

정책보고서 2011-

의료급여 진료비 지출 실태분석

신현웅
임지원
윤장호

보 건 복 지 가 족 부
한국보건사회연구원



머리말

2008년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

요약	1
제1장 서론	5
1. 연구의 필요성 및 목적	5
제2장 외국의 저소득층 의료보장	9
1. 프랑스	11
2. 독일	14
3. 네델란드	19
4. 대만	25
5. 싱가포르	27
6. 일본	34
7. 영국	40
8. 미국	43
9. 종합 및 시사점	46
제3장 진료비 지출의 일반실태 분석	51
제4장 진료비 지출의 세부실태 분석	67
1. 분석대상 데이터 특성	67
2. 분석결과	70
제5장 진료비 지출 개인별 심층분석	133

제6장 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안.....	141
1. 의료급여 단골의사제 도입방안.....	141
2. 의료급여 약제비의 효율적인 관리방안.....	151

표 목차

〈표 2- 1〉 CMU 연도별 재정현황	12
〈표 2- 2〉 CMU 보충급여 대상자 연도별 추이	14
〈표 2- 3〉 재원 배분시 개인의 위험도 보정 예시	21
〈표 2- 4〉 대만 건강보험의 피부양자 유형별 재원분담률(2009년 6월 기준)	26
〈표 2- 5〉 Medifund의 재정 상태	32
〈표 2- 6〉 메디펀드 및 메디펀드 실버 기금의 MFIs 지급	32
〈표 2- 7〉 메디펀드 및 메디펀드 실버 적용 승인 내역	33
〈표 2- 8〉 MFIs의 메디펀드 및 메디펀드 실버 이용	33
〈표 2- 9〉 일본의 건강보험체계(2009년 3월 기준)	36
〈표 2-10〉 소득계층별 본인부담 상한액(70세미만)	39
〈표 3- 1〉 의료급여와 건강보험 연도별 진료비 추이(8년)	55
〈표 3- 2〉 의료급여 1종, 2종 연도별 진료비 추이(8년)	56
〈표 3- 3〉 연도별 의료급여 적용대상자 추이	57
〈표 3- 4〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(전체)	58
〈표 3- 5〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(입원)	59
〈표 3- 6〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(외래)	59
〈표 3- 7〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)	60
〈표 3- 8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)	61
〈표 3- 9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)	61
〈표 3-10〉 연도별 의료급여 내원일당 연간진료비(전체)	62
〈표 3-11〉 연도별 의료급여 입원일당 연간진료비(입원)	62
〈표 3-12〉 연도별 의료급여 외래일당 연간진료비(외래)	63
〈표 4- 1〉 전체	73
〈표 4- 2〉 총진료비 이용행태-전체	78
〈표 4- 3〉 총진료비-전체	81
〈표 4- 4〉 총진료비-입원	82

〈표 4- 5〉 총진료비-외래	83
〈표 4- 6〉 총진료비-약국	84
〈표 4- 7〉 총진료비-1종약국	85
〈표 4- 8〉 총진료비-2종전체	85
〈표 4- 9〉 총진료비-2종입원	86
〈표 4-10〉 총진료비-2종외래	87
〈표 4-11〉 총진료비-2종약국	88
〈표 4-12〉 적용대상자 증가추이-전체	89
〈표 4-13〉 적용대상자-전체	90
〈표 4-14〉 적용대상자-1종	91
〈표 4-15〉 적용대상자-2종	92
〈표 4-16〉 적용인구당 진료비 이용행태	93
〈표 4-17〉 적용인구당 진료비-전체	96
〈표 4-18〉 적용인구당 진료비-입원	98
〈표 4-19〉 적용인구당 진료비-외래	99
〈표 4-20〉 적용인구당 진료비-약국	100
〈표 4-21〉 적용인구당 진료비-1종외래	101
〈표 4-22〉 적용인구당 진료비-1종약국	102
〈표 4-23〉 적용인구당 진료비-2종전체	103
〈표 4-24〉 적용인구당 진료비-2종입원	104
〈표 4-25〉 적용인구당 진료비-2종외래	105
〈표 4-26〉 적용인구당 진료비-2종약국	105
〈표 4-27〉 적용인구당 입내원일수 이용행태	106
〈표 4-28〉 적용인구당 입내원일수-전체	109
〈표 4-29〉 적용인구당 입내원일수-입원	110
〈표 4-30〉 적용인구당 입내원일수-외래	111
〈표 4-31〉 적용인구당 입내원일수-약국	112

〈표 4-32〉 적용인구당 입내원일수-1종전체	113
〈표 4-33〉 적용인구당 입내원일수-1종입원	114
〈표 4-34〉 적용인구당 입내원일수-1종외래	115
〈표 4-35〉 적용인구당 입내원일수-1종약국	116
〈표 4-36〉 적용인구당 입내원일수-2종전체	117
〈표 4-37〉 적용인구당 입내원일수-2종입원	118
〈표 4-38〉 적용인구당 입내원일수-2종외래	119
〈표 4-39〉 적용인구당 입내원일수-2종약구	119
〈표 4-40〉 입내원일당 진료비 이용행태	120
〈표 4-41〉 입내원일당 진료비-전체	123
〈표 4-42〉 입내원일당 진료비-입원	125
〈표 4-43〉 입내원일당 진료비-외래	126
〈표 4-44〉 입내원일당 진료비-약국	127
〈표 4-45〉 입내원일당 진료비-1종전체	128
〈표 4-46〉 입내원일당 진료비-1종입원	129
〈표 4-47〉 입내원일당 진료비-2종외래	130
〈표 5- 1〉 진료비 상위 10% 모집단 대비 특성별 비율	133
〈표 5- 2〉 2010 진료비 전체분포	134
〈표 5- 3〉 2010 진료비 특성별 분포	134
〈표 5- 4〉 2010 진료비 상위 10% 전체분포	136
〈표 5- 5〉 2010 진료비 상위 10% 특성별 분포	136
〈표 5- 6〉 2010 진료비 상위 10% 1종 특성별 분포	137
〈표 6- 1〉 단골의사 제도에서 받고 싶은 서비스	142
〈표 6- 2〉 단골의사 제도 도입의 긍정적 효과	142
〈표 6- 3〉 단골의사 제도 도입의 부정적 효과	143
〈표 6- 4〉 단골의사 선택 시 고려할 사항	144
〈표 6- 5〉 단골의사제도 비등록 이유	144

〈표 6- 6〉 단골의사제도 미결정 이유	145
〈표 6- 7〉 약품비 지출관리를 위한 전략유형	152

그림 목차

[그림 2-1] 네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년)	22
[그림 2-2] 고액요양비 제도 지원 체계	40



01

K
I
H
A
S
A

서론

제1장 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

가. 연구의 필요성

- 1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여년간 우리나라 국민층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔음.
- 의료급여제도의 지속적인 보장성강화 및 사각지대 축소로 외형적으로는 성장해 왔지만 수급권자들의 실질적 건강관리가 이루어지지 못하였음.
 - － 특히 무분별한 외래 의료이용 등은 동일질환에 대한 중복처방 혹은 병용금기 처방으로 오히려 수급권자의 건강상태를 악화시키는 환경에 노출
- 1차 의료기관인 의원들의 역할 수행이 미흡하고, 왜곡된 의료전달체계로 의료이용의 비효율성을 야기
 - － 전문의 중심의 1차 의료체계의 문제점, 병원의 의원기능 및 역할 중복으로 차별화된 전문적 의료서비스를 제고하지 못하고 있는 등 전반적인 의료전달체계상의 문제 야기
- 또한 외래 경증 및 소액진료비에 과다한 의료이용으로 고액 및 중증질환에 대한 보장성 강화 및 차상위계층에 대한 확대 등에 제한을 받게 되었음.
- 이처럼 의료급여 수급자의 건강관리의 향상 필요성과 의료급여 재정의 효율적 운영 등을 위해 정부가 지난 2007년 7월 의료급여 혁신대책으로 의료급여 본인부담제 도입, 선택병의원제도 실시, 자격관리시스템 도입 등 의료급여 혁신 대책이 시

행되었음.

- 의료급여 혁신대책의 시행과 지속적인 제도 모니터링 등을 통해 진료비 증가율을 일정수준으로 유지하고 있음.
 - － 그러나 향후에도 의료급여에서 의료서비스 욕구가 증가하고 고령화, 질병 구조의 변화 등으로 진료비 지출이 계속적으로 증가할 것으로 판단됨.
 - － 또한 의료급여 예산 증가의 한계 등으로 의료기관에 대한 미지급금이 2010년에 발생하였고, 2011년에는 더욱 늘어날 것으로 전망됨.
- 따라서 향후 의료급여제도의 진료비 지출이 적정한 것인지에 대해서 평가해 보고, 만약 비효율적인 부분이 있다면 이를 개선할 대안 마련이 필요한 시점임.

나. 연구의 목적

- 본 연구는 의료급여 진료비 지출의 적정성을 평가하고, 비효율적인 부분에 대한 개선방안 마련을 목적으로 하고 있음.
- 이를 위한 구체적인 목적은
 - － 첫째, 의료급여 대상자들의 일반적인 진료비 지출의 증가추이를 살펴보고, 의료이용 양과 강도로 구분하여 기초분석 실시
 - － 둘째, 진료비 지출에 대해 증가의 요인변수인 의료급여 종별(1종/2종), 요양기관 종별, 지역별, 질환별, 특수계층별, 선택의료기관 대상자, 건강생활유지비 지원자 등, 의료이용 과다 이용자, 의료행위별 진료비 지출을 살펴보고, 의료이용의 적정성을 평가해 보고자 함.
 - － 셋째, 의료급여 대상자의 진료비 증가요인에 대한 거시적 경제모델을 통해 적정한 의료이용량을 추정하고, 현재 진료비 지출의 적정성을 평가해 보고자 함.
 - － 마지막으로 진료비 지출의 적정성 평가에 따라 의료급여 진료비 지출의 효율적인 운영방안 마련을 최종목적으로 함.

외국의 저소득층 의료보장

제2장 외국의 저소득층 의료보장

□ 외국의 저소득층 의료보장은 각 국가별 건강보험 유형에 따라 다양한 형태로 구분될 수 있음.

- 먼저 사회보험 방식을 통해 보험료로 건강보험이 운영되는 체계와 영국과 같이 세금으로 건강보험이 운영되는 체계로 구분해 볼 수 있음.
- 저소득층 의료보장은 건강보험과 같은 성격을 가지고 있지만 다른 측면에서는 국가가 책임져야 하는 공적부조적인 성격을 동시에 띄고 있음.
- 따라서 저소득층 의료보장 체계는 보편적으로 국가의 정부예산을 통해 제공되고 있고, 사회보험 방식의 국가에서는 건강보험과 이원화된 구조를 가지는 경우 들이 있을 수 있음.
- 외국의 선진국가 중 유일하게 공적 건강보험이 없는 미국의 경우는 의료보장 사각지대에 있는 국민이 많이 발생할 수 밖에 없어서 많은 대상자에게 저소득층 의료보장체계를 별도로 지원할 수 밖에 없는 구조를 가지고 있음.

□ 독일이나 프랑스 같은 사회보험 방식의 의료제도를 갖고 있는 국가들은 우리나라 처럼 보험료를 각출하여 예방, 치료, 재활 등의 의료서비스를 제공함.

- 보험료 수준에 따라 국가간 급여내용에 상당한 차이가 있고 조세방식 의료제도에 비해 본인부담 수준이 높음.
- 즉 본인의 책임의식을 다소간 가미한 형태로 운영됨.
- 이러한 재정충당 방식의 의료제도를 보험료 방식이라 함.
- 사회보험방식의 의료체계를 가지고 있는 국가로는 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본, 한국 등이 있음.

□ 의료보장체계가 영국이나 스웨덴 같이 국가주도형 의료제도를 가진 국가는 전 국민을 대상으로 하여 예방부터 치료, 그리고 재활에 이르는 포괄적인 보건의료서비스를 조세 재원을 통해 원칙적으로 무료로 제공하는 방식을 취하며, 이는 흔히 NHS(National Health Service) 제도로 불리움.

- 전 국민을 대상으로 한 포괄적인 보건의료서비스가 제공되고 있기 때문에 취약계층에 대한 지원은 별도의 제도로 부각되고 있지 않으나 평등을 강조하는 제도의 성격상 이들에 대한 배려가 정책 운용을 통해 이루어지고 있음.
- 약품비, 치과치료비 등 이용자 부담이 부과되고 있는 경우에 이러한 부담으로 인해 필수의료에 대한 접근성이 제약되지 않게 하기 위한 부담 면제 등의 배려가 있게 됨.
- 그러나 우리의 의료급여제도에 해당하는 별도의 제도는 가지고 있지 않음.
- 국가주도형 의료체계 하의 국가로는 영국, 스웨덴, 노르웨이, 스페인, 호주 등이 있음.

□ 자유주의형 의료체계 하의 국가로는 거의 유일하게 미국을 들 수 있음.

- 국가가 관장하는 공보험이 없기 때문에 시장원리를 기본으로 사보험이 의료를 감당함.
- 사보험에 가입할 수 없는 저소득층과 고령자를 위해 별도의 Medicaid제도와 Medicare제도를 운영 중에 있음.

□ 아시아 국가 중 건강보험 체계와 저소득층 의료보장 체계가 잘 갖추어진 국가로는 우리나라와 일본, 대만, 싱가포르 수준임.

- 우리나라와 일본은 전형적인 사회보험 방식을 취하고 있으며, 대만은 사회보험 방식이지만 대만만의 독특한 구조의 건강보험과 저소득층 의료보장체계를 가지고 있음.
- 싱가포르도 사회보험방식이지만 의료저축계정(MSA)제도라는 독특한 구조의 의료보장체계를 가지고 있음.

□ 본 논문에서는 우리나라와 같은 사회보험방식의 국가들인 사회보험의 프랑스, 독일, 네덜란드를 중심으로 저소득층 의료보장체계를 살펴보고, 우리나라와 인접한 국가들인 대만, 싱가포르, 일본 등을 중심으로 국가간 비교를 하고 시사점을 강구하고자 함.

- 그리고 대표적으로 국가주도형의 의료보장체계를 가지고 있는 영국과 자유주의형인 미국에 대해서는 간략히 살펴보고자 함.

1. 프랑스

가. 프랑스 의료보장의 개요

- 프랑스 사회보장제도는 통상 모자이크형 특징을 가지고 있다고 평가되며, 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도임.
 - 이러한 특징에 기인하여 사회보장제도의 운영주체도 제도(Régime)에 따라 독립적으로 존재하고 있음.
 - 대표적인 프랑스 사회보장제도의 3대 운영주체는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF) 등이 있음.
 - CNAMTS은 건강보험, 산재보험, 임출산보험, 장애보험, 사망보험 등의 보험자이고, CNAV는 노령연금제도의, CNAF는 가족수당제도의 운영기관임.
 - 그 밖의 주요 기관으로는 사회보장 및 사회보험 분담금 징수를 담당하는 기관으로 사회보험료통합징수공단(URSSAF) 등이 있음.
- 이러한 복잡성이 있음에도 제도운영과 정책 결정과정을 통해서 볼 때, 적용대상 인구수를 기준으로 가장 비중이 큰 일반제도(Régime général)를 중심으로 프랑스의 사회보장제도 전체가 작동되고 있음.
 - 더불어 다양한 하위제도들이 일반제도를 중심으로 운영원리가 일원화되는 경향도 확대되고 있음.
 - 예컨대 농업종사인구의 감소 등 산업 구조의 변화와 형평성과 효율성을 추구하는 정부의 정책에 따라 농업제도, 특수제도 등의 상당 부문은 비중축소, 소멸 혹은 해체되면서 일반제도에 흡수되고 있음¹⁾.

1) 일반제도는 고유의 대상 범주인 민간부문 근로자와 공무원뿐만 아니라, 원래는 대상이 아니었던 학생, 전

□ 2000년부터 법정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편 의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)를 실시하여 전국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.

－ 그리고 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료부조제도(Aides Sociales)가 있음.

나. 저소득층 의료보장

□ 프랑스의 저소득층 의료보장은 2000년부터 시작된 보편적 질병급여제도 (Converture Maledie Universelle, 이하 CMU)에서 보장을 해주고 있으며, CMU는 기본적으로 보험료를 지원해서 기본적인 건강보험에 가입하도록 하는 CMU 기본보험(CMU de base)와 건강보험을 이용할 때 발생하는 본인부담을 지원하는 CUM 보충보험(CMU complementaire)로 구성되어 있음.

□ CMU의 재정규모는 2009년 기준 연간 1870 백만 EURO이며, 재원은 2008년까지는 술, 담배에 대한 세금이나 기부금 그리고 보험료 수입 등으로 이루어졌음.

－ CMU 재정의 수입과 지출 규모는 다음 표와 같음.

〈표 2-1〉 CMU 연도별 재정현황

(단위: 백만 EURO)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
수입	1047	1206	1532	1358	1530	1418	1524	1595	1452	1870
지출	1013	1371	1355	1475	1455	1374	1555	1559	1423	1851
당기수지	34	-165	177	117	75	44	-31	36	29	19
누적수지	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101

자료: http://www.cmu.fr/userdocs/231-1_2010.pdf

쟁 유공자, 퇴역군인 등으로 대상을 확대하였고 가족수당의 경우 최소 생계비를 지원받는 사람들 범주까지 확대함으로써 전 국민을 대상으로 하게 되었다.

1) CMU 기본보험(CMU de base)

- CMU 기본보험은 2000년 프랑스 정부가 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험 가질 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 한 시스템임.
 - CMU 혜택은 건강보험 가입 자격이 없는 프랑스 거주자, 질병보험 가입 기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주외국 노동자, 의료부조 수급자 등이 대상자이며 이들 중 상당수는 RMI 수급자임.
- CMU 기본보험은 건강보험료를 지원하는 시스템으로 연간 가구 소득이 9,020 EURO 이하(2009년 10월 1일부터 2010년 9월 30일까지 소득 기준)인 경우는 보험료를 면제해 주고 9,020 EURO 이상인 경우 초과하는 금액의 8%를 보험료로 납부하도록 하고 있음.
 - 예를 들어 1년 소득이 15,000 EURO인 가구의 경우 9,020 EURO를 공제한 5,980 EURO에 대해 8%에 대해 보험료를 부과하여 연간 478 EURO의 보험료를 납부함²⁾.
- CMU 가입은 기본적으로 프랑스에 3개월 이상 지속적이고 합법적으로 거주하는 모든 사람에게 적용되었으나, 최근 CMU 가입을 위해 EU지역에 거주자가 조기 퇴직하는 경우에 있어서는 최소 5년간 프랑스에 거주해야 자격을 주는 것으로 하였음.
 - 단 EU 지역 이외의 외국인도 종전과 같이 가입할 수 있음.

2) CMU 보충급여(CMU complémentaire : CMU-C)

- CMU 보충급여는 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료에의 접근성의 제약을 받는 것을 줄이기 위한 본인부담 지원하는 체계임.
 - 즉 CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공됨.

2) www.france-poverty.com 자료 참조(2010년 11월 29일 검색기준)

- 그리고 제3자 지불방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에선 자유로움.

□ CMU 보충급여 대상자 선정은 자산조사를 통해 대상자가 선정되며, 1인가구 454.63 EURO 이하, 2인가구 778.32 EURO 이하(2010년 기준)의 경우 혜택을 받을 수 있음.

- 2009년 CMU-C 혜택을 받은 대상자는 프랑스 본토 3,579,141명(5.7%)와 프랑스령 거주자 577,886명(31.9%)로 전체 4,157,027명으로 전체인구 64,628,151명의 6.4%가 혜택을 보고 있음.
- 대상자 비율은 2006년 6.8%, 2007년 6.8% 그리고 2008년 6.5%보다 줄어드는 추세를 보이고 있음.³⁾

〈표 2-2〉 CMU 보충급여 대상자 연도별 추이

구분		2006년		2007년		2008년		2009년	
		대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율
프랑스 본토	CMU	3,826,760	6.1%	3,821,019	6.1%	3,637,333	5.8%	3,579,141	5.7%
	총인구	62,817,120		62,809,976		62,817,120		62,817,120	
프랑스령	CMU	587,285	32.4%	590,048	32.6%	575,147	31.8%	577,886	31.9%
	총인구	1,811,031		1,811,031		1,811,031		1,811,031	
총합계	CMU	4,414,045	6.8%	4,411,067	6.8%	4,212,480	6.5%	4,157,027	6.4%
	총인구	64,628,151		64,621,007		64,628,151		64,628,151	

자료: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?id=3&cat=75>

2. 독일

가. 건강보험의 개요

□ 독일의 건강보험은 크게 법정건강보험, 민간건강보험 및 공적부조제도로 구성되어 있음.

- 2009년 이전에는 일정소득 이하의 국민은 법정보험 강제가입하고 일정소

3) http://www.cmu.fr/userdocs/RSA_CMU.pdf 자료 참조

- 득 이상 국민과 공무원은 민간보험에 가입하였음.
- 2007년 기준으로 법정보험 가입자 약 91%(7천만 명), 민간보험 가입자 약 9% 수준이었음.
 - 그리고 최저생계비 이하의 저소득층 국민에 대해서는 정부가 보험료를 지원하여 법정보험가입하거나 또는 공적부조 대상으로 분류하여 보장해 주었음.
- 2007년 독일은 새로운 의료개혁 방안을 제시하였고, 이를 통해 2009년부터 독일 전국민은 의무적으로 건강보험에 강제가입하는 것으로 전환하였음.
- 2009년 이전에 건강보험 미가입자 중 종전에 법정보험에 가입했던 사람은 법정보험과 민간보험 중 선택하여 가입할 수 있으며 종전 민간보험 가입자는 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하였음.
- 독일의 건강보험은 보험료와 조세를 통해 이루어지고 있으며, 2009년 이전에 조합별로 관리되던 재정이 2009년부터는 보험료와 연방차원의 지원금으로 단일 기금 조성하여 관리되면 조합별로는 위험도에 따른 인두방식으로 지역별 총액분배하는 것으로 하였음.
- 보험료는 소득수준에 따라 보험료를 부과하며, 근로자와 사용자가 50%씩 부담(각각 6.9%)하고, 근로자는 특별보험료 추가부담(0.9%)하였음.
 - 2009년 이전은 각 조합마다 보험료를 차등 적용하였으나, 2009년부터 연방에서 보험료를 통일하여 결정하고 있음.
- 2007년 보험료율의 평균은 14.7% 수준이었으며, 2008년은 소득의 14.6%수준이었음.
- 2009년 1월1일부터 적용되는 단일 보험료율은 2008년 11월 1일에 책정하도록 법으로 정해졌으며, 많은 전문가들은 2009년에 의료보험의 지출을 고려해 볼 때 보험료율이 적어도 15% 더 심하게는 15.5% 정도까지 인상될 것이라 예측하였음.
 - 실제 2009년 일원화된 보험료율은 15.5%이었으며, 2010년은 14.9%로 책정되었음.
 - 2010년 14.9%로 0.6% 보험료율이 떨어진 것은 보험료를 낮추기 위해 국고지원을 증액한 결과로 보여짐.

□ 각 조합은 사전 배분된 총액 부족시 추가보험료(예산의 1% 이내)를 징수할 수 있으며, 반대로 분배된 총액 중 남은 금액은 가입자에게 상환 가능하도록 하였음.

- 그리고 추가보험료 징수시 가입자에게 보험자 변경권을 부여하여 재정관리에 대한 보험자 간 경쟁을 유도하는 체계를 갖추었음.

나. 저소득층 의료보장의 개요

1) 저소득층 의료보장 지원 체계⁴⁾

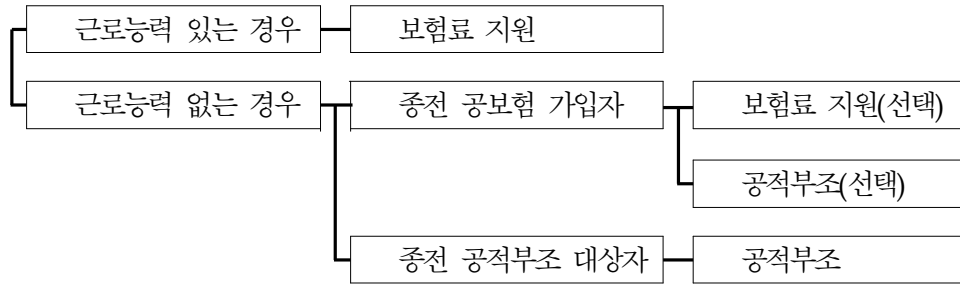
□ 독일의 저소득층에 대한 의료보장은 크게 두가지 측면에서 살펴볼 수 있음.

- 먼저 건강보험 틀 안에서 최저생계비 이하의 국민에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식임.
- 독일은 건강보험 체계의 보장성이 높기 때문에 저소득층에게 건강보험료를 지원하여 건강보험권 안에서 보장하는 것임.
- 우리나라의 경우는 보장성이 낮기 때문에 보장성을 달리하는 별도의 체계가 필요한 반면 독일의 경우는 건강보험체계 내에서 관리하는 것이 효율적임.
- 둘째는 건강보험권 안에서 관리가 되지 않는 취약계층에 대해서는 지방자치단체에서 직접 보장해주는 방식임.
- 이는 근로능력이 없는 계층 중 건강보험이 없는 사람의 경우 의료기관에서 의료이용을 하면 비용에 대해서 지자체에서 상환해주는 방식임.

□ 저소득층에 대한 두가지 지원방식에 대한 대상자 구분은 원칙적으로 근로능력 여부에 따라 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자로 분류하고 있음.

- 이에 대한 자세한 구조는 다음 그림과 같으며, 이때 근로능력의 유무는 의사의 진단에 의해 결정됨.

4) 2008년 6월 독일 보건부, AOK, 독일의사 면담 등 직접방문을 통해 조사된 내용을 중심으로 재구성하였음.



□ 최저생계비 이하이면서 보험료를 지원받는 대상자는 2008년 기준으로 약 200만~300만 명이었음.

- 그리고 보험료 지원 규모는 근로능력자의 경우 최저생계비 월 €800 기준으로 1달 건강보험료 €110 공제하여 건강보험을 가입해 준 후, 생계비로 €690를 본인에게 지급하고 있음.
- 그리고 근로무능력자 중 보험가입 선택한 경우는 1달 보험료를 €120지원하고 있음.
- 이때 저소득층 보험료는 일반 가입자 최저보험료의 70% 수준임.

□ 공적부조 제도내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.

- 연방정부는 대상자 선에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주 정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.
- 재원의 경우도 연방정부의 지원 없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.

□ 이때 공적부조 대상자 병의원 이용절차는 지방 사회보장국의 사전승인(응급질환 제외) → 병의원 진료 → 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산 하는 순으로 이루어짐.

□ 저소득층 건강보험 편입 정책에 대해서 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고할 수 있다는 장점이 있는 것으로 평가됨.

- 그리고 공적부조 대상자는 병의원 이용시 사전승인을 받아야 하나, 법정보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거할 수 있다는 장점이 있음.
- 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료율 인상 요인이므로 보험자·의료공급자·가입자 반대하고 있음.

2) 건강보험 내에서 저소득층 의료비 지원⁵⁾

□ 독일은 1997년 이용자 본인부담을 대폭 인상한 바 있음.

- 이와 같이 환자의 본인부담을 확대하면서도 한편으로 이로 인해 피보험자가 의료에의 접근에 심한 제약을 느끼지 않도록 본인부담을 면제해 주거나 경감 그리고 본인부담 상한을 제도를 운영하고 있음.
- 먼저 과중부담조항(Überforderungsklausel)을 통해 본인부담에 상한을 두고 사회조항(Sozialklausel)에 해당하는 취약계층 등에게 본인부담의 면제 및 경감조치를 취하고 있음.

□ 과중부담조항(Überforderungsklausel)은 과도한 본인부담으로부터 환자를 보호하기 위해 소득에 따른 본인부담 상한을 두는 것으로 부담한도액을 일정액으로 하지 않고 수입에 대한 비율로 정하고 있음.

- 약제비, 비의사인력 서비스, 응급후송에 대한 연간 본인부담이 본인부담의 상한을 넘어서면 넘는 부분은 면제되고 치과보철과 의치에 대한 비용분담액은 경감됨.

□ 독일에서는 환자일부부담 현황을 스스로 기입하고 영수증을 모은 노트가 약국 등에 항상 마련되어 있음.

- GKV 가입자는 노트를 받아서 약제·봉대재료·택시운임 등의 영수증과 함께 연말까지 보관해야 함.
- 이는 과중부담 증명시 필요하기 때문임.

5) 2006년 신영석, 신현웅 외 “저소득층 의료보장체계” 연구 내용을 재구성하였음.

- 본인부담의 상한은 소득의 2%이며, 이 본인부담의 상한 또한 상한이 있는 바, 그 액수는 보험료산정 보수한도액의 2%가 되게 함.
 - 장기만성질환자(1년 이상 동일질환에 이환)의 경우는 본인부담 상한이 소득의 1%로 치료를 1년 이상 계속하는 경우에는 2년째부터 감면되게 함.
 - 만성질환자에 대한 본인부담 상한은 과거 2%이었으나, 3차 의료개혁에서 과중부담을 완화하는 차원에서 1%로 줄게 되었음.
- 「사회조항」을 충족하는 자(연방사회부조법과 연방취학촉진법등에서 정하는 해당조항을 충족하는 자)는 본인부담이 면제되며, 저소득계층, 실업급여수령자, 사회부조대상자는 병원치료를 제외한 대부분의 본인부담을 면제받음.

3. 네덜란드⁶⁾

가. 의료보장 체계

- 네덜란드 건강보험 체계는 3단계로 이루어져 있음.
 - 제1영역은 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 의무적으로 가입하도록 되어 있는 보험임.
 - 재원은 보험료, 정부의 보조금 및 본인부담금으로 구성되어 있음.
- 제2영역은 급성질환 및 일반적 질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 강제가입로 가입하도록 한 보험임.
 - 제 2영역 보험은 2006년 이전에는 소득수준과 직종에 따라 공적보험(일정 소득 이하), 공무원보험 그리고 민간보험(일정소득 초과)으로 구분되어 가입되어 있었음.
 - 하지만 2006년 개혁방안에 따라 관리를 모두 민간보험이 하도록 하였음.
 - 그리고 정부는 저소득·취약계층에 대한 보건의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금 지원하도록 하였음.

6) 2008년 6월 네덜란드 보건체육부, 국제청, 네덜란드 의사면담 등 직접방문을 통해 조사된 내용을 중심으로 재구성하였음.

- 제3영역은 보충형 민간보험으로 제1,2영역에서 급여하지 않는 치과, 고급의료, 성형 등을 위한 보험으로 가입은 자율적으로 하도록 하고 있음.
 - － 하지만 전 국민의 90% 이상 가입하고 있음.

나. 네덜란드 건강보험 개혁방향

- 개혁전 네덜란드 건강보험은 소득, 건강, 연령, 고용상태에 따라 다층 구조로 이루어져 있었음.
 - － 따라서 소득, 건강상태, 고용주의 지원 등에 따라 보험료도 차등 부과되었음.
- 이러한 체계는 거시적인 관점에서 비용 억제에 성공한 것으로 평가되었으나, 대기시간이 길고, 공급자들의 효율성 저하되었음.
 - － 가입자들의 비용의식이 부족했으며, 가격에 상응하는 서비스를 제공하기 위한 인센티브가 미약하였음.
 - － 그리고 투명성이 부족하여 질 관리가 미흡했으며, 보험자에 대한 통제가 미약하여 고령자와 만성질환자 보호에 미흡한 부분이 많았음.
- 이를 극복하기 위해 네덜란드에서는 종전 공적인 체계 내에 있던 전통적인 보험을 사적인 조직인 민간보험에서 “경쟁”을 통해 관리하도록 함으로써 가격에 상응하는 서비스를 하도록 제도를 개혁하였음.
 - － 이런 개혁을 통해 중앙정부가 제공을 주도하는 시스템보다 민간보험이 고령화, 만성질환자 증가, 의료기술 발달 등 미래환경에 효과적으로 대응할 것으로 기대하였음.

다. 건강보험(제2영역)의 개혁내용

- 2006년 개혁 중 가장 핵심은 제2영역의 건강보험을 민간보험에 관리를 위탁하는 것임.
 - － 전국민을 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하고 정부는 표준급여의 범위, 의료서비스의 질 등 민간보험을 통제 관리하는 시스템으로 변경 한 것임.

- 따라서 민간보험사들은 급여, 서비스의 질(質), 보험료 등을 정부로부터 엄격한 통제를 받으며 보험상품을 판매하고 있음. 민간보험사는 가입자의 건강상태에 따라 보험료를 차등하거나 가입을 거부할 수 없도록 하였음.
- 그러나 정부에서 보험사에 재원을 배분할 때 정률보험료로 조성된 위험균등화 기금에서 가입자의 위험도(성, 연령, 질환여부 등)를 고려하여 재원을 배분하고 있음.

〈표 2-3〉 재원 배분시 개인의 위험도 보정 예시

(단위: €/연)

구 분	40세 여성(A) 장애급여 수혜자 사회경제적수준 낮음 도시 지역 거주 PCG-당뇨-1 DCG-none	38세 남성(B) 정상 직업 사회경제적수준 높음 쾌적한 거주지 PCG-none DCG-none
성별/연령	1,182	946
수입원	965	- 63
사회경제적상태	51	- 67
지역	60	- 98
Pharma Cost Group(PCG)	3,117	- 213
Diagnosis Cost Group(DCG)	- 98	- 98
총 비용	5,277	407
기본 보험료	- 970	- 970
위험보정 후 지불액	4,307	- 563

※ 위험균등화기금에서 (A)가 속한 민영보험사에게 4,307€를 추가 지급하고, (B)가 속한 민영보험사에게는 563€를 삭감하여 지급

□ 네덜란드 제2영역 건강보험의 재원은 정액보험료(기본보험료), 정률보험료 및 정부 국고 부담으로 이루어져 있음.

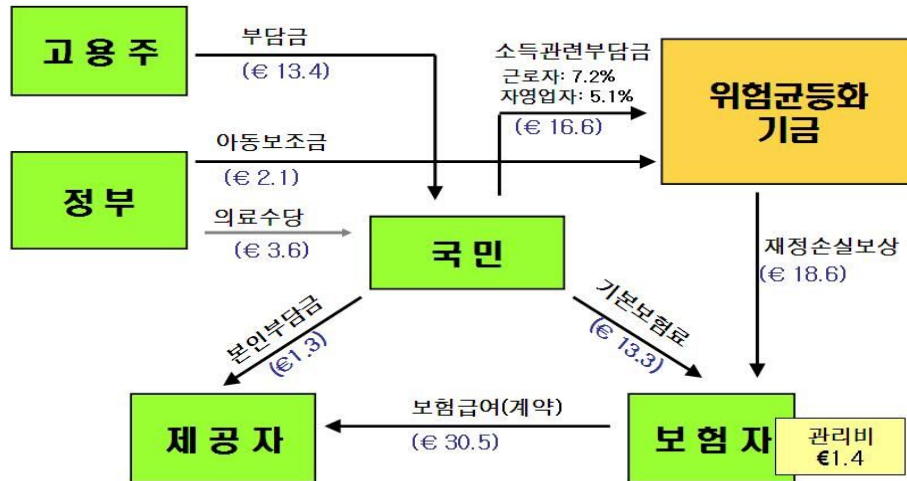
- 정액 보험료는 가입자가 매월 민간보험사에 직접 납부하는 기본보험료로 전체 재원 중 약 45%를 차지하고 있음.
- 정률보험료는 소득에 따라 차등 부과하는 것으로 고용주와 가입자가 일정 비율 국가가 운영하는 위험균등화기금에 납부하고 있으며, 전체 재원 중

약 50%를 차지하고 있음.

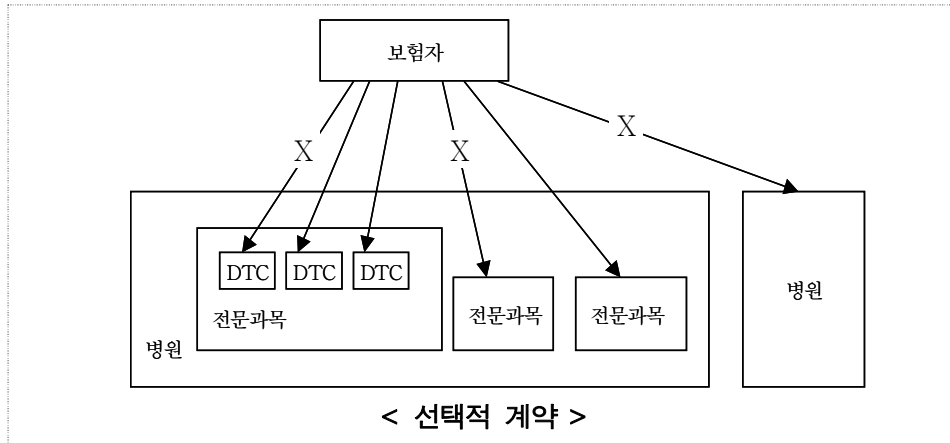
- 정부국고부담은 18세 미만 아동의 정액보험료를 국가가 대신 부담하는 것으로 위험균등화기금 조성에 사용하고 있고 전체 재원 중 5%를 차지하고 있음.

[그림 2-1] 네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년)

(단위 : 억€)



- 진료 공급은 기본적으로 보험사와 의료공급자간 계약을 통해 결정되며, 보험자나 공급자 모두 계약을 거부할 수 있도록 되어 있음.
 - 지불제도는 병원·치과는 네덜란드형 수가제인 DTC에 의해 결정되고 가정의는 인두제를 적용하고 있음.
- 보험사와 공급자는 DTC 수가의 20% 범위 내에서 가격협상이 가능하도록 하였고 향후 70%까지 확대 적용할 예정임.
- 1차 의료는 가족의(일반의)가 gatekeeper 역할 담당하고 있으며 2차 의료(병원)은 가족의가 의뢰하는 경우만 병원진료가 가능함.



- 의료이용시 본인부담은 가입한 보험의 종류에 따라 deductible을 설정하고 있으며 본인부담(deductible) 상한은 연간 €150임.
- 의료비 지출에 있어 불필요한 의료이용을 감소시키기 위해 1년간 의료이용이 없는 경우(진료비 미청구) 일정금액을 환급하는 제도를 운영하였으나 만성질환자에게 불리한 제도라는 지적 등에 따라 2008년에 폐지하였음.
- 그리고 민간보험사들은 가입자의 건강관리 및 위험도가 높은 환자의 예방을 통한 비용절감을 유도하고 있음.

라. 저소득층 의료보장

- 네덜란드의 저소득층 의료보장은 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보험 체계 내에서 보장하고 있음.
 - 다만, 저소득층에 대해서는 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의 세금공제 형태인 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을 통해 보험료 및 본인부담금을 지원해 주고 있음.
- 의료보장을 받는 소득수준은 1인 가구 연소득 €29,069 이하, 2인 이상 가구 연소득 €47,520 이하 등임.
 - 2007년 기준으로 600만 가구(전체 가구의 69%)가 의료보장 수당을 지원 받았음.

□ 의료보장수당 지원계산 방식은 다음과 같음

○ 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium

* Standard premium : 1인가구 €1,200, 2인이상 가구 €2,400

Norm premium

— 1인가구 : 기준소득(€18,496)의 3.5% + 초과소득의 5%

— 2인이상 가구 : 기준소득(€18,496)의 5% + 초과소득의 5%

예시) 소득이 €22,000인 1인 가구

소득	€22,000	기준보험료	€1,200
- 기준소득	€18,496	- Normpremium	€
= 초과소득	€ 3,504	822.56	
		= 의료보장수당	€ 377.44

* Normpremium(€822.56) = 기준소득의 3.5%(€647.36)
+ 초과소득의 5%(€175.20)

□ 예를 들어 가구의 실제소득이 기준소득(€18,496) 이하인 경우 상한금액(1인가구 €553, 2인이상 가구 €1,475)을 지급 받음.

— 2007년 기준으로 상한금액을 지급받은 가구는 약 100만 가구로 전체 가구의 11% 정도였음.

□ 의료보장수당에는 본인부담(deductible) 지원금(연간 €103, 연평균 본인부담 수준)

이 포함되며, 1년치 보험료와 본인부담금을 모두 지원하지는 못하는 수임.

— 수당을 대상자에게 직접 지원할 경우 다른 용도로 사용하는 것을 방지하기 위해 정부에서 보험사에 직접 지급하는 방법도 병행하고 있음.

□ 대상자 선정 및 관리는 국세청에서 하고 있으며, 1000여개에 달하는 지역 사회복지 담당관청에서 서류접수 등 행정업무를 담당하고 있음.

4. 대만

가. 대만의 의료보장 개요

- 대만의全民건강보험은 단일보험자로 법률상 모든 국민이 강제가입하며, 주관기관은 정부이고 중앙건강보험국이 운영함.
 - － 피보험대상자는 피보험자와 피부양자이며 고용형태와 그들이 속한 단체의 성격에 따라 6개의 군으로 분류되어 운영되고 있음.
- 대만에서 보험료 부과는 표준소득등급표(29등급)에 의거하여 전 국민에게 적용하고 있으며 소득과약이 임금근로자보다 용이하지 않은 자영자는 단일 등급을 적용하고 있음.
- 대만은 현재의 건강보험제도가 도입되기 전에 13개의 각기 다른 보험제도가 존재하였음.
 - － 여기에는 공무원보험, 노동자보험, 농민과 군인보험 등이 포함되었으며 전체 인구의 59%가 적용되고 있었고 대략 800만명이 적용대상에서 제외되었음.
 - － 그러나 적용 제외된 이들 대부분은 14세미만 아동과 65세 이상 노인들이 주류를 이루어 이른바 취약계층이 의료의 사각지대에 놓여지게 되었음.
 - － 이런 불합리를 해결하고자 1995년 전국민건강보험인 BNHI를 도입하였으며, 2010년 기준 99%가 건강보험의 혜택을 받고 있음.
 - － 또한 저소득층과 취약계층의 의료혜택을 받을 권리를 지키고 보험료 부담을 줄여주기 위한 다양한 제도가 국가 주도로 수행되고 있음.
- 대만의 건강보험 피부양자별 재원부담형태와 각 유형별 적용인구 현황은 다음 표와 같음.

〈표 2-4〉 대만 건강보험의 피부양자 유형별 재원분담률(2009년 6월 기준)

피보험대상		분담비율(%)			인구수	인구비율
		피보험인	사용자	중앙정부		
제1류	공무원 등	30	70	0	11,797,103	51.5%
	사립학교교직원	30	35	35		
	사업장 피용자(공공, 민간)	30	60	10		
	사용자, 자영자(주로 고소득 전문직 및 기술직)	100	0	0		
제2류	직종별 협회(union 혹은 association) 소속 자영자(예, 택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등), 외향선원	60	0	40	3,998,617	17.4%
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70	2,973,133	13.0%
제4류	군인, 대체복무기간중 공익요원	0	0	100	146,011	0.6%
제5류	저소득층	0	0	100	238,919	1.0%
제6류	퇴역군인	0	0	100	3,774,407	16.5%
	퇴역군인의 피부양자	30	0	70		
	제1내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 이외의 세대 호주 및 대표	60	0	40		

자료원: Bureau of National Health Insurance, "National Health Insurance in Taiwan, 2010"

나. 저소득층 의료보장

- 대만은 기본적으로 저소득층을 건강보험제도 내에서 제5류로 구분하고 건강보험료 전액을 국가에서 지원하고 있으며 그 규모는 전국민의 1%수준임.
- 이러한 기본적인 저소득층에 대한 지원이외에 건강보험 제도 내에서 보험료를 체납하는 세대에 대한 보험료 지원과 본인부담을 납부하기 어려운 대상에 대해서 진료비를 대출해주는 지원체계를 가지고 있음.
- 먼저 보험료를 보조해주는 제도로 저소득층과 취약계층을 대상으로 국가가 보험료를 보조해 주고 있음.
 - － 적용대상으로는 저소득층의 70세 이상 노인과 3세 미만의 어린이, 실업자, 20세 이하 또는 55세 이상 실업 원주민 및 장애우임.
 - － 그리고 보험료를 한번에 납부하지 못하거나 체납한 사람 중 NHI 구제기금의 자격이 못되어 대출을 받을 수 없는 사람들에게는 보험료 분할 납부제도를 실시하고 있음.
- 둘째로는 보험료 체납자 및 본인부담 납부가 어려운 계층에 대한 지원을 위해 NHI 구제기금을 운영하고 있음.

- NHI는 보험료 납부가 어렵거나 진료비 본인부담이 어려운 사람에게 무이자로 대출해 주는 제도이며, NHI 기금은 정부예산, 담배기금, 복권수입 등으로 조성됨.

□ 마지막으로 저소득층을 대상으로 한 응급구호제도의 일환으로 보험료를 체납하고 있어도 입원진료나 응급진료가 필요한 저소득층에 대해서는 진료를 받을 권리를 보장하고 있음.

- 보험료를 납부하지 못하는 저소득층이 응급진료를 받을 시에는 지자체에서 발급한 저소득 증빙서류를 의료기관에 제출하면 지원을 받았음.

5. 싱가포르

가. 싱가포르의 의료보장 개요

□ 싱가포르의 의료보장제도는 Medisave, Medishield, Medifund의 3층으로 구성되어 있어 '3M' 제도로도 불리움.

- 이러한 3층제도를 간략히 살펴보면, 첫째로 제1층제도인 Medisave 제도는 강제가입의무가 있으며 1984년에 처음 도입되었음.
- 둘째로 1990년에 도입된 Medishield 제도는 중대(중) 질병을 위한 선택형 건강보험제도로써 Medisave의 급여 대상에서 제외되거나 비용을 충당할 수 없는 질병 위험에 대비하는 제도임.
- 중증질환이나 고액진료비용의 질병에 걸릴 경우 Medisave의 본인 계정을 모두 소비하더라도 의료비용이 모자라는 경우가 발생할 것에 대비하기 위한 선택형 2층 건강보험제도라고 할 수 있음.

□ 마지막으로 1993년에 도입된 제3층제도인 Medifund 제도는 대략 10%에 육박하는 빈곤층을 위한 건강보험 기금제도임.

- 1993년에 정부가 예산에서 출자하여 15억 US 달러의 기금을 조성하였으며, 의료보장의 사각지대를 해소하기 위해 만들어졌음.
- 이 기금은 이자수입으로 운영되며 분배되지 않도록 규정되었음.

- 즉, 각 병원이나 의료사회사업가가 자산조사(means test: 빈곤층 재산을 사정하는 일)를 거쳐 대상자를 선정하고, 병원 메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committee)의 심의·의결을 거쳐 자금을 지원 해주는 제도임.
- 그리고 2007년 12월 부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금의 총 5억 달러를 할당받아 출범하였음.
- 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 부조하기 위한 제도임.

1) Medisave

□ Medisave는 국가적 강제저축으로서 역사적으로는 1984년에 처음 시작되었고⁷⁾ 중증 및 장기 질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원비용을 조달하기 위하여 개인별 계좌에 일정금액을 적립하는 것을 말한다.

- 전 국민이 강제적으로 가입해야 되고 완전한 형태의 개인 저축이기 때문에 위험 분산(risk-share)과 재정통합(financial pooling)기능이 전혀 없어 사회보험방식으로 의료의 문제를 해결하는 방식과는 전혀 다름.
- 대신에 개인별 혹은 가족차원에서 평생을 주기로 재원을 적립하는 수직적 형태로 위험을 분산하거나 재원을 조달하는 방법임.
- 동 제도의 최우선적인 기본원리는 시장경제원리에 기초한 것이고, 운영목표는 국가의 무보조금임. 즉,
 - 1) 국민 개개인은 각자가 쓰는 비용을 스스로 부담함.
 - 2) 각 연령세대는 당대의 지출을 후손으로 미루지 않고 자체적으로 해결함.
 - 3) 정부는 인구집단간 소득이전을 최소화함.

□ 보험료로서 소득의 6.5~9%(2010년 기준)를 매월 개인의 저축계정에 적립해야 하며 근로자/자영자를 분리하여 운영하며 보험료율은 연령대별로 상이함⁸⁾.

7) 이 프로그램이 실시되기 이전의 의료서비스는 영국과 같이 일반조세를 통하여 공공부문의 시설에서 제공되는 형태를 취하고 있었음. 따라서 의료서비스가 이용시점에서 거의 무료로 제공되었고, 대부분의 중증질환은 공공병원에서 제공되었음. 그러한 역사적 배경으로 인하여 싱가포르에서 공적병상이 차지하는 비중이 80%로 높은 것임.

8) 35세이하: 6.5%, 35-45세: 7.5%, 45세-60세: 8.5% 60세 이상: 9%의 보험료를 납부하고 있다.(자료:

- Medisave는 근로자는 임금의 명목으로 받는 총소득을 대상으로 보험료를 부과하여 매월 봉급에서 사용자가 원천 징수하며 사용자가 보험료를 납부하게 됨.
- 한편, 자영자는 이원화시켜 관리를 하는데 정부 부처 소관별로 직종을 구분하여 자영자 면허를 허가하고 이 직종에 속하는 자영자 중 일정소득 이상인 자는 매월 6.5~9%의 보험료를 부담하여야 함.

2) Medishield 와 Medishield Plus

- Medisave가 가입자는 물론 가입자 가족들의 진료비(주로 입원)도 보조하지만 장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비하여 Medishield와 Medishield Plus제도가 보충적 제도로써 1990년에 도입되었음.
- 이 두 제도는 Medisave와 달리 낮은 수준의 보험료를 연령에 따라 일괄적으로 부담하는 형태로 운영되는 의료보험제도임.
- Medishield와 Medishield Plus 중 한가지만 가입이 가능하고 70세 이전에 가입하여 75세 까지만 급여를 보장하는 등 제한이 따름.
- 한편 엄격한 당연 가입이 아니고 선택가입방식이며, 보험방식으로 운영되기 때문에 과도한 의료비 지출을 억제하기 위하여 일정액전액본인부담금제(deductible)와 본인일부부담금제(co-insurance)를 채택하고 있음.

나. 저소득층 의료보장

1) Medifund(Medical endowment fund) 개요

- 1993년 4월 1일부터 시작된 Medifund는 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 정부에서 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안전망(Safety net)의 일종임.

www.moh.gov.sg, 2010년 12월 기준)

- 가난한 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망임.
- 따라서 의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적부조(public assistance)로서의 성격을 가지나, Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 확일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적부조와는 성질이 다르다고 할 수 있음.

□ Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야함.

- 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정함.
- 보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비 지급이 어렵다고 판단되면 각 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 Medifund 보조를 신청한 사람들의 어려움과 요구를 고려하여 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 이 위원회의 결정에 따라 보조금의 정도가 결정됨.
- 최근 실적을 살펴보면 신청자의 약 99%가 지원을 받고 있음을 알 수 있으며 개략적인 한가지 기준은 어른 2인과 3자녀를 표준세대로 하여 월수입이 1,400SG\$ 미만인 가구로 설정된다고 함.
- 다만, B2 병실과 C 병실 이용자의 보조금을 동일하게 하기 위하여 B2 병실 이용자는 진료비의 60%까지만 보조를 받음(평균적으로, C 병실 진료비 규모는 B2 병실 진료비의 약 60%에 해당함).

□ 그리고 2007년 12월 부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금 중 5억 달러를 할당받아 출범하였음.

- 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 돕기 위한 제도임.

2) 운영방식

- Medical endowment fund(Medifund)는 Medical & elderly care endowment schemes 법(173A 장)에 의해 운용되며 1993년 4월 1일에 처음 시작되어 Medifund의 회계연도는 매년 4월 1일부터 다음해 3월 31일까지임(FY2009(2009년 회계 연도): 2009.4.1~ 2010.3.31).
- 메디펀드의 수입과 지급 관련한 모든 문제에 대하여 보건부에 자문을 하는 임무는 메디펀드 자문기구(Medifund Advisory council)에서 담당하고 있음.
- 메디펀드 환자를 볼 수 있도록 승인된 메디펀드 기관(MFI)의 선정을 위해서 신청서를 평가하고 승인하기 위한 위원회를 가지고 있음.
 - FY09에는 37개의 MFI가 승인되었음(14개의 재구성된 병원 및 기관(RH/Is)과 23개의 중등도 및 장기요양(ILTC)시설).
- 각 기관의 메디펀드 위원회는 해당 기관 환자들의 메디펀드 신청서를 승인하고, 메디펀드 급여비를 결정함.
 - 메디펀드 위원회 구성원은 각 기관에서 지명되고, 영원히 비밀을 지킬 것을 약속함.

3) Medifund의 재정적 상태

- FY09에 싱가포르 정부는 Medifund 기금에 1억 달러를 추가 투입하였으며, Medifund 기금은 총 17억 달러에 달했음.
 - 따라서 총 예비금 및 누적 수입은 메디펀드 및 메디펀드 실버의 총 수지를 1억7천9백 달러로 만들었음(표).

〈표 2-5〉 Medifund의 재정 상태

	FY08(\$million)			FY09(\$million)		
	Medifund	Medifund silver	Total	Medifund	Medifund silver	Total
회기연도 초 기금총액	991.5	500.4	1,491.9	1,129.7	560.8	1,690.5
자금투입	140.0	60.0	200.0	70.0	30.0	100.0
회기연도 총수입	48.6	23.8	72.4	49.8	21.0	70.8
회기연도 총지출	-50.4	-23.4	-73.8	-56.5	-18.6	-75.1
회기연도 말 기금총액	1,129.7	560.8	1,690.5	1,253.0	533.2	1,786.1
세부 내역						
자본총계	1,040.0	560.0	1,600.0	1,170.0	530.0	1,700.0
예비비	76.0	0	76.0	76.0	0	76.0
누적 수입	13.6	0.8	14.5	6.9	3.2	10.1

4) 메디펀드 지원규모

- 싱가포르 보건부(MOH)는 연도별 지급금과 함께 MFIs를 제공하고, MFIs 내 메디펀드 위원회는 메디펀드의 지불 및 기관의 메디펀드 기금으로부터 환자의 진료비에 대한 메디펀드 실버 보조를 승인함.
- FY09에 싱가포르 보건부(MOH)는 메디펀드 및 메디펀드 실버 기금에서 7천5백만달러를 기관들에게 배분했는데, 이는 전년 배분 대비 1.8% 증가된 것이다. MFI로의 기금은 다음 표와 같음.

〈표 2-6〉 메디펀드 및 메디펀드 실버 기금의 MFIs 지급

MFIs	FY08	FY09	(단위: \$ million)
			증감율
RH/Is	66.3	63.8	-3.8%
ILTCs	7.4	11.2	51.4%
Total	73.7	75	1.8%

5) 메디펀드 및 메디펀드 실버의 이용

- FY09에 390,000건 이상의 메디펀드 및 메디펀드 실버 신청서가 승인되었음.
 - － 승인된 메디펀드 신청서의 상세 내용은 표와 같음.

〈표 2-7〉 메디펀드 및 메디펀드 실버 적용 승인 내역

(단위: 건)

	FY08	FY09			Change
	Total	메디펀드	메디펀드실버	총계	
RH/Is	366,100	301,424	86,924	388,348	6.1%
ILTCs	4,067	1,512	4,120	5,632	38.5%
Overall	370,167	302,936	91,044	393,980	6.4%

□ MFIs가 환자에게 준 총부조금은 FY08에 5천9백만달러에서 FY09에 64.3백만달러로 9% 증가했음.

– 이의 86%는 FY09에 MOH에서 MFIs로 지급된 메디펀드 및 메디펀드 실버기금으로 구성되었음.

– 미사용 기금은 차기 년도의 환자를 부조하기위해 이월되었음.

□ 메디펀드 부조금은 FY08에 43백만에서 FY09에 45.8백만으로, 메디펀드 실버 부조금은 FY08에 16만에서 FY09에 18.5백만으로 증가되었음.

〈표 2-8〉 MFIs의 메디펀드 및 메디펀드 실버 이용

(단위: 백만\$)

	FY08		FY09	
	환자부조액	할당액 이용률	환자부조액	할당액 이용률
메디펀드	43	85.4%	45.8	81.2%
메디펀드실버	16	68.5%	18.5	99.2%
총계	59	90.0%	64.3	86.0%

다. 저소득층 의료보장의 확대

1) 노령계층에 대한 지원

□ 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들에게 의료보장을 더 확대하기 위해 RH/Is가 메디펀드 자본금 중 총 5억 달러를 할당받아 2007년 12월에 메디펀드 실버가 출범하였음.

– 이후 FY07에 총 610만 달러가 메디펀드 실버 대상 빈곤층을 돕기 위해 의료기관에 지급되었음.

- 메디펀드 실버는 좀 더 연령대가 높은 환자에 대한 의료보장을 위해 2008년 4월에 ILTC 섹터에 있는 MFI기관까지 확장되었음.
- 메디펀드 실버 적용 후 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들이 이용한 만큼의 메디펀드 비율이 줄어들었음.

2) 포터블 보조금 지원 계획을 위한 메디펀드

- 2009년 4월 1일부터 메디펀드는 포터블 보조금 지급 계획을 통해 민간 널싱홈에 있는 환자들에게까지 확대 적용하였음.
 - 병합의료기관(AIC, The Agency of Integrated Care)은 포터블 보조금 지급계획을 위해 메디펀드의 관리자로 지명되었음.
 - 각 기관에는 메디펀드가 승인된 민간 널싱홈으로부터 적용 환자에 대한 신청서를 평가 및 승인하기 위한 메디펀드 위원회가 있었음.

3) Medifund 예산 확대

- 싱가포르 정부는 저소득층 의료보장을 위해 FY10에 의료비 예산을 2억 달러를 더 투입할 예정임.
 - 보건부는 지급액을 점진적으로 증가시키기 위해 재정부와 지속적으로 긴밀하게 협력할 것임.
 - 빈곤한 싱가포르인들의 의료비를 지원하는데 충분한 자금이 이용 가능하도록 재원을 확보하고 있음.

6. 일본

가. 일본의 의료보장 개요

- 일본에서는 사회보험 방식의 의료보험제도가 1961년에 전국민을 대상으로 실시되었고 피용자보험과 자영자보험으로 구분됨.

- 피용자보험은 건강보험과 공제조합 외에 선원보험이 있고, 자영자보험은 국민건강보험이 있음.

□ 피용자건강보험에는 보험자가 기업이나 정부냐에 따라 조합관장건강보험과 정부관장건강보험으로 나누어짐.

- 먼저 조합관장건강보험의 경우 피보험자수가 일정수준을 넘는 대기업이 지사의 허가를 받아 단독으로 설립한 단일조합과 2개 이상의 중소기업이 공동으로 설립한 공동조합이 있음.
- 2009년 3월 기준으로 조합수는 1,497개이며 가입자 수가 3,034만명으로 전체인구의 23.6%가 가입되어 있음.
- 보험료는 원칙적으로 사업자와 피보험자가 반반씩 부담하고 있으나 보험료율은 사업내용, 재정상황 등을 고려하여 3%에서 9.5%의 범위내에서 자율적으로 결정할 수 있음.
- 2009년 기준으로 전 조합의 보험료율 평균은 6.93%이고 사용자의 부담은 3.82%, 피보험자의 부담은 3.11%이었음.

□ 정부관장 건강보험은 중소기업의 피용자를 대상으로 국가가 보험자가 되어 실시하고 있음.

- 보험료는 피용자의 소득에 비례하고 보험료율은 정률로 사업자와 피용자가 반반씩 부담하고 있으며, 2009년 기준 보험료율은 8.2%이었음.
- 가입자는 2009년 3월 기준 3,471만명으로 전체인구의 27.0%가 가입되어 있음.

〈표 2-9〉 일본의 건강보험체계(2009년 3월 기준)

		(단위: 만명, %)	
구분		빈도	점유율(%)
국민건강보험	국보조합	352	2.7
	시정촌국보	3,597	27.9
피용자보험	전국건강보험협회	3,471	26.9
	조합관장건강보험	3,034	23.6
	공제조합	902	7.0
	선원보험	14	0.1
후기고령자의료제도		1,346	10.4
기타(생활보호)		166	1.3
총계		12,882	100.0

□ 자영자보험에는 시정촌 국민건강보험과 국민건강보험조합이 있으며 가입자가 2009년 3월 기준으로 3949만 명으로 약 30.6%가 가입되어 있음.

－ 시정촌 국민건강보험은 피용자보험의 대상에서 제외된 자영업자나 농민 등을 대상으로 질병, 부상, 출산 및 사망에 대해 필요한 급여를 제공하는 제도로 시정촌 단위로 실시되고 있는 지역의료보험임.

－ 시정촌 국민건강보험의 재정은 피용자보험과는 달리 보험료의 사업자부담이 없기 때문에 보험료수입 이외에는 국가나 지방정부에서의 공적부담금과 보조금에 의하여 재정을 충당하고 있음.

－ 보험자의 대부분이 소득, 자산, 피보험자당 균등, 세대당 균등의 4가지 보험료 부과방식 중 시정촌의 보험자 특성에 맞게 탄력적으로 운영하고 있음.

□ 국민건강보험조합은 동종의 사업 또는 업무에 종사하는 300인 이상으로 조직된 공법인의 조합원으로 도도부현지사의 인가에 의해 설립됨.

－ 현재 국민건강보험조합에 포함되는 업종으로는 의사, 치과의사, 약사, 식품판매업, 토목건축업, 이·미용업, 목욕업, 변호사 등이 있음.

□ 2008년 4월부터 75세(일정의 장애가 있는 65세) 이상의 고령자에 대해서 “후기고령자의료제도”를 실시하고 있으며, 적용대상자는 2009년 3월 기준으로 1346만명으로 10.5%가 가입되어 있음.

나. 저소득층 의료보장체계

- 그리고 저소득층 의료보장체계는 우리나라와 유사한 형태로 건강보험과 별도로 생활보호 제도 내에서 의료부조제도를 가지고 있으며, 166만명 1.3%이 의료부조제도의 혜택을 받고 있음.
 - － 일본의 생활보호제도는 우리나라 국민기초생활보장제도와 유사한 제도로 생활이 빈곤한 사람들에게 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 보장하고 자립할 수 있도록 도와주는 제도로써 “생활부조, 주택부조, 교육부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 상제부조” 8가지 부조를 실시하고 있음.
 - － 의료부조는 이중 하나의 부조로 보호해 주고 있으나, 우리나라와 다른 점은 기본적으로 의료와 관련된 보장은 건강보험제도내에서 모두 해결을 하고 최후에 수단으로 의료부조를 실시한다는 것임.
 - － 즉 최소한의 대상을 의료부조로 보호하고 있어 우리나라 대상자보다 적은 1.3%수준에서 의료부조를 실시하고 있음.
- 따라서 의료부조 이외에 건강보험제도 내에서 저소득층에 대한 의료접근성을 높이기 위해 지원해주는 제도를 실시하고 있음.
 - － 대표적인 제도로는 다른 나라들과 마찬가지로 보험료 지원제도와 고액진료비 본인부담 경감제도임.

1) 건강보험료 경감조치

- 일본은 건강보험제도 내에서 파산 등으로 일자리를 잃어 저소득층으로 전락할 수 있는 실업자에 대한 국민 건강 보험료(세)의 경감 조치를 2010년 4월부터 시행하였음.
- 경감조치대상자는 이직 다음날부터 다음 연도 말까지 기간 동안 (1) 고용 보험의 특정 수급 자격자(예: 도산 해고 등으로 인한 이직) (2)고용 보험의 특정 이유 이직자 (예 : 고용 중지 등으로 인한 이직)로 실업 등 급부를 받을 사람을 대상으로 하였음.

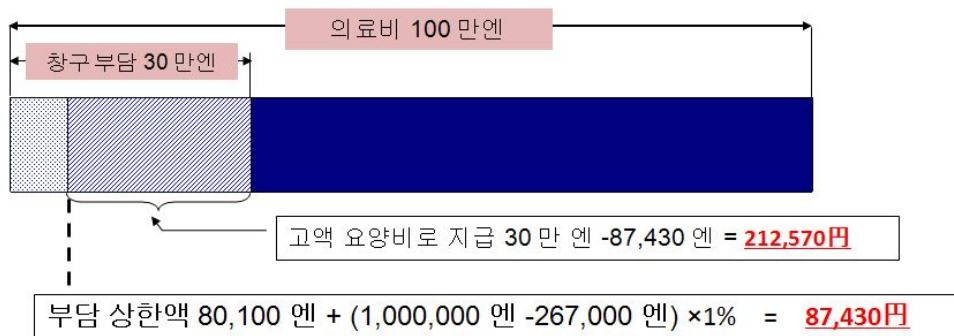
□ 국민건강보험료는 전년도 소득 등에 따라 산정되며, 경감수준은 전년의 급여 소득을 30/100만을 적용하여 보험료를 산정하여 70%의 보험료를 경감해주고 있음.

- 단 경감받을 수 있는 기간은 이직 다음날부터 다음 연도 말까지 기간으로 한정하였음.
- 혜택을 받을 것으로 예상되는 규모는 2010년에 실업자 본인과 그 가족을 포함해서 약 87만 명으로 추정되고 있음.

2) 본인부담 상한제도

□ 일본은 소득수준과 연령수준에 따라 본인부담 상한액을 달리하여 취약계층에게 의료접근성을 보장하는 고액요양비제도를 가지고 있음.

- 고액 요양비 제도란 의료 기관 및 약국에서의 본인부담금의 월별(월초~월말) 합이 일정액을 초과할 경우 그 초과 금액을 지급하는 제도이며 이때 입원시 식비 및 병실료 차액은 제외됨.
- 예를 들어 일반적인 소득자(일정소득 이상인자)의 경우 만약 의료비가 100만엔이 나왔을 경우 원래 본인부담 30%인 30만엔을 부담하여야 하지만 고액요양비 제도에서 다음 그림과 같은 공식에 의해 87,430엔만 부담하면 됨.



⇒ 212,570원을 고액 요양비로 지급받아 실제 본인 부담액은 87,430 원이 됨.

- 고액 기준은 연령과 소득수준에 따라 달리하고 있으며, 그 금액은 다음 표와 같음.
- － 여기서 주목할 부분은 고액진료비가 고액 상한을 두고 있음에도 고액 상한을 초과하는 경우에도 1%의 본인부담을 하도록 하고 있어 비용의식 제고를 위한 노력을 하고 있음.

〈표 2-10〉 소득계층별 본인부담 상한액(70세미만)

소득 구분	1 개월의 부담 상한액
상위소득자(월53만엔이상)	150,000엔+(의료비-500,000엔)×1%
일반	80,100엔+(의료비-267,000엔)×1%
저소득자(주민세비과세분)	35,400엔

주: 70세 이상은 월수입 28만엔 이상인 경우 70세 미만 일반과 동일한 상한액을 가짐.

- 고액 요양비 제도는 세대를 합산하여 계산되면 계산 방식은 다음 그림과 같음.
- － 세대단위로 본인부담금은 1 개월 (달의) 단위로 합산 수 있으며, 그 합산액이 일정액을 초과할 경우 초과한 금액을 고액 요양비로 지급함.



- 고액 요양비 제도 지급절차는 사전적 지원과 사후지원으로 구분됨.
- － 예를 들어 사전지원의 경우는 의료이용 하기 전이나 퇴원 전에 건강보험조합에 "소득 구분"의 인정증을 발행받으면 의료 기관의 창구에서 지불 부담 상한액까지 본인부담 할 수 있음.
 - － 그렇지 않은 경우는 사후에 조합에 신청하여 상환 받을 수 있음.

[그림 2-2] 고액요양비 제도 지원 체계



주: 100 만원의 의료비가 발생했을 경우를 가정한 사례임.

7. 영국⁹⁾

가. NHS에서의 취약계층에 대한 배려

- NHS는 전 국민을 대상으로 포괄적인 보건의료서비스를 제공하고 있기 때문에 취약계층에 대한 지원은 별도의 제도로 부각되고 있지 않으나 평등을 강조하는 제도의 성격상 이들에 대한 배려가 정책 운용을 통해 이루어지고 있는 것이 특징임.
- 일반의(일차의료), 전문의(병원외래), 입원은 모든 국민에게 본인부담이 없으며, 약품비, 치과치료비 등 이용자 부담이 부과되고 있는 경우에 이러한 부담으로 인해 필수의료에 대한 접근성이 제약되지 않게 하기 위해 다음과 같은 배려가 있게 됨.
- 첫째, 처방약은 정액의 본인부담이 있으나, 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 60세 이상 노인, 사회보장급여 수급자(소득지원, 장애 연금수급자 등) 가족, 참전 연금자의 참전 후유증에 대한 약품, 임산부 및 생후 1년 미만 자녀를 둔 여자의 경우 본인부담이 면제됨.
- 둘째, 치과는 진료의 80% 정도를 환자가 부담(본인부담 상한 354파운드)함.
 - － 이 경우도 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 60세 이상 노인, 사회보장급여

9) 2006년 신영석, 신현웅 외 “저소득층 의료보장체계” 연구 내용을 재구성하였음.

수급자(소득지원, 장애 연금수급자 등) 가족, 임산부 등은 본인부담이 면제됨.

- 셋째, 정기검진은 4.76파운드를 지불해야 하나, 18세 미만, 임산부, 저소득층, NHS 병원에서의 진료 등인 경우에 본인부담이 없음.
- 넷째, 안경서비스 중 검안, 안경에 대해서는 유료이나 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 저소득세대, 난시렌즈가 필요한 자, 시각장애자, 당뇨병과 녹내장 환자 및 그 친족으로 40세 이상인 자 등에 대해서는 보건당국과 계약을 하고 있는 안과의에 의한 검안은 무료이고 특히 16세 이하 어린이, 19세 이하 학생, 저소득세대에 대해서는 안경 값을 보조하기 위해 교환권이 지급됨.

나. 사회보장제도에 의한 취약계층 의료지원

1) 국민보험(National Insurance)제도

- 수입이 주 66파운드 이상 500파운드 미만인 직장인은 제1종 보험료로서 본인 10%, 사업주 12.2%의 보험료 납부하도록 되어 있음.
 - 그러나 법정질병급여 및 법정출산급여 수급자, 장애자 개호수당의 수령자, 구직자수당 수급자, 소득보조 및 가족 크레딧 수급자, 60~64세인 자, 근로불능자, 직업훈련중인자, 학생으로 일정요건을 충족하는 자는 보험료를 실제로 납부하지 않더라도 1등급 보험료를 납부한 것으로 인정됨.
 - 이들에게는 상병으로 인해 연속하여 4일 이상 근무하지 못한 경우 29주 이후부터 근로불능급여(Incapacity Benefit)가 지급되며, 출산으로 근로할 수 없는 여성으로 법정출산수당이 지급되지 않는 자에게는 국민보험에서 출산수당(Maternity Allowances)이 지급됨.
 - 법정출산수당 및 출산수당 어느 쪽도 받을 수 없는 자로, 출산으로 근로할 수 없는 자에게는 근로불능급여가 지급되기도 함.
- 저소득자에 대해서는 최고 100파운드의 출산일시금(Social Fund Maternity Payments) 이외에 실비기본의 장례비(Social Fund Funeral Payments)가 사회기금에서 지급됨.

2) 공적부조제도

가) 자산조사형 급여

- 영국은 공공부조대상자 선정시 공식적 빈곤선과 같은 단일한 소득 기준이 없고, 신청가구별로 소득상한선이 정해짐.
 - － 즉, 특정 신청자가 받을 수 있는 급여 총액이 곧 대상자 선정시 그 가구의 소득 상한선이 됨.
 - － 따라서 대상가구의 특성에 따른 욕구의 차이를 대상자 선정시 충실히 반영함으로써 대상자 선정에 있어서의 형평성을 기할 수 있게 됨.
- 정규적인 수입으로는 감당할 수 없는 비용이 발생했을 경우 국민보험 기여금의 납부여부와 상관없이 신청자의 욕구나 소득의 정도에 따라 사회기금(Social FUND)에서 상환을 하지 않는 보조금(grant)과 대부(loan)의 두 가지 지원을 하고 있음.
 - － 보조금에는 Community Care Grant(지역케어보조금), Maternity Payment(해산수당), Funeral Payment(장례보조금), Cold Weather Payment(혹한기보조금) 등이 있는데 지역케어보조금은 공공기관 요양 후 지역사회에서의 정착을 돕기 위해서 지원되는 것으로 취약계층으로 분류된 사람들의 생활조건을 향상시키기 위한 것임.
- 16세 이상인 사람이 주당 평균 16시간 이상의 근로를 하고 있으나 질병이나 장애 등으로 소득 능력이 제한되는 경우에는 Disability Working Allowance(장애취업수당)이 지급됨.
 - － 급여수준은 대상자의 수입 및 자산(saving), 자녀유무, 자녀의 수 및 연령 등에 따라 다르며 급여기간은 26주(6개월)이고 그 기간 동안의 생활환경의 변화는 고려되지 않는다. 대상자(혹은 배우자)의 자산(saving)이 £16,000 이상인 경우 DWA에 대한 수급자격이 없으며, £3,000이상인 경우 급여가 감소됨.

나) 비자산조사형급여

- 질병 등으로 28주 이상 계속해서 일을 할 수 없는 16세 이상의 사람들에게 제공되는 질병수당(Statutory Sick Pay), 이전의 운동수당(Mobility Allowance)과 간호수당(Attendance Allowance)을 통합해 65세 이하에게 지급되는 장애생활수당(Disability Living Allowance), 환자를 지속적으로 주당 35시간 이상 간호하는 사람에게 지불하는 병자간호수당(Invalidity Care Allowance) 등은 비록 자산조사에 의한 것이 아닌 일반 수당적인 성격의 것이지만 취약계층으로 전락하는 것을 방지하는 역할을 함.
 - 병자간호수당은 가정에서 장애인 및 환자를 돌보기 위하여 직장을 가질 수 없기 때문에 국민보험기여금을 납부할 수 없고 따라서 이들은 각종 급여를 받을 수 없음.
 - 이러한 문제를 해결하기 위한 것이 병자간호수당임.

8. 미국¹⁰⁾

- 미국은 공보험이 없기 때문에 저소득층의 의료욕구를 포괄적으로 보장하기 위해 우리나라의 의료급여제도와 비슷한 Medicaid제도를 운영하고 있음.
 - Medicaid 제도는 전 국민의 약 15%를 포함하고 있기 때문에 저소득층 대상 제도로 우리나라 의료급여제도보다 훨씬 포괄적임.
 - 여기에서는 미국의 Medicaid 제도를 소개하는 것으로 함.
- 1950년 사회보장법 개정안(Social Security Act Amendments)이 발표되면서 미국은 빈곤층 대상 의료서비스 제공 프로그램인 Medicaid를 처음으로 실시하였음.
 - 공공부조 (public assistance) 프로그램의 수혜자들에게 의료서비스 제공을 희망하는 주들을 대상으로 연방정부는 재정교부금(Grant-in-aid program)을 지급하고, 해당 주들은 이를 받아 Medicaid 프로그램을 시작하였음.
 - 1965년에는 Medicaid 법안이 사회보장법 제19장 (Title XIX of the

10) 2006년 신영석, 신현웅 외 “저소득층 의료보장체계” 연구 내용을 재구성하였음.

Social Security Act)에 신설되어, 기존의 빈곤층 대상 의료서비스 프로그램과 병행하여 실시되었음.

- Medicaid 프로그램은 각 주의 빈곤선을 기준으로 지급되는 연방정부의 재정교부금과 주정부 자체 재정으로 이루어졌음.
- 하지만, 초기의 Medicaid 법안은 강제적 조항이 아닌 각 주의 자발적인 참여를 기반으로 하고 있어서, 모든 주들이 지금의 Medicaid 프로그램을 실행하기까지는 무려 17년이 걸렸는데, Arizona주는 1982년에야 비로서 Medicaid 프로그램을 실시하였음.

□ 미국의 Medicare 프로그램이 미연방정부 산하 사회보장국(Social Security Administration)에 의해 운영되고 있는 것에 반해, Medicaid 프로그램은 각주정부에 의해 독자적으로 관리·운영되고 있음¹¹⁾.

- 수급 자격조건과 적용되는 급여범위는 각 주마다 조금씩 다름.
- 거주하는 주와 그 주의 자격조건에 따라 Medicaid 프로그램 적용체계가 다르기 때문에 어느 주에서는 수급자격에 해당되어도 또 다른 주에서는 자격을 얻지 못할 수도 있음.
- 소득기준이 중요한 조건이기는 하지만, Medicaid 수급을 위해서는 다른 조건자격들도 모두 충족시켜야만 Medicaid 서비스를 받을 수 있음.
- 그럼에도 불구하고 연방정부는 최소한의 가이드라인을 제시하고 있음.
- Medicaid 관련 연방정부보조금을 받기 위해서 주정부는 연방정부에서 지급하는 소득보조금을 받는 사람들 (예, AFDC 프로그램 자격조건에 부합하는 자, Supplemental Security Income 수혜자, Foster care assistance 수혜자 등)에게 의무적으로 Medicaid 서비스를 제공하여야 함.

□ 일반적으로 Medicaid 서비스의 자격조건은 크게 2가지로 이루어져 있음.

- 첫째, 소득과 자산기준을 만족해야하며, 둘째 특정그룹 (어린이, 임산부, 노인, 그리고 장애인)에 속해야함.
- 기본적으로 빈곤가정일시부조(Temporary Assistance for Needy families:

11) 연방정부 산하 메디케이드/메디케어 서비스 센터(the federal Centers for Medicare and Medicaid Services ;CMS)는 주별로 운영되는 프로그램을 관찰하여 급여범위, 재정, 자격조건들을 위한 기준을 마련하고 있다.

- TANF) 제도와 보충적 사회보장제도(supplemental security income: SSI) 수혜자들은 첫 번째 조건을 만족시키므로 Medicaid 서비스를 받을 수 있음.
- 초기 Medicaid 대상자들은 공공부조 수혜자들로 제한되었으나, 최근에는 빈곤선 185%내의 소득을 가지고 있는 모든 임신부와 유아 및 저소득층 장애인들로 확대되고 있음.
- Medicaid 프로그램의 주요 수혜자는 TANF를 받고 있는 편모와 어린이들이지만, 상대적으로 소수인 노인과 장애인에게 지출되는 재정이 훨씬 더 많음.
- 예를 들면, 1996년에 노인과 장애인의 비율이 Medicaid 수혜자의 24 %에 불과했으나, 이들이 Medicaid 총지출의 66%를 차지하는 것으로 조사되었음(Kaiser Family Foundation, 2004).
 - 특히, Medicaid는 Medicare와는 달리 장기 요양에 따른 비용을 지급하여 주고 있기 때문에 노인인구의 증가와 함께 Medicaid 재정비용이 점차로 증가하고 있는 추세임.
- 일반적으로 Medicaid 프로그램이 제공하는 의료서비스는 주의 재량권에 의해 결정되지만, 연방정부의 보조금을 받기 위해서는 의무적으로 제공해야 하는 서비스를 포함해야만 함.
- 의무적으로 적용되는 의료서비스로는 외래 및 입원환자, 내과, 산과와 간호사 관련 의료 서비스, X-ray, Lab 검사, 노인요양원(Nursing Home), 가정간호(Home Health Service), 지방보건서비스(rural health clinic services) 등이 포함됨.
 - 그 외에 부가적으로 제공되는 서비스는 주마다 다름.
 - 의료서비스의 기간이나 금액은 서비스 수혜자가 적정한 의료서비스를 받을 수 있는 수준 하에서 자율적으로 결정됨.
 - Medicaid 수혜자들은 동일한 의료진단에 대해서는 모두 동일한 서비스를 받도록 되어 있음.
 - Medicaid 서비스에 대한 지급방식은 주정부가 직접적인 의료서비스를 수혜자에게 제공하는 것이 아니라, 저소득 환자들에게 의료서비스를 제공한 공급자들에게 정부가 대신 직접적으로 또는 간접적으로 의료비용을 지불하

는 형태임.

- － 연방정부가 규정하는 상한선과 조건하에서, 각 주 정부는 지불 방식과 비율을 결정함.

9. 종합 및 시사점

□ 외국의 저소득층 의료보장체계를 살펴볼 때 선진외국의 경우는 일정수준 이상의 보장성을 가지고 있어 저소득층을 따로 구분하여 지원하지 않고 가능하면 건강보험 제도내에서 보장하려고 하고 있음.

- － 자유주의 방식의 미국은 건강보험을 가지고 있지 않은 취약계층에 대해서 국가가 따로 의료보장을 실시하고 아시아 지역에서는 대만과 일본이 약 1% 정도의 국민을 저소득층으로 구분하여 보장하고 있는 수준임.

□ 그러나 위에서 살펴본 모든 국가에서 정상적인 제도가 있음에도 불구하고 제도권에서 낙오되는 취약계층들을 지원하기 위한 별도의 제도들을 운영하고 있음.

- － 이러한 제도는 크게 두가지 형태로 정상적으로 건강보험권에서 보호하기 위해 건강보험료를 지원해주는 제도와 건강보험권 내에서 높은 본인부담에 대해서 지원해 주는 체계임.

□ 보험료 지원제도는 기본적으로 모든 나라에서 저소득층 의료보장은 본인부담을 면제해 주고 있으며, 건강보험 제도에 가입되어 있는 경우도 상황이 어렵거나 저소득층으로 전락할 수 있는 계층에 대해서는 따로 지원해주는 체계를 가지고 있음.

- － 예를 들어 프랑스의 CMU 기본제도에서 보험료를 지원해주고, 독일은 근로능력자에게는 보험에 가입하도록 보험료를 지원하고 있음.
- － 네덜란드는 중앙정부차원에서 국세청이 직접 보험료를 지원하는 수당을 지급하고 있으며, 대만의 경우는 제5류의 저소득층에 대한 전액 보험료 지원 외에도 보험료 경감제나 NHI기금 설치를 통한 대출제도를 실시하고 있음.
- － 일본도 최근인 2010년 4월부터 파산이나 실직으로 인한 실업자에 대한 보험료 경감조치 등을 취하고 있음.

- 본인부담 경감제도의 경우도 의료이용 시 발생하는 일정수준 이상의 본인부담이 부담이 되어 제약을 받는 계층에 대해서 본인부담을 경감하거나 면제해주는 제도를 가지고 있음.
 - － 보장성이 높은 건강보험체계를 가지고 있는 국가라도 기본적으로 의료이용 시 일정수준의 본인부담 제도를 가지고 있기 때문에 이로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층이 발생할 수 있음.
 - － 이를 지원해주기 위해 각 국가별로 다양한 지원제도를 실시하고 있으며, 프랑스 CMU 보충보험을 통해 본인부담을 지원하고 독일은 일정소득의 일정 %이상을 본인부담하지 못하게 하고 있음.
 - － 대만에서는 NHI 기금을 통해 본인부담액을 대출해 주는 방식으로 지원하고 있고, 일본은 소득수준별 연령별 본인부담 상한액을 달리하여 저소득층에게 본인부담을 경감해주고 있음.
- 저소득층 의료보장 지원은 대부분의 나라가 중앙정부나 건강보험 조합 등이 중심이 되어 지원하고 있으나, 독일의 경우는 지방자치를 중요시하고 있어 모든 비용은 지방자치단체가 내며 중앙정부는 규정을 만들거나 조정하는 역할을 하고 있음.
- 최근 싱가포르나 일본의 경우는 저소득층 의료보장에서 노인계층에 대한 지원을 확대하는 제도들을 실시하고 있음.
 - － 싱가폴은 2007년부터 저소득층 의료보장인 Medifund에 Mudifund Silver를 새로 만들어 노인계층에 대한 지원을 강화하였고, 일본은 고액요양비 제도에서 70세 이상 노인에 대한 상한액을 낮게 하여 보장해주고 있음.
- 그리고 대만과 싱가포르의 경우는 저소득층에 대한 지원을 위해 별도의 기금을 마련하여 본인부담이나 보험료를 대출해주는 형식의 제도를 운영하고 있음.
- 이러한 여러나라의 경험에 비추어 볼 때 우리나라 의료보장체계에서도 크게 몇가지 시사점을 얻을 수 있음.
 - － 첫째로는 선진외국과 같이 기본적으로 1차 의료안전망인 건강보험의 보장성을 강화해서 저소득층의 경우도 건강보험제도 내에서 보장해야 할 것이임.
 - － 프랑스, 독일, 네덜란드 등 기본적으로 보장성이 높은 나라들은 저소득층에게 건강보험료만 지원을 통해 저소득층을 지원하고 있으며, 우리나라도 일정

수준의 보장성이 확보되면 저소득층을 건강보험제도 내에서 보장할 수 있을 것임.

□ 둘째, 당장 건강보험의 보장성 제고에 한계가 있다면 저소득 취약계층 대상 의료제도인 의료급여제도 보장성만이라도 강화하여 2차 의료안전망으로써 훨씬 더 촘촘히 체계적으로 재구축할 필요가 있음.

□ 셋째, 1, 2차 안정망의 사각지대에 대해서는 외국의 경우도 보험료 별도 지원이나 본인부담 경감이나 면제 조치를 취하고 있어 우리나라도 일정기간에도 별도의 지원체제로 보험료 지원과 본인부담 경감제도의 실시 필요성이 있음.

— 그런데 이러한 지원제도에 많은 예산이 소요될 가능성이 있어 건강보험과 의료급여제도의외 별도의 기금을 마련하여 활용하는 것이 바람직 할 것이며, 직접 지원보다 대만과 같이 대출하는 형식을 고려해 볼 필요가 있음.

□ 마지막으로 중앙정부 차원에서 건강보험, 의료급여 그리고 저소득층 의료비 지원사업 등 다양한 의료보장지원에도 불구하고 발생하는 사각지대에 대해서 독일에서와 같이 일정수준까지는 지방자치단체에서 적극적인 지원방안 마련이 필요함.

— 이를 위해 각 지방자치단체 소속의 의료기관에 대한 본인부담 경감이나 자체적인 기금마련을 통한 지원방안 마련도 필요할 것으로 판단됨.

진료비 지출 일반 실태분석

제3장 진료비 지출의 일반실태 분석

- 의료급여 진료비 지출의 일반 실태분석을 위해서는 진료비를 구성하고 있는 요소들로 세분화할 필요가 있으며, 세분화된 요소들의 실태를 살펴볼 필요가 있음.
- 진료비를 요소별로 세분화 해 보면,
 - (1) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 진료비
- 전체 진료비 증가에는 적용인구가 늘어남으로써 진료비가 증가하는 것과 대상자 1인당 쓰는 진료비가 증가하는 부분으로 세분화 할 수 있음.
 - 적용인구가 늘면 진료비를 쓰는 대상자가 늘어나기 때문에 이로 인한 진료비의 절대규모 증가분이 발생함.
 - 적용인구의 증가는 정책적으로 결정되는 부분이 있어 진료비 증가에 절대적인 변수는 아닐 수 있음.
 - 하지만 현재 진료비 분석에 있어서 적용인구가 갖는 의미는 절대인구수에 있기보다는 적용인구의 연령별 분포에 있다고 보아야 할 것으로 이 부분은 심층분석에서 분석하고자 함.
 - 적용인구 1인당 진료비는 적용인구의 증가분을 제외한 실질적인 진료비 증가를 나타내는 것으로 총진료비 증가를 객관적으로 살펴볼 수 있는 지표임.
- 진료비요소 중 적용인구 1인당 진료비를 진료 양의 증가와 진료 강도의 증가로 구분하여 더 세분화하면 다음과 같음.
 - (2) 진료비 = 적용인구 × 수진율 × 건당진료비
 - 여기서 수진율은 적용인구 1인당 진료건수를 의미하는 것으로 진료 양의 증가 척도로 볼 수 있고, 건당진료비는 진료 한건당 발생한 진료비로 진료

강도를 나타내는 척도로 볼 수 있음.

- 전통적으로 의료이용량을 판단하는 척도로는 수진율을 많이 사용하였음.
 - 수진율은 일반적으로 적용대상자가 1년에 의료기관을 이용한 진료건수를 말하며, 이는 1년에 적용대상자가 질병에 걸릴 횟수를 나타내는 의료사고 발생 확률을 의미함.
 - 그러나 현재 의료급여통계나 건강보험통계에서 사용하고 있는 진료건수는 의료기관이 청구하는 청구건으로 파악되고 있어 동일 질환이 청구기간에 따라 여러 건으로 분리하여 청구될 수 있다는 한계를 가지고 있음.
 - 또한 최근 청구를 분리하여 자주 청구하는 경향이 있어 수진율이 급격히 증가하는 것으로 나타나 객관적인 지표로 활용도가 떨어지고 있음.
- 의료이용의 강도를 판단하는 값으로는 한건의 진료 건에 투입되는 진료비의 크기를 알아보는 진료건당 진료비를 들 수 있음.
 - 즉 의료이용의 강도를 한 의료사고 발생에 들어가는 진료비의 양으로 판단하고자 하는 것임.
 - 하지만 진료건당 진료비도 수진율과 마찬가지로 진료비 청구 양태에 따라 어느 정도 영향을 받음.

□ 수진율이 가지고 있는 한계로 인해 수진율을 대체할 지표로 입내원율을 사용할 수 있으며, 이를 반영한 진료비 세분화 식은 다음과 같음.

- (3) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 입내원 일당진료비
- 수진율을 대신하여 의료이용량을 판단하는 다른 척도로 입내원율을 사용하고 있는데, 입내원율은 적용대상자가 1년에 의료기관을 방문 또는 재원한 일수를 의미함.
 - 입내원율은 연간 입내원일수를 기준으로 하므로 청구의 양태에 영향을 받지 않아 의료이용량을 측정하는 유용한 척도라 할 수 있음.
- 건당진료비를 대신할 의료이용 강도를 나타내는 지표로 의료기관에 방문 또는 입원한 일당 투입된 진료비의 크기인 입내원일수당 진료비를 지표로 활용함.

□ 따라서 본 장에서는 진료비 증가의 일반현황을 살펴보기 위해 총진료비, 적용인구, 적용인구 1인당 진료비, 적용인구당 입내원일수, 입내원일당 진료비 등 총 5가지 지표에 대해서 살펴보고자 함.

- 총진료비는 전체 의료급여 재정 흐름을 살펴보기 위한 지표이며, 적용인구 대상자 증가라는 절대규모를 살펴보기 위한 지표임.
- 적용인구 1인당 진료비는 진료 전체 증가 정도를 판단해 볼 수 있음.
- 적용인구당 입내원일수는 양을 의미하며 소비자선택 반영(일부 공급자 유인문제 포함)
- 입내원일당 진료비는 강도를 의미하며 공급자 유인 반영

□ 본 장은 건강보험공단에서 발행하는 의료급여 통계연보와 건강보험 통계연보 자료를 토대로 일반적인 의료이용의 정도 및 강도를 분석하고자 함.

- 이러한 의료이용실태는 입원과 외래로 구분하여 살펴보는 것이 실질적인 실태를 파악하는데 도움이 될 것으로 판단하여 모든 지표들은 입원과 외래로 구분하여 제시하였음.
- 그리고 의료급여대상자도 1종대상자와 2종대상자간의 의료이용실태에 차이가 많아 이를 구분하여 비교하였음.
- 여기에서 실시되는 통계연보 중심의 분석은 뒤에서 이어질 분석 세부적인 분석 전에 개괄적인 경향을 파악하고 비교하기 위함임.

□ 본 장에 알아보고자 하는 의료이용 실태분석은 의료급여수급자들의 의료이용실태이지만, 의료급여수급자만을 가지고 위에서 제시한 지표들을 비교하는 것은 단순 지표들의 증가정도만을 파악하는데 그칠 가능성이 높음.

- 따라서 의료급여수급자와 비교대상으로 건강보험적용대상자들의 의료이용 실태도 같이 파악하여 비교 분석하는 것이 타당할 것으로 판단됨.
- 하지만 의료급여수급자와 건강보험적용대상자는 대상자의 연령 분포 및 건강상태가 아주 달라 의료이용 행태가 원천적으로 다르다는 한계는 있음.
- 이를 극복하기 위해 각 지표의 절대수치를 비교할 뿐 아니라 연도별 증가율 등을 같이 비교하고자 하였음.
- 기간은 2003년부터 2010년까지 8개년 증가율을 비교하는 것으로 하였음.

- 먼저 의료급여 총진료비와 건강보험 총진료비의 증가율을 살펴보면, 의료급여 8년 증가율이 12.20%로 건강보험 11.22%보다 높게 나타났음.
 - － 의료급여 종별로 나누어 보면 의료급여 1종이 13.34%, 의료급여 2종이 9.00%로 의료급여 1종의 증가율이 가장 높은 것을 알 수 있음.
- 입원, 외래, 약국으로 나누어 비교해보면, 건강보험 입원이 14.90%로 의료급여 13.58%보다 높게 나타났으며, 특히 최근 2007년 이후 건강보험 입원진료비는 급격히 증가한 반면 의료급여 진료비는 건강보험에 비해 완만한 증가율을 보이고 있음.
 - － 외래의 경우는 의료급여가 9.23%로 건강보험 8.81%보다 낮게 증가하였으며, 최근 2007년 이후에는 4.01%, 2.66%, 2.83%, 2.51%로 안정적인 증가율을 보이고 있음.
 - － 약국의 경우는 의료급여가 13.84% 증가하였으나 건강보험은 11.16% 증가하여 의료급여 약국진료비 증가가 높은 것으로 나타나 이에 대한 분석이 필요할 것으로 판단됨.
 - － 여기서 전체 총진료비의 증가를 건강보험과 비교할 때 2008년 이후 차상위대상자가 건강보험으로 전환되는 변화들이 있어 이러한 변화를 고려한 비교가 필요할 것으로 판단되며, 이에 대한 분석은 심층분석에서 차상위를 제외한 진료비 비교를 할 예정임.
- 의료급여 종별로 살펴보면, 입원, 외래, 약국 구분없이 의료급여 1종대상자의 진료비가 높게 증가하고 있음.
 - － 의료급여 1종의 경우는 입원이 15.07%, 외래 9.82%, 약국 14.67%로 건강보험보다 모두 높게 증가한 반면 의료급여 2종은 입원이 9.81%, 외래 7.16%, 약국 10.95% 증가하여 건강보험보다 적게 증가한 것으로 나타났음.

〈표 3-1〉 의료급여와 건강보험 연도별 진료비 추이(8년)

(단위: 억원, %)

연도	의료급여								건강보험							
	전체	증가율	입원	증가율	외래	증가율	약국	증가율	전체	증가율	입원	증가율	외래	증가율	약국	증가율
2003	22,149		10,291		7,857		4,000		207,419		54,817		97,847		54,755	
2004	26,111	17.89	12,347	19.98	8,856	12.71	4,908	22.70	225,060	8.51	59,669	8.85	103,433	5.71	61,958	13.15
2005	32,337	23.84	15,188	23.01	10,713	20.97	6,437	31.15	248,615	10.47	65,853	10.36	112,533	8.80	70,229	13.35
2006	39,251	21.38	18,073	19.00	12,955	20.93	8,222	27.73	284,103	14.27	78,502	19.21	125,242	11.29	80,359	14.42
2007	42,238	7.61	19,891	10.06	13,474	4.01	8,872	7.91	323,892	14.01	98,613	25.62	136,355	8.87	88,925	10.66
2008	44,789	6.04	21,552	8.35	13,832	2.66	9,406	6.02	350,365	8.17	109,722	11.27	145,034	6.37	95,610	7.52
2009	47,548	6.16	23,588	9.45	14,223	2.83	9,737	3.52	394,296	12.54	124,020	13.03	163,204	12.53	107,071	11.99
2010	49,582	4.28	25,093	6.38	14,580	2.51	9,909	1.77	436,570	10.72	144,926	16.86	176,696	8.27	114,855	7.27
평균증가율		12.20		13.58		9.23		13.84		11.22		14.90		8.81		11.16
증가율(03-06)		21.01		20.65		18.14		27.15		11.06		12.72		8.58		13.64
증가율(07-10)		5.49		8.05		2.66		3.75		10.46		13.69		9.02		8.90

〈표 3-2〉 의료급여 1종, 2종 연도별 진료비 추이(8년)

(단위: 억원, %)

연도	1종								2종							
	전체	증가율	입원	증가율	외래	증가율	약국	증가율	전체	증가율	입원	증가율	외래	증가율	약국	증가율
2003	17,531		8,421		6,069		3,041		4,089		1,351		1,780		958	
2004	21,061	20.14	10,329	22.66	6,959	14.66	3,773	24.07	4,556	11.42	1,533	13.47	1,889	6.12	1,134	18.37
2005	25,733	22.18	12,570	21.70	8,348	19.96	4,814	27.59	6,117	34.26	2,142	39.73	2,354	24.62	1,621	42.95
2006	30,775	19.59	14,836	18.03	9,965	19.37	5,975	24.12	8,071	31.94	2,846	32.87	2,980	26.59	2,245	38.49
2007	33,125	7.64	16,299	9.86	10,354	3.90	6,472	8.32	8,728	8.14	3,218	13.07	3,112	4.43	2,398	6.82
2008	34,943	5.49	17,586	7.90	10,501	1.42	6,856	5.93	9,531	9.20	3,661	13.77	3,323	6.78	2,547	6.21
2009	38,644	10.59	20,136	14.50	11,047	5.20	7,461	8.82	8,590	-9.87	3,145	-14.09	3,172	-4.54	2,273	-10.76
2010	42,110	8.97	22,492	11.70	11,692	5.84	7,926	6.23	7,473	-13.00	2,601	-17.30	2,889	-8.92	1,983	-12.76
평균증가율		13.34		15.07		9.82		14.67		9.00		9.81		7.16		10.95
증가율(03-06)		20.63		20.78		17.97		25.25		25.44		28.19		18.74		32.83
증가율(07-10)		8.33		11.33		4.13		6.99		-5.04		-6.85		-2.45		-6.14

〈표 3-3〉 연도별 의료급여 적용대상자 추이

(단위: 천명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체		직장가입자		지역가입자	
	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율
2003	1,454		867		586		47,103		24,834		22,269	
2004	1,529	5.16	919	5.98	610	3.95	47,372	0.57	25,979	4.61	21,393	-3.93
2005	1,762	15.22	996	8.41	765	25.50	47,392	0.04	27,233	4.83	20,159	-5.77
2006	1,829	3.81	1,029	3.22	800	4.57	47,410	0.04	28,445	4.45	18,965	-5.92
2007	1,853	1.32	1,062	3.28	790	-1.20	47,820	0.86	29,424	3.44	18,395	-3.00
2008	1,841	-0.61	1,025	-3.52	816	3.29	48,160	0.71	30,417	3.37	17,743	-3.54
2009	1,677	-8.91	1,036	1.12	641	-21.50	48,614	0.94	31,413	3.28	17,201	-3.06
2010	1,674	-0.17	1,072	3.42	603	-5.97	48,907	0.60	32,384	3.09	16,523	-3.94
평균증가율		2.04		3.07		0.39		0.54		3.86		-4.17
증가율(03-06)		7.95		5.88		10.93		0.22		4.63		-5.21
증가율(07-10)		-3.33		0.31		-8.61		0.75		3.25		-3.51

□ 의료급여 총진료비 증가를 적용인구와 적용인구당 진료비로 구분하여 비교해 본 결과, 의료급여 1종의 경우 적용인구 증가율일 3.07%로 건강보험 증가율 0.54% 보다 2.03% 높게 나타나 의료급여 1종 총진료비 증가 13.34%와 건강보험 증가율 11.22% 차이인 2.12%를 적용인구 증가가 모두 설명하는 것으로 보여짐.

－ 이를 반영하듯 적용인구 1인당 진료지 증가비율은 의료급여 1종이 9.96% 증가한 반면 건강보험은 10.61%증가하고 있어 단위당 증가는 건강보험이 높은 것으로 나타났음.

－ 시기적으로는 2003년에서 2006년까지 의료급여 증가율이 12.11%로 건강보험 10.82%보다 높게 증가한 반면 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가가 건강보험보다 떨어진 것으로 나타났음.

□ 하지만 적용인구 1인당 진료비 절대규모가 2010년 기준 의료급여 1종은 3,929,277원으로 건강보험 892,066원보다 4.4배 더 많았고, 의료급여 2종은 1,239,858원으로 건강보험보다 1.4배 많았음.

〈표 3-4〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	1,523,513		2,021,335		697,232		440,356	
2004	1,707,922	12.10	2,291,281	13.35	747,249	7.17	475,092	7.89
2005	1,835,684	7.48	2,582,434	12.71	799,530	7.00	524,593	10.42
2006	2,146,476	16.93	2,992,161	15.87	1,008,767	26.17	599,251	14.23
2007	2,279,809	6.21	3,118,346	4.22	1,104,196	9.46	677,319	13.03
2008	2,432,427	6.69	3,409,599	9.34	1,167,358	5.72	724,027	6.90
2009	2,834,901	16.55	3,729,104	9.37	1,340,158	14.80	809,218	11.77
2010	2,961,202	4.46	3,929,277	5.37	1,239,858	-7.48	892,066	10.24
평균증가율		9.96		9.96		8.57		10.61
증가율(03-06)		12.11		13.97		13.10		10.82
증가율(07-10)		9.11		8.01		3.94		9.61

〈표 3-5〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	707,885		971,005		230,412		116,378	
2004	807,629	14.09	1,123,717	15.73	251,453	9.13	125,959	8.23
2005	862,158	6.75	1,261,513	12.26	280,010	11.36	138,954	10.32
2006	988,391	14.64	1,442,456	14.34	355,658	27.02	165,582	19.16
2007	1,073,625	8.62	1,534,330	6.37	407,108	14.47	206,218	24.54
2008	1,170,439	9.02	1,715,954	11.84	448,410	10.15	226,173	9.68
2009	1,406,388	20.16	1,943,123	13.24	490,706	9.43	254,825	12.67
2010	1,498,610	6.56	2,098,732	8.01	431,527	-12.06	295,226	15.85
평균증가율		11.31		11.64		9.38		14.22
증가율(03-06)		11.77		14.10		15.57		12.47
증가율(07-10)		11.76		11.01		1.96		12.70

〈표 3-6〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	815,628		1,050,331		466,819		323,978	
2004	900,293	10.38	1,167,564	11.16	495,796	6.21	349,132	7.76
2005	973,526	8.13	1,320,922	13.13	519,520	4.79	385,638	10.46
2006	1,158,085	18.96	1,549,704	17.32	653,109	25.71	433,670	12.46
2007	1,206,184	4.15	1,584,016	2.21	697,087	6.73	471,102	8.63
2008	1,261,988	4.63	1,693,645	6.92	718,948	3.14	497,854	5.68
2009	1,428,513	13.20	1,785,980	5.45	849,452	18.15	554,393	11.36
2010	1,462,592	2.39	1,830,545	2.50	808,330	-4.84	596,840	7.66
평균증가율		8.70		8.26		8.16		9.12
증가율(03-06)		12.40		13.84		11.84		10.21
증가율(07-10)		6.64		4.94		5.06		8.21

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여나 건강보험 모두 입원 적용인구 1인당 진료비 증가율이 외래보다 높았으며 건강보험 증가율이 의료급여보다 높게 나타났다.

- － 전체적으로 의료급여 1종의 경우도 건강보험 증가율보다 적게 증가한 것으로 나타났지만, 2007년 대책 이전과 비교해 보면 2003년에서 2006년 증가는 건강보험 높지만, 대책이후는 건강보험 증가율보다 떨어져 전체적으로는 더 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2003	39.55		52.08		21.02		14.64	
2004	41.51	4.96	53.17	2.09	21.53	2.43	14.86	1.50
2005	41.63	0.29	55.66	4.68	21.54	0.05	15.33	3.16
2006	45.61	9.56	59.78	7.40	26.00	20.71	16.01	4.44
2007	45.42	-0.42	58.30	-2.48	26.78	3.00	16.53	3.25
2008	46.64	2.69	61.61	5.68	26.86	0.30	16.83	1.81
2009	51.25	9.88	63.67	3.34	30.09	12.03	17.96	6.71
2010	50.56	-1.35	63.73	0.09	27.12	-9.87	18.54	3.23
평균증가율		3.57		2.93		3.71		3.43
증가율(03-06)		4.87		4.70		7.34		3.03
증가율(07-10)		3.64		3.01		0.42		3.90

□ 적용인구 1인당 진료비를 적용인구 1인당 입내원일수와 입내원당 진료비로 분리하여 의료이용량과 강도 증가 정도를 살펴보면,

- 적용인구 1인당 진료비 증가는 평균 3.57% 증가하여 건강보험 3.43%와 유사한 증가율을 보였음.
- 특히 최근 4년간 증가율은 3.64%로 건강보험 3.90%보다 낮게 증가하고 있어 입내원일수 증가는 안정적인 것으로 판단됨.
- 다시 말해 의료이용량이 증가는 안정적으로 보여지고, 수급권자의 의료접근성을 늘리려는 부분이 어느 정도 완만해진 것으로 판단됨.

□ 적용인구 1인당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래의 방문일수 증가보다 높게 증가하는 경향이 있음.

- 하지만 입원일수 증가율은 건강보험이 9.97%인 반면 의료급여는 5.74%로 상대적으로 높지 않으며, 외래도 2.28%로 건강보험 2.79%보다 낮아 안정적인 증가율을 보이고 있음.

〈표 3-8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2003	13.84		18.71		3.70		1.09	
2004	14.87	7.44	20.54	9.78	3.96	7.03	1.13	3.67
2005	15.01	0.94	21.87	6.48	4.29	8.33	1.19	5.31
2006	16.25	8.26	23.71	8.41	5.28	23.08	1.32	10.92
2007	17.07	5.05	24.40	2.91	5.90	11.74	1.57	18.94
2008	18.39	7.73	27.19	11.43	6.38	8.14	1.75	11.46
2009	20.17	9.68	28.13	3.46	6.23	-2.35	1.91	9.14
2010	20.46	1.44	29.10	3.45	5.11	-17.98	2.12	10.99
평균증가율		5.74		6.51		4.72		9.97
증가율(03-06)		5.50		8.21		12.58		6.59
증가율(07-10)		6.22		6.05		-4.68		10.53

〈표 3-9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)

(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2003	25.71		31.38		17.32		13.54	
2004	26.64	3.62	32.63	3.98	17.57	1.44	13.74	1.48
2005	26.62	-0.08	33.80	3.59	17.25	-1.82	14.13	2.84
2006	29.37	10.33	36.07	6.72	20.72	20.12	14.69	3.96
2007	28.35	-3.47	33.90	-6.02	20.88	0.77	14.96	1.84
2008	28.25	-0.35	34.43	1.56	20.48	-1.92	15.10	0.94
2009	31.08	10.02	35.54	3.22	23.86	16.50	16.05	6.29
2010	30.10	-3.15	34.64	-2.53	22.02	-7.71	16.42	2.31
평균증가율		2.28		1.42		3.49		2.79
증가율(03-06)		4.54		4.75		6.16		2.75
증가율(07-10)		2.02		0.72		1.79		3.15

□ 입내원일당 진료비의 경우 의료급여는 8년 평균 6.17% 증가한 반면 건강보험은 6.94% 증가하고 있음.

- 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 5.27% 증가하는 반면 건강보험은 3.90% 증가하고 있어 의료급여 입원의 진료강도가 상대적으로 세지고 있는 것으로 나타났음.
- 이러한 현상은 1종과 2종 구분없이 모두 건강보험 증가율보다 높았음.
- 하지만 외래의 경우는 반대로 건강보험 증가율이 11.31%로 의료급여 6.28%보다 월등히 높은 것으로 나타났음.

〈표 3-10〉 연도별 의료급여 내원일당 연간진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	38,521		40,381		33,172		30,089	
2004	41,142	6.80	43,091	6.71	34,709	4.63	31,963	6.23
2005	44,095	7.18	46,393	7.66	37,115	6.93	34,229	7.09
2006	47,058	6.72	50,052	7.89	38,798	4.53	37,431	9.35
2007	50,189	6.65	53,485	6.86	41,234	6.28	40,972	9.46
2008	52,152	3.91	55,339	3.47	43,463	5.41	43,233	5.52
2009	55,318	6.07	58,571	5.84	44,532	2.46	45,161	4.46
2010	58,574	5.89	61,653	5.26	45,709	2.64	48,125	6.56
평균증가율		6.17		6.23		4.69		6.94
증가율(03-06)		6.90		7.42		5.36		7.55
증가율(07-10)		5.28		4.85		3.49		5.51

〈표 3-11〉 연도별 의료급여 입원일당 연간진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	51,136		51,908		62,281		106,599	
2004	54,295	6.18	54,698	5.37	63,530	2.01	111,793	4.87
2005	57,449	5.81	57,689	5.47	65,263	2.73	116,475	4.19
2006	60,837	5.90	60,832	5.45	67,381	3.25	125,131	7.43
2007	62,898	3.39	62,874	3.36	69,034	2.45	131,519	5.11
2008	63,638	1.18	63,116	0.38	70,296	1.83	130,020	-1.14
2009	69,741	9.59	69,069	9.43	78,758	12.04	133,575	2.73
2010	73,246	5.03	72,133	4.44	84,528	7.33	139,321	4.30
평균증가율		5.27		4.81		4.46		3.90
증가율(03-06)		5.96		5.43		2.66		5.49
증가율(07-10)		5.21		4.69		6.98		1.94

〈표 3-12〉 연도별 의료급여 외래일당 연간진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험 전체	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	31,728		33,503		26,954		23,921	
2004	33,797	6.52	35,782	6.80	28,217	4.69	25,416	6.25
2005	36,568	8.20	39,085	9.23	30,114	6.72	27,287	7.36
2006	39,435	7.84	42,965	9.93	31,517	4.66	29,529	8.22
2007	42,539	7.87	46,726	8.75	33,383	5.92	31,484	6.62
2008	44,673	5.02	49,196	5.29	35,105	5.16	33,145	5.28
2009	45,960	2.88	50,260	2.16	35,596	1.40	34,640	4.51
2010	48,599	5.74	52,849	5.15	36,710	3.13	36,413	5.12
평균증가율		6.28		6.73		4.51		6.19
증가율(03-06)		7.52		8.65		5.35		7.27
증가율(07-10)		4.54		4.19		3.22		4.97

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 4.4배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 3.44배가 많고 입내원일당 진료비가 1.28배 높아 둘을 곱하면 4.4배 높은 것으로 나타남.

- 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 입내원일수가 많다는 것을 알 수 있음.
- 하지만 최근 증가율 측면에서는 의료급여 적용인구당 입내원일수가 적게 증가하는 것으로 나타남.

진료비 지출 세부실태 분석



제4장 진료비 지출의 세부실태 분석

- 의료급여 진료비 지출의 세부실태분석은 3장에서 살펴본 일반실태분석에서 변수를 조금 더 세분화하여 지출요인별수 별로 증가추이를 분석하고자 함.
 - 진료비 지출 증가 요인변수들로는 의료급여 종별(1종/2종), 진료유형별(입원/외래/약국) 실태를 기본틀로 하였음.
 - 여기에 더 세분화 하여 성별(남성/여성), 연령별(10세단위 분류, 생애주기별 분류), 장애유무, 자격별(기초수급자/시설수급자/보훈대상자/탈북자 등), 요양기관종별(, 지역별, 특수계층별, 질환별 분석을 실시하였음.
- 그리고 의료급여 제도 중에 2004년부터 차상위계층에 대한 대상자 확대와 2008년 건강보험으로 다시 편입되는 과정 등으로 인해 전체적인 증가율 등에 왜곡현상이나 착시현상이 있어 차상위를 제외한 상태에서의 분석도 추가하였음.

1. 분석대상 데이터 특성

- 본 분석을 위한 자료는 2003년-2010년 사이에 의료급여 자격을 한번이라도 취득한 사람을 대상으로 하였으며, 진료비 지출 내역도 의료급여 예산에서 지급된 모든 진료비를 분석대상으로 하였음.
- 통계연보와의 차이는 실제 진료가 발생한 시점을 기준으로 하여 정책변화가 있던 시점을 그대로 반영하여 분석하고자 하였음.
 - 단, 진료비 내역을 청구건을 진료건수로 변경하여 분석하지 못한 한계가 있으나, 이를 보완하기 위한 입내원율 지표를 활용하였음.

□ 분석에 사용된 Data Layout 은 다음과 같음.

가. 의료급여 연도별 세대구성정보

□ 2002년-2010년 의료급여 전체 가구 세대구성정보

- － 각 연도별로 한번이라도 의료급여 대상자이었던 모든 가구 포함
- － 각 연도별로 구분하여 생성

□ 의료급여 세대의 필요구성정보

세대ID 증번호	구성원 I.D. 주민번호	구성 원 연령	자격 구분 코드	장애 여부	보장기 관코드	읍면동 코드	종별 구분	유형 코드	자격 취득 일	자격 취득 사유	자격 상실일	자격 상실 사유	연간 건생비 수령액 합계
1			1										
			2										
			3										
2			3										
3													
4													
5													
.													
.													
.													

주: 자격구분코드는 세대주 및 배우자, 자녀, 부모 등을 구분하는 코드임.

나. 의료급여 선택병의원 대상자 정보

□ 2007년 7월 이후 선택병의원 대상자로 선정되었던 모든 정보

구성원 I.D. 주민번호	보장기관 시군구	대상자 유형	요양기관코드	요양기관구분	질환자 코드	주상병 코드	복합질 환여부	적용시 작일자	적용종 료일자	종료사 유
		1.종강제 1.종임의 2.종강제 2.종임의		1.선택기관 2.추가선택기관 3.선택한의원 4. 선택치과						

다. 의료급여 진료내역 정보

□ 2002년-2010년까지 의료급여 진료비로 지급된 모든 진료내역

구상원 I.D. 주민번호	입내원 구분코드	요양기관 코드	주상병 코드	부상병코 드	지급 총진료비	지급 급여비	내원 일수	진료일수	진료 개시일
1 2									

2. 분석결과

- 의료급여 총진료비는 2003년부터 19.87%, 27.94%, 20.38%로 2006년까지 급격히 증가하고 있으며, 2007년 의료급여 혁신대책이후 6.26%, 5.91%, 5.77%, 5.51%로 안정적으로 진료비가 증가하는 것으로 보여짐.
- 하지만 2004년부터 차상위대상자가 의료급여 대상자로 편입되고 다시 2008년부터 차상위가 건강보험으로 전환된 부분을 감안해서 차상위를 모두 제외한 상태에서 살펴보면,
 - － 2003년에서 2006년까지 18.71%, 18.79%, 14.53%로 높은 증가율을 보이지만 차상위를 포함한 경우가 동기간 평균적으로 4.34% 더 높았던 걸로 나타났음.
 - － 반대로 2008년 이후 9.72%, 14.30%, 8.49% 증가하고 있어 차상위계층이 건강보험으로 전환되면서 진료비 증가가 둔화된 것 같은 착시 현상이 있었음 알수 있음.

- 따라서 순수하게 차상위를 제외할 경우 2007년엔 2010년까지 평균적으로 10.81% 증가하고 있어 건강보험 증가율 10.46%보다 안정적으로 증가하고 있다고 보기 어려움.
- 특히 건강보험은 2008년 차상위계층을 포함한 수치이므로 더욱 그러함.
- 이러한 현상은 1종과 2종으로 구분하면 2종의 경우는 차상위를 포함할 경우 2003년-2006년까지 평균 28.39% 증가한 것으로 나타나지만, 차상위를 제외할 경우는 12.75% 증가하는 것으로 나타나고 있음.
 - 반대로 최근엔 -5.05% 총진료비가 감소한 것으로 보여지지만 차상위를 제외하면 10.93%로 최근에도 꾸준히 총진료비 증가하는 것을 알 수 있음.
- 총진료비 증가 중 적용인구 증가 분을 살펴보면, 2003년-2006년까지 차상위를 포함한 증가율이 7.51%로 높게 나타났지만, 차상위를 제외하면 3.47%증가하였고, 최근엔 0.23% 증가한 것으로 나타났음.
 - 따라서 2003년-2006년 의료급여 진료비 증가는 차상위 대상자 증가이외에도 의료급여 대상자 증가도 3.47%로 높게 대상자가 확대되었음 알 수 있음.
- 적용인구당 진료비의 경우도 차상위를 제외할 경우 2003년-2006년이 13.39%, 2007년-2010년 10.55%로 최근에도 꾸준히 진료비가 증가하고 있는 것을 알 수 있음.
 - 단지 2007년 의료급여 혁신대책이 있던 해에만 4.89%로 증가율이 많이 감소한 것으로 나타났음.
- 적용인구당 진료비를 적용인구당 입내원일수와 입내원일당 진료비로 구분해서 살펴보면,
 - 먼저 적용인구당 입내원일수를 차상위를 제외하고 보면 2003년-2006년까지는 평균 6.80%증가한 반면 최근에는 3.63%로 증가율이 줄어든 것을 알 수 있음.
 - 하지만 입내원일당 진료비는 2003-2006년 6.18%에서 2007년-2010년 6.69%로 오히려 더 증가하고 있어 입내원일당 진료비가 더 중요한 증가요인으로 판단됨.

- 이를 다시 평가해 보면, 입내원일수 증가율이 줄었다는 것은 2007년 재정 안정대책 이후 수급권자들이 병의원 접근을 일정수준 통제(자제)한 것으로 보여지는 반면 입내원일당 진료비 증가율이 계속 증가한 것은 수가 인상을 포함해 공급측면에서의 진료비 증가는 계속된 것으로 판단됨.
- 이를 건강보험과 비교해도 건강보험이 5.5%증가한 반면 의료급여가 6.69%증가하고 있어 공급자에 대한 대책 마련이 필요한 시점임.(지불제도 개선)
- 1종과 2종으로 구분할 경우 1종은 입내원일수 증가율이 낮고 2종은 입내원일당 총진료비 증가율이 낮은 특징을 보이고 있음.

〈표 4-1〉 전체

(단위: 억원, 천명, 천원, 일, 원, %)

구분			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
총진료비	의료급여 (차상위 포함)	전체	21,254	25,478	32,596	39,238	41,694	44,160	46,710	49,285			
				19.87	27.94	20.38	6.26	5.91	5.77	5.51	12.77	22.67	5.73
		1종	17,080	20,603	25,690	30,403	32,418	34,214	38,073	41,344			
				20.63	24.69	18.34	6.63	5.54	11.28	8.59	13.46	21.19	8.44
		2종	4,175	4,874	6,906	8,836	9,276	9,946	8,637	7,941			
				16.76	41.67	27.95	4.98	7.22	-13.16	-8.06	9.62	28.39	-5.05
	의료급여 (차상위 미포함)	전체	21,254	25,232	29,972	34,326	36,226	39,746	45,430	49,285			
				18.71	18.79	14.53	5.53	9.72	14.30	8.49	12.77	17.33	10.81
		1종	17,080	20,450	24,377	28,343	30,284	33,595	38,073	41,344			
				19.73	19.20	16.27	6.85	10.93	13.33	8.59	13.46	18.39	10.93
		2종	4,175	4,782	5,594	5,984	5,942	6,151	7,357	7,941			
				14.54	17.00	6.96	-0.70	3.53	19.59	7.95	9.62	12.75	10.15
적용 대상자	건강보험	전체	207,419	225,060	248,615	284,103	323,892	350,365	394,296	436,570			
				8.51	10.47	14.27	14.01	8.17	12.54	10.72	11.22	11.06	10.46
	의료급여 (차상위 포함)	전체	1,628	1,682	1,905	2,023	2,060	2,062	2,065	1,827			
				3.30	13.30	6.18	1.80	0.11	0.14	-11.51	1.66	7.51	-3.92
		1종	934	977	1,045	1,102	1,140	1,161	1,132	1,130			
				4.65	6.95	5.44	3.43	1.84	-2.53	-0.14	2.76	5.68	-0.29
		2종	694	704	860	921	920	901	933	697			
				1.48	22.10	7.09	-0.15	-2.04	3.57	-25.30	0.06	9.89	-8.83
	의료급여 (차상위 미포함)	전체	1,628	1,666	1,844	1,804	1,815	1,811	1,838	1,827			
				2.31	10.73	-2.22	0.61	-0.22	1.50	-0.58	1.66	3.47	0.23
		1종	934	973	1,031	1,082	1,118	1,142	1,132	1,130			
				4.18	5.92	4.97	3.34	2.15	-0.92	-0.14	2.76	5.02	0.36
		2종	694	693	724	722	697	669	706	697			
				-0.20	4.57	-0.38	-3.48	-4.03	5.62	-1.28	0.06	1.30	0.02
	건강보험	전체	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907			
				0.57	0.04	0.04	0.86	0.71	0.94	0.6	0.54	0.22	0.75

〈표 4-1〉 전체-계속

구분			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
적용인구당 총진료비	의료급여 (차상위 포함)	전체	1,305	1,515	1,711	1,939	2,024	2,142	2,262	2,698			
				16.04	12.92	13.37	4.38	5.80	5.63	19.24	10.93	14.10	10.04
		1종	1,829	2,108	2,458	2,758	2,844	2,947	3,364	3,659			
				15.27	16.59	12.24	3.09	3.63	14.17	8.75	10.41	14.68	8.76
		2종	601	692	803	959	1,009	1,104	926	1,139			
				15.06	16.03	19.48	5.14	9.46	-16.16	23.08	9.56	16.84	4.14
	의료급여 (차상위 미포함)	전체	1,305	1,515	1,625	1,903	1,996	2,195	2,472	2,698			
				16.03	7.28	17.13	4.89	9.96	12.61	9.12	10.93	13.39	10.55
		1종	1,829	2,102	2,365	2,620	2,709	2,942	3,365	3,659			
				14.93	12.54	10.76	3.40	8.59	14.38	8.75	10.41	12.73	10.54
		2종	601	690	772	829	853	920	1,042	1,139			
				14.78	11.88	7.36	2.88	7.87	13.23	9.35	9.56	11.30	10.13
	건강보험	전체	440	475	525	599	677	724	809	892			
				7.89	10.42	14.23	13.03	6.9	11.77	10.24	10.61	10.82	9.61
적용인구당 입내원일수	의료급여 (차상위 포함)	전체	45.81	49.57	52.01	55.38	54.07	54.85	54.15	60.78			
				8.20	4.94	6.47	-2.37	1.45	-1.28	12.24	4.12	6.53	3.98
		1종	60.35	64.68	69.42	72.21	69.50	69.47	74.21	76.39			
				7.19	7.32	4.01	-3.75	-0.04	6.83	2.93	3.43	6.16	3.20
		2종	26.25	28.59	30.86	35.25	34.94	36.01	29.82	35.47			
				8.91	7.93	14.22	-0.88	3.07	-17.21	18.96	4.39	10.32	0.50
	의료급여 (차상위 미포함)	전체	45.81	49.86	50.88	55.80	54.62	56.06	58.96	60.78			
				8.84	2.04	9.68	-2.12	2.64	5.18	3.08	4.12	6.80	3.63
		1종	60.35	64.85	69.37	71.94	69.22	70.14	74.21	76.39			
				7.47	6.96	3.70	-3.77	1.33	5.80	2.93	3.43	6.03	3.34
		2종	26.25	28.80	30.84	31.61	31.18	32.01	34.52	35.47			
				9.69	7.09	2.51	-1.36	2.65	7.86	2.74	4.39	6.39	4.39
	건강보험	전체	14.64	14.86	15.33	16.01	16.53	16.83	17.96	18.54			
				1.5	3.16	4.44	3.25	1.81	6.71	3.23	3.43	3.03	3.9

〈표 4-1〉 전체-계속

구분			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
입내원일당 총진료비	의료급여 (차상위 포함)	전체	28,496	30,561	32,888	35,017	37,440	39,045	41,778	44,383			
				7.25	7.61	6.48	6.92	4.29	7.00	6.23	6.53	7.11	5.83
		1종	30,303	32,587	35,401	38,201	40,917	42,420	45,335	47,896			
				7.54	8.64	7.91	7.11	3.67	6.87	5.65	6.76	8.03	5.39
		2종	22,907	24,200	26,016	27,213	28,867	30,655	31,043	32,118			
				5.65	7.50	4.60	6.08	6.19	1.27	3.47	4.95	5.91	3.62
	의료급여 (차상위 미포함)	전체	28,496	30,380	31,940	34,108	36,551	39,156	41,925	44,383			
				6.61	5.14	6.79	7.16	7.13	7.07	5.86	6.53	6.18	6.69
		1종	30,303	32,407	34,096	36,419	39,132	41,936	45,335	47,896			
				6.94	5.21	6.81	7.45	7.17	8.11	5.65	6.76	6.32	6.97
		2종	22,907	23,970	25,042	26,228	27,355	28,748	30,177	32,118			
				4.64	4.47	4.74	4.30	5.09	4.97	6.43	4.95	4.62	5.50
	건강보험	전체	30,089	31,963	34,229	37,431	40,972	43,233	45,161	48,125			
				6.23	7.09	9.35	9.46	5.52	4.46	6.56	6.94	7.55	5.51

- 총진료비를 입원, 외래, 약국으로 구분하여 살펴보면, 지난 8년간 입원진료비가 평균 14.53% 증가해서 가장 많았고, 약국도 13.74% 증가로 다음이었음.
 - － 특히 입원은 차상위를 제외할 경우, 최근 4년간에도 평균 13.92%로 높은 증가를 보이고 있음.
 - － 약국은 2003년-2006년까지 차상위를 제외할 경우 22.48%의 높은 증가율을 보였음.
- 1종의 경우도 입원이 15.16%, 약국이 14.47% 순으로 증가율이 높았으나, 2종의 경우는 약국이 11.23%로 입원 10.48%보다 높은 것으로 나타났음.
 - － 특히 1종 입원은 최근에도 14.03%의 높은 증가율을 보이고 있고, 2종의 경우는 최근 증가율이 13.12으로 2003년-2006년 11.81%보다도 높아 입원에 대한 관리가 절실히 필요한 것으로 나타났음.
- 총진료비를 진료비 증가요인 변수별로 살펴보면,
 - － 성별로는 유의한 차이가 없었으나, 연령별로는 50대의 증가율이 18.17%로 가장 높게 증가했고 다음으로 70대가 16.47% 증가했음.
 - 50대 총진료비 증가는 다음에 살펴볼 적용인구 증가가 많은 부분을 기여한 것으로 판단되었고, 적용인구당 진료비는 연령대가 높을수록 높아지는 것으로 나타나 예측했던 패턴을 보이고 있음.
 - － 장애유무에 따라서도 장애가 있는 경우 25.73% 증가하고 있어 평균증가율 12.77%의 2배 넘게 증가하고있는 것으로 나타났음
 - 이러한 증가추이는 2003년-2006년 33.31%와 최근도 20.38% 증가하고 있음.
 - － 자격별로는 탈북자들의 진료비 증가가 눈에 띄게 증가하고 있으며, 연구의 관심대상이었던 국가유공자(보훈대상자)의 증가율은 평균증가율보다 낮은 것으로 나타났음.
 - － 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌 별로는 총진료비에 유의한 차이는 없었으나, 16개 시도별로 볼 때 대구와 부산이 각각 15.85%, 15.20%로 증가율이 높은 지역이었음.

－ 요양기관 종별로는 요양병원의 증가율이 56.11% 월등히 높았으며, 최근 4년간 증가율도 28.50%로 요양병원에 대한 심층분석과 대책마련이 시급한 것으로 판단됨.

- 이외에는 약국 진료비가 12.74%로 높았으나, 이는 2003년-2006년 사이 증가가 높은 것에 기인하고 있으며 최근은 증가율이 안정적인 것으로 보여짐.

－ 질환별로는 만성질환 진료비가 17.56%로 평균에 비해 약 5%정도 높게 증가하였고, 최근에도 13.05%로 평균에 비해 6.32%높게 증가하고 있어 만성질환 관리에 대한 대안 마련도 필요할 것임.

□ 총진료비를 입원, 외래, 약국으로 구분하고 각 요인변수별로 살펴볼 때.

－ 입원은 총진료비의 요인과 거의 유사하게 나타났으며, 단지 성별로 여성의 입원 진료비 증가가 남성보다 높게 나타난 특징이 있음.

－ 외래는 입원과 반대로 남성이 여성보다 증가율이 높았고, 연령대 별로는 특이하게 10대의 증가율이 평균보다 높게 나타났음.

- 자격별로는 시설수급자가 11.82%로 평균보다 2.14% 더 높게 증가하였으며, 지역별로는 대전이 높은 증가율을 보였음.

- 요양기관 종별로는 요양병원 이외에 한의원의 증가율이 11.88%로 상대적으로 높게 나타났음.

－ 약국 진료비 중 평균보다 높게 증가한 계층은 성별로는 남성이 높게 나타났고, 연령대별로는 50대, 70대가 높았음.

- 장애유무별로는 장애인이 높았고, 자격별로는 시설수급자 그리고 지역별로는 부산, 대구 이외에 울산의 증가율이 높았음.

〈표 4-2〉 총진료비 이용행태-전체

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	전체	21,254	25,478	32,596	39,238	41,694	44,160	46,710	49,285			
			19.87	27.94	20.38	6.26	5.91	5.77	5.51	12.77	22.67	5.73
	입원	9,601	11,768	15,158	17,993	19,320	21,098	22,942	24,811			
			22.58	28.81	18.70	7.37	9.21	8.74	8.15	14.53	23.29	8.70
	외래	7,624	8,739	10,882	12,994	13,529	13,613	14,094	14,553			
			14.62	24.53	19.40	4.12	0.63	3.53	3.26	9.68	19.45	2.46
	약국	4,030	4,971	6,555	8,252	8,846	9,448	9,675	9,921			
			23.36	31.87	25.88	7.20	6.81	2.40	2.54	13.74	26.99	3.90
차상위 미포함	전체	21,254	25,232	29,972	34,326	36,226	39,746	45,430	49,285			
			18.71	18.79	14.53	5.53	9.72	14.30	8.49	12.77	17.33	10.81
	입원	9,601	11,593	13,686	15,595	16,782	19,009	22,317	24,811			
			20.76	18.05	13.94	7.61	13.27	17.40	11.17	14.53	17.55	13.92
	외래	7,624	8,685	10,085	11,328	11,624	12,272	13,742	14,553			
			13.91	16.13	12.32	2.61	5.58	11.98	5.90	9.68	14.11	7.78
	약국	4,030	4,954	6,200	7,404	7,821	8,464	9,371	9,921			
			22.93	25.17	19.41	5.63	8.23	10.71	5.87	13.74	22.48	8.25

〈표 4-2〉 총진료비 이용행태-계속

구분										(단위: 억원, %)		
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	1종 전체	17,080	20,603	25,690	30,403	32,418	34,214	38,073	41,344			
			20.63	24.69	18.34	6.63	5.54	11.28	8.59	13.46	21.19	8.44
	1종 입원	8,156	10,008	12,538	14,655	15,767	17,143	19,689	21,909			
			22.72	25.27	16.88	7.59	8.72	14.86	11.27	15.16	21.57	11.59
	1종 외래	5,873	6,808	8,338	9,844	10,281	10,225	10,950	11,576			
			15.92	22.47	18.07	4.43	-0.54	7.08	5.72	10.18	18.79	4.03
	1종 약국	3,051	3,787	4,814	5,904	6,370	6,846	7,434	7,859			
			24.13	27.13	22.62	7.91	7.47	8.59	5.71	14.47	24.61	7.25
차상위 미포함	1종 전체	17,080	20,450	24,377	28,343	30,284	33,595	38,073	41,344			
			19.73	19.20	16.27	6.85	10.93	13.33	8.59	13.46	18.39	10.93
	1종 입원	8,156	9,900	11,749	13,575	14,778	16,870	19,689	21,909			
			21.39	18.68	15.54	8.86	14.16	16.71	11.27	15.16	18.51	14.03
	1종 외래	5,873	6,769	7,882	9,006	9,332	9,939	10,950	11,576			
			15.25	16.45	14.26	3.62	6.50	10.17	5.72	10.18	15.32	7.45
	1종 약국	3,051	3,781	4,746	5,762	6,174	6,786	7,434	7,859			
			23.94	25.51	21.41	7.17	9.91	9.55	5.71	14.47	23.61	8.37

〈표 4-2〉 총진료비 이용행태-계속

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	2중 전체	4,175	4,874	6,906	8,836	9,276	9,946	8,637	7,941			
			16.76	41.67	27.95	4.98	7.22	-13.16	-8.06	9.62	28.39	-5.05
	2중 외래	1,445	1,759	2,620	3,338	3,553	3,956	3,252	2,902			
			21.78	48.92	27.40	6.42	11.35	-17.79	-10.77	10.48	32.20	-6.52
	1중 외래	1,751	1,931	2,545	3,149	3,248	3,388	3,144	2,977			
			10.27	31.78	23.77	3.13	4.31	-7.20	-5.30	7.88	21.61	-2.86
	1중 약국	979	1,184	1,741	2,348	2,475	2,602	2,241	2,062			
			20.97	47.04	34.89	5.42	5.11	-13.89	-7.98	11.23	33.87	-5.91
차상위 미포함	2중 전체	4,175	4,782	5,594	5,984	5,942	6,151	7,357	7,941			
			14.54	17.00	6.96	-0.70	3.53	19.59	7.95	9.62	12.75	10.15
	2중 입원	1,445	1,693	1,937	2,020	2,004	2,140	2,628	2,902			
			17.19	14.40	4.27	-0.77	6.76	22.83	10.43	10.48	11.81	13.13
	2중 외래	1,751	1,916	2,203	2,322	2,291	2,334	2,792	2,977			
			9.42	14.98	5.40	-1.31	1.84	19.65	6.63	7.88	9.86	9.12
	2중 약국	979	1,172	1,454	1,642	1,646	1,678	1,936	2,062			
			19.79	24.05	12.90	0.25	1.95	15.38	6.48	11.23	18.83	7.79

〈표 4-3〉 총진료비-전체

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		21,254	25,478	32,596	39,238	41,694	44,160	46,710	49,285			
증가율			19.87	27.94	20.38	6.26	5.91	5.77	5.51	12.77	22.67	5.73
연령 (10세단위)	50대	3,121	3,887	5,302	6,648	7,339	8,027	8,967	10,040			
	증가율		24.55	36.42	25.37	10.40	9.38	11.70	11.97	18.17	28.67	11.01
	70대이상	5,627	6,912	8,966	11,159	12,237	13,840	14,982	16,361			
	증가율		22.82	29.73	24.46	9.65	13.11	8.25	9.21	16.47	25.64	10.17
연령 (생애주기)	45-65세	7,137	8,732	11,441	13,910	14,895	15,867	17,310	18,725			
	증가율		22.34	31.03	21.58	7.09	6.52	9.10	8.17	14.77	24.91	7.93
	65세이상	7,877	9,556	12,309	15,187	16,578	18,308	19,365	20,780			
	증가율		21.32	28.80	23.39	9.16	10.43	5.78	7.30	14.86	24.46	7.82
장애여부	장애 有	4,346	5,789	7,847	10,296	12,378	15,328	19,865	21,592			
	증가율		33.18	35.56	31.21	20.22	23.83	29.60	8.69	25.73	33.31	20.38
자격별	국가유공자	1,281	1,489	1,710	2,001	2,124	2,338	2,664	2,891			
	증가율		16.26	14.88	16.99	6.16	10.05	13.93	8.53	12.33	16.04	10.82
	탈북자	17	20	28	40	48	68	130	163			
	증가율		20.27	40.40	40.24	21.36	40.30	91.96	25.99	38.45	33.29	50.27
지역별	부산	1,809	2,193	2,786	3,404	3,721	4,035	4,428	4,872			
	증가율		21.22	27.05	22.18	9.33	8.43	9.75	10.02	15.20	23.46	9.40
	대구	1,098	1,342	1,768	2,147	2,321	2,562	2,852	3,076			
	증가율		22.18	31.77	21.43	8.07	10.40	11.34	7.85	15.85	25.04	9.85
요양기관	병원	4,485	5,494	6,597	7,459	7,654	8,422	9,679	10,161			
	증가율		22.51	20.06	13.08	2.61	10.03	14.92	4.99	12.39	18.48	9.91
	요양병원	271	483	1,070	1,967	2,886	3,974	4,856	6,123			
	증가율		78.09	121.75	83.80	46.73	37.70	22.20	26.09	56.11	93.62	28.50
	약국	4,030	4,971	6,555	8,252	8,846	9,448	9,675	9,921			
	증가율		23.36	31.87	25.88	7.20	6.81	2.40	2.54	13.74	26.99	3.90
질환별	만성질환	5,826	7,042	8,957	10,806	12,517	14,849	16,616	18,086			
	증가율		20.86	27.19	20.65	15.83	18.64	11.89	8.85	17.56	22.86	13.05

〈표 4-4〉 총진료비-입원

(단위: 만원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균	증가율	증가율
										증가율	(03-06)	(07-10)
전체		96,005,863	117,679,480	151,581,980	179,930,070	193,199,860	210,984,270	229,415,340	248,110,740			
증가율			22.58	28.81	18.70	7.37	9.21	8.74	8.15	14.53	23.29	8.70
성	여자	43,555,855	53,397,659	69,177,007	83,673,364	91,349,271	101,399,740	109,903,250	119,938,260			
	증가율		22.60	29.55	20.96	9.17	11.00	8.39	9.13	15.57	24.31	9.50
요양기관	요양병원	2,554,906	4,562,315	10,229,859	18,859,404	27,670,872	38,517,319	47,187,571	59,783,254			
	증가율		78.57	124.23	84.36	46.72	39.20	22.51	26.69	56.89	94.71	29.28
	치과	4,466	8,206	8,596	10,178	13,388	14,985	11,258	18,965			
	증가율		83.76	4.74	18.40	31.54	11.93	-24.87	68.45	22.95	31.60	12.31
질환별	희귀질환자	2,885,835	3,662,375	5,067,029	5,589,735	4,945,748	4,774,486	5,164,464	5,599,094			
	증가율		26.91	38.35	10.32	-11.52	-3.46	8.17	8.42	9.93	24.65	4.22
	만성질환자	40,825,223	50,173,543	64,672,583	77,827,346	90,246,418	108,127,330	123,735,850	136,227,790			
	증가율		22.90	28.90	20.34	15.96	19.81	14.44	10.10	18.79	23.99	14.71

〈표 4-5〉 총진료비-외래

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		7,624	8,739	10,882	12,994	13,529	13,613	14,094	14,553			
증가율			14.62	24.53	19.40	4.12	0.63	3.53	3.26	9.68	19.45	2.46
성	남자	3,203	3,721	4,733	5,730	6,020	5,969	6,159	6,399			
	증가율		16.17	27.19	21.07	5.06	-0.85	3.18	3.91	10.39	21.39	2.06
연령(10세 단위)	10대	374	445	572	727	792	839	919	878			
	증가율		18.80	28.54	27.06	9.04	5.87	9.51	-4.42	12.94	24.73	3.48
	50대	1,091	1,287	1,710	2,130	2,310	2,386	2,588	2,868			
	증가율		17.96	32.93	24.54	8.45	3.30	8.46	10.82	14.81	24.99	7.48
장애유무	장애 有	1,885	2,365	3,066	3,874	4,506	5,179	6,251	6,620			
	증가율		25.43	29.66	26.37	16.30	14.94	20.70	5.89	19.65	27.14	13.68
자격별	시설수 급	295	338	413	504	522	565	628	644			
	증가율		14.72	22.09	22.21	3.55	8.14	11.17	2.56	11.82	19.62	7.23
지역별	대전	220	261	342	418	443	447	474	500			
	증가율		18.33	31.17	22.25	5.98	0.89	6.05	5.46	12.42	23.80	4.11
요양기관	한의원	421	488	597	693	678	739	865	925			
	증가율		15.72	22.38	16.13	-2.14	8.92	17.14	6.88	11.88	18.04	10.89

〈표 4-6〉 총진료비-약국

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		4,030	4,971	6,555	8,252	8,846	9,448	9,675	9,921			
증가율			23.36	31.87	25.88	7.20	6.81	2.40	2.54	13.74	26.99	3.90
성	남자	1,377	1,725	2,345	3,036	3,333	3,562	3,661	3,789			
	증가율		25.26	35.92	29.47	9.80	6.86	2.79	3.47	15.55	30.14	4.36
연령 (10세단위)	10대	125	155	196	251	285	303	320	312			
	증가율		23.79	26.57	28.03	13.25	6.31	5.83	-2.71	13.90	26.12	3.06
	50대	518	658	930	1,229	1,362	1,492	1,589	1,721			
	증가율		27.00	41.39	32.06	10.82	9.58	6.48	8.30	18.70	33.35	8.11
	70대이상	1,490	1,878	2,450	3,074	3,302	3,672	3,906	4,085			
	증가율		26.05	30.46	25.47	7.42	11.20	6.38	4.57	15.50	27.31	7.35
장애유무	장애 有	555	807	1,199	1,690	2,060	2,512	3,085	3,280			
	증가율		45.57	48.54	40.94	21.86	21.95	22.84	6.31	28.91	44.98	16.78
자격별	시설수급	81	112	160	208	233	279	317	343			
	증가율		38.07	43.33	30.32	11.75	19.79	13.57	8.34	22.95	37.14	13.80
지역별	부산	307	388	521	670	752	820	883	925			
	증가율		26.36	34.46	28.47	12.28	9.07	7.57	4.81	17.07	29.72	7.14
	대구	218	271	370	472	524	577	622	668			
	증가율		24.32	36.39	27.47	11.06	10.26	7.67	7.45	17.33	29.29	8.45
	울산	43	54	72	92	101	108	115	121			
	증가율		25.46	34.68	27.82	9.61	6.62	6.69	5.56	16.10	29.26	6.29
질환	희귀질환자	28	40	46	50	49	63	64	70			
	증가율		43.92	14.36	8.58	-1.92	28.56	1.75	9.29	14.02	21.35	12.65
	만성질환자	426	503	560	673	830	1,172	1,206	1,281			
	증가율		18.21	11.31	20.12	23.33	41.29	2.88	6.16	17.04	16.49	15.56
	정신질환자	15	20	23	30	33	35	27	31			
	증가율		35.20	14.14	29.83	11.40	5.30	-24.17	16.10	10.95	26.07	-2.49

〈표 4-7〉 총진료비-1종약국

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		3,051	3,787	4,814	5,904	6,370	6,846	7,434	7,859			
증가율			24.13	27.13	22.62	7.91	7.47	8.59	5.71	14.47	24.61	7.25
질환	회귀질환자	23	34	40	45	44	57	59	66			
	증가율		46.69	17.89	12.62	-0.97	29.38	3.25	10.59	16.13	24.88	13.89
	만성질환자	343	406	434	503	621	886	974	1,063			
	증가율		18.41	6.69	16.09	23.46	42.53	10.00	9.14	17.53	13.61	19.61
	정신질환자	11	15	17	22	25	26	22	26			
	증가율		35.53	11.61	30.24	11.98	1.75	-15.70	20.27	12.47	25.36	1.04

〈표 4-8〉 총진료비-2종전체

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		4,175	4,874	6,906	8,836	9,276	9,946	8,637	7,941			
증가율			16.76	41.67	27.95	4.98	7.22	-13.16	-8.05	9.62	28.39	-5.05
연령 (10세단위)	10대	312	362	471	597	670	764	807	752			
	증가율		16.29	29.97	26.69	12.23	14.10	5.55	-6.84	13.40	24.18	3.91
지역별	대구	250	298	437	542	588	662	643	639			
	증가율		19.05	46.82	24.01	8.52	12.60	-2.90	-0.64	14.34	29.42	2.80
	광주	171	208	292	377	409	451	423	428			
	증가율		21.22	40.48	29.20	8.29	10.31	-6.07	1.18	13.97	30.06	1.59
	제주	47	55	81	120	135	148	139	131			
	증가율		17.84	48.17	48.09	12.32	9.77	-6.18	-5.78	15.95	37.25	-1.00

〈표 4-9〉 총진료비-2종입원

(단위: 만원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		14,448,141	17,594,983	26,202,085	33,382,151	35,525,918	39,557,540	32,522,214	29,020,242			
증가율			21.78	48.92	27.40	6.42	11.35	-17.79	-10.77	10.48	32.20	-6.52
연령 (10세단위)	10대	756,752	858,991	1,247,878	1,443,183	1,553,291	1,856,392	1,927,127	1,765,240			
	증가율		13.51	45.27	15.65	7.63	19.51	3.81	-8.40	12.86	24.01	4.36
	50대	3,360,088	4,123,295	5,909,202	7,395,773	7,943,770	9,013,251	8,639,576	8,764,416			
	증가율		22.71	43.31	25.16	7.41	13.46	-4.15	1.44	14.68	30.08	3.33
	70대이상	1,115,286	1,402,950	3,044,072	4,878,449	5,814,495	7,116,133	4,033,913	2,766,034			
	증가율		25.79	116.98	60.26	19.19	22.39	-43.31	-31.43	13.86	63.54	-21.94
지역별	대구	750,640	948,588	1,546,789	1,891,956	2,045,623	2,422,171	2,113,371	1,959,055			
	증가율		26.37	63.06	22.32	8.12	18.41	-12.75	-7.30	14.69	36.09	-1.43
	광주	471,250	611,515	881,232	1,214,992	1,370,745	1,606,601	1,485,393	1,486,729			
	증가율		29.76	44.11	37.87	12.82	17.21	-7.54	0.09	17.84	37.12	2.74
	제주	158,949	187,675	289,067	419,711	503,222	560,790	497,673	475,057			
	증가율		18.07	54.03	45.20	19.90	11.44	-11.26	-4.54	16.93	38.22	-1.90
요양기관	치과	1,599	1,531	2,524	3,429	3,567	4,419	3,073	5,644			
	증가율		-4.22	64.81	35.85	4.03	23.89	-30.45	83.65	19.75	28.96	16.53

〈표 4-10〉 총진료비-2종외래

(단위: 억원, %)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체	1,751	1,931	2,545	3,149	3,248	3,388	3,144	2,977			
증가율		10.27	31.78	23.77	3.13	4.31	-7.20	-5.30	7.88	21.61	-2.86
연령 (10세단위)	10대	171	198	246	319	364	411	442	411		
	증가율		15.82	24.21	29.89	13.88	12.84	7.68	-6.92	13.37	23.17
	20대	91	101	116	130	130	138	166	184		
	증가율		11.60	14.60	12.33	-0.34	6.64	19.84	10.92	10.64	12.83

〈표 4-11〉 총진료비-2종약국

(단위: 억원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		979	1,184	1,741	2,348	2,475	2,602	2,241	2,062			
증가율			20.97	47.04	34.89	5.42	5.11	-13.89	-7.98	11.23	33.87	-5.91
성	남자	396	483	720	983	1,042	1,100	964	904			
	증가율		22.00	49.07	36.54	6.00	5.56	-12.39	-6.19	12.52	35.42	-4.62
연령 (10세단위)	10대	65	79	100	133	151	168	172	164			
	증가율		20.78	27.75	32.58	13.23	11.57	2.28	-4.86	14.08	26.94	2.78
	20대	32	38	49	58	59	64	69	76			
	증가율		21.16	27.71	18.91	1.96	8.06	7.95	9.73	13.33	22.54	8.58
	50대	234	285	400	512	540	583	583	609			
	증가율		22.10	40.38	27.80	5.51	8.02	-0.06	4.51	14.67	29.87	4.10
지역별	울산	10	11	16	22	23	24	25	25			
	증가율		17.90	44.54	32.54	5.49	4.25	6.62	-1.58	14.67	31.20	3.04
	제주	11	13	20	31	33	38	36	33			
	증가율		24.30	50.20	54.49	8.65	13.56	-3.95	-8.70	17.65	42.35	-0.14

〈표 4-12〉 적용대상자 증가추이-전체

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 천명, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	전체	1,628	1,682	1,905	2,023	2,060	2,062	2,065	1,827			
			3.30	13.30	6.18	1.80	0.11	0.14	-11.51	1.66	7.51	-3.92
	1종전체	934	977	1,045	1,102	1,140	1,161	1,132	1,130			
			4.65	6.95	5.44	3.43	1.84	-2.53	-0.14	2.76	5.68	-0.29
	2종전체	694	704	860	921	920	901	933	697			
			1.48	22.10	7.09	-0.15	-2.04	3.57	-25.30	0.06	9.89	-8.83
차상위 미포함	전체	1,628	1,666	1,844	1,804	1,815	1,811	1,838	1,827			
			2.31	10.73	-2.22	0.61	-0.22	1.50	-0.58	1.66	3.47	0.23
	1종전체	934	973	1,031	1,082	1,118	1,142	1,132	1,130			
			4.18	5.92	4.97	3.34	2.15	-0.92	-0.14	2.76	5.02	0.36
	2종전체	694	693	724	722	697	669	706	697			
			-0.20	4.57	-0.38	-3.48	-4.03	5.62	-1.28	0.06	1.30	0.02

〈표 4-13〉 적용대상자-전체

(단위: 천명, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		1,628	1,682	1,905	2,023	2,060	2,062	2,065	1,827			
증가율			3.30	13.30	6.18	1.80	0.11	0.14	-11.51	1.66	7.51	-3.92
연령 (10세단위)	50대	152	164	189	209	222	232	245	243			
	증가율		7.38	15.51	10.70	5.96	4.64	5.85	-0.89	6.92	11.15	3.16
	70대	309	328	357	381	391	402	412	390			
	증가율		5.92	8.94	6.71	2.66	2.69	2.65	-5.53	3.34	7.18	-0.14
연령 (생애주기)	45-65세	365	385	431	466	479	489	503	482			
	증가율		5.52	12.02	7.93	2.87	2.09	2.86	-4.23	4.04	8.46	0.19
장애여부	장애 有	191	222	264	309	351	388	433	447			
	증가율		16.57	18.81	16.88	13.50	10.71	11.63	3.21	12.94	17.42	8.45
자격별	탈북자	4	6	7	8	11	14	14	16			
	증가율		32.71	18.47	20.61	37.17	27.20	2.43	12.75	21.11	23.77	13.68
거주지	대도시	601	633	725	785	817	830	848	773			
	증가율		5.22	14.57	8.28	4.06	1.65	2.14	-8.79	3.66	9.29	-1.80
지역별	서울	203	213	241	262	273	278	281	256			
	증가율		4.84	13.13	8.89	4.10	1.69	1.30	-9.00	3.36	8.90	-2.13
	부산	128	135	153	166	174	175	180	169			
	증가율		5.49	13.45	8.21	4.83	0.57	2.64	-5.89	4.03	9.00	-0.96
	대구	89	95	110	119	123	128	135	125			
	증가율		7.32	15.88	7.50	3.48	4.13	5.42	-7.37	4.99	10.16	0.56
	광주	64	67	77	83	86	88	90	81			
	증가율		5.61	14.91	7.90	3.11	1.96	3.07	-10.51	3.47	9.40	-2.02

〈표 4-14〉 적용대상자-1종

(단위: 천명, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		934	977	1,045	1,102	1,140	1,161	1,132	1,130			
증가율			4.65	6.95	5.44	3.43	1.84	-2.53	-0.14	2.76	5.68	-0.29
성	남자	389	411	444	472	488	497	484	484			
	증가율		5.61	8.18	6.27	3.44	1.80	-2.59	0.01	3.18	6.68	-0.28
연령 (10세단위)	50대	78	86	101	116	127	136	138	147			
	증가율		11.01	17.51	13.92	9.62	7.12	1.63	6.86	9.56	14.12	5.17
연령 (생애주기)	45-65세	197	206	227	249	265	277	274	282			
	증가율		4.46	10.32	9.78	6.19	4.52	-1.08	3.19	5.28	8.15	2.18
장애유무	장애 有	149	175	207	246	283	318	352	368			
	증가율		16.83	18.67	18.74	15.30	12.00	10.73	4.77	13.76	18.08	9.12
자격별	탈북자	4	6	7	8	11	14	14	16			
	증가율		32.71	18.47	20.61	37.17	27.20	2.43	12.75	21.11	23.77	13.68
거주지	대도시	319	341	376	406	431	447	443	450			
	증가율		7.03	10.17	8.11	6.06	3.89	-0.90	1.40	5.04	8.43	1.44
지역별	서울	118	126	137	148	155	160	158	160			
	증가율		6.88	8.96	7.75	5.00	3.30	-1.13	0.94	4.47	7.86	1.02
	부산	68	73	82	90	97	100	101	102			
	증가율		7.72	12.19	9.00	7.89	3.72	0.53	1.44	6.00	9.62	1.89
	대구	44	47	52	55	58	62	63	64			
	증가율		7.82	10.44	6.52	5.45	5.80	1.34	2.26	5.62	8.25	3.12
	인천	38	40	44	47	51	53	51	53			
	증가율		4.77	10.38	8.35	7.60	3.87	-2.75	2.67	4.91	7.81	1.22
	광주	29	31	34	36	38	40	40	40			
	증가율		7.23	8.73	7.52	4.49	4.62	0.25	0.28	4.68	7.83	1.70
	대전	22	24	27	29	31	32	31	31			
	증가율		6.49	11.61	9.16	6.28	3.66	-4.63	1.97	4.82	9.07	0.27
	전남	95	95	96	96	94	91	84	79			
	증가율		-0.17	0.61	0.46	-2.46	-2.77	-7.41	-6.16	-2.60	0.30	-5.47

〈표 4-15〉 적용대상자-2종

(단위: 천명, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		694	704	860	921	920	901	933	697			
증가율			1.48	22.10	7.09	-0.15	-2.04	3.57	-25.30	0.06	9.89	-8.83
연령 (10세단위)	20대	74	73	76	78	76	78	89	94			
	증가율		-2.19	4.02	2.50	-1.65	2.04	14.29	5.94	3.44	1.41	7.30
	50대	75	77	87	94	95	96	108	96			
	증가율		3.59	13.27	6.96	1.43	1.33	11.81	-10.84	3.66	7.87	0.34
연령 (생애주기)	45-65세	168	179	204	216	214	212	229	199			
	증가율		6.76	13.97	5.88	-0.95	-0.91	7.99	-13.07	2.48	8.81	-2.38
장애유무	장애 有	42	48	57	63	67	71	82	79			
	증가율		15.62	19.32	10.18	6.51	5.27	15.69	-3.49	9.63	14.98	5.53
거주지	대도시	283	292	349	379	386	383	405	324			
	증가율		3.18	19.72	8.46	1.91	-0.84	5.69	-19.95	1.96	10.24	-5.69
	농어촌	127	121	146	150	139	133	132	86			
	증가율		-4.85	20.45	3.38	-7.49	-4.77	-0.37	-34.62	-5.36	5.82	-14.72
지역별	대구	45	48	58	63	64	66	72	61			
	증가율		6.84	21.18	8.38	1.76	2.63	9.22	-15.72	4.37	11.95	-1.88
	광주	35	36	43	47	48	48	51	41			
	증가율		4.25	20.25	8.19	2.05	-0.15	5.41	-19.05	2.38	10.69	-5.20

〈표 4-16〉 적용인구당 진료비 이용행태

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 천원, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	전체	1,305	1,515	1,711	1,939	2,024	2,142	2,262	2,698			
			16.04	12.92	13.37	4.38	5.80	5.63	19.24	10.93	14.10	10.04
	입원	590	700	796	889	938	1,023	1,111	1,358			
			18.66	13.69	11.79	5.48	9.09	8.59	22.22	12.66	14.68	13.13
	외래	468	520	571	642	657	660	683	797			
			10.96	9.91	12.45	2.28	0.52	3.39	16.70	7.88	11.10	6.64
	약국	247	296	344	408	429	458	469	543			
			19.42	16.40	18.55	5.30	6.70	2.26	15.89	11.88	18.12	8.13
차상위 미포함	전체	1,305	1,515	1,625	1,903	1,996	2,195	2,472	2,698			
			16.03	7.28	17.13	4.89	9.96	12.61	9.12	10.93	13.39	10.55
	입원	590	696	742	865	925	1,050	1,214	1,358			
			18.03	6.62	16.53	6.96	13.52	15.67	11.82	12.66	13.61	13.66
	외래	468	521	547	628	641	678	748	797			
			11.34	4.87	14.87	1.99	5.81	10.32	6.52	7.88	10.28	7.53
	약국	247	297	336	411	431	467	510	543			
			20.15	13.04	22.12	4.99	8.47	9.07	6.49	11.88	18.37	8.01

〈표 4-16〉 적용인구당 진료비 이용행태-계속

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	1종전체	1,829	2,108	2,458	2,758	2,844	2,947	3,364	3,659			
			15.27	16.59	12.24	3.09	3.63	14.17	8.75	10.41	14.68	8.76
	1종입원	873	1,024	1,199	1,330	1,383	1,477	1,740	1,939			
			17.26	17.14	10.85	4.02	6.76	17.84	11.43	12.07	15.04	11.92
	1종외래	629	697	798	893	902	881	968	1,024			
			10.76	14.51	11.98	0.97	-2.34	9.86	5.87	7.22	12.41	4.34
	1종약국	327	387	461	536	559	590	657	696			
			18.61	18.88	16.30	4.33	5.53	11.41	5.87	11.40	17.92	7.57
차상위 미포함	1종전체	1,829	2,102	2,365	2,620	2,709	2,942	3,365	3,659			
			14.93	12.54	10.76	3.40	8.59	14.38	8.75	10.41	12.73	10.54
	1종입원	873	1,017	1,140	1,255	1,322	1,477	1,740	1,939			
			16.52	12.04	10.07	5.34	11.75	17.79	11.43	12.07	12.84	13.62
	1종외래	629	696	765	832	835	870	968	1,024			
			10.63	9.94	8.85	0.27	4.25	11.19	5.87	7.22	9.80	7.06
	1종약국	327	389	460	533	552	594	657	696			
			18.96	18.49	15.66	3.70	7.59	10.56	5.87	11.40	17.70	7.99

〈표 4-16〉 적용인구당 진료비 이용행태-계속

구분										(단위: 천원, %)		
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	2종전체	601	692	803	959	1,009	1,104	926	1,139			
			15.06	16.03	19.48	5.14	9.46	-16.16	23.08	9.56	16.84	4.14
	2종입원	208	250	305	362	386	439	349	416			
			20.00	21.96	18.97	6.58	13.67	-20.62	19.45	10.41	20.31	2.53
	2종외래	252	274	296	342	353	376	337	427			
			8.66	7.92	15.58	3.28	6.49	-10.41	26.77	7.81	10.67	6.55
	2종약국	141	168	202	255	269	289	240	296			
			19.21	20.42	25.96	5.58	7.30	-16.86	23.19	11.16	21.83	3.19
차상위 미포함	2종전체	601	690	772	829	853	920	1,042	1,139			
			14.78	11.88	7.36	2.88	7.87	13.23	9.35	9.56	11.30	10.13
	2종입원	208	244	267	280	288	320	372	416			
			17.43	9.39	4.66	2.81	11.24	16.29	11.86	10.41	10.37	13.11
	2종외래	252	277	304	322	329	349	395	427			
			9.65	9.95	5.80	2.24	6.11	13.28	8.01	7.81	8.45	9.09
	2종약국	141	169	201	228	236	251	274	296			
			20.04	18.63	13.33	3.86	6.23	9.24	7.86	11.16	17.30	7.77

〈표 4-17〉 적용인구당 진료비-전체

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 천원, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		1,305	1,515	1,711	1,939	2,024	2,142	2,262	2,698			
증가율			16.04	12.92	13.37	4.38	5.80	5.63	19.24	10.93	14.10	10.04
연령 (10세단위)	50대	2,048	2,376	2,806	3,178	3,311	3,461	3,653	4,126			
	증가율		15.99	18.10	13.25	4.20	4.53	5.53	12.97	10.52	15.76	7.61
	60대	1,903	2,193	2,631	3,049	3,181	3,363	3,503	4,056			
	증가율		15.26	19.95	15.88	4.36	5.71	4.16	15.79	11.42	17.01	8.43
	70대이상	1,819	2,109	2,511	2,929	3,129	3,446	3,634	4,200			
	증가율		15.95	19.09	16.63	6.81	10.14	5.45	15.60	12.70	17.22	10.32
연령 (생애주기)	45-65세	1,956	2,268	2,652	2,988	3,110	3,245	3,442	3,888			
	증가율		15.94	16.97	12.64	4.10	4.34	6.06	12.95	10.31	15.17	7.72
	65세이상	1,838	2,123	2,531	2,946	3,123	3,408	3,577	4,134			
	증가율		15.50	19.21	16.42	6.01	9.11	4.98	15.56	12.28	17.03	9.80
장애여부	장애 有	2,277	2,602	2,968	3,332	3,530	3,948	4,583	4,827			
	증가율		14.25	14.10	12.26	5.92	11.85	16.10	5.31	11.33	13.53	11.00
자격별	기초생활	1,306	1,519	1,711	1,905	2,006	2,225	2,507	2,751			
	증가율		16.36	12.64	11.31	5.29	10.95	12.64	9.73	11.23	13.42	11.10
	탈북자	398	360	427	497	439	485	908	1,015			
	증가율		-9.37	18.51	16.28	-11.52	10.30	87.40	11.75	14.32	7.69	32.19
거주지	대도시	1,272	1,468	1,651	1,869	1,960	2,060	2,186	2,575			
	증가율		15.43	12.44	13.21	4.89	5.09	6.12	17.80	10.60	13.68	9.52

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
	중소도시	1,306	1,519	1,705	1,930	2,005	2,128	2,251	2,710			
	증가율		16.37	12.24	13.18	3.90	6.15	5.77	20.40	11.00	13.91	10.57
	농어촌	1,361	1,590	1,836	2,103	2,212	2,364	2,477	2,989			
	증가율		16.85	15.45	14.54	5.19	6.89	4.79	20.67	11.90	15.61	10.56
지역별	부산	1,412	1,622	1,817	2,052	2,140	2,307	2,467	2,884			
	증가율		14.91	11.99	12.91	4.29	7.82	6.92	16.91	10.74	13.26	10.46
	광주	1,046	1,200	1,385	1,570	1,662	1,739	1,822	2,168			
	증가율		14.70	15.46	13.33	5.86	4.63	4.82	18.96	10.97	14.49	9.27
	울산	1,478	1,774	2,011	2,318	2,404	2,509	2,781	3,238			
	증가율		19.96	13.38	15.25	3.72	4.39	10.81	16.44	11.85	16.17	10.44
	충남	1,259	1,480	1,710	1,943	2,049	2,222	2,373	2,796			
	증가율		17.55	15.52	13.63	5.49	8.41	6.81	17.81	12.07	15.55	10.91
	전북	1,240	1,435	1,640	1,878	1,963	2,103	2,177	2,729			
	증가율		15.68	14.29	14.51	4.55	7.12	3.52	25.35	11.92	14.82	11.60
	전남	1,287	1,496	1,707	1,981	2,083	2,233	2,309	2,896			
	증가율		16.22	14.14	16.04	5.16	7.19	3.42	25.41	12.28	15.46	11.61
	경북	1,301	1,511	1,763	2,018	2,121	2,288	2,458	2,887			
	증가율		16.15	16.64	14.50	5.08	7.89	7.44	17.44	12.06	15.76	10.83
	경남	1,528	1,798	2,006	2,232	2,310	2,484	2,630	3,148			
	증가율		17.72	11.54	11.27	3.51	7.51	5.90	19.69	10.88	13.47	10.87

〈표 4-18〉 적용인구당 진료비-입원

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		590	700	796	889	938	1,023	1,111	1,358			
증가율			18.66	13.69	11.79	5.48	9.09	8.59	22.22	12.66	14.68	13.13
성	여자	470	560	647	740	793	880	954	1,171			
	증가율		19.09	15.64	14.34	7.16	10.90	8.47	22.76	13.93	16.34	13.87
연령 (10세단위)	70대이상	753	895	1,102	1,313	1,459	1,681	1,804	2,173			
	증가율		18.85	23.08	19.15	11.15	15.24	7.26	20.50	16.34	20.34	14.20
자격별	국가유공자	569	649	740	878	991	1,142	1,303	1,471			
	증가율		14.14	14.03	18.67	12.86	15.19	14.10	12.85	14.53	15.59	14.04
	탈북자	146	110	142	191	177	204	383	426			
	증가율		-24.92	29.30	34.70	-7.35	15.18	87.50	11.09	16.47	9.35	33.87
지역별	충남	538	650	779	882	954	1,080	1,210	1,461			
	증가율		20.83	19.83	13.10	8.17	13.22	12.09	20.74	15.33	17.87	15.29
	전남	570	690	804	922	999	1,116	1,199	1,548			
	증가율		20.92	16.51	14.71	8.38	11.73	7.38	29.17	15.33	17.35	15.72
요양기관	요양병원	16	27	54	93	134	187	229	327			
	증가율		72.87	97.91	73.62	44.13	39.05	22.34	43.18	54.33	81.10	34.55
	치과	141	168	202	255	269	289	240	296			
	증가율		77.89	-7.55	11.51	29.22	11.81	-24.97	90.37	20.94	22.40	16.89

〈표 4-19〉 적용인구당 진료비-외래

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		468	520	571	642	657	660	683	797			
증가율			10.96	9.91	12.45	2.28	0.52	3.39	16.70	7.88	11.10	6.64
성	남자	457	511	566	642	663	657	675	797			
	증가율		11.95	10.64	13.48	3.31	-0.97	2.77	18.12	8.28	12.02	6.33
연령 (10세단위)	10대	121	141	163	187	192	197	211	249			
	증가율		16.21	15.95	14.80	2.81	2.67	6.71	18.32	10.89	15.65	9.04
	60대	700	767	878	992	1,004	1,006	1,041	1,189			
	증가율		9.54	14.46	12.97	1.23	0.21	3.42	14.24	7.85	12.31	5.79
	70대이상	584	641	724	810	825	850	883	978			
	증가율		9.71	12.92	11.90	1.93	3.01	3.82	10.85	7.65	11.50	5.84
장애유무	장애 有	988	1,063	1,160	1,254	1,285	1,334	1,442	1,480			
	증가율		7.60	9.13	8.12	2.47	3.83	8.12	2.60	5.95	8.28	4.82
	장애 無	399	436,780	476,274	531,948	527,946	503,922	480,726	575,002			
	증가율		9.39	9.04	11.69	-0.75	-4.55	-4.60	19.61	5.35	10.03	2.89
자격별	시설수급	324	360	427	512	532	571	642	650			
	증가율		11.31	18.50	19.94	3.86	7.48	12.39	1.22	10.48	16.52	6.93
	탈북자	163	170	189	203	176	192	356	396			
	증가율		4.23	11.24	7.32	-13.40	9.07	85.54	11.12	13.48	7.56	31.01
지역별	대전	484	549	601	686	703	701	728	878			
	증가율		13.54	9.49	13.99	2.51	-0.32	3.92	20.63	8.89	12.32	7.71
	경북	412	461	526	597	616	629	649	739			
	증가율		11.72	14.07	13.52	3.18	2.22	3.15	13.84	8.69	13.10	6.27

〈표 4-20〉 적용인구당 진료비-약국

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		247	296	344	408	429	458	469	543			
증가율			19.42	16.40	18.55	5.30	6.70	2.26	15.88	11.88	18.12	8.13
성	남자	196	237	280	340	367	392	401	472			
	증가율		20.71	18.23	21.36	7.96	6.73	2.37	17.63	13.35	20.09	8.72
연령 (10세단위)	10대	40	49	56	65	69	71	73	88			
	증가율		21.09	14.16	15.68	6.77	3.09	3.13	20.44	11.82	16.94	8.59
	30대	123	147	181	218	245	252	253	278			
	증가율		19.47	23.31	20.72	12.37	2.63	0.47	9.84	12.38	21.16	4.24
	70대이상	481	573	686	807	844	914	947	1,049			
	증가율		19.00	19.76	17.58	4.64	8.28	3.63	10.69	11.76	18.78	7.50
자격별	시설수급	89	119	165	212	237	282	324	347			
	증가율		33.96	39.11	27.90	12.08	19.06	14.81	6.92	21.48	33.58	13.49
지역별	울산	223	265	314	374	404	435	464	540			
	증가율		19.13	18.31	19.36	7.76	7.87	6.51	16.38	13.48	18.93	10.17

〈표 4-21〉 적용인구당 진료비-1종외래

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 천원, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		629	697	798	893	902	881	968	1,024			
증가율			10.76	14.51	11.98	0.97	-2.34	9.86	5.87	7.22	12.41	4.34
연령 (10세단위)	10대	165	192	234	274	276	271	318	322			
	증가율		15.92	21.92	17.05	0.69	-1.52	17.31	1.09	9.97	18.27	5.31
자격별	시설수급	324	360	427	512	532	571	642	650			
	증가율		11.31	18.50	19.94	3.86	7.48	12.39	1.22	10.48	16.52	6.93
	탈북자	163	170	189	203	176	192	356	396			
	증가율		4.23	11.24	7.32	-13.40	9.07	85.54	11.12	13.48	7.56	31.01

〈표 4-22〉 적용인구당 진료비-1종약국

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		327	387	461	536	559	590	657	696			
증가율			18.61	18.88	16.30	4.33	5.53	11.41	5.87	11.40	17.92	7.57
성	남자	252	302	366	435	469	495	557	596			
	증가율		19.86	20.91	18.88	7.91	5.56	12.48	6.92	13.05	19.88	8.28
연령 (10세단위)	30대	147	175	217	264	297	293	306	326			
	증가율		18.91	23.98	21.35	12.86	-1.55	4.49	6.67	12.04	21.40	3.14
	40대	233	277	340	405	438	447	479	489			
	증가율		18.76	22.64	19.16	8.13	2.22	7.14	2.13	11.17	20.17	3.81
	70대이상	490	585	697	809	844	908	996	1,052			
	증가율		19.37	19.22	16.11	4.23	7.66	9.70	5.56	11.53	18.22	7.62
자격별	시설수급	89	119	165	212	237	282	324	347			
	증가율		33.96	39.11	27.90	12.08	19.06	14.81	6.92	21.48	33.58	13.49
지역별	경남	276	329	394	462	495	537	605	643			
	증가율		18.99	20.04	17.26	7.10	8.48	12.51	6.41	12.84	18.76	9.11
	제주	304	355	422	510	537	586	679	709			
	증가율		16.54	18.94	20.78	5.30	9.21	15.87	4.37	12.83	18.74	9.72

〈표 4-23〉 적용인구당 진료비-2종전체

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 천원, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		601	692	803	959	1,009	1,104	926	1,139			
증가율			15.06	16.03	19.48	5.14	9.46	-16.16	23.08	9.56	16.84	4.14
연령 (10세단위)	10대	167	193	223	249	261	286	282	363			
	증가율		15.55	15.39	11.83	4.86	9.60	-1.55	28.71	11.72	14.24	11.57
	70대이상	1,276	1,431	2,040	2,689	2,942	3,451	1,906	3,596			
	증가율		12.19	42.53	31.84	9.39	17.31	-44.76	88.63	15.96	28.22	6.92
지역별	광주	495	575	672	802	851	940	838	1,048			
	증가율		16.28	16.82	19.42	6.11	10.47	-10.89	25.00	11.32	17.50	7.16
	울산	565	679	784	949	1,001	1,056	1,028	1,211			
	증가율		20.22	15.43	21.09	5.53	5.45	-2.66	17.83	11.52	18.89	6.54

〈표 4-24〉 적용인구당 진료비-2종입원

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		208	250	305	362	386	439	349	416			
증가율			20.00	21.96	18.97	6.58	13.67	-20.62	19.45	10.41	20.31	2.53
성	여자	147	176	223	278	306	358	268	315			
	증가율		19.63	27.24	24.37	10.32	16.85	-25.06	17.60	11.56	23.70	0.98
연령 (10세단위)	10대미만	66	86	84	115	122	140	92	164			
	증가율		30.93	-2.17	37.47	5.89	14.28	-33.87	77.82	14.02	20.75	10.35
	10대	41	46	59	60	61	70	67	85			
	증가율		12.78	28.98	2.09	0.57	14.80	-3.17	26.55	11.19	14.09	12.05
	70대이상	458	556	910	1,223	1,382	1,696	902	1,775			
	증가율		21.42	63.60	34.35	13.01	22.76	-46.84	96.80	21.34	38.71	8.70
지역별	광주	136	169	203	258	286	335	294	364			
	증가율		24.47	19.84	27.44	10.56	17.38	-12.29	23.65	15.09	23.88	8.38
	전남	241	284	344	428	474	558	425	592			
	증가율		17.60	21.23	24.33	10.74	17.76	-23.88	39.29	13.66	21.02	7.68

〈표 4-25〉 적용인구당 진료비-2종외래

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		252	274	296	342	353	376	337	427			
증가율			8.66	7.92	15.58	3.28	6.49	-10.41	26.77	7.81	10.67	6.55
성	여자	258	281	309	360	372	400	362	459			
	증가율		9.13	9.62	16.55	3.56	7.51	-9.55	26.79	8.59	11.72	7.23
연령 (10세단위)	10대	92	105	116	133	142	154	154	199			
	증가율		15.08	10.28	14.66	6.41	8.39	0.43	28.59	11.69	13.32	11.86
지역별	울산	227	266	284	331	333	340	354	422			
	증가율		17.22	6.99	16.56	0.58	2.10	3.99	19.21	9.28	13.49	8.17

〈표 4-26〉 적용인구당 진료비-2종약국

(단위: 천원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		141	168	202	255	269	289	240	296			
증가율			19.21	20.42	25.96	5.58	7.30	-16.86	23.19	11.16	21.83	3.19
성	남자	127	152	183	234	248	267	225	284			
	증가율		20.22	20.47	27.42	6.27	7.51	-15.77	26.17	12.22	22.66	4.54
연령 (10세단위)	10대	35	42	47	56	59	63	60	79			
	증가율		20.00	13.43	17.03	5.80	7.17	-4.60	31.45	12.39	16.79	10.36
지역별	울산	114	135	163	207	222	243	237	294			
	증가율		18.55	20.93	27.02	7.50	9.38	-2.67	24.12	14.54	22.11	9.74
	제주	119	141	149	203	214	241	219	267			
	증가율		17.90	5.71	36.50	5.64	12.42	-9.00	21.82	12.21	19.37	7.61

〈표 4-27〉 적용인구당 입내원일수 이용행태

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	전체	45.81	49.57	52.01	55.38	54.07	54.85	54.15	60.78			
			8.20	4.94	6.47	-2.37	1.45	-1.28	12.24	4.12	6.53	3.98
	입원	11.09	12.48	13.27	14.21	14.73	15.92	15.80	18.46			
			12.56	6.33	7.02	3.68	8.11	-0.79	16.87	7.55	8.60	7.82
	외래	22.34	23.89	24.83	26.36	25.15	25.03	24.79	27.45			
			6.96	3.90	6.18	-4.60	-0.45	-0.95	10.70	2.98	5.67	2.96
	약국	12.38	13.19	13.91	14.82	14.19	13.90	13.56	14.87			
			6.52	5.49	6.48	-4.21	-2.09	-2.43	9.68	2.65	6.17	1.57
차상위 미포함	전체	45.81	49.86	50.88	55.80	54.62	56.06	58.96	60.78			
			8.84	2.04	9.68	-2.12	2.64	5.18	3.08	4.12	6.80	3.63
	입원	11.09	12.51	12.94	14.55	15.14	16.55	17.27	18.46			
			12.83	3.42	12.45	4.03	9.34	4.36	6.87	7.55	9.48	6.84
	외래	22.34	24.06	24.32	26.48	25.28	25.48	26.97	27.45			
			7.69	1.08	8.91	-4.56	0.82	5.86	1.75	2.98	5.84	2.78
	약국	12.38	13.29	13.62	14.77	14.20	14.03	14.71	14.87			
			7.32	2.47	8.44	-3.80	-1.25	4.90	1.06	2.65	6.04	1.54

〈표 4-27〉 적용인구당 입내원일수 이용행태-계속

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	(단위: 일, %)		
										평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	1종전체	60.35	64.68	69.42	72.21	69.50	69.47	74.21	76.39			
			7.19	7.32	4.01	-3.75	-0.04	6.83	2.93	3.43	6.16	3.20
	1종입원	16.88	18.70	20.52	21.75	22.20	23.57	25.25	26.88			
			10.77	9.72	6.02	2.06	6.15	7.14	6.44	6.87	8.82	6.58
	1종외래	28.31	29.99	31.78	32.89	30.71	29.94	32.11	32.42			
			5.94	5.96	3.48	-6.62	-2.52	7.26	0.96	1.95	5.12	1.82
	1종약국	15.15	15.99	17.12	17.56	16.58	15.96	16.85	17.09			
			5.52	7.06	2.60	-5.58	-3.74	5.56	1.44	1.74	5.04	1.01
차상위 미포함	1종전체	60.35	64.85	69.37	71.94	69.22	70.14	74.21	76.39			
			7.47	6.96	3.70	-3.77	1.33	5.80	2.93	3.43	6.03	3.34
	1종입원	16.88	18.72	20.38	21.61	22.13	23.81	25.25	26.88			
			10.87	8.87	6.03	2.41	7.60	6.07	6.44	6.87	8.57	6.70
	1종외래	28.31	30.09	31.78	32.70	30.46	30.19	32.11	32.42			
			6.27	5.62	2.91	-6.85	-0.89	6.36	0.96	1.95	4.92	2.10
	1종약국	15.15	16.05	17.22	17.63	16.63	16.14	16.85	17.09			
			5.92	7.27	2.40	-5.65	-2.94	4.37	1.44	1.74	5.17	0.91

〈표 4-27〉 적용인구당 입내원일수 이용행태-계속

구분										(단위: 일, %)		
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	2종전체	26.25	28.59	30.86	35.25	34.94	36.01	29.82	35.47			
			8.91	7.93	14.22	-0.88	3.07	-17.21	18.96	4.39	10.32	0.50
	2종입원	3.30	3.86	4.47	5.17	5.46	6.07	4.33	4.82			
			16.96	15.87	15.77	5.62	11.07	-28.68	11.29	5.56	16.20	-4.11
	2종외래	14.30	15.43	16.37	18.55	18.24	18.71	15.92	19.38			
			7.88	6.09	13.29	-1.63	2.54	-14.90	21.75	4.44	9.04	2.04
	2종약국	8.65	9.31	10.02	11.53	11.23	11.23	9.57	11.27			
			7.54	7.70	15.05	-2.61	0.05	-14.84	17.79	3.85	10.04	0.12
차상위 미포함	2종전체	26.25	28.80	30.84	31.61	31.18	32.01	34.52	35.47			
			9.69	7.09	2.51	-1.36	2.65	7.86	2.74	4.39	6.39	4.39
	2종입원	3.30	3.80	3.96	3.98	3.92	4.16	4.49	4.82			
			15.22	4.22	0.44	-1.36	6.02	7.94	7.30	5.56	6.45	7.08
	2종외래	14.30	15.59	16.71	17.16	16.95	17.44	18.74	19.38			
			8.98	7.17	2.74	-1.23	2.88	7.48	3.41	4.44	6.26	4.57
	2종약국	8.65	9.41	10.17	10.47	10.31	10.41	11.29	11.27			
			8.74	8.12	2.93	-1.58	0.99	8.48	-0.20	3.85	6.57	3.02

〈표 4-28〉 적용인구당 입내원일수-전체

		(단위: 일, %)										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		45.81	49.57	52.01	55.38	54.07	54.85	54.15	60.78			
증가율			8.20	4.94	6.47	-2.37	1.45	-1.28	12.24	4.12	6.53	3.98
연령 (10세단위)	10대	12.54	14.09	14.68	15.83	15.69	16.06	16.51	19.02			
	증가율		12.40	4.21	7.78	-0.87	2.37	2.83	15.19	6.14	8.08	6.64
연령 (생애주기)	0-18세	17.75	19.37	19.75	23.49	22.43	22.07	19.71	23.81			
	증가율		9.16	1.96	18.92	-4.52	-1.59	-10.73	20.85	4.29	9.79	2.02
장애여부	장애 有	67.29	73.24	79.88	84.81	83.52	86.54	91.51	90.62			
	증가율		8.85	9.06	6.17	-1.53	3.62	5.74	-0.97	4.34	8.02	2.76
자격별	탈북자	16.60	16.34	19.00	19.14	15.92	16.72	28.75	31.19			
	증가율		-1.57	16.31	0.72	-16.84	5.05	71.94	8.51	9.43	4.86	25.14
지역별	대구	43.38	46.83	50.12	53.33	52.26	53.67	53.21	59.47			
	증가율		7.94	7.04	6.40	-2.01	2.70	-0.86	11.77	4.61	7.12	4.40
	울산	48.75	54.79	58.33	62.30	60.64	61.71	63.26	70.22			
	증가율		12.38	6.47	6.80	-2.66	1.76	2.50	11.00	5.35	8.52	5.01
	경북	45.30	49.33	53.26	57.28	56.63	58.41	57.87	64.27			
	증가율		8.89	7.97	7.55	-1.15	3.16	-0.93	11.05	5.12	8.14	4.31

〈표 4-29〉 적용인구당 입내원일수-입원

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균	증가율	증가율
										증가율	(03-06)	(07-10)
전체		11.09	12.48	13.27	14.21	14.73	15.92	15.80	18.46			
증가율			12.56	6.33	7.02	3.68	8.11	-0.79	16.87	7.55	8.60	7.82
성	여자	7.93	9.00	9.82	10.80	11.46	12.63	12.66	14.96			
	증가율		13.40	9.16	10.01	6.08	10.20	0.25	18.15	9.48	10.84	9.29
연령 (10세단위)	60대	10.66	12.43	14.82	16.67	17.80	19.57	19.69	22.90			
	증가율		16.58	19.25	12.49	6.76	9.97	0.58	16.35	11.55	16.07	8.77
	70대이상	10.02	11.79	14.43	17.01	19.01	21.78	21.96	25.40			
	증가율		17.65	22.41	17.86	11.73	14.59	0.85	15.63	14.21	19.29	10.14
자격별	국가유공자	7.85	8.52	9.50	10.71	12.07	13.85	14.79	16.01			
	증가율		8.49	11.58	12.66	12.72	14.79	6.73	8.28	10.72	10.90	9.88
	탈북자	1.57	1.29	1.47	1.71	1.74	2.13	3.86	4.57			
	증가율		-17.38	13.50	16.23	1.92	22.49	81.06	18.42	16.53	2.91	37.97
거주지	농어촌	12.19	14.16	15.63	17.08	18.25	19.92	19.94	23.93			
	증가율		16.20	10.37	9.27	6.86	9.16	0.07	20.00	10.12	11.91	9.44
지역별	충남	9.57	11.21	12.47	13.52	14.63	16.59	17.20	20.03			
	증가율		17.10	11.29	8.41	8.17	13.41	3.67	16.49	11.13	12.21	11.05
	전남	10.01	11.81	12.92	14.24	15.27	16.85	16.82	21.14			
	증가율		17.96	9.36	10.27	7.20	10.37	-0.19	25.71	11.27	12.46	11.46

〈표 4-30〉 적용인구당 입내원일수-외래

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		22.34	23.89	24.83	26.36	25.15	25.03	24.79	27.45			
증가율			6.96	3.90	6.18	-4.60	-0.45	-0.95	10.70	2.98	5.67	2.96
성	남자	17.75	19.16	20.23	21.91	21.10	20.93	20.68	23.17			
	증가율		7.99	5.55	8.31	-3.66	-0.85	-1.18	12.04	3.88	7.27	3.16
연령 (10세단위)	10대	7.19	8.06	8.43	9.10	9.08	9.30	9.57	11.00			
	증가율		12.18	4.55	8.03	-0.24	2.40	2.86	14.98	6.27	8.21	6.59
	60대	37.58	39.34	41.65	43.44	40.55	40.09	39.47	42.50			
	증가율		4.70	5.86	4.29	-6.64	-1.14	-1.54	7.69	1.77	4.95	1.58
	70대이상	37.56	39.30	41.24	42.74	40.15	39.75	39.32	41.18			
	증가율		4.64	4.94	3.64	-6.06	-0.99	-1.08	4.74	1.33	4.40	0.85
자격별	시설수급	12.72	13.77	15.35	16.81	16.10	16.37	17.50	17.42			
	증가율		8.27	11.41	9.56	-4.22	1.64	6.94	-0.47	4.59	9.74	2.66
	탈북자	9.33	9.38	10.80	10.69	8.64	8.98	15.67	16.70			
	증가율		0.55	15.13	-1.03	-19.16	3.86	74.54	6.59	8.67	4.64	24.55
거주지	대도시	21.64	23.35	24.61	25.96	24.96	24.92	25.20	27.71			
	증가율		7.93	5.37	5.50	-3.87	-0.13	1.12	9.94	3.60	6.26	3.55
	중소도시	21.82	23.40	24.16	25.84	24.61	24.41	23.99	26.73			
	증가율		7.24	3.27	6.95	-4.75	-0.82	-1.72	11.43	2.94	5.80	2.79
지역별	서울	21.17	22.95	24.25	25.60	24.56	24.28	24.91	27.43			
	증가율		8.43	5.66	5.55	-4.05	-1.15	2.61	10.13	3.78	6.54	3.76
	대구	21.39	22.91	24.21	25.42	24.68	25.06	25.18	28.05			
	증가율		7.08	5.69	4.98	-2.88	1.53	0.46	11.41	3.95	5.91	4.35

〈표 4-31〉 적용인구당 입내원일수-약국

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균	증가율	증가율
										증가율	(03-06)	(07-10)
전체		12.38	13.19	13.91	14.82	14.19	13.90	13.56	14.87			
증가율			6.52	5.49	6.48	-4.21	-2.09	-2.43	9.68	2.65	6.17	1.57
성	남자	9.51	10.26	11.03	12.05	11.82	11.38	10.98	12.25			
	증가율		7.95	7.52	9.22	-1.94	-3.70	-3.51	11.59	3.69	8.23	1.22
연령 (10세단위)	10대	4.44	5.01	5.22	5.66	5.58	5.72	5.94	6.83			
	증가율		12.74	4.17	8.47	-1.32	2.41	3.91	15.02	6.35	8.40	6.97
	60대	20.94	21.80	23.25	24.09	22.46	21.99	21.13	22.69			
	증가율		4.06	6.68	3.60	-6.78	-2.07	-3.93	7.38	1.15	4.77	0.34
	70대이상	21.17	22.10	23.57	24.34	22.88	22.50	22.50	23.17			
	증가율		4.41	6.68	3.23	-6.00	-1.64	-0.02	2.98	1.30	4.76	0.42
자격별	시설수급	5.04	5.77	6.68	7.39	7.18	7.45	8.10	8.15			
	증가율		14.53	15.73	10.63	-2.84	3.79	8.69	0.61	7.11	13.61	4.31
	탈북자	5.70	5.66	6.73	6.74	5.53	5.61	9.22	9.92			
	증가율		-0.68	18.89	0.12	-17.92	1.42	64.31	7.61	8.23	5.74	21.49
거주지	대도시	12.00	12.88	13.74	14.45	14.20	13.77	13.88	14.97			
	증가율		7.33	6.70	5.15	-1.73	-3.01	0.80	7.82	3.21	6.39	1.77
지역별	서울	11.24	12.15	12.95	13.64	14.18	13.05	13.92	14.51			
	증가율		8.15	6.55	5.36	3.95	-7.97	6.65	4.26	3.72	6.68	0.77
	대구	11.96	12.79	13.77	14.61	14.15	14.16	13.86	15.43			
	증가율		6.92	7.70	6.04	-3.15	0.09	-2.12	11.35	3.71	6.88	2.94
	울산	11.91	12.86	13.86	14.66	13.73	13.86	14.08	15.22			
	증가율		7.96	7.74	5.80	-6.31	0.89	1.60	8.09	3.56	7.16	3.48

〈표 4-32〉 적용인구당 입내원일수-1종전체

(단위: 일, %)												
구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균	증가율	증가율
										증가율	(03-06)	(07-10)
전체		60.35	64.68	69.42	72.21	69.50	69.47	74.21	76.39			
증가율			7.19	7.32	4.01	-3.75	-0.04	6.83	2.93	3.43	6.16	3.20
성	남자	57.19	61.81	66.78	69.71	68.21	68.03	72.89	75.32			
	증가율		8.08	8.04	4.38	-2.15	-0.26	7.14	3.34	4.01	6.82	3.36
연령 (10세단위)	10대	15.34	17.09	17.95	19.26	18.72	18.71	21.76	21.45			
	증가율		11.36	5.07	7.30	-2.80	-0.08	16.30	-1.42	4.90	7.88	4.64
자격별	탈북자	16.60	16.34	19.00	19.14	15.92	16.72	28.75	31.19			
	증가율		-1.57	16.31	0.72	-16.84	5.05	71.94	8.51	9.43	4.86	25.14
지역별	울산	67.52	73.58	80.04	83.09	78.97	78.99	86.51	89.82			
	증가율		8.98	8.78	3.81	-4.96	0.02	9.52	3.83	4.16	7.16	4.38
	경북	58.74	64.07	70.28	74.11	72.59	74.11	78.86	81.28			
	증가율		9.07	9.70	5.45	-2.06	2.09	6.42	3.06	4.75	8.06	3.84

〈표 4-33〉 적용인구당 입내원일수-1종입원

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		16.88	18.70	20.52	21.75	22.20	23.57	25.25	26.88			
증가율			10.77	9.72	6.02	2.06	6.15	7.14	6.44	6.87	8.82	6.58
성	여자	12.09	13.52	15.19	16.54	17.23	18.59	20.13	21.75			
	증가율		11.82	12.36	8.89	4.14	7.89	8.29	8.04	8.74	11.01	8.07
연령 (10세단위)	60대	12.06	14.28	17.21	19.37	20.64	22.40	24.51	26.58			
	증가율		18.40	20.56	12.53	6.54	8.55	9.41	8.45	11.95	17.11	8.80
	70대이상	10.40	12.20	14.73	17.14	19.08	21.69	23.31	25.65			
	증가율		17.33	20.71	16.35	11.31	13.69	7.45	10.03	13.76	18.11	10.36
자격별	국가유공자	7.85	8.52	9.50	10.71	12.07	13.85	14.79	16.01			
	증가율		8.49	11.58	12.66	12.72	14.79	6.73	8.28	10.72	10.90	9.88
	탈북자	1.57	1.29	1.47	1.71	1.74	2.13	3.86	4.57			
	증가율		-17.38	13.50	16.23	1.92	22.49	81.06	18.42	16.53	2.91	37.97
거주지	농어촌	16.79	19.40	22.08	23.95	25.20	27.11	29.11	31.53			
	증가율		15.50	13.86	8.46	5.22	7.56	7.39	8.30	9.42	12.57	7.75
지역별	충남	14.02	16.25	18.49	19.97	21.12	23.27	25.76	27.46			
	증가율		15.90	13.78	8.02	5.77	10.19	10.68	6.61	10.08	12.52	9.14
	전북	14.59	15.88	18.68	20.58	21.40	23.48	26.04	28.21			
	증가율		8.86	17.64	10.17	3.96	9.74	10.90	8.34	9.88	12.16	9.65
	전남	14.34	16.83	19.78	21.61	22.90	24.73	27.01	29.48			
	증가율		17.33	17.54	9.26	5.96	8.00	9.23	9.11	10.84	14.64	8.78

〈표 4-34〉 적용인구당 입내원일수-1종외래

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		28.31	29.99	31.78	32.89	30.71	29.94	32.11	32.42			
증가율			5.94	5.96	3.48	-6.62	-2.52	7.26	0.96	1.95	5.12	1.82
성	남자	22.25	23.81	25.77	27.13	25.74	25.00	27.07	27.59			
	증가율		7.00	8.25	5.27	-5.14	-2.87	8.26	1.94	3.12	6.83	2.34
연령 (10세단위)	10대	8.58	9.54	10.09	10.85	10.60	10.63	12.40	12.20			
	증가율		11.20	5.78	7.47	-2.31	0.34	16.66	-1.64	5.15	8.12	4.81
자격별	시설수 급	12.72	13.77	15.35	16.81	16.10	16.37	17.50	17.42			
	증가율		8.27	11.41	9.56	-4.22	1.64	6.94	-0.47	4.59	9.74	2.66
	탈북자	9.33	9.38	10.80	10.69	8.64	8.98	15.67	16.70			
	증가율		0.55	15.13	-1.03	-19.16	3.86	74.54	6.59	8.67	4.64	24.55
거주지	대도시	28.45	30.34	32.31	33.46	31.30	30.53	33.05	33.53			
	증가율		6.65	6.48	3.58	-6.45	-2.48	8.25	1.44	2.37	5.56	2.31
지역별	서울	26.33	28.26	30.37	31.68	29.72	28.65	31.43	32.15			
	증가율		7.35	7.46	4.33	-6.19	-3.59	9.68	2.28	2.89	6.37	2.65
	대구	29.17	31.31	33.45	34.60	32.59	32.35	34.85	35.85			
	증가율		7.32	6.85	3.43	-5.81	-0.73	7.72	2.86	2.99	5.85	3.22

〈표 4-35〉 적용인구당 입내원일수-1종약국

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		15.15	15.99	17.12	17.56	16.58	15.96	16.85	17.09			
증가율			5.52	7.06	2.60	-5.58	-3.74	5.56	1.44	1.74	5.04	1.01
성	남자	11.35	12.16	13.29	13.87	13.63	12.81	13.72	14.01			
	증가율		7.16	9.29	4.40	-1.72	-6.01	7.12	2.09	3.06	6.93	0.92
연령 (10세단위)	10대	5.20	5.86	6.16	6.63	6.41	6.47	7.65	7.51			
	증가율		12.52	5.16	7.62	-3.25	0.88	18.30	-1.81	5.39	8.39	5.43
	60대	21.78	22.95	24.40	24.75	22.72	21.96	22.72	22.70			
	증가율		5.40	6.31	1.43	-8.17	-3.36	3.45	-0.09	0.59	4.36	-0.04
	70대이상	21.48	22.53	23.99	24.50	22.91	22.40	23.00	23.19			
	증가율		4.89	6.49	2.12	-6.48	-2.23	2.66	0.85	1.10	4.49	0.40
자격별	시설수급	5.04	5.77	6.68	7.39	7.18	7.45	8.10	8.15			
	증가율		14.53	15.73	10.63	-2.84	3.79	8.69	0.61	7.11	13.61	4.31
	탈북자	5.70	5.66	6.73	6.74	5.53	5.61	9.22	9.92			
	증가율		-0.68	18.89	0.12	-17.92	1.42	64.31	7.61	8.23	5.74	21.49
거주지	대도시	15.12	16.05	17.23	17.65	17.18	16.22	17.24	17.63			
	증가율		6.16	7.35	2.46	-2.68	-5.58	6.30	2.27	2.22	5.30	0.87
지역별	서울	13.41	14.31	15.47	15.96	16.86	14.80	15.89	16.59			
	증가율		6.74	8.07	3.20	5.63	-12.24	7.35	4.41	3.09	5.98	-0.55

〈표 4-36〉 적용인구당 입내원일수-2종전체

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		26.25	28.59	30.86	35.25	34.94	36.01	29.82	35.47			
증가율			8.91	7.93	14.22	-0.88	3.07	-17.21	18.96	4.39	10.32	0.50
연령 (10세단위)	10대	10.69	12.04	12.53	13.69	13.85	14.49	13.77	17.33			
	증가율		12.65	4.09	9.28	1.13	4.67	-4.97	25.80	7.15	8.62	7.76
	70대이상	52.84	52.39	63.96	77.47	79.00	86.37	51.66	80.93			
	증가율		-0.85	22.08	21.13	1.97	9.33	-40.19	56.66	6.28	13.61	0.81
지역별	울산	24.65	28.13	30.05	33.95	34.06	35.08	32.48	37.71			
	증가율		14.10	6.80	13.00	0.32	3.01	-7.41	16.10	6.26	11.25	3.46
요양기관	요양병원	0.06	0.14	0.34	0.69	1.03	1.30	0.85	0.87			
	증가율		114.67	146.69	101.05	49.63	26.36	-34.87	3.05	45.05	119.99	-5.34
	한의원	1.15	1.28	1.38	1.51	1.51	1.68	1.59	1.99			
	증가율		10.82	7.83	9.71	0.08	10.86	-5.23	25.25	8.11	9.45	9.58

〈표 4-37〉 적용인구당 입내원일수-2종입원

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		3.30	3.86	4.47	5.17	5.46	6.07	4.33	4.82			
증가율			16.96	15.87	15.77	5.62	11.07	-28.68	11.29	5.56	16.20	-4.11
성	여자	1.99	2.37	2.92	3.58	3.95	4.54	3.08	3.38			
	증가율		19.14	22.88	22.70	10.31	15.06	-32.11	9.69	7.86	21.56	-5.02
연령 (10세단위)	10대미만	0.61	0.76	0.73	1.03	1.06	1.21	0.80	1.38			
	증가율		24.75	-4.70	41.74	3.27	13.83	-34.14	73.10	12.34	19.00	9.08
	70대이상	5.56	6.82	11.53	15.89	18.39	22.52	10.91	19.35			
	증가율		22.66	69.11	37.78	15.72	22.46	-51.58	77.45	19.50	41.91	1.71
거주지	농어촌	3.63	4.16	5.15	6.21	6.80	7.73	5.10	5.91			
	증가율		14.76	23.83	20.58	9.40	13.76	-34.07	15.92	7.22	19.66	-4.56
지역별	광주	2.23	2.55	3.04	3.68	4.12	4.68	3.59	4.36			
	증가율		14.26	19.19	21.24	11.86	13.77	-23.40	21.59	10.07	18.19	1.95
	전남	3.64	4.21	4.74	5.76	6.23	7.28	5.23	7.12			
	증가율		15.63	12.59	21.67	8.04	16.96	-28.24	36.27	10.07	16.57	4.58

〈표 4-38〉 적용인구당 입내원일수-2종외래

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		14.30	15.43	16.37	18.55	18.24	18.71	15.92	19.38			
증가율			7.88	6.09	13.29	-1.63	2.54	-14.90	21.75	4.44	9.04	2.04
연령 (10세단위)	10대	6.27	7.05	7.33	8.02	8.17	8.52	8.09	10.16			
	증가율		12.45	4.04	9.44	1.77	4.27	-5.04	25.68	7.15	8.59	7.56
거주지	대도시	13.96	15.19	16.33	17.92	17.87	18.37	16.61	19.63			
	증가율		8.77	7.51	9.75	-0.25	2.78	-9.61	18.24	4.99	8.67	3.18
지역별	대구	13.88	14.72	16.00	17.40	17.53	18.26	16.81	19.87			
	증가율		6.04	8.70	8.74	0.77	4.17	-7.97	18.20	5.26	7.82	4.26
	인천	12.72	14.11	15.16	16.89	16.99	17.34	15.28	18.47			
	증가율		10.92	7.45	11.42	0.59	2.06	-11.87	20.90	5.48	9.91	2.84
요양기관	요양병원	0.01	0.02	0.03	0.06	0.08	0.09	0.07	0.08			
	증가율		82.39	73.27	90.76	31.88	2.28	-15.93	5.02	32.52	82.00	-3.35
	한의원	1.12	1.23	1.31	1.44	1.45	1.62	1.54	1.92			
	증가율		10.03	6.61	9.86	0.76	11.43	-4.74	24.54	8.03	8.83	9.75

〈표 4-39〉 적용인구당 입내원일수-2종약구

(단위: 일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		8.65	9.31	10.02	11.53	11.23	11.23	9.57	11.27			
증가율			7.54	7.70	15.05	-2.61	0.05	-14.84	17.79	3.85	10.04	0.12
연령 (10세단위)	10대	3.94	4.43	4.60	5.06	5.08	5.27	5.05	6.36			
	증가율		12.37	3.83	10.03	0.48	3.80	-4.31	25.98	7.08	8.68	7.76

〈표 4-40〉 입내원일당 진료비 이용행태

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	전체	28,496	30,561	32,888	35,017	37,440	39,045	41,778	44,383			
			7.25	7.61	6.48	6.92	4.29	7.00	6.23	6.53	7.11	5.83
	입원	53,171	56,051	59,931	62,600	63,684	64,263	70,340	73,558			
			5.42	6.92	4.45	1.73	0.91	9.46	4.57	4.75	5.59	4.92
	외래	20,962	21,745	23,004	24,364	26,121	26,375	27,530	29,022			
			3.74	5.79	5.91	7.21	0.97	4.38	5.42	4.76	5.14	3.57
	약국	19,988	22,408	24,724	27,525	30,259	32,973	34,558	36,514			
			12.10	10.34	11.33	9.93	8.97	4.81	5.66	8.99	11.25	6.46
차상위 미포함	전체	28,496	30,380	31,940	34,108	36,551	39,156	41,925	44,383			
			6.61	5.14	6.79	7.16	7.13	7.07	5.86	6.53	6.18	6.69
	입원	53,171	55,620	57,339	59,421	61,090	63,425	70,300	73,558			
			4.61	3.09	3.63	2.81	3.82	10.84	4.63	4.75	3.77	6.39
	외래	20,962	21,672	22,485	23,717	25,343	26,599	27,721	29,022			
			3.39	3.75	5.48	6.86	4.95	4.22	4.69	4.76	4.20	4.62
	약국	19,988	22,378	24,688	27,801	30,341	33,329	34,653	36,514			
			11.96	10.32	12.61	9.14	9.85	3.97	5.37	8.99	11.63	6.37

〈표 4-40〉 입내원일당 진료비 이용행태-계속

구분										(단위: 원, %)		
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	1종전체	30,303	32,587	35,401	38,201	40,917	42,420	45,335	47,896			
			7.54	8.64	7.91	7.11	3.67	6.87	5.65	6.76	8.03	5.39
	1종입원	51,727	54,757	58,456	61,120	62,294	62,648	68,903	72,136			
			5.86	6.76	4.56	1.92	0.57	9.98	4.69	4.87	5.72	5.01
	1종외래	22,210	23,221	25,095	27,157	29,363	29,418	30,133	31,599			
			4.55	8.07	8.22	8.12	0.19	2.43	4.86	5.17	6.93	2.48
	1종약국	21,556	24,230	26,905	30,495	33,695	36,941	38,986	40,689			
			12.41	11.04	13.35	10.49	9.63	5.54	4.37	9.50	12.26	6.49
차상위 미포함	1종전체	30,303	32,407	34,096	36,419	39,132	41,936	45,335	47,896			
			6.94	5.21	6.81	7.45	7.17	8.11	5.65	6.76	6.32	6.97
	1종입원	51,727	54,362	55,948	58,079	59,738	62,043	68,903	72,136			
			5.09	2.92	3.81	2.86	3.86	11.06	4.69	4.87	3.94	6.49
	1종외래	22,210	23,121	24,067	25,457	27,402	28,824	30,133	31,599			
			4.10	4.09	5.78	7.64	5.19	4.54	4.86	5.17	4.65	4.86
	1종약국	21,556	24,211	26,745	30,207	33,202	36,804	38,986	40,689			
			12.32	10.46	12.95	9.92	10.85	5.93	4.37	9.50	11.90	7.01

〈표 4-40〉 입내원일당 진료비 이용행태-계속

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
차상위 포함	2종전체	22,907	24,200	26,016	27,213	28,867	30,655	31,043	32,118			
			5.65	7.50	4.60	6.08	6.19	1.27	3.47	4.95	5.91	3.62
	2종입원	63,113	64,758	68,162	70,046	70,683	72,340	80,510	86,417			
			2.61	5.26	2.76	0.91	2.34	11.29	7.34	4.59	3.53	6.93
	2종외래	17,636	17,764	18,072	18,436	19,356	20,101	21,164	22,036			
			0.72	1.73	2.02	4.99	3.85	5.29	4.12	3.23	1.49	4.42
	2종약국	16,295	18,062	20,196	22,111	23,969	25,708	25,098	26,248			
			10.85	11.81	9.48	8.40	7.25	-2.37	4.58	7.05	10.71	3.07
차상위 미포함	2종전체	22,907	23,970	25,042	26,228	27,355	28,748	30,177	32,118			
			4.64	4.47	4.74	4.30	5.09	4.97	6.43	4.95	4.62	5.50
	2종입원	63,113	64,325	67,519	70,355	73,329	76,938	82,895	86,417			
			1.92	4.97	4.20	4.23	4.92	7.74	4.25	4.59	3.69	5.63
	2종외래	17,636	17,744	18,204	18,746	19,406	20,016	21,097	22,036			
			0.61	2.60	2.98	3.52	3.15	5.40	4.45	3.23	2.06	4.33
	2종약국	16,295	17,987	19,735	21,728	22,929	24,119	24,287	26,248			
			10.39	9.72	10.10	5.53	5.19	0.70	8.07	7.05	10.07	4.61

〈표 4-41〉 입내원일당 진료비-전체

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		28,496	30,561	32,888	35,017	37,440	39,045	41,778	44,383			
증가율			7.25	7.61	6.48	6.92	4.29	7.00	6.23	6.53	7.11	5.83
성	여자	25,530	27,462	29,709	31,969	34,439	36,160	38,438	40,936			
	증가율		7.57	8.18	7.61	7.72	5.00	6.30	6.50	6.98	7.79	5.93
연령 (10세단위)	60대	27,504	29,813	32,999	36,208	39,373	41,189	43,633	46,045			
	증가율		8.39	10.69	9.72	8.74	4.61	5.93	5.53	7.64	9.60	5.36
	70대이상	26,457	28,814	31,691	34,835	38,139	41,006	43,369	46,802			
	증가율		8.91	9.98	9.92	9.49	7.52	5.76	7.91	8.49	9.60	7.06
연령 (생애주기)	65세이상	26,481	28,780	31,747	34,930	38,228	40,877	43,187	46,406			
	증가율		8.68	10.31	10.03	9.44	6.93	5.65	7.45	8.34	9.67	6.68
장애여부	장애 有	33,839	35,520	37,160	39,291	42,262	45,617	50,088	53,268			
	증가율		4.97	4.62	5.73	7.56	7.94	9.80	6.35	6.70	5.11	8.02
자격별	국가유공자	28,298	30,038	31,676	34,639	37,975	40,684	43,080	45,657			
	증가율		6.15	5.46	9.35	9.63	7.13	5.89	5.98	7.07	6.97	6.33
	광주민주화	21,160	22,595	24,298	27,576	30,401	31,778	34,357	36,402			
	증가율		6.78	7.54	13.49	10.25	4.53	8.11	5.95	8.06	9.23	6.19
거주지	농어촌	27,240	29,438	32,271	34,465	37,033	38,625	41,678	44,138			
	증가율		8.07	9.62	6.80	7.45	4.30	7.91	5.90	7.14	8.16	6.02
지역별	광주	25,370	27,598	29,890	32,140	34,642	35,879	38,999	41,028			
	증가율		8.79	8.30	7.53	7.78	3.57	8.70	5.20	7.11	8.20	5.80

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
	충남	26,203	28,301	31,183	33,432	36,091	37,787	40,805	43,110			
	증가율		8.01	10.18	7.21	7.95	4.70	7.99	5.65	7.37	8.46	6.10
	전북	25,633	27,697	30,163	31,645	34,243	36,253	39,443	42,417			
	증가율		8.06	8.90	4.91	8.21	5.87	8.80	7.54	7.46	7.28	7.40
	전남	26,140	28,216	31,179	33,301	36,135	38,060	41,281	43,666			
	증가율		7.94	10.50	6.81	8.51	5.33	8.46	5.78	7.61	8.40	6.51
요양기관	요양병원	39,640	41,439	44,013	45,933	46,205	50,947	54,992	61,061			
	증가율		4.54	6.21	4.36	0.59	10.26	7.94	11.04	6.37	5.03	9.74
	약국	19,988	22,408	24,724	27,525	30,259	32,973	34,558	36,514			
	증가율		12.10	10.34	11.33	9.93	8.97	4.81	5.66	8.99	11.25	6.46
질환별	정신질환	28,612	30,781	31,600	32,496	33,178	38,934	47,032	52,458			
	증가율		7.58	2.66	2.84	2.10	17.35	20.80	11.54	9.05	4.33	16.50

〈표 4-42〉 입내원일당 진료비-입원

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		53,171	56,051	59,931	62,600	63,684	64,263	70,340	73,558			
증가율			5.42	6.92	4.45	1.73	0.91	9.46	4.57	4.75	5.59	4.92
연령 (10세단위)	30대	37,913	40,803	44,101	45,856	47,350	47,626	56,854	59,599			
	증가율		7.62	8.08	3.98	3.26	0.58	19.38	4.83	6.68	6.55	7.97
장애유무	장애 有	39,835	42,822	45,823	48,078	50,299	54,669	64,134	68,070			
	증가율		7.50	7.01	4.92	4.62	8.69	17.31	6.14	7.95	6.47	10.61
자격별	시설수급	40,950	43,792	45,844	49,318	54,337	59,124	67,213	70,883			
	증가율		6.94	4.69	7.58	10.18	8.81	13.68	5.46	8.15	6.39	9.27
거주지	대도시	53,086	56,225	60,535	63,703	65,157	65,830	72,891	76,402			
	증가율		5.91	7.67	5.23	2.28	1.03	10.73	4.82	5.34	6.27	5.45
지역별	부산	44,871	47,093	50,498	53,684	55,208	57,411	63,826	69,210			
	증가율		4.95	7.23	6.31	2.84	3.99	11.17	8.44	6.39	6.16	7.83
요양기관	종합전문	188,315	199,336	222,464	245,397	261,839	266,425	284,757	311,872			
	증가율		5.85	11.60	10.31	6.70	1.75	6.88	9.52	7.47	9.23	6.00
	종합병원	85,800	90,816	98,710	108,939	120,616	124,903	137,138	144,772			
	증가율		5.85	8.69	10.36	10.72	3.55	9.80	5.57	7.76	8.28	6.27
질환	만성질환자	40,420	43,003	45,284	47,365	46,296	47,927	53,706	56,657			
	증가율		6.39	5.31	4.60	-2.26	3.52	12.06	5.50	4.94	5.43	6.96
	정신질환자	27,493	29,615	30,179	30,656	31,323	36,898	45,249	50,740			
	증가율		7.72	1.90	1.58	2.18	17.80	22.64	12.13	9.15	3.70	17.44

〈표 4-43〉 입내원일당 진료비-외래

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		20,962	21,745	23,004	24,364	26,121	26,375	27,530	29,022			
증가율			3.74	5.79	5.91	7.21	0.97	4.38	5.42	4.76	5.14	3.57
연령 (10세단위)	60대	18,638	19,501	21,085	22,841	24,766	25,107	26,372	27,977			
	증가율		4.63	8.12	8.33	8.43	1.38	5.04	6.09	5.97	7.01	4.15
	70대이상	15,552	16,305	17,545	18,944	20,556	21,387	22,446	23,757			
	증가율		4.84	7.61	7.97	8.51	4.04	4.95	5.84	6.24	6.80	4.94
자격별	시설수급	25,439	26,154	27,818	30,452	33,021	34,919	36,700	37,323			
	증가율		2.81	6.36	9.47	8.43	5.75	5.10	1.70	5.63	6.18	4.17
	광주민주화	15,741	16,150	17,540	19,179	20,626	21,769	23,114	24,450			
	증가율		2.60	8.61	9.34	7.55	5.54	6.18	5.78	6.49	6.81	5.83
거주지	농어촌	18,516	19,360	20,868	22,173	23,926	24,078	25,460	26,846			
	증가율		4.56	7.79	6.25	7.91	0.64	5.74	5.44	5.45	6.19	3.91
지역별	전북	17,770	18,705	19,992	21,105	22,682	23,076	24,469	26,262			
	증가율		5.26	6.88	5.57	7.47	1.74	6.03	7.33	5.74	5.90	5.01
	전남	17,631	18,298	19,974	21,337	22,940	23,034	24,393	25,938			
	증가율		3.78	9.16	6.82	7.51	0.41	5.90	6.33	5.67	6.57	4.18
질환	희귀질환자	120,723	125,881	128,488	137,638	156,436	159,586	156,038	254,502			
	증가율		4.27	2.07	7.12	13.66	2.01	-2.22	63.10	11.24	4.47	17.61

〈표 4-44〉 입내원일당 진료비-약국

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		19,988	22,408	24,724	27,525	30,259	32,973	34,558	36,514			
증가율			12.10	10.34	11.33	9.93	8.97	4.81	5.66	8.99	11.25	6.46
성	남자	20,654	23,096	25,397	28,219	31,068	34,431	36,531	38,508			
	증가율		11.82	9.96	11.11	10.09	10.83	6.10	5.41	9.31	10.96	7.42
연령 (10세단위)	60대	23,151	26,161	29,408	33,597	37,361	40,347	42,283	43,747			
	증가율		13.00	12.41	14.24	11.20	7.99	4.80	3.46	9.52	13.22	5.40
	70대이상	22,748	25,928	29,106	33,153	36,904	40,628	42,113	45,266			
	증가율		13.98	12.26	13.90	11.32	10.09	3.66	7.49	10.33	13.38	7.04
장애유무	장애 有	22,198	25,281	28,222	32,368	36,591	40,504	41,410	44,652			
	증가율		13.89	11.63	14.69	13.05	10.69	2.24	7.83	10.50	13.40	6.86
자격별	시설수급	17,616	20,605	24,770	28,635	33,031	37,893	40,028	42,538			
	증가율		16.97	20.21	15.61	15.35	14.72	5.63	6.27	13.42	17.58	8.80
거주지	농어촌	19,783	22,306	25,219	28,200	31,413	34,058	36,029	37,571			
	증가율		12.75	13.06	11.82	11.39	8.42	5.79	4.28	9.60	12.54	6.15
지역별	충남	17,544	20,002	22,715	25,344	28,210	30,717	32,611	34,577			
	증가율		14.01	13.56	11.58	11.31	8.88	6.17	6.03	10.18	13.05	7.02
	제주	18,033	20,321	22,424	24,612	27,701	31,197	34,512	36,607			
	증가율		12.68	10.35	9.76	12.55	12.62	10.63	6.07	10.64	10.92	9.74
질환	정신질환자	61,407	76,230	83,052	91,581	97,467	125,526	131,537	144,903			
	증가율		24.14	8.95	10.27	6.43	28.79	4.79	10.16	13.05	14.25	14.13

〈표 4-45〉 입내원일당 진료비-1종전체

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		30,303	32,587	35,401	38,201	40,917	42,420	45,335	47,896			
증가율			7.54	8.64	7.91	7.11	3.67	6.87	5.65	6.76	8.03	5.39
성	여자	27,262	29,423	32,101	34,909	37,739	39,418	42,070	44,523			
	증가율		7.93	9.10	8.75	8.10	4.45	6.73	5.83	7.26	8.59	5.67
질환	정신질환자	28,605	30,770	31,671	32,617	33,252	38,816	46,988	52,505			
	증가율		7.57	2.93	2.99	1.94	16.73	21.05	11.74	9.06	4.47	16.45

〈표 4-46〉 입내원일당 진료비-1종입원

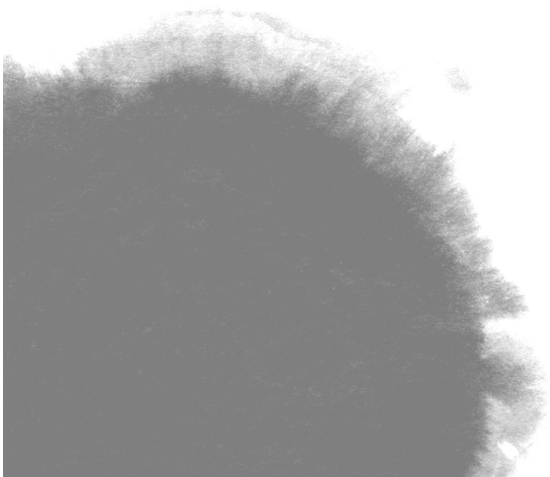
										(단위: 원, %)		
구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균 증가율	증가율 (03-06)	증가율 (07-10)
전체		51,727	54,757	58,456	61,120	62,294	62,648	68,903	72,136			
증가율			5.86	6.76	4.56	1.92	0.57	9.98	4.69	4.87	5.72	5.01
연령 (10세단위)	30대	36,728	39,784	43,397	45,121	46,872	46,779	55,528	58,181			
	증가율		8.32	9.08	3.97	3.88	-0.20	18.70	4.78	6.79	7.10	7.47
장애유무	장애 有	39,040	41,912	44,699	46,953	49,257	53,601	63,087	67,107			
	증가율		7.36	6.65	5.04	4.91	8.82	17.70	6.37	8.05	6.35	10.86
자격별	시설수급	40,950	43,792	45,844	49,318	54,337	59,124	67,213	70,883			
	증가율		6.94	4.69	7.58	10.18	8.81	13.68	5.46	8.15	6.39	9.27
요양기관	종합전문	191,123	204,365	227,053	250,990	267,007	269,497	287,342	313,454			
	증가율		6.93	11.10	10.54	6.38	0.93	6.62	9.09	7.32	9.51	5.49
	종합병원	84,047	89,340	97,173	107,831	120,049	123,972	136,713	144,589			
	증가율		6.30	8.77	10.97	11.33	3.27	10.28	5.76	8.06	8.66	6.40
질환	정신질환자	27,524	29,634	30,258	30,761	31,451	36,920	45,317	50,917			
	증가율		7.67	2.11	1.66	2.24	17.39	22.74	12.36	9.19	3.78	17.42

〈표 4-47〉 입내원일당 진료비-2종외래

(단위: 원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	평균	증가율	증가율
										증가율	(03-06)	(07-10)
전체		17,636	17,764	18,072	18,436	19,356	20,101	21,164	22,036			
증가율			0.72	1.73	2.02	4.99	3.85	5.29	4.12	3.23	1.49	4.42
연령 (10세단위)	10대미만	12,036	12,372	12,862	13,653	14,605	15,438	15,969	16,139			
	증가율		2.79	3.96	6.15	6.97	5.71	3.43	1.06	4.28	4.29	3.38
	10대	14,613	14,955	15,851	16,607	17,365	18,051	19,091	19,534			
	증가율		2.34	6.00	4.77	4.57	3.95	5.76	2.32	4.23	4.36	4.00
	70대이상	14,533	15,422	16,677	17,610	18,659	19,469	20,471	21,572			
	증가율		6.11	8.14	5.60	5.96	4.34	5.15	5.38	5.80	6.61	4.95

진료비 지출 개인별 심층분석



제5장 진료비 지출 개인별 심층분석

〈표 5-1〉 진료비 상위 10% 모집단 대비 특성별 비율

구분		모집단 전체	상위 10% 전체		모집단중	상위10% 1종		모집단 2종	상위10% 2종	
		명	명	비율(%)	명	명	비율(%)	명	명	비율(%)
성	전체	1,711,707	171,171	10.00	1,071,323	153,819	14.36	640,384	17,352	2.71
	1.남자	735,750	88,736	12.06	452,868	78,366	17.30	282,882	10,370	3.67
	2.여자	975,957	82,435	8.45	618,455	75,453	12.20	357,502	6,982	1.95
연령 (10세 단위)	010대미만	101,111	820	0.81	46,666	590	1.26	54,445	230	0.42
	1.10대	322,604	1,438	0.45	133,157	1,027	0.77	189,447	411	0.22
	2.20대	118,772	2,714	2.29	40,710	2,147	5.27	78,062	567	0.73
	3.30대	104,590	10,468	10.01	61,111	9,447	15.46	43,479	1,021	2.35
	4.40대	259,357	32,234	12.43	131,700	27,808	21.11	127,657	4,426	3.47
	5.50대	232,620	38,899	16.72	141,899	33,061	23.30	90,721	5,838	6.44
	6.60대	193,960	28,038	14.46	152,386	25,006	16.41	41,574	3,032	7.29
	7.70대이상	378,693	56,560	14.94	363,694	54,733	15.05	14,999	1,827	12.18
연령 (생애 주기)	1.0-18세	389,045	2,050	0.53	167,013	1,479	0.89	222,032	571	0.26
	2.19-44세	374,911	26,458	7.06	173,240	23,280	13.44	201,671	3,178	1.58
	3.45-65세	459,700	71,411	15.53	271,476	60,789	22.39	188,224	10,622	5.64
	4.66세이상	488,051	71,252	14.60	459,594	68,271	14.85	28,457	2,981	10.48
장애 유무	1.장애있음	430,404	86,043	19.99	355,277	77,906	21.93	75,127	8,137	10.83
	2.장애없음	1,281,303	85,128	6.64	716,046	75,913	10.60	565,257	9,215	1.63
자격별	1.기초생활	1,498,257	153,303	10.23	863,552	135,953	15.74	634,705	17,350	2.73
	2.시설수급	91,689	7,574	8.26	91,689	7,574	8.26	-	-	-
	3.차이유공자	86,212	9,392	10.89	86,212	9,392	10.89	-	-	-
	4.탈북자	12,810	239	1.87	12,810	239	1.87	-	-	-
	5.광주단속화	10,033	377	3.76	10,033	377	3.76	-	-	-
	9.기타	12,703	286	2.25	7,027	284	4.04	5,676	2	0.04
거주지	1.대도시	723,871	67,348	9.30	426,042	59,877	14.05	297,829	7,471	2.51
	2.중소도시	713,330	72,048	10.10	449,606	64,731	14.40	263,724	7,317	2.77
	3.농어촌	274,506	31,775	11.58	195,675	29,211	14.93	78,831	2,564	3.25
지역별	1.서울	238,141	21,434	9.00	150,040	19,099	12.73	88,101	2,335	2.65
	2.부산	158,043	17,919	11.34	97,170	16,105	16.57	60,873	1,814	2.98
	3.대구	117,382	10,489	8.94	61,294	9,245	15.08	56,088	1,244	2.22
	4.인천	79,654	6,917	8.68	50,127	6,262	12.49	29,527	655	2.22
	5.광주	76,079	5,651	7.43	38,185	4,839	12.67	37,894	812	2.14
	6.대전	53,933	4,627	8.58	29,981	4,126	13.76	23,952	501	2.09
	7.울산	21,018	2,858	13.60	13,282	2,607	19.63	7,736	251	3.24

구분		모집단 전체	상위 10% 전체		모집단 1종	상위10% 1종		모집단 2종	상위10% 2종	
		명	명	비율(%)	명	명	비율(%)	명	명	비율(%)
	8.경기	233,593	23,191	9.93	159,330	21,256	13.34	74,263	1,935	2.61
	9.강원	73,219	6,530	8.92	47,591	5,798	12.18	25,628	732	2.86
	91.충북	64,146	6,256	9.75	43,811	5,728	13.07	20,335	528	2.60
	92.충남	80,510	8,350	10.37	54,448	7,633	14.02	26,062	717	2.75
	93.전북	121,479	11,763	9.68	70,656	10,401	14.72	50,823	1,362	2.68
	94.전남	119,544	13,007	10.88	75,998	11,347	14.93	43,546	1,660	3.81
	95.경북	132,372	14,874	11.24	84,573	13,463	15.92	47,799	1,411	2.95
	96.경남	116,195	15,179	13.06	79,746	14,071	17.64	36,449	1,108	3.04
	97.제주	26,399	2,126	8.05	15,091	1,839	12.19	11,308	287	2.54

〈표 5-2〉 2010 진료비 전체분포

(단위: 원, 일)

		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
전체	총진료비	2,879,292	6,088,348	0	276,660	1,026,880	2,827,470	1,446,020,430
	급여비	2,825,680	6,055,842	0	263,480	986,890	2,743,740	1,446,020,430
	압내원일수	64.87	87.13	0.00	14.00	36.00	80.00	39,193.00
	총진료일수	285.67	307.36	0.00	33.00	176.00	442.00	11,007.00
1종	총진료비	3,859,151	7,178,686	0	530,070	1,644,410	3,959,410	1,446,020,430
	급여비	3,819,175	7,172,251	0	515,130	1,599,950	3,882,290	1,446,020,430
	압내원일수	80.57	99.54	0.00	21.00	48.00	101.00	39,193.00
	총진료일수	365.01	323.04	0.00	71.00	360.00	525.00	11,007.00
2종	총진료비	1,240,047	2,928,259	0	151,430	407,150	1,187,240	171,316,470
	급여비	1,163,623	2,748,394	0	141,890	381,760	1,118,410	171,085,280
	압내원일수	38.61	51.11	0.00	9.00	22.00	47.00	1,534.00
	총진료일수	152.93	223.12	0.00	18.00	50.00	198.00	7,654.00

〈표 5-3〉 2010 진료비 특성별 분포

(단위: 원, 일)

구분		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
성	남자	총진료비	3,126,765	7,369,611	0	227,150	883,950	2,840,410
		급여비	3,072,656	7,331,883	0	216,440	847,990	2,758,650
		압내원일수	63.67	88.64	0.00	12.00	30.00	72.00
		총진료일수	258.78	302.00	0.00	27.00	128.00	404.00
	여자	총진료비	2,692,728	4,897,737	0	322,920	1,118,810	2,819,970
		급여비	2,639,490	4,869,696	0	307,250	1,076,330	2,735,650
		압내원일수	65.78	85.96	0.00	17.00	40.00	84.00
		총진료일수	305.94	309.80	0.00	40.00	220.00	473.00
연령 (10세단위)	10대미만	총진료비	805,723	4,966,718	0	188,110	403,640	806,480
		급여비	782,790	4,954,868	0	180,520	387,120	777,070
		압내원일수	38.79	37.17	1.00	14.00	28.00	52.00
		총진료일수	82.63	95.12	1.00	24.00	52.00	106.00
	10대	총진료비	509,155	3,439,787	0	102,340	224,125	457,345

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값	
		급여비	491,117	3,428,308	0	97,720	214,700	438,925	1,028,156,470	
		압내원일수	20.77	23.62	1.00	7.00	14.00	27.00	854.00	
		총진료일수	49.55	79.85	1.00	12.00	26.00	53.00	2,824.00	
	20대	총진료비	939,611	5,797,279	0	89,510	232,895	617,320	1,293,887,930	
		급여비	907,855	5,776,486	0	84,150	219,050	581,735	1,293,887,930	
		압내원일수	24.33	45.04	0.00	5.00	12.00	26.00	1,300.00	
		총진료일수	77.58	140.61	0.00	10.00	25.00	65.00	7,552.00	
	30대	총진료비	2,662,044	8,072,906	0	249,280	792,665	2,010,150	1,446,020,430	
		급여비	2,611,036	8,053,156	0	235,240	753,670	1,931,010	1,446,020,430	
		압내원일수	57.32	83.30	0.00	12.00	28.00	60.00	1,903.00	
		총진료일수	204.36	230.63	0.00	30.00	103.00	364.00	4,650.00	
	40대	총진료비	3,233,096	6,804,024	0	377,160	1,103,300	2,829,970	1,136,994,450	
		급여비	3,164,340	6,763,379	0	356,700	1,058,790	2,721,590	1,136,888,450	
		압내원일수	69.82	118.66	0.00	16.00	36.00	79.00	39,193.00	
		총진료일수	268.84	267.22	0.00	48.00	197.00	403.00	11,007.00	
	50대	총진료비	4,316,014	6,742,263	0	771,895	1,832,805	4,360,485	209,743,460	
		급여비	4,230,647	6,686,463	0	736,600	1,763,605	4,228,555	209,743,460	
		압내원일수	89.37	100.69	0.00	24.00	53.00	109.00	1,534.00	
		총진료일수	384.48	312.88	0.00	128.00	365.00	525.00	7,654.00	
	60대	총진료비	4,197,263	6,066,144	0	1,065,540	2,218,285	4,391,095	279,365,780	
		급여비	4,122,268	6,033,554	0	1,027,230	2,149,145	4,275,825	279,359,780	
		압내원일수	91.16	87.94	0.00	33.00	65.00	115.00	1,387.00	
		총진료일수	470.91	335.18	0.00	237.00	422.00	642.00	8,708.00	
	70대이상	총진료비	4,320,491	5,693,755	0	1,225,250	2,435,080	4,664,740	134,635,160	
		급여비	4,261,640	5,678,539	0	1,187,690	2,374,970	4,574,130	134,606,160	
		압내원일수	92.31	84.99	0.00	36.00	67.00	117.00	1,143.00	
		총진료일수	484.70	307.26	0.00	303.00	438.00	644.00	4,255.00	
	장애유무	장애있음	총진료비	5,016,734	9,067,171	0	867,365	2,080,055	5,360,565	1,446,020,430
급여비			4,943,251	9,030,803	0	834,260	2,017,260	5,244,250	1,446,020,430	
압내원일수			94.18	105.32	0.00	24.00	54.00	119.00	1,903.00	
총진료일수			414.41	325.02	0.00	158.00	381.00	563.00	8,708.00	
장애없음		총진료비	2,161,301	4,455,664	0	219,170	733,010	2,220,930	1,028,156,470	
		급여비	2,114,364	4,425,450	0	208,670	700,470	2,146,910	1,028,156,470	
		압내원일수	55.03	77.65	0.00	12.00	31.00	69.00	39,193.00	
		총진료일수	242.42	288.59	0.00	26.00	100.00	401.00	11,007.00	
거주지		대도시	총진료비	2,751,487	6,036,405	0	264,140	950,790	2,647,630	1,293,887,930
			급여비	2,696,704	6,001,941	0	251,170	911,000	2,563,540	1,293,887,930
			압내원일수	62.70	91.06	0.00	14.00	35.00	78.00	39,193.00
			총진료일수	281.07	315.35	0.00	31.00	153.00	436.00	11,007.00
	중소도시	총진료비	2,897,878	6,340,001	0	272,530	1,016,590	2,839,650	1,446,020,430	
		급여비	2,844,833	6,308,752	0	259,730	977,240	2,756,910	1,446,020,430	
		압내원일수	64.42	82.14	0.00	14.00	35.00	78.00	1,534.00	
		총진료일수	281.32	303.39	0.00	33.00	168.00	438.00	7,654.00	
	농어촌	총진료비	3,168,013	5,520,345	0	335,210	1,253,425	3,262,300	430,508,830	
		급여비	3,116,018	5,489,266	0	320,540	1,211,790	3,177,040	430,508,830	
		압내원일수	71.78	88.76	0.00	16.00	40.00	88.00	1,903.00	
		총진료일수	309.09	294.96	0.00	44.00	268.00	467.00	5,249.00	
지역별	부산	총진료비	3,082,570	5,815,515	0	285,510	1,078,090	2,993,920	393,547,400	
		급여비	3,024,887	5,779,857	0	271,330	1,033,740	2,902,080	393,547,400	
		압내원일수	70.78	87.04	0.00	16.00	39.00	88.00	1,258.00	
		총진료일수	290.20	308.78	0.00	34.00	188.00	444.00	11,007.00	
	울산	총진료비	3,463,501	6,242,565	2,770	293,160	1,106,115	3,241,570	99,105,130	
		급여비	3,406,571	6,212,394	2,360	278,280	1,057,565	3,145,190	99,105,130	

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
		입내원일수	75.11	93.25	0.00	16.00	40.00	90.00	620.00
		총진료일수	282.69	297.19	0.00	34.00	185.00	434.00	2,983.00
	전남	총진료비	3,062,113	5,376,356	0	305,710	1,194,210	3,229,620	180,775,650
		급여비	3,001,009	5,335,106	0	290,760	1,148,730	3,132,570	180,770,650
		입내원일수	70.13	85.03	0.00	16.00	40.00	89.00	1,903.00
		총진료일수	286.67	290.14	0.00	37.00	202.00	450.00	7,654.00
	경남	총진료비	3,351,232	6,423,957	0	295,395	1,114,060	3,064,400	638,408,900
		급여비	3,298,814	6,400,288	0	284,520	1,124,680	3,237,720	638,398,900
		입내원일수	75.72	95.33	0.00	15.00	39.00	91.00	1,064.00
		총진료일수	284.01	288.19	0.00	36.00	204.00	436.00	4,344.00

〈표 5-4〉 2010 진료비 상위 10% 전체분포

(단위: 원, 일)

		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
전체	총진료비	16,072,975	12,461,588	7,209,830	9,871,050	14,268,830	19,667,280	1,446,020,430
	급여비	15,926,890	12,451,029	6,147,430	9,715,410	14,098,140	19,512,310	1,446,020,430
	입내원일수	235.11	121.10	2.00	134.00	219.00	365.00	1,903.00
	총진료일수	579.07	365.98	2.00	365.00	457.00	734.00	11,007.00
1종	총진료비	16,236,940	12,775,322	7,209,830	10,040,940	14,582,860	19,936,780	1,446,020,430
	급여비	16,185,345	12,783,165	6,316,360	9,964,850	14,534,200	19,902,340	1,446,020,430
	입내원일수	238.38	121.07	2.00	137.00	225.00	365.00	1,903.00
	총진료일수	580.02	365.00	2.00	365.00	456.00	735.00	11,007.00
2종	총진료비	14,619,486	9,097,156	7,210,110	8,922,915	11,832,370	16,938,580	171,316,470
	급여비	13,635,781	8,654,228	6,147,430	8,306,400	11,002,840	15,702,670	171,085,280
	입내원일수	206.04	117.49	3.00	112.00	185.00	296.00	1,534.00
	총진료일수	570.74	374.43	3.00	348.00	463.50	731.00	7,654.00

〈표 5-5〉 2010 진료비 상위 10% 특성별 분포

(단위: 원, 일)

구분		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
성	남자	총진료비	16,524,615	15,125,998	7,209,830	10,276,725	14,728,490	1,446,020,430
		급여비	16,361,599	15,109,090	6,147,430	10,117,800	14,539,610	1,446,020,430
		입내원일수	241.11	124.66	2.00	137.00	232.00	1,903.00
		총진료일수	554.41	365.18	3.00	365.00	432.00	11,007.00
	여자	총진료비	15,586,814	8,701,380	7,210,010	9,487,760	13,722,310	198,701,130
		급여비	15,458,954	8,703,543	6,182,480	9,345,350	13,591,500	197,640,010
		입내원일수	228.64	116.81	2.00	132.00	209.00	361.00
		총진료일수	605.62	364.99	2.00	365.00	491.00	7,552.00
연령 (10년단위)	10대미만	총진료비	20,871,354	50,654,414	7,218,940	9,068,575	12,747,805	22,572,910
		급여비	20,634,614	50,628,716	6,402,120	8,897,570	12,504,815	22,375,850
		입내원일수	166.62	99.21	2.00	85.00	153.00	229.00
		총진료일수	369.20	239.24	2.00	208.00	331.50	495.50
	10대	총진료비	23,238,822	45,325,727	7,212,920	9,171,980	12,838,380	21,949,200
		총진료일수						1,028,156,470

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
		급여비	22893839	45363607	6,147,430	8,867,650	12,442,525	21,486,520	1,028,156,470
		압박혈수	159.72	115.61	2.00	61.00	131.50	230.00	854.00
		총진료비	380.87	245.28	9.00	202.00	365.00	480.00	1,908.00
		총진료비	18530873	33514294	7,210,610	10,350,560	14,281,615	18,325,060	1,293,887,930
	20대	급여비	18252558	33524145	6,316,360	10,096,450	13,935,270	17,862,330	1,293,887,930
		압박혈수	235.45	132.22	2.00	124.00	239.00	365.00	1,300.00
		총진료비	439.75	281.51	4.00	330.00	384.00	494.00	7,552.00
		총진료비	16536522	20525538	7,209,970	10,435,535	14,744,800	18,069,680	1,446,020,430
	30대	급여비	16406996	20526775	6,512,100	10,283,915	14,547,445	17,923,450	1,446,020,430
		압박혈수	244.76	126.72	3.00	155.00	247.00	365.00	1,903.00
		총진료비	462.93	265.88	9.00	356.00	392.00	530.00	3,831.00
		총진료비	16254560	12790573	7,210,140	10,510,980	14,826,745	18,263,060	1,136,994,450
	40대	급여비	16081946	12772864	6,182,480	10,309,220	14,648,850	18,124,140	1,136,888,450
		압박혈수	247.90	123.71	2.00	153.00	247.00	365.00	1,258.00
		총진료비	505.69	309.21	3.00	365.00	407.00	609.00	11,007.00
		총진료비	16435110	9061017	7,209,830	10,476,480	15,250,850	19,376,120	209,743,460
	50대	급여비	16241962	9024954	6,217,350	10,290,010	15,026,090	19,144,890	209,743,460
		압박혈수	253.25	124.17	3.00	151.00	252.00	366.00	1,534.00
		총진료비	572.42	364.79	5.00	365.00	446.00	724.00	7,654.00
		총진료비	15913124	8809691	7,209,990	9,597,970	13,829,450	19,800,490	279,365,780
	60대	급여비	15765267	8806711	6,449,480	9,429,290	13,674,845	19,620,900	279,359,780
		압박혈수	228.33	119.54	3.00	129.00	205.00	361.00	1,387.00
		총진료비	672.70	423.97	3.00	369.00	561.00	863.00	8,708.00
		총진료비	15344187	7614602	7,210,010	9,312,220	13,270,635	20,286,415	134,635,160
	70대이상	급여비	15256118	7618880	6,499,920	9,217,850	13,178,175	20,210,365	134,606,160
		압박혈수	219.80	113.48	3.00	125.00	196.00	335.00	1,143.00
		총진료비	615.33	370.38	3.00	365.00	506.00	792.00	4,255.00
		총진료비	17152491	14675097	7,209,830	10582420	15439500	21390640	1,446,020,430
장애유무	장애없음	급여비	16999761	14660058	6,147,430	10436640	15416990	21309990	1,446,020,430
		압박혈수	248.96	121.29	2.00	153.00	241.00	365.00	1,903.00
		총진료비	578.52	368.37	3.00	365.00	448.00	728.00	8,708.00
		총진료비	14981856	9602688	7,209,980	9,365,145	12,947,595	17,902,710	1,028,156,470
	장애있음	급여비	14842487	9599879	6,316,360	9,216,110	12,812,780	17,776,955	1,028,156,470
		압박혈수	221.11	119.29	2.00	121.00	201.00	346.00	1,534.00
		총진료비	579.63	363.55	2.00	365.00	465.00	742.00	11,007.00
		총진료비	16285137	12916538	7,210,040	9,872,235	14,329,805	20,101,280	1,293,887,930
거주지	대도시	급여비	16125796	12906198	6,147,430	9,711,015	14,124,300	19,938,200	1,293,887,930
		압박혈수	229.06	120.66	2.00	129.00	211.00	363.00	1,258.00
		총진료비	599.41	393.81	2.00	365.00	469.00	760.00	11,007.00
		총진료비	16147378	13447306	7,209,830	9,892,695	14,355,780	19,773,760	1,446,020,430
	중소도시	급여비	16002794	13437811	6,182,480	9,729,955	14,172,765	19,607,830	1,446,020,430
		압박혈수	236.27	121.29	2.00	135.00	221.00	365.00	1,534.00
		총진료비	574.51	357.14	3.00	365.00	456.00	731.00	7,654.00
		총진료비	15454587	8510562	7,210,010	9,829,150	13,995,770	18,611,790	430,508,830
	농어촌	급여비	15333196	8496958	6,396,980	9,686,350	13,874,000	18,511,800	430,508,830
		압박혈수	245.28	120.87	3.00	142.00	237.00	365.00	1,903.00
		총진료비	546.32	318.78	6.00	365.00	435.00	687.00	4,515.00
		총진료비	16000359	9525243	7,210,450	10,218,470	14,675,160	19,573,890	393,547,400
지역별	부산	급여비	15852700	9518086	6,217,350	10,051,350	14,527,380	19,414,710	393,547,400
		압박혈수	246.22	117.39	2.00	147.00	240.00	365.00	1,258.00
		총진료비	564.31	357.37	2.00	365.00	434.00	716.00	11,007.00
		총진료비	16521868	8586511	7,213,390	10,714,040	15,455,530	19,799,100	99,105,130
	울산	급여비	16392168	8594938	6,553,800	10,511,410	15,439,500	19,679,730	99,105,130
		급여비							

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
		입원료	252.42	116.41	7.00	155.00	253.00	365.00	620.00
		총진료비	538.13	326.82	11.00	365.00	407.00	695.00	2,983.00
	전남	총진료비	15,423,933	8,483,600	7,210,010	9,503,270	13,701,280	18,623,120	180,775,650
		급여비	15,254,927	8,480,306	6,347,780	9,334,700	13,528,930	18,407,480	180,770,650
		입원료	237.90	117.46	6.00	142.00	223.00	363.00	1,903.00
		총진료비	558.72	329.25	10.00	365.00	461.00	708.00	7,654.00
	경남	총진료비	15,824,448	10,940,386	7,210,100	10,265,230	14,525,120	18,909,040	638,408,900
		급여비	15,714,634	10,942,641	6,422,330	10,139,790	14,372,250	18,804,630	638,398,900
		입원료	260.49	117.83	5.00	160.00	273.00	365.00	1,064.00
		총진료비	523.91	307.27	9.00	365.00	407.00	641.00	3,352.00

〈표 5-6〉 2010 진료비 상위 10% 1종 특성별 분포

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
성	남자	총진료비	16,713,202	15,708,695	7,209,830	10,488,570	15,021,355	19,688,660	1,446,020,430
		급여비	16,665,989	15,712,741	6,316,360	10,442,450	14,977,400	19,645,120	1,446,020,430
		입원료	245.25	124.53	2.00	141.00	240.00	365.00	1,903.00
		총진료비	556.63	365.41	3.00	365.00	431.00	696.00	11,007.00
	여자	총진료비	15,742,292	8,714,968	7,210,010	9,606,640	14,010,000	20,153,290	776,729,570
		급여비	15,686,146	8,730,316	6,554,120	9,524,020	13,952,990	20,118,100	776,578,570
		입원료	231.25	116.94	2.00	133.00	212.00	364.00	1,387.00
		총진료비	604.31	362.99	2.00	365.00	489.00	770.00	7,552.00
	10대	총진료비	22,453,399	58,785,912	7,218,940	9,432,440	13,634,700	24,252,170	1,364,874,230
		급여비	22,445,190	58,786,115	7,024,790	9,432,440	13,631,190	24,252,170	1,364,872,730
		입원료	163.09	101.39	2.00	77.00	146.00	228.00	518.00
		총진료비	375.78	248.11	2.00	202.00	349.50	514.00	1,320.00
	10대	총진료비	26,678,479	52,693,826	7,212,920	9,396,030	13,976,390	24,642,190	1,028,156,470
		급여비	26,648,953	52,695,112	7,021,890	9,349,430	13,963,520	24,642,190	1,028,156,470
		입원료	161.46	115.46	2.00	61.00	136.00	235.00	456.00
		총진료비	400.02	243.80	10.00	229.00	373.00	497.00	1,908.00
	20대	총진료비	19,522,820	37,208,804	7,210,610	10,770,100	14,838,680	19,966,090	1,293,887,930
		급여비	19,478,384	37,210,451	6,316,360	10,722,340	14,807,640	19,872,150	1,293,887,930
		입원료	236.60	131.86	2.00	127.00	240.00	365.00	973.00
		총진료비	446.45	293.73	4.00	338.00	388.00	502.00	7,552.00
연령 (10세단위)	30대	총진료비	16,819,009	21,428,411	7,209,970	10,649,200	15,058,980	18,524,700	1,446,020,430
		급여비	16,783,540	21,429,853	6,753,280	10,611,990	15,033,930	18,471,060	1,446,020,430
		입원료	247.36	127.19	3.00	157.00	253.00	365.00	1,903.00
		총진료비	463.60	263.21	10.00	361.00	393.00	531.00	3,831.00
	40대	총진료비	16,559,053	13,245,968	7,210,140	10,912,225	15,266,995	18,697,185	1,136,994,450
		급여비	16,516,547	13,246,307	6,552,500	10,877,400	15,244,455	18,644,870	1,136,888,450
		입원료	255.64	123.20	2.00	161.00	265.00	366.00	1,258.00
		총진료비	503.73	306.85	3.00	365.00	404.00	604.00	11,007.00
	50대	총진료비	16,713,412	9,003,036	7,209,830	10,902,130	15,439,500	19,750,790	209,743,460
		급여비	16,665,648	9,009,569	6,601,160	10,842,950	15,439,500	19,697,880	209,743,460
		입원료	260.69	123.26	3.00	159.00	271.00	367.00	1,135.00
		총진료비	567.72	358.39	5.00	365.00	439.00	716.00	5,387.00
	60대	총진료비	16,117,202	8,882,157	7,209,990	9,759,220	14,156,745	20,097,070	279,365,780
		급여비	16,054,118	8,899,260	6,778,590	9,661,760	14,097,710	20,057,270	279,359,780
		입원료	231.54	120.09	4.00	131.00	209.00	365.00	1,387.00
		총진료비	670.53	424.42	6.00	369.00	555.00	858.00	8,708.00

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
7대상		총진료비	15,347,887	7,604,688	7,210,010	9,314,700	13,284,980	20,292,600	134,635,160
		급여비	15,290,664	7,624,012	6,841,840	9,238,960	13,219,430	20,273,240	134,606,160
		압박원수	220.04	113.51	3.00	126.00	197.00	335.00	1,143.00
		총진료원수	615.76	370.71	3.00	365.00	506.00	792.00	4,255.00
장애인부	장애분	총진료비	17,283,805	15,112,352	7,209,830	10,750,810	15,466,375	21,460,150	1,446,020,430
		급여비	17,237,060	15,117,696	6,552,500	10,691,130	15,456,835	21,435,870	1,446,020,430
		압박원수	251.63	120.78	2.00	157.00	246.00	365.00	1,903.00
		총진료원수	577.54	367.95	3.00	365.00	446.00	727.00	8,708.00
	장애분	총진료비	15,162,591	9,697,764	7,209,980	9,500,930	13,253,380	18,233,760	1,028,156,470
		급여비	15,106,020	9,709,059	6,316,360	9,424,080	13,193,990	18,189,340	1,028,156,470
		압박원수	224.79	119.85	2.00	123.00	206.00	356.00	1,352.00
		총진료원수	582.56	361.94	2.00	365.00	466.00	744.00	11,007.00
거주시	대도시	총진료비	16,421,976	13,309,434	7,210,040	10,053,730	14,630,170	20,419,600	1,293,887,930
		급여비	16,421,976	13,309,434	6,552,500	9,964,710	14,584,490	20,384,970	1,293,887,930
		압박원수	232.06	120.82	2.00	132.00	215.00	365.00	1,258.00
		총진료원수	602.12	394.69	2.00	365.00	470.00	762.00	11,007.00
	중소지	총진료비	16,324,371	13,837,733	7,209,830	10,062,730	14,693,010	20,045,380	1,446,020,430
		급여비	16,274,576	13,844,424	6,316,360	9,999,820	14,642,980	20,010,410	1,446,020,430
		압박원수	239.60	121.19	2.00	138.00	226.00	365.00	1,387.00
		총진료원수	574.83	355.54	3.00	365.00	454.00	731.00	7,095.00
	농어촌	총진료비	15,549,932	8,478,680	7,210,010	9,964,110	14,209,170	18,789,680	430,508,830
		급여비	15,502,564	8,488,336	6,601,160	9,892,220	14,171,070	18,756,340	430,508,830
		압박원수	248.65	120.52	3.00	145.00	245.00	365.00	1,903.00
		총진료원수	546.20	316.10	6.00	365.00	434.00	687.00	4,515.00
지역별	부산	총진료비	16,139,704	9,639,863	7,210,450	10,376,960	14,909,540	19,841,590	393,547,400
		급여비	16,086,246	9,650,178	6,636,630	10,297,800	14,849,870	19,811,920	393,547,400
		압박원수	250.35	116.84	2.00	152.00	247.00	365.00	1,258.00
		총진료원수	568.31	360.31	2.00	365.00	435.00	720.00	11,007.00
	울산	총진료비	16,728,736	8,553,227	7,213,390	11,008,820	15,530,790	19,990,260	99,105,130
		급여비	16,680,366	8,566,186	6,845,380	10,911,920	15,509,430	19,953,730	99,105,130
		압박원수	256.00	116.04	7.00	158.00	265.00	365.00	620.00
		총진료원수	542.42	328.23	11.00	365.00	407.00	700.00	2,983.00
	전남	총진료비	15,651,834	8,631,554	7,210,010	9,680,950	14,091,080	19,054,350	180,775,650
		급여비	15,598,771	8,642,964	6,671,330	9,594,500	14,031,100	19,021,880	180,770,650
		압박원수	241.99	116.69	6.00	146.00	229.00	365.00	1,903.00
		총진료원수	556.20	316.63	10.00	365.00	458.00	703.00	4,363.00
	경남	총진료비	15,962,915	11,161,229	7,210,100	10,396,270	14,694,530	19,093,900	638,408,900
		급여비	15,918,316	11,168,767	6,601,160	10,346,040	14,660,220	19,064,820	638,398,900
		압박원수	264.33	117.34	5.00	164.00	284.00	366.00	1,064.00
		총진료원수	524.31	307.03	9.00	365.00	406.00	640.00	3,352.00

〈표 5-7〉 2010 진료비 상위1% 모집단 대비 특성별 비율

구분		모집단 전체	상위 1% 전체		모집단1중	상위1% 1중		모집단 2중	상위1% 2중	
		명	명	비율(%)	명	명	비율(%)	명	명	비율(%)
성	전체	1,711,707	17,118	1.00	1,071,323	15,568	1.45	640,384	1,550	0.24
	1.남자	735,750	9,616	1.31	452,868	8,575	1.89	282,882	1,041	0.37
	2.여자	975,957	7,502	0.77	618,455	6,993	1.13	357,502	509	0.14
연령 (10세단위)	010대미만	101,111	175	0.17	46,666	139	0.30	54,445	36	0.07

구분		모집단 전체	상위 1% 전체		모집단1종	상위1% 1종		모집단 2종	상위1% 2종	
		명	명	비율(%)	명	명	비율(%)	명	명	비율(%)
	1.10대	322,604	287	0.09	133,157	252	0.19	189,447	35	0.02
	2.20대	118,772	348	0.29	40,710	302	0.74	78,062	46	0.06
	3.30대	104,590	1,017	0.97	61,111	952	1.56	43,479	65	0.15
	4.40대	259,357	3,277	1.26	131,700	2,900	2.20	127,657	377	0.30
	5.50대	232,620	4,327	1.86	141,899	3,752	2.64	90,721	575	0.63
	6.60대	193,960	3,100	1.60	152,386	2,847	1.87	41,574	253	0.61
	7.70대이상	378,693	4,587	1.21	363,694	4,424	1.22	14,999	163	1.09
연령 (생애주기)	1.0-18세	389,045	421	0.11	167,013	355	0.21	222,032	66	0.03
	2.19-44세	374,911	2,629	0.70	173,240	2,407	1.39	201,671	222	0.11
	3.45-65세	459,700	7,938	1.73	271,476	6,947	2.56	188,224	991	0.53
	4.65세이상	488,051	6,130	1.26	459,594	5,859	1.27	28,457	271	0.95
장애유무	1.장애있음	430,404	11,018	2.56	355,277	10,048	2.83	75,127	970	1.29
	2.장애없음	1,281,303	6,100	0.48	716,046	5,520	0.77	565,257	580	0.10
자격별	1.기초생활	1,408,257	15,570	1.04	863,552	14,020	1.62	634,705	1,550	0.24
	2.시설수급	91,689	457	0.50	91,689	457	0.50	-	-	-
	3.국가유공자	86,212	1,017	1.18	86,212	1,017	1.18	-	-	-
	4.탈북자	12,810	17	0.13	12,810	17	0.13	-	-	-
	5.광주민주화	10,033	41	0.41	10,033	41	0.41	-	-	-
	9.기타	12,703	16	0.13	7,027	16	0.23	5,676	-	-
거주지	1.대도시	723,871	7,218	1.00	426,042	6,541	1.54	297,829	677	0.23
	2.중소도시	713,330	7,406	1.04	449,606	6,747	1.50	263,724	659	0.25
	3.농어촌	274,506	2,494	0.91	195,675	2,280	1.17	78,831	214	0.27
지역별	1.서울	238,141	2,751	1.16	150,040	2,486	1.66	88,101	265	0.30
	2.부산	158,043	1,564	0.99	97,170	1,411	1.45	60,873	153	0.25
	3.대구	117,382	941	0.80	61,294	848	1.38	56,088	93	0.17
	4.인천	79,654	784	0.98	50,127	727	1.45	29,527	57	0.19
	5.광주	76,079	518	0.68	38,185	467	1.22	37,894	51	0.13
	6.대전	53,933	563	1.04	29,981	511	1.70	23,952	52	0.22
	7.울산	21,018	277	1.32	13,282	261	1.97	7,736	16	0.21
	8.경기	233,593	2,817	1.21	159,330	2,614	1.64	74,263	203	0.27
	9.강원	73,219	635	0.87	47,591	569	1.20	25,628	66	0.26
	91.충북	64,146	624	0.97	43,811	571	1.30	20,335	53	0.26
	92.충남	80,510	798	0.99	54,448	713	1.31	26,062	85	0.33
	93.전북	121,479	1,080	0.89	70,656	965	1.37	50,823	115	0.23
	94.전남	119,544	1,119	0.94	75,998	999	1.31	43,546	120	0.28
	95.경북	132,372	1,174	0.89	84,573	1,055	1.25	47,799	119	0.25
	96.경남	116,195	1,256	1.08	79,746	1,174	1.47	36,449	82	0.22
	97.제주	26,399	217	0.82	15,091	197	1.31	11,308	20	0.18

〈표 5-8〉 2010 진료비 상위 1% 전체 분포

		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
전체	총진료비	35,721,828	30,134,134	24,975,280	27,012,240	30,549,025	37,599,170	1,446,020,430
	급여비	35,492,847	30,119,705	21,934,440	26,856,660	30,318,200	37,259,780	1,446,020,430
	입내원일수	267.62	119.38	6.00	181.00	271.00	366.00	1,534.00
	총진료일수	559.49	345.91	6.00	365.00	464.00	696.00	11,007.00
1종	총진료비	35,723,068	31,245,469	24,975,280	26,993,590	30,488,680	37,458,095	1,446,020,430
	급여비	35,678,969	31,246,106	24,062,150	26,959,660	30,441,660	37,395,190	1,446,020,430
	입내원일수	267.64	118.56	6.00	182.00	271.00	366.00	1,258.00
	총진료일수	561.66	344.33	6.00	365.00	465.00	700.00	11,007.00
2종	총진료비	35,709,376	14,937,485	24,977,670	27,219,040	31,113,430	38,206,790	171,316,470
	급여비	33,623,467	14,466,372	21,934,440	25,734,030	29,175,045	36,002,130	171,085,280
	입내원일수	267.50	127.38	17.00	169.00	268.50	367.00	1,534.00
	총진료일수	537.68	360.78	22.00	365.00	452.50	657.00	7,654.00

〈표 5-9〉 2010 진료비 상위 1% 특성별 분포

	구분		평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
성	남자	총진료비	37,276,385	38,016,407	24,975,280	27,242,485	31,042,880	38,310,895	1,446,020,430
		급여비	37,001,812	38,006,304	21,934,440	27,034,350	30,757,035	38,053,765	1,446,020,430
		입내원일수	265.71	122.65	6.00	178.00	266.00	367.00	1,534.00
		총진료일수	556.44	369.58	6.00	365.00	459.00	686.00	11,007.00
	여자	총진료비	33,729,211	14,578,871	24,975,640	26,782,690	29,991,015	36,358,510	776,729,570
		급여비	33,558,669	14,558,594	22,569,020	26,678,800	29,866,030	36,167,250	776,578,570
		입내원일수	270.07	115.00	11.00	185.00	278.00	366.00	963.00
		총진료일수	563.41	312.94	14.00	366.00	471.00	707.00	7,552.00
연령 (10세단위)	10대 미만	총진료비	52,212,760	103,638,034	25,199,930	29,158,510	35,072,100	48,433,160	1,364,874,230
		급여비	51,849,150	103,624,691	25,024,210	28,859,470	34,896,050	48,433,160	1,364,872,730
		입내원일수	221.42	116.99	20.00	121.00	212.00	342.00	518.00
		총진료일수	361.01	216.28	20.00	222.00	365.00	452.00	1,303.00
	10대	총진료비	66,603,979	88,771,546	25,081,750	31,806,160	40,327,570	67,865,860	1,028,156,470
		급여비	66,308,460	88,842,354	22,569,020	30,842,570	40,254,590	67,275,740	1,028,156,470
		입내원일수	183.89	123.58	9.00	70.00	156.00	302.00	434.00
		총진료일수	388.68	244.36	30.00	210.00	365.00	484.00	1,885.00
	20대	총진료비	52,260,496	85,683,245	24,977,670	28,555,305	34,338,645	47,501,955	1,293,887,930
		급여비	51,918,008	85,729,333	22,526,490	27,937,430	33,915,105	46,613,140	1,293,887,930
		입내원일수	208.35	134.17	7.00	90.00	195.00	356.00	674.00
		총진료일수	478.62	464.11	14.00	291.00	407.50	587.00	7,552.00
	30대	총진료비	40,595,594	59,232,559	24,979,530	26,983,510	31,039,340	38,926,510	1,446,020,430
		급여비	40,419,158	59,236,608	23,981,700	26,829,870	30,743,240	38,899,700	1,446,020,430
		입내원일수	229.49	130.26	7.00	125.00	214.00	355.00	767.00
		총진료일수	531.38	319.07	20.00	363.00	448.00	654.00	3,134.00
	40대	총진료비	36,333,929	31,302,456	24,975,640	27,278,970	30,970,950	38,137,010	1,136,994,450
		급여비	36,088,133	31,279,116	21,934,440	27,043,870	30,685,110	37,817,600	1,136,888,450
		입내원일수	249.80	125.74	8.00	161.00	239.00	365.00	1,258.00
		총진료일수	552.05	374.30	24.00	365.00	463.00	680.00	11,007.00
	50대	총진료비	34,730,114	13,659,715	24,977,610	27,139,960	30,814,030	37,531,570	209,743,460
		급여비	34,399,068	13,590,565	22,456,400	26,922,840	30,575,220	37,081,520	209,743,460
		입내원일수	268.40	120.16	6.00	185.00	265.00	367.00	1,534.00
		총진료일수	575.23	345.99	6.00	367.00	482.00	714.00	7,654.00

구분			평균	표준편차	최소값	Q1	Q2	Q3	최대값
	60대	총진료비	34,029,041	11,686,226	24,975,280	27,010,365	30,687,375	37,601,070	279,365,780
		급여비	33,842,420	11,673,012	22,704,760	26,901,760	30,459,340	37,386,700	279,359,780
		업종별	276.06	113.50	13.00	191.00	277.00	367.00	878.00
		총진료비	606.76	376.25	22.00	371.00	505.00	757.50	8,708.00
	70대 이상	총진료비	32,467,363	8,915,509	24,975,640	26,603,390	29,275,290	35,179,840	134,635,160
		급여비	32,360,029	8,900,003	22,597,080	26,532,670	29,205,590	35,038,740	134,606,160
		업종별	293.88	104.42	11.00	210.00	329.00	368.00	846.00
		총진료비	548.64	296.10	23.00	365.00	444.00	681.00	3,470.00
장애유무	장애 있음	총진료비	35,371,742	33,651,230	24,975,280	26,949,650	30,339,950	37,088,280	1,446,020,430
		급여비	35,122,192	33,643,052	21,934,440	26,772,180	30,137,910	36,761,170	1,446,020,430
		업종별	277.84	116.44	6.00	195.00	283.00	368.00	1,314.00
		총진료비	577.37	347.23	6.00	367.00	481.00	713.00	8,708.00
	장애 없음	총진료비	36,354,164	22,413,294	24,976,510	27,149,965	30,943,200	38,349,595	1,028,156,470
		급여비	36,162,336	22,379,337	22,597,080	27,001,920	30,776,805	38,160,185	1,028,156,470
		업종별	249.17	122.37	7.00	146.00	250.00	365.00	1,534.00
		총진료비	527.19	341.17	14.00	365.00	437.00	657.00	11,007.00
거주지	대도시	총진료비	36,077,166	30,236,086	24,975,280	27,119,610	30,661,955	37,564,280	1,293,887,930
		급여비	35,835,236	30,227,686	21,934,440	26,961,650	30,424,525	37,267,690	1,293,887,930
		업종별	263.45	117.45	6.00	179.00	262.00	366.00	1,258.00
		총진료비	572.14	376.63	6.00	365.00	473.00	715.00	11,007.00
	중소도시	총진료비	35,744,992	33,489,841	24,975,620	26,961,370	30,491,640	37,658,930	1,446,020,430
		급여비	35,523,897	33,475,446	22,694,420	26,779,600	30,285,030	37,336,860	1,446,020,430
		업종별	270.63	121.13	7.00	183.00	277.00	367.00	1,534.00
		총진료비	560.14	333.67	14.00	365.00	466.00	693.00	7,654.00
	농어촌	총진료비	34,624,644	15,976,000	24,976,240	26,841,430	30,354,020	37,392,590	430,508,830
		급여비	34,409,724	15,926,461	22,646,580	26,732,550	30,182,285	37,067,510	430,508,830
		업종별	270.80	119.35	7.00	180.00	289.00	367.00	630.00
		총진료비	520.96	279.67	41.00	365.00	430.50	630.00	3,234.00
지역별	서울	총진료비	37,319,439	38,960,390	24,978,930	27,469,740	31,356,300	38,355,740	1,293,887,930
		급여비	37,060,361	38,951,445	22,187,720	27,299,460	31,154,530	38,144,420	1,293,887,930
		업종별	256.14	116.17	6.00	170.00	253.00	365.00	963.00
		총진료비	583.18	359.04	6.00	365.00	484.00	732.00	5,387.00
	울산	총진료비	34,964,917	13,208,794	24,976,240	26,915,000	29,859,700	37,392,590	99,105,130
		급여비	34,817,669	13,177,689	23,257,040	26,733,780	29,855,990	37,300,590	99,105,130
		업종별	260.40	116.18	13.00	178.00	248.00	365.00	545.00
		총진료비	521.03	324.04	48.00	365.00	418.00	663.00	2,983.00
	경기	총진료비	35,472,757	28,450,912	24,975,640	27,204,310	31,017,500	38,215,490	1,364,874,230
		급여비	35,281,933	28,451,173	22,997,240	27,041,750	30,792,630	37,976,350	1,364,872,730
		업종별	264.68	123.85	7.00	177.00	265.00	366.00	1,314.00
		총진료비	576.02	351.84	20.00	365.00	480.00	719.00	7,095.00
	경남	총진료비	35,424,364	27,909,285	24,975,620	26,732,410	29,971,675	37,090,545	638,408,900
		급여비	35,256,063	27,922,554	22,841,210	26,660,065	29,777,535	36,894,755	638,398,900
		업종별	283.30	118.47	8.00	198.50	313.00	367.00	1,064.00
		총진료비	511.02	271.23	14.00	365.00	422.00	605.00	2,445.00

의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안

제6장 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안

1. 의료급여 진료비 지출 효율화 방안 검토

가. 의료급여 진료비 증가 요인

□ 의료급여 진료비 지출 실패 근본 원인

- － 진료비 지불제도 : 비용유발적인 진료비 지불제도 때문에 필요이상의 서비스가 제공될 개연성이 있음.
- － 과도한 약제비 : 약가수준, 고가약 처방 비중, 처방전 당 약의 개수 등이 원인으로 파악됨.
- － 공급자와 소비자의 이해 부합 : 지방의 빈 병상, 물리치료 시설 등
- － 타제도에 종속: 생계급여수급권과 연계되어 있어 부양의무자 기준 등 변화에 의해 생계급여수급권자가 증가하면 의료급여수급권자도 자동적으로 증가하고, 건강보험의 보장성이 확대되면 의료급여 또한 보장성이 확대되어 재정관리의 독립성 부족
- － 지자체가 법적인 보장기관이나 실질적 관리능력 부재 : 기초자치단체가 법적인 보장기관이나 수급자 선정 외에 의료이용 행태 관련 관리 능력부재
- － 특히 의료급여 관리사들은 공무원의 역할을 대신하는 형태로 변질되어 본래의 취지에 부합한 업무를 하는데 한계.

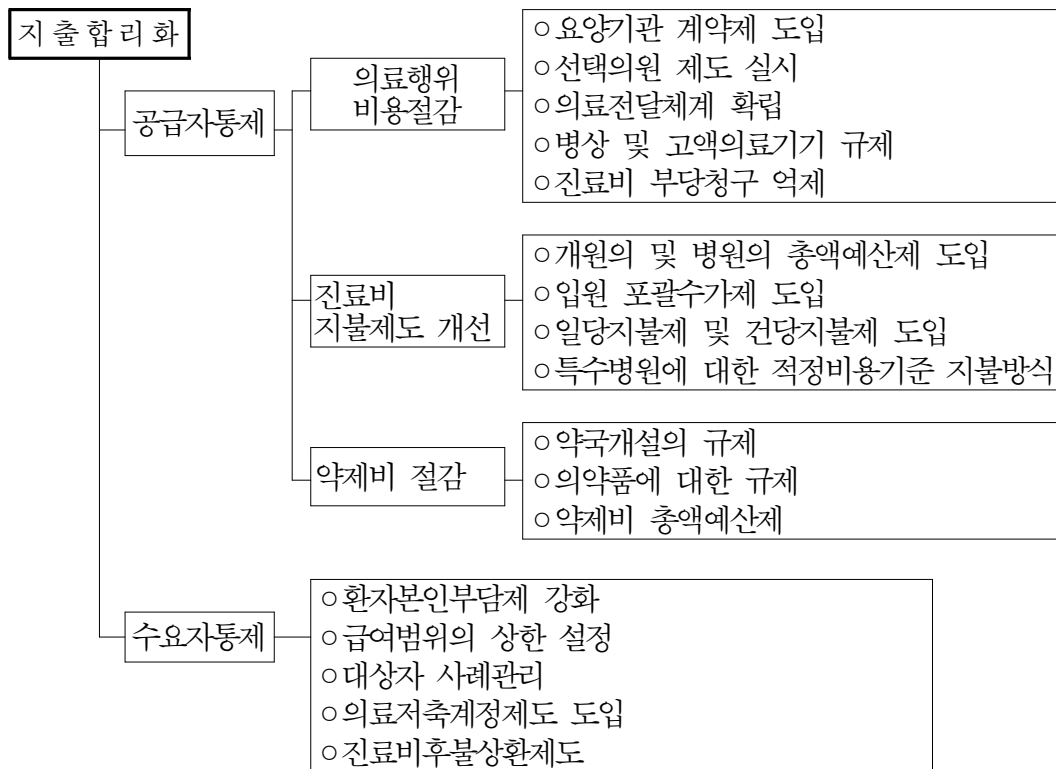
□ 본 연구의 분석결과 진료비 지출 증가에 영향을 미치는 분야는 다음과 같으며, 이에 대한 관리방안이 필요함.

- 노인의료비 문제
- 장애인 진료비
- 만성질환 진료비
- 요양병원 관리
- 입원 및 약국진료비
- 입내원일당 진료비(공급자 통제)
- 2종대상자 입내원일수 증가
- 진료비가 높은 지자체

나. 의료급여 진료비 효율화 방안

1) 일반적인 진료비 지출 효율화 방안

[그림 1] 의료이용의 지출 합리화 방안



□ 우리나라 의료급여에서 현실적으로 적용가능한 대안

- 수요자 측면
 - 환자본인부담제 강화
 - 급여범위의 상한 설정
 - 대상자 사례관리
- 공급자 측면
 - 선택의원제도 실시
 - 요양기관 계약제
 - 지불제도 개편
 - 특수병원에 대한 적정비용기준 지불방식
 - 약제비 관리방안

2) 구체적인 진료비 지출 효율화 방안

가) 약국 진료비 효율화 방안

□ 약국 본인부담 개선

- 최근 의료급여 진료비 중 약국이 차지하는 비율이 계속적으로 증가하고, 건강보험과 비교해서도 약국진료비의 증가추이가 높은 것으로 나타나 약국 진료비에 대한 관리가 필요한 것으로 보여짐.
 - 특히, 약품수의 경우도 건강보험보다 더 많이 투약하는 경향이 있고, 고가약을 투여하는 경향도 있는 것으로 보여짐.
- 이를 통제하기 위한 방안으로 현행 500원인 정액 약국 본인부담을 일정률의 정률 본인부담으로 전환하는 것을 검토해 볼 수 있음.
 - 정률제를 도입한다고 할 경우는 정률을 시행초기 5%수준으로 하되, 1개월 본인부담 상한액을 현행 본인부담 상한액과 합산하여 5만원으로 하는 방안 등 검토해 볼 수 있음.

□ 약제비 사용량과 사용기간 제한

- 사용량과 사용기간 제한하는 방법은 의료급여 수급권자가 여러 요양기관을 다니면서 동일 의약품을 과다하게 중복해서 처방·조제받는 환자에 대해서는 사후환수하는 방안임.
- 미국의 메디케이드는 대부분 주에서 30일 34일 100단위 등과 같은 형식으로 처방당 투약일수나 양에 상한선을 두고 있음.
 - 처방기간도 문제가 됨. 지나치게 처방기간이 길어지면 중간에 처방을 바꿀수 있고, 이때 남은 약은 버리게 되어 낭비가 생김.
 - 미국의 한연구에서는 90일간 투약하는 처방 중 15%는 중간에 처방을 바꾸었음.
- 많은 연구가 이루어진 것은 아니나, 사용량이나 사용기간을 제한하는 방법이 비용절감효과가 있는 것은 확실함.
 - 편두통을 대상으로 한 연구에서 양을 제한한 결과 1개월 평균 한 환자당 12.25달러의 비용절감효과가 있었음.(Culley and Wanovich, 2001. 김창엽, 2009 재인용)
- 따라서 의료급여 약제비 관리를 위해 사용량이나 사용기간을 제한하고, 환자에게 중복하여 처방받은 일수가 얼마나 되었는지 알려준 후, 개선이 없을 경우에는 중복사용한 약제비를 환자에게 직접 환수함.
 - 이는 환자의 비용의식과 책임의식을 높이는 조치임.
 - 그리고 약국에서 조제는 Generic을 원칙으로 하되 수급자가 Original을 원할 경우 추가분은 전액본인부담

나) 진료비 지불제도 개편 및 공급체계 개편

- 입원은 DRG 도입, 외래는 현행 선택병의원제를 전체 의료급여 대상자들에게 전면 확대하여 주치의제도 도입, 정신과 수가는 현행처럼 정액제 유지
 - 외래는 인두제, 입원의 DRG 수가는 사전에 책정된 재정규모에 따라 사후적으로 결정

– 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제 병행

□ 장기적으로 선택병의원제도 전면 도입에 따라 의료급여 요양기관 계약제 도입 검토

– 의료급여 수급권자가 선택병의원으로 희망하는 요양기관에 대해서 선별적으로 계약제 도입

• 현재 보훈대상자를 위해 지정병원을 운영하고 있음.

– 계약된 요양기관을 종별로 따라 수직적 네트워크 구축(미국의 HMO방식)

• 수급자는 네트워크내에서 의뢰 및 회송에 의한 요양기관 이용

– 네트워크별 수급자 수에 따라 사전지불제도 도입(총액)

– 요양기관은 제공한 서비스의 상대가치 총점비중에 따라 총액배분

– 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제 병행

2. 의료급여 단골의사제 도입방안

가. 전화조사 상의 단골의사제도 도입 시 필요서비스 및 고려사항¹²⁾

1) 단골의사 제도에서 받고 싶은 서비스

□ 의료급여 1종과 2종 모두 중점질환관리에 대한 서비스 욕구가 높음(92.6%, 92.7%).

□ 두 집단 모두 예방접종이 2위로 나타남(86.1%, 85.8%).

□ 의료급여 1종 대상자는 중점질환관리와 예방접종에 이어 방문진료, 다른 병원 의뢰, 건강검진, 전화상담, 건강교육 순으로 방문진료에 대한 욕구(80.5%)가 높게 나타남.

□ 의료급여 2종 대상자는 중점질환관리와 예방접종에 이어 다른 병원 의뢰, 건강검진, 전화상담, 방문진료, 건강교육 순으로 높게 나타남.

□ 인터넷 상담은 1종, 2종 대상자 각각 14.0%, 16.5%로 다른 서비스에 비해 매우 낮은 비율을 나타내고 있음.

12) 본 조사는 2009년 본 연구원에서 실시한 여론조사를 바탕으로 작성하였음.

〈표 6-1〉 단골의사 제도에서 받고 싶은 서비스

순위	건강보험 (N=680명)		의료급여 1종(N=215명)		의료급여 2종(N=109명)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	중점질환관리	88.1	중점질환관리	92.6	중점질환관리	92.7
2	예방접종	85.3	예방접종	86.1	예방접종	85.8
3	다른 병원 의뢰	79.1	방문진료	80.5	다른 병원 의뢰	79.5
4	건강검진	78.5	다른 병원 의뢰	80.0	건강검진	78.7
5	전화상담	76.3	건강검진	78.6	전화상담	74.5
6	방문진료	73.1	전화상담	70.7	방문진료	74.1
7	건강교육	71.2	건강교육	70.2	건강교육	70.7
8	인터넷 상담	48.1	인터넷 상담	14.0	인터넷 상담	37.4

2) 단골의사 제도 도입의 효과

가) 긍정적 효과

□ 단골의사제도 시행에 따라 ‘지속관리를 받을 수 있을 것이다’라는 기대가 가장 높은 것으로 나타남.

- － 의료급여 1종에서는 의료급여 2종과 달리 ‘정기검진’에 대한 기대보다 ‘병원선택에 대한 고민 불필요’와 ‘만성질환관리’에 대한 기대가 높았음.
- － 두 집단 모두 ‘전화상담’에 대한 기대는 다른 항목에 비해 상대적으로 낮음.

〈표 6-2〉 단골의사 제도 도입의 긍정적 효과

순위	건강보험 (N=744건)		의료급여 1종(N=262건)		의료급여 2종(N=133건)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	지속관리	40.7	지속관리	35.9	지속관리	39.9
2	정기검진	16.3	병원선택에 대한 고민 불필요	14.9	정기검진	12.8
3	병원선택에 대한 고민 불필요	11.7	만성질환 관리	14.1	병원선택에 대한 고민 불필요	10.5
4	전화상담 가능	8.3	정기검진	11.5	만성질환 관리	10.5
5	만성질환 관리	7.0	다른 병원 의뢰	6.1	다른 병원 의뢰	7.5
6	다른 병원 의뢰	5.5	전화상담 가능	5.7	전화상담 가능	6.0
7	방문진료	2.6	의사-환자 간 신뢰 및 편안한 진료 분위기	3.4	예방접종	4.5
8	예방접종	2.3	방문진료	3.1	- 의사-환자 간 신뢰 및 편안한 진료분위기 - 건강교육	2.3

나) 부정적 효과

□ 두 집단 모두에서 ‘단골의사를 만나기 전에는 원하는 병원으로 바로 가지 못하는 것’과 ‘추가비용 발생’에 대한 우려가 가장 높게 나타남.

〈표 6-3〉 단골의사 제도 도입의 부정적 효과

순위	건강보험 (N=778건)		의료급여 1종(N=234건)		의료급여 2종(N=132건)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	단골의사를 만나기 전에는 원하는 병원으로 바로 가지 못 한다	21.6	단골의사를 만나기 전에는 원하는 병원으로 바로 가지 못 한다	23.5	단골의사를 만나기 전에는 원하는 병원으로 바로 가지 못 한다	28.0
2	오진 여부를 확인할 수 없다	19.8	추가비용 발생	17.1	추가비용 발생	19.7
3	추가비용 발생	15.0	의사를 바꿀 수 없다	14.5	진료내용 한정	14.4
4	의사를 바꿀 수 없다	15.0	오진 여부를 확인할 수 없다	13.3	의사를 바꿀 수 없다	13.6
5	진료내용 한정	14.0	진료내용 한정	13.3	오진 여부를 확인할 수 없다	12.1
6	의뢰된 병원을 신뢰할 수 없다	9.3	단점 없음	7.7	의뢰된 병원을 신뢰할 수 없다	6.8
7	단점 없음	1.0	의뢰된 병원을 신뢰할 수 없다	5.6	- 단점 없음 - 한 군데 병원으로 몰릴 경우 진료시간이 길어질 것이다	1.5

3) 단골의사 선택 시 고려할 사항

□ 의료급여 2종 대상자는 의사의 학력·경력·능력(44.8%), 의사의 성격·성실성·책임성(31.0%), 집에서 가까운 곳(20.7%), 진료과목(3.5%)의 순으로 응답비율을 보인 데 비해,

- 의료급여 1종 대상자는 집에서 가까운 곳(29.8%)이 가장 높았고, 의사의 학력·경력·능력(23.8%)보다 의사의 성격·성실성·책임성(28.6%)을 고려한다는 비율이 높았고, 진료과목을 고려한다고 한 응답도 10.7%로 높은 편임.

〈표 6-4〉 단골의사 선택 시 고려할 사항

순위	건강보험 (N=208건)		의료급여 1종(N=84건)		의료급여 2종(N=29건)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	의사의 학력, 경력, 능력	38.9	집에서 가까운 곳	29.8	의사의 학력, 경력, 능력	35.5
2	의사의 성격, 성실성, 책임성	27.9	의사의 성격, 성실성, 책임성	28.6	의사의 성격, 성실성, 책임성	28.3
3	집에서 가까운 곳	19.7	의사의 학력, 경력, 능력	23.8	집에서 가까운 곳	22.4
4	진료과목	8.7	진료과목	10.7	진료과목	8.7

4) 단골의사제도 비등록 및 미결정 이유

가) 비등록 이유

□ 단골의사 제도도입 시 등록하지 않겠다고 한 이유가 의료급여 1종 대상자는 ‘병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다’(32.3%), ‘의사를 바꾸기 어렵다’(18.5%), ‘진료내용이 한정 될 것이다’(15.4%), ‘추가비용이 부담스럽다’(10.8%), ‘의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다’(9.2%), ‘오진 여부를 확인할 수 없다’(4.6%)의 순으로 응답한 반면,

— 의료급여 2종 대상자는 ‘추가비용 부담’(26.2%)에 대해 가장 높은 응답비율을 보였음.

〈표 6-5〉 단골의사제도 비등록 이유

순위	건강보험 (N=195건)		의료급여 1종(N=65건)		의료급여 2종(N=42건)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	27.7	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	32.3	추가비용이 부담스럽다	26.2
2	의사를 바꾸기 어렵다	20.0	의사를 바꾸기 어렵다	18.5	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	23.8
3	진료내용이 한정 될 것이다	14.4	진료내용이 한정 될 것이다	15.4	의사를 바꾸기 어렵다	19.1
4	추가비용이 부담스럽다	10.8	추가비용이 부담스럽다	10.8	진료내용이 한정 될 것이다	19.1
5	의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다	10.3	의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다	9.2	오진 여부를 확인할 수 없다	11.9
6	오진 여부를 확인할 수 없다	8.2	오진 여부를 확인할 수 없다	4.6	-	-

나) 미결정 이유

- 의료급여 1종, 2종 모두 ‘병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다’(31.0%, 32.0%)가 가장 높았고, ‘추가비용이 부담스럽다’(19.1%, 20.0%)가 2위를 나타냄.
- ‘제도에 대한 이해 부족 및 시행 후 상황을 보고 결정 하겠다’는 응답도 있었음(7.1%, 12.0%).

〈표 6-6〉 단골의사제도 미결정 이유

순위	건강보험 (N=348건)		의료급여 1종(N=84건)		의료급여 2종(N=50건)	
	내용	비율(%)	내용	비율(%)	내용	비율(%)
1	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	22.1	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	31.0	병원 선택과 이용에 제한을 받고 싶지 않다	32.0
2	진료내용이 한정 될 것이다	16.7	추가비용이 부담스럽다	19.1	추가비용이 부담스럽다	20.0
3	추가비용이 부담스럽다	14.9	의사를 바꾸기 어렵다	13.1	의사를 바꾸기 어렵다	14.0
4	오진 여부를 확인할 수 없다	14.1	진료내용이 한정 될 것이다	13.1	제도에 대한 이해 부족 및 시행 후 상황을 보고 결정 하겠다	12.0
5	의사를 바꾸기 어렵다	13.8	오진 여부를 확인할 수 없다	9.5	진료내용이 한정 될 것이다	8.0
6	제도에 대한 이해 부족 및 시행 후 상황을 보고 결정 하겠다	9.5	제도에 대한 이해 부족 및 시행 후 상황을 보고 결정 하겠다	7.1	오진 여부를 확인할 수 없다	8.0
7	의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다	5.2	의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다	6.0	의뢰하는 병원을 신뢰할 수 없을 것 같다	6.0

나. 연구결과를 통해 살펴본 공급자 측면에 대한 고려사항

- 의료 공급자들도 제도의 근본취지에는 다수가 동의하고 있으며, 참여의사도 시간의 흐름과 함께 높아지고 있는 것을 알 수 있음.
- 하지만, ‘찾은 인구이동 때문에 등록변경 시의 기록이송 및 관리 등 행정적인 업무가 많아질 것이다’라는 우려가 높았음(유승흠, 2000).

□ 의료이용자나 의료공급자 모두 단골의사제도에서 필요한 서비스로 인식하는 것은 급성 혹은 만성질환에 대한 지속적인 건강관리, 건강검진을 통한 질병 예방 및 조기발견, 다른 병원 소개(의뢰)인 것으로 나타남.

- － 방문진료 서비스를 제공해야 하느냐는 의견에 대하여 전체 응답자의 59.8%가 자율적으로 결정하여야 한다고 응답하였으며, 29.1%는 반대의견을, 11.2%는 주치의라면 반드시 제공해야 한다고 응답하였음(유승흠, 2000).
- － 건강검진 서비스 제공에 대하여 대부분의 개원의들이 동의하고 있으나, 서비스 제공내용과 관련하여 기본검진만을 제공할 것인가 아니면 검진대상에 따라 차별화된 서비스를 제공할 것인가에 이견을 보였음(유승흠, 2000).
- － 건강교육은 비용을 따로 받아야 한다고 응답한 사람이 전체 응답자의 65.7%를 차지하였으며, 등록료에 포함시키고 별도의 비용은 받지 않아야 한다고 응답한 사람이 32.0%를 차지하였음(유승흠, 2000).

□ 제도도입에 대한 태도는

- － 우리나라 실정에 맞지 않는 제도이므로 시행 자체를 반대한다는 견해에는 34.8%가 응답을 하였음(유승흠, 2000).
- － 정부가 학회방안을 수용하여 주치의제도를 시행할 경우 불참하는 이유에 대한 조사 결과 ‘정부정책에 대한 불신’이 39%로 가장 많았고, ‘진료업무 증가로 과로 우려’ 23%, ‘행정적인 업무의 증가’ 14%, ‘진료수입 감소’ 5%, ‘자율성 침해’ 5%, ‘인두제 도입에 대한 우려’ 5% 등으로 나타남(이재호, 2001).

□ 결론

- － 개원의를 대상으로 의견조사결과 대부분의 개원의들이 필요성에는 어느 정도 동의를 하나 전면적 실시에는 아직 시기상조라는 입장을 보였음.
- － 참여의사 조사결과 참여하지 않겠다는 개원의들이 많았음.
- － 이는 제도도입으로 긍정적 효과보다는 부정적 효과가 클 것이라는 입장을 대변하는 것으로, 의료인력구조와 의료전달체계가 일차의료 중심으로 정착되지 않은 상황에서 제도를 도입하는 것은 시기상조라는 의견이 지배적이었음.

- 제도도입으로 진료의 자율성이 침해될 가능성이 높으며, 등록환자 유치 경쟁이 심화될 것이며, 행정업무가 과중될 것이라는 우려도 높았음.
- 따라서 제도도입 및 활성화를 위해서는 무엇보다 개원의와 국민들의 참여 유인 방안이 마련되어야 할 것임.
- 한편, 제공서비스의 범위와 내용에 대하여 대부분의 개원의들은 규정을 정하여 강제적으로 서비스를 제공하도록 하는 것보다 의사가 자율적으로 제공 가능한 서비스만을 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직하다는 의견이 지배적이었음.

다. 선택병의원제도 시행의 문제점 분석에 따른 고려사항

□ 제도 측면

- 선택병의원 적용을 거부하는 대상자에 대한 관리기준이 마련되어 있지 않음.
- 3개 질환군 분류에 의한 급여일수 초과자의 당연적용자 선정방식으로 인해 선택병의원 적용이 불필요한 대상자에게 의료이용 제한을 가져옴.
- 선택병의원제 대상자 중 희귀난치성질환에 해당되지는 않으나 기존에 3차 의료급여기관을 이용하거나 3차 의료급여기관 이용이 필요한 수급권자의 경우(예, 뇌졸중 환자 등) 3차 의료급여기관을 선택병의원으로 지정할 수 없는 경우가 발생함.
- 의료이용 선택권 제한
 - 중복질환자의 경우 의료이용 제약을 경험하는 경우 발생
 - 지역 특성상 선택병의원의 폭이 적을 경우 한정된 의원 안에서 한 군데를 선택해야 함.
- 의뢰서 발급에 대한 명확한 기준과 관리방안의 부재로 선택병의원 이외의 의료기관이용에 대한 관리가 되지 않음.
 - 수급자의 의뢰서 요구 시 의료기관에서는 법적인 통제기전이 없으므로 의뢰서를 발급하게 되고, 의뢰서의 활용법을 잘 알고 있는 수급자의 경우 여러 의료기관 이용에 아무런 불편이 없음.

- 야간, 주말, 공휴일 진료 필요시 의뢰서 발급이 어려워 진료비를 부담해야 하는 상황 발생
- 행정에 따른 병의원 이용의 불편함이 발생
 - 의료기관 폐업, 의료기관 개설자(의료인) 변경 시 의뢰서 발급이 늦어지거나 추가지정 시 행정적으로 4일 정도 소요, 혹은 의료기관에 관한 전산자료 정리에 필요한 시간에 따른 수급자의 선택병의원 관련 전산작업에 공백기 발생으로 인한 진료비 부담여부 논란이 제기됨.
 - 전출입이 발생하여 선택병의원 변경이 불가피한 상황에서 지자체간의 전출입 통보가 원활히 이루어지지 않고 있어 병의원 이용에 불편함 발생함.

○ 공급자 측면

- 선택병의원의 주치의가 수급권자에게 적절한 상담 또는 의뢰를 제공하는 것을 보장할 수 동기 또는 인센티브를 제도적으로 뒷받침하고 있지 않음.
- 선택병원체도가 수급권자의 1차 의료를 선택병원 의사가 책임지는 주치의 개념의 역할을 기대하는 취지에서 시작하였으나, 현재 단순히 진료의뢰서 발급기관으로의 기능을 하는 수준에 머무는 병의원이 상당수 존재함.
 - 이는 제도도입에 대한 공급자와의 합의과정 결여, 공급자 대상의 제도시행에 따른 제도내용 안내 특히 공급자의 역할 및 책임 등에 대한 사전 준비 과정 결여, 선택병원 의사의 주치의 역할에 대한 유인체계 부재, 적절한 진료의뢰체계 작동을 위한 기전 부재 등에서 기인한 결과로 볼 수 있음.
- 진료의뢰 체계 및 관리 미흡
 - 진료의뢰서 발급을 기피하는 현상이 나타나 수급권자의 의료이용 선택권에 제한을 발생시킴.
 - 진료의뢰서 팩스로 전송, 수신하는 경우 실제 의뢰서 발행에 의한 진료인지 확인이 되지 않음.
 - 선택병원체제는 의료기관간 적절한 진료의뢰를 전제로 설계되었으나 실제 의료기관간에 진료 의뢰체계는 환자의 진료에 대한 정보와 그 결과를 의뢰한 선택병원에게 회송하는 경우가 미흡한 실정임.

- 선택병의원에서 발행한 의뢰서가 없어도 진료를 해주거나 소액의 본인부담금을 받지 않는 경우 있음.

○ 기타

- 제도의 작동을 위한 선택병의원에서 필요한 행정처리에 대한 인식 및 준비
미흡 : 의료기관 시스템, 전산 상 입력사항
- 상병코드 불일치에 따른 수급자 불이익 발생 및 불필요한 행정업무 발생
- 급여일수 산정 시스템의 오류에 의해 수급권자에게 불이익을 주는 경우 발생함.
- 병의원에서 제대로 상병명을 기재한 경우에도 건강보험공단의 전산시스템상의 문제로 건강보험공단의 의료급여종합통계시스템 상의 자료가 다른 경우 발생함.
- 양방과 한방의 질병분류기호의 비일치로 인한 대상자 선정의 오류발생

라. 도입방안

1) 대상자

가)당연적용대상자

- 현행 급여일수 기준에 의한 선정 원칙 유지
 - 급여일수 제한의 제도 보완
 - 복합질환자 및 3차 의료급여기관 치료가 불가피한 자의 경우 선택병의원 지정에 대한 유연성이 필요함
- 65세 이상자
- 18세 미만자

나) 자발적 참여 : 당연적용자 이외의 모든 의료급여 수급권자 중 희망자

2) 주치의 자격 및 일차의료기관의 범위

- 일반의, 가정의, 내과의, 소아과 의사 중 일정기간 주치의 교육을 이수한 자
- 정신과(정신질환자 중심), 치과의사(구강부문에 국한)

3) 주치의에 대한 보상 및 등록사항

□ 등록기간 및 단위 : 개인단위, 1년

□ 주치의 1인당 등록자 수

- 상한선(1인당 2,500명)을 두어 서비스 질 보장 및 개원의 간 환자유치 경쟁 방지
- 중증환자의 경우 등록환자 수의 규모를 줄이도록 하며 관리료 수준과 연계하여 보상하도록 함.

4) 환자의뢰체계 구성

- 타 의료기관 및 상위의료기관 방문 시, 의뢰 없을 경우 본인부담금 확대 혹은 수급권 정지 방안 검토 가능

5) 서비스 범위와 항목

- 평생병력관리
- 방문진료
- 중점질환 관리
- 건강검진
- 진료의뢰 회송

6) 수가산정

□ 관리료 : 인두제 방식

- 등록환자의 건강상태에 따라 관리료 수준을 달리 할 수 있음.
- 관리료를 제외하고 현행 행위별 수가제 그대로 적용
- 가정방문에 대한 충분한 수가를 보전하는 방안 모색

7) 서비스 제공에 따른 급여 및 인센티브

- 질적 수준 및 효율성 지표의 결과, 진료 의뢰율 등을 반영하여 성과급 형식의 비용 지불 고려

3. 의료급여 약제비의 효율적인 관리방안

□ 의료급여 약제비 효율적인 관리방안은 의료급여제도 내에서 자체적인 제도개선을 통해 효율적으로 관리할 수 있는 방안이 있는 반면, 건강보험이나 보건의료분야 측면에서 전체적인 큰 틀에서 합리적인 약제비 관리방안을 통해 의료급여 약제비를 효율적으로 관리할 수 있는 방안이 있음.

□ 건강보험이나 보건의료분야 측면의 큰 틀에서 합리적인 약제비를 사용하도록 하는 방안에 대해 많이 제시되어 왔음.

- 특히 2006년 5월 3일 ‘건강보험 약제비 적정화 방안’을 발표하고, 이를 12월 29일부터 시행해 오고 있어 다양한 의료비 적정화 방안이 실시되고 있음.

□ 약제비에 대한 합리적인 관리방안에 대한 접근은 크게 3가지 측면에서 접근할 수 있음.

- 첫째는 공급자 관리, 둘째는 수요자 관리 그리고 이 두가지를 혼합하여 통제하는 방법임.
- 이와 관련하여 Davis는 다음 표와 같이 범주를 나누어 제시하고 있음.

□ 그 동안 건강보험이나 보건의료분야의 약제비 적정화 방안은 선별등재제도(positive list), 기등재의약품 목록정비, 양-가격연동제, 비처방 약품으로 전환, 실거래가 상환제 등 대부분 공급자 관리측면에 집중하는 경향이 있었음.

— 수요자 관리측면에서는 건강보험의 경우 약국에서 30%의 정률본인부담을 하는 것 외에 특별한 방안이 없음.

〈표 6-7〉 약품비 지출관리를 위한 전략유형

대상영역		방법
공급	가격	참조가격 이윤제한 품목별 통제
	비용보상	선별등재제도(positive list) 할인의무화 양-가격연동제(양에 따른 가격인하) 약품광고비 제한 판매세
혼합 (공급-수요)		약품목록 참조가격 비급여 목록 지정(negative list) 비처방 약품으로 전환 약국에 대한 인센티브
수요	제공자	의사정보(profiling) 고정예산 적응증 제한
	환자	정액 이용자 부담 정률 이용자 부담 환자 교육

자료: Davis(1997)-김창엽(2009) 재인용

□ 의료급여제도 측면에서는 건강보험의 공급자 측면의 관리가 모두 의료급여 분야에도 그대로 적용되므로 공급자 측면의 관리는 건강보험 정책과 같이 하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

□ 하지만 수요자 측면에서는 건강보험은 30%의 정률 본인부담이 있는 반면, 의료급여의 경우는 약국에서 500원의 정액 본인부담이 있어 수요자 측면의 관리가 충분한지에 대한 평가 등을 새롭게 할 필요가 있음.

□ 따라서 본 연구에서는 의료급여 약제비 관리방안과 관련하여 수요자 측면에서 합리적인 약제비 관리방안을 중점적으로 다루고자 함.

- 수요자 측면의 약제비 적정관리는 위에서 살펴본 바에 따르면, 본인부담제도와 환자에 대한 교육으로 구분해 볼 수 있음.
- 하지만 추가적으로 외국의 경우 약의 사용량이나 사용기간을 제한하는 경우들이 있어 3가지 방안에 대해 검토해 보고자 함.

가. 의료급여 약국 본인부담제도 개선

- 수요자 측면에서 약제비 효율적 운영방안 중 가장 보편적인 것은 일부 본인부담을 부과하는 것임.
- 건강보험은 약국 진료비에 대해서 30%의 본인부담을 부과하고 있는 반면, 의료급여는 500원의 정액부담을 시키고 있음.
 - 특히 1종의 경우는 2007년 7월 이전에는 무료였으나 2006년 의료급여 혁신대책이후 새로 본인부담이 도입되었음.
- 현행 500원 정액 본인부담은 약값이 얼마이던 처방일수가 얼마이던지 정액으로 부담하고 있음.
 - 그러다 보니 비싼 약(오리지널)을 쓰거나, 처방일수를 너무 많아 약제비가 증가할 계연성이 있음.
 - 2007년 7월 1종 본인부담 도입당시 500원 정액이외에 정률방식을 검토하였으나 제도도입 가능성 등을 고려해 정액으로 결정되었음.
- 정액도입 당시 공급자인 의사들과의 면담에서 정액보다 정률의 필요성을 이야기 하였음.
 - 이유로는 의사 입장에서도 건강보험 환자는 본인부담률이 30%여서 비싼 약을 쓰게 되면 개인 본인부담이 높아져 환자의 불만이 제기될 수 있음.
 - 그러나, 의료급여 환자는 무료 또는 정액이어서 고가약이나 오리지널 약을 많이 투여해서 환자들의 만족도를 높여 계속 자기 병원을 이용하도록 할 유인이 있음.
 - 이러한 면담 결과는 면담을 한 몇몇 의사들의 특수한 상황일 수 있으나, 본인부담 원리 상으로도 정액본인의 경우 고가약이나 투약일수를 늘리려는

유인이 환자나 공급자에게 있음.

- 따라서 본인부담 개선방안에서는 현행 500원 정액본인부담이 적절한지와 정률본인부담 도입이 타당한지 등에 대해 이론적으로 접근해 보고자 함.

1) 의료급여 약국 본인부담 개선

- 앞장에서 살펴본 바와 같이 의료급여 진료비 중 약국이 차지하는 비율이 계속적으로 증가하고, 건강보험과 비교해서도 약국진료비의 증가추이가 높은 것으로 나타나 약국진료비에 대한 관리가 필요한 것으로 보여짐.
- 특히, 약품수의 경우도 건강보험보다 더 많이 투약하는 경향이 있고, 고가약을 투여하는 경향도 있는 것으로 보여짐.
- 이를 통제하기 위한 방안으로 현행 500원인 정액 약국 본인부담을 일정률의 정률본인부담으로 전환하는 것을 검토해 볼 수 있음.
 - － 특히 외국제도에서 본 바와 같이 많은 나라들이 약국의 경우 정률제를 택하고 있어 정률제의 필요성이 있음.
- 하지만 의료급여 1종의 경우 약국 본인부담이 도입된 지 2년이 갓 넘었고, 최근 경제위기로 인해 여러 가지로 경제적인 어려움이 있는 상황 등을 고려할 때 정률제를 바로 도입하는 것은 현실적으로 무리라고 판단됨.
 - － 그리고 정률제가 도입될 경우 정률제로 인해 재정이 절감되는 부분에 대해서는 중증질환에 대한 보장성이나 긴급의료비 지원 등 의료안전망 확대계획과 같이 논의가 필요함.
- 따라서 향후 의료급여 지출구조의 개선을 통한 효율화를 위해 가벼운 질환에 대한 본인부담 강화를 통해 중증질환의 보장성을 강화하는 방향으로 제도 개선이 필요한 경우 약국의 정률제는 꼭 필요할 것으로 보여짐.
 - － 향후 정률제를 도입한다고 할 경우는 정률을 시행초기 5%수준으로 하되, 1개월 본인부담 상한액을 현행 본인부담 상한액과 합산하여 5만원으로 하는 방안 등 검토해 볼 수 있음.

나. 의료급여 수급권자의 복약순응 향상을 위한 사례관리 강화

1) 의약품 복약순응의 중요성

□ 1993년 미국 통상부의 보고에 따르면 연간 작성된 18억장의 처방전을 받은 환자 가운데 절반 이상에서 복약불순응이 나타났고, 이는 전체 처방전의 30~50%에서 효과를 얻는데 실패하고 있다고 제시한 바 있음(Somerset, 1993).

— 또한 Dr. Robert Epstein의 Human Resource Executive(2006년 5월 보고서)에 의하면, 미국에서 복약불순응으로 약 30억 달러의 손실이 발생했음(전혜숙, 2008).

— 이런 낮은 복약순응은 치료효과가 나타나지 않아 질병이 지속되는 경우 불필요한 진료 및 검사, 약물 용량의 증가로 인한 부작용의 가능성 증가, 약물로 조절 및 치료가 가능한 질환의 악화로 인한 수술시행과 같은 결과를 초래하고, 입원환자의 입원기간 연장 및 재입원의 주요요인 가운데 하나로 보고되고 있어 의료비 증가 및 의료자원의 낭비를 초래할 수 있음(이의경 등, 2002).

2) 의료급여 수급권자의 특성과 의약품 이용실태

□ 의료급여 수급권자는 65세 이상이 26.4%(의료급여통계, 2008)로 국민건강보험의 9.6%(국민건강보험통계, 2008)에 비해 노인 비중이 높음.

— 현재 급속하게 진행되는 노령화 현상은 의료급여의 노인인구 비율을 더욱 증가시킬 것으로 예측되며, 이는 건강 측면에서 취약한 노인 집단¹³⁾으로 인해 의료급여 의료비 증가가 국민건강보험에 비해 높을 것이라는 것을 의미함(김창엽, 2003).

13) 한 가지 만성질환을 가진 노인은 17.1%, 2개 이상은 73.8%로 전체 노인의 90.9%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있음(정경희 등, 2005).

□ 365일 이상 장기의료이용 수급권자들의 실태조사(김의숙 등, 2007)에 따르면 수급권자들이 배우자가 없거나 독거노인, 무학 혹은 저학력의 특성을 가지고 있었고 주관적 건강상태가 나쁘다고 인지하는 대상자가 80.1%로 건강보험 적용인구의 4.3배였음.

- － 건강보험심사평가원의 자료를 이용한 분석결과에서 365일 이상 장기이용자 389,700명의 상병개수는 평균 9.5개로, 1년에 평균 6.4개의 다른 요양기관을 이용하였고, 평균 555.8일의 진료를 받는 것으로 나타났음(신영석 등, 2007).
- － 한 개 질환으로 365일 이상 의료이용을 하는 수급권자가 116,942명이었으며(신영석 등, 2007), 5가지 이상 약물을 복용하는 수급권자가 46.9%였음.(김의숙 등, 2007).
- － 이런 경우 중복 및 병용금지 처방이 우려되는 위험한 상황에 노출될 확률이 매우 높음.
- － 복지부의 2006년 1~3월 심결기준 자료 2,683,141건에 대한 동일성분 중복처방 현황 조사결과 18.6%의 중복처방이 파악되었고, 건강보험과 의료급여 수진자 각각 1,000명씩에 대해 조사한 결과 건강보험 수진자의 1.5%에 비해 의료급여 수진자는 8.1%의 높은 비율로 병용금지 처방을 받는 것으로 나타나 의료급여 수급권자가 약화사고 위험에 더욱 많이 노출되어 있는 것이 확인되었다(신영석 등, 2007).

○ 의료급여 수급자 A씨(27세, 여)의 경우, 작년 한 해 동안 병의원 74개와 약국 56개를 순회하면서 수면장애·우울증·불면증 등의 병명으로 최면진정제 14,735정을 처방조제받은 것으로 확인되었다. 이는 1일 권장량인 1정을 훨씬 넘는 1일 40정 분량에 해당한다.

— 특히 A씨는 원칙적으로 본인이 선택한 1군데 의료급여기관(선택병의원)만을 이용해야 하는 대상자이나, 해당 선택병원에서 무려 107장의 진료의뢰서를 발급해 주었기 때문에 의료급여 혜택을 받으며 74군데 병의원을 순회할 수 있었다. A씨가 처방조제 받은 최면진정제(졸피람, 스틸녹스, 졸피드)는 과다복용 시 혼수상태에 이를 수 있고, 우울증상의 경우 자살경향이 있어 최소량을 투여해야 하는 약제로 알려졌다.

(2009. 7. 6 보건복지가족부 보도자료)

3) 의료급여 수급권자의 복약순응을 위한 사례관리 강화

□ 올바른 복약은 환자 개인의 질병치료의 질을 향상시킬 뿐만 아니라 국가의 보건·의료자원의 효율적 이용이라는 측면에서도 중요한 사안임.

— 하지만 2000년 의약분업 이후 의료기관에서는 처방만 하고 조제를 하지 않게 되므로 약물의 효능·효과, 부작용에 대한 교육에 대한 역할이 약화되었고, 2002년 약사의 복약지도가 의무화되었으나 현재 약국에서의 복약지도가 용법·용량에 대한 설명에 그치고 있으며(이의경 등, 2002), 의료기관의 진료과정에서 복약현황에 대한 의사소통 여부는 확인하기 어려운 것이 현실이라고 할 수 있음.

□ 따라서 복약순응도를 향상시키기 위한 체계가 미흡한 현재의 환경 속에서 의료급여 수급권자의 복약순응도 향상을 위하여 사례관리에 거는 기대는 커질 수밖에 없음.

□ 복약순응과 관련한 사례관리 강화를 위하여 몇 가지 제언을 하고자 함.

— 첫째, 일차적으로 수급권자가 받은 모든 약물처방을 확인하여 중복처방 및 병용금지 처방 현황을 파악함.

• 중복처방은 동일상병으로 여러 의료기관을 방문했을 때, 병용금지 처방

은 동일상병이 아닌 경우 다른 의료기관의 진료과정에서 현재 투약현황에 대한 의사소통이 이루어지 않았을 때 주로 발생할 수 있다고 볼 수 있음.

- 따라서 의료급여관리사는 ‘합리적 의료이용’을 사례관리 목표로 수행할 경우 대상자가 중복처방 및 병용금지 처방의 위험성에 대한 인식과 중복처방 및 병용금지 처방이 비합리적 의료이용 시 발생 가능성이 높아지는 경로에 대한 이해를 돕는 접근을 하도록 함.
- 둘째, 복약순응도 향상 교육의 효과성을 높이기 위하여 선행되어야 하는 것은 의료급여관리사가 서비스를 용이하게 전달할 수 있는 지원체계를 강화해야 한다. 수급권자들의 복약순응 향상에 긍정적 영향을 미치는 ‘약물 치료에 대한 신념’을 강화시킬 수 있는 방법과 부정적 영향을 미치는 “부작용 및 용법 상 불편함”의 장애요인 제거 및 대처 방법을 반영한(이의경 등, 2002) 프로토콜 및 부작용이 많은 약물 중심의 약전을 마련하는 것임.
- 셋째, 수급권자 측면에서 약물복용과 관련하여 특히 고려해야 할 요소는 여러 가지 약물을 복용하게 되는 노인 만성질환자 집단에 대한 접근전략의 특성화 및 다양화임.
 - 노인들의 73.8%가 2개 이상의 만성질환을 가지고 있으므로(정경희, 2005), 많은 약물복용으로 인해 부작용이 심할 가능성이 높고, 이런 부작용으로 인한 약물 불순응은 불필요한 의료이용을 초래하는 요인이 되므로 더욱 밀착접근하여 관리하는 방안을 마련하여야 할 것임.
 - 또한 저학력이거나 독거상태인 경우가 많으므로 활자가 크고 간략한 내용 혹은 그림으로 구성된 교육자료를 제공하고 수급권자가 복약현황 기록지를 작성(혹은 스티커 붙이기)하도록 하며, 투약현황 모니터링을 위한 정기적인 전화 서비스를 강화하는 등 노인을 대상으로 하는 차별화된 접근이 필요함.
- 넷째, 진료과정에서 수급권자 본인의 약물복용현황에 대한 의사소통이 어렵다고 판단되는 수급권자를 대신하여 의료급여관리사가 옹호자로서 해당 의료기관과 의사소통할 수 있는 체계가 마련되어야 함.

- 다섯째, 만성복합질환자의 약물비용에 대한 사례조사를 강화하는 체계를 마련하도록 함.

다. 약제비 사용량과 사용기간 제한

- 사용량과 사용기간 제한하는 방법은 의료급여 수급권자가 여러 요양기관을 다니면서 동일 의약품을 과다하게 중복해서 처방·조제받는 환자에 대해서는 사후환수하는 방안임.
- 미국의 메디케이드는 대부분 주에서 30일 34일 100단위 등과 같은 형식으로 처방당 투약일수나 양에 상한선을 두고 있음.
 - 처방기간도 문제가 됨. 지나치게 처방기간이 길어지면 중간에 처방을 바꿀 수 있고, 이때 남은 약은 버리게 되어 낭비가 생김.
 - 미국의 한연구에서는 90일간 투약하는 처방 중 15%는 중간에 처방을 바꾸었음.
- 많은 연구가 이루어진 것은 아니나, 사용량이나 사용기간을 제한하는 방법이 비용절감효과가 있는 것은 확실함.
 - 편두통을 대상을 한 연구에서 양을 제한한 결과 1개월 평균 한 환자당 12.25달러의 비용절감효과가 있었음.(Culley and Wanovich, 2001. 김창엽, 2009 재인용)
- 따라서 의료급여 약제비 관리를 위해 사용량이나 사용기간을 제한하고, 환자에게 중복하여 처방받은 일수가 얼마나 되었는지 알려준 후, 개선이 없을 경우에는 중복 사용한 약제비를 환자에게 직접 환수함.
 - 이는 환자의 비용의식과 책임의식을 높이는 조치임.