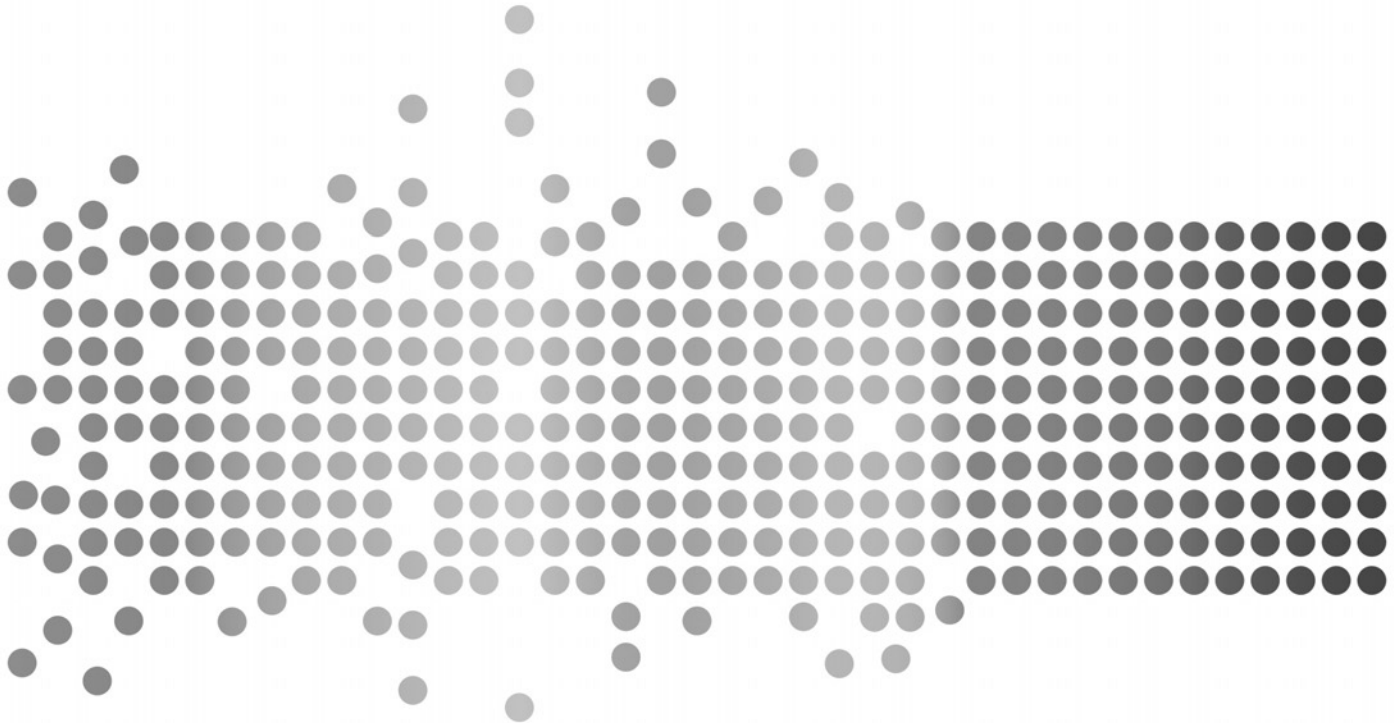


국비진료대상자 의료비 지출의 효율적 운영방안

오영호



국 가 보 훈 처
한국보건사회연구원

제 출 문

국가보훈처장 귀하

이 보고서를 “국가보훈대상자 의료비 지출의 효율적 운용방안” 과제의
결과보고서로 제출합니다.

2010. 10.

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 오 영 호
연구원 : 지 영 건
 홍 미 영
 신 현 응

Abstract	1
요약	3
제1장 서 론	17
제1절 연구 필요성 및 목적	17
제2절 연구방법 및 연구내용	19
제2장 이론적 고찰	23
제1절 사회경제환경의 변화	23
제2절 의료이용에 미치는 요인	26
제3절 보건의료이용의 변화	37
제4절 보훈의료제도의 대상 및 전달체계	45
제3장 의료이용분석	59
제1절 분석대상자 일반현황	59
제2절 개인별 의료이용량 분석	66
제3절 주요 질병별 의료이용 비교분석	140
제4장 국비진료대상자 전화조사 기초분석	237
제1절 조사개요	237
제2절 조사결과	238
제3절 요약 및 시사점	256

제5장 외국의 보훈의료제도 고찰	263
제1절 미국	263
제2절 호주	266
제3절 캐나다	268
제4절 보훈의료보장제도의 유형	271
제5절 소결	275
 제6장 본인일부부담을 통한 국비 절감 방안 검토	 279
제1절 본인일부부담제의 개념과 필요성	279
제2절 2007년 의료급여 1종 본인일부부담제의 경과 및 성과	296
제3절 보훈대상자 본인일부부담제 도입 방안	302
제4절 기타 의료비 지출 효율화 방안 제언	304
제5절 소결	310
 제7장 요약 및 결론	 315
제1절 요약	315
제2절 결론 및 정책적 제언	319
 참 고 문 헌	 323

표 목차

〈표 II- 1〉 고령화의 진전	24
〈표 II- 2〉 경제전망	24
〈표 II- 3〉 보건의료서비스 수요에 영향을 미치는 요인	27
〈표 II- 4〉 가임여성 1인당 합계출산율과 기대수명의 변화 추이	28
〈표 II- 5〉 소아의 외래 다빈도 질환	32
〈표 II- 6〉 노인환자의 외래 다빈도 질환	32
〈표 II- 7〉 총 의료비 지출대비 공공지원 비율	33
〈표 II- 8〉 건강보험과 의료급여 환자의 의료이용 비교	36
〈표 II- 9〉 건강보험과 의료급여 환자의 의료이용 비교	37
〈표 II-10〉 연도별 입원과 외래 의료이용량-건강보험-	39
〈표 II-11〉 연도별 입원과 외래 의료이용량 (의료급여)	40
〈표 II-12〉 1인당 의료이용량: 건강보험	41
〈표 II-13〉 1인당 의료이용량: 의료급여	42
〈표 II-14〉 연도별 성에 따른 입원과 외래 의료이용량: 건강보험	43
〈표 II-15〉 연령별 입원과 외래 의료이용량: 건강보험	45
〈표 II-16〉 보훈의료대상	47
〈표 II-17〉 의료지원 내용과 대상	47
〈표 II-18〉 국가유공자의 연령분포별 변화추이	48
〈표 II-19〉 보훈병원의 병상운영현황	49
〈표 II-20〉 국가부훈대상자 의료지원 규정	50
〈표 II-21〉 국비진료대상	53
〈표 II-22〉 감면요율	54
〈표 II-23〉 감면대상 및 감면요율	55
〈표 III- 1〉 성별 보훈대상자 현황	59
〈표 III- 2〉 연령별 보훈대상자 현황	60
〈표 III- 3〉 상이·장애등급별 보훈대상자 현황	61

〈표 III- 4〉 지역별 보훈대상자 거주 현황	62
〈표 III- 5〉 보훈처 대상별 현황	63
〈표 III- 6〉 성별 국비진료대상자 의료이용량	67
〈표 III- 7〉 연령별 국비진료대상자 의료이용량	68
〈표 III- 8〉 상해등급별 국비진료대상자 의료이용량	69
〈표 III- 9〉 장애등급별 국비진료대상자 의료이용량	70
〈표 III-10〉 지역별 국비이용대상자 의료이용량	71
〈표 III-11〉 보훈대상별 국비진료대상자 의료이용량	73
〈표 III-12〉 질병별 국비진료대상자 의료이용량	74
〈표 III-13〉 성별 감면진료대상자 의료이용량	76
〈표 III-14〉 연령별 감면진료대상자 의료이용량	77
〈표 III-15〉 장애등급별 감면진료대상자 의료이용량	78
〈표 III-16〉 지역별 감면진료대상자 의료이용량	79
〈표 III-17〉 질병별 감면진료대상자 의료이용량	80
〈표 III-18〉 성별 건강보험대상자 의료이용량	83
〈표 III-19〉 연령별 건강보험대상자 의료이용량	84
〈표 III-20〉 지역별 건강보험대상자 의료이용량	85
〈표 III-21〉 질병별 건강보험대상자 의료이용량	86
〈표 III-22〉 성별 의료급여대상자 의료이용량	88
〈표 III-23〉 연령별 의료급여대상자 의료이용량	89
〈표 III-24〉 지역별 의료급여대상자 의료이용량	90
〈표 III-25〉 질병별 의료급여대상자 의료이용량	91
〈표 III-26〉 성별 국비진료대상자 외래의료이용량	93
〈표 III-27〉 연령별 국비진료대상자 외래의료이용량	94
〈표 III-28〉 상해등급별 국비진료대상자 외래의료이용량	95
〈표 III-29〉 장애등급별 국비진료대상자 외래의료이용량	96
〈표 III-30〉 지역별 국비진료대상자 외래의료이용량	98

〈표 III-31〉 보훈대상별 국비진료대상자 외래의료이용량	99
〈표 III-32〉 성별 감면진료대상자 외래의료이용량	100
〈표 III-33〉 연령별 감면진료대상자 외래의료이용량	101
〈표 III-34〉 장애등급별 감면진료대상자 외래의료이용량	102
〈표 III-35〉 지역별 감면이용대상자 외래의료이용량	103
〈표 III-36〉 성별 건강보험대상자 외래의료이용량	105
〈표 III-37〉 연령별 건강보험대상자 외래의료이용량	106
〈표 III-38〉 지역별 건강보험대상자 외래의료이용량	107
〈표 III-39〉 성별 의료급여대상자 외래의료이용량	109
〈표 III-40〉 연령별 의료급여대상자 외래의료이용량	109
〈표 III-41〉 지역별 의료급여대상자 외래의료이용량	110
〈표 III-42〉 성별 국비진료대상자 입원의료이용량	112
〈표 III-43〉 연령별 국비진료대상자 입원의료이용량	113
〈표 III-44〉 상해등급별 국비진료대상자 입원의료이용량	114
〈표 III-45〉 장애등급별 국비진료대상자 입원의료이용량	115
〈표 III-46〉 지역별 국비진료대상자 입원의료이용량	117
〈표 III-47〉 보훈대상별 국비진료대상자 입원의료이용량	118
〈표 III-48〉 성별 감면진료대상자 입원의료이용량	119
〈표 III-49〉 연령별 감면진료대상자 입원의료이용량	120
〈표 III-50〉 장애등급별 감면진료대상자 입원의료이용량	121
〈표 III-51〉 지역별 감면이용대상자 입원의료이용량	123
〈표 III-52〉 성별 건강보험대상자 입원의료이용량	124
〈표 III-53〉 연령별 건강보험대상자 입원의료이용량	125
〈표 III-54〉 지역별 건강보험대상자 입원의료이용량	126
〈표 III-55〉 성별 의료급여대상자 입원의료이용량	127
〈표 III-56〉 연령별 의료급여대상자 입원의료이용량	128
〈표 III-57〉 지역별 의료급여대상자 입원의료이용량	129

〈표 III-58〉 개인별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 공분산분석결과	130
〈표 III-59〉 대상별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	131
〈표 III-60〉 성별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	131
〈표 III-61〉 연령별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	131
〈표 III-62〉 상이여부별 외래의료의 내원일수, 총진료비의 조정평균, 사후분석결과	132
〈표 III-63〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 외래 내원일수의 조정평균	132
〈표 III-64〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 외래 총진료비의 조정평균	132
〈표 III-65〉 개인별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 공분산분석결과	133
〈표 III-66〉 대상별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	134
〈표 III-67〉 성별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	134
〈표 III-68〉 연령별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	134
〈표 III-69〉 상이여부별 입원의료의 입원일수, 총진료비의 조정평균, 사후분석결과	135
〈표 III-70〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 입원의료 입원일수의 조정평균	135
〈표 III-71〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 입원의료의 총진료비의 조정평균	135
〈표 III-72〉 개인별 총의료(외래+입원) 내원일수의 공분산분석결과	136
〈표 III-73〉 대상별 총의료의 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	137
〈표 III-74〉 성별 총의료 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과	137
〈표 III-75〉 연령별 총의료의 입내원일수, 총진료비의 조정평균, 사후분석결과	138
〈표 III-76〉 상이여부별 총의료의 입내원일수, 총진료비의 조정평균, 사후분석결과	138
〈표 III-77〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 총의료의 입내원일수의 평균	138
〈표 III-78〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 총의료의 총 진료비의 평균	139
〈표 III-79〉 분석에 사용한 질병코드와 질병명	140
〈표 III-80〉 외래다빈도질환	146
〈표 III-81〉 입원다빈도질환	147
〈표 III-82〉 외래고액진료비질환	148
〈표 III-83〉 입원고액진료비질환	150

〈표 III- 84〉 외래내원일수많은질환	151
〈표 III- 85〉 입원 입원일수많은질환	153
〈표 III- 86〉 외래의료이용량에 대한 분산분석 결과	156
〈표 III- 87〉 입원의료이용량에 대한 분산분석 결과	159
〈표 III- 88〉 외래의료이용에 대한 공분산분석 결과	161
〈표 III- 89〉 외래의료이용량에 대한 조정평균 및 사후분석 결과	174
〈표 III- 90〉 입원의료이용량에 대한 공분산 분석결과	182
〈표 III- 91〉 입원의료이용량에 대한 조정평균 및 사후분석 결과	194
〈표 III- 92〉 외래 요양일수에 대한 집단간 분산분석 요약표	203
〈표 III- 93〉 외래 입내원일수에 대한 집단간 분산분석 요약표	205
〈표 III- 94〉 외래 총진료비에 대한 집단간 분산분석 요약표	207
〈표 III- 95〉 외래 원외처방비용에 대한 집단간 분산분석 요약표	209
〈표 III- 96〉 입원 요양일수에 대한 집단간 분산분석 요약표	211
〈표 III- 97〉 입원 입내원일수에 대한 집단간 분산분석 요약표	213
〈표 III- 98〉 입원 총진료비에 대한 집단간 분산분석 요약표	215
〈표 III- 99〉 입원 원외처방비용에 대한 집단간 분산분석 요약표	217
〈표 III-100〉 외래 요양일수에 대한 집단간 공분산분석분석 요약표	219
〈표 III-101〉 외래 입내원일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표	221
〈표 III-102〉 외래 총진료비에 대한 집단간 공분산분석 요약표	223
〈표 III-103〉 외래 원외처방비용에 대한 집단간 공분산분석 요약표	225
〈표 III-104〉 입원 요양일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표	227
〈표 III-105〉 입원 입내원일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표	229
〈표 III-106〉 입원 총진료비에 대한 집단간 공분산분석 요약표	231
〈표 III-107〉 입원 원외처방비용에 대한 집단간 공분산분석 요약표	233
〈표 IV- 1〉 응답자 성별	238
〈표 IV- 2〉 응답자 연령	239

〈표 IV- 3〉 응답자 지역구분	240
〈표 IV- 4〉 월평균 가구소득	242
〈표 IV- 5〉 의료보험종류	243
〈표 IV- 6〉 대리응답 빈도	243
〈표 IV- 7〉 대리응답시 관계	244
〈표 IV- 8〉 국비진료 대상 자격을 받은 이후 의료기관 이용 여부	245
〈표 IV- 9〉 연 평균 의료기관 방문 횟수	246
〈표 IV-10〉 주로 다니는 병원이 있는지 여부	246
〈표 IV-11〉 하나의 질환으로 여러 의료기관을 방문한 경험(의료쇼핑) 여부	247
〈표 IV-12〉 하나의 질환으로 여러 의료기관을 방문한 이유 (의료쇼핑 이유)	248
〈표 IV-13〉 연평균 의료기관에 지급한 본인부담금	249
〈표 IV-14〉 보훈병원 및 위탁병원 이용 경험	250
〈표 IV-15〉 보훈병원 및 위탁병원 방문시 대중교통 이용의 용이 정도	251
〈표 IV-16〉 병원까지 걸리는 시간 만족도	252
〈표 IV-17〉 의료비 선지급 제도 찬반 여부	253
〈표 IV-18〉 의료비 선지급을 반대하는 경우 그 이유	253
〈표 IV-19〉 의료비 선지급 제도에 참여할 경우 월 희망 수령금액	254
〈표 IV-20〉 연의료비 지출 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬반 여부	255
〈표 IV-21〉 연 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬반여부	256
〈표 V- 1〉 미국 보훈의료 지원 대상 및 범위	264
〈표 V- 2〉 호주의 보훈의료서비스 특징	268
〈표 V- 3〉 캐나다의 보훈의료서비스 특징	270
〈표 VI- 1〉 의료서비스 종류별 본인일부부담제 형태	281
〈표 VI- 2〉 OECD 국가의 본인일부부담제	285
〈표 VI- 3〉 본인일부 부담제의 감면기준	287
〈표 VI- 4〉 EU 국가의 본인일부부담형태(일반의/전문의)	289
〈표 VI- 5〉 EU 국가의 본인일부부담형태(약국)	290

〈표 VI- 6〉 EU 국가의 본인일부부담형태(치과)	291
〈표 VI- 7〉 EU 국가의 본인일부부담형태(입원)	292
〈표 VI- 8〉 EU 국가의 본인일부부담률	293
〈표 VI- 9〉 Medicaid의 본인일부부담(2003년 8월 기준)	294
〈표 VI-10〉 의료급여 1종 본인일부부담제에서의 본인부담금액	298
〈표 VI-11〉 의료급여 본인일부부담제를 위한 의료급여자격관리시스템	301
〈표 VI-12〉 본인일부부담제 실시에 따른 건강생활유지비	303
〈표 VI-13〉 본인일부부담 실시에 따른 의료비(국비) 절감액	304
〈표 VI-14〉 ‘중복투약의 제한관리에 관한 기준’에 의한 유사제도 시행내용	305
〈표 VI-15〉 사례관리 대상 선정기준	307

그림 목차

[그림 I-1] 연구의 기본 틀	19
[그림 II-1] 우리나라의 연령별 인구구조 변화	28
[그림 II-2] 우리나라의 성별 인구구조 변화	29
[그림 II-3] 성·연령별 평균 입원 수진횟수	30
[그림 II-4] 성·연령별 평균 외래 수진횟수	30
[그림 II-5] 연령대별 입원 내원일수	31
[그림 II-6] 연령대별 외래 내원일수	31
[그림 II-7] 국가 경제수준, 공공지원과 보건의료서비스 이용량과의 관계	35
[그림 II-8] 연도별 성에 따른 전년대비 입원의료서비스 이용량의 증가율	43
[그림 II-9] 연도별 성에 따른 전년대비 외래의료서비스 이용량의 증가율	44
[그림 IV-1] 연 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율	257
[그림 IV-2] 연의료비 지출 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율	258
[그림 IV-3] 응답자 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율	258
[그림 V-1] 보훈보장 대상 및 서비스 유형	272

Abstract

This study, based on literature review and a telephone survey, was intended to look into how much, if any, unnecessary care was being provided to “government-subsidized medical care recipients” and seek ways to rationalize their use of medical services. In terms of both per capita inpatient and outpatient days and per capita health expenditure, government-subsidized medical care recipients are found to have spent more than their comparison group—those entitled to reduced or waived service fees, National Health Insurance enrollees, and medical aid recipients. This is attributable to the relatively poorer health status of government-subsidized medical care recipients, among whom disease and disability are more prevalent than among their comparison group, and who therefore are assumed to use more health care resources. When such variables as “age”, “number of disease”, “type of medical provider”, and “presence of in-the-line-of-duty disability” are controlled and the conditions equalized, however, both the adjusted number of inpatient and outpatient days and the adjusted expenditure per person were found to be lower for government-subsidized medical care recipients than for their comparison group. This shows to some extent that unnecessary use of health resources is less likely among government-subsidized medical care recipients. The outcomes imply that “advance payment” and “out-of-pocket payment”, both of which this study examines in depth, are not cost-efficient and that other methods—such as “designated doctor system” (for persons with

particular disease or particular chronic illnesses), improved case management for those who tend to use a lot of health care (in particular, high-cost care services), strengthening of education on health and health care use, disease prevention programs, and after-discharge health management—should be further considered.

요약

제1 절 연구필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

- ☐ 국가를 위해 몸과 마음을 바쳐 희생하거나 공헌한 국가유공자와 그 가족에 대한 진료와 복지활동은 국가보훈정책의 핵심적 업무임. 그러나 보훈대상자의 노인비율 증가추세와 진료비 증가가 가속화 될 것으로 전망됨. 최근 5년간 보훈대상자의 연평균 진료비 증가율은 약 11.9%(건강보험 11.5%)로 국비진료가 연평균 4.7%, 위탁진료가 22.5% 그리고 감면진료가 21.8%로 위탁진료와 감면진료의 진료비가 급격히 증가하고 있음. 또한 국비진료의 경우도 2008년도 내원일당 진료비가 약 74천원(약제비 포함)으로 건강보험 31천원 보다 2배 이상 높게 나타나고 있음.
- ☐ 따라서 보훈의료 대상자의 진료대상 확대와 고령화 등으로 인해 의료수요가 대폭 증가함에 따라 진료비를 절감하고 불필요한 의료수요를 적정화 할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안을 마련되어야 한다는 의견이 제시되고 있음. 즉, 의약품 오남용 및 불필요한 과잉 의료이용 방지 등 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 적정화 방안 마련과 불필요한 의료수요를 방지 할 수 있는 방안의 검토가 필요함.

2. 연구의 목적

- ☐ 본 연구의 목적은 국비진료대상자, 건강보험대상자 및 의료급여대상자들의 의료

이용량을 비교 분석하여 국비진료대상자들의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있는지를 검토하고, 국비진료대상자들의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있다면 의료이용과 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 절감 방안 마련과 불필요한 의료수요를 억제할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안을 모색하는 것임.

제2절 연구 방법 및 내용

1. 연구 방법

□ 문헌 고찰

- 기존 문헌고찰을 통해서는 국비진료대상자의 의료이용분석 연구의 틀을 마련하고, 주요 국가의 보훈의료관리방안 및 보훈의료서비스 전달체계 검토를 통해서는 우리나라의 보훈의료제도 관련된 정책을 수립함에 있어서의 시사점을 찾고자 하였음.

□ 기존 자료 분석 및 전화조사

- 국비진료대상자의 의료이용과 건강보험대상자 및 의료급여 대상자의 의료이용을 비교분석하기 위하여 6개 보훈병원 및 위탁병원 그리고 건강보험심사평가원의 자료를 수집하여 단순히 전체 의료량과 진료비를 비교한 분산분석과 의료량과 진료비에 영향을 미치는 변수를 통제하여 비교한 공분산분석을 실시하였음. 그리고 보훈대상자 중 국비진료대상자의 의료이용의 편이성, 보훈병원 및 위탁병원의 의료이용 접근성 그리고 본인일부부담제 및 그에 따른 인센티브 제공에 대한 의견수렴을 위해 국비 보훈대상자 1,000명에 대한 수요자 의견수렴을 위한 전화조사 실시하였음.

□ 연구자문단 구성 및 정책자문회의

- 보훈의료 지원사업 담당자, 관련 단체, 학계 등 전문가의 의견 수렴을 위하여 연구자문단을 구성하여 수시로 의견을 수렴하였음.

제3절 연구 결과

1. 의료이용분석

□ 국비진료대상자 특성

- 우리나라 국비진료대상자는 191,026명으로 남자가 99.7%, 여자가 0.3%로 대부분 남성들이었음. 국비진료대상자는 60대가 36.9%로 가장 많았고, 다음으로 70세 이상과 50대가 각각 14.0%와 13.8%로 **50대 이상이 65%이상으로 노령화**되었음.
- 국비진료대상자의 지역별 거주현황을 보면 서울이 77,915명(40.8%)으로 압도적인 비율을 나타냈고 다음으로 부산 21,965명(11.5%), 경기 15,819명(8.3%)의 순으로 나타났음.
- 국비대상자는 전상군경이 50,575명(26.5%)으로 가장 높은 비율을 나타냈고 다음으로 공상군경이 47,852명(25.1%), 고엽제후유의 중등급 미달자가 42,653명(22.3%)으로 나타났음.
- 국비진료대상자에서 상이등급이 없는 대상자는 10.5%로 **대부분의 국비진료 대상자들이 장애를 가지고 있었고**, 반면 감면대상자(유가족 제외)는 상이등급이 없는 비율이 90.1%로 대부분 장애가 없었음. 일반적으로 장애인은 비장애인에 비해서 의료필요가 크다고 알려져 있으며, 특히 장애정도가 심할수록 의료이용량과 의료비가 높고, 장애유형에 따른 의료이용량의 차이는 아주 큰 것으로 알려졌다.

□ 개인별 의료이용 분석

- 국비진료대상자의 의료이용량을 감면대상자(유가족 제외), 건강보험대상자, 의료급여대상자 등 타 집단과의 비교·분석을 통해 산출된 단순평균과 조정평균¹⁾

1) 조정전 평균은 단순평균치이며, 조정평균은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별, 지역, 상이여부의 변수로 공분산 분석을 한 후 추정한 결과임.

을 비교하여 적정성을 판단하였음.

- 외래 내원일수의 경우 모든 연령대에서 국비진료대상자가 감면대상자나 건강보험대상자 그리고 의료급여대상자보다 외래 내원일수가 많은 것으로 분석되었음. 의료급여대상자보다는 연령에 따라 적게는 2.5배에서 많게는 7.8배 많았음. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 조정평균은 감면대상자나 건강보험대상자보다는 높지만 그 폭이 크게 줄어들었으며, 의료급여대상자와는 큰 차이가 없었음.
- 외래 총진료비의 경우도 외래 내원일수와 마찬가지로 모든 연령대에서 국비진료대상자가 감면대상자나 건강보험대상자 그리고 의료급여대상자보다 외래 총진료비는 많은 것으로 분석되었음. 의료급여대상자보다는 연령에 따라 적게는 2.2배에서 많게는 14.2배 많았음. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 외래 총진료비 조정평균은 국비진료대상자들이 다른 비교집단보다 적은 것으로 분석되었음. **조정전 평균은 높으나 조정후 평균은 낮은** 이유는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애가 있고, 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않다는 의미임.

〈표 1〉 비교집단별 연령별 외래 내원일수

연령	국비		감면		건강보험		의료급여	
	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
0~29세	40.08	11.25	38.02	8.47	5.10	6.77	5.14	10.62
30대	35.81	10.43	34.17	7.65	4.16	5.95	10.56	9.80
40대	39.51	11.84	32.66	9.05	5.50	7.35	12.40	11.21
50대	43.04	14.46	29.18	11.68	8.17	9.98	15.81	13.83
60대	45.57	18.18	29.01	15.39	12.09	13.70	18.14	17.55
70세이상	57.40	20.16	41.15	17.38	14.53	15.68	16.94	19.53

주석) 조정전 평균은 단순평균치이며, 조정후 평균은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별, 지역, 상이여부의 변수로 공분산 분석을 한 후 추정된 결과임.

〈표 2〉 비교집단별 연령별 외래 총진료비

(단위: 천원)

연령	국비		감면		건강보험		의료급여	
	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
0~29세	1,453	618	759	1,333	78	2,048	102	2,763
30대	1,375	936	719	1,651	93	2,366	625	3,081
40대	1,504	1,254	701	1,969	126	2,684	623	3,399
50대	1,685	1,572	643	2,287	193	3,002	683	3,716
60대	1,797	1,890	610	2,605	279	3,319	541	4,034
70세이상	2,061	2,208	825	2,922	304	3,637	380	4,352

주석: 1) 진료비에서 비급여 진료비는 제외되었음. 그러나 위탁병원을 이용한 국비진료대상자의 진료비에는 비급여 항목 중 MRI, 초음파, 건위소화제 진료비는 포함되었음.

2) 국비진료대상자들이 주로 이용하는 보훈병원은 국가진료대상자들의 특성을 반영하여 보훈병원의 환자이용량에 대한 행위별수가에 28%를 가산한 금액임. 따라서 보훈병원의 진료비가 일반병원의 행위별 수가보다 일반적으로 28%더 높음.

- 입원 재원일수의 경우 모든 연령대에서 국비진료대상자가 감면대상자나 건강보험대상자보다는 재원일수가 많지만, 의료급여대상자와 비교하면 0-29세와 70세이상 연령층을 제외하고는 의료급여대상자가 국비진료대상자보다 크게 높았음. 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 재원일수의 조정평균은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 크게 낮은 것으로 나타났다.
- 입원 총진료비의 경우, 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 전반적으로 조정전 입원 총진료비가 낮은 것으로 분석됨. 특히 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 입원 총진료비는 다른 비교집단에 비해서 더 적은 것으로 추정되었음.

〈표 3〉 비교집단별 연령별 입원 재원일수

연령	국비		감면		건강보험		의료급여	
	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
0~29세	34.81	-11.61	37.00	-4.60	7.93	10.40	26.49	73.88
30대	39.06	-2.77	30.49	4.24	12.30	19.24	138.65	82.72
40대	55.75	2.83	27.50	9.84	14.82	24.84	134.09	88.32
50대	50.88	3.47	24.96	10.47	17.17	25.47	120.92	88.96
60대	40.13	1.06	23.45	8.07	19.57	23.07	73.23	86.55
70세이상	51.61	4.93	34.49	11.94	30.77	26.94	49.07	90.42

〈표 4〉 비교집단별 연령별 입원 총진료비

(단위: 천원)

연령	국비		감면		건강보험		의료급여	
	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
0~29세	4,746	-353	4,938	513	954	1,380	1,780	2,247
30대	4,241	550	2,935	1,416	1,319	2,283	5,674	3,150
40대	5,492	1,453	2,653	2,319	1,585	3,186	5,679	4,053
50대	6,022	2,356	2,874	3,222	2,103	4,089	5,707	4,956
60대	5,543	3,259	2,820	4,125	2,939	4,992	4,726	5,859
70세이상	6,136	4,162	3,844	5,028	3,457	5,895	3,721	6,762

- 외래와 입원의료를 모두 합한 총진료비의 경우, 모든 연령층에서 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 높았음. 건강보험대상자보다는 연령대에 따라 적게는 6.3배에서 많게는 25.7배나 많았고, 의료급여대상자보다는 적게는 1.9배에서 많게는 15.5배가 많았음. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 총진료비는 국비진료대상자들이 다른 비교집단보다 적은 것으로 분석되었음.
- 조정전 평균은 높은데 조정후 평균이 낮은 이유는 90%이상이 장애를 가지고 있는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애를 가진 비율이 아주 높고, 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않다는 의미이며, 국비진료대상자들이 다른 집단에 비해 상대적으로 불필요한 의료이용은 적다는 의미임. 즉, 이러한 결과는 일반적으로 장애인에 비장애인

비해서 의료필요가 크고, 특히 장애정도가 심할수록 의료이용량과 의료비가 높고, 장애유형에 따른 의료이용량의 차이는 아주 큰 사실을 입증하는 것임.

〈표 5〉 비교집단별 연령별 총진료비(입원+외래)

(단위: 천원)

연령	국비		감면		건강보험		의료급여	
	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
0~29세	2,876	1,126	1,521	2,445	112	3,763	186	5,082
30대	2,584	1,792	1,446	3,110	134	4,429	1,385	5,747
40대	2,849	2,457	1,354	3,776	182	5,094	1,452	6,413
50대	3,115	3,123	1,160	4,441	287	5,760	1,670	7,078
60대	3,332	3,788	1,105	5,107	474	6,425	1,227	7,744
70세이상	4,384	4,454	1,818	5,772	701	7,091	1,053	8,409

□ 질병별 의료이용 분석

- 국비진료대상자의 외래의료이용과 입원의료이용을 기준으로 하여 다빈도질환, 고액진료비 질환 그리고 입내원일수 많은 질환을 각각 60개씩을 추출하여 각 질병마다 대상자별(국비진료대상자, 감면진료대상자, 건강보험대상자, 의료급여대상자)로 비교분석하였음.
- 질병별 단순비교분석에서 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해 1위나 2위를 차지하는 경우가 많았음. 즉, 다른 집단에 비해 요양일수나 내원일수 그리고 진료비가 많다는 의미임. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 국비진료대상자의 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 4개 집단 중에서 3위나 4위에 위치하는 경우가 많은 것으로 분석됨. 따라서 국비진료대상자가 다른 집단과 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 많지 않다는 것임.

2. 국비진료대상자 의료이용효율화 방안 전화조사결과

☐ 조사개요

- 전화조사대상은 2008년 7월부터 2009년 6월까지 1년간 보훈병원과 위탁병원을 이용한 자료를 바탕으로 입원 서비스 이용자 1100명, 외래 서비스 이용자 2500명, 의료를 이용하지 않은 대상자 700명을 추출하였음. 목표 응답자 수는 표본에서 1,100명(입원 400명, 외래 500명, 비이용자 200명)으로 정하였고, 최종 전화조사 응답자 수는 입원이용 401명, 외래이용 509명, 의료비이용자 209명이며 총 1117명이었음.

☐ 의료이용 효율화 방안에 대한 의견

- 국비진료대상자들에게 현재 의료급여제도에서 도입하고 있는 의료비 선지급제도인 건강생활유지비제도²⁾를 시행할 경우 참여할 의사가 있는지에 대한 질문에 전체 응답자 1115명 중 557명인 50%는 의료비 선지급제도에 참여할 의사가 있다고 하였음.
- 의료이용유형에 따라 보면 입원환자 48.6%, 외래환자 43.0%, 의료비이용(보훈병원과 위탁병원을 이용하지 않은 국비진료대상자) 69.6%가 의료비 선지급제도에 찬성하여 비교적 의료이용이 적은 의료비이용 그룹이 다른 대상 구분에 비해 찬성 비율이 높았음. 특히 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급제도 찬성 비율을 보면 전반적으로 방문 횟수가 많을수록 의료비 선지급제도에 찬성하는 비율이 낮았음.

3. 외국보훈제도 고찰

☐ 영국

- 2) 의료급여제도에서 시행하고 있는 의료비 선지급제도인 ‘건강생활유지비제도’는 의료이용 왜곡으로 인한 의약품 오남용을 방지하기 위하여 건강생활유지비로 월 6천원을 선지급하여, 본인부담금으로 상용하도록 하고 있다. 6천원을 초과하는 의료비는 본인이 부담하고 잔여액은 본인이 갖도록 하는 정책이다.

- 영국의 경우는 전쟁연금 대상자에 대한 별도의 의료보호 제도가 운영되지는 않고, 전국민을 대상으로 최적 수준의 보건서비스 공급을 목표로 하는 국민보건서비스 제도에 포함되어 있음. 또한 제대군인청에서는 상이자만을 대상으로 국민보건서비스에 더하여 특별지원프로그램을 시행하고 있음.

□ 호주, 캐나다

- 호주, 캐나다 등은 대국민보건서비스를 운영하고 있기 때문에 특별한 상이(절단·충상·척추 부상·재활 등)를 취급하는 소수의 병원만 직접 운영하고, 그 외의 일반 상이처에 대해서는 일반병원에 위탁하여 진료토록 하고 있음.

□ 미국

- 미국은 170여개의 제대군인 병원을 비롯하여 전국에 걸쳐 요양원, 정양원, 외래진료소로 독자적인 제대군인 의료제도를 운영하고 있음. 이는 전국민 대상 의료보장제도가 없고 제대군인부의 행정대상인 제대군인과 그 가족만으로도 그 만큼의 독자적인 의료수요가 있기 때문임.

□ 시사점

- 국민의료보장제도를 이용하는 나라들은 의료보장제도가 발전해 있거나 보훈의료 수요가 적어 별도의 의료체계를 운영할 필요가 없는 나라들임. 주로 유럽 국가들이 이에 해당하며 일본이나 중국도 여기에 해당함.
- 이 방식에 있어서 서비스 체계는 다른 국민들과 같은 방법으로 이용하지만 사회보장제 또는 의료보험료를 감면하거나 보험료 일부부담 등의 방법으로 지원하며 의료급여나 의약분업에서 우대하기도 함. 이 방식은 별도의 의료체계를 운영하는데 따른 어려움과 비용부담을 덜 수 있고 접근성도 높지만 환자의 특성에 따른 특별한 서비스를 받기 어렵고 서비스의 범위가 한정되어 전문적 서비스가 어려운 점이 있음.

제4절 결론 및 정책방향

□ 결론

- 본 연구의 목적은 국비진료대상자의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있는지 그리고 있다면 불필요한 의료이용을 억제할 수 있는 의료이용적정화 방안을 모색하는 것이었음.
- 외래 및 입원 의료이용의 경우 1인당 입내원일수나 1인당 진료비 모두 국비진료대상자가 다른 비교집단(감면대상, 건강보험, 의료급여)보다 전반적으로 높지만 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제하여 동일 조건화하여 비교하면 1인당 조정 입내원일수나 조정 진료비는 다른 비교집단보다 적은 것으로 분석되었음.
- 질병별 단순비교분석에서 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해 1위나 2위를 차지하는 경우가 많았지만, 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 국비진료대상자의 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 4개 집단 중에서 3위나 4위에 위치하는 경우가 많은 것으로 분석됨. 따라서 국비진료대상자가 다른 집단과 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 많지 않다는 것임.
- 이러한 결과는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애가 있고, 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않기 때문에 의료이용량이 많은 것으로 판단됨. 따라서 다른 집단(감면대상, 건강보험, 의료급여)대상자와 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 더 적다고 할 수 있음.

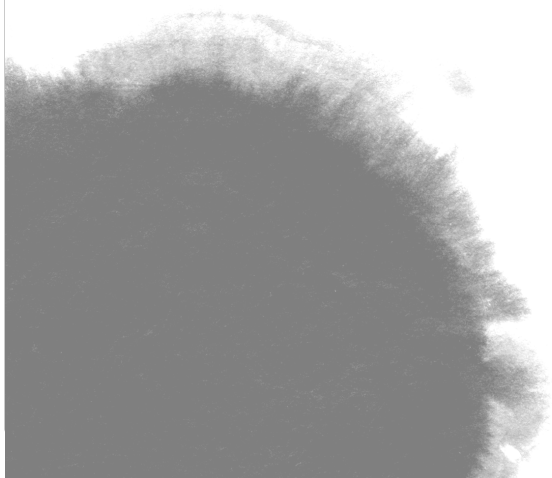
□ 정책방향

- 이러한 연구결과를 고려할 때 본 연구에서 검토한 ‘의료비 선지급제도 및 본인부담금제도’는 투입(예산)대비 효과(의료비 절감)측면에서 효과적이지 않은 것으로 판단되며, 그 외 현재 건강보험과 의료급여에서 실시하고 있는 중복투

약 제한 제도나 질병별 또는 만성질환자 중심 주치의 제도도입, 고액진료비 등 의료이용량이 많은 환자를 대상으로 한 사례관리 확대방안, 의료이용 및 건강 교육강화, 예방사업 및 퇴원후 관리강화 등 다양한 방안의 검토가 필요할 것으로 판단됨. 본 연구는 국비진료대상자의 의료이용에 초점을 두었지만 감면진료 대상자의 의료이용량과 위탁의료기관에서 보훈대상자들의 의료이용량이 크게 증가하고 있어 이에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단됨.

01

서론



제1장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

국가를 위해 몸과 마음을 바쳐 희생하거나 공헌한 국가유공자와 그 가족에 대한 진료와 복지활동은 국가보훈정책의 핵심적 업무이다. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」의 규정에 따라 국가보훈처에서는 국가유공자 및 그 유가족, 참전유공자, 장기복무 제대군인 등에 대해 보훈복지사업의 일환으로 의료지원을 시행하고 있다. 하지만 보훈의료 대상자의 진료대상 확대와 고령화 등으로 인해 의료수요가 대폭 증가함에 따라 진료비를 절감하고 불필요한 의료수요를 억제할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안 마련이 필요한 시점이다.

먼저 최근 진료비 증가율 추세를 바탕으로 판단하건대, 보훈대상자의 노인비율 증가추세와 진료비 증가가 가속화 될 것으로 전망된다. 최근 5년간 보훈대상자의 연평균 진료비 증가율은 약 11.9%(건강보험 11.5%)로 국비진료가 연평균 4.7%, 위탁진료가 22.5% 그리고 감면진료가 21.8%로 위탁진료와 감면진료의 진료비가 급격히 증가하고 있다. 또한 국비진료의 경우도 2008년도 내원일당 진료비가 약 74천원(약 제비 포함)으로 건강보험 31천원 보다 2배 이상 높게 나타나고 있다. 전체 국가유공자 중 65세 이상 고령자 비율은 약 56%에 달하고 있고 국비진료대상자 중 65세 이상이 차지하는 비율은 약 42.1%로 건강보험 노인인구 비율은 9.6%보다 각각 5.8배, 4.4배 정도 높은 수준이다. 특히 최근 5년간 60세 이상의 노인 증가율은 연평균

5.35%로 건강보험 4.99%보다 높은 것으로 나타나 향후 국가보훈 대상자의 노인비율 증가의 가속화가 예상된다. 위탁진료사업은 보훈병원이 없거나 원거리에 거주하고 있어 이용이 불편한 보훈대상자의 편의를 위하여 보훈병원 이외의 병원을 지정하여 운영하고 있다. 하지만 국가유공상이자의 고령·상이처 만성화로 인한 의료수요 증가, 7급 상이자 신설, 5·18부상자 신규등록, 특수임부부상자신규등록, 고엽제후유 의증환자의 전 질환 확대, 국가유공자의 고령화로 인한 복합질병 및 높은 약품의존도로 인한 약제비 증가 등으로 위탁진료비가 지속적으로 증가하고 있다. 특히 의약분업으로 대부분 원외처방을 실시하고 이를 전부 국가가 부담하므로 약제비의 증가 추세가 매우 높다('08년 65.6%). 또한 보훈병원 이용자의 외래 및 입원 진료에 상당한 적체 일수가 나타나고 있고 보훈병원이 위치하지 않은 지역의 보훈병원 이용실적이 상당히 낮게 나타나고 있어 타 지역에 거주하는 국가유공자들이 근거리에서 편리하게 진료를 받을 수 있도록 점진적인 위탁병원의 확대가 요구되고 있다. 이를 위해 예산의 지속적인 확충이 절실하나, 이에 앞서 의약품 오남용 및 불필요한 과잉 의료이용 방지 등 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 절감 방안 마련과 불필요한 의료수요를 방지 할 수 있는 방안의 검토가 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 절감 방안 마련과 불필요한 의료수요를 억제할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안을 모색하는 것이다. 구체적으로 첫째, 국비진료, 위탁진료 등 보훈대상자들의 의료이용실태 분석을 통해 과다 의료이용 여부를 검토하고자 한다. 둘째, 의료지원 단위사업 별 진료비 증가요인 분석 및 불필요한 의료이용 억제를 위한 대안을 마련하고자 한다. 셋째, 불필요한 의료이용을 줄이고 적정의료이용을 유도하되 가계부담으로 인한 의료이용의 제한이 없는 범위에서의 본인일부부담제도 도입을 검토하고자 한다. 마지막으로 보훈대상자의 의료이용실태 분석 결과를 토대로 진료비의 본인일부부담과 이에 따른 인센티브 방안을 검토하고자 한다.

제2절 연구방법 및 연구내용

1. 연구의 틀

[그림 1-1] 연구의 기본 틀

이론고찰 및 현황분석	<input type="checkbox"/> 사회경제적환경의 변화 <input type="checkbox"/> 의료이용에 영향을 미치는 요인고찰 <input type="checkbox"/> 의료이용의 변화추세 <input type="checkbox"/> 보훈의료제도의 대상 및 전달체계
의료이용 비교분석	<input type="checkbox"/> 국비진료대상자의 의료이용분석 <input type="checkbox"/> 감면진료대상자의 의료이용분석 <input type="checkbox"/> 건강보험대상자의 의료이용분석 <input type="checkbox"/> 의료급여대상자의 의료이용분석 <input type="checkbox"/> 각 집단별 의료이용 비교분석
설문조사	<input type="checkbox"/> 국비진료대상자에 대한 의료이용효율화 방안에 관한 전화설문조사
외국사례 고찰	<input type="checkbox"/> 주요국가의 보훈의료제도 고찰
정책제언	<input type="checkbox"/> 국비진료대상자의 의료이용 효율화 방안

2. 연구방법

본 연구를 수행하기 위하여 사용하고자 하는 연구방법으로는 문헌고찰, 기존 자료 분석, 국비진료대상자에 대한 전화조사와 정책자문회의 등이 있다.

가. 문헌고찰

기존 문헌고찰을 통해서는 국비진료대상자의 의료이용분석 연구의 틀을 마련하고자 하며, 주요 국가의 보훈의료관리방안 및 보훈의료서비스 전달체계 검토를 통해서 우리나라의 보훈의료제도 관련된 정책을 수립함에 있어서의 시사점을 찾고자 한다.

나. 기존자료 자료수집 및 분석

국비진료대상자의 의료이용과 건강보험대상자 및 의료급여 대상자의 의료이용을 비교분석하기 위하여 6개 보훈병원 및 위탁병원 그리고 건강보험심사평가원의 자료를 수집하여 분석하였다.

다. 보훈대상자의 의견수렴을 위한 전화조사 실시

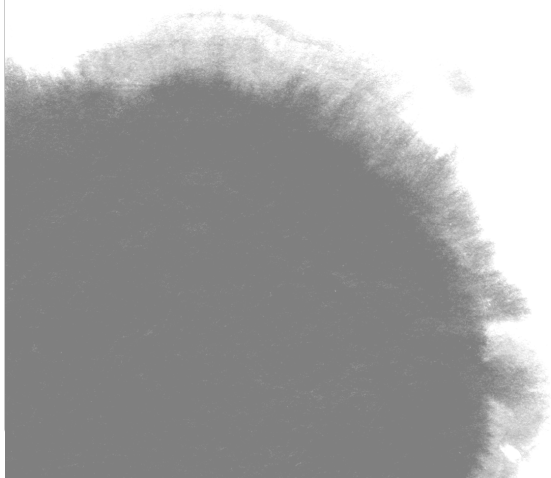
보훈대상자 중 국비진료대상자의 의료이용의 편이성, 보훈병원 및 위탁병원의 의료이용 접근성 그리고 본인일부부담제 및 그에 따른 인센티브 제공에 대한 의견수렴을 위해 국비 보훈대상자 1,000명에 대한 수요자 의견수렴을 위한 전화조사 실시하였다.

라. 연구자문단 구성 및 정책자문회의

보훈의료 지원사업 담당자, 관련 단체, 학계 등 전문가의 의견 수렴을 위하여 수자문단을 구성하여 수시로 의견을 수렴하였다.

02

이론적 고찰



제2장 이론적 고찰

제1 절 사회경제환경의 변화

1. 고령화 사회도래

인구구조는 인구의 규모, 구성, 분포 등의 측면에서 파악할 수 있다. 먼저 인구규모는 전 세계적으로 지속적으로 그 규모가 증대할 것이며, 특히 선진국들보다는 개발도상국에서의 인구급증이 두드러질 것으로 예상된다. 인구구성의 변화는 대체적으로 출생률과 사망률의 저하에 따른 소년인구비의 감소 및 노령화로 특징 지워질 수 있고, 인구분포의 변화는 특정 지역에 인구가 집중되는 도시화로 요약할 수 있는데, 이로 인한 인구밀도의 증가와 경제활동 형태의 변화, 생활양식의 변화 등이 예상된다. 가장 주목할 인구학적인 변화는 전체 인구 중에서 노인인구가 차지하는 비중이 커지는 노령화라고 할 수 있다. 전 세계적으로 현재의 인구학적 추세에 특별한 변화가 일어나지 않는다면 당분간 노인인구의 증가는 지속될 것이고, 이것이 사회경제적 부문은 물론 보건의료계에 미치는 영향도 클 것으로 예상된다. 우리나라의 65세 이상 노인인구비중의 증가 추세를 보면(<표 II-1>), 2000년 7.2%에서 2010년 11.0%로 될 것으로 예상되며, 2019년에는 14.9%로 전망되어 고령화 사회에서 고령사회로의 급속한 진전이 예상되어, 이로 인한 노인건강 문제가 사회적 관심사로 부각될 것을 예상할 수 있다. 이는 빈곤 노령층의 의료보장 기반 마련의 필요성이 급박해진다는 걸 의미한다(김혜련 외, 2004).

〈표 II-1〉 고령화의 진전

구 분	2000 (고령화)	2010	2019 (고령)	2020	2026 (초고령)	2030
총 인 구(천명)	47,008	48,875	49,338	49,326	49,039	48,635
65세 이상(천명)	3,395	5,357	7,364	7,701	10,218	11,811
구 성 비(%)	7.2	11.0	14.9	15.6	21.8	24.3

자료: 통계청, 장래인구추계 2006

2. 경제수준 향상

2005년 우리나라 국내총생산(GDP) 규모는 8,447억 달러, 1인당 국내총생산 규모는 17,531달러였고, 2007년에는 21,695달러로 증가추세를 보였다. 그러나 세계경제위기 이후 우리나라의 경제수준 감소로 인해 1인당 국민소득은 줄어들 것으로 전망된다. 국제정세, 노사갈등, 실업률 등 불확실한 현실을 감안할 때, 향후 국내·외적 변화가 가져올 보건 의료 분야의 적극적 대처 능력에 대한 제고가 필요하다.

〈표 II-2〉 경제전망

(단위: %, US \$)				
구 분	2005	2006	2007	2008
성장률(GDP)	4.0	5.2	5.1	2.2
1인당국민소득(GNI)	17,531	19,722	21,695	19,231
실업률	3.7	3.5	3.2	3.2

자료: 한국은행 경제통계시스템

3. 정보화 및 개방화 가속

산업화는 산업혁명 이후 나타난 현상으로 생산에 공업기술을 적용하는 공업화 과정과 생산 활동과 그와 관련된 사회적 변화들을 포괄적으로 일컫는 개념이다. 산업화에 의해 형성된 산업사회는 동력원의 급격한 변화를 가져왔다. 즉, 동력원이 동물

이나 인간으로부터 증기기관, 전기, 혹은 내연기관으로 전환되게 되었고, 이는 생산의 기계화를 가능하게 했으며, 이로 인해 규격화한 생산품의 대량생산이 가능하게 되었다. 노동력이 2차 산업인 제조업 부문이 주축을 이루고 있는 사회에서 중요한 역할을 담당하고 있었던 과거에 비해, 산업화의 급속한 진행으로 최근에는 3차 산업인 서비스 부문이 팽창하고 원자력, 인공위성, 컴퓨터, 전자산업 등 고도의 첨단과학기술로 상징되는 후기산업사회로 변화되고 있다. 후기산업사회에서는 자동화 과정에 의해 인간의 육체적 활동의 대부분을 기계가 대신하며, 특히 컴퓨터 등은 인간의 지적 활동의 영역으로까지 그 영향의 범위를 확대하고 있으며 컴퓨터의 대중화와 정보교류의 증대는 지적 능력의 확대를 증시한다. 21세기는 이와 같은 변화를 범세계적으로 겪고 있으며, 이러한 특성을 가진 사회를 후기산업사회 혹은 정보화 사회라고 한다(이정애 외, 2001).

국제화란 우리의 삶의 시간과 거리를 재질서화하는 것으로 이해할 수 있다. 즉 우리의 삶이 점차적으로 일상 활동이 수행되는 사회적 맥락과는 멀리 떨어져 있는 활동들이나 사건들로부터 영향을 받게 된다는 것이다. 인류의 역사에서 국제화는 서구세계의 팽창과정으로부터 시작되어 현재와 같은 자본주의 체계를 형성하는 과정으로서 점진적으로 진행되어 왔다고 할 수 있다. 통신매체의 국제화는 전 세계적으로 발생하는 사건들이 세계 어디에서나 실제 시간에 동시에 접할 수 있도록 하고 있다. 텔레비전 프로그램과 영화와 같은 영상 및 음성매체들도 세계 각국의 사람들이 모두 즐길 수 있도록 국제 시장에서 거래되고 있는데, 이는 정보의 생산과 분배, 소비의 국제적 체계를 형성하여 세계 정보 질서의 발달에 기여하고 있다. 이와 같은 국제화 추세는 거스를 수 없는 대세로서, 정치 영역을 제외한 모든 부문에서 불가피하게 개방화와 무한경쟁을 초래하고 있다. 특히 의료시장에 있어서도 개방 가속화에 따라 제약, 유통, 의료서비스 등 보건의료산업 역시 세계 경쟁에 노출되고 대외적인 도전에 직면하게 되었다. 이러한 변화는 전자상거래 확산과 더불어 더욱 가속되고 있으며, 이러한 의료시장 변화에 대한 적극적인 대처의 필요성이 증대되고 있다(이경환 외, 2009).

4. 지방화의 진전

우리나라의 경우 지방자치가 본격적으로 실시되면서 지방화 시대를 맞이하고 있다고 평가되는데, 이러한 현상은 세계적인 수준에서 이미 수세기 전부터 진행되어 온 민족국가의 형성과정 및 최근의 국지적인 민족분규 현상에서도 찾아볼 수 있는 지역별 자치 요구의 증대와도 일맥상통하는 현상으로 파악된다. 즉 지역공동체 단위의 주민자치 욕구가 제도적으로 확립됨에 따라 정치, 경제, 사회, 문화 전반에 걸쳐 지역성이 강조되고 있고 주민참여 기회가 확대되면서 지역주의 성향이 급증하고 있는 것이다. 지방화 시대가 되면서 각종 제도 및 사회정책과 관련한 많은 변화가 있을 것으로 예상된다. 우선 많은 정책 및 행정의 주체가 중앙으로부터 지방으로 이전됨에 따라 중앙정부는 전국적으로 통일을 요하는 정책의 방향설정과 재정지원을 담당하고 지방정부는 지역 특성과 주민의 욕구에 부합하는 사업을 계획하고 구체적인 실행방안을 마련하는 역할을 담당하게 될 것이다. 즉 정책 및 행정의 많은 부분이 자치단체를 단위로 하여 지방정부와 민간기관, 지역주민이 공동 주체가 되어 그 지역의 제반 사업과 활동의 틀 안에서 수행될 것이다. 이러한 지방화 진전에 따른 지역단위 생활권의 건강 수요 다양화에 대비하여 지역별 특성화 대책 수립이 요청되며, 이에 따른 중앙·지방간 역할조정 필요성이 증대된다.

제2절 의료이용에 미치는 요인

보건의료 자원의 계획과 배분에 있어서 중요한 것 중의 하나가 의료서비스 수요를 분석하는 것이다. 수요 분석의 의의는 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 수요 분석을 통해 의료서비스 분야의 시장 현상을 분석할 수 있으며, 둘째는 이러한 분석을 바탕으로 미래의 의료서비스 시장의 변화를 예측할 수 있다는 것이다. 보건의료서비스와 관련된 자원 이용의 계획은 올바른 미래 예측을 바탕으로 할 때 효율적인 투자와 자원배분을 이룰 수 있다. 따라서 의료서비스 수요에 영향을 미치는 요인을 파악할 필요가 있으며 일반적으로 의료수요에 영향을 미치는 요인은 크게 인구통계학적 요인, 경제적 요인, 제도적 요인, 질병구조, 의료기술의 5가지로 나누

어 볼 수 있다(Hall & Mejia, 1978; 양봉민, 1999).

〈표 11-3〉 보건의료서비스 수요에 영향을 미치는 요인

구 분	요 인
인구특성	- 연령, 성, 인구성장
경제수준 (거시, 미시적 수준)	- 보건복지 분야 정부지원 - 개인의 경제수준
건강상태 및 질병구조	- 감염성 질환, 만성퇴행성 질환, 새로운 질환
의료정책 및 제도적 요인	- 건강보험 적용인구와 급여 범위 - 의료비 부담: 보험재정, 본인부담 - 진료비 지불방식: 행위별수가제 ³⁾ , 인두제 ⁴⁾ , 포괄수가제 ⁵⁾ - 건강증진 및 질병예방 프로그램
의료기술	- 새로운 진단 및 치료법 개발

1. 인구성장과 인구구조

인구성장과 인구구조는 국민의 보건의료서비스 수요에 큰 영향을 미친다. 그 이유는 성, 연령에 따라 요구되는 보건의료서비스의 내용과 양이 다르기 때문이다. 따라서 인구구조의 변화는 우리 국민의 보건의료서비스 수요를 양적, 질적으로 변화시킨다.

통계청의 인구추계에 따르면⁶⁾, 2017년까지 우리나라 전체 인구는 계속 증가하고 그 이후부터 감소하기 시작한다. 하지만 2030년과 2018년의 차이는 140여만명 정도이다. 또한 45세 이상의 장년층과 65세 이상의 노인인구가 차지하는 비중이 증가할 것으로 예측된다. 우리 사회는 2000년에 65세 이상 노인인구 비중이 7.2%로 이미 고령화 사회(ageing society)에 진입하였다. 2030년에는 24.3%로 증가하여 고령

-
- 3) 진료에 소요되는 약제 또는 진료비를 별도로 산정하고, 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하는 제도이다.
 - 4) 의료제공자가 공급한 서비스의 양에 상관없이 1인당 일정액을 미리 받는 제도이다.
 - 5) 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원 했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도이다.
 - 6) 통계청의 장래인구추계 2006을 참조하였으며, 이 연구에서는 대상 년도를 2000-2030년까지 한정한다.

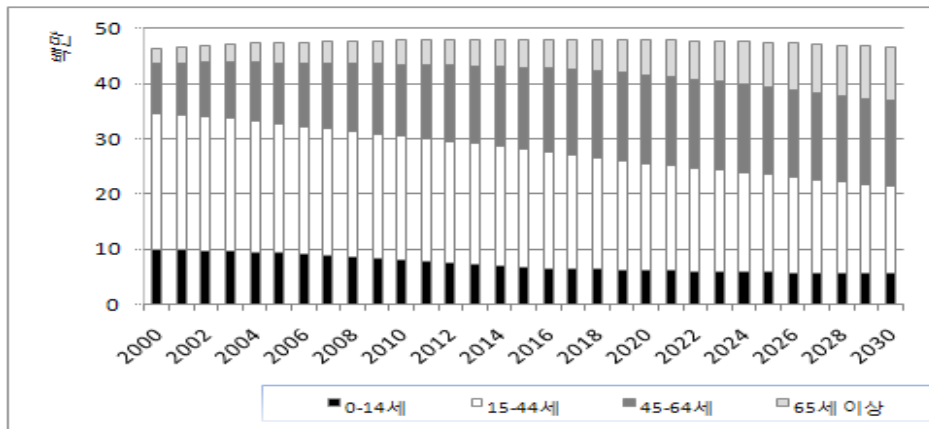
사회(aged society)를 맞이하게 된다. 이러한 급속한 인구구조의 변화는 평균수명 및 기대수명의 증가와 함께 출산율의 저조 때문이다. 2000년 합계출산율(가임여성 1명당)은 1.26에서 2005년 1.13으로 감소했다가, 2010년에는 1.16로 다소 증가하고 이후 2025년까지는 증가하는 것으로 추계되었다. 기대수명의 경우 2000년의 76.02세는 2025년엔 82.31세로 늘어나는 것으로 추계되었다. 그러나 그 비율은 2000년의 합계출산율을 회복하는 수준이다. 성별 구성비를 살펴보면, 2022년부터는 여성이 남성보다 많은 것으로 추계되었다.

〈표 II-4〉 가임여성 1인당 합계출산율과 기대수명의 변화 추이

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
합계출산율	1.26	1.13	1.16	1.18	1.22	1.26
기대수명	76.02	78.63	79.6	80.55	81.45	82.31

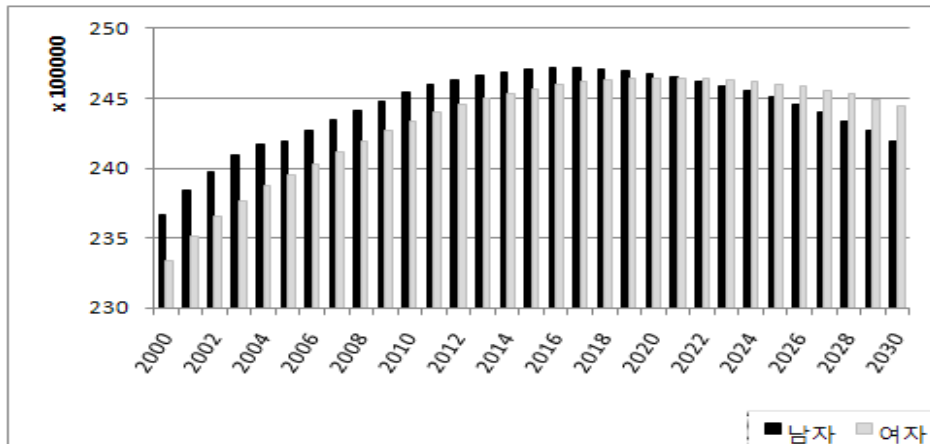
자료: 통계청, 장래인구추계 2006

[그림 II-1] 우리나라의 연령별 인구구조 변화



자료: 통계청, 장래인구추계 2006

[그림 II-2] 우리나라의 성별 인구구조 변화

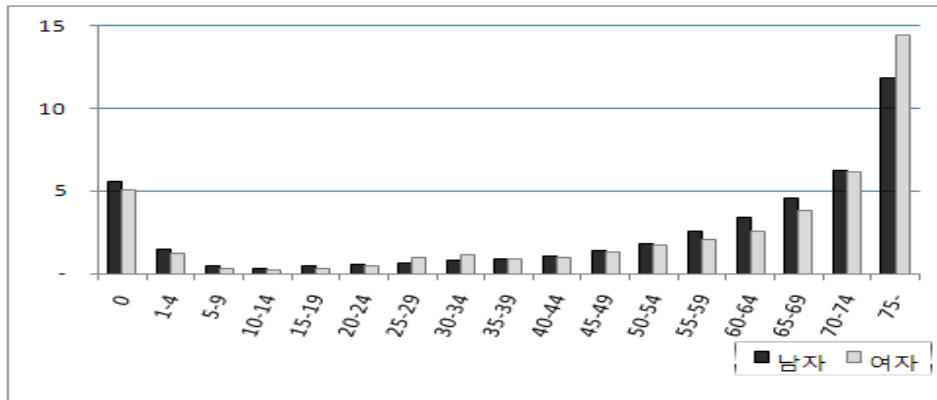


자료: 통계청, 장래인구추계 2006

우리 사회의 저출산, 고령화는 보건의료서비스 수요의 내용과 양에 영향을 미친다. 먼저 보건의료서비스의 양적인 측면을 살펴보면, [그림 II-3]과 [그림 II-4]에서와 같이 성, 연령별로 외래와 입원 수진횟수⁷⁾에 차이가 있다. 일반적으로 의료이용은 U자형을 나타내는 것으로 알려져 있다. 입원의 경우, 0세에 높았다가 1세 이후로 급격히 떨어지고 청소년기에 가장 낮았다가 다시 연령이 증가하면서 의료이용도 증가한다. 외래이용도 입원에서보다는 완만하지만 U자형 곡선을 그리고 있다. 따라서 인구성장과 함께 노인이 차지하는 비중이 증가할 경우, 전체 의료이용량은 보다 빠르게 증가하게 된다. 남녀간에도 의료이용에 차이를 보인다. 입원서비스에서는 여성이 임신·출산을 하는 시기인 25~34세 기간과 75세 이상 구간을 제외하고는 남성의 평균 내원일수가 높다. 외래서비스에서는 약간 다른 양상을 보인다. 14세까지는 남아의 외래 이용이 높고, 그 이후에는 여성의 수진횟수가 높다.

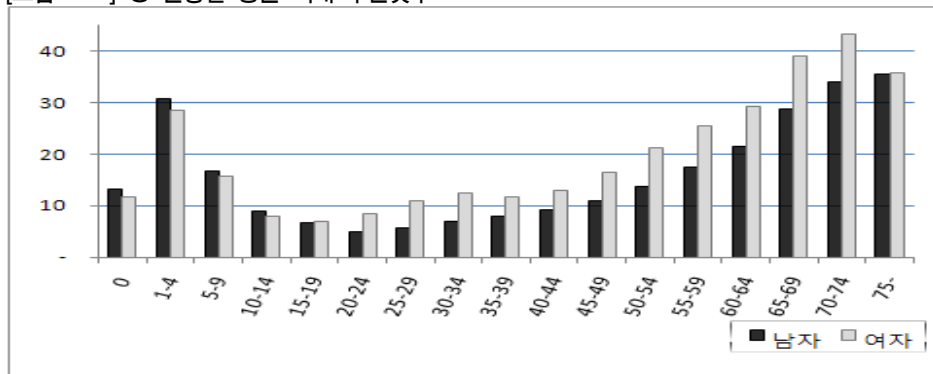
7) 수진횟수 = 연간 내원일수 / 연평균 가입자

[그림 II-3] 성·연령별 평균 입원 수진횟수



자료: 건강보험심사평가원, 『2008 건강보험심사평가통계연보』

[그림 II-4] 성·연령별 평균 외래 수진횟수

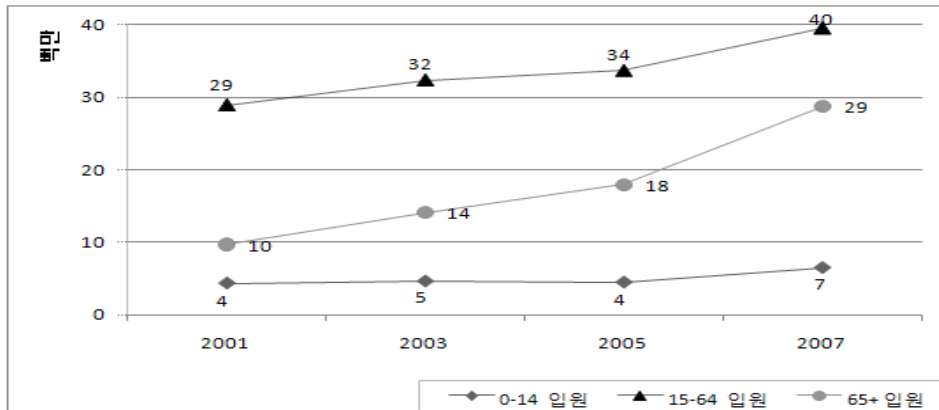


자료: 건강보험심사평가원, 『2008 건강보험심사평가통계연보』

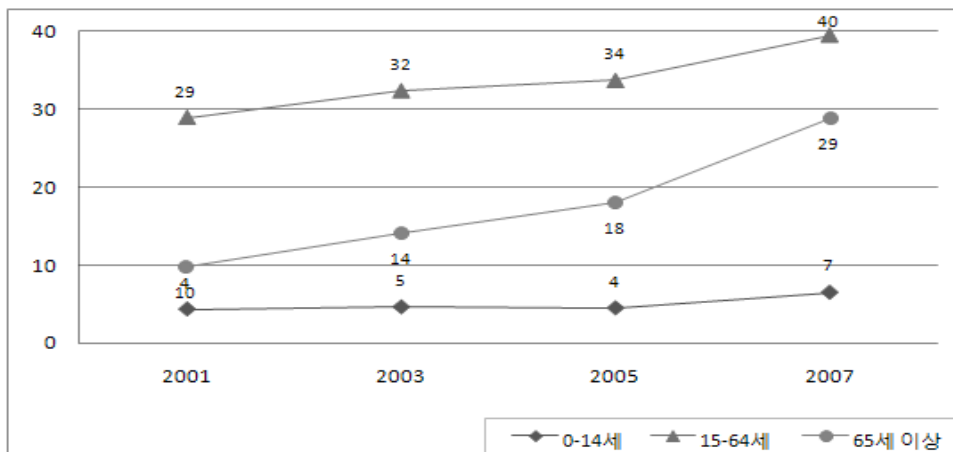
또한 [그림 II-5]에서 보듯이, 고령화 사회로 진입하면서 65세 이상 연령대에 있는 입원 환자의 내원일수⁸⁾가 급증하고 있다. 외래의 경우도 동일한 연령대의 외래 내원일수 증가 추세를 볼 수 있다.([그림 II-6]) 그러나 입원 내원일수가 외래 내원일수보다 더 급격한 증가 추세를 보이는 것은 노령 인구의 다빈도 질환의 특성과 관련 있을 것이며, 그 치료의 특성상 장기 요양이 필요한 것 과도 맥락을 같이 하는 것이라 보여진다.

8) 내원일수는 외래의 경우 의사 방문횟수, 입원의 경우는 입원일수를 말한다.

[그림 11-5] 연령대별 입원 내원일수



[그림 11-6] 연령대별 외래 내원일수



인구구조의 변화는 보건의료서비스의 내용에도 영향을 미치는데, 이는 연령에 따라 다른 건강문제를 가지고 있기 때문이다. 연령군에 따라 주요 사망원인과 질병별 이환율이 다르게 분포한다. 이에 따라 의료기관을 자주 이용하게 되는 다빈도 질환도 연령에 따라 다르게 나타난다. 예를 들어, 외래 의료이용이 높은 0~14세 아동과 65세 이상의 노인인구는 매우 상이한 건강문제를 가지고 있다. 아동이 외래를 이용하게 된 건강문제는 주로 급성 상기도 감염과 기타 급성 하기도 감염과 같은 호흡기계 질환으로 전체 소아 외래환자의 49.3%를 차지하고 있으며, 다음으로는 소화기계통의 질환이 12.4%를 차지하고 있다. 반면 노인인구는 호흡기 질환보다는 관절증,

근육장애 등 근골격계 및 결합조직의 질환이 전체 노인 외래환자의 35.1%를 차지하고 있다. 그 다음으로는 고혈압성 질환과 뇌혈관 질환과 같은 순환기 계통의 질환이 13.8%를 차지하고 있으며, 구강, 침샘 및 턱의 질환과 같은 소화기계통의 질환이 9.6%를 차지하고 있는 등, 만성퇴행성 질환이 차지하는 비중이 높다. 이로 인해 노인은 일상생활의 제한을 경험하게 되며, 이러한 제한은 노인에게 대한 장기적인 보호와 수발을 필요로 한다.

〈표 II-5〉 소아의 외래 다빈도 질환

상병분류	0세	1-4세	5-9세	10-14세	계	%
X. 호흡기 질환(J100-J99)	21,570	96,230	59,755	29,207	206,762	49.3
XI. 소화기 계통의 질환(K00-K14)	2,084	8,826	23,571	17,663	52,144	12.4
XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과(S00-T98)	595	5,227	8,647	12,654	27,123	6.5
VIII. 귀 및 유양돌기의 질환(H60-H95)	3,197	12,406	5,973	2,292	23,868	5.7
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환(A00-B99)	3,382	10,002	4,986	3,550	21,920	5.2
XII 피부 및 피부밑조직의 질환(L00-L99)	2,184	6,726	6,075	5,918	20,903	5.0

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『2008년도 환자조사보고서』

〈표 II-6〉 노인환자의 외래 다빈도 질환

상병분류	65-69	70-74	75-79	80+	계	%
XIII. 근골격계 및 결합조직의 질환(M00-M99)	76,582	66,916	42,247	26,598	212,343	35.1
IX. 순환기계통의 질환(I00-I99)	28,407	25,270	16,984	12,746	83,407	13.8
XI. 소화기계통의 질환(K00-K93)	24,103	17,040	10,339	6,825	58,307	9.6
X. 호흡기계통의 질환(J00-J99)	19,141	14,267	8,179	6,503	48,090	7.9
XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과(S00-T98)	13,853	9,935	6,087	4,028	33,903	5.6

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『2008년도 환자조사보고서』

2. 경제수준과 보건의료분야 지원

개인이나 국가의 경제수준은 보건의료 서비스 수요에 영향을 미치며 보건의료분야에 대한 정부의 지원 정도에 따라서 개인 소비자의 의료수요는 달라진다. 이에 대해서는 다음 제도적 변화에 따른 수요의 변화를 언급하는 부분에서 구체적으로 언급한다. 이곳에서는 국가별로 보건의료부문에 대한 공공지원이 어느 정도 이루어지고 있는지를 살펴보고, 이에 따른 국내의 의료서비스에 대한 수요는 어떻게 변하여 왔는지 살펴본다.

〈표 11-7〉 총 의료비 지출대비 공공지원 비율

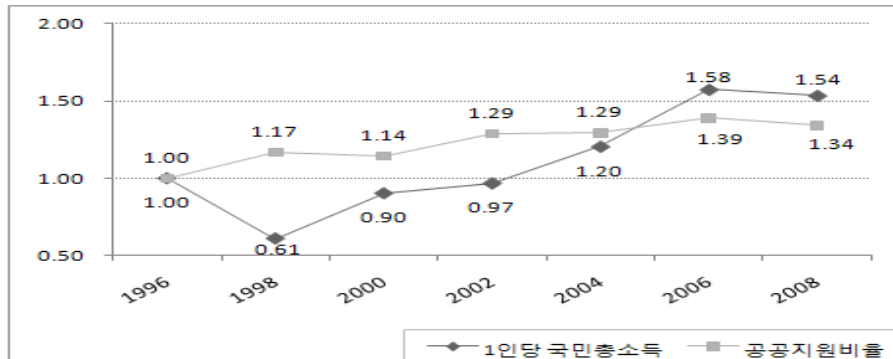
	(단위: %)					
	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Australia	66.2	65.8	66.8	66.9	66.6	67.5
Austria	73.4	73.9	76.8	76.1	75.9	76.4
Canada	74.5	71.4	70.4	70.3	69.8	70.0
Denmark	82.7	82.5	82.4	83.7	84.1	84.5
Finland	80.9	72.0	71.1	73.5	74.6	74.6
France	76.6	79.7	79.4	79.3	79.1	79.0
Germany	76.2	81.6	79.7	77.0	76.8	76.9
Greece	53.7	52.0	60.0	60.1	62.0	60.3
Iceland	86.6	83.9	81.1	81.4	82.0	82.5
Ireland	71.7	71.9	73.5	77.5	77.5	80.7
Italy	79.5	70.8	72.5	76.2	76.8	76.5
Japan	77.6	83.0	81.3	82.7	81.3	
Korea	36.5	36.3	44.9	52.1	54.6	54.9
Mexico	40.4	42.1	46.6	45.5	44.2	45.2
New Zealand	82.4	77.2	78.0	76.9	78.2	78.9
Norway	82.8	84.2	82.5	83.5	83.8	84.1
Spain	78.7	72.2	71.6	70.6	71.2	71.8
Sweden	89.9	86.6	84.9	81.6	81.6	81.7
Switzerland	52.4	53.6	55.4	59.5	59.1	59.3
United Kingdom	83.6	83.9	79.3	81.9	82.0	81.7
United States	39.2	44.9	43.2	44.4	45.2	45.4

자료: OECD Health Data 2009

<표 II-7>은 2009년 OECD Health Data를 바탕으로 주요 21개국의 총 의료비 지출대비 공공지원의 정도를 나타낸 것이다. 우리나라의 경우 2007년을 기준으로 해서 볼 때, 의료비 지출대비 공공지원의 정도는 54.9%이다. 우리나라는 1989년에 실시된 전국민 의료보험제도의 도입 이후 2001년에 처음 50%대에 진입하였고, 2007년까지 2003년의 49.8%를 제외하고는 공공부문의 지원은 전체 의료비의 50%대를 유지하고 있다. 그러나 전국민의료보험제도의 도입에도 불구하고 공공부문의 지원은 다른 국가들과 비교해 보았을 때 상당히 낮은 정도에 해당한다. 우리나라와 같이 보건의료에 대한 국가의 적극적 개입과 함께 민간의료와 공공의료가 혼합된 혼합보건의료제도를 채택하고 있는 호주와 독일은 각각 67.5%와 76.9%를 차지하고 있음을 볼 때, 우리나라의 공공지원 정도는 여전히 낮은 편에 속한다. 미국도 혼합보건의료제도를 채택하고 있는 것에 비해 공공부문의 지원이 45.4%를 차지하고 있어 타 국가에 비해 그리 높은 편은 아니다. 하지만, 우리나라보다 민간의료가 차지하는 비율이 훨씬 높다는 특성과 함께 의료서비스 비용이 국내보다 높은 의료시장의 특성을 가지고 있기 때문에 절대적 비교를 하는 경우 주의를 요한다. 이 밖에, 영국, 캐나다, 스웨덴, 이탈리아 등은 상대적으로 국가주도형의 보건의료 제도를 채택하고 있으며, 이들 국가 중 영국과 스웨덴 경우는 80%가 넘는 높은 수준의 공공지원이 행해지고 있다.

[그림 II-7]은 1996년의 수치들을 기준 1로 두었을 때, 1996년부터 2005년까지의 국내의 의료서비스 이용의 변화를 보여주고 있다. 국가 경제수준으로는 1인당 국민총소득을, 보건의료분야 지원은 국민의료비에서 공공부문(사회보험과 정부지원)에 해당하는 규모를 나타낸다. 국민소득과 공공부문 지원의 변화에 따라 의료이용량은 감소했다가 다시 회복하는 추세이다. 공공부문의 보건의료비 지출은 계속 증가하였다. 그러나 앞서 <표 II-5>에서 보았듯이 전체 의료비에서 공공부분이 차지하는 비중은 다른 OECD 국가에 비해서 여전히 낮다. 입원과 외래의 내원일수는 지속적으로 증가하였다. 1997년을 전후한 경제위기의 상황에서는 감소하는 국민소득에도 불구하고 공공부문의 국민의료비 지출이 감소하였으나 그 이전의 상황을 보면 국민소득의 증가와 더불어 공공지원이 꾸준히 증가하였고 지금도 증가 추세에 있다.

[그림 11-7] 국가 경제수준, 공공지원과 보건의료서비스 이용량과의 관계



자료: 1인당 국민총소득 - 국민계정, 통계청 자료
공공지원비율 - OECD Health Data 2007-2009

3. 제도적 요인

의료보험의 적용 또는 확대 실시는 소비자에게는 의료서비스에 대한 개인부담금의 감소로 가격의 하락을 의미하며, 가격하락은 소비자의 수요를 증가시킨다. 의료보험의 적용으로 인한 수요의 증가는 여러 가지 특성을 가지고 있으며 본인부담률의 정도에 따라서 수요에 미치는 영향이 다양하다. 일반적으로 의료서비스에 대한 개인부담률이 고정적이라면 고액진료의 경우 금전적으로 보다 큰 혜택을 누리는 결과를 초래하기 때문에 고액진료의 경우 수요량의 증가가 소액진료의 경우보다 더 높게 나타날 확률이 높다. 본인부담률이 클수록 서비스 가격변화에 따른 수요의 변화는 클 것이며 이와 반대로 본인부담률이 낮을 경우 수요의 가격탄력성은 상대적으로 낮아진다. 다시 말해서 본인부담률이 높을수록 소비자의 수요곡선에 자유시장 원리가 반영되어 의료서비스 가격변화에 따른 수요변화가 민감하게 나타나는 것이고, 이와 반대의 경우에는 의료서비스 가격이 큰 폭으로 증가하여도 본인 부담률이 낮은 상황에서는 서비스 가격에 수요가 이전의 경우처럼 민감하게 반응하지는 않는다는 말이다. 예를 들어, 의료제도에서 본인부담금이 0원이라고 한다면 이 경우 소비자는 의료서비스 이용에 대한 가격부담이 없기 때문에 가격은 수요를 결정하는데 아무런 영향을 미치지 않게 되며 이때 의료서비스 수요의 가격탄력성은 0이 된다. 결론적으로 의료보험의 적용은 의료수요를 증가시키며, 특히 고가의 의료서비스에 대한 수요를 상대

적으로 증가시키며 의료서비스 가격에 대한 소비자의 반응을 둔하게 하며, 이와 같은 여러 가지 작용 안에서 국민의료비를 상승시키는 경향이 있다. 우리나라에서는 ‘건강보험’과 ‘의료급여’ 두 가지의 의료보장 형태가 있으며 의료보장의 형태에 따라 의료서비스 이용형태에 차이를 보인다. 아래의 표는 2008년도의 의료이용량을 의료보장 형태에 따라 성 연령별 1인당 평균 수진횟수를 나타내고 있다. <표 II-8>과 <표 II-9>에서 보여주는 것과 같이 의료보장 형태(건강보험 vs 의료급여)에 따라 서비스 이용수준에 차이가 있다. 모든 연령층에서 의료급여 대상 환자의 입원과 외래 모두 상대적으로 높은 이용량을 보였다. 외래의 경우 비교적 1.5배에서 2배에 달하는 정도이지만 입원에서는 무려 50배(남자, 34-39세)의 차이를 보이기도 하였다. 이러한 차이는 두 집단이 서로 다른 건강문제를 가진 경우일 수도 있지만 전반적으로 진료비 부담의 차이에 따른 것으로 보인다.

〈표 II-8〉 건강보험과 의료급여 환자의 의료이용 비교

	입 원		외 래	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
0세	5.58	16.42	13.28	29.83
1-4세	1.44	3.94	30.75	32.98
5-9세	0.43	1.27	16.65	17.68
10-14세	0.30	0.94	8.96	11.02
15-19세	0.48	1.67	6.59	8.96
20-24세	0.55	4.80	4.81	7.87
25-29세	0.67	19.66	5.74	14.74
30-34세	0.76	36.41	6.85	21.22
34-39세	0.87	43.87	7.96	23.19
40-44세	1.06	43.45	9.18	24.55
45-49세	1.36	42.09	11.01	27.16
50-54세	1.83	45.83	13.79	29.98
55-59세	2.52	45.28	17.43	33.21
60-64세	3.37	37.71	21.42	36.16
65-69세	4.55	28.23	28.70	38.32
70-74세	6.26	21.92	34.12	40.82
75세이상	11.88	26.04	35.60	41.13

자료: 『2008 건강보험심사평가원통계연보』, 『2008 의료급여통계』

(남자, 1인당 연평균 수진횟수)

〈표 11-9〉 건강보험과 의료급여 환자의 의료이용 비교

(여자, 1인당 연평균 수진횟수)

	입 원		외 래	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
0세	5.07	14.66	11.70	26.43
1-4세	1.19	3.01	28.62	30.43
5-9세	0.33	0.99	15.71	17.10
10-14세	0.20	0.76	7.90	10.67
15-19세	0.29	1.15	6.81	9.93
20-24세	0.50	3.38	8.40	11.76
25-29세	0.93	13.99	10.94	19.47
30-34세	1.18	16.30	12.50	22.99
34-39세	0.84	14.34	11.80	23.99
40-44세	0.94	14.71	12.85	26.74
45-49세	1.34	18.30	16.51	32.51
50-54세	1.73	22.53	21.24	39.56
55-59세	2.07	21.25	25.47	44.50
60-64세	2.58	16.98	29.36	47.69
65-69세	3.83	14.30	39.00	49.60
70-74세	6.17	16.05	43.21	50.46
75세이상	14.46	28.44	35.82	41.98

자료: 『2008 건강보험심사평가통계연보』, 『2008 의료급여통계』

제3절 보건 의료이용의 변화

본 절에서는 의료보장 적용인구에 대한 19년간(1990-2008년)의 의료서비스의 이용량을 분석하여 추이를 파악하였다. 의료서비스 이용량은 입원과 외래를 구분하여 연평균 의료보장 형태별료(건강보험 vs 의료급여) 1인당 수진횟수(총내원일수/연평균 적용인구)를 각기 지표로 파악하여, 성·연령에 따라 의료서비스 이용량의 변화를 살펴보았다.

1. 총 의료이용량의 변화 (1990-2008년)

1990년부터 2008년까지의 의료보장 인구에 대한 의료서비스 이용량의 변화추이를 건강보험과 의료급여 적용대상을 구분하고 1997년부터 전년대비 서비스 이용 증가율과 더불어 연속적으로 보여주고 있다. 국민건강보험 적용자의 경우, 이 기간 동

안 외래와 입원 의료서비스 이용량은 건강보험적용인구의 증가와 더불어 꾸준한 증가추세를 보여 왔다.

1998년의 의료이용량을 살펴보면, 전년대비 의료 이용량의 변화가 외래의 경우 0.6% 증가한 반면, 입원 0.34% 감소하였다. 이는 건강보험 적용인구의 증감과 관련이 있을 수 있다. 건강보험 적용인구의 변화 추이를 살펴보았을 때, 전반적으로 증가추세에 있음에도 불구하고 1998년에 전년대비 적용인구가 감소한다. 이러한 건강보험 적용인구의 감소는 건강보험 적용인구를 바탕으로 산출된 총 의료 이용량의 감소를 초래하였을 수도 있으며, 이로 인해 1998년도의 전년대비 의료이용량 증감율이 타 년도에 비하여 상대적으로 작게 나타난 것일 수도 있다. 이 외에도 앞서 언급한 바와 같이 1997년 IMF 경제위기가 전반적인 의료수요의 감소를 초래한 것으로도 해석할 수도 있다. 반면에 1999년은 외래, 입원 모두 이용율이 각각 14.1%, 8.8% 급증하였다. 이는 전년도 의료이용량이 경제위기로 인하여 감소하였다가 다시 원래 추세로 돌아오는 과도기적 상황에서 상대적으로 높은 증가율을 보인 것으로 해석된다.

이처럼 갑작스런 증가율은 외래의 경우 2001년과 2002년에 발생하였고, 이후에는 안정세를 취하는 것을 볼 수 있다. 2000년도에 의약분업이 실시되면서 다시 의료서비스의 이용량이 큰 폭으로 상승하였고, 또한 앞서 설명한 바와 같이 약국에서 흡수하던 의료이용자들이 병원기관의 외래환자로 이동된 현상을 반영한 것으로 보인다. 반면 입원의 경우는 2004년의 4.1%의 증가폭 외에는 대부분 5%~17% 사이의 갑작스런 증가율을 보이고 있다.

〈표 II-10〉 연도별 입원과 외래 의료이용량-건강보험-

(단위: 천일, %)

연도	적용인구	외래	증가율	입원	증가율
1990	40,180,023	285,342	-	24,912	-
1995	44,015,900	372,909	-	33,347	-
1997	44,925,068	423,166	-	36,998	-
1998	44,472,127	425,692	0.6	36,872	-0.34
1999	45,183,951	485,692	14.09	40,119	8.81
2000	45,895,749	502,363	3.43	40,597	1.19
2001	46,379,161	562,601	11.99	42,915	5.71
2002	46,659,476	610,787	8.56	45,693	6.47
2003	47,102,786	628,626	2.92	51,047	11.72
2004	47,371,992	645,948	2.76	53,119	4.06
2005	47,392,052	667,823	3.39	56,093	5.6
2006	47,409,600	696,917	4.36	63,463	13.14
2007	47,819,674	712,589	2.25	74,838	17.92
2008	48,159,718	724,038	1.61	83,920	12.14

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1990-1999.

건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008.

다음의 표는 의료급여대상자의 서비스 이용변화를 나타내고 있으며, 적용인구는 1998년-1999년에 잠시 증가추세를 보인 것을 제외하고는 1990년대에는 꾸준히 감소했다. 반면 서비스 이용량은 빠른 속도로 증가했음을 알 수 있다. 특히 1999년의 전년대비 증가폭이 30%를 웃도는 증가를 보여주고 있다. 의료급여 적용인구의 감소는 2002년까지 계속되다가 2003년부터 다시 증가추세에 있다. 2000년대의 서비스 이용량을 살펴보면, 외래의 경우 계속적으로 증가하던 이용량이 2002년에 접어들면서 증가의 속도가 조금은 둔화되다가 2004년부터 다시 증가하기 시작했으며, 최근 2년 동안은 감소했음을 볼 수 있다. 입원의 경우도 비슷한 사이클을 보여주는데, 2000년을 기점으로 증가속도가 눈에 띄게 둔화되었다가, 2003년을 기점으로 다시 증가추세에 있다 최근 2년 동안은 증가세가 둔화되었다.

〈표 II-11〉 연도별 입원과 외래 의료이용량 (의료급여)

(단위: 천일, %)

연도	적용인구	외래	증가율	입원	증가율
1995	1,413,141	16,899	-	7,267	-
1997	1,163,687	18,515	-	9,071	-
1998	1,322,696	19,643	6.09	10,646	17.36
1999	1,636,629	27,232	38.63	14,165	33.05
2000	1,570,009	31,403	15.32	17,157	21.12
2001	1,502,986	34,950	11.30	17,718	3.27
2002	1,420,539	37,518	7.35	18,510	4.47
2003	1,453,786	37,372	-0.39	20,125	8.73
2004	1,528,843	40,725	8.97	22,741	13.00
2005	1,761,565	46,897	15.16	26,436	16.25
2006	1,828,627	53,700	14.51	29,709	12.38
2007	1,852,714	52,533	-2.17	31,624	6.45
2008	1,841,339	52,016	-0.98	33,866	7.09

자료: 국민건강보험공단, 『의료급여통계』, 1995-2008.

2. 1인당 입원과 외래 의료 이용량 변화

다음의 표는 건강보험과 의료급여 적용환자의 연평균 1인당 의료이용량을 보여준다. 외래의 경우, 1999년과 2001년에 각각 12.30%, 10.82% 수준으로 큰 폭 상승하였고, 1997년에서 2008년까지 전년대비 꾸준한 증가추세를 보여주고 있다. 이는 의약분업 직후인 2001년도에 전년대비 이용량의 11%의 증가를 보여 오다가 2002년에 접어들어서는 8%, 이후에는 0.9%~4.3%의 증가속도를 나타내는 등, 의약분업에 의한 증가의 속도가 점차 둔화되는 것을 볼 수 있다. 입원의 경우는 2000년에 소폭 감소(-0.38)했으나 그 외에는 모두 증가세를 보여주고 있다. 특히 2003년에는 10.67% 큰 폭으로 증가했으며, 최근 2년 동안도 16.91%, 11.34%로 큰 폭 증가했다. 입원의 경우는 의약분업 바로 직후(2001년)보다 2002년과 2003년도에 증가율이 더 상승한 것을 볼 수 있다. 이는 의약분업이 입원보다는 외래에 보다 직접적으로 영향을 미치는 것으로 분석된다.

의료급여 적용자의 이용량 변화추이를 보면 건강보험의 경우와는 조금 상반된 양

상을 보이고 있다. 2000년에 건강보험 적용환자의 의료이용 수준이 전년대비 소폭으로 변화한 반면, 의료급여적용자의 경우 외래의 경우 20.21%, 입원의 경우 26.26% 등 20%를 상회하는 증가율을 보였다. 2006년도에도 외래, 입원 모두 큰 폭의 상승을 보여주었다. 외래의 경우는 2001년의 16.26%, 2002년의 13.58% 등 2000년에서 2002년까지 큰 폭의 상승을 보여주었으나, 최근 2년 동안은 감소 추세를 보이고 있다. 반면, 입원은 1997년 이후 꾸준히 증가 추세를 보여주고 있다.

〈표 II-12〉 1인당 의료이용량: 건강보험

(단위: 수진횟수, %)

연 도	외 래	증 가 율	입 원	증 가 율
1990	7.10	-	0.62	-
1995	8.47	-	0.76	-
1997	9.42	-	0.82	-
1998	9.57	1.62	0.83	0.67
1999	10.75	12.30	0.89	7.09
2000	10.95	1.83	0.88	-0.38
2001	12.13	10.82	0.93	4.61
2002	13.09	7.91	0.98	5.83
2003	13.35	1.95	1.08	10.67
2004	13.64	2.17	1.12	3.47
2005	14.09	3.34	1.18	5.55
2006	14.70	4.32	1.34	13.1
2007	14.90	1.37	1.57	16.91
2008	15.03	0.89	1.74	11.34

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1990-1999.

건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008.

〈표 II-13〉 1인당 의료이용량: 의료급여

(단위: 수진횟수, %)

연 도	외 래	증 가 율	입 원	증 가 율
1995	11.96	-	5.14	-
1997	15.91	-	7.80	-
1998	14.85	-6.66	8.05	3.25
1999	16.64	12.04	8.65	7.53
2000	20.00	20.21	10.93	26.26
2001	23.25	16.26	11.79	7.87
2002	26.41	13.58	13.03	10.53
2003	25.71	-2.67	13.84	6.24
2004	26.64	3.62	14.87	7.45
2005	26.62	-0.06	15.01	0.89
2006	29.37	10.31	16.25	8.26
2007	28.35	-3.45	17.07	5.06
2008	28.25	-0.37	18.39	7.75

자료: 국민건강보험공단, 『의료급여통계』, 1995-2008.

3. 성별에 따른 입원과 외래 의료 이용량 변화

<표 II-14>는 건강보험적용인구 전체의 성별에 따른 외래와 입원의 의료이용량을 나타낸다. 성별 의료이용량의 변화 추이를 비교해 보면 입원의 경우 수요량의 차이가 그리 크지는 않지만 2004년까지 입원 의료서비스의 경우 남자의 수요량이 여자의 수요량보다 많은 것을 알 수 있으며 2005년부터는 여자의 수요량이 남자의 수요량을 추월하는 양상을 보이고 있다. 이는 [그림 II-8]에서 보여주듯이 2002년을 제외하고는 여성의 입원이용량의 증가율이 남성의 이용량 증가율을 앞서면서 남녀간의 입원수요량의 차이가 좁혀졌음을 알 수 있다. 또한 연평균 입원 이용량은 남녀간의 거의 차이가 없는 대략 5.2%이다.

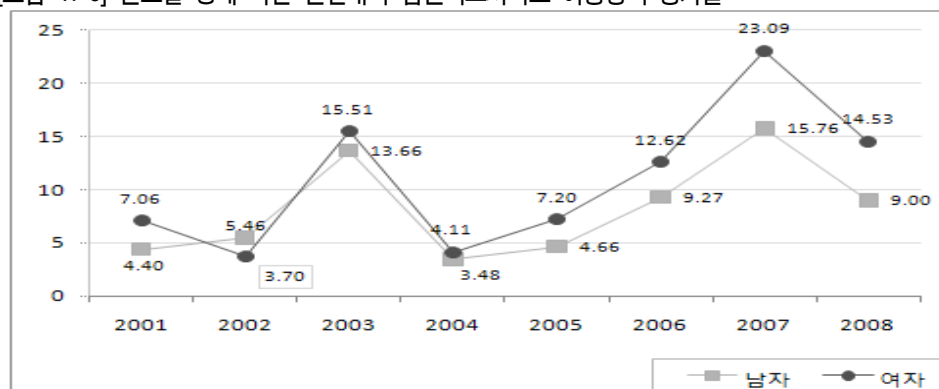
〈표 11-14〉 연도별 성에 따른 입원과 외래 의료이용량: 건강보험

(단위: 천일)

	입원		외래	
	남자	여자	남자	여자
1990	12,660	12,252	132,023	153,319
1995	17,090	16,257	170,222	202,688
2000	20,646	19,951	220,337	282,026
2001	21,555	21,360	242,330	320,270
2002	22,732	22,150	258,691	344,547
2003	25,838	25,585	271,382	366,547
2004	26,738	26,636	276,525	374,221
2005	27,983	28,554	283,509	386,273
2006	30,577	32,157	295,071	401,192
2007	35,396	39,583	302,484	413,051
2008	38,583	45,336	305,622	418,416

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1990-1999.
건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008
건강보험 성별 급여실적(2004-2007), 통계청

[그림 11-8] 연도별 성에 따른 전년대비 입원의료서비스 이용량의 증가율

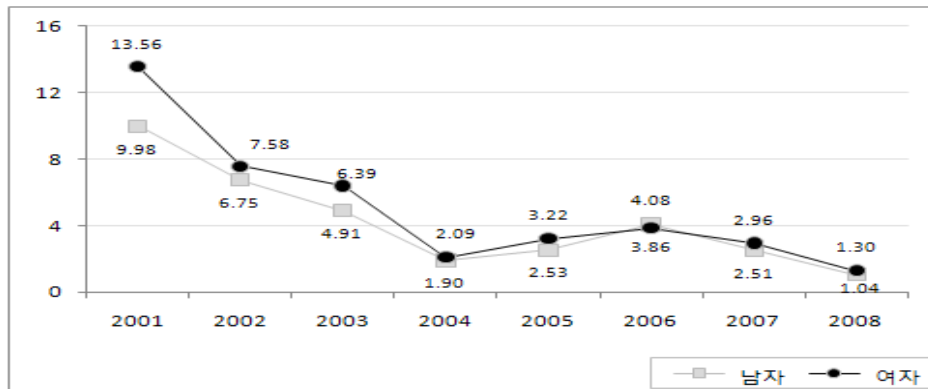


자료: 건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008
건강보험 성별 급여실적(2004-2007), 통계청

반면에 외래의 경우 성별로 의료서비스 수요량의 차이가 입원보다 뚜렷하며 남녀 간의 차이는 해가 갈수록 증가한다. 외래의 경우 절대적인 서비스 수요량도 여성이 많을 뿐더러 증가율 또한 남성의 경우보다 커서 수요량의 차이를 더욱 심화시키고 있다. 전체적으로 분석해 볼 때, 여성의 의료 이용량이 남성의 경우보다 상대적으로 빠른 속도로 증가하고 있다. 이러한 성에 따른 의료수요의 차이 또한 수요분석의 도

입부분에 언급된 여러 가지 사회/경제/제도적 변화와 연관시켜 분석해 볼 수 있다.

[그림 II-9] 연도별 성에 따른 전년대비 외래의료서비스 이용량의 증가율



자료: 건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008
건강보험 성별 급여실적(2004-2007), 통계청

4. 연령에 따른 입원과 외래 의료 이용량 변화

<표 II-15>은 건강보험 적용인구의 연령별 입원과 외래 의료서비스 이용량을 나타낸다. 이 표가 나타내는 연령군은 0세부터 5세단위로 세분화된 그룹의 의료이용량을 크게 노동인구와 비 노동인구로 나누고 비 노동인구를 다시 유아와 노인인구로 나누는 것이다. 총 의료 수요를 분석함에 있어서 이와 같은 세분화는 사회 전체로 볼 때 노동인구와 비 노동인구간의 의료수요의 차이를 살펴볼 수 있으며 또한 비 노동인구 중에서 유아 및 청소년층과 노년층의 의료수요 패턴을 분석할 수 있다. 아래 표와 그림에서 알 수 있듯이 입원의 경우 65세 이상의 노인 인구층의 의료수요가 상대적으로 급증하고 있음을 알 수 있다. 이는 사회가 전체적으로 고령화 추세에 접어들면서 노인 인구층이 확대됨에 따른 수요의 증가로 보여진다. 15~64세 연령군의 의료서비스 수요 또한 꾸준히 증가 추세에 있는 반면에 0~14세 연령군의 의료 서비스 수요는 거의 변화가 없는 것으로 나타났다. 이는 전체적인 인구증가에도 불구하고 출생률이 감소함에 따라 해당연령군의 인구분포가 상대적으로 낮기 때문일 것으로 추정된다.

외래의 경우를 살펴보면 세 그룹 모두가 증가추세를 띄고 있으며 노동인구에 해

당하는 15~64세 그룹의 증가폭이 상대적으로 큰 반면에 0~14세 연령군의 증가추세가 가장 미미하다는 것을 볼 수 있다.

〈표 II-15〉 연령별 입원과 외래 의료이용량: 건강보험

(단위: 천일)

	0~14세		15~64세		65세 이상	
	입원	외래	입원	외래	입원	외래
1990	3,830	104,728	18,475	164,851	2,607	15,763
1991	3,684	103,157	19,553	163,531	3,018	16,842
1992	3,881	106,603	20,699	169,709	3,356	18,930
1993	4,159	120,287	21,113	179,803	3,647	21,612
1994	4,121	120,244	22,016	186,185	4,018	24,416
1995	4,176	133,256	24,301	209,900	4,870	29,754
1996	4,332	139,268	25,769	223,500	5,527	35,061
1997	4,413	145,949	26,515	236,612	6,070	40,605
1998	4,014	137,767	26,359	241,542	6,499	46,356
1999	4,414	151,172	27,957	273,597	7,749	60,923
2000	4,054	148,081	27,910	287,212	8,633	67,071
2001	4,326	156,987	28,908	327,333	9,681	78,281
2002	4,252	157,249	29,945	361,677	11,496	91,862
2003	4,616	145,943	32,362	379,636	14,068	103,047
2004	4,567	142,249	32,878	390,506	15,675	113,193
2005	4,475	136,935	33,675	406,234	17,943	124,654
2006	5,841	139,244	35,979	422,181	21,643	135,492
2007	6,519	132,949	39,568	431,042	28,752	148,598
2008	6,514	129,612	41,635	428,198	35,772	166,230

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1990-1999.
건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008.

제4절 보훈의료제도의 대상 및 전달체계

국가를 수호하다가 부상을 입었거나 가족을 잃은 국가유공자와 그 유가족에 대한 의료복지사업은 세계 각국에서 공히 국가의 기본적인 임무로 국가복지 차원에서 중점적으로 추진하는 역점사업의 하나이다(조상희·전성훈, 2003:128).

우리나라의 보훈의료제도는 1950년 6·25 전쟁 발발 후 상이군경에 대한 보상을 중심으로 1961년 군사원호청이 발족하면서 발전의 기틀을 마련하였다. 이후 다양한 의료욕구를 충족시키기 위해 1962년 원호병원(1957년 구호병원이 전신)을 개원하여 우리나라 최초의 보훈의료를 시작하였으며 1983년 현재의 서울 보훈병원 자리로 이

전하였다. 이어 1984년 부산보훈병원 개원을 선두로 1987년 광주보훈병원, 1993년 대구보훈병원, 1997년 대전보훈병원의 개원으로 전국 5대 보훈병원 체계를 갖추게 되었고, 1986년 제주지역 2개 병원으로 시작된 위탁병원은 현재 전국에 300여개로 확대, 지정·운영하며 전국적인 보훈의료서비스망을 구축하였다.

1994년 도서, 벽지에 주거하는 보훈대상자들을 방문하여 의료서비스를 제공하고 자 이동진료제도를 시행하고 있으며, 2001년 가정간호제도, 2010년부터는 이를 통합, 보완할 수 있는 Bohun-THIS (Total Healthcare Integration Service)를 시범실시하여 고령화되고 있는 보훈대상자들에게 찾아가는 서비스로서 예방·치료·요양을 포함한 개인별 맞춤형 서비스를 제공하고자 노력하고 있다.

1. 보훈의료제도의 대상 및 범위

보훈의료 지원은 국비진료와 유가족 등의 보훈병원 감면진료를 제공하고 있다. 국비비용으로 행하여지는 의료지원 대상은 독립유공자 및 국가유공자 중 전상군경, 공상군경, 4.19혁명 부상자, 공상공무원, 특별공로상이자 그리고 5.18민주유공자 중 부상자, 고엽제후유의증 환자, 특수임무 중 부상자 등이다. 국가의 의무적 의료보장 대상은 아니지만 보훈병원을 이용할 경우에 그 진료비 일부를 감면받을 수 있는 경우는 독립유공자·국가유공자·5.18민주유공자·특수임무수행자의 유족 및 가족, 국비가료대상이 아닌 국가유공자(4.19혁명 공로자, 무공·보국수훈자, 국가사회발전특별공로자), 5.18민주유공자(기타 희생자), 특수임무수행자(공로자), 참전유공자, 20년 이상 장기복무 제대군인(2006년 5월부터 10년 이상으로 범위 확대) 등이다(국가보훈처·한국보건사회연구원, 2007: 71-72).

최근 의료지원 범위는 상이처 치료에 대한 국가책임이라는 개념에서 건강관리라는 적극적 개념으로 변화하고 있다. 또한 의료보장 대상의 확대와 노인성 만성질환, 고령화로 인해 의료서비스 이용기간이 장기화 되고 있는 추세이다. 의료서비스 내용에 있어서는 질병치료에서 전쟁 후유증(Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD), 고엽제 등 특수질환, 장기요양 등으로 확대되는 가운데 특히 고령화 사회의 진입으로 인한 재정부담이 급증하면서 보훈의료서비스 내용의 변화를 요구받고 있다. (보훈제

도와 일반사회복지제도 연계방안 연구 p. 131)

보훈관련 법률상의 보훈의료대상 일정소득에 미달하는 저소득자에 대해서 의료혜택을 주거나 진료비 일정비율의 감액제도 등을 시행하고 있다. 다음의 <표 II-16>은 보훈관련 법률상의 의료대상을 정리한 것이다.

<표 II-16> 보훈의료대상

법률	독립유공자법	국가유공자법	5·18 민주유공자법	특수임무수행자법	참전유공자법	고엽제지원법	제대군인지원법
대상	독립유공자	국가유공자	5·18민주유공자	특수임무수행자	참전유공자	고엽제후유의증환자	경상이제대군인
유족범위	배우자, 자녀, 손자녀, 자부(45.8.15입적)	배우자, 자녀, 부모, 조부모, 미성년제매			유족불인정		
의료보호	- 애국지사, 상애자: 전액 국비 (보훈·위탁병원) - 기타, 유가족: 30~60%감면 (보훈병원)	75세 이상 유족, 선순위 1인 위탁병원진료비 60% 감면			75세 이상 위탁병원진료비 60% 감면	본인: 전액국비 (보훈·위탁병원)	본인: 상이처 진료에 한해 국비

자료: 국가보훈처·한국보건사회연구원(2007: 73)에서 재수정

보훈의료는 상이처 등에 대한 국비진료와 유족들에 대한 보훈병원 감면진료를 제공하고 있다. 구체적인 의료지원 범위에 대해 정리한 것이 다음의 <표 II-16>이다.

<표 II-17> 의료지원 내용과 대상

사업구분	적용대상	범 위
의료지원	애국지사 및 전·공상군경, 5·18민주부상자 등 상이자	상이처 등 모든 질환
	기타 국가유공자 본인 및 유족 참전유공자, 제대군인	가료에 대한 진료비 감면
보철구	전·공상군경 등 상이자	신체부위에 적합한 보철구 지급(41종)
의료급여증	저소득자	1종 의료급여증 활용
보철용치량	전공상 군경 등 상이자	특별소비세 지방세면세 고속도로통행료감면 등
고엽제 환자 진료	고엽제후유의증 환자	후유의증질환 등 합병증

자료 : 국가보훈처 내부자료

특히, 국가보훈 정책 중에서 보훈의료 부분의 비중이 높게 차지하고 있는 것은 독립유공자와 6·25참전유공자 등 많은 보훈대상자들이 고령화나 신체적 장애로 인하여 요양성이나 상이처 등의 질병을 갖고 있기 때문이다.

〈표 II-18〉 국가유공자의 연령분포별 변화추이

(단위: 명, %)

구 분	1988년	1990년	1994년	1996년	1998년	2000년	2002년	2003년	2004년
30세 미만	5,521 (3.4)	4,836 (2.8)	5,169 (2.8)	4,868 (2.5)	3,525 (1.7)	4,599 (2.1)	5,010 (2.0)	5,285 (2.0)	4,596 (1.7)
30~39	10,196 (6.2)	8,164 (4.7)	8,595 (4.6)	8,829 (4.6)	8,297 (4.1)	9,237 (4.3)	9,720 (3.9)	9,592 (3.7)	8,831 (3.3)
40~49	21,134 (12.9)	22,149 (12.9)	24,641 (13.2)	23,457 (12.2)	17,875 (8.8)	20,207 (9.3)	21,672 (8.7)	21,874 (8.5)	19,553 (7.3)
50~59	63,662 (38.7)	46,484 (27.0)	37,480 (18.6)	35,684 (18.6)	37,852 (18.7)	42,094 (20.8)	55,160 (22.2)	59,652 (23.0)	54,099 (20.2)
60~69	33,180 (20.2)	60,051 (34.9)	83,110 (44.2)	86,228 (45.0)	71,439 (35.4)	76,850 (35.4)	63,941 (25.7)	57,251 (22.1)	54,203 (20.1)
70세 이상	30,761 (18.7)	30,464 (17.7)	28,829 (15.4)	32,717 (17.1)	63,006 (34.3)	64,118 (29.5)	93,271 (37.5)	105,191 (40.6)	127,196 (47.4)
전 체	164,454	172,148	187,824	191,783	201,994	217,105	248,774	258,845	268,478

전체 보훈대상자의 87.7%가 50세 이상이며, 평균연령은 2004년 기준 67.6세로 고령화되어 있음을 알 수 있다. 연령의 변화를 살펴보면 6.25전쟁과 관련된 국가유공자의 연령대가 1988년에 50-59세가 63,662명으로 가장 많으나 1996년에는 이 연령층이 60-69세 층으로, 2004년에는 70세 이상의 연령층으로 계속 전환되고 있음을 알 수 있다. 1988년 월남 파병세대도 마찬가지로 40-49세에 속해 있던 연령층들이 2004년에는 50-59세와 60-69세의 연령층으로 포함됨에 따라 이 연령층이 높은 비중을 차지하고 있으며, 전체대상자 중 1988년에는 33,180명(38.9%)에 불과하던 60세 이상의 고령층이 1994년에는 83,110명(59.6%), 1996년 이후에는 거의 62.1% 이상을 차지하고 있다. 특히 70세 이상의 고령층이 차지하는 비율은 1988년 18.7%에서 1996년까지는 크게 변화하지 않았으나 1998년 34.3%로 크게 증가된 이후에는 계속 그 비중이 높아지고 있다(김성옥, 2007: 26).

이러한 보훈대상자들의 고령화는 노인 요양성 환자의 급증으로 이어져 보훈의료 환경의 변화를 요구하고 있으며, 보훈의료의 본래 취지인 상이군경들을 위한 “의료 재활”이라는 특수성이 크게 위협받고 있는 실정에 놓이게 되었다고 할 수 있다. 즉, 이제 보훈의료는 본래 목적을 유지하면서 보훈의료에 놓여진 현실에 발맞추어 보훈 의료체계 전반의 합리적 정비 방향에 대한 제시가 필요한 시점이다.

2. 보훈의료서비스 전달체계

우리나라의 보훈의료 서비스는 위에서 기술해 온 것과 같이 5개 보훈병원을 중심으로 서비스가 전달되고 있다. 하지만 현재 보훈병원은 보훈대상자의 치료를 담당하여 건강한 생활을 영위하게 하는 전문병원이지만, 병원행태는 2차 진료기관에 해당되고 있어 보훈대상자의 건강한 생활과 재활치료를 목적으로 하는 전문병원으로서의 역할을 다해내지 못하고 있다(임인중·남윤미, 2004: 8-9)는 지적을 받고 있다. 이에 한국보훈복지의료공단에서는 전국의 위탁병원을 제1차 진료기관으로 5개 보훈병원은 제2차 진료기관으로 지정하고, 현재 건립 중에 있는 서울보훈중앙병원(가칭)을 제3차 진료기관으로 하는 체계 정비를 계획하고 있다. 다음 <표4>는 보훈병원의 병상운영현황에 대해 정리한 것이다.

<표 II-19> 보훈병원의 병상운영현황

(단위:병상)

구분	계	서울	부산	광주	대구	대전
합계	2,710	820	540	500	500	350
국비(65%)	1,804	600	324	300	350	230
사비(35%)	906	220	216	200	150	120

자료: 국가보훈처·보훈교육연구원(2008: 39)

3. 국가보훈대상자 의료지원 규정

〈표 II-20〉 국가부훈대상자 의료지원 규정

구분	정의	대상자	범위	지원비용	종류
국비진료	국가가 진료에 소요되는 비용을 부담하는 진료	전상군경, 공상군경 4·19혁명 부상자 공상공무원 특별공로상이자 애국지사 5·18민주화운동부상자 6·18자유상이자 요건미달 전공상군경(지원대상자) 특수임무부상자	상이처(합병증 포함) 및 질병(부상포함)	전액 국비부담 보훈병원 진료 이외에는 건강보험가입 자 또는 피부양자 또는 의료급여 수급권자는 본인부담금 전액 약국 약제비 전액	보훈병원 진료 위탁진료 응급진료 통원진료 전문위탁 진료
		고엽제후유의증환자 중 장애등급판정자 고엽제후유증2세 환자 중 장애등급 판정자	부상을 포함한 모든 질병 -진료제외 질병 -본인의 고의 또는 과실 -타인에 의한 위해 -유전(2세환자 제외) -군복무전 발생된것		
		고엽제후유의증환자, 고엽제·후유증2세환자중등의 판정자	고엽제후유의증 고엽제후유증 2세 인정 질병 및 그로인한 합병증		
		경상이 제대군인(등외판정자)	상이처와 그로인한 합병증		
감면진료	국가가 진료에 소요되는 비용 일부를 부담하는 진료	국비진료대상이 아닌 국가유공자	식대, 전혈료 및 혈액성분제재료, 치료재료대, 보철구대, 진단서 등 증명서발급에 따른 수술, 상급병실	본인부담진료 비의 60%(단, 재일학도의용 군은 면제)	보훈병원 감면진료 위탁병원 감면진료
		국가유공자등의 유가족		본인부담진료 비의 60%	
		특수임무수행자의 유가족		본인부담진료 비의 60%	

	5·18민주유공자와 유가족	이용비용, 치과의 보철재료대를 제외한 진료비용 약국약제비는 본인부담금의 60%	본인부담진료 비의 30~60%
	참전유공자		본인부담진료 비의 60%
	창군자 및 장기복무 제대군인		본인부담진료 비의 50%

4. 보훈대상자의 개념

가. 국비진료대상자

① 국비진료대상자의 정의

국비진료대상자란 보훈법령에 의하여 국가가 진료에 소요되는 비용을 부담하는 진료대상자를 말한다. 이를 구체적으로 열거하면, 애국지사, 전상군경, 공상군경, 4·19혁명부상자, 국가사회발전특별공로상이자, 공상공무원, 5·18민주화운동부상자, 6·18자유상이자, 지원공상군경, 지원공상공무원, 고엽제후유의증환자 또는 고엽제후유증 2세 환자, 특수임무부상자, 제대군인 등을 말한다.

② 국비진료의 종류

국비진료의 종류는 보훈병원, 위탁진료, 응급진료, 통원진료, 전문위탁진료 등으로 나뉜다.

- 보훈병원 진료: 보훈병원에서의 입원진료 또는 외래진료
- 위탁진료: 보훈병원과 위탁진료계약을 체결한 병원에서의 입원진료 또는 외래진료
- 응급진료: 불의의 재해나 위급한 상황에서 생명의 보전 또는 중대한 합병증을 예방하기 위하여 개설된 의료기관에서의 응급진료
- 통원진료: 개설된 의료기관(보훈병원 또는 위탁병원은 제외한다)에서 입원하지 않고 왕래하며 받는 외래진료

- 전문위탁진료: 특수질환 등으로 보훈병원 진료가 곤란한 경우에 보훈병원장이 개설된 의료기관에 진료 위탁을 의뢰하여 받는 입원진료 또는 외래진료

③ 국비진료지원의 범위

국비진료대상자의 진료범위는 상이처⁹⁾(합병증도 포함) 및 모든 질병을 진료하고 있으며, 이는 제대군인, 고엽제후유증 2세환자 중 장애등급 미달자에 한하여 실시하고 있다.

위탁진료시에 진료비의 지원범위는 다음과 같다. 국비보험의 경우는 건강보험 자격을 가진 자로 보험자(건강보험공단)부담금을 제외한 비용전액을, 국비보호의 경우는 의료급여 자격을 가진 자로 보장기관부담금을 제외한 비용전액을 지원한다. 국비 일반은 무자격자와 상이처로 나뉘는데, 무자격자는 건강보험, 의료급여의 자격이 제한된 자로 비용전액까지, 상이처는 국비진료대상자로 결정하는 사유가 되는 부위 또는 질병 비용전액을 지원한다. 국비진료대상자가 위탁병원에서 발행하는 처방전에 따라 「약사법」 제16조의 규정에 따라 등록된 약국에서 의약품을 조제 받는 경우에 국가가 부담하는 약제비용(약국약제비)의 지원범위는 국민건강보험관계 법령에서 요양급여로 등재된 의약품 및 기술료 등에 대한 약국약제비의 전액까지 지원한다. 그리고 응급진료시 진료비 지원범위는 급여항목 및 비급여항목 중 일부 지원하고 있으나, 응급진료와 관련이 없는 질병의 진료에 소용되는 비용, 최초입원일로부터 7일이 초과한 상급병실료(무균치료 또는 격리치료용 상급병실을 사용한 경우는 제외), 특별병실료, 제증명발급수수료, 장기이식수술에 따른 소요비용 중 공여자에 대한 제반비용 등은 지원제외 항목으로 분류된다.

다음으로 통원진료시의 진료비는 위탁진료시 진료비 지원범위와 동일하며, 전문위탁진료시의 지원범위는 응급진료시 진료비 지원범위와 동일하다.

9) 국비진료대상자로 결정하는 사유가 되는 상이부위 또는 질병

④ 국비지원의 제한

국비지원은 본인의 고의로 인한 질병, 산재 및 자동차손해배상보험법 등 타 법령에 의해 보상 받을 경우, 타인의 가해로 인한 질환, 교통사고로 생긴 질환 등의 경우에는 제한된다.

〈표 11-21〉 국비진료대상

근 거 법 령	적 용 대 상	대 상 질 환	진료유형 및 진료대상 의료기관
국가유공자등예우및지 원에관한법률 제42조	- 전상군경, 공상군경 - 4·19혁명 부상자 - 공상공무원 - 특별공로상이자	- 상이처 및 질병 (부상포함)	- 보훈병원 진료 - 위탁병원 진료 - 전문위탁진료 - 응급 및 통원치료
독립유공자에우에관한 법률 제17조	- 애국지사		
5·18민주유공자 예우에관한법률 제34조	- 5·18민주화운동부상자		
국가유공자등예우및지 원에관한법률 제73조, 제73조의2	- 6·18자유상이자 - 요건미달 전공상군경(지원대상자)		
특수임무수행자 지원에관한법률 제33조	- 특수임무부상자		
고엽제후유의증 환자지원에관한 법률 제7조	- 고엽제후유의증환자 중 장애등급판정자 - 고엽제후유증2세 환자 중 장애등급 판정자	- 부상을 포함한 모든 질병 - 진료제외 질병 · 본인의 고의 또는 과실 · 타인에 위한 위해 · 유전(2세 환자 제외) · 군복무전 발생된 것	
	- 고엽제후유의증환자, 고엽제·후유증2세환자중 등외판정자	- 고엽제후유의증 고엽제후유증 2세 인정 질병 및 그로인한 합병증	
제대군인지원에 관한법률 제20조제1항	- 경상이 제대군인(등외판정자)	- 상이처와 그로 인한 합병증	

자료: 국가보훈처(2008: 271)

나. 감면진료대상자

① 감면대상자의 정의

감면대상자란 보훈법령에 의하여 국가가 진료에 소요되는 비용 일부를 부담하는 진료대상자를 말한다. 이를 구체적으로 열거하면, 독립유공자의 유족 또는 가족, 무공수훈자·보국수훈자·6·25참전재일학도의용군인, 4·19혁명공로자 및 국가사회발전특별공로자, 국가유공자의 유족 또는 가족, 5·18 유족 또는 가족을 일컫는다.

② 감면진료의 종류

감면진료의 종류는 진료 병원에 따라 보훈병원감면진료, 위탁병원감면진료로 나뉜다.

③ 감면진료지원의 범위

감면진료지원은 식대, 전혈료 및 혈액성분제제료, 치료재료대, 보철구대, 진단서 등 증명서발급에 따른 수술, 상급병실 이용비용, 치과의 보철재료대를 제외한 진료비용은 대상자별 진료비 감면요율에 적용되며, 약국 약제비는 본인부담금의 60%까지 지원된다. 자세한 감면 요율은 아래 표들과 같다.

〈표 II-22〉 감면요율

국가유공자의 유족 또는 가족 등	진료비 감면비율
1. 독립유공자의 유족 또는 가족	100분의 60
2. 무공수훈자·보국수훈자·4·19혁명공로자 및 국가사회발전특별공로자 및 국가유공자의 유족 또는 가족	100분의 60
3. 6·25참전 재일학도의용군인	100분의 100
4. 6·18자유상이자의 유족 또는 가족 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제73조의2에 해당하는 자 중 유족 또는 가족	100분의 60
4. 참전유공자	100분의 60

5. 5·18민주화운동사망자 또는 행방불명자의 유족 또는 가족 5·18민주화운동부상자의 유족 또는 가족	100분의 60
6. 5·18민주화운동희생자	100분의 50
7. 5·18민주화운동희생자의 유족 또는 가족	100분의 30
8. 특수임무공로자 및 특수임무수행자의 유족 또는 가족	100분의 60
9. 장기복무 제대군인과 대한민국 국군 창설에 참여하고 전역한 사람 및 군복무 중 발병 또는 악화된 질병을 앓고 있는 제대군인	100분의 50

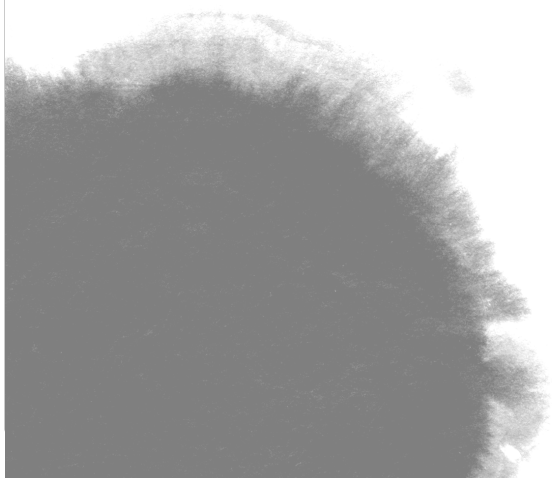
〈표 II-23〉 감면대상 및 감면요율

감면대상자	대 상	감 면 율	비 고
국비진료대상이 아닌 국가유공자	- 재일학도의용군	면 제	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제42조 제4항 및 동법시행령 제64조
	- 무공·보훈수훈자 - 국가사회발전특별공로자 - 4·19혁명공로자	본인 부담 진료비의 60%	
국가유공자등의 유·가족	- 독립유공자법 제5조 적용대상자 - 국가유공자예우법 제5조 적용대상자 - 국가유공자예우법 제4조와 제5조의 적용대상자 중 보상을 받은 자와 동거하거나 생계를 같이하는 자부(예우법 제4조 적용대상자의 자부)중 1인	본인 부담 진료비의 60%	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제42조 제4항 및 동법시행령 제64조 ※ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제7조 및 제73조의 2의 적용대상자 준용
특수임무수행자의 유·가족	- 특수임무수행자법 제33조 적용대상자	본인부담 진료비의 60%	
5·18민주유공자 와 유·가족	- 5·18민주화운동사망자, 행방불명자, 부상자의 유·가족	본인부담 진료비의 60%	5·18민주유공자예우에 관한 법률 제34조
	- 기타5·18민주화운동희생자	본인부담 진료비의 50%	
	- 기타 5·18민주화운동희생자의 유·가족	본인부담 진료비의 30%	
참전유공자	- 참전유공자	본인부담 진료비의 60%	참전유공자 예우에 관한 법률 제7조
창군자 및 장기복무 제대군인	- 대한민국 국군창설에 참여하고 전역한 자 - 10년 이상 장기복무제대군인	본인부담 진료비의 50%	제대군인 지원에 관한법률 제20조 제2항

자료: 국가보훈처(2008: 284)

03

의료이용분석



제3장 의료이용분석

제1 절 분석대상자 일반현황

본 연구의 분석대상자는 총 33,030,000명으로 국비대상자는 191,026명, 감면대상자는 470,297명이다. 보훈대상자의 남녀비율을 살펴보면 남자가 46.8%를 차지하고 여자의 비율은 53.2%로 여자의 비율이 높게 나타난다. 국비대상자만을 고려했을 때 남자는 99.7%, 여자는 0.3%로 여자가 차지하는 비율이 상대적으로 매우 적다. 감면대상자의 경우 남자가 361,835명으로 76.9%, 여자가 108,462명으로 23.1%이다.

〈표 III-1〉 성별 보훈대상자 현황

연령		국비대상자	감면대상자	건강보험	의료급여	전체
남자	N	190,386	361,835	14,440,000	464,344	15,450,000
	%	99.7	76.9	46.3	40.3	46.8
여자	N	640	108,462	6,780,000	688,887	17,570,000
	%	0.3	23.1	53.8	59.7	53.2
전체	N	191,026	470,297	31,210,000	1,153,231	33,030,000
	%	0.6	1.4	94.5	3.5	100.0

주석: 감면대상자는 유가족을 제외한 본인만 의미

우리나라 연령별 분포를 보면 0~29세의 비율이 가장 높고 연령대가 높아질수록 비율이 대체로 감소한다. 0~29세의 대상자는 11,880,000명으로 전체 대상자의 36.0%를 차지하며 0~29세 연령의 대상자중 국비대상자와 감면대상자가 차지하는

비율은 각각 0.3%와 0.5%에 불과하다. 40~49세의 대상자는 5,477,385명으로 전체 대상자의 16.6%를 차지하며 두 번째로 높은 비중을 차지한다. 국비대상자와 감면대상자가 비율은 각각 0.3%, 0.7%이다. 다음으로 30~39세, 50~59세, 60~69세, 70세 이상으로 나타났고, 수는 각각 5,012,160(15.2%), 4,650,690(14.1%), 3,335,827(10.1%), 2,666,267(8.1%)이다.

〈표 III-2〉 연령별 보훈대상자 현황

연령		국비대상자	감면대상자	건강보험	의료급여	전체
0~29세	N	32,560	63,918	11,450,000	339,985	11,880,000
	%	17.0	13.6	36.7	29.5	36.0
30~39세	N	16,745	29,905	4,888,937	76,573	5,012,160
	%	8.8	6.4	15.7	6.6	15.2
40~49세	N	18,157	39,129	5,236,810	183,289	5,477,385
	%	9.5	8.3	16.8	15.9	16.6
50~59세	N	26,371	67,163	4,410,489	146,667	4,650,690
	%	13.8	14.3	14.1	12.7	14.1
60~69세	N	70,406	87,829	3,029,507	148,085	3,335,827
	%	36.9	18.7	9.7	12.8	10.1
70세 이상	N	26,787	182,353	2,198,495	258,632	2,666,267
	%	14.0	38.8	7.0	22.4	8.1
전체	N	191,026	470,297	31,210,000	1,153,231	33,030,000
	%	0.6	1.4	94.5	3.5	100.0

다음으로 아래의 <표 III-3>은 상이등급별 보훈대상자의 현황을 나타내었다. 국비대상자 중 상이등급이 7급인 경우가 46,876명(24.5%)으로 가장 많았다. 다음으로 경도가 23,544명(12.3%), 6급2항이 22,132명(11.6%)으로 나타났다. 감면대상자 중에서는 6급2항이 11,642명(2.5%)으로 가장 많고 5급이 9,039명(1.9%), 7급이 8,708명(1.9%)의 순으로 나타났다¹⁰⁾.

10) 일반적으로 장애인은 비장애인에 비해서 의료필요가 크다고 알려져 있으며, 이러한 사실은 2002년 수행된 연구에서도 입증되었음. 2002년 건강보험 지역가입자에서 장애인 385,786명과 비장애인 473,149명을 대상으로 한 연구에서 장애인이 비장애인에 비해서 외래내원일수는 1.4배, 입원재원일수는 4.1배, 의료비는 2.7배 많은 것으로 나타났다. 특히 장애정도가 심할수록 의료이용량과 의료비가 높게 나타났으며 장애유형에 따른 의료이용량의 차이는 아주 큰 것으로 나타났다. 장애인의 의료이용에 가장 큰 영향을

〈표 III-3〉 상이·장애등급별 보훈대상자 현황

상이등급		국비대상자	장애등급		국비대상자	감면대상자
등급없음	N	20,055	장해10급	N	110	19
	%	10.5		%	0.1	-
1급1항	N	368	장해11급	N	105	14
	%	0.2		%	0.1	-
1급2항	N	1,033	장해12급	N	455	52
	%	0.5		%	0.2	0.0
1급3항	N	715	장해13급	N	90	12
	%	0.4		%	0.1	-
2급	N	2,079	장해14급	N	1,129	98
	%	1.1		%	0.6	0.0
3급	N	7,931	장해1급	N	31	9
	%	4.2		%	0.0	-
4급	N	3,267	장해2급	N	12	2
	%	1.7		%	0.0	-
5급	N	12,429	장해3급	N	19	4
	%	6.5		%	0.0	-
6급1항	N	8,564	장해4급	N	15	3
	%	4.5		%	0.0	-
6급2항	N	22,132	장해5급	N	39	10
	%	11.6		%	0.0	-
7급	N	46,876	장해6급	N	16	2
	%	24.5		%	0.0	-
경도	N	23,544	장해7급	N	62	17
	%	12.3		%	0.0	-
고도	N	9,462	장해8급	N	65	11
	%	5.0		%	0.0	-
등외	N	6,267	장해9급	N	121	12
	%	3.3		%	0.1	-
미수검	N	3	중등도	N	8,260	-
	%	-		%	4.3	-
			후유의중등외	N	15,772	-
				%	8.3	-
			전체	N	191,026	470,297
				%	0.6	1.4

주석: 1) 감면대상자 중 missing data 46,481 case

2) 종합은 감면대상자 missing data 포함

미치는 요인은 연령과 장애정도(장애등급)이었고, 입내원일수에는 연령이, 의료비에는 장애정도가 가장 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다(이상용, 장애인의 의료이용 형평성에 관한 분석, 연세대학교 석사학위 논문, 2002).

아래의 표는 지역별 거주현황을 나타내었다. 서울지역에 거주하는 대상자가 8,016,298명(24.3%)이고 다음으로 경기 6,623,702명(20.1%), 부산 2,595,177명(7.9%)으로 나타났다. 국비대상자의 지역별 거주현황을 보면 서울이 77,915명(40.8%)으로 압도적인 비율을 나타냈고 다음으로 부산 21,965명(11.5%), 경기 15,819명(8.3%)의 순으로 나타났다. 감면대상자도 서울이 173,986명(37.0%)를 나타내어 가장 높은 거주분포를 보였다. 이 외에 경기도가 60,919명(13.0%), 부산이 44,697명(9.5%)으로 높게 나타났다. 전체 대상자의 가장 낮은 거주분포를 보이는 지역은 제주로 358,000명(1.1%)에 불과하였다. 국비대상자와 감면대상자 경우도 제주가 각각 1,126명(0.6%), 4,000명(0.9%)으로 나타나 가장 낮은 거주분포를 나타내었다.

〈표 III-4〉 지역별 보훈대상자 거주 현황

지역		국비대상자	감면대상자	건강보험	의료급여	전체
서울	N	77,915	173,986	7,583,464	180,933	8,016,298
	%	40.8	37.0	24.3	15.7	24.3
부산	N	21,965	44,697	2,418,699	109,816	2,595,177
	%	11.5	9.5	7.8	9.5	7.9
인천	N	7,413	24,830	1,674,410	53,283	1,759,936
	%	3.9	5.3	5.4	4.6	5.3
대구	N	15,591	30,654	1,713,393	82,996	1,842,634
	%	8.2	6.5	5.5	7.2	5.6
광주	N	12,182	17,092	1,013,836	55,632	1,098,742
	%	6.4	3.6	3.3	4.8	3.3
대전	N	8,651	17,787	1,067,555	42,508	1,136,501
	%	4.5	3.8	3.4	3.7	3.4
울산	N	3,496	6,952	717,754	15,206	743,408
	%	1.8	1.5	2.3	1.3	2.3
경기	N	15,819	60,919	6,394,923	152,041	6,623,702
	%	8.3	13.0	20.5	13.2	20.1
강원	N	4,637	13,599	853,731	44,928	916,895
	%	2.4	2.9	2.7	3.9	2.8
충북	N	2,297	9,802	901,729	39,632	953,460
	%	1.2	2.1	2.9	3.4	2.9
충남	N	2,532	11,429	1,131,809	48,500	1,194,270
	%	1.3	2.4	3.6	4.2	3.6
전북	N	4,569	12,347	1,083,159	82,407	1,182,482

	%	2.4	2.6	3.5	7.2	3.6
전남	N	3,039	10,313	1,008,072	75,803	1,097,227
	%	1.6	2.2	3.2	6.6	3.3
경북	N	5,026	15,622	1,439,309	79,654	1,539,611
	%	2.6	3.3	4.6	6.9	4.7
경남	N	4,768	16,268	1,871,528	74,268	1,966,832
	%	2.5	3.5	6.0	6.4	6.0
제주	N	1,126	4,000	337,250	15,624	358,000
	%	0.6	0.9	1.1	1.4	1.1
전체	N	191,026	470,297	31,210,000	1,153,231	33,030,000
	%	0.6	1.4	94.5	3.5	100.0

보훈처 대상별로 국비대상자와 감면대상자의 현황을 살펴보면 다음과 같다. 국비대상자는 전상군경이 50,575명(26.5%)으로 가장 높은 비율을 나타냈고 다음으로 공상군경이 47,852명(25.1%), 고엽제후유의 중등급 미달자가 42,653명(22.3%)으로 나타났다. 감면대상자는 참전유공자가 255,986명(54.4%)로 나타나 가장 많았고 전상군경유족이 41,325명(8.8%), 전몰군경유족이 34,540명(7.3%)의 순으로 나타났다.

〈표 III-5〉 보훈처 대상별 현황

보훈처 대상		국비대상자	감면대상자
애국지사(건국훈장1~3등급)	N	4	-
	%	-	-
애국지사(건국훈장4등급)	N	21	-
	%	0.0	-
애국지사(건국훈장5등급)	N	93	-
	%	0.1	-
순국선열유족(건국훈장1~3등급)	N	-	113
	%	-	0.0
애국지사유족(건국훈장1~3등급)	N	-	292
	%	-	0.1
순국선열유족(건국훈장4등급)	N	-	310
	%	-	0.1
애국지사유족(건국훈장4등급)	N	-	699
	%	-	0.2
순국선열유족(건국훈장5등급)	N	-	121
	%	-	0.0
애국지사유족(건국훈장5등급)	N	-	2,563
	%	-	0.5

전상군경	N %	50,575 26.5	- -
전상군경유족	N %	- -	41,325 8.8
공상군경	N %	47,852 25.1	- -
공상군경유족	N %	- -	7,884 1.7
전몰군경유족	N %	- -	34,540 7.3
순직군경유족	N %	- -	17,666 3.8
무공수훈(75세미만)	N %	- -	24,234 5.2
무공수훈유족	N %	- -	25,796 5.5
보국수훈	N %	- -	17,226 3.7
보국수훈유족	N %	- -	1,536 0.3
지원공상군경	N %	935 0.5	- -
지원공상군경유족	N %	- -	12 -
지원순직군경유족	N %	- -	132 0.0
재일학도의용군(75세미만)	N %	- -	29 0.0
재일학도의용군유족	N %	- -	151 0.0
애국지사(건국포장)	N %	11 0.0	- -
애국지사(대통령표창)	N %	27 0.0	- -
순국선열유족(건국포장)	N %	- -	25 0.0
애국지사유족(건국포장)	N %	- -	461 0.1
순국선열유족(대통령표창)	N %	- -	49 0.0
애국지사유족(대통령표창)	N %	- -	1,264 0.3
419혁명부상자	N	221	-

	%	0.1	-
419부상자유족	N	-	89
	%	-	0.0
419사망자유족	N	-	41
	%	-	0.0
419혁명공로자	N	-	149
	%	-	0.0
419혁명공로유족	N	-	27
	%	-	0.0
공상공무원	N	4,773	-
	%	2.5	-
공상공무원유족	N	-	1,336
	%	-	0.3
순직공무원유족	N	-	8,170
	%	-	1.7
지원공상공무원	N	230	-
	%	0.1	-
지원공상공무원유족	N	-	10
	%	-	-
지원순직공무원유족	N	-	183
	%	-	0.0
특별공로순직유족	N	-	16
	%	-	-
특수임무공로자	N	-	1,510
	%	-	0.3
특수임무공로유족	N	-	300
	%	-	0.1
618자유상이자	N	138	-
	%	0.1	-
618자유상이유족	N	-	204
	%	-	0.0
518사망(행불)유족	N	-	182
	%	-	0.0
518부상자	N	2,269	-
	%	1.2	-
518부상유족	N	-	271
	%	-	0.1
518희생자	N	-	1,026
	%	-	0.2
518희생유족	N	-	73
	%	-	0.0
고엽제후유의증	N	41,174	-
	%	21.6	-

고엽제2세환자	N	50	-
	%	0.0	-
고엽제후유의증등급미달자	N	42,653	-
	%	22.3	-
군복무질환자	N	-	333
	%	-	0.1
장기복무제대군인	N	-	23,963
	%	-	5.1
참전유공자	N	-	255,986
	%	-	54.4
전체	N	191,026	470,297
	%	28.9	71.1

제2절 개인별 의료이용량 분석

1. 총 의료서비스

가. 국비진료대상자

국비진료대상자 1인당 평균 이용량을 살펴보면, 요양일수는 388일, 입내원일수가 57일, 총진료비는 3,264,064원, 원외처방약제비가 794,337원으로 나타났다. 국비진료대상자는 대부분 남성이다. 하지만 남녀 간 1인당 의료이용량을 비교해보면, 요양일수나 입내원일수, 원외처방약제비 모두 남성의 1인당 의료이용량이 높은 것으로 나타났다지만, 총진료비에 있어서는 여성의 1인당 총진료비가 남성의 3,262,491원에 비해 높은 3,954,159원으로 나타났다.

〈표 III-6〉 성별 국비진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	190,385	190,385	190,369	179,641
	Sum	73,945,763	10,810,320	621,077,143,000	142,904,342,125
	Mean	388	57	3,262,491	795,500
여자	N	640	640	434	609
	Sum	167,181	34,337	1,716,104,850	274,900,934
	Mean	261	54	3,954,159	451,397
전체	N	191,025	191,025	190,803	180,250
	Sum	74,112,944	10,844,657	622,793,247,850	143,179,243,059
	Mean	388	57	3,264,064	794,337
	F값	23.550	1.200	16.040	46.190
	P값	<.0001	0.2734	<.0001	<.0001

우리나라 국비진료대상자의 연령별 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 60대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 20대의 이용률이 높은 것으로 나타났다. 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 60대가 36.9%인 70,406명, 20대가 17.0%인 32,560명, 이어 70대 이상이 14.0%인 26,787명으로 나타났다. 이어 50대가 약 13.8%인 26,371명이었으며, 다음으로 40대가 18,156명, 30대가 16,745명으로 70대 이상과 20대를 제외하고 대체적으로 연령의 증가에 따른 이용률에 있어 비례관계를 보였다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 유사한 경향을 보였다. 입내원일수 기준 연령별 이용량을 살펴보면, 60대가 70,406명으로 가장 많고, 다음으로 20대가 32,560명, 70대 이상이 26,787명으로 그 뒤를 이었다. 총진료비에 있어서도 역시 60대가 가장 많은 70,398명이 이용하였고, 다음으로 20대 이상이 32,560명, 70대가 26,787명의 이용을 보였다. 원외약제처방비의 이용 또한 60대가 가장 많은 65,804명이 이용하였고, 다음으로 20대가 31,741명, 70대 이상은 24,575명이 이용하였다.

〈표 III-7〉 연령별 국비진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	32,560	32,560	32,560	31,741
	Sum	10,249,183	1,662,392	93,640,000,000	20,496,491,016
	Mean	315	51	2,875,979	645,742
30~39	N	16,745	16,745	16,744	15,976
	Sum	4,514,512	768,881	43,270,000,000	9,145,740,857
	Mean	270	46	2,584,326	572,468
40~49	N	18,156	18,156	18,154	17,328
	Sum	5,429,975	927,387	51,720,000,000	11,267,374,064
	Mean	299	51	2,848,685	650,241
50~59	N	26,371	26,371	26,366	24,826
	Sum	9,468,384	1,438,866	82,160,000,000	19,794,298,123
	Mean	359	55	3,115,444	797,321
60~69	N	70,406	70,406	70,398	65,804
	Sum	29,302,838	3,987,738	234,600,000,000	7,488,838,222
	Mean	416	57	3,331,679	873,637
70 이상	N	26,787	26,787	26,787	24,575
	Sum	15,148,052	2,059,393	117,400,000,000	4,986,500,777
	Mean	566	77	4,383,681	1,016,745
전체	N	191,025	191,025	191,009	180,250
	Sum	74,112,944	10,844,657	622,790,000,000	43,179,243,059
	Mean	388	57	3,260,527	794,337
	F값	685.37	568.59	227.75	380.1
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음 <표 III-8>은 국비진료대상자 상해등급별 의료 이용량이다. 요양일수와 입내원일수의 경우 7급이 46,876명(24.5%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 경도가 23,544명(12.3%)으로 두 번째로 많았다. 이어 6급 2항이 22,132명(11.6%), 무급이 20,055명(10.5%)으로 비교적 높은 이용 비율을 보였다. 총진료비의 경우도 7급이 46,786명(24.5%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 경도가 23,544명(12.3%)로 두 번째로 많았다. 또한 원외약제처방비의 경우에 있어서도 7급이 44,070명(24.4%)으로 가장 높은 비율을 보였고, 이어 경도가 22,289명(12.4%)으로 두 번째로 높은 비율을 보였다.

〈표 III-8〉 상해등급별 국비진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

상해등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
등급없음	N	20,055	20,055	20,050	19,621
	sum	2,756,966	684,999	25,500,000,000	12,788,079,565
	mean	137	34	1,271,820	651,755
1급1항	N	367	367	368	220
	sum	260,916	80,277	6,856,900,000	75,340,750
	mean	711	219	18,632,880	342,458
1급2항	N	1,033	1,033	1,033	820
	sum	800,612	130,727	7,929,800,000	458,770,853
	mean	775	127	7,676,476	559,477
1급3항	N	715	715	715	584
	sum	554,370	78,927	6,361,100,000	318,791,493
	mean	775	110	8,896,643	545,876
2급	N	2,079	2,079	2,078	1,789
	sum	1,690,984	221,666	17,520,000,000	1,142,123,572
	mean	813	107	8,431,184	638,415
3급	N	7,931	7,931	7,931	7,146
	sum	5,003,546	684,394	63,800,000,000	5,641,928,370
	mean	631	86	8,044,383	789,523
4급	N	3,267	3,267	3,267	2,961
	sum	2,102,927	284,383	17,370,000,000	2,771,818,286
	mean	644	87	5,316,804	936,109
5급	N	12,429	12,429	12,429	11,545
	sum	6,835,010	895,082	54,360,000,000	10,463,152,989
	mean	550	72	4,373,642	906,293
6급1항	N	8,564	8,564	8,562	7,995
	sum	3,991,992	550,689	31,920,000,000	6,283,740,672
	mean	466	64	3,728,101	785,959
6급2항	N	22,132	22,132	22,129	20,628
	sum	9,215,097	1,269,437	70,670,000,000	15,408,167,200
	mean	416	57	3,193,547	746,954
7급	N	46,876	46,876	46,872	44,070
	sum	17,599,732	2,470,702	132,800,000,000	33,484,235,281
	mean	375	53	2,833,248	759,797
경도	N	23,544	23,544	23,543	22,289
	sum	11,553,989	1,352,301	64,730,000,000	21,698,091,365
	mean	491	57	2,749,437	973,489
고도	N	9,462	9,462	9,462	8,815
	sum	4,324,809	701,988	58,880,000,000	7,254,853,694
	mean	457	74	6,222,786	823,012
등외	N	6,267	6,267	6,267	6,186
	sum	788,969	238,763	7,713,900,000	4,882,438,257
	mean	126	38	1,230,876	789,272
미수검	N	3	3	3	3
	sum	169	156	3,607,250	689,294
	mean	56	52	-	229,765

〈표 III-9〉 장애등급별 국비진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

장애등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
장해10급	N	110	110	110	107
	sum	17,682	5,765	239,810,000	73,380,550
	mean	161	52	2,180,091	685,800
장해11급	N	105	105	105	104
	sum	13,050	4,753	210,940,000	78,147,990
	mean	124	45	2,008,952	751,423
장해12급	N	455	455	455	441
	sum	56,217	20,303	761,140,000	221,221,581
	mean	124	45	1,672,835	501,636
장해13급	N	90	90	90	85
	sum	11,398	3,737	146,990,000	51,752,585
	mean	127	42	1,633,222	608,854
장해14급	N	1,129	1,129	1,129	1,099
	sum	117,981	44,657	1,648,600,000	553,365,071
	mean	105	40	1,460,230	503,517
장해1급	N	31	31	31	27
	sum	9,005	2,557	101,010,000	9,812,773
	mean	290	82	3,258,387	363,436
장해2급	N	12	12	12	12
	sum	4,174	1,583	60,703,220	8,734,143
	mean	348	132	5,058,602	727,845
장해3급	N	19	19	19	17
	sum	3,864	1,411	50,110,400	7,879,376
	mean	203	74	2,637,389	463,493
장해4급	N	15	15	15	15
	sum	1,208	435	17,094,170	9,006,761
	mean	81	29	1,139,611	600,451
장해5급	N	39	39	39	39
	sum	8,027	2,401	131,980,000	21,067,148
	mean	206	62	3,384,103	540,183
장해6급	N	16	16	16	16
	sum	2,762	824	25,680,580	6,175,527
	mean	173	52	1,605,036	385,970
장해7급	N	62	62	62	62
	sum	10,300	3,864	138,820,000	46,952,898
	mean	166	62	2,239,032	757,305
장해8급	N	65	65	65	65
	sum	14,878	4,528	180,550,000	45,226,187
	mean	229	70	2,777,692	695,787
장해9급	N	121	121	121	120
	sum	17,811	5,353	237,950,000	67,945,782
	mean	147	44	1,966,529	566,215
중등도	N	8,260	8,260	8,260	7,810
	sum	4,550,760	555,255	35,520,000,000	9,619,607,563
	mean	551	67	4,300,242	1,231,704

후유의증등 의	N	15,772	15,772	15,771	15,559
	sum	1,793,739	542,740	16,920,000,000	9,686,745,483
	mean	114	34	1,072,855	622,581
전체 (상해등급+ 장애등급)	N	191,025	191,025	191,009	180,250
	sum	74,112,944	10,844,657	622,806,685,620	143,179,243,059
	mean	388	57	3,260,614	794,337
	F 값	297.400	319.360	348.020	71.630
	p 값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-10>는 지역별 국비이용대상자의 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 강원, 광주, 충남 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 각 부분별로 살펴보면, 우선 요양일수와 입내원일수에 서울지역이 77,915명(40.8%)으로 가장 많은 빈도의 이용을 보였고, 이어 강원이 21,965명(11.5%), 광주 15,818명(8.3%), 충남이 15,591명(8.2%)으로 나타났다. 총진료비와 원외처방약제비 이용빈도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

<표 III-10>지역별 국비이용대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)					
지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	77,915	77,915	77,905	74,149
	Sum	37,116,856	4,511,337	291,300,000,000	60,059,640,255
	Mean	476	58	3,739,170	809,986
강원	N	21,965	21,965	21,964	20,280
	Sum	11,662,991	1,543,056	90,560,000,000	12,933,743,215
	Mean	531	70	4,123,111	637,759
대전	N	7,413	7,413	7,413	7,236
	Sum	889,469	318,565	14,320,000,000	6,411,787,669
	Mean	120	43	1,931,742	886,096
충남	N	15,591	15,591	15,589	14,020
	Sum	9,183,811	1,063,934	59,440,000,000	8,248,062,503
	Mean	589	68	3,812,945	588,307
충북	N	12,182	12,182	12,182	10,891
	Sum	6,495,556	933,684	54,490,000,000	7,373,307,040
	Mean	533	77	4,472,993	677,009
인천	N	8,651	8,651	8,649	7,883
	Sum	5,416,635	613,729	33,970,000,000	4,566,923,815
	Mean	626	71	3,927,622	579,338
경기	N	3,496	3,496	3,495	3,424
	Sum	235,771	163,870	8,041,600,000	4,113,874,508
	Mean	67	47	2,300,887	1,201,482
광주	N	15,818	15,818	15,819	15,382
	Sum	992,718	565,988	24,800,000,000	13,183,306,836
	Mean	63	36	1,567,735	857,061

전남	N	4,637	4,637	4,637	4,487
	Sum	370,888	180,725	8,432,500,000	4,934,028,443
	Mean	80	39	1,818,525	1,099,627
전북	N	2,297	2,297	2,297	2,198
	Sum	170,988	84,351	3,351,700,000	1,513,815,517
	Mean	74	37	1,459,164	688,724
부산	N	2,532	2,532	2,532	2,452
	Sum	152,888	91,037	3,188,900,000	1,976,307,419
	Mean	60	36	1,259,439	805,998
경남	N	4,569	4,569	4,569	4,446
	Sum	392,091	199,452	8,467,100,000	5,161,787,690
	Mean	86	44	1,853,163	1,160,996
울산	N	3,039	3,039	3,039	2,896
	Sum	200,273	123,708	4,401,300,000	2,574,447,321
	Mean	66	41	1,448,272	888,967
제주	N	5,026	5,026	5,025	4,837
	Sum	368,190	195,152	7,600,400,000	5,019,954,593
	Mean	73	39	1,512,517	1,037,824
대구	N	4,768	4,768	4,768	4,564
	Sum	338,930	201,387	4,320,124,090	3,967,979,450
	Mean	71	42	906,066	869,408
경북	N	1,126	1,126	1,126	1,105
	Sum	124,889	54,682	2,247,500,000	1,140,276,785
	Mean	111	49	1,996,004	1,031,925
전체	N	191,025	191,025	191,009	180,250
	Sum	74,112,944	10,844,657	618,931,124,090	143,179,243,059
	Mean	388	57	3,240,324	794,337
	F값	1296.460	384.780	303.270	213.240
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 국비이용대상자의 대상별 의료이용량을 살펴보면 다음 <표 III-11>과 같다. 먼저 요양일수와 입내원일수 기준으로 살펴보면, 전상군경이 50,575명이 이용하여, 총의료이용 중 26.4%를 보였다. 다음으로 공상군경이 25.5%인 48,787명, 고엽제미달이 22.3%인 42,653명, 고엽제로 21.6%인 41,224명이 요양과 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 이 의료이용량의 순서는 총진료비, 원외약제처방비 등 나머지 기준으로 봤을 때도 동일하게 나타났다.

〈표 III-11〉 보훈대상별 국비진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

국비대상 종분류		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
애국지사	N	156	156	156	139
	Sum	116,430	13,249	842,210,000	131,540,852
	Mean	746	85	5,398,782	946,337
전상군경	N	50,575	50,575	50,574	47,157
	Sum	32,515,126	4,056,095	253,900,000,000	49,830,449,794
	Mean	643	80	5,020,366	1,056,693
공상군경	N	48,787	48,787	48,779	45,030
	Sum	13,233,264	2,195,078	125,500,000,000	22,271,939,042
	Mean	271	45	2,572,828	494,602
공상공무원	N	5,002	5,002	5,002	4,644
	Sum	1,851,935	333,691	20,470,000,000	3,229,787,126
	Mean	370	67	4,092,363	695,475
민주화	N	2,628	2,628	2,628	2,542
	Sum	538,454	128,481	5,558,900,000	1,494,338,433
	Mean	205	49	2,115,259	587,859
고엽제	N	41,224	41,224	41,223	38,876
	Sum	20,422,019	2,607,418	159,000,000,000	38,550,723,614
	Mean	495	63	3,857,070	991,633
고엽제미달	N	42,653	42,653	42,647	41,862
	Sum	5,435,716	1,510,645	57,480,000,000	27,670,464,198
	Mean	127	35	1,347,809	660,992
전체	N	191,025	191,025	191,009	180,250
	Sum	74,112,944	10,844,657	622,751,110,000	143,179,243,059
	Mean	388	57	3,260,323	794,337
	F값 P값	3102.700 <.0001	1916.820 <.0001	1404.510 <.0001	1088.920 <.0001

우리나라 국비진료대상자의 질병별 의료이용량을 살펴보면 다음과 같다. 전반적으로 10번 질병 분류에 들어가는 질병으로 가장 많은 이용 빈도가 보였고, 이어서 질병 분류 11번, 9번, 13번의 순으로 의료이용 빈도가 높았다. 요양일수 기준으로 그 자세한 수치를 살펴보면, 먼저 질병분류 10번의 경우 전체 국비진료대상자의 132,400명이 이 질병으로 요양을 이용한 것으로 나타났고, 이어 질병분류 11번으로 129,091명, 질병분류 9번으로 108,638명이 이용한 것으로 나타났다.

〈표 III-12〉 질병별 국비진료대상자 의료이용량

질병별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	N	53,336	53,336	53,285	34,719
	sum	2,863,245	316,269	14,650,000,000	3,862,277,734
	mean	54	6	274,937	111,244
신생물 [C00-D48]	N	32,940	32,940	33,130	10,967
	sum	2,330,313	518,236	74,920,000,000	6,138,392,643
	mean	71	16	2,261,395	559,715
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]	N	7,091	7,091	7,101	969
	sum	307,655	43,653	2,639,100,000	222,563,330
	mean	43	6	371,652	229,684
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	N	60,627	60,625	60,513	34,589
	sum	10,308,800	776,015	40,360,000,000	19,574,255,311
	mean	170	13	666,964	565,910
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	N	19,550	19,550	19,497	6,769
	sum	3,019,757	423,464	26,300,000,000	1,652,922,224
	mean	154	22	1,348,925	244,190
신경계통의 질환 [G00-G99]	N	33,607	33,607	33,555	17,751
	sum	3,253,627	452,458	29,060,000,000	4,890,582,165
	mean	97	13	866,041	275,510
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	N	77,594	77,593	77,621	52,963
	sum	3,591,525	443,674	20,830,000,000	4,272,823,127
	mean	46	6	268,355	80,676
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]	N	28,591	28,591	28,578	16,429
	sum	976,671	141,049	5,159,100,000	865,196,750
	mean	34	5	180,527	52,663
순환기계통의 질환 [I00-I99]	N	108,638	108,637	108,499	76,288
	sum	16,918,300	1,644,570	119,200,000,000	48,957,869,252
	mean	156	15	1,098,628	641,751
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	N	132,400	132,399	132,405	108,055
	sum	3,993,071	1,415,381	49,070,000,000	9,596,971,196
	mean	30	11	370,605	88,816
소화기계통의 질환 [K00-K93]	N	129,091	129,088	128,379	92,780
	sum	3,879,005	1,015,173	44,980,000,000	9,004,909,826
	mean	30	8	350,369	97,057
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]	N	69,779	69,778	69,719	53,005
	sum	2,420,824	362,550	9,749,400,000	3,349,538,646
	mean	35	5	139,838	63,193
근육골격계통 및	N	105,234	105,233	105,207	76,056

결합조직의 질환 [M00-M99]	sum	8,765,630	1,764,177	78,370,000,000	12,766,718,699
	mean	83	17	744,912	167,859
비노생식기계통의 질환 [N00-N99]	N	55,091	55,090	55,039	32,275
	sum	9,039,243	683,321	60,200,000,000	11,044,665,363
	mean	164	12	1,093,770	342,205
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]	N	9	9	9	2
	sum	135	103	6,056,230	82,360
	mean	15	11	672,914	41,180
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]	N	6	6	6	3
	sum	19	13	165,650	84,960
	mean	3	2	27,608	28,320
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]	N	575	575	576	184
	sum	13,711	2,635	385,420,000	35,849,021
	mean	24	5	669,132	194,832
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	N	39,051	39,050	38,966	15,359
	sum	1,016,853	127,560	7,442,000,000	873,795,664
	mean	26	3	190,987	56,891
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	N	61,758	61,758	61,760	42,650
	sum	884,143	474,593	28,410,000,000	1,712,034,932
	mean	14	8	460,006	40,141
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]	N	29	29	29	15
	sum	1,831	591	32,744,860	20,439,291
	mean	63	20	1,129,133	1,362,619
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]	N	8,529	8,529	8,498	2,664
	sum	185,741	27,883	3,090,300,000	277,776,018
	mean	22	3	363,650	104,270
전체	N	1,023,526	1,023,514	1,022,372	674,492
	sum	73,770,099	10,633,368	614,854,286,740	139,119,748,512
	mean	72	10	601,400	206,259

나. 감면진료대상자

감면진료대상자 1인당 평균 이용량을 살펴보면, 요양일수는 67일, 입내원일수가 42일, 총진료비는 1,488,233원, 원외처방약제비가 634,639로 나타났다. 감면진료대상자는 전반적으로 모든 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-13〉 성별 감면진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	361,834	361,834	361,764	353,007
	Sum	23,025,287	13,999,323	498,600,000,000	216,470,807,567
	Mean	64	39	1,378,247	613,220
여자	N	108,462	108,462	108,458	106,689
	Sum	8,691,180	5,846,215	201,200,000,000	75,270,136,831
	Mean	80	54	1,855,096	705,510
전체	N	470,296	470,296	470,222	459,696
	Sum	31,716,467	19,845,538	699,800,000,000	91,740,944,398
	Mean	67	42	1,488,233	634,639
	F값	23.550	1.200	16.040	46.190
	P값	<.0001	0.2734	<.0001	<.0001

우리나라 감면진료대상자의 연령별 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 70대 이상의 이용률이 가장 높고, 다음으로 60대, 이어 50대로 고연령층의 감면진료 의료이용이 높은 것으로 나타났다. 요양일수 및 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양이나 총 입내원 이용 빈도가 70대 이상이 38.8%인 182,353명, 60대 18.7%인 87,828명에 이어 50대가 약 14.3%인 67,163명이었다. 이는 요양일수와 입내원일수 뿐 아니라 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 총진료비 기준으로 감면진료 의료이용을 살펴보면 역시 70대 이상이 많은 182,343명 이용하였고, 다음으로 60대가 87,795명, 50대가 67,142명의 이용을 보였다. 원외약제처방비의 이용 또한 70대 이상이 가장 많은 177,380명이 이용하였고, 다음으로 60대의 85,375명, 50대의 65,345명이 이용하였다.

〈표 III-14〉 연령별 감면진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	63,918	63,918	63,918	63,701
	Sum	4,430,966	2,855,617	97,230,000,000	8,687,508,659
	Mean	69	45	1,521,168	607,330
30~39	N	29,905	29,905	29,904	29,508
	Sum	1,901,534	1,221,074	43,230,000,000	16,925,777,467
	Mean	64	41	1,445,626	573,600
40~49	N	39,129	39,129	39,120	38,387
	Sum	2,375,941	1,509,309	52,980,000,000	21,821,241,347
	Mean	61	39	1,354,294	568,454
50~59	N	67,163	67,163	67,142	65,345
	Sum	3,465,635	2,258,153	77,900,000,000	4,063,245,345
	Mean	52	34	1,160,228	521,283
60~69	N	87,828	87,828	87,795	85,375
	Sum	4,239,022	2,908,014	97,040,000,000	42,186,020,668
	Mean	48	33	1,105,302	494,126
70 이상	N	182,353	182,353	182,343	177,380
	Sum	15,303,369	9,093,371	331,500,000,000	38,057,150,912
	Mean	84	50	1,818,002	778,313
전체	N	470,296	470,296	470,222	459,696
	Sum	31,716,467	19,845,538	699,880,000,000	291,740,944,398
	Mean	67	42	1,488,403	634,639
	F값 P값	1945.180 <.0001	1924.630 <.0001	752.320 <.0001	1570.490 <.0001

다음으로 <표 III-15>는 감면진료대상자의 장애등급별 의료이용량을 분석한 결과다. 요양일수와 입내원일수의 경우를 먼저 살펴보면 장애 14급이 98명으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 뒤를 이어 장해 12급이 52명, 장애10급이 19명이 감면진료 요양이나 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 총진료비와 원외약제처방비에 있어서도 이와 같은 이용률 경향을 보였다.

〈표 III-15〉 장애등급별 감면진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
장해10급	N	19	19	19	19
	sum	1,233	663	16,603,990	6,353,327
	mean	65	35	873,894	334,386
장해11급	N	14	14	14	14
	sum	387	299	5,578,000	4,720,049
	mean	28	21	398,429	337,146
장해12급	N	52	52	52	52
	sum	2,472	2,245	70,146,480	27,251,110
	mean	48	43	1,348,971	524,060
장해13급	N	12	12	12	12
	sum	568	500	7,937,810	5,053,695
	mean	47	42	661,484	421,141
장해14급	N	98	98	98	93
	sum	4,903	3,615	128,270,000	46,461,744
	mean	50	37	1,308,878	499,589
장해1급	N	9	9	9	8
	sum	958	536	27,486,940	6,978,230
	mean	106	60	3,054,104	872,279
장해2급	N	2	2	2	2
	sum	169	117	3,679,020	1,751,667
	mean	85	59	1,839,510	875,834
장해3급	N	4	4	4	4
	sum	151	144	4,055,740	1,407,834
	mean	38	36	1,013,935	351,959
장해4급	N	3	3	3	2
	sum	73	70	2,615,560	610,051
	mean	24	23	871,853	305,026
장해5급	N	10	10	10	9
	sum	1,082	665	29,190,320	2,431,247
	mean	108	67	2,919,032	270,139
장해6급	N	2	2	2	2
	sum	106	106	2,228,210	1,440,528
	mean	53	53	1,114,105	720,264
장해7급	N	17	17	17	17
	sum	1,061	808	31,147,070	10,693,735
	mean	62	48	1,832,181	629,043
장해8급	N	11	11	11	10
	sum	601	468	12,226,960	8,247,879
	mean	55	43	1,111,542	824,788
장해9급	N	12	12	12	11
	sum	839	438	12,788,110	2,679,339
	mean	70	37	1,065,676	243,576
중등도	N				
	sum				
	mean				

후유의증등 의	N				
	sum				
	mean				
전체	N	470,296	470,296	470,222	459,696
	sum	31,716,467	19,845,538	699,819,586,370	291,740,944,398
	mean	67	42	1,488,275	634,639
	F 값	3.920	4.360	1.940	3.150
	p 값	<.0001	<.0001	0.0037	<.0001

주석: 1) 감면대상자 중 missing data 46,481 case

2) 종합은 감면대상자 missing data 포함

다음으로 <표 III-16>는 지역별 감면이용대상자의 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수와 입내원일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 173,986명(40.8%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 60,919명(13.0%), 강원 이 44,696명(9.5%)의 이용을 보였다. 총진료비와 원외처방약제비 이용 빈도에 있어 서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

<표 III-16>지역별 감면진료대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)					
지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	173,986	173,986	173,965	171,680
	Sum	11,260,699	7,418,322	286,100,000,000	125,915,822,079
	Mean	65	43	1,644,584	733,433
강원	N	44,696	44,696	44,688	43,943
	Sum	2,986,167	2,091,182	71,220,000,000	28,492,527,323
	Mean	67	47	1,593,716	648,397
대전	N	24,830	24,830	24,829	24,307
	Sum	1,682,161	1,001,151	33,300,000,000	14,067,732,156
	Mean	68	40	1,341,174	578,752
충남	N	30,654	30,654	30,649	30,197
	Sum	2,167,912	1,420,735	50,610,000,000	20,493,413,127
	Mean	71	46	1,651,277	678,657
충북	N	17,092	17,092	17,086	16,833
	Sum	1,194,707	816,586	29,590,000,000	11,749,398,867
	Mean	70	48	1,731,827	697,998
인천	N	17,787	17,787	17,781	17,465
	Sum	1,400,428	832,237	29,380,000,000	10,834,852,415
	Mean	79	47	1,652,326	620,375
경기	N	6,952	6,952	6,952	6,792
	Sum	461,824	301,152	10,330,000,000	3,546,273,635
	Mean	66	43	1,485,903	522,125

광주	N	60,919	60,919	60,906	59,244
	Sum	3,687,473	2,217,483	75,530,000,000	31,882,573,131
	Mean	61	36	1,240,108	538,157
전남	N	13,599	13,599	13,596	13,046
	Sum	914,223	481,546	15,760,000,000	7,463,670,993
	Mean	67	35	1,159,164	572,104
전북	N	9,802	9,802	9,802	9,432
	Sum	830,563	394,953	11,460,000,000	4,187,547,952
	Mean	85	40	1,169,149	443,972
부산	N	11,429	11,429	11,427	10,907
	Sum	1,038,399	465,350	13,080,000,000	5,115,472,951
	Mean	91	41	1,144,657	469,008
경남	N	12,347	12,347	12,346	11,990
	Sum	921,174	558,636	18,250,000,000	7,271,881,423
	Mean	75	45	1,478,212	606,496
울산	N	10,313	10,313	10,313	9,844
	Sum	667,217	407,814	12,050,000,000	4,815,369,121
	Mean	65	40	1,168,428	489,168
제주	N	15,622	15,622	15,620	14,713
	Sum	1,132,879	577,463	16,970,000,000	6,819,333,078
	Mean	73	37	1,086,428	463,490
대구	N	16,268	16,268	16,264	15,435
	Sum	1,093,872	665,193	20,670,000,000	6,686,710,655
	Mean	67	41	1,270,905	433,217
경북	N	4,000	4,000	3,998	3,868
	Sum	276,769	195,735	5,533,700,000	2,398,365,492
	Mean	69	49	1,384,117	620,053
전체	N	470,296	470,296	470,222	459,696
	Sum	31,716,467	19,845,538	699,833,700,000	291,740,944,398
	Mean	67	42	1,488,305	634,639
	F값	108.740	160.460	119.700	419.620
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 감면진료대상자의 질병별 의료이용량을 살펴보면 다음과 같다. 전반적으로 10번 질병 분류에 들어가는 질병으로 가장 많은 이용 빈도가 보였고, 이어서 질병 분류 11번, 13번, 9번의 순으로 의료이용 빈도가 높았다. 요양일수 기준으로 그 자세한 수치를 살펴보면, 먼저 질병분류 10번의 경우 전체 감면대상자의 333,775명이 이 질병으로 요양을 이용한 것으로 나타났고, 이어 질병분류 11번으로 294,774명, 질병분류 13번으로 263,200명이 이용한 것으로 나타났다.

〈표 III-17〉질병별 감면진료대상자 의료이용량

질병별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	N	97,751	97,751	97,823	80,687
	sum	513,496	395,402	13,190,000,000	7,237,722,357
	mean	5	4	134,835	89,701
신생물 [C00-D48]	N	67,059	67,055	67,741	23,982
	sum	1,046,037	714,618	72,100,000,000	12,296,953,113
	mean	16	11	1,064,348	512,758
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]	N	20,670	20,669	20,776	3,394
	sum	135,537	94,524	2,497,300,000	380,752,191
	mean	7	5	120,201	112,184
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	N	90,507	90,504	90,515	70,595
	sum	1,520,916	760,710	20,200,000,000	29,255,080,516
	mean	17	8	223,167	414,407
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	N	46,245	46,243	46,204	24,790
	sum	3,352,866	904,336	43,430,000,000	6,616,587,774
	mean	73	20	939,962	266,906
신경계통의 질환 [G00-G99]	N	60,624	60,621	60,632	45,604
	sum	970,437	487,397	26,040,000,000	9,365,619,230
	mean	16	8	429,476	205,368
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	N	185,816	185,816	186,020	161,981
	sum	1,028,542	964,124	39,590,000,000	8,771,466,481
	mean	6	5	212,827	54,151
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]	N	67,341	67,341	67,345	47,016
	sum	293,801	269,707	5,483,400,000	1,708,888,810
	mean	4	4	81,423	36,347
순환기계통의 질환 [I00-I99]	N	228,605	228,594	228,536	208,121
	sum	7,022,719	2,785,912	117,700,000,000	104,053,971,885
	mean	31	12	515,017	499,969
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	N	333,775	333,773	334,305	279,982
	sum	4,407,829	3,602,832	75,020,000,000	21,446,161,376
	mean	13	11	224,406	76,598
소화기계통의 질환 [K00-K93]	N	294,774	294,771	293,283	239,177
	sum	2,225,003	1,788,747	57,160,000,000	18,141,265,045
	mean	8	6	194,897	75,849
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]	N	145,296	145,295	145,245	133,128
	sum	711,676	615,150	9,240,100,000	4,306,856,075
	mean	5	4	63,617	32,351
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	N	253,200	253,198	253,192	218,268
	sum	4,766,361	3,886,810	98,980,000,000	27,493,297,557
	mean	19	15	390,929	125,961
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N	101,237	101,235	101,183	88,363
	sum	1,176,173	729,341	41,400,000,000	23,068,880,941
	mean	12	7	409,160	261,069

임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]	N	118	118	118	40
	sum	926	630	78,155,610	532,744
	mean	8	5	662,336	13,319
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]	N	18	18	18	11
	sum	33	33	635,940	325,140
	mean	2	2	35,330	29,558
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]	N	928	928	927	408
	sum	6,131	3,841	342,970,000	65,719,220
	mean	7	4	369,978	161,077
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	N	85,406	85,406	85,197	47,927
	sum	318,774	216,236	8,154,200,000	2,425,745,309
	mean	4	3	95,710	50,613
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	N	138,117	138,115	138,116	106,283
	sum	1,148,601	962,133	45,320,000,000	3,288,862,951
	mean	8	7	328,130	30,944
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]	N	49	49	49	34
	sum	2,665	917	60,530,520	30,308,974
	mean	54	19	1,235,317	891,440
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]	N	27,016	27,016	26,882	12,298
	sum	107,419	79,356	2,604,300,000	604,664,903
	mean	4	3	96,879	49,168
전체	N	2,244,552	2,244,516	2,244,107	1,792,089
	sum	30,755,942	19,262,756	678,591,592,070	280,559,662,592
	mean	14	9	302,388	156,555

다. 건강보험대상자

건강보험대상자 1인당 평균 이용량을 살펴보면, 요양일수는 11일, 입내원일수가 8일, 총진료비는 228,360원, 원외처방약제비가 125,652원으로 나타나 앞선 국비이용대상자나 감면진료대상자에 비해 의료이용률이 낮은 것으로 나타났다. 건강보험대상자는 전반적으로 모든 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-18〉 성별 건강보험대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	14,435,268	14,435,257	14,416,577	13,241,724
	Sum	153,297,249	102,656,244	3,364,400,000,000	1,766,900,000,000
	Mean	11	7	233,370	133,434
여자	N	16,774,884	16,774,862	16,762,760	15,467,622
	Sum	193,991,407	131,507,107	3,755,700,000,000	1,840,500,000,000
	Mean	12	8	224,050	118,990
전체	N	31,210,152	31,210,119	31,179,337	28,709,346
	Sum	347,288,656	234,163,351	7,120,100,000,000	3,607,400,000,000
	Mean	11	8	228,360	125,652
	F값	5376.900	22439.100	438.220	3275.470
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 건강보험대상자의 연령별 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 20대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 40대에 이어 30대로 나타나 국비진료대상자나 감면진료대상자와는 많은 차이가 나타났다. 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 20대가 36.7%인 11,446,357명, 40대가 16.8%인 5,236,763명에 이어 30대가 약 15.7%인 4,888,900명이었다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 입내원일수 기준과 총진료비 기준으로 봤을 때 이용자 수는 요양일수 기준과 수치상의 미미한 차이만 나타났고, 원외약제처방비 기준으로 건강보험대상자의 의료이용을 살펴보면 20대가 가장 많은 10,609,439명의 이용을 보였고, 다음으로 40대가 4,755,850명, 30대가 4,364,906명의 이용을 보였다.

〈표 III-19〉 연령별 건강보험대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	11,446,357	11,446,357	11,443,839	10,609,439
	Sum	68,660,654	61,420,850	1,279,511,900,000	324,976,396,760
	Mean	6	5	111,808	30,631
30~39	N	4,888,900	4,888,896	4,884,770	4,364,906
	Sum	31,032,736	22,164,452	652,492,909,520	221,399,128,282
	Mean	6	5	133,577	50,723
40~49	N	5,236,763	5,236,760	5,223,031	4,755,850
	Sum	45,089,261	31,431,251	950,828,261,760	500,683,086,527
	Mean	9	6	182,045	105,277
50~59	N	4,410,429	4,410,426	4,403,044	4,083,417
	Sum	57,674,521	39,280,414	1,263,158,200,000	832,657,635,881
	Mean	13	9	286,883	203,912
60~69	N	3,029,428	3,029,422	3,026,883	2,855,595
	Sum	67,238,501	40,417,951	1,434,441,500,000	940,820,670,016
	Mean	22	13	473,901	329,466
70 이상	N	2,198,275	2,198,258	2,197,770	2,040,139
	Sum	77,592,983	39,448,433	1,539,725,600,000	786,838,710,261
	Mean	35	18	700,585	385,679
전체	N	31,210,152	31,210,119	31,179,337	28,709,346
	Sum	347,288,656	234,163,351	7,120,158,371,280	3,607,375,627,727
	Mean	11	8	228,361	125,652
	F값	347094.000	543910.000	122736.000	206766.000
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-20>는 지역별 건강보험대상자의 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 7,583,424명(24.3%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 6,394,901명(20.4%), 강원이 2,418,620명(7.7%)의 이용을 보였다. 입내원일수, 총진료비, 원외처방약제비 이용 빈도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

〈표 III-20〉지역별 건강보험대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	7,583,424	7,583,423	7,576,011	6,959,660
	Sum	81,435,369	58,143,306	2,169,020,800,000	1,082,803,300,000
	Mean	11	8	286,301	155,583
강원	N	2,418,620	2,418,615	2,416,383	2,251,135
	Sum	27,513,830	20,768,354	662,765,646,100	323,629,093,347
	Mean	11	9	274,280	143,763
대전	N	1,674,404	1,674,404	1,672,650	1,563,642
	Sum	16,825,234	12,531,400	346,608,347,090	171,198,214,728
	Mean	10	7	207,221	109,487
충남	N	1,713,388	1,713,387	1,711,806	1,601,723
	Sum	18,471,825	13,611,993	435,823,039,060	221,585,821,991
	Mean	11	8	254,598	138,342
충북	N	1,013,743	1,013,740	1,012,111	938,353
	Sum	10,492,551	8,038,921	256,998,143,210	130,688,824,509
	Mean	10	8	253,923	139,275
인천	N	1,067,545	1,067,545	1,065,824	994,867
	Sum	12,200,828	8,508,012	256,922,495,880	119,805,453,758
	Mean	11	8	241,055	120,424
경기	N	717,748	717,748	717,246	667,133
	Sum	7,160,228	5,172,990	146,271,433,810	67,676,917,937
	Mean	10	7	203,935	101,444
광주	N	6,394,901	6,394,901	6,389,731	5,889,557
	Sum	57,656,573	41,942,289	1,129,627,400,000	597,085,437,554
	Mean	9	7	176,788	101,380
전남	N	853,727	853,727	852,994	764,249
	Sum	12,127,449	6,142,040	175,176,700,510	108,576,644,803
	Mean	14	7	205,367	142,070
전북	N	901,722	901,722	901,097	831,668
	Sum	12,947,771	6,783,954	170,024,811,250	82,497,584,923
	Mean	14	8	188,686	99,195
부산	N	1,131,799	1,131,796	1,131,053	1,029,504
	Sum	18,542,232	8,534,906	208,664,457,090	108,284,657,818
	Mean	16	8	184,487	105,181
경남	N	1,083,133	1,083,133	1,081,739	992,399
	Sum	13,733,076	8,857,107	242,740,302,680	133,862,073,555
	Mean	13	8	224,398	134,887
울산	N	1,007,975	1,007,959	1,006,658	910,368
	Sum	12,892,254	8,025,165	212,126,792,910	109,338,303,940
	Mean	13	8	210,724	120,103
제주	N	1,439,260	1,439,256	1,438,164	1,298,948
	Sum	19,549,120	10,646,199	259,554,595,510	147,073,211,547
	Mean	14	7	180,476	113,225
대구	N	1,871,517	1,871,517	1,869,003	1,704,491
	Sum	22,251,017	13,848,731	381,947,759,940	168,602,200,012
	Mean	12	7	204,359	98,916

경북	N	337,246	337,246	336,867	311,649
	Sum	3,489,299	2,607,984	65,885,655,900	34,667,865,422
	Mean	10	8	195,584	111,240
전체	N	31,210,152	31,210,119	31,179,337	28,709,346
	Sum	347,288,656	234,163,351	7,120,158,380,940	3,607,375,605,844
	Mean	11	8	228,361	125,652
	F값 P값	5070.890 <.0001	3788.070 <.0001	2672.790 <.0001	2356.120 <.0001

우리나라 건강보험대상자의 질병별 의료이용량을 살펴보면 다음과 같다. 건강보험 대상자 역시 다른 보훈대상자들과 마찬가지로 전반적으로 10번 질병 분류에 들어가는 질병으로 가장 많은 이용 빈도가 보였다. 이어서 질병 분류 11번, 9번, 19번의 순으로 의료이용 빈도가 높았다. 요양일수 기준으로 그 자세한 수치를 살펴보면, 먼저 질병분류 10번의 경우 전체 건강보험대상자의 19,630,318명이 이 질병으로 요양을 이용한 것으로 나타났고, 이어 질병분류 11번으로 6,799,604명, 9번으로 4,925,827명, 19번으로 4,215,792명이 이용한 것으로 나타났다. 이는 입내원일수 기준이나 총진료비에 있어서도 수치상의 미미한 차이를 제외하고는 같은 경향을 보였다. 원외약제처방비 기준으로 봤을 때는 다소 차이가 있었는데 먼저 질병분류 10번으로 18,745,382명에 이어 질병분류 9번으로 4,562,368명, 11번으로 4,491,268명, 13번으로 3,339,897명이 이용한 것으로 나타났다.

〈표 III-21〉질병별 건강보험대상자 의료이용량

질병별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	N	3,245,779	3,245,769	3,243,612	2,895,522
	sum	9,164,888	7,824,063	207,025,182,780	267,881,994,793
	mean	3	2	63,826	92,516
신생물 [C00-D48]	N	67,930	67,928	67,958	40,786
	sum	3,388,229	1,510,846	323,247,727,210	80,232,356,769
	mean	50	22	4,756,581	1,967,154
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]	N	8,409	8,409	8,413	2,240
	sum	112,303	64,193	13,560,725,510	4,201,925,990
	mean	13	8	1,611,878	1,875,860
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	N	1,390,199	1,390,179	1,389,848	1,214,769
	sum	22,311,380	11,540,330	266,280,559,950	501,796,547,034
	mean	16	8	191,590	413,080
정신 및 행동 장애	N	166,941	166,940	166,927	46,817

[F00-F99]	sum	22,116,041	3,509,681	213,083,923,420	20,262,589,176
	mean	132	21	1,276,510	432,804
신경계통의 질환 [G00-G99]	N	115,529	115,525	115,523	59,939
	sum	2,610,215	1,833,971	155,625,616,640	12,692,370,879
	mean	23	16	1,347,140	211,755
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	N	1,915,189	1,915,187	1,914,811	1,763,071
	sum	4,412,895	4,087,172	183,327,277,860	49,192,813,693
	mean	2	2	95,742	27,902
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]	N				
	sum				
	mean				
순환기계통의 질환 [I00-I99]	N	4,925,827	4,925,765	4,921,701	4,562,368
	sum	99,351,046	45,266,174	1,223,261,100,000	1,629,916,000,000
	mean	20	9	248,544	357,252
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	N	19,630,318	19,630,300	19,625,933	18,745,382
	sum	87,335,689	79,073,135	1,268,560,400,000	492,957,133,877
	mean	4	4	64,637	26,298
소화기계통의 질환 [K00-K93]	N	6,779,604	6,779,594	6,698,356	4,491,268
	sum	17,877,580	16,853,404	565,203,864,940	148,611,098,070
	mean	3	2	84,379	33,089
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]	N	451,249	451,249	446,922	382,505
	sum	1,176,247	1,149,106	17,288,593,980	8,091,084,887
	mean	3	3	38,684	21,153
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	N	4,191,371	4,191,357	4,191,128	3,339,897
	sum	36,351,796	32,388,817	1,114,220,200,000	181,112,385,876
	mean	9	8	265,852	54,227
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N	2,706,506	2,706,491	2,703,214	1,936,369
	sum	21,292,517	11,930,797	999,774,856,340	173,269,658,488
	mean	8	4	369,847	89,482
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]	N				
	sum				
	mean				
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]	N				
	sum				
	mean				
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]	N	3,910	3,910	3,908	1,004
	sum	36,145	18,162	2,279,469,640	185,430,360
	mean	9	5	583,283	184,692
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	N	1,076,658	1,076,656	1,076,010	689,301
	sum	2,323,418	1,854,368	61,496,588,570	14,833,659,097
	mean	2	2	57,152	21,520
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	N	4,215,792	4,215,789	4,215,680	3,069,488
	sum	15,290,108	14,171,614	455,490,611,260	31,124,087,527
	mean	4	3	108,047	10,140

질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]	N				
	sum				
	mean				
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]	N	450,302	450,302	449,919	183,936
	sum	3,441,529	1,881,589	79,623,857,820	6,255,257,150
	mean	8	4	176,974	34,008
전체	N	51,341,513	51,341,350	51,239,863	43,424,662
	sum	348,592,026	234,957,422	7,149,350,555,920	3,622,616,393,666
	mean	7	5	139,527	83,423

라. 의료급여대상자

의료급여대상자 1인당 평균 이용량을 살펴보면, 요양일수는 43일, 입내원일수가 23일, 총진료비는 983,452원, 원외처방약제비가 301,982원으로 나타났다. 의료급여 대상자의 경우 전반적으로 1인당 의료이용량을 포함한 모든 의료이용량과 에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-22〉 성별 의료급여대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	462,896	462,756	464,216	397,197
	Sum	22,761,545	11,560,880	548,200,168,190	109,668,237,044
	Mean	49	25	1,180,916	276,105
여자	N	688,324	688,282	688,750	624,018
	Sum	193,991,407	131,507,107	3,755,700,000,000	1,840,500,000,000
	Mean	282	191	5,452,922	2,949,434
전체	N	1,151,220	1,151,038	1,152,966	1,021,215
	Sum	49,910,078	25,940,928	1,133,887,251,340	308,388,648,157
	Mean	43	23	983,452	301,982
	F값	5376.900	22439.100	438.220	3275.470
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 의료급여대상자의 연령별 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 50대의 이용률이 가장 높고, 다음으

로 70대 이상에 이어 40대로 나타났다. 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 20대가 29.5%인 339,883명, 70대 이상이 22.4%인 258,253명에 이어 40대가 15.9%인 182,755명이었다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 입내원일수 기준과 총진료비 기준으로 봤을 때 이용자 수는 요양일수 기준과 수치상의 미미한 차이만 나타났고, 원외약제처방비 기준으로 의료급여대상자의 의료이용을 살펴보면 20대가 가장 많은 313,766명의 이용을 보였고, 다음으로 70대 이상이 233,542명, 40대가 153,118명의 이용을 보였다.

〈표 III-23〉 연령별 의료급여대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	339,883	339,878	339,935	313,766
	Sum	3,073,130	2,157,827	63,107,000,360	10,464,100,559
	Mean	9	6	185,644	33,350
30~39	N	76,409	76,404	76,563	62,289
	Sum	4,972,818	2,185,791	106,040,310,350	8,492,709,987
	Mean	65	29	1,385,007	136,344
40~49	N	182,755	182,701	183,201	153,118
	Sum	11,966,124	5,664,082	265,927,010,490	36,446,911,837
	Mean	65	31	1,451,559	238,032
50~59	N	146,103	146,050	146,604	124,086
	Sum	10,131,726	5,205,812	244,882,061,010	51,516,949,724
	Mean	69	36	1,670,364	415,171
60~69	N	147,817	147,786	148,062	134,414
	Sum	7,520,649	4,168,703	181,687,247,720	74,332,912,462
	Mean	51	28	1,227,102	553,015
70 이상	N	258,253	258,219	258,601	233,542
	Sum	12,245,631	6,558,713	272,243,621,410	127,135,063,588
	Mean	47	25	1,052,755	544,378
전체	N	1,151,220	1,151,038	1,152,966	1,021,215
	Sum	49,910,078	25,940,928	1,133,887,251,340	308,388,648,157
	Mean	43	23	983,452	301,982
	F값	14391.400	9796.290	6788.540	22624.400
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-24>은 지역별 의료급여대상자의 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 180,842명(15.7%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 151,886명(13.2%), 강원이 109,685명(9.5%)의 이용을 보였다. 입내원일수, 총진료비, 원외처방약제비 이용 빈도에 있어 서로 유사한 경향을 보였다.

<표 III-24>지역별 의료급여대상자 의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	180,842	180,836	180,895	164,822
	Sum	6,825,435	3,421,662	190,915,324,690	57,941,421,680
	Mean	38	19	1,055,393	351,539
강원	N	109,685	109,683	109,800	99,531
	Sum	4,624,619	2,802,862	124,202,515,850	31,886,811,852
	Mean	42	26	1,131,170	320,371
대전	N	53,244	53,244	53,273	48,791
	Sum	1,841,727	989,864	43,025,978,600	12,842,237,525
	Mean	35	19	807,651	263,209
충남	N	82,860	82,857	82,983	75,215
	Sum	3,416,825	1,795,342	82,905,063,690	23,212,624,203
	Mean	41	22	999,061	308,617
충북	N	55,538	55,527	55,617	50,802
	Sum	1,880,996	1,110,199	48,406,236,380	14,488,500,003
	Mean	34	20	870,350	285,195
인천	N	42,489	42,488	42,500	38,182
	Sum	2,067,223	953,099	44,194,427,180	10,968,760,838
	Mean	49	22	1,039,869	287,276
경기	N	15,121	15,119	15,202	13,234
	Sum	771,823	495,571	22,140,989,720	4,158,280,777
	Mean	51	33	1,456,452	314,212
광주	N	151,886	151,885	152,014	134,572
	Sum	6,588,736	3,575,752	155,972,194,000	38,214,713,649
	Mean	43	24	1,026,038	283,972
전남	N	44,898	44,887	44,918	38,798
	Sum	1,831,473	792,889	35,352,444,620	13,024,934,440
	Mean	41	18	787,044	335,711
전북	N	39,564	39,563	39,630	32,882
	Sum	2,356,136	914,238	36,772,116,070	8,122,459,161
	Mean	60	23	927,886	247,018
부산	N	48,451	48,451	48,480	42,553
	Sum	2,440,492	1,121,292	42,234,014,090	11,481,713,772
	Mean	50	23	871,164	269,821
경남	N	82,373	82,373	82,390	74,296
	Sum	3,170,878	1,651,308	64,550,267,000	22,967,849,906
	Mean	38	20	783,472	309,140

울산	N	75,534	75,486	75,780	64,179
	Sum	3,539,575	1,668,000	65,161,027,730	19,012,319,314
	Mean	47	22	859,871	296,239
제주	N	79,282	79,210	79,640	67,273
	Sum	3,944,928	1,999,554	76,029,991,160	19,921,749,070
	Mean	50	25	954,671	296,133
대구	N	73,846	73,822	74,223	61,825
	Sum	4,167,918	2,409,448	92,387,750,600	16,544,091,749
	Mean	56	33	1,244,732	267,595
경북	N	15,607	15,607	15,621	14,260
	Sum	441,294	239,848	9,636,909,960	3,600,180,218
	Mean	28	15	616,920	252,467
전체	N	1,151,220	1,151,038	1,152,966	1,021,215
	Sum	49,910,078	25,940,928	1,133,887,251,340	308,388,648,157
	Mean	43	23	983,452	301,982
	F값	371.870	383.380	149.770	173.280
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음표는 21대 질병 대분류에 따른 의료급여대상자들의 총 의료이용량을 분석한 결과이다. 전체적으로는 요양일수와 입내원일수는 <대분류 질병 5>이 각각 272일과 113일로 가장 높은 것으로 나타났고, 총 진료비와 원외처방는 <대분류 질병 2>이 각각 5,018,873원과 2,621,983원으로 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-25〉 질병별 의료급여대상자 의료이용량

질병별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	N	129,467	129,430	130,197	113,984
	sum	557,268	389,030	12,170,935,590	11,292,111,757
	mean	4	3	93,481	99,068
신생물 [C00-D48]	N	4,895	4,893	4,921	2,696
	sum	314,534	146,787	24,697,871,900	7,068,864,867
	mean	64	30	5,018,873	2,621,983
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]	N	553	553	562	252
	sum	17,903	7,050	1,698,980,320	565,057,490
	mean	32	13	3,023,097	2,242,292
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	N	107,188	107,063	108,809	88,881
	sum	3,186,662	1,388,462	50,446,948,610	50,591,559,186
	mean	30	13	463,628	569,206
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	N	70,252	70,251	70,255	2,713
	sum	19,135,605	7,957,872	298,491,017,980	535,469,243
	mean	272	113	4,248,680	197,372

신경계통의 질환 [G00-G99]	N	15,020	15,012	15,125	6,616
	sum	819,101	539,891	36,762,574,180	2,461,902,037
	mean	55	36	2,430,583	372,113
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	N	98,705	98,703	98,749	91,784
	sum	402,223	303,981	13,249,240,660	5,022,793,144
	mean	4	3	134,171	54,724
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]	N				
	sum				
	mean				
순환기계통의 질환 [I00-I99]	N	324,677	324,428	327,268	281,147
	sum	11,690,366	5,061,948	198,304,206,240	147,794,655,147
	mean	36	16	605,938	525,685
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	N	682,348	682,232	683,883	624,468
	sum	4,550,005	3,465,204	94,852,808,820	30,542,638,245
	mean	7	5	138,697	48,910
소화기계통의 질환 [K00-K93]	N	224,212	224,189	223,937	154,424
	sum	847,822	657,136	21,309,930,080	8,969,650,787
	mean	4	3	95,160	58,085
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]	N	16,813	16,810	16,726	15,200
	sum	49,150	45,641	639,144,890	456,199,939
	mean	3	3	38,213	30,013
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	N	266,954	266,899	267,686	218,280
	sum	3,829,185	3,242,654	105,305,572,740	26,742,220,762
	mean	14	12	393,392	122,513
비노생식기계통의 질환 [N00-N99]	N	94,684	94,632	95,389	67,948
	sum	3,172,835	1,801,566	240,895,749,030	11,843,653,959
	mean	34	19	2,525,404	174,305
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]	N				
	sum				
	mean				
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]	N				
	sum				
	mean				
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]	N	250	250	251	67
	sum	3,539	1,974	201,666,780	13,097,069
	mean	14	8	803,453	195,479
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	N	66,329	66,314	66,499	41,741
	sum	235,027	151,709	5,089,953,050	1,745,237,111
	mean	4	2	76,542	41,811
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	N	164,813	164,803	165,058	124,566
	sum	774,018	689,313	21,057,164,130	1,925,224,802
	mean	5	4	127,574	15,455

질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]	N				
	sum				
	mean				
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]	N	20,053	20,052	20,105	15,377
	sum	324,835	90,710	8,713,486,340	818,312,612
	mean	16	5	433,399	53,217
전체	N	2,287,213	2,286,514	2,295,420	1,850,144
	sum	49,910,078	25,940,928	1,133,887,251,340	308,388,648,157
	mean	22	11	493,978	166,684

2. 외래의료서비스

가. 국비진료대상자

국비진료대상자 1인당 평균 외래 의료이용량을 살펴보면, 요양일수¹¹⁾는 370일, 입내원일수가 45일, 총진료비는 1,695,197원, 원외처방약제비가 794,205원으로 나타났다. 국비진료대상자는 대부분 남성으로 모든 의료이용량에 있어서 남성의 외래 의료 이용이 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-26〉 성별 국비진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	189,880	189,880	189,863	179,435
	Sum	70,276,446	8,455,041	322,100,000,000	142,715,923,492
	Mean	370	45	1,696,486	795,363
여자	N	637	637	637	607
	Sum	155,688	25,933	834,950,000	274,345,024
	Mean	244	41	1,310,754	451,969
전체	N	190,517	190,517	190,500	180,042
	Sum	70,432,134	8,480,974	322,934,950,000	142,990,268,516
	Mean	370	45	1,695,197	794,205
	F값	23.510	3.950	10.710	45.950
	P값	<.0001	0.0468	0.0011	<.0001

11) 요양일수에는 투약일수가 포함되어 있음

우리나라 국비진료대상자의 연령별 외래 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 60대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 20대의 이용률이 높은 것으로 나타났다. 요양일수와 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 60대가 36.9%인 70,362명, 20대가 17.0%인 32,424명, 이어 70대 이상이 14.0%인 26,693명으로 나타났다. 이어 50대가 약 13.8%인 26,307명이었으며, 다음으로 40대가 18,059명, 30대가 16,672명으로 70대 이상과 20대를 제외하고 대체적으로 연령의 증가에 따른 이용률에 있어 비례관계를 보였다. 이는 요양일수와 입내원일수 뿐 아니라 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 유사한 경향을 보였다. 총진료비 기준 이용량 역시 60대가 가장 많은 70,354명이 이용하였고, 다음으로 20대가 32,424명, 70대가 26,693명의 이용을 보였다. 원외약제처방비의 이용 또한 60대가 가장 많은 65,851명이 이용하였고, 다음으로 20대가 31,615명, 70대 이상은 24,603명이 이용하였다.

〈표 III-27〉 연령별 국비진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	32,424	32,424	32,424	31,615
	Sum	9,664,400	1,299,606	47,120,000,000	20,429,558,059
	Mean	298	40	1,453,245	646,198
30~39	N	16,672	16,672	16,671	15,912
	Sum	4,242,778	597,033	22,920,000,000	9,098,319,451
	Mean	254	36	1,374,843	571,790
40~49	N	18,059	18,059	18,056	17,261
	Sum	5,093,872	713,426	27,160,000,000	11,232,212,388
	Mean	282	40	1,504,209	650,728
50~59	N	26,307	26,307	26,302	24,800
	Sum	9,000,275	1,132,234	44,330,000,000	19,765,781,260
	Mean	342	43	1,685,423	797,007
60~69	N	70,362	70,362	70,354	65,851
	Sum	28,065,214	3,206,421	126,400,000,000	57,481,110,599
	Mean	399	46	1,796,628	872,897
70 이상	N	26,693	26,693	26,693	24,603
	Sum	14,365,595	1,532,254	55,020,000,000	24,983,286,759
	Mean	538	57	2,061,215	1,015,457
전체	N	190,517	190,517	190,500	180,042
	Sum	70,432,134	8,480,974	322,950,000,000	142,990,268,516
	Mean	370	45	1,695,276	794,205
	F값 P값	650.170 <.0001	601.120 <.0001	139.350 <.0001	382.670 <.0001

다음 <표 III-28>은 국비진료대상자 상해등급별 외래 의료 이용량이다. 요양일수와 입내원일수의 경우 7급이 46,796명(24.5%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 경도가 23,511명(12.3%)으로 두 번째로 많았다. 이어 6급 2항이 22,082명(11.6%), 무급이 20,025명(10.5%)으로 비교적 높은 이용 비율을 보였다. 총진료비의 경우도 7급이 46,792명(24.6%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 경도가 23,510명(12.3%)로 두 번째로 많았다. 또한 원외약제처방비의 경우에 있어서도 7급이 44,037명(24.4%)으로 가장 높은 비율을 보였고, 이어 경도가 22,272명(12.4%)으로 두 번째로 높은 비율을 보였다.

<표 III-28> 상해등급별 국비진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

상해등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
등급없음	N	20,025	20,025	20,020	19,610
	sum	2,640,523	609,388	14,810,000,000	12,780,296,341
	mean	132	30	739,760	651,723
1급1항	N	338	338	338	203
	sum	200,351	27,581	1,126,300,000	73,461,232
	mean	593	82	3,332,249	361,878
1급2항	N	1,014	1,014	1,014	810
	sum	739,856	84,595	3,202,300,000	456,138,778
	mean	730	83	3,158,087	563,134
1급3항	N	702	702	702	582
	sum	514,507	49,531	3,119,400,000	317,432,700
	mean	733	71	4,443,590	545,417
2급	N	2,059	2,059	2,058	1,777
	sum	1,582,805	143,068	8,529,300,000	1,138,924,880
	mean	769	69	4,144,461	640,926
3급	N	7,883	7,883	7,883	7,127
	sum	4,702,092	489,295	35,520,000,000	5,628,064,038
	mean	596	62	4,505,899	789,682
4급	N	3,244	3,244	3,244	2,956
	sum	1,976,033	196,388	8,100,200,000	2,767,292,291
	mean	609	61	2,496,979	936,161
5급	N	12,385	12,385	12,385	11,534
	sum	6,482,782	665,764	26,540,000,000	10,446,423,721
	mean	523	54	2,142,915	905,707
6급1항	N	8,540	8,540	8,538	7,981
	sum	3,769,164	406,114	14,960,000,000	6,275,117,367
	mean	441	48	1,752,167	786,257
6급2항	N	22,082	22,082	22,079	20,612
	sum	8,774,041	990,423	36,380,000,000	15,386,462,338

	mean	397	45	1,647,720	746,481
7급	N	46,796	46,796	46,792	44,037
	sum	16,780,580	1,962,006	69,430,000,000	33,438,449,313
	mean	359	42	1,483,801	759,326
경도	N	23,511	23,511	23,510	22,272
	sum	11,226,494	1,157,525	40,790,000,000	21,678,523,969
	mean	477	49	1,735,006	973,353
고도	N	9,411	9,411	9,411	8,787
	sum	3,981,207	477,756	26,550,000,000	7,240,186,421
	mean	423	51	2,821,167	823,966
등외	N	6,254	6,254	6,254	6,182
	sum	747,914	210,770	4,799,900,000	4,878,259,243
	mean	120	34	767,493	789,107
미수검	N	3	3	3	3
	sum	156	150	2,629,930	689,294
	mean	52	50	876,643	229,765

〈표 III-29〉 장해등급별 국비진료대상자 외래의료이용량

장해등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
장해10급	N	110	110	110	107
	sum	15,988	4,746	136,680,000	73,374,630
	mean	145	43	1,242,545	685,744
장해11급	N	105	105	105	104
	sum	11,555	3,799	98,731,570	78,144,804
	mean	110	36	940,301	751,392
장해12급	N	453	453	453	441
	sum	51,413	16,861	432,370,000	221,168,161
	mean	113	37	954,459	501,515
장해13급	N	90	90	90	85
	sum	10,771	3,362	91,917,060	51,749,059
	mean	120	37	1,021,301	608,812
장해14급	N	1,127	1,127	1,127	1,099
	sum	106,406	36,434	893,780,000	553,238,429
	mean	94	32	793,061	503,402
장해1급	N	29	29	29	27
	sum	7,020	821	30,383,390	9,812,773
	mean	242	28	1,047,703	363,436
장해2급	N	12	12	12	12
	sum	3,300	842	21,765,550	8,734,143
	mean	275	70	1,813,796	727,845
장해3급	N	19	19	19	17
	sum	2,919	578	14,798,810	7,879,376
	mean	154	30	778,885	463,493
장해4급	N	15	15	15	15

	sum	1,106	387	7,748,530	9,006,761
	mean	74	26	516,569	600,451
장해5급	N	39	39	39	39
	sum	6,883	1,400	62,807,710	21,067,148
	mean	176	36	1,610,454	540,183
장해6급	N	16	16	16	16
	sum	2,656	765	20,893,870	6,175,527
	mean	166	48	1,305,867	385,970
장해7급	N	62	62	62	62
	sum	8,823	2,609	63,354,680	46,911,858
	mean	142	42	1,021,850	756,643
장해8급	N	65	65	65	65
	sum	13,140	3,070	95,176,680	45,226,187
	mean	202	47	1,464,257	695,787
장해9급	N	121	121	121	120
	sum	16,688	4,662	124,080,000	67,945,782
	mean	138	39	1,025,455	566,215
중등도	N	8,247	8,247	8,247	7,803
	sum	4,336,590	435,156	15,940,000,000	9,604,616,446
	mean	526	53	1,932,824	1,230,888
후유의증등 외	N	15,760	15,760	15,759	15,557
	sum	1,718,371	495,128	11,050,000,000	9,679,495,506
	mean	109	31	701,187	622,196
전체 (상해등급+ 장애등급)	N	190,517	190,517	190,500	180,042
	sum	70,432,134	8,480,974	322,944,517,780	142,990,268,516
	mean	370	45	1,695,247	794,205
	F 값	272.420	186.480	477.110	70.950
	p 값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-30>은 지역별 국비진료대상자의 외래 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 강원, 광주, 충남 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 각 부분별로 살펴보면, 우선 요양일수와 입내원일수에 서울지역이 77,516명(40.7%)으로 가장 많은 빈도의 이용을 보였고, 이어 강원이 21,887명(11.5%), 광주 15,844명(8.3%), 충남이 15,520명(8.1%)으로 나타났다. 총진료비와 원외처방약제비 이용빈도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

〈표 III-30〉지역별 국비진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	77,516	77,516	77,506	73,799
	Sum	35,501,899	3,601,177	152,300,000,000	59,750,775,211
	Mean	458	46	1,965,009	809,642
강원	N	21,887	21,887	21,886	20,229
	Sum	11,089,137	1,156,538	46,640,000,000	12,894,637,946
	Mean	507	53	2,131,043	637,433
대전	N	7,381	7,381	7,381	7,215
	Sum	800,591	258,467	7,171,300,000	6,399,398,030
	Mean	108	35	971,589	886,957
충남	N	15,520	15,520	15,518	13,981
	Sum	8,826,123	826,399	32,080,000,000	8,195,312,704
	Mean	569	53	2,067,277	586,175
충북	N	12,125	12,125	12,125	10,855
	Sum	6,156,256	693,807	27,440,000,000	7,354,251,276
	Mean	508	57	2,263,093	677,499
인천	N	8,627	8,627	8,625	7,887
	Sum	5,234,951	474,067	18,860,000,000	4,570,637,191
	Mean	607	55	2,186,667	579,515
경기	N	3,489	3,489	3,488	3,428
	Sum	183,860	126,924	3,583,100,000	4,104,231,806
	Mean	53	36	1,027,265	1,197,267
광주	N	15,844	15,844	15,844	15,443
	Sum	842,844	455,016	12,520,000,000	13,237,152,757
	Mean	53	29	790,204	857,162
전남	N	4,640	4,640	4,640	4,501
	Sum	315,848	142,383	3,937,500,000	4,948,045,895
	Mean	68	31	848,599	1,099,321
전북	N	2,300	2,300	2,300	2,208
	Sum	149,641	66,944	1,742,300,000	1,514,967,748
	Mean	65	29	757,522	686,127
부산	N	2,551	2,551	2,551	2,475
	Sum	132,186	75,117	1,658,100,000	1,994,786,027
	Mean	52	29	649,980	805,974
경남	N	4,579	4,579	4,579	4,466
	Sum	340,957	160,276	4,289,100,000	5,184,282,879
	Mean	74	35	936,689	1,160,834
울산	N	3,075	3,075	3,075	2,941
	Sum	161,579	95,623	2,058,400,000	2,624,809,115
	Mean	53	31	669,398	892,489

제주	N	5,066	5,066	5,065	4,904
	Sum	313,019	152,676	3,783,600,000	5,076,939,985
	Mean	62	30	747,009	1,035,265
대구	N	4,781	4,781	4,781	4,595
	Sum	338,930	201,387	4,320,124,090	3,967,979,450
	Mean	71	42	903,603	863,543
경북	N	1,136	1,136	1,136	1,115
	Sum	115,509	48,988	1,381,200,000	1,143,771,302
	Mean	102	43	1,215,845	1,025,804
전체	N	190,517	190,517	190,500	180,042
	Sum	70,503,330	8,535,789	323,764,724,090	142,961,979,322
	Mean	370	45	1,699,552	794,048
	F값	1,275.800	463.320	466.110	214.500
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 국비진료대상자의 대상별 외래 의료이용량을 살펴보면 다음 <표 III-31>와 같다. 먼저 요양일수와 입내원일수 기준으로 살펴보면, 전상군경이 50,405명이 이용하여, 총의료이용 중 26.5%를 보였다. 다음으로 공상군경이 25.5%인 48,662명, 고엽제미달이 22.4%인 42,584명, 고엽제로 21.6%인 41,127명이 요양과 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 이 의료이용량의 순서는 총진료비, 원외약제처방비 등 나머지 기준으로 봤을 때도 동일하게 나타났다.

<표 III-31> 보훈대상별 국비진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

국비대상종분류		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
애국지사	N	154	154	154	139
	Sum	109,309	8,176	322,120,000	131,540,852
	Mean	710	53	2,091,688	946,337
전상군경	N	50,405	50,405	50,404	47,096
	Sum	30,928,093	3,047,968	128,600,000,000	49,749,171,408
	Mean	614	60	2,551,385	1,056,335
공상군경	N	48,662	48,662	48,654	44,980
	Sum	12,475,977	1,687,571	66,040,000,000	22,240,297,023
	Mean	256	35	1,357,340	494,449
공상공무원	N	4,966	4,966	4,965	4,623
	Sum	1,717,963	234,180	9,505,100,000	3,225,244,064
	Mean	346	47	1,914,421	697,652

민주화	N	2,619	2,619	2,619	2,539
	Sum	498,556	99,756	2,881,900,000	1,493,067,920
	Mean	190	38	1,100,382	588,054
고엽제	N	41,127	41,127	41,126	38,824
	Sum	19,537,560	2,068,736	83,240,000,000	38,501,501,086
	Mean	475	50	2,024,024	991,693
고엽제미달	N	42,584	42,584	42,578	41,841
	Sum	5,164,676	1,334,587	32,370,000,000	27,649,446,163
	Mean	121	31	760,252	660,822
전체	N	190,517	190,517	190,500	180,042
	Sum	70,432,134	8,480,974	322,959,120,000	142,990,268,516
	Mean	370	45	1,695,323	794,205
	F값	2,904.080	2,003.840	1,699.850	1,090.210
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

나. 감면진료대상자

감면진료대상자 1인당 평균 외래 의료이용량을 살펴보면, 요양일수는 58일, 입내원일수가 36일, 총진료비는 732,774원, 원외처방약제비가 634,875원으로 나타났다. 감면진료대상자는 전반적으로 모든 외래 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-32〉 성별 감면진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	360,919	360,919	360,843	352,703
	Sum	20,116,965	11,958,636	248,800,000,000	216,305,285,095
	Mean	56	33	689,497	613,279
여자	N	107,791	107,791	107,787	106,432
	Sum	7,253,716	4,724,826	94,600,000,000	75,188,087,345
	Mean	67	44	877,657	706,442
전체	N	468,710	468,710	468,630	459,135
	Sum	27,370,681	16,683,462	343,400,000,000	291,493,372,440
	Mean	58	36	732,774	634,875
	F값				
	P값				

우리나라 감면진료대상자의 연령별 외래 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원 일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 70대 이상의 이용률이 가장 높고, 다음으로 60대, 이어 50대로 고연령층의 감면진료 의료이용이 높은 것으로 나타났다. 요양일수 및 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양이나 총 입내원 이용 빈도가 70대 이상이 38.8%인 181,805명, 60대 18.7%인 87,734명에 이어 50대가 약 14.3%인 67,020명이었다. 이는 요양일수와 입내원일수 뿐 아니라 총진료, 원외처방 약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 총진료비 기준으로 감면진료 의료이용을 살펴보면 역시 70대 이상이 많은 181,794명 이용하였고, 다음으로 60대가 87,697명, 50대가 66,998명의 이용을 보였다. 원외약제처방비의 이용 또한 70대 이상이 가장 많은 177,619명이 이용하였고, 다음으로 60대의 85,400명, 50대의 65,264명이 이용한 것으로 나타났다.

〈표 III-33〉 연령별 감면진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	63,538	63,538	63,538	63,342
	Sum	3,821,730	2,415,810	48,240,000,000	38,561,043,411
	Mean	60	38	759,231	608,775
30~39	N	29,691	29,691	29,690	29,306
	Sum	1,618,671	1,014,433	21,360,000,000	16,851,538,867
	Mean	55	34	719,434	575,020
40~49	N	38,922	38,922	38,913	38,204
	Sum	2,052,371	1,271,324	27,260,000,000	21,731,566,577
	Mean	53	33	700,537	568,830
50~59	N	67,020	67,020	66,998	65,264
	Sum	3,033,840	1,955,543	43,080,000,000	34,001,249,307
	Mean	45	29	643,004	520,980
60~69	N	87,734	87,734	87,697	85,400
	Sum	3,714,728	2,545,491	53,520,000,000	42,155,586,018
	Mean	42	29	610,283	493,625
70 이상	N	181,805	181,805	181,794	177,619
	Sum	13,129,341	7,480,861	149,900,000,000	138,192,388,260
	Mean	72	41	824,560	778,027
전체	N	468,710	468,710	468,630	459,135
	Sum	27,370,681	16,683,462	343,360,000,000	291,493,372,440
	Mean	58	36	732,689	634,875
	F값 P값	1,612.740 <.0001	1,985.090 <.0001	412.230 <.0001	1,599.080 <.0001

다음으로 <표 III-34>는 감면진료대상자의 장애등급별 외래 의료이용량을 분석한 결과다. 요양일수와 입내원일수의 경우를 먼저 살펴보면 무급이 422,166명(90.1%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 뒤를 이어 6급 2항으로 11,585명(2.5%), 5급으로 8,991명(1.9%)이 감면진료 요양이나 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 총 진료비와 원외약제처방비에 있어서도 이와 같은 이용률 경향을 보였다.

<표 III-34> 장애등급별 감면진료대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

장애등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
장애10급	N	19	19	19	19
	sum	1,083	585	10,603,630	6,340,697
	mean	57	31	558,086	333,721
장애11급	N	14	14	14	14
	sum	387	299	5,578,000	4,720,049
	mean	28	21	398,429	337,146
장애12급	N	52	52	52	52
	sum	1,829	1,737	33,362,150	27,250,954
	mean	35	33	641,580	524,057
장애13급	N	12	12	12	12
	sum	555	487	7,902,180	5,053,695
	mean	46	41	658,515	421,141
장애14급	N	98	98	98	93
	sum	4,241	3,275	72,569,230	46,142,964
	mean	43	33	740,502	496,161
장애1급	N	9	9	9	8
	sum	796	408	10,089,200	6,978,230
	mean	88	45	1,121,022	872,279
장애2급	N	2	2	2	2
	sum	125	87	1,389,080	1,751,667
	mean	63	44	694,540	875,834
장애3급	N	4	4	4	4
	sum	131	129	2,828,120	1,407,834
	mean	33	32	707,030	351,959
장애4급	N	3	3	3	2
	sum	73	70	2,615,560	610,051
	mean	24	23	871,853	305,026
장애5급	N	10	10	10	9
	sum	617	264	5,436,000	2,431,247
	mean	62	26	543,600	270,139
장애6급	N	2	2	2	2
	sum	104	104	1,894,270	1,440,528
	mean	52	52	947,135	720,264
장애7급	N	17	17	17	17
	sum	787	707	15,013,900	10,693,735

	mean	46	42	883,171	629,043
장해8급	N	11	11	11	10
	sum	554	449	9,392,420	8,115,509
	mean	50	41	853,856	811,551
장해9급	N	12	12	12	11
	sum	729	373	7,311,540	2,679,339
	mean	61	31	609,295	243,576
중등도	N				
	sum				
	mean				
후유의중등외	N				
	sum				
	mean				
전체	N	468,710	468,710	468,630	459,135
	sum	27,370,681	343,173,869,094	23,314,654,860	291,493,372,440
	mean	58	732,167	49,751	634,875
	F 값	3.470	3.270	1.390	3.220
	p 값	<.0001	<.0001	0.0945	<.0001

주석: 1) 감면대상자 중 missing data 46,481 case

2) 전체에 감면대상자 missing data 포함

다음으로 <표 III-35>은 지역별 감면이용대상자의 외래 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수와 입내원일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 196,315명(41.9%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 76,074명(16.2%), 강원 이 52,058명(11.1%)의 이용을 보였다. 총진료비와 원외처방약제비 이용 빈도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

<표 III-35>지역별 감면이용대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	196,315	173,081	173,060	170,895
	Sum	9,695,486	6,426,400	144,300,000,000	125,414,814,700
	Mean	49	37	833,815	733,871
강원	N	52,058	44,352	44,343	43,747
	Sum	2,491,279	1,701,663	33,310,000,000	28,400,036,995
	Mean	48	38	751,190	649,188
대전	N	28,871	24,733	24,732	24,256
	Sum	1,477,187	850,909	16,690,000,000	14,055,317,795
	Mean	51	34	674,834	579,457

충남	N	36,555	30,410	30,405	30,031
	Sum	1,825,067	1,161,002	23,950,000,000	20,433,224,904
	Mean	50	38	787,699	680,404
충북	N	20,645	16,939	16,933	16,713
	Sum	970,002	652,130	13,030,000,000	11,670,313,096
	Mean	47	38	769,503	698,278
인천	N	21,377	17,669	17,663	17,385
	Sum	1,209,955	689,073	13,900,000,000	10,786,374,991
	Mean	57	39	786,956	620,441
경기	N	8,536	6,909	6,909	6,783
	Sum	380,333	235,335	4,511,200,000	3,559,289,450
	Mean	45	34	652,945	524,737
광주	N	76,074	60,919	60,904	59,387
	Sum	3,217,818	1,857,808	37,550,000,000	32,024,694,812
	Mean	42	30	616,544	539,254
전남	N	17,408	13,613	13,610	13,094
	Sum	813,522	407,124	8,006,700,000	7,494,099,125
	Mean	47	30	588,295	572,331
전북	N	12,667	9,825	9,825	9,492
	Sum	759,721	337,242	6,039,600,000	4,215,165,684
	Mean	60	34	614,718	444,076
부산	N	14,800	11,502	11,500	11,014
	Sum	961,665	396,379	6,933,700,000	5,173,866,612
	Mean	65	34	602,930	469,754
경남	N	16,861	12,357	12,355	12,043
	Sum	800,049	459,494	8,473,000,000	7,305,458,075
	Mean	47	37	685,795	606,614
울산	N	14,420	10,397	10,396	9,958
	Sum	579,871	339,506	5,858,400,000	4,896,827,498
	Mean	40	33	563,524	491,748
제주	N	20,642	15,717	15,714	14,883
	Sum	1,013,256	473,238	8,431,900,000	6,904,305,353
	Mean	49	30	536,585	463,905
대구	N	22,392	16,281	16,277	15,567
	Sum	928,693	522,283	9,174,100,000	6,754,044,385
	Mean	41	32	563,624	433,869
경북	N	5,248	4,006	4,004	3,887
	Sum	246,777	173,876	3,153,900,000	2,405,538,965
	Mean	47	43	787,687	618,868

전체	N	564,869	468,710	468,630	459,135
	Sum	27,370,681	16,683,462	343,312,500,000	291,493,372,440
	Mean	48	36	732,588	634,875
	F값	128.860	224.250	194.690	413.450
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다. 건강보험대상자

건강보험대상자 1인당 평균 이용량을 살펴보면, 요양일수는 10일, 입내원일수가 7일, 총진료비는 140,021원, 원외처방약제비가 125,584원으로 나타나 앞선 국비진료대상자나 감면진료대상자에 비해 외래 의료이용률이 낮은 것으로 나타났다. 건강보험대상자는 전반적으로 모든 외래 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-36〉 성별 건강보험대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	14,377,883	14,377,883	14,358,764	13,239,041
	Sum	137,526,531	92,122,594	2,049,900,000,000	1,766,200,000,000
	Mean	10	6	142,763	133,408
여자	N	16,726,166	16,726,166	16,713,669	15,465,317
	Sum	176,497,293	119,063,861	2,300,900,000,000	1,838,600,000,000
	Mean	11	7	137,666	118,885
전체	N	31,104,049	31,104,049	31,072,433	28,704,358
	Sum	314,023,824	211,186,455	4,350,800,000,000	3,604,800,000,000
	Mean	10	7	140,021	125,584
	F값	6,570.660	42,326.700	384.310	3,785.020
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 건강보험대상자의 연령별 외래 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 20대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 40대에 이어 30대로 나타나 국비진료대상자나 감면진료대상자와는 많은 차이가 나타났다. 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 20대가

36.4%인 11,822,246명, 40대가 16.6%인 5,402,918명에 이어 30대가 약 15.5%인 5,026,926명이었다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 입내원일수 기준과 총진료비 기준으로 봤을 때 이용자 수는 요양일수 기준과 수치상의 미미한 차이만 나타났고, 원외약제 처방비 기준으로 건강보험대상자의 외래 의료이용을 살펴보면 20대가 가장 많은 10,607,638명의 이용을 보였고, 다음으로 40대가 4,754,707명, 30대가 4,363,986명의 이용을 보였다.

〈표 III-37〉 연령별 건강보험대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	11,822,246	11,419,716	11,417,131	10,607,638
	Sum	63,388,877	58,216,695	893,907,633,810	324,792,112,900
	Mean	5	5	78,295	30,619
30~39	N	5,026,926	4,874,111	4,869,917	4,363,986
	Sum	28,212,052	20,287,126	450,758,501,550	221,282,376,111
	Mean	6	4	92,560	50,706
40~49	N	5,402,918	5,219,593	5,205,732	4,754,707
	Sum	41,023,426	28,688,097	656,349,728,270	500,472,072,497
	Mean	8	5	126,082	105,258
50~59	N	4,595,490	4,398,424	4,390,890	4,083,056
	Sum	52,584,231	35,923,844	846,439,299,950	832,396,421,229
	Mean	11	8	192,772	
60~69	N	3,218,589	3,020,346	3,017,680	2,855,246
	Sum	61,286,801	36,522,428	842,653,476,540	939,368,450,346
	Mean	19	12	279,239	328,997
70 이상	N	2,434,137	2,171,859	2,171,083	2,039,725
	Sum	67,528,437	31,548,265	660,683,116,910	786,448,523,025
	Mean	28	15	304,310	385,566
전체	N	32,500,306	31,104,049	31,072,433	28,704,358
	Sum	314,023,824	211,186,455	4,350,791,757,030	3,604,759,956,108
	Mean	10	7	140,021	125,582
	F값	299,679.000	719,515.000	73,900.300	233,873.000
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-38>은 지역별 건강보험대상자의 외래 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 7,549,961명(24.3%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 6,382,879명(20.5%), 강원이 2,406,015명(7.7%)의 이용을 보였다. 입내원일수, 총진료비, 원외처방약제비 외래 이용 빈도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다.

<표 III-38>지역별 건강보험대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	7,549,961	7,549,961	7,542,455	6,944,474
	Sum	72,206,132	52,920,090	1,301,214,700,000	1,078,173,300,000
	Mean	10	7	172,519	155,256
강원	N	2,406,015	2,406,015	2,403,665	2,247,738
	Sum	23,973,127	18,072,390	371,307,507,470	323,013,973,592
	Mean	10	8	154,476	143,706
대전	N	1,668,205	1,668,205	1,666,419	1,562,574
	Sum	15,209,041	11,399,328	215,871,430,550	170,938,998,245
	Mean	9	7	129,542	109,396
충남	N	1,705,388	1,705,388	1,703,795	1,599,226
	Sum	16,425,987	12,168,262	266,114,819,370	221,146,111,559
	Mean	10	7	156,189	138,283
충북	N	1,006,034	1,006,034	1,004,287	935,656
	Sum	8,968,829	6,987,144	144,269,288,230	130,219,563,115
	Mean	9	7	143,653	139,175
인천	N	1,062,142	1,062,142	1,060,400	992,920
	Sum	10,927,445	7,586,514	151,883,533,390	119,544,214,679
	Mean	10	7	143,232	120,397
경기	N	715,122	715,122	714,609	667,046
	Sum	6,429,256	4,632,922	88,028,808,540	67,663,588,410
	Mean	9	6	123,185	101,438
광주	N	6,382,879	6,382,879	6,377,644	5,894,862
	Sum	52,985,171	38,645,217	748,237,489,000	597,945,138,978
	Mean	8	6	117,322	101,435
전남	N	851,078	851,078	850,297	764,912
	Sum	11,287,162	5,550,325	110,502,930,150	108,817,340,051
	Mean	13	7	129,958	142,261

전북	N	900,586	900,586	899,952	833,013
	Sum	12,232,715	6,215,110	113,570,350,960	82,700,249,284
	Mean	14	7	126,196	99,278
부산	N	1,131,572	1,131,572	1,130,812	1,032,503
	Sum	17,717,023	7,850,592	141,229,798,360	108,674,455,793
	Mean	16	7	124,892	105,253
경남	N	1,078,952	1,078,952	1,077,517	993,359
	Sum	12,428,903	7,849,567	140,550,487,990	134,132,395,933
	Mean	12	7	130,439	135,029
울산	N	1,005,418	1,005,418	1,003,981	913,445
	Sum	11,622,176	7,105,413	122,003,756,590	110,024,923,305
	Mean	12	7	121,520	120,451
제주	N	1,438,217	1,438,217	1,437,059	1,302,527
	Sum	18,388,914	9,700,087	170,639,892,690	147,767,967,796
	Mean	13	7	118,742	113,447
대구	N	1,865,658	1,865,658	1,863,104	1,708,100
	Sum	19,973,495	12,064,348	219,590,286,960	169,244,273,377
	Mean	11	6	117,863	99,083
경북	N	336,822	336,822	336,437	312,003
	Sum	3,248,448	2,439,146	45,776,663,410	34,753,488,871
	Mean	10	7	136,063	111,388
전체	N	31,104,049	31,104,049	31,072,433	28,704,358
	Sum	314,023,824	211,186,455	4,350,791,743,660	3,604,759,982,988
	Mean	10	7	140,021	125,582
	F값	5,655.890	4,473.970	1,996.080	2,599.300
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

라. 의료급여대상자

의료급여대상자 1인당 평균 외래 이용량을 살펴보면, 요양일수는 32일, 입내원일수가 12일, 총진료비는 409,036원, 원외처방약제비가 301,869원으로 나타났다. 의료급여대상자의 경우 전반적으로 1인당 의료이용량을 포함한 모든 외래 의료이용량과 에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-39〉 성별 의료급여대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	447,526	447,526	447,478	396,860
	Sum	15,550,959	5,005,053	209,421,392,980	109,524,450,769
	Mean	35	11	468,004	275,978
여자	N	675,323	675,323	675,242	623,744
	Sum	176,497,293	119,063,861	2,300,900,000,000	1,838,600,000,000
	Mean	261	176	3,407,519	2,947,684
전체	N	1,122,849	1,122,849	1,122,720	1,020,604
	Sum	36,331,313	13,779,819	459,232,551,490	308,088,655,113
	Mean	32	12	409,036	301,869
	F값	6,570.660	42,326.700	384.310	3,785.020
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 의료급여대상자의 연령별 외래 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 20대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 70대 이상에 이어 40대로 나타났다. 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 20대가 30.1%인 338,079명, 70대 이상이 22.4%인 250,957명에 이어 40대가 15.7%인 175,788명이었다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 입내원일수 기준과 총진료비 기준으로 봤을 때 이용자 수는 요양일수 기준과 수치상의 미미한 차이만 나타났고, 원외약제처방비 기준으로 의료급여대상자의 의료이용을 살펴보면 20대가 가장 많은 313,678명의 이용을 보였고, 다음으로 70대 이상이 233,412명, 40대가 152,928명의 이용을 보였다. .

〈표 III-40〉 연령별 의료급여대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	338,079	338,079	338,050	313,678
	Sum	2,547,553	1,737,805	34,534,369,930	10,451,840,674
	Mean	8	5	102,158	33,320
30~39	N	73,479	73,479	73,479	62,190
	Sum	3,448,341	775,924	45,908,575,750	8,481,238,244
	Mean	47	11	624,785	136,376

40~49	N	175,788	175,788	175,732	152,928
	Sum	8,214,321	2,179,918	109,539,304,460	36,392,921,096
	Mean	47	12	623,332	237,974
50~59	N	140,127	140,127	140,095	124,038
	Sum	6,882,231	2,214,993	95,642,688,950	1,457,442,280
	Mean	49	16	682,699	414,852
60~69	N	144,419	144,419	144,417	134,358
	Sum	5,737,095	2,619,404	78,183,427,110	74,280,390,477
	Mean	40	18	541,373	552,854
70 이상	N	250,957	250,957	250,947	233,412
	Sum	9,501,772	4,251,775	95,424,185,290	127,024,822,342
	Mean	38	17	380,256	544,209
전체	N	1,122,849	1,122,849	1,122,720	1,020,604
	Sum	36,331,313	13,779,819	459,232,551,490	308,088,655,113
	Mean	32	12	409,036	301,869
F값		10,000.400	17,094.500	3,326.410	23,135.900
P값		<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-41>는 지역별 의료급여대상자의 외래 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 178,032명(15.9%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 147,678명(13.2%), 강원이 106,706명(9.5%)의 이용을 보였다. 입내원일수, 총진료비, 원외처방약제비 외래 이용 빈도에 있어서도 유사한 경향을 보였다.

<표 III-41> 지역별 의료급여대상자 외래의료이용량

(단위: 일, 원)					
지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	178,032	178,032	178,054	164,064
	Sum	5,544,799	2,408,363	106,502,524,700	57,634,764,186
	Mean	31	14	598,147	351,294
강원	N	106,706	106,706	106,692	99,187
	Sum	3,153,724	1,451,781	50,190,002,930	31,771,626,457
	Mean	30	14	470,420	320,320
대전	N	52,396	52,396	52,394	48,677
	Sum	1,443,156	645,141	20,658,497,470	12,796,600,664
	Mean	28	12	394,291	262,888

충남	N	81,023	81,023	81,013	74,883
	Sum	2,542,239	1,023,648	38,024,725,250	23,095,841,587
	Mean	31	13	469,366	308,426
충북	N	54,106	54,106	54,092	50,443
	Sum	1,297,430	627,543	19,716,598,700	14,360,607,281
	Mean	24	12	364,501	284,690
인천	N	41,374	41,374	41,373	37,943
	Sum	1,584,501	532,871	18,098,317,430	10,879,715,077
	Mean	38	13	437,443	286,738
경기	N	14,222	14,222	14,220	13,182
	Sum	432,139	181,793	6,088,078,620	4,143,855,171
	Mean	30	13	428,135	314,357
광주	N	147,678	147,678	147,680	134,671
	Sum	4,533,301	1,699,889	58,524,626,810	38,246,492,941
	Mean	31	12	396,294	283,999
전남	N	44,036	44,036	44,033	38,828
	Sum	1,443,553	468,838	14,840,638,160	13,042,635,466
	Mean	33	11	337,034	335,908
전북	N	38,610	38,610	38,612	32,981
	Sum	1,855,186	451,828	13,690,257,230	8,147,285,071
	Mean	48	12	354,560	247,030
부산	N	47,403	47,403	47,385	42,739
	Sum	1,875,672	591,658	15,462,744,160	11,530,282,155
	Mean	40	12	326,321	269,784
경남	N	80,894	80,894	80,881	74,417
	Sum	2,417,171	973,114	25,140,813,330	23,012,584,627
	Mean	30	12	310,837	309,238
울산	N	73,929	73,929	73,906	64,574
	Sum	2,630,734	873,286	21,479,160,570	19,153,265,514
	Mean	36	12	290,628	296,610
제주	N	76,655	76,655	76,643	67,626
	Sum	2,714,114	849,215	22,598,314,120	20,038,639,339
	Mean	35	11	294,852	296,316
대구	N	70,274	70,274	70,225	62,100
	Sum	2,494,579	820,549	23,249,527,390	16,626,371,816
	Mean	35	12	331,072	267,735
경북	N	15,511	15,511	15,517	14,289
	Sum	369,015	180,302	4,967,724,620	3,608,087,761
	Mean	24	12	320,147	252,508

전체	N	1,122,849	1,122,849	1,122,720	1,020,604
	Sum	36,331,313	13,779,819	459,232,551,490	308,088,655,113
	Mean	32	12	409,036	301,869
	F값	243.070	161.560	218.690	150.920
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

3. 입원의료서비스

가. 국비진료대상자

국비진료대상자 1인당 평균 입원 의료이용량을 살펴보면, 요양일수는 70일, 입내원일수가 45일, 총진료비는 5,695,574원, 원외처방약제비는 71,351원으로 나타났다. 국비진료대상자는 대부분 남성이다. 하지만 남녀 간 1인당 의료이용량을 비교해보면, 요양일수나 입내원일수, 원외처방약제비 모두 남성의 1인당 의료이용량이 높은 것으로 나타났지만, 총진료비에 있어서는 여성의 1인당 총진료비가 남성의 5,695,298원에 비해 높은 5,791,611원으로 나타났다. .

〈표 III-42〉 성별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	51,758	51,758	51,762	2,336
	Sum	3,616,606	2,320,019	294,800,000,000	166,859,563
	Mean	70	45	5,695,298	71,430
여자	N	149	149	149	6
	Sum	11,131	8,164	862,950,000	244,129
	Mean	75	55	5,791,611	40,688
전체	N	51,907	51,907	51,911	2,342
	Sum	3,627,737	2,328,183	295,662,950,000	167,103,692
	Mean	70	45	5,695,574	71,351
	F값	0.290	1.810	0.020	0.250
	P값	0.5873	0.1781	0.9015	0.6167

우리나라 국비진료대상자의 연령별 입원 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 60대의 이용률이 가장 높고, 다음으로 70대 이상, 이어서 50대의 이용률이 높은 것으로 나타났다. 요양일수와 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 및 입내원일 이용 빈도가 60대가 51.3%인 26,647명, 70대 이상이 28.8%인 14,969명, 이어 50대가 10.1%인 5,266명으로 나타나 50대 이상의 입원 요양 이용률이 90%를 넘는 것으로 나타났다. 이는 요양일수와 입내원일수 뿐 아니라 총진료비, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 유사한 경향을 보였다. 총진료비 기준 연령별 이용량을 살펴보면, 60대가 가장 많은 26,648명이 이용하였고, 다음으로 70대 이상이 14,970명, 50대가 5,266명의 이용을 보였다. 원외약제처방비의 이용 또한 60대가 가장 많은 1,220명이 이용하고, 다음으로 70대 이상이 728명, 50대는 234명이 이용하였다.

〈표 III-43〉 연령별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	1,806	1,806	1,806	48
	Sum	95,344	62,875	8,572,000,000	2,792,063
	Mean	53	35	4,746,401	58,168
30~39	N	1,445	1,445	1,445	37
	Sum	80,687	56,443	6,127,700,000	690,867
	Mean	56	39	4,240,623	18,672
40~49	N	1,774	1,774	1,776	75
	Sum	133,209	98,892	9,754,100,000	3,298,521
	Mean	75	56	5,492,173	43,980
50~59	N	5,266	5,266	5,266	234
	Sum	404,024	267,959	31,710,000,000	20,518,703
	Mean	77	51	6,021,648	87,687
60~69	N	26,647	26,647	26,648	1,220
	Sum	1,739,014	1,069,421	147,700,000,000	84,877,546
	Mean	65	40	5,542,630	69,572
70 이상	N	14,969	14,969	14,970	728
	Sum	1,175,459	772,593	91,850,000,000	54,925,992
	Mean	79	52	6,135,605	75,448
전체	N	51,907	51,907	51,911	2,342
	Sum	3,627,737	2,328,183	295,713,800,000	167,103,692
	Mean	70	45	5,696,554	71,351
	F값	47.580	47.050	19.840	3.310
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.0054

다음 <표 III-44>은 국비진료대상자 상해별 입원 의료 이용량이다. 요양일수와 입내원일수의 경우 7급이 12,683명(24.4%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 경도가 6,111명(11.8%)으로 두 번째로 많았다. 이어 6급 2항이 5,980명(11.5%), 5급이 4,206명(8.1%)으로 비교적 높은 이용 비율을 보였다. 총진료비의 경우도 수치상의 비슷한 경향을 보였다. 원외약제처방비의 경우는 순서에 다소 차이가 있어 7급이 587명(25.0%)으로 가장 높은 비율을 보였고, 이어 6급 2항이 311명(13.3%), 경도가 283명(12.1%)로 다음으로 높은 비율을 보였다.

<표 III-44> 상해등급별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

상해등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
등급없음	N	2,903	2,903	2,904	104
	sum	108,582	69,965	10,120,000,000	5,362,817
	mean	37	24	3,484,848	51,566
1급1항	N	202	202	203	8
	sum	60,432	52,617	5,726,600,000	495,045
	mean	299	260	28,209,852	61,881
1급2항	N	368	368	368	16
	sum	60,587	46,030	4,718,000,000	2,269,816
	mean	165	125	12,820,652	141,864
1급3항	N	267	267	267	9
	sum	39,482	29,165	3,223,900,000	1,349,737
	mean	148	109	12,074,532	149,971
2급	N	830	830	830	32
	sum	107,519	78,080	8,930,200,000	1,734,873
	mean	130	94	10,759,277	54,215
3급	N	3,073	3,073	3,073	116
	sum	299,711	194,022	28,160,000,000	12,942,323
	mean	98	63	9,163,684	111,572
4급	N	1,226	1,226	1,226	58
	sum	125,870	87,271	9,194,100,000	3,534,246
	mean	103	71	7,499,266	60,935
5급	N	4,206	4,206	4,206	189
	sum	349,258	227,392	27,560,000,000	15,145,193
	mean	83	54	6,552,544	80,133
6급1항	N	2,672	2,672	2,672	113
	sum	219,881	142,462	16,710,000,000	8,353,588
	mean	82	53	6,253,743	73,926
6급2항	N	5,980	5,980	5,981	311
	sum	435,962	275,768	33,830,000,000	20,858,663
	mean	73	46	5,656,245	67,070

7급	N	12,683	12,683	12,683	587
	sum	807,308	500,521	62,410,000,000	41,969,503
	mean	64	39	4,920,760	71,498
경도	N	6,111	6,111	6,110	283
	sum	320,425	190,152	23,320,000,000	16,950,306
	mean	52	31	3,816,694	59,895
고도	N	3,950	3,950	3,950	149
	sum	341,320	222,697	32,170,000,000	11,795,622
	mean	86	56	8,144,304	79,165
등외	N	1,081	1,081	1,081	53
	sum	38,655	26,259	2,785,600,000	4,160,910
	mean	36	24	2,576,873	78,508
미수검	N	1	1	1	-
	sum	13	6	977,320	-
	mean	13	6	977,320	-

〈표 III-45〉 장애등급별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

장애등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
장해10급	N	25	25	7	1
	sum	1,674	1,002	101,940,000	5,920
	mean	67	40	14,562,857	5,920
장해11급	N	23	23	23	1
	sum	1,380	846	104,660,000	3,186
	mean	60	37	4,550,435	3,186
장해12급	N	78	78	78	3
	sum	4,664	3,394	315,070,000	53,420
	mean	60	44	4,039,359	17,807
장해13급	N	11	11	11	1
	sum	488	359	47,882,180	3,526
	mean	44	33	4,352,925	3,526
장해14급	N	203	203	203	5
	sum	11,271	8,043	734,300,000	83,263
	mean	56	40	3,617,241	16,653
장해1급	N	10	10	10	-
	sum	1,926	1,728	67,250,500	-
	mean	193	173	6,725,050	-
장해2급	N	5	5	5	-
	sum	874	741	38,937,670	-
	mean	175	148	7,787,534	-
장해3급	N	5	5	5	-
	sum	945	833	35,311,590	-
	mean	189	167	7,062,318	-

장해4급	N	2	2	2	-
	sum	95	44	9,063,040	-
	mean	48	22	4,531,520	-
장해5급	N	11	11	11	-
	sum	1,108	979	64,565,010	-
	mean	101	89	5,869,546	-
장해6급	N	3	3	3	-
	sum	106	59	4,786,710	-
	mean	35	20	1,595,570	-
장해7급	N	12	12	12	1
	sum	1,469	1,250	75,081,070	41,040
	mean	122	104	6,256,756	41,040
장해8급	N	17	17	18	-
	sum	1,718	1,449	83,796,660	-
	mean	101	85	4,655,370	-
장해9급	N	24	24	24	-
	sum	1,113	688	113,260,000	-
	mean	46	29	4,719,167	-
중등도	N	3,467	3,467	3,468	175
	sum	212,229	118,970	19,450,000,000	13,708,865
	mean	61	34	5,608,420	78,336
후유의증등의	N	2,458	2,458	2,458	127
	sum	71,672	45,391	5,578,800,000	6,281,830
	mean	29	18	2,269,650	49,463
전체 (상해등급+ 장애등급)	N	51,907	51,907	51,893	2,342
	sum	3,627,737	2,328,183	295,684,081,750	167,103,692
	mean	70	45	5,697,957	71,351
	F 값	97.560	96.140	117.890	0.400
	p 값	<.0001	<.0001	<.0001	0.9984

다음으로 <표 III-46>은 지역별 국비이용대상자의 입원 의료이용량을 분석한 결과다. 먼저 요양일수, 입내원일수 기준으로 확인하면, 서울지역이 14,432명(27.8%)으로 가장 많은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 5,839명(11.2%), 강원이 5,583명(10.8%)의 순으로 나타났다. 총진료비 기준으로 확인할 때도, 미미한 수치상의 차이만 보였다. 하지만 원외처방약제비 이용빈도에 있어서는 서울 460명(19.6%)에 이어 광주 369명(15.8%), 경기 300명(12.8%)로 그 이용 순서에 있어서 차이를 보였다.

〈표 III-46〉지역별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	14,432	14,432	14,433	460
	Sum	1,068,257	590,396	100,900,000,000	39,298,906
	Mean	74	41	6,990,924	85,432
강원	N	5,583	5,583	5,583	154
	Sum	544,937	347,657	40,130,000,000	9,475,973
	Mean	98	62	7,187,892	61,532
대전	N	1,554	1,554	1,554	98
	Sum	71,435	49,530	6,121,800,000	5,917,693
	Mean	46	32	3,939,382	60,385
충남	N	3,666	3,666	3,667	85
	Sum	353,858	220,894	26,900,000,000	3,112,467
	Mean	97	60	7,335,697	36,617
충북	N	3,427	3,427	3,428	58
	Sum	358,444	244,328	28,160,000,000	4,016,790
	Mean	105	71	8,214,702	69,255
인천	N	2,285	2,285	2,285	28
	Sum	219,867	157,200	16,800,000,000	1,260,977
	Mean	96	69	7,352,298	45,035
경기	N	1,649	1,649	1,649	300
	Sum	76,373	54,094	6,638,000,000	16,523,974
	Mean	46	33	4,025,470	55,080
광주	N	5,839	5,839	5,840	369
	Sum	243,940	166,694	21,590,000,000	28,904,185
	Mean	42	29	3,696,918	78,331
전남	N	1,851	1,851	1,851	98
	Sum	77,772	49,762	6,530,500,000	8,507,843
	Mean	42	27	3,528,093	86,815
전북	N	1,019	1,019	1,019	46
	Sum	49,261	35,661	3,328,600,000	2,782,040
	Mean	48	35	3,266,536	60,479
부산	N	1,009	1,009	1,009	101
	Sum	44,023	32,683	3,125,600,000	8,716,878
	Mean	44	32	3,097,721	86,306
경남	N	2,091	2,091	2,090	101
	Sum	90,360	65,931	7,419,800,000	7,746,807
	Mean	43	32	3,550,144	76,701
울산	N	1,924	1,924	1,925	87
	Sum	116,648	83,174	7,011,100,000	4,738,447
	Mean	61	43	3,642,130	54,465

제주	N	2,419	2,419	2,419	193
	Sum	132,874	97,826	8,895,700,000	14,514,788
	Mean	55	40	3,677,429	75,206
대구	N	2,691	2,691	2,691	153
	Sum	338,930	201,387	4,320,124,090	3,967,979,450
	Mean	126	75	1,605,397	25,934,506
경북	N	468	468	468	11
	Sum	20,270	13,025	1,858,800,000	779,765
	Mean	43	28	3,971,795	70,888
전체	N	51,907	51,907	51,911	2,342
	Sum	3,807,249	2,410,242	289,730,024,090	4,124,276,983
	Mean	73	46	5,581,284	1,761,006
	F값	1,296.460	384.780	200.410	213.240
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

우리나라 국비이용대상자의 대상별 입원 의료이용량을 살펴보면 다음 <표 III-47>와 같다. 먼저 요양일수와 입내원일수 기준으로 살펴보면, 전상군경이 18,993명이 이용하여, 총입원 의료이용 중 36.6%를 보였다. 이어 고엽제로 26.0%인 13,514명, 공상군경은 20.6%인 10,692명이 요양과 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 이 의료이용량의 순서는 총진료비, 원외약제처방비 등 나머지 기준으로 봤을 때도 동일하게 나타났다

<표 III-47> 보훈대상별 국비진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

국비대상 중분류		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
애국지사	N	70	70	70	-
	Sum	7,121	5,073	520,090,000	-
	Mean	102	72	7,429,857	#DIV/0!
전상군경	N	18,993	18,993	18,994	958
	Sum	1,576,144	1,000,812	124,500,000,000	75,839,572
	Mean	83	53	6,554,701	79,164
공상군경	N	10,692	10,692	10,692	398
	Sum	743,123	498,016	58,220,000,000	27,227,850
	Mean	70	47	5,445,193	68,412
공상공무원	N	1,323	1,323	1,324	58
	Sum	132,225	98,262	10,850,000,000	3,352,782
	Mean	100	74	8,194,864	57,807
민주화	N	546	546	547	18

	Sum	38,989	28,266	2,612,400,000	1,132,750
	Mean	71	52	4,775,868	62,931
고엽제	N	13,514	13,514	13,514	605
	Sum	873,166	531,394	74,880,000,000	42,451,535
	Mean	65	39	5,540,921	70,168
고엽제미달	N	6,769	6,769	6,770	305
	Sum	256,969	166,360	24,110,000,000	17,099,203
	Mean	38	25	3,561,300	56,063
전체	N	51,907	51,907	51,911	2,342
	Sum	3,627,737	2,328,183	295,692,490,000	167,103,692
	Mean	70	45	5,696,143	71,351
	F값	170.010	116.440	103.290	2.420
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.0244

나. 감면진료대상자

감면진료대상자 1인당 평균 입원 의료이용량을 살펴보면, 요양일수는 44일, 입내원일수가 32일, 총진료비는 3,581,568원, 원외처방약제비가 46,185원으로 나타났다. 감면진료대상자는 전반적으로 모든 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-48〉 성별 감면진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	71,003	71,002	71,002	2,681
	Sum	2,795,868	1,966,226	240,800,000,000	121,395,487
	Mean	39	28	3,391,454	45,280
여자	N	25,156	25,156	25,157	1,129
	Sum	1,398,393	1,092,676	103,600,000,000	54,568,350
	Mean	56	43	4,118,138	48,333
전체	N	96,159	96,158	96,159	3,810
	Sum	4,194,261	3,058,902	344,400,000,000	175,963,837
	Mean	44	32	3,581,568	46,185
	F값	887.330	919.840	329.870	7.000
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.0082

우리나라 감면진료대상자의 연령별 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 70대 이상의 이용률이 가장 높고, 다음으로 60대, 이어 50대로 고연령층의 감면진료 의료이용이 높은 것으로 나타났다. 요양일수 및 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양이나 총 입내원 이용 빈도가 70대 이상이 72.8%인 70,033명, 60대 16.4%인 15,745명에 이어 50대가 약 7.7%인 7,425명이었다. 이는 요양일수와 입내원일수 뿐 아니라 총진료, 원외처방약제비 등 모든 이용에 있어서 같은 경향을 보였다. 총진료비 기준 감면진료 의료이용 역시 미미한 수치상의 차이를 제외하고는 같은 경향을 보였고, 원외약제처방비의 이용의 경우 경향성은 유사하나, 이용 인원이 타 의료이용에 비해 적었다. 구체적 수치는 70대 이상이 가장 많은 2,786명이 이용하였고, 다음으로 60대가 584명, 50대가 301명이 이용하였다.

〈표 III-49〉 연령별 감면진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	601	601	601	47
	Sum	32,296	22,235	2,967,700,000	1,051,030
	Mean	54	37	4,937,937	22,362
30~39	N	702	702	702	26
	Sum	29,306	21,402	2,060,500,000	713,671
	Mean	42	30	2,935,185	27,449
40~49	N	1,653	1,653	1,653	66
	Sum	62,203	45,456	4,384,600,000	2,072,894
	Mean	38	27	2,652,511	31,407
50~59	N	7,425	7,425	7,422	301
	Sum	269,188	185,362	21,330,000,000	11,619,946
	Mean	36	25	2,873,888	38,604
60~69	N	15,745	15,745	15,749	584
	Sum	538,353	369,188	44,420,000,000	24,079,746
	Mean	34	23	2,820,497	41,232
70 이상	N	70,033	70,032	70,032	2,786
	Sum	3,262,915	2,415,259	269,200,000,000	136,426,550
	Mean	47	34	3,843,957	48,969
전체	N	96,159	96,158	96,159	3,810
	Sum	4,194,261	3,058,902	344,362,800,000	175,963,837
	Mean	44	32	3,581,181	46,185
	F값 P값	92.190 <.0001	79.530 <.0001	139.010 <.0001	1.410 0.2182

다음으로 <표 III-50>은 감면진료대상자의 상해등급별 입원 의료이용량을 분석한 결과다. 요양일수와 입내원일수의 경우를 먼저 살펴보면 무급이 85,703명(89.1%)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 뒤를 이어 6급 2항으로 2,578명(2.7%), 5급으로 2,164명(2.3%)이 감면진료 요양이나 입내원을 이용한 것으로 나타났다. 총진료비 기준은 미미한 수치상의 차이만 보였고, 원외약제처방비에 있어서도 이와 유사한 이용률 경향을 보였다.

<표 III-50> 장해등급별 감면진료대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

장해등급		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제 처방비
장해10급	N	4	4	4	4
	sum	150	78	6,000,360	12,630
	mean	38	20	1,500,090	3,158
장해11급	N				
	sum				
	mean				
장해12급	N	14	14	14	14
	sum	643	508	36,784,330	156
	mean	46	36	2,627,452	11
장해13급	N	1	1	1	1
	sum	13	13	35,630	-
	mean	13	13	35,630	-
장해14급	N	21	21	21	21
	sum	653	337	55,484,240	318,780
	mean	31	16	2,642,107	15,180
장해1급	N	4	4	4	4
	sum	162	128	17,397,740	-
	mean	41	32	4,349,435	-
장해2급	N	1	1	1	1
	sum	44	30	2,289,940	-
	mean	44	30	2,289,940	-
장해3급	N	1	1	1	1
	sum	20	15	1,227,620	-
	mean	20	15	1,227,620	-
장해4급	N				
	sum				
	mean				
장해5급	N	3	3	3	3
	sum	465	401	23,754,320	-
	mean	155	134	7,918,107	-

장해6급	N	1	1	1	1
	sum	2	2	333,940	-
	mean	2	2	333,940	-
장해7급	N	5	5	5	5
	sum	274	101	16,133,170	-
	mean	55	20	3,226,634	-
장해8급	N	2	2	2	2
	sum	47	19	2,834,540	132,370
	mean	24	10	1,417,270	66,185
장해9급	N	4	4	4	4
	sum	110	65	5,476,570	-
	mean	28	16	1,369,143	-
중등도	N				
	sum				
	mean				
후유의중등의	N				
	sum				
	mean				
전체	N	96,165	96,165	96,165	96,165
	sum	4,194,261	3,058,902	344,385,262,400	175,963,837
	mean	44	32	3,581,191	1,830
	F 값	2	1	1	1
	p 값	0	0	0	

주석: 1) 감면대상자 중 missing data 46,481 case

2) 전체에 감면대상자 missing data 포함

다음으로 <표 III-51>은 지역별 감면이용대상자의 입원 의료이용량을 분석한 결과다. 전체적으로는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 196,315명(34.8%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 76,074명(13.5%), 강원이 52,058명(9.2%)의 이용을 보였다. 입내원일수와 기준으로 역시 서울이 23,234명으로 가장 많은 이용을 보였고, 광주 15,155명, 강원 7,706명의 인원이 이용한 것으로 나타났으며, 이는 총진료비 기준으로 봤을 때 역시 미미한 수치상의 차이만 있을 뿐 유사한 경향을 보였다. 원외처방약제비 이용 빈도에 있어서도 서울이 769명으로 가장 높고, 이어서 광주가 697명, 강원이 242명이 이용한 것으로 나타났다.

〈표 III-51〉지역별 감면이용대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	196,315	23,234	23,233	769
	Sum	926,811	537,749	92,600,000,000	40,562,399
	Mean	5	23	3,985,710	52,747
강원	N	52,058	7,706	7,708	242
	Sum	392,970	313,426	30,800,000,000	11,032,182
	Mean	8	41	3,995,848	45,588
대전	N	28,871	4,138	4,139	220
	Sum	166,339	123,499	14,060,000,000	8,778,440
	Mean	6	30	3,396,956	39,902
충남	N	36,555	6,144	6,145	198
	Sum	297,022	228,114	24,090,000,000	7,465,201
	Mean	8	37	3,920,260	37,703
충북	N	20,645	3,706	3,705	110
	Sum	186,765	134,982	14,490,000,000	4,859,631
	Mean	9	36	3,910,931	44,178
인천	N	21,377	3,708	3,706	121
	Sum	173,101	132,920	15,260,000,000	5,098,659
	Mean	8	36	4,117,647	42,138
경기	N	8,536	1,627	1,627	68
	Sum	82,611	67,758	6,250,500,000	2,230,081
	Mean	10	42	3,841,733	32,795
광주	N	76,074	15,155	15,153	697
	Sum	614,909	451,582	51,880,000,000	31,743,974
	Mean	8	30	3,423,744	45,544
전남	N	17,408	3,795	3,795	208
	Sum	146,314	103,307	11,120,000,000	7,336,280
	Mean	8	27	2,930,171	35,271
전북	N	12,667	2,842	2,843	101
	Sum	113,622	90,123	8,248,600,000	3,663,715
	Mean	9	32	2,901,372	36,274
부산	N	14,800	3,298	3,299	270
	Sum	133,315	107,653	9,454,600,000	13,015,340
	Mean	9	33	2,865,899	48,205
경남	N	16,861	4,504	4,504	211
	Sum	189,362	151,247	14,770,000,000	8,928,021
	Mean	11	34	3,279,307	42,313
울산	N	14,420	4,023	4,023	133
	Sum	176,517	131,702	11,690,000,000	8,127,055
	Mean	12	33	2,905,792	61,106
제주	N	20,642	4,925	4,926	213
	Sum	230,645	188,578	14,930,000,000	8,698,057
	Mean	11	38	3,030,857	40,836
대구	N	22,392	6,111	6,111	198
	Sum	315,251	261,340	20,920,000,000	9,115,064
	Mean	14	43	3,423,335	46,036
경북	N	5,248	1,242	1,242	51
	Sum	48,707	34,922	3,797,500,000	5,309,738
	Mean	9	28	3,057,568	104,113

전체	N	564,869	96,158	96,159	3,810
	Sum	4,194,261	3,058,902	344,361,200,000	175,963,837
	Mean	7	32	3,581,165	46,185
	F값	24.090	52.590	37.880	3.720
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다. 건강보험대상자

건강보험대상자 1인당 평균 입원 의료 이용량을 살펴보면, 요양일수는 24일, 입내원일수가 17일, 총진료비는 1,992,190원, 원외처방약제비가 46,597원으로 나타났다. 건강보험대상자는 전반적으로 모든 입원 의료이용량에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-52〉 성별 건강보험대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	711,411	711,289	712,358	28,471
	Sum	15,935,883	10,643,371	1,327,700,000,000	773,203,069
	Mean	22	15	1,863,810	27,158
여자	N	684,846	684,653	685,902	29,669
	Sum	17,533,547	12,472,199	1,457,900,000,000	1,935,947,522
	Mean	26	18	2,125,522	65,252
전체	N	1,396,257	1,395,942	1,398,260	58,140
	Sum	33,469,430	23,115,570	2,785,600,000,000	2,709,150,591
	Mean	24	17	1,992,190	46,597
	F값	1,920.450	2,252.590	1,590.010	1.150
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.284

우리나라 건강보험대상자의 연령별 입원 의료이용량을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 요양일수 기준으로 보면 20대가 36.4%인 11,822,246명이 이용하여 이용률이 가장 높았고, 다음으로 40대가 16.6%인 5,402,918명에 이어 30대가 15.5%인 5,026,926명으로 나타나 국비진료대상자나 감면진료대상자와는 많은 차이가 나타났다. 입내원일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 20대가 28.8%인 402,523명, 70대 이상이 18.8%인 262,142명에 이어 60대가 약 14.2%인 198,173

명으로 요양일수 기준과는 많은 차이를 보였다. 하지만 총진료비 기준과는 미미한 수치의 차이만을 보였다. 마지막으로 원외약제처방비 기준으로 건강보험대상자의 입원 의료이용을 살펴보면 20대가 가장 많은 18,511명의 이용을 보였고, 다음으로 70대 이상이 9,568명, 50대가 8,675명의 이용을 보여 역시 다소 다른 순서의 경향을 보였다.

〈표 III-53〉 연령별 건강보험대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	11,822,246	402,523	402,585	18,511
	Sum	5,251,517	3,191,877	384,189,163,870	176,348,475
	Mean	0	8	954,306	9,527
30~39	N	5,026,926	152,806	152,959	5,933
	Sum	2,823,426	1,879,821	201,827,903,540	112,723,423
	Mean	1	12	1,319,490	18,999
40~49	N	5,402,918	183,295	183,504	7,784
	Sum	4,023,166	2,716,685	290,933,928,030	200,731,884
	Mean	1	15	1,585,436	25,788
50~59	N	4,595,490	197,003	197,407	8,675
	Sum	5,118,440	3,383,176	415,175,438,680	286,546,348
	Mean	1	17	2,103,144	
60~69	N	3,218,589	198,173	198,689	7,669
	Sum	5,916,945	3,877,863	584,030,525,130	1,460,034,037
	Mean	2	20	2,939,421	190,381
70 이상	N	2,434,137	262,142	263,116	9,568
	Sum	10,335,936	8,066,148	909,516,842,070	472,766,424
	Mean	4	31	3,456,714	49,411
전체	N	32,500,306	1,395,942	1,398,260	58,140
	Sum	33,469,430	23,115,570	2,785,673,801,320	2,709,150,591
	Mean	1	17	1,992,243	46,597
	F값 P값	13,861.000 <.0001	11,128.000 <.0001	18,052.900 <.0001	1.550 0.1701

다음으로 <표 III-54>은 지역별 건강보험대상자의 입원 의료이용량을 분석한 결과다. 원외처방약제비 기준을 제외하고는 서울지역에 이어 광주, 강원 지역의 이용빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 서울지역이 306,910명(22.0%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 광주가 248,150명(17.8%), 강원이 121,994명(8.7%)의 이용을 보였다. 입내원일수, 총진료비 이용 빈

도에 있어서도 수치상의 유사한 경향을 보였다. 한편 원외처방약제비 기준으로 입원 의료이용량을 살펴보면, 먼저 광주 지역이 11,513명(19.8%)으로 가장 많은 이용을 보였고, 이어서 서울이 9,135명(15.7%), 강원이 4,349명(7.5%)의 이용을 보였다.

〈표 III-54〉지역별 건강보험대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	306,910	306,903	307,134	9,135
	Sum	7,632,588	4,178,790	753,285,723,960	1,468,299,213
	Mean	25	14	2,452,629	160,733
강원	N	121,994	121,931	122,365	4,349
	Sum	3,206,811	2,473,665	271,622,034,760	139,678,357
	Mean	26	20	2,219,769	32,117
대전	N	64,341	64,341	64,388	3,119
	Sum	1,542,273	1,094,230	126,157,909,870	88,838,038
	Mean	24	17	1,959,339	28,483
충남	N	74,264	74,238	74,350	2,419
	Sum	1,849,891	1,324,178	161,055,856,560	63,965,886
	Mean	25	18	2,166,185	26,443
충북	N	57,837	57,807	58,083	2,842
	Sum	1,327,902	928,521	101,975,012,700	41,785,876
	Mean	23	16	1,755,677	14,703
인천	N	45,041	45,033	45,101	1,867
	Sum	1,154,950	857,480	101,770,492,020	44,353,737
	Mean	26	19	2,256,502	23,757
경기	N	33,623	33,623	33,676	1,388
	Sum	752,430	557,950	61,121,631,380	34,301,910
	Mean	22	17	1,814,991	24,713
광주	N	248,150	248,136	248,292	11,513
	Sum	5,495,288	3,837,473	449,287,746,400	301,949,892
	Mean	22	15	1,809,514	26,227
전남	N	45,644	45,644	45,674	2,138
	Sum	946,877	646,784	71,925,322,540	50,057,972
	Mean	21	14	1,574,754	23,413
전북	N	36,174	36,173	36,219	3,177
	Sum	875,043	673,075	64,870,247,760	58,544,017
	Mean	24	19	1,791,056	18,427
부산	N	44,911	44,880	44,951	3,225
	Sum	1,077,261	830,681	79,295,970,750	128,086,777
	Mean	24	19	1,764,054	39,717
경남	N	60,187	60,182	60,316	2,875
	Sum	1,455,656	1,112,846	113,043,387,120	70,392,447
	Mean	24	18	1,874,186	24,484
울산	N	69,930	69,849	70,187	3,560
	Sum	1,628,650	1,148,062	111,620,835,560	63,553,476
	Mean	23	16	1,590,335	17,852
제주	N	60,068	60,020	60,276	2,249
	Sum	1,497,421	1,156,260	106,036,868,780	71,381,138
	Mean	25	19	1,759,189	31,739

대구	N	114,233	114,232	114,279	3,678
	Sum	2,754,528	2,107,780	190,538,404,440	66,439,656
	Mean	24	18	1,667,309	18,064
경북	N	12,950	12,950	12,969	606
	Sum	271,861	187,795	22,066,356,720	17,522,199
	Mean	21	15	1,701,469	28,915
전체	N	1,396,257	1,395,942	1,398,260	58,140
	Sum	33,469,430	23,115,570	2,785,673,801,320	2,709,150,591
	Mean	24	17	1,992,243	46,597
	F값	97.710	274.440	577.870	0.250
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.9986

라. 의료급여대상자

의료급여대상자 1인당 평균 입원 의료이용량을 살펴보면, 요양일수는 93일, 입내원일수가 84일, 총진료비는 4,502,050원, 원외처방약제비가 61,111원으로 나타났다. 의료급여대상자의 경우 전반적으로 1인당 의료이용량을 포함한 모든 의료이용량과에서 여성이 남성보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-55〉 성별 의료급여대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

성별		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
남자	N	65,526	65,187	68,686	2,069
	Sum	7,210,586	6,555,827	338,778,775,210	143,786,275
	Mean	110	101	4,932,283	69,496
여자	N	79,977	79,847	81,169	2,840
	Sum	17,533,547	12,472,199	1,457,900,000,000	1,935,947,522
	Mean	219	156	17,961,291	681,672
전체	N	145,503	145,034	149,855	4,909
	Sum	13,578,765	12,161,109	674,654,699,850	299,993,044
	Mean	93	84	4,502,050	61,111
	F값	1,920.450	2,252.590	1,590.010	1.150
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	0.284

우리나라 의료급여대상자의 연령별 입원 의료이용량을 살펴보면 요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외약제처방비 모든 분야에 있어서 70대 이상의 이용률이 가장 높은 것으로 나타났다. 이어서 나타난 이용률의 순서는 원외처방약제비 기준을 제외하

고는 40대, 50대, 60대 순으로 나타났다. 먼저 요양일수 기준으로 살펴보면, 총 요양일 이용 빈도가 70대 이상이 32.7%인 47,509명, 40대가 17.9%인 26,080명에 이어 50대가 17.1%인 24,931명이었다. 이는 요양일수 뿐 아니라 입내원일수, 총진료 기준에 있어서 수치상의 미미한 차이를 제외하고는 같은 경향을 보였다. 한편, 원외약제처방비 기준으로 의료급여대상자의 의료이용을 살펴보면 70대 이상이 가장 많은 1,893명의 이용을 보였고, 다음으로 50대가 821명, 60대가 767명의 이용을 보였다.

〈표 III-56〉 연령별 의료급여대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

연령		요양일수	입내원일수	총진료비	원외약제처방비
20~29	N	15,749	15,738	15,913	541
	Sum	520,251	416,849	28,327,388,270	11,016,908
	Mean	33	26	1,780,141	20,364
30~39	N	10,129	10,100	10,481	185
	Sum	1,508,028	1,400,354	59,464,275,690	8,268,344
	Mean	149	139	5,673,531	44,694
40~49	N	26,080	25,937	27,414	702
	Sum	3,742,552	3,477,817	155,689,909,070	47,272,051
	Mean	144	134	5,679,212	67,339
50~59	N	24,931	24,797	26,203	821
	Sum	3,261,593	2,998,374	149,549,385,880	60,488,968
	Mean	131	121	5,707,338	73,677
60~69	N	21,105	21,039	21,650	767
	Sum	1,771,115	1,540,642	102,312,878,580	52,296,357
	Mean	84	73	4,725,768	68,183
70 이상	N	47,509	47,423	48,194	1,893
	Sum	2,775,226	2,327,073	179,310,862,360	120,650,416
	Mean	58	49	3,720,606	63,735
전체	N	145,503	145,034	149,855	4,909
	Sum	13,578,765	12,161,109	674,654,699,850	299,993,044
	Mean	93	84	4,502,050	61,111
	F값	3,388.970	3,312.560	1,503.580	11.900
	P값	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

다음으로 <표 III-57>는 지역별 의료급여대상자의 입원 의료이용량을 분석한 결과다. 원외처방약제비 기준을 제외하고는 광주 지역에 이어 서울, 대구 지역의 이용 빈도가 높은 경향이 나타나고 있다. 우선 요양일수 기준을 살펴보면, 광주 지역이 19,687명(13.5%)으로 가장 높은 빈도의 이용을 보였고, 이어 서울이 15,884명

(10.9%), 대구가 14,349명(9.9%)의 이용을 보였다. 이는 입내원일수, 총진료비 이용 빈도에 있어서도 미미한 수치상의 차이만 보이고 유사한 경향을 나타냈다. 한편, 원외처방약제비 이용에 있어서는 광주가 가장 많은 845명의 이용을 보였고, 이어 서울이 506명, 제주가 417명의 이용을 보였다.

〈표 III-57〉지역별 의료급여대상자 입원의료이용량

(단위: 일, 원)

지역		요양일수	입내원일수	총진료비	원외처방약제비
서울	N	15,884	15,864	16,083	506
	Sum	1,026,189	820,801	70,204,145,930	32,013,191
	Mean	65	52	4,365,115	63,267
강원	N	13,818	13,805	14,147	386
	Sum	1,374,142	1,276,745	69,619,936,280	13,518,393
	Mean	99	92	4,921,180	35,022
대전	N	4,811	4,811	4,955	204
	Sum	374,049	326,566	21,316,590,500	10,063,490
	Mean	78	68	4,302,036	49,331
충남	N	9,293	9,276	9,675	285
	Sum	802,689	720,917	42,014,722,880	19,465,236
	Mean	86	78	4,342,607	68,299
충북	N	6,161	6,129	6,416	162
	Sum	497,720	425,775	25,451,804,650	8,766,372
	Mean	81	69	3,966,927	54,113
인천	N	4,917	4,911	4,957	81
	Sum	429,121	384,247	24,565,208,780	5,237,897
	Mean	87	78	4,955,660	64,665
경기	N	2,719	2,713	2,875	63
	Sum	332,161	309,751	16,078,451,490	1,725,726
	Mean	122	114	5,592,505	27,392
광주	N	19,687	19,679	20,016	845
	Sum	2,163,792	1,966,211	103,540,441,750	46,357,567
	Mean	110	100	5,172,884	54,861
전남	N	6,009	5,980	6,064	281
	Sum	401,893	331,064	21,083,583,950	18,169,907
	Mean	67	55	3,476,844	64,662
전북	N	5,254	5,251	5,419	150
	Sum	550,943	493,744	24,916,670,340	7,564,199
	Mean	105	94	4,598,020	50,428
부산	N	5,825	5,824	5,947	408
	Sum	608,748	563,630	28,677,130,900	40,529,170
	Mean	105	97	4,822,117	99,336
경남	N	10,217	10,216	10,310	337
	Sum	781,893	697,871	41,033,126,270	17,229,157
	Mean	77	68	3,979,935	51,125
울산	N	13,052	12,940	13,611	347
	Sum	1,024,272	869,542	48,639,234,590	24,401,809
	Mean	78	67	3,573,524	70,322

제주	N	12,005	11,832	12,785	417
	Sum	1,335,008	1,224,486	57,963,356,160	28,384,114
	Mean	111	103	4,533,700	68,067
대구	N	14,349	14,302	15,070	328
	Sum	1,798,872	1,687,424	74,635,595,360	15,690,189
	Mean	125	118	4,952,594	47,836
경북	N	1,502	1,501	1,525	109
	Sum	77,273	62,335	4,914,700,020	10,876,627
	Mean	51	42	3,222,754	99,786
전체	N	145,503	145,034	149,855	4,909
	Sum	13,578,765	12,161,109	674,654,699,850	299,993,044
	Mean	93	84	4,502,050	61,111
	F값 P값	234.220 <.0001	272.570 <.0001	92.060 <.0001	14.620 <.0001

4. 개인별 의료이용 공분산 분석

가. 개인별 외래의료이용 비교분석

다음 표는 반응변수를 각각 입내원일수와 총진료비로 하고 설명변수를 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 기준치, 지역, 상이여부로 한 공분산분석의 결과이다. 두 모형 모두 모든 설명변수가 통계적으로 유의하다는 것을 알 수 있다. 따라서 대상에 따라, 연령에 따라, 성별에 따라, 요양기관, 상병수, 지역, 상이여부에 따라 입내원일수와 총진료비가 평균적으로 달라진다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-58〉개인별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 공분산분석결과

요인	자유도	입내원일수		총진료비	
		F-값	p-값	F-값	p-값
보훈구분	3	55,630	0.0000	43,937	0.0000
나이	5	577,936	0.0000	50,978	0.0000
성별	1	9,197	0.0000	1,885	0.0000
요양종별	1	8,174	0.0000	304,161	0.0000
상병수	1	6,446,686	0.0000	776,003	0.0000
지역	15	2,761	0.0000	1,115	0.0000
상이여부	1	3,382	0.0000	4,280	0.0000

다음 6개 표들은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부별로 외래의료이용에 대한 입내원일수와 총진료비의 조정평균을 계산한 표이다. 사후분석을 보면 모든 변수의 모든 범주별로 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것을 알 수 있다. 세부적으로 살펴보면 국비진료대상자가 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 여자가 남자보다, 전반적으로 연령이 높을수록, 상이등급을 받은 사람이 안 받은 사람보다 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 높다는 것을 확인 할 수 있다. 다만 외래 진료비의 경우는 여자보다 남자가 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-59〉 대상별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
국비	14.39	1-2,3,4 2-3,4 3-4	714,842	1-2,3,4 2-3,4 3-4
감면	11.60		125,913	
건강보험	9.90		291,376	
의료급여	13.76		525,026	

〈표 III-60〉 성별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
남자	12.24	1-2	420,444.60	1-2
여자	12.58		408,133.76	

〈표 III-61〉연령별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
0~29세	9.28	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6	317,850.149	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6
30대	8.46		337,235.751	
40대	9.86		374,464.204	
50대	12.49		433,037.889	
60대	16.20		509,374.007	
70세이상	18.18		513,773.08	

〈표 III-62〉 상이여부별 외래의료의 내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
무	11.20	1-2	306,675.92	1-2
유	13.62		521,902.44	

〈표 III-63〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 외래 내원일수의 조정평균

구분		국비		감면		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	40.08	11.25	38.02	8.47	5.10	6.77	5.14	10.62
	30대	35.81	10.43	34.17	7.65	4.16	5.95	10.56	9.80
	40대	39.51	11.84	32.66	9.05	5.50	7.35	12.40	11.21
	50대	43.04	14.46	29.18	11.68	8.17	9.98	15.81	13.83
	60대	45.57	18.18	29.01	15.39	12.09	13.70	18.14	17.55
	70세 이상	57.40	20.16	41.15	17.38	14.53	15.68	16.94	19.53
성별	남자	44.53	14.21	33.13	11.43	6.41	9.73	11.18	13.58
	여자	40.71	14.56	43.83	11.78	7.12	10.08	12.99	13.93
상이여부별	무		13.18		10.40		8.70		12.55
	유		15.59		12.81		11.11		14.96

〈표 III-64〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 외래 총진료비의 조정평균

구분		국비		감면	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	1,453,245	618,403	759,231	1,333,245
	30대	1,374,843	936,253	719,434	1,651,095
	40대	1,504,209	1,254,103	700,537	1,968,945
	50대	1,685,423	1,571,953	643,004	2,286,795
	60대	1,796,628	1,889,803	610,283	2,604,645
	70세이상	2,061,215	2,207,653	824,560	2,922,495
성별	남자	1,696,486	2,525,504	689,497	3,240,345
	여자	1,310,754	2,843,354	877,657	3,558,196
상이여부별	무		3161,204		3876,046
	유		3479,054		419,3896

구분		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	78,295	2,048,086	102,158	2,762,928
	30대	92,560	2,365,936	624,785	3,080,778
	40대	126,082	2,683,787	623,332	3,398,628
	50대	192,772	3,001,637	682,699	3,716,478
	60대	279,239	3,319,487	541,373	4,034,329
	70세이상	304,310	3,637,337	380,256	4,352,179
성별	남자	142,763	3,955,187	468,004	4,670,029
	여자	137,666	4,273,037	369,958	4,987,879
상이여부별	무		4590,887		5305,729
	유		4908,738		5623,579

나. 개인별 입원의료이용 비교분석

위의 표는 입원의료에 대하여 반응변수를 각각 입내원일수와 총진료비로 하고 설명변수를 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부로 한 공분산분석의 결과이다. 두 모형 모두 모든 설명변수가 통계적으로 유의하다는 것을 알 수 있다. 따라서 대상에 따라, 연령에 따라, 성별에 따라, 요양기관, 상병수, 지역, 상이여부에 따라 입내원일수와 총진료비가 평균적으로 달라진다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-65〉개인별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 공분산분석결과

요인	자유도	입내원일수		총진료비	
		F-값	p-값	F-값	p-값
보훈구분	3	183,224,837	0.0000	19,631	0.0000
나이	5	12,929,992	0.0000	13,627	0.0000
성별	1	1,168,399	0.0000	235	0.0000
요양종별	1	23,448,649	0.0000	7,567	0.0000
상병수	1	570,796,507	0.0000	277,193	0.0000
지역	15	1,035,066	0.0000	371	0.0000
상이여부	1	36,411	0.0003	8	0.0037

다음표 6개 표들은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부별로 입원의료이용에 대한 입내원일수와 총진료비의 조정평균을 계산한 표이다. 사후분석을 보면 모든 변수의 모든 범주별로 입원의료의 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것을 알 수 있다. 세부적으로 살펴보면 의료급여대상자가 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 남자가 여자보다, 전반적으로 연령이 높을수록, 상이등급을 받은 사람이 안 받은 사람보다 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 높다는 것을 확인 할 수 있다.

〈표 III-66〉 대상별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
국비	-0.35	1-2,3,4 2-3,4 3-4	866,768	1-2,3,4 2-3,4 3-4
감면	6.66		678,174	
건강보험	21.66		2,296,138	
의료급여	85.14		4,651,809	

〈표 III-67〉 성별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
남자	29.15	1-2	2,173,029	1-2
여자	27.41		2,073,416	

〈표 III-68〉연령별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
0~29세	17.02	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6	903,010	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6
30대	25.86		1,535,793	
40대	31.46		1,931,044	
50대	32.09		2,332,283	
60대	29.69		2,885,501	
70세이상	33.56		3,151,704	

〈표 III-69〉 상이여부별 입원의료의 입원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
무	27.40	1-2	2,069,597.69	1-2
유	29.15		2,176,847.83	

〈표 III-70〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 입원의료 입원일수의 조정평균

구분		국비		감면		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	34.81	-11.61	37.00	-4.60	7.93	10.40	26.49	73.88
	30대	39.06	-2.77	30.49	4.24	12.30	19.24	138.65	82.72
	40대	55.75	2.83	27.50	9.84	14.82	24.84	134.09	88.32
	50대	50.88	3.47	24.96	10.47	17.17	25.47	120.92	88.96
	60대	40.13	1.06	23.45	8.07	19.57	23.07	73.23	86.55
	70세이상	51.61	4.93	34.49	11.94	30.77	26.94	49.07	90.42
성별	남자	44.82	0.52	27.69	7.53	14.96	22.53	100.57	86.01
	여자	54.79	-1.22	43.44	5.79	18.22	20.79	70.20	84.27
상이여부별	무		-1.22		5.78		20.78		84.27
	유		0.53		7.53		22.53		86.02

〈표 III-71〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 입원의료의 총진료비의 조정평균

구분		국비		감면	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	4,746,401	-353,443	4,937,937	513,325
	30대	4,240,623	549,567	2,935,185	1,416,336
	40대	5,492,173	1,452,578	2,652,511	2,319,346
	50대	6,021,648	2,355,588	2,873,888	3,222,357
	60대	5,542,630	3,258,598	2,820,497	4,125,367
	70세이상	6,135,605	4,161,609	3,843,957	5,028,378
성별	남자	5,695,298	5,064,619	3,391,454	5,931,388
	여자	5,791,611	5,967,630	4,118,138	6,834,399
상이여부별	무		6,870,640		7,737,409
	유		7,773,651		8,640,420

구분		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	954,306	1,380,094	1,780,141	2,246,863
	30대	1,319,490	2,283,105	5,673,531	3,149,874

	40대	1,585,436	3,186,115	5,679,212	4,052,884
	50대	2,103,144	4,089,126	5,707,338	4,955,895
	60대	2,939,421	4,992,136	4,725,768	5,858,905
	70세이상	3,456,714	5,895,147	3,720,606	6,761,916
성별	남자	1,863,810	6,798,157	4,932,283	7,664,926
	여자	2,125,522	7,701,168	4,137,983	8,567,936
상이여부별	무		8,604,178		9,470,947
	유		9,507,189		10,373,957

다. 개인별 총의료(외래+입원) 비교분석

〈표 III-72〉개인별 총의료 내원일수의 공분산분석결과

요인	자유도	입내원일수		총진료비	
		F-값	p-값	F-값	p-값
보훈구분	3	186,584	0.0000	83,240	0.0000
나이	5	87,296	0.0000	74,713	0.0000
성별	1	120	0.0000	2,393	0.0000
요양종별	1	271,172	0.0000	833,635	0.0000
상병수	1	798,538	0.0000	801,299	0.0000
지역	15	980	0.0000	586	0.0000
상이여부	1	3,770	0.0000	5,957	0.0000

;※ 총의료=(입원 X 3)+외래

위의 표는 반응변수를 각각 입내원일수와 총진료비로 하고 설명변수를 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부로 한 공분산분석의 결과이다. 여기서 입내원일수는 내원일수에 입원일수 의 3배를 더한 수치를 말한다. 두 모형 모두 모든 설명변수가 통계적으로 유의하다는 것을 알 수 있다. 따라서 보훈대상에 따라, 연령에 따라, 성별에 따라, 요양기관, 상병수, 지역, 상이여부에 따라 입내원일수와 총진료비가 평균적으로 달라진다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-73〉 대상별 총의료의 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
국비	28.20	1-2,3,4 2-3,4 3-4	1,318,429	1-2,3,4 2-3,4 3-4
감면	21.36		359,775	
건강보험	18.04		555,019	
의료급여	49.14		1,197,589	

※ 총의료=(입원×3)+외래

다음 표들은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부별로 입내원일수와 총진료비의 조정평균을 계산한 표이다. 사후분석을 보면 모든 변수의 모든 범주별로 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것을 알 수 있다. 세부적으로 살펴보면 의료급여대상자가 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 가장 높은 것으로 나타났으며 입원일수의 경우엔 건강보험대상자가, 총진료비의 경우엔 감면대상자가 조정평균이 가장 낮은 것을 볼 수 있다. 또한 남자가 여자보다, 연령이 높을수록, 상이등급을 받은 사람이 안 받은 사람보다 입내원일수와 총진료비의 조정평균이 높다는 것을 확인 할 수 있다.

137

〈표 III-74〉 성별 총의료의 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
남자	29.27	1-2	870,078.45	1-2
여자	29.10		845,327.17	

※ 총의료=(입원×3)+외래

〈표 III-75〉 연령별 총의료의 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
0~29세	23.19	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6	665,499.47	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5,6 3-4,5,6 4-5,6 5-6
30대	23.62		699,376.07	
40대	25.83		755,745.55	
50대	28.89		841,038.93	
60대	32.95		997,228.11	
70세이상	40.65		1,187,328.71	

※ 총의료=(입원×3)+외래

〈표 III-76〉 상이여부별 총의료의 입내원일수 및 총진료비의 조정평균 및 사후분석결과

집단	입내원일수		총진료비	
	조정평균	사후분석	조정평균	사후분석
무	23.72	1-2	631,070.52	1-2
유	34.66		1,084,335.09	

※ 총의료=(입원×3)+외래

〈표 III-77〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 총의료의 입내원일수의 평균

구분		국비		감면		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	51.06	22.20	44.68	15.36	5.37	12.04	6.35	43.14
	30대	45.92	22.63	40.83	15.79	4.53	12.47	28.61	43.57
	40대	51.08	24.84	38.57	18.00	6.00	14.69	31.00	45.78
	50대	54.56	27.90	33.62	21.06	8.91	17.74	35.64	48.84
	60대	56.64	31.96	33.11	25.12	13.34	21.80	28.21	52.90
	70세이상	76.88	39.67	49.87	32.83	17.95	29.51	25.40	60.61
성별	남자	56.78	28.29	38.69	21.44	7.11	18.13	24.98	49.22
	여자	53.65	28.12	53.90	21.28	7.84	17.96	20.89	49.06
상이여부별	무		22.73		15.89		12.57		43.67
	유		33.67		26.83		23.51		54.61

※ 총의료=(입원×3)+외래

〈표 III-78〉 대상별 연령별 성별 상이여부별 총의료의 총 진료비의 평균

구분		국비		감면	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	2,875,979	1,126,225	1,521,168	2,444,654
	30대	2,584,326	1,791,725	1,445,626	3,110,153
	40대	2,848,685	2,457,224	1,354,294	3,775,653
	50대	3,115,444	3,122,724	1,160,228	4,441,152
	60대	3,331,679	3,788,223	1,105,302	5,106,652
	70세이상	4,383,681	4,453,723	1,818,002	5,772,151
성별	남자	3,262,491	5,119,222	1,378,247	6,437,651
	여자	3,954,159	5,784,721	1,855,096	7,103,150
상이여부별	무		6,450,221		7,768,649
	유		7,115,720		8,434,149

구분		건강보험		의료급여	
		조정전	조정후	조정전	조정후
연령별	0~29세	111,808	3,763,082	185,644	5,081,511
	30대	133,577	4,428,582	1,385,007	5,747,010
	40대	182,045	5,094,081	1,451,559	6,412,510
	50대	286,883	5,759,581	1,670,364	7,078,009
	60대	473,901	6,425,080	1,227,102	7,743,509
	70세이상	700,585	7,090,580	1,052,755	8,409,008
성별	남자	233,370	7,756,079	1,180,916	9,074,508
	여자	224,050	8,421,579	850,362	9,740,007
상이여부별	무		9,087,078		10,405,507
	유		9,752,577		11,071,006

※ 총의료=(입원X3)+외래

제3절 주요 질병별 의료이용 비교분석

다음은 국비진료대상자의 외래의료이용과 입원의료이용을 기준으로 하여 다빈도 질환, 고액진료비 질환 그리고 입내원일수 많은 질환을 각각 30개씩을 추출하여 각 질병마다 대상자별(국비진료대상자, 감면진료대상자, 건강보험대상자, 의료급여대상자)로 분산분석과 공분산 분석을 실시한 결과이다. 분산분석은 의료이용량을 반응변수로 설명변수를 보훈대상으로 하는 1원 분산분석 모형이다. 공분산분석은 의료이용량(요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외처방비용)을 반응변수로 하고 대상자(국비진료, 감면진료, 건강보험, 의료급여), 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부를 설명변수로 하는 모형이다. 이 모형에서 보훈대상, 연령, 지역, 상이여부는 범주형변수이며 상병수, 요양종별 가중치는 연속형변수이다. 공분산분석의 자유도는 28이기 때문에 사례수가 30이하를 제외한 발생빈도가 많은 질환, 총진료비가 많은 질환, 입내원일수가 많은 질환 각각 상위 30개 가량을 추출하여 질병별로 분산분석과 공분산분석을 실시하였다.

〈표 III-79〉 분석에 사용한 질병코드와 질병명

질병코드	질병명
A099	감염성 기원으로 추정되는 설사 및 위장염
A118	감염성 기원으로 추정되는 설사 및 위장염
A410	기타 수막알균 감염
B202	거대세포바이러스 질환을 유발한 HIV병
B206	폐포자충 폐렴을 유발한 HIV병
B209	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 HIV병
B232	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 HIV병(HIV disease resulting in haematological and immunological abnormalities, NEC)
B238	기타 명시된 병태를 유발한 HIV병(HIV disease resulting in other specified conditions)
B24	상세불명의 인체면역결핍바이러스병(Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease)
B351	손발톱 백선증(Tinea unguium)
B353	발 백선증(Tinea pedis)
B377	칸디다 패혈증(Candidal septicaemia)
B900	중추신경계통 결핵의 후유증(Sequelae of central nervous system tuberculosis)

C06	기타 및 상세불명의 구강의 악성신생물(Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth)
C061	구강 전정(Vestibule of mouth)
C063	구치후부(Retromolar area)
C07	귀밑샘의 악성신생물(Malignant neoplasm of parotid gland)
C119	상세불명의 코인두(Nasopharynx, unspecified)
C138	하인두의 중복병터(Overlapping lesion of hypopharynx)(177쪽 주5 참조)
C172	회장(Ileum)
C220	간세포 암종(Liver cell carcinoma)
C231	쓸개(담낭)의 악성신생물(Malignant neoplasm of gallbladder)
C240	간외 쓸개관(담관)(Extrahepatic bile duct)
C241	바터 땡대부(Ampulla of Vater)
C250	췌장(이자)의 두부(Head of pancreas)
C253	췌관(이자관)(Pancreatic duct)
C269	소화기계통내의 불명확한 부위(III-defined sites within the digestive system)
C310	위턱굴(Maxillary sinus)
C313	나비굴(Sphenoidal sinus)
C340	주기관지(Main bronchus)
C341	상엽, 기관지 또는 폐(Upper lobe, bronchus or lung)
C343	하엽, 기관지 또는 폐(Lower lobe, bronchus or lung)
C348	기관지 및 폐의 중복병터(Overlapping lesion of bronchus and lung)(177쪽 주5 참조)
C349	상세불명의 기관지 또는 폐(Bronchus or lung, unspecified)
C37	가슴샘의 악성신생물(Malignant neoplasm of thymus)
C380	심장(heart)
C459	상세불명의 중피종(Mesothelioma, unspecified)
C468	다발기관 카포시 육종(Kaposi's sarcoma of multiple organs)
C494	복부의 결합 및 연조직(Connective and soft tissue of abdomen)
C495	골반의 결합 및 연조직(Connective and soft tissue of pelvis)
C499	상세불명의 결합 및 연조직(Connective and soft tissue, unspecified)
C61	전립샘의 악성신생물(Malignant neoplasm of prostate)
C65	콩팥갈매기의 악성신생물(Malignant neoplasm of renal pelvis)
C716	소뇌(Cerebellum)
C719	상세불명의 뇌(Brain, unspecified)
C753	솔방울샘(Pineal gland)
C754	목동맥소체(Carotid body)
C765	다리(Lower limb)
C794	신경계통의 기타 및 상세불명 부위의 속발성 악성신생물(Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system)
C833	대세포(미만성)(Large cell(diffuse))
C837	버키트 종양(Burkitt's tumour)
C839	상세불명의 미만성 비호지킨 림프종(Diffuse non-Hodgkin's lymphoma, unspecified)
C859	상세불명 형의 비호지킨림프종(Non-Hodgkin's lymphoma, unspecified type)
C900	다발성 골수종(Multiple myeloma)
C910	급성 림프모구성 백혈병(Acute lymphoblastic leukaemia)
C920	급성 골수성 백혈병(Acute myeloid leukaemia)
C921	만성 골수성 백혈병(Chronic myeloid leukaemia)
C924	급성 전골수구성 백혈병(Acute promyelocytic leukaemia)

C930	급성 단핵구성 백혈병(Acute monocytic leukaemia)
D33	뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성신생물(Benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system)
D442	부갑상샘(Parathyroid gland)
D469	상세불명의 골수형성이상 증후군(Myelodysplastic syndrome, unspecified)
D501	철 결핍성 삼킴곤란(Sideropenic dysphagia)
D619	상세불명의 무형성 빈혈(Aplastic anaemia, unspecified)
D66	유전성 제8인자 결핍증(Hereditary factor VIII deficiency)
D67	유전성 제9인자 결핍증(Hereditary factor IX deficiency)
D762	감염과 관련된 혈구탐식 증후군(Haemophagocytic syndrome, infection-associated)
E119	합병증이 없는 것(Without complications)
E220	말단거대증 및 뇌하수체 거인증(Acromegaly and pituitary gigantism)
E713	지방산 대사장애(Disorders of fatty-acid metabolism)
F00	달리 분류된 질환에서의 영양 및 대사 장애(Nutritional and metabolic disorders in diseases classified elsewhere)
F001	조발성 알츠하이머병에서의 치매(Dementia in Alzheimer's disease with early onset) (G30.0)
F002	만발성 알츠하이머병에서의 치매(Dementia in Alzheimer's disease with late onset) (G30.1)
F009	비정형 또는 혼합형의 알츠하이머병에서의 치매(Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type)(G30.8)
F018	기타 혈관성 치매(Other vascular dementia)
F019	상세불명의 혈관성 치매(Vascular dementia, unspecified)
F03	상세불명의 치매(Unspecified dementia)
F04	알코올 및 기타 정신활성 물질에 의한 유발성이 아닌 기질성 기억상실 증후군(Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances)
F062	기질성 망상성[정신분열 유사] 장애(Organic delusional[Schizophrenia-like] disorder)
F069	상세불명의 뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 정신 장애(Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease)
F071	뇌염후 증후군(Postencephalitic syndrome)
F078	뇌질환, 뇌손상 및 뇌기능 이상에 의한 기타 기질성 인격 및 행동 장애(Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction)
F09	상세불명의 기질성 또는 증상성 정신 장애(Unspecified organic or symptomatic mental disorder)
F102	의존성 증후군(Dependence syndrome)
F106	건망 증후군(Amnestic syndrome)
F109	상세불명의 정신 및 행동 장애(Unspecified mental and behavioural disorder)
F192	의존성 증후군(Dependence syndrome)
F200	편집성 정신분열병(Paranoid schizophrenia)
F201	파괴형 정신분열병(Hebephrenic schizophrenia)
F203	미분화형 정신분열병(Undifferentiated schizophrenia)
F204	정신분열병 후 우울병(Post-schizophrenic depression)
F205	잔류형 정신분열병(Residual schizophrenia)
F206	단순형 정신분열병(Simple schizophrenia)
F208	기타 정신분열병(Other schizophrenia)
F209	상세불명의 정신분열병(Schizophrenia, unspecified)

F220	망상성 장애(Delusional disorder)
F238	기타 급성 및 일과성 정신병성 장애(Other acute and transient psychotic disorders)
F250	조병형의 분열정동성 장애(Schizoaffective disorder, manic type)
F28	기타 비기질적 정신병적 장애(Other nonorganic psychotic disorders)
F29	상세불명의 비기질적 정신병(Unspecified nonorganic psychosis)
F292	상세불명의 비기질적 정신병(Unspecified nonorganic psychosis)
F319	상세불명의 양극성 정동 장애(Bipolar affective disorder, unspecified)
F601	분열성 인격장애(Schizoid personality disorder)
F603	정서불안성 인격장애(Emotionally unstable personality disorder)
F608	기타 명시된 인격 장애(Other specific personality disorders)
F708	기타 행동의 장애(Other impairments of behaviour)
F788	기타 행동의 장애(Other impairments of behaviour)
F789	정신 행동의 장애가 없는 것(Without mention of impairment of behaviour)
F798	기타 행동의 장애(Other impairments of behaviour)
G039	상세불명의 수막염(Meningitis, unspecified)
G042	달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염(Bacterial meningoencephalitis and meningomyelitis, NEC)
G122	운동신경원 병(Motor neuron disease)
G546	통증을 동반한 환상지 증후군(Phantom limb syndrome with pain)
G733	신생물성 병에서의 기타 근육무력증성 증후군(Other myasthenic syndromes in neoplastic disease)(C00-D48)
G809	상세불명의 유아성 뇌성마비(Infantile cerebral palsy, unspecified)
G81	편마비(Hemiplegia)
G811	강직성 편마비(Spastic hemiplegia)
G819	상세불명의 편마비(Hemiplegia, unspecified)
G820	이완성 대마비(Flaccid paraplegia)
G821	강직성 대마비(Spastic paraplegia)
G822	상세불명의 대마비(Paraplegia, unspecified)
G824	강직성 사지마비(Spastic tetraplegia)
G825	상세불명의 사지마비(Tetraplegia, unspecified)
G931	달리 분류되지 않은 무산소성 뇌 손상(Anoxic brain damage, NEC)
G941	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 뇌수종(Hydrocephalus in infectious and parasitic diseases classified elsewhere)(A00-B99)
H041	눈물샘의 기타 장애(Other disorders of lacrimal gland)
H259	상세불명의 노년 백내장(Senile cataract, unspecified)
I083	승모판, 대동맥판 및 삼첨판의 합병성 장애(Combined disorders of mitral, aortic and tricuspid valves)
I10	본태성(원발성) 고혈압(Essential(primary) hypertension)
I162	상세불명의 이차 고혈압(Secondary hypertension, unspecified)
I200	불안정성 협심증(Unstable angina)
I209	상세불명의 협심증(Angina pectoris, unspecified)
I350	대동맥(판) 협착증(Aortic(valve) stenosis)
I351	대동맥(판) 폐쇄부전(Aortic(valve) insufficiency)
I461	심장성 급사로 기술된 것(Sudden cardiac death, so described)
I605	척추동맥의 거미막밑 출혈(Subarachnoid haemorrhage from vertebral artery)
I611	대뇌반구 피질의 뇌내출혈(Intracerebral haemorrhage in hemisphere, cortical)
I612	상세불명 대뇌반구의 뇌내출혈(Intracerebral haemorrhage in hemisphere, unspecified)

I615	뇌실내 뇌내출혈(Intracerebral haemorrhage, intraventricular)
I618	기타 뇌내출혈(Other intracerebral haemorrhage)
I638	기타 뇌경색증(Other cerebral infarction)
I639	상세불명의 뇌경색증(Cerebral infarction, unspecified)
I691	뇌내출혈의 후유증(Sequelae of intracerebral haemorrhage)
I694	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍의 후유증(Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction)
I710	대동맥의 박리[모든 부분](Dissection of aorta[any part])
I714	파열의 기재가 없는 복부 대동맥류(Abdominal aortic aneurysm, without mention of rupture)
I821	이행성 혈전정맥염(Thrombophlebitis migrans)
I848	기타 합병증을 동반한 상세불명의 치질(Unspecified haemorrhoids with other complications)
J00	급성 코인두염[감기](Acute nasopharyngitis[common cold])
J039	상세불명의 급성편도염(Acute tonsillitis, unspecified)
J189	상세불명의 폐렴(Pneumonia, unspecified)
J209	상세불명의 급성 기관지염(Acute bronchitis, unspecified)
J310	만성 비염(Chronic rhinitis)
J329	상세불명의 만성 골염(Chronic sinusitis, unspecified)
J342	편위된 코사이막(Deviated nasal septum)
J350	만성 편도염(Chronic tonsillitis)
J36	편도주위 고름집(농양)(Peritonsillar abscess)
J40	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염(Bronchitis, not specified as acute or chronic)
J459	상세불명의 천식(Asthma, unspecified)
J677	에어컨 및 가습기 폐(Air-conditioner and humidifier lung)
J860	셋길(누공)이 있는 고름기슴(Pyothorax with fistula)
K011	매복치(Impacted teeth)
K053	만성 치주염(Chronic periodontitis)
K210	식도염을 동반한 위-식도역류질환(Gastro-oesophageal reflux disease with oesophagitis)
K285	천공이 있는 만성 또는 상세불명(Chronic or unspecified with perforation)
K359	상세불명의 급성 충수염(Acute appendicitis, unspecified)
K603	항문 셋길(누공)(Anal fistula)
K610	항문 고름집(농양)(Anal abscess)
K635	결장의 폴립(Polyp of colon)
M0503	펠티 증후군(Felty's syndrome)
M1249	간헐성 물관절증(Intermittent hydrarthrosis)
M130	상세불명의 다발성 관절염(Polyarthritis, unspecified)
M16	엉덩관절증(Coxarthrosis [arthrosis of hip])
M170	양측성 원발성 무릎관절증(Primary gonarthrosis, bilateral)
M2516	관절 셋길(누공)(Fistula of joint)
M2580	기타 명시된 관절 장애(Other specified joint disorders)
M4047	기타 척주앞굽음증(Other lordosis)
M4135	복장뼈발생 척주옆굽음증(Thoracogenic scoliosis)
M455	등허리 부위(Thoracolumbar region)
M4644	상세불명의 원반염(Discitis, unspecified)
M4806	척추 협착(Spinal stenosis)
M4837	외상성 척추병증(Traumatic spondylopathy)

M4880	기타 명시된 척추병증(Other specified spondylopathies)
M511	신경뿌리병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판 장애(Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy)
M512	기타 명시된 추간판 전위(Other specified intervertebral disc displacement)
M5416	신경뿌리병증(Radiculopathy)
M750	어깨의 유착성 피막염(Adhesive capsulitis of shoulder)
M8216	내분비 장애에서의 골다공증(Osteoporosis in endocrine disorders)(E00-E34)
M8286	달리 분류된 기타 질환에서의 골다공증(Osteoporosis in other diseases classified elsewhere)
M8405	골절 부정 유합(Malunion of fracture)
M8505	(단골성) 섬유성 골형성이상증(Fibrous dysplasia (monostotic))
M8603	급성 혈행성 골수염(Acute haematogenous osteomyelitis)
M8661	기타 만성 골수염(Other chronic osteomyelitis)
M8669	기타 만성 골수염(Other chronic osteomyelitis)
M8697	상세불명의 골수염(Osteomyelitis, unspecified)
M8730	기타 속발성 골괴사증(Other secondary osteonecrosis)
M9016	달리 분류된 기타 감염성 질환에서의 골막염(Periostitis in other infectious diseases classified elsewhere)
M908	신생물 질환에서의 뼈의 골절(Fracture of bone in neoplastic disease)(C00-D48)
M968	기타 처치후 근육골격 장애(Other postprocedural musculoskeletal disorders)
M9913	(척추성) 부분탈구 복합체(Subluxation complex(vertebral))
N18	만성 콩팥(신장)기능상실(Chronic renal failure)
N180	말기 콩팥(신장)병(End-stage renal disease)
N188	기타 만성 콩팥(신장)기능상실(Other chronic renal failure)
N189	상세불명의 만성 콩팥(신장)기능상실(Chronic renal failure, unspecified)
N201	요관의 결석(Calculus of ureter)
N341	비특이성 요도염(Nonspecific urethritis)
N40	전립선의 증식(Hyperplasia of prostate)
Q233	선천 승모판 기능부전(Congenital mitral insufficiency)
Q446	간의 낭종성 질환(Cystic disease of liver)
R51	두통(Headache)
S067	지속적 혼수를 동반한 머라내 손상(Intracranial injury with prolonged coma)
S134	목뼈의 염좌 및 긴장(Sprain and strain of cervical spine)
S240	가슴척추의 진탕 및 부종(Concussion and oedema of thoracic spinal cord)
S3271	허리뼈 및 골반의 다발성 골절(Multiple fractures of lumbar spine and pelvis)
S4241	위팔뼈 하단의 골절(Fracture of lower end of humerus)
S610	손톱의 손상이 없는 손가락의 열린 상처(Open wound of finger(s) without damage to nail)
S6230	기타 손허리뼈의 골절(Fracture of other metacarpal bone)
S635	손목의 염좌 및 긴장(Sprain and strain of wrist)
S636	손가락의 염좌 및 긴장(Sprain and strain of finger(s))
S832	현재 반달연골의 열상(Tear of meniscus, current)
S836	기타 및 상세불명의 무릎 부분의 염좌 및 긴장(Sprain and strain of other and unspecified parts of knee)
S934	발목의 염좌 및 긴장(Sprain and strain of ankle)
T315	신체표면의 50-59%를 포함한 화상(Burns involving 50-59% of body surface)
T402	기타 아편유사제(Other opioids)
Z491	체외 투석(Extracorporeal dialysis)
Z492	기타 투석(Other dialysis)

Z751	다른 곳의 적당한 시설에 입원을 기다리는 사람(Person awaiting admission to adequate facility elsewhere)
Z940	콩팥(신장) 이식 상태(Kidney transplant status)
Z941	심장 이식 상태(Heart transplant status)
Z944	간 이식 상태(Liver transplant status)
Z992	콩팥(신장)투석기 의존(Dependence on renal dialysis)

1. 질병추출표

가. 다빈도질환

〈표 III-80〉 외래다빈도질환

질병코드	빈도	진료비		내원일수	
		평균	총합	평균	총합
J209	4,639,741	36,363	168,713,177,830	3	14,614,173
J039	3,542,448	27,039	95,785,485,190	2	8,004,918
K053	2,436,328	52,684	128,356,504,770	2	5,282,834
I10	2,131,856	111,835	238,415,535,090	8	16,572,626
J00	2,093,883	23,038	48,238,330,000	2	4,504,446
J459	792,273	54,995	43,570,685,400	4	3,053,013
K210	724,413	61,732	44,719,318,390	3	1,820,289
J40	671,294	29,429	19,755,791,240	2	1,438,457
N40	666,193	101,859	67,857,705,040	5	3,236,255
B351	561,461	31,293	17,569,890,350	3	1,441,915
A099	548,914	33,151	18,196,852,370	2	891,111
E119	544,152	109,203	59,422,788,380	6	3,377,912
S934	525,459	59,513	31,271,580,440	2	1,256,148
H041	519,388	30,779	15,986,114,160	2	925,013
J36	478,562	24,408	11,680,699,770	2	930,515
J310	459,361	33,889	15,567,145,910	3	1,279,850
B353	455,833	22,903	10,440,159,530	2	823,437
K011	415,445	66,362	27,569,676,570	2	914,149
J329	399,686	45,951	18,365,933,470	3	1,245,926
M511	393,928	142,284	56,049,793,690	6	2,478,548
S134	376,207	47,466	17,857,039,420	2	916,912
S636	270,769	40,463	10,956,071,060	2	474,889
S610	266,656	66,599	17,759,092,900	3	785,094

J189	263,197	53,693	14,131,816,910	3	741,368
M170	261,585	129,544	33,886,714,820	6	1,594,201
S635	259,677	48,300	12,542,337,770	2	534,201
M750	259,361	97,567	25,304,980,920	5	1,339,496
N341	254,573	42,201	10,743,216,410	3	813,838
S836	247,946	48,304	11,976,754,940	2	603,156
R51	224,763	42,920	9,646,859,060	2	338,767

〈표 III-81〉 입원다빈도질환

질병코드	빈도	진료비		입원일수	
		평균	총합	평균	총합
J189	75,960	1,569,457	119,215,945,050	11	871,839
M511	43,744	1,481,376	64,801,326,450	14	605,983
K359	36,838	1,292,981	47,630,830,140	5	201,472
H259	33,292	1,287,310	42,857,123,480	2	55,367
A099	33,231	550,832	18,304,682,120	5	172,924
I639	29,150	4,438,171	129,372,678,790	48	1,385,921
J209	24,760	523,603	12,964,404,880	8	187,237
I10	23,339	1,274,638	29,748,770,170	31	719,087
J039	22,667	437,911	9,926,123,230	6	126,597
N40	22,394	962,268	21,549,032,900	12	261,457
K603	20,275	733,629	14,874,319,960	4	72,413
K635	18,448	567,559	10,470,319,320	3	62,994
J459	18,443	1,039,550	19,172,428,720	10	187,840
J342	18,397	625,209	11,501,966,390	3	62,153
I209	18,342	2,678,843	49,135,339,260	6	118,094
I200	17,236	4,377,809	75,455,922,740	7	118,992
C349	17,072	6,909,506	117,959,087,840	30	508,461
M512	16,622	1,509,662	25,093,606,440	14	224,974
E119	16,052	873,174	14,016,194,740	23	367,992
M4806	15,232	2,683,912	40,881,344,180	18	277,082
N201	14,248	1,068,341	15,221,727,730	4	51,607
S832	14,003	1,572,436	22,018,817,380	12	167,891
G039	13,138	685,045	9,000,120,720	5	66,960
F209	13,000	7,714,766	100,291,958,760	193	2,514,903
S134	12,029	649,998	7,818,821,880	11	138,297
I638	10,436	4,048,977	42,255,118,720	40	415,349

I848	10,389	707,683	7,352,115,090	4	38,427
K610	10,373	641,045	6,649,563,450	3	33,724
S6230	10,121	831,888	8,419,536,000	7	75,448
J350	9,603	730,560	7,015,563,700	4	40,955

나. 고액진료비질환

〈표 III-82〉 외래고액진료비질환

질병코드	빈도	진료비		내원일수	
		평균	총합	평균	총합
D67	1	16,429,340	16,429,340	2	2
B232	1	14,560,990	14,560,990	7	7
D66	7	13,449,410	94,145,870	6	40
Z491	19	12,512,476	237,737,050	77	1,464
N180	26388	12,486,560	329,495,342,450	69	1,819,356
C172	4	11,827,535	47,310,140	5	20
C459	2	10,547,065	21,094,130	10	19
B202	1	9,832,850	9,832,850	8	8
C754	1	9,832,410	9,832,410	40	40
B24	38	8,709,644	330,966,490	9	352
B238	3	8,330,550	24,991,650	6	18
C494	9	8,050,176	72,451,580	13	116
Z944	81	6,256,123	506,745,930	8	630
C495	8	6,137,338	49,098,700	15	120
Z992	11	5,247,878	57,726,660	36	396
J677	1	4,907,530	4,907,530	118	118
B206	2	4,905,255	9,810,510	6	12
C900	160	4,863,086	778,093,690	17	2,793
Z940	5123	4,770,819	24,440,904,980	8	41,777
Z751	1	4,713,620	4,713,620	93	93
B209	14	4,626,377	64,769,280	5	69
E220	28	4,563,396	127,775,090	8	218
S240	2	4,310,665	8,621,330	65	130
Z492	3	4,282,937	12,848,810	7	21
N189	37619	4,086,792	153,741,025,780	25	946,279
D501	2	3,760,770	7,521,540	24	48
N18	181	3,723,779	674,004,030	23	4,216
D762	1	3,567,920	3,567,920	44	44
C380	2	3,534,575	7,069,150	18	36
D442	2	3,497,030	6,994,060	19	37

N188	645	3,248,969	2,095,585,210	22	14,411
C921	1681	3,176,901	5,340,369,780	10	16,826
Z941	73	3,086,884	225,342,560	6	415
C348	60	2,962,627	177,757,640	10	602
D469	80	2,799,659	223,972,720	15	1,164
C499	82	2,378,566	195,042,380	11	907
C833	177	2,335,247	413,338,720	10	1,795
C349	25482	2,177,513	55,487,390,770	11	278,342
C220	1861	2,007,351	3,735,680,850	11	19,790
C716	342	1,856,909	635,063,010	13	4,598
C839	74	1,759,294	130,187,770	8	568
C859	301	1,616,206	486,478,140	9	2,759
C340	133	1,432,954	190,582,930	8	1,060
C269	33	1,428,162	47,129,330	5	169
C343	306	1,425,194	436,109,480	8	2,453
C119	73	1,397,717	102,033,340	13	931
C920	67	1,377,753	92,309,440	10	684
C61	28574	1,375,061	39,290,982,280	9	262,874
C910	1870	1,367,569	2,557,353,690	14	27,074
C719	119	1,349,432	160,582,450	9	1,034
C37	43	1,344,187	57,800,050	11	461
C341	506	1,343,085	679,600,800	8	3,912
C65	125	1,342,222	167,777,740	6	758
C310	37	1,339,244	49,552,030	11	404
C07	666	1,328,564	884,823,720	10	6,376

〈표 III-83〉 입원고액진료비질환

질병코드	빈도	진료비		입원일수	
		평균	총합	평균	총합
D67	1	97,987,980	97,987,980	23	23
S067	1	64,173,310	64,173,310	315	315
T315	1	46,543,090	46,543,090	77	77
C930	3	43,487,617	130,462,850	93	278
D66	3	41,280,873	123,842,620	46	138
M8661	1	36,648,360	36,648,360	210	210
C138	2	35,709,495	71,418,990	163	326
C753	1	33,781,200	33,781,200	156	156
I605	1	33,695,560	33,695,560	77	77
C924	2	32,653,925	65,307,850	85	170
C468	1	30,550,450	30,550,450	133	133
I083	2	27,254,255	54,508,510	17	33
C765	1	26,340,680	26,340,680	308	308
M8669	1	26,117,050	26,117,050	411	411
Q233	1	25,574,070	25,574,070	29	29
B377	1	25,019,860	25,019,860	39	39
M0503	1	24,474,370	24,474,370	118	118
I461	1	23,832,020	23,832,020	64	64
C910	894	22,755,700	20,343,595,480	60	54,083
C837	1	22,344,330	22,344,330	84	84
C794	2	21,281,650	42,563,300	94	188
K285	1	20,958,200	20,958,200	66	66
F788	1	20,887,650	20,887,650	365	365
G042	1	20,479,390	20,479,390	30	30
M8730	1	20,214,540	20,214,540	108	108
M9913	1	20,059,880	20,059,880	64	64
Q446	1	19,716,610	19,716,610	365	365
F603	1	19,692,230	19,692,230	353	353
B900	1	19,526,350	19,526,350	242	242
F601	1	19,085,590	19,085,590	362	362
C920	31	19,036,567	590,133,570	57	1,763
I611	32	15,458,137	494,660,380	86	2,760
C716	176	15,283,417	2,689,881,420	51	8,892
D469	39	13,355,639	520,869,930	30	1,159
C833	81	12,630,402	1,023,062,590	32	2,607
C900	79	11,574,992	914,424,330	41	3,235

F205	43	11,274,217	484,791,320	222	9,526
G931	976	11,148,179	10,880,623,010	89	87,262
G811	351	11,077,040	3,888,041,140	115	40,455
G122	51	11,047,819	563,438,770	67	3,425
G825	2,220	10,014,632	22,232,482,520	102	225,917
I615	76	9,955,055	756,584,210	83	6,330
I350	67	9,749,826	653,238,310	17	1,172
C719	36	9,624,382	346,477,760	54	1,931
A410	147	9,437,456	1,387,306,020	35	5,172
G824	1,022	9,424,010	9,631,337,740	110	112,297
D619	572	9,390,152	5,371,167,030	20	11,344
C241	59	9,229,829	544,559,900	30	1,790
F29	91	9,213,628	838,440,130	118	10,738
C250	35	8,975,149	314,130,230	33	1,149
C859	96	8,970,907	861,207,110	33	3,127
I618	189	8,812,363	1,665,536,570	85	16,131
F201	496	8,485,087	4,208,603,290	201	99,816
G819	5,579	8,355,721	46,616,567,220	89	493,781
I612	35	8,171,608	286,006,270	78	2,746
I714	147	8,105,145	1,191,456,370	18	2,677
I351	31	7,939,186	246,114,770	17	520
C240	101	7,885,090	796,394,040	37	3,689
I710	32	7,878,244	252,103,820	16	525
M8697	37	7,852,008	290,524,300	58	2,148

다. 입내원 일수 많은질환

〈표 III-84〉 외래내원일수많은질환

질병코드	빈도	진료비		내원일수	
		평균	총합	평균	총합
F292	1	1,982,880	1,982,880	136	136
J677	1	4,907,530	4,907,530	118	118
M8286	1	1,135,340	1,135,340	114	114
Z751	1	4,713,620	4,713,620	93	93
M8603	1	1,060,560	1,060,560	87	87
M4135	1	1,775,670	1,775,670	82	82

Z491	19	12,512,476	237,737,050	77	1,464
N180	26,388	12,486,560	329,495,342,450	69	1,819,356
S240	2	4,310,665	8,621,330	65	130
F192	2	755,335	1,510,670	65	130
M4644	1	659,020	659,020	65	65
T402	2	1,547,910	3,095,820	60	119
M2516	1	867,780	867,780	59	59
S4241	3	654,420	1,963,260	54	162
S3271	2	756,150	1,512,300	52	104
M8505	1	1,438,100	1,438,100	51	51
C313	1	2,605,820	2,605,820	50	50
G820	44	440,035	19,361,520	44	1,953
D762	1	3,567,920	3,567,920	44	44
M9016	1	527,320	527,320	44	44
M8216	1	538,550	538,550	43	43
I821	1	798,010	798,010	42	42
C253	9	1,108,027	9,972,240	42	376
M4047	7	554,991	3,884,940	42	291
C754	1	9,832,410	9,832,410	40	40
M1249	2	477,905	955,810	40	80
M908	1	277,430	277,430	40	40
A118	3	435,370	1,306,110	39	118
F071	2	1,756,875	3,513,750	38	76
Z992	11	5,247,878	57,726,660	36	396
G811	994	1,229,332	1,221,956,190	30	30,208
N189	37,619	4,086,792	153,741,025,780	25	946,279
J860	34	733,867	24,951,480	25	838
N18	181	3,723,779	674,004,030	23	4,216
N188	645	3,248,969	2,095,585,210	22	14,411
G821	83	706,711	58,656,990	21	1,778
G81	65	592,498	38,512,350	18	1,185
C063	1,064	266,335	283,380,240	18	18,816
C900	160	4,863,086	778,093,690	17	2,793
G822	1,648	464,671	765,777,320	17	28,004
C061	4,611	238,954	1,101,818,330	17	76,964
G824	1,512	645,897	976,596,390	15	23,328
C06	1,300	203,257	264,233,940	15	19,386
D469	80	2,799,659	223,972,720	15	1,164
C910	1,870	1,367,569	2,557,353,690	14	27,074
M968	43	305,727	13,146,280	14	605

M4880	67	200,167	13,411,200	14	925
I162	61	193,858	11,825,310	13	823
C716	342	1,856,909	635,063,010	13	4,598
M2580	76	65,161	4,952,260	13	1,019
E713	86	731,625	62,919,770	13	1,128
C119	73	1,397,717	102,033,340	13	931
G819	12,693	488,001	6,194,202,830	13	161,418
G122	156	959,593	149,696,550	13	1,979
F205	123	667,917	82,153,740	13	1,551
G931	710	581,644	412,967,260	12	8,704
M455	148	156,005	23,088,810	12	1,767
M5416	2,312	241,055	557,319,070	12	27,358
G546	179	319,762	57,237,380	12	2,079
C231	80	129,726	10,378,110	12	925

〈표 III-85〉 입원 입원일수많은질환

질병코드	빈도	진료비		입원일수	
		평균	총합	평균	총합
M8669	1	26,117,050	26,117,050	411.0	411
F788	1	20,887,650	20,887,650	365.0	365
Q446	1	19,716,610	19,716,610	365.0	365
G809	1	18,962,140	18,962,140	365.0	365
M130	2	15,399,875	30,799,750	365.0	730
F238	1	10,388,000	10,388,000	365.0	365
F601	1	19,085,590	19,085,590	362.0	362
F603	1	19,692,230	19,692,230	353.0	353
F04	2	10,636,410	21,272,820	348.0	696
F789	1	9,073,420	9,073,420	336.0	336
D33	1	17,040,740	17,040,740	335.0	335
S067	1	64,173,310	64,173,310	315.0	315
G941	1	17,676,340	17,676,340	313.0	313
C765	1	26,340,680	26,340,680	308.0	308
F206	4	13,142,853	52,571,410	302.3	1,209
M16	1	13,439,880	13,439,880	302.0	302
G733	1	13,145,980	13,145,980	273.0	273
F608	3	11,972,403	35,917,210	244.0	732
B900	1	19,526,350	19,526,350	242.0	242
F205	43	11,274,217	484,791,320	221.5	9,526

M4837	1	8,495,410	8,495,410	219.0	219
F798	2	9,548,050	19,096,100	212.5	425
M8661	1	36,648,360	36,648,360	210.0	210
F201	496	8,485,087	4,208,603,290	201.2	99,816
F250	9	14,826,400	133,437,600	197.4	1,777
M8405	2	18,564,450	37,128,900	195.0	390
F209	13,000	7,714,766	100,291,958,760	193.5	2,514,903
F203	4,915	7,719,098	37,939,365,320	193.3	949,943
F708	2	7,536,510	15,073,020	192.0	384
F106	10	8,063,130	80,631,300	191.8	1,918
F200	9,034	7,029,342	63,503,075,300	160.0	1,445,492
F069	1,377	6,601,327	9,090,027,390	157.3	216,608
F208	2,430	5,993,951	14,565,299,790	152.3	370,063
F062	211	6,225,283	1,313,534,720	138.6	29,255
F204	44	5,579,100	245,480,410	132.8	5,843
F102	1,229	6,729,717	8,270,822,590	125.4	154,129
F078	242	5,606,962	1,356,884,820	124.2	30,046
F29	91	9,213,628	838,440,130	118.0	10,738
F009	930	6,736,904	6,265,320,700	117.1	108,948
F09	408	5,117,002	2,087,736,650	116.1	47,362
F002	151	6,812,977	1,028,759,480	115.5	17,442
G811	351	11,077,040	3,888,041,140	115.3	40,455
G824	1,022	9,424,010	9,631,337,740	109.9	112,297
F220	65	6,018,404	391,196,280	107.4	6,984
F03	708	5,421,301	3,838,281,230	104.8	74,202
F28	32	7,573,002	242,336,060	104.8	3,352
I691	2,471	7,456,530	18,425,085,190	104.1	257,150
G825	2,220	10,014,632	22,232,482,520	101.8	225,917
F001	244	5,643,489	1,377,011,240	96.1	23,438
G821	36	7,737,327	278,543,780	95.6	3,440
F319	66	6,417,251	423,538,550	93.2	6,153
F00	57	6,900,108	393,306,150	92.6	5,277
F109	73	5,623,665	410,527,560	92.1	6,723
G931	976	11,148,179	10,880,623,010	89.4	87,262
G819	5,579	8,355,721	46,616,567,220	88.5	493,781
I694	183	5,334,921	976,290,590	87.0	15,916
I611	32	15,458,137	494,660,380	86.3	2,760
F018	84	4,996,305	419,689,610	86.1	7,233
I618	189	8,812,363	1,665,536,570	85.3	16,131
F019	208	4,719,909	981,741,100	84.5	17,568

2. 분산분석을 이용한 의료이용량 비교분석

가. 외래의료이용

다음 표는 추출된 국비진료대상자의 다빈도질환, 고액진료비 질환 그리고 입내원 일수 많은 질환에 대한 분산분석 결과이다. 즉, 각 질병별로 외래 의료이용량(요양일수, 입내원일수 총진료비, 원외처방비용)의 대상별 평균을 나타내고 대상간에 의료이용량이 차이가 있는지를 나이와 지역을 통제한 상태에서 분산분석을 실시한 결과이다. 주상병 코드 ‘A099’질환의 의료이용량은 요양일수, 내원일수, 총진료비, 원외처방비용 모두에 대해서 국가보훈 대상에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있으며, 국비대상자가 다른 보훈대상자에 비해 높게 나타나고 있다. 아래의 표의 사후분석의 “+234”는 국비대상자가 2,3,4번째의 범주 즉 감면대상자, 건강보험대상자, 의료급여 대상자의 의료이용량보다 높다는 것을 의미하며, “+3-24”는 3번째 범주, 즉 건강보험대상자보다는 국비대상자의 의료이용량이 높고 2,4번째 범주인 감면대상자와 의료급여대상자보다는 국비대상자의 의료이용량이 맞다는 것을 의미한다. “+23(4)”는 감면대상자, 건강보험대상자, 의료급여 대상자의 의료이용량보다 높다는 것을 의미하지만 4번째범주인 의료급여 대상자와 국비대상자는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않는다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 국비진료대상자의 의료이용량과 건강보험대상자나 의료급여대상자와의 비교에 있다. 따라서 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 요양일수가 많고 5%이하의 수준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, B351, B353, C349, C61, C910, C921, E119, G819, G822, H041, I10, J00, J039, J189, J209, J310, J329, J36, J40, J459, K011, K053, K210, M170, M511, M750, N180, N189, N189, N341, N40, R51, S134, S610, S635, S636, S836, S934으로 전체 88개 질병 중에서 39개로 44%로 나타났다. 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 내원일수가 많고 통계적으로 유의한 질병은 C839, C859, C910, C921, G122, M455, N18, N18, N188로 88개 중에서 9개로 10%정도로 나타났다. 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 총진료비가 많고 5%이하의 수

준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, B351, B353, C61, C910, C921, E119, G819, G822, H041, I10, J00, J039, J189, J310, J329, J36, J40, J459, K053, K210, M170, M511, M750, N341, N40, R51, S134, S610, S635, S636, S836, S934로 88개의 질병 중 33개로 37.5%로 나타났다. 1인당 원외처방비용이 많고 5%이하의 수준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, J039, J310, J36, J40, J459, M170, M750, N341, S134, S610, S635, S636, S836, S934 으로 전체 88개 질병에서 15개로 17%로 나타났다.

〈표 III-86〉 외래의료이용량에 대한 분산분석 결과

질병 코드	요양일수		내원일수		총진료비		원외처방비용	
	p-값	사후분석 (국비대상자)	p-값	사후분석 (국비대상자)	p-값	사후분석 (국비대상자)	p-값	사후분석 (국비대상자)
A099	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234
B24	0.2546		0.1165	-2	0.0186		0.5044	
B351	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
B353	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+3-24
C06	0.9749		0.4346		0.1871		0.4467	
C061	0.7342		0.8800		0.6300		0.4499	
C063	0.3664		0.3334		0.5408		.	
C07	0.3040		0.1371		0.0799		0.4324	
C119	0.1568		0.6294		0.6238		0.7907	
C220	0.0000	+2	0.0000	+2	0.0000	+2	0.0356	-2
C231	0.1405		0.1683		0.2169		.	
C269	0.6140		0.6449		0.3760		0.2714	
C310	0.1442		0.8315		0.8132		0.5238	
C340	0.0335	+2	0.1741		0.2430		0.6790	
C341	0.0001	+2	0.8601		0.3747		0.5376	
C343	0.0348	+2	0.8812		0.8913		0.3495	
C348	0.0074	+2	0.1381		0.0161	+2	0.8758	
C349	0.0000	+234	0.0000	+2(3)4	0.0000	+2(4)-3	0.0294	-(23)4
C37	0.1406		0.3239		0.2712		0.3903	
C499	0.0576		0.6152		0.4320		0.2564	
C61	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
C65	0.0004	+2	0.0693		0.1382		0.3279	
C716	0.6909		0.8863		0.6528		0.0752	
C719	0.2222		0.4478		0.5129		0.0885	
C833	0.0005	+2	0.2862		0.1834		0.0586	
C839	0.4115		0.0105	-2	0.0806		0.0078	-2
C859	0.1312		0.0555		0.3278		0.1179	
C900	0.0003	+2	0.0816		0.1171		0.0044	-2
C900	0.0003	+2	0.0816		0.1171		0.0044	-2
C910	0.0009	+(2)34	0.0068	+4(3)-(2)	0.0003	+(2)34	0.2744	

C920	0.2517		0.8242		0.6088		0.4993	
C921	0.0000	+234	0.0342	+(34)-(2)	0.0000	+234	0.1076	
D469	0.0195	+2	0.3598		0.5695		0.7358	
E119	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
E713	0.5369		0.1030		0.1313		0.5436	
F205	0.3295		0.1378		0.3345		0.2108	
G122	0.0001	+2	0.0392	+2	0.1547		0.0151	-2
G546	0.0034	+2	0.1044		0.0060	+2	0.2914	
G81	0.0195	+2	0.1141		0.0350	+2	0.8060	
G811	0.0000	+2	0.0000	+2	0.0000	+2	0.0003	-2
G819	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0033	-234
G820	0.0198	+2	0.0863		0.2163		0.1462	
G821	0.4140		0.3079		0.9851		0.0313	-2
G822	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.6315	
G824	0.0441		0.3475		0.7716		0.4666	
G931	0.3098		0.1113		0.5089		0.7457	
H041	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
I10	0.0000	+234	0.0000	+23-4	0.0000	+234	0.0000	+3-24
I162	0.8230		0.8230		0.7750		.	
J00	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+3-24
J039	0.0000	+2(3)-(4)	0.0000	-234	0.0000	+23(4)	0.0000	+234
J189	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+34-(2)
J209	0.0000	-2(34)	0.0000	-234	0.0000	+2-34	0.0000	+23-(4)
J310	0.0000	+234	0.0000	+3(24)	0.0000	+234	0.0000	+234
J329	0.0000	+234	0.0000	+3-(24)	0.0000	+234	0.0000	+3-(24)
J36	0.0000	+3(24)	0.0000	+3(4)-(2)	0.0000	+234	0.0000	+234
J40	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+23(4)
J459	0.0000	+234	0.0000	+3-24	0.0000	+234	0.0000	+234
J860	0.0762		0.5968		0.3783		0.0860	
K011	0.0000	+234	0.0000	+2-3(4)	0.0000	+2-3(4)	0.0000	+2-3(4)
K053	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
K210	0.0000	+234	0.0000	+23-(4)	0.0000	+234	0.0000	+23-4
M170	0.0000	+234	0.0000	+2-(3)4	0.0000	+234	0.0000	+234
M2580	0.1890		0.4767		0.5072		0.2289	
M455	0.0339	-2	0.0436	-2	0.0568		0.4589	
M4880	0.8236		0.6868		0.6070		0.9758	
M511	0.0000	+234	0.0000	+(2)3-4	0.0000	+234	0.0000	+3-(2)4
M5416	0.0000	+2	0.0000	+2	0.0000	+2	0.9310	
M750	0.0000	+234	0.0000	+23(4)	0.0000	+234	0.0000	+234
M968	0.1388		0.2220		0.1818		0.7279	
N18	0.0001	+2	0.0002	+2	0.0001	+2	0.0024	-2
N18	0.0001	+2	0.0002	+2	0.0001	+2	0.0024	-2
N180	0.0000	+234	0.0000	+(23)-4	0.0000	+23-(4)	0.0000	+(4)-(2)3
N188	0.0004	+2	0.0049	+2	0.0015	+2	0.6351	
N189	0.0000	+234	0.0000	+2-(3)4	0.0000	+2(3)-4	0.0000	-(23)4
N189	0.0000	+234	0.0000	+2-(3)4	0.0000	+2(3)-4	0.0000	-23(4)
N341	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+34-(2)
N40	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	-234
R51	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+3-2(4)

S134	0.0000	+234	0.0000	+3(4)-(2)	0.0000	+234	0.0000	+234
S610	0.0000	+(2)34	0.0000	+23-(2)	0.0000	+234	0.0000	+234
S635	0.0000	+234	0.0000	+(2)34	0.0000	+234	0.0000	+234
S636	0.0000	+234	0.0000	+3(4)-(2)	0.0000	+234	0.0000	+234
S836	0.0000	+234	0.0000	+34-(2)	0.0000	+234	0.0000	+234
S934	0.0000	+234	0.0000	+(2)34	0.0000	+234	0.0000	+234
Z940	0.5935		0.7453		0.0146	-(2)34	0.9298	
Z941	0.8658		0.7487		0.3126		.	
Z944	0.5525		0.2728		0.0744		0.3983	

나. 입원

본 연구에서는 국비진료대상자의 의료이용량과 건강보험대상자나 의료급여대상자와의 비교에 있다. 따라서 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 요양일수가 많고 5%이하의 수준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, C349, F201, F201, G039, G819, G825, G931, H259, I200, I209, J039, J189, J209, J342, J350, J459, K359, K603, K610, K635, M4806, M511, N201, N40, S134, S6230, S832로 전체 86개 질병 중에서 28개로 32%로 나타났다. 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 입원일수가 많고 통계적으로 유의한 질병은 A099, F09, F201, F201, G039, G819, G931, H259, I200, J189, J209, J342, J350, J459, K359, K603, K610, M4806, M511, N201, S134, S6230 로 86개 중에서 22개로 25.6%정도로 나타났다. 국비진료대상자가 건강보험대상자와 의료급여대상자보다 1인당 총진료비가 많고 5%이하의 수준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, C349, E119, F200, F201, F201, F203, F209, G039, G819, G824, G825, G931, H259, I10, I200, I209, I638, I691, I848, J039, J189, J209, J342, J350, J459, K359, K603, K610, K635, M4806, M511, M512, N201, S134, S6230, S832로 86개의 질병 중 37개로 43.0%로 나타났다. 1인당 원외처방비용이 많고 5%이하의 수준에서 통계적으로 유의한 질병은 A099, G931, I209, J189, J209, M4806로 전체 86개 질병에서 6개로 8%로 나타났다.

〈표 III-87〉 입원의료이용량에 대한 분산분석 결과

질병 코드	요양일수		입원일수		총진료비		원외처방비용	
	p값	사후분석 (국비대상자)	p값	사후분석 (국비대상자)	p값	사후분석 (국비대상자)	p값	사후분석 (국비대상자)
A099	0.0000	+234	0.0000	+23(4)	0.0000	+234	0.0000	+234
A410	0.0676		0.0500		0.2475		0.8064	
C240	0.2474		0.1236		0.1176		0.1344	
C241	0.5954		0.9032		0.4108		0.4913	
C250	0.7678		0.8081		0.5292		.	
C349	0.0000	+234	0.0000	+23-(4)	0.0000	+234	0.0035	+23-(4)
C716	0.2841		0.1100		0.8429		0.0661	
C719	0.6218		0.7797		0.9349		0.1874	
C833	0.1040		0.0341	+2	0.1035		0.3945	
C859	0.0692		0.1794		0.0478	+2	0.4097	
C900	0.0333	+2	0.0219	+2	0.0072	+2	0.6162	
C910	0.1823		0.1348		0.1582		0.0000	+23(4)
C920	0.0874		0.0646		0.4941		.	
D469	0.2424		0.1215		0.2054		.	
D619	0.5801		0.4602		0.4902		0.0001	+234
E119	0.0000	+3(2)-(4)	0.0000	+(3)-(2)4	0.0000	+23(4)	0.0055	+(3)-(24)
F00	0.6095		0.7040		0.2300		0.6291	
F001	0.2593		0.5130		0.2672		0.6155	
F002	0.6301		0.6574		0.8283		.	
F009	0.8829		0.7577		0.7886		0.1469	
F018	0.2458		0.2149		0.1816		0.5793	
F019	0.8182		0.8291		0.5722		0.2908	
F03	0.4694		0.6334		0.3437		0.0939	
F062	0.0043	+(23)-(4)	0.0039	+(23)-(4)	0.0785		0.0000	+4-2(3)
F069	0.0000	+(23)-(4)	0.0000	+(23)-(4)	0.1438		0.1331	
F078	0.0000	+3-(24)	0.0000	+(3)-(24)	0.4684		0.9689	
F09	0.0001	+(34)-(2)	0.0001	+(234)	0.2496		.	
F102	0.3046		0.1058		0.1105		0.6668	
F109	0.2092		0.2693		0.0556		0.5104	
F200	0.0000	+(2)3-(4)	0.0000	+(2)3-(4)	0.0000	+234	0.0513	
F201	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+234	0.4844	
F201	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+234	0.4844	
F203	0.0000	+(3)-(24)	0.0000	+(3)-(24)	0.0000	+2(34)	0.0429	+2-(34)
F204	0.2958		0.2932		0.7148		.	
F205	0.4725		0.4625		0.8376		.	
F205	0.4725		0.4625		0.8376		.	
F208	0.0000	+(23)-4	0.0000	+(23)-4	0.0621		0.8179	
F209	0.0000	+3-(2)4	0.0000	+3-(2)4	0.0000	+234	0.1840	
F220	0.2358		0.1638		0.4494		0.3586	
F28	0.4176		0.4900		0.2382		.	
F29	0.4634		0.1676		0.1408		.	

F319	0.7657		0.9773		0.5906		.	
G039	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.9570	
G122	0.8084		0.8132		0.4235		0.4851	
G811	0.0032	+2	0.1733		0.0600		0.2139	
G819	0.0000	+23(4)	0.0000	+(2)3(4)	0.0024	+234	0.4888	
G821	0.2747		0.1863		0.3075	+(234)	0.7203	
G824	0.0745		0.0370		0.0113	+(23)4	0.3704	
G825	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+(23)-(4)	0.0065	+(23)4	0.6974	
G931	0.0000	+234	0.0000	+(2)34	0.0000	+234	0.0004	+(2)34
H259	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+(23)-4
I10	0.0000	+(2)3-4	0.0000	+(3)-24	0.0000	+234	0.5189	
I200	0.0000	+234	0.0000	+23(4)	0.0000	+234	0.0992	
I209	0.0000	+234	0.0000	+23-4	0.0000	+234	0.0000	+234
I350	0.3606		0.9618		0.5207		0.3067	
I351	0.3672		0.5769		0.9210		0.2778	
I611	0.9261		0.9533		0.4561		.	
I612	0.2286		0.2181		0.4566		.	
I615	0.9804		0.9593		0.1280		0.2560	
I618	0.0551		0.1269		0.0151	+2	0.0769	
I638	0.0000	+23-4	0.0000	+23-4	0.0000	+23(4)	0.2185	+23-4
I639	0.0000	+23-4	0.0000	+23-4	0.0000	+23-4	0.0006	+(23)-(4)
I691	0.0000	+(2)3-(4)	0.0000	+3-(24)	0.0000	+(2)34	0.9024	
I694	0.0898		0.0588		0.5259		0.4360	
I710	0.2364		0.3078		0.1841		.	
I714	0.1485		0.0195		0.6124		.	
I848	0.0000	+23-(4)	0.0000	+23-(4)	0.0000	+234	0.7061	
J039	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+3-(24)	0.0000	+(2)3(4)	0.4040	
J189	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0001	+(2)3(4)
J209	0.0000	+234	0.0000	+(2)34	0.0000	+234	0.0000	+234
J342	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0732	
J350	0.0000	+234	0.0000	+(2)34	0.0000	+234	0.9017	
J459	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+(3)-(24)
K359	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.8402	
K603	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.3031	
K610	0.0000	+234	0.0000	+23(4)	0.0000	+23(4)	0.0000	+(23)-(4)
K635	0.0000	+234	0.0000	+23-(4)	0.0000	+234	0.4253	
M4806	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+23(4)
M511	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0416	+(3)-(24)
M512	0.0000	+23-(4)	0.0000	+23-4	0.0000	+234	0.0713	
M8697	0.0656		0.0813		0.1513		.	
N201	0.0000	+234	0.0000	+234	0.0000	+234	0.1158	
N40	0.0000	+23(4)	0.0137	+(2)-(24)	0.0000	+23-(4)	0.0000	+(4)-(2)3
S134	0.0000	+23(4)	0.0006	+23(4)	0.0000	+234	0.5301	
S6230	0.0000	+234	0.0000	+(2)3(4)	0.0000	+234	0.0899	
S832	0.0000	+23(4)	0.0000	+23-(4)	0.0000	+234	0.4291	

3. 공분산분석을 이용한 의료이용량 비교분석

가. 외래

다음은 다빈도 질환, 고액진료비 질환 그리고 입내원일수 많은 질환의 기준으로 추출된 외래의료이용 질병에 대하여 나이, 요양종별 가중치, 상병수, 지역을 통제한 상태에서 대상자별(국비진료대상자, 감면진료대상자, 건강보험대상자, 의료급여대상자)로 의료이용량의 차이가 있는지를 보고자 한다. 통제할 변수에 연속형변수가 있고 집단간의 차이를 보는 문제이기 때문에 공분산분석을 실시하였다. 각 질병마다 각 변수가 의료이용량에 미치는 영향은 의료이용량 유형별로 다르게 나타난다. 'C06'질환의 경우 요양일수 모델에서는 요양종별, 상병수, 지역, 그리고 상이여부가 요양일수에 영향력이 있었고, 내원일수 모델에서는 요양종별, 상병수, 지역 변수만 영향력이 있었으며, 총의료비 모델에서는 유형별로 요양종별과 상병수만 영향력이 있는 것으로 나타났다. 그리고 원외처방비용 모델에서는 통계적으로 유의성이 있는 변수가 없었다. 전반적으로 각 변수의 영향력은 의료이용유형별로 다른 것으로 나타났다.

〈표 III-88〉 외래의료이용에 대한 공분산분석 결과

질병코드	요인	자유도	요양일수	내원일수	총진료비	원외처방비용
			p	p	p	p
C06	대상자 구분	3	0.672	0.899	0.310	0.968
	나이	5	0.991	0.882	0.321	1.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.912
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.849
	지역	15	0.015	0.035	0.165	0.195
	상이여부	1	0.015	0.828	0.165	0.909
C061	대상자 구분	3	0.965	0.976	0.963	0.966
	나이	5	0.950	0.875	0.345	1.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.187
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.673
	지역	15	0.000	0.001	0.034	0.073
	상이여부	1	0.000	0.751	0.034	0.895
C063	대상자 구분	3	0.989	0.939	0.726	.
	나이	5	0.724	0.648	0.607	.
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.

C07	지역	15	0.012	0.028	0.110	.
	상이여부	1	0.012	0.497	0.110	.
	대상자 구분	3	0.179	0.010	0.035	0.760
	나이	5	0.082	0.835	0.998	0.512
	요양종별	1	0.758	0.157	0.099	0.642
	상병수	1	0.003	0.017	0.170	0.004
C119	지역	15	0.451	0.215	0.831	0.948
	상이여부	1	0.451	.	0.831	.
	대상자 구분	3	0.455	0.961	0.970	0.761
	나이	5	0.747	0.906	0.996	0.748
	요양종별	1	0.925	0.008	0.035	0.496
	상병수	1	0.001	0.000	0.000	0.000
C220	지역	15	0.935	0.980	0.936	0.620
	상이여부	1	0.935	0.682	0.936	0.248
	대상자 구분	3	0.091	0.004	0.316	0.035
	나이	5	0.068	0.295	0.000	0.000
	요양종별	1	0.000	0.085	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
C231	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.004
	상이여부	1	0.000	0.014	0.000	0.634
	대상자 구분	3	0.532	0.560	0.589	.
	나이	5	0.110	0.144	0.221	.
	요양종별	1	0.015	0.023	0.042	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.
C269	지역	15	0.991	0.996	0.992	.
	상이여부	1	0.991	0.878	0.992	.
	대상자 구분	3	0.860	0.851	0.993	0.759
	나이	5	0.144	0.692	0.126	0.809
	요양종별	1	0.167	0.062	0.119	0.382
	상병수	1	0.173	0.007	0.213	0.737
C310	지역	15	0.909	0.351	0.978	0.432
	상이여부	1	0.909	0.806	0.978	0.849
	대상자 구분	3	0.848	0.001	0.004	0.312
	나이	5	0.245	0.540	0.576	0.124
	요양종별	1	0.587	0.374	0.412	0.406
	상병수	1	0.132	0.008	0.240	0.007
C340	지역	15	0.926	0.567	0.202	0.912
	상이여부	1	0.926	0.002	0.202	0.076
	대상자 구분	3	0.670	0.365	0.041	0.825
	나이	5	0.488	0.740	0.245	0.509
	요양종별	1	0.403	0.031	0.066	0.404
	상병수	1	0.000	0.000	0.001	0.000
C341	지역	15	0.232	0.065	0.772	0.862
	상이여부	1	0.232	0.624	0.772	0.984
	대상자 구분	3	0.779	0.381	0.638	0.863
	나이	5	0.012	0.562	0.403	0.523
	요양종별	1	0.057	0.000	0.008	0.063
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.037	0.366	0.075	0.162

C343	상이여부	1	0.037	0.855	0.075	0.847
	대상자 구분	3	0.890	0.612	0.186	0.578
	나이	5	0.944	0.443	0.086	0.984
	요양종별	1	0.493	0.055	0.030	0.152
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.786	0.040	0.094	1.000
C348	상이여부	1	0.786	0.393	0.094	0.459
	대상자 구분	3	0.987	0.758	0.415	0.009
	나이	5	0.825	0.042	0.282	0.820
	요양종별	1	0.763	0.484	0.499	0.062
	상병수	1	0.019	0.000	0.001	0.254
	지역	15	0.716	0.356	0.926	0.125
C349	상이여부	1	0.716	0.308	0.926	0.000
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.008
	나이	5	0.595	0.000	0.000	0.061
	요양종별	1	0.936	0.000	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.351
C37	상이여부	1	0.000	0.059	0.000	0.103
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.996	0.400	0.506	0.481
	요양종별	1	0.097	0.238	0.084	0.665
	상병수	1	0.009	0.004	0.009	0.262
	지역	15	0.606	0.833	0.306	0.334
C499	상이여부	1	0.606	.	0.306	.
	대상자 구분	3	0.277	0.634	0.502	0.952
	나이	5	0.142	0.713	0.348	0.982
	요양종별	1	0.198	0.371	0.359	0.187
	상병수	1	0.001	0.000	0.087	0.005
	지역	15	0.161	0.800	0.977	1.000
C61	상이여부	1	0.161	0.809	0.977	0.575
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.000
	나이	5	0.000	0.006	0.000	0.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000
C65	상이여부	1	0.000	0.542	0.000	0.640
	대상자 구분	3	0.662	0.252	0.294	0.837
	나이	5	0.546	0.790	0.878	0.886
	요양종별	1	0.353	0.254	0.107	0.861
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.040
	지역	15	0.803	0.617	0.833	0.008
C716	상이여부	1	0.803	0.519	0.833	0.864
	대상자 구분	3	0.740	0.642	0.409	0.074
	나이	5	0.832	0.949	0.653	0.941
	요양종별	1	0.906	0.910	0.408	0.648
	상병수	1	0.636	0.798	0.872	0.747
	지역	15	0.571	0.999	0.927	0.999
	상이여부	1	0.571	.	0.927	.

C719	대상자 구분	3	0.921	0.656	0.478	0.902
	나이	5	0.957	0.980	0.760	0.670
	요양종별	1	0.582	0.057	0.074	0.101
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.724	0.987	0.998	0.763
	상이여부	1	0.724	0.835	0.998	0.801
C833	대상자 구분	3	0.061	0.632	0.975	0.632
	나이	5	0.136	0.090	0.322	0.695
	요양종별	1	0.002	0.167	0.053	0.048
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.007
	지역	15	0.410	0.599	0.815	0.260
	상이여부	1	0.410	0.878	0.815	0.961
C839	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.158	0.134	0.002	0.973
	요양종별	1	0.754	0.861	0.408	0.088
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.797	0.435	0.038	0.153
	상이여부	1	0.797	.	0.038	.
C859	대상자 구분	3	0.031	0.000	0.014	0.210
	나이	5	0.796	0.695	0.822	0.707
	요양종별	1	0.906	0.069	0.161	0.585
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.924	0.867	0.290	0.423
	상이여부	1	0.924	0.001	0.290	0.480
C900	대상자 구분	3	0.384	0.926	0.433	0.018
	나이	5	0.808	0.213	0.018	0.458
	요양종별	1	0.230	0.978	0.304	0.566
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.762	0.873	0.899	0.883
	상이여부	1	0.762	0.492	0.899	0.758
C910	대상자 구분	3	0.370	0.135	0.531	0.255
	나이	5	0.002	0.422	0.793	0.000
	요양종별	1	0.429	0.506	0.801	0.077
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.075
	지역	15	0.099	0.989	0.727	0.000
	상이여부	1	0.099	.	0.727	.
C920	대상자 구분	3	0.620	0.727	0.417	0.156
	나이	5	0.135	0.295	0.647	0.062
	요양종별	1	0.602	0.735	0.527	0.950
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.001
	지역	15	0.760	0.322	0.077	0.442
	상이여부	1	0.760	0.811	0.077	0.112
C921	대상자 구분	3	0.029	0.888	0.393	0.709
	나이	5	0.485	0.876	0.659	0.505
	요양종별	1	0.000	0.154	0.000	0.002
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.628
	지역	15	0.030	0.026	0.330	0.066
	상이여부	1	0.030	0.244	0.330	0.802
D469	대상자 구분	3	0.414	0.359	0.380	0.760

E713	나이	5	0.008	0.166	0.038	0.217
	요양종별	1	0.021	0.304	0.896	0.404
	상병수	1	0.002	0.000	0.035	0.201
	지역	15	0.659	0.788	0.912	0.996
	상이여부	1	0.659	0.549	0.912	0.887
	대상자 구분	3	0.253	0.720	0.998	0.268
	나이	5	0.639	0.966	0.931	0.372
	요양종별	1	0.947	0.993	0.935	0.572
	상병수	1	0.835	1.000	0.969	1.000
	지역	15	0.719	0.991	0.976	0.046
F205	상이여부	1	0.719	.	0.976	.
	대상자 구분	3	0.029	0.401	0.249	0.275
	나이	5	0.209	0.494	0.065	0.297
	요양종별	1	0.350	0.000	0.399	0.408
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.103
	지역	15	0.022	0.093	0.982	0.160
G122	상이여부	1	0.022	0.756	0.982	0.051
	대상자 구분	3	0.448	0.626	0.426	0.197
	나이	5	0.003	0.000	0.053	0.053
	요양종별	1	0.216	0.850	0.122	0.249
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.258
	지역	15	0.012	0.155	0.000	0.131
G546	상이여부	1	0.012	0.541	0.000	0.670
	대상자 구분	3	0.671	0.946	0.992	0.349
	나이	5	0.628	0.025	0.171	0.094
	요양종별	1	0.060	0.665	0.172	0.218
	상병수	1	0.000	0.003	0.000	0.000
	지역	15	0.022	0.505	0.378	0.385
G81	상이여부	1	0.022	0.950	0.378	0.152
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.484	0.926	0.926	0.662
	요양종별	1	0.773	0.964	0.626	0.094
	상병수	1	0.044	0.000	0.000	0.500
	지역	15	0.828	0.986	0.819	0.552
G811	상이여부	1	0.828	.	0.819	.
	대상자 구분	3	0.034	0.275	0.217	0.598
	나이	5	0.052	0.000	0.000	0.781
	요양종별	1	0.000	0.001	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.575	0.427	0.027
G819	상이여부	1	0.000	0.482	0.427	0.055
	대상자 구분	3	0.000	0.478	0.136	0.066
	나이	5	0.002	0.000	0.000	0.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.001
G821	상이여부	1	0.000	0.555	0.000	0.709
	대상자 구분	3	0.115	0.768	0.663	0.835
	나이	5	0.797	0.739	0.783	0.948

G822	요양종별	1	0.778	0.964	0.641	0.115
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.389
	지역	15	0.448	0.021	0.203	0.963
	상이여부	1	0.448	0.535	0.203	0.379
	대상자 구분	3	0.013	0.857	0.018	0.146
	나이	5	0.014	0.000	0.145	0.003
	요양종별	1	0.000	0.973	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
G824	지역	15	0.000	0.000	0.167	0.325
	상이여부	1	0.000	0.020	0.167	0.004
	대상자 구분	3	0.017	0.108	0.321	0.774
	나이	5	0.001	0.053	0.057	0.010
	요양종별	1	0.000	0.147	0.006	0.636
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.155
	지역	15	0.000	0.002	0.044	0.649
	상이여부	1	0.000	0.647	0.044	0.963
G931	대상자 구분	3	0.453	0.129	0.330	0.718
	나이	5	0.390	0.105	0.231	0.065
	요양종별	1	0.424	0.444	0.560	0.342
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.726
	지역	15	0.436	0.223	0.225	0.907
	상이여부	1	0.436	0.544	0.225	0.511
I162	대상자 구분	3	0.807	0.807	0.750	.
	나이	5	0.972	0.972	0.966	.
	요양종별	1	.	.	.	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.
	지역	15	0.007	0.007	0.009	.
	상이여부	1	0.007	0.891	0.009	.
J860	대상자 구분	3	0.471	0.383	0.224	0.126
	나이	5	0.038	0.132	0.001	0.605
	요양종별	1	0.108	0.662	0.429	0.704
	상병수	1	0.803	0.002	0.074	0.827
	지역	15	0.410	0.088	0.230	0.291
	상이여부	1	0.410	0.585	0.230	0.379
M2580	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.525	0.375	0.577	0.199
	요양종별	1	0.995	0.724	0.878	0.371
	상병수	1	0.003	0.000	0.000	0.009
	지역	15	0.757	0.428	0.865	0.000
	상이여부	1	0.757	.	0.865	.
M455	대상자 구분	3	0.959	0.756	0.530	0.616
	나이	5	0.936	0.992	0.485	0.889
	요양종별	1	0.018	0.669	0.493	0.308
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.004	0.145	0.561	1.000
	상이여부	1	0.004	0.916	0.561	0.188
M4880	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.675	0.956	0.942	0.445
	요양종별	1	0.871	0.293	0.522	0.406

M5416	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.037
	지역	15	0.369	0.267	0.053	0.608
	상이여부	1	0.369	.	0.053	.
	대상자 구분	3	0.138	0.239	0.149	0.814
	나이	5	0.000	0.002	0.003	0.174
	요양종별	1	0.001	0.126	0.000	0.000
M968	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000
	상이여부	1	0.000	0.790	0.000	0.786
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.097
	나이	5	0.099	0.164	0.135	0.547
	요양종별	1	0.037	0.070	0.016	0.099
N18	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.597
	상이여부	1	0.000	0.000	0.000	0.033
	대상자 구분	3	0.360	0.185	0.192	0.774
	나이	5	0.767	0.488	0.478	0.799
	요양종별	1	0.649	0.542	0.909	0.036
N188	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.843
	지역	15	0.001	0.000	0.000	0.065
	상이여부	1	0.001	0.336	0.000	0.722
	대상자 구분	3	0.021	0.177	0.128	0.527
	나이	5	0.082	0.036	0.109	0.201
	요양종별	1	0.002	0.000	0.000	0.003
N189	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.225
	지역	15	0.013	0.001	0.000	0.067
	상이여부	1	0.013	0.290	0.000	0.730
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.000
	나이	5	0.000	0.000	0.000	0.030
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000
Z941	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000
	상이여부	1	0.000	0.613	0.000	0.851
	대상자 구분	3	0.697	0.904	0.489	.
	나이	5	0.812	0.735	0.658	.
	요양종별	1	0.597	0.600	0.919	.
C06	상병수	1	0.070	0.004	0.046	.
	지역	15	0.923	0.825	0.350	.
	상이여부	1	0.923	.	0.350	.
	대상자 구분	3	0.6717	0.8993	0.3100	0.9679
	나이	5	0.9908	0.8823	0.3206	1.0000
	요양종별	1	0.0001	0.0000	0.0000	0.9117
C061	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.8489
	지역	15	0.0154	0.0350	0.1647	0.1948
	상이여부	1	0.0154	0.8276	0.1647	0.9089
	대상자 구분	3	0.9649	0.9757	0.9632	0.9663
	나이	5	0.9501	0.8754	0.3447	0.9997
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1870
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.6734

C063	지역	15	0.0002	0.0008	0.0337	0.0732
	상이여부	1	0.0002	0.7507	0.0337	0.8948
	대상자 구분	3	0.9890	0.9386	0.7256	.
	나이	5	0.7237	0.6479	0.6073	.
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
C07	지역	15	0.0125	0.0281	0.1096	.
	상이여부	1	0.0125	0.4975	0.1096	.
	대상자 구분	3	0.1786	0.0097	0.0346	0.7605
	나이	5	0.0823	0.8350	0.9982	0.5116
	요양종별	1	0.7576	0.1572	0.0989	0.6420
	상병수	1	0.0026	0.0174	0.1702	0.0036
C119	지역	15	0.4513	0.2151	0.8309	0.9480
	상이여부	1	0.4513	.	0.8309	.
	대상자 구분	3	0.4550	0.9608	0.9699	0.7613
	나이	5	0.7465	0.9063	0.9956	0.7478
	요양종별	1	0.9253	0.0080	0.0351	0.4956
	상병수	1	0.0009	0.0000	0.0004	0.0000
C220	지역	15	0.9349	0.9803	0.9358	0.6204
	상이여부	1	0.9349	0.6821	0.9358	0.2483
	대상자 구분	3	0.0905	0.0037	0.3163	0.0349
	나이	5	0.0681	0.2952	0.0000	0.0001
	요양종별	1	0.0001	0.0845	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
C231	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0042
	상이여부	1	0.0000	0.0136	0.0000	0.6339
	대상자 구분	3	0.5317	0.5601	0.5888	.
	나이	5	0.1100	0.1440	0.2206	.
	요양종별	1	0.0154	0.0232	0.0425	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
C269	지역	15	0.9909	0.9959	0.9918	.
	상이여부	1	0.9909	0.8777	0.9918	.
	대상자 구분	3	0.8603	0.8508	0.9931	0.7595
	나이	5	0.1436	0.6925	0.1256	0.8085
	요양종별	1	0.1674	0.0616	0.1188	0.3823
	상병수	1	0.1727	0.0067	0.2128	0.7368
C310	지역	15	0.9094	0.3506	0.9783	0.4321
	상이여부	1	0.9094	0.8061	0.9783	0.8491
	대상자 구분	3	0.8477	0.0008	0.0036	0.3118
	나이	5	0.2447	0.5402	0.5758	0.1239
	요양종별	1	0.5872	0.3740	0.4125	0.4060
	상병수	1	0.1321	0.0084	0.2404	0.0071
C340	지역	15	0.9264	0.5668	0.2022	0.9121
	상이여부	1	0.9264	0.0019	0.2022	0.0757
	대상자 구분	3	0.6705	0.3652	0.0413	0.8250
	나이	5	0.4881	0.7401	0.2448	0.5095
	요양종별	1	0.4029	0.0311	0.0657	0.4044
	상병수	1	0.0001	0.0000	0.0009	0.0000
	지역	15	0.2316	0.0652	0.7723	0.8615

C341	상이여부	1	0.2316	0.6243	0.7723	0.9842
	대상자 구분	3	0.7788	0.3815	0.6377	0.8632
	나이	5	0.0120	0.5615	0.4030	0.5234
	요양종별	1	0.0573	0.0001	0.0077	0.0626
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0367	0.3663	0.0751	0.1618
C343	상이여부	1	0.0367	0.8553	0.0751	0.8470
	대상자 구분	3	0.8898	0.6125	0.1862	0.5776
	나이	5	0.9439	0.4433	0.0862	0.9842
	요양종별	1	0.4928	0.0555	0.0295	0.1519
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.7862	0.0398	0.0937	1.0000
C348	상이여부	1	0.7862	0.3928	0.0937	0.4588
	대상자 구분	3	0.9875	0.7584	0.4146	0.0086
	나이	5	0.8247	0.0423	0.2824	0.8203
	요양종별	1	0.7630	0.4835	0.4985	0.0616
	상병수	1	0.0192	0.0000	0.0007	0.2539
	지역	15	0.7162	0.3563	0.9258	0.1253
C349	상이여부	1	0.7162	0.3079	0.9258	0.0004
	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0085
	나이	5	0.5953	0.0000	0.0000	0.0613
	요양종별	1	0.9363	0.0000	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.3506
C37	상이여부	1	0.0000	0.0586	0.0000	0.1032
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.9961	0.4004	0.5061	0.4814
	요양종별	1	0.0973	0.2383	0.0845	0.6648
	상병수	1	0.0085	0.0038	0.0093	0.2623
	지역	15	0.6057	0.8334	0.3064	0.3343
C499	상이여부	1	0.6057	.	0.3064	.
	대상자 구분	3	0.2767	0.6342	0.5019	0.9521
	나이	5	0.1424	0.7134	0.3478	0.9816
	요양종별	1	0.1981	0.3708	0.3585	0.1873
	상병수	1	0.0008	0.0000	0.0872	0.0052
	지역	15	0.1606	0.7999	0.9766	0.9997
C61	상이여부	1	0.1606	0.8089	0.9766	0.5747
	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	나이	5	0.0000	0.0060	0.0000	0.0000
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0002	0.0000
C65	상이여부	1	0.0000	0.5416	0.0002	0.6405
	대상자 구분	3	0.6622	0.2518	0.2935	0.8371
	나이	5	0.5458	0.7902	0.8781	0.8864
	요양종별	1	0.3533	0.2543	0.1074	0.8614
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0401
	지역	15	0.8031	0.6173	0.8335	0.0083
	상이여부	1	0.80311	0.51925	0.83348	0.86399

C716	대상자 구분	3	0.7398	0.6420	0.4093	0.0740
	나이	5	0.8325	0.9491	0.6533	0.9412
	요양종별	1	0.9059	0.9102	0.4081	0.6479
	상병수	1	0.6362	0.7977	0.8718	0.7475
	지역	15	0.5706	0.9994	0.9272	0.9991
	상이여부	1	0.5706	.	0.9272	.
C719	대상자 구분	3	0.9215	0.6560	0.4785	0.9017
	나이	5	0.9574	0.9801	0.7597	0.6702
	요양종별	1	0.5819	0.0566	0.0738	0.1007
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.7243	0.9874	0.9983	0.7629
	상이여부	1	0.72426	0.83485	0.99827	0.80127
C833	대상자 구분	3	0.0615	0.6323	0.9748	0.6319
	나이	5	0.1359	0.0905	0.3220	0.6947
	요양종별	1	0.0017	0.1670	0.0532	0.0485
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0067
	지역	15	0.4101	0.5986	0.8147	0.2603
	상이여부	1	0.4101	0.8785	0.8147	0.9612
C839	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.1577	0.1337	0.0016	0.9733
	요양종별	1	0.7539	0.8611	0.4081	0.0880
	상병수	1	0.0002	0.0000	0.0000	0.0003
	지역	15	0.7971	0.4351	0.0376	0.1528
	상이여부	1	0.7971	.	0.0376	.
C859	대상자 구분	3	0.0311	0.0004	0.0145	0.2102
	나이	5	0.7963	0.6946	0.8218	0.7069
	요양종별	1	0.9058	0.0693	0.1606	0.5853
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.9242	0.8666	0.2903	0.4225
	상이여부	1	0.9242	0.0008	0.2903	0.4802
C900	대상자 구분	3	0.3837	0.9262	0.4329	0.0183
	나이	5	0.8085	0.2129	0.0183	0.4578
	요양종별	1	0.2297	0.9779	0.3041	0.5663
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.7625	0.8732	0.8992	0.8833
	상이여부	1	0.7625	0.4921	0.8992	0.7579
C910	대상자 구분	3	0.3698	0.1347	0.5314	0.2548
	나이	5	0.0023	0.4221	0.7926	0.0000
	요양종별	1	0.4290	0.5064	0.8010	0.0771
	상병수	1	0.0002	0.0000	0.0000	0.0755
	지역	15	0.0986	0.9889	0.7273	0.0000
	상이여부	1	0.0986	.	0.7273	.
C920	대상자 구분	3	0.6197	0.7275	0.4173	0.1555
	나이	5	0.1355	0.2946	0.6471	0.0623
	요양종별	1	0.6024	0.7351	0.5273	0.9499
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0008
	지역	15	0.7604	0.3217	0.0772	0.4423
	상이여부	1	0.7604	0.8113	0.0772	0.1122
C921	대상자 구분	3	0.0290	0.8875	0.3934	0.7094

D469	나이	5	0.4854	0.8755	0.6586	0.5050
	요양종별	1	0.0000	0.1537	0.0001	0.0021
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.6281
	지역	15	0.0297	0.0258	0.3299	0.0662
	상이여부	1	0.0297	0.2437	0.3299	0.8016
	대상자 구분	3	0.4141	0.3587	0.3799	0.7600
	나이	5	0.0082	0.1664	0.0379	0.2171
	요양종별	1	0.0207	0.3036	0.8962	0.4037
	상병수	1	0.0022	0.0000	0.0346	0.2014
	지역	15	0.6589	0.7884	0.9119	0.9958
E713	상이여부	1	0.6589	0.5488	0.9119	0.8867
	대상자 구분	3	0.2528	0.7199	0.9981	0.2681
	나이	5	0.6387	0.9664	0.9311	0.3721
	요양종별	1	0.9467	0.9927	0.9350	0.5718
	상병수	1	0.8345	1.0000	0.9686	1.0000
	지역	15	0.7194	0.9907	0.9758	0.0459
F205	상이여부	1	0.7194	.	0.9758	.
	대상자 구분	3	0.0293	0.4013	0.2486	0.2754
	나이	5	0.2092	0.4942	0.0653	0.2972
	요양종별	1	0.3497	0.0004	0.3993	0.4083
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1027
	지역	15	0.0223	0.0927	0.9825	0.1603
G122	상이여부	1	0.0223	0.7565	0.9825	0.0507
	대상자 구분	3	0.4483	0.6255	0.4265	0.1966
	나이	5	0.0031	0.0002	0.0529	0.0526
	요양종별	1	0.2164	0.8500	0.1220	0.2487
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.2583
	지역	15	0.0123	0.1551	0.0003	0.1309
G546	상이여부	1	0.0123	0.5407	0.0003	0.6695
	대상자 구분	3	0.6710	0.9458	0.9921	0.3488
	나이	5	0.6282	0.0251	0.1707	0.0937
	요양종별	1	0.0603	0.6655	0.1722	0.2179
	상병수	1	0.0000	0.0031	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0215	0.5051	0.3784	0.3854
G81	상이여부	1	0.0215	0.9498	0.3784	0.1519
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.4844	0.9256	0.9263	0.6618
	요양종별	1	0.7726	0.9638	0.6259	0.0940
	상병수	1	0.0441	0.0000	0.0003	0.5004
	지역	15	0.8281	0.9863	0.8188	0.5522
G811	상이여부	1	0.8281	.	0.8188	.
	대상자 구분	3	0.0339	0.2749	0.2171	0.5976
	나이	5	0.0516	0.0000	0.0000	0.7813
	요양종별	1	0.0000	0.0007	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.5752	0.4271	0.0274
G819	상이여부	1	0.0000	0.4816	0.4271	0.0546
	대상자 구분	3	0.0001	0.4778	0.1364	0.0657
	나이	5	0.0018	0.0000	0.0001	0.0000

G821	요양종별	1	0.0000	0.0004	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0008
	상이여부	1	0.0000	0.5549	0.0000	0.7092
	대상자 구분	3	0.1155	0.7682	0.6632	0.8351
G822	나이	5	0.7967	0.7390	0.7829	0.9479
	요양종별	1	0.7781	0.9643	0.6413	0.1147
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.3894
	지역	15	0.4478	0.0210	0.2029	0.9628
	상이여부	1	0.4478	0.5350	0.2029	0.3787
G824	대상자 구분	3	0.0127	0.8570	0.0182	0.1459
	나이	5	0.0143	0.0004	0.1451	0.0032
	요양종별	1	0.0000	0.9731	0.0003	0.0004
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0001
	지역	15	0.0003	0.0000	0.1671	0.3253
G931	상이여부	1	0.0003	0.0199	0.1671	0.0041
	대상자 구분	3	0.0172	0.1084	0.3213	0.7742
	나이	5	0.0008	0.0526	0.0568	0.0097
	요양종별	1	0.0000	0.1468	0.0061	0.6358
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1555
I162	지역	15	0.0000	0.0023	0.0438	0.6493
	상이여부	1	0.0000	0.6474	0.0438	0.9625
	대상자 구분	3	0.4527	0.1294	0.3305	0.7178
	나이	5	0.3897	0.1045	0.2307	0.0652
	요양종별	1	0.4237	0.4436	0.5602	0.3420
J860	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.7263
	지역	15	0.4364	0.2228	0.2250	0.9071
	상이여부	1	0.4364	0.5442	0.2250	0.5111
	대상자 구분	3	0.8073	0.8073	0.7503	.
	나이	5	0.9716	0.9716	0.9662	.
M2580	요양종별	1	.	.	.	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	지역	15	0.0070	0.0070	0.0093	.
	상이여부	1	0.0070	0.8910	0.0093	.
	대상자 구분	3	0.4710	0.3833	0.2235	0.1259
M455	나이	5	0.0376	0.1318	0.0005	0.6054
	요양종별	1	0.1081	0.6620	0.4288	0.7036
	상병수	1	0.8035	0.0015	0.0736	0.8272
	지역	15	0.4096	0.0877	0.2303	0.2907
	상이여부	1	0.4096	0.5850	0.2303	0.3789
M455	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.5248	0.3745	0.5770	0.1986
	요양종별	1	0.9953	0.7242	0.8779	0.3712
	상병수	1	0.0029	0.0000	0.0000	0.0087
	지역	15	0.7574	0.4278	0.8655	0.0000
M455	상이여부	1	0.7574	.	0.8655	.
	대상자 구분	3	0.9593	0.7556	0.5297	0.6155
	나이	5	0.9359	0.9916	0.4848	0.8886
M455	요양종별	1	0.0182	0.6688	0.4927	0.3078

M4880	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0042	0.1452	0.5610	0.9996
	상이여부	1	0.0042	0.9157	0.5610	0.1885
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.6755	0.9560	0.9423	0.4450
	요양종별	1	0.8708	0.2929	0.5220	0.4063
M5416	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0374
	지역	15	0.3689	0.2673	0.0528	0.6083
	상이여부	1	0.3689	.	0.0528	.
	대상자 구분	3	0.1375	0.2386	0.1487	0.8144
	나이	5	0.0003	0.0022	0.0028	0.1737
	요양종별	1	0.0006	0.1265	0.0000	0.0000
M968	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상이여부	1	0.0000	0.7904	0.0000	0.7862
	대상자 구분	3	0.0001	0.0003	0.0000	0.0969
	나이	5	0.0992	0.1640	0.1347	0.5468
	요양종별	1	0.0368	0.0700	0.0156	0.0987
N18	상병수	1	0.0001	0.0000	0.0002	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.5974
	상이여부	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0328
	대상자 구분	3	0.3600	0.1850	0.1924	0.7738
	나이	5	0.7671	0.4882	0.4784	0.7986
	요양종별	1	0.6490	0.5420	0.9085	0.0359
N188	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.8429
	지역	15	0.0005	0.0001	0.0002	0.0654
	상이여부	1	0.0005	0.3363	0.0002	0.7222
	대상자 구분	3	0.0212	0.1766	0.1282	0.5270
	나이	5	0.0825	0.0362	0.1091	0.2013
	요양종별	1	0.0016	0.0000	0.0000	0.0029
N189	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.2246
	지역	15	0.0130	0.0007	0.0002	0.0666
	상이여부	1	0.0130	0.2902	0.0002	0.7299
	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	나이	5	0.0000	0.0000	0.0000	0.0296
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Z941	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상이여부	1	0.0000	0.6131	0.0000	0.8515
	대상자 구분	3	0.6969	0.9036	0.4888	.
	나이	5	0.8122	0.7351	0.6578	.
	요양종별	1	0.5972	0.5999	0.9190	.
	상병수	1	0.0703	0.0045	0.0460	.
	지역	15	0.9235	0.8245	0.3498	.
	상이여부	1	0.9235	.	0.3498	.

다음의 표는 질병별로 나머지변수를 통제시킨 보훈대상별 조정평균을 나타낸 것이다.¹²⁾ 조정 질병 “C06”을 살펴보면 국비대상자의 요양일수의 조정평균은 16.9일로 감면대상자의 18.3일 보다 높고, 입내원일수와 총진료비에 대해서도 국비대상자의 조정평균이 감면대상자보다 높은 것을 확인 할 수 있다. 하지만 원외처방비용의 경우 국비대상자의 조정평균이 28.3원으로 감면대상자의 조정평균 34.0원보다 낮게 나왔다.

〈표 III-89〉 외래의료이용량에 대한 조정평균 및 사후분석 결과

질병 코드	집단	요양일수		입내원일수		총진료비		원외처방비용	
		조정 평균	사후 분석	조정 평균	사후 분석	조정 평균	사후 분석	조정 평균	사후 분석
C06	국비	16.9		15.4		226,203		28.3	
	감면	18.3		15.2		195,556		34.0	
	건강보험								
	의료급여								
C061	국비	17.8		17.1		247,352		46.0	
	감면	17.7		17.0		246,352		35.9	
	건강보험								
	의료급여								
C063	국비	17.5		17.0		260,436			
	감면	17.5		17.1		267,910			
	건강보험								
	의료급여								
C07	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C119	국비	25.0		10.7		1,471,406		121637.4	
	감면	-1.7		10.3		1,425,607		87489.7	
	건강보험								
	의료급여								
C220	국비	51.3		10.9	1-2	1,959,427		423200.3	
	감면	24.7		8.0		2,322,027		664191.4	
	건강보험								
	의료급여								
C231	국비	15.9		15.2		162,293			
	감면	9.3		8.9		102,953			
	건강보험								
	의료급여								

12) 조정평균이 없는 경우는 사례수가 부족하거나 또는 국비대상자가 없는 경우 추정치를 계산하지 못하여 조정평균을 계산 할 수 없는 경우이고, 사후분석결과가 없는 경우는 통계적으로 집단간에 유의한 차이가 나지 않는 경우임.

C269	국비	47.7		6.8		2,540,363		6205852.2	
	감면	36.6		5.8		2,502,070		2077217.5	
	건강보험								
	의료급여								
C310	국비	1.8		-9.8	1-2	1,478,132	1-2	182700.6	
	감면	15.7		39.1		5,856,465		11061.8	
	건강보험								
	의료급여								
C340	국비	13.0		8.9		38,314	1-2	197319.9	
	감면	26.1		5.4		2,748,708		273944.5	
	건강보험								
	의료급여								
C341	국비	51.9		7.5		1,376,228		242246.7	
	감면	60.3		9.7		1,781,539		176992.6	
	건강보험								
	의료급여								
C343	국비	14.6		10.2		3,019,824		476179.4	
	감면	19.2		8.4		1,602,464		122312.9	
	건강보험								
	의료급여								
C348	국비	64.7		12.4		3,370,974		1136170.1	1-2
	감면	62.2		10.8		247,296		-636822.0	
	건강보험								
	의료급여								
C349	국비	42.6	2-1,3,4	7.0	3-1,2,4 2-4	2,025,321	2-1,3,4 3-4	247088.9	2-3,4
	감면	1.9		4.3		612,656		164555.2	
	건강보험	50.6		11.0		1,952,789		316296.4	
	의료급여	56.3		9.3		1,668,071		396978.7	
C37	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C499	국비	38.8		11.4		2,364,990		962139.8	
	감면	8.3		14.2		53,157		878144.8	
	건강보험								
	의료급여								
C61	국비	64.3	2-1,3,4 3-4	6.6	3-1,2,4 4-1,2	1,135,412	3-1,2,4 4-1,2	160779.3	1-2,3,4 4-2,3
	감면	-3.6		5.5		814,310		801360.4	
	건강보험	82.0		10.6		1,761,753		738447.9	
	의료급여	93.5		11.6		2,095,725		967634.0	
C65	국비	13.1		7.4		414,507		199570.3	
	감면	-14.2		4.0		2,604,035		256453.4	
	건강보험								
	의료급여								
C716	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C719	국비	16.7		5.2		152,667		596385.3	
	감면	20.6		8.4		1,365,927		783309.8	
	건강보험								

	의료급여							
C833	국비	73.8		6.9		2,135,622		111763.6
	감면	-75.9		9.3		2,078,205		182260.3
	건강보험							
	의료급여							
C839	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
C859	국비	-19.1	1-2	16.2	1-2	3,029,909	1-2	-19099.1
	감면	63.5		1.8		146,682		162681.0
	건강보험							
	의료급여							
C900	국비	83.6		15.3		3,972,001		101593.6
	감면	37.5		14.8		6,392,269		484879.3
	건강보험							
	의료급여							
C910	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
C920	국비	85.1		7.1		194,821		-1280966.8
	감면	44.6		9.1		1,107,241		1017430.4
	건강보험							
	의료급여							
C921	국비	105.7	2-4	11.6		10,016,560		17546491.1
	감면	-72.1		6.6		4,832,927		23408153.7
	건강보험	-28.4		7.0		2,807,047		23454616.9
	의료급여	-8.0		7.0		2,253,072		21358052.6
D469	국비	97.1		9.2		2,137,337		828145.2
	감면	-13.0		24.1		7,779,004		2310081.4
	건강보험							
	의료급여							
E713	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
F205	국비	312.9	1-2	12.1		902,481		596.2
	감면	169.1		14.3		532,208		134636.0
	건강보험							
	의료급여							
G122	국비	63.1		1.2		93,399		122515.5
	감면	-6.9		5.7		778,328		1135512.5
	건강보험							
	의료급여							
G546	국비	22.5		12.2		156,464		299487.8
	감면	-9.3		10.8		160,210		161774.0
	건강보험							
	의료급여							
G81	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
G811	국비	119.9	1-2	49.9		2,137,598		140931.2

	감면	32.8		34.5		1,460,028		95634.7	
	건강보험								
	의료급여								
G819	국비	55.5	1-2,3 4-2,3	21.0		797,092	2-4	21324.6	2-4
	감면	12.8		15.0		458,853		75489.0	
	건강보험	20.6		17.4		541,494		123998.5	
	의료급여	30.6		17.0		605,243		140430.9	
G821	국비	13.8		46.7		1,064,839		74355.0	
	감면	123.4		41.4		1,386,999		99200.8	
	건강보험								
	의료급여								
G822	국비	98.4	4-2,3	21.0		325,599	2-4	280330.9	1-2,3,4
	감면	21.3		41.1		361,697		-138097.4	
	건강보험	48.7		40.9		617,949		-149807.7	
	의료급여	82.1		37.2		842,173		-153632.2	
G824	국비	9.0	2-3,4	15.1	2-3,4	372,177		53230.7	
	감면	17.3		-0.1		270,286		114705.2	
	건강보험	89.9		14.9		702,496		112344.6	
	의료급여	101.1		13.2		722,504		146649.6	
G931	국비	19.0		-0.7		433,061		112387.6	
	감면	-22.5		-5.6		468,760		462933.7	
	건강보험	34.7		7.3		153,347		298234.8	
	의료급여	41.7		3.0		147,707		322483.1	
I162	국비	11.9		11.9		183,395			
	감면	10.5		10.5		157,282			
	건강보험								
	의료급여								
J860	국비	-34.3		26.1		886,987		-198515.2	
	감면	111.3		62.7		2,276,055		550393.6	
	건강보험								
	의료급여								
M2580	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
M455	국비	13.5		11.3		181,370		25404.2	
	감면	13.8		12.4		155,476		51646.8	
	건강보험								
	의료급여								
M4880	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
M5416	국비	11.0		7.8		174,860		42684.1	
	감면	-1.3		2.7		95,096		39008.2	
	건강보험								
	의료급여								
M968	국비	-59.4	1-2	-3.2	1-2	511,950	1-2	290913.3	
	감면	124.9		34.8		1,354,633		-10951.6	
	건강보험								
	의료급여								
N18	국비	88.6		29.1		4,976,529		193213.4	

	감면	27.8		2.8		582,462		276485.9	
	건강보험								
	의료급여								
N188	국비	89.4	1-2	34.4		5,290,663		221350.1	
	감면	4.9		18.9		2,416,380		396011.7	
	건강보험								
	의료급여								
N189	국비	113.4	2-1,3,4	25.3	4-1,2,3	4,263,985	4-1,2,3 2-3	196973.6	2-3,4 3-4
	감면	71.7		24.9		4,038,778		374403.2	
	건강보험	110.6		30.1		5,094,390		464372.0	
	의료급여	98.0		38.7		6,155,015		277120.1	
Z941	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C06	국비	16.90		15.41		226202.55		28.29	
	감면	18.33		15.16		195556.20		34.03	
	건강보험								
	의료급여								
C061	국비	17.82		17.05		247352.16		45.96	
	감면	17.74		17.01		246352.14		35.89	
	건강보험								
	의료급여								
C063	국비	17.46		16.99		260436.04			
	감면	17.48		17.10		267910.05			
	건강보험								
	의료급여								
C07	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C119	국비	24.95		10.74		1471406.22		121637.4	
	감면	-1.73		10.30		1425607.40		87489.7	
	건강보험								
	의료급여								
C220	국비	51.33		10.93	1-2	1959426.50		423200.3	
	감면	24.67		7.98		2322026.71		664191.4	
	건강보험								
	의료급여								
C231	국비	15.93		15.15		162292.80			
	감면	9.27		8.90		102953.15			
	건강보험								
	의료급여								
C269	국비	47.68		6.79		2540363.44		6205852.2	
	감면	36.58		5.80		2502070.11		2077217.5	
	건강보험								
	의료급여								
C310	국비	1.76		-9.81	1-2	-1478132.03	1-2	182700.6	
	감면	15.70		39.09		5856465.48		11061.8	
	건강보험								
	의료급여								
C340	국비	12.96		8.88		38314.49	1-2	197319.9	
	감면	26.13		5.44		2748707.77		273944.5	

	건강보험							
	의료급여							
C341	국비	51.85		7.47		1376228.29		242246.7
	감면	60.35		9.72		1781538.76		176992.6
	건강보험							
	의료급여							
C343	국비	14.56		10.16		3019824.27		476179.4
	감면	19.18		8.37		1602463.74		122312.9
	건강보험							
	의료급여							
C348	국비	64.71		12.37		3370973.78		1136170.1
	감면	62.18		10.81		247295.77		-636822.0
	건강보험							
	의료급여							
C349	국비	42.58	2-1,3,4	6.95	3-1,2,4 2-4	2025321.31	2-1,3,4 3-4	247088.9
	감면	1.86		4.31		612655.76		164555.2
	건강보험	50.56		11.01		1952789.44		316296.4
	의료급여	56.28		9.31		1668071.39		396978.7
C37	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
C499	국비	38.84		11.38		2364990.30		962139.8
	감면	8.35		14.22		53156.52		878144.8
	건강보험							
	의료급여							
C61	국비	64.26	2-1,3,4 3-4	6.62	3-1,2,4 4-1,2	1135412.21	3-1,2,4 4-1,2	160779.3
	감면	-3.64		5.45		814309.88		801360.4
	건강보험	81.97		10.59		1761752.93		738447.9
	의료급여	93.52		11.59		2095725.06		967634.0
C65	국비	13.11		7.37		414507.05		199570.3
	감면	-14.25		3.99		2604035.11		256453.4
	건강보험							
	의료급여							
C716	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
C719	국비	16.65		5.21		152666.77		596385.3
	감면	20.57		8.38		1365927.28		783309.8
	건강보험							
	의료급여							
C833	국비	73.77		6.91		2135621.79		111763.6
	감면	-75.88		9.30		2078204.91		182260.3
	건강보험							
	의료급여							
C839	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
C859	국비	-19.10	1-2	16.15	1-2	3029909.43	1-2	-19099.1

	감면	63.45		1.77		146682.24		162681.0	
	건강보험								
	의료급여								
C900	국비	83.57		15.26		3972001.06		101593.6	1-2
	감면	37.50		14.84		6392268.71		484879.3	
	건강보험								
	의료급여								
C910	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C920	국비	85.07		7.10		-194821.22		-1280966.8	
	감면	44.63		9.07		1107241.16		1017430.4	
	건강보험								
	의료급여								
C921	국비	105.75	2-4	11.60		10016560.40		17546491.1	
	감면	-72.11		6.65		-4832926.60		23408153.7	
	건강보험	-28.37		6.98		-2807046.60		23454616.9	
	의료급여	-7.98		7.03		-2253071.70		21358052.6	
D469	국비	97.09		9.24		2137337.31		828145.2	
	감면	-13.01		24.06		7779003.85		2310081.4	
	건강보험								
	의료급여								
E713	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F205	국비	312.91	1-2	12.12		902480.74		596.2	
	감면	169.07		14.26		532207.91		134636.0	
	건강보험								
	의료급여								
G122	국비	63.06		1.17		93398.61		122515.5	
	감면	-6.87		5.69		778328.40		1135512.5	
	건강보험								
	의료급여								
G546	국비	22.53		12.24		156463.71		299487.8	
	감면	-9.28		10.81		160209.69		161774.0	
	건강보험								
	의료급여								
G81	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
G811	국비	119.94	1-2	49.87		2137598.05		140931.2	
	감면	32.83		34.47		1460027.87		95634.7	
	건강보험								
	의료급여								
G819	국비	55.45	1-2,3 4-2,3	20.98		797092.05	2-4	21324.6	2-4
	감면	12.83		15.01		458853.20		75489.0	
	건강보험	20.58		17.45		541493.57		123998.5	
	의료급여	30.56		17.00		605242.97		140430.9	
G821	국비	13.79		46.73		1064838.82		74355.0	
	감면	123.39		41.38		1386998.61		99200.8	

	건강보험							
	의료급여							
G822	국비	98.39	4-2,3	21.04		325599.21	2-4	280330.9
	감면	21.26		41.08		361696.68		-138097.4
	건강보험	48.67		40.89		617949.09		-149807.7
	의료급여	82.07		37.18		842173.07		-153632.2
G824	국비	9.03	2-3,4	15.12	2-3,4	372176.53		53230.7
	감면	17.30		-0.12		270285.88		114705.2
	건강보험	89.88		14.85		702496.09		112344.6
	의료급여	101.08		13.24		722504.15		146649.6
G931	국비	18.98		-0.72		433060.96		112387.6
	감면	-22.54		-5.55		-468759.71		462933.7
	건강보험	34.73		7.32		153346.60		298234.8
	의료급여	41.70		3.03		147707.07		322483.1
I162	국비	11.86		11.86		183395.45		
	감면	10.46		10.46		157282.04		
	건강보험							
	의료급여							
J860	국비	-34.31		26.11		886986.89		-198515.2
	감면	111.26		62.71		2276054.56		550393.6
	건강보험							
	의료급여							
M2580	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
M455	국비	13.52		11.32		181369.58		25404.2
	감면	13.76		12.37		155476.44		51646.8
	건강보험							
	의료급여							
M4880	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
M5416	국비	11.01		7.82		174859.86		42684.1
	감면	-1.29		2.75		95096.09		39008.2
	건강보험							
	의료급여							
M968	국비	-59.45	1-2	-3.23	1-2	-511950.45	1-2	290913.3
	감면	124.94		34.79		1354632.59		-10951.6
	건강보험							
	의료급여							
N18	국비	88.59		29.09		4976529.44		193213.4
	감면	27.85		2.79		582461.70		276485.9
	건강보험							
	의료급여							
N188	국비	89.36	1-2	34.42		5290662.82		221350.1
	감면	4.87		18.92		2416380.39		396011.7
	건강보험							
	의료급여							
N189	국비	113.42	2-1,3,4	25.34	4-1,2,3	4263984.72	4-1,2,3 2-3	196973.6
	감면	71.69		24.88		4038778.27		374403.2

Z941	건강보험	110.64		30.10		5094390.29		464372.0
	의료급여	98.03		38.67		6155015.23		277120.1
	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							

주1) 조정평균이 없는 경우는 사례수가 부족하거나 또는 국비대상자가 없는 경우 추정치를 계산하지 못하여 조정평균을 계산 할 수 없는 경우임.

주2) 사후분석결과가 없는 경우는 통계적으로 집단간에 유의한 차이가 나지 않는 경우임.

나. 입원

〈표 III-90〉 입원의료이용량에 대한 공분석 분석결과

질병 코드	요인	자유도	요양일수	입원일수	총진료비	원외처방비용
			p	p	p	p
C06	대상자 구분	3	0.672	0.899	0.310	0.968
	나이	5	0.991	0.882	0.321	1.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.912
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.849
	지역	15	0.015	0.035	0.165	0.195
	상이여부	1	0.015	0.828	0.165	0.909
C061	대상자 구분	3	0.965	0.976	0.963	0.966
	나이	5	0.950	0.875	0.345	1.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.187
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.673
	지역	15	0.000	0.001	0.034	0.073
	상이여부	1	0.000	0.751	0.034	0.895
C063	대상자 구분	3	0.989	0.939	0.726	.
	나이	5	0.724	0.648	0.607	.
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.
	지역	15	0.012	0.028	0.110	.
	상이여부	1	0.012	0.497	0.110	.
C07	대상자 구분	3	0.179	0.010	0.035	0.760
	나이	5	0.082	0.835	0.998	0.512
	요양종별	1	0.758	0.157	0.099	0.642
	상병수	1	0.003	0.017	0.170	0.004
	지역	15	0.451	0.215	0.831	0.948
	상이여부	1	0.451	.	0.831	.
C119	대상자 구분	3	0.455	0.961	0.970	0.761
	나이	5	0.747	0.906	0.996	0.748
	요양종별	1	0.925	0.008	0.035	0.496
	상병수	1	0.001	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.935	0.980	0.936	0.620
	상이여부	1	0.935	0.682	0.936	0.248

C220	대상자 구분	3	0.091	0.004	0.316	0.035
	나이	5	0.068	0.295	0.000	0.000
	요양종별	1	0.000	0.085	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.004
	상이여부	1	0.000	0.014	0.000	0.634
C231	대상자 구분	3	0.532	0.560	0.589	.
	나이	5	0.110	0.144	0.221	.
	요양종별	1	0.015	0.023	0.042	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.
	지역	15	0.991	0.996	0.992	.
	상이여부	1	0.991	0.878	0.992	.
C269	대상자 구분	3	0.860	0.851	0.993	0.759
	나이	5	0.144	0.692	0.126	0.809
	요양종별	1	0.167	0.062	0.119	0.382
	상병수	1	0.173	0.007	0.213	0.737
	지역	15	0.909	0.351	0.978	0.432
	상이여부	1	0.909	0.806	0.978	0.849
C310	대상자 구분	3	0.848	0.001	0.004	0.312
	나이	5	0.245	0.540	0.576	0.124
	요양종별	1	0.587	0.374	0.412	0.406
	상병수	1	0.132	0.008	0.240	0.007
	지역	15	0.926	0.567	0.202	0.912
	상이여부	1	0.926	0.002	0.202	0.076
C340	대상자 구분	3	0.670	0.365	0.041	0.825
	나이	5	0.488	0.740	0.245	0.509
	요양종별	1	0.403	0.031	0.066	0.404
	상병수	1	0.000	0.000	0.001	0.000
	지역	15	0.232	0.065	0.772	0.862
	상이여부	1	0.232	0.624	0.772	0.984
C341	대상자 구분	3	0.779	0.381	0.638	0.863
	나이	5	0.012	0.562	0.403	0.523
	요양종별	1	0.057	0.000	0.008	0.063
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.037	0.366	0.075	0.162
	상이여부	1	0.037	0.855	0.075	0.847
C343	대상자 구분	3	0.890	0.612	0.186	0.578
	나이	5	0.944	0.443	0.086	0.984
	요양종별	1	0.493	0.055	0.030	0.152
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.786	0.040	0.094	1.000
	상이여부	1	0.786	0.393	0.094	0.459
C348	대상자 구분	3	0.987	0.758	0.415	0.009
	나이	5	0.825	0.042	0.282	0.820
	요양종별	1	0.763	0.484	0.499	0.062
	상병수	1	0.019	0.000	0.001	0.254
	지역	15	0.716	0.356	0.926	0.125
	상이여부	1	0.716	0.308	0.926	0.000
C349	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.008

		나이	5	0.595	0.000	0.000	0.061
		요양종별	1	0.936	0.000	0.000	0.000
		상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
		지역	15	0.000	0.000	0.000	0.351
		상이여부	1	0.000	0.059	0.000	0.103
C37	대상자 구분	3	.	.	.	.	.
	나이	5	0.996	0.400	0.506	0.481	.
	요양종별	1	0.097	0.238	0.084	0.665	.
	상병수	1	0.009	0.004	0.009	0.262	.
	지역	15	0.606	0.833	0.306	0.334	.
	상이여부	1	0.606	.	0.306	.	.
C499	대상자 구분	3	0.277	0.634	0.502	0.952	.
	나이	5	0.142	0.713	0.348	0.982	.
	요양종별	1	0.198	0.371	0.359	0.187	.
	상병수	1	0.001	0.000	0.087	0.005	.
	지역	15	0.161	0.800	0.977	1.000	.
	상이여부	1	0.161	0.809	0.977	0.575	.
C61	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.000	.
	나이	5	0.000	0.006	0.000	0.000	.
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000	.
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000	.
	상이여부	1	0.000	0.542	0.000	0.640	.
C65	대상자 구분	3	0.662	0.252	0.294	0.837	.
	나이	5	0.546	0.790	0.878	0.886	.
	요양종별	1	0.353	0.254	0.107	0.861	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.040	.
	지역	15	0.803	0.617	0.833	0.008	.
	상이여부	1	0.803	0.519	0.833	0.864	.
C716	대상자 구분	3	0.740	0.642	0.409	0.074	.
	나이	5	0.832	0.949	0.653	0.941	.
	요양종별	1	0.906	0.910	0.408	0.648	.
	상병수	1	0.636	0.798	0.872	0.747	.
	지역	15	0.571	0.999	0.927	0.999	.
	상이여부	1	0.571	.	0.927	.	.
C719	대상자 구분	3	0.921	0.656	0.478	0.902	.
	나이	5	0.957	0.980	0.760	0.670	.
	요양종별	1	0.582	0.057	0.074	0.101	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000	.
	지역	15	0.724	0.987	0.998	0.763	.
	상이여부	1	0.724	0.835	0.998	0.801	.
C833	대상자 구분	3	0.061	0.632	0.975	0.632	.
	나이	5	0.136	0.090	0.322	0.695	.
	요양종별	1	0.002	0.167	0.053	0.048	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.007	.
	지역	15	0.410	0.599	0.815	0.260	.
	상이여부	1	0.410	0.878	0.815	0.961	.
C839	대상자 구분	3	.	.	.	.	.
	나이	5	0.158	0.134	0.002	0.973	.

C859	요양종별	1	0.754	0.861	0.408	0.088
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.797	0.435	0.038	0.153
	상이여부	1	0.797	.	0.038	.
	대상자 구분	3	0.031	0.000	0.014	0.210
C900	나이	5	0.796	0.695	0.822	0.707
	요양종별	1	0.906	0.069	0.161	0.585
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.924	0.867	0.290	0.423
	상이여부	1	0.924	0.001	0.290	0.480
C910	대상자 구분	3	0.384	0.926	0.433	0.018
	나이	5	0.808	0.213	0.018	0.458
	요양종별	1	0.230	0.978	0.304	0.566
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.762	0.873	0.899	0.883
C920	상이여부	1	0.762	0.492	0.899	0.758
	대상자 구분	3	0.370	0.135	0.531	0.255
	나이	5	0.002	0.422	0.793	0.000
	요양종별	1	0.429	0.506	0.801	0.077
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.075
C921	지역	15	0.099	0.989	0.727	0.000
	상이여부	1	0.099	.	0.727	.
	대상자 구분	3	0.620	0.727	0.417	0.156
	나이	5	0.135	0.295	0.647	0.062
	요양종별	1	0.602	0.735	0.527	0.950
D469	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.001
	지역	15	0.760	0.322	0.077	0.442
	상이여부	1	0.760	0.811	0.077	0.112
	대상자 구분	3	0.029	0.888	0.393	0.709
	나이	5	0.485	0.876	0.659	0.505
E713	요양종별	1	0.000	0.154	0.000	0.002
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.628
	지역	15	0.030	0.026	0.330	0.066
	상이여부	1	0.030	0.244	0.330	0.802
	대상자 구분	3	0.414	0.359	0.380	0.760
F205	나이	5	0.008	0.166	0.038	0.217
	요양종별	1	0.021	0.304	0.896	0.404
	상병수	1	0.002	0.000	0.035	0.201
	지역	15	0.659	0.788	0.912	0.996
	상이여부	1	0.659	0.549	0.912	0.887
E713	대상자 구분	3	0.253	0.720	0.998	0.268
	나이	5	0.639	0.966	0.931	0.372
	요양종별	1	0.947	0.993	0.935	0.572
	상병수	1	0.835	1.000	0.969	1.000
	지역	15	0.719	0.991	0.976	0.046
F205	상이여부	1	0.719	.	0.976	.
	대상자 구분	3	0.029	0.401	0.249	0.275
	나이	5	0.209	0.494	0.065	0.297
	요양종별	1	0.350	0.000	0.399	0.408

G122	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.103
	지역	15	0.022	0.093	0.982	0.160
	상이여부	1	0.022	0.756	0.982	0.051
	대상자 구분	3	0.448	0.626	0.426	0.197
	나이	5	0.003	0.000	0.053	0.053
	요양종별	1	0.216	0.850	0.122	0.249
G546	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.258
	지역	15	0.012	0.155	0.000	0.131
	상이여부	1	0.012	0.541	0.000	0.670
	대상자 구분	3	0.671	0.946	0.992	0.349
	나이	5	0.628	0.025	0.171	0.094
	요양종별	1	0.060	0.665	0.172	0.218
G81	상병수	1	0.000	0.003	0.000	0.000
	지역	15	0.022	0.505	0.378	0.385
	상이여부	1	0.022	0.950	0.378	0.152
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.484	0.926	0.926	0.662
	요양종별	1	0.773	0.964	0.626	0.094
G811	상병수	1	0.044	0.000	0.000	0.500
	지역	15	0.828	0.986	0.819	0.552
	상이여부	1	0.828	.	0.819	.
	대상자 구분	3	0.034	0.275	0.217	0.598
	나이	5	0.052	0.000	0.000	0.781
	요양종별	1	0.000	0.001	0.000	0.000
G819	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.575	0.427	0.027
	상이여부	1	0.000	0.482	0.427	0.055
	대상자 구분	3	0.000	0.478	0.136	0.066
	나이	5	0.002	0.000	0.000	0.000
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000
G821	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.001
	상이여부	1	0.000	0.555	0.000	0.709
	대상자 구분	3	0.115	0.768	0.663	0.835
	나이	5	0.797	0.739	0.783	0.948
	요양종별	1	0.778	0.964	0.641	0.115
G822	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.389
	지역	15	0.448	0.021	0.203	0.963
	상이여부	1	0.448	0.535	0.203	0.379
	대상자 구분	3	0.013	0.857	0.018	0.146
	나이	5	0.014	0.000	0.145	0.003
	요양종별	1	0.000	0.973	0.000	0.000
G824	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.167	0.325
	상이여부	1	0.000	0.020	0.167	0.004
	대상자 구분	3	0.017	0.108	0.321	0.774
	나이	5	0.001	0.053	0.057	0.010
	요양종별	1	0.000	0.147	0.006	0.636
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.155

G931	지역	15	0.000	0.002	0.044	0.649
	상이여부	1	0.000	0.647	0.044	0.963
	대상자 구분	3	0.453	0.129	0.330	0.718
	나이	5	0.390	0.105	0.231	0.065
	요양종별	1	0.424	0.444	0.560	0.342
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.726
I162	지역	15	0.436	0.223	0.225	0.907
	상이여부	1	0.436	0.544	0.225	0.511
	대상자 구분	3	0.807	0.807	0.750	.
	나이	5	0.972	0.972	0.966	.
	요양종별	1	.	.	.	.
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	.
J860	지역	15	0.007	0.007	0.009	.
	상이여부	1	0.007	0.891	0.009	.
	대상자 구분	3	0.471	0.383	0.224	0.126
	나이	5	0.038	0.132	0.001	0.605
	요양종별	1	0.108	0.662	0.429	0.704
	상병수	1	0.803	0.002	0.074	0.827
M2580	지역	15	0.410	0.088	0.230	0.291
	상이여부	1	0.410	0.585	0.230	0.379
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.525	0.375	0.577	0.199
	요양종별	1	0.995	0.724	0.878	0.371
	상병수	1	0.003	0.000	0.000	0.009
M455	지역	15	0.757	0.428	0.865	0.000
	상이여부	1	0.757	.	0.865	.
	대상자 구분	3	0.959	0.756	0.530	0.616
	나이	5	0.936	0.992	0.485	0.889
	요양종별	1	0.018	0.669	0.493	0.308
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
M4880	지역	15	0.004	0.145	0.561	1.000
	상이여부	1	0.004	0.916	0.561	0.188
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.675	0.956	0.942	0.445
	요양종별	1	0.871	0.293	0.522	0.406
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.037
M5416	지역	15	0.369	0.267	0.053	0.608
	상이여부	1	0.369	.	0.053	.
	대상자 구분	3	0.138	0.239	0.149	0.814
	나이	5	0.000	0.002	0.003	0.174
	요양종별	1	0.001	0.126	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
M968	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000
	상이여부	1	0.000	0.790	0.000	0.786
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.097
	나이	5	0.099	0.164	0.135	0.547
	요양종별	1	0.037	0.070	0.016	0.099
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.597

N18	상이여부	1	0.000	0.000	0.000	0.033
	대상자 구분	3	0.360	0.185	0.192	0.774
	나이	5	0.767	0.488	0.478	0.799
	요양종별	1	0.649	0.542	0.909	0.036
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.843
	지역	15	0.001	0.000	0.000	0.065
N188	상이여부	1	0.001	0.336	0.000	0.722
	대상자 구분	3	0.021	0.177	0.128	0.527
	나이	5	0.082	0.036	0.109	0.201
	요양종별	1	0.002	0.000	0.000	0.003
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.225
	지역	15	0.013	0.001	0.000	0.067
N189	상이여부	1	0.013	0.290	0.000	0.730
	대상자 구분	3	0.000	0.000	0.000	0.000
	나이	5	0.000	0.000	0.000	0.030
	요양종별	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	상병수	1	0.000	0.000	0.000	0.000
	지역	15	0.000	0.000	0.000	0.000
Z941	상이여부	1	0.000	0.613	0.000	0.851
	대상자 구분	3	0.697	0.904	0.489	.
	나이	5	0.812	0.735	0.658	.
	요양종별	1	0.597	0.600	0.919	.
	상병수	1	0.070	0.004	0.046	.
	지역	15	0.923	0.825	0.350	.
C06	상이여부	1	0.923	.	0.350	.
	대상자 구분	3	0.6717	0.8993	0.3100	0.9679
	나이	5	0.9908	0.8823	0.3206	1.0000
	요양종별	1	0.0001	0.0000	0.0000	0.9117
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.8489
	지역	15	0.0154	0.0350	0.1647	0.1948
C061	상이여부	1	0.0154	0.8276	0.1647	0.9089
	대상자 구분	3	0.9649	0.9757	0.9632	0.9663
	나이	5	0.9501	0.8754	0.3447	0.9997
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1870
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.6734
	지역	15	0.0002	0.0008	0.0337	0.0732
C063	상이여부	1	0.0002	0.7507	0.0337	0.8948
	대상자 구분	3	0.9890	0.9386	0.7256	.
	나이	5	0.7237	0.6479	0.6073	.
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	지역	15	0.0125	0.0281	0.1096	.
C07	상이여부	1	0.0125	0.4975	0.1096	.
	대상자 구분	3	0.1786	0.0097	0.0346	0.7605
	나이	5	0.0823	0.8350	0.9982	0.5116
	요양종별	1	0.7576	0.1572	0.0989	0.6420
	상병수	1	0.0026	0.0174	0.1702	0.0036
	지역	15	0.4513	0.2151	0.8309	0.9480
	상이여부	1	0.4513	.	0.8309	.

C119	대상자 구분	3	0.4550	0.9608	0.9699	0.7613
	나이	5	0.7465	0.9063	0.9956	0.7478
	요양종별	1	0.9253	0.0080	0.0351	0.4956
	상병수	1	0.0009	0.0000	0.0004	0.0000
	지역	15	0.9349	0.9803	0.9358	0.6204
	상이여부	1	0.9349	0.6821	0.9358	0.2483
C220	대상자 구분	3	0.0905	0.0037	0.3163	0.0349
	나이	5	0.0681	0.2952	0.0000	0.0001
	요양종별	1	0.0001	0.0845	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0042
	상이여부	1	0.0000	0.0136	0.0000	0.6339
C231	대상자 구분	3	0.5317	0.5601	0.5888	.
	나이	5	0.1100	0.1440	0.2206	.
	요양종별	1	0.0154	0.0232	0.0425	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	지역	15	0.9909	0.9959	0.9918	.
	상이여부	1	0.9909	0.8777	0.9918	.
C269	대상자 구분	3	0.8603	0.8508	0.9931	0.7595
	나이	5	0.1436	0.6925	0.1256	0.8085
	요양종별	1	0.1674	0.0616	0.1188	0.3823
	상병수	1	0.1727	0.0067	0.2128	0.7368
	지역	15	0.9094	0.3506	0.9783	0.4321
	상이여부	1	0.9094	0.8061	0.9783	0.8491
C310	대상자 구분	3	0.8477	0.0008	0.0036	0.3118
	나이	5	0.2447	0.5402	0.5758	0.1239
	요양종별	1	0.5872	0.3740	0.4125	0.4060
	상병수	1	0.1321	0.0084	0.2404	0.0071
	지역	15	0.9264	0.5668	0.2022	0.9121
	상이여부	1	0.9264	0.0019	0.2022	0.0757
C340	대상자 구분	3	0.6705	0.3652	0.0413	0.8250
	나이	5	0.4881	0.7401	0.2448	0.5095
	요양종별	1	0.4029	0.0311	0.0657	0.4044
	상병수	1	0.0001	0.0000	0.0009	0.0000
	지역	15	0.2316	0.0652	0.7723	0.8615
	상이여부	1	0.2316	0.6243	0.7723	0.9842
C341	대상자 구분	3	0.7788	0.3815	0.6377	0.8632
	나이	5	0.0120	0.5615	0.4030	0.5234
	요양종별	1	0.0573	0.0001	0.0077	0.0626
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0367	0.3663	0.0751	0.1618
	상이여부	1	0.0367	0.8553	0.0751	0.8470
C343	대상자 구분	3	0.8898	0.6125	0.1862	0.5776
	나이	5	0.9439	0.4433	0.0862	0.9842
	요양종별	1	0.4928	0.0555	0.0295	0.1519
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.7862	0.0398	0.0937	1.0000
	상이여부	1	0.7862	0.3928	0.0937	0.4588
C348	대상자 구분	3	0.9875	0.7584	0.4146	0.0086

C349	나이	5	0.8247	0.0423	0.2824	0.8203
	요양종별	1	0.7630	0.4835	0.4985	0.0616
	상병수	1	0.0192	0.0000	0.0007	0.2539
	지역	15	0.7162	0.3563	0.9258	0.1253
	상이여부	1	0.7162	0.3079	0.9258	0.0004
C37	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0085
	나이	5	0.5953	0.0000	0.0000	0.0613
	요양종별	1	0.9363	0.0000	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.3506
C499	상이여부	1	0.0000	0.0586	0.0000	0.1032
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.9961	0.4004	0.5061	0.4814
	요양종별	1	0.0973	0.2383	0.0845	0.6648
	상병수	1	0.0085	0.0038	0.0093	0.2623
C61	지역	15	0.6057	0.8334	0.3064	0.3343
	상이여부	1	0.6057	.	0.3064	.
	대상자 구분	3	0.2767	0.6342	0.5019	0.9521
	나이	5	0.1424	0.7134	0.3478	0.9816
	요양종별	1	0.1981	0.3708	0.3585	0.1873
C65	상병수	1	0.0008	0.0000	0.0872	0.0052
	지역	15	0.1606	0.7999	0.9766	0.9997
	상이여부	1	0.1606	0.8089	0.9766	0.5747
	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	나이	5	0.0000	0.0060	0.0000	0.0000
C716	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0002	0.0000
	상이여부	1	0.0000	0.5416	0.0002	0.6405
	대상자 구분	3	0.6622	0.2518	0.2935	0.8371
C719	나이	5	0.5458	0.7902	0.8781	0.8864
	요양종별	1	0.3533	0.2543	0.1074	0.8614
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0401
	지역	15	0.8031	0.6173	0.8335	0.0083
	상이여부	1	0.80311	0.51925	0.83348	0.86399
C833	대상자 구분	3	0.7398	0.6420	0.4093	0.0740
	나이	5	0.8325	0.9491	0.6533	0.9412
	요양종별	1	0.9059	0.9102	0.4081	0.6479
	상병수	1	0.6362	0.7977	0.8718	0.7475
	지역	15	0.5706	0.9994	0.9272	0.9991
C833	상이여부	1	0.5706	.	0.9272	.
	대상자 구분	3	0.9215	0.6560	0.4785	0.9017
	나이	5	0.9574	0.9801	0.7597	0.6702
	요양종별	1	0.5819	0.0566	0.0738	0.1007
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
C833	지역	15	0.7243	0.9874	0.9983	0.7629
	상이여부	1	0.72426	0.83485	0.99827	0.80127
	대상자 구분	3	0.0615	0.6323	0.9748	0.6319
	나이	5	0.1359	0.0905	0.3220	0.6947

C839	요양종별	1	0.0017	0.1670	0.0532	0.0485
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0067
	지역	15	0.4101	0.5986	0.8147	0.2603
	상이여부	1	0.4101	0.8785	0.8147	0.9612
	대상자 구분	3	.	.	.	.
C859	나이	5	0.1577	0.1337	0.0016	0.9733
	요양종별	1	0.7539	0.8611	0.4081	0.0880
	상병수	1	0.0002	0.0000	0.0000	0.0003
	지역	15	0.7971	0.4351	0.0376	0.1528
	상이여부	1	0.7971	.	0.0376	.
C900	대상자 구분	3	0.0311	0.0004	0.0145	0.2102
	나이	5	0.7963	0.6946	0.8218	0.7069
	요양종별	1	0.9058	0.0693	0.1606	0.5853
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.9242	0.8666	0.2903	0.4225
C910	상이여부	1	0.9242	0.0008	0.2903	0.4802
	대상자 구분	3	0.3837	0.9262	0.4329	0.0183
	나이	5	0.8085	0.2129	0.0183	0.4578
	요양종별	1	0.2297	0.9779	0.3041	0.5663
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
C910	지역	15	0.7625	0.8732	0.8992	0.8833
	상이여부	1	0.7625	0.4921	0.8992	0.7579
	대상자 구분	3	0.3698	0.1347	0.5314	0.2548
	나이	5	0.0023	0.4221	0.7926	0.0000
	요양종별	1	0.4290	0.5064	0.8010	0.0771
C920	상병수	1	0.0002	0.0000	0.0000	0.0755
	지역	15	0.0986	0.9889	0.7273	0.0000
	상이여부	1	0.0986	.	0.7273	.
	대상자 구분	3	0.6197	0.7275	0.4173	0.1555
	나이	5	0.1355	0.2946	0.6471	0.0623
C921	요양종별	1	0.6024	0.7351	0.5273	0.9499
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0008
	지역	15	0.7604	0.3217	0.0772	0.4423
	상이여부	1	0.7604	0.8113	0.0772	0.1122
	대상자 구분	3	0.0290	0.8875	0.3934	0.7094
D469	나이	5	0.4854	0.8755	0.6586	0.5050
	요양종별	1	0.0000	0.1537	0.0001	0.0021
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.6281
	지역	15	0.0297	0.0258	0.3299	0.0662
	상이여부	1	0.0297	0.2437	0.3299	0.8016
E713	대상자 구분	3	0.4141	0.3587	0.3799	0.7600
	나이	5	0.0082	0.1664	0.0379	0.2171
	요양종별	1	0.0207	0.3036	0.8962	0.4037
	상병수	1	0.0022	0.0000	0.0346	0.2014
	지역	15	0.6589	0.7884	0.9119	0.9958
E713	상이여부	1	0.6589	0.5488	0.9119	0.8867
	대상자 구분	3	0.2528	0.7199	0.9981	0.2681
	나이	5	0.6387	0.9664	0.9311	0.3721
	요양종별	1	0.9467	0.9927	0.9350	0.5718

F205	상병수	1	0.8345	1.0000	0.9686	1.0000
	지역	15	0.7194	0.9907	0.9758	0.0459
	상이여부	1	0.7194	.	0.9758	.
	대상자 구분	3	0.0293	0.4013	0.2486	0.2754
	나이	5	0.2092	0.4942	0.0653	0.2972
	요양종별	1	0.3497	0.0004	0.3993	0.4083
G122	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1027
	지역	15	0.0223	0.0927	0.9825	0.1603
	상이여부	1	0.0223	0.7565	0.9825	0.0507
	대상자 구분	3	0.4483	0.6255	0.4265	0.1966
	나이	5	0.0031	0.0002	0.0529	0.0526
	요양종별	1	0.2164	0.8500	0.1220	0.2487
G546	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.2583
	지역	15	0.0123	0.1551	0.0003	0.1309
	상이여부	1	0.0123	0.5407	0.0003	0.6695
	대상자 구분	3	0.6710	0.9458	0.9921	0.3488
	나이	5	0.6282	0.0251	0.1707	0.0937
	요양종별	1	0.0603	0.6655	0.1722	0.2179
G81	상병수	1	0.0000	0.0031	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0215	0.5051	0.3784	0.3854
	상이여부	1	0.0215	0.9498	0.3784	0.1519
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.4844	0.9256	0.9263	0.6618
	요양종별	1	0.7726	0.9638	0.6259	0.0940
G811	상병수	1	0.0441	0.0000	0.0003	0.5004
	지역	15	0.8281	0.9863	0.8188	0.5522
	상이여부	1	0.8281	.	0.8188	.
	대상자 구분	3	0.0339	0.2749	0.2171	0.5976
	나이	5	0.0516	0.0000	0.0000	0.7813
	요양종별	1	0.0000	0.0007	0.0000	0.0000
G819	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.5752	0.4271	0.0274
	상이여부	1	0.0000	0.4816	0.4271	0.0546
	대상자 구분	3	0.0001	0.4778	0.1364	0.0657
	나이	5	0.0018	0.0000	0.0001	0.0000
	요양종별	1	0.0000	0.0004	0.0000	0.0000
G821	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0008
	상이여부	1	0.0000	0.5549	0.0000	0.7092
	대상자 구분	3	0.1155	0.7682	0.6632	0.8351
	나이	5	0.7967	0.7390	0.7829	0.9479
	요양종별	1	0.7781	0.9643	0.6413	0.1147
G822	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.3894
	지역	15	0.4478	0.0210	0.2029	0.9628
	상이여부	1	0.4478	0.5350	0.2029	0.3787
	대상자 구분	3	0.0127	0.8570	0.0182	0.1459
	나이	5	0.0143	0.0004	0.1451	0.0032
	요양종별	1	0.0000	0.9731	0.0003	0.0004
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0001

G824	지역	15	0.0003	0.0000	0.1671	0.3253
	상이여부	1	0.0003	0.0199	0.1671	0.0041
	대상자 구분	3	0.0172	0.1084	0.3213	0.7742
	나이	5	0.0008	0.0526	0.0568	0.0097
	요양종별	1	0.0000	0.1468	0.0061	0.6358
G931	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.1555
	지역	15	0.0000	0.0023	0.0438	0.6493
	상이여부	1	0.0000	0.6474	0.0438	0.9625
	대상자 구분	3	0.4527	0.1294	0.3305	0.7178
	나이	5	0.3897	0.1045	0.2307	0.0652
I162	요양종별	1	0.4237	0.4436	0.5602	0.3420
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.7263
	지역	15	0.4364	0.2228	0.2250	0.9071
	상이여부	1	0.4364	0.5442	0.2250	0.5111
	대상자 구분	3	0.8073	0.8073	0.7503	.
J860	나이	5	0.9716	0.9716	0.9662	.
	요양종별	1	.	.	.	.
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	.
	지역	15	0.0070	0.0070	0.0093	.
	상이여부	1	0.0070	0.8910	0.0093	.
M2580	대상자 구분	3	0.4710	0.3833	0.2235	0.1259
	나이	5	0.0376	0.1318	0.0005	0.6054
	요양종별	1	0.1081	0.6620	0.4288	0.7036
	상병수	1	0.8035	0.0015	0.0736	0.8272
	지역	15	0.4096	0.0877	0.2303	0.2907
M455	상이여부	1	0.4096	0.5850	0.2303	0.3789
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.5248	0.3745	0.5770	0.1986
	요양종별	1	0.9953	0.7242	0.8779	0.3712
	상병수	1	0.0029	0.0000	0.0000	0.0087
M4880	지역	15	0.7574	0.4278	0.8655	0.0000
	상이여부	1	0.7574	.	0.8655	.
	대상자 구분	3	0.9593	0.7556	0.5297	0.6155
	나이	5	0.9359	0.9916	0.4848	0.8886
	요양종별	1	0.0182	0.6688	0.4927	0.3078
M5416	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0042	0.1452	0.5610	0.9996
	상이여부	1	0.0042	0.9157	0.5610	0.1885
	대상자 구분	3	.	.	.	.
	나이	5	0.6755	0.9560	0.9423	0.4450
M5416	요양종별	1	0.8708	0.2929	0.5220	0.4063
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0374
	지역	15	0.3689	0.2673	0.0528	0.6083
	상이여부	1	0.3689	.	0.0528	.
	대상자 구분	3	0.1375	0.2386	0.1487	0.8144
M5416	나이	5	0.0003	0.0022	0.0028	0.1737
	요양종별	1	0.0006	0.1265	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상이여부	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

M968	상이여부	1	0.0000	0.7904	0.0000	0.7862
	대상자 구분	3	0.0001	0.0003	0.0000	0.0969
	나이	5	0.0992	0.1640	0.1347	0.5468
	요양종별	1	0.0368	0.0700	0.0156	0.0987
	상병수	1	0.0001	0.0000	0.0002	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.5974
N18	상이여부	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0328
	대상자 구분	3	0.3600	0.1850	0.1924	0.7738
	나이	5	0.7671	0.4882	0.4784	0.7986
	요양종별	1	0.6490	0.5420	0.9085	0.0359
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.8429
	지역	15	0.0005	0.0001	0.0002	0.0654
N188	상이여부	1	0.0005	0.3363	0.0002	0.7222
	대상자 구분	3	0.0212	0.1766	0.1282	0.5270
	나이	5	0.0825	0.0362	0.1091	0.2013
	요양종별	1	0.0016	0.0000	0.0000	0.0029
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.2246
	지역	15	0.0130	0.0007	0.0002	0.0666
N189	상이여부	1	0.0130	0.2902	0.0002	0.7299
	대상자 구분	3	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	나이	5	0.0000	0.0000	0.0000	0.0296
	요양종별	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	상병수	1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	지역	15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Z941	상이여부	1	0.0000	0.6131	0.0000	0.8515
	대상자 구분	3	0.6969	0.9036	0.4888	.
	나이	5	0.8122	0.7351	0.6578	.
	요양종별	1	0.5972	0.5999	0.9190	.
	상병수	1	0.0703	0.0045	0.0460	.
	지역	15	0.9235	0.8245	0.3498	.
	상이여부	1	0.9235	.	0.3498	.

〈표 III-91〉 입원의료이용량에 대한 조정평균 및 사후분석 결과

질병 코드	집단	요양일수		입내원일수		총진료비		원외처방비용	
		조정평균	사후 분석	조정평균	사후 분석	조정평균	사후 분석	조정평균	사후 분석
A099	국비	2.86	3-1,2,4 4-1,2	1.24	3-1,2,4 4-1,2	120093.036	3-1,2,4 4-1,2	-1476.10	1-3,4 2-3,4
	감면	5.07		1.03		52267.394		-781.80	
	건강보험	12.32		5.52		687788.484		635.52	
	의료급여	16.56		8.62		901325.247		722.40	
C349	국비	16.93	3-1,2,4 4-1,2	11.30	3-1,2,4 4-1,2	4569420.42	3-1,2,4 4-1,2	793.44	4-2,3
	감면	15.86		6.26		2815359.47		713.97	
	건강보험	47.91		27.47		6905697.56		2526.34	
	의료급여	57.52		36.16		7347171.88		5803.71	

C910	국비								2-3,4 3-4
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
E119	국비	7.86	3-1,2,4 4-1,2	0.01	3-1,2,4 4-1,2	-430271.77	3-1,2,4 4-1,2	-9875.07	1-2,3,4 3-2,4
	감면	7.78		1.58		-743376.25		4207.05	
	건강보험	29.58		21.72		895704.63		2359.45	
	의료급여	41.63		29.47		1696465.95		3687.58	
F201	국비		2-3,4 3-4		2-3,4 3-4		2-3,4		2-3,4
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F203	국비	149.65	4-2,3	134.67	4-2,3	3825180.89	3-1,2,4 2-4	614.44	
	감면	122.19		120.46		3361501.18		364.35	
	건강보험	120.38		116.60		8861088.6		1097.12	
	의료급여	168.62		166.11		7280064.16		248.34	
F205	국비	194.01		190.72		9055938.17			
	감면	170.82		165.01		9327652.95			
	건강보험								
	의료급여								
F209	국비	71.16	4-1,2,3 1-3	60.00	4-1,2,3 1-3	921723.87	3-1,2,4 4-1,2	-300.30	3-4
	감면	124.69		118.52		1536564.99		-33.73	
	건강보험	150.63		143.08		7386736.63		589.06	
	의료급여	221.47		215.09		6685970.17		24.07	
G039	국비		2-3,4 3-4		2-3,4 3-4		2-3,4 3-4		2-3,4 3-4
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
H259	국비	3.97	3-1,2,4 4-1,2	1.72	3-1,2,4 4-1,2	1078450.14	3-1,2,4	17.68	4-1,2,3
	감면	3.64		1.48		1013929.37		87.73	
	건강보험	5.43		2.14		1262191.74		108.75	
	의료급여	6.30		2.45		1043811.32		852.14	
I10	국비	16.46	3-1,2,4 4-1,2	5.66	3-1,2,4 4-1,2	-134317.06	3-1,2,4 4-1,2	3409.29	
	감면	14.08		6.05		-364360.96		2372.44	
	건강보험	38.27		29.55		1251697.78		3366.60	
	의료급여	52.05		36.68		1922674.66		2582.25	
I200	국비	10.43	3-1,2,4 4-1,2	-2.09	3-1,2,4 4-1,2	2346629.97	1-3,4 2-3,4	1429.36	
	감면	11.68		-1.11		2625195.2		1835.84	
	건강보험	21.96		7.15		3689450.02		1121.70	
	의료급여	26.25		12.02		3584554.2		1607.23	
I209	국비	8.94	3-1,2,4 4-1,2	-3.65	3-1,2,4 4-1,2	214424.23	1-2,3,4 2-3,4 3-4	3264.26	
	감면	6.87		-0.62		962726.09		2433.09	
	건강보험	20.75		7.57		2207859.33		2002.83	

	의료급여	28.28		15.72		2563637.89		2438.44	
I638	국비	6.02	3-1,2,4 4-1,2	-6.85	3-1,2,4 4-1,2	-532358.33	3-1,2,4 4-1,2	3902.48	
	감면	23.41		13.06		393946.47		496.27	
	건강보험	52.15		42.20		4002015.39		1020.50	
	의료급여	76.69		65.70		4708911.31		1272.32	
I639	국비	17.05	3-1,2,4 4-1,2	6.33	3-1,2,4 4-1,2	962463.68	3-1,2,4 4-1,2	704.86	
	감면	20.24		8.62		1460814.12		1645.82	
	건강보험	51.82		40.13		4320334.13		1736.19	
	의료급여	78.98		66.90		5243901.95		2435.56	
I848	국비	4.53	3-1,2,4 4-1,2	3.53	4-1,2,3 2-3	595592.003	2-3,4 3-4	-121.42	
	감면	4.46		3.67		591864.921		-9.50	
	건강보험	6.79		5.18		715549.124		32.35	
	의료급여	9.34		7.08		647824.662		22.12	
J039	국비	10.60	4-2,3	7.84	3-4	179713.331	4-1,2,3 2-3	516.33	
	감면	8.90		6.36		173901.521		195.29	
	건강보험	10.14		6.11		417545.613		799.90	
	의료급여	12.35		8.00		485091.696		668.52	
J189	국비	9.35	1-2,3,4 2-3,4 3-4	1.83	1-2,3,4 2-3,4 3-4	1161485.16	1-2,3,4 2-3,4 3-4	152.48	
	감면	3.94		-4.69		-46932.27		728.38	
	건강보험	18.17		10.52		2067291.94		883.60	
	의료급여	25.04		16.96		2427701.21		980.03	
J209	국비	1.69	3-1,2,4 4-1,2	-0.93	3-1,2,4 4-1,2	181048.586	3-1,2,4 4-1,2	116352.68	1-2,3,4 2-3,4 3-4
	감면	2.40		0.38		-52221.519		-3404.95	
	건강보험	14.43		9.79		529504.754		38.08	
	의료급여	17.69		11.79		653137.238		915.17	
J342	국비	1.93	3-1,2,4 4-1,2	1.32	3-1,2,4 4-1,2	238355.869	3-1,2,4 4-1,2	4192.88	1-2
	감면	0.13		1.01		236532.392		1079.06	
	건강보험	8.34		3.98		662471.329		2068.08	
	의료급여	9.89		5.14		740148.194		1706.65	
J350	국비	2.44	3-1,2,4 4-1,2	2.07	3-1,2,4 4-1,2	71788.487	1-3,4 2-3,4	-525.04	
	감면	7.64		4.76		405539.268		-202.93	
	건강보험	13.82		6.42		793109.635		626.03	
	의료급여	15.57		7.68		819044.13		133.28	
J459	국비	4.45	3-1,2,4 4-1,2	-1.79	3-1,2,4 4-1,2	81872.14	3-1,2,4 4-1,2	2573.73	3-4
	감면	7.40		-0.34		-55295.88		3024.79	
	건강보험	23.42		14.07		1243350.52		1968.68	
	의료급여	33.59		22.95		1768557.97		2958.68	
K359	국비	7.29	3-1,2,4 4-1,2	4.82	3-1,2,4 4-1,2	1007749.09	3-1,2,4 4-1,2	-173.84	
	감면	5.86		4.43		961334.74		-40.17	
	건강보험	9.80		6.28		1320140.89		113.58	
	의료급여	10.94		7.11		1256909		164.60	
K603	국비	4.44	1-2,3,4	2.29	1-2,3,4	739061.288	3-2,4	1896.14	1-4

			2-3,4 3-4		2-3,4 3-4		1-2		
	감면	2.72		0.83		588204.108		67.09	
	건강보험	6.69		3.70		754173.536		124.16	
	의료급여	9.31		5.55		629409.458		512.78	
K610	국비	2.37	3-1,2,4 4-1,2	2.04	4-1,2,3 2-3	197481.71	4-1,2,3 2-3	-99.30	4-2,3
	감면	4.65		3.78		414401.01		-29.44	
	건강보험	9.64		5.48		678158.12		68.28	
	의료급여	14.88		9.62		1036417.88		1198.97	
K635	국비	3.68	3-1,2,4 4-1,2	0.50	1-2,3,4 2-3,4 3-4	271713.149	3-1,2,4 4-1,2	213.09	
	감면	3.41		-1.04		228558.222		554.40	
	건강보험	10.07		2.61		615358.344		717.79	
	의료급여	15.15		6.19		888502.166		173.05	
M4806	국비	20.97	3-1,2,4 4-1,2	9.04	3-1,2,4 4-1,2	1807503.16	1-2,3,4 2-3,4	1537.25	3-4
	감면	18.16		9.22		1170310.14		863.84	
	건강보험	31.36		19.23		2394490.44		949.53	
	의료급여	39.54		27.65		2536965.04		1740.35	
M511	국비	18.49	3-1,2,4 4-1,2	9.90	3-1,2,4 4-1,2	1047751.89	3-1,2,4 4-1,2	-1255.03	1-3,4
	감면	17.48		9.67		800295.28		1334.90	
	건강보험	27.73		16.17		1537282.37		966.25	
	의료급여	36.73		26.42		1897011.07		1372.81	
M512	국비	8.85	3-1,2,4 4-1,2	3.32	3-1,2,4 4-1,2	778815.54	3-1,2,4 4-1,2	310.19	3-4
	감면	9.68		4.13		671438.23		834.42	
	건강보험	23.56		14.82		1531173.22		948.36	
	의료급여	32.69		24.34		1790752		1691.23	
N201	국비	3.19	3-1,2,4 4-1,2	-1.54	1-2,3,4 2-3,4	241299.66	3-1,2,4 4-1,2	-2072.90	
	감면	5.75		0.28		410196.32		1431.18	
	건강보험	13.53		5.11		1136665.05		1293.75	
	의료급여	17.40		7.87		1418389.99		285.07	
N40	국비	12.12	3-1,2,4 4-1,2	4.07	3-1,2,4 4-1,2	242055.8	3-1,2,4 4-1,2	570.37	2-3,4 3-4
	감면	12.06		4.59		272531.05		975.18	
	건강보험	27.91		18.27		696140.6		1786.56	
	의료급여	31.09		18.81		1067358.67		-927.93	
S134	국비	6.85	3-1,2,4 4-1,2	3.47	3-1,2,4 4-1,2	146636.339	3-1,2,4 4-1,2	313.03	
	감면	6.84		5.36		99536.115		292.46	
	건강보험	14.92		12.82		647550.935		782.79	
	의료급여	18.00		15.81		769407.195		519.07	
S6230	국비	7.35	3-1,2,4 4-1,2	2.22	3-1,2,4 4-1,2	344117.27	3-1,2,4 4-1,2	-1143.29	2-3,4
	감면	7.48		3.52		228954.57		-771.90	
	건강보험	17.69		12.11		937652.93		672.76	
	의료급여	20.90		14.92		1068260.05		468.60	
S832	국비	11.65	3-1,2,4 4-1,2	6.80	3-1,2,4 4-1,2	700286.78	3-1,2,4 4-1,2	45.17	

		감면	10.42		5.87		673214.93		832.42
		건강보험	20.89		13.59		1630651.76		506.25
		의료급여	30.16		22.22		2108461.28		234.51
A410	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C240	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C241	국비	21.87		11.86		1096193.67		782.70	
	감면	31.20		22.11		6220097		183.39	
	건강보험								
	의료급여								
C250	국비	50.09		32.49		9301757.3			
	감면	65.39		36.31		13494546.5			
	건강보험								
	의료급여								
C716	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C719	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C833	국비	12.87	1-2	24.91		3210704.6		-10667.30	
	감면	93.50		33.24		16583036.6		619.17	
	건강보험								
	의료급여								
C859	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
C900	국비	35.77	1-2	38.87		20067459.9	1-2	2747.68	
	감면	100.60		41.63		-3754351.3		5220.33	
	건강보험								
	의료급여								
C920	국비	73.24		65.52		24306512.9			
	감면	96.66		88.95		15825751.7			
	건강보험								
	의료급여								
D469	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
D619	국비								
	감면								
	건강보험								

	의료급여								
F00	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F001	국비	154.05		150.08		9879588.39		1749.26	
	감면	94.09		100.85		6424624.54		379.77	
	건강보험								
	의료급여								
F002	국비	114.50		111.61		7296269.89			
	감면	80.59		76.95		5144461.22			
	건강보험								
	의료급여								
F009	국비	138.64		133.79		8035442.39		-648.52	
	감면	125.80		119.52		7083930.72		3037.48	
	건강보험								
	의료급여								
F018	국비	83.71		73.77		3057890.73		-1.85	
	감면	90.74		88.23		4854481.06		11.53	
	건강보험								
	의료급여								
F019	국비	96.15		84.27		4221616.25		-2342.98	
	감면	122.48		117.34		5123702.37		-1344.85	
	건강보험								
	의료급여								
F03	국비	118.40		114.56		5933052.69		-770.34	
	감면	110.24		108.26		5624998.87		530.66	
	건강보험								
	의료급여								
F062	국비	69.93	4-2,3	69.46	3-4	-29996.73	2-3	30165.25	1-3,4 2-3,4
	감면	45.69		44.52		1607760.79		28713.07	
	건강보험	123.51		116.73		7192632.38		2217.40	
	의료급여	170.43		165.29		6275610.54		957.53	
F069	국비	64.89	3-4	63.34	4-2,3	645246.69	3-2,4	-335.47	
	감면	141.25		130.93		3511466.29		-1075.43	
	건강보험	147.74		139.32		6347411.56		656.25	
	의료급여	193.26		186.90		5387474.06		-641.47	
F078	국비	3.06	4-1,2,3	-9.75	4-1,2,3	3035509.09		76.86	
	감면	120.66		108.64		1495918.03		14.90	
	건강보험	168.90		158.80		5945999.14		38.79	
	의료급여	234.27		223.91		6356972.98		23.40	
F09	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F102	국비	124.30		111.68		5593097.4		223.45	
	감면	140.63		128.39		5948425.64		-844.65	
	건강보험								
	의료급여								
F109	국비	212.00	1-2	209.50	1-2	8573135.73	1-2	-830.99	
	감면	30.75		4.74		-225389.79		1818.06	
	건강보험								

	의료급여								
F200	국비	84.95	4-1,2,3	77.35	4-1,2,3	-48743.34	1-3,4 2-3,4	-47.39	3-4
	감면	141.35		136.14		1864784.15		-113.81	
	건강보험	152.35		140.57		7176011.36		839.16	
	의료급여	226.74		218.04		7245994.31		-145.09	
F201	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F204	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F205	국비	194.01		190.72		9055938.17			
	감면	170.82		165.01		9327652.95			
	건강보험								
	의료급여								
F208	국비	22.27	4-2,3	11.93	4-2,3	-203798.63	2-3,4 3-4	-13.51	
	감면	44.99		40.41		438784.29		-57.51	
	건강보험	107.64		102.39		6155317.06		295.75	
	의료급여	162.62		158.18		5289109.57		110.76	
F220	국비	120.95		113.10		5839759.39		-4518.20	
	감면	160.69		161.65		8837262.81		3064.77	
	건강보험								
	의료급여								
F28	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
F29	국비	32.50	1-2	27.57	1-2	8389840.9	1-2		
	감면	279.72		273.08		15591907.6			
	건강보험								
	의료급여								
F319	국비								
	감면								
	건강보험								
	의료급여								
G122	국비	78.20		40.30		12206374.1		5657.01	
	감면	129.22		109.88		19700805.9		-137.49	
	건강보험								
	의료급여								
G811	국비	122.51		96.99		8474130.9	1-2	6242.53	
	감면	143.89		133.31		13195440.8		6740.38	
	건강보험								
	의료급여								
G819	국비	37.01	4-1,2,3 2-3	26.52	4-1,2,3 3-1,2	1367046.54	1-3,4 2-3,4	1731.10	
	감면	58.25		52.00		3940750.88		12228.55	
	건강보험	98.81		88.42		8085133.42		2855.20	
	의료급여	124.67		113.92		8049992.62		2748.44	
G821	국비								
	감면								

	건강보험							
	의료급여							
G824	국비	32.03	2-3,4	29.93	2-3,4	1278077.33	2-3,4 3-4	-4710.92
	감면	68.70		59.34		3110726.03		4148.60
	건강보험	133.68		118.77		9556720.94		4363.84
	의료급여	142.82		131.97		8198515.66		13573.73
G825	국비	53.13	2-3,4 3-4	49.14	2-3,4 3-4	11025660.3	2-3,4	2510.70
	감면	42.14		35.49		4615682.2		3893.84
	건강보험	84.84		72.58		8340299.8		3906.58
	의료급여	98.24		85.68		7446957.7		409.08
G931	국비	63.75	4-2,3	58.09	4-2,3	23017795.8	1-2	2196.27
	감면	46.57		35.87		5100219.7		1559.56
	건강보험	87.32		78.57		10101519.1		1353.77
	의료급여	105.61		97.04		10087351.8		91.77
I350	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
I351	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
I611	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
I612	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
I615	국비	103.92		102.51		13034288.1		21584.28
	감면	74.69		67.31		10928685.1		2641.62
	건강보험							
	의료급여							
I618	국비	61.67	1-2	60.59	1-2	9789967.46		908.07
	감면	129.32		124.77		7703567.14		540.53
	건강보험							
	의료급여							
I691	국비	-18.01	4-1,2,3 2-3	-32.81	4-1,2,3 3-1,2	-1344098.97	2-3,4 3-4	8275.50
	감면	146.92		144.70		4434922.05		1253.99
	건강보험	178.86		176.44		8253614.32		1435.72
	의료급여	216.50		214.85		9548830.62		-353.08
I694	국비	121.71		116.93		9491485.88		92.63
	감면	78.91		68.06		3652250.02		35.44
	건강보험							
	의료급여							
I710	국비							
	감면							
	건강보험							
	의료급여							
I714	국비	-4.25	1-2	-2.64	1-2	6243919.16		59.16

	감면	63.44		30.47		7746180.51		77.70
	건강보험							
	의료급여							
M8697	국비	59.16		47.96		6991124.75		
	감면	77.70		63.57		8516708.59		
	건강보험							
	의료급여							

4. 요약표

외래/입원별로 발생빈도가 많은 질환, 총진료비가 많은 질환, 입내원일수가 많은 질환을 상대로 공분산분석과 분산분석을 실시하였다. 공분산분석은 의료이용량(요양일수, 입내원일수, 총진료비, 원외처방비용)을 반응변수로 하고 대상자(국비진료, 감면진료, 건강보험, 의료급여), 연령, 상병수, 요양종별 가중치, 지역, 상이여부를 설명변수로 하는 모형이다. 이 모형에서 보훈대상, 연령, 지역, 상이여부는 범주형변수이며 상병수, 요양종별 가중치는 연속형변수이다. 분산분석은 의료이용량을 반응변수로 설명변수를 보훈대상으로 하는 1원 분산분석 모형이다. 공분산분석의 자유도는 28이기 때문에 사례수가 30이하를 제외한 발생빈도가 많은 질환, 총진료비가 많은 질환, 입내원일수가 많은 질환 각각 상위 30개 가량을 추출하여 질병별로 분산분석과 공분산분석을 실시하였다. 분산분석과 공분산분석의 결과를 보훈대상 변수의 유의성을 토대로 4개의 범주로 분류하였다. 1번째 범주는 (공)분산분석 모형에서 보훈대상 변수가 통계적으로 유의한 결과가 나오고 4개의 보훈집단 중 국비진료 대상집단이 상위권(1,2위)을 차지하는 범주이다. 2번째 범주는 (공)분산분석 모형에서 보훈대상 변수가 통계적으로 유의한 결과가 나오고 4개의 보훈집단 중 국비진료 대상집단이 하위권(3,4위)을 차지하는 범주이다. 3번째범주는 (공)분산분석 모형에서 보훈대상 변수가 통계적으로 유의한 결과를 나타내지 않은 범주를 말하며 "A"로 표기하였다. 4번째 범주는 특정 범주의 사례수의 부족으로 해당 모형에 유의성을 판단할 수 없거나 국비진료 대상집단이 상위권인지 하위권인지 파악할 수 없는 범주를 말하며 "B"로 표기하였다. 아래의 표들은 추출한 질병을 대분류별로 (공)분산분석 모형의 결과별로 정리한 표이다.

가. 분산분석 결과 요약

아래의 표를 살펴보면 다빈도 질환의 경우 대분류별로 비교적 고르게 분포하고 있으며 비교대상집단별로 유의한 차이를 보이는 질병들이 주로 국비대상자의 요양일수가 높은 것으로 나타났으며, 고액진료비는 2번 대분류에 집중적으로 분포되어 있고 다빈도질환과 마찬가지로 주로 국비대상자의 요양일수가 높은 것으로 나타났다. 입내원일수가 많은 질환도 같은 결과를 나타내고 있다. 요양일수에서 국비대상자가 상대적으로 낮게 나온 질병은 다빈도 질환의 “J209”와 입내원일수가 많은 질환의 “M455”로 총 2개이다.

〈표 III-92〉 외래 요양일수에 대한 집단간 분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099,B351, B353					
신생물 [C00-D48]			C900,C220,C340,C341, C343,C348,C349,C61, C65,C833,C900,C910, C921,D469		C900,C910,D469	
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]					G820,G122,G546, G81,G811,G819, G822	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H041					
귀 및 목지름기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환	J00,J36,J039,	J209				

[J00-J99]	J189,J310, J329,J40, J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K011,K053, K210					
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M170,M511, M750				M5416	M455
비노생식기계통의 질환 [N00-N99]	N341,N40		N18,N180,N188,N189		N18,N180,N188, N189	
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	R51					
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S610, S635,S636,S 836,S934					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C07,C119,C269,C310,C37,C499,C716,C719,C839,C859,C920 [21]Z940,Z944,Z941
입내원일수 많은 질환	2]C06,C061,C063,C119,C231,C716,[4]E713,[5]F205,[6]G821,G824,G931, [9]I162,[10]J860,[13]M2580,M4880,M968

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	
입내원일수 많은 질환	

주) 1: 국비진료대상자의 의료이용이 다른 비교집단과 비교해서 1,2위인 질병

2: 국비진료대상자의 의료이용이 다른 집단과 비교해서 3,4위인 질병

〈표 III-93〉 외래 입내원일수에 대한 집단간 분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099,B351,B353		B24			
신생물 [C00-D48]			C220,C349,C61, C910,C921	C839	C910	
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]					G122,G811, G819, G822	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H041					
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J00,J36,J039,J189, J209,J310,J329,J40, J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K053,K210	K011				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M511,M750	M170			M5416	M455
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N341,N40		N18,N180,N188	N189	N18,N180, N188	N189
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및						

염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	R51					
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S610,S635, S636,S836,S934					
질병이환 및 사망의 원인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	2]C900,C07,C119,C269,C310,C340,C341,C343,C348,C37,C499,C65, C716,C719,C833,C859,C900,C920,D469,[21]Z940,Z944,Z941
입내원일수 많은 질환	2]C06,C061,C063,C119,C231,C716, C900,D469,[4]E713,[5]F205, [6]G820,G546,G81,G821,G824,G931,[9]I162,[10]J860,[13]M2580,M4880, M968

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	
입내원일수 많은 질환	

〈표 III-94〉 외래 총진료비에 대한 집단간 분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099,B351, B353					
신생물 [C00-D48]			C220,C348,C349, C61,C910,C921		C910	
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]					G546,G81,G811,G819,G822	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H041					
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J00,J36,J039, J189,J310, J329,J40,J459	J209				
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K053,K210	K011				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M170,M511, M750					M5416
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N341,N40		N18,N180,N188, N189		N18,N180,N188, N189	
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						

달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]	R51					
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S610,S635,S636,S836,S934					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]				Z940		

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C900,C07,C119,C269,C310,C340,C341,C343,C37,C499,C65,C716,C719,C833,C839,C859,C900,C920,D469,[21]Z944,Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C06,C061,C063,C119,C231,C716,C900,D469,[4]E713,[5]F205,[6]G820,G122,G821,G824,G931,[9]I162,[10]J860,[13]M2580,M455,M4880,M968

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	
입내원일수 많은 질환	

〈표 III-95〉 외래 원외처방비용에 대한 집단간 분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099,B351, B353					
신생물 [C00-D48]				C900,C220,C349, C61,C839,C900		C900
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]					G122	G811,G819, G821
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H041				
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J00,J36,J039, J189,J209, J310,J329,J40, J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K210	K011, K053				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M170,M511, M750					
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N341,N40		N18	N180,N189	N18	N180,N189
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						

선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]		R51				
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S610, S635,S636,S8 36,S934					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C07,C119,C269,C310,C340,C341,C343,C348,C37,C499,C65, C716,C719,C833,C859,C910,C920,C921,D469,[14]N188,[21]Z940,Z944
입내원일수 많은 질환	2]C06,C061,C119,C716,C910,D469,[4]E713,[5]F205,[6]G820,G546,G81, G822,G824,G931,[10]J860,[13]M2580,M455,M4880,M5416,M968, [14]N188

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[21]Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C063,C231,[9]I162

〈표 III-96〉 입원 요양일수에 대한 집단간 분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099					
신생물 [C00-D48]	C349		C900			
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	F209		F201		F078,F09,F200, F201,F208, F209	F203
신경계통의 질환 [G00-G99]	G039		G811,G819, G825,G931		G811,G819, G825,G931	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H259					
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10,I200,I209,I638,I639,I848				I691	
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J039,J189,J209, J342,J350,J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K359,K603,K610, K635					
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M4806,M511, M512					
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N201,N40					
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						

달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S6230,S832					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[3]D619,[5]F205,F29,[6]G122,G824,[9]I350,I351,I611,I612,I615,I618,I710,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	5]F102,F109,F204,F205,F220,F28,F29,F319,[6]G821,G824,[9]I611,I618,I694

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	[6]G039,[11]K603
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,D469,[5]F201,F205,[9]I350,I351,I611,I612,I710
입내원일수 많은 질환	

〈표 III-97〉 입원 입내원일수에 대한 집단간 분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099					
신생물 [C00-D48]	C349		C833,C900			
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	F209		F201		F078,F09,F200, F201, F208,F209	F203
신경계통의 질환 [G00-G99]	G039		G819,G824, G825		G819,G821,G824,G825	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H259					
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I200,I209,I638, I639,I848	I10	I618		I618,I691	
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J039,J189,J209, J342,J350,J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K359,K603,K610, K635					
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M4806,M511, M512					
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N201	N40				
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상						

소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S6230,S832					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[3]D619,[5]F205,F29,[6]G122,G811,G931,[9]I350,I351,I611,I612,I615,I710,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F102,F109,F204,F205,F220,F28,F29,F319,[6]G811,G931,[9]I611,I694

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	
입내원일수 많은 질환	

〈표 III-98〉 입원 총진료비에 대한 집단간 분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099					
신생물 [C00-D48]	C349		C859,C900			
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	F209			F201	F200,F201, F203,F209	
신경계통의 질환 [G00-G99]	G039					
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]	H259					
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10,I200,I209, I638,I639,I848					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J039,J189,J209, J342,J350,J459					
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K359,K603 ,K610,K635					
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M4806,M511, M512					
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N201,N40					
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견						

[R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]	S134,S6230, S832					
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,C241,C250,C716,C719,C833,C910,C920,D469 [3]D619,[5]F205,F29,[6]G122,G811,G819,G824,G825,G931,[9]I350,I351, I611,I612,I615,I618,I710,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F078,F09,F102,F109,F204,F205,F208,F220,F28,F29,F319,[6]G811, G819,G821,G824,G825,G931,[9]I611,I618,I691,I694

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	
입내원일수 많은 질환	

〈표 III-99〉 입원 원외처방비용에 대한 집단간 분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]	A099					
신생물 [C00-D48]	C349		C910			
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]			D619			
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]	F209		F205,F29			F203
신경계통의 질환 [G00-G99]			G931		G931	
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]						
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I209,I638,I639					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J189,J209	J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]	K610					
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M4806	M511				
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N201					
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]						
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병	
다빈도 질환	[6]G039,[7]H259,[9]I10,I200,I848,[10]J039,J342,J350,[11]K359,K603,K635,[13]M512,[14]N40,[19]S134,S6230,S832
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,C241,C250,C716,C719,C833,C859,C900,C920,D469 [5]F201,[6]G122,G811,G819,G824,G825[9]I350,I351,I615,I618
입내원일수 많은 질환	[5]F078,F102,F109,F200,F201,F208,F209,F220,[6]G811,G819,G821,G824 ,G825,[9]I618,I691,I694
B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병	
다빈도 질환	
고액진료비 질환	[9]I611,I612,I710,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	5]F09,F204,F205,F28,F29,F319,[9]I611

나. 공분산분석 결과 요약

〈표 III-100〉 외래 요양일수에 대한 집단간 공분산분석분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099, B351, B353				
신생물 [C00-D48]				C349,C61, C839,C921		
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]					F205	
신경계통의 질환 [G00-G99]					G811,G819, G822	G824
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H041				
귀 및 쪽지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J36,J459	J00,J039,J189,J209, J310,J329,J40				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K011,K053, K210				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]	M511	M170,M750				M968
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]	N341	N40	N180,N188, N189		N180,N188, N189	
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						

출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]		R51				
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S610,S635, S636,S836,S934				
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]				Z940		

A: 집단 간 의료이용량의 차이에 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C900,C07,C119,C220,C269,C310,C340,C341,C343,C348,C499, C65,C716,C719,C833,C900,C910,C920,D469[14]N18,[21]Z944, Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C06,C061,C063,C119,C231,C716,C900,C910,D469,[4]E713,[6]G820, G122,G546,G821,G931,[9]I162,[10]J860,[13]M5416,[14]N18

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C37,C859
입내원일수 많은 질환	[6]G81,[13]M2580,M455,M4880

〈표 III-101〉 외래 입내원일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099,B351, B353				
신생물 [C00-D48]			C220,C859	C310, C349,C61		
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]						
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H041				
귀 및 쪽지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]		I10				
호흡기계통의 질환 [J00-J99]		J00,J36,J039, J189,J209,J310, J329,J40,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K011,K053, K210				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M170,M511, M750				M968
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N341,N40		N180, N189		N180, N189
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]		R51				
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S610, S635,S636, S836,S934				

질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]				Z940		

A: 통계적 유의성이 없는 질병	
다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C900,C119,C269,C340,C341,C343,C348,C499,C65,C716, C719,C833,C900,C910,C920,C921,D469,[14]N18, N188,[21]Z944, Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C06,C061,C063,C119,C231,C716,C900,C910,D469,[4]E713,[5]F205, [6]G820,G122,G546,G811,G819,G821,G822,G824,G931,[9]I162, [10]J860,[13]M5416,[14]N18, N188
B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병	
다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C07,C37,C859
입내원일수 많은 질환	[6]G81,[13]M2580,M455,M4880

〈표 III-102〉 외래 총진료비에 대한 집단간 공분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099,B351, B353				
신생물 [C00-D48]			C349,C859	C310, C340,C61		
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]	E119					
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]						G822
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H041				
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]	I10					
호흡기계통의 질환 [J00-J99]		J00,J36,J039, J189,J209,J310 ,J329,J40,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K011,K053, K210				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M170,M511, M750				M968
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N341,N40		N180, N189		N180,N189
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]		R51				

손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S610, S635,S636, S836,S934				
질병이환 및 사망의 원인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]				Z940		

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C900,C119,C220,C269,C341,C343,C348,C499,C65,C716,C719, C833,C900,C910,C920,C921,D469,[14]N18, N188,[21]Z944, Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C06,C061,C063,C119,C231,C716,C900,C910,D469,[4]E713,[5]F205 [6]G820,G122,G546,G811,G819,G821,G824,G931,[9]I162,[10]J860,[13] M5416,[14]N18,N188

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C07,C37,C839
입내원일수 많은 질환	[6]G81,[13]M2580,M455,M4880

〈표 III-103〉 외래 원외처방비용에 대한 집단간 공분산분석 요약표

외래	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099,B351, B353				
신생물 [C00-D48]			C348,C61	C900,C220, C349,C900		C900
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]						
신경계통의 질환 [G00-G99]						
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H041				
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]		I10				
호흡기계통의 질환 [J00-J99]		J00,J36,J039, J189,J209,J310, J329,J40,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K011,K053, K210				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M170,M511, M750			M968	
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N341,N40		N180,N189		N180, N189
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및						

염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]		R51				
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S610, S635,S636,S836, S934				
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]B24,[2]C07,C119,C269,C310,C340,C341,C343,C499,C65,C716,C719, C833,C859,C910,C920,C921,D469,[14]N18, N188,[21]Z940,Z944, Z941
입내원일수 많은 질환	[2]C06,C061,C119,C716,C910,D469,[4]E713,[5]F205,[6]G820,G122,G54 6,G811,G819,G821,G822,G824,G931,[10]J860,[13]M5416,[14]N18,N188

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C37,C839
입내원일수 많은 질환	[2]C063,C231,[6]G81,[9]I162,[13]M2580,M455,M4880

〈표 III-104〉 입원 요양일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099				
신생물 [C00-D48]		C349		C833,C900		
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]		F209		F29	F109, F203	F078,F200, F208,F209,F29
신경계통의 질환 [G00-G99]				G819,G824, G825,G931		G819,G824, G825,G931
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H259				
귀 및 쪽지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]		I10,I200,I209, I638,I639,I848		I618,I714		I618,I691
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J039	J189,J209,J342, J350,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K359,K603, K610,K635				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M4806,M511, M512				
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N201,N40				
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						

손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S6230, S832				
질병이환 및 사망의 원인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C241,C250,C716,C719,C859,C910,C920,[5]F205,[6]G122,G811, [9]I615,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F102,F204,F205,F220,[6]G811,[9]I694

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	[6]G039
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,D469,[3]D619,[5]F201,[9]I350,I351,I611,I612,I710
입내원일수 많은 질환	[5]F09,F201,F28,F319,[6]G821,[9]I611

〈표 III-105〉 입원 입내원일수에 대한 집단간 공분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099				
신생물 [C00-D48]		C349				
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]		F209		F29	F109, F203	F078, F200, F208, F209, F29
신경계통의 질환 [G00-G99]				G819, G824, G825, G931		G819, G824, G825, G931
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H259				
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]		I10, I200, I209, I638, I639, I848		I618, I714		I618, I691
호흡기계통의 질환 [J00-J99]	J039	J189, J209, J342, J350, J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K359, K603, K610, K635				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M4806, M511, M512				
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N201, N40				
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134, S6230, S832				
질병이환 및 사망의 원인						

[V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병	
다빈도 질환	
고액진료비 질환	[2]C241,C250,C716,C719,C833,C859,C900,C910,C920,[3]D619,[5]F205, [6]G122,G811,[9]I615,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F102,F204,F205,F220,[6]G811,[9]I694
B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병	
다빈도 질환	[6]G039
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,D469,[5]F201,[9]I350,I351,I611,I612,I710
입내원일수 많은 질환	[5]F09,F201,F28,F319,[6]G821,[9]I611

〈표 III-106〉 입원 총진료비에 대한 집단간 공분산분석 요약표

입원	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
대분류	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099				
신생물 [C00-D48]		C349	C900			
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]		F209		F29	F109, F203	F200,F208, F209,F29
신경계통의 질환 [G00-G99]			G825	G811, G819, G824	G825	G811,G819, G824
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H259				
귀 및 쪽지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]		I10,I200,I209, I638,I639,I848				I691
호흡기계통의 질환 [J00-J99]		J039,J189,J209, J342,J350,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K359,K610,K635				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M4806,M511, M512				
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N201,N40				
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						

달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S134,S6230,S832				
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병

다빈도 질환	
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C241,C250,C716,C719,C833,C859,C910,C920,[3]D619,[6]G122,G931,[9]I615,I618,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F078,F102,F201,F204,F205,F220,[6]G931,[9]I618,I694

B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병

다빈도 질환	[6]G039,[11]K603
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C240,D469,[5]F201,F205,[9]I350,I351,I611,I612,I710
입내원일수 많은 질환	[5]F09,F28,F319,[6]G821,[9]I611

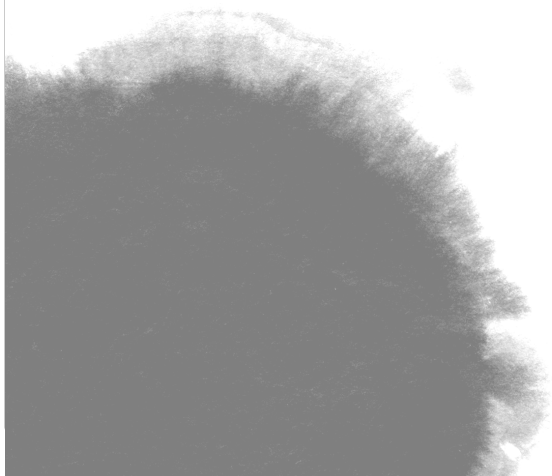
〈표 III-107〉 입원 원외처방비용에 대한 집단간 공분산분석 요약표

입원 대분류	다빈도 질환		고액진료비 질환		입내원일수 많은 질환	
	1	2	1	2	1	2
특정 감염성 및 기생충성 질환 [A00-B99]		A099				
신생물 [C00-D48]		C349				
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애 [D50-D89]						
내분비, 영양 및 대사 질환 [E00-E90]		E119				
정신 및 행동 장애 [F00-F99]					F200	
신경계통의 질환 [G00-G99]						
눈 및 눈 부속기의 질환 [H00-H59]		H259				
귀 및 꼭지돌기의 질환 [H60-H95]						
순환기계통의 질환 [I00-I99]				I615		
호흡기계통의 질환 [J00-J99]		J209,J459				
소화기계통의 질환 [K00-K93]		K610				
피부 및 피부밑조직의 질환 [L00-L99]						
근육골격계통 및 결합조직의 질환 [M00-M99]		M511				
비뇨생식기계통의 질환 [N00-N99]		N40				
임신, 출산 및 산후기 [O00-O99]						
출생전후기에 기원한 특정 병태 [P00-P96]						
선천 기형, 변형 및 염색체 이상 [Q00-Q99]						
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견 [R00-R99]						
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 [S00-T98]		S6230				
질병이환 및 사망의 외인 [V01-Y98]						
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 [Z00-Z99]						

A: 통계적 유의성이 없는 질병	
다빈도 질환	[5]F209,[9]I10,I200,I209,I638,I639,I848,[10]J039,J189,J342,J350,[11]K359,K603,K635,[13]M4806,M512,[14]N210,[19]S134,S832
고액진료비 질환	[1]A410,[2]C241,C833,C859,C900,[3]D619,[5]F201,[6]G122,G811,G819,G824,G825,G931,[9]I618
입내원일수 많은 질환	[5]F078,F102,F109,F201,F203,F208,F209,F220,[6]G811,G819,G824,G825,G931,[9]I618,I691,I694
B: 사례수의 부족으로 통계분석이 불가능한 질병	
다빈도 질환	[6]G039
고액진료비 질환	[2]C240,C250,C716,C719,C910,C920,D469,[5]F201,F29,[9]I350,I351,I611,I612,I710,I714,[10]M8697
입내원일수 많은 질환	[5]F09,F204,F205,F28,F29,F319,[6]G821,[9]I611

04

국비진료대상자 의료이용효율화 방안
모색을 위한 전화조사



제4장 국비진료대상자 의료이용효율화 방안 모색을 위한 전화조사

제1 절 조사개요

보훈대상자의 의료이용 패턴, 보훈병원 및 위탁병원의 의료이용 접근성, 본인 일부 부담제도 및 그에 따른 인센티브 제공에 대한 의견수렴을 위하여 전화조사를 실시하였다.

조사대상은 2008년 7월부터 2009년 6월까지 1년간 보훈병원과 위탁병원을 이용한 자료를 바탕으로 선정하였다. 보훈·위탁병원 입원 서비스 이용자 1100명, 외래 서비스 이용자 2500명, 의료를 이용하지 않은 대상자 700명을 추출하여 각각 400명, 500명, 200명 이상에게 응답받는 것을 목표로 조사를 진행 하였으며, 결과표에 나타난 대상구분은 위에서 언급한 것과 같은 보훈·위탁병원 의료이용 형태에 따른 것이다. 즉, 입원서비스를 이용한 대상자는 ‘입원이용’, 외래서비스는 ‘외래이용’, 보훈·위탁병원을 이용하지 않은 대상자는 ‘의료비이용’이라고 표시하였다. 이 구분에 따른 전화조사 응답자 수는 입원이용 401명, 외래이용 509명, 의료비이용자 209명이며 총 1117명이다.

조사는 2010년 6월 18일부터 6월 24일까지 5일간 진행하였다. 가능하나 국비대상자 본인이 직접 응답하도록 하였으나 조사 응답이 어려울 정도로 몸이 불편하거나 보호자가 의료이용에 관한 상세 내용을 모두 알고 있는 경우에는 대리응답을 허용하였다.

결과에 대한 분석은 SPSS 12.0 프로그램을 사용하여 정리하였다.

제2절 조사결과

1. 일반적 특성

전화조사에 응답한 응답자들의 일반적 특성은 다음과 같다.

응답자들의 대부분은 남자로 전체성별 구성은 남자 97.0%, 여자 3.0%였다. 국비진료 대상자의 대부분이 남자이고 본인응답 비율이 높기 때문에 이러한 결과가 나온 것으로 여겨진다.

연령에 관한 분포는 다음과 같다. 전체 만 59세 이하는 7.1%, 60대 9.6%, 70대 4.6%, 80대 77.6%, 90세 이상이 1.2%로 나타났다.

많은 응답자들이 서울 18.0%, 경기 16.2% 지역에 거주하고 있었다. 또한 부산 7.3%, 대구 8.1%, 인천 3.7%, 광주 3.0%, 대전 2.5%, 울산 1.0%로 광역지자체 거주자들은 25.6%로 나타났다.

〈표 IV-1〉 응답자 성별

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	남자	388	97.0%
	여자	12	3.0%
	전체	400	100.0%
외래이용	남자	495	97.4%
	여자	13	2.6%
	전체	508	100.0%
의료비이용	남자	199	96.1%
	여자	8	3.9%
	전체	207	100.0%
합계	남자	1082	97.0%
	여자	33	3.0%
	전체	1115	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 1명, 외래 1명, 전체 2명

2) 입원이용: 보훈·위탁병원의 입원 서비스를 이용한 경우

외래이용: 보훈·위탁병원의 외래 서비스를 이용한 경우

의료비이용: 보훈·위탁병원의 의료 서비스를 이용하지 않은 경우

〈표 IV-2〉 응답자 연령

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	만 59세 이하	9	2.3%
	만 60세 ~ 69세	1	0.3%
	만 70세 ~ 79세	15	3.8%
	만 80세 ~ 89세	369	92.3%
	만 90세 이상	6	1.5%
	전체	400	100.0%
외래이용	만 59세 이하	3	0.6%
	만 60세 ~ 69세	1	0.2%
	만 70세 ~ 79세	13	2.6%
	만 80세 ~ 89세	485	95.5%
	만 90세 이상	6	1.2%
	전체	508	100.0%
의료비이용	만 59세 이하	62	30.0%
	만 60세 ~ 69세	105	50.7%
	만 70세 ~ 79세	23	11.1%
	만 80세 ~ 89세	11	5.3%
	만 90세 이상	1	0.5%
	전체	207	100.0%
합계	만 59세 이하	79	7.1%
	만 60세 ~ 69세	107	9.6%
	만 70세 ~ 79세	51	4.6%
	만 80세 ~ 89세	865	77.6%
	만 90세 이상	13	1.2%
	전체	1115	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 1명, 외래 1명, 전체 2명

〈표 IV-3〉 응답자 지역구분

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	서울	59	14.7%
	부산	28	7.0%
	대구	20	5.0%
	인천	12	3.0%
	광주	16	4.0%
	대전	8	2.0%
	울산	2	0.5%
	경기	67	16.7%
	강원	23	5.7%
	충북	18	4.5%
	충남	11	2.7%
	전북	21	5.2%
	전남	47	11.7%
	경북	43	10.7%
	경남	22	5.5%
	제주	4	1.0%
	전체	401	100.0%
외래이용	서울	107	21.0%
	부산	42	8.3%
	대구	30	5.9%
	인천	19	3.7%
	광주	2	0.4%
	대전	13	2.6%
	울산	5	1.0%
	경기	76	14.9%
	강원	24	4.7%
	충북	26	5.1%
	충남	25	4.9%
	전북	15	2.9%
	전남	29	5.7%
	경북	55	10.8%
	경남	28	5.5%
	제주	13	2.6%
	전체	509	100.0%

의료비이용	서울	35	16.9%
	부산	11	5.3%
	대구	40	19.3%
	인천	10	4.8%
	광주	15	7.2%
	대전	7	3.4%
	울산	4	1.9%
	경기	38	18.4%
	강원	8	3.9%
	충북	1	0.5%
	충남	6	2.9%
	전북	3	1.4%
	전남	6	2.9%
	경북	9	4.3%
	경남	12	5.8%
	제주	2	1.0%
	전체	207	100.0%
합계	서울	201	18.0%
	부산	81	7.3%
	대구	90	8.1%
	인천	41	3.7%
	광주	33	3.0%
	대전	28	2.5%
	울산	11	1.0%
	경기	181	16.2%
	강원	55	4.9%
	충북	45	4.0%
	충남	42	3.8%
	전북	39	3.5%
	전남	82	7.3%
	경북	107	9.6%
	경남	62	5.6%
	제주	19	1.7%
	전체	1117	100.0%

국비진료 대상자의 월평균 가구소득은 200만원 미만이 87.8% 로 대부분을 차지하였다. 수입이 없음을 포함한 100만원 미만인 경우가 46.4%, 100만원 이상부터 200만원 미만이 41.4% 으로 나타났다. 200만원 이상부터 300만원 미만은 8.4%, 300만원 이상부터 500만원 미만은 3.4%, 500만원 이상은 0.4%로 월 300만원 이상의 고소득 가구는 3.8%이다.

〈표 IV-4〉 월평균 가구소득

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	없음	0	0.0%
	100만원 미만	188	48.2%
	100만원 이상 ~ 200만원 미만	163	41.8%
	200만원 이상 ~ 300만원 미만	29	7.4%
	300만원 이상 ~ 500만원 미만	10	2.6%
	500만원 이상	0	0.0%
	전체	390	100.0%
외래이용	없음	2	0.4%
	100만원 미만	226	45.8%
	100만원 이상 ~ 200만원 미만	214	43.4%
	200만원 이상 ~ 300만원 미만	30	6.1%
	300만원 이상 ~ 500만원 미만	17	3.4%
	500만원 이상	4	0.8%
	전체	493	100.0%
의료비이용	없음	2	1.0%
	100만원 미만	86	42.4%
	100만원 이상 ~ 200만원 미만	73	36.0%
	200만원 이상 ~ 300만원 미만	32	15.8%
	300만원 이상 ~ 500만원 미만	10	4.9%
	500만원 이상	0	0.0%
	전체	203	100.0%
합계	없음	4	0.4%
	100만원 미만	500	46.0%
	100만원 이상 ~ 200만원 미만	450	41.4%
	200만원 이상 ~ 300만원 미만	91	8.4%
	300만원 이상 ~ 500만원 미만	37	3.4%
	500만원 이상	4	0.4%
	전체	1086	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 11명, 외래 16명, 의료비이용 4명, 전체 31명

의료보험 종류는 건강보험이 81.3%로 대부분을 차지하였으며 의료급여 대상자는 16.9%, 건강보험 임의탈퇴자는 1.7%인 것으로 나타났다.

〈표 IV-5〉 의료보험종류

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	건강보험대상자	261	77.0%
	의료급여대상자	74	21.8%
	건강보험 임의탈퇴자	4	1.2%
	전체	339	100.0%
외래이용	건강보험대상자	374	82.9%
	의료급여대상자	65	14.4%
	건강보험 임의탈퇴자	12	2.7%
	전체	451	100.0%
의료비이용	건강보험대상자	167	85.2%
	의료급여대상자	28	14.3%
	건강보험 임의탈퇴자	1	0.5%
	전체	196	100.0%
합계	건강보험대상자	802	81.3%
	의료급여대상자	167	16.9%
	건강보험 임의탈퇴자	17	1.7%
	전체	986	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 62명, 외래 58명, 의료비이용 11명, 전체 131명

본 설문은 전체 응답의 67.9%가 본인이 응답하였고 32.1%는 대리응답이었다. 대리 응답시 국비진료대상자와 어떤 관계인지에 대한 응답을 거부한 1명을 제외한 358명 중 43.0% 인 154명이 자녀이며 54.2%인 194명이 배우자이다.

〈표 IV-6〉 대리응답 빈도

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	본인응답	240	59.9%
	대리응답	161	40.1%
	전체	401	100.0%
외래이용	본인응답	345	67.8%
	대리응답	164	32.2%
	전체	509	100%
의료비이용	본인응답	173	83.6%
	대리응답	34	16.4%
	전체	207	100.0%
합계	본인응답	758	67.9%
	대리응답	359	32.1%
	전체	1117	100.0%

〈표 IV-7〉 대리응답시 관계

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	자녀	64	40.0%
	형제·자매	1	0.6%
	부모	0	0.0%
	손자녀	4	2.5%
	활동보조인	0	0.0%
	배우자	91	56.9%
	전체	160	100.0%
외래이용	자녀	80	48.8%
	형제·자매	1	0.6%
	부모	0	0.0%
	손자녀	1	0.6%
	활동보조인	1	0.6%
	배우자	81	49.4%
	전체	164	100.0%
의료비이용	자녀	10	29.4%
	형제·자매	1	2.9%
	부모	1	2.9%
	손자녀	0	0.0%
	활동보조인	0	0.0%
	배우자	22	64.7%
	전체	34	100.0%
합계	자녀	154	43.0%
	형제·자매	3	0.8%
	부모	1	0.3%
	손자녀	5	1.4%
	활동보조인	1	0.3%
	배우자	194	54.2%
	전체	358	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 1명, 전체 1명

2) 비해당자: 입원 240명, 외래 345명, 의료비이용 173명, 전체 758명

2. 의료이용 패턴

의료이용 패턴에 대한 응답은 다음과 같다.

국비진료 대상 자격을 받은 이후 의료기관을 방문한 경험이 있는지 여부를 묻는 질문에는 전체의 98.9%인 1104명이 방문한 경험이 있다고 응답하였다. 의료이용 경험이 없다고 응답한 13명은 이후 의료이용 패턴에 대한 문항에 비해당으로 분류하였다.

〈표 IV-8〉 국비진료 대상 자격을 받은 이후 의료기관 이용 여부

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	예	398	99.3%
	아니오	3	0.7%
	전체	401	100.0%
외래이용	예	506	99.4%
	아니오	3	0.6%
	전체	509	100.0%
의료비이용	예	200	96.6%
	아니오	7	3.4%
	전체	207	100.0%
합계	예	1104	98.8%
	아니오	13	1.2%
	전체	1117	100.0%

질환의 관리 및 치료를 위하여 병의원 등의 의료기관을 방문한 횟수에 대한 질문에 대한 응답은 다음과 같다.

응답은 연 평균 방문횟수와 월평균 방문횟수 중 응답자의 기억이 비교적 정확한 것을 선택하도록 하였다. 의료기관 방문횟수는 전체 1104명이 응답하였는데 이 중 69.3%인 766명이 월 방문 횟수로 응답하였고 나머지 338명이 연 방문 횟수로 응답하였다. 월 방문 횟수로 응답한 경우 응답 값을 12개월로 곱하여 연 방문 횟수와 단위를 맞추어 분석하였다.

입원이용 그룹 398명 중 19.3%인 77명은 의료기관을 1년에 10 회 미만 방문하며 29.1%는 10회 이상 20회 미만이었다. 또한 17.1%는 20회 이상 30회 미만, 34.4%인 137명은 30회 이상이라고 응답하였다.

외래이용 그룹 506명 중 19.0%는 10회 미만, 10회 이상 20회 미만은 31.0%, 20회 이상 30회 미만은 19.0%, 30회 이상은 31.0%로 157명이다.

마지막으로 200명이 응답한 의료비이용 그룹은 10회 미만이 29.5%, 10회 이상 20회 미만은 37.5%, 20회 이상 30회 미만 12.5%, 30회 이상은 20.5%로 나타났다.

전체 결과는 10회 미만이 21.0%인 232명, 10회 이상 20회 미만이 31.5%인 348명, 20회 이상 30회 미만이 17.1%인 189명, 30회 이상은 30.3%인 335명이다.

〈표 IV-9〉 연 평균 의료기관 방문 횟수

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	10회 미만	77	19.3%
	10회 이상 ~ 20회 미만	116	29.1%
	20회 이상 ~ 30회 미만	68	17.1%
	30회 이상	137	34.4%
	전체	398	100.0%
외래이용	10회 미만	96	19.0%
	10회 이상 ~ 20회 미만	157	31.0%
	20회 이상 ~ 30회 미만	96	19.0%
	30회 이상	157	31.0%
	전체	506	100.0%
의료비이용	10회 미만	59	29.5%
	10회 이상 ~ 20회 미만	75	37.5%
	20회 이상 ~ 30회 미만	25	12.5%
	30회 이상	41	20.5%
	전체	200	100.0%
합계	10회 미만	232	21.0%
	10회 이상 ~ 20회 미만	348	31.5%
	20회 이상 ~ 30회 미만	189	17.1%
	30회 이상	335	30.3%
	전체	1104	100.0%

주석: 1) 비해당자 : 입원 3명, 외래 3명, 의료비이용 7명, 전체 13명

2) 월방문 응답값을 12개월로 곱하여 일년 방문 횟수를 계산함. 이 결과값을 일 년간 의료기관 방문 횟수에 반영하여 분석함.

특정 질환의 치료를 목적으로 병의원을 방문할 경우 입원이용은 79.9%, 외래이용은 84.6%, 의료비이용은 70.0% 가 단골병원이 있다고 응답하였다. 조사 대상 구분이 특정 기간 동안의 의료이용에 대한 것이기는 하지만 입원이나 외래 등 의료이용이 비교적 많은 대상 그룹이 단골병원이 있는 경우가 많은 것으로 나타났다.

이 질문에 대한 기타 답변으로는 ‘주로 보건소를 이용한다’와 ‘어느 지역에 머무는지에 따라서 다르다’ 등이 있었다.

〈표 IV-10〉 주로 다니는 병원이 있는지 여부

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	있음	318	79.9%
	없음	78	19.6%
	기타	2	0.5%
	전체	398	100.0%
외래이용	있음	428	84.6%

	없음	78	15.4%
	기타	0	0.0%
	전체	506	100.0%
의료비이용	있음	140	70.0%
	없음	57	28.5%
	기타	3	1.5%
	전체	200	100.0%
합계	있음	886	80.2%
	없음	213	19.3%
	기타	5	0.5%
	전체	1104	100.0%

주석: 1) 비혜당자 : 입원 3명, 외래 3명, 비혜당 7명, 전체 13명

하나의 특정 질환 치료를 위하여 최초 방문한 병원에서 처방해준 의약품을 모두 사용하지 않았는데 다른 의료기관을 이용한 경험이 있는지를 물었다. 이는 본인 부담 금액이 전혀 없거나 적은 국비진료대상자들의 불필요한 의료비 지출의 큰 원인이 되는 의료쇼핑 여부를 알아보기 위함이었다.

이러한 경험이 없다고 한 응답자의 비율은 입원이용이 349명으로 87.7%, 외래이용 458명으로 90.5%, 의료비이용 183명인 91.5%로 나타났다. 응답자 전체로 보았을 때 경험이 있다는 응답자는 10.3% 이고 없다고 응답한 비율은 89.7% 이다.

〈표 IV-11〉 하나의 질환으로 여러 의료기관을 방문한 경험(의료쇼핑) 여부

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	있음	49	12.3%
	없음	349	87.7%
	전체	398	100.0%
외래이용	있음	48	9.5%
	없음	458	90.5%
	전체	506	100.0%
의료비이용	있음	17	8.5%
	없음	183	91.5%
	전체	200	100.0%
합계	있음	114	10.3%
	없음	990	89.7%
	전체	1104	100.0%

주석: 1) 비혜당자 : 입원 3명, 외래 3명, 의료비이용 7명, 전체 13명

하나의 질환으로 여러 기관을 방문한 경험이 있다고 말한 응답자들에게 그 이유에 대하여 질문하였다. 전체 114명의 응답 대상자 중 70.2%인 80명이 처음 방문했던 의료기관의 처방에 효과가 없기 때문이라고 응답하였다. 12.3%는 여러 의사의 진료를 받아보고 싶어서, 1.8%는 비용부담이 없기 때문이라고 응답하였다.

기타 의견으로는 다른 진료과를 동시에 진료받기 위해서, 먹던 약을 잃어버리거나 장거리 이동시 집에 두고 가서, 가족등 지인이 운영하는 병원으로 가려고, 한의원 진료를 받고 싶어서, 더 쉽게 입원할 수 있는 병원을 찾기위해서, 응급상황이 발생해서 등이 있었다.

〈표 IV-12〉 하나의 질환으로 여러 의료기관을 방문한 이유 (의료쇼핑 이유)

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	이전 병원의 진료에 차도가 없어서	32	65.3%
	비용 부담이 없어서	1	2.0%
	여러 의사의 진료를 받아보고 싶어서	5	10.2%
	기타	11	22.4%
	전체	49	100.0%
외래이용	이전 병원의 진료에 차도가 없어서	35	72.9%
	비용 부담이 없어서	1	2.1%
	여러 의사의 진료를 받아보고 싶어서	6	12.5%
	기타	6	12.5%
	전체	48	100.0%
의료 비용	이전 병원의 진료에 차도가 없어서	13	76.5%
	비용 부담이 없어서	0	0.0%
	여러 의사의 진료를 받아보고 싶어서	3	17.6%
	기타	1	5.9%
	전체	17	100.0%
합계	이전 병원의 진료에 차도가 없어서	80	70.2%
	비용 부담이 없어서	2	1.8%
	여러 의사의 진료를 받아보고 싶어서	14	12.3%
	기타	18	15.8%
	전체	114	100.0%

주석: 1) 비해당자 : 입원 352명, 외래 461명, 의료비용 190명, 전체 1003명

병의원, 약국 등의 의료기관을 이용하면서 본인 혹은 가족이 지불하였던 금액에 질문도 의료기관 방문 횟수와 동일한 방식으로 진행하였다.

연 평균 본인부담금과 월 평균 본인부담 중 응답자의 기억이 비교적 정확한 것을 선택하도록 하였고 최종 분석 시 연 평균으로 단위를 맞추었다. 전체 응답자 1104명 중 16.9%가 본인부담금을 전혀 내지 않는다고 하였다. 30.4%인 336명이 5만원

이하, 18.0%가 5만원에서 10만원 사이를, 34.6%가 10만원이 넘는 금액을 의료기관에 지불하는 것으로 나타났다.

본인부담금이 전혀 없었다는 응답자를 대상 구분에 따라 살펴보면 입원이용이 398명의 응답자중 68명인 17.1%, 외래 이용이 506명 중 101명인 20.0%, 의료 비이용은 200명 중 18명인 9.0% 이다. 본인부담금이 5만원 미만인 경우는 입원 이용 그룹 27.1%, 외래 이용 그룹 27.9%, 의료 비이용 그룹에서는 43.5%를 차지하였다. 입원 이용 그룹의 17.1%, 외래 이용 그룹의 18.8%, 의료 비이용 그룹의 18.0%는 연평균 5만원과 10만원 사이의 금액을 의료기관에 지급한다고 응답하였다.

〈표 IV-13〉 연평균 의료기관에 지급한 본인부담금

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	0 원	68	17.1%
	0원 초과 ~ 5만원 이하	108	27.1%
	5만원 초과 ~ 10만원 이하	68	17.1%
	10만원 초과	154	38.7%
	전체	398	100.0%
외래이용	0 원	101	20.0%
	0원 초과 ~ 5만원 이하	141	27.9%
	5만원 초과 ~ 10만원 이하	95	18.8%
	10만원 초과	169	33.4%
	전체	506	100.0%
의료 비이용	0 원	18	9.0%
	0원 초과 ~ 5만원 이하	87	43.5%
	5만원 초과 ~ 10만원 이하	36	18.0%
	10만원 초과	59	29.5%
	전체	200	100.0%
합계	0 원	187	16.9%
	0원 초과 ~ 5만원 이하	336	30.4%
	5만원 초과 ~ 10만원 이하	199	18.0%
	10만원 초과	382	34.6%
	전체	1104	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 8명, 외래 7명, 의료비이용 1명, 전체 16명

2) 비해당자: 입원 3명, 외래 3명, 의료비이용 7명, 전체 13명

3) 한 달한 지급한 본인부담금 응답값을 12개월로 곱하여 일년 지급 금액을 계산함. 이 결과값을 일 년간 의료기관에 지급한 본인부담금에 반영하여 분석함.

3. 보훈병원 및 위탁병원의 의료이용 접근성

보훈병원과 위탁병원의 의료이용 접근성에 관한 결과는 다음과 같다.

전체 응답자의 92.9%인 1037명이 보훈병원 및 위탁병원 이용 경험이 있는 것으로 나타났다.

〈표 IV-14〉 보훈병원 및 위탁병원 이용 경험

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	경험 有	385	96.3%
	경험 無	15	3.8%
	전체	400	100.0%
외래이용	경험 有	499	98.0%
	경험 無	10	2.0%
	전체	509	100.0%
의료비이용	경험 有	153	73.9%
	경험 無	54	26.1%
	전체	207	100.0%
합계	경험 有	1037	92.9%
	경험 無	79	7.1%
	전체	1116	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 1명, 전체 1명

보훈병원 및 위탁병원을 이용한 경험이 있는 응답자들을 대상으로 보훈병원 및 위탁병원 방문시 대중교통 이용의 편리함 정도를 5점 척도로 하여 질문하였다. 1점은 ‘매우 불편함’, 2점은 ‘약간 불편함’, 3점은 ‘보통’, 4점은 ‘편리함’, 5점은 ‘매우 편리함’으로 하여 점수를 매기는 방식으로 응답하도록 하였다.

응답결과 대중교통이용 편의성에 5점을 주어 매우 편리하다고 응답한 경우는 4.9%인 51명이었다. 나머지 매우 불편함(1점), 약간 불편함(2점), 보통(3점), 편리함(4점)은 순서대로 22.4%, 22.1%, 18.0%, 16.3%로 유사한 비율로 나타났다.

〈표 IV-15〉 보훈병원 및 위탁병원 방문시 대중교통 이용의 용이 정도

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	매우 불편함	82	21.3%
	약간 불편함	85	22.1%
	보통	62	16.1%
	편리함	67	17.4%
	매우 편리함	14	3.6%
	대중교통 이용 안함	75	19.5%
	전체	385	100.0%
외래이용	매우 불편함	113	22.6%
	약간 불편함	120	24.0%
	보통	99	19.8%
	편리함	69	13.8%
	매우 편리함	28	5.6%
	대중교통 이용 안함	70	14.0%
	전체	499	100.0%
의료비용	매우 불편함	37	24.2%
	약간 불편함	24	15.7%
	보통	26	17.0%
	편리함	33	21.6%
	매우 편리함	9	5.9%
	대중교통 이용 안함	24	15.7%
	전체	153	100.0%
합계	매우 불편함	232	22.4%
	약간 불편함	229	22.1%
	보통	187	18.0%
	편리함	169	16.3%
	매우 편리함	51	4.9%
	대중교통 이용 안함	170	16.4%
	전체	1038	100.0%

주석: 1) 비혜당자: 입원 16명, 외래 10명, 의료비용 54명, 전체 79명

병원까지 이동하는데 걸리는 시간에 대한 만족도 역시 5점 척도로 응답하도록 하였다. 매우 오래걸린다(1점), 오래 걸리는 편이다(2점), 그저 그렇다(3점), 가깝다(4점), 매우 가깝다(5점)은 순서대로 25.0%, 27.1%, 22.1%, 18.8%, 7.1%로 나타났다.

〈표 IV-16〉 병원까지 걸리는 시간 만족도

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	매우 오래걸린다	101	26.2%
	오래걸리는 편이다	110	28.5%
	그저그렇다	72	18.7%
	가깝다	80	20.7%
	매우 가깝다	23	6.0%
	전체	386	100.0%
외래이용	매우 오래걸린다	117	23.4%
	오래걸리는 편이다	144	28.9%
	그저그렇다	122	24.4%
	가깝다	79	15.8%
	매우 가깝다	37	7.4%
	전체	499	100.0%
의료비이용	매우 오래걸린다	41	26.8%
	오래걸리는 편이다	27	17.6%
	그저그렇다	35	22.9%
	가깝다	36	23.5%
	매우 가깝다	14	9.2%
	전체	153	100.0%
합계	매우 오래걸린다	259	25.0%
	오래걸리는 편이다	281	27.1%
	그저그렇다	229	22.1%
	가깝다	195	18.8%
	매우 가깝다	74	7.1%
	전체	1038	100.0%

주석: 1) 비혜당자: 입원 15명, 외래 37명, 의료비이용 54명, 전체 79명

4. 의료이용효율화 방안에 대한 의견수렴

의료급여제도에서는 의료이용 왜곡으로 인한 의약품 오남용을 방지하기 위하여 건강생활유지비로 월 6천원을 선지급, 본인부담금으로 상용하도록 하고 있다. 이는 6천원을 초과하는 의료비는 본인이 부담하고 잔여액은 본인이 갖도록 하는 정책이다.

전화조사에 참여한 국비진료대상자에게 위 제도를 설명하고 이와 유사한 형태로 의료비 선지급 제도를 시행할 경우 참여할 의사가 있는지 물었다. 분석 결과 전체 응답자 1115명 중 557명인 50%는 의료비 선지급 제도를 찬성하였고 나머지 558명은 반대하였다.

대상구분에 따른 빈도를 살펴보면 입원이용 48.6%인 194명이, 외래이용은

43.0%인 219명, 의료비이용은 69.6%인 144명이 찬성하는 것으로 나타났다. 비교적 의료이용이 적은 의료비이용 그룹이 다른 대상 구분에 비해 찬성 비율이 높았다.

〈표 IV-17〉 의료비 선지급 제도 찬반 여부

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	찬성	194	48.6%
	반대	205	51.4%
	전체	399	100.0%
외래이용	찬성	219	43.0%
	반대	290	57.0%
	전체	509	100.0%
의료비이용	찬성	144	69.6%
	반대	63	30.4%
	전체	207	100.0%
합계	찬성	557	50.0%
	반대	558	50.0%
	전체	1115	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 2명, 전체 2명

의료비 선지급 제도를 반대한 559명을 대상으로 그 이유가 무엇인지 질문하였다. 병원 이용이 많기 때문에 매달 특정 비용을 받는 것이 더 불리하다는 응답자가 43.5%로 가장 많았다.

의료비 선지급을 반대하는 이유를 묻는 질문의 기타 답변은 현재 상황을 만족하기 때문에, 갑자기 병원을 많이 찾는 일이 생길 것 같아서, 선지급 받은 돈을 다른 용도로 사용하게 될 것 같아서, 선지급 금액을 만족하지 못할 것 같아서, 병원에 돈을 내고 다니는 것이 싫어서, 병원에 자주 가지 않는 사람도 많은데 그 사람들에게 미리 지급하면 낭비가 될 것 같아서 등이 있었다.

〈표 IV-18〉 의료비 선지급을 반대하는 경우 그 이유

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	번거로워서	44	21.4%
	병원이용이 많기 때문에	100	48.5%
	기타	62	30.1%
	전체	206	100.0%
외래이용	번거로워서	68	23.4%

	병원이용이 많기 때문에	120	41.4%
	기타	102	35.2%
	전체	290	100.0%
	번거로워서	7	11.1%
의료비이용	병원이용이 많기 때문에	23	36.5%
	기타	33	52.4%
	전체	63	100.0%
	번거로워서	119	21.3%
합계	병원이용이 많기 때문에	243	43.5%
	기타	197	35.2%
	전체	559	100.0%
	번거로워서		

주석: 1) 무응답자: 입원 1명, 전체 1명

2) 비해당자: 입원 194명, 외래 219명, 의료비이용 144명, 전체 557명

의료비 선지급제도 찬반 여부와 상관없이 매월 선지급하는 의료비의 가장 적당한 금액은 다음과 같은 것으로 나타났다.

의료비 선지급 제도에 참여할 경우 월 희망 수령금액이 5만원 미만이라고 응답한 비율은 입원 이용은 49명인 22.3%, 외래 이용은 48명인 17.1%, 의료비이용은 64명인 41.3% 이다. 5만원 이상 10만원 미만인 경우는 입원 이용이 18.6%, 외래이용 15.4%, 의료비이용 21.3%, 10만원 이상 15만원 미만인 경우는 입원 이용 15.5%, 외래 이용 21.8%, 의료비이용 18.7% 이다. 15만원 이상은 대상 구분 순서대로 43.7%, 45.7%, 18.7% 인 것으로 나타났다.

전체 응답자 655명의 응답비율은 5만원 미만이 161명인 24.6%, 5만원 이상 10만원 미만이 117명인 17.9%, 10만원 이상 15만원 미만은 124명인 18.9%, 15만원 이상은 253명인 38.6%로 나타났다.

본 설문을 하기 전 의료급여 제도의 건강생활유지비가 6천원인 것을 언급했음에도 불구하고 대부분의 답변이 이와 상당한 차이가 났다.

〈표 IV-19〉 의료비 선지급 제도에 참여할 경우 월 희망 수령금액

대상구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
입원이용	5만원 미만	49	22.3%
	5만원 이상 ~ 10만원 미만	41	18.6%
	10만원 이상 ~ 15만원 미만	34	15.5%
	15만원 이상	96	43.7%
	전체	220	100.0%
외래이용	5만원 미만	48	17.1%
	5만원 이상 ~ 10만원 미만	43	15.4%

	10만원 이상 ~ 15만원 미만	61	21.8%
	15만원 이상	128	45.7%
	전체	280	100.0%
의료비이용	5만원 미만	64	41.3%
	5만원 이상 ~ 10만원 미만	33	21.3%
	10만원 이상 ~ 15만원 미만	29	18.7%
	15만원 이상	29	18.7%
	전체	155	100.0%
합계	5만원 미만	161	24.6%
	5만원 이상 ~ 10만원 미만	117	17.9%
	10만원 이상 ~ 15만원 미만	124	18.9%
	15만원 이상	253	38.6%
	전체	655	100.0%

주석: 1) 무응답자: 입원 181명, 외래 117명, 의료비이용 52명, 전체 462명

응답자의 연 의료비 지출 및 의료기관 방문 횟수에 따라 의료비 선지급 제도 찬반 여부가 어떻게 달라지는지 분석한 결과는 <표 III-4>, <표 III-5>와 같다.

의료비 선지급 제도에 찬성하는 비율은 연 의료비 지출액이 0원일 때 40.6%, 5만원 일 때 51.5%, 5만원에서 10만원 사이일 때 43.7%, 10만원이 넘을 때 55.5%, 연 의료비 지출 금액을 응답하지 않은 비해당자 그룹의 경우에는 76.9%인 것으로 나타났다.

의료기관 방문 횟수에 따른 결과는 연 10회 미만일 때 52.2%, 10회에서 20회 사이일 때 48.8%, 20회 이상 30회 미만일 때 43.9%, 30회 이상일 때 51.9%가 찬성하는 것으로 나타났다.

<표 IV-20> 연의료비 지출 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬반 여부

연 의료비 지출 구분	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
0원	찬성	76	40.6%
	반대	111	59.4%
	전체	187	100.0%
0원 초과 ~ 5만원 이하	찬성	172	51.5%
	반대	162	48.5%
	전체	334	100.0%
5만원 초과 ~ 10만원 이하	찬성	87	43.7%
	반대	112	56.3%
	전체	199	100.0%
10만원 초과	찬성	212	55.5%
	반대	170	44.5%
	전체	382	100.0%

비해당	찬성	10	76.9%
	반대	3	23.1%
	전체	13	100.0%
합계	찬성	557	50.0%
	반대	558	50.0%
	전체	1115	100.0%

주석: 1) 무응답자: 0명 2명, 전체 2명

2) 비해당: 국비진료 대상 자격을 받은 이후 의료기관을 방문한 적이 없다고 응답한 13명

〈표 IV-21〉 연 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬반여부

연 의료기관 방문 횟수	응답구분	빈도 (명)	퍼센트 (%)
10회 미만	찬성	121	52.2%
	반대	111	47.8%
	전체	232	100.0%
10회 이상 ~ 20회 미만	찬성	169	48.8%
	반대	177	51.2%
	전체	346	100.0%
20회 이상 ~ 30회 미만	찬성	83	43.9%
	반대	106	56.1%
	전체	189	100.0%
30회 이상	찬성	174	51.9%
	반대	161	48.1%
	전체	335	100.0%
비해당	찬성	10	76.9%
	반대	3	23.1%
	전체	13	100.0%
합계	찬성	557	50.0%
	반대	558	50.0%
	전체	1115	100.0%

주석: 1) 무응답자: 1회 이하 2명, 전체 2명

2) 비해당: 국비진료 대상 자격을 받은 이후 의료기관을 방문한 적이 없다고 응답한 13명

제3절 요약 및 시사점

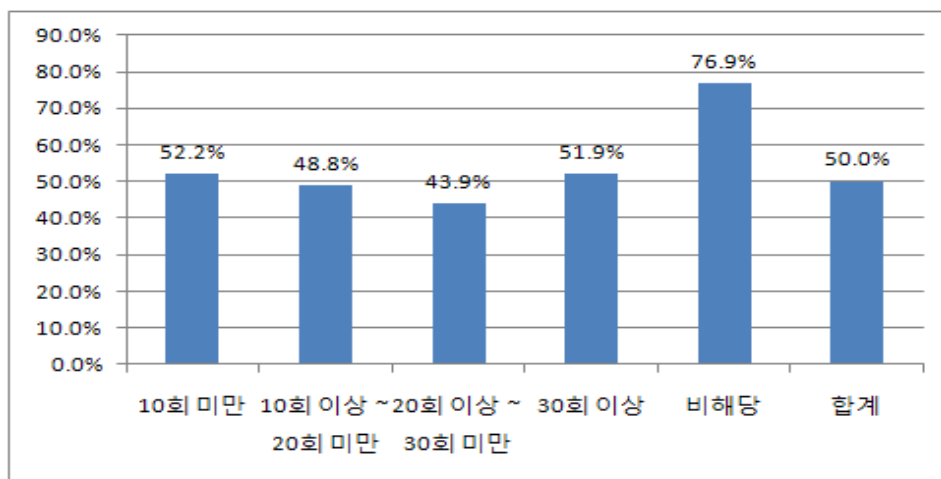
1. 의료비 선지급 제도에 관한 의견 요약

매달 일정금액으로 의료기관을 이용해야 하는 의료비 선지급 제도를 시행할 경우 의료비 지출이 많거나 의료기관 방문 횟수가 많으면 제도 시행 전보다 경제적으로 불리해 진다. 그렇기 때문에 본인의 의료비 지출이나 의료기관 방문 횟수가 많다는

응답자일수록 의료비 선지급 제도를 반대하는 비율이 높아질 것이라고 예상하였다.

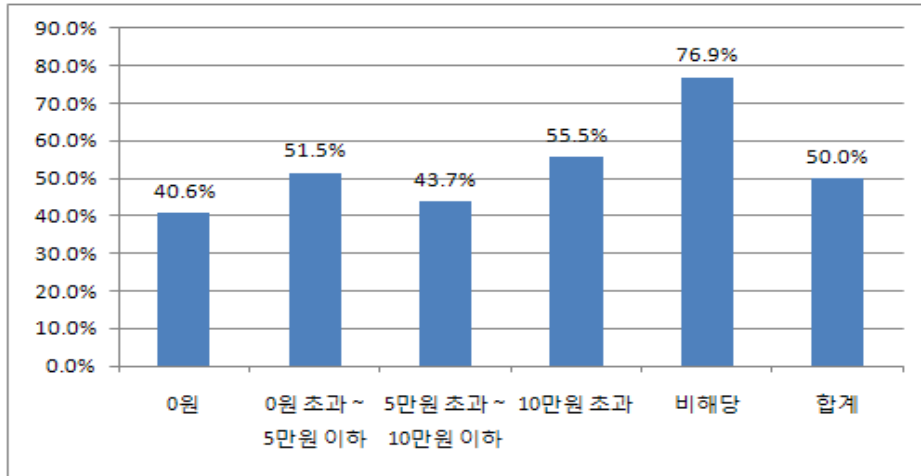
의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급제도 찬성 비율은 [그림 IV-1]와 같다. 의료기관을 가장 많이 방문한 그룹인 30회 이상을 제외하면 연 10회 미만 방문한 그룹부터 20회 이상 30회 미만 방문한 그룹까지는 방문 횟수가 많을수록 의료비 선지급 제도에 찬성하는 비율이 낮아졌다. 30회 이상 방문 한다고 응답한 그룹은 의료기관을 일 년에 최소 30회에서 최대 360회 이상 방문하여 포함된 변수의 표준편차가 크다. 비해당은 의료기관을 방문한 경험이 없다고 응답한 13명 중 7명이 의료비 선지급 제도에 찬성한 것이다. 이렇듯 30회 이상과 비해당 그룹은 각각 특수성이 인정되어 예외 경우로 둘 수 있다.

[그림 IV-1] 연 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율

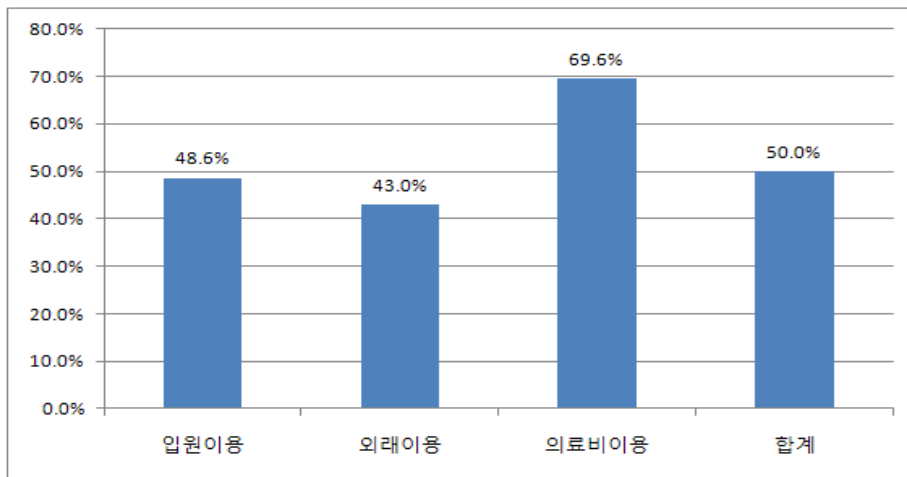


[그림 IV-2]에서 나타는 것과 같이 의료비 지출에 따른 의료비 선지급 제도 찬성 비율은 예상했던 것과 전혀 상관없는 패턴으로 나타났다. 본 설문은 연 의료비 지출 금액은 외래와 입원 의료 이용시 발생하는 모든 의료비에 대한 값이다. 하지만 의료비 선지급 제도는 외래 의료를 이용하는 경우에만 적용하는 제도 이므로 외래와 입원 각각의 의료비를 구분하지 않은 과정에서 오류가 발생했다고 보여 진다.

[그림 IV-2] 연의료비 지출 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율



[그림 IV-3] 응답자 구분에 따른 의료비 선지급 제도 시행 찬성 비율



응답자 구분에 따른 의료비 선지급 제도 찬성 비율은 다음과 같다. 입원비용은 48.6%, 외래비용 43.0%, 의료비비용 69.6%, 전체 비율은 50.0%이다. 의료비 선지급 제도는 외래 의료이용을 하는 경우에만 적용되는 것이므로 외래비용의 찬성율이 다른 그룹에 비하여 상대적으로 낮다. 또한 의료를 잘 이용하지 않아 매달 일정금액의 선지급금을 받게 되면 큰 이득이 되는 의료비비용의 찬성율은 높게 나타났다.

2. 조사의 한계

의료기관 이용 형태(방문 횟수, 본인 부담 비용)에 따른 의료비 선지급 제도 찬반 여부 결과가 당초 세웠던 가설과 다양한 패턴으로 나타난 이유는 크게 3가지로 들 수 있다.

첫째, 설문에 대한 응답자들의 이해가 부족했기 때문이다. 조사 시 의료비 선지급 제도 및 의료급여의 건강생활유지비에 대하여 충분히 설명했음에도 불구하고 응답자 대부분이 고령이고 전화조사로 인한 커뮤니케이션의 한계로 인하여 응답자들이 설문 내용에 대한 충분한 이해가 부족했을 수 있다.

둘째, 국비진료대상자라는 조사 대상의 특수성 때문이다. 국비진료대상자는 애국지사나 전상군경, 공상군경, 국가사회발전특별공로상이자등 국가를 위하여 몸과 마음을 바쳐 희생하거나 공헌을 한 경우 그 자격이 부여된다. 이와 같이 일반 국민에 비해 국가관이 투철하다고 여겨지는 응답자가 개인의 이익보다 국가의 장기적인 발전에 그 가치를 더 두어 본인의 상황에 국한되지 않고 찬반 의사를 밝혔을 가능성이 있다. 의료비 증가가 국가적인 문제로 부각되고 있기 때문에 국가가 시행하고자 하는 정책에 긍정적으로 생각하는 경향이 있다는 것이다.

셋째, 본 조사의 대상자는 보훈병원과 위탁병원 이용 기록을 바탕으로 선정하였다. 하지만 조사 내용은 보훈병원, 위탁병원을 비롯하여 일반 병의원까지 포함하여 응답하도록 하였다. 이와 같은 조사 대상선정 방법과 실제 조사 내용의 차이가 위와 같은 결과를 만들었을 수도 있다.

3. 소결

본 연구에서는 2008년 7월부터 2009년 6월까지 1년간 보훈병원과 위탁병원을 이용한 자료를 바탕으로 입원 서비스 이용자 401명, 외래 서비스 이용자 509, 보훈·위탁병원 이용 기록이 없는 의료비용자 209명을 대상으로 의료이용의 일반적인 사항과 의료비 선지급 제도에 대한 찬반여부를 조사하였다.

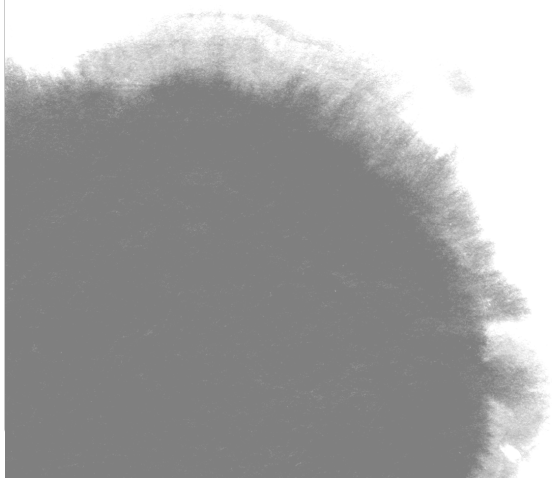
조사의 가장 핵심 부분이었던 의료비 선지급 제도에 대한 의견은 전체 응답자

1115명 중 557명인 50.0% 찬성, 558명인 50% 반대인 것으로 나타났다. 찬반 의견이 정확히 50%인 것으로 조사되었으며 이와 유사한 내용의 이전 조사가 전무한 상황이기 때문에 현재 제도 시행에 관한 대사자들의 인식이 변화 및 제도에 관한 호감 여부는 성급히 판단할 수 없는 상황이다.

향후 국비진료대상자들에게 의료비 선지급제도에 대한 적극적인 홍보와 공청회 등 의견 수렴의 기회를 지속적으로 마련하는 것이 필요하다.

05

외국의 보훈의료제도 고찰



제5장 외국의 보훈의료제도 고찰

보훈부에 의료정책을 포함한 국가의 정책수립은 그 나라의 역사, 정치, 경제 환경에 영향을 받기 때문에 각기 다른 특성을 지닌다. 보훈의료 서비스 제공에 있어서도 선진국과 같이 사회보장제도가 오랜 역사 속에서 철저한 기틀을 다져온 나라는 별도의 국가보훈제도를 두지 않고 사회보장제도에 포함하여 보상과 예우를 실시하고 있다. 즉 사회보장제도의 발전에 의하여 보훈제도가 사회보장제도에 흡수되어 간다는 것을 알 수 있는데(김성옥, 2007: 52), 이는 의료보장의 대상은 넓지만 보장서비스가 적기 때문에 보장서비스 범위가 넓은 미국과 보장서비스가 많은 호주와 캐나다를 중심으로 각국의 보훈정책 중 보훈의료 부분을 중심으로 살펴보고 우리나라의 보훈정책과 비교함으로써 시사점을 도출해 내고자 한다.

제1절 미국

미국의 경우를 보면, 보훈부에 의료정책을 총괄하는 제대군인 의료처를 두고 그 전달체계로 주단위 평균 3개소 정도, 총 173개소의 매디컬센터(보훈병원)를 기간망으로 하여 카운티 단위에 870개소의 외래진료를 두고 있다. 특히 보훈병원은 107개 우수 의과대학 및 1,200 여개의 교육기관과 협력체계를 구축하여 연간 83천여 명의 훈련을 맡고 있으며, 매년 15억 달러의 연구투자비를 사용하는 연방 최대의 보건전문 훈련기관인 동시에 재난구조 및 노숙자를 위한 의료서비스 기관이다. 보훈부는 인력의 약 90%, 예산의 41%를 의료보장 부분에 사용하고 있다. 이러한 방대한 조직 및 예산에도 불구하고 총 2,480만 명의 제대군인 중 20%인 약 500만 명이 의

료혜택을 받고 있다. 물론 이들 보훈병원 외에 공적의료보험(medicare)이나 65세 이상을 대상으로 하는 국가부담의 의료보호제도(medicaid)를 이용할 수 있지만 비용부담과 급여의 제한이 있다(김종성, 2005: 224).

〈표 V-1〉 미국 보훈의료 지원 대상 및 범위

구분	목적 및 취지	지원 대상 및 범위	지원 내용
의료	상이처·질환 등 진료로 건강한 생활도모	국가유공자법에 의한 17개 지원대상자 및 제대군인, 특수임무수행자, 고엽제 후유증환자, 5·18 유공자 및 가족	상이처 등 국비진료 (보훈병원+위탁병원) 유족 등의 보훈병원 감면진료
양로	노인성 질환자 등의 안락한 노후생활 보장	국가유공자 및 그 유족	가사·간병서비스 지원 노인요양병시설 이용지원 노인·의료용품 지원

자료: 국가보훈처 내부자료

위의 <표 V-1>는 미국의 보훈의료 지원 대상 및 범위를 나타내고 있는데, 미국에서는 영구적이고 순수한 복무관련성 상이를 가진 제대군인의 미망인과 자녀 역시 의료지원을 받을 수 있다. 보다 구체적으로 부양가족과 유족에 대한 의학적 보호를 받을 수 있는 대상은 ① TROCARE(국방부가 제공하는 시민 방위군에 대한 지원 사업)의 대상자가 아니며 Medicare의 대상자가 아닌 경우, ② 영구적이고 순수한 복무관련성 상이를 가진 제대군인의 미망인과 자녀, ③복무관련 상태로 죽거나, 복무관련 상이로 완전히 불능이 된 제대군인의 미망인과 자녀, ④부정행위 때문이 아니고 복무 중 죽은 제대군인의 미망인과 자녀, ⑤ 재결혼한 미망인과 홀아비가 결혼 상태가 종식된 경우 의학적 보호를 받게 된다(보건산업진흥원, 2004: 73).

1. 요양원 보호(Nursing-Home Care) 및 정양원 보호(Domiciliary Care)

심하게 아프지 않고 병원보호를 받을 필요가 없는 제대군인은 VA(제대군인부: Veterans Administration)요양원이나 개인요양원을 통하여 간호보호를 제공받을 수 있다. 복무관련 상이에 대한 보호가 필요한 제대군인이나, 70% 이상의 복무관련 상이율을 가진 자에게 우선적으로 요양보호를 제공하고 시설과 자원이 허용되면 다른 제대군인에

제도 제공될 수 있다. 보상성 복무관련 상이를 가진 제대군인, 베트남 근무 중 고엽제에 노출된 제대군인, 방사능에 노출된 제대군인, 걸프전 기간에 자연환경에 노출된 상태를 가진 제대군인, 멕시코국경전쟁 참전제대군인, 메디케이드(저소득자·신체장애자 대상의 의료보장제도) 대상의 제대군인은 소득적합조사 없이 요양원 보호를 제공받을 수 있다.

VA로부터 의료보호를 받는 제대군인은 정부부담으로 사립요양원으로 옮길 수 있다. 요양원 보호기간은 6개월까지이나 복무관련 상이로 요양원 보호를 받을 필요가 있거나, 복무관련 상이치료를 위하여 입원한 제대군인은 6개월 이상 보호 받을 수 있다. 사립요양원 입원이 허가되는 사항은 VA의료 판정에 따라 복무관련 상이에 대한 간호보호가 요청되는 제대군인, 장기간의 요양보호가 필요하고 전역하게 될 장기간 군병원에 입원중인 군인, VA의료기관에서 전역하였으며 VA로부터 가정 의료 지원을 받고 있는 제대군인이다.

정양원보호는 의료치료와 전문적 간호의 필요성이 적은 제대군인을 위해 장기간의 재활적 건강유지보호를 제공하는 것이다. 보호대상은 1년 소득이 VA연금의 최고등급을 넘지 않는 제대군인으로 적당한 부양수단이 없는 제대군인이다(한국개발연구원, 2003: 111-112).

그리고 50% 이상의 복무관련 상이제대군인, 복무관련 질병 및 상이의 치료를 위해서 약물치료를 받고 있는 제대군인, 소득이 VA연금의 최고등급을 넘지 않는 제대군인 등을 대상으로 무료 약품을 제공한다. 또한 치과검사, 진단, 수술, 회복, 방지의 모든 부문에 대한 치료를 제공한다. 대상자는 ① 복무관련이면서 보상의 대상이 되는 치과적 상이나 질환을 가진 제대군인, ② 90일 이상 투옥된 전쟁포로, ③ 전투 부상 혹은 복무상이의 결과로 발생한 비보상성 치과질환을 가진 제대군인, ④ 복무관련이 아니나 VA가 악화성으로 판정한 치과질환을 가진 제대군인, ⑤ 100% 복무와 관련하여 발생한 치과질환을 가진 제대군인, ⑥ 직업재활과정에 참여한 제대군인이다. 전역시에 존재한 치과질환, 최소한 180일 이상의 현역복무(걸프전은 90일 이상)를 한 제대군인, 전역 후 90일 이내에 VA에 치과보호를 요청한 제대군인에 대해서 1회 치료를 제공한다(한국개발연구원, 2003: 112-113).

걸프전, 고엽제, 방사능 감염 등과 관련하여 걸프전 참전자, 베트남전 중 고엽제에 노출된 제대군인, 원자력 방사능 등에 노출된 제대군인에게 의사가 필요하다고 인

정한 실험과 기타 진단을 포함하는 종합적 의료검사를 무료로 제공하고 그에 따른 진료와 의료보호를 지원한다. 그리고 보훈의료를 받는데 필요한 교통비를 지원하고 있는데, 의료적 보호를 받기 위해 필요한 교통비를 1회당 3달러, 한달에 최고 18달러 내에서 제공받을 수 있다. 그 외에도 알코올과 약물 중독자를 위한 치료 및 각종 보철구와 보청기를 제공하고 있으며, 실명 제대군인을 위한 실명적응훈련, 주택개선과 구조변경, 안내견 관련 비용 등을 제공한다. 또한 심리적 전쟁쇼크와 같은 정신적 후유증(PTSD)에 대한 치료를 받을 수 있다(한국개발연구원, 2003: 113).

제2절 호주

호주는 호주정부 산하 보훈부가 있으며, 보훈대상자를 전투복무와 일반복무로 구분, 참전 보상과 군사 보상이라는 제도로 나누어 보훈부에서 관리하고 있다. 호주정부 예산의 5.5%를 보훈 예산에 세출 편성하고 있으며, 보상금 외 각종 수당 및 혜택을 보면, 피복수당(Clothing Allowance), 영예수당 및 Victoria Cross 수당 (훈장 서훈자들에 별도 지급), 소득손실수당(Loss of Earnings Allowance), 휴양교통수당 (Recreation Transport Allowance), 일시장애수당(Temporary Incapacity Allowance), 상이처 진료 및 수술로 병원 등에 입원하여 입원기간 중 근로 손실 보전을 위한 보전금, 약품보조비 수당(Pharmaceutical Allowance) 등을 보훈법하의 의료보호 외에 별도 추가 지급하고 있다. 전화수당, 벽지 거주수당, 도시 지역보다 가계비 지출이 많은 벽지에 거주하는 대상자의 소득 보전 지원금, 임차비 보조, 특별지원(Crisis Payment) 등 기타 감면제도가 많다.

상이등급은 특별, 중간, 일반 등 3등급으로 분류를 하는데, 특별등급은 완전불구 (totally and permanently incapacitated)로서 완전 노동력 상실자와 노동력 70% 상실자로서 65세 이상이므로 한국의 1급, 2급, 3급과 그리고 4급, 5급, 6급 중 65세 이상자가 여기에 해당한다. 중간등급은 70% 이상 노동력 상실자로서 한국의 4급, 5급, 6급에 해당한다 (호주는 노동력 상실 기준을 취업가능 정도에 입각하여 적용하므로 한국과 달리 노동력 상실인정에 인색하지 않음).

일반등급은 한국의 7급 및 등외판정 대상자까지 범주에 들어가며 제대군인 연금

액수 설정에 대한 지침(the Assessment of Rates of Veterans' Pensions: GARP 로 약칭)에 따라 참전이나 국방임무 수행으로 인하여 입은 상이나 질병의 심각성에 따라 10%~100% 등 5단계로 나누어 분류한다.

중상이부가금(Extreme Disablement Adjustment: EDA로 약칭)은 특별등급의 경우 기본 보훈금의 100%, 중간등급은 50%를 합산한다. 특수상이부가금(Specific disabilities: SDA로 약칭)은 중간등급 이상에 한하여 지급된다. 간호수당(Attendant Allowance)은 월 50만원이며, 특별등급은 200%, 중간등급은 100%를 대상자의 불편에 해당하는 가족 수고비 명목으로 지급한다.

호주의 의료서비스는 직무수행과 관련된 상이 또는 질환으로서 중증 상이자를 위주로 하고 있다. 의료보장제도는 모든 의료서비스에 적용되는 골드카드(Gold Card)와 특별한 조건에서 보장되는 화이트카드(White Card) 및 약제혜택으로 제한되는 오렌지카드(Orange Card) 등 3종이 있다. 골드카드는 호주군으로써 전쟁포로, 2차 대전 퇴역여군, 70세 이상, 상이연금 일반급(General Rate) 100% 이상, 전쟁미망인 등에게 지급된다. 화이트 카드는 복무수행과 관련된 상이처나 질환 및 복무와 관련이 없는 암, 폐결핵, 전쟁과민증 등으로 제한된다. 의료서비스는 입원, 약처방, 치과, 안과, 물리요법, 척추교정, 보청, 보장구, 가정간호, 치료목적의 수송서비스 심지어 죽병환자에 대해 특수 제작된 구두의 제공을 포함한 광범위한 내용으로 되어 있다. 또한 골드카드, 화이트카드 소지자들을 대상으로 한 제대군인 가정간호(Veterans' Home Care)와 가정전선(Home Front) 프로그램이 운영되고 있는데, 가정간호사업은 가사지원과 주택 및 정원관리를 포함하며, 가정전선사업은 가정과 주변의 위험요소를 제거해 주기 위한 사업으로서 입원치료의 수요를 감소시키고 복지서비스의 질을 높이는 데 목적이 있다. 이 서비스는 소액의 자기 부담과 정부보조로서 운영되며, 주택이나 정원관리 등은 연간 이용 가능한 시간 제한이 있다. 위 요건에 해당되지 않는 영연방과 상선선원으로서 제1, 2차 세계대전 참전자와 70세 이상 및 최소한 10년 이상 호주에 거주한 자에게는 약제비 할인혜택이 주어진다(김종성, 2005: 229-230). 이상 검토해 본 것과 같이 호주의 보훈의료 보장 대상은 제한적이지만 서비스 폭은 넓다고 할 수 있는데, 다음의 <표 V-2>은 호주의 보훈의료서비스 특징을 정리한 것이다.

〈표 V-2〉 호주의 보훈의료서비스 특징

항 목	내 용
대상자 분류	<ul style="list-style-type: none"> - Gold card: 모든 조건에 대해 가장 높은 수준의 보건의료서비스를 이용할 수 있으며 적용 기준이 많음 - White card: 전쟁 관련 손상 및 전쟁 관련이 아니라도 악성암, 폐결핵, 외상후 스트레스 증후군 대상도 해당 - Orange card: 약제 혜택만 해당
서비스 제공 유형	<ul style="list-style-type: none"> - 보훈대상자에 대한 모든 서비스는 여타 정부부처 및 기존 프로그램에 통합 운영됨 - 보훈의료에 대한 정보제공 서비스 <ul style="list-style-type: none"> · 노인 보건 · 지역사회 보건
서비스 제공 기관	보훈처는 모든 보훈대상자에 대한 서비스를 책임지고 특히 노숙자, 고령자에 대한 특수한 서비스를 제공
특수 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 장애 연금: 복무관련 손상과 장애에 대해서는 심각도에 따라 구분 - 보상 연금: 미망인 및 고아 대상
우선순위 높은 대상집단	<ul style="list-style-type: none"> - 장기적 노숙 보훈대상자 - 기초 서비스 이용이 어려운 보훈대상자
특 성	국가가 운영하는 공공보건 의료 시스템이 잘 갖추어져 있어 기존 시설 및 프로그램에 통합 운영하고 있음

자료: 한국보건산업진흥원(2004: 95)에서 재수정

제3절 캐나다

캐나다 제대군인부에서는 제대군인과 기타 해당자들에게 ‘제대군인 의료보호 규정 (Veterans Health Care Regulations)’에 의거한 의료보호를 시행하고 있다. 여기에는 의학적·외과적·치과적 치료, 인공장구, 가정 적응, 진찰이나 치료를 위한 교통비 지원 등 보충적 시혜와 지역사회 의료보호 서비스 및 시책이 포함된다.

상이연금 수급자에게는 상이처와 직접 관련되는 약처방과 같은 가료시혜 (Treatment Benefits)가 제공된다. 또한 지역 의료시책으로 충족되지 않는 경우와 제대군인 자활프로그램(Veterans Independence Program)에 따른 서비스를 받는 경우 또는 제대군인이나 적격의 민간인이 ‘참전제대군인 수당법(War Veterans Allowance Act)’에 규정된 소득기준 범위에 해당할 경우 비상이처에 대한 가료시혜도 제공된다(한국개발연구원, 2003: 128).

직무수행과 직접 관련된 상이처에 대한 의료서비스는 국가부담이지만 상이처가

아닌 여타 질환에 대해서는 지역의료보험으로 충족되지 않거나 자활프로그램 서비스(Veterans Independence Program)를 받고 있는 상이자 또는 저소득자에 한하여 제공한다. 그러나 의료서비스 내용은 매우 다양하여 제대군인 의료보호카드(VAC Health Care Identification Card) 소지자들에게는 일상생활 보조, 구급차서비스, 입원, 요양, 청각, 시각, 치과, 보장구, 산소호흡장치 등 광범위한 서비스가 포함된다. 캐나다는 14개 선택프로그램제(Program of Choice)를 채택하여 의료기관이나 의료진을 선택할 수 있도록 하고 있으며 일부 서비스의 경우는 보훈부의 사전승인을 받도록 한다. 의료기관은 보훈병원, 주정부병원 계약병상, 민간병원이 포함되지만 보훈병원에서는 복무관련 질환에 대하여 진료한다. 보훈병원의 재활치료소(Liaison Centre)는 ① 신체적응 활동, ② 작업장 활동, ③ 공예품제작 활동, ④ 사교·교육·오락·활동 등 단계별 재활프로그램을 운영하고 있다. 의료서비스 가운데 가장 특이한 것은 가정기반을 보호하기 위한 사업으로서 청소, 정원관리, 세탁, 요리, 목욕, 휠체어 식사보조, 이·미용 등의 가사보조 및 병원이용 등에 필요한 교통비보조 그리고 가정간호, 가옥구조개선 등이 포함되는 자활프로그램서비스 등이다(김종성, 2005: 228-9). 즉, 캐나다 보훈보장은 대상은 제한적이지만 서비스 폭은 넓은 유형이라고 할 수 있다.

1. 제대군인 자활 프로그램(Veterans Independence Program)

제대군인 자활프로그램은 대상자들이 가정이나 사회에서 건강하고 독립된 생활을 지속할 수 있도록 지원하며, 해당자의 요구에 따라 다양한 서비스를 제공한다. 제대군인 자활프로그램은 연방·지방·도시의 다른 재활프로그램과 연계하여 고객 각자의 욕구에 최대한 대응토록 설계되어 있다.

자격요건은 제대군인 연금수급자로서 상이처와 직접 관련된 수요(Needs)가 있는 자와 저소득자 또는 특수진료가 필요한 자이다.

이들은 정원 관리(Grounds Maintenance), 가사(Housekeeping), 개인보호 서비스(Personal Care Services), 식사관련 서비스(Nutrition Service), 건강전문가의 건강지원서비스를 제공받을 수 있다. 장보기, 친지 방문을 위한 교통비 지급, 외출자

보호, 가정간호, 가옥구조개조 등의 서비스도 제공받는다.

가. 제대군인 건강보호증명카드(VAC Health Care Identification Card)

수혜대상은 제대군인부 연금 수급권이 있는 제대군인 및 민간인과 다음과 같은 제대군인으로 ① 참전제대군인수당법(War Veterans Allowance Act) 또는 상선해군 제대군인 및 전쟁관련 민간인 시혜법(Merchant Navy Veterans & Civilian War-related Benefits Act)에 의한 수당 수혜자, ② 노인복지법(Old Age Security Act) 수혜를 받지 않으며 위의 법에 의한 수당을 받는 자, ③ 제대군인 자활프로그램 수혜 자격이 있는 제대군인, 민간인 및 특수임무지역 연금 수급자 또는 수혜를 받고 있는 캐나다 군복무 제대군인, ④ 제대군인부 병원 또는 약정된 병원에 입원한 제대군인연금 수급자 또는 해외복무 제대군인이다(한국개발연구원, 2003: 129). 의료혜택은 제대군인부에서 정한 사용 횟수 및 진료한도액에 제한이 있는데, 일상생활 보조, 구급차 서비스, 청각 서비스, 치과서비스, 입원 서비스, 의료서비스, 의료제공, 간호서비스, 산소치료 호흡장치, 약처방, 보철 및 보장구, 관련 보건서비스, 특수장비, 시력보호 등의 의료지원을 받을 수 있다. 다음의 <표 V-3>는 캐나다 보훈의료서비스의 특징을 정리한 것이다.

<표 V-3> 캐나다의 보훈의료서비스 특징

항 목	내 용
환자분류	type 1: 기동은 가능하지만 신체적 정신적 기능 저하 추세 type 2: 기능적 장애가 있으며 회복에 제한이 있음 type 3: 만성적 병색 혹은 치료는 끝났지만 기능 제한이 남았음
서비스 제공유형	단기 서비스: type 1이 대상 Intermediate Care: type 2가 대상 Chronic Care: type 3이 대상
서비스 제공기관	Community facility / Departmental facility / Home care / Nursing care
특수 서비스	* 특수 장애 수당(Exceptional Incapacity Allowance) - 연금수급자로서 상이처에 의해 전부 또는 일부의 특수 장애가 있는 자는 월별부가 수당(Additional Monthly Allowance)지급 - 금액은 연금수급자의 인적 간호의 필요 정도, 통증, 생활의 즐거움 상실, 예측되는 생명단축기간 등의 정도에 따라 지급 * 간호수당(Attendance Allowance)

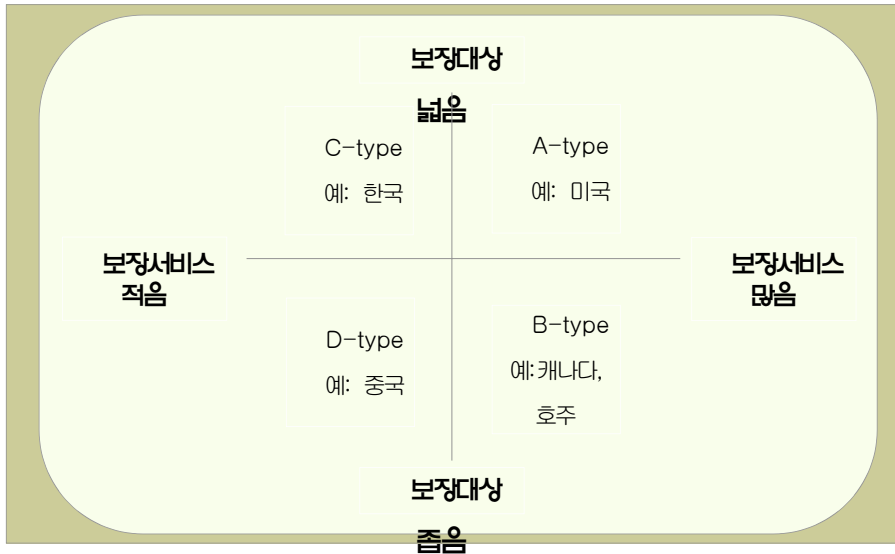
	<ul style="list-style-type: none"> - 연금율(Pensionable Assessment)이 1% 이상인 상이연금 수급자에게는 간호 필요 정도에 따라 월별부기수당 지급 - 금액은 연금수급자의 일상생활상의 신체적 보호 중 간호가 필요한 정도에 따름
우선순위 높은 대상 집단	<ul style="list-style-type: none"> - 전쟁관련 연금자 - 저소득의 심각한 장애인
특 성	<p>국가가 운영하는 단일 보험체계에서 모든 국민의 의료서비스 접근과 이용은 기본적으로 잘 보장되어 있음. 또한 장기요양서비스 체계도 잘 갖추어진 편임. 따라서 국가는 보험체계를 통한 서비스 제공</p>
요양급여	<p>제대군인 자활프로그램(Veterans Independence Program)에 따른 시혜와 서비스, 사회복지시설 또는 계약시설에의 장기입원 치료(Long-term care) 등을 통해 제대군인 기타 해당자들에게 치료 및 기타 건강관련 시혜를 제공. “제대군인 의료보호규정”에 의거 의료보호시혜를 받게 됨</p>

자료: 한국보건산업진흥원(2004: 83)

제4절 보훈의료보장제도의 유형

보훈 의료서비스 전달체계가 우리나라와 같이 별도로 운영되든 일반 사회보장체계에 의하여 운영되든 간에 보훈의료보장의 목적이나 성격에 연유하여 보면 다음의 몇 가지 원칙을 고려할 수 있다(김종성, 2005: 226-7). 첫째, 직무관련성이 있는 상이처나 질환 또는 이와 관련하여 발생되었거나 악화되었다고 인정되는 병발증 등 상당한 인과관계가 있는 경우에는 진료, 요양, 정양, 보장구, 재활 등의 포괄적 서비스가 제공된다. 둘째, 직무관련성이 없는 상이처나 질환, 즉 건강관리상의 장애 포함여부는 국가마다 다르겠지만 대개는 상이처에 대한 국비가료 중심으로 되어 있다. 셋째, 상이를 입지 않은 참전군인이나 장기복무 제대군인 등의 경우는 국비진료 대상에 포함하지 않는 것이 원칙이지만 일정한 조건하에서 의료서비스를 받을 수 있다. 실제 각국의 예를 보면 병원을 이용하는 데 있어서 의료서비스별 이용대상과 부담방식에는 차이가 있다. 상이 또는 질환의 직무관련성 여부나 상이정도에 따라 의료보장의 범위가 다르고 입원과 외래, 요양과 정양보호 등 서비스의 형태에 따라 자격이나 이용조건에 차이가 있다. 구체적으로 외국의 보훈의료지원 대상과 서비스에 대해서 정리하면 다음의 [그림 V-1]과 같이 4가지 형태로 구분할 수 있다.

[그림 V-1] 보훈보장 대상 및 서비스 유형



1. A-type: 보장대상이 넓고 보장서비스 많은 유형

이 유형에 해당하는 경우로는 미국을 들 수 있는데, 복무관련 상이군인과 연금수급권자(TRICARE: 국방부 의료사업)나 Medicare(의료보호) 대상이 아닌 자로서 영구적 상이자의 배우자와 자녀 및 복무관련 사망자의 미망인과 자녀, 복무관련성이 없는 상이자로서 일정한 소득 이하의 자(연간 소득이 \$19,408 이하인 자)에게 입원 치료는 전적으로 국가책임으로 제공하며, 우선순위 그룹제도¹³⁾를 도입하여 복무관련 상이자로서 50% 이상의 장애율을 가졌거나 장애로 인하여 직업을 가지지 못하는

13) 우선순위 그룹제도(Priority group system)는 고도 상이자에서 직무관련 상이자에 이르기까지 8단계로 구분

- ① 50% 이상 복무관련 상이자 및 복무관련 상이로 인한 취업 불능자
- ② 30~40% 상이자
- ③ 10~20% 상이자 및 전쟁포로
- ④ 개호 및 주택개조지원을 받는 거동불편자
- ⑤ 비복무 상이연금 수령자 및 저소득 제대군인
- ⑥ 방사능, 고엽제 등 유독환경 물질에 노출된 제대군인
- ⑦ 일정한 소득 이상의 제대군인(비복무 관련 상이자 및 비상이 제대군인)으로서 의료비 공동부담에 동의하는 자로서 10% 미만의 상이로 보상을 받지 못하는 자
- ⑧ 기타 일정한 소득 이상의 제대군인으로서 의료비 공동부담에 동의하는 자 등

제대군인에 대하여 우선적으로 보장하고 있다.

외래진료와 관련해서는 50% 이상의 복무관련 상이군인의 모든 질환과 복무관련 상이자의 상이처 질환 그리고 질환의 치료를 위해 약물치료를 받고 있는 상이군인과 직업재활프로그램 이수자 및 소득이 보훈연금의 최고등급을 넘지 않는 제대군인 등으로 제한된다.

요양보호는 복무관련 상이처에 대한 계속보호가 필요한 상이군인이나 70% 이상의 복무관련 장애율이 있는 상이군인 등으로 제한되나 정양보호는 생활여건이 우선 고려되어 연간 소득이 보훈연금의 최고등급을 넘지 않는 제대군인과 적당한 부양수단이 없는 제대군인을 대상으로 한다. 미국 의료보장제도에 있어서 특이한 것은 복무와 관련이 없는 상이(질병)자로서 일정소득 이상이거나 일반 제대군인의 경우에도 비용을 공동지불하는 데 동의하고 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 점에 있다(김종성, 2005: 227-8).

2. B-type: 보장대상은 좁지만 보장서비스가 많은 유형

이 유형에 해당하는 대표적인 국가로는 캐나다, 호주를 들 수 있는데, 이외에도 영국, 프랑스, 독일, 일본 등이 있다. 캐나다는 직무수행과 직접 관련된 상이처에 대한 의료서비스는 국가 부담이지만 상이처가 아닌 질환에 대해서는 지역의료보험으로 충족되지 않거나 자활프로그램 서비스(Veterans Independence Program)를 받고 있는 상이자 또는 저소득자에 한하여 제공된다. 캐나다의 의료서비스 내용은 매우 다양하여 제대군인 의료보호 카드(VAC Health Care Identification Card) 소지자들에게는 일상생활 보조, 구급차서비스, 입원, 요양, 청각, 시각, 치과, 보장구, 산소호흡장치 등 광범위한 서비스가 제공된다.

호주의 의료서비스는 직무수행과 관련된 상이 또는 질환으로서 중증 상이자를 위주로 하고 있다. 의료보장제도를 이용하기 위해서 발급되어지는 카드는 3가지 종류가 있는데, 골드카드(Gold card)는 전쟁포로, 2차대전 퇴역군인, 70세 이상, 상이연금 일반급 100% 이상, 전쟁미망인 등에게 지급된다. 화이트카드(White card)는 복무수행과 관련된 상이처나 질환 및 복무와 관련이 없는 암, 폐결핵, 전쟁과민증 등

으로 제한된다. 또한 오렌지카드(Orange card)는 약제혜택으로 제한되어진다. 의료 서비스는 입원, 약처방, 치과, 안과, 물리치료, 척추교정, 보청, 보장구, 가정간호, 치료목적의 수송서비스 심지어 죽병환자에 대한 특수 제작된 구두의 제공을 포함한 광범위한 내용으로 되어 있다. 골드카드 및 화이트카드 소지자들을 대상으로 한 제대군인 가정간호(Veterans' Home care)와 가사(Home Front) 프로그램이 운영되고 있다. 가정간호사업은 가사지원과 주택 및 정원관리를 포함하며, 가정전선사업은 가정과 주변의 위험요소를 제거해 주기 위한 사업으로서 입원치료의 수요를 감소시키고 복지서비스의 질을 높이는데 목적이 있다. 이 서비스는 소액의 자기부담과 정부 보조로서 운영되며, 주택이나 정원관리 등은 연간 이용 가능한 시간 제한이 있다. 위 요건에 해당되지 않는 영연방과 상선선원으로서 제1, 2차 세계대전 참전자와 70세 이상 및 최소한 10년 이상 호주에 거주한 자에게는 약제비 할인 혜택이 주어진다(김종성, 2005: 229-230).

3. C-type: 보장대상은 넓지만 보장서비스가 적은 유형

이 유형의 대표적인 예는 우리나라이다. 우리나라의 경우는 상이처 여부에 관계없이 모든 질환을 국비진료 대상으로 하지만 지금까지의 의료서비스는 치료중심이며 부분적으로 이동진료나 가정간호 서비스 및 재가복지서비스를 제공하고 있다. 우리나라와 마찬가지로 대만의 경우도 모든 제대군인을 대상으로 직무관련 여부에 관계없이 모든 질환에 대하여 국비로 진료한다. 취업여부를 기준으로 취업상태에 있지 않거나 시설에서 보호받고 있는 경우의 보호자는 무료대상으로, 취업자나 가족은 감면대상으로 하고 있다. 의료서비스는 보훈병원 치료를 중심으로 하고 있으며 부분적으로 가정방문 의료서비스를 행한다(김종성, 2005: 230). 하지만 전국민 건강보험제도의 폭이 넓어지고 있는 현재의 우리나라 상황을 감안한다면, 보훈의료의 보장대상을 줄이고 서비스의 질적 향상을 도모할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

4. D-type: 보장대상이 좁고 보장서비스도 적은 경우

본 연구에서는 언급하고 있지 않으나 보훈대상자에 대한 의료서비스가 매우 제한적인 국가로서 중국을 들 수 있다. 전쟁 및 공무로 인한 상이등급은 특등, 1등, 2등급 갑, 2등급 을, 3등급 갑, 3등급 을 등 6개 등급으로 분류되고, 국비혜택은 2등급 을 이상에게만 주어진다. 질병으로 인한 상이자(의무병만으로 제한)는 1등, 2등급 갑, 2등급 을 등 3개 등급으로 분류되며 국비혜택이 주어지지 않는다. 즉, 중국은 전쟁 및 공무로 인한 상이등급과 질병으로 인한 상이등급을 구분하여 “2등급 을” 이상의 중증 전쟁 상이자 및 공무상자에게는 국비진료 혜택이 주어지지만 경상자의 경우에는 상이처가 재발하여 치료가 필요한 경우에 지방정부 보훈부문에서 보조할 수 있다. 전쟁 상이나 공무상자가 아닌 질병 상자와 유가족의 경우에는 국비진료 혜택이 없으며 다만 의료비 지급능력이 없는 경우에 한하여 지방정부 보건 위생부문에서 의료비를 감면할 수 있도록 하고 있다.

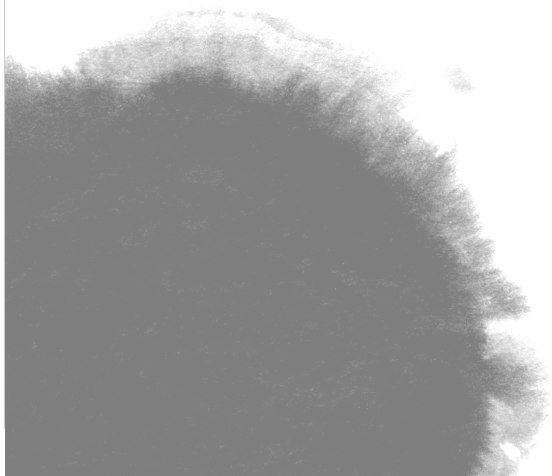
제5절 소결

미국, 호주, 캐나다 이외에 영국의 경우는 전쟁연금 대상자에 대한 별도의 의료보호 제도가 운영되지는 않고, 전국민을 대상으로 최적 수준의 보건서비스 공급을 목표로 하는 국민보건서비스 제도에 포함되어 있다. 물론 상이처에 대한 가료는 우선권이 인정되어 응급진료를 제외하고는 일반인 보다 먼저 가료를 받으며 처방료도 면제된다. 또한 제대군인청에서는 상이자만을 대상으로 국민보건서비스에 더하여 특별지원프로그램을 시행하고 있다(한국개발연구원, 2003:145). 즉, 호주, 캐나다 등은 대국민보건서비스를 운영하고 있기 때문에 특별한 상이(절단·충상·척추 부상·재활 등)를 취급하는 소수의 병원만 직접 운영하고, 그 외의 일반 상이처에 대해서는 일반병원에 위탁하여 진료토록 하고 있다. 이에 반해 미국은 170여개의 제대군인 병원을 비롯하여 전국에 걸쳐 요양원, 정양원, 외래진료소로 독자적인 제대군인 의료제도를 운영하고 있다. 이는 전국민 대상 의료보장제도가 없고 제대군인부의 행정대상인 제대군인과 그 가족만으로도 그 만큼의 독자적인 의료수요가 있기 때문이다.

보훈병원을 두지 않고 국민의료보장제도를 이용하는 나라들은 의료보장제도가 발전해 있거나 보훈의료 수요가 적어 별도의 의료체계를 운영할 필요가 없는 나라들이다. 주로 유럽 국가들이 이에 해당하며 일본이나 중국도 여기에 해당된다. 이 방식에 있어서 서비스 체계는 다른 국민들과 같은 방법으로 이용하지만 사회보장제 또는 의료보험료를 감면하거나 보험료 일부부담 등의 방법으로 지원하며 의료급여나 의약분업에서 우대하기도 한다. 이 방식은 별도의 의료체계를 운영하는데 따른 어려움과 비용부담을 덜 수 있고 접근성도 높지만 환자의 특성에 따른 특별한 서비스를 받기 어렵고 서비스의 범위가 한정되어 전문적 서비스가 어려운 점이 있다. 상이군인의 경우 병원 이용의 우선권이 주어지지만 대개 상이처 치료에 국한되고 여타 질환에 대하여는 다른 환자들과 동일하기 때문에 상이자 개개인 입장에서는 장기간 대기할 수도 있다. 이 방식에 있어서도 요양이나 보장구 등 특수 서비스에 대하여는 보훈기구에서 직접 제공하는 국가도 있다(김종성, 2005: 225-6).

06

본인일부부담을 통한 국비 적금
방안 검토



제6장 본인일부부담을 통한 국비 절감 방안 검토

제1 절 본인일부부담제의 개념과 필요성

1. 본인일부부담의 필요성

보험이나 공공부조제도를 통한 의료서비스의 위험분산 확대내지 위험의 축소는 의료서비스의 수요와 공급을 현저하게 증가시켜 의료부문의 자원배분에 왜곡 현상이 나타날 수 있다. 위험분산 내지 위험의 축소는 이용가격을 낮추어 의료수요자나 의료공급자의 의료서비스 이용량 수급을 확대시키는 이른바 도덕적 해이의 가능성이 있다는 지적이 있다. 그것은 의료비용을 본인이 전액 부담하는 경우보다 더 많은 의료서비스를 수요하는 경향이 있기 때문이다. 즉, 도덕적 해이(moral hazard)란 적용 대상자가 건강에 주의를 게을리 함으로써 발생하는 의료수요의 증가라고도 볼 수 있겠으나, 더 중요한 측면은 의료가격을 저렴하게 함으로써 유발되는 의료수요의 증가 및 이에 따른 의료비의 증가를 말한다.

본인일부부담이 적은 공공부조성 의료급여제도의 도입은 적정수준 이상으로 더 많은 의료서비스를 소비하게 됨으로써 경제적으로 후생비용을 발생시키게 된다. 의료서비스의 과잉 소비(excess consumption)는 곧 도덕적 해이(Moral Hazard)로부터 발생하게 된다. 그러나 도덕적 해이가 비윤리적인 행위는 아니다.

그러나 보험이나 의료부분의 공공부조 도입은 왜 사회적으로 후생손실을 가져온다. 일반적인 보험이론에 있어서는 대부분의 소비자가 위험회피(risk averse) 경향을 보이기 때문에 보험에 가입하지 않음으로써 발생하게 될 손실비용 전체에 비해 보험에 가입하는 것이 효율적이다. 그러나 “의료” 부문에 있어서 의료비지출 수준은 독

립적인 외생변수가 아니다. 비록 질병 발생이 개인의 통제를 완전히 벗어나 있다 하더라도 진료를 받을 것인가에 대한 판단은 어느 정도 본인의 의사에 달려 있다. 따라서 해당 의료서비스가 그 비용(‘가격’) 부담과는 무관(‘가격비탄력적’)하지 않는 한 서비스에 대한 소비를 증가시키게 된다.

2. 본인일부부담 형태

의료서비스에 대한 보험이나 공공부조적 의료급여제도의 도입은 의료서비스에 대한 이용자의 인지가격(user's perceived price)을 하락시켜 의료서비스의 이용을 증가시켰으며 심지어는 상대적으로 값비싼 의료서비스의 남용까지도 초래하게 되었다. 그러한 의료수요를 적절하게 제한하는 효과적인 수단이 필요하게 되는데 그 수단 중의 하나가 환자의 비용일부 부담제(cost sharing devices)로서 오늘날 여러 국가에서 광범위하게 채택하고 있다.

본인일부부담제는 표 2와 같이 여러 가지 형태가 있다. 첫째, 정액제는 일당 정액, 서비스항목당 정액 혹은 처방당 정액의 형태가 있다. 둘째, 정률제로써 진료비(수가) 혹은 약가 및 재료대의 일정비율의 형태이다. 셋째, 규제되는 진료비(수가) 및 가격을 초과하는 부분을 환자가 부담하는 형태이다.

본인일부부담제는 여러 형태를 복합적으로 운영할 수 있다. 정액이나 정률제는 일정기간 동안의 총비용에 상한을 두는 것과 결합할 수 있다. 이는 만성질환자를 보호하기 위해 필요할 것이다. 특정 집단(예, 학생, 퇴직자, 실업자 등)이나 특정 질병과 환경(예, 출산휴가)에 대해서는 본인일부부담의 예외를 인정할 수 있다.

본인일부부담제가 의료이용에 미치는 영향에 대한 연구는 의료수요가 일반적으로 가격 비탄력적이라 밝히고 있다. 즉, 수요는 가격에 별 영향을 받지 않는다는 것이다. 그러나 소득에 크게 의존한다. 특히 저소득층은 높은 본인일부부담 때문에 의료이용을 억제한다.

이러한 본인일부부담제가 소비자의 행태와 의료비의 분포에 미치는 영향을 고려하는 것이 중요하다. 본인일부부담제는 일반적으로 다음과 같은 효과를 가지고 있다. 첫째는 적용대상자가 의료비 부담에 더욱 신경을 쓰게 됨으로써 의료소비를 억제하

게 된다. 둘째, 추가적인 재원을 확보하게 되고 서비스의 제공 비용을 재편성하게 된다. 셋째, 어떤 특정 형태(예, 스케일링)의 의료를 강화하고 다른 서비스(예, 알코올 남용)를 억제하게 한다.

『표 VI-1』 의료서비스 종류별 본인일부부담제 형태

본인일부부담제 형태	의료서비스 분류			
	외래	입원	약제	의료보조용구
정액(flat rate)	방문당 정액 혹은 처치당 정액	일당 정액 혹은 입원건당 정액	항목당 정액 혹은 처방당 정액	항목당 정액 혹은 처방당 정액
정률(percentage)	진료보수(fee)	진료보수(fee)	가격(price)	가격(price)
급여상한제(excess)	처치비용	처치비용	가격	가격
비보험(exclusions)	특정 처치	일인병실	중요하지 않은 처치	틀니, 안경

여러 본인일부부담제의 복합형태

자료: Normand, Charles and Axel Weber, Social Health Insurance: a guide book for planning, WHO and ILO, 1994.

본인일부부담제는 환자와 의료공급자간 의료행태에 영향을 미치도록 설계가 가능하다. 보다 구체적으로 본인일부부담이 특정 의료서비스의 소비를 권장하거나 억제하는 수준으로 결정될 수 있다. 예를 들어, 과도한 처방이나 의약품소비를 억제하는 것이 목적이라면, 보험급여범위내에 있는 의약품에 대한 본인일부부담을 높게 설정할 수 있다.

3. 본인일부부담 연구

보험 도입으로 인한 도덕적 해이에 대한 최초의 실증적인 분석은 Pauly(1969)에 의해 시도되었다. 그는 후생비용을 보험급여비용의 10% 혹은 총진료비의 7%로 추정하였다. Feldstein(1973)은 본인일부부담률을 증가시킴으로써(즉, 급여율을 축소함으로써) 가격 왜곡을 완화시키고 이에 따라 얻는 후생이득과 위험보장(risk bearing)이 증가함으로써 잃는 후생비용을 각각 추정하여 순후생이득(Net Welfare Gain)을 계산하였다. 즉, 본인일부부담률을 33%에서 50% 및 67%로 증가시킴으로써 얻게 될 순후생이득은 총병원진료비의 약 16~32%로 추정하였다.

Phelps(1973)는 25%의 정률(coinsurance rate)의 방문횟수에 대한 수요탄력도를 추정하였는데 -0.18로서 10%의 추가부담은 1.8%의 감소를 가져오는 것으로 추정하였다. 한편 Newhouse와 Phelps(1974)의 연구결과에 의하면 26.5%의 본인일부부담은 총입원지출의 17% 이상 감소를 가져온다고 하였다.

Manning et al.(1987)은 1974년 11월부터 1977년 2월까지의 Rand HIE(Health Insurance Experiment) 자료를 이용하여 본인일부부담률이 낮은 보험상품에 대한 의료이용률이 높아짐을 발견하였다. 이에 따른 도덕적 해이의 후생비용은 US 370~600억불로 추정하였다. Cheah and Doessel(1994)은 Australia의 경우 1984~1985년간 시행된 Barium Meal Radiology 진단 시술에 대한 보험급여의 후생비용을 분석하였고, 동 시술에 소요된 총비용 1404만불 중 1.28%인 18만불 정도가 건강보험 도입(보험급여율 90%)으로 초래된 낭비로 추정하였다.

Beck(1974)의 경우 1963년부터 1968년에 걸쳐 캐나다 Saskatchewan의 저소득 가구를 대상으로 표본추출한 자료(pooled cross section sample)를 이용하여, 1968년에 새로 도입된 정액제의 효과를 검증하기 위해 1968년을 dummy 변수로 회귀분석을 하였다. 그 결과, 정액제 도입은 저소득층의 외래서비스에 대해 부의 효과를 가져온다는 것이 검증되었다. 그리하여 1968년에 도입한 정액제(copayments)가 당해 연도 모든 서비스의 수요량을 18%정도 감소시킨 것으로 추정하였다.

국내에 있어서도 전국민건강보험제도 실시 이전부터 문옥륜(1984), 김영모 외(1985) 등을 시작으로 본인일부부담제 문제가 논의되어 왔다. 이규식(1985)의 연구에 의하면 공·교 및 직장건강보험 피보험자 6,352가구를 대상으로 1983년 1~3월 간 진료비자료를 이용하여 분석한 결과 외래수요의 가격탄력성이 -0.02에서 -0.4사이로 추정하였다.

최인미(1988)는 1986년 정액제 도입에 따른 가격탄력성을 분석하였다. 분석대상이 서울에 소재한 직장지구조합 하나를 대상으로 분석한 한계는 있으나, 외래방문횟수의 본인일부부담금 인상에 대한 탄력성은 의원이 -0.17, 병원이 -0.66, 종합병원이 -1.13으로 추정하였다. 그러나 이 연구는 연간 1인당 본인일부부담금과 연간 1인당 방문횟수를 변수로 사용하여 '85년과 '86년을 비교한 변화율을 근거로 탄력성을 계산하였다. 따라서 환자가 의료기관을 방문할 때에 본인이 부담하는 부담금의 인상

이 의료이용(방문횟수)에 어떠한 영향을 미쳤는지를 추정하는 데에는 한계가 있다. 노인철 외(1989)에 의하여 그 동안의 본인일부부담제 연구를 비교적 종합한 연구가 이루어졌으나, 본인일부부담제의 가격 및 소득탄력성을 제시하는 데에는 한계를 보였다.

Jung(1993)은 1986년 정액제 도입의 효과를 재검토하였다. 의원에서의 방문횟수는 10%, 투약일수는 5% 감소한 반면, 병원 및 종합병원의 이용은 거의 변화를 보이지 않은 결과를 산출하였다. 또한 급성질환과 만성질환과의 비교에서 급성에 비해 만성환자의 건당 방문일수는 3%, 투약일수는 4%의 감소를 보였다. 그 후 최병호 외(1997)는 본인일부부담의 실태를 분석하였다.

RAND 연구(David Dranove, 2000)는 본인일부부담이 의료이용자의 과다이용을 줄일 수 있는지에 대해 5년간 무작위 배정실험을 한 연구이다. 이 연구에서는 6,000 여명을 대상으로 본인일부부담이 다른 5개 건강보험에 무작위로 가입하도록 하고 3년에서 5년간 대상자들의 의료이용량과 건강상태를 조사하였다. 순수한 본인일부부담의 효과만을 조사하기 위해 의료이용에 영향을 미치는 소득, 건강상태 등을 모두 통제하였고, 5개 보험의 본인일부부담 수준을 0%에서 95%까지로 나누고 본인일부부담 상한액은 연 1,000\$로 하여 실험하였다.

RAND 연구결과 본인일부부담이 없는 건강보험에 가입한 경우가 본인일부부담이 있는 건강보험보다 평균 30%의 의료이용을 더했다는 결과가 나왔으며, 3~5년 후 건강상태는 대상자간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

RAND 연구는 의료에 상당한 도덕적 해이가 존재한다는 것을 보여 주었다. 이러한 결과에 대해 보건경제학자들은 놀랄 일이 아니며, 이러한 결과는 환자들이 자신의 이기심(유인)에 따라 행동할 결과 일 뿐이며, 환자는 이기적이지 않을 이유가 없기 때문이라고 설명하고 있다. 따라서 제도적으로 의료이용을 자유롭게 할 유인을 만들어 놓고 의료급여 수급자에게 적정한 의료이용을 기대하기는 어렵다는 것을 예상할 수 있다. 이 연구에서는 의료의 질을 저하시키지 않으면서도 도덕적 해이에 의한 의료이용을 통제할 수 있는 방법은 본인일부부담제도라고 밝히고 있다.

4. 외국의 본인일부부담 현황

가. OECD 국가

OECD 국가들의 경우 본인일부부담제는 매우 다양한 형태를 띠고 있다. 각국의 질병위험을 보장하는 방식에 대한 사회정책 이념과 의료시장 발전의 역사에 따라 다양하게 전개되어 온 결과일 것이다.

대체로 입원의 경우 본인일부부담이 없거나 정액부담 등 본인일부부담을 낮게 책정하고 있다. 외래의 경우에는 상대적으로 본인이 일정하게 부담하도록 하고 있다. 특히 외래의 경우 일반의와 전문의로 구분하여 본인일부부담을 달리 적용하고 있으며 전문의의 외래진료에 대해 본인일부부담을 강화하는 성향이 있다. 대부분 의약분업을 실시하고 있기 때문에 약제비에 대한 본인일부부담의 형태는 더욱 다양하고 복잡하다. 약제비에 대한 본인일부부담은 약의 종류에 따라 본인일부부담비율에 차등을 두고 있는 것이 특징적이다.

국가 의료서비스 방식을 취하고 있는 영국의 경우 외래와 입원의 본인일부부담이 없고, 약제에 대해서만 처방당 4~5불을 부담시키고 있다. 그런데 호주는 영국보다는 본인일부부담을 강화하였다. 입원의 경우 본인일부부담이 없으나 외래에 대해 일정한 진료비까지는 정액을 부담시키고 있다. 뉴질랜드 역시 입원에 대해 본인일부부담이 없으나 외래와 약제에 대해 본인일부부담을 지우고 있다. 덴마크는 영국과 유사한 형태이다. 핀란드는 입원과 외래에 대해 정액부담제를 취하고 있고, 약제에 대해 정액부담에다 60%의 높은 정률을 두고 있다. 이태리는 전문의 외래진료에 대해 본인일부부담의 상한을 두고 있으며 약제군별로 본인일부부담률을 달리하고 있다. 노르웨이는 외래에 대해 정액제이나 약제에 대해 25% 정률을 부담시키되 43불의 상한을 두고 있다. 스페인은 본인일부부담이 없으나 약제에 대해서만 본인일부부담을 지우되 연금수급자와 장기질환자에 대한 본인일부부담은 면제하고 있다. 스웨덴은 외래와 입원에 대해 정액부담을 지우고 있다. 이처럼 국가의료서비스 방식의 경우 본인일부부담이 대체로 적으나 국가마다 다양하다<표 VI-2>.

〈표 VI-2〉 OECD 국가의 본인일부부담제

국가	외래		약제	입원	X-ray and Pathology
	일반의	전문의			
호주	진료비의 25%에 대해 평균 5불	진료비의 71%에 대해 평균 8불	처방당 11불까지	없음	전문의 진료비에 포함
오스트리아	인구의 20%가 10~20% 부담	2.5불	6불	외래와 동일	-
벨기에	25% (단, 취약 계층은 10%)	일반의와 동일	정액 plus negative list에 대해 100, 80, 60, 50, 0%로 다양	일당 5~6불, 취약계층은 2~3불, 90일 이후에는 증액	-
캐나다	없음	없음	지방별로 자율	없음	없음
덴마크	인구의 3% 이하를 제외하고는 없음		정액 plus 50, 70, 100%	없음	없음
핀란드	17불	17불	8불을 초과하는 경우에 60%	22불	없음
프랑스	25%(1)	25%(1)	0%; “comfort” 약제에 대해 35%, 65%; 100%	일당 5~6불, plus 최초 30일만에 대해 총 비용의 20%	35%
독일	없음	없음	처방당 3불 (단, 많은 예외가 있음)	첫 14일간은 3불 (많은 예외 있음)	-
그리스	없음	없음	0, 10, 25%	15불	-
아일랜드	인구의 35% 유형 I: 본인일부부담 없음. 유형 II 집단: 본인이 부담	좌 동	유형 I: 없음. 유형 II: 월 21불까지 본인일부부담	유형 I: 없음. 유형 II: 일당 17불 단, 12개월 내에서 166불 까지 부담	유형 I: 부담없음
이태리	없음	최고 41불	3개군으로 구분: 1군은 무료; 2군은 50% (단, 취약 계층은 0%); 3군은 100%	없음	최고 41불까지
영국	없음	없음	처방당 4~5불 혹은 “Season ticket (65\$)” 구입시 없음	없음	없음
아이슬란드	9불	17불 plus 초과분의 40%	0, 12.5, 25%	없음	13불
일본	피용자는 20%, 피부양자는 30%, 자영자 및 피부양자는 30%	외래의 경우 0.85불까지; 외용약은 0.4불에서 1.2불까지	피용자 10%; 피부양자 20%; 자영자와 피부양자는 30%	피용자 10%, 피부양자 20%, 자영자 및 피부양자 30%	

룩셈부르크	5%	5%	0% 혹은 20%	정액	-
네덜란드	공보험 환자는 없음; 사보험환자는 약관에 따라 다양2)	좌동	정액(단, 가구당 연간 67불이 상한(공보험))	정액	-
뉴질랜드	추가청구 진료비 부담	3~17불	2~8불	없음	외래 경우 3~17불
노르웨이	11불	16불	25% (단, 처방당 43불이 상한)	없음	X-RAY 11불
포르투갈	-	91~213불	0, 30, 60, 100%	30불	-
스페인	없음	없음	0, 40%; 연금수급자와 장기질환자는 대부분 면제3)	없음	없음
스웨덴4)	6~19불	-	최초처방 15불, 이후 처방당 1불	8불	-
스위스5)	10%	10%	10%	일당 7불	10%
터키	없음	없음	퇴직자 10% 취업자 20%	없음	없음

주석: 1) 계약수가의 25%이며 진료비 추가청구가 있는 경우 그 이상의 본인일부부담

진료비 추가 청구나 본인일부부담에 대한 보충보험에 가입되어 있을 경우에는 본인일부부담은 더 낮아짐. 보충 보험은 전인구의 80%를 적용하고 있음. 취약계층과 장기질환자는 본인일부부담을 면제하기도 함.

2) 만성질환에 대해서는 전인구가 공보험에 가입, 급성질환에 대해서는 인구의 70%는 공보험에 가입하고, 30%는 사보험에 가입, 사보험환자는 원하는 바에 따라 deductibles과 copayment를 선택할 수 있음.

3) 만성질환자는 10%에서 처방당 최고 2.75불까지 부담

4) 연간 상한이 있음.

5) 연간 160불까지는 본인일부부담(deductible)(1998)

6) HMO에 속해 있다면 더 낮은 deductible.

자료::OECD 문서번호 DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN(Background Documents/The Caring World: National Achievements/Tables and Clants, Paris 23~24 June 1998)

진료비용에 대해 본인의 일부부담제를 실시하는 국가 중에서 대부분이 부담의 감면규칙(rules for derogations)을 설정해 놓고 있다. 표 15에 제시된 바와 같이, 각 국가에서는 이러한 혜택을 받을 수 있는 조건으로 연령, 소득, 사회범주(social categories), 질병의 종류 및 급여내용 등에 따라 기준을 다양하게 적용하고 있다.

[표 VI-3] 본인일부 부담제의 감면기준

국가	연령	소득	사회적범주	질병	혜택 (급여내용)
벨기에	-	○	○	-	○
덴마크	-	-	-	-	-
프랑스(피고용자)	-	-	○	○	○
(농업)	-	-	○	○	○
(자영업자)	-	-	○	○	○
(군인)	-	○	○	○	○
영국	○	○	○	○	-
서독	○	○	○	○	-
일본	○	○	-	○	-
스웨덴	-	-	-	○	-
미국(Medicare)	-	○	-	-	-
(Medicaid)	-	○	○	-	-
13개 제도	3	7	8	8	5

첫째, 연령은 개인 비용부담의 감면을 허용하게 하는 여러 기준 중의 한 요소로서, 본인의 비용부담분이 전부 혹은 의약이나 치과진료 등과 같은 일정 의료부문에 대해 적용되고 있다. 이때 적용연령은 65세 이상이거나 아동들인데 후자의 경우가 더 빈번하다. 영국은 노인과 아동에 대하여 본인일부부담이 면제되며 서독의 경우 피보험자의 어린이에게 약제를 무료로 공급한다.¹⁴⁾

두 번째의 기준인 소득은 납세신고서에 밝혀진 대로 소득에 대한 상한을 정해놓고 이에 해당하는 경우 본인일부부담의 면제 또는 감면을 한다. 그 전형적인 예가 영국의 경우로 일정소득 이하의 저소득자에게 모든 본인일부부담이 면제된다. 이 경우 소득상한선을 설정하고 누가 해당자인지를 구별하는 과정에서 문제점이 없는 것은 아니다. 경우에 따라서는 소득, 사회범주 등과 같이 한 가지 이상의 기준을 동시에 적용시켜 감면을 적용하고 있음을 알 수 있다. 예를 들면, 소득조건이 일정한 사회보장수당을 지급 받는 보호대상자에 대해서는 본인의 일부부담을 요구하지 않는 것이다.

세 번째로 일정한 사회범주에 속하는 사람도 진료시 본인일부부담을 면제받거나

14) 북아일랜드의 약제제공에 있어서 노인과 어린이에게 모두 본인일부부담의 감면혜택이 주어진다.

감면 받을 수 있으며, 그러한 기준이 적용되는 집단은 노후연금, 질병연금의 수급자 또는 산재 및 직업병과 관계되는 연금수급자 등이다. 이러한 예를 적용시키고 있는 것이 프랑스의 경우이다.

넷째, 질병의 종류도 본인일부부담 수준의 감면기준이 될 수 있다. 그러한 질병 등은 대개 중증질병이거나 장기치료를 요하는 것들이다. 프랑스의 경우 질병의 종류 중 30가지의 공식적으로 설정한 특수질병을 따로 구분한다. 물론 거기에 포함되어 있지 않는 것 중에서 개별 사정에 따라 연장치료가 필요하거나 특히 비용이 많이 드는 치료를 요하는 질병들도 있다. 이와 같은 경우에 대해서는 모든 의료 및 약제 제공 그리고 입원 등에 본인의 일부부담을 면제하거나 경감하고 있다. 일본 역시 장기적인 요양을 필요로 하는 특정 질병에 대하여 대폭적인 경감조치를 취하고 있다. 스웨덴에서는 면제대상이 보다 구체적으로 표시되어 암환자의 경우 악성질환의 치료제로 규정되어 있는 의약 및 의료기술의 비용이 면제된다.¹⁵⁾

마지막 기준으로 고액을 요하는 급여로서 본인일부부담을 전부 면제하는 경우가 많다. 프랑스에서는 구체적(specific)이며 비교적 낮은 수준의 공동시술을 행하는 것 이상의 기술적 수술(technical operation)에 대해 전부 면제를 하고 있는 반면에, 벨기에의 경우는 major risk에 관한 진단과 치료를 위한 특수의료의 급여에 대해서 현행규정에 적용되는 진료비 및 치료비를 개인에게 부담시키지 않는 것으로 되어 있다.¹⁶⁾

Ray Robinson (2002)¹⁷⁾이 European Union(EU)의 본인일부부담을 급여 내용별로 연구하여 발표한 결과는 <표 VI-4> ~<표 7>과 같다.

15) 그리스의 질병보험제도에서는 암환자의 코발트치료에 대한 비용이 완전면제되고 있다.

16) 위의 5가지 감면기준 외에 의료 및 의약치료의 지속기간이 본인의 부담을 면제하게 하는 요건이 될 수 있다. 참고로 이태리의 National Health Service의 예를 들면 피보험자를 3그룹으로 나누고 있다. 첫째 그룹은 전쟁부상자, 80% 이상의 신체장애자, 연간 소득 450만 리라 미만인 자로 구성되고, 둘째 그룹은 연 450만에서 800만 리라의 소득근로자 및 연금수급자이며, 셋째 그룹은 자영자를 포함한 기타 등으로 구성된다. 대략 300여 종의 긴요한 약제공급에 있어 그룹 I 과 그룹 II는 무료로 지급되고 그룹 III은 20%의 본인일부부담을 요구한다. 항생제(antibiotics)의 경우 그룹 I 은 무상이고, 그룹 II는 5%, 그룹 III은 10%의 비용분담을 규정하고 있으며, 그외의 약품은 그룹 I, II는 10%, 그룹 III은 20%, 그리고 biological analyses, 방사선 검진에 대해서는 그룹 I 에게는 무료로 하고 그룹 II, III에게는 15%의 본인 일부부담을 요구한다.

〈표 VI-4〉 EU 국가의 본인일부부담형태(일반의/전문의)

	나라	일반의	전문의
정률제	오스트리아	- 전체인구의 80%에게는 본인일부부담을 부과하지 않음 - 나머지 인구의 20%에게는 20%의 정률	- 일반의와 동일
	벨지움	- 저소득층, 장애인, 연금 수령자, 미망인, 고아에게는 8%의 정률 - 그 밖의 다른 사람들에게는 30% 정률	- 8%(저소득층)~40% 정률
	룩셈부르크	- 35% 정률	- 일반의와 동일
정액제	아일랜드	- 총인구의 1/3에 해당하는 덜 부유한 계층에 대해서 본인일부부담을 부과하지 않음 - 2군 환자에게는 19.0~25.4 유로 정액	- 1·2군 환자 모두에게 본인일부부담을 부과하지 않음 - 병원 외래 진찰의 경우 15.2 유로
	포르투갈	- 1.5 유로 정액 - 가정을 방문할 때 추가 비용 부과	- 구역내 병원의 전문의→2.0 유로 - 3차 병원의 전문의→3.0 유로
	스웨덴	- 60~140 스웨덴화 정액 - 정액은 시행정기관이 정함	- 병원 전문의를 방문하는 외래 환자의 경우120~260 스웨덴화
balance billing	덴마크	- 대부분의 사람들에게는 본인일부부담을 부과하지 않음 - 일반의와 전문의를 개인이 직접 찾아가기로 선택한 사람들(총인구의 2%)에 대해 balance billing을 부과	- 일반의와 동일
	그리스	- 국가가 제공하는 의료서비스를 받는 경우 → 본인일부부담을 부과하지 않음 - 민간 일반의에게서 의료서비스를 받는 경우 → balance billing을 부과	- 개업의(office-based physicians) → 본인일부부담 부과 없음 - 공공병원 전문의→2.9 유로
deductible	이태리	- 본인일부부담부과 없음	- 외래진찰→36.2 유로 deductible
혼합형	핀란드	- 시행정 기관이 제공하는 의료서비스를 받는 경우 → 연간 16.8 유로, 혹은 진료당 일정 비용 부과 - 국가 의료보험이 보상하는 의료서비스를 제공받는 경우 → 40%까지의 정률 + balance billing	- 일반의와 동일
	프랑스	- 30% 정률 + balance billing	- 30% 정률 - 공공병원 → 25% 정률
본인일부부담금을 부과하지 않는 나라		독일, 네덜란드, 스페인, 영국	

주석: balance billing: 청구 진료비를 보험자가 부분적으로 급여해 준 경우, 의료 서비스 제공자가 나머지 금액을 환자에게 청구하는 것

『표 VI-5』 EU 국가의 본인일부부담형태(약국)

구분	국가	본인일부부담제도
정률제	벨지움	- 약품의 종류에 따라 0%, 25%, 50%, 60%의 다른 정률 부과 - 상한금액제(price ceilings) 적용 - 저소득층에게 낮은 정률 부과
	덴마크	- 개인이 연간 지출하는 약제비 총액에 따라 다른 정률 부과 · 0~500 덴마크화 지출 → 100% 정률 · 501~1,200 덴마크화 지출 → 50% 정률 · 1,201~2,800 덴마크화 지출 → 25% 정률 · 2,801 이상 → 15% 정률 - 연간 약제비로 3,600 덴마크화 이상 지출하는 만성질환자 → 0% 정률
	프랑스	- 약품의 종류에 따라 0%, 35%, 65%의 다른 정률 부과 - 국가가 지정한 항목에 포함되지 않은 약품에 대해서는 보상하지 않음
	그리스	- 일반적으로 25% 정률 부과 - 특정 약품에 대해서 10% 혹은 100% 정률 부과
	룩셈부르크	- 세 종류로 약품을 구분하고 0%, 20%, 60% 다른 정률 부과
	포르투갈	- 치료효과에 따라 약품을 A, B, C로 구분하고 다른 정률 부과 · A군 → 0%, B군 → 30%, C군 → 60%
	스페인	- 40% 정률 - 만성질환자에게는 10% 정률 부과
정액제	오스트리아	- 처방전당 3.1 유로
	영국	- 처방전당 6 파운드
Deductible	아일랜드	- 1군 환자에 대해서 본인일부부담을 부과하지 않음1) - 2군 환자에 대해서 분기당 114 유로까지 deductible - 장기환자나 장애자에 대해서 예외조항 마련
	스웨덴	- 900 스웨덴화까지는 deductible 하고, 900~1,700까지 50%, 1,701~3,300까지 25%, 3,301~4,300까지 10% 정액 부과 - 본인일부부담의 상한을 1년에 1,800 스웨덴화로 규정
Reference price	독일	- 포장 크기에 따라 4.1, 4.6, 5.1 유로 정액 부과 - reference price를 초과하는 비용에 대해서는 전액 본인 부담
	네덜란드	- reference price 적용 - 특정 약품에 대해 정액 부과
정률과 정액의 혼합	핀란드	- 처방전당 8.4 유로 정액 + 초과분의 50% 정률
	이태리	- 약품을 세 종류로 구분하고 각각 다른 본인일부부담 적용 · A군: 1.5 유로 정액 · B군: 1.5 유로 정액 + 초과분의 50% 정률 · C군: 전액 본인일부부담

주석: 1군 환자는 의료급여(medical card)를 받을 수 있는 자격 요건을 갖추고 소득수준이 일정기준 이하인 자를 포함하며, 2군 환자는 소득기준을 약간 상회하는 소득 때문에 제한된 자격 요건을 가진 자를 포함한다.

표 VI-6) EU 국가의 본인일부부담형태(치과)

	나라	본인 부담제
대부분 민간 치과 진료로서 전액 본인일부부담 부과하는 나라	벨지움	- 고가의 정액 혹은 전액 본인 부담 - 18세 이하 어린이들에게 제한된 무료 치료 제공
	이태리	- 전액 본인 부담 - 저소득 계층은 국가 건강 보험(National Health Service)의 혜택으로 무료 치료를 제공받을 수 있다.
	포르투갈	- 전액 본인 부담
기타	오스트리아	- 대부분의 사람들에게 20% 정률 - 특별치료(예: 신경치료)의 경우 50%까지의 정률
	덴마크	- 35~100% 정률
	핀란드	- 치아 검사, 예방 치료→10% 정률 - 이외의 다른 치료→40% 정률 - 18세 이하 어린이에게 본인일부부담 없음
	프랑스	- 예방치료→30% 정률 - 틀니와 치열 교정→80% 까지 정률
	독일	- 기초적, 예방적 치료→본인 부담 없음 - 수술치료(예: 신경 치료, 틀니)→35~50% 정률 - 18세 이하 어린이에게 본인일부부담 면제
	그리스	- 18세 이하 어린이에게 본인일부부담 없음 - 치과 보철술→25% 정률 - 전체 치과 의사의 95%를 차지하는 민간 의사들 사이에서는 balance billing이 성행함
	아일랜드	- 1군 환자, 학교에 다니는 어린이→본인일부부담 없음 - 사회 보험 혜택을 받는 사람들→무상 치아 검사와 진단, 국가에서 보조하는 치아치료 제공받음 - 사회 보험 혜택을 받지 못하는 사람들→전액 본인 부담
	룩셈부르크	- 건강보험에 의해 보장받는 치과 진료→29.7 유로 deductible + 20% 정률 - 이외의 치과 진료→다른 본인 부담제 적용
	네덜란드	- 17세 이하 어린이→본인 부담 없음 - 전문의에 의한 예방적 치과 진료→본인 부담 없음
	스페인	- 18세 이하 어린이에게 무료 치아 검사 - 공공 치과의 경우 무료로 치아 제거 - 이외의 진료에 대해서는 전액 본인 부담
	스웨덴	- 20세 이하에게는 무상으로 예방 치료 제공 - 20세 이상에게는 정률제 부과
	영국	- 80% 정률~325 파운드 정액

『표 VI-7』 EU 국가의 본인일부부담형태(입원)

	나라	본인 부담제
본인일부 부담을 부과하는 나라	호주	- 입원 28일째까지 하루당 3.6~4.4 유로
	벨지움	- 1~8일 입원→하루당 33.9 유로 ~ 90일 이상 입원→하루당 12.1 유로 - 저소득층에게는 낮은 정액 부과
	핀란드	- 단기 입원환자→12.0 유로 - 장기 입원환자→환자의 소득수준에 따라 다른 액수의 정액 부과
	프랑스	- 급성환자 입원시 31일째까지 20% 정률 - 호텔 서비스를 받는 경우 추가적인 정액금 부과
	독일	- 일년당 최고 14일 까지 하루당 8.7 유로 - 개인 병실을 이용할 경우 추가적인 부담 - 18세 이하 어린이, 실업자, 소득원조를 받는 사람들, 보조금을 받는 학생들 → 전액 혹은 부분적 면제
	아일랜드	- 공공병원에 입원해 있는 2군 환자→하루당 25.4 유로~12개월 동안 254유로
	룩셈부르크	- 2류 종합병원→하루당 5.3 유로 - 1류 종합병원→추가적인 본인일부부담, 의사에 대한 추가적 비용도 내야함
	네덜란드	- 하루당 3.6 유로
	스웨덴	- 하루당 80 스웨덴화
본인일부부담을 부과하지 않는 나라	영국	- 의료보험(National Health Service)에 의한 차액침대(amenity beds)→정액부과이외에는 본인일부부담을 부과 않음
		덴마크, 그리스, 이태리, 포르투갈, 스페인

Ray Robinson (2002)이 European Union(EU)의 본인일부부담률을 조사한 결과는 <표 VI-8>과 같다. 네덜란드의 경우 5.9%로 가장 적고, 이태리가 23.5%로 가장 많음을 알 수 있다.

표 VI-8) EU 국가의 본인일부부담률

(단위:%)

나라	오스트리아	벨지움	덴마크	핀란드	프랑스	독일	그리스	아일랜드
본인일부부담률 (연도)	18.3 (1998)	17.0 (1994)	16.5 (1999)	19.8 (1998)	10.0 (1999)	11.9 (1997)	40.4 (1992)	12.3 (1995)
나라	룩셈부르크	이태리	네덜란드	포르투갈	스페인	스웨덴	영국	
본인일부부담률 (연도)	7.4 (1997)	23.5 (1999)	5.9 (1998)	44.6 (1995)	16.9 (1998)	16.9 (1993)	10.8 (1998)	

나. 미국 Medicaid

우리나라 의료급여제도와 유사한 형태의 저소득층 대상 의료제도를 시행하고 있는 미국의 경우 주마다 차이는 있지만 대부분 정액형태의 낮은 본인일부부담제를 시행하고 있다. 입원의 경우 주의 재정형편에 따라 다르지만 오레곤 및 유타 주를 제외하면 입원건당 최대 100\$(몬타나)부터 3\$(플로리다)까지 본인이 부담하는 것으로 하고 있다. 외래의 경우는 사우스 다코다 및 오레곤 주를 제외하고 대부분 방문당 0.5\$부터 10\$까지 본인일부부담제를 시행하고 있다. 진찰료 및 약제비 또한 별도의 본인일부부담 프로그램에 의해 운영되고만 대부분 최소한의 부담을 부과함으로써 도덕적 해이를 방지하는 목적도 달성하고 부담의 과도함을 경계하고 있다. 오레곤주처럼 재정 형편이 상대적으로 어려운 주에서는 다른 주에 비해 본인일부부담 수준이 높다. 특히 재정형편에 따라 재정이 악화되면 급여범위를 축소하는 등 급여범위도 탄력적으로 운영중에 있다.

유타주의 경우 입원의 본인일부부담은 타 주에 비해 상대적으로 높은 250\$ 이지만 외래, 진찰료, 약제비 등에서는 2\$에서 5\$까지 상대적으로 낮은 본인일부부담제를 택하고 있다. 반면 Maine주는 입원에 3\$을 본인일부부담하도록 하고 있지만 약제비는 250\$까지 본인이 부담하도록 하고 있다. 즉, 유타주는 만성질환으로 지속 진료가 필요하거나 경증질환자들을 상대적으로 보호하는 제도이지만 Maine주는 입원을 요하는 중증질환자들의 부담을 덜어주는 제도를 운영중에 있다.

〈표 VI-9〉 Medicaid의 본인일부부담(2003년 8월 기준)

State	입원	외래	진찰료	약제비
Alabama	\$50	\$3	\$1	\$0.50 to \$3
Alaska	\$50 per day (\$200 maximum per discharge)	5% of allowable charges	\$3	\$2
Arizona	NA	NA	\$1	NA
Arkansas	10% to 25% of per diem amount	\$10	\$10	\$0.50 to \$15
California	NA	\$1	\$1	\$1
Colorado	\$15	\$3	\$2	\$0.75 or \$3
Connecticut	NA	NA	NA	\$1
Delaware	NA	NA	NA	NA
District of Columbia	NA	NA	NA	\$1
Florida	\$3	\$3	\$2 per day per provider	NA
Georgia	\$12.50	\$3	\$2	\$0.50
Illinois	\$2 or \$3 per day	NA	\$2	\$1 to \$3
Indiana	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Iowa	NA	NA	\$3	\$0.50 to \$3
Kansas	\$48	\$3	\$2	\$3
Kentucky	NA	NA	\$2	\$1
Louisiana	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Maine	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$250 to \$10
Maryland	NA	NA	NA	\$2 to \$7.50
Massachusetts	NA	NA	NA	\$2
Minnesota	NA	NA	NA	\$3
Mississippi	\$10 per day (Maximum of one-half of first day per diem)	\$3	\$3	\$1 or \$3
Missouri	\$10	\$2 or \$10	\$1 or \$10	\$0.50 to \$2 or \$5
Montana	\$100	\$5	\$4	\$1 to \$5
Nebraska	NA	\$3	\$2	\$2 per person
New Hampshire	NA	NA	NA	\$0.50 or \$1
New Mexico	\$25	\$5	\$5	\$2
New York	\$25 per visit with an overnight stay	\$3	NA	\$0.50 to \$2
North Carolina	NA	\$3	\$3	\$1 or \$3
North Dakota	\$50	\$1 or \$2	\$2	\$3 (brand name only)
Oklahoma	\$3 per day	\$3 per day	\$1 per service	\$1 or \$2
Oregon	\$250	\$3 to \$20	\$3 to \$5	\$2 to \$15

Pennsylvania	\$3 per day; maximum of \$21 per admission	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$1
South Carolina	NA	NA	NA	\$3 to \$21
South Dakota	NA	5% of payment; maximum of \$50	\$2	\$2
Tennessee	\$100 or \$200	NA	\$5 to \$25	\$5 to \$10
Utah	\$220	\$2 or \$3	\$3 or \$5	\$2 to \$5 or 25% of cost
Vermont	\$50 or \$75	\$3 or \$25 per day	\$7	\$1 to \$10 or 50% to 60%
Virginia	\$100	\$3	\$1	\$1
Washington	NA	NA	NA	NA
West Virginia	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Wisconsin	\$3 per day; maximum of \$75	\$3	\$1 to \$3	\$.50 to \$15
Wyoming	NA	\$6	\$2	\$2 or \$25

한편, 미국 Medicaid에서도 본인일부부담을 면제하는 경우가 있는데, 이러한 경우는 다음과 같이 상시 의료서비스가 필요하거나, 급여의 종류에 따라 본인부담 면제의 필요성이 인정되는 경우이다.

- － 18세 미만 대상자
- － 임신, 출산과 관련된 의료
- － 임종시 호스피스 서비스
- － 응급실 진료
- － 기타 요양시설 입소자로 진료비 지불 능력이 없는 자

다. 시사점

외국의 본인일부부담제도의 특징을 요약하면 다음과 같다.

첫째 본인일부부담에 의료수가의 충격을 완화하는 데 좀 더 효과적인 정액제를 채택하고 있다. 둘째, 정액제나 정률에 의한 부담이 비교적 낮은 수준에 있으며 단기입원보다는 장기입원의 경우 더 높은 본인의 일부부담을 요구하고 있다. 그러나 그러한 장기입원에 대해서도 감면혜택이 없는 것은 아니어서 누구도 금전적 이유로

본질적인 의료의 접근기회를 제한해서는 안된다는 논리가 저변에 흐르고 있음을 알 수 있다. 최근 본인일부부담을 인상하는 추세에도 불구하고 소득수준, 연령, 질병 등에 관련하여 비용부담의 감면 또는 면제혜택을 허용함으로써 비용부담의 차별화를 통해서 누구나 공평한 의료의 접근을 가능하게 하고자 노력하고 있음을 시사해 준다.

감면혜택은 의료비지출에 대해서 뿐만 아니라 일정한 의약품제공에 대해서도 주어지는데, 프랑스에서는 장기입원의 경우에도 감면혜택이 주어지고 있다. 면제의 대상으로 분만이나 입원 혹은 약제급여나 일정 고액의료기구제공과 같은 급여부문이 명시되고 있다.

본인일부부담제의 형태는 매우 다양한데, 입원은 본인일부부담이 없거나 정액부담 등 본인일부부담을 낮게 책정하고, 외래의 경우 본인이 일정하게 부담하도록 하고 일반의와 전문의로 구분하여 전문의의 외래진료에 대해 본인일부부담을 강화하는 성향이 있다. 대부분 의약분업을 실시하고 있기 때문에 약제비에 대해 별도의 본인일부부담률을 제시하고 있으나, 본인일부부담의 형태는 더욱 다양하고 복잡하다. 우리나라와 의료보장의 형태가 유사한 일본과 독일의 경우도 저소득층 의료보장제도에 본인일부부담이 있다는 것이 특징이라 할 수 있다.

제2절 2007년 의료급여 1종 본인일부부담제의 경과 및 성과

1. 의료급여의 개요

의료급여는 생활이 어려운 국민에게 의료급여(진찰·검사, 치료 등)를 실시하여 국민 건강을 보장해주는 제도로써, 국민기초생활보장 대상자 약 153만명, 차상위 의료급여 수급권자 약 21만명, 타법에 의한 지원자(국가유공자 등 개별법에 따라 의료급여 실시) 약 11만명 등, 그 대상자는 약 185만명에 이른다(2007년도 기준).

급여범위 및 급여비용은 건강보험과 동일한데, 진찰, 검사, 처치, 수술, 약제·치료재료 지급 등을 현물급여하는 것을 원칙으로 한다. 급여 절차는 건강보험이 2단계 요양급여 -종합전문요양기관 이외의 기관(병의원)에서 우선 요양급여를 받은 후 요양급여의뢰서를 발급받은 경우에 한하여 종합전문요양기관에서 급여가 가능-인데 반

하여, 의료급여는 의원급 의료기관에서 1차 의료급여, 병원급(제3차 의료급여기관제 외) 의료기관에서 2차 의료급여, 제3차 의료급여기관에서의 의료급여의 3단계 의료급여체계를 따라야만, 의료급여를 받을 수 있다.

2. 2007년 의료급여 1종 외래 이용의 본인일부부담제 실시 배경

1977년 의료보험제도와 함께 시행된 의료급여제도는 지난 30여년간 우리사회의 의료취약계층에게 기본적인 의료를 보장하는 제도로서 중추적인 역할을 수행하여 왔다. 최근에는 차상위 계층 중 희귀난치성 및 만성질환자 등에 대해서도 수급권자로 그 범위를 확대하고, 본인일부부담 보상금 및 상한제 도입, 장애인 보장구 급여확대, 암을 포함한 3대 중증질환의 2종 본인일부부담률 감소 등 보장성을 강화하여 왔다. 그리고 365일 급여일수 제한이 2004년부터 사후승인제로 바뀌어 의료이용의 접근성도 크게 향상되었다.

이러한 급여범위와 급여일수 등이 확대됨에 따라 의료급여 수급자들의 의료이용이 최근에 급격히 증가하여, 의료급여 수급권자 1인당 진료비는 2002년 137만원에서 2005년 192만 2,000원으로, 1인당 진료일수는 174일에서 219일로 급증하였다. 2005년 연간 진료일수가 365일을 넘는 의료급여 수급자는 38만 5,000명, 1,100일 이상은 2만 5,000명, 5,000일 이상자도 19명이 되는 것으로 조사되었는데, 이러한 의료급여 수급자 의료이용의 양적인 증가는 건강보험 가입자와 비교하여 질병의 위험이 높고, 2만 5,000일의 의료이용의 접근성면이 고된 결과로 볼 수도 있다.

그러나 이러한 보장성강화 및 사각지대 축소가 반드시 적정 의료이용의 결과인지는 장담하기 어려운 것 또한 사실이었다. 특히 외래이용의 경우 의료이용이 전문가(의사)의 판단에 의하여 결정되는 입원진료와는 달리 수급권자(환자)의 판단에 좌우될 수 있기 때문에 일부 수급권자는 무분별한 외래 의료이용을 통하여 필요 이상의 의약품 오남용이 이루어지는 등 오히려 수급자의 건강상태를 악화시킬 수 있는 상황이었다. 무분별한 외래 이용으로 인한 의료급여 재정의 낭비적 요소를 줄여서 보다 의료서비스를 필요로 하는 수급권자에게 건강향상을 도모할 수 있는 제도를 마련하여 운영하는 것이 필요하였고, 2007년의 의료급여 1종 본인일부부담제 실시는 한정

된 의료급여 재원을 합리적으로 배분하여 사회적 편익이 증대되는 효과도 기대할 목적으로 실시 되었다.

3. 의료급여 1종 외래 이용의 본인일부부담제 및 부대 제도 도입/개편의 내용

가. 본인일부부담제

2007년 7월에 의료급여 1종환자가 외래를 이용할 때, 그 이전에는 본인부담이 없었으나, 방문당 1,500원의 본인일부부담을 시키는 제도를 전격 시행하였다.

제도개선 주요 내용을 살펴보면

- ① 종전에는 무료로 의료이용을 하던 1종 대상자(근로능력이 없는 수급권자, 106만명)들이 병의원, 약국을 방문할 때 비용의 일부*를 부담하게 하고, (의원 1,000원, 병원·종합병원 1,500원, 대학병원 2,000원, 약국 500원) 대신 월 6천원의 건강생활유지비를 지원하여 의료이용시 본인부담금으로 사용할 수 있도록 하였다. (의료급여법 시행령 개정·시행('07. 7월))
- ② 환자의 개인별 의료이용량(병의원 방문일수, 투약일수 등)을 실시간으로 파악할 수 있는 시스템을 마련하였다.

〈표 VI-10〉 의료급여 1종 본인일부부담제에서의 본인부담금액

구분	이전	이후
1차기관 (의원급)	없음	방문당 1,000원
2차기관 (병원·종합병원)	없음	방문당 1,500원
3차기관 (25개 기관)	없음	방문당 2,000원
약국	없음	처방전당 500원
입원	없음	없음

주석: 1)의료기관에서 직접조제 또는 처방전을 발급하지 아니할 경우 본인부담금 500원 추가(의원 1,500원), 약국 직접조제시 900원, 보건소·보건지소·보건진료소는 본인부담 없음

2)의료급여 1종 외래 이용의 본인일부부담제 대상자 : 76만명('07.7): ※ 1종수급자(103만명) 중 회귀난치성 질환자 등 상시의료이용 필요자(27만명)는 제외함 정하였다.

그러나, 이 제도를 도입하면서 다음과 같은 제도를 함께 시행하여, 환자의 과중한 부담과 의료의 접근성이 훼손되는 것을 차단하였다.

나. 건강생활유지비 지원

1종수급자가 의료비에 충당할 수 있도록 매월 건강생활유지비 6,000원(연 7만 2천원)을 사이버머니로 지원하고 잔액(연말기준)은 연 1회 수급자에게 지급하였다. 이 금액의 수준은 의원급 의료기관은 연 48회, 병원 또는 종합병원 연 36회 이용 금액에 해당한다. 제도 도입에 대한 검토 단계에서 연간 진료비가 건강생활유지비(연 72천원)를 초과하는 경우는 2006년도 기준으로 1종수급자(103만명)의 3%인 31천명 수준으로 파악되었다.

건강생활유지비를 받는 1종수급자는 외래진료시 진료비의 일부를 부담(1종수급자 106만명 중 75만명)에 해당하며, 1종수급자 중 백혈병, 암, 만성신부전, 혈우병, 파킨슨병 등 107개 희귀난치성질환을 가진 자, 장기이식환자, 가정간호대상자, 18세 미만, 임산부, 선택병의원 이용자 등은 건강생활유지비 지원대상에서 제외되며, 현재와 같이 외래·입원 무료(약 32만명, 1종수급자의 30%)로 이용 가능하게 하였다.

다. 선택병의원제

선택병의원제 도입 : 의료기관 중복방문, 약물오남용 등으로 건강에 위험이 발생할 우려가 있는 수급권자는 선택병의원을 지정하여 이용하도록 하는 것이다. 선택병의원은 수급권자 본인이 자주 이용하는 의원급 기관 선택 원칙으로 하며, 선택병의원 이외의 기관 방문시에는 선택병의원에서 발급한 진료의뢰서 필요하다.

한, 두 상병으로 의료기관을 자주 방문하는 수급자는 급여일수 초과 전에 자발적으로 선택병의원을 정하여 그 선택병의원에서는 횟수에 관계없이 무료로 진료받을 수 있으며, 복합질환으로 선택병의원에서 진료가 어려운 경우 다른 의원이나 병원(종합병원 포함)을 추가로 선택하여 진료비 부담 없이 이용 가능하도록 하였다. 선택병의원은 거주지 변경, 선택병의원에서 진료 불가능한 질환 등 불가피한 사유 발생시 변경이 가능하도록 하였다.

라. 의료급여 상한일수를 초과한 수급자에 대한 대책

급여일수 산정방법을 총급여일수 합산방식에서 119개 질환군별 산정방식으로 개편하여 급여일수 관리기준을 완화하였다. (119개 질환군: 107개 희귀난치성질환, 11개 고시질환, 기타 질환) 그럼에도 불구하고 의료급여 상한일수를 초과한 수급자에게는 선택병의원을 지정하여 본인부담 없이 병의원, 약국을 이용할 수 있도록 유도하였다.

마. 과중한 본인부담에 대한 대책

① 본인부담금보상금제 도입: 1종수급자 본인부담금이 매 30일간 2만원 초과시 초과금액의 50% 환급하는 제도를 도입하였다.

② 본인부담금상한제 도입 : 1종수급자 본인부담금이 매 30일간 5만원 초과시 초과금액의 전액 환급하는 제도를 도입하였다.

③ 보건소에서도 무료로 의료이용이 가능하도록 하였다.

④ 갑작스러운 질환으로 치료비가 많이 발생한 경우에는 긴급지원제도에서 의료비를 300만원까지 지원하도록 하였다.

바. 의료급여자격관리시스템 구축

의료급여 자격관리시스템은 급여일수의 실시간 관리를 통해 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약을 예방하여 수급자의 건강을 증진하고, 수급자가 진료비를 건강생활유지비로 지불할 수 있도록 할 목적으로 도입되었다. 즉, 불필요한 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정집행의 건전성을 도모하기 위해 도입한 것이었다.

〈표 VI-11〉 의료급여 본인일부담제를 위한 의료급여자격관리시스템

구분	전달 메시지 내역		비고
M1	* 수진자주민등록번호	* 의료급여기관기호	의료급여기관
M2	* 자격여부 * 수진자성명 * 보장기관기호(사업장기호) * 시설기호(증번호) * 건강생활유지비잔액 * 선택기관기호와 명칭(관할지사 명칭)	* 자격취득일 * 세대주성명 * 급여제한일자(상실일자) * 본인부담여부 * 장애인등록일자 * 출국자 여부	공단 → 의료급여기관
M3	* 수진자주민등록번호 * 의료급여기관기호 * 입(내)원일수 * 본인일부부담금 * 기관부담금 * 진료일자 * 처방전교부기관기호(약국) * 본인부담여부	* 수진자성명 * 진료형태 * 투약일수 * 건강생활유지비청구액 * 주상병분류기호 * 처방전교부번호 (의료급여기관, 약국) * 타기관 의뢰여부	의료급여기관 → 공단
M4	* 승인여부 * 본인일부부담금 * 건강생활유지비청구액	* 진료확인번호 * 건강생활유지비잔액	공단 → 의료급여기관

4. 제도 시행에 대한 반대와 보완대책

본인부담제는 저소득층의 의료이용을 위축시켜 건강권과 생명권을 침해하며, 자격관리시스템 도입을 통한 개인별 급여내역 관리는 개인의 사생활 침해한다고 주장하였다.

이에 대한 보완 대책으로서 본인부담 완화와 정보보호를 위한 보완대책 병행하였다. 빈번한 의료이용이 불가피한 수급자(회귀난치성질환자, 장기이식환자 등)는 본인부담 면제하였고, 본인부담금에 상한(월 5만원)을 두어 과도한 비용부담 방지하였다. 그리고, 건보공단에 전송하는 자료는 급여일수 관련 내용으로 제한하였다.

5. 의료급여 본인부담제의 성과

김성이 보건복지가족부 장관은 2008년 4월에 국무위원 재정전략회의(’08. 4.27)에서 “본인부담제 및 관리시스템 도입을 통한 의료급여비 절감사례”를 보고하였다. 그 보고 내용에 따르면, 의료급여 대상자들의 도덕적 해이 등을 방지하기 위해 도입

된 본인부담제 및 자격관리시스템 구축 등 제도개선을 통해 ‘04년~ ’06년간 평균 21%에 달하던 의료급여 진료비 증가율이 ‘07년에는 7.6%로 낮아져, 연간 2,400억 원의 비용절감 효과를 거둔 것으로 분석되었다.

제3절 보훈대상자 본인일부부담제 도입 방안

1. 보훈대상자 본인일부부담제 도입을 위한 전제조건

보훈대상자를 대상으로 본인일부부담제를 도입할 경우 매우 중요한 전제조건이 있다.

첫째, 적용 대상자의 적정의료이용이 제한을 받아서는 아니된다.

제도의 도입으로 인하여 적용대상자가 적정의료이용에 제한을 받아 의료의 과소 이용(under-use)이 발생하지 않도록 제도의 모형이 제시되어야 할 것이다.

둘째, 행정적으로나 관리운영상에서 실행가능성이 높아야 한다.

아무리 좋은 제도라 하더라도 실행가능성이 낮고, 이상형에 가까운 제도는 그 의미가 퇴색될 것이다.

셋째, 제도의 건강성과 지속가능성이 확보되어야 한다.

일시적으로 제도가 운영되다가 폐지되거나 다른 제도와 의 모순에 의하여 그 취지와 효과가 상쇄되지 않도록 제도의 모형이 설계되어야 할 것이다. 즉, 이 연구에서 제시되는 인센티브 즉, 건강생활유지비 지급의 제도 등과 연계되어야 한다.

2. 본인일부부담제 도입(안) 비교

이러한 전제조건은 의료급여 1종 본인일부부담제 도입에서 충분히 검토되어 추진된 사례가 있기 때문에, 이 연구에서는 그것을 고려하여 다음과 같이 보훈대상자의 본인일부부담제 도입 방안을 제시하고자 한다.

- ① 보훈대상자 중 국비부담대상자에 한정하여 본인일부부담제를 실시한다.
- ② 본인일부부담금은 (2007년 의료급여 1종 본인일부부담제와 마찬가지로) 외래

내원에 국한하여 실시한다.

입원진료의 경우 외래진료와는 달리 전문가(의사)의 판단에 의하여 의료 수요(demand)가 발생하는 것이며, 입원진료 모두에 대하여 심사평가원의 의료급여비용 심사가 이루어지므로 의료의 과다이용(overuse)에 대한 감독이 가능하기 때문이다.

반면, 외래진료의 경우 환자의 판단에 의하여 의료 수요(demand)가 발생하며, 외래 진료에 대해서는 모두가 심사평가원의 의료급여비용심사가 이루어지는 것이 아니므로 의료의 과다이용(overuse)에 대한 감독이 매우 제한되기 때문이다.

③ 본인일부부담금은 (2007년 의료급여 1종 본인일부부담제와 마찬가지로) 외래 내원 건당 (1안) 1,500원, (2안) 1,000원으로 한다.

④ 평균 외래 내원일수에 근거하여 ‘건강생활유지비’를 지급한다.

이를 위하여 시뮬레이션 자료는 국비진료대상자수와 평균내원일수이며, 건강생활유지비 지급에 소요되는 예산은 다음 표와 같다. 국비진료대상자들의 연간 총내원일수는 36.6일로서 이는 월평균 3일에 해당한다. 따라서 본인일부부담을 (1안) 1,500원으로 하였을 때, 건강생활유지비 월 지급액은 4,500원이며 연간 약 108억원이 소요된다, 본인일부부담을 (2안) 1,000원으로 하였을 때, 건강생활유지비 월 지급액은 3,000원이며 연간 약 72억원이 소요될 것으로 추정되었다.

〈표 VI-12〉 본인일부부담제 실시에 따른 건강생활유지비

구분	대상자수 (명)	연간 총 내원일수	연간 평균 내원일수	건강생활유지비 총액 (천원)	
				1안(1,500원)	2안(1,000원)
0~29세	9,242	370,604	40.1	499,068	332,712
30대	9,485	339,563	35.8	512,190	341,460
40대	11,342	448,009	39.5	612,468	408,312
50대	27,310	1,174,330	43.0	1,474,740	983,160
60대	102,440	4,671,264	45.6	5,531,760	3,687,840
70세이상	40,982	2,352,367	57.4	2,213,028	1,475,352
소계	200,801	9,356,137	36.6	10,843,254	7,228,836

주석: 건강생활유지비는 연간 외래 내원을 평균 36건(월 3건) 하계 된다고 가정하여 정하였다.

3. 본인일부부담제 도입시 효과 (제한사항)

소정의 금액으로 본인일부부담을 하게 되므로, 외래 내원이 줄 수도 있다. 이 경우 의료비 절감 효과를 분석하면 다음과 같다. 의료비(국비)가 5% 절감된다고 가정하였을 때, 연간 국비 절감액은 약 16억원이며, 10% 감소된다고 가정하였을 때 연간 약 32억원이 절감될 것으로 추정되었다. 물론 외래 이용의 감소가 없을 경우 절감효과는 미미할 것이다.

〔표 VI-13〕 본인일부부담 실시에 따른 의료비(국비) 절감액

구분	대상자수(명)	외래 진료비 총액 (연간, 천원)	일인당 외래 진료비 총액 (월간, 원)	연간 의료비(국비) 절감액(천원)	
				5% 감소	10% 감소
0~29세	9,242	4,746,401	42,797	237,320	474,640
30대	9,485	4,240,623	37,257	212,031	424,062
40대	11,342	5,492,173	40,353	274,609	549,217
50대	27,310	6,021,648	18,374	301,082	602,165
60대	102,440	5,542,630	4,509	277,131	554,263
70세이상	40,982	6,135,605	12,476	306,780	613,560
소계	200,801	32,179,080	13,354	1,608,954	3,217,908

제4절 기타 의료비 지출 효율화 방안 제언

1. 중복투약 약제비 환수 및 지정병원제, 사례관리

가. 중복투약 약제비 환수

외래이용에 있어서 중복투약과 의약품 오·남용에 따른 건강 위해(危害) 등을 방지하고자, 건강보험에서는 2009년 8월부터 ‘요양기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준’에 의하여, 그리고 의료급여에서는 2010년 3월 진료분부터 ‘의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준’에 의하여 초과 약제비를 전액본인부담하도록 하고 있다. 국가보훈대상자에 대하여도 2010년 7월 1일부터

‘중복투약의 제한관리에 관한 기준’에 의하여 유사한 제도를 시행하고 있다.

〈표 VI-14〉 ‘중복투약의 제한관리에 관한 기준’에 의한 유사제도 시행내용

	건강보험	의료급여	국비진료대상자
대상 조제 범위	3 이상의 요양기관 처방후 약국 조제(처방전 없는 약국 조제 포함)	2 이상의 의료급여기관 처방후 약국 조제	2 이상의 보훈병원 또는 위탁병원 처방후 원내 조제 또는 약국 조제
기간	6개월간 215일 이상		
동일한 상병	한국표준질병·사인분류(KCD)의 동일한 대분류에 속한 질환		
동일성분 의약품	약제급여목록 및 급여 상한금액표」상의 주성분코드를 기준으로, 주성분 일련번호(1~4째자리)와 투여경로(7째자리)가 동일한 의약품		
중복투약 제도 (통보)	1. 중복투약 일수에 대한 안내 2. 약제비 환수 가능성에 대한 통보	1. 중복투약 일수 및 그 내용 2. 약제비 전액본인부담 가능성	1. 중복투약 일수 및 그 내용 2. 초과 약제비 환수 또는 지정병원 진료에 관한 사항
관리 조치	중복투약 제도를 받은 후에도 계속해서 위반한 경우에는 6개월 동안 214일분을 초과한 약제비 중 공단부담금 전부를 가입자 등으로부터 부당이득금으로 환수	공단에서 통보받은 중복투약일수 등을 기준으로 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 사례관리를 실시 약제비 전액본인부담 수급권자가 중복투약을 받은 경우에는 최초 3개월간, 이후 6개월간 약제비전액을 본인부담	국비진료대상자의 중복투약일수 등을 기준으로 중복투약자를 선정하여 사례관리 무자격자가 통보 받은 후에도 중복투약을 받은 경우에는 6개월 동안 214일분을 초과한 약제비 중 국가가 부담한 금액 전부를 환수 건강보험가입자들의 경우에는 이용할 수 있는 의료기관의 범위를 보훈병원 또는 위탁병원 중 한 곳만 지정하여 진료를 받도록 할 수 있음
시행일	2009년 8월1일	2010년 3월 1일 진료분부터	2010년 7월 1일

국비진료대상자들에 대한 사례관리 방법을 살펴보면, 보훈병원의 가정간호담당자가 보훈병원의 전산자료와 위탁병원 등의 원외처방전의 자료를 제공받아 이를 근거로 전화통화 및 방문을 통하여 사례관리를 하고 있다.

국비진료대상자들에 대한 관리 방안을 살펴보면, 건강보험과 의료급여의 내용을

혼용하고 있음을 알 수 있다. 우선 사례관리는 의료급여에서의 사례관리와 내용적으로 같다. 그러나 관리조치에서는 무자격자의 경우 건강보험의 관리조치 ‘6개월 동안 214일분을 초과한 약제비 환수’와 같으며, 건강보험가입자등의 경우에는 의료급여의 선택병원원제와 유사하게 ‘보훈병원 또는 위탁병원 중 한 곳만 지정’하여 진료를 받도록 하고 있다.

그러나 그 대상자의 선정에 있어서 각 제도마다 다르고, 그리고 국비진료대상자에는 건강보험 또는 의료급여 자격을 포함하고 있기 때문에, 이들에 대해서는 별도의 중복투약자 선정보다는 해당 건강보험/의료급여의 중복투약자 선정 기준에 따르고, 해당 관리조치를 받게 하는 것을 검토할 필요가 있다.

나. 지정병원제 개선 사항

건강보험·의료급여 국비진료대상자가 중복진료자가 된 경우에 보훈병원 또는 위탁병원의 1곳만을 이용하도록 제한하는 지정병원제를 정하고 있다.

「중복투약의 제한관리에 관한 기준 제8조(지정병원 진료) 보훈병원장은 건강보험 가입자등이 규칙 제11조를 위반하여 중복투약을 받은 경우에는 같은 조 제2항에 따라 이용할 수 있는 의료기관의 범위를 보훈병원 또는 위탁병원 중 한 곳만 지정하여 진료를 받도록 할 수 있다.」 이러한 패널티 외에서 합리적 의료이용을 유도하기 위한 병원 또는 의사를 지정할 제도의 도입을 검토할 필요가 있다.

의료급여에서는 의원급 의료기관을 1차 진료기관으로 염두하였기 때문에 ‘선택병의원제’라는 용어를 사용하였지만, 국비지원 의료기관이 대부분 다수의 전문과목을 개설한 병원급인 상황을 감안하면, 또한 지정병원제보다는 진료의뢰에 대한 책임을 강화하기 위하여 ‘선택의사제’로 하는 것이 타당하다. 이에 대한 세부사항은 「5. 만성질환자 등에 대한 선택의사제」에서 기술하였다.

다. 사례관리 대상 선정기준의 개선

현재의 사례관리는 중복투약자에 국한하여 사례관리를 하고 있는데, 제도의 취지와 본질에 맞추어 그 대상자를 소정의 기준에 해당하는 국비진료대상자에게 확대할

필요가 있다. 물론 현실적인 여건에는 우선 중복투약자에 집중할 수 밖에 없겠지만, 고시되는 기준에서 굳이 중복투약자로 국한할 필요는 없다고 본다.

〈표 VI-15〉 사례관리 대상 선정기준

의료급여 의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준	국비진료대상자 중복투약의 제한관리에 관한 기준	
	현행	개정안
제3조(중복투약일수의 관리 등) ① 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)은 중복투약 관리를 위한 시스템을 구축하여 수급권자의 중복투약일수를 관리하여야 한다. ② 공단은 수급권자의 중복투약일수에 관한 현황을 시장·군수·구청장에 통보하여야 한다. ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 공단에서 통보받은 중복투약일수 등을 기준으로 <u>수급권자의 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 사례관리를 실시해야 한다.</u>	제5조(사례관리 등) ① 공단 이사장은 중복투약의 효율적인 관리를 위한 필요한 시스템을 구축하여 국비진료대상자의 중복투약일수 등 관련 현황을 관리하여야 한다. ② 제1항에 따라 공단 이사장은 국비진료대상자의 중복투약일수 등을 기준으로 <u>중복투약자</u> 를 선정하여 사례관리를 함으로써 합리적인 의료지원을 위해 노력하여야 한다.	제5조(사례관리 등) ① 공단 이사장은 중복투약의 효율적인 관리를 위한 필요한 시스템을 구축하여 국비진료대상자의 중복투약일수 등 관련 현황을 관리하여야 한다. ② 제1항에 따라 공단 이사장은 국비진료대상자의 중복투약일수 등을 기준으로 <u>국비진료대상자의 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 사례관리를 실시해야 한다.</u>

2. 만성질환자 등에 대한 선택의사제

가. 선택의사제 대상 만성질환

질환별 관리에 있어서 크게 2가지가 관심의 초점이 된다. 이들은 단기간의 입원 진료보다는 특정 의사를 지정하여, 그 의사로부터 주된 진료를 받되, 필요한 경우에 국한하여 그 의사의 진료의뢰를 통하여 다른 전문진료를 받도록 하는 것이다.

첫째, 고혈압, 당뇨 등 단기간 내의 치료가 아닌 관리가 필요한 질환

둘째, 복합 상병으로 여러 병원 또는 진료과목의 진료가 필요하고, 그로 인하여 불필요한 의료이용의 발생이 우려되는 경우

나. 선택의사제

의료급여에서는 이미 2007년 7월부터 선택병원위원제를 실시하여, 불필요한 의료이용을 줄이는데 기여하고 있다. 의료급여에서는 본인일부부담제의 실시와 함께 제도가 도입되어, 선택병원위원에서는 본인부담을 받지 않음으로써 인센티브가 있었다. 국비진료대상자들에 대하여도 이를 준용하여 실시할 수 있는데, 문제는 국비진료대상자의 입장에서 의료이용을 제약하는 것이므로, 그에 상응하는 조건이 수반되어야 한다는 점이다.

다. 선택의사제도 시행방안

제도의 방안은 여러 종류로 고려해 볼 수 있으나, 우선은 선택의사 이외의 외래진료·조제에 대해서는 원칙적으로 국비지원을 하지 않는 방안을 현실적으로 가능할 것이다.

그리고, 모든 방안에서의 전제 조건은 소정의 기준을 초과한 과다 의료이용자여야 한다는 점이다(이에 해당하는 환자를 이하 ‘선택병원대상자’라 함). 물론 이 조건은 중복투약자 조건과 동일할 수 도 있지만, 그 기준보다 낮춰서 대상자의 범위를 확대할 수도 있다.

첫째, 선택병원대상자가 되면, 선택의사의 처방에 의한 외래진료·조제만 국비지원의 대상이 된다.

둘째, 복합 상병으로 인하여 다수의 전문 외래진료가 필요한 경우, 선택의사는 2명 (동일 병원 내에서는 3명)까지 가능하다.

셋째, 선택의사가 판단하여, 다른 의사의 진료를 의뢰하고자 하는 경우에는 그 사실을 담당 사례관리 기관에 통보하여야 한다.

넷째, 선택의사가 담당한 환자가 이후에 적정의료이용을 지속적으로 유지할 경우,

보훈공단은 소정의 인센티브를 그 의사(의료기관)에 지급할 수 있다.

3. 예방건강활동 지원을 통한 장기적 국가지원진료비 절감

현재 건강보험에서는 일반검진 뿐 아니라 암검진에 대하여 보험급여로 실시하고 있다. 의료급여에서는 검진이 지자체 당연 급여에 포함되어 있지 않지만, 지자체, 국립암센터 등에서 취약계층, 고연령층을 대상으로 검진과 암검진사업이 실시되고 있다.

국비진료대상자중에서 ‘무자격자’ 또는 ‘공공기관 검진사업에서 제외되는 의료급여 환자’에 대해서도 검진사업을 실시할 필요가 있다. 또한 ‘건강보험 대상자’중에서 본인일부부담의 적용이 되는 검진 항목에 까지 국비지원의 범위를 확대할 필요가 있다.

물론 이러한 ‘건강지원을 통한 장기적 국가지원진료비 절감 방안’은 우선 예산확보와 사업수행할 의료기관 선정이 필요할 것으로 판단되며, 제도 도입의 정당성이 ‘국민 의료보장의 형평성’과 ‘장기적 진료비 절감’의 대안이므로 적극적인 지원이 요구된다.

한편, 국비진료대상자의 건강지원을 위하여 교육 프로그램을 확대할 필요가 있다. 이는 사례관리와 연계하여 인터넷, 전화 등 쌍방향 교육을 통한 방법이 고려될 수 있으며, 보훈대상자의 여러 급여 및 지원에 대한 조건(인센티브)으로도 활용될 수 있을 것이다.

제5절 소결

1. 금전적 인센티브 안

보훈대상자 중 국비지원대상자들에게 (1안) 건강생활유지비를 4,500원을 지급하고 본인일부부담을 (1안) 1,500원으로 하였을 때 108억원이 소요되고, (2안) 건강생활유지비를 3,000원을 지급하고 본인일부부담을 (1안) 1,000원으로 하였을 때 72억원이 소요될 것으로 추정되었다. 물론 이 예산은 본인부담으로 국비지원이 줄게 되므로 국가 재정적 측면에서는 추가 부담은 없는 것이다. 오히려 외래 이용 감소의 수준에 따라 의료비(국비)가 줄 수도 있다.

다만, 이러한 방안이 도입되기 위해서는 몇 가지 선결 조건이 있다.

첫째, 국비지원대상자가 국가의 유공자 이므로 이들에게 도덕적 해이(moral hazard)가 있다는 전제하에서의 제도 도입은 상당한 저항이 있을 수 있다. 의료급여 환자의 경우 월 평균 내원일수 4일이었던 반면, 이들은 3일이었으므로 제도 도입의 정당성이 부족하다.

둘째, 의료기관에서 이들의 외래이용 건수를 실시간으로 확인할 수 있는 전산시스템이 선결되어야 하며, 건강생활유지비를 지급하는 행정력도 소요되므로, 이에 대한 행정비용도 만만치 않을 것이다.

셋째, 본 연구에서는 단골병의원제와 같은, 본인일부부담을 원치 않는 환자들이나 복합상병을 가진 환자들에 대한 보완적인 제도를 포함하지 아니하였다. 국비지원대상자들은 오히려 보훈병원·위탁병원 등 단골병의원제와 같은 성격의 제도가 이미 적용되어 있기 때문이었다. 이러한 보완적인 제도가 덧붙여져야 할 필요가 있는지에 대하여는 추가 검토가 필요하다. 그리고, 본인부담 상한제와 같은 보완 제도가 필요한데, 이 연구에서는 따로 언급하지는 않았으나, 의료급여를 참조하여 이를 준용하는 것이 형평성 측면에서 타당할 것이다.

넷째, 의료급여에서는 건강생활유지비가 월 6,000원인 반면, 본 연구에서는 (1인) 4,500원, (2인) 3,000원을 제시하였다. 물론 외래내원 건수가 의료급여에 비하여 적기 때문에 이 대안을 제시한 것이지만, 그 대상자들이 의료급여와의 형평성을 제기하면서 월 6,000원을 요구할 가능성이 없지 않다. 그 경우 오히려 국비 지출은 현재 보다 연간 36억원(1인 기준) 더 증가할 것이다.

이러한 점들을 고려할 때, 본인일부부담제 정책 추진/결정 과정에서 좀 더 신중한 판단이 요구된다 할 것이다.

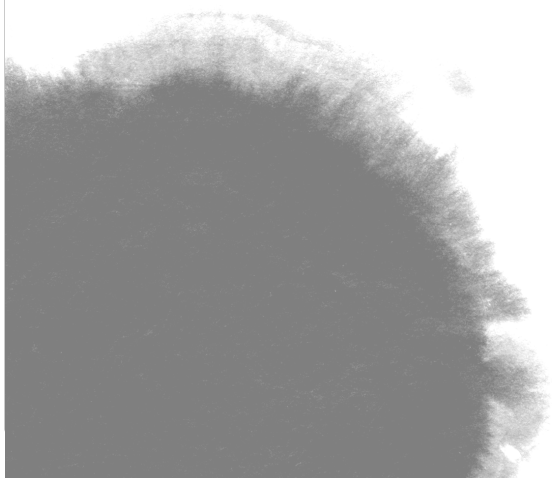
2. 중복투약 제한, 선택의사제

현재 건강보험과 의료급여에서 실시하고 있는 중복투약 제한 제도가 국비진료대상자에게도 적용되고 있다. 이에 대한 실효성과 내용 등은 다른 제도와 유사하기 때문에 크게 언급할 점은 없지만, 국비진료대상자 중에서 건강보험과 의료급여의 자격

을 가지고 있는 경우에는 대상자 선정 및 사후 조치에 대하여 개선할 여지가 있다
현재 고시된 기준에서의 지정병원제는 선택의사제로 변경하여 실시하는 것이 합
리적이라 판단되며, 이러한 의료이용 모델은 다른 의료보장제도에도 선형적 모델이
될 수 있을 것이다.

07

요약 및 결론



제7장 요약 및 결론

제1 절 요약

국가를 위해 몸과 마음을 바쳐 희생하거나 공헌한 국가유공자와 그 가족에 대한 진료와 복지활동은 국가보훈정책의 핵심적 업무이다. 그러나 최근 5년간 보훈대상자의 연평균 진료비 증가율은 약 11.9%(건강보험 11.5%)로 국비진료가 연평균 4.7%, 위탁진료가 22.5% 그리고 감면진료가 21.8%로 위탁진료와 감면진료의 진료비가 급격히 증가하고 있으며 또한 국비진료의 경우도 2008년도 내원일당 진료비가 약 74천원(약제비 포함)으로 건강보험 31천원 보다 2배 이상 높게 나타나고 있다.

보훈의료 대상자의 진료대상 확대와 고령화 등으로 인해 의료수요가 대폭 증가함에 따라 진료비를 절감하고 불필요한 의료수요를 적정화 할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안을 마련되어야 한다는 의견이 제시되고 있다. 즉, 의약품 오남용 및 불필요한 과잉 의료이용 방지 등 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 적정화 방안 마련과 불필요한 의료수요를 방지 할 수 있는 방안의 검토가 필요한 것이다. 본 연구는 국비진료대상자, 건강보험대상자 및 의료급여대상자들의 의료이용량을 비교 분석하여 국비진료대상자들의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있는지를 검토하고, 국비진료대상자들의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있다면 의료이용과 진료비의 효율적 관리를 통한 진료비 절감 방안 마련과 불필요한 의료 수요를 억제할 수 있는 합리적이고 실현가능한 대안을 모색하는 것을 목적으로 한다. 국비진료대상자의 의료이용과 건강보험대상자 및 의료급여 대상자의 의료이용을 비교분석하기 위하여 6개 보훈병원 및 위탁병원 그리고 건강보험심사평가원의 자료를 수집하여 단순히 전

체 의료량과 진료비를 비교한 분산분석과 의료량과 진료비에 영향을 미치는 변수를 통제하여 비교한 공분산분석을 하였다. 그리고 보훈대상자 중 국비진료대상자의 의료이용의 편이성, 보훈병원 및 위탁병원의 의료이용 접근성 그리고 본인일부부담제 및 그에 따른 인센티브 제공에 대한 의견수렴을 위해 국비 보훈대상자 1,000명에 대한 수요자 의견수렴을 위한 전화조사를 진행하였다.

우리나라 국비진료대상자는 191,026명으로 남자가 99.7%, 여자가 0.3%로 대부분 남성들이다. 국비진료대상자는 60대가 36.9%로 가장 많았고, 다음으로는 70세 이상과 50대가 각각 14.0%와 13.8%로 50대 이상이 65%이상으로 노령화되어 있다. 비진료대상자의 지역별 거주현황을 보면 서울이 77,915명(40.8%)으로 압도적인 비율을 나타냈고 다음으로 부산 21,965명(11.5%), 경기 15,819명(8.3%)의 순으로 나타났다. 국비대상자는 전상군경이 50,575명(26.5%)으로 가장 높은 비율을 나타냈고 다음으로 공상군경이 47,852명(25.1%), 고엽제후유의 중등급 미달자가 42,653명(22.3%)이다. 국비진료대상자에서 상이등급이 없는 대상자는 10.5%로 대부분의 국비진료대상자들이 장애를 가지고 있었고, 반면 감면대상자(유가족 제외)는 상이등급이 없는 비율이 90.1%로 대부분 장애가 없었다. 일반적으로 장애인에 비해서 의료필요가 크다고 알려져 있으며, 특히 장애정도가 심할수록 의료이용량과 의료비가 높고, 장애유형에 따른 의료이용량의 차이는 아주 큰 것으로 알려졌다.

개인별 의료이용 분석에 대한 결과는 다음과 같다. 국비진료대상자의 의료이용량을 감면대상자(유가족 제외), 건강보험대상자, 의료급여대상자 등 타 집단과의 비교 분석을 통해 산출된 단순평균과 조정평균¹⁷⁾을 비교하여 적정성을 판단하였다. 외래 내원일수의 경우 모든 연령대에서 국비진료대상자가 감면대상자나 건강보험대상자 그리고 의료급여대상자보다 외래 내원일수가 많은 것으로 분석되었다. 의료급여대상자 보다는 연령에 따라 적게는 2.5배에서 많게는 7.8배 많았지만 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 조정평균은 감면대상자나 건강보험대상자 보다는 높지만 그 폭이 크게 줄어들었으며, 의료급여대상자와는 큰 차이가 없었다.

외래 총진료비의 경우도 외래 내원일수와 마찬가지로 모든 연령대에서 국비진료

17) 조정전 평균은 단순평균치이며, 조정평균은 보훈대상, 연령, 상병수, 요양종별, 지역, 상이여부의 변수로 공분산 분석을 한 후 추정한 결과임.

대상자가 감면대상자나 건강보험대상자 그리고 의료급여대상자보다 외래 총진료비는 많은 것으로 분석되었다. 의료급여대상자보다는 연령에 따라 적게는 2.2배에서 많게는 14.2배 많았으나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 외래 총진료비 조정평균은 국비진료대상자들이 다른 비교집단보다 적은 것으로 분석되었다. 조정전 평균은 높으나 조정후 평균은 낮은 이유는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애가 있고, 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않다는 의미인 것으로 해석된다. 입원 재원일수의 경우 모든 연령대에서 국비진료대상자가 감면대상자나 건강보험대상자보다는 재원일수가 많지만, 의료급여대상자와 비교하면 0-29세와 70세이상 연령층을 제외하고는 의료급여대상자가 국비진료대상자보다 크게 높았다. 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 재원일수의 조정평균은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 크게 낮은 것으로 나타났다. 입원 총진료비의 경우, 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 전반적으로 조정전 입원 총진료비가 낮은 것으로 분석되었다. 특히 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 입원 총진료비는 다른 비교집단에 비해서 더 적은 것으로 추정되었다. 외래와 입원의료를 모두 합한 총진료비의 경우, 모든 연령층에서 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해서 높았다. 건강보험대상자보다는 연령대에 따라 적게는 6.3배에서 많게는 25.7배나 많았고, 의료급여대상자보다는 적게는 1.9배에서 많게는 15.5배가 많았다. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 변수를 통제한 후 총진료비는 국비진료대상자들이 다른 비교집단보다 더 적은 것으로 분석되었다.

조정전 평균은 높는데 조정후 평균이 낮은 이유는 90%이상이 장애를 가지고 있는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애를 가진 비율이 아주 높고, 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않다는 의미이며, 국비진료대상자들이 다른 집단에 비해 상대적으로 불필요한 의료이용은 적다는 것으로 해석할 수 있다. 즉, 이러한 결과는 일반적으로 장애인은 비장애인에 비해서 의료필요가 크고, 특히 장애정도가 심할수록 의료이용량과 의료비가 높고, 장애유형에 따른 의료이용량의 차이가 아주 큰다는 사실을 입증하는 것이다.

질병별 의료이용 분석 결과를 살펴보기 위하여 국비진료대상자의 외래의료이용과

입원의료이용을 기준으로 하여 다빈도질환, 고액진료비 질환 그리고 입내원일수 많은 질환을 각각 60개씩을 추출하여 각 질병마다 대상자별(국비진료대상자, 감면진료대상자, 건강보험대상자, 의료급여대상자)로 비교분석하였다. 질병별 단순비교분석에서 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해 1위나 2위를 차지하는 경우가 많았다. 즉, 다른 집단에 비해 요양일수나 내원일수 그리고 진료비가 많다는 의미다. 그러나 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 국비진료대상자의 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 4개 집단 중에서 3위나 4위에 위치하는 경우가 많은 것으로 분석된다. 이는 국비진료대상자가 다른 집단과 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 많지 않다는 것이다.

효율적인 전화조사를 위하여 2008년 7월부터 2009년 6월까지 1년간 보훈병원과 위탁병원을 이용한 자료를 바탕으로 입원 서비스 이용자 1100명, 외래 서비스 이용자 2500명, 의료를 이용하지 않은 대상자 700명을 대상으로 추출하였다. 목표 응답자 수는 표본에서 1,100명(입원 400명, 외래 500명, 비이용자 200명)으로 정하였는데 조사 결과 최종 전화조사 응답자 수는 입원이용 401명, 외래이용 509명, 의료비이용자 209명이며 총 1117명이었다. 의료이용 효율화 방안을 묻는 질문에 대한 응답자들의 의견은 다음과 같았다. 국비진료대상자들에게 현재 의료급여제도에서 도입하고 있는 의료비 선지급제도인 건강생활유지비제도¹⁸⁾를 시행할 경우 참여할 의사가 있는지에 대한 질문에 전체 응답자 1115명 중 557명인 50%는 의료비 선지급제도에 참여할 의사가 있다고 응답 하였다. 의료이용유형에 따라 보면 입원환자 48.6%, 외래환자 43.0%, 의료비이용(보훈병원과 위탁병원을 이용하지 않은 국비진료대상자) 69.6%가 의료비 선지급제도에 찬성하여 비교적 의료이용이 적은 의료비이용 그룹이 다른 대상 구분에 비해 찬성 비율이 높았다. 특히 의료기관 방문 횟수에 따른 의료비 선지급제도 찬성 비율을 보면 전반적으로 방문 횟수가 많을수록 의료비 선지급 제도에 찬성하는 비율이 낮았다.

18) 의료급여제도에서 시행하고 있는 의료비 선지급제도인 ‘건강생활유지비제도’는 의료이용 왜곡으로 인한 의약품 오남용을 방지하기 위하여 건강생활유지비로 월 6천원을 선지급하여, 본인부담금으로 상용하도록 하고 있다. 6천원을 초과하는 의료비는 본인이 부담하고 잔여액은 본인이 갖도록 하는 정책이다.

제2절 결론 및 정책제언

본 연구의 목적은 국비진료대상자의 의료이용에 불필요한 의료이용이 있는지 그리고 있다면 불필요한 의료이용을 억제할 수 있는 의료이용적정화 방안을 모색하는 것이었다. 외래 및 입원 의료이용의 경우 1인당 입내원일수나 1인당 진료비 모두 국비진료대상자가 다른 비교집단 (감면대상, 건강보험, 의료급여)보다 전반적으로 높지만 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제하여 동일 조건화하여 비교하면 1인당 조정 입내원일수나 조정 진료비는 다른 비교집단보다 적은 것으로 분석되었다. 질병별 단순비교분석에서 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 국비진료대상자가 다른 비교집단에 비해 1위나 2위를 차지하는 경우가 많았지만, 연령, 상병수, 이용 의료기관, 상이여부 등의 변수를 통제한 후 국비진료대상자의 질병별 외래의료이용량과 입원의료이용량은 4개 집단 중에서 3위나 4위에 위치하는 경우가 많은 것으로 분석되었다. 따라서 국비진료대상자가 다른 집단과 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 많지 않다는 것이다. 이러한 결과는 국비진료대상자들의 경우 다른 비교집단에 비해 상대적으로 장애가 있고 앓고 있는 질병이 많은 등 상대적으로 건강상태가 좋지 않기 때문에 의료이용량이 많은 것으로 판단된다. 따라서 다른 집단(감면대상, 건강보험, 의료급여)대상자와 비교해서 상대적으로 불필요한 의료이용이 더 적다고 할 수 있다. 이러한 연구결과를 고려할 때 본 연구에서 검토한 ‘의료비 선지급제도 및 본인부담금제도’는 투입(예산)대비 효과(의료비 절감)측면에서 효과적이지 않은 것으로 판단되며, 그 외 현재 건강보험과 의료급여에서 실시하고 있는 중복투약 제한 제도나 질병별 또는 만성질환자 중심 주치의 제도도입, 고액진료비 등 의료이용량이 많은 환자를 대상으로 한 사례관리 확대방안, 의료이용 및 건강 교육강화, 예방사업 및 퇴원후 관리강화 등 다양한 방안의 검토가 필요할 것으로 판단된다. 본 연구는 국비진료대상자의 의료이용에 초점을 두었지만 감면진료대상자의 의료이용량과 위탁의료기관에서 보훈대상자들의 의료이용량이 크게 증가하고 있어 이에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다.

참고 문헌

- 건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2000-2008.
- 국가보훈처, 『세계속의 보훈-대만·호주 편』, 2005.
- 국가보훈처, 『세계속의 보훈-미국편』, 2005.
- 국가보훈처, 『국가보훈발전기본계획』, 2007.
- 국가보훈처, 『보훈업무민원편람』, 2008.
- 국가보훈처, 『2009년도 주요업무지침』, 2009.
- 국민건강보험공단, 『의료급여통계』, 1995-2008.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1990-1999.
- 통계청, 『건강보험 성별 급여실적』, 2004-2007.
- HHS, *National Center for Health Statistics*, 1999.
- OECD, *OECD Health Data*, 2007-2009.
- 권선진 외, 『재활전문인력의 현황과 자격제도 도입방안』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 권순원, "건강보험의 재정안정화방안 : 장·단기대책을 중심으로", 『사회과학연구』, 제8권: 1-20, 2003.
- 김성옥, 『보훈대상자의 고령화에 따른 의료·노후복지정책의 개선방향에 관한 연구』, 창원대학교 해정대학원 석사학위논문, 2007.
- 김엽, "보훈중앙병원의 발전적 운영방안에 관한 연구", 한국보훈학회 2008년도 춘계 학술회의 자료집, 295-112, 2008.

- 김용익, 『지방자치시대는 보건복지의 시대로』, 환경운동연합회의, 1995.
- 김종성, 『한국보훈정책론』, 일진사, 2005.
- 김혜련 외, 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 노상희, 전성훈, “보훈의료복지의 효율적 전달방안에 관한 연구”, 보훈학술논문, 5:119-158, 2003.
- 배상수, 『보건사업기획』, 계축문화사, 2004.
- 양봉민, 『보건경제학』, 나남출판, 1999.
- 양재모, 유승흠, 『국민의료총론』, 수문사, 1984.
- 엄의현, “보훈대상자의 건강보험 급여관련 쟁점”, 건강보험포럼, 봄호:25-33, 2003.
- 연하청, 『의료보장제도의 정책과제와 발전방향』, 한국개발연구원, 1983.
- 유승흠, 『의료정책과 관리』, 기린원, 1989.
- 윤방부, “가정의 제도와 한국의 가정의학”, 『의보공론』, 3(3): 74-81, 1985.
- 오영호 외, 『의료공급중장기 추계』, 요양급여비용연구기획단·한국보건사회연구원, 2006.
- 오영호 외, 『보건의료인력실태조사』, 한국보건의료인력국가시험원, 2008.
- 의료개혁위원회, 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』, 1997.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 이경환, 김만오, 김균민, “의료서비스의 국제화와 법적 분쟁”, 한국의료법학회 학술대회, 한국의료법학회, 2009
- 이성국, 박재용, 김정만, 이승욱, 『보건학의 현황과 장기발전방향』, 경북대학교 의과대학, 1990.
- 국가보훈처, 『한국보건사회연구원, 한국의 국가보훈체계 개편연구』, 2007.
- 한국보건산업진흥원, 『보훈의료발전방안 연구』, 2004.
- 한국보건의료연구원, 『중장기 보건의료기술개발 전략 수립 연구』, 1996.
- ACT Health, *Workforce Plan 2005-2010*, 2005.
- Bergwall D.F., Reeves P.N. and Woodside N.B., *Introduction to Health Planning*, Washington, D.C.: Information Resources Press, 1974.

- Blank, Rebecca, *The New World of Welfare*, Brooking Institute, 2002.
- CIHI(Canadian Institute for Health Information), *Canada's Health Care Providers*, Ottawa, 2002.
- Dargie, Charlotte, "Workforce: Analysing trends and policy issues for the future health workforce", *Policy Futures For UK Health*, 8, 1999.
- DOH(Department of Health), *The Government's Expenditure Plans 2001 ~2002 to 2003 ~2004 and Main Estimates 2001 ~2002*, 2001.
- Fox, D.M., "The Consequences of Consensus: American Health Policy in the Twentieth Century", *The Milbank Quarterly*, 64(1), 1986.
- Gillbert, N&Terrell, P, *Dimensions of Social Welfare Policy*, Allyn&Bacon, 2002.
- Gill,D.G, *Unravelling Social Policy: Theory, Analysis and Political Action Toward Social Equality*, Schenkman Books Inc, 1992.
- Heffler, Stephen et al., "Health Spending Projections For 2002-2012", *Health Affairs*, 2003.
- JAMA, "A National Health Assembly", *JAMA*, 136(10), 1948.
- Kronenfeld, J.J., *The changing federal role in U.S. health care policy*, Praeger, 1997.
- Lassey, M.L., Lassey, W.R. and Jinks, M.J., *Health care systems around the world*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ., 1997.
- Mills A., "Current policy issues in health care reform from an international perspective: the battle between bureaucrats and marketers", In Nitarayumphong S, editor. *Health Care Reform. At the Frontier of Research and Policy Decisions*. Nontavuri, Thailand: Ministry of Public Health, 1997.
- MWSAC, "Planning the medical workforce: third report", Department of Health, 1997.
- Netherlands Institute of Primary Health Care. *Health Care and General*

Practice across Europe. 1993.

Patel, K. and Mark E.R., *Health care politics and policy in America*, M.E. Sharpe(3ed.), 2006.

Petrou, S. and Wolstenholme, J., "A Review of Alternative Approaches to Healthcare Resource Allocation", *Pharmacoeconomics*, 18(7), 2000.

Poen, M.M., *Harry S. Truman Versus the Medical Lobby: The Genesis of Medicare*, University of Missouri Press, 1996.

WHO, *World Health Report 2003: Shaping the Future*, 2003.

WHO, *World Health Report 2008: Primary Health Care*, 2008.