

2007년 지방자치단체 복지종합평가: 의료급여분야

Welfare Evaluation of Local Governments 2007: Medical Aid



신현웅 한국보건사회연구원 부연구위원

의료급여제도 운영에 있어 지방자치단체의 적절한 역할 및 기능이 제도의 성공적 운영을 판단하는 지렛대 역할을 할 것이다. 따라서 지방자치단체가 의료급여 업무를 충실이 잘 이행하고 있는지에 대한 판단이 필요하다.

평가결과 서비스질적개선 분야에서 자격관리 신속처리율은 평균 13.86일이 걸렸고, 홍보실적은 평균적으로 10.31회로 나타났다. 교육실적은 평균적으로 3.17회이었고, 의료급여심의위원회 개최실적은 평균적으로 5.17회 정도 개최한 것으로 조사되었다.

효율적 재정운영 분야에서 수급권자 1인당 평균 내원일수 증감률은 평균 8.34% 증가하였고 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률은 내원일수 증감률보다 높은 11.06%로 나타났다.

셋째, 사례관리 대상자 급여 일수 증감률은 평균적으로 13.31%가 감소하였으며 사례관리 대상자 평균진료비 증감률은 평균적으로는 6.98% 감소한 것으로 나타났다.

2007년의 평가는 의료급여 재정의 안정화에 중점을 둔 경향이 있으며, 평가항목 선정, 항목별 평가방법 설정 등에 평가자와 피평가자 간에 협의가 부족했다. 향후 심도있는 토의를 통해 개선된 평가가 이루어져야 할 것으로 판단된다.

1. 들어가며

1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여년간 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔다. 특히 의료급여는 2000년 10월 국민기초생활보장법이 시행된 이후 정부의 수혜가 아닌 수급권자의 권리로서 각종 급여가 실시되었고 의료급여제도 또한 제도개선을 통하여 저소득층에 대한 의료보장을 한 차원 높은 단계로 끌어올렸다.

최근에는 희귀난치성 질환 종류의 확대, 차상위계층 중 희귀난치성 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대, 본인부담 보상금 및 상한제 도입, 장애인 보장구 급여 확대, 암 등 3대 중증질환의 2종 본인부담률 감소, 사례관리제도 도입 등 보장성을 확대하면서 저소득층 의료보장의 역할을 강화해 왔다.

이러한 보장성강화 등으로 의료급여 수급자들의 의료이용이 급격히 증가하였고 의료급여 재정이 2002년 약 2조에서 2006년에는 약 4조로 4년만에 두 배로 급격히 증가하여 의료급여

재정안정화 문제가 현안으로 제기되었다.

따라서 의료급여제도는 계속적인 보장성 강화라는 숙제와 재정안정화라는 또 다른 목표를 추구해야 하는 상황이다. 이런 두가지의 목표를 모두 달성하기 위해서는 제도의 효율적인 관리가 필요하다. 특히 제도의 최종 결정권자인 중앙정부의 역할도 중요하지만 중앙에서 결정된 정책을 전달·관리하는 지방자치단체의 역할은 제도의 효율적, 합리적 운용의 성패를 결정한다고 볼 수 있다. 즉 의료급여제도에 대한 지방자치단체의 적절한 역할 및 기능이 제도의 성공적 운영을 판단하는 지렛대 역할을 할 것이다. 따라서 지방자치단체가 의료급여 업무를 충실이 잘 이행하고 있는지에 대한 판단이 필요하다. 이러한 평가를 통해 의료급여 업무를 더욱 효율적으로 할 수 있도록 지방자치단체의 업무 관련 현황을 점검하고 방향을 제시할 필요가 있다.

이러한 목적으로 의료급여제도는 지방자치단체들에 대한 사업수행평가를 의료급여제도만 독자적으로 2003년과 2006년에 실시하였으며 2007년부터는 지자체 복지평가 중 한 부분으로 평가가 이루어지게 되었다. 본 연구는 지자체 복지평가 중 의료급여부문을 중심으로 2007년 지자체 복지평가 결과와 그 정책제언을 제시하고자 한다.

2. 평가원칙 및 평가지표

2007년도 의료급여부문의 평가는 크게 두가지 관점에서 이루어졌다. 첫째는 의료급여 수급권자에 대한 서비스의 질적 개선이다. 둘째는

효율적 재정운영을 통한 국가 예산 활용의 효율성 제고이다. 이 두가지 관점은 서로 상충되는 목표일 수 있다. 즉 재정안정을 위해 노력하다 보면 진료를 저해해 의료서비스의 질이 저하될 우려가 있는 반면 수급권자에 대한 서비스의 질적 개선은 추가적인 재정소요를 동반할 가능성이 크기 때문이다. 따라서 올해 평가에서는 최근 의료급여 재정악화로 인해 재정안정의 필요성 등을 고려하여 재정운영의 효율화에 중점을 두되 서비스의 질적 개선은 의료급여 담당자들의 신속한 행정처리나, 홍보, 교육 등 진료외적인 관점에서 평가하고자 하였다.

수급권자에 대한 서비스의 질적 개선과 관련된 평가항목은 자격관리신속처리율, 의료급여제도 홍보실적, 의료급여제도 교육실적, 의료급여심의위원회 개최실적 등이다. 본 평가항목들은 의료급여 담당공무원의 역할수행의 충실성과 의료급여 업무와 관련하여 기본적으로 수행해야 할 업무 영역의 실적을 파악하고자 하였다. 먼저 자격관리 신속처리율은 의료급여 수급권자가 자격취득, 상실, 종의 변경, 의료급여 중지 등 관련 자격이 변동되었을 경우 국민건강보험공단에 자격변경을 신속하게 신고하였는지를 평가하는 것이다. 자격변경 신고와 관련하여 시·군·구에 신고를 늦게 하거나 전산 상에 자격오류가 발생할 경우, 건강보험공단에서 요양기관에 요양비용을 지급할 때 수급권자 자격이 확인되지 않아 지급보류가 되는 등의 문제가 발생할 수 있다. 또한 자격이 상실되었을 때 신고가 접수되지 않으면 해당자가 건강보험 자격 취득에 문제가 발생할 수 있고, 회수되지 않은 의료급여증으로 진료를 받았을 경우 건강보험과

비용 상계 문제들이 발생할 수 있다. 따라서 수급권자의 자격이 변경되었을 때 건강보험공단에 자격변경을 신속하게 신고하는 것이 중요하며, 이에 의료급여 평가항목으로 자격관리 신속 처리율을 선정하였다.

의료급여제도 홍보실적은 수급권자에게 의료급여제도를 어느 정도 안내했는가를 평가하는 지표이다. 평가 근거인 홍보 횟수는 직접홍보, 간접홍보, 간행물홍보 등을 모두 포함하며, 본청의 의료급여 제도 홍보실적만 평가 자료로 활용한다. 의료급여제도 교육실적은 해당 부서에서 관련 공무원들에게 업무 능력 향상에 얼마나 적극적인가를 평가하는 것과 수급권자에 대한 교육 등을 평가하는 지표이다. 교육실적은 동·읍·면 사회복지공무원들의 교육이수 횟

수와 그리고 의료급여 수급권자들에 대한 교육 횟수를 말하여 동·읍·면 담당공무원들을 대상으로 집합교육을 실시한 경우를 실적으로 간주하며, 수급권자에 대한 교육도 일정 장소에 수급권자를 모아서 교육을 실시한 경우만을 평가대상으로 하였다. 의료급여심의위원회 개최 실적은 급여일수 연장 미승인, 선택의료급여기관 선정 등 관련 업무를 적절한 절차에 따라 추진하고 있는 정도를 평가하는 지표이다. 의료급여사업의 실시에 관한 사항을 심의하기 위하여 시·군·구에 의료급여 심의위원회를 설치·운영하도록 되어있으나 의료급여심의위원회의 활동이 미진한 것으로 판단되어 직접 모여 회의한 대면심의 개최 건수를 평가하였다.

효율적 재정운영과 관련된 항목은 수급자 1

인당 평균 내원일수 증가율과 1인당 평균 진료비 증가율 그리고 사례관리 대상자들의 평균 내원일수 증가율과 평균 진료비증가율 등이다.

수급권자 1인당 평균의료급여 내원일수 증가율 및 수급권자 1인당 평균 진료비 증가율은 지방자치단체가 수급권자의 불필요한 의료 이용을 통제하고 적정의료이용을 하도록 얼마나 적극적으로었는가를 평가하기 위한 것이다. 의료급

여 수급권자의 1인당 내원일수의 증감률은 해당 시·군·구의 의료급여 수급권자들의 1인당 내원일수를 계산하여 당해연도와 전년도의 의료급여 수급권자 1인당 내원일수의 증감률을 평가하였다. 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률은 의료급여 예산이 효율적으로 집행될 수 있도록 관리하였는지를 평가하기 위한 것으로 의료급여 수급권자의 1인당 평균 진료비 증감률

표 1. 의료급여 수급권자 서비스 질적 개선 관련 평가지표 및 평가척도

평가지표	척도	
A1-1) 자격관리 신속 처리율	총 소요일 ÷ 2006년도 전체 자격변경건수	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 총 소요일 ()일 • 2006년도의 전체 자격변경 건수 ()건 • 자격건당 평균소요일 ()일
	※ 본 지표는 국민건강보험공단자료를 활용함	
A2-1) 의료급여제도 홍보실적	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 총 홍보횟수 ()회 - 직접홍보횟수 ()회 - 간접홍보횟수 ()회 - 간행물홍보 횟수 ()회
A2-2) 의료급여제도 교육실적	사회복지공무원들의 교육이수 횟수+의료급여 수급권자들에 대한 교육 횟수	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 교육횟수 ()회 - 사회복지공무원의 교육이수 횟수 ()회 - 의료급여 수급권자들에 대한 교육 횟수 ()회
A2-3) 의료급여심의위원회 개최실적	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	• 의료급여심의위원회 개최건수 ()회

표 2. 효율적 재정운영과 관련된 평가지표 및 평가척도

평가지표	척도	
B1-1) 수급권자 1인당 평균의료급여내원일수 증감률	a: 2005년도 적용인구 1인당 내원일수 b: 2006년도 적용인구 1인당 내원일수 (b-a)÷a×100	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 2005년도 적용인구 1인당 내원일수 ()일 • 2006년도 적용인구 1인당 내원일수 ()일 • 의료급여 내원일수 증감률 ()%
	※ 본 지표는 국민건강보험공단자료를 활용함	
B1-2) 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률	a: 2005년도 적용인구 1인당 평균진료비 b: 2006년도 적용인구 1인당 평균진료비 (b-a)÷a×100	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 2005년도 적용인구 1인당 평균진료비 ()천원 • 2006년도 적용인구 1인당 평균진료비 ()천원 • 평균 진료비 증감률 ()%
	※ 본 지표는 국민건강보험공단자료를 활용함	
B2-1) 사례관리 대상자 급여일수 증감률	a: 2005년도 사례관리 대상자 1인당 평균급여일수 b: 2006년도 사례관리 대상자 1인당 평균급여일수 (b-a)÷a×100	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 2005년도 사례관리 대상자 1인당 평균급여일수 ()일 • 2006년도 사례관리 대상자 1인당 평균급여일수 ()일 • 사례관리 대상자 평균급여일수 증감률 ()%
	※ 본 지표는 국민건강보험공단자료를 활용함	
B2-2) 사례관리 대상자 평균진료비 증감률	a: 2005년도 사례관리 대상자 1인당 평균 진료비 b: 2006년도 사례관리 대상자 1인당 평균 진료비 (b-a)÷a×100	
	상대평가(50%) + 절대평가(50%)	<ul style="list-style-type: none"> • 2005년도 사례관리 대상자 1인당 평균진료비 ()일 • 2006년도 사례관리 대상자 1인당 평균 진료비 ()일 • 사례관리 대상자 평균급여일수 증감률 ()%
	※ 본 지표는 국민건강보험공단자료를 활용함	

파악하여 수급권자 1인당 의료이용량의 증감을 평가하였다.

사례관리와 관련된 실적은 2003년부터 의료급여 수급권자들의 적정한 의료이용을 통해 건강을 제고하기 위해 실시하기 시작한 의료급여 사례관리와 관련된 평가항목이다. 이 부분은 사례관리 대상자의 건강 증진에 대한 평가와 의료이용량 및 진료비의 변화 등을 동시에 평가해야 하나 올해 평가는 재정효율화와 관련된 평가에만 한정하였다.

사례관리 대상자 급여일수 증감률은 해당 시·군·구의 사례관리 대상자들의 1인당 내원일수를 계산하여 당해연도와 전년도에 사례관리 대상자 1인당 내원일수의 증감률을 평가한다. 사례관리 대상자 평균진료비 증감률도 사례관리 대상자들에 대해 집중적인 관리가 잘되었는지를 평가하는 것으로 해당 시·군·구의 사례관리 대상자들의 평균진료비를 계산하여 당해 연도와 전년도의 사례관리 대상자 평균진료

비의 증감률을 가지고 평가하였다.

3. 평가결과

1) 평가영역별 평가점수

의료급여분야에 대한 평가영역별 점수를 살펴보면 다음과 같다. 평가기준 점수는 100점이 만점이며 이는 서비스 질적 개선 분야와 효율적 재정운영 분야 각각 50점으로 구분되어 있다.

먼저 서비스 질적 개선 분야는 50점 만점에 평균 34.17점으로 나타났으며, 최저는 14.99점, 최고는 48.91점으로 나타났다. 효율적 재정운영 분야는 50점 만점에 평균 33.27점으로 최저는 13.02점, 최고는 46.97점으로 나타났다.

서비스 질적 개선 분야를 자격관리 실적과 서비스전달실적으로 구분해 살펴보면, 자격관리 실적은 자격관리 신속처리율 한가지로 평

가하였고, 서비스전달 실적은 홍보, 교육, 의료급여심의위원회 개최실적을 합하여 평가하였다. 평가내용의 점수는 자격관리실적이 25점 만점에 평균 18.29점이고 최고가 25점 최저가 6.25점으로 나타났다. 서비스전달 실적은 25점 만점에 평균이 15.88점이고 최고가 24.91점, 최저가 7.71점이었다.

효율적 재정운영 분야 평가는 수급자 전체 의료급여실적과 사례관리 대상자 의료급여 실적으로 구분하여 살펴보았다. 평가내용의 점수는 수급자 전체 의료급여 실적이 25점 만점에 평균 16.29점, 사례관리 대상자 의료급여 실적은 25점 만점에 16.98점이며 최고, 최저도 두 가지 실적이 유사하게 나타났다.

2) 지표별 평가점수 통계

평가대상 시·군·구의 서비스 질적 개선 분야를 자격관리 실적, 서비스전달 실적 등으로 구분하여 평가점수 통계를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 자격관리 신속처리율은 평균 13.86일로 정상처리 된 건들이 평균 신청까지 걸리는 시간이 13.86일로 나타났다. 최저로 걸리는 지자체가 5.55일이고 최고가 51.14일이었다. 자격관리 신속처리율은 의료급여 담당자가 조금만

더 관심을 가지면 처리일수를 낮출 수 있는 부분으로 현재 13.86일은 너무 긴 것으로 판단된다. 최고로 빨리 처리하는 지자체가 5.55일로 처리하는 것을 비교해 볼 때 예를 들어 7일 이내를 목표치로 삼고 이에따라 평가를 하는 방안도 검토가 필요하다.

둘째, 의료급여제도 홍보실적은 최대로 많이 한 곳이 30회를 한 곳이 있는 반면 한번도 하지 않은 지자체도 여러 곳이 있었다. 평균적으로는 10.31회 정도 홍보한 것으로 나타났다.

셋째, 의료급여제도 교육실적은 평균적으로 3.17회를 교육한 것으로 나타났고 최고로 17회를 한 곳이 가장 많이 한 것으로 나타났다.

넷째, 의료급여 심의위원회 개최실적은 최고로 21회를 개최하였으며, 한번도 개최하지 않은 구·시·군도 여러 곳이 있었다. 평균적으로는 5.17회 정도 개최한 것으로 조사되었다.

효율적 재정운영 분야는 수급자 전체 의료급여 실적, 사례관리 대상자 의료급여 실적 등으로 구분하여 평가하였다. 수급권자 의료급여실적은 내원일수 증가율이나 진료비 증가율 모두 평균적으로 증가하는 것으로 나타난 반면 사례관리 대상자 의료급여 실적은 급여 일수나 평균 진료비가 모두 감소한 것으로 나타났다. 이를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

표 3. 평가영역별 종합점수

(단위: 점)

평가영역	만점	최고	최저	평균	표준편차
서비스 질적 개선 분야	50.00	48.91	14.99	34.17	6.27
효율적 재정운영 분야	50.00	46.97	13.02	33.27	6.21

표 4. 서비스 질적 개선 분야 평가내용의 종합점수

(단위: 점)

평가영역	만점	최고	최저	평균	표준편차
자격관리 실적	25.00	25.00	6.25	18.29	4.73
서비스전달 실적	25.00	24.91	7.71	15.88	3.74

표 5. 효율적 재정운영 분야 영역 평가내용의 종합점수

(단위: 점)

평가영역	만점	최고	최저	평균	표준편차
수급자 전체 의료급여 실적	25.00	24.95	6.37	16.29	4.35
사례관리 대상자 의료급여 실적	25.00	24.84	6.38	16.98	4.30

표 6. 의료급여 분야의 지표별 평가점수 통계

(단위: 점)					
평가영역	평가지표	최고	최저	평균	표준편차
A. 서비스 질적 개선 분야	A1-1) 자격관리 신속 처리율	51.14	5.55	13.86	6.66
	A2-1) 의료급여제도 홍보 실적	30.00	0.00	10.31	6.35
	A2-2) 의료급여제도 교육실적	17.00	0.00	3.17	2.92
	A2-3) 의료급여 심의위원회 개최실적	21.00	0.00	5.17	2.69
B. 효율적 재정 운영 분야	B1-1) 수급권자 1인당 평균의료급여 내원일수 증감률	18.57	-2.30	8.34	3.12
	B1-2) 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률	28.14	-1.70	11.06	4.91
	B2-1) 사례관리 대상자 급여일수 증감률	16.27	-24.99	-13.31	6.00
	B2-2) 사례관리 대상자 평균진료비 증감률	102.42	-26.77	-6.98	10.75

주: 상대 및 절대평가 각각 50%씩을 적용하여 100점 만점임.

첫째, 수급권자 1인당 평균 의료급여 내원일수 증감률은 평균 8.34% 증가한 것으로 나타났으며, 최고로 18.57% 증가한 지자체가 있으며, 오히려 감소한 시·군·구도 있어 최저 2.30% 감소한 시·군·구도 있었다.

둘째, 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률은 내원일수 증감률보다 높은 11.06%로 나타났다. 진료비 증가율을 내원일수 증가와 진료 단가의 증가로 구분할 수 있는데 진료비 증가율이 11.06%이고 내원일수 증가가 8.34%로 내원일수증가가 진료비 증가에 더 영향을 미친 것을 판단된다. 진료비는 최고로 28.14% 증가한 지자체가 있으며 최저는 오히려 1.70%가 감소한 구·시·군도 있었다.

셋째, 사례관리 대상자 급여 일수 증감률은 평균적으로 13.31%가 감소하였으며 최고로 24.99%가 감소한 지자체도 있었다.

넷째, 사례관리 대상자 평균진료비 증감률은 최고로 26.77% 감소한 지자체가 있었으며, 평균적으로는 6.98% 감소한 것으로 나타났다.

사례 관리 대상자 실적은 의료급여관리사들이 사례관리 대상자들에 대해 면담 등을 통해 적정의료를 유도해 많은 수급자들이 의료이용을 자제한 결과로 판단된다. 일단 급여일수와 진료비가 감소하여 의료급여 예산상으로는 긍정적인 효과가 있었던 것으로 판단되었다. 하지만 이러한 감소가 적정의료이용으로 유도되었는지를 판단해 보아야 할 것이다. 즉 대상자들의 건강이 더 나빠지지 않으면서 의료이용량이 감소하였는지에 대해서도 향후 판단해 보아야 할 것이다.

3) 지역별 평가점수

구체적으로 평가영역을 지역별로 나누어 살펴보면, 먼저 서비스 질적 개선 분야의 경우 지역별로 다소 차이를 보이고 있으며 도시규모가 클수록 평균점수가 높은 것으로 나타났다. 대도시의 평균은 36.22점으로 가장 높았고 다음은 중·소도시 34.84점, 농·어촌 31.66점으로 나

타났다. 반면 최고점수는 48.91점으로 농·어촌 지역에서 가장 높게 나타났으며, 최저점수도 농·어촌 지역에서 14.99점으로 나타나 농·어촌 지역의 서비스 질적 개선 분야영역의 지역간 차이가 큰 것으로 나타났다.

효율적 재정운영 분야 영역의 경우는 도시규모별로 약간의 차이가 있었으며, 중·소도시, 대도시, 농·어촌지역 순으로 평균점수가 높게 나타났다. 즉, 대도시는 평균이 33.65점이었으며, 최고 46.97점, 최저 17.51점이었다. 중·소도시는 평균이 34.03점이었으며, 최고 46.09점, 최저 21.29점이었다. 농·어촌은 평균이 32.21점이었으며, 최고 45.38점 그리고 최저 13.02점이었다.

세부영역별로 살펴본 결과 전체적으로 농·어촌지역이 두 가지 영역에서 모두 점수가 가장 낮게 나타났으며, 대도시와 중·소도시

서비스 질적 개선 분야와 효율적 재정운영 분야 모두 높게 나타났다. 따라서 의료급여분야의 경우 지역간 편차가 크지는 않지만 농·어촌지역의 경우만 점수가 낮은 편차를 가지고 있다.

서비스 질적 개선 분야영역의 평가내용인 자격관리 실적, 서비스전달 실적 등에 대한 지역별 평균 차이를 살펴보면, 자격관리실적의 경우 대도시 평균이 19.77점이고 중·소도시가 19.05점으로 농·어촌 16.20점보다 높았다. 자격관리실적은 의료급여대상자가 자격이 변경되었을 경우 자격변경 사항을 건강보험공단에 빨리 신청하여 행정을 원활하게 하도록 하는 행정처리이다. 자격변동이 처리가 되지 않은 경우 수급자가 의료이용 시 제약을 받고 진료비를 사후 정산할 경우 행정비용이 많이 드는 점들 때문에 중요한 평가지표로 판단된다. 그런데 농·어촌지역에서 자격관리실적이 낮게 나타난 것

표 7. 서비스 질적 개선 분야의 평가점수

(단위: 점)				
지역	최고	최저	평균	표준편차
대도시	47.50	18.40	36.22	5.52
중·소도시	48.02	19.35	34.84	6.22
농·어촌	48.91	14.99	31.66	6.18

표 8. 효율적 재정운영 분야의 평가점수

(단위: 점)				
지역	최고	최저	평균	표준편차
대도시	46.97	17.51	33.65	5.98
중·소도시	46.09	21.29	34.03	5.59
농·어촌	45.38	13.02	32.21	6.88

에 대해서는 세부적인 검토가 필요할 것으로 판단된다. 서비스 전달실적도 대도시가 16.44점으로 가장 높고 다음으로 중·소도시 15.79점 그리고 농·어촌이 15.46점으로 가장 낮았다.

효율적 재정운영 분야의 평가내용 중 수급자 전체 의료급여 실적의 경우는 중·소도시가 가장 높은 점수를 받았고, 사례관리대상자 의료급여실적은 농·어촌지역에서 가장 높은 점수를 받았다. 이러한 결과는 사례관리의 경우는 직접적으로 의료급여관리사가 사례관리 대상자를 직접 면담 등을 통해 적정의료이용으로 유도할 경우 농·어촌지역의 대상자들이 의료이용을

자제한 것으로 판단된다. 반면 대도시는 전체 의료급여실적이나 사례관리 의료급여 실적 등에서 전년도 의료이용 대비 큰 변화가 없었던 것으로 보여진다.

의료급여분야의 각각 지표별로 평가점수를 제시한 결과는 <표 11>과 같다. 각 지표를 지역별로 구분해서 살펴보면, 먼저 서비스 질적 개선 분야 중 자격관리 신속처리율의 경우는 평균적으로 대도시, 중·소도시, 농·어촌 순으로 실적이 좋은 것으로 나타났다. 특히 농·어촌의 경우는 평균 16.34일이나 소요되어 대도시 12.16일, 중·소도시 12.89일에 비해 많은 시간

이 소요되고 있었다. 홍보실적은 대도시가 12.14회로 중·소도시 9.56회, 농·어촌 9.35회로 가장 높았으며 교육실적도 대도시가 3.54회로 가장 높았다. 반면 의료급여 심의위원회 개최실적은 중·소도시가 5.58회가 가장 높았다.

효율적 재정운영 분야를 지역별로 살펴보면, 수급권자 1인당 내원일수는 중·소도시가 7.74%로 가장 적게 증가하였으며, 수급권자 1인당 진료비 증감률도 중·소도시가 근소한 차이로 10.13%증가하여 가장 적게 증가하였다. 반면 사례관리대상자 급여일수 증감률은 농·어촌 지역이 13.39%감소하여 근소한 차이로 가장 적게 감소하였다.

전체적으로 지역별 평가점수를 살펴보면, 서비스 질적 개선 분야 실적들은 대도시가 좋은 실적을 나타낸 반면, 효율적 재정운영 분야에서는 의료급여 수급권자 진료실적은 중·소도시, 사례관리 대상자 진료실적은 농·어촌지역이 상대적으로 좋은 실적을 기록하였다.

4. 정책제언

지자체 의료급여 분야 평가와 관련하여 평가 목적을 설정하는 것이 가장 중요한 일이다. 그리고 평가 목적에 타당한 평가항목을 선정하고 선정된 항목별 평가방법, 배점기준 설정 등이 객관적이고 타당한지가 중요하다. 이러한 관점에서 2007년의 평가를 살펴보면 평가의 목적은 의료급여 재정 안정화에 중점을 둔 경향이 있으며 이와 관련된 평가항목 들이 많이 선정되었다.

의료급여분야 서비스 질적 개선 분야 평가와 관련하여 자격관리 신속처리율은 의료급여 업무의 기본적인 사항으로 평가에서 중요한 항목이었다. 향후 신속한 자격변경 신고를 위해서는 중앙정부에서 지방자치단체의 행정 업무지침을 서로 합의하여 일정기간(예: 자격 변경 후 7일 이내)으로 명시하고 업무지침상의 기간을 기준으로 평가하는 것이 더욱 타당할 것으로 판단된다.

표 9. 서비스 질적 개선 분야 평가내용의 평가점수

표 9. 서비스 질적 개선 분야 평가내용의 평가점수 (단위: 점)					
평가내용	지역	최고	최저	평균	표준편차
자격관리 실적	대도시	25.00	6.30	19.77	4.26
	중·소도시	24.97	6.28	19.05	4.26
	농·어촌	24.95	6.25	16.20	4.89
서비스전달 실적	대도시	24.53	9.70	16.44	3.76
	중·소도시	24.91	8.33	15.79	3.75
	농·어촌	24.72	7.71	15.46	3.69

표 10. 효율적 재정운영 분야 영역 평가내용의 평가점수

표 10. 효율적 재정운영 분야 영역 평가내용의 평가점수 (단위: 점)					
평가내용	지역	최고	최저	평균	표준편차
수급자 전체 의료급여 실적	대도시	24.66	7.15	16.67	4.31
	중·소도시	24.95	7.26	17.22	4.05
	농·어촌	24.95	6.37	15.06	4.43
사례관리 대상자 의료급여 실적	대도시	24.75	7.36	16.98	4.48
	중·소도시	24.83	6.43	16.81	4.17
	농·어촌	24.84	6.38	17.14	4.31

표 11. 의료급여분야 지역별 평가점수 통계

표 11. 의료급여분야 지역별 평가점수 통계 (단위: 점)										
평가영역	평가지표	대도시			중·소도시			농·어촌		
		최고	최저	평균	최고	최저	평균	최고	최저	평균
A. 서비스 질적 개선 분야	A1-1) 자격관리 신속 처리율	37.59	5.55	12.16	49.94	6.22	12.89	51.14	6.47	16.34
	A2-1) 의료급여제도 홍보 실적	27.00	2.00	12.14	27.00	1.00	9.56	30.00	0.00	9.35
	A2-2) 의료급여제도 교육실적	17.00	0.00	3.54	13.00	0.00	2.91	9.00	0.00	3.07
	A2-3) 의료급여 심의위원회 개최실적	13.00	1.00	5.01	21.00	0.00	5.58	12.00	0.00	4.91
B. 사업실적	B1-1) 수급권자 1인당 평균의료급여 내원일수 증감률	16.60	2.97	8.44	15.66	-2.30	7.74	18.57	-1.32	8.82
	B1-2) 수급권자 1인당 평균 진료비 증감률	19.77	-1.60	10.36	28.14	-1.57	10.13	22.53	-1.70	12.60
	B2-1) 사례관리 대상자 급여일수 증감률	5.61	-24.99	-13.28	4.80	-23.87	-13.25	16.27	-22.10	-13.39
	B2-2) 사례관리 대상자 평균진료비 증감률	6.73	-21.42	-7.65	9.41	-26.77	-7.58	102.42	-24.36	-5.82

주: 상대 및 절대평가 각각 50%씩을 적용하여 100점 만점임.

의료급여제도에 대한 교육 및 홍보의 경우 기존 수급권자에게는 제도와 관련하여 변동된 사항에 대한 안내가 필요하며, 신규로 자격을 취득한 수급권자에게는 제도 전반에 대한 홍보가 이루어져야 한다. 현재 교육 및 홍보는 개별 상담보다는 안내문 발송 등의 방법으로 이루어지고 있지만, 궁극적으로는 전체 대상자에 대한 접촉을 통한 직접 교육 및 홍보가 추진되어야 한다. 따라서 향후 평가에서는 직접교육과 홍보에 중점을 둔 평가지표를 고려해 보아야 한다.

또한 의료급여 업무 관련 사회복지공무원의 변동이 심하고, 관련 업무 내용의 변화가 많기 때문에 직무 관련 교육은 중요하다. 이런 점을 고려하여, 중앙 정부에서는 교육 운영을 체계화시키는 노력이 필요하다. 그리고 현재의 막연한 교육실적 평가보다는 중앙 및 시도 교육 참석률, 그리고 시·군·구 자체 교육 실시 기준을 제공하고 준수여부를 중심으로 평가해야 할 것이다.

지자체의 의료급여 분야 효율적 재정운영 분야의 평가는 재정안정화를 위한 지자체의 역할이 한정적인 것으로 판단된다. 의료급여 사례관

리의 경우도 본 목적이 적정 의료이용을 통해 의료급여 수급권자의 건강수준을 향상시키는 것이다. 따라서 과잉 진료도 문제가 될 수 있지만 과소 진료도 문제가 될 수 있다. 따라서 재정안정 이외에도 수급자 건강과 관련된 평가항목도 더 필요할 것으로 판단된다.

그리고 재정안정 평가지표도 전년대비 증가율만을 사용하다보니 한 해에 실적이 좋았던 시·군·구는 다음 해에는 실적이 저조해지는 모순이 발생할 수 있다. 따라서 5년 평균증가율 등을 같이 사용하여 장기간에 걸쳐 재정관리를 잘하는 경우 평가 점수가 높아질 수 있도록 지표를 보정할 필요가 있다.

결론적으로 2007년의 평가는 의료급여 재정의 안정화에 중점을 둔 경향이 있으며, 평가항목 선정, 항목별 평가방법 설정 등에 평가자와 피평가자 간에 협의가 부족했던 부분이 있는 것으로 판단된다. 향후 평가목적이나 평가항목 선정 평가방법 등에 대해 관련 전문가, 관련 공무원 등과 심도있는 토의를 통해 개선된 평가가 이루어져야 할 것으로 판단된다. **문헌**