

발 간 등 록 번 호

11-1352000-000000-00

정책보고서 2018-

의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구



황도경 · 이상영 · 우정식 · 김명중 · 박금령 · 서은원 · 안수인

【책임연구자】

황도경 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

노인 의료와 요양서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구: 공급의 통합적
연계체계 구축, 한국보건사회연구원, 2016(공저)

의료급여수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구
보건복지부·한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원

우정식 제주한라대학교 보건행정학과

김명중 일본 닛세이기초연구소

박금령 한국보건사회연구원 전문연구위원

서은원 한국보건사회연구원 연구원

안수인 한국보건사회연구원 연구원

제출문 <<

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「의료급여 사례관리사업 효율적 관리 방안 연구」의 최종
보고서로 제출합니다.

2018. 8.

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 황도경

연구원 : 이상영

우정식

김명중

연구보조원 : 박금령

서은원

안수인

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구 배경 및 목적	3
제2절 연구 방법	12
제2장 사례관리 개념 및 현황	15
제1절 의료급여 사례관리의 개요	17
제2절 의료급여 사례관리 사업 관련 선행연구	28
제3절 의료급여 사례관리 사업 현황	34
제3장 의료급여 대상자 의료이용 실태 분석	61
제1절 의료급여 대상자 의료이용 실적	63
제2절 요양기관 종별 의료이용 실적	84
제4장 의료급여 수급자 장기입원 실태 분석	97
제1절 의료급여 장기입원자 현황 분석	100
제2절 수급자 특성별 의료급여 장기입원자 실태 분석	108
제3절 의료기관 종별 의료급여 장기입원자 실태 분석	121
제4절 지역별 의료급여 장기입원 현황 분석	129
제5장 의료급여 사례관리 현황 분석	149
제1절 의료급여 사례관리 실적 분석	151
제2절 지역 유형별 사례관리 적정성 검토	154
제3절 사례관리 대상군 검토	186
제6장 적정의료이용 관련 외국 사례 검토	197
제1절 미국의 적정의료이용 관리방안	199



제2절 일본 의료부조 재정증가 대책 등 최근 동향	210
제7장 의료급여 사례관리 사업 개선 방안 및 정책 제언	245
참고문헌	295

표 목차

〈표 1-1〉 연간 의료급여 관리자 1인당 사례관리 대상자 수	11
〈표 2-1〉 의료급여법 제5조의2	21
〈표 2-2〉 시도, 시군구 의료급여 관리자 업무 내용	23
〈표 2-3〉 의료급여 사례관리 지역 유형	24
〈표 2-4〉 연간 의료급여 관리자 1인당 사례관리 대상자 수	24
〈표 2-5〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(1)	34
〈표 2-6〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(2)	35
〈표 2-7〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(3)	36
〈표 2-8〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(1)	37
〈표 2-9〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(2)	38
〈표 2-10〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(3)	39
〈표 2-11〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(4)	40
〈표 2-12〉 통합사례관리 절차 10단계	42
〈표 2-13〉 복지자원 표준 분류 체계(9개 대분류 51개 중분류)	45
〈표 2-14〉 복지자원 표준 분류 예시 및 제공서비스명-거처마련 및 이주지원과 주거관련 비용지원	46
〈표 2-15〉 정신보건기관 및 시설 현황	48
〈표 2-16〉 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업	49
〈표 2-17〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	52
〈표 2-18〉 정신건강증진센터 운영 형태 특성	53
〈표 2-19〉 지역 기반 정신건강 사업 현황	54
〈표 2-20〉 광역 및 기초 정신건강증진센터 운영사업 및 현황	54
〈표 2-21〉 광역정신건강증진센터 주요 업무	56
〈표 2-22〉 정신질환자 퇴원 절차	58
〈표 2-23〉 기초 정신건강증진사업 운영 개요	59
〈표 3-1〉 연도별 적용대상자(2012-2016년)	65
〈표 3-2〉 연도별 진료실인원(입원)	66
〈표 3-3〉 연도별 진료실인원(외래)	67
〈표 3-4〉 연도별 진료실인원(약국)	67
〈표 3-5〉 연도별 총 진료비	69
〈표 3-6〉 연도별 총 진료비(입원)	69

〈표 3-7〉 연도별 총 진료비(외래)	70
〈표 3-8〉 연도별 총 진료비(약국)	71
〈표 3-9〉 2016년도 자격별 총 진료비의 구성(입원/외래/약국)	71
〈표 3-10〉 연도별 진료실인원 1인당 진료비	74
〈표 3-11〉 연도별 진료실인원 1인당 입원 진료비	75
〈표 3-12〉 연도별 진료실인원 1인당 외래 진료비	76
〈표 3-13〉 연도별 진료실인원 1인당 약국 진료비	76
〈표 3-14〉 연도별 진료실인원 1인당 입내원일수	77
〈표 3-15〉 연도별 진료실인원 1인당 입원일수	78
〈표 3-16〉 연도별 진료실인원 1인당 외래 내원일수	79
〈표 3-17〉 연도별 진료실인원 1인당 약국 내원일수	79
〈표 3-18〉 연도별 내원일당 진료비	80
〈표 3-19〉 연도별 내원일당 진료비(입원)	81
〈표 3-20〉 연도별 내원일당 진료비(외래)	82
〈표 3-21〉 연도별 내원일당 진료비(약국)	82
〈표 3-22〉 요양기관 종별 총 진료비(2016년)	85
〈표 3-23〉 요양기관 종별 총 진료비 연평균증가율(2012~2016년)	86
〈표 3-24〉 요양기관 종별 총 진료비(입원)	87
〈표 3-25〉 요양기관 종별 총 진료비(외래)	87
〈표 3-26〉 요양기관 종별 적용인구당 진료비(2016년)	88
〈표 3-27〉 요양기관 종별 1인당 연평균 진료비 증가율(2012~2016년)	89
〈표 3-28〉 요양기관 종별 1인당 입원 진료비	90
〈표 3-29〉 요양기관 종별 1인당 외래 진료비	90
〈표 3-30〉 요양기관 종별 1인당 입내원일수(2016년)	91
〈표 3-31〉 의료급여 1인당 입내원일수(2012~2016년 연평균증가율)	92
〈표 3-32〉 요양기관 종별 1인당 입원일수(2016년)	92
〈표 3-33〉 요양기관 종별 1인당 외래 내원일수	93
〈표 3-34〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(2016년)	94
〈표 3-35〉 요양기관 종별 내원일당 진료비 연평균증가율	95
〈표 3-36〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(입원)	95
〈표 3-37〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(외래)	96

〈표 4-1〉 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황	101
〈표 4-2〉 입원일수 구간별 의료급여 수급자의 의료이용 현황	103
〈표 4-3〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황	105
〈표 4-4〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 의료이용 현황	106
〈표 4-5〉 입원일수 구간별 의료급여 종별 수급자 수 현황	109
〈표 4-6〉 의료급여 1종 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황	109
〈표 4-7〉 의료급여 2종 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황	110
〈표 4-8〉 의료급여 1종 입원일수 구간별 의료이용 현황	111
〈표 4-9〉 의료급여 2종 입원일수 구간별 의료이용 현황	111
〈표 4-10〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 종별 장기입원 수급자 수 현황	112
〈표 4-11〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 1종 수급자 수 및 의료이용 현황	112
〈표 4-12〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 2종 수급자 수 및 의료이용 현황	112
〈표 4-13〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 1종 수급자 의료이용 현황	113
〈표 4-14〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 2종 수급자 의료이용 현황	113
〈표 4-15〉 연령구간별 입원서비스 이용자 비율	114
〈표 4-16〉 연령구간별 입원일수별 장기입원자 비율	115
〈표 4-17〉 연령구간별 입원일수별 장기입원자 비율(30일 미만 vs. 180일 이상)	116
〈표 4-18〉 연령구간별 요양기관 종별 단기입원자(30일 미만) 분포	117
〈표 4-19〉 연령구간별 요양기관 종별 장기입원자(180일 이상) 분포	119
〈표 4-20〉 연령별(65세 미만 vs 65세 이상) 의료급여 장기입원자 현황	120
〈표 4-21〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(상급종합병원)	122
〈표 4-22〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(종합병원)	122
〈표 4-23〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(병원)	123
〈표 4-24〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(정신병원)	123
〈표 4-25〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(요양병원)	123
〈표 4-26〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(상급종합병원)	124
〈표 4-27〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(종합병원)	124
〈표 4-28〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(병원)	124
〈표 4-29〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(정신병원)	125
〈표 4-30〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(요양병원)	125
〈표 4-31〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(상급종합병원)	126

〈표 4-32〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(종합병원)	126
〈표 4-33〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(병원)	126
〈표 4-34〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(정신병원)	127
〈표 4-35〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(요양병원)	127
〈표 4-36〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(상급종합병원)	127
〈표 4-37〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(종합병원)	128
〈표 4-38〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(병원)	128
〈표 4-39〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(정신병원)	128
〈표 4-40〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(요양병원)	128
〈표 4-41〉 시도별 의료급여 입원 및 장기입원자 현황	129
〈표 4-42〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(서울특별시)	131
〈표 4-43〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(부산·대구·인천광역시)	132
〈표 4-44〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(광주·대전·울산광역시, 세종특별자치시, 강원도)	133
〈표 4-45〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(경기도)	134
〈표 4-46〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(제주특별자치도, 충청북·남도)	135
〈표 4-47〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(전라북·남도)	136
〈표 4-48〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(경상북·남도)	137
〈표 4-49〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 진료실인원 현황	138
〈표 4-50〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 진료비 현황	139
〈표 4-51〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 입원일수 현황	140
〈표 4-52〉 시도별 장기입원자(180일 이상) 대비 관외 장기입원자 수	141
〈표 4-53〉 120일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시도)	143
〈표 4-54〉 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(예시)	145
〈표 4-55〉 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(예시) -지리적 접근성 분류	145
〈표 5-1〉 의료급여 사례관리 건수(2016년)	151
〈표 5-2〉 의료급여 사례관리 회수별 대상자 수(2016년)	152
〈표 5-3〉 2016년 의료이용실적 없었던 대상자 수	152

〈표 5-4〉 의료급여 대상자 대비 사례관리 대상자 수(2016년)	152
〈표 5-5〉 대상군별 사례관리 수행실적(2016년)	153
〈표 5-6〉 사례관리 지역유형	154
〈표 5-7〉 사례관리 지역유형	154
〈표 5-8〉 지역유형별 대상군별 사례관리 수행실적(2016년)	155
〈표 5-9〉 지역유형별 사례관리 실적	155
〈표 5-10〉 지역유형별 의료이용실적(시군구별 평균)	156
〈표 5-11〉 의료이용 실적 기준 값(시군구별 평균)	157
〈표 5-12〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(1)	158
〈표 5-13〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(2)	159
〈표 5-14〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(3)	160
〈표 5-15〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(4)	161
〈표 5-16〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(1)	162
〈표 5-17〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(2)	163
〈표 5-18〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(3)	164
〈표 5-19〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(4)	165
〈표 5-20〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(5)	166
〈표 5-21〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(6)	167
〈표 5-22〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(7)	168
〈표 5-23〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(8)	169
〈표 5-24〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(1)	170
〈표 5-25〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(2)	171
〈표 5-26〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(3)	172
〈표 5-27〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(4)	173
〈표 5-28〉 연간 의료급여 관리자 1인당 사례관리 대상자 수	174
〈표 5-29〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)	175
〈표 5-30〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)	176
〈표 5-31〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)	177
〈표 5-32〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)	178
〈표 5-33〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)	179
〈표 5-34〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)	180

〈표 5-35〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(4) - 지역 평균(2016년)	181
〈표 5-36〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(5) - 지역 평균(2016년)	182
〈표 5-37〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)	183
〈표 5-38〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)	184
〈표 5-39〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)	185
〈표 5-40〉 대상군별 의료이용 실적	186
〈표 5-41〉 입원일수 구간별 대상자 분포	187
〈표 5-42〉 총 진료비 기준 10분위 기준 값	188
〈표 5-43〉 총 진료비 10분위 기준 사례관리 대상자 분포	190
〈표 5-44〉 입원일수 10분위 기준 값	191
〈표 5-45〉 입원일수 10분위 기준 사례관리 대상자 분포	193
〈표 5-46〉 총 진료비 10분위 기준 의료급여 수급권자 의료이용량	194
〈표 5-47〉 진료비 10분위별 입내원 구간별 분포	195
〈표 6-1〉 미국 과다 이용자 장기입원의 인구특성, 2012년	199
〈표 6-2〉 미국 CHT 프로그램에서 복합질환 환자의 정의	200
〈표 6-3〉 CPT 프로그램의 특성	201
〈표 6-4〉 CCM 프로그램 접근법의 장점과 단점 비교	203
〈표 6-5〉 14개 과다이용자 프로그램의 구성(1)	205
〈표 6-6〉 14개 과다이용자 프로그램의 구성(2)	206
〈표 6-7〉 의료 부조비 증가의 요인분해	213
〈표 6-8〉 의료부조에 대한 후발의약품의 사용 촉진관련 계획	228
〈표 6-9〉 과다수진의 개선상황	229
〈표 6-10〉 생활보호 수급가구의 건강에 대한 의식	233
〈표 6-11〉 항정신약물 중복투약 환자수의 변화	238
〈표 6-12〉 1인당 조제비의 변화	238
〈표 7-1〉 진료비 상위 10% 외래 및 입원 다빈도 주요 질환	249
〈표 7-2〉 찰손동반질환자수 동반상병	251
〈표 7-3〉 동반상병자수를 활용한 대상자 선정 기준(입원)	254
〈표 7-4〉 동반상병자수를 활용한 대상자 선정 기준(입원일수)	254
〈표 7-5〉 동반상병자수를 활용한 대상자 선정 기준(외래)	255
〈표 7-6〉 동반상병자수를 활용한 대상자 선정 기준(외래방문일수)	255

〈표 7-7〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(입원 및 외래)	256
〈표 7-8〉 지역 유형에 따른 의료급여 관리사 1인당 사례관리 대상자 수(안)	260
〈표 7-9〉 전국 시도별 요양병원 및 정신병원 분포	267
〈표 7-10〉 보건복지부 소관 사회복지시설 유형(1)	274
〈표 7-11〉 보건복지부 소관 사회복지시설 유형(2)	275
〈표 7-12〉 복지자원 표준 분류 예시 및 제공서비스명-거처마련 및 이주지원과 주거관련 비용지원	276
〈표 7-13〉 복지자원 표준 분류 체계(9개 대분류 51개 중분류)	277
〈표 7-14〉 180일 이상 장기입원자 주상병 현황(정신병원)	280
〈표 7-15〉 의료급여 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원)	282
〈표 7-16〉 의료급여 입원 대상자(180일 이상)가 많은 의료기관(정신병원)	283
〈표 7-17〉 의료급여 장기 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원)	284
〈표 7-18〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원)	285
〈표 7-19〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원) 180일 이상	286
〈표 7-20〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원)	287
〈표 7-21〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원) 180일 이상	288
〈표 7-22〉 국민건강보험공단 제공 자료, 주기 및 활용	292
〈표 7-23〉 건강보험심사평가원 제공 자료, 주기 및 활용	293

그림 목차

[그림 1-1] 자격별 총 진료비 구성비(입원/외래/약국) (2016년)	4
[그림 1-2] 2015년 의료기관 종별 의료급여 장기 입원자 규모	6
[그림 2-1] 의료급여 사례관리 업무 흐름도	27
[그림 2-2] 통합사례관리 절차 10단계	42
[그림 2-3] 찾아가는 보건복지 서비스와 통합사례관리사업 수행체계	43
[그림 2-4] 국내 정신건강증진체계 검토	50
[그림 3-1] 자격별 적용대상자 추이(2008-2016년)	65
[그림 3-2] 건강보험, 의료급여의 진료유형별(입원/외래/약국) 비중(2016년)	72
[그림 3-3] 연도별 의료급여 총 진료비 구성비(입원/외래/약국)	73
[그림 4-1] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 현황	101
[그림 4-2] 입원일수 구간별 의료급여 수급자의 진료비 현황	101
[그림 4-3] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 진료비 현황	103
[그림 4-4] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 입원일수 현황	103
[그림 4-5] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 입원일당 진료비 현황	104
[그림 4-6] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 수 및 진료비 현황	105
[그림 4-7] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 1인당 입원 진료비 현황	106
[그림 4-8] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 1인당 입원일수 현황	107
[그림 4-9] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 입원일당 진료비 현황	107
[그림 4-10] 2015년 연령구간별 의료급여 장기입원자 규모(30일 미만 vs. 180일 이상)	116
[그림 4-11] 연령구간별 요양기관 종별 단기입원자(30일 미만) 분포	118
[그림 4-12] 연령구간별 요양기관 종별 장기입원자(180일 이상) 분포	120
[그림 4-13] 전체 의료급여 입원 환자의 의료기관 종별 입원일수별 분포	122
[그림 4-14] 지역별 의료급여 입원자 및 장기입원자 비중	130
[그림 4-15] 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(분석 예 시)	146
[그림 4-16] 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(분석 예 시)-지리적 접근성 분류	147
[그림 5-1] 의료급여수급자의 총 진료비 분포	188
[그림 5-2] 입원대상자 입원일수 분포	191
[그림 6-1] 의료부조 수급자수(월평균)의 장기 추이	211

[그림 6-2] 의료부조비의 최근 동향	212
[그림 6-3] 연령계급별 의료부조 수급자1인당 의료부조비(1개월 기준, 입원)	214
[그림 6-4] 연령계급별 의료부조 수급자1인당 의료부조비(1개월 기준,입원 이외 + 조제)	214
[그림 6-5] 도교도의 의료권	216
[그림 6-6] 입원 및 입원 외 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율	218
[그림 6-7] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(합계)	219
[그림 6-8] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원)	219
[그림 6-9] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원 이외)	220
[그림 6-10] 입원기간 · 상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원)	221
[그림 6-11] 입원기간 · 상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원 이외)	221
[그림 6-12] 병원, 진료소별 일반진료건수의 구성비율	222
[그림 6-13] 병원, 진료소 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율(입원)	222
[그림 6-14] 병원, 진료소 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율(입원 이외)	223
[그림 6-15] 질병별 입원일수 비율과 결정점수 비율(입원)	224
[그림 6-16] 질병별 입원일수 비율과 결정점수 비율(입원 이외)	224
[그림 6-17] 도·도·부·현별 의료부조에서 차지하는 후발의약품 비율	226
[그림 6-18] 의료기관과 약국의 연계도(예)	229
[그림 6-19] 적정화 대응 절차	230
[그림 6-20] 내장지방증후군 해당자 및 예비군 비율	231
[그림 6-21] 생활보호 수급자의 건강관리 지원 절차	232
[그림 6-22] 복지사무소가 활용하기 위한 데이터 인프라의 정비	233
[그림 7-1] 전국 시군구별 요양병원 및 정신병원 분포	268

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 방법

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

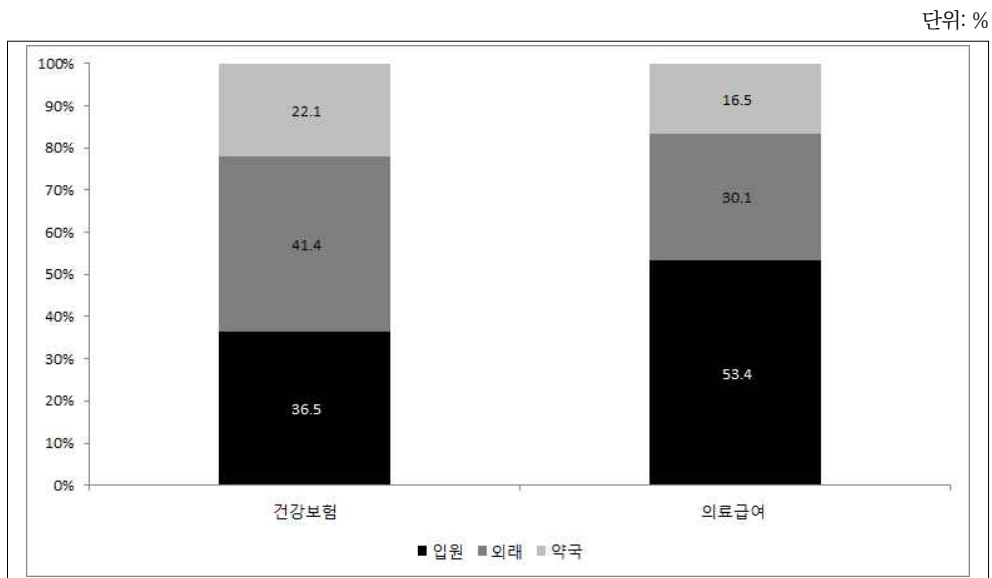
- 의료급여 수급자의 삶의 질 향상과 적정 의료이용 관리를 목적으로 한 의료급여 사례관리 사업은 2003년 의료급여 사례관리 시범사업이 시작된 이후 현재까지 운영되고 있음.
- 2003년 전국 32개 시군구에 대한 시범사업을 시작으로 2006년 전국으로 확대되었으며, 2007년 의료급여 사례관리 사업의 효율적 운영을 위해 의료급여 사례관리 사업지원단을 설치하였음.
- 의료급여 사례관리 대상과 수행업무의 확대는 수급권자의 삶의 질 향상과 의료급여 재정효율화에 기여해왔음.
 - 의료급여 수급자의 외래 과다이용이 대두됨에 따라 고위험 집중 사례관리 군에 대한 텔레케어 사례관리, 2006년 ‘의료급여혁신대책’ 등 다양한 정책들이 시도되었으며, 2010년 이후에는 의료급여 대상자의 의료이용행태가 외래 중심에서 입원 중심으로 전환됨에 따라 장기입원자에 대한 사례관리 도입 등 의료급여 사례관리 사업은 대내외적 환경변화에 맞춰 발전해 왔음.
 - 2017년 현재, 전국 약 530명의 의료급여 관리사들이 배치되어 장기입원자, 외래 고위험군, 신규의료급여 수급권자 및 집중관리군 대상자 유형별 사례관리체계를 갖추고 운영되고 있음.
- 그러나 의료급여 사례관리 사업 실시에도 불구하고 의료급여 대상자의 입원 진료는 빠르게 증가하였음.
- 의료급여 대상자의 총 진료비는 '16년 약 6.7조원(전년 대비 약 12.5% 증가)

4 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

으로, 건강보험 총 진료비(65.2조원)의 약 10% 수준임.

- '15년 기준 의료급여 총 진료비에서 입원 진료비가 차지하는 비율은 53.4% 수준으로, 건강보험 입원 총 진료비(약 36.5%)보다 월등히 높은 수준임.

[그림 1-1] 자격별 총 진료비 구성비(입원/외래/약국) (2016년)



○ 의료급여 대상자의 총 진료비 증가는 대상자들의 입원 진료비 증가에 기인함.

- '16년 전체 건강보험 대상자 중 입원 적용인구 비율 14.6% vs. 의료급여 대상자 중 입원 적용인구 비율 30.5%
- '09년 대비 '16년 의료급여 총 진료비는 1조 9,827억 원이 증가하였는데, 동기간 입원 진료비 증가는 약 1조 2,395억 원으로 진료비 증가분의 약 63%를 차지함.

○ 의료급여 대상자의 내원일당 진료비는 건강보험 대상자의 1/2 수준이나 입원 일수는 약 95일로 건강보험 대상자의 약 5배에 이르고 있음¹⁾.

- 입원일당 진료비: 건강보험 168,573원 vs. 의료급여 86,109원

1) 의료급여통계연보, '16년도 말 기준

- 1인당 입원일수: 건강보험 약 19.0일 vs. 의료급여 약 90.9일
- 진료실인원 1인당 입원진료비: 건강보험 약 320만원 vs. 의료급여 약 783만원

□ 특히, 장기입원이 의료급여 재정 지출의 주요 요인으로 작용함.

○ '15년 기준 의료급여 수급자 중 장기입원자(연간 120일 이상 입원)는 약 11만 명(전체 입원환자의 26.1%)으로 진료비는 약 2.1조원이었으며, 이는 전체 의료급여 입원 진료비의 약 65%를 차지하고 있음.

- 의료급여 수급자 중 1년 내내 입원한 수급자도 전체 입원자의 약 13.9% (57,564명)였으며 입원 진료비는 1조 2,421억 원으로 전체 입원진료비의 38.4% 수준임.

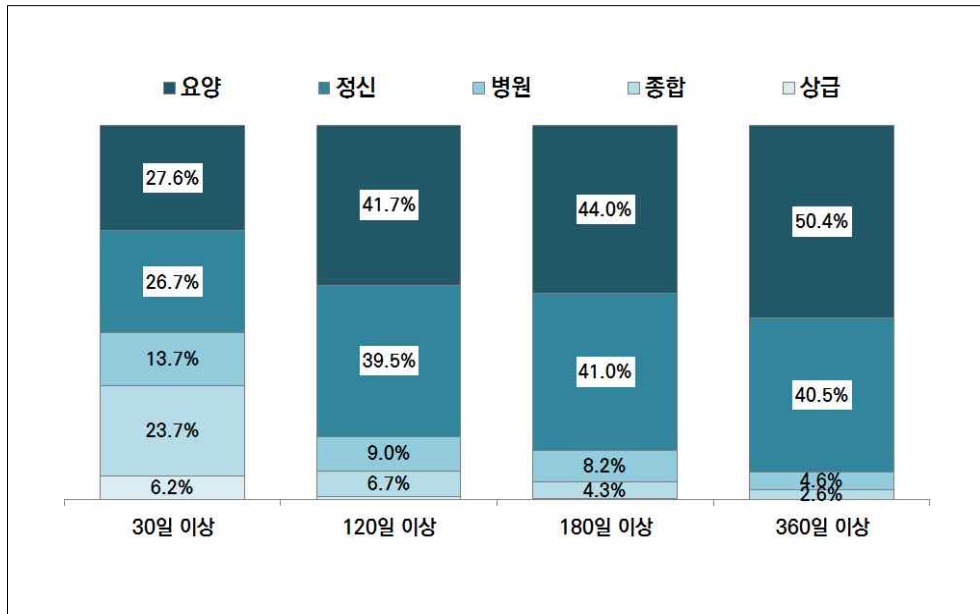
□ 의료급여 장기입원자(연간 120일 이상 입원)의 약 80%는 요양병원과 정신병원에 입원하고 있었고, 입원이 장기화될수록 장기입원은 요양병원과 정신병원에 집중되고 있음²⁾.

○ 입원이 장기화 될수록(30일→360일) 요양병원과 정신병원의 장기입원자 비율 증가함.

- 요양병원과 정신병원 장기입원자 비율(120일 이상): 81.2%(요양병원 41.7%, 정신병원 39.5%)
- 요양병원과 정신병원 장기입원자 비율(180일 이상): 85.0%(요양병원 44.0%, 정신병원 41.0%)
- 요양병원과 정신병원 장기 입원자 비율(360일 이상): 90.9%(요양병원 50.4%, 정신병원 40.5%)

2) 「장기입원 수급자 실태조사 및 생계급여 적정 지급방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2016

[그림 1-2] 2015년 의료기관 종별 의료급여 장기 입원자 규모



□ 보장기관 이외 지역에서의 관외 장기입원과 정신병원 입원은 의료급여 사례관리의 사각지대로 작용하고 있음.

○ 관외입원자는 '16년 기준 약 9만 명(요양병원 입원자는 2만명)이며, 관외입원자 대상 장기입원 사례관리 개입율은 '16년 기준 3.8%임.

□ 또한 요양병원이 크게 증가하면서 치료보다는 사회적 입원, 단순보호 등 불필요한 장기입원이 증가하고 있음.

○ 특히, 요양병원의 신체기능저하군은 외래로 관리 가능한 군으로 건강보험에서는 외래 본인부담 진료비를 부과하고 있는 반면, 입원 진료비가 없는 중증도가 낮은 환자군의 의료급여 수급자 입원은 증가함.

- '12~'14년 입원자수 증가율: 의료최고도 -0.9%, 의료고도 3.9%, 의료중도 0.3%, 문제행동군 -17.7%, 인지장애군 12.7%, 의료경도 11.7%, 신체기능저하군 16.7%

- 의료급여 장기입원자의 증가로 2010년부터 장기입원자에 대한 의료급여 사례관리도 실시하고 있으나 보장기관 이외 지역에 입원한 관외 장기입원자와 정신병원 장기입원자에 대한 사례관리와 퇴원 이후의 주거나 돌봄 문제를 갖고 있는 부적정 입원자에 대한 관리방안 마련이 필요함.
- 현재 의료급여 사례관리 대상으로 장기입원 관리대상을 두고 있으나 관외입원자나 정신질환자에 대한 관리 규정은 사실상 없는 실정임.
- 퇴원 후 주거가 없거나 돌봐줄 사람이 없어 퇴원하지 못하는 ‘사회적 입원’ 문제도 발생함.
 - 요양병원에 입원한 신체기능저하군을 대상으로 한 실태조사 결과³⁾, 퇴원하지 않는 이유로는 ‘돌봄 제공자의 부재’가 35.5%로 가장 응답률이 높았으며, ‘본인 스스로의 건강관리 능력 부재(26.1%)’, ‘거주지의 부재(21.3%)’ 순으로 나타났음.
- 따라서 부적정 장기입원자, 관외입원자, 정신질환자 등 장기입원자 사례관리 방안을 모색해 보고, 전체적인 사례관리 사업 운영체계의 효과성 제고 방안을 마련할 필요가 있음.
- 현재 사례관리의 사각지대로 남아있는 관외입원자와 정신질환자 관리를 위해 관외 장기입원자 사례관리의 주체 설정 및 업무매뉴얼 마련, 의료급여 관리사와 시군구 정신건강복지센터 간의 역할 정립, 부적정 장기입원자에 대한 퇴원 후 지역사회 자원 연계 방안을 포함한 사례관리 방안 마련이 필요함.
- 또한 효과적인 사례관리 운영을 위하여 필요 인력 추계와 의료급여 사례관리 사업 지원단의 역할 확대 및 기능 개편 방안 검토하는 것이 필요함.

3) 「의료급여 수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2015

2. 연구 목적

- 장기입원자, 관외입원자, 정신질환 입원자 등 의료급여 사각지대에 대한 사례관리 방안을 마련하여 효율적인 의료급여 사례관리 사업의 관리 방안을 제안하고 사례관리 효과성 제고를 위한 운영체계 개선방안을 모색하고자 함.
- 이를 위해 사례관리 대상자 관리에 대한 선행연구 고찰을 통해 대상자 선정기준, 관리범위, 사각지대 등을 파악함.
- 의료급여 수급권자의 의료이용 및 의료급여 사례관리 대상군별 관리현황 및 실적 분석을 통하여 장기입원 관리대상자 현황을 분석함.
 - 관외 장기입원자, 정신질환자 등 의료급여 사례관리 사각지대 유형별 관리 방안 모색
- 효과적인 사례관리 운영을 위한 사업 운영체계 개선방안 마련하고자 함.
 - 대상자 선정기준, 관리범위 등 의료급여 사례관리 사업 파악
 - 외국의 사례관리 운영 현황 검토
 - 대상자 건강관리 및 합리적 의료이용 유도에 대한 최신 경향 및 시사점 도출
- 의료급여 수급권자의 의료이용 실태 및 의료급여 사례관리 관련 현황 분석을 위해 다음의 분석들을 실시함.
- 의료급여 수급권자의 의료이용 분석
 - 진료비 증가요인, 진료행태별, 요양기관 종별 의료이용 실태 분석
- 의료급여 사례관리 대상군별 관리 현황 및 실적 분석
 - 의료급여 사례관리 대상군 선정 및 관리 현황 분석
- 관외 장기입원자, 정신질환자 등 사례관리 사각지대 현황 분석
 - 사례관리 사각지대의 정의, 규모, 지역별 분포 등 현황 분석
 - 관외 장기입원자 사례관리 현황 및 문제점 검토
 - 정신질환자 관리를 위한 의료급여 사례관리와 정신건강복지센터 간 직무범

위 검토

- 장기입원자의 퇴원 후 자원 연계 가능성 검토를 위한 지역사회 주거 및 복지시설 현황 검토
 - 지역별 주거복지시설 중심으로 시설보유 수, 정·현원, 입소기준 등 파악

□ 의료급여 사례관리 대상자 관리에 대한 선행연구 고찰

- 국내·외 분야별 사례관리에 대한 이론적 고찰

□ 의료급여 사례관리사업의 개요

- 법적근거: 의료급여법 제 5조의 2(사례관리)
 - 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위해 사례관리를 실시할 수 있음.
- 정의 및 목적
 - (정의) 의료급여 수급권자의 삶의 질 향상과 적정 의료이용을 목적으로 수급권자의 욕구를 사정하고 건강 상담 및 필요한 정보를 제공하는 일련의 과정
 - (목적) 수급권자의 자가 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도, 지지체계 구축을 통하여 건강 삶의 질 향상과 의료급여 재정 안정화에 기여

□ 의료급여 사례관리사업 체계

- 수행체계: 보건복지부 기초의료보장과, 의료급여 사례관리사업 지원단, 시·도 의료급여 담당부서, 시군구 의료급여 담당부서, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원
- 수행인력: 의료급여 관리사
 - 자격(시행규칙 제2조의3 제1항): 의료기관 2년 이상 근무한 의료인
 - 역할(시행규칙 제2조의3 제3항): 교육 및 상담, 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담, 요양방법의 지도, 보건복지자원과의 연계 등
 - 의료급여 관리사 현황('16년 말 기준): 516명(배치율 90.5%)

□ 사례관리 대상자 선정기준

- (신규수급자) 의료급여수급권 최초 취득자 및 재취득자
- (고위험군) 질병 대비 과다이용자로서 특히 의료쇼핑, 비합리적 의료이용, 약물과다, 중복 처방 등이 의심되는 대상자
 - 사례관리 대상자 통보명단에서 총 급여일수, 총 진료비, 외래내원일수, 투약일수, 이용 의료기관 수, 의약품 중복일수, 입원일수, 주·부상병명 등 자료 활용
- (장기입원) 장기입원자(동일 상병으로 1회당 31일 이상 입원한 자), 부적정 입원자(1일 이상 반복 입·퇴원자, 숙식 목적으로 입원하는 자 등), 장기입원자 또는 부적정 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설
- (집중관리군) 단기간의 개입으로는 의료이용 행태가 변화되지 않고, 지속적 관리 및 개입이 필요한 대상자

□ 사례관리 범위(관리 기간 및 목표관리 횟수)

관리군	사례관리 기간	목표관리 횟수		
신규수급자	1개월	(전화) 필요시	(서신) 1회 이상	(집합교육) · 반기별 1회 이상
고위험군	3개월	(전화) 4회 이상	(서신) 수시	(방문) 2회 이상
장기입원자	6개월	(전화) 6회 이상	(서신) 수시	(방문) 2회 이상
집중관리군	연중 관리 (12월 일괄종결)	전화, 서신, 방문을 자율 수행하되 고위험군 수행서비스 기준 이상 개입		

자료: 보건복지부·건강보험심사평가원·의료급여 사례관리사업 지원단(2017). 2017년 의료급여사례관리 업무매뉴얼

□ 의료급여 장기입원자 사례관리 개선 방안 도출

○ 의료급여 사례관리 대상자 선정 방식 검토

- 장기입원자 관리 등을 고려하여 현행 고위험군, 장기입원군, 집중관리군, 신규수급자교육 등 사례관리 대상자 선정방식 개선 방안 도출

〈표 1-1〉 연간 의료급여 관리자 1인당 사례관리 대상자 수

지역 구분	(A) 장기입원자	(B) 고위험군	(C) 집중관리군	신규 수급권자	총 계
입원 고위험	30~40명	50~60명	10명	전수관리(200명)	300명
혼합	15~25명	65~75명	10명	전수관리(200명)	300명
외래 고위험	5~15명	75~85명	10명	전수관리(200명)	300명

자료: 보건복지부·건강보험심사평가원·의료급여 사례관리사업 지원단(2017). 2017년 의료급여사례관리 업무매뉴얼

※ 장기입원 사례관리 대상

- 장기입원자
 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자
- 부적정 입원자
 - 1일 이상 반복 입·퇴원자
 - 숙식 목적으로 입원하는 자
 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 장기입원하는 자
 - 입원 시 가족이 불필요하게 입원하는 자
- 장기입원자 또는 부적정 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 포함

자료: 보건복지부·건강보험심사평가원·의료급여 사례관리사업 지원단(2017). 2017년 의료급여사례관리 업무매뉴얼

○ 의료급여 사례관리 사각지대 유형별 관리방안 모색

- 관외 장기입원자 사례관리 주체 및 업무매뉴얼 마련
- 정신질환자 관리를 위한 의료급여사례관리와 시군구 정신건강복지센터 간 관리 주체 및 역할 설정
- 불필요한 장기입원자 지역 사회 사회복지시설 및 임대 주택 등 연계 방안 모색

□ 사례관리 효과성 제고를 위한 사업 운영체계 개선방안 마련

- 효과적 사례관리 운영을 위한 필요 인력 추계
- '의료급여 사례관리사업 지원단' 역할 확대 및 기능 개편안 검토

제2절 연구 방법

□ 문헌 고찰 및 국내외 사례 조사

○ 사례관리 관련 선행 연구 검토

○ 현행 업무매뉴얼 검토

- ‘의료급여 사례관리사업 안내’, ‘정신건강사업 안내’, ‘사회복지시설 안내’ 등

□ 의료급여 수급자의 의료이용 실태 파악을 위한 자료 수집, 구축, 분석

○ 건강보험통계연보, 의료급여통계연보를 활용한 의료이용 현황 분석

- 총 진료비, 적용인구 수, 적용인구 1인당 진료비, 수진율, 건당 진료비, 1인당 입내원일수, 입내원일당 진료비 등

□ 의료급여 사례관리 실적 분석

○ 국민건강보험공단 데이터 분석

- 의료급여 대상자 의료이용 데이터
- 의료급여 사례관리 실적 데이터
- 관외 장기입원자 현황 분석

(장기입원 대상자의 보장기관과 입원 요양기관 자료 분석)

□ 사회복지시설 정보시스템 데이터 분석

○ 지역별 주거복지 시설보유 수, 정·현원, 입소기준 등 파악

□ 관련 전문가, 지자체 담당자의 의견수렴을 위한 간담회 및 자문회의 실시

○ 효율적 사례관리 방안 및 관외 장기입원자 관리 매뉴얼 구축을 위해 의료급여 관리사를 대상으로 간담회의 개최

- 현장 실무자가 느끼는 문제점, 한계 등에 대한 의견수렴을 위해 권역별 의료급여 관리사들과의 간담회의

- 권역별로 개최된 간담회의를 바탕으로 의료급여 관리자 및 정신건강복지센터 실무자의 종합적인 의견 수렴을 위한 종합적인 간담회의

- 정신질환 입원자 관리를 위해 의료급여 관리자, 정신건강복지센터 간의 역할 설정을 위한 정신건강복지센터 실무자와의 자문회의 개최
- 의료급여 사례관리사업 지원단의 역할 및 기능 개편을 위한 자문회의 개최
- 효율적인 사례관리 방안 모색을 위한 전문가 자문회의 개최

□ 기대효과

- 효율적 사례관리 선정 및 사례관리 사각지대 해소를 통해 의료급여 수급자의 적정 의료이용 유도 및 부적정 의료이용 관리를 통한 의료급여 재정 안정화 기여

□ 활용방안

- 관외 장기입원자, 정신질환자 등 의료급여 사례관리 사각지대 해소 방안 마련 및 효율적 사례관리 방안 구축
- 관외 장기입원자 관리를 위한 업무매뉴얼 구축

제 2 장

사례관리 개념 및 현황

제1절 의료급여 사례관리의 개요

제2절 의료급여 사례관리 관련 선행연구

제3절 국내 사례관리 사업 현황

2

사례관리 개념 및 현황 <<

제1절 의료급여 사례관리의 개요

1. 보건의료분야에서의 사례관리와 의료급여 사례관리

- 보건의료분야에서의 사례관리는 한정된 자원을 최대한 활용하면서 서비스를 효과적으로 연계하고 조정해나가는 서비스모델임(안양희, 2010, p.352).
- 사례관리의 개념을 검토한 이익섭과 김동기(2006)의 연구에 따르면 국외 사례관리는 다양한 관점에서 논의되어 왔음.
- Rothman(1991)에서는 “사례관리란, 정신보건, 노인, 아동복지, 보건 및 발달 장애와 같은 서비스 분야에 영향을 미치는 실천양식으로서,
 - 지역사회 내에 거주하는 만성적 또는 심하게 손상된 클라이언트에게 다양하고 지속적인 보호를 제공하는 수단”이라고 정의함.
- Fisher(1987)는 보건보호의 맥락에서 사례관리를 정의하였는데 “사례관리란, 고액 진료자를 확인하고 그들의 보호를 조정하기 위하여 잠재적인 기회를 사정하며 질과 비용통제를 개선하는 치료계획을 개발하고 최적의 성과를 보장하기 위하여 환자의 전체적인 보호를 관리하는 체계적인 접근방법”이라 정의함.
- Moxley(1989)에 의하면 “사례관리란, 대인 서비스 실천의 다양한 분야에서 복합적인 욕구를 가진 클라이언트의 욕구를 사정한 후 복합적인 욕구를 충족시키기 위한 적절한 서비스, 기회 또는 급여를 확인하고 포괄적인 서비스 계획을 개발하며 각종 서비스에 대한 클라이언트의 접근을 용이하게 하기 위한 옹호를 제공하고 적절하고 효과적인 서비스의 전달을 점검하거나 평가하는 활동”으로 정의함.
- 보건의료 분야에서의 사례관리는 “질과 비용-효과적인 결과를 향상시키기 위해

커뮤니케이션과 가용한 자원을 활용하여 개인의 건강 필요에 맞는 선택사항과 서비스를 사정, 계획, 시행, 조정, 모니터, 평가하는 협동적 과정(Mullahy 1998)”으로 정의할 수 있음(오진주 외, 2007, p.49).

- 미국(Brown et al., 2007), 영국(Challis, 1993), 캐나다(Forchuk, Ouwerkerk, Yamashita, & Martin, 2002) 등의 선진국을 비롯하여 이미 많은 국가들이 국민들의 삶의 질을 향상시키고 동시에 증가하는 의료비를 통제하기 위해 사례관리를 시행하고 있음(김순옥, 조정현, 2015, p.412).

□ 그 구성요소는 아래와 같이 구분이 가능함.

○ 서비스 관리(service management)

- 서비스 관리는 1970년대 미국 펜실베이니아(Pennsylvania)주의 지역노인복지담당기관을 중심으로 고령자와 그 가족에게 제공하는 모든 서비스를 연계 조정하는 프로젝트에서 사용된 용어로 고령자에게 제공되는 여러 종류의 서비스 전체를 활용할 수 있도록 각종 서비스 기관사이의 조정을 매개로 적절한 서비스 전달을 보장하는 것(조추용과 권현주 2000)임.

○ 질병관리 프로그램(disease management program)

- 질병관리는 보건의료 전달체계 및 특정한 질병(예: 고혈압 또는 당뇨)을 갖고 있는 환자들 전체에 대하여 조직적이고 혁신적이며 여러 요소들을 고려한 접근법을 지칭하는 용어임.
- 질병관리 개념은 보건의료 전달체계의 구조·과정적 측면 및 자원과 공급자의 지식, 태도, 행태, 환자 또는 대상 인구 집단의 지식, 행태, 건강결과 등을 모두 고려하는(Norris et al. 2002) 포괄적인 개념임.

○ 의료이용 과정(healthcare utilization)

- 의료이용관리의 과정은 대상자의 적합성을 결정하고 보장되는 급여를 해석하며 의료필요도 및 적절성과 제공되는 보건의료 서비스의 효과성을 평가하는 것임.
- 동시에, 주어진 기간 동안 이 모든 과정에서 환자의 상태에 맞추어 공인된

기관의 지침에 따라 적절한 보건의료 제공자가 적절한 단계에서 서비스가 제공될 수 있도록 보장하는 것임.

- 의료이용관리의 궁극적 목적은 환자가 적절한 서비스 제공 수준에 있도록 하고, 기존의 모든 보건의료 서비스 및 지역사회자원을 조정함으로써 비용을 최소화하고 질을 보장하는 것이라 할 수 있음(Rossi 1999).
- 사례관리와 달리 의료이용관리는 이용자가 보건의료서비스를 이용하기 위해 서비스 제공자와 접촉하면서부터 시작하며 각각의 보건의료서비스 이용 전에 초점을 두고 강도가 낮지만 많은 대상자에게 초점을 둠.
- 또한, 이용자의 자격과 동시적 혹은 후향적 검토를 통해 보험적용 여부 및 의료필요와 서비스의 수준을 평가함.

□ 보건의료서비스에 대한 국민의 관심 증대, 인구의 고령화 및 질병구조의 만성화에 따른 의료비 상승, 전 국민 건강보험 실시에 따른 국민의 의료수요 증가 등으로 비용효율적인 양질의 보건의료서비스 제공이 요구되면서 보건의료서비스의 질적 측면 및 비용 효과적 측면에서 사례관리 접근법에 관심을 두기 시작함 (Choi, Kim, Kim, &Yang, 2007).

○ 같은 맥락에서 의료급여제도 영역에서도 수급권자 관리 및 보장성 강화의 일환으로 2003년부터 사례관리를 도입하여 시행해오고 있음.

□ 의료급여 사례관리는 수급자들의 질병 상태에 따른 합리적 의료이용을 통하여 수급자의 건강 삶의 질을 높임과 동시에 의료급여 재정 안정화를 이루기 위해 실시함.

○ 의료급여 사례관리의 특징은 의료급여 수급자중 의료이용을 많이 필요로 하거나 앞으로 많은 의료를 필요로 할 가능성이 높은 대상자들에게

- 일차 예방 활동으로서 위험 요인을 차단하거나 스스로 대응할 수 있는 능력을 강화시키고
- 이차 예방활동으로서 대상자가 보유하고 있는 만성질환 및 증상을 관리함으로써 합병증을 예방하고
- 삼차 예방활동으로서 이미 과도하게 이용하고 있는 의료이용을 기타 자원들

을 조정하고 지속적인 모니터링을 통하여 합리적인 의료이용을 유도하는 활동임.

- 의료급여 사례관리는 의료급여 수급권자들을 보다 체계적이고 효율적으로 관리하고 사업 취지에 맞게 효과적으로 서비스를 제공하기 위해 다양한 측면에서 제도적 변화를 꾀하는 등 지속적으로 노력해왔음(Ahn, 2010).
- 먼저 소수 과다의료이용자(고위험군)중심의 사례관리에서의 한계점을 극복하기 위해 2007년부터 텔레케어 사례관리 사업을 도입하여 2.2%의 개입 범위에서 58.6%로 확대하였음.
- 과다 의료이용자 뿐만 아니라 과소 의료이용자(예방군)를 사전 발굴하여 건강위험을 사전에 차단하는 예방적 서비스 제공을 통해 불필요한 의료이용의 형태로 이어지는 악순환 구조를 개선(Ahn, 2010)하였음.
- 또한, 수급권자의 의료이용행태가 외래이용에서 입원이용으로 옮겨가면서 외래 대비 입원 의료이용으로 인한 의료비가 상대적으로 증가함에 따라 불필요한 장기입원에 대한 관리의 필요성이 대두되면서 2010년부터 장기입원자 대상 사례관리를 실시하였음.
 - 그간 수급권자의 의료이용 중심 사례관리에서 방향을 전환하여 의료제공자에 대한 관리도 실시하는 등 보다 다양한 방법으로 접근함.

2. 의료급여 사례관리 사업 개요

가. 법적 근거

- 의료급여법 제5조의2에 의거, 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시하도록 함.
- (사업의 정의)의료급여 수급권자의 삶의 질 향상과 적정 의료이용을 목적으로 수급권자의 욕구를 사정하고 건강 상담 및 필요한 정보를 제공하는 일련의 과정
- (사업의 목적)수급권자의 자가 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도, 지지체계 구축을하여 건강 삶의 질 향상과 의료급여 재정 안정화에 기여

〈표 2-1〉 의료급여법 제5조의2

제5조의2(사례관리)

- ① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 사례관리를 실시하기 위하여 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 및 시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 의료급여 관리사를 둔다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따른 사례관리 사업의 전문적인 지원을 위하여 해당 업무를 공공 또는 민간 기관·단체 등에 위탁하여 실시할 수 있다.
- ④ 제2항에 따른 의료급여 관리사의 자격·배치기준 등 운영에 관한 사항과 제3항에 따른 사례관리 사업의 지원 업무 위탁 실시 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2013.6.12.]

나. 수행 체계

□ 보건복지부 기초의료보장과

- 의료급여사례관리 사업방향 기획 및 사업운영 총괄
- 의료급여사례관리 관련 정책 수립
- 의료급여사례관리 예산 지원 및 기금 관리

□ 의료급여 사례관리사업 지원단

- 의료급여 사례관리사업 관련 각종 계획 수립 및 집행상황 관리
- 의료급여 사례관리사업 실태조사
- 의료급여 사례관리사업 운영지원, 교육 및 평가
- 의료급여 사례관리사업 지침 및 제도개선 지원
- 의료급여 사례관리사업 모형, 교육훈련 및 교재개발
- 의료급여 사례관리사업 평가지표 개발
- 의료급여 사례관리사업의 사업평가
- 의료급여 사례관리사업 운영세칙 상 「지원단」 역할 및 기능
- 기타 의료급여 사례관리사업 개발 및 사업수행을 위해 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항

□ 시·도 의료급여 담당부서

- 시·도 자체 사업 계획 수립 및 성과 보고
- 사업운영을 위한 의료급여기금 예산 확보, 관리 및 운용, 결산 보고
- 시·군·구 의료급여 사례관리사업 지도 점검

□ 시·군·구 의료급여 담당부서

- 대상자 사례관리 수행
- 시·군·구 자체사업 계획 수립 및 성과 보고
- 보장기관 특성에 따른 특화사업 실시
- 지역사회 협력체계 구축

□ 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원

- 국민건강보험공단
 - 의료급여사례관리 대상자 DB 구축
 - 진료비, 급여일수 등 의료이용 행태 자료 지원
- 건강보험심사평가원
 - 사례관리 대상자 통보명단 및 의료이용 현황 제공(총 급여일수, 총 진료비, 이용 의료급여기관 수, 의약품 중복일수 등)
 - 내원일수, 투약일수, 입원일수, 병용금기 등

〈표 2-2〉 시도, 시군구 의료급여 관리사 업무 내용

	주요 업무
시·도 의료급여 관리사	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시·도 특성을 고려한 사례관리사업 계획 수립 및 결과보고 ○ 시·군·구 의료급여 사례관리사업 수행 지원 ○ 사례관리사업 모니터링을 위한 보장기관 현장점검 실시 및 평가 ○ 보장기관 사례관리 실적관리·모니터링 및 보고 ○ 보장기관 의료급여 관리사 수퍼비전 제공 및 신규 의료급여 관리사 교육 ○ 장기입원 사례관리 ○ 시·도 특성을 고려한 지역 특화사업 ○ 지역사회 협조체계 구축을 위한 의료급여사례관리 홍보 ○ 사례관리 질적 서비스 향상을 위한 간담회 및 사례검토회의 등 개최 ○ 보건복지부, 의료급여 사례관리사업 지원단, 시·군·구와 업무 협력
시·군·구 의료급여 관리사	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료급여사례관리 : 신규 수급권자, 외래이용자, 장기입원 관리 ○ 의료급여일수 연장승인 관리, 조건부 승인(선택의료급여기관) ○ 상해요인조사, 중복청구 업무 등 ○ 시·군·구 특성을 고려한 사례관리사업 계획 수립 및 결과보고 ○ 실적보고 및 자체평가 실시 ○ 사례검토회의, 유관부서와 연계회의 등 개최 ○ 보장기관 특성에 따른 특수사업 실시 ○ 지역사회 협력체계 구축을 위한 사업 홍보 및 교육

다. 사업 기획 및 관리 인원

□ 지역 구분

- 지역 및 수급권자 특성을 분석하여 아래 지역 유형 중에서 선정함.

〈표 2-3〉 의료급여 사례관리 지역 유형

구분	내용
입원 고위험 지역	상대적으로 입원 의료이용이 높고 입원 가능한 의료기관이 많은 지역
혼합지역	외래 의료이용과 입원 의료이용이 혼합되어 있는 지역
외래 고위험 지역	외래 의료이용이 높고 입원 의료이용이 낮은 지역

□ 관리 인원

- 선정된 지역유형에 따른 연간 사례관리 목표 대상자 수를 설정함.

〈표 2-4〉 연간 의료급여 관리자 1인당 사례관리 대상자 수

지역 구분	(A) 장기입원	(B) 고위험군	(C) 집중관리군	신규 수급권자	총 계
입원 고위험	30~40명	50~60명	10명	전수관리(200명)	300명
혼합	15~25명	65~75명	10명	전수관리(200명)	300명
외래 고위험	5~15명	75~85명	10명	전수관리(200명)	300명

- 인원 : 228개 자치구 시·군·구청 610명으로 배치기준(2017년 배치현원 보존하여 적용)은 아래와 같음.

- 수급권자 3,000명 이하 : 1명
- 수급권자 3,000명 초과 6,000명 이하 : 2명
- 수급권자 6,000명 초과 9,000명 이하 : 3명
- 수급권자 9,000명 초과 12,000명 이하 : 4명
- 수급권자 12,000명 초과 15,000명 이하 : 5명

- 수급권자 15,000명 초과 18,000명 이하 : 6명
- 수급권자 18,000명 초과 21,000명 이하 : 7명
- 수급권자 21,000명 초과 : 8명

라. 관리 대상

□ 신규 대상자 선정 기준

- (신규수급자) 의료급여 수급권 최초 취득자 및 재취득자
- (고위험군) 질병 대비 과다이용자로서 특히 의료쇼핑, 비합리적 의료이용, 약물과다, 중복 처방 등이 의심되는 대상자
 - 사례관리 대상자 통보 명단에서 총 급여일수, 총 진료비, 외래내원일수, 투약일수, 이용 의료기관 수, 의약품 중복일수, 입원이수, 주·부상병명 등의 자료를 활용하여 선정함.
- (장기입원) 장기입원자(동일 상병으로 1회당 31일 이상 입원한 자), 부적정 입원자(1일 이상 반복 입·퇴원자, 숙식 목적으로 입원하는 자 등), 장기입원자 또는 부적정 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설

※ 장기입원 사례관리 대상

- 장기입원자
 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자
- 부적정 입원자
 - 1일 이상 반복 입·퇴원자
 - 숙식 목적으로 입원하는 자
 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 장기입원하는 자
 - 입원 시 가족이 불필요하게 입원하는 자
- 장기입원자 또는 부적정 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 포함

- (집중관리군) 단기간의 개입으로는 의료이용 행태가 변화되지 않고, 지속적 관리 및 개입이 필요한 대상자

마. 관리 업무

□ 대상자 선정

- 1) 보장기관 자격관리 담당자로부터 월별 신규 의료급여수급자 명단 확보
- 2) 행복e음(사회복지 통합 관리망)을 통한 명단 조회

□ 관리계획 수립 및 수행

- 매월 전체 신규 의료급여수급자를 대상으로 다음 내용을 포함한 안내문 및 리플릿등 발송
- 방문 및 전화

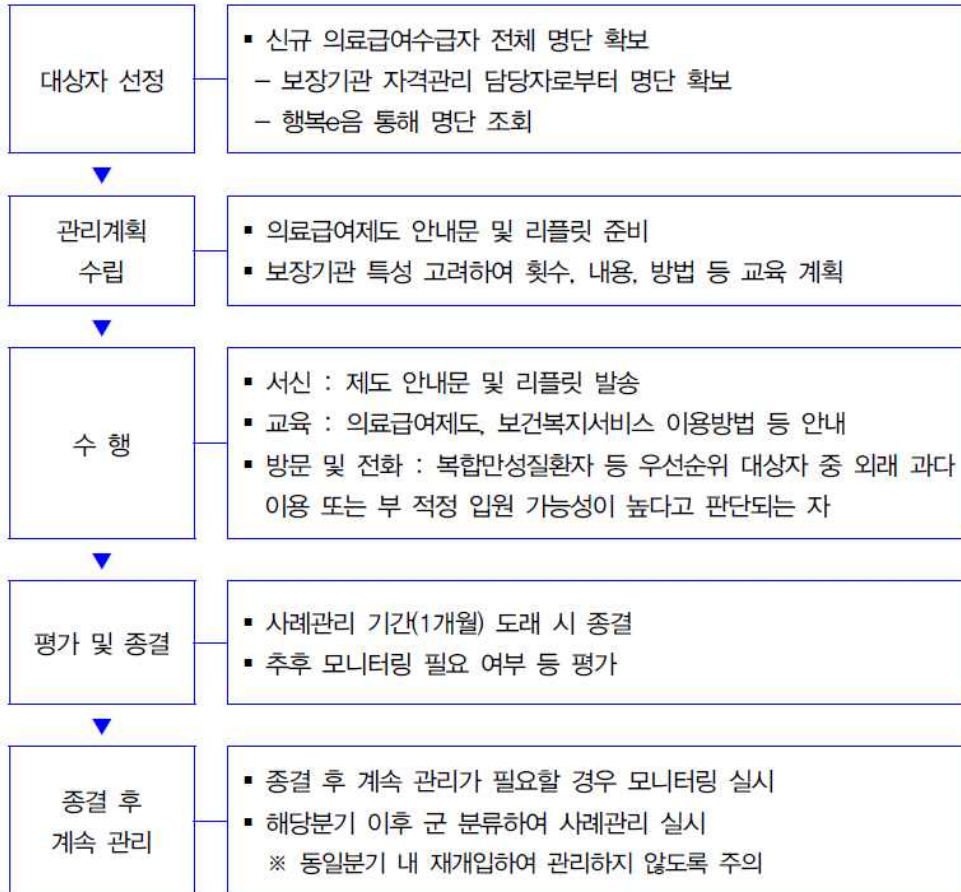
□ 평가 및 종결

- 추후 모니터링 필요 여부 평가
- 서비스 수행 후 관리기간(1개월) 도래 시 종결
- 행복e음 시스템 종결 처리

□ 종결 후 계속 관리

- 종결 후 지속관리가 필요한 경우 모니터링 실시
- 해당 분기 이후 군 분류하여 사례관리 실시

[그림 2-1] 의료급여 사례관리 업무 흐름도



제2절 의료급여 사례관리 관련 선행연구

1. 사례 관리 사업의 효과성⁴⁾

□ 사례관리의 효과성에 대한 기존 연구는 주로 만성정신질환을 지니고 있는 대상을 중심으로 이루어져 왔음.

□ 국내에서 시범적으로 시행되고 있는 사례관리사업의 효과성 연구는 다음과 같음.

○ 국민건강보험공단에서 실시하는 고혈압 사례관리 프로그램 적용 후 대상자들의 수축기 혈압이 유의하게 감소하였고 대상자들의 일상생활실천도 유의하게 향상된 것으로 보고(So et al., 2008)됨.

○ 보건소 맞춤형 방문보건사업 대상자들의 고혈압·당뇨 환자사례관리 결과에서도 관련 생리적 수치가 유의하게 변화하였으며 자가 관리 능력이 상승하였다고 보고함(Yang, Ahn, Yim, & Kwon, 2008).

○ 장기요양보호시설에서의 사례관리 실천에 대한 연구인 김숙경(2001)에서는 사례관리를 제공받지 못한 노인에 비해 사례관리를 제공받은 노인이 빠른 시설 적응, 환경 변화에 부수되는 사회·심리적 문제 해결 및 기능 능력 강화를 보여주었다고 보고됨.

□ 국외 사례관리 사업의 효과성 연구를 검토한 안양희 외(2010)의 연구와 이익섭과 김동기(2006)의 연구에 따르면;

○ McGurrin & Worley(1993)은 만성정신질환자에게 사례관리 서비스를 제공했을 때 스트레스를 감소시키고 그들이 재발을 빨리 인식하도록 하여 적절한 중재를 준비할 수 있으며 또한 응급실과 정신병원의 재입원을 감소 및 전반적인 비용을 감소시킴으로써 질적인 서비스 제공과 비용 감소라는 두 가지의 효과를 동시에 얻을 수 있다고 주장하였음.

○ Schraeder 등(2008)의 연구에서는 지역에 거주하는 노인만성질환자들을 대

4) 안양희 외(2010). p353 재인용

상으로 사례관리 중재를 통한 결과 실험군과 대조군 두 집단 간에 병원 입원 횟수, 입원일, 응급실 방문 횟수, 의사 방문 수, 비용에 대하여 유의한 차이가 있음을 제시함.

- Onder 등(2007)은 후향적 코호트 연구 설계를 활용하여 가정 간호를 제공받는 유럽의 노인을 대상으로 사례관리 접근과 시설 입소와의 관계를 밝힘.
 - 11개 유럽 지역에서 가정 간호를 제공받는 3,292명의 노인을 대상으로 실시한 결과 사례관리를 제공받은 집단에서는 6.8%, 기존 서비스를 제공받은 집단에서는 13.0%가 요양 시설에 입소하여 유의한 차이를 보였으며 매개 변수를 조정한 상태에서 사례관리를 받지 않은 집단은 사례관리를 받은 집단에 비해 5.6배의 입소 확률이 높은 것으로 나타남.
- 가정 간호 대상의 또 다른 연구에서는 간호사 주도의 사례관리를 제공받은 집단과 기존 서비스를 제공 받은 집단과의 비교를 통하여 사례관리를 제공받은 집단은 건강관리 서비스나 자원への 접근이 능률적으로 이루어지고 환자의 기능적 수준은 긍정적으로 변화하였고 간병인의 부담은 줄게 되었음(Morales-A sencia et al., 2008)을 제시함.
- 전화 사례관리(telephonic case management)를 실시한 결과에서도 사례관리를 받은 대상자 중 심부전으로 입원한 비율이 45.7% 감소하였고 재입원수와 재입원율이 유의하게 감소하였으며 입원한 대상자의 의료비용도 45.5% 감소하여 비용절감효과가 나타났음(Riegel et al., 2002).
- 사례관리가 대상자의 높은 만족감, 환자들의 입원 기간 및 재입원을 감소라는 연구결과 (Beckworth, 1994)에 따라 사례관리는 지역 사회에서 생활하고 있는 만성정신질환자들에게 포괄적인 건강관리를 제공하기 위해 가장 효과적인 방법이라는 것이 증명되었음(이정숙 외, 2002; 재인용).
- Pollio et al(2000)의 연구에서는 사례관리 서비스를 통해 더욱 더 많은 서비스를 제공받았거나 서비스 제공자 혹은 사례관리자와 더욱 더 협조적인 관계를 맺었던 노숙자일수록 정신질환증세, 삶의 질, 그리고 주거 안정성에 있어서 긍정적인 결과를 보였음을 제시함.

□ 의료급여 사례관리 사업은 재정 안정화 측면에서 의료급여일수 및 총 진료비가 감소한 것으로 나타났고 수급권자의 자가 건강관리능력과 삶의 질이 향상된 것으로 나타나 그 효과성이 입증되었다고 볼 수 있음.

□ 의료급여수급자에 대한 사례관리 연구는 다음과 같음.

- 이익섭과 김동기(2006, p.36)의 연구에서는 의료급여 사례관리 사업이 신체적, 심리적, 정서적 취약계층인 의료급여 대상자들의 삶의 질을 향상시켰고 또한 의료급여 재정안정화의 가능성도 내포하고 있는 것으로 나타남.
- Rhee (2006)의 연구에서는 의료급여 수급자 중 2004년도에 사례관리를 받은 143명을 분석한 결과 사례관리 중재 후에 1건당 연간 의료급여일수가 257일이 감소되었으며 진료 비용은 2,595천원 감소한 것으로 나타나 경제성이 높은 것으로 보고됨.
- Shin, Shin과 Whang (2007)의 연구에서는 2006년도 의료급여 사례관리 후 의료이용량의 변화 여부를 확인한 결과 사례관리를 받은 집단이 받지 않은 집단보다 의료이용 증가율이 낮게 나타나거나 절대량이 감소하였고 내원일수도 사례관리를 받은 집단은 약 15.6% 감소한 반면에 받지 않은 집단은 약 11.3% 감소하였던 것으로 나타남.
- Oh(2010)의 연구에서는 텔레케어 시범사업을 실시한 지역을 대상으로 사례관리 효과를 검정하였고 그 결과 진료비가 2.2% 감소한 것으로 나타남.
- Shin등(2009)은 2008년 적용된 대상자 분류 기준에 의하여 텔레케어 시범사업을 실시한 지역의 사례관리 효과를 집중관리군과 유지관리군에서 사례관리 요구도 점수가 변화되었음을 제시하였음.
- 안양희 외(2010)의 연구에서 의료급여 수급권자를 대상으로 텔레케어 사례관리 시범사업의 효과성을 검토한 결과 전반적 의료이용의 적정성, 의료쇼핑, 이용기관 전문수준 및 약물중복처방수준이 중재 후에 전보다 향상되었던 것으로 나타남.

- Ahn 등(2010)은 일괄적인 기준보다는 대상자의 개별 특성에 맞는 방법으로 접근하는 것이 효과적임을 제안하였고,
- Kim 등(2010)은 지역에 따른 대상자 특성과 지리적, 문화적 특성, 자원 분포 등의 환경적 특성에 맞는 사례관리 운영체계 구축의 필요성을 제안함.
- 현재 의료급여 사례관리 사업은 보건복지부의 지침에 의해 일괄적인 중재가 이루어지고 있으며 효과 연구 또한 전체적인 효과를 살펴본 연구가 주를 이루고 있음.
- 의료급여 사례관리사업의 발전과 더불어 이를 주제로 한 다양한 연구들이 수행되고 있는데 사례관리 성과측정 및 효과 평가, 텔레케어 사례관리 효과, 사례관리 개선방향, 의료급여 관리사의 역할과 직무 및 업무환경 간호중재방법 등 다양한 측면에서 폭넓은 연구들이 수행되어 옴.

2. 기존 연구에서의 의료급여 사례관리사업의 한계와 문제점

- 정신보건서비스 전달체계에서의 의료급여 수급권자 대상 서비스 관리 문제
 - 정신의료기관이나 정신의료기관 운영법인에 의한 위탁이라는 방식으로 운영되면서 실제 퇴원 정신 장애인에 대한 지역사회 생활지원 기능보다는 지역사회 거주 정신 장애인에게 입원을 안내하는 역할의 비중이 더 큼(한국보건복지인력개발원, 2007 p. 22 재인용, 원자료: 이용표 외, 2007).
- 지방자치단체에서의 관리 소홀 지적
 - 의료급여 수급 정신질환자의 보건 및 복지서비스에 대한 행정적 책무는 실제로 기초 지방자치단체가 담당하고 있음.
 - 반면, 재정적인 측면에서는 지방의 여건에 따라 기초 지방자치단체가 0~6% 정도 분담하고 있음.
 - 이와 같은 기초 지방자치단체의 행정적 책무와 재정적 책무 간의 불일치는 의료급여 수급자의 장기입원을 기초 지방자치단체가 방임하게 되는 주요한 원인이 되고 있음.

- 기초 지방자치단체의 경우 자체 재원에 의한 사회복지시설 운영 등과 같은 지역사회 생활지원 프로그램보다 중앙정부의 부담률이 매우 높은 의료급여에 의한 입원 치료의 활용이 오히려 재정 통제의 수단됨으로써 지역사회 서비스 확충의 장애물이 되고 있음.

○ 즉, 지방정부는 재정적 책무성이 상대적으로 작은 의료급여를 정신장애인 서비스에 활용함으로써 장기입원을 방임하는 구조가 형성됨(홍선미 등, 2009).

□ 개인별 욕구 사정에 맞는 운영 체계 구축

○ 의료급여 사례관리를 효율적으로 수행하기 위해서는 일괄적인 기준 및 운영체계 보다는 대상자의 개별 특성, 지역별 인구분포 및 자원, 환경적 특성에 맞는 지역 유형별 사례관리 운영체계를 구축하는 것이 효과적임.

□ 의료급여 사례관리 대상자 중 정신질환에 대한 관리 요구

○ 정신보건센터는 정신질환자의 위기 발생 시 정신의료기관에 의뢰하는 기능만을 가지고 있을 뿐 지역사회에서 위기를 관리하는 기능은 결여된 상태임.

○ 이러한 정신보건체계의 약점은 정신질환자의 위기는 곧 입원을 의미하는 체계가 형성되는 중요한 원인을 가져오게 됨.

- 정신보건센터의 합리적 운영을 위해서는 지방자치단체별 정신의료기관 입원 기간, 입원자수 그리고 의료급여비용 등에 관한 성과 목표를 설정하고 그 성과에 대한 적극적인 관리가 필요함.

○ 무분별한 입원을 방지하고 엄격한 입원 심사를 시행하기 위해서는 현행 정신보건체계 하의 지역사회에서 위기를 관리할 수 있는 서비스체계의 수립이 필요함.

- 정신질환자의 지역사회 생활을 구체적으로 지원하기 위해서는 정신질환자의 지역사회에서의 자립계획을 공공 행정기관이 개별적 능력과 욕구에 근거하고 수립하고 그것을 집행할 의무를 가져야 함.

- 현재의 정신보건법은 정신보건센터에 사례관리기능을 부여하면서도 구

체적으로 사례관리를 제공할 대상과 그 대상들에 대한 자립계획 수립과 같은 구체적인 실행방안에 대한 규정이 미비한 상태임.

□ 의료급여 관리사의 업무 범위 명확성 필요(오진주 외, 2007, pp. 125-128)

- 의료급여 관리사 본연의 업무 외에 연장승인, 장애인 보장구 관리 등 타 업무를 동시에 수행해야 하는 부담이 존재함.
- 표준 직무안에는 전문적 지식이 요구되는 영역과 단순 행정 업무까지 모든 역할이 섞여 있는 상황이므로 단순 업무로 인해 업무 과중이 초래되거나 이로 인한 전문성이 요구되는 업무가 오히려 소홀해질 위험도 존재함.
 - 이와 관련하여 업무 부담 또는 업무 과다 상태를 해소하기 위해 난이도가 낮으면서도 수행 빈도가 높아 업무 부담을 초래하는 경우 반복되는 작업을 보조 인력에 위임하는 방안에 대한 의견을 제기함.
- 추가적으로 의료급여 관리사의 직무와 관련한 정책 대안은 선행연구에서 다음과 같이 검토되어 왔음.
 - 전문적 지식이 요구되는 영역과 단순 행정 업무까지 모든 역할이 섞여있어 전문성이 필요함과 동시에 과중한 업무 부담 초래
 - 중복 청구나 기타 행정 업무의 경우 지역 간 편차가 보이는 것은 의료급여 관리사에 대한 위임 정도가 상이한 결과이므로 이에 대한 정확한 지침 필요
 - 지역 간 업무 부담 격차 해소 필요
 - 의료급여 관리사의 업무 과중을 감소 필요
 - 배치 전 체계적인 교육 및 직무 지도를 위한 교육훈련 프로그램의 정비와 보완이 필요하며, 배치 이후에도 업무수행 능력을 지속적으로 향상시킬 수 있는 교육훈련 프로그램 마련 필요
 - 업무 수행을 위한 지역 업무 여건 개선

제3절 국내 사례관리 사업 현황

□ 저소득 및 취약계층의 삶에 밀착되어 이들의 욕구를 사정하고 필요한 서비스를 제공하거나 연계하는 실천을 수행하는 대표적 공공영역 사례관리로는 읍·면·동 단위와 희망복지지원단에서 이루어지는 통합사례관리, 자활사례관리, 노인돌봄 기본서비스, 취약계층 아동 통합서비스 지원(드림 스타트), 의료급여 사례관리, 방문건강관리, 중독관리 및 정신건강 사례관리가 있음.

□ 공공부문 사례관리 사업의 전달체계, 사업 대상 및 기능은 다음과 같음.

〈표 2-5〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(1)

사업명	의료급여 사례관리	방문 건강관리
위탁기관	의료급여 사례관리사업 지원단 (건강보험심사평가원)	한국건강증진개발원
전달체계	보건복지부 기초치료보장과 → 시도 건강관련과 → 시군구 의료급여과	보건복지부 건강증진과 → 시도 건강관련과 → 시군구보건소
서비스 대상	- 의료급여수급권자	- 저소득 만성질환자 등 건강 취약 계층 (관절통증, 임산부, 신생아, 영유아, 다문화가족 및 북한 이탈주민 포함, 집중관리군에 대해 사례 관리 적용)
사례관리 목표	- 의료급여 대상자의 건강한 삶의 질 향상 과, 합리적 의료 이용을 유도하여 의료급여 재정 안정화에 기여	- 보건의료 취약계층을 위한 이용형평성 제고, 고령사회 도래 및 만성질환자 증가 에 대한 대응, 건강생활실천 유도 등으로 적극적인 만성질환 예방과 국민의료비 절감
사례관리 절차 혹은 개입 내용	- 대상자 선정 → 요구사정 → 목표설정 및 관리계획 수립 → 수행 → 평가	- 8회 방문이나 전화 상담

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.131, 민소영 외(2018), 보건복지부

〈표 2-6〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(2)

사업명	통합사례관리	드림 스타트
위탁기관	사례관리 정책 지원센터 (사회보장정보원)	드림스타트 사업지원단 (한국보육진흥원)
전달체계	보건복지부 지역복지과 → 시군구 희망복지지원단 (고난이도 사례관리) ↔ 읍면동 (고난이도를 제외한 사례관리, 초기상담 과 사후관리)	보건복지부 아동정책과 → 시군구 아동통합서비스 지원기관
서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> - 공적급여 지원대상자, 급여 탈락자 중 취약계층 - 중점대상은 · 통합사례관리를 통해 탈빈곤·자활가능 가구 (기초생활수급자 중 특히 신규수급자, 기초수급 탈락자 등) · 차상위 빈곤가구 특히, 긴급지원 대상가구 및 기초생활 수급자 탈락 가구 중 통합사례관리를 통해 빈곤 예방 가능 가구 <p>*실제는 읍면동 맞춤형 복지팀에서 고난이도 사례로 의뢰된 가구 중심임</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 0세~ 만12세 취약계층 아동
사례관리 목표	<ul style="list-style-type: none"> - 복합적이고 중층적인 욕구를 가진 대상자의 통합사례관리를 기반으로 민간 및 공공의 급여와 서비스, 자원 연계 등을 욕구 맞춤형으로 연계 및 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 취약계층 아동에 대한 맞춤형 통합 서비스 제공으로 빈곤에서 탈출할 수 있는 잠재적 능력을 함양하고 공평한 출발기회를 제공함으로써 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 지원
사례관리 절차 혹은 개입 내용	<ul style="list-style-type: none"> - 읍면동: 초기상담 → 욕구 및 위기도 조사 → 사례회의 개최 → 대상자 구분 및 선정 → 서비스 제공계획 수립 → 서비스 제공 및 점검 → 종결 → 사후관리 - 희망복지지원단(고난이도 사례시): 욕구 및 위기도 조사 → 사례회의개최 → 대상자 구분 및 선정 → 서비스 제공 계획 수립 → 서비스 제공 및 점검 → 종결 (즉, 초기상담과 사후 관리를 수행 하지 않음) 	<ul style="list-style-type: none"> - 가정방문 → 사정 → 서비스 계획 → 점검 → 종결

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.131, 민소영 외(2018), 보건복지부

〈표 2-7〉 공공부문 사례관리 전달체계, 대상, 기능 비교(3)

사업명	중독관리통합지원	정신건강사례관리
위탁기관	한국중독관리센터협회	정신건강 복지센터
전달체계	보건복지부 정신건강정책과 → 시도 건강관련과 → 시군구 보건소 → 중독관리통합지원센터	보건복지부 정신건강정책과 → 시도 건강관련과 → 시군구 보건소 → 정신건강복지센터
서비스 대상	- 알콜, 인터넷, 게임 등 중독 치료가 필요한 자	- 만 19세 이상의 정신질환자 (단, 정신지체, 간질, 치매는 제외) - 등록 관리에 대하여 대상자 및 보호자가 동의한 자
사례관리 목표	- 지역사회 중심의 통합적인 중독관리 체계구축을 통해 중독자의 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 지원하여 안전한 사회 환경 조성 및 국민의 정신건강증진 도모	- 등록 정신질환자의 증상 감소, 재발방지, 독립적 기능 향상을 목표
사례관리 절차 혹은 개입 내용	- 등록관리 → 사정평가 → 서비스 계획 수립 → 개입 → 연계 → 재발 예방 계획 수립 및 수행 → 지속적 점검 → 퇴록	- 등록 및 평가 → 개입 → 연계처리 → 퇴록
사업명	노인 돌봄 기본 서비스	자활사례관리
위탁기관	독거노인 종합지원센터	중앙자활센터
전달체계	보건복지부 노인정책과 → 시도 (관리, 운영지원) → 시군구 (대상 명단 등록, 서비스 자격 결정) ⇔ 수행기관 (사업대상자 선정요청, 서비스관리자, 생활 관리자)	보건복지부 자립지원과 → 시군구 자활지원과 → 읍면동(근로능력 수급자관리)과 지역자활센터(자활사례관리 수행)
서비스 대상	- 만65세 이상 독거노인 중 취약계층	- 조건부 수급자 및 희망 참여자 - 참여대상자는 시군구에서 결정하여 사업수행기관에 배치한 사람만 자활사업 참여 가능 - 취업성공패키지 프로그램 사전단계 의뢰 취소자 및 중단 처리자, 취업성공패키지 프로그램 지원기관 만료로 종료된 자
사례관리 목표	- 소득, 건강, 사회적 관계 등이 취약한 독거노인의 고독사 예방 및 정서지원을 위해 생활관리사가 정기적인 안전 확인, 생활 교육 및 복지 서비스 연계	- 참여자의 자활성공
사례관리 절차 혹은 개입 내용	- 서비스관리자: 사업대상자관리, 서비스 계획 수립 (노인돌봄기본 서비스, 독거노인 사랑 잇기 서비스, 무연고 독거노인 장례지원서비스) - 독거노인 생활 관리자 : 안전 확인, 생활교육, 서비스연계	- 인테이크(Gateway 참여여부 결정) → 사정 → 계획수립 → 평가 및 종결 → 사후관리

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.131, 민소영 외(2018), 보건복지부

□ 공공부문 사례관리 사업의 교육체계, 정보시스템 및 재원은 다음과 같음.

〈표 2-8〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(1)

사업명	통합사례관리	드림 스타트
교육 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 통합사례관리사 1인당 연 3회 이상 외부 교육 필수 이수 (개인정보보호 연1회 이상 필수교육 포함) - 신규자의 경우 한국보건복지인력개발원 통합 사례관리 기본 과정 (28시간/4일) 필수 이수 - 통합사례관리사 교육은 한국보건복지인력개발원 교육이 주를 이루며 그밖에 사회복지장보원(힐링교육/선택교육), 행복e음(행복e음 사례관리 교육) 등에서 진행 중 ※ 한국보건복지인력개발원 통합사례관리 관련 교육 : 통합사례관리 기본/심화과정, 현장슈퍼마스터과정/심화과정, 강사양성과정, 행동 활성화 기법 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 전담공무원 및 아동통합사례관리사는 신규 또는 전문화 교육을 연 1회 이상 반드시 이수 - 전담공무원 및 아동통합사례관리사는 개인정보보호 및 아동학대 신고의무 관련 교육을 연 1회 이상 반드시 이수 - 개인정보보호 및 아동학대신고의무 관련 교육은 신규 교육 또는 전문화 교육에 포함하여 실시 ※ 아동학대신고의무 관련 교육은 시·도별로 지역아동 보호전문기관과 협조하여 별도 실시 가능 - 신규교육은 보건복지부(사업지원단)가 주관하여 진행하며, 전문화교육(기존교육)은 2년차, 3년차, 4년차 이상을 구분하여 보건복지부(위탁가능) 주관으로 운영
사용 시스템	<ul style="list-style-type: none"> - 행복e음(사회보장정보시스템) - 희망복지지원단 사례관리 담당자(공무원 및 통합사례관리사)에게 행복e음 상담·사례 관리시스템 접속권한 부여(대상자 정보조회 및 입력 가능) 	<ul style="list-style-type: none"> - 행복e음: 상담·신청, 사례관리, 자원관리 ※ '14 1월부터 상담사례관리시스템 표준화에 따라 드림스타트와 희망복지지원단 사업간 대상자 의뢰가 행복e음 통해 가능 - 드림스타트 홈페이지: 드림스타트 홈페이지, 업무지원시스템, 교육정보시스템 ※ e아동행복지원시스템은 빅데이터 차원만 접근가능(개인 자료 접근 불가). 단, e아동행복지원시스템에서 추출된 아동을 읍면동 공무원이 드림으로 배분하고, 드림스타트 담당 공무원이 이를 접수해서 사례관리사배분까지는 e아동행복지원시스템에서 가능. 접수가 되면 행복e음 통해 그 다음 단계가 진행
자원현황	<ul style="list-style-type: none"> - 지원방식: 지자체 경상보조 - 지원 비율: 서울 20%, 지방 50% 	<ul style="list-style-type: none"> - 기준보조율 : 국비 100% (서울특별시는 그 외 지역의 2/3 수준) ※ 시도 및 시군·구 자체 예산(지방비)을 추가 확보하여 사업수행 가능

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.133, 민소영 외(2018), 보건복지부

38 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

〈표 2-9〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(2)

사업명	의료급여 관리																																						
교육 체계	- 「의료급여법」 시행규칙 제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등)에 의해 실시 - 경력 의료급여 관리사 교육 ① 대상: 시·도 및 시·군·구 의료급여 관리사 ② 교육 횟수: 연 1회 이상 ③ 교육내용: 이론 및 실무교육(자살예방 교과목 필수) - 신규 의료급여 관리사 교육(배치 후 최소 분기 내에 이수) ① 대상: 신규 의료급여 관리사(경력 1년 미만인 자로, 신규 직무교육 미 이수자) ② 교육 횟수: 연 1회 이상 ③ 교육내용: 이론 및 현장실무(현장실무교육은 시·도 의료급여 관리사 주관) - 시·도 주관 교육 ① 대상: 시·군·구 의료급여 관리사 ② 교육횟수: 연 1회 이상 ③ 교육내용: 시·군·구 의료급여 관리사 업무 관련 교육, 현장실무교육(신규 의료급여 관리사 대상) - 사이버 교육 ① 대상: 시·도 및 시·군·구 의료급여 관리사 ② 교육내용: 의료급여사업안내, 약물의 이해 I·II·III																																						
	- 행복e음 · 의료급여 수급자 선정 및 자격관리 업무: 자격 취득·변경·상실 처리시 건강보험공단 「의료급여자격관리시스템」과 실시간 연계 처리 · 본인부담면제·선택의료급여기관, 중증환자·노인틀니 등록, 의료급여 제한 등 · 의료급여자격과 연결되어 자동 등록·중지 처리, 공단 의료급여자격관리시스템에 실시간 전송, 사례관리, 사후관리 처리 실시간 전송 처리 - 의료급여 종합정보지원시스템(DW) · 자격, 급여일수, 검진유무(64세이하) 등 의료급여 자격관리시스템 등록정보 열람·확인, 연장승인 신청서, 동일성분의약품 중복투약 사실통지서 등 업무추진에 필요한 각종 서식 출력 활용. 자료의 엑셀·한글 저장기능(읍면동 사용자 제외) ※ DW는 의료급여자격관리시스템을 통해 축적된 자료를 바탕으로 수급자별, 질환별, 병의 원별 의료 이용행태 및 건강생활유지비 사용현황 등 각종 의료급여 정보를 사용자(복지부, 보장기관, 건보)에게 제공하는 시스템 ※ 65세 이상은 노인복지법에 의해 운영됨에 따라 DW에서 검진유무 파악 불가 - 건강보험심사평가원 · 사례관리 대상자 통보명단 및 의료이용 현황 제공, 총 급여일수, 총 진료비, 이용 의료 급여기관수, 의약품 중복일수, 외래내원일수, 투약일수, 입원일수, 병용금기 등 - 서울행정시스템(※ PHIS와 연계가 안되어 방문간호/보건소와 정보연계 안됨)																																						
	- 의료급여기금: 기금은 일반회계와 구분하여 별도의 제정을 설치하여 관리 - 의료급여 기금의 국고보조비율: 국고보조금 80%, 지방자치단체출연금20% (서울시의 경우 국비50%, 시비50%)																																						
	<table><tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">서울특별시</th><th colspan="2">광역시</th><th colspan="3">도</th></tr><tr><th>시</th><th>자치구</th><th>시</th><th>자치구</th><th>도</th><th>시</th><th>군</th></tr><tr><td>지방비</td><td>50%</td><td>없음</td><td>20%</td><td>없음</td><td>14~16%</td><td>6%</td><td>4%</td></tr><tr><td>국비</td><td colspan="2">50%</td><td colspan="2">80%</td><td colspan="3">80%</td></tr><tr><td>합계</td><td colspan="2">100%</td><td colspan="2">100%</td><td colspan="3">100%</td></tr></table>	구분	서울특별시		광역시		도			시	자치구	시	자치구	도	시	군	지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%	국비	50%		80%		80%			합계	100%		100%		100%	
구분	서울특별시		광역시		도																																		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군																																
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%																																
국비	50%		80%		80%																																		
합계	100%		100%		100%																																		
사용 시스템																																							
자원현황																																							

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.133, 민소영 외(2018), 보건복지부

〈표 2-10〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(3)

사업명	방문 건강관리	중독관리통합지원
교육 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 교육일 수 및 시간 : 총 14시간 이상으로 구성 (단, 교육 목적이나 근무여건에 따라 탄력적 운영) - 교육인원 : 40명 이내 소규모 교육이 원칙 - 교육내용 : 사업 담당인력의 직무와 교육 요구도를 고려, 지역사업 특성을 반영한 교육 내용하되 신규자를 대상 교육은 공동 교육 편성을 권장 	<ul style="list-style-type: none"> - 중독관리센터협회에서 년 2회 (2박3일, 8시간) 실무자 교육 진행 (사례관리에 한정된 주제는 아님) ※ 신규직원은 필수 과정이나 기존 직원은 선택, 매년 주제에 따라 교육 시수 변동 - 그 외 정신건강전문요원(정신건강사회복지사, 정신건강간호사 등)의 분야별 협회에서 보수교육 위주로 진행 ※ 사례관리에 한정된 정기적 교육 프로그램은 없음
사용 시스템	<ul style="list-style-type: none"> - 소속 보건소의 관련 지역보건의료정보 시스템(PHIS) 사용 ※ PHIS: 전국 보건기관 업무를 통합형으로 구축한 정보시스템으로 사회보장정보시스템(행복e음 및 범정부 시스템), 질병관리본부 예방접종도우미사이트, 지자체 새올행정시스템, 국민건강보험공단·경찰청 등 10개 외부기관 135개 업무와 연계되어 관련 정보를 송수신하는 시스템 	<ul style="list-style-type: none"> - 서울 경기지역은 정신건강사례관리 시스템(HMIS)사용 - 서울, 경기지역을 제외한 지역에서는 현재 회원관리, 등록 등 전국적 시스템 없이 엑셀, 한글파일로 정리 중 (정신건강센터와도 시스템적인 연계가 없어 전화로 정보 교류) ※ 2019년 정신건강사례관리시스템(HMIS) 전국 보급(예정)
자원현황	<ul style="list-style-type: none"> - 재원: 국민건강증진기금 : 국비에 대해 지방비 50%이상 매칭 	<ul style="list-style-type: none"> - 국비 50%, 지방비 50% 이상 ※ 시·도와 시·군·구의 지방비 부담비율은 지역 실정에 맞게 조정하되, 시·도가 지방비부담액의 50% 이상 부담 ※ 작년(2017)까지는 국민건강증진기금으로 운영되었으나 2018년부터 일반회계로 전환
사업명	정신건강사례관리	
교육 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강전문요원(정신건강사회복지사, 정신건강 간호사 등)의 분야별 협회에서 보수교육 위주로 진행(※ 사례관리에 한정된 정기적 교육프로그램은 없음) 	
사용 시스템	<ul style="list-style-type: none"> - 행복e음 - 정신건강사례관리시스템(HMIS) ※ 현재 충북, 경상도, 제주도의 경우 HMIS를 사용하지 않고, 별도의 시스템 공동 사용 중 (단, 올해부터 HMIS사용 예정) - 지역보건의료정보시스템(PHIS): 입퇴원관리시스템 ※ 개정 정신건강복지법에 따른 입퇴원 관리 시스템 구축을 통해 퇴원/퇴소 환자 정보를 HMIS와 PHIS 연계하여 정신 질환자의 정신건강증진과 복지 서비스 지원하는 과정에서 행복e음과 연계추진 중(6월 예정) ※ 정신건강증진센터에서 지역보건의료정보시스템(PHIS) 이용이 가능한 경우, 센터에서 직접 복지서비스 의뢰 신청 및 보건서비스 의뢰 수신 (지역보건의료정보시스템 이용이 불가능한 경우 보건소 정신건강사업 담당자가 관련 업무 수행) ※ 정신건강증진센터(보건소)와 지자체 간에 행복e음 외 별도의 정신보건·복지서비스 연계 체계가 구축되어 있는 경우 기존 체계 활용 가능 	
자원현황	<ul style="list-style-type: none"> - 국비50%, 지방비 50% 이상 ※ 시·도와 시·군·구의 지방비 부담비율은 지역 실정에 맞게 조정하되, 시·도가 지방비 부담액의 50% 이상 부담 ※ 2017년까지는 국민건강증진기금으로 운영되었으나 2018년부터 일반회계로 전환 	

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.133, 민소영 외(2018), 보건복지부

〈표 2-11〉 공공부문 사례관리 교육, 정보망, 자원현황 비교(4)

사업명	노인 돌봄 기본 서비스	자활사례관리
교육 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 수행인력 대상 전산 집합 교육 (교육대상) 서비스관리자, 독거노인생활관리사 (교육주관) 보건복지부 (교육방법) 집합교육 - 수행인력 역량 강화 교육 (시·도 단위 교육) (교육대상자) 거점서비스관리자, 서비스 관리자, 독거노인생활관리사 (교육기관) 시·도 거점수행기관 (교육시간) 25시간(기준수행인력 및 신규 채용 인력 공통 15시간, 신규 채용인력 10시간) - 기본교육 내용: 기준+신규 커리큘럼 : 총 25시간 기준수행인력 및 신규 채용인력 공통 15시간, 신규 채용인력 단독 10시간 	<ul style="list-style-type: none"> - 자활 사례관리 기초과정(4일/25시간) <ul style="list-style-type: none"> · 1순위(70%): 자활사례관리 경력 1년 미만 종사자(자활사례관리 담당자, GateWay 담당자, 희망내일키움통장 담당자 등) · 2순위(30%): 자활사례관리 기초 교육을 받고 싶은 종사자 (사업단 팀장, 총무 등) - 자활 사례관리 심화과정(3일/17시간) <ul style="list-style-type: none"> · 자활사례관리 기초 및 매뉴얼과정 수료자 · 외부 자활사례관리교육 심화과정 수료자, 관련 자격증 소지자 등 - 자활 사례관리 슈퍼바이저과정 (2일/12시간) <ul style="list-style-type: none"> · 센터장, 또는 슈퍼바이저 역할을 하고 있는 실장
사용 시스템	<ul style="list-style-type: none"> - 사용 정보시스템: 취약노인지원시스템 (사회보장정보원) 시스템 접근자 및 사용권한 : 지역 공무원에게 권한신청 공문 후 접근자격 부여 (복지부, 시도, 시군구) 담당공무원 : 대상자 현황조사 관련 (중앙) 독거노인종합지원센터 : 대상자 서비스 모니터링 관련 (16개 시도 거점수행기관) 서비스관리자 : 지역 대상자 모니터링 관련 (244개 수행기관) 서비스관리자 및 생활관리사: 대상자 선정, 서비스 계획, 서비스 개입, 서비스종결 등 대상자 관리 전반 - 취약노인지원시스템 내 정보 활용 정도 <ul style="list-style-type: none"> · 타 정보시스템과의 연계상황 및 활용: 지자체와 사회보장정보원, 행복-e음 간 연계로 현황조사 대상자 선정 · 독거노인보호사업 서비스제공 및 연계 시 데이터 활용 	<ul style="list-style-type: none"> - 자활정보시스템(행복e음) <ul style="list-style-type: none"> · 현재 타정보시스템과 연계되는 내용은 없음 · 접근권한: 지역자활센터, 중앙자활센터 업무담당자 ※ 자활사례관리 정보 활용 정도 - 자활사례관리자 입력 필수 사항 : 기본면접기록지, 게이트웨이 참여 동의서, 자활사정지, IAP, ISP, 상담기록지, 사례회의록, 종결 보고서 등 - 자활사례관리자 입력 선택 사항 : 자립역량 평가표, 교육계획 및 결과서, 자활사업단 현장학습평가서, 게이트웨이 종결보고서, 서비스의뢰서, 자원목표표, 자원연계표, 취업확인서 등 ※ 지역자활센터에 신규 참여자는 지자체로부터 개인신상에 관한 정보를 이관 받지 못하여 정신병력 등 주요 사안 파악 어려움. 또한 지역자활센터에서 습득한 정보 역시 지자체를 포함한 다른 사례관리시스템(예:행복e음)으로 이관 안 됨.
자원현황	<ul style="list-style-type: none"> - 조세(국세, 지방세) - 시·군·구 부담 	<ul style="list-style-type: none"> - 자활기금 운영주체 : 시도지사 및 시군구청장 ※ 국민기초생활 보장법상 자활지원사업의 원활한 추진을 위한 재원으로 활용하기 위해 해당 지방 자치단체에 조성·운용 하는 기금

자료: 공공부문 사례관리 연계협력 모형 개발연구 중간보고자료, p.133, 민소영 외(2018), 보건복지부

- 의료급여 사례관리와 가장 관련이 있는 사례관리 사업으로는 위기가구에 대한 사회서비스 자원 연계를 하는 통합사례관리사업과 지역사회 정신질환자 관리를 위한 정신건강사례관리라 할 수 있음.

가. 통합사례관리사업⁵⁾

- (통합사례관리사업) 지역 내 공공·민간자원에 대한 체계적인 관리·지원 체계를 토대로 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·고용·주거·교육·신용·법률 등 필요한 서비스를 통합적으로 연계·제공하고 이를 지속적으로 상담·모니터링하는 사업임.
- (추진 배경) 우리나라는 복지제도의 기본적인 사회안전망 틀은 구축되었으나 국민의 복지 체감도는 낮은 실정임.
- (목표) 고용-복지 연계에 중점을 두고 지역주민의 다양한 욕구에 맞춤형 서비스를 연계·제공함으로써 지역주민의 삶을 안정적으로 지원·지지하고 복지제도의 효과성·효율성을 향상시키는 데에 그 목적이 있음.
- 이에, 복지서비스의 효율적인 전달체계를 구축하여 능동적인 복지 수요에 대응할 필요성이 제기됨에 따라 읍면동 전달체계 개편을 추진해왔음,
 - 그간 ‘읍면동의 복지 기능 강화’ 및 ‘읍면동 복지 허브화’ 등을 정책적으로 추진, ‘17년 8월 ‘찾아가는 보건·복지서비스’가 국정과제로 채택되었고 현재는 통합 사례관리 사업이 실시되고 있음.
- (중점 사업대상) 통합사례관리를 통해 탈빈곤·자활 지원 가능 가구(기초생활수급자중 특히 신규수급자, 기초수급 탈락자 등) 및 차상위 빈곤가구
- (희망복지지원단) 통합사례관리사업의 수행 주체로써 복합적 욕구를 가진 대상자에게 통합사례관리를 제공하고 지역 내 자원 및 방문형서비스 사업 등을 총괄·관리함.

5) 2018년 희망복지지원단 업무안내 책자를 참고하여 전체 또는 일부를 인용·재편집함.

○ 희망복지지원단은 시군구에 설치되며, 복지담당공무원과 통합사례관리사가 배치됨.

○ 희망복지지원단에서 추진하고 있는 세부 추진사업으로는 1)통합사례관리사업, 2)자원관리, 3)읍면동 복지사업 지원·관리 및 4)지역보호체계 운영이 있음.

□ (통합사례관리) 읍면동에서 대상자 발굴 후 초기상담 후 의뢰된 사례관리가구에 대해 사례관리를 수행하고 종결 이후에도 사후관리를 실시하여 총 10단계의 절차로 이루어짐.

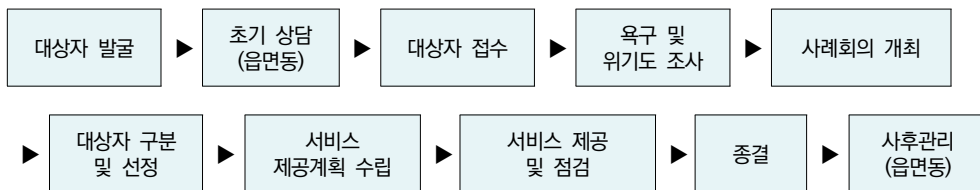
○ (대상자 구분) 통합사례관리 대상 가구는 사례관리 가구와 서비스연계 가구로 구분됨.

〈표 2-12〉 통합사례관리 절차 10단계

	개입기간	서비스 제공 또는 연계	사례회의 절차
사례관리 가구	- 개월 이상의 중장기적 개입 - 개입기간과 관계없이 서비스 제공의 성격이 복합적인 경우	다양한 서비스를 집중적으로 제공	사례회의 개최 등 일반적인 절차 적용
서비스연계 가구	1개월 미만의 단기적 개입	단순서비스 연계	사례회의의 일반적인 절차 축소

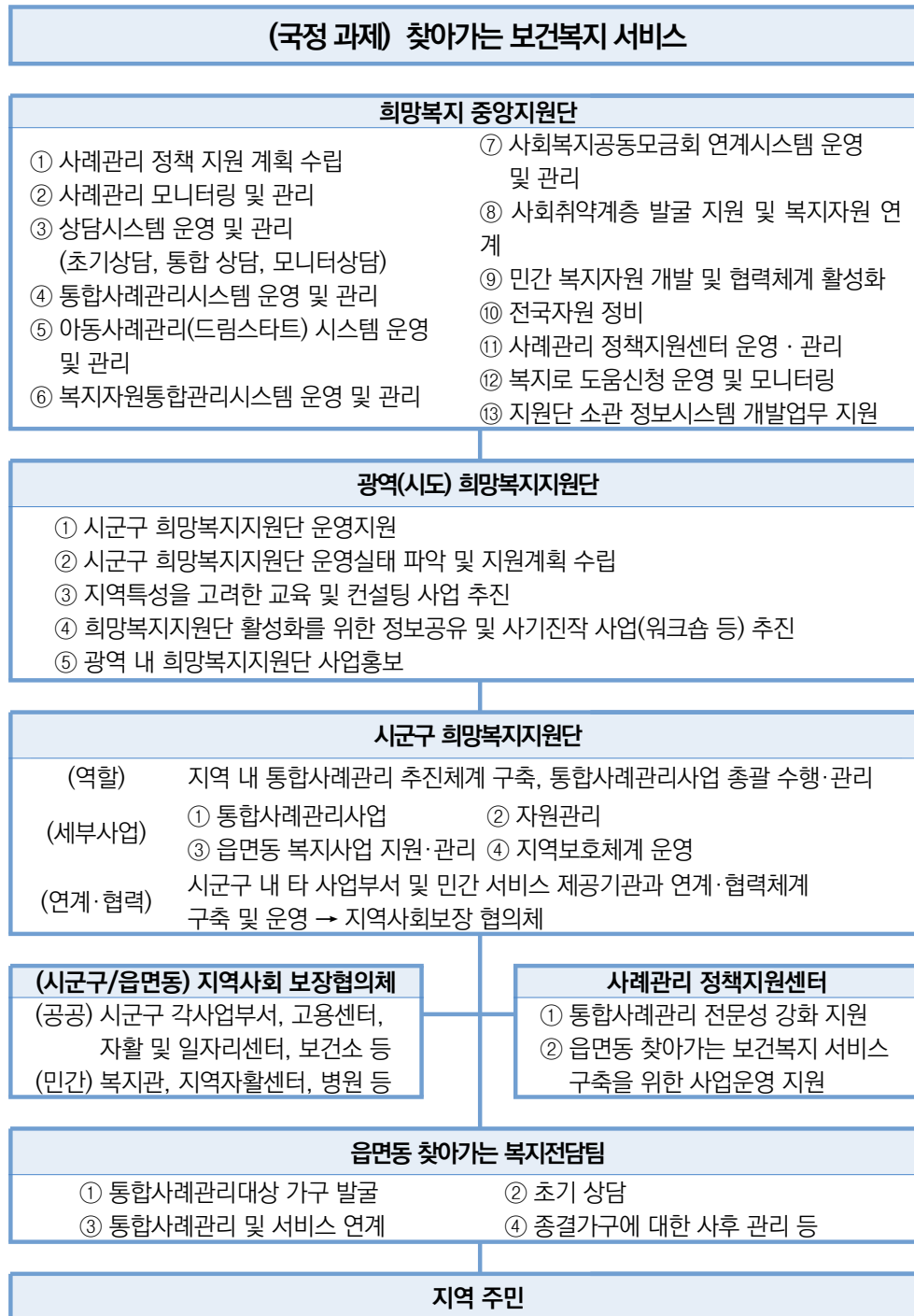
자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.23

〔그림 2-2〕 통합사례관리 절차 10단계



자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.31

[그림 2-3] 찾아가는 보건복지 서비스와 통합사례관리사업 수행체계



□ (서비스 제공) 사례관리 가구에게 서비스 제공 시 욕구영역, 장·단기 목표 등을 설정하여 세부계획을 수립하고 이에 따른 서비스를 제공하고 이행 상황 및 대상 가구의 환경·욕구 변화 등을 주기적으로 점검하고 파악함.

○ 이 때, 복지자원 표준 분류 체계를 참조하여 관련 서비스가 원활하게 연계·제공되도록 유의해야 함.

- 서비스는 공공·민간 서비스 제공기관이 제공하는 서비스 뿐 아니라, 주사례 관리자가 제공하는 직접서비스(전문적인 지지·상담개입 등)도 포함함.

□ (자원 관리) 또한, 희망복지지원단에서는 통합사례관리사업 대상가구가 필요로 하는 각종 정보 및 상담·건강·교육·일자리·주거 등의 자원을 전략적으로 발굴·관리함으로써 지역단위의 찾아가는 보건복지 서비스 제공체계를 적극 지원하기 위해 사회보장시스템(행복e음)의 자원 정보를 입력하여 관리하고 있음.

○ (복지자원 통합관리시스템) 전국의 공공 및 민간 복지자원을 통합하여 복지자원통합DB를 구축하고 이를 복지대상자에 대한 맞춤형 복지 서비스 제공에 활용하기 위한 시스템임.

- 복지자원을 대분류 9종, 중분류 51종으로 분류하고 있는 복지자원 표준 분류체계에 따라 ‘제공서비스명’으로 등록되어 있음.

〈표 2-13〉 복지자원 표준 분류 체계(9개 대분류 51개 중분류)

대분류	중분류	대분류	중분류
1. 일자리 (6)	1-1. 직업상담 및 알선	정서 (6)	5-5. 정신질환자 치료 및 사회복귀 지원
	1-2. 직업능력개발 및 직업교육		5-6. 정신건강관련 비용지원
	1-3. 자활 및 일자리사업	6. 보호 및 돌봄·요양 (6)	6-1. 장기 시설보호
	1-4. 창업지원		6-2. 단기 시설보호
	1-5. 직업유지 및 자립지원		6-3. 주·야간 보호
	1-6. 구직관련 비용지원		6-4. 간병 및 돌봄서비스
2. 주거 (3)	2-1. 주거환경 개선		6-5. 장제서비스
	2-2. 거처마련 및 이주지원		6-6. 돌봄·요양 관련 비용지원
	2-3. 주거관련 비용지원	7. 보육 및 교육 (8)	7-1. 양육상담 및 부모교육
3. 일상 생활 (7)	3-1. 가사 지원		7-2. 보육 및 양육지원
	3-2. 식사(식품) 지원		7-3. 인지발달 및 학습지원
	3-3. 활동(이동) 지원		7-4. 특기적성지원
	3-4. 위생(이미용) 지원		7-5. 진로지도 및 상담
	3-5. 생활용품 지원		7-6. 장애·특수교육
	3-6. 일상생활관련 비용지원		7-7. 평생교육
	3-7. 복합지원		7-8. 보육 및 교육관련 비용지원
4. 신체 건강 및 보건 의료 (6)	4-1. 질병예방 및 건강관리	8. 문화 및 여가 (5)	8-1. 공연·전시 관람지원
	4-2. 검진·진단 및 치료		8-2. 체육활동 지원
	4-3. 재활치료		8-3. 체험 및 여행지원
	4-4. 산전 후 관리		8-4. 취미활동지원
	4-5. 의약품·의약외품 및 보장구 지원		8-5. 문화·여가 관련 비용지원
	4-6. 보건의료관련 비용지원	9. 안전 및 권익보장 (4)	9-1. 안전 및 인권교육
5. 정신 건강 및 심리	5-1. 정신건강 교육		9-2. 학대 및 폭력피해자지원
	5-2. 심리검사 및 진단		9-3. 법률 및 재무상담
	5-3. 정신·심리 상담		9-4. 법률지원관련 비용지원
	5-4. 정서발달 및 치유지원		

자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.202

〈표 2-14〉 복지지원 표준 분류 예시 및 제공서비스명-거처마련 및 이주지원과 주거관련 비용지원

	중분류	
	2-2. 거처마련 및 이주지원	2-3. 주거관련 비용지원
예제	<ul style="list-style-type: none"> - 임시주거지원, 임대주택지원 - 이사지원, 이사비 지원 - 시설입소지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 전세비 지원, 월세비 지원 - 난방유지원, 주거보증금 지원
예제 설명	<ul style="list-style-type: none"> - 주거를 대신할 수 있는 ‘거처마련 및 이주 지원’으로, 주거지원에 따라 이동이 필요한 경우 관련된 지원 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 전·월세비와 같은 임대료를 지원하거나, 중개수수료 등 주거관련 현금 지원
제공 서비스명	<ul style="list-style-type: none"> - 시설 입소지원 <ul style="list-style-type: none"> : 보호자부재 등의 사유로 시설입소 불가 피한 대상자(노인, 장애인, 아동 등)에게 시설입소 지원 (예) 노인시설입소지원, 쉼터 입소지원 등 - 이사비 지원 <ul style="list-style-type: none"> : 이사에 필요한 관련 비용 지원 (예) 용달비, 중개수수료, 포장이사비 등 - 이사 지원 <ul style="list-style-type: none"> : 이사에 필요한 서비스 지원 (예) 용달, 포장이사, 청소 등 - 임대주택 지원 <ul style="list-style-type: none"> : 공공의 재정 등의 재원을 지원 받아 주택을 대상자에게 임대하여 주거 지원 (예) 임대주택지원, 매입임대주택 지원 등 - 임시주거지원 <ul style="list-style-type: none"> : 주거지가 없는 대상자(노숙자, 노인 등)에게 일시적, 단기적으로 임시 주거 지원 (예) 긴급주거지원, 주거지원, 임시주거지원 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 난방유지원 <ul style="list-style-type: none"> : 난방에 필요한 각종 유류 또는 연탄 등의 에너지원을 제공 (예) 연탄지원, 등유지원, 유류지원 등 - 월세비 지원 <ul style="list-style-type: none"> : 주거생계비 월세가 필요한 대상자에게 월세비 지원 (예) 월세채납 금액지원, 월세비지원 등 - 전세비지원 <ul style="list-style-type: none"> : 생계에 필요한 주거마련을 위하여 전세 비용 지원 (예) 전세비지원 등 - 주거보증금지원 <ul style="list-style-type: none"> : 주거마련에 필요한 계약금, 보증금 등의 자금지원 (예) 보증금지원, 계약금지원 등

자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.203 및 p211~212

나. 정신건강 사례관리

- 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 재원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)에 따르면 “국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방 및 치료, 정신질환자의 재활을 위하여 전달체계를 확립할 것”을 명시하고 있음.
- 정신질환자 관리는 주로 “정신건강 서비스”로 지칭되는데, 2017년 5월 30일부터 시행된 정신건강복지법이 근거가 되고 있음.
 - 정신건강복지법에 따르면 정신건강증진사업은 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활 및 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업을 지칭함.
 - 지역사회 단위에서 정신건강서비스를 제공하는 주체는 정신건강복지센터 및 정신건강증진시설(정신의료기관, 요양시설, 재활시설 등)이 있음.
 - 정신건강복지법의 정의에 따르면 정신질환자는 망상, 환각, 사고(思考)나 기분 의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람임.
- 정신 건강 서비스를 제공하는 주체인 정신건강복지센터 및 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설)의 주요 구성을 보면 다음과 같음.
 - 2017년 기준 광역형 정신건강 증진센터 16개소, 기초 정신건강 증진센터 227개소 및 중독관리 통합지원센터 50개소가 설치·운영되고 있음.
 - 정신건강시설로는 정신의료기관 1,449개소, 정신재활 시설 336개소, 정신요양시설 58개소가 운영되고 있음.
 - 정신의료기관은 정신건강복지법의 기준에 따라 설치된 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상의 의료 기관에 설치된 정신과를 의미함.
 - 정신요양시설은 지역사회 내 정신 질환자를 대상으로 요양 및 보호 서비스를 제공하는 기관으로 만성질환자가 주된 대상임.

〈표 2-15〉 정신보건기관 및 시설 현황

단위: 개소

구분		기관 수	주요 기능
정신건강증진센터		243	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리 ■ 정신보건시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건 사업 기획·조정 ※ 기초 209(국비 184, 지방비 25), 광역 16 (국비 15, 지방비 1)
정신의료기관	국공립	18	■ 정신질환자 치료, 지역사회정신보건사업지원
	민간	1,431	■ 정신질환자 치료
정신요양시설		59	■ 만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		341	■ 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀촉진을 위한 훈련 실시
중독관리통합지원센터		50	■ 중독 예방, 중독자 상담·재활훈련
계		2,142	

자료: 2018년 정신건강사업안내, p.10

- 정신재활시설은 지역사회 내 거주하는 정신질환자 대상으로, 사회복귀를 촉진하는 사회적응훈련, 직업 훈련 등을 제공함.
- 그 종류는 생활시설 재활훈련 시설, 중독자재활시설, 생상품판매시설, 종합시설 등이 있음.

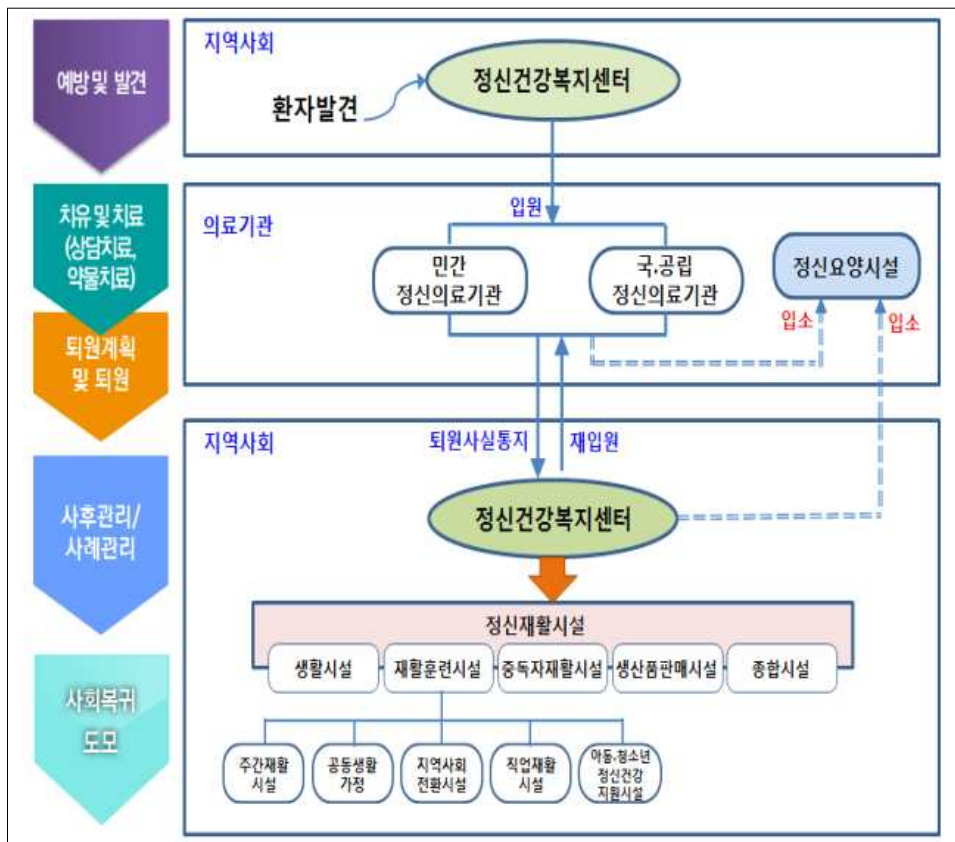
〈표 2-16〉 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업

종류		사업
1. 생활 시설		■ 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자 등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설
2. 재활 훈련 시설	가. 주간 재활시설	■ 정신질환자 등에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	나. 공동 생활 가정	■ 완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자 등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설
	다. 지역 사회 전환 시설	■ 지역 내 정신질환자들에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	라. 직업 재활시설	■ 정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	마. 아동·청소년 정신 건강 지원 시설	■ 정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설
3. 중독자 재활 시설		■ 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 돕는 시설
4. 생산품 판매 시설		■ 정신질환자 등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자 등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설
5. 종합 시설		■ 제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활 시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 제 19조, 별표 10: 정신재활시설의 종류 및 사업

- 국내 정신건강증진체계는 다음과 같은 전달체계로 이루어짐.
- 지역 사회에서 치료가 필요한 대상자를 발견하여 정신의료기관으로 안내하고
- 정신의료기관에서 치료 이후 정신요양시설로 입소하거나 의료 기관에서 퇴원하면 지역사회 내 정신건강복지센터에서 사례 관리를 실시함.
- 그 이후 주간재활 또는 직업재활 프로그램을 제공하거나 주거를 제공하는 정신재활시설로 넘어가게 함.

[그림 2-4] 국내 정신건강증진체계 검토



자료: 전진아 등(2017) 지역사회정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제. p.70 [그림 3-1] 발췌

- 정신건강복지법과 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 및 「마약류관리에 관한 법률」에 의거, 지역에서 총 6개의 정신건강사업이 운영되고 있음.
 - 해당 사업의 목표는 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성으로 국민의 정신건강증진을 도모하는 것임.
 - 의료급여 사례관리 대상자 중 정신질환자와 관련되는 사업 수행 기관은 광역 및 기초 정신건강복지센터임.
 - 정신건강복지법에 의하여 정신건강복지센터로 명칭이 변경되었음.
- 정신건강복지센터의 기본 방향은 “지역사회중심의 통합적 정신보건서비스 제공을 위한 기반 구축”이며 세부 방향은 다음과 같음.
 - 공적기관으로서 지역사회정신보건사업의 기획·조정 및 수행
 - 지역주민의 욕구에 적합한 예방·치료·재활서비스가 제공될 수 있도록 정신보건시설 간 연계 및 정신보건서비스 제공체계 마련
 - 시·도 정신보건사업지원단과 연계체계 구축
- 국가 또는 지방자치단체(시도지사, 시장, 군수 및 구청장)은 광역 지역 시·도별 1개소, 기초 1개소(20만이상시 2개소 이상)를 설치해야 함.
 - 2017년 기준 전국에 225개의 정신건강증진센터가 있으며 광역 16개소, 기초 209개소가 운영 중임.
 - 서울(25), 부산(16), 대구(8), 인천(9), 광주(5), 대전(5), 울산(5), 세종(1), 경기(35), 강원(16), 충북(12), 충남(14), 전북(10), 전남(16), 경북(11), 경남(16), 제주(2)

□ 정신건강복지센터는 직영형과 위탁형으로 구성됨.

○ (직영형) 시·도지사, 시장·군수·구청장은 정신건강증진사업의 전문적 수행을 위해 설치·운영을 실시함.

○ (위탁형) 정신건강복지법 시행령 제9조에 의거하여 정신건강복지센터 운영 전부 혹은 일부를 다음과 같은 시설에 위탁할 수 있음.

- 정신건강증진사업을 실시한 경험이 있고 정신건강 관련 전문 이력 등을 갖춘 시설 또는 정신건강관련 학과가 설치되어 있는 학교

〈표 2-17〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영)

- ① 보건복지부장관은 필요한 지역에서의 제12조제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 **정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.**
- ② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 **광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.**
- ③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조제3항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 **기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.**
- ④ 정신건강복지센터의 장은 정신건강증진사업등의 제공 및 연계사업을 수행하기 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에 정신질환자 본인이나 제39조에 따른 보호의무자(이하 "보호의무자"라 한다)의 동의를 받아야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.
- ⑥ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강증진사업등을 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.
- ⑦ 시·도지사는 소관 광역정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 기초정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.
- ⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

〈표 2-18〉 정신건강증진센터 운영 형태 특성

직영형	위탁형
<ul style="list-style-type: none"> ■ 시·도지사는 지역사회 정신보건사업의 전문적 수행을 위해 자치단체 또는 국·공립정신의료 기관에 광역형 정신건강증진센터를 직접 설치하여 운영 ■ 시장·군수·구청장은 지역사회 정신보건사업의 전문적 수행을 위해 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 기초 정신건강증진센터를 설치·운영할 수 있다. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 정신보건법 시행령 제3조의2(지역사회정신보건사업의 위탁대상 기관·단체)에 근거, 시·도지사가 지역사회 정신보건사업의 전문적 수행을 위해 광역형 정신건강증진센터운동을 정신보건시설, 정신보건사업을 목적으로 하는 비영리법인 또는 학교법인에 위탁하여 운영 ■ 수탁기관 당 1개소의 정신건강증진센터를 위탁·운영하는 것을 원칙으로 하되, 불가피하게 2개소 이상 위탁을 할 경우에는 사전에 불가피한 사유를 첨부하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 함 (2개소 이상을 위탁할 경우, 반드시 센터장을 각각 두어야 하며 동일인이 2개소 이상의 센터장을 겸임할 수 없음)

□ 사업 세부 추진체계는 다음과 같음.

- 시·도지사 또는 시·군·구청장은 자치단체 또는 국·공립 정신의료기관에 정신건강증진센터를 설치하여 직접 운영하거나 민간에 위탁함.
 - 시·도지사는 정신건강증진센터 간 유기적 협력체계를 구축하여야 함.
- 정신보건업무 담당 공무원을 가급적 정신보건전문요원 또는 정신보건에 관한 전문지식을 갖추고 있는 사람으로 지정하고, 교체를 최소화하여 업무의 지속성이 유지되도록 해야 함.
- 정신건강증진센터의 사업수행에 대한 수시 자문체계를 구축하기 위하여 정신건강의학과 전문의 1인 이상을 임상 자문의로 위촉하여야 함.
 - 단, 정신건강증진센터장이 정신건강의학과전문의인 경우 임상 자문을 별도로 임명하지 않아도 됨.

〈표 2-19〉 지역 기반 정신건강 사업 현황

	법적 근거	주관	목적
정신보건 사업 지원 단	정신보건법 제13조	중앙정신 보건사업 지원단 지역정신 보건사업 지원단	<ul style="list-style-type: none"> ■ 급격한 사회변화에 따라 국민의 정신건강수준이 악화되고 정신질환자의 사회지지 체계가 약화되는 상황에서 보다 전문적이고 효과적인 정신보건사업을 수행
중앙자살 예방센터	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 제13조	보건복지부 장관이 설치하고 지도 감독	<ul style="list-style-type: none"> ■ 우리사회의 자살률 증가를 막고 생명존중 문화조성을 위해, 중앙정부 및 지방자치단체의 자살예방사업을 전문적으로 지원하고, 민관협력 네트워크를 구축하여 회각계의 자살예방 활동을 지원함
광역·기초 정신건강 증진센터	정신보건법 제13조 (지역사회 정신보건사업 등)		<ul style="list-style-type: none"> ■ 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성으로 국민의 정신건강 증진 도모
중독관리 통합지원 센터	정신보건법 제13조 및 제52조	국가 또는 지자체가 직영 혹은 위탁 하여 운영	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역사회 중심의 통합적인 중독관리 체계 구축을 통해 중독자 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀를 지원 하여 안전한 사회환경 조성 및 국민의 정신건강 증진 도모 ■ 중독문제가 있는 노숙인 등 사회적 취약계층의 자활을 위한 상담, 치료, 재활지원 서비스 제공
음주폐해 예방사업			<ul style="list-style-type: none"> ■ 음주폐해의 심각성에 대한 인식 제고로 사회분위기 전환 ■ 건강증진 생활습관 실천을 향상으로 음주폐해를 최소화 ■ 고위험군의 위험음주행동 감소로 유병률 및 사고율 감소 ■ 알코올 관련 질환 치료 및 재활서비스 강화로 사회복귀 도모 ■ 음주폐해에 대한 민·관 공동대처로 음주조장환경을 개선 하여 사회 안전 환경 조성
마약류 중독자 치료보호 사업	마약류관리에관 한 법률 (제40조), 마약류중독자 치료보호규정 (대통령령)	보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> ■ 마약류 중독으로부터 안전한 국가실현을 위한 기반 확립 ■ 마약류중독자를 종래 범죄자로 인식하던 격리위주의 형사 처벌 정책에서 치료해야 할 환자로 인식하는 치료재활 보호 정책으로 전환 마약류중독자에 대한 치료와 재활이라는 관점에서 형사사법체계와 보건의료체계의 연계를 통한 마약류중독자 치료보호 활성화 및 사회복귀지원 내실화 ■ 관계기관과 유기적 협조 체계 운영으로 마약류 투약사범 들의 치료보호지원 활성화

〈표 2-20〉 광역 및 기초 정신건강증진센터 운영사업 및 현황

구분	광역 정신건강복지센터	기초 정신건강복지센터
사업	자살예방사업 중증정신질환관리사업 아동청소년정신건강증진사업 정신건강증진사업 중독관리사업 정신건강위기상담전화 운영	중증정신질환관리 자살예방 및 정신건강증진 아동·청소년 정신건강증진 행복e음 보건복지통합전달체계 구축 사업
전국 현황	전국 16개	서울(25), 부산(16), 대구(8), 인천(9), 광주(5), 대전(5), 울산(5), 세종(1), 경기(35), 강원(16), 충북(12), 충남(14), 전북(10), 전남(16), 경북(11), 경남(16), 제주(2)

□ (역할) 광역 및 기초정신건강복지센터는 지역사회 정신건강서비스의 주요 전달체계로 지역 주민의 정신건강문제를 예방하고 정신질환을 발견하며 상담 등을 통합 개입, 사례관리 및 재활 서비스 제공 등 다양한 역할을 포괄적으로 수행함(전진아 등, 2017, p.48).

○ 지역주민의 정신건강 증진, 자살예방, 정신질환자 발견, 진료의뢰, 정신질환자 및 가족에 대한 상담, 사회재활 등, 전달체계 전반에서 역할을 수행하는 한편, 정신 보건시설간에 연계 및 지역사회 내 서비스 제공체계를 구축하기도 함.

□ 격리나 수용이 아닌 지역사회 주민들에게 필요한 서비스를 실질적으로 제공한다는 데에 의의가 있음.

○ 시군구별 1개소 설치를 원칙으로 하되, 지역 인구와 접근성을 고려하여 2개소 설치가 가능(전진아 등 2017, p.48)함.

○ 광역 단위 광역정신건강복지센터와 시군구 단위 기초정신건강복지센터로 구분됨.

- 기초 정신건강복지센터는 대체적으로 보건소 민간위탁사업으로 이루어지며 국비와 지방비가 매칭되는 구조를 보임.

□ 광역 정신건강증진센터

○ 광역 정신건강증진센터에서 수행하는 중증정신질환관리사업, 아동청소년정신건강증진사업, 자살예방사업, 정신건강증진사업, 중독관리사업 등을 총 망라하여 실적 보고서를 작성해야 함.

○ 사업실적보고는 매 회계연도 1월 말 이내 사업실적보고서를 제출함.

〈표 2-21〉 광역정신건강증진센터 주요 업무

구분	목적	사업 세부 내용
자살예방사업	해당 지역 자살률 감소와 생명문화조성	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역 자살사망통계 현황 제시 및 기초 조사 ■ 중앙심리부검 사업 협조체계 구축 ■ 자살 예방 프로그램 개발 및 자살 예방 인식 개선 사업 ■ 전문가 양성 교육 ■ 지역특화적 자살고위험군 발견, 평가, 사례관리, 치료연계체계 구축 ■ 민관협력 자살예방서비스 제공체계 구축 ■ 24시간 핫라인 상담 및 고위험군 위기대응체계 조정업무 수행
중증정신질환 관리 사업	해당 지역 중증정신질환자 재원기간 감소 및 사회통합 촉진	<ul style="list-style-type: none"> ■ 해당지역 중증정신질환자 치료 및 관리현황자료 분석 ■ 지역특성화 중증정신질환관리시스템 효과성 평가 연구 ■ 기타 중증정신질환 관련 기초조사 및 모형개발 ■ 회복지향적 관점의 서비스 공급자/소비자 대상 프로그램 개발 ■ 정신장애인 편견해소 및 차별방지 콘텐츠 개발 및 캠페인 ■ 중증정신질환자 사례관리 및 회복지원 역량강화 교육체계 구축 ■ 광역 지역 협력형 당사자(가족) 역량강화 교육 체계 운영 ■ 정신보건법에 의한 인권교육기관으로서의 업무 수행 ■ 정신의료기관 지역사회 퇴원환자 연계체계 구축 및 조정업무 수행 ■ 지역사회 서비스 기관 간 연계체계 구축 및 조정업무 수행 ■ 당사자 권익옹호를 위한 네트워크 개발 및 운영 ■ 광역정신보건심판위원회 평가 업무 지원
아동청소년 정신건강증진 사업	해당 지역의 정서행동문제 경험 아동·청소년의 서비스 이용률 향상	<ul style="list-style-type: none"> ■ 해당지역 아동청소년 정신건강 관리현황자료 분석 아동청소년 관련 기초조사 및 모형개발 ■ 아동청소년정신건강증진 프로그램 개발 ■ 지역특화적 상황에 따른 아동청소년정신건강 네트워크 개발 ■ 아동청소년정신건강서비스 실무자 역량강화 교육 체계 구축
정신건강증진 사업	해당 지역의 성인기 우울감 경험률 감소 및 다빈도 정신 질환 치료율 향상	<ul style="list-style-type: none"> ■ 해당지역 다빈도 정신건강문제 관리현황자료 분석 ■ 기타 성인기, 노년기 정신건강 관련 기초조사 및 모형개발 ■ 우울증 관리 등 정신건강증진 프로그램 개발 ■ 다빈도 정신건강문제에 대한 인식개선을 위한 지역사회 홍보 및 인식개선사업 수행 ■ 정신건강증진 서비스 제공자 역량강화 교육 체계 구축 ■ 광역 지역협력 특정 직업군별 정신건강증진 교육체계 구축 운영 ■ 사회복지전담공무원 상담컨설팅 체계 구축 및 운영 ■ 치료연계체계 활성화를 위한 정신의료기관 네트워킹 조정
중독관리사업	해당 지역의 중독문제 감소 및 중독자 회복 촉진	<ul style="list-style-type: none"> ■ 해당지역 중독문제 관리현황자료 분석 ■ 기타 중독 관련 기초조사 및 모형개발 ■ 지역 서비스 제공자 대상 중독문제 조기선별 및 단기치료 프로토콜 교육 ■ 중독관련 서비스 제공자 대상 사례관리 역량강화 교육 ■ 중독문제의 효과적 관리를 위한 지역사회 연계망 구축 운영 ■ 치료연계 및 퇴원 후 지역사회 연계체계 활성화를 위한 정신의료기관 네트워킹 조정
1577-0199 정신건강위기상담전화운영		<ul style="list-style-type: none"> ■ 상담전화설치 및 운영, 기록 관리

□ 기초 정신건강증진센터

○ 지역사회별로 사업운영, 지역 주민 센터 등 유관기관과 협력하여 서비스를 제공하는 직접적 역할을 수행함.

- 중증정신질환관리 대상자 발굴과 관리
- 자살예방 및 정신건강 증진 대상자 발굴과 치료연계 사업
- 아동청소년 정신건강 대상자 발굴, 상담 치료
- 행복 e음 보건복지통합전달체계 구축 사업

○ 중증정신질환 관리

- 중증정신질환자의 욕구에 기반한 개별적 서비스 계획 수립 및 제공
 - 등록 중증정신질환자의 개별적 서비스 요구도 평가 연 1회 이상 실시
 - 개별서비스 계획 수립은 서비스 요구도 평가에 기반하여 입·퇴원, 증상 및 기능의 변화 시점에 최소 연 1회 이상 수립하고 증상 및 기능 평가적 요소가 포함되어야 하며 서비스 욕구를 해결하기 위한 구체적 전략 제시
- 등록 중증정신질환자에 대한 주기적인 사례회의 실시
- 사례관리 등록, 퇴록 및 운영 전반에 대한 매뉴얼 구비
- 사례관리 중 위기개입으로 입원 연계된 대상자의 재원관리와 퇴원계획 수립

○ 자살 예방 및 건강증진

- 고위험군 조기발견 및 치료연계 사업(아동청소년, 성인 및 노인 정신건강)
- 지역사회네트워크 구축으로 고위험군 조기 발견
- 지역주민 대상 조기 발견을 위한 정신건강증진사업 수행
- 준임상군 및 임상군에 대한 사례 관리
- 치료 필요 대상 정신의료기관 연계
- 정신건강상담전화 운영

□ 정신의료기관의 장은 환자 퇴원 시 본인 동의로 퇴원 사실 통지서를 시·군·구 정신건강센터 및 보건소에 통지함.

○ 통보를 받은 기관의 장은 질환자의 지역사회 복귀를 위해 힘써야 함.

○ 퇴원 사실의 통지는 환자가 퇴원 후 지역사회의 정신건강증진센터 등에서 정신보건서비스를 받을 수 있도록 지원하기 위한 것이며, 통지에 대한 동의는 환자의 자유사항으로 강압이나 퇴원 조건으로 이용하여서는 아니 됨.

○ 정신의료기관의 장은 환자의 동의·부동의 여부를 진료기록부에 기재해야 함.

○ 퇴원 등의 사실을 통보받은 정신건강복지센터의 장 또는 보건소의 장은 해당 퇴원 등을 실시할 사람 또는 보호의무자와 상담하여 **그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안**을 마련해야 함.

○ 다만, 정신건강의학과전문의가 퇴원 등을 실시할 사람 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 동의로 본인의 동의를 갈음할 수 있음.

〈표 2-22〉 정신질환자 퇴원 절차

- ① 본인 및 동의서를 제출한 보호의무자의 퇴원신청 → 정신건강의학과전문의의 판단에 따라 퇴원 가능 시 즉시 퇴원
- ② 정신건강의학과전문의가 정신질환자의 위험성을 고지한 경우 → 시·군·구청장에게 퇴원 및 처우개선 심사청구 신청 → 기초정신보건심판위원회의 퇴원 결정 시 즉시 퇴원
 - ※ 정신건강복지법 제55조 퇴원심사 등의 청구를 할 수 있는 자는 정신의료기관등에 입원등을 하고 있는 자 또는 그 보호의무자이며, 이때 ‘그 보호의무자’는 ‘입원동의서를 제출한 보호의무자’ 및 정신건강복지법 제43조에 따른 해당 환자의 보호의무자로서 자격있는 자를 포함함
- ③ 기초정신보건심판위원회에서 계속입원이 판정된 경우 → 시·도지사에게재심사 청구 신청 → 광역정신보건심판위원회의 퇴원결정 시 즉시 퇴원

○ 아동·청소년 정신건강증진

- 아동·청소년 관련 예산⁶⁾이 지원되는 정신건강증진센터에 한해 사업 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원 등

- 지역사회 유관 기관, 초중고, 지역주민의뢰로 접수된 아동·청소년 정신건강문제 조기발견
- 유관기관 연계 협조체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역 내 정신보건자원 파악 및 활용 등
- 저소득층(국민기초생활수급대상자 혹은 차상위계층 등) 가정의 아동·청소년의 경우 예산의 범위 내에서 확진을 위한 검사비용 등 진료비를 보조
- 지역 내 유관기관(학교 및 아동·청소년 관련 시설 등)으로부터 정신건강서비스에 대한 요청이 있을 경우 정신건강 프로그램 제공
- 정신건강증진 및 정신질환 예방 교육

〈표 2-23〉 기초 정신건강증진사업 운영 개요

	사전 관리 조기 발견 감지	관리	사후 관리
중증정신질환관리	<ul style="list-style-type: none"> - 긴급지원대상자 발굴 - 조기 개입 체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> - 개별적 서비스 조기 개입 체계 구축 - 개별 서비스 계획 수립과 제공 위기개입 서비스 제공 및 위기대응 체계 구축 - 포괄적 서비스 제공과 지역 사회네트워크 구축 	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건심판위원회 업무 지원 - 정신질환자 퇴원 이후 지역 사회 적응 지원
자살 예방 및 건강증진	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회네트워크 구축으로 고위험군 조기 발견 - 지역주민 대상 조기 발견을 위한 정신건강증진사업 수행 	<ul style="list-style-type: none"> - 치료 필요 대상 정신의료기관 연계 - 준 임상군 및 임상군에 대한 사례 관리 - 임상군 등록 관리 	
아동·청소년 건강증진	<ul style="list-style-type: none"> - 고위험군 발굴 - 심층사정평가 - 정신건강증진 및 정신질환 예방 교육 	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강서비스제공 (사례관리, 집단·개인 상담) 	<ul style="list-style-type: none"> - 치료비 지원, 치료 및 서비스 연계

6) 국민건강증진기금(국비) 3,250백만원, 아동·청소년 정신건강증진센터(130개소) 개소 당 국비 지원액 25백만원, 보조율은 국비 50%, 지방비 50% 이상임.

제 3 장

의료급여대상자 의료이용 실태 분석

제1절 의료급여 대상자 의료이용 실적

제2절 요양기관 종별 의료이용실적

3

의료급여대상자 의료이용 실태 분석 <<

제1절 의료급여 대상자 의료이용 실적

- 본 장에서는 의료급여 대상자들의 일반적인 의료이용 행태를 파악하기 위해 2012년부터 2016년까지 최근 5년간 의료급여 대상자들의 의료이용 실적을 분석하였음.
- 각 대상자의 현황 및 의료이용 행태 비교를 위하여 2012년부터 2016년까지의 건강보험통계연보와 의료급여통계연보를 정리하여 비교 분석하였음.
- 의료급여 대상자 의료이용 유형별 의료이용 행태를 파악하기 위해서는 먼저 진료비를 구성하고 있는 요소들로 세분화하여 각 요소별로 의료이용에 미치는 영향을 살펴볼 필요가 있음.
- 총 진료비 증가는 적용인구가 늘어남으로서 증가되는 진료비와 대상자 1인당 지출하는 진료비가 증가되어 발생하는 부분으로 나눌 수 있음.
 - 적용인구가 증가하면 진료비를 지출하는 대상자 수 자체도 증가하여 이로 인한 진료비의 절대규모 증가분이 발생함.
 - 1인당 진료비는 적용인구 증가분을 제외한 실질적인 진료비 증가를 나타내는 것으로 총 진료비 증가 부분을 살펴볼 수 있는 지표임.
- 총 진료비 구성 요소를 나누어 보면, 아래와 같이 표현할 수 있음.
 - 총 진료비 = 적용인구 × 1인당 진료비
- 진료비 구성요소에서 적용인구 1인당 진료비는 다시 1인당 진료일수와 일당 진료비로 분해할 수 있음.
 - 1인당 진료일수는 의료이용량의 변화를 나타내는 지표이며, 일당 진료비는 진료 1일당 발생한 진료비로 의료이용 강도를 나타낼 수 있는 지표임.

○ 따라서 총 진료비 구성 요소를 다시 세분하면 다음과 같음.

- 총 진료비 = 적용인구 × 1인당 진료일수 × 일당 진료비

□ 본 장에서는 의료급여 대상자의 의료이용 유형별 진료비 증가 요인을 알아보기 위하여 총 진료비, 진료실인원, 진료실인원 1인당 진료비, 1인당 진료일수 및 일당 진료비를 분해하여 각 유형별 의료이용행태 및 진료비 증가 요인을 살펴보고자 함.

1. 적용인구

□ 2016년 기준 전체 의료보장 인구 중 건강보험은 약 5천만 명(97.1%), 의료급여는 약 151만 명(2.9%)이며, 이 중 의료급여 1종은 107만 명, 의료급여 2종은 44만 명으로 각각 전체 의료급여 대상자의 70.6%, 29.4%를 차지함.

○ 전체 건강보험 대상자는 2008년부터 최근까지 지속적으로 증가하고 있는 반면, 전체 의료급여 대상자는 2008년부터 2014년까지 지속적으로 감소하였고 2015년 증가했다가 2016년 다시 감소하였음.

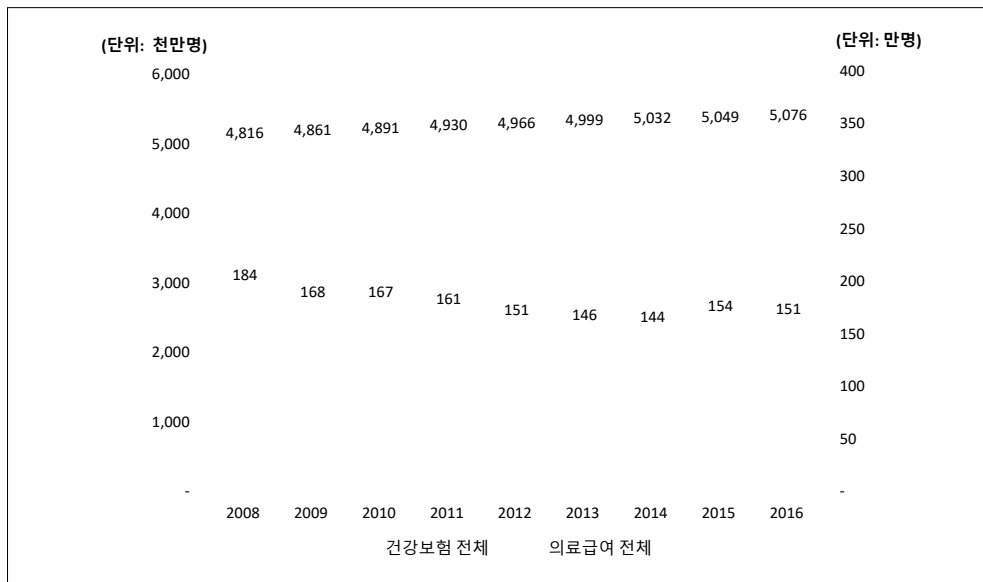
- 전체 의료급여 대상자는 최근 5년간(2012~2016년) 0.04% 증가함.
- 동 기간 의료급여 1종은 약 105만 명에서 약 107만 명으로 0.17% 증가한 반면, 의료급여 2종은 약 44만 9천명에서 약 44만 4천 명으로 0.27% 감소함.

〈표 3-1〉 연도별 적용대상자(2012-2016년)⁷⁾

단위: 명, %

구분	건강보험 전체		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	적용대상자	비율	적용대상자	비율	적용대상자	비율	적용대상자	비율
2012	49,662,097	97.1	1,507,044	2.9	1,058,223	70.2	448,821	29.8
2013	49,989,620	97.2	1,458,871	2.8	1,039,892	71.3	418,979	28.7
2014	50,316,384	97.2	1,440,762	2.8	1,036,713	72.0	404,049	28.0
2015	50,490,157	97.0	1,544,267	3.0	1,078,412	69.8	465,855	30.2
2016	50,763,283	97.1	1,509,472	2.9	1,065,551	70.6	443,921	29.4
연평균 증가율	0.55		0.04		0.17		-0.27	

〔그림 3-1〕 자격별 적용대상자 추이(2008-2016년)



7) 의료급여 전체, 의료급여 일반의 적용인구는 각 년도 의료급여 통계연보의 연말기준 의료급여 수급권자 수를 기준으로 함

□ 최근 5년간(2012~2016년) 입원을 경험했던 건강보험 대상자 수는 매년 약 5% 증가하여 2016년 약 743만 명이었고, 의료급여 대상자 수는 연평균 약 0.2% 증가하여 2016년 약 46만 명이었음.

○ 의료급여 1종은 매년 0.34% 증가하여 2016년 기준 39만 명이었고, 의료급여 2종은 매년 0.83% 감소하여 2016년 기준 7만 3천명이었음.

○ 2016년 기준 의료급여의 입원 수진율을 보면 의료급여 1종 대상자가 약 85.8%인 반면 2종 대상자는 약 15.9%로, 입원 진료비가 없는 의료급여 1종 대상자의 입원 수진율이 2종 대상자보다 5배 이상 높았음.

〈표 3-2〉 연도별 진료실인원(입원)

단위: 명, %

구분	건강보험 전체			의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	진료실인원	진료실인원	비율	진료실인원	비율	진료실인원	비율	진료실인원	비율
2012	6,178,305	456,621	6.9	389,190	85.2	75,578	16.6		
2013	6,420,118	410,572	6.0	356,732	86.9	60,647	14.8		
2014	6,944,196	451,995	6.1	395,078	87.4	65,510	14.5		
2015	6,656,312	418,290	5.9	365,321	87.3	59,977	14.3		
2016	7,430,940	459,640	5.8	394,535	85.8	73,093	15.9		
연평균 증가율	4.72	0.16		0.34		-0.83			

주: 진료실인원은 의료급여 종별로 실 인원을 각각 산정, 총 실인원수와 일치하지 않음.

□ 외래의 경우, 건강보험 대상자의 진료실인원은 매년 0.79%씩 다소 증가한 반면 의료급여 대상자의 진료실인원은 매년 1.09%씩 감소하여, 입원 진료실인원과 차이를 보임.

○ 의료급여 1종과 2종도 각각 0.93%, 1.5%씩 다소 감소하는 경향을 보였음.

〈표 3-3〉 연도별 진료실인원(외래)

단위: 명, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	진료실인원	진료실인원	비율	진료실인원	비율	진료실인원	비율
2012	45,996,427	1,638,167	3.4	1,148,649	70.1	558,231	34.1
2013	46,293,715	1,513,784	3.2	1,092,008	72.1	487,342	32.2
2014	46,939,249	1,496,632	3.1	1,093,231	73.0	468,372	31.3
2015	47,041,984	1,539,869	3.2	1,101,232	71.5	497,220	32.3
2016	47,458,069	1,568,005	3.2	1,106,674	70.6	525,553	33.5
연평균 증가율	0.79	-1.09		-0.93		-1.50	

주: 진료실인원은 의료급여 종별로 실 인원을 각각 산정, 총 실인원수와 일치하지 않음.

□ 약국도 입원, 외래와 같이 건강보험 대상자의 진료실인원은 2012년부터 2016년 까지 매년 약 0.86%씩 증가하였고, 의료급여 대상자의 진료실인원은 같은 기간 매년 0.52%씩 감소하였음.

〈표 3-4〉 연도별 진료실인원(약국)

단위: 명, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	진료실인원	진료실인원	비율	진료실인원	비율	진료실인원	비율
2012	43,596,825	1,506,001	3.3	1,048,894	69.6	505,452	33.6
2013	43,744,416	1,416,796	3.1	1,017,262	71.8	453,994	32.0
2014	44,259,862	1,379,497	3.0	999,326	72.4	429,224	31.1
2015	44,507,258	1,444,324	3.1	1,028,985	71.2	463,220	32.1
2016	45,114,488	1,474,742	3.2	1,037,370	70.3	490,653	33.3
연평균 증가율	0.86	-0.52		-0.28		-0.74	

주: 진료실인원은 의료급여 종별로 실 인원을 각각 산정, 총 실인원수와 일치하지 않음.

2. 총 진료비

- 2016년 기준 건강보험 대상자의 총 진료비는 약 65조 2천억 원이며, 의료보장인구 중 약 2.9%를 차지하는 의료급여 대상자의 총 진료비는 건강보험의 약 1/10 수준인 약 6조 7천억 원이었음.
- 전체 의료급여 대상자의 총 진료비(2016년 기준 약 6조 7천억 원) 중 의료급여 1종 대상자들의 총 진료비는 6조 975억 원으로 의료급여 전체 중 90.5%를 차지하고 있으며 의료급여 2종 대상자들의 총 진료비는 6400억 원으로 전체 의료급여 총 진료비 중 약 10%를 차지함.
- 즉, 전체 의료급여 적용인구의 약 71%를 차지하는 의료급여 1종 대상자들의 총 진료비가 전체 의료급여 진료비의 약 90%를 차지하는 반면 약 29%에 해당하는 의료급여 2종은 전체 총 진료비의 약 10%를 지출하고 있어 의료급여 1종 대상자에 의한 지출이 더 많음.
- 지난 5년간(2012~2016년) 건강보험 총 진료비는 연평균 약 8.04%, 의료급여 총 진료비는 연평균 6.72% 증가하였음.
- 총 진료비의 증가율은 건강보험이 의료급여보다 높게 나타났으나, 각 자격별 적용인구 및 진료실인원을 감안하면 의료급여 대상자의 진료비 규모가 건강보험 대상자보다 높음⁸⁾.
- 의료급여 1종은 매년 7.07%씩, 의료급여 2종은 3.64%씩 증가하였고, 의료급여 1종 대상자의 진료비 증가가 의료급여 총 진료비 증가 요인으로 작용

8) <표 3-10> 1인당 진료비 참조: 2016년 기준 건강보험 적용 인구 당 진료비는 1,284천원, 의료급여 적용 인구 당 진료비는 4,463천원임.

〈표 3-5〉 연도별 총 진료비

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	총 진료비	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
2012	478,392	51,949	9.8	46,403	89.3	5,546	10.7
2013	509,552	53,037	9.4	47,834	90.2	5,203	9.8
2014	543,170	56,404	9.4	51,274	90.9	5,130	9.1
2015	579,593	59,823	9.4	54,438	91.0	5,384	9.0
2016	651,844	67,375	9.4	60,975	90.5	6,400	9.5
연평균 증가율	8.04	6.72		7.07		3.64	

□ 2016년 기준 건강보험 대상자의 입원 총 진료비는 약 23조 8천억 원, 의료급여 대상자의 입원 총 진료비는 약 3조 6천억 원으로 의료급여 입원 총 진료비는 건강보험 입원 총 진료비 대비 약 13.1% 수준임.

○ 의료급여 1종의 입원 총 진료비는 3조 3,711억 원으로 의료급여 전체 입원 총 진료비의 93.7%를 차지하고 의료급여 2종의 입원 총 진료비는 2,272억 원으로 의료급여 전체 입원 총 진료비의 6.3%를 차지함.

- 의료급여 1종의 입원 총 진료비는 2012년 2조 5,602억 원이었으나 2016년 3조 3,711억 원으로 연평균 7.12%씩 증가함.

〈표 3-6〉 연도별 총 진료비(입원)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	총 진료비	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
2012	161,791	27,535	14.5	25,602	93.0	1,934	7.0
2013	178,911	28,531	13.8	26,675	93.5	1,856	6.5
2014	190,447	30,355	13.7	28,547	94.0	1,807	6.0
2015	207,214	32,236	13.5	30,320	94.1	1,916	5.9
2016	237,928	35,984	13.1	33,711	93.7	2,272	6.3
연평균 증가율	10.12	6.92		7.12		4.12	

□ 건강보험 대상자의 외래 총 진료비는 2016년 기준 약 27조원으로 최근 5년간 7.94% 증가하였고 의료급여 대상자의 외래 총 진료비는 2016년 기준 약 2조원으로 7.39%씩 증가하였으며 이 중 의료급여 1종과 의료급여 2종이 차지하는 외래 총 진료비는 각각 1조 7,560억, 2,692억이었음.

○ 건강보험과 의료급여 모두 대상자의 외래 총 진료비는 매년 증가하고 있으나 입원 대비 증가율에서는 차이가 있음.

- 건강보험 대상자의 외래 총 진료비 증가율은 입원보다 낮은 반면, 의료급여 대상자의 외래 총 진료비 증가율은 입원보다 높음.

○ 의료급여 1종과 의료급여 2종의 외래 총 진료비는 입원 총 진료비와 같이 의료급여 1종의 비율이 월등히 높아 외래 총 진료비의 대부분은 의료급여 1종이 사용하는 것이라고 볼 수 있음.

- 외래 총 진료비의 연평균 증가율을 살펴보면 의료급여 1종은 매년 7.89%씩 증가하고 있고 의료급여 2종은 매년 4.43%씩 증가하고 있음.

〈표 3-7〉 연도별 총 진료비(외래)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	총 진료비	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
2012	198,648	15,225	7.1	12,962	85.1	2,263	14.9
2013	211,896	15,591	6.9	13,434	86.2	2,157	13.8
2014	228,893	16,807	6.8	14,637	87.1	2,170	12.9
2015	241,534	17,854	6.9	15,580	87.3	2,274	12.7
2016	269,683	20,252	7.0	17,560	86.7	2,692	13.3
연평균 증가율	7.94	7.39		7.89		4.43	

□ 건강보험 대상자의 약국 총 진료비는 최근 5년간 연평균 약 5.2%씩 증가하여 2016년 기준 14조 4,233억 원이며 의료급여 대상자의 약국 총 진료비는 1조 1,139억 원으로 연평균 4.93%씩 증가하였음.

〈표 3-8〉 연도별 총 진료비(약국)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
연도	총 진료비	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
2012	117,953	9,188	7.2	7,840	85.3	1,349	14.7
2013	118,744	8,915	7.0	7,725	86.6	1,190	13.4
2014	124,890	9,242	6.9	8,090	87.5	1,153	12.5
2015	130,844	9,732	6.9	8,538	87.7	1,194	12.3
2016	144,233	11,139	7.2	9,704	87.1	1,435	12.9
연평균 증가율	5.16	4.93		5.48		1.57	

□ 의료이용 실적은 자격별로 차이를 보이고 있는데 의료급여 대상자의 입원 진료비 비중이 건강보험 보다 월등히 높으며 의료급여 재정의 약 53%로 차지하였음.

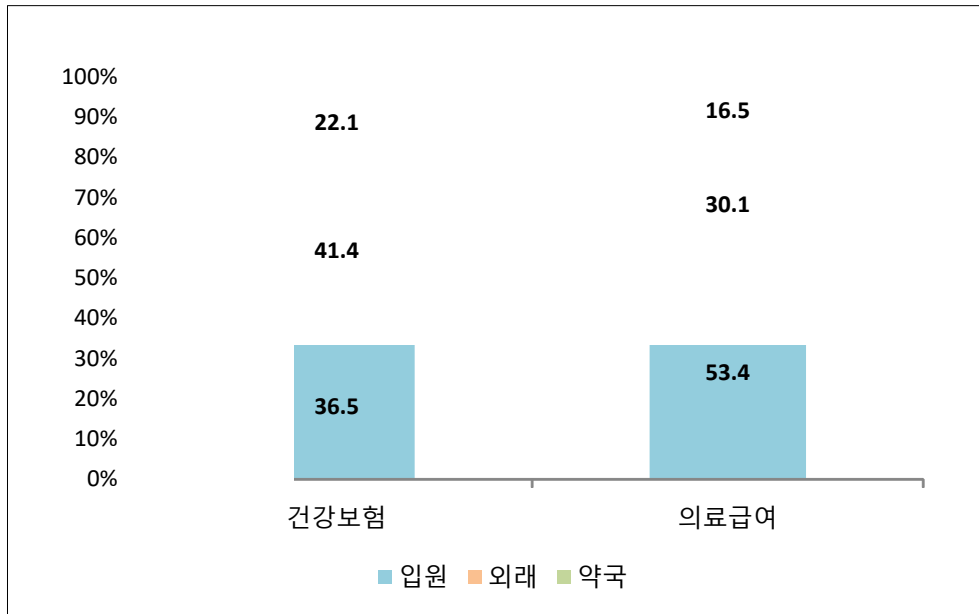
○ 건강보험 대상자의 총 진료비의 구성은 외래(41.4%), 입원(36.5%), 약국(22.1%) 순으로 높게 나타났으나, 의료급여 대상자의 총 진료비 구성은 입원(53.8%), 외래(29.4%), 약국(16.8%) 순으로 높게 나타났음.

〈표 3-9〉 2016년도 자격별 총 진료비의 구성(입원/외래/약국)

단위: 억 원, %

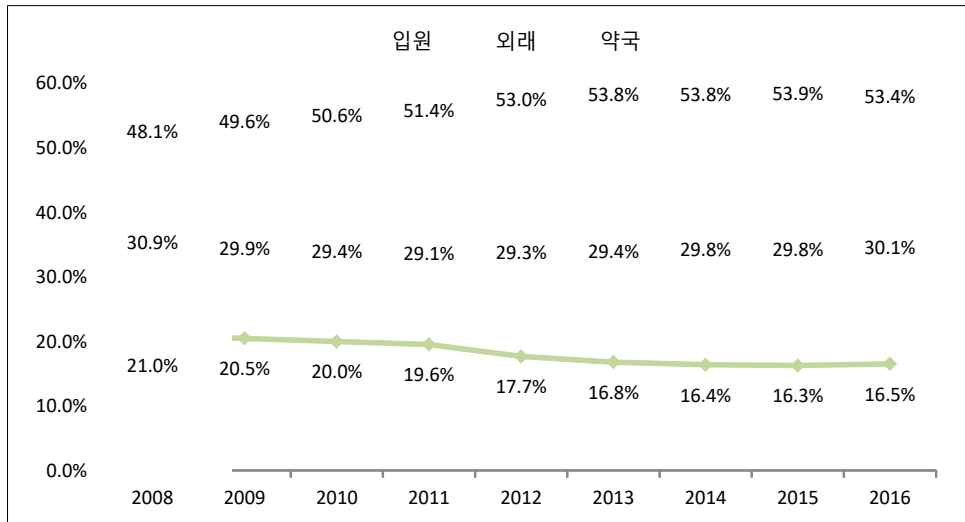
	건강보험 전체		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
계	651,844	100	67,375	100	60,975	100	6,400	100
입원	237,928	36.5	35,984	53.4	33,711	55.3	2,272	35.5
외래	269,683	41.4	20,252	30.1	17,560	28.8	2,692	42.1
약국	144,233	22.1	11,139	16.5	9,704	15.9	1,435	22.4

[그림 3-2] 건강보험, 의료급여의 진료유형별(입원/외래/약국) 비중(2016년)



- 2008년부터 최근까지 의료급여 총 진료비 중 입원 진료비 비중이 지속적으로 증가하였음.
- 외래 및 약국 진료비 비중은 낮아지고 있는 반면 입원 진료비 비중은 증가하여 2008년 대비 2016년 5.3%p 증가함.
- 결과적으로 의료급여 총 진료비 중 입원 진료비의 규모가 높을 뿐만 아니라 외래 및 약국을 이용하던 대상자들의 입원 진료비도 증가하고 있음을 의미함.

[그림 3-3] 연도별 의료급여 총 진료비 구성비(입원/외래/약국)



□ 건강보험 총진료비 구성을 보면 입원보다 외래의 비중이 더 높지만 '08년부터 '13년까지 증가율은 외래보다 입원의 증가율이 더 높아 노인인구의 증가 등으로 향후 입원의 비중이 더 높아질 것으로 보임.

□ 의료급여의 총진료비 구성을 보면, 입원이 53.8%를 차지하여 비중이 높을 뿐 아니라, 입원 총진료비도 지난 6년간 매년 약 5.77%씩 증가하고 있어 입원진료비는 더 증가할 것으로 보임.

○ 의료급여 1종은 입원의 비중이 가장 높았지만, 의료급여 2종은 외래의 비중이 더 높았음.

3. 진료실인원 1인당 진료비

□ 지금까지 총 진료비와 진료실인원으로 진료비 총규모를 각각 비교하였고, 여기서는 총 진료비를 진료실인원으로 나누어 적용인구 1인당 진료비를 통해 의료이용 행태를 비교하고자 함.

□ 2016년 기준 1인당 진료비는 건강보험 대상자가 약 128만원, 의료급여 대상자가 약 446만원으로 의료급여 대상자가 건강보험 대상자에 비해 약 3.5배 높게 지출하고 있었음.

○ 1인당 의료급여 1종은 약 572만원, 의료급여 2종은 약 144만원을 지출하여 의료급여 1종이 2종에 비해 약 4배 높았음.

- 1인당 진료비는 의료급여 1종(572만원) > 의료급여 2종(144만원) > 건강보험(128만원) 순임.

〈표 3-10〉 연도별 진료실인원 1인당 진료비

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	적용인구당 진료비	적용인구당 진료비	배율	적용인구당 진료비	배율	적용인구당 진료비	배율
2012	963	3,447	3.58	4,385	4.55	1,236	1.28
2013	1,019	3,635	3.57	4,600	4.51	1,242	1.22
2014	1,080	3,915	3.63	4,946	4.58	1,270	1.18
2015	1,148	3,874	3.37	5,048	4.40	1,156	1.01
2016	1,284	4,463	3.48	5,722	4.46	1,442	1.12
연평균 증가율	7.45	6.67		6.88		3.93	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 진료비 대비임.

- 2016년 기준 건강보험 대상자 1인당 입원 진료비는 약 320만원, 의료급여 대상자 1인당 입원 진료비는 783만원으로 건강보험 대상자에 비해 약 2.4배 높았음.
- 건강보험 대상자는 2012년부터 2016년까지 연평균 약 5.15%씩 증가하였고, 의료급여 대상자는 같은 기간 연평균 약 6.74%로 더 빠르게 증가하였음.
- 의료급여 1종 1인당 입원 진료비는 약 855만원으로 의료급여 2종의 1인당 입원 진료비 약 311만원보다 약 3배 정도 높았음.
 - 의료급여 1종의 입원 진료비는 매년 약 6.8%, 의료급여 2종의 입원 진료비는 매년 5% 증가하였음.

〈표 3-11〉 연도별 진료실인원 1인당 입원 진료비

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 입원진료비	1인당 입원진료비	배율	1인당 입원진료비	배율	1인당 입원진료비	배율
2012	2,619	6,030	2.30	6,578	2.51	2,558	0.98
2013	2,787	6,949	2.49	7,478	2.68	3,060	1.10
2014	2,743	6,716	2.45	7,226	2.63	2,759	1.01
2015	3,113	7,707	2.48	8,300	2.67	3,195	1.03
2016	3,202	7,829	2.45	8,545	2.67	3,109	0.97
연평균 증가율	5.15	6.74		6.76		4.99	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 입원진료비 대비임.

- 2016년도 진료실인원 1인당 외래 진료비는 건강보험 대상자가 약 57만원인 반면 의료급여 대상자는 약 129만원으로 의료급여 대상자가 건강보험 대상자에 비해 약 2.3배 높았음.
- 입원과 마찬가지로 진료실인원 1인당 외래 진료비도 의료급여 1종 대상자가 의료급여 2종 대상자에 비해 약 3배 정도 높았고 최근 5년간 의료급여 1종은 8.9%, 의료급여 2종은 6% 증가하였음.

76 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

〈표 3-12〉 연도별 진료실인원 1인당 외래 진료비

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 외래진료비	1인당 외래진료비	배율	1인당 외래진료비	배율	1인당 외래진료비	배율
2012	432	929	2.15	1,128	2.61	405	0.94
2013	458	1,030	2.25	1,230	2.69	443	0.97
2014	488	1,123	2.30	1,339	2.75	463	0.95
2015	513	1,159	2.26	1,415	2.76	457	0.89
2016	568	1,292	2.27	1,587	2.79	512	0.90
연평균 증가율	7.10	8.57		8.89		6.01	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 외래진료비 대비임.

□ 약국의 경우, 건강보험 대상자의 1인당 진료비는 32만원, 의료급여 대상자의 1인당 진료비는 약 76만원으로 의료급여가 건강보험보다 약 2.4배 높았음.

○ 의료급여 1종 1인당 약국 진료비는 약 94만원으로 의료급여 2종 1인당 약국 진료비(약 29만원)보다 약 3.2배 높았음.

- 최근 5년간 의료급여 1종은 5.77%, 의료급여 2종은 2.33% 증가하였음.

〈표 3-13〉 연도별 진료실인원 1인당 약국 진료비

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 약국진료비	1인당 약국진료비	배율	1인당 약국진료비	배율	1인당 약국진료비	배율
2012	271	610	2.26	747	2.76	267	0.99
2013	271	629	2.32	759	2.80	262	0.97
2014	282	670	2.37	810	2.87	269	0.95
2015	294	674	2.29	830	2.82	258	0.88
2016	320	755	2.36	935	2.93	293	0.92
연평균 증가율	4.26	5.48		5.77		2.33	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 약국진료비 대비임.

4. 진료실인원 1인당 입내원일수

- 진료실인원 1인당 입내원일수는 유형별 대상자의 의료이용량을 가늠해 볼 수 있는 지표임.
- 2016년 기준 건강보험 전체 대상자의 1인당 입내원일수는 20.3일, 의료급여 전체 대상자의 1인당 입내원일수는 79.0일로 건강보험에 비해 약 4배 더 길었음.
- 전체 의료급여 대상자의 1인당 입내원일수는 최근 5년간(2012~2016) 약 1.8% 증가하여 건강보험 증가율(1.41%)보다 빠르게 증가하고 있음.
 - 동 기간 의료급여 1종은 매년 약 2.1%씩 증가하였지만 의료급여 2종은 0.4%씩 감소하였음.

〈표 3-14〉 연도별 진료실인원 1인당 입내원일수

단위: 일, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 입내원일수	1인당 입내원일수	배율	1인당 입내원일수	배율	1인당 입내원일수	배율
2012	19.2	73.7	3.85	88.1	4.59	39.9	2.08
2013	19.4	75.0	3.87	89.7	4.63	38.6	1.99
2014	19.7	76.9	3.91	91.9	4.67	38.2	1.94
2015	19.6	72.4	3.69	89.3	4.55	33.1	1.68
2016	20.3	79.0	3.90	95.6	4.72	39.3	1.94
연평균 증가율	1.41	1.76		2.08		-0.35	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 입내원일수 대비임.

□ 2016년 기준 건강보험 대상자의 진료실인원 1인당 입원일수는 약 19일로 2012년부터 2016년까지 연평균 0.7% 증가하였으며, 의료급여는 동 기간 약 3.1%씩 증가하여 2016년 기준 약 91일임.

○ 동 기간 의료급여 1종의 1인당 입원일수는 매년 약 3%씩 증가하여 2016년 기준 100일이었으며, 의료급여 2종은 매년 약 1.3%씩 증가하여 32.2일이었음.

〈표 3-15〉 연도별 진료실인원 1인당 입원일수

단위: 일, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 입원일수	1인당 입원일수	배율	1인당 입원일수	배율	1인당 입원일수	배율
2012	18.5	80.6	4.36	88.7	4.79	30.5	1.65
2013	19.3	92.2	4.77	99.9	5.16	36.5	1.89
2014	18.9	86.7	4.60	93.7	4.97	32.9	1.74
2015	20.1	95.4	4.74	103.4	5.14	35.5	1.76
2016	19.0	90.9	4.79	100.0	5.26	32.2	1.69
연평균 증가율	0.66	3.05		3.04		1.32	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 입원일수 대비임.

□ 2016년 기준 건강보험 대상자의 진료실인원 1인당 외래 내원일수는 18.7일, 의료급여는 32.7일이었으며, 최근 5년간(2012~2016년) 각각 0.68%, 2.47%씩 증가하였음.

○ 의료급여 1종과 의료급여 2종 대상자 1인당 외래 내원일수는 각각 37.5일, 18.5일이었으며, 최근 5년간 각각 2.76%, 1.04%씩 증가하였음.

〈표 3-16〉 연도별 진료실인원 1인당 외래 내원일수

단위: 일, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 외래 내원일수	1인당 외래 내원일수	배율	1인당 외래 내원일수	배율	1인당 외래 내원일수	배율
2012	18.2	29.7	1.63	33.7	1.85	17.8	0.98
2013	18.2	31.1	1.71	34.9	1.92	18.4	1.01
2014	18.3	31.6	1.73	35.4	1.94	18.3	1.00
2015	18.2	30.8	1.69	35.3	1.94	17.2	0.95
2016	18.7	32.7	1.75	37.5	2.01	18.5	0.99
연평균 증가율	0.68	2.47		2.76		1.04	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 외래 내원일수 대비임.

□ 2016년 기준 1인당 약국 내원일수는 건강보험, 의료급여가 각각 11.2일, 17.8일이었으며, 최근 5년간 각각 약 0.1%, 1.1%씩 증가하였음.

○ 의료급여 1종의 약국 내원일수는 2016년 기준 약 20일, 의료급여 2종은 약 11일로, 거의 2배 차이가 났음.

- 의료급여 1종은 최근 5년간 1.36%씩 증가한 반면 의료급여 2종은 0.63%씩 감소하였음.

〈표 3-17〉 연도별 진료실인원 1인당 약국 내원일수

단위: 일, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 약국 내원일수	1인당 약국 내원일수	배율	1인당 약국 내원일수	배율	1인당 약국 내원일수	배율
2012	11.2	17.0	1.52	19.1	1.70	11.2	1.00
2013	11.0	17.3	1.57	19.2	1.74	11.0	1.00
2014	11.0	17.6	1.60	19.6	1.78	11.0	1.00
2015	10.9	16.9	1.55	19.2	1.76	10.2	0.93
2016	11.2	17.8	1.58	20.1	1.79	10.9	0.97
연평균 증가율	0.09	1.08		1.36		-0.63	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 약국 내원일수 대비임.

- 건강보험 대상자에 비해 의료급여 대상자 1인당 입내원일수가 현저히 높은 것을 알 수 있었음.
- 특히, 의료급여 대상자의 입원일수가 건강보험 대상자에 비해 약 5배 정도 길었음.
- 외래와 약국 내원일수는 건강보험에 비해 의료급여 대상자가 길었지만 그 차이는 2배를 넘지 않았음.

5. 내원일당 진료비

- 내원일당 진료비는 대상자들의 의료이용 강도를 나타내는 지표라고 할 수 있음.
- 건강보험 대상자의 내원일당 진료비는 2016년 기준 약 6만 3천원, 의료급여 대상자의 내원일당 진료비는 약 5만 7천원으로 건강보험 대상자의 내원일당 진료비가 더 높았음.
- 건강보험과 의료급여 모두 최근 5년간 약 5% 이상의 증가율을 보였음.
- 2016년 기준 의료급여 1종의 내원일당 진료비는 약 6만원, 의료급여 2종의 경우에는 약 3만 7천원이었으며, 최근 5년간 각각 4.71%, 4.3%의 증가율을 보였음.

〈표 3-18〉 연도별 내원일당 진료비

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
2012	50.3	46.8	0.93	49.8	0.99	31.0	0.62
2013	52.6	48.5	0.92	51.3	0.98	32.2	0.61
2014	54.9	50.9	0.93	53.8	0.98	33.2	0.61
2015	58.5	53.5	0.92	56.5	0.97	35.0	0.60
2016	63.4	56.5	0.89	59.9	0.94	36.7	0.58
연평균 증가율	5.96	4.82		4.71		4.30	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 내원일당 진료비 대비임.

- 건강보험 대상자의 입원일당 진료비는 2016년 기준 약 17만원, 의료급여 대상자의 입원일당 진료비는 약 9만원으로 건강보험이 의료급여에 비해 약 2배 높았음.
- 2016년 기준 의료급여 2종은 약 9만 7천원, 의료급여 1종은 약 8만 6천원으로 의료급여 2종이 1종보다 높았음.

〈표 3-19〉 연도별 내원일당 진료비(입원)

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
2012	141.6	74.8	0.53	74.2	0.52	83.8	0.59
2013	144.1	75.4	0.52	74.9	0.52	83.8	0.58
2014	145.4	77.5	0.53	77.1	0.53	83.9	0.58
2015	154.8	80.8	0.52	80.3	0.52	90.1	0.58
2016	168.6	86.1	0.51	85.5	0.51	96.6	0.57
연평균 증가율	4.46	3.58		3.60		3.62	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 내원일당 입원진료비 대비임.

- 건강보험 대상자의 외래 내원일당 진료비는 약 3만원, 의료급여 대상자의 외래 내원일당 진료비는 약 4만원이었으며 최근 5년간 건강보험과 의료급여 모두 약 6%의 증가율을 보였음.
- 의료급여 1종과 의료급여 2종 대상자의 외래 내원일당 진료비는 각각 약 4만 2천원, 약 2만 8천원 수준이었음.

82 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

〈표 3-20〉 연도별 내원일당 진료비(외래)

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
2012	23.8	31.3	1.32	33.5	1.41	22.8	0.96
2013	25.1	33.1	1.32	35.2	1.40	24.1	0.96
2014	26.7	35.6	1.33	37.8	1.42	25.3	0.95
2015	28.2	37.7	1.33	40.1	1.42	26.6	0.94
2016	30.4	39.5	1.30	42.3	1.39	27.6	0.91
연평균 증가율	6.38	5.96		5.97		4.92	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 내원일당 외래진료비 대비임.

□ 건강보험 및 의료급여의 약국 내원일당 진료비는 각각 약 2만 9천원, 4만 2천원 이었으며, 최근 5년간 건강보험과 의료급여 모두 약 4% 증가하였음.

○ 의료급여 1종 대상자의 약국 내원일당 진료비는 약 4만 6천원, 의료급여 2종 대상자의 경우에는 약 2만 7천원이었으며, 의료급여 1종과 2종 모두 매년 증가하고 있는 추세임.

〈표 3-21〉 연도별 내원일당 진료비(약국)

단위: 천원, %

연도	건강보험 전체	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
2012	24.2	35.8	1.48	39.2	1.62	23.8	0.99
2013	24.7	36.4	1.47	39.6	1.60	23.9	0.97
2014	25.6	38.0	1.49	41.3	1.61	24.5	0.96
2015	27.0	39.8	1.48	43.3	1.61	25.3	0.94
2016	28.5	42.4	1.49	46.4	1.63	26.8	0.94
연평균 증가율	4.17	4.35		4.35		2.97	

주: 배율은 건강보험 대상자 진료실인원 1인당 내원일당 약국진료비 대비임.

- 입내원일수는 건강보험 대상자보다 의료급여 대상자가 길었는데 내원일당 진료비는 건강보험 대상자가 더 높은 것으로 보아, 건강보험 대상자의 의료이용량은 의료급여 대상자에 비해 상대적으로 적지만 질환 중증도가 더 높다고 추정할 수 있음.
- 특히, 이러한 추세는 입원에서 두드러지는데 건강보험 대상자는 중증도가 심한 경우 입원치료를 받는다고 추정할 수 있음.
- 반면, 외래와 약국은 의료급여가 건강보험 대상자에 비해 진료비가 더 많았으나 그 차이가 입원만큼 크지는 않았음.

제2절 요양기관 종별 의료이용실적

1. 요양기관 종별 총 진료비

- 지금까지 의료급여 대상자의 의료이용 유형별 진료비 분해를 통해 의료이용 행태를 살펴보았음.
- 본 절에서는 요양기관 종별로 비교 분석을 통해 의료기관 유형별 대상자의 의료이용 특성을 살펴보고자 함.
- 이를 위해 2016년도 의료이용량과 의료이용 강도를 요양기관 종별로 분해함과 동시에 최근 5년간(2012~2016년) 증가 추이를 분석하고자 함.
- 의료보장 대상 유형별, 요양기관 종별 총 진료비를 비교한 결과, 건강보험 전체 대상자들의 진료비 지출 규모는 약국(22.2%) > 의원(19.7%) 순으로 병원급보다 의원과 약국의 총 진료비가 더 높았으며 의료급여 전체 대상자들의 진료비 지출 규모는 요양병원(19.2%) > 종합병원(18.9%) 순으로 나타나 건강보험과 차이를 보였음.
- 의료급여 1종 대상자들의 진료비 지출규모는 요양병원(20.4%) > 종합병원(19.2%) > 병원(16.8%) 순이었던 반면 의료급여 2종 대상자들의 총 진료비 지출규모는 의원(24.2%) > 약국(22.5%) 순으로 나타나, 의료급여 내에서도 차이가 있었음.

〈표 3-22〉 요양기관 종별 총 진료비(2016년)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
상급종합병원	108,782	16.7	7,041	10.5	6,585	10.8	455	7.1
종합병원	102,543	15.8	12,697	18.9	11,700	19.2	997	15.6
병원	59,472	9.1	11,106	16.5	10,220	16.8	886	13.9
요양병원	47,456	7.3	12,895	19.2	12,404	20.4	491	7.7
의원	127,791	19.7	9,320	13.9	7,770	12.8	1,550	24.2
치과	35,620	5.5	1,539	2.3	1,296	2.1	243	3.8
한방	24,273	3.7	1,551	2.3	1,218	2.0	334	5.2
약국	144,233	22.2	11,139	16.6	9,704	15.9	1,435	22.5
계	650,170	100	67,287	100	60,896	100	6,391	100

주: 조산원, 보건소 등은 제외

□ 지난 5년간(2012~2016년) 건강보험과 의료급여 모두 치과와 요양병원의 진료비가 가장 빠르게 증가하였음.

○ 건강보험 대상자의 치과 진료비는 약 22%, 의료급여 대상자는 약 31% 증가하였는데 이는 치석제거, 노인틀니·임플란트 등의 급여가 확대되었기 때문이라고 할 수 있음.

○ 건강보험 대상자의 요양병원 진료비는 매년 약 16%, 의료급여 대상자는 약 12% 증가하였는데 이는 고령화로 인해 요양병원에 대한 수요가 증가했기 때문이라고 할 수 있으며 앞으로 요양병원 진료비 증가와 관련하여 정부의 적정 관리 대책이 필요할 것으로 판단됨.

〈표 3-23〉 요양기관 종별 총 진료비 연평균증가율(2012~2016년)

단위: %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체	의료급여 1종	의료급여 2종
상급종합병원	9.87	8.47	9.10	1.06
종합병원	9.78	7.63	7.86	5.06
병원	5.65	0.52	0.56	0.09
요양병원	16.25	12.01	12.05	10.89
의원	5.16	6.01	6.40	4.14
치과	22.34	30.85	37.37	10.82
한방	5.87	8.29	8.33	8.16
약국	5.16	4.93	5.48	1.57

□ 2016년 기준 의료급여 대상자의 입원 총 진료비 중 요양병원이 1조 2,650억 (35.2%)으로 가장 많은 부분을 차지하였고 병원(9,641억 원, 26%), 종합병원 (8,877억 원, 24.7%) 순이었음.

○ 의료급여 대상자의 병원급 이상 요양기관에서의 입원 총 진료비는 전체 입원 총 진료비의 98.6%를 차지하였음.

○ 의료급여의 입원 총 진료비는 의료급여 2종 대상자보다 의료급여 1종 대상자에 의한 영향이 컸음.

□ 건강보험 대상자의 입원 총 진료비는 상급종합병원(29.5%) > 종합병원(28.3%) > 요양병원(19.5%) > 병원(16.5%) 순으로 높았으나 의료급여 대상자는 요양병원 (35.2%) > 병원(26.0%) > 종합병원(24.7%) > 상급종합병원(12.7%) 순으로 높게 나타나 서로 반대되는 경향을 보였음.

〈표 3-24〉 요양기관 종별 총 진료비(입원)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
상급종합병원	70,130	29.5	4,572	12.7	4,261	12.6	311	13.7
종합병원	67,398	28.3	8,877	24.7	8,167	24.2	710	31.3
병원	39,233	16.5	9,341	26.0	8,655	25.7	686	30.2
요양병원	46,326	19.5	12,650	35.2	12,170	36.1	480	21.1
의원	12,498	5.3	402	1.1	358	1.1	44	1.9
치과	61	0.0	2	0.0	2	0.0	-	-
한방	2,263	1.0	138	0.4	96	0.3	41	1.8
계	237,909	100	35,982	100	33,709	100	2,272	100

주: 조산원, 보건소 등은 제외

□ 요양기관 종별로 외래 총 진료비를 살펴본 결과 건강보험과 의료급여 모두 약국에서 가장 높았음.

○ 건강보험은 약국(35.0%)과 의원(28.0%) 순으로 진료비 비중이 높았고, 의료급여 또한 약국(35.6%), 의원(28.5%) 순으로 진료비 비중이 높았음.

〈표 3-25〉 요양기관 종별 총 진료비(외래)

단위: 억 원, %

구분	건강보험 전체		의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율	총 진료비	비율
상급종합병원	38,652	9.4	2,469	7.9	2,324	8.5	145	3.5
종합병원	35,145	8.5	3,820	12.2	3,533	13.0	287	7.0
병원	20,239	4.9	1,764	5.6	1,565	5.8	199	4.8
요양병원	1,130	0.3	245	0.8	234	0.9	11	0.3
의원	115,294	28.0	8,918	28.5	7,412	27.3	1,506	36.6
치과	35,559	8.6	1,537	4.9	1,294	4.8	242	5.9
한방	22,009	5.3	1,414	4.5	1,121	4.1	293	7.1
약국	144,233	35.0	11,139	35.6	9,704	35.7	1,435	34.8
계	412,261	100	31,306	100	27,187	100	4,118	100

2. 요양기관 종별 1인당 진료비

□ 2016년 기준 요양기관 종별에 따른 의료급여 대상자 1인당 진료비를 보면, 요양병원의 1인당 진료비는 약 천 만원으로 압도적으로 높게 나타났다.

○ 이를 의료급여 1종과 2종 1인당 진료비로 구분해보면 각 대상자 유형별로 큰 차이가 있었음.

- 의료급여 2종의 요양병원 1인당 진료비는 약 527만원인 반면 의료급여 1종은 약 천 만원으로 의료급여 1종 대상자가 의료급여 2종보다 약 2배 지출하였음.

○ 병원급 이상 요양기관에서 의료급여 1종 1인당 지출하는 진료비는 의료급여 2종보다 최소 2배에서 최대 3.5배 더 높았음.

〈표 3-26〉 요양기관 종별 적용인구당 진료비(2016년)

단위: 천원, %

구분	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	적용인구당 진료비	비율	적용인구당 진료비	비율	적용인구당 진료비	비율
상급종합병원	2,573	13.6	2,872	14.0	897	10.4
종합병원	2,096	11.0	2,372	11.6	789	9.1
병원	2,136	11.3	2,500	12.2	717	8.3
요양병원	10,196	53.7	10,411	50.7	5,273	60.9
의원	662	3.5	798	3.9	319	3.7
치과	262	1.4	319	1.6	130	1.5
한방	303	1.6	321	1.6	239	2.8
약국	755	4.0	935	4.6	293	3.4
계	18,984	100	20,528	100	8,656	100

□ 최근 5년간(2012~2016) 의료급여 대상자 1인당 진료비는 모든 요양기관에서 증가하였음.

○ 의료급여 1종은 상급종합병원과 치과에서, 의료급여 2종은 상급종합병원에서 두 자릿수 이상으로 증가하였음.

〈표 3-27〉 요양기관 종별 1인당 연평균 진료비 증가율(2012~2016년)

단위: %

구분	의료급여 전체	의료급여 1종	의료급여 2종
상급종합병원	14.02	12.98	14.33
종합병원	5.26	5.27	3.14
병원	1.25	1.22	0.52
요양병원	6.63	6.26	8.67
의원	6.75	6.93	5.03
치과	26.03	31.22	8.44
한방	7.04	6.61	7.91
약국	5.48	5.77	2.33

□ 2016년 기준 의료급여 대상자 1인당 입원 진료비는 의료급여 1종과 의료급여 2종 모두 요양병원에서 가장 높았음.

○ 의료급여 1종과 의료급여 2종의 요양병원 1인당 입원 진료비는 각각 1,387만원, 998만원으로 절대적인 금액은 의료급여 1종이 많았으나, 전체 요양기관 입원 진료비에서 요양병원의 입원 진료비가 차지하는 비율은 의료급여 2종이 더 높았음.

〈표 3-28〉 요양기관 종별 1인당 입원 진료비

단위: 천원, %

구분	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 입원 진료비	비율	1인당 입원 진료비	비율	1인당 입원 진료비	비율
상급종합병원	5,660	16.6	6,081	16.9	2,769	13.9
종합병원	4,408	12.9	4,778	13.3	2,197	11.0
병원	5,507	16.2	5,978	16.7	2,454	12.3
요양병원	13,886	40.7	13,872	38.6	9,977	50.1
의원	1,872	5.5	2,048	5.7	1,055	5.3
치과	1,081	3.2	1,439	4.0	-	-
한방	1,666	4.9	1,707	4.8	1,466	7.4

□ 2016년 기준 요양기관 종별에 따른 의료급여 1종과 2종의 1인당 외래 진료비는 차이가 있었음.

○ 의료급여 1종은 상급종합병원에서 약 108만원으로 가장 높았고 약국(약 94만원)이 그 다음이었으며, 의료급여 2종은 의원에서 31만원으로 가장 높았고 상급종합병원, 약국이 각각 30만원, 29만원으로 그 다음이었음.

〈표 3-29〉 요양기관 종별 1인당 외래 진료비

단위: 천원, %

구분	의료급여 전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 외래 진료비	비율	1인당 외래 진료비	비율	1인당 외래 진료비	비율
상급종합병원	957	21.5	1,075	20.9	302	16.1
종합병원	668	15.0	759	14.8	241	12.9
병원	376	8.4	431	8.4	171	9.1
요양병원	529	11.9	560	10.9	216	11.5
의원	633	14.2	762	14.8	310	16.5
치과	262	5.9	318	6.2	129	6.9
한방	279	6.3	298	5.8	213	11.3
약국	755	16.9	935	18.2	292	15.6

3. 요양기관 종별 1인당 입내원일수

□ 의료급여 대상자 1인당 입내원일수를 요양기관 종별로 구분한 결과, 요양병원(147일)이 가장 높았고 병원(40일)이 그 다음으로 길었음.

○ 의료급여 1종과 2종 모두 요양병원에서의 입내원일수가 가장 길었음.

〈표 3-30〉 요양기관 종별 1인당 입내원일수(2016년)

단위: 일, %

구분	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 내원일수	1인당 내원일수	배율	1인당 내원일수	배율
상급종합병원	11	12	1.1	6	0.5
종합병원	18	20	1.1	8	0.5
병원	40	47	1.2	13	0.3
요양병원	147	150	1.0	75	0.5
의원	22	25	1.1	13	0.6
치과	4	4	1.1	3	0.8
한방	11	12	1.1	8	0.8
약국	18	20	1.1	11	0.6

□ 최근 5년간(2012~2016년) 의료급여 대상자 1인당 입내원일수는 상급종합병원에서 가장 큰 폭으로 증가하였으며, 요양병원이 그 다음이었음. 그러나 유일하게 병원에서만 감소하였음.

○ 의료급여 1종 1인당 입내원일수는 병원에서만 감소하였으나, 의료급여 2종의 경우에는 종합병원, 병원, 의원, 치과, 약국에서 감소하였음.

92 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

〈표 3-31〉 의료급여 1인당 입내원일수(2012~2016년 연평균증가율)

단위: %

구분	의료급여 전체	의료급여 1종	의료급여 2종
상급종합병원	6.40	5.47	9.05
종합병원	0.34	0.32	-1.02
병원	-0.33	-0.34	-1.29
요양병원	4.87	4.51	6.77
의원	1.17	1.40	-0.30
치과	1.74	2.69	-1.03
한방	2.04	1.69	2.64
약국	1.08	1.36	-0.63

□ 2016년 기준 의료급여 1종과 의료급여 2종의 1인당 입원일수는 요양병원 에서 각각 199일과 138일로 가장 높았고 병원에서는 108일과 38일로 그 다음으로 높 았음.

○ 이는 의료급여 1종의 경우 1년의 절반 이상을 요양병원에 입원하고 있으며, 병 원 입원일수까지 합치면 300일 이상을 의료기관에 입원하고 있다는 것임.

〈표 3-32〉 요양기관 종별 1인당 입원일수(2016년)

단위: 일, %

구분	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 내원일수	1인당 내원일수	배율	1인당 내원일수	배율
상급종합병원	14	15	1.1	8	0.6
종합병원	24	26	1.1	13	0.5
병원	98	108	1.1	38	0.4
요양병원	199	199	1.0	138	0.7
의원	40	45	1.1	16	0.4
치과	7	8	1.1	6	0.8
한방	26	28	1.0	23	0.9

□ 2016년 기준 의료급여 1종과 의료급여 2종의 1인당 외래 내원일수는 의원에서 각각 23일, 13일로 의원에서 가장 높았으며, 약국이 그 다음으로 높았음.

〈표 3-33〉 요양기관 종별 1인당 외래 내원일수

단위: 일, %

구분	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	1인당 내원일수	1인당 내원일수	배율	1인당 내원일수	배율
상급종합병원	8	8	1.1	5	0.6
종합병원	10	11	1.1	5	0.5
병원	9	10	1.1	5	0.6
요양병원	11	11	1.0	6	0.6
의원	22	25	1.1	13	0.6
치과	4	4	1.1	3	0.8
한방	11	12	1.1	8	0.7
약국	18	20	1.1	11	0.6

주: 배율은 의료급여 전체 대상자 대비임.

4. 요양기관 종별 내원일당 진료비

□ 건강보험 대상자와 의료급여 대상자 모두 내원일당 진료비는 상급종합병원에서 가장 높았으며 종합병원, 요양병원이 그 다음이었음.

○ 의료급여 1종과 의료급여 2종의 내원일당 진료비는 대부분의 요양기관에서 의료급여 1종이 더 높게 나타났으나 요양병원과 한방에서는 의료급여 2종이 더 높게 나타났음.

〈표 3-34〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(2016년)

단위: 천원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
상급종합병원	197.99	226.16	234.79	1.0	147.71	0.7
종합병원	113.93	119.14	121.63	1.0	96.04	0.8
병원	62.60	53.64	53.67	1.0	53.21	1.0
요양병원	79.22	69.26	69.22	1.0	70.45	1.0
의원	23.70	29.79	31.37	1.1	23.77	0.8
치과	50.94	66.71	76.28	1.1	39.96	0.6
한방	22.93	27.47	27.19	1.0	28.55	1.0
약국	28.46	42.43	46.45	1.1	26.78	0.6

주: 배율은 일반 건강보험 대상자 대비임.

□ 내원일당 진료비의 최근 5년간(2012~2016년) 증가율을 보면, 건강보험과 의료급여 모두 모든 요양기관에서 증가하였으며 특히 치과에서 유일하게 두 자리 수 이상으로 증가하였음.

□ 의료급여 1종과 2종을 비교해보면, 치과에서 가장 큰 증가율의 차이를 보였음.

〈표 3-35〉 요양기관 종별 내원일당 진료비 연평균증가율

단위: %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체	의료급여 1종	의료급여 2종
상급종합병원	6.79	7.16	7.13	4.84
종합병원	5.47	4.90	4.93	4.21
병원	3.35	1.59	1.57	1.83
요양병원	2.76	1.68	1.67	1.78
의원	4.81	5.52	5.45	5.35
치과	15.40	23.88	27.79	9.57
한방	3.85	4.90	4.84	5.14
약국	4.17	4.35	4.35	2.97

주: 2012~2016년 연평균증가율임.

□ 건강보험 대상자와 의료급여 대상자의 입원일당 진료비는 상급종합병원에서 가장 높았음.

○ 건강보험은 상급종합병원 다음으로 치과, 종합병원 순으로 진료비가 높았으나, 의료급여의 경우 종합병원, 치과 순이었음.

○ 건강보험의 경우 한방과 요양병원에서 입원일당 진료비가 낮게 나타났지만 의료급여의 경우 의원과 병원에서 진료비가 가장 낮았음.

〈표 3-36〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(입원)

단위: 천원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
상급종합병원	452.53	394.59	398.79	1.0	344.76	0.9
종합병원	250.01	184.42	185.62	1.0	171.71	0.9
병원	129.78	56.19	55.58	1.0	65.12	1.2
요양병원	81.29	69.83	69.74	1.0	72.25	1.0
의원	151.84	47.22	45.53	1.0	67.77	1.4
치과	252.93	151.98	188.68	1.2	-	-
한방	70.85	62.93	62.03	1.0	63.53	1.0

주: 배율은 일반 건강보험 대상자 대비임.

□ 외래 내원일당 진료비도 입원과 마찬가지로 건강보험과 의료급여 모두 상급종합병원에서의 진료비가 가장 높았으며 그 다음으로 건강보험은 종합병원, 의료급여는 치과가 높게 나타났다.

○ 의료급여 1종과 2종을 비교하였을 때 상급종합병원에서 의료급여 1종의 내원일당 진료비는 의료급여 2종의 약 2배였으며 한방을 제외한 모든 요양기관에서 의료급여 1종이 높게 나타났다.

〈표 3-37〉 요양기관 종별 내원일당 진료비(외래)

단위: 천원, %

구분	건강보험 전체	의료급여 전체	의료급여 1종		의료급여 2종	
	내원일당 진료비	내원일당 진료비	내원일당 진료비	배율	내원일당 진료비	배율
상급종합병원	97.99	126.33	133.85	1.1	66.48	0.5
종합병원	55.74	65.37	67.70	1.0	45.95	0.7
병원	31.25	43.23	45.11	1.0	32.57	0.8
요양병원	38.68	48.89	49.97	1.0	33.47	0.7
의원	21.71	29.30	30.91	1.1	23.34	0.8
치과	50.87	66.66	76.20	1.1	39.84	0.6
한방	21.44	26.04	25.92	1.0	26.51	1.0
약국	28.46	42.43	46.45	1.1	26.77	0.6

주: 배율은 일반 건강보험 대상자 대비임.

제 4 장

의료급여 수급자 장기입원 실태 분석

제1절 의료급여 장기입원자 현황 분석

제2절 수급자 특성별 의료급여 장기입원자 실태 분석

제3절 의료기관 종별 의료급여 장기입원자 실태 분석

제4절 지역별 의료급여 장기입원 현황 분석

4

의료급여 수급자 장기입원 실태 분석 <<

- 본 장에서는 의료급여 수급자의 장기입원 현황을 살펴보기 위해 국민건강보험공단의 의료급여 수급자 의료이용 실적 데이터를 이용하여 의료급여 수급자의 장기입원 실태를 분석함.
- 분석대상은 의료급여 수급자 중 2016년 1년 동안 입원을 하루라도 한 적이 있으며 진료개시일이 2016년 1월 1일 이후인 사람으로 한정함.
- 장기입원 기준은 문헌마다 차이가 있기 때문에 기준을 30일, 120일, 180일, 360일로 구분하여 분석함.
- 본 장에서는 의료급여 수급자의 현황 및 특성을 보다 체계적으로 탐색하기 위해, 단계별 분석을 수행함.
- (1단계: 전체) 전체 의료급여 수급자의 장기입원 현황 및 특성 분석
 - 입원서비스를 이용한 전체 의료급여 수급자 중 장기입원 환자가 차지하는 비중 등 전체적인 의료급여 장기입원자 현황 및 규모 등을 분석함.
- (2단계: 수급자 특성) 의료급여 수급자 특성별 장기입원 현황 및 특성 분석
 - 의료급여 종별(1종, 2종), 연령 등 의료급여 수급자의 주요 특성별로 의료급여 장기입원자 현황 및 규모 등을 분석함.
- (3단계: 공급자 특성) 의료기관 종별 장기입원 현황 및 특성 분석
 - 의료기관 종별 등 의료급여 공급자 특성별로 의료급여 장기입원자 현황 및 규모 등을 분석함.
- (4단계: 지역 특성) 지역별 장기입원 현황 및 특성 분석
 - 지역별(시도, 시군구) 의료급여 장기입원자 현황 및 규모 등을 분석함.

제1절 의료급여 장기입원자 현황 분석

1. 의료급여 장기입원자 현황(입원일수 구간별)

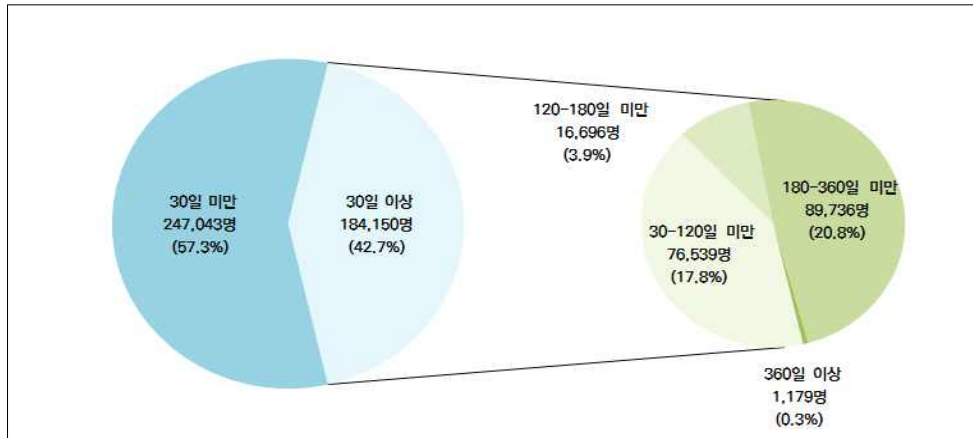
- 전체 의료급여 수급자의 장기입원 현황 및 입원서비스 이용 실태를 입원일수 구간별로 분석함.
- 2016년 기준 의료급여 수급자 1,509,472명⁹⁾ 중 입원 서비스를 이용한 환자는 431,193명으로 28.6%를 차지함.
 - 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자는 247,043명(57.3%)이었고, 30일 이상인 의료급여 수급자는 184,150명(42.7%)이었음.
 - 전체 입원 의료급여 수급자의 5명 중 1명은 입원일수가 180일 이상인 장기입원자임.
 - 180일 이상 장기입원 중인 수급자는 90,915명으로 전체 입원 수급자의 21.1%임.
- 2016년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자의 총 입원 진료비는 3조 2062억 원으로 나타났음.
 - 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자의 총 입원 진료비는 5,047억 원이었으며, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자의 총 입원 진료비는 2억 7,015억 원으로 전체 입원 진료비의 84.3%를 차지하였음.
 - 180일 이상 장기입원자의 입원진료비는 1조 7937억 원으로 전체 의료급여 입원진료비의 절반 이상을 차지하고 있음(51.9%).
- 2016년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자의 총 입원일수 37,510,805일로, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자의 총 입원일수가 전체의 93.9%를 차지하였음.

9) 의료급여 수급자 수는 2016년 의료급여통계연보에서 제시한 2016년 연도 말 기준 수치임.

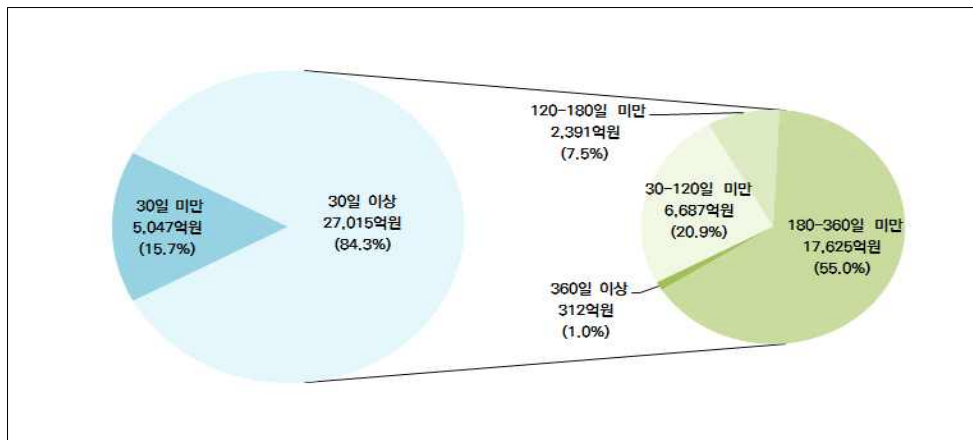
〈표 4-1〉 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	431,193	100.0%	32,062	100.0%	37,510,805	100.0%
30일 미만	247,043	57.3%	5,047	15.7%	2,289,847	6.1%
30일 이상	184,150	42.7%	27,015	84.3%	35,220,958	93.9%
- 30-120일 미만	76,539	17.8%	6,687	20.9%	4,598,080	12.3%
- 120-180일 미만	16,696	3.9%	2,391	7.5%	2,456,575	6.5%
- 180-360일 미만	89,736	20.8%	17,625	55.0%	27,736,320	73.9%
- 360일 이상	1,179	0.3%	312	1.0%	429,983	1.1%

[그림 4-1] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 현황



[그림 4-2] 입원일수 구간별 의료급여 수급자의 진료비 현황



□ 의료급여 수급자의 입원 서비스 의료이용 현황을 살펴보기 위해 입원일수 구간별로 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 입원일당 진료비를 분석함.

□ 2016년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자 431,193명의 1인당 평균 입원 진료비는 7,435,672원이었고, 1인당 입원일수는 87.0일, 일당 진료비는 85,474원으로 나타났음.

○ 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 2,042,803원이었고, 1인당 입원일수는 9.3일, 일당 진료비는 220,390원으로 나타났음.

○ 입원일수가 30일 이상 120일 미만인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 8,736,986원이었고, 1인당 입원일수는 60.1일, 일당 진료비는 145,435원으로 나타났음.

- 입원일수가 120일 이상 180일 미만인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 14,320,820원이었고, 1인당 입원일수는 147.1일, 일당 진료비는 97,331원으로 나타났음.

○ 입원일수가 180일 이상인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 19,729,734원이었고, 1인당 평균 입원일수는 309.8일, 일당 진료비는 63,684원으로 나타났음.

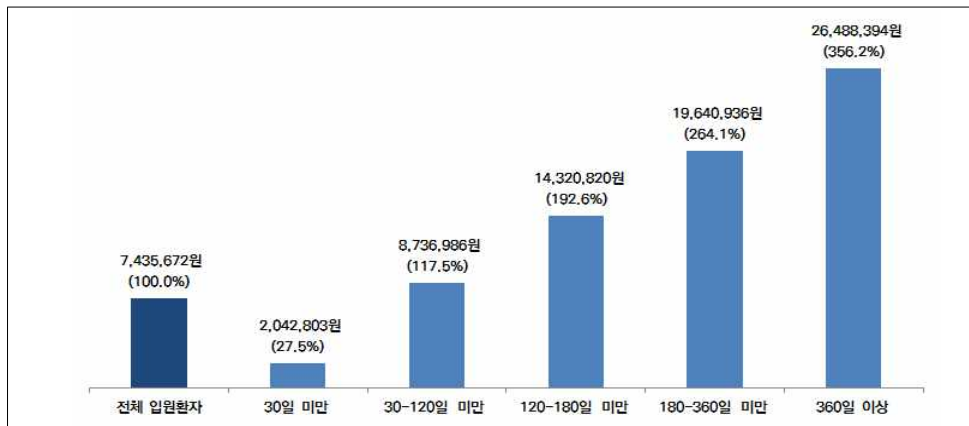
- 입원일수가 180일 이상 360일 미만인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 19,640,936원이었고, 1인당 입원일수는 309.1일, 일당 진료비는 63,545원으로 나타났음.

- 입원일수가 360일 이상인 의료급여 수급자의 1인당 입원 진료비는 26,488,394원이었고, 1인당 입원일수는 364.7일, 일당 진료비는 72,630원으로 나타났음.

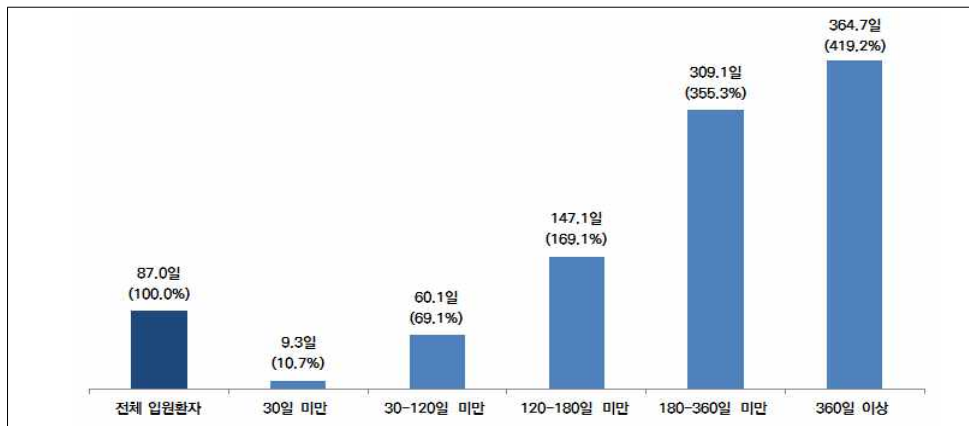
〈표 4-2〉 입원일수 구간별 의료급여 수급자의 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	7,435,672	100.0%	87.0	100.0%	85,474	100.0%
30일 미만	2,042,803	27.5%	9.3	10.7%	220,390	257.8%
30일 이상	14,670,374	197.3%	191.3	219.9%	76,703	89.7%
- 30-120일 미만	8,736,986	117.5%	60.1	69.1%	145,435	170.2%
- 120-180일 미만	14,320,820	192.6%	147.1	169.1%	97,331	113.9%
180일 이상	19,729,734	265.3%	309.8	356.1%	63,684	74.5%
- 180-360일 미만	19,640,936	264.1%	309.1	355.3%	63,545	74.3%
- 360일 이상	26,488,394	356.2%	364.7	419.2%	72,630	85.0%

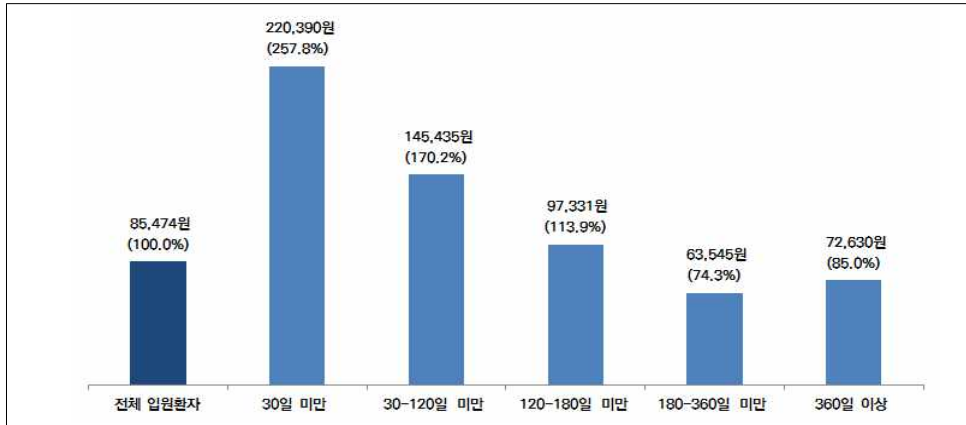
[그림 4-3] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 진료비 현황



[그림 4-4] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 입원일수 현황



[그림 4-5] 입원일수 구간별 의료급여 수급자 입원일당 진료비 현황



2. 의료급여 장기입원자 현황(장기입원 기준일수별(누적 입원일수))

□ 전체 의료급여 수급자의 장기입원 현황 및 입원서비스 이용 실태를 장기입원 기준일수별(누적 입원일수 기준별)로 구분하여 분석함.

○ 장기입원 누적 입원일수 기준은 30일 이상, 120일 이상, 180일 이상, 360일 이상 4가지 기준으로 구분하여 살펴봄.

□ 2016년 기준 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 환자의 총 입원 진료비는 3조 2062억 원이었음.

○ 누적 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자는 184,150명으로 42.7%를 차지하였고, 입원 진료비는 27,015억 원으로 전체 입원 진료비의 84.3%를 차지하였음.

○ 누적 입원일수가 120일 이상인 의료급여 수급자는 107,611명으로 25.0%를 차지하였고, 입원 진료비는 20,328억 원으로 전체 입원 진료비의 63.4%를 차지하였음.

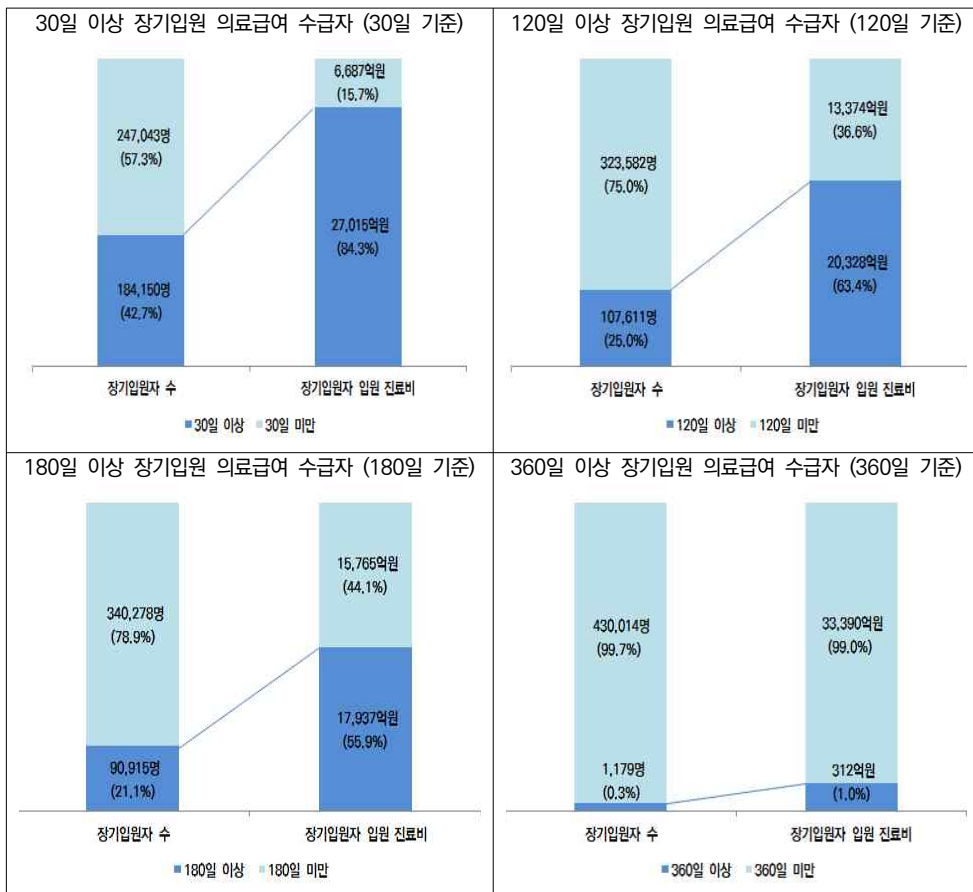
○ 누적 입원일수가 180일 이상인 의료급여 수급자는 90,915명으로 21.1%를 차지하였고, 입원 진료비는 17,937억 원으로 전체 입원 진료비의 55.9%를 차지하였음.

○ 누적 입원일수가 360일 이상인 의료급여 수급자는 1,179명으로 0.3%를 차지하였고, 입원 진료비는 312억 원으로 전체 입원 진료비의 1.0%를 차지하였음.

〈표 4-3〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	431,193	100.0%	32,062	100.0%	37,510,805	100.0%
30일 이상	184,150	42.7%	27,015	84.3%	35,220,958	93.9%
120일 이상	107,611	25.0%	20,328	63.4%	30,622,878	81.6%
180일 이상	90,915	21.1%	17,937	55.9%	28,166,303	75.1%
360일 이상	1,179	0.3%	312	1.0%	429,983	1.1%

〔그림 4-6〕 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 수 및 진료비 현황

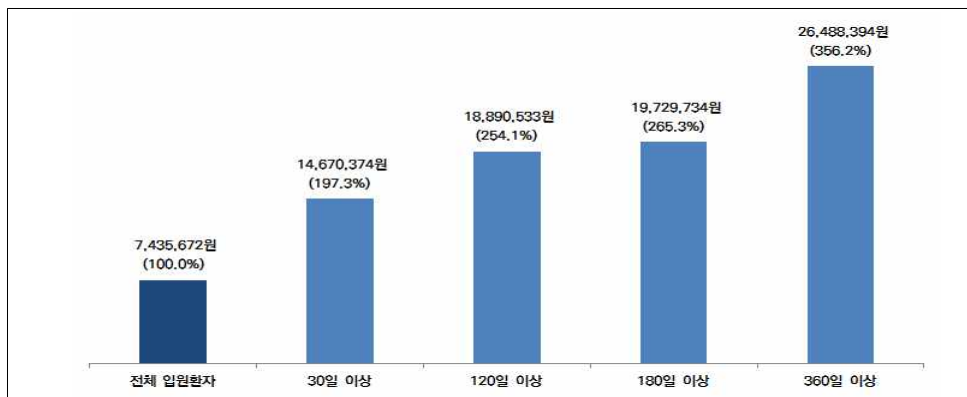


□ 의료급여 수급자의 장기입원 의료이용 현황을 살펴보기 위해 장기입원 기준일수 별(누적 입원일수) 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 일당 진료비를 분석함.

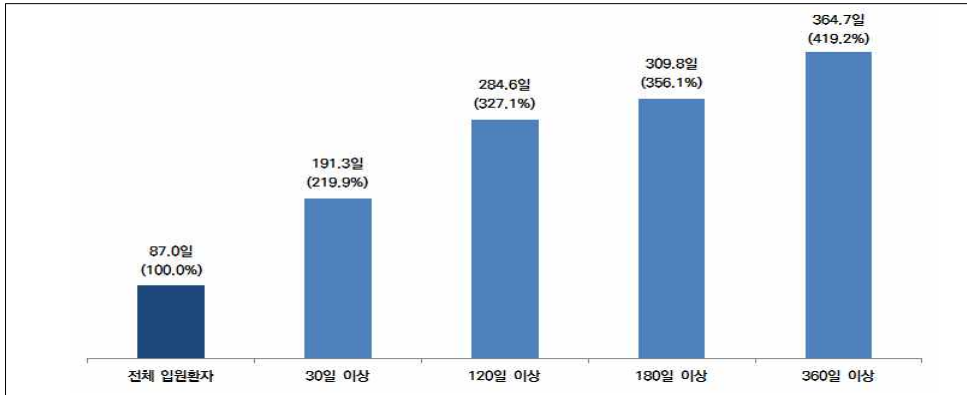
〈표 4-4〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	7,435,672	100.0%	87.0	100.0%	85,474	100.0%
30일 이상	14,670,374	197.3%	191.3	219.9%	76,703	89.7%
120일 이상	18,890,533	254.1%	284.6	327.1%	66,383	77.7%
180일 이상	19,729,734	265.3%	309.8	356.1%	63,684	74.5%
360일 이상	26,488,394	356.2%	364.7	419.2%	72,630	85.0%

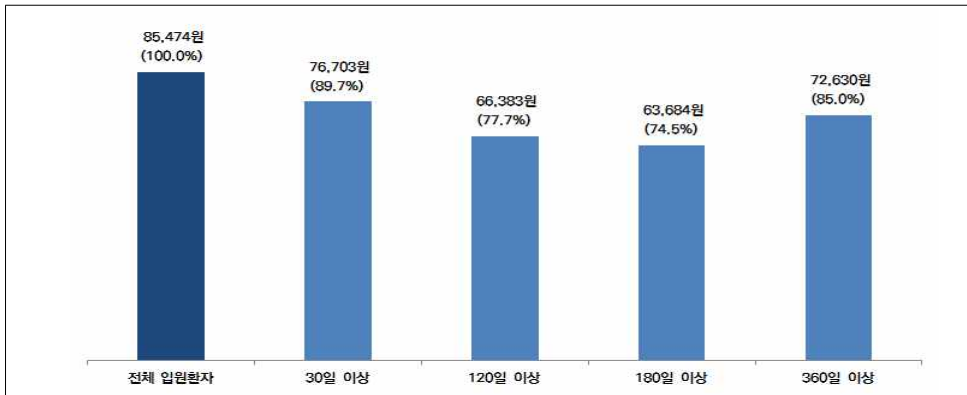
〔그림 4-7〕 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 1인당 입원 진료비 현황



[그림 4-8] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 1인당 입원일수 현황



[그림 4-9] 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 수급자 입원일당 진료비 현황



제2절 수급자 특성별 의료급여 장기입원자 실태 분석

1. 의료급여 종별

가. 입원일수 구간별

- 의료급여 종별 1종과 2종으로 구분하여 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황을 분석함.
- 의료급여 수급자 431,193명 중 의료급여 1종은 367,323명(85.2%), 의료급여 2종은 63,870명(14.8%)으로 나타났음.
 - 입원일수가 30일 미만인 의료급여 수급자 중 의료급여 1종은 195,555명(79.2%), 의료급여 2종은 51,488명(20.8%)이었고, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 수급자 중 의료급여 1종은 171,768명(93.3%), 의료급여 2종은 12,382명(6.7%)이었음.
 - 입원일수 구간이 길어질수록 전체 입원 환자 중 의료급여 1종이 차지하는 비율이 대체로 증가하는 것으로 나타났음.
- 180일 이상 장기입원자의 거의 대부분은 의료급여 1종 수급자임.
 - 180일 이상 장기입원자 중 의료급여 1종 수급자는 87,128명으로 전체 의료급여 장기입원자의 95.8%를 차지함.

〈표 4-5〉 입원일수 구간별 의료급여 종별 수급자 수 현황

구분	전체		의료급여 1종		의료급여 2종	
	명	%	명	%	명	%
전체 입원환자	431,193	100.0%	367,323	85.2%	63,870	14.8%
30일 미만	247,043	100.0%	195,555	79.2%	51,488	20.8%
30일 이상	184,150	100.0%	171,768	93.3%	12,382	6.7%
- 30-120일 미만	76,539	100.0%	69,268	90.5%	7,271	9.5%
- 120-180일 미만	16,696	100.0%	15,372	92.1%	1,324	7.9%
180일 이상	90,915	100.0%	87,128	95.8%	3,787	4.2%
- 180-360일 미만	89,736	100.0%	86,008	95.8%	3,728	4.2%
- 360일 이상	1,179	100.0%	1,120	95.0%	59	5.0%

□ 의료급여 1종 수급자 367,323명의 총 입원 진료비는 3조 14억 원이며, 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 1종의 총 입원 진료비는 4,346억 원(14.5%), 입원일수가 30일 이상인 의료급여 1종의 총 입원 진료비는 2억 5,668억 원(85.5%)으로 나타났다.

○ 의료급여 2종 수급자 63,870명의 총 입원 진료비는 2,048억 원이며, 이 중 입원일수가 30일 미만인 의료급여 2종의 총 입원 진료비는 700억 원(34.2%), 입원일수가 30일 이상인 의료급여 2종의 총 입원 진료비는 1,348억 원(65.8%)로 나타났다.

〈표 4-6〉 의료급여 1종 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	367,323	100.0%	30,014	100.0%	35,380,649	100.0%
30일 미만	195,555	53.2%	4,346	14.5%	1,900,717	5.4%
30일 이상	171,768	46.8%	25,668	85.5%	33,479,932	94.6%
- 30-120일 미만	69,268	18.9%	6,235	20.8%	4,174,250	11.8%
- 120-180일 미만	15,372	4.2%	2,235	7.4%	2,262,963	6.4%
- 180-360일 미만	86,008	23.4%	16,901	56.3%	26,634,243	75.3%
- 360일 이상	1,120	0.3%	297	1.0%	408,476	1.2%

〈표 4-7〉 의료급여 2종 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	63,870	100.0%	2,048	100.0%	2,130,156	100.0%
30일 미만	51,488	80.6%	700	34.2%	389,130	18.3%
30일 이상	12,382	19.4%	1,348	65.8%	1,741,026	81.7%
- 30-120일 미만	7,271	11.4%	452	22.1%	423,830	19.9%
- 120-180일 미만	1,324	2.1%	156	7.6%	193,612	9.1%
- 180-360일 미만	3,728	5.8%	724	35.4%	1,102,077	51.7%
- 360일 이상	59	0.1%	15	0.8%	21,507	1.0%

□ 의료급여 1종 수급자 367,323명 1인당 입원 진료비는 6,960,685원, 1인당 입원일수는 82.1일, 일당 진료비는 84,832원이었음.

○ 입원일수가 30일 미만인 의료급여 1종의 1인당 입원 진료비는 1,759,257원, 1인당 입원일수는 7.7일, 일당 진료비는 228,657원이었고, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 1종의 1인당 입원 진료비는 13,938,564원, 1인당 입원일수는 181.8일, 일당 진료비는 76,666원이었음.

□ 의료급여 2종 수급자 63,870명 1인당 입원 진료비는 3,206,684원, 1인당 입원일수는 33.4일, 일당 진료비는 96,148원이었음.

○ 입원일수가 30일 미만인 의료급여 2종의 1인당 입원 진료비는 1,360,474원, 1인당 입원일수는 7.6일, 일당 진료비는 180,012원이었고, 입원일수가 30일 이상인 의료급여 2종의 1인당 입원 진료비는 10,883,768원, 1인당 입원일수는 140.6일, 일당 진료비는 77,404원이었음.

□ 180일 이상 장기입원 대상자의 경우, 의료급여 종별 의료이용량(입원일수) 및 의료이용강도(일당 진료비)는 거의 차이가 없는 것으로 나타났음.

○ 180일 이상 장기입원자 중 의료급여 1종의 평균 입원일수는 약 311일, 일당진료비는 63,593원이었으며, 2종 대상자는 약 297일 이었으며 일당 진료비는 65,851원 이었음.

〈표 4-8〉 의료급여 1종 입원일수 구간별 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	6,960,685	100.0%	82.1	100.0%	84,832	100.0%
30일 미만	1,759,257	25.3%	7.7	9.4%	228,657	269.5%
30일 이상	13,938,564	200.2%	181.8	221.6%	76,666	90.4%
- 30-120일 미만	8,146,364	117.0%	54.5	66.5%	149,372	176.1%
- 120-180일 미만	13,388,373	192.3%	135.5	165.2%	98,779	116.4%
180일 이상	19,738,083	241.6%	310.9	322.7%	63,593	75.0%
- 180-360일 미만	18,833,591	270.6%	296.8	361.7%	63,454	74.8%
- 360일 이상	25,181,171	361.8%	346.5	422.2%	72,681	85.7%

〈표 4-9〉 의료급여 2종 입원일수 구간별 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	3,206,684	100.0%	33.4	100.0%	96,148	100.0%
30일 미만	1,360,474	42.4%	7.6	22.7%	180,012	187.2%
30일 이상	10,883,768	339.4%	140.6	421.6%	77,404	80.5%
- 30-120일 미만	6,217,245	193.9%	58.3	174.8%	106,660	110.9%
- 120-180일 미만	11,758,410	366.7%	146.2	438.5%	80,409	83.6%
180일 이상	19,537,654	609.3%	297.3	891.5%	65,851	68.5%
- 180-360일 미만	19,433,444	606.0%	295.6	886.4%	65,738	68.4%
- 360일 이상	26,122,291	814.6%	364.5	1093.0%	71,661	74.5%

나. 장기입원 기준일수별(누적 입원일수)

□ 의료급여 종별 1종과 2종으로 구분하여 의료급여 수급자의 장기입원 현황 및 입원서비스 이용 실태를 장기입원 기준일수별(누적 입원일수 기준별)로 분석함.

○ 장기입원 누적 입원일수 기준은 30일 이상, 120일 이상, 180일 이상, 360일 이상 4가지 기준으로 구분함.

□ 입원일수가 30일 이상인 의료급여 장기입원자 184,150명 중 의료급여 1종 수급자는 93.3%, 의료급여 2종 수급자는 6.7%를 차지하였고, 입원일수가 120일 이상인 의료급여 장기입원자 107,611명 중 의료급여 1종 수급자는 95.3%, 의료급여

여 2종 수급자는 4.7%를 차지하였음.

○ 입원일수가 180일 이상인 의료급여 장기입원자 90,915명 중 의료급여 1종 수급자는 95.8%, 의료급여 2종 수급자는 4.2%를 차지하였고, 입원일수가 360일 이상인 의료급여 장기입원자 1,179명 중 의료급여 1종 수급자는 95.0%, 의료급여 2종 수급자는 5.0%를 차지하였음.

〈표 4-10〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 종별 장기입원 수급자 수 현황

구분	진료실인원		1종		2종	
	명	%	명	%	명	%
전체 입원환자	431,193	100.0%	367,323	85.2%	63,870	14.8%
30일 이상	184,150	100.0%	171,768	93.3%	12,382	6.7%
120일 이상	107,611	100.0%	102,500	95.3%	5,111	4.7%
180일 이상	90,915	100.0%	87,128	95.8%	3,787	4.2%
360일 이상	1,179	100.0%	1,120	95.0%	59	5.0%

〈표 4-11〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 1종 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	367,323	100.0%	30,014	100.0%	35,380,649	100.0%
30일 이상	171,768	46.8%	25,668	1253.2%	33,479,932	94.6%
120일 이상	102,500	27.9%	19,433	948.8%	29,305,682	82.8%
180일 이상	87,128	23.7%	17,197	839.7%	27,042,719	76.4%
360일 이상	1,120	0.3%	297	14.5%	408,476	1.2%

〈표 4-12〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 2종 수급자 수 및 의료이용 현황

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	63,870	100.0%	2,048	100.0%	2,130,156	100.0%
30일 이상	12,382	19.4%	1,348	65.8%	1,741,026	81.7%
120일 이상	5,111	8.0%	896	43.7%	1,317,196	61.8%
180일 이상	3,787	5.9%	740	36.1%	1,123,584	52.7%
360일 이상	59	0.1%	15	0.8%	21,507	1.0%

□ 장기입원 의료급여 수급자의 의료이용 현황을 살펴보기 위하여 장기입원 기준일 수별(누적 입원일수) 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 일당 진료비를 분석함.

〈표 4-13〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 1종 수급자 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	8,171,007	100.0%	96.3	100.0%	84,832	100.0%
30일 이상	14,943,334	182.9%	194.9	202.4%	76,666	90.4%
120일 이상	18,958,751	232.0%	285.9	296.8%	66,310	78.2%
180일 이상	19,738,083	241.6%	310.9	322.2%	63,593	75.0%
360일 이상	26,507,679	324.4%	364.7	378.6%	72,681	85.7%

〈표 4-14〉 누적 입원일수 기준별 장기입원 의료급여 2종 수급자 의료이용 현황

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	3,206,684	100.0%	33.4	100.0%	96,148	100.0%
30일 이상	10,883,768	339.4%	140.6	421.6%	77,404	80.5%
120일 이상	17,522,448	546.4%	257.7	772.7%	67,991	70.7%
180일 이상	19,537,654	609.3%	296.7	889.6%	65,851	68.5%
360일 이상	26,122,291	814.6%	364.5	1093.0%	71,661	74.5%

2. 연령별

□ 연령별로 의료급여 장기입원자 규모를 살펴보기 위해, 먼저 연령별로 입원서비스를 이용한 수급자 현황을 살펴봄.

○ 10세 단위로 연령을 나누어 분석한 결과, 80세 이상 의료급여 수급자의 46.3%가 입원서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 70대(34.5%), 50대(34.4%) 순으로 많이 이용하였음.

- 10대 의료급여 수급자가 가장 적게 입원서비스를 이용하였고, 그 다음으로 20대(12.7%), 0-9세(16.6%) 순으로 적게 이용하였음.

〈표 4-15〉 연령구간별 입원서비스 이용자 비율

구분	의료급여 수급자 전체 (A)	입원서비스 이용 의료급여 수급자 (B)	(B/A)
계	1,509,472	431,193	28.6%
0세-9세	76,118	12,618	16.6%
10-19세	198,009	19,210	9.7%
20-29세	112,394	14,277	12.7%
30-39세	69,190	16,939	24.5%
40-49세	187,557	51,302	27.4%
50-59세	259,406	89,303	34.4%
60-69세	220,415	74,377	33.7%
70-79세	227,009	78,321	34.5%
80세 이상	159,374	74,846	47.0%

□ 의료급여 장기입원자 규모를 연령 5세 단위로 구분하여 분석한 결과, 입원일수가 30일 이상인 경우 장기입원자 규모가 가장 큰 연령 그룹은 85세 이상으로 나타났고, 입원일수가 120일 이상, 180일 이상인 경우에는 55-59세에서 장기입원자 비율이 가장 높게 나타났다.

○ 25세 이후로 장기입원자 비율이 크게 증가하였으며, 이후 점차 증가 추이를 보이다가 55-59세에서 비율이 높게 나타났고, 60세 이후 다시 감소 추이를 보이다가 75세 이후 다시 증가 추이로 전환되었음.

〈표 4-16〉 연령구간별 입원일수별 장기입원자 비율

구분	전체	30일 이상		120일 이상		180일 이상		360일 이상	
		N	%	N	%	N	%	N	%
0-4세	6,895	411	6.0	37	0.5	16	0.2	-	-
5-9세	5,723	326	5.7	52	0.9	30	0.5	-	-
10-14세	6,297	498	7.9	105	1.7	62	1.0	-	-
15-19세	12,913	1,167	9.0	345	2.7	234	1.8	8	0.1
20-24세	9,520	1,313	13.8	615	6.5	487	5.1	7	0.1
25-29세	4,757	1,377	28.9	806	16.9	673	14.1	11	0.2
30-34세	6,167	2,446	39.7	1,550	25.1	1,274	20.7	7	0.1
35-39세	10,772	4,728	43.9	2,978	27.6	2,457	22.8	17	0.2
40-44세	18,783	8,755	46.6	5,539	29.5	4,593	24.5	38	0.2
45-49세	32,519	16,193	49.8	10,305	31.7	8,725	26.8	93	0.3
50-54세	40,840	21,189	51.9	13,559	33.2	11,504	28.2	140	0.3
55-59세	48,463	25,448	52.5	16,265	33.6	14,041	29.0	169	0.3
60-64세	40,017	19,678	49.2	12,156	30.4	10,561	26.4	153	0.4
65-69세	34,360	14,102	41.0	7,726	22.5	6,587	19.2	82	0.2
70-74세	36,927	13,660	37.0	6,565	17.8	5,377	14.6	89	0.2
75-79세	41,394	16,101	38.9	7,781	18.8	6,401	15.5	106	0.3
80-84세	37,667	16,988	45.1	9,157	24.3	7,638	20.3	130	0.3
85세 이상	37,179	19,770	53.2	12,070	32.5	10,255	27.6	129	0.3

□ 180일 이상 장기입원자의 절반은 45세~64세 사이의 중장년층으로 나타났다.

○ 180일 이상 장기입원자 중 65세 미만이 차지하는 비율은 60.1%로 65세 이상 노인보다 많았음.

○ 특히, 45~64세 사이 중장년층의 180일 이상 장기입원 비중은 전체 장기입원자의 절반 수준인 49.3%(44,831명)로 가장 많았음.

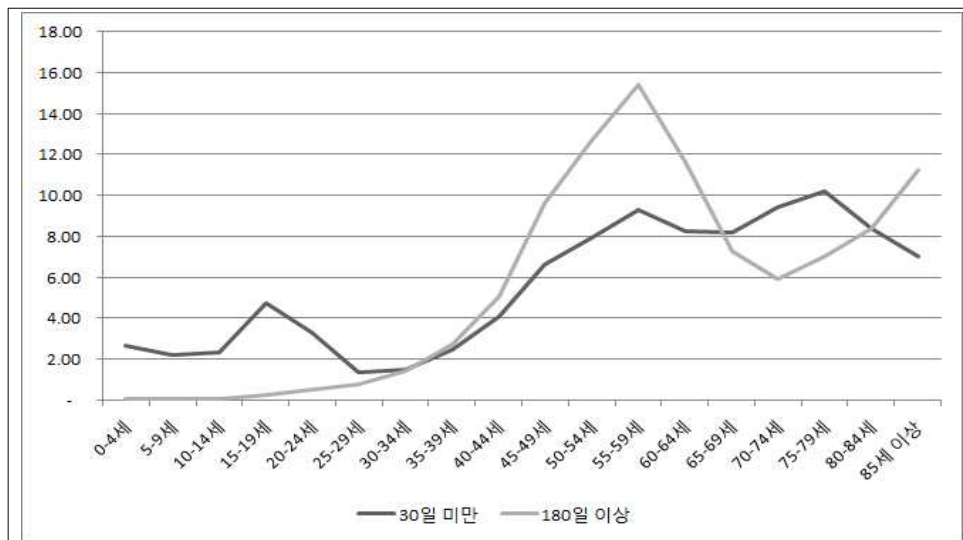
○ 80세 이상도 10,255명으로 전체 장기입원자(180일 기준)의 19.7% 수준임.

- 즉, 180일 이상 장기입원하고 있는 대상자의 10명 중 5명은 중장년층이었으며, 10명 중 2명은 80세 이상 고령 대상자라 할 수 있음.

〈표 4-17〉 연령구간별 입원일수별 장기입원자 비율(30일 미만 vs. 180일 이상)

구분	전체	30일 미만		180일 이상	
		N	%	N	%
0-4세	6,895	411	2.62	16	0.02
5-9세	5,723	326	2.18	30	0.03
10-14세	6,297	498	2.35	62	0.07
15-19세	12,913	1,167	4.75	234	0.26
20-24세	9,520	1,313	3.32	487	0.54
25-29세	4,757	1,377	1.37	673	0.74
30-34세	6,167	2,446	1.51	1,274	1.40
35-39세	10,772	4,728	2.45	2,457	2.70
40-44세	18,783	8,755	4.06	4,593	5.05
45-49세	32,519	16,193	6.61	8,725	9.60
50-54세	40,840	21,189	7.95	11,504	12.65
55-59세	48,463	25,448	9.32	14,041	15.44
60-64세	40,017	19,678	8.23	10,561	11.62
65-69세	34,360	14,102	8.20	6,587	7.25
70-74세	36,927	13,660	9.42	5,377	5.91
75-79세	41,394	16,101	10.24	6,401	7.04
80-84세	37,667	16,988	8.37	7,638	8.40
85세 이상	37,179	19,770	7.05	10,255	11.28
계	431,193	247,043	100.0	90,915	100.0

〔그림 4-10〕 2015년 연령구간별 의료급여 장기입원자 규모(30일 미만 vs. 180일 이상)



3. 연령별 + 요양기관 종별

□ 입원기간에 따른 대상자 연령별 의료기관 이용 특성을 살펴보았음.

○ 30일 미만 단기입원은 40세 이상부터 증가하기 시작하여 75~79세 구간이 가장 높았음.

○ 30일 미만 입원의 경우, 종합병원(50.6%) > 병원(25.0%) > 상급종합병원(11.8%) > 의원(4.22%) > 요양병원(4.19%) > 정신병원(2.4%) > 한방의료기관(1.7%) 순으로 나타났음.

〈표 4-18〉 연령구간별 요양기관 종별 단기입원자(30일 미만) 분포

단위: 명, %

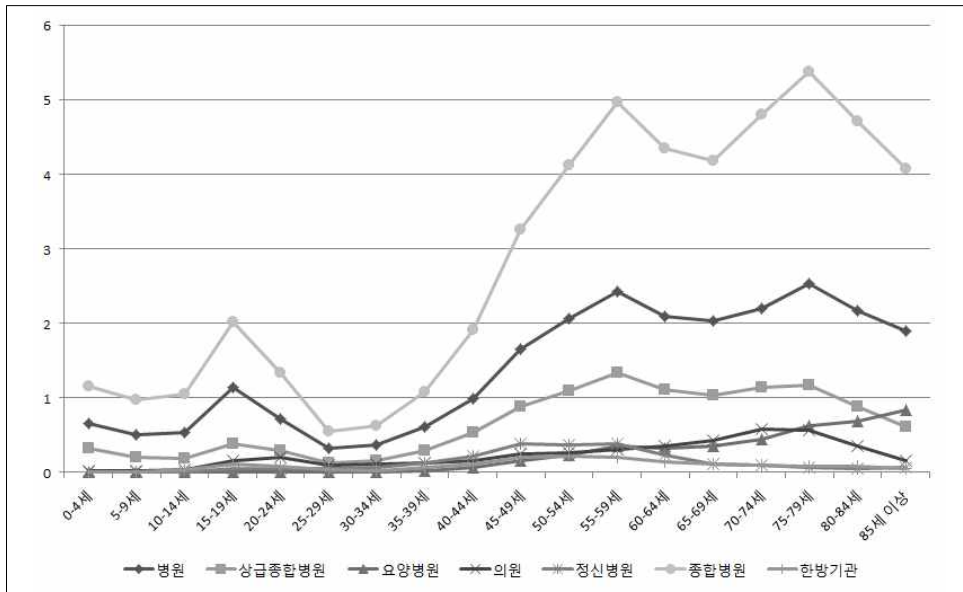
구분	병원	상급종합병원	요양병원	의원	정신병원	종합병원	한방기관	합계
0~4세	1,071	1	60	5	3,916	4	7,277	7,355
5~9세	715	3	80	14	3,265	33	5,851	5,902
10~14세	649	12	126	45	3,515	122	6,286	6,340
15~19세	1,300	15	532	164	6,801	359	13,061	13,190
20~24세	1,018	37	686	176	4,511	311	9,187	9,317
25~29세	444	31	344	165	1,852	119	4,022	4,134
30~34세	543	47	362	245	2,105	112	4,676	4,837
35~39세	1,021	111	424	450	3,656	235	7,941	8,325
40~44세	1,810	235	551	751	6,440	396	13,506	14,237
45~49세	2,965	542	846	1,295	10,960	688	22,892	24,342
50~54세	3,703	800	903	1,242	13,892	741	28,212	30,063
55~59세	4,510	1,187	1,027	1,315	16,734	697	33,662	35,722
60~64세	3,774	1,115	1,200	760	14,656	474	29,048	30,678
65~69세	3,458	1,172	1,437	419	14,067	362	27,745	28,998
70~74세	3,824	1,526	1,935	322	16,174	332	31,560	32,837
75~79세	3,941	2,117	1,919	244	18,128	316	35,261	36,724
80~84세	2,955	2,315	1,227	215	15,879	263	30,217	31,603
85세이상	2,040	2,817	544	230	13,728	155	25,944	27,064
합계	39,741	14,083	14,203	8,057	170,279	5,719	336,348	351,668

주1: 보건기관, 조산원, 치과병의원은 제외

주2: 수급자 1인이 여러 의료기관을 함께 이용할 수 있으므로 요양기관 종별 의료이용을 구분하여 분석함.

[그림 4-11] 연령구간별 요양기관 종별 단기입원자(30일 미만) 분포

단위: %



□ 180일 이상 장기입원의 경우 요양병원과 정신병원으로의 쏠림이 있는 것으로 나타났다.

○ 전체 180일 이상 장기입원자의 90.7%는 요양병원과 정신병원에 장기입원하고 있었음.

- 장기입원자의 47.3%는 요양병원, 43.5%는 정신병원에 180일 이상 입원하고 있는 것으로 나타났다.

○ 45~64세 사이 중장년층 장기입원자(180일 이상)의 61.7%는 정신병원에 입원하고 있었으며, 26.9%는 요양병원에 입원하고 있는 것으로 나타남.

- 전체 정신병원 장기입원자의 70.1%는 45~64세 사이의 중장년층인 반면, 전체 요양병원 장기입원자의 68.7%는 65세 이상 고령층이었음. 즉, 정신병원 장기입원자 중 45~64세 사이 중장년층 비중이 약 70%로 가장 많았으며, 요양병원 장기입원자는 65세 이상 고령층이 가장 많았음.

- 45~64세 사이 중장년층 정신병원 입원은 65세를 기점으로 급격히 감소함

과 동시에 요양병원 입원자 비중이 급격히 증가하는 것으로 볼 수 있음.

〈표 4-19〉 연령구간별 요양기관 종별 장기입원자(180일 이상) 분포

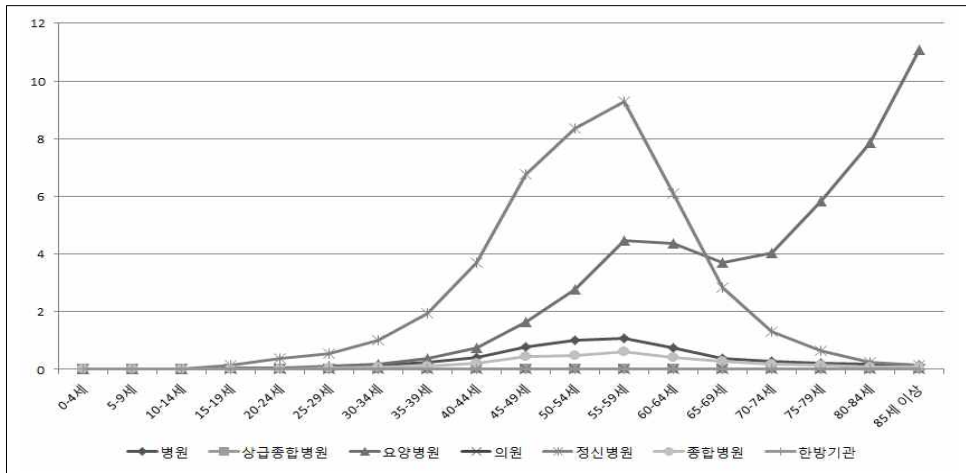
단위: 명, %

구분	병원	상급종합 병원	요양병원	의원	정신병원	종합병원	한방기관	합계
0-4세	7	4	1	-	-	3	-	15
5-9세	16	-	6	-	-	4	-	26
10-14세	23	-	9	-	21	3	-	56
15-19세	38	1	32	-	132	12	-	215
20-24세	47	1	55	-	331	24	1	459
25-29세	56	3	85	1	468	32	-	645
30-34세	118	4	150	-	885	59	-	1,216
35-39세	210	6	327	5	1,680	114	2	2,344
40-44세	361	9	641	3	3,200	177	1	4,392
45-49세	668	7	1,420	3	5,841	388	2	8,329
50-54세	865	6	2,412	7	7,223	426	5	10,944
55-59세	933	14	3,875	9	8,048	520	7	13,406
60-64세	654	7	3,770	5	5,274	349	6	10,065
65-69세	339	4	3,192	2	2,448	245	1	6,231
70-74세	251	5	3,474	1	1,139	163	1	5,034
75-79세	201	9	5,054	4	571	138	1	5,978
80-84세	156	2	6,796	2	216	74	-	7,246
85세이상	132	-	9,584	-	137	64	3	9,920
합계	5,075	82	40,883	42	37,614	2,795	30	86,521

주1: 보건기관, 치과병의원은 제외

주2: 요양기관 종별 입원일수 합산 180일 이상 입원자 수로 전체 요양기관 입원일수 180일 이상 장기입원자 수와 상이함.

[그림 4-12] 연령구간별 요양기관 종별 장기입원자(180일 이상) 분포



□ 의료급여 장기입원자 규모를 연령별(65세 미만과 65세 이상)로 구분하여 살펴본 결과, 입원일수별로 최소 0~3%p 정도 차이가 나타났다.

○ 입원서비스를 이용한 65세 미만 수급자 243,666명 중 30일 이상 입원한 수급자는 103,529명(42.5%)이었으며, 120일 이상 입원한 수급자는 64,312명(26.4%), 180일 이상 입원한 수급자는 54,657명(22.4%), 360일 이상 입원한 수급자는 643명(0.3%)이었음.

○ 입원서비스를 이용한 65세 이상 수급자 187,527명 중 30일 이상 입원한 수급자는 80,621명(43.0%)이었으며, 120일 이상 입원한 수급자는 43,299명(23.1%), 180일 이상 입원한 수급자는 36,258명(19.3%), 360일 이상 입원한 수급자는 536명(0.3%)이었음.

〈표 4-20〉 연령별(65세 미만 vs 65세 이상) 의료급여 장기입원자 현황

구분	65세 미만		65세 이상	
	진료실인원 (명)	%	진료실인원 (명)	%
전체 입원환자	243,666	100.0%	187,527	100.0%
30일 이상	103,529	42.5%	80,621	43.0%
120일 이상	64,312	26.4%	43,299	23.1%
180일 이상	54,657	22.4%	36,258	19.3%
360일 이상	643	0.3%	536	0.3%

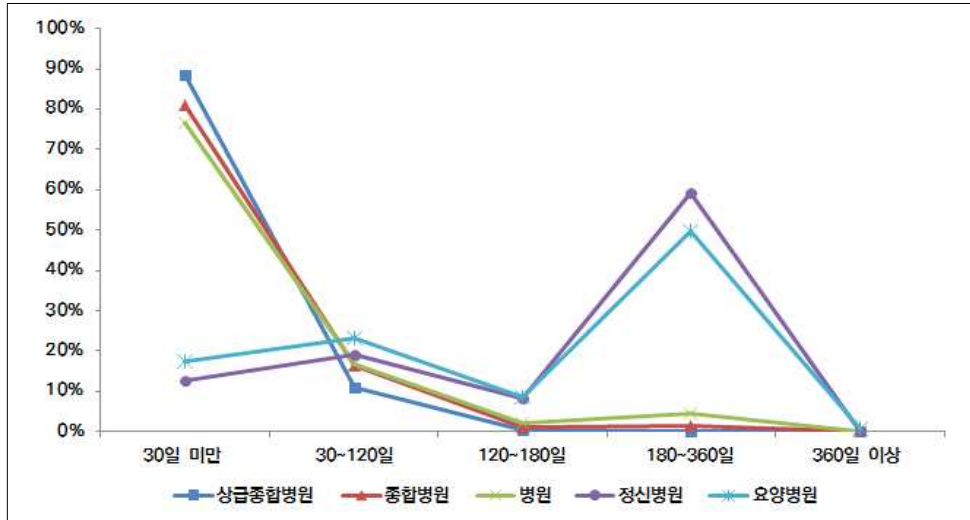
제3절 의료기관 종별 의료급여 장기입원자 실태 분석

1. 장기입원자 현황 분석

가. 장기입원자 현황(입원일수 구간별)

- 공급자 특성별 의료급여 수급자의 입원 실태를 살펴보기 위해 의료기관 종별로 구분하여 분석함. 2016년 각 의료기관 종별로 총 입원일수 구간별로 의료급여 수급자의 분포 및 의료비 지출 규모를 살펴보고자 함.
- 의료급여 수급자가 1개 이상의 의료기관 종별 입원 서비스를 이용할 수 있음에 따라 전체 의료급여 수급자 수와 차이가 있을 수 있음.
- 2016년 기준 의료기관 종별로 입원일수 구간별 의료급여 입원환자 분포를 분석한 결과, 상급종합병원, 종합병원, 병원의 경우 30일 미만 입원환자의 비중이 70% 이상을 차지하였음.
- 반면, 정신병원과 요양병원은 180일 미만까지는 전체 입원일수 구간별로 입원환자가 고르게 분포하는 경향을 보였으나, 180~360일 기간에 입원환자 비중이 증가하였음.

[그림 4-13] 전체 의료급여 입원 환자의 의료기관 종별 입원일수별 분포



〈표 4-21〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(상급종합병원)

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	44,977	100.0%	2,502	100.0%	610,431	100.0%
30일 미만	39,741	88.4%	1,303	52.1%	302,720	49.6%
30일 이상	5,236	11.6%	1,199	47.9%	307,711	50.4%
- 30-120일 미만	4,921	10.9%	1,003	40.1%	256,065	41.9%
- 120-180일 미만	233	0.5%	126	5.0%	33,092	5.4%
- 180-360일 미만	82	0.2%	70	2.8%	18,554	3.0%
- 360일 이상	-	-	-	-	-	-

〈표 4-22〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(종합병원)

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	210,370	100.0%	9,160	100.0%	4,521,140	100.0%
30일 미만	170,279	80.9%	3,936	43.0%	1,508,369	33.4%
30일 이상	40,091	19.1%	5,224	57.0%	3,012,771	66.6%
- 30-120일 미만	34,680	16.5%	3,931	42.9%	1,862,097	41.2%
- 120-180일 미만	2,616	1.2%	629	6.9%	377,192	8.3%
- 180-360일 미만	2,792	1.3%	663	7.2%	772,387	17.1%
- 360일 이상	3	0.0%	1	0.0%	1,095	0.0%

〈표 4-23〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(병원)

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	109,721	100.0%	3,339	100.0%	3,648,620	100.0%
30일 미만	83,908	76.5%	1,104	33.1%	862,725	23.6%
30일 이상	25,813	23.5%	2,235	66.9%	2,785,895	76.4%
- 30-120일 미만	18,512	16.9%	1,010	30.2%	1,006,107	27.6%
- 120-180일 미만	2,226	2.0%	254	7.6%	325,823	8.9%
- 180-360일 미만	4,917	4.5%	933	28.0%	1,396,329	38.3%
- 360일 이상	158	0.1%	38	1.1%	57,636	1.6%

〈표 4-24〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(정신병원)

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	63,117	100.0%	5,850	100.0%	13,384,404	100.0%
30일 미만	8,057	12.8%	60	1.0%	106,719	0.8%
30일 이상	55,060	87.2%	5,790	99.0%	13,277,685	99.2%
- 30-120일 미만	12,171	19.3%	402	6.9%	838,916	6.3%
- 120-180일 미만	5,275	8.4%	358	6.1%	783,684	5.9%
- 180-360일 미만	37,477	59.4%	5,009	85.6%	11,605,128	86.7%
- 360일 이상	137	0.2%	20	0.3%	49,957	0.4%

〈표 4-25〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(요양병원)

구분	전체		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	80,620	100.0%	10,930	100.0%	15,054,633	100.0%
30일 미만	14,083	17.5%	134	1.2%	191,396	1.3%
30일 이상	66,537	82.5%	10,796	98.8%	14,863,237	98.7%
- 30-120일 미만	18,765	23.3%	909	8.3%	1,248,156	8.3%
- 120-180일 미만	6,889	8.5%	750	6.9%	1,013,794	6.7%
- 180-360일 미만	40,228	49.9%	8,966	82.0%	12,362,414	82.1%
- 360일 이상	655	0.8%	172	1.6%	238,873	1.6%

□ 의료기관 종별로 의료급여 수급자의 입원 서비스 의료이용 현황을 살펴보기 위해 입원일수 구간별로 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 입원일당 진료비를 분석함.

〈표 4-26〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(상급종합병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	5,562,927	100.0%	13.6	100.0%	409,881	100.0%
30일 미만	3,279,810	59.0%	7.6	56.1%	430,573	105.0%
30일 이상	22,891,683	411.5%	58.8	433.0%	389,524	95.0%
- 30-120일 미만	20,385,631	366.5%	52.0	383.4%	391,767	95.6%
- 120-180일 미만	54,029,143	971.2%	142.0	1046.5%	380,418	92.8%
- 180-360일 미만	84,809,360	1524.5%	226.3	1667.2%	374,818	91.4%
- 360일 이상	-	-	-	-	-	-

〈표 4-27〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(종합병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	4,354,162	100.0%	21.5	100.0%	202,600	100.0%
30일 미만	2,311,633	53.1%	8.9	41.2%	260,959	128.8%
30일 이상	13,029,421	299.2%	75.1	349.7%	173,383	85.6%
- 30-120일 미만	11,334,234	260.3%	53.7	249.8%	211,091	104.2%
- 120-180일 미만	24,034,843	552.0%	144.2	670.9%	166,693	82.3%
- 180-360일 미만	23,745,181	545.3%	276.6	1287.2%	85,833	42.4%
- 360일 이상	39,870,640	915.7%	365.0	1698.4%	109,235	53.9%

〈표 4-28〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	3,042,797	100.0%	33.3	100.0%	91,503	100.0%
30일 미만	1,315,796	43.2%	10.3	30.9%	127,973	139.9%
30일 이상	8,656,604	284.5%	107.9	324.6%	80,209	87.7%
- 30-120일 미만	5,453,221	179.2%	54.3	163.4%	100,337	109.7%
- 120-180일 미만	11,409,773	375.0%	146.4	440.2%	77,951	85.2%
- 180-360일 미만	18,980,237	623.8%	284.0	854.0%	66,837	73.0%
- 360일 이상	23,917,180	786.0%	364.8	1097.0%	65,565	71.7%

〈표 4-29〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(정신병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	9,268,107	100.0%	212.1	100.0%	43,706	100.0%
30일 미만	739,424	8.0%	13.2	6.2%	55,825	127.7%
30일 이상	10,516,121	113.5%	241.1	113.7%	43,608	99.8%
- 30-120일 미만	3,305,840	35.7%	68.9	32.5%	47,961	109.7%
- 120-180일 미만	6,794,701	73.3%	148.6	70.1%	45,735	104.6%
- 180-360일 미만	13,366,176	144.2%	309.7	146.0%	43,164	98.8%
- 360일 이상	14,715,322	158.8%	364.6	172.0%	40,355	92.3%

〈표 4-30〉 의료기관 종별 입원일수 구간별 의료급여 수급자 1인당 의료이용 현황(요양병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	13,557,109	100.0%	186.7	100.0%	72,601	100.0%
30일 미만	952,322	7.0%	13.6	7.3%	70,072	96.5%
30일 이상	16,224,995	119.7%	223.4	119.6%	72,633	100.0%
- 30-120일 미만	4,841,787	35.7%	66.5	35.6%	72,792	100.3%
- 120-180일 미만	10,880,493	80.3%	147.2	78.8%	73,936	101.8%
- 180-360일 미만	22,287,910	164.4%	307.3	164.6%	72,526	99.9%
- 360일 이상	26,187,236	193.2%	364.7	195.3%	71,807	98.9%

나. 장기입원자 현황(장기입원 기준일수별(누적 입원일수))

□ 의료급여 장기입원자 규모를 의료기관 종별로 구분하여 분석함.

□ 2016년 의료기관 종별 누적 입원일수구간별 의료급여 수급자의 분포 및 의료비 지출 규모를 살펴보고자 함.

□ 2016년 기준 의료기관 종별로 누적 입원일수 구간별 의료급여 입원환자 분포를 분석한 결과 입원일수가 30일 이상인 입원환자의 비율이 상급종합병원, 종합병

원, 병원은 30% 이하였으나, 정신병원과 요양병원은 80% 이상을 차지하였음.

- 또한 상급종합병원, 종합병원, 병원에서 입원일수가 120일 이상인 환자의 비율은 한 자릿수였으나, 정신병원과 요양병원은 180일 이상인 환자의 비율이 50% 이상이었음.

〈표 4-31〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(상급종합병원)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	44,977	100.0%	2,502	100.0%	610,431	100.0%
30일 이상	5,236	11.6%	1,199	47.9%	307,711	50.4%
120일 이상	315	0.7%	195	7.8%	51,646	8.5%
180일 이상	82	0.2%	70	2.8%	18,554	3.0%
360일 이상	-	-	-	-	-	-

〈표 4-32〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(종합병원)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	210,370	100.0%	9,160	100.0%	4,521,140	100.0%
30일 이상	40,091	19.1%	5,224	57.0%	3,012,771	66.6%
120일 이상	5,411	2.6%	1,293	14.1%	1,150,674	25.5%
180일 이상	2,795	1.3%	664	7.3%	773,482	17.1%
360일 이상	3	0.0%	1	0.0%	1,095	0.0%

〈표 4-33〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(병원)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	109,721	100.0%	3,339	100.0%	3,648,620	100.0%
30일 이상	25,813	23.5%	2,235	66.9%	2,785,895	76.4%
120일 이상	7,301	6.7%	1,225	36.7%	1,779,788	48.8%
180일 이상	5,075	4.6%	971	29.1%	1,453,965	39.8%
360일 이상	158	0.1%	38	1.1%	57,636	1.6%

〈표 4-34〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(정신병원)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	63,117	100.0%	5,850	100.0%	13,384,404	100.0%
30일 이상	55,060	87.2%	5,790	99.0%	13,277,685	99.2%
120일 이상	42,889	68.0%	5,388	92.1%	12,438,769	92.9%
180일 이상	37,614	59.6%	5,029	86.0%	11,655,085	87.1%
360일 이상	137	0.2%	20	0.3%	49,957	0.4%

〈표 4-35〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자 수 및 의료이용 현황(요양병원)

구분	진료실인원		진료비		입원일수	
	명	%	억원	%	일	%
전체 입원환자	80,620	100.0%	10,930	100.0%	15,054,633	100.0%
30일 이상	66,537	82.5%	10,796	98.8%	14,863,237	98.7%
120일 이상	47,772	59.3%	9,887	90.5%	13,615,081	90.4%
180일 이상	40,883	50.7%	9,138	83.6%	12,601,287	83.7%
360일 이상	655	0.8%	172	1.6%	238,873	1.6%

□ 의료기관 종별로 의료급여 수급자의 입원 서비스 의료이용 현황을 살펴보기 위해 누적 입원일수 구간별로 1인당 입원 진료비, 1인당 입원일수, 입원일당 진료비를 분석함.

〈표 4-36〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(상급종합병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	5,562,927	100.0%	13.6	100.0%	409,881	100.0%
30일 이상	22,891,683	411.5%	58.8	433.0%	389,524	95.0%
120일 이상	62,041,771	1115.3%	164.0	1208.0%	378,406	92.3%
180일 이상	84,809,360	1524.5%	226.3	1667.2%	374,818	91.4%
360일 이상	-	-	-	-	-	-

〈표 4-37〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(종합병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	4,354,162	100.0%	21.5	100.0%	202,600	100.0%
30일 이상	13,029,421	299.2%	75.1	349.7%	173,383	85.6%
120일 이상	23,894,161	548.8%	212.7	989.5%	112,361	55.5%
180일 이상	23,762,489	545.7%	276.7	1287.7%	85,866	42.4%
360일 이상	39,870,640	915.7%	365.0	1698.4%	109,235	53.9%

〈표 4-38〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	3,042,797	100.0%	33.3	100.0%	91,503	100.0%
30일 이상	8,656,604	284.5%	107.9	324.6%	80,209	87.7%
120일 이상	16,778,920	551.4%	243.8	733.1%	68,830	75.2%
180일 이상	19,133,939	628.8%	286.5	861.5%	66,786	73.0%
360일 이상	23,917,180	786.0%	364.8	1097.0%	65,565	71.7%

〈표 4-39〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(정신병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	9,268,107	100.0%	212.1	100.0%	43,706	100.0%
30일 이상	10,516,121	113.5%	241.1	113.7%	43,608	99.8%
120일 이상	12,562,247	135.5%	290.0	136.8%	43,315	99.1%
180일 이상	13,371,090	144.3%	309.9	146.1%	43,152	98.7%
360일 이상	14,715,322	158.8%	364.6	172.0%	40,355	92.3%

〈표 4-40〉 누적 입원일수 기준별 의료급여 수급자의 의료이용 현황(요양병원)

구분	1인당 진료비		1인당 입원일수		일당 진료비	
	원	%	일	%	원	%
전체 입원환자	13,557,109	100.0%	186.7	100.0%	72,601	100.0%
30일 이상	16,224,995	119.7%	223.4	119.6%	72,633	100.0%
120일 이상	20,696,357	152.7%	285.0	152.6%	72,618	100.0%
180일 이상	22,350,382	164.9%	308.2	165.1%	72,512	99.9%
360일 이상	26,187,236	193.2%	364.7	195.3%	71,807	98.9%

제4절 지역별 의료급여 장기입원 현황 분석

1. 시도별 장기입원자 현황

□ 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 의료급여 수급자 비율을 지역별로 분석한 결과, 입원서비스 이용자는 지역별도 다소 차이를 보였음.

○ 전체 의료급여 수급자 중 입원서비스를 이용한 의료급여 수급자는 28.6%였으며, 수급자 대비 입원자 비율이 가장 높았던 지역은 전남(36.6%)이었고 가장 낮았던 지역은 서울(23.6%)이었음.

- 의료급여 수급자 대비 입원자 비율이 30%이상인 지역은 전남(36.6%), 경남(35.5%), 울산(33.7%), 경북(31.7%) 등으로 나타났음.

〈표 4-41〉 시도별 의료급여 입원 및 장기입원자 현황

구분	의료급여 대상자(A)	의료급여 수급자 중 입원자(B)	의료급여 수급자 중 입원자 비율(B/A)	180일 이상 장기입원자(C)	입원자 대비 장기입원자 비율(C/B)	의료급여 수급자 대비 장기입원자 비율(C/A)
계	1,509,472	431,193	28.6%	90,915	21.1%	6.0%
서울	245,719	58,017	23.6%	9,608	16.6%	3.9%
부산	140,521	42,074	29.9%	10,973	26.1%	7.8%
대구	101,072	25,921	25.6%	6,150	23.7%	6.1%
인천	89,748	23,946	26.7%	3,984	16.6%	4.4%
광주	68,967	19,674	28.5%	3,253	16.5%	4.7%
대전	50,403	12,082	24.0%	2,265	18.7%	4.5%
울산	17,757	5,978	33.7%	1,530	25.6%	8.6%
세종	4,027	1,229	30.5%	352	28.6%	8.7%
경기	231,913	63,077	27.2%	12,451	19.7%	5.4%
강원	60,491	17,377	28.7%	2,783	16.0%	4.6%
충북	50,581	14,829	29.3%	2,956	19.9%	5.8%
충남	58,424	18,022	30.8%	4,309	23.9%	7.4%
전북	92,687	27,896	30.1%	5,680	20.4%	6.1%
전남	81,514	29,872	36.6%	6,004	20.1%	7.4%
경북	100,078	31,771	31.7%	8,527	26.8%	8.5%
경남	94,436	33,513	35.5%	9,286	27.7%	9.8%
제주	21,134	5,915	28.0%	804	13.6%	3.8%

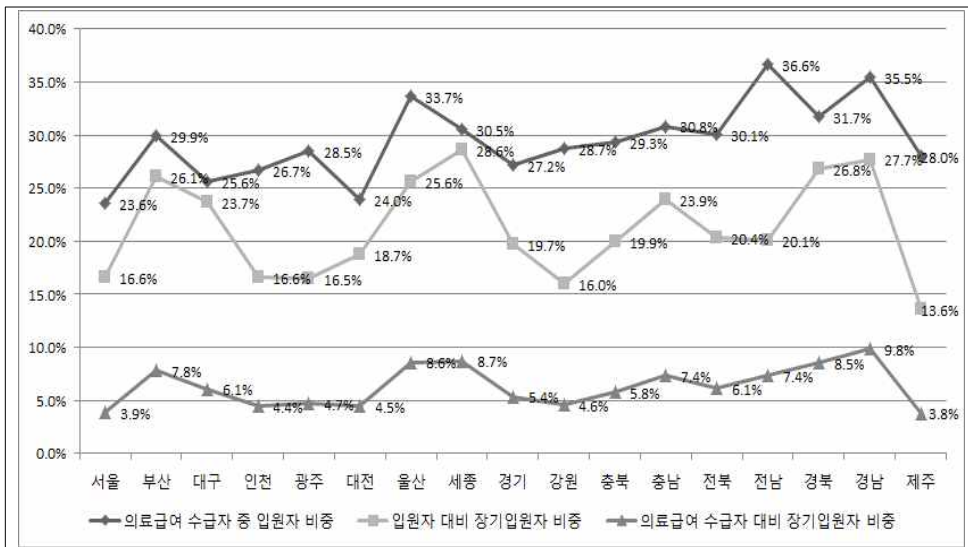
□ 대체적으로 시도별 의료급여 수급자 대비 입원자 비율이 높을수록 장기입원자 비율도 높았으나, 지역별로 다소 차이를 보였음.

○ 인천, 광주, 강원, 전남 등의 지역은 의료급여 수급자 중 입원자 비율은 높았으나, 장기입원자 비중은 상대적으로 낮은 것으로 나타났음.

□ 의료급여 수급 입원자의 약 21.1%의 대상자는 180일 이상 장기입원하고 있는 것으로 나타났으나, 지역별 장기입원률은 차이를 보였음.

○ 지역별로는 세종(28.6%), 경북(26.8%), 부산(26.1%), 울산(25.6%), 충남(23.9%) 순으로 장기입원 비율이 높게 나타난 반면, 제주(13.6%), 강원(16.0%), 광주(16.5%), 인천 및 서울(16.6%)은 장기입원 비율이 낮았음.

[그림 4-14] 지역별 의료급여 입원자 및 장기입원자 비중



□ 장기입원자 수 비율은 시·군·구별로도 차이를 보이고 있음.

○ 의령군의 경우, 입원자 수 607명 중 장기입원자 수는 259명으로 장기입원자 비율은 42.7%에 이르고 있음. '16년 현재 의령군의 의료급여 관리사 수는 1명으로 장기입원 사례관리에 한계가 있음.

- 그 밖에 장기입원자 수 비율이 높은 지역으로는 청도군 40.1%(326명), 울주군 38.7%(509명), 성주군 34.5%(221명), 양산시 34.0%(872명), 의성군 33.7%(379명) 등으로 매우 높았음.
- 반면, 증평군 8.7%(27명), 양양군 10.3%(37명), 양구군 11.5%(42명), 고성군 12.1%(47명), 속초시 12.4%(146명), 인제군 12.5%(46명) 등으로 장기입원자 수가 적으로 것으로 나타났음.

〈표 4-42〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(서울특별시)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
서울특별시	종로구	1,131	227	20.1%	1	227
	중구	1,060	204	19.2%	1	204
	용산구	1,527	238	15.6%	1	238
	성동구	1,595	227	14.2%	2	114
	광진구	1,434	243	16.9%	2	122
	동대문구	2,791	483	17.3%	2	242
	중랑구	3,265	472	14.5%	3	157
	성북구	2,595	415	16.0%	3	138
	강북구	3,245	448	13.8%	3	149
	도봉구	1,986	329	16.6%	2	165
	노원구	5,458	778	14.3%	4	195
	은평구	3,629	652	18.0%	4	163
	서대문구	1,498	256	17.1%	2	128
	마포구	1,646	282	17.1%	2	141
	양천구	2,286	328	14.3%	2	164
	강서구	4,510	748	16.6%	4	187
	구로구	1,832	329	18.0%	2	165
	금천구	2,193	289	13.2%	2	145
	영등포구	2,257	433	19.2%	2	217
	동작구	1,911	364	19.0%	2	182
	관악구	2,970	457	15.4%	2	229
	서초구	918	160	17.4%	1	160
	강남구	2,453	580	23.6%	3	193
	송파구	1,701	332	19.5%	2	166
	강동구	2,107	334	15.9%	2	167

〈표 4-43〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(부산·대구·인천광역시)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
부 산 광 역 시	중구	723	199	27.5%	2	100
	서구	2,347	621	26.5%	2	311
	동구	2,218	524	23.6%	2	262
	영도구	3,199	729	22.8%	3	243
	부산진구	4,146	1,053	25.4%	3	351
	동래구	2,110	693	32.8%	3	231
	남구	2,403	692	28.8%	3	231
	북구	4,260	994	23.3%	4	249
	해운대구	4,303	1,213	28.2%	3	404
	사하구	4,485	1,150	25.6%	4	288
	금정구	2,616	730	27.9%	3	243
	강서구	817	239	29.3%	2	120
	연제구	1,968	550	27.9%	2	275
	수영구	1,524	334	21.9%	2	167
	사상구	3,468	933	26.9%	3	311
	기장군	1,486	319	21.5%	2	160
대 구 광 역 시	중구	1,077	241	22.4%	2	121
	동구	4,040	979	24.2%	3	326
	서구	2,842	640	22.5%	3	213
	남구	2,650	597	22.5%	3	199
	북구	3,701	929	25.1%	3	310
	수성구	3,699	760	20.5%	3	253
	달서구	5,749	1,430	24.9%	5	286
	달성군	2,174	574	26.4%	2	287
인 천 광 역 시	중구	1,186	150	12.6%	1	150
	동구	816	135	16.5%	1	135
	남구	3,591	585	16.3%	3	195
	연수구	2,071	285	13.8%	2	143
	남동구	4,604	733	15.9%	3	244
	부평구	5,110	806	15.8%	4	202
	계양구	2,178	420	19.3%	2	210
	서구	3,429	691	20.2%	2	346
	강화군	820	148	18.0%	1	148
	옹진군	129	31	24.0%	1	31

〈표 4-44〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(광주·대전·울산광역시, 세종특별자치시, 강원도)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
광주광역시	동구	2,201	471	21.4%	2	236
	서구	3,743	561	15.0%	3	187
	남구	2,793	495	17.7%	3	165
	북구	6,525	1,027	15.7%	5	205
	광산구	4,404	699	15.9%	3	233
대전광역시	동구	3,174	628	19.8%	3	209
	중구	2,515	540	21.5%	3	180
	서구	2,987	518	17.3%	3	173
	유성구	1,276	232	18.2%	2	116
	대덕구	2,130	347	16.3%	1	347
울산광역시	중구	1,568	341	21.7%	2	171
	남구	1,793	416	23.2%	2	208
	동구	594	145	24.4%	2	73
	북구	710	119	16.8%	1	119
	울주군	1,314	509	38.7%	2	255
세종특별자치시	세종특별자치시	1,006	316	31.4%	2	158
강원도	춘천시	3,556	536	15.1%	3	179
	원주시	2,981	479	16.1%	3	160
	강릉시	2,110	349	16.5%	2	175
	동해시	1,096	202	18.4%	2	101
	태백시	510	83	16.3%	1	83
	속초시	1,181	146	12.4%	2	73
	삼척시	1,059	168	15.9%	2	84
	홍천군	677	134	19.8%	2	67
	횡성군	510	78	15.3%	1	78
	영월군	459	101	22.0%	1	101
	평창군	376	77	20.5%	1	77
	정선군	413	77	18.6%	1	77
	철원군	575	124	21.6%	1	124
	화천군	398	57	14.3%	1	57
	양구군	364	42	11.5%	1	42
	인제군	369	46	12.5%	1	46
	고성군	388	47	12.1%	2	24
	양양군	358	37	10.3%	1	37

134 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

〈표 4-45〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(경기도)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
경 기 도	수원시	4,648	1,038	22.3%	4	260
	성남시	4,800	889	18.5%	3	296
	의정부시	3,106	394	12.7%	3	131
	안양시	2,282	472	20.7%	3	157
	부천시	4,752	956	20.1%	4	239
	광명시	1,476	265	18.0%	2	133
	평택시	2,712	523	19.3%	3	174
	동두천시	1,306	358	27.4%	2	179
	안산시	5,156	1,022	19.8%	4	256
	고양시	4,220	846	20.0%	4	212
	과천시	205	37	18.0%	1	37
	구리시	1,130	189	16.7%	2	95
	남양주시	3,072	574	18.7%	3	191
	오산시	827	208	25.2%	1	208
	시흥시	2,036	354	17.4%	2	177
	군포시	1,345	283	21.0%	2	142
	의왕시	459	96	20.9%	1	96
	하남시	741	138	18.6%	1	138
	용인시	2,043	517	25.3%	2	259
	파주시	2,741	546	19.9%	2	273
	이천시	1,147	267	23.3%	2	134
	안성시	1,673	339	20.3%	2	170
	김포시	1,719	257	15.0%	2	129
	화성시	1,737	383	22.0%	3	128
	광주시	1,073	223	20.8%	2	112
	양주시	1,353	267	19.7%	2	134
	포천시	1,493	269	18.0%	2	135
	여주시	1,083	253	23.4%	2	127
	연천군	629	101	16.1%	1	101
	가평군	1,162	184	15.8%	2	92
	양평군	921	203	22.0%	2	102

〈표 4-46〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(제주특별자치도, 충청북·남도)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
제주 특별 자치도	제주시	4,068	560	13.8%	3	187
	서귀포	1,855	244	13.2%	3	81
충청 북 도	충주시	2,007	366	18.2%	2	183
	제천시	1,648	309	18.8%	2	155
	청주시	5,521	1,022	18.5%	7	146
	보은군	658	175	26.6%	1	175
	옥천군	779	206	26.4%	1	206
	영동군	717	171	23.8%	2	86
	진천군	582	128	22.0%	1	128
	괴산군	728	146	20.1%	1	146
	음성군	1,480	298	20.1%	2	149
	단양군	413	108	26.2%	1	108
	증평군	312	27	8.7%	1	27
충청 남 도	천안시	3,393	852	25.1%	3	284
	공주시	1,366	420	30.7%	2	210
	보령시	1,371	274	20.0%	2	137
	아산시	2,330	473	20.3%	2	237
	서산시	1,023	198	19.4%	2	99
	논산시	2,375	517	21.8%	2	259
	계룡시	108	22	20.4%	1	22
	당진시	853	171	20.0%	2	86
	금산군	708	203	28.7%	1	203
	부여군	1,073	325	30.3%	2	163
	서천군	897	241	26.9%	1	241
	청양군	341	79	23.2%	1	79
	홍성군	855	232	27.1%	1	232
	예산군	805	156	19.4%	2	78
	태안군	530	146	27.5%	1	146

〈표 4-47〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(전라북·남도)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
전 라 북 도	전주시	7,171	1,397	19.5%	10	140
	군산시	3,676	549	14.9%	5	110
	익산시	4,221	716	17.0%	5	143
	정읍시	2,694	570	21.2%	4	143
	남원시	1,587	329	20.7%	2	165
	김제시	2,529	646	25.5%	3	215
	완주군	1,413	356	25.2%	2	178
	진안군	450	105	23.3%	1	105
	무주군	334	69	20.7%	1	69
	장수군	374	75	20.1%	1	75
	임실군	573	158	27.6%	1	158
	순창군	459	131	28.5%	1	131
	고창군	1,147	311	27.1%	3	104
	부안군	1,273	268	21.1%	2	134
전 라 남 도	목포시	4,493	751	16.7%	3	250
	여주시	3,801	703	18.5%	3	234
	순천시	2,530	562	22.2%	3	187
	나주시	1,623	448	27.6%	2	224
	광양시	1,046	183	17.5%	2	92
	담양군	699	180	25.8%	2	90
	곡성군	571	144	25.2%	1	144
	구례군	560	126	22.5%	1	126
	고흥군	1,635	348	21.3%	2	174
	보성군	888	216	24.3%	1	216
	회순군	1,161	295	25.4%	1	295
	장흥군	984	179	18.2%	2	90
	강진군	828	134	16.2%	1	134
	해남군	1,821	310	17.0%	2	155
	영암군	777	171	22.0%	1	171
	무안군	928	202	21.8%	2	101
	함평군	647	119	18.4%	2	60
	영광군	1,335	225	16.9%	2	113
	장성군	1,052	183	17.4%	2	92
	완도군	936	175	18.7%	2	88
	진도군	799	155	19.4%	1	155
	신안군	790	195	24.7%	2	98

〈표 4-48〉 시군구별 의료급여 입원자 대비 장기입원자 비율(경상북·남도)

단위: 명, %

구분		입원자 수(A)	장기입원자 수(B)	입원자 대비 장기입원자 비율(B/A)	의료급여 관리사 수	관리사 당 장기 입원자수
경상북도	포항시	5,203	1,257	24.2%	5	251
	경주시	2,927	794	27.1%	3	265
	김천시	2,034	541	26.6%	2	271
	안동시	2,737	780	28.5%	3	260
	구미시	2,017	514	25.5%	3	171
	영주시	1,820	434	23.8%	2	217
	영천시	1,641	527	32.1%	2	264
	상주시	1,316	317	24.1%	2	159
	문경시	1,100	222	20.2%	2	111
	경산시	2,220	554	25.0%	3	185
	군위군	320	74	23.1%	1	74
	의성군	1,124	379	33.7%	2	190
	청송군	460	125	27.2%	1	125
	영양군	507	79	15.6%	1	79
	영덕군	731	220	30.1%	1	220
	청도군	812	326	40.1%	2	163
	고령군	535	113	21.1%	2	57
	성주군	641	221	34.5%	1	221
	칠곡군	1,216	408	33.6%	2	204
	예천군	810	249	30.7%	1	249
	봉화군	593	149	25.1%	1	149
	울진군	943	231	24.5%	1	231
	울릉군	82	13	15.9%	1	13
경상남도	진주시	3,372	904	26.8%	3	301
	통영시	1,827	398	21.8%	2	199
	사천시	1,909	513	26.9%	2	257
	김해시	4,765	1,171	24.6%	3	390
	밀양시	1,782	401	22.5%	2	201
	거제시	1,187	356	30.0%	2	178
	양산시	2,561	872	34.0%	2	436
	창원시	8,011	2,303	28.7%	9	256
	의령군	607	259	42.7%	1	259
	함안군	885	271	30.6%	1	271
	창녕군	1,194	375	31.4%	1	375
	고성군	931	220	23.6%	2	110
	남해군	753	216	28.7%	1	216
	하동군	804	224	27.9%	2	112
	산청군	639	157	24.6%	2	79
	함양군	526	145	27.6%	1	145
	거창군	833	198	23.8%	2	99
	합천군	902	303	33.6%	1	303

2. 시도별 관내외 입원자 현황

□ 2016년 보장기관을 기준으로 지역별(시도 단위) 관외 의료이용을 분석한 결과, 2016년 기준 전체 의료급여 입원 환자 431,193명 중 관외 의료이용을 한 수급자는 85,759명으로 19.9%를 차지하였음.

○ 세종은 80.6%로 관외입원이 가장 많았고 그 다음으로는 충남(29.3%), 경북(27.7%) 순으로 많게 나타났음.

〈표 4-49〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 진료실인원 현황

구분	관내이용		관외이용		전체	
	진료실인원 (명)	%	진료실인원 (명)	%	진료실인원 (명)	%
전체	375,456	87.1%	85,759	19.9%	431,193	100.0%
서울	48,859	84.2%	12,898	22.2%	58,017	100.0%
부산	38,473	91.4%	5,550	13.2%	42,074	100.0%
대구	24,133	93.1%	3,028	11.7%	25,921	100.0%
인천	20,962	87.5%	4,721	19.7%	23,946	100.0%
광주	17,798	90.5%	3,324	16.9%	19,674	100.0%
대전	11,280	93.4%	1,392	11.5%	12,082	100.0%
울산	5,257	87.9%	1,052	17.6%	5,978	100.0%
세종	341	27.7%	991	80.6%	1,229	100.0%
경기	54,590	86.5%	13,246	21.0%	63,077	100.0%
강원	15,237	87.7%	3,214	18.5%	17,377	100.0%
충북	12,525	84.5%	3,583	24.2%	14,829	100.0%
충남	14,510	80.5%	5,277	29.3%	18,022	100.0%
전북	25,497	91.4%	3,711	13.3%	27,896	100.0%
전남	24,901	83.4%	8,186	27.4%	29,872	100.0%
경북	25,949	81.7%	8,812	27.7%	31,771	100.0%
경남	29,735	88.7%	6,035	18.0%	33,513	100.0%
제주	5,409	91.4%	739	12.5%	5,915	100.0%

주: 관내 및 관외 진료실인원의 경우 상호간 중복 실인원이 포함되어 있으며, 전체 진료실인원은 중복 진료실 인원을 제외함.

□ 2016년 기준 전체 의료급여 입원 환자의 진료비(3조 2,062억 원) 중 관외 의료이용에서의 진료비는 6,721억 원으로 21.0%를 차지하였음.

○ 세종은 72.8%로 관외 의료이용의 진료비가 가장 높게 나타났고 그 다음으로 서울(28.4%), 전남(27.7%) 순으로 높게 나타났음.

〈표 4-50〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 진료비 현황

구분	관내이용		관외이용		전체	
	진료비 (억원)	%	진료비 (억원)	%	진료비 (억원)	%
전체	25,342	79.0%	6,721	21.0%	32,062	100%
서울	3,041	71.6%	1,206	28.4%	4,246	100%
부산	3,071	86.5%	479	13.5%	3,550	100%
대구	1,660	86.4%	261	13.6%	1,921	100%
인천	1,347	79.4%	349	20.6%	1,696	100%
광주	957	78.4%	264	21.6%	1,222	100%
대전	762	87.3%	111	12.7%	873	100%
울산	371	80.1%	92	19.9%	463	100%
세종	28	27.2%	76	72.8%	104	100%
경기	3,764	80.6%	909	19.4%	4,673	100%
강원	879	78.1%	247	21.9%	1,126	100%
충북	767	73.5%	277	26.5%	1,045	100%
충남	1,013	72.6%	381	27.4%	1,394	100%
전북	1,728	86.6%	268	13.4%	1,996	100%
전남	1,532	72.3%	587	27.7%	2,119	100%
경북	1,913	75.2%	631	24.8%	2,544	100%
경남	2,211	81.3%	509	18.7%	2,719	100%
제주	296	79.9%	74	20.1%	370	100%

□ 2016년 기준 전체 의료급여 입원 환자의 입원일수(37,513,327일) 중 관외 의료이용에서의 입원일수는 8,041,184일로 21.4%를 차지하였음.

○ 세종은 64.0%로 관외 의료이용의 입원일수가 가장 길었고 그 다음으로는 서

울(45.3%), 제주(26.7%) 순으로 길게 나타났음.

〈표 4-51〉 보장기관 기준 의료급여 입원자 관내이용, 관외이용 입원일수 현황

구분	관내이용		관외이용		전체	
	입원일수 (일)	%	입원일수 (일)	%	입원일수 (일)	%
전체	29,472,143	78.6%	8,041,184	21.4%	37,513,327	100%
서울	2,228,248	54.7%	1,847,826	45.3%	4,076,074	100%
부산	3,649,477	83.2%	737,280	16.8%	4,386,757	100%
대구	2,029,454	83.2%	409,919	16.8%	2,439,373	100%
인천	1,327,282	76.9%	399,818	23.1%	1,727,100	100%
광주	1,118,318	76.9%	336,706	23.1%	1,455,024	100%
대전	811,601	85.3%	140,045	14.7%	951,646	100%
울산	459,954	76.5%	141,460	23.5%	601,414	100%
세종	49,389	36.0%	87,623	64.0%	137,012	100%
경기	4,284,784	83.0%	875,749	17.0%	5,160,533	100%
강원	977,735	78.8%	263,468	21.2%	1,241,203	100%
충북	969,877	77.5%	281,158	22.5%	1,251,035	100%
충남	1,363,187	79.2%	357,130	20.8%	1,720,317	100%
전북	2,107,718	87.5%	301,163	12.5%	2,408,881	100%
전남	1,963,101	76.1%	617,988	23.9%	2,581,089	100%
경북	2,714,267	81.3%	625,494	18.7%	3,339,761	100%
경남	3,156,194	85.8%	523,080	14.2%	3,679,274	100%
제주	261,557	73.3%	95,277	26.7%	356,834	100%

3. 지역별 관외 장기입원자(180일 이상) 현황

□ 180일 이상 전체 장기입원자 90,915명 중 관외 장기입원자는 25,528명으로 장기입원자의 28.1%가 관외 의료이용을 하는 것으로 나타났음.

□ 장기입원자 중 관외 이용자 비율은 시도별로 큰 차이를 보이고 있는데, 서울지역의 관외 장기입원자 비율이 타 시도에 비해 월등히 높았음.

- 관외 장기입원자 수는 서울 5,674명 > 경기 2,851명 > 부산 2,370명 > 경북 1,968명 > 전남 1,900명 순이었음.
- 반면 세종, 제주, 대전, 울산의 관외 장기입원자 수는 매우 적은 수준이었으며 시도별 장기입원자 중 관외 장기입원자 비율은 2% 미만이었음.
- 세종을 제외한 서울의 180일 이상 장기입원자는 9,608명으로 이중 59.1%인 5,674명이 서울 이외의 지역에 장기입원하고 있는 것으로 나타났다.
- 반대로 전북은 장기입원자 5,980명 중 16.2%인 919명만이 관외 입원으로 전국 시도 중에서 가장 낮았음.

〈표 4-52〉 시도별 장기입원자(180일 이상) 대비 관외 장기입원자 수

단위: 명, %

구분	장기입원자(A)	%	관외 장기입원자(B)	%	장기입원자 대비 관외 장기입원자 비율(B/A)
전체	90,915	100.0%	25,528	100.0%	28.1%
서울	9,608	10.6%	5,674	22.2%	59.1%
부산	10,973	12.1%	2,370	9.3%	21.6%
대구	6,150	6.8%	1,397	5.5%	22.7%
인천	3,984	4.4%	1,341	5.3%	33.7%
광주	3,253	3.6%	1,103	4.3%	33.9%
대전	2,265	2.5%	472	1.8%	20.8%
울산	1,530	1.7%	490	1.9%	32.0%
세종	352	0.4%	233	0.9%	66.2%
경기	12,451	13.7%	2,851	11.2%	22.9%
강원	2,783	3.1%	785	3.1%	28.2%
충북	2,956	3.3%	878	3.4%	29.7%
충남	4,309	4.7%	1,113	4.4%	25.8%
전북	5,680	6.2%	919	3.6%	16.2%
전남	6,004	6.6%	1,900	7.4%	31.6%
경북	8,527	9.4%	1,968	7.7%	23.1%
경남	9,286	10.2%	1,733	6.8%	18.7%
제주	804	0.9%	301	1.2%	37.4%

주: 관내 및 관외 진료실인원의 경우 상호간 중복 실인원이 포함되어 있으며, 전체 진료실인원은 중복 진료실 인원을 제외함.

□ 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지와 의료기관 소재지를 시도별로 분석함.

○ 관외 장기입원자의 시도별 주요 이동 지역은 다음과 같으며, 대부분의 관외 입원은 인접한 시도 지역으로 입원 의료이용을 많이 하는 것으로 나타남.

- 서울 ⇒ 경기 70.9% > 인천 7.1%
- 부산 ⇒ 경남 73.0% > 울산 10.8%
- 대구 ⇒ 경북 70.0% > 경남 7.7%
- 인천 ⇒ 경기 71.5% > 서울 9.4%
- 광주 ⇒ 전남 86.8% > 전북 3.4%
- 대전 ⇒ 충남 33.3% > 충북 26.7% > 경기 11.2%
- 울산 ⇒ 경남 45.7% > 경북 21.6% > 부산 19.4%
- 세종 ⇒ 대전 34.8% > 충남 27.9% > 충북 17.2%
- 경기 ⇒ 서울 32% > 인천 18.4% > 충북 12%
- 강원 ⇒ 경기 35.6% > 경북 17.6% > 충북 17.5%
- 충북 ⇒ 대전 24.6% > 경기 23.4% > 경북 13.4%
- 충남 ⇒ 대전 30.9% > 경기 24.7% > 전북 10.2%
- 전북 ⇒ 전남 35.4% > 경기 16.2% > 광주 11.8%
- 전남 ⇒ 광주 58.9% > 경기 9.3% > 경남 9.1%
- 경북 ⇒ 대구 57.5% > 경남 9.1% > 부산 8.3%
- 경남 ⇒ 부산 52.9% > 대구 13.3%, 경북 13.3%
- 제주 ⇒ 전남 57.1% > 부산 10.3% > 경기 6.31%

〈표 4-53〉 120일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시도)

	요양기관 소재지(시도별)																	
	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
서울	0	0.85	0.76	7.14	0.79	0.97	0.14	0.23	70.88	2.56	3.35	4.12	2.33	2.29	2.27	1.3	0.02	5,674
부산	1.31	0	2.53	0.46	0.42	0.3	10.8	0.04	2.19	0.21	0.46	0.51	0.17	0.89	6.71	72.95	0.04	2,370
대구	1.43	3.08	0	0.64	0.07	0.64	1.29	0	2.93	0.29	0.86	0.21	0.21	0.57	80.03	7.73	0	1,397
인천	9.4	0.45	0.67	0	0.89	0.67	0.15	0.52	71.51	1.19	2.98	5.22	1.49	1.57	2.16	1.12	0	1,341
광주	2.27	0.45	0.09	0.45	0	0.36	0.09	0.09	3.9	0	0.27	0.82	3.35	86.76	0.27	0.82	0	1,103
대전	4.45	1.27	1.69	2.33	0.64	0	0.42	2.54	11.23	0.42	26.69	33.26	5.08	2.12	5.72	2.12	0	472
울산	1.02	19.39	6.33	0.61	0.41	0.61	0	0	2.45	0	0.41	0.41	0.41	0.41	21.63	45.71	0.2	490
세종	2.58	0.43	0	0.86	0.43	34.76	0	9.87	3.86	0	17.17	27.9	0.43	0.86	0.43	0.43	0	233
경기	31.99	1.44	0.84	18.38	1.3	1.47	0.21	0.32	0	6.17	11.93	10.98	3.58	3.65	5.16	2.53	0.07	2,851
강원	8.79	2.42	2.17	4.59	0	1.91	1.02	0.64	35.54	0	17.45	3.57	0.64	1.66	17.58	1.91	0.13	785
충북	7.52	2.16	2.73	2.39	0.34	24.6	0	5.13	23.35	5.47	0	7.97	1.82	1.37	13.44	1.71	0	878
충남	7.91	1.53	1.08	6.02	0.9	30.91	0.18	3.14	24.71	0.72	5.48	0	10.15	3.05	3.14	1.08	0	1,113
전북	7.62	2.18	1.52	4.03	11.75	4.9	0.54	0.33	16.21	0.33	3.05	9.47	0	35.36	0.76	1.96	0	919
전남	5.21	4.95	0.32	1.47	58.89	0.68	0.26	0.16	9.32	0.16	0.53	1.47	6.63	0	0.89	9.05	0	1,900
경북	3.61	8.33	57.52	1.32	0.41	1.63	4.47	0.2	6.4	2.74	1.83	1.58	0.3	0.56	0	9.1	0	1,968
경남	2.14	52.86	13.27	0.63	0.69	0.92	7.1	0	4.04	0.12	0.98	1.21	0.35	2.37	13.27	0	0.06	1,733
제주	2.33	10.3	1.33	1.33	3.65	0.33	1.66	0	6.31	1.33	1.66	1.99	1	57.14	1.99	7.64	0	301

□ 광역 시·도 단위로 관내·외 입원을 구분한 경우, 실제로 인접한 지역이지만 행정 구역 상 다른 시도로 구분되어 관외로 분류된다는 한계점이 있음.

○ 이에, 시군구 단위로 분석을 실시한 결과, 관외 입원자 수가 가장 많은 서울특별시 강서구의 경우, 인접한 경기도 지역인 부천시, 고양시, 부천시 등의 의료기관을 가장 많이 이용한 것으로 나타났음.

○ 경기 부천시와 시흥시의 경우, 지리적으로 인접한 인천광역시의 의료기관을 많이 이용한 것으로 나타났고, 광명시 또한 지리적으로 인접한 서울 구로구, 영등포구, 금천구의 의료기관에 가장 많은 환자가 이용한 것으로 나타났음.

○ 즉, 서울특별시, 인천광역시, 경기도는 지리적으로 가깝기 때문에 시도, 시군구 단위의 행정구역상 분류로 관외입원을 정의할 경우 관외입원 비율이 높게 나타나는 경향이 있음.

□ 따라서, 행정구역상 분류가 아닌 지리적 인접성에 따라 관외 입원을 분류하여 관외 입원자수를 살펴보면 관외입원 비율이 더 낮아짐.

○ 지리적 인접성에 따라 관외 입원을 분류하는 방식은 차량 이동 시간 약 1시간 이내의 지역은 관내로 보고 그 이외의 지역은 관외 지역으로 간주하는 방식임.

- 즉, 보장기관 소재지가 시·군·구일 경우에는 요양기관의 소재지가 직경 60km 이내의 시·군·구이면 관내. 서울특별시 및 6개 광역시 내의 시·군·구일 경우에는 요양기관 소재지가 직경 15km 이내의 시·군·구이면 관내로 간주함.

〈표 4-54〉 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(예시)

요양기관 보장기관	지역(시군구) 및 환자 수									
서울 강서구	인천 계양구	인천 남구	인천 남동구	인천 서구	경기 고양시	경기 김포시	경기 남양주시	경기 부천시	...	
	15	7	6	18	56	40	16	57		
경기 광명시	서울 구로구	서울 금천구	서울 동작구	서울 영등포구	인천 남구	인천 남동구	인천 부평구	인천 서구	...	
	23	7	4	10	5	4	4	3		
경기 부천시	서울 강서구	서울 구로구	서울 도봉구	인천 계양구	인천 남구	인천 부평구	인천 서구	충북 음성군	...	
	9	7	8	21	28	31	33	9		
경기 시흥시	서울 구로구	서울 영등포구	인천 계양구	인천 남구	인천 남동구	인천 부평구	인천 서구	충북 괴산군	...	
	3	4	8	8	28	7	6	3		

〈표 4-55〉 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(예시)-지리적 접근성 분류

요양기관 보장기관	지역(시군구) 및 환자 수									
서울 강서구	인천 계양구	인천 남구	인천 남동구	인천 서구	경기 고양시	경기 김포시	경기 남양주시	경기 부천시	...	
	15	7	6	18	0	0	16	0		
경기 광명시	서울 구로구	서울 금천구	서울 동작구	서울 영등포구	인천 남구	인천 남동구	인천 부평구	인천 서구	...	
	0	0	0	0	5	4	4	3		
경기 부천시	서울 강서구	서울 구로구	서울 도봉구	인천 계양구	인천 남구	인천 부평구	인천 서구	충북 음성군	...	
	0	0	8	0	0	0	0	9		
경기 시흥시	서울 구로구	서울 영등포구	인천 계양구	인천 남구	인천 남동구	인천 부평구	인천 서구	충북 괴산군	...	
	3	4	8	0	0	7	6	3		

146 의료급여 사례관리 사업 효율적 관리 방안 연구

[그림 4-15] 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(분석 예시)

요양기관 보장기관	서울특별시 강남구	서울특별시 강동구	서울특별시 강북구	서울특별시 강서구	서울특별시 관악구	서울특별시 광진구	서울특별시 구로구	서울특별시 금천구	서울특별시 노원구	서울특별시 도봉구	서울특별시 동대문구	서울특별시 동작구	서울특별시 마포구	서울특별시 서대문구	서울특별시 서초구
경기도 고양시	1	1	5	3		4	4			9	4	2	2	3	1
경기도 과천시								1							
경기도 광명시		2		3	2	1	23	7		1		4		2	
경기도 부천시	1	2		9	3	2	7	6	3	8	6	6	1	2	
경기도 성남시	1	7		2		3	1		4	4	8	2			3
경기도 수원시	1	2	1			2	2	1		2	3	1		1	2
경기도 시흥시		1				1	3			1	2				
경기도 하남시	1	25				2	2	1		4	2				1
경기도 화성시	1			1	1	2	1	1	1	2	3	2		1	1
광주광역시 광산구		1								1				2	
광주광역시 남구	2	1													
광주광역시 동구			1												
광주광역시 북구				1						1	1		1		1
광주광역시 서구											1				
대전광역시 대덕구	1														
대전광역시 동구															
대전광역시 서구	1						1								1
대전광역시 유성구			1								1				1
대전광역시 중구		2				1					1				
세종특별자치시 세종시	1			1	1						1				
울산광역시 남구															
울산광역시 동구															
울산광역시 북구															
울산광역시 울주군				1											
울산광역시 중구							1								
인천광역시 강화군				1			2				1			1	
인천광역시 계양구		4		2			1	1		4	1	1		1	
인천광역시 남구	1	4	1	1		2	1				2			1	
인천광역시 남동구		2		1	1	1	1			1	4				2
인천광역시 동구											1				
인천광역시 부평구	1				1	2	4	3			2	1	1	1	1
인천광역시 서구		2	1	2		4	1			1	3			2	1

[그림 4-16] 180일 이상 관외 장기입원자의 보장기관 소재지별 이용 의료기관 소재지 현황(시군구)(분석 예시)-지리적 접근성 분류

보장기관	요양기관	서울특별시 강남구	서울특별시 강동구	서울특별시 강북구	서울특별시 강서구	서울특별시 관악구	서울특별시 광진구	서울특별시 구로구	서울특별시 금천구	서울특별시 노원구	서울특별시 도봉구	서울특별시 동대문구	서울특별시 동작구	서울특별시 마포구	서울특별시 서대문구	서울특별시 서초구
경기도 고양시		1	1	5			4	4			9	4	2			1
경기도 과천시																
경기도 광명시			2				1				1				2	
경기도 부천시		1	2			3	2		6	3	8	6	6	1	2	
경기도 성남시					2		3	1		4	4	8	2			
경기도 수원시		1	2	1			2	2	1		2	3	1		1	2
경기도 시흥시			1				1	3			1	2				
경기도 하남시							2	2	1		4	2				1
경기도 화성시		1			1	1	2	1	1	1	2	3	2		1	1
광주광역시 광산구			1								1				2	
광주광역시 남구		2	1													
광주광역시 동구				1												
광주광역시 북구					1						1	1		1		1
광주광역시 서구												1				
대전광역시 동구																
대전광역시 서구		1						1								1
대전광역시 유성구				1								1				1
대전광역시 중구			2				1					1				
세종특별자치시 세종시		1			1	1						1				
울산광역시 남구																
울산광역시 동구																
울산광역시 북구																
울산광역시 울주군					1											
울산광역시 중구								1								
인천광역시 강화군					1			2				1			1	
인천광역시 계양구			4		2			1	1		4	1	1		1	
인천광역시 남구		1	4	1	1		2	1				2			1	
인천광역시 남동구			2		1	1	1	1			1	4				2
인천광역시 동구												1				
인천광역시 부평구		1				1	2	4	3			2	1	1	1	1
인천광역시 서구			2	1	2		4	1			1	3			2	1
인천광역시 연수구			2													3
인천광역시 옹진군												1				
인천광역시 중구			1		1					1					1	

제 5 장

의료급여 사례관리 현황 분석

제1절 의료급여 사례관리 실적 분석

제2절 지역 유형별 사례관리 적정성 검토

제3절 사례관리 대상군 검토

5

의료급여 사례관리 현황 분석 <<

□ 본 장에서는 의료급여 사례관리의 현황과 문제점을 검토하여 향후 효율적 의료급여 사례관리 방안을 모색해 보고자 함.

- 사례관리 지역유형의 적정성 검토
- 대상군별 적정성 검토
- 대상군 선정기준 방안
- 관외 장기입원자 관리 방안을 위한 관외 지역 기준 마련 방안

제1절 의료급여 사례관리 실적 분석

1. 의료급여 사례관리 실적

□ 2016년 현재 의료급여 사례관리는 총 155,294건이 수행되었음.

○ 신규수급자 104,604건 > 고위험군 35,355건 > 장기입원군 10,382건 > 집중관리군 4,953건

〈표 5-1〉 의료급여 사례관리 건수(2016년)

단위: 건, %

구분	장기입원	고위험군	집중관리군	신규수급자	계
빈도	10,382	35,355	4,953	104,604	155,294
백분율	6.69	22.77	3.19	67.36	100.00

□ 사례관리가 이루어진 총 대상자 수는 총 152,294명임.

○ 사례관리가 1회 이상 이루어진 대상자 총 2,933명 중 사례관리가 당해 연도 2회 이루어진 대상자 수는 2,866명, 3회 이루어진 대상자 수는 67명임.

〈표 5-2〉 의료급여 사례관리 회수별 대상자 수(2016년)

단위: 건, %, 명

구분	사례관리 건수	백분율	사례관리 실인원
1회	149,361	96.18	149,361
2회	5,732	3.69	2,866
3회	201	0.13	67
계	155,294		152,294

□ 2016년도 의료급여 사례관리 수행된 대상자 중 의료이용 실적이 없었던 대상자는 399명이었음.

○ 이중 고위험군, 장기입원군 총 63명은 2015년 의료이용실적을 기준으로 사례관리 되었음.

○ 신규수급자 336명은 의료이용이 없었던 것으로 나타났음.

〈표 5-3〉 2016년 의료이용실적 없었던 대상자 수

단위: 명, %

구분	장기입원	고위험군	신규군
대상자 수	26	37	336
백분율	6.52	9.27	84.21

□ '16년도 의료이용실적이 있는 의료급여 대상자는 1,577,942명이었으며 이중 의료급여 사례관리가 이루어진 대상자는 전체 대상자의 약 9.63%인 151,895명이었음.

〈표 5-4〉 의료급여 대상자 대비 사례관리 대상자 수(2016년)

단위: 명, %

구분	대상자 수	백분율
사례관리 비대상자	1,426,047	90.37
사례관리 대상자	151,895	9.63
계	1,577,942	100

- 사례관리가 수행된 151,895명 중 약 2/3는 신규 수급자 관리였으며 고위험군 대상자는 34,747명(22.9%), 장기입원군 9,865명(6.5%), 집중관리군 4,768명(3.1%) 순 이었음.

〈표 5-5〉 대상군별 사례관리 수행실적(2016년)

단위: 명, %, %

구분	장기입원	고위험군	집중관리군	신규군	계
대상자 수	9,865	34,747	4,768	102,515	151,895
백분율	6.5	22.9	3.1	67.5	100
백분율(신규군 제외)	20.0	70.4	9.7		100

제2절 지역 유형별 사례관리 적정성 검토

□ 현행 의료급여 사례관리는 지역 특성에 따라 세 가지 지역유형으로 구분되며, 지역 유형에 따라 대상군별 목표 관리인원에 차등을 두고 있음.

○ 지역 및 수급권자 특성을 분석하여 다음의 지역유형 중에서 선정함.

〈표 5-6〉 사례관리 지역유형

구 분	내 용
입원 고위험 지역	상대적으로 입원 의료이용이 높고 입원 가능한 의료기관이 많은 지역
혼합지역	외래 의료이용과 입원 의료이용이 혼합되어 있는 지역
외래 고위험 지역	외래 의료이용이 높고 입원 의료이용이 낮은 지역

자료: 2018년 의료급여사례관리 업무 매뉴얼

○ 현행 사례관리 유형별 시군구 수는 입원 고위험 지역 50개, 혼합 110개, 외래 고위험 지역 70개로 나타남.

〈표 5-7〉 사례관리 지역유형

단위: 개, %

구분	입원	혼합	외래	계
빈도	50	110	70	230
백분율	21.74	47.83	30.43	100.0

주: 혼합지역 중 마산, 창원, 진주는 건보공단 데이터의 지역유형 분류 불가로 창원으로 통합하였음.

○ 지역 유형별·대상군별 전체 사례관리 대상자 수는 목표 대상자수 비율과 유사하게 수행함.

〈표 5-8〉 지역유형별 대상군별 사례관리 수행실적(2016년)

단위: 명, %

구분	장기입원	고위험군	집중관리군	신규수급자	합계
입원 고위험	3,171	5,009	868	18,525	27,573
	11.5	18.17	3.15	67.19	18.15
혼합	4,708	16,586	2,281	47,762	71,337
	6.6	23.25	3.2	66.95	46.96
외래 고위험	1,986	13,152	1,619	36,228	52,985
	3.75	24.82	3.06	68.37	34.88
합계	9,865	34,747	4,768	102,515	151,895
	6.49	22.88	3.14	67.49	100

○ 지역 유형별 사례관리 실적을 보면 평균 사례관리 대상자수, 의료급여 관리사 1인당 관리인원 수는 모두 외래 고위험 지역, 혼합 지역, 입원 고위험 지역 순으로 나타남.

- 의료급여 관리사는 지역의 전체 수급자수를 기준으로 배치하도록 하고 있으나 지역 유형 간 전체 수급권자 대비 사례관리 수는 다소 차이를 보고 있음.

〈표 5-9〉 지역유형별 사례관리 실적

단위: 개, 명, %

구분	입원	혼합	외래	전체
지역유형수	50	110	70	230
지역별 평균 의료급여 수급자 수 (A)	5,054	6,306	9,023	6,861
평균 사례관리 대상자 수 (B)	551	649	757	660
의료급여 관리사 수 (C)	1.9	2.1	2.4	2.1
전체 대상자 대비 사례관리 대상자 수 비율 (B/A)	12.9	12.6	11.1	12.2
관리사 1인당 전체 대상자 수 (A/C)	2,481	2,755	3,471	2,914
관리사 1인당 사례관리 대상자 수 (B/C)	290	295	316	300

- 지역 유형별 총진료비는 입원고위험지역, 혼합지역, 외래고위험지역 순이었으며, 평균 입원진료비 7,435,655원으로 외래나 약국진료비 보다 월등히 높음.

〈표 5-10〉 지역유형별 의료이용실적(시군구별 평균)

단위: 명, 일수, 원

구분	입원 고위험 지역	혼합지역	외래 고위험 지역	계
대상자수	252,700	693,616	631,626	1,577,942
진료일수	75	68	64	68
입원일수	104	88	77	87
외래방문일수	30	30	30	30
약국방문일수	17	17	17	17
총 진료비	4,176,880	3,895,667	3,607,087	3,825,188
입원진료비	8,024,407	7,539,745	7,027,258	7,435,655
외래진료비	1,121,204	1,175,203	1,209,759	1,180,616
약국진료비	726,583	717,765	694,536	709,797

□ 의료급여 사례관리 지역유형별에 따른 의료이용특성이 명확하지 않음.

- 지역유형별 의료이용행태는 사례관리 지역 유형구분과 차이를 보이고 있음.
- 혼합지역 23개 지역, 외래 고위험지역 5개 지역 및 입원 고위험지역은 입원일수 3사분위 기준일수(100.3일) 이상에 해당됨.
- 반면, 입원 고위험 지역 중 6개 지역(울산광역시 북구 등)은 평균 입원일수 89일 이하에 해당됨.
- 반대로 외래방문일수 3사분위 기준(31.8일) 이상인 62개 시군구 중 단 21개 시군구만이 외래 고위험 지역이었으며 13개 지역은 입원 고위험지역, 나머지 28개 지역은 혼합지역이었음.
- 외래 고위험 지역 중 평균 외래방문일수 29.5일 이하인 지역도 30개 지역이 해당됨.
 - 외래 고위험 지역 중 입원일수 평균인 89일 이상 지역도 14개 지역이 해당됨.

〈표 5-11〉 의료이용 실적 기준 값(시군구별 평균)

단위: 일수, 원

구분	평균	최소값	2분위 수	중간값	3분위 수	최대값
진료일수	69.5	43.3	61.7	68.4	77	106
입원일수	89	47.7	76.2	86.8	100.3	154
외래방문일수	29.5	19	27.2	29.7	31.8	38.9
약국방문일수	16.6	6.4	15.4	16.6	17.7	24.1
총진료비	3,912,674	2,923,287	3,562,451	3,860,349	4,206,286	5,526,558
입원진료비	7,470,663	4,557,747	6,910,624	7,482,452	7,950,284	10,120,094
외래진료비	1,149,100	830,643	1,070,328	1,142,447	1,216,505	1,621,013
약국진료비	716,081	494,193	670,173	722,350	760,331	924,815

〈표 5-12〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(1)

단위: 명, 일수

구분		수급자 수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
부산광역시	중구	2,894	75	113	31	17
	동구	7,747	77	98	33	18
	부산진구	15,168	76	103	32	18
	동래구	7,713	80	125	32	16
	해운대구	15,373	80	111	33	19
	금정구	9,169	77	109	31	18
	강서구	2,397	73	114	24	14
	연제구	7,366	73	108	30	17
대구광역시 중구		4,414	71	93	31	18
인천광역시 서구		12,398	62	83	26	15
울산광역시	중구	4,826	78	91	33	18
	남구	5,617	75	95	31	17
	동구	2,344	73	95	33	18
	북구	2,566	60	74	26	15
	울주군	3,459	94	141	28	15
경기도	동두천시	4,177	75	103	29	17
	의왕시	1,625	65	83	29	15
	안성시	6,295	56	84	22	15
	여주시	3,871	66	94	28	16
	연천군	2,159	62	74	27	16
	양평군	3,274	66	91	27	16
강원도 영월군		1,454	64	93	23	15
충청북도	보은군	1,738	88	109	31	19
	진천군	2,013	68	90	27	17
	단양군	1,555	62	102	24	15
충청남도 태안군		1,934	81	104	34	22

〈표 5-13〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(2)

단위: 명, 원

구분		수급자 수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
부산광역시	중구	2,894	4,398,747	9,552,332	1,155,102	773,609
	동구	7,747	4,342,082	8,282,387	1,199,762	822,810
	부산진구	15,168	4,384,058	8,727,891	1,226,797	806,992
	동래구	7,713	4,459,010	9,367,537	1,185,063	710,421
	해운대구	15,373	4,342,564	8,696,209	1,196,161	799,609
	금정구	9,169	4,018,187	8,227,519	1,111,710	716,129
	강서구	2,397	4,206,286	8,277,300	890,198	646,231
	연제구	7,366	3,946,593	8,731,421	1,070,598	698,273
대구광역시 중구		4,414	3,800,131	7,258,189	1,212,652	771,509
인천광역시 서구		12,398	3,513,514	7,263,486	1,010,918	597,772
울산광역시	중구	4,826	4,383,291	7,415,280	1,219,426	777,987
	남구	5,617	4,345,584	7,697,429	1,270,627	773,789
	동구	2,344	3,918,917	7,634,239	1,345,875	724,793
	북구	2,566	3,233,878	6,172,735	1,048,900	573,538
	울주군	3,459	5,170,904	9,324,207	1,135,163	649,067
경기도	동두천시	4,177	4,644,772	8,587,373	1,291,281	800,935
	의왕시	1,625	3,772,554	6,846,296	1,275,052	684,940
	안성시	6,295	3,232,469	7,185,303	867,449	621,225
	여주시	3,871	3,664,718	7,738,868	1,065,471	620,852
	연천군	2,159	3,791,722	6,951,973	1,119,253	791,442
	양평군	3,274	3,794,823	7,231,120	1,094,166	798,334
강원도 영월군		1,454	3,841,280	7,621,827	934,458	666,427
충청북도	보은군	1,738	4,710,756	7,676,253	1,204,481	721,666
	진천군	2,013	3,947,999	7,530,346	1,093,977	751,946
	단양군	1,555	3,562,451	7,758,375	937,295	699,452
충청남도 태안군		1,934	3,953,298	7,916,611	1,083,879	835,142

〈표 5-14〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(3)

단위: 명, 일수

구분		수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
전라 남도	광양시	3,474	64	76	28	15
	구례군	1,607	79	91	31	20
경상 북도	포항시	17,916	72	98	30	17
	경주시	9,159	77	104	31	17
	김천시	6,029	73	104	26	15
	상주시	4,189	71	97	27	16
	의성군	3,051	90	126	31	18
	청송군	1,394	68	106	23	14
	청도군	2,066	103	150	32	18
	성주군	2,040	83	130	30	17
	칠곡군	3,880	77	124	27	16
	예천군	2,338	81	118	28	16
	봉화군	1,751	67	101	22	14
경상 남도	진주시	11,515	71	105	27	16
	통영시	5,279	81	93	33	18
	사천시	4,964	86	106	32	17
	김해시	13,268	78	101	29	16
	밀양시	5,071	78	93	30	18
	양산시	8,242	79	128	28	15
	의령군	1,514	106	154	33	18
	함안군	2,559	81	119	26	16
	창녕군	2,834	97	127	32	19
	남해군	2,180	84	111	33	18
	거창군	2,834	70	99	27	17

〈표 5-15〉 지역 유형별 의료이용특성 - 입원 고위험 지역(4)

단위: 명, 일수

구분		수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
전라 남도	광양시	3,474	3,478,439	5,986,861	1,167,770	608,066
	구례군	1,607	4,279,388	7,358,684	1,066,378	809,228
경상 북도	포항시	17,916	4,116,278	8,325,643	1,096,936	719,234
	경주시	9,159	4,184,873	7,773,299	1,139,494	733,000
	김천시	6,029	4,217,589	7,598,533	1,011,064	772,327
	상주시	4,189	4,166,920	7,504,051	1,201,255	741,806
	의성군	3,051	4,786,686	8,559,780	1,085,907	803,210
	청송군	1,394	3,875,079	7,339,804	839,955	780,619
	청도군	2,066	5,315,180	9,202,564	1,194,920	814,156
	성주군	2,040	4,502,880	9,394,611	1,157,417	633,161
	칠곡군	3,880	4,055,357	7,993,589	1,057,747	727,585
	예천군	2,338	4,662,050	8,950,456	1,054,583	723,019
	봉화군	1,751	3,964,442	7,788,507	830,643	636,176
경상 남도	진주시	11,515	3,812,273	7,621,110	1,041,869	643,257
	통영시	5,279	4,346,416	7,170,780	1,193,261	783,043
	사천시	4,964	4,907,870	7,436,096	1,436,924	777,919
	김해시	13,268	4,354,256	7,474,689	1,109,868	722,251
	밀양시	5,071	4,102,973	7,055,952	1,031,720	719,043
	양산시	8,242	4,297,815	9,081,137	1,054,331	670,659
	의령군	1,514	5,526,558	10,120,094	992,937	744,686
	함안군	2,559	4,880,057	8,800,043	1,221,417	755,304
	창녕군	2,834	5,279,637	8,752,492	1,145,365	725,225
	남해군	2,180	4,241,970	7,798,354	1,027,044	733,241
	거창군	2,834	3,773,576	7,366,450	1,030,256	698,463

〈표 5-16〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(1)

단위: 명, 일수

구분		수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
서울특별시	중구	4,015	68	83	31	17
	용산구	5,952	63	70	29	17
	광진구	6,667	63	70	32	17
	동대문구	11,348	66	75	31	17
	성북구	12,499	59	69	29	16
	도봉구	8,931	59	70	29	16
	마포구	7,901	58	71	30	16
	구로구	8,133	62	76	30	16
	영등포구	8,492	63	81	28	16
	서초구	4,711	53	73	27	13
	강남구	11,545	60	90	29	15
	송파구	8,535	58	80	29	15
	강동구	9,445	58	69	30	15
부산광역시	서구	7,482	81	107	33	18
	영도구	9,727	85	94	37	20
	남구	8,547	80	113	34	18
	사하구	14,668	79	102	32	18
	수영구	5,679	70	90	31	17
	사상구	11,673	76	107	31	17
	기장군	5,301	69	91	29	17
대구광역시	서구	11,166	75	95	34	18
	남구	11,392	68	88	31	17
	북구	14,984	71	99	32	17
인천광역시	동구	2,913	76	76	36	20
	남구	13,822	64	71	30	17
	계양구	7,699	64	80	29	15
광주광역시	동구	8,100	68	90	28	16
	광산구	15,305	58	70	26	14
세종특별자치시		4,086	75	111	29	18

〈표 5-17〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(2)

단위: 명, 원

구분		수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
서울특별시	중구	4,015	4,325,399	8,148,523	1,308,030	821,122
	용산구	5,952	4,023,940	7,592,849	1,306,262	781,153
	광진구	6,667	3,559,194	6,979,814	1,327,857	705,738
	동대문구	11,348	4,433,835	8,200,970	1,621,013	819,361
	성북구	12,499	3,404,500	7,335,035	1,181,038	716,207
	도봉구	8,931	3,339,815	6,575,377	1,205,692	714,067
	마포구	7,901	3,389,191	7,442,576	1,231,374	686,902
	구로구	8,133	3,582,749	7,726,380	1,182,219	693,171
	영등포구	8,492	3,935,913	7,975,393	1,171,889	735,893
	서초구	4,711	3,395,264	7,748,466	1,337,977	596,483
	강남구	11,545	3,508,564	7,950,674	1,244,754	667,606
	송파구	8,535	3,353,901	7,827,333	1,186,894	636,366
	강동구	9,445	3,437,543	7,219,317	1,275,765	623,325
부산광역시	서구	7,482	4,455,948	8,296,197	1,152,583	779,482
	영도구	9,727	5,136,468	8,707,760	1,454,275	924,815
	남구	8,547	4,441,990	9,045,488	1,242,835	758,248
	사하구	14,668	4,254,218	7,979,943	1,166,110	761,666
	수영구	5,679	3,900,036	7,950,284	1,187,880	727,594
	사상구	11,673	4,209,476	8,282,796	1,174,629	728,097
	기장군	5,301	3,861,555	7,660,361	1,127,134	741,222
대구광역시	서구	11,166	3,919,889	7,775,512	1,198,134	735,173
	남구	11,392	3,505,484	7,025,300	1,219,168	692,035
	북구	14,984	3,643,935	7,614,366	1,175,214	665,556
인천광역시	동구	2,913	4,196,580	7,740,674	1,197,554	814,846
	남구	13,822	3,786,174	7,253,215	1,193,885	708,985
	계양구	7,699	3,801,311	7,499,220	1,162,948	625,573
광주광역시	동구	8,100	3,509,452	6,896,229	999,927	600,264
	광산구	15,305	3,130,892	5,873,453	958,754	584,555
세종특별자치시		4,086	4,018,349	8,390,106	1,079,167	662,247

〈표 5-18〉 지역 유형별 의료이용특성 - 혼합 지역(3)

단위: 명, 일수

	구분	수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
경기도	의정부시	12,150	59	62	28	16
	안양시	9,492	63	85	29	16
	부천시	16,555	71	82	32	17
	평택시	9,918	69	83	30	19
	안산시	18,171	67	82	29	16
	고양시	18,176	58	81	27	15
	과천시	942	53	76	25	13
	구리시	4,397	63	72	30	16
	남양주시	12,149	61	79	28	16
	시흥시	7,576	59	76	27	15
	하남시	2,952	66	79	32	17
	파주시	9,709	63	80	27	16
	이천시	4,308	65	91	27	16
	김포시	6,336	58	64	27	16
	광주시	4,525	57	86	26	14
	양주시	5,057	57	78	25	15
강원도	강릉시	8,513	55	70	25	14
	동해시	3,715	69	80	30	18
	홍천군	2,271	60	84	24	14
	평창군	1,493	53	86	23	11
	철원군	1,931	67	91	27	16
	화천군	1,367	52	65	22	13
	양구군	1,195	55	53	25	15
	인제군	1,331	53	62	24	14
충청북도	충주시	8,083	62	80	27	16
	제천시	6,059	66	82	29	17
	괴산군	2,070	71	85	27	16
충청남도	천안시	12,111	65	99	25	14
	공주시	4,934	72	117	27	16
	아산시	7,660	68	85	28	17
	서산시	3,676	67	81	29	18

〈표 5-19〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(4)

단위: 명, 원

	구분	수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
경기도	의정부시	12,150	3,586,835	6,352,463	1,234,501	758,971
	안양시	9,492	3,721,917	7,726,335	1,235,058	696,233
	부천시	16,555	4,432,083	7,744,505	1,553,886	777,614
	평택시	9,918	3,710,281	6,970,558	1,132,376	733,675
	안산시	18,171	3,903,723	7,395,513	1,192,886	696,048
	고양시	18,176	3,621,364	7,990,340	1,157,243	718,861
	과천시	942	3,158,070	7,216,110	1,003,924	709,812
	구리시	4,397	3,704,972	7,109,769	1,200,840	748,772
	남양주시	12,149	3,632,971	7,252,691	1,188,943	720,657
	시흥시	7,576	3,614,761	7,292,729	1,157,469	625,065
	하남시	2,952	3,872,169	7,612,464	1,386,563	729,339
	파주시	9,709	3,904,134	7,482,383	1,132,901	773,628
	이천시	4,308	3,720,207	7,607,546	1,078,413	698,261
	김포시	6,336	3,476,891	6,280,163	1,198,356	675,125
	광주시	4,525	3,327,260	7,596,745	1,063,828	658,177
	양주시	5,057	3,375,999	6,648,852	1,061,207	716,574
강원도	강릉시	8,513	3,221,567	6,290,921	1,066,639	678,823
	동해시	3,715	3,845,775	6,666,527	1,114,676	859,024
	홍천군	2,271	3,626,712	7,167,667	970,541	677,484
	평창군	1,493	3,231,029	7,361,261	933,628	600,933
	철원군	1,931	3,988,363	8,045,213	1,008,069	705,943
	화천군	1,367	3,252,111	5,975,560	852,407	840,656
	양구군	1,195	3,345,545	5,118,342	1,055,619	824,453
	인제군	1,331	3,145,131	5,799,181	930,008	716,150
충청북도	충주시	8,083	3,436,956	6,929,354	1,101,923	684,021
	제천시	6,059	3,627,876	7,009,923	1,140,396	683,899
	괴산군	2,070	4,146,893	6,874,864	1,148,886	697,052
충청남도	천안시	12,111	3,879,057	8,161,671	1,050,627	633,414
	공주시	4,934	4,220,051	9,374,566	1,098,011	698,016
	아산시	7,660	3,841,669	7,039,546	1,137,869	685,151
	서산시	3,676	3,633,044	6,733,969	1,099,450	753,497

〈표 5-20〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(5)

단위: 명, 일수

	구분	수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
충청남도	논산시	7,270	74	88	31	19
	계룡시	482	58	90	26	15
	당진시	2,610	71	85	29	17
	금산군	2,294	92	111	39	24
	부여군	3,580	80	116	31	18
	청양군	1,097	71	95	28	18
	예산군	2,862	70	83	30	18
전라북도	전주시	16,937	64	81	28	15
	군산시	13,522	68	69	32	19
	정읍시	8,248	78	88	33	20
	김제시	7,760	85	101	35	21
	완주군	4,640	73	103	30	16
	무주군	1,299	70	86	32	20
	임실군	1,841	81	109	33	19
	순창군	1,479	80	110	33	17
	고창군	3,029	89	112	33	18
	부안군	3,241	90	92	37	21
전라남도	여수시	11,636	74	82	33	18
	순천시	8,033	68	93	27	15
	나주시	5,159	80	109	31	19
	담양군	2,253	78	103	31	18
	곡성군	1,902	80	103	34	19
	고흥군	4,168	81	91	33	17
	보성군	2,607	77	100	29	18
	화순군	3,341	72	100	26	15
	장흥군	2,759	75	79	33	17
	영암군	2,394	77	91	34	18
	무안군	2,776	76	90	33	16
	함평군	1,993	71	80	31	17
	장성군	2,709	77	81	31	18
	진도군	2,239	76	81	33	17
	신안군	2,189	78	100	31	15

〈표 5-21〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(6)

단위: 명, 원

	구분	수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
충청남도	논산시	7,270	4,164,025	7,480,840	1,130,973	753,230
	계룡시	482	3,094,542	7,787,646	984,698	565,317
	당진시	2,610	3,832,772	6,626,152	1,106,324	741,972
	금산군	2,294	4,908,688	8,952,111	1,576,704	801,152
	부여군	3,580	4,261,787	8,463,815	1,115,065	749,931
	청양군	1,097	3,876,114	7,510,340	967,710	768,803
	예산군	2,862	3,995,679	7,512,385	1,251,484	739,788
전라북도	전주시	16,937	3,430,897	6,575,716	1,010,433	652,318
	군산시	13,522	3,752,412	6,659,879	1,181,002	835,387
	정읍시	8,248	4,033,297	6,942,444	1,122,838	751,693
	김제시	7,760	4,500,074	7,911,682	1,215,222	886,423
	완주군	4,640	4,166,157	8,032,604	1,199,161	721,639
	무주군	1,299	3,585,881	7,299,468	1,102,948	762,497
	임실군	1,841	4,282,980	8,227,276	1,158,072	789,454
	순창군	1,479	4,149,728	7,738,705	1,161,256	732,590
	고창군	3,029	5,103,335	8,977,313	1,192,644	700,396
	부안군	3,241	5,152,393	7,997,466	1,257,623	918,793
전라남도	여수시	11,636	4,040,633	6,729,313	1,235,764	722,678
	순천시	8,033	3,873,966	7,323,620	1,052,974	627,453
	나주시	5,159	4,243,749	7,962,390	1,138,699	787,890
	담양군	2,253	4,016,229	7,476,666	1,116,368	735,182
	곡성군	1,902	4,078,032	7,793,506	1,142,998	727,512
	고흥군	4,168	4,830,054	7,662,666	1,234,946	812,706
	보성군	2,607	4,064,488	7,482,522	969,290	723,175
	화순군	3,341	4,149,062	7,375,856	1,097,931	647,537
	장흥군	2,759	3,846,889	6,183,552	1,016,731	759,885
	영암군	2,394	4,157,837	7,619,394	1,136,447	722,449
	무안군	2,776	4,228,503	7,591,784	1,135,263	716,097
	함평군	1,993	3,887,393	6,707,252	1,045,260	813,634
	장성군	2,709	4,320,308	6,621,722	1,183,690	754,434
	진도군	2,239	4,036,659	6,697,082	1,078,384	732,994
	신안군	2,189	4,642,317	8,402,828	998,563	801,384

〈표 5-22〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(7)

단위: 명, 일수

구분		수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
경상북도	안동시	8,465	70	109	25	14
	구미시	7,857	69	98	29	17
	영주시	6,065	69	96	27	16
	영천시	6,003	77	121	30	18
	문경시	3,637	71	85	30	18
	경산시	8,262	72	97	31	18
	군위군	1,146	64	94	27	14
	영양군	1,258	57	70	20	11
	영덕군	2,361	80	116	31	17
	고령군	1,740	66	87	27	16
	울진군	2,902	77	99	30	19
	울릉군	272	43	73	19	6
경상남도	거제시	3,198	81	118	28	15
	창원시	23,217	82	112	30	17
	고성군	2,357	78	99	29	15
	하동군	2,433	80	113	31	15
	산청군	2,032	74	98	32	16
	합천군	2,522	90	129	30	18

〈표 5-23〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 혼합 지역(8)

단위: 명, 원

	구분	수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
경 상 북 도	안동시	8,465	4,169,411	8,210,021	1,013,823	669,207
	구미시	7,857	3,670,688	7,430,217	1,216,505	652,381
	영주시	6,065	3,922,608	7,770,301	995,511	723,305
	영천시	6,003	4,010,596	8,523,957	1,090,343	742,652
	문경시	3,637	3,958,591	7,039,370	1,268,568	707,070
	경산시	8,262	3,766,121	7,522,527	1,172,124	724,615
	군위군	1,146	3,772,074	7,634,012	1,097,804	730,825
	영양군	1,258	3,880,350	6,067,071	836,454	764,262
	영덕군	2,361	4,666,389	9,424,863	1,181,914	755,974
	고령군	1,740	3,675,646	6,947,450	976,242	743,434
	울진군	2,902	4,177,909	7,622,833	1,070,560	813,643
	울릉군	272	3,859,168	8,780,103	1,060,017	494,193
경 상 남 도	거제시	3,198	4,708,146	8,695,238	1,118,902	621,595
	창원시	23,217	4,704,945	8,740,995	1,170,410	720,581
	고성군	2,357	5,333,115	8,961,099	1,489,487	591,468
	하동군	2,433	4,077,312	7,772,098	1,070,328	609,377
	산청군	2,032	3,861,530	7,051,850	1,102,559	752,208
	합천군	2,522	4,533,214	8,277,219	1,005,855	772,574

〈표 5-24〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(1)

단위: 명, 일수

구분		수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
서울특별시	종로구	4,440	60	82	26	14
	성동구	7,211	60	64	30	16
	중랑구	13,190	66	66	33	18
	강북구	14,374	63	61	33	18
	노원구	24,564	60	62	31	17
	은평구	16,670	61	79	29	16
	서대문구	6,844	60	73	30	16
	양천구	10,297	59	64	30	16
	시강서구	20,248	65	71	33	17
	금천구	9,192	63	62	32	18
	동작구	8,294	60	77	29	15
	관악구	12,759	60	66	31	16
부산광역시 북구		16,485	73	95	32	17
대구광역시	동구	16,309	76	98	34	19
	수성구	17,271	63	84	31	17
	달서구	23,786	71	95	32	18
	달성군	7,367	70	106	28	16
인천광역시	중구	4,258	61	63	28	16
	연수구	8,972	58	66	29	15
	남동구	18,670	63	69	31	17
	부평구	21,653	62	71	31	17
	강화군	3,282	56	76	24	15
	옹진군	397	59	94	22	10
광주광역시	서구	14,782	58	70	26	15
	남구	11,339	56	78	25	14
	북구	23,800	63	72	30	15
대전광역시	동구	14,134	74	84	37	20
	중구	11,115	67	88	32	17
	서구	13,787	62	73	31	16
	유성구	5,635	60	77	29	16
	대덕구	8,409	66	73	32	18
경기도	수원시	17,870	67	89	30	16
	성남시	19,570	65	76	32	17
	광명시	6,162	64	75	31	17
	오산시	2,987	64	95	26	15
	군포시	4,939	70	84	32	18

〈표 5-25〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(2)

단위: 명, 원

구분		수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
서울특별시	종로구	3,944,122	4,052,903	7,998,988	1,174,228	802,099
	성동구	3,678,417	3,655,138	7,307,319	1,303,218	732,399
	중랑구	3,673,822	4,013,580	7,712,018	1,336,972	797,567
	강북구	3,774,170	3,469,692	6,469,526	1,290,804	760,331
	노원구	4,029,006	3,449,708	6,619,337	1,280,449	771,741
	은평구	4,043,434	3,609,770	8,288,343	1,134,479	690,272
	서대문구	3,622,475	3,587,829	7,578,151	1,285,371	692,931
	양천구	3,646,076	3,354,580	6,850,903	1,183,643	651,618
	시강서구	3,654,126	3,810,140	7,431,089	1,465,093	766,422
	금천구	3,427,276	3,517,627	6,318,562	1,335,282	731,490
	동작구	3,418,120	3,437,782	7,208,895	1,179,658	673,205
	관악구	3,657,629	3,499,406	6,740,864	1,317,673	692,200
부산광역시 북구		3,365,350	4,010,075	7,869,085	1,278,841	756,339
대구광역시	동구	3,615,610	4,027,971	7,699,689	1,293,779	829,446
	수성구	3,518,310	3,214,438	7,071,331	1,148,310	627,454
	달서구	3,442,927	3,606,437	7,241,707	1,257,054	701,824
	달성군	3,431,986	3,849,042	7,774,970	1,141,896	611,516
인천광역시	중구	2,923,287	3,740,444	6,796,089	1,096,309	746,022
	연수구	3,464,259	3,334,431	6,846,485	1,141,381	643,626
	남동구	4,365,152	3,513,161	6,650,677	1,233,254	701,370
	부평구	4,293,753	3,476,691	7,089,938	1,167,348	699,322
	강화군	3,746,515	3,285,212	7,353,869	900,321	661,132
	옹진군	3,202,301	4,372,028	9,437,977	834,258	673,908
광주광역시	서구	3,565,092	3,100,469	5,933,084	1,011,013	589,278
	남구	4,435,879	3,014,217	6,530,020	926,807	518,086
	북구	3,825,984	3,423,700	6,257,507	1,159,849	616,949
대전광역시	동구	3,221,649	3,801,308	7,529,166	1,374,845	746,870
	중구	3,565,961	3,678,369	7,993,089	1,267,822	654,035
	서구	3,566,263	3,362,452	6,734,273	1,334,232	628,006
	유성구	4,428,539	3,341,501	7,007,452	1,303,969	568,593
	대덕구	3,519,816	3,511,476	6,937,422	1,209,511	666,577
경기도	수원시	4,394,213	3,944,122	7,819,347	1,291,034	695,964
	성남시	4,172,138	3,678,417	6,963,543	1,321,522	734,403
	광명시	4,652,923	3,673,822	7,518,292	1,250,895	722,964
	오산시	4,309,000	3,774,170	7,567,744	1,076,697	730,051
	군포시	4,193,000	4,029,006	7,751,892	1,338,443	762,628

〈표 5-26〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(3)

단위: 명, 일수

	구분	수급자수	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수
경기도	용인시	7,197	64	97	26	14
	화성시	6,574	60	87	25	14
	포천시	5,178	61	78	26	16
	가평군	3,650	59	69	28	16
강원도	춘천시	12,569	58	67	25	15
	원주시	11,585	58	72	27	14
	태백시	1,874	63	76	28	17
	속초시	4,701	62	61	30	17
	삼척시	3,536	64	72	29	16
	횡성군	1,678	64	70	28	16
	정선군	1,491	54	79	23	12
	고성군	1,432	60	64	28	17
	양양군	1,508	54	57	26	16
충청북도	청주시	20,988	63	78	29	16
	옥천군	2,361	78	103	33	18
	영동군	2,248	78	96	33	19
	음성군	4,713	61	86	26	15
	증평군	1,028	62	48	30	20
충청남도	보령시	4,949	72	85	32	18
	서천군	2,748	88	105	37	21
	홍성군	3,099	71	107	28	18
전라북도	전주시	10,195	60	88	26	14
	익산시	16,500	66	77	30	18
	남원시	5,872	74	84	34	20
	진안군	1,509	87	99	38	23
	장수군	1,468	69	84	31	18
전라남도	목포시	12,526	73	77	31	17
	강진군	2,221	72	77	29	17
	해남군	4,271	78	79	32	16
	영광군	3,651	79	76	36	18
	완도군	2,635	78	79	35	17
경상남도 함양군		1,983	77	105	32	21
제주특별자치도	제주시	15,694	58	60	29	15
	서귀포시	6,932	61	61	31	16

〈표 5-27〉 지역 유형별 의료이용 특성 - 외래 고위험 지역(4)

단위: 명, 원

	구분	수급자수	총 진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
경기도	용인시	7,197	4,043,434	8,151,810	1,214,052	670,173
	화성시	6,574	3,622,475	7,655,412	1,125,628	623,515
	포천시	5,178	3,646,076	6,910,624	1,120,815	691,144
	가평군	3,650	3,654,126	5,912,227	1,357,034	712,022
강원도	춘천시	12,569	3,427,276	6,078,648	1,052,057	731,943
	원주시	11,585	3,418,120	6,679,135	1,121,334	635,319
	태백시	1,874	3,657,629	7,282,317	1,082,828	657,169
	속초시	4,701	3,365,350	6,227,621	1,108,742	756,788
	삼척시	3,536	3,615,610	6,444,031	1,040,575	764,032
	횡성군	1,678	3,518,310	5,933,226	1,082,556	729,904
	정선군	1,491	3,442,927	7,426,386	930,561	612,570
	고성군	1,432	3,431,986	6,694,321	1,032,690	732,849
	양양군	1,508	2,923,287	5,541,023	978,291	709,600
충청북도	청주시	20,988	3,464,259	6,811,001	1,174,362	614,251
	옥천군	2,361	4,365,152	7,962,357	1,397,021	574,451
	영동군	2,248	4,293,753	7,729,916	1,335,708	674,755
	음성군	4,713	3,746,515	6,916,245	1,270,647	611,160
	증평군	1,028	3,202,301	4,557,747	1,154,659	766,103
충청남도	보령시	4,949	3,565,092	6,827,932	1,092,944	668,323
	서천군	2,748	4,435,879	7,839,170	1,186,862	829,661
	홍성군	3,099	3,825,984	8,235,367	1,024,879	687,738
전라북도	전주시	10,195	3,221,649	7,208,661	986,088	535,815
	익산시	16,500	3,565,961	6,806,084	1,140,866	759,775
	남원시	5,872	3,566,263	6,570,807	1,172,683	719,423
	진안군	1,509	4,428,539	7,830,887	1,385,632	853,591
	장수군	1,468	3,519,816	6,819,687	1,134,402	753,387
전라남도	목포시	12,526	4,394,213	7,218,480	1,205,969	724,563
	강진군	2,221	4,172,138	6,398,586	1,103,119	800,707
	해남군	4,271	4,652,923	6,833,078	1,263,869	615,639
	영광군	3,651	4,309,000	6,426,668	1,286,239	806,024
	완도군	2,635	4,193,000	6,702,592	1,098,667	840,528
경상남도 함양군		1,983	3,617,228	7,444,679	1,105,532	702,838
제주특별자치도	제주시	15,694	3,234,987	6,060,093	1,118,832	632,695
	서귀포시	6,932	3,521,721	6,752,343	1,112,932	713,181

□ 지역 유형에 따른 사례관리 대상자 군별 사례관리 목표 대상자 수 기준을 두고 있으나 지역 유형별로 목표 관리인원 수에 차이를 보임.

○ 지역 유형별 의료급여 사례관리 목표 대상자 수는 총 300명으로 이 중 장기입원자와 고위험군으로 90명을 관리하도록 하고 있으며 지역 유형별도 관리 대상군별 목표 관리인원을 설정하고 있음.

〈표 5-28〉 연간 의료급여 관리사 1인당 사례관리 대상자 수

지역 구분	입원 고위험	혼합	외래 고위험
(A) 장기입원	30~40명	15~25명	5~15명
(B) 고위험군	50~60명	65~75명	75~85명
(C) 집중관리군	10명	10명	10명
신규 수급권자	전수관리(200명)	전수관리(200명)	전수관리(200명)
총 계	300명	300명	300명

주1: A+B 총합 90명 관리

주2: 신규 수급권자 200명 이하 지자체의 경우 해당 인원만 관리

자료: 2017 의료급여 사례관리 업무 매뉴얼

- 입원 고위험 지역 50개 지역 중 23개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족
- 혼합 지역 110개 지역 중 39개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족
- 외래 고위험 지역 70개 지역 중 26개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족

□ 의료급여 관리사 1인당 관리인원의 편차가 큼.

○ 의료급여 관리사 1인당 사례관리인원은 평균 300.1명이었으나 지역별로 최고 584명(경기도 파주)에서 최저 93명(경북 용진)로 편차가 큼.

- 사례관리 인원 200명 미만 지역은 17개, 400명 이상 지역은 21개임.

○ 신규 수급권자를 제외하고 장기입원자와 고위험군 사례관리인원만 비교 시 지

역별로 최고 153명(경남 함안)에서 최저 8명(전남구례)¹⁰⁾으로 나타남.

- 사례관리 인원 70명 이하 지역은 16개(서울 노원구 등), 100명 이상 지역은 33개임.

○ 신규 수급자 관리인원도 최고 482명(경기 파주)에서 최저 41명(인천 옹진)으로 나타남.

〈표 5-29〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	부산광역시							
	중구	동구	부산진구	동래구	해운대구	금정구	강서구	연제구
수급자수(A)	2,894	7,747	15,168	7,713	15,373	9,169	2,397	7,366
사례관리 대상자 수(B)	611	713	1,063	920	959	941	529	688
B/A	21.1	9.2	7	11.9	6.2	10.3	22.1	9.3
관리사 수	2	2	3	3	3	3	2	2
장기입원	30	44	44	37	34	27	41	40
고위험군	59	52	62	53	60	61	50	48
집중관리군	10	11	10	9	11	10	10	10
신규 수급권자	207	250	239	208	214	215	165	248
장기+고위험군	89	96	106	89	95	88	90	87
관리사 1인당 대상자 수	306	357	354	307	320	314	265	344
구분	대구광역시 중구	인천광역시 서구	울산광역시					경기도 동두천시
			중구	남구	동구	북구	울주군	
수급자수(A)	4,414	12,398	4,826	5,617	2,344	2,566	3,459	4,177
사례관리 대상자 수(B)	573	1,086	612	681	461	265	558	580
B/A	13	8.8	12.7	12.1	19.7	10.3	16.1	13.9
관리사 수	2	2	2	2	2	1	2	2
장기입원	33	56	34	35	24	33	37	30
고위험군	57	50	57	65	46	50	37	59
집중관리군	10	10	10	9	5	10	10	10
신규 수급권자	187	428	205	233	156	172	196	191
장기+고위험군	90	106	91	100	70	83	73	89
관리사 1인당 대상자 수	287	543	306	341	231	265	279	290

10) 사례관리 실적이 낮은 일부 지역은 의료급여 관리사의 퇴직, 휴직 등 일시적 요인에 기인

〈표 5-30〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	경기도						강원도 영월군	충청 북도 보은군
	의왕시	안성시	여주시	여주시	연천군	양평군		
수급자수(A)	1,625	6,295	3,871	3,871	2,159	3,274	1,454	1,738
사례관리 대상자 수(B)	261	566	589	589	302	510	242	280
B/A	16.1	9	15.2	15.2	14	15.6	16.6	16.1
관리사 수	1	2	2	2	1	2	1	1
장기입원	38	42	30	30	23	28	27	42
고위험군	50	50	86	86	54	57	60	51
집중관리군	10	10	10	10	10	10	10	10
신규 수급권자	163	182	169	169	215	160	145	177
장기+고위험군	88	91	116	116	77	85	87	93
관리사 1인당 대상자 수	261	283	295	295	302	255	242	280
구분	충청북도		충청 남도 태안군	전라남도		경상북도		
	진천군	단양군		광양시	구례군	포항시	경주시	김천시
수급자수(A)	2,013	1,555	1,934	3,474	1,607	17,916	9,159	6,029
사례관리 대상자 수(B)	301	273	284	473	152	1,377	909	694
B/A	15	17.6	14.7	13.6	9.5	7.7	9.9	11.5
관리사 수	1	1	1	2	1	5	3	2
장기입원	38	30	30	29	3	35	51	28
고위험군	51	60	60	49	5	40	57	84
집중관리군	10	10	10	9		8	10	16
신규 수급권자	202	173	184	151	144	192	186	220
장기+고위험군	89	90	90	77	8	75	108	112
관리사 1인당 대상자 수	301	273	284	237	152	275	303	347
구분	경상북도							
	상주시	의성군	청송군	청도군	성주군	칠곡군	예천군	봉화군
수급자수(A)	4,189	3,051	1,394	2,066	2,040	3,880	2,338	1,751
사례관리 대상자 수(B)	595	273	172	345	255	425	246	240
B/A	14.2	8.9	12.3	16.7	12.5	11	10.5	13.7
관리사 수	2	2	1	2	1	2	1	1
장기입원	38	10	8	30	9	24	31	34
고위험군	49	29	56	58	45	40	59	56
집중관리군	10	5	10	9	9	9	10	9
신규 수급권자	201	93	98	76	192	140	146	141
장기+고위험군	87	39	64	88	54	64	90	90
관리사 1인당 대상자 수	298	137	172	173	255	213	246	240

〈표 5-31〉 입원 고위험 지역 의료급여 관리사 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	경상남도					
	진주시	통영시	사천시	김해시	밀양시	양산시
수급자수(A)	11,515	5,279	4,964	13,268	5,071	8,242
사례관리 대상자 수(B)	958	586	669	1,134	577	856
B/A	8.3	11.1	13.5	8.5	11.4	10.4
관리사 수	3	2	2	3	2	2
장기입원	36	30	42	46	32	40
고위험군	57	60	60	50	58	49
집중관리군	11	10	5	10	5	10
신규 수급권자	216	194	229	272	194	330
장기+고위험군	93	90	101	96	90	89
관리사 1인당 대상자 수	319	293	335	378	289	428

구분	경상남도					
	의령군	함안군	창녕군	남해군	거창군	
수급자수(A)	1,514	2,559	2,834	2,180	2,834	
사례관리 대상자 수(B)	243	504	265	265	512	
B/A	16.1	19.7	9.4	12.2	18.1	
관리사 수	1	1	1	1	2	
장기입원	32	59	32	29	35	
고위험군	58	94	56	60	39	
집중관리군	10	19	10	9	6	
신규 수급권자	143	332	167	167	177	
장기+고위험군	90	153	88	89	74	
관리사 1인당 대상자 수	243	504	265	265	256	

〈표 5-32〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	서울특별시							
	중구	용산구	광진구	동대문구	성북구	도봉구	마포구	구로구
수급자수(A)	4,015	5,952	6,667	11,348	12,499	8,931	7,901	8,133
사례관리 대상자 수(B)	423	319	616	769	968	630	633	624
B/A	10.5	5.4	9.2	6.8	7.7	7.1	8	7.7
관리사 수	1	1	2	2	3	2	2	2
장기입원	19	12	20	18	23	26	17	25
고위험군	73	68	75	79	67	66	73	70
집중관리군	9	10	10	10	10	10	8	10
신규 수급권자	322	229	203	278	223	215	219	208
장기+고위험군	92	80	95	97	90	91	90	95
관리사 1인당 대상자 수	423	319	308	385	323	315	317	312
구분	서울특별시					부산광역시		
	영등포구	서초구	강남구	송파구	강동구	서구	영도구	남구
수급자수(A)	8,492	4,711	11,545	8,535	9,445	7,482	9,727	8,547
사례관리 대상자 수(B)	624	323	869	590	945	759	888	962
B/A	7.3	6.9	7.5	6.9	10	10.1	9.1	11.3
관리사 수	2	1	3	2	2	2	3	3
장기입원	27	15	15	18	30	30	14	14
고위험군	62	78	75	79	68	70	75	77
집중관리군	10	10	10	10	10	10	10	10
신규 수급권자	214	220	189	189	365	271	197	220
장기+고위험군	89	93	90	97	98	99	89	91
관리사 1인당 대상자 수	312	323	290	295	473	380	296	321
구분	부산광역시				대구광역시			인천광역시 동구
	사하구	수영구	사상구	기장군	서구	남구	북구	
수급자수(A)	14,668	5,679	11,673	5,301	11,166	11,392	14,984	2,913
사례관리 대상자 수(B)	1,368	798	989	584	1,014	956	962	305
B/A	9.3	14.1	8.5	11	9.1	8.4	6.4	10.5
관리사 수	4	2	3	2	3	3	3	1
장기입원	22	30	20	15	15	19	17	21
고위험군	73	74	88	76	75	74	76	75
집중관리군	10	10	10	10	8	10	10	9
신규 수급권자	237	286	212	191	239	215	218	200
장기+고위험군	95	104	108	91	90	94	93	96
관리사 1인당 대상자 수	342	399	330	292	338	319	321	305

〈표 5-33〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	인천광역시		광주광역시		세종특별자치시	경기도		
	남구	계양구	동구	광산구		의정부시	안양시	부천시
수급자수(A)	13,822	7,699	8,100	15,305	4,086	12,150	9,492	16,555
사례관리 대상자 수(B)	1,080	973	604	902	451	1,075	904	1,533
B/A	7.8	12.6	7.5	5.9	11	8.8	9.5	9.3
관리사 수	3	2	2	3	2	3	3	4
장기입원	16	11	30	15	18	26	26	37
고위험군	83	50	58	74	68	65	66	81
집중관리군	10	8	9	10	9	9	10	12
신규 수급권자	251	419	206	203	132	258	200	254
장기+고위험군	99	60	88	88	85	91	91	118
관리사 1인당 대상자 수	360	487	302	301	226	358	301	383
구분	경기도							
	평택시	안산시	고양시	과천시	구리시	남양주시	시흥시	하남시
수급자수(A)	9,918	18,171	18,176	942	4,397	12,149	7,576	2,952
사례관리 대상자 수(B)	786	1,849	1,491	255	600	1,588	973	307
B/A	7.9	10.2	8.2	27.1	13.6	13.1	12.8	10.4
관리사 수	3	4	4	1	2	3	2	1
장기입원	12	32	24	23	16	30	57	16
고위험군	43	69	80	57	46	89	78	74
집중관리군	11	12	10	9	5	12	11	10
신규 수급권자	196	349	259	166	234	398	341	207
장기+고위험군	55	101	104	80	61	119	135	90
관리사 1인당 대상자 수	262	462	373	255	300	529	487	307
구분	경기도					강원도		
	파주시	이천시	김포시	광주시	양주시	강릉시	동해시	홍천군
수급자수(A)	9,709	4,308	6,336	4,525	5,057	8,513	3,715	2,271
사례관리 대상자 수(B)	1,167	688	682	783	857	658	431	463
B/A	12	16	10.8	17.3	16.9	7.7	11.6	20.4
관리사 수	2	2	2	2	2	2	2	2
장기입원	17	28	24	36	15	15	11	12
고위험군	74	69	69	93	73	75	51	66
집중관리군	11	11	10	11	11	10	10	10
신규 수급권자	482	237	239	252	331	230	145	144
장기+고위험군	91	97	93	129	88	90	62	78
관리사 1인당 대상자 수	584	344	341	392	429	329	216	232

〈표 5-34〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	강원도					충청북도		
	평창군	철원군	화천군	양구군	인제군	충주시	제천시	괴산군
수급자수(A)	1,493	1,931	1,367	1,195	1,331	8,083	6,059	2,070
사례관리 대상자 수(B)	250	271	259	234	273	649	567	264
B/A	16.7	14	18.9	19.6	20.5	8	9.4	12.8
관리사 수	1	1	1	1	1	2	2	1
장기입원	17	16	15	13	14	32	21	12
고위험군	73	75	73	72	76	65	68	64
집중관리군	8	9	10	10	9	10	10	12
신규 수급권자	152	171	161	139	174	218	185	176
장기+고위험군	90	91	88	85	90	97	89	76
관리사 1인당 대상자 수	250	271	259	234	273	325	284	264
구분	충청남도							
	천안시	공주시	아산시	서산시	논산시	계룡시	당진시	금산군
수급자수(A)	12,111	4,934	7,660	3,676	7,270	482	2,610	2,294
사례관리 대상자 수(B)	962	530	629	543	511	143	534	289
B/A	7.9	10.7	8.2	14.8	7	29.7	20.5	12.6
관리사 수	3	2	2	2	2	1	2	1
장기입원	20	16	24	26	14	11	19	31
고위험군	77	76	71	68	66	61	69	70
집중관리군	10	10	7	10	5	9	10	11
신규 수급권자	214	164	213	168	172	62	170	177
장기+고위험군	97	92	95	94	80	72	88	101
관리사 1인당 대상자 수	321	265	315	272	256	143	267	289
구분	충청남도			전라북도				
	부여군	청양군	예산군	전주시	군산시	정읍시	김제시	완주군
수급자수(A)	3,580	1,097	2,862	16,937	13,522	8,248	7,760	4,640
사례관리 대상자 수(B)	556	206	527	1,314	1,387	1,045	674	426
B/A	15.5	18.8	18.4	7.8	10.3	12.7	8.7	9.2
관리사 수	2	1	2	4	5	4	3	2
장기입원	17	10	14	22	22	15	14	10
고위험군	71	71	70	80	65	69	60	49
집중관리군	10	10	11	11	11	10	7	11
신규 수급권자	180	115	170	216	179	168	145	144
장기+고위험군	88	81	84	102	87	83	73	59
관리사 1인당 대상자 수	278	206	264	329	277	261	225	213

〈표 5-35〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(4) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	전라북도					전라남도		
	무주군	임실군	순창군	고창군	부안군	여수시	순천시	나주시
수급자수(A)	1,299	1,841	1,479	3,029	3,241	11,636	8,033	5,159
사례관리 대상자 수(B)	195	252	246	490	525	1,162	584	579
B/A	15	13.7	16.6	16.2	16.2	10	7.3	11.2
관리사 수	1	1	1	3	2	3	3	2
장기입원	12	17	17	14	14	17	10	23
고위험군	73	66	66	71	75	79	46	66
집중관리군	9	8	10	9	10	14	7	10
신규 수급권자	101	161	153	68	165	277	132	191
장기+고위험군	85	83	83	86	88	97	56	89
관리사 1인당 대상자 수	195	252	246	163	263	387	195	290
구분	전라남도							
	담양군	곡성군	고흥군	보성군	화순군	장흥군	영암군	무안군
수급자수(A)	2,253	1,902	4,168	2,607	3,341	2,759	2,394	2,776
사례관리 대상자 수(B)	436	179	611	429	302	559	254	440
B/A	19.4	9.4	14.7	16.5	9	20.3	10.6	15.9
관리사 수	2	1	2	1	1	2	1	2
장기입원	16	15	16	33	18	14	26	22
고위험군	77	74	71	118	70	75	68	76
집중관리군	11	11	10	19	10	10	10	10
신규 수급권자	116	79	210	259	204	181	150	113
장기+고위험군	92	89	87	151	88	89	94	97
관리사 1인당 대상자 수	218	179	306	429	302	280	254	220
구분	전라남도				경상북도			
	함평군	장성군	진도군	신안군	안동시	구미시	영주시	영천시
수급자수(A)	1,993	2,709	2,239	2,189	8,465	7,857	6,065	6,003
사례관리 대상자 수(B)	344	452	317	368	962	979	530	722
B/A	17.3	16.7	14.2	16.8	11.4	12.5	8.7	12
관리사 수	2	2	1	2	3	3	2	2
장기입원	21	14	6	23	22	16	20	15
고위험군	61	75	96	57	70	75	65	81
집중관리군	10	10	17	10	9	10	5	11
신규 수급권자	80	128	198	96	219	225	175	255
장기+고위험군	82	88	102	79	92	91	85	96
관리사 1인당 대상자 수	172	226	317	184	321	326	265	361

〈표 5-36〉 혼합 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(5) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	경상북도							
	문경시	경산시	군위군	영양군	영덕군	고령군	울진군	울릉군
수급자수(A)	3,637	8,262	1,146	1,258	2,361	1,740	2,902	272
사례관리 대상자 수(B)	484	767	153	182	243	379	245	93
B/A	13.3	9.3	13.4	14.5	10.3	21.8	8.4	34.2
관리사 수	2	3	1	1	1	2	1	1
장기입원	19	19	22	15	23	21	25	8
고위험군	75	70	63	74	66	67	65	18
집중관리군	9	9	9	10		9	10	8
신규 수급권자	139	158	59	83	154	93	145	59
장기+고위험군	94	89	85	89	89	88	90	26
관리사 1인당 대상자 수	242	256	153	182	243	190	245	93
구분	경상남도							
	거제시	창원시	고성군	하동군	산청군	합천군		
수급자수(A)	3,198	23,217	2,357	2,433	2,032	2,522		
사례관리 대상자 수(B)	562	2,631	449	459	433	279		
B/A	17.6	11.3	19	18.9	21.3	11.1		
관리사 수	2	9	2	2	2	1		
장기입원	30	23	24	17	19	11		
고위험군	83	69	58	76	70	75		
집중관리군	10	8	10	10	9	10		
신규 수급권자	159	193	134	127	120	183		
장기+고위험군	113	91	82	93	89	86		
관리사 1인당 대상자 수	281	292	225	230	217	279		

〈표 5-37〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(1) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	서울특별시							
	종로구	성동구	중랑구	강북구	노원구	은평구	서대문구	양천구
수급자수(A)	4,440	7,211	13,190	14,374	24,564	16,670	6,844	10,297
사례관리 대상자 수(B)	431	660	1,593	973	905	1,203	649	611
B/A	9.7	9.2	12.1	6.8	3.7	7.2	9.5	5.9
관리사 수	1	2	3	3	4	4	2	2
장기입원	14	10	10	7	8	7	10	10
고위험군	105	81	73	87	61	83	82	75
집중관리군	15	9	11	9	7	11	10	8
신규 수급권자	297	231	437	221	151	200	223	213
장기+고위험군	119	91	84	94	69	90	92	85
관리사 1인당 대상자 수	431	330	531	324	226	301	325	306
구분	서울특별시				부산광역시 북구	대구광역시		
	강서구	금천구	동작구	관악구		동구	수성구	달서구
수급자수(A)	20,248	9,192	8,294	12,759	16,485	16,309	17,271	23,786
사례관리 대상자 수(B)	1,202	643	645	790	1,333	929	1,066	1,277
B/A	5.9	7	7.8	6.2	8.1	5.7	6.2	5.4
관리사 수	4	2	2	2	4	3	3	5
장기입원	8	6	12	15	18	5	9	5
고위험군	67	89	74	83	88	71	82	71
집중관리군	10	11	10	10	10	6	8	9
신규 수급권자	215	216	227	288	218	227	256	170
장기+고위험군	75	95	86	98	105	76	91	76
관리사 1인당 대상자 수	301	322	323	395	333	310	355	255
구분	대구광역시 달성군	인천광역시						광주광역시 서구
		중구	연수구	남동구	부평구	강화군	옹진군	
수급자수(A)	7,367	4,258	8,972	18,670	21,653	3,282	397	14,782
사례관리 대상자 수(B)	636	347	612	1,160	1,700	324	114	1,066
B/A	8.6	8.1	6.8	6.2	7.9	9.9	28.7	7.2
관리사 수	2	1	2	3	4	1	1	3
장기입원	7	15	7	6	9	10	7	13
고위험군	79	79	86	86	84	79	55	82
집중관리군	11	12	10	10	9	7	11	10
신규 수급권자	222	241	204	285	323	228	41	250
장기+고위험군	86	94	93	92	93	89	62	95
관리사 1인당 대상자 수	318	347	306	387	425	324	114	355

〈표 5-38〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(2) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	광주광역시		대전광역시					경기도 수원시
	광주광역시 남구	광주광역시 북구	대전광역시 동구	대전광역시 중구	대전광역시 서구	대전광역시 유성구	대전광역시 대덕구	
수급자수(A)	11,339	23,800	14,134	11,115	13,787	5,635	8,409	17,870
사례관리 대상자 수(B)	797	1,285	957	944	901	651	485	1,696
B/A	7	5.4	6.8	8.5	6.5	11.6	5.8	9.5
관리사 수	3	5	3	3	3	2	1	4
장기입원	11	11	11	14	14	15	20	23
고위험군	41	64	86	68	77	77	111	89
집중관리군	5	8	9	10	10	9	20	13
신규 수급권자	209	175	212	223	199	225	334	300
장기+고위험군	52	74	97	82	91	92	131	112
관리사 1인당 대상자 수	266	257	319	315	300	326	485	424
구분	경기도							
	성남시	광명시	오산시	군포시	용인시	화성시	포천시	가평군
수급자수(A)	19,570	6,162	2,987	4,939	7,197	6,574	5,178	3,650
사례관리 대상자 수(B)	1,486	849	276	771	801	923	790	689
B/A	7.6	13.8	9.2	15.6	11.1	14	15.3	18.9
관리사 수	3	2	1	2	2	3	2	2
장기입원	11	17	9	30	29	19	20	27
고위험군	120	99	72	113	79	77	121	103
집중관리군	13	7	10	12	10	10	14	12
신규 수급권자	352	302	185	232	283	202	241	204
장기+고위험군	130	116	81	142	108	96	140	129
관리사 1인당 대상자 수	495	425	276	386	401	308	395	345
구분	강원도							
	춘천시	원주시	태백시	속초시	삼척시	횡성군	정선군	고성군
수급자수(A)	12,569	11,585	1,874	4,701	3,536	1,678	1,491	1,432
사례관리 대상자 수(B)	906	897	288	600	597	267	284	385
B/A	7.2	7.7	15.4	12.8	16.9	15.9	19	26.9
관리사 수	3	3	1	2	2	1	1	2
장기입원	14	7	10	9	8	4	4	6
고위험군	83	86	81	83	89	84	84	84
집중관리군	12	9	10	10	10	11	9	10
신규 수급권자	194	197	187	199	193	168	187	93
장기+고위험군	97	93	91	91	96	88	88	90
관리사 1인당 대상자 수	302	299	288	300	299	267	284	193

〈표 5-39〉 외래 고위험 지역 의료급여 관리자 1인당 수행 실적(3) - 지역 평균(2016년)

단위: 명

구분	강원도 양양군	충청북도					충청남도	
		청주시	옥천군	영동군	음성군	증평군	보령시	서천군
수급자수(A)	1,508	20,988	2,361	2,248	4,713	1,028	4,949	2,748
사례관리 대상자 수(B)	237	1,902	261	502	528	224	553	340
B/A	15.7	9.1	11.1	22.3	11.2	21.8	11.2	12.4
관리사 수	1	7	1	2	2	1	2	1
장기입원	5	8	4	11	12	6	14	57
고위험군	85	74	84	73	74	70	84	74
집중관리군	10	9	10	10	10	10	11	10
신규 수급권자	137	181	163	157	168	138	169	199
장기+고위험군	90	82	88	84	86	76	97	131
관리사 1인당 대상자 수	237	272	261	251	264	224	277	340
구분	충청 남도 홍성군	전라북도					전라남도	
		전주시	익산시	남원시	진안군	장수군	목포시	강진군
수급자수(A)	3,099	10,195	16,500	5,872	1,509	1,468	12,526	2,221
사례관리 대상자 수(B)	298	808	1,405	597	253	273	1,194	294
B/A	9.6	7.9	8.5	10.2	16.8	18.6	9.5	13.2
관리사 수	1	3	5	2	1	1	3	1
장기입원	26	15	15	10	16	19	14	5
고위험군	65	61	68	81	72	71	43	85
집중관리군	11	5	10	10	10	9	6	10
신규 수급권자	196	188	188	199	155	174	335	194
장기+고위험군	91	76	83	90	88	90	58	90
관리사 1인당 대상자 수	298	269	281	299	253	273	398	294
구분	전라남도			경상 남도 함양군	제주특별자치도		외래고위험지역 계/평균	
	해남군	영광군	완도군		제주시	서귀포시		
수급자수(A)	4,271	3,651	2,635	1,983	15,694	6,932	1,577,942	
사례관리 대상자 수(B)	544	603	432	263	1,314	766	151,895	
B/A	12.7	16.5	16.4	13.3	8.4	11.1		
관리사 수	2	2	2	1	3	3	2.37	
장기입원	14	17	7	17	15	8	12.5	
고위험군	77	82	80	75	105	79	80.4	
집중관리군	11	11	9	10	13	10	10	
신규 수급권자	171	193	121	161	304	159	213.2	
장기+고위험군	91	99	87	92	121	87	92.9	
관리사 1인당 대상자 수	272	302	216	263	438	255	316.1	

제3절 사례관리 대상군 검토

- 장기입원군 대상자의 1인당 진료비가 월등히 높았으며, 특히 신규 수급권자의 입원 진료비가 매우 높은 것으로 나타나 장기입원군, 신규 수급자 사례관리의 필요성이 높다고 판단됨.
- 장기입원군 대상자 1인당 총 진료비는 약 1,880만원으로 월등히 높았으며 거의 대부분이 입원 진료비로 연간 약 1,780만원 수준임.
- 특히, 신규 수급권자의 입원 진료비가 장기입원군 다음으로 높게 나타나고 있음.
 - 1인당 평균 입원일수의 경우, 장기입원군 246일 > 신규수급자 66일 > 집중관리군 43일 > 고위험군 31일 순이었음.

〈표 5-40〉 대상군별 의료이용 실적

단위: 명, 일수, 원

구분	사례관리 비대상	사례관리 대상				계
		장기입원	고위험군	집중관리군	신규 수급권자	
수급자수	1,426,047	9,865	34,747	4,768	102,515	1,577,942
입원일수	87	246	31	43	66	87
외래방문일수	29	23	73	119	24	30
약국방문일수	16	13	37	55	13	17
총진료비	3,680,176	18,796,525	5,965,262	8,888,831	3,440,829	3,825,188
입원진료비	7,336,562	17,795,291	4,144,265	5,558,079	6,891,957	7,435,655
외래진료비	1,152,818	996,896	2,513,617	3,719,321	991,904	1,180,616
약국진료비	684,288	729,540	1,886,289	2,416,783	544,271	709,797

- '16년 입원실인원 428,025명 중 180일 이상 장기입원자는 90,916명임.
- 전체 입원자 중 사례관리가 이루어진 대상자 수는 54,726명(신규 수급자 제외 시 25,320명)임.
- 전체 장기입원군 사례관리 대상자의 약71%인 6,950명은 180 이상 입원함.
- 전체 고위험군 사례관리 대상자 34,747명의 약 37.8%인 13,140명은 입원 진

료도 함께 이용한 것으로 나타남.

○ 2016년 신규 수급권자 중 입원자는 29,406명이었으며, 180일 이상 입원자는 3,951명으로 입원자 수는 장기입원군 다음으로 높았음.

〈표 5-41〉 입원일수 구간별 대상자 분포

단위: 명, %

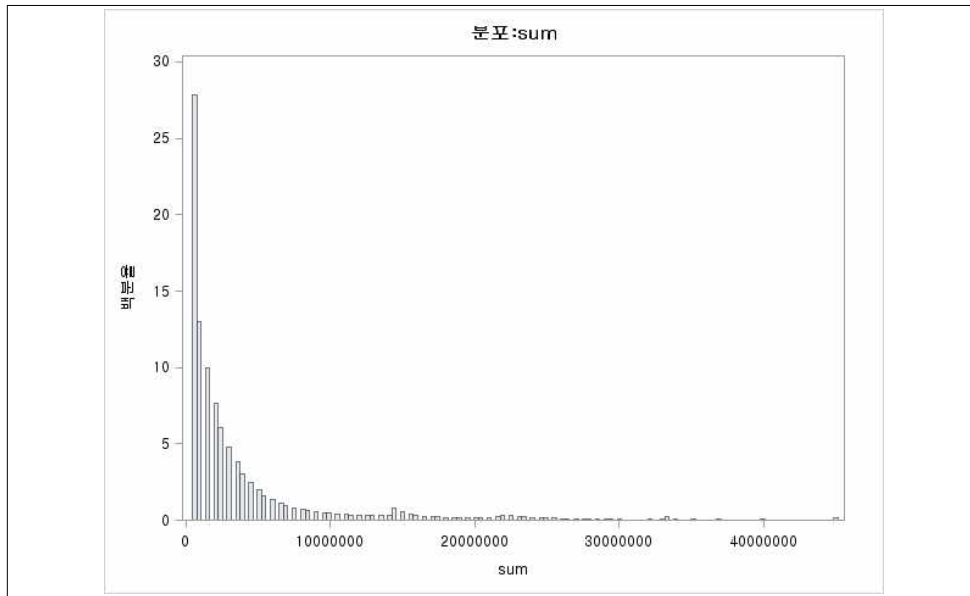
구분		1~30일	30~120일	120~180일	180~365일	366일 이상	합계
사례관리 비대상		216,226	64,374	13,193	78,608	898	373,299
		57.92	17.24	3.53	21.06	0.24	87.21
사 례 관 리 대 상	장기입원군	167	1,499	1,187	6,849	101	9,803
		1.7	15.29	12.11	69.87	1.03	2.29
	고위험군	9,455	2,976	331	374	4	13,140
		71.96	22.65	2.52	2.85	0.03	3.07
	집중관리군	1,494	652	100	130	1	2,377
		62.85	27.43	4.21	5.47	0.04	0.56
	신규수급자	16,530	7,040	1,885	3,914	37	29,406
		56.21	23.94	6.41	13.31	0.13	6.87
합계		243,872	76,541	16,696	89,875	1,041	428,025
		56.98	17.88	3.9	21	0.24	100

□ 의료급여 대상자의 총 진료비 수준과 대상자의 분포를 살펴보았음.

○ 전체 의료급여 수급자의 80%는 총 진료비가 4,797,840원이하인 것으로 나타났다.

[그림 5-1] 의료급여수급자의 총 진료비 분포

단위: %



주: 총 진료비 3,100만 원 이상 대상자는 14,879명으로 전체 수급자의 0.94%

〈표 5-42〉 총 진료비 기준 10분위 기준 값

단위: 원

P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90
126,840	299,130	569,780	967,430	1,454,170	2,116,060	3,080,200	4,797,840	10,686,260

□ 총 진료비 규모별 사례관리 대상자 분포

- 의료급여수급자의 총 진료비 10분위로 구분하여 보았을 때, 의료급여 수급자 1인당 평균 진료비를 기준으로 그 보다 높은 진료비 상위 대상자에 집중할 필요가 있다고 판단됨.
- 진료비 상위 80%는 약 480만원으로 제한적인 의료급여 관리사 규모를 고려하면 효율적 사례관리를 위해 사례관리 대상자 선정에 선택과 집중을 할 필요가 있음.
 - 진료비 상위 20%에 해당하는 대상자 수는 315,589명으로 이중 적극적 사

례관리 개입이라 할 수 있는 장기입원군, 고위험군, 집중관리군(총 28,952명)의 사례관리가 이루어진 비율은 약 9.2%수준(80~90% 구간은 10.22%, 90~100% 구간은 8.13%)임.

○ 특히, 고위험군 사례관리 대상자의 약 54%는 총 진료비 기준 480만 원 이하에 해당함.

- 고위험군 사례관리 대상자 중 진료비 하위 80%에 해당하는 대상자 수는 18,732명으로 고위험군 대상자의 53.9%에 이르고 있음.
- 고위험군 사례관리 대상자 중 7분위 이하인 26.3%는 연간 총진료비 212만원으로 '16년 의료급여 대상자 1인당 진료비인 446만원¹¹⁾ 이하 대상자임.

○ 신규 대상군 중 진료비 상위 20%에 해당하는 대상자는 18,150명으로 이들에 대한 개입이 필요함.

11) 2016년 의료급여 통계연보 기준

〈표 5-43〉 총 진료비 10분위 기준 사례관리 대상자 분포

단위: 명, %

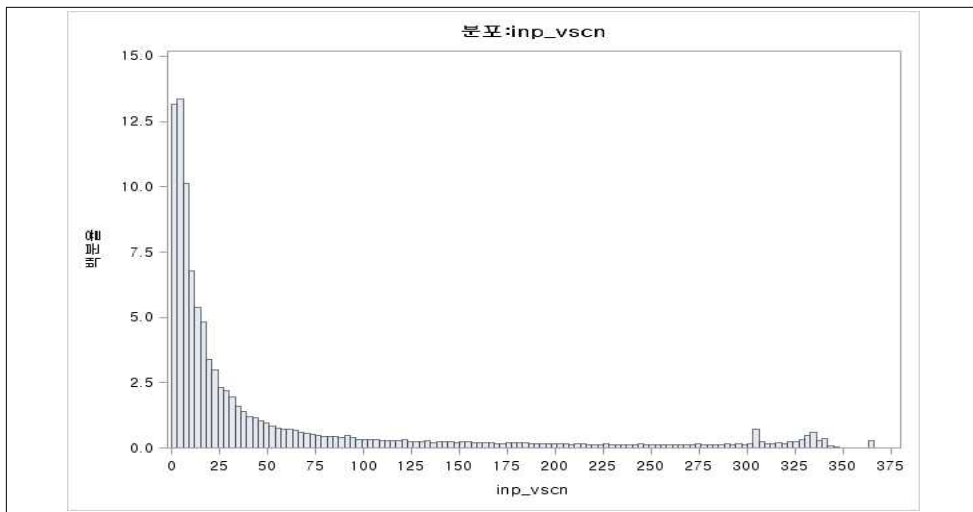
구분	비대상		장기입원군		고위험군		집중관리군		신규수급자		합계	비율1)
0~10	145,412	92.15	5	0	24	0.02	-	0	12,350	7.83	157,791	0.02
10~20	146,309	92.72	2	0	38	0.02	1	0	11,447	7.25	157,797	0.03
20~30	145,908	92.47	7	0	93	0.06	4	0	11,777	7.46	157,789	0.07
30~40	145,633	92.29	10	0.01	344	0.22	10	0.01	11,800	7.48	157,797	0.23
40~50	146,770	93.01	16	0.01	938	0.59	38	0.02	10,032	6.36	157,794	0.63
50~60	145,874	92.44	30	0.02	2,430	1.54	117	0.07	9,345	5.92	157,796	1.63
60~70	143,403	90.88	88	0.06	5,258	3.33	283	0.18	8,763	5.55	157,795	3.57
70~80	138,732	87.92	229	0.15	9,607	6.09	856	0.54	8,370	5.3	157,794	6.78
80~90	131,890	83.58	1,517	0.96	12,364	7.84	2,243	1.42	9,780	6.2	157,794	10.22
90~100	136,116	86.26	7,961	5.05	3,651	2.31	1,216	0.77	8,851	5.61	157,795	8.13
합계	1,426,047	90.37	9,865	0.63	34,747	2.2	4,768	0.3	102,515	6.5	1,577,942	3.13

주: 비율은 전체 대상자 대비 장기위험군, 고위험군, 집중관리군으로 사례관리가 이루어진 비율임.

□ 입원일수 구간별 사례관리 대상자 분포

- 전체 의료급여 수급자의 70%는 연간 입원일수 75일 이하에 해당함.

[그림 5-2] 입원대상자 입원일수 분포



〈표 5-44〉 입원일수 10분위 기준 값

단위: 일수

P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90
2	5	8	13	20	35	75	205	335

- 입원일수 205일 이상인 입원일수 기준 상위 20% 대상자는 80~90% 구간 30,906명, 90~100% 구간 54,861명 등 총 85,767명이었으며 이들 대상자 중 고위험군, 장기입원군, 집중관리군 대상으로 사례관리가 이루어진 대상자 비율은 각각 10.07%, 6.92%였음.
- 장기입원군의 경우, 대체로 입원일수 75일 이상인 상위 30%이상 대상자를 대상으로 장기입원 사례관리가 이루어진 것으로 나타남.
- 외래 고위험군 대상자의 약 37.8%는 입원 진료도 함께 이용함.

- 전체 외래 고위험 대상자 34,747명 중 37.8%인 13,140명은 입원진료를 함께 이용하였으며 대상자 중 입원일수 상위 30%에 속하는 대상자도 3,094명 수준임.

○ 신규 수급권자 중 입원일수 상위 30%에 속하는 대상자는 8,058명으로 신규 대상자의 입원장기화로 이어질 수 있어 이들에 대한 관리 필요성이 대두됨.

□ 총 진료비 10분위 기준 의료급여대상자 의료이용량 비교

- 총 진료비 10분위 기준으로 하위 10% 대비 상위 10% 대상자 의료이용량을 비교해 보면, 입원일수의 차이가 가장 컸으며, 약국일수의 차이가 가장 적었음.
- 입원일수는 약 45.8배, 외래일수는 21.4배, 약국일수는 9.8배
 - 입원진료비는 310.4배, 외래진료비는 95.9배, 약국진료비는 57배

〈표 5-45〉 입원일수 10분위 기준 사례관리 대상자 분포

단위: 명, %

구분	비대상		장기입원군		고위험군		집중관리군		신규수급자		합계
0~10	24,719	90.02	2	0.01	948	3.45	123	0.45	1,668	6.07	27,460
10~20	51,167	89.16	8	0.01	2,026	3.53	300	0.52	3,884	6.77	57,385
20~30	36,533	89.33	16	0.04	1,508	3.69	217	0.53	2,622	6.41	40,896
30~40	40,160	88.58	31	0.07	1,849	4.08	289	0.64	3,007	6.63	45,336
40~50	35,499	87.9	38	0.09	1,690	4.18	292	0.72	2,865	7.09	40,384
50~60	38,032	86.75	129	0.29	1,917	4.37	361	0.82	3,401	7.76	43,840
60~70	37,373	84.73	576	1.31	1,838	4.17	419	0.95	3,901	8.84	44,107
70~80	34,314	80.08	2,516	5.87	1,046	2.44	269	0.63	4,705	10.98	42,850
80~90	25,475	82.43	2,828	9.15	210	0.68	75	0.24	2,318	7.5	30,906
90~100	50,027	91.19	3,659	6.67	108	0.2	32	0.06	1,035	1.89	54,861
합계	373,299		9,803		13,140		2,377		29,406		428,025

주: 비율은 전체 대상자 대비 장기위험군, 고위험군, 집중관리군으로 사례관리가 이루어진 비율임.

〈표 5-46〉 총 진료비 10분위 기준 의료급여 수급권자 의료이용량

단위: 일수, 원

구분	진료일수	입원일수	외래방문일수	약국방문일수	총진료비	입원진료비	외래진료비	약국진료비
0~10	3.9	4.6	2.3	2.0	64,991	55,490	46,296	24,181
10~20	11	2.1	6.4	4.6	207,159	148,768	145,365	64,479
20~30	20	2.8	12	8	423,975	251,702	284,987	137,086
30~40	29	4.1	17	12	762,649	421,106	472,507	278,029
40~50	37	5.7	23	14	1,196,459	635,505	687,937	453,168
50~60	50	7.5	30	19	1,767,846	865,196	898,558	738,238
60~70	65	10	40	23	2,562,429	1,177,622	1,237,098	1,055,384
70~80	88	16	54	29	3,832,193	1,741,773	1,803,402	1,378,590
80~90	127	41	68	33	6,948,740	4,064,592	2,542,109	1,657,175
90~100	249	210	50	19	20,485,313	17,222,585	4,439,860	1,377,754
계	68	88	30	17	3,825,188	7,435,655	1,180,616	709,797
상위10%대비 하위10%	63.9	45.8	21.4	9.8	315.2	310.4	95.9	57

□ 120일 이상 장기입원자의 99%이상은 진료비 상위 20%에 속함.

○ 입원일수 120~180일 사이 대상자의 99.5%, 180~240일 구간 대상자의 99.9%, 240일상 이상 대상자의 99.9%는 총 진료비 상위 20%에 해당함.

○ 외래 이용 대상자 중 총 진료비 기준 상위 20% 대상자 비율은 4.8%에 불과함.

〈표 5-47〉 진료비 10분위별 입내원 구간별 분포

단위: 명, %

구분	외래	입원					합계
		1~30	30~120	120~180	180~240	240~	
10	157,525	258	7	-	-	1	157,791
	13.7	0.11	0.01	0	0	0	
20	156,382	1,411	4	-	-	-	157,797
	13.6	0.58	0.01	0	0	0	
30	152,886	4,894	6	1	1	1	157,789
	13.3	2.01	0.01	0.01	0.01	0	
40	145,930	11,848	17	1	1	-	157,797
	12.69	4.86	0.02	0.01	0.01	0	
50	138,394	19,286	109	2	1	2	157,794
	12.04	7.91	0.14	0.01	0.01	0	
60	130,362	26,801	632	-	1	-	157,796
	11.34	10.99	0.83	0	0.01	0	
70	118,077	36,868	2,845	4	-	1	157,795
	10.27	15.12	3.72	0.02	0	0	
80	94,758	53,669	9,276	76	10	5	157,794
	8.24	22.01	12.12	0.46	0.09	0.01	
90	45,666	68,922	32,983	6,658	2,486	1,079	157,794
	3.97	28.26	43.09	39.88	21.97	1.36	
100	9,937	19,915	30,662	9,954	8,817	78,510	157,795

제 6 장

적정의료이용 관련 외국 사례 검토

제1절 미국의 적정 의료이용 관리방안

제2절 일본의 의료부조 재정증가 대책 등 최근 동향

6

적정의료이용 관련 외국 사례 검토 <<

제1절 미국의 적정의료이용 관리방안

1. 과다이용자 프로그램 현황

□ (과다이용자 인구특성) 2013년 미국 메디케이드에서는 5%의 수혜자가 메디케어 비용의 50%를 지출하였음.

○ 고액 의료비를 지출하는 메디케어 수혜자 중 80%는 3가지 이상의 만성질환을 보유하고 있으며, 60%는 5가지 이상의 만성질환을 갖고 있음.

○ 2012년 과다이용자의 30일 내 재입원율은 다른 환자에 비해 6배인 것으로 나타남.

〈표 6-1〉 미국 과다 이용자 장기입원의 인구특성, 2012년

특성	메디케어				사보험 (1~64세)		메디케이드 (1~64세)	
	65세 이상		1~64세					
	과다이용자	기타환자	과다이용자	기타환자	과다이용자	기타환자	과다이용자	기타환자
재원일수 (천명당)	1,791	10,075	865	2,384	914	7,192	884	5,297
평균연령	77.5	78.0	50.8	52.1	45.3	41.0	40.3	32.3
여성(%)	55.2	56.7	49.3	50.8	53.3	65.0	50.9	70.4
만성질환(%)								
없음	1.2	2.4	4.3	7.2	14.2	42.6	10.8	46.5
1	4.8	8.1	10.1	14.2	25.5	20.9	21.4	20.0
2~3	25.4	35.5	35.8	39.9	37.5	25.7	37.4	21.8

자료: Agency for Healthcare Research and Quality

2. 과다이용자 프로그램 사례

가. CHT(Community Health Team) 프로그램

- (CHT 프로그램 개요) 2014년 CTC-RI는 로드 아일랜드 지역에서 고위험 및 고비용 환자의 요구를 해결하기 위해 두 개의 파일럿 프로그램을 시행하였음.
- (복합의료관리, Complex Care Management, CCM) 많은 자원의 소모를 필요로 하는 중증 환자에게 제공되는 치료와 서비스에 대한 체계적인 평가를 함.
- (복합질환 관리를 위한 일차의료팀) 만성질환 또는 발전적 질환으로 인해 사회적·경제적으로 서비스 접근 장벽에 직면한 환자를 특수한 교육을 이수한 진료팀이 관리함.

〈표 6-2〉 미국 CHT 프로그램에서 복합질환 환자의 정의

구분	기술 및 정의
미국 노인병 학회 (American Geriatrics Society)	- 지속적인 치료가 필요하거나 여러 상황에서 다양한 서비스를 요구로 하는 자
로버트 우드 존슨 재단, 연구보고서 : 복합질환 환자의 진료관리 (Robert Wood Johnson Foundation)	- 일반적으로 다양한 만성질환, 입원 빈도 및 신체적, 정신적, 사회적 문제로 인해 일상업무 수행에 지장이 있는 메디케어 수급자.
스코틀랜드 보건부 보고서 (Scottish Executive, Department Health Miniseries, 2007)	- 복잡하고 다양한 요구가 있는 것으로 확인되는 다음의 사람들 - 정신건강에 문제가 있는 자 - 아동 및 노인, 여성 및 난민, 소수민족 - 장애 또는 심각한 손상이 있는 자 - 빈곤, 취약지 등 - 정신건강 및 약물남용으로 인한 이중진단 - 남용을 포함하여 배제 위험에 처한 자

자료: Mardia Cloeman(2016), Literature Review Part 1: Community Health Teams and Complex Care Management for High-Risk Patients.

- (복합의료관리 및 과다이용자 프로그램) CHT(Community Health Team)는 “간호, 건강행동, 약국 등 다양한 분야의 인원으로 구성된 지역사회 기반의 협력 진료팀”이며, 일차의료와 관련하여 진료조정, 협동 등을 통해 환자, 간병인, 제공자를 연결함.

- 협력진료팀은 고위험 및 고비용 환자, 약물 오남용 환자, 장애인 등 대상집단에 복합의료 관리 프로그램(CCM)을 제공하며, 버몬트와 노스캐롤라이나 주에서는 만성질환 환자에 CHT 서비스를 제공함.
- 다른 주에서 CHT 또는 CCM 프로그램은 인구집단의 특정 하위 집단을 대상으로 하며, 주(States)마다 인구기준 등에 따라 대상 기준은 하위 1%, 5% 등으로 상이함. 또한 암환자, 투석환자 등 환자 제외기준을 개발하였음.
- CHT 직원의 구성은 프로그램 모델이나 설정에 따라 다양하며, 간호간리 프로그램과 연동하는 경우도 있음.

〈표 6-3〉 CPT 프로그램의 특성

특성	상세설명
다방면 팀	- 협력 서비스 - 자기관리 강화 - 의학적 관리 보조
환자와의 관계 유지	- 대면진료
커뮤니케이션 메커니즘	- 환자에 대한 정보를 주기적으로 교환
치료 대상	- 서비스 및 신체적, 정신적 필요에 접근, 건강생활 유지
치료이행	- 의료기관 및 시설간 치료이행에 집중
지역사회자원과 연결	- 주기적으로 환자와 지역사회자원 연계
지불 강화	- 협력진료팀과 일차의료팀에 지불 강화
팀 기능과 구성	- 협력진료 및 관리서비스
재정/편당 모델	- 재정적 안정 - 재정모델은 책무성을 포함 - 재정적 부담 최소화
효과성	- 질, 비용, 환자경험에 대한 효과성 모니터링

자료: Mardia Cloeman(2016), Literature Review Part 1: Community Health Teams and Complex Care Management for High-Risk Patients.

- (복합의료관리 프로그램의 사례 확인) 로드 아일랜드 건강보험은 고위험/고비용 환자를 식별하기 위해 서로 다른 사례확인 알고리즘을 사용하고 있음.
- 중앙 집중식 접근법을 고안할 가능성이 높으며, CCM 프로그램의 사례 확인에 대한 정보를 제공함. CHT와 CCM의 차이점은 CCM프로그램이 응급실 방문

과 입원환자의 사례관리를 포함하는 것임.

○ 건강비용의 감소 여부를 확인하기에 의료비용은 좋은 지표가 아님. 따라서 건강비용의 감소여부를 확인하기 위한 가장 쉬운 방법은 과다 의료비용 이용자를 3가지 카테고리로 분류하는 것임.

- (3가지 카테고리) 발전적 질환을 갖고 있는 환자, 에피소드당 과다 의료비용 환자, 지속적으로 과다 의료비용 소비패턴을 갖고 있는 환자
- 지속적으로 과다 의료비용 소비패턴을 갖고 있는 환자들은 치료관리 프로그램에 의해 영향을 받을 가능성이 가장 큼.

○ 과다 의료비용 소비패턴 이외에 고려할만한 다른 요인으로는 만성질환 기준, 의료이용 패턴, 간호조정문제의 경험유무, 진료전환기(응급방문, 입원환자의 퇴원) 등이 있음. 또 다른 요소는 간호관리를 통한 건강관리에 변화의 가능성임.

□ (복합의료관리 환자 식별에 대한 3가지 접근법) 양적접근, 질적접근, 복합적 접근 3가지의 범주로 접근법을 분류할 수 있으며, 각 접근법의 장단점을 제시하고 있음.

○ (양적 위험 예측 접근법) 청구데이터에 기반하며, 성별, 질병명, 의료비용, 의료이용 등을 조합하여 활용함.

- 청구데이터 기반 예측도구, 사전 이용률에 근거한 급성기 치료, 만성질환의 개수, 위험예측도구 등이 있음.

○ (질적 위험 예측 접근법) 환자의 건강상태 및 필요에 기반하여 의료제공자가 판단하며, 이는 주로 일차의료 제공자가 선호하는 프로그램임.

□ (복합적 위험 예측 접근법) 양적 접근법과 질적 접근법을 모두 사용하며, 양적 접근법으로 환자대상을 설정하고 질적 접근법으로 구체화할 수 있음. 복합적 위험 예측 접근법의 검토기준 중 하나는 환자가 복합의료관리 혜택을 받고 있는가에 대한 것임.

〈표 6-4〉 CCM 프로그램 접근법의 장점과 단점 비교

접근법	장점	단점
정량적 위험 예측 도구	<ul style="list-style-type: none"> - 위험도 높은 환자, 향후 고위험 환자군을 식별하는데 적합함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 비용, 이용률 등 결과의 변동성이 낮음. - 환자의 의견, 불만 등을 포함하지 않음. - 정신질환이 있는 환자를 적절히 구분하지 못함. - 데이터의 구성과 완전성에 따라 품질이 다름. - 의료비 지출에 대한 특정 개입을 확인할 수 없음. - 에피소드별 데이터는 중증환자가 과한 의료이용으로 나타남
급성기 집중 치료	<ul style="list-style-type: none"> - 실시간 데이터를 이용하면 고위험군의 확인이 가능함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 급성기 치료를 사용하지 않은 환자의 의료데이터를 파악하지 못함.
고위험질환 및 약물	<ul style="list-style-type: none"> - 의료제공자에게 확실한 목표를 설정함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 과다이용, 고비용 환자를 식별하지 못할 가능성이 있음.
양적 다중 위험요인 평가	<ul style="list-style-type: none"> - 서로 다른 접근법의 강점을 활용함. - 양적 데이터에 질적 측정을 포함하고 보정이 가능함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 최종위험평가는 시간이 소요되고 복잡하며 해석이 어려움. - 데이터가 부정확하면 결과도 부정확함.
의사 추천 및 환자의 자가 추천	<ul style="list-style-type: none"> - 환자를 CCM프로그램에 참여토록 독려하며, 자가추천은 자기효능감이 높은 환자를 확인 가능함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 미래에 위험가능성이 있거나 고의료비용을 사용할 것으로 예상되는 모든 환자를 포함하지 못함. - 환자가 자가추천하지 않을 가능성이 있음.
복합적 위험 예측	<ul style="list-style-type: none"> - 고위험군 환자를 선정하는데 가장 신중하고 신뢰할 만한 접근법임. - 다양한 접근법의 강점을 활용함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 질적접근으로 하이브리드 접근법을 구현하기가 어려움. - 의사가 프로그램을 이해하고 있어야 적절한 환자선정이 가능함.

자료: Mardia Cloeman(2016), Literature Review Part 1: Community Health Teams and Complex Care Management for High-Risk Patients.

나. 미국의 메디케이드 과다이용 환자의 비용 감소 및 질 향상 전략

□ 고연령층 메디케어 환자의 비용절감에 대해서는 많이 알려져 있지만, 메디케이드만 적용받는 환자에 대해서는 정보가 부족함.

○ 일반적으로 만성질환 환자가 포함된 메디케어의 환자들과는 달리, 메디케이드의 환자는 대개 약물 남용 및 거주지 부재로 인한 신체적, 정신적 증상이 복합적으로 나타남. 즉, 메디케어 프로그램과 메디케이드 프로그램의 인구대상이 다르다고 할 수 있음.

□ 메디케이드를 중점적으로 다루면서 과다이용, 복합환자를 대상으로 하는 14개의 프로그램을 검토하였음.

○ 복합의료관리 프로그램은 간호사의 의료개입과 사회복지사의 사례관리 기준을 사용하여 분류할 수 있으며, 모든 프로그램은 하나 이상의 모델로 이루어진 복합형태임.

- (헬스플랜모델) 건강보험에서 운영하는 건강관리팀을 이용하며, 간호관리를 전화상담으로 이루어짐.
- (일차의료모델) 일차의료 실무에 치료관리팀이 포함되어 있음.
- (이동식 집중치료 모델) 과다이용, 복합환자는 일차의료제공자가 아닌 별도의 클리닉이나 진료팀에서 치료를 받음.
- (병원 퇴원 모델) 입원환자가 퇴원하고 일차의료로 전환할 때까지 집중치료 관리에 중점을 둠.
- (응급실 기반 모델) 응급 관련팀이 환자에게 치료를 제공함.
- (가정 기반 모델) 거동이 불편한 환자를 위한 모델로, 가정에서 간호가 이루어짐.
- (최초 거주지 모델) 노숙자 또는 입원 이용률이 높은 환자는 안정적인 주택을 제공 받음. 주택관리자가 사회복지서비스를 지원하기 위해 사례관리자를 이용하는 경우도 있음.
- (지역사회 기반 모델) 치료관리팀은 환자가 있는 모든 곳에서 환자를 참여시킴.

〈표 6-5〉 14개 과다이용자 프로그램의 구성(1)

프로그램	대상인구	주요 구성요소
California Frequent Users Initiative	12개월간 8회 이상 응급실 방문	<ul style="list-style-type: none"> - 병원에 사무실을 갖춘 사례관리자 - 주택관리자와 파트너십을 통해 영구주택 쿠폰 이용가능 - 모집 강화를 위한 인센티브 - 약물관리, 장애평가 및 상담을 위한 정신과 의사의 접근성 향상
Community Care of North Carolina	노스캐롤라이나의 메디케이드 환자	<ul style="list-style-type: none"> - 과거 이용량, 중증도에 따라 계층화하며, 고위험군 환자는 집중치료 조치 - 대형병원 내에 케어매니저가 퇴원환자 조정 - 14개 지역의 간호사 주도의 치료관리팀 - 치료관리자는 전화, 가정방문, 대면진료 등을 통해 환자를 만남
Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders(GRACE)	복합적 치료가 필요한 저소득층	<ul style="list-style-type: none"> - 환자는 PCP를 유지하고, 팀으로부터 간호관리를 받음 - 자택방문을 통한 초기평가 및 월1회 전화상담, 응급실 또는 입원 후 가정방문 - 컨설팅팀과 관리팀 간 주 미팅 - 병원 및 가정 간호프로그램은 가정방문, 약물조정, 퇴원 후 치료계획 제공
Care Oregon	복합질환 또는 과다이용자로 등록된 메디케이드 환자	<ul style="list-style-type: none"> - 치료지원팀은 중앙집중식으로 전화 관리함 - 건강회복전문가는 환자와 신뢰를 구축하고 자기효능감을 독려 - 차트화하기 위한 코딩시스템의 발달
Coordinated Care Clinic	전년도 3회 이상 입원	<ul style="list-style-type: none"> - 광범위한 해네핀 헬스 모델의 구성요소 - 중증 과다이용자에 서비스하는 aICU모델 - aICU팀은 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성 - 진료는 대면진료 또는 전화상담을 통합
Boeing Intensive Outpatient Care Program	보잉사의 비용 예측치(5분위)	<ul style="list-style-type: none"> - 간호사는 만성질환에 대한 건강교육을 제공 - 치료계획은 사람, 전화, 이메일을 통해 제공 - 환자는 위험계층형이며, 치료강도는 위험점수를 기반으로 함 - 응급실 방문, 입원환자 등에 대한 적절한 공지
Chicago Housing First Program	평균적으로 30개월의 무거주자	<ul style="list-style-type: none"> - 이행적 주택은 퇴출되고 장기주택을 배치 - 거주현장의 사례관리 - 사례관리자가 의료조정을 하지만 의료개입은 없음
Seattle Housing First	알코올 관련 응급실 방문 비용이 과다한 노숙자	<ul style="list-style-type: none"> - 환자에게 개별주택 단위의 주택시설 제공 - 시설에는 사회복지사 및 직원이 24시간 근무 - 의료 및 사회복지 서비스를 제공하고 행동문제를 해결하고자 노력

자료: Thomas Bodenheimer(2013), Strategies to Reduce Costs and improve Care for High-Utilizing Medicaid Patient: Reflections on Pioneering Programs.

〈표 6-6〉 14개 과다이용자 프로그램의 구성(2)

프로그램	대상인구	주요 구성요소
Camden Coalition of Healthcare Providers	6개월간 2명 이상의 입원환자가 있고 만성질환 보유자가 있는 캠턴 거주자	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회모델에 기반하여 치료팀 구성(가정방문, 무거 주자, 환자의 일차의료 접근성) - 환자 입원시 7일 이내에 간호사가 PCP프로그램에 등록 - 매주 새로운 환자를 방문하고 진료에 참여 - 간호팀은 환자를 보건코치, 지역사회 보건 종사자로 전환을 목표로 함
Atlantic City Special Care Center	애틀랜틱 시티 카지노의 만성질환을 보유한 저소득 노년환과 건강비용 지출 상위 10%	<ul style="list-style-type: none"> - PCP 프로그램에서 제외되는 환자에게 aICU모델로 전문진료센터에서 진료 - 환자와 의료조력자 및 건강코치의 문화적, 언어학적 조화 - 보건코치의 초기평가참여 및 치료계획 수립의 책임 - 보건코치는 클리닉 방문, 재택방문, 전화 및 이메일을 통해 환자와 상호작용
Homeless Patient-Aligned Care Team(H-PACT)	의료 및 사회적 문제로 응급실 방문하는 무거주 참전용사	<ul style="list-style-type: none"> - 거주, 사회서비스, 물질적 오남용 서비스에 대한 HPACT팀의 aICU모델 - 의사, 간호사 및 사회복지사의 방문시 1~2시간으로 여러 가지 문제를 해결 가능 - 주택보조기구와의 협력
Stanford Coordinated Care	스탠포드 대학의 고용자 중 만성질환 보유자	<ul style="list-style-type: none"> - 환자를 위한 PCP와 aICU의 하이브리드 모 델 - 환자 평가도구에 따른 치료계획 - 의사 방문이전 코디네이터의 방문계획 - 퇴원계획을 세우기 위한 간호사의 입원환자 상담 - 당뇨병 교육자가 고혈압, 당뇨병 환자의 약물 조절 - 사회복지사로 구성된 환자 자문위원회의 월 2회 모임
CareMore	CareMore 가입자 중 고비용자	<ul style="list-style-type: none"> - 과다이용자를 위한 aICU모델이 있는 치료센터 - 치료센터팀은 의사, 간호사, 의료보조인들을 포함 - 의사 및 간호사 1인씩 가정방문을 전담 - 혈압, 체중, 혈당 등 가정모니터링을 통해 간호관리자 에게 전송
Hospital to Home Program, Chronic illness Demonstration Project	메디케이드 입원환자의 FFS	<ul style="list-style-type: none"> - 간병코디네이터는 환자등록 및 사례관리 제공 - 주택조정자는 신청, 면접 등 업무 보조 - 환자필요기금은 증명서, 처방전 발급 등 지원 - 환자가 응급실, 외래 및 입원 시 실시간 정보알림

자료: Thomas Bodenheimer(2013), Strategies to Reduce Costs and improve Care for High-Utilizing Medicaid Patient: Reflections on Pioneering Programs.

□ 14개의 과다이용자 프로그램에서 수집된 주요 내용은 다양한 인구에 대한 접근 방식을 개선하는데 도움이 될 것으로 판단됨.

○ 과다이용자 프로그램은 입원, 입원일수, 응급실 방문횟수 및 진료비 총액의 감소에 기여함. 14가지 프로그램 중 5가지 프로그램은 과다이용자 프로그램이

의료비 지출을 크게 줄일 수 있다는 평가를 받았으나, 메디케이드 프로그램을 평가하기 위해서는 더 많은 연구가 필요하다는 한계점이 있음.

- 강력한 의료비 지출방법은 주택제공과 사례관리를 제공하는 것이나, 주택제공이 효과적일 때 노숙자를 위해 많은 의료자원이 소모되는 이유는 분명하지 않음. 사회복지사에 의한 주택현장의 사례관리는 주택안정이라는 가치에 기여함.
- aICU 모델과 일차의료 모델을 비교했을 때 어느 모델이 더 좋다고 말할 수는 없으나, 다음과 같은 하이브리드 모델 적용이 가능함.
 - 일차의료 결과 양호한 환자는 PCP를 유지하며, 일차의료 없거나 PCP를 원하지 않는 자는 aICU로 포함할 수 있음.
- 환자의 특성에 맞춘 케어팀 구성이 가능함. 대부분 간호사 및 사회복지사가 포함되며 케어팀에 정신과 의사 또는 약사가 있으면 많은 도움이 됨.
- 초기평가, 치료계획, 후속조치 등 연속성 있게 운영할 수 있음. 케어팀이 초기 평가를 수행한 후 치료계획을 수립하고, 정기적으로 후속조치를 시행하며 환자가 호전되면 추적관찰의 강도를 낮춤.
- 환자를 위해 모든 것을 하기 보다는 환자가 자기건강관리, 건강 및 서비스를 탐색할 수 있는 능력을 기를 수 있도록 교육·관리함.
- 프로그램 간 비용과 결과를 비교하는 데에는 어려움이 있음. 가정방문이 필수적이라 할 수 없지만 많은 사람들이 매우 중요하다고 여기기 때문에 프로그램 구성에 가정방문 요소를 포함하고 있음.
- 일부 프로그램(Special Care Center)은 24/7 접근이 가능하며, 환자가 911이 아닌 24/7로 연결함으로써 구급차 및 응급실 사용을 감소할 수 있음.
- 환자의 이환율을 감안하면 복합약물요법이 일반적이나, 이러한 환자 중 대다수가 처방공급자와 의사소통이 부족함.
- 팀 규모나 환자구성에 따라 담당건수에 차이가 있음. 간병관리자 1인당 40~50명의 환자케어가 가능하고, 사회복지사의 경우 100명을 담당할 수 있으며, 간호사 및 사회복지사의 지도 하에 헬스코치 또는 건강관련 전문가를 포

합하면 대략 2배까지 담당 건수가 증가함.

□ 과다이용자 프로그램 운영에 따른 의료비용 절감, 의료이용률 감소 등의 효과성에 대한 결론은 내리기에는 한계가 있음.

○ 14가지 프로그램은 다양한 지표와 방법론을 사용하고 있기 때문에 프로그램 간 비교가 어려우며, 프로그램 시작시기부터 6~12개월 동안 의료비용과 의료이용량을 프로그램 초기의 의료비용 및 의료이용량과 비교하고 있음.

○ 의료비 절감과 의료이용량의 감소가 항상 프로그램의 성공을 의미하는 것은 아님.

□ 14개의 과다이용자 프로그램을 비교한 결과, 5개의 프로그램만이 신뢰성 있는 프로그램으로 선정되었음.

○ (GRACE) 2년간 무작위 통제 시험을 하였으며, 3차 년도에 개입하여 1년간 고위험군 환자의 순비용 감소를 입증하였음. 개입 2년차에는 고위험군 환자의 응급실 이용 및 입원량을 현저히 감소시켰음.

- 대상은 주로 저소득층 중에서도 메디케어의 노인환자이므로, 정신건강, 약물남용 및 사회적 고립 경향이 있는 메디케이드 환자에게는 GRACE프로그램이 적절하지 않을 수도 있음.

○ (Chicago Housing First Program) 무작위 통제 시험이었으며, 안정된 주택 및 사례관리를 받은 집단이 대조군에 비해 의료이용량이 유의하게 낮은 것으로 나타남. 또한, 이 프로그램은 메디케이드 또는 거주지에 문제가 있는 사람들에게 대해 효과적인 것으로 입증되었음.

○ (CCNC) 메디케이드 환자프로그램으로, 수년간 의료이용량 및 비용에 대하여 조사하였음. CCNC에 등록된 고위험 환자를 CCNC에 등록되지 않은 메디케이드 환자와 비교하였음.

- CCNC 고위험군 환자가 메디케이드 고위험군 환자보다 의료비용과 입원횟수, 응급실 방문 등 의료이용량이 적은 것으로 확인됨.

- 2010년도에 예상되는 지출금액과 실제 지출액을 비교하였을 때, \$382백만을 절감하였음.
- (The Atlantic City Special Care Center) Special Care Center에 속하지 않은 대조군과 비교하여 의료비용과 의료이용량의 감소를 입증하였으며, 의료비용은 18%를 절감하였음. 특히, 복합질환자의 경우 의료비용 절감 효과가 큰 것으로 나타남.
- (CareMore) 실질적인 의료비용의 절감을 보여주었으며, CareMore 환자 1인당 총의료비는 미국 평균 1인당 의료비보다 15%가 낮은 것으로 나타남.

제2절 일본 의료부조 재정증가 대책 등 최근 동향

1. 일본 의료부조 재정증가 대책 등 최근 동향

가. 의료부조의 실태

- 일본의 생활보호제도는 생활보호대상자가 생활을 영위하기 위해 필요한 비용을 8가지 부조(급여)¹²⁾로 지급하고 있음.
- 일본의 사회보장은 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스로 나타나며, 의료보장은 사회보험인 의료보험과 공공부조인 생활보호를 통해 이루어지고 있음.
- 일본에서는 1920년대에 의료보험이 도입되었고, 1961년에는 전국민의료보험을 달성하여 전 국민이 낮은 비용으로 폭 넓은 의료서비스를 이용할 수 있게 되었음.
- 스스로는 최저생활을 유지할 수 없는 빈곤층에 대해의료부조와 개호부조를 생활보호 급여의 하나로 지급하고 있음.
- 생활보호의 종류는 생활부조, 교육부조, 주택부조, 의료부조, 출산부조, 생업부조, 강제부조 등 8종류가 있음.
- 의료부조는 개호부조와 함께 생활보호대상자(피보호자)의 의료 및 개호를 지정기관에 위탁하여 행하는 현물급여를 원칙으로 하고 있음.
 - 나머지 6종류의 부조는 현금급여를 원칙으로 하고 있음.
- 부조는 생활보호대상자의 연령 및 건강상태, 가구의 경제적 상황 등에 따라 한 개 또는 복수의 부조가 지급됨.
- 생활부조 중에서 금액 측면에서 가장 높은 비율을 차지하고 있는 부조는 의료부조로, 1960년도에 460,243명이었던 의료부조 수급자수(월평균)는 2015년도에는 1,775,997명까지 증가(그림 6-1)하였음.
 - 이는 생활보호 수급자의 82.1%에 해당하는 수치임.

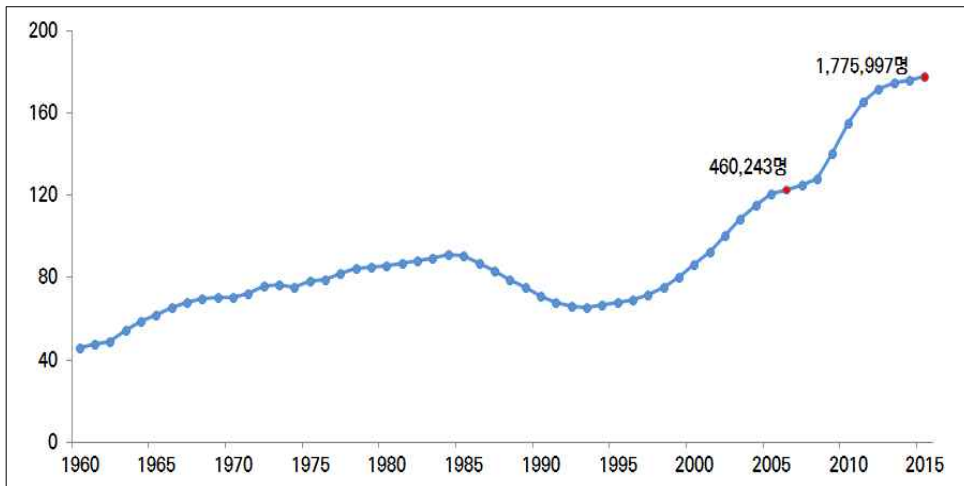
12) 생활부조, 주택부조, 교육부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 강제부조

- 2015년도에 지급된 생활보호비 3조6,977억 중에서 의료부조로 지출된 금액은 1조7,785억 엔으로 전체 생활보호비의 48%를 차지하였음..

□ 의료부조비가 계속해서 증가하고 있는 이유로는 65세 이상 고령수급자가 증가하고 있는 점을 들 수 있음.

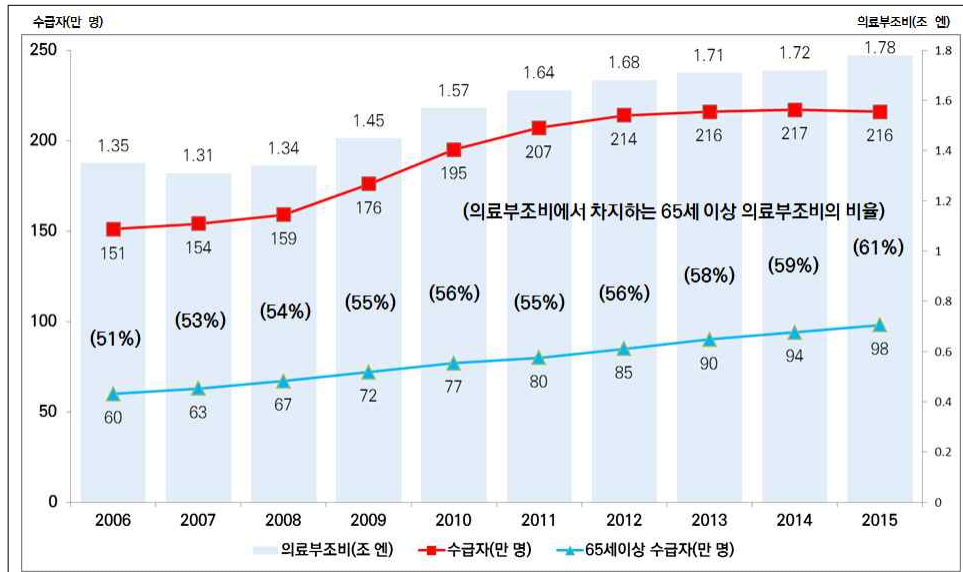
○ 고령수급자는 2006년의 60만 명(39.7%)에서 2015년에는 98만 명(45.4%)까지 증가하였으며, 의료부조비에서 차지하는 65세 이상 고령수급자의 의료부조비 비율은 동 기간에 51%에서 61%로 10%p 증가(그림 6-2)하였음.

[그림 6-1] 의료부조 수급자수(월평균)의 장기 추이



자료: 厚生労働省「被保護者調査」

[그림 6-2] 의료부조비의 최근 동향



자료: 厚生労働省(2017)「医療扶助の適正化・生活保護」厚生労働省 (2017)「医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第5回)」자료4 2017년7월 27일

□ 2017년 10월1일 현재 27.7%에 달하고 있는 일본의 고령화율은 향후 계속해서 증가하여 2060년에는 38.1%까지 증가할 것으로 예상되고 있음.

○ 이처럼 일본의 고령화율이 증가하게 되면 생활보호제도의 고령수급자가 증가하여 의료부조를 이용하는 수급자 수는 지금보다 크게 증가할 것으로 보임.

□ 표6-7에는 2008년도부터 2015년도까지 의료부조비 증가율을 요인 분해한 결과가 제시되어 있음.

○ 결과를 보면 2013년도까지는 피보호자수의 증가에 의한 영향이 가장 크게 나타났지만, 2014년도 이후로는 수급자의 연령구성의 변화(고령화 등)의 영향이 가장 큰 것으로 분석되었음.

- 2015년도의 수급자의 연령구성의 변화(고령화 등)가 의료비 부조의 증가에 미친 영향은 1.4%로 나타났는데, 이는 국민의료비가 의료비 증가에 미친 영향 1.2%를 상회하는 수준임.

〈표 6-7〉 의료 부조비 증가의 요인분해

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
의료부조비의 증가율①	2.4%	8.4%	8.2%	4.7%	2.0%	1.9%	1.0%	3.2%
수급자 증가에 의한 영향②	3.2%	10.7%	10.7%	5.9%	3.3%	1.2%	0.2%	-0.1%
수급자자의 연령구성의 변화의 영향(고령화 등)③	0.5%	-0.2%	-0.8%	-0.0%	0.9%	1.1%	1.4%	1.4%
기타 영향(진료수가개정, 의료의 고도화, 의료부조비의 적정화 대책의 효과 등)①-(②+③)	-1.3%	-2.1%	-1.7%	-1.2%	-2.2%	-0.4%	-0.6%	1.9%
참고: 의료전체의 진료수가 개정	-0.82%		0.19%		0.004%		0.1%	

자료: 厚生労働省 (2017) 「医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第5回)」자료4 2017년7월 27일

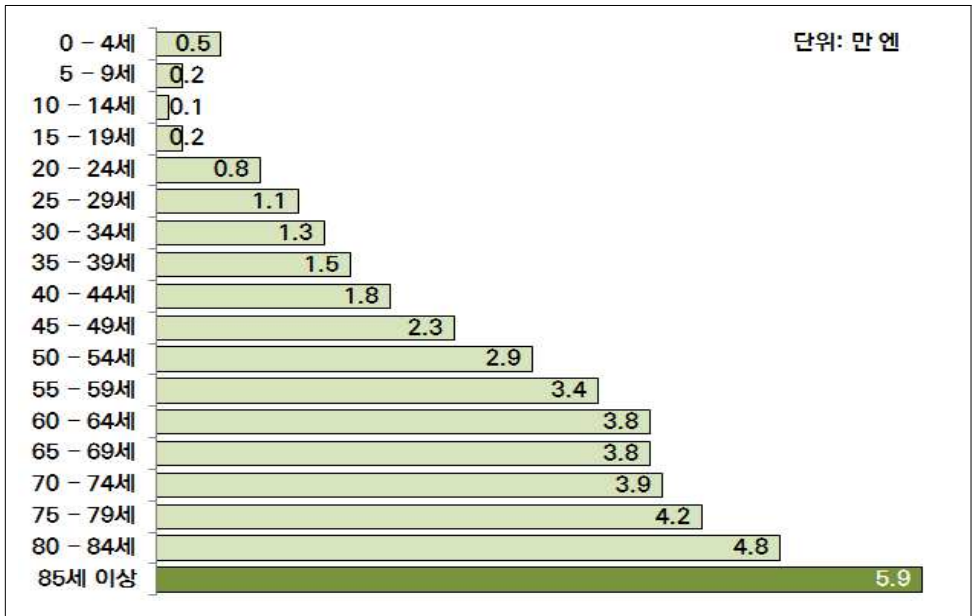
□ 의료부조를 이용한 월간수진일수(입원 이외, 2016년도 기준)는 1일이 45.2%로 가장 높았고, 다음으로 2일(24.2%), 3일(11.1%)의 순으로 조사¹³⁾되었음.

□ 2014년 6월을 기준으로 한 의료부조실태조사에서는 연령계급별로 피보호자 1인당 의료부조비를 발표하고 있는데, 입원의 경우 85세 이상 수급자의 의료부조비(1개월 기준)는 5.9만 엔으로 가장 많은 것으로 조사(그림 6-3)됨.

○ 입원이외+조제의 경우에는 80~84세 연령계급이 3.6만 엔으로 가장 많았고, 다음은 75~79세(3.5만 엔), 85세 이상(3.4만 엔)의 순임(그림 6-4)

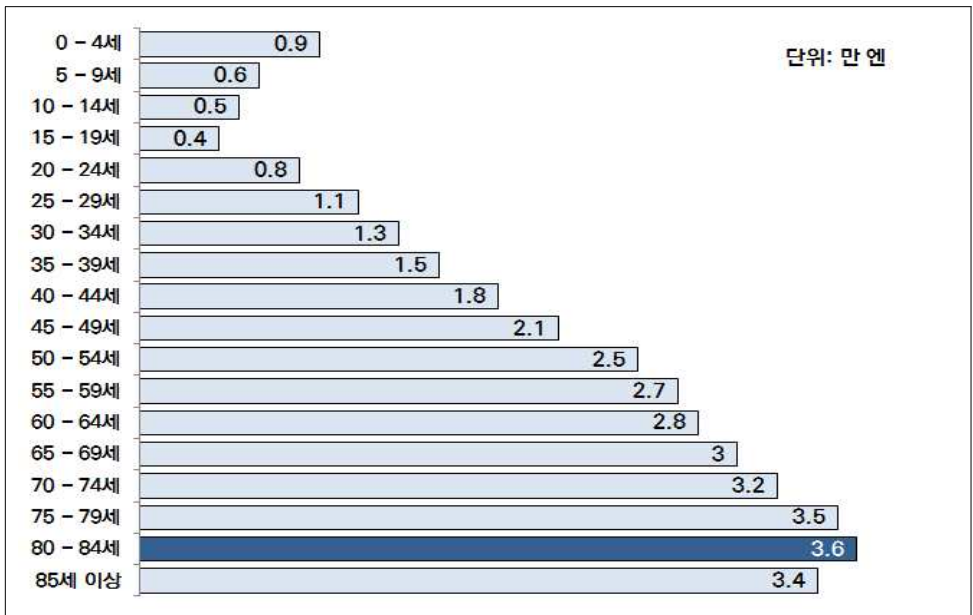
13) 厚生労働省 (2014) 第62回医療扶助実態調査 (平成26年6月審査分) 特別集計

[그림 6-3] 연령계급별 의료부조 수급자1인당 의료부조비(1개월 기준, 입원)



자료: 厚生労働省 (2014) 第62回医療扶助実態調査 (平成26年6月審査分) 特別集計

[그림 6-4] 연령계급별 의료부조 수급자1인당 의료부조비(1개월 기준,입원 이외+조제)



자료: 厚生労働省 (2014) 第62回医療扶助実態調査 (平成26年6月審査分) 特別集計

나. 의료부조의 지급절차

- 일본에서는 공적의료보험제도로써 건강보험제도가 실시되고 있지만, 생활보호제도 수급자의 경우에는 공적의료보험제도 대신에 생활보호제도의 의료부조를 이용해 의료서비스를 이용하고 있음.
- 피보호자가 의료부조에 의한 의료서비스를 이용하기 위해서는 먼저 복지사무소에 신청을 할 필요가 있음.
 - 신청을 받은 복지사무소는 의료부조의 지급 적합성을 판단하기 위해 신청자에게 「의료 필요여부 의견서(이하, 의견서)」를 발행하고 있음.
 - 신청자는 의견서에 필요사항을 기입한 후에 복지 사무소에 이를 제출할 필요가 있음.
 - 복수의 의료기관을 이용할 경우에는 이용한 모든 의료기관에 대한 의견서를 제출하여야 함.
 - 외래의 경우에는 6개월마다, 입원의 경우에는 입원할 때마다 의견서를 제출함.
 - 복지사무소는 의견서의 내용을 심사하여 의료서비스의 필요 유무를 검토하고, 장애인종합지원법 등 기타 법률의 적용을 확인하여 신청자의 생활상황 등을 종합적으로 판단한 후에 의료부조의 지급을 결정하고 있음.
- 의료부조가 결정된 경우에는 입원, 입원 이외, 치과, 조제 등의 필요한 의료 종류에 따라, 의료권과 조제권이 발행됨.
 - 의료권은 월 단위로 발행되며, 유효기간과 지정 의료기관이 기재(그림 6-5)되어있고 조제권에는 지정조제약국명을 기재하고 있음.
- 의료부조의 대상범위는 기본적으로 국민건강보험과 동일함.
 - 예를 들어 입원비는 지급되지만, 본인 희망으로 개인실을 이용하는 경우에는 상급병상료 차액을 본인이 부담하여야 함.

- 또한, 선진의료(신의료기술) 등 보험외 병용 요양비와 관련된 의료는 원칙적으로 의료부조에는 적용되지 않음.
- 공적의료보험인 국민건강보험과의 차이는 진료를 지정의료기관 이외에서는 받을 수 없는 점임.
- 수급자가 지정의료기관 이외에서 진료를 받을 경우, 진료비는 전액 환자가 부담하여야 함.
- 즉, 의료부조는 의료의 접근성이 제한되어 있다고 할 수 있음.

[그림 6-5] 도쿄도의 의료권

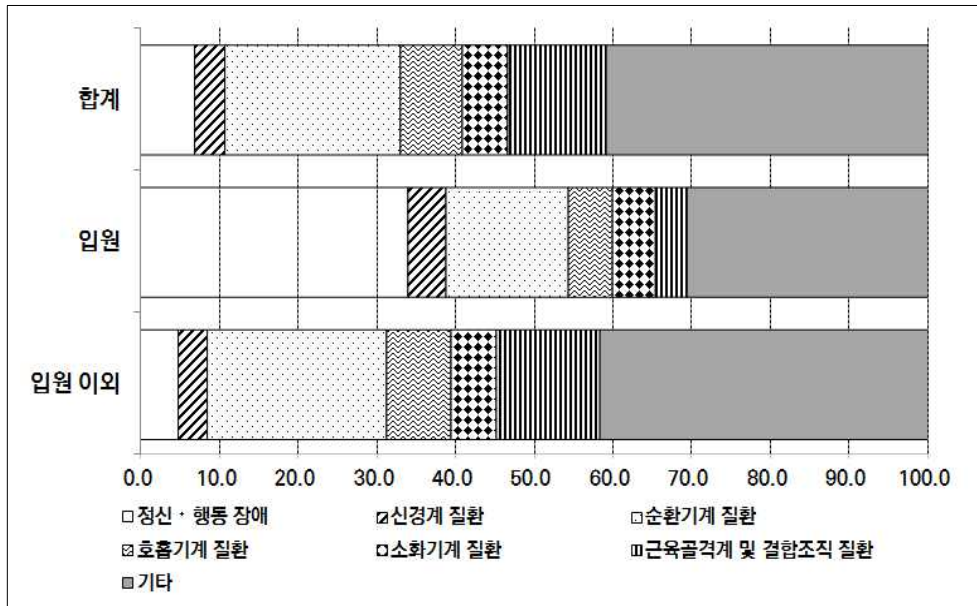
실제 의료권		번역한 도쿄도 의료권	
都 医 療 券 <small>(食事療養標準負担額のみ本人負担)</small>		都 医 療 券 <small>(식사요양표준부담액만 본인 부담)</small>	
負担者番号	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	부담자 번호	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
受給者番号	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	수급자 번호	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
対象者	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">住所</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">氏名</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">生年月日 昭和 年 月 日生</div>	대상자	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">주소</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">이름</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">생년월일 年 월 일생</div>
病名	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	병명	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
有効期間	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">平成 年 月 日から</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">平成 年 月 日まで</div>	유효기간	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">년 월 일부터</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;">년 월 일까지</div>
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額	조성내용	상기에서 인정한 질병에 대해서 의료보험 각 법 등을 적용하여, 입원시의 식사요양표준부담액을 제외한 자기부담 상당액 전액
認定条件	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	인정조건	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
上記のとおり決定します。 平成 年 月 日 東京都知事		상기와 같이 결정합니다. 年 월 일 도쿄도지사	

다. 제65회 의료부조실태조사(진료, 조제내용조사)의 개요

- 일본 정부는 생활보호법에 의한 의료부조 수급자의 진료내용을 파악하여, 피보호 계층에 대한 의료대책 및 기타 후생노동 행정의 기획운영에 필요한 기초자료를 확보하기 위해 1년에 한 번씩 의료부조실태조사를 실시하고 있음.
- 의료부조실태조사는 복지사무소에 보관되어 있는 생활보호의 의료부조 관련 심사분(4,5월 진료분)의 진료수가 명세서 및 조제수가 명세서 중에서 일반진료(병원 및 일반진료소)의 입원 및 입원 이외, 치과진료, 조제와 관련된 전 데이터를 대상으로 하고 있음.
- 복지사무소는 관련 데이터를 도·도·부·현(광역자치단체)·지정도시·중핵시 본청에 제출하고, 도·도·부·현(광역자치단체)·지정도시·중핵시 본청은 복지사무소가 제출한 자료를 정리하여 후생노동성 사회·원호국 보호과 조사계에 제출해야 함,
- 의료부조비는 입원과 식사비용 관련 지출이 55.1%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 다음으로는 입원 이외+조제(41.2%), 치과(3.6%)의 순¹⁴⁾으로 나타났음.
- 한편, 국민의료비의 경우에는 입원 이외+조제비용이 52.1%로 가장 많이 지출되었으며, 다음으로 입원과 식사비용(39.4%), 치과(6.8%)의 순이었음.
- 상병분류별 영수증 건수별 구성비율은 입원의 경우 기타를 제외하면 정신·행동 장애가 34.0%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 순환기계 질환(15.5%)이 높게 나타남(그림6-6).
- 입원 이외의 경우에는 순환기계 질환(22.7%), 근육골격계 및 결합조직 질환(13.1%), 호흡기계 질환(8.1%)이 상위 3개 항목을 차지함.

14)厚生労働省 (2017) 「医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第5回)」자료4 2017년7월 27일

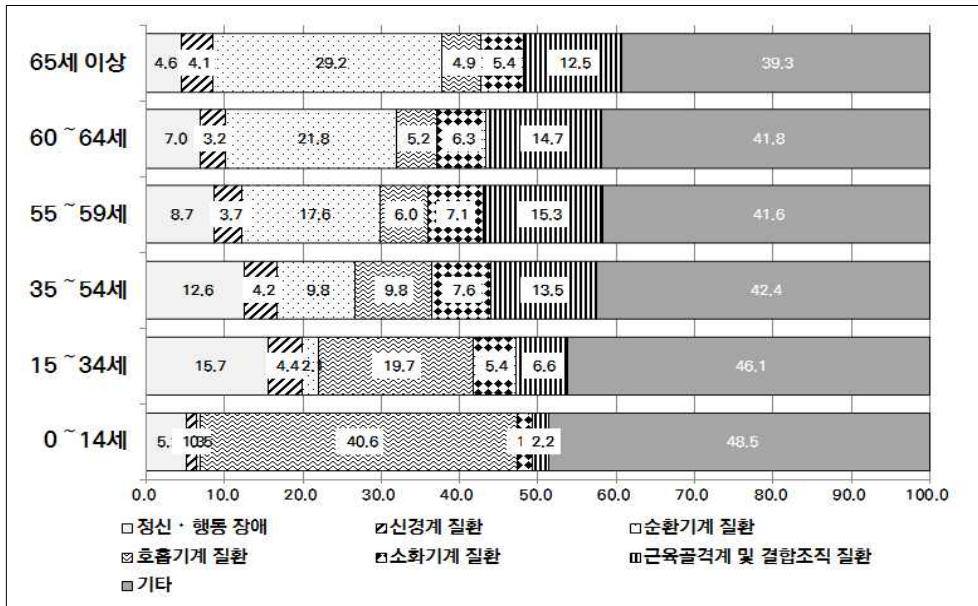
[그림 6-6] 입원 및 입원 외 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

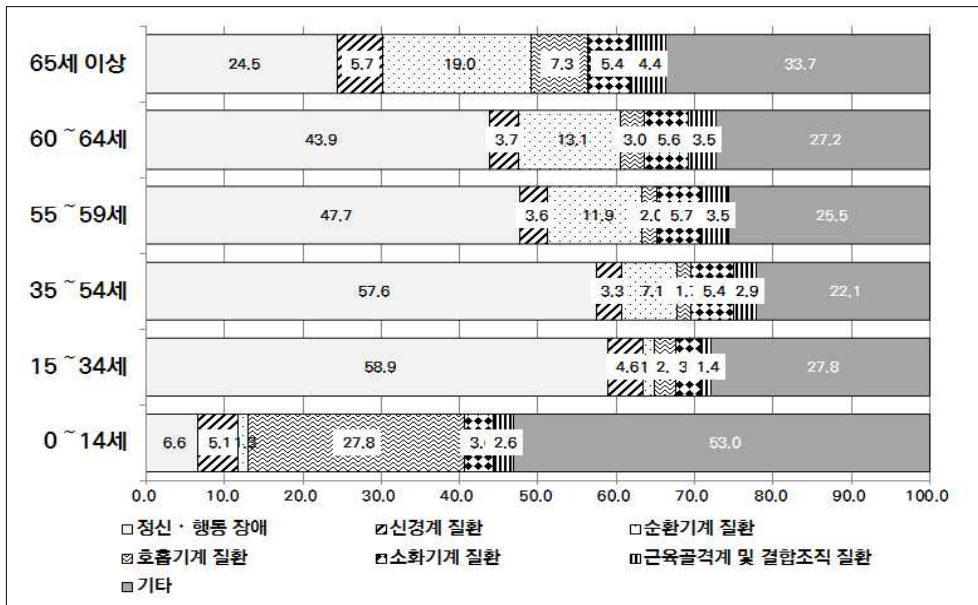
- 일반진료건수의 상병분류별 구성 비율을 연령·계급별로 보면, 0~14세에서는 호흡기계 질환이 40.6%로 압도적으로 높게 나타났으며, 15~34세의 경우에는 호흡기계 질환과 정신·행동 장애가 각각 19.7%와 15.7%로 높게 나타남.
- 순환기계 질환은 연령과 함께 높아져, 65세 이상의 경우에는 29.2%를 차지하였음(그림 6-7).
- 입원의 경우에는 15세 이상의 모든 연령계급에서「정신·행동 장애」가 상대적으로 높게 나타났는데, 특히 15~34세, 35~54세의 경우 각각 58.9%와 57.6%로 절반을 상회하였음(그림 6-8).
- 입원 이외의 경우에는 연령이 높으면 높아질수록 순환기계 질환의 비율이 높게 나타났으며, 15~34세의 경우 호흡기계 질환의 비율이 20.4%로 상대적으로 높은 것으로 조사되었음(그림 6-9).

[그림 6-7] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(합계)



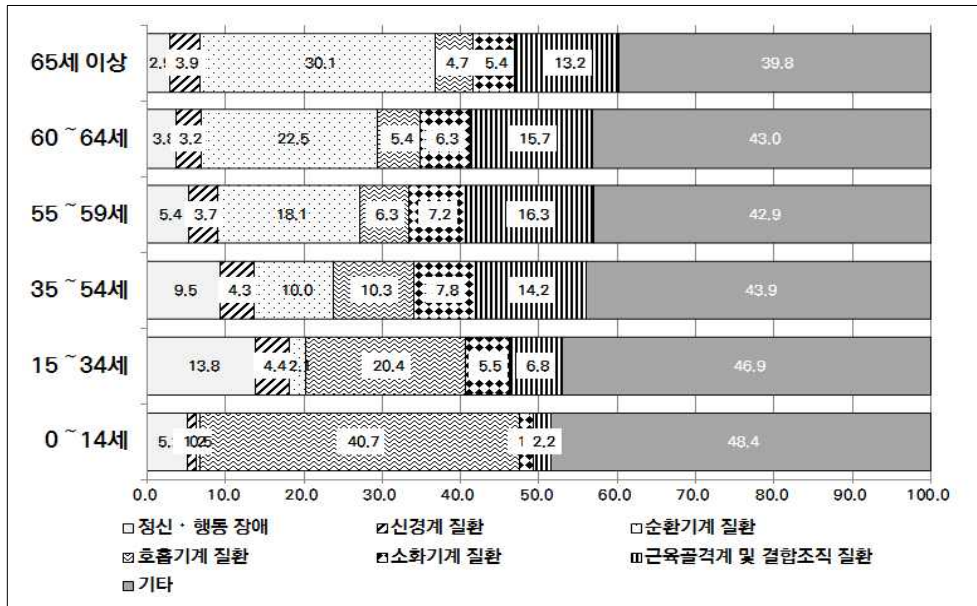
자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-8] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-9] 연령계층·상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원 이외)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

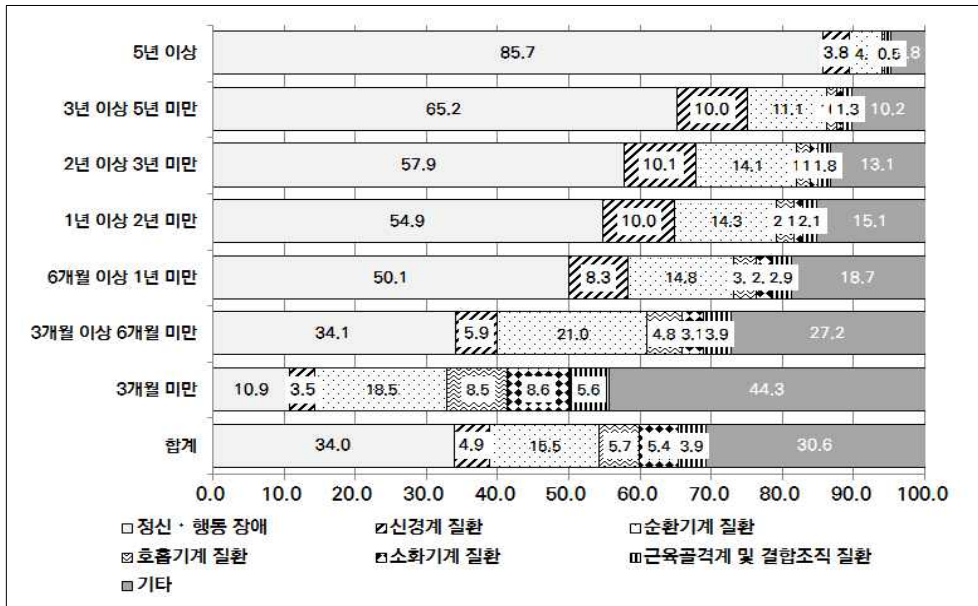
□ 일반진료건수(입원)의 상병분류별 구성 비율을 입원기간별로 보면, 입원기간이 길면 길수록 정신·행동 장애의 비율이 높아지는 경향을 보여, 5년 이상이 85.7%를 차지하였음(그림 6-10).

○ 일반진료건수(입원 이외)의 상병분류별 구성 비율을 진료기간별로 보면, 진료기간이 길면 길수록 순환기계 질환의 비율이 높아졌고, 진료기간이 1개월 미만의 경우, 호흡기계 질환이 가장 많은 것으로 조사되었음(그림 6-11).

□ 일반진료건수를 병원과 진료소로 나누어 보면, 총수의 경우 병원이 40.1%, 진료소가 59.9%를 차지하였음.

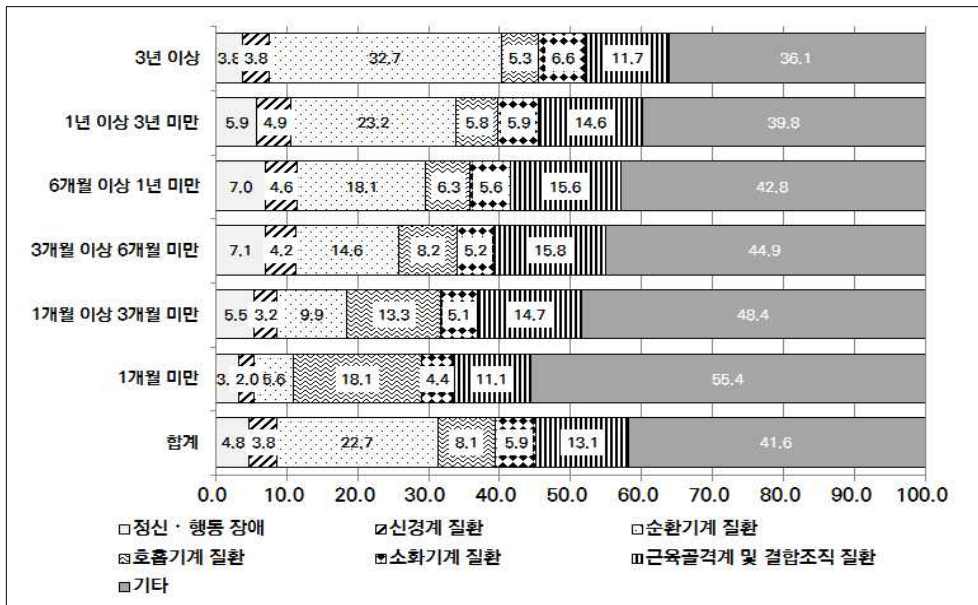
○ 이를 다시 입원과 입원 이외로 분류하여 각각 병원과 진료소가 차지하는 비율을 보면, 입원의 경우 병원이 97.9%를 차지한 반면, 입원 이외의 경우에는 진료소가 64.4%로 병원(35.6%)보다 높게 나타남(그림 6-12).

[그림 6-10] 입원기간 · 상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-11] 입원기간 · 상병분류별 일반진료건수의 구성비율(입원 이외)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-12] 병원, 진료소별 일반진료건수의 구성비율

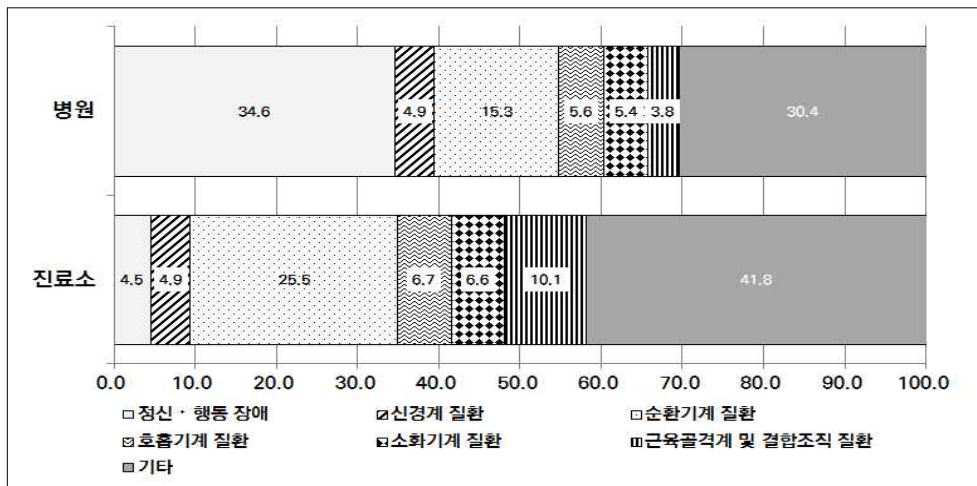


자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

□ 상병분류별 구성비율은 입원의 경우 정신·행동 장애가 병원을 이용하는 비율이 34.6%로 높게 나타난 반면, 순환기계 질환의 경우에는 진료소를 이용하는 비율이 25.5%로 상대적으로 높게 나타남(그림 6-13).

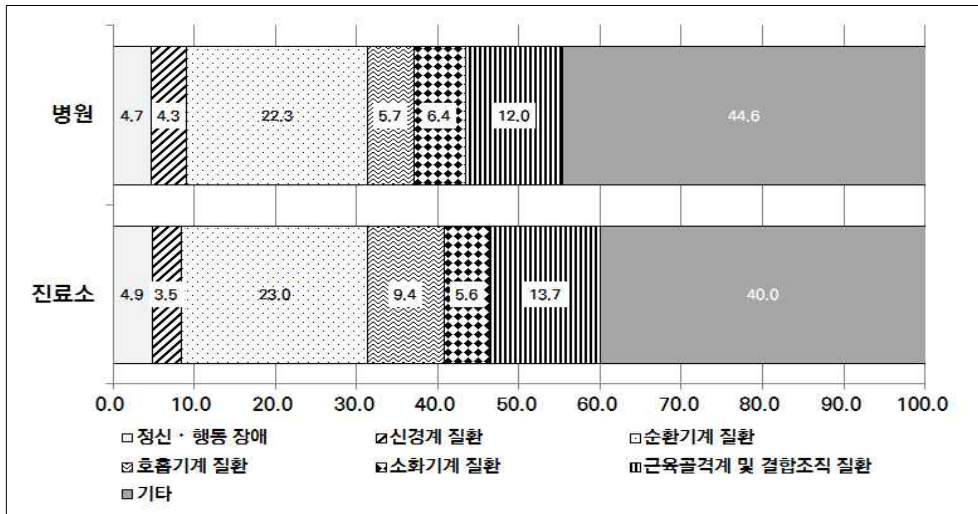
○ 입원 이외의 경우에는 병원을 이용하는 비율은 신경계 질환과 소화기계 질환에서, 한편 진료소를 이용하는 비율은 정신·행동 장애, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 근육골격계 및 결합조직 질환에서 다소 높은 것으로 조사됨(그림 6-14).

[그림 6-13] 병원, 진료소 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율(입원)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-14] 병원, 진료소 상병분류별 일반진료건수의 구성 비율(입원 이외)

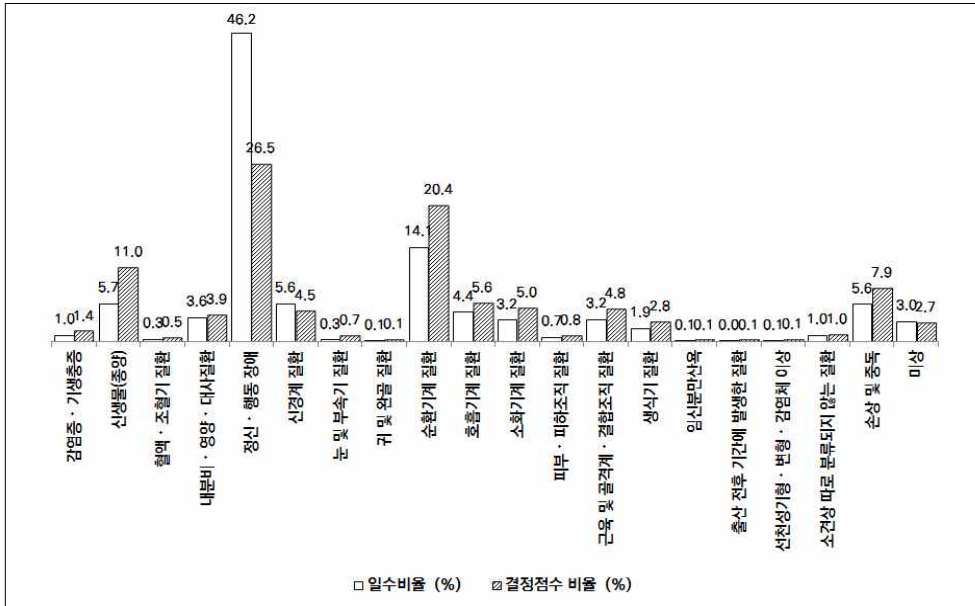


자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

□ 전체 입원일수에 대한 상병별 일원일수의 구성비율은 정신·행동 장애가 46.2%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 순환기계 질환(14.1%)의 순으로 밝혀짐(그림 6-15).

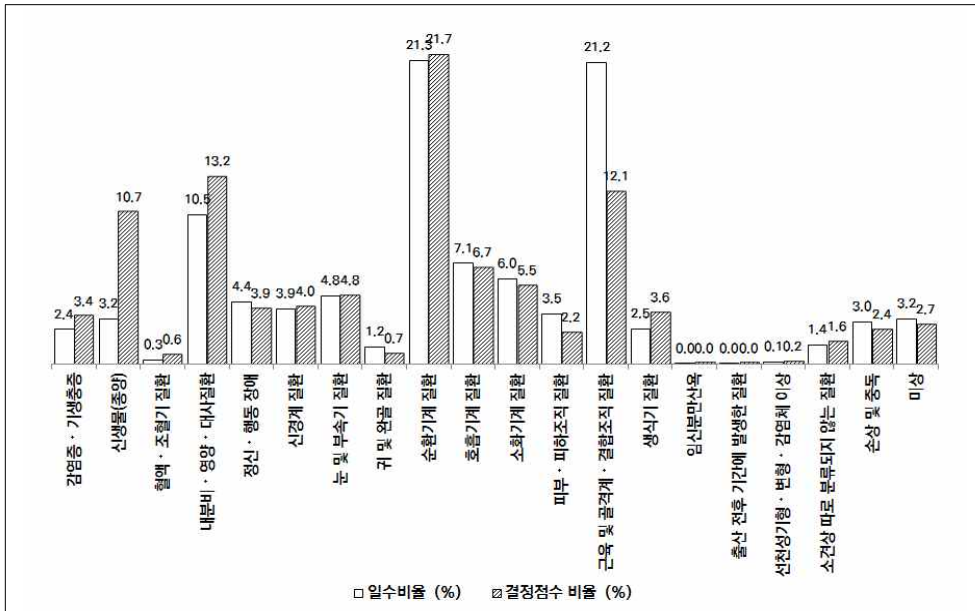
○ 한편, 전체 결정점수에 대한 상병별 결정점수의 구성비율도 정신·행동 장애가 28.0%로 가장 높게 나타남(그림 6-16).

[그림 6-15] 질병별 입원일수 비율과 결정점수 비율(입원)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

[그림 6-16] 질병별 입원일수 비율과 결정점수 비율(입원 이외)



자료: 厚生労働省 (2017) 「平成29年医療扶助実態調査」

2. 의료부조의 적정화 관련 대책

□ 의료부조에 대한 정부지출이 계속적으로 증가함에 따라 사회보장심의회(생활곤궁자자립지원 및 생활보호부회)는 관련 대책을 논의하여 이를 2017년 12월에 발표한 보고서의 일부에 의료부조의 적정화대책을 포함시켰음.

○ 보고서에 기재된 자세한 내용은 다음과 같음.

가. 후발의약품의 사용 장려

□ 일본정부는 생활보호 수급자의 증가와 함께 의료부조비가 증가하자, 생활보호법을 개정하여 2014년부터 후발의약품(제네릭 의약품)¹⁵⁾의 사용을 촉진하는 내용을 생활보호법에 포함시켰음.

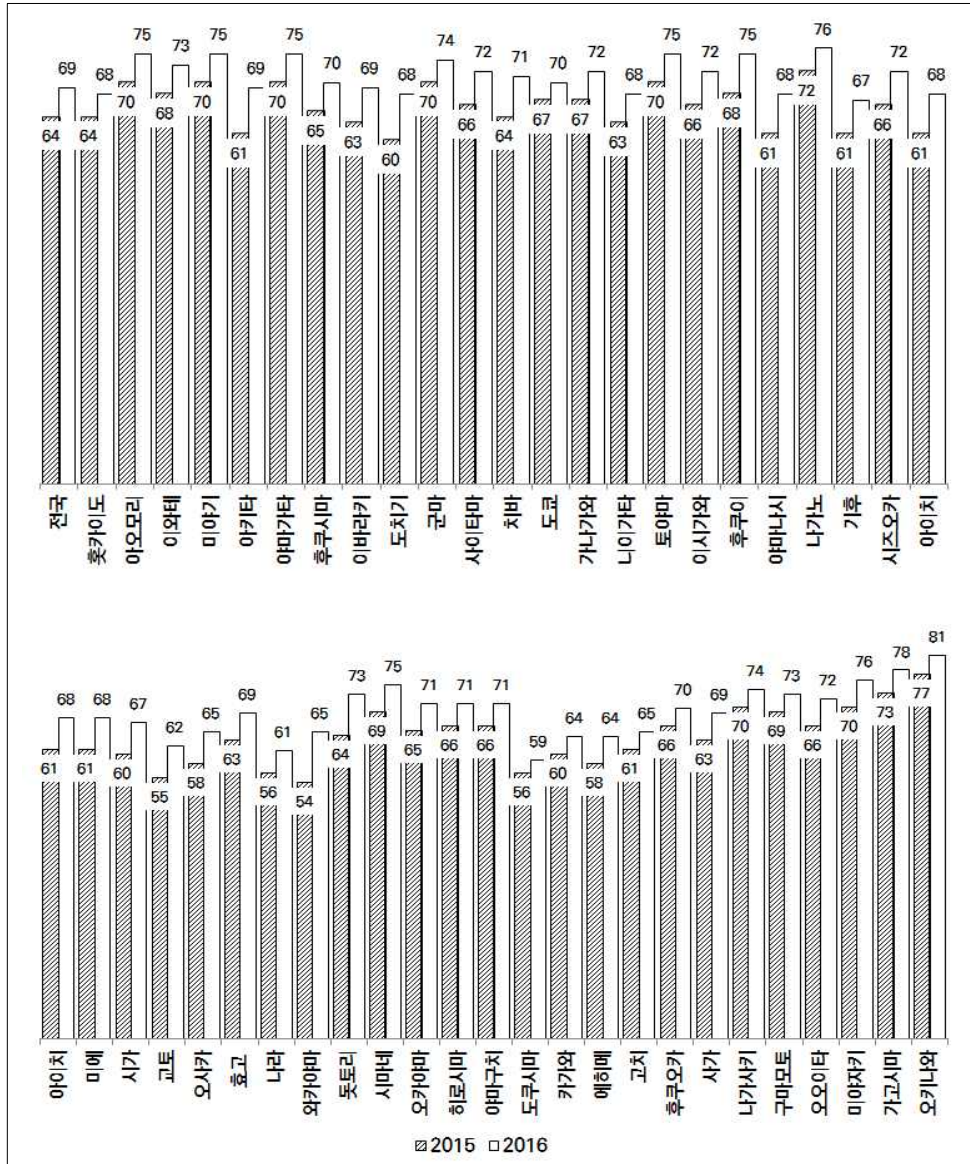
○ 생활보호법 제34조 제3항에서는 ‘의료를 담당하는 의사 또는 치과의사가 의학적인 식견에 기준하여 후발의약품을 사용할 수 있다고 인정하는 급여에 대해서는, 생활보호 피보호자에 대해서 가능하면 후발의약품의 사용을 장려하는 것에 의해 급부를 실시하도록 노력한다’고 규정하고 있음.

○ 의사가 후발의약품의 사용이 가능하다고 판단했음에도 불구하고, 선발의약품을 희망하는 수급자에 대해서는 약국은 선발의약품을 희망하는 이유를 확인한 뒤에, 선발의약품을 일단 조제하고, 선발의약품을 희망하는 이유가 ‘선발의약품이 고액이라서’, ‘이유를 말하지 않음’ 등의 경우에는 복지사무소에서 건강관리지도를 받도록 하고 있음.

○ 의료부조의 후발의약품 사용비율(수량기준)을 도·도·부·현별로 보면, 오키나와현이 81%로 가장 높게 나타나, 가장 낮은 도쿠시마현(59%)과 22%p의 차이를 보였음(2016년 6월 심사분, 그림6-17).

15) 의약품, 의료기기 등의 품질, 유효성 및 안정성의 확보 등에 관한 법률의 규정에 의해 제조판매의 승인을 받은 의약품 중에서 선발의약품과 유효성분, 분량, 용법, 효능 및 효과가 동일성을 가지고 있다고 인정되는 것으로 후생노동성령으로 정한 의약품임.

[그림 6-17] 도·도·부·현별 의료부조에서 차지하는 후발의약품 비율



자료: 厚生労働省「医療扶助実態調査」

- 일본정부는 2018년 2월 9일에 생활보호법의 개정 법안을 각의 결정하여, 생활보호 수급자의 후발의약품 사용을 원칙화하고, 2018년 6월 1일에 생활보호법을 개정하여 의사 등이 의학적 지식에 기준하여 후발의약품을 사용할 수 있다고 인정

한 경우에는 의료부조에 있어서 후발의약품의 사용이 원칙화됨.

- 개정법은 올 10월부터 시행됨.
 - 현행법에서는 의학적으로 문제가 없다고 판단되는 경우, 생활보호수급자에 대해서 후발의약품의 사용을 장려만 할 수 있었음.
 - 후생노동성은 후발의약품의 사용 비율이 1% 증가하면, 정부의 재정 부담이 10~15억 엔 정도 감소할 것으로 추계하고 있음.
 - 경제재정자문회의가 2017년 12월에 발표한 「경제·재정재생계획개혁공정표 2017개정판」¹⁶⁾에서는 생활보호 수급자의 후발의약품 사용비율을 2018년도에는 80%까지 끌어 올리는 것을 목표로 설정한 상태임.
- 한편, 생활보호문제대책전국회의의 비토 히로키 대표 간사는 5월 24일 참의원 후생노동위원회에 참고인으로 출석하여, 생활근공자자립지원법·생활보호법 개정안에 포함된 의료부조의 후발의약품 사용의 원칙화에 반대하는 입장을 표명하였음.
- 비토 참고인은 의료부조에 대한 후발의약품 원칙화에 대해서 생명과 건강은 돈이 있고 없고를 떠나 평등해야한다고 주장하며, 정부의 생활보호법 개정안은 이러한 이념에 어긋나는 조치라며 의료부조에 대한 후발의약품 원칙화 추진을 비판¹⁷⁾하였음.

16) 経済財政諮問会議 (2017) 「経済・財政再生計画改革工程表2017改定版」

17) 「医療扶助の後発品原則化に反対」・参院厚労委で尾藤参考人, 日刊薬業, 2018년 5월 28일

〈표 6-8〉 의료부조에 대한 후발의약품의 사용 촉진관련 계획

시기	내용
2014년도	- 생활보호법 개정에 의해 후발의약품 사용을 촉진(2014년 1월 1일부터 시행)
2015년도	- 복지사무소의 후발의약품 사용촉진계획을 책정(원외 처방), 원내처방 사용비율이 낮은 의료기관에 대해 후발의약품의 사용 촉진을 요청
2016년도	- 개정공정표에 후발의약품 사용비율에 대한 목표를 설정
2017년도	- 외부평가를 고려한 PDCA사이클의 실시에 대한 예산을 계상
2018년도	- 생활보호법 개정, 후발의약품 사용 원칙화(2018년도 6월 1일)
	- 의료부조, 후발의약품 사용 원칙화(2018년 10월 1일 시행 예정)

나. 약국과 연계한 약학적 관리 및 지도 강화(모델 사업)

□ 의료부조 수급자가 처방전을 제출하는 약국을 가능한 한, 한 곳으로 통일하게 하여, 약국의 약학적 관리 및 지도를 실시함과 동시에, 중복처방이 있는 경우 약제사가 의사에게 정보를 제공하도록 하고 있음(그림6-18).

○ 이에 따라 의료기관은 중복조제의 적정화와 병용 금기약을 체크할 수 있어, 피보호자의 건강관리에 기여함과 동시에 의료부조비의 적정화 효과가 예상되고 있음.

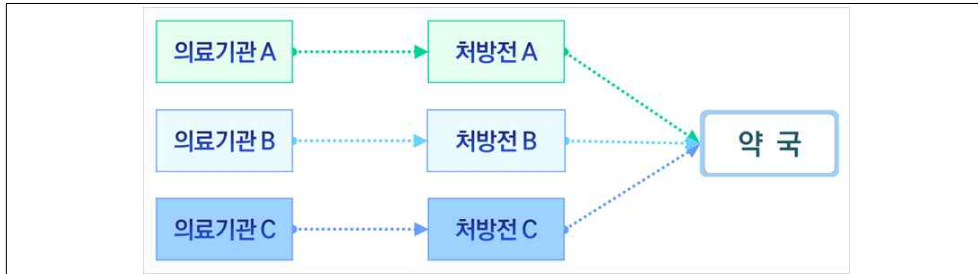
□ 사업의 실시방법은 다음의 순서를 따름.

○ 의료부조 수급자의 희망사항도 참고하면서 대상자 1인당 약국 한 곳을 선정함.

○ 약국에서 약학적 관리 및 지도를 실시, 필요에 따라서 의료기관에 중복처방 등의 정보를 제공함.

○ 복지사무소에서 중복투약, 상호작용 등 방지 가산의 산정건수, 약제비 감소액 등의 효과 등을 분석함.

[그림 6-18] 의료기관과 약국의 연계도(예)



다. 외래과다이용자에 대한 대책

□ 의료부조 대상인 외래환자로 동일 상병에 대해서 1개월 이내에 동일 진료과를 15일 이상 수진한 달이 3개월 이상 계속되는 자 중, 주치의 및 촉탁의가 필요 이상의 과다이용이라고 인정된 자를 외래 과다이용자로 정의하고 이에 대한 적정화 대책을 실시하고 있음.

○ 후생노동성은 동일병원에서 월 15일 이상의 외래진료를 3개월 이상 계속해서 받고 있는 자를 2015년도 시점에 13,548명으로 추계하고 있는데, 이 중에서 주치의가 의학적으로 과다진료를 받고 있다고 인정한 자(적정수진 지도 대상자)는 3,020명으로, 이 중 과다수진이 개선된 자는 1,365명에 불과한 것으로 밝혀짐(표6-9).

〈표 6-9〉 과다수진의 개선상황

단위: 명

	2012년도	2013년도	2014년도	2015년도
수진상황파악 대상자 수 (A) (동일 병원에서 월 15일 이상의 외래진료가 3개월 이상 계속된 자의 수)	18,969	16,526	15,462	13,548
적정수진 지도 대상자 수(B)	4,146	4,012	3,809	3,020
개선자 수(C) (적정한 수진일수로 개선된 자의 수)	1,749	1,844	1,749	1,365

자료: 厚生労働省 (2017) 「医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第5回)」자료4 2017년7월 27일

□ 이에 따라 후생노동성은 의료부조 수급자의 과다수진을 방지하기 위해 2016년부터 다음과 같은 대책을 계획 및 실시하고 있음(그림6-19).

○ ※2016년부터 실시하고 있는 대책

- 개혁공정표에 기준하여 복지사무소 등에서 과다수진 적정화계획을 책정하여 적정수진지도를 추진함.

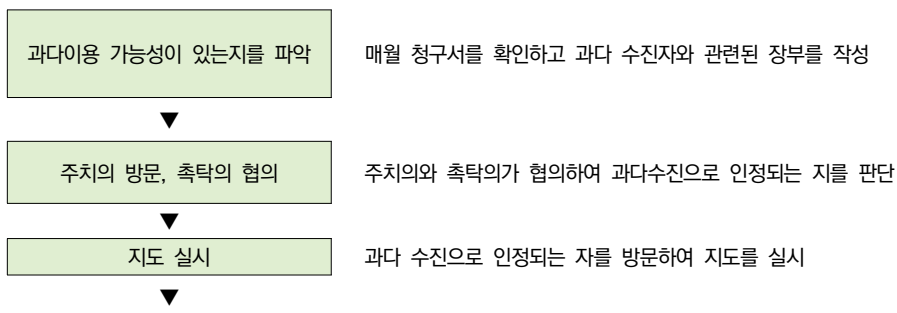
○ ※2017년부터 실시하고 있는 대책

- 수진지도 대상자 범위를 순차 확대하면서 외부평가를 반영한 PDCA사이클을 실시하는 것에 대한 예산을 책정함.
- 대상자 범위: 동일병상으로 동일 월내에 동일 진료과를 15일 이상 수진한 자까지 확대함.
- 대상자 확대의 단계적 실시: 먼저, 보조사업상의 대상자를 확대(장래에는 모든 복지사무소에서 대상자를 확대하는 것을 상정)함.

○ ※2018년부터 실시하는 대책

- 도·도·부·현과 시·정·촌의 복지사무소에서 의료부조 수급자가 불필요한 진료를 받지 않도록 의료기관 방문 시 동행하는 지도원을 고용함.

[그림 6-19] 적정화 대응 절차

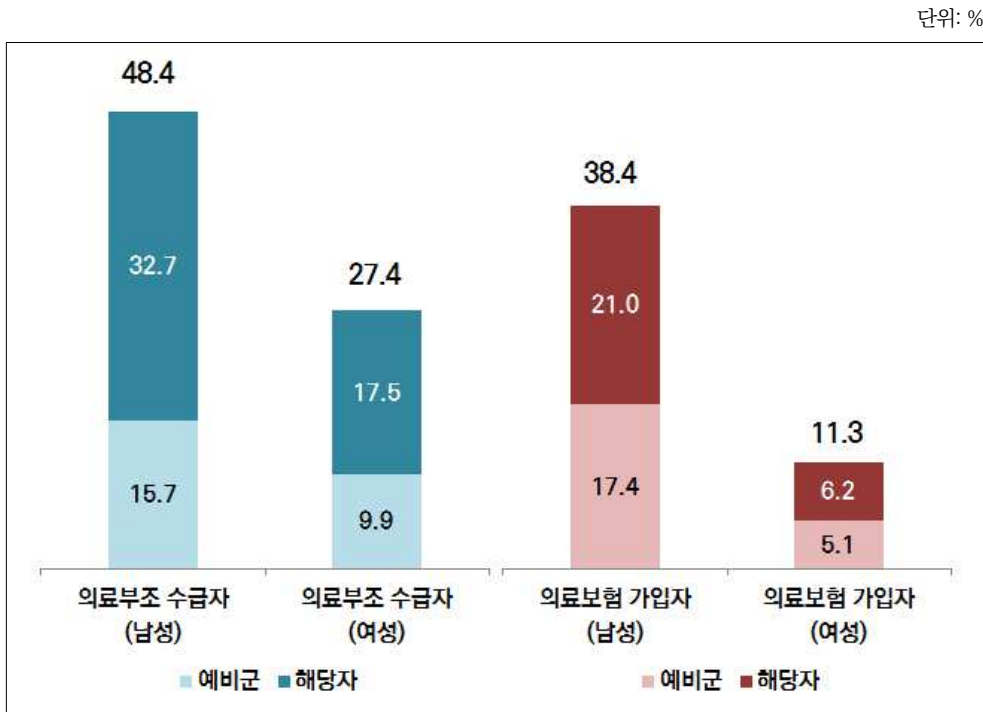


자료: 厚生労働省 (2017) 「医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (第5回)」자료4 2017년7월 27일

라. 생활보호 수급자의 건강관리 지원

- 생활보호 수급자는 의료보험 가입자에 비해 생활습관병에 걸린 비율이 높지만, 건강진단과 관련된 데이터가 정리되지 않아, 생활습관병의 예방 및 중증화 예방에 대한 대책이 충분히 실시되지 않고 있는 상황임.
- 실제로 생활보호 수급자의 내장지방증후군 해당자 및 예비군의 비율의 합계는 남성이 48.4%(해당자 32.7%, 예비군 15.7%), 여성이 27.4%(해당자 9.9%, 예비군 17.5%)로 의료보험가입자의 남성 38.4%(해당자 17.4%, 예비군 21.0%), 여성 11.3%(해당자 5.1%, 예비군 6.2%)보다 높게 나타나고 있음(그림 6-20).
- 이에 따라 의료보험의 데이터를 참고하여 데이터에 근거한 생활습관병의 예방, 중증화 예방 추진, 의료부조비의 적정화 추진이 요구되어 지고 있음.

[그림 6-20] 내장지방증후군 해당자 및 예비군 비율

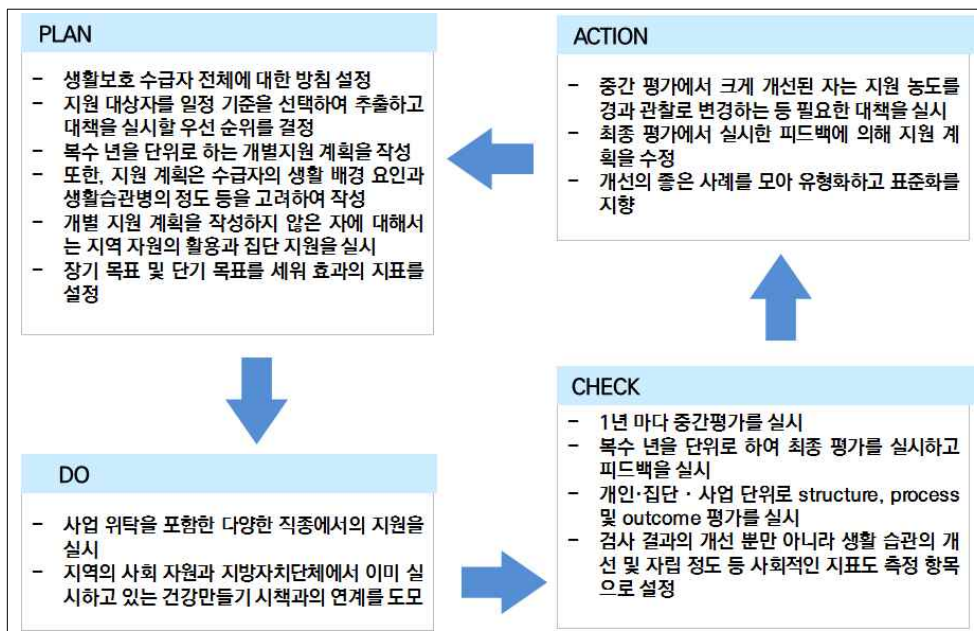


자료: 厚生労働省 (2017) 「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について(案)」第5回 生活保護受給者の健康管理 支援等に関する検討会

□ 일본정부는 전국의 복지사무소의 생활습관병 예비군과 해당자에 대한 데이터에 근거한 건강관리를 실시하고 수급자의 데이터를 수집·관리하기 위한 인프라 정비, 건강 및 의료 데이터를 분석하기 위한 시스템 구축, 아동의 생활습관 개선을 위한 대책 등을 단계적으로 실시할 방침임.

○ 생활보호 수급자의 건강관리 지원 절차는 그림 6-21과 같음.

[그림 6-21] 생활보호 수급자의 건강관리 지원 절차



자료: 厚生労働省 (2017) 「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について(案)」第5回 生活保護受給者の健康管理 支援等に関する検討会

□ 생활보호 수급자가구의 건강에 대한 의식은 일반가구에 비해 ‘그다지 좋지 않다’와 ‘좋지 않다’의 비율이 높게 나타남.

○ 또한 일을 하지 않고 있는 가구는 일을 하고 있는 가구에 비해 건강상태가 좋지 않은 가구가 많은 것으로 나타나, 건강상태가 노동시장 참가에 영향을 주는 것을 알 수 있음(표6-10).

〈표 6-10〉 생활보호 수급가구의 건강에 대한 인식

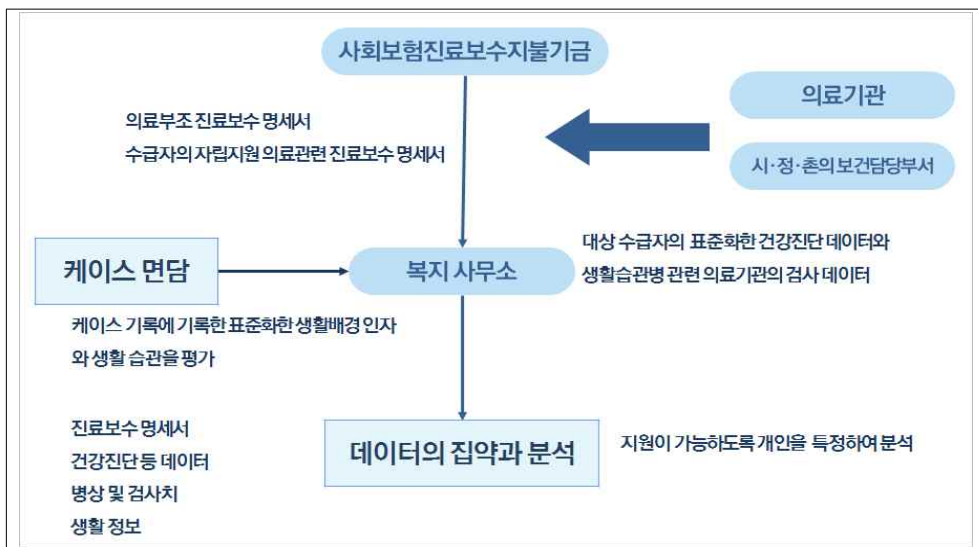
단위: %

	매우 좋음	좋음	보통	그다지 좋지 않음	좋지 않음
생활보호 수급가구	12.2	8.3	29.2	37.5	12.9
일을 하고 있음	19.5	10.1	38.1	28.7	3.7
일을 하고 있지 않음	8.6	7.5	25.8	41.3	16.8
일반 가구	18	16.8	49.9	13.2	2.1

자료: 厚生労働省 (2017) 「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について(案)」第5回 生活保護受給者の健康管理 支援等に関する検討会

□ 의료보험이 실시하는 데이터 헬스계획과 마찬가지로, 생활보호 수급자에 대해서도 데이터에 근거한 생활습관병 예방 및 증증화 예방 대책이 요구되고 있는 가운데, 일본정부는 복지사무소에서 지원대상 이 되는 수급자의 의료비 등의 진료보수 명세서, 건강진단 등과 관련된 데이터를 입수하여, 지역적인 과제를 분석하고 생활습관병의 해당자 등을 추출하는 기능을 가진 데이터 분석 시스템의 정비를 추진하고 있음(그림6-22).

[그림 6-22] 복지사무소가 활용하기 위한 데이터 인프라의 정비



자료: 厚生労働省 (2017) 「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について(案)」第5回 生活保護受給者の健康管理 支援等に関する検討会

마. 기타 적정화 대책

□ 지정의료기관제도의 수정

- 생활보호법을 개정하여 지정의료기관의 지정요건과 지정취소요건의 명확화, 유효기간의 도입 등을 제시하고 있음.
- 지정의료기관의 지정 등과 관련된 사무는 광역자치단체 등이 실시하고 있지만, 부정청구와 부적절한 의료 등이 의심되는 경우에는 지도 등을 실시하는 광역자치단체에 정보 제공을 의뢰하도록 하고 있음.

□ 진료보수 명세서의 온라인화

- 진료보수 명세서의 온라인화는 2011년도부터 정비되어, 각 복지사무소에서 자격 및 내용 점검에 활용되고 있음.
- 2012년도에는 과다수진 등 적정수진 지도 대상자를 간단히 선별할 수 있는 기능을 추가하였음.

3. 일본의 장기입원 관리방안

□ 일본의 생활 보호제도는 생활보호법 등에 따라 생활 형편이 어려운자에 대하여 그 압박의 정도에 따라 필요한 보호를 실시하고 그 최저한도의 생활 보장과 자립의 촉진을 도모하는 것을 목적으로 함.

- 후생노동성에서는 도·도·부·현 또는 시·정·촌(사업 주체)이 법에 의한 보호를 받는 자(피보호자)에 지급한 보호에 소요되는 비용(보호 비용)의 4분의 3에 대한 생활 보호비 등 부담금을 교부하고 있음.

- 보호는 그 내용에 따라 생활부조, 의료부조, 개호부조 등 8종류로 분류됨.

□ 의료부조 장기입원 환자에 관한 조치¹⁸⁾

□ 의료 부조는 후생노동성 장관, 도·도·부·현 지사, 시장(정령·중핵시)이 지정 의료 기관 등에서 피보호자가 진료를 받는 경우 등의 비용(의료지원 비용)에 대하여 행해지는 것임.

○ 피보험자가 의료보험(건강보험) 가입자가 아닌 경우는 지정 의료기관 등에 지불하는 진료비 등 전액은 의료부조의 대상이 됨.

□ 의료부조 실시 시에는 법에 의한 것 이외에 「국민 기초 생활 보장법에 의한 의료 부조 운영 요령」(운영 요령) 등에 의해 운영되고 있음.

○ 운영 요령 등에 따르면 사업 주체는 의료부조의 신청을 받은 경우에는 의료의 필요성을 검토한 후 의료부조를 결정하게 되는데 의료부조의 필요성, 내용 정도의 판정 등과 같은 전문적인 판단을 요하는 특수성을 가짐.

○ 이에 따라, 지정 의료기관에 대하여 사업주체가 발행하는 「의료필요여부의견서」, 「정신질환 입원필요 여부의견서」 등(필요여부의견서)에 대한 의견의 기재 를 요구하고 이에 따라 의료부조를 실시함.

○ 의료부조가 전문적인 판단을 요하기 때문에 사업 주체는 의료부조의 결정 및 실행에 있어서 현업원, 사찰지도원의 업무범위를 넘어서 전문적인 판단이 필요한 부분에 있어서는 조언 지도를 행하는 의사(촉탁의)를 위촉함.

- 촉탁의는 필요여부의견서, 진료보수명세서 등의 내용의 검토 등을 실시
- 현업원(case worker)은 보호의 결정 및 실행에 관한 조사 등의 사무 처리를 실시하고 보호자 결정 절차 시 피보호 세대에게 안내 및 관리 등을 실시하는 지역 담당자임.
- 사찰지도원은 보호의 결정 및 실행에 관해 현업원의 사무 처리에 관하여 심사를 실시하고 현업원들을 대상으로 현업활동 실시 상의 조언이나 지도를

18) 平成22年度 決算検査報告, 会計検査院(平成23年 10月 28日)

행하는 등의 지도 감독을 수행함.

- 사업주체¹⁹⁾는 촉탁의의 의견에 따라 의료부조를 수급하고 있는 피보호자가 6개월 이상의 의료를 필요로 할 경우, 또는 이후에도 계속하여 의료의 필요가 있는 경우에는 6개월을 경과할 때마다 각각 지정 의료기관에서 필요여부의견서의 제출을 받아 의료부조의 계속적인 필요여부를 충분히 검토함.
 - 현업원 등은 정기적으로 피보호자의 생활 상황 등을 파악하는 등 이를 위한 방문 조사를 실시함.
 - 입원하고 있는 피보호자에 대해서는 최소한 1년에 1회, 피보호자 지정 의료기관의 주치의 등을 대상으로 면접을 실시하고 그 건강 상태 등을 확인함.
 - 의료부조의 적정한 실시를 위해 현업원, 사찰지도원, 촉탁의 등은 조직적인 연계를 위해 노력해야만 함.
- 사업 주체는 의료부조의 적정한 실시를 확보하기 위해 입원 기간이 180일을 초과한 피보호자(장기 입원자)에 대해서는 「의료부조에 관한 장기 입원 환자의 실태파악에 대해」(실시 요령)에 의해 다음과 같은 실태 파악 등을 실시함.
- ① 서류 준비) 현업원은 입원 기간이 180일을 초과한 시점과 그 후에도 입원이 계속적으로 필요하다고 인정된 자에 대해서는 6개월이 경과한 시점마다 장기 입원 환자에 관한 최근의 필요여부의견서와 지난 6개월분의 진료보수명세서 등을 준비함.
 - ② 서면 검토) 촉탁의는 현업원이 준비한 필요여부의견서와 지난 6개월분의 진료보수명세서 등에 따라 입원을 계속할 필요가 있는 자와 입원을 계속할 필요성에 대해 주치의의 의견을 청취할 필요성이 있는 자로 분류하기 위한 검토를 실시함.
 - 또한, 촉탁의의 서면 검토는 진료내용의 적합성과 의료부조의 필요 여부 자체의 확인을 목적으로 하는 필요여부의견서 심사와 달리 퇴원의 가능성에 관하여 주치의에게 확인이 필요한지 여부를 검토하는 것이므로 필요여부

19) 우리의 시군구에 해당

의견서, 진료보수명세서의 내용 등으로부터 분명히 입원을 계속할 필요가 있다고 인정되는 자 이외의 자에 대해서는 퇴원의 가능성에 대해 주치의의 의견을 청취해야함.

- (③ 주치의 의견 청취) 현업원은 주치의의 의견을 청취하고 실태를 파악할 필요가 있는 자(실태 파악 대상자)에 대하여 실태 파악 대상자 명단 및 조사표를 정비하고 해당 장기 입원 환자에 관한 주치의의 의견을 조사표에 기입함.
- (④ 조치상황 기입) 현업원은 주치의의 의견을 청취한 결과 입원을 계속할 필요가 없는 것이 분명한 자에 대해 신속하게 해당 장기 입원 환자 및 그 가족을 방문하여 실태를 파악하고 퇴원 필요한 조치 상황(조치 상황)을 조사표에 기입함.

□ (조치 상황의 확인 등) 사업 주체는 관내의 실태 파악 대상자의 상황, 검토 경과 조치 상황 등을 상시 파악해두어야 하며 대상자 명부에 등재된 자는 3월 31일 현재 기준으로 촉탁의의 서면 검토 상황 및 조치 상황을 소정의 양식에 따라 매년 도·도·부·현 등에 보고함.

- 도·도·부·현 등은 관내의 사업 주체에 대한 지도 감사 등에서 실태 파악 대상자의 상황, 조치 상황 등을 확인하고 적절한 지도와 지원을 실시함.
- 또한, 후생노동성은 연도 보고의 내용을 생활 보호법 시행 사무 감사 등에서 확인함.

4. 일본 사례관리 대상자 선정기준, 사례관리 방법 등 의료부조 사례관리제도 내용

가. 히가시 오사카시

□ 히가시 오사카시에서는 약의 중복사용 및 상호작용에 의한 부작용 등의 건강피해를 사전에 방지하기 위해 생활보호 수급자가 이용하는 약국을 한 곳으로 제한하였음.

- 수급자는 이용할 약국을 한 곳 선정하여, 복지사무소에 신청서를 제출하고, 약

국 이용 시에는 확인증을 제시할 필요가 있음.

- 수급자가 선정된 약국 이외를 이용한 경우에는 약국은 일단 조제를 하고 복지 사무소에 보고하도록 하고 있음.
- 고시 기간(2013년 8월~)을 거쳐 2014년도부터 본격적으로 실시하고 있음.

〈표 6-11〉 향정신약물 중복투약 환자수의 변화

	2013년도	2014년도	전년 대비
히가시 오사카시	117명	61명	-48%
전국	5,280명	5,015명	-5%

〈표 6-12〉 1인당 조제비의 변화

	2013년도	2014년도	전년 대비
히가시 오사카시	23,258명	19,743명	-15%
전국	21,328명	20,851명	-2%

□ 단, 다음의 경우에는 지정한 약국 이외에 다른 약국을 허용하고 있음.

- 지정약국의 영업시간 외에 긴급히 약이 필요할 경우
- 수학여행 등 불가피하게 먼 곳에 있어 지정약국을 갈 수 없는 경우
- 특수한 약제를 필요로 하는 경우
- 상기 사유 이외의 이유로 복지사무소가 인정한 경우

□ 후발의약품의 사용을 장려하고 있음.

□ 또한, 히가시 오사카시는 의료부조의 적정화를 위해 후발의약품의 사용을 장려하고 있음.

- 올해까지 후발의약품 사용률을 100%까지 끌어올리는 것을 목표로 하고 있음.

□ 후발의약품의 사용 촉진을 위한 대책은 다음과 같음.

- 수급자와 의료기관 등에 대한 배포물에는 모두 후발의약품의 사용 촉진을 기재하여 계발 및 사용 촉진을 실시함.
 - 본인의 희망에 의해 선발의약품을 사용하고 있는 자를 사례관리사(case worker)가 방문하여 후발의약품의 사용을 장려함.
 - 원내처방에서 사용률이 낮은 의료기관을 개별 방문하여 후발의약품의 사용에 대한 협력을 부탁하고 사용을 장려함.
 - 의사가 후발의약품의 사용이 가능하다고 했음에도 불구하고, 선발의약품의 조제가 많은 약국에 대해서 개별방문을 실시함.
- 의료부조 적정화추진원을 활용하고 있음.
- 히가시 오사카시는 전문적인 지식 및 자격을 가지고 있는 의료부조 적정화추진원을 고용하고 있음.
 - 의료부조 적정화추진원을 활용하여, 의료부조(시술을 포함)의 적정한 확인을 효과적으로 실시할 수 있도록 업무관리를 강화하고 있음.
- 지정의료기관에 대해 정기적인 개별지도를 실시하고 있음.
- 의료부조가 적정히 실시될 수 있도록, 제도의 취지와 의료부조에 관한 사무취급 등을 철저히 주지시키기 위해서 지정의료기관에 대해서 생활보호법 제50조 제2조에 근거한 개별지도를 정기적으로 실시하고 있음.
- 다른 법률 및 다른 제도를 활용하고 있음.
- 의료부조 적정화추진원이 확인한 의료부조와 관련된 정보를 기준하여 생활보호법 이외의 법률 및 제도를 활용가능한 수급자에 대해서는 그 활용을 장려하고 있음.
- 과다수진, 중복수진, 향정신성의약품의 중복처방에 대한 지도를 강화함.
- 의료부조에 대해서 진료보수명세서에서 추출한 결과를 활용한 검증을 실시하

여, 과잉진료로 간주되는 경우에는 지도를 강화하고 있음.

나. 가와사키시 외래과다이용자와 건강 비관리자에 대한 지원 사례²⁰⁾

□ 가와사키시는 가나가와현의 북동부에 위치하고 있는 도쿄도와 요코하마시에 인접한 지역으로, 최근에는 재개발에 의한 대형집합주택과 상업빌딩이 건설되면서 인구가 증가하고 있음.

○ 2018년 7월 1일 현재 인구는 1,515,607명으로 전년 동월에 비해 13,677명 증가한 상태임.

○ 2017년 11월 현재 가와사키시의 생활보호 수급가구는 24,300가구로 전년동월 대비 11가구 감소하였음.

□ 가와사키시에서는 생활보호 수급자와 생활곤궁자를 포함한 대책을 검토하고 「가와사키시 생활보호·자립지원대책방침」을 책정하였음.

○ 이 방침은 6개 기본시책으로 구성되어 있는데 그 중 하나가 「건강 만들기 지원」으로, 2013년도부터 시내 복지사무소의 생활보호담당부서에 정규직 보건사를 1명 배치하고 있음.

○ 가와사키시는 ‘고령자가구의 증가에 따른 의료부조비의 증대’와 ‘경제적인 격차를 배경으로 한 건강격차’를 과제로 설정하고, 사례관리사(case worker)의 방문빈도가 적은 케이스를 중심으로 한 고령자의 건강지원과 생활습관병의 증증화 예방을 중점항목으로 설정하였음.

○ 구체적인 활동으로는 개별지원, 생활습관병 예방대책, 건강진단 수진율 향상, 의료부조비의 적정화를 들 수 있으며, 이들 활동은 가와사키시 본청의 보건사, 시내 9개 복지사무소의 보건사, 사례관리사(case worker), 관련직원의 협력하에 실시되고 있음.

20) 高橋真奈美 (2016) 「川崎市における健康管理支援の取り組み ―生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策―」『日健教誌』第24巻第1号、2016年에서 인용함.

□ 건강진단 수진율 향상을 위해 적극적인 홍보를 실시하고 있음.

- 40세 이상의 생활보호 수급자의 건강진단 수진율은 2012년도에 9.5%로 특정 건강진단 수진율 23.0%를 밑도는 것으로 나타났고 이에 따라 가와사키시는 사례관리사(case worker)의 협력 하에 전단 배포, 포스터의 게시 등을 이용하여 수진율을 높이려고 하고 있음.

□ 의료부조의 적정화를 위해 여러 정책을 시행 중에 있음.

- 과다 수진자와 중복 수진자에 대한 적정수진 지도, 후발의약품의 이용 촉진 지도를 사례관리사(case worker)와 연계하여 실시하고 있음.
- 중복 수진자 중에는 정신적인 문제로 인해, 몸 상태에 조금의 변화가 있더라도 불안을 느껴 수진을 받는 경우가 있었는데, 이를 해결하기 위해 가와사키시에서는 방문과 면접에 의해 피보호자의 상황을 정확하게 파악하는 동시에 생활습관 개선지도와 상담의 설정 등을 동시에 실시하여 수진자의 불안을 경감시키고 적정수진을 유도하는 조치를 실시하였음.

□ 사례 ①: 과다 수진자의 생활습관병 중증화 예방 및 개호예방 실시함.

- 고혈압과 요통으로 외래진료를 받으며 치료 중이던 85세 독신 여성 A씨는 건강에 대한 상담자가 없어 거의 매일 정형외과를 이용하고 있는 상황이었음.
- 본인이 신뢰하고 있는 사례관리사(case worker)로부터 보건사와 민생위원을 소개받고, 보건사와 민생위원이 지역포괄지원센터를 소개하는 형태로 상담을 늘려나감.
- 보건사가 병원 진료 시 동행하여 적절한 진료회수를 주치의에게 확인함.
- 약을 빠짐없이 복용할 수 있도록 계속적으로 방문함.
- 본인이 진료에 대한 상담을 요청하여 개호예방서비스를 이용하게 됨에 따라 진료회수가 감소하였음.

□ 사례②: 가족 모두가 건강관리를 받을 필요가 있어, 타 부서와 연계하여 지원을

실시함.

- 30대 자녀 둘과 동거하는 70대 부부로 남편이 심장질환으로 입원함에 따라 생활보호를 개시하였고 사례관리사(case worker), 보건사, 장애인지원 담당 직원이 동행하여 방문함.
 - 30대 자녀 모두 중학교 졸업 이후 은둔형 외톨이로 지내고 있었고 70대 여성은 병원을 싫어하여 오랫동안 병원진료를 받고 있지 않아 가끔 두통이 있는 상태이지만 진료 이력은 없었음.
 - 방문시의 혈압은 260/110mmHg로 높은 수치를 기록하였고 진료를 받을 필요성을 전달했지만 거부함.
 - 건강의 필요성과 치료의 중요성을 전달하고 수진방법을 제안하여 불안감을 해소시켜 방문 당일에 진료를 받고 치료를 시작함.
 - 가족에 대해서는 타 부서와 연계하여 지원하였음.
 - 그 결과 30대 자녀는 정신과에서 진료를 받기 시작함.
 - 이후 70대 여성의 건강상태를 파악하기 위해 정기적으로 면접을 실시하고 신체 상태와 수진, 복양 상태를 확인하고 식사에 대한 지도를 실시함.
- 일본의 생활보호 수급자와 의료부조 수급자는 계속해서 증가하고 있는데, 이와 같은 증가 원인 중 하나로 고령자가구의 증가를 들 수 있음.
- 일본의 고령자가구는 향후에도 계속해서 증가할 것으로 예상되고 있어, 생활보호 수급자와 의료부조 수급자의 증가는 일본정부에 있어서 지속적인 과제로 남을 것으로 보임.
- 일본정부는 의료부조에 지급되는 급여를 줄이기 위해 본문에서 소개한 의료비 적정화 계획을 계속해서 추진할 방침임.
- 단, 의료부조의 경우 일반보험진료에 비해 정신·행동장애의 비율이 높은 점을 고려할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - 본문에서도 확인한 것처럼 상병분류별 영수증 건수별 구성 비율은 입원의 경

우정신·행동장애가 34.0%로 가장 높게 나타남.

□ 시노하라(2018)²¹⁾는 의료부조의 수급금액은 입원이 입원 이외보다 2배 정도 높은 점을 들며, 정신요법, 작업요법, 생활기능훈련 등 재활(rehabilitation)을 진행하여 정신질환을 개선할 필요성을 강조하였음.

○ 한편, 전문가들 사이에서는 정신질환이 있는 환자를 지역에서 수용할 수 있는 사회적 자원이 부족한 점을 현재 일본의 문제점으로 지적하며, 이들을 수용할 수 있는 환경을 정비하지 않은 채, 단지 생활 보호비를 삭감하거나 의료부조에 자기부담금을 도입하는 등의 정책을 실시하면, 의존할 곳이 없는 수급자들이 보다 어려운 입장에 처하게 될 것이라며 근본적인 대책마련을 요구하는 목소리도 나오고 있는 상황임.

□ 한국의 경우 아직 일본보다 고령화율은 낮지만 저출산·고령화가 빠른 속도로 진행되고 있어, 향후 의료부조를 수급하는 고령자는 크게 증가할 가능성이 높은 실정임.

○ 일본보다 공적연금이 급여 면에서 성숙하지 않고, 고령자 빈곤률이 심각한 점을 고려하면 상황은 더 심각해 질 수도 있음.

□ 이러한 점을 고려하면 일본정부가 실시하고 있는 의료부조의 적정화 관련대책과 생활보호대상자에 대한 자립지원 정책 등을 참고하는 것은 의미가 있을 것으로 사료됨.

21)篠原 拓也 (2018) 「生活保護受給者には医療が無償提供されるの?」基礎研レター, 2018년4월23일

제 7 장

의료급여 사례관리사업 개선
방안 및 정책 제언

7

의료급여 사례관리사업 개선방안 및 << 정책제언

1. 대상자 선정 방식

가. 의료급여 사례관리 대상자 선정기준을 현행 급여일수에서 입내원일수 기준으로 변경

- 현행 사례관리 대상기준은 급여일수 700일을 기준으로 대상자를 선정하고 있으나 대상자의 의료이용 특성이나 그 간의 정책변화 등이 반영되지 못하고 있음.
- 복합질환자, 희귀난치성질환자 등 의료기관 방문 및 투약 등이 필요한 대상자에 대한 사례관리는 대상자의 삶의 질 측면에서는 효과적일 수 있으나 재정관리 측면에서 효과를 거두기에는 한계가 있음.
- 복합 만성질환자, 중증질환자 등의 외래 및 약국 이용일수는 기본적으로 700일을 초과하기 때문에 과다이용하고 있다고 볼 수 없음. 투약일수는 고위험군 대상자 선정 기준의 큰 요인으로 작용하고 있으나, 이로 인한 비용은 상대적으로 적은 수준임.
 - '16년도 사례관리가 이루어진 고위험군 대상자 중 진료비 하위 80%에 해당하는 18,732명의 총 진료비는 연간 480만 원이하²²⁾이며, 이는 전체 고위험군 사례관리 대상자의 53.9%에 이르고 있음.
 - 고위험군 사례관리 대상자 중 총 진료비 기준 7분위 이하인 26.3% 대상자의 연간 총 진료비 212만원 이하였음.
 - 진료일수 기준으로 선정하고 있는 고위험군 대상자 1인당 진료비 약 597만원 중 약국진료비는 189만원 수준임.
- 과다이용자에 대한 적정의료이용 유도과 이를 통한 의료급여 재정절감을 의료

22) 2016년 의료급여 통계연보 기준 의료급여수급자 1인당 진료비는 446만원임.

급여 사례관리의 주요 목적임을 감안하면, 투약(처방)일수를 포함하고 있는 진료일수 기준의 대상자 선정방식은 적정하지 않음.

나. 중증도를 반영한 의료급여 사례관리 대상자 선정 기준

- 의료급여 사례관리의 목적 중 하나는 부적정 의료이용자를 선별하여 적정 의료이용 관리를 통한 건강 삶의 향상 그리고 이를 통한 의료급여 재정안정화라 할 수 있음.
- 제한된 관리인원으로 보다 효율적인 사례관리를 수행하기 위해서는 대상자 선정에 있어 선택과 집중이 필요함.
- 그 간 대상자 선정은 질환의 중한 정도는 반영되지 않고 진료일수 등 의료이용량만을 기준으로 대상자를 선정하다보니 중증도가 높아 의료이용이 많을 수밖에 없는 대상자도 사례관리 대상으로 선정되었음.
- 앞서 언급했던 것처럼 진료비 지출이 많으며 부적정 의료이용행태를 보이는 대상자를 선정하여야 하며 이를 위해서는 중증도를 반영한 새로운 선정방안이 모색되어야 함. 즉, 진료비 지출이 많더라도 중증도가 높은 대상자와 그렇지 않은 대상자를 선별할 수 있어야 함.
 - 진료비 상위 10% 대상자의 입원과 외래 다빈도 질환임. 외래 다빈도 질환은 대체로 중증도가 매우 높고 진료비 지출이 많은 질환으로 총 진료비 지출 기준만으로 부적정한 의료이용을 하고 있다고 보기 어려움.
 - 반대로 입원 다빈도 질환 중 뇌경색 후유증, 고혈압 등을 갖고 있는 대상자는 부적정 장기입원자로 유추해 볼 수 있을 것임.

〈표 7-1〉 진료비 상위 10% 외래 및 입원 다빈도 주요 질환

단위: %

질환 코드	외래		질환 코드	입원	
	질환명	누적 백분율		질환명	누적 백분율
N185	만성신장질환(5기)	26.27	F209	상세불명의정신분열병	6.77
N189	만성신장기능상실	33.62	F009	상세불명의알츠하이머병에서의치매	13.13
B182	만성바이러스C형간염	36.84	F200	변집성정신분열병	17.97
B24	면역결핍증후군	39.98	F102	알코올의존성증후군	21.37
H360	당뇨병성망막병증	41.63	F203	미분화형정신분열병	24.24
C921	만성골수성백혈병	43.04	I639	상세불명의뇌경색증	26.94
D66	혈우병	43.91	I109	상세불명의고혈압	29.2
Z944	간이식상태	44.77	F001	만기발명알츠하이머병에서의치매	30.83
M4806	척추협착요추부	45.61	G819	상세불명의 편마비	32.45
c220	간암	47.2	G20	파킨슨병	33.85
z940	신장이식	47.7	I693	뇌경색후유증	35.19
B181	만성바이러스 B형 간염	48.2	E119	합병증을동반하지않은인슐린비의존 당뇨병	36.35

□ 질병의 중증도를 고려한 사례관리 대상자 선정 기준 개편

○ 고액 진료비 지출 기준 이외에 찰슨동반질환지수(Charlson Comorbidity Index, CCI)를 활용하여 대상자의 중증도 보정하여 향후 사례관리 대상자 선정 기준 방안 검토해 보고자 함.

- 그 간 높은 진료 일수를 가진 대상에 초점을 맞추다 보니, 환자의 중증도 고려가 부족했음.
- 대상자 선정 시 중증도가 높으나 의료이용을 하지 못하는 집단, 혹은 중증도가 낮으나 의료이용을 많이 하는 집단 등 다양한 집단의 특성과 상황을 고려해야 함.

□ 찰슨동반질환지수(Charlson Comorbidity Index, CCI)는 국내외에서 사용되고 있는 동반질환 측정 도구 중 하나로 1984년 개발되었음.

- Charlson은 1984년 1개월 동안 뉴욕병원에 입원한 604명 환자의 의무기록을 토대로 1년 사망을 잘 예측하는 19개 질환을 선정
- 19개의 동반상병에 대해 동반상병을 가지지 않은 환자들의 사망 위험 대비, 관심 동반상병을 가진 환자의 사망위험 비율에 근거하여 1, 2, 3, 6 점의 가중치를 부여하여 합산
 - 모든 동반상병에 대한 가중치의 합이 각각 환자에 대한 동반상병지수 생성
 - 간질환, 당뇨, 악성 신생물(neoplasm)은 질환의 증증도에 따라 가중치가 다르게 적용
 - 예를 들어 경도의 간질환은 가중치가 1점이며, 중증 간질환은 3점
 - 일반적으로 0, 1, 2, 3점이상 또는 0, 1, 2 점 이상 점수로 범주화

〈표 7-2〉 찰스동반질환지수 동반상병

동반상병	ICD-10 Code	점수
심근경색	I21.x, I22.x, I25.2	1
울혈성 심부전	I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.x, I43.x, I50.x	1
말초 혈관 질환	I70.x, I71.x, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, I79.2, K55.1, K55.8, K55.9, Z95.8, Z95.9	1
뇌혈관질환(반신마비 제외)	I60.x, I61.x, I62.x, I63.x, I64.x, I65.x, I66.x, I67.x, I69.x	1
치매	F00.x-F03.x, F05.1, G30.x, G31.1	1
만성 폐질환	I27.8, I27.9, J40.x-J47.x, J60.x-J67.x, J68.4, J70.1, J70.3	1
결합조직질환	M05.x, M06.x, M31.5, M32.x-M34.x, M35.1, M35.3, M36.0	1
소화궤양	K25.x-K28.x	1
경도의 간질환	B18.x, K70.0-K70.3, K70.9, K71.3-K71.5, K71.7, K73.x, K74.x, K76.0, K76.2-K76.4, K76.8, K76.9, Z94.4	1
합병증이 없는 당뇨	E10, E11, E12, E13, E14, E10.0, E10.1, E10.6, E10.8, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.8, E11.9, E12.0, E12.1, E12.6, E12.8, E12.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.8, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.8, E14.9	1
망막병증, 신경병증, 콩팥병증 등의 말단 장기 손상을 동반한 당뇨	E10.2-E10.5, E10.7, E11.2-E11.5, E11.7, E12.2-E12.5, E12.7, E13.2-E13.5, E13.7, E14.2-E14.5, E14.7	2
반신 마비	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81.x, G82.x, G83.0-G83.4, G83.9	2
중증도 이상의 콩팥 질환	I20.0, I13.1, N03.2-N03.7, N05.2-N05.7, N18.x, N19.x, N25.0, Z49.0-Z49.2, Z94.0, Z99.2	2
2차 전이성 고형암, 백혈병, 림프종, 다발성 골수종	C00.x-C26.x, C30.x-C34.x, C37.x-C41.x, C43.x, C45.x-C58.x, C60.x-C76.x, C81.x-C85.x, C88.x, C90.x-C97.x,	2
중증도 이상의 간질환	I85.0, I85.9, I86.4, I98.2, K70.4, K71.1, K72.1, K72.9, K76.5, K76.6, K76.7	3
2차 전이성 고형암	C77.x-C80.x	6
후천성면역결핍(AIDS)	B20.x-B22.x, B24.x	6

자료: 박은자 등(2016). 만성질환 의료이용 분석과 개선 방안, 한국보건사회연구원

원자료: 장선미 등(2010). 골다공증 환자의 의료이용 양상. 대한내분비학회지. 25(4). p.332

□ 상병을 활용한 대상자 선정방식의 활용

- 상병코드로 활용하여 대상자를 선정하는 대표적 사례는 52개 경증질환 본인부담금 차등 제도로 '11년 10월부터 도입, 운영 중에 있음.
 - 의료급여 수급권자에도 해당 제도를 적용, 대형병원의 고유 기능인 중증환자 위주의 진료에 전념할 수 있도록 함과 아울러 1차 의료 활성화에도 기여하기 위해, 2015년 중앙의료급여 심의위원회에 통과
- 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가에서는 중증도 보정을 위해 동반상병지수를 활용 함.

□ 이진용(2017) 등의 연구에서는 의료급여 수급자 관리에 있어 정형화된 접근을 벗어난 새로운 접근의 필요성을 강조함.

- 의료급여 수급자 중 과다이용 사례가 발생하고, 동일 의약품을 중복 혹은 과다하게 복용하여 건강에 위험을 주므로 전반적인 관리가 요구됨.
- 의료급여 제도에서 과다 이용자 선정 기준은 수급자의 질병 중증도는 고려하지 않고 의료이용 횟수, 특정 질환(예: 정신질환), 특정 상태(예: 장기입원) 등 대상자 혹은 영역에 국한하여 접근을 이루었음(이진용 등, 2017, p.12).

□ 국민건강보험공단의 국민건강정보DB 중 2016년 자격DB와 2013~2016년 진료내역DB를 이용하여 의료이용량을 분석한 결과를 아래와 같이 요약할 수 있음.

- 건강보험과 의료급여 의료이용 비교
 - 전반적으로 의료급여군의 의료이용 횟수, 1인당 의료비용 모두 건강보험에 비해 높은것으로 나타났음.
 - 동반상병지수가 0으로 측정된 대상자에서도 의료급여의 의료이용은 건강보험의 의료이용보다 많은 것으로 관찰됨.
- 사례관리 대상자의 의료이용
 - 2013년부터 2015년까지 3년간 동반상병을 분석한 결과 진료일수 상위 10

명은 최소 3개에서 최대 11개의 동반상병이 있었음.

- CCI 점수는 최소 3점에서 최대 18점으로 진료일수 상위 10명의 중증도가 매우 높은 것으로 나타남.

□ 입내원일수 기준의 찰슨동반질환지수(Charlson Comorbidity Index, CCI)를 활용한 대상자 선정 기준

- 동반상병지수를 활용한 부적정 과다이용자 선정은 동반상병지수가 0인 대상자 중 의료이용이 많은 대상자를 선정함.
- 고위험군의 64.7%, 장기입원군의 약 69.9%는 대상자 변경될 것으로 예상됨.
- 대상군별 대상자 선정에 우선 순위를 부여하며, 명단에 없는 대상자도 관리사의 판단에 따라 일부 재량으로 선정함.

〈표 7-3〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(입원)

단위: 명

구분	전체인구	해당인구 CCI=0			
		상위5%	상위2%	상위1%	IQR상위
0-9세	73,635	1,148	557	318	1,858
10-19세	203,781	980	527	330	1,263
20-29세	130,255	1,125	838	698	1,404
30-39세	71,089	2,372	2,027	1,720	2,640
40-49세	194,537	5,680	4,137	2,495	6,397
50-59세	268,811	6,921	4,374	3,869	8,009
60-69세	223,180	2,911	1,871	1,827	3,461
70-79세	232,756	673	450	313	929
80세이상	163,088	206	100	80	426
전체	1,561,132	22,016	14,881	11,650	26,387

〈표 7-4〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(입원일수)

단위: 일

구분	구간별 입원일수 CCI=0			
	상위5%	상위2%	상위1%	IQR상위
0-9세	18	29	41	13
10-19세	18	30	45	14.5
20-29세	20	36	65	14.5
30-39세	20	43	93	13
40-49세	38	173	366	19.5
50-59세	65	356	366	27
60-69세	81	365	366	32
70-79세	89	256	366	39.5
80세이상	220	349	366	75.5

〈표 7-5〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(외래)

단위: 명

구분	전체인구	해당인구 CCI=0			
		상위5%	상위2%	상위1%	IQR상위
0-9세	73,635	1,484	729	414	729
10-19세	203,781	9,085	4,315	2,200	9,085
20-29세	130,255	5,774	2,749	1,583	7,278
30-39세	71,089	3,782	1,993	1,229	4,102
40-49세	194,537	8,224	4,079	2,401	9,489
50-59세	268,811	7,141	3,739	2,308	7,622
60-69세	223,180	3,243	1,599	961	3,243
70-79세	232,756	1,339	534	276	1,420
80세이상	163,088	585	231	122	767
전체	1,561,132	40,657	19,968	11,494	43,735

〈표 7-6〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(외래방문일수)

단위: 일

구분	구간별 외래방문일수 CCI=0			
	상위5%	상위2%	상위1%	IQR상위
0-9세	62	74	83	74
10-19세	21	28	35	20.5
20-29세	19	26	32	17
30-39세	23	31	38	22
40-49세	24	34	43	22
50-59세	29	41	52	28
60-69세	37	52	66	36.5
70-79세	50	72	93	48.5
80세이상	52	76	100	46

〈표 7-7〉 동반상병지수를 활용한 대상자 선정 기준(입원 및 외래)

단위: 명

구분	전체인구	해당인구 CCI=0			
		상위5%	상위2%	상위1%	IQR상위
0-9세	73,635	2,442	1,225	702	2,442
10-19세	203,781	9,693	4,723	2,480	9,901
20-29세	130,255	6,614	3,484	2,232	8,249
30-39세	71,089	5,742	3,872	2,892	6,202
40-49세	194,537	13,255	8,111	4,871	14,827
50-59세	268,811	13,658	8,051	6,154	14,866
60-69세	223,180	6,073	3,461	2,785	6,497
70-79세	232,756	1,998	981	588	2,296
80세이상	163,088	789	331	202	1,186
전체	1,561,132	60,264	34,239	22,906	66,466

□ 동반상병지수의 정책적 활용 시 고려사항

○ 증증도 산정 기간의 설정²³⁾

- 기간이 짧아질 경우(예. 1년) 증증도가 충분히 반영되지 못할 수 있음
- 기간이 길어질 경우(예. 5년) 증증도가 과도하게 높은 것으로 추정될 수 있음(2회 이상 청구 등의 제한 사용할 수 있음)

○ 한국적 진료 상황 반영 필요

- 정신과 질환 : CCI 점수 산출에는 포함되어 있지 않음
- 대상자 선정에서 정신과 질환 등은 별도 산정하는 것도 대안
- 치매, 뇌혈관질환, 투석은 입원 관리대상으로 산입

23) 김연용(2018.04.03.) 발표자료: 찰슨동반상병지수 분석 및 활용 방안

2. 의료급여사례관리 지역 유형 및 유형별 대상자 선정 방안

- 현행 의료급여 사례관리 지역유형은 시군구별 의료기관 수, 사례관리 대상자 수 등을 반영하여 설계되었음.
 - 지역별 외래 과다이용자, 장기입원자, 신규 수급권자 등의 차이 반영해 동일한 업무량을 제시하는 것은 바람직하지 않다는 측면에서 각 지역의 시설 및 병원의 분포에 따라 A형(외래 고위험 지역), B형(입원 고위험 지역), C형(혼합지역)으로 구분하고 집단별 사례관리 목표량을 설정하고 있음.
- 하지만 지역 유형별 대상자들의 의료이용행태가 명확히 구분되지 않게 되면서, 지역 유형에 따른 사례관리 목표 대상자 수는 오히려 사례관리가 필요한 대상자를 명확히 선정함에 있어 저해 요소로 작용하고 있음.
 - 지역유형을 입원고위험지역, 혼합지역, 외래고위험 지역으로 구분하여 고위험군, 장기입원군, 집중관리군, 신규 수급권자 등 대상군별 관리 목표인원 수를 설정하고 있으나, 지역유형이 명확하게 구분되지 않음.
 - 의료급여 사례관리 지역유형별에 따른 의료이용특성이 명확하지 않음.
 - 일부 혼합지역과 외래 고위험지역 대상자의 입원일수가 입원 고위험지역의 평균 입원일수 보다 높은 지역 존재
 - 반면 입원 고위험지역, 혼합지역, 외래 고위험지역 대상자들의 외래 방문일 수에는 차이가 없었으며, 외래 고위험지역 중 입원일수 평균인 89일 이상 지역도 14개 지역
- 의료급여 대상자의 의료이용행태가 외래에서 입원으로 변화하였음. '11년 장기입원자 사례관리가 포함되었으나, 현행 의료급여 사례관리는 외래 고위험군 중심으로 수행되고 있다고 할 수 있음.
 - 의료급여 진료비 중 입원 진료비 비중: '08년 48.1% → '16년 53.4%
 - 의료급여 진료비 중 외래 진료비 비중: '08년 30.9% → '16년 30.1%

○ 최근 5년간 의료급여 진료실인원 연평균 증감율: 입원 0.16% ↑ vs. 외래 1.09% ↓

○ '16년 건강보험과 의료급여 입원진료비 비중: 건강보험 36.5% vs. 의료급여 53.4%

□ 현행 지역유형 구분에 따른 대상군별 목표 관리인원 수를 보면 장기입원 비중이 고위험군에 비해 상대적으로 낮음. 지난 10여년 간 의료급여 대상자의 의료이용 행태에는 많은 변화가 있었음.

○ 특히 2000년대 중반부터 요양병원이 급증하면서 외래 중심에서 입원 중심으로 전화되는 계기가 되었음. 현재 의료급여 장기입원자의 증가로 입원진료비가 급증하는 상황에서 외래 과다이용 사례관리에서 의료급여 재정 지출 비중이 큰 장기입원자에 대한 사례관리를 강화하는 방향으로 개편되어야 할 것임.

□ 제1차 기초생활보장 종합계획에서도 장기입원 중심의 사례관리 개편 내용을 담고 있음.

“(장기입원 중심 사례관리) 현재 외래 ‘고위험군’ 중심으로 운영되고 있는 사례관리 대상자를 장기입원자 중심으로 개편”

○ 신규 대상자 관리를 제외한 적극적 사례관리 개입 방식인 장기입원군, 고위험군, 집중관리군 사례관리 비중을 보면 고위험군이 약 70%정도로 현재 의료급여 사례관리는 고위험군 중심으로 이루어지고 있다고 할 수 있음. 장기입원군의 총진료비 수준, 입내원일수를 고려할 때 향후 장기입원군 사례관리 비중 확대 고려되어야 함.

- '16년 의료급여 사례관리가 이루어진 대상자 비중²⁴⁾: 고위험군 70.1% > 장기입원군 20.0% > 집중관리군 9.7%

○ 반면 1인당 총진료비는 장기입원자가 3배 이상 높은 수준으로 제한된 자원으로 효율적 사례관리를 위해서는 장기입원자 중심의 사례관리가 필요

24) 신규군 제외

- '16년 1인당 총진료비: 장기입원자 약 1,877만원 vs. 고위험군 597만원

□ 중증도를 반영한 대상자 선정방식으로 개편 시, 집중관리군은 중증도에 따라 분리될 수 있으므로 사례관리 대상군에서 제외함.

○ 집중관리군은 대상자 선정, 사례관리 내용 및 기간이 명확하지 않음.

○ 고위험군 대상자로 사례관리 되어 왔으나 의료이용행태가 변화하지 않았거나, 과거의 학습효과 등으로 사례관리 효과를 크게 기대하기 어려움.

○ 특히, 집중관리군의 의료이용행태가 중증도가 높은 중한 질환을 갖은 대상자가 많은 것은 감안하면, 동반상병지수를 활용한 대상자 선정방식으로 개편 시 대상 제외되는 대상자가 많을 것으로 판단됨.

□ 또한 지역유형 구분에 따른 목표 관리인원 수는 오히려 사례관리 필요도 더 높은 대상자를 타겟팅함에 있어 불리한 요인으로 작용할 수 있어 지역의 특수성, 의료급여 관리사의 자율성 확대 등이 필요할 것으로 판단됨.

○ 지역유형별 관리 대상군별 목표 사례관리 설정함에 따라 신규 수급권자 관리를 제외하고 적극적 사례관리 개입이라 할 수 있는 고위험군, 장기입원군, 집중관리군 사례관리가 제한될 가능성도 존재

- 본 연구 결과, 입원 고위험 지역 50개 지역 중 23개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족

- 혼합지역 110개 지역 중 39개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족

- 외래 고위험 지역 70개 지역 중 26개 지역은 장기입원군과 고위험군의 해당 지역 목표 관리인원 미충족

○ 권역별 의료급여 관리사 간담회 결과에서도 유연한 대상자 선정이 필요하다는 의견이 많았음.

- 지역 유형에 따른 목표 대상자 수 결정되면서 대상군별 목표량을 채우게 되면 사례관리 개입이 필요하다고 판단되는 다른 대상군에 대한 관리가 어려

워진다는 의견들이 있었음.

□ 사례관리 지역 유형 및 지역 유형에 따른 사례관리 대상자 수 개선 방안

- 사례관리 지역 유형은 외래 입원 고위험지역과 혼합지역으로 구분하며, 지역 구분은 시군구별 의료급여 관리사 1인당 장기입원자 수를 기준으로 구분
- 지역 유형별 대상자 수는 장기입원 관리를 강화하는 방향으로 하며, 보다 유연한 대상군별 관리가 가능하도록 목표 대상인원 수의 폭을 확대함.
- 대상군은 입원 고위험군과 외래 고위험군, 신규군으로 구분함.
- 시군구 의료급여 관리사 1인당 장기입원자수를 기준으로 지역유형 구분
 - 관리사 1인당 장기입원자 수 150명을 기준으로 입원고위험 지역(약 135개 시군구가 해당)과 혼합지역(99개 시군구)으로 선정
- 대상군별 평균 인원을 가정 시, 장기입원자 사례관리 비율은 현행 약 20.0%에서 약 37%수준으로 증가할 것으로 예상

〈표 7-8〉 지역 유형에 따른 의료급여 관리사 1인당 사례관리 대상자 수(안)

지역 구분	(A) 장기입원	(B) 고위험군	신규 수급권자	총 계
입원 고위험	30~60명	40~70명	전수관리(200명)	300명
혼합	15~40명	60~85명	전수관리(200명)	300명

- 다만, 중증도를 반영한 입내원일수의 대상자 선정 시, 일부 의약품 등 투약일수가 과도한 대상자는 별도로 모니터링하고 선별하여 고위험군으로 관리하는 방안도 검토될 수 있을 것임.

3. 신규 수급자 관리 방안

□ 당해 연도 의료급여 신규수급자로 전환된 대상자 중 일부 신규수급자의 장기입원, 진료비 지출이 많은 수급자가 상당수 있는 것으로 나타났음.

○ 일부 신규 수급자 경우, 의료이용이 장기입원군 다음으로 많았음.

- 1인당 평균 입원일수: 장기입원자 246일 > 신규 수급자 66일 > 집중관리군 43일 > 고위험군 31일
- 1인당 평균 입원진료비: 장기입원자(1,780만원) > 신규 수급자(689만원) > 집중관리군(556만원) > 고위험군(414만원)
- 16년 신규 수급권자 중 입원자는 29,406명이었으며, 180일 이상 장기입원자는 3,951명
- '16년 현재 진료비 상위 20%에 해당하는 신규수급자 수는 18,150명

□ 의료이용이 많은 신규 수급자는 중증도가 높은 질병이환자가 많은 것으로 분석되었음.

- 신규 입원자의 동반상병지수를 분석한 결과, 전체 신규 입원자의 최소25) 38.0%는 동반상병지수가 1이상으로 중증도가 높았음
- 신규 대상자 중 180일 이상 입원한 장기입원 대상자의 중증도를 분석한 결과, 180일 이상 입원 3,951명의 최소43.4%인 1,714명도 동반상병지수가 최소 1 이상으로 중증도가 높은 대상자였음.

□ '18년 부터는 각 시군구별로 신규 수급자 5%에 대해 방문 사례관리를 실시하도록 하였으나, 효과적인 사례관리 수행에 한계가 있음.

- 하지만 신규수급자 사례관리는 1개월 이내에 종결하도록 하고 있으며, 특히 건강보험에서 의료급여로의 자격변동으로 건보공단 DW에서 의료기록을 확인할 수 없어 효과적인 사례관리가 이루어지기 어려운 상황임.

25) 동반상병지수는 최근 3년간 각 연도별 주상병 1개, 부상병 2개를 모두 고려하여 측정하나 여기에서는 단년도 주상병 1개, 부상병 1개 질환만으로 동반상병지수를 부여하였음.

□ 사례관리는 초기 개입과 관계 형성(Rapport)이 무엇보다 중요함.

○ 의료필요도가 높은 일부 대상자는 의료급여 수급자격으로 일정 기간 의료이용 자료가 확인된 후, 차년도에 중증도를 반영하여 외래고위험군이나 장기입원군으로 관리하는 것이 좋을 것으로 판단됨.

- 현행 신규 사례관리는 의료이용행태 파악이 불가능하며, 1개월 이내 종로도 효율적인 사례관리에 있어 한계점으로 작용하고 있음.

○ 사례관리는 초기 개입과 관계 형성(Rapport)이 무엇보다 중요하나, 현행 반기별 신규수급자 집합교육은 잠재적 과다이용에 대한 예방적 관리가 어려운 구조임.

○ 신규 대상자에 대한 사례관리는 소그룹별로 운영하면서 교육, 상담 및 관계형성이 중요할 것으로 판단됨.

□ 신규 수급자의 생활습관병 예방, 중증화 예방 등 건강관리 지원 필요

○ 질병 예방 및 조기 발견을 위한 일반건강검진, 생애전환기 건강검진 및 암 검진 등 국가에서 실시하고 있으나 건강검진 수검률이 낮고 검진 결과에 따른 의료적 개입 부재

○ 일본의 경우에도 의료부조에 대한 정부지출이 지속적으로 증가함에 따라 2017년 12월에 생활보호 수급자의 건강관리 지원 방안을 포함한 의료부조 적정화 대책을 마련하였음.

○ 여기에는 생활습관병 예방, 중증화 예방 추진을 위해 전국 복지사무소에서 건강관리를 실시하고 건강 및 의료 데이터를 수집, 분석하여 생활보호 수급자의 건강관리 지원을 하도록 하고 있음.

□ 신규 대상자 관리 방안

○ 현행 신규대상자 관리는 폐지하되, 현행 반기별 교육에서 월별 또는 최소한 분기별로 변경하여 소그룹별(20명 내외) 신규 대상자 교육, 개별상담 및 사례관

리를 실시

- 신규수급자들에 대한 초기 개입과 관계형성을 강화함과 동시에 의료급여제도에 대한 구체적 안내와 합리적 의료이용 유도를 위해 신규 교육을 소그룹별 관리방식으로 전환

○ 신규수급자 건강관리를 위한 의료이용내역 연계 필요

- 신규수급자의 자격이 건강보험에서 의료급여로 전환되면서 자격변경 이전 의료이용내역은 확인이 불가능하여 의료급여 관리사가 신규 수급자의 건강관리 계획을 수립하기에 어려움이 있음.
- 따라서 향후 국민건강보험공단과 협의하여 신규 수급자의 자격변동 이전 6개월간의 의료이용내역을 구득하여 신규의료급여 수급권자의 건강관리 계획에 반영할 필요가 있음.

○ 신규수급자에 대한 예방적 건강관리 강화

- 신규 수급자 건강검진을 통해 고혈압, 당뇨, 치매 등 만성질환을 예방하고, 질병을 키워 의료비용도 과다하게 지출되는 것을 방지할 수 있도록 의료급여 신규대상자 교육과 함께 보건소 건강검진과 연계하여 실시함.
- 이를 통해 신규 수급자에 대한 제도 안내와 건강검진 그리고 이를 통한 신규 수급자 건강관리계획 수립에 있어 기초자료로 활용할 수 있도록 함.
- 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 당화혈색소, 골밀도, 체성분분석 등 검사와 치매 검사 등을 신규 대상자 교육과 지자체 보건소 건강검진 프로그램과 연계하여 시행

4. 관외 입원자 사례관리 방안

□ 현행 관외 장기입원자 관리는 관할 보장기관이 사례관리 하는 것을 기본으로 하되, 타 시도에 관리 의뢰 가능하도록 되어있음.

○ 하지만 관할 지자체 의료급여 실적이 됨으로 현실적으로 타 시도 장기입원자 관리에 대한 유인이 없으며, 타 시도 수급자에 대한 기본 정보(행복e음), 건보

공단 DW 등을 파악할 수 없는 실정

- '16년 현재 시도 기준 관외 입원자는 85,759명으로 전체 의료급여 입원자의 19.9% 수준이며, 이중 180일 이상 관외 장기입원자 25,528명이었음.
- 관외 입원자 관리는 보장기관과의 물리적 접근성의 한계로 인해 사례관리가 수행되지 못하는 사각지대로 인식되고 있음.
- 장기입원자가 관외 입원이용을 할 경우, 의료급여 관리사가 장기입원 사례관리를 하는 것에는 지리적, 행정적 제약으로 어려움이 있을 수 있음.
 - 예를 들면, 의료급여 관리사가 다른 보장기관에 위치한 의료기관에서 장기입원 사례관리를 하게 되면 해당 의료기관의 협조를 요청하는 것에도 어려움이 따르고, 이동시간이 오래 걸려 효과적 사례관리가 어려움.
- 보장기관 의료급여 관리사 1인당 평균 장기입원자 수가 172명에 이르고 있는 상황에서, 보장기관 입장에서는 관내입원자 관리도 어려운 상황임.
- 보장기관별로 관외 입원자 관리를 하고 있는 경우도 있으나, 대부분의 보장기관은 관외입원자 관리에 집중할 수 없으며 그 필요성도 높지 않은 상황임.
- 관외 입원자 관리는 장기입원 연장승인제도가 도입되면 약 9만명의 장기입원자에 대한 관리가 적시에 이루어져야 하며, 이중 약 2만5천명의 관외입원자에 대한 관리도 이루어져야 함.
- 「제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)」에서 장기입원 관리 강화를 위한 장기입원 연장승인 제도 신설을 명시
- 시도별 관외 장기입원 사례관리 전담 인력 배치

【 제1차 기초생활보장 종합계획 】

(2) 근거기반의 적정 의료급여 이용 유도

□ 장기입원 관리 강화

○ (장기입원 연장승인) 현행 연장승인 제도와 별도로 입원일수만을 기준으로 장기입원 연장승인 제도를 신설

- 1차 연장승인은 지자체에서 담당, 2차 연장승인 업무는 심평원에 위탁하여 전문성을 확보한 기관에서 연장승인 심사 실시

* 현행 연장 불승인 요건을 확대(예시: 신체기능저하군 등)하고 심평원의 환자단위 통합정보를 활용하여 입원 연장승인 심사 내실화

- 연장승인 미신청자 및 불승인 대상자는 의료급여를 제한(100% 본인부담)하던 것을 건강보험 수준 본인부담(20%) 적용 추진

○ (요양병원 본인부담) 건강보험에서 2배의 본인부담(40%)을 적용하고 있는 요양병원 신체기능저하군 입원자에 대해 연장승인과 관계없이 입원일수(예시: 60일) 초과시점부터 본인부담 인상 검토

* 요양병원 신체기능저하군 본인부담 적용(예시) : 1종 10%, 2종 20%

○ (장기입원 중심 사례관리) 현재 외래 ‘고위험군’ 중심으로 운영되고 있는 사례관리 대상자를 장기입원자 중심으로 개편

* 의료기관이 입원 시점에 의료급여 자격관리시스템에 등록하도록 하여 지자체가 실시간으로 입원확인 및 입원 초기부터 사례관리 실시 필요

○ (요양병원 사례관리) 관외입원자를 포함하여 전체 요양병원 장기입원자는 全數 사례관리 대상으로 관리

- 사례관리를 강화하기 위해 의료급여 관리사 추가 배치(현재 정원 530명에서 '17년 추경을 통해 96명 증원 및 이후 단계적 증원 추진)

- 심평원 전담인력 추가배치(본부 2명·지원 26명)를 통해 심평원·지자체 합동 사례관리 확대('17년 240개소 1.5천명 → '20년 600개소 4천명)

○ (주거·시설 연계) 의료적 필요도가 낮은 장기입원 대상자에 대해 지역사회 사회복지시설 및 임대주택 등 우선 연계

□ 권역별 요양기관 중심의 관외 의료급여 관리사 배치

○ 관외입원 사례관리 방안을 위한 관외 입원 지역 개념의 조작적 정의가 필요

- 기본적으로 광역시도를 기준
- 보장기관과 요양기관 위치를 기준으로 관외 지역기준을 광역시 20Km내 외, 시도 60Km 내외 기준을 적용하여 관외 입원 기준 설정
- 관리 가능관외 입원자 비중을 산출한 결과, 전체 관외 장기입원자 25,528 명의 약 41.2%는 각 보장기관에서 관리 가능할 것으로 추정됨.
- 그럼에도 관외 장기입원자의 약 59%인 1만5천명에 대한 관외 사례관리는 여전히 사각지대로 남게 됨.

○ 향후 장기입원자에 대한 연장승인제도가 도입되면 효율적인 관외 사례관리를 위해서는 관외 의료급여 관리사를 요양기관 중심으로 배치하여 운영하는 것을 검토해 볼 필요가 있음.

○ 관외 입원 사례관리 전담인력은 시도로 배치하며, 해당 시·도의 요양기관을 중심으로 관리함.

- 해당 시·도에 보장기관을 두고 있는 타 시·도 입원 대상자를 관리하는 것이 아니라, 타 시·군·구로부터 의뢰받아 해당 시·도에 장기입원 중인 대상자를 관리하는 것이 보다 효율적임.
- 예를 들어, 경기도의 관외 의료급여 전담 관리사는 타 시·군·구로부터 의뢰 받은 경기도 소재 요양기관에 입원 중인 장기입원자를 관리
- 이 경우, 관외 의료급여 전담인력의 소속, 인거비 등 해결과제는 있을 수 있으나, 시도 소속 관외 의료급여 관리사의 업무효율성, 행정비용 절감(출장 등) 등은 더 큰 장점으로 작용할 수 있음.
- 요양기관 중심의 관외 사례관리 인력을 배치할 경우, 관리사 1인당 연간 200건 이상의 관리가 가능할 것으로 판단되며, 1만 5천명의 관외 장기입원자 관리에 필요한 인력인 대략 75명 정도로 89명의 사례관리 인력을 충원하는 경우 충분히 관리 가능함.

- 요양기관 중심의 관외 사례관리 인력을 배치함에 있어서는 해당 시도의 수급자 수가 아닌 요양기관 분포, 지역별 장기입원자 수 등을 고려하여 인력 배치

〈표 7-9〉 전국 시도별 요양병원 및 정신병원 분포

	병원급 이상 전체 요양기관		요양병원			정신병원		
	개수	열%	개수	행%	열%	개수	행%	열%
강원	99	(2.6)	31	(31.3)	(2.2)	26	(26.3)	(3.7)
경기	710	(18.7)	283	(39.9)	(19.8)	164	(23.1)	(23.0)
경남	315	(8.3)	117	(37.1)	(8.2)	48	(15.2)	(6.7)
경북	229	(6.0)	112	(48.9)	(7.8)	45	(19.7)	(6.3)
광주	255	(6.7)	55	(21.6)	(3.9)	30	(11.8)	(4.2)
대구	207	(5.5)	62	(30.0)	(4.3)	32	(15.5)	(4.5)
대전	113	(3.0)	52	(46.0)	(3.6)	22	(19.5)	(3.1)
부산	396	(10.5)	197	(49.7)	(13.8)	58	(14.6)	(8.1)
서울	495	(13.1)	110	(22.2)	(7.7)	99	(20.0)	(13.9)
세종	8	(0.2)	7	(87.5)	(0.5)	1	(12.5)	(0.1)
울산	99	(2.6)	46	(46.5)	(3.2)	10	(10.1)	(1.4)
인천	167	(4.4)	68	(40.7)	(4.8)	43	(25.7)	(6.0)
전남	206	(5.4)	73	(35.4)	(5.1)	35	(17.0)	(4.9)
전북	205	(5.4)	84	(41.0)	(5.9)	28	(13.7)	(3.9)
제주	25	(0.7)	10	(40.0)	(0.7)	9	(36.0)	(1.3)
충남	155	(4.1)	78	(50.3)	(5.5)	34	(21.9)	(4.8)
충북	104	(2.7)	43	(41.3)	(3.0)	28	(26.9)	(3.9)
총합계	3788	(100.0)	1,428	(37.7)	(100.0)	712	(18.8)	(100.0)

주 1: 병원급 이상 전체 요양기관은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 한방병원, 치과병원을 합산한 개수

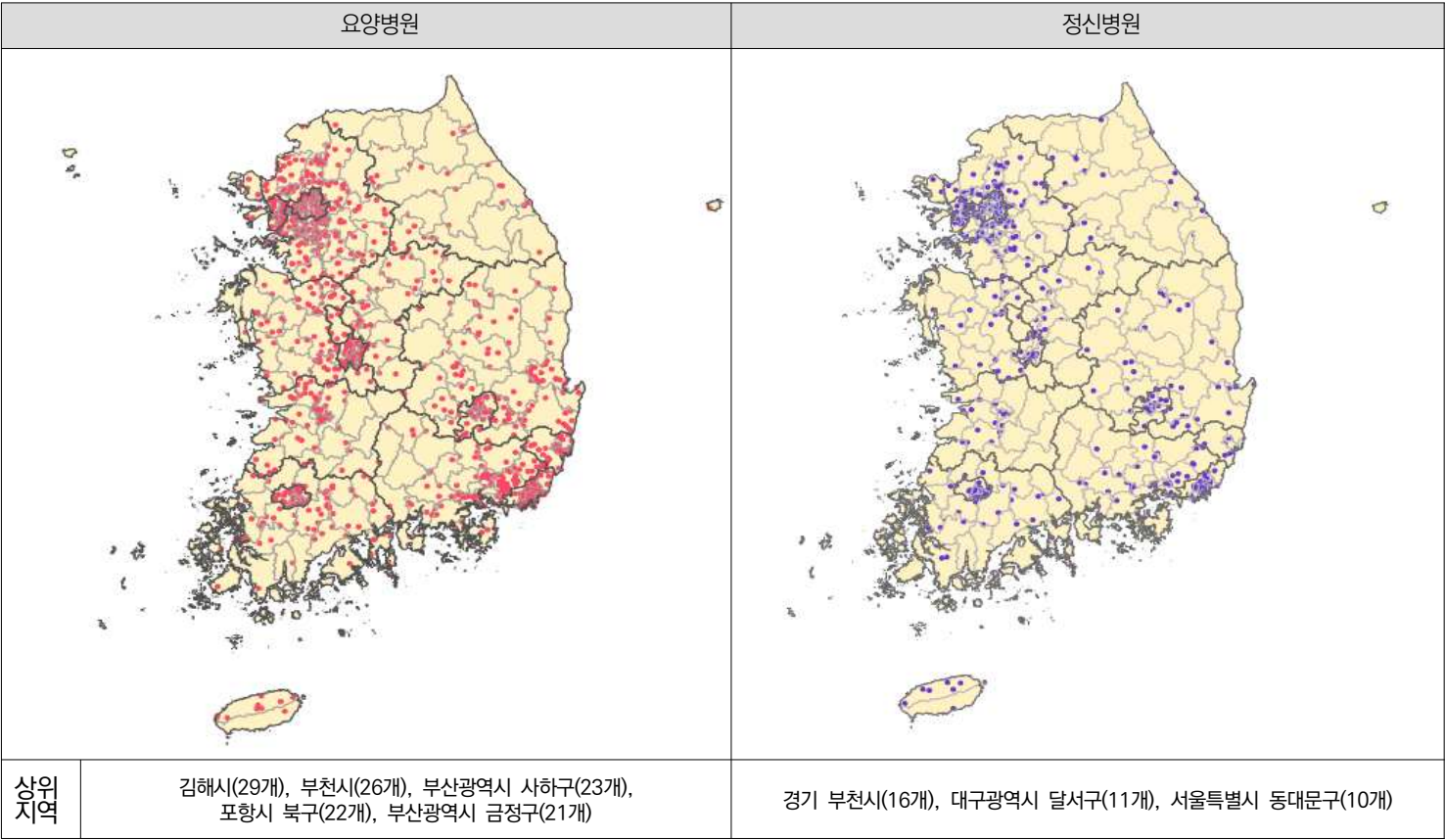
주 2: 요양병원: 종별 구분 중 요양병원으로 기재된 요양기관

주 3: 정신병원: 종별 구분으로 정신병원 여부가 파악되지 않아 입원실이 1개 이상이며, 정신건강의학과 전문의가 1명 이상 있는 경우를 정신병원으로 간접추정함. 즉, 요양병원이 정신병원에 포함될 수 있음.

자료: 건강보험심사평가원 요양기관 현황 자료 2016. 12.31. 요양기관 현황신고 기준

- 입원 연장승인제도 도입 시, 각 보장기관별로 관내·외 요양기관에 대한 기준을 설정하며, 관내 지역 범위, 요양기관명단(positive list) 등을 설정을 통해 명확한 업무 담당자(보장기관 관리자 vs. 관외 의료급여 관리자) 지정 방안 검토

[그림 7-1] 전국 시군구별 요양병원 및 정신병원 분포



5. 장기입원자 연장승인제도 도입에 대한 대비 필요

□ 사례관리 - 퇴원 - 사회복귀 과정에서 수급자에 대한 부적정 입원에 대한 아무런 통제장치가 없는 상황에서 이러한 선순환 고리를 형성하기는 대단히 어려울 것임.

□ 장기입원관리를 위한 제도적 장치 필요

○ 현행 장기입원 사례관리는 부적정 의료급여 장기입원자에 대하여 퇴원을 유도하고 외래이용을 통해 적정 의료이용을 하게 하기 위함임. 하지만 장기입원자 사례관리에서 퇴원 후 자원 연계까지 이르는 일련의 과정에서 사례관리만으로는 사업목표를 효과적으로 달성하기 어려움.

○ 따라서 장기입원 사례관리의 목적을 효과적으로 달성하기 위해서는 장기입원 연장승인을 통한 제도적 장치가 필요함.

○ 일본의 경우에도 의료부조 대상자의 입원진료가 증가함에 따라 6개월 이상 입원이 필요한 경우에는 ‘의료필요여부 의견서’를 통해 의료의 필요성을 검토한 후 입원여부를 결정하는 제도적 장치를 두고 있음.

□ 제도 내 운영의 정합성 확보

○ 과도한 외래이용에 대해서는 연장승인제도, 선택병의원제도를 시행하고 있으나, 장기입원에 대해서는 아무런 제제 장치가 없는 실정임.

- 외래의 경우, 각 질환별 연간 365일 초과 전 의료급여 연장승인을 신청하여 승인 받아야 하며, 승인 없이 초과 시 전액 본인부담 규정을 두고 있음.

- 조건부 연장승인의 경우, 지정병원을 이용해야 하며(선택병의원제) 의뢰서 없이 지정병원 이외 기관 이용 시 전액 본인부담

의료급여일수 연장승인 및 선택의료급여기관제도

- 의료급여일수: 매년 1월 1일~12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약 없이 외래로 의료급여 받는 급여일수를 합한 일수
- 의료급여 상한일수: 수급자가 의료급여 기금으로 의료급여 받을 수 있는 일수로, 상한일수 초과 시 초과일수 해당 비용은 전액 본인부담
- 의료급여일수 연장승인: 급여 부득이하게 상한일수를 초과할 경우, 초과 전 관할 시·군·구청에 의료급여일수 연장승인 신청하여 승인
- 조건부 연장승인: 희귀난치성질환 중 한 질환으로 급여일수 455일 초과, 만성고시질환 중 한 질환으로 455일 초과, 기타질환으로 545일을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 대상자는 지정한 병·의원만 이용
- 지정병원 외 의료급여기관 진료가 필요한 경우 선택의료급여기관에서 의뢰서를 받아 이용해야 하며, 의뢰서 없이 이용할 경우 의료비 전액 본인부담

□ 연장승인 제도 도입(안)

- 의료급여 수급권자 입원 기간이 6개월을 초과하게 되는 경우, 입원연장승인 도입
 - 매년 1월 1일~12월 31일까지 요양기관 입원일수의 합이 6개월(180일)을 초과할 경우, 초과 전 관할 시·군·구청에 의료급여일수 연장승인 신청
- 장기입원 상한일수 초과 시, 요양급여 비용 일부 본인부담 부과(안)
 - 의료급여 1종: 10%
 - 의료급여 2종: 20%
- 본인부담 보상금제도와 본인부담상한제의 지급 제외 대상으로 명시

본인부담 보상금제(영 제13조 제5항)

- 1종 수급권자 - 매30일간 2만원 초과한 경우 초과금액의 50%를 보상
 - 2종 수급권자 - 매30일간 20만원 초과한 경우 초과금액의 50% 보상
- ※ 진료기간이 30일 미만이라 하더라도 본인부담액이 1종수급권자는 2만원, 2종수급권자는 20만원을 초과한 경우 초과금액의 50% 보상, 입원진료비 외에 외래진료비·약제비도 포함

본인부담 상한제(영 제13조 제6항)

- 1종 수급권자 - 매 30일간 5만원을 초과한 경우 초과금액 전액
- 2종 수급권자 - 연간 80만원을 초과한 경우 초과금액 전액.(다만 의료법 제3조 제2항제3호에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우의 급여대상본인부담금에 대하여는 연간 120만원을 초과한 경우 초과금액 전액)

※ 건강보험 본인부담 상한제에서는 사회적 입원에 대한 대책으로 요양병원 입원 일수 120일까지만 현재 상한액을 적용하며 120일 초과 시 상한제 개편 전 상한액을 적용

○ 요양병원 신체기능저하군은 입원기간에 상관없이 본인부담금을 부과함.

- '14년 현재 요양병원 입원 신체기능저하군은 약 8,335명이었으며, 6개월 이상 입원자는 2,884명이었음²⁶⁾.

□ 의료급여 장기입원자 연장승인 관련 사례관리 방안

○ 의료급여 장기입원자 연장승인은 ① 의료급여 관리자 방문조사, ② 심평원 심사 또는 별도의 심사조직 구축, ③ 의료이용량(예, 입원기간 중 최근 3개월 간 외래이용 건수 등)등을 종합적으로 판단하여 승인여부 결정

① 의료급여 관리자 사례조사

- 의료급여 장기입원자 연장승인은 현재 입원 중인 대상자임을 고려하여 방문조사로 이루어질 필요가 있으며, 이때 ADL, 건강상태, 건강관리능력 등 현재 상태를 파악하기 위하여 '의료급여수급자 요구사정 지표별 측정기준표' 또는 유사한 형태의 사정도구를 활용

26) '의료급여 수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구', 황도경 외, 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2014.

- 장기입원자 사례조사는 최초 입원일로부터 3개월 이후부터 6개월 사이에 이루어지도록 함.

② 심사 연계

- 의료적 측면의 필요성 여부를 판단함에 있어 심평원 또는 별도의 전문심사 조직 구축을 통한 심사연계가 필수적임.
- 반드시 입원이 필요한 질환을 갖은 대상자와 입원이 불필요한 대상자를 의료급여 관리사의 사례조사 결과 등을 포괄적으로 반영하여 판단할 수 있는 조직 또는 기구 마련

□ 입원 정보 실시간 확인을 위한 자격관리시스템 도입 또는 입원신고제 도입

- 장기입원 연장승인제도를 시행하기 위해서는 자자체에서 실시간 입원 여부 확인이 우선되어야 하나 현재 입원 자격관리시스템은 도입되지 않은 상황임(외래는 시행 중).
- 장기입원 연장승인은 입원 6개월 이후부터는 본인부담 부과가 이루어져야 하기 때문에 입원 자격관리시스템이 선행되어야 함.
- 차선택으로 요양기관 입원신고제를 검토해 볼 수 있음.
- 요양기관 입원 신고제는 의료급여 대상자 입퇴원 후 7일 이내에 지자체, 심평원에 통보(진료확인번호 부여)하도록 하고 그렇지 않을 경우, 급여제한하는 방법을 검토해 볼 수 있음. 최우선적으로는 입원 자격관리시스템 도입임.

6. 대상자 중심의 통합사례관리 체계 구축

- 부적정 장기입원자에 대한 의료급여 사례관리 이후 사례관리 - 퇴원 -사회복귀로 이어지기 위해서는 대상자 중심의 통합적 사례관리체계가 필요함.
- 의료적 필요도 낮은 장기 입원자들은 주로 입원을 통해 주거, 생계를 유지하는 경우가 많음. 따라서 불필요한 입원을 제한하게 될 경우, 이들 대상자들이 지역사회에 정착할 수 있도록 하는 주거뿐만 아니라 돌봄, 생계 등에 대한 통합적 지원 체계가 필요함.
- 본 연구 결과, 180일 이상 장기입원자 2명 중 1명은 중장년층이었으며, 5명 중 1명은 80세 이상 고령자였음.
- 장기입원자의 49.3%(44,831명)는 45세~64세 사이의 중장년층으로 거의 대부분 정신병원과 요양병원에 입원
- 장기입원자의 19.7%(10,255명)는 80세 이상 고령층으로 대부분 요양병원에 입원
- 부적정 장기입원자에 대한 의료급여 사례관리 강화, 장기입원 연장승인을 통한 본인부담 부과, 요양병원 환자분류체계 개선 및 수가 조정²⁷⁾ 등이 이루어지면 부적정 장기입원자들의 퇴원이 증가할 것으로 예상되며, 이들에 대한 주거, 복지서비스 연계가 필요함.
- 65세 이상 기능이 저하된 노인의 경우, 우선적으로 노인장기요양시설, 또는 재가서비스를 통한 주거 및 돌봄서비스 제공이 가능함.
- 하지만 중장년층의 경우, 주거, 돌봄 및 생계 등을 제공해 줄 수 있는 적정 시설은 거의 없는 실정이며, 현재 지역사회 중심의 커뮤니티케어로의 패러다임 전환과 탈시설화로 시설 수용인원도 지속적으로 감소하는 추세임.

27) “지역사회의 힘으로 자신이 살던 곳에서 돌봄받는 나라”로 경로설정, 보건복지부 보도자료, 2018.6.5

〈표 7-10〉 보건복지부 소관 사회복지시설 유형(1)

대상자별	형태	시설종류		보건복지부 내 소관부서	관련법령	
노인	생활	주거	• 양로시설, 노인공동생활가정	요양보험운영과	「노인복지법」 제31조	
			• 노인복지주택			
	의료	• 노인요양시설				
		• 노인요양공동생활가정				
	이용	재가	• 재가노인복지시설(방문요양, 주·야간보호, 단기보호, 방문목욕)			
			여가			• 노인복지관
		• 경로당, 노인교실				
• 노인보호전문기관						
• 노인일자리지원기관	노인지원과					
아동	생활		• 아동양육시설, 공동생활가정	아동복지정책과	「아동복지법」 제52조	
			• 아동일시보호시설			
			• 아동보호치료시설			
			• 자립지원시설			
	이용		• 아동상담소, 아동전용시설	아동권리과		
			• 지역아동센터			
장애인	생활	생활 시설	• 장애유형별 거주시설	장애인 권익지원과	「장애인복지법」 제58조	
			• 중증장애인 거주시설			
			• 장애영유아 거주시설			
			• 장애인단기 거주시설			
			• 장애인공동생활가정			
	이용	지역 사회 재활 시설	• 장애인복지관			장애인 자립기반과
			• 장애인주간보호시설			
			• 장애인체육시설, 장애인수련시설, 장애인생활이동지원센터			
			• 수화통역센터, 점자도서관, 점서 및 녹음서 출판시설			
			• 장애인의료재활시설			
• 장애인보호작업장						
	직업 재활 시설	• 장애인근로사업장				
		• 장애인생산품판매시설				
영유아	이용	어린이집	• 국공립, 법인, 직장, 가정, 부모협동, 민간	보육기반과	「영유아보육법」 제10조	
정신 질환자	생활	사회 복귀 시설	• 정신요양시설	정신건강정책과	「정신보건법」 제10조, 제15조 및 제16조	
			• 정신질환자생활시설(임소생활시설)			
			• 정신질환자지역사회재활시설 (공동생활가정, 단기보호시설)			
			• 중독자재활시설			
			• 정신질환자종합시설			
	이용	사회 복귀 시설	• 정신질환자지역사회재활시설(주간재활시설)			
			• 정신질환자직업재활시설			
			• 정신질환자생산품판매시설			
			• 정신질환자종합시설			

출처: 보건복지부(2016), 2016년 사회복지시설 관리안내. p.6

자료: 돌봄의료 복합서비스 제공방안 연구, 2016, 재인용

〈표 7-11〉 보건복지부 소관 사회복지시설 유형(2)

대상자별	형태	시설종류	보건복지부 내 소관부서	관련법령
노숙인 등	생활	• 노숙인자활시설	자립지원과	「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」
		• 노숙인재활시설		
		• 노숙인요양시설		
	이용	• 노숙인종합지원센터		
		• 노숙인일시보호시설		
		• 노숙인급식시설		
		• 노숙인진료시설		
		• 쪽방상담소		
지역주민	이용	• 사회복지관	사회서비스지원과	사회복지사업법
기타시설	복합(생활)	• 결핵, 한센시설	질병관리본부 (결핵관리과)	「사회복지사업법」
	이용	• 지역자활센터	자립지원과	「국민기초생활보장법」

출처: 보건복지부(2016), 2016년 사회복지시설 관리안내. p.6

자료: 돌봄의료 복합서비스 제공방안 연구, 2016, 재인용

- 돌봄·의료 복합서비스 제공시설 검토를 위해 기존 사회복지시설별 활용가능성을 검토한 결과²⁸⁾, 중장년층 퇴원자를 사회복지시설의 활용은 기존 시설 대상자와의 건강상태 및 수준의 이질성, 제한된 입소 자격, 필요 서비스, 시설 및 인력 기준의 정합성 등이 한계점으로 제시되었음.

□ 장기입원자의 절반을 차지하고 있는 중장년층 등 퇴원자에 대한 지원은 의료급여 사례관리만으로는 사실상 불가능하며, 대상자 중심의 통합적 서비스 제공체계가 연계되어야 함.

- 지역사회 내에서 주거뿐만 아니라 돌봄, 생계서비스까지 제공될 수 있는 체계가 필요하며, 특히 공공부분 복지서비스 중 각 시군구의 희망복지지원단, 읍면동 통합사례관리와의 연계를 통한 통합사례관리체계 구축이 필요
- 현행 부적정 장기입원 대상자 사례관리에서 가장 큰 어려움은 퇴원 후 주거 지원뿐만 아니라 가사지원, 돌봄 서비스 등의 자원 연계가 매우 중요하나, 공공영역 사례관리 간 연계 협업이 이루어지고 있지 않음.
 - 실제 의료급여 관리사와 통합사례관리사(희망복지지원단)와의 간담회의에

28) ‘돌봄 의료 복합서비스 제공 방안 연구’, 2016. 보건복지부, 한국보건사회연구원

서도 대상자를 위한 복지서비스 연계 매뉴얼, 지침, 대상자 정보 공유 등이 없어 퇴원자에 대한 자원연계의 문제점으로 지적하고 있음.

○ 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 주거, 간병 및 일상생활 등 필요한 서비스가 통합적으로 연계·제공되기 위해서는 타 사례관리 사업과의 밀접한 연계·협력을 통해 가능함.

- 통합사례관리사업 대상가구가 필요로 하는 각종 정보 및 상담·건강·교육·일자리·주거 등의 자원하며, 전국의 공공 및 민간 복지자원을 통합하여 복지자원통합DB를 구축하고 이를 복지대상자에 대한 맞춤형 복지 서비스 제 공함.

〈표 7-12〉 복지자원 표준 분류 예시 및 제공서비스명-거처마련 및 이주지원과 주거관련 비용지원

	중분류	
	2-2. 거처마련 및 이주지원	2-3. 주거관련 비용지원
예제	<ul style="list-style-type: none"> - 임시주거지원, 임대주택지원 - 이사지원, 이사비 지원 - 시설입소지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 전세비 지원, 월세비 지원 - 난방유지원, 주거보증금 지원
예제 설명	<ul style="list-style-type: none"> - 주거를 대신할 수 있는 '거처마련 및 이주 지원'으로, 주거지원에 따라 이동이 필요한 경우 관련된 지원 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 전·월세비와 같은 임대료를 지원하거나, 중개수수료 등 주거관련 현금 지원
제공 서비스명	<ul style="list-style-type: none"> - 시설 입소지원 : 보호자부재 등의 사유로 시설입소 불가피한 대상자(노인, 장애인, 아동 등)에게 시설 입소 지원 (예) 노인시설입소지원, 쉼터 입소지원 등 - 이사비 지원 : 이사에 필요한 관련 비용 지원 (예) 용달비, 중개수수료, 포장이사비 등 - 이사 지원 : 이사에 필요한 서비스 지원 (예) 용달, 포장이사, 청소 등 - 임대주택 지원 : 공공의 재정 등의 재원을 지원 받아 주택을 대상자에게 임대하여 주거 지원 (예) 임대주택지원, 매입임대주택 지원 등 - 임시주거지원 : 주거지가 없는 대상자(노숙자, 노인 등)에게 일시적, 단기적으로 임시 주거 지원 (예) 긴급주거지원, 주거지원, 임시주거지원 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 난방유지원 : 난방에 필요한 각종 유류 또는 연탄 등의 에너지를 제공 (예) 연탄지원, 등유지원, 유류지원 등 - 월세비 지원 : 주거생계비 월세가 필요한 대상자에게 월세비 지원 (예) 월세체납 금액지원, 월세비지원 등 - 전세비지원 : 생계에 필요한 주거마련을 위하여 전세비용 지원 (예) 전세비지원 등 - 주거보증금지원 : 주거마련에 필요한 계약금, 보증금 등의 자금지원 (예) 보증금지원, 계약금지원 등

자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.203 및 p211~212

〈표 7-13〉 복지자원 표준 분류 체계(9개 대분류 51개 중분류)

대분류	중분류	대분류	중분류
1. 일자리 (6)	1-1. 직업상담 및 알선	6. 보호 및 돌봄·요양 (6)	5-5. 정신질환자 치료 및 사회복귀 지원
	1-2. 직업능력개발 및 직업교육		5-6. 정신건강관련 비용지원
	1-3. 자활 및 일자리사업		6-1. 장기 시설보호
	1-4. 창업지원		6-2. 단기 시설보호
	1-5. 직업유지 및 자립지원		6-3. 주·야간 보호
	1-6. 구직관련 비용지원		6-4. 간병 및 돌봄서비스
2. 주거 (3)	2-1. 주거환경 개선	7. 보육 및 교육 (8)	6-5. 장제서비스
	2-2. 거처마련 및 이주지원		6-6. 돌봄·요양 관련 비용지원
	2-3. 주거관련 비용지원		7-1. 양육상담 및 부모교육
3. 일상 생활 (7)	3-1. 가사 지원		7-2. 보육 및 양육지원
	3-2. 식사(식품) 지원		7-3. 인지발달 및 학습지원
	3-3. 활동(이동) 지원		7-4. 특기적성지원
	3-4. 위생(이미용) 지원		7-5. 진로지도 및 상담
	3-5. 생활용품 지원		7-6. 장애·특수교육
	3-6. 일상생활관련 비용지원		7-7. 평생교육
	3-7. 복합지원		7-8. 보육 및 교육관련 비용지원
4. 신체 건강 및 보건 의료 (6)	4-1. 질병예방 및 건강관리	8. 문화 및 여가 (5)	8-1. 공연·전시 관람지원
	4-2. 검진·진단 및 치료		8-2. 체육활동 지원
	4-3. 재활치료		8-3. 체험 및 여행지원
	4-4. 산전 후 관리		8-4. 취미활동지원
	4-5. 의약품·의약외품 및 보장구 지원		8-5. 문화·여가 관련 비용지원
	4-6. 보건의료관련 비용지원	9. 안전 및 권익보장 (4)	9-1. 안전 및 인권교육
5. 정신 건강 및 심리 정서 (6)	5-1. 정신건강 교육		9-2. 학대 및 폭력피해자지원
	5-2. 심리검사 및 진단		9-3. 법률 및 재무상담
	5-3. 정신·심리 상담		9-4. 법률지원관련 비용지원
	5-4. 정서발달 및 치유지원		

자료: 2018년 희망복지지원단 업무안내 p.202

- 현행 공공사례관리 사업 간 배타적 운영 체계는 오히려 비효율과 혼란을 야기
- 주거가 취약하고 기능이 떨어진(의료적 필요도 없음) 대상자 지원에 있어

통합사례관리는 요양병원 등 의료기관에 입원을 유도하고, 입원기간이 길어지면 의료급여 관리사가 퇴원을 유도하는 사례가 발생하고 있음.

- 효율적·효과적 사례관리를 위해서는 타 사례관리 사업과의 연계가 중요하며, 특히 통합사례관리를 수행하고 있는 희망복지지원단과의 협력체계가 필요함.
- 우선적으로 사례관리사업 운영지원, 교육 및 평가, 지침 및 제도개선 지원, 사례관리사업 모형개발 단계에서 희망복지중앙지원단(사회보장정보원)과의 협업체계를 구축
 - 서비스 제공 부문 간 분절적으로 운영되고 있는 상황에서 현재의 부적정 장기입원자는 희망복지지원단, 통합사례관리의 대상자가 아님. 따라서 교육, 매뉴얼, 지침 등의 서비스 간 연계부터 시작되어야 할 것임.

7. 정신요양시설 장기입원자 관리 방안

- 의료급여사례관리와 정신건강복지센터 간 역할 설정
 - 의료급여사례관리 업무메뉴얼에서도 정신건강복지센터와의 자원연계에 대해 간략히 명시하고 있음.
 - 또한 정신건강복지센터의 중증정신질환자 조기 발견과 개입에 있어 의료급여 사례관리와이 발견 및 등록 활성화를 명시하고 있음.
- 광역 및 기초정신건강복지센터는 지역사회 정신건강서비스의 주요 전달체제로 지역 주민의 정신건강문제를 예방하고, 정신질환을 발견하며, 상담 등을 통합 개입, 사례관리, 재활 서비스 제공 등 다양한 역할을 포괄적으로 수행
 - 기초정신건강복지센터는 중증정신질환관리 대상자 발굴과 관리, 자살예방 및 정신건강 증진 대상자 발굴과 치료연계 사업, 아동청소년 정신건강 대상자 발굴, 상담 치료 등의 주요 업무를 수행
 - 정신질환자 퇴원 시 정신의료기관에서는 시군구 정신건강복지센터 및 보건소에 퇴원사실 통지를 하도록 되어 있으며, 통보받은 정신건강복지센터에서는

정신질환 퇴원자 관리를 하고 있음. 이 경우, 정신건강복지센터의 사례관리 개입에 대한 환자 동의를 반드시 득해야 함.

□ 최근 치료를 중단한 조현병 환자의 사회적 물의가 발생하게 되면서 보건복지부와 중앙 정신건강 복지사업 지원단에서는 중증정신질환자에 대한 사례관리 추진을 발표한 바 있음²⁹⁾.

○ 정신의료기관등에서 퇴원하는 환자의 지속적 치료를 위한 정보 연계, 외래치료명령제 개선, 방문 상담·사례관리 활성화, 정신과적 응급상황 대응 등 개선 방안을 마련할 계획임을 발표하였음.

□ 의료급여 사례관리사업과 정신건강복지센터 간 협업 범위는 대상자 발굴, 퇴원자 연계 등이라 할 수 있으나, 사업 간 차이점도 있음.

○ 정신건강복지센터의 주요 대상 질환은 조현병, 양극성행동장애, 우울증 등으로 알코올 관련 질환은 관리 대상이 아님

○ 두 사업 간 가장 큰 차이점은 해당 사업의 ‘대상’이라 할 수 있음. 정신건강복지센터의 주요 대상은 중증정신질환 등 정신질환을 갖고 있는 대상자이며, 의료급여 사례관리 대상은 의료기관 부적정 입원자임.

□ 정신 요양기관 입원자에 대한 의료급여 사례관리의 역할

○ 정신의료기관에서 퇴원하여 지역사회로 복귀하는 환자가 보건-복지 전달체계에 연계될 수 있도록 정신건강복지센터, 시군구 통합사례관리, 보건소 등 통합 사례관리 수행

○ 정신요양기관 부적정 장기입원자에 대한 적정의료이용 유도하며, 우선적으로 ‘자의입원³⁰⁾’대상자를 관리 대상으로 함.

□ 의료급여 수급자 중 정신요양기관 장기입원자 비율은 높은 수준이나, 이들 중 부

29) 「퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도 사례관리 추진」 보건복지부 보도자료. 18.7.19

30) 정신질환자나 그 밖에 정신건강상 문제가 있는 사람이 정신의료기관 또는 정신요양시설(이하 “정신의료기관등”)에 자신의 의지에 따라 입원 또는 입소(이하 “입원등”)하는 유형

적정 입원자를 선별하여 사례관리를 수행하는 방안을 고려해 볼 수 있음.

- '16년 현재 정신요양기관에 장기입원자 수는 37,614명으로 전체 장기입원자의 약 42%로 높은 수준임.
- 정신병원 장기입원자의 다빈도 상병 상위 약 80%의 대상자를 분석한 결과, 정신분열병이 가장 많았으나 '알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애'나 주상병이 정신질환이 아닌 질환들도 발견되고 있음.

〈표 7-14〉 180일 이상 장기입원자 주상병 현황(정신병원)

단위: 명, %

질병코드	질환명	입원자 수	비중
F20	정신분열병	18,386	50.5
F10	알코올사용에의한정신및행동장애	6,552	18.0
F31	양극성행동장애	942	2.6
I10	본태성고혈압	740	2.0
F32	우울병에피소드	689	1.9
F79	상세불명의정신지연	625	1.7
E11	2형당뇨병	560	1.5
F06	뇌손상, 뇌기능이상및신체질환에의한기타정신장애	550	1.5
소계		29,044	79.8%

- 또한, 의료급여 관리사들과의 간담회 결과에서도 일부 정신병원의 행려자 유인행위가 보고되고 있어 이러한 대상자들에 대한 관리가 필요할 것임.

8. 의료급여 장기입원자 비율 높은 의료기관에 대한 합동사례관리 실시

- 요양기관 병상 수 대비 의료급여 수급자 또는 장기입원자 비율이 높은 의료기관에 대한 기획 현지 조사가 필요할 것으로 판단됨.
- 본 연구 결과, 요양기관 병상 수 대비 의료급여 장기입원자 비율이 월등히 높은 일부 요양기관들이 발견되고 있음.
- 전체 인구의 약 3%에 해당하는 의료급여 수급자 입원 비율이 비정상적으로 높은 의료기관 일수록 제공되는 의료서비스의 질, 환자 안전 등의 문제점이 있을 가능성이 높음.
- 일부 정신 및 요양병원 환자의 대부분이 의료급여 수급자로 나타나고 있으며, 180일 이상 장기입원 의료급여 수급자 비율이 요양기관 병상의 70%이상인 기관도 나타나고 있음.
- 수급자가 많은 병원은 적절한 의료서비스 등이 제공이 잘 이루어지지 않는 경우, 의료급여 수급자의 본인부담 의료비 부담으로 적정 수준의 간병이 제공되지 않을 수 있음.
- 의료급여 수급자 비중이 높은 의료기관들에서 의료 서비스의 질이 낮은 의료기관들이 보고되고 있으며 의료기관 수익을 위하여 본인부담이 없는 의료급여 수급권자들을 유인하는 행위도 보고되고 있어 의료급여 장기입원 비중이 높거나 관외 입원자 비중이 높은 의료기관에 대한 관리가 필요함.
- 지역별 간담회의 결과에서도, 특정 의료기관에 수급자 집중현상이 보고되고 있어 이들 기관에 대한 기획현지조사를 실시하여 적정 의료서비스 제공 여부, 의료기관 안전기준 준수 여부 등을 조사함.
 - 다만, 국공립병원은 의료급여수급자 등 저소득계층 의료지원이 설립 목적 중 하나임으로 현지조사에서 제외

〈표 7-15〉 의료급여 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원)

단위: 개, 명, %

구분	요양기관코드	의료기관소재지	병상 수	입원자수	병상 수 대비 입원자 비율
정신 병원	31*****	경기도	1,069	861	80.5%
	36*****	전라남도	400	834	208.5%
	35*****	전라북도	631	788	124.9%
	38*****	경상남도	844	787	93.2%
	31*****	경기도	800	641	80.1%
	37*****	경상북도	660	597	90.5%
	33*****	충청북도	976	575	58.9%
	36*****	전라남도	522	552	105.7%
	21*****	부산광역시	590	539	91.4%
	35*****	전라북도	409	527	128.9%
	31*****	인천광역시	490	519	105.9%
	38*****	경상남도	577	516	89.4%
	36*****	전라남도	420	492	117.1%
	11*****	서울특별시	309	477	154.4%
	38*****	경상남도	453	467	103.1%
	38*****	경상남도	400	449	112.3%
	35*****	전라북도	400	446	111.5%
	37*****	대구광역시	404	446	110.4%
	38*****	경상남도	415	435	104.8%
	38*****	경상남도	540	433	80.2%

〈표 7-16〉 의료급여 입원 대상자(180일 이상)가 많은 의료기관(정신병원)

단위: 개, 명, %

구분	요양기관코드	의료기관소재지	병상 수	입원자수	병상 수 대비 입원자 비율
정신 병원	38****	경상남도	844	593	70.3%
	31****	경기도	1,069	503	47.1%
	33****	충청북도	976	430	44.1%
	37****	경상북도	660	419	63.5%
	31****	경기도	800	405	50.6%
	35****	전라북도	631	388	61.5%
	36****	전라남도	522	381	73.0%
	38****	경상남도	577	355	61.5%
	38****	경상남도	540	349	64.6%
	21****	부산광역시	590	344	58.3%
	37****	경상북도	522	315	60.3%
	31****	인천광역시	490	312	63.7%
	38****	경상남도	415	303	73.0%
	35****	전라북도	409	302	73.8%
	38****	경상남도	420	295	70.2%
	38****	경상남도	400	273	68.3%
	38****	경상남도	453	245	54.1%
	38****	경상남도	398	245	61.6%
	37****	대구광역시	360	243	67.5%

〈표 7-17〉 의료급여 장기 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원)

단위: 명

구분	의료급여 입원자		의료급여 장기입원자	
	요양기관기호	입원자수	요양기관기호	입원자수
요양 병원	21*****	309	38*****	209
	31*****	308	36*****	184
	37*****	307	35*****	157
	38*****	306	36*****	149
	37*****	277	37*****	148
	35*****	267	37*****	145
	21*****	260	21*****	134
	36*****	258	35*****	133
	21*****	232	37*****	133
	38*****	225	21*****	127
	35*****	223	37*****	123
	36*****	213	35*****	121
	37*****	209	31*****	120
	35*****	204	21*****	113
	35*****	183	35*****	104
	11*****	181	31*****	100
	31*****	180	31*****	100
	35*****	178	38*****	100
	35*****	177	31*****	96
	35*****	174	33*****	93

주: 요양병원의 경우, 의료기관 정보 부재로 입원자수만을 명시하였음.

○ 관외 입원자 비율이 50%를 초과하는 의료기관에 대한 관리 필요

〈표 7-18〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원)

단위: 명

요양기관코드	관내입원자 수	관외입원자 수	전체 입원자수	관외입원자 비율
31*****	14	156	170	91.8%
38*****	70	170	240	70.8%
31*****	80	192	272	70.6%
38*****	145	344	489	70.3%
31*****	26	58	84	69.0%
31*****	104	229	333	68.8%
31*****	36	75	111	67.6%
38*****	198	410	608	67.4%
31*****	58	112	170	65.9%
38*****	70	135	205	65.9%
34*****	48	90	138	65.2%
38*****	74	137	211	64.9%
31*****	40	69	109	63.3%
31*****	13	21	34	61.8%
36*****	141	227	368	61.7%
36*****	153	228	381	59.8%
33*****	96	141	237	59.5%
37*****	129	179	308	58.1%
41*****	11	15	26	57.7%
31*****	85	113	198	57.1%

〈표 7-19〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(정신병원) 180일 이상

단위: 명

요양기관코드	관내 입원자 수	관외 입원자 수	전체 입원자 수	관외 입원자 비율
31*****	9	107	116	92%
31*****	18	60	78	77%
38*****	39	101	140	72%
38*****	47	110	157	70%
38*****	100	230	330	70%
31*****	61	133	194	69%
38*****	106	231	337	69%
38*****	59	111	170	65%
33*****	43	63	106	59%
31*****	76	110	186	59%
36*****	91	131	222	59%
36*****	89	123	212	58%
31*****	79	105	184	57%
31*****	69	88	157	56%
37*****	91	108	199	54%
31*****	28	33	61	54%
38*****	84	96	180	53%
31*****	69	78	147	53%
38*****	88	99	187	53%
37*****	70	75	145	52%

〈표 7-20〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원)

단위: 개, 명

요양기관코드	관내 입원자 수	관외 입원자 수	전체 입원자 수	관외 입원자 비율
31*****	5	85	90	94.4%
37*****	4	48	52	92.3%
31*****	19	72	91	79.1%
31*****	14	47	61	77.0%
31*****	23	61	84	72.6%
37*****	22	58	80	72.5%
36*****	23	43	66	65.2%
31*****	69	115	184	62.5%
31*****	44	68	112	60.7%
31*****	33	51	84	60.7%
34*****	24	37	61	60.7%
31*****	24	35	59	59.3%
38*****	32	46	78	59.0%
36*****	120	169	289	58.5%
31*****	27	38	65	58.5%
31*****	22	29	51	56.9%
31*****	24	31	55	56.4%
38*****	39	50	89	56.2%
31*****	9	11	20	55.0%
34*****	46	56	102	54.9%

〈표 7-21〉 의료급여 관외 입원 대상자가 많은 의료기관(요양병원) 180일 이상

단위: 명

요양기관코드	관내 입원자 수	관외 입원자 수	전체 입원자 수	관외 입원자 비율
31*****	1	30	31	97%
31*****	6	32	38	84%
37*****	5	26	31	84%
31*****	7	23	30	77%
34*****	6	17	23	74%
31*****	8	16	24	67%
38*****	8	16	24	67%
31*****	7	13	20	65%
36*****	58	104	162	64%
31*****	34	55	89	62%
34*****	14	22	36	61%
38*****	20	29	49	59%
31*****	18	26	44	59%
38*****	18	26	44	59%
31*****	10	14	24	58%
31*****	11	15	26	58%
41*****	11	15	26	58%
31*****	13	16	29	55%
38*****	20	24	44	55%
38*****	40	45	85	53%

□ 의료서비스의 질 향상과 수급자의 건강관리를 위하여 정신 및 요양병원 뿐만 아니라 의료급여 장기입원이 집중되고 있는 일부 요양기관에 대한 관리도 필요할 것으로 판단됨.

○ 본 연구결과, 일부이기는 하나 의원급 의료기관, 한방의료기관 및 상급종합병원 등에서도 180일 이상 장기입원자가 있는 것으로 분석되었음.

○ 이러한 의료기관에 실태조사를 통해 부적정 장기입원자를 공급자에 대한 개도가 필요하며, 반대로 중증도가 높은 수급자와 가족에 대한 필요자원 연계 사정도 가능할 것임.

9. 효과적 사례관리 운영을 위한 관리자 배치 기준 설정

□ 장기입원자 수를 반영한 의료급여 관리자 배치

- 의료급여 관리자 배치기준은 시군구별 의료급여 수급자 수를 기준으로 하고 있으나, 의료급여 입원 연장승인제도 도입, 장기입원 중심의 사례관리를 수행함에 있어 시군구별 장기입원수를 반영할 필요가 있음.
- 시군구별 관리자 1인당 평균 장기입원자수는 174명임.
 - 시군구 의료급여 관리자 1인당 장기입원자 수가 150명 이상인 시군구는 131개 지역

(2) 시·군·구 의료급여 관리자

(가) 배치기준

- 수급권자 3,000명 이하 : 1명
- 수급권자 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명
- 수급권자 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명
- 수급권자 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명
- 수급권자 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명
- 수급권자 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명
- 수급권자 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명
- 수급권자 21,000명 초과 : 8명

※ 2017년 배치현원 보존하여 적용

○ '16년 기준 지역별 입원자 수 대비 장기입원자 비율

- 의령군의 경우, 입원자 수 607명 중 장기입원자 수는 259명으로 장기입원자 비율은 42.7%에 이르고 있음. '16년 현재 의령군의 의료급여 관리자 수는 1명으로 장기입원 사례관리에 한계가 있음.
- 그 밖에 장기입원자 수 비율은 높은 지역으로는 청도군 40.1%(326명), 울주군 38.7%(509명), 성주군 34.5%(221명), 양산시 34.0%(872명), 의성군 33.7%(379명) 등으로 매우 높았음.

○ '16년 기준 의료급여 관리자 1인당 장기입원자수는 지역별 편차가 매우 크게

나타나고 있음.

- 양산시 436명 > 해운대구 404명 > 김해시 390명 과천시 37명 > 옹진군 31명 > 증평군 27명 > 고성군 24명 > 계룡시 22명,

10. 의료급여 관리사 안전 대책 마련

□ 의료급여 사례관리 수행 시 발생할 수 있는 위험요인에 대한 안전 대책 매뉴얼 구축

- 정신질환자 상담 등으로 발생할 수 있는 급작스런 상황에 대한 사전예방, 사후 처리절차 등을 명시한 의료급여 관리사 안전매뉴얼 구축이 필요함.

□ 희망복지지원단 업무 안내 중 안전 대책 매뉴얼(예시)

① 클라이언트 폭력 안전 대책

○ 클라이언트 폭력 피해로부터 안전예방 요령

- 직원의 안전을 위한 상해보험 가입
- 방문상담자를 위한 주기적 안전 교육 실시
- 안전을 위한 물리적 환경 조성
- 방문상담 시 주의할 사항
- 사무실 등에서 내방상담 서비스를 제공할 경우 등 주의사항

○ 사고가 발생했을 경우 대처 요령

- 의료적 조치가 필요할 경우 즉시 관련 의료기관으로 인계
- 사고가 발생했을 경우 즉시 슈퍼바이저 및 관리자에게 알리고 가능한 사고 보고서 작성(사고당사자와 목격자가 객관적 상황을 정확하게 작성)
- 피해 사건의 트라우마에 대한 대처 방안

2) 안전지킴이

- IT기기를 활용한 가상 동행 서비스를 마련해 이중의 안전대책 추진

11. 의료급여 사례관리사업 지원단 개편 방안

□ 의료급여 수급자의 삶의 질 향상과 적정 의료이용 관리를 목적으로 한 의료급여 사례관리 사업은 2003년 전국 32개 시군구에 대한 의료급여사례관리 시범사업으로 시작된 이후 전국으로 확대되어 현재까지 운영되고 있음.

○ 2007년 의료급여 사례관리사업의 효율적 운영을 위하여 의료급여 사례관리사업 지원단을 설치·운영해 오고 있음.

- '07년 보건복지훈령 189호 「의료급여 사례관리사업 지원단 설치·운영에 관한 규정」에 의거 한국보건복지인력개발원에 설치
- '11년 보건복지인력개발원이 오송으로 이전함에 따라 건강보험심사평가원(별관)으로 이관

○ 의료급여법 제5조의2에 따라 의료급여법 시행규칙 제2조의4에서는 의료급여 사례관리사업 지원 업무의 위탁을 규정하고 있으며 이에 따라 의료급여사례관리지원단을 건강보험심사평가원에 위탁하여 운영 중에 있음.

〈 의료급여법 시행규칙 제2조의4(사례관리사업 지원 업무의 위탁) 〉

보건복지부장관이 법 제5조의2제3항에 따라 사례관리사업 지원업무를 위탁하는 공공 또는 민간 기관·단체 등은 다음 각 호와 같다.

1. 정부가 설립·운영비용의 일부를 출연한 법인
2. 공단 및 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)
3. 수급권자에 대한 사례관리 및 의료급여 관리사의 업무 등에 관한 전문적인 능력을 갖춘 법인

□ 의료급여법에서 사례관리사업 지원 업무를 위탁 받을 수 있는 기관 또는 단체를 1)정부 출연 법인, 2) 공단, 3)심평원 또는 4) 사업 수행과 관련하여 전문적인 능력을 갖춘 법인으로 규정하고 있음.

□ 의료급여 사례관리사업 지원단의 위탁기관을 선정함에 있어 지원단과 위탁기관과의 업무 관련성, 위탁으로 인한 사업 운영의 효율성 및 전문성 등이 고려되어야 함.

○ 의료급여 사례관리사업 지원단 업무와 직접 관련 있는 기관으로는 우선적으로 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 사회보장정보원이라 할 수 있으며, 현재 지원단과 이들 기관과의 사업 운영체계는 다음과 같음.

○ 국민건강보험공단

- 의료급여 종합정보지원시스템(DW)을 통해 수급자별, 질환별, 병의원별 의료이용행태 등 의료급여사례관리 대상자 DB제공
- 자격, 급여일수 등 의료급여 자격관리시스템 등록정보 열람·확인

〈표 7-22〉 국민건강보험공단 제공 자료, 주기 및 활용

제공받는 자료		요청 주기	활용
진료 실적	전체 수급권자	매 분기별	<ul style="list-style-type: none"> - 실적 분석을 통한 현황 모니터링, 지자체 피드백 - 성과 분석을 통한 사업 효과성 산출, 각종 평가 시 활용
	사례관리 종결자(군별, 종결유형별)		
	집중관리군	익년 1월 중순	<ul style="list-style-type: none"> - 보장기관별 사례관리 현황, 진료실적 등 사례관리 통계 구축
의료 이용 내역	수급자별 의료이용 (16) 진료일수 상위자 (17) 관외 입원자, 북한이탈주민 (18) 진료행태별 상위자, 2종 수급자	매년 상반기	<ul style="list-style-type: none"> - 주제별 의료이용 기초자료를 분석하고, 결과를 토대로 실태조사 및 전문가 자문 등을 통해 관리방안 모색

○ 건강보험심사평가원

- 외래 과다 의료이용자(물리치료, 인공누액) 명단 발취
- 심사평가원에서 발취한 명단을 지원단이 전달받아 각 시도별 송부(연 2회)

○ 사회보장정보원

- 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 사례관리 대상자 수행실적 DB를 제공하고 지자체의 업무처리를 지원
- 보장기관별 의료급여 사례관리 종결자 수 및 종결유형, 수행건수, 건강 삶의 질 점수 등

〈표 7-23〉 건강보험심사평가원 제공 자료, 주기 및 활용

제공받는 자료		제공 주기	활용
정기 통계	의료급여 사례관리 대상자수, 종결자수, 중도종결 사유, 수행건수, 사전·사후 건강 삶의 질 점수 변화 현황	월 단위	<ul style="list-style-type: none">- 실적 분석을 통한 현황 모니터링 및 지자체 피드백- 정부 지자체 합동평가 의료급여우수 기관 포상(평가), 의료급여 관리사 성과평가 관련 지표 개선 및 평가 실시- 성과 분석을 통한 사업 효과성 산출- 보장기관별 사례관리 현황 등 사례관리 통계 구축 및 기초자료 활용- 실적 분석을 통해 사업 계획 수립 및 운영 개선안 모색
	의료급여 관리사 별 사례관리 대상자수, 종결자수 현황, 장기입원 관리사별 사례 관리 종결자수 현황, 관외기관 사례관리 실적 현황		
비정기 통계	의료급여 관리사 성과평가 관련 자료 (개인별 실적 및 기초데이터)	연1회	
	사례관리 대상자 의료급여 유형별, 연령별, 성별 현황		
	집중관리군 사례관리 실적		
	기타(복지부 요청자료 등)		

□ 현재 의료급여 사례관리사업 지원단은 심평원에 위탁되어 운영되고 있으나 사업 수행의 효과성, 업무 관련성 및 적정성 여부를 전체적으로 판단하여 향후 의료급여 사례관리지원단 개편방안을 모색하여야 할 것임.

□ 공공부문 사례관리사업의 연계·협력의 필요성

- 현 정부는 복지분권자치 정책기조에 따라 지역사회 중심의 공공서비스 플랫폼으로 다양한 공공부문 사례관리 사업 간 연계·협력체계 구축을 통한 개인과 사회적 위험 완화의 필요성을 강조함.
- 사례관리사업 간 분절성, 전달체계 혁신을 위해 공공부문 사례관리 연계·협력 방안을 모색 중에 있으며 향후 통합사례관리를 위한 사례관리 정보시스템 연계 방안도 추진할 계획임(사회보장정보원).

□ 의료급여사례관리 효과성 제고를 위한 지원단 개편 방안

- 의료급여사례관리사업의 계획수립, 교육훈련, 기술지원 및 사업평가 등 효율적 사례관리 사업 수행을 위해 설립된 의료급여 사례관리사업 지원단의 효율적 운영을 위해서는 위탁으로 인한 시너지를 얻을 수 있는 방안을 모색해 보아

야 함.

- '07년 의료급여 사례관리사업 지원단은 보건복지인력개발원에 위탁되었으나 인력개발원의 이전(충북 오송)에 따라 '12년에 건강보험심사평가원에 위탁되었음. 또한 심평원의 규정을 준용하고 있으나 지원단 설치 운영에 있어 사실상 심평원과는 별도 조직체계로 이루어 져 있음.

○ 따라서 향후 의료급여 사례관리사업 지원단 위탁에 있어 다음의 요소들에 대한 고려가 필요할 것임.

- 정보시스템의 효율적인 활용 가능성: 대상자 확인 및 선정 등
- 사업 수행의 효과성·효율성: 교육훈련, 제도개선 등
- 사업 운영지원의 효율성: 수탁조직과의 업무연계, 지원 등
- 서비스 연계의 용이성: 공공서비스 자원 연계, 지침 등

□ 향후 의료급여 사례관리사업 지원단은 정책 환경변화 및 수요증가에 따른 선제적 사업운영 지원, 정책개발 등의 지원단의 역할과 기능이 강화될 수 있는 운영방안 검토가 이루어져야 할 것임.

참고문헌 <<

- 김순옥, 조정현(2015). 의료급여 사례관리 관련 국내 연구 동향, 한국보건간호학회지, 29(3), pp.412-415
- 김의숙, 이주열, 유원섭, 이용표, 임승주, 조정현, 신선미, 이광옥(2009). 의료급여 수급권자의 적정의료 이용을 위한 사례관리 방향; 장기입원자를 중심으로, 한국보건복지인력개발원 보건복지부, 건강보험심사평가원, 의료급여 사례관리사업 지원단, 2018년 의료급여 사례관리 업무 매뉴얼
- 보건복지부(2017) 2017년 정신건강사업 안내
- 보건복지부(2018). 2018년 정신건강사업 안내
- 안양희, 김의숙, 고일선(2010). 일 시범 지역 의료급여수급권자 대상의 텔레케어 사례관리 효과, 지역사회간호학회지, 21(2), p.351-361
- 오진주, 최정명, 유원섭 (2007). 의료급여 사례관리사업의 직무분석 및 효율성 제고 방안, 단국대학교 보건복지부
- 이익섭, 김동기(2006). 의료급여 사례관리사업의 효과성평가에 관한 연구 - 삶의 질 향상과 의료급여 재정안정화를 중심으로, 한국사회복지행정학, 8(1), p.39-66.
- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호(2017). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제, 한국보건사회연구원
- 조정현, 김순옥, 송명경, 임은실(2012). 노인 의료급여 수급권자의 지역별 사례관리 효과에 관한 연구- 대도시 중소도시, 농촌지역을 중심으로, 한국보건간호학회지, 26(2), p.289-302
- 박은준, 김춘미(2018). 의료급여 관리사의 실무 경험을 통해서 본 사례관리 과정, 대한간호학회지, 38(6), p. 789-801
- 原 昌平(2017). 医療扶助のどこを見直すべきか (特集 社会保障・生活保護の行方と生活困窮者自立支援法). 公的扶助研245, 2017.4, pp.13~16.
- 篠原 拓也(2018). 生活保護受給者には医療が無償提供されるの?. 基礎研レター, 2018-04-23.
- 週刊社会保障編集部(2017). 医療扶助の窓口負担を検討:社保審・自立支援等部会が「主な意見」. 週刊社会保障, 71(2939) 2017-09-11, p13.
- 週刊社会保障編集部(2017). 週間ニュース 生保の医療扶助費を適正化: 生活困窮者支援等部会が報告書: 社保審. 週刊社会保障, 71(2954) 2017-12-25, pp.16~17.
- 藤森 宮子(2015). 医療扶助受給者を医療保険の被保険者へ: 「普遍的医療給付」制度化に見るフランスの健康権実現への思想と過程. 現代社会研究, 18 2015-11, pp.91~105.

- 厚生労働省(2017). 医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について. 社会保障審議会生活困窮者自立支援 及び生活保護部会(第5回).
- 厚生労働省(2017). 生活保護の被保護者調査(平成 27 年度 月次調査確定値).
- 厚生労働省(2017). データに基づいた生活保護受給者の 健康管理支援について(案)第5回 生活保護受給者の健康管理 支援等に関する検討会).
- 厚生労働省(2017). 平成29年 医療扶助実態調査.
- 厚生労働省. 被保護者調査.
- 厚生労働省(2014). 国民医療費の概況(平成 26年)
- 厚生労働省(2015). 医療扶助実態調査(平成 27年)
- 厚生労働省(2017). 医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について(社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会(第5回)), 2017-07-27.
- 高橋真奈美(2016). 川崎市における健康管理支援の取り組み ―生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策―. 日健教誌, 第24巻 第1号 2016年.
- 大津 唯(2012). 医療扶助費の決定要因に関する分析: 都道府県別集計データを利用して. 社会政策, 4巻 (2012) 3号, pp.152~163.
- 熊谷 成将(2012). 医療扶助の実証分析. 医療と社会, 12巻 (2003) 3, pp.39-59.
- 経済財政諮問会議(2017). 経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版
- 医療扶助の後発品原則化に反対・参院厚労委で尾藤参考人. 日刊薬業, 2018-05-28.