람의 비율(%)

- 의료급여 수급권자 중 우울감(19.0%)과 자살충동(18.6%)을 느끼는 비율도 건강보험 가입자 대비 각각 2.7배, 2.8배 높게 나타난 것으로 확인
- 우울과 자살충동 간의 상관성이 매우 높을 것으로 추정
- 삶의 질(EQ-5D)<sup>5)</sup> 측면에서는, 의료급여 수급권자의 삶의 질이 86점(100점 만점)으로 건강보험 가입자 전체(93점)와 비교하면 8%가량 낮게 조사

### 만성질환 이환율이 높음에도 불구하고 복약순응도 낮아

- 만성질환 이환율은 의료급여 수급권자의 대부분인 89.1%가 해당
- 의료급여 수급권자의 만성질환 이환율은 건강보험 가입자 전체(64.1%)나 건강보험 소득 하위 20%(81.6%)에 견줘 현저히 높은 수준
  - 구체적으로, 의료급여 1종은 94.1%, 2종은 79.8%로 의료급여 1종의 만성질환 이환율이 2종보다 14.3% 높은 상황<sup>6)</sup>
- 의료급여 수급권자의 만성질환 관리를 위한 의약품 복용비율(69.7%)은 건강보험 가입자(64.5%)보다 오히려 높지만, 복약순응도(80.9%)<sup>7)</sup>는 건강보험 가입자(83.1%)보다 낮은 상황
- 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자에 비해 만성질환 이환율이 높아 이를 위한 의약품을 먹는다고 응답하는 사람은 많지만, 정해진 방식대로 일정하게 복용하는 사람은 적은 실정

5) 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증·불편, 불안·우울의 5개 영역에 관한 질문을 바탕으로 건강 관련 삶의 질을 측정하는 지표

6) 국민기초생활수급권자 중 근로능력이 없는 사람은 의료급여 1종, 근로능력이 있는 사람은 의료급여 2종으로 분류하며, 그 외에 법령이 정하는 요건에 해당하는 사람(국가유공자 등)에게도 의료급여 1종의 자격을 부여

7) 만성질환 관리를 위해 정해진 방법대로 약을 복용한다고 응답한 비율(%)

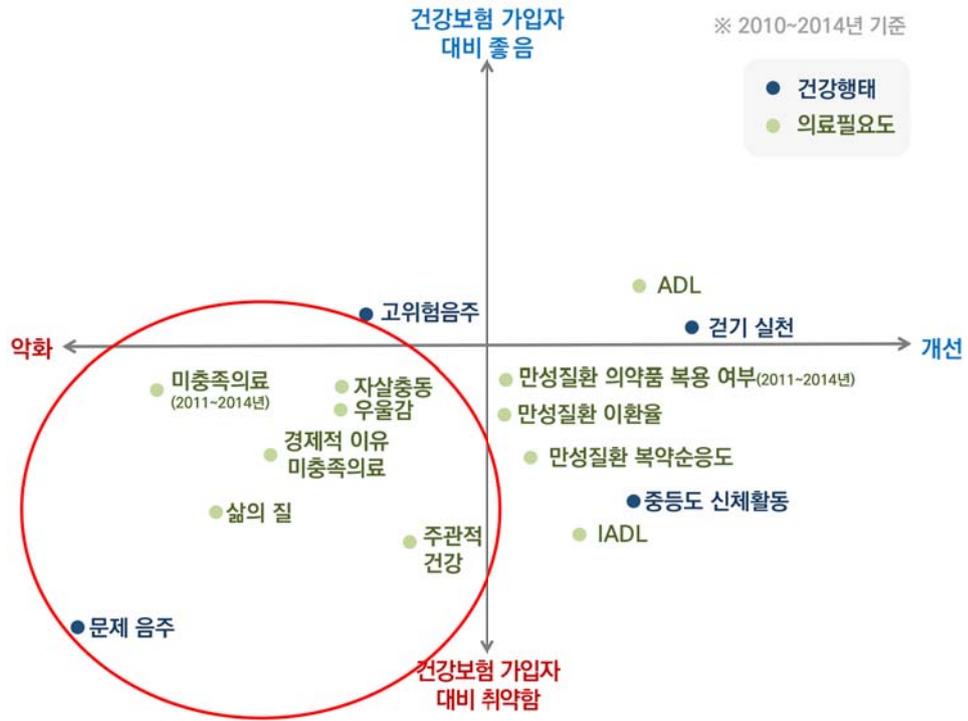


그림 3. 서울시 의료급여 수급권자의 건강행태와 의료필요 수준

### Ⅲ. 서울시 의료급여 환자의 의료이용수준과 건강결과

---

#### 외래방문과 외래진료비는 감소, 입원일수와 입원진료비 증가

외래방문 일수는 1인당 연간 26일로 최근 감소 추세, 외래진료비도 같은 추세

- 환자 1인당 외래방문 일수는 2015년 기준 26일, 2013년 이후 1일(3.7%) 감소
  - 다만, 2015년 기준 의료급여 1종 환자는 29일로 여전히 높고, 의료급여 2종 환자도 20일로 건강보험 환자(약 16.7일)에 비해 높은 수준
- 의료급여 환자 전체의 외래방문당 총진료비는 2015년 기준 33,737원으로 최근 3년간 4.8% 줄고, 외래방문당 본인부담금(1,490원)은 큰 변동 없어
  - 의료급여 외래 총진료비가 감소한 이유는 수급 대상자가 많은 1종 환자의 총진료비가 35,585원으로 약 7.2% 줄어든 때문
  - 의료급여 2종 환자의 총진료비(28,028원)는 최근 9.9% 증가했지만, 대상자가 많지 않아 전체에 미치는 영향은 미미
  - 의료급여 외래 본인부담금은 2종 환자에서 다소 증가했지만(2015년 1,701원, 약 2% 증가), 1종 환자의 본인부담금(1,406원, 0.4% 감소)에 큰 차이가 없어 전체적으로는 유사한 경향
- 외래환자 1인당 총진료비는 2015년 기준 896,295원으로 최근 3년간 7.5% 줄고, 외래환자 1인당 본인부담금은 33,810원으로 0.9% 증가
  - 의료급여 외래 1인당 총진료비가 감소한 이유는 대상자가 많은 의료급여 1종 환자의 총진료비가 1,052,980원으로 11.2%나 감소한 것이 주요 원인
  - 의료급여 2종 환자의 총진료비(566,051원)는 오히려 13.3% 증가했지만, 대상자가 적어 의료급여 전체에 미치는 영향이 제한적
  - 외래환자 1인당 본인부담금은 전체적으로 유사하였지만, 의료급여 2종 환자의 본인부담금이 31,170원으로 5.2% 증가해서 전체적으로 약 0.9% 증가

**의료급여 환자의 외래방문 사유는 고혈압이 가장 많아**

- 외래 방문건수 기준 다빈도 상병 순위는 본태성(원발성) 고혈압이 38만여 건으로 1위
- 그다음은 무릎관절증, 급성 기관지염, 등통증, 2형 당뇨병, 기타 추간판장애(등병증의 일부), 기타 척추병증 등의 순(2015년 기준)

**표 2. 서울시 의료급여 전체 외래환자 다빈도 상병(방문건수 기준)**

상병명	2015년		2014년		2013년	
	방문건수	순위	방문건수	순위	방문건수	순위
본태성 고혈압	381,063	1	377,482	1	370,526	1
무릎 관절증	217,366	2	217,200	4	207,709	3
급성 기관지염	214,584	3	222,568	3	207,392	4
등통증	206,409	4	199,343	5	191,530	5
2형 당뇨병	184,201	5	180,679	6	171,041	6
기타 추간판장애	158,283	6	151,284	7	143,313	7
기타 척추병증	146,220	7	132,723	8	116,663	8
위염 및 십이지장염	95,738	8	96,973	9	97,386	9
척추증	80,231	9	82,350	10	76,883	10
어깨병변	75,158	10				
만성 신장병			225,439	2	308,152	2

**재원일수 최근 3년간 8% 증가, 입원당 진료비는 약 339만 원, 환자 1인당 총진료비는 약 700만 원**

- 입원건당 재원일수는 2015년 기준 27일, 최근 3년간 1일(3.8%)이 증가하였고, 1인당 재원일수는 54일로 최근 3년간 8.0% 증가
- 의료급여 1종 환자의 입원건당 재원일수가 28일로 1일 증가(3.7%)한 것이 원인
- 의료급여 1종과 2종의 1인당 재원일수가 모두 증가(1종: 7.3%, 55일 → 59일, 2종: 29.6%, 27일 → 35일)했기 때문
- 입원건당 총진료비는 2015년 기준 약 339만 원으로 최근 3년간 13.5% 늘고, 1인당 총진료비는 약 700만 원으로 최근 3년간 17.2% 증가
- 의료급여 1종 환자의 입원건당 총진료비가 12.5%(약 311만 원 → 약 350만 원) 늘고, 2종 환자도 27.4%(약 224만 원 → 약 285만 원) 증가한 때문

- 1인당 총진료비는 의료급여 1종 환자가 최근 15.3%(2015년 약 747만 원), 2종 환자가 40.3%(2015년 약 502만 원)의 증가율을 보인 것이 원인
- 입원건당 본인부담금은 16,738원으로 최근 3년간 8.4% 늘고, 1인당 본인부담금은 약 34,558원으로 최근 3년간 4.9% 증가
- 입원건당 본인부담금은 의료급여 입원환자의 입원건수 증가(1종: 5.2% 증가, 2종: 28.4% 증가)에 따른 결과로 판단
- 1인당 본인부담금은 종합병원과 병원급 의료기관의 본인부담금이 증가한 결과로 판단
- 자치구별 1인당 연간 재원일수가 가장 많은 곳은 중구(68일)였으며, 그다음은 종로구(63일), 용산구, 송파구 및 강동구(61일) 순
- 반면 재원일수가 가장 적은 곳은 강북구(47일)였으며, 그다음은 양천구, 노원구 및 성동구(49일) 순
- 자치구별 1인당 총진료비가 가장 많은 곳은 종로구(822만 6,522원)였고, 그다음은 중구(817만 9,844원), 강동구(783만 3,661원), 용산구(758만 9,579원) 순
- 1인당 총진료비가 가장 적은 구는 강북구(617만 5,133원)였으며, 그다음은 서대문구(638만 6,987원), 양천구(644만 2,750원), 성동구(646만 7,738원), 금천구(651만 5,525원) 순



그림 4. 의료급여 입원환자 1인당 재원일수(2015년)

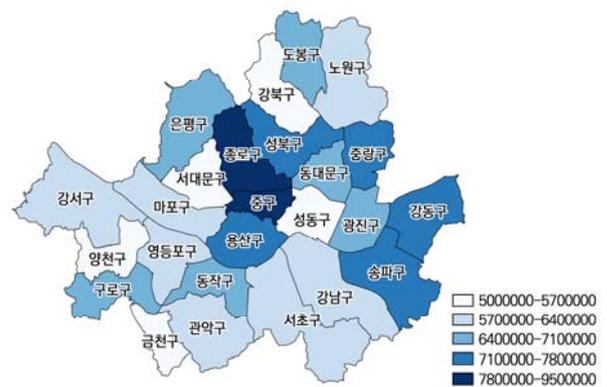


그림 5. 의료급여 입원환자 1인당 총진료비(2015년)

의료급여 환자의 입원 사유는 뇌경색증이 가장 많아

- 입원건수 기준 다빈도 상병 순위는 뇌경색증이 3천여 건으로 1위
- 그다음은 만성 신장병, 노년 백내장, 상세불명 병원체의 폐렴, 2형 당뇨병, 편마비, 간 및 간 내 담관의 악성 신생물, 기관지 및 폐의 악성 신생물 등의 순(2015년 기준)

표 3. 서울시 의료급여 전체 입원환자 다빈도 상병(입원건수 기준)

상병명	2015년		2014년		2013년	
	입원건수	순위	입원건수	순위	입원건수	순위
뇌경색증	3,085	1	3,244	1	2,807	1
만성 신장병	2,365	2	2,108	3	2,058	2
노년 백내장	2,011	3	1,963	4	1,729	5
상세불명 병원체의 폐렴	1,997	4	2,129	2	2,010	3
2형 당뇨병	1,885	5	1,911	5	1,944	4
편마비	1,494	6	1,448	6	1,360	6
간 및 간 내 담관의 악성 신생물	1,341	7	1,270	10		
기관지 및 폐의 악성 신생물	1,335	8	1,279	9	1,261	8
뇌혈관질환의 후유증	1,334	9	1,344	8	1,219	10
대퇴골 골절	1,334	10	1,417	7	1,294	7
감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염					1,219	9

## 의료급여 환자, ‘예방가능한 입원’ 확률 높고 ‘응급실’ 이용은 적어

평상시 건강관리가 미흡해 예방가능한 질병으로 입원하는 사례가 많아

- 의료급여 환자를 건강보험 소득 하위 20% 환자와 비교했을 때, 예방가능한 입원을 할 확률이 통계적으로 유의하게 높음을 확인
- 예방가능한 입원율은 특정 만성질환자가 시기적절하고 지속적으로 외래서비스를 받았다면 발생하지 않았을 입원 확률을 의미
  - 즉, 평상시 건강행태 개선과 일차의료 위주의 건강관리가 제대로 이루어지지 않고 있음을 추정 가능

응급실 이용 시 발생하는 본인부담이 의료급여 환자 입원을 증가시켰을 가능성

- 의료급여 환자의 응급실 이용률이 건강보험 소득 하위 20% 환자보다 통계적으로 유의하게 낮아
- 건강보험 가입자에 비해 응급의료기관까지의 물리적 접근성이 떨어지고, 응급실 이용 시 본인부담금이 발생하기 때문에 일부 환자가 응급실 대신 입원을 선택했을 가능성
- 의료급여 1종 환자는 입원 시 본인부담이 부과되지 않으며, 의료급여 2종 환자는 3차 기관 외래이용 시 본인부담이 15%지만, 입원 시에는 본인부담이 10%이기 때문에 오히려 입원을 선호했을 가능성

표 4. 예방가능한 입원 및 응급실 이용 다수준회귀분석 결과

의료급여 환자	추정치	표준오차	P값	위험비
예방가능한 입원	0.468	0.0110	<.0001	1.597
응급실 이용	-0.1366	0.0047	<.0001	2.307

## IV. 서울시 의료급여제도의 과제

---

### 병원급 이상 의료기관을 중심으로 한 입원증가

외래이용량에 비해 입원이용량의 증가폭이 가파르며, 종합병원뿐 아니라 병원이 이를 주도

- 본인부담이 거의 발생하지 않는 의료급여 환자의 상황과 병원의 재정적 이해가 맞아 떨어지면서 병원 입원이 증가했을 가능성
- 일반적으로 입원 결정은 의사가 하지만, 연구 결과 의료급여 환자의 15% 정도가 자신이 입원을 결정했다고 응답
- 입원환자 1인당 재원일수는 2013년 50일에서 2015년 54일로 8% 증가
  - 종합병원은 2013년과 2015년 모두 35일로 같지만, 병원은 2013년 100일에서 114일로 14% 증가
- 입원환자 1인당 총진료비는 2013년 600여만 원에서 2015년 700여만 원으로 17.2% 증가
  - 종합병원은 570여만 원에서 670여만 원으로 17.6% 늘었고, 병원도 720여만 원에서 840여만 원으로 15.8% 증가
- 외래이용량의 전반적 감소는 긍정적이지만, 경제활동 능력이 있는 의료급여 2종 환자의 외래서비스 이용량이 지속 증가하는 것은 우려

### 높은 의료필요도, 의료서비스 과다이용과 낮은 의료의 질

필요 이상으로 높은 의료이용량, 그러나 의료서비스의 질은 미흡

- 의료급여 수급권자의 많은 의료이용량은 ‘도덕적 해이’ 때문으로만 단정할 수 없으며, 높은 의료필요도가 혼재된 결과

- 의료급여 수급권자의 예방적 건강관리, 인지적 건강 수준 등은 건강보험 가입자에 비해 낮으며, 이들은 이미 평상시에도 의료서비스를 많이 이용할 수밖에 없는 높은 수준의 의료필요도를 지니는 것으로 확인
- 환자의 성별, 연령, 거주지, 소득, 질병의 중증도를 모두 보정한 후에도 의료급여 수급권자의 재원일수가 많았고, 예방가능한 입원률이 높게 분석

## 수급권자 건강관리체계 구축과 관리운영의 효율화 필요

### 의료급여 수급권자의 건강관리 체계 미흡

- 의료급여 수급권자 중 상당수가 퇴원 후 가정으로 돌아가도 재활치료, 요양치료 등이 어려운 ‘사회적 입원’(Social Admission) 환자일 가능성
- 의료급여 수급권자를 대상으로 한 평상시 건강관리 미흡
- 만성질환 의약품 복용자는 많지만, 복용순응도가 낮은 것은 평상시 복용지도에 어려움을 겪고 있음을 뜻하며, 일차의료를 통해 관리 가능한 질병 또한 관리되지 못하는 상황

### 의료급여를 관리하는 주체가 다양해 책임소재 등이 모호하고 비효율적

- 의료급여제도의 운영과정에서 수급자 관리, 기금 관리, 의료 적정성 평가 등의 주체가 모두 달라 제도의 지속가능성과 효율성이 매우 저하
- 이원화된 비용부담 구조 때문에 서울시 의료급여비용 절감에 어려움 존재
- 자격 선정은 자치구의 업무이지만 비용분담은 서울시 50%, 중앙정부 50%로 되어 있어 자치구의 비용부담 부재

**표 5. 의료급여제도의 주요 조직별 역할**

조직	역할
정부(보건복지부)	의료급여 주요정책 개발과 총괄 조정, 감독
서울시	의료급여기금 관리·운영, 자치구 관리 감독
자치구	수급권자의 자격 선정과 관리
국민건강보험공단	진료비 지급, 수급권자 자격, 의료이용자료 관리
건강보험심사평가원	진료비 심사, 급여 적정성 평가, 급여 심사·평가기준 설정

## V. 정책제언

### 평상시 건강관리, 지역사회자원 연계, 의료의 질 개선에 초점

건강행태 개선으로 의료필요도 감소, 의료이용 이후 적절한 지역사회 자원연계 강화

- ‘시민건강포인트’제도를 개선해 의료급여 수급권자의 건강행태 개선 도모
  - 고혈압과 당뇨치료에만 부여하던 시민건강포인트를 건강습관 개선에도 부여하고, 포인트 사용처도 실제 요구도를 바탕으로 의원 외의 곳으로 확대
- 퇴원 이후 지역사회자원과 유기적으로 연계될 수 있는 서비스전달 체계 구축
  - 지역사회자원 연계는 공공병원을 중심으로 한 기존의 지역사회 연계사업과 서울시의 찾아가는 동주민센터를 결합하는 방식이 새로운 사업 실행보다 효과적
- 의료비 절감을 위해 일차의료를 중심으로 한 건강관리와 퇴원관리로 전반적인 의료 제공자의 행태 변화를 유도하고 의료서비스의 질을 개선
  - 의료급여 수급권자의 의료이용 접근성 제고 전략이 아닌, 의료기관의 서비스 질 개선과 퇴원관리제도를 도입해 의료급여제도의 비용-효과성 향상

#### 주요 추진전략

주요 과제	추진전략
건강행태 개선을 위한 ‘시민건강포인트’ 확대 운영	- ‘서울시 시민건강포인트’제도 확대를 위한 건강행태 개선을 위한 ‘인센티브 구조’ 마련
퇴원 이후 유기적인 지역사회자원 연계체계 구축	- 공공병원 ‘301 네트워크’와 ‘찾아가는 동주민센터’ 연계 - 서울시립 중간시설 신설
의료제공자의 의료서비스 질 개선	- 일차의료를 중심으로 한 의료급여 수급권자의 건강관리 - 서울시립병원을 중심으로 한 퇴원관리 시범사업 - 재원일수 감소를 위한 진료비 지불제도 개혁(중앙정부 제안)

---

## 건강행태 개선을 위한 ‘시민건강포인트’ 확대 운영

### ‘서울시 시민건강포인트’ 제도 확대를 위한 ‘인센티브 구조’를 마련

- 서울시 시민건강포인트 제도 개선으로 인센티브 부여
  - 시민건강포인트 제도란 고혈압이나 당뇨병 환자가 동네 의원에서 꾸준히 치료를 받거나 자가관리 교육을 받으면 건강포인트가 생겨서 이 포인트로 추가적인 건강관리(필수검사, 예방접종)를 받을 수 있는 제도
  - 적립한 포인트가 3,000포인트 이상이 되면 등록된 의원에서 10포인트 단위로 사용할 수 있는데, 그 사용처는 필수검사료와 예방접종료의 본인부담에만 한정
- 제도의 실효성을 높이고 건강행태 개선을 유도하기 위해 시민건강포인트 제도 확대 필요
  - 시민건강포인트 제도의 참여 자치구를 현재의 서울시 9개 자치구에서 2020년까지 25개 자치구 전역으로 확대하고, 동네 의원과 보건소를 포인트 적립기관으로 포함
  - 포인트 적립 항목에 걷기 실천, 금연, 체중조절 등 건강행태 개선 항목 추가
  - 포인트 사용처를 저소득층의 실질적 구매 욕구가 높은 사용처인 전통시장, 일반식당, 의약품 구매 등으로 확대하여 저소득층의 적극적인 참여를 유도

## 퇴원 이후 유기적인 지역사회자원 연계체계 구축

### 공공병원 ‘301 네트워크’와 ‘찾아가는 동주민센터’를 연계해 유기적인 서비스 제공

- 보건과 복지 분야에서 의료급여 관련 제도를 담당·관리하는 주체가 달라서 생기는 문제를 해결



## 의료제공자의 의료서비스 질 개선

### 일차의료를 중심으로 한 의료급여 수급권자의 건강관리 필요

- 의료기관 선택 병의원제 확대 운영, 질 평가와 연동한 인센티브 구조 마련
- 의원 외래방문이 많음에도 불구하고 예방가능한 입원이 많다는 것은 일차의료의 접근성 문제라기보다 제공되는 의료서비스의 질 관리가 제대로 되지 않는 것
- 현재 시행 중인 ‘의료기관 선택 병·의원제’를 모든 의료기관으로 확대하고 질 관리 지표(고혈압, 당뇨, 우울 스크리닝 등)에 대한 실적과 기관 관리 필요

표 6. 질 관리 인센티브 항목과 내용

인센티브 항목	질 관리 지표
고혈압 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 고혈압 상병(I10~I13) 환자 기준</li> <li>- 처방지속성: 처방일수율, 처방지속군 비율(단, 단일기관 이용환자 30명 이상 대상)</li> <li>- 처방: 동일성분군 중복처방률</li> </ul>
당뇨 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 당뇨 상병(E10~E14) 환자 기준</li> <li>- 처방지속성: 처방일수율, 외래방문(분기별 1회 이상 방문환자 비율)</li> <li>- 처방: 동일성분군 중복처방률</li> <li>- 검사: 당화혈색소 검사 시행률, 지질 검사 시행률, 안전 검사 시행률</li> </ul>
우울 스크리닝 및 F/W	<ul style="list-style-type: none"> <li>· MMSE-DS, K-MMSE, MMSE-K 등을 이용한 우울 스크리닝 여부</li> <li>· 이후 병원 및 지역사회 연계 계획서 작성과 실행</li> </ul>
의료급여 관리센터(가칭) 연계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 진료 후 결과를 자치구 의료급여 관리센터(가칭)에 통보하고 환자 연계</li> </ul>

### 서울시립병원 중심의 퇴원관리(Discharge Management) 시범사업 제안

- 입원환자 퇴원 시 외래·재활·요양 서비스로 원활하게 이송-연계하는 체계 구축이 목표
- 의사 소견을 바탕으로 환자 퇴원 이후의 장기(최소 3~6개월) 요양 계획을 수립하고 관련 비용을 서울시가 지원하는 것을 주요 사업으로 설정

- 서울의료원을 비롯한 시립병원을 대상으로 시범사업을 시행하고, 추후 확대 고려
- 장기요양의 사례관리와 유사하게 운영할 수 있으며, 의료급여 환자의 퇴원 시 병원에서 지정한 간호사(퇴원관리 전담 간호사)가 상담 서비스를 제공
- 퇴원관리 전담 간호사는 환자의 주소지를 기준으로 자치구 보건소 의료급여 관리센터(신설)에 의료급여 환자의 퇴원 사실을 통보하고 환자 정보를 공유

### 재원일수 감소를 위한 진료비 지불제도 개혁(중앙정부에 제안)

- 의료급여 환자의 외래방문일수는 건강보험환자보다 1.5배, 입원일수는 3배 이상
- 건강보험에서는 일반적으로 의료의 과다이용을 줄이기 위해 환자에게 본인부담금을 부과하는 방식을 취하지만, 의료급여 수급권자의 특성상 의료제공자의 진료행태를 변화시키는 방식이 바람직
- 장기 입원 시 수가를 감산하는 제도적 변화가 바람직할 것이고, 이를 중앙정부에 3가지 안으로 제안
  - 1안: 입원일수 180일 이상 5%, 1년 이상 10% 감산(현 요양병원 수가감산 방식)
  - 2안: 입원일수 90일 이상 5%, 180일 이상 10% 감산(일본 사회적 입원 기준)
  - 3안: 1안과 2안을 의료급여 1종 환자만 대상으로 시행

---

서울연구원 정책리포트는  
서울연구원 홈페이지  
[www.si.re.kr](http://www.si.re.kr)를 통해서도  
보실 수 있습니다.

06756  
서울특별시 서초구  
남부순환로 340길 57

02-2149-1234  
[www.si.re.kr](http://www.si.re.kr)  
[twitter.com/seoulinstitute](https://twitter.com/seoulinstitute)  
[www.facebook.com/SeoulInstitute](https://www.facebook.com/SeoulInstitute)