

우수논문 대상 소개

의료급여일수 연장승인제도의 문제점과 개선방안

| 글: 최정미 부산광역시 수영구청 사회복지과(사회복지직 공무원)

2000년 7월 국민건강보험과 동시에 폐지되었던 의료급여 일수를 제한하는 의료급여일수 상한제가 2002년 1월부터 부활되었다. 의료급여일수 상한제는 급여일수 제한을 통해 무제한적인 급여일수가 불러오는 의료급여수급자의 도덕적 해이를 방지함으로써 의료급여제정을 안정시키고자 시행된 것이다. 이 제도가 시행된지 이제 4년째. 과연 제도의 목적이 달성되고 있는 것인가?

본 연구에서는 최근 3년간의 연장승인건에 대한 자료 분석을 통해 제도 운영실태를 짚어보고 나타나는 문제점들을 확인하고자 하며 이를 토대로 제도의 기능 회복을 통한 의료급여 재정건전화 효과를 가져올 수 있는 개선방안들을 제시하고자 한다.

제도현황과 실태분석

• 제도 도입배경 및 현황 : 1977년 의료보호에 관한 규칙이 제정되면서 생활보호사업의 일환으로 시행되어오던 의료보호제도는 2000년 10월 국민기초생활보장제도의 도입이전인 2000년 5월 의료급여법으로 전면 개편되었고 의료급여를 생계급여, 주거급여, 교육급여와 더불어 국민의 권리로 보장하였다. 그러나 의료급여 대상이 확대됨에 따라 의료급여 비용이 급증하면서 의료급여 예산부족에 따른 막대한 재정적자를 발생시켰고 의료기관에 지불해야 할 진료비의 만성적인 체불액을 가중시킴으로써 재정건전화 대책이 절실히 요청되었다. 2002년 보건복지부에서는 의료급여 운영방향을 재정건전화 달성을 목표로 정하고 2002년 1월부터 의료급여기간을 365일로 다시 제한하는 급여일수 365일 상한제를 시행하여 의료급여 수급자의 의료비용을 제한하고자 하였다.

의료급여일수 365일 상한제 시행은 수급자의 도덕적 해이 억제라는 의료비용 제한을 목적으로 하고 있다. 그러나 상한일수 365일을 초과하여 부득이하게 지속적인 의료급여가 필요한 만성질환자의 경우 급여일수 연장은 불가피하다. 의료급여 연장승인제도는 상한일수를 초과하여 급여가 필요한 경우 사전 연장신청을 통해 심사를 받도록 하는 제도이다. 연장승인은 사전승인제이며 불가피하게 사전승인을 받지 못한 경우 사후승인받는 사후승인제도도 병행하고 있다.

• 제도운영 실태분석 : 2001년 제도시행 이후 2002년부터 2004년

까지의 최근 3년간의 수영구 자료를 중심으로 제도운영의 전반적인 상태를 분석하였다.

• 승인율 분석 : 먼저 최근 3년간의 연도별 연장신청건에 대한 승인현황을 보면, 2002년부터 2004년까지의 연장승인 신청건수는 총 2,871건이다. 각 연도별로 신청건은 모두 연장승인 처리되었으며 단 한건도 신청일수가 변경승인되거나 미승인되는 사례가 없었다. 수영구의 경우 3년간 총 2,871건에 대한 승인율은 100%이다.

• 질병별, 일수별, 횟수별 분석 : 수영구의 최근 3년간의 연도별 승인현황을 질병별, 일수별, 횟수별로 분석해보면, 연장대상자의 대다수가 만성질환자이고 반복 연장이 많다. 질병별로 보면 만성질환자의 비율이 약 80%로 매우 높다. 일수별로는 1회 연장시 연장일수 180일이상이 66%로 한번 연장할 때 연장하는 일수가 길다. 횟수별로 보면 1인의 연 2회이상 반복적인 연장이 약 49%로 절반을 차지했다.

• 연장대상자 현황 분석 : 연장신청을 해야 하는 대상자의 현황을 알아보기 위해 2005년 7월 현재 국민건강관리공단에서 연장신청 안 내문이 통보된 자료를 분석해 보았다. 통보대상자는 총 414명이다.

연장대상자 현황 분석결과를 몇가지로 요약해보면 첫째, 수급권자가 약 90%로 대부분을 차지한다. 둘째, 보건소 이용율은 10%미만으로 매우 낮다. 셋째, 급여일수 통보대상자중 일수가 적은 경우도 다수 있다. 2회차 통보시 210일미만자가 약 30%나 있었다. 넷째, 일수 통보대상자중 기관부담금이 적은 경우도 많이 있다. 2회차 통보시 170만원이하가 약 70%이상이다.

문제점

• 제도적 기능 상실 : 부적절한 의료이용자에 대한 억제수단으로 도입된 제도이지만 분석에서 알 수 있듯이 제 기능을 전혀 하지 못하고 있다. 수영구의 경우 제도 시행이후 현재까지 변경승인이나 미승인인 단 1건도 없이 승인율 100%이며 이는 타구의 경우도 마찬가지다.

결국 의료급여 연장승인제도는 대상자가 경제적인 어려움에 처해 있는 저소득층이기 때문에 연장신청시 변경승인이나 미승인 처리가 어렵다. 특별한 사유가 없는 한 모두 연장승인 처리되고 의료급여심의회는 형식적으로 운영되고 있다.

• 반복적인 신청으로 수급자 불편 초래 : 수급자 대다수가 거동 불편 노인들이거나 만성질환자들이라 병원을 오가며 치러야 하는 불편이 많다. 종합병원인 경우 더욱 그렇고 때로는 마찰도 일어나 단순한 불편의 차원을 넘어 심리적인 상처를 받기도 한다.

• 불필요한 연장신청에 따른 행정력 소모 : 국민건강관리공단으로부터 연 4회의 급여일수에 대한 통보가 있다. 수영구의 경우 2004년 1,800건의 통보가 있었고 1,259건의 신청과 승인이 있었다. 동 담당자들은 제도 안내에서부터 신청서 접수와 검토, 의견을 첨부한 승인신청에 이르기까지 많은 시간을 승인업무에 할애하고 있고 의료급여업무에서 연장승인업무가 차지하는 비중이 가장 크다. 구 의료급여담당자 역시 심의의 기능이 제대로 이루어지지 못하고 있는 상황에서 1회 개척시 수백건의 신청서를 형식적인 절차로 서면 심의하고 있는데 불필요한 연장승인까지 계속 접수되고 있어 행정력 소모를 가중시키고 있다. 또한 국민건강보험에도 요양급여일수 상한제가 있지만, 전체적으로 보면 건강보험보다 의료급여가 조금 더 엄격하고 까다롭다는 것을 알 수 있다. 이에 대한 개선이 필요하다.

개선방안

본 연구에서는 개선방향을 제도 자체를 개선하는 내부적 개선과 제도의 외부적 요소 개선으로 나누어 그 방향 제시를 하고자 한다.

• 제도의 내부적 개선 : 지속적인 의료이용이 불가피한 수급자에게는 1회 연장승인제로 변경하여 불필요한 연장승인건을 감소시켜야 한다.

• 급여비용상한제 도입 : 상한일수와 함께 상한비용을 병행해서 연장승인대상기준을 정하는 것이 더 합리적이다. 국민건강보험처럼 기관부담 급여비용이 일정액 이하이면 일수가 초과해도 연장대상이 되지 않는 것이 수급대상자 입장에서든 형평에 맞고 재정면에서도 긍정적인 효과를 가져올 수 있다.

• 급여일수 통보대상 조정 : 급여일수 통보 대상을 현행 상반기 90일 이상, 하반기 180일 이상에서 연 180일 이상이나 210일 이상으로 상향조정하고 통보횟수도 분기별 1회 이상에서 상·하반기 연 2회로 줄여야 한다. 불필요한 급여일수 통보를 줄임으로써 수급자의 심리적 부담감을 줄이고 일선 담당자의 업무경감효과도 가져올 수 있을 것이다.

제도의 외부적 개선

• 진료비 본인부담분 재편성 : 현재 의료급여 수급자의 진료비 본인부담이 1종은 외래, 입원의 경우 모두 없고 2종은 1차 의료기관을 이용할 경우 외래 1,000원, 2차·3차 의료기관 이용은 급여비의 15% 약국은 500원, 입원의 경우 급여비의 15% 부담이다. 1종 수급

자 대다수가 노인인 만성질환자이기 때문에 비용부담이 높을 수밖에 없다고는 하나 '무료급여'로 인해 가벼운 질병에 대한 중복진료, 과다진료가 많이 발생하는 측면도 있다. 질환별 본인부담분 재편성을 통해 최저생계비 이하의 만성·회귀질환을 앓고 있는 저소득층에게는 종별에 관계없이 의료접근성을 높이고 가벼운 1종 수급자에 대해서는 적절한 의료이용이 이뤄지도록 유도해야 할 것이다.

• 의료급여관리요원의 확대 배치 : 만성질환자 밀착상담 사례관리를 강화할 필요가 있다. 질병과 빈곤으로 복합적인 욕구를 가지고 있는 수급자를 대상으로 건강관련 정보와 상담서비스, 자원의 연계를 통하여 서비스의 만족도를 제고하고 자율적인 건강관리 능력을 지원하는 전문가가 시군구별로 1명 이상 확대 배치되어야 한다. 이들이 의료수급자에 대한 밀착상담관리를 통해 불필요한 과다 진료나 약제복용, 장기입원 등을 예방하고 올바른 의료이용 행태교육, 지도 등을 할 수 있을 것이다.

• 의료공급자의 유도진료 차단책 마련 : 의료급여 현지조사, 심사 기능을 강화하여 진료비의 허위 부당청구를 집중적으로 관리하고 불필요한 과잉진료와 고가약 처방 등의 누수를 통제해야 한다. 의료급여 관리 운영체계에 대한 전반적인 개선이 요구되며 특히 심사평가원의 심사 및 실사시스템이 강화되어야 한다. 과학적인 심사 기법의 도입과 특히 장기입원환자에 대한 장기요양 입원의 적절성이나 고액진료비 청구건에 대해서는 현지확인 심사를 강화하여 적정 진료를 유도하고 진료비 누수를 방지할 수 있는 틀을 마련해야 한다.

의료급여일수 연장 승인 제도의 운영 실태를 분석해 보면, 연장신청에 대한 승인율이 100%로 부적절한 의료이용자에 대한 통제와 의료의 남수진 억제 기능이 의료급여일수 연장승인제도에서 전혀 나타나지 못하고 있다. 또 현실적인 문제들이 반영되지 못한 불합리한 여러가지 기준으로 인해 심의의 통제기능 상실, 불필요한 연장승인 신청과 반복적인 승인 등으로 수급자의 의료이용 횟수를 줄이지 못하고 오히려 수급자의 불편 초래와 일선 담당공무원들의 행정력 소모까지 많은 문제들이 제기되고 있다.

의료급여의 제한된 예산을 효과적으로 사용하여 불필요한 의료보장비를 절감시키고 의료 취약 계층에게는 급여를 강화하는 차원에서 의료급여일수 연장승인제도 개선방안이 검토되어야 한다. 제도 내부적으로 불합리한 기준들은 개선시켜 불필요한 연장승인건수를 줄이고 외부적으로는 남수진되는 의료이용을 억제할 수 있는 요건들을 함께 병행해서 개선시켜 나가야 제대로 된 제도적 효과가 나타날 것이다.

결국 의료급여일수 연장승인제도의 개선은 전체적인 의료급여 시스템 안에서 이루어짐으로써 의료비용의 낭비적 요소들을 제거하고 의료급여 재정의 건전화와 효율성을 제고할 수 있을 것이다. 