

맞춤형 급여체계 도입 이후 의료급여제도 현황과 정책과제

Current State and Challenges of
Medical Aid Programme

신현웅 | 한국보건사회연구원 연구 위원

여나금 | 한국보건사회연구원 전문연구원

맞춤형 급여체계 도입으로 그동안 부담 능력이 결여된 빈곤계층 중 의료급여제도에 포함되지 못했던 취약 계층을 제도 내로 수용함으로써 “자격 측면에서 의료 사각지대 해소”에 기여하는 소기의 성과를 달성하였다.

하지만 의료급여제도는 1977년 제정된 「의료급여법」에 의해 이미 독립적인 제도로 발전되어 옴에 따라 다른 기초생활보장제도와는 달리 맞춤형 급여체계 도입 이후 큰 변화 없이 운영 중이다.

따라서 본 소고에서는 맞춤형 급여체계 도입에 따른 의료급여제도의 성과를 평가하는 것에 중점을 두기 보다는 의료급여제도의 현황 및 문제점에 중점을 두고 이를 토대로 의료급여제도의 향후 정책과제를 제시 해 보았다. 앞으로 취약계층을 위한 든든한 의료안전망으로서 의료급여제도의 역할과 책임이 더욱 강화될 수 있도록 맞춤형 급여체계 도입이 의료급여제도 도약의 기회가 되는 데 많은 관심과 노력을 기울여야 할 것이다.

1. 들어가며

의료급여제도는 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료 문제를 국가가 보장하는 기초생활보장제도로, 지난 40여 년간 저소득 취약계층의 의료안전망으로서 중요한 역

할을 담당하여 왔다. 의료급여제도는 다른 기초 생활보장제도와는 달리 「국민기초생활보장법」에 의한 기초생활수급자 이외에 「의료급여법」에 의한 타 법 수급자까지 제도 대상으로 포괄해 운영하여 왔다. 이는 그동안 우리나라 건강보험제도의 높은 법정 본인 부담 수준에 대응해 국가보

훈 대상자, 북한이탈주민, 무형문화재 등 국가적으로 기여한 바가 있거나 취약한 대상자에게 의료급여 자격을 부여하는 것으로, 하나의 국가적 시혜 정책으로서 관행적으로 적용되어 왔다.

2015년 7월 도입된 맞춤형 급여체계는 생계급여제도, 주거급여제도, 교육급여제도 그리고 의료급여제도를 독립된 법적 근거를 가진 제도로 분리하고 생계급여는 소득보장제도, 주거급여는 주거복지제도, 교육급여는 교육복지제도, 의료급여는 건강보험제도와의 연계성을 강화한다는 측면에서 의의가 있다.

하지만 맞춤형 급여체계가 도입되기 전부터 의료급여제도는 1977년 제정된 「의료급여법」에 의해 이미 개별 급여 성격의 독립적인 제도로 운영되어 왔다. 이에 의료급여제도는 기초생활보장제도와는 달리 맞춤형 급여체계로의 개편 시 큰 변화 없이 제도를 안착시킬 수 있었으며 현재까지 안정적으로 운영되고 있다.

따라서 본 소고에서는 맞춤형 급여체계 도입에 따른 의료급여제도의 성과를 평가하는 것에 중점을 두기보단 의료급여제도의 현황 및 문제

점에 중점을 두고 이를 토대로 의료급여제도의 향후 정책과제를 제시해 보고자 한다.

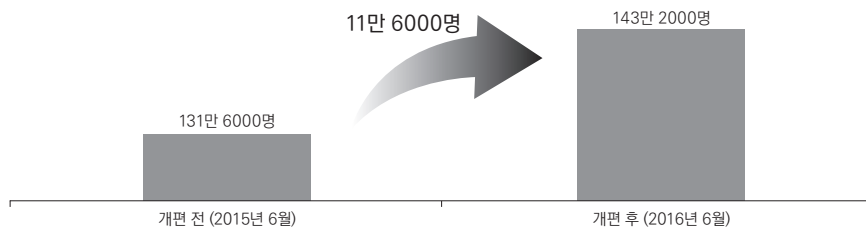
2. 의료급여제도 개선의 성과와 한계

가. 최근 의료급여제도 개선의 주요 성과

1) 의료 사각지대 해소

맞춤형 급여체계 도입 후 1년이 경과한 상황에서 의료급여제도는 ‘자격 측면’에서 의료급여 수급자의 의료 사각지대를 해소하고 의료 빈곤을 완화하는 데 일부 성과를 나타낸 것으로 보인다. 맞춤형 급여체계 도입으로 의료급여 부양 기준이 완화되면서 의료급여 수급자 수는 개편 전(2015년 6월) 131만 6000명에서 개편 후(2016년 5월) 143만 2000명으로 11만 6000명 증가하였다. 이는 그동안 부담 능력은 결여되었지만 제도 사각지대에 놓여 있어 혜택을 받지 못했던 빈곤계층을 의료급여제도권으로 수용했다는 측면에서 의의가 있는 것으로 평가된다.

그림 1. 맞춤형 급여체계 개편 전후 수급 수 변화



자료: 보건복지부 보도자료(2016.7.4.), 발로 뛰며 일군 맞춤형 개별급여 1년.

2) 의료 보장성 강화

‘보장성 측면’에서는 맞춤형 급여체계와는 별도로 ‘건강보험 보장성 강화 정책’과 ‘의료급여 보장성 강화 정책’으로 의료급여 수급자의 의료 접근성이 향상되는 성과가 있었다. 박근혜 정부 출범 이후 지난 3년간 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 축소 또는 폐지, 노인 임플란트 단계적 급여화 등의 건강보험 보장성 강화 정책이 추진되면서 의료급여 보장성도 함께 확대되어 왔다. 특히 건강보험 보장성 강화 정책 방향이 기존의 본인 부담 인하 방식이 아닌 ‘비급여의 급여화’로 집중되면서 의료급여 수급자의 의료비 부담 완화에 직접적인 효과가 있을 것으로 평가되고 있다. 또한 건강보험 보장성 강화 정책에 본인 부담이 면제되는 의료급여 희귀난치성 질환 확대(107개→144개), 의료급여 2종 수급자 중 희귀난치질환 산정특례 대상자의 진료비 본인 부담 면제, 중증·희귀질환에 대한 연장 승인 심사 제외, 의료기관 진료 범위 개선 등의 의료급여 보장성 강화 정책이 지속적으로 추진되면서 의료급여 수급자의 의료 접근성 향상에 기여하여 왔다.

3) 제도 정상화: 수급자 역량 강화 및 합리적 의료이용 유인

‘제도 정상화 측면’에서는 수급자의 역량 강화

및 합리적 의료이용 유인을 위한 정책을 제한적으로 추진하여 왔다. 먼저 수급자의 의료 정보 접근성 강화 및 맞춤형 건강관리 지원 강화를 목적으로 ‘의료급여 진료 비용 알림서비스(2015년 7월)’를 도입하면서 수급자의 건강관리 역량을 강화하고자 하였다. 그리고 2012년 건강보험제도에 도입되었던 ‘대형병원 경증질환 약값 본인 부담 인상제도’¹⁾를 의료급여 제도에도 도입함으로써 의료급여 의료전달체계 개선에 기여하고자 하였으며, 불필요한 의약품 비용 발생을 예방하기 위해 동일 성분 의약품 중복 투약에 대한 본인 부담 제도를 도입해 수급자의 합리적 의료이용을 유인하고자 하였다.

나. 의료급여제도 개선의 한계 및 문제점

1) 수급자의 건강관리 역량 취약

의료급여 수급자는 건강관리 생활을 자율적으로 추진하기 위한 역량이 상대적으로 취약함에 따라 사전적 예방 중심의 건강관리보다 사후적 치료 중심의 건강관리에 의존하고 있다.

의료급여 수급자의 건강검진 수검률은 45.3%로 건강보험 가입자의 74.8%보다 약 29.5% 포인트 낮은 것으로 나타났다.²⁾ 또한 의료급여 수급자의 만성질환 복약 미순응 비율은 16.2%로 건강보험 가입자의 13.5%보다 높았다.³⁾ 이와 같은 건강관리 취약은 결과적으로 만성질환 의료

1) 경증질환(52개)으로 종합병원 이상 이용 시 본인이 부담하는 약값을 500원(정액제)에서 3%(정률제)로 변경(2015년 하반기).

2) 국민건강보험공단, 2014건강검진통계연보.

3) 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2013한국의료패널 조사, 원자료 분석.

비 증가를 유발한다. 최근 주요 만성질환 진료비는 건강보험제도에서는 감소하는 추세지만 의료급여제도에서는 증가 추이를 유지하고 있다. 1인당 고혈압 진료비 연평균 증가율(2009~13년)을 보면 건강보험 가입자의 경우 3.0% 감소했지만 의료급여 수급자는 5.6% 증가했으며, 1인당 당뇨병 진료비 연평균 증가율(2009~13년)을 보면 건강보험 가입자는 4.1% 감소했지만 의료급여 수급자는 4.1% 증가한 것으로 나타났다.

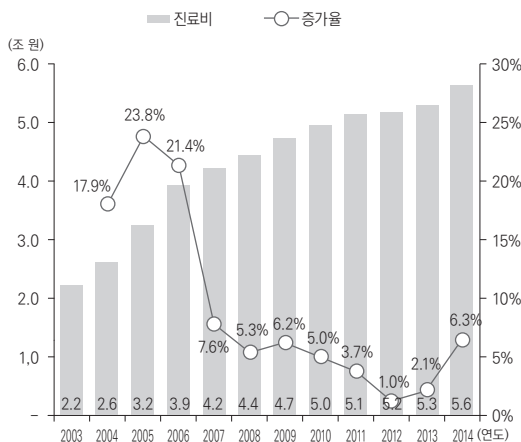
2) 과다 이용에 따른 의료급여 재정 악화

이와 같이 의료급여 수급자는 의료 필요가 발생한 후의 의료이용을 통한 건강관리에 의존하면서 의료이용 단계에서의 부적정 의료이용으로 과다 이용자와 과소 이용자가 동시에 존재하

는 불균형이 발생하고 있다. 이러한 의료급여 수급자의 사전적 건강관리 미흡 및 부적정 의료이용으로 의료급여 수급자의 적정 건강관리 기능이 취약해지고 의료급여 재정 안정성도 위협받는 실정이며 결과적으로 의료급여 수급자의 건강 결과에도 부정적인 영향을 미치고 있다.

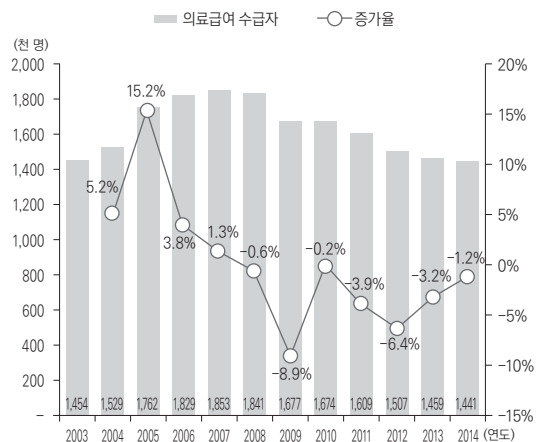
2008년 이후 의료급여 수급자가 매년 감소하는데도 의료급여 진료비는 지속적으로 증가하는 경향을 보이고 있다. 2014년 의료급여 수급자 수는 1.2% 감소한 반면 의료급여 진료비는 6.3% 증가하였다. 또한 매년 의료급여 1인당 진료비 증가율이 건강보험 1인당 진료비 증가율을 상회하는데, 2014년 전년 대비 1인당 진료비 증가율을 보면 건강보험은 6.8%인 데 반해 의료급여는 7.7%로 더 높은 것으로 나타났다.

그림 2. 의료급여 진료비 규모 및 증가율 추이



자료: 국민건강보험공단, 의료급여통계 각 연도.

그림 3. 의료급여 수급권자 수 및 증가율 현황



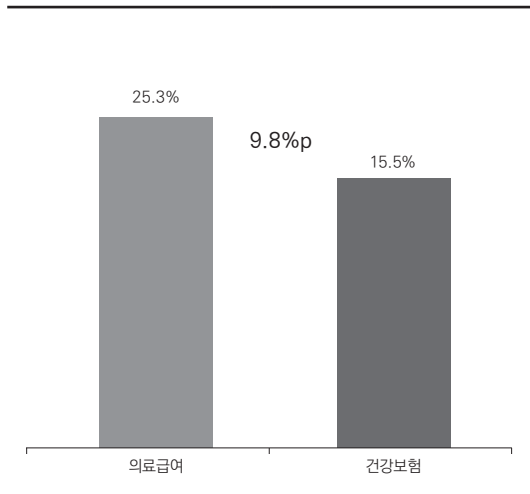
자료: 국민건강보험공단, 의료급여통계 각 연도.

3) 미충족 의료 발생과 건강 결과 취약

일부 과다 이용자들과 달리 한편으로는 필수 의료서비스에 대한 접근성이 떨어지는 미충족 의료를 경험하는 의료급여 수급자 계층이 존재한다.

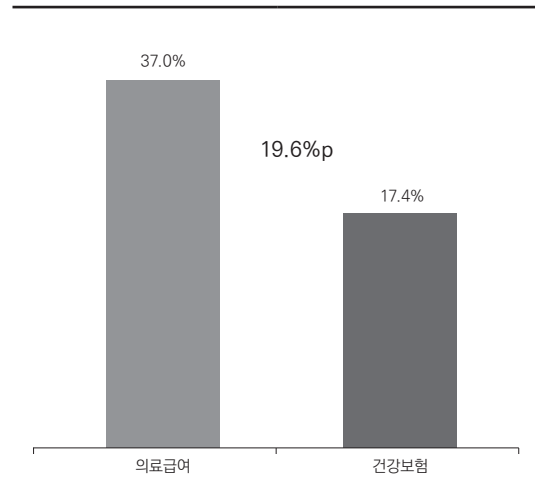
의료급여 수급자의 병의원 미치료율은 25.3%로 건강보험 수급자 15.5%보다 9.8% 포인트 높으며 치과이용 미치료율도 37.0%로 건강보험 가입자들의 미치료율 17.4%보다 19.6% 포인트 높은 것으로 나타났다.

그림 4. 병의원 미치료율



자료: 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2013한국의료패널조사, 원자료 분석.

그림 5. 치과이용 미치료율

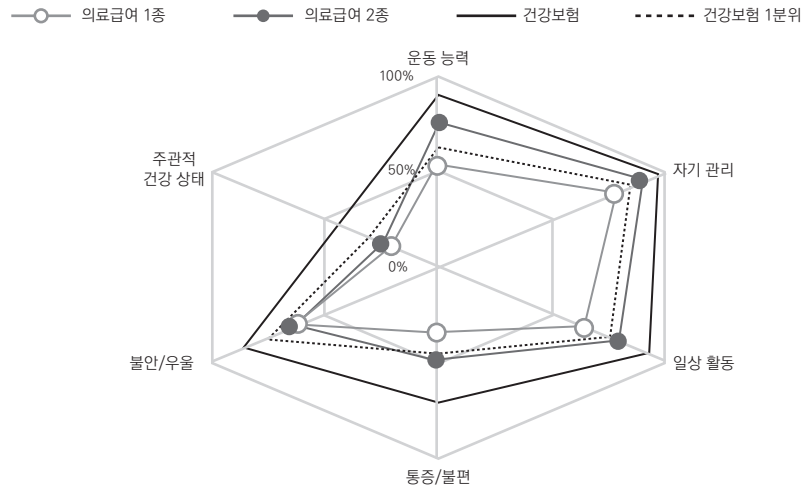


자료: 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2013한국의료패널조사, 원자료 분석.

이러한 계층은 건강관리 및 의료 접근성이 취약하여 결과적으로 건강 수준이 미흡한 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태에 대해서는 건강보험 가입자의 43.7%가 양호하다고 응답한 반면 의료급여 1종 수급자의 경우 20.8%에 불과하여 2배 이상 차이가 났다. 이 외에도 의료급여 수급자는 운동 능력, 자기 관리, 일상 활동 등 전반적

인 건강 수준 및 삶의 질이 건강보험 가입자보다 낮은 것으로 나타났다. 특히 의료급여 수급자 내에서도 2종 수급자 대비 1종 수급자의 수준이 더 낮은 것으로 나타났으며, 건강보험 저소득층(하위 10%)과 비교했을 때도 의료급여 1종 수급자의 건강 수준 및 삶의 질이 더 낮은 것으로 확인되었다.

그림 6. 의료급여 수급자 특성 분석: 건강 수준



자료: 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2013한국의료패널조사, 원자료 분석.

3. 의료급여제도의 정책과제

가. 수급자 측면: 의료이용 및 건강관리 역량과 책임성 강화

선택병의원 대상자는 대부분 과다 이용자(의료적 필요 여부를 떠나)로, 적정 의료이용 및 건강관리가 필요하다. 하지만 선택병의원제도는 도입 취지와는 달리 현재 과다 이용을 용인하는 제도로 악용되고 있는 실정이다. 따라서 선택병의원제도가 수급자의 적정 의료이용 및 건강관리 지원 기능을 강화할 수 있도록 제도를 개선할 필요가 있다.

단기적으로는 선택병의원 이외의 타 기관 이용 시 본인 부담을 2배로 인상하는 방안을 검토

해 볼 수 있다. 선택병의원제 왜곡 현상은 수급자가 선택병의원 이외의 타 기관을 이용하는 것에 대한 제약이 미미한 것에 기인한다. 따라서 타 기관 등에 대한 무분별한 의료이용을 관리하기 위해 본인 부담 인상을 검토해 볼 필요가 있다. 특히 비자발적 선택병의원제의 경우 현재 실효성 논란으로 폐지 필요성이 제기되고 있지만 만약 타 기관 이용 시 본인 부담이 2배로 인상된다면 본래 선택병의원제가 가진 ‘주치의’로서의 장점이 발휘될 수 있을 것으로 기대된다.

중장기적으로는 선택병의원제 대상자에 대한 건강관리 인센티브 시범 사업 도입 방안을 검토해 볼 수 있다. 선택병의원제 대상자는 대부분 의료 과다 이용자로 의료이용 행태 개선의 여지가 많은 집단이다. 또한 선택병의원 의료기관은 기

본적으로 수급자의 건강관리를 지원하는 기능을 수행할 의무가 있다. 따라서 선택병의원 대상자 및 공급자를 상대로 ‘수급자 건강관리 개선(정기적 약물 복용 등 만성질환 관리 행태, 건강검진 수검 여부, 흡연, 운동, 절주 등 건강행태 개선)’ 및 ‘수급자 의료이용 개선(개별 수급자 진료비 증감률)’에 대한 인센티브를 도입해 볼 수 있다. 인센티브 재원은 우선 ‘선택병의원제 타 기관 본인 부담+선택병의원제 재정 절감액’을 기반으로 조성하고, 향후 시범 사업 성과를 바탕으로 확대하는 방향을 모색해 볼 수 있다.

실제로 미국 주정부는 메디케이드 수급자들이 ‘건강행동’을 실천함으로써 건강위험률을 낮추도록 유인하기 위해 다양한 메디케이드 만성질환자 관리 프로그램[Medicaid Incentives for the Prevention of Chronic Disease(MIPCE) Grants]을 운영하고 있다. 흡연, 당뇨, 비만, 고콜레스테롤, 고혈압 등 수급자의 건강행태를 개선하기 위해 전화 상담, 교육 및 훈련, 체중관리 교실, 건강 코치, 건강 계획 등의 프로그램을 운영 중이다. 이러한 프로그램을 통해 수급자의 건강행태 변화 시 수급자와 이를 지원하는 공급자에게 함께 인센티브를 지급하고 있으며, 건강 수준 향상 등의 결과 인센티브뿐만 아니라 예방과 치료 관련 활동 등의 참여 인센티브도 지급하고 있다. 인센티브는 현금, 선불카드, 기프트카드 등의 형태로 지급되어 ‘건강과 관련된 항목’에 사용할 수 있도록 하고 있다.

한편 이러한 건강관리 인센티브는 선택병의원 대상자 이외에도 향후 의료급여 신규 대상자

로 확대할 필요가 있다. 의료급여 수급자를 의료이용량에 따라 나눈다고 할 때 한번 과다 이용자가 되면 일반적인 의료이용 행태로 재전환하기가 어려우며 정책 효과가 경감되기 시작한다. 따라서 가장 적은 비용으로 최대의 정책 효과를 달성할 수 있도록 의료 필요 발생 전 시점에 수급자 관리를 하는 것이 무엇보다 중요하다. 이러한 측면에서 신규 대상자가 올바른 건강관리 및 의료이용 행태를 조성할 수 있도록 수급권 초기 시점에서의 지원 및 관리를 강화할 필요가 있다.

나. 공급자 측면: 의료급여 수급자에 대한 적정 의료 제공 유도

장기 입원 사례 관리-심사 연계 사업은 담당 실무자인 의료급여관리사가 체감할 수 있을 정도로 효과가 확인되고 있다. 하지만 심사평가원 지역 지원의 접근성이 높은 지역은 상대적으로 연계 지원이 원활한 반면 접근성이 낮은 지역은 연계 지원을 받기 어려운 구조로 운영되고 있다. 실제로 사례 관리-심사 연계의 경우 이상징후가 감지된 즉시 즉각적으로 대응하는 것이 가장 효과적인 방식이나 현재 지원 인력이 부족해 공급자가 대비할 수 있는 시간을 주고 있다는 문제점이 지적되어 왔다. 이를 반영하여 2016년부터 심사평가원 지원 확대(7곳→9곳), 지소 내 의료급여 전담 인력 확충 등 인력 인프라가 확충되어 인력 부족에 따른 문제는 어느 정도 해소될 것으로 예측되나 사례 관리-심사 연계 제도의 실효성을 강화하기 위해 개선 방안을 마련해야 한다

는 요구가 지속적으로 나오고 있다.

예를 들어 심사평가원 지원-사례 관리 연계 시 지역적 위치에 기반한 획일적 운영이 아니라 장기 입원자 수, 요양병원 수 등 지역별 수요·공급에 기반한 연계 방안을 검토할 필요가 있다. 즉 현재 지원-관할 지역의 획일적 연계체계를 벗어나 지자체별 특성을 반영한 유연한 연계체계를 마련해야 하며, 장기 입원 사례 관리-심사 연계 이외에 연계가 필요한 새로운 항목 개발을 통한 사례 관리-심사 연계의 확대 추진이 요구된다.

이를 위해서는 사례 관리-심사 연계 도입에 따른 성과를 모니터링해 사업의 개선 방안을 마련하고 표준 프로그램·가이드라인을 구축해 나가야 한다. 특히 성과 확산을 위해 실무 담당자 중심으로 현재까지의 사업 현황 및 효과성을 평가해 개선 방안을 모색할 수 있는 논의의 장을 마련하고, 이를 기반으로 정기적으로 성공적 시범 사례 정보를 공유하고 개선이 필요한 부분에 대해서는 보완 방안을 마련해 나가는 노력을 지속적으로 해야 한다.

한편 의료급여는 건강보험의 지표연동자율개선제와 유사한 형태의 “의료급여 청구경향통보제”를 시행 중이다. 청구경향통보제는 지표 점검을 통해 전반적인 진료 행태를 의료기관에 통보하고 각 의료기관에서는 이를 참고해 자율적으로 진료 행태를 개선할 수 있도록 지원하는 제도이다. 또한 심사 과정에서 거짓·부당 청구가 의심, 확인되는 의료기관을 대상으로 현지 조사를 실시하는 등 현지 조사와 연계해 운영하고 있다.

현재 의료급여 청구경향통보제에 대해서는 의료급여 특성을 반영한 지표를 추가하고 현지 조사와의 연계를 강화하는 등 제도를 내실화하고 실효성을 강화하기 위한 노력이 요구된다. 먼저 지표 개선과 관련해 동일한 의료기관에 대해 건강보험과 의료급여 대상자 간 의료 제공 행태를 비교하는 지표를 추가하거나, 현재 의료급여 주요 지출 요인이나 부당 청구 개연성이 높은 요인을 중심으로 신규 지표를 개발해 나갈 필요가 있다.

또한 의료급여 청구경향통보제의 효과성 향상을 위해 현지 조사와의 연계를 확대하는 것이 무엇보다 중요하다. 청구경향통보제와 연계된 현지 조사는 적발률(약 40%)은 높지만 실사율(0.25%)이 낮아 실효성 문제가 지속적으로 제기되어 왔다. 따라서 현지 조사 인력 확충 등 인프라를 확대해 현지 조사 건수를 늘리려는 노력이 필요하다. 이러한 현지 조사에 대한 인프라 충원을 통해 현지 조사가 확대된다면 청구경향통보 대상 기관에 선정되었을 때 자율적으로 시행 조치를 하지 않으면 현지 조사 등 더 강력한 제재가 있다는 것을 공급자가 인식하게 되어 공급자의 자율 개선 의지가 더욱 높아지는 선순환 구조를 구축해 나갈 수 있을 것이다.

다. 보장기관 측면: 의료급여 관련 지자체 책임 강화

의료급여제도의 법정 보장기관은 지자체로, 의료급여 수급자의 건강관리 및 의료이용관리

체계 내에서 지자체의 역할은 매우 중요하다. 하지만 의료급여 운영 체계의 복잡성, 중앙정부 중심의 상의하달식 운영(Top down) 등으로 인해 의료급여제도에 대한 지자체의 책임 및 주인의식이 부족한 실정이다.

현재 의료급여제도는 중앙정부와 지방정부가 관리 운영의 주체가 되며 일부 업무를 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에 위탁하는 형식으로 운영되고 있다. 지자체는 의료급여 사례

관리, 연장 승인, 선택병원제 등 의료급여 수급자의 건강관리 및 의료이용 등과 관련한 주요 정책을 운영하는 담당 주체이지만 실질적인 의사결정은 중앙정부 중심으로 이뤄지고 있어 사실상 의료급여제도 운영에 대한 지자체의 권한 및 역할 설정이 미흡한 상황이다. 더욱이 의료급여 사업 국고보조금 대부분을 중앙정부에서 부담하고 있어 지자체가 재정 효율화의 필요성을 적극적으로 인식하기 어려운 구조이다.

표 1. 의료급여 국고보조 및 지자체 분담 비율

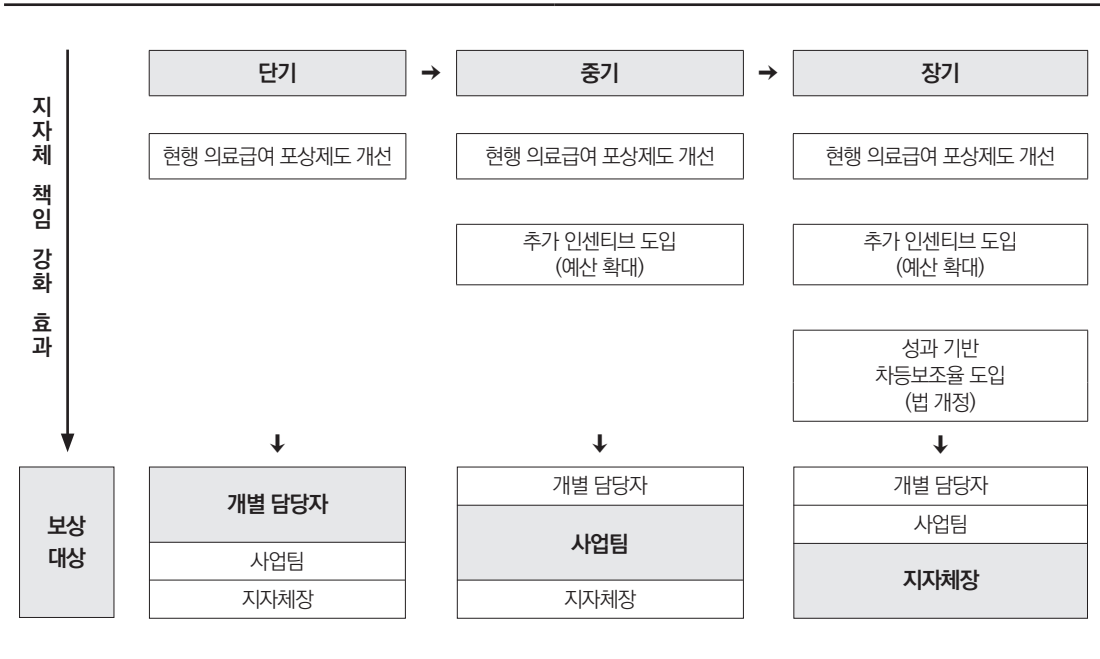
구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		

자료 : 보건복지부(2016). 2016년 의료급여 사업 관리.

따라서 지자체의 책임의식 강화 및 업무 효율화를 위해 중앙정부에서 지방정부로 재정적 인센티브를 확대하는 정책이 필요하다. 지자체 인센티브 모델은 ‘실현 가능성’과 ‘지자체 책임 강화 효과’를 고려하여 단계적으로 접근해 볼 수 있다. 먼저 단기적으로 평가지표를 개선하는 등 현행 포상금제도를 부분적으로 개선해 실효성을 향상시켜 나가야 한다. 중기적으로는 장기 입원 실태조사, 약물 오남용 실태조사 등 현재 지자체가 자체적으로 수행하고 있는 사업을 확대하고, 신규 사업 발굴(Innovation Model)을 지원하기

위해 추가적으로 보조금을 지급하는 방식을 고려해 볼 수 있다. 마지막으로 장기적으로 법 개정을 통한 성과 기반 차등보조율을 도입하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 이는 지자체(장) 단위의 근본적인 행태 변화를 유도하기 위한 접근 방식으로, 현재 지자체의 책임성을 담보하기 힘든 재정 자립도 기반 매칭펀드 지원 방식을 성과에 기반한 차등보조 지원 방식으로 전환하는 것이며, 궁극적으로 지자체의 재정 체감도 증진에 따른 책임성 및 역할 강화에 기여할 것으로 기대된다.

그림 7. 단계별 의료급여 포상 인센티브 도입(안)



라. 제도적 측면: 의료급여 실태조사 도입

의료급여제도 개선을 위해서는 의료급여 관련 거시적·미시적 기초자료를 구축하고 지속적으로 모니터링을 하는 과정이 무엇보다 중요하다. 먼저 거시적 측면에서 의료급여제도를 포괄적으로 평가하고 이를 통해 제도의 목표를 설정해 나가야 하며 미시적 측면에서는 의료급여를 둘러싼 각 사안이 어떤 대상자들에게서 어떻게 발생하고 있는지 정확한 실태를 파악하고 대안 마련을 위한 기초자료 수집이 필요하다. 이러한 의료급여제도 관련 기초자료 구축 및 모니터링 과정을 위해서는 정기적으로 구조화된 ‘의료급여 실태조사’를 수행할 필요가 있다.

의료급여 실태조사를 통해 의료급여 수급자의 가구 여건(가족 형태, 가족 간 지지망), 건강 실태(육체적, 심리적 건강 상태 판별), 소득 실태(소득, 재산, 자동차 등의 규모와 안정성 파악), 의료 관련 직간접적 욕구를 파악해 나감으로써 현재 재정 부분에 치우쳐 있는 의료급여제도의 평가를 수급자 건강 수준 변화, 지출의 효율성 및 형평성 평가 등 다각적인 측면에서 수행해 가는 기반을 마련할 수 있을 것이다. 특히 실태조사 결과를 의료급여 청구 자료와 연계한다면 2차 조사 자료가 가진 한계(기억의 오류, 정보의 누락 등)를 보완하는 동시에 연구 결과의 함의 증대로 데이터 활용성을 높일 수 있을 것으로 기대된다.

그림 8. 의료급여 실태조사 모델(안)

자료 1		자료 2		자료 3
의료취약계층의 의료 욕구 및 의료이용 실태조사 (정기적 패널조사)	+	심사평가원 의료급여 + 건강보험 의료이용 현황 자료 (심결 자료)	+	심사평가원 의료급여 사례 관리 현황 자료 (사례 관리)

4. 나가며

기존의 의료급여제도 개선을 위한 접근 방식은 주로 ‘수요자의 의료이용 통제’, ‘공급자의 의료서비스 제공 통제’ 등 ‘의료이용을 억제하는 방향’으로 추진되어 왔다. 하지만 이러한 제도 개선 방식은 의료비 증가 속도를 통제하는 데 단기적으로는 효과가 있었으나 곧 의료비 증가 추세를 회복하면서 효과가 지속되지 못하는 한계가 나타났다.

이와 같이 통제 중심의 제도 개선은 그 효과를 지속적으로 유지할 수 없다는 한계가 있어 ‘제도 대상자의 근본적인 행태 변화 유도를 위한 인센티브의 적극적 활용’을 통한 제도 개선 접근 방식으로의 전환이 요구되고 있다. 따라서 본 소고에서는 제도 대상자의 근본적 행태 변화 유도를 기반으로 한 정책과제를 제시해 보고자 하였다.

의료급여제도는 보건 분야에서 보면 건강보험 제도와 닮아 있고 복지 분야에서 보면 기초보장 제도와 닮아 있는, 보건과 복지의 성격을 동시에 가지고 있는 복합적인 제도이다. 따라서 큰 틀에서 건강보험 정책과 사회복지 정책에 민감하게

영향을 받을 수밖에 없는 구조이다. 이로 인해 의료급여제도에서 발생하는 문제점은 근본적으로 보건 및 복지 정책의 개선 없이는 해결될 수 없는 구조적 문제인 경우가 많다.

그럼에도 불구하고 의료급여제도는 다른 보건 복지제도와 독립적으로 운영되고 있으며 독자적으로 발전해 오고 있다. 즉, 의료급여제도는 보건과 복지 두 가지의 성격을 동시에 내포하면서 향후 보건복지 정책이 나아가야 하는 모델을 선제적으로 보여 줄 수 있는 좋은 사례가 되기도 한다.

이러한 측면에서 맞춤형 급여체계 도입은 의료급여제도의 도약을 위한 좋은 기회가 될 수 있다. 단기적인 측면에서는 현행 의료급여제도의 큰 틀을 유지하면서 부분적으로 제도를 보완하는 정책 기초를 보여 주고 있지만, 장기적으로는 의료급여제도의 운영 상황에 따라 대상자 선정 기준을 조정하는 등 제도의 효과성 제고를 위해 자율성을 가지고 탄력적으로 제도를 운영할 수 있는 기반을 마련해 나갈 필요가 있다. 이러한 과정을 통해 우리 사회의 취약계층을 위한 든든한 의료안전망으로서 의료급여제도의 역할과 책임이 더욱 강화될 수 있을 것이다. ■