

정책보고서 2012-

## 의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안

신현웅  
윤장호  
이충섭  
임지원  
황상미

보 건 복 지 부  
한국보건사회연구원



# 제출문

## 보건복지부장관 귀하

본 연구 보고서를 「의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안」 용역의 최종보고서로 제출합니다.

주관기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 신현웅

연구 원 : 윤장호

연구 원 : 이충섭

연구 원 : 임지원

연구 원 : 황상미



# 목 차

요약 .....	1
제1장 서론 .....	47
1. 연구의 필요성 및 목적 .....	47
제2장 의료공급자 진료행태에 대한 선행연구 .....	53
1. 의료공급자 진료행태에 대한 이론적 고찰 .....	54
2. 미국 의료개혁 동향 고찰 .....	58
3. 의료공급자 관리방안에 대한 이론적 고찰 .....	69
제3장 의료기관 종별 진료비 실태분석 .....	91
1. 분석 결과 .....	94
제4장 개인별 과다이용자 분석 .....	163
1. 외래 의료이용 과다이용자 실태분석 .....	163
2. 투약일수 과다이용자 실태분석 .....	170
3. 장기입원 이용자 실태분석 .....	172
제5장 의료급여 공급자 유인수요(supplier-induced demand, SID) 분석 .....	179
1. 공급자 유인 수요의 선행연구 .....	179
2. 분석 방법 .....	183
3. 분석 결과 .....	193
4. 결론 .....	199
제6장 진료비 증가요인에 대한 거시모형 분석 .....	204
1. 의료급여제도 개선 및 발전방안 .....	204
2. 의료공급자 측면의 효율적 관리방안 .....	214

## 표 목차

<표 2-1> 의료비 지출 절감 및 질 향상을 위한 ACA법안의 정책 .....	64
<표 3-1> 연도별 의료급여 적용대상자 추이 .....	96
<표 3-2> 연도별 총진료비 분석 - 전체 .....	97
<표 3-3> 연도별 총진료비 분석(입원) - 전체 .....	97
<표 3-4> 연도별 총진료비 분석(외래) - 전체 .....	98
<표 3-5> 연도별 총진료비 분석(약국) .....	98
<표 3-6> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 전체 .....	100
<표 3-7> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 전체 .....	100
<표 3-8> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 전체 .....	101
<표 3-9> 연도별 적용인구당진료비 분석(약국) .....	102
<표 3-10> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 전체 .....	103
<표 3-11> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 전체 .....	104
<표 3-12> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 전체 .....	104
<표 3-13> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 약국 .....	105
<표 3-14> 연도별 내원일당진료비 분석 - 전체 .....	106
<표 3-15> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 전체 .....	106
<표 3-16> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 전체 .....	107
<표 3-17> 연도별 내원일당진료비 분석(약국) .....	107
<표 3-18> 연도별 총진료비 분석 - 상급종합 .....	108
<표 3-19> 연도별 총진료비 분석(입원) - 상급종합 .....	108
<표 3-20> 연도별 총진료비 분석(외래) - 상급종합 .....	109
<표 3-21> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 상급종합 .....	110
<표 3-22> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 상급종합 .....	111
<표 3-23> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 상급종합 .....	111
<표 3-24> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 상급종합 .....	112
<표 3-25> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 상급종합 .....	113

<표 3-26> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 상급종합 .....	113
<표 3-27> 연도별 내원일당진료비 분석 - 상급종합 .....	114
<표 3-28> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 상급종합 .....	115
<표 3-29> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 상급종합 .....	115
<표 3-30> 연도별 총진료비 분석 - 종합병원 .....	116
<표 3-31> 연도별 총진료비 분석(입원) - 종합병원 .....	116
<표 3-32> 연도별 총진료비 분석(외래) - 종합병원 .....	117
<표 3-33> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 종합병원 .....	118
<표 3-34> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 종합병원 .....	119
<표 3-35> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 종합병원 .....	119
<표 3-36> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 종합병원 .....	120
<표 3-37> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 종합병원 .....	121
<표 3-38> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 종합병원 .....	121
<표 3-39> 연도별 내원일당진료비 분석 - 종합병원 .....	122
<표 3-40> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 종합병원 .....	123
<표 3-41> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 종합병원 .....	123
<표 3-42> 연도별 총진료비 분석 - 병원 .....	124
<표 3-43> 연도별 총진료비 분석(입원) - 병원 .....	124
<표 3-44> 연도별 총진료비 분석(외래) - 병원 .....	125
<표 3-45> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 병원 .....	126
<표 3-46> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 병원 .....	126
<표 3-47> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 병원 .....	127
<표 3-48> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 병원 .....	128
<표 3-49> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 병원 .....	128
<표 3-50> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 병원 .....	129
<표 3-51> 연도별 내원일당진료비 분석 - 병원 .....	130
<표 3-52> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 병원 .....	130
<표 3-53> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 병원 .....	131

<표 3-54> 연도별 총진료비 분석 - 요양병원 .....	132
<표 3-55> 연도별 총진료비 분석(입원) - 요양병원 .....	132
<표 3-56> 연도별 총진료비 분석(외래) - 요양병원 .....	133
<표 3-57> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 요양병원 .....	134
<표 3-58> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 요양병원 .....	134
<표 3-59> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 요양병원 .....	135
<표 3-60> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 요양병원 .....	136
<표 3-61> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 요양병원 .....	136
<표 3-62> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 요양병원 .....	137
<표 3-63> 연도별 내원일당진료비 분석 - 요양병원 .....	138
<표 3-64> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 요양병원 .....	138
<표 3-65> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 요양병원 .....	139
<표 3-66> 연도별 총진료비 분석 - 의원 .....	140
<표 3-67> 연도별 총진료비 분석(입원) - 의원 .....	140
<표 3-68> 연도별 총진료비 분석(외래) - 의원 .....	141
<표 3-69> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 의원 .....	142
<표 3-70> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 의원 .....	143
<표 3-71> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 의원 .....	143
<표 3-72> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 의원 .....	144
<표 3-73> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 의원 .....	145
<표 3-74> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 의원 .....	145
<표 3-75> 연도별 내원일당진료비 분석 - 의원 .....	146
<표 3-76> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 의원 .....	147
<표 3-77> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 의원 .....	147
<표 3-78> 연도별 총진료비 분석 - 치과 .....	148
<표 3-79> 연도별 총진료비 분석(입원) - 치과 .....	148
<표 3-80> 연도별 총진료비 분석(외래) - 치과 .....	149
<표 3-81> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 치과 .....	150



<표 3-82> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 치과 .....	150
<표 3-83> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 치과 .....	151
<표 3-84> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 치과 .....	152
<표 3-85> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 치과 .....	152
<표 3-86> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 치과 .....	153
<표 3-87> 연도별 내원일당진료비 분석 - 치과 .....	154
<표 3-88> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 치과 .....	154
<표 3-89> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 치과 .....	155
<표 3-90> 연도별 총진료비 분석 - 한방 .....	155
<표 3-91> 연도별 총진료비 분석(입원) - 한방 .....	156
<표 3-92> 연도별 총진료비 분석(외래) - 한방 .....	156
<표 3-93> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 한방 .....	157
<표 3-94> 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 한방 .....	158
<표 3-95> 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 한방 .....	158
<표 3-96> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 한방 .....	159
<표 3-97> 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 한방 .....	160
<표 3-98> 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 한방 .....	160
<표 3-99> 연도별 내원일당진료비 분석 - 한방 .....	161
<표 3-100> 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 한방 .....	162
<표 3-101> 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 한방 .....	162
<표 4-1> 연간 외래 방문일수 100일 이상 이용대상자 분포 .....	165
<표 4-2> 100일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) .....	167
<표 4-3> 연간 외래 방문일수 150일 이상 이용대상자 분포 .....	168
<표 4-4> 150일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) .....	169
<표 4-5> 외래 150일 이상 이용자 중 선택병의원대상자 분포 .....	169
<표 4-6> 연간 외래 방문일수 365일 이상 이용대상자 분포 .....	170
<표 4-7> 365일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) .....	171
<표 4-8> 외래 365일 이상 이용자 중 선택병의원대상자 분포 .....	171

<표 4-9> 연간 투약일수 1,000일 이상 이용대상자 분포 .....	172
<표 4-10> 연간 투약일수 1,500일 이상 이용대상자 분포 .....	173
<표 4-11> 연간 투약일수 2,000일 이상 이용대상자 분포 .....	174
<표 4-12> 연간 입원 100일 이상 이용대상자 분포 .....	175
<표 4-13> 입원일수 100일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) ....	175
<표 4-14> 연간 입원 200일 이상 이용대상자 분포 .....	176
<표 4-15> 입원일수 200일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) ....	176
<표 4-16> 연간 입원 300일 이상 이용대상자 분포 .....	177
<표 4-17> 입원일수 300일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균) ....	177
<표 5-1> 도구 변수 방법론 1단계 식 추정 결과: 종합병원 입내원일수 모델 .....	190
<표 5-2> 도구 변수의 타당성 검증 결과 .....	191
<표 5-3> 변수 .....	192
<표 5-4> 공급자 유인 수요식 추정 결과 .....	197
<표 5-5> 공급자 형태별 공급자 유인 수요 .....	198
<표 5-6> 2003년 1/4분기-2010 4/4분기 사이의 의료 기관수의 변화가 공급자 유 인 수요에 미친 영향 .....	199
<표 6-1> 연장승인 대상 및 급여제한 현황 .....	204
<표 6-2> 의료급여 수급권자 및 건강보험 소득 하위 10% 의료이용량 비교 .....	206
<표 6-3> 의료급여 외래 의약품 투약현황 .....	207
<표 6-4> 입원 본인부담 부과 대안 검토 .....	210
<표 6-5> 약제비 본인부담 조정 .....	211
<표 6-6> 의료급여 본인부담 상한제 기준 .....	212
<표 6-7> 의료급여 진료비의 의료기관종별 2001~2011평균증가율 .....	216
<표 6-8> 전체요양기관 행위별 진료비 세부자료 분석 결과 .....	217
<표 6-9> 관리항목별 선정기준 .....	222
<표 6-10> 진료지표별, 유형별 통보유형 및 통보기준 .....	225
<표 6-11> 연도별 진료지표 통보 현황 .....	225
<표 6-12> 연도별 현지조사 실적 현황 .....	226

<표 6-13> 청구경향 통보 대비 현지조사 실적 .....	226
<표 6-14> 연도별 의료급여기관 현지조사 현황 및 처분실적 .....	227
<표 6-15> 연도별 조사기관수(병원급) 및 조사인력 등 현황 .....	227
<표 6-16> 제도시행 전·후 52개 질환자의 요양기관 종별 이용현황 .....	230

## 그림 목차

[그림 5-1] 의료 급여 대상자 10만명 당 의료기관 수의 변화(2003 1/4분기 기준) ...	194
[그림 5-2] 의료 급여 대상자들의 평균 의료 수요량의 변화(2003 1/4분기 기준) ...	195
[그림 6-1] 입원일수 및 입원진료비 현황 .....	208
[그림 6-2] 상대가치 행위별로 분해 식 .....	216

# 요약

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

- 2002년 이후 대상자 증가와 급여범위의 확대 등으로 의료급여 총진료비가 급속하게 증가하면서 의료급여 재정을 효율적으로 관리하는 것이 보건의료정책에서 중요한 이슈가 되었음.
- 2006년 의료급여 혁신 종합대책 내용에 있어서 수요자 측면에서 1종 대상자에 대한 본인부담제 도입, 선택병의원제 실시, 의료급여일수 사전연장승인제도 시행, 사례관리 강화, 대상자 선정 및 자격관리체계 정비 등 수용자의 의료이용을 제한하는 조치를 실시하였음.
- 보건경제학적 측면에서도 진료비 증가요인 중 공급자가 원인이 되는 공급자 유인 수요(Supplier-Induced Demand; SID)에 대한 근거들이 많이 제시되고 있음.
- 따라서 의료급여 진료비 지출증가에 의료공급자의 진료행태가 영향을 미치고 있어 이에 대한 심층적인 진료행태 분석이 필요함.
- 이러한 의료기관 단위의 진료행태에 대한 심층 분석을 통해 공급자들의 비효율적인 진료행태 등에 대한 대안 마련이 필요한 시점임.

## 2. 연구의 필요성

- 본 연구는 공급자 측면에서 의료급여 진료비 지출에 대한 심층 분석을 실시하고, 비효율적인 부분에 대한 개선방안 마련을 목적으로 하고 있음.

## II. 의료공급자 진료행태에 대한 선행연구 및 시사점

### 1. 의료공급자 유인수요 선행연구 검토

- 의료공급자 유인수요에 대한 선행연구들은 주로 의사 밀집도(density)의 변화나 보상체계의 변화에 대한 의사들의 대응에 초점을 맞추었으며, 이와 관련된 국내외 선행연구를 검토하면 다음과 같음.
  - Shin and Roemer(1959)는 인구 천 명 당 병상수와 입원일수 사이에 매우 강한 상관관계가 있음을 발견함.
  - Hickson et al.(1987)은 소아과 레지던트를 급여제나 행위별 수가제 FFS(Fee-For-Service)제로 무작위 추출하여 배정하였고, 환자들이 그들의 의사 보수 방식에 대해 모르게 함.
  - Krasnik et al.(1990)은 덴마크 코펜하겐에서 인두제(capitation)를 시행하는 곳을 실험집단으로 FFS와 인두제의 결합하여 시행하는 곳을 통제집단으로 두고 일반의들의 활동을 비교하여 보수 변화를 조사함.
  - Grytten 외(1995)의 연구와 Sorensen and Gytten(1999)의 연구에서는 의사 밀도가 의사당 환자수에 음의 영향을 미친다는 연구결과를 제시하였음.
  - Carlsen and Grytten(1998)는 의사밀도가 의사당 진료비와 인구당 진료비에 각각 다른 방식으로 영향을 미칠 수 있다고 지적하였음.
  - McGuire(2000) 연구에 의하면, 통제된 비용의 맥락에서 공급자 유인수요를 연구하는 것은 수요를 유도하기 위한 인센티브에 직접적인 영향을 주기 때문

에 의사 밀집도 변화를 연구하는 것이 유리하다고 봄.

- Madden et al.(2005)은 1989년 아일랜드 보수체계 변화 후 일반의 방문율에 대한 효과를 조사함.
- CHRISTEL E. VAN DIJK 외(2012)는 도덕적 해이와 의료공급자 유인수요로 인해 진료비가 증가한다는 증거를 얻기는 어렵지만 건강정책 발전을 위해 이에 대한 연구가 필요하다고 봄.
- Fuch(1978)는 인구당 외과의사가 증가할 경우 입원 이용률이 증가한다고 하였으며, Cromwell과 Mitchell(1986) 역시 같은 결과가 나타났음.
- 문재희(1999)는 제왕절개의 경우 의사는 정상 분만에 비해 진료비가 높고 입원일수가 길어 의사들이 이를 선호하여 수요를 유도하는 효과가 있음을 증명함.
- 양봉민(1999), 박창제 외(2000)에 의하면, 우리나라의 의료서비스 시장 환경은 공급자 유인수요를 발생시킨다는 기본적 시장 조건을 두루 갖추고 있음.
- 오은환(2000)은 건강보험 수가와 공급자 유인수요의 관계에 대해 분석함.
- 김창보(2002)의 연구결과 의원밀도는 지역단위 분석에서 환자 수에 양의 유의한 영향을 주는 반면, 의원단위 분석에서는 환자 수에 음의 방향으로 유의한 영향을 미침.

## 2. 선행연구 고찰을 통한 시사점 도출

- 의료 공급자유인수요는 실제로 의료서비스에 대한 수요곡선을 증가시킴으로써 의료비 지출수준의 상승과 의사 소득의 증가를 가져오게 됨.
- 이러한 의료공급자의 행태에 영향을 주는 방법을 찾는 과정에서 의사들의 진료방식에 영향을 줄 수 있는 인센티브 제도를 도입하였음.
- 의사서비스 시장 내의 변화하는 인센티브 구조는 행위별 수가와 인두제로 나누어 살펴 볼 수 있음
- 2010년 미국 보건의료개혁의 4대 주요 정책은 다음과 같음.

- 첫째, 의료서비스 협력을 향상시키고 의료의 품질 보고에 있어서 투명성을 촉진시키고자 하는 의료공급시스템의 개혁을 대표하는 의료책임조직(Accountable Care Organizations)
- 둘째, 만성질환을 가진 환자들은 서로 상이한 의료공급자들과 의료 환경을 오가면서 서비스를 받아야 하기에 의료서비스 간 조정을 향상시키기 위해 만든 환자 중심의 메디컬 홈(Patient Cetered medical Home)
- 셋째, 보험자가 설정한 질 향상 목표에 상응하는 공급자에게 보상을 제공하는 성과연동 지불제도(Pay-for-Pergormance)
- 넷째, 환자의 임상적 편익에 근거하여 환자 본인부담 수준을 조정하는 가치중심적 보험급여(Value Based Insurance Design)
- 미국 의료의 역사는 의료제공에 있어서 정부 역할의 증대를 주의 깊게 고려하지 않고는 이해하기 어려움.
- 의료공급자에 대한 의료비 관리방안으로는 강제적용 수가가 있지만 수가만을 통제하여서는 의료비 지출을 통제하기 어려우므로 다음단계로 총액예산제도를 시도하며 이것으로도 의료비 지출 억제가 어렵다면 자원할당 방안을 활용함.

### III. 의료기관 종별 진료비 실태분석

- 의료급여 진료비 지출의 일반 실태분석을 위해서 진료비를 요소별로 세분화 하면,
  - (1) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 진료비
  - (2) 진료비 = 적용인구 × 수진율 × 건당진료비
  - (3) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 입내원일당진료비
- 진료비 증가의 일반현황을 살펴보기 위해 총진료비, 적용인구, 적용인구 1인당 진료비, 적용인구당 입내원일수, 입내원일당 진료비 등 총 5가지 지표에 대해서 살펴보고자 함.



- 총진료비는 전체 의료급여 재정 흐름을 살펴보기 위한 지표이며, 적용인구 대상자 증가라는 절대규모를 살펴보기 위한 지표임.
- 적용인구 1인당 진료비는 진료 전체 증가 정도를 판단해 볼 수 있음.
- 적용인구당 입내원일수는 양을 의미하며 소비자선택 반영(일부 공급자 유인문제 포함)
- 입내원일당 진료비는 강도를 의미하며 공급자 유인 반영
- 전체 의료기관의 의료급여 총진료비 증가를 적용인구와 적용인구당 진료비로 구분하여 비교해 본 결과, 의료급여 1종의 경우 적용인구 증가율이 2.76%로 건강보험 증가율 0.54%보다 2.22% 높게 나타나 의료급여 1종 총진료비 증가 13.46%와 건강보험 증가율 11.38% 차이인 2.08%를 적용인구 증가가 모두 설명하는 것으로 보여짐.

&lt;표 1&gt; 연도별 총진료비 분석 - 전체

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	2,125,420		1,707,965		417,454		20,533,559	
2004	2,547,757	19.87	2,060,322	20.63	487,435	16.76	22,355,887	8.87
2005	3,259,561	27.94	2,569,002	24.69	690,559	41.67	24,796,776	10.92
2006	3,923,842	20.38	3,040,266	18.34	883,575	27.95	28,557,969	15.17
2007	4,169,445	6.26	3,241,842	6.63	927,603	4.98	32,258,975	12.96
2008	4,416,009	5.91	3,421,434	5.54	994,575	7.22	35,036,562	8.61
2009	4,670,988	5.77	3,807,317	11.28	863,671	-13.16	39,429,565	12.54
2010	4,928,504	5.51	4,134,397	8.59	794,107	-8.05	43,657,028	10.72
03-10 평균증가율		12.77		13.46		9.62		11.38
03-06 평균증가율		22.67		21.19		28.39		11.62
07-10 평균증가율		5.73		8.44		-5.05		10.61

- 전체 의료기관의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 16.04%, 12.92%, 13.37%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 4.38%,

5.80%, 5.63%로 다소 증가율이 둔화되었으나, 다시 2010년에는 19.24%로 큰 폭으로 증가함.

<표 2> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	1,305,436		1,828,713		601,381		435,931	
2004	1,514,838	16.04	2,107,889	15.27	691,953	15.06	471,922	8.26
2005	1,710,625	12.92	2,457,580	16.59	802,844	16.03	523,226	10.87
2006	1,939,323	13.37	2,758,362	12.24	959,256	19.48	602,367	15.13
2007	2,024,259	4.38	2,843,696	3.09	1,008,562	5.14	674,596	11.99
2008	2,141,673	5.80	2,946,939	3.63	1,103,941	9.46	727,508	7.84
2009	2,262,253	5.63	3,364,495	14.17	925,560	-16.16	811,082	11.49
2010	2,697,530	19.24	3,658,817	8.75	1,139,221	23.08	892,658	10.06
03-10 평균증가율		10.93		10.41		9.56		10.78
03-06 평균증가율		14.10		14.68		16.84		11.38
07-10 평균증가율		10.04		8.76		4.14		9.79

□ 약국의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 19.42%, 16.40%, 18.55%로 2006년까지 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 5.30%, 6.70%, 2.26%로 다소 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 15.88%로 다시 크게 늘어남.

## &lt;표 3&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(약국)

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	247,496		326,651		140,994		115,394	
2004	295,556	19.42	387,433	18.61	168,073	19.21	130,196	12.83
2005	344,024	16.40	460,564	18.88	202,391	20.42	148,407	13.99
2006	407,837	18.55	535,620	16.30	254,931	25.96	169,497	14.21
2007	429,462	5.30	558,793	4.33	269,155	5.58	185,804	9.62
2008	458,223	6.70	589,685	5.53	288,811	7.30	198,527	6.85
2009	468,571	2.26	656,963	11.41	240,106	-16.86	220,250	10.94
2010	543,003	15.88	695,509	5.87	295,780	23.19	235,034	6.71
03-10 평균증가율		11.88		11.40		11.16		10.70
03-06 평균증가율		18.12		17.92		21.83		13.67
07-10 평균증가율		8.13		7.57		3.19		8.15

- 전체 의료기관의 의료급여 적용인구당 내원일수 증가율은 2003년부터 8.20%, 4.94%, 6.47%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 -2.37%, 1.45%, -1.28%로 크게 감소가 있었으나, 2010년에 12.24%로 상당히 큰 폭으로 증가함.
- 적용인구 1인당 진료비를 적용인구 1인당 입내원일수와 입내원당 진료비로 분리하여 의료이용량과 강도 증가 정도를 살펴보면
  - 적용인구 1인당 입내원일수 증가는 평균 4.12% 증가하여 건강보험 3.23%보다 약간 높음.
  - 특히 최근 4년간 증가율은 3.98%로 건강보험 3.51%과 비슷하여 입내원일수 증가는 안정적인 것으로 판단됨.
  - 다시 말해 의료이용량이 증가는 안정적으로 보여지고, 수급권자의 의료접근성을 늘리려는 부분이 어느 정도 완만해진 것으로 판단됨.
  - 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.53%, 건강보험은 7.31% 증가하고 있음.

&lt;표 4&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 전체

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	45.81		60.35		26.25		22.42	
2004	49.57	8.20	64.68	7.19	28.59	8.91	22.92	2.24
2005	52.01	4.94	69.42	7.32	30.86	7.93	23.71	3.46
2006	55.38	6.47	72.21	4.01	35.25	14.22	24.82	4.67
2007	54.07	-2.37	69.50	-3.75	34.94	-0.88	25.26	1.76
2008	54.85	1.45	69.47	-0.04	36.01	3.07	25.66	1.57
2009	54.15	-1.28	74.21	6.83	29.82	-17.21	27.34	6.58
2010	60.78	12.24	76.39	2.93	35.47	18.96	28.01	2.44
03-10 평균증가율		4.12		3.43		4.39		3.23
03-06 평균증가율		6.53		6.16		10.32		3.45
07-10 평균증가율		3.98		3.20		0.50		3.51

&lt;표 5&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	28,496		30,303		22,907		19,445	
2004	30,561	7.25	32,587	7.54	24,200	5.65	20,589	5.88
2005	32,888	7.61	35,401	8.64	26,016	7.50	22,064	7.16
2006	35,017	6.48	38,201	7.91	27,213	4.60	24,268	9.99
2007	37,440	6.92	40,917	7.11	28,867	6.08	26,706	10.05
2008	39,045	4.29	42,420	3.67	30,655	6.19	28,356	6.18
2009	41,778	7.00	45,335	6.87	31,043	1.27	29,662	4.61
2010	44,383	6.23	47,896	5.65	32,118	3.47	31,868	7.44
03-10 평균증가율		6.53		6.76		4.95		7.31
03-06 평균증가율		7.11		8.03		5.91		7.67
07-10 평균증가율		5.83		5.39		3.62		6.07

□ 상급종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 8.21%, 건강보험은 13.08%를 보여

건강보험의 증가율이 다소 높았고, 특히 의료급여는 최근 마이너스 증가율을 보이는 것으로 나타남.

<표 6> 연도별 총진료비 분석 - 상급종합

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	180,196		146,755		33,442		3,007,256	
2004	212,594	17.98	174,878	19.16	37,716	12.78	3,216,253	6.95
2005	294,652	38.60	239,879	37.17	54,773	45.23	3,512,589	9.21
2006	352,743	19.71	286,950	19.62	65,793	20.12	4,194,126	19.40
2007	364,350	3.29	297,768	3.77	66,582	1.20	4,855,099	15.76
2008	326,304	-10.44	259,467	-12.86	66,838	0.38	5,328,901	9.76
2009	314,980	-3.47	261,176	0.66	53,804	-19.50	6,262,419	17.52
2010	313,007	-0.63	266,997	2.23	46,010	-14.48	7,109,119	13.52
03-10 평균증가율		8.21		8.93		4.66		13.08
03-06 평균증가율		25.09		25.05		25.30		11.73
07-10 평균증가율		-4.94		-3.57		-11.59		13.55

- 상급종합병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 14.21%, 22.33%, 12.74%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 1.46%, -10.54%, -3.60%로 급격히 증가율이 떨어졌으나, 다시 2010년에는 12.30%로 크게 증가함.

&lt;표 7&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	110,677		157,130		48,176		63,845	
2004	126,403	14.21	178,915	13.86	53,541	11.14	67,894	6.34
2005	154,634	22.33	229,475	28.26	63,679	18.94	74,118	9.17
2006	174,340	12.74	260,343	13.45	71,428	12.17	88,466	19.36
2007	176,892	1.46	261,198	0.33	72,393	1.35	101,529	14.77
2008	158,251	-10.54	223,483	-14.44	74,188	2.48	110,651	8.98
2009	152,551	-3.60	230,799	3.27	57,659	-22.28	128,820	16.42
2010	171,319	12.30	236,284	2.38	66,006	14.48	145,361	12.84
03-10 평균증가율		6.44		6.00		4.60		12.47
03-06 평균증가율		16.35		18.33		14.03		11.49
07-10 평균증가율		-1.06		-3.29		-3.03		12.71

□ 의료급여의 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 0.26% 증가하여 건강보험 5.65%보다 매우 낮음.

&lt;표 8&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 상급종합

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.85		1.17		0.43		0.66	
2004	0.91	6.30	1.23	5.38	0.46	6.50	0.66	-0.42
2005	1.01	11.47	1.43	15.87	0.51	10.70	0.67	1.05
2006	1.06	5.13	1.49	4.71	0.55	8.16	0.71	5.69
2007	1.02	-4.56	1.41	-5.53	0.52	-4.47	0.74	4.68
2008	0.89	-11.94	1.20	-15.20	0.50	-3.91	0.77	3.77
2009	0.83	-7.61	1.20	0.03	0.37	-25.45	0.90	17.64
2010	0.87	5.24	1.16	-3.32	0.40	6.97	0.98	8.09
03-10 평균증가율		0.26		-0.14		-0.98		5.65
03-06 평균증가율		7.60		8.53		8.44		2.07
07-10 평균증가율		-5.04		-6.40		-8.49		9.68

- 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.17%, 건강보험은 6.46%로 거의 비슷하게 증가하고 있음.
- 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 1.6배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 1.2배가 많고 입내원일당 진료비가 1.3배 높아 둘을 곱하면 1.6배 높은 것으로 나타남.

&lt;표 9&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	129,622		134,383		112,181		96,038	
2004	139,269	7.44	145,210	8.06	117,063	4.35	102,561	6.79
2005	152,842	9.75	160,740	10.69	125,776	7.44	110,800	8.03
2006	163,908	7.24	174,155	8.35	130,434	3.70	125,130	12.93
2007	174,245	6.31	184,960	6.20	138,389	6.10	137,189	9.64
2008	177,027	1.60	186,613	0.89	147,595	6.65	144,087	5.03
2009	184,707	4.34	192,660	3.24	153,875	4.25	142,593	-1.04
2010	197,096	6.71	204,018	5.90	164,675	7.02	148,865	4.40
03-10 평균증가율		6.17		6.15		5.64		6.46
03-06 평균증가율		8.14		9.03		5.15		9.22
07-10 평균증가율		4.19		3.32		5.97		2.76

□ 종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 10.04%, 건강보험은 12.45%를 보여 건강보험의 증가율이 약간 높았고, 특히 의료급여는 최근 2%대의 낮은 증가율을 보이는 것으로 나타남.



## &lt;표 10&gt; 연도별 총진료비 분석 - 종합병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	564,187		466,886		97,302		2,867,487	
2004	664,655	17.81	551,393	18.10	113,262	16.40	3,140,983	9.54
2005	841,129	26.55	681,700	23.63	159,429	40.76	3,487,909	11.05
2006	986,087	17.23	792,408	16.24	193,679	21.48	4,116,763	18.03
2007	1,036,990	5.16	838,543	5.82	198,447	2.46	4,844,470	17.68
2008	1,052,162	1.46	842,573	0.48	209,589	5.61	5,324,204	9.90
2009	1,062,639	1.00	885,270	5.07	177,369	-15.37	5,661,584	6.34
2010	1,102,059	3.71	939,553	6.13	162,506	-8.38	6,519,420	15.15
03-10 평균증가율		10.04		10.51		7.60		12.45
03-06 평균증가율		20.46		19.28		25.79		12.81
07-10 평균증가율		2.05		3.86		-6.44		10.40

□ 종합병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 14.04%, 11.70%, 10.41%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 3.30%, 1.35%, 0.86%로 크게 증가율이 떨어졌으나, 다시 2010년에는 17.20%로 크게 증가함.

&lt;표 11&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	346,525		499,893		140,172		60,877	
2004	395,189	14.04	564,123	12.85	160,784	14.71	66,305	8.92
2005	441,427	11.70	652,133	15.60	185,352	15.28	73,597	11.00
2006	487,365	10.41	718,933	10.24	210,268	13.44	86,834	17.99
2007	503,457	3.30	735,557	2.31	215,767	2.62	101,307	16.67
2008	510,277	1.35	725,722	-1.34	232,636	7.82	110,553	9.13
2009	514,657	0.86	782,306	7.80	190,079	-18.29	116,461	5.34
2010	603,193	17.20	831,476	6.29	233,130	22.65	133,303	14.46
03-10 평균증가율		8.24		7.54		7.54		11.85
03-06 평균증가율		12.04		12.88		14.47		12.57
07-10 평균증가율		6.21		4.17		2.61		9.58

□ 의료급여의 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 2.41% 증가하여 건강보험 4.89% 보다 약간 낮음.

&lt;표 12&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 종합병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	4.99		7.21		2.01		1.08	
2004	5.36	7.41	7.64	5.90	2.21	9.96	1.10	1.67
2005	5.59	4.21	8.16	6.93	2.46	11.27	1.14	3.50
2006	5.76	3.04	8.29	1.59	2.73	10.80	1.20	5.75
2007	5.50	-4.46	7.82	-5.72	2.63	-3.55	1.27	5.83
2008	5.48	-0.42	7.62	-2.57	2.72	3.52	1.36	6.78
2009	5.23	-4.57	7.78	2.09	2.14	-21.51	1.40	2.89
2010	5.90	12.83	7.98	2.55	2.53	18.48	1.51	7.92
03-10 평균증가율		2.41		1.45		3.34		4.89
03-06 평균증가율		4.87		4.78		10.67		3.63
07-10 평균증가율		2.35		0.66		-1.26		5.84

- 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균 증가율이 의료급여는 5.69%, 건강보험은 6.64% 증가하고 있음.
- 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 6.2배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 5.3배가 많고 입내원일당 진료비가 1.2배 높아 둘을 곱하면 6.2배 높은 것으로 나타남.

&lt;표 13&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	69,399		69,331		69,723		56,418	
2004	73,683	6.17	73,880	6.56	72,735	4.32	60,440	7.13
2005	78,976	7.18	79,873	8.11	75,360	3.61	64,817	7.24
2006	84,626	7.15	86,676	8.52	77,158	2.39	72,315	11.57
2007	91,505	8.13	94,059	8.52	82,090	6.39	79,721	10.24
2008	93,135	1.78	95,251	1.27	85,498	4.15	81,474	2.20
2009	98,436	5.69	100,571	5.59	89,005	4.10	83,415	2.38
2010	102,253	3.88	104,233	3.64	92,134	3.52	88,470	6.06
03-10 평균증가율		5.69		6.00		4.06		6.64
03-06 평균증가율		6.84		7.73		3.44		8.63
07-10 평균증가율		3.77		3.48		3.92		3.53

□ 종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 12.39%, 건강보험은 16.75%를 보여 건강보험의 증가율이 약간 높았고, 특히 의료급여는 최근 9%로 그 증가율이 더 낮아지고 있음.

&lt;표 14&gt; 연도별 총진료비 분석 - 병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	448,478		389,626		58,852		1,355,357	
2004	549,438	22.51	477,912	22.66	71,526	21.53	1,536,050	13.33
2005	659,668	20.06	558,905	16.95	100,762	40.88	1,723,235	12.19
2006	745,920	13.08	620,102	10.95	125,819	24.87	2,065,584	19.87
2007	765,420	2.61	633,089	2.09	132,331	5.18	2,530,414	22.50
2008	842,220	10.03	694,341	9.68	147,878	11.75	2,918,348	15.33
2009	967,892	14.92	832,514	19.90	135,377	-8.45	3,491,898	19.65
2010	1,016,147	4.99	894,119	7.40	122,029	-9.86	4,008,344	14.79
03-10 평균증가율		12.39		12.60		10.98		16.75
03-06 평균증가율		18.48		16.75		28.82		15.08
07-10 평균증가율		9.91		12.20		-2.67		16.57

□ 병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 18.60%, 5.97%, 6.49%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 0.80%로 큰 폭의 감소 이후 2008년부터 다시 9.92%, 14.77%, 18.64%로 크게 증가함.

&lt;표 15&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	275,456		417,171		84,782		28,774	
2004	326,683	18.60	488,945	17.20	101,537	19.76	32,425	12.69
2005	346,195	5.97	534,665	9.35	117,146	15.37	36,361	12.14
2006	368,664	6.49	562,604	5.23	136,595	16.60	43,569	19.82
2007	371,610	0.80	555,336	-1.29	143,880	5.33	52,916	21.45
2008	408,459	9.92	598,048	7.69	164,140	14.08	60,597	14.52
2009	468,769	14.77	735,686	23.01	145,078	-11.61	71,830	18.54
2010	556,170	18.64	791,268	7.56	175,062	20.67	81,959	14.10
03-10 평균증가율		10.56		9.58		10.91		16.13
03-06 평균증가율		10.20		10.48		17.23		14.83
07-10 평균증가율		14.39		12.53		6.76		15.70

□ 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 4.31% 증가하여 건강보험 9.83%보다 다소 낮음.

&lt;표 16&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	8.40		12.75		2.53		0.81	
2004	9.29	10.66	13.91	9.05	2.88	13.95	0.88	8.53
2005	9.46	1.84	14.60	5.01	3.21	11.30	0.93	6.01
2006	9.77	3.26	14.92	2.18	3.60	12.23	1.01	8.26
2007	9.64	-1.36	14.44	-3.25	3.69	2.28	1.11	10.66
2008	10.04	4.22	14.77	2.31	3.95	7.23	1.24	11.59
2009	9.87	-1.78	15.48	4.83	3.05	-22.79	1.42	13.78
2010	11.28	14.35	16.05	3.63	3.56	16.52	1.56	10.13
03-10 평균증가율		4.31		3.34		4.97		9.83
03-06 평균증가율		5.18		5.38		12.49		7.60
07-10 평균증가율		5.39		3.58		-1.19		11.82

- 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균증가율이 의료급여는 5.99%, 건강보험은 5.74%로 나타나 거의 비슷한 것으로 보임.
- 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 9.7배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 10.3배가 많고 입내원일당 진료비가 0.9배이므로 둘을 곱하면 9.7배 높은 것으로 나타남.

&lt;표 17&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	32,811		32,711		33,491		35,587	
2004	35,164	7.17	35,158	7.48	35,199	5.10	36,949	3.83
2005	36,591	4.06	36,610	4.13	36,488	3.66	39,084	5.78
2006	37,735	3.13	37,700	2.98	37,911	3.90	43,258	10.68
2007	38,561	2.19	38,461	2.02	39,043	2.99	47,479	9.76
2008	40,666	5.46	40,486	5.26	41,536	6.39	48,725	2.63
2009	47,516	16.84	47,511	17.35	47,549	14.48	50,763	4.18
2010	49,302	3.76	49,310	3.79	49,244	3.56	52,592	3.60
03-10 평균증가율		5.99		6.04		5.66		5.74
03-06 평균증가율		4.77		4.85		4.22		6.72
07-10 평균증가율		8.54		8.64		8.04		3.47

□ 요양병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 56.11%, 건강보험은 64.58%를 보여 건강보험의 증가율이 약간 높았고, 최근에는 의료급여와 건강보험 모두 증가율이 큰 폭으로 떨어지고 있음.



&lt;표 18&gt; 연도별 총진료비 분석 - 요양병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	27,100		25,212		1,888		53,027	
2004	48,262	78.09	44,161	75.16	4,102	117.19	84,451	59.26
2005	107,021	121.75	93,615	111.99	13,406	226.86	158,471	87.65
2006	196,703	83.80	166,539	77.90	30,164	125.00	325,596	105.46
2007	288,620	46.73	243,235	46.05	45,385	50.46	672,303	106.48
2008	397,430	37.70	335,686	38.01	61,744	36.05	998,130	48.46
2009	485,641	22.20	441,750	31.60	43,891	-28.91	1,325,742	32.82
2010	612,336	26.09	574,955	30.15	37,380	-14.83	1,734,478	30.83
03-10 평균증가율		56.11		56.32		53.19		64.58
03-06 평균증가율		93.62		87.63		151.84		83.12
07-10 평균증가율		28.50		33.21		-6.26		37.15

□ 요양병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 72.40%, 95.73%, 73.10%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 44.13%, 37.55%, 22.03%로 매년 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 다시 42.49%로 다소 크게 증가함.

&lt;표 19&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	16,645		26,994		2,720		1,126	
2004	28,696	72.40	45,180	67.37	5,822	114.02	1,783	58.36
2005	56,165	95.73	89,555	98.22	15,586	167.69	3,344	87.57
2006	97,219	73.10	151,097	68.72	32,748	110.11	6,868	105.38
2007	140,125	44.13	213,362	41.21	49,346	50.68	14,059	104.71
2008	192,745	37.55	289,132	35.51	68,534	38.89	20,725	47.42
2009	235,206	22.03	390,371	35.01	47,037	-31.37	27,271	31.58
2010	335,151	42.49	508,818	30.34	53,625	14.01	35,465	30.05
03-10 평균증가율		53.56		52.12		53.09		63.70
03-06 평균증가율		80.09		77.55		129.18		82.72
07-10 평균증가율		33.73		33.60		2.81		36.13

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.37% 증가한 반면 건강보험은 9.92% 증가하고 있음.

## &lt;표 20&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	39,640		39,460		42,197		33,800	
2004	41,439	4.54	41,381	4.87	42,069	-0.30	36,569	8.19
2005	44,013	6.21	43,788	5.82	45,651	8.51	38,250	4.60
2006	45,933	4.36	45,625	4.19	47,709	4.51	46,500	21.57
2007	46,205	0.59	45,877	0.55	48,044	0.70	51,452	10.65
2008	50,947	10.26	50,620	10.34	52,805	9.91	54,431	5.79
2009	54,992	7.94	54,928	8.51	55,644	5.38	58,880	8.17
2010	61,061	11.04	61,029	11.11	61,560	10.63	65,518	11.27
03-10 평균증가율		6.37		6.43		5.54		9.92
03-06 평균증가율		5.03		4.96		4.18		11.22
07-10 평균증가율		9.74		9.98		8.61		8.39

□ 의원의 총진료비 증가에서 의료급여는 8.55%, 건강보험은 7.20%를 보여 의료급여의 증가율이 약간 높았으나, 최근에는 의료급여 증가율이 2%대 아래로 떨어져 안정적인 증가율을 보이는 것으로 보임.

&lt;표 21&gt; 연도별 총진료비 분석 - 의원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	411,800		309,533		102,267		5,874,023	
2004	472,755	14.80	359,419	16.12	113,336	10.82	6,110,975	4.03
2005	578,233	22.31	428,170	19.13	150,063	32.41	6,633,162	8.55
2006	677,867	17.23	490,851	14.64	187,016	24.63	7,387,768	11.38
2007	692,870	2.21	502,772	2.43	190,098	1.65	7,908,181	7.04
2008	710,625	2.56	512,726	1.98	197,899	4.10	8,246,865	4.28
2009	718,125	1.06	538,221	4.97	179,904	-9.09	8,990,005	9.01
2010	731,104	1.81	560,205	4.08	170,898	-5.01	9,554,683	6.28
03-10 평균증가율		8.55		8.84		7.61		7.20
03-06 평균증가율		18.07		16.61		22.29		7.94
07-10 평균증가율		1.81		3.67		-3.49		6.51

□ 의원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 11.13%, 7.96%, 10.40%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 0.41%, 2.45%, 0.92%로 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 다시 15.05%로 상당히 높게 증가함.

## &lt;표 22&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	252,928		331,416		147,325		124,706	
2004	281,089	11.13	367,717	10.95	160,889	9.21	129,000	3.44
2005	303,458	7.96	409,599	11.39	174,463	8.44	139,964	8.50
2006	335,029	10.40	445,337	8.73	203,035	16.38	155,829	11.34
2007	336,387	0.41	441,024	-0.97	206,689	1.80	165,375	6.13
2008	344,638	2.45	441,619	0.13	219,661	6.28	171,240	3.55
2009	347,802	0.92	475,622	7.70	192,796	-12.23	184,928	7.99
2010	400,157	15.05	495,765	4.24	245,170	27.17	195,365	5.64
03-10 평균증가율		6.77		5.92		7.55		6.62
03-06 평균증가율		9.82		10.35		11.28		7.71
07-10 평균증가율		5.96		3.98		5.86		5.71

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 3.93%, 건강보험은 4.45% 증가하였음.

&lt;표 23&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	17,181		18,117		14,856		13,687	
2004	17,707	3.06	18,811	3.83	14,927	0.48	14,023	2.45
2005	18,392	3.87	19,838	5.46	15,225	2.00	14,787	5.45
2006	19,150	4.12	21,002	5.87	15,551	2.14	15,796	6.82
2007	20,276	5.88	22,423	6.77	16,179	4.04	16,693	5.68
2008	20,748	2.33	22,812	1.74	16,808	3.88	17,263	3.41
2009	21,510	3.67	23,264	1.98	17,553	4.43	17,786	3.03
2010	22,503	4.61	24,192	3.99	18,313	4.33	18,569	4.40
03-10 평균증가율		3.93		4.22		3.03		4.45
03-06 평균증가율		3.68		5.05		1.54		4.89
07-10 평균증가율		3.53		2.56		4.22		3.61

□ 치과의 총진료비 증가에서 의료급여는 9.63%, 건강보험은 5.59%를 보여 의료급여의 증가율이 약간 높았으나, 최근에는 의료급여의 증가율이 더 낮은 것으로 나타남.

&lt;표 24&gt; 연도별 총진료비 분석 - 치과

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	24,993		13,878		11,115		942,436	
2004	28,477	13.94	16,094	15.97	12,383	11.41	985,587	4.58
2005	34,067	19.63	18,531	15.14	15,536	25.46	1,027,483	4.25
2006	40,270	18.21	20,835	12.43	19,435	25.10	1,072,280	4.36
2007	41,819	3.85	21,663	3.97	20,156	3.71	1,109,362	3.46
2008	43,774	4.68	23,001	6.18	20,773	3.06	1,142,308	2.97
2009	44,797	2.34	25,610	11.34	19,187	-7.63	1,240,233	8.57
2010	47,578	6.21	28,427	11.00	19,151	-0.19	1,378,979	11.19
03-10 평균증가율		9.63		10.79		8.08		5.59
03-06 평균증가율		17.24		14.51		20.47		4.40
07-10 평균증가율		4.39		9.48		-1.69		7.52

- 치과의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 10.30%, 5.59%, 11.33%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 2.01%, 4.56%, 2.20%로 약간의 감소가 있었으나, 2010년에 20.03%로 상당히 큰 폭으로 증가함.

<표 25> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	15,351		14,859		16,012		20,008	
2004	16,932	10.30	16,466	10.81	17,579	9.79	20,805	3.98
2005	17,878	5.59	17,727	7.66	18,062	2.75	21,680	4.21
2006	19,903	11.33	18,903	6.63	21,100	16.82	22,617	4.32
2007	20,303	2.01	19,002	0.52	21,915	3.86	23,199	2.57
2008	21,230	4.56	19,811	4.26	23,057	5.21	23,719	2.24
2009	21,696	2.20	22,631	14.23	20,562	-10.82	25,512	7.56
2010	26,041	20.03	25,157	11.16	27,473	33.61	28,196	10.52
03-10 평균증가율		7.84		7.81		8.02		5.02
03-06 평균증가율		9.04		8.36		9.63		4.17
07-10 평균증가율		8.65		9.80		7.83		6.72

- 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균증가율이 의료급여는 4.31%, 건강보험은 4.13%로 나타나 거의 차이가 없는 것으로 보임.

&lt;표 26&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	17,994		17,666		18,421		19,065	
2004	18,507	2.85	18,216	3.11	18,899	2.60	19,551	2.55
2005	19,165	3.55	18,795	3.18	19,625	3.84	20,178	3.21
2006	19,949	4.09	19,478	3.64	20,479	4.35	20,916	3.66
2007	24,217	21.40	19,948	2.41	20,919	2.15	21,415	2.39
2008	21,146	-12.68	20,738	3.96	21,617	3.34	22,092	3.16
2009	22,301	5.46	21,912	5.66	22,841	5.66	23,204	5.03
2010	24,173	8.39	23,698	8.15	24,914	9.07	25,317	9.11
03-10 평균증가율		4.31		4.29		4.41		4.13
03-06 평균증가율		3.50		3.31		3.59		3.14
07-10 평균증가율		-0.06		5.91		6.00		5.74

□ 한방의 총진료비 증가에서 의료급여는 10.59%, 건강보험은 9.73%를 보여 의료급여의 증가율이 조금 높았고, 특히 의료급여는 최근 증가율이 상당히 낮아졌음.

&lt;표 27&gt; 연도별 총진료비 분석 - 한방

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	49,777		38,198		11,579		878,668	
2004	58,284	17.09	44,751	17.16	13,533	16.88	983,032	11.88
2005	72,058	23.63	53,365	19.25	18,693	38.12	1,085,794	10.45
2006	81,606	13.25	59,010	10.58	22,596	20.88	1,214,910	11.89
2007	77,901	-4.54	54,912	-6.94	22,989	1.74	1,304,429	7.37
2008	82,347	5.71	56,539	2.96	25,808	12.26	1,361,832	4.40
2009	94,238	14.44	67,068	18.62	27,169	5.27	1,578,399	15.9
2010	100,703	6.86	72,924	8.73	27,779	2.25	1,682,714	6.61
03-10 평균증가율		10.59		9.68		13.32		9.73
03-06 평균증가율		17.91		15.60		24.96		11.41
07-10 평균증가율		8.93		9.92		6.51		8.86



□ 한방의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 13.35%, 9.12%, 6.66%로 2006년까지 매년 감소하였으며, 2007년에는 -6.23%로 큰 폭의 감소가 있었으나, 2008년 이후 5.59%, 14.28%, 20.76%로 매년 크게 증가하는 것으로 나타남.

<표 28> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구 당 진료비	증가율
2003	30,573		40,898		16,681		18,654	
2004	34,654	13.35	45,784	11.95	19,211	15.17	20,751	11.24
2005	37,816	9.12	51,051	11.50	21,732	13.12	22,911	10.41
2006	40,333	6.66	53,539	4.87	24,531	12.88	25,626	11.85
2007	37,821	-6.23	48,168	-10.03	24,995	1.89	27,278	6.45
2008	39,937	5.59	48,698	1.10	28,646	14.61	28,277	3.66
2009	45,641	14.28	59,268	21.70	29,116	1.64	32,468	14.82
2010	55,118	20.76	64,535	8.89	39,852	36.87	34,407	5.97
03-10 평균증가율		8.78		6.73		13.25		9.14
03-06 평균증가율		9.67		9.39		13.72		11.16
07-10 평균증가율		13.38		10.24		16.82		8.05

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 4.03%, 건강보험은 3.46%로 거의 차이가 없는 것으로 나타남.

&lt;표 29&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	14,979		15,138		14,477		14,004	
2004	15,518	3.60	15,667	3.49	15,045	3.93	14,333	2.35
2005	16,153	4.09	16,286	3.95	15,784	4.91	14,699	2.55
2006	16,459	1.90	16,545	1.59	16,240	2.89	15,282	3.97
2007	16,712	1.54	16,788	1.47	16,533	1.81	15,688	2.65
2008	17,116	2.42	17,128	2.02	17,091	3.38	16,159	3.01
2009	18,188	6.26	18,131	5.86	18,331	7.26	16,881	4.47
2010	19,747	8.57	19,640	8.32	20,032	9.28	17,772	5.27
03-10 평균증가율		4.03		3.79		4.75		3.46
03-06 평균증가율		3.19		3.01		3.90		2.95
07-10 평균증가율		5.72		5.37		6.61		4.25

## IV. 개인별 과다이용자 분석

### 1. 외래 의료이용 과다이용자 실태분석

□ 2010년에 100일 이상 이용한 대상자를 건강보험과 의료급여로 구분하여 살펴보면 다음과 같음.

- 건강보험은 2010년에 100일 이상자가 528,124명으로 전체 대상자 중 1.08%를 차지하고 있고 3개년 평균 증가도 9.08%증가하고 있음.
- 의료급여는 2010년에 100일 이상 이용한 사람이 81,225명으로 대상자 중 4.85%로 건강보험에 비해 4배 이상 대상자가 많았으며, 3개년 증가율은 2.40%로 건강보험보다 훨씬 낮은 것으로 나타났음.
- 이처럼 100일 이상 이용자들의 의료이용 특성을 살펴보면, 건강보험의 평균 방문일수가 143일인 반면 의료급여는 151일로 약 8일이 더 많은 것으로 나

타났음.

- 진료비 측면에서도 건강보험이 3,736,565원인 반면 의료급여가 5,175,103원으로 더 높게 나타났음.

□ 2010년에 150일 이상 이용한 대상자를 건강보험과 의료급여로 구분하여 살펴보면 다음과 같음.

- 건강보험은 2010년에 150일 이상자가 166,345명으로 전체 대상자 중 0.34%를 차지하고 있고 3개년 평균 증가도 10.89% 증가하고 있어, 100일 이상자보다 증가율 9.08%보다 높게 나타났음.
- 의료급여는 2010년에 150일 이상 이용한 사람이 81,225명으로 대상자 중 4.85%로 건강보험에 비해 5배 이상 대상자가 많았으며, 3개년 증가율은 3.65%이고 차상위를 제외할 경우 8.02%로 건강보험보다 낮게 증가하였음.
- 150일 이상 이용자들의 의료이용 특성을 살펴보면, 건강보험의 평균 방문일수가 195일인 반면 의료급여는 199일로 약 4일이 더 많은 것으로 나타났음.
- 진료비 측면에서도 건강보험이 6,334,965원인 반면 의료급여가 8,332,984원으로 더 높게 나타났음.

&lt;표 30&gt; 연간 외래 방문일수 365일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계		1,407	100.0	1,709	100.0	2,039	100.0	
	증가율(%)				21.46		19.31		20.38
	적용연구대비비율(%)		0.00		0.00		0.00		
	성별	남자	649	48.3	841	49.2	966	47.4	
		여자	728	51.7	868	50.8	1,073	52.6	
의료급여 (전체)	계		438	100	510	100	552	100.00	
	증가율(%)				16.44		8.24		12.26
	적용연구대비비율(%)		0.02		0.03		0.03		
	성별	남자	222	50.68	247	48.43	287	51.99	
		여자	216	49.32	263	51.57	265	48.01	
의료급여 (1종)	계		347	100.00	430	100	474	100.00	
	증가율(%)				23.92		10.23		16.88
의료급여 (2종)	계		91	100.00	80	100	78	100.00	
	증가율(%)				-12.09		-2.50		-7.42
차상위계층 (전체)	계		398	100.00	508	100.00	552	100.00	
	증가율(%)				27.64		8.66		17.77
	성별	남자	200	50.25	245	48.23	287	51.99	
		여자	198	49.75	263	51.77	265	48.01	
차상위계층 (1종)	계		346	100.00	430	100.00	474	100.00	
	증가율(%)				24.28		10.23		17.04
차상위계층 (2종)	계		52	100.00	78	100.00	78	100.00	
	증가율(%)				50.00		0.00		22.47

&lt;표 31&gt; 365일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

(단위: 일, 원)

구분		2008년	2009년	2010년
건강보험	외래방문일수	436	440	440
	외래진료비	6,801,984	7,462,640	7,060,014
의료급여	전체	입내원일수	436	446
		진료비	8,140,257	7,582,214
	1종	입내원일수	430	446
		진료비	8,226,308	7,675,633
	2종	입내원일수	458	447
		진료비	7,812,126	7,080,084
차상위제외	전체	입내원일수	434	446
		진료비	8,063,902	7,587,467
	1종	입내원일수	430	446
		진료비	8,232,064	7,675,633
	2종	입내원일수	458	447
		진료비	6,944,977	7,101,422

## 2. 투약일수 과다이용자 실태분석

&lt;표 32&gt; 연간 투약일수 2,000일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
		실인 원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인 원 (명)	%	
건강보험	계	824	100.0	1,010	100.0	1,644	100.0	
	증가율(%)			22.57		62.77		41.25
	적용인구대비비율(%)	0.00		0.00		0.00		
	성별	남자	445	54.0	503	49.8	857	52.1
		여자	379	46.0	507	50.2	787	47.9
의료급여 (전체)	계	201	100	264	100	361	100.00	
	증가율(%)			31.34		36.74		34.02
	적용인구대비비율(%)	0.01		0.02		0.02		
	성별	남자	117	58.21	153	57.95	215	59.56
		여자	84	41.79	111	42.05	146	40.44
의료급여 (1종)	계	171	100.00	239	100	321	100.00	
	증가율(%)			39.77		34.31		37.01
의료급여 (2종)	계	30	100.00	25	100	40	100.00	
	증가율(%)			-16.67		60.00		15.47
차상위제거 (전체)	계	185	100.00	263	100.00	361	100.00	
	증가율(%)			42.16		37.26		39.69

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인 원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인 원 (명)	%	
	성별	남자	108	58.38	152	57.79	215	59.56	
		여자	77	41.62	111	42.21	146	40.44	
차상위제거 (1종)	계		169	100.00	239	100.00	321	100.00	
	증가율(%)				41.42		34.31		37.82
차상위제거 (2종)	계		16	100.00	24	100.00	40	100.00	
	증가율(%)				50.00		66.67		58.11

### 3. 장기입원 이용자 실태분석

<표 33> 연간 입원 300일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인 원(명)	%	실인원 (명)	%	
전체	계		46,945	100	47,287	100	51,918	100.00	
	증가율(%)				0.73		9.79		5.16
	적용인구대비비율(%)		2.55		2.82		3.10		
	성별	남자	27,600	58.79	27,486	58.13	29,587	56.99	
		여자	19,345	41.21	19,801	41.87	22,331	43.01	
1종	계		40,840	100.00	44,269	100	48,800	100.00	
	증가율(%)				8.40		10.24		9.31
2종	계		6,105	100.00	3,018	100	3,118	100.00	
	증가율(%)				-50.57		3.31		-28.53
차상위제거 (전체)	계		43,310	100.00	47,094	100.00	51,918	100.00	
	증가율(%)				8.74		10.24		9.49
	성별	남자	25,531	58.95	27,357	58.09	29,587	56.99	
		여자	17,779	41.05	19,737	41.91	22,331	43.01	
1종	계		40,789	100.00	44,269	100.00	48,800	100.00	
	증가율(%)				8.53		10.24		9.38
2종	계		2,521	100.00	2,825	100.00	3,118	100.00	
	증가율(%)				12.06		10.37		11.21
정신질환자 제거(전체)	계		12,095	100.00	12,874	100.00	14,771	100.00	
	증가율(%)				6.44		14.74		10.51
	성별	남자	5,907	48.84	6,296	48.90	7,248	49.07	
		여자	6,188	51.16	6,578	51.10	7,523	50.93	
1종	계		10,031	100.00	11,929	100.00	13,761	100.00	
	증가율(%)				18.92		15.36		17.13
2종	계		2,064	100.00	945	100.00	1,010	100.00	
	증가율(%)				-54.22		6.88		-30.05

&lt;표 34&gt; 입원일수 300일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

구분		정신질환 포함			정신질환제외		
		2008년	2009년	2010년	2008년	2009년	2010년
의료급여 전체	입내원일수	362	361	361	358	356	358
	진료비	14,899,826	17,347,389	18,772,694	21,599,755	22,637,231	24,667,746
	급여비	14,616,057	17,228,791	18,671,059	21,103,826	22,461,170	24,518,264
1종	입내원일수	362	361	361	358	356	358
	진료비	14,702,309	17,298,023	18,712,790	21,259,389	22,455,648	24,486,465
	급여비	14,684,929	17,286,888	18,707,935	21,229,749	22,435,053	24,478,363
2종	입내원일수	360	357	359	358	354	359
	진료비	16,221,133	18,071,511	19,710,248	23,253,927	24,929,404	27,137,646
	급여비	14,155,334	16,376,606	18,093,913	20,491,843	22,790,853	25,061,910

## V. 의료급여 공급자 유인수요

### 1. 공급자 유인 수요의 선행연구

- 의료 공급이 수요를 유인할 수 있는지에 관한 질문에 대하여 많은 연구들이 개인 또는 의료 시장을 단위로 분석해 왔음.
  - 이러한 세계 각국에서의 주요 선행연구들의 결과는 공급자 유인 수요의 실증적 증거로써 고려되어 왔지만 선행 연구들이 주로 인구 당 의사 수의 ‘횡단면적’인 변화를 이용해 유인 수요 효과를 추정했다는 비판을 받는 것이 사실임.
  - 하지만 국내외 선행연구들 대부분이 공급자에 의한 의료 수인의 유인 가능성을 지지하고 있음.
- 본 연구는 국내의 공급자 유인 수요의 여부와 크기를 분석하기 위해, 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 지역을 포함한 총 16개 지역의 각 지역별로 2003년 ¼ 분기부터 2001년 4/4 분기 까지 총 32분기로 구성된 패널 데이터를 분석함.
- 우선 공급자 유인 수요에 대한 경제학적 접근법을 사용해서 계량 경제식을 도출했다. 특히, 기존 국외, 국내 선행연구들의 실증 방법론적 한계점을 극복하기 위해 패

널 데이터의 장점을 이용한 고정 효과 모델(fixed-effects model)을 구축함과 동시에 도구 변수 방법을 적용하여 계량식을 추정하였음.

- 따라서 본 연구에 사용된 실증적 방법론은 많은 선행 연구들(특히 지역 및 시장 단위의 연구들)에 대한 지적의 대상인 방법론적 한계 즉 생략변수로 인한 오류 및 역 상관관계를 극복하여 공급자 유인 수요의 상관성이 아닌 ‘인과성’을 밝히려 시도하였음.

## 2. 분석 방법

### □ 공급자 유인 수요 모델

- 전통적인 경제학 이론에서는 의료에 관한 수요 및 공급 모델을 다음과 같이 정의함.

$$(1) Q_D = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{의료수가} + \alpha_2 \cdot X1 + u_1$$

$$(2) Q_S = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{의료수가} + \beta_2 \cdot X2 + \beta_3 \cdot \text{공급자} + u_2$$

- 공급자 유인 수요의 개념은 의료 수요량이 의료 이용 시 본인 부담액과 같은 수요 결정 요소가 아니라, 식 (2)에서 의료의 공급 결정 요인 중 하나인 공급자 요소가 식 (1)에서 의료 수요에 직접적인 영향을 주는 것과 관련이 됨.
  - 이러한 공급자 유인 수요 하에서의 의료 수요식 (1)은 다음과 같은 정의할 수 있음.

$$(3) Q_D^{SID} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{의료수가} + \alpha_2 \cdot X1 + \alpha_3 \cdot \text{공급자} + u_3$$

- 이 식에서는 공급자 요소(SID)가 의료 수요식에 직접 포함되어 있으며,  $\alpha_3$ 는 공급자 유인 수요의 정도를 측정하게 됨.

### □ 공급자 유인 수요 측정을 위한 계량 경제적 접근 방식

- 식 (3)에 근거하여 공급자 유인 수요 모델을 다음과 같이 발전시킴.

$$(4) \ln \left( \text{방문}_{it}^{SID} \right) = \beta_0 \cdot \text{의료수가}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_1^j \cdot \text{인구·사회·학적 요소}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_2^j \cdot \text{질병구성}_{it} \\ + \beta_3 \cdot \ln \left( \text{의료 급여 인구당 의료기관 수}_{it} \right) + \beta_4 \cdot \text{의료 인력}_{it} + \mu_i + \tau_t + Q_t + \varepsilon_{it}$$



#### □ 고정 효과 모델(fixed-effects model)

- 위의 식 (4)에 이중 고정 효과(two-way fixed-effects)를 포함하여서 공급자 유인 수요 추정 값의 오류를 최소화 하였음.

#### □ 도구 변수 모델 (instrumental variables model)

- 위의 이중 고정 효과 모델은 공급자 유인 수요를 밝히는데 있어서 발생할 수 있는 오류는 상당히 통제함에도 불구하고 역 인과 관계가 있을 경우 오류를 제거할 수 없다는 단점이 있음.

$$(5) \text{ 의료 급여 인구당 의료기관수}_{it} = \beta_0 \cdot \text{의료수가}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_1^j \cdot \text{인구, 사회학적 요소}_{it} \\ + \sum_{j=1}^J \beta_2^j \cdot \text{질병구성}_{it} + \beta_3 \cdot \text{의료인력}_{it} + \beta_4 \cdot \text{도구변수}_{it} + \mu_i + \tau_t + Q_t + \varepsilon_{it}.$$

- 도구 변수 방법의 핵심은 “적합한” 도구 변수들을 찾는데 있으며, 여러 진단 테스트를 거쳐, 도구 변수가 적합한 것으로 판단될 경우, 먼저 추가식 (5)를 추정함.
  - 그리고 나서 공급자 유인 수요식인 (4)에서의 의료 기관수를 식 (5)에서 추정한 의료 기관수의 추정 값으로 대체함.
  - 이러한 단계를 거칠 경우, 유인 수요식 (4)의 주요 설명변수의 추정 값은 생략 변수와 역상관관계로 인한 오류를 포함하지 않게 됨.

#### □ 도구 변수와 적합성 진단

- 식 (5)에 포함되는 도구 변수는 반드시 도구 변수는 주요 설명변수인 의료기관 수와 통계적으로 유효한 상관관계가 있어야 하며, 도구 변수는 공급자 유인 수요식 (4)에 포함되지 않는 요소이어야 함.
- 이번 분석에서는 가능한 도구 변수들로서, 지역별 개인 당 소득, 인구 밀도와 저소득 층 비율을 고려하였으며, 도구 변수들이 위의 두 가지 조건을 만족시키는 지를 계량 분석을 통해 면밀히 검증하였음.

#### □ 데이터(data)

- 공급자 유인 수요의 여부와 정도의 크기를 분석하기 위해, 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주

지역을 포함한 총 16개 지역의 패널 데이터를 수집하였음.

- 2003년 1/4분기부터 2011년 4/4분기까지 총 36분기의 시계열 정보를 의료기관의 유형별과 종별로 데이터를 수집함.

### 3. 분석 결과

#### □ 의료 기관수와 의료 수요량 변화의 시계열적 비교

- 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기까지 의료 급여 대상자 10만명 당 종합병원, 병원(일반병원과 요양병원 포함), 의원, 치의원, 한의원, 약국의 시계열 변화를 살펴보면 다음과 같음.
  - 해당 인구 10만명 당 병원의 수는 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있으며, 2003년 1/4분기에 3.4에서 2010년 4/4분기에는 8.0으로 두 배 이상 증가하였음.
  - 이외의 의료 기관의 수는 대체적으로 기준 시점에서 2005년 까지는 감소하는 양상을 보이나, 그 이후에는 증가하는 양상을 보이고 있음.

#### □ 공급자 유인 수요 분석 결과

- 의료급여 대상자 10만명 당 종합병원의 수의 증가는 또한 종합병원 입내원수를 증가시키는 것으로 나타남.
- 본인 부담 정책, 해당인구 당 의사 수, 여성비율은 종합병원 입내원수와 상관성이 없는 것으로 나타남.

## VI. 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안

- 의료급여 진료비 분석을 통해 살펴본 바와 같이 의료공급자에 SID가 존재하고 있으며, 이에 대한 적절한 통제 기전이 있어야 할 것으로 판단됨.
- 선행연구에서 살펴본 바와 같이 공급자를 통제하기 위한 거시적 측면의 접근과 미

시적 측면의 접근으로 구분해 볼 수 있음.

- 거시적 측면에서는 전체적인 진료비 지불제도의 개편을 중심으로 한 총액관리 체계로 지속가능한 진료비 지출을 유지할 수 있는 시스템을 구축해 가는 것임.
- 미시적 측면에서는 공급자를 직접적으로 감시하고 관리하는 방안들을 들 수 있음.
- 선행연구에서 제시된 안들은 외국 상황에 맞는 이야기들을 하고 있어 우리나라에 실질적으로 적용 가능한 대안을 제시하고자 함.

## 1. 의료급여제도 개선 및 발전방안

### □ 의료급여 제도 운영상의 문제점

- 제도 운영 부실 및 보장기관 책임성 미흡
  - － 연장승인 제도운영의 형식화
  - － 선택의료급여기관제도에 있어서도 당초 주치의 목적의 도입 취지와 달리 단순 “진료기간 연장제도”로 변질되는 경향이 있음.
  - － 의료급여 제도는 국민기초생활제도와 건강보험제도에 종속성을 가지고 있어 제도운영에 있어 유연성이 부족한 한계를 가지고 있음.
- 비용의식 부재로 과다 의료이용 경향
  - － 낮은 본인부담금으로 인한 의료서비스 이용 증가
  - － 약국진료비의 경우도 이용량과 무관하게 동일금액을 지불하여 과다 투약 유발
- 공급자의 적정 의료서비스 제공유인 미흡
  - － 지속적인 공급확대가 의료 필요도와 무관한 수요를 창출

### □ 의료급여제도 개선 및 발전방안

- 관리운영 측면
  - － 의료급여제도 운영의 실효성 제고를 위한 제도 보완
    - 급여일수 초과자 연장승인관리 강화
    - 수급권자 자격관련시스템 개선

- 선택의료급여기관제도 개선
- 의료급여 사례관리업무의 효율성 제고

□ 수급자 비용의식 제고 및 건강관리 향상

○ 진료비 본인부담 조정을 통한 수급자 비용의식 제고

- － 입원진료비 본인부담 조정
  - 1종 수급권자의 입원 본인부담은 최대한 보장하되, 불필요한 입원과 입원이 장기화되는 경향을 차단하기 위해 입원 총량제 도입
  - (신체기능저하군 본인부담 상향) 입원치료 필요도가 극히 낮은 신체기능저하군 입원자에 대한 본인부담을 상향 조정

－ (약제비) 정액(500원) 약국 본인부담을 정률 본인부담으로 전환

- 다만, 희귀난치성질환자 해당질환 약은 현행 수준(정액 500원) 유지

－ 건강생활유지비 지원제도 개선

- (장기입원자 건생비 삭감) 수급자가 30일 이상 입원하는 경우, 매 30일 당 6,000원의 건생비 차감

－ 수급자 본인부담 완화를 위한 완충장치 마련

- (본인부담 상한 유지) 1종 수급자 본인부담 상한은 현행수준 유지

○ 수급자의 의료기관 의존도 완화를 위한 건강관리체계 구축

- － 수급자 건강관리 인센티브 도입
- － 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계 구축
- － 신규 의료급여수급자 건강관리교육 강화

○ 공급자의 적정진료 유도

- － 장기입원 적정성 관리체계 구축
- － 부적정 진료행위 의료기관 현황 파악 및 관리방안
- － 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 보완

## 2. 의료공급자 측면의 효율적 관리방안

- 의료급여 진료비 증가요인에 있어서 의료공급자 측면의 요인이 있는 것으로 판단되며, 이에 대한 대안마련이 필요함.
  - 거시적 측면에서는 전체적인 진료비 지불제도의 개편을 중심으로 한 총액관리 체계로 지속가능한
  - 미시적 측면에서는 공급자를 직접적으로 감시하고 관리하는 방안들을 들 수 있음.
  - 따라서 본 절에서는 의료공급자 관리방안으로 거시적 측면에서 진료비를 통합 관리하는 방안을 제시하고 미시적 측면에서 개별 의료기관별 관리방안과 경증 질환 약국본인부담 차등화 방안 등을 제시하고자 함.

### 가. 진료비 목표관리제(Targeted budget) 도입방안

- 도입의 필요성
  - 현재 의료급여 수가결정(환산지수)의 결정은 건강보험의 매년 환산지수 협상에 의해 같이 결정되어 지고 있음.
  - 매년 의료수가는 2%이내에서 인상되는 데 실질적으로 진료비 증가율은 10%를 육박하고 있음.
  - 의료급여제도 운영 측면에서는 건강보험 수가결정에 따라 자동적으로 인상되어 의료급여만의 수가통제기전이 부재한 상태임.
  - 의료급여제도 수가결정구조에 대한 대안마련이 필요함.
- 도입방안
  - 목표관리제는 전년도 진료비에 일정 수준의 증가율을 적용한 목표진료비를 산정하고 목표진료비를 중심으로 다음해의 수가를 결정하는 구조임.
    - － 목표진료비 = 전년도 진료비 × 적정증가율(적용인구 증가율×의료수가 인상율× 물가상승률 ×  $\alpha \times \beta$ )

- 실제진료비가 목표진료비 보다 높으면 수가를 인하하고 실제진료비가 목표진료비 보다 낮으면 수가를 인상하는 구조
- 선제적으로 의료급여에서 먼저 목표관리제를 도입하여 시범적으로 운영하는 방안
- 실제실행 방안
  - － 환산지수계약 시 목표진료비에 대한 합의(부대조건)를 가지고 다다음해의 수가결정 메커니즘을 합의보는 구조로 가야 함.
- 수가계약 결정구조
  - － 정부가 목표진료비 산정 기준에 대해 공급자와 협의 후 고시하는 방안
  - － 현행 건강보험과 같이 공급자와 목표진료비 등 수가결정구조를 합의하여 결정하는 방안
  - － 국가 세금으로 운영되는 NHS 국가의 보건의료서비스 재원이 정부의 일반 조세이므로 총액관리 주체가 정부가 되어 총액을 설정함.

#### □ 기대효과

- 사전에 지불할 진료비 총액이 결정된다는 점에서 진료비 지출총액에 대한 예측 가능성이 증대되어 국가차원에서 진료비를 효과적으로 관리할 수 있음.
- 의료부분의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 가격규제가 의료서비스의 가격만 통제하고 양을 통제하지 못 하는데 비해, 총액관리제는 ‘가격’과 ‘양’을 동시에 통제함으로 의료비용의 증가속도를 조절하는데 더욱 효과적임.

#### 나. 개별 의료기관별 관리 강화방안

- 개별 의료기관에 대한 기본 심사는 청구 건에 대해 한 건 한 건 심사를 통해 타당성은 검증이 되지만, 개별 의료기관 단위로 묶어서 관리가 되지 않는 단점이 있음.
  - 이와 관련하여 현행 개별 의료기관별 관리 현황과 문제점을 파악하고 이를 더욱 개선대안 중심으로 관리 강화방안을 제시하고자 함.
- 의료기관별 관리 현황

## ○ 적정자율시정제

## — 기본개념

- 진료비 심사는 각 진료 건을 기본단위로 관리하는 기능인 반면, 자율개선제는 기관단위로 관리하는 기능이며, 심사와 자율개선제는 상호 보완적인 업무임.

심사
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목표 : 질/비용효과적 진료</li> <li>- 관리단위 : 건</li> <li>- 관리방법 : 심사결과 통보</li> <li>- 행태변화 : 건별진료</li> </ul>

자율개선제
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목표 : 질/비용효과적 진료</li> <li>- 관리단위 : 요양기관</li> <li>- 관리방법 : 정보제공/교육</li> <li>- 행태변화 : 전반 진료행태</li> </ul>

## — 운영방법

- 기관전체의 포괄적 관리
- 진료항목의 주제별 관리
- 지표연동제

## — 자율시정제 선정지표

- 절대지표 : 평균건당(수진자당) 진료비 및 입원일수 등
- 상대지표 : 건당진료비 고가도 지표(Episodes-Costliness Index : ECI), 입(내)원일당진료비 고가도 지표(Days-Costliness Index : DCI), 건당입원일수 장기도 지표(Lengthiness Index : LI), 내원일수 지표(Visiting Index : VI), 환자구성 지표(Case-Mix Index : CMI)

## — 문제점

- 2011년까지는 자율시정대상기관의 기준을 단순히 요양기관종별, 표시과목별 평균을 기준으로 산정하다 보니 관리 받아야 할 기관에 대한 적합성이 떨어져 현지 실사 등에서 실적이 떨어지는 한계가 있었음.
- 2012년부터는 DRG 질병군을 변수로 추가하여 기관선정에 적합성이 높아질 것으로 기대하고 있음.
- 하지만 단지 자율시정을 하도록 통보하고 상담만으로 개선이 어려워 추후 조치가 필요하지만, 인프라의 부족 등으로 실효성문제가 제기됨.

- 또한 개선된 지표 이외에 조금 더 정교한 진료지표가 있는 지에 대해 고민이 필요함.
- 그리고 의료급여제도 측면에서는 추가적으로 의료급여만의 특성을 반영하는 지표개발이 필요할 것으로 판단됨.

#### ○ 의료급여 청구경향 통보

##### － 개요

- 의료급여기관의 의료급여비용 청구경향(일당 의료급여비 및 내원일수)을 의료급여기관 규모 등에 따라 분류하여 의료자원 소모와 임상적 유사성을 고려한 환자분류체계를 이용하여 진료지표 및 의료급여비용 청구금액 등 7개 유형별 지표를 산출 후 일정지표 또는 일정금액 이상인 의료급여기관에 통보하는 제도

##### － 지표 산출 및 통보대상 기준

- 진료지표 통보대상 기준 : 의원, 치과의원, 한의원 : 진료지표(Y) 1.35 이상인 기관, 종합병원: 120%이상인 기관, 병원, 치과병원, 한방병원 140%이상인 기관
- 유형별 지표 및 통보대상 기준 : 분류그룹별 입원·외래 및 수술·비수술로 구분하여 월평균 청구액 증가율 등 7개

#### □ 청구경향 통보 실적

##### ○ 연도별 진료지표 통보 현황

(단위 : 개소)

구 분	계	2008년	2009년	2010년	2011년	비고 (연평균)
통보기관	11,355	3,489	2,414	2,535	2,917	2,839

##### － 현지조사 실적

- 최근 4년간 기초의료보장과 주관 의료급여기관 조사는 총 619개소이며, 그중 청구경향통보 관련 조사기관수는 48개소(7.8%)이며 적발률은 79.2%임.



## □ 개선방안

- 문제점은 의료기관별로 관리해야할 대상 의료기관은 잘 선정하고 있는데, 관리할 인프라가 구축되지 않아 실효성이 부족한 것이 현실임.
- 청구경향 통보대상이 관리대상으로 선정이 되었을 때, 자율적으로 시행조치하지 않을 경우 현지조사 등 더 강력한 제재가 있다는 걸 인식시켜야 할 것임.
- 인프라 구축에 따른 비용 증가 대비 효과를 간략히 살펴보면,
  - － 현재 인력을 2배로 늘릴 경우 대략 연간 7-8억원의 인건비 증가가 발생하는 반면 단순 합계로 볼 때 연간 20-60억원을 절약할 수 있을 것으로 기대됨.
  - － 의료급여는 국민 세금을 운영되고, 비용 대비 효과가 크다면 직접적으로 개입하는 것이 타당할 것임.
  - － 직접적인 비용 효과 이외에 공급자들이 스스로 적정진료를 유도하는 순기능이 증가할 것으로 기대

## 다. 약국 본인부담 차등제 도입

## □ 건강보험 약국 본인부담 차등제

- 추진배경 및 목적
  - － 대형병원에 경증 외래환자가 쏠림으로써 중증환자가 진료를 받지 못하는 사례 방지
  - － 상대적으로 진료비가 고액인 대형병원으로의 경증 외래 집중화 방지로 의료자원의 효율적 활용 도모
- 주요내용
  - － 비교적 가벼운 질환<sup>1)</sup>으로 대형병원(종합병원, 상급종합병원)에 내원하는

1) 병협 및 의협 등 전문가와 환자단체로 구성된 협의체 논의를 통해 의원에서 진료 받는 다빈도 질환 중 52개 질병(급성 상기도감염, 급성 편도염, 급성 후두염 및 기관염, 결막염 등 가벼운 질환과 고혈압, 당뇨

환자의 약제비 본인부담률 인상

□ 건강보험 약국 본인부담 차등제 시행효과

○ 기대효과

- － 대형병원은 원래 기능인 연구 및 중증환자 진료에 집중할 수 있도록 하고, 병·의원은 만성 및 경증환자 진료 기능에 집중할 수 있도록 의료기관 기능 재정립에 기여

□ 의료급여 약국 본인부담 차등제 도입방안

- 건강보험 본인부담 차등제와 동일하게 가벼운 질환으로 2~3차 의료기관에 내원하는 환자 약제비 정률제 도입

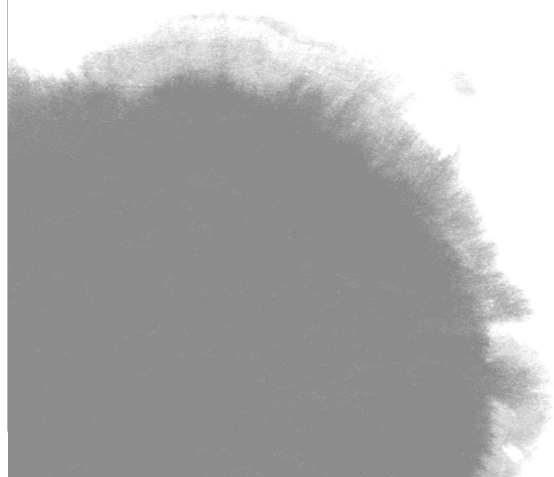
---

병, 관절염, 지질증, 천식, 골다공증, 알레르기성 비염 등 만성질환) 확정

# 1장

KI  
H  
A  
S  
A

서론





# 제1장 서론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

### 가. 연구의 필요성

- 1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여년간 우리나라 국민층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔음.
- 그런데 2002년 이후 대상자 증가와 급여범위의 확대 등으로 의료급여 총진료비가 급속하게 증가하면서 의료급여 재정을 효율적으로 관리하는 것이 보건 의료정책에서 중요한 이슈가 되었음.
- 이에 따라 정부는 2006년 의료급여혁신 종합대책을 수립하고 지속적인 제도 모니터링 등을 통해 진료비 증가율을 일정수준으로 유지하고 있음.
  - － 그러나 향후에도 의료급여에서 의료서비스 욕구가 증가하고 고령화, 질병 구조의 변화 등으로 진료비 지출이 계속적으로 증가할 것으로 판단됨.
  - － 또한 의료급여 예산 증가의 한계 등으로 의료기관에 대한 미지급금이 2011년 약 6,400억원의 진료비 미지급이 발생하였음.
- 2006년 의료급여 혁신 종합대책 내용에 있어서 수요자 측면에서 1종 대상자에 대한 본인부담제 도입, 선택병의원제 실시, 의료급여일수 사전연장승인제도 시행, 사례관리 강화, 대상자 선정 및 자격관리체계 정비 등 수용자의 의료이용을 제한하는 조치를 실시하였음.

- 그러나 공급자 측면에서는 적정진료를 도모하기 위해 의료급여 진료비 심사 및 현지실사 강화이라는 소극적인 방안만을 제시하였음.
- 시민단체에서도 혁신대책이 너무 수요자 측면에 치우쳐있어 근본적으로 공급자들에 대한 대책이 더 필요하다고 주장하였음(신영전, 2007).
  - － 이후 의료공급자에 대한 분석과 이에 대한 대안마련의 필요성이 제기됨.
- 보건경제학적 측면에서도 진료비 증가요인 중 공급자가 원인이 되는 공급자 유인 수요(Supplier-Induced Demand; SID)에 대한 근거들이 많이 제시되고 있음.
  - SID는 보건의료제공자가 보유한 우월한 지식으로 수요에 영향을 줄 때 나타나며 “정보의 격차”를 이용함.
    - － 의사가 환자에 대한 조력자 및 서비스 제공자라는 두 가지 역할을 수행하므로 SID가 가능해짐(Sherman Folland, 2010).
  - 대부분의 경제학자들은 보건의료제공자들이 환자들의 신뢰를 악용하여 환자들의 최선의 이익에 부합하지 않는 행동을 함으로서 SID가 나타난다고 봄(Pauly, 1980; Fuchs, 1978).
  - SID를 처음 주장한 Shain과 Roemer(1959) 및 Roemer(1961)는 인구 1천명당 단기 종합병원의 병상수가 인구 1천명당 재원일수와 양의 상관관계가 있음을 발견하고 “병상을 만들면 다 채워진다”라고 해석하고 있음.
- 우리나라 연구 중 특히 의료급여 환자에 대한 의료공급자의 유인 수요에 대해서 같은 의료기관 안에서 성, 연령, 질환을 모두 보정한 상태에서도 건강보험 환자보다 의료급여 1종 환자의 건당진료비가 15,270원, 건당내원일수 도 0.33일, 내원일당진료비가 4.981원이 더 많았으며 통계적으로도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(주정미 외, 2009).
  - 이러한 원인으로 의료급여 대상자는 본인부담이 없거나 건강보험 가입자에 비해 본인부담이 적으므로 의료이용의 접근성이 확보되고 경제적 부담 없이 진료를 받을 수 있는 한편 공급자의 입장에서는 환자의 비용부담을 크게 의식하지 않고 진료할 가능성도 존재하는 것으로 보았음(주정미 외, 2009).

- 따라서 의료급여 진료비 지출증가에 의료공급자의 진료행태가 영향을 미치고 있어 이에 대한 심층적인 진료행태 분석이 필요함.
  - 개별 의료기관마다의 특성을 고려해서 진료비 증가요인을 파악하고 이에 대한 대안마련이 필요함.
  - 특히 요양병원의 경우는 2003년-2008년까지 총진료비가 56.11% 증가하였으며, 최근에도 2008년 37.70%, 2009년 22.20%, 2010년 26.09% 증가하고 있어 이에 대한 별도의 분석이 필요함.
- 이러한 의료기관 단위의 진료행태에 대한 심층 분석을 통해 공급자들의 비효율적인 진료행태 등에 대한 대안 마련이 필요한 시점임.
  - 그 동안 미시적으로 실시하고 있는 심사, 현지실사 강화 등 소극적 대안들에 대한 보완 이외에도 근본적으로 공급자의 인센티브 구조를 변경하는 방안 등을 고려해 볼 수 있음.

#### 나. 연구의 목적

- 본 연구는 공급자 측면에서 의료급여 진료비 지출에 대한 심층 분석을 실시하고, 비효율적인 부분에 대한 개선방안 마련을 목적으로 하고 있음.
- 이를 위한 구체적인 목적은
  - 첫째, 의료공급자 진료행태 및 관리방안에 대한 이론적 검토를 통해 우리나라 의료급여 제도에 시사점 등을 도출
  - 둘째, 의료급여 요양기관 종별 일반적인 진료행태 추이를 종별, 지역별, 특수 계층별 등으로 구분하여 기초분석 실시
  - 셋째, 각각 개별 의료기관별로 연간 의료급여 환자 진료행태를 분석을 통해 의료급여 환자를 많이 보는 의료기관에 대한 특성을 파악하고, 특히 요양병원들에 대한 심층 분석을 실시
  - 넷째, 공급자 측면에서 의료급여 진료비 증가요인에 대한 거시적 경제모델을 통해 증가에 영향을 미치는 공급자 요인과 환자요인 등을 찾아 대안 마련에

기초자료로 활용

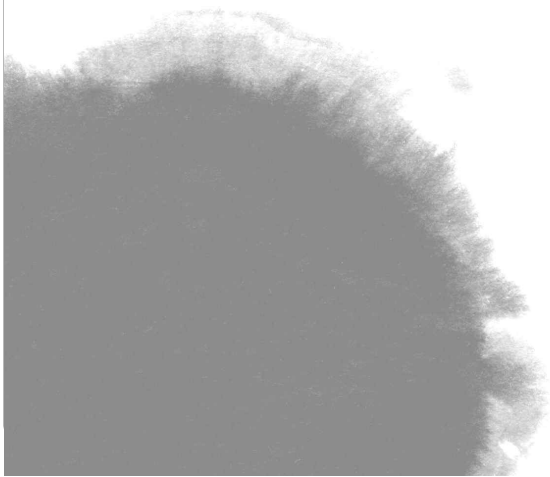
- 마지막으로 공급자 측면에서 의료급여 진료비 지출의 효율적인 운영방안 마련을 최종목적으로 함.



# 2장

KI  
H  
A  
S  
A

## 의료공급자 진료행태에 대한 선행연구





## 제2장 의료공급자 진료행태에 대한 선행연구

□ 2장에서는 의료공급자 행태에 대한 연구와 의료비 억제정책 및 의료비 개혁 동향 등에 대해 살펴보고 이러한 선행연구 결과를 토대로 시사점을 도출하고자 함.

- 의료공급자 진료행태에 대한 이론적 고찰

- 의료공급자 유인수요 이론적 배경
- 의료공급자 유인수요 선행연구 검토

- 미국 의료개혁 동향 고찰

- 미국 2010년 보건의료개혁 4대 주요 정책
- 미국의 의료제도와 IPAB

- 의료공급자 관리방안에 대한 이론적 고찰

- 의료공급자에 대한 통제기전
- 의료공급자에 대한 비용절감 이론
- 의료비 관리방안 검토

- 의료공급자 유인수요 및 관리방안에 대한 선행연구 고찰을 통해 시사점 도출

## 1. 의료공급자 진료행태에 대한 이론적 고찰

### 가. 의료공급자 유인수요 이론적 배경

- 의료서비스 수요는 소비자에 의해 독립적으로 결정되는 것이 아니라 의료공급자에 의해서도 결정됨.
  - 이러한 의료공급자의 진료행태를 설명하는 가설 중 가장 보편적이면서 최근 보건경제학적 측면에서 진료비 증가요인에 대한 근거로 제시되고 있는 의사에 의한 ‘공급자 유인수요(Supplier-Induced Demand: SID)’가 있음.
  - Feldstein(2004)에 의하면, 공급자 유인수요란 의사가 자신의 경제적인 이익을 위하여 서비스 제공량을 변화시키는 것을 말함.
- 유인수요 가설은 의료시장의 특성을 반영하여 의료공급자가 진료수입을 확대하기 위해 진료량을 확대할 수 있음을 설명해 준다는 점에서 유의하게 받아들여지고 있음.
  - 최근 의료공급자 유인수요는 보건 경제 문학에서 중요한 이슈로 자리 잡고 있음.
  - 그렇기에 이에 대한 경험적 증거를 발견하기는 어렵지만, 보건정책 개발을 위해 필요함.
    - 이는 의료공급자가 인센티브를 올바르게 받아야 의료서비스 지출의 불필요한 증가를 방지할 수 있으며, 이와 더불어 국민의 건강을 높일 수 있기 때문이다.
- Romer(1961)의 법칙에 의하면 ‘병상을 만들면 다 채워진다(Hospitals once provided tend to be used)’는 말이 있음.
  - 이는 의료공급 증가에 의한 의료이용량의 증가를 보여줌.
  - 그렇기에 의사나 병상 수의 증가 및 새로운 고급기술 도입은 의료서비스 수요를 창출하게 되고 이는 곧 의료비 증가의 중요한 원인이 되고 있음.
- Arrow(1963)는 의료공급자 유인수요가 소비자들과 의사들 사이의 정보비대칭으로

부터 발생한다고 지적함.

- 보건의료 시장에 참가하는 여러 주체들이 가진 정보의 수준은 매우 다르며, 환자들이 가진 정보는 의사들에 비해 훨씬 부족함.

□ 의사들의 행태에 대한 공급자 유인수요 이론을 주장한 경제학자들은 “목표소득가설 (Evans, 1974)”<sup>2)</sup>를 제안함.

- 이는 의사들이 목표소득을 정해놓고 실제소득이 목표치보다 감소하였을 때 이를 달성하기 위해 노력하는 것을 의미함.
- 목표소득모형은 비교적 극단적인 경우이기는 하지만 벤치마크모형의 특별한 예임.

□ Richardson(1981)은 공급자 유인수요를 ‘좋은 싫든 환자의 수요곡선을 오른쪽으로 이동시키는 의사들의 능력’이라고 정의함.

- 즉, 정보의 비대칭으로 의사들이 수요곡선을 이동시킬 수 있기에 수요곡선을 왼쪽으로 이동시키는 것 역시 공급자 유인수요로 간주될 수 있다고 봄.

□ 신민경(2009)은 의사의 경우 서비스 제공으로 재정적인 이익이 있기 때문에 환자에게 편향된 정보를 주는 비합리적인 대리인이 될 수 있다고 봄.

- 특히 우리나라와 같이 수가가 통제된 상황에서는 비합리적 대리인이 될 가능성이 크다고 하였는데, 이는 수가 통제로 인해 의료서비스의 가격이 낮아지면 공급자는 줄어든 수익을 보전해야 할 유인(incentive)이 생기기 때문임.

#### 나. 의료공급자 유인수요 선행연구 검토

□ 의료공급자 유인수요에 대한 선행연구들은 주로 의사 밀집도(density)의 변화나 보상체계의 변화에 대한 의사들의 대응에 초점을 맞추었으며, 이와 관련된 국내외 선행연구를 검토하면 다음과 같음.

□ Shin and Roemer(1959)는 인구 천 명 당 병상수와 입원일수 사이에 매우 강한

2) 박윤형 외(역). 보건의료 경제학 5<sup>th</sup> Edition, KMA 의료정책연구소, 2010.

상관관계가 있음을 발견함.

- Hickson et al.(1987)은 소아과 레지던트를 급여제나 행위별 수가제 FFS(Fee-For-Service)제로 무작위 추출하여 배정하였고, 환자들이 그들의 의사 보수 방식에 대해 모르게 함.
  - 연구결과, FFS 보수를 받는 의사들의 경우 추천받아서 오는 환자들보다 추천 없이 오는 환자들이 많았음.
- Krasnik et al.(1990)은 덴마크 코펜하겐에서 인두제(capitation)를 시행하는 곳을 실험집단으로 FFS와 인두제의 결합하여 시행하는 곳을 통제집단으로 두고 일반인들의 활동을 비교하여 보수 변화를 조사함.
  - 연구 결과 변화 6개월 이후 통제집단과 비교했을 때 보수의 변화 후 더 높았지만, 1년 후에는 그렇지 않았음.
  - 연구자는 이러한 결과들을 통제 집단의 데이터가 개인 의사 수준에서는 가능하지 않았기에, 종합된 데이터가 사용되었고 의료 활용에 영향을 미칠 수 있는 다른 요인들이 조정되지 않았기 때문으로 봄.
- Grytten 외(1995)의 연구와 Sorensen and Gytten(1999)의 연구에서는 의사밀도가 의사당 환자수에 음의 영향을 미친다는 연구결과를 제시하였음.
  - Grytten 외(1995)는 의사밀도가 인구 1인당 진료비에 양의 방향으로 유의한 영향을 미쳤다고 하였음.
  - Sorensen and Gytten(1999)는 의사밀도가 의원당 총진료비에 음의 방향으로 유의한 영향을 미쳤다고 하였음.
- Carlsen and Grytten(1998)는 의사밀도가 의사당 진료비와 인구당 진료비에 각각 다른 방식으로 영향을 미칠 수 있다고 지적하였음.
  - 연구결과 배급제도(rationing)로부터 공급자 유인수요가 생길 수 있다고 보았으며, 배급제도는 의료서비스 혜택을 보는 사람들에게 정보를 알려주지 않았을 때 일어남.
  - 따라서 서비스에 대한 별도의 지불 없이 인두제는 의사들에 의한 정보비대칭으로부터 공급자 유인수요에 영향을 미치는 수요 요인을 낮출 수 있음.

- McGuire(2000) 연구에 의하면, 통제된 비용의 맥락에서 공급자 유인수요를 연구하는 것은 수요를 유도하기 위한 인센티브에 직접적인 영향을 주기 때문에 의사 밀집도 변화를 연구하는 것이 유리하다고 봄.
- Madden et al.(2005)은 1989년 아일랜드 보수체제 변화 후 일반의 방문율에 대한 효과를 조사함.
  - 연구자들은 자기보고 방식의 데이터를 사용했으며, 공급자 유인수요가 보수체제의 변화 이전에 중요한 역할을 했다면 1987년과 1995~2000년 사이에 진료카드 소비자들과 개인 소비자들 사이의 방문율에 차이가 있을 것이라고 예상함.
  - 하지만 민영보험 소비자와 공영보험 소비자 간의 경향에는 차이가 없었음.
- CHRISTEL E. VAN DIJK 외(2012)는 도덕적 해이와 의료공급자 유인수요로 인해 진료비가 증가한다는 증거를 얻기는 어렵지만 건강정책 발전을 위해 이에 대한 연구가 필요하다고 봄.
- Fuch(1978)는 인구당 외과 의사가 증가할 경우 입원 이용률이 증가한다고 하였으며, Cromwell과 Mitchell(1986) 역시 같은 결과가 나타났음.
- 문재희(1999)는 제왕절개의 경우 의사는 정상 분만에 비해 진료비가 높고 입원일수가 길어 의사들이 이를 선호하여 수요를 유도하는 효과가 있음을 증명함.
- 양봉민(1999), 박창제 외(2000)에 의하면, 우리나라의 의료서비스 시장 환경은 공급자 유인수요를 발생시킨다는 기본적인 시장 조건을 두루 갖추고 있음.
- 오은환(2000)은 건강보험 수가와 공급자 유인수요의 관계에 대해 분석함.
  - 건강보험의 수가가 6% 이하로 통제되거나 3년간의 지속적인 수가 인상을 하라기 있을 때 서비스 제공량이 증가한 것으로 보임.
  - 이는 총진료비 증가에 0.1~0.6% 정도 기여한 것으로 추정됨.
- 김창보(2002)의 연구결과 의원밀도는 지역단위 분석에서 환자 수에 양의 유의한 영향을 주는 반면, 의원단위 분석에서는 환자 수에 음의 방향으로 유의한 영향을 미침.

## 2. 미국 의료개혁 동향 고찰<sup>3)</sup>

- 미국의 경우 입법부와 행정부 부서들이 획기적인 제정법을 통과시키기 위해 보건 의료개혁을 둘러싼 논란들을 극복하는 동안, 문제점이 지속되었으며, 보건의료제도가 마주한 위기의 세 가지 중요한 이슈로는 비용, 질 그리고 접근성이 있음.
- 미국인들은 세계의 어느 국가보다 1인당 보건의료비를 더 많이 지출함.
  - 현재 미국은 보건의료에 GDP의 16%에 해당하는 연간 \$2조를 지출하고 있으며, 2025년에는 보건의료지출이 GDP의 25%에 달할 것이라고 전망하고 있음.
  - 미국이 다른 나라들보다 자기공명영상 MRI(Magnetic Resonance Imaging) 기계를 더 소유하고 있지만, 통상적인 인구집단의 보건 수준을 측정하는 도구로 쓰이는 영아사망률은 다른 국가들에 비해 높음.
- 미국의학연구소에 의하면 의료사고로 인한 연간 사망률은 수만 명에 이르며, 의료 서비스는 사는 지역과 의사에 따라 그 질이 다르기에 많은 문제점을 가지고 있음.
  - 즉, 이는 서비스가 남용되고 있는 곳이 있고, 서비스가 충분히 이용되고 있지 않는 곳이 있다는 것을 의미함.
- 미국은 19개의 산업국가들 중 보건의료에 의한 사망률이 가장 높음.
  - 만약 미국의 의료보장 제도가 다른 국가들처럼 운영되었다면, 연간 약 100,000명씩 살릴 수 있었을 것임.
  - 이러한 질의 격차는 보험에 가입되지 않은 5천만 미국인들의 기본 의료서비스에 제한된 접근성으로 인해 악화되었음.
  - 추가로 2천5백만의 미국인들은 과도한 보험료와 비용분담으로 인해 부분적으로만 보험을 들었음.
  - 보험에 가입되지 않았거나 부분적으로만 가입된 사회적 비용은 예방적 의료서비스이용의 미달로 인해 연간 \$1,300억에 달함.

---

3) Christopher P 외의 『Health care reform in 2010, World J Urol』 2011. 연구결과를 재정리하였음.



- 위와 같은 문제점들을 해결하고자 정부에서는 미국의 보건의료 개혁을 위해 노력하였음
  - 클린턴 전대통령이 국가보건의료제도 개혁을 시도함
  - 16년 후 제정안이 의회에 의해 만들어짐.
  - 2010년 3월 23일, PPACA(Patient Protection and Affordable Care Act)이 오바마 대통령에 의해 법으로 통과됨.

#### 가. 미국 2010년 보건의료개혁 4대 주요 정책

- PPACA 법이 통과되자 유권자인 의료집단들은 자신들의 이익에 따라 제정법에 대한 찬반 의견이 나누어지게 됨.
  - 미국내과의학회(American College of Physicians)는 법안에 찬성하였고, 미국의사협회(American Medical Association)는 조건부 지지를 제공함.
  - 반대로, 미국내과외과학회(American College of Surgeons), 미국비뇨기과학회(American Urological Association), 그리고 다른 의학 전문 집단은 반대함.
- 보험 적용범위가 미국인들의 건강 개선을 위한 기준을 나타내는 한에 있어서는, 제정법은 보험가입이 안된 32백만 명에게 보건의료 적용범위를 확대함으로써 매우 큰 진전을 이룸.
- 제정법은 적용범위 확대를 다양한 방법으로 달성함.
  - 첫 번째, 대부분의 미국 시민들이 최소 의료보험 보장선을 유지하도록 하고 그렇지 않을 경우 벌금을 내도록 하여 개인적인 의무를 규정함.
    - － 개인들의 보장 확대를 위해 비용분담 상한선과 함께 필수적인 의료혜택을 제공할 수 있는 보험교환(insurance exchanges)을 만들어야 하며, 보장범위를 감당할 수 있도록 하기 위해 연방 빈곤선의 100~400% 사이의 소득을 가진 미국인들에게 세금공제 혜택을 주도록 함.
    - － 이와 더불어 저소득층 의료보장제도인 메디케이드 자격을 소득이 연방 빈

곤 기준 금액의 133%까지의 비수급대상자들에게 확장함.

- 두 번째, 고용주들이 노동자에게 보험 보장을 제공할 책임을 확대시킴.
  - 200인 이상의 대기업들은 새로 온 풀타임 직원들을 보장범위에 자동 등록 시켜야 하며, 50-200명 사이의 풀타임 직원을 보유한 중간 규모의 기업들 중 보험보장을 제공하지 않는 기업들은 한 명의 직원 이상이 교환(an exchange)을 통해 정부지원금을 받는 경우 벌금을 내게 됨.
  - 제정법은 소기업 건강보험 세금공제(Small Business Health Care Tax Credit)를 만들어서, 소기업이 그들의 직원들을 보장해 주기 위한 보험료의 35%를 보장해줌.

□ 보장범위의 확대 이후, 제정법 아래 미국인들은 다른 방법들로 잠재적으로 혜택을 받음.

- 입법으로부터 6개월 유효기간 동안, 제정법은 민영보험사들이 아이들의 기왕 증에 대해 보장을 거부하는 것을 금지시켰으며 모든 개인과 집단 정책들이 26세까지 부모의 보험에 남아있을 수 있도록 함.
- 2010년 9월, 피보험자들의 보장 비용이 과도하게 올라간다는 이유로 보장을 철회할 수 없게 금지시켰으며, 민영보험의 의료보장에 대한 피보험자의 평생 금액 상한을 정할 수 없도록 하였음.
- 마지막으로, Part D에 등록된 Medicare 수혜자들은 coverage gap(처방약 지출이 \$2,830-\$6,440사이)에 도달하였을 경우, 환불용 수표를 받게 되며, "donut hole"은 2020년에 다 채워지게 됨.

□ 이러한 개혁들을 위해 추정된 비용은 앞으로 10년간에 걸쳐 \$1조가 약간 넘으며, 수익은 다음과 같이 다양한 원천들로부터 생길 것임.

- 첫째, Medicare Advantage payments는 \$1360억이 감소될 것이며,
- 둘째, 새로 생기는 비용(new fees)은 민영보험자, 제약회사, 의료기기 제조회사에 부과될 것이며,
- 셋째, 더 높은 Medicare 지불급여세와 투자이익에 대한 새로운 세금은 총수입이 \$200,000 이상(부부는 \$250,000)인 개인들에게 부과될 것이며,

- 넷째, 2018년부터 40%의 내국소비세는 보험회사와 제한선을 넘어서는 비용의 계획 관리자에 부과될 것임.
- 법적으로 의사지불금(physician payments)에 계획된 삭감이 없는 상황에서, 일부 공급은 의사들의 배상에 영향을 줄 것임.
  - 예를 들어, 이 법은 1차 진료 의사들에게 향후 5년간 10%의 Medicare payment bonus를 제공하며, 1차 진료 의사들에 대한 메디케이드 지급률이 1차 진료 서비스를 제공하는 Medicare 지급률의 100%보다 낮지 않도록 요구함.
  - Physician Quality Reporting Initiative 하에 Medicare에 질에 대한 데이터를 보고하는 의사들에게 장려금을 확대시키긴 하지만, 실제로는 2014년에 시작되는 본 계획에 참여하지 않는 의사들에게 Medicare payments를 삭감시킴.
  - 이 법은 2010년 12월 31일 이전의 제공자 협정을 가지지 않은 개인전문병원을 위한 Stark self-referral 면제를 없애고, in-office imaging(의사가 외부기관에 의존하지 않고, 본인 사무실에 있는 의료진단기기를 사용하는 것) 서비스를 위한 공개요건을 추가하여 많은 의사들과 집단 실천들이 익숙해진 부수적 수익 경향을 제한함.
  - 중요한 것은, 이 법이 Medicare의 지속적인 성장률 공식이나 종합적 불법행위법 개혁을 위한 분명한 장기 계획을 제공하지 않는다는 것임.
  - 이러한 누락들이 바로 많은 의학협회들이 법안을 지지하지 않은 근본적 이유임.
- 보건의료제도에 이러한 변화들이 있음에도 불구하고, 분석가들은 이 법이 의료서비스 전달의 질 개선과 보건의료비용을 통제하는데 부족하다는 것을 고민함.
  - 특히, 이 법은 장관이 실험프로그램을 만들고 포괄보상, 의료책임조직, 환자중심의 메디컬 홈을 위한 프로젝트들을 보여줄 수 있도록 함.
  - 또한 지불제도자문위원회를 설립하여 Medicare에 의한 지출을 삭감하도록 제안함.

&lt;표 2-1&gt; 의료비 지출 절감 및 질 향상을 위한 ACA법안의 정책

정책	내용	목표 및 기대효과
의료책임조직 (Accountable Care Organizations)	의료기관과 의사의 파트너십 구축 ACOs와 보험자가 진료비 지출관리의 책임 공유	공급자에게 인센티브 부여를 통한 진료비 지출 감소 및 질 향상 기대 보험자-공급자의 협력 증진
환자중심의 메디컬 홈 (Patient Centered Medical Home)	1차 의료와 병원진료의 만성질환 진료협력체계 구축 개별 만성질환자의 주치의는 PCMH*를 통해 향상된 접촉 및 의사소통 수행	만성질환자의 의료전달체계 개선 포괄적·환자중심적 진료 제공 및 진료접근성 향상 증폭되는 진료의 감소
성과연동 지불제도 (Pay-for-Performance)	보험자가 설정한 질 향상 목표에 상응하는 공급자에게 보상 제공	환자 건강결과의 향상 의료비 지출 절감
가치중심적 보험급여 (Value Based Insurance Design)	환자의 임상적 편익에 근거하여 환자 본인부담 수준을 조정	낮은 가치의 서비스보다 높은 가치의 서비스 이용률 향상 향후 예측비용을 절감하기 위해 예방적 진료에 투자

\* PCMH: Patient Centered Medical Home

## 1) 의료책임조직

- ACOs(Accountable care organizations)는 의료서비스 협력을 향상시키고 의료의 품질 보고에 있어서 투명성을 촉진시키고자 하는 의료공급시스템의 개혁을 대표함.
- 진료 에피소드를 위해 정해진 만큼 지불되는 포괄보상과는 달리, 의료책임조직은 Medicare 수혜자들을 위해 그들이 생성한 저축금의 정도에 기초하여 이익을 받음.
- 각각의 의료책임조직은 공식적으로 보고된 성능 측정에 도달하는 동안 Medicare 지출을 제한하도록 장려되었음.
  - 이러한 조직들의 경우 어느 정도의 지역 의사·병원 네트워크 형식을 가지고 있음.
  - 제공자들이 Medicare의 현 행위별수가제 프로그램에서 계속해서 배상받을 것 이기 때문에, 배급제도와 충분히 활용되지 못하는 것에 대한 장려책들이 최소화되어짐.
  - 제공자·병원 네트워크와 환자들이 그들의 제공자를 자유롭게 선택할 수 있는 유연한 환자의 배치 알고리즘(a flexible patient assignment algorithm)의 정

식 승인을 통해, 의료책임조직은 Medicare 수혜자들을 위한 질 개선과 비용 절감에 비교적 편리한 방법이며, 현재 보건의료개혁 패키지 안의 Voluntary Medicare Shared Savings 프로그램으로서, 의료책임조직 자격의 조직들은 최소 5,000명의 수혜자들을 위한 질의 기준점에 도달하는 동안 Medicare 1 인당 지출을 감소시키는 능력에 대해 보상되어질 것임.

- 미리 결정된 비용과 질의 기준점에 도달하기 위해 전달체계를 개선하기는 접근법을 결정하는 것은 각 의료책임조직에 달려있음.
  - 몇몇의 개선 옵션들은 전자의료기록들의 능력을 확대시키는 것과 입원환자와 외래환자 세팅을 통틀어 케어조직을 강화시키는 것을 포함하며, 이러한 옵션들이 직접적으로 배상되지 않지만, 의료책임조직과 환자들은 보너스 지급과 개선된 질을 통한 혜택을 기대함.
  - 예상 경비절감의 결정될 부분은 의료책임조직으로 반납될 것이며, 각 의료책임조직은 보너스 지급을 제공자들에게 재분배하기 위해 투명한 방식을 갖도록 요구되어질 것임.
    - 어렵잖아, 조직에 참여하는 것은 연간 각 수혜자가 최대 \$300-\$400의 지불금을 받을 수 있으며, 의회 예산실에서는 이 프로그램의 결과로서 다음 10년간 \$50억의 Medicare savings를 예상함.
- 의료책임조직의 구조와 구성이 개념적으로 설계되었지만, 그것이 현실에서 어떻게 실행될 것인지는 진행 중임.
  - 더욱이 의료책임조직의 채택에 대한 법과 규제하는 장벽들은 다 해결되지 않았으며, 의료책임조직의 조직구조는 실증적으로 온전히 평가되어지지 않은 함의를 가지고 있음.
  - 이러한 점에서, 의사들과 병원들이 전통적으로는 협력하지 않았었지만, 재정적 인센티브는 통합이나 이러한 단체들로 인한 buy-in을 촉진시키기에 너무 약함.

## 2) 환자 중심의 메디컬 홈

- 만성질환을 가진 환자들은 서로 상이한 의료공급자들과 의료 환경을 오가면서 서비스를 제공받는데, 이것은 의료의 질에 상당한 격차를 초래할 수 있음.
  - 이 격차를 줄이기 위해 정책 입안자들은 의료전달체계의 개선을 고안하여 의료서비스 간 조정을 향상시키기 위해 노력함.
- 환자 중심의 메디컬 홈은 그 모델임.
  - 이 모델은 메디컬 홈서비스를 받는 환자들의 건강을 개선시키기 위해 1차 진료(first-contact, 지속적이고 포괄적인 케어를 제공하도록 훈련받은 개인 의사)의 핵심 속성과 새로운 책임(예: 강화된 접근, 환자와 제공자 간의 의사소통, 건강정보기술의 채택)을 결합시킴.
- 환자 중심의 메디컬 홈이 인기가 있게 되자 최근 통과된 의료개혁법에도 이와 같은 내용이 반영이 됨.
  - 예를 들어, 이 법은 높은 욕구의 수혜자들을 위한 메디컬 홈 모델을 포함한 새로운 지불법과 의료전달체계 개혁을 시험하는 Medicare와 Medicaid Innovation 센터를 만들었음.
  - 더 나아가, 이 법은 Health and Human Services 장관에게 메디컬 홈들을 지원해줄 지역사회 보건 팀들의 성장을 펀드해줄 보조금 프로그램을 설립하도록 지시함.
  - 공인된 병원들과 의과대학들은 환자중심의 메디컬 홈에 관련된 1차 진료 의사들에게 교육을 제공하는 시범사업을 개발하도록 보조금이나 계약을 통해 장려됨.
- 법에 의해 개요가 잡힌 이러한 조치들 외에, Medicare는 최근 메디컬 홈의 서비스를 위한 physician practices에 케어 매니지먼트비의 형태로 배상을 제공하는 3년간의 시범사업을 발표함.
  - 메디컬 홈의 자격을 주기 위해서는 National Committee on Quality Assurance에서 정한 기준들이 충족되어야 하며, 현재 환자 중심의 1차 의

료 협력(Patient Centered Primary Care Collaborative)에는 20개의 주에서 진행 중인 27개의 다자협력관계의 메디컬 홈 시범사업 프로그램들이 등록되어있음.

- 환자 중심의 메디컬 홈을 위한 큰 열정에도 불구하고, 치료 결과와 비용에 대해 미리 정해진 기준들에 도달하기 위한 medical practices에 의한 노력의 영향을 평가하는 연구는 많지 않음.
  - 2006년, Group Health는 시애틀 클리닉에서 메디컬 홈 모델을 시범사업으로 운영하며, 기준과 12개월 측정치를 평가하였음.
  - 통제집단인 병원 2군데와 비교해보면 메디컬 홈은 환자 치료 경험, 의사들의 치료 경험, 그리고 케어의 질을 개선시킴.
- 펜실베이니아의 중심부에 서비스를 제공하는 통합전달체계인 Geisinger는 최근에 메디컬 홈 계획의 2개의 시범사업장의 1차 년도 결과들을 발표한.
  - 자료는 모든 원인의 입원들에 20%의 감소와 7%의 의료비용 절감을 보여주었으며, 이러한 초기 결과들은 조짐이 좋지만, 더 작은 실천으로의 적응성과 장기적 결과는 아직 탐구되어야 함.
- 이러한 모든 시범사업들의 공통점은 1차 진료의 역할이 확대되었다는 것임.
  - 이론상 메디컬 홈은 주치의로서 진료하는 의사가 얼마나 전문성을 갖추고 있느냐에 대해서는 중립적임.
  - 어떤 상황들(예: 비교과과 의사들이 전립선암이나 방광조절에 문제를 가진 환자들을 치료할 때)에서 전문 의료 서비스는 타당한 메디컬 홈을 만들지만, 이 능력 안에서 기능하기 위해서 전문의들은 흥미와 그들의 지식배경 이외의 것들도 있는 다수의 상황들을 다룰 수 있는 능숙함을 가져야 함.
  - 더 나아가, 전문의들은 메디컬 홈에서 요구하는 다양한 범위의 의료서비스를 제공할 수 있도록 자신의 의료서비스를 새롭게 바꿀 의향과 능력이 요구됨.
  - 그러므로 전문의들이 조직을 더 강화시키고 협의를 개선하고, 매끄러운 전환을 만들기 위해 1차 진료에 기초한 메디컬 홈과 함께 결합하여 일하는 ‘메디컬 홈 이웃들’로서 의료제공을 하는 것이 더 나을지도 모르나 현재의 메디컬

홈 모델들은 이러한 역할을 충족하는 의사들을 위한 보상을 포함하지 않음.

## 나. 미국의 의료제도와 IPAB

### 1) 포괄보상제도

- 포괄보상제도는 행위별수가제 지불방식에 내재하는 초과 이용의 장려를 경감시키고 자 한 번의 지불이 한 가지 치료의 전체 과정을 포함시키도록 만들어진 정책수단임.
  - 현재 법은 이익이 적은 치료를 줄이고 치료조직화(합동하여 치료하는 것)를 촉진함으로써 효율성을 개선시키는데 목표를 둠.
- The Voluntary National Pilot Program on Payment Bundling(포괄보상에 대한 자발적 국가 시험프로그램)은 2013년에 시작할 것이며, 5년간 진행될 것임.
  - 병원, 의사집단 등 독립체에 참여하는 것은 8개의 선택된 질병(예: 울혈성 심부전) 중 하나와 관련된 각 진료의 에피소드를 위해 정해진 양으로 배상되어 질 것이며, 이러한 입증을 위해 정해진 질병들은 급성 또는 만성 질병, 외과적 수술 또는 내과적 진료, 질병의 발생 건수와 비용, 재입원의 타당성에 기초할 것임.
  - 비뇨기과학의 질병들은 입증 프로젝트의 현재 버전을 위해 예정되어지지 않았지만, 이 실험의 결과에 기초하여 다른 질병들에 대한 확장이 2016년부터 시작할 수 있도록 함.
- 유사한 포괄보상제도는 메디케이드 프로그램을 위해 예정되어짐.
  - 입원에 관한 통합적 케어를 평가하기 위한 메디케이드 입증 프로젝트는 포괄보상이 비용절감과 질 향상을 해줄 것이라고 믿는 하나 이상의 질병들을 선택할 8개의 주를 모집할 것임.
    - 이 프로젝트는 각 주에게 지불법 개혁으로부터 최대의 혜택을 수확할 질병들을 대상으로 정하는데 재량을 줄 것임.



- 뿐만 아니라, 이러한 프로그램들은 보건의료의 효율성을 개선시키기 위한 수단으로서 강력한 방출계획 프로그램들을 일반적으로 사용함.
- 포괄보상제도가 효과적일 수 있는 이유 하나는 지불에 중요한 변화가 있었기 때문이다.
- 의료지출에 있어 변화의 대다수는 재입원과 급성진료 후의 조치 때문이며, 이로 인해 효율성을 개선시키고 재입원을 감소시키기 위해서는 의사와 병원 간의 의사소통을 촉진하는 것이 경비절감을 할 수 있는 방안이라고 제안함.
  - 심장우회수술에 대한 포괄 보상을 실험한 Geisinger Health System's Proven Care 프로그램의 성공에 비추어, CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)는 Medicare Acute Care Episode Demonstration Project를 수립함.
  - 3년의 시범기간동안 CMS는 part A와 part B 두 개의 서비스들을 한 번에 묶어서 상환하는 시범사업을 운영하였음.
  - 총 37명의 입원환자 절차들은 포괄보상을 위해 9명의 정형외과 환자와 28명의 심장병 환자가 선택되어짐.
- 어떤 정책이든, 포괄보상시스템은 의도하지 않은 결과들을 가지고 올 수 있으며, 만약 포괄보상 지급률이 질에 알맞게 조절되지 않는다면, 꼭 필요한 케어도 감소시키도록 제공자들을 장려할 것임.
  - 지금까지 지불금 개혁의 성공적인 사례들은 통합된 전달 시스템(예: Geisinger and Mayo Clinic)을 포함함.
  - 병원과 관계없이 실행하는 제공자들이 미국에서 의료서비스의 대부분을 전달하고 있기 때문에 이러한 집단들을 합치는 것과 업무분담 실행계획은 복잡하고 온전히 점검되지 않음.
  - 비뇨기과 전문의사들에게 포괄배상의 영향력은 아직 수년 남았지만, 방광암을 위한 방광절제술과 같이 재입원이 일반적인 질병들을 위한 기능을 실현가능하게 할 수 있음.

## 2) IPAB(Independent Payment Advisory Board)

- PPACA는 Medicare 수혜자들에게 제공하는 의료서비스 질 향상과 동시에 Medicare 지출의 성장률도 감소시킬 업무를 수행할 새로운 특별위원회 설립을 규정함.
  - 지불제도자문위원회인 IPAB(Independent Payment Advisory Board)는 상원의 동의를 거쳐 대통령에 의해 임명되는 위원들로 구성되며, 2014년부터 Medicare 지출의 예상 성장률이 사전에 정한 목표치를 넘게 되면 최대 1.5%까지 성장을 줄이려는 정책적 권고안을 작성하게 됨.
  - 최근의 제정법은 IPAB 제안들이 Medicare 혜택 감소, 수혜자들의 자격/보험료 변경, 세금인상, 또는 의료서비스 배급 하는 것을 허락하지 않음.
  - 제정법은 Medicare Advantage에 대한 지불금과 처방약 플랜(Medicare parts C and D)은 비용조절규제에 허용되는 대상이라고 구체적으로 언급함.
- IPAB의 생성은 Medicare 보상과 관련이 있으므로 지출억제정책으로부터 중요한 출발을 나타냄.
- 1997년 이전, 두 개의 에이전시들이 병원과 공급자들에 대한 Medicare 지급에 관련하여 의회에 권고안을 제출함.
- 1997년 균형예산법(Balanced Budget Act of 1997)은 이러한 집단들을 더욱 포괄적인 MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission)로 합병시킴.
  - 지금까지 MedPAC의 권고안들은 의회가 그들의 제안들을 따르도록 요구되어 지지 않기 때문에 큰 힘이 없음.
  - MedPAC의 제안들은 특정한 예산이나 지출 대상을 충족시키도록 요구되어지지 않으며, 이러한 사항들은 이 위원회에 의해 노력되어진 지출억제를 감소시킴.
- IPAB는 MedPAC과 두 가지 중요한 점이 다름.
  - 첫째, IPAB에 의해 권고된 변화는 의회 제정법과 독립되어 제정되어질 것임.
    - 만약 의회가 IPAB 권고안들을 반대한다면, 그들은 즉각 예산절감 목표 달

성이라는 목적 아래 대안이 될 수 있는 정책들을 제정해야 함.

- 둘째, IPAB는 소비자물가지수나 명목 국내총생산의 변화와 연간 의료비 지출 절감 목표를 연계하게 됨.

- 이점에 근거하여, 의회예산국은 IPAB가 2014년에서 2020년 사이에 예상액 \$130억을 절감할 것을 언명함.

- IPAB의 지지자들은 Medicare 비용을 억제하고 의료서비스의 양보다는 질에 초점을 맞추도록 하는 위원회의 잠재력에 환호함.

- 그러나 미국의학협회나 미국외과의사학회, 미국비뇨기과협회를 포함하여 많은 전문가 집단들은 IPAB에 반대하고 있음.

- 미국의학협회의 주장은 지출 절감의 화살이 의사에 대한 지불삭감으로 돌아올 것에 대한 반감과 미래의 Medicare 지출을 정확히 예측해 낼 수 있는 IPAB의 능력에 대한 우려를 포함함.

### 3. 의료공급자 관리방안에 대한 이론적 고찰

가. 의료공급자에 대한 통제기전<sup>4)</sup>

- 환자들은 의사가 질병의 원인과 결과에 대한 더 좋은 정보를 갖고 있기 때문에 임상적 결정을 의사에게 위임함.

- 그러나 의사들의 동기는 관찰되지 않으며, 환자와 지불자의 동기와 완전하게 부합하지 않을 수 있음.

- 이와 관련된 원인으로는 서로 반대방향으로 작용하는 두 가지의 인센티브가 작동하고 있기 때문임.

- 그 중 하나는 도덕적 해이를 통제하기 위해 설계된 지불자와 공급자 사이의 재정적 장치(financial arrangement)이고, 다른 하나는 환자와 공급자 사이에 있어서 의학적으로 필요한 모든 의료서비스를 공급할 것을 보장하

4) 명재일 외(역)의 『의료경제학과 정책 제4판』 중 ‘의사 행동에 대한 통제’를 재정리하였음.

도록 되어있는 도덕적 의무임.

- 지불자와 환자는 모든 공급자들이 그들 자신의 서로 다른 목적을 달성하는데 기여하도록 행동해 주기를 바람.

- 의료보험회사들은 공급자의 행동에 영향을 주는 방법을 찾는 과정에서 의사들의 진료방식에 영향을 줄 수 있는 인센티브 제도를 도입함.
  - 이러한 진료비 지불제도 방식에는 인두제, 지급유보(withholding)와 보너스, 진단명기준 환자군, 임상규칙(clinical rule), 이용도 심사 등이 있음.
- 의료보험에서는 비용의식적인 진료행태를 장려하기 위해 인두제를 기준으로 1차 진료 의사에게 지불하고, 1차 진료의사들이 전문의에게 환자들을 의뢰하는 책임을 갖도록 하고 있으며, 인두제 하에서 의사들은 일정한 예산 내에서 의료서비스를 관리할 책임을 지고 있음.
  - 즉, 의사들이 임상적 결정을 할 때 어느 정도의 재정적 위험이 존재함.
  - 관리의료보험이 지급유보와 보너스를 이용해서 의사와 위험을 분담하면, 궁극적으로는 참여 의사들의 자율성이 훼손되는 결과가 나타남.
  - 의료보험 관리자는 비용에 초점을 맞추는 경향이 있으며, 비용 통제와 의료서비스의 질적 수준을 개선하는 문제 사이에는 상충관계(trade-off)가 존재함.

## 1) 재정적 인센티브에 반응하는 의료공급자

- 많은 의료보험회사들이 비용을 억제하기 위해 진료비 지불방식을 바꾸었으며, 이중 가장 많이 채택된 방법으로는 보험이 적용되는 모든 의료 행위들에 대해 할인된 수준의 행위별 수가를 적용하는 것임.
  - 행위별 수가로 지급하게 되면 많은 의사들은, 서비스를 세분화하여 별도로 진료비를 청구해 개별화(unbundling)하거나, 고가로 상환되는 코드로 변경(upcoding)하여 청구방식을 변경해 진료비 총액을 증가시키게 됨.
- 캐나다는 의사서비스에 대한 수가를 통제한다고 해서 의사에 대한 지출이 감소되는 것이 아니라는 교훈을 얻음.

- Lomas et al(1989), Hughes(1991)의 연구결과 수가표는 재진방문 횟수를 증가시키는 것을 포함해서 의료서비스의 전달형태에 변화를 가져왔음.
- Hillman(1990)은 재정적 인센티브가 아무리 작더라도 압력을 행사하게 되면 임상적 결정에 영향을 준다고 함.
  - 관리의료는 의사들의 임상적 판단과 그들의 금전적 이해가 충돌하도록 만들어 놓음.
  - 경제 원리를 잘 배운 의사라면 임상적 결정을 할 때 사회적 비용을 고려할 것이나 실제로 많은 관리의료보험에서 사용하는 지불제도는 의사들의 임상적 결정이 사회적 비용에 대한 영향이 아니라 자신들의 소득에 미치는 영향을 고려하도록 만들고 있음.
  - Stone(1997)는 몇몇 의사들은 재정적 위험을 관리의료보험과 분담하고 있기 때문에, 중증의 환자들을 회피하려는 동일한 인센티브를 보험회사들과 함께 갖게 될 것이라고 함.
- 재정적 인센티브는 보험계리적 위험(actuarial risk)을 적절하게 분산할 수 있는 환자 기반을 갖고 있지 않은 의사와 보험회사의 이해관계가 일치되도록 만들.
  - 일정한 예산 아래 의사들이 유보하는 의료서비스는 그들이 버는 소득과 밀접한 연관관계를 갖고 있음.
- 의사들을 재정적 위험에 놓이게 하는 것으로는 확률 위험(probability risk)과 효율성 위험(efficiency risk)이 있음.
  - 확률위험은 연령, 성별, 건강상태 등을 포함한 환자 풀(pool)의 특징을 근거로 해서 환자들이 의료서비스를 이용할 가능성을 나타내며, 효율성 위험은 의사들이 얼마나 환자를 효과적으로 치료하는지를 나타냄.
  - 의사들은 자신의 효율성 위험은 통제할 수 있지만 확률위험을 통제하지는 못하므로 의사들에게 효율성 위험에 대해 책임을 갖도록 하는 것은 적절하나 확률 위험에 대해 책임지도록 하는 것은 적절하지 않음.
- 만일 보상이 인구특성에 따라 조정되면, 적어도 일부의 확률위험은 보험자에게 이전됨.

- Goldfield et al(1996)은 비록 연령과 성별이 환자들이 내는 연간 의료비의 20% 이하만을 설명할 뿐이지만, 대부분의 보험들은 연령과 성별이라는 두 가지 변수에 대해서만 조정한다고 함.
- 관리의료는 임상규칙(clinical rule) 또는 재정적 인센티브를 통해 의사들의 행동을 통제하려고 함.
  - 임상규칙은 환자들을 특정 전문의 집단에게만 의뢰하는 정책 등과 같이 모든 참여 의사들에게 요구되는 특정한 진료 행위로 의사들이 특정한 진료 행태를 채택하도록 장려하기 위해 안내지침을 설정함.
    - － 임상규칙이 얼마나 효과적인지는 적절한 진료 행태에 대해 의사들을 교육 시키는 관리의료보험의 능력, 규칙을 잘 지키도록 주변 동료들의 사회적 압력을 활용하는 능력, 의료제공에 참여하는 의사들을 선택하는 능력에 달려있음.
  - 이와 대조적으로, 재정적 인센티브는 치료방법에 대한 선택을 의사들에게 맡김.
    - － 그러나 재정적 인센티브는 의사들의 환자에 대한 수탁의무나 자율적인 임상적 판단을 위태롭게 함으로써 이해상충을 일으키며, 두 가지 접근법 모두 비용이 낮은 의료서비스를 조장하려는 목적을 갖고 있음.
- 비용이 낮은 의료가 반드시 질적 수준이 낮은 의료를 의미하는 것은 아님.
  - Hellinger(1998)는 관리의료가 사용하는 비용 삭감 조치들이 노인과 중환자들을 포함한 특정 취약계층의 건강에 바람직하지 않은 영향을 미칠 수 있으며, 관리의료 가입자들이 특정 전문서비스에 접근하지 못해 피해를 볼 수 있다는 증거를 언급함.
- 고품질 의료서비스에 대한 가장 강력한 역유인(逆誘因)은 가장 아픈 사람들과 가장 비용이 많이 드는 환자들에게 적용됨.
  - 중증 환자들에게 고품질서비스를 제공하는 의사들은 자신의 행동이 중증 환자들을 불러 모온다는 사실을 깨닫게 될 것이며, 대부분의 인두제 요율은 건강 상태에 따라 조정되지 않고 단지 연령과 성별에 따라 조정되기 때문에 고품

질서서비스를 제공하는 행동은 공급자들의 소득상실을 가져오게 됨.

- 공급자들은 소득상실을 방지하기 위해 종종 환자들이 다른 의료제공자를 찾아가도록 함.
  - 예를 들어 특정 시술에 대한 예약일정을 연기한다든지, 종종 환자들이 원하는 전문의 의뢰를 거부한다든지, 처방과 치료를 환자 기대에 못 미치게 한다든지 하는 교묘한 방법 등이 있음.

□ Hellinger(1996)는 지급 유보 및 보너스의 사용 등 재정적 인센티브, 특히 인두제가 의사의 행동에 미치는 영향을 조사하고, 재정적 인센티브가 관리의료보험 아래 낮은 지출과 낮은 의료 이용도를 설명하는 주요 요인이라는 결론을 내림.

- 관리의료 아래에서의 이용률과 행위별 수가제 아래에서의 이용률을 비교한 모든 연구들이 재정적 인센티브의 영향과 임상규칙의 영향을 구분하지 못하고 있다는 것을 깨닫는 것이 중요함.
- 강한 재정적 인센티브를 가진 보험들이 또한 엄격한 임상규칙을 포함하고 있다는 점에서 두 개의 영향을 분리하는 것은 어려운 일이나 강한 재정적 인센티브와 강한 임상규칙을 가진 보험들이 그렇지 않은 보험들에 비해 이용률이 낮다는 결론을 내리는 것은 가능함.

## 2) 재정적 인센티브가 의사의 행동에 미치는 영향에 대한 실증적 증거

□ 재정적 인센티브가 의사들의 행동에 미치는 영향을 조사한 실증연구는 무작위 실험(randomized trials), 동일질병 연구(same-disease studies), 동일의사 연구(same-physician studies) 세 가지 유형으로 분류 됨.

- 가장 규모가 크고 널리 인용되는 무작위 실험으로는 RAND에서 실시한 의료보험 실험(Manning et al., 1984)이 있음.
  - 이 연구는 전통적인 행위별 수가제 보험에 비해 집단개원형 HMO(Health Maintenance Organization)에 참여하는 의사들의 재원일수가 적었고, 의료비 지출이 낮았다는 결론을 내림.

- 무작위 실험에 대한 연구는 Martin 외(1989)의 위험분산 계약(risk-sharing contract)하에서 운영되는 문지기(gatekeeper) 영향을 조사한 결과, 적자예산의 위험에 처한 의사들의 경우 전문의 의뢰비용이 낮아 한 명의 가입자당 지출이 낮았다는 결론을 내림.
  - 문지기는 의료제공의 방향을 정하고 환자가 전문적 진료를 받아야 하는지 여부를 결정하는 1차 진료의사를 뜻함.
- 동일질병 연구(same-disease studies)로는 상이한 재정적 인센티브 제도를 갖고 있는 의사들의 치료결정에 대해 조사함.
  - 이 연구는 심장병, 결장암, 분만, 급성심근경색 등을 포함한 여러 종류의 질환을 가진 환자들에게 제공되는 진료 및 처방 서비스를 조사함.
  - 연구결과 HMO 의사들에게 치료 받는 환자들이 전통적인 손해보상보험에 의해 비용을 지급받는 의사들의 환자에 비해 시술, 처방을 위한 검사, 치료를 적게 받았다는 결론을 내림.
  - Epstein Begg와 McNeil(1986)은 행위별 수가제로 개원하는 10명, 선불제 집단개원을 하는 17명 등 모두 27명의 내과 전문의들의 진료행위를 연구함.
  - 연구자들은 행위별 수가제하에서 치료받는 환자들이 선불제 집단개원 하에서 치료받은 환자에 비해 심전도 검사를 50% 더 많이 받았다는 결론을 내림.
- 마지막으로 동일의사연구(same-physician studies)는 다른 접근방법들에 내재되어 있는 문제인 편향(bias) 문제를 피하고 있음.
  - 동일의사 연구는 의사들마다 진료 행태에 큰 차이를 가지고 있기 때문에, 행위별 수가제 환자의 의사들과 관리의료 환자의 의사들을 비교하는 방법을 통해 결과에 부정확한 영향을 미치는 많은 편차의 원인들을 통제하고 있음.
  - Welch, Pauly와 Hillman(1990)과 Murray와 동료들(1992)은, 의사들이 선불제 의료보험에 가입한 환자보다 행위별 수가제 보험에 가입한 환자를



치료하는 데 더 많은 서비스를 사용했다는 결론을 내림.

- 모든 연구들이 재정적 인센티브가 체계적으로 의사의 행동에 영향을 미친다고 결론을 내리고 있지는 않음.
  - Cangialose 외(1997) 그리고 Conrad 외(1998)가 가장 많이 인용되는 연구들인데, 두 연구는 서로 상반되는 결론을 내리고 있음.
    - 이 연구는 관리의료산업 학술지에 실렸는데, 연구결과를 의심케 하는 방법론상의 문제를 가지고 있어 동료심사(peer-review) 과정의 객관성에 의문이 제기 됨.
  - Conrad 외(1998)는 가입자들의 96%가 진료의 재정적 위험을 분담하는 1차 진료의사들에게 진료 받고 있는 의료보험을 선택해 연구함.
- 인센티브에 대한 모든 연구들은 특정한 편향에 노출되어 있음.
  - 환자들은 자기들이 선호하는 방식으로 진료하는 의사들을 스스로 선택할 수도 있으며, 건강한 환자들이라면 선불제 형태로 몰릴지도 모름.
    - 그러나 실제로 가입자 유형, 의사, 보험의 차이 등 이용 가능한 정보에 대해 조정을 한 연구들은 모두 재정적 인센티브를 갖는 의사들이 그렇지 않은 의사들보다 더 적은 양의 서비스, 검사 및 시술을 제공했다고 결론을 내림.
  - 이런 확고한 연구결과들이, 특히 인두제와 지불유보 및 보너스제의 사용 등 재정적 인센티브를 갖는 의사들은 더 적은 양의 서비스, 검사 및 시술을 제공하기 위해 진료 행태를 바꾼다는 것을 말해 줌.
  - 이러한 진료 행태는 건강한 환자들의 건강상태에는 영향을 주지 않을 수도 있지만, 중증이거나 만성질환으로 고통을 받는 취약계층 환자들은 저품질의 의료서비스를 받게 될 수도 있음.
- 대부분의 의사들은 관리의료와 행위별 수가제의 변형과 같은 여러 가지 형태의 보험이 동시에 공존하는 환경에서 개원을 하고 있음.
  - 이론적으로 보면 관리의료 환자들이 행위별 수가제 환자들에 비해 강도(intensity)가 낮은 의료서비스를 받으나 의사들은 환자들이 갖고 있는 보험의

종류에 따라 진료행태를 조정하는 것이 어려운 일이라는 점을 알게 될 것임.

- Glied와 Zivin(2002)의 실증적 연구 결과들은 재정적 인센티브가 환자들의 지불방  
법에 따라 환자들에 대한 서비스 강도가 다르다고 지적하고 있음.
- 이와 더불어 더 중요한 것은 서비스 강도의 편차는 의사들이 담당하는 환자  
들 가운데 관리의료 환자와 행위별 수가제 환자들의 상대적 비율에 달려있음.
- HMO에 적용되는 비율이 더 높은 환자들을 가진 의사들은 일률적으로 진료  
행태를 바꾸어서, 모든 환자들을 관리의료의 강도로 진료를 함.

#### 나. 의료공급자에 대한 비용절감 이론

- 관리의료의 이론적 토대는, 환자들의 의료이용도, 의사들의 진료방식과 새로운 기  
술의 도입이 의료비용과 의료비 지출에 영향을 줄 수 있다는 것임.
- 관리의료제도는 여러 면에서 전통적인 보장보험과 유사함.
  - － 보험료는 규정된 의료서비스 급여비용을 부담하기 위해 부과되며, 둘 다  
도덕적 해이를 감소시키기 위해 공제액과 본인부담 정률제와 같은 수요 측  
의 비용분담 제도를 이용함.
  - － 또한 관리의료는 도덕적 해이 및 이에 관련된 지출을 통제하기 위해 의료  
공급자 측에 대한 규정을 함께 사용함.
- 의료공급자 측에 대한 규정으로는 공급자 선택, 비용 분담제, 진료지침과 이용도  
심사 등이 있음.

#### 1) 의료공급자 선택

- 관리의료는 특정 의료서비스를 받고자 하는 환자들의 의료공급자 선택을 여러 수  
준에서 제약하며, 이런 제약에는 문지기, 폐쇄형 패널 및 우선제공자의 이용 등이  
포함됨.
- 문지기(gatekeeper)는 모든 1차 진료를 제공하고, 고가의 병원치료 및 전문의

이용을 조정하는 책임을 가지고 있는 의사를 뜻하며, 전문의 진료를 원하는 환자들은 1차 진료를 담당하는 문지기 의사로부터 의뢰서를 받아야 함.

- 폐쇄형 패널의 경우, 환자들의 의사 선택은 참여공급자(participating providers) 목록에 올라 있는 의사로만 제한되며, 의료공급자가 폐쇄형 패널 의료진의 일원이 되기 위해서는 해당 관리의료조직이 정해 놓은 일련의 기준에 동의해야만 함.
- 참여 제공자(nay willing provider)와 계약하는 네트워크들은 가입자들이 광범위하게 의사를 선택할 수 있도록 보장하지만, 배타적인 네트워크들이 결과적으로 비용을 보다 잘 통제함.
- 의료공급자를 포함시키는 기준은 각 의료보험의 선택에 달려있음.
  - 통상적으로 의료공급자는 최소한 전문의 자격을 취득하고, 전문적인 인증을 받아야 하며, 의료사고 배상기준(medical liability standard)을 충족시켜야 함.
  - 보다 까다로운 네트워크들은 진료방식을 고려하고, 자원의 비용-효과적 사용이라는 목표를 충족시키는 공급자만을 선택함.
- PPO(Preferred-Providerorganization)는 환자들이 목록에 포함되지 않은 의료공급자를 선택할 수 있도록 하고 있음.
  - 그러나 목록에 포함되지 않은 공급자를 이용하는 환자들은 보통 더 높은 본인부담률이 적용되므로 목록 밖의 의료이용은 더욱 억제됨.

## 2) 비용분담제도

- 비용통제의 중요한 메커니즘은 상환방법임.
  - 관리의료에서는 재정적 위험을 어느 정도 의료공급자에게 전가한다는 공통의 목적 하에 여러 가지 상환방법을 사용하고 있으며, 위험전가는 주로 고가 의료기술의 사용, 처방약, 전문의 의뢰, 입원과 같은 의료서비스의 과다 이용을 억제함.
- HMO와 PPO는 사전적 고정진료비 지불제(prospective payment)의 하나로 가입

자 한 명당 사전에 결정된 정액을 지불하는 인두제를 사용해서 1차 진료의사들과 계약 함.

○ 사전적 고정진료비 지불제는 재정적 위험을 공급자들에게 전가해야 함.

○ 1차 진료의사들은 개별적인 진료행위를 기준으로 지불받는 대신 특정한 환자 집단에게 의학적으로 필요한 모든 1차 의료서비스를 제공하기 위해 사전에 결정된 정액을 받음.

— 어떤 관리의료보험은 의료공급자들이 이용도와 비용을 확실하게 통제하도록 이미 승인된 상환금액의 일정 비율을 지급 유보(withholding)함.

○ 1차 의료를 담당하는 의사들은 그들이 담당하는 환자들에 대해 문지기로서의 역할을 하고 병원 및 전문의 의뢰, 그리고 처방약에 대해서 엄격한 예산제약을 받음.

○ 사전에 결정된 예산범위 내에서 의료서비스를 공급하는 의사들은 보너스를 받고, 그렇지 못한 의사들은 유보된 지급액의 일부 또는 전부를 몰수당하는 벌칙을 받음.

— 이런 형태의 위험공유 제도는 의사들에게 이용량을 통제할 인센티브를 주게 됨.

□ 전통적인 행위별 수가제에 따라 지급받는 공급자들은 사후에 상환 받는 의료서비스를 추천하고 제공하는 경향이 있음.

○ 의료공급자들은 선택이 가능하다면 비용에 비해 보다 후하게 상환 받는 의료서비스를 공급하려고 할 것임.

○ 보험 가입자들은 전체 진료비에 대한 부담비율이 상대적으로 낮기 때문에 한계적으로 가치가 없는 의료서비스를 제공받음.

□ 반면 관리의료조직들은 재정적 위험의 일부를 의사들에게 전가하는 구조를 만들고 있음.

○ 공급자들에게 보다 비용-효과적인 방법으로 진료를 하도록 유인이 제공되는 것임.

○ 비용이 더 낮은 의료서비스가 있을 때, 의료공급자들이 이런 서비스를 선택하

면 보상을 받음.

- 이런 제도는 유인 구조를 완전히 변화시키며, 만일 이에 대해 적절하게 모니터링이 이루어지지 않으면, 행위별 수가제가 지나치게 많은 서비스 제공을 장려하는 것처럼, 이런 형태의 위험공유제도는 반대로 지나치게 적은 서비스를 제공하도록 압박할 수 있음.

### 3) 진료지침과 이용도 심사

- 보수적인 진료 패턴과 재정적 위험의 공유에 근거해서 의료공급자를 선택하는 것만으로는 의료비 지출을 통제하기에 충분치 않은 경우가 흔히 있음.
  - 대부분의 의료보험들은 의료공급자들에게 임상적 결정을 직접 통제하기 위해 진료지침을 따르도록 권장하고 있음.
  - 진료지침은 의료공급자들이 처방한 의료서비스의 한계편익을 좀 더 조심스럽게 평가하는 것을 권장하기 위해 개발된 임상적 규칙임.
  - 관리의료보험에서는 치료방법에 대한 체계적인 모니터링과 평가라는 ‘근거중심(evidence-based)’ 의학을 통해 선택한 치료법의 상대적 효율성과 비용-효과성을 결정하려는 노력을 하고 있음.
  - 관리의료는 비용절감적인 혁신을 받아들이는 데는 신속하지만 비용을 증가시키는 혁신을 받아들이는 데는 더딘 양상을 보여 주고 있음(Baker and Phibbs, 2000).
- 보장보험이든 관리의료든, 모든 의료보험의 90% 이상은 어떤 형태로든지 이용도 심사를 활용하고 있음.
  - 이용도를 통제함에 있어 가장 널리 받아들여지는 방법으로는 입원 전 심사(preadmission review), 병행심사(concurrent review), 사후심사 등과 같이 어떤 형태로든지의 병원 서비스 이용의 허가를 요구하는 것임.
  - 이와 더불어 수술에 대한 다른 의사의 소견(second surgical opinion)과 사례관리(case management) 등이 수술 관련 비용을 통제하는 데 이용되고 있음.

- 이용도 관리는 주로 병원부문에서 공급되는 의료서비스에 집중되고 있음.
  - 입원 전 심사는 어떤 의료적 절차가 적절한지를 확인하는 것으로 의사 또는 환자는 입원 전에 승인을 받아야 하며, 때때로 최대 입원일수가 동시에 명시 됨.
  - 병행심사는 입원이 지속되어야 하는지를 결정하기 위해 마련된 안내지침을 이 용함.
  - 사후심사는 치료가 이루어진 이후 그 치료가 적절했는지를 심사하며, 이 과정 에서 적절하지 못한 치료가 인지되고, 정해진 기준으로부터 벗어난 제공자가 누구인지 확인됨.
- 많은 관리의료보험들은 추천한 수술이 이루어지기 전에 다른 의사의 소견을 요구 함.
  - 이용량 통제는 수술을 추천한 의사가 수술허가가 나기 전에 반드시 다른 의 사에게서 의견을 구하도록 하고 있음.
  - 흔히 사용되는 다른 형태의 이용도 심사 방법으로는 사례관리가 있으며, 사례 관리는 비용과 위험이 높은 경우 자원의 사용을 모니터링해서 치료의 총비용 을 낮추기 위해 이용되고 있음.
  - 통상적으로 병원의 간호인력 중 한 사람인 사례관리자는 때때로 관상동맥수술 이나 장기이식과 같이 고비용 질환에 대한 병원서비스를 조정함.
- 전체적으로 볼 때 관리의료보험은 허가서 심사, 다른 동료의사의 의견, 사례관리 등 세 가지 메커니즘을 서로 다른 정도로 사용하고 있는데, 그 성공률도 상이함.
  - 도덕적 해이를 통제하는 능력은 이런 메커니즘의 특징들을 조합하고, 이들 메 커니즘을 얼마나 엄격하게 적용하는지에 달려 있음.
  - 이런 메커니즘은 상대적으로 덜 기술집약적인 진료 스타일을 권장함으로써 기 술의 선택에 영향을 미침.
  - Cutler and Sheiner(1998)는 환자와 의료공급자들에게 비용을 분담할 것을 요구하면 고가 기술의 이용이 억제되는 양상이 나타난다고 하였음.

다. 의료비 관리방안<sup>5)</sup>

- 의료비가 증가함에 따라 전 세계의 정책결정자들은 의료의 질, 접근도와 의료비 지출에 관해 어려운 의사결정을 해야 하는 문제와 마주치고 있으며, 의료제공은 빈곤층과 보험 미가입 인구를 비롯한 수백만 명의 삶의 질에 영향을 미치는 문제임.
  - 이들 인구계층에 대한 우려는 미국을 제외한 전 세계 거의 대부분의 선진국들로 하여금 보편적 의료보장 제도를 갖추게 했다는 것임.
  - 의료에 대한 접근이 보장되면서 의료비 지출 문제는 공공정책과 관련된 논쟁에 있어서 가장 중요한 쟁점이 되었음.
- 의료에 대해 자유로운 접근을 보장하는 의료체계는 궁극적으로 의료비 증가 문제에 봉착할 수밖에 없으며, 제3자 지불방식에 의존하면서 의료제공체계가 조직되는 현재의 방식에는 비용과 의료비 지출을 통제하는 자동 메커니즘이 존재하지 않음.
  - 따라서 그 임무는 결국 정책결정자에게 맡겨지게 되는데, 이들은 지출증가를 억제하기 위해 강제적용 수가(mandated fee schedules), 총액예산(global budget), 자원할당이라는 세 가지 수단을 조합하는 방식으로 문제에 대응해옴.
  - 일반적 차원에서 이 세 가지는 모두 가격통제로 분류할 수 있으며 시장 기능에 대한 간섭이라는 공통점을 가짐.
- 정책결정자들은 수가를 통제하는 것 그 자체로는 의료비 지출을 통제하지 못한다는 사실을 깨닫고 있음.
  - 지출 항등식에서 두 개의 독립변수는 가격과 양임.
    - 지출을 억제하려면 가격과 양을 모두 통제해야만 함.
    - 서비스 양을 직접 통제하는 것을 흔히 할당(rationing)이라고 하지만 사실상 공포의 'R'은 모든 정책결정자들이 피하고자 함.
- 따라서 세 가지 의료비 통제수단은 다 같이 한 방향으로 움직임.

5) 명재일 외(역)의 『의료경제학과 정책 제4판』 중 제13장 의료비 억제정책을 재정리하였음.

- 수가가 강제 적용되면 총액예산제가 따르게 되며, 수가의 강제적용과 총액예산제 사용에 따르는 의도하지 않음.
- 필연적인 결과는 자원할당이며, 할당으로 향하는 도로는 선의로 포장되어 있음.

## 1) 강제적용수가

- 정부가 운영하는 시스템에서는 지출을 억제하기 위해 여러 가지 형태의 가격통제를 실시하고 있음.
  - 가격동결 혹은 가격상한이라고 부르는 수가수준은 보통 정부와 의료계의 대표 사이에 이루어지는 협상을 통해 결정됨.
  - 수가는 잠정적인 것일 수도 있고, 자발적일 수도 있으며, 의무적으로 지켜야 하는 것일 수도 있음.
  - 때로는 어떤 상대적인 척도에 따라 서비스에 일정한 수치를 부여하는 상대가치 방식을 통해 가격이 결정되기도 함.
  - 이 척도는 여러 전문 과목 사이의 정치적 영향력을 반영하는 것이지 상대적인 자원사용의 정도를 측정하는 것은 아님.
- 의료공급자 입장에서는 진료 원가를 낮춤으로써 여전히 이윤폭을 유지할 수 있음.
  - 만일 의료체계 안에 낭비적 요소가 있다면 가격통제는 보다 효율적인 자원사용에 대한 자극이 될 수 있음.
    - 따라서 가격통제는 의료비 급증을 잠깐 동안 저지하는 단기적 효과가 있기는 하지만 시간이 경과함에 따라 이 효과는 사라지게 마련임.
  - 의료공급자는 더 많은 환자를 보고, 진료의 강도를 더욱 높임으로써 가격통제와 그에 따른 소득의 감소를 회피할 수 있다는 것을 알고 있음.
    - 따라서 의사유인수요는 실제로 의료서비스에 대한 수요곡선을 오른쪽으로 옮김으로써 의료비 지출수준의 상승과 의사 소득의 증가를 가져오며, 이는 결국 각 환자에게 투입되는 진료시간의 단축을 의미하므로 이제 의사는 더



많은 환자를 보고, 더 많은 재진 예약을 받을 수 있게 됨.

□ 가격통제를 피하기 위해 흔히 사용되는 또 다른 방법은 서비스를 개별화(unbundling)시키는 것이 있음.

○ 개별화란 하나의 서비스를 여러 가지 구성부분으로 나누는 행위를 말하며, 서비스 전체에 대해서 진료비를 청구하는 대신에 의료제공자는 진료절차를 구성하는 부분에 대해 각각 별도로 진료비를 청구하는 것임.

○ 이런 행위는 논리가 맞지 않는데, 이는 부분의 합이 전체보다 더 크기 때문임.

○ 골절을 치료하는 표준적인 절차를 그 구성부분으로 분해한 다음, 각각에 대해 진료비를 청구하면 골절 치료 전체에 대한 진료비보다 더 많이 나옴.

— 한 번의 방문, 두 장의 X-선 사진, 재진에 대해 청구된 금액이 гип스와 그 제거를 포함한 전체 패키지에 청구된 금액보다 더 큰 경우는 자주 있는 일임.

— 바퀴, 손잡이, 쿠션 등 휠체어의 각 구성요소에 대해 비용이 청구되는 환자는 휠체어 전체의 비용보다 더 많은 돈을 내며, 동네 약국에서 12달러에 살 수 있는 포도당 측정 키트는 개별화할 경우, 자그마치 250달러나 주어야 할 수 있음.

□ 가격통제를 통해 의료비 지출을 원하는 수준으로 묶어 놓는 경우는 거의 존재하지 않음.

○ 가격통제가 시도되는 거의 대부분의 경우, 수가는 어떤 자동적인 메커니즘을 통해서든 또는 정부 당국에 의해 일방적으로든 궁극적으로는 하향 조정될 수밖에 없음.

○ 협상을 통한 수가결정체계는 궁극적으로 의사들의 수용을 보장하기 위해 정부의 정교한 메커니즘을 사용하는 규제된 수가체계가 될 수밖에 없음.

□ 최병호 외(2006)의 연구에 의하면 건강보험수가(환산지수)를 의료기관의 원가(경영)분석에 의해 산정하게 되면 의료공급이 증가함에 따라 진료비의 증가를 허용할 수밖에 없는 구조적인 문제점이 있다고 보았음.

○ 그렇기에 미국 메디케어의 SGR(Sustainable Growth Rate) 방식을 우리나라

현실에 맞게 수정 보완하여 모형을 구축하면 매년도의 진료비의 목표치를 정하여 관리하게 되므로 의료공급자수의 증가에 따른 자동적인 진료비 증가를 억제할 수 있다고 함.

## 2) 총액예산제

- 수가로 지출을 통제할 수 없는 경우 다음단계로 총액예산을 시도함.
  - 총액예산제는 지출상한제(spending cap)이며, 일반적으로 상한은 목표예산(targeted budgets)이나 의무예산(mandatory budgets)을 통해서 정해짐.
  - 정치 분야에 있어서 목표예산은 단지 ‘후방 방어벽(backstop)’에 불과함.
  - 즉, 강제적으로 할당할 정도로 구속력이 있지는 않음.
  - 그러나 현실적으로 목표예산은 곧 의무예산이 되어버리고, 전혀 의도하지 않은 것이 통제장치의 한 요소가 됨.
- 총액예산은 다양하게 사용될 수 있음.
  - 캐나다와 독일에서는 병원에 대해 총액예산을 설정하고 있는데, 각 의료기관은 내원하는 모든 환자에게 의료서비스를 제공하는 데 사용될 일정액의 예산을 지급받음.
  - 만일 실제 지출이 예산을 초과하게 되면 병원 관리자는 딜레마에 봉착하게 되며, 이 경우 관리자는 상황을 단순하게 처리할 수밖에 없음.
    - － 병동은 폐쇄하고, 수술실은 더 이상 사용하지 않으며, 직원들은 무급 휴가를 보내고, 수술은 다음 예산 회기 때까지 대기할 수밖에 없으며, 남아 있는 자원은 오로지 생명이 위태로운 위급 상황에서만 사용됨.

## 3) 자원할당

- 고정예산 제도(fixed-budget system) 아래에서 수가통제조차 의료비 지출을 억제하지 못하면 정책결정자에게는 자원할당(resource rationing)이라는 단 하나의 대안

만 남음.

- 정책결정자들은 할당이라는 말을 잘 사용하지 않으며, 할당을 무엇이라고 부르든 그 결과는 고비용이 드는 병원 진료와 전문의 진료에 대한 접근성을 억제하는 것으로 동일함.
- 자원할당의 제1단계는 보다 많은 의사들이 1차 진료와 가정의학과를 선택하도록 조장함으로써, 또는 심지어 강제함으로써 1차 진료 및 예방서비스에 대한 접근성을 높이는 것으로부터 시작함.
  - 1차 진료의사는 문지기 역할을 맡게 되며, 환자들은 병원이나 전문의를 만나기 전에 1차 진료의사에게 먼저 들러야 함.
- 의료비 억제를 달성하려면 고비용 의료기술에 대한 접근은 제한되어야 하며, 이는 특정 의료 기관을 의료기술 센터로 지정함으로써 달성됨.
- 할당은 특히 농촌지역의 환자들에게는 멀리 떨어져 있는 의료 기관에 가는 교통비의 상승이나 대기자 명부 등의 형태를 띠기도 함.
- 요약하자면, 의료분야에서의 가격통제는 적어도 단기적으로는 의료제공자의 희생을 통해 환자가 이득을 얻는 것으로 보임.
  - 이것이 처음에는 정책결정자들에게 바람직한 것으로 보일 것인데 그 이유는 긍정적 효과는 즉각 나타나겠지만 유해한 부작용이 나타나는 데는 상당한 시간이 걸리기도 하려니와 알아내기도 쉽지 않기 때문임.
  - 그럼에도 불구하고 최초의 비용 효율성이 실현된 다음에 수가통제로 인한 낮은 가격은 고정예산으로 이어지고, 궁극적으로는 서비스에 대한 제한으로 귀결될 것임.
  - 목표는 어느덧 강제가 되고, 조만간에 비가격할당(nonprice rationing)이 일반화되면서 환자들 사이에 의료서비스가 비효율적으로 분배되는 결과가 초래됨.
- 의료의 질은 규제로써 향상되지 않으며 실제로는 악화될 뿐이며, 결국에 가서 통제는 실제로는 비용을 증가시키는데, 이는 통제가 초래하는 왜곡이 비용을 낮추는 혁신적 활동을 억누르기 때문임.
  - 그러므로 의료비 증가의 근본적인 원인으로서 의료소비자와 공급자의 비용 의

식적 행태가 조장되지 못하는 문제는 전혀 다루지 못하고 있음.

#### 4. 선행연구 고찰을 통한 시사점 도출

- 의료 공급자유인수요는 실제로 의료서비스에 대한 수요곡선을 증가시킴으로써 의료비 지출수준의 상승과 의사 소득의 증가를 가져오게 됨.
- 이러한 의료공급자의 행태에 영향을 주는 방법을 찾는 과정에서 의사들의 진료방식에 영향을 줄 수 있는 인센티브 제도를 도입하였음.
  - 예를 들어 인두제, 지급유보(Withholding)와 보너스, 진단명기준 환자군 지불제도(DRG), 임상규칙(Clinical rule), 이용도 심사 등이 있음.
    - 병원에 대해 DRG에 기초한 사전적 고정 진료비 지불 제도를 도입한 것과 상대가치의 적용을 통해 의사진료비 지불 제도를 개혁한 것은 지출 측면에 있어 주요 변화를 보여줌.
- 의사서비스 시장 내의 변화하는 인센티브 구조는 행위별 수가와 인두제로 나누어 살펴 볼 수 있음
  - 행위별 수가제 환경에서 개원의들에게 금전적 가치가 가장 큰 환자는 중증 환자들임.
    - 그 이유는 병원을 많이 방문하는 것과 더 많은 서비스를 받는 것 그리고 더 많은 시술을 받는 것은 모두 의사들의 높은 소득과 직접적으로 연결되기 때문임.
  - 이와는 반대로 인두제 환경 하에서 금전적 가치가 가장 큰 환자는 가장 건강한 환자들임.
    - 그 이유는 중증 환자들은 의사들의 소득 추가에 기여하지 않으면서 값비싼 의료자원을 소비하기 때문임.
- 2010년 미국 보건의료개혁의 4대 주요 정책은 다음과 같음.
  - 첫째, 의료서비스 협력을 향상시키고 의료의 품질 보고에 있어서 투명성을 촉진시키고자 하는 의료공급시스템의 개혁을 대표하는 의료책임조직

## (Accountable Care Organizations)

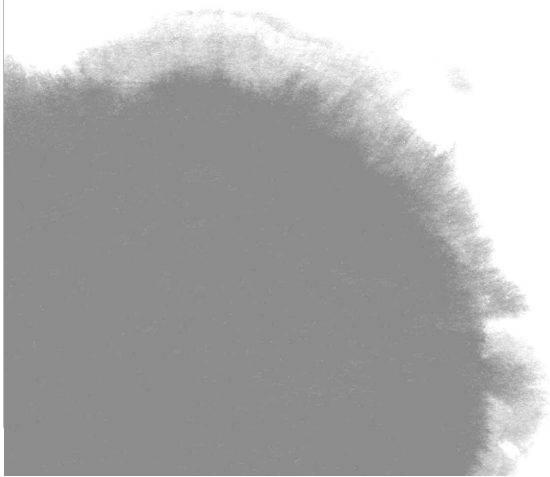
- 둘째, 만성질환을 가진 환자들은 서로 상이한 의료공급자들과 의료 환경을 오가면서 서비스를 받아야 하기에 의료서비스 간 조정을 향상시키기 위해 만든 환자 중심의 메디컬 홈(Patient Cetered medical Home)
  - 셋째, 보험자가 설정한 질 향상 목표에 상응하는 공급자에게 보상을 제공하는 성과연동 지불제도(Pay-for-Pergormance)
  - 넷째, 환자의 임상적 편익에 근거하여 환자 본인부담 수준을 조정하는 가치중심적 보험급여(Value Based Insurance Design)
- 미국 의료의 역사는 의료제공에 있어서 정부 역할의 증대를 주의 깊게 고려하지 않고는 이해하기 어려움.
- 메디케어와 메디케이드는 노인과 빈곤층의 의료서비스에 대한 접근도를 높이기 위해 도입되었으며 두 가지 측면을 가지고 있음.
    - 긍정적 측면으로는 빈곤층, 노인 및 장애인 등 8,000만 명이 넘는 사람들에게 의료를 제공한다는 제도의 본래 목적을 성공적으로 달성함.
    - 부정적 측면으로는 9,700억 달러의 정부 지출이라는 엄청난 비용으로 얻은 결과라는 것임.
  - 메디케어와 메디케이드의 개혁은 앞으로 의회의 회기 기간 중 엄청난 관심의 대상이 될 것이며, 연방정부가 균형예산을 유지하도록 상당한 압력을 가해 두 제도의 지출이 억제되어야 한다고 생각함.
- 의료공급자에 대한 의료비 관리방안으로는 강제적용 수가가 있음.
- 하지만 수가만을 통제하여서는 의료비 지출을 통제하기 어려움.
  - 그렇기에 다음단계로 총액예산제도를 시도하며 이것으로도 의료비 지출 억제가 어렵다면 자원할당 방안을 활용함.
    - 즉, 강제수가 적용, 총액예산제도, 자원할당 세 가지 의료비 통제수단이 함께 적용되어야 의료공급자에 의한 의료비 지출을 통제할 수 있음.



# 3장

KI  
H  
S  
A

## 의료기관 종별 진료비 실태분석







## 제3장 의료기관 종별 진료비 실태분석

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

가 척도로 볼 수 있고, 건당진료비는 진료 한건당 발생한 진료비로 진료 강도를 나타내는 척도로 볼 수 있음.

- 전통적으로 의료이용량을 판단하는 척도로는 수진율을 많이 사용하였음.
  - － 수진율은 일반적으로 적용대상자가 1년에 의료기관을 이용한 진료건수를 말하며, 이는 1년에 적용대상자가 질병에 걸릴 횟수를 나타내는 의료사고 발생 확률을 의미함.
  - － 그러나 현재 의료급여통계나 건강보험통계에서 사용하고 있는 진료건수는 의료기관이 청구하는 청구건으로 파악되고 있어 동일 질환이 청구기간에 따라 여러 건으로 분리하여 청구될 수 있다는 한계를 가지고 있음.
  - － 또한 최근 청구를 분리하여 자주 청구하는 경향이 있어 수진율이 급격히 증가하는 것으로 나타나 객관적인 지표로 활용도가 떨어지고 있음.
- 의료이용의 강도를 판단하는 값으로는 한건의 진료 건에 투입되는 진료비의 크기를 알아보는 진료건당 진료비를 들 수 있음.
  - － 즉 의료이용의 강도를 한 의료사고 발생에 들어가는 진료비의 양으로 판단하고자 하는 것임.
  - － 하지만 진료건당 진료비도 수진율과 마찬가지로 진료비 청구 양태에 따라 어느 정도 영향을 받음.
- 수진율이 가지고 있는 한계로 인해 수진율을 대체할 지표로 입내원율을 사용할 수 있으며, 이를 반영한 진료비 세분화 식은 다음과 같음.
  - (3) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 입내원일당진료비
  - 수진율을 대신하여 의료이용량을 판단하는 다른 척도로 입내원율을 사용하고 있는데, 입내원율은 적용대상자가 1년에 의료기관을 방문 또는 재원한 일수를 의미함.
    - － 입내원율은 연간 입내원일수를 기준으로 하므로 청구의 양태에 영향을 받지 않아 의료이용량을 측정하는 유용한 척도라 할 수 있음.
  - 건당진료비를 대신할 의료이용 강도를 나타내는 지표로 의료기관에 방문 또는 입

원한 일당 투입된 진료비의 크기인 입내원일수당 진료비를 지표로 활용함.

- 따라서 본 장에서는 진료비 증가의 일반현황을 살펴보기 위해 총진료비, 적용인구, 적용인구 1인당 진료비, 적용인구당 입내원일수, 입내원일당 진료비 등 총 5가지 지표에 대해서 살펴보고자 함.
  - 총진료비는 전체 의료급여 재정 흐름을 살펴보기 위한 지표이며, 적용인구 대상자 증가라는 절대규모를 살펴보기 위한 지표임.
  - 적용인구 1인당 진료비는 진료 전체 증가 정도를 판단해 볼 수 있음.
  - 적용인구당 입내원일수는 양을 의미하며 소비자선택 반영(일부 공급자 유인문제 포함)
  - 입내원일당 진료비는 강도를 의미하며 공급자 유인 반영
- 본 장은 건강보험공단에서 보유하고 있는 의료급여 진료비자료를 제공받아 이를 통계분석 한 결과와 건강보험심사평가원에서 공시하는 진료비통계지표 자료를 토대로 일반적인 의료이용의 정도 및 강도를 분석하고자 함.
  - 이러한 의료이용실태는 입원과 외래로 구분하여 살펴보는 것이 실질적인 실태를 파악하는데 도움이 될 것으로 판단하여 모든 지표들은 입원과 외래로 구분하여 제시하였음.
  - 그리고 의료급여대상자도 1종대상자와 2종대상자간의 의료이용실태에 차이가 많아 이를 구분하여 비교하였음.
  - 여기에서 실시되는 통계연보 중심의 분석은 뒤에서 이어질 분석 세부적인 분석 전에 개괄적인 경향을 파악하고 비교하기 위함임.
- 본 장에 알아보고자 하는 의료이용 실태분석은 의료급여수급자들의 의료이용실태이지만, 의료급여수급자만을 가지고 위에서 제시한 지표들을 비교하는 것은 단순 지표들의 증가정도만을 파악하는데 그칠 가능성이 높음.
  - 따라서 의료급여수급자와 비교대상으로 건강보험적용대상자들의 의료이용실태도 같이 파악하여 비교 분석하는 것이 타당할 것으로 판단됨.
  - 하지만 의료급여수급자와 건강보험적용대상자는 대상자의 연령 분포 및 건강상태가 아주 달라 의료이용 행태가 원천적으로 다르다는 한계는 있음.

- 이를 극복하기 위해 각 지표의 절대수치를 비교할 뿐 아니라 연도별 증가율을 같이 비교하고자 하였음.
- 기간은 2003년부터 2010년까지 8개년 증가율을 비교하는 것으로 하였음.

## 1. 분석 결과

<표 3-1> 연도별 의료급여 적용대상자 추이

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율	대상자	증가율
2003	1,628		934		694		47,103	
2004	1,682	3.30	977	4.65	704	1.48	47,372	0.57
2005	1,905	13.30	1,045	6.95	860	22.10	47,392	0.04
2006	2,023	6.18	1,102	5.44	921	7.09	47,410	0.04
2007	2,060	1.80	1,140	3.43	920	-0.15	47,820	0.86
2008	2,062	0.11	1,161	1.84	901	-2.04	48,160	0.71
2009	2,065	0.14	1,132	-2.53	933	3.57	48,614	0.94
2010	1,827	-11.51	1,130	-0.14	697	-25.30	48,907	0.60
03-10 평균증가율		1.66		2.76		0.06		0.54
03-06 평균증가율		7.51		5.68		9.89		0.22
07-10 평균증가율		-3.92		-0.29		-8.83		0.75

- 전체 의료기관의 의료급여 총진료비 증가를 적용인구와 적용인구당 진료비로 구분하여 비교해 본 결과, 의료급여 1종의 경우 적용인구 증가율이 2.76%로 건강보험 증가율 0.54%보다 2.22% 높게 나타나 의료급여 1종 총진료비 증가 13.46%와 건강보험 증가율 11.38% 차이인 2.08%를 적용인구 증가가 모두 설명하는 것으로 보여 짐.

&lt;표 3-2&gt; 연도별 총진료비 분석 - 전체

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	2,125,420		1,707,965		417,454		20,533,559	
2004	2,547,757	19.87	2,060,322	20.63	487,435	16.76	22,355,887	8.87
2005	3,259,561	27.94	2,569,002	24.69	690,559	41.67	24,796,776	10.92
2006	3,923,842	20.38	3,040,266	18.34	883,575	27.95	28,557,969	15.17
2007	4,169,445	6.26	3,241,842	6.63	927,603	4.98	32,258,975	12.96
2008	4,416,009	5.91	3,421,434	5.54	994,575	7.22	35,036,562	8.61
2009	4,670,988	5.77	3,807,317	11.28	863,671	-13.16	39,429,565	12.54
2010	4,928,504	5.51	4,134,397	8.59	794,107	-8.05	43,657,028	10.72
03-10 평균증가율		12.77		13.46		9.62		11.38
03-06 평균증가율		22.67		21.19		28.39		11.62
07-10 평균증가율		5.73		8.44		-5.05		10.61

&lt;표 3-3&gt; 연도별 총진료비 분석(입원) - 전체

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	960,059		815,577		144,481		5,452,826	
2004	1,176,795	22.58	1,000,845	22.72	175,950	21.78	5,930,843	8.77
2005	1,515,820	28.81	1,253,799	25.27	262,021	48.92	6,529,906	10.1
2006	1,799,301	18.7	1,465,479	16.88	333,822	27.4	7,967,873	22.02
2007	1,931,999	7.37	1,576,739	7.59	355,259	6.42	9,797,659	22.96
2008	2,109,843	9.21	1,714,267	8.72	395,575	11.35	10,972,166	11.99
2009	2,294,153	8.74	1,968,931	14.86	325,222	-17.79	12,402,048	13.03
2010	2,481,107	8.15	2,190,905	11.27	290,202	-10.77	14,492,637	16.86
03-10 평균증가율		14.53		15.16		10.48		14.99
03-06 평균증가율		23.29		21.57		32.2		13.48
07-10 평균증가율		8.7		11.59		-6.52		13.94

&lt;표 3-4&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 전체

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	762,406		587,305		175,100		9,645,368	
2004	873,876	14.62	680,787	15.92	193,089	10.27	10,257,381	6.35
2005	1,088,211	24.53	833,758	22.47	254,453	31.78	11,233,539	9.52
2006	1,299,362	19.4	984,426	18.07	314,936	23.77	12,554,327	11.76
2007	1,352,868	4.12	1,028,073	4.43	324,794	3.13	13,576,229	8.14
2008	1,361,336	0.63	1,022,535	-0.54	338,801	4.31	14,503,370	6.83
2009	1,409,353	3.53	1,094,955	7.08	314,398	-7.2	16,320,391	12.53
2010	1,455,307	3.26	1,157,579	5.72	297,727	-5.3	17,669,621	8.27
03-10 평균증가율		9.68		10.18		7.88		9.03
03-06 평균증가율		19.45		18.79		21.61		9.18
07-10 평균증가율		2.46		4.03		-2.86		9.18

&lt;표 3-5&gt; 연도별 총진료비 분석(약국)

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	402,955		305,083		97,872		5,435,365	
2004	497,087	23.36	378,690	24.13	118,396	20.97	6,167,663	13.47
2005	655,530	31.87	481,445	27.13	174,085	47.04	7,033,331	14.04
2006	825,179	25.88	590,361	22.62	234,818	34.89	8,035,769	14.25
2007	884,579	7.20	637,029	7.91	247,550	5.42	8,885,087	10.57
2008	944,831	6.81	684,632	7.47	260,198	5.11	9,561,027	7.61
2009	967,481	2.40	743,430	8.59	224,051	-13.89	10,707,126	11.99
2010	992,090	2.54	785,913	5.71	206,177	-7.98	11,494,770	7.36
03-10 평균증가율		13.74		14.47		11.23		11.29
03-06 평균증가율		26.99		24.61		33.87		13.92
07-10 평균증가율		3.90		7.25		-5.91		8.96

□ 전체 의료기관의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 16.04%, 12.92%, 13.37%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 4.38%, 5.80%, 5.63%로 다소 증가율이 둔화되었으나, 다시 2010년에는 19.24%로 큰 폭으로 증가함.

- 건강보험은 10%대로 매년 높은 증가율을 유지하고 있음.
- 적용인구 1인당 진료비 절대규모가 2010년 기준 의료급여 1종은 3,658,817원으로 건강보험 892.658원보다 4.1배 더 많았고, 의료급여 2종은 1,139,221원으로 건강보험보다 1.3배 많았음.
- 시기적으로는 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 14.10%로 건강보험 11.38%보다 높게 증가한 반면 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가율 감소폭이 건강보험보다 더 큰 것으로 나타남.

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

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

&lt;표 3-6&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	1,305,436		1,828,713		601,381		435,931	
2004	1,514,838	16.04	2,107,889	15.27	691,953	15.06	471,922	8.26
2005	1,710,625	12.92	2,457,580	16.59	802,844	16.03	523,226	10.87
2006	1,939,323	13.37	2,758,362	12.24	959,256	19.48	602,367	15.13
2007	2,024,259	4.38	2,843,696	3.09	1,008,562	5.14	674,596	11.99
2008	2,141,673	5.80	2,946,939	3.63	1,103,941	9.46	727,508	7.84
2009	2,262,253	5.63	3,364,495	14.17	925,560	-16.16	811,082	11.49
2010	2,697,530	19.24	3,658,817	8.75	1,139,221	23.08	892,658	10.06
03-10 평균증가율		10.93		10.41		9.56		10.78
03-06 평균증가율		14.10		14.68		16.84		11.38
07-10 평균증가율		10.04		8.76		4.14		9.79

&lt;표 3-7&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	589,670		873,236		208,139		115,764	
2004	699,695	18.66	1,023,951	17.26	249,775	20.00	125,197	8.15
2005	795,506	13.69	1,199,420	17.14	304,625	21.96	137,785	10.05
2006	889,288	11.79	1,329,595	10.85	362,414	18.97	168,065	21.98
2007	937,982	5.48	1,383,093	4.02	386,265	6.58	204,888	21.91
2008	1,023,230	9.09	1,476,527	6.76	439,074	13.67	227,829	11.20
2009	1,111,105	8.59	1,739,929	17.84	348,527	-20.62	255,115	11.98
2010	1,357,991	22.22	1,938,885	11.43	416,323	19.45	296,332	16.16
03-10 평균증가율		12.66		12.07		10.41		14.37
03-06 평균증가율		14.68		15.04		20.31		13.23
07-10 평균증가율		13.13		11.92		2.53		13.09



&lt;표 3-8&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	468,271		628,826		252,248		204,773	
2004	519,586	10.96	696,504	10.76	274,105	8.66	216,528	5.74
2005	571,096	9.91	797,596	14.51	295,827	7.92	237,034	9.47
2006	642,198	12.45	893,147	11.98	341,911	15.58	264,806	11.72
2007	656,815	2.28	901,811	0.97	353,141	3.28	283,905	7.21
2008	660,220	0.52	880,727	-2.34	376,057	6.49	301,151	6.07
2009	682,578	3.39	967,603	9.86	336,927	-10.41	335,717	11.48
2010	796,537	16.70	1,024,423	5.87	427,118	26.77	361,292	7.62
03-10 평균증가율		7.88		7.22		7.81		8.45
03-06 평균증가율		11.10		12.41		10.67		8.95
07-10 평균증가율		6.64		4.34		6.55		8.37

- 약국의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 19.42%, 16.40%, 18.55%로 2006년까지 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 5.30%, 6.70%, 2.26%로 다소 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 15.88%로 다시 크게 늘어남.
- 건강보험은 평균증가율이 10%대로 다소 높은 증가율을 유지하고 있음.
  - 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 3.0배 이고, 2종은 1.3배 인 것으로 나타남.

&lt;표 3-9&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(약국)

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	247,496		326,651		140,994		115,394	
2004	295,556	19.42	387,433	18.61	168,073	19.21	130,196	12.83
2005	344,024	16.40	460,564	18.88	202,391	20.42	148,407	13.99
2006	407,837	18.55	535,620	16.30	254,931	25.96	169,497	14.21
2007	429,462	5.30	558,793	4.33	269,155	5.58	185,804	9.62
2008	458,223	6.70	589,685	5.53	288,811	7.30	198,527	6.85
2009	468,571	2.26	656,963	11.41	240,106	-16.86	220,250	10.94
2010	543,003	15.88	695,509	5.87	295,780	23.19	235,034	6.71
03-10 평균증가율		11.88		11.40		11.16		10.70
03-06 평균증가율		18.12		17.92		21.83		13.67
07-10 평균증가율		8.13		7.57		3.19		8.15

□ 전체 의료기관의 의료급여 적용인구당 내원일수 증가율은 2003년부터 8.20%, 4.94%, 6.47%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 -2.37%, 1.45%, -1.28%로 크게 감소가 있었으나, 2010년에 12.24%로 상당히 큰 폭으로 증가함.

— 건강보험은 평균증가율이 3%대로 안정적인 증가율을 유지하고 있음.

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

— 적용인구 1인당 입내원일수 증가는 평균 4.12% 증가하여 건강보험 3.23% 보다 약간 높음.

— 특히 최근 4년간 증가율은 3.98%로 건강보험 3.51%과 비슷하여 입내원일수 증가는 안정적인 것으로 판단됨.

— 다시 말해 의료이용량이 증가는 안정적으로 보여지고, 수급권자의 의료접근성을 늘리려는 부분이 어느 정도 완만해진 것으로 판단됨.

□ 적용인구 1인당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가

외래의 방문일수 증가보다 높게 증가하는 경향이 있음.

- 입원일수 증가율은 건강보험이 10.07%인 반면 의료급여는 7.55%로 상대적으로 높지 않으며, 외래도 2.98%로 건강보험 2.97%와 비슷하여 안정적인 증가율을 보이고 있음.

<표 3-10> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 전체

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	45.81		60.35		26.25		22.42	
2004	49.57	8.20	64.68	7.19	28.59	8.91	22.92	2.24
2005	52.01	4.94	69.42	7.32	30.86	7.93	23.71	3.46
2006	55.38	6.47	72.21	4.01	35.25	14.22	24.82	4.67
2007	54.07	-2.37	69.50	-3.75	34.94	-0.88	25.26	1.76
2008	54.85	1.45	69.47	-0.04	36.01	3.07	25.66	1.57
2009	54.15	-1.28	74.21	6.83	29.82	-17.21	27.34	6.58
2010	60.78	12.24	76.39	2.93	35.47	18.96	28.01	2.44
03-10 평균증가율		4.12		3.43		4.39		3.23
03-06 평균증가율		6.53		6.16		10.32		3.45
07-10 평균증가율		3.98		3.20		0.50		3.51

&lt;표 3-11&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 전체

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	11.09		16.88		3.30		1.08	
2004	12.48	12.56	18.70	10.77	3.86	16.96	1.12	3.47
2005	13.27	6.33	20.52	9.72	4.47	15.87	1.18	5.55
2006	14.21	7.02	21.75	6.02	5.17	15.77	1.34	13.10
2007	14.73	3.68	22.20	2.06	5.46	5.62	1.57	16.91
2008	15.92	8.11	23.57	6.15	6.07	11.07	1.75	11.96
2009	15.80	-0.79	25.25	7.14	4.33	-28.68	1.91	9.00
2010	18.46	16.87	26.88	6.44	4.82	11.29	2.12	11.09
03-10 평균증가율		7.55		6.87		5.56		10.07
03-06 평균증가율		8.60		8.82		16.20		7.29
07-10 평균증가율		7.82		6.58		-4.11		10.68

&lt;표 3-12&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 전체

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	22.34		28.31		14.30		13.35	
2004	23.89	6.96	29.99	5.94	15.43	7.88	13.64	2.17
2005	24.83	3.90	31.78	5.96	16.37	6.09	14.09	3.34
2006	26.36	6.18	32.89	3.48	18.55	13.29	14.70	4.32
2007	25.15	-4.60	30.71	-6.62	18.24	-1.63	14.90	1.37
2008	25.03	-0.45	29.94	-2.52	18.71	2.54	15.08	1.17
2009	24.79	-0.95	32.11	7.26	15.92	-14.90	16.05	6.46
2010	27.45	10.70	32.42	0.96	19.38	21.75	16.37	2.02
03-10 평균증가율		2.98		1.95		4.44		2.97
03-06 평균증가율		5.67		5.12		9.04		3.27
07-10 평균증가율		2.96		1.82		2.04		3.19

&lt;표 3-13&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 약국

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	12.38		15.15		8.65		7.99	
2004	13.19	6.52	15.99	5.52	9.31	7.54	8.16	2.18
2005	13.91	5.49	17.12	7.06	10.02	7.70	8.44	3.37
2006	14.82	6.48	17.56	2.60	11.53	15.05	8.78	4.08
2007	14.19	-4.21	16.58	-5.58	11.23	-2.61	8.79	0.11
2008	13.90	-2.09	15.96	-3.74	11.23	0.05	8.83	0.40
2009	13.56	-2.43	16.85	5.56	9.57	-14.84	9.38	6.29
2010	14.87	9.68	17.09	1.44	11.27	17.79	9.51	1.39
03-10 평균증가율		2.65		1.74		3.85		2.53
03-06 평균증가율		6.17		5.04		10.04		3.21
07-10 평균증가율		1.57		1.01		0.12		2.66

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.53%, 건강보험은 7.31% 증가하고 있음.

— 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 4.75%, 건강보험은 3.90% 증가하고 있어 의료급여 입원의 진료강도가 상대적으로 조금 세지고 있는 것으로 나타났음.

• 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 모두 건강보험 증가율보다 높았음.

— 외래의 경우는 건강보험 증가율이 5.33%로 의료급여 4.76%와 큰 차이가 없는 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 4.1배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 2.7배가 많고 입내원일당 진료비가 1.5배 높아 둘을 곱하면 4.1배 높은 것으로 나타남.

— 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 입내원일수가 많다는 것을 알 수 있음.

— 하지만 최근 증가율 측면에서는 의료급여 적용인구당 입내원일수가 적게 증가하는 것으로 나타남.

&lt;표 3-14&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	28,496		30,303		22,907		19,445	
2004	30,561	7.25	32,587	7.54	24,200	5.65	20,589	5.88
2005	32,888	7.61	35,401	8.64	26,016	7.50	22,064	7.16
2006	35,017	6.48	38,201	7.91	27,213	4.60	24,268	9.99
2007	37,440	6.92	40,917	7.11	28,867	6.08	26,706	10.05
2008	39,045	4.29	42,420	3.67	30,655	6.19	28,356	6.18
2009	41,778	7.00	45,335	6.87	31,043	1.27	29,662	4.61
2010	44,383	6.23	47,896	5.65	32,118	3.47	31,868	7.44
03-10 평균증가율		6.53		6.76		4.95		7.31
03-06 평균증가율		7.11		8.03		5.91		7.67
07-10 평균증가율		5.83		5.39		3.62		6.07

&lt;표 3-15&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	53,171		51,727		63,113		106,820	
2004	56,051	5.42	54,757	5.86	64,758	2.61	111,650	4.52
2005	59,931	6.92	58,456	6.76	68,162	5.26	116,413	4.27
2006	62,600	4.45	61,120	4.56	70,046	2.76	125,550	7.85
2007	63,684	1.73	62,294	1.92	70,683	0.91	130,917	4.27
2008	64,263	0.91	62,648	0.57	72,340	2.34	130,020	-0.69
2009	70,340	9.46	68,903	9.98	80,510	11.29	133,575	2.73
2010	73,558	4.57	72,136	4.69	86,417	7.34	139,666	4.56
03-10 평균증가율		4.75		4.87		4.59		3.90
03-06 평균증가율		5.59		5.72		3.53		5.53
07-10 평균증가율		4.92		5.01		6.93		2.18

&lt;표 3-16&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 전체

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	20,962		22,210		17,636		15,344	
2004	21,745	3.74	23,221	4.55	17,764	0.72	15,880	3.49
2005	23,004	5.79	25,095	8.07	18,072	1.73	16,821	5.93
2006	24,364	5.91	27,157	8.22	18,436	2.02	18,014	7.09
2007	26,121	7.21	29,363	8.12	19,356	4.99	19,052	5.76
2008	26,375	0.97	29,418	0.19	20,101	3.85	19,976	4.85
2009	27,530	4.38	30,133	2.43	21,164	5.29	20,917	4.71
2010	29,022	5.42	31,599	4.86	22,036	4.12	22,064	5.48
03-10 평균증가율		4.76		5.17		3.23		5.33
03-06 평균증가율		5.14		6.93		1.49		5.49
07-10 평균증가율		3.57		2.48		4.42		5.01

&lt;표 3-17&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(약국)

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	19,988		21,556		16,295		14,443	
2004	22,408	12.10	24,230	12.41	18,062	10.85	15,948	10.42
2005	24,724	10.34	26,905	11.04	20,196	11.81	17,586	10.27
2006	27,525	11.33	30,495	13.35	22,111	9.48	19,297	9.73
2007	30,259	9.93	33,695	10.49	23,969	8.40	21,131	9.50
2008	32,973	8.97	36,941	9.63	25,708	7.25	22,487	6.42
2009	34,558	4.81	38,986	5.54	25,098	-2.37	23,470	4.37
2010	36,514	5.66	40,689	4.37	26,248	4.58	24,703	5.25
03-10 평균증가율		8.99		9.50		7.05		7.97
03-06 평균증가율		11.25		12.26		10.71		10.14
07-10 평균증가율		6.46		6.49		3.07		5.34

□ 상급종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 8.21%, 건강보험은 13.08%를 보여

건강보험의 증가율이 다소 높았고, 특히 의료급여는 최근 마이너스 증가율을 보이는 것으로 나타남.

<표 3-18> 연도별 총진료비 분석 - 상급종합

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	180,196		146,755		33,442		3,007,256	
2004	212,594	17.98	174,878	19.16	37,716	12.78	3,216,253	6.95
2005	294,652	38.60	239,879	37.17	54,773	45.23	3,512,589	9.21
2006	352,743	19.71	286,950	19.62	65,793	20.12	4,194,126	19.40
2007	364,350	3.29	297,768	3.77	66,582	1.20	4,855,099	15.76
2008	326,304	-10.44	259,467	-12.86	66,838	0.38	5,328,901	9.76
2009	314,980	-3.47	261,176	0.66	53,804	-19.50	6,262,419	17.52
2010	313,007	-0.63	266,997	2.23	46,010	-14.48	7,109,119	13.52
03-10 평균증가율		8.21		8.93		4.66		13.08
03-06 평균증가율		25.09		25.05		25.30		11.73
07-10 평균증가율		-4.94		-3.57		-11.59		13.55

<표 3-19> 연도별 총진료비 분석(입원) - 상급종합

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	117,335		95,398		21,938		2,035,659	
2004	138,464	18.01	113,414	18.89	25,051	14.19	2,149,805	5.61
2005	196,534	41.94	158,560	39.81	37,975	51.59	2,309,668	7.44
2006	229,041	16.54	183,790	15.91	45,251	19.16	2,745,888	18.89
2007	230,282	0.54	185,185	0.76	45,097	-0.34	3,182,306	15.89
2008	202,820	-11.93	158,024	-14.67	44,797	-0.67	3,458,100	8.67
2009	191,930	-5.37	156,671	-0.86	35,259	-21.29	3,955,745	14.39
2010	191,056	-0.46	161,031	2.78	30,025	-14.84	4,581,744	15.83
03-10 평균증가율		7.21		7.77		4.59		12.29
03-06 평균증가율		24.98		24.43		27.3		10.49
07-10 평균증가율		-6.03		-4.55		-12.68		12.92



&lt;표 3-20&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 상급종합

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	62,861		51,357		11,504		971,597	
2004	74,129	17.93	61,464	19.68	12,666	10.1	1,066,448	9.76
2005	98,118	32.36	81,319	32.3	16,798	32.63	1,202,921	12.8
2006	123,701	26.07	103,160	26.86	20,541	22.28	1,448,238	20.39
2007	134,068	8.38	112,583	9.13	21,485	4.6	1,672,793	15.51
2008	123,484	-7.89	101,443	-9.9	22,041	2.59	1,870,800	11.84
2009	123,050	-0.35	104,505	3.02	18,545	-15.86	2,306,675	23.3
2010	121,951	-0.89	105,965	1.4	15,985	-13.8	2,527,375	9.57
03-10 평균증가율		9.93		10.9		4.81		14.63
03-06 평균증가율		25.31		26.17		21.32		14.23
07-10 평균증가율		-3.11		-2		-9.39		14.75

□ 상급종합병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 14.21%, 22.33%, 12.74%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 1.46%, -10.54%, -3.60%로 급격히 증가율이 떨어졌으나, 다시 2010년에는 12.30%로 크게 증가함.

- 건강보험은 12%대로 매년 높은 증가율을 유지하고 있음.
- 적용인구당 진료비 절대규모가 2010년 기준 의료급여 1종은 236,284원으로 건강보험 145,361원보다 1.6배 더 많았고, 의료급여 2종은 66,006원으로 건강보험의 절반 수준 정도로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 16.35%로 건강보험 11.49%보다 높게 증가한 반면 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가율이 대폭 감소한 것으로 나타남.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여나 건강보험 모두 외래 적용인구당 진료비 증가율이 입원보다 높았으며, 건강보험 증가율이 의료급여보다 높게 나타났다.

- 전체적으로 의료급여 1종의 경우도 건강보험 증가율보다 적게 증가한 것으로 나타났지만, 2007년 대책 이전과 비교해 보면 2003년에서 2006년 증가율은 건강보험보다 높고, 대책이후는 큰 폭으로 떨어져 마이너스 증가율을 보이고 있음.

&lt;표 3-21&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	110,677		157,130		48,176		63,845	
2004	126,403	14.21	178,915	13.86	53,541	11.14	67,894	6.34
2005	154,634	22.33	229,475	28.26	63,679	18.94	74,118	9.17
2006	174,340	12.74	260,343	13.45	71,428	12.17	88,466	19.36
2007	176,892	1.46	261,198	0.33	72,393	1.35	101,529	14.77
2008	158,251	-10.54	223,483	-14.44	74,188	2.48	110,651	8.98
2009	152,551	-3.60	230,799	3.27	57,659	-22.28	128,820	16.42
2010	171,319	12.30	236,284	2.38	66,006	14.48	145,361	12.84
03-10 평균증가율		6.44		6.00		4.60		12.47
03-06 평균증가율		16.35		18.33		14.03		11.49
07-10 평균증가율		-1.06		-3.29		-3.03		12.71

&lt;표 3-22&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	72,068		102,142		31,603		43,217	
2004	82,328	14.24	116,032	13.60	35,561	12.52	45,381	5.01
2005	103,142	25.28	151,683	30.72	44,150	24.15	48,735	7.39
2006	113,202	9.75	166,748	9.93	49,127	11.27	57,918	18.84
2007	111,801	-1.24	162,442	-2.58	49,033	-0.19	66,548	14.90
2008	98,364	-12.02	136,108	-16.21	49,723	1.41	71,805	7.90
2009	92,956	-5.50	138,449	1.72	37,785	-24.01	81,371	13.32
2010	104,571	12.50	142,508	2.93	43,074	14.00	93,683	15.13
03-10 평균증가율		5.46		4.87		4.52		11.69
03-06 평균증가율		16.24		17.75		15.84		10.25
07-10 평균증가율		-2.20		-4.27		-4.23		12.08

&lt;표 3-23&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	38,609		54,988		16,572		20,627	
2004	44,076	14.16	62,883	14.36	17,980	8.49	22,512	9.14
2005	51,492	16.83	77,793	23.71	19,530	8.62	25,382	12.75
2006	61,138	18.73	93,595	20.31	22,300	14.19	30,547	20.35
2007	65,090	6.46	98,756	5.51	23,360	4.75	34,981	14.51
2008	59,887	-7.99	87,375	-11.53	24,465	4.73	38,846	11.05
2009	59,595	-0.49	92,350	5.69	19,874	-18.77	47,449	22.15
2010	66,748	12.00	93,776	1.54	22,932	15.39	51,677	8.91
03-10 평균증가율		8.13		7.92		4.75		14.02
03-06 평균증가율		16.56		19.40		10.40		13.98
07-10 평균증가율		0.84		-1.71		-0.61		13.89

□ 의료급여의 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 0.26% 증가하여 건강보험 5.65%

보다 매우 낮음.

- 특히 최근 4년간 증가율은 -5.04%로 최근에 다시 빠르게 증가하고 있는 건강보험의 증가율 9.68%과 대비됨.

□ 의료급여의 적용인구당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 외래의 입원일수 증가가 입원의 방문일수 증가보다 높게 증가하는 경향이 있음.

- 입원일수 증가율은 건강보험이 2.58%인 반면 의료급여는 -1.87%로 낮았으며, 외래도 1.80%로 건강보험 7.26%보다 훨씬 낮아 안정적인 증가율을 보이고 있음.

<표 3-24> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 상급종합

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.85		1.17		0.43		0.66	
2004	0.91	6.30	1.23	5.38	0.46	6.50	0.66	-0.42
2005	1.01	11.47	1.43	15.87	0.51	10.70	0.67	1.05
2006	1.06	5.13	1.49	4.71	0.55	8.16	0.71	5.69
2007	1.02	-4.56	1.41	-5.53	0.52	-4.47	0.74	4.68
2008	0.89	-11.94	1.20	-15.20	0.50	-3.91	0.77	3.77
2009	0.83	-7.61	1.20	0.03	0.37	-25.45	0.90	17.64
2010	0.87	5.24	1.16	-3.32	0.40	6.97	0.98	8.09
03-10 평균증가율		0.26		-0.14		-0.98		5.65
03-06 평균증가율		7.60		8.53		8.44		2.07
07-10 평균증가율		-5.04		-6.40		-8.49		9.68

&lt;표 3-25&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 상급종합

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.38		0.53		0.18		0.25	
2004	0.41	7.92	0.57	6.24	0.20	11.05	0.24	-2.66
2005	0.46	12.26	0.67	17.66	0.22	8.54	0.24	-2.24
2006	0.46	-0.50	0.66	-0.55	0.22	1.44	0.25	3.71
2007	0.43	-7.44	0.61	-8.43	0.20	-7.41	0.26	4.16
2008	0.37	-13.53	0.51	-16.99	0.19	-3.96	0.26	2.47
2009	0.33	-11.58	0.48	-4.60	0.14	-28.92	0.28	5.29
2010	0.34	2.72	0.45	-5.64	0.14	2.79	0.30	7.74
03-10 평균증가율		-1.87		-2.28		-3.23		2.58
03-06 평균증가율		6.42		7.52		6.93		-0.44
07-10 평균증가율		-7.74		-9.25		-11.14		5.14

&lt;표 3-26&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 상급종합

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.47		0.63		0.25		0.42	
2004	0.49	4.98	0.66	4.65	0.26	3.26	0.42	0.92
2005	0.55	10.81	0.76	14.33	0.29	12.35	0.43	2.95
2006	0.60	9.90	0.83	9.34	0.33	13.13	0.46	6.78
2007	0.59	-2.35	0.80	-3.22	0.32	-2.53	0.48	4.95
2008	0.52	-10.79	0.69	-13.84	0.31	-3.88	0.51	4.45
2009	0.50	-4.82	0.72	3.41	0.24	-23.27	0.63	24.06
2010	0.53	6.90	0.70	-1.76	0.26	9.40	0.68	8.24
03-10 평균증가율		1.80		1.48		0.45		7.26
03-06 평균증가율		8.53		9.37		9.49		3.52
07-10 평균증가율		-3.18		-4.34		-6.90		11.94

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.17%, 건강보험은 6.46%로

거의 비슷하게 증가하고 있음.

- 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 7.47%, 건강보험은 8.88% 증가하고 있어 진료강도에 큰 차이 없는 것으로 보임.
- 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 비슷하게 나타남.
- 외래의 경우 또한 건강보험 증가율이 6.30%로 의료급여 6.22%와 별 차이가 없는 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 1.6배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 1.2배가 많고 입내원일당 진료비가 1.3배 높아 둘을 곱하면 1.6배 높은 것으로 나타남.

<표 3-27> 연도별 내원일당진료비 분석 - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	129,622		134,383		112,181		96,038	
2004	139,269	7.44	145,210	8.06	117,063	4.35	102,561	6.79
2005	152,842	9.75	160,740	10.69	125,776	7.44	110,800	8.03
2006	163,908	7.24	174,155	8.35	130,434	3.70	125,130	12.93
2007	174,245	6.31	184,960	6.20	138,389	6.10	137,189	9.64
2008	177,027	1.60	186,613	0.89	147,595	6.65	144,087	5.03
2009	184,707	4.34	192,660	3.24	153,875	4.25	142,593	-1.04
2010	197,096	6.71	204,018	5.90	164,675	7.02	148,865	4.40
03-10 평균증가율		6.17		6.15		5.64		6.46
03-06 평균증가율		8.14		9.03		5.15		9.22
07-10 평균증가율		4.19		3.32		5.97		2.76

&lt;표 3-28&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	188,315		191,123		177,007		173,297	
2004	199,336	5.85	204,365	6.93	179,355	1.33	186,952	7.88
2005	222,464	11.60	227,053	11.10	205,151	14.38	205,359	9.85
2006	245,397	10.31	250,990	10.54	225,030	9.69	235,316	14.59
2007	261,839	6.70	267,007	6.38	242,559	7.79	259,569	10.31
2008	266,425	1.75	269,497	0.93	256,124	5.59	273,329	5.30
2009	284,757	6.88	287,342	6.62	273,813	6.91	294,184	7.63
2010	311,872	9.52	313,454	9.09	303,651	10.90	314,372	6.86
03-10 평균증가율		7.47		7.32		8.01		8.88
03-06 평균증가율		9.23		9.51		8.33		10.74
07-10 평균증가율		6.00		5.49		7.78		6.59

&lt;표 3-29&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 상급종합

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	81,948		86,618		66,051		49,656	
2004	89,112	8.74	94,654	9.28	69,394	5.06	53,698	8.14
2005	93,948	5.43	102,417	8.20	67,092	-3.32	58,808	9.52
2006	101,500	8.04	112,693	10.03	67,720	0.94	66,284	12.71
2007	110,659	9.02	122,861	9.02	72,782	7.47	72,321	9.11
2008	114,128	3.13	126,167	2.69	79,301	8.96	76,886	6.31
2009	119,318	4.55	128,956	2.21	83,956	5.87	75,699	-1.54
2010	125,016	4.78	133,296	3.37	88,551	5.47	76,169	0.62
03-10 평균증가율		6.22		6.35		4.28		6.30
03-06 평균증가율		7.39		9.17		0.84		10.11
07-10 평균증가율		4.15		2.75		6.76		1.74

□ 종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 10.04%, 건강보험은 12.45%를 보여

건강보험의 증가율이 약간 높았고, 특히 의료급여는 최근 2%대의 낮은 증가율을 보이는 것으로 나타남.

<표 3-30> 연도별 총진료비 분석 - 종합병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	564,187		466,886		97,302		2,867,487	
2004	664,655	17.81	551,393	18.10	113,262	16.40	3,140,983	9.54
2005	841,129	26.55	681,700	23.63	159,429	40.76	3,487,909	11.05
2006	986,087	17.23	792,408	16.24	193,679	21.48	4,116,763	18.03
2007	1,036,990	5.16	838,543	5.82	198,447	2.46	4,844,470	17.68
2008	1,052,162	1.46	842,573	0.48	209,589	5.61	5,324,204	9.90
2009	1,062,639	1.00	885,270	5.07	177,369	-15.37	5,661,584	6.34
2010	1,102,059	3.71	939,553	6.13	162,506	-8.38	6,519,420	15.15
03-10 평균증가율		10.04		10.51		7.60		12.45
03-06 평균증가율		20.46		19.28		25.79		12.81
07-10 평균증가율		2.05		3.86		-6.44		10.40

<표 3-31> 연도별 총진료비 분석(입원) - 종합병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	393,904		326,864		67,040		1,855,231	
2004	471,608	19.73	390,761	19.55	80,848	20.6	2,030,226	9.43
2005	591,874	25.5	475,208	21.61	116,666	44.3	2,211,296	8.92
2006	683,192	15.43	541,237	13.89	141,955	21.68	2,636,129	19.21
2007	713,916	4.5	570,096	5.33	143,820	1.31	3,178,561	20.58
2008	729,676	2.21	577,482	1.3	152,193	5.82	3,426,268	7.79
2009	726,751	-0.4	603,146	4.44	123,605	-18.78	3,570,253	4.2
2010	751,250	3.37	637,208	5.65	114,042	-7.74	4,191,231	17.39
03-10 평균증가율		9.66		10.01		7.89		12.35
03-06 평균증가율		20.15		18.31		28.41		12.42
07-10 평균증가율		1.71		3.78		-7.44		9.66



&lt;표 3-32&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 종합병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	170,283		140,022		30,261		1,012,257	
2004	193,047	13.37	160,633	14.72	32,414	7.11	1,110,758	9.73
2005	249,255	29.12	206,492	28.55	42,763	31.93	1,276,613	14.93
2006	302,895	21.52	251,171	21.64	51,724	20.96	1,480,634	15.98
2007	323,074	6.66	268,446	6.88	54,627	5.61	1,665,909	12.51
2008	322,486	-0.18	265,090	-1.25	57,395	5.07	1,897,937	13.93
2009	335,888	4.16	282,124	6.43	53,764	-6.33	2,091,331	10.19
2010	350,808	4.44	302,345	7.17	48,463	-9.86	2,328,189	11.33
03-10 평균증가율		10.88		11.62		6.96		12.64
03-06 평균증가율		21.16		21.5		19.56		13.51
07-10 평균증가율		2.78		4.04		-3.91		11.8

□ 종합병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 14.04%, 11.70%, 10.41%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 3.30%, 1.35%, 0.86%로 크게 증가율이 떨어졌으나, 다시 2010년에는 17.20%로 크게 증가함.

- 건강보험은 11%대로 매년 높은 증가율을 유지하고 있음.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 6.2배 이고, 2종은 1.7배 인 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 12.04%로 건강보험 12.57%와 별 다른 차이가 없었으나, 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가율 감소폭이 건강보험보다 더 큰 것으로 나타남.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여나 건강보험 모두 외래 적용인구당 진료비 증가율이 입원보다 높았으며 건강보험 증가율이 의료급여보다 높게 나타났다.

- 전체적으로 의료급여 1종의 경우도 건강보험 증가율보다 적게 증가한 것으로 나타났지만, 2007년 대책 이전과 비교해 보면 2003년에서 2006년 증

가율은 건강보험과 비슷하지만, 대책이후는 건강보험 증가율보다 떨어져 전체적으로는 더 낮은 것으로 나타났다.

<표 3-33> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	346,525		499,893		140,172		60,877	
2004	395,189	14.04	564,123	12.85	160,784	14.71	66,305	8.92
2005	441,427	11.70	652,133	15.60	185,352	15.28	73,597	11.00
2006	487,365	10.41	718,933	10.24	210,268	13.44	86,834	17.99
2007	503,457	3.30	735,557	2.31	215,767	2.62	101,307	16.67
2008	510,277	1.35	725,722	-1.34	232,636	7.82	110,553	9.13
2009	514,657	0.86	782,306	7.80	190,079	-18.29	116,461	5.34
2010	603,193	17.20	831,476	6.29	233,130	22.65	133,303	14.46
03-10 평균증가율		8.24		7.54		7.54		11.85
03-06 평균증가율		12.04		12.88		14.47		12.57
07-10 평균증가율		6.21		4.17		2.61		9.58

&lt;표 3-34&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	241,937		349,972		96,578		39,387	
2004	280,407	15.90	399,782	14.23	114,770	18.84	42,857	8.81
2005	310,617	10.77	454,597	13.71	135,636	18.18	46,660	8.87
2006	337,661	8.71	491,052	8.02	154,113	13.62	55,603	19.17
2007	346,605	2.65	500,080	1.84	156,372	1.47	66,470	19.54
2008	353,878	2.10	497,395	-0.54	168,929	8.03	71,144	7.03
2009	351,980	-0.54	532,995	7.16	132,462	-21.59	73,442	3.23
2010	411,184	16.82	563,910	5.80	163,604	23.51	85,698	16.69
03-10 평균증가율		7.87		7.05		7.82		11.75
03-06 평균증가율		11.75		11.95		16.86		12.18
07-10 평균증가율		5.86		4.09		1.52		8.84

&lt;표 3-35&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	104,588		149,921		43,594		21,490	
2004	114,781	9.75	164,341	9.62	46,015	5.55	23,448	9.11
2005	130,809	13.96	197,536	20.20	49,716	8.04	26,937	14.88
2006	149,703	14.44	227,882	15.36	56,155	12.95	31,231	15.94
2007	156,852	4.78	235,477	3.33	59,395	5.77	34,837	11.55
2008	156,399	-0.29	228,327	-3.04	63,707	7.26	39,409	13.12
2009	162,677	4.01	249,311	9.19	57,617	-9.56	43,020	9.16
2010	192,009	18.03	267,566	7.32	69,525	20.67	47,605	10.66
03-10 평균증가율		9.07		8.63		6.90		12.03
03-06 평균증가율		12.70		14.98		8.81		13.27
07-10 평균증가율		6.97		4.35		5.39		10.97

□ 의료급여의 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 2.41% 증가하여 건강보험 4.89%

보다 약간 낮음.

- 특히 최근 4년간 증가율이 2%대로 입내원일수 증가는 안정적인 것으로 판단됨.

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

- 입원일수 증가율은 건강보험이 4.69%인 반면 의료급여는 0.10%로 매우 낮고, 외래는 5.00%로 건강보험 4.98%와 비슷하게 나타남.

<표 3-36> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 종합병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	4.99		7.21		2.01		1.08	
2004	5.36	7.41	7.64	5.90	2.21	9.96	1.10	1.67
2005	5.59	4.21	8.16	6.93	2.46	11.27	1.14	3.50
2006	5.76	3.04	8.29	1.59	2.73	10.80	1.20	5.75
2007	5.50	-4.46	7.82	-5.72	2.63	-3.55	1.27	5.83
2008	5.48	-0.42	7.62	-2.57	2.72	3.52	1.36	6.78
2009	5.23	-4.57	7.78	2.09	2.14	-21.51	1.40	2.89
2010	5.90	12.83	7.98	2.55	2.53	18.48	1.51	7.92
03-10 평균증가율		2.41		1.45		3.34		4.89
03-06 평균증가율		4.87		4.78		10.67		3.63
07-10 평균증가율		2.35		0.66		-1.26		5.84

&lt;표 3-37&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 종합병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	2.82		4.16		1.01		0.36	
2004	3.09	9.50	4.47	7.46	1.16	15.01	0.37	2.31
2005	3.15	1.92	4.68	4.55	1.29	10.55	0.37	1.81
2006	3.10	-1.50	4.55	-2.66	1.36	5.73	0.40	7.56
2007	2.87	-7.29	4.17	-8.53	1.27	-6.41	0.43	7.66
2008	2.83	-1.41	4.01	-3.68	1.31	3.28	0.45	3.92
2009	2.57	-9.41	3.90	-2.83	0.95	-27.60	0.45	-0.63
2010	2.84	10.66	3.90	0.04	1.12	17.96	0.49	10.68
03-10 평균증가율		0.10		-0.93		1.50		4.69
03-06 평균증가율		3.20		3.03		10.37		3.86
07-10 평균증가율		-0.39		-2.17		-4.10		4.55

&lt;표 3-38&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 종합병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	2.17		3.05		1.00		0.72	
2004	2.28	4.70	3.16	3.76	1.05	4.84	0.73	1.35
2005	2.44	7.33	3.49	10.30	1.17	12.06	0.76	4.35
2006	2.66	8.88	3.74	7.29	1.37	16.35	0.80	4.87
2007	2.63	-1.17	3.65	-2.30	1.36	-0.71	0.84	4.91
2008	2.65	0.66	3.61	-1.31	1.41	3.74	0.91	8.25
2009	2.66	0.61	3.88	7.57	1.18	-15.83	0.95	4.63
2010	3.06	14.92	4.08	5.08	1.41	18.91	1.01	6.63
03-10 평균증가율		5.00		4.25		5.02		4.98
03-06 평균증가율		6.96		7.08		10.98		3.51
07-10 평균증가율		5.19		3.71		1.26		6.49

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균 증가율이 의료급여는 5.69%, 건강보험은

6.64% 증가하고 있음.

- 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 7.76%, 건강보험은 6.74%로 나타나 진료강도의 차이는 별로 없는 것으로 나타남.
- 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 비슷함.
- 하지만 외래의 경우는 건강보험 증가율이 6.72%로 의료급여 3.87%보다 다소 큰 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 6.2배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 5.3배가 많고 입내원일당 진료비가 1.2배 높아 둘을 곱하면 6.2배 높은 것으로 나타남.

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

<표 3-39> 연도별 내원일당진료비 분석 - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	69,399		69,331		69,723		56,418	
2004	73,683	6.17	73,880	6.56	72,735	4.32	60,440	7.13
2005	78,976	7.18	79,873	8.11	75,360	3.61	64,817	7.24
2006	84,626	7.15	86,676	8.52	77,158	2.39	72,315	11.57
2007	91,505	8.13	94,059	8.52	82,090	6.39	79,721	10.24
2008	93,135	1.78	95,251	1.27	85,498	4.15	81,474	2.20
2009	98,436	5.69	100,571	5.59	89,005	4.10	83,415	2.38
2010	102,253	3.88	104,233	3.64	92,134	3.52	88,470	6.06
03-10 평균증가율		5.69		6.00		4.06		6.64
03-06 평균증가율		6.84		7.73		3.44		8.63
07-10 평균증가율		3.77		3.48		3.92		3.53

&lt;표 3-40&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	85,800		84,047		95,515		110,120	
2004	90,816	5.85	89,340	6.30	98,695	3.33	117,117	6.35
2005	98,710	8.69	97,173	8.77	105,504	6.90	125,237	6.93
2006	108,939	10.36	107,831	10.97	113,379	7.46	138,746	10.79
2007	120,616	10.72	120,049	11.33	122,917	8.41	154,054	11.03
2008	124,903	3.55	123,972	3.27	128,568	4.60	158,673	3.00
2009	137,138	9.80	136,713	10.28	139,250	8.31	164,842	3.89
2010	144,772	5.57	144,589	5.76	145,807	4.71	173,793	5.43
03-10 평균증가율		7.76		8.06		6.23		6.74
03-06 평균증가율		8.28		8.66		5.88		8.01
07-10 평균증가율		6.27		6.40		5.86		4.10

&lt;표 3-41&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 종합병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	48,120		49,216		43,626		29,791	
2004	50,437	4.81	51,993	5.64	43,921	0.68	32,072	7.66
2005	53,554	6.18	56,659	8.97	42,349	-3.58	35,310	10.10
2006	56,290	5.11	60,922	7.52	41,112	-2.92	39,038	10.56
2007	59,678	6.02	64,433	5.76	43,794	6.52	41,508	6.33
2008	59,114	-0.94	63,303	-1.75	45,277	3.39	43,376	4.50
2009	61,117	3.39	64,256	1.50	48,648	7.44	45,253	4.33
2010	62,772	2.71	65,628	2.14	49,370	1.48	46,964	3.78
03-10 평균증가율		3.87		4.20		1.78		6.72
03-06 평균증가율		5.37		7.37		-1.96		9.43
07-10 평균증가율		1.70		0.61		4.08		4.20

□ 종합병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 12.39%, 건강보험은 16.75%를 보여

건강보험의 증가율이 약간 높았고, 특히 의료급여는 최근 9%로 그 증가율이 더 낮아지고 있음.

<표 3-42> 연도별 총진료비 분석 - 병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	448,478		389,626		58,852		1,355,357	
2004	549,438	22.51	477,912	22.66	71,526	21.53	1,536,050	13.33
2005	659,668	20.06	558,905	16.95	100,762	40.88	1,723,235	12.19
2006	745,920	13.08	620,102	10.95	125,819	24.87	2,065,584	19.87
2007	765,420	2.61	633,089	2.09	132,331	5.18	2,530,414	22.50
2008	842,220	10.03	694,341	9.68	147,878	11.75	2,918,348	15.33
2009	967,892	14.92	832,514	19.90	135,377	-8.45	3,491,898	19.65
2010	1,016,147	4.99	894,119	7.40	122,029	-9.86	4,008,344	14.79
03-10 평균증가율		12.39		12.60		10.98		16.75
03-06 평균증가율		18.48		16.75		28.82		15.08
07-10 평균증가율		9.91		12.20		-2.67		16.57

<표 3-43> 연도별 총진료비 분석(입원) - 병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	385,503		337,828		47,675		853,923	
2004	476,740	23.67	417,650	23.63	59,090	23.94	969,006	13.48
2005	568,788	19.31	485,254	16.19	83,534	41.37	1,093,201	12.82
2006	635,649	11.76	531,690	9.57	103,959	24.45	1,348,461	23.35
2007	647,866	1.92	538,760	1.33	109,106	4.95	1,701,954	26.21
2008	722,893	11.58	599,580	11.29	123,313	13.02	1,979,167	16.29
2009	835,872	15.63	724,484	20.83	111,388	-9.67	2,363,412	19.41
2010	877,457	4.97	777,985	7.38	99,472	-10.7	2,716,568	14.94
03-10 평균증가율		12.47		12.66		11.08		17.98
03-06 평균증가율		18.14		16.32		29.68		16.45
07-10 평균증가율		10.64		13.03		-3.03		16.87



&lt;표 3-44&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	62,975		51,798		11,178		501,434	
2004	72,697	15.44	60,262	16.34	12,436	11.25	567,044	13.08
2005	90,880	25.01	73,651	22.22	17,228	38.54	630,034	11.11
2006	110,271	21.34	88,411	20.04	21,860	26.88	717,124	13.82
2007	117,554	6.6	94,329	6.69	23,224	6.24	828,460	15.53
2008	119,327	1.51	94,761	0.46	24,566	5.78	939,181	13.36
2009	132,020	10.64	108,030	14	23,989	-2.35	1,128,486	20.16
2010	138,691	5.05	116,134	7.5	22,557	-5.97	1,291,776	14.47
03-10 평균증가율		11.94		12.23		10.55		14.47
03-06 평균증가율		20.53		19.51		25.05		12.67
07-10 평균증가율		5.67		7.18		-0.97		15.96

□ 병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 18.60%, 5.97%, 6.49%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 0.80%로 큰 폭의 감소 이후 2008년부터 다시 9.92%, 14.77%, 18.64%로 크게 증가함.

- 건강보험은 16%대로 매년 상당히 높은 증가율을 유지하고 있음.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 9.7배 이고, 2종은 2.1배 인 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 10.20%로 건강보험 14.83%보다 낮게 증가한 반면 2007년 이후에는 14.39%와 15.70%로 의료급여 진료비 증가 폭이 더 큰 것으로 나타남.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여는 입원 적용인구당 진료비 증가율과 외래의 그것이 비슷하나, 건강보험은 입원이 다소 높은 것으로 나타났음.

&lt;표 3-45&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	275,456		417,171		84,782		28,774	
2004	326,683	18.60	488,945	17.20	101,537	19.76	32,425	12.69
2005	346,195	5.97	534,665	9.35	117,146	15.37	36,361	12.14
2006	368,664	6.49	562,604	5.23	136,595	16.60	43,569	19.82
2007	371,610	0.80	555,336	-1.29	143,880	5.33	52,916	21.45
2008	408,459	9.92	598,048	7.69	164,140	14.08	60,597	14.52
2009	468,769	14.77	735,686	23.01	145,078	-11.61	71,830	18.54
2010	556,170	18.64	791,268	7.56	175,062	20.67	81,959	14.10
03-10 평균증가율		10.56		9.58		10.91		16.13
03-06 평균증가율		10.20		10.48		17.23		14.83
07-10 평균증가율		14.39		12.53		6.76		15.70

&lt;표 3-46&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	236,776		361,712		68,680		18,129	
2004	283,459	19.72	427,293	18.13	83,883	22.14	20,455	12.83
2005	298,501	5.31	464,208	8.64	97,117	15.78	23,067	12.77
2006	314,164	5.25	482,390	3.92	112,863	16.21	28,443	23.30
2007	314,538	0.12	472,592	-2.03	118,629	5.11	35,591	25.13
2008	350,588	11.46	516,429	9.28	136,873	15.38	41,096	15.47
2009	404,830	15.47	640,221	23.97	119,370	-12.79	48,616	18.30
2010	480,261	18.63	688,493	7.54	142,702	19.55	55,546	14.25
03-10 평균증가율		10.63		9.63		11.01		17.35
03-06 평균증가율		9.89		10.07		18.01		16.20
07-10 평균증가율		15.15		13.36		6.35		15.99

&lt;표 3-47&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	38,680		55,460		16,102		10,646	
2004	43,224	11.75	61,653	11.17	17,653	9.63	11,970	12.44
2005	47,694	10.34	70,457	14.28	20,030	13.46	13,294	11.06
2006	54,501	14.27	80,214	13.85	23,732	18.48	15,126	13.78
2007	57,072	4.72	82,744	3.15	25,251	6.40	17,325	14.53
2008	57,871	1.40	81,619	-1.36	27,267	7.98	19,501	12.56
2009	63,940	10.49	95,465	16.96	25,708	-5.72	23,213	19.03
2010	75,910	18.72	102,775	7.66	32,360	25.87	26,413	13.78
03-10 평균증가율		10.11		9.21		10.48		13.86
03-06 평균증가율		12.11		13.09		13.80		12.42
07-10 평균증가율		9.97		7.49		8.62		15.09

- 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 4.31% 증가하여 건강보험 9.83%보다 다소 낮음.
- 의료급여의 적용인구 1인당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래의 방문일수 증가보다 낮게 증가하는 경향이 있음.
- 하지만 건강보험은 반대로 외래보다 입원의 증가율이 더 높음.

&lt;표 3-48&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	8.40		12.75		2.53		0.81	
2004	9.29	10.66	13.91	9.05	2.88	13.95	0.88	8.53
2005	9.46	1.84	14.60	5.01	3.21	11.30	0.93	6.01
2006	9.77	3.26	14.92	2.18	3.60	12.23	1.01	8.26
2007	9.64	-1.36	14.44	-3.25	3.69	2.28	1.11	10.66
2008	10.04	4.22	14.77	2.31	3.95	7.23	1.24	11.59
2009	9.87	-1.78	15.48	4.83	3.05	-22.79	1.42	13.78
2010	11.28	14.35	16.05	3.63	3.56	16.52	1.56	10.13
03-10 평균증가율		4.31		3.34		4.97		9.83
03-06 평균증가율		5.18		5.38		12.49		7.60
07-10 평균증가율		5.39		3.58		-1.19		11.82

&lt;표 3-49&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	6.96		10.75		1.86		0.27	
2004	7.75	11.40	11.79	9.66	2.16	15.77	0.29	8.21
2005	7.81	0.70	12.27	4.14	2.38	10.25	0.31	6.59
2006	7.97	2.07	12.42	1.22	2.64	10.89	0.35	11.75
2007	7.87	-1.20	12.04	-3.07	2.70	2.54	0.39	13.44
2008	8.30	5.47	12.47	3.56	2.93	8.43	0.45	14.26
2009	8.06	-2.91	12.93	3.66	2.16	-26.38	0.51	13.65
2010	9.22	14.31	13.39	3.58	2.44	13.24	0.57	11.12
03-10 평균증가율		4.09		3.19		3.96		11.26
03-06 평균증가율		4.62		4.95		12.28		8.83
07-10 평균증가율		5.39		3.60		-3.31		13.00

&lt;표 3-50&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	1.44		2.01		0.67		0.54	
2004	1.54	7.09	2.12	5.74	0.73	8.89	0.59	8.70
2005	1.65	7.59	2.33	9.87	0.83	14.39	0.62	5.73
2006	1.80	8.89	2.50	7.25	0.97	16.02	0.66	6.52
2007	1.76	-2.06	2.40	-4.14	0.98	1.57	0.72	9.20
2008	1.74	-1.35	2.30	-4.02	1.02	3.94	0.80	10.14
2009	1.80	3.63	2.55	11.12	0.89	-12.50	0.91	13.85
2010	2.07	14.49	2.65	3.87	1.11	24.42	0.99	9.58
03-10 평균증가율		5.33		4.08		7.52		9.07
03-06 평균증가율		7.86		7.60		13.06		6.97
07-10 평균증가율		5.39		3.47		4.21		11.17

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균증가율이 의료급여는 5.99%, 건강보험은 5.74%로 나타나 거의 비슷한 것으로 보임.

— 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 6.28%, 건강보험은 5.47% 증가하고 있어 의료급여 입원의 진료강도가 상대적으로 약간 세지고 있는 것으로 나타났음.

— 하지만 외래의 경우는 건강보험 증가율이 4.39%로 의료급여 4.54%와 별 차이가 없는 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 9.7배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 10.3배가 많고 입내원일당 진료비가 0.9배이므로 둘을 곱하면 9.7배 높은 것으로 나타남.

— 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 적용인구당 입내원일수의 기여도가 훨씬 크다는 것을 알 수 있음.

&lt;표 3-51&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	32,811		32,711		33,491		35,587	
2004	35,164	7.17	35,158	7.48	35,199	5.10	36,949	3.83
2005	36,591	4.06	36,610	4.13	36,488	3.66	39,084	5.78
2006	37,735	3.13	37,700	2.98	37,911	3.90	43,258	10.68
2007	38,561	2.19	38,461	2.02	39,043	2.99	47,479	9.76
2008	40,666	5.46	40,486	5.26	41,536	6.39	48,725	2.63
2009	47,516	16.84	47,511	17.35	47,549	14.48	50,763	4.18
2010	49,302	3.76	49,310	3.79	49,244	3.56	52,592	3.60
03-10 평균증가율		5.99		6.04		5.66		5.74
03-06 평균증가율		4.77		4.85		4.22		6.72
07-10 평균증가율		8.54		8.64		8.04		3.47

&lt;표 3-52&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	34,023		33,655		36,882		67,637	
2004	36,563	7.46	36,254	7.72	38,909	5.5	70,528	4.27
2005	38,237	4.58	37,820	4.32	40,859	5.01	74,615	5.8
2006	39,427	3.11	38,826	2.66	42,819	4.8	82,327	10.33
2007	39,954	1.34	39,241	1.07	43,892	2.51	90,812	10.31
2008	42,222	5.68	41,405	5.51	46,704	6.41	91,770	1.05
2009	50,218	18.94	49,515	19.59	55,324	18.46	95,523	4.09
2010	52,115	3.78	51,407	3.82	58,403	5.57	98,216	2.82
03-10 평균증가율		6.28		6.24		6.79		5.47
03-06 평균증가율		5.04		4.88		5.1		6.77
07-10 평균증가율		9.26		9.42		9.99		2.65

&lt;표 3-53&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	26,937		27,650		24,059		19,694	
2004	28,108	4.35	29,070	5.13	24,223	0.68	20,373	3.45
2005	28,825	2.55	30,238	4.02	24,026	-0.81	21,401	5.05
2006	30,251	4.95	32,099	6.15	24,536	2.12	22,859	6.82
2007	32,344	6.92	34,541	7.61	25,704	4.76	23,976	4.88
2008	33,246	2.79	35,500	2.78	26,705	3.89	24,504	2.20
2009	35,444	6.61	37,367	5.26	28,774	7.75	25,620	4.55
2010	36,753	3.69	38,728	3.64	29,111	1.17	26,603	3.84
03-10 평균증가율		4.54		4.93		2.76		4.39
03-06 평균증가율		3.94		5.10		0.66		5.09
07-10 평균증가율		4.35		3.89		4.24		3.53

□ 요양병원의 총진료비 증가에서 의료급여는 56.11%, 건강보험은 64.58%를 보여 건강보험의 증가율이 약간 높았고, 최근에는 의료급여와 건강보험 모두 증가율이 큰 폭으로 떨어지고 있음.

&lt;표 3-54&gt; 연도별 총진료비 분석 - 요양병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	27,100		25,212		1,888		53,027	
2004	48,262	78.09	44,161	75.16	4,102	117.19	84,451	59.26
2005	107,021	121.75	93,615	111.99	13,406	226.86	158,471	87.65
2006	196,703	83.80	166,539	77.90	30,164	125.00	325,596	105.46
2007	288,620	46.73	243,235	46.05	45,385	50.46	672,303	106.48
2008	397,430	37.70	335,686	38.01	61,744	36.05	998,130	48.46
2009	485,641	22.20	441,750	31.60	43,891	-28.91	1,325,742	32.82
2010	612,336	26.09	574,955	30.15	37,380	-14.83	1,734,478	30.83
03-10 평균증가율		56.11		56.32		53.19		64.58
03-06 평균증가율		93.62		87.63		151.84		83.12
07-10 평균증가율		28.50		33.21		-6.26		37.15

&lt;표 3-55&gt; 연도별 총진료비 분석(입원) - 요양병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	25,549		23,812		1,737		45,555	
2004	45,623	78.57	41,807	75.57	3,816	119.67	74,149	62.77
2005	102,299	124.23	89,495	114.07	12,804	235.53	141,088	90.28
2006	188,594	84.36	159,672	78.42	28,922	125.88	298,785	111.77
2007	276,709	46.72	233,131	46.01	43,578	50.68	626,993	109.85
2008	385,173	39.2	325,294	39.53	59,879	37.41	944,434	50.63
2009	471,876	22.51	429,648	32.08	42,227	-29.48	1,256,898	33.08
2010	597,833	26.69	561,769	30.75	36,063	-14.6	1,659,294	32.01
03-10 평균증가율		56.89		57.08		54.23		67.13
03-06 평균증가율		94.71		88.57		155.35		87.19
07-10 평균증가율		29.28		34.07		-6.11		38.32



&lt;표 3-56&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 요양병원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	1,551		1,400		151		7,471	
2004	2,639	70.16	2,354	68.16	285	88.64	10,303	37.9
2005	4,723	78.94	4,120	75.04	603	111.06	17,384	68.73
2006	8,109	71.72	6,867	66.67	1,243	106.27	26,811	54.23
2007	11,911	46.88	10,104	47.15	1,807	45.38	45,310	69
2008	12,257	2.9	10,392	2.85	1,865	3.23	53,696	18.51
2009	13,766	12.31	12,102	16.45	1,664	-10.79	68,843	28.21
2010	14,503	5.36	13,186	8.96	1,317	-20.85	75,185	9.21
03-10 평균증가율		37.62		37.77		36.22		39.07
03-06 평균증가율		73.56		69.92		101.76		53.1
07-10 평균증가율		6.78		9.28		-10		18.39

□ 요양병원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 72.40%, 95.73%, 73.10%로 2006년까지 크게 증가하고 있으며, 2007년 이후 44.13%, 37.55%, 22.03%로 매년 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 다시 42.49%로 다소 크게 증가함.

- 건강보험은 2003-2006평균증가율과 2007-2010평균증가율이 각각 82.72%, 36.13%로 나타나 최근 증가율이 많이 떨어짐.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 14.3 배이고, 2종은 1.5배 인 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 80.09%, 건강보험 82.72%로 매우 높았으나, 2007년 이후로 의료급여 33.73%, 건강보험 36.13%로 진료비 증가율이 대폭 감소한 것으로 나타남.

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

&lt;표 3-57&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	16,645		26,994		2,720		1,126	
2004	28,696	72.40	45,180	67.37	5,822	114.02	1,783	58.36
2005	56,165	95.73	89,555	98.22	15,586	167.69	3,344	87.57
2006	97,219	73.10	151,097	68.72	32,748	110.11	6,868	105.38
2007	140,125	44.13	213,362	41.21	49,346	50.68	14,059	104.71
2008	192,745	37.55	289,132	35.51	68,534	38.89	20,725	47.42
2009	235,206	22.03	390,371	35.01	47,037	-31.37	27,271	31.58
2010	335,151	42.49	508,818	30.34	53,625	14.01	35,465	30.05
03-10 평균증가율		53.56		52.12		53.09		63.70
03-06 평균증가율		80.09		77.55		129.18		82.72
07-10 평균증가율		33.73		33.60		2.81		36.13

&lt;표 3-58&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	15,692		25,495		2,502		967	
2004	27,126	72.87	42,772	67.77	5,417	116.47	1,565	61.84
2005	53,687	97.91	85,613	100.16	14,886	174.79	2,977	90.20
2006	93,211	73.62	144,867	69.21	31,399	110.93	6,302	111.69
2007	134,342	44.13	204,499	41.16	47,381	50.90	13,112	108.05
2008	186,801	39.05	280,181	37.01	66,464	40.27	19,610	49.57
2009	228,539	22.34	379,677	35.51	45,253	-31.91	25,855	31.84
2010	327,213	43.18	497,149	30.94	51,736	14.33	33,928	31.22
03-10 평균증가율		54.33		52.86		54.14		66.24
03-06 평균증가율		81.10		78.44		132.37		86.78
07-10 평균증가율		34.55		34.46		2.97		37.29

&lt;표 3-59&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	953		1,499		218		159	
2004	1,569	64.72	2,408	60.68	405	85.89	217	37.11
2005	2,478	57.94	3,941	63.67	700	72.85	367	68.66
2006	4,008	61.72	6,230	58.07	1,349	92.62	566	54.17
2007	5,783	44.28	8,863	42.27	1,964	45.60	948	67.55
2008	5,944	2.79	8,951	0.99	2,070	5.38	1,115	17.67
2009	6,667	12.16	10,694	19.48	1,783	-13.87	1,416	27.01
2010	7,938	19.06	11,669	9.12	1,889	5.95	1,537	8.56
03-10 평균증가율		35.38		34.07		36.14		38.33
03-06 평균증가율		61.43		60.79		83.60		52.77
07-10 평균증가율		11.14		9.60		-1.29		17.51

- 적용인구당 입내원일수에서 의료급여는 44.37%, 건강보험은 48.93%로 나타나 큰 차이가 없는 것으로 보임.
- 적용인구당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래의 방문일수 증가보다 높게 증가하는 경향이 있음.
  - － 의료급여와 건강보험 간에 입원일수와 내원일수 증가율은 둘 다 차이가 크지 않은 것으로 보임.

&lt;표 3-60&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 요양병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.42		0.68		0.06		0.03	
2004	0.69	64.91	1.09	59.60	0.14	114.67	0.05	46.37
2005	1.28	84.28	2.05	87.32	0.34	146.69	0.09	79.33
2006	2.12	65.86	3.31	61.93	0.69	101.05	0.15	68.95
2007	3.03	43.28	4.65	40.43	1.03	49.63	0.27	85.01
2008	3.78	24.75	5.71	22.82	1.30	26.36	0.38	39.35
2009	4.28	13.05	7.11	24.43	0.85	-34.87	0.46	21.64
2010	5.49	28.33	8.34	17.31	0.87	3.05	0.54	16.87
03-10 평균증가율		44.37		42.93		45.05		48.93
03-06 평균증가율		71.46		69.17		119.99		64.29
07-10 평균증가율		21.87		21.48		-5.34		25.59

&lt;표 3-61&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 요양병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.38		0.62		0.05		0.03	
2004	0.62	63.97	0.99	58.47	0.12	120.99	0.04	49.53
2005	1.17	87.41	1.87	90.11	0.31	158.55	0.07	81.85
2006	1.95	66.73	3.05	62.84	0.62	102.16	0.12	71.47
2007	2.83	45.45	4.35	42.64	0.94	51.45	0.23	91.89
2008	3.58	26.57	5.42	24.55	1.21	28.51	0.33	43.00
2009	4.05	13.14	6.76	24.63	0.77	-36.21	0.40	21.52
2010	5.25	29.51	8.00	18.33	0.80	2.87	0.48	19.78
03-10 평균증가율		45.52		44.02		46.88		51.86
03-06 평균증가율		72.39		69.92		126.05		67.06
07-10 평균증가율		22.86		22.47		-5.52		27.68

&lt;표 3-62&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 요양병원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.04		0.06		0.01		0.01	
2004	0.07	73.91	0.11	71.00	0.02	82.39	0.01	35.12
2005	0.11	56.24	0.17	61.28	0.03	73.27	0.02	69.39
2006	0.17	56.57	0.26	51.87	0.06	90.76	0.03	58.32
2007	0.20	18.51	0.30	14.45	0.08	31.88	0.04	53.56
2008	0.20	-0.80	0.29	-2.69	0.09	2.28	0.05	18.51
2009	0.22	11.60	0.35	20.50	0.07	-15.93	0.06	22.44
2010	0.24	6.87	0.34	-2.54	0.08	5.02	0.06	-3.04
03-10 평균증가율		29.06		27.50		32.52		34.17
03-06 평균증가율		62.03		61.19		82.00		53.60
07-10 평균증가율		5.76		4.55		-3.35		12.05

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 6.37% 증가한 반면 건강보험은 9.92% 증가하고 있음.

— 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 6.05% 증가하는 반면 건강보험은 9.47% 증가하고 있어 건강보험 입원의 진료강도가 상대적으로 세지고 있는 것으로 나타났음.

• 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 모두 건강보험 증가율이 더 높음.

— 하지만 외래의 경우는 건강보험 증가율이 3.10%로 의료급여 4.89%보다 약간 낮은 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 14.3배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 15.4배가 많고 입내원일당 진료비가 0.9배 높아 둘을 곱하면 14.3배 높은 것으로 나타남.

— 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 입내원일수의 기여도가 훨씬 크다는 것을 알 수 있음.

&lt;표 3-63&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	39,640		39,460		42,197		33,800	
2004	41,439	4.54	41,381	4.87	42,069	-0.30	36,569	8.19
2005	44,013	6.21	43,788	5.82	45,651	8.51	38,250	4.60
2006	45,933	4.36	45,625	4.19	47,709	4.51	46,500	21.57
2007	46,205	0.59	45,877	0.55	48,044	0.70	51,452	10.65
2008	50,947	10.26	50,620	10.34	52,805	9.91	54,431	5.79
2009	54,992	7.94	54,928	8.51	55,644	5.38	58,880	8.17
2010	61,061	11.04	61,029	11.11	61,560	10.63	65,518	11.27
03-10 평균증가율		6.37		6.43		5.54		9.92
03-06 평균증가율		5.03		4.96		4.18		11.22
07-10 평균증가율		9.74		9.98		8.61		8.39

&lt;표 3-64&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	41,303		40,974		46,414		37,214	
2004	43,544	5.43	43,377	5.86	45,465	-2.04	40,278	8.23
2005	45,985	5.61	45,669	5.29	48,320	6.28	42,126	4.59
2006	47,887	4.14	47,455	3.91	50,417	4.34	52,009	23.46
2007	47,451	-0.91	46,965	-1.03	50,235	-0.36	56,388	8.42
2008	52,131	9.86	51,662	10.00	54,836	9.16	58,978	4.59
2009	56,373	8.14	56,170	8.73	58,530	6.74	63,986	8.49
2010	62,322	10.55	62,155	10.65	65,049	11.14	70,097	9.55
03-10 평균증가율		6.05		6.13		4.94		9.47
03-06 평균증가율		5.05		5.02		2.80		11.80
07-10 평균증가율		9.51		9.79		9.00		7.52

&lt;표 3-65&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 요양병원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	23,833		24,235		20,656		21,675	
2004	22,573	-5.28	22,773	-6.03	21,053	1.92	21,994	1.47
2005	22,818	1.09	23,111	1.48	21,002	-0.24	21,900	-0.43
2006	23,569	3.29	24,054	4.08	21,207	0.97	21,326	-2.62
2007	28,696	21.75	29,902	24.31	23,412	10.40	23,269	9.11
2008	29,736	3.63	31,032	3.78	24,122	3.03	23,104	-0.71
2009	29,885	0.50	30,770	-0.85	24,716	2.46	23,966	3.73
2010	33,296	11.41	34,449	11.96	24,936	0.89	26,834	11.97
03-10 평균증가율		4.89		5.15		2.73		3.10
03-06 평균증가율		-0.37		-0.25		0.88		-0.54
07-10 평균증가율		5.08		4.83		2.12		4.87

□ 의원의 총진료비 증가에서 의료급여는 8.55%, 건강보험은 7.20%를 보여 의료급여의 증가율이 약간 높았으나, 최근에는 의료급여 증가율이 2%대 아래로 떨어져 안정적인 증가율을 보이는 것으로 보임.

&lt;표 3-66&gt; 연도별 총진료비 분석 - 의원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	411,800		309,533		102,267		5,874,023	
2004	472,755	14.80	359,419	16.12	113,336	10.82	6,110,975	4.03
2005	578,233	22.31	428,170	19.13	150,063	32.41	6,633,162	8.55
2006	677,867	17.23	490,851	14.64	187,016	24.63	7,387,768	11.38
2007	692,870	2.21	502,772	2.43	190,098	1.65	7,908,181	7.04
2008	710,625	2.56	512,726	1.98	197,899	4.10	8,246,865	4.28
2009	718,125	1.06	538,221	4.97	179,904	-9.09	8,990,005	9.01
2010	731,104	1.81	560,205	4.08	170,898	-5.01	9,554,683	6.28
03-10 평균증가율		8.55		8.84		7.61		7.20
03-06 평균증가율		18.07		16.61		22.29		7.94
07-10 평균증가율		1.81		3.67		-3.49		6.51

&lt;표 3-67&gt; 연도별 총진료비 분석(입원) - 의원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	28,955		23,948		5,008		621,921	
2004	33,732	16.5	28,061	17.18	5,671	13.25	665,573	7.02
2005	42,861	27.06	34,333	22.35	8,528	50.38	731,431	9.89
2006	49,545	15.6	38,634	12.53	10,911	27.94	890,384	21.73
2007	52,192	5.34	40,985	6.09	11,207	2.71	1,041,239	16.94
2008	60,044	15.04	46,961	14.58	13,084	16.75	1,097,623	5.42
2009	59,358	-1.14	48,638	3.57	10,720	-18.07	1,179,875	7.49
2010	54,717	-7.82	46,381	-4.64	8,337	-22.23	1,254,973	6.36
03-10 평균증가율		9.52		9.9		7.55		10.55
03-06 평균증가율		19.61		17.28		29.64		12.71
07-10 평균증가율		1.59		4.21		-9.39		6.42



&lt;표 3-68&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 의원

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	382,845		285,585		97,260		5,252,101	
2004	439,023	14.67	331,359	16.03	107,665	10.7	5,445,402	3.68
2005	535,372	21.95	393,837	18.86	141,535	31.46	5,901,730	8.38
2006	628,322	17.36	452,216	14.82	176,105	24.43	6,497,384	10.09
2007	640,678	1.97	461,787	2.12	178,891	1.58	6,866,941	5.69
2008	650,580	1.55	465,765	0.86	184,815	3.31	7,149,242	4.11
2009	658,767	1.26	489,583	5.11	169,184	-8.46	7,810,130	9.24
2010	676,386	2.67	513,824	4.95	162,562	-3.91	8,299,710	6.27
03-10 평균증가율		8.47		8.75		7.61		6.76
03-06 평균증가율		17.96		16.56		21.88		7.35
07-10 평균증가율		1.82		3.62		-3.14		6.52

□ 의원의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 11.13%, 7.96%, 10.40%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 0.41%, 2.45%, 0.92%로 큰 폭의 감소가 있었으나, 2010년에 다시 15.05%로 상당히 높게 증가함.

- 건강보험은 평균증가율이 6%대로 안정적인 증가율을 유지하고 있음.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 2.5배 이고, 2종은 1.3배 인 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 9.82%로 건강보험 7.71%보다 높게 증가한 반면 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가율과 건강보험 진료비 증가율의 차이가 거의 없는 것으로 나타남.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여나 건강보험 모두 입원 적용인구 1인당 진료비 증가율이 외래보다 약간 높았음.

- 전체적으로 의료급여 2종의 경우도 건강보험 증가율보다 적게 증가한 것으

로 나타났지만, 2007년 대책 이전과 비교해 보면 2003년에서 2006년 증가율은 건강보험보다 높지만, 대책이후는 건강보험 증가율보다 떨어져 전체적으로는 더 낮은 것으로 나타났다.

<표 3-69> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	252,928		331,416		147,325		124,706	
2004	281,089	11.13	367,717	10.95	160,889	9.21	129,000	3.44
2005	303,458	7.96	409,599	11.39	174,463	8.44	139,964	8.50
2006	335,029	10.40	445,337	8.73	203,035	16.38	155,829	11.34
2007	336,387	0.41	441,024	-0.97	206,689	1.80	165,375	6.13
2008	344,638	2.45	441,619	0.13	219,661	6.28	171,240	3.55
2009	347,802	0.92	475,622	7.70	192,796	-12.23	184,928	7.99
2010	400,157	15.05	495,765	4.24	245,170	27.17	195,365	5.64
03-10 평균증가율		6.77		5.92		7.55		6.62
03-06 평균증가율		9.82		10.35		11.28		7.71
07-10 평균증가율		5.96		3.98		5.86		5.71

&lt;표 3-70&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	17,784		25,641		7,214		13,203	
2004	20,056	12.77	28,709	11.96	8,050	11.60	14,050	6.41
2005	22,493	12.15	32,844	14.40	9,915	23.16	15,434	9.85
2006	24,487	8.86	35,052	6.72	11,846	19.48	18,781	21.69
2007	25,339	3.48	35,952	2.57	12,185	2.87	21,774	15.94
2008	29,120	14.92	40,448	12.51	14,522	19.18	22,791	4.67
2009	28,748	-1.28	42,981	6.26	11,488	-20.89	24,271	6.49
2010	29,949	4.18	41,046	-4.50	11,960	4.10	25,661	5.73
03-10 평균증가율		7.73		6.95		7.49		9.96
03-06 평균증가율		11.25		10.98		17.98		12.46
07-10 평균증가율		5.73		4.52		-0.62		5.63

&lt;표 3-71&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	235,144		305,775		140,111		111,503	
2004	261,033	11.01	339,009	10.87	152,839	9.08	114,950	3.09
2005	280,965	7.64	376,756	11.13	164,549	7.66	124,530	8.33
2006	310,542	10.53	410,285	8.90	191,189	16.19	137,048	10.05
2007	311,048	0.16	405,073	-1.27	194,504	1.73	143,601	4.78
2008	315,518	1.44	401,171	-0.96	205,138	5.47	148,449	3.38
2009	319,054	1.12	432,640	7.84	181,308	-11.62	160,658	8.22
2010	370,208	16.03	454,719	5.10	233,210	28.63	169,705	5.63
03-10 평균증가율		6.70		5.83		7.55		6.18
03-06 평균증가율		9.71		10.30		10.92		7.12
07-10 평균증가율		5.98		3.93		6.24		5.73

□ 적용인구당 입내원일수 증가는 의료급여 2.74% 증가하여 건강보험 2.08%보다 약

간 높음.

- 특히 최근 4년간 증가율은 2.34%로 건강보험 2.03%와 비슷하여 입내원  
일수 증가는 안정적인 것으로 판단됨.

□ 적용인구당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래  
의 방문일수 증가보다 상당히 높게 증가하는 경향이 있음.

- 입원일수 증가율은 건강보험 6.74%, 의료급여 8.10%로 의료급여가 조금  
높았고, 외래는 각각 1.98%, 2.55%로 나타나 비슷한 경향을 보임.

<표 3-72> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 의원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	14.72		18.29		9.92		9.11	
2004	15.87	7.83	19.55	6.86	10.78	8.69	9.20	0.96
2005	16.50	3.93	20.65	5.62	11.46	6.32	9.47	2.89
2006	17.49	6.03	21.20	2.70	13.06	13.94	9.86	4.22
2007	16.59	-5.17	19.67	-7.24	12.77	-2.15	9.91	0.43
2008	16.61	0.12	19.36	-1.58	13.07	2.30	9.92	0.13
2009	16.17	-2.66	20.44	5.61	10.98	-15.96	10.40	4.82
2010	17.78	9.98	20.49	0.24	13.39	21.89	10.52	1.19
03-10 평균증가율		2.74		1.64		4.38		2.08
03-06 평균증가율		5.92		5.05		9.60		2.68
07-10 평균증가율		2.34		1.38		1.57		2.03

&lt;표 3-73&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 의원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.42		0.61		0.15		0.16	
2004	0.45	9.42	0.66	8.28	0.17	9.84	0.16	1.63
2005	0.52	14.70	0.77	17.35	0.21	25.99	0.17	6.62
2006	0.57	9.96	0.83	7.37	0.26	23.55	0.20	18.86
2007	0.60	4.29	0.85	2.62	0.28	6.40	0.22	11.73
2008	0.73	21.95	1.02	19.19	0.36	27.31	0.23	3.89
2009	0.70	-4.26	1.06	4.17	0.26	-27.40	0.24	4.73
2010	0.72	2.66	1.01	-4.77	0.24	-6.45	0.25	0.83
03-10 평균증가율		8.10		7.47		6.68		6.74
03-06 평균증가율		11.33		10.91		19.58		8.80
07-10 평균증가율		6.22		5.74		-4.73		3.13

&lt;표 3-74&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 의원

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	14.31		17.68		9.76		8.96	
2004	15.42	7.79	18.89	6.81	10.61	8.67	9.04	0.95
2005	15.98	3.62	19.87	5.21	11.24	6.00	9.30	2.83
2006	16.92	5.91	20.37	2.52	12.79	13.75	9.66	3.96
2007	15.99	-5.49	18.82	-7.65	12.49	-2.33	9.68	0.19
2008	15.88	-0.69	18.34	-2.52	12.71	1.74	9.69	0.04
2009	15.47	-2.58	19.39	5.69	10.72	-15.63	10.15	4.82
2010	17.07	10.31	19.49	0.51	13.14	22.57	10.28	1.20
03-10 평균증가율		2.55		1.40		4.34		1.98
03-06 평균증가율		5.76		4.83		9.43		2.57
07-10 평균증가율		2.19		1.17		1.71		2.00

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 3.93%, 건강보험은 4.45% 증

가하였음.

- － 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 -0.34% 증가하는 반면 건강보험은 3.02% 증가하고 있어 의료급여 입원의 진료강도가 상대적으로 많이 약해지고 있는 것으로 나타났음.

- 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 비슷한 경향을 보임.

- － 하지만 외래의 경우는 건강보험 증가율이 5.33%로 의료급여 4.76%와 큰 차이가 없는 것으로 나타났음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 2.5배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 1.9배가 많고 입내원일당 진료비가 1.3배 높아 둘을 곱하면 2.5배 높은 것으로 나타남.

- － 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 적용인구당 입내원일수의 기여가 조금 더 큰 것을 알 수 있음.
- － 하지만 최근 증가율 측면에서는 의료급여 적용인구당 입내원일수가 적게 증가하는 것으로 나타남.

<표 3-75> 연도별 내원일당진료비 분석 - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	17,181		18,117		14,856		13,687	
2004	17,707	3.06	18,811	3.83	14,927	0.48	14,023	2.45
2005	18,392	3.87	19,838	5.46	15,225	2.00	14,787	5.45
2006	19,150	4.12	21,002	5.87	15,551	2.14	15,796	6.82
2007	20,276	5.88	22,423	6.77	16,179	4.04	16,693	5.68
2008	20,748	2.33	22,812	1.74	16,808	3.88	17,263	3.41
2009	21,510	3.67	23,264	1.98	17,553	4.43	17,786	3.03
2010	22,503	4.61	24,192	3.99	18,313	4.33	18,569	4.40
03-10 평균증가율		3.93		4.22		3.03		4.45
03-06 평균증가율		3.68		5.05		1.54		4.89
07-10 평균증가율		3.53		2.56		4.22		3.61

&lt;표 3-76&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	42,830		42,118		46,594		84,662	
2004	44,144	3.07	43,550	3.40	47,340	1.60	88,648	4.71
2005	43,165	-2.22	42,456	-2.51	46,277	-2.25	91,329	3.02
2006	42,736	-0.99	42,200	-0.60	44,749	-3.30	93,503	2.38
2007	42,405	-0.77	42,177	-0.06	43,264	-3.32	97,030	3.77
2008	39,961	-5.77	39,812	-5.61	40,501	-6.38	97,763	0.76
2009	41,206	3.12	40,613	2.01	44,133	8.97	99,407	1.68
2010	41,816	1.48	40,728	0.28	49,111	11.28	104,240	4.86
03-10 평균증가율		-0.34		-0.48		0.75		3.02
03-06 평균증가율		-0.07		0.06		-1.34		3.37
07-10 평균증가율		-0.47		-1.16		4.32		2.42

&lt;표 3-77&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 의원

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	16,436		17,291		14,353		12,451	
2004	16,928	2.99	17,948	3.80	14,408	0.38	12,715	2.12
2005	17,584	3.88	18,958	5.63	14,634	1.57	13,396	5.36
2006	18,351	4.36	20,138	6.22	14,947	2.14	14,181	5.86
2007	19,449	5.98	21,528	6.90	15,569	4.16	14,831	4.58
2008	19,867	2.15	21,871	1.59	16,139	3.67	15,326	3.34
2009	20,622	3.80	22,317	2.04	16,907	4.76	15,823	3.24
2010	21,693	5.19	23,336	4.57	17,742	4.94	16,516	4.38
03-10 평균증가율		4.04		4.38		3.07		4.12
03-06 평균증가율		3.74		5.21		1.36		4.43
07-10 평균증가율		3.71		2.73		4.45		3.65

□ 치과의 총진료비 증가에서 의료급여는 9.63%, 건강보험은 5.59%를 보여 의료급여

의 증가율이 약간 높았으나, 최근에는 의료급여의 증가율이 더 낮은 것으로 나타났다.

<표 3-78> 연도별 총진료비 분석 - 치과

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	24,993		13,878		11,115		942,436	
2004	28,477	13.94	16,094	15.97	12,383	11.41	985,587	4.58
2005	34,067	19.63	18,531	15.14	15,536	25.46	1,027,483	4.25
2006	40,270	18.21	20,835	12.43	19,435	25.10	1,072,280	4.36
2007	41,819	3.85	21,663	3.97	20,156	3.71	1,109,362	3.46
2008	43,774	4.68	23,001	6.18	20,773	3.06	1,142,308	2.97
2009	44,797	2.34	25,610	11.34	19,187	-7.63	1,240,233	8.57
2010	47,578	6.21	28,427	11.00	19,151	-0.19	1,378,979	11.19
03-10 평균증가율		9.63		10.79		8.08		5.59
03-06 평균증가율		17.24		14.51		20.47		4.40
07-10 평균증가율		4.39		9.48		-1.69		7.52

<표 3-79> 연도별 총진료비 분석(입원) - 치과

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	45		29		16		693	
2004	82	83.76	67	132.83	15	-4.22	752	8.37
2005	86	4.74	61	-9.04	25	64.81	1,961	160.88
2006	102	18.4	67	11.15	34	35.85	1,544	-21.24
2007	134	31.54	98	45.52	36	4.03	3,011	95
2008	150	11.93	106	7.58	44	23.89	2,920	-3.05
2009	113	-24.87	82	-22.53	31	-30.45	2,921	0.05
2010	190	68.45	133	62.75	56	83.65	3,348	14.62
03-10 평균증가율		22.95		24.54		19.75		25.22
03-06 평균증가율		31.6		33.03		28.96		30.58
07-10 평균증가율		12.31		10.69		16.53		3.6



&lt;표 3-80&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 치과

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	24,948		13,849		11,099		941,742	
2004	28,395	13.82	16,027	15.73	12,368	11.43	984,836	4.58
2005	33,981	19.67	18,470	15.24	15,510	25.41	1,025,523	4.13
2006	40,169	18.21	20,768	12.44	19,401	25.08	1,070,736	4.41
2007	41,685	3.77	21,564	3.84	20,121	3.71	1,106,351	3.33
2008	43,625	4.65	22,896	6.17	20,729	3.02	1,139,388	2.99
2009	44,684	2.43	25,528	11.5	19,156	-7.59	1,237,312	8.59
2010	47,388	6.05	28,294	10.84	19,094	-0.32	1,375,631	11.18
03-10 평균증가율		9.6		10.75		8.06		5.56
03-06 평균증가율		17.21		14.46		20.46		4.37
07-10 평균증가율		4.37		9.48		-1.73		7.53

□ 치과의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 10.30%, 5.59%, 11.33%로 2006년까지 다소 높게 증가하고 있으며, 2007년 이후 2.01%, 4.56%, 2.20%로 약간의 감소가 있었으나, 2010년에 20.03%로 상당히 큰 폭으로 증가함.

- 건강보험은 평균증가율이 5%대로 안정적인 증가율을 유지하고 있음.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 0.9배 이고, 2종은 비슷한 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 9.04%로 건강보험 4.17%보다 높게 증가한 반면 의료급여 혁신 대책 이후에는 의료급여 진료비 증가율은 감소하고 있는 반면 건강보험은 증가하고 있는 것으로 보임.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 입원은 의료급여보다 건강보험 증가율이 더 높은 반면, 외래는 의료급여의 증가율이 더 높은 것으로 나타났음

&lt;표 3-81&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석 - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	15,351		14,859		16,012		20,008	
2004	16,932	10.30	16,466	10.81	17,579	9.79	20,805	3.98
2005	17,878	5.59	17,727	7.66	18,062	2.75	21,680	4.21
2006	19,903	11.33	18,903	6.63	21,100	16.82	22,617	4.32
2007	20,303	2.01	19,002	0.52	21,915	3.86	23,199	2.57
2008	21,230	4.56	19,811	4.26	23,057	5.21	23,719	2.24
2009	21,696	2.20	22,631	14.23	20,562	-10.82	25,512	7.56
2010	26,041	20.03	25,157	11.16	27,473	33.61	28,196	10.52
03-10 평균증가율		7.84		7.81		8.02		5.02
03-06 평균증가율		9.04		8.36		9.63		4.17
07-10 평균증가율		8.65		9.80		7.83		6.72

&lt;표 3-82&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	27		31		23		15	
2004	49	77.89	68	122.47	22	-5.61	16	7.76
2005	45	-7.55	58	-14.95	29	34.98	41	160.77
2006	50	11.51	61	5.42	37	26.86	33	-21.27
2007	65	29.22	86	40.70	39	4.18	63	93.33
2008	73	11.81	91	5.64	49	26.47	61	-3.73
2009	55	-24.97	72	-20.52	33	-32.85	60	-0.88
2010	104	90.37	118	62.98	81	145.85	68	13.93
03-10 평균증가율		20.94		21.19		19.67		24.55
03-06 평균증가율		22.40		25.88		17.35		30.30
07-10 평균증가율		16.89		11.02		27.81		2.83

&lt;표 3-83&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	15,323		14,828		15,989		19,993	
2004	16,883	10.18	16,397	10.58	17,557	9.81	20,789	3.98
2005	17,833	5.63	17,669	7.76	18,032	2.71	21,639	4.09
2006	19,853	11.33	18,842	6.64	21,063	16.81	22,585	4.37
2007	20,238	1.94	18,916	0.39	21,877	3.86	23,136	2.44
2008	21,157	4.54	19,720	4.25	23,008	5.17	23,659	2.26
2009	21,641	2.29	22,559	14.39	20,529	-10.78	25,452	7.58
2010	25,937	19.85	25,039	11.00	27,392	33.43	28,128	10.51
03-10 평균증가율		7.81		7.77		7.99		5.00
03-06 평균증가율		9.02		8.31		9.62		4.15
07-10 평균증가율		8.62		9.80		7.78		6.73

- 의료급여의 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 3.39% 증가하여 건강보험 0.85%보다 다소 높음.
  - 특히 최근 4년간 증가율은 8.72%로 건강보험 0.93%보다 훨씬 높은 것으로 나타남.
- 적용인구당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래의 방문일수 증가보다 상당히 높게 증가하는 경향이 있음.

&lt;표 3-84&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 치과

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구 당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.85		0.84		0.87		1.05	
2004	0.91	7.24	0.90	7.47	0.93	7.01	1.06	1.40
2005	0.93	1.96	0.94	4.35	0.92	-1.06	1.07	0.97
2006	1.00	6.95	0.97	2.89	1.03	11.96	1.08	0.64
2007	0.84	-15.97	0.95	-1.84	1.05	1.68	1.08	0.18
2008	1.00	19.75	0.96	0.28	1.07	1.81	1.07	-0.89
2009	0.97	-3.09	1.03	8.11	0.90	-15.60	1.10	2.40
2010	1.08	10.73	1.06	2.79	1.10	22.50	1.11	1.29
03-10 평균증가율		3.39		3.38		3.46		0.85
03-06 평균증가율		5.36		4.88		5.83		1.00
07-10 평균증가율		8.72		3.68		1.72		0.93

&lt;표 3-85&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 치과

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구 당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.00		0.00		0.00		0.00	
2004	0.00	44.59	0.00	80.82	0.00	-28.47	0.00	-2.92
2005	0.00	1.28	0.00	-7.45	0.00	58.78	0.00	140.98
2006	0.00	-11.94	0.00	-18.21	0.00	4.69	0.00	-24.94
2007	0.00	22.91	0.00	32.59	0.00	1.56	0.00	74.27
2008	0.00	13.51	0.00	19.16	0.00	-5.00	0.00	-5.11
2009	0.00	-20.00	0.00	-22.50	0.00	-7.29	0.00	-2.12
2010	0.00	105.49	0.00	83.98	0.00	136.52	0.00	12.45
03-10 평균증가율		16.76		17.45		14.09		18.05
03-06 평균증가율		8.85		11.03		5.94		20.64
07-10 평균증가율		23.12		19.32		27.71		1.46

&lt;표 3-86&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 치과

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구 당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.85		0.84		0.87		1.05	
2004	0.91	7.23	0.90	7.44	0.93	7.02	1.06	1.40
2005	0.93	1.96	0.94	4.35	0.92	-1.07	1.07	0.95
2006	1.00	6.96	0.97	2.90	1.03	11.96	1.08	0.65
2007	0.99	-0.28	0.95	-1.86	1.05	1.68	1.08	0.17
2008	1.00	0.89	0.95	0.27	1.07	1.82	1.07	-0.89
2009	0.97	-3.09	1.03	8.13	0.90	-15.60	1.10	2.41
2010	1.08	10.70	1.06	2.75	1.10	22.47	1.11	1.29
03-10 평균증가율		3.38		3.37		3.45		0.85
03-06 평균증가율		5.36		4.88		5.83		1.00
07-10 평균증가율		2.67		3.67		1.72		0.93

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균증가율이 의료급여는 4.31%, 건강보험은 4.13%로 나타나 거의 차이가 없는 것으로 보임.

— 이를 입원과 외래로 구분하면 입원일당 진료비가 의료급여는 3.58%, 건강보험은 5.50% 증가하고 있어 건강보험 입원의 진료강도가 상대적으로 약간 세지고 있는 것으로 나타났음.

• 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 비슷한 경향을 보임.

— 하지만 외래의 경우는 건강보험 증가율이 4.11%로 의료급여 4.28%와 큰 차이가 없는 것으로 나타났음.

&lt;표 3-87&gt; 연도별 내원일당진료비 분석 - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	17,994		17,666		18,421		19,065	
2004	18,507	2.85	18,216	3.11	18,899	2.60	19,551	2.55
2005	19,165	3.55	18,795	3.18	19,625	3.84	20,178	3.21
2006	19,949	4.09	19,478	3.64	20,479	4.35	20,916	3.66
2007	24,217	21.40	19,948	2.41	20,919	2.15	21,415	2.39
2008	21,146	-12.68	20,738	3.96	21,617	3.34	22,092	3.16
2009	22,301	5.46	21,912	5.66	22,841	5.66	23,204	5.03
2010	24,173	8.39	23,698	8.15	24,914	9.07	25,317	9.11
03-10 평균증가율		4.31		4.29		4.41		4.13
03-06 평균증가율		3.50		3.31		3.59		3.14
07-10 평균증가율		-0.06		5.91		6.00		5.74

&lt;표 3-88&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	113,054		110,265		118,426		125,361	
2004	139,090	23.03	135,669	23.04	156,262	31.95	139,155	11.00
2005	126,966	-8.72	124,676	-8.10	132,835	-14.99	150,581	8.21
2006	160,782	26.63	160,688	28.89	160,967	21.18	157,945	4.89
2007	169,040	5.14	170,508	6.11	165,126	2.58	175,219	10.94
2008	166,496	-1.51	151,158	-11.35	219,835	33.13	177,775	1.46
2009	156,148	-6.21	155,018	2.55	159,239	-27.56	180,029	1.27
2010	144,660	-7.36	137,327	-11.41	165,520	3.94	182,406	1.32
03-10 평균증가율		3.58		3.19		4.90		5.50
03-06 평균증가율		12.46		13.37		10.77		8.01
07-10 평균증가율		-5.06		-6.96		0.08		1.35

&lt;표 3-89&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 치과

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	17,967		17,635		18,399		19,053	
2004	18,461	2.75	18,151	2.92	18,879	2.61	19,538	2.54
2005	19,124	3.59	18,743	3.26	19,598	3.81	20,145	3.10
2006	19,905	4.08	19,423	3.63	20,447	4.33	20,890	3.70
2007	20,347	2.22	19,868	2.29	20,886	2.15	21,364	2.27
2008	21,083	3.62	20,656	3.97	21,575	3.30	22,042	3.17
2009	22,253	5.55	21,852	5.79	22,810	5.72	23,156	5.05
2010	24,093	8.27	23,606	8.03	24,851	8.95	25,264	9.11
03-10 평균증가율		4.28		4.25		4.39		4.11
03-06 평균증가율		3.47		3.27		3.58		3.11
07-10 평균증가율		5.79		5.91		5.96		5.75

□ 한방의 총진료비 증가에서 의료급여는 10.59%, 건강보험은 9.73%를 보여 의료급여의 증가율이 조금 높았고, 특히 의료급여는 최근 증가율이 상당히 낮아졌음.

&lt;표 3-90&gt; 연도별 총진료비 분석 - 한방

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	49,777		38,198		11,579		878,668	
2004	58,284	17.09	44,751	17.16	13,533	16.88	983,032	11.88
2005	72,058	23.63	53,365	19.25	18,693	38.12	1,085,794	10.45
2006	81,606	13.25	59,010	10.58	22,596	20.88	1,214,910	11.89
2007	77,901	-4.54	54,912	-6.94	22,989	1.74	1,304,429	7.37
2008	82,347	5.71	56,539	2.96	25,808	12.26	1,361,832	4.40
2009	94,238	14.44	67,068	18.62	27,169	5.27	1,578,399	15.9
2010	100,703	6.86	72,924	8.73	27,779	2.25	1,682,714	6.61
03-10 평균증가율		10.59		9.68		13.32		9.73
03-06 평균증가율		17.91		15.60		24.96		11.41
07-10 평균증가율		8.93		9.92		6.51		8.86

&lt;표 3-91&gt; 연도별 총진료비 분석(입원) - 한방

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	7,639		6,687		953		37,635	
2004	9,522	24.64	8,195	22.57	1,326	39.23	39,257	4.31
2005	12,385	30.06	10,041	22.52	2,343	76.67	39,451	0.49
2006	12,306	-0.64	9,667	-3.72	2,638	12.59	44,585	13.01
2007	10,084	-18.06	7,818	-19.13	2,266	-14.1	61,339	37.58
2008	8,481	-15.9	6,307	-19.32	2,174	-4.08	61,417	0.13
2009	7,709	-9.1	5,782	-8.32	1,926	-11.38	70,789	15.26
2010	8,220	6.63	6,062	4.84	2,157	11.98	83,569	18.05
03-10 평균증가율		1.05		-1.39		12.39		12.07
03-06 평균증가율		17.22		13.08		40.43		5.81
07-10 평균증가율		-6.59		-8.13		-1.63		10.86

&lt;표 3-92&gt; 연도별 총진료비 분석(외래) - 한방

(단위: 백만원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율	총진료비	증가율
2003	42,138		31,511		10,626		841,033	
2004	48,762	15.72	36,555	16.01	12,207	14.87	943,775	12.22
2005	59,674	22.38	43,324	18.52	16,349	33.94	1,046,343	10.87
2006	69,300	16.13	49,343	13.89	19,957	22.07	1,170,326	11.85
2007	67,817	-2.14	47,095	-4.56	20,722	3.83	1,243,090	6.22
2008	73,866	8.92	50,232	6.66	23,634	14.05	1,300,415	4.61
2009	86,529	17.14	61,286	22.01	25,243	6.81	1,507,610	15.93
2010	92,484	6.88	66,862	9.1	25,622	1.5	1,599,145	6.07
03-10 평균증가율		11.88		11.35		13.4		9.61
03-06 평균증가율		18.04		16.12		23.38		11.64
07-10 평균증가율		10.89		12.39		7.33		8.76

□ 한방의 의료급여 적용인구당 진료비 증가율은 2003년부터 13.35%, 9.12%, 6.66%로 2006년까지 매년 감소하였으며, 2007년에는 -6.23%로 큰 폭의 감소가



있었으나, 2008년 이후 5.59%, 14.28%, 20.76%로 매년 크게 증가하는 것으로 나타남.

- 건강보험은 평균증가율이 9%대로 다소 높은 증가율을 유지하고 있음.
- 2010년 기준으로 의료급여 1종의 적용인구당 진료비는 건강보험 대비 1.9배 이고, 2종은 1.2배 인 것으로 나타남.
- 2003년에서 2006년까지 의료급여 적용인구당 진료비 증가율이 9.67%였으나 혁신 대책 이후에는 13.38%로 오히려 증가율이 더 높아지는 것으로 나타남.

□ 이를 입원과 외래로 구분하여 살펴보면, 의료급여는 외래 증가율이 훨씬 높은 것으로 나타났으나, 건강보험은 큰 차이가 없는 것으로 보임.

- 입원에서 의료급여 1종의 증가율은 마이너스를 기록한 반면에 2종은 2%대의 증가율을 보여 종별 간에 상당한 차이가 있음.

<표 3-93> 연도별 적용인구당진료비 분석 - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율
2003	30,573		40,898		16,681		18,654	
2004	34,654	13.35	45,784	11.95	19,211	15.17	20,751	11.24
2005	37,816	9.12	51,051	11.50	21,732	13.12	22,911	10.41
2006	40,333	6.66	53,539	4.87	24,531	12.88	25,626	11.85
2007	37,821	-6.23	48,168	-10.03	24,995	1.89	27,278	6.45
2008	39,937	5.59	48,698	1.10	28,646	14.61	28,277	3.66
2009	45,641	14.28	59,268	21.70	29,116	1.64	32,468	14.82
2010	55,118	20.76	64,535	8.89	39,852	36.87	34,407	5.97
03-10 평균증가율		8.78		6.73		13.25		9.14
03-06 평균증가율		9.67		9.39		13.72		11.16
07-10 평균증가율		13.38		10.24		16.82		8.05

&lt;표 3-94&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(입원) - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구 당 진료비	증가율
2003	4,692		7,159		1,372		799	
2004	5,661	20.66	8,385	17.12	1,883	37.20	829	3.72
2005	6,499	14.80	9,606	14.56	2,724	44.69	832	0.45
2006	6,082	-6.42	8,771	-8.69	2,864	5.14	940	12.97
2007	4,896	-19.51	6,857	-21.82	2,464	-13.98	1,283	36.40
2008	4,113	-15.99	5,432	-20.78	2,413	-2.08	1,275	-0.58
2009	3,733	-9.23	5,110	-5.94	2,064	-14.44	1,456	14.18
2010	4,499	20.50	5,365	4.99	3,095	49.91	1,709	17.35
03-10 평균증가율		-0.60		-4.04		12.32		11.47
03-06 평균증가율		9.03		7.00		27.80		5.58
07-10 평균증가율		-2.78		-7.86		7.89		10.03

&lt;표 3-95&gt; 연도별 적용인구당진료비 분석(외래) - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구당 진료비	증가율	적용인구 당 진료비	증가율
2003	25,881		33,739		15,308		17,855	
2004	28,993	12.02	37,399	10.85	17,329	13.20	19,923	11.58
2005	31,317	8.02	41,445	10.82	19,008	9.69	22,078	10.82
2006	34,251	9.37	44,768	8.02	21,667	13.99	24,685	11.81
2007	32,925	-3.87	41,311	-7.72	22,531	3.99	25,995	5.31
2008	35,824	8.80	43,266	4.73	26,233	16.43	27,002	3.87
2009	41,908	16.98	54,158	25.18	27,052	3.12	31,012	14.85
2010	50,619	20.79	59,170	9.26	36,757	35.88	32,698	5.44
03-10 평균증가율		10.06		8.36		13.33		9.03
03-06 평균증가율		9.79		9.89		12.28		11.40
07-10 평균증가율		15.42		12.72		17.72		7.95

□ 의료급여 적용인구당 입내원일수 증가는 평균 4.57% 증가하여 건강보험 5.49%보다 약간 낮음.

— 그러나 최근 4년간 증가율은 7.24%로 건강보험 3.65%보다 다소 높음.

□ 적용인구당 입내원일수를 입원과 외래로 구분해보면, 입원의 입원일수 증가가 외래의 방문일수 증가보다 낮게 증가하는 경향이 있음.

— 입원일수 증가율은 건강보험이 4.07%인 반면 의료급여는 -2.38%로 상당히 낮으며, 외래도 3.31%로 건강보험 5.51%보다 조금 낮은 것으로 나타난다.

<표 3-96> 연도별 적용인구당내원일수 분석 - 한방

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	2.04		2.70		1.15		1.33	
2004	2.23	9.41	2.92	8.17	1.28	10.82	1.45	8.69
2005	2.34	4.83	3.13	7.26	1.38	7.83	1.56	7.66
2006	2.45	4.67	3.24	3.24	1.51	9.71	1.68	7.58
2007	2.26	-7.65	2.87	-11.33	1.51	0.08	1.74	3.70
2008	2.33	3.10	2.84	-0.91	1.68	10.86	1.75	0.64
2009	2.51	7.55	3.27	14.97	1.59	-5.23	1.92	9.91
2010	2.79	11.23	3.29	0.52	1.99	25.25	1.94	0.66
03-10 평균증가율		4.57		2.84		8.11		5.49
03-06 평균증가율		6.28		6.20		9.45		7.97
07-10 평균증가율		7.24		4.62		9.58		3.65

&lt;표 3-97&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(입원) - 한방

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	0.12		0.18		0.03		0.03	
2004	0.14	17.90	0.21	14.11	0.05	36.67	0.02	-5.35
2005	0.16	11.63	0.23	11.50	0.07	39.94	0.02	-1.86
2006	0.15	-5.00	0.21	-7.26	0.07	6.55	0.02	-2.92
2007	0.12	-19.44	0.17	-21.75	0.06	-13.93	0.03	17.36
2008	0.10	-16.89	0.13	-21.66	0.06	-3.01	0.03	-1.70
2009	0.08	-14.07	0.12	-11.00	0.05	-18.90	0.03	10.67
2010	0.10	17.47	0.12	1.76	0.07	48.53	0.03	14.81
03-10 평균증가율		-2.38		-5.86		10.79		4.07
03-06 평균증가율		7.73		5.67		26.78		-3.39
07-10 평균증가율		-5.69		-10.81		5.32		7.69

&lt;표 3-98&gt; 연도별 적용인구당내원일수 분석(외래) - 한방

(단위: 일)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율	적용인구당 내원일수	증가율
2003	1.92		2.52		1.12		1.31	
2004	2.09	8.89	2.72	7.74	1.23	10.03	1.42	8.97
2005	2.19	4.38	2.90	6.94	1.31	6.61	1.53	7.82
2006	2.30	5.36	3.02	4.07	1.44	9.86	1.65	7.74
2007	2.14	-6.89	2.70	-10.60	1.45	0.76	1.71	3.51
2008	2.23	4.21	2.71	0.37	1.62	11.43	1.72	0.68
2009	2.42	8.50	3.15	16.22	1.54	-4.74	1.89	9.90
2010	2.69	11.02	3.17	0.48	1.92	24.54	1.90	0.44
03-10 평균증가율		4.92		3.31		8.03		5.51
03-06 평균증가율		6.19		6.24		8.83		8.18
07-10 평균증가율		7.87		5.44		9.75		3.58

□ 입내원일당 진료비의 경우 8년 평균이 의료급여는 4.03%, 건강보험은 3.46%로

거의 차이가 없는 것으로 나타남.

- － 이를 입원과 외래로 구분하면 의료급여의 경우 입원일당 진료비가 1.82% 증가한 반면 건강보험은 7.12% 증가하고 있어 건강보험 입원의 진료강도가 상대적으로 상당히 세지고 있는 것으로 나타났다.

- 이러한 현상은 1종과 2종 구분 없이 비슷한 경향을 보임.

- － 하지만 최근에는 건강보험의 증가율이 2%대로 안정화 되었음.

□ 의료급여 1종 대상자가 건강보험보다 적용인구당 진료비 절대규모가 1.9배 더 많은 부분을 세분화해보면 적용인구당 입내원일수가 1.7배가 많고 입내원일당 진료비가 1.1배 높아 둘을 곱하면 1.9배 높은 것으로 나타남.

- － 즉, 의료급여 1종대상자의 진료비는 적용인구당 입내원일수 기여도가 조금 더 크다는 것을 알 수 있음.

<표 3-99> 연도별 내원일당진료비 분석 - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	14,979		15,138		14,477		14,004	
2004	15,518	3.60	15,667	3.49	15,045	3.93	14,333	2.35
2005	16,153	4.09	16,286	3.95	15,784	4.91	14,699	2.55
2006	16,459	1.90	16,545	1.59	16,240	2.89	15,282	3.97
2007	16,712	1.54	16,788	1.47	16,533	1.81	15,688	2.65
2008	17,116	2.42	17,128	2.02	17,091	3.38	16,159	3.01
2009	18,188	6.26	18,131	5.86	18,331	7.26	16,881	4.47
2010	19,747	8.57	19,640	8.32	20,032	9.28	17,772	5.27
03-10 평균증가율		4.03		3.79		4.75		3.46
03-06 평균증가율		3.19		3.01		3.90		2.95
07-10 평균증가율		5.72		5.37		6.61		4.25

&lt;표 3-100&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(입원) - 한방

(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	39,750		39,669		40,330		31,077	
2004	40,681	2.34	40,713	2.63	40,488	0.39	34,054	9.58
2005	41,836	2.84	41,830	2.74	41,862	3.39	34,856	2.36
2006	41,211	-1.49	41,185	-1.54	41,309	-1.32	40,563	16.37
2007	41,179	-0.08	41,148	-0.09	41,286	-0.05	47,146	16.23
2008	41,627	1.09	41,610	1.12	41,679	0.95	47,684	1.14
2009	43,975	5.64	43,975	5.68	43,975	5.51	49,195	3.17
2010	45,108	2.58	45,371	3.18	44,384	0.93	50,283	2.21
03-10 평균증가율		1.82		1.94		1.38		7.12
03-06 평균증가율		1.21		1.26		0.80		9.29
07-10 평균증가율		3.08		3.31		2.44		2.17

&lt;표 3-101&gt; 연도별 내원일당진료비 분석(외래) - 한방

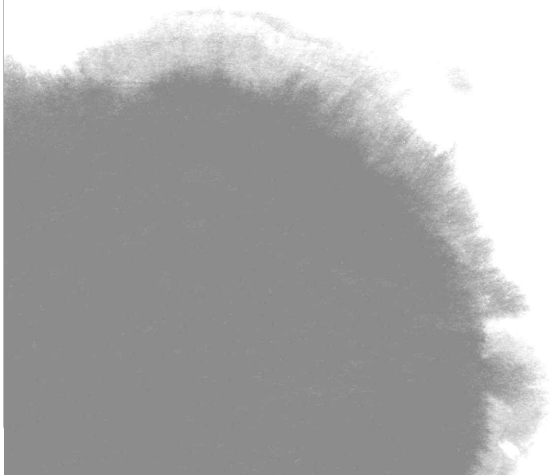
(단위: 원)

연도	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종		건강보험 전체	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
2003	13,459		13,382		13,690		13,668	
2004	13,846	2.87	13,768	2.88	14,083	2.87	13,996	2.40
2005	14,327	3.48	14,267	3.63	14,490	2.89	14,385	2.78
2006	14,873	3.81	14,809	3.80	15,034	3.75	14,928	3.77
2007	15,355	3.24	15,286	3.22	15,516	3.21	15,188	1.74
2008	16,032	4.41	15,949	4.34	16,212	4.48	15,670	3.17
2009	17,285	7.82	17,179	7.71	17,550	8.26	16,376	4.51
2010	18,807	8.80	18,679	8.74	19,147	9.10	17,191	4.97
03-10 평균증가율		4.90		4.88		4.91		3.33
03-06 평균증가율		3.39		3.43		3.17		2.98
07-10 평균증가율		6.99		6.91		7.26		4.22

# 4장

KI  
H  
S  
A

## 개인별 과다이용자 분석







## 제4장 개인별 과다이용자 분석

### 1. 외래 의료이용 과다이용자 실태분석

□ 외래이용 과다이용자의 기준은 윤영덕(2011년) 연구에서 건강보험 과다이용자 분석 시 사용한 기준인 100일 이상, 150일 이상, 365일 이상으로 하여 건강보험과 의료급여 간의 실태를 분석하였음.

<표 4-1> 연간 외래 방문일수 100일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계		443,846	100.0	492,869	100.0	528,124	100.0	
	증가율(%)				11.05		7.15		9.08
	적용인구대비비율(%)		0.92		1.01		1.08		
	성별	남자	153,950	34.7	171,508	34.8	185,275	35.1	
		여자	289,896	65.3	321,361	65.2	342,849	64.9	
의료급여 (전체)	계		77,459	100	80,570	100	81,225	100.00	
	증가율(%)				4.02		0.81		2.40
	적용인구대비비율(%)		4.21		4.80		4.85		
	성별	남자	26,442	34.14	27,580	34.23	28,118	34.62	
		여자	51,017	65.86	52,990	65.77	53,107	65.38	
의료급여 (1종)	계		59,283	100.00	66,264	100	66,543	100.00	
	증가율(%)				11.78		0.42		5.95
의료급여 (2종)	계		18,176	100.00	14,306	100	14,682	100.00	
	증가율(%)				-21.29		2.63		-10.12
차상위계층 (전체)	계		70,551	100.00	80,053	100.00	81,225	100.00	
	증가율(%)				13.47		1.46		7.30

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
	성별	남자	24,013	34.04	27,384	34.21	28,118	34.62	
		여자	46,538	65.96	52,669	65.79	53,107	65.38	
차상위제거 (1종)	계		59,152	100.00	66,264	100.00	66,543	100.00	
	증가율(%)				12.02		0.42		6.06
차상위제거 (2종)	계		11,399	100.00	13,789	100.00	14,682	100.00	
	증가율(%)				20.97		6.48		13.49

□ 건강보험은 2010년에 100일 이상자가 528,124명으로 전체 대상자 중 1.08%를 차지하고 있고 3개년 평균 증가도 9.08%증가하고 있음.

□ 의료급여는 2010년에 100일 이상 이용한 사람이 81,225명으로 대상자 중 4.85%로 건강보험에 비해 4배 이상 대상자가 많았으며, 3개년 증가율은 2.40%로 건강보험보다 훨씬 낮은 것으로 나타났음.

○ 그런데 차상위대상자를 제외할 경우 증가율은 7.30%로 나타났음.

□ 100일 이상 이용자들의 의료이용 특성을 살펴보면, 건강보험의 평균 방문일수가 143일인 반면 의료급여는 151일로 약 8일이 더 많은 것으로 나타났음.

□ 진료비 측면에서도 건강보험이 3,736,565원인 반면 의료급여가 5,175,103원으로 더 높게 나타났음.

○ 단, 2종의 경우는 진료비가 건강보험보다 더 낮은 반면 방문일수는 4일 더 긴 것으로 나타났음.

&lt;표 4-2&gt; 100일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

(단위: 일, 원)

구분		2008년	2009년	2010년
건강보험	외래방문일수	142	143	143
	외래진료비	3,436,658	3,580,335	3,736,565
의료급여	전체	입내원일수	150	151
		진료비	4,809,173	4,926,687
	1종	입내원일수	151	152
		진료비	5,305,787	5,286,551
	2종	입내원일수	147	147
		진료비	3,189,415	3,259,833
차상위제외	전체	입내원일수	150	151
		진료비	4,952,992	4,937,708
	1종	입내원일수	151	152
		진료비	5,287,368	5,286,551
	2종	입내원일수	145	147
		진료비	3,217,842	3,261,318

- 건강보험은 2010년에 150일 이상자가 166,345명으로 전체 대상자 중 0.34%를 차지하고 있고 3개년 평균 증가도 10.89% 증가하고 있어, 100일 이상자보다 증가율 9.08%보다 높게 나타났다.
- 의료급여는 2010년에 150일 이상 이용한 사람이 81,225명으로 대상자 중 4.85%로 건강보험에 비해 5배 이상 대상자가 많았으며, 3개년 증가율은 3.65%이고 차상위를 제외할 경우 8.02%로 건강보험보다 낮게 증가하였음.

&lt;표 4-3&gt; 연간 외래 방문일수 150일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율(%)
		실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계	135,289	100.0	153,427	100.0	166,345	100.0	
	증가율(%)			13.41		8.42		10.89
	적용인구대비비율(%)	0.28		0.32		0.34		
	성별	남자	51,935	38.4	59,099	38.5	64,477	38.8
		여자	83,354	61.6	94,328	61.5	101,868	61.2
의료급여 (전체)	계	30345	100	31971	100	32,585	100.00	
	증가율(%)			5.36		1.92		3.63
	적용인구대비비율(%)	1.65		1.91		1.95		
	성별	남자	12131	39.98	12755	39.9	13,239	40.63
		여자	18214	60.02	19216	60.1	19,346	59.37
의료급여 (1종)	계	24230	100.00	27145	100	27,545	100.00	
	증가율(%)			12.03		1.47		6.62
의료급여 (2종)	계	6115	100.00	4826	100.00	5,040	100.00	
	증가율(%)			-21.08		4.43		-9.21
차상위제거 (전체)	계	27,926	100.00	31,808	100.00	32585	100.00	
	증가율(%)			13.90		2.44		8.02
	성별	남자	11,152	39.93	12,692	39.90	13239	40.63
		여자	16,774	60.07	19,116	60.10	19346	59.37
차상위제거 (1종)	계	24,178	100.00	27,145	100	27545	100.00	
	증가율(%)			12.27		1.47		6.74
차상위제거 (2종)	계	3,748	100.00	4,663	100.00	5040	100.00	
	증가율(%)			24.41		8.08		15.96

□ 150일 이상 이용자들의 의료이용 특성을 살펴보면, 건강보험의 평균 방문일수가 195일인 반면 의료급여는 199일로 약 4일이 더 많은 것으로 나타났다.

□ 진료비 측면에서도 건강보험이 6,334,965원인 반면 의료급여가 8332,984원으로 더 높게 나타났다.

○ 단, 2종의 경우는 진료비가 건강보험보다 더 낮은 반면 방문일수는 6일 더 긴 것으로 나타났다.

&lt;표 4-4&gt; 150일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

(단위: 일, 원)

구분		2008년	2009년	2010년
건강보험	외래방문일수	194	194	195
	외래진료비	5,815,564	6,024,794	6,334,965
의료급여	전체	입내원일수	197	199
		진료비	8,004,678	7,964,404
	1종	입내원일수	196	198
		진료비	8,810,241	8,510,053
	2종	입내원일수	201	201
		진료비	4,812,728	4,895,265
차상위제외	전체	입내원일수	196	199
		진료비	8,294,692	7,982,211
	1종	입내원일수	196	198
		진료비	8,795,797	8,510,053
	2종	입내원일수	198	201
		진료비	5,062,114	4,909,450

- 선택병의원 대상자를 살펴보면, 2008년에 50,534명, 2009년 57,704명, 2010년 50,709명으로 나타났으며, 1종 당연적용자는 2008년 15,985명에서 2010년 25,350명으로 가장 많이 증가하였음.
- 이런 선택병의원 대상자가 전체 대상자 중 차지하는 비중은 2008년 2.74%, 2009년 3.44%, 그리고 2010년 3.03%로 나타났음.
- 그리고 전체 150일 이상 이용자 중 약 37%이상이 선택병의원 대상자였음.

&lt;표 4-5&gt; 외래 150일 이상 이용자 중 선택병의원대상자 분포

		2008년			2009년			2010년		
			빈도 (명)	%		빈도 (명)	%		빈도 (명)	%
계		50,534	11,692	23.14	57,704	11,912	20.64	50,709	12,099	23.86
선택 병의원 유형	1종 당연	15,985	6,141	38.42	24,440	6,198	25.36	21,348	7,106	33.29
	1종 자발	27,190	3,513	12.92	28,185	4,335	15.38	25,350	3,615	14.26
	2종 당연	5,340	1,812	33.93	3,862	1,189	30.79	3,084	1,256	40.73
	2종 자발	2,019	226	11.19	1,217	190	15.61	927	122	13.16
적용인구		1,841,339	30,345		1,677,237	31,971		1,674,396	32,585	
대상자 비율		2.74	38.53		3.44	37.26		3.03	37.13	

&lt;표 4-6&gt; 연간 외래 방문일수 365일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계		1,407	100.0	1,709	100.0	2,039	100.0	20.38
	증가율(%)				21.46		19.31		
	적용인구대비비율(%)		0.00		0.00		0.00		
	성별	남자	649	48.3	841	49.2	966	47.4	12.26
		여자	728	51.7	868	50.8	1,073	52.6	
의료급여 (전체)	계		438	100	510	100	552	100.00	12.26
	증가율(%)				16.44		8.24		
	적용인구대비비율(%)		0.02		0.03		0.03		
	성별	남자	222	50.68	247	48.43	287	51.99	
		여자	216	49.32	263	51.57	265	48.01	
의료급여 (1종)	계		347	100.00	430	100	474	100.00	16.88
	증가율(%)				23.92		10.23		
의료급여 (2종)	계		91	100.00	80	100	78	100.00	-7.42
	증가율(%)				-12.09		-2.50		
차상위계층 (전체)	계		398	100.00	508	100.00	552	100.00	17.77
	증가율(%)				27.64		8.66		
	성별	남자	200	50.25	245	48.23	287	51.99	
		여자	198	49.75	263	51.77	265	48.01	
차상위계층 (1종)	계		346	100.00	430	100.00	474	100.00	17.04
	증가율(%)				24.28		10.23		
차상위계층 (2종)	계		52	100.00	78	100.00	78	100.00	22.47
	증가율(%)				50.00		0.00		

&lt;표 4-7&gt; 365일 이상 외래이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

(단위: 일, 원)

구분		2008년	2009년	2010년
건강보험	외래방문일수	436	440	440
	외래진료비	6,801,984	7,462,640	7,060,014
의료급여	전체	입내원일수	436	446
		진료비	8,140,257	7,582,214
	1종	입내원일수	430	446
		진료비	8,226,308	7,675,633
	2종	입내원일수	458	447
		진료비	7,812,126	7,080,084
차상위제외	전체	입내원일수	434	446
		진료비	8,063,902	7,587,467
	1종	입내원일수	430	446
		진료비	8,232,064	7,675,633
	2종	입내원일수	458	447
		진료비	6,944,977	7,101,422

&lt;표 4-8&gt; 외래 365일 이상 이용자 중 선택병의원대상자 분포

		2008년			2009년			2010년		
			빈도 (명)	%		빈도 (명)	%		빈도 (명)	%
계		50,534	346	10000	57,704	404	10000	50,709	433	10000
선택병의원 원유형	1종 당연	15,985	200	57.80	24,440	198	49.01	21,348	263	60.74
	1종 자발	27,190	86	24.86	28,185	148	36.63	25,350	119	27.48
	2종 당연	5,340	54	15.61	3,862	52	12.87	3,084	49	11.32
	2종 자발	2,019	6	1.73	1,217	6	1.49	927	2	0.46
		1,841,339	438		1,677,237	510		1,674,396	552	
		2.74	79.00		3.44	79.22		3.03	78.44	

## 2. 투약일수 과다이용자 실태분석

□ 투약일수 과다이용자의 기준은 윤영덕(2011년) 연구에서 건강보험 과다이용자 분석 시 사용한 기준인 1,000일 이상, 1,500일 이상, 2,000일 이상으로 하여 건강보험과 의료급여 간의 실태를 분석하였음.

<표 4-9> 연간 투약일수 1,000일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계		87,679	100.0	104,178	100.0	145,832	100.0	
	증가율(%)				18.82		39.98		28.97
	적용인구대비비율(%)		0.18		0.21		0.30		
	성별	남자	41,257	47.1	49,459	47.5	69,019	47.3	
		여자	46,422	52.9	54,719	52.5	76,813	52.7	
의료급여 (전체)	계		13589	100	16356	100	20538	100.00	
	증가율(%)				20.36		25.57		22.94
	적용인구대비비율(%)		0.74		0.98		1.23		
	성별	남자	5172	38.06	6137	37.52	7930	38.61	
		여자	8417	61.94	10219	62.48	12608	61.39	
의료급여 (1종)	계		11044	100.00	14447	100	18170	100.00	
	증가율(%)				30.81		25.77		28.27
의료급여 (2종)	계		2545	100.00	1909	100	2368	100.00	
	증가율(%)				-24.99		24.04		-3.54
차상위제거 (전체)	계		12,318	100.00	16,256	100.00	20538	100.00	
	증가율(%)				31.97		26.34		29.12
	성별	남자	4,649	37.74	6,091	37.47	7930	38.61	
		여자	7,669	62.26	10,165	62.53	12608	61.39	
차상위제거 (1종)	계		11,027	100.00	14,447	100.00	18170	100.00	
	증가율(%)				31.01		25.77		28.37
차상위제거 (2종)	계		1,291	100.00	1,809	100.00	2368	100.00	
	증가율(%)				40.12		30.90		35.43



&lt;표 4-10&gt; 연간 투약일수 1,500일 이상 이용대상자 분포

구분			2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
			실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
건강보험	계		6,432	100.0	7,949	100.0	12,443	100.0	
	증가율(%)				23.59		56.54		39.09
	적용인구대비비율(%)		0.01		0.02		0.03		
	성별	남자	3,466	53.9	4,332	54.5	6,638	53.3	
		여자	2,966	46.1	3,617	45.5	5,805	46.7	
의료급여 (전체)	계		1285	100	1695	100	2343	100.00	
	증가율(%)				31.91		38.23		35.03
	적용인구대비비율(%)		0.07		0.10		0.14		
	성별	남자	650	50.58	856	50.5	1157	49.38	
		여자	635	49.42	839	49.5	1186	50.62	
의료급여 (1종)	계		1078	100.00	1519	100	2095	100.00	
	증가율(%)				40.91		37.92		39.41
의료급여 (2종)	계		207	100.00	176	100	248	100.00	
	증가율(%)				-14.98		40.91		9.46
차상위제거 (전체)	계		1,170	100.00	1,686	100.00	2343	100.00	
	증가율(%)				44.10		38.97		41.51
	성별	남자	584	49.91	851	50.47	1157	49.38	
		여자	586	50.09	835	49.53	1186	50.62	
차상위제거 (1종)	계		1,075	100.00	1,519	100.00	2095	100.00	
	증가율(%)				41.30		37.92		39.60
차상위제거 (2종)	계		95	100.00	167	100.00	248	100.00	
	증가율(%)				75.79		48.50		61.57

&lt;표 4-11&gt; 연간 투약일수 2,000일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
		실인 원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인 원 (명)	%	
건강보험	계	824	100.0	1,010	100.0	1,644	100.0	
	증가율(%)			22.57		62.77		41.25
	적용안구대비비율(%)	0.00		0.00		0.00		
	성별	남자	445	54.0	503	49.8	857	52.1
		여자	379	46.0	507	50.2	787	47.9
의료급여 (전체)	계	201	100	264	100	361	100.00	
	증가율(%)			31.34		36.74		34.02
	적용안구대비비율(%)	0.01		0.02		0.02		
	성별	남자	117	58.21	153	57.95	215	59.56
		여자	84	41.79	111	42.05	146	40.44
의료급여 (1종)	계	171	100.00	239	100	321	100.00	
	증가율(%)			39.77		34.31		37.01
의료급여 (2종)	계	30	100.00	25	100	40	100.00	
	증가율(%)			-16.67		60.00		15.47
차상위제거 (전체)	계	185	100.00	263	100.00	361	100.00	
	증가율(%)			42.16		37.26		39.69
	성별	남자	108	58.38	152	57.79	215	59.56
		여자	77	41.62	111	42.21	146	40.44
차상위제거 (1종)	계	169	100.00	239	100.00	321	100.00	
	증가율(%)			41.42		34.31		37.82
차상위제거 (2종)	계	16	100.00	24	100.00	40	100.00	
	증가율(%)			50.00		66.67		58.11

### 3. 장기입원 이용자 실태분석

□ 장기입원 이용자 실태는 연간 입원일수가 100일 이상, 200일 이상, 300일 이상으로 구분하여 실태를 분석하였음.

&lt;표 4-12&gt; 연간 입원 100일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
		실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
전체	계	95,355	100	93,336	100	97,914	100.00	
	증가율(%)			-2.12		4.90		1.33
	적용인구대비비율(%)	5.18		5.56		5.85		
	성별	남자	55,160	57.85	53,576	57.4	55,458	56.64
		여자	40,195	42.15	39,760	42.6	42,456	43.36
1종	계	80,240	100.00	84,205	100	89,266	100	
	증가율(%)			4.94		6.01		5.47
2종	계	15,115	100.00	9,131	100	8,648	100	
	증가율(%)			-39.59		-5.29		-24.36
차상위제거 (전체)	계	87,159	100.00	92,387	100.00	97,914	100.00	
	증가율(%)			6.00		5.98		5.99
	성별	남자	50,342	57.76	52,953	57.32	55,458	56.64
		여자	36,817	42.24	39,434	42.68	42,456	43.36
1종	계	80,048	100.00	84,205	100.00	89,266	100	
	증가율(%)			5.19		6.01		5.60
2종	계	7,111	100.00	8,182	100.00	8,648	100	
	증가율(%)			15.06		5.70		10.28
정신질환자제거 (전체)	계	40,729	100.00	39,387	100.00	41,534	100.00	
	증가율(%)			-3.29		5.45		0.98
	성별	남자	20,241	49.70	19,568	49.68	20,609	49.62
		여자	20,488	50.30	19,819	50.32	20,925	50.38
1종	계	33,683	100.00	35,384	100.00	37,629	100.00	
	증가율(%)			5.05		6.34		5.70
2종	계	7,046	100.00	4,003	100.00	3,905	100.00	
	증가율(%)			-43.19		-2.45		-25.55

&lt;표 4-13&gt; 입원일수 100일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

구분		정신질환 포함			정신질환제외		
		2008년	2009년	2010년	2008년	2009년	2010년
의료급여 전체	입내원일수	269	271	276	225	230	237
	진료비	12,972,074	14,795,715	16,079,120	16,258,136	17,340,139	18,997,427
	급여비	12,711,324	14,672,337	15,974,366	15,914,794	17,193,950	18,870,948
1종	입내원일수	272	275	279	225	233	239
	진료비	12,964,878	14,929,606	16,183,249	16,108,963	17,374,058	19,022,051
	급여비	12,949,180	14,918,997	16,178,519	16,089,544	17,360,728	19,016,397
2종	입내원일수	251	233	239	224	208	213
	진료비	13,010,274	13,560,991	15,004,286	16,971,253	17,040,316	18,760,139
	급여비	11,448,629	12,397,661	13,867,068	15,079,412	15,719,739	17,469,379

&lt;표 4-14&gt; 연간 입원 200일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
		실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	실인원 (명)	%	
전체	계	63,723	100	63,230	100	68,044	100.00	
	증가율(%)			-0.77		7.61		3.33
	적용인구대비비율(%)	3.46		3.77		4.06		
	성별							
	남자	37,555	58.93	36,920	58.39	39,000	57.32	
	여자	26,168	41.07	26,310	41.61	29,044	42.68	
1종	계	54,698	100.00	58,396	100	63,269	100	
	증가율(%)			6.76		8.34		7.55
2종	계	9,025	100.00	4,834	100	4,775	100	
	증가율(%)			-46.44		-1.22		-27.26
차상위제거 (전체)	계	58,434	100.00	62,803	100.00	68,044	100.00	
	증가율(%)			7.48		8.35		7.91
	성별							
	남자	34,499	59.04	36,625	58.32	39,000	57.32	
	여자	23,935	40.96	26,178	41.68	29,044	42.68	
1종	계	54,613	100.00	58,396	100.00	63,269	100	
	증가율(%)			6.93		8.34		7.63
2종	계	3,821	100.00	4,407	100.00	4,775	100	
	증가율(%)			15.34		8.35		11.79
정신질환자제거 (전체)	계	20,058	100.00	20,360	100.00	22,411	100.00	
	증가율(%)			1.51		10.07		5.70
	성별							
	남자	9,921	49.46	10,077	49.49	11,048	49.30	
	여자	10,137	50.54	10,283	50.51	11,363	50.70	
1종	계	16,619	100.00	18,697	100.00	20,704	100.00	
	증가율(%)			12.50		10.73		11.62
2종	계	3,439	100.00	1,663	100.00	1,707	100.00	
	증가율(%)			-51.64		2.65		-29.55

&lt;표 4-15&gt; 입원일수 200일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

구분		정신질환 포함			정신질환제외		
		2008년	2009년	2010년	2008년	2009년	2010년
의료급여 전체	입내원일수	332	332	334	313	315	320
	진료비	14,440,766	16,684,020	18,064,153	20,075,896	21,186,305	23,155,659
	급여비	14,156,213	16,559,971	17,958,191	19,627,835	21,021,869	23,011,175
1종	입내원일수	333	333	335	313	316	320
	진료비	14,305,340	16,680,894	18,047,328	19,808,316	21,048,544	23,013,212
	급여비	14,287,638	16,669,660	18,042,300	19,781,165	21,031,635	23,005,924
2종	입내원일수	324	315	319	313	307	311
	진료비	15,261,544	16,721,791	18,287,081	21,368,976	22,735,153	24,883,383
	급여비	13,359,683	15,234,894	16,843,739	18,886,868	20,912,071	23,074,860

&lt;표 4-16&gt; 연간 입원 300일 이상 이용대상자 분포

구분		2008년		2009년		2010년		평균 증가율 (%)
		실인원 (명)	%	실인 원(명)	%	실인원 (명)	%	
전체	계	46,945	100	47,287	100	51,918	100.00	
	증가율(%)			0.73		9.79		5.16
	적용인구대비비율(%)	2.55		2.82		3.10		
	성별							
	남자	27,600	58.79	27,486	58.13	29,587	56.99	
	여자	19,345	41.21	19,801	41.87	22,331	43.01	
1종	계	40,840	100.00	44,269	100	48,800	100.00	
	증가율(%)			8.40		10.24		9.31
2종	계	6,105	100.00	3,018	100	3,118	100.00	
	증가율(%)			-50.57		3.31		-28.53
차상위제거 (전체)	계	43,310	100.00	47,094	100.00	51,918	100.00	
	증가율(%)			8.74		10.24		9.49
	성별							
	남자	25,531	58.95	27,357	58.09	29,587	56.99	
	여자	17,779	41.05	19,737	41.91	22,331	43.01	
1종	계	40,789	100.00	44,269	100.00	48,800	100.00	
	증가율(%)			8.53		10.24		9.38
2종	계	2,521	100.00	2,825	100.00	3,118	100.00	
	증가율(%)			12.06		10.37		11.21
정신질환자 제거(전체)	계	12,095	100.00	12,874	100.00	14,771	100.00	
	증가율(%)			6.44		14.74		10.51
	성별							
	남자	5,907	48.84	6,296	48.90	7,248	49.07	
	여자	6,188	51.16	6,578	51.10	7,523	50.93	
1종	계	10,031	100.00	11,929	100.00	13,761	100.00	
	증가율(%)			18.92		15.36		17.13
2종	계	2,064	100.00	945	100.00	1,010	100.00	
	증가율(%)			-54.22		6.88		-30.05

&lt;표 4-17&gt; 입원일수 300일 이상 이용자의 의료이용 특성(연간 1인당 평균)

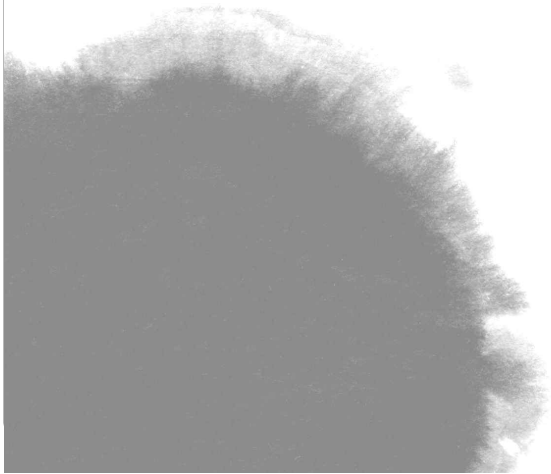
구분		정신질환 포함			정신질환제외		
		2008년	2009년	2010년	2008년	2009년	2010년
의료급여 전체	입내원일수	362	361	361	358	356	358
	진료비	14,899,826	17,347,389	18,772,694	21,599,755	22,637,231	24,667,746
	급여비	14,616,057	17,228,791	18,671,059	21,103,826	22,461,170	24,518,264
1종	입내원일수	362	361	361	358	356	358
	진료비	14,702,309	17,298,023	18,712,790	21,259,389	22,455,648	24,486,465
	급여비	14,684,929	17,286,888	18,707,935	21,229,749	22,435,053	24,478,363
2종	입내원일수	360	357	359	358	354	359
	진료비	16,221,133	18,071,511	19,710,248	23,253,927	24,929,404	27,137,646
	급여비	14,155,334	16,376,606	18,093,913	20,491,843	22,790,853	25,061,910



# 5장

K  
I  
H  
A  
S  
A

## 의료급여 공급자 유인수요 (supplier-induced demand, SID) 분석







## 제5장 의료급여 공급자 유인수요 (supplier-induced demand, SID) 분석

### 1. 공급자 유인 수요의 선행연구

- 의료 공급이 수요를 유인할 수 있는지에 관한 질문에 대하여 많은 연구들이 개인 또는 의료 시장을 단위로 분석해 왔음.
- Fuchs(1978)는 1963년과 1970년 미국 22개 대도시에서 외과의사 공급의 변화가 준 영향을 연구했는데, 외과의 수가 10% 증가할 때, 외과적 수술량이 3%만큼 증가한다는 결과를 발표함.
- 후에 Cromwell과 Mitchell(1986)은 유사하지만 좀 더 향상된 데이터를 이용해서 Fuchs와 유사한 결과를 보고하였으며, 특히, 인구 당 외과의 수가 많은 지역이 적은 지역과 비교해 공급효과가 큰 것으로 나타남.
- Rice(1983)는 의료수가가 10%만큼 감소할 경우 수술 횟수는 2.7%만큼 수술 강도는 1.5%만큼 증가한 결과를 확인하고 이러한 결과를 유인 수요에 의한 것이라고 설명하였음.
- Birch(1988)와 Grytten et al.(1990)은 인구 당 치과의 수가 치과 방문수의 증가와 유효한 상관관계가 있음을 보고함.
- Delattre와 Dormont(2003)는 1979-1993년간의 프랑스 외과 서비스 자료를 분석하여 의사수의 증가가 환자들의 서비스 이용량의 증가와 유효한 상관관계가 있음을 확인하였음.
  - 이와 유사하게, 벨기에에서는 의사밀도의 증가가 의사당 총 방문수의 증가

와 유효한 상관관계가 있음이 보고되었음(Roberfroid, 2008).

- Peacock과 Richardson(2007)은 호주의 횡단면 데이터를 분석하여 인구 당 일반의 공급의 증가가 일반의 이용 빈도의 증가와 상관관계가 있음을 밝힘.
- 이러한 세계 각국에서의 주요 선행연구들의 결과는 공급자 유인 수요의 실증적 증거로써 고려되어 왔음.
  - 하지만, 선행 연구들이 주로 인구 당 의사 수의 ‘횡단면적’인 변화를 이용해 유인 수요 효과를 추정했다는 비판을 받는 것도 사실임(Feldman과Sloan, 1988; Phelp, 1986).
    - 예를 들어, Dranove와 Wehner(1994)는 횡단면 데이터를 이용한 흥미로운 연구를 실시하였음.
    - 이것은 유인 수요가 존재할 수 없는 상황에서 유인 수요의 여부를 살펴본 것으로써, 인구 당 산과의의 수가 출생률과 상관관계가 있는지를 연구하였음.
    - 이들은 산과의 공급이 출생을 유인한다는 결과를 찾음으로써 기존의 연구 결과에 대한 회의적 입장을 보였음에도 불구하고, McGuire(2000)의 결론처럼 선행연구들이 대체로 공급자 유인 수요의 가능성을 지지하고 있는 것 또한 사실임.
  - 이러한 결론에 확증을 더하는 한 예로써, Gruber와 Owings(1996)은 출산율이 저조한 지역의 산과의들이 출산율 감소로 인한 수입 감소의 약 10% 만큼을 자연분만이 아닌 C-섹션의 양의 증가를 통해 대체했다는 결과를 확인함으로써, 소득 효과(income effect)를 통한 유인 수요의 가능성을 지지하고 있음.
- 국내에서도 공급자 유인 수요에 관한 몇몇 연구가 이루어졌음.
  - 김참보(2002)는 의원을 대상으로 건강보험자료를 분석하였는데, 의원밀도의 증가 초진환자수의 증가를 통한 유인 수요를 야기한다고 주장하였음.
  - 박형근(2006)은 병원 경쟁률의 증가와 재원일당 평균 진료비의 증가 간의 유효한 상관관계가 있음을 발표하였음.
  - 이와 유사하게, 사공진 등(2001)은 의료 기관 종류별로 유인 수요의 여부가

다를 수 있음을 밝혔는데, 국공립 의료 기관과 의원에서 공급자 유인 수요의 증거를 보고하였음.

- 이렇듯 국내의 선행연구들도 공급자에 의한 의료 수인의 유인 가능성을 지지하고 있음.

## 2. 분석 방법

□ 이상에서와 같이 공급자 유인 수요의 가능성은 많은 국내, 국외의 선행연구들이 지지를 받고 있음.

- 하지만, 이러한 선행 연구들(특히 국내 연구들)에서 편만한 방법론적 한계점은 많은 실증연구들의 주요 관심의 대상이 되어왔음.
  - 특히, 주요 변수들이 분석 모델 내에 포함되지 않아 생길 수 있는 오류(생략 변수로 인한 오류, omitted variable bias)와 종속 변수인 의료 수요가 주 독립변수인 의료 공급에 직접 영향을 주는 경우인 역 상관관계(reverse causality)로 인한 기존 연구에 대한 비판이 있어 왔음.
  - 예를 들어, Fuchs(1973)는 횡단면 데이터를 분석할 때의 역 상관관계의 가능성을 통제하기 위해서 도구변수(instrumental variables) 방법론의 하나인 two-stage least-squares(2SLS)값을 추정하였음.
  - Cromwell과 Mitchell(1986)은 Fuchs(1973)과 같은 2SLS 도구변수 방법을 이용하는 횡단면 데이터를 분석하는 동시에, 추가적인 통제변수를 포함하여서 결과의 오류를 한층 제거하려 시도하였음.
  - 가장 최근에는 Peacock과 Richardson(2007)이 횡단면 데이터에 대해 도구 변수 방법론은 적용하여 공급자 유인 수요의 인과성을 밝히고자 시도함.

□ 본 연구는 국내의 공급자 유인 수요의 여부와 크기를 분석하기 위해, 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 지역을 포함한 총 16개 지역의 각 지역별로 2003년 ¼ 분기부터 2001년 4/4

분기 까지 총 32분기로 구성된 패널 데이터를 분석함.

- 우선 공급자 유인 수요에 대한 경제학적 접근법을 사용해서 계량 경제식을 도출했다. 특히, 기존 국외, 국내 선행연구들의 실증 방법론적 한계점을 극복하기 위해 패널 데이터의 장점을 이용한 고정 효과 모델(fixed-effects model)을 구축함과 동시에 도구 변수 방법을 적용하여 계량식을 추정하였음.

– 따라서 본 연구에 사용된 실증적 방법론은 많은 선행 연구들(특히 지역 및 시장 단위의 연구들)에 대한 지적의 대상인 방법론적 한계 즉 생략변수로 인한 오류 및 역 상관관계를 극복하여 공급자 유인 수요의 상관성이 아닌 ‘인과성’을 밝히려 시도하였음.

#### 가. 공급자 유인 수요 모델

- 전통적인 경제학 이론에서는 의료에 관한 수요 및 공급 모델을 다음과 같이 정의함.

$$(1) Q_D = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{의료수가} + \alpha_2 \cdot X1 + u_1$$

$$(2) Q_S = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{의료수가} + \beta_2 \cdot X2 + \beta_3 \cdot \text{공급자} + u_2$$

- 식 (1)은 의료 수요식이며, 식 (2)는 의료 공급 식으로서  $Q_D$ 와  $Q_S$ 는 각각 의료의 수요량과 공급량을 나타내고 있음.

○ 의료수가는 의료 서비스의 가격으로 의료 보험의 환경 하에서는 본인 부담액을 나타냄.

○  $X1$ 은 수가 이외에 의료 수요량에 영향을 줄 수 있는 요소들, 예를 들어, 성, 나이, 질병 등을 포함함.

○ 마찬가지로, 식 (2)에서  $X2$ 는 수가 외에 공급량에 영향을 줄 수 있는 요소들, 예를 들어, 자재비 등을 포함하고 있음.

- 공급자 유인 수요의 개념은 의료 수요량이 의료 이용 시 본인 부담액과 같은 수요 결정 요소가 아니라, 식 (2)에서 의료의 공급 결정 요인 중 하나인 공급자 요소가

식 (1)에서 의료 수요에 직접적인 영향을 주는 것과 관련이 됨.

- 예를 들어, 주어진 지역 내에서 인구 당 공급자 수의 증가가 의료 공급자들 간의 경쟁을 고조시킴으로 인해 의료 이용량이 필요 이상으로 증가하는 경우를 생각해 볼 수 있음.
- 이러한, 공급자 유인 수요 하에서의 의료 수요식 (1)은 다음과 같은 정의할 수 있음.

$$(3) Q_D^{SID} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{의료수가} + \alpha_2 \cdot X1 + \alpha_3 \cdot \text{공급자} + u_3$$

- 이 식에서는 공급자 요소(SID)가 의료 수요식에 직접 포함되어 있으며,  $\alpha_3$ 는 공급자 유인 수요의 정도를 측정하게 됨.

나. 공급자 유인 수요 측정을 위한 계량 경제적 접근 방식

- 식 (3)에 근거하여 공급자 유인 수요 모델을 다음과 같이 발전시킴.

$$(4) \ln \left( \frac{SID}{\text{방문}_{it}} \right) = \beta_0 \cdot \text{의료수가}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_1^j \cdot \text{인구, 사회/학적 요소}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_2^j \cdot \text{질병구성}_{it} \\ + \beta_3 \cdot \ln \left( \text{의료 급여 인구당 의료기관 수}_{it} \right) + \beta_4 \cdot \text{의료 인력}_{it} + \mu_i + \tau_t + Q_t + \varepsilon_{it}$$

- 이 식에서는 지역을  $t$ 는 분기단위의 시간을 나타냄.
- $\varepsilon_{it}$ 은 연구자가 관측하지 못하지만 독립변수들과 상관관계가 없는 의료수요 결정 요인들을 포함함.
- 종속변수인 “방문”은 의료 기관 사용 빈도로써 의료 급여 적용인구 당 의료 기관의 이용량을 측정하며, 의료기관은 종합 병원, 병원, 의원, 치의원, 한의원, 약국을 포함하여 여섯 종류를 분석하였음.
- 종합 병원과 병원에 대해서는 입내원수, 외래 방문수를 별도로 분석 했으며, 이외의 의료 기관에 대해서는 의원 방문일, 치의원 방문일, 한의원 방문일, 약국 방문일 수를 분석하였음.

- 또한, 이중 로그 모델(double log-model)을 이용하여 탄력성, 즉 의료기관 수가 1% 증가할 때의 수요량의 변화 %를 계산하였음.
- 식 (4)에서는 진료비의 본인부담 정책의 변화를 “의료수가”의 척도로 포함되어 있음.
  - 의료 급여 1종 대상자의 경우 과거에는 본인 부담 책임이 없었으나, 2007년 7월 1일 부터 시행된 본인 부담제의 영향으로 대상자가 의료 이용 시 직면하는 의료의 가격이 변동되었음을 고려해서, 본인부담제 시행 기간은 1 이전 기간은 0의 값을 취하는 본인 부담 변수가 포함되었음.
- 또한, 의료 수요 요소(demand shifter)들을 통제하고 있는데, 의료 수요에 영향을 줄 수 있는 의료 급여 대상자들의 분기별 “인구, 사회학적 요소” 및 “질병구상”의 변화를 보여주는 변수들을 포함하고 있음.
  - 인구 사회학적 요소들로는 10년 단위의 연령 카테고리별 비율(%)과 여성 비율(%)을 포함시켰다. 질병구성 변수들은 장애인 비율(%), 암환자 비율(%), 정신질환자 비율(%), 희귀 난치성 질환 비율 (%)을 포함하고 있다.
- “의료 급여 대상 인구 당 의료 기관 수”는 식 (4)의 주요 설명 변수이며, 이 변수는 6가지 각각 다른 의료 기관 종류 별로 의료 급여 적용 인구 10만명 당 종합 병원 수, 병원 수, 의원 수, 치의원 수, 한의원 수, 약국 수를 나타냄.
  - 따라서  $\beta_3$ 는 의료 기관 종류별로 인구 당 의료기관의 수가 의료 수요량인 종속변수에 영향을 주었는지, 영향이 있었다면 그 크기는 어느 정도인지를 나타내 주게 되기에  $\beta_3$ 의 추정 값은 공급자 유인 수요를 측정하게 됨.
- 본 연구는 공급자 유인 수요의 여부를 알아보기 위해 의료 시설과 의료 수요와의 관계에 중점을 두고 있음.
  - 하지만, 의료 인력 공급의 변화가 의료 시설 공급의 변화와 중요한 상관성이 있을 것으로 기대되며 동시에 공급자 유인 수요에 기여할 수 있는 점을 고려해서 의료 급여 적용 인구 10만명 당 의료 인력의 수(의사, 치의원 의사, 한의사, 약사)를 통제변수로 포함시킴.

□ 위와 같은 공급자 유인 수요 분석을 위한 계량 모델을 추정함에 있어 고려되어야 하는 두 가지 주요 문제점이 있을 수 있음.

○ 첫째, 위의 식이 여러 수요 통제 변수들을 포함하고 있기는 하지만, 의료 공급 변수와 관련된 요소들의 불완전한의 문제점이 있을 수 있음.

– 예를 들어, (1) 인구, 사회학적 그리고 질병구성의 수요 변수들 외에 수요 요소, (2) 의료 급여 환자가 의료 이용 시 지불해야 하는 본인 부담액 변화에 대한 불완전한 통제, (3) 계절 변화에 따른 특정 의료에 대한 수요의 변화 등이 있을 수 있음.

○ 둘째, 역 인과관계의 경우로 종속 변수인 수요량이 의료 공급자 수에 영향을 주는 경우임.

– 이와 같은 두 가지 모두의 경우에 공급자 유인 수요의 정도인  $\beta_3$ 의 추정 값은 오류를 포함하게 됨.

○ 이번 분석에서는 위의 두 가지 오류 요소들을 제거하기 위해 아래와 같은 분석 방법을 적용하였음.

#### 다. 고정 효과 모델(fixed-effects model)

□ 위의 식 (4)에 이중 고정 효과(two-way fixed-effects)를 포함하여서 공급자 유인 수요 추정 값의 오류를 최소화 하였음.

○  $\mu_i$ 는 지역 고정 효과(fixed effects)로써 지역 간의 의료 이용의 차이에 기여할 수 있는 요소들(예를 들어, 지역 간의 질병률의 만성적인 차이)로 인해서 생기는 오류를 제거하였음.

○  $\tau_t$ 는 분기단위의 시간 고정 효과로써 의료장비나 기술의 변화와 같이 시간이 흐름에 따라 의료 급여 가입자 전체에 영향을 미칠 수 있는 요소들로 인한 오류를 제거하였음.

○ 또한, 분기 고정 효과인  $Q_t$ 를 계량식에 포함함으로써 계절의 변화에 따른 의료 수요의 변화에 기인한 오류를 제거하였음.

## 라. 도구 변수 모델 (instrumental variables model)

□ 위의 이중 고정 효과 모델은 공급자 유인 수요를 밝히는데 있어서 발생할 수 있는 오류는 상당히 통제함에도 불구하고 역 인과 관계가 있을 경우 오류를 제거할 수 없다는 단점이 있음.

○ 이러한 단점을 극복하기 위해 이중 고정 효과 모델과 더불어 도구 변수 (instrumental variables) 방법론을 적용하였음.

○ 도구 변수 모델은 위에서 설명한 두 가지 문제점을 동시에 통제할 수 있는 계량 경제 방법론 도구이며, 도구 변수 모델은 두 단계로 회귀식을 추정하는데, 반드시 추가적인 변수 (즉, 도구 변수)를 필요로 함.

□ 첫 번째 단계로, 다음과 같이 추가적인 공급자 식을 추정함.

$$(5) \text{ 의료 급여 인구당 의료기관 수}_{it} = \beta_0 \cdot \text{의료수가}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_1^j \cdot \text{인구, 사회/학적 요소}_{it} + \sum_{j=1}^J \beta_2^j \cdot \text{질병구성}_{it} + \beta_3 \cdot \text{의료인력}_{it} + \beta_4 \cdot \text{도구변수}_{it} + \mu_i + \tau_t + Q_t + \varepsilon_{it}.$$

○ 이 공급자 식 (5)은 세 가지 특성이 있음.

– 첫째, 이 식의 종속변수는 공급자 유인 수요식의 주요 설명변수인 “의료 급여 대상 인구 당 의료 기관 수”임.

– 둘째, 공급자 유인 수요식 (4)에 포함된 통제변수들과 고정 효과들을 통제하고 있음.

– 마지막으로, 의료 기관수가 도구 변수의 함수로 표현되고 있음.

□ 도구 변수 방법의 핵심은 “적합한” 도구 변수들을 찾는 데 있으며, 여러 진단 테스트를 거쳐, 도구 변수가 적합한 것으로 판단될 경우, 먼저 추가식 (5)를 추정함.

○ 그리고 나서 공급자 유인 수요식인 (4)에서의 의료 기관수를 식 (5)에서 추정한 의료 기관수의 추정 값으로 대체함.

○ 이러한 단계를 거칠 경우, 유인 수요식 (4)의 주요 설명변수의 추정 값은 생략 변수와 역상관관계로 인한 오류를 포함하지 않게 됨.



### 마. 도구 변수와 적합성 진단

- 식 (5)에 포함되는 도구 변수는 반드시 다음의 두 가지 조건을 만족시켜야 함.
  - 첫째, 도구 변수는 주요 설명변수인 의료기관 수와 통계적으로 유의한 상관관계가 있어야 함.
    - 다시 말해서, 식 (5)의  $\beta_4$ 는 통계적으로 유의해야 하는데, 일반적으로 F값이 10보다 커야함(Staiger and Stock, 1997).
  - 둘째, 도구 변수는 공급자 유인 수요식 (4)에 포함되지 않는 요소이어야 함.
    - 즉, 도구 변수는 의료 기관 수의 변화를 통해서만 수요에 영향을 주는 요소이어야 함.
- 이번 분석에서는 가능한 도구 변수들로서, 지역별 개인 당 소득, 인구 밀도와 저소득 층 비율을 고려하였으며, 도구 변수들이 위의 두 가지 조건을 만족시키는 지를 계량 분석을 통해 면밀히 검증하였음.
  - 우선, 첫 단계에서 도구 변수의 유효성 즉 첫 번째 조건을 측정하기 위해 개별 도구 변수의 t통계치와 F통계치를 이용하였고, R-2를 이용하여 식 (5)의 설명력을 측정하였고, 또한 F통계치와 Anderson canonical correlations likelihood-ratio(LR) statistic 도구 변수들의 joint significance를 확인하였음.
  - 다음으로, Hansen J테스트를 이용해서 도구변수가 위의 두 번째 조건을 만족하는지를 확인하였음(Hansen, 1982).
    - 도구 변수가 적합하기 위해서는 J 테스트가 통계적으로 유의하지 않아야 한다.
  - 적합성 진단 결과에 근거하여 선발된 도구 변수를 각각의 모델에 사용하였으며, 아래의 <표 5-1>은 도구 변수 추정 방식의 첫 단계인 공급자 식 (5)의 결과의 한 예를 보여줌.
    - 이러한 예로써 병원 외래 방문에 대한 유인 수요 모델의 결과를 보여준다. 따라서 이 모델의 종속 변수는  $\log(\text{병원 외래 방문 수})$ 이며,  $\log(\text{인구밀도})$

와  $\log(\text{저소득 인구 비율})$ 이 도구 변수로 포함되었음.

- <표 5-1>의 결과가 보여 주듯이, 도구 변수들은 식 (5)에서 개별적으로 통계적으로 유의한 것으로 확인되었음.

<표 5-1> 도구 변수 방법론 1단계 식 추정 결과: 종합병원 입내원일수 모델

(N=512; R<sup>2</sup>=0.9876)

종속변수: $\ln(\text{의료급여 대상자 10만명 당 종합병원 수})$	Coefficient (표준오차)
도구변수	
$\ln(\text{저소득인구})$	-1.32*** (0.16)
$\ln(\text{인구밀도})$	-0.59*** (0.17)
통제변수	
본인부담정책	1.18*** (0.27)
여성	6.95*** (1.40)
연령구성	
10세 미만	-7.19*** (1.57)
10세 이상 20세 미만	-5.85*** (1.83)
20세 이상 30세 미만	-15.34*** (2.93)
30세 이상 40세 미만	6.10* (2.87)
40세 이상 50세 미만	-11.89*** (3.67)
50세 이상 60세 미만	-9.08** (2.90)
60세 이상	-8.41*** (2.12)
질병구성	
암환자	10.23*** (2.29)
장애자	-5.24*** (1.16)
만성질환자	0.42 (1.55)
정신질환자	5.67* (2.27)
회귀 난치병자	-17.39** (6.69)

주) 지역, 시간, 계절 고정효과를 통제함.

\* 95% 레벨에서 통계적으로 유의함.

\*\* 99% 레벨에서 통계적으로 유의함.

\*\*\* 99.9% 레벨에서 통계적으로 유의함.

- 아래의 <표 5-2>는 도구 변수 적합성 결과를 보여 줌.

- 모든 경우에F 통계치는 일반적 기준이 10보다 큰 것으로 나타나서, 적합성의 첫 조건을 만족하고 있음을 알 수 있음.
- 또한, J통계치는 모든 경우에 유의하지 않기 때문에, 각 모델에 사용된 도구 변수들이 적합성의 두 번째 조건도 만족하고 있음을 확인하였음.

&lt;표 5-2&gt; 도구 변수의 타당성 검증 결과

종속 변수	도구 변수	F 통계치	J 통계치(p값)
종합 병원 입래원일 수	$\ln(\text{저소득인구}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 449) = 38.49$	$\chi^2 = 0.012$ (p = 0.914)
종합 병원 외래 방문일 수	$\ln(\text{저소득인구}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 449) = 39.49$	$\chi^2 = 0.770$ (p = 0.380)
병원 입래원일 수	$\ln(\text{평균소득}),$ $\ln(\text{저소득인구})$	$F(2, 449) = 14.59$	$\chi^2 = 0.015$ (p = 0.902)
병원 외래 방문일 수	$\ln(\text{평균소득}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 449) = 8.68$	$\chi^2 = 0.025$ (p = 0.874)
의원 방문일 수	$\ln(\text{평균소득}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 449) = 39.35$	$\chi^2 = 1.743$ (p = 0.187)
치과 방문일 수	$\ln(\text{평균소득}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 449) = 77.23$	$\chi^2 = 0.057$ (p = 0.812)
한의원 방문일 수	$\ln(\text{평균소득}),$ $\ln(\text{저소득인구}),$ $\ln(\text{인구밀도})$	$F(2, 448) = 8.79$	$\chi^2 = 3.145$ (p = 0.076)
약국 방문일 수	저소득 인구, 저소득 인구 <sup>2</sup>	$F(2, 449) = 33.76$	$\chi^2 = 0.058$ (p = 0.809)

노트 : 도구 변수가 타당하기 위해서 (1) F 통계치는 통계적으로 유효하며, 그 값이 일반적으로 10 이상이어야 하고, (2) J 통계치는 통계적으로 유효하지 않아야 한다.

#### 바. 데이터(data)

□ 공급자 유인 수요의 여부와 정도의 크기를 분석하기 위해, 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 지역을 포함한 총 16개 지역의 패널 데이터를 수집하였음.

○ 2003년 1/4분기부터 2011년 4/4분기까지 총 36분기의 시계열 정보를 의료기관 유형별과 종별로 데이터를 수집함.

□ <표 5-3>은 분석에 사용된 변수들의 평균과 분포를 보여줌.

&lt;표 5-3&gt; 변수

변수	정의	평균	표준 편차	최소치	최대치
종속변수: 의료 공급자 방문수					
종합병원 입내원일수	(분기별, 지역별) 평균 종합병원 입내원일수	0.98	1.22	0.44	27.9
종합병원 외래 방문수	평균 종합병원 외래 방문수	0.86	1.53	0.36	35.2
병원 입내원일수	평균 병원 입내원일수	2.46	1.58	0.92	29.2
병원 외래 방문수	평균 병원 외래 방문수	0.52	0.28	0.07	4.64
의원 방문수	평균 의원 방문수	5.14	6.11	3.24	142
치과 방문수	평균 치과 방문수	0.31	0.34	0.20	8.02
한의원 방문수	평균 한의원 방문수	0.74	0.96	0.42	22.3
약국방문수	평균 약국 방문수	4.46	5.29	2.86	123
독립변수					
의료기관수					
종합병원	의료 급여 대상자 10만 명당 해당 의료기관수	1.27	5.40	0.16	120
병원		5.43	6.88	0.71	100
의원		93.5	268	18.5	5953
치의원		44.3	124. 2	10.4	2735
한의원		37.2	98.6	7.44	2172
약국		72.2	204	14.5	4565
본인부담정책	2007년 7월 이후 관측치일 경우 1의 값을 위하며, 이전 관측치는 0의 값을 취함	0.44	0.50	0.00	1.00
여 (%)	여성 대상자 비율	0.60	0.65	0.55	15.3
연령 구성					
10세 미만	연령대 내 의료 급여 대상자의 비율	0.09	0.10	0.05	2.23
10세 이상 20세 미만		0.21	0.13	0.16	3.12
20세 이상 30세 미만		0.07	0.03	0.04	0.72
30세 이상 40세 미만		0.07	0.04	0.05	0.99
40세 이상 50세 미만		0.15	0.07	0.09	1.66
50세 이상 60세 미만		0.11	0.04	0.07	1.03
60세 이상		0.21	0.19	0.12	4.47
질병구성 (%)					
암환자	해당 질병을 가진 의료 급여 대상자 비율	0.05	0.01	0.03	0.06

장애자		0.18	0.05	0.08	0.30
만성질환자		0.37	0.04	0.21	0.46
정신질환자		0.15	0.03	0.08	0.22
희귀 난치병자		0.01	0.00	0.01	0.02
의료인력					
의사	의료 급여 대상자 10만 명당 해당 의료 종사자 수	139	32.6	89.0	240
치과의사		35.7	8.13	22.0	62.9
한의사		27.8	5.39	18.3	42.1
약사		61.2	8.52	47.3	83.2
도구변수					
인구밀도	인구밀도척도	223 8	386 8	90	16342
평균소득	인구 당 평균소득	11,2 14	1,77 5	7,995	16,27 4
저소득인구(%)	저소득 인구 비율	3.61	1.32	1.46	6.74

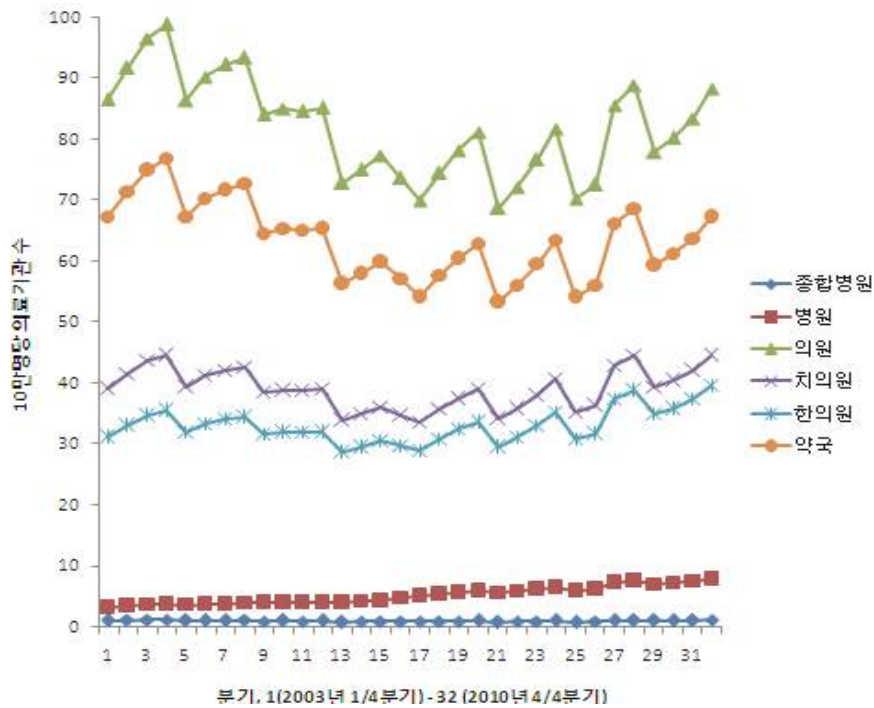
### 3. 분석 결과

#### 가. 의료 기관수와 의료 수요량 변화의 시계열적 비교

□ [그림 5-1]은 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기까지 의료 급여 대상자 10만명 당 종합병원, 병원(일반병원과 요양병원 포함), 의원, 치의원, 한의원, 약국의 시계열 변화를 보여줌.

- 해당 인구 10만명 당 병원의 수는 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있으며, 2003년 1/4분기에 3.4에서 2010년 4/4분기에는 8.0으로 두 배 이상 증가하였음.
- 이외의 의료 기관의 수는 대체적으로 기준 시점에서 2005년까지는 감소하는 양상을 보이나, 그 이후에는 증가하는 양상을 보이고 있음.

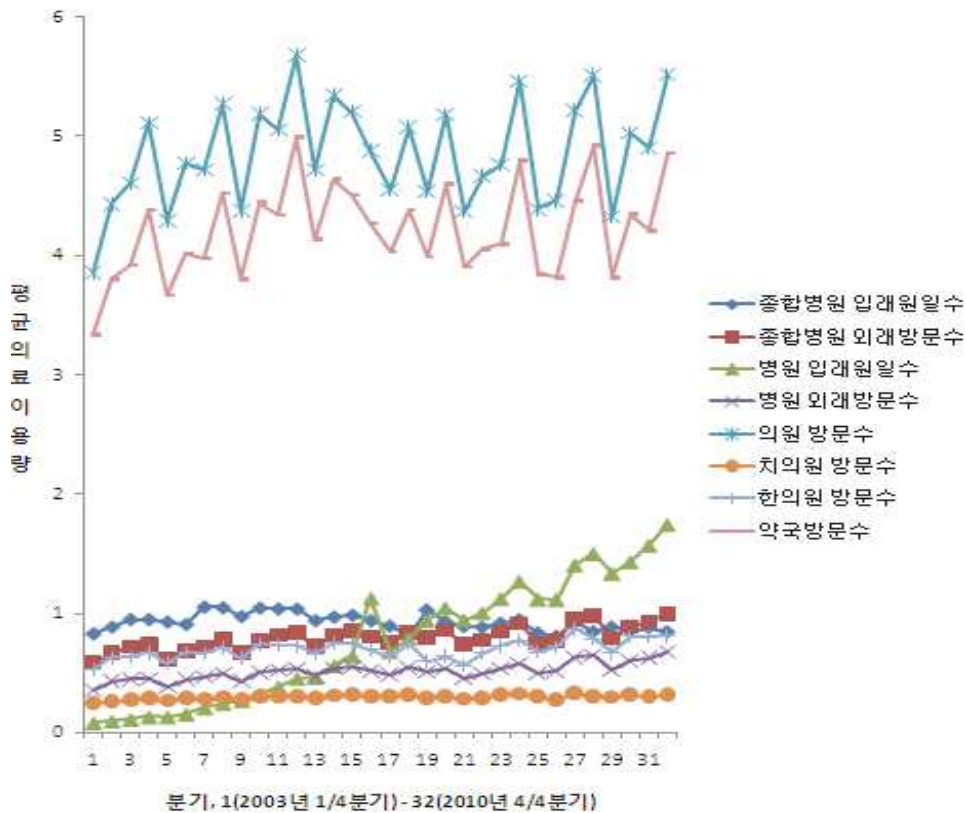
[그림 5-1] 의료 급여 대상자 10만명 당 의료기관 수의 변화(2003 1/4분기 기준)



□ [그림 5-2]는 연구 기간 동안의 의료 급여 대상자들의 평균적인 의료 수요의 변화 양상을 보여줌.

- 종합병원의 평균 입내원일수는 2004년 까지는 증가하였으나 이 후 감소하는 양상을 보여 주고 있음.
- 이 외의 의료 수요량은 증가와 감소를 반복하며 분석기간 전반에 걸쳐 증가하는 양상을 보이고 있으며, 특히 평균 병원 입내원일수는 2003년 1/4분기에 0.08에서 2004년 4/4분기에는 1.75로 급속하게 증가하였음.

[그림 5-2] 의료 급여 대상자들의 평균 의료 수요량의 변화(2003 1/4분기 기준)



□ 위의 [그림 5-1]과 [그림 5-2]의 두 가지 시계열적 양상을 비교해 볼 때, 의료기관 수와 의료 수요량 모두가 전반 적으로 증가하고 있다는 것을 알 수 있음.

- 특히, 병원수의 증가와 병원 이용량 간의 상관관계가 있어 보임.
- 따라서 의료기관 공급과 수요 간의 어느 정도 관련성이 있을 수 있다는 추측을 가능케 함.

#### 나. 공급자 유인 수요 분석 결과

□ <표 5-4>는 종합 병원 입내원일수에 대한 공급자 유인 수요 분석 결과를 보여준.

- 식 (4)의 모든 변수들과 고정 효과들을 통제하였으며, 도구 변수 방법을 이용

해 식을 추정하였음.

○ 지면의 사용을 줄이기 위해 고정 효과들의 추정 값은 표에서 생략하였음.

□ 결과가 보여 주듯이 의료급여 대상자 10만명 당 종합병원의 수의 증가는 또한 종합병원 입내원수를 증가시키는 것으로 나타남.

○ 앞에서 설명하였듯이 분석을 위해 이중 로그 모델 사용하기 때문에 공급자 유인 추정치는 탄력성과 같은 해석을 가능하게 함.

○ 즉, <표 5-4>의 공급자 유인 수요 예측 값인 0.23은 해당 인구 10만당 종합병원수가 1% 만큼 증가할 때 종합병원 입내원수는 약 0.23% 만큼 증가하는 것으로 해석됨.

□ 본인 부담 정책, 해당인구 당 의사 수, 여성비율은 종합병원 입내원수와 상관성이 없는 것으로 나타남.

○ 반면, 연령구성과 질병구성의 변화는 종합병원 입내원수와 유효한 상관관계가 있는 것으로 확인되었음.



&lt;표 5-4&gt; 공급자 유인 수요식 추정 결과

(N = 512; R2 = 0.9624)

종속변수: ln(종합병원 입내원 수)	Coefficient(표준오차)
ln(의료급여 대상자 10만명 당 종합병원 수)	0.23* (0.10)
본인부담정책	-0.33 (0.18)
의사 수	0.001 (0.001)
여성	0.96 (0.96)
연령구성	
10세 미만	-0.56 (1.07)
10세 이상 20세 미만	5.80*** (1.21)
20세 이상 30세 미만	1.47 (2.35)
30세 이상 40세 미만	-1.42 (1.97)
40세 이상 50세 미만	-13.3*** (2.12)
50세 이상 60세 미만	-5.80** (2.23)
60세 이상	-0.13 (1.44)
질병구성	
암환자	15.5*** (2.52)
장애자	2.39*** (0.71)
만성질환자	1.08 (0.94)
정신질환자	3.72* (1.67)
회귀 난치병자	8.27 (4.82)

주) 지역, 시간, 계절 고정효과를 통제함.

\* 95% 레벨에서 통계적으로 유의함.

\*\* 99% 레벨에서 통계적으로 유의함.

\*\*\* 99.9% 레벨에서 통계적으로 유의함.

□ <표 5-5>는 분석에 사용된 모든 종속 변수에 대한 공급자 유인 수요 분석 결과를 보여줌.

- 지면의 사용을 줄이기 위해서 주요 변수인 “의료 급여 대상자 10만명 당 의료 기관수” 변수에 대한 결과만을 보여 줌.
- 종합병원 입내원일수, 종합병원 외래 방문일수, 병원 입내원일수, 병원 외래방문일수, 의원 방문일수, 한의원 방문일수에 관해서 공급자 유인 수요의 결과를 찾을 수 있었으며,
- 이들 중 병원 입내원일수에 관한 공급자 유인 수요 예측 값이 가장 큰 것으

로 나타났는데, 의료 급여 대상자 10만명 당 병원 (요양병원 포함) 수가 1%만큼 증가할 때 병원 입내원일 수 약 1.27%만큼 증가하는 것으로 나타났음.

- 이외에는 한의원 방문일 수, 병원 외래방문일수, 의원 방문일 수, 종합병원 입내원일 수, 종합병원 외래방문일수 순으로 공급자 유인 수요가 있는 것으로 나타남.

<표 5-5> 공급자 형태별 공급자 유인 수요

종속 변수	공급자 유인 수요 (% 변화량)
종합 병원 입내원일 수	0.23* (0.10)
종합 병원 외래 방문일 수	0.150* (0.064)
병원 입내원일 수	-0.72*** (0.15)
병원 외래 방문일 수	-0.07 0.22
의원 방문일 수	0.28* (0.12)
치과 방문일 수	0.10 (0.11)
한의원 방문일 수	0.92*** (0.24)
약국 방문일 수	0.03 (0.13)

□ <표 5-6>에서는 위의 네 가지 공급자 유인 수요의 영향을 받는 의료 서비스의 종류에 대해서, 공급자 유인 수요가 분석기간인 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기 사이에 미친 영향의 정도를 계산하였음.

- 먼저, 공급자 유인 수요 (1)은 <표 6-5>의 결과를 가져온 것이며,
- 의료급여 대상자당 의료기관 수 변화 (2)는 분석 기간 동안의 의료 기관수의 변화량 (증가량)을 보여주고 있음.
- 마지막으로 의료기관 수의 변화가 미친 공급자 유인 수요의 크기 (3)에서는 공급자 유인 수요 (1)과 의료급여 대상자당 의료기관 수 변화 (2)를 곱하여서 해당인구 당 의료기관수의 변화가 전체 수요량의 증가에서 공급자 수요가 차지하는 비중(%)을 계산하였음.

□ 대상인구 당 병원의 수는 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기 사이에 137% 만큼 증가하였는데, 이로 인해서 병원 입내원일 수는 174%만큼 공급자 유인 수요로 인해 증가한 것으로 나타났으며, 병원 외래 방문일수는 89%만큼의 유인 수요로

인해 증가한 것으로 확인되었음.

- 다음으로 한의원 방문일 수로 대상인구 당 한의원의 수는 약 32%만큼 증가하였으며, 이 공급자 증가량과 관련된 공급자 유인 수요는 한의원 수요를 약 29%만큼 증가시킨 것으로 나타났음.
- 종합병원 입내원일수, 종합병원 외래 방문일수, 의원 방문일수에 대한 유인 수요의 정도는 상대적으로 사소한 것으로 확인됨.

<표 5-6> 2003년 1/4분기-2010 4/4분기 사이의 의료 기관수의 변화가 공급자 유인 수요에 미친 영향

종속 변수	공급자 유인 수요 (1)	의료급여 대상자당 의료기관 수 변화 (2)	의료기관 수의 변화가 미친 공급자 유인 수요의 크기 (3) = (1) × (2)
종합 병원 입내원일 수	0.23%	11%	2.5%
종합 병원 외래 방문일 수	0.15%	11%	1.7%
병원입내원일수	1.27%	137%	174%
병원외래방문일수	0.65%	137%	89.1%
의원 방문일 수	0.28%	2%	0.6%
한의원 방문일 수	0.90%	32%	28.8%

#### 4. 결론

□ 본 연구는 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기까지의 분기별, 16개 지역별 패널 데이터를 분석하여 의료 기관 및 의료 서비스 종류별로 공급자 유인 수요의 여부와 그 크기를 분석하였음.

- 여러 의료 기관 및 의료 서비스 종류 중, 종합병원, 일반 병원 및 요양 병원, 의원, 한의원 방문에 대해서 공급자 유인 수요가 있음을 확인함.
- 2003년 1/4분기에서 2010년 4/4분기 사이의 공급자 유인 수요의 정도를 분석한 결과, 병원 입내원일수, 병원 외래방문일수, 종합병원 입내원일수, 종합병원 외래방문일수, 의원 방문일수, 한의원 방문일수가 각 각 174%, 89%, 2.5%, 1.7%, 0.6%, 29%만큼 공급자 유인 수요에 의해 증가한 것으로 확인

되었음.

- 따라서 요양병원을 포함한 병원의 공급 증가가 공급자 유인 수요에 지대한 영향을 미쳤으며, 한의원이 그 뒤를 따랐고, 이외에는 공급자 유인 수가가 의료 이용량 증가에 큰 영향을 주지는 않은 것으로 밝혀짐.

□ 본 연구의 결과를 공급자 유인 수요로 해석할 때에 추가적으로 고려해야 할 점은 다음과 같음.

- Carlsen(1998)이 지적하였듯이, 주요 계량식인 식 (4)의 ‘의료인력’변수의 추정 값(즉, 공급자 유인 수요 추정 값)은 ‘가용성 효과(availability effect)’, ‘소득 효과(income effect)’, ‘공급자 요인 수요’ 중 어느 하나 또는 모두의 효과로 해석될 수 있음.

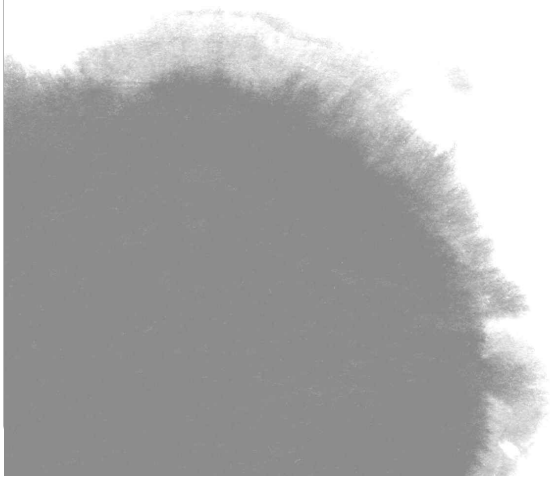
— 하지만, 본 연구에서는 가용성 효과를 통제하기 위해 의료 급여 대상자 10만 명당 의료 기관수를 주요 설명 변수로 사용하였음.

- 소득 효과에 대해서는 의료 급여자의 의료 이용은 본질적으로 무료로 제공된다는 점을 상기할 필요가 있으며, 또한 2007년 7월의 본인 부담금의 실시로 인한 가용 소득의 변화를 설명 변수를 이용해 통제하였고, 시간에 따른 변화를 시간 고정효과를 사용해 통제하였음.
- 따라서 의료 급여의 경우 가용성 효과와 소득 효과의 설명 가능성을 최소화하였음.

# 6장

KI  
H  
A  
S  
A

## 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안





## 제6장 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안

- 의료급여 진료비 분석 등을 통해 살펴본 바와 같이 의료급여 진료비 증가에 있어서 의료공급자가 주도하는 유인수요가 있는 것으로 나타났으며, 이에 대한 적절한 통제 기전이 있어야 할 것으로 판단됨.
  - 의료급여제도의 지속가능성 측면에서도 적절한 진료비 증가가 선행되어야 할 것으로 판단되며 제도개선 등 정책적 개입이 필요한 시점임.
- 선행연구에서 살펴본 바와 같이 의료급여 진료비 증가를 적정하게 유도하기 위한 다양한 방안 들을 볼 수 있었음.
  - 공급자 측면에서는 거시적 측면과 미시적 측면의 접근, 수요자 측면의 본인부담 제도, 관리 측면에서 사례관리 강화 등 다양한 방안이 제시될 수 있음.
- 따라서 본 장의 의료급여 진료비 지출의 효율적 운영방안은 일반적으로 제기되고 있는 전체적인 의료급여제도 운영상의 문제점 제시와 그에 따른 효율적 운영방안을 개괄적으로 정리하고, 마지막으로 본 연구의 주목적인 의료공급자 들에 대한 구체적인 관리를 통한 효율화 방안을 제시하고자 함.

## 1. 의료급여제도 개선 및 발전방안

가. 의료급여 제도 운영상의 문제점

### 1) 제도 운영 부실 및 보장기관 책임성 미흡

#### □ 연장승인 제도운영의 형식화

- 제도 성격상 심사가 하반기에 집중되나, 심의위원회 개최가 저조하고 형식적인 서면심사로 적기의 급여제한에 한계
  - － 회당 연장승인 평균 처리건수: 330건, 평균 처리건수 1,000건 이상 시군 구: 8개

<표 6-1> 연장승인 대상 및 급여제한 현황

	연장승인 대상		급여제한	
	건수	인원	건수	인원
2009	328,278	239,598	878	486
2010	376,438	270,119	1,325	644
2011	399,836	271,788	1,876	936

(단위, 건, 명)

- 현 시스템은 급여일수 초과자가 연장승인을 신청하지 않는 경우에도 별도의 급여제한 조치가 없으면 제약 없이 의료이용 가능
- 선택의료급여기관제도에 있어서도 당초 주치의 목적의 도입 취지와 달리 단순 “진료기간 연장제도”로 변질되는 경향이 있음.
  - 선택의료급여기관 대상자가 선택의료기관 지정하지 않은 경우, 급여제한 등 사후조치 소홀로 별다른 제약 없이 의료기관 이용
    - － 기관부담금 : 285억(‘09) → 369억(‘10년) → 554억(‘11년)
  - 자발적 선택병의원제 참여지는 본인부담금이 없는 것을 악용
    - － 자발적 선택병의원제도 참여자들은 선택병의원제도를 이용할 때는 본인부



답이 면제되어 혜택을 받고, 또 선택병의원 이외의 병의원도 자유롭게 이용하고 있어 실효성 논란이 있음.

- 증가율('08~'10) : ① 급여비(당연 3.1%, 자발 10.1%), ② 입원일수(당연 2.6%, 자발 12.6%)
- 의료기관에서도 자발적 참여자를 유도하는 경향이 있으며, 이러한 예로 선택병원의 대상자가 100명 이상인 의료기관의 상위1~3위는 94%가 자발적 참여자
- 선택병의원 지정 이후에도 선택병의원의 진료의뢰서 남발에 대한 통제장치 부재로 타 의료기관 이용 증가
  - 선택병의원만 이용하는 수급자는 10%에 불과, 타 기관 외래이용률은 선택병의원 이용대비 50% 이상
- 의료급여 제도는 국민기초생활제도와 건강보험제도에 종속성을 가지고 있어 제도운영에 있어 유연성이 부족한 한계를 가지고 있음.
  - (대상자 선정) 의료급여 제도 내에서 자체조정이 곤란하고, 의료적 욕구를 반영하는데 한계
    - 기초수급자로 선정되면 자동적으로 의료급여 수급권을 취득하며, 종별 구분도 근로능력판정에 종속되어 의료욕구 반영 곤란
      - 수급권자 156만명 중 국민기초수급자(145만명), 타법 수급자(11만명)임('12.1.31 기준)
    - 타법수급권자는 '생활이 어려운 자'에게 의료급여를 제공하는 입법목적에 반하는 측면이 있으나, 부처반발 등으로 수급권 조정 곤란
  - (건강보험에 연동) 수가 인상, 급여범위 및 보장성 확대 시 건강보험을 준용하고 있어 재정 관리의 독립성 부족
    - 의료급여비용 산정은 건강보험급여기준 준용, 임신출산진료비 확대('12.4), 노인틀니('12.7), 초음파급여('13) 등

## 2) 비용의식 부재로 과다 의료이용 경향

## □ 낮은 본인부담금으로 인한 의료서비스 이용 증가

- 의료 접근성이 높은 환경에서 본인부담금의 거의 없는 수급권자의 비용의식 부재가 불필요한 의료 과다 이용 유발
  - 최근 연구결과에서도 성별, 연령, 장애 여부, 질환 유병률을 보정해도 건강보험 대상자(소득 하위 10%) 진료비 지출보다 1.5배 높아 의료 과다이용 경향이 있다고 보고하고 있음(표 6-4 참조)

&lt;표 6-2&gt; 의료급여 수급권자 및 건강보험 소득 하위 10% 의료이용량 비교

대상(연간)	진료비				진료일수		
	총진료비	외래	입원	투약	외래	입원	투약
건강보험 대비 의료급여	1.5배	1.3배	1.9배	1.4배	1.2배	2.9배	1.1배

주: 김진현 외(2011. 12), 의료급여 이용 실태분석, 서울대학교 참조

- 입원비 증가는 입원진료비 본인부담금이 전혀 없는 1종 수급권자 입원 증가에 기인하며, 사회적 입원 증가도 주요 요인
  - 입원진료비(2조 6,208억) 중 1종 수권자 진료비는 2조 4,127억으로 약 92%(‘11년)

## 【참고 : 수급자 장기입원 실태(경상남도 장기입원 실태조사 결과, ‘12.4~5월)】

- 장기입원자(총 1,399명) 중 퇴원의사가 있는 대상자는 861명(61.6%)이며, 부적정 입원 대상자는 약 400명(29%)으로 추정
  - \* 반복적 주사제 투약이 없거나 외래진료로 치료가 가능한 대상자
- 장기입원 사유는 퇴원 후 거주할 곳이 없거나, 돌봄 제공자가 없는 것이 주요 원인
  - \* 퇴원 후 거주지 없음(278명, 19.8%), 돌봄 제공자 없음(420명, 30.0%)

- 장기입원 수급자에게 입원 전과 동일하게 보건의료비, 건강생활유지비를 지급

하여 중복급여 및 건생비 과다 환급 문제 발생

- 약국진료비의의 경우도 이용량과 무관하게 동일금액을 지불하여 과다 투약 유발
  - 2차 또는 3차 의료급여기관에서 처방하거나, 조제일수가 증가해도 본인부담 (500원)은 동일
  - 의료급여 수급권자는 건강보험 환자 대비 투약일수 장기, 처방건당 약 품목수도 많아 의약품의 남용 가능성이 큼

<표 6-3> 의료급여 외래 의약품 투약현황

(단위: 일, 건, 개)

구 분	수진자당 투약일수		처방건당 투약일수		처방건당약품목수	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
전 체	69.8	42.9	14.2	11.7	4.6	4.2
근육골격계통 질환	36.3	23.5	11.6	10.4	4	3.6
순환기계통 질환	88.2	93.2	31.6	37.5	5.1	3.7
호흡기계통 질환	16	12.3	5.1	3.8	4.9	4.6

주: 2012.1/4분기 심사결정 기준

### 3) 공급자의 적정 의료서비스 제공유인 미흡

- 지속적인 공급확대가 의료 필요도와 무관한 수요를 창출
  - 입원진료비 증가요인인 요양병원이 지속적으로 증가(연평균 증가율 13.8%)
    - － 경쟁 심화에 따른 병원 간 환자 유인 행위가 증가, 병원수익 등의 이유로 적극적 퇴원 유도에 소극적
      - 요양병원 수 : '09. 777개 → '10. 867개 → '11. 988개 → '12.3 1,006개
    - － 본인부담금 면제, 간병비 할인 등을 내세워 요양등급판정을 받지 못한 수급권자의 장기입원을 유도하는 부도덕적 행태도 발견
      - 요양병원 입원환자 중 수급자가 차지하는 비중은 24%이며, 총진료비는 26%('11)

[그림 6-1] 입원일수 및 입원진료비 현황



주: 2010년~2011년까지 심결자료

- 요양병원 내 입원치료 보다는 요양시설이나 외래진료가 적합한 환자군(신체기능저하군) 입원의 의료급여 비중이 현저히 높으나, 통제장치 부재
  - 노인장기요양보험이 시행되면서 등급 외 판정을 받은 수급자가 시설입소를 할 수 없게 됨.
  - 따라서 등급 외 판정을 받은 수급자 노인은 요양시설이 아닌 요양병원에 입원하는 아이러니한 상황 전개
    - 신체기능저하군 입원 시 건강보험 본인부담은 40%이나, 의료급여는 무료

## 나. 의료급여제도 개선 및 발전방안

### 1) 관리운영 측면

#### 가) 의료급여제도 운영의 실효성 제고를 위한 제도 보완

#### □ 급여일수 초과자 연장승인관리 강화

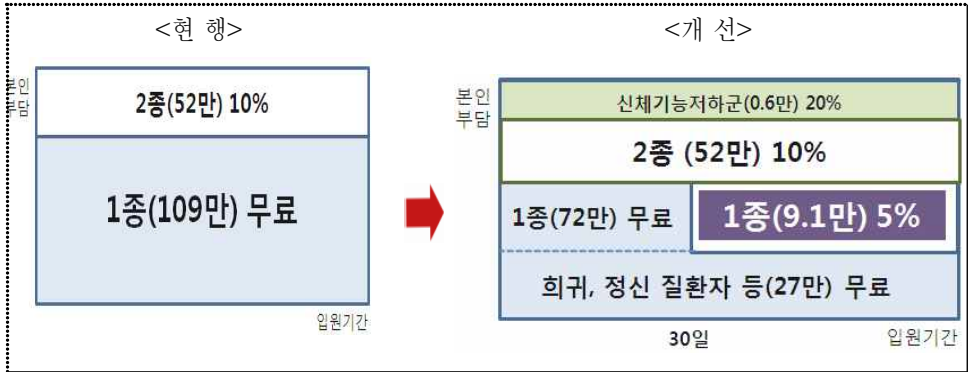
- (급여일수 차감제) 급여일수 초과자 급여제한을 용이하게 하기 위해 급여일수 통보를 누적방식(0일→365일)에서 차감방식(365→0일)으로 전환
  - 연장승인 신청이 없으면 급여일수 소진 시 자동적으로 급여 제한

- (의료급여심의위원회 활성화) 연장승인업무를 전문적으로 심사하기 위해 소위원회를 구성하여 심의·의결하고, 심의위원회가 사후 승인
- 수급권자 자격관련시스템 개선
  - 국민기초 취득·상실 정보에 따라 의료급여 자격이 자동으로 연동되어 처리되도록 시스템 개선 (행복e음-의료급여자격관리시스템)
- 선택의료급여기관제도 개선
  - 선택병의원의 경우도 현행 본인부담과 동일하게 본인부담을 부과하고, 선택병의원 이외에 의뢰에 의해 갈 경우 현재 본인부담에 두배 부과
    - － 선택병의원 - 1차: 1,000원, 2차: 1,500원 3차: 2,000원
    - － 선택병의원 이외 의료기관 - 1차: 2,000원, 2차: 3,000원 3차: 4,000원
  - (진료의뢰 절차 강화) 하나의 진료의뢰서로 다수 타 기관에서 진료받는 것을 차단하기 의료급여의뢰서 고유인식번호 신설
    - － 의뢰받는 의료급여기관이 이를 입력해야 진료확인번호 부여(중복 청구 불가)
- 의료급여 사례관리업무의 효율성 제고
  - (권역 사례관리) 관외 입·퇴원을 반복하는 수급자 사례관리를 위해 시도 관리사 및 지원단 중심의 권역 사례관리 도입
  - 사례관리와 연장승인을 연계하여 연장승인 심사 내실화
    - － 고질적 급여일수 초과자, 6개월 약제비 급여 제한자는 사례관리 의무대상자로 선정, 연장승인 시 사례관리 결과를 반영

## 2) 수급자 비용의식 제고 및 건강관리 향상

가) 진료비 본인부담 조정을 통한 수급자 비용의식 제고

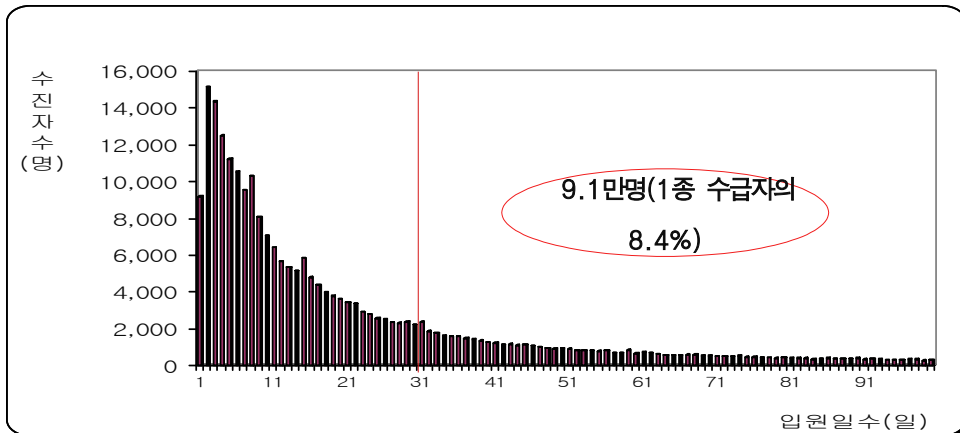
- 입원진료비 본인부담 조정



- 1종 수급권자의 입원 본인부담은 최대한 보장하되, 불필요한 입원과 입원이 장기화되는 경향을 차단하기 위해 입원 총량제 도입
  - 입원 가능성이 높은 희귀난치질환자, 정신질환자, 정책적 배려가 필요한 18세미만 아동, 분만 입원은 무료 유지
    - 장기입원이 불가피한 질환은 질환정도 등에 따라 선별적으로 보호하는 방안 검토

<표 6-4> 입원 본인부담 부과 대안 검토

구분	(1안) 입원 총량제	(2안) 입원 전체
부과기준	·입원기간 30일 이내 무료, 30일 초과 시 본인부담 5%	·입원기간과 관계없이 입원 시 5% 본인부담
정책대상	·약 91천명(1종 수급자의 8.4%)	·약 278천명(1종 수급자의 25.6%)
본인부담 면제	·18세미만 아동, 분만 입원환자, 정신질환자, 희귀난치성질환자가 해당질환으로 입원한 경우 면제(약 27만명)	
재정절감액	144억	697억원



○ (신체기능저하군 본인부담 상향) 입원치료 필요도가 극히 낮은 신체기능저하군 입원자에 대한 본인부담을 상향 조정

- 신체기능저하군 본인부담 상향(무료 → 1종, 2종 20%)
- 입원 총량제 및 본인부담 상한 적용을 배제, 불필요한 입원 차단
  - 신체기능저하군 : 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자

□ (약제비) 정액(500원) 약국 본인부담을 정률 본인부담으로 전환

○ 다만, 희귀난치성질환자 해당질환 약은 현행 수준(정액 500원) 유지

<표 6-5> 약제비 본인부담 조정

구분	(1안) 정률 5% 동일적용	(2안) 1종, 2종 차등 적용
부과기준	· 1종, 2종 동일하게 정률(5%) 적용	· 1종(5%), 2종(10%) 본인부담 적용
예외	· 희귀난치성질환 대상자가 해당질환으로 처방받은 경우 정액(500원) 부담	

□ 건강생활유지비 지원제도 개선

○ (장기입원자 건생비 삭감) 수급자가 30일 이상 입원하는 경우, 매 30일당 6,000원의 건생비 차감

□ 수급자 본인부담 완화를 위한 완충장치 마련

- (본인부담 상한 유지) 1종 수급자 본인부담 상한은 **현행수준\*** 유지
  - － 현행 본인부담 상한제를 유지, 입원 및 약제비 본인부담 확대에 따른 수급자 부담 최소화

&lt;표 6-6&gt; 의료급여 본인부담 상한제 기준

	(현행) 상한제 유지	(검토) 상한금액 상향
상한금액	· (1종) 5만원/매 30일 초과금액 전액 · (2종) 60만원/6개월 초과금액 전액	· (1종) 6~10만원/매 30일 초과금액 전액 · (2종) 현행 유지
장점	· 수급자의 비용부담 완화 · 본인부담 확대 따른 반발 완화	· 비용의식 고취 등 정률제 도입 효과 제고
고려사항	· 현행 상한제 기준은 외래 일부 본인부담에 부합하는 기준으로 정합성 결여	· 입원 및 약제비 정률제 도입과 더불어 상한금액 상향 시 수급자 비용부담 압박

#### 나) 수급자의 의료기관 의존도 완화를 위한 건강관리체계 구축

##### □ 수급자 건강관리 인센티브 도입

- 만성질환자, 의료 과다이용자 중 건강관리 증진에 의지가 있고, 의료이용 행태가 개선된 수급자에게 건강관리 인센티브 제공

##### 【인센티브 제공방안】

- △ (지원대상) 40세 이상 만성질환자 및 사례관리 대상자
- △ 지원기준
  - 만성질환자 : 당뇨·고혈압 등 관련교육 및 프로그램 이수자, 단골 주치의를 활용하는 수급자 중 의료이용 행태에 개선이 있는 수급자
  - 사례관리 대상자 : 사례관리 대상자 중 의료기관 이용행태에 개선이 있는 수급자
- △ (지원내용) 건강검진 기회 확대, 본인부담금 추가지원(10만원/년)
- △ (지원제외) 장기입원자, 연장승인·선택병의원 대상자, 의약품 중복투약 제재 대상자 등

##### □ 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계 구축



- 신체기능저하군 본인부담 상향으로 수급자 퇴원 증가가 예상됨에 따라 자발적 시설입소 유인체계 마련
  - － 생계비 중단에 따른 시설입소 기피를 막기 위해 수급자가 퇴원 후 시설에 입소하는 경우, 1년 간 건강생활유지비 추가 지원(5만원/년)
    - 건강생활유지비 미사용 시 연말에 현금으로 환급
- 사례관리사를 활용하여 요양등급 신청 대행 및 시설입소 유도
  - － 요양등급을 받지 못한 수급자가 입소 가능한 양로시설 279개소, 노인공동 생활가정 79개소이며, 입소율은 72%임('11.12월 기준).
- 신규 의료급여수급자 건강관리교육 강화
  - 신규수급권자를 대상으로 의료급여증 수령 전 제도 및 적정의료이용 교육 필수 이수제 실시
    - － 전문 건강관리 교육업체에 교육위탁, 보건소 건강관리 프로그램과 연계 등

### 3) 공급자의 적정진료 유도

- 장기입원 적정성 관리체계 구축
  - 의료급여 사례관리와 심평원 심사를 연계, 불필요한 장기입원 차단
    - － 금년도에는 장기입원 적정성 심사 T/F를 구성하여 시범사업 실시(경기, 경북), 성과분석 결과를 토대로 내년부터 전면 도입 추진
- 부적정 진료행위 의료기관 현황 파악 및 관리방안
  - 진료의뢰서 미첨부 수급자 진료 의료기관 현황 파악
    - － 의료급여수급자는 상급의료기관 진료시 진료의뢰서를 발급 받아야 함.
    - － 1차 의료기관에서 진료의뢰서를 발급하지 않았으나 2차 의료기관에서 진료 의뢰서를 발급받은 것처럼 허위로 전산 입력을 함에 따라 상급의료기관 이용 수급자에 대한 진료의뢰서 발급여부 현황 파악
  - 본인부담금 면제 의료기관 현황 파악
    - － 본인부담금을 면제하면서 해당 병의원으로 수급자를 유치하는 병원에 대한

#### 현황 파악

- 향후 의료급여수급자 사례관리 시 나타나는 의료기관 부정행위에 대해 수시

#### 현황 파악

- 건강보험심사평가원과 합동 점검 협의 및 고발 조치

#### □ 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 보완

- 의료급여 신고포상금제도 정비

- 부당청구 차단을 위해 “의료급여 신고포상금제도” 법적근거 마련
- 심사평가원(지원단)에 부당청구 의료기관 신고창구 개설
- 사례관리 중 부당이 의심되는 의료급여기관을 적극 현지조사 의뢰
- 의료급여기관의 본인부담 위반 및 환자유치활동 등에 대한 신고보장제(내  
부고발자 포함) 등 불법행위에 대한 추가적 항목 도입

## 2. 의료공급자 측면의 효율적 관리방안

- 의료급여 진료비 증가요인에 있어서 의료공급자 측면의 요인이 있는 것으로 판단  
되며, 이에 대한 대안마련이 필요함.

- 대안으로는 크게 거시적 측면과 미시적 측면의 접근으로 구분해 볼 수 있음.

- 거시적 측면에서는 전체적인 진료비 지불제도의 개편을 중심으로 한 총액관리 체  
계로 지속가능한 진료비 지출을 유지할 수 있는 시스템을 구축해 가는 것임.

- 거시적 측면은 당장 실현하기가 쉽지는 않지만, 결과적으로 진료비 증가가 현  
재대로 갈 경우 제도의 존립의 문제가 대두되는 시기가 곧 도래할 것으로 보  
여짐.

- 이때는 극단적인 방법(처방)에 의한 제도 개선이 필요하고, 이에 대비한다는  
차원에서도 선제적으로 제도에 대한 구체적인 대안제시가 필요함.

- 그리고 거시적 측면이지만 현실가능하고 단기적으로 접근한 가능한 부분에  
대해서도 구체적인 방안들을 모색해 볼 수 있음.

- 미시적 측면에서는 공급자를 직접적으로 감시하고 관리하는 방안들을 들 수 있음.

- 선행연구에서는 미시적 접근은 공급자들이 다시 이를 피해가고, 다시 관리 통제하면서 서로 악순환의 고리가 있으며 결과적으로 효과측면에서도 부정적인 측면이 있음.
  - － 하지만 제도의 큰 틀에서 감시 또는 경찰효과 차원에서 제도의 접근이 필요할 것으로 판단됨.
  - － 현재 경찰이 모든 도둑을 잡지 못한다고 하더라도 경찰로 인해 범죄를 저지르지 않도록 하는 예방효과와 같이 기본적인 제도 설계를 하고 꼼꼼한 제도설계가 첨가되어 실효성 있는 제도 마련이 필요함.
- 따라서 본 절에서는 의료공급자 관리방안으로 거시적 측면에서 진료비를 통합 관리하는 방안을 제시하고 미시적 측면에서 개별 의료기관별 관리방안과 경증질환 약국본인부담 차등화 방안 등을 제시하고자 함.

#### 가. 진료비 목표관리제(Targeted budget) 도입방안

##### 1) 도입의 필요성

- 현재 의료급여 수가결정(환산지수)의 결정은 건강보험의 매년 환산지수 협상에 의해 같이 결정되어 지고 있음.
  - 매년 의료수가는 2%이내에서 인상되는 데 실질적으로 진료비 증가율은 10%를 육박하고 있음.
- 의료급여 진료비를 분해한 결과 최근 10년 동안 환산지수는 1.54%만 증가했지만 1일 의료 강도가 4.68%증가하고 입내원일수 증가가 2.85%로 진료량 측면에서의 진료비 증가가 더 높은 것으로 나타났음(표 6-6 참조)

&lt;표 6-7&gt; 의료급여 진료비의 의료기관종별 2001~2011평균증가율

(단위: %)

연도	총진료비	적용인구	적용인구 당진료비	적용인구 당내원일수	입내원일당 진료비(A)	환산지수증 가율(B:행위 비적용)	$\frac{(1+A)}{(1+B)} - 1$
전체	9.99	0.64	9.32	2.85	6.29	1.54	4.68
병원급	13.40	0.64	12.71	8.20	4.17	1.53	2.60
병원 급	상급종합	11.68	0.64	11.00	5.31	1.39	3.95
	종합병원	11.09	0.64	10.42	5.22	1.53	3.36
	병원	18.80	0.64	18.08	12.08	1.69	3.59
	일반병원	14.03	0.64	13.33	8.40	1.69	2.81
	요양병원	67.94	0.64	66.91	56.50	1.69	4.88
의원	5.51	0.64	4.86	2.20	2.61	2.23	0.37
치과	4.75	0.64	4.11	1.00	3.08	2.87	0.20
한방	10.21	0.64	9.54	5.99	3.34	2.73	0.60
약국	10.27	0.64	9.60	1.36	8.13	0.58	7.51

□ 의료급여 진료비를 전통적인 방식이 아니라 상대가치 수가체계 내에서 분해해 보면 다음 그림과 같음.

[그림 6-2] 상대가치 행위별로 분해 식

$$E = V \times \bar{P}$$

$$=(N \times \bar{Q}) \times (\bar{R} \times C)$$

- E : 진료비
- V : 진료량
- $\bar{P}$  : 행위의 평균가격
- N : 행위코드수,
- $\bar{Q}$  : 행위코드의 평균빈도,
- $\bar{R}$  : 가중평균상대가치점수(=  $\sum Q_i \cdot R_i / \sum Q_i$ ),
- C : 환산지수

□ 상대가치 행위별 분해 식에 의한 분석 결과도 환산지수는 1.7% 증가했지만, 평균 상대가치 점수 증가라는 다른 수가인상요인이 2.4%이었고, 진료량도 3.8% 증가하

는 것으로 나타나 가격 통제만으로는 진료비를 적절하게 통제할 수 없음을 보여주고 있음.

<표 6-8> 전체요양기관 행위별 진료비 세부자료 분석 결과

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	연평균증가율
총지불액	10.5%	4.4%	12.8%	7.4%	5.6%	8.1%
진료량 ( $V=N \times \bar{Q}$ )	7.1%	4.3%	7.0%	-1.6%	2.5%	3.8%
- 행위코드수 ( $N$ ) <sup>1)</sup>	1.2%	-0.7%	0.8%	-1.7%	0.9%	0.1%
- 행위코드의 평균빈도 ( $\bar{Q}$ )	5.8%	5.0%	6.2%	0.1%	1.7%	3.7%
평균가격 ( $P=\bar{R} \times C$ )	3.2%	0.1%	5.4%	9.1%	3.0%	4.1%
- 평균 상대가치 점수 ( $\bar{R}$ )	0.8%	-0.4%	3.2%	6.9%	1.4%	2.4%
- 환산지수 ( $C$ )	2.3%	1.9%	2.2%	2.1%	1.6%	1.7%

주: 1) 행위수 - 요양급여 대상 행위 중에서 한 건도 발생하지 않았더라도 포함함.

자료: 신현웅 외, 2013년 유형별 환산지수 연구, 2012년

□ 이처럼 현행 건강보험 환산지수 계약방식이 전체 진료비를 관리하는데 한계를 있음에도 불구하고, 의료급여제도 운영 측면에서는 건강보험 수가결정에 따라 자동적으로 인상되어 의료급여만의 수가통제기전이 부재한 상태임.

○ 의료급여는 수가결정에 전혀 관여를 하지 못하고 결정된 사항에서 돈만 지불해야 하는 구조로 되어 있음.

□ 따라서 건강보험과 별도로 의료급여제도 내에서 수가결정구조에 대한 대안마련이 필요함.

○ 이러한 대안으로 가격만을 가지고 수가결정을 하는 것이 아니라 진료량을 포함한 수가결정구조 마련

## 2) 도입방안

□ 목표관리제는 전년도 진료비에 일정 수준의 증가율을 적용한 목표진료비를 산정하고 목표진료비를 중심으로 다음해의 수가를 결정하는 구조임.

○ 목표진료비 = 전년도 진료비 × 적정증가율(적용인구 증가율×의료수가 인상을

× 물가상승률 ×  $\alpha \times \beta$ )

– 미국 SGR은 적용인구, 의료수가, 1인당 GDP, 법과제도에 의한 변화를 반영해 주고 있음.

□ 실제진료비가 목표진료비 보다 높으면 수가를 인하하고 실제진료비가 목표진료비 보다 낮으면 수가를 인상하는 구조

□ 선제적으로 의료급여에서 먼저 목표관리제를 도입하여 시범적으로 운영하는 방안

○ 수가협상은 현행 건강보험에 연동하여 하는 방식에서 탈피 의료급여 만의 수가(환산지수) 계약 방식 도입

– 환산지수를 건강보험과 달리하여 의료급여 만의 환산지수 수가구조를 가지고 가는 방안

– 미국의 경우도 Medicaid의 수가가 일반수가의 70%수준이면 Medicare 90%수준에서 결정되고 있음.

□ 실제실행 방안

○ 현행 건강보험 내에서의 수가계약 방식도 매년 다음 해의 수가만 결정하다 보면, 진료량을 반영한 수가 체계가 되지 못함.

○ 따라서 환산지수계약 시 목표진료비에 대한 합의(부대조건)를 가지고 다다음 해의 수가결정 메커니즘을 합의 보는 구조로 가야 함.

– 장기적으로 일정한 산식에 의해 매년 자동적으로 수가가 결정되는 구조로 가야 할 것임.

– 이것이 결국 지속가능한 목표진료비를 유지하는 총액관리 개념의 수가체계 구조임.

□ 수가계약 결정구조는 두 가지 방안을 고려해 볼 수 있음.

○ 첫째, 정부가 목표진료비 산정 기준에 대해 공급자와 협의 후 고시하는 방안

– 국가 세금으로 운영되는 NHS 국가의 보건의료서비스 재원이 정부의 일반 조세이므로 총액관리 주체가 정부가 되어 총액을 설정함.

○ 둘째, 현행 건강보험과 같이 공급자와 목표진료비 등 수가결정구조를 협의하여 결정하는 방안

- 정부와 공급자간 합의가 이루어지지 않을 경우 건정심(대안)에서 의결하는 방안(안)

### 3) 기대효과

- 사전에 지불할 진료비 총액이 결정된다는 점에서 진료비 지출총액에 대한 예측 가능성이 증대되어 국가차원에서 진료비를 효과적으로 관리할 수 있음.
- 의료부분의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 가격규제가 의료서비스의 가격만 통제하고 양을 통제하지 못 하는데 비해, 총액관리제는 ‘가격’과 ‘양’을 동시에 관리함으로써 의료비용의 증가속도를 조절하는데 더욱 효과적임.

<참고> 일본 수가결정구조

- 2006년 개혁 안에서는 진료수가를 공급자가 참여하는 중앙사회보험의료협의회에서 결정하였으나, 중의협의 권한이 너무 크고 예산규모나 경기변동을 고려할 수 없는 점이 문제로 지적되어 정부의 기능을 강화함.
- 2006년부터는 진료보수개정의 개정률을 내각인 후생노동성에서 직접 정하고 있음.

			2006년	2008년	2010년	2012년
		입원	구분 없음		+3.03%	구분 없음
		입원 외			+0.31%	
		의과	▲ 1.50%	+0.42%	+1.74%	+1.55%
		치과	▲ 1.50%	+0.42%	+2.09%	+1.70%
		조제	▲ 0.60%	+0.17%	+0.52%	+0.46%
		본체	▲ 1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%
		약가·재료	▲ 1.80%	+1.20%	▲ 1.36%	▲ 1.375%
		전체	▲ 3.16%	+0.82%	+0.19%	+0.004%

자료: 일본 후생노동성, 2012년

<참고> 2001년~2012년 유형별 환산지수 증가율

연도	종합병원, 병원 및 요양병원	의원	치과병원, 치과의원	한방병원, 한의원	조산원	약국, 한국화귀의 약품센터	보건소*보건 의료원, 보건지소, 보건진료소
2002.4.1	-2.89%						
2003.1.1	2.97%						
2004.1.1	2.71%						
2005.1.1	2.99%						
2006.1.1	3.58%						
2007.1.1	2.31%						
2008.1.1	0.16%	0.00%	2.42%	1.93%	29.95%	1.61%	0.00%
2009.1.1	1.93%	2.09%	3.46%	3.63%	9.29%	2.22%	2.58%
2010.1.1	1.42%	3.00%	2.89%	1.83%	6.01%	1.86%	1.73%
2011.1.1	0.93%	1.99%	3.55%	2.99%	6.95%	2.13%	2.47%
2012.1.1	1.69%	2.85%	2.57%	2.62%	4.20%	2.53%	1.96%

#### 나. 개별 의료기관별 관리 강화방안

- 개별 의료기관에 대한 기본 심사는 청구 건에 대해 한 건 한 건 심사를 통해 타당성은 검증이 되지만, 개별 의료기관 단위로 묶어서 관리가 되지 않는 단점이 있음.
  - 따라서 청구 건을 각 개별 의료기관별로 진료비를 묶어서 모니터링 함으로써 심사에서 체크가 되지 않는 부분에 대한 관리를 하는 것이 바람직하다는 문제인식에서 출발하였음.
  - 즉, 개별 청구 건에는 문제가 없지만 기관단위로 진료비를 합산할 경우 유사한 의료기관들에 비해 과다 진료하는 경향을 찾아 관리할 필요가 있다는 문제의식임.
  - 수급자 측면에서도 개인단위 진료량을 합산하여 급여일수, 선택병의원제도 등으로 관리하는 것과 같은 개념임.
- 이와 관련하여 현행 개별 의료기관별 관리 현황과 문제점을 파악하고 이를 더욱 개선대안 중심으로 관리 강화방안을 제시하고자 함.



## 1) 의료기관별 관리 현황

## 가) 적정자율시정제

□ 적정급여 자율개선제는 심사평가원에서 수행하고 있는 심사·평가 현지조사 등의 결과물을 활용하여 요양기관별 맞춤형 종합정보(진료 및 심사정보, 평가정보, 자원정보, 청구정보 등) 제공 및 사전 예방적 활동을 통해 요양기관 스스로 진료행태를 개선토록 지원하는 것임.

○ 이를 통해 요양기관의 적정 진료 실현 및 의료의 질 향상 도모에 그 의의가 있음.

## □ 기본 개념

○ 진료비 심사는 각 진료건을 기본단위로 관리하는 기능인 반면, 자율개선제는 기관단위로 관리하는 기능이며, 심사와 자율개선제는 상호 보완적인 업무임.

심사	자율개선제
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목표 : 질/비용효과적 진료</li> <li>- 관리단위 : 건</li> <li>- 관리방법 : 심사결과 통보</li> <li>- 행태변화 : 건별진료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목표 : 질/비용효과적 진료</li> <li>- 관리단위 : 요양기관</li> <li>- 관리방법 : 정보제공/교육</li> <li>- 행태변화 : 전반 진료행태</li> </ul>

## □ 추진경과

- 2002년 : 창원, 대전지원의 시범사업(50개 기관) 실시
- 2003년 4월 : 의원, 치과의원 외래 실시
- 2005년 8월 : 보건기관 실시
- 2005년 11월 : 병원급이상 입원외래, 의원 입원 실시
- 2005년 12월 : 한방병원, 한의원 실시
- 2006년 1월 : 약국 실시
- 2007년 4월 : 주제별관리 병행실시

- 2009년 1월 : 급여적정성 종합관리제 전면 개편(명칭변경: 적정급여 자율 개선제)

#### □ 운영방법

##### ○ 기관전체의 포괄적 관리

- 기관전체의 포괄적 관리는 요양기관 종별, 표시과목별, 질병군별로 산정된 적정 진료비를 기초로 요양기관의 청구진료비를 종합적으로 관리하는 것임
- 기관별 비용관리가 필요한 기관에 대한 청구자료를 분석한 후 심사, 평가, 현지조사 자료와 연계하여 상담을 통하여 다양한 정보를 제공함으로써 요양기관 스스로 진료행태를 개선하도록 관리하는 방법

##### ○ 진료항목의 주제별 관리

- 진료항목의 주제별 관리는 진료비 변이가 크거나 행태개선이 필요한 항목, 제도변화(급여기준 완화, 보장성 강화 등)에 따른 과잉진료 가능 항목, 정책적 이슈항목, 평가결과 문제의 심각성이 큰 항목 등의 진료항목을 관리 주제로 선정하여
- 기관별로 상담을 통하여 다양한 정보를 제공함으로써 요양기관 스스로 진료행태를 개선하도록 관리하는 방법

##### ○ 지표연동제

- 2011년 12월부터 실시
- 대상기관은 병원급 이상은 요양기관 종별, 의원급은 표시과목별로 동일 평가군을 분류하여 동일 평가군보다 관리항목별 관리지표 상위기관을 선정함.

<표 6-9> 관리항목별 선정기준

관리항목	선정기준
내원일수	내원일수지표(VI) 1.1이상 & 전체 개설기관 상위 15% 기관
외래처방약품비	외래처방 약품비 고가도지표(OPCI) 1.3이상 기관
항생제 처방률	급성상기도감염 항생제 처방률 80%이상 기관
주사제 처방률	주사제 처방률 60%이상 기관
약품목수	6품목이상 처방비율 40%이상 기관

주: 치과와 한방의 관리대상은 내원일수임

#### □ 자율시정제 선정지표

##### ○ 절대지표

- 평균건당(수진자당) 진료비 및 입원일수 등

##### ○ 상대지표

- 건당진료비 고가도 지표(Episodes-Costliness Index : ECI)
  - 요양기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 건당(수진자당) 진료비(원 외처방약제비 포함)에 대한 해당기관의 비교치
- 입(내)원일당진료비 고가도 지표(Days-Costliness Index : DCI)
  - 요양기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 입(내)원일당진료비에 대한 해당기관의 비교치
- 건당입원일수 장기도 지표(Lengthiness Index : LI)
  - 요양기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 평균 입원일수에 대한 해당기관의 비교치
- 내원일수 지표(Visiting Index : VI)
  - 요양기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 평균 내원일수에 대한 해당기관의 비교치
- 환자구성 지표(Case-Mix Index : CMI)
  - 요양기관의 환자구성을 모니터링 하는 지표

#### □ 문제점

- 2011년까지는 자율시정대상기관의 기준을 단순히 요양기관종별, 표시과목별 평균을 기준으로 산정하다 보니 관리 받아야 할 기관에 대한 적합성이 떨어져 현지 실사 등에서 실적이 떨어지는 한계가 있었음.
- 2012년부터는 DRG 질병군을 변수로 추가하여 기관선정에 적합성이 높아질 것으로 기대하고 있음.
  - 하지만 단지 자율시정을 하도록 통보하고 상담만으로 개선이 어려워 추후

조치가 필요하지만, 인프라의 부족 등으로 실효성문제가 제기됨.

- 또한 개선된 지표 이외에 조금 더 정교한 진료지표가 있는 지에 대해 고민이 필요함.
- 그리고 의료급여제도 측면에서는 추가적으로 의료급여만의 특성을 반영하는 지표개발이 필요할 것으로 판단됨.

#### 나) 의료급여 청구경향 통보

##### □ 개요

- 의료급여기관의 의료급여비용 청구경향(일당 의료급여비 및 내원일수)을 의료급여기관 규모 등에 따라 분류하여 의료자원 소모와 임상적 유사성을 고려한 환자분류체계를 이용하여 진료지표 및 의료급여비용 청구금액 등 7개 유형별 지표를 산출 후 일정지표 또는 일정금액 이상인 의료급여기관에 통보하는 제도
  - － 통보받은 의료급여기관은 동일규모, 진료과목 및 상병에 있어 전국의 다른 기관과 비교하여 자신의 기관에 대한 건당진료비 즉, 내원일당 및 건당내원일수 등을 알 수 있고 진료비청구 유형을 파악할 수 있어 의료급여기관 스스로가 급여내역을 이해하고 자체적으로 시정토록 하는데 그 목적이 있음.
  - － 건강보험제도에서는 ‘자율시정통보제’란 명칭으로 운영되고 있음.

##### □ 지표 산출 및 통보대상 기준

- 진료지표 통보대상 기준
  - － 의원, 치과의원, 한의원 : 진료지표(Y) 1.35 이상인 기관
  - － 종합병원: 120%이상인 기관, 병원, 치과병원, 한방병원 140%이상인 기관
  - \* 병원급 이상은 2012년 4분기부터 지표산출 방법 개편 적용 예정
- 유형별 지표 및 통보대상 기준
  - － 분류그룹별 입원·외래 및 수술·비수술로 구분하여 월평균 청구액 증가율

등 7개

&lt;표 6-10&gt; 진료지표별, 유형별 통보유형 및 통보기준

구 분	통보 유형 및 통보 기준	
진료지표 별 청구경향	○ 분류그룹별 입원·외래, 수술·비수술로 구분 - 상급 및 종합병원이상은 120 %이상, 병원급 140% 통보 - 의원급(치과, 한의원 포함)은 1.35 이상 통보	
유형별 청구경향	1항목	의료급여 청구액 ○ 해당분기 월평균 청구액이 전년도 월평균 청구액 대비 50% 이상 증가(전년도 월평균 청구건수 50건 이상)
	2항목	동일상병의 건당입원일수 ○ 입원별로 해당분기 건당입원일수가 해당분기분류그룹 평균건당 입원일수 대비 100%이상 (심사분기 상병별 청구건수 50건 이상)
	3항목	동일상병의 건당내원일수 ○ 외래별로 해당분기 건당내원일수가 해당분기 분류그룹 평균건당 내원일수 대비 100%이상 (심사분기 상병별 청구건수 50건 이상)
	4항목	동일상병의 입원일당진료비 ○ 입원별로 해당분기 입원 일당진료비가 전년도 입원 일당진료비 대비 100%이상 증가 (심사분기 상병별 청구건수 50건 이상)
	5항목	동일상병의 내원일당진료비 ○ 외래별로 해당분기 내원 일당진료비가 전년도 내원 일당진료비 대비 100%이상 증가 (심사분기 상병별 청구건수 50건 이상)
	6항목	동일상병의 월평균처방일수 ○ 해당분기 월평균처방일수가 전년도 월평균 처방일수 대비 30%이상 증가(전년도 상병별 월평균 처방전 발행건수 50건 이상)
	7항목	상병별 처방건당 처방일수 상위 10%이내 ○ 해당분기 처방건당 처방일수가 해당분기 분류그룹 처방건당 처방일수 상위 10%이내

## 다) 청구경향 통보 실적

□ 연도별 진료지표 통보현황은 다음 &lt;표 6-10&gt;과 같음.

&lt;표 6-11&gt; 연도별 진료지표 통보 현황

						(단위 : 개소)
구 분	계	2008년	2009년	2010년	2011년	비고 (연평균)
통보기관	11,355	3,489	2,414	2,535	2,917	2,839

자료: 건강보험심사평가원 내부자료

## □ 현지조사 실적

- 최근 4년간 기초의료보장과 주관 의료급여기관 조사는 총 619개소이며, 그중 청구경향통보 관련 조사기관수는 48개소(7.8%)이며 적발률은 79.2%임.

&lt;표 6-12&gt; 연도별 현지조사 실적 현황

(단위: 개소, %)

구분	조사기관 (A)	청구경향통보			
		조사기관 (B)	실시률 (B)/(A)×100	부당기관 (C)	적발율 (C)/(B)×100
계	619	48	7.8	38	79.2
2008년	153	17	11.1	15	88.2
2009년	153	15	9.8	13	86.7
2010년	153	9	5.9	6	66.7

자료: 건강보험심사평가원 내부자료

&lt;참고자료&gt; 현지조사 관련근거 : 의료급여법 제32조제2항 및 의료급여법 시행령 제18조

## ※ 의료급여 현지조사업무 지원

현지조사 대상기관 선정, 현장조사 수행, 현지조사지원 결과보고, 정산심사, 행정처분 등 보건복지부 기초의료보장과외의 현지조사 제반업무 지원

&lt;표 6-13&gt; 청구경향 통보 대비 현지조사 실적

	2008년	2009년	2011년	2012년
통보기관수	3,489	2,414	2,535	2,917
현지조사수	17	15	9	7
비율(%)	0.487	0.621	0.355	0.240

## 라) 개선방안

- 문제점은 의료기관별로 관리해야할 대상 의료기관은 잘 선정하고 있는데, 관리할 인프라가 구축되지 않아 실효성이 부족한 것이 현실임.

- 따라서 인프라 구축을 위해서는 필요한 인원을 보충하여 실효성을 높여야 함.

□ 따라서 청구경향 통보대상이 관리대상으로 선정이 되었을 때, 자율적으로 시행조치하지 않을 경우 현지조사 등 더 강력한 제재가 있다는 걸 인식시켜야 할 것임.

○ 국정감사에서도 현지조사 실적이 저조하여 매년 지적사항임.

<표 6-14> 연도별 의료급여기관 현지조사 현황 및 처분실적

(단위: 개소, %, 백만원)

조사연도	구분	조사기관수 (개소)	부당확인율 (건보 포함)	처분내역		
				총계	부당금액	과징금
2008	합계	153	80.4%	2,051	1,004	1,046
	병원급	22(14%)				
	의원급	131(86%)				
2009	합계	153	62.1% (77.8%)	5,011	3,045	1,965
	병원급	43(28%)				
	의원급	110(72%)				
2010	합계	153	68.0% (78.4%)	2,844	914	1,929
	병원급	49(32%)				
	의원급	104(68%)				
2011	합계	160	66.1% (72.8%)	6,103	2,701	3,402
	병원급	48(30%)				
	의원급	112(70%)				

주: 1) '08년도 부당확인율, 부당금액('08~'11년도)은 복지부 기초의료보장과 주관 의료급여비용만 해당, 약국은 의원급에 포함

2) 부당금액은 정산심사 및 처분과정에서 변동될 수 있음

3) 과징금은 처분절차중인 기관의 금액이 포함됨(2012.07 현재)

<표 6-15> 연도별 조사기관수(병원급) 및 조사인력 등 현황

구분	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년 (진행중)
① 연간 조사기관수 (병원급)	153 (22)	153 (43)	153 (49)	160 (48)	160 (60)
의원급 vs. 병원급 조사비율	14%	28%	32%	30%	38%
② 조사인력 수(명)	16	16	16	16 (계약직2)	17 (계약직2)
③ 연간 조사투입일수	2,026	2,179	2,333	2,458	진행 중

주: 1) '08년도~'11년도 4년간 의원급은 평균 75.6%, 병원급은 평균 24.4% 시행

2) ③ =  $\Sigma(\text{기관별 조사인력수} \times \text{기관별 조사일수})$

3) ⑤ = 의원급 3명, 병원급 4명(4년간 의원급, 병원급 평균 : 0.756, 0.244)으로 계산

4) 연간조사투입일수 =  $\Sigma(\text{기관별 조사인력수} \times \text{기관별 조사일수})$

## □ 인프라 구축에 따른 비용 증가 대비 효과를 간략히 살펴보면,

- 현재 인력을 2배로 늘릴 경우 대략 연간 7-8억원의 인건비 증가가 발생하는 반면 단순 합계로 볼 때 연간 20-60억원을 절약할 수 있을 것으로 기대됨.
- 건강보험에서 현지조사 강화를 위한 인력증가는 어려울 수 있지만, 의료급여는 국민 세금을 운영되고, 비용 대비 효과가 크다면 직접적으로 개입하는 것이 타당할 것임.
- 직접적인 비용 효과 이외에 공급자들이 스스로 적정진료를 유도하는 순기능이 증가할 것으로 기대

## 다. 약국 본인부담 차등제 도입

## 1) 건강보험 약국 본인부담 차등제

## □ 추진배경 및 목적

- 대형병원에 경증 외래환자가 쏠림으로써 중증환자가 진료를 받지 못하는 사례 방지
- 상대적으로 진료비가 고액인 대형병원으로의 경증 외래 집중화 방지로 의료자원의 효율적 활용 도모

## □ 주요내용

- 비교적 가벼운 질환<sup>6)</sup>으로 대형병원(종합병원, 상급종합병원)에 내원하는 환자의 약제비 본인부담률 인상

본인부담률 인상 대상	구분	약제비 본인부담률	
		기존	변경
52개 질병	상급종합(44개)	30%	50%
	종합병원(256개)	30%	40%

6) 병협 및 의협 등 전문가와 환자단체로 구성된 협의체 논의를 통해 의원에서 진료받는 다빈도 질환 중 52개 질병(급성 상기도감염, 급성 편도염, 급성 후두염 및 기관염, 결막염 등 가벼운 질환과 고혈압, 당뇨병, 관절염, 지질증, 천식, 골다공증, 알레르기성 비염 등 만성질환) 확정



## 2) 건강보험 약국 본인부담 차등제 시행효과

### □ 기대효과

- 대형병원은 원래 기능인 연구 및 중증환자 진료에 집중할 수 있도록 하고, 병·의원은 만성 및 경증환자 진료 기능에 집중할 수 있도록 의료기관 기능 재정립에 기여

### □ 상급종합병원과 종합병원의 외래 환자수, 내원일수는 감소하고 의원과 병원은 증가

- 전년 동기대비 52개 경증질환의 대형병원 외래환자수 63만명 감소, 동네 병의원 외래환자수 79만명 증가
- 종별 경증질환 외래수진자수
  - － 상급종합병원의 경증질환 외래환자수는 전년 동기 781천명 → 제도 시행 후 485천명으로 296천명이 감소해 37.9% 감소
  - － 종합병원의 경증질환 외래환자수는 전년 동기 1,947천명 → 제도 시행 후 1,613천명으로 334천명이 감소해 17.2% 감소
  - － 반면, 병원, 의원의 경증질환 외래환자수는 각각 213천명(병원), 577천명(의원) 증가
- 종별 경증질환 내원일수
  - － 상급종합병원의 경증질환 내원일수는 전년 동기 1,633천일 → 제도 시행 후 799천일로 834천일이 감소해 51.1% 감소
  - － 종합병원의 경증질환 내원일수는 전년 동기 4,476천일 → 3,263천일로 1,213천일이 감소해 27.1% 감소
  - － 반면, 병원, 의원의 경증질환 내원일수는 각각 145천일(병원), 3,116천일(의원) 증가

&lt;표 6-16&gt; 제도시행 전·후 52개 질환자의 요양기관 종별 이용현황

(단위 : 천명, 천일, %)

구 분		시행 후	전년 동기	증감	
수진자 수	전체	28,260	27,849	411	1.5
	상급종합	485	781	△296	↓37.9
	종합	1,613	1,947	△334	↓17.2
	병원	2,702	2,489	213	8.6
	의원	26,566	25,989	577	2.2
내원일 수	전체	112,015	110,803	1,212	1.1
	상급종합	799	1,633	△834	↓51.1
	종합	3,263	4,476	△1,213	↓27.1
	병원	6,494	6,349	145	2.3
	의원	101,459	98,343	3,116	3.2

주: 수진자수 - 요양기관 종별 간 수진자 중복이 가능하므로 종별 합이 전체와 일치하지 않음.

### 3) 의료급여 약국 본인부담 차등제 도입방안

□ 건강보험 본인부담 차등제와 동일하게 가벼운 질환으로 2~3차 의료기관에 내원하는 환자 약제비 정률제 도입

○ 본태성 고혈압, 인슐린비 의존 당뇨병, 감기계통, 피부사상균증, 관절염 등 건강보험에서 실시하고 있는 질환

약국 본인부담률 인상 대상	구분	약제비 본인부담률	
		현행	변경
52개 질병	상급종합(44개)	500원	10%
	종합병원(256개)	500원	5%

## 참고문헌

- 고경환(2002). 『한국의 사회복지지출 추계: 1990~1999-순사회지출을 중심으로』 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 고수경 외(2002). 『의료서비스의 가격이 의료이용량에 미치는 영향-외래의료이용을 중심으로』 보건경제학회지.
- 국세청. 각 연도 국세통계연보.
- 김운(2005). 『건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토』 보건의료 및 건강보험 시사토론 발표자료.
- 김창보(2002). 『우리나라 의원에서의 의사유인수요 가설 검증』 연세대학교 보건행정학과 박사학위논문.
- 신영석 외(2006). 『의료안전망 구축과 정책과제』 한국보건사회연구원.
- 신영석 외(2005). 「사회보장 사각지대」 『2005년 보건복지정책 혁신의제』 한국보건사회연구원.
- 신현재(2008). 『기부장려세제(Donation Tax Credit) 도입을 위한 탐색적 연구』 한국비영리연구. 7(2) pp.97-128.
- 유원섭 외(2008). 『의료안전망기금 설치운영방안』 을지대학교.
- 이규식(2004). 「의료에서의 사회적 안전망」 『한국사회복지학회 심포지움 한국사회 안전망의 현황과 대책』 한국사회복지학회.
- 이준영(2005). 『사회적 안전망으로서 건강보험의 역할』 건강보험포럼. 제4권 제3호.

- 이인희(2004). 『사회복지서비스 제공의 역할분담 모형』 한국사회와 행정연구. 14(2), pp.123~145.
- 이태수(1999). 『공동모금제도의 현황과 전망』 한국사회복지학회 춘계대회 자료집, p.502.
- 이태수(2007). 『사회복지공동모금회법의 바람직한 개정방안과 향후 대책, ‘사회복지공동모금회법 10년의 평가와 대책’』 심포지엄 발표자료.
- 이태수(2009). 『비영리기관의 지배구조와 의사결정체계에 관한 연구 : 사회복지공동모금회 사례를 중심으로』 한국사회정책. 15(2), pp.289-328.
- 이현주 외(2008). 『2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언』 한국보건사회연구원.
- 재정경제부(2007) 『2007년 정기국회 제출 세법개정(안)에 대한 문답자료』
- 전국경제인연합회(2001). 『2001 사회공헌활동에 대한 기업인 및 국민 의식조사』
- (2007). 『기업의 기부활동에 대한 의견조사』
- (2008). 『2007 기업·기업재단 사회공헌백서』
- 정구현·박태규(2002). 『한국 비영리 부문의 규모추계와 구조』 한국비영리연구. 1(2), pp.3-31.
- 정형선(2004). 「의료보장 사각지대」 『국민건강보험발전을 위한 논의과제 I』 국민건강보험발전위원회.
- 조홍식, 이태수(1999). 『공동모금제도와 민간복지부문의 역할정립』 한국사회복지학. 38, pp.255~283.
- 최경구, 김욱(2003). 『한국의 기부문화와 모금활동의 역사와 현황』 계간 사회복지. 159, pp.6~28.
- 최기춘 외(2009). 『2008년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사』 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 한국은행, 경제통계시스템 IMF, Data and Statistics.
- Brooks, Arthur. C.(2004). “The Effects of Public Policy on Private Charity,” Administration and Society, 36(2): 166-185.
- CancerCare, Inc.(2010). [www.cancercare.org](http://www.cancercare.org)

- Cancer Financial Assistance Coalition(2010). Member Organizations.  
<http://www.cancerfac.org/members.php>
- Clotfelter, C.(1985). Federal Tax Policy and Charitable Giving. Chicago: University of Chicago Press.
- Douglas, Hames(1990). Political Theories of NonProfit Organization. The Non-Profit Sector: A Research Handbook. Yale University Press.
- Feldstein, M. & A. Taylor(1976). "The income tax and charitable contributions," *Econometrica* 44(6): 1201-1222.
- Grytten J, Carsen F, Sorensen R(1995). Supplier inducement in a public health care system, *Journal of Health Economics* 14(2):207-229.
- Giving USA Foundation(2008), Giving USA 2008.
- Healthwell Foundation(2009). 2008 Annual Report.  
[www.healthwellfoundation.org](http://www.healthwellfoundation.org)
- IRS(2009). "Publication 526: Charitable Contributions: For use in preparing 2008 Returns"
- Kramer, Ralph M.(1981). Voluntary Agencies in the Welfare State, California: Univ. of California Press.
- National Cancer Institute(2010). Resources for Financial Assistance for Patients and Their Families.  
[https://cissecure.nci.nih.gov/factsheet/FactsheetSearchResult8\\_3.aspx](https://cissecure.nci.nih.gov/factsheet/FactsheetSearchResult8_3.aspx)
- National Human Genome Research Institute(2010, March). Financial Assistance Information.  
<http://www.genome.gov/pfv.cfm?pageID=11008842>
- Niskanen(1980), Bureaucracy: Servant or Master? London: Institute of Economic Affairs.
- Salamon, Lester M.(1987). Of Market Failure, Voluntary Failure, and Third-Party Government: Toward a Theory of Government-NonProfit

Relations in the Modern Welfare State. Journal of Voluntary Action Research. Vol.16.

\_\_\_\_\_. (1995). Partners in Public Service: Government-Nonprofit Relations in the Modern Welfare State. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Salamon, L. M., et al. (1993). Global Civil Society: Dimensions of the Nonprofit Sector. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Center for Civil Society Studies.

Schiff, J. (1990). Charitable Giving and Government Policy: An Economic Analysis. Westport, CT: Greenwood Press.

Sorensen R.J., Grytten J. (1999). Competition and Supplier-Induced Demand in a Health Care System with Fixed Fees, Health Economics 8: 497-508.

United Way (2009). United Way of America and Subsidiaries: Consolidating Financial Statements and Supplemental Material, Years Ended December 31, 2008 and 2007.

United Way (2009). United Way Overview 2009.

<http://www.bls.gov/cps>

<http://www.hmrc.gov.uk/individuals/giving/>.

<http://www.hmrc.gov.uk/business/giving/>.

<http://www.ibfd.org>

<http://www.unitedway.org/worldwide/>