

연구보고서 2006-20-1

## 의료급여 재정효율화를 위한 모니터링

신영석  
신현웅  
황도경  
노인철

한국보건사회연구원



## 머 리 말

지난 30년간 의료급여제도는 우리 사회의 극빈층 대상 의료보장제도로써 절대적인 역할을 수행해 왔다. 경제적인 능력의 곤궁함으로 의료서비스를 이용하기 어려운 계층에게 국가의 예산으로 의료서비스를 제공하였다. 특히 최근 의료급여수급권의 범위를 확대하여 차상위계층 중 희귀난치성 질환이나 만성질환을 보유하고 있는 사람과 18세 미만 아동을 수급권자로 편성하였고 급여범위도 확대하여 본인부담 보상금제와 본인부담 상한제를 실시하였고 장애인 보장구에 대한 급여확대, 그리고 암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환 등 중증질환에 대한 2종 본인부담도 인하하였다. 외형적으로 제도의 확대가 이루어지고 있는 것이다. 그러나 대상자의 확대 및 급여범위의 확대는 필연적으로 재정압박을 동반한다. 특히 1종 의료급여 수급권자는 법정 급여범위 내에서 본인부담이 없다. 이는 필요이상의 의료이용을 부추길 수 있다. 최근의 통계에 의하면 2005년도에 365일 이상의 진료일수를 기록한 수급권자수가 약 38만 명에 이르고 있는 것으로 나타났다. 5,000일을 넘긴 수급자수도 19명에 이른다. 법적으로 연간 진료일수가 365일로 제한되어있지만 형식적인 연장승인을 거쳐 이처럼 진료일수가 폭증하고 있는 것이다.

향후 의료급여제도 본래의 목적에 충실하려면 대상자의 확대 및 급여 범위의 확대는 지속적으로 추진되어야 한다. 이를 위해서는 제도의 건강성을 확보해야한다. 의료급여제도 전반에 대한 모니터링이 필요하다. 수급자 선정기준에 대한 검토, 급여범위에 대한 모니터링, 전달체계에 대한 모니터링, 공급자들에 대한 모니터링, 수급자들의 의료이용 양태에 대한 모니터링, 진료비 지불방식에 대한 검토 등 의료급여 전반에 걸쳐 모니터링이 필요하다.

위와 같은 인식하에 본 보고서는 우선 재정에 초점을 맞추어 수급권자의 의

료이용 양태에 대한 모니터링을 실시하고 있다. 사례관리 전후의 의료이용 변화양상을 추적하여 비교분석하고 있다. 모니터링 결과와 외국의 시사점을 토대로 향후 사례관리의 방향을 설정하고 제도 개선을 위한 시사점까지 도출하고 있다.

본 보고서는 이처럼 사례관리의 필요성 및 효과를 보이고 보다 효과를 높이기 위한 다양한 정책 대안을 제시하고 있다. 따라서 본 보고서는 의료급여제도 뿐 아니라 국민건강보험의 정책 및 기초 자료로 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 신영석 연구위원의 책임 하에 신현웅 건강보험팀장, 황도경 선임 연구원 그리고 노인철 전 국민연금연구원 원장에 의해 완성됐다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 자문단 위원 그리고 특히 모니터링 요원으로 활동해주신 48분의 의료급여사례관리사 여러분께 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 김미곤 연구위원, 이태진 부연구위원 그리고 본 보고서가 발간되기까지 자료정리 및 보고서 편집을 도와 준 김미선 연구조원에게도 감사하고 있다.

2006년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

# 목 차

요 약 .....	11
I. 서 론 .....	20
1. 연구의 목적 및 필요성 .....	20
2. 연구 내용 및 방법 .....	21
II. 의료급여 수급권자의 의료이용 실태 .....	25
1. 의료급여 제도의 개요 .....	25
2. 의료급여 진료비 실태 .....	28
III. 우리나라 사례관리 제도 .....	37
1. 의료급여 수급권자 사례관리 .....	37
2. 건강보험 사례관리 .....	46
3. 방문보건사업 관리 .....	55
IV. 외국의 사례 .....	63
1. 일본 의료보호제도의 사례 .....	63
2. 미국 Medicaid의 재정안정화 사례 .....	75
V. 모니터링의 필요성, 방법, 결과 .....	88
1. 의료급여 모니터링의 필요성 .....	88
2. 의료급여 모니터링의 조사의 방법 .....	99
3. 모니터링 결과 .....	106

VI. 결론 및 향후 연구방향 .....	133
1. 결론 .....	133
2. 연구의 한계 및 향후 연구 방향 .....	136
참고문헌 .....	139
부록 .....	143
1. 사례수기 .....	145
2. 의료급여 사례관리 조사표 .....	176

## 표 목 차

〈표 II- 1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황 .....	26
〈표 II- 2〉 의료급여의 본인일부부담금 .....	27
〈표 II- 3〉 연도별 의료급여 진료실적 .....	28
〈표 II- 4〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원) .....	29
〈표 II- 5〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래) .....	29
〈표 II- 6〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체) .....	30
〈표 II- 7〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원) .....	31
〈표 II- 8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래) .....	31
〈표 II- 9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체) .....	32
〈표 II-10〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원) .....	32
〈표 II-11〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래) .....	33
〈표 II-12〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체) .....	33
〈표 II-13〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원) .....	34
〈표 II-14〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래) .....	35
〈표 II-15〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체) .....	35
〈표 II-16〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원) .....	36
〈표 II-17〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래) .....	36
〈표 III- 1〉 기본업무 .....	58
〈표 IV- 1〉 기준액(월액) .....	65
〈표 IV- 2〉 prepayment review에 대한 예 .....	84
〈표 IV- 3〉 Provider에 대한 합법성을 보증하기 위한 방법 .....	85
〈표 IV- 4〉 National Medicaid Fraud and Abuse Initiative Activities .....	87

〈표 V-1〉	의료급여 총진료비 추이 .....	89
〈표 V-2〉	의료급여와 건강보험의 의료이용 비교 .....	90
〈표 V-3〉	질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 전) .....	90
〈표 V-4〉	질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 후) .....	91
〈표 V-5〉	동일성분 의약품 중복처방 현황 .....	92
〈표 V-6〉	비용금지 의약품 처방 현황 .....	93
〈표 V-7〉	대상자가 복용하는 약물 가지수에 대한 분포 .....	93
〈표 V-8〉	수급자가 판단하는 자신의 현재 건강상태 .....	94
〈표 V-9〉	여러 의료기관을 이용하는 이유에 대한 응답분포 .....	95
〈표 V-10〉	질병치료로 인한 경제적 부담 .....	96
〈표 V-11〉	경제적 부담이 있는 경우 부담의 종류 .....	96
〈표 V-12〉	365일 이상 장기이용환자 요양기관이용 현황 .....	97
〈표 V-13〉	365일 이상 장기이용환자 상병개수 현황 .....	97
〈표 V-14〉	365일 이상 장기이용환자 의료이용 현황 .....	98
〈표 V-15〉	주상병별 장기이용 환자의 분포 .....	98
〈표 V-16〉	전체 대상자의 의료급여 종별 빈도 .....	106
〈표 V-17〉	전체 대상자의 의료이용분석 .....	107
〈표 V-18〉	전체 대상자의 의료이용분석(1종, 2종 구분) .....	107
〈표 V-19〉	월별 사례관리 대상자 수 .....	108
〈표 V-20〉	2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원) .....	109
〈표 V-21〉	2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원) .....	110
〈표 V-22〉	2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원) .....	111
〈표 V-23〉	2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원) .....	112
〈표 V-24〉	2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래) .....	113
〈표 V-25〉	2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래) .....	114
〈표 V-26〉	2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래) .....	115

〈표 V-27〉	2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래) ……	116
〈표 V-28〉	2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국) ……	117
〈표 V-29〉	2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국) ……	118
〈표 V-30〉	2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국) ……	119
〈표 V-31〉	2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국) ·	120
〈표 V-32〉	2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계) …	121
〈표 V-33〉	2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계) …	122
〈표 V-34〉	2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계) …	123
〈표 V-35〉	2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계) …	124
〈표 V-36〉	방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 0회) ……	125
〈표 V-37〉	방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 1회) ……	126
〈표 V-38〉	방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 2~4회) ……	126
〈표 V-39〉	방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 5회 이상) ……	127
〈표 V-40〉	상위5개 진료과 진료과별 분석 (입원) ……	128
〈표 V-41〉	상위5개 진료과 진료과별 분석 (입원) ……	128
〈표 V-42〉	상위5개 진료과 진료과별 분석 (외래) ……	129
〈표 V-43〉	상위5개 진료과 진료과별 분석 (외래) ……	130
〈표 V-44〉	요양기관 중별 분석 (입원) ……	131
〈표 V-45〉	요양기관 중별 분석 (외래) ……	131
〈표 V-46〉	의료급여 중별 분석 ……	132

## 그림 목 차

[그림 III-1]	사례관리 수행체계도 .....	40
[그림 III-2]	사례관리 업무흐름도 .....	41
[그림 III-3]	사례관리 대상자 발굴방법 .....	43
[그림 III-4]	방문보건사업 운영체계 .....	60
[그림 IV-1]	DSH프로그램 .....	79

## 요 약

### 1. 서 론

- 법적으로 1인당 진료일수가 365일로 제한되어 있지만 연간 진료일수가 365일을 넘긴 수급자는 38만 5000명이었고, 1100일 이상은 2만 5000명, 5000일 이상자도 19명에 이르고 있음.
  - 따라서 한정된 의료급여 재정을 효과적이고 효율적으로 지출할 수 있도록 하고, 의료급여대상자가 적정한 의료이용을 할 수 있는 제도 개선방안 필요
  
- 연구목적:
  - 의료급여 수급권자 중 진료비가 높거나 연간 진료일수가 많은 계층을 대상으로 의료이용실태를 모니터링하여 적정한 의료이용을 유도할 수 있는 방안 강구
  - 기존 제도권에서 실시하고 있는 사례관리의 효과를 분석하고 미비한 점 규명
  - 장기 및 고액 환자의 의료이용에 따른 유형이나 특성분석을 통해 과다 또는 부적절한 의료이용자에 대하여 적정한 의료이용을 유도함으로써 의료급여 재정을 효율적으로 활용
  
- 의료급여 수급권자의 의료이용에 관한 일반 실태 분석
  - 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험 간의 의료이용양인 적용인구 1인당 진료건수, 1인당 내원일수 등의 연도별 증가 추이를 분석(단, 정신질환은 제외된 상태)하고 동시에 연도별 의료이용 강도의 변화도 분석

- 의료급여 장기 및 고액 이용 환자를 중심으로 모니터링 실시
  - 전국의 232개 시군구 중에서 의료급여 사례관리요원이 2003년에 배치된 지역을 중심으로 2,127명을 모니터링 대상으로 선정
  - 모니터링 결과를 토대로 향후 사례관리의 방향 모색
- 일본의 의료보호제도로부터 시사점을 도출하였고 미국의 Medicaid제도에서 실시하고 있는 재정효율화 방안 검토

## 2. 의료급여 수급권자의 의료이용 실태

- 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2005년에 3조 2천억 원으로 증가
  - 최근 차상위 계층 중 일부가 수급자로 편성되고, 희귀난치성 질환의 종류가 확대되는 등 수급자가 증가하였고, 본인부담 보상제 및 상한제가 도입되고 3대 중증질환에 대한 2종 본인부담이 인하되는 등 급여범위가 확대되어 진료비 급증
  - 그 외에도 1인당 수진율이 증가하고 내원일수가 증가하는 등 의료수요 증가
  - 1인당 평균 입원건수도 매년 증가: 1종의 경우 년평균 6.3%씩 증가하고 있고 2종의 경우 약 5.1% 증가
  - 외래의 경우도 1인당 년평균 4.64%씩 수진율이 증가하고 있음.
  - 1인당 연평균 입원일수: 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원 하였으나 2005년에는 15.01일 입원하여 년 평균 4.95%씩 증가하고 있음.
  - 입원일당 진료비: 전체적으로 매년 평균 약 4.05%가 증가하고 있음.
  - 외래 내원일수: 진료일수는 증가하는 반면 내원일수가 감소하고 있다는 것은 상대적으로 투약일수가 증가하고 있음을 알 수 있음.

### 3. 모니터링의 필요성, 방법, 결과

#### 가. 의료급여 모니터링의 필요성

- 질병별로 중증도를 보정한 상태에서 의료급여 환자들의 진료비가 건강보험에 비해 높은 것으로 나타남.
  - 질병건당 진료비의 경우 중증도가 같은 경우에 입원 1종의 경우 1.2배 높았고, 2종은 1.06배 높았음.
  - 외래의 경우는 1종이 1.48배 2종은 1.11배 높은 것으로 나타났고 질병건당 입내원일수도 입원의 경우 1종이 1.52배, 2종이 1.28배 높았고, 외래는 1종이 1.35배, 2종이 1.13배 높았음.
  
- 의료급여 1종 수급권자의 경우 중증도가 높은 환자들이 많은 것은 사실이지만, 중증도를 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수가 많다는 것은 의료이용이 과도한 부분이 있는 것으로 판단됨.
  - 과다이용은 건강에 도움을 주는 것이 아니라 오히려 의료기관의 중복방문이나 중복투약 등으로 건강을 해치는 경우들도 있어 사례관리의 필요성이 제기됨.
  - 불필요한 의료이용을 줄임으로써 절약되는 재정을 중증질환 등의 보장성 강화나 차상위계층 확대 등에 활용할 경우 의료급여 재원의 효율적 배분을 이룰 수 있음.
  
- 의료급여 수급자들은 만성질환, 여러 가지 질환을 가진 노인, 의도적 의료서비스남용 등 여러 가지 이유로 의료기관을 중복 방문하는 경우가 많음.
  - 의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사(퍼스트디스, 2006. 4)에 따르면, 표본 추출된 환자의 3% 이상에서 3개월간 투약일수 합이 200일을 넘는 것으로 조사되었는데, 이들은 일상적으로 하루에 2곳 이상의 의료기관에서 처방받는 약을 복용하고 있음.

- 그러나 명세서별 심사방식으로는 여러 의료기관에서 받아서 동시에 복용하는 약의 상호작용이나 중복투약 등으로 인해 발생하는 안정성 문제에 대한 사전/사후 평가가 불가능하므로 특별한 대책이 없을 경우, 약화 사고의 위험이 그대로 방치되는 것으로 볼 수 있음.
- 보건복지부에서 최근 의약품 중복처방 및 병용금지 의약품 투여 현황을 조사한 결과 중복처방비율이 18.55%로 중복투약문제가 심각한 것으로 나타났음.
- 건강보험은 수진자의 1.50%가 병용금지 의약품을 처방받는 반면 의료급여는 8.13%로 의료급여가 약화사고 위험에 더 노출되어 있음.
- 의료급여 장기이용환자 실태조사(연세대학교, 2006. 10) 중간보고서결과에 따르면 의료급여 장기이용환자들이 복용하는 약물의 종류가 5가지 이상인 경우가 46.9%에 달하였음.

#### 나. 의료급여 모니터링 조사의 방법

- 모니터링 지역 선정: 2003년과 2004년에 의료급여관리사가 배치된 지방자치단체 중 의료급여관리사가 모니터링 요원으로 위촉을 승인한 48개 지역
- 대상자 선정: 전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합 상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자
  - 2006년 1월부터 6월까지 사례관리를 실시한 2,127명 중 건강보험공단으로부터 자료 구득이 가능한 973명을 분석 대상으로 선정
- 사례관리 내역: 48개 시·군·구지역의 의료급여관리사로부터 사례관리내역에 대한 조사 실시
  - 사례관리 대상자의 주상병과 부상병, 그리고 상병코드
  - 사례관리를 실시하였던 기간

- 사례관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수 및 상담 개시일
- 사후관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수
- 사례관리 내역조사 자료를 바탕으로 사례관리 대상자에 대한 사례관리 전·후의 의료이용실태를 비교·분석하기 위하여 국민건강보험공단에 의뢰하여 사례관리 대상자들에 대한 2005년도 1월 1일부터 2006년 10월까지의 진료비 청구내역자료 구득
  - 요양개시일, 요양일수, 내원일수 그리고 투약일수 등의 진료일수
  - 의료이용과 관련한 총 진료비, 법정 본인 부담금, 보험자 부담금

다. 모니터링 결과

- 2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 입원 진료실적
  - 총 973명에 대해 사례관리가 실시되었고 이 중 2005년에 189명이 입원하였으나 사례관리 후 155명으로 감소하였음.
  - 총 진료일수, 입원일수는 감소하였으나 총 진료비는 증가하였고 실입원 환자당 진료일수, 입원일수, 진료비 등은 모두 증가하였음.
  - 사례관리의 효과는 그 직후 바로 나타나기보다 시차를 두고 천천히 나타나는 경향이 있기 때문에 위에서 제시된 값을 토대로 단정하기 어려우나 최소한 입원의 경우 사례관리가 별 효과가 없는 것으로 나타났음.
  - 의료급여 수급자들의 입원은 대부분의 경우 필요에 의해 수요 되는 것으로 판단됨.
- 2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 외래 진료실적
  - 외래 이용환자의 수는 2005년과 2006년 사이 큰 변화가 없었지만 의료이용량은 절대적으로 감소하였음.
  - 환자 1인당 내원일수가 약 16% 감소하였고 1인당 진료비도 약 19% 감소하였음.

- 사례관리 후 외래의 경우는 효과가 상당한 것으로 나타났음.
- 2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 약국 진료실적
  - 이용환자의 수는 2005년과 2006년 사이 큰 변화가 없었지만 의료이용량은 절대적으로 감소하였음.
  - 환자 1인당 내원일수가 약 15% 감소하였으나 고가약 투약 및 진료건당 투약일수의 증가로 진료비는 증가하였음.
- 사례관리 횟수별 의료이용량의 변화
  - 방문상담이 이루어지지 않은 경우 의료이용량이 오히려 증가한 경향을 보이고 있음.
  - 1회 방문 상담이 이루어진 경우 다른 집단에 비해 가장 효과가 두드러지고 있음: 외래의 모든 지표에서 감소현상을 보이고 있음.
  - 2회 이상 4회 이하의 집단도 1회 방문 집단과 유사한 결과를 보이고 있음.
  - 그러나 5회 이상 방문을 통해 사례관리가 이루어진 집단은 오히려 의료이용량이 증가함을 볼 수 있음.
  - 방문상담이 전화상담 등 기타 사례관리 방법보다 재정을 관리하는 측면에서는 효과가 있고 5회 이상 방문상담 대상자들의 의료이용량이 감소하지 않은 것은 사례관리가 전혀 효과적이지 않은 집단이거나 사례관리와 상관없이 의료소비가 필요한 집단일수 있음.
- 진료과별 사례관리 효과 분석
  - 입원의 경우 다빈도 5개 진료과 중 사례관리후 의료이용량(총진료비)이 감소한 과는 내과, 외과, 신경외과로 나타났고 정형외과와 일반은 증가한 것으로 나타났음.
  - 외래는 5대 다빈도 진료과로 내과, 정형외과, 안과, 한방침구과, 일반이 선정되었음. 외래의 경우 안과와 정형외과의 감소가 컸는데 안과는 만

성질환과 직접적인 관련이 없는 과임에도 불구하고 감소량이 상대적으로 크게 나타났음.

□ 요양기관 종별 사례관리 효과 분석

- 입원의 경우 병원급 이상에서는 사례관리후 의료이용량의 감소가 없었으나 의원급의 감소현상이 두드러졌음.
- 외래의 경우 병원급 이상과 의원급 모두 사례관리후 의료이용량이 감소하였으나 의원급의 감소가 훨씬 큰 것으로 나타났음.
- 요양기관 종별 사례관리 효과분석에서는 입원과 외래 모두 의원급 이용자에게 효과가 더 큰 것으로 나타나 향후 사례관리는 의원급 이용자에게 더 집중할 필요가 있는 것으로 나타났음.

□ 수급자 종별 사례관리 효과 분석

- 모든 지표에서 1종과 2종간 사례관리후 효과는 거의 비슷한 것으로 나타나고 있음.
- 의료급여 수급자에 대한 종별 차이는 재정관점에서 사례관리 효과에 큰 영향을 미치지 못함.

□ 입원보다는 외래에서, 병원급 이상에서 보다는 의원급에서, 진료과 중에서는 내과와 외과에서, 그리고 1내지 2회 정도의 방문을 통한 사례관리가 효과적인 것으로 나타났음.

#### 4. 연구의 한계 및 향후 연구 방향

##### 가. 연구의 한계

□ 대상자는 이미 보건복지부에서 선정하여 지자체별로 사례관리를 실시하였던

집단을 선정하였고 사례관리 절차도 보건복지부 지침에 의해 실시되었음.

- 따라서 대상자 선정부터 사례관리까지 지속적인 모니터링이 실시되지 못해 진료일수가 9일인 사람도 포함되었음.

□ 대상자로 선정된 전국의 2,127명이 대표성을 갖지 못함.

- 전문성을 살리기 위해 2004년 이전 배치된 48개 지자체가 선정되었기 때문에 이들이 전국을 대표한다고 보기 어려움.

□ 사례관리 전후의 진료실적을 비교하여 사례관리 효과를 분석하고자 하였으나 효과를 판단하기에는 사례관리후 시간이 너무 짧았음.

- 2006년 1, 2, 3월에 실시된 사례관리를 기준으로 전년도 2월부터 6월까지의 진료실적과 당년도 동기간의 진료실적을 비교하였으나 그 효과를 판단하기에는 시간이 너무 촉박하였음.

□ 대상자를 선정함에 있어 명확한 기준에 의해 뜻하는 목적이 있어야 하나 기준과 목적을 연계하여 선정하지 못했기 때문에 분석에 한계가 있었음.

- 필요이상의 진료를 받는 것으로 보이는 계층에 대한 사례관리를 위해서는 동일 질환, 동일 중증도, 동일 연령의 진료양태로부터 벗어난 계층을 사례관리 대상자로 선정하여야 하나 이러한 기준보다는 단순히 일정 기준(365일) 이상 진료일수를 기록하고 있는 계층 중 일부를 선정하는 절차를 밟았음.

□ 973명의 분석대상은 제도의 함의를 도출하는 데 표본 수가 너무 작음.

- 진료과별 분류에 의해 분석하는 경우 표본 수가 너무 작아 분석에 대한 결론을 일부 유보할 수밖에 없었음.

#### 나. 향후 연구 방향

□ 의료급여 수급자 전체의 진료실적을 토대로 우선 모니터링 대상을 선정해야

하고 과다 이용 의혹이 있는 계층을 여러 단계에 걸쳐 선별하여야 함.

- 대상자가 결정되면 의료이용 경로를 추적하여야 함. 질환 종류별 진료건수, 진료건당 내원일수 및 투약일수, 투약 종류, 중복 투약 여부, 진료건의 종결 여부 등 의료이용 경로를 추적하여 대상자의 적정의료이용 여부를 판단하고 관리할 수 있어야 함.
- 향후 연구는 수급자 선정기준, 급여의 적정성, 전달체계의 효율성, 수급자의 삶의 질 등 다양하게 모니터링을 할 필요가 있음.
  - 경제적 여건 때문에 의료서비스를 받지 못하는 계층의 규모를 파악해야 하고, 현재의 수급 기준이 사각지대를 만들지는 않는지 검토해야하고, 현재의 관리체계가 정상적으로 작동되어 효율적, 효과적인지 판단해야 함.

# 제1장 서론

## 1. 연구의 목적 및 필요성

1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여 년간 우리나라 국민층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔다. 특히 최근에는 대상자를 확대하고 급여범위를 넓히는 등 저소득층 대상 의료보장제도로써 역할을 확대해가고 있다. 매년 희귀난치성 질환의 범주를 확대하여 2006년에는 107개에 이르렀고, 차상위계층 중 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 계층을 의료급여 수급권자로 편입하였다. 또한 차상위 계층 중 18세 미만 아동도 의료급여 수급권자로 편성하였다. 급여범위도 확대되어 본인 부담 보상금 및 본인부담 상한제가 도입되었고, 장애인 보장구에 대한 급여도 확대되고 있다. 암, 뇌혈관계, 심혈관계 등 3대 중증질환에 대한 2중 본인부담률을 인하하였고 의료급여 사례관리제도를 도입하여 독거노인 등 거동이 불편한 계층에 대한 의료보장 역할도 강화되고 있다.

그러나 최근 수급권자의 확대 및 급여범위의 확대는 의료급여 재정의 불안을 증폭시키고 있다. 수급권자는 2005년말 기준 총 176만 2000명으로 2002년 142만 1000명에 비해 23.9% 증가하였다. 특히 진료비가 많이 소요되는 65세 이상 노인 수급자가 2002년 37만 4000명에서 2005년 45만 2000명으로 증가하였다. 진료비도 2002년 1조 9824억 원에서 2005년에는 3조 1765억 원으로 60.2% 증가하였다. 65세 이상 노인 의료비의 경우 2002년 7,363억 원에서 2005년에 1조 2,173억 원으로 증가하였다. 수급권자 1인당 진료비도 137만원에서 192만 2000원으로, 1인당 진료일수는 174일에서 219일로 각각 증가하였다. 건강보험 가입자 대비 의료급여 수급자의 입·내원 일수는 1.8배이고 진료비는 2.5배에 이

르고 있다. 건강보험 가입자와 의료급여 수급자간 비교는 노인인구의 구성, 질환의 중한 정도 등을 반영하여야 하지만 1인당 산술적 비교에서 상당한 차이를 보이고 있다. 법적으로 1인당 진료일수가 365일로 제한되어 있지만 연간 진료일수가 365일을 넘긴 수급자는 38만 5000명이었고, 1100일 이상은 2만 5000명, 5000일 이상자도 19명에 이르고 있다. 따라서 한정된 의료급여 재정을 효과적이고 효율적으로 지출할 수 있도록 하고, 의료급여대상자가 적정한 의료이용을 할 수 있는 제도 개선방안이 필요하다.

모니터링은 전달체계, 수급자에 대한 적정 선정 방식, 급여의 충분성, 재정의 효율성, 제도의 효과성 등 다양한 관점에서 실시될 수 있으나 금 번 연구에서는 재정에 초점을 맞추고자 한다. 따라서 본 연구의 목적은 의료급여 수급권자 중 진료비가 높거나 연간 진료일수가 많은 계층을 대상으로 의료이용실태를 모니터링하여 적정한 의료이용을 유도할 수 있는 방안을 강구하고자 한다. 금 년도는 의료급여 수급권자에 대한 1차년도 모니터링이기 때문에 기존 제도권에서 실시하고 있는 사례관리의 효과를 분석하고 미비한 점을 찾아내고자 한다. 이를 통해서 사례관리의 효과성을 높이기 위한 방안을 강구하고자 한다. 장기 및 고액 환자의 의료이용에 따른 유형이나 특성분석을 통해 과다 또는 부적절한 의료이용자에 대하여 적정한 의료이용을 유도함으로써 의료급여 재정을 효율적으로 활용하고자 하는 목적을 갖고 있다.

## 2. 연구 내용 및 방법

### 가. 연구내용

연구의 필요성 및 목적에 대해 기술한 후 의료급여 수급권자의 의료이용에 관한 일반 실태를 분석하였다. 국민건강보험공단의 자료를 이용하여 연도별 의료이용 양의 변화를 추적하였다. 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험 간의

의료이용양인 적용인구 1인당 진료건수, 1인당 내원일수 등의 연도별 증가 추이를 분석(단, 정신질환은 제외한 상태)하고 동시에 연도별 의료이용 강도의 변화도 분석하였다. 의료이용 강도를 나타내는 척도인 건당진료비, 입내원일당 진료비, 건당 입내원일수, 적용인구 1인당진료비 등에 대하여 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험을 구분하여 연도별 증가 추이를 분석하였다.

재정에 초점을 맞추기 위하여 의료급여 장기 및 고액 이용 환자를 중심으로 모니터링을 실시하였다. 전국의 232개 시군구 중에서 의료급여 사례관리요원이 2003년에 배치된 지역을 우선적으로 선정하되 타 시군구에 비해 1인당 진료비나 1인당 진료일수가 높은 지역을 우선적으로 고려하였다. 시군구당 장기입원, 고액환자 중심으로 40명씩 추출하여 총 2,000명에게 모니터링을 실시하고자 하였으나 최종적으로 48개 시군구가 선택되었다. 365일 이상 진료일수를 기록한 수급자 중 180일 이상 입원환자 또는 투약일수가 365일을 넘는 외래환자 중 동일상병 동일 중증도에서 전국적인 평균을 넘는 환자를 집중적으로 추출하였다. 모니터링 지역으로 선정된 곳의 의료급여 사례관리사 48명을 모니터링 요원으로 임명하여 약 1900명의 대상자에 대한 추적관리를 실시하였다. 모니터링 방법은 1차년도임을 고려하여 우선 보건복지부의 지침에 의해 실시되고 있는 방법을 따르되 변화추이를 보는 것으로 하였다. 매월 모니터링 요원의 자료를 수집하였지만 대상자들의 진료내역은 건강보험공단으로부터 확보하였다. 대상자별 사례관리 전후 상병 종류, 입내원 일수, 투약 일수 등의 자료를 확보하여 변화 경향을 추적하였다. 모니터링 효과에 대한 재정분석도 병행하였다.

모니터링 결과를 토대로 향후 사례관리의 방향을 모색하고자 하였다. 즉 사례관리 전후 의료이용 양태를 분석하여 제도 개선을 위한 방안을 모색하였다. 일본의 의료보호제도로부터 시사점을 도출하였고 미국의 Medicaid제도에서 실시하고 있는 재정효율화 방안도 검토하였다. 이는 제도 개선을 위한 부가 자료로 활용되었다. 모니터링 결과 및 외국의 사례를 중심으로 적정의료이용방안을 강구하고자 의도하였으나 몇 가지 한계가 노출되었다. 모니터링 시점을 기준으

로 의료이용양태의 변화를 추적하는 데 한계가 있었다. 의료이용 후 청구기간이 통상 3개월 이내에 완료되는 경향이 있기는 하나 그 이후로 지체되는 경우도 상당히 발견되어 결과치에 대한 해석에 주의가 필요하였다. 따라서 금년의 과제는 모니터링을 정착시키는 1차년도임을 감안하여 향후 모니터링을 위한 제안점 중심으로 정리하고자 하였다.

#### 나. 연구방법 및 기대효과

의료급여 수급자 및 건강보험 대상자의 의료이용 실태분석관련 선행연구를 우선 검토하였다. 특히 고액 및 장기이용환자의 실태분석관련 부분에 집중하였다.

또한 의료급여 수급권자의 의료이용 관련 기초통계를 분석하였다. 통계연보상의 수진율, 내원일수, 진료비 등의 의료이용과 관련된 기초통계를 기술통계 중심으로 분석하였다. 모니터링 결과도 사례관리 전후의 변화 양상을 분석하는데 기술통계 기준 비교방법을 활용하였다.

외국의 사례는 인터넷 및 현지 학자와의 교류를 통해 확보하였다. 그 외 연구진행상 방향설정 및 분석결과해석에는 자문단의 의견을 수렴하였다. 자문단은 의료급여 및 건강보험 전문가 그리고 건강보험공단, 심사평가원의 전문 인력과 사례관리를 집적 담당하는 의료급여사례관리사로 구성되었다.

본 연구는 다음과 같이 몇 가지 점에서 효과를 예측할 수 있다. 우선 수급권자에 대해 체계적이고 효율적인 관리방안 마련으로 의료급여 제도의 질적 내실화를 기할 수 있다. 특히 장기 이용이나 필요이상의 이용을 하는 대상자에 대한 사례관리의 효과를 제시하고 향후 사례관리의 방향을 제시할 수 있다. 둘째, 효과적이고 효율적인 제도 운용방법을 모색하여 중장기적으로 의료급여제도의 재정안정을 도모할 수 있다. 재정안정을 위해서는 수급자 대상 정책, 공급자 대상 정책, 전달체계, 비용지불체계 등 모든 부분이 망라되어야 하지만 본 보고서에서는 모니터링 관련부분만 한정하여 재정안정방안을 제시하였다. 재정안정의 도모는 중장기적으로 꼭 필요한 부분의 보장성을 확대해갈 수 있는 터

전을 제공한다.

본 보고서는 서론에 이어 2장에서는 의료급여수급권자 전체의 의료이용 양태에 대해 분석하였다. 1인당 내원일수, 수진율, 건당진료비 등 일반적인 의료이용 지표에 대해 분석하였다. 3장에서는 현재 시행되고 있는 사례관리 현황에 대해 기술한다. 건강보험공단에서 실시하고 있는 사례관리와 보건복지부 지침에 의해 실시되고 있는 의료급여 사례관리 제도 현황을 소개한다. 4장에서는 미국 Medicaid 제도의 재정관련 운영현황 및 안정화 노력을 소개한다. 5장에서는 모니터링의 필요성, 방법, 결과에 대해 언급한다. 분석된 모니터링 결과와 외국의 시사점을 토대로 6장에서는 결론 및 향후과제 끝으로 본 보고서를 끝내 고자 한다.

## Ⅱ. 의료급여 수급권자의 의료이용 실태

### 1. 의료급여 제도의 개요

#### 가. 목적

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스에 대한 접근을 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있다.

#### 나. 수급자 현황

의료급여 수급자는 2001년에 비해 2002년에는 약간 감소하였으나 그 이후 계속 증가추세를 보이고 있다. 특히 2004년에는 차상위 계층 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 사람을 수급권자로 편입시켰고 2005년에는 차상위 계층 중 12세 미만 아동을 의료급여 수급권자로 확대하였다. 따라서 의료급여 수급권자수가 지속적으로 확대되어 2005년 말 기준 약 1,762천 명에 이르고 있다. 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005년에는 12세 미만 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였다.

〈표 II-1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명)

구분		2001	2002	2003	2004	2005
의 료 급 여	계	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565
	1종	831,854	828,922	867,305	919,181	996,449
	2종	671,132	591,617	586,481	609,662	765,116
	부조	-	-	-	-	-

자료: <http://www.nhic.or.kr>

## 다. 급여범위 및 본인부담금

## 1) 의료급여의 내용

의료급여수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 의료급여법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치로 규정되어 있다. 이에 대한 의료수가의 기준과 그 계산방법은 보건복지부장관이 고시한 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 의한다.

## 2) 의료급여의 범위

의료급여수급권자의 의료급여 범위는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항(요양급여의 범위)의 규정에 의하며, 국민건강보험법 요양급여로 인정되는 항목과 요양급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 구분할 수 있다.

## 3) 본인부담

의료급여수급권자의 본인부담은 아래와 같이 부담한다.

〈표 II-2〉 의료급여의 본인일부부담금

구분		본인부담금	
1종		- 기금부담 급여비용범위내 본인부담 없음 - 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외)	
2종	외래	없음	- 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 - 보건소·보건지소 및 보건진료소의 처방전으로 약국에서 의약품을 조제하는 경우
		1,000원	- 1차 의료급여기관에서의 외래 진료 - 2차 의료급여기관에서 보건복지부 고시 만성질환자에 대한 외래진료
		1,500원	- 약사법 제21조 제5항에 따라 1차 의료급여기관 및 2차 의료급여기관에서 직접 조제한 경우, 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우
		급여비 15%	- 1차 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우에 소요되는 급여비용으로서 전산화단층(CT) 등 보건복지부장관이 정하는 진료에 대한 급여비용 - 2차, 3차의료급여기관 외래진료 ※ 암 등 중증질환자 본인부담금은 10% 적용(2005.9.1부터)
	입원	급여비 15%	- 1차, 2차, 3차 의료급여기관의 입원 진료 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외) ※ 암 등 중증질환자 본인부담금은 10% 적용(2005.9.1부터)
	약국	500원	- 의료기관 및 보건의료원이 교부한 처방전에 의해 의약품을 조제하는 경우
500원		- 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	

자료: 보건복지부, 「의료급여제도안내」, 2006.

## 2. 의료급여 진료비 실태

의료급여의 진료비는 매년 급증하고 있다. 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2005년에 3조 2천억 원으로 증가하였다. 2006년에는 4조원을 초과할 전망이다. 최근 차상위 계층 중 일부가 수급자로 편성되고, 희귀난치성 질환의 종류가 확대되는 등 수급자가 증가하였고, 본인부담 보상제 및 상한제가 도입되고 3대 중증질환에 대한 2종 본인부담이 인하되는 등 급여범위가 확대되어 진료비가 급증하고 있다. 그 외에도 1인당 수진율이 증가하고 내원일수가 증가하는 등 의료수요가 증가한데도 기인한다.

〈표 II-3〉 연도별 의료급여 진료실적

(단위: 원)

연도	총진료비	급여비	본인부담
2001	1,892,241,750	1,841,925,134	50,316,616
2002	2,031,275,921	1,982,390,346	48,885,575
2003	2,214,861,719	2,165,540,231	49,321,488
2004	2,611,144,315	2,565,774,770	45,369,545
2005	3,233,676,032	3,176,479,761	57,196,271

1인당 평균 입원건수도 매년 증가하고 있다. 1종의 경우 년 평균 6.3%씩 증가하고 있고 2종의 경우는 그 보다 약간 못 미치지만 년 간 약 5.1% 증가하고 있다.

〈표 II-4〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)

(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	0.57		0.86		0.21	
2002	0.65	14.04	0.96	11.63	0.23	9.52
2003	0.72	10.77	1.05	9.38	0.24	4.35
2004	0.79	9.72	1.08	2.86	0.26	8.33
2005	0.82	3.80	1.17	8.33	0.27	3.85
평균증가율		7.54		6.35		5.15

외래의 경우도 마찬가지로 1인당 년 평균 4.64%씩 수진율이 증가하고 있다. 1종은 5.3% 증가한데 반해 2종은 2.9% 증가하였다.

〈표 II-5〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)

(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	9.47		11.21		7.31	
2002	11.12	17.42	12.95	15.52	8.56	17.10
2003	11.29	1.53	13.28	2.55	8.34	-2.57
2004	11.81	4.61	13.95	5.05	8.57	2.76
2005	11.88	0.59	14.51	4.01	8.44	-1.52
평균증가율		4.64		5.30		2.92

〈표 II-6〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)

(단위: 건, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	10.04		12.07		7.52	
2002	11.77	17.23	13.91	15.24	8.79	16.89
2003	12.01	2.04	14.33	3.02	8.59	-2.28
2004	12.61	5.00	15.04	4.95	8.83	2.79
2005	12.70	0.71	15.69	4.32	8.71	-1.36
평균증가율		4.81		5.39		2.98

1인당 연평균 입원일수도 급증하여 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원하였으나 2005년에는 15.01일 입원하고 있다. 년 평균 4.95%씩 증가하고 있다. 1종 대상자와 2종 대상자간 입원일수가 현격히 차이 나고 있다. 이는 정신질환자, 희귀난치성질환자 등 중질환 보유자들이 많고 65세 이상 노령인구가 많아서 이기 때문인 것으로 판단된다.

외래의 내원일수 역시 급격히 증가하여 의료급여 수급권자 1인당 평균 26일씩 내원하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 II-7〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	11.79		18.54		3.42	
2002	13.03	10.52	19.80	6.80	3.55	3.80
2003	13.84	6.22	18.71	-5.51	3.70	4.23
2004	14.87	7.44	20.54	9.78	3.96	7.03
2005	15.01	0.94	21.87	6.48	4.29	8.33
평균증가율		4.95		3.36		4.64

〈표 II-8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	23.25		28.95		16.19	
2002	26.41	13.59	32.18	11.16	18.33	13.22
2003	25.71	-2.65	31.38	-2.49	17.32	-5.51
2004	26.64	3.62	32.63	3.98	17.57	1.44
2005	26.62	-0.08	33.80	3.59	17.25	-1.82
평균 증가율		2.74		3.15		1.28

〈표 II-9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	35.04		47.49		19.61	
2002	39.44	12.56	51.97	9.43	21.88	11.58
2003	39.55	0.28	52.08	0.21	21.02	-3.93
2004	41.51	4.96	47.23	-9.31	21.53	2.43
2005	41.63	0.29	18.13	17.85	21.54	0.05
평균 증가율		3.51		3.23		1.90

건당 진료비도 계속 증가하고 있다. 입원건당 진료비가 2002년에 97만원에서 2005년에는 106만원으로 증가하였다. 1종과 2종간 입원건당 진료비 크기에서는 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 미세하지만 크기의 차이가 벌어지고 있는 것으로 보인다.

〈표 II-10〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	974,013		973,867		977,311	
2002	970,598	-0.35	968,019	-0.60	925,148	-5.34
2003	978,452	0.81	1,002,610	3.57	950,004	2.69
2004	1,015,986	3.84	1,035,920	3.32	970,588	2.17
2005	1,055,860	3.92	1,074,733	3.75	1,019,723	5.06
평균증가율		1.63		1.99		0.85

외래의 건당진료비는 의료급여수급자 전체적으로 81천원이며, 1종의 경우 91천원, 2종의 경우 61천원으로 1종의 경우가 더 높은 것으로 나타났다. 증가율에 있어서도 1종대상자가 2.08%로 2종대상자 0.67%보다 높게 나타났다. 입원과 외래를 합한 전체진료비도 1종이 건당 164천원, 2종이 건당 92천원으로 1종의 경우가 더 높다.

〈표 II-11〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	74,319		82,106		59,552	
2002	71,856	-3.31	79,128	-3.63	56,409	-5.28
2003	72,254	0.55	79,178	0.06	55,954	-0.81
2004	76,210	5.48	83,683	5.69	57,877	3.44
2005	81,930	7.51	91,013	8.76	61,581	6.40
평균증가율		1.97		2.08		0.67

〈표 II-12〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	125,397		145,645		85,181	
2002	121,490	-3.12	140,475	-3.55	79,141	-7.09
2003	126,834	4.40	145,319	3.45	81,210	2.62
2004	135,460	6.80	152,377	4.86	84,670	4.26
2005	144,554	6.71	164,619	8.03	91,784	8.40
평균증가율		2.88		2.48		1.50

입원일당 진료비 역시 다른 지표와 거의 유사한 형태를 보이고 있다. 전체적으로 매년 평균 약 4.05%가 증가하고 있다. 입원건당 진료비는 1종과 2종간 격차가 작았지만 1종이 약간 더 높다. 그러나 입원일당 비교에서는 의료급여 2종이 1종보다 더 높은 것으로 나타났다. 이는 두 가지 측면에서 해석이 가능할 것으로 보인다. 1종 수급권자들은 본인부담이 없기 때문에 필요이상의 입원을 함으로써 입원일당 진료비가 더 낮게 나타나는 경우이다. 반면 의료급여 1종 수급자들은 2종에 비해 만성질환자들이 많아 지속적인 관리가 필요하여 장기 입원을 하는 경향이 있지만 2종 입원의 경우는 급성기 질환자들이 많아 일당 진료량이 더 많을 수 있다는 해석이다.

〈표 II-13〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	47,097		45,168		60,075	
2002	48,418	2.80	46,934	3.91	59,939	-0.23
2003	51,136	5.61	51,908	10.60	62,281	3.91
2004	54,295	6.18	54,698	5.37	63,530	2.01
2005	57,449	5.81	57,689	5.47	65,263	2.73
평균증가율		4.05		5.02		1.67

외래의 내원일당 진료비도 지속적으로 증가하고 있다. 1종 수급권자들의 내원일당 진료비는 약 39천원으로 2종의 30천원에 비해 상당히 높게 나타났다. 그러나 증가율은 2종이 더 높다.

〈표 II-14〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	30,271		31,793		20,994	
2002	30,255	-0.05	31,843	0.16	26,888	28.07
2003	31,728	4.87	33,503	5.21	26,954	0.25
2004	33,797	6.52	35,782	6.80	28,217	4.69
2005	36,568	8.20	39,085	9.23	30,114	6.72
평균증가율		3.85		4.22		7.48

〈표 II-15〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	35,932		37,015		32,671	
2002	36,256	0.90	37,599	1.58	31,794	-2.68
2003	38,521	6.25	40,381	7.40	33,172	4.33
2004	41,142	6.80	43,091	6.71	34,709	4.63
2005	44,095	7.18	46,393	7.66	37,115	6.93
평균증가율		4.18		4.62		2.58

건당 입원일수는 최근 감소경향을 보이고 있다. 1종과 2종 모두에서 동일한 현상이 나타나고 있고 특히 1종의 감소폭이 크다. 지난 4년간 의료급여 1종의 입원 건당 입원일수는 지속적으로 감소하여 2001년에 입원건당 20일이 넘었던 것이 2005년에는 약 18.3일로 나타났다. 2종 역시 지속적으로 감소하는 경향은 똑 같다.

〈표 II-16〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	20.68		21.56		16.27	
2002	20.05	-3.05	20.63	-4.31	15.43	-5.16
2003	19.13	-4.59	19.74	-4.31	15.25	-1.17
2004	18.71	-2.20	18.94	-4.05	15.28	0.20
2005	18.38	-1.76	18.63	-1.64	15.62	2.23
평균증가율		-2.33		-2.88		-0.81

외래 내원일수도 입원일수와 같이 감소하는 경향을 보이고 있다. 진료일수는 증가하는 반면 내원일수가 감소하고 있다는 것은 상대적으로 투약일수가 증가하고 있음을 알 수 있다. 1종과 2종 모두에서 내원일수의 감소가 나타나고 있다.

〈표 II-17〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	2.46		2.58		2.21	
2002	2.38	-3.25	2.48	-3.88	2.14	-3.17
2003	2.28	-4.20	2.36	-4.84	2.08	-2.80
2004	2.25	-1.32	2.34	-0.85	2.05	-1.44
2005	2.24	-0.44	2.33	-0.43	2.04	-0.49
평균증가율		-1.86		-2.02		-1.59

### Ⅲ. 우리나라 사례관리 제도

#### 1. 의료급여 수급권자 사례관리<sup>주1)</sup>

##### 가. 사업개요

##### 1) 필요성

의료급여 수급자는 정신질환, 노인성 질환, 장애 등 만성질환자의 보건·복지·심리상담 서비스 등에 대한 욕구가 증대하고 있으나 적절한 수급자 상담·관리서비스 제공이 미흡한 상태이다. 또한 본인부담이 없는 1종 수급권자 중 과도한 의료이용으로 인한 의료급여비의 급증을 적정관리하기 위해 수급권자 밀착상담 등 사례관리로 의료급여재정의 효율적 관리 필요 하다.

##### 2) 목 적

의료급여 사례관리의 목적은 첫째, 의료급여 과다이용자 및 과잉진료 의료급여기관의 올바른 의료이용관행 유도로 의료급여재정의 효율적인 관리 도모하는 것이며, 둘째, 질병, 빈곤 등 복합적 문제를 갖고 있는 수급자를 대상으로 의료급여 사례관리자가 건강관련 정보, 상담서비스 및 자원을 연계하여 수급권자로 하여금 서비스 만족도 제고 및 자율적인 건강관리 능력 지원하고자 하는 것이다.

---

주1) 2006년도 보건복지부 의료급여사업안내 내용을 재구성하였음.

### 3) 의료급여 사례관리자 역할

의료급여 사례관리자는 의료급여관리요원 또는 보장기관의 의료급여 담당공무원이며, 의료급여관리요원의 담당업무는 과다이용자 등 의료급여 수급권자 사례관리업무, 차상위 의료취약계층의 발굴·보호업무, 의료급여 상해외인업무, 의료급여 연장승인업무 등이다.

사례관리자는 전문 지식, 기술 및 경험을 습득하고, 대상자의 욕구 해결을 위해 지역내 보건·복지·의료자원을 적극 활용하여 수급권자의 문제해결에 적극적인 자세 필요하다. 또한 찾아가는 보건·의료·복지 상담서비스 제공을 통해 수급권자의 적정의료이용 및 건강관리 행태의 변화유도하도록 하고 있다. 마지막으로 정기적인 교육훈련 등을 통해 사례관리 실무능력을 배양하고 양질의 보건·의료·복지 상담서비스를 제공하여 사례관리사업의 효과성 제고에 적극 기여하도록 하고 있다.

#### 나. 2006년도 사례관리사업 방향

##### 1) 추진과제

첫째, 의료급여 수급권자의 건강관리능력 지원 및 삶의 질 향상이다. 복합상병, 심리불안, 가족관계 단절 등으로 인해 의료급여 이용이 많은 수급권자를 대상으로 보건·복지·심리상담서비스 등으로 삶의 질 향상 지원하도록 한다.

둘째, 수급권자 및 의료급여기관의 올바른 의료이용관행 유도이다. 고령화, 만성, 복합상병으로 의료욕구가 크고 본인부담이 없는 수급권자의 부적정·과다 의료에 대한 밀착상담 관리강화하고 수급권자 및 의료급여기관의 올바른 의료이용관행 조성으로 부당한 재정 누수를 방지하도록 한다.

셋째, 여러 의료급여기관 이용자 집중관리이다. 동일상병으로 다수의 의료급여기관에서 중복으로 진료 받은 수급권자를 밀착 상담하여 부적절한 의료이용

을 억제하고 적정의료이용을 유도하도록 한다.

넷째, 수급권자의 의료접근성을 적극 지원하는 것이다. 의료이용이 꼭 필요한 취약계층의 적극적인 발굴 보호 및 적절한 치료 유도로 합병증 및 영구장애 예방하도록 한다.

다섯째, 의료급여재정의 안정화 도모이다. 한정된 의료급여재정의 효율적 관리를 위해 수급자 및 의료공급자의 불필요한 의료이용을 적정 관리하여 수급권자의 의료이용행태 변화 및 올바른 의료이용 관행 유도하도록 한다.

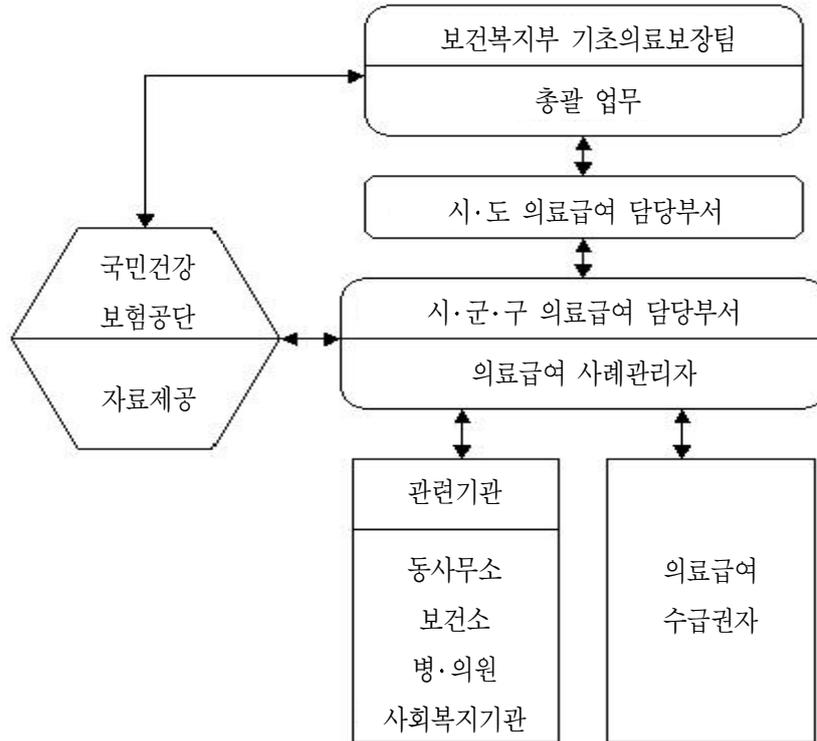
## 2) 수행체계

보건복지부 기초의료보장팀은 사례관리 사업예산 확보, 인력배치, 의료급여 사례관리자 직무범위 및 역할규정, 사례관리사업 평가 및 지도점검 등의 역할을 담당한다.

국민건강보험공단은 시·군·구의 사례관리사업 수행에 필요한 과다이용자, 급여일수, 급여내역 등의 전산자료를 제공한다.

마지막으로 시·도 및 시·군·구 의료급여 담당부서는 사례관리 실적 정기 보고 및 평가 관리를 철저히 이행하고 사례관리사업의 수행여건 조성 및 사례관리자를 지도·감독한다.

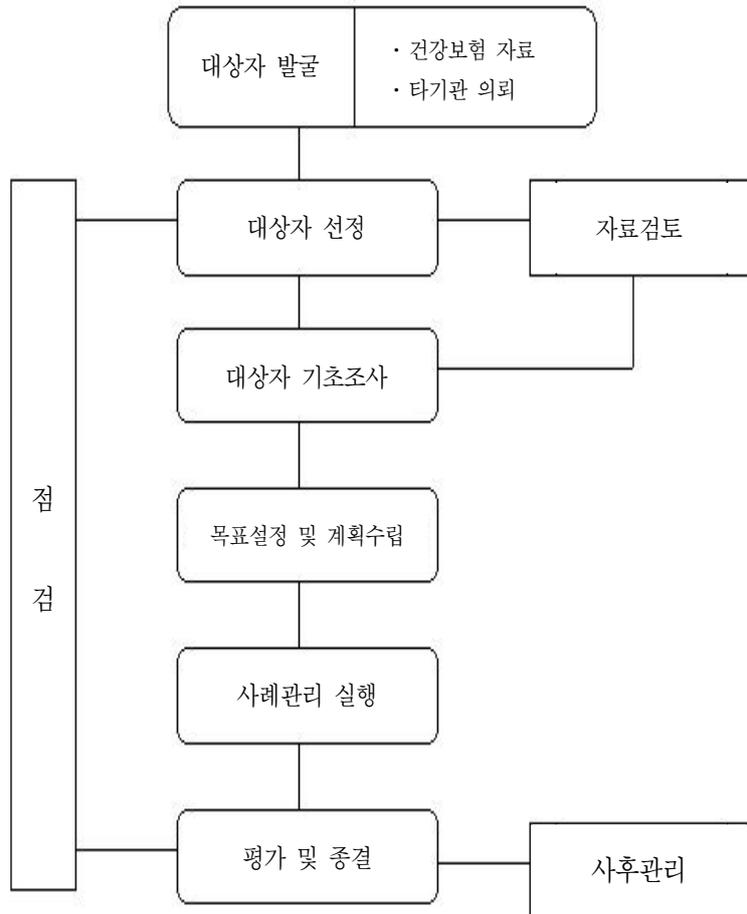
[그림 III-1] 사례관리 수행체계도



### 3) 업무 흐름도

사례관리사업은 적정 대상자 선정, 기초조사서 작성, 목표 및 실행계획 수립, 사례관리 실행, 과정점검, 평가 및 종결, 사후관리까지의 순차적인 과정을 거쳐 이루어지고 각 수행과정에서 중간점검을 통해 수정·보완이 필요하다.

[그림 III-2] 사례관리 업무흐름도



#### 4) 사례관리 과정

##### 가) 일반사례관리

전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압 등 만성·복합상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자를 우선 대상으로 선정하여 밀착상담을 통해 올바른 의료이용 행태 교육·지도·관리한다.

##### (1) 대상자 발굴 및 선정

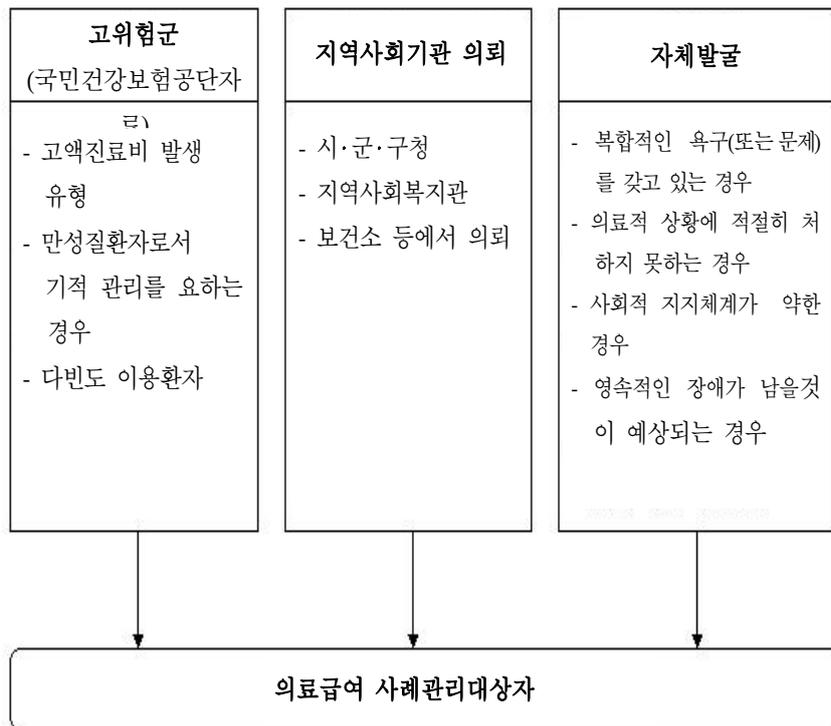
대상자선정은 첫째, 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 관절염, 정신장애 등 만성·복합·다빈도 상병자, 둘째, 가족, 이웃, 사회복지관 등 기초사회안전망으로부터 보호받지 못하고 있는 자, 셋째, 의료급여기관 과다이용자로서 합병증 또는 장애 예상자, 넷째, 밀착 사례관리로 합리적·자율적인 의료이용이나 건강관리가 기대되는 자를 대상으로 선정된다.

대상자 선정기준은 전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자를 우선 대상으로 선정한다. 다만, 급여일수 및 진료비 규모가 크더라도 정기적인 진료가 불가피한 혈액투석, 복막투석, 암 환자 등은 제외한다.

대상자 발굴방법은 첫째는 국민건강보험공단 자료를 활용하는데, 국민건강보험공단 지사로부터 수급권자 급여일수, 급여내역 등 전산자료를 제공받아 연간 급여일수 및 진료비 규모가 큰 수급권자 중 선정기준에 의해 1차 후보자 선정한다. 1차 후보자 중 직접방문이나 전화상담을 통해 사례관리 목적, 방법, 기간 등을 설명하여 동의를 얻은 후 최종 사례관리대상자로 선정한다. 둘째, 보건소, 동사무소, 사회복지관, 의료급여기관 등 관계기관에 의뢰하는데, 지역사회보건복지관 등으로부터 사례관리를 의뢰받아 선정 기준 적합하고 사례관리에 동의하는 경우나 관할 지역내 자체 발굴대상자에 대해 선정기준에 해당하고 사

례관리에 동의하는 경우 대상자로 선정한다.

[그림 III-3] 사례관리 대상자 발굴방법



(2) 대상자 기초조사

사례관리 대상자의 욕구 등 기초조사 실시한다. 사례관리 대상자를 방문 상담하여 편안한 분위기에서 밀착상담 실시하고, 사례관리 대상자가 보건·의료·복지·심리 문제를 자율적으로 표현하도록 격려하고, 의료이용정보를 사전 입수하여 대화 분위기 조성한다. 그리고 사례관리 대상자의 기초조사 후 목록작성 및 우선 해결순위 설정한다.

대상자 기초조사 내용은 첫째, 대상자의 자기관리능력, 일상생활능력, 위험

요소 조사, 둘째, 신체 및 정신건강상태 조사, 셋째, 신체 및 정신적 기능의 수준과 생활태도 조사, 넷째, 가족, 이웃, 동료, 친척 등 사회적 관계 조사, 다섯째, 지역여건, 주거여건, 생활여건, 경제적여건 등 조사, 여섯째, 의료기관 이용 현황, 복용약제 현황 등 의료이용의 적절성 조사 등이다.

### (3) 목표설정 및 계획 수립

대상자의 보건·의료·심리·사회경제분야 기초조사 및 진료자료를 토대로 수급권자 사례관리 목표설정 및 실행계획을 수립한다.

목표설정 및 실행계획상의 과제우선순위를 정하고 내용은 구체적이고 관리 가능하도록 선정하고 진행과정에서 수정가능하다. 가능한 사례관리 대상자와 함께 목표를 설정함으로써 효과적인 목표 및 기대효과의 달성이 용이하도록 한다.

목표 달성 계획수립은 쉬운 것부터 우선순위를 두어 차근차근히 추진하고 사례관리기간은 3개월간 실시하되, 수급자의 질병, 연령, 건강관리 능력 등을 고려하여 단축 또는 연장 가능하도록 한다.

### (4) 사례관리 실행

사례관리실행은 사례관리자의 전문지식, 기술, 경험을 동원하여 수급자의 보건·의료 문제에 대응하여 문제해결을 지원하는 구체적, 체계적 행동개입 과정이다. 즉 개별 전화, 방문, 복지행정망 등의 수단을 사용하여 수행하거나 사례관리 대상자에 대한 접촉내용을 충실히 기록·관리하고 행태변화를 유도하고 지속적인 사후관리를 실시하는 것이다.

사례관리 수행기록지 작성은 대상자의 욕구, 문제점 등의 진술내용을 토대로 구체적이고 사실적인 사례관리 수행내용을 기록하고 사례관리 종결 직후에 상급자에게 보고하도록 한다.

## (5) 목표 및 계획 점검·보완

목표 및 계획 점검·보완은 대상자의 여건에 부응하는 목표설정 및 계획수행의 적절성, 개입방법의 적절성, 대상자의 반응 등을 점검·보완하여 목표달성의 효과성을 제고하는 과정이다.

목표·계획간의 괴리, 사정변경 등으로 성과달성이 곤란한 경우 즉각 보완 시행 필요하며, 다음과 같은 경우에 변경하여야 한다. 첫째, 사례관리 목표달성을 위한 실행계획이 구체성·적절성·효과성이 없거나 적절한 개입수단을 확보하지 못한 경우 둘째, 사례관리 대상자의 가족지지체계, 건강관리능력, 의지 등 신체적·정신적 요소 등에 대한 충실한 기초 자료가 없는 경우 셋째, 사례관리 대상자에 대한 전화상담·직접방문 횟수 등 투입요소의 변화가 필요한 경우, 마지막으로 사례관리 대상자로부터 목표, 실행계획, 투입수단 등에 대한 변경 요구가 있는 경우이다.

## (6) 평가 및 종결

사례관리 평가는 사례관리자가 사례관리를 종결하면서 사례관리에 투입된 지원과 활동, 목표설정의 적합성, 추진계획이행의 충실성, 사례관리의 효과성 등에 대하여 자체 평가한다. 목표설정의 달성정도에 따라 평가결과 기술은 만족, 보통, 미흡 3단계로 기술하고 의료기관 방문횟수, 진료비, 입·내원일수, 투약일수, 수급권자 방문상담실적, 서비스 제공량, 수급권자 만족도 등을 직접 및 간접 평가지표로 활용한다.

사례관리 종결은 사례관리 목표달성의 경우, 대상자의 사망, 전출, 거부, 기타 사유(수급권자의 탈락 등)로 사례관리를 지속할 수 없는 경우에 종결한다.

## (7) 사후관리

사후관리는 사례관리를 종결하고 수시로 직접방문 또는 전화상담으로 사례

관리 목표달성 효과의 지속적 관리과정이다. 사후관리는 지속적인 밀착 보건·의료 상담서비스로 사업효과성을 제고하기 위함이다.

## 2. 건강보험 사례관리

### 가. 사업 개요

#### 1) 사례관리사업의 배경

미국은 1960년대 중반부터 노인 인구증가와 만성질환 증가와 더불어, 과도한 의료비 상승을 경험하였다. 주요 원인으로서는 행위별수가제 하에서 의료서비스의 중복과 단절, 임상패턴의 과도한 변이, 조절되지 않는 비용, 보건의료에 대한 제한된 접근성 등이 지적 되었고 이에 대응하기 위하여 비용, 질, 접근성을 함께 추구하는 관리된 의료(managed care)의 개념이 보건의료전달체계에 도입되었다.

관리된 의료(mandged care)는 선지불제 혹은 관리된 행위별수가제를 적용하여, 의료제공자가 무분별하게 서비스 제공을 늘리려는 동기를 가지지 않게 하고, 환자에게 보다 더 포괄적인 서비스를 제공하도록 하는 것이다. 1990년대에 관리된 의료가 보편화되면서 제한된 비용 안에서 의료를 효율적으로 조정하는 방안의 하나로써 사례관리가 발달하게 되었다. 사례관리는 대상자의 요구를 충족하도록 의료자원들을 조정하는 과정으로, 관리된 의료의 전략 또는 기전의 하나라고 할 수 있다.

사례관리는 미국 민간보험에서 출발하였다고 해도 과언이 아니다. 민간보험의 입장에서 사례관리의 일차적인 목적은 비용의 절감이다. 보험가입자인 환자들의 전체적인 의료 이용을 관리함으로써 비용-효과를 높이려는 것이다. 인두제 방식을 주로 채택하고 있는 미국의 민간보험이 나중에 더 많은 비용이 지출

될 것을 우려하여 미리 고혈압을 적극적으로 관리하는 것이 전형적인 예라 할 수 있다.

대체로 사례관리의 대상은 복합적인 건강문제를 가진 고위험(high risk), 고비용(high cost)환자들이다. 이들은 상태의 악화, 재발, 합병증 등으로 병원을 자주 방문하는 환자들이고 대체로 자가 관리가 까다롭고 전문가의 도움을 필요로 하는 경우가 많다. 따라서 지역사회 사례관리의 특성상 사례관리자에게 기대되는 역할은 매우 다양하다. 환자에 대한 조력자, 서비스 제공자, 서비스 조정자, 상담가, 청취자 등의 역할이 기대되며, 네트워크를 형성하고 프로그램을 추진하며 결과를 측정하는 등의 연구 기능적 지역사회 사례관리자의 역할이다.

우리나라는 거의 모든 보건의료 서비스 이용의 환자(혹은 이용자)의 판단에 맡겨져 있다. 심지어는 처음 의료이용에서 더 높은 단계의 의료이용으로 (1차 의원 → 2, 3차 병원) 옮겨 갈 때에도 상당부분 환자 본인의 판단이 중요한 역할을 한다. 오늘날 ‘의사 장보기(doctor shopping)’ 현상도 이런 현실의 결과이다.

불합리하고 무분별한 의료이용에 대한 일부사람들은 의료이용자에 대한 관리를 강화해야 한다고 하나, 환자나 의료이용자 입장에서도 답답하고 불편하기는 마찬가지이다. 지속적으로 쉽게 접근할 수 있는 믿을만한 의료공급자를 갖는 것은 보통사람에게는 매우 어렵다. 그렇다보니 의사 장보기와 과도한 의료이용, 경우에 따라서는 불합리한 의료이용을 피할 수 없다. 한 의료기관 내에서도 체계적이고 잘 조정된 보건의료 서비스 제공이 잘 이루어지지 않는 것이 현실이다 보니, 사례관리나 질병관리의 개념을 적용하여 얻을 수 있는 편익이 크리라 짐작할 수 있다.

## 2) 사례관리의 정의

건강보험 가입자들 중에 고혈압, 당뇨, 뇌졸중 질환을 가진 대상자들의 건강상태를 향상하기 위해 자신의 질병에 대한 인식을 향상시키고, 개인의 건강위험요인과 질병으로 인한 합병증을 감소시키기 위한 건강행위, 의료이용행위를

하도록 직접 집으로 방문하여 대상자와 가족에게 상담, 정보제공 등의 지원적 서비스를 제공하는 것을 의미한다.

### 3) 사례관리사업의 목적

#### 가) 사례관리 목적

첫째, 환자와 가족이 환자의 건강상태와 대상질환의 관리 목표를 이해하고, 의료기관에서 제시된 치료(관리)지침을 준수하여 합병증을 예방한다.

둘째, 환자의 질병악화 위험요인을 감소시킨다.

셋째, 환자의 합리적인 의료이용 유도 및 자기관리 능력 함양을 통하여 불필요한 의료비의 지출을 줄인다.

넷째, 환자 가족의 지지가 향상된다.

다섯째, 건강관리사는 환자 및 가족을 대상으로 대상질환에 대한 지식 및 정보제공, 사회적지지 제공을 통하여 지시된 관리목표를 달성할 수 있도록 지원한다.

#### 나) 사례관리 목표

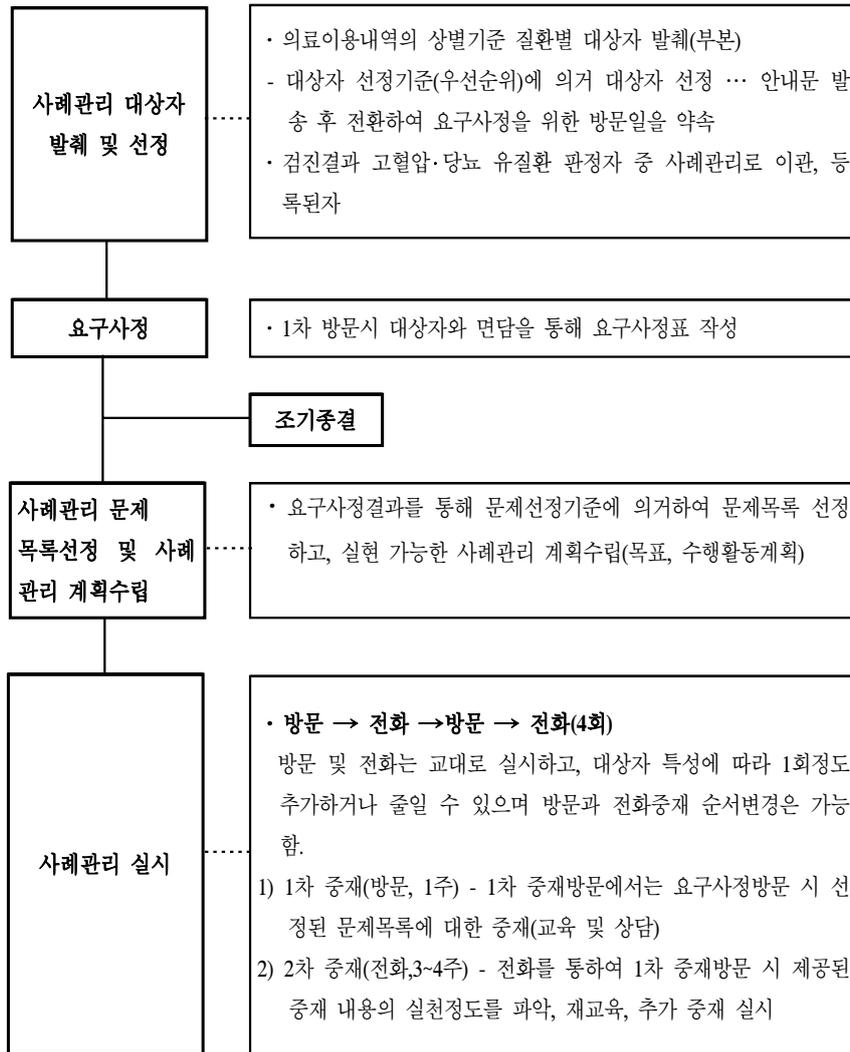
사례관리 목표는 첫째, 치료순응도 향상, 둘째 위험요인 감소, 셋째, 건강수준 향상, 넷째, 의료이용 의료비의 감소 다섯째, 사회적지지 향상 등이다.

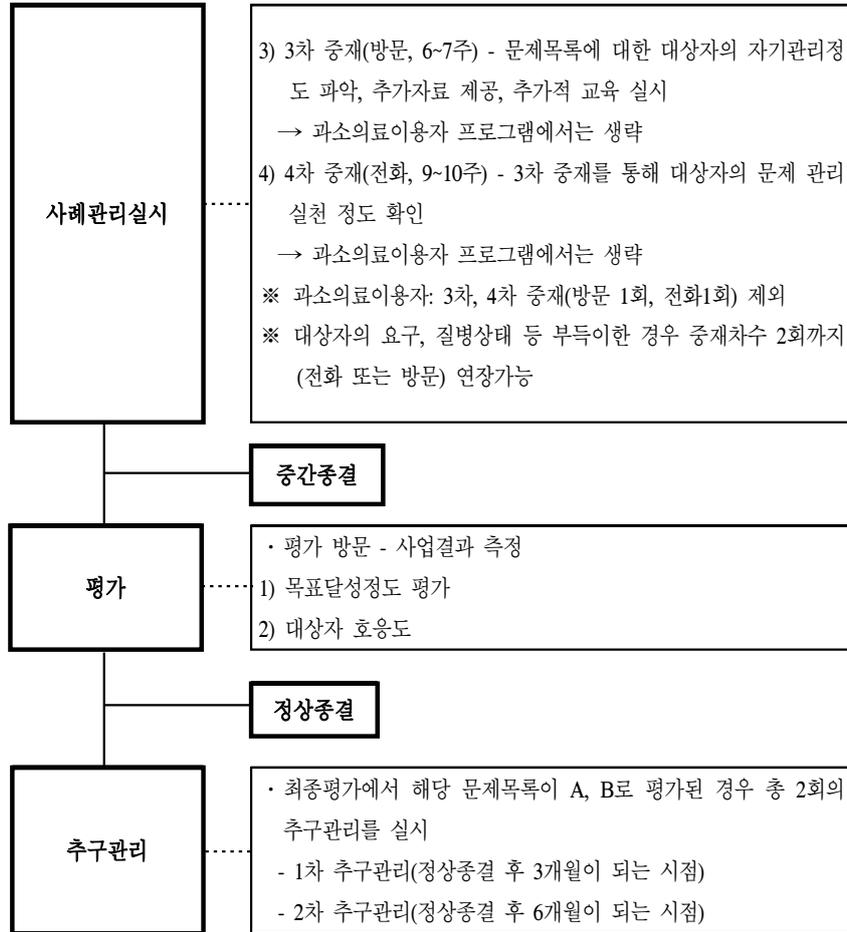
#### 다) 사례관리 담당자의 역할

사례관리 담당자의 역할은 첫째, 의사의 치료지시 이행에 대한 모니터링 및 지도, 둘째, 위험요인 감소를 위한 교육 및 정보제공, 셋째, 합리적 의료이용 지도 넷째, 환자 가족의 지지 능력 향상을 위한 지원, 다섯째, 지역사회 자원 활용을 위한 지원 등이다.

나. 사례관리 절차

1) 사례관리 업무 흐름도





2) 사례관리 업무 세부내용

가) 사례관리 대상자 발체(본부) 및 선정(업무 담당자)

발체는 의료이용내역의 상병기준으로 질환별 대상자 발체하고, 검진결과 고혈압·당뇨 유질환 판정자 중 사례관리사업에 동의한 자를 등록하여 선정한다.

(1) 고혈압

○ 발체기준

- 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병명 혹은 부상병명이 본태성고혈압(I10)으로 진료비가 청구된 자
- 진료실적 기준: 입원 1회 또는 외래방문 1회 이상인자

\* I10 본태성 고혈압(Essential(Primary) hypertension)

○ 선정기준

- 과다의료이용자: 고혈압 의료 이용자중 이용 수준(진료비)이 상위 5%
  - 과소의료이용자: 고혈압질환자를 연간 내원일수와 투약일수 기준으로 9개 군으로 분류하였을 때 III군, IV군, V군에 해당 하는 자
- 선정 우선순위는 VI군, V군, III군의 순으로 함

연간투약일수 \ 연간 내원일수	3-5일	6-15일	16일 이상
1-179일	I 군	II군	III군*
180-239일	IV군*	V군*	VI군
240일 이상	VII군	VIII군	IX군

- 1순위(VI): 연간 내원일수가 3-5일로 연간 투약일수가 180~239일인 경우
- 2순위(V): 연간 내원일수가 6-15일로 연간 투약일수가 180~239일인 경우
- 3순위(III): 연간 내원일수가 16일 이상이면서 연간 투약일수가 179일 이하인 경우

- 연령기준: 교육효과 등 고려 30세 이상 70세미만 연령구간 고혈압 환자 우선 선정

## (2) 당뇨병

### ○ 발췌기준

- 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병 혹은 부상병명이 당뇨(E10~E14)로 진료비가 청구된 자
- 진료실적 기준: 입원 1회 또는 외래방문 3회 이상인자
  - \*E10 인슐린 의존성 당뇨병 (Insulin-dependent diabetes mellitus)
  - \*E11 인슐린 비의존성 당뇨병 (Non-insulin-dependent diabetes mellitus)
  - \*E12 영양실조와 관련된 당뇨병 (Malnutrition-related diabetes mellitus)
  - \*E13 기타 명시된 당뇨병 (Other specified diabetes mellitus)
  - \*E14 상세불명의 당뇨병 (Unspecified diabetes mellitus)

### ○ 선정기준

- 과다의료이용자
  - 당뇨병을 주상병으로 최근 1년 내에 1회 이상 입원한 경험이 있는 사람을 우선적으로 선정
  - 최근 6개월 동안 당뇨질환으로 60일 이상 외래진료를 받은 사람을 추가
- 과소의료이용자: 당뇨 질환자를 연간 내원일수와 투약일수를 기준으로 9개 군으로 분류하였을 때 III군, IV군, V군에 해당하는 자
  - 대상자 선정의 우선순위는 III군, IV군, V군의 순으로 함.

연간투약일수 \ 연간 내원일수	3~11일	12~26일	27일 이상
1~239일	I 군	II 군	III 군*
240~299일	IV 군	V 군*	VI 군*
300일 이상	VII 군	VIII 군	IX 군

- 1순위(III): 연간 내원일수가 27일 이상으로 연간 투약일수가 239일 이하인 경우
  - 2순위(VI): 연간 내원일수가 27일 이상으로 연간 투약일수가 240~299일인 경우
  - 3순위(V): 연간 내원일수가 12~26일로 연간 투약일수가 240~299일인 경우
- 연령기준: 교육효과 등 고려 30세이상 70세미만 연령구간 당뇨병 환자 우선 선정

(3) 뇌졸중

○ 발췌기준

— 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병 혹은 부상병명이 뇌졸중(I60~I68)으로 1회 이상 입원 진료비가 청구된 자

- \*I60 거미막하 출혈 (Subarachnoid haemorrhage)
- \*I61 뇌내출혈 (Intracerebral haemorrhage)
- \*I62 기타 비외상성 두개내 출혈 (Other nontraumatic intracranial haemorrhage)
- \*I63 뇌경색증 (Cerebral infarction)
- \*I64 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸중 (Stroke, not specified as haemorrhage or infarction)
- \*I65 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 (Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction)
- \*I66 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 (Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction)

\*I67 기타 대뇌혈관 질환 (Other cerebrovascular diseases)

\*I68 달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애 (cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere)

- 선정기준
  - 의식장애가 없어 의사소통이 가능한 자
  - 가족 또는 주수발자와 함께 생활하는 자
- 연령기준: 30세 이상 70세 미만의 뇌졸중 환자

#### 나) 사업안내 및 대상등록

##### (1) 사업안내문

안내문 발송 지역 및 대상을 정하여 안내문을 출력·발송한다. 안내문 발송은 월 2회 정도로 정기적으로 하며, 발송수량은 등록목표인원의 10배 이내로 한다.

사업안내문 발송 시 주의사항은 안내문 출력 시 과거 정상 또는 중간 종결자나 현재 사례관리 진행중인 자는 제외한다. 담당자 연락처를 정확히 기재하여 대상자의 전화연락에 바로 응대 가능하도록 한다.

##### (2) 사업동의

안내문 발송 약 7일 후 대상자에게 전화하여 사업의 취지를 재설명 하고 동의를 얻어 요구사정(1차 방문)을 위한 방문 일을 구두로 약속한다.

대상자가 중증의 정신질환으로 대화가 어려울 경우 대상자관리 프로그램의 진행상태를 ‘제외대상’으로 분류하고 접촉을 중단한다.

방문을 허락한 대상자와 거절한 경우 모두 전화통화결과와 진행상태를 전산 입력 하고 전화 거부자는 더 이상의 접촉을 중단한다.

### (3) 대상자 등록

방문을 통하여 대상자가 사례관리 서비스에 동의하고 사례관리 담당 직원의 안전이 위협하지 않다고 평가한 경우 사례관리 대상자로 등록한다 (등록된 대상자에 대해서는 대상자 건강관리 수준 평가를 위해 요구사정을 수행한다)

## 3. 방문보건사업 관리

### 가. 사업 개요

#### 1) 정의

방문보건사업은 보건기관 인력이 지역 주민의 가정 또는 시설에 방문하여 가족 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족의 자가관리능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜 주는 포괄적인 건강관리 사업을 말한다.

#### 2) 배경

인구의 노령화, 만성질환 및 사고로 인한 심각한 합병증 발생 증가, 사회·경제 발전으로 인한 질병구조의 변화 등으로 지역사회 만성건강문제가 증가하고 있다. 이에 가구원의 건강문제나, 사회·경제적 가족문제를 스스로 관리할 수 없는 가구 및 시설을 방문하여 요구에 적합한 보건의료서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민의 의료이용 편의성 등을 높일 뿐만 아니라 국민 의료비 절감 유도, 주민 스스로 건강을 유지·증진하여 삶에 대한 자립의지를 고취시킬 필요성이 증대되고 있다.

### 3) 목적

보건기관 인력이 가정 또는 시설을 방문하여 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 발견하고 방문요구를 평가하여 요구에 적합한 서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민의 의료이용 편의제공, 건강 유지·증진을 통해 가족의 자기관리능력 및 삶의 질을 향상하여 건강한 지역사회를 조성하고자 함이다.

### 4) 사업대상

관할 지역의 주민 중 국민기초생활수급가구 및 차상위계층(건강보험료 부과 등급 50% 이하 또는 실제소득이 현 최저생계비의 120% 미만<sup>주2)</sup>)이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 대상으로 포괄적인 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계하는 것을 원칙으로 한다.

우선 관리가 필요한 고위험가족을 선별하고 방문보건요구도에 따라 대상가구 분류기준에 의거하여 관리하되, 대상수요 및 담당인력, 업무량을 고려하여 지역 여건에 맞게 자체 조정할 수 있다.

국가시책 또는 보건소 정책에 의한 특별관리가 필요하거나 문제가 있는 가구원에게 서비스를 제공한다.

노인정 등 취약 인구가 집단으로 모여 있고 건강 관리자가 없는 시설을 단

주2) 건강보험료 납부액 기준 하위 30%기준이 실제 저소득의 확실한 기준이 되지 못하고 있어, 현재 사회복지과 등에서 사용하고 있는 “실제소득이 현 최저생계비의 120%미만” 기준을 병행해서 사용하고, 시군구 보건소에서 대상자에 대한 현황 파악에 시간과 노력이 많이 드는 현실을 감안하여 사회복지 행정망을 보건소에 설치하여 국민기초생활수급가구와 장애인부터 단계적으로 차상위까지 관련부처와 협조하여 기초조사 대상자 명단을 확보할 수 있도록 조치할 예정이다.

가구원수	1인	2인	3인	4인	5인	6인
2006년 최저생계비(월)	418,309	700,849	939,849	1,170,422	1,353,242	1,542,382
차상위소득기준	501,971	841,019	1,127,819	1,404,506	1,623,890	1,850,858

위로 방문 요구도에 따라 관리한다. 학교, 산업장 등 양호 교사나 산업관리자 등 전담인력이 있는 기관이나 시설은 필요시 협조한다.

취약계층 집중 지역, 공단 지역, 아파트 지역 등 특별한 속성을 가진 지역을 단위로 접근하되 고위험지역의 우선순위에 따라 선정한다.

#### 5) 사업 범위와 내용

가족문제 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견·등록하여 필요한 서비스를 제공한다. 만성질환, 장애, 사고 및 재해 등의 가족 문제 및 가구원 건강문제를 관리하고, 주요 관리질환으로는 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 암, 관절염, 치매, 정신질환 등이 있다.

주요 방문보건서비스 내용은 아래와 같으며, 서비스 수준은 가족 및 가구원 건강문제의 심각성 및 거동불편정도, 문제해결을 위한 가족 및 대상자의 지식과 대처능력, 가족 등 지지자원 보유 및 활용정도 등을 고려하여 결정한다. 고려사항은 건강 사정(assessment) 및 진단, 검사, 투약 및 투약관리, 처치, 환자증상관리, 교육 및 상담, 홍보, 의뢰, 진료 등이다.

방문보건사업은 지역사회 재활사업, 이동 진료, 정신보건사업, 고혈압당뇨관리사업, 재가암환자 관리사업 등과 연계하여 사업을 수행한다. 가족문제 및 가구원 건강문제가 방문보건 담당부서 단독으로 해결하기 어려운 경우에는 보건소내 각종 부서/팀, 보건지소, 보건진료소, 지역의 보건의료기관, 사회복지기관, 행정기관 및 민간기관 등과 의뢰 및 연계를 한다. 사업 대상자는 방문보건 요구도에 의해 관리하되, 방문보건서비스제공 기록지에 언급된 직접 수행 보건 의료서비스를 제공하면서 반복적인 경미한 수준의 처치에 대해서는 가족교육 및 상담을 통해 가급적 가족이 자가관리 할 수 있게 한다.

가족문제 및 건강문제가 있는 노인, 장애인, 정신질환자 등이 수용되어 있는 시설의 요청이 있을 경우에는 보건기관 방문보건부서나 보건의료 인력으로 구성된 팀이 출장하여 진료, 투약, 처치, 교육 등을 제공할 수 있다.

지역사회 자원을 발굴·교육을 실시하여 방문보건사업에 활용한다.

가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 보건복지서비스를 효율적으로 제공하기 위하여 방문보건인력은 기본업무를 수행하고, 지역의 사회복지사와 업무의 퇴 및 연계가 잘 이루어지도록 노력한다.

〈표 III-1〉 기본업무

방문보건인력	사회복지사
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방문간호대상가구 선정 및 관리</li> <li>• 가족 기능 평가(assessment) 및 진단</li> <li>• 환자 및 질병관리</li> <li>• 건강증진 및 질병 예방</li> <li>• 재활 및 요양</li> <li>• 환경위생관리</li> <li>• 건강교육 및 상담</li> <li>• 보건지자체의 개발 및 관리 및 의뢰망 구축</li> <li>• 복지문제 대상자 발견시 사회복지 담당자 연계 및 결과 확인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복지대상자 선정·조사 및 관리</li> <li>• 지역사회 인적·물적 자원의 조사개발 및 연계</li> <li>• 상담 및 복지 프로그램 실시</li> <li>• 생활지원·후원·결연 사업</li> <li>• 보건문제 대상자 발견시 보건소 방문 보건담당자 연계 및 결과 확인</li> </ul>

#### 나. 사업의 추진방향 및 운영체계

##### 1) 추진 방향

첫째, 지역사회 내에서 제공되는 보건·의료·복지서비스의 통합을 지향한다.

둘째, 사업단위는 가족중심으로 가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 포괄적인 서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계한다.

셋째, 지역적 특성, 거리의 근접성, 가구수, 담당인력수 등을 고려하여 방문 보건인력이 지역을 할당하는 지역담당제 또는 필요로 하는 인력을 융통성 있게 활용할 수 있는 팀제를 운영할 수 있다.

넷째, 가정방문을 통하여 보건의료서비스를 제공하여야 하며, 보다 전문적인

보건의료서비스 및 복지서비스 등이 필요할 경우에는 관할지역 내 보건의료기관, 사회복지기관, 행정기관 등에 의뢰 및 연계한다.

다섯째, 관할지역내의 자원 의뢰망 및 전산망 체계를 구축하고, 자원을 발굴·교육을 실시하여 방문보건사업에 활용한다.

여섯째, 대도시 방문보건사업은 기존 대도시 방문보건사업 지침에 근거하여 사업관리는 시도가 담당하고, 결과보고는 2월말까지 본 안내서의 서식에 의거하여 시도를 거쳐 보건복지부에 제출한다.

## 2) 사업의 운영체계

### 가) 운영체계

방문보건사업에 관한 제반 운영사항은 방문보건사업 운영안내에 따른다.

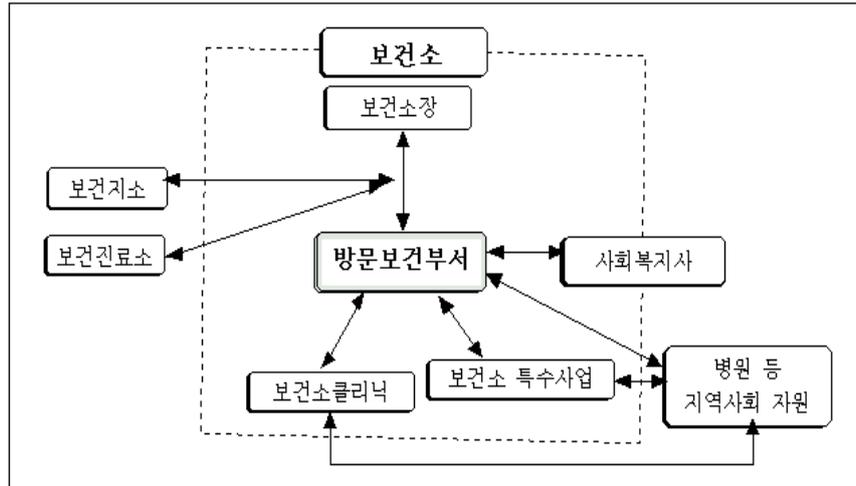
방문보건업무에 관한 사항은 보건소가 총괄하며, 보건지소와 보건진료소는 해당지역(면, 리)의 방문보건사업을 책임지며 관할 보건소와 연계한다.

보건소장은 효율적인 방문보건사업을 위해 방문보건 담당 부서를 두며, 동 부서에게 해당지역 방문보건사업의 운영 및 수행을 관장하게 한다.

방문보건부서는 책임자를 두어 방문보건사업을 기획하고 운영·평가한다.

사업대상 시·군·구 보건소는 각 시·도에, 각 시·도는 보건복지부에 방문보건사업 계획, 사업평가 및 사업실적을 제출한다.

[그림 III-4] 방문보건사업 운영체계



#### 나) 기관별 기능과 역할

##### (1) 보건소

지역사회진단 결과와 지역보건법에 의한 지역보건의료사업계획에 의해 방문보건사업 세부계획을 수립한다.

관할지역 보건기관의 보건의료 인력을 고려하여 방문보건사업을 지역담당제 또는 팀제로 운영한다.

관할 보건지소/보건진료소의 방문보건사업 수행에 필요한 기술감독과 기술 지원을 실시한다.

관할지역에서 수행되는 사업의 질 관리 및 평가를 실시한다.

사업을 수행하는 과정에서 관할지역내의 의사 및 사회복지사 등과의 의뢰체계를 수립한다.

방문보건사업에 필요한 방문보건물품(비품, 소모품, 차량, 컴퓨터 등)을 확보·지원한다.

보건소 내 방문보건 담당 부서의 업무 내용은 첫째 가정방문을 통한 지역사회 진단을 실시하고 대상가족을 발견한다. 둘째, 대상 가족문제 및 가구원 건강문제를 확인한 후 우선순위를 결정하고 방문보건사업계획을 수립한다. 셋째, 수립된 계획에 따라 가정방문을 통해 방문보건서비스를 제공한다. 넷째, 필요한 전문보건의료, 복지 및 행정분야에 의뢰하고 조정, 협력한다. 다섯째, 방문보건서비스의 수행과정과 결과를 평가하여 다음 사업 단계에 반영한다. 여섯째, 보건소, 보건지소, 보건진료소의 사업 모니터링 및 평가를 실시하여 시·도에 보고한다.

## (2) 보건지소

보건지소는 관할지역 방문보건사업의 주체가 된다. 단, 보건진료소 관할지역에 대해서는 보건진료소와 협의하여 업무를 분담한다.

보건지소장은 대상가족 기능 평가(assessment) 및 의뢰시 의학적 판단을 제공한다.

보건요원은 지역사회 진단을 통해 파악된 대상가족과 관할지역 보건소의 방문보건 담당부서로부터 의뢰된 대상가족에 대한 방문보건 업무를 담당한다. 필요시 보건소 및 보건진료소의 지원을 요청할 수 있다.

2·3차 의료와 행정·복지지원의 문제 해결이 필요한 경우 의료기관이나 사회복지사 등에게 의뢰 및 연계한다.

대상가족 및 보건소로부터 의뢰된 대상가족의 방문보건결과와 방문보건사업 실적을 보건소에 보고한다.

## 3) 보건진료소

보건진료소는 관할지역 방문보건사업의 주체가 된다.

지역사회 진단을 통해 파악된 대상가족과 관할지역 보건소의 방문보건 담당부서로부터 의뢰된 대상가족에 대한 방문보건 업무를 담당한다. 필요시 보건소

및 보건지소의 지원을 요청할 수 있다.

2·3차 의료와 행정·복지지원의 문제 해결이 필요한 경우 의사나 사회복지사 등에게 의뢰 및 연계한다.

대상가족 및 보건소로부터 의뢰된 대상가족의 방문보건서비스 결과와 사업 실적을 보건소에 보고한다.

## IV. 외국의 사례

### 1. 일본 의료보호제도의 사례

#### 가. 생활보호제도 개요

##### 1) 사회보장제도

일본 헌법 제25조에 규정된 생존권을 보장하기 위하여 실시된 제도 전반을 사회보장제도라고 한다. 이러한 사회보장제도는 소득보장, 의료보장, 공중위생/의료, 복지/개호서비스 등을 포함한다. 이 중에서 소득의 중단, 상실 및 지출의 증가에 의하여 생활이 파탄되는 것을 방지하는 시스템을 소득보장제도라고 하는데, 사회보험, 사회수당, 공적부조 등의 제도가 있다.

사회보험은 노령, 사망(유족), 질병, 장애, 실업, 업무재해, 통근재해, 요개호(要介護) 등의 사고에 대하여 연금보험, 의료보험, 실업보험, 노동자재해보상보험<sup>주3)</sup>, 개호보험<sup>주4)</sup> 등 각종 보험제도를 통해 보험급여를 제공하고 있다. 사업주 및 본인(피보험자)이 보험료를 각출함에 따라 각출에 대한 권리로서 자동적/기계적으로 보험급여를 제공한다.

이에 비해 공적부조제도는 자산조사를 전제조건으로 하며, 빈곤한 생활 상태에 있거나, 독자적으로 자립할 수 없는 경우에 국가가 정한 최저생활수준에 달하기까지 부족한 부분에 대하여 보충적인 급여를 제공하는 제도이다. 사회보험과 달리 공적부조의 급여는 본인의 각출을 전제로 하는 것이 아니라, 전액을 국가 및 지방자치단체가 국고로 부담한다. 공적부조제도는 사회보장제도 내에

---

주3) 우리의 산재보험에 해당

주4) 우리의 노인수발보험에 해당

서 여타 제도와 비교하여 최종보장을 목적으로 실시되고 있다. 그 때문에, 최종적인 안전망(safe net)으로서의 역할을 담당하게 된다. 일본 공적부조제도의 중심적인 제도로써 생활보호법에 근거한 생활보호제도를 들 수 있다.

## 2) 생활보호의 종류(법 제11조 제1항)

생활보호법에서는 다음에 열거하는 8개 종류의 부조가 정해져 있고, 각 보호에 대해서 그 대상과 최저한도의 보장 범위가 상세하게 규정되고 있다. 또한 각각 보호별로 취지 및 방법 등도 병행하여 정해져 있다.

要보호자에 대하여 보호가 정해지면, 이들 8개 종류의 부조 중에서, 要보호자의 수요에 따라 한 가지 또는 여러 종류의 보호가 제공된다(법 제11조 제2항).

- － 생활보호(1호)
- － 교육보호(2호)
- － 주택보호(3호)
- － 의료보호(4호)
- － 개호보호(5호)
- － 출산보호(6호)
- － 生業보호(7호)
- － 葬祭보호(8호)

## 3) 의료보호제도 개요(생활보호법 제15조)

의료보호는 피보호자가 질병 및 부상에 의한 입원 또는 통원에 의해 치료를 필요로 하는 경우에, 법 제49조의 지정을 받은 「지정의료기관」에 위탁하여 제공되는 급여이다.

가)보호대상 범위

- 진찰
- 약제 또는 치료재료
- 의학적 처치, 수술 및 기타 치료 및 시술
- 거택에서의 요양상 관리 및 그 요양에 따르는 보살핌 기타 간호
- 병원 또는 진료소<sup>주5)</sup>의 입원 및 그 요양에 따르는 보살핌 기타 간호

나) 의료보호 기준

〈표 IV-1〉 기준액(월액)

1	지정의료기관 등에서 진료 를 받은 경우의 비용	생활보호법 제52조의 규정에 의한 진료방침 및 진료수 가에 근거하여 진료에 필요한 최소한도의 금액
2	약제 또는 치료재료에 관련된 비용	25,000엔 이내의 금액
3	施術을 위한 비용	도도부현 <sup>주6)</sup> 의 지사 또는 지정도시 혹은 中核도시의 長이 施術者의 각각 組合과 협정을 맺고 정해진 금액 이내의 금액
3	이송비	이송에 필요한 최소한도의 금액

주5) 우리의 의원에 해당

주6) 우리의 시도에 해당

#### 다) 지급방법

원칙적으로 현물급여를 제공한다. 지급 방법은 당해 꺾보호자에 대한 의료급여를 지정의료기관에 위탁하고, 그 비용은 보장기관이 의료기관에 직접 지불된다.

예외적으로 1) 현물급여에 의하여 제공될 수 없을 때, 현물급여에 의한 제공이 적당하지 않을 때, 기타 보호의 목적을 달성하기 위하여 필요할 때는 현금급여로 제공하기도 한다. 2) 급박한 사정이 있는 경우 꺾보호자는 지정을 받지 못한 의료기관 등에서 의료급여를 받을 수 있다.

#### 라) 조사 및 검진명령

의료보호가 적용되는 경우에는 반드시 이유가 존재한다. 대부분은 질병 및 장애, 빈곤 등이 원인이 되고 그것을 객관적으로 입증해야만 한다. 그를 위해서는 담당caseworker가 직접 병원 등의 관계기관에 조회하여 조사를 할 필요가 있다(법 제28조). 특히, 보호개시의 시작부분인 신청시 질병상태 및 수입/자산상황, 가족구성 등의 보호요건의 기본적 부분을 조사할 필요가 있다. 프라이버시 등을 이유로 이들 사항의 조사를 보호신청자가 거부할 수 없다.

또, 복지사무소는 질병 상태를 파악하여 확인하기 위하여 신청자에게 병원으로의 수진을 명령한다. 그것을 수진명령이라고 한다. 매우 강제적이고, 복지사무소가 지정하는 병원 의사의 검진을 받아야만 한다. 그 결과, 질병상태 및 회복 가능성, 치료의 여부 등이 파악되는 것과 동시에 그것을 근거하여 의료보호의 적합성이 판단된다.

나. 의료보호 운영체계

1) 복지사무소에서의 운영체계

사찰지도원, 지구(地區)담당원, 촉탁의사 및 의료사무 담당자로 의료보호 운영체계를 편성하고, 의료보호 수급세대에 대한 지도 원조의 철저를 도모한다.

가) 사찰지도원의 담당 직무

사찰지도원은 의료보호의 현황을 파악하고, 사찰지도계획을 책정하고, 지구 담당원, 촉탁의사 등과의 조직적 연계에 노력하는 등의 의료보호 실시의 추진을 도모한다.

- 관내 의료보호의 현황 파악과 문제점의 분석
- 지구 담당원의 지도와 그 효과의 확인
- 지정의료기관, 관내 시정촌 주7) 등에 대한 연락조정의 총괄

나) 지구담당원의 담당 직무

- 지구 담당원은 그 담당하는 피보호세대에 관한 의료보호의 결정, 실시를 함과 동시에, 사찰지도원, 촉탁의사 등과의 조직적인 연계에 노력한다.
- 의료보호의 여부(要否) 결정, 의료보호의 변경결정 및 정지, 폐지
- 외래환자 및 노인보건시설 통소자(通所者)를 방문하여 행하는 생활지도
- 의료보호 수급세대에 대한 일반생활지도
- 상기의 사무를 행하는 데에 필요한 각 급여여부(要否)의견서 및 의료권(醫療券), 진료비명세서 등의 내용 검토
- 지정의료기관, 관내 시정촌 등에 대한 연락, 조정

---

주7) 우리의 시군구에 해당한다.

#### 다) 촉탁의사의 담당 직무

촉탁의사는 사찰지도원, 지구담당원 등으로부터의 요청에 근거하여, 의료보호의 결정, 실시에 따른 전문적 판단 및 필요한 조언, 지도를 행함과 동시에, 의료보호 이외의 보호에 있어서 의학적인 판단을 필요로 하는 경우에도 조언, 지도를 행한다.

- 의료보호에 관한 각 신청서 및 각 급여여부의견서 등의 내용 검토
- 요보호자에 대한 조사, 지도 또는 검진
- 의료권, 진료비명세서 등의 내용 검토
- 의료보호 이외의 보호에 대해서 의학적인 판단 및 필요한 조언, 지도

#### 라) 의료사무담당자의 담당 직무

의료사무담당자는 의료보호의 원활한 실시를 도모하기 위하여 필요한 사무를 처리한다.

- 지구담당원, 촉탁의사 등에 협력하여, 검토자료의 정비
- 지정의료기관, 관내 시정촌 등에 협력하여 검토자료의 정비
- 진료비명세서 등의 내용 검토
- 의료권 등의 발행 사무

### 2) 장기입원, 외래환자의 실태 파악

장기입원, 외래환자의 실태를 상시 파악하는 것은 의료보호의 적정한 운영과 피보호자 처우의 충실을 도모하는 데에 기본이 된다. 지구담당원은 의료보호 개시 후 약 3개월까지 주치의를 방문하여, 질병상태(病狀) 등에 대해서 의견을 청취함과 동시에, 환자 및 가족을 방문하여 실태를 파악한다. 그 이후, 질병상태에 따라 약 3개월(결핵 및 정신병의 입원환자에 대해서는 약 6개월)의 범위 내에서 환자 및 가족을 방문함과 동시에, 필요에 따라 주치의를 방문하여

실태 파악에 노력한다.

가) 장기입원환자 및 실태 파악

「장기입원환자 실태파악 실시요령」에 근거하여, 장기입원환자의 실태를 정확히 파악하고, 적극적 내지 적절한 처우에 노력한다.

<대상자>

1년 이상 입원하고 있는 의료보호 수급자

<실태파악대상자 명부의 정비>

의료여부의견서 및 과거 6개월분의 진료비명세서 등으로 서면검토하고, 주치의의 의견을 청취할 필요가 있는 것에 대해서 정비한다.

<조사표의 작성>

실태파악대상자 명부에 등록된 개개의 입원환자에 대해서 주치의의 의견을 청취하여 입원의 적정성 여부를 판정한다.

또한, 입원 계속을 필요로 하지 않다고 판정한 경우 지구담당자는 신속히 환자 및 가족을 방문하여 실태를 파악한다.

실태파악의 결과에 근거하여 통원(通院)의 저해요인 해소를 도모하고, 실태에 적합한 방법에 의하여 적절한 퇴원 지도를 한다.

나) 장기외래환자의 실태 파악

「장기 외래환자 실태파악 실시요령」에 근거하여, 장기외래환자의 실태를 정확히 파악하고, 적극적 내지 적절한 처우에 노력한다.

<대상자>

동일질병에 의하여 1년 이상 계속하여 진료를 받고 있는 환자

<처우방침의 결정>

지구담당원, 촉탁의사 및 사찰지도원은 방문결과, 가장 최근의 의견서 및 진료비명세서 등으로 처우방침을 결정하고, 다음의 구분에 의하여 정리한다.

- 종래대로 지속적인 외래치료를 필요로 하지만 지도 등을 필요로 하지 않는 자
- 지속적인 외래치료를 필요로 하고, 또한 수진에 관한 지도, 원조 등의 조치를 필요로 하는 자
- 입원 치료가 필요한 자

#### <장기외래환자지도대장의 정비>

처우방침이 결정된 자 중에, 외래치료를 필요로 하는 자에 대해서 구체적으로 기재하여 다음의 조치를 강구한다.

- 주치의의 요양 상 지시를 따르지 않는 경우는 이것을 따르도록 지도를 한다.
- 가족에 문제가 있는 경우는 가족에 대한 불안의 제거 등 환자가 요양에 전념할 수 있도록 지도를 한다.
- 입원이 필요하다고 인정되는 경우는 촉탁의사에게 협의하여 필요한 지도를 한다.
- 취로(就勞)의 가능성이 있다고 인정되는 경우는 주치의, 사찰지도원과 협의하여 필요한 취로 지도를 한다.

#### 다) 결과 보고

복지사무소장은 매년 3월 1일 현재의 「실태파악대상자명부」 및 「장기외래환자지도대장」에 등록된 건의 상황을 도도부현 본청에 보고한다.

#### 다. 의료보호와 의료협의

통상의 의료보호행정시스템 속에 의료보호의 시행과 관련하여 의료협이라고 하는 방법이 채택되고 있다.

의료협이란 보다 좋은 의료보호를 시행하는 것을 목적으로 진료비 명세서를 참고 자료로 하여 진료내용을 중심으로 토의한다.

진료비명세서는 의료기관이 지불하는 의료비에 필요로 하는 비용을 청구하

는 청구서다. 생활보호법의 지정의료기관은 환자에게 급여했던 의료내용을 환자의 진료비명세서에 기재하고, 진료수가청구에 첨부하여 청구한다. 진료비명세서로 적정한 보호비의 지급이 가능하고, 수급자 대상 처우상의 문제점도 파악할 수 있다.

### 1) 의료협의

우선 협의조서를 작성한다. 협의조서에는 기본적인 정보로서 환자성명, 생년월일, 상병명, 통원일수 등의 진료비명세서에서 얻을 수 있는 정보를 기재하고, 진료비 명세서에 있는 문제점을 열거한다.

중증, 경증 등을 검토하는 질병상태 파악의 문제, 진료비명세서의 정보로부터 노동능력 검토의 문제, 부적절한 진료나 생활지도의 문제, ADL (일상생활 동작능력)과 介護者의 문제, 다수의 의료기관을 중복하여 수진하고 있는 문제, 주거지로 볼 때 부자연한 원격지 수진의 문제 등으로 분류하고 있다.

진료비명세서부터 얻는 정보와 문제점을 기재했던 협의조서가 사회복지사사무소에 옮겨지고, caseworker가 피보호자의 정보를 추가한다. 진료비명세서부터의 정보와 실제의 피보험자의 정보를 검토하여 문제회답을 도출해 내고, 협의내용을 이후의 의료보호에 반영하도록 한다.

### 2) 진료비 명세서로 얻을 수 있는 정보

진료비명세서를 통하여 각 지방자치단체에서는 頻回수검과 중복수검 등의 문제를 파악하고 복약관리지도, 수검지도, 요양지도 등을 실시하며 노동능력 판정을 위한 참고자료로 활용한다. 진료비명세서로부터 얻을 수 있는 정보는 수급자의 연령과 성별, 진료과, 의료기관의 소재지 등이며, 疑진단, 확정 진단을 포함한 질환명과, 그 외 진료의 개시시기를 알 수 있다. 통원 일수, 시간 외 휴일수진의 회수도 가능하다. 시행되었던 검사, 처방 받은 약제와 빈도, 시행되었던 처치, 수술과 빈도 등이 구체적인 수치로서 기재 되어 있다.

그 외에 현재의 질병상태와 투약내용에 관한 주치의의 코멘트가 기재되어져 있는 것도 있어 중요한 정보가 된다.

### 3) 頻回수검의 적정화

과도하게 경과일수가 많은 외래수검자에 대해서는 의학적으로 적정한 수진 회수를 파악한 다음 적정수진에 관한 지도 원조를 한다. 1개월 동안 동일 진료 과를 15일 이상 내원하고 있는 달이 3개월 이상 계속되고 있는 자가 지도 대상 이다.

따라서 진료비명세서 정보는 매우 중요하고 방문조사를 실시하는 地區담당 인 caseworker의 책임도 크다고 말할 수 있다. 즉 단순히 수진회수만으로는 부 적절한 頻回수검이라고는 말할 수 없는 경우도 있으므로 주위가 필요하다.

### 4) 정 리

피보호자의 실태, 높은 비율의 유병율과 고령화 등을 고려할 때 적정하고 효과적인 의료보호를 실시하는 것은 매우 중요하다. 추출되었던 의학적인 문제 점은 방문조사나 주치의의 방문, 촉탁의와의 협의 등에 의해서 해결 되어질 수 있다. 의료협회는 이런 것들의 과정에서 발생하는 의술적인 문제를 해결하기 위해서 유용하게 사용된다.

#### 라. 의료보호의 운영 적정화

##### 1) 頻回수검자에 대한 적정수검지도

요양 상 과도한 수진을 행하고 있는 자(頻回수검자)에 대한 적정수진지도가 2000년 12월에 처음으로 실시되었다.

가) 대상자의 선정

매월 다음의 경우에 의해 대상자를 선정한다.

- 단독분 환자(생활보호법에 의한 의료보호만으로 의료급여를 받는 자):  
진료비명세서의 진료실제일수란이 15일 이상의 자
- 사회보험 등의 병용분 환자: 연명부의 일수란이 15일 이상의 자

나) 빈회수진자 지도대장의 작성

진료비명세서 또는 연명부의 일수가 15일 이상의 달이 3개월 연속된 자를 빈회수검자 지도대장(이하, 지도대장)에 기재한다. 통원하고 있는 의료기관의 변경이 있었던 경우도 동일질병일 경우 합산한다.

다) 사전촉탁의협의

지도대장에 의해 빈회수검자와 빈회수검자로 판단되어진 자에 대해서 최근 진료비명세서 또는 의료여부의견서 등을 토대로 빈회수진 여부에 관하여 촉탁의와 협의한다. 협의 결과에 따라 다음과 같이 취급한다.

- 빈회수검의 타당성을 인정받은 자: 통원일수가 당해 환자의 상병 내지 치료 내용으로 봐서 정상적으로 판단되어지는 경우에는 지도대장에 촉탁의와의 협의 결과를 기재한다. 이 때 주치의 방문은 행하지 않는다.
- 빈회수진의 타당성이 인정 되지 않은 자 및 빈회수진 여부에 대한 판단이 서지 않는 자: 신속하게 주치의를 방문하도록 한다. 주치의 방문을 행할 때 촉탁의의 동행방문의 필요성에 관해서 촉탁의와 충분히 협의한다.

2) 주치의를 방문 및 촉탁의와의 협의

가)주치의 방문

주치의 방문 일정을 작성한 후에 신속하게 주치의를 방문하고 적정수진일수

등을 청취한다.

#### 나) 촉탁의 협의

주치의에게서 청취했던 의견 등을 근거로 빈회수진의 타당성 여부를 촉탁의와 협의한다.

- 촉탁의와 주치의의 의견이 함께 빈회수검을 정당한 것으로 인정한 경우에 촉탁의는 수검자에 대한 지도방침을 협의한 후 복지사무소로서의 구체적인 처우방침을 결정한다. 또 촉탁의와 주치의가 함께 빈회수검이 적절하지 못하다고 판단한 경우에는 그것을 대장에 기재해 절차를 종료한다.
- 촉탁의와 주치의의 의견이 일치 되어지지 않은 경우 주치의와 의견 조정을 한다. 필요에 따라서 기술적 조언을 구하고 그래도 의견이 일치 되지 않는 경우 공공의료기관에 검진을 명하고, 그 결과<필요하다고 판단되어진 수진일수 등>을 참고하여, 최종적인 판단을 한다.

### 3) 빈회 수검자에 대한 지도

#### 가) 지도방법

##### ① 慰安 목적으로 수진하고 있다고 인정되어지는 자

예를 들면, 주사를 맞으면 기분이 좋다는 등, 이른바 위로목적으로 통원하고 있다고 판단되어지는 자에 대해서는 생활보호제도(의료보호)에서 용인되지 않는다는 것을 확실히 전하고 앞으로의 치료방침에 관해서 주치의와 충분히 협의하게 지도한다. 또, 주치의에게는 환자에 대해 앞으로의 치료방침을 설명하도록 의뢰한다.

##### ② 정신적 요인으로 일반과에 통원 중인 환자 중에는 정신적인 요인에 의한 빈회수검도 고려되어질 수 있기 때문에 필요에 따라 정신과 등에서의 수진을 검토한다.

### ③ 기타의 자

①내지 ② 이외의 요인에 의해 빈회가 고려되어지는 경우 실태를 충분히 파악한 후, 관계기관과 연계여부를 고려한다.

#### 나) 보건사의 동행방문

방문 지도를 행함에 있어서는 보건사의 동행이 효과적이기 때문에 보건소와 시정촌 등의 연계를 긴밀히 하고 보건사의 원활한 파견 등 유기적인 연계체제의 확립을 도모함과 함께 필요한 사항을 적절히 제공한다.

## 2. 미국 Medicaid의 재정안정화 사례

### 가. Medicaid 재정운용

메디케이드는 주정부에 의해 운용된다. 그러나 주정부가 연방정부에서 제시한 자격기준을 따른다면 주정부의 수입에 따라 연방정부의 보조금이 지급된다. 또한 연방정부는 메디케이드 프로그램 관리비용의 50%정도를 모든 주에 제공하고 있다. 특히 특정한 서비스에 대해서는 보다 폭넓은 지원을 하기도 한다.

1980년대 메디케이드는 연평균 10% 정도의 지출증가율을 보였다. 주정부와 연방정부의 메디케이드에 대한 총지출이 1980년에는 255억 달러였던 것이 1990년에는 722억 달러로 증가하였다. 1988년 초, 주정부의 메디케이드 지출이 연간 19%가량 증가한 반면에 연간 수입 성장은 7%에 머무르기도 했다. 이러한 지출의 증가로 메디케이드는 주정부 예산에서 매우 큰 부분을 차지하게 되었다. 1990년대 초반 메디케이드 수혜자의 급격한 증가로 지출이 가속화되기 시작했는데 1990년에서 1991년 사이에 총소비가 1년에 약 31%가 증가한 943억 달러를 기록하였다. 이렇게 증가하던 총소비는 1992년에 1202억 달러를 기록하고

1993년부터는 연간 약 9%의 성장률을 보이며 주춤해지기 시작하였다.

1989년부터 1992년 사이에 메디케이드 지출이 늘어나게 된 요인은 주정부의 DSH(disproportionate share hospital)지급과 그와 관련된 T&D (provider-specific taxes and voluntary donation)와 IGTs(intergovernmental transfers)와 같은 재정 프로그램 때문이었다. 그러나 1993년에 들어서 DSH지급에 상한선을 둔 이후에는 메디케이드의 지출이 안정되었다.

### 1) Cost-sharing 과 Premiums

메디케이드 수혜자 확대와 지출의 증가로 주정부의 지출이 많아짐에 따라 주정부는 메디케이드의 재정부담을 줄이기 위해서 의료 서비스 비용에 대해 메디케이드 수혜자가 일부분 지급을 부담하는 조건을 고려하거나 적용해 오고 있는데 이것을 cost-sharing이라 말한다. 더욱이 무보험인 저소득층 가정과 어린이에 대한 적용범위를 확대해 온 대부분의 주정부는 이러한 수혜자에게 premiums 비용의 일부 부담을 권고했다. 또한 주정부가 1997년의 Balanced Budget Act로 부터 조성된 기금과 함께 제정된 State Children's Health Insurance Program에서 cost-sharing을 부과하는 것이 허가되었다.

### 2) 재정 프로그램

연방정부법은 주정부가 병원의 입원환자에 대한 메디케이드 지급율을 결정할 때 특별한 보호가 필요한 저소득 환자에 대한 이들의 서비스 상황을 고려할 것을 요구하고 있다. 이것이 바로 메디케이드 DSH(Disproportionate Share Hospital)지급 조정이라 일컬어진다. 이러한 DSH지급은 1990년에서 1996년 사이 14억 달러에서 150억 달러로 계속해서 크게 증가하는 모습을 보였다. 실제로 DSH지급의 주요한 증가 원인은 1990년대 초반 메디케이드 지출의 급격한 성장에 있었다.

1990년대, 메디케이드 DSH 프로그램은 주정부와 연방정부 간의 심각한 논

쟁을 불러 일으켰다. 연방정부는 일부 주정부가 DSH프로그램을 오용하는 것을 강력하게 비판하였는데 그들의 주장에 의하면 이러한 주정부는 DSH를 연방정부의 비용으로 그들의 메디케이드 재정 부담을 줄이는데 사용한다는 것이다. 그러나 주정부는 이에 대해 DSH프로그램은 본질적으로 서민들을 위한 건강 치료 안정망을 유지하기 위한 것일 뿐이라고 주장한다. 더하여 병원 측에서는 DSH지급은 그들의 생존을 위해서는 매우 중요한 것이라고 말한다. DSH프로그램은 여전히 매우 중요하고 그렇기 때문에 여전히 논쟁의 여지가 있다.

DSH프로그램은 1980년과 1981년의 OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Acts) 제정에 따른 Boren Amendment의 개발에서 시작되었다. 이 법령은 건강 서비스에 대한 이용을 활성화하기 위해 주정부가 많은 수의 메디케이드와 무보험 환자에 대한 서비스를 제공하고 있는 병원에 대한 특별한 지급을 고려할 필요가 있다는 내용이었다. 특별 지급의 바탕에 깔린 근본적인 이유는 병원이 저소득층에 양질의 서비스를 제공하는 것이 결과적으로 낮은 메디케이드 보상을 때문에 병원의 재정적 손실을 입힌다는 것이다. 또한 많은 수의 메디케이드 환자와 무보험 환자를 맡고 있는 병원의 경우에 다른 병원에 비해서 무보험 환자에 드는 비용을 개인 보험 가입 환자의 비용으로 대체하는 것이 쉽지가 않다는 것이다.

DSH에 관한 법령은 1980년대 초반에 제정되었지만 주정부는 이것을 이행하는데 매우 소극적이었다. 1989년까지 아주 적은 수의 주정부만이 DSH지급을 하고 있었다. 이러한 상황에서 주정부의 DSH지급을 활성화하기 위해서 의회는 1980년 중반에 몇가지 DSH관련 규정을 통과시켰다.

DSH 지출증가의 주요 원인은 provider tax and donation 프로그램의 개발이었다. 주정부의 메디케이드 기금에 대한 융통성의 증대를 위해 HCFA(Health Care Financing Administration)은 1985년에 개별 의료 공급자들로부터 기금 수령을 허가하였다. 이 시기에 경기 침체로 인하여 주정부는 병원에 지급할 메디케이드 기금이 없었다. 그로 인하여 연방정부로부터 메디케이드 FFP(Federal Financial

Participation)를 받을 수 없게 되어 재정은 더욱 악화되었다. 그래서 병원은 기부금 형태로 주정부에 지급하고 다시 주정부는 병원에 메디케이드를 지급하였다. 이러한 지급 과정으로 주정부는 FFP를 벌어들일 수 있었고 주정부의 지출 없이 연방정부의 기금을 받을 수 있었다. 또한 1980년대 중반 몇몇 주정부는 donation 프로그램과 비슷한 provider tax 프로그램을 채택하였다.

Provider tax and donation 프로그램은 주정부의 재정에 큰 이익을 가져다 주었다. 그러나 FFP자금을 얻기 위해서 주정부는 tax와 donation 수입을 써야만 했다. 왜냐하면, 연방정부 메디케이드 지급은 수입이 아닌 지출에 기초하기 때문이다.

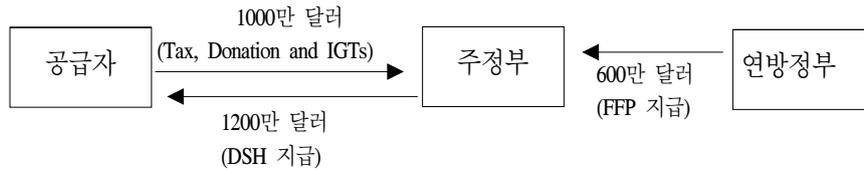
아래 그림과 같이 provider tax and donations 또는 IGTs (intergovernment transfers)<sup>주8)</sup>의 수입에 의존하는 주정부의 DSH프로그램을 가정하자. 이 그림은 수입, DSH지급, 연방정부 보상간의 다음과 같은 관계를 보여준다.

- 수입: 주정부가 공급자로부터 수입을 얻는다. 이 그림에서는 1000만 달러를 얻는다.
- 지출: 그리고 나서 주정부는 메디케이드 입원환자 보상 증가 등을 기준으로 하여 공급자들에게 DSH를 지급한다. 예를 들어 주정부는 기부한 공급자에게 1200만 달러의 DSH를 지급한다.
- 연방정부 보조금: DSH는 메디케이드 지출에 맞춰서 지급되므로 연방정부는 주정부에 DSH지급의 50~80%의 금액을 지급한다. 이 그림에서는 50% 수준인 600만 달러를 지급하였다

---

주8) 21쪽 참고.

[그림 IV-1] DSH프로그램



자료: Urban Institute 1997.

결국 공급자는 DSH지급에서 200만 달러를 얻게 되고 주정부는 주정부 자금의 지출 없이 연방정부로부터 보조금을 받아 400만 달러를 얻게 된다. 이런 방법으로 주정부는 부가적인 연방정부 보조금을 받을 수 있게 되기 때문에 많은 주정부가 1990년대 초반 provider tax and donation 프로그램을 시행하였다.

메디케이드 DSH지급의 급격한 증가는 연방정부 정책입안자들 사이에 논쟁을 불러 일으켰고 이러한 상황을 해결하기 위하여 Medicaid Voluntary Contribution and Provider-specific Tax Amendments of 1991을 제정하였다. 핵심적인 내용은 다음과 같다.

- provider donations를 근본적으로 금지한다.
- provider tax 수입은 주정부 메디케이드 지출의 25%를 넘지 않도록 provider tax를 책정한다.
- 국가의 DSH 지급을 총 메디케이드 비용의 12%로 제한했다. DSH지급이 메디케이드 총지출의 12%를 차지하거나 혹은 그 이상인 주정부는 앞으로라도 그 수준을 초과 할 수 없게 하고 그렇지 않은 주정부의 경우에는 메디케이드 지출성장률만큼 DSH지급을 증가시킬 수 있게 한다.

법 1991의 가장 중요한 효과는 DSH지급 성장률이 둔화되었다는 것인데 이를 통하여 많은 주정부들이 그들의 DSH프로그램 재정을 재구성하였다. Provider donations에 의존하던 주정부들은 다른 수입원을 찾아야했기 때문에 법

에 맞게 그들의 프로그램을 개혁해야 했다. 법1991 이전에 공급자들은 일반적으로 그들이 tax와 donation의 형태로 기부한 만큼의 DSH지급을 보장받았으나 새로운 법의 시행 후에는 이런 것들이 금지되었다.

이러한 어려움 때문에 많은 주정부들이 DSH지급을 위한 수입원으로 IGTs를 시행하였다. Intergovernmental tranfers는 재정수준이 다른 주정부간에 자금을 교환하는 프로그램이다. 예를 들면 A주정부의 초등교육을 지원하기 위해 B주정부로부터 이전된 자금이 IGTs를 구성하는 것이다. DSH프로그램을 위하여 많은 주정부들은 자금을 받은 공공기관으로부터 주정부 메디케이드 기관으로 기금을 이전하기 시작했다. 그리고 나서 주정부는 병원에 DSH를 지급하고 FFP를 받았다. 그러나 이러한 프로그램 아래서 개인 병원은 완전히 제외되었다.

#### 나. 이용 규제와 서비스 제한

주정부는 모든 categorically needy 그룹에게 반드시 필수 서비스는 제공해야 하지만 이러한 서비스의 지속기간과 빈도에 있어서는 제한을 할 수 있다. 이러한 제한은 부적절한 지급 경비나 불필요한 의료 서비스를 삭감하기 위해 고안되었지만 주정부는 대부분 단순히 비용을 조절하기 위해서 사용하고 있는 실정이다.

주정부는 그들의 폭넓은 재량권으로 다양한 정책을 운용할 수 있다는 점을 이용하여 개인이 메디케이드 적용을 받을 수 있는 연간 입원 치료 기간에 대해 제한을 두고 있는 경우가 많다. 또한 많은 주에서 개인이 한 달에 받을 수 있는 처방에 대한 횟수 규제를 두고 있거나 한 달에 약 처방에 지불하는 돈에 대해서 규제를 두고 있다. 또 어떤 주에서는 개인이 일정기간 동안 의사를 방문할 수 있는 횟수를 규제하기도 한다.

CMS(Centers for Medicare and Medicaid Service)에 따르면 약제비(drug expenditures)는 앞으로 2005년까지 4년간 \$185억에 이르고 약 65% 증가할 것으로 예상되는 데 EDS와 Heritage Information System이, 최근에 메디케이드와 다

른 주의 약제비(drug expenditures)를 통제할 수 있는 프로그램인 강화된 EDS interChange Heritage Information System을 소개하였다. 이 시스템은 사기(fraud)와 남용을 줄이고, 프로그램 수혜자들이 받게 되는 보호의 질을 향상시킬 수 있도록 하고 있다. EDS interChange Pharmacy Service는 약 복용 관리, 질병관리, 약 국간 연계, 약품에 대한 리베이트 관리 등을 강조한 것으로 이용 가능한 질병의 경향 분석 및 요양기관의 행태분석을 통하여 EDS와 Heritage Information System은 메디케이드 수혜자들의 약 처방에서 과잉처방, 과소 처방되는 상황을 파악하고 있다. 두 약국 간 천식, 선천적 심장병 및 당뇨병과 같은 만성 질환 환자에게 대해 약의 처방 및 복용을 감시하고 관리하는 clinic 프로그램을 소개하였다. 또한 검증된 방법과 정교한 사기 탐지 기술을 이용하여 약국이 제시한 날짜와 맞지 않는 등 비정상적인 영수 방법에 대하여 네트워크를 통한 감시를 하고 있다.

현재 EDS는 18개 주에서 메디케이드의 행정적 지원 서비스(administrative service)를 제공한다. 7개 주의 National Heritage Insurance Company(NHIC)는 보조금 전부를 사용하여 메디케이드 프로그램에 있어 EDS를 지원하도록 하고 있다. Heritage Information System은 정부 프로그램, 보험자와 다수의 고용자들에게 21년간 clinical management와 pharmacy cost containment service를 제공한 경험을 가지고 있다.

#### 다. 부적절한 지출의 억제를 위한 각주의 노력

abuse와 fraud의 의미를 살펴보면 abuse가 적절한 business와 의료행위(medical practice)가 일치하지 않는 행동을 다루는 반면 fraud는 이익을 위한 의도적인 행동을 말한다. 주에서 메디케이드에 대하여 부적절하게 지불된(improper payment) 부분은 프로그램에서 청구(billing) 부분에서 발생되나 fraud가 암암리에 이루어진다는 특성상 이러한 부적절한 지불을 측정하기 어렵다.

메디케이드는 정부 예산의 3분의 1일 차지하고 있고 동시에 주의 예산에서

가장 큰 부분을 차지한다. 각 주는 광범위한 정부 가이드 라인 하에 프로그램을 집행할 메디케이드 agency를 가지고 있다. 1999년 Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)는 메디케이드 fraud에 대하여 조사할 수 있는 권한이 주어졌다. 이러한 fraud를 감시하는 MFCU는 각 주마다 있는데 3년 이상 정부에서 승인한 MFCU은 연방정부기금에서 달러당 75센트의 동기부여를 받게 된다.

주에서 메디케이드 프로그램에 관련된 두 기관에서 사기 및 남용에 대한 감시 책임을 맡는다. state Medicaid agency는 적절한 지불(proper payment)과 잘못 쓰여진 자금을 회수하는 반면 Medicaid Fraud Control Unit(MFCU)는 medicaid fraud를 조사하고 확인한다. 어떻게 통제해야하는지에 대한 연방정부의 guideline은 미미하지만 광범위한 기술적 지원(technical assistance)을 통해 fraud를 감소시키는 노력을 한다. 최근에 HCFA는 주의 노력을 촉진시키고, 정보 공유에 대한 국가적 포럼(national forum)을 제공하는데 적극적으로 나서고 있다. HCFA는 각 주가 컴퓨터 기술과 같은 이슈를 가지고 회의를 개최하는 것 등을 돕고, 관리 보호(managed care)에서 fraud와 abuse에 대한 안내를 제공하였다. 지금까지 HCFA는 주에서 시행중인 프로그램이 효율적이기 위해 어떤 노력을 하는지에 대한 일치된 정보가 부족하였지만, 주의 활동을 체계적으로 검토하기 시작하였다. OIG(Office of Inspector General)는 HFCU가 정부 규제에 순응하고 정부 재정이 적합한지를 보증하기 위하여 매년 검토한다. 또한 기술적 도움(technical assistance)를 제공하고 교육의 기회를 주는 등으로 MFCU에 지원한다.

메디케이드는 부적절한 청구에 대하여 위험한 상태에 처해 있지만 그 규모는 알 수 없다. 이러한 부적절한 청구에 대해 측정을 하는 주는 거의 없으나 적어도 일리노이, 텍사스, 캔사스 등 3개의 주에서는 프로그램의 payment에 대하여 정확히 측정하고 payment의 어디가 취약한지에 대해 정확히 지적하려는 연구를 수행하였다. 1998년에 일리노이는 전체 비용에서  $\pm 2.3\%$ 의 오차한계를 가진 95.3%라는 payment accuracy rate를 측정하였다. 이러한 시도로 일리노이주는 주요 부분의 취약점을 밝히고 향상시킬 필요가 있는 몇 분야에 대해 목표를

설정하였다. 1998년에 텍사스에서는 급성기질환에 대한 행위별수가제 부분에서 89.5%의 payment accuracy rate를 측정하였다. 1999년에 이루어진 연구에서는 측정값을 93.2~94%로 수정하였고 2001년 1월 텍사스의 연구에서는 급성기질환에 대한 행위별수가제 부분에서 92.8%의 payment accuracy rate를 발표하였다. 2000년에 캔사스에서는  $\pm 9\%$ 의 오차한계를 가진 76%의 payment accuracy rate를 측정하여 발표하였다. payment accuracy 연구에서 computerized payment system를 향상시키는 것 뿐 아니라 증가된 제공자와 소비자에 대한 교육을 권고하였다. 또한 abuse의 취약한 부분에 대해 초점을 맞춘 검토도 수행하였다.

이러한 payment 연구들에서 ① 청구한 것(claim)이 적절한지 여부를 보여줄 수 있는 문서의 분실 및 불충분, ② 의약적으로 불필요한 치료나 서비스에 대하여 청구한 것(claim), ③ 낮은 보상 때문에 다른 코드로 청구된 것, ④ 프로그램이 적용되지 않는 것에 대해 청구한 것(claim)과 같은 문제점을 발견할 수 있었다. 주의 payment 정확성 연구에서 fraud가 암암리에 이루어진다는 특성상 improper fraud와 관련된 payment를 완전히 밝힐 수는 없었다. 의료 공급자들은 수행하지도 않은 테스트에 대해 비용을 청구하기 위하여 불필요하게 피를 흘려 버린다는지 치과의사들이 비용을 청구하기 위하여 불필요한 치료를 광범위하게 수행할 수 있다는 점에서 fraud는 단순히 재정적 문제에 그치는 것이 아니라 수혜자들의 건강상태에도 좋지 않은 영향을 준다.

여러 주에서 prepayment claim checking을 강화시키는 식으로 improper payment를 통제하기 위한 노력을 한다. 부적절한 청구를 분석하고 추적할 수 있는 정교화 된 정보 기술이 부족하기 때문에 improper payment를 감시할 수 있는 능력은 주마다 다르다.

improper payment의 발생을 예방하는 것은 비용을 절감할 수 있는 효율적인 방법이다. 주들을 improper payment의 예방을 위해 prepayment edit와 reviews를 사용한다. edit는 청구한 것(claim)의 수리적 정확성, payment code의 올바른 사용, 환자의 메디케이드 적격성 등을 검사한다. 이러한 검토로 청구한 것(claim)

에 기입된 서비스가 적용되는지, 의약적으로 적합한 서비스가 행해졌는지, 주와 정부의 요구사항에 따라 지불되었는지를 확인한다. 각 주들은 다른 주에서 사용하고 있는 edit를 조사하여 새롭거나 수정된 edit를 파악하여 기존의 것을 강화시킬 수 있다.

청구한 것(claim)이 지불되기 전의 manual review도 improper payment를 예방할 수 있는 방법이지만 이 방법은 resource-intensive하여 비용 효율적으로 수행할 수 있는 review의 수를 제한한다. manual review는 claim에서 제출된 문서를 검토하고 provider, 수혜자 및 다른 관련 부분으로부터 추가적인 정보를 요구할 수 있는 간호사와 같은 교육받은 전문가가 투입되어야 한다. 투입되는 비용과 시간 때문에 manual prepayment review는 특정 provider를 목표로 하고 있다. 다음 표는 근래에 어떤 주에서 이루어진 prepayment review에 대한 예이다.

〈표 IV-2〉 prepayment review에 대한 예

action	state effort
특정 provider에 초점이 맞추어진 review	California bars는 payment를 하기 이전에 전자적 수단을 통해 제출한 claim으로부터 이전에 의문이 나던 billing 패턴을 제공하고 manual review를 수행하였다. 이러한 방법으로 1998년과 1999년 회계연도에 \$17만 이상을 절약하였다.
이전 지불금에 대한 review checks	California는 payment가 이루어지기 전에 현장(on-site) review와 감사한 청구권(claim)을 분석하고 의심이 가는 부분을 언급하였다. New Jersey는 payment가 이루어지기 이전에 이상한 패턴에 대해 claim을 분석하기 위하여 기존(off-the-shelf)의 소프트웨어를 사용하였다.
review system 판매 point	Washington은 약사들이 수혜자들의 처방을 할 때 pharmaceutical claim을 최종적으로 승인하기 위하여 온라인 drug claim management system을 사용하였다. 시스템은 중복되어 청구한 것과 이전 허가가 필요한 약에 대해 감시하고 불충분하거나 초과된 약 및 다른 약들과의 interaction 등과 같은 요소에 대해 경고한다.

청구 실수(billing mistake)는 예기치 않게 나타나기 때문에 프로그램 rule을 적용하는 방법과 바르게 청구하는 방법에 대하여 provider를 교육시키는 것도 error를 막을 수 있다. 주들은 provider에게 편지나, bulletin, 인터넷, 전문가 회의 등과 같은 다양한 방법을 통해서 proper billing procedure에 대한 정보를 제공한다.

메디케이드 프로그램에 부정하게 등록하는 것을 방지하고 provider billing number를 좀 더 잘 통제하기 위하여 광범위한 provider enrollment measure를 사용한다. 모든 주에서는 provider에 대한 기본 정보를 수집하고, provider enrollment process가 구성되어 있는 방법을 결정하는데 있어 상당 부분 주의 의지대로 독립적으로 결정할 수 있다.

대다수의 주들은 일단 등록하면 provider들이 그들의 status에 대한 프로그램에 대해 업데이트 된 정보 없이 불명확하게 청구하는 것에 대해 승인한다. provider billing number에 대해 제대로 통제가 이루어지지 않으면 메디케이드 프로그램이 improper payment에 대하여 취약하게 만든다. 다음은 여러 주들의 provider에 대한 합법성을 보증하기 위한 방법들의 예이다.

〈표 IV-3〉 Provider에 대한 합법성을 보증하기 위한 방법

action	state efforts
enhanced background checks	플로리다에서는 의사, 약사, 치과 의사 및 병원과 같은 조직에 고용되어 있는 다른 사람들과 같은 provider에 대하여 지문채취(fingerprint)나 전과경험에 대하여 심사하고 있다. 모든 officers, directors, managers, provider business의 5% 이상 소유자들은 반드시 심사를 받아야 한다. state와 federal law enforcement agencies 모두에게 지문채취(fingerprint)를 받아야 한다.
strengthened provider agreements	코네티컷, 플로리다, 조지아, 텍사스는 provider agreements를 수정하여 부적절하게 청구하는 provider를 신속하게 없애면서 프로그램으로부터 provider를 차단할 수 있다.
reenrollment under tightened standards	플로리다와 텍사스는 배경(background)을 검사하고 provider agreements 등을 강화하여 enrollment 기준을 강화시키고 기존의 provider에게 새로운 기준 하에서 재등록하도록 하였다.
special procedures for select providers	뉴저지는 약국, 독립 연구소, 교통 회사와 같이 payment 문제점에 대하여 높은 위험을 가지고 있는 provider 카테고리에 좀 더 엄격한 enrollment procedure를 가지고 있다.
preenrollment site visit	플로리다, 조지아, 뉴저지를 포함하는 몇몇 주들에서는 약국 및 중독 의료 기구 공급자와 같은 위험이 높은 provider들의 preenrollment site에 방문한다.

주들의 postpayment 탐지 활동과 능력은 다르다. 텍사스는 개인 계약자를 사용한다. 탐지와 조사 능력이 결합된 state-of-the-art system을 사용하기 위하여 설계, 개발, 설치 및 직원 교육에 대해 private contractors를 사용한다. 켄터키는 claim payment data를 분석하기 위한 진보된 컴퓨터 시스템을 사용하기 위하여 private contractors를 고용하였다.

새로운 Payment Integrity Program 하에서 워싱턴에서는 진보된 컴퓨터 시스템으로 데이터를 분석하기 위하여 설계, 개발, 설치 및 직원 교육을 위해 private contractors를 사용하고 있다.

fraud investigation과 prosecution에 대한 책임은 공유되어야 한다. 거의 모든 MFCU는 지난 3년 동안 다른 조직과 공동으로 조사를 실시하였다. 일반적으로 여기에는 state agency, state licensing boards, OIG(Office of Inspector General), FBI 및 federal task force가 함께 하게 된다. 이러한 협력 작업은 state officials의 activities를 증가시킨다. provider operation을 조사하는데 있어 on-site FBI agent와 긴밀하게 일하기 위하여 state agency 내에 fraud prevention bureau를 창설하였다. 일단 사건이 발생하면 FBI는 그것을 MFCU와 U.S. Attorney's office에 보고한다.

조지아, 뉴 저지, 북 카롤리나, 텍사스와 같은 일부 주에서는 메디케이드 프로그램의 integrity를 증대시키기 위하여 엄격한 rule을 적용하고 operation을 재 설계하였다. legislative changes 일부 주에서는 federal law 후에 만들어진 health-care-specific criminal and civil legislation을 실행하고 있다. 이 법에서 prosecutors는 generic mail fraud, 협박, 음모 법령을 기본으로 한 케이스를 개발 할 수 없다. Restructuring operations: 일부 주들은 프로그램 safeguard operation을 강화시키기 위하여 하였다. 1997년 텍사스는 메디케이드 agency 내에 Office of Investigations and Enforcement를 만들고 provider에 대한 administrative action을 수행할 수 있는 권한을 주었다. 이러한 action은 잠재적 fraud, abuse, waste의 확실한 증거 없을 때는 나타날 수 없으며, 제재를 가하고 improper payment를 회복할 수 있다. 최근에 정부는 기술적 지원에 초점을 맞추고 있다. HCFA는 state

프로그램 integrity activities를 촉진시키기 위한 노력을 증가시키고 있다. National Medicaid Fraud and Abuse Initiative Activities는 다음과 같다.

〈표 IV-4〉 National Medicaid Fraud and Abuse Initiative Activities

state fraud statutes web site	이 인터넷 사이트( <a href="http://lightfraud.hcfa.gov/mfs">http://lightfraud.hcfa.gov/mfs</a> )는 다른 주에서 모델로 사용했던 combat program fraud and abuse를 사용한 state statutes의 데이터 베이스가 들어있다.
managed care guidelines	HCFA는 managed care fraud and abuse와 효과적인 managed care fraud and abuse를 확인하는 방법에 대한 정보가 들어있는 Addressing Fraud and Abuse in Medicaid Managed Care에 대한 Guidelines을 제시하였다.
seminars on innovations and obstacles	HCFA는 49개 주의 프로그램 실무자들과 다른 program integrity partner가 참석하여 메디케이드를 보호하는데 있어서 개혁과 방해물을 토의하는 4개의 지역적 ‘실무 세미나’를 지원한다.
technology conference	DOJ와 더불어 HCF는 데이터 마이닝과 네트워크와 같이 fraud와 abuse payment를 탐지하는데 도움이 되는 기술적 도구에 대한 이해를 위한 ‘Combating Health Care Fraud & Abuse: Technologies and Approaches for the 21 Country’ 회의를 공동으로 지원한다.

OIG(Office of Inspector General)는 MFCU가 보고한 activities와 provider training opportunities에 대하여 검토한다. OIG(Office of Inspector General)는 MFCU가 정부의 요구사항을 잘 지키고 정부 기금이 적절했는지 MFCU이 제출하였던 activities를 기준으로 해마다 확인한다. 연방 정부는 guidance뿐만 아니라 기술적 도움, 주들에게 정보 교류에 대한 포럼 제공한다. 연방정부는 주들이 성공적으로 수행할 수 있도록 적극적으로 협력해야할 책임이 있다. 최근에 HFCA와 다른 연방 조사 조직들은 파트너로써 더욱 적극적인 역할을 하고 있다.

## V. 모니터링의 필요성, 방법, 결과

### 1. 의료급여 모니터링의 필요성

#### 가. 의료급여 의료이용 현황

의료급여의 총진료비는 2004년 이후 급격히 증가하여 왔다. 이러한 의료급여 총진료비의 급격한 증가 원인으로는 대상자 확대, 노인인구의 증가, 급여범위의 확대, 신의료기술의 발달 등 자연적인 증가분에 상당한 부분 기인한다. 하지만, 2004년 이후 급여일수 제한이 유명무실해지면서 의료이용의 제한이 없어진 것도 주요 원인일 것으로 추정된다. 특히, 외래 진료비 증가 중 의료급여 2종 수급권자의 평균증가율이 4.46%이고 건강보험은 6.33% 증가한 것에 반하여 의료급여 1종 수급권자는 12.50%나 증가한 것으로 나타나 상대적으로 높게 증가하는 것으로 나타났다. 입원의 경우도 증가율이 1종의 경우 16.98% 증가한 반면 2종은 11.68% 건강보험은 10.40% 증가하는 것으로 나타났다. 증가율은 약국의 경우가 가장 높았는데, 1종의 경우 18.55%, 2종의 경우 14.45%, 그리고 건강보험은 11.12% 증가하는 것으로 나타났다. 이중 외래이용과 관련된 1종수급자의 외래와 약국 진료비는 전체 3조 2,337억원중 1조 3,175억원으로써 40.74%를 차지하고 있다(표 V-1 참조).

〈표 V-1〉 의료급여 총진료비 추이

(단위: 억원, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	연평균 증가율	
입원	계	8,344	8,962	10,291	12,311	15,187	16.15
	1종	6,967	7,703	8,940	10,783	13,045	16.98
	2종	1,377	1,259	1,351	1,528	2,142	11.68
	건강보험	44,333	45,948	54,817	59,669	65,853	10.40
외래	계	7,195	7,655	7,857	8,827	10,713	10.46
	1종	5,218	5,758	6,077	6,944	8,359	<b>12.50</b>
	2종	1,977	1,897	1,780	1,883	2,354	<b>4.46</b>
	건강보험	88,031	92,119	97,847	103,433	112,533	<b>6.33</b>
약국	계	3,383	3,696	4,000	4,907	6,437	17.45
	1종	2,438	2,736	3,042	3,774	4,816	<b>18.55</b>
	2종	945	960	958	1,134	1,621	<b>14.45</b>
	건강보험	46,069	50,249	54,755	61,957	70,229	<b>11.12</b>
총진료비 (증가율)	18,922 (26.34)	20,313 (7.35)	22,149 (9.04)	26,045 (17.59)	32,337 (24.16)	14.34	

의료급여와 건강보험의 의료이용량을 구체적으로 비교해 보면, 먼저 1인당 진료비의 경우 입원의 경우는 건강보험대비 1종은 2.5배, 2종은 1.4배로 나타났으며, 외래의 경우는 1종 3.3배, 2종 1.2배로 나타났다. 일당진료비의 경우 입원은 건강보험에 비해 1종이 0.5배, 2종이 0.6배로 낮게 나타났는데, 이는 의료급여의 경우 정신과 입원이 많고 정신과의 경우 건강보험과 달리 일당 정액으로 수가가 책정되어 있어 일당진료비가 낮게 나타난 것으로 판단된다. 그러나 입원일수는 1종이 11.5일, 2종 2.5일로 입원기간이 길어 장기입원의 경우가 많은 것으로 나타났다. 외래의 경우는 일당진료비가 건강보험에 비해 1종은 1.4배, 2종은 1.1배로 높게 나타났으며, 입내원일수도 1종 2.3배와 2종 1.1배로 나타났다. 하지만 이러한 수치는 중증도가 보정되지 않은 자료로써 의료급여 1종 대상자의 경우 노인인구가 많고 중증질환에 걸린 경우가 많아 직접적인 비교를 하는 것은 무리이다. 따라서 중증도를 보정한 자료에 대한 해석이 필요하다.

〈표 V-2〉 의료급여와 건강보험의 의료이용 비교

(단위: 천원, 일)

구분	1인당진료비			일당진료비			입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,967	4,988	2,838	118	60	66	2	23	5
	1.0	2.5	1.4	1.0	0.5	0.6	1.0	11.5	2.5
외래	385	1,290	470	25	37	27	15	34	17
	1.0	3.3	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	2.3	1.1

자료: 보건복지부 보도자료(2006년, 11월)

이와 관련한 중증도를 보정한 의료이용 비교 자료는 건강보험심사평가원에서 분석한 결과를 토대로 살펴보고자 한다. 먼저 보정방법은 질병건별로 구분하여 중증도를 보정하는 방법을 사용하였는데, 보정전 질병건당 진료비나 질병건당 일당진료비 그리고 질병건당 입내원일수는 다음 표와 같다.

〈표 V-3〉 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 전)

(단위: 천원, 일)

구분	질병건당3) 진료비			질병건당 일당진료비			질병건당 입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,642	2,955	2,015	179	133	133	13.8	46.4	27.8
	1	1.80	1.23	1	0.74	0.74	1	3.36	2.02
외래	66	157	75	18	22	17	3.8	6.2	4.3
	1	2.39	1.14	1	1.21	0.97	1	1.66	1.14

주: 건강보험심사평가원 분석자료(2006년, 11월)

질병별로 중증도를 보정하여 살펴본 결과에서는 보정 전보다는 차이가 줄었지만, 그래도 의료급여 환자의 진료비가 높은 것으로 나타났다. 특히 질병건당 진료비의 경우 중증도가 같은 경우에 입원 1종의 경우 1.2배 높았고, 2종은 1.06배 높았다. 외래의 경우는 1종이 1.48배 2종은 1.11배 높은 것으로 나타났다

다. 질병건당 입내원일수도 입원의 경우 1종이 1.52배, 2종이 1.28배 높았고, 외래는 1종이 1.35배, 2종이 1.13배 높았다.

이러한 사실은 의료급여 1종 수급권자의 경우 중증도가 높은 환자들이 많은 것은 사실이지만, 중증도를 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수가 많다는 것은 의료이용이 과다한 부분이 있는 것으로 보여진다.

〈표 V-4〉 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 후)  
(단위: 천원, 일)

구분	질병건당 진료비			질병건당 일당진료비			질병건당 입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,642	1,977	1,743	179	156	159	13.8	21.1	17.7
	1	1.20	1.06	1	0.87	0.89	1	1.52	1.28
외래	66	97	72	18	19	17	3.8	5.1	4.2
	1	1.48	1.11	1	1.05	0.97	1	1.35	1.13

주: 건강보험심사평가원 분석자료(2006년, 11월)

이러한 과다이용이 건강에 도움을 주는 것이 아니라 오히려 의료기관의 중복방문이나 중복투약 등으로 건강을 해치는 경우들도 있어 사례관리의 필요성이 제기되는 부분이다. 또한 불필요한 의료이용을 줄임으로써 절약되는 재정을 중증질환 등의 보장성 강화나 차상위계층 확대 등에 활용할 경우 의료급여 재원의 효율적 배분을 이룰 수 있어 사례관리의 중요성이 강조되는 부분이다.

#### 나. 의약품 남용실태

의료급여 수급자들은 만성질환, 여러 가지 질환을 가진 노인, 의도적 의료서비스남용 등 여러 가지 이유로 의료기관을 중복 방문하는 경우가 많다고 예상할 수 있다. 이러한 중복방문으로 통해 투약되는 중복부약문제는 의료급여환자에게서 많이 나타난다는 보고들이 나오고 있다.

먼저 의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사(퍼스트디스, 2006. 4)에 따르면, 표본 추출된 환자의 3% 이상에서 3개월간 투약일수 합이 200일을 넘는 것으로 조사되었는데, 이들은 일상적으로 하루에 2곳 이상의 의료기관에서 처방받는 약을 복용하고 있는 셈이다. 그러나 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 방치되는 것으로 볼 수 있다.

그리고 보건복지부에서 최근 의약품 중복처방 및 병용금지 의약품 투여 현황을 조사한 결과를 살펴볼 때도 중복처방비율이 18.55%로 중복투약문제가 심각한 것으로 나타났다(표 V-5 참조).

〈표 V-5〉 동일성분 의약품 중복처방 현황

구분	중복일수	대상건	중복건수	점유율(%)	중복비율(%)	중복일수
전체	소계	2,683,141	497,623	100.00	18.55	1,680,822
	3일 이하		417,885	83.98		
	4일 이상		79,738	16.02		

주: 2006. 1월과 2월 진료월 중복처방 비교(2006. 1~3월 심결기준)

또한 병용금지 의약품 처방을 건강보험과 비교해 볼 때도 건강보험의 경우 수진자 비율이 1.50%가 병용금지 의약품을 처방받는 반면 의료급여는 8.13%로 의료급여가 약화사고 위험에 더 노출되어 있다(표 V-6 참조).

〈표 V-6〉 병용금기 의약품 처방 현황

보험자	연령구분	대상자수	병용금기		
			건수	수진자수	수진자비율(%)
건강보험	계	1,000	326	15	1.50
	65세 이상	531	37	2	0.38
	65세 미만	469	289	13	2.77
의료급여	계	1,008	1,218	82	8.13
	65세 이상	450	571	41	9.11
	65세 미만	558	647	41	7.35

- 주: 1) 2006년 1월~3월 진료분 병용금기 발생건수  
 2) 각 요양기관에서 처방받은 투약일수 상위자(건강보험 1,000명, 의료급여 1,008명)에 대한 병용금기 의약품 처방현황임.  
 3) 동일날 요양기관에서 발행된 다수의 원외처방전 투약내역을 투약일자별로 병합한 결과 투약일자별로 발생한 병용금기 건수(처방전별 병용금기는 미발생)

의료급여 장기이용환자 실태조사(연세대학교, 2006. 10) 중간보고서결과에 따르면 의료급여 장기이용환자들이 복용하는 약물 가지수가 5가지 이상인 경우가 46.9%에 달하였다(표 V-7 참조).

〈표 V-7〉 대상자가 복용하는 약물 가지수에 대한 분포

구분	남자 (%)	여자 (%)	전체 (%)
1가지	7,797 (12.72)	13,150 (10.56)	20,947 (11.28)
2가지	9,334 (15.23)	19,425 (15.61)	28,759 (15.48)
3가지	9,054 (14.77)	19,325 (15.53)	28,379 (15.28)
4가지	6,583 (10.74)	13,976 (11.23)	20,559 (11.07)
5가지 이상	28,519 (46.53)	58,596 (47.08)	87,115 (46.90)
총합	61,287 (100.0)	124,472 (100.0)	185,759 (100.0)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)

이렇게 중복 투약하는 환자들은 적절한 조치 없이 약화사고의 위험에 노출

되어 있으며, 매우 심각한 부작용 발생의 위험을 내포하고 있다고 판단된다. 그러나 심사평가체계 상 여러 병원을 다니는 환자들에 대한 관리가 어려운 상태에 있다. 따라서 이러한 부분에 있어서 의료급여 환자를 일선에서 관리하고 있는 시군구의 의료급여 사례관리의 역할이 필요한 부분을 판단되어진다.

#### 다. 장기이용환자의 의료이용 실태

장기이용환자의 의료이용 실태와 관련하여서는 연세대학교에서 2006년 10월에 조사한 “의료급여 장기이용환자의 의료이용실태와 개선방안” 중간보고서 내용과 건강보험심사평가원의 연간 진료일수 365일 이상 대상자를 대상으로 보험 청구자료를 분석한 결과를 제시하고자 한다.

먼저, 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)에 따르면 의료급여 장기이용환자들은 현재 건강상태가 ‘매우 나쁘다’라고 응답한 경우가 25.13%이었다. 또 ‘나쁘다’고 응답한 대상자도 55.07%이었다. 그런데 장기이용환자 중 19.79%는 자신의 건강상태가 보통 이상으로 좋다고 판단하고 있었다(표 V-8 참조).

〈표 V-8〉 수급자가 판단하는 자신의 현재 건강상태

구분	남자 (%)	여자 (%)	전체 (%)
매우 좋음	85 ( 0.14)	133 ( 0.11)	218 ( 0.12)
좋음	1,126 ( 1.82)	1,809 ( 1.44)	2,935 ( 1.57)
보통	11,633 (18.83)	22,268 (17.77)	33,901 (18.12)
나쁨	32,627 (52.81)	70,392 (56.18)	103,019 (55.07)
매우 나쁨	16,313 (26.40)	30,697 (24.50)	47,010 (25.13)
총합	61,784 (100.0)	125,299 (100.0)	187,083 (100.0)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)

의료급여 장기이용환자들이 여러 의료기관을 이용하는 이유는 ‘몸에 이상을 느껴서’라고 응답한 비율이 전체 중 71.3%였으며, ‘본인 부담금이 없어서’라는 응답은 16.0%이었다. ‘진료 받은 병원치료가 만족스럽지 못해서’라는 응답은 17.1%이었으며, ‘물리치료 등을 하기 위해서’라는 응답은 24.6%이었다. 그리고 ‘전문의료기관에서 치료받고 싶어서’라는 응답도 44.8%이었다(표 V-9 참조).

〈표 V-9〉 여러 의료기관을 이용하는 이유에 대한 응답분포

구분	대상자	전체	(%)
본인 부담금이 없어서	185,343	29,607	(15.97)
전문의료기관에서 치료받고 싶어서	186,270	83,585	(44.87)
몸에 이상을 느껴서	187,032	133,402	(71.33)
주위에서 좋다는 이야기를 들어서	185,638	34,408	(18.53)
진료받은 병원 치료가 만족스럽지 못해서	185,521	31,761	(17.12)
병원에서 오라고 하여서	185,685	26,299	(14.16)
물리치료 등을 이용하면 몸이 편안해져서	185,788	45,699	(24.60)
사람들을 만나 대화를 나눌 수 있어서	185,359	5,457	( 2.94)
입원하는 것보다 비용이 저렴하여서	185,524	21,113	(11.38)
기타	161,511	7,808	( 4.83)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)

여기서 “전문의료기관에서 치료를 받고 싶어서”라는 응답은 정말 중한 질병에 걸려 병원급 이상의 전문의료가 필요한데도 병원급 이상에서 받는 선택진료 등이 부담스러워 의원급을 전전하는 경우가 많아 중증질환의 선택진료 등의 보장성을 강화하는 것은 필요할 것으로 판단된다. 그러나 본인부담금이 없어서 또는 단순 물리치료 등 때문에 장기이용을 하는 환자의 경우는 약간의 비용의식을 느끼도록 일부 본인부담을 하는 방안과 동시에 의료급여 사례관리를 통해 적정의료유도할 필요가 있을 것으로 판단된다.

한편, 의료급여 장기이용환자들이 ‘질병치료로 인한 경제적 부담이 있다’라

는 응답은 51.58%이었다(표 V-10 참조).

〈표 V-10〉 질병치료로 인한 경제적 부담

구분	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
없다	28,652	(47.15)	60,283	(49.05)	88,935	(48.42)
있다	32,111	(52.85)	62,617	(50.95)	94,728	(51.58)
총합	60,763	(100.0)	122,900	(100.0)	183,663	(100.0)

의료급여 장기이용환자들이 질병치료 시 경제적 부담이 있는 경우 그 이유에 대한 질문에서 교통비의 부담은 35.4%, 비급여부분의 검사비는 33.6%, 보약을 포함한 한방치료에서 11.8%이었다(표 V-11 참조).

〈표 V-11〉 경제적 부담이 있는 경우 부담의 종류

구분	대상자	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
교통비	161,000	19,080	(35.67)	37,829	(35.18)	56,909	(35.35)
비급여의 검사비	160,761	19,070	(35.71)	34,895	(32.50)	53,959	(33.56)
비급여의 입원비	160,018	11,228	(21.13)	18,588	(17.39)	29,816	(18.63)
비급여의 약제비	160,634	15,835	(29.66)	30,507	(28.45)	36,342	(28.85)
한방치료 (보약포함)	159,864	5,707	(10.75)	13,086	(12.25)	18,793	(11.76)
기타	143,416	1,577	( 3.31)	2,668	( 2.79)	4,245	( 2.96)

여기서 반대로 장기이용환자 중에서 경제적 부담을 느끼지 못하는 계층도 48.42%가 있는데, 이처럼 경제적 부담을 느끼지 못하고 의료이용을 할 경우는 적정의료보다 과다하게 의료이용을 하는 반면 건강 상의 차이는 없다는 여러 연구결과 등이 있다. 따라서 위에서 언급했듯이 장기이용환자에 대한 과다이용을 적정의료로 관리할 수 있는 사례관리 시스템이 필요하며, 제도적으로는 비용의식을 느낄 수 있는 제도적 장치가 필요할 것으로 판단된다.

365일 장기이용환자에 대해 건강보험심사평가원의 자료를 이용한 분석 결과

들을 살펴보면 는 다음 표들과 같다.

〈표 V-12〉 365일 이상 장기이용환자 요양기관이용 현황

상병명	환자수	계	종합병원	병원	의원	한방·병의원	보건기관	기타
전체	389,700	6.4	0.8	0.5	3.8	0.6	0.3	0.4
회귀난치성질환	80,463	7.9	1.2	0.5	4.4	1.1	0.3	0.4
정신질환	80,746	6.5	0.8	0.7	3.9	0.4	0.2	0.4
만성질환	179,088	5.9	0.7	0.4	3.6	0.5	0.4	0.4
기타	49,403	5.3	0.6	0.4	3.2	0.4	0.2	0.4

먼저, 2005년에 365일 이상 장기 이용한 환자수는 389,700명으로 나타났으며, 이 중 환자의 주상병이 108개 회귀난치성 질환인 환자는 80,483명이었고, 정신질환인 경우가 80,746명, 만성질환인 경우가 179,088명이었고, 기타질환으로만 365일 넘는 경우가 49,403명이었다. 이때 의료기관을 이용한 개수가 평균 6.4개 요양기관을 이용했으며, 회귀난치성 질환의 경우 7.9개의 요양기관을 이용하였다.

〈표 V-13〉 365일 이상 장기이용환자 상병개수 현황

	소계	회귀	정신	만성	기타
전체	9.5	0.3	0.3	1.1	7.8
회귀난치성질환	12.0	1.2	0.3	1.2	9.3
정신질환	9.5	0.0	1.3	0.8	7.4
만성질환	8.8	0.0	0.0	1.5	7.3
기타	7.7	0.0	0.0	0.0	7.7

장기이용환자들의 상병개수 현황을 살펴보면 평균 9.5개의 상병을 가지고 있고 회귀난치성 질환자의 경우는 평균 12개의 상병을 가지고있다.

〈표 V-14〉 365일 이상 장기이용환자 의료이용 현황

상병명	총급여일수	외래		입원	
		내원일수	투약일수	입원일수	요양일수
전체	555.8	61.6	400.5	32.5	39.0
회귀난치성질환	607.4	80.7	432.0	26.0	36.5
정신질환	575.1	56.3	298.2	39.5	46.8
만성질환	542.6	56.0	446.8	18.2	23.1
기타	488.2	59.4	349.0	83.6	87.9

의료이용량을 살펴보면, 평균적으로 555.8일을 급여 받고 있으며 외래 방문 일수가 61.6일, 입원일수가 32.5일 등으로 나타났다.

〈표 V-15〉 주상병별 장기이용 환자의 분포

주상병	365일	365일+90일	365일+180일	365일+360일
회귀난치성질환	8,493	2,178	908	201
정신질환	36,840	1,578	547	143
만성질환	57,550	12,704	5,704	1,242
기타질환	116,942	68,960	40,561	14,784
회귀질환자	22,806	15,010	9,297	3,750
정신질환자	15,882	10,551	6,675	2,729
만성질환자	40,145	24,729	14,496	5,026
기타질환자	38,109	18,670	10,093	3,279
합계	219,825	85,420	47,720	16,370

주: 환자가 2-4개 질환을 지닌 사람의 주상병 기준은 회귀/정신/만성/기타 순임.

마지막으로 주상병별로 한 가지 질환으로 365일을 초과하여 사용한 사람들의 분포를 살펴보면, 회귀난치성 8,493명, 정신질환 36,840명, 만성질환 57,550명으로 나타났다. 기타질환은 질환을 분류할 수 없어 회귀난치성질환, 정신질환, 만성질환을 제외한 모든 질환을 총 합산에서 365일을 초과한 환자수가 116,942명이었다.

365일 초과 장기 이용하는 환자를 살펴본 결과 1년에 평균 6.4개의 다른 요

양기관을 다니고, 9.5개의 상병을 평균적으로 가지고 있으며, 1년에 평균 555.8 일을 진료를 받는 것으로 나타났다. 이처럼 많은 의료이용을 하고 있지만, 실질적인 의료이용에 대한 정보나 지식이 없는 경우가 많아 의료이용이 오히려 건강에 해를 끼치는 경우 등이 많을 것으로 판단된다. 그리고 이처럼 많은 의료이용을 하는 수급자들에게는 의료이용에 대한 정보나 지식을 주고 적절한 의료이용과 건강한 의료이용을 할 수 있도록 도와주는 사례관리의 역할이 절실한 것으로 판단된다.

특히 한 개 질환으로 365일 넘게 의료이용을 하고 있는 대상이 10만 명이 넘게 나타났는데, 이러한 경우는 중복투약이나 과다의료이용을 건강상에도 위해하고 의료급여 재정상으로도 재원이 낭비되는 요소가 많다. 고혈압, 당뇨 등 만성질환은 1년 내내 약을 먹어야 하므로 365일 진료를 받는 것은 적절한 의료이용이지만 1개 질환으로 365일을 초과하여 과다 이용하는 것은 명백히 의료이용에 남용이 있다고 판단될 수밖에 없다.

따라서 한정된 의료급여재원의 효율적인 사용이나 의료급여 환자들의 건강을 위해서 체계적이고 전문적인 사례관리 시스템이 필요할 것으로 판단된다.

## 2. 의료급여 모니터링의 조사의 방법

### 가. 조사의 개요

1977년 의료보험제도와 함께 시행된 의료급여제도는 지난 30년 간 우리나라의 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데에 지대한 역할을 수행하여 왔다. 하지만 2002년도 대비 2005년도 의료급여 수급권자는 약 24% 증가하였고 진료비 규모 또한 동 기간동안 약 1조 9800억에서 2005년 말 기준 약 3조 1700 억원으로 60.2%로 급증하는 등 의료급여 수급권자 및 급여범위의 확대는 의료급여 재정의 불안을 증폭시키고 있다. 그러나 이러한 수급권자 및 급여 범위의

확대에도 불구하고 수급권자의 실질적인 건강관리는 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 더욱이 무분별한 외래이용환자의 중복투약문제, 동일한 질환으로 여러 의료기관을 이용하는 문제 등으로 발생하는 자원배분의 비효율성 등이 해결되어야 할 문제점으로 지적되고 있다. 이에 수급권자에 대한 실질적인 건강관리와 함께 수급권자의 삶의 질과 국가의 재정안정화 방안의 필요성이 제기되고 있다.

본 조사는 의료급여 수급권자들의 지속적인 건강관리를 도모하고 한정된 의료급여 재정을 효과적으로 지출할 수 있도록 하며, 의료급여 수급자의 적정의료이용을 유도하기 위한 의료급여사례관리의 필요성을 검증해 보고자 실시되었다. 다시 말해 의료급여 수급권자 중에서 의료기관 과다의료이용 등으로 의료급여 사례관리 대상자로 선정된 수급권자에 대해 의료급여사례관리 개입이 어떠한 영향을 미치는지를 파악하기 위하여 실시된 조사이다. 본 조사에서는 전화상담, 방문상담 등의 의료급여사례관리를 통하여 사례관리 대상자들의 사례관리 전·후의 의료이용행태에 변화가 있는지를 비교·분석하였다.

먼저 의료급여관리사에 통해 사례관리가 실시되었던 대상자에 대한 사례관리 내역을 파악하기 위하여 표본 추출된 48개 시·군·구지역의 의료급여관리사로부터 협조를 받아 사례관리내역에 대한 조사를 실시하였고 사례관리 모니터링 조사표에 사례관리 대상자에 대한 전화상담, 방문상담 그리고 사후관리 등의 사례관리내역과 사례관리기간, 사례관리 개시일 등에 관한 정보를 기재하도록 하였다. 또한 사례관리 내역조사 자료를 바탕으로 사례관리 대상자에 대한 사례관리 전·후의 의료이용실태를 비교·분석하기 위하여 국민건강보험공단에 의뢰하여 사례관리 대상자들에 대한 2005년도 1월 1일부터 2006년 10월까지의 진료비 청구내역자료를 구득하여 함께 분석하였다.

따라서 본 장에서는 의료급여사례관리 대상자에 대한 사례관리가 대상자의 의료이용행태에 있어 어떠한 영향을 미치는지를 파악하고자 하였으며, 특히 사례관리 전·후의 대상자의 진료일수, 내원일수, 투약일수 그리고 진료비 등의

의료이용행태에 어떠한 변화가 있는지를 분석하고 의료급여사례관리의 효율성과 효과성을 검증해 보고자 하였다. 이를 바탕으로 향후 의료급여수급권자에 대한 적정의료이용 유도보다 효과적이고 효율적인 의료급여 사례관리에 대한 방법을 모색해 보고자 하였다.

## 나. 조사방법

### 1) 조사내용

의료급여사례관리 전·후의 대상자의 의료이용행태를 분석하고자 실시한 본 조사는 의료급여관리사의 사례관리 개입에 대한 사례관리 내역과 조사 대상자의 의료이용행태를 비교·분석하기 위하여 국민건강보험공단으로부터 구득한 진료비 청구 내역자료로 크게 두 가지로 구분될 수 있다. 의료급여 사례관리 모니터링은 의료급여관리사들이 배치된 전국 234개 시·군·구에서 지역의 규모와 의료급여관리사 경력이 최소 2년 이상 되는 48개 지역에서 실시되었으며, 각 시·군·구 당 약 40명의 사례관리 대상자에 대한 사례관리 내역을 조사하였다. 사례관리 내역조사의 기간은 2006년 1월 1일부터 2006년 6월 30일 까지 해당 시·군·구에서 사례관리가 이루어졌던 대상자에 대한 개입내역을 기재하도록 하였으며 이 기간 동안의 전화상담 및 방문상담 그리고 상담 횟수, 상담을 시작한 개시일 그리고 대상자에 대한 사례관리 기간을 조사 하였다. 먼저 의료급여관리사의 사례관리내역조사의 내용은 다음과 같다. (조사표는 부록 2 참조)

첫째, 사례관리 대상자의 주상병과 부상병, 그리고 상병코드

둘째, 사례관리를 실시하였던 기간

셋째, 사례관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수 및 상담 개시일

넷째, 사후관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수

2006년 1월 1일부터 2006년 6월 30일까지의 사례관리 내역을 바탕으로 대상

자의 의료이용행태를 사례관리 전·후로 구분하여 비교·분석하기 위하여 사례관리 조사 대상자의 2005년 1월 1일부터 2006년 10월까지의 진료비 청구 내역 자료를 국민건강보험공단에 의뢰하여 구득하였으며 내용은 다음과 같다.

첫째, 요양개시일, 요양일수, 내원일수 그리고 투약일수 등의 진료일수  
둘째, 의료이용과 관련한 총 진료비, 법정 본인 부담금, 보험자 부담금

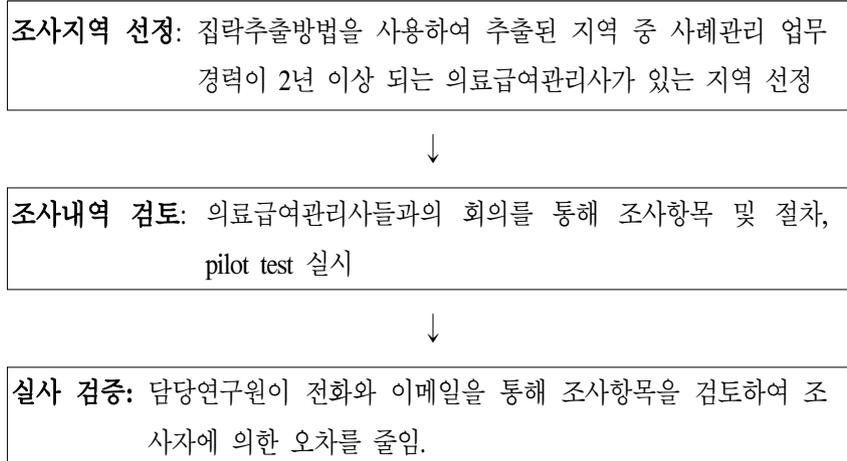
## 2) 조사의 기본설계

### (1) 표본설계(Sampling Design)

의료급여사례관리 대상자에 대한 사례관리 내역조사는 의료급여관리사가 배치 완료된 전국 234개 시·군·구중에서 지역의 크기별로 지역비례 계통추출방법을 이용하여 1차 표본추출을 한 지역에서 다시 의료급여관리사의 업무 경력이 최소 2년 이상이 되는 50개 시·군·구 지역을 최종 선정하였다. 이 중 퇴직 등 다른 사유로 조사를 실시할 수 없는 2개 지역을 제외한 총 48개 시·군·구에 대해 각 지역 당 약 40명의 사례관리 대상자에 대한 사례관리내역을 구득하였다.

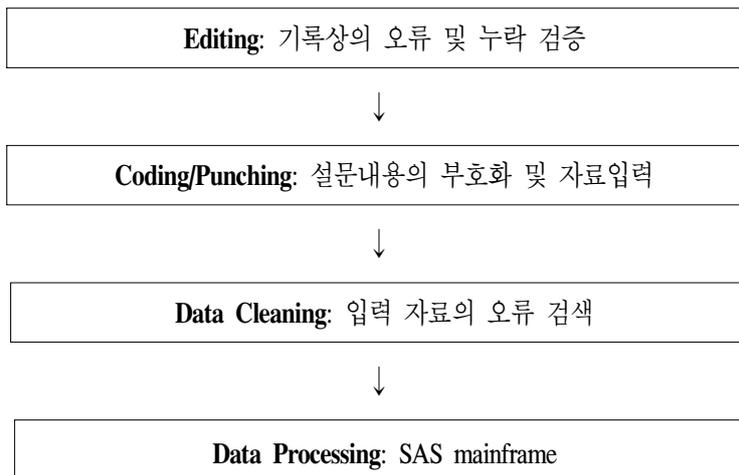
각 지역의 사례관리 대상자 선정기준은 전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합 상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자를 우선 대상으로 선정하였다. 또한 선정기준에 대한 자료는 각 지역의 의료급여관리사가 국민건강보험공단 지사로부터 수급권자 급여일수, 급여내역 등 전산자료를 제공받아 연간 급여일수 및 진료비 규모가 큰 수급권자 중 선정기준에 의해 1차 후보자 선정 한 후 직접방문이나 전화상담을 통해 사례관리 목적, 방법, 기간 등을 설명하여 동의를 얻은 후 최종 사례관리대상자로 선정된 대상자를 최종표본으로 선정하였다.

(2) 조사 설계



(3) 자료처리

수집된 자료는 Coding, Punching, Editing 과정을 거쳐 SAS 프로그램으로 전산 처리하였다.



### 3) 조사 일정

의료급여 사례관리 내역 조사표는 3회에 걸쳐 의료급여관리사들과의 자문회의를 통해 완성되었고 조사표는 50개 지역의 해당 시·군·구의 의료급여관리사들에게 2006년 1월 1일 ~ 6월 30일(6개월간)까지의 사례관리 대상자 중에서 본 모니터링 조사의 기준에 준하는 약 40명을 대상자의 사례관리 내역을 기재하도록 하였으며, 조사표는 이메일을 통하여 발송되었다. 의료급여 사례관리 내역조사의 조사표 작성 기간은 2006년 11월 13일부터 11월 22일까지였으며, 이 기간 중 전화통화와 이메일을 통하여 조사항목과 과정에 있어서 발생할 수 있는 조사표 입력 오차를 줄였다. 그리고 수집된 의료급여 사례관리 조사내역을 바탕으로 조사대상자의 의료이용내역을 국민건강보험공단에 의뢰하여 2006년 12월 6일까지 구득완료 하였다.

본 의료급여 사례관리 모니터링 조사의 구체적인 일정은 다음과 같다. 우선 의료급여 사례관리의 실태와 구체적인 사례내용을 파악하기 위하여 2006년 6월부터 의료급여관리사들과의 자문회의를 정기적으로 개최하였고, 2006년 9월부터 각 지역 일선 현장의 의료급여관리사를 방문하여 의견수렴과 현지조사를 실시하였다. 또한 의료급여 사례관리 모니터링 조사와 보건소의 방문보건사업 간의 중복된 사업과 사례로 인해 발생할 수 있는 오차를 줄이기 위하여 방문보건사업의 대상자 선정, 가정방문간호 사업 등에 대하여 방문보건간호사들과의 자문회의 및 현지실사를 실시하였다.

의료급여 사례관리 대상자의 사례관리 전·후의 의료이용실태 분석을 위해 의료급여 사례관리 내역조사를 통해 수집된 총 2,300명의 대상자의 의료이용내역은 국민건강보험공단에 의뢰하여 2005년도 1월 1일부터 2006년 10월 말 현재까지의 의료이용내역을 구득하여 의료급여 사례관리 조사내역과 비교·검토한 결과 총 2,300명의 조사 대상자 중 이용 가능한 2,127명의 의료이용내역이 수집되었다. 조사내역자료와 의료이용내역자료를 수집함에 있어 본 모니터링 조사 대상자의 개인정보보호를 위하여 조사 대상자의 주민번호 앞자리 6자리와 뒤 자리 7자리 중 앞 1자리만을 사용하였고 조사대상자수가 많지 않았기 때문에 모니터링 조사에 사용된 총 7자리의 번호가 중복되는 대상자는 발견되지 않았다.

마지막으로 의료급여 사례관리가 대상자의 삶의 질 향상과 적정의료이용 유도에 있어 효과적으로 이루어졌던 사례에 대해 전국 234개 시·군·구의 의료급여관리사를 대상으로 수기공모를 실시하였다. 사례관리 공모는 2006년 12월 11일~22일(2주간) 이루어졌으며 총 15편의 수기를 접수하였고 이 중 사례관리가 가장 효과적으로 이루어졌다고 판단되는 6편의 수기를 선정하여 전국 의료급여관리사들에게 이메일을 통하여 공람하였다(부록 1참조).

4) 표본의 특성

(단위: 명, %)

구분		의료급여 사례관리 대상	
		대상자수	백분율
전 체		2,127	100.00
성 별	남자	638	30.00
	여자	1489	70.00
연령별	20세 미만	3	0.14
	20대	17	0.80
	30대	39	1.83
	40대	151	7.10
	50대	275	12.93
	60대	604	28.40
	70대	825	38.79
	80대	207	9.73
	90대	6	0.28
조사지역	수도권	471	22.14
	경상권	665	31.26
	전라권	385	18.10
	충청권	428	20.12
	강원권	156	7.33
	제주권	22	1.03
지역규모	대도시	725	34.09
	중소도시	648	30.47
	군 지역	754	35.45

표본으로 추출된 전체 대상자는 총 2,127명으로 남성보다 여성이 1,489명으

로 남성의 대상자의 두 배 이상인 것으로 나타났고 연령대 별로는 70대가 전체 대상자의 약 39%로 가장 많은 것으로 조사되었다. 그리고 지역별로는 강원권과 제주권의 의료급여 사례관리 대상 집단의 표본이 상대적으로 적었으며 지역 규모별로는 대체로 고르게 분포된 것을 알 수 있다.

### 3. 모니터링 결과

#### 가. 기초 자료

1차년도 모니터링 대상자수는 전국 48개 지방자치단체의 2,127명 이었다. 1종 수급자 87%와 2종 수급자 13%로 구성되었다.

〈표 V-16〉 전체 대상자의 의료급여 종별 빈도

(단위: 건수, %)		
구분	대상자수	백분율
1종	1,850	86.98
2종	277	13.02
계	2,127	100.00

2,217명 모니터링 대상자의 2005년도 평균 진료일수는 881일이었고 평균 진료비는 약 5,478천원이었다. 가장 많은 진료비를 기록한 대상자는 약 45백만 원에 이르렀다. 모니터링 대상자 중 1종 수급자와 2종 수급자간 진료 이용에 큰 차이는 없었다. 진료일수, 내원일수, 진료비 크기 등 거의 모든 지표에서 유사한 실적을 보이고 있다.

〈표 V-17〉 전체 대상자의 의료이용분석

(단위: 일, 천원, 건수)

데이터	평균	최대값	최소값
진료일수	882	3167	11
내원일수	196	1303	5
진료비	5,478	45,189	96
본인부담금	46	2,681	0
급여비	5,422	45,189	88
총 대상자수	2,127	2,127	2,127

〈표 V-18〉 전체 대상자의 의료이용분석(1종, 2종 구분)

(단위: 일, 원, 건수)

데이터	의료급여 1종	의료급여2종
평균 진료일수	888.13	872.95
평균 내원일수	197.56	186.76
평균 진료비	5,576,186	4,932,204
평균 본인부담금	11,632	256,857
평균 급여비	5,561,809	4,614,209
대상자 수	1,850	277

2,127명 모니터링 대상자의 월별 분포는 아래와 같다. 2006년 7월 이후에도 지속적으로 사례관리가 이루어지고 있지만 7월 이후에 실시된 사례관리의 경우 그 효과를 확인하기 어렵기 때문에 6월까지의 실적만 추적하였다. 그러나 진료 후 청구를 거쳐 실적으로 기록되기까지 최소 3개월 이상이 소요되고 그 이후에도 부분적으로 계속 청구되기 때문에 본 연구에서는 6월 이전에 실시되었던 사례관리 중 자료 구득이 가능한 3월 이전 사례관리 건수에 한정하여 분석하고자 한다.

〈표 V-19〉 월별 사례관리 대상자 수

(단위: 건수, %)

월별	1월	2월	3월	4월	5월	6월	계
대상자 수	142	330	501	297	523	334	2127
백분률	6.68	15.51	23.55	13.96	24.59	15.70	100.00

## 나. 입원

아래에서는 사례관리 시점을 기준으로 전년대비 사례관리 후 진료실적을 비교분석하기로 한다. 2006년 1월 중 142명에 대해 사례관리가 이루어졌다. 계절적 요인을 제거하면서 사례관리 전후 진료실적을 비교하기 위해 2005년 2월부터 6월까지의 사례관리 전 진료실적과 2006년 2월부터 6월까지 사례관리 후 진료실적을 직접 비교하였다. 7월 이후의 실적은 구득하기 어려워 6월까지로 한정하였다. 142명의 사례관리 대상자들 중 2005년에는 38명이 입원하였으나 사례관리 후 2006년에 33명이 입원하여 약 13% 감소하였다. 진료일수, 입원일수, 진료비, 입원건수 등 거의 모든 지표에서 사례관리 후 감소경향을 보이고 있다. 그러나 건당 진료일수와 입원일수는 크게 변화가 없는 것으로 나타났다. 2005년도 의료급여 수급자 전체의 1인당 진료일수, 입원일수, 진료비는 모두 증가하였으나 사례관리 대상자의 동 지표들은 모두 감소경향을 보였다. 1월의 입원 결과치만 보면 사례관리가 진료량을 감소시키는데 효과가 있었던 것으로 나타난다.

〈표 V-20〉 2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1월 입원		증감률	2005년도 전체 수급자 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	38	33	-13.16	
총 진료일수	1,650	1,389	-15.82	-
총 입원일수	1,224	1,026	-16.18	-
총 진료비	90,706,820	66,075,640	-27.15	-
총 진료건수	72	58	-19.44	-
건당 진료일수	22.92	23.95	4.50	-
건당 입원일수	17.00	17.69	4.06	-2.33
건당 진료비	1,259,817	1,139,235	-9.57	1.63
실환자당 진료일수	43.42	42.09	-3.06	-
실환자당 입원일수	32.21	31.09	-3.48	-
실환자당 진료비	2,387,022	2,002,292	-16.12	-
1인당 진료일수	11.62	9.78	-15.82	7.54
1인당 입원일수	8.62	7.23	-16.18	4.95
1인당 진료비	638,780	465,321	-27.15	9.20

주: 1) 1월 사례관리 대상자 수: 142명

2) 1월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 2월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2월 중 사례관리 되었던 대상자는 330명이다. 사례관리 전후 비교를 위해 2005년 3월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였다. 2월의 결과는 1월의 결과와 큰 차이가 있다. 1월의 결과에서는 거의 모든 지표에서 사례관리 대상자의 실적이 전년대비 감소하였으나 2월 대상자의 경우에는 입원환자수만 감소하였고 나머지 지표에서는 증가한 것으로 나타났다. 전체 수급자의 평균 증가율보다 더 높게 증가한 것으로 나타났다.

〈표 V-21〉 2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	2월 입원		증감률	2005년도 전체수급자 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	84	70	-16.67	-
총 진료일수	2,438	2,807	15.14	-
총 입원일수	1,532	1,942	26.76	-
총 진료비	166,448,060	200,363,570	20.38	-
총 진료건수	127	147	15.75	-
건당 진료일수	19.20	19.10	-0.53	-
건당 입원일수	12.06	13.21	9.52	-2.33
건당 진료비	1310614.65	1363017.48	4.00	1.63
실환자당 진료일수	29.02	40.10	38.16	
실환자당 입원일수	18.24	27.74	52.11	
실환자당 진료비	1,981,525	2,862,337	44.45	
1인당 진료일수	7.39	8.51	15.14	7.54
1인당 입원일수	4.64	5.88	26.76	4.95
1인당 진료비	504,388	607,162	20.38	9.20

주: 1) 2월 사례관리 대상자 수: 330명

2) 2월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 3월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

3월 중 사례관리 되었던 대상자는 501명이다. 사례관리 전후 비교를 위해 2005년 4월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였다. 3월의 결과는 앞에서 분석한 1월 및 2월의 결과와 또 다르게 나타났다. 1월의 결과에서는 거의 모든 지표에서 사례관리 대상자의 실적이 전년대비 감소하였으나 2월 대상자의 경우에는 입원환자수만 감소하였고 나머지 지표에서는 증가한 것으로 나타났다. 전체 수급자의 평균 증가율보다 더 높게 증가한 것으로 나타났다. 반면 3월은 1월과 2월을 결합한 형태처럼 보인다. 절대 환자수나 진료일수는 감소하였으나 입원일수 및 진료비 크기는 증가하였다. 입원 환자당 진료일수, 입원일수, 진료비는 모두 큰 폭으로 증가하였다. 사례관리의 효과가

거의 없는 것으로 나타났다.

〈표 V-22〉 2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	3월 입원		증감률	2005년도 전체수급자 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	94	76	-19.15	-
총 진료일수	3,233	2,927	-9.46	-
총 입원일수	2,051	2,100	2.39	-
총 진료비	180,446,430	188,515,150	4.47	-
총 진료건수	145	137	-5.52	-
건당 진료일수	22.30	21.36	-4.18	-
건당 입원일수	14.14	15.33	8.37	-2.33
건당 진료비	1,244,458	1,376,023	10.57	1.63
실환자당 진료일수	34.39	38.51	11.98	
실환자당 입원일수	21.82	27.63	26.64	
실환자당 진료비	1,919,643	2,480,463	29.21	
1인당 진료일수	6.45	5.84	-9.46	7.54
1인당 입원일수	4.09	4.19	2.39	4.95
1인당 진료비	360,173	376,278	4.47	9.20

주: 1) 3월 사례관리 대상자 수: 501명

2) 3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 입원 진료실적을 종합하면 아래 표와 같다. 총 973명에 대해 사례관리가 실시되었고 이 중 2005년에 189명이 입원하였으나 사례관리 후 155명으로 감소하였다. 감소이유가 사례관리라 단정할 수 없으나 절대 입원환자수는 감소하였다. 따라서 총 진료일수, 입원일수 또한 감소하였다. 그러나 총 진료비는 증가하였고 실입원환자당 진료일수, 입원일수, 진료비 등은 모두 증가하였다. 사례관리의 효과는 그 직후 바로 나타나기보다 시차를 두고 천천히 나타나는 경향이 있기 때문에 위에서 제시된

값을 토대로 단정하기 어려우나 최소한 입원의 경우 사례관리가 별 효과가 없는 것으로 나타났다. 의료급여 수급자들의 입원은 대부분의 경우 필요에 의해 수요 되는 것으로 보인다.

〈표 V-23〉 2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (입원)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1-3월 입원		증감률	2005년도 수급자 전체 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	189	155	-17.99	-
총 진료일수	6,301	5,754	-8.68	-
총 입원일수	4,083	4,058	-0.61	-
총 진료비	373,862,870	389,253,510	4.12	-
총 진료건수	288	283	-1.74	-
건당 진료일수	22	20	-7.07	-
건당 입원일수	14	14	1.14	-2.33
건당 진료비	1,298,135	1,375,454	5.96	1.63
실환자당 진료일수	33.34	37.12	11.35	
실환자당 입원일수	21.60	26.18	21.19	
실환자당 진료비	1,978,110	2,511,313	26.96	
1인당 진료일수	6.48	5.91	-8.68	7.54
1인당 입원일수	4.20	4.17	-0.61	4.95
1인당 진료비	384,237	400,055	4.12	9.20

주: 1) 1~3월까지의 사례관리 대상자 수: 973명

2) 1~3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

#### 다. 외래

아래에서는 사례관리 시점을 기준으로 전년대비 사례관리 후 외래 진료실적을 비교분석하기로 한다. 2006년 1월 중 142명에 대해 사례관리가 이루어졌다. 계절적 요인을 제거하면서 사례관리 전후 진료실적을 비교하기 위해 2005년 2월부터 6월까지의 사례관리 전 진료실적과 2006년 2월부터 6월까지 사례관리

후 진료실적을 직접 비교하였다. 142명의 사례관리 대상자들 중 2005년에는 141명이 외래를 이용하였고 사례관리 후 2006년에도 똑같이 141명이 외래 방문하여 사례관리 전후 이용자수의 변화는 없었다. 그러나 내원일수 약 18%가 감소하였고 진료비 또한 약 7%가 감소하였다. 실 외래환자 기준 진료일수, 내원일수, 진료비 등 모든 지표에서 감소경향을 보였다. 1월 사례관리의 결과치는 외래의 경우 대단히 효과가 있는 것으로 나타났다.

〈표 V-24〉 2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1월 외래		증감률	2005년도 수급자 전체 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	141	141	0.00	-
총 진료일수	11,194	8,930	-20.23	-
총 내원일수	7,085	5,808	-18.02	-
총 진료비	111,791,280	103,802,270	-7.15	-
총 진료건수	2,404	2,250	-6.41	-
건당 진료일수	4.66	3.97	-14.76	-
건당 내원일수	2.95	2.58	-12.41	-1.86
건당 진료비	46,502	46,134	-0.79	1.97
실환자당 진료일수	79.39	63.33	-20.23	
실환자당 내원일수	50.25	41.19	-18.02	
실환자당 진료비	792,846	736,186	-7.15	
1인당 진료일수	78.83	62.89	-20.23	4.64
1인당 내원일수	49.89	40.90	-18.02	2.74
1인당 진료비	787,263	731,002	-7.15	6.70

주: 1) 1월 사례관리 대상자 수: 142명

2) 1월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 2월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2월 중 사례관리 되었던 대상자는 330명이다. 사례관리 전후 비교를 위해 2005년 3월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였

다. 입원의 경우는 2월의 결과와 1월의 결과가 큰 차이가 있었으나 외래의 경우는 2월의 결과가 1월의 결과치와 거의 유사하게 나타났다. 거의 모든 지표에서 사례관리 후 감소 경향을 보이고 있다. 이용 실 인원은 증가하였으나 내원 일수, 진료비 등에서는 감소하여 사례관리의 효과가 있는 것으로 보인다.

〈표 V-25〉 2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1월 외래		증감률	2005년도 수급자 전체 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	327	330	0.92	-
총 진료일수	21,701	19,439	-10.42	-
총 내원일수	13,690	11,310	-17.38	-
총 진료비	231,476,480	206,918,680	-10.61	-
총 진료건수	4,722	4,385	-7.14	-
건당 진료일수	4.60	4.43	-3.54	-
건당 내원일수	2.90	2.58	-11.04	-1.86
건당 진료비	49020.86	47187.84	-3.74	1.97
실환자당 진료일수	66.36	58.91	-11.24	
실환자당 내원일수	41.87	34.27	-18.14	
실환자당 진료비	707,879	627,026	-11.42	
1인당 진료일수	65.76	58.91	-10.42	4.64
1인당 내원일수	41.48	34.27	-17.38	2.74
1인당 진료비	701,444	627,026	-10.61	6.70

주: 1) 2월 사례관리 대상자 수: 330명

2) 2월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 3월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

3월 중 사례관리 되었던 대상자는 501명이다. 사례관리 전후 비교를 위해 2005년 4월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였다. 3월의 결과 또한 앞에서 분석한 1월 및 2월의 결과와 거의 유사한 결과가 나타났다. 외래의 경우 입원과 달리 사례관리의 효과가 확연히 나타나고 있다.

〈표 V-26〉 2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	3월 외래		증감률	2005년도 수급자 전체 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	494	500	1.21	-
총 진료일수	26,129	23,185	-11.27	-
총 내원일수	13,846	12,272	-11.37	-
총 진료비	243,682,430	226,261,080	-7.15	-
총 진료건수	5,027	4,677	-6.96	-
건당 진료일수	5.20	4.96	-4.63	-
건당 내원일수	2.75	2.62	-4.74	-1.86
건당 진료비	48,475	48,377	-0.20	1.97
실환자당 진료일수	52.89	46.37	-12.33	
실환자당 내원일수	28.03	24.54	-12.43	
실환자당 진료비	493,284	452,522	-8.26	
1인당 진료일수	52.15	46.28	-11.27	4.64
1인당 내원일수	27.64	24.50	-11.37	2.74
1인당 진료비	486,392	451,619	-7.15	6.70

주: 1) 3월 사례관리 대상자 수: 501명

2) 3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 외래 진료실적을 종합하면 아래 표와 같다. 총 973명에 대해 사례관리가 실시되었고 외래 이용환자의 수는 2005년과 2006년 사이 큰 변화가 없었지만 의료이용량은 절대적으로 감소하였다. 환자 1인당 내원일수가 약 16% 감소하였고 따라서 1인당 진료비도 약 19% 감소하였다. 사례관리 후 외래의 경우는 효과가 상당한 것으로 나타났다.

〈표 V-27〉 2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (외래)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1~3월 외래		증감률	2005년도 수급자 전체 평균증감률
	2005	2006		
실 환자수	961	967	0.62	-
총 진료일수	49,461	42,837	-13.39	-
총 내원일수	28,699	24,067	-16.14	-
총 진료비	492,688,050	443,371,640	-10.01	-
총 진료건수	10,097	9,255	-8.34	-
건당 진료일수	5	5	-5.51	-
건당 내원일수	3	3	-8.51	-1.86
건당 진료비	48,795	47,906	-1.82	1.97
실환자당 진료일수	51.47	44.30	-13.93	
실환자당 내원일수	29.86	24.89	-16.66	
실환자당 진료비	512,683	458,502	-10.57	
1인당 진료일수	50.83	44.03	-13.39	4.64
1인당 내원일수	29.50	24.73	-16.14	2.74
1인당 진료비	506,360	455,675	-10.01	6.70

주: 1) 1~3월까지의 사례관리 대상자 수: 973명

2) 1~3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

#### 다. 약국

아래에서는 사례관리 시점을 기준으로 전년대비 사례관리 후 약국 이용 진료실적을 비교분석하기로 한다. 2006년 1월 중 142명에 대해 사례관리가 이루어졌다. 계절적 요인을 제거하면서 사례관리 전후 진료실적을 비교하기 위해 2005년 2월부터 6월까지의 사례관리전 진료실적과 2006년 2월부터 6월까지 사례관리후 진료실적을 직접 비교하였다. 142명의 사례관리 대상자들 중 2005년에는 140명이 외래를 이용하였고 사례관리후 2006년에도 똑같이 140명이 약국을 방문하여 사례관리 전후 이용자수의 변화는 없었다. 내원일수는 약 19%가

감소하였고 진료비는 약 4.7%가 증가하였다. 건당 투약일수가 증가하여 내원 횟수는 감소하였지만 진료비는 증가하였다. 건당 투약일수 증가율에 비해 건당 진료비가 더 크게 증가한 것은 고가약 처방 및 조제가 이루어진 것으로 보인다. 약국이용은 외래이용실적과 같을 수밖에 없기 때문에 약국 이용실적의 감소가 사례관리의 효과라 보기 어렵지만 사례관리후 약국에 대한 이용실태는 외래 이용실태와 거의 흡사한 것으로 나타났다.

〈표 V-28〉 2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1월 약국		증감률
	2005	2006	
실 환자수	140	140	0.00
총 진료일수	36,997	35,118	-5.08
총 내원일수	3,699	2,977	-19.52
총 진료비	113,257,010	118,681,200	4.79
총 진료건수	3,699	2,977	-19.52
건당 투약일수	10.00	11.80	17.94
건당 내원일수	1.00	1.00	0.00
건당 진료비	30,618	39,866	30.20
실환자당 진료일수	264.26	250.84	-5.08
실환자당 내원일수	26.42	21.26	-19.52
실환자당 진료비	808,979	847,723	4.79
1인당 진료일수	260.54	247.31	-5.08
1인당 내원일수	26.05	20.96	-19.52
1인당 진료비	797,585	835,783	4.79

주: 1) 1월 사례관리 대상자 수: 142명

2) 1월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 2월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2월 중 사례관리 되었던 대상자는 330명이다. 사례관리 전후 비교를 위해 2005년 3월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였다. 약국의 경우는 외래와 비슷하게 2월의 결과가 1월의 결과치와 거의 유사하

게 나타났다.

〈표 V-29〉 2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	2월 약국		증감률
	2005	2006	
1인당 건수	324	327	0.93
총 진료일수	73,592	68,829	-6.47
총 내원일수	7,348	6,100	-16.98
총 진료비	220,961,950	231,510,200	4.77
총 건수	7,348	6,100	-16.98
건당 투약일수	10.02	11.28	12.66
건당 내원일수	1.00	1.00	0.00
건당 진료비	30071.03	37952.49	26.21
실환자당 진료일수	227.14	210.49	-7.33
실환자당 내원일수	22.68	18.65	-17.75
실환자당 진료비	681,981	707,982	3.81
1인당 진료일수	223.01	208.57	-6.47
1인당 내원일수	22.27	18.48	-16.98
1인당 진료비	669,582	701,546	4.77

주: 1) 2월 사례관리 대상자 수: 330명

2) 2월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 3월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

사례관리 전후 비교를 위해 2005년 4월부터 6월까지의 진료실적과 2006년도 동기간의 진료실적을 비교하였다. 3월의 결과 또한 앞에서 분석한 1월 및 2월의 결과와 거의 유사한 결과가 나타났다.

〈표 V-30〉 2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국)  
(단위: 일, 원, 건수)

연도	3월 약국		증감률
	2005	2006	
1인당 건수	487	488	0.21
총 진료일수	78,202	76,659	-1.97
총 내원일수	7,368	6,527	-11.41
총 진료비	229,591,200	249,764,210	8.79
총 진료건수	7,368	6,527	-11.41
건당 진료일수	10.61	11.74	10.66
건당 내원일수	1.00	1.00	0.00
건당 진료비	31,161	38,266	22.80
실환자당 진료일수	160.58	157.09	-2.17
실환자당 내원일수	15.13	13.38	-11.60
실환자당 진료비	471,440	511,812	8.56
1인당 진료일수	156.09	153.01	-1.97
1인당 내원일수	14.71	13.03	-11.41
1인당 진료비	458,266	498,531	8.79

주: 1) 3월 사례관리 대상자 수: 501명  
 2) 3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

2006년 1월부터 3월까지 실시된 사례관리 대상자의 약국 진료실적을 종합하면 아래 표와 같다. 총 973명에 대해 사례관리가 실시되었고 이용환자의 수는 2005년과 2006년 사이 큰 변화가 없었지만 의료이용량은 절대적으로 감소하였다. 환자 1인당 내원일수가 약 15% 감소하였으나 고가약 투약 및 진료건당 투약일수의 증가로 진료비는 증가하였다.

〈표 V-31〉 2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (약국)  
(단위: 일, 원, 건수)

연도	1~3월약국		증감률
	2005	2006	
실 환자수	949	950	0.11
총 진료일수	156,273	149,043	-4.63
총 내원일수	15,211	12,874	-15.36
총 진료비	466,254,550	493,948,420	5.94
총 진료건수	15,211	12,874	-15.36
건당 진료일수	10	12	12.69
건당 내원일수	1	1	0.00
건당 진료비	30,652	38,368	25.17
실환자당 진료일수	164.67	156.89	-4.73
실환자당 내원일수	16.03	13.55	-15.45
실환자당 진료비	491,311	519,946	5.83
1인당 진료일수	160.61	153.18	-4.63
1인당 내원일수	15.63	13.23	-15.36
1인당 진료비	479,193	507,655	5.94

주: 1) 1~3월까지의 사례관리 대상자 수: 973명

2) 1~3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

#### 라. 의료이용 전체(입원 + 외래 + 약국)

입원, 외래, 약국을 합한 의료이용 전체 진료실적이 아래 표에 보이고 있다. 사례관리 실시 시기와 상관없이 전체적으로 사례관리후에 의료이용량이 감소하고 있다. 입원의 경우 다소 불규칙적인 경향이 있었으나 외래와 약국에서 사례관리의 효과가 탁월하여 전체적으로 사례관리에 의해 수급자의 의료이용량이 감소하고 있는 것으로 보인다. 외래의 내원일수가 감소하여 약국 방문일수도 감소하였으나 약국의 경우 고가약 중심의 투약이 이루어지는 것으로 보이고 입

원은 사례관리에 크게 영향을 받지 않는 것으로 나타났다.

〈표 V-32〉 2006년 1월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	1월 총합계		증감률
	2005	2006	
실 환자수	141	141	0.00
총 진료일수	42033.00	39338.00	-6.41
총 입원/내원일수	8309.00	6834.00	-17.75
총 진료비	315,755,110	288,559,110	-8.61
총 진료건수	2,476	2,308	-6.79
건당 진료일수	16.98	17.04	0.40
건당 입원/내원일수	3.36	2.96	-11.76
건당 진료비	127,526	125,026	-1.96
실환자당 진료일수	298.11	278.99	-6.41
실환자당 입원/내원일수	58.93	48.47	-17.75
실환자당 진료비	2,239,398	2,046,519	-8.61
1인당 진료일수	296.01	277.03	-6.41
1인당 입원/내원일수	58.51	48.13	-17.75
1인당 진료비	2,223,628	2,032,106	-8.61

주: 1) 1월 사례관리 대상자 수: 142명

2) 1월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 2월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

〈표 V-33〉 2006년 2월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계)  
(단위: 일, 원, 건수)

연도	2월 총합계		증감률
	2005	2006	
실 환자수	328	330	0.61
총 진료일수	82372.00	76846.00	-6.71
총 입원/내원일수	15222.00	13252.00	-12.94
총 진료비	618,886,490	638,792,450	3.22
총 진료건수	4,849	4,532	-6.54
건당 진료일수	16.99	16.96	-0.18
건당 입원/내원일수	3.14	2.92	-6.85
건당 진료비	127,632	140,952	10.44
실환자당 진료일수	251.13	232.87	-7.27
실환자당 입원/내원일수	46.41	40.16	-13.47
실환자당 진료비	1,886,849	1,935,735	2.59
1인당 진료일수	249.61	232.87	-6.71
1인당 입원/내원일수	46.13	40.16	-12.94
1인당 진료비	1875413.61	1935734.70	3.22

주 1) 2월 사례관리 대상자 수: 330명

2) 2월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 3월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

〈표 V-34〉 2006년 3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계)  
(단위: 일, 원, 건수)

연도	3월 총합계		증감률
	2005	2006	
실 환자수	497	500	0.60
총 진료일수	87913.00	85331.00	-2.94
총 내원일수	15897.00	14372.00	-9.59
총 진료비	653,720,060	664,540,440	1.66
총 진료건수	5,172	4,814	-6.92
건당 진료일수	17.00	17.73	4.28
건당 내원일수	3.07	2.99	-2.87
건당 진료비	126,396	138,043	9.21
실환자당 진료일수	176.89	170.66	-3.52
실환자당 입원/내원일수	31.99	28.74	-10.14
실환자당 진료비	1,315,332	1,329,081	1.05
1인당 진료일수	175.48	170.32	-2.94
1인당 입원/내원일수	31.73	28.69	-9.59
1인당 진료비	1,304,830	1,326,428	1.66

주: 1) 3월 사례관리 대상자 수: 501명  
 2) 3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

〈표 V-35〉 2006년 1~3월 사례관리 방문상담 대상자의 의료실적 (총합계)  
(단위: 일, 원, 건수)

연도	1~3월 총합계		증감률
	2005	2006	
실 환자수	966	967	0.10
총 진료일수	176062.00	165990.00	-5.72
총 입원/내원일수	32782.00	28125.00	-14.21
총 진료비	1,332,805,470	1,326,573,570	-0.47
총 진료건수	25,596	22,412	-12.44
건당 진료일수	6.88	7.41	7.67
건당 입원/내원일수	1.28	1.25	-2.02
건당 진료비	52,071	59,190	13.67
실환자당 진료일수	211.85	205.35	-3.07
실환자당 입원/내원일수	51.47	51.07	-0.77
실환자당 진료비	2,982,105	3,489,761	17.02
1인당 진료일수	180.95	170.60	-5.72
1인당 입원/내원일수	33.69	28.91	-14.21
1인당 진료비	1,369,790	1,363,385	-0.47

주: 1) 1~3월까지의 사례관리 대상자 수: 973명

2) 1~3월 사례관리 대상자의 의료이용량의 비교기간은 각각 2005년도와 2006년도 4월에서 6월까지의 의료이용량을 비교하였음.

#### 마. 사례관리 횟수별 의료이용량의 변화

사례관리 횟수의 차이에 의해 의료이용량의 변화가 있는지 여부를 분석하기 위해 방문상담이 이루어지지 않은 경우, 1회 이루어진 경우, 2회 이상 4회 이하, 5회 이상으로 구분하여 분석하였다. 방문상담이 이루어지지 못했던, 즉 전화 등 기타 방법에 의해 관리되었던 집단은 사례관리 효과가 거의 없는 것으로 나타났다. 대상자 수가 많지 않아 전체적인 결론을 도출하기 적절치 않으나 방문상담이 이루어지지 않은 경우 의료이용량이 오히려 증가한 경향을 보이고 있

다. 1회 방문 상담이 이루어진 경우 다른 집단에 비해 가장 효과가 두드러지고 있다. 외래의 모든 지표에서 감소현상을 보이고 있다. 2회 이상 4회 이하의 집단도 1회 방문 집단과 유사한 결과를 보이고 있다. 그러나 5회 이상 방문을 통해 사례관리가 이루어진 집단은 오히려 의료이용량이 증가함을 볼 수 있다.

위와 같은 결과로부터 다음과 같은 결론에 도달할 수 있다. 방문상담이 전화상담 등 기타 사례관리 방법보다 재정을 관리하는 측면에서는 효과가 있다. 5회 이상 방문상담 대상자들의 의료이용량이 감소하지 않은 것은 두 가지 측면에서 해석이 가능할 것 같다. 사례관리가 전혀 효과적이지 않은 집단이거나 사례관리와 상관없이 의료소비가 필요한 집단일수 있다.

〈표 V-36〉 방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 0회)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	입원			외래			약국		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	84	77	-8.33	32	56	75.00	279	348	24.73
총 입원/내원일수	47	77	63.83	32	56	75.00	23	40	73.91
총 진료비(천원)	3,461	2,372	-31.48	471	1,150	144.16	674	750	11.24
총 진료건수	3	3	0.00	18	14	-22.22	23	40	73.91
건당 진료일수	28	26	-8.33	2	4	125.00	12	9	-28.28
건당 입원/내원일수	16	26	63.83	2	4	125.00	1	1	0.00
건당 진료비(천원)	1,154	791	-31.48	26	82	213.92	29	19	-36.04
실 환자당 진료일수	84.00	77.00	-8.33	10.67	18.67	75.00	93.00	116.00	24.73
실 환자당 입원/내원일수	47.00	77.00	63.83	10.67	18.67	75.00	7.67	13.33	73.91
실 환자당 진료비(천원)	3,461	2,372	31	157	383	144	225	250	11
실 환자당 건수	1	1		3	3	-	3	3	-

〈표 V-37〉 방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 1회)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	입원			외래			약국		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	4,477	3,964	-11.46	31,584	27,146	-14.05	109,592	103,902	-5.19
총 입원/내원일수	2,987	2,821	-5.56	19,515	15,943	-18.30	10,372	8,702	-16.10
총 진료비(천원)	266,650	284,1390	6.56	335,013	292,896	-12.57	325,513	344,775	5.92
총 진료건수	199	192	-3.52	6,941	6,293	-9.34	10,372	8,702	-16.10
건당 진료일수	22	21	-8.23	5	4	-5.20	11	12	13.00
건당 입원/내원일수	15	15	-2.11	3	3	-9.89	1	1	0.00
건당 진료비(천원)	1,340	1,480	10.44	48	47	-3.57	31	40	26.24
실 환자당 진료일수	33.92	34.47	1.63	45.51	38.84	-14.67	158.83	150.80	-5.05
실 환자당 입원/내원일수	22.63	24.53	8.40	28.12	22.81	-18.89	15.03	12.63	-15.98
실 환자당 진료비(천원)	2,020	2,471	22.31	483	419	-13.20	472	500	6.07
실 환자당 건수	132	115	-12.88	694	699	0.72	690	689	-0.14

〈표 V-38〉 방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 2~4회)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	입원			외래			약국		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	1,617	1,591	-1.61	16,468	13,957	-15.25	40,696	38,083	-6.42
총 입원/내원일수	989	1,060	7.18	7,938	6,659	-16.11	4,142	3,311	-20.06
총 진료비(천원)	96,613	93,937	-2.77	141,979	131,192	-7.60	119,389	125,693	5.28
총 진료건수	82	82	0.00	2,807	2,552	-9.08	4,142	3,311	-20.06
건당 진료일수	20	19	-1.61	6	5	-6.78	10	12	17.07
건당 입원/내원일수	12	13	7.18	3	3	-7.73	1	1	0.00
건당 진료비(천원)	1,178	1,146	-2.77	51	51	1.64	29	38	31.70
실 환자당 진료일수	31.10	43.00	38.28	68.33	57.67	-15.60	174.66	162.06	-7.22
실 환자당 입원/내원일수	19.02	28.65	50.63	32.94	27.52	-16.46	17.78	14.09	-20.74
실 환자당 진료비(천원)	1,858	2,539	36.65	589	542	-7.98	512	535	4.38
실 환자당 건수	52	37	-28.85	241	242	0.41	233	235	0.86

〈표 V-39〉 방문 횟수별 연간 증가율 (방문: 5회 이상)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	입원			외래			약국		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	123	122	-0.81	1,291	1,577	22.15	4,823	5,685	17.87
총 입원/내원일수	60	100	66.67	1,140	1,332	16.84	623	774	24.24
총 진료비(천원)	7,139	8,806	23.34	14,172	17,032	20.18	18,566	20,693	11.46
총 진료건수	4	6	50.00	289	352	21.80	623	774	24.24
건당 진료일수	31	20	-33.88	4	4	0.29	8	7	-5.12
건당 입원/내원일수	15	17	11.11	4	4	-4.07	1	1	0.00
건당 진료비(천원)	1,785	1,468	-17.77	49	48	-1.33	30	27	-10.29
실 환자당 진료일수	30.75	61.00	98.37	64.55	78.85	22.15	241.15	284.25	17.87
실 환자당 입원/내원일수	15.00	50.00	233.33	57.00	66.60	16.84	31.15	38.70	24.24
실 환자당 진료비(천원)	1,785	4,403	146.68	707	852	20.18	928	1,035	11.46
실 환자당 건수	4	2	-50.00	20	20	0.00	20	20	0.00

바. 진료과별 사례관리 효과 분석

사례관리 대상자들이 이용하는 의료기관 진료과별 사례관리의 효과를 분석하고자 한다. 아래에서는 가장 빈번히 이용되는 5개 진료과에 대한 사례관리 전후 의료이용량의 변화를 분석하였다.

1) 입원

입원의 경우 내과, 외과, 정형외과, 신경외과, 일반이 다빈도 진료과로 선정되었다. 5개 진료과 중 사례관리후 의료이용량(총진료비)이 감소한 과는 내과, 외과, 신경외과로 나타났고 정형외과와 일반은 증가한 것으로 나타났다. 특히 외과의 감소현상이 두드러졌다. 정형외과는 총진료비가 증가한 것으로 나타났으나 그 외 진료일수나 입원일수는 감소하였다. 표본 수가 적어 나타난 현상으로 보인다.

〈표 V-40〉 상위5개 진료과 진료과별 분석 (입원)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	내과			정형외과		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	2,958	2,682	-9.33	1,200	1,075	-10.42
총 입원일수	1,702	1,805	6.05	758	742	-2.11
총 진료비(천원)	176,495	175,808	-0.39	71,271	101,201	41.99
총 진료건수	144	139	-3.47	41	40	-2.44
건당 진료일수	21	19	-6.07	29	27	-8.18
건당 입원일수	12	13	9.87	18	19	0.34
건당 진료비(천원)	1,226	1,265	3.19	1,738	2,530	45.54
실 환자당 진료일수	29.00	31.19	7.54	38.71	35.83	-7.43
실 환자당 입원일수	16.69	20.99	25.78	24.45	24.73	1.15
실 환자당 진료비(천원)	1,730	2,044	18.14	2,299	3,373	46.73
실 환자당 건수	102	86	-15.69	31	30	-3.23

〈표 V-41〉 상위5개 진료과 진료과별 분석 (입원)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	일반			신경외과			외과		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	468	582	24.36	602	627	4.15	273	208	-23.81
총 입원일수	438	568	29.68	441	398	-9.75	196	102	-47.96
총 진료비(천원)	11,333	15,016	32.50	52,331	49,888	-4.67	19,738	9,657	-51.08
총 진료건수	18	27	50.00	27	24	-11.11	15	12	-20.00
건당 진료일수	26	22	-17.09	22	26	17.17	18	17	-4.76
건당 입원일수	24	21	-13.55	16	17	1.53	13	9	-34.95
건당 진료비(천원)	630	556	-11.67	1,938	2,079	7.25	1,316	805	-38.84
실 환자당 진료일수	66.86	58.20	-12.95	27.36	36.88	34.79	19.50	18.91	-3.03
실 환자당 입원일수	62.57	56.80	-9.22	20.05	23.41	16.79	14.00	9.27	-33.77
실 환자당 진료비(천원)	1,619	1,502	-7.25	2,379	2,935	23.37	1,410	878	-37.73
실 환자당 건수	7	10	42.86	22	17	-22.73	14	11	-21.43

2) 외래

외래는 5대 다빈도 진료과로 내과, 정형외과, 안과, 한방침구과, 일반적으로 나타났다. 외래의 경우 입원과 달리 모든 과에서 사례관리후 의료이용량 감소가 두드러졌다. 특히 안과와 정형외과의 감소가 컸는데 안과는 만성질환과 직접적인 관련이 없는 과임에도 불구하고 감소량이 상대적으로 크게 나타났다.

〈표 V-42〉 상위5개 진료과 진료과별 분석 (외래)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	내과			정형외과		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	13,202	11,192	-15.22	9,465	7,746	-18.16
총 내원일수	7,894	7,092	-10.16	8,101	6,539	-19.28
총 진료비(천원)	129,036	128,054	-0.76	120,194	99,796	-16.97
총 진료건수	3,195	3,030	-5.16	1,902	1,685	-11.41
건당 진료일수	4	4	-10.61	5	5	-7.62
건당 내원일수	2	2	-5.27	4	4	-8.89
건당 진료비(천원)	40	42	4.64	63	59	-6.28
실 환자당 진료일수	15.98	13.57	-15.12	15.19	13.00	-14.45
실 환자당 내원일수	9.56	8.60	-10.05	13.00	10.97	-15.62
실 환자당 진료비(천원)	156	155	-0.64	193	167	-13.21
실 환자당 건수	826	825	-0.12	623	596	-4.33

〈표 V-43〉 상위5개 진료과 진료과별 분석 (외래)

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	일반			안과			침구과(한방)		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	10,346	10,171	-1.69	1,704	1,222	-28.29	2,468	2,387	-3.28
총 내원일수	1,091	1,022	-6.32	1,203	942	-21.70	2,162	2,013	-6.89
총 진료비(천원)	25,253	25,581	1.30	37,423	30,401	-18.76	30,299	29,757	-1.79
총 진료건수	753	834	10.76	687	582	-15.28	544	508	-6.62
건당 진료일수	14	12	-11.24	2	2	-15.35	5	5	3.57
건당 내원일수	1	1	-15.42	2	2	-7.57	4	4	-0.29
건당 진료비(천원)	34	31	-8.54	54	52	-4.11	56	59	5.17
실 환자당 진료일수	34.49	33.35	-3.30	4.95	3.81	-23.15	9.42	9.86	4.71
실 환자당 내원일수	3.64	3.35	-7.86	3.50	2.93	-16.09	8.25	8.32	0.80
실 환자당 진료비(천원)	84	84	-0.36	109	95	-12.94	116	123	6.33
실 환자당 건수	300	305	1.67	344	321	-6.69	262	242	-7.63

#### 사. 요양기관 종별 사례관리 효과 분석

아래에서는 요양기관 종별 사례관리 전후 효과를 분석하고자 한다. 입원의 경우 병원급 이상에서는 사례관리후 의료이용량의 감소가 없었으나 의원급의 감소현상이 두드러졌다. 의원급의 진료비는 다른 지표의 감소에도 불구하고 증가하였으나 데이터에 대한 보다 면밀한 검토가 필요한 부분으로 보인다. 즉 outlier가 있는 것으로 보인다.

외래의 경우 병원급 이상과 의원급 모두 사례관리후 의료이용량이 감소하였으나 의원급의 감소가 훨씬 큰 것으로 나타났다. 요양기관 종별 사례관리 효과 분석에서는 입원과 외래 모두 의원급 이용자에게 효과가 더 큰 것으로 나타나 향후 사례관리는 의원급 이용자에게 더 집중할 필요가 있는 것으로 나타났다.

〈표 V-44〉 요양기관 종별 분석 (입원)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	병원급 이상 (입원)			의원급 (입원)		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	5,775	5,423	-6.10	213	141	-33.80
총 입원일수	3,623	3,741	3.26	157	137	-12.74
총 진료비	354,942,290	367,813,960	3.63	9,121,230	14,813,110	62.40
총 진료건수	260	263	1.15	16	14	-12.50
건당 진료일수	22	21	-7.17	13	10	-24.35
건당 입원일수	14	14	2.08	10	10	-0.27
건당 진료비	1,365,163	1,398,532	2.44	570,077	1,058,079	85.60
실 환자당 진료일수	33.00	37.14	12.56	16.38	12.82	-21.77
실 환자당 입원일수	20.70	25.62	23.77	12.08	12.45	3.13
실 환자당 진료비	2,028,242	2,519,274	24.21	701,633	1,346,646	91.93
실 환자당 건수	175	146	-16.57	13	11	-15.38

〈표 V-45〉 요양기관 종별 분석 (외래)

(단위: 일, 원, 건수)

연도	병원급 이상 (외래)			의원급 (외래)		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	18,308	16,144	-11.82	24,828	20,953	-15.61
총 내원일수	5,245	4,653	-11.29	19,685	15,934	-19.06
총 진료비	159,244,280	154,913,000	-2.72	282,368,110	240,498,120	-14.83
총 진료건수	2,965	2,712	-8.53	5,740	5,110	-10.98
건당 진료일수	6	6	-3.59	4	4	-5.20
건당 내원일수	2	2	-3.01	3	3	-9.08
건당 진료비	53,708	57,121	6.36	49,193	47,064	-4.33
실 환자당 진료일수	25.97	23.43	-9.77	27.87	23.84	-14.46
실 환자당 내원일수	7.44	6.75	-9.23	22.09	18.13	-17.95
실 환자당 진료비	225,878	224,837	-0.46	316,911	273,604	-13.67
실 환자당 건수	705	689	-2.27	891	879	-1.35

### 아. 수급자 종별 사례관리 효과 분석

아래표는 의료급여 수급자 종별 사례관리 효과의 차이를 보이고 있다. 모든 지표에서 1종과 2종간 사례관리후 효과는 거의 비슷한 것으로 나타나고 있다. 즉 의료급여 수급자에 대한 종별 차이는 재정관점에서 사례관리 효과에 큰 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 V-46〉 의료급여 종별 분석

(단위: 일, 원(천원), 건수)

연도	의료급여 1종			의료급여 2종		
	2005	2006	증감률	2005	2006	증감률
총 진료일수	183,700	170,920	-6.96	28,335	26,714	-5.72
총 내원일수	41,397	35,507	-14.23	6,596	5,492	-16.74
총 진료비(천원)	1,141,166	1,157,802	1.46	191,639	168,771	-11.93
총 진료건수	22,071	19,319	-12.47	3,525	3,093	-12.26
건당 진료일수	8	9	6.30	8	9	7.45
건당 내원일수	2	2	-2.01	2	2	-5.11
건당 진료비(원)	51,704	59,931	15.91	54,366	54,566	0.37
실 환자당 진료일수	250.72	239.59	-4.44	241.54	228.81	-5.27
실 환자당 내원일수	67.47	65.35	-3.15	67.63	58.58	-13.39
실 환자당 진료비(원)	2,891,696	3,499,248	21.01	3,576,812	3,418,765	-4.42
실 환자당 건수	1,812	1,790	-1.21	287	282	-1.74

## VI. 결론 및 향후 연구방향

### 1. 결론

소득인정액이 최저생계비 이하이면서 부양의무자 조건을 만족하는 계층에게 국가가 무상으로 의료서비스를 제공하는 제도가 의료급여이다. 1977년 제도 도입 이래 지속적으로 그 위상을 넓혀가고 있다. 최근 최저생계비 100% 이상 120% 이하의 차상위 계층 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 집단과 18세 미만 아동을 의료급여 수급권자로 편성하였다. 희귀난치성 질환의 종류도 확대하여 107개에 이르고 있다. 제도 적용 대상의 확대뿐 아니라 급여 범위도 넓혀가고 있다. 본인부담 상한제 및 보상제가 도입되었고 암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환 대상 2종 수급자의 본인부담율이 15%에서 10%로 인하되었으며 6세 미만 아동에 대해서는 본인부담을 없앴다. 장애인 보장구에 대한 급여범위도 확대되었다.

반면 급여 범위가 건강보험과 거의 같아 최저생계비 이하의 저소득 수급자가 감당하기에는 비급여의 규모가 과도하다. 신영석(2005)의 “의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안 연구”에 의하면 100만원 이상의 본인부담 의료비를 감당해야하는 수급자가 1년에 3만 가구를 넘고 있는 것으로 나타났다. 빈곤층 대상 의료보장제도로서 제 역할을 다하고 있지 못하다. 향후 지속적으로 급여범위 및 적용대상을 확대해야 하는 이유이다. 그러나 최근 의료급여제도의 재정동향은 우려를 자아내고 있다.

지난 3년간 년 평균 20% 이상의 진료비 증가를 보이고 있다. 급여범위가 확대되고 수급자가 증가하여 진료비가 늘어나는 것은 당연한 현상이겠으나 그 속도가 예상을 넘고 있다. 특히 연간 365일로 진료일수가 제한되어 있으나 사

후승인에 의해 약 38만여명(2005년 기준)의 수급자가 365일 이상의 진료일수를 기록하고 있다. 5,000일 이상의 진료일수를 기록한 수급자도 19명에 이른다.

본인부담이 없다는 것은 필요이상의 의료수요를 유발할 수 있다. 일반적으로 상품이나 서비스 구매시 지불가격보다 만족도가 높으면 가격과 만족도가 같을 때까지 계속 구매를 늘리는 것이 합리적 소비자의 행동양식이다. 물론 의료 부분에 이러한 현상이 꼭 일치하는 것은 아니지만 그러한 경향은 나타날 수밖에 없다. 즉 무상으로 서비스를 구매할 수 있는 여건에서 그 서비스가 만족도를 높이므로 소비를 증가시키게 된다.

향후 의료급여제도의 수급자를 증가시키고 급여범위를 확대하려면 우선 제도의 건강성이 담보되어야 한다. 건강성을 제고시키기 위해 현재 수급자들의 의료이용행태를 우선 분석해볼 필요가 있다. 본 보고서는 의료급여제도의 건강성을 높이기 위해 과다 이용자들에 대한 의료이용 모니터링을 실시하였다.

전국 48개 지방자치단체의 2,127명을 대상으로 의료급여 관리사를 통해 사례관리를 실시한 후, 사례관리 전후 의료이용실적을 비교분석하였다. 금년은 의료급여 모니터링을 위한 1차년도이기 때문에 우선 현재 보건복지부 지침에 의해 각 지자체별 시행중인 사례관리를 분석대상으로 하였다. 2006년 1월부터 6월까지 실시된 2,127명의 대상자 중 자료구득이 가능한 약 9백7십여 명을 분석 대상으로 삼았다. 입원, 외래, 약국별, 요양기관 종별, 의료급여 수급자 종별, 방문 횟수별, 수급자 진료과별로 구분하여 사례관리 전후 의료이용 양태의 변화를 분석하였다.

입원의 경우 사례관리 후에도 의료이용량에 큰 변화가 없었다. 다소 감소하는 경향을 보였으나 결론을 내리기에는 한계가 있다. 더욱이 자료의 한계 상 사례관리후 약 3개월 정도의 진료실적으로 분석하였기 때문에 그 이후에 나타날 수 있는 효과가 무시되었다. 그럼에도 불구하고 다음과 같이 정리할 수 있다. 대부분의 입원서비스는 필요에 의해 소비되고 있다. 즉, 사례관리와 상관없이 치료가 필요하기 때문에 계속 의료서비스를 받고 있는 것이다.

외래의 경우 입원과 달리 사례관리 후 현격하게 의료이용량의 감소를 가져왔다. 내원일수가 평균 16% 감소하였고 진료비도 약 10% 감소하였다. 재정측면에서 사례관리의 효과가 탁월하다 하겠다.

약국은 병의원의 처방에 의해 영향을 받기 때문에 외래의 결과치와 거의 유사한 형태를 띤다. 내원일수가 감소하였다. 그러나 내원건당 투약일수가 증가하였다. 또한 진료일수가 감소하였음에도 진료비가 증가한 것은 고가약 사용의 증거이다. 향후 재정관점 의료급여 제도에 대한 모니터링에서 공급자의 처방양태를 주의 깊게 모니터링할 필요가 있음을 보여준다.

요양기관 종별로 구분하여 사례관리의 효과를 분석한 결과 병원급 이상에서 보다는 의원급에서 보다 효과적인 것으로 나타났다. 의원급에서도 입원보다는 외래가 병원급 이상 역시 입원보다는 외래가 훨씬 효과적인 것으로 나타났다. 향후 사례관리의 대상을 설정할 때 고려해야할 부분이다.

진료과별 사례관리의 효과 분석은 입원과 외래로 구분하여 실시되었다. 입원의 경우 다빈도 5개 진료과 중 사례관리후 의료이용량(총진료비)이 감소한 과는 내과, 외과, 신경외과로 나타났고 정형외과와 일반은 증가한 것으로 나타났다. 특히 외과의 감소현상이 두드러졌다. 외래의 경우 입원과 달리 모든 과에서 사례관리후 의료이용량 감소가 두드러졌다. 특히 안과와 정형외과의 감소가 컸는데 안과는 만성질환과 직접적인 관련이 없는 과임에도 불구하고 감소량이 상대적으로 크게 나타났다.

사례관리 방문횟수별 효과분석도 실시되었다. 방문상담이 이루어지지 못했던, 즉 전화 등 기타 방법에 의해 관리되었던 집단은 사례관리 효과가 거의 없는 것으로 나타났다. 1회 방문 상담이 이루어진 경우 다른 집단에 비해 가장 효과가 두드러지고 있다. 2회 이상 4회 이하의 집단도 1회 방문 집단과 유사한 결과를 보이고 있다. 그러나 5회 이상 방문을 통해 사례관리가 이루어진 집단은 오히려 의료이용량이 증가하였다. 즉 방문상담이 전화상담 등 기타 사례관리 방법보다 재정을 관리하는 측면에서는 효과가 있으나 과도한 방문은 큰 효

과를 기대하기 어렵다.

의료급여 수급자 중별 분석에서는 사례관리의 효과가 2종과 1종간 거의 차이가 없는 것으로 나타났다.

사례관리의 효과를 요약하면 다음과 같다. 입원보다는 외래에서, 병원급 이상에서 보다는 의원급에서, 진료과 중에서는 내과와 외과에서, 그리고 1내지 2회 정도의 방문을 통한 사례관리가 효과적인 것으로 나타났다.

## 2. 연구의 한계 및 향후 연구 방향

### 가. 연구의 한계

본 연구를 수행함에 있어 다음과 같이 몇 가지 한계가 있었다. 첫째, 금년 연구는 1차 년도로써 Pilot 성격을 가지고 있다. 모니터링의 초점을 어디에 둘 것인지가 명확치 않아 시범사업 성격으로 실시하였다. 대상자는 이미 보건복지부에서 선정하여 지자체별로 사례관리를 실시하였던 집단을 선정하였다. 사례관리 절차도 보건복지부 지침에 의해 실시되었다. 따라서 대상자 선정부터 사례관리까지 지속적인 모니터링이 실시되지 못해 진료일수가 9일인 사람도 포함되었다.

둘째, 대상자로 선정된 전국의 2,127명이 대표성을 갖는다 보기 어렵다. 모니터링 요원으로 48명의 의료급여 관리사가 위촉되었는 바, 이들은 2004년 이전에 배치 완료된 집단이다. 의료급여 관리사가 2003년부터 배치되기 시작해 2006년에 전국적으로 모든 지자체에 배치 완료되었다. 전문성을 살리기 위해 2004년 이전 배치된 48개 지자체가 선정되었기 때문에 이들이 전국을 대표한다고 보기 어렵다. 즉 2,127명의 모니터링 대상자가 전국적인 대표성을 갖지 않는다. 다만 사례관리의 경향치를 보여주고 있다.

셋째, 사례관리 전후의 진료실적을 비교하여 사례관리 효과를 분석하고자

하였으나 효과를 판단하기에는 사례관리후 시간이 너무 짧았다. 2006년 1, 2, 3월에 실시된 사례관리를 기준으로 전년도 2월부터 6월까지의 진료실적과 당년도 동기간의 진료실적을 비교하였으나 그 효과를 판단하기에는 시간이 너무 촉박하였다.

넷째, 대상자를 선정함에 있어 명확한 기준에 의해 뜻하는 목적이 있어야 하나 기준과 목적을 연계하여 선정하지 못했기 때문에 분석에 한계가 있었다. 예를 들어 필요이상의 진료를 받는 것으로 보이는 계층에 대한 사례관리를 위해서는 동일 질환, 동일 중증도, 동일 연령의 진료양태로부터 벗어난 계층을 사례관리 대상자로 선정하여야 하나 이러한 기준보다는 단순히 일정 기준(500일) 이상 진료일수를 기록하고 있는 계층 중 일부를 선정하는 절차를 밟았다. 이는 의도하는 모니터링의 목적을 달성할 수 없다.

다섯째, 973명의 분석대상은 제도의 함의를 도출하는 데 너무 작다. 분석결과가 왜곡될 수 있다. 특히 진료과별 분류에 의해 분석하는 경우 표본 수가 너무 작아 분석에 대한 결론을 일부 유보할 수밖에 없었다.

#### 나. 향후 연구 방향

위에서 열거한 연구의 한계를 극복하며 모니터링의 효과를 극대화하기 위해 향후 모니터링 연구는 사전에 충분한 준비가 필요할 것 같다. 의료급여 수급자 전체의 진료실적을 토대로 우선 모니터링 대상을 선정해야 한다. 과다 이용 의혹이 있는 계층을 여러 단계에 걸쳐 선별하여야 한다. 외래를 중점적으로 모니터링 할 것인지, 의원급 요양기관 이용자를 모니터링 할 것인지, 어느 과 이용자를 모니터링 할 것인지 등 여러 단계를 경유하여 대상자를 선정하여야 할 것이다.

또한 대상자가 결정되면 의료이용 경로를 추적하여야 한다. 질환 종류별 진료건수, 진료건당 내원일수 및 투약일수, 투약 종류, 중복 투약 여부, 진료건의 종결 여부 등 의료이용 경로를 추적하여 대상자의 적정의료이용 여부를 판단하

고 관리할 수 있어야 한다.

2006년 연구는 재정에 초점을 맞추어 재정 절약적인 관점에서 모니터링이 실시되었으나 향후 연구는 수급자 선정기준, 급여의 적정성, 전달체계의 효율성, 수급자의 삶의 질 등 다양하게 모니터링을 할 필요가 있다. 경제적 여건 때문에 의료서비스를 받지 못하는 계층의 규모를 파악해야하고, 현재의 수급 기준이 사각지대를 만들지는 않는지 검토해야하고, 현재의 관리체계가 정상적으로 작동되어 효율적, 효과적인지 판단해야 한다.

## 참고문헌

- 국민건강보험공단, 「진료비부담 내역통보 및 수진내역신고처리 결과」, 각 연도.
- 국민건강보험공단, 「업무처리요령 II」, 2005.
- 국민건강보험공단, 「적정의료이용지원 업무 매뉴얼」, 2006.
- 보건복지부, 「의료급여사업 안내」, 2006.
- 보건복지부, 「2006년도 방문보건사업 운영 안내(안)」, 2006.
- 이규식, 「의료수요의 가격 및 소득탄력도-직장 및 공·교건강보험 적용자의 외래수요에 관하여」, 「인구보건논집」, 제5권 제2호, 1985.
- 이진경, 2001, 「건강보험 본인부담 실태와 추이 분석」, 『건강보험포럼』 1(3): 51~72, 2001.
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오준환, 이수형, 「보건의료비용 지출의 형평성」, 『보건경제연구』 9(2): 25~34, 2003.
- 이평수 외, 「의료보호 재정 안정화 방안 연구」, 한국보건산업진흥원, 1999.
- 신영석 외, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신영석 외, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대 방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『의료급여 환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 연세대학교 「의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안」, 중간보고서, 2006. 10.
- 퍼스트디스, 『의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사』, 2006. 4.

- Arrow, Kenneth J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review*, December 1963, pp.941 ~ 973.
- Beck, R. G., "The Effects of Co-Payment on the Poor," *The Journal of Human Resources*, Winter 1974, pp.129 ~ 142.
- Feldstein, Martin, S., "The Welfare Loss of Excess Health Insurance," *Journal of Political Economy*, 81, 1973, pp.251 ~ 280.
- Kutzin, J., The appropriate role for patient cost sharing, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press, 2002.
- Manning, W. G. et al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment," *American Economic Review*, 77, 1987, pp.251 ~ 77.
- Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, "Price and Income Elasticities for Medical Care Services", in M. Perlman, ed., *The Economics of Health and Medical Care*, 1974.
- OECD, OECD official document # DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN (Background Documents/The Caring World: National Achievements /Tables and Clants, Paris 23 ~ 24 June 1998)
- Pauly, M., "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economic Review*, June 1968, pp.531 ~ 36.
- Pauly, Mark V. and Philip J. Held, "Benign Moral Hazard and the Cost-effectiveness Analysis of Insurance Coverage", *Journal of Health Economics*, Vol.9, 1990, pp.447 ~ 461.
- Phelps, C. E and J. P. New house, *Coinsurance and the Demand for medical services*, Santa Monica Rand Corporation, R-964-10Eolnc, 1974.

Stiglitz J. E., *Economics of the Public Sector*(2nd ed), W.W. Norton & Company; New York, 1988.

Wagstaff A., van Doorslaer E., van der Berg H., Calonge S., Christianen T., and Citoni G., "Equity in the finance of health care: some further international comparisons", *Journal of Health Economics* 18:263-290, 1999.

## 부 록

부록 1. 사례 수기 / 145

부록 2. 의료급여 사례관리 조사표 / 176



## 부록 1. 사례 수기

1등 최우수작

-사람의 마음이 움직여야 행동이 변한다-

햇살이 감동을 만나 증폭될때

경남 양산시청 사회복지과  
의료급여관리사 심은심

2005년 6월 사례관리를 시작한지 2달. 미흡한 자료를 바탕으로 오직 수급자  
어르신들을 직접 만나 그들이 가진 어려움을 몸소 느끼리라 마음먹고 대중교통  
이용과 오로지 걷기만으로 사례관리에 매진할 무렵, 관내 수급자중 2003년 사  
후 연장을 1000일 넘게 한 사람이 있다는 걸 알게 되었다. 그때만 해도 연내  
급여일수를 바로 볼 수 없는 상황이라 2004년 말 진료내역을 공단에 요청하면  
서 왜 그렇게 가슴이 떨리던지 2004년 말 급여일수 3816일 총 급여비용 13,00  
만원. 무엇 때문에 그렇게 많이 갔을까? 하루도 지체 할 수 없었다.

대다수의 과다 수급자라 하여도 1500일 전후였는데, 바로 주소와 전화번호  
그리고 주 질환이 전립선 비대증이란 사실만 가지고 도착한 곳은 비인가 노인  
시설 한곳에 여러 어르신들과 함께 살고 계신 그분을 만날 수 있었다. 자그마  
한 키에 잔뜩 겁에 질린 눈망울. 남이 들을까봐 두리번거리면서 낮은 목소리로  
자신을 일상을 짧게 짧게 답하시던 어르신. 심리적 불안감을 느낄 수 있었다.  
어르신이 가진 불편함이란 소변이 잘 안나오고, 밤에 잠이 안 오고, 어깨 허리  
통증이 심하다는 것. 가족이라고 연락두절인 아들과 어렵게 살림을 꾸리는 시

집간 딸. 아들만 생각하면 잠도 안 오고 오줌도 안나온다고 하셨다.

하루에도 밤낮을 안가리고 소변이 안나오면 인근 2~3군데 병의원 응급실을 들락날락 하시고 자기를 위한 전용 도뇨관까지 준비하고 기다리는 의원이 생겨 날 만큼 자기를 모르는 병원이 없다고 하셨다. 하루에 4번 이상 병원을 가셨다고 하셨다. 얼마나 힘들었을까? 소변이 안나오면서 느꼈을 통증과 불안과 공포. 이런 것들이 어르신을 야간 응급실로 향하게 하고 급여일수를 3000일이 넘게 했을 것이다. 희귀난치도, 그렇다고 치료법이 알려지지 않은 불치병도 아닌데, 어쩌면 이토록 방치되어 왔단 말인가? 급여일수 감소나 급여비용을 절감보다는 그저 어르신의 처지가 가슴 아파서 ‘어르신’ 길게 부르며 그저 손만 잡아드렸다. 그리고 한참을 이분을 위해 내가 할 수 있는 일이 무엇일까를 생각했다.

진심은 통하는 것일까?

어르신이 나지막히 물어셨다.

“그래. 나는 와 왔노?” “어르신 도와줄라고 왔지요”

그리고 30분 정도 전립선 비대증의 치료와 관리, 심리적 요인으로 인해 증상이 심해 질수 있음을 알려드리고 병원에서 현재 질환의 정도 및 상태를 검사해 보고 정기적으로 투약하도록 추천하며 지속적인 관리를 약속하고 초기 방문을 마쳤다. 2일이 지나서 전화하였더니 병원에 가고 없었다. 인근병원이라 담당의사와의 상담을 요청하였으나 병원 측의 바쁜 일과로 상담을 하지 못했다. 그리고 한달 정도를 연락이 두절되었다. 아무리 거처에 전화를 해도 안받고 자주 다니는 병원으로 연락하여도 최근에는 다녀가지 않았다고 하셨다. 여러 차례의 전화가 성가셨는지 함께 방을 쓰시는 분이 타 지역 병원에 입원중이라고 한참 만에 알려주셨다.

개원한지 얼마 되지 않는 병원이라 어렵게 연락처를 알아 입원자 현황에서 어르신을 찾게 되었다. 그 다음날로 바로 담당의사와 면담을 요청 한 뒤 방문을 하였다. 걸어 갈수 있는 거리도 아니고 대중교통이 이용되지도 않는 외진 곳의 요양병원. 시에서 전용자동차를 내어 줄리 만무한 비정규 상근직의 이름

도 생소한 의료급여 관리요원.

S.O.S 남편에게 함께 가줄 것을 부탁했다. 그전에도 여관방에 혼자 기거하시는 어르신을 만나러 갈 때 동행한 적이 있는 남편은 아무 말 없이 운전대를 잡고 어르신이 있는 곳 까지 데려다 주었다.

담당의사와의 면담결과 알콜 중독증상과 약물과 병원의료진에 대한 지나친 의존도, 그리고 심리적 불안 등의 증상을 보이고 있으나 전립선 비대증과 관련된 증상은 현재 지속적인 약물요법으로 처음보다 많이 호전되었고 조금의 관찰이 더 요구된다고 하셨다. 내가 초기 방문에서 알게 되었던 대상자의 사정과 거의 다르지 않는 담당의사와의 상담을 통해 더욱 자신감을 갖고 단계적 관리에 들어갔다

담당의사에게도 대상자의 증상이 호전 되었을 시에는 장기적인 입원보다는 외래치료를 할 수 있도록 당부하며 수급자의 건강과 삶의 질을 높이고 의료비용의 절감효과를 가질 수 있도록 과다수급자를 관리하는 의료급여 사례관리사업의 취지를 알려드렸다. 그리고 병동에 들러 어르신을 만나려고 하였으나 간병인과 함께 산책을 가고 없었다.

심리적 안정을 위해 간호과장을 만나 현재 병원에서 이루어지고 있는 사업 가운데 우리 어르신이 가진 심리적 부분의 치유를 위해 도움 방법에 대해 의논했다. 호스피스 간호의 일환으로 교회 목사님의 기도와 상담시간이 있음을 알고 어르신에게도 심리적 위안을 줄 수 있도록 협조를 구했다.

병원 근처를 산책중인 어르신이 얼핏 알아보시고 수줍어 하셨다. 아는 사람이라곤 아무도 없는 먼 곳에 찾아온 사람이 고마운가 보다.

어르신께 현재 치료가 잘되고 있고 특별히 입원해 있는 동안 기도의 시간을 가질 수 있도록 당부하고 증상이 좋아지면 퇴원하도록 지도하였다. 그리고 2004년도 초과 일수 명단에서 어르신의 이름을 볼 수 있었다. 2961일 초과, 또 한번 가슴이 뛰기 시작했다. 아무리 바빠도 여기서 사례관리가 멈추면 안되겠다는 생각이 들었다. 바로 병원에 입원중인 어르신과의 병실에서의 통화, 그리고 읍

사무소를 통해 알게 된 사위의 연락처. 바로 수화기를 들었다.

전화내용은 사후연장신청이 필요한 이유와 현재 어르신의 상태와 의료급여 이용형태 및 현재까지의 급여일수에 대해 말씀드렸다. 다음날 대상자는 퇴원하여 사위와 함께 연장신청서를 작성하여 왔고, 퇴원한 대상자의 상태는 양호했다. 노인요양시설을 이용하도록 보호자와 대상자에게 안내했다. 본인은 가고 싶은데 딸이 못 보낸다고 해서 안되겠다고 하셨다. 노인시설에 대한 선입견과 자식이 있으면서 시설이용은 도리가 아니라는 것이 딸의 입장 이었다. 나 역시 한 아버지의 딸이고 보면 이해가 안되는건 아니지만 시간을 두고 의논해보리라 마음먹었다.

이후 2~3차례의 딸과의 상담을 통해 어르신에게 가족의 지속적인 관심이 필요함을 이해시키고 가능하면 자주 전화 할 수 있도록 당부했다. 이후 대상자는 기존 거주지에서 생활하며 걸어서 30분정도 걸리는 의원을 단골병원으로 정하고 3회/월 내원하여 전립선 비대증과 불면증 약을 타와서 규칙적으로 복용하고 소변의 불편감은 호전되었다. 그러나 어깨와 허리통증은 계속 있어 어깨 관절운동과 가벼운 산책을 권하여 어깨통증을 완화하도록 하였다. 보건소 방문보건팀에 방문보건을 의뢰하여 정기적인 방문과 건강교육을 하도록 당부하고 담당 간호사와 함께 방문하고 서로의 정보도 교환하게 되었다.

사실 어르신은 내가 살고 있는 읍사무소 근처에 생활하고 단골병원도 남편 사무실 근처에 위치하고 있었다. 출근시간이면 벌써 이만큼 큰길 인도로 걸어가고 있는 어르신을 볼 수가 있고, 퇴근 무렵이면 길가 벤치에서 헤지는 모습을 말없이 보고 있는 어르신을 볼 수가 있었다. 방에 있으면 마음이 답답하다 시길래 산책을 권했더니 온종일 걸어 다니시다보다.

퇴근하면 남편에게 물었다.

‘우리 할배 오늘도 병원근처에 보이더냐고’ 그렇다는 대답을 들은 다음날은 어김없이 전화 또는 방문을 하곤 했다. 어깨가 아파서 며칠에 한번 물리치료 간다고 하셨다. 어르신을 재방문하여 어르신의 건강상태로 보아 스스로 관찰

운동 할 수 있도록 관절운동 방법을 알려주고 시범을 보여주기도 하였다.

2005년 말 급여일수는 1,227일로 2,589일의 감소를 보였고 급여비용은 입원 치료로 인해 비용의 절감은 거의 없었다. 그러나 처음해보는 사례관리, 질환의 정도에 비해 잘못된 질환관리로 의료급여 일수나 비용의 과다 증가를 보였던 대상자가 꾸준한 사례관리를 통해 올바르게 의료이용을 하게 되었다. 그러나 진작 나 자신을 뿌듯하게 하는 건 잦은 소변의 불편감으로 힘들었을 대상자가 증상이 호전되어 생활이 편안해졌고 가족보다 더 잦은 전화와 상담을 통해 어르신을 지지 격려함으로 어르신 스스로가 많이 밝아지고 더불어 나 자신이 ‘하면 된다’는 자신감과 반드시 필요한 존재임을 느끼는 계기가 되어 gm못했다.

2006년 상반기 통합조사시스템에서 진료내역 확인이 가능해지고 어려운 경제상황에도 어르신들과의 신속한 만남과 업무의 원활함을 목적으로 구입한 중고차의 위력으로 사례관리에 가속이 붙을 때 즈음

2005년 가장 집중적으로 관리한 대상자이고, 가족의 지지와 질환의 호전 등으로 많은 급여일수의 변화를 보였으므로 자신 있게 급여내역을 확인하고 다시 한번 놀라게 되었다. 1기 선배 관리사에게 이런 말을 했었다. 내가 우리 어르신들 급여일수 다 줄이고 나면 실업자 되는 것 아니냐고..... 고용의 형태가 불안정 하다는 건 계약서를 통해 알게 되었지만 난 이일이 내게 주어진 마지막 사명이라고 확신하고 현재까지 정말 열심히 하고 있으니까. 오래도록 하고 싶다는 희망을 품어보기도 했다.

그 선배가 말했었다. 한동안 개입하지 않으면 처음처럼 돌아간다고 습관이 하루아침에 바뀌겠냐고 그것도 잘못된 습관일 때는 오랜 시간이 걸리지 않겠느냐 최선을 다하라고 했었다. 그 말을 실감하는 순간이었다. 단골병원을 월15회 이상 방문하여 물리치료를 받고 있는 것이었다.

3월 진료내역을 6월경에 알게 되고 보면 그간의 3개월 이상은 대상자의 말에 의존하여 사례관리를 지속할 수밖에 없는 어려움이 있었다. 이번에는 잦은 물리치료가 문제였다. 가족과 함께 살 형편이 안된다면 물리치료가 가능하고

간호사가 상주하는 노인요양시설이 훨씬 도움이 될 것이라고 알려드렸다. 이후 한동안 출퇴근 무렵 어르신을 볼 수가 없었다. 어르신은 관내 노인요양시설에 입소한 것이었다.

나는 시설방문 기회가 있어 다시 어르신을 찾았다. 어르신은 여전히 나를 보면 수줍은 듯 웃으셨다. 그러나 처음과 달라진 건 내옆으로 와서 내손을 말없이 잡고 계신다는 것이다

나도 마음이 정해서 “할배 여기 생활은 어떻습니까?” “좋다”  
 “사람 사귀기 힘들지 안습니까?” 씩 웃으셨다. 마음 한켠이 짠했다.  
 그리고 한참 만에 “근데 저번보다 돈이 훨씬 적게 나온다 니가 알아봐도.....”  
 말꼬리가 길게 늘어지며 힘이 없으셨다. 말은 안해도 아직은 낯설은 곳인가 보다. 시설입소 시 생계비가 줄게 되는 이유를 알기 쉽게 설명하였더니 알았다는 듯 고개를 끄덕이셨다. 다행히 시설의 담당간호사가 학교 선배인지라 신신당부를 했다. 마음 여린 분이니 자주 대화를 부탁한다고.....

운전하여 돌아오는 길 너머로 아주 오래도록 바라보고 계신 어르신의 짧은 다리가 길어 보이고 가슴이 먹먹해지면서 따뜻해졌다.

어르신들은 이렇게 감동이란 선물을 내게 주시고 나는 이런 따스함에 중독되어 가고 있었다.

2006년 하반기 어르신 진료내역이 10월말 기준으로 총 급여일수 800일, 급여비용 700만원정도로 2004년 급여일수와 비교하면 3000일 정도의 감소와 600만원 정도의 비용절감효과를 볼 수가 있었다. 그리고 새로운 만성질환이 나타났음을 알 수 있었다. 앞으로 어르신은 고혈압과 폐기종의 치료를 위해 정기적으로 병원을 방문하고 약도 먹을 것이다. 하여 진료 내역 상 얼마간의 급여일수와 비용이 나올 것이다. 의료급여제도가 반드시 필요한 급여비용을 돕기 위해 존재하는 제도라면 어르신도, 나도 최선을 다하고 있기에 부끄럽거나 미안할건 없다고 생각 한다

2년 정도 사례관리를 통해 만나는 많은 대상자들은 말한다.

“무슨 일을 하는 사람인데 내가 아픈걸 이만치도 잘 알고, 병에 대해 알아듣기 쉽게 설명하고 내 마음을 이렇게도 잘 알아 주노?”

“여적지 관공서에서 내 병을 가지고 이만치 관심 가져준 사람은 없었다”며 도와드릴 방법을 찾지 못해 부둥켜 안고 울고만 있는 내 등을 어루만지시던 희귀난치의 40대 젊은 엄마는 자신보다 아이들을 더 많이 걱정하였고, 난 그분에게 건강상태 악화로 입원이 필요하여 긴급의료비 지원을 도왔지만 질환에 비하면 너무도 작은 부분이었기에 참 많이 미안하고 안타까웠다. 그분은 그것보다 그저 자신의 처지를 알아주는 내가 고맙다고 했다.

그분을 만나고 오면서 불필요한 의료이용을 보이는 단순 질환자들을 한사람이라도 더 만나고 적정의료로 하도록 개도하여 희귀난치로 죽음을 먼저 생각하고 혼자 남게 될 아이들 걱정에 잠이 안온다는 분들에게 한번이라도 더 치료의 기회를 드리고 싶어 박봉에 어렵게 구입한 자동차에 기름을 가득 채우고 부지런히 달린다. 또 다른 분은 의료급여혜택으로 병원은 다니지만 세월 앞에 장사 없다고 한해 한해 나빠지는 건강상태는 돈으로 해결될 문제는 아니지 않느냐고....

자신들이 가진 질환과 생활의 어려움을 함께 하고자 하는 사람들(의료급여관리사)이 가까이 있다는 사실이 더 큰 위안이 된다며 집에서 실천해야할 질환별 건강 수칙 적어두고 가라시는 의욕 넘치는 5년된 당뇨를 가지신 할머니, 조금만 더 일찍 만났다면, 병이 커지기 전에 알려주었다면, 술 담배 끊고 성실히 살았을 텐데 하시며 눈물짓던 만성 폐쇄성 폐질환과 간경화증을 앓고 계신 독거 할아버지. 할아버지와 함께 살고 있던 손녀에게 성교육을 하며 선물한 위생품을 쑥스럽게 받아든 아이에게서 나의 어린날이 떠올리기도 했다. 질환의 고통과 경제적 어려움, 독거의 외로움으로 추운 겨울을 나고 계실 어르신들에게 작은 따스함이 되는 그날까지 난 달릴 것이다.

의료급여를 오남용하는 수급자들의 대부분이 질환의 위중함보다는 심리적 문제 때문에 더욱 자주 의료기관을 찾고 있다는 사실을 사례관리를 통해 알게

되었고 심리적 안정과 더불어 질환의 자가관리에 대해 지도하고 올바른 생활 습관을 가지도록 하면 현재 질환을 올바르게 치료하면서도 합병증을 예방하므로 대상자들의 삶의 질을 한층 더 높이면서 의료급여비용을 감소할 수 있다는 확신을 갖게 되었다. 그러기위해선 의료적 지식이 있고 하고자하는 사명감으로 하루 24시간이 짧은 의료급여 관리사들이 전국 시군구에 비치되어 “사람의 마음이 움직여야 행동이 변한다” 고 믿으며 최선을 다하고 있다.

의료급여 사업은 혁신을 넘어 개혁의 개도에 올랐지만 여전히 고용의 불안은 가중되고 박봉에 사례관리를 위해 산 중고차가 고장이라도 날라치면 한달 생활고가 힘들고 가중한 업무량으로 알아주지도 않는 잔업을 사무실이고, 집이고 가리지 않고 하면서 정작 우리의 건강은 챙기지도 못하면서도 쉽게 다른 길을 갈수 없는 것은 내일 아침이면 주검이 되어 있을까봐 두려워 잠을 못자고 수면제에 의존하고 눈뜨면 살아 있음을 확인하기 위해 병원을 찾아가는, 자신의 이야기를 들어주는 나를 많이도 감사해하는 고독이 짙어 불신이 되어버린 어르신들의 마음에 아침 햇살처럼 다가가고 싶기 때문이다.

## 2등 우수작

세상의 어떤 나쁜 것도 가장 나쁜 것은 없다.

중랑구청 사회복지과  
의료급여관리사 송명경

그를 알게 된 것은 햇빛이 유난히도 밝던 2005년의 오월이었다.

상해외인 조사차 전화로 방문약속을 한 후 복지행정에서 참고가 될만한 자료를 훑어보고 진료내역을 출력하였다. 업무상의 방문이기는 하지만 여자가 혼자 사는 남자 수급자의 집을 방문하는 것은 꺼끄러운 일이 아닐 수 없다.

마음이 가벼운 방문은 아닌데다가 그의 집은 눈부신 오월에도 햇빛 한 줄기 들지 않는 낡은 연립의 지하 단칸방이어서 이래저래 음침한 마음이었다. 더구나 컴컴한 지하에서 문을 여는 그의 얼굴을 보는 순간 반사적으로 ‘미녀와 야수’에 등장하는 야수의 얼굴이 떠올랐기에, 태연한 척 애쓰는 보람도 없이 내 표정이 자꾸 일그러짐을 감출 수가 없었다.

상해외인 조사를 하는 김에 사례관리도 해야겠다고 마음먹었던 애초의 계획은, 어느새 지하방 특유의 곰팡이 냄새와 화상에 일그러진 그의 얼굴이 주는 두려움으로 빨리 조사를 마치고 나가야겠다는 생각으로 바뀌어 있었다. 수급자 대부분이 상담과정에서 나타내는 처음 반응은 보이지 않는 담 속에 자신을 뽐뽐 가둔 채 경계하며 줌처럼 자신을 내보이거나 성의 있는 대화를 하려들지 않는다는 것이다.

그도 예외는 아니어서 내 질문에 무표정하고 무성의한 대답으로 일관하였는데, 화상으로 일그러진 얼굴이 주는 심리적 열등감으로 다른 수급자보다 그 정도가 더 심하게 된 것 같아 안쓰러웠다. 그런 그가 갑자기 마음을 열고 두어 시간에 걸쳐 내게 자신의 속내를 털어놓은 것은, 뜻밖에도 서둘러 일어서면서 의례적으로 건넸던 나의 인사말 때문이라고 했다.

“많이 힘드시죠? 햇빛이 참 좋은 봄날인데 선생님 몸과 마음에도 빨리 봄이 오길 바랍니다. 그리고 선생님에게 아직 남아있는 희망마저 포기하지는 말았으면 좋겠네요. 건강하시고 힘내세요!”

그가 ‘바쁘지 않으시면’ 이란 말로 말문을 트며, 다시 자리에 앉은 내게 두 시간여에 걸쳐 하소연하듯 털어놓은 지난 40년간 삶은 작은 작은 드라마였다. 동시에 그의 일그러진 얼굴에서 오는 선입견에 무척대고 경계심을 느꼈던 나 자신을 미안스레 생각하게 만들었다.

아주 어렸을 때 부모를 잃고 형과 함께 보호시설에 맡겨졌는데, 4살 위인 형이 초등학교를 졸업하자 돈 많이 벌면 데리러 온다며 몰래 시설을 빠져나가 그나마 혼자다 되었다. 연락도 없는 형을 찾으려고 시설에서 나와 우여곡절 끝에 부산에서 형을 찾아 함께 호프집을 하며 희망을 키울 때만해도 모든 것이 좋았다고 했다. 그러나 희망도 잠깐, 갖가지 명목으로 돈을 뜯어가는 지역 조직 폭력배의 행패를 견디다 못해 저항을 하자 폭력배가 양갓음으로 호프집에 불을 질렀고 그 화재로 화상을 입어 얼굴과 손이 지금처럼 되었으며, 동생의 모습에 죄책감을 견디지 못한 형마저 술로 세월을 보내다가 결국 자살을 하였다. 마땅히 거처가 없어 다시 마산의 보호시설에서 지내다가 그래도 서울이 지방보다는 일자리가 많을 것 같아 상경하였으나 생각처럼 만만하지 않자 고물수집 등으로나마 열심히 살았는데, 그 와중에 알뜰히 모았던 돈마저 고스란히 사기당해 수급자가 되었다고 했다.

그 후 누구도 믿지 못하게 되었고 세상이 싫어져 자살을 시도할 만큼 몸과 마음이 피폐되었으나, 다행히 시설에서 생활할 때 처음 접했던 교회를 다시 나가면서 마음의 안정을 찾게 되었고 조금씩 생활도 나아졌노라 며 눈물을 글썽였다.

그에게 가장 시급한 집 문제를 해결하는 것이 최우선이었으나 단독세대라 영구임대 아파트 신청자격도 되지 않아 구청 사회복지협의회에 도움을 요청하고 긴급구호비가 지원되도록 하여 밀린 월세를 해결한 후 한숨을 돌리게 하고

다른 방법을 찾고 있었다. 제법 추위가 다치던 11월 중순 쯤 사무실로 그가 전화를 걸어 왔다. 집을 비워주어야 하는데 염치없지만 도움을 받을 길이 있겠느냐는 간절한 목소리였다.

알아보니 마침 ‘따뜻한 겨울나기’ 예산이 남아있던 터라 과장님의 결재로 100만원을 지원하기로 하였다. 그러나 산 넘어 산이라고 했던가. 겉모습만 보고 얼굴이 흉측한 장애인에게 세를 주지 않으려는 집주인을 설득하는 일이 숙제였다. 끈질긴 설득 끝에 보증금 100만원에 월15만원의 좋은 조건으로 역시 반지하이긴 하지만 전번보다는 좀 나은 환경의 집으로 이사를 하도록 도울 수가 있었다. 얼마 후 무사히 이사를 했다며 목소리가 한층 밝아진 그의 전화를 받았고, 뭔가 감사의 표시를 하고 싶었던 그가 중랑구청 홈페이지 ‘칭찬해주세요’에 나에 대한 고마움을 짝막한 글로 올렸음을 다른 팀의 계장님을 통해 알게 되었다. 난 당연히 할 일을 했을 뿐인데...

처음 이 일을 시작하면서는 내가 수급자에게 일방적으로 도움을 주는 것으로만 생각했다. 하지만 시간이 지날수록 그건 일종의 유치한 우월감이었음을 인정하게 되었다. 내가 수급자들에게 주는 도움의 양에 비해 그들로부터 배우고 느끼는 보람은 비교가 되지 않게 큰 것을 알게 되었고 새삼 나의 생활도 돌아보게 되었다. 물질이 넘치는 풍요한 세상에서 내가 늘 적게 가졌다고 생각하던 내 마음은 그들을 바라보며 어느 새 가진 것이 많은 부자가 되어 있곤 했다.

어느 날 음료수 한 상자를 손에 들고 그가 사무실로 찾아왔다. 얼굴 때문에 늘 남의 눈을 의식하며 주눅이 들어있는 그가 대낮에 사람이 많이 드나드는 공공기관을 방문한다는 건 보통 각오가 아니고서는 힘들었을 것이다. 또 그가 내민 음료수 한 상자야 말로 세상의 어떤 값비싼 선물과도 비교가 되지 않는 귀한 마음의 선물이었을 것이다.

과장님 앞에서 눈물이 그렇그런 눈으로 나를 비롯한 구청직원들의 도움이 없었다면 자신은 지금 이 세상에 없을 사람이라고 말해 모두를 숙연하게 했다. 그는 교회에서 일주일에 한 번 노인들에게 무료급식 자원봉사를 한다며 밝게

웃었다. 현재 자신의 힘으로 할 수 있는 일을 찾아 봉사함으로써 그가 받은 도움을 건강하게 사회로 되돌리고 있는 것이다.

얼마 전에 마침 서울시에서 수급자인 장애인을 대상으로 전셋집을 얻어 무상으로 임대해주는 기회가 있어 담당자의 동의를 구해 그에게 신청을 안내하였고, 다행히 선정이 되어 이사를 하게 되었다. 자신이 선정되었다는 연락을 받고 그는 감사의 전화를 걸어서 너무 고맙다며, 조만간 한 번 꼭 찾아가겠다는 말을 하며 울먹였다. 며칠 후 이사를 잘 했는지 안부를 물으려고 전화를 했더니 그는 짐정리는 거의 다 되었고 마무리 청소를 하는 중이라며 한 아름 과자를 선물 받은 어린아이 같이 들뜬 목소리로 말했다.

최근에 안 사실이지만, 사회복지협의회에 지원을 요청하기위해 결재를 받는 과정에서 그의 형편을 안 과장님이 개인적으로 매월 정액의 후원금을 계속하여 보내고 있었다. 지금은 사회복지과를 떠나 다른 과로 옮겨가셨지만 묵묵히 도움을 주고 계시는 과장님이 참 감사해서 찾아뵙고 그 대신 고마움을 전했다. 이번 일을 겪으며 사람은 함께 더불어 살 때 진정 아름다울 수 있음을 새삼 실감했다.

그래서 신은 모두 못나게도 모두 잘나게도 창조하지 않으셨나보다.

세상의 어떤 나쁜 것도 가장 나쁜 것은 없다.

해답은 늘 문제 속에 있는 법이다. 자신의 처지가 세상에서 가장 나쁜 상황이라고 생각하여 스스로 포기하고 허물어져가면서 이 사회에서 소외되어 가는 이웃들에게 그 나쁜 상황이 결코 해결방도가 없는 막막한 것이 아님을 일깨워 주고 탈출구를 찾아주어 스스로 일어서도록 도와주는 이 일에 늘 조심스러움과 큰 사명감, 그리고 잔잔한 보람을 함께 느낀다.

내가 만나는 수급자들에게 봄기운 가득한 햇살처럼 그들의 삶에 새 희망을 가져다주는 사람이 되리라고 다짐해본다.

## 2등 우수작

## 길동무

영등포구청 사회복지과  
의료급여관리사 안영진

내가 그 분을 처음 만난 날은 햇빛이 맑게 부서지는 5월의 어느 날 이었다. 2004년 연간 의료급여일수 3,171일. 영등포구 의료급여수급자중에서 의료급여과 다이용자 NO 1로 색출되어진 분이었고, 내가 영등포구청 의료급여관리사로 채용되어 만나는 첫 사례관리대상자였다.

그분의 주소는 영등포2동 422-\*\*호. 관내도를 보고 대충 여기쯤이겠지 하고 익숙하지 않은 지역을 감으로 추측, 이동지역을 어림잡아 계산 후 “영등포 등 기소정류장”에 내렸다. 물론 첫 상담이기에 제대로 된 준비도 없이 패기와 열정만 지니고 당차게 출발한 첫 걸음 이었다.

정류장근처에 물어 물어 주소지에 나와 있는 집으로 찾아 가는데 등기소 쪽에서 영등포역 쪽으로 가로질러 가는 곳은 고가다리 밑으로 해서 길이 쪽 ~ 이어져 있었고, 그 길을 따라 양옆으로 화장한 햇빛 앞에서도 반쯤 풀린 초점을 잃은 눈빛을 가진 여러 명의 남자노숙자가 여기저기 아무렇게나 자리를 잡은 채 웅성웅성 쳐다보는데, 순간 ‘내가 잘못 들어온 건 아닐까?’ 하고 겁이 덜컥 났다. 까맣게 더러워진 손으로 뒷덜미를 덜컥 잡을 것만 같았고 초점 없이 흐트러진 눈빛도 그 섬뜩함에 심장을 가쁘게 고동치게 만들기에 충분한 두려움으로 다가와 발걸음이 나도 모르게 바빠졌다.

아무리 가져온 지도를 둘러봐도 적힌 주소지를 찾을 수 없어서 그분께 전화를 드렸다. “ 00님 도저히 집을 찾을 수 없네요 여기는 어디 어디인데요 어떻게 찾아가야 하나요?” 했더니 “ 역전 파출소(지구대)에서 기다려 주시면 내 나가지요?” 한다. 역전파출소로 나오신다니 어찌나 안심이 되던지 깊은 한숨 폭

쉬고 지구대 앞에서 그분이 나오시기까지 기다렸다.

잠시 후 청회색의 잠바에 양복바지를 입으신 말쑥한 할아버지 한분이 다가와 “구청에서 오셨다고 전화하신 분이신가요?” 하고 물었다.

“이런 곳을 여자분 혼자 오시면 어떻게 하나? 고 하시며 혼자 올 때가 못 된다고 겁도 없다고 혀를 끝끝 찼다. 굳이 마다하시는 그분을 설득해 그래서 살고 계시는 생활상은 알아야 한다고 하고, 그분을 따라 찾아간 그분의 방은 3층짜리 낡은 건물에 벌집처럼 여러 개의 방이 쪽 붙어있는 쪽방 이었다.

어둡고 좁은 계단을 30초 백열등이 희미하게 비추고 있고, 킁킁하고 기다란 복도를 따라 제일 끝에 위치한 그분의 방까지 가는 5분여 시간동안 머리를 스치고 간 무수한 생각들 ‘여기서 날 가둔다면 쥐도 새도 모르게 감금당하겠지, 아마 여기 누가 왔다가 가도 아무도 모르고 사람이 죽어나가도 모르겠다.’ 쪽방지역입구를 들어올 때보다 더 큰 두려움으로 심장은 계속 숨 가쁘게 고동치고 있지만, 애써 태연한척 입가는 어색한 미소를 짓고 표정은 굳어져 버렸다. 건물 들어오는 복도를 가득 채운 의 불결하고 비위생적인 환경에 비해 막상 그분의 방은 한사람 누우면 딱 차는 좁은 방이지만 정결하게 정리정돈이 되어 있었다.

그분 방에서 복용하는 약의 종류와 의료기관이용형태에 대해 상담을 나누는 동안에도 멀리 복도 끝 쪽에서 싸우는 소리, 우는소리, 물건 깨지는 소리가 어수선하게 들려왔다. “내가 이런 환경에서 살고 아무도 날 보러 오는 이도, 찾는 이도 없으니 나도 외롭고 힘들 때면 술로 산 다우 많이 마시지도 못하지만, 그래도 잠잘 때 한잔 안마시면 잠을 못 잔 다우.” 하면서 여기는 오래있을 곳이 못 되니 밖으로 나가자고 재촉했다. 자리를 옮겨 영등포 역전 계단 앞에서 2시간 가까이 그분의 과거 살아온 이야기, 가족이야기, 병원 다니는 이야기를 들으면서 “많이 외롭고 힘드시구나! 사람을 참 그리워하시는구나. 하는 생각만 계속 머릿속을 맴돌고 만다.

젊은 시절 나름대로 사업도 잘되고 풍족하게 살았던 시절도 있었고, IMF와

더불어 부도를 내면서 온 가족이 뿔뿔이 흩어져 버리고 본인은 자유의 집, 은평마을 등 시설을 걸쳐 쪽방까지 흘러들어왔다고 한다. 부인은 암으로 10년 전 죽고, 큰 아들은 정신질환으로 행방불명되어 주민등록이 말소가 되고 작은아들과 딸은 노숙자처럼 떠돌던 시절에 연락이 끊겼는데 친척을 통해 수소문해 보니 이만을 가버려 아무데도 의지할 곳 없는 사람이 나라고 짧은 시간 안에 내 내 당신의 살아온 이야기를 하는데 눈가에 외로움이 흘러내린다.

그분의 병원이용형태를 보면, 소화기계통질환으로 총 16개의 병원, 1,800일을 사용하였고, 관절질환으로 10개 병원 700일, 기타 질환(고혈압, 피부과, 안과)으로 20개 병원, 1200여일을 사용하는 의료이용형태를 보이고 있었다. 의료쇼핑을 하고 계시는 형태를 지적하고, 여러 의료기관을 다니는 이유를 물으니, 의료진에 대한 신뢰도가 낮았고, 처방된 약이 먹어보니 금방 효과가 없는 듯해서 다른 의사, 다른 약 하다보니 이용하는 의료기관수도 많았고, 처방받은 약도 제대로 복용도 안하면서 타다가 버리길 여러 번 했다고 하니 명백한 의료쇼핑이었다.

상담을 통해 신뢰할 만한 의사분이 계셔서 그분은 믿고 따를만하다고 하셔서 단골주치의처럼 일단 믿고 처방을 받으라고 설득을 했고 그분도 그러마. 하고 수긍을 하셨다. 그 후로는 여러 번의 방문과 전화를 통한 정서적 공감대를 형성하여 작은 의논사항이 있어도 찾아와 상담해 주고 쪽방지역으로의 상담이 있다면 동행해 주겠다고 제안도 하셨다.

지속적인 안부전화와 상담, 질병과 관련된 교육과 의료기관이용 모니터링을 한 결과, 1년여의 시간이 흐른 시점에서 2004년과 2005년 의 급여비와 진료일수를 비교해 보니, 총 급여일수 3171일에서 355일, 총 진료비 ₩11,805,030원에서 ₩ 2,545,000원으로 엄청난 수치가 준 것이 확인되었고, 의료이용형태도 고혈압과 위장질환으로 한 병원, 관절염으로 한 병원 두 곳을 정해서 다니고 있는 양상을 보여 사례관리를 종결시켰다.

하지만, 올 5월 갑작스러운 폐암 진단은 그분을 더 큰 나락으로 빠지게 만

들었다. 어느 병원에서도 병원 보증금 없이는 수술이 불가능하다고 했고, 그나마 광야교회 목사님 보증으로 입원한 한 병원에서도 수술비로 6백만 원을 요구하더라며, 날 찾아오셨다. “더 살고 싶지도 않고, 의사가 수술을 하면 4년이고 안하면 1년이라고” 했다면서 삶에 대한 의지도 놓고, 그냥 죽음을 준비하기 전에 한번 보러 오셨다고..... 그래도 일단 노력해 보는 게 좋으니 마음 다시 잡으시라고 설득하고, 무료암수술지원이 가능한 서울의료원에 암 수술 지원팀에 전화를 넣어, 수술가능여부 확인하여 진료(수술)의뢰서를 발송해 드리고, 자원봉사센터에 연락해 같이 서울의료원까지 동행해 주실 자원봉사자를 수소문해 연결 시켜 드려 수술을 받을 수 있도록 해 드려 수술을 받도록 도와 드렸다.

그 후 수술도 잘 끝났고 수술 경과도 좋다고 걱정하지 말라고 연락도 주셨다. 그런데, 2006년 9차수 연장승인 업무를 하다 보니 급여일수 1900일로 의료 급여일수 상위 10위안에 또 올라와 계신 것이다. 어떤 점에 문제가 있고 무엇이 또 불편하셨던 걸까? 그 분과 상담한 결과, 너무 아프고 힘들고, “내가 이렇게 살아봐야 무엇 하나 싶어서 이플 때마다, 파스며, 진통제를 여기저기서 처방 받아 쓰셨다”고 미안해하시며 말씀하셨다. “6개월 살 생명, 몇 년 더 늘려준 은인인데.. 내가 안 아프고 살 욕심에 여기 저기 다녔다”고 “미안해서 찾아가 볼 수도 없었다”고 눈길을 애써 외면하신다.

그분은 2006년 연간 급여일수가 2000일이 넘을 것 같다. 하지만, 내년에는 분명 조금이라도 급여일수는 줄 것이다. 그분과 병·의원이용에 대한 지속적인 상담을 약속했고 잘 따라 주시겠다고 한 그분의 약속을 믿기 때문이다. 그리고 많이 다니시기는 했지만, 무문별 하게 쓰던 2004년 3000일을 넘게 쓸 때는 그래도 되는 줄 알고 무한정 쓰신 것 이지만, 이번에는 병원을 다니면서도 내 얼굴이 어른거리고, 조금은 줄여야지 의식을 하셨다고 그러면서도 일수가 많이 나온 것에 대해 미안해 하셨다.

필요한 질환으로 필요한 의료기관을 이용하는 것은 수급자분들의 당연한 권리이다. 하지만 정말 꼭 필요한 의료기관이용인지? 아닌지?는 본인들도 어느

정도 인식하고 계신다고 생각한다. 본인도 아프기는 했지만 이렇게까지는 아닌 데 하는 부분이 있어서 나에게 미안했다고 말씀하신다.

가장 낮은 곳에 계신 그 어르신, 병원 다니는 것조차 미안해하면서 이용하는 이 어르신. 솔직히 이 어르신의 삶의 질 향상을 어떻게 해야 향상이 될런지 잘 모르겠다. 혼자 계시는 독거노인이어서 도시락 배달 서비스 연계 해드리고, 빨래 서비스 연계 해드리고, 폐암수술로 인한 호흡기장애등록안내 등등, 이렇게 연계해서 약간의 생활의 불편을 감해 드리는 게 삶의 질 향상인걸까? 본인 스스로가 질병을 관리할 수 있는 판단능력을 키워서 올바르게 의료기관을 이용할 수 있도록 유도하여, 본인의 질병관리가 잘 된다는 게 삶의 질 향상인걸까? 가족도 없고, 친지도 없어 시설을 권유해 드려도 속박 당하는 것이 싫다고 하신다. 주변에 의지할 사람이 아무도 없기에 “얼굴 한번 보고, 내 이야기 한번 들어준다면 날 그걸로 좋다고” 하시면서, 자주는 일주일에 한번, 적게는 한달에 한번씩은 날 보러 구청에 오신다. 그렇게 방문해 주실 때 간단한 의료이용형태와 소소한 일상이야기를 나눈다.

사례관리 대상자들을 상담하면서 아프고, 힘들 때 어떤 병원을 가야 하는지를 의논할 상대가 없다고 하시는 분들이 많았다. 대상자가 늘어나면서 그분들의 질병상담을 자세히 상담 할 시간이 줄기는 하지만, 그래도, 당신의 질환 및 의료기관이용과 관련해서 의논할 수 있는 전문가가 옆에 있어서 도움이 된다고 생각해 주는 대상자가 한 사람이라도 있다면 그 것이 보람이 아닐까 생각한다.

의료급여관리사로서의 나의 역할은 이렇게 대상자 사이에서 마음과 감정을 나누는 것이 아닐까 생각한다. 더불어 세상을 살아가는 길동무로써 나 혼자 앞서서 이끌고 가는 게 아니라 대상자와 함께 생각을 나누고 교감을 나누는 일. 그리고 그 교감을 통해 그분들이 작은 위안을 느끼고 편안함을 느낄 수 있다면 나의 역할은 충분하지 않을까 생각해 본다.

“세상을 살면서 우리에게 정말 소중한건 살아가는데 있어서 마음을 나누며 함께 갈 수 있는 마음의 길동무입니다” 끝.

케펜텍을 사랑하는 할머니...

화성시청 사회복지과  
의료급여관리사 이명희

목련꽃이 화려함을 꺾내는 4월 이였다..

화성시 홈페이지에 의료급여관리요원을 채용한다는 공고를 보고 무심코 시작한 나의 제2의생활...모든 것이 생소하고 서툰 환경에서 열심히 하려고 노력하고 있던 어느 날...

연장승인업무를 하다가 급여일수가 2000일을 초과하는 대상자를 발견하였다. 궁금하여 의료급여내역을 찾아보니 고혈압 당뇨 관절염 심장질환등등... 이래서 병원을 많이 다니고 있나? 하는 생각으로 사례관리 대상자로 선정하고 할머니에게 전화를 걸었다. 무슨 말을 해야 할지 몰라 무작정 질환과 관련하여 방문하겠다고 하였다. 별로 내키지 않는 목소리로 오전에는 병원에 가야하므로 오후에 오던지 아니면 오지 않아도 된다고 귀찮다는 듯이 전화를 끊으셨다. 주소를 확인하니 다행히 시청에서 멀지 않은 거리에 살고 계셨다.

첫 번째 사례관리 대상자이기에 설레임반 걱정반으로 할머니집 에 찾아갔다 마침 할머니는 집에 계셨고 집안에는 온통 파스냄새로 가득했다. 이상하여 주위를 둘러보니 얇은 옷을 입은 할머니 팔목과 다리에는 살색 파스로 감겨있었다. 허름한 집에 방2칸. 방안은 정리가 되어 있었다. 고등학교에 다니는 손녀딸과 같이 살고 있는데 마침 손녀딸은 학교에 가고 없었다. 할머니는 만성질환으로 얼굴이며 온몸이 많이 부어 있었다. 앓으라는 얘기도 없이 시청에서 무슨 일로 나왔냐고 물으시길래 나의 소개부터 하면서 수급자들의 건강상담 및 약복용 방법 등등... 하면서 자신 없는 목소리로 의료급여관리사 라고 했다. 그렇게 어설픈 시작된 사례관리..마음을 가다듬고 할머니에게 질환과 관련하여 물

어보고 손녀딸에 대하여 물어보자 할머니는 갑자기 한숨을 쉬면서 울먹이셨다. 이혼하고 가출한 아들이 두고 간 손녀란다. 다행히 손녀딸은 공부도 잘하고 학교에서 우등생인데 주민등록상에 동거인으로 되어있어 마음이 아프다고 하시며 신세타령을 하셨다. 난 가만히 들어주었다. 한참을 얘기하시더니 괜한 신세타령했다면서 차는 없고 물이라도 마시라고 하였다.

그렇게 할머니와 시작된 만남. 머리는 멍하고 가슴이 답답하였다. 할머니에게 내가 과연 어떤 도움을 줄 수 있을까? 삶의 질 향상과 건강증진향상을 위해 어떻게 해야 하나? 모든 것이 막연하였다. 차라리 방문간호사처럼 질환과 관련된 정보를 제공해주고 혈압이나 체크해주면 후련 할텐데... 그럼 방문간호와 일이 중복되는 것 같고 . 관련 책을 뒤적거리면서 할머니에게 정말로 필요한 것이 무엇 일까?를 생각하게 되었다. 화성시는 도&농 복합도시이고 변변한 복지관도 없는 실정이다. 꼭 필요한 자원연계는 어려울 것 같고 도움은 주어야 하고. 그래. 자주방문하고 말벗상대가 되어주자. 손녀딸은 새벽에 나가 밤늦게 들어오고 그래서 할머니는 만성질환으로 병원쇼핑을 하는 것 같고 그러면서 파스를 의지해 파스 안붙이면 큰일인 것처럼 생각하므로 자주 방문하여 며느리 친딸처럼 놀아 드려야겠다는 생각이 들었다. 일주일후에 다시 전화를 하니 처음보다는 반가운 목소리로 집에 오라고 하였다

할머니는 변함없이 온 돈 가득 파스를 붙이고 있었고 커피를 한잔 주었다. 할머니는 시청이나 동사무소에서 나오면 겁부터 나며 조사당하는 것이 싫다고 하셨다. 난 공무원신분이 아니고 복지부에서 의료급여수급자 사례관리를 함으로써 대상자의 삶을 향상하고 건강상담을 해주는 사업을 하는데 필요한 사람이라고 하였다. 많은 이야기를 하면서 할머니와 관계가 많이 편해진 것 같았다.

할머니에게 필요한 건강상담을 하던 중 고혈압 당뇨병에 대한 3가지 요법을 설명하여 드렸다. 할머니는 반찬배달서비스를 남양 감리교회에서 후원받고 있다고 하였다. 할머니에게 교회에서 봉사하시는 분에게 부탁하여 고혈압 당뇨병이 있으니 싱겁고 달지 않게 반찬을 만들어 달라고 부탁하시고 하루에 적당량

의 운동도 하라는 말도 잊지 않았다. 집안에 컴퓨터가 있어 손녀딸에게 말하여 질병과 관련된 식이요법도 만들어 교회에서 봉사하시는 분에게 드리라고 부탁하였다. 물론 내가 할 수도 있으나 손녀딸도 할머니의 건강상태에 대해 알아야 할 것 같아서 말씀드렸다 그리고 남양보건지소에도 연락하여 방문간호팀과 연결시켜 드릴 것을 약속하고 손녀와의 관계도 알아봐 드린다고 약속하였다.

남양동 사회복지사에게 연락하여 관계를 정리해 줄 수 있냐고 물었더니 알아봐 준다고 하면서 흔쾌히 승낙하였고 보건지소에도 연락하여 방문간호 대상으로 선정해 준다고 하였다. 이 기쁜 소식을 할머니에게 연락하니 고맙다고 하였다. 몇 주 동안 할머니를 잊고 있었다. 어느 날 할머니가 갑자기 시청에 전화를 하셔서 방문해도 되냐고 물으시길래 괜찮다고 하였다. 할머니는 의료급여증을 분실하셨다며 분실신고도 하고 얼굴도 볼겸 해서 왔다고 했다. 난 기뻐다. 나를 잊지 않고 찾아와주는 대상자가 있다는 것이. 미안한 마음도 생겼다. 바쁘다는 핑계로 연락도 없이 지낸 것이. 할머니의 몸에서는 파스냄새가 덜났다. 그리고 몸의 부종도 많이 빠져 건강해 보였다. 손녀딸이 부엌과 방에 당뇨식단과 운동시간을 붙여나서 열심히 운동하고 먹는 것도 조절하여 먹는다고 하였다. 물론 보건지소에서도 다녀갔다고 하였다.또한 손녀딸도 공부 잘하며 잘 지낸다고 하였다. 그런데 주민등록은 정리가 안 되었다고 하여 동사무소에 다시 연락하니 아버지가 있어서 관계정리가 어렵다고 하였다. 단지 통합조사표에는 정리가 되어 손녀딸로 고쳤다고 했다. 이제 파스도 무릎만 붙이고 다닌다며 바지를 걷으며 보여주었고 그래서 난 한바탕 웃었다 오랜만에 크게 웃어보았다

가을이 무르익던 어느 날 출장 갔다 오다가 할머니 집에 들렀다. 할머니는 마침 잘되었다면 고구마 한 상자를 가지고 가라고 하셨다. 물론 마음만 받았고 고구마는 할머니에게 다시 드렸다. 왜 그랬는지는 나도 모르지만 현실이 마음 아팠다. 할머니는 서운해 하셨고 다음에 방문하면 쥘 고구마는 맛있게 먹고 갈 것이라고 약속하고 돌아서는 발걸음이 무거웠다. 친정엄마가 고구마를 주셨다면 받았을 텐데.. 지금도 할머니에게 안부전화하면 그때 고구마 두고 간 것이

마음 아프다면서 내년에는 꼭 가져가라고 당부하셨고 난 그렇게 하겠다고 약속했다.

할머니는 손녀딸의 장래를 생각해서 건강해지고 싶다는 작은 소망을 가지고 계신다. 앞으로 더 자주 방문하여 할머니 말벗 상대도 되드리고 건강상태도 체크하면서 건강하고 싶은 할머니 소원이 이루어지길 바랄뿐이다.

“의료급여관리사” 이젠 수급자들과 멀지 않은 사람이라는 것이 자랑스롭다. 그리고 다시 한번 다짐한다. 나를 필요로 하는 그들에게 작은 희망을 줄 수 있는 사람이 되기로....

“흐르는 물도 떠다 주면 공이 된다.”

광주 동구청 사회복지과  
의료급여관리사 장정량

지난 2006년은 사례관리사로 의료급여 과다이용자를 사례관리 하면서 얻은 것이 더 많은 한해 였다. 내 마음속 항상 웃음을 안겨준 그 분을 만난 건 2006년 2월 이였다.

남자인 그 분을 만나로 집으로 간다는 것은 정말 어려운 일이였고, 가는 길 내내 마음이 불안 하였다. 집 앞에 다 왔을 즈음 통통한 남자 분이 마중을 나와 계셨고, 직감으로 아 그 분이구나 알 수 있었다. 그 분은 나를 집으로 안내 해주었다. 다행이도 집에는 고령의 어머님이 함께 계시여 마음 폭~ 놓고 상담을 시작 할 수 있었다. 11년 전 공사현장에서 추락하여 머리와 우측다리 골절상을 입어 머리수술을 총 5회 하셨다고 하신다. 처와 자녀는 서울에서 거주중이며 자녀인 아들과 딸은 왕래를 하나 처는 왕래가 없다고 한다. 이유인 즉 그 분은 노모를 모셔야 하나 처는 그럴 수 없다고 하여 본인만 광주에 남아 노모를 모시고 있다고 하신다. 그 분은 가나신경외과에서 지속적으로 신경증 약을 복용중이시면서 관절염으로 단지 파스 처방만을 위해 한사랑의원, 탐정형외과 병원을 다니시고 있어 2005년 급여일수 1,066일, 급여비 3,392,310원이였다. 우선 의료급여일수 및 연장승인 제도에 대하여 설명을 드린 결과 그 분은 연장승인제 자체를 인지하지 못하고 계셨고 급여일수 초과된 것 또한 모르고 계셨다. 머리 수술 후유증 약 복용 외엔 단순 과다 이용을 하고 있어 파스 처방은 보건소 이용을 설명 드렸다. 또한 흡연을 하고 계시여, 금연 클리닉 연계하여 금연을 유도하였고, 키 165cm, 체중이 81kg, 체중과다로 관절염이 생기고 파스 과다 처방을 받으시고 계시여 보건소 건강증진팀 비만교실과 연계하여 체중조절을

유도 하였다. 뿐만 아니라 걷기 운동이 효과적임을 설명한 결과 하루 10km씩 운동 삼아 걷고 계심을 나중에 확인 할 수 있었다.

한달 평균 2~3회는 구청 사회복지과로 오신다. 머리수술을 5회 하여 정신적으로 약간 문제가 있을 것 같은 나의 처음 생각은 완전히 선입견 이였다. 그분은 맑고 순수 하시며, 또한 효자였다. 5월 어버이날은 가슴에 카네이션을 달고 찾아 오셨다. “우아 카네이션 달고 오셨네요” 하니, 조카가 와서 달아 주셨단다. “어머님께도 달아드렸지요?” “어제 저녁부터 달아드렸어요” 하신다. “하하하~” 5월은 고사리 철이라 등산 겸해서 산으로 고사리 끊으러 다니신단다. 특별히 아픈 곳은 없으나 산행을 많이 하여 다리가 아프시다고 하신다.. 그래도 매일같이 열심히 등산도 하고 돌아다니시는걸 보면 매사 긍정적으로 사시는 것 같다 . 매주 얼굴을 마주하고 이런 저런 이야기를 나누다 보니 오실 때 마다 너~무 정겹고 반갑다. 어느 날은 산에서 취나물을 끊으셨다며, 사무실로 찾아 오셨다. “힘들게 끊으셨는데..어머님 갔다 맛있는 나물 해드리시지. 뭘 저까지 챙기세요” 하니 “흐르는 물도 떠다 주면 공이 되는데요” 하신다. 정말 마음에 와 닿는 그 한마디...그야말로 콩 한쪽도 나눠 먹는 분이시구나 하는 생각에 새삼 부끄러움을 느끼게 된다. 그분은 매주 월요일이면 항상 등산차림에 등에는 무엇인가 가득 들어있는 가방을 지고 나를 찾아와서 이런 저런 이야기를 하고 가신다.

그러던 어느 날 퇴근시간을 2시간 남겨두고 다급한 전화가 걸려왔다. 어머님이 몸이 많이 안 좋아 상의드릴 일이 있으니 집으로 와주라고 한다. 다급한 마음에 집으로 간 결과 두 모자는 아무 일 없다는 듯이 죽순 나물을 열심히 다듬고 계셨다.”어머님 몸이 많이 안좋으시다는데... 어디가 안 좋으시죠? 하니... 그냥 오시라고 하면 안오실 것 같아 빈말을 하셨노라고 하신다. 그저 죽순 나물을 나에게 주시려고 그러셨다는 말에 고마운 마음과 어머님이 괜찮으시다는 말에 안도감이 들었다. 그분의 어머님은 29년생으로 고령이고 만성질환인 당뇨까지 있어서 정말 큰일이 난줄 알았다. “다음번엔 그러지 마세요, 정말 놀랬어요”

그 날도 그렇게 그분은 나에게 따스한 정을 나눠 주신다.

10월 19일 “따르릉” 전화가 울린다. 그 분이시다. 지난번 산행을 하다가 다리를 삐끗하여 당분간 매일 같이 물리치료를 받고 싶은데 보건소는 일주일에 3회만 치료받을 수 있어 추가로 탐정형외과에서 물리치료 받으면 안되겠냐며 문의를 해온다. 효과적인 치료를 위해 그러시라고 말씀드렸다. 11월 6일 안부 전화결과 다리 치료가 좀 더디어 계속 치료받고 계신다고 하신다.

12월 4일 여느 월요일처럼 그 분이 사무실에 오셨다. 그런데 밝은 모습이 아니라 걱정이 가득 하였다. 그동안 자녀 2명이 학생이어서 부양비 산정이 안되었는데 취직을 하여 소득 정액 초과 국민기초1종 상실될 것 같다는 안내를 받으신 모양이다..생계비 못 받는 거야 별문제 없는데 병원 다니시는데 어려움이 많다고 하신다.. 자녀들 살기도 빠듯한데 부모 의료비까지 부담하면 어떻게 살아 가겠냐며 한숨을 푹 쉬신다. 재조사를 하여 차상위로 책정할 수 있으면 좋으나 현재로는 그마저 어렵다고 한다. 뭐라고 설명드릴 길이 없었으나 좋은 쪽으로 생각을 하시도록 하였다. “요즘 같이 취업이 어려운 시기에 졸업 하자마자 아들, 딸 모두 바로 취직하였으니 얼마나 좋은 가요. 자녀들이 취직도 못하고 있으면 걱정이 얼마나 많이 되겠어요~” 하니 그건 그렇네요 하면서 이내 얼굴이 밝아지신다. “결혼하여 출가를 하면 자녀들도 부양가족이 생기니 그때 재신청을 하시도록 설명해드렸다. 며칠 후 연락이 온다. 조사결과 차상위의료특례2종으로 의료급여를 받을 수 있다고 하신다. “지속적으로 약을 복용해야 하는데 다행이네요.”

그 분을 처음 만난지 벌써 1년이 다 되어 간다. 매주 찾아오시는 것뿐만 아니라 무슨 일이 있으면 꼭 전화를 해온다. 이젠 사후 관리 대상인 그 분은 2007년 1월 8일 월요일 어김없이 구청으로 날 보러 오신다. 별일 없으신데 그 저 얼굴 한번 보러 오셨단다.

사례관리 !! 사례관리!! 의료급여에서 사례관리가 얼마나 필요한지 잘 보여주는 case다. 주기만 하는, 받기만 하는 관계가 아닌, 우리라는 이름으로 작은

것이라도 서로 주고받는 마음가짐, 참으로 중요한 것 같다. 가진 것이 없어서, 몸이 안 좋아서 그렇지 마음만은 정말 따뜻한 그 분... 사례관리를 통해 보건소 금연클리닉을 연계하여 금연도 하시고 운동도 열심히 하시는 모습을 보며 또 한번 보람을 느낀다.

이제는 주로 보건소를 이용해서 2006년 실금여일수 434일, 금여비 2,126,280 원으로 약 금여일수 50% 감소 금여비 30%를 가져왔다. 나는 그분에게 정보 및 자료 제공과 상담을 통해 정서적인 안정감을 주었고, 그분은 나에게 따스한 정을 나누어 주고.. 이런 관계 형성에서 자연스럽게 금여일수, 금여비 감소의 효과가 따라 오는 것 같다.

이 글을 쓰면서 또 한번 마음이 따스해져온다. 2006년은 나에게 너무나 행복하고 보람된 한해였던 것 같다.올 한해도 “흐르는 물도 떠다 주면 공이 된다”라는 말처럼 작지만 큰 실천을 할 것이다.

“ 따뜻한 가슴, 행복한 웃음”

강원도 동해시청 사회복지과  
의료급여관리사 정운정

여보세요, ○○○택 맞으세요?

○○○씨와 통화를 하고 싶은데요.. 계신가요.?

뭐라고? 뭐라고? 뭐라 하는지 모르겠네...뚝..뚝.

네, 그런데요, 왜 전화했어요? 한참을 얘기하다가 동사무소야? 보건소야?

그래서요? 난 이런 전화 처음 받아보는데, 왜 그러세요?

작년에 내가 의료급여 수급권자들에게 처음 전화를 했을 때 대부분의 반응들이 이리했다. 현재 의료급여 1종 수급권자로 있으시고, 의료기관을 어디어디 다니셨냐고 물어보고, 고혈압, 관절염 등의 질환이 있냐고 물어보기 시작하면 그들의 반응은 달라진다.

“네 그래요... 그런데 그게 난 많이 다닐 수밖에 없어... 내가 몸이 너무 안좋은 거든.”

“난 그렇게 많이 다닌 적이 없는데 무슨 말이 예요? 그렇게 많이 다녔다는 증거 있어요?”

대략 이런 반응들이 많다. 분기마다 건강보험공단으로부터 의료급여 통보서를 받고는 있지만, 노인, 무학인 사람들이 워낙 많다 보니 쓰레기통으로 바로 가는 수도 많다 보니 나의 사례관리 상담의 시작은 쉽지가 않았다. 전화상담도 방문상담도 모두가 쉽지가 않았다. 수급자분들과 친해져야 하고, 길을 잘 알아야 한다는 생각에 처음엔 무작정 방문을 주로 다녔다. 내가 동해에 20년 넘게 살긴 했지만, 수급자라는 사람들이 있는지도 몰랐고, 동해시가 이렇게 넓고 넓은 줄도 몰랐다. 산꼭대기에 사는 사람이 있는가 하면, 폐허 같은 집에서 사는

사람도 있었다.

최○○할머니의 경우 주거환경이 매우 열악한 상태로, 대상자 집이 매우 가파른 곳에 위치하고 있어 도저히 69세 노인이 “저 길을 다닐 수 있을까” 하는 생각이 들 정도로 위험해 보였다. 실제로 대상자는 여러 차례 넘어져 다친 경험을 가지고 있었다. 대상자는 정식으로 혼인을 하지 않아 부양의무자가 없었고, 동거남이 있었으나 몇 년 전 사망 후 혼자 살고 있는 상태였다. 대상자는 10년 전에 고혈압, 관절염, 백내장, 알콜중독 진단을 받았으며, 병원진료 및 약 복용을 불규칙적으로 하고 있었다. 소주를 3-4병/일 마셔오다가 1-2병/2~3일로 줄여서 마시고 있다고는 했으나 여전히 알콜중독과 관련해 전문의와의 상담이 필요한 상태였고 담배도 매일 반 갑 이상씩 피우고 있었다. 대상자 방 안에서 한참을 얘기 하던 중 나를 깜짝 놀라게 한 것은 방 한켠에 있는 커피와 미원이었다.

대상자는 커피를 밥사발로 한 그릇씩 매일 마신다고 했다. 또한 입맛이 없어 음식을 할 때 마다 미원을 한 숟갈씩 넣어 조리를 한다고 했다. 노인복지회관에서 도시락 서비스를 받고 있고 가정도우미 도움까지 받아 의료기관 진료를 다니고는 있으나, 질환관리가 엉망 그 자체였다. 날짜를 맞춰 병원을 방문하도록 일러두고, 약복용을 잊지 않도록 냉장고 벽에 약을 붙이는 방법이 어떻겠냐고 일러두었다. 대상자가 가진 상병에 대해 쉽게 알려주고, 식습관 조절을 하도록 정보제공하고, 지도했다. 그리고 이제는 요리를 할 때 미원도 덜 넣고, 커피 마시는 양도 줄였다. 약복용도 규칙적으로 하려 노력하고 있다.

한사람이 한 시·군·구의 수급자들을 모두 만나러 다니는 것은 참 힘들고 어려운 일이다. 우리시가 넓고 넓다는 생각이 든다. 하지만, 가끔 좁다는 생각이 들 때도 있다. 방문을 하다 보면, 우연히도 수급자의 가족이나 친척을 만나기도 한다. 하루는 신○○씨 댁을 방문했는데, 부부가 만성질환으로 의료기관 이용이 많은 상태였다. 부부가 2005년도 동안 다닌 급여일수는 1,300일이 넘었으며, 급여비용도 1,000만원이 넘는 금액이었다.

한 사람은 여러 차례 허리수술을 받고도 거동이 불편하여 누워 있었고, 한 사람은 정신지체가 있는 상태에 당뇨까지 있어 식습관 조절이며 약복용을 제대로 하고 있는 못한 상태였다.

부부는 직접 집에 방문 와서 상담해주는 나를 반가워 해줬다. 상담을 마친 후 다른 집을 들렀다. 그런데 같은 신○○씨였다. 이 부부 역시 의료기관을 다닌 총급여일수는 1,200일이 넘었고, 총급여비용은 1,000만원이 넘었다. 남편은 뇌졸중, 고혈압 환자였으며, 처는 오래전 높은 곳에서 떨어진 이후 허리를 다쳐 여러 차례 수술을 하고 약을 복용하는 상태였다. 또한 우울증등이 있어 바깥출입이 거의 없는 대상자였다. 한참을 대화 하던 중 대상자가 말했다.. 우리 친척 집에 갔다 오셨다면서요?

“네?” 그제서야 알았다. 내가 방문간 두 집이 형제였던 것이다.

방문을 많이 다니다 보면 가족을 만나기도 한다. 한번은 어머니를 사례관리 대상으로 상담을 6개월 이상 해왔는데, 그 후에 만난 다른 대상자가 아들이었던 것처럼 말이다.

어머니인 황○○할머니는 예전에 사업을 크게 하면서 잘 살았다고 했다. 그런데 사업 실패 후 부채와 고혈압, 당뇨, 파킨슨증 같은 병만 얻었다. 대상자는 혼자 살고 있었다. 가족 애길 물어봐도 잘 대답하지 않는 그였다. 대상자는 같은 질환으로 이병원 저병원을 다니고 있었다. 2005년동안 총급여일수는 1,000일 넘었고, 급여비용은 거의 천만원에 다다랐다. 말은 하지 않지만, 병원을 다니며, 외로운 마음을 달래고 있는 것으로 보였다. 나는 대상자의 방이 어두컴컴하여 사랑의 고치미 사업을 통해 도배와 장판을 교체하도록 신청했고, 복지관에 도시락 서비스도 신청했다. 그런데 신청한 후 대상자가 골절상을 입게 되어 병원에 입원하게 되었고, 나의 사례관리는 중단되었다. 대상자가 퇴원했다는 것을 알게 된 후 대상자 집을 방문했을 때 다른 집으로 이사한 상태였다. 대상자는 오랜만이라며 반가워 해줬고 이후 몇 번 더 대상자 집을 방문했다. 그 후 대상자의 급여일수는 전년도보다 200일정도 줄었다. 무엇보다 대상자의 심리적

지원자가 된 것이 많은 도움이 된 것 같아 기뻐했는데, 최근 안 좋은 소식을 듣게 됐다. 대상자가 현재 담낭암으로 병원에 입원했다는 소식이었다. 사례관리 상담을 마친 지 5-6개월 만에 아들에게 들은 사실이다.

마음이 아파왔다. 나는 중증암등록을 한 후 보건소에 암환자 의료비지원을 알아봤다. 그리고 필요한 정보를 아들에게 제공하였다. 상담을 하다보면 가족 모두가 힘들게 생활하는 경우가 많이 있다. 그나마 가족들이 있는 대상자들은 접촉하기가 좋고, 사후관리하기에 좋다.

박○○대상자의 경우 남편 사별 후 친척들과 살고 있는데, 대상자는 그야말로 의료쇼핑 환자였다. 척추협착, 고혈압 등으로 여기저기 병원을 맘대로 다녔다. 사는 곳이 워낙 외진 곳에 위치해 하루에 버스가 손에 꼽힐 정도밖에 다니지 않음에도 불구하고, 대상자는 아침 일찍 첫 버스를 타고 시내로 나와 병원을 이곳저곳 다니곤 했다. 방안에 있는 약들은 잘 먹지도 않았고, 만취해 의료기관을 찾아 갈 때도 수차례 있었다. 가족들은 먹지 않는 약을 담아 포대로 버렸는데, 몇 포대나 된다고 했다. 그렇게 몇 년 동안 대상자의 년 간 총급여일수는 2,000일 이상 이었다. 사례관리 후 대상자의 총급여일수는 500일가량으로 1,500일정도가 줄었으며, 급여비용도 600만원 이상이 감소했다. 가족의 도움이 아니었다면, 의료기관 이용수를 이와 같이 줄일 수 없었을 것이다.

가족이 없는 독거노인들이야 말로 접촉부터 어렵고, 사후 관리도 쉽지가 않다. 독거노인인 이○○할머니는 역 앞에 있는 2평 남짓한 작은 방에서 어렵게 찾아 방문했다. 처음에 대상자 집을 방문 했을 때 나를 사기꾼 마냥 쳐다보며 의심 가득한 눈빛을 보이며, 나를 집에서 최대한 빨리 내쫓고 싶어 할 뿐이었다. 자신의 의료기관 이용도 부정하고 아무 말도 하려하지 않았다. 그야말로 까칠한 대상자였다. 사무실로 전화해 나란 사람이 일하고 있는지도 확인할 정도로 의심이 많은 할머니였다. 그렇게 달라질 것 같지 않았던 대상자였는데, 수차례의 방문과 전화 후 대상자는 달라졌다.

사무실로 전화해 “아가씨, 언제 또 집에 올거야?” “나 병원에 가도 돼?, 내

가 좀 많이 다녔지...? 나도 알고는 있어” “줄일려고 하는데 쉽지가 않네...” 대상자는 2005년 의료급여일수 총 1,000일 이상으로 과다 사용자였다. 그런 대상자였지만, 사례 관리 후 급여일수는 500일정도로 줄었다. 대상자 집을 오랜만에 방문했을 때 대상자는 예전에 자신이 쓴 일기장들을 보여주며, 일어로 쓴 글들을 보여주었다. 나는 대상자에게 일어로 한마디만 가르쳐 달라고 했다. 대상자에게 하고 싶은 말이었다.

“당신은 아름답다는 의미가 뭔가요?”라고 했을 때 대상자는 “아나파와 우쓰꾸시데스네.”라며 웃으며 내게 일어와 한글로 천천히 쓰문쓰문 글로 써줬다. 더 이상 대상자와 나는 어려운 사이가 아닌 시시콜콜한 일에도 전화해 찾는 좋은 사이가 되었다.

사례관리를 하면서 가장 많이 느낀 것은 내가 그들을 조금이나마 변화시켰다는 점이고, 나 역시 그들로부터 인생을 배웠다는 점이다. 하지마비로 인해 휠체어로만 거동이 가능하지만, 방문 갈 때 마다 이가 다 보이도록 환하게 웃어주는 대상자가 있는가 하면, 자신은 먹지도 않고 아껴두고 아껴두었던 딸기를 꺼내어 먹으라며 나를 붙잡는 대상자가 있고, 내가 집밖을 나와 나가는 길어떤 길에서 바라보는 대상자도 있다. 시집가면 축의금 꼭 내고 싶다는 사람도 있다. “올해도 있는 거죠? 윤정씨.. 나는 윤정씨가 있어서 든든해요” “내가 매번 귀찮게 해도 얘기 들어주고 상담해주니까” 그래서 오늘도 나는 그들로 인해 가슴이 따뜻해짐을 느낀다.

나를 사례관리사, 의료급여 관리사로 부르는 사람은 거의 없다. 의료급여 아가씨, 정윤정씨, 간호사, 선생님, 의료급여증 아가씨등 다양하다. 올해 4월이 되면 내가 사회복지과에서 일한지 2년이 된다. 이젠 사무실로 정기적으로 전화하는 사람도 생겼다. 전화하여 “나 기억해?”, “우리 집에 언제 찾아 올거야?” “또 전화했어, 병원 다니는거 때문에 물어볼게 있어서” “나 어떡하지.. 얘기좀 들어줘요”라고 한다. 지금은 내가 언제 잘릴지 모르는 계약직이지만, 분명 그들에게 필요한 존재임이 느껴지는 순간이다. 그래서 다시 출장 나갈 준비를 한다.

사례관리 외에도 나는 많은 일을 하고 있다. 상해를 입어 다친 사람들을 조사해서 부당이득금이나 구상금 환수도 한다. 1년 동안 구상금 소송도 진행했다. 급여비용을 심사하기도 하고, 압환자 등록도 하고 있으며, 병원 다니는 것을 연장하기 위한 연장승인도 하고 있다. 최근부터는 의료과다 사용자에게 일정기간 동안 의료급여를 중지하여 본인부담으로 의료기관을 이용하게끔 하고 있다. 가끔은 행려자를 동에서 발견해 보호자를 찾고, 의료기관에 입원시키기도 했고, 한밤중에 중환자실로 가서 사망한 행려자를 장례식장으로 옮기기도 했다. 나는 의료급여 수급권자들의 의료급여 재정 안정을 위해 일하고 있다. 그래서 이런 사실이 뿌듯하다. 그리고 나는 무엇보다 의료급여 수급권자들이 내 가슴을 따뜻하게 해주는 것처럼 나 역시 그 사람들에게 가슴을 따뜻하게 해주는 건강도 우미가 되고 싶다.

## 부록 2. 의료급여 사례관리 조사표

