

연구보고서 2008-18-4

의료급여 사례관리 및 효과분석 II

신 영 석
신 현 응
황 도 경

한국보건사회연구원
기초보장·자활정책평가센터

의료급여 사례관리 및 효과분석 II

연구보고서 2008-18-4

발행일	2008년 12월
저자	신영석 외
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가격	6,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-506-0 93330

머 리 말

의료급여제도의 수급자는 소득이 최저생계비 이하이면서 부양의무자와 재산 조건을 만족해야만 한다. 즉 부양해줄 사람이 없거나 있어도 부양능력이 없고 소득으로 환산되어도 최저소득 기준에 미달하는 정도의 재산만 보유하고 있는, 우리나라에서 최저생활을 유지하는 계층이다. 당연히 수급자들은 65세 노령인구가 많고 거동이 불편하거나 독자생활이 어려운 그런 계층이 많다. 이러한 계층은 의료욕구가 발생하여도 욕구를 해결하기가 간단치 않다. 사회적 책임을 다하기 위해 의료급여제도에 사례관리가 도입되었다.

사례관리가 도입될 초기에는 수급자들의 삶의 질을 높이고 의료욕구가 있는 계층에게 도움을 주는 것이 주목적이었다. 그러나 2004년부터 만성 질환 및 희귀난치성 질환자 중 차상위 기준을 만족하는 일부계층이 의료급여 수급권자가 되면서 의료급여 재정에 적신호가 오기 시작하였다. 사례관리제도도 본래의 취지와 다르게 의료의 올바른 이용에 초점이 두어지기 시작했고 2005년 한 해 동안 365일 이상 진료일수를 기록하면서 10군데 이상 요양기관 이용을 했던 사람을 대상으로 집중 사례관리를 하도록 지침이 주어졌다. 2006년 1년 동안 집중적인 개입이 이루어졌고 그 결과 2007년에는 재정적인 측면에서 상당한 효과를 거두었다.

이러한 과정에서 사례관리가 어느 정도 재정호전에 영향을 미치었는지 사례관리의 효과를 분석하는 것이 작년도 보고서의 목적이었다. 연령, 성, 지역, 사례관리 횟수, 요양기관 중별, 입원과 외래 등 다양한 방법으로 사례관리의 효과를 분석하였다. 그러나 1차년도 보고서는 자료의 구득, 표본의 한계 등의 문제가 발생하였고 더욱이 재정 호전의 결과가 사례관리에

의해 영향을 받았는지 분명하지 않았다.

금년도 2차 보고서에서는 작년에 미진했던 문제를 다소 보완하고 사례 관리가 수급자들의 올바른 의료이용에 지속적으로 효과적인지 판단하기 위해 수행되었다. 그러나 2007년도 7월 부터 시행된 외래 일부 본인부담제와 선택병의원제가 사례관리 효과를 압도하여 사례관리 여부가 재정에 어떠한 영향을 미치고 있는 지 판단하기 어렵게 되었다. 다만 이러한 결론을 도출하는 데 중간 과정에서 향후 사례관리의 지침이 될 만한 증거들이 발견되었다. 따라서 본보고서는 의료급여제도 뿐 아니라 국민건강보험의 정책 및 기초 자료로 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 신영석 연구위원의 책임 하에 신현웅 부연구위원, 황도경 선임연구원에 의해 완성됐다. 특히 본 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 송명경, 안영진, 최성희 의료급여관리사 여러분께 깊은 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 김태완 부연구위원, 허순임 부연구위원 그리고 본 보고서가 발간되기까지 자료정리 및 보고서 편집을 도와준 윤열매 연구조원에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2008년 12월

한국보건사회연구원
원 장 김 용 하

목 차

요 약	11
제1장 서 론	17
제1절 연구의 필요성 및 목적	17
제2절 연구 내용 및 방법	18
제2장 의료급여제도의 개요 및 진료비 실태	22
제1절 의료급여 제도의 개요	22
제2절 의료급여 진료비 실태	33
제3장 의료급여 사례관리 제도 및 문제점	43
제1절 의료급여 사례관리의 필요성	43
제2절 의료급여 수급권자 사례관리	50
제3절 의료급여 사례관리의 문제점	59
제4장 의료급여 사례관리의 효과성 평가	66
제1절 효과성 평가를 위한 조사 방법	66
제2절 사례관리의 효과분석	76
제5장 의료급여관리사들의 사례관리에 대한 인식 분석	124
제1절 조사 방법 및 내용	124
제2절 설문조사 결과분석	125

제6장 결론	143
참고문헌	148
<부 록 1>의료급여 사례관리에 대한 설문조사	151
<부 록 2> 의료급여 사례관리 내역 조사표	160

표 목 차

〈표 II- 1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황	23
〈표 II- 2〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준	28
〈표 II- 3〉 재산에서 공제하는 기초공제액	28
〈표 II- 4〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준	29
〈표 II- 5〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담	31
〈표 II- 6〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담	32
〈표 II- 7〉 연도별 의료급여 진료실적	35
〈표 II- 8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원) ...	35
〈표 II- 9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래) ...	36
〈표 II-10〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체) ...	36
〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원) ...	37
〈표 II-12〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래) ...	37
〈표 II-13〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체) ...	38
〈표 II-14〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원)	38
〈표 II-15〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래)	39
〈표 II-16〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체)	39
〈표 II-17〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원)	40
〈표 II-18〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래)	40
〈표 II-19〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체)	41
〈표 II-20〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원)	41
〈표 II-21〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래)	42
〈표 III- 1〉 수급자가 판단하는 자신의 현재 건강상태	43

〈표 III- 2〉 여러 의료기관을 이용하는 이유에 대한 응답분포	44
〈표 III- 3〉 질병치료로 인한 경제적 부담	45
〈표 III- 4〉 경제적 부담이 있는 경우 부담의 종류	45
〈표 III- 5〉 365일 이상 장기이용환자 요양기관이용 현황	46
〈표 III- 6〉 365일 이상 장기이용환자 상병개수 현황	46
〈표 III- 7〉 365일 이상 장기이용환자 의료이용 현황	46
〈표 III- 8〉 주상병별 장기이용 환자의 분포	47
〈표 III- 9〉 동일성분 의약품 중복처방 현황	49
〈표 III-10〉 병용금지 의약품 처방 현황	49
〈표 III-11〉 대상자가 복용하는 약물 가지수에 대한 분포	50
〈표 III-12〉 우선순위 척도 및 분류기준	61
〈표 IV- 1〉 표본의 특성	71
〈표 IV- 2〉 전체 조사대상자의 의료급여 종별 빈도	71
〈표 IV- 3〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당 의료이용실적	73
〈표 IV- 4〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당 의료이용실적(종별)	74
〈표 IV- 5〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당 의료이용실적(요양기관별)	76
〈표 IV- 6〉 전체 조사대상자의 사례관리 유·무	78
〈표 IV- 7〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(연간)	78
〈표 IV- 8〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교	79
〈표 IV- 9〉 연간 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/외래)	81
〈표 IV-10〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/ 외래)	82
〈표 IV-11〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(종별)	84
〈표 IV-12〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(요양기관별)	86
〈표 IV-13〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(도시규모별)	90
〈표 IV-14〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(성별)	93
〈표 IV-15〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(연령별)	95

〈표 IV-16〉 연도별 사례관리 대상자의 분포	100
〈표 IV-17〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교	101
〈표 IV-18〉 사례관리 여부에 따른 반기별 추이 비교	102
〈표 IV-19〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원, 외래)	103
〈표 IV-20〉 사례관리 여부에 따른 반기별 의료이용량 비교(입원/외래)	105
〈표 IV-21〉 사례관리여부에 따른 종별 의료이용량 비교(종별)	107
〈표 IV-22〉 사례관리 여부에 따른 반기별 종별 의료이용량 비교(종별)	108
〈표 IV-23〉 사례관리 여부에 따른 요양기관 종별 의료이용량 비교(요양기관별)	110
〈표 IV-24〉 사례관리 여부에 따른 거주지역별, 반기별 의료이용량 비교(지역별)	114
〈표 IV-25〉 사례관리 여부에 따른 성별 의료이용량 비교(성별)	117
〈표 IV-26〉 사례관리 여부에 따른 연령별 의료이용량 비교(연령별)	119
〈표 V- 1〉 고유업무 외의 업무내용	127
〈표 V- 2〉 정보이용의 접근성	131
〈표 V- 3〉 사례관리 및 방문상담 대상자	131
〈표 V- 4〉 사례관리 및 방문상담 대상자	132
〈표 V- 5〉 사례관리 수준	132
〈표 V- 6〉 방문상담 시 어려운 점	134
〈표 V- 7〉 의료급여관리사로서의 역할	135
〈표 V- 8〉 의료급여사례관리제도의 운영 수준	136
〈표 V- 9〉 사례관리 기간의 충분성	137
〈표 V-10〉 사례관리 군의 분류기준 적절성	138
〈표 V-11〉 사례관리 군별 적정 사례관리 수준	139
〈표 V-12〉 의료급여 사례관리 수준	139
〈표 V-13〉 사례관리 제도의 필요정도	140

그림 목 차

[그림 III- 1] 사례관리 수행체계도	53
[그림 III- 2] 사례관리 업무흐름도	54
[그림 III- 3] 사례관리 대상자 발굴방법	56
[그림 V- 1] 의료급여관리사의 업무 전담	126
[그림 V- 2] 의료급여관리사의 업무 비중	127
[그림 V- 3] 사례관리 업무 지원	128
[그림 V- 4] 사례관리 업무에 대한 지원 수준	129
[그림 V- 5] 중점 사례관리 지원 분야	130
[그림 V- 6] 방문상담의 내용	133
[그림 V- 7] 방문상담 시 어려운 점	134
[그림 V- 8] 의료급여 사례관리제도가 제대로 이루어지지 않는 이유	136
[그림 V- 9] 수급권자의 삶의 질 도움정도	141
[그림 V-10] 재정안정화 정도	141

요 약

- 의료급여 사례관리의 필요성 :
 - 건강보험의 경우 수진자의 1.50%가 병용금기 의약품을 처방받는 반면 의료급여는 8.13%로 의료급여수급권자가 약화사고 위험에 더 노출되어 있음.
 - 한 개 질환으로 365일 넘게 의료이용을 하고 있는 수급권자가 10만 명이 넘는 등 과다이용 징후가 있음.
- 의료수급권자의 특징 : 노령인구가 많고, 질환에 이환되어 있는 계층이 많고, 부양인들로부터 지지체계가 뒷받침되지 않고, 교육수준이 낮고, 빈곤상태에 있음.
 - 따라서 의료급여 수급자들은 누구보다 사회적 배려가 필요함.
- 의료급여 사례관리에 대한 정의 : 질병으로 인해 의료욕구가 현저한 수급자들을 적절한 의료공급자원과 연계하여 의료서비스를 제공함으로써 수급자들이 의료 빈곤으로부터 탈피하여 정상생활로 복귀할 수 있게 하는 체계임.
- 본 연구는 2006년에 전국적으로 실시된 의료급여 사례관리 사업의 효과성을 평가하고자 시행되었던 제 1차 연구에 이어 효과의 지속성을 탐색하기 위한 2차 연구임.
- 사례관리 대상자 선정 : 2005년 기준 365일 이상 진료일수를 기록한 수급자 중 10곳 이상 다른 요양기관을 방문하거나 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 퇴행성 무릎관절염 등 만성질환 중 한 개의 상병으로 365일 이상 진료일수를 기

특한 약 3만 명을 발췌하여 중점 사례관리 대상자로 선정

- 표본 선정 : 전국 234개 지자체 중 48개 지자체가 표본으로 선정되었음.
 - 대도시, 중소도시, 군 지역 중 약 33%를 계통추출 방법에 의해 선정하고 그 지역 중 해당 지역에 배속된 의료급여관리사의 경력이 2년 이상이면 서 본 연구사업의 취지에 공감하고 협조를 약속한 48개 지역이 최종적으로 선정되었음.
 - 약 3만 명의 사례관리 대상자 중 4,803명이 48개 지역에 해당됨으로써 이들이 최종 표본이 되었음.
- 조사표 구성 : 주상병, 부상병, 사례관리를 위한 최초의 개입시점, 사례관리 종료시점, 사례관리 횟수, 방문상담 또는 전화상담 여부, 대상자의 특이 사항 등
- 자료 구득 : 48개 지자체로부터 조사표를 회수하여 원자료로 삼음.
 - 동시에 이들에 대한 2005년부터 2008년 8월까지의 진료실적을 국민건강보험공단으로부터 구득하였음.
 - 4,803명에 대해 사례관리가 이루어진 집단(A)과 이루어지지 못한 집단(B)으로 구분하여 사례관리 후 의료이용량의 변화 여부를 확인하였음.
- 사례관리 효과 1차 연도 분석 결과
 - 사례관리 후 A 집단의 의료이용량이 B 집단에 비해 증가율이 낮게 나타나거나 절대량이 감소하였음.
 - 사례관리 전에도 A 집단은 평균 내원일수가 147일로 B 집단의 133일 비해 약간 더 많았고 1인당 평균 진료비 규모도 A 집단이 약 3,425 천원으로 B 집단의 약 3,000 천원에 비해 더 크게 나타났음.

- 1종과 2종의 구분 : 1종에 대한 사례관리가 2종에 비해 효과적인 것으로 나타났음.
- 외래와 입원의 구분 : 외래환자들에 대한 사례관리가 입원환자들에 비해 효과적인 것으로 나타났음.
- 이용했던 요양기관 종별 구분 : 병원 이상급 보다 외래가 집중된 의원급에서 효과가 있었음.
- 성의 구분 : 남과 여를 구분하여 분석한 결과 남자에 대한 사례관리가 여자보다 더 효과적인 것으로 나타났음.
- 연령대 별 구분 : 60세에서 80세미만 대상자들의 모든 지표에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하거나 증가율이 낮은 경향을 보이고 있는 반면 80세 이상의 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않음.
- 대상자가 거주하고 있는 지역규모별 구분 : 대도시와 중소도시 모두에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하는 경향을 보이고 있으나 군지역의 경우 내원일수를 제외한 모든 지표에서 사례관리의 후의 의료이용량이 증가한 것으로 나타났음.
- 진료과별 구분 : 입원과 외래로 구분하여 분석한 결과 입원의 경우 다빈도 5개 진료과 중 사례관리 후 의료이용량(총진료비)이 감소한 과는 내과, 외과, 신경외과로 나타났고 정형외과와 일반은 증가한 것으로 나타났음.
- 사례관리의 횟수 : 사례관리가 이루어지지 않은 집단, 1회 이루어진 집단, 2회 이상 이루어진 집단, 이렇게 3그룹으로 분리하여 사례관리 횟수별 의료이용량의 변화를 본 결과 사례관리 횟수에 비례하여 의료이용량의 증가율이 감소함을 볼 수 있음.
- 사례관리의 효과가 지속적으로 나타나는지 살펴보기 위해 의료이용량

비교를 사례관리 전후 3개월, 6개월, 1년으로 나누어 분석하였음.

□ 사례관리 효과 2차 연도 분석 결과

- 2008년도 제 2차 연구(사례관리 시점 및 데이터는 2007년 중심임)에서는 1차년도 결과를 담보하기에 미흡한 결론에 도달
- 성, 연령, 사례관리 횟수, 요양기관 종류, 1종과 2종, 거주 지역, 입원과 외래, 진료과별 등 모든 분류 기준에서 사례관리를 받은 집단과 그렇지 못한 집단간 의료이용량에서 뚜렷한 차이를 발견하지 못함.
- 의료이용량에서 전체적으로 감소하는 경향을 보였지만 두 집단간 감소량에 모든 지표에서 큰 차이가 발생하지 못했음.
- 집단간 차이가 발생하지 못했던 이유에 대한 추론
 - 2007년 7월부터 의료급여 1종 외래에 건강생활유지비를 지급하는 대신 본인부담제도 도입
 - 진료일수 450일 이상에게는 주치의제와 비슷한 선택병원제 도입
 - 본 사례관리의 대상은 모집단 전체가 2005년 기준 진료일수 450일이 넘는 즉 복합상병을 보유하고 있는 계층이기 때문에 대부분이 선택병원제에 해당될 가능성이 높음.
 - 선택병원제에 해당되면 지정 병원외에 다른 요양기관을 방문하고자 할 때 지정병원의 의뢰서가 있어야 하기 때문에 이전과 같이 여러 요양기관을 방문할 수 없음.
 - 선택병원제에 해당되기 전이라도 본인부담제의 도입 때문에 전에 비해 요양기관 방문이 자유롭지 못했을 것으로 추론

□ 2007년의 2차년도 사례관리 효과 분석은 이러한 제도적 변화 때문에 분명한 결과를 도출하기 어려웠음. : 본인부담제와 선택병원제가 사례관리 효과 압도

- 보다 구체적이고 명확한 사례관리의 효과를 규명하기 위해서는 본인부담제와 선택병원제가 정착된 후 다시 검토해야할 것으로 판단됨.

□ 의료급여관리사의 사례관리 현황

- 의료급여사관리사 1인이 담당하고 있는 사례관리 대상자수는 약 313명이고 이 중 방문사례관리까지 이루어지는 대상자는 평균 약 112명 임.
- 일주일에 평균적으로 3.2명의 대상자에 대해 방문상담을 실시하고 있으며 방문상담 시간은 약 1시간정도 이루어지고 있고 방문상담을 위한 준비 및 이동시간까지 포함하면 대상자 1인에 대한 방문상담 시간은 대략 3시간 정도 소요되고 있음.
- 방문상담의 주된 내용 : 합리적인 의료이용에 관한 안내와 제도안내 및 상담 그리고 합병증, 약물오남용, 자기관리 등의 질환상담
- 의료급여관리사들이 방문상담 시 느끼는 가장 어려운 점 : 상담 장소로의 이동과 신변에 대한 위협

□ 의료급여관리사의 사례관리에 대한 인식

- 질병에 대한 교육 등 교육자와 의료급여 재정관리자로서의 역할을 가장 중요하다고 생각하고 있음.
- 의료급여 사례관리사업을 위한 교육과정개발 및 운영, 사업의 모니터링 그리고 평가 및 지원을 하기 위해 설립된 의료급여사례관리사업지원단의 역할 재정립 필요 : 의료급여관리사들에 대한 지원 강화에 대해 정기적인 교육과 사례관리 업무에 대한 자문이 시급한 것으로 판단
- 의료급여관리사들이 일선 업무를 수행하면서 매뉴얼 상의 사례관리 기간인 3개월은 충분하지 않다는 의견이 지배적

16 의료급여 사례관리 및 효과분석 II

- 수급권자에 대한 사례관리 수준 부족
- 수급권자의 삶의 질과 재정안정화에 도움이 되고 있음 : 사례관리 제도의 필요성에 대한 인식 높음.

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

사례관리의 목적은 첫째 질병, 빈곤 등 복합적 문제를 갖고 있는 수급자들에게 건강관련 정보를 제공하고, 상담을 통하여 지역자원을 연계함으로써 수급자의 삶의 질을 제고시키는 한편 스스로 건강관리 능력을 배양하게 하는데 있다. 둘째 과다 이용의 징후가 있는 수급자에게는 상담 및 계도를 통하여 적절한 의료이용을 할 수 있도록 유도하는데 있다. 이는 의료급여 재정과 밀접한 관계가 있다.

2007년도 제 1차 연구에서는 의료급여제도에 사례관리가 도입된지 얼마 되지 않은 상태에서 재정누수를 방지하는 데 초점을 모아 사례관리의 효과성을 측정하는 데 주안점을 두었다. 연간 진료일수가 365일을 초과한 사람 중 10개 이상의 의료기관을 방문하거나 동일상병으로 진료일수가 365일을 초과한 계층을 과다이용 가능성이 높은 집단으로 판정하고 이들을 주요 사례관리 대상자로 선정하였다. 전화 또는 방문 상담을 통해 사례관리를 한 후 그 결과가 어떻게 나타나는지 판단하는 것이 지난해의 연구목적이었다. 성, 연령, 지역, 요양기관 종별, 사례관리 횟수별로 구분하여 사례관리의 효과성에 대해 평가하였다. 그러나 어떠한 기준에 의해 사례관리 대상을 선정하기보다 무조건 많이 이용했던 사람을 대상으로 선정하여 그 효과성을 면밀하게 판단하는 데 한계가 있었다.

또한 사례관리의 효과가 재정측면에서 지속적으로 나타나는지 사례관리를 시행했던 일정기간에 한정하여 나타나는지를 판별하기 어려웠다. 사례관리 효과의 지속성에 초점을 맞춘 분석이 필요하다 하겠다. 지속성을 검

증하기 위해서는 작년도에 시행되었던 사례관리 대상자들을 연장 추적할 필요가 있다. 따라서 1차년도 사례관리 효과분석의 표본이었던 대상자들을 이 번 연구에서도 똑같이 표본으로 사용할 필요가 있다.

연간 진료일수가 365일을 초과한 사람 중 10개 이상의 의료기관을 방문하거나 동일상병으로 진료일수가 365일을 초과한 계층을 과다이용 가능성이 높은 집단으로 판정하고 이들 약 3만 명을 1차년도 주요 사례관리 대상으로 선정하였다. 이들을 2차 연구의 표본으로 연속 사용하여 사례관리의 효과를 살펴보고자 하는 것이다. 어떠한 대상을 우선적으로 사례관리를 실시할 것인지가 작년도 과제의 최우선 과제였다면 금년도에는 작년도의 결과가 그대로 지속하는지 여부를 탐색하는 것이 핵심 과제이다. 따라서 작년처럼 사례관리 후 대상자의 진료 이용행태를 중심으로 효과를 평가하고자 한다.

따라서 본보고서의 목적은 사례관리의 효과가 지속적일 수 있는 방법을 모색하는 것이다. 외래와 입원환자 간, 1종과 2종 대상자 간, 이용했던 요양기관 종류별, 성별, 연령별, 지역별, 사례관리 횟수별 사례관리의 효과를 정태적으로 분석하여 사례관리의 효과 크기별로 사례관리의 우선순위를 결정하고, 그 우선순위가 연차적으로 지속하는지 검증하는 것이다.

제2절 연구 내용 및 방법

가. 연구내용

본보고서의 연구는 다음의 내용을 포함한다. 의료급여제도의 개요에 대해 서술하였다. 수급자 선정기준, 급여범위, 본인부담 등 제도 전반에 대해 기술하였다. 최근의 진료실태에 대해서도 서술하였다. 국민건강보험공단의 자료를 이용하여 연도별 의료이용 양의 변화를 추적하였다. 의료급

여 1종, 의료급여 2종의 적용인구 1인당 진료건수, 1인당 내원일수 등의 연도별 증가 추이를 분석(단, 정신질환은 제외한 상태)하고 동시에 연도별 의료이용 강도의 변화도 분석하였다. 의료이용 강도를 나타내는 척도인 건당진료비, 입내원일당 진료비, 건당 입내원일수, 적용인구 1인당진료비 등에 대하여 의료급여 1종, 의료급여 2종을 구분하여 연도별 증가 추이를 분석하였다.

의료급여 사례관리 관련 필요성, 사례관리 현황, 문제점 등을 전체적으로 고찰하였다. 재정관리 외에 수급자의 중복 투약 금지 약물 사례 등 사례관리가 필요한지 여부를 소개하고 의료급여 사례관리 지침을 토대로 사례관리의 현황을 소개하고자 한다. 현재까지 이루어진 사례관리의 문제점도 포괄적으로 검토하고자 한다.

사례관리의 효과를 극대화할 수 있는 방안을 도출하기 위해 그 동안 진행해온 사례관리 대상자들을 목적에 따라 집단으로 분류하여 분석하였다. 분석의 대상인 사례관리 대상자들은 2005년 기준 365일 이상의 진료일수를 기록한 사람들로 10개 이상의 요양기관을 방문하였거나 동일질환으로 365일 이상 투약일수를 기록한 사람들 중심으로 전국에서 약 3만 명이 발췌되었다. 이 중 전국의 약 48개 시군구에 분포되어있던 4,803명이 최종분석 대상이 되었다. 48개 시군구는 사례관리 사업 시행초기인 2003년부터 사례관리사가 배치된 지역 중 사례관리사 본인이 본 연구의 취지에 동참하여 협조하기로 한 지역을 선정한 것이다.

4,803명을 사례관리가 이루어진 집단과 이루어지지 않은 집단으로 분류하여 사례관리의 재정절감 관련 효과를 검증하였다. 사례관리의 효과를 극대화할 수 있는 방법을 모색하기 위하여 같은 대상자를 여러 가지 방법으로 서로 다르게 집단화하여 분석하였다. 입원과 외래, 1종과 2종, 이용했던 요양기관의 종별, 지역별, 연령별, 성별, 사례관리 횟수별 등으로 구분하여 어떤 집단에 대해 사례관리하는 것이 재정절감 차원에서 더욱 효

과적인지 분석하였다. 질환별 구분에 의한 분석도 필요할 것으로 판단되어 시도했으나 대부분의 대상자가 복합질환을 보유하고 있어 질환별 구분이 거의 의미가 없었다. 금번 2차년도 연구에서는 사례관리의 효과성 외에 지속성을 검증하기 위해 2년간 지속적으로 사례관리가 이루어진 집단, 첫째만 이루어진 집단, 전혀 관리가 이루어지지 않은 집단으로 구분하여 효과성을 검증하였다.

위에서 제시한 방법에 의해 분석한 결과를 토대로 사례관리의 효과성 관점에서 사례관리의 우선순위를 도출하였다.

나. 연구방법 및 기대효과

의료급여 수급권자의 의료이용 관련 기초통계를 분석하였다. 통계연보상의 수진율, 내원일수, 진료비 등의 의료이용과 관련된 기초통계를 기술 통계 중심으로 분석하였다. 사례관리 결과도 사례관리 전후의 변화 양상을 분석하는 데 기술통계 기준 비교방법을 활용하였다.

연구진행상 방향설정 및 분석결과해석에는 자문단 의견을 수렴하였다. 자문단은 의료급여 및 건강보험 전문가 그리고 건강보험공단, 심사평가원의 전문 인력과 사례관리를 집적 담당하는 의료급여사례관리사로 구성되었다.

본 연구는 다음과 같이 몇 가지 점에서 효과를 예측할 수 있다. 우선 수급권자에 대해 체계적이고 효율적인 관리방안 마련으로 의료급여 제도의 질적 내실화를 기할 수 있다. 특히 장기 이용이나 필요이상의 이용을 하는 대상자에 대한 사례관리의 효과를 제시하고 향후 사례관리의 방향을 제시할 수 있다. 둘째, 효과적이고 효율적인 제도 운용방법을 모색하여 중장기적으로 의료급여제도의 재정안정을 도모할 수 있다. 재정안정을 위해서는 수급자 대상 정책, 공급자 대상 정책, 전달체계, 비용지불체계 등 모든 부분이 망라되어야 하지만 본 보고서에서는 사례관리 관련부분만 한정

하여 재정안정방안을 제시하였다. 재정안정의 도모는 중장기적으로 꼭 필요한 부분으로 보장성을 확대해갈 수 있는 터전을 제공한다.

본 보고서는 서론에 이어 2장에서는 의료급여 제도의 개요 및 진료비 실태에 대해 분석하였다. 1인당 내원일수, 수진율, 건당진료비 등 일반적인 의료이용 지표에 대해 분석하였다. 3장에서는 의료급여 사례관리 관련 내용을 포괄 설명하였다. 사례관리의 필요성, 의료급여제도에서 시행되고 있는 사례관리 방법을 소개하고 그에 따른 문제점도 검토하였다. 4장에서는 사례관리의 효과를 분석하는 방법 및 그 결과를 언급한다. 입원과 외래, 1종과 2종, 이용했던 요양기관의 종별, 지역별, 연령별, 성별, 사례관리 횟수별 등으로 구분하여 어떤 집단에 대해 사례관리하는 것이 재정절감 차원에서 가장 효과적인지 가장 지속적이지를 탐색한다. 5장에서는 의료급여관리사들의 사례관리에 대한 설문 분석을 통해 일선에 종사하는 이들의 사례관리 관련 인식을 분석하였다. 끝으로 6장에서는 결론 및 향후과제 그리고 연구의 한계를 끝으로 본 보고서를 종결하고자 한다.

제2장 의료급여제도의 개요 및 진료비 실태

제1절 의료급여 제도의 개요

가. 목적

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스를 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있다. 1977년 생활보호법 내의 의료보호법으로 출범한 이후 의료급여제도는 그 동안 우리나라 저소득층의 건강지킴이로써 그 역할을 충실히 해오고 있다.

나. 수급자 현황

의료급여 수급자는 2001년에 비해 2002년에는 약간 감소하였으나 그 이후 계속 증가추세를 보이고 있다. 특히 2004년에는 차상위 계층 중 만성 질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 사람을 수급권자로 편입시켰고 2005년에는 차상위 계층 중 12세 미만 아동을, 2006년에는 18세 미만 아동을 의료급여 수급권자로 확대하였다. 따라서 의료급여 수급권자수가 지속적으로 확대되어 2007년 말 기준 약 1,852천 명에 이르고 있다. 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005, 2006년에는 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였다.

〈표 11-1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명)

구분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
의료급여	계	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,852,714
	1종	831,854	828,922	867,305	919,181	996,449	1,028,536	1,062,263
	2종	671,132	591,617	586,481	609,662	765,116	800,091	790,451
	부조	-	-	-	-	-	-	-

자료: <http://www.nhic.or.kr>

다. 수급 자격 기준

국민기초생활 보장 수급 자격과 의료급여 수급자격이 밀접하게 연관되어 있기 때문에 국민기초생활보장 수급자격을 중심으로 살펴보고자 한다.

국민기초생활보장 선정기준의 충족여부는 부양의무자조사와 자산조사(means test)를 거쳐 결정한다. 자산조사에서는 개별가구의 자산능력을 파악하는데 2002년까지는 소득평가액과 재산을 중심으로 조사하였고 2003년부터는 소득인정액(소득평가액+재산의 소득환산액)을 파악하여 최저생계비와 비교하고 있다.¹⁾

1) 국민기초생활 보장 수급자 선정기준

최후의 사회안전망(last safety net)으로서의 공공부조는 스스로 생계를 영위할 수 없는 모든 국민에게 최저생활을 보장함을 목적으로 한다. 여기서 스스로 생계를 영위할 수 없는 수준이 바로 선정기준이다.

가) 소득 및 재산기준(최저생계비)

부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수

1) 국민기초생활보장법 부칙 제5조.

없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자는 국민기초생활보장법하의 수급자가 된다. 가구별로 산정된 소득인정액을 가구별 최저생계비와 비교하여 수급자 선정 및 급여액을 결정하게 된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합으로 구성되어있다. 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해진다. 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3800만원, 중소도시는 3100만원, 농어촌은 2900만원이 적용된다. 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100%가 적용된다.

- 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{재산} - \text{기초공제액} - \text{부채} \end{array} \right\} \times \text{소득환산율}$$

$$= \text{실제소득} - \text{가구특성별 지출비용} - \text{근로소득공제}$$

- 재산의 소득환산액 = (재산의 종류별 가액 - 기초공제액 - 부채) × 재산의 종류별 소득환산율

- 기초 공제액

지역	대도시	중소도시	농어촌
금액(만원)	3,800	3,100	2,900

- 재산의 종류별 소득환산율

재산의 종류	일반재산	금융재산	승용차
소득환산율	월 4.17%	월 6.26%	월 100%

나) 부양의무자기준²⁾

부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다. 수급자가 되기 위한 必要條件은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

(1) 부양의무자 범위

扶養義務者 範圍은 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 1촌 이내의 혈족을 말한다. 여기서 직계혈족에는 출가한 딸과 그 자녀들도 포함된다. 그리고 생계를 같이하는 경우는 ① 소득을 공유하는 생활공동체 관계에 있는 자로서, 생활비 전체를 상대에게 전적으로 의존하고 있는 경우(정기적으로 생활비의 일부를 지원 받거나 주는 경우는 제외) ② 자녀가 교육관계로 다른 곳에 기숙하고 있는 경우 ③ 행상 또는 근무 등의 이유로 자녀를 타인에게 맡겨서 생활비를 보내주고 있는 경우 ④ 병원·직업훈련 등에 입원 또는 입소하고 있는 경우 등이다(국민기초생활보장사업 안내).

2) 일본과 오스트리아를 제외한 대부분의 나라에는 부양의무자기준이 없다. 우리나라의 정서상으로는 부양의무자기준을 선정기준으로 적용하는 것이 맞다. 하지만 복지이념, 외국의 동향, 핵가족 중심으로서 가족구조의 변화 등을 감안할 때 부양의무자기준은 장기적으로 검토되어야 할 과제이다.

(2) 부양의무자의 부양능력 판정기준

국민기초생활보장법에서 부양능력 유무는 ‘부양능력 있는 자’, ‘부양능력 없는 자’, ‘부양능력 미약 자’로 구분하여 접근하고 있다. 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합 1.3배 이상」인 부양의무자는 ‘부양능력이 있는 자’로 판정하도록 하였다. 여기서 20%의 의미는 부양하고도 도시가계 평균저축률 정도의 저축을 할 수 있는 정도로 인식되고 있다.

2) 의료급여 수급자 선정 기준

가) 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자

(1) 1종 의료급여 수급권자 선정기준(영 제3조제2항)

의료급여법제3조 제1항 제1호의 규정에 의한 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급권자 중에서 18세 미만인 자, 65세 이상인 자, 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인, 보건복지부장관이 정하는 질병 또는 부상에 해당하지 아니하는 질병·부상 또는 그 후유증으로 인하여 3월 이상의 치료 또는 요양이 필요한 자³⁾(의사의 진단서 첨부), 임신부, 「병역법」에 의한 병역의무를 이행 중인 자, 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자 만으로 구성된 세대의 구성원(세대단위 급여)은 수급자격을 갖는다. 그 외 「국민기초생활 보장법 시행령」 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장시설수급자), 「국민기초생활 보장법」 제5조제2항의 규정에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 인정하는 자(국민기초생활보장 특례수급권자(의료급여 및 자활급여 특례) 중 의료급여 1종수급권자), 보건

3) 치료가 완료되어 근로능력을 회복하였을 경우에는 2종으로 환원

복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환자가 속한 세대의 구성원(세대단위 급여)도 1종 수급자격을 갖는다.

(2) 2종 의료급여 수급권자 선정 기준

국민기초생활보장수급권자 중 의료급여 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자는 2종으로 분류된다.

(3) 특례수급권자

① 의료급여 특례자 : 실제소득에서 6개월이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면 수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제대상지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구

② 자활급여 특례자 : 수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활인턴 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 최저생계비를 초과한 경우

③ 차상위 의료급여 수급권자⁴⁾ : 「의료급여법」 제3조제1항 제9호 및 동법 시행령 제2조제2호, 제3호 및 제3호의2의 규정에 해당하는 자(개인단위급여)로 희귀난치성질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동

- 선정기준 :

- 소득인정액 기준 : 국민기초생활수급권자가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120%이하인 가구

4) 차상위 의료급여수급자는 2008년부터 건강보험적용대상자로 재편성

〈표 II-2〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비 (원/월)	463,047	784,319	1,026,603	1,265,848	1,487,878	1,712,186
차상위기준 (원/월)	555,656	941,183	1,231,924	1,519,018	1,785,454	2,054,623

○ 재산의 소득환산시 기초공제금액 :

〈표 II-3〉 재산에서 공제하는 기초공제액

대도시	중소도시	농어촌
9,500만원	7,750만원	7,250만원

○ 자동차기준 : 2,000cc미만의 승용차 중 차령이 10년 이상인 차량은 일반재산 기준 적용

- 부양의무자 기준

○ 부양의무자의 범위 : 수급권자를 부양할 책임이 있는 자로서 “수급권자의 배우자, 1촌의 직계혈족 및 그 배우자”로 한다(사위, 며느리도 부양의무자에 포함됨).

○ 부양의무자의 부양능력 판정 : 부양의무자의 실제소득을 기준으로 부양의무자의 부양능력을 판단한다. 부양의무자의 부양능력 판정소득은 부양의무자의 실제소득이 다음의 소득미만일 경우 “부양능력 없음”으로 판정한다. 단 부양의무자의 재산은 소득으로 환산하지 아니하고 차상위 의료급여에서는 부양능력 유무만 판정한다. 따라서 국민기초생활보장대상자와 같이 부양 미약을 판정하기 위한 부양비 산정은 필요 없다.

부양의무자 가구의 월별 소득기준 : B*×3

※ B : 부양의무자의 최저생계비

〈표 II-4〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준

(단위 : 원/월)

구 분	부양의무자 가구원수					
	1인	2인	3인	4인	5인	
2008년 최저생계비	463,047	784,319	1,026,603	1,265,848	1,487,878	
차상위가 구의 수급자수	1인 (300%)	1,389,141	2,352,957	3,079,809	3,797,544	4,463,634
	2인 (325%)	1,504,903	2,549,037	3,336,460	4,114,006	4,835,604
	3인 (350%)	1,620,665	2,745,117	3,593,111	4,430,468	5,207,573

※ 원단위 이하는 절상함

라. 급여범위 및 본인부담금

1) 의료급여의 내용

의료급여수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 의료급여법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치로 규정되어 있다. 이에 대한 의료수가의 기준과 그 계산방법은 보건복지부장관이 고시한 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 의한다.

2) 의료급여의 범위

의료급여수급권자의 의료급여 범위는 「국민건강보험 요양급여의 기준에

관한 규칙」 제8조제2항(요양급여의 범위)의 규정에 의하며, 국민건강보험법 요양급여로 인정되는 항목과 요양급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 구분할 수 있다.

3) 본인부담⁵⁾

의료급여수급권자의 본인부담은 아래 표와 같다. 그러나 일부계층에 대해서는 본인부담을 면제하고 있다. 임신임을 신고한 날부터 출산예정일 후 6개월까지의 임산부, 18세 미만인 자, 보건복지부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환자, 장기이식환자(신장, 간장, 심장, 췌장), 가정간호대상자, 선택의료급여기관 이용자에 대해서는 본인부담을 면제하고 있다. 1종 수급자의 경우 입원에 대해서는 본인부담금이 없다.

5) 보건복지부 발행 의료급여 사업안내 참조

〈표 II -5〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담

대상자	의료급여기관	본인부담구분 코드	구분	본인부담금
-본인 부담금 면제자, -선택의료 급여기관 이용자 외	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)		원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우 ⁶⁾	1,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
	제2차 의료급여기관		원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
제3차 의료급여기관		원내 직접 조제	2,500원	
		그 이외의 경우	2,000원	
		특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100	
본인 부담 면제자	제1차·2차·3차 의료급여기관	M003 ~ M008 행려환자(의료급여종별 '4', 본인부담구분코드 없음)	0 (본인부담 없음)	
선택의료 급여기관 이용자	제1~3차 의료급여기관	조건부연장승인자(M001) 자발적참여자(M002) M009~M010	0 (본인부담 없음)	
선택의료 급여기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	선택기관에서 의뢰된 자 (B005)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
	제2차 의료급여기관	선택기관에서 의뢰된 자 (B005) 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자 (B006)	원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100
제3차 의료급여기관	선택기관에서 의뢰된 자 (B005) 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자 (B006)	원내 직접 조제	2,500원	
		그 이외의 경우	2,000원	
		특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100	

6) 그 이외의 경우

- 원외처방전 발행이 있는 경우, 원내 직접조제와 원외처방이 동시에 발생한 경우, 원내 또는 원외로 의약품 처방 없이 진료를 실시한 경우

〈표 II-6〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담

대상자	의료급여기관	본인부담구분코드	구분	본인부담금
선택의료 급여기관 이용자 외	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	-	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
	제2차 의료 급여기관	제17조 만성질환자 만성질환자 외	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 암환자 10%)
			원내 직접 조제	1,500원
제3차 의료급여기관	-	그 이외의 경우	1,000원	
		특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 암환자 10%)	
선택의료 급여기관 이용자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	B001 ~ B004 * 조건부연장 승 인자(B001) * 자발적 참여자 (B002)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
	제2차 의료 급여기관	제17조 만성질환자 만성질환자 외	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 암환자 10%)
			의료급여비용총액의 15%	
제3차 의료급여기관	-	의료급여비용총액의 15% (등록 암환자 10%)		
선택의료 급여 기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	선택기관에서 의뢰 된 자(B005),	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
	제2차 의료급여 기관	제17조 만성질환자 만성질환자 외	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 암환자 10%)
			원내 직접 조제	1,500원
제3차 의료급여기관	선택기관에서 의뢰 된 자(B005) 선택의료급여기관 에서 의뢰되어 재 의뢰된 자 (B006)	그 이외의 경우	1,000원	
		특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 암환자 10%)	
			의료급여비용총액의 15%	
			의료급여비용총액의 15% (등록 암환자 10%)	

2종 대상자에 대한 입원 본인부담은 법정급여 범위내의 진료비중 15%이나 암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환자에 대해서는 10%로 경감하고 있다. 그 외 자연분만 산모에게도 본인부담금을 면제하고 있고 6세 미만 아동에게도 본인부담이 없다.

제2절 의료급여 진료비 실태

의료급여의 진료비는 매년 지속적으로 증가하고 있다. 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2007년에 4조 2천억 원으로 증가하였다. 진료비 증가원인으로 수급자 수의 증가, 수가 인상, 급여범위의 확대, 의료이용의 증가 등이 제기될 수 있다. 그 외에도 65세 이상 노령인구의 증가 등 인구구성의 차이, 신의료 기술의 도입에 따른 행위당 단가의 인상, 질환의 복잡 다기함 등이 원인으로 설명될 수 있을 것이다.

2004년부터 차상위 계층 중 만성 및 희귀질환 보유자, 6세 미만 아동, 18세 미만 아동 등이 수급자로 편성되었고, 희귀난치성 질환의 종류가 확대되는 등 수급자의 절대수가 증가하였다. 2003년 약 1,427천명이던 수급자가 2007년 기준 약 1,842천 명으로 4년 동안 약 29%가 증가하였다. 2종 수급자 대상 본인부담 보상제 및 상한제가 도입되고 3대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계)에 대한 2종 본인부담이 15%에서 10%로 인하되는 등 급여범위도 확대되었다. 그 외에도 1인당 수진율이 증가하고 내원일수가 증가하는 등 의료수요가 증가한데도 기인한다.

2002년은 전년대비 진료비가 약 7.4% 증가하였다. 수급자 수가 전년대비 약 6.9% 감소하였기 때문에 상대적으로 진료비 증가 속도가 작은 것으로 보인다. 또한 2002년은 건강보험의 재정파탄으로 재정절감을 위한 전방위 대책이 강구되었던 시기이다. 의료급여제도도 직간접적으로 영향을 받아 진료비 증가 폭이 상대적으로 작았음은 주지의 사실이다. 2003년

도에도 건강보험의 영향을 받고 수급자 수도 감소하여 의료급여 재정이 비교적 안정적으로 운용되었다. 이를 기반으로 2004년부터 차상위 계층 중 일부가 의료수급권자로 편성되기 시작하였다. 진료비가 많이 소요되는 만성질환이나 희귀질환을 보유한 차상위 계층이 수급자가 됨으로써 진료비가 급속도로 증가하기 시작하였다. 차상위 계층이 수급자로 전환된 이후부터 의료급여제도의 진료비가 연평균 20% 이상씩 증가하여 2006년에 의료급여제도의 재정이 적신호가 들어왔다. 2002년의 건강보험 경험처럼 2006년부터 의료급여제도에서도 재정을 안정화 시키기 위한 다각적인 노력이 이루어졌다. 그러나 제도화 되지 않은 일시적인 노력(심사강화, 수급자에 대한 사례관리 강화 등)은 한계가 있었다. 2007년에 비로소 재정안정을 위한 새로운 제도가 도입되었다. 의료급여 1종 수급자에게도 건강생활유지비를 지원하는 대신 외래 이용 때마다 본인이 일부를 부담하도록 하였고 동시에 주치의제와 유사한 선택병의원제가 도입되었고 재정의 효과가 바로 나타나기 시작하였다. 지난 7년 동안 진료비와 수급자 수의 증가율 차이는 2007년을 제외하고 매년 약 12% 정도 내외가 되는 것으로 나타나고 있다. 2007년은 약 6%로 나타나고 있다. 이는 1종 외래 본인부담제 도입 및 선택병의원제의 도입에 기인한 것으로 판단된다. 즉 제도화된 절감대책이 효과가 있었던 것으로 판단된다. 보다 구체적인 제도 도입의 효과는 다른 기회에 살펴볼 수 있을 것이다.

〈표 II-7〉 연도별 의료급여 진료실적

(단위: 천원, %)

연도	총진료비(천원)	진료비의 전년 대비 증가율(%)	수급자수(명)	수급자수의 전년 대비 증가율(%)	진료비와 수급자수의 증가율 차이
2001	1,892,241		1,553,833		
2002	2,031,275	7.35	1,446,925	- 0.0688	14.23
2003	2,214,861	9.04	1,426,850	- 0.0139	10.43
2004	2,611,144	17.89	1,483,410	0.0396	13.93
2005	3,233,676	23.84	1,652,971	0.1143	12.41
2006	3,925,103	21.38	1,814,453	0.0977	11.61
2007	4,223,834	7.61	1,841,902	0.0151	6.10

다음은 의료이용량의 변화에 대해 기술 통계 중심으로 간단히 살펴보고자 한다.

1인당 연평균 입원건수도 매년 증가하고 있다. 2종의 경우 연평균 10.39%씩 증가하고 있고 1종의 경우는 그 보다 약간 못 미치지만 연간 약 8.20% 증가하고 있다. 실제적으로 입원 횟수가 증가하는 것인지 동일 에피소드 당 청구건수가 증가하는 것인지에 대해서는 더 세밀한 검토가 필요할 것으로 보인다. 외형상 건강보험 통계연보 상에 나타난 청구건수는 증가하고 있다. 그리고 증가폭도 크다.

〈표 II-8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)

(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	0.57		0.86		0.21	
2002	0.65	14.04	0.96	11.63	0.23	9.52
2003	0.72	10.77	1.05	9.38	0.24	4.35
2004	0.79	9.72	1.08	2.86	0.26	8.33
2005	0.82	3.80	1.17	8.33	0.27	3.85
2006	0.90	9.76	1.29	10.26	0.33	22.22
2007	0.98	8.89	1.38	6.98	0.38	15.15
평균증가율		9.45		8.20		10.39

외래의 경우도 마찬가지로 지난 7년 동안 1인당 연평균 12.08%씩 수진율이 증가하고 있다. 1종은 11.82% 증가하였고, 2종은 12.13% 증가하였다. 특히 2007년에 외래 수진율이 연평균 약 38.4% 증가한 것으로 나타났다. 이는 자격관리시스템의 정비에 따른 청구경향의 차이를 반영한 것으로 보인다. 2006년 재정 압박으로 다각적인 대책을 강구하면서 자격관리시스템이 완비되었고 일선 요양기관의 입장에서 이전에 비해 훨씬 쉽게 빈번히 청구할 수 있는 여건이 마련되었다. 2007년의 이상 징후는 이러한 환경의 변화 때문인 것으로 판단된다.

〈표 II-9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)
(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	9.47		11.21		7.31	
2002	11.12	17.42	12.95	15.52	8.56	17.10
2003	11.29	1.53	13.28	2.55	8.34	-2.57
2004	11.81	4.61	13.95	5.05	8.57	2.76
2005	11.88	0.59	14.51	4.01	8.44	-1.52
2006	13.56	14.14	16.00	10.27	10.39	23.1
2007	18.77	38.42	21.91	36.94	14.53	39.85
평균증가율		12.08		11.82		12.13

〈표 II-10〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)
(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	10.04		12.07		7.52	
2002	11.77	17.23	13.91	15.24	8.79	16.89
2003	12.01	2.04	14.33	3.02	8.59	-2.28
2004	12.61	5.00	15.04	4.95	8.83	2.79
2005	12.70	0.71	15.69	4.32	8.71	-1.36
2006	14.45	13.78	17.29	10.2	10.72	23.08
2007	19.75	36.68	23.29	34.70	14.90	38.99
평균증가율		11.94		11.58		12.07

1인당 연평균 입원일수도 급증하여 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원하였으나 2007년에는 17.07일 입원하고 있다. 연평균 6.36%씩 증가하고 있다. 1종 대상자와 2종 대상자간 입원일수가 현격히 차이 나고 있다. 이는 정신질환자, 희귀난치성질환자 등 중질환 보유자들이 많고 65세 이상 노령인구가 많아서 이기 때문인 것으로 판단된다.

외래의 내원일수 역시 급격히 증가하여 의료급여 수급권자 1인당 평균 28일씩 내원하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	입원일수	증가율	입원일수	증가율	입원일수	증가율
2001	11.79		18.54		3.42	
2002	13.03	10.52	19.80	6.80	3.55	3.80
2003	13.84	6.22	18.71	-5.51	3.70	4.23
2004	14.87	7.44	20.54	9.78	3.96	7.03
2005	15.01	0.94	21.87	6.48	4.29	8.33
2006	16.25	8.26	23.71	8.41	5.28	23.08
2007	17.07	5.05	24.40	2.91	5.90	11.74
평균증가율		6.36		4.68		9.51

〈표 II-12〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원일수	증가율	내원일수	증가율	내원일수	증가율
2001	23.25		28.95		16.19	
2002	26.41	13.59	32.18	11.16	18.33	13.22
2003	25.71	-2.65	31.38	-2.49	17.32	-5.51
2004	26.64	3.62	32.63	3.98	17.57	1.44
2005	26.62	-0.08	33.80	3.59	17.25	-1.82
2006	29.37	10.33	36.07	6.72	20.72	20.12
2007	28.35	-3.47	33.90	-6.02	20.88	0.77
평균증가율		3.36		2.67		4.33

〈표 II-13〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	입내원일수	증가율	입내원일수	증가율	입내원일수	증가율
2001	35.04		47.49		19.61	
2002	39.44	12.56	51.97	9.43	21.88	11.58
2003	39.55	0.28	52.08	0.21	21.02	-3.93
2004	41.51	4.96	53.17	2.09	21.53	2.43
2005	41.63	0.29	55.66	4.68	21.54	0.05
2006	45.61	9.56	59.78	7.40	26.00	20.71
2007	45.42	-0.42	58.30	-2.48	26.78	3.00
평균증가율		4.42		3.48		5.33

건당 진료비의 추세도 계속 증가하고 있다. 그러나 최근 자가격리시스템의 완비에 따라 청구빈도가 또한 증가함에 따라 통계연보상에 나타난 건강진료비는 실제치를 반영하지 못하고 있다. 2007년의 경우 전년 대비 건당 진료비가 감소하고 있는 것으로 나타났다. 이는 이를 증명하는 것으로 보인다. 에피소드 건당 진료비의 흐름을 파악하기 위해서는 보다 정밀한 분석이 요구된다.

〈표 II-14〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	974,013		973,867		977,311	
2002	970,598	-0.35	968,019	-0.60	925,148	-5.34
2003	978,452	0.81	1,002,610	3.57	950,004	2.69
2004	1,015,986	3.84	1,035,920	3.32	970,588	2.17
2005	1,055,860	3.92	1,074,733	3.75	1,019,723	5.06
2006	1,100,913	4.27	1,117,642	3.99	1,062,738	4.22
2007	1,100,564	-0.03	1,115,035	-0.23	1,070,844	0.76
평균증가율		2.06		2.28		1.53

외래의 건당진료비 또한 2006년 까지 지속적으로 증가하였으나 2007년에는 청구 빈도가 늘어남에 따라 건당 진료비가 감소하는 것처럼 보인다.

〈표 II-15〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	74,319		82,106		59,552	
2002	71,856	-3.31	79,128	-3.63	56,409	-5.28
2003	72,254	0.55	79,178	0.06	55,954	-0.81
2004	76,210	5.48	83,683	5.69	57,877	3.44
2005	81,930	7.51	91,013	8.76	61,581	6.40
2006	85,433	4.28	96,833	6.39	62,857	2.07
2007	64,261	-24.78	72,280	-25.36	47,977	-23.67
평균증가율		-2.39		-2.10		-3.54

〈표 II-16〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	125,397		145,645		85,181	
2002	121,490	-3.12	140,475	-3.55	79,141	-7.09
2003	126,834	4.40	145,319	3.45	81,210	2.62
2004	135,460	6.80	152,377	4.86	84,670	4.26
2005	144,554	6.71	164,619	8.03	91,784	8.40
2006	148,511	2.74	173,012	5.10	94,058	2.48
2007	115,458	-22.26	133,886	-22.61	74,059	-21.26
평균증가율		-1.37		-1.39		-2.30

입원일당 진료비 역시 다른 지표와 거의 유사한 형태를 보이고 있다. 전체적으로 매연평균 약 4.94%가 증가하고 있다. 입원건당 진료비는 1종과 2종간 격차가 작았지만 1종이 약간 더 높다. 그러나 입원일당 비교에서는 의료급여 2종이 1종보다 더 높은 것으로 나타났다. 이는 두 가지 측면에서 해석이 가능할 것으로 보인다. 1종 수급권자들은 본인부담이 없기 때문에 필요이상의 입원을 함으로써 입원일당 진료비가 더 낮게 나타나는 경우이다. 반면 의료급여 1종 수급자들은 2종에 비해 만성질환자들이 많아 지속적인 관리가 필요하여 장기 입원을 하는 경향이 있지만 2종 입원의 경우는 급성기 질환자들이 많아 일당 진료량이 더 많을 수 있다는 해석이다.

〈표 II-17〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	47,097		45,168		60,075	
2002	48,418	2.80	46,934	3.91	59,939	-0.23
2003	51,136	5.61	51,908	10.60	62,281	3.91
2004	54,295	6.18	54,698	5.37	63,530	2.01
2005	57,449	5.81	57,689	5.47	65,263	2.73
2006	60,837	5.90	60,832	5.45	67,381	3.25
2007	62,898	3.39	62,874	3.36	69,034	2.45
평균증가율		4.94		5.67		2.34

외래의 내원일당 진료비도 지속적으로 증가하고 있다. 1종 수급권자들의 내원일당 진료비는 약 47천원으로 2종의 33천원에 비해 상당히 높게 나타났다. 그러나 증가율은 2종이 더 높다.

〈표 II-18〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	30,271		31,793		20,994	
2002	30,255	-0.05	31,843	0.16	26,888	28.07
2003	31,728	4.87	33,503	5.21	26,954	0.25
2004	33,797	6.52	35,782	6.80	28,217	4.69
2005	36,568	8.20	39,085	9.23	30,114	6.72
2006	39,435	7.84	42,965	9.93	31,517	4.66
2007	42,539	7.87	46,726	8.75	33,383	5.92
평균증가율		5.83		6.63		8.04

〈표 II-19〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	35,932		37,015		32,671	
2002	36,256	0.90	37,599	1.58	31,794	-2.68
2003	38,521	6.25	40,381	7.40	33,172	4.33
2004	41,142	6.80	43,091	6.71	34,709	4.63
2005	44,095	7.18	46,393	7.66	37,115	6.93
2006	47,058	6.72	50,052	7.89	38,798	4.53
2007	50,189	6.65	53,485	6.86	41,234	6.28
평균증가율		5.73		6.33		3.96

건당 입원일수는 최근 감소경향을 보이고 있다. 1종과 2종 모두에서 동일한 현상이 나타나고 있고 특히 1종의 감소폭이 크다. 지난 4년간 의료급여 1종의 입원 건당 입원일수는 지속적으로 감소하여 2001년에 입원건당 20일이 넘었던 것이 2007년에는 약 17.7일로 나타났다. 2종 역시 지속적으로 감소하는 경향은 똑 같다.

〈표 II-20〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	20.68		21.56		16.27	
2002	20.05	-3.05	20.63	-4.31	15.43	-5.16
2003	19.13	-4.59	19.74	-4.31	15.25	-1.17
2004	18.71	-2.20	18.94	-4.05	15.28	0.20
2005	18.38	-1.76	18.63	-1.64	15.62	2.23
2006	18.10	-1.52	18.37	-1.4	15.77	0.96
2007	17.50	-3.31	17.73	-3.48	15.51	-1.65
평균증가율		-2.74		-3.21		-0.79

외래 내원일수도 입원일수와 같이 감소하는 경향을 보이고 있다. 진료일수는 증가하는 반면 내원일수가 감소하고 있다는 것은 상대적으로 투약일수가 증가하고 있음을 알 수 있다. 1종과 2종 모두에서 내원일수의 감

소가 나타나고 있다. 2007년의 경우 건당 내원일수가 급격히 감소하고 있는 것은 전에 비해 자격관리시스템의 정비에 의한 청구 빈도의 경향을 반영하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 II-21〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	2.46		2.58		2.21	
2002	2.38	-3.25	2.48	-3.88	2.14	-3.17
2003	2.28	-4.20	2.36	-4.84	2.08	-2.80
2004	2.25	-1.32	2.34	-0.85	2.05	-1.44
2005	2.24	-0.44	2.33	-0.43	2.04	-0.49
2006	2.17	-3.13	2.25	-3.43	1.99	-2.45
2007	1.51	-30.41	1.55	-31.11	1.44	-27.64
평균증가율		-7.81		-8.14		-6.89

제3장 의료급여 사례관리 제도 및 문제점

제1절 의료급여 사례관리의 필요성

가. 장기이용환자의 의료이용 실태

장기이용환자의 의료이용 실태와 관련하여서는 연세대학교에서 2006년 10월에 조사한 “의료급여 장기이용환자의 의료이용실태와 개선방안” 보고서 내용과 건강보험심사평가원의 연간 진료일수 365일 이상 대상자를 대상으로 보험청구자료를 분석한 결과를 제시하고자 한다.

먼저, 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 보고서(연세대학교, 2006)에 따르면 의료급여 장기이용환자들은 현재 건강상태가 ‘매우 나쁘다’라고 응답한 경우가 25.13%이었다. 또 ‘나쁘다’고 응답한 대상자도 55.07%이었다.

〈표 III-1〉 수급자가 판단하는 자신의 현재 건강상태

구분	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
매우 좋음	85	(0.14)	133	(0.11)	218	(0.12)
좋음	1,126	(1.82)	1,809	(1.44)	2,935	(1.57)
보통	11,633	(18.83)	22,268	(17.77)	33,901	(18.12)
나쁨	32,627	(52.81)	70,392	(56.18)	103,019	(55.07)
매우 나쁨	16,313	(26.40)	30,697	(24.50)	47,010	(25.13)
총합	61,784	(100.0)	125,299	(100.0)	187,083	(100.0)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006.)

의료급여 장기이용환자들이 여러 의료기관을 이용하는 이유는 ‘몸에 이상을 느껴서’라고 응답한 비율이 전체 중 71.3%였으며, ‘본인 부담금이 없

어서'라는 응답은 16.0%이었다. '진료 받은 병원치료가 만족스럽지 못해서'라는 응답은 17.1%이었으며, '물리치료 등을 하기 위해서'라는 응답은 24.6%이었다. 그리고 '전문의료기관에서 치료받고 싶어서'라는 응답도 44.8%이었다.

〈표 III-2〉 여러 의료기관을 이용하는 이유에 대한 응답분포

구분	대상자	전체	(%)
본인 부담금이 없어서	185,343	29,607	(15.97)
전문의료기관에서 치료받고 싶어서	186,270	83,585	(44.87)
몸에 이상을 느껴서	187,032	133,402	(71.33)
주위에서 좋다는 이야기를 들어서	185,638	34,408	(18.53)
진료받은 병원 치료가 만족스럽지 못해서	185,521	31,761	(17.12)
병원에서 오라고 하여서	185,685	26,299	(14.16)
물리치료 등을 이용하면 몸이 편안해져서	185,788	45,699	(24.60)
사람들을 만나 대화를 나눌 수 있어서	185,359	5,457	(2.94)
입원하는 것보다 비용이 저렴하여서	185,524	21,113	(11.38)
기타	161,511	7,808	(4.83)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)

여기서 “전문의료기관에서 치료를 받고 싶어서”라는 응답은 정말 중한 질병에 걸려 병원급 이상의 전문의료가 필요한데도 병원급 이상에서 받는 선택진료료 등이 부담스러워 의원급을 전전하는 경우가 많아 중증질환의 선택진료료 등의 보장성을 강화하는 것은 필요할 것으로 판단된다. 그러나 본인부담금이 없어서 또는 단순 물리치료 등 때문에 장기이용을 하는 환자의 경우는 약간의 비용의식을 느끼도록 일부 본인부담을 하는 방안과 동시에 의료급여 사례관리를 통해 적정의료를 유도할 필요가 있을 것으로 판단된다.

한편, 의료급여 장기이용환자들이 ‘질병치료로 인한 경제적 부담이 있다’라는 응답은 51.58%이었다.

〈표 III-3〉 질병치료로 인한 경제적 부담

구분	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
없다	28,652	(47.15)	60,283	(49.05)	88,935	(48.42)
있다	32,111	(52.85)	62,617	(50.95)	94,728	(51.58)
총합	60,763	(100.0)	122,900	(100.0)	183,663	(100.0)

의료급여 장기이용환자들이 질병치료 시 경제적 부담이 있는 경우 그 이유에 대한 질문에서 교통비의 부담은 35.4%, 비급여부분의 검사비는 33.6%, 보약을 포함한 한방치료에서 11.8%이었다(표 III-4 참조).

〈표 III-4〉 경제적 부담이 있는 경우 부담의 종류

구분	대상자	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
교통비	161,000	19,080	(35.67)	37,829	(35.18)	56,909	(35.35)
비급여의 검사비	160,761	19,070	(35.71)	34,895	(32.50)	53,959	(33.56)
비급여의 입원비	160,018	11,228	(21.13)	18,588	(17.39)	29,816	(18.63)
비급여의 약제비	160,634	15,835	(29.66)	30,507	(28.45)	36,342	(28.85)
한방치료 (보약포함)	159,864	5,707	(10.75)	13,086	(12.25)	18,793	(11.76)
기타	143,416	1,577	(3.31)	2,668	(2.79)	4,245	(2.96)

여기서 반대로 장기이용환자 중에서 경제적 부담을 느끼지 못하는 계층도 48.42%가 있는데, 이처럼 경제적 부담을 느끼지 못하고 의료이용을 할 경우는 적정의료보다 과다하게 의료이용을 하는 반면 건강상의 차이는 없다는 여러 연구결과 들이 있다. 따라서 위에서 언급했듯이 장기이용환자에 대한 과다이용을 적정의료로 관리할 수 있는 사례관리 시스템이 필요하며, 제도적으로는 비용의식을 느낄 수 있는 제도적 장치가 필요할 것으로 판단된다.

365일 장기이용환자에 대해 건강보험심사평가원의 자료를 이용한 분석 결과들은 다음과 같다.

〈표 III-5〉 365일 이상 장기이용환자 요양기관이용 현황

상병명	환자수	계	종합병원	병원	의원	한방·병의원	보건기관	기타
전체	389,700	6.4	0.8	0.5	3.8	0.6	0.3	0.4
희귀난치성질환	80,463	7.9	1.2	0.5	4.4	1.1	0.3	0.4
정신질환	80,746	6.5	0.8	0.7	3.9	0.4	0.2	0.4
만성질환	179,088	5.9	0.7	0.4	3.6	0.5	0.4	0.4
기타	49,403	5.3	0.6	0.4	3.2	0.4	0.2	0.4

먼저, 2005년에 365일 이상 장기 이용한 환자수는 389,700명으로 나타났으며, 이 중 환자의 주상병이 108개 희귀난치성 질환인 환자는 80,483명이었고, 정신질환인 경우가 80,746명, 만성질환인 경우가 179,088명이었고, 기타질환으로만 365일 넘는 경우가 49,403명이었다. 이때 의료기관을 이용한 개수가 평균 6.4개 요양기관을 이용했으며, 희귀난치성 질환의 경우 7.9개의 요양기관을 이용하였다.

〈표 III-6〉 365일 이상 장기이용환자 상병개수 현황

	소계	희귀	정신	만성	기타
전체	9.5	0.3	0.3	1.1	7.8
희귀난치성질환	12.0	1.2	0.3	1.2	9.3
정신질환	9.5	0.0	1.3	0.8	7.4
만성질환	8.8	0.0	0.0	1.5	7.3
기타	7.7	0.0	0.0	0.0	7.7

장기이용환자들의 상병개수 현황을 살펴보면 평균 9.5개의 상병을 가지고 있고 희귀난치성 질환자의 경우는 평균 12개의 상병을 가지고 있다.

〈표 III-7〉 365일 이상 장기이용환자 의료이용 현황

상병명	총급여일수	외래		입원	
		내원일수	투약일수	입원일수	요양일수
전체	555.8	61.6	400.5	32.5	39.0
희귀난치성질환	607.4	80.7	432.0	26.0	36.5
정신질환	575.1	56.3	298.2	39.5	46.8
만성질환	542.6	56.0	446.8	18.2	23.1
기타	488.2	59.4	349.0	83.6	87.9

의료이용량을 살펴보면, 평균적으로 555.8일을 급여 받고 있으며 외래 방문일수가 61.6일, 입원일수가 32.5일 등으로 나타났다.

〈표 III-8〉 주상병별 장기이용 환자의 분포

주상병	365일	365일+90일	365일+180일	365일+360일
희귀난치성질환	8,493	2,178	908	201
정신질환	36,840	1,578	547	143
만성질환	57,550	12,704	5,704	1,242
기타질환	116,942	68,960	40,561	14,784
희귀질환자	22,806	15,010	9,297	3,750
정신질환자	15,882	10,551	6,675	2,729
만성질환자	40,145	24,729	14,496	5,026
기타질환자	38,109	18,670	10,093	3,279
합계	219,825	85,420	47,720	16,370

주: 환자가 2-4개 질환을 지닌 사람의 주상병 기준은 희귀/정신/만성/기타 순임.

주상병별로 한 가지 질환으로 365일을 초과하여 사용한 사람들의 분포를 살펴보면, 희귀난치성 8,493명, 정신질환 36,840명, 만성질환 57,550명으로 나타났다. 기타질환은 질환을 분류할 수 없어 희귀난치성질환, 정신질환, 만성질환을 제외한 모든 질환을 총 합산에서 365일을 초과한 환자수가 116,942명이었다.

365일 초과 장기 이용하는 환자를 살펴본 결과 1년에 평균 6.4개의 다른 요양기관을 다니고, 9.5개의 상병을 평균적으로 가지고 있으며, 1년에 평균 555.8일을 진료를 받는 것으로 나타났다. 이처럼 많은 의료이용을 하고 있지만, 실질적인 의료이용에 대한 정보나 지식이 없는 경우가 많아 의료이용이 오히려 건강에 해를 끼치는 경우 등이 많을 것으로 판단된다. 그리고 이처럼 많은 의료이용을 하는 수급자들에게는 의료이용에 대한 정보나 지식을 주고 적절한 의료이용과 건강한 의료이용을 할 수 있도록 도와주는 사례관리의 역할이 절실한 것으로 판단된다.

특히 한 개 질환으로 365일 넘게 의료이용을 하고 있는 대상이 10만 명

이 넘게 나타났는데, 이러한 경우는 중복투약이나 과다의료이용을 건강상에도 위해하고 의료급여 재정상으로도 재원이 낭비되는 요소가 많다. 고혈압, 당뇨 등 만성질환은 1년 내내 약을 먹어야 하므로 365일 진료를 받는 것은 적절한 의료이용이지만 1개 질환으로 365일을 초과하여 과다 이용하는 것은 명백히 의료이용에 남용이 있다고 판단될 수밖에 없다.

따라서 한정된 의료급여재원의 효율적인 사용이나 의료급여 환자들의 건강을 위해서 체계적이고 전문적인 사례관리 시스템이 필요할 것으로 판단된다.

나. 의약품 남용실태

의료급여 수급자들은 만성질환, 희귀질환 등 복합질환에 노출되어 있고 특히 65세 이상 노령인구가 많아 여러 의료기관을 중복 방문하는 경향이 있다. 앞에서 언급했듯이 의료서비스 남용의 징후도 여러 곳에서 발견되고 있다. 이러한 중복 방문의 문제는 당연히 중복 투약과 연계된다. 중복 투약의 문제가 의료급여수급자에게 가장 많이 나타난다는 보고들이 나오고 있다.

의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사(퍼스트디스, 2006. 4)에 따르면, 표본 추출된 환자의 3% 이상에서 3개월간 투약일수 합이 200일을 넘는 것으로 조사되었는데, 이들은 일상적으로 하루에 2곳 이상의 의료기관에서 처방받는 약을 복용하고 있는 셈이다. 그러나 명세서별 심사방식은 중복투약에 따른 약의 상호작용이나 중복투약 등으로 인해 발생하는 안정성 문제에 대한 사전/사후 평가가 불가능하므로 특별한 대책이 없을 경우, 약화사고의 위험에 그대로 방치될 수 있다. 최근 보건복지부에서 의약품 중복처방 및 병용금지 의약품 투여 현황을 조사한 결과를 살펴볼 때도 중복처방비율이 18.55%로 중복투약문제가 심각한 것으로 나타났다.

〈표 III-9〉 동일성분 의약품 중복처방 현황

구분	중복일수	대상건	중복건수	점유율(%)	중복비율(%)	중복일수
	소계		497,623	100.00		
전체	3일 이하	2,683,141	417,885	83.98	18.55	1,680,822
	4일 이상		79,738	16.02		

주: 2006. 1월과 2월 진료월 중복처방 비교(2006. 1~3월 심결기준)

또한 병용금기 의약품 처방을 건강보험과 비교해 볼 때도 건강보험의 경우 수진자 비율이 1.50%가 병용금기 의약품을 처방받는 반면 의료급여는 8.13%로 의료급여가 약화사고 위험에 더 노출되어 있다.

〈표 III-10〉 병용금기 의약품 처방 현황

보험자	연령구분	대상자수	병용금기		
			건수	수진자수	수진자비율(%)
건강보험	계	1,000	326	15	1.50
	65세 이상	531	37	2	0.38
	65세 미만	469	289	13	2.77
의료급여	계	1,008	1,218	82	8.13
	65세 이상	450	571	41	9.11
	65세 미만	558	647	41	7.35

주: 1) 2006년 1월~3월 진료분 병용금기 발생건수

- 2) 각 요양기관에서 처방받은 투약일수 상위자(건강보험 1,000명, 의료급여 1,008명)에 대한 병용금기 의약품 처방현황임.
- 3) 동일날 요양기관에서 발행된 다수의 원외처방전 투약내역을 투약일자별로 병합한 결과 투약일자별로 발생한 병용금기 건수(처방전별 병용금기는 미발생)

의료급여 장기이용환자 실태조사(연세대학교, 2006. 10) 결과에 따르면 의료급여 장기이용환자들이 복용하는 약물 종류가 5가지 이상인 경우가 46.9%에 달하였다(표 III-11 참조).

〈표 III-11〉 대상자가 복용하는 약물 가지수에 대한 분포

구분	남자	(%)	여자	(%)	전체	(%)
1가지	7,797	(12.72)	13,150	(10.56)	20,947	(11.28)
2가지	9,334	(15.23)	19,425	(15.61)	28,759	(15.48)
3가지	9,054	(14.77)	19,325	(15.53)	28,379	(15.28)
4가지	6,583	(10.74)	13,976	(11.23)	20,559	(11.07)
5가지 이상	28,519	(46.53)	58,596	(47.08)	87,115	(46.90)
총합	61,287	(100.0)	124,472	(100.0)	185,759	(100.0)

출처: 의료급여 장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안 중간보고서(연세대학교, 2006. 10)

이렇게 중복 투약하는 환자들은 적절한 조치 없이 약화사고의 위험에 노출되어 있으며, 매우 심각한 부작용 발생의 위험을 내포하고 있다고 판단된다. 그러나 심사평가체계 상 여러 병원을 다니는 환자들에 대한 관리가 어려운 상태에 있다. 따라서 이러한 부분에 있어서 의료급여 환자를 일선에서 관리하고 있는 시군구의 의료급여 사례관리의 역할이 필요한 것으로 판단되어진다.

제2절 의료급여 수급권자 사례관리⁷⁾

가. 사업개요

1) 필요성

의료급여 수급자는 65세 이상의 노령인구가 많아 노인성질환이 많고 그 외에도 정신질환, 희귀난치성 질환, 장애 등 질환의 형태가 복합적이어서 보건·복지·심리상담 서비스 등에 대한 욕구가 증대하고 있으나 적절한 상담 및 서비스 제공이 미흡한 상태이다. 보건소의 방문보건 사업이 있으

7) 2007년도 보건복지부 의료급여사업안내 내용을 재구성하였음.

나 종사자의 수가 절대 부족하고 체계적인 상담이 어려운 환경이다. 또한 본인부담이 없거나 경미하여 수급권자 중 필요이상의 의료이용을 하는 사례가 많음이 목도되고 있다. 필요이상의 과도한 의료이용은 중복투약의 폐해가 발생할 수 있고 국민의 세금으로 운영되는 제도의 지속가능성을 의심케한다. 수급권자에 대한 밀착상담이 필요하다 하겠다.

2) 목적

의료급여 사례관리의 목적은 필요성에서 언급된 것처럼 다음과 같다. 첫째 질병, 빈곤 등 복합적 문제를 갖고 있는 수급자들에게 건강관련 정보를 제공하고, 상담을 통하여 지역자원을 연계함으로써 수급자의 삶의 질을 제고시키는 한편 스스로 건강관리 능력을 배양하게 하는데 있다. 둘째 과다 이용의 징후가 있는 수급자에게는 상담 및 계도를 통하여 적절한 의료이용을 할 수 있도록 유도하는데 있다. 이는 의료급여 재정과 밀접한 관계가 있다.

3) 의료급여 사례관리자 역할

의료급여 사례관리자의 역할을 할 수 있는 사람은 전국 234개 지자체에 1명 또는 2명 배치되어 있는 의료급여관리요원과 보장기관의 의료급여 담당공무원이다.

사례관리자는 전문 지식, 기술 및 경험을 습득하고, 대상자의 욕구 해결을 위해 지역내 보건·복지·의료자원을 적극 연계 활용할 수 있어야 한다. 찾아가는 보건·의료·복지 상담서비스 제공을 통해 수급권자들이 적정하게 의료를 이용할 수 있게 하고 스스로 건강관리를 할 수 있도록 유도하여야 한다.

나. 사례관리사업 방향

1) 추진과제

첫째, 의료급여 수급권자의 건강관리능력 지원 및 삶의 질 향상이다. 복합상병, 심리불안, 가족관계 단절 등으로 인해 의료급여 이용이 많은 수급권자를 대상으로 보건·복지·심리 상담서비스 등을 제공하여 이들의 삶의 질이 향상되도록 지원한다.

둘째, 수급권자 및 의료급여기관의 올바른 의료이용관행 유도이다. 고령화, 만성, 복합상병으로 의료욕구가 큰 반면 본인부담이 없거나 경미하여 수급권자는 자칫 필요이상의 의료이용을 할 개연성이 있다. 수급권자의 의료이용이 부적절하거나 필요이상이라는 판단이 드는 경우 밀착상담을 통하여 이들이 올바르게 의료를 이용할 수 있도록 유도함으로써 의료급여 재정을 보호한다.

셋째, 여러 의료급여기관 이용자 집중관리이다. 동일상병으로 다수의 의료급여기관에서 중복으로 진료 받은 수급권자를 밀착 상담하여 적정의료 이용을 유도하도록 한다.

넷째, 수급권자의 의료접근성을 적극 지원하는 것이다. 의료이용이 꼭 필요함에도 독거, 거동 불편 등 때문에 이용하지 못한 계층을 적극 발굴하여 이들이 적절한 치료를 받을 수 있도록 함으로써 합병증 및 영구장애 등을 예방하도록 한다. 즉 수급권자의 도우미 역할이 필요하다.

2) 수행체계

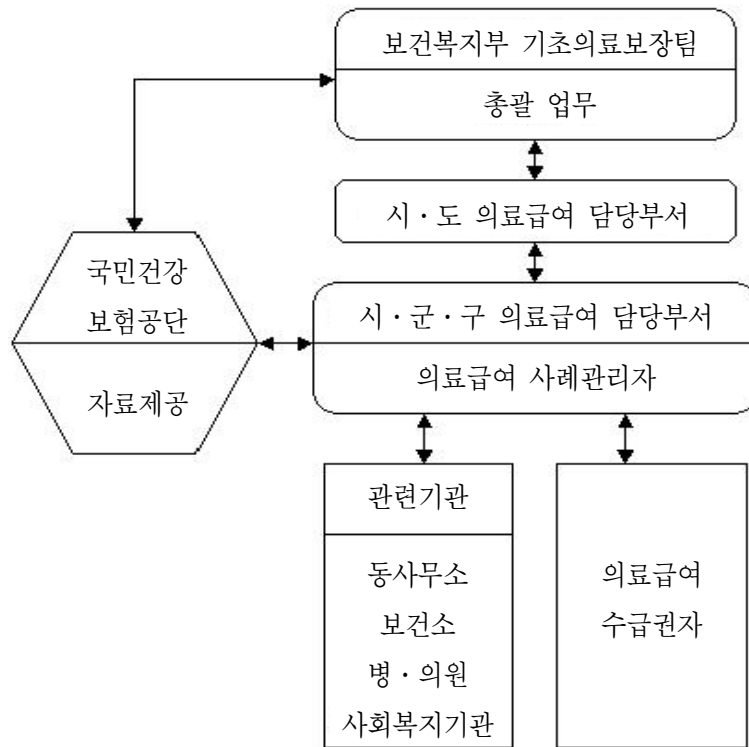
보건복지부 기초의료보장팀은 사례관리 사업예산 확보, 인력배치, 의료급여 사례관리자 직무범위 및 역할규정, 사례관리사업 평가 및 지도점검 등의 역할을 담당한다.

국민건강보험공단은 시·군·구의 사례관리사업 수행에 필요한 과다이

용자, 급여일수, 급여내역 등의 전산자료를 제공한다.

마지막으로 시·도 및 시·군·구 의료급여 담당부서는 사례관리 실적을 정기적으로 보고하고 평가를 통해 향후 개선 방향을 모색한다. 또한 사례관리 사업을 원활하게 수행할 수 있도록 여건을 조성하며 사례관리자를 지도·감독한다.

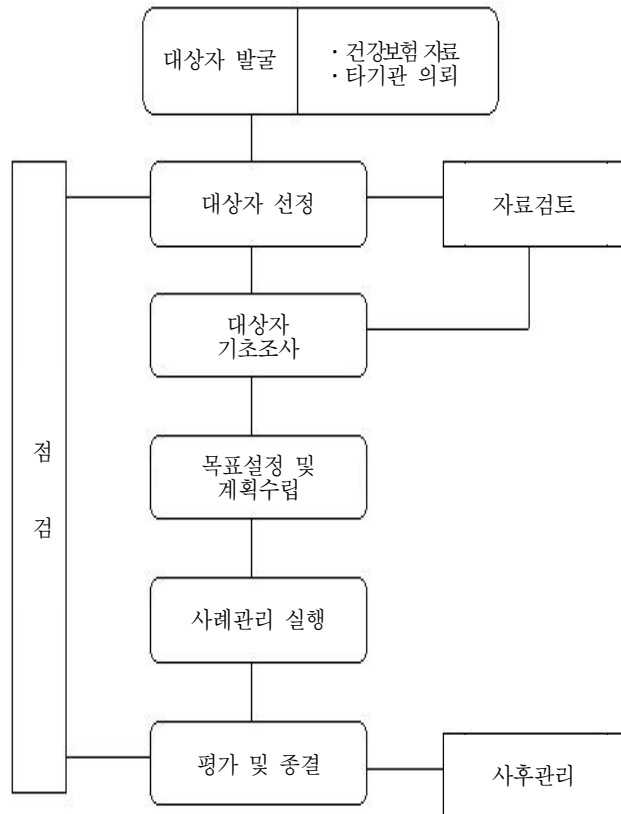
[그림 III-1] 사례관리 수행체계도



3) 업무 흐름도

사례관리사업은 적정 대상자 선정, 기초조사서 작성, 목표 및 실행계획 수립, 사례관리 실행, 과정점검, 평가 및 종결, 사후관리까지의 순차적인 과정을 거쳐 이루어지고 각 수행과정에서 중간점검을 통해 수정·보완이 필요하다.

[그림 III-2] 사례관리 업무흐름도



4) 사례관리 과정

가) 일반사례관리

전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압 등 만성·복합상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자를 우선 대상으로 선정하여 밀착상담을 통해 올바른 의료이용을 할 수 있도록 교육·지도·관리한다.

(1) 대상자 발굴 및 선정

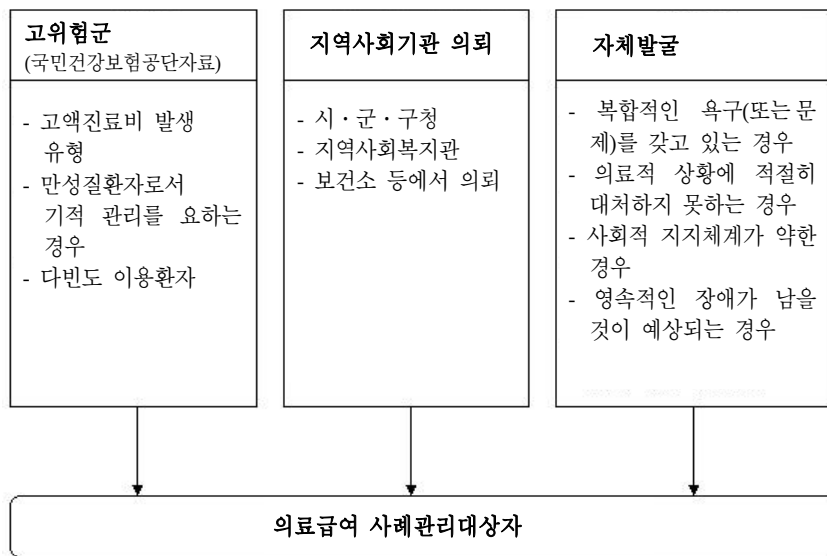
대상자는 첫째, 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 관절염, 정신장애 등 만성·복합·다빈도 상병자, 둘째, 가족, 이웃, 사회복지관 등 기초사회안전망으로부터 보호받지 못하고 있는 자, 셋째, 의료급여기관 과다이용자로서 합병증 또는 장애 예상자, 넷째, 밀착 사례관리로 합리적·자율적인 의료이용이나 건강관리가 기대되는 자를 선정한다.

전년도 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합상병자 중 의료급여기관 방문횟수가 높고 진료비 규모가 큰 자를 우선 대상으로 선정한다. 다만, 급여일수 및 진료비 규모가 크더라도 정기적인 진료가 불가피한 혈액투석, 복막투석, 암 환자 등은 제외한다.

대상자 발굴방법은 다음과 같다. 첫째 국민건강보험공단으로부터 수급권자 급여일수, 급여내역 등 전산자료를 제공받아 연간 급여일수 및 진료비 규모가 큰 수급권자 중 선정기준에 의해 1차 후보자를 선정한다. 1차 후보자 중 직접방문이나 전화상담을 통해 사례관리 목적, 방법, 기간 등을 설명하여 동의를 얻은 후 최종 사례관리대상자로 확정한다. 둘째, 보건소, 동사무소, 사회복지관, 의료급여기관 등 관계기관으로부터 의뢰를 받되 선정 기준에 적합하고 사례관리에 동의하는 경우 대상으로 선정한다. 셋

제 복합적인 욕구를 갖고 있으나 사회적인 지지체계가 약하고 의료니드에 적절히 대처하지 못하는 사람을 자체적으로 발굴·선정할 수 있다.

[그림 III-3] 사례관리 대상자 발굴방법



(2) 대상자 기초조사

사례관리 대상자가 결정되면 욕구 등 기초조사를 실시한다. 사례관리 대상자를 방문하여 편안한 분위기에서 밀착상담을 실시하고, 사례관리 대상자가 보건·의료·복지·심리 문제를 자율적으로 표현하도록 격려하며, 의료이용정보를 사전 입수하여 대화 분위기를 조성한다. 그리고 사례관리 대상자의 기초조사 후 목록작성 및 우선 해결순위를 설정한다.

대상자 기초조사 내용은 첫째 대상자의 자기관리능력, 일상생활능력, 위험요소 조사, 둘째 신체 및 정신건강상태 조사, 셋째 신체 및 정신적 기능의 수준과 생활태도 조사, 넷째 가족, 이웃, 동료, 친척 등 사회적 관계 조

사, 다섯째 지역여건, 주거여건, 생활여건, 경제적여건 등 조사, 여섯째 의료기관 이용 현황, 복용약제 현황 등 의료이용의 적절성 조사 등이다.

(3) 목표설정 및 계획 수립

대상자의 보건·의료·심리·사회경제분야 기초조사 및 진료자료를 토대로 목표를 설정하고 실행계획을 수립한다.

목표설정 및 실행계획상의 과제우선순위를 정하되, 내용은 구체적이고 관리 가능하도록 선정한다. 진행과정에서 필요하다면 목표를 수정할 수 있다. 가능한 사례관리 대상자와 함께 목표를 설정함으로써 목표 및 기대 효과의 달성이 용이하도록 한다.

목표 달성 계획수립은 쉬운 것부터 우선순위를 두어 차근차근 추진하고 사례관리기간은 3개월간 실시하되, 수급자의 질병, 연령, 건강관리 능력 등을 고려하여 단축 또는 연장 가능하도록 한다.

(4) 사례관리 실행

사례관리실행은 사례관리자의 전문지식, 기술, 경험을 동원하여 수급자의 보건·의료 문제에 대응하여 문제해결을 지원하는 구체적, 체계적 행동개입 과정이다. 즉 개별 전화, 방문, 복지행정망 등의 수단을 사용하여 수행하되 사례관리 대상자에 대한 접촉내용을 충실히 기록·관리하면서 행태변화를 유도하고 지속적인 사후관리를 실시한다.

사례관리 수행기록지 작성은 대상자의 욕구, 문제점 등의 진술내용을 토대로 구체적이고 사실적인 사례관리 수행내용을 기록하고 사례관리 종결 직후에 상급자에게 보고하도록 한다.

(5) 목표 및 계획 점검·보완

목표 및 계획 점검·보완은 대상자의 여건에 부응하는 목표설정 및 계획

수행의 적절성, 개입방법의 적절성, 대상자의 반응 등을 점검·보완하여 목표달성의 효과성을 제고하는 과정이다.

목표·계획간의 괴리, 사정변경 등으로 성과달성이 곤란한 경우 즉각 보완 후 시행이 필요하며, 다음과 같은 경우에 변경하여야 한다. 첫째, 사례관리 목표달성을 위한 실행계획이 구체성·적절성·효과성이 없거나 적절한 개입수단을 확보하지 못한 경우 둘째, 사례관리 대상자의 가족지지 체계, 건강관리능력, 의지 등 신체적·정신적 요소 등에 대한 충실한 기초 자료가 없는 경우 셋째, 사례관리 대상자에 대한 전화상담·직접방문 횟수 등 투입요소의 변화가 필요한 경우, 마지막으로 사례관리 대상자로부터 목표, 실행계획, 투입수단 등에 대한 변경 요구가 있는 경우이다.

(6) 평가 및 종결

사례관리 평가는 사례관리자가 사례관리를 종결하면서 사례관리에 투입된 지원과 활동, 목표설정의 적합성, 추진계획이행의 충실성, 사례관리의 효과성 등에 대하여 자체 평가한다. 목표의 달성정도에 따라 평가결과 기술은 만족, 보통, 미흡 3단계로 기술하고 의료기관 방문횟수, 진료비, 입·내원일수, 투약일수, 수급권자 방문상담실적, 서비스 제공량, 수급권자 만족도 등을 직접 및 간접 평가지표로 활용한다.

사례관리 종결은 사례관리 목표달성의 경우, 대상자의 사망, 전출, 거부, 기타 사유(수급권자의 탈락 등)로 사례관리를 지속할 수 없는 경우에 종결한다.

(7) 사후관리

사후관리는 사례관리를 종결하고 수시로 직접방문 또는 전화상담으로 사례관리 목표달성 효과의 지속적 관리과정이다. 사후관리는 지속적인 밀착 보건·의료 상담서비스로 사업효과성을 제고하기 위함이다.

제3절 의료급여 사례관리의 문제점⁸⁾

가. 의료급여 사례관리의 문제점

사례관리는 시간의 추이에 따라 과정이 진행되며 그 과정은 순환된다. 대상자 선정에서 기초조사, 사정, 목표 및 실행계획 수립, 실행, 과정점검, 평가 및 종결, 사후관리까지의 순차적인 과정을 걸쳐 이루어지고 각 수행 과정에서 중간점검을 통해 수정, 보완이 필요하고, 점검을 통해 새로운 문제가 생긴 경우 문제가 생긴 과정부터 새로 시작이 가능하다. 사례관리 과정은 대상자 발굴과 선정, 기초조사, 목표설정과 계획수립, 사례관리 실행, 평가 및 종결 그리고 사후관리로 이루어지는데 각 과정별로 현황과 과정상의 문제점을 살펴보기로 하겠다.

1) 대상자 발굴 및 선정

앞서 의료급여대상자 특성에서 대상자 발굴 및 선정기준에 대해 언급한 바 있듯이 의료급여 사례관리 대상자는 의료급여 수급권자로 관할 구역 내에 거주하는 자로 국한하고 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원으로부터 자료를 송부 받아 개입할 대상자를 1차적으로 탐색하고 선정기준에 의거 대상자를 선정하고 있다. 하지만 그 선정기준이 2003년 처음 사례관리를 시작할 당시부터 지금까지 기본적인 틀은 의료급여이용에 문제점이 크다고 보는 의료급여 과다이용자이지만, 과다이용자를 색출하는 기준이 매년 조금씩 상이했다.

대상자 선정기준이 연도별로 조금씩 상이한 것은 사업에 대한 지속적인 고민이 필요하고 사업을 조금 더 발전적인 방향으로 이끌기 위해 필요한 변화였다고 생각한다. 또한 의료급여 텔레케어센터가 도입되면서 의료급

8) 사례관리 관련 문제점은 현재 의료급여사례관리사 대상 워크샵에서 도출된 내용을 재정리한 것임.

여과다이용자만이 대상이 아니라 모든 의료급여 수급권자에게 사례관리 범위가 확대되고 있는 실정이기에 문제가 된다고 볼 수는 없지만, 일관성 있는 정확한 선정기준으로 필요한 대상자에게 적절한 사례관리서비스가 제공될 수 있도록 대상자 선정에 더 신중할 필요가 있다고 보여진다. 중장기 계획을 통해 연차별 대상자 선정기준을 달리한다면 일선의 사례관리 사들이 포괄적 계획 속에 사례관리를 시행할 수 있을 것이다.

2) 기초조사(사정) 및 대상자 분류

기초조사는 대상자의 욕구와 문제를 규명하는 과정으로 충분한 자료수집이 필요한 사정단계이다. 수집된 자료를 통해 문제를 발견하고 대상자의 욕구에 기초하여 실천의 방향을 결정하는 과정으로 기본적인 인적사항, 의료이용의 적절성, 의학적인 요인, 생활관리수준, 심리, 사회적 요인, 환경적 요인, 자원연계상황 등을 방문을 통해 밀착상담으로 대화분위기 조성 및 상대적 친밀감을 조성하는 과정이다.

이 과정을 통해 수집된 자료를 가지고 사례관리 대상자를 분류하기도 하는데 분류기준은 우선순위 척도에 의거해 분류하고 있다.

〈표 III-12〉 우선순위 척도 및 분류기준

	1000일이상	500일이상	300일이상	180일이상	180일미만
	10개이상	7개이상	5개이상	3개이상	2개이하
	매우불안정	불안정	보통	안정	매우안정
의료급여사용일수	4	3	2	1	0
이용 의료기관수	4	3	2	1	0
자가건강관리능력	4	3	2	1	0
생활환경	4	3	2	1	0
정서,심리적 문제 접수	4	3	2	1	0
1. 일시관리군 (0-5점)	안정된 건강상태와 건강관리행위를 잘하고 있으나, 의료자원 활용수준이 급격하게 증가한 자로 일시 개입으로 문제해결이 기대되는 군				
2. 유지관리군 (6-14점)	건강상태가 경계선상에서 유지되고 있으나 건강관리행위를 수행하지 못하고 있어 의료자원의 활용이 빈번하게 이루어지는 환자로 사회적 지지가 미약한 군				
3. 집중관리군 (15-19점)	건강상태가 불량하게 유지되고 있고, 건강관리행위를 잘 하지 못할 뿐만 아니라 의료자원의 활용이 매우 빈번한 자로 사회적 지지가 미약하여 심리적 어려움이 있는 대상자군				
4. 위기관리군 (20점)	극도로 건강상태가 악화(혹은 방치)되어 있으나, 사회적 지지가 전혀 없어 즉각적인 개입이 필요한 대상자군.				

이 우선순위척도는 2006년 매뉴얼작업을 통해서 제시된 척도로써 당시 사례관리 대상자 선정기준에 맞추어 연간급여일수 450일 이상 + 연간 외래기관 입내원일수 70일 이상 + 연간 이용하는 의료기관수 10개 이상의 대상자를 군에 의거 세분화한 척도로 사례관리 대상자를 구분하는데 사용하고 있는 척도이다. 하지만, 의료급여사용일수와 이용 의료기관수에서는 국민건강보험공단 제공 자료에 의거 명확하게 점수를 산정할 수 있으나, 자가 건강관리능력과 생활환경, 정서 심리적 문제를 사정하는 데 표준화된 평가척도가 없어 어려움이 많다. 자가 건강관리능력은 ADL/IADL 등 일상생활평가도구를 통해 사정이 가능하지만, 생활환경이나 정서 심리적 문제 등은 다른 사업의 평가도구를 응용하거나 특별한 평가도구 없이 의료급여 관리사의 주관적 판단에 의존하여 결정을 하게 되는 부분이 있다.

따라서 의료급여 사례관리대상자에게 생활환경개선 및 심리·정서적 지지 등의 사회 환경적인 사례관리서비스보다는 자가 건강관리능력 향상을 위한 질환관리 정보제공 및 복약과 관련된 상담 및 교육, 의료이용의 문제점 개선 등 의료이용 정보와 관련된 사례관리서비스 중심으로 이루어지고 있다. 사례관리 초기이기 때문에 일어날 수 있는 현상이지만 중장기적으로 생활, 심리, 정서적 문제까지 접근할 수 있는 체계가 갖추어져야 할 것이다.

3) 목표설정 및 계획수립 그리고 지역자원 전달체계 구축

대상자를 척도에 의거 군 분류를 하고 나면 사례관리의 목표를 중심으로 세분화된 하위목표설정 및 서비스 실행을 위한 계획을 수립하는 과정이 이루어진다. 의료급여 사례관리는 올바른(효율적) 의료이용, 자가건강관리 능력 향상, 합병증 발생의 최소화, 자원연계를 통한 생활환경 개선, 심리·정서적 지지체계 구축, 의료기관 남수진 예방이 주목표로 설정되며, 이 상위목표를 중심으로 하여 대상자에게 맞는 세부목표를 설정하고, 계획을 수립하고 있다.

또한 이 과정에서는 대상자에 적합한 목표설정 및 계획수립과 함께 대상자에게 제공할 서비스 목록을 결정하는데 그 서비스를 제공할 지역자원을 확인, 개발, 구축하고, 적절하게 연계할 수 있는 전달체계도 만들어야 한다. 지역자원이라는 것은 각 지역별로 천차만별이고 활용 가능한 지역자원이 지역별로 양적, 질적으로 차이가 크다. 또한 대도시 지역의 경우 타기관의 보건의료분야 서비스 중복 제공 등 서비스 수혜대상자가 한 가지 또는 여러 가지 서비스가 중복 제공되기도 하지만 이를 조정할 역할분담체계가 미비하여 의료급여 관리사가 기 제공자원과 제공되지 않은 자원을 적절하게 파악·분류하여 연계하는 역할까지 해야 하지만, 군소도시의 경우 오히려 대상자에게 제공할 지역자원 서비스가 빈약하여 의료급여 관

리사가 제공하는 사례관리 서비스가 유일한 곳도 있다. 이렇듯 지역별 차이를 해소하기 위한 대책도 필요하다고 본다.

4) 사례관리 실행 및 종결

설정된 목표에 따라 대상자에게 지식, 생각, 태도, 행동의 변화를 가져오기 위한 개입활동이 이루어지는 과정이다. 대상자의 변화노력을 지원, 문제해결을 위한 구체적인 변화전략 수립 및 실행하는 단계이다. 현재 사례관리 대상자군에 따라 다르게 사례관리서비스가 제공되고 있다.

※ 의료급여 사례관리 대상자군별 사례관리 실행 방법

- 일시관리군 : 필요에 따라 전화 또는 방문하여 상담 및 정보 제공
- 유지관리군 : 2주 1회 이상 전화 또는 방문하여 상담 및 지도
- 집중관리군 : 주 1회 이상 방문하여 심도 있는 상담 및 지도
- 위기관리군 : 즉각적인 개입

위와 같이 사례관리 실행에 있어 대상군에 따라 군별로 사례관리 실행 빈도를 규정해 놓았으나, 실제 사례관리 실행은 즉각적인 조치가 필요한 위기 관리군을 제외하고는 초기면담 후 8주 이내 전화 또는 방문면담으로 2차면담, 2차면담 후 8주 이내에 전화(또는 방문면담)로 3차면담을 하고 종결하게끔 되어 있다.

현재 의료급여 사례관리 대상자로 선정된 대상자의 대부분이 이미 집중관리군이기에 때문에 한사람의 대상자에게 주 1회 이상의 방문 또는 면담이 이루어져야 하고 원칙적으로는 계획된 개입기간(3개월)이 종료되었거나 개입목적이 달성되었을 때 또는 기타 사유로 진행할 수 없을 때 사례관리를 종결하거나 유지여부를 결정하여야 하는데 현실적으로는 한번 관리대상자로 선정한 대상자는 3개월로 종결되는 경우는 거의 드물다. 사례관리

개입기간 3개월로 종결기간이 되었다하여도 재 개입여부를 사정하게 되면 의료이용의 문제는 물론이고, 생활환경과 정신 심리적 문제 등의 열악함으로 재개입이 필요한 고위험군 대상자가 대부분이기 때문이다.

사례관리 실행에 있어 대상자 군별로 실행빈도를 잡을 것인가? 아니면 즉각적인 처치가 필요한 위기군을 제외한 대상자는 일괄적으로 1차면담(방문) → 8주후 2차면담(방문 또는 전화) → 8주후 3차면담(방문 또는 전화) 등 일정한 체계로 유지할 것인가는 고민해 보아야 할 문제이다. 각 대상자 군별로 대상자 군에 맞는 실행빈도를 정해서 실행프로세스를 설정하는 것이 필요할 것으로 본다.

5) 사례관리 평가 및 점검, 사후관리

사례관리는 다음과 같은 척도로 평가하게 되어있다. 첫째 의료급여 사례관리 목표가 구체적으로 달성되었는지 여부이다. 둘째 급여일수, 내원일수, 기관부담금, 서비스 제공량, 이용 의료기관수 등이 사례관리 전후 변화하였는지 여부를 통해 비교하여 평가한다. 셋째 대상자 만족도, 사례관리자 만족도로 평가를 하게 되어 있다. 하지만, 현 의료급여사례관리사업의 평가는 의료급여 재정절감에 초점이 맞추어져 있다.

목표 달성도는 올바른(효율적) 의료이용, 자가 건강관리능력 향상, 합병증 발생의 최소화, 자연연계를 통한 생활환경 개선, 심리·정서적 지지 체계구축, 의료기관 남수진 예방이라는 목표 등에 대해 의료급여관리사가 자율적으로 판단하여 기술하게 되는데 이는 객관적인 평가가 될 수 없다. 예를 들어 고혈압으로 2곳 이상의 병의원을 부정기적으로 이용하던 대상자가 사례관리 개입 후 정기적으로 한곳의 병의원을 이용한다는 것으로 올바른 의료이용에 대한 목표가 달성되었다고 평가할 수도 있겠지만, 이런 평가보다는 의료이용에 대한 구체적인 평가도구가 정비되어 있어서 “올바른 의료이용에 대한 목표가 50% 이상 도달되었다” 아니면 완료, 미흡

등으로 평가결과를 낼 수 있다면 더 객관적인 평가가 될 수 있을 것이다.

더불어 수급자 만족도에 대해서도 정서적지지 향상 정도나, 건강행위변화정도, 올바른 의료이용의 인식 개선 등의 대상자 인식 변화등도 평가로 측정할 수 있어야 한다. 의료급여비용의 절감과 관련되어 수치로 나타난 증감률 평가이외에 의료급여 관리사가 대상자에게 얼마나 성실하게 접촉하고 사례관리를 실행했는가? 하는 사례관리 충실성에 대한 평가도 함께 이루어져야 한다. 즉 평가도구가 별도로 개발되어야 한다.

제4장 의료급여 사례관리의 효과성 평가

제1절 효과성 평가를 위한 조사 방법

가. 조사의 개요

본 보고서는 앞서도 언급하였듯이 작년도 1차 평가에 이어 동일한 표본을 대상으로 2차 평가를 실시하고자 한다. 따라서 2006년도에 실시되었던 1차 사례관리 효과성 평가의 동일한 대상자들을 2차 평가에서도 표본으로 이용하고자 하였다. 이들의 2007년도 의료이용내역을 조사하여 의료급여 사례관리의 효과가 지속적으로 나타나고 있는지 아니면 1회성으로 그치는지에 대해 분석을 하고자 한다. 분석의 목적은 대상자에 대한 적정 의료이용유도와 재정의 효율적 관리이다. 즉 의료급여 수급권자 중에서 과다이용 등으로 의료급여 사례관리 대상자로 선정된 수급권자에 대해 사례관리 개입이 어떠한 영향을 미치는지를 파악하여 정책적 시사점을 얻기 위해 본 연구는 실시되었다.

작년도 사례관리는 다음과 같은 절차에 의해 시행되었다. 과다 이용징후가 있는 대상자들을 선별한 후 그 명단을 지방자치단체 의료급여 사례관리사들에게 통보한 후 이들로 하여금 전담 사례관리를 하도록 하였다. 작년도 보고서는 사례관리 결과를 토대로 효과성을 평가하였다. 금년도 2차 평가 역시 똑같은 대상자를 상대로 사례관리 효과의 지속성에 대해 탐구하는 것이다. 따라서 2006년도 사례관리 대상이었던 48개 시·군·구 대상자들의 2007년도의 전화상담, 방문상담 등의 사례관리내역을 구득하여 사례관리가 대상자들의 의료이용행태에 어떠한 영향을 미쳤는지 비교·분

석하였다. 2006년 사례관리 전과 후 그리고 2007년 사례관리 전과 후의 의료이용행태(진료일수, 내원일수, 투약일수 그리고 진료비 등)에 어떠한 변화가 있는지를 분석하고 의료급여사례관리의 효율성과 효과성을 검증해 보고자 하였다. 이를 바탕으로 향후 의료급여수급권자에 대한 적정의료이용 유도보다 효과적이고 효율적인 의료급여 사례관리에 대한 방법을 모색해 보고자 하였다.

나. 조사방법

1) 조사내용

본 조사 내용은 사례관리 개입에 대한 사례관리 내역과 건강보험심사평가원으로부터 구득한 사례관리 전후 대상자의 진료내역에 대한 청구 자료로 구분된다. 사례관리 조사내역은 2006년도에 이어 동 대상자의 2007년 1월 1일부터 2007년 12월 31일까지 48개 시·군·구에서 이루어졌던 대상자에 대한 2년 동안의 사례관리 내역으로 의료급여관리사의 사례관리내역조사 내용은 다음과 같은 항목들을 포함하고 있다.

첫째, 사례관리 대상자의 주상병과 부상병, 그리고 상병코드

둘째, 사례관리 여부(유·무)

셋째, 사례관리를 실시하였던 기간

넷째, 사례관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수 및 상담일

다섯째, 사후관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수

사례관리의 개입이 대상자의 의료이용행태에 어떠한 변화를 주었는지 분석하기 위해 사례관리 조사 대상자의 2005년 1월 1일부터 2008년 6월까지의 진료비 청구 내역자료를 건강보험심사평가원으로부터 구득하였고 자세한 자료내용은 다음과 같다.

첫째, 요양 개시일, 요양일수, 내원일수, 투약일수 등 진료일수
둘째, 비용관련 총 진료비, 법정 본인 부담금 등
셋째, 상병코드

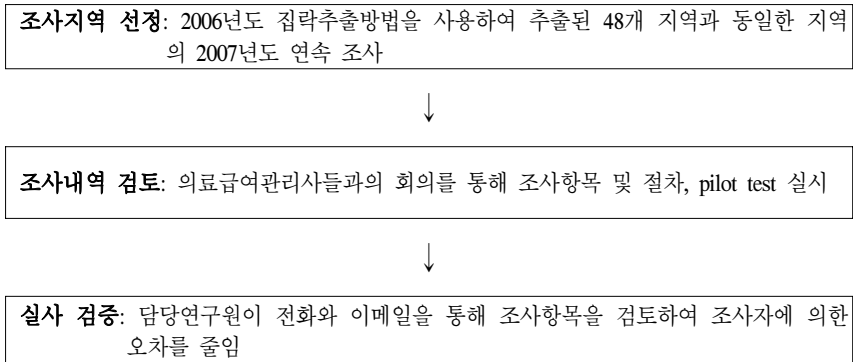
2) 조사의 기본설계

(1) 표본설계(Sampling Design)

사례관리 대상의 모집단은 2005년 기준 의료서비스의 과다이용으로 추정되는 약 3만 명의 수급자로 급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합 상병자 중 연간 방문기관수가 10곳 이상, 투약일수가 연간 450일 이상인 대상자를 중점 사례관리 대상으로 선정하여 지자체에 통보하였다. 이들을 모집단으로 2006년도 사례관리 내역조사는 의료급여관리사가 배치 완료된 전국 234개 시·군·구 중에서 지역의 크기별로 지역비례 계통추출방법을 이용하여 1차 표본추출을 한 지역에서 의료급여관리사의 업무 경력이 최소 2년 이상이 되는 50개 시·군·구 지역을 최종 선정하였고 이 중 퇴직 등 다른 사유로 조사를 실시할 수 없는 2개 지역을 제외한 총 48개 시·군·구를 1차 표본으로 선정하였다. 이들에 대한 사례관리 내역은 48개 지자체의 의료급여사례관리사로부터 구득하였다.

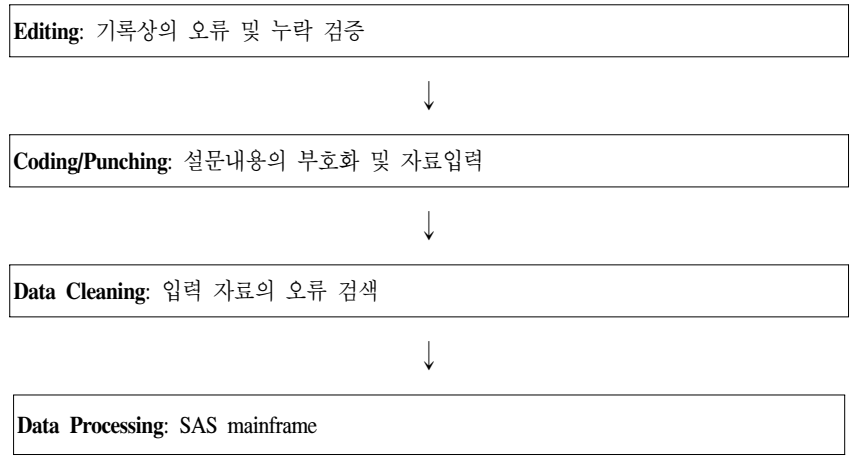
2006년도 의료급여 사례관리 내역조사와 건강보험심사평가원의 의료이용청구자료를 통해 수집된 총 4,803명의 동 대상자에 대해 2007년도 의료급여 사례관리 내역조사를 실시하였고 건강보험심사평가원으로부터 대상자의 2008년도 6월까지의 의료이용 청구자료를 구득하여 동 대상자에 대한 2년 동안의 사례관리 내역과 의료이용 자료를 수집하였다.

(2) 조사 설계



(3) 자료처리

수집된 자료는 Coding, Punching, Editing 과정을 거쳐 SAS 프로그램으로 전산 처리하였다.



3) 조사 일정

의료급여 사례관리 내역 조사표는 3회에 걸쳐 의료급여관리사들과의 자문회의를 통해 완성되었다. 2006년도에 이어 전국 48개 시·군·구의 의료급여 관리사들이 2007년 1월 1일 ~ 12월 31일까지의 집중사례관리 대상자의 사례관리 내역을 기재하여 이를 이메일을 통해 본원에 송부하였다. 의료급여 사례관리 내역조사의 조사표 작성기간은 2008년 11월 10일부터 11월 21일까지였으며, 이 기간 중 전화통화와 이메일을 통하여 조사항목과 과정에 있어서 발생할 수 있는 조사표 입력 오차를 줄였다. 수집된 의료급여 사례관리 조사내역을 바탕으로 조사대상자의 의료이용내역을 국민건강보험공단에 의뢰하여 2008년 11월 26일에 구득완료 하였다.

의료급여 사례관리의 실태와 구체적인 사례내용을 파악하기 위하여 각 지역 일선 현장의 의료급여 관리사를 방문하여 의견수렴과 현지조사를 통해 조사내역을 수정·보완하였다.

다. 기초자료

표본으로 추출된 전체 대상자 총 4,803명 중 여성이 3,549명으로 남성 1,254명 보다 약 세 배 가까이 되는 것으로 나타났고 연령대 별로는 70대가 전체 대상자의 약 41%로 가장 많은 것으로 조사되었다. 또한 60대 이상의 대상자수가 약 80%로 대상자 대부분이 60세 이상의 고령임을 알 수 있다. 지역별로는 강원권과 제주권의 표본이 상대적으로 적었으며 충청권의 표본 규모가 많았다. 도시의 규모별로는 전체 대상자의 약 50%가 대도시에 거주하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 IV-1〉 표본의 특성

구 분	의료급여 사례관리 대상자	
	대상자수	백분율
전 체	4,803	100.00
성별	남자	1,254
	여자	3,549
연령별	20세 미만	1
	20대	16
	30대	59
	40대	297
	50대	602
	60대	1357
	70대	1949
	80대	497
	90대	25
조사지역	수도권	1,385
	경상권	1,190
	전라권	759
	충청권	1,307
	강원권	38
	제주권	124
지역규모	대도시	2,421
	중소도시	1,567
	군 지역	815

4,803명 중 의료급여 1종 수급자가 약 86%인 4,115이고 2종 수급자가 약 14%정도로 구성되어 있다.

〈표 IV-2〉 전체 조사대상자의 의료급여 종별 빈도

(단위: 명, %)

구 분	대상자수	백분율
1종	4,115	85.67
2종	688	14.32
계	4,803	100.00

본 분석의 대상자인 집중사례관리대상자 4,803명의 2005년도에서 2008년까지의 의료이용 실적은 다음과 같다.

2005년의 경우 4,803명은 평균 951일의 진료일수를 기록하였고 평균 진료비는 약 5,728천원이었다. 자주 이용한 수급자를 대상으로 추출된 표본답게 내원일수도 평균 248일에 이르고 있다. 가장 많은 진료비를 기록한 수급자는 약 40,879천원에 이른다. 2006년도의 의료이용실적은 진료일수와 내원일수는 조금 감소하는 추세를 보이고 있으나 총진료비는 전년대비 약 2.3%증가한 것으로 나타나고 있다. 하지만 2007년도를 보면 진료일수, 내원일수, 총진료비 모두 전년도에 비해 감소하는 것으로 나타나고 있는데 이는 2007년 7월부터 시행된 본인부담제도와 선택병의원제도의 영향으로 판단된다. 2008년도의 경우 자료구득시점의 차이로 1월부터 6월까지의 의료이용실적을 보여주고 있다.

〈표 IV-3〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당 의료이용실적
(단위: 일, 원, %)

		평균	최대값	최소값
2005	진료일수	951.19	6,613.00	355.00
	내원일수	248.18	2,955.00	63.00
	총진료비	5,728,522	40,879,230	1,499,700
	급여비	5,668,793	40,871,370	1,413,810
2006	진료일수	885.95 (-6.86)	5,405.00	26.00
	내원일수	214.83 (-13.44)	2,407.00	12.00
	총진료비	5,859,279 (2.28)	53,806,810	180,240
	급여비	5,803,949 (2.38)	53,806,810	180,240
2007	진료일수	771.10 (-12.96)	7,887.00	0.00
	내원일수	175.11 (-18.49)	2,057.00	0.00
	총진료비	5,653,726 (-3.51)	63,320,800	62,180
	급여비	5,527,069 (-4.77)	63,320,800	25,870
2008	진료일수	379.96	4,826.00	0.00
	내원일수	81.95	984.00	0.00
	총진료비	2,867,616	43,872,700	8,870
	급여비	2,779,111	43,872,700	8,370

주: ()은 전년대비 증가율을 나타냄. 2008년도는 자료구득 시점 상 2008년 6월 30일까지의 의료이용내역임.

대상자를 의료급여 1종과 2종을 나누어서 분석해 본 결과 거의 모든 항목에서 1종 대상자들의 의료이용이 2종 대상자 보다 두 배 가까이 높은 것으로 나타났다. 특히 2005년과 2006년까지 의료급여 1종 대상자의 총진료비는 약간씩 증가하였으나 2007년도 1종 대상자의 총진료비는 전년 대비 감소한 반면 2종 대상자의 총진료비는 전년보다 약간 증가한 것으로 나타났는데 이는 2007년 7월부터 의료급여 1종을 대상으로 시행된 본인부담제도의 제도시행효과로 판단된다. 이 같은 효과가 의료급여 2종 대상자에게 영향을 주지 않았던 이유는 2종의 경우 원래 입원과 외래 모두 본인

부담이 있기 때문에 상대적으로 과다 이용의 개연성이 1종보다 적다 할 수 있다. 2008년의 경우 1월부터 6월까지의 실적에 2를 곱한 값을 1년의 실적으로 간주한다면 2007년의 경우와 거의 흡사하다.

〈표 IV-4〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당 의료이용실적(종별)
(단위: 일, 원)

의료급여 종별	1종			2종			
	평균	최대	최소	평균	최대	최소	
2005	진료일수	932 (n/a)	6,611	2	513 (n/a)	2,749	1
	내원일수	245 (n/a)	2,954	1	127 (n/a)	2,024	1
	총진료비	5,708,128 (n/a)	40,779,610	7,870	2,768,763 (n/a)	25,926,240	0
	급여비	5,708,128 (n/a)	40,779,610	7,870	2,562,742 (n/a)	22,720,910	0
2006	진료일수	857 (-8.00)	5,348	1	515 (0.27)	5,401	1
	내원일수	210 (-14.38)	2,226	1	116 (-8.55)	1,397	1
	총진료비	5,796,002 (1.54)	53,806,810	10,080	2,899,058 (4.71)	33,061,640	3,380
	급여비	5,796,002 (1.54)	53,806,810	10,080	2,699,123 (5.32)	30,036,190	3,380
2007	진료일수	749 (-12.64)	4,386	0	487 (-5.37)	7,885	1
	내원일수	171 (-18.38)	1,894	0	105 (-9.31)	1,055	1
	총진료비	5,657,272 (-2.39)	63,320,800	5,740	2,915,989 (0.58)	25,067,310	3,940
	급여비	5,608,200 (-3.24)	63,320,800	5,740	2,706,928 (0.29)	21,756,120	3,940
2008	진료일수	374 (n/a)	2,432	0	311 (n/a)	2,394	1
	내원일수	81 (n/a)	467	0	66 (n/a)	345	1
	총진료비	2,886,829 (n/a)	43,872,700	8,870	2,058,062 (n/a)	27,480,150	3,460
	급여비	2,843,947 (n/a)	43,872,700	8,370	1,904,269 (n/a)	23,376,060	3,460

주: ()은 전년대비 증가율을 나타냄. 2008년도는 자료구득 시점 상 2008년 6월 30일까지의 의료이용내역임.

요양기관 종별 대상자의 의료이용 실적은 상당히 흥미로운 결과를 보이고 있다. 일반적으로 입원의 경우에 해당하는 병원급 이상의 경우 진료일수, 내원일수, 총진료비 모두 증가하는 추세를 보이고 있는 반면 외래에 해당하는 의원급 의료이용량은 모든 항목에서 감소하는 추세를 보이고 있다. 따라서 약국 이용량도 전체적으로 감소하는 추세를 보이고 있다. 의료급여 수급자 전체의 의료이용량은 증가하는 경향을 보였으나 사례관리가 이루어진 대상자의 경우 의료이용량이 감소하고 있어 사례관리가 의료의 과다 이용을 억제하는 관점에서 비교적 효과가 있었던 것으로 보인다. 의원급 이용의 감소가 과다 이용의 억제라고 단언할 수 없으나 경향측면에서는 분명한 시그널이 있는 것으로 판단된다.

〈표 IV-5〉 전체 조사대상자의 2005~2008년도 1인당
의료이용실적(요양기관별)

(단위: 일, 원)

요양기관		병원	의원	보건소	약국
2005	진료일수	64	133	22	750
	내원일수	37	128	9	82
	총 진료비	1,955,468	1,862,073	49,646	2,027,762
	급여비	1,925,339	1,838,919	49,553	2,019,284
2006	진료일수	69 (6.61)	111 (-16.28)	20 (-8.65)	706 (-5.86)
	내원일수	39 (4.95)	107 (-16.40)	8 (-8.27)	70 (-15.18)
	총 진료비	2,378,065 (21.61)	1,627,092 (-12.62)	45,544 (-8.26)	2,068,120 (1.99)
	급여비	2,348,662 (21.99)	1,608,851 (-12.51)	45,409 (-8.36)	2,057,671 (1.90)
2007	진료일수	71 (3.37)	87 (-21.54)	23 (14.74)	617 (-12.60)
	내원일수	40 (1.07)	83 (-22.44)	8 (-1.73)	55 (-21.14)
	총 진료비	2,723,128 (14.51)	1,360,458 (-16.39)	49,922 (9.61)	1,843,074 (-10.88)
	급여비	2,668,494 (13.62)	1,310,487 (-18.55)	49,178 (8.30)	1,815,317 (-11.78)
2008	진료일수	40	41	16	309
	내원일수	22	39	5	26
	총 진료비	1,600,518	664,764	34,677	940,346
	급여비	1,558,352	629,227	33,690	920,180

주: ()은 전년대비 증가율을 나타냄. 2008년도는 자료구득 시점 상 2008년 6월 30일까지의 의료이용내역임.

제2절 사례관리의 효과분석

본 절에서는 사례관리의 효과가 구체적으로 어떻게 나타나는지 여부를 분석하고자 한다. 여기서는 사례관리 여부에 따른 의료이용량의 비교와 2006년과 2008년 6월까지 사례관리가 한 번도 이루어지지 않은 대상자와 매 해 사례관리가 모두 이루어진 대상자와의 의료이용량 비교를 위해 서

로 다른 두 집단의 입원과 외래, 1종과 2종, 요양기관별, 거주지역별, 연령별, 성별의 차이로 각각 나누어 사례관리 여부에 따라 이들의 의료이용량에 영향을 미쳤는지 여부를 탐색하였다. 이는 향후 사례관리의 방향을 모색해보고자 하는 것이다. 어떠한 대상자를 어떠한 형태로 사례 관리하는 것이 훨씬 효과적인지 정책적 시사점도 규명해보고자 한다.

가. 사례관리 여부에 따른 이용량의 차이

사례관리의 방법은 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 직접 방문 또는 전화를 이용하는 방법이다. 여기서는 직접 방문을 통한 사례관리만을 한정하는 것으로 한다. 전화 사례관리의 경우 사례관리 대상자 선정 후 방문 사례관리의 일정을 정하거나 사례관리 과정 중이라 하더라도 대부분 다음 방문일정, 또는 간단한 질의응답 등을 확인하는 정도의 절차가 많아 본 연구에서는 전화를 통한 사례관리는 제외하였다.

사례관리의 여부에 따른 효과성을 검증하기 위해 2006년도와 2007년도에 사례관리가 한 번이라도 이루어진 대상자들과 동기간 동안 사례관리가 한 번도 이루어지지 않은 대상자들의 2005년도부터 2008년도 6월까지의 의료이용실적을 6개월 단위를 측정하여 비교하였다. 진료 후 청구를 거쳐 건강보험공단에 실적으로 기록되기 까지 2~3개월 정도가 소요되고 있어 자료의 신뢰성을 확보하기 위해 2008년도 6월까지의 자료만을 사용하여 분석하였다.

본 조사의 대상인 사례관리 대상자 4,803명 중 2006년과 2007년 사이에 약 75%인 3,626명에 대해 최소 한번 이상 방문을 통한 사례관리가 이루어졌고 나머지 약 25%인 1,177명에 대해서는 사례관리가 단 한번도 이루어지지 못했다. 여기서는 사례관리가 한 번이라도 이루어진 집단과 한번도 이루어지지 않은 집단의 2005년부터 2008년 6월까지의 의료이용량의 차이를 비교해 보고자한다.

〈표 IV-6〉 전체 조사대상자의 사례관리 유·무

(단위: 명, %)		
사례관리 유·무	대상자수	백분율
사례관리가 이루어진 대상자	3,626	75.49
사례관리가 이루어지지 않은 대상자	1,177	24.51
계	4,803	100.00

먼저 각 집단의 2005년부터 2007년까지의 연도별 의료이용량의 변화를 비교하였다. 사례관리가 이루어진 대상자와 이루어지지 않은 대상자의 진료일수와 내원일수 모두 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있으며 연평균 증감율도 거의 비슷한 것으로 나타났다. 하지만 사례관리가 이루어진 대상자들의 총진료비는 2005년도 5백 93만원에서 2007년도 5백 73만원 정도로 감소한 반면 사례관리가 이루어지지 않은 대상자들의 총진료비는 동기간 5백 10만원에서 5백 40만원 정도로 오히려 증가하는 추세를 보이고 있어 사례관리가 이루어진 대상자들의 연평균 총진료비 증감율은 -1.75%로 감소한 것으로 나타났다.

〈표 IV-7〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(연간)

(단위: 일, 원, %)						
	사례관리가 이루어진 대상자					
	2005	2006	전년대비증가율	2007	전년대비증가율	연평균증감율
빈도	3,626	3,626		3,589		3,468
진료일수	984	924	-6.14	798	-13.63	-9.96
내원일수	256	222	-13.13	180	-19.13	-16.19
총진료비	5,934,041	5,951,816	0.30	5,727,922	-3.76	-1.75
급여비	5,874,370	5,897,869	0.40	5,605,829	-4.95	-2.31
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005	2006	전년대비증가율	2007	전년대비증가율	연평균증감율
빈도	1,177	1,175		1,131		1,082
진료일수	849	769	-9.45	686	-10.81	-10.13
내원일수	224	191	-14.57	160	-16.38	-15.48
총진료비	5,094,506	5,572,535	9.38	5,417,270	-2.79	3.12
급여비	5,034,636	5,513,001	9.50	5,276,285	-4.29	2.37

사례관리 여부에 따른 집단간 의료이용량의 좀 더 자세히 비교하기 위해 2005년부터 6개월 단위로 나누어 분석한 결과를 비교해 보면 전체적으로 사례관리가 이루어진 집단과 그렇지 않은 집단간의 뚜렷한 차이를 보이고 있지 않다. 특히 두 집단 모두 2005년도 하반기의 진료일수, 내원일수가 일시적으로 증가하였다가 점차 낮아지는 경향을 보이고 있다. 총진료비의 경우도 두 집단에서 뚜렷한 차이를 보이고 있지 않다.

〈표 IV-8〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교

(단위: 일, 원, %)

	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3,624	3,626	3,626	3,622	3,589	3,534	3,468
진료일수	471	513 (8.94)	489 (-4.67)	435 (-11.13)	416 (-4.36)	388 (-6.74)	392 (1.17)
내원일수	125	131 (4.76)	121 (-7.65)	102 (-16.10)	97 (-4.29)	84 (-13.58)	84 (0.02)
총진료비	2,815,817	3,119,777 (10.79)	3,134,978 (0.49)	2,819,949 (-10.05)	2,957,633 (4.88)	2,813,404 (-4.88)	2,945,459 (4.69)
급여비	2,784,811	3,091,094 (11.00)	3,109,604 (0.60)	2,791,344 (-10.23)	2,921,854 (4.68)	2,725,746 (-6.71)	2,856,912 (4.81)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,177	1,175	1,162	1,131	1,111	1,082
진료일수	410	439 (7.06)	406 (-7.47)	367 (-9.72)	355 (-3.24)	337 (-5.05)	340 (0.89)
내원일수	111	113 (1.75)	104 (-8.18)	88 (-14.56)	86 (-3.19)	75 (-11.93)	75 (-0.18)
총진료비	2,456,833	2,637,673 (7.36)	2,916,893 (10.59)	2,685,352 (-7.94)	2,794,384 (4.06)	2,670,103 (-4.45)	2,617,710 (-1.96)
급여비	2,423,928	2,610,707 (7.71)	2,888,105 (10.63)	2,654,262 (-8.10)	2,742,859 (3.34)	2,579,032 (-5.97)	2,529,412 (-1.92)

1) 입원과 외래의 차이

2006년도 집중사례관리 대상자들의 의료이용실적을 입원과 외래로 나누어 살펴보면 입원의 경우에는 진료일수, 입원일수, 총진료비 그리고 급여비(보험자부담금) 등 모든 지표에서 2005년도 보다 2007년의 의료이용량이 뚜렷하게 증가하는 추세를 보였다. 사례관리가 이루어졌던 대상자가 그렇지 못한 그룹에 비해 다소 증가폭이 작았지만 2005년 대비 2007년도의 연평균 총진료비 증가율은 각각 23.93%와 37.39%로 나타났다.

외래의 경우는 두 집단 모두 진료일수, 내원일수, 총진료비가 지속적인 감소 추세를 보이고 있고 연평균 감소율도 두 집단에서 모두 감소하는 것으로 나타나고 있다. 연간 사례관리 여부에 따른 의료이용량을 입원과 외래로 나누어 비교해 본 결과 입원의 경우 사례관리가 이루어진 집단에서 상대적으로 더 감소하는 추세를 보였고 외래의 경우 두 집단간 뚜렷한 차이를 보이고 있지 않다. 이러한 결과가 나타나는 이유에 대해서 다음에서 좀 더 자세히 분석해 보기로 하겠다. 즉, 입원의 경우 계절적 입원에 대해 수술여부를 기준으로 나누어 분석해 보기로 하겠다. 수술여부를 기준으로 분석하는 이유는 입원에 대한 중증도를 보정하고자 수술여부를 대리변수로 사용하였다.

〈표 IV-9〉 연간 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

입원						
사례관리가 이루어진 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1789	1593		1617		1105
진료일수	41	49	20.73	56	14.87	17.76
내원일수	26	34	30.16	40	18.77	24.33
총진료비	2,695,823	3,464,314	28.51	4,140,486	19.52	23.93
급여비	2,657,194	3,423,789	28.85	4,084,386	19.29	23.98
사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
빈도	515	529		503		310
진료일수	39	58	47.52	64	10.44	27.64
내원일수	24	40	63.65	46	16.83	38.27
총진료비	2,440,018	4,044,537	65.76	4,605,559	13.87	37.39
급여비	2,396,444	3,998,372	66.85	4,517,381	12.98	37.30

외래						
사례관리가 이루어진 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증감율
빈도	3,626	3,624		3,577		3,435
진료일수	964	903	-6.36	776	-13.98	-10.25
내원일수	243	208	-14.60	163	-21.77	-18.27
총진료비	4,603,973	4,432,891	-3.72	3,880,191	-12.47	-8.20
급여비	4,563,360	4,396,724	-3.65	3,782,981	-13.96	-8.95
사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
빈도	1,177	1,175		1,123		1,064
진료일수	832	744	-10.59	665	-10.67	-10.63
내원일수	213	173	-18.65	140	-19.01	-18.83
총진료비	4,026,868	3,754,667	-6.76	3,400,318	-9.44	-8.11
급여비	3,986,064	3,715,901	-6.78	3,297,691	-11.25	-9.04

아래 표는 사례관리 여부에 따른 의료이용량 변화를 6개월 단위로 입원과 외래로 나누어 분석한 결과이다. 입원에서의 두 집단 간 차이가 크게 나타나고 있지는 않으나 진료일수, 내원일수, 총진료비에 증가폭이 사례관리가 이루어지지 않은 집단에서 좀 더 큰 것으로 나타나고 있다. 외래의

경우도 입원과 비슷한 양상을 보이고 있다.

〈표 IV-10〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/ 외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

	입 원						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1146	1134	1038	1014	1124	1031	1105
진료일수	31	33	37	39	39	46	44
		(7.94)	(13.00)	(3.63)	0.32	(18.22)	(-4.73)
내원일수	19	21	25	27	27	33	31
		(11.00)	(18.41)	(6.75)	0.20	(22.79)	(-5.38)
총진료비	1,937,586	2,294,844	2,672,156	2,707,055	2,938,262	3,290,553	3,210,872
		(18.44)	(16.44)	(1.31)	8.54	(11.99)	(-2.42)
급여비	1,910,027	2,261,753	2,643,759	2,672,460	2,901,956	3,242,148	3,152,803
		(18.41)	(16.89)	(1.09)	8.59	(11.72)	(-2.76)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	323	321	356	351	346	339	310
진료일수	30	33	41	45	43	50	49
		(8.95)	(26.56)	(9.20)	(-3.67)	(15.65)	(-3.44)
내원일수	19	20	28	31	31	37	36
		(6.92)	(40.79)	(10.52)	(0.40)	(17.63)	(-1.56)
총진료비	1,870,945	2,032,070	2,994,887	3,058,063	3,314,844	3,450,325	3,298,329
		(8.61)	(47.38)	(2.11)	(8.40)	(4.09)	(-4.41)
급여비	1,832,093	2,001,253	2,955,028	3,028,915	3,242,231	3,393,600	3,232,977
		(9.23)	(47.66)	(2.50)	(7.04)	(4.67)	(-4.73)

외 래							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3624	3626	3624	3614	3572	3514	3435
진료일수	461	503	479	425	407	378	384
		(8.98)	(-4.68)	(-11.28)	(-4.32)	(-7.14)	(1.59)
내원일수	119	124	114	94	89	75	75
		(4.50)	(-8.42)	(-17.27)	(-5.27)	(-16.17)	(0.03)
총진료비	2,203,103	2,402,085	2,372,902	2,067,801	2,050,986	1,867,981	1,946,501
		(9.03)	(-1.21)	(-12.86)	(-0.81)	(-8.92)	(4.20)
급여비	2,180,813	2,383,751	2,355,642	2,048,831	2,026,426	1,793,948	1,875,668
		(9.31)	(-1.18)	(-13.02)	(-1.09)	(-11.47)	(4.56)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1177	1177	1175	1157	1120	1097	1064
진료일수	402	431	395	356	347	329	333
		(7.11)	(-8.34)	(-9.86)	(-2.59)	(-5.20)	(1.50)
내원일수	106	107	95	79	77	65	66
		(1.56)	(-11.42)	(-16.40)	(-3.18)	(-15.23)	(1.40)
총진료비	1,943,396	2,084,281	2,011,890	1,772,217	1,802,345	1,646,148	1,706,578
		(7.25)	(-3.47)	(-11.91)	(1.70)	(-8.67)	(3.67)
급여비	1,921,153	2,065,717	1,995,172	1,749,814	1,772,690	1,571,243	1,635,688
		(7.52)	(-3.42)	(-12.30)	(1.31)	(-11.36)	(4.10)

주: 1) 외래 진료일수에는 약국의 진료일수가 포함되어 있음.

2) 총진료비는 외래와 약국의 총진료비 합임.

2) 종별(1종과 2종) 차이

사례관리 여부에 따른 효과를 종별로 나누어 분석해 보았다. 먼저 1종의 경우 두 집단의 진료일수와 내원일수는 2006년 상반기부터 감소하는 추세를 보이고 있지만 두 집단간의 의료이용량 차이는 크게 나타나지 않았다. 사례관리가 이루어진 대상자 집단의 진료일수와 내원일수의 감소 폭이 약간 큰 것으로 나타났고 총진료비의 증가폭도 조금 낮은 것을 알 수 있다. 다음으로 의료급여 2종의 경우를 보면 전체적으로 사례관리가 이루어진 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 내원일수, 진료일수, 총진료비

모두 증가하거나 더 큰 증가폭을 보이고 있다. 특히 사례관리가 이루어진 집단의 내원일수에 비해 진료일수가 증가하였다는 것은 투약일수의 증가를 의미하는 것으로 본 조사의 대상자 대부분이 만성질환을 갖고 있다는 사실에 비추본다면 의료이용을 함에 있어 본인부담이 있는 2종의 경우 사례관리를 통해 적절한 의료이용유도가 이루어지고 있다고 조심스레 추론할 수 있다.

〈표 IV-11〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(종별)

(단위: 명, 일, 원, %)

	의료급여 1종						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3166	3200	3219	3230	3142	3060	2993
진료일수	462	507	482	424	409	382	386
		(9.78)	(-4.89)	(-12.20)	(-3.42)	(-6.74)	(1.25)
내원일수	124	131	121	100	97	83	83
		(5.68)	(-7.68)	(-17.18)	(-3.11)	(-14.24)	(0.32)
총진료비	2,819,977	3,129,991	3,158,217	2,797,198	2,997,669	2,852,865	2,961,109
		(10.99)	(0.90)	(-11.43)	(7.17)	(-4.83)	(3.79)
급여비	2,819,977	3,129,991	3,158,217	2,797,198	2,997,669	2,800,710	2,916,993
		(10.99)	(0.90)	(-11.43)	(7.17)	(-6.57)	(4.15)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1002	1010	1028	1016	955	932	904
진료일수	403	434	396	355	352	328	331
		(7.92)	(-8.83)	(-10.30)	(-0.92)	(-6.75)	(0.94)
내원일수	110	112	102	86	85	73	73
		(2.22)	(-9.23)	(-15.81)	(-1.02)	(-13.54)	(-0.43)
총진료비	2,445,810	2,644,304	2,910,011	2,709,893	2,821,267	2,723,986	2,640,899
		(8.12)	(10.05)	(-6.88)	(4.11)	(-3.45)	(-3.05)
급여비	2,445,810	2,644,304	2,910,011	2,709,893	2,821,267	2,677,609	2,602,102
		(8.12)	(10.05)	(-6.88)	(4.11)	(-5.09)	(-2.82)

	의료급여 2종						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	746	712	659	620	582	490	441
내원일수	303	330	330	310	299	318	330
		(8.82)	(0.02)	(-5.95)	(-3.68)	(6.53)	(3.56)
진료일수	77	79	75	68	65	68	70
		(2.49)	(-4.54)	(-9.62)	(-4.42)	(4.15)	(2.98)
총진료비	1,585,802	1,800,499	1,789,146	1,770,788	1,747,500	1,876,549	2,208,207
		(13.54)	(-0.63)	(-1.03)	(-1.32)	(7.38)	(17.67)
급여비	1,468,093	1,663,184	1,665,083	1,648,858	1,622,017	1,740,180	2,036,838
		(13.29)	(0.11)	(-0.97)	(-1.63)	(7.28)	(17.05)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	263	243	228	225	197	166	145
내원일수	281	316	301	247	239	255	253
		(12.69)	(-4.78)	(-17.97)	(-3.52)	(6.76)	(-0.71)
진료일수	72	78	72	55	54	54	56
		(8.38)	(-7.85)	(-23.42)	(-2.16)	(1.04)	(3.76)
총진료비	1,537,750	1,762,159	1,872,119	1,344,640	1,540,876	1,612,313	1,601,416
		(14.59)	(6.24)	(-28.18)	(14.59)	(4.64)	(-0.68)
급여비	1,424,641	1,638,520	1,736,141	1,260,306	1,432,171	1,500,712	1,501,073
		(15.01)	(5.96)	(-27.41)	(13.64)	(4.79)	(0.02)

3) 요양기관별 차이

대상자에 대한 사례관리 여부가 요양기관별 의료이용량에 영향을 미치는지를 알아보기 위하여 병원급과 의원급, 보건소 그리고 약국으로 나누어 분석하여 보았다. 여기서 병원급은 종합전문, 종합, 한방병원, 병원으로, 의원급은 의원, 치과의원 및 한의원으로 묶어 분석하였다. 분석결과 병원급에서는 두 집단 모두 약간씩 증가하는 추세를 보였지만 큰 차이는 없었다. 의원급과 약국의 경우, 사례관리가 이루어진 대상자의 내원일수와 진료일수 및 1인당 총진료비의 감소율이 그렇지 않은 집단에 비해 조금 더 큰 폭으로 나타났다.

〈표 IV-12〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(요양기관별)
(단위: 명, 일, 원, %)

	병 원						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3,127	3,164	3,109	2,997	3,047	2,928	2,822
내원일수	36	39	38	38	40	41	42
		(8.07)	(-0.87)	(0.00)	(4.24)	(2.09)	(4.09)
진료일수	20	22	21	21	22	22	23
		(7.96)	(-2.21)	(-0.98)	(2.71)	(0.39)	(4.60)
총진료비	1,033,108	1,172,066	1,238,292	1,251,639	1,440,101	1,487,090	1,628,567
		(13.45)	(5.65)	(1.08)	(15.06)	(3.26)	(9.51)
급여비	1,017,472	1,155,196	1,224,048	1,234,694	1,419,362	1,450,984	1,585,646
		(13.54)	(5.96)	(0.87)	(14.96)	(2.23)	(9.28)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	982	979	954	940	926	892	851
내원일수	26	30	35	34	33	36	34
		(17.01)	(14.74)	(-0.78)	(-4.28)	(9.93)	(-5.46)
진료일수	17	19	22	22	21	23	22
		(13.26)	(14.72)	(-2.00)	(-2.12)	(7.14)	(-4.65)
총진료비	866,252	977,734	1,443,251	1,443,827	1,543,429	1,623,528	1,507,506
		(12.87)	(47.61)	(0.04)	(6.90)	(5.19)	(-7.15)
급여비	848,193	962,654	1,423,684	1,428,882	1,511,927	1,584,239	1,467,843
		(13.49)	(47.89)	(0.37)	(5.81)	(4.78)	(-7.35)

	의 원						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3,621	3,623	3,614	3,592	3,523	3,460	3,366
내원일수	67	70	64	52	50	42	42
		(4.31)	(-8.15)	(-18.96)	(-5.03)	(-15.56)	(-0.49)
진료일수	65	68	62	50	48	40	40
		(4.53)	(-8.13)	(-19.16)	(-5.17)	(-16.67)	(0.07)
총진료비	936,209	967,512	937,696	753,135	764,294	654,132	677,563
		(3.34)	(-3.08)	(-19.68)	(1.48)	(-14.41)	(3.58)
급여비	923,400	957,322	928,882	744,968	754,924	613,901	642,718
		(3.67)	(-2.97)	(-19.80)	(1.34)	(-18.68)	(4.69)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,176	1,171	1,145	1,109	1,073	1,040
내원일수	60	60	53	44	43	38	38
		(0.70)	(-11.37)	(-16.41)	(-3.28)	(-12.20)	(1.96)
진료일수	58	58	51	43	41	35	36
		(0.48)	(-11.68)	(-16.88)	(-3.40)	(-15.45)	(3.52)
총진료비	873,514	865,851	809,184	662,558	697,821	579,860	623,342
		(-0.88)	(-6.54)	(-18.12)	(5.32)	(-16.90)	(7.50)
급여비	861,040	854,622	799,242	649,792	682,387	538,864	585,560
		(-0.75)	(-6.48)	(-18.70)	(5.02)	(-21.03)	(8.67)

보 건 소							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,015	961	870	1,005	923	834	782
내원일수	14	15	14	13	15	17	16
		(2.36)	(-2.89)	(-7.64)	(16.79)	(8.24)	(-5.44)
진료일수	6	6	6	6	6	6	6
		(-2.63)	(-4.29)	(-1.70)	(-1.76)	(4.19)	(-3.81)
총진료비	32,849	32,889	32,412	30,143	33,531	36,090	34,238
		(0.12)	(-1.45)	(-7.00)	(11.24)	(7.63)	(-5.13)
급여비	32,771	32,883	32,398	30,015	33,223	35,569	33,405
		(0.34)	(-1.48)	(-7.36)	(10.69)	(7.06)	(-6.08)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	333	315	275	280	265	246	208
내원일수	15	14	14	14	14	15	18
		(-4.79)	(-2.79)	(1.95)	(2.54)	(2.20)	(21.71)
진료일수	5	5	5	5	4	4	5
		(1.33)	(0.78)	(-4.74)	(-7.70)	(0.82)	(18.82)
총진료비	32,536	30,032	29,790	29,575	29,115	30,359	36,325
		(-7.70)	(-0.80)	(-0.72)	(-1.56)	(4.28)	(19.65)
급여비	32,377	29,959	29,733	29,342	28,476	29,346	34,763
		(-7.47)	(-0.75)	(-1.31)	(-2.95)	(3.05)	(18.46)

	약 국						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	3,624	3,626	3,619	3,610	3,558	3,499	3,415
내원일수	369	406 (9.88)	390 (-3.94)	349 (-10.45)	332 (-4.77)	312 (-6.02)	319 (2.08)
진료일수	41	43 (3.79)	40 (-7.80)	33 (-16.95)	31 (-5.86)	26 (-15.75)	26 (0.33)
총진료비	979,757	1,121,619 (14.48)	1,133,062 (1.02)	1,032,449 (-8.88)	984,654 (-4.63)	941,690 (-4.36)	969,717 (2.98)
급여비	975,063	1,117,840 (14.64)	1,128,681 (0.97)	1,025,977 (-9.10)	975,681 (-4.90)	923,276 (-5.37)	949,800 (2.87)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,176	1,172	1,153	1,114	1,086	1,057
내원일수	325	351 (7.91)	323 (-7.93)	294 (-8.90)	287 (-2.49)	274 (-4.31)	279 (1.71)
진료일수	37	37 (-0.06)	33 (-10.71)	28 (-16.10)	27 (-2.58)	23 (-15.26)	23 (0.10)
총진료비	851,379	952,074 (11.83)	934,079 (-1.89)	864,070 (-7.49)	852,455 (-1.34)	818,268 (-4.01)	845,453 (3.32)
급여비	846,059	948,888 (12.15)	931,092 (-1.88)	857,656 (-7.89)	841,845 (-1.84)	798,107 (-5.20)	824,481 (3.30)

4) 거주지역별 차이

도시를 대도시, 중소도시, 군지역을 나누어 사례관리 효과분석을 해 본 결과 두 집단의 증감추세는 큰 차이가 없는 것으로 판단된다. 거주지역에 따른 사례관리 효과의 차이는 거의 미미한 것으로 보인다.

〈표 IV-13〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(도시규모별)
(단위: 명, 일, 원, %)

		대도시						
		사례관리가 이루어진 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		2,002	2,004	2,004	2,001	1,981	1,949	1,909
내원일수		489	540	502	448	430	397	401
			(10.29)	(-6.89)	(-10.74)	(-4.09)	(-7.67)	(0.91)
진료일수		126	133	120	101	96	82	82
			(6.02)	(-9.81)	(-16.07)	(-4.75)	(-14.66)	(-0.03)
총진료비		2,862,085	3,139,187	3,105,094	2,787,635	2,968,858	2,856,822	2,877,605
			(9.68)	(-1.09)	(-10.22)	(6.50)	(-3.77)	(0.73)
급여비		2,829,987	3,110,476	3,083,205	2,764,607	2,940,064	2,778,799	2,798,410
			(9.91)	(-0.88)	(-10.33)	(6.35)	(-5.49)	(0.71)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		429	429	429	425	417	410	394
내원일수		442	477	433	401	384	354	362
			(7.90)	(-9.20)	(-7.46)	(-4.18)	(-7.81)	(2.26)
진료일수		114	117	106	93	86	74	75
			(3.06)	(-9.60)	(-12.65)	(-7.47)	(-13.48)	(1.32)
총진료비		2,506,277	2,797,471	3,117,127	2,893,110	2,794,958	2,685,701	2,779,914
			(11.62)	(11.43)	(-7.19)	(-3.39)	(-3.91)	(3.51)
급여비		2,477,705	2,776,450	3,089,225	2,873,187	2,762,173	2,603,437	2,704,421
			(12.06)	(11.27)	(-6.99)	(-3.86)	(-5.75)	(3.88)

		중소도시					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,000	1,000	1,000	999	995	986	972
내원일수	468	498	488	431	411	389	392
		(6.49)	(-2.05)	(-11.81)	(-4.55)	(-5.42)	(0.94)
진료일수	127	130	123	102	97	84	84
		(2.49)	(-5.62)	(-17.11)	(-4.98)	(-12.99)	(-0.08)
총진료비	2,863,484	3,167,025	3,256,127	2,886,812	2,886,056	2,688,967	3,041,683
		(10.60)	(2.81)	(-11.34)	(-0.03)	(-6.83)	(13.12)
급여비	2,830,746	3,133,344	3,227,111	2,852,137	2,840,778	2,588,205	2,939,281
		(10.69)	(2.99)	(-11.62)	(-0.40)	(-8.89)	(13.56)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	556	556	554	546	530	524	516
내원일수	395	420	395	351	343	331	326
		(6.26)	(-5.97)	(-11.21)	(-2.33)	(-3.54)	(-1.25)
진료일수	111	112	103	85	85	74	73
		(0.94)	(-8.19)	(-17.01)	(0.27)	(-12.83)	(-1.37)
총진료비	2,420,372	2,543,182	2,709,984	2,503,873	2,736,914	2,633,957	2,495,113
		(5.07)	(6.56)	(-7.61)	(9.31)	(-3.76)	(-5.27)
급여비	2,387,454	2,516,908	2,683,131	2,467,384	2,690,961	2,536,289	2,404,648
		(5.42)	(6.60)	(-8.04)	(9.06)	(-5.75)	(-5.19)

	군지역						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	622	622	622	622	613	599	587
내원일수	418	452	449	398	378	356	365
		(8.22)	(-0.76)	(-11.32)	(-5.07)	(-5.72)	(2.49)
진료일수	120	125	121	103	102	90	91
		(4.34)	(-3.64)	(-14.51)	(-1.71)	(-11.16)	(0.30)
총진료비	2,590,259	2,981,282	3,036,486	2,816,518	3,037,536	2,876,963	3,006,791
		(15.10)	(1.85)	(-7.24)	(7.85)	(-5.29)	(4.51)
급여비	2,565,556	2,960,726	3,005,742	2,779,718	2,994,602	2,779,530	2,910,778
		(15.40)	(1.52)	(-7.52)	(7.73)	(-7.18)	(4.72)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	192	192	192	191	184	177	172
내원일수	382	409	379	337	324	316	330
		(7.26)	(-7.49)	(-11.08)	(-3.75)	(-2.36)	(4.31)
진료일수	105	106	101	89	87	82	82
		(1.04)	(-4.69)	(-11.92)	(-2.72)	(-5.74)	(-0.05)
총진료비	2,451,943	2,554,253	3,066,510	2,741,848	2,958,622	2,740,977	2,613,943
		(4.17)	(20.06)	(-10.59)	(7.91)	(-7.36)	(-4.63)
급여비	2,409,397	2,512,003	3,030,164	2,701,343	2,848,575	2,649,042	2,502,813
		(4.26)	(20.63)	(-10.85)	(5.45)	(-7.00)	(-5.52)

5) 성별 차이

성별에 따른 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않다. 남성의 경우 두 집단간 차이가 거의 없는 것으로 보여지고 있는 반면 여성의 경우에는 진료일수, 내원일수의 감소율이 다소 높게 나타나고 총진료비도 그 증가율이 약간 낮은 것을 볼 수 있다.

〈표 IV-14〉 사례 관리 여부에 따른 의료이용량 비교(성별)

(단위: 명, 일, 원, %)

		남 자						
		사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기	
빈도	945	945	945	941	925	906	881	
내원일수	506	564	546	472	451	416	422	
		(11.54)	(-3.10)	(-13.65)	(-4.38)	(-7.69)	(1.39)	
진료일수	135	145	134	107	102	88	88	
		(7.19)	(-7.05)	(-20.09)	(-4.73)	(-14.28)	(0.60)	
총진료비	3,264,703	3,672,047	3,678,193	3,243,464	3,128,398	3,201,161	3,241,894	
		(12.48)	(0.17)	(-11.82)	(-3.55)	(2.33)	(1.27)	
급여비	3,228,397	3,629,827	3,646,916	3,201,335	3,074,134	3,092,074	3,125,063	
		(12.43)	(0.47)	(-12.22)	(-3.97)	(0.58)	(1.07)	
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기	
빈도	307	307	307	302	290	281	266	
내원일수	432	463	429	373	371	333	336	
		(7.00)	(-7.32)	(-12.95)	(-0.48)	(-10.29)	(0.69)	
진료일수	121	126	110	90	93	74	76	
		(4.14)	(-12.84)	(-17.92)	(2.64)	(-19.87)	(2.09)	
총진료비	3,076,017	3,305,535	3,486,033	3,098,565	3,272,914	3,054,615	2,933,439	
		(7.46)	(5.46)	(-11.11)	(5.63)	(-6.67)	(-3.97)	
급여비	3,032,939	3,265,099	3,447,566	3,062,511	3,237,637	2,968,891	2,845,594	
		(7.65)	(5.59)	(-11.17)	(5.72)	(-8.30)	(-4.15)	

	여 자						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	2,679	2,681	2,681	2,681	2,664	2,628	2,587
내원일수	459	495	469	422	404	378	382
		(7.93)	(-5.30)	(-10.08)	(-4.32)	(-6.36)	(1.12)
진료일수	122	126	116	99	95	83	83
		(3.81)	(-7.90)	(-14.46)	(-4.10)	(-13.32)	(-0.17)
총진료비	2,657,475	2,925,113	2,943,505	2,671,301	2,898,339	2,679,725	2,844,508
		(10.07)	(0.63)	(-9.25)	(8.50)	(-7.54)	(6.15)
급여비	2,628,339	2,901,202	2,920,213	2,647,442	2,868,978	2,599,455	2,765,594
		(10.38)	(0.66)	(-9.34)	(8.37)	(-9.39)	(6.39)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	870	870	868	860	841	830	816
내원일수	402	431	398	365	349	338	341
		(7.08)	(-7.54)	(-8.49)	(-4.20)	(-3.14)	(0.94)
진료일수	107	108	101	88	83	76	75
		(0.80)	(-6.27)	(-13.27)	(-5.25)	(-8.89)	(-0.93)
총진료비	2,238,340	2,402,002	2,715,595	2,540,248	2,629,374	2,539,924	2,514,788
		(7.31)	(13.06)	(-6.46)	(3.51)	(-3.40)	(-0.99)
급여비	2,209,024	2,379,790	2,690,231	2,510,901	2,572,246	2,447,044	2,426,343
		(7.73)	(13.04)	(-6.67)	(2.44)	(-4.87)	(-0.85)

6) 연령별 차이

대상자의 연령대 별로 사례관리의 효과에 차이가 있는지를 살펴보았다. 먼저 50세 미만에서는 진료일수와 내원일수의 감소율이 두 집단 모두 비슷하게 나타나고 있는 반면 총진료비는 사례관리가 이루어진 집단에서 감소율이 더 두드러지는 것을 볼수 있다. 즉 40세 미만에서의 평균 총진료비 감소율은 사례관리가 이루어진 집단에서 -4.81%인 약 687천원, 그렇지 않은 집단에서 -3.08로 1인당 총진료비 감소액은 약 341천으로 나타났으며 이러한 결과는 40~50세 미만에서도 동일하게 나타나고 있다. 하지만 60세 이상에서는 진료일수와 내원일수의 증감율은 거의 비슷하게 나타나고 있는 반면 총진료비의 증가율은 사례관리가 이루어진 집단에서 낮게

나타나고 있어 전체적으로 사례관리가 이루어진 집단의 총진료비가 그렇지 않은 집단에 비해서 낮아지는 것을 알 수 있다.

〈표 IV-15〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(연령별)

(단위: 명, 일, 원, %)

	40세 미만						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	101	92	81	76	75	66	58
내원일수	453	596	595	456	394	345	361
		(31.55)	(-0.07)	(-23.43)	(-13.57)	(-12.48)	(4.58)
진료일수	155	200	194	129	101	77	77
		(29.30)	(-2.90)	(-33.82)	(-21.55)	(-23.49)	(-0.84)
총진료비	2,685,582	3,575,145	3,747,097	2,917,193	2,306,378	2,118,928	1,997,719
		(33.12)	(4.81)	(-22.15)	(-20.94)	(-8.13)	(-5.72)
급여비	2,655,595	3,562,698	3,730,319	2,899,820	2,278,005	2,057,320	1,948,534
		(34.16)	(4.70)	(-22.26)	(-21.44)	(-9.69)	(-5.29)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	26	26	23	19	18	18	17
내원일수	404	445	362	269	226	213	283
		(10.18)	(-18.64)	(-25.71)	(-15.99)	(-5.68)	(32.82)
진료일수	109	118	91	61	56	42	58
		(8.00)	(-22.76)	(-33.20)	(-8.78)	(-24.72)	(38.69)
총진료비	1,993,128	2,282,175	2,063,232	1,558,048	1,542,717	1,365,098	1,651,864
		(14.50)	(-9.59)	(-24.49)	(-0.98)	(-11.51)	(21.01)
급여비	1,983,179	2,268,252	2,052,168	1,549,454	1,536,774	1,334,423	1,615,040
		(14.37)	(-9.53)	(-24.50)	(-0.82)	(-13.17)	(21.03)

		40 ~ 50세					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	333	316	299	277	254	241	229
내원일수	470	517	486	425	401	360	349
		(9.94)	(-5.95)	(-12.56)	(-5.68)	(-10.24)	(-2.94)
진료일수	137	148	132	111	106	88	85
		(8.23)	(-10.84)	(-15.90)	(-4.53)	(-16.83)	(-4.04)
총진료비	2,931,949	3,226,672	3,040,695	2,614,459	2,594,475	2,400,661	2,384,408
		(10.05)	(-5.76)	(-14.02)	(-0.76)	(-7.47)	(-0.68)
급여비	2,884,559	3,187,398	3,003,324	2,582,784	2,560,075	2,318,769	2,316,255
		(10.50)	(-5.78)	(-14.00)	(-0.88)	(-9.43)	(-0.11)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	94	87	85	77	73	70	66
내원일수	386	442	388	368	348	315	306
		(14.41)	(-12.17)	(-5.03)	(-5.62)	(-9.31)	(-2.90)
진료일수	117	128	113	103	84	68	71
		(9.79)	(-12.02)	(-8.53)	(-19.05)	(-18.55)	(4.97)
총진료비	2,669,477	3,346,251	3,055,723	2,796,505	2,585,052	2,283,754	2,492,689
		(25.35)	(-8.68)	(-8.48)	(-7.56)	(-11.66)	(9.15)
급여비	2,614,513	3,299,471	3,009,626	2,723,662	2,552,420	2,209,514	2,406,900
		(26.20)	(-8.78)	(-9.50)	(-6.29)	(-13.43)	(8.93)

		50 ~ 60세					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	522	515	513	508	495	471	462
내원일수	467	523	506	442	416	406	401
		(12.10)	(-3.36)	(-12.54)	(-5.88)	(-2.56)	(-1.05)
진료일수	118	126	119	99	95	87	86
		(7.50)	(-6.08)	(-16.91)	(-3.86)	(-8.23)	(-1.38)
총진료비	2,704,058	3,036,184	3,107,558	2,818,588	2,791,443	2,726,079	2,905,904
		(12.28)	(2.35)	(-9.30)	(-0.96)	(-2.34)	(6.60)
급여비	2,640,973	2,979,683	3,054,369	2,766,119	2,733,680	2,620,071	2,790,093
		(12.83)	(2.51)	(-9.44)	(-1.17)	(-4.16)	(6.49)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	174	161	162	159	152	146	140
내원일수	416	459	409	366	365	332	328
		(10.28)	(-10.91)	(-10.59)	(-0.18)	(-9.07)	(-1.22)
진료일수	115	126	111	88	95	74	71
		(9.94)	(-12.19)	(-20.61)	(8.20)	(-22.85)	(-2.91)
총진료비	2,527,146	2,735,674	3,034,493	2,489,128	2,594,678	2,328,476	2,264,338
		(8.25)	(10.92)	(-17.97)	(4.24)	(-10.26)	(-2.75)
급여비	2,468,367	2,678,994	2,991,709	2,455,468	2,532,860	2,225,917	2,151,835
		(8.53)	(11.67)	(-17.92)	(3.15)	(-12.12)	(-3.33)

		60 ~ 70세					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,390	1,324	1,273	1,202	1,150	1,073	1,001
내원일수	449	490	465	420	405	379	390
		(9.19)	(-5.25)	(-9.58)	(-3.62)	(-6.39)	(2.86)
진료일수	118	122	112	95	91	79	80
		(3.68)	(-7.98)	(-15.24)	(-3.94)	(-14.00)	(1.41)
총진료비	2,721,189	2,971,790	3,047,887	2,803,202	2,855,696	2,664,822	2,772,619
		(9.21)	(2.56)	(-8.03)	(1.87)	(-6.68)	(4.05)
급여비	2,690,950	2,941,162	3,021,259	2,771,198	2,810,129	2,569,111	2,673,606
		(9.30)	(2.72)	(-8.28)	(1.40)	(-8.58)	(4.07)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	420	397	381	365	344	325	312
내원일수	383	418	392	354	352	344	338
		(9.14)	(-6.30)	(-9.67)	(-0.54)	(-2.41)	(-1.53)
진료일수	102	105	96	85	84	75	73
		(3.16)	(-8.29)	(-11.50)	(-1.40)	(-10.13)	(-3.57)
총진료비	2,310,619	2,459,617	2,819,115	2,757,909	2,872,737	2,704,535	2,485,540
		(6.45)	(14.62)	(-2.17)	(4.16)	(-5.86)	(-8.10)
급여비	2,277,669	2,429,258	2,791,076	2,722,282	2,792,287	2,608,065	2,392,329
		(6.66)	(14.89)	(-2.46)	(2.57)	(-6.60)	(-8.27)

		70세 이상					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,432	1,512	1,608	1,684	1,758	1,806	1,833
내원일수	445	479	454	411	392	367	373
		(7.64)	(-5.25)	(-9.32)	(-4.69)	(-6.34)	(1.61)
진료일수	117	121	112	97	92	80	81
		(3.85)	(-7.80)	(-13.56)	(-4.51)	(-12.94)	(0.52)
총진료비	2,627,770	2,953,364	2,910,827	2,652,407	2,910,781	2,813,302	2,965,103
		(12.39)	(-1.44)	(-8.88)	(9.74)	(-3.35)	(5.40)
급여비	2,614,787	2,939,608	2,899,454	2,635,547	2,889,990	2,739,463	2,890,907
		(12.42)	(-1.37)	(-9.10)	(9.65)	(-5.21)	(5.53)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	519	541	562	574	581	577	596
내원일수	391	420	393	358	336	327	321
		(7.43)	(-6.44)	(-8.82)	(-6.03)	(-2.92)	(-1.64)
진료일수	104	104	98	85	80	75	72
		(0.55)	(-5.73)	(-14.01)	(-5.70)	(-6.63)	(-3.09)
총진료비	2,271,209	2,471,662	2,765,992	2,566,268	2,687,363	2,709,043	2,596,086
		(8.83)	(11.91)	(-7.22)	(4.72)	(0.81)	(-4.17)
급여비	2,253,411	2,460,334	2,744,570	2,545,364	2,655,153	2,623,942	2,521,559
		(9.18)	(11.55)	(-7.26)	(4.31)	(-1.18)	(-3.90)

나. 사례관리 횟수에 따른 효과분석

이제까지 2006년과 2007년 2년 동안 사례관리가 한 번이라도 이루어진 대상자와 사례관리가 한 번도 이루어지지 않은 대상자들의 의료이용실적을 비교하여 보았다. 지금부터는 사례관리의 효과를 좀 더 확실히 살펴보기 위하여 2006년과 2007년에 걸쳐 매 해 사례관리가 이루어진 대상자와 그렇지 않은 대상자들의 의료이용실적을 비교하여 그 차이를 분석해 보고자 한다. 앞서 설명한 바와 같이 두 집단을 2년간 사례관리가 전혀 이루어지지 않은 집단과 각 연도에 최소 1회 이상씩 이루어진 집단을 분석함으로써 사례관리의 효과를 보다 심도있게 분석할 수 있을 것이다. 본 분석을 함에 있어 2년의 기간 중 1년동안 사례관리가 1회 이상 이루어졌던

라도 각각의 연도에 사례관리가 연속해서 이루어지지 않은 대상자는 제외하였다. 동 기간 동안 사례관리가 이루어진 대상자와 그렇지 않은 대상자의 분포는 아래와 같다.

〈표 IV-16〉 연도별 사례관리 대상자의 분포

		2007년도		
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자	사례관리가 이루어진 대상자	계
2006년도	사례관리가 이루어지지 않은 대상자	1,177	286	1,463
	사례관리가 이루어진 대상자	2,148	1,192	3,340
	계	3,325	1,478	4,803

본 분석에서는 2006년도와 2007년도 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 1,177명과 연속해서 사례관리가 이루어졌던 1,192명을 대상으로 의료급여 사례관리 효과가 의료이용량에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

2006년에서 2007년까지 지속적으로 사례관리가 이루어진 집단과 사례관리가 한 번도 이루어지지 않은 집단의 1인당 연평균 진료일수, 내원일수 그리고 총진료비를 비교해 보았다. 우선 내원일수는 두 집단 모두 비슷한 감소율을 보이고 있는데 특히 본인부담제도와 선택병의원제도가 시행된 2007년에 사례관리가 이루어진 대상자의 진료일수와 내원일수가 급감한 것으로 나타났다. 두 집단의 진료일수와 내원일수의 연평균 증가율이 비슷한 감소율을 보이는데 반해 사례관리가 이루어진 대상자에서 급감하는 것은 의료급여 사례관리가 제도의 시행과 정착에 있어 영향을 미치고 있다고 추측해 볼 수 있을 것이다. 두 집단의 총진료비 또한 비슷한 양상을 보이고 있는데 특히 사례관리가 이루어지지 않은 대상자의 연평균 총진료비는 증가한데 반해 사례관리가 이루어진 대상자의 총진료비는 감소한 것을 볼 수 있다.

〈표 IV-17〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교

(단위: 명, 일, 원, %)

	사례관리가 이루어진 대상자					
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1,192	1,192		1,192		1,171
진료일수	1,093	1,114	1.85	922	-17.19	-8.16
내원일수	279	260	-6.89	198	-23.65	-15.69
총진료비	6,344,173	6,716,103	5.86	6,124,352	-8.81	-1.75
급여비	6,284,164	6,673,674	6.20	6,029,831	-9.65	-2.04
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1,177	1,175		1,131		1,082
진료일수	849	769	-9.45	686	-10.81	-10.13
내원일수	224	191	-14.57	160	-16.38	-15.48
총진료비	5,094,506	5,572,535	9.38	5,417,270	-2.79	3.12
급여비	5,034,636	5,513,001	9.50	5,276,285	-4.29	2.37

다음은 사례관리 여부에 따른 의료이용량을 6개월 단위로 나누어 분석한 결과, 사례관리가 이루어진 집단과 그렇지 않은 집단에서의 6개월간의 차이에서 특별한 추세는 나타나지 않았다. 다만 2006년도 하반기부터 사례관리가 이루어진 집단의 의료이용량 추이가 조금 더 일관적인 경향을 보였다.

〈표 IV-18〉 사례관리 여부에 따른 반기별 추이 비교

(단위: 명, 일, 원, %)

	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,191	1,192	1,192	1,192	1,192	1,188	1,171
진료일수	518	575 (11.01)	590 (2.55)	523 (-11.29)	482 (-7.86)	441 (-8.49)	442 (0.19)
내원일수	135	144 (7.02)	142 (-1.77)	118 (-16.72)	108 (-8.80)	91 (-15.48)	92 (0.62)
총진료비	3,003,615	3,343,078 (11.30)	3,528,702 (5.55)	3,187,400 (-9.67)	3,160,704 (-0.84)	2,973,626 (-5.92)	3,191,681 (7.33)
급여비	2,972,483	3,314,175 (11.50)	3,506,606 (5.81)	3,167,068 (-9.68)	3,140,212 (-0.85)	2,899,348 (-7.67)	3,121,656 (7.67)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,177	1,175	1,162	1,131	1,111	1,082
진료일수	410	439 (7.06)	406 (-7.47)	367 (-9.72)	355 (-3.24)	337 (-5.05)	340 (0.89)
내원일수	111	113 (1.75)	104 (-8.18)	88 (-14.56)	86 (-3.19)	75 (-11.93)	75 (-0.18)
총진료비	2,456,833	2,637,673 (7.36)	2,916,893 (10.59)	2,685,352 (-7.94)	2,794,384 (4.06)	2,670,103 (-4.45)	2,617,710 (-1.96)
급여비	2,423,928	2,610,707 (7.71)	2,888,105 (10.63)	2,654,262 (-8.10)	2,742,859 (3.34)	2,579,032 (-5.97)	2,529,412 (-1.92)

1) 입원과 외래의 차이

지속적인 사례관리가 이루어진 집단과 그렇지 않은 집단을 입원과 외래로 나누어 비교해 보았다. 입원에서는 모든 항목에서 사례관리가 이루어진 집단에서 더 낮은 증가율을 보이고 있다. 특히 두 집단 간의 진료일수와 내원일수가 비슷한 상황에서 2005년도 1인당 총진료비가 약 110천원에서 2007년에는 약 840천원으로 증가했다는 것은 의료급여 사례관리가 최소한 재정적인 측면에서는 효과를 나타내고 있다고 할 수 있을 것이다. 외래의 경우도 입원과 같이 두 집단 모두 진료일수와 내원일수가 비슷한 증감율을 보이고 있고 마찬가지로 2007년도 사례관리가 이루어진 집단에

서 모든 항목이 급감하는 양상을 볼 수 있다. 이러한 현상은 위에서 언급한 것처럼 새로운 의료급여 제도시행에 있어 의료급여 사례관리가 어느정도 영향을 미치는 것으로 판단된다. 총진료비의 경우도 사례관리가 이루어진 집단에서 더 높은 감소율을 보이고 있다. 즉 의료급여 사례관리의 역할 중 재정적인 측면에서 본다면 지속적인 사례관리는 어느 정도 효과가 있는 것으로 보여진다.

〈표 IV-19〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원, 외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

	입 원					
	사례관리가 이루어진 대상자					
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	605	546		555		394
진료일수	40	48	20.28	51	6.17	13.01
내원일수	25	33	29.96	36	9.21	19.14
총진료비	2,550,546	3,263,280	27.94	3,765,009	15.37	21.50
급여비	2,512,926	3,240,166	28.94	3,735,084	15.27	21.92
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	515	529		503		310
진료일수	39	58	47.52	64	10.44	27.64
내원일수	24	40	63.65	46	16.83	38.27
총진료비	2,440,018	4,044,537	65.76	4,605,559	13.87	37.39
급여비	2,396,444	3,998,372	66.85	4,517,381	12.98	37.30

외 래						
사례관리가 이루어진 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1,192	1,191		1,189		1,163
진료일수	1,073	1,093	1.81	903	-17.38	-8.29
내원일수	266	245	-7.97	182	-25.57	-17.24
총진료비	5,049,643	5,025,729	-0.47	4,187,986	-16.67	-8.93
급여비	5,008,728	5,193,861	3.70	4,307,149	-17.07	-7.27
사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1,177	1,175		1,123		1,064
진료일수	832	744	-10.59	665	-10.67	-10.63
내원일수	213	173	-18.65	140	-19.01	-18.83
총진료비	4,026,868	3,954,667	-1.79	3,830,318	-3.14	-2.47
급여비	3,986,064	3,715,901	-6.78	3,297,691	-11.25	-9.04

지속적인 사례관리가 입원과 외래의 의료이용량에 미치는 영향을 비교 분석하였다. 입원의 경우 사례관리가 이루어진 집단의 의료이용량 증가율이 그렇지 않은 집단에 비해 조금 낮게 나타나고 있고 진료일수와 내원일수 그리고 총진료비의 절대값도 조금씩 낮은 경향을 보이고 있다.

본 조사의 모든 대상자가 만성질환 등을 갖고 있는 집중사례관리 대상자이고 이 중에서도 의료이용을 상대적으로 더 많이 하는 대상자를 사례관리 대상으로 선정하고 있다는 점에서 볼 때, 재정적 측면으로만 볼 때, 입원에 있어서는 사례관리 여부에 크게 상관없이 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 보여지며 진료일수, 내원일수, 총진료비 등의 의료이용량 자체가 사례관리가 이루어지지 않은 대상자들이 높게 나타나는 것이 이를 뒷받침해 주고 있다.

〈표 IV-20〉 사례관리 여부에 따른 반기별 의료이용량 비교(입원/외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

		입 원						
		사례관리가 이루어진 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		391	375	362	329	370	366	394
진료일수		30	33	35	41	37	40	42
			(7.50)	(7.99)	(15.67)	(-9.34)	(7.71)	(5.47)
내원일수		19	21	24	28	25	28	29
			(11.83)	(13.45)	(17.67)	(-8.98)	(11.06)	(2.30)
총진료비		1,869,681	2,165,427	2,370,294	2,807,612	2,773,606	2,905,317	3,154,465
			(15.82)	(9.46)	(18.45)	(-1.21)	(4.75)	(8.58)
급여비		1,844,230	2,131,271	2,352,184	2,789,178	2,756,251	2,877,482	3,120,719
			(15.56)	(10.37)	(18.58)	(-1.18)	(4.40)	(8.45)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		323	321	356	351	346	339	310
진료일수		30	33	41	45	43	50	49
			(8.95)	(26.56)	(9.20)	(-3.67)	(15.65)	(-3.44)
내원일수		19	20	28	31	31	37	36
			(6.92)	(40.79)	(10.52)	(0.40)	(17.63)	(-1.56)
총진료비		1,870,945	2,032,070	2,994,887	3,058,063	3,314,844	3,450,325	3,298,329
			(8.61)	(47.38)	(2.11)	(8.40)	(4.09)	(-4.41)
급여비		1,832,093	2,001,253	2,955,028	3,028,915	3,242,231	3,393,600	3,232,977
			(9.23)	(47.66)	(2.50)	(7.04)	(4.67)	(-4.73)

외 래							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,191	1,192	1,191	1,190	1,186	1,182	1,163
진료일수	508	565	580	513	474	432	433
		(11.16)	(2.61)	(-11.52)	(-7.58)	(-8.86)	(0.16)
내원일수	129	138	135	110	100	83	83
		(7.01)	(-2.23)	(-17.92)	(-9.20)	(-17.51)	(-0.29)
총진료비	2,389,807	2,661,841	2,811,223	2,416,535	2,314,306	2,091,858	2,150,640
		(11.38)	(5.61)	(-14.04)	(-4.23)	(-9.61)	(2.81)
급여비	2,367,031	2,643,683	2,794,612	2,401,265	2,299,111	2,025,788	2,091,494
		(11.69)	(5.71)	(-14.08)	(-4.25)	(-11.89)	(3.24)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,177	1,175	1,157	1,120	1,097	1,064
진료일수	402	431	395	356	347	329	333
		(7.11)	(-8.34)	(-9.86)	(-2.59)	(-5.20)	(1.50)
내원일수	106	107	95	79	77	65	66
		(1.56)	(-11.42)	(-16.40)	(-3.18)	(-15.23)	(1.40)
총진료비	1,943,396	2,084,281	2,011,890	1,772,217	1,802,345	1,646,148	1,706,578
		(7.25)	(-3.47)	(-11.91)	(1.70)	(-8.67)	(3.67)
급여비	1,921,153	2,065,717	1,995,172	1,749,814	1,772,690	1,571,243	1,635,688
		(7.52)	(-3.42)	(-12.30)	(1.31)	(-11.36)	(4.10)

2) 종의 차이(1종과 2종)

지속적인 사례관리가 의료급여 종별로는 어떠한 영향을 미치는지를 비교하기 위하여 1종과 2종으로 구분하여 그 효과를 분석하였다. 의료급여 1종과 2종의 결과가 상이하게 나타나고 있는데 1종의 경우에는 진료일수, 내원일수, 총진료비 모두 사례관리가 이루어진 대상자의 증가율이 더 낮은 것으로 나타난 반면 2종의 경우에는 사례관리가 이루어진 집단의 의료용량이 더 적게 감소한 것으로 나타났다. 이는 사례관리가 이루어진 2종 대상자의 의료이용량이 상대적으로 더 늘어난 것을 의미하는 것으로 사례관리를 통해 2종 대상자에 대한 적정의료이용유도가 있었다고도 추측해 볼 수 있다.

〈표 IV-21〉 사례관리여부에 따른 종별 의료이용량 비교(종별)
(단위: 명, 일, 원, %)

의료급여 1종						
사례관리가 이루어진 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	2008
빈도	1,081	1,100		1,094		1,060
진료일수	1,068	1,085	1.60	900	-17.03	-8.19
내원일수	273	255	-6.47	195	-23.60	-15.47
총진료비	6,240,004	6,460,145	3.53	6,097,460	-5.61	-1.15
급여비	6,240,004	6,660,145	6.73	6,041,863	-9.28	-1.60
사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	연평균 증가율
빈도	1,010	1,040		968		904
진료일수	834	739	-11.42	663	-10.19	-10.81
내원일수	201	185	-8.12	160	-13.59	-10.90
총진료비	5,070,741	5,523,791	8.93	5,406,059	-2.13	3.25
급여비	5,070,741	5,523,791	8.93	5,361,407	-2.94	2.83
의료급여 2종						
사례관리가 이루어진 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	2008
빈도	254	228		205		138
진료일수	554	577	4.11	540	-6.49	-1.33
내원일수	138	123	-10.91	108	-12.40	-11.66
총진료비	3,049,391	2,919,935	-4.25	2,940,395	0.70	-1.80
급여비	2,814,778	2,732,713	-2.92	2,744,937	0.45	-1.25
사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005	2006	전년대비 증가율	2007	전년대비 증가율	2008
빈도	298	268		222		145
진료일수	506	464	-8.31	402	-13.34	-10.86
내원일수	127	107	-15.54	88	-17.58	-16.57
총진료비	2,794,070	2,721,594	-2.59	2,572,957	-5.46	-4.04
급여비	2,593,426	2,535,108	-2.25	2,393,045	-5.60	-3.91

다음은 1종과 2종으로 구분하여 사례관리 효과를 분석해 본 표이다. 의료급여 1종인 두 집단 모두 내원일수, 진료일수, 총진료비가 감소하는 추세를 보이고 있으나 2종의 경우, 앞의 결과에서와 마찬가지로 사례관리가 이루어진 집단에서의 의료이용량 또는 증가율이 더 높게 나타나고 있어 의료이용에 있어 비용을 부담해야 하는 2종에 대한 사례관리가 적정 의료이용유도에 영향을 미치고 있다고 할 수 있다.

〈표 IV-22〉 사례관리 여부에 따른 반기별 증별 의료이용량 비교(종별)
(단위: 명, 일, 원, %)

의료급여 1종							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,065	1,080	1,085	1,090	1,090	1,074	1,060
진료일수	507	568	583	514	473	437	436
		(11.96)	(2.70)	(-11.96)	(-7.98)	(-7.60)	(-0.08)
내원일수	132	143	142	117	107	91	91
		(7.98)	(-0.94)	(-17.42)	(-8.82)	(-14.96)	(0.39)
총진료비	2,979,432	3,307,730	3,551,026	3,186,510	3,165,993	2,997,848	3,180,250
		(11.02)	(7.36)	(-10.27)	(-0.64)	(-5.31)	(6.08)
급여비	2,979,432	3,307,730	3,551,026	3,186,510	3,165,993	2,941,216	3,134,640
		(11.02)	(7.36)	(-10.27)	(-0.64)	(-7.10)	(6.58)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,002	1,010	1,028	1,016	955	932	904
진료일수	403	434	396	355	352	328	331
		(7.92)	(-8.83)	(-10.30)	(-0.92)	(-6.75)	(0.94)
내원일수	110	112	102	86	85	73	73
		(2.22)	(-9.23)	(-15.81)	(-1.02)	(-13.54)	(-0.43)
총진료비	2,445,810	2,644,304	2,910,011	2,709,893	2,821,267	2,723,986	2,640,899
		(8.12)	(10.05)	(-6.88)	(4.11)	(-3.45)	(-3.05)
급여비	2,445,810	2,644,304	2,910,011	2,709,893	2,821,267	2,677,609	2,602,102
		(8.12)	(10.05)	(-6.88)	(4.11)	(-5.09)	(-2.82)

의료급여 2종							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	210	201	186	181	182	151	138
진료일수	331	354	371	346	318	349	355
		(7.05)	(4.56)	(-6.64)	(-8.00)	(9.59)	(1.64)
내원일수	85	86	81	72	65	68	71
		(2.08)	(-6.64)	(-10.27)	(-9.91)	(4.28)	(4.57)
총진료비	1,745,122	2,030,198	1,861,691	1,765,031	1,695,623	1,948,196	2,337,480
		(16.34)	(-8.30)	(-5.19)	(-3.93)	(14.90)	(19.98)
급여비	1,615,200	1,869,461	1,739,888	1,654,360	1,587,701	1,812,917	2,163,244
		(15.74)	(-6.93)	(-4.92)	(-4.03)	(14.19)	(19.32)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	263	243	228	225	197	166	145
진료일수	281	316	301	247	239	255	253
		(12.69)	(-4.78)	(-17.97)	(-3.52)	(6.76)	(-0.71)
내원일수	72	78	72	55	54	54	56
		(8.38)	(-7.85)	(-23.42)	(-2.16)	(1.04)	(3.76)
총진료비	1,537,750	1,762,159	1,872,119	1,344,640	1,540,876	1,612,313	1,601,416
		(14.59)	(6.24)	(-28.18)	(14.59)	(4.64)	(-0.68)
급여비	1,424,641	1,638,520	1,736,141	1,260,306	1,432,171	1,500,712	1,501,073
		(15.01)	(5.96)	(-27.41)	(13.64)	(4.79)	(0.02)

3) 요양기관 종별 차이

요양기관 종별로 사례관리여부에 따른 효과를 6개월 간으로 나누어 분석한 결과에서는 사례관리가 이루어진 집단과 그렇지 않은 집단 간의 뚜렷한 차이는 나타나지 않았다. 병원, 의원, 약국 모두에서 2006년도를 기점으로 감소하는 추세를 보이고 있으며 사례관리가 이루어진 집단에서의 감소율도 그렇지 않은 집단에 비해 크게 차이를 보이고 있지 않다.

〈표 IV-23〉 사례관리 여부에 따른 요양기관 종별 의료이용량
비교(요양기관별)

(단위: 명, 일, 원, %)

	병 원						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,063	1,069	1,083	1,061	1,076	1,037	1,004
진료일수	43	46 (7.77)	46 (0.36)	46 (-0.30)	47 (1.20)	45 (-4.16)	48 (6.75)
내원일수	21	23 (7.12)	22 (-2.49)	22 (0.31)	22 (-3.05)	21 (-2.53)	23 (7.21)
총진료비	1,059,919	1,154,463 (8.92)	1,193,496 (3.38)	1,245,850 (4.39)	1,339,711 (7.53)	1,378,989 (2.93)	1,613,752 (17.02)
급여비	1,045,556	1,137,081 (8.75)	1,183,345 (4.07)	1,236,067 (4.46)	1,329,706 (7.58)	1,353,047 (1.76)	1,583,982 (17.07)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	982	979	954	940	926	892	851
진료일수	26	30 (17.01)	35 (14.74)	34 (-0.78)	33 (-4.28)	36 (9.93)	34 (-5.46)
내원일수	17	19 (13.26)	22 (14.72)	22 (-2.00)	21 (-2.12)	23 (7.14)	22 (-4.65)
총진료비	866,252	977,734 (12.87)	1,443,251 (47.61)	1,443,827 (0.04)	1,543,429 (6.90)	1,623,528 (5.19)	1,507,506 (-7.15)
급여비	848,193	962,654 (13.49)	1,423,684 (47.89)	1,428,882 (0.37)	1,511,927 (5.81)	1,584,239 (4.78)	1,467,843 (-7.35)

의 원							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,190	1,192	1,191	1,185	1,171	1,170	1,142
진료일수	73	78 (7.49)	77 (-2.06)	61 (-20.86)	55 (-9.50)	45 (-17.39)	46 (0.19)
내원일수	70	75 (7.71)	74 (-1.59)	59 (-20.78)	53 (-9.41)	44 (-18.01)	44 (0.81)
총진료비	969,161	1,037,355 (7.04)	1,075,914 (3.72)	836,228 (-22.28)	819,205 (-2.04)	696,508 (-14.98)	734,495 (5.45)
급여비	956,037	1,027,794 (7.51)	1,067,638 (3.88)	829,582 (-22.30)	812,651 (-2.04)	657,396 (-19.10)	702,921 (6.92)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,176	1,171	1,145	1,109	1,073	1,040
진료일수	60	60 (0.70)	53 (-11.37)	44 (-16.41)	43 (-3.28)	38 (-12.20)	38 (1.96)
내원일수	58	58 (0.48)	51 (-11.68)	43 (-16.88)	41 (-3.40)	35 (-15.45)	36 (3.52)
총진료비	873,514	865,851 (-0.88)	809,184 (-6.54)	662,558 (-18.12)	697,821 (5.32)	579,860 (-16.90)	623,342 (7.50)
급여비	861,040	854,622 (-0.75)	799,242 (-6.48)	649,792 (-18.70)	682,387 (5.02)	538,864 (-21.03)	585,560 (8.67)

112 의료급여 사례관리 및 효과분석 II

보건소							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	324	286	278	325	301	283	259
진료일수	14	16	15	14	13	12	10
		(20.05)	(-11.46)	(-4.96)	(-5.03)	(-5.22)	(-17.62)
내원일수	7	7	6	7	6	6	5
		(8.00)	(-12.42)	(8.94)	(-13.97)	(4.39)	(-14.57)
총진료비	33,900	38,429	34,109	32,864	32,003	30,984	26,027
		(13.36)	(-11.24)	(-3.65)	(-2.62)	(-3.18)	(-16.00)
급여비	33,795	38,423	34,098	32,848	31,986	30,959	26,010
		(13.69)	(-11.26)	(-3.67)	(-2.62)	(-3.21)	(-15.99)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	333	315	275	280	265	246	208
진료일수	15	14	14	14	14	15	18
		(-4.79)	(-2.79)	(1.95)	(2.54)	(2.20)	(21.71)
내원일수	5	5	5	5	4	4	5
		(1.33)	(0.78)	(-4.74)	(-7.70)	(0.82)	(18.82)
총진료비	32,536	30,032	29,790	29,575	29,115	30,359	36,325
		(-7.70)	(-0.80)	(-0.72)	(-1.56)	(4.28)	(19.65)
급여비	32,377	29,959	29,733	29,342	28,476	29,346	34,763
		(-7.47)	(-0.75)	(-1.31)	(-2.95)	(3.05)	(18.46)

약 국							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,191	1,192	1,191	1,190	1,183	1,179	1,157
진료일수	404	452	468	419	386	357	359
		(11.93)	(3.68)	(-10.55)	(-7.92)	(-7.38)	(0.44)
내원일수	44	47	46	38	35	28	28
		(6.01)	(-1.61)	(-17.54)	(-8.86)	(-18.12)	(0.29)
총진료비	1,080,039	1,261,167	1,362,520	1,240,272	1,147,175	1,084,795	1,099,151
		(16.77)	(8.04)	(-8.97)	(-7.51)	(-5.44)	(1.32)
급여비	1,074,868	1,257,414	1,357,914	1,235,251	1,142,119	1,071,587	1,085,280
		(16.98)	(7.99)	(-9.03)	(-7.54)	(-6.18)	(1.28)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	1,177	1,176	1,172	1,153	1,114	1,086	1,057
진료일수	325	351	323	294	287	274	279
		(7.91)	(-7.93)	(-8.90)	(-2.49)	(-4.31)	(1.71)
내원일수	37	37	33	28	27	23	23
		(-0.06)	(-10.71)	(-16.10)	(-2.58)	(-15.26)	(0.10)
총진료비	851,379	952,074	934,079	864,070	852,455	818,268	845,453
		(11.83)	(-1.89)	(-7.49)	(-1.34)	(-4.01)	(3.32)
급여비	846,059	948,888	931,092	857,656	841,845	798,107	824,481
		(12.15)	(-1.88)	(-7.89)	(-1.84)	(-5.20)	(3.30)

4) 거주지역별 차이

다음은 도시 규모별로 두 집단간 차이가 나타나는지를 살펴보았다. 우선 대도시에서의 사례관리가 이루어진 집단의 감소율이 조금 더 높지만 두 집단간 차이가 거의 없는 것을 볼 수 있다. 중소도시의 결과를 보면 사례관리가 이루어진 집단의 모든 항목이 감소하는 추세를 보이고 있는 반면 그렇지 않은 집단의 총진료비 증가폭이 더 큰 것으로 나타나고 있다. 군지역의 의료이용량 변화를 보면 사례관리가 이루어진 집단의 진료일수와 내원일수의 증가율은 그렇지 않은 집단에 비해 낮으며 총진료비의 평균 증가율은 각각 2.54%와 1.07%로 사례관리가 이루어진 집단에서 역시 높은 것으로 나타나 사례관리가 이루어진 군지역의 의료이용량이 더

많은 것으로 나타났다. 이는 평상시 의료접근성을 반영한 것으로 보인다. 요양기관이 대도시에 집중적으로 분포되어 있기 때문에 자주 방문할 수 있으나 군지역의 경우 의료요구가 있음에도 요양기관 분포가 작아 상대적으로 접근성이 떨어진다. 즉 군지역의 경우 사례관리와 상관없이 꼭 필요한 니드가 있을 때 의료기관 이용이 이루어졌다고 판단할 수 있다. 재정적인 측면에서 사례관리는 중소도시 중심으로 이루어지는 것이 효과적일 것이다. 반면 군지역은 의료 접근성이 떨어지기 때문에 과소이용에 대한 사례관리가 필요할 수 있다.

〈표 IV-24〉 사례관리 여부에 따른 거주지역별, 반기별 의료이용량 비교(지역별)

(단위: 명, 일, 원, %)

	대도시						
	사례관리가 이루어진 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	731	732	732	732	732	729	718
진료일수	531	594	592	526	483	444	441
		(11.84)	(-0.30)	(-11.14)	(-8.18)	(-7.98)	(-0.70)
내원일수	134	143	137	115	103	88	90
		(6.59)	(-3.94)	(-15.93)	(-10.51)	(-14.82)	(2.21)
총진료비	2,967,562	3,250,537	3,478,452	3,168,280	3,148,866	2,993,634	3,230,598
		(9.54)	(7.01)	(-8.92)	(-0.61)	(-4.93)	(7.92)
급여비	2,936,294	3,225,437	3,460,516	3,150,357	3,131,935	2,924,415	3,160,478
		(9.85)	(7.29)	(-8.96)	(-0.58)	(-6.63)	(8.07)
	사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
	빈도	429	429	429	425	417	410
진료일수	442	477	433	401	384	354	362
		(7.90)	(-9.20)	(-7.46)	(-4.18)	(-7.81)	(2.26)
내원일수	114	117	106	93	86	74	75
		(3.06)	(-9.60)	(-12.65)	(-7.47)	(-13.48)	(1.32)
총진료비	2,506,277	2,797,471	3,117,127	2,893,110	2,794,958	2,685,701	2,779,914
		(11.62)	(11.43)	(-7.19)	(-3.39)	(-3.91)	(3.51)
급여비	2,477,705	2,776,450	3,089,225	2,873,187	2,762,173	2,603,437	2,704,421
		(12.06)	(11.27)	(-6.99)	(-3.86)	(-5.75)	(3.88)

중소도시							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	281	281	281	281	281	281	278
진료일수	525	563 (7.21)	598 (6.25)	528 (-11.68)	493 (-6.69)	451 (-8.44)	457 (1.39)
내원일수	139	144 (4.00)	145 (0.27)	118 (-18.16)	108 (-8.45)	90 (-17.32)	88 (-1.65)
총진료비	3,166,970	3,580,647 (13.06)	3,605,652 (0.70)	3,254,153 (-9.75)	3,084,089 (-5.23)	2,762,123 (-10.44)	2,982,711 (7.99)
급여비	3,137,600	3,538,281 (12.77)	3,577,495 (1.11)	3,224,633 (-9.86)	3,052,325 (-5.34)	2,678,581 (-12.24)	2,911,597 (8.70)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	556	556	554	546	530	524	516
진료일수	395	420 (6.26)	395 (-5.97)	351 (-11.21)	343 (-2.33)	331 (-3.54)	326 (-1.25)
내원일수	111	112 (0.94)	103 (-8.19)	85 (-17.01)	85 (0.27)	74 (-12.83)	73 (-1.37)
총진료비	2,420,372	2,543,182 (5.07)	2,709,984 (6.56)	2,503,873 (-7.61)	2,736,914 (9.31)	2,633,957 (-3.76)	2,495,113 (-5.27)
급여비	2,387,454	2,516,908 (5.42)	2,683,131 (6.60)	2,467,384 (-8.04)	2,690,961 (9.06)	2,536,289 (-5.75)	2,404,648 (-5.19)

		군지역					
		사례관리가 이루어진 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	179	179	179	179	179	178	175
진료일수	457	521 (13.88)	571 (9.59)	507 (-11.28)	464 (-8.42)	414 (-10.80)	422 (2.00)
내원일수	132	150 (13.80)	156 (3.59)	128 (-17.47)	125 (-3.05)	106 (-15.15)	104 (-1.74)
총진료비	2,894,408	3,348,571 (15.69)	3,613,396 (7.91)	3,160,801 (-12.53)	3,329,386 (5.33)	3,225,575 (-3.12)	3,363,977 (4.29)
급여비	2,861,066	3,325,251 (16.22)	3,583,802 (7.78)	3,145,036 (-12.24)	3,312,028 (5.31)	3,145,199 (-5.04)	3,296,064 (4.80)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자					
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	192	192	192	191	184	177	172
진료일수	382	409 (7.26)	379 (-7.49)	337 (-11.08)	324 (-3.75)	316 (-2.36)	330 (4.31)
내원일수	105	106 (1.04)	101 (-4.69)	89 (-11.92)	87 (-2.72)	82 (-5.74)	82 (-0.05)
총진료비	2,451,943	2,554,253 (4.17)	3,066,510 (20.06)	2,741,848 (-10.59)	2,958,622 (7.91)	2,740,977 (-7.36)	2,613,943 (-4.63)
급여비	2,409,397	2,512,003 (4.26)	3,030,164 (20.63)	2,701,343 (-10.85)	2,848,575 (5.45)	2,649,042 (-7.00)	2,502,813 (-5.52)

5) 성별 차이

성별에 따른 의료이용량 차이를 분석한 결과 남성의 경우 진료일수와 내원일수의 차이는 거의 없었고 총진료비의 감소율은 사례관리가 이루어진 집단에서 더 크게 나타난 반면 여성의 경우 두 집단간 의료이용량 증감 추세는 거의 비슷하게 나타나고 있다.

〈표 IV-25〉 사례관리 여부에 따른 성별 의료이용량 비교(성별)
(단위: 명, 일, 원, %)

		남 자						
		사례관리가 이루어진 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		311	311	311	311	311	309	301
진료일수		561	651	669	573	529	458	469
			(16.03)	(2.75)	(-14.37)	(-7.66)	(-13.33)	(2.39)
내원일수		148	164	158	124	114	91	93
			(10.36)	(-3.36)	(-21.75)	(-8.22)	(-19.68)	(1.63)
총진료비		3,530,207	3,879,299	4,094,180	3,594,516	3,219,598	3,164,096	3,011,946
			(9.89)	(5.54)	(-12.20)	(-10.43)	(-1.72)	(-4.81)
급여비		3,493,333	3,840,889	4,063,433	3,567,334	3,190,584	3,090,210	2,942,092
			(9.95)	(5.79)	(-12.21)	(-10.56)	(-3.15)	(-4.79)
		사례관리가 이루어지지 않은 대상자						
		2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도		307	307	307	302	290	281	266
진료일수		432	463	429	373	371	333	336
			(7.00)	(-7.32)	(-12.95)	(-0.48)	(-10.29)	(0.69)
내원일수		121	126	110	90	93	74	76
			(4.14)	(-12.84)	(-17.92)	(2.64)	(-19.87)	(2.09)
총진료비		3,076,017	3,305,535	3,486,033	3,098,565	3,272,914	3,054,615	2,933,439
			(7.46)	(5.46)	(-11.11)	(5.63)	(-6.67)	(-3.97)
급여비		3,032,939	3,265,099	3,447,566	3,062,511	3,237,637	2,968,891	2,845,594
			(7.65)	(5.59)	(-11.17)	(5.72)	(-8.30)	(-4.15)

여 자							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	880	881	881	881	881	879	870
진료일수	503	549 (9.03)	562 (2.47)	506 (-10.00)	466 (-7.94)	435 (-6.55)	433 (-0.59)
내원일수	130	137 (5.68)	136 (-1.10)	116 (-14.65)	105 (-9.02)	91 (-13.88)	91 (0.27)
총진료비	2,817,512	3,153,788 (11.94)	3,329,084 (5.56)	3,043,685 (-8.57)	3,139,914 (3.16)	2,906,669 (-7.43)	3,253,866 (11.94)
급여비	2,788,410	3,128,240 (12.19)	3,310,041 (5.81)	3,025,771 (-8.59)	3,122,430 (3.19)	2,832,253 (-9.29)	3,183,780 (12.41)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	870	870	868	860	841	830	816
진료일수	402	431 (7.08)	398 (-7.54)	365 (-8.49)	349 (-4.20)	338 (-3.14)	341 (0.94)
내원일수	107	108 (0.80)	101 (-6.27)	88 (-13.27)	83 (-5.25)	76 (-8.89)	75 (-0.93)
총진료비	2,238,340	2,402,002 (7.31)	2,715,595 (13.06)	2,540,248 (-6.46)	2,629,374 (3.51)	2,539,924 (-3.40)	2,514,788 (-0.99)
급여비	2,209,024	2,379,790 (7.73)	2,690,231 (13.04)	2,510,901 (-6.67)	2,572,246 (2.44)	2,447,044 (-4.87)	2,426,343 (-0.85)

6) 연령별 차이

연령별에 따른 의료이용량 차이를 분석한 결과 두 집단간 의료이용량 증감 추세는 거의 비슷하게 나타나고 있다.

〈표 IV-26〉 사례관리 여부에 따른 연령별 의료이용량 비교(연령별)
(단위: 명, 일, 원, %)

40세 미만							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	27	24	22	20	19	18	15
진료일수	445	669 (50.45)	822 (22.77)	602 (-26.69)	488 (-18.93)	405 (-17.00)	340 (-16.05)
내원일수	163	217 (33.24)	240 (10.85)	149 (-37.94)	112 (-24.91)	84 (-24.90)	75 (-10.36)
총진료비	2,752,360	4,534,955 (64.77)	5,343,102 (17.82)	4,337,624 (-18.82)	3,234,497 (-25.43)	2,912,337 (-9.96)	2,723,374 (-6.49)
급여비	2,748,728	4,534,151 (64.95)	5,338,252 (17.73)	4,333,416 (-18.82)	3,223,779 (-25.61)	2,845,070 (-11.75)	2,690,541 (-5.43)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	26	26	23	19	18	18	17
진료일수	404	445 (10.18)	362 (-18.64)	269 (-25.71)	226 (-15.99)	213 (-5.68)	283 (32.82)
내원일수	109	118 (8.00)	91 (-22.76)	61 (-33.20)	56 (-8.78)	42 (-24.72)	58 (38.69)
총진료비	1,993,128	2,282,175 (14.50)	2,063,232 (-9.59)	1,558,048 (-24.49)	1,542,717 (-0.98)	1,365,098 (-11.51)	1,651,864 (21.01)
급여비	1,983,179	2,268,252 (14.37)	2,052,168 (-9.53)	1,549,454 (-24.50)	1,536,774 (-0.82)	1,334,423 (-13.17)	1,615,040 (21.03)

120 의료급여 사례관리 및 효과분석 II

40 ~ 50세							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	98	94	93	85	78	77	71
진료일수	564	615	577	532	478	398	405
		(9.01)	(-6.13)	(-7.91)	(-10.08)	(-16.77)	(1.86)
내원일수	166	183	161	140	127	92	94
		(10.11)	(-11.84)	(-13.24)	(-9.42)	(-27.24)	(1.58)
총진료비	3,491,001	3,592,923	3,308,428	3,139,445	2,733,363	2,330,517	2,655,464
		(2.92)	(-7.92)	(-5.11)	(-12.93)	(-14.74)	(13.94)
급여비	3,438,538	3,546,870	3,269,952	3,108,989	2,709,800	2,248,285	2,580,411
		(3.15)	(-7.81)	(-4.92)	(-12.84)	(-17.03)	(14.77)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	94	87	85	77	73	70	66
진료일수	386	442	388	368	348	315	306
		(14.41)	(-12.17)	(-5.03)	(-5.62)	(-9.31)	(-2.90)
내원일수	117	128	113	103	84	68	71
		(9.79)	(-12.02)	(-8.53)	(-19.05)	(-18.55)	(4.97)
총진료비	2,669,477	3,346,251	3,055,723	2,796,505	2,585,052	2,283,754	2,492,689
		(25.35)	(-8.68)	(-8.48)	(-7.56)	(-11.66)	(9.15)
급여비	2,614,513	3,299,471	3,009,626	2,723,662	2,552,420	2,209,514	2,406,900
		(26.20)	(-8.78)	(-9.50)	(-6.29)	(-13.43)	(8.93)

50 ~ 60세							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	190	185	184	178	174	167	162
진료일수	531	601 (13.24)	595 (-1.06)	536 (-9.86)	491 (-8.46)	453 (-7.70)	445 (-1.90)
내원일수	127	141 (10.62)	133 (-5.64)	115 (-13.21)	108 (-5.81)	95 (-12.36)	92 (-2.83)
총진료비	2,839,712	3,316,669 (16.80)	3,388,091 (2.15)	3,278,362 (-3.24)	3,108,481 (-5.18)	2,824,518 (-9.14)	2,773,879 (-1.79)
급여비	2,786,095	3,269,860 (17.36)	3,342,390 (2.22)	3,239,225 (-3.09)	3,076,754 (-5.02)	2,731,250 (-11.23)	2,696,029 (-1.29)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	174	161	162	159	152	146	140
진료일수	416	459 (10.28)	409 (-10.91)	366 (-10.59)	365 (-0.18)	332 (-9.07)	328 (-1.22)
내원일수	115	126 (9.94)	111 (-12.19)	88 (-20.61)	95 (8.20)	74 (-22.85)	71 (-2.91)
총진료비	2,527,146	2,735,674 (8.25)	3,034,493 (10.92)	2,489,128 (-17.97)	2,594,678 (4.24)	2,328,476 (-10.26)	2,264,338 (-2.75)
급여비	2,468,367	2,678,994 (8.53)	2,991,709 (11.67)	2,455,468 (-17.92)	2,532,860 (3.15)	2,225,917 (-12.12)	2,151,835 (-3.33)

60 ~ 70세							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	464	449	433	417	399	381	368
진료일수	491	542 (10.43)	561 (3.49)	499 (-11.04)	475 (-4.81)	436 (-8.14)	436 (-0.16)
내원일수	127	133 (5.16)	132 (-0.91)	108 (-18.18)	101 (-6.54)	84 (-16.96)	84 (0.69)
총진료비	2,922,206	3,140,155 (7.46)	3,408,618 (8.55)	3,039,500 (-10.83)	2,968,960 (-2.32)	2,796,097 (-5.82)	3,028,753 (8.32)
급여비	2,888,136	3,103,424 (7.45)	3,382,343 (8.99)	3,011,652 (-10.96)	2,939,955 (-2.38)	2,721,126 (-7.44)	2,944,046 (8.19)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	420	397	381	365	344	325	312
진료일수	383	418 (9.14)	392 (-6.30)	354 (-9.67)	352 (-0.54)	344 (-2.41)	338 (-1.53)
내원일수	102	105 (3.16)	96 (-8.29)	85 (-11.50)	84 (-1.40)	75 (-10.13)	73 (-3.57)
총진료비	2,310,619	2,459,617 (6.45)	2,819,115 (14.62)	2,757,909 (-2.17)	2,872,737 (4.16)	2,704,535 (-5.86)	2,485,540 (-8.10)
급여비	2,277,669	2,429,258 (6.66)	2,791,076 (14.89)	2,722,282 (-2.46)	2,792,287 (2.57)	2,608,065 (-6.60)	2,392,329 (-8.27)

70세 이상							
사례관리가 이루어진 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	454	482	507	536	565	582	599
진료일수	488	534 (9.49)	551 (3.14)	491 (-10.86)	448 (-8.66)	420 (-6.34)	420 (-0.01)
내원일수	125	132 (5.43)	132 (0.02)	112 (-15.01)	101 (-10.06)	89 (-12.24)	89 (0.41)
총진료비	2,787,279	3,142,868 (12.76)	3,316,845 (5.54)	2,975,291 (-10.30)	3,128,160 (5.14)	3,030,565 (-3.12)	3,245,610 (7.10)
급여비	2,774,410	3,132,592 (12.91)	3,311,189 (5.70)	2,969,723 (-10.31)	3,118,795 (5.02)	2,967,746 (-4.84)	3,191,529 (7.54)
사례관리가 이루어지지 않은 대상자							
	2005상반기	2005하반기	2006상반기	2006하반기	2007상반기	2007하반기	2008상반기
빈도	519	541	562	574	581	577	596
진료일수	391	420 (7.43)	393 (-6.44)	358 (-8.82)	336 (-6.03)	327 (-2.92)	321 (-1.64)
내원일수	104	104 (0.55)	98 (-5.73)	85 (-14.01)	80 (-5.70)	75 (-6.63)	72 (-3.09)
총진료비	2,271,209	2,471,662 (8.83)	2,765,992 (11.91)	2,566,268 (-7.22)	2,687,363 (4.72)	2,709,043 (0.81)	2,596,086 (-4.17)
급여비	2,253,411	2,460,334 (9.18)	2,744,570 (11.55)	2,545,364 (-7.26)	2,655,153 (4.31)	2,623,942 (-1.18)	2,521,559 (-3.90)

제5장 의료급여관리사들의 사례관리에 대한 인식 분석

제1절 조사 방법 및 내용

가. 의료급여관리사의 직무분석 및 효율성 제고를 위한 설문조사

본 절에서는 의료급여 사례관리 제도의 운영현황 및 문제점 등을 분석해 보고자 한다. 이를 위해 의료급여관리사를 대상으로 실시한 의료급여 사례관리에 대한 설문조사 결과를 분석하여 의료급여관리사의 업무내용, 업무지원, 사례관리의 적절성, 의료급여 사례관리제도에 대한 의료급여관리사의 주관적 평가 등 의료급여사례관리 업무가 제도의 취지에 맞게 운영되고 있는지를 검토하여 사례관리의 발전방향을 모색해 보고자 한다.

나. 조사 방법 및 내용

의료급여 사례관리 제도의 운영현황을 분석해 보고자 2003년 시범사업을 거쳐 현재 전국 232개 시·군·구에 배치·완료된 의료급여관리사를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 보건복지가족부의 협조를 얻어 16개 광역자치단체를 통해 전국 232개 시·군·구의 의료급여관리사에게 전달되었으며 조사결과는 이메일을 통해 최종 수집하였다. 본 조사는 2008년 11월 10일부터 2주간에 걸쳐 실시되었으며 전국 490여명의 의료급여관리사 중 최종적으로 213명의 설문조사결과를 구득하였고 설문조사 내용은 다음과 같다. 첫째, 현재 의료급여관리사들의 업무내용에 관한 항목들이다. 의료급여관리사의 본래의 업무 외에 다른 사회복지 행정업무를 어느 정도 하고 있는지를 보기 위함이다. 두 번째는 의료급여관리사의 업무지

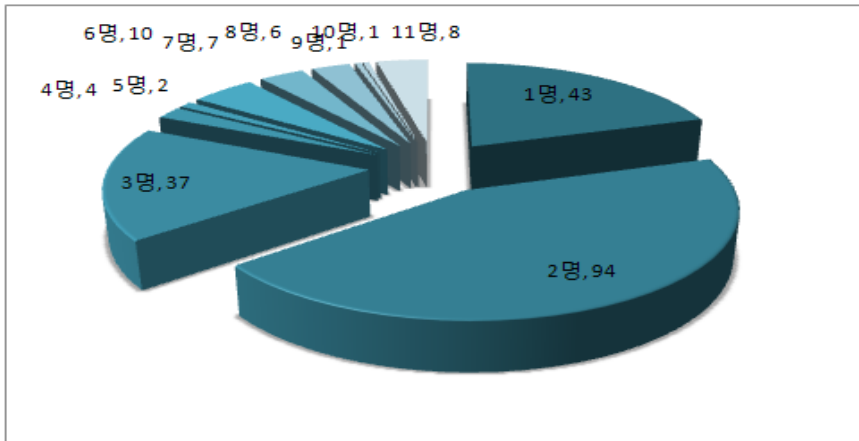
원과 업무에 필요한 행정시스템의 접근성 정도를 파악하고자 하였다. 세 번째는 의료급여 사례관리에 대한 내용으로 평균적인 사례관리 대상자 수, 사례관리 수준 등을 분석해 보고자 하였고 마지막으로 의료급여관리사들의 사례관리 제도에 대한 주관적인 평가항목 등으로 구성되어 있다.

제2절 설문조사 결과분석

설문조사 결과분석에는 최종적으로 조사완료된 총 213명의 설문지를 분석하였다. 먼저 전체 응답자의 평균 의료급여관리사 업무 기간은 2년 2개월로 나타났으며 짧게는 한 달부터 길게는 5년 7개월까지로 나타났다.

(단위: 개월, 명)

	평균	최대	최소
근무기간	26	67	1
동 보장기관 의료급여 관리사 수	2.97	11	1
보장기관의 수급권자 수	10,762	28,302	458

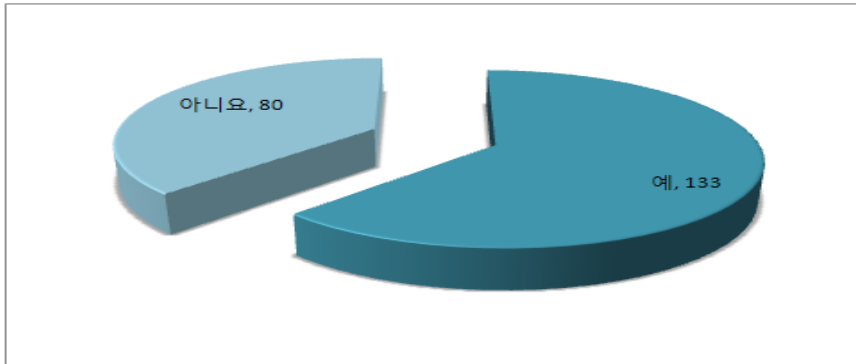


의료급여관리사의 본래 업무만을 전담하고 있는지에 대한 응답으로 전체 대상의 약 62%정도만이 ‘그렇다’라고 응답하였고 나머지는 ‘아니오’라

도 응답해 의료급여관리사의 본래업무인 의료급여사례관리, 상해외인 업무, 연장승인, 중복청구 및 항암초과 업무 등의 업무 이외에 다른 업무를 겸해서 하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 V-1] 의료급여관리사의 업무 전담

(단위: 명)



‘아니오’라고 응답한 사람 중 의료급여관리사 업무 외에 어떤 업무를 하고 있는지에 대한 응답으로는 의료급여 자격관리가 약 36%로 가장 많았고 그 다음으로 부당이득금환수 등 환급금 관리 그리고 본인부담보상금 관련 업무 순으로 나타났다. 하지만 부당이득금 관련 환급금 관리가 상해외인 업무의 연장선상에서 봐야할지 등 의료급여관리사 업무에 대한 매뉴얼 상의 명시된 업무와 현장에서 하고 있는 업무와의 정확한 경계가 없는 것도 개선되어야 할 부분이라 할 수 있겠다. 하지만 의료급여 사례관리를 전담하고 있지 않다고 응답한 대상자들이 전체 업무중에서 주관적으로 느끼는 사례관리 업무 비중을 물어본 항목에 대해서 평균적으로 약 62%정도라 응답해 의료급여 사례관리를 전담하고 있지 않은 사람이라도 사례관리 업무가 가장 주된 업무임을 알 수 있다.

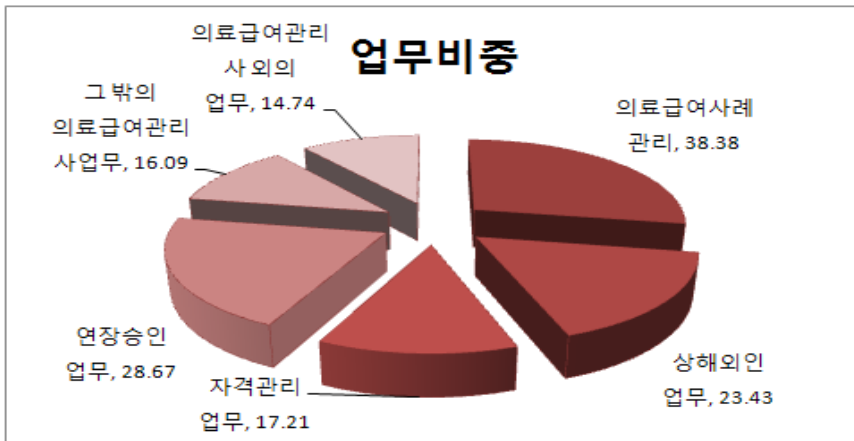
〈표 V-1〉 고유업무 외의 업무내용

의료급여관리사 업무 외 업무내용	응답자	백분율
의료급여 자격관리	27	35.53
부당이득금환수 등 환급금 관리	17	22.37
장기입원자 관리	1	1.32
차상위의료급여지원사업, 입퇴원 환자관리	1	1.32
입양대상아동자격업무	1	1.32
장애인보장구 급여비	4	5.26
건강생활유지비 지급오류건 지급 등 건강생활유지비 업무	12	15.79
본인부담보상금 관련업무	13	17.11
계	76	100.00

대표적인 의료급여관리사의 업무 중 각각의 업무비중을 물어본 결과 의료급여 사례관리 업무가 38%정도로 가장 높았고 다음은 연장승인(약29%), 상해외인 업무(약 23%)순으로 나타났다.

[그림 V-2] 의료급여관리사의 업무 비중

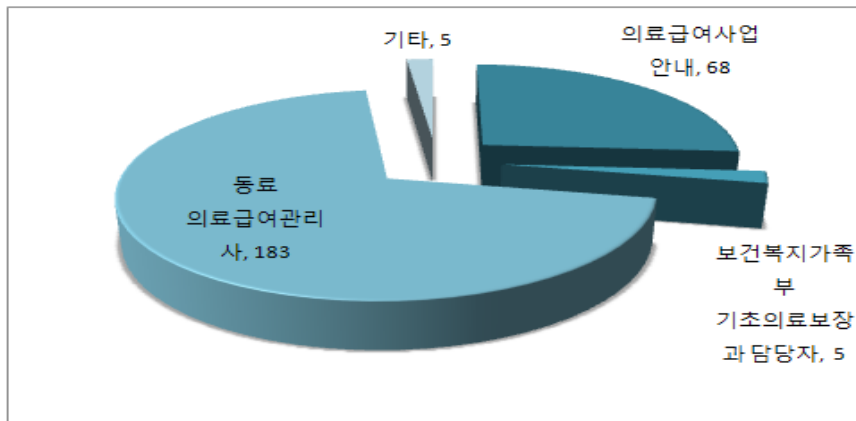
(단위: %)



다음은 의료급여관리사의 업무지원과 업무에 필요한 정보이용접근성에 대한 질문들이다. 의료급여관리사가 업무와 관련하여 궁금한 사안에 대해 누구의 도움을 받느냐에 대한 질문에 대하여 동료의료급여 관리사라는 응답이 전체의 약 70%로 가장 높은 것으로 나타났고 그 다음은 의료급여사업안내가 26%로 나타났다. 하지만 의료급여 사례관리사업지원단(5명)이나 보건복지가족부(0명)라고 응답한 사람은 거의 없어 의료급여관리사에 대한 업무지원이 취약한 것으로 판단된다.

[그림 V-3] 사례관리 업무 지원

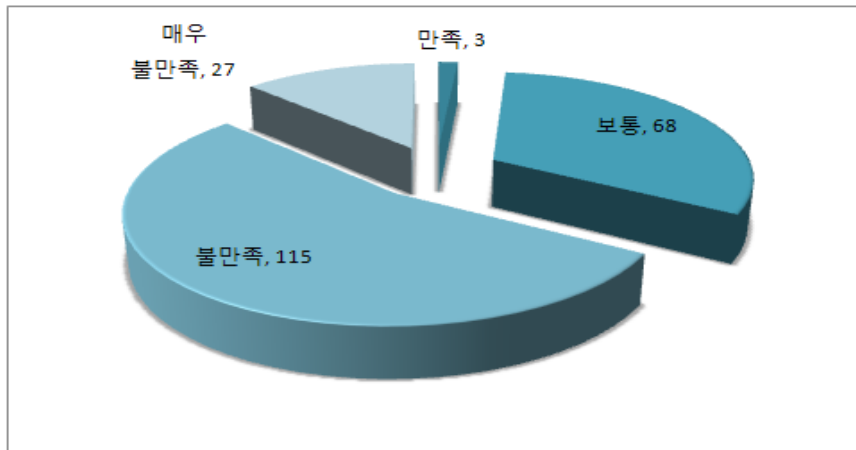
(단위: 명)



의료급여 사례관리 업무에 대한 의료급여사례관리사업지원단 및 보건복지가족부의 지원수준이 적절한가에 대한 질문에는 약 66%의 응답자가 불만족 또는 매우 불만족이라고 답해 의료급여 사례관리제도의 주관 부처와 지원단의 보다 적극적인 지원이 필요하다는 점을 시사하고 있다. 특히 의료급여 사례관리사업을 위한 교육과정개발 및 운영, 사업의 모니터링 및 평가·지원을 위해 설립된 기관인 의료급여사례관리사업지원단이라고 응답한 사람이 전무하다는 것은 제도의 효과적인 운영을 위해서 조직 기능의 역할 재정립이 필요하다고 생각된다.

[그림 V-4] 사례관리 업무에 대한 지원 수준

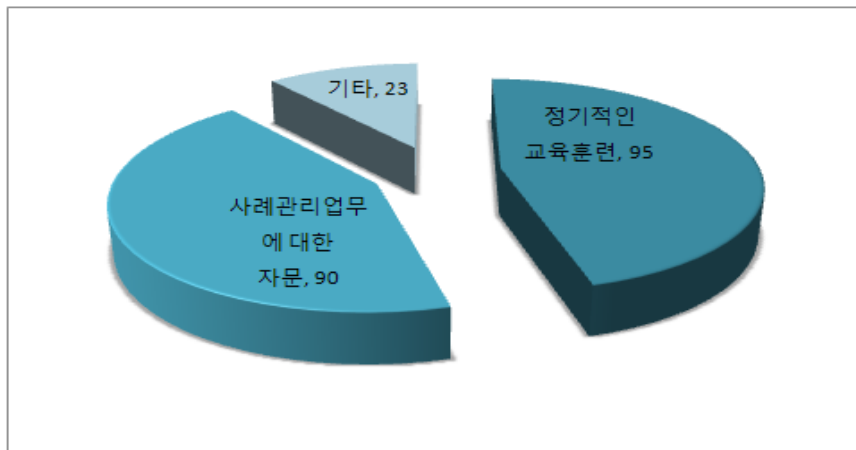
(단위: 명)



의료급여 사례관리에 대한 지원이 더 강화된다면 어떠한 역할에 가장 중점을 두어야 한다고 생각하는지에 대해 응답자의 46%가 ‘정기적인 교육훈련’이라고 응답하였고 약 43%가 ‘사례관리 업무에 대한 자문’이라고 응답해 위의 문항과 비슷한 결과를 보였다. 향후 의료급여관리사에 대한 교육의 부족과 업무에 대한 지원기능이 더 강화되어야 할 것이다. 이를 위해 의료급여 사례관리 시 사례관리 대상자의 유형별, 상황별 상담방법 등에 대한 매뉴얼개발도 좋은 방법이라 사료된다.

[그림 V-5] 중점 사례관리 지원 분야

(단위: 명)



다음은 보다 효과적인 사례관리를 위한 정보이용의 접근성에 대한 질문이다. 조사 결과 응답자의 최소 94%이상이 전자결제나 종합통계시스템 ID와 새울 행정시스템의 사용이 가능하고 약 89%는 건강보험심사평가원의 접속도 가능한 것으로 나타나 사례관리를 위한 정보시스템의 접근성은 매우 좋은 것으로 나타났다.

〈표 V-2〉 정보이용의 접근성

조 사 문 항	예	아니요
보장기관의 전자결제 ID를 가지고 있는가	200	12
새울 행정시스템 ID를 가지고 있는가	202	10
중합통계시스템 ID를 가지고 있는가	209	4
보장기관에서 건강보험심사평가원 접속이 가능한가	181	32

다음은 의료급여 사례관리에 대한 업무에 대한 문항들로 평균적으로 사례관리가 어느 수준에서 이루어지고 있는지에 대한 질문들이다. 먼저 의료급여관리사 1인당 몇 명의 대상자를 담당하고 있는지에 대한 질문에 1인당 평균 313명의 대상자를 담당하고 있는 것으로 나타났다. 단순계산으로 의료급여관리사가 하루 2명의 대상자를 상담을 하였다 가정하더라도 150일이 넘게 걸리는 시간으로 사례관리 대상자 1인을 평균적으로 3개월가량 사례관리한다고 하였을 경우 사례관리가 거의 불가능하다고 볼 수 있다. 물론 사례관리 대상자를 선정기준에 의거하여 선별하기는 하지만 여전히 의료급여관리사 1인이 담당하기에는 대상자가 많다고 하지 않을 수 없다. 의료급여관리사들에게 1인당 적정 사례관리 대상자 수를 물어본 결과 평균 176명 정도로 현재의 약 절반 정도의 대상자를 담당하는 것이 적정하다고 응답하였다. 현재 사례관리 대상자 중 방문상담이 이루어지는 대상자는 평균 112명 정도였다.

〈표 V-3〉 사례관리 및 방문상담 대상자

	평균	최소	최대
담당하고 있는 사례관리 대상자수	313.40	41	3,200
연간 1인당 적정 사례관리 대상자수	176.68	10	2,000
담당 사례관리 대상자 중 방문상담 대상자	111.59	2	600

일주일 평균 몇 명의 대상자에게 방문상담을 하고 있는지에 대한 응답으로 약 3.2명 정도이고 방문상담은 약 1시간 정도 이루어지고 있으며 방문상담 준비 및 이동 등 대상자 1인당 소요되는 총 시간은 약 2시간 정도라고 응답하였다.

〈표 V-4〉 사례관리 및 방문상담 대상자

(단위 : 회, 분)

	평균	최소	최대
일주일 평균 방문상담 횟수	3.22	0.1	10
방문상담 시 1인당 평균 상담시간	59.30	2.5	150
방문상담 시 대상자 1인당 평균 소요시간	117.23	3	480

대상자 1인당 평균적인 사례관리기간은 약 106일 정도로 나타나고 있으며 대상자 1인당 방문횟수는 약 1.4회 정도로 나타나고 있다. 사례관리기간에 비해 방문상담 횟수가 적다는 것은 전화상담이나 우편 등의 기타 상담유형이 더 많은 비중을 차지하고 있다는 것을 추측해 볼 수 있다.

〈표 V-5〉 사례관리 수준

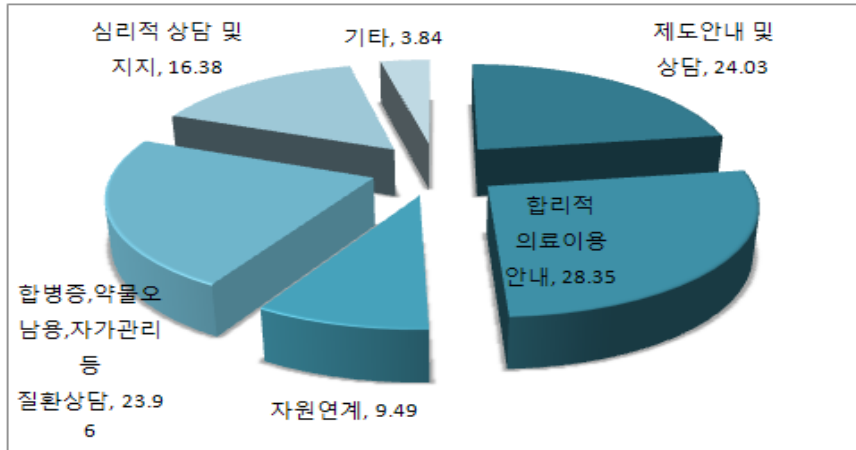
(단위 : 일, 회)

	평균	최소	최대
사례관리 대상자 1인당 사례관리 평균기간	106.11	1	365
사례관리 기간 중 대상자 1인당 평균 방문횟수	1.42	0.1	6

방문상담의 내용에 대한 응답으로는 ‘합리적 의료이용 안내’가 전체의 28.4%정도로 가장 많은 비중을 차지하였고 ‘제도안내 및 상담(24.03%)’, ‘합병증, 약물오남용, 자기관리 등의 질환상담(23.96%)’순으로 나타나고 있으며 그 밖에는 ‘심리적 상담 및 지지’, ‘자원연계’등으로 나타났다.

[그림 V-6] 방문상담의 내용

(단위: %)



의료급여관리사들이 방문상담 시 가장 어려운 점으로 ‘상담장소로의 이동’으로 전체응답의 약 30%를 차지하였고 그 다음은 ‘신변에 대한 위협’으로 28%로 나타났다. 현재 근무하고 있는 의료급여관리사의 거의 대부분이 여성으로 의료급여 사례관리 대상자가 독거남성이거나 대상자의 거주지역 환경이 좋지 않을 경우 신변의 위협을 느끼게 되는 것이다. 아직까지 의료급여관리사에 아무런 보호장치가 없고 의료급여사업안내에도 “정신질환자등의 가정을 방문할 경우 공익요원 동행 등 개인의 신변보호에 각별히 유념”이라고 명시되어 있지만 일선 현장에서는 거의 이루어지고 있지 않다.

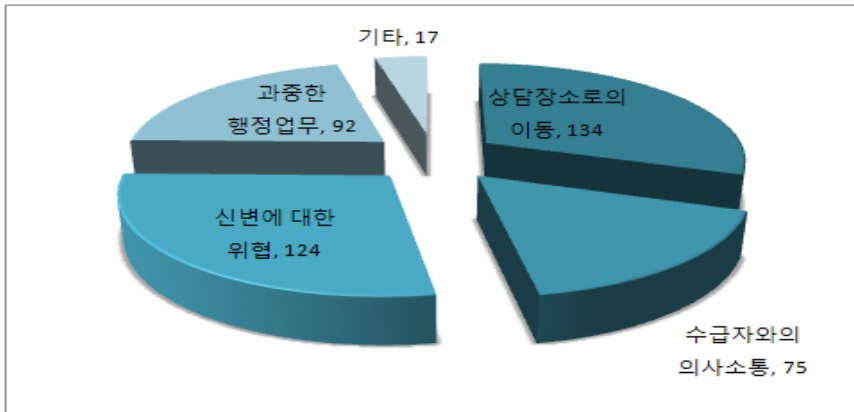
〈표 V-6〉 방문상담 시 어려운 점

방문상담 시 어려운 점	응답자	백분율
상담장소로의 이동	134	30.32
수급자와의 의사소통	75	16.97
신변에 대한 위협	124	28.05
과중한 행정업무	92	20.81
기타	17	3.85
계	442	100.00

주: 복수응답 문항임

[그림 V-7] 방문상담 시 어려운 점

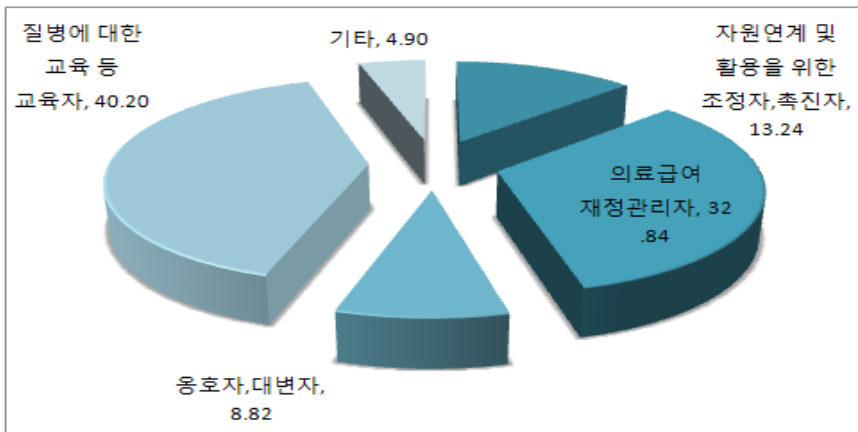
(단위: 명)



의료급여관리사들이 생각하는 가장 중요하다고 여기는 역할로는 ‘질병에 대한 교육 등 교육자’라는 응답이 약 40%정도로 가장 많았으며 그 다음은 ‘의료급여 재정관리자’라는 응답으로 약 33%를 차지하였다.

〈표 V-7〉 의료급여관리사로서의 역할

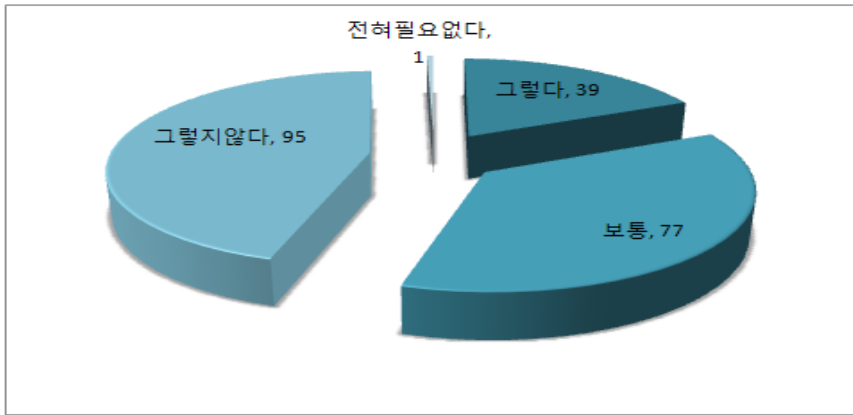
중요하다고 생각하는 의료급여관리사로서의 역할	응답자	백분율
자원연계 및 활용을 위한 조정자, 촉진자	27	13.24
의료급여 재정관리자	67	32.84
옹호자, 대변자	18	8.82
질병에 대한 교육 등 교육자	82	40.20
기타	10	4.90
계	204	100.00



지금부터는 의료급여 사례관리제도에 대한 의료급여관리사들의 주관적인 평가에 대해 조사한 결과이다. 먼저 의료급여관리사들에게 의료급여 사례관리 제도가 본래의 취지에 맞게 잘 운용되고 있는지에 대해 조사한 결과 예상외로 ‘그렇지 않다’라는 응답이 45%로 가장 많은 것으로 나타났고 ‘보통’이라는 응답이 그 다음으로 약 36%이었다. 특히 의료급여 사례관리제도가 제대로 운영되고 있지 않다고 응답한 사람 중 그 이유에 대해서는 가장 많은 응답자가 ‘의료급여관리사에 대한 제반여건 관련’이라고 응답한 것으로 나타났다.

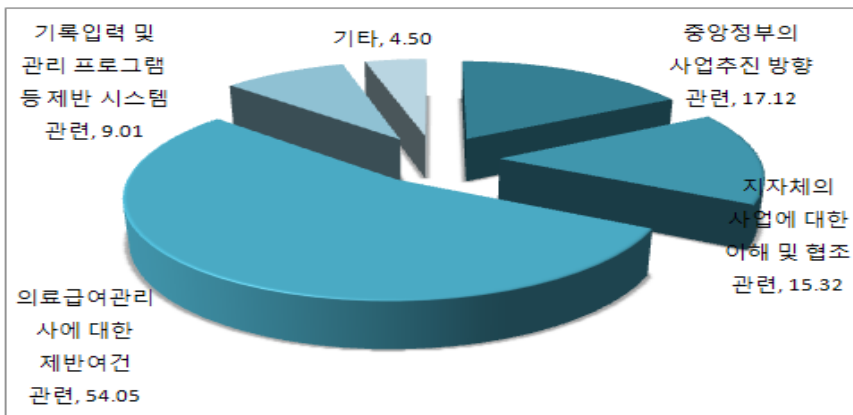
〈표 V-8〉 의료급여 사례관리제도의 운영 수준

	응답자	백분율
매우그렇다	0	0.00
그렇다	39	18.40
보통	77	36.32
그렇지않다	95	44.81
전혀필요없다	1	0.47
계	212	100.00



[그림 V-8] 의료급여 사례관리제도가 제대로 이루어지지 않는 이유

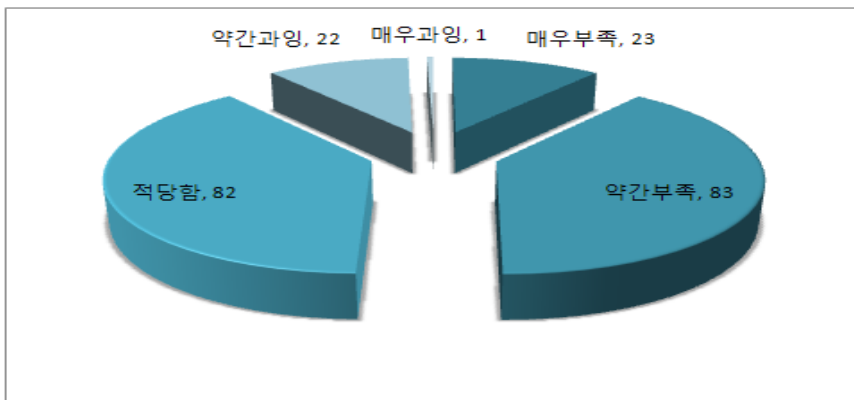
(단위: %)



의료급여 대상자에 대한 현재의 의료급여 사례관리 기간(약3개월)이 충분하다고 생각하는지에 대한 응답으로 약 50%의 응답자가 매우 부족 또는 약간 부족이라고 응답해 현재의 사례관리 기간이 충분하지 않다는 의견이 가장 많았고 적당하다는 응답이 약 39%, 그리고 오히려 과잉이라는 응답도 약 11%정도를 차지하였다.

〈표 V-9〉 사례관리 기간의 충분성

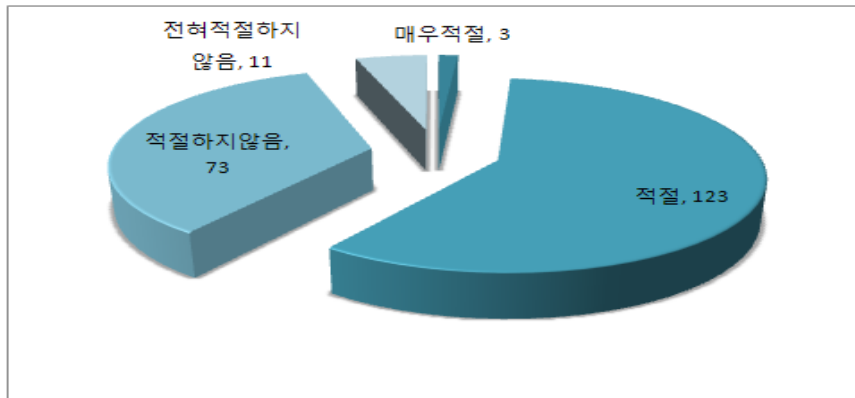
	응답자	백분율
매우부족	23	10.90
약간부족	83	39.34
적당함	82	38.86
약간과잉	22	10.43
매우과잉	1	0.47
계	211	100.00



현재 사례관리 기간 및 형태는 각 군별로 선별하는 차등을 두고있는데 이러한 분류가 실제 업무에 있어 적절한지에 대한 응답으로 적절 또는 매우 적절하다는 응답이 전체의 약 60%, 적절 또는 전혀 적절하지 않다는 응답 약 40%정도로 현재의 사례관리 대상자의 분류기준이 적절하다는 응답이 조금 더 많았다.

〈표 V-10〉 사례관리 군의 분류기준 적절성

구분	응답자	백분율
매우적절	3	1.43
적절	123	58.57
적절하지않음	73	34.76
전혀적절하지않음	11	5.24
계	210	100.00



사례관리 대상자 군 별 차등이 적당하지 않다고 응답한 사람에게 어느 정도가 적당한지에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 현재 의료급여사업 안내 매뉴얼에는 일시관리군에 대해서는 일시적 개입, 유지관리군은 12주의 기간동안 2~6회 이상 전화 및 1~2회 방문 그리고 집중관리군에 대해서는 12주의 기간동안 6회 이상 전화 및 3회 이상 방문을 사례관리 기간을 정해 놓고 있다. 한편 의료급여관리사들이 현장 업무에서 적절하다고 생각하는 사례관리 기간과 수준과는 약간의 차이를 보이고 있다.

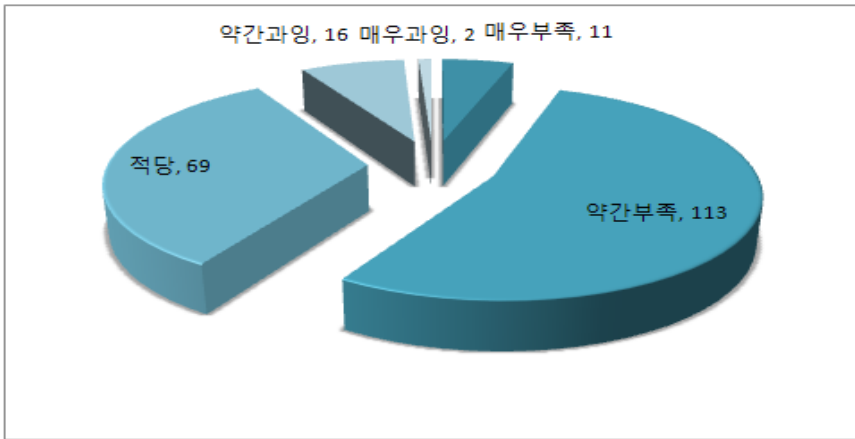
〈표 V-11〉 사례관리 군별 적정 사례관리 수준

	적당하다고 생각하는 정도															
	일시관리군			유지관리군			집중관리군									
	주	방문	전화	주	방문	전화	주	방문	전화							
의료급여사업안내 의료급여 사례관리 설문조사	일시적 개입	12	1-2	2-6	12	3회이상	6회이상	6.22	0	1.41	10.46	1.12	2.46	14.14	1.61	3.65

대상자에 대한 현재의 의료급여 사례관리 수준이 어느 정도인가라는 질문에 대하여 약간 부족하다는 응답이 전체의 약 54%, 적당하다는 응답이 약 33%이었다.

〈표 V-12〉 의료급여 사례관리 수준

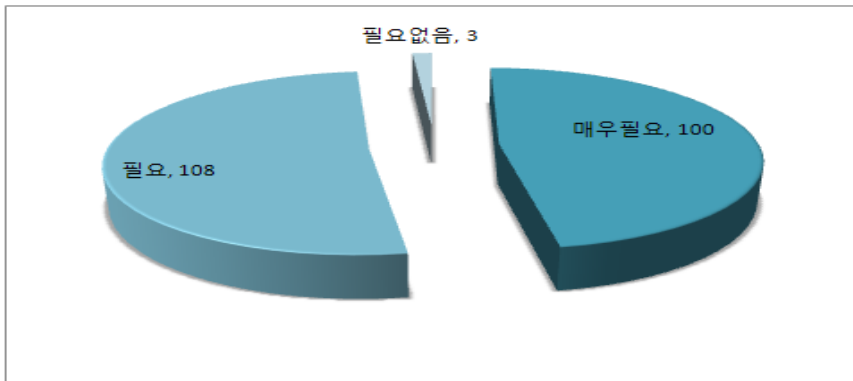
구 분	응답자	백분율
매우부족	11	5.21
약간부족	113	53.55
적당	69	32.70
약간과잉	16	7.58
매우과잉	2	0.95
계	211	100.00



의료급여관리사들이 의료급여 사례관리제도가 현재의 대상자들에게 어느정도 필요하다고 생각하는지에 대한 질문에 대해 전체 응답자의 99%가 ‘매우 필요’ 또는 ‘필요’하다고 응답을 해 의료급여관리사가 주관적으로 생각하는 의료급여 사례관리제도의 필요성은 매우 높은 것으로 보여진다.

〈표 V-13〉 사례관리 제도의 필요정도

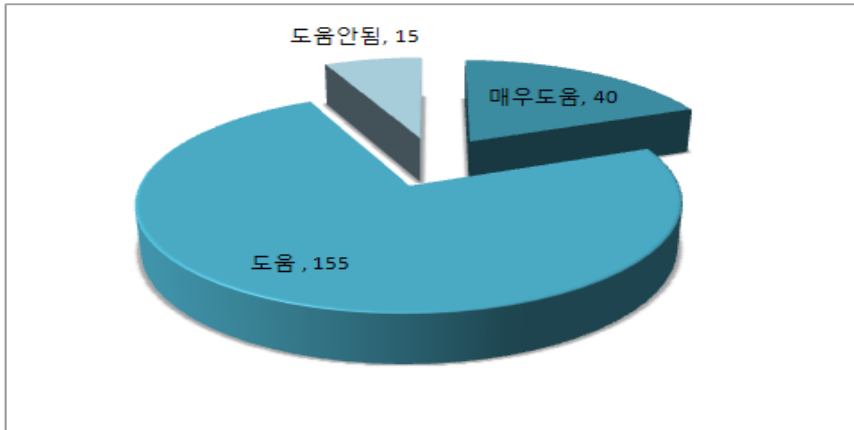
대상자에게 제도의 필요정도		%
매우필요	100	47.39
필요	108	51.18
필요없음	3	1.42
전혀필요없음	0	0.00
계	211	100.00



그리고 의료급여 사례관리제도의 본 목적인 의료급여 수급권자의 삶의 질과 소수의 무분별한 의료이용에서 발생할 수 있는 재정문제에 대해 어느정도 도움이 되었는지에 대한 질문에 93%와 97%의 응답자가 ‘도움’ 또는 ‘매우 도움’이 되었다고 생각하는 것으로 나타났다.

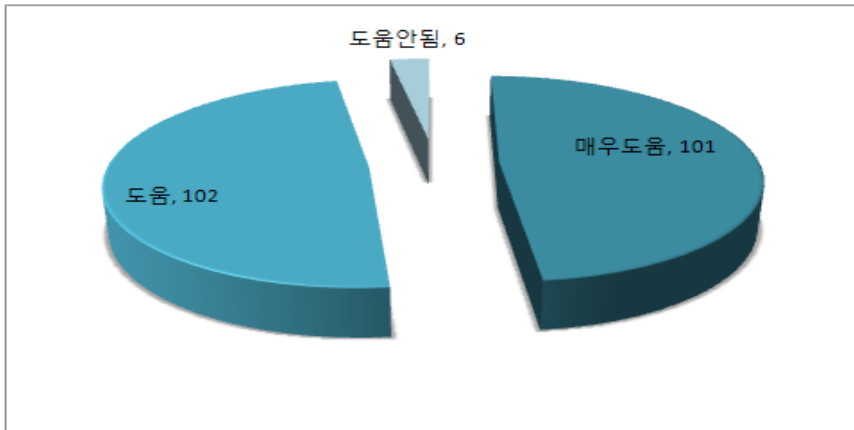
[그림 V-9] 수급권자의 삶의 질 도움정도

(단위: 명)



[그림 V-10] 재정안정화 정도

(단위: 명)



의료급여관리사를 대상으로 의료급여 사례관리 제도에 대한 설문조사 결과를 요약하자면 의료급여관리사들의 대부분은 의료급여관리사의 고유 업무 수행하고 있으며 그 밖에 의료급여 자격관리나 부당이득금환수

등 환급금 관리 업무를 하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 업무에 필요한 정보이용의 접근성은 대단히 좋은 것으로 나타났지만 이들에 대한 업무지원은 매우 미흡한 결과를 보여 관련 부처와 기관의 적극적인 지원이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 특히 의료급여 사례관리사업을 위한 교육과정개발 및 운영, 사업의 모니터링 그리고 평가 및 지원을 하기 위해 설립된 의료급여사례관리사업지원단의 역할 재정립이 필요할 것으로 판단된다. 의료급여관리사들에 대한 지원 강화에 대해 정기적인 교육과 사례관리 업무에 대한 자문이라고 응답한 결과가 뒷받침하고 있다.

현재 의료급여사관리사 1인당 담당하고 있는 수급권자수는 약 313명이고 이 중 방문사례관리까지 이루어지는 대상자는 112명 정도로 나타났다. 또한 일주일에 평균적으로 3.2명의 대상자에 대해 방문상담을 실시하고 있으며 방문상담 시간은 약 1시간정도 이루어지고 있으며 방문상담을 위한 준비 및 이동시간까지 계산한다면 대상자 1인에 대한 방문상담 시간은 대략 3시간 정도 소요되는 것으로 볼 수 있다. 그리고 방문상담의 주된 내용은 합리적인 의료이용에 관한 안내와 제도안내 및 상담 그리고 합병증, 약물오남용, 자기관리 등의 질환상담이 주된 내용이었다. 의료급여관리사들이 방문상담 시 느끼는 가장 어려운 점으로는 상담장소로의 이동과 신변에 대한 위협으로 나타났고 의료급여관리사로서의 역할로는 질병에 대한 교육 등 교육자와 의료급여 재정관리자로서의 역할을 가장 중요하다고 생각하는 것을 알 수 있었다.

의료급여관리사들이 일선 업무를 수행하면서 매뉴얼 상의 사례관리 기간인 3개월은 충분하지 않다는 의견이 조금 많았고 수급권자에 대한 사례관리 수준 또한 약간 부족하다는 응답이 더 많았다. 하지만 수급권자의 삶의 질과 재정안정화에 도움이 되었다는 응답은 매우 높았고 사례관리 제도의 필요성에 대한 인식도 매우 높은 것을 알 수 있었다.

제6장 결론

본 연구는 2006년에 전국적으로 실시된 의료급여 사례관리 사업의 효과성 평가에 이어 2007년도에도 지속적으로 사례관리의 효과가 나타나는지 평가하고자 하였다. 1차 년도에 선정된 전국 234개 지자체 중 48개 지자체가 또다시 표본으로 선정되었다. 표본은 다음과 같은 방법에 의해 선정되었다. 대도시, 중소도시, 군 지역 중 약 33%를 계통추출 방법에 의해 선정하고 그 지역 중 해당 지역에 배속된 의료급여관리사의 경력이 2년 이상이면서 본 연구사업의 취지에 공감하고 협조를 약속한 48개 지역이 최종적으로 선정되었다. 약 3만 명의 사례관리 대상자 중 4,803명이 48개 지역에 해당됨으로써 이들이 최종 표본이 되었다.

주상병, 부상병, 사례관리를 위한 최초의 개입시점, 사례관리 종료시점, 사례관리 횟수, 방문상담 또는 전화상담 여부, 대상자의 특이 사항 등에 대한 조사표를 만들어 48개 지자체로부터 원 자료를 구득하였다. 동시에 이들에 대한 2005년부터 2008년 8월까지의 진료실적을 국민건강보험공단으로부터 구득하였다. 4,803명에 대해 사례관리가 이루어진 집단(A)과 이루어지지 못한 집단(B)으로 구분하여 사례관리 후 의료이용량의 변화 여부를 확인하였다.

2007년도 제 1차 평가에서는 다음과 같은 결과가 도출되었다. 사례관리 후 A 집단의 의료이용량이 B 집단에 비해 증가율이 낮게 나타나거나 절대량이 감소하였다. 사례관리 전에도 A 집단은 평균 내원일수가 147일로 B 집단의 133일 비해 약간 더 많았고 1인당 평균 진료비 규모도 A 집단이 약 3,425 천원으로 B 집단의 약 3,000 천원에 비해 더 크게 나타났다. 사전적으로 A 집단이 B 집단에 비해 의료위험이 더 높은 상태에 있었거

나 남용의 여지가 더 있었을 개연성이 있다. 사례관리 후 A 집단은 내원 일수가 약 15.6% 감소하였고 B 집단도 약 11.3% 감소하였다. 사례관리 이전에 재정위기에 대한 언론의 보도가 있었기 때문에 필요이상의 의료이용을 자제해야한다는 공감대가 이미 있었다. B 집단의 의료이용 감소는 이와 상관이 있는 것으로 보인다. A 집단의 감소치도 사회적 분위기와 사례관리 효과가 복합적으로 작용하여 나타났을 것으로 판단된다. 또한 사례관리 여부와 상관없이 대상자들의 내원일수는 여전히 120일을 넘고 있다. 즉 이들은 만성질환 등 질환을 복합적으로 앓고 있기 때문에 의료서비스를 받아야만 하는 상태에 있다는 것을 의미한다. 일부의 남용이 있으되 우려할 만한 정도의 남용은 아니라할 수 있다. 하여튼 사례관리가 이루어진 A 집단에 대한 사례관리는 분명 효과가 있었다. 다만 효과의 크기에 대해서는 단언하여 결론짓기가 어렵다.

어떤 집단에 사례관리를 하는 것이 효과성을 높일 수 있는지 탐색하기 위해 4,803명을 여러 가지 방법으로 분리하여 분석하였다. 1종과 2종, 입원과 외래, 이용했던 요양기관의 종류, 지역, 성, 연령, 사례관리 횟수 등으로 집단을 구분하여 분석하였다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째 1종에 대한 사례관리가 2종에 비해 효과적인 것으로 나타났다. 사례관리가 이루어진 시점에서 1종은 본인부담⁹⁾이 없고 2종은 있었다. 즉 2종 수급자들은 남용가능성이 1종에 비해 상대적으로 적다는 것을 의미한다. 사례관리 결과도 이를 뒷받침한다.

둘째 외래환자들에 대한 사례관리가 입원환자들에 비해 효과적인 것으로 나타났다. 입원의 경우 대부분 중질환이어서 사례관리와 상관없이 지속적인 치료를 받아야하는 상태에 있기 때문에 사례관리 효과는 그 만큼 적을 수밖에 없다. 외래에 대한 사례관리는 상당히 효과적인 것으로 나타났다. 남용을 줄이는 효과도 있으되 사회적 분위기 때문에 필요한 의료이

9) 2007년 7월부터 1종에게도 건강생활유지비를 지급하는 대신 본인 일부 부담하도록 하였다.

용을 자제하는 경우도 있었을 것으로 추론된다.

셋째 이용했던 요양기관 중별로 사례관리 효과를 살펴본 결과 병원 이상급 보다는 외래가 집중된 의원급에서 효과가 있었다. 즉 의원급을 상대적으로 많이 이용하는 외래환자들에게 사례관리를 하는 것이 효과적인 것으로 나타났다. 약국의 경우는 대부분 병의원의 처방전에 의해 방문하는 것이기 때문에 사례관리 효과가 있다고 보기 어렵다. 다만 내원일수 감소에 비해 진료일수의 감소가 적은 것은 투약일수가 증가했음을 의미한다.

넷째 남과 여를 구분하여 분석한 결과 남자에 대한 사례관리가 여자보다 더 효과적인 것으로 나타났다.

다섯째 연령대 별로 사례관리 효과에 차이가 있는지를 살펴보았다. 전체적으로 80세 미만 모두에서 사례관리 후 의료이용행태에 차이가 있는 것으로 나타났다. 대부분 의료급여 사례관리 대상자들이 60세 이상의 고령자이고 본 연구의 대상자들 또한 약 80%가 60대 이상으로 나타났다. 60세에서 80세 미만 대상자들의 모든 지표에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하거나 증가율이 낮은 경향을 보이고 있는 반면 80세 이상의 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않는데 이는 고령으로 인한 만성 질환 등으로 인해 지속적인 의료 관리가 필요하기 때문이라고 추측된다.

여섯째 대상자가 거주하고 있는 지역규모별 효과를 분석해 본 결과 대도시와 중소도시 모두에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하는 경향을 보이고 있으나 군지역의 경우 내원일수를 제외한 모든 지표에서 사례관리의 후의 의료이용량이 증가한 것으로 나타났다. 이는 평상시 의료접근성을 반영한 것으로 보인다. 요양기관이 대도시에 집중적으로 분포되어 있기 때문에 자주 방문할 수 있으나 군지역의 경우 의료욕구가 있음에도 요양기관 분포가 작아 상대적으로 접근성이 떨어진다. 즉 군지역의 경우 사례관리와 상관없이 꼭 필요한 니드가 있을 때 의료기관 이용이 이루어졌다고 판단할 수 있다. 그러나 대도시 및 중소도시는 요양기관 접근성이 좋

아 필요이상의 이용을 하다가 사례관리 후 그 경향이 다소 둔화되었다고 볼 수 있다. 재정적인 측면에서 사례관리는 대도시, 중소도시 중심으로 이루어지는 것이 효과적일 것이다. 반면 군지역은 의료 접근성이 떨어지기 때문에 과소이용에 대한 사례관리가 필요할 수 있다.

일곱째 사례관리가 진료과별로 영향을 미치는지 분석하였다. 진료과별 사례관리의 효과 분석은 입원과 외래로 구분하여 실시되었다. 입원의 경우 다빈도 5개 진료과 중 사례관리 후 의료이용량(총진료비)이 감소한 과는 내과, 외과, 신경외과로 나타났고 정형외과와 일반은 증가한 것으로 나타났다. 특히 외과의 감소현상이 두드러졌다. 외래의 경우 입원과 달리 모든 과에서 사례관리 후 의료이용량 감소가 두드러졌다. 특히 안과와 정형외과의 감소가 컸는데 안과는 만성질환과 직접적인 관련이 없는 과임에도 불구하고 감소량이 상대적으로 크게 나타났다. 그러나 과별 분석은 표본수의 한계로 과별 효과성을 단언하기 어렵다.

여덟째 사례관리의 횟수가 효과에 영향을 미치는지 살펴보았다. 사례관리가 이루어지지 않은 집단, 1회 이루어진 집단, 2회 이상 이루어진 집단, 이렇게 3그룹으로 분리하여 사례관리 횟수별 의료이용량의 변화를 본 결과 사례관리 횟수에 비례하여 의료이용량의 증가율이 감소함을 볼 수 있다. 1회 이루어진 집단에 비해 2회 이상 이루어진 집단의 효과가 훨씬 크게 나타났다.

아홉째 사례관리의 효과가 지속적으로 나타나는지 살펴보기 위해 의료이용량 비교를 사례관리 전후 3개월, 6개월, 1년으로 나누어 분석하였다. 사례관리후 시간이 경과함에 따라 효과가 감소했다는 증거를 찾기가 어려웠다. 일단 사례관리가 이루어지면 그 효과는 지속된다고 볼 수 있다. 또한 그 동안 남용되었던 의료이용을 줄인 것이기 때문에 시간이 경과하여도 증가시킬 필요가 없다는 해석을 할 수도 있을 것이다.

즉 2007년도 제 1차 연구에서는 결론적으로 재정절감 관련 사례관리를

하고자 할 때 대도시나 중소도시에 거주하면서 의원급을 이용하는 1종 외래환자로써 60대 이상의 남성을 대상으로 2회 이상 사례관리를 실시하는 것이 가장 효과적인 것으로 나타났다.

2008년도 제 2차 연구(사례관리 시점 및 데이터는 2007년 중심임)에서는 1차 년도 결과를 담보하기에 미흡한 결론에 도달하였다. 성, 연령, 사례관리 횟수, 요양기관 종류, 1종과 2종, 거주 지역 등 모든 분류 기준에서 사례관리를 받은 집단과 그렇지 못한 집단간 재정 측면에서 뚜렷한 차이를 발견하지 못하였다. 즉 의료이용량에서 전체적으로 감소하는 경향을 보였지만 두 집단간 감소량에 모든 지표에서 큰 차이가 발생하지 못했다. 이는 다음과 같은 이유 때문일 것으로 판단된다. 2007년 7월부터 의료급여 1종 외래에 건강생활유지비를 지급하는 대신 본인부담제도가 도입되었다. 동시에 진료일수 450일 이상에게는 주치의제와 비슷한 선택병원제가 도입되었다. 본 사례관리의 대상은 모집단 전체가 2005년 기준 진료일수 450일이 넘는 즉 복합상병을 보유하고 있는 계층이기 때문에 대부분이 선택병원제에 해당될 가능성이 높은 집단이다. 선택병원제에 해당되면 지정병원외에 다른 요양기관을 방문하고자 할 때 지정병원의 의뢰서가 있어야 하기 때문에 이전과 같이 여러 요양기관을 방문할 수 없는 것이다. 선택병원제에 해당되기 전이라도 본인부담제의 도입 때문에 전에 비해 요양기관 방문이 자유롭지 못했을 것으로 추론된다.

2007년의 2차년도 사례관리 효과 분석은 이러한 제도적 변화 때문에 분명한 결과를 도출하기 어려웠다. 본인부담제와 선택병원제가 사례관리 효과를 상쇄하고도 남을 만큼 재정측면에서 엄청난 효과를 가져왔기 때문이다. 보다 구체적이고 명확한 사례관리의 효과를 규명하기 위해서는 본인부담제와 선택병원제가 정착된 후 다시 검토해야할 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

- 김의숙 외, 『의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안』, 연세대학교, 2006.
- 국민건강보험공단, 『진료비부담 내역통보 및 수진내역신고처리 결과』, 각 연도.
- 국민건강보험공단, 『업무처리요령II』, 2005.
- 국민건강보험공단, “적정의료이용지원 업무 매뉴얼”, 2006.
- 보건복지부, 의료급여사업 안내, 2006
- 보건복지부, 2006년도 방문보건사업 운영 안내(안), 2006
- 이규식, 『의료수요의 가격 및 소득탄력도-직장 및 공·교건강보험 적용자의 외래수요에 관하여』, 『인구보건논집』, 제5권 제2호, 1985.
- 이진경, 2001, “건강보험 본인부담 실태와 추이 분석”, 『건강보험포럼』 1(3): 51-72
- 이원희, 『의료급여 수급권자의 의료이용과 건강관리를 위한 사례관리사업 발전방향』, 한양대학교 박사학위논문, 2006.
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오준환, 이수형, 2003, “보건의료비용 지출의 형평성”, 『보건경제연구』 9(2): 25-34
- 이평수 외(1999), 「의료보호 재정 안정화 방안 연구」, 한국보건산업진흥원
신영석, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.

신영석, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.

신영석, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.

신영석 외, 『기초보장 급여체계 합리화 방안-의료급여를 중심으로』, 한국보건사회연구원, 2004.

신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원』, 2005.

신영석 외, 『기초보장 건강성 제고를 위한 급여체계 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2005.

신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2006.

신영석 외, 『의료급여 재정효율화를 위한 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2006.

신영석 외, 『의료급여 사례관리 및 효과분석 1』, 한국보건사회연구원, 2007.

퍼스트디스, “의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사”. 2006. 4

Arrow, Kenneth J., “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,” American Economic Review, December 1963, pp.941~973.

Beck, R. G., “The Effects of Co-Payment on the Poor,” The Journal of Human Resources, Winter 1974, pp.129~142.

Feldstein, Martin, S., “The Welfare Loss of Excess Health Insurance,” Journal of Political Economy, 81, 1973, pp.251~280.

- Kutzin, J., The appropriate role for patient cost sharing, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press, 2002.
- Manning, W. G. et al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment," *American Economic Review*, 77, 1987, pp.251~77.
- Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, "Price and Income Elasticities for Medical Care Services", in M. Perlman, ed., *The Economics of Health and Medical Care*, 1974.
- OECD, OECD official document # DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN (Background Documents/The Caring World: National Achievements /Tables and Clants, Paris 23~24 June 1998)
- Pauly, M., "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economic Review*, June 1968, pp.531~36.
- Pauly, Mark V. and Philip J. Held, "Benign Moral Hazard and the Cost-effectiveness Analysis of Insurance Coverage", *Journal of Health Economics*, Vol.9, 1990, pp.447~461.
- Phelps, C. E and J. P. New house, *Coinsurance and the Demand for medical services*, Santa Monica Rand Corporation, R-964-10Eolnc, 1974.
- Stiglitz J. E., 1988, *Economics of the Public Sector*(2nd ed), W.W. Norton & Company; New York
- Wagstaff A., van Doorslaer E., van der Berg H., Calonge S., Christianen T., and Citoni G., 1999, "Equity in the finance of health care: some further international comparisons", *Journal of Health Economics* 18:263-290

〈부 록 1〉의료급여 사례관리에 대한 설문조사

본 연구는 기존 보건과 복지의 문제를 갖고 있는 의료급여 수급권자를 대상으로 수급권자의 자기건강관리 능력을 향상시켜 삶의 질제고 및 의료급여 재정안정화에 기여하기위한 의료급여 사례관리제도에 관한 내용입니다. 2003년도 제도가 출범한 이래 제도 도입 당시의 취지가 제대로 실현되고 있는지, 실현되지 못하고 있다면 그 이유가 무엇인지, 사례관리 업무에 있어 문제점은 무엇인지 등에 대해 살펴보고자합니다.

귀하께서 응답하신 내용은 시도 단위 또는 전국 단위로 통계처리 되므로 개별 시군구의 응답에 대해서는 익명으로 처리되며, 정책개선사항을 도출하기 위한 목적 외에는 사용되지 않음을 알려드리오니, 제도개선에 현실성있고 풍부한 내용이 담길 수 있도록 적극적으로 의견을 개진해 줄 것을 당부드립니다.

궁금한 사항이 있으시면 언제든지 저희 연구팀에 연락주시기 바랍니다. 문의하시는 내용에 대해 성심성의껏 답변해 드리도록 하겠습니다. 감사합니다.

한국보건사회연구원 건강보험팀

선임연구원 000

연락번호: 02) 380-8000

이메일: 0000@kihasa.re.kr

응답자

소속: _____ 시·도 _____ 시·군·구

연락전화번호: _____) _____ - _____

이메일주소:

의료급여관리사용

◎ 다음은 의료급여관리사의 업무내용에 관한 사항입니다.

1. 귀하가 의료급여관리사 업무를 맡으신 기간은?

____년 ____개월

2. 귀하가 계신 보장기관에 귀하를 포함하여 몇 분의 의료급여관리사가 근무하고 계십니까? (명)

3. 귀하께서 근무하는 보장기관에 거주하고 있는 전체 의료급여 수급권자는 대략 몇 명입니까? (명)

4. 귀하께서는 의료급여관리사의 업무만을 전담하고 있습니까? ()

- ① 예
- ② 아니오(문항4-1, 4-2로 이동)

※ 의료급여관리사의 업무란 의료급여 사례관리, 상해외인 업무, 연장승인, 중복청구, 항암초과 등 그 밖의 의료급여관리사 고유의 업무를 말합니다.

4-1. ②아니오 응답한 경우, 의료급여관리사 업무 외에 구체적으로 어떤 업무를 하고 계시는지 하나 또는 두 가지 정도로 기술하여 주십시오.

4-2. ②아니오 응답한 경우, 귀하가 담당하고 있는 전체 업무 중, 의료급여관리사의 업무의 비중은 어느 정도라고 생각하십니까?

(%)

5. 귀하께서 하고 계신 업무의 전체 비중을 100%라고 하였을 때, 각 업무의 비중은 어느 정도입니까?

의료급여 사례관리(%) 상해외인 업무(%)

자격관리 업무(%) 연장승인 업무(%)

그 밖의 의료급여관리사업무(%)

의료급여관리사 외의 업무(%)

※ 의료급여관리사의 외의 업무란 의료급여관리사의 고유의 업무를 제외한 타 업무를 말합니다.

◎ 다음은 의료급여관리사의 업무 지원 및 정보이용접근성에 관한 사항입니다.

6. 귀하께서 사례관리 업무에 대해 궁금한 사안이 있을 경우, 누구의 도움을 받으십니까? ()

① 의료급여사업안내 ② 보건복지가족부 기초의료보장과 담당자

③ 의료급여 사례관리사업지원단 ④ 동료 의료급여관리사

⑤ 기타(구체적으로 기술)

7. 귀하께서는 의료급여 사례관리업무에 대한 의료급여사례관리사업지원단 및 보건복지가족부의 지원의 수준이 적절하다고 생각하십니까?

()

① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만족 ⑤ 매우 불만족

※ 의료급여 사례관리사업지원단은 의료급여 사례관리사업을 위한 교육과 정개발 및 운영, 사업 모니터링 평가·지원을 위해 설립된 기관입니다.

8. 의료급여 사례관리 지원이 더 강화된다면 어떠한 역할에 가장 중점을 두어야 한다고 생각하십니까? ()
- ① 정기적인 교육훈련 ② 사례관리업무에 대한 자문
③ 정기적인 사업모니터링 및 평가 ④ 기타(구체적으로 기술)
9. 귀하께서는 보장기관의 전자결제 ID를 갖고 계십니까? ()
- ① 예 ② 아니요
10. 귀하께서는 새울 행정시스템 ID를 갖고 계십니까? ()
- ① 예 ② 아니요
11. 귀하께서 종합통계시스템 ID를 갖고 계십니까? ()
- ① 예 ② 아니요
12. 귀하께서 근무하시는 보장기관에서 건강보험심사평가원 접속이 가능하십니까? ()
- ① 예 ② 아니요

◎ 다음은 의료급여 사례관리 업무에 관한 사항입니다.

13. 2008년을 기준으로, 귀하께서 현재 담당하고 계시는 사례관리 대상자는 몇 명입니까? (명)
14. 2008년을 기준으로, 귀하께서 담당하고 계시는 사례관리 대상자 중 방문상담이 이루어지는 대상자는 몇 명입니까? (명)
15. 의료급여관리사 1인당 사례관리 대상자 수는 연간 몇 명 정도가 적정하다고 생각하십니까? (명)
16. 방문상담은 일주일 평균 몇 회 정도 하십니까? (명)

17. 방문상담 시, 대상자 1인당 평균적인 상담시간은 얼마입니까?
(분)
18. 방문상담 시, 준비 및 이동 등 대상자 1인당 총 소요시간은 평균적으로 어느 정도 걸리십니까? (분)
19. 사례관리 대상자 1인당 평균적인 사례관리 기간은 어느 정도 되십니까? (일)
20. 사례관리 기간동안 대상자 1인당 평균적인 방문횟수는 몇 회입니까?
(회)
21. 방문 상담의 경우, 전체 업무비중을 100%라고 하였을 때, 각 업무의 비중은 어느 정도입니까?
제도안내 및 상담(%) 합리적 의료이용안내(%)
자원연계(%) 합병증, 약물오남용, 자가관리 등 질환상담(%)
심리적 상담 및 지지(%) 기타(구체적의 기재: %)
22. 방문 상담의 경우, 가장 어려운 점은 무엇입니까?
[복수응답가능] ()
① 상담 장소로의 이동 ② 수급자와의 의사소통 ③ 신변에 대한 위협
④ 과중한 행정업무 ⑤ 기타(구체적으로 기술:)
23. 의료급여관리사로서의 다양한 역할 중 귀하가 가장 중요하다고 생각하시는 것은 무엇입니까? ()
① 자원연계 및 활용을 위한 조정자, 촉진자로서의 역할
② 의료급여 재정관리자로서의 역할

- ③ 옹호자, 대변자로서의 역할
- ④ 질병에 대한 교육 등 교육자로서의 역할
- ⑤ 기타(구체적으로 기술:)

◎ 다음은 의료급여 사례관리제도에 대한 주관적 평가에 관한 사항입니다.

24. 의료급여 사례관리 제도는 그 취지에 맞게 제대로 운영되고 있다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
- ⑤ 전혀 필요없다

24-1, 의료급여 사례관리제도가 제대로 운영되고 있지 않다고 응답한 경우 그 이유는 무엇입니까? ()

- ① 중앙정부의 사업추진 방향 관련
- ② 지자체의 사업에 대한 이해 및 협조 관련
- ③ 의료급여관리사에 대한 제반여건 관련
- ④ 기록입력 및 관리 프로그램 등 제반 시스템 관련
- ⑤ 기타(구체적으로 기술:)

25. 대상자에 대한 현재의 의료급여 사례관리 기간(약 3개월)은 충분하다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 부족함 ② 약간 부족함 ③ 적당함 ④ 약간 과잉임
- ⑤ 매우 과잉임

26. 현재 사례관리 기간 및 형태는 군 별로 차등을 두고 있습니다. 실제 업무에 있어 이러한 기준을 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 매우 적절함 ② 적절함 ③ 적절하지 않음 ④ 전혀 적절하지 않음.

26-1, 적절하지 않다고 응답한 경우, 군 별로 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ① 일시관리군 (주, 방문 회 이상, 전화 회 이상)
 ② 유지관리군 (주, 방문 회 이상, 전화 회 이상)
 ③ 집중관리군 (주, 방문 회 이상, 전화 회 이상)

27. 대상자에 대한 현재의 의료급여 사례관리 수준이 적절하다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 부족함 ② 약간 부족함 ③ 적당함 ④ 약간 과잉임
 ⑤ 매우 과잉임

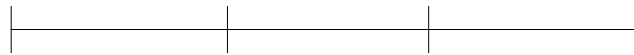
28. 의료급여 사례관리제도가 현재의 대상자에게 어느 정도 필요하다고 생각하십니까?()

- ① 매우 필요함 ② 필요함 ③ 필요 없음 ④ 전혀 필요 없음

29. 의료급여 사례관리제도 대상자의 삶의 질에 어느 정도 도움이 되었다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 도움이 됨 ② 도움이 됨 ③ 도움이 않됨 ④ 전혀 도움이 않됨

30. 의료급여 사례관리제도가 재정절감에 있어 어느 정도 도움이 되었다고 생각하십니까? ()



- ① 매우 도움이 됨 ② 도움이 됨 ③ 도움이 않됨 ④ 전혀 도움이 않됨

◎ 다음은 의료급여 선택병의원제도에 대한 주관적 평가에 관한 사항입니다.

31. 선택병의원제도 도입 후 선택병의원 대상자의 건강에 도움이 되었다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
⑤ 매우 그렇지 않다

32. 선택병의원제도 도입 후, 선택병의원 대상자의 의료이용이 평균적으로 줄어들었다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
⑤ 매우 그렇지 않다

32-1. 32번 문항에서 “그렇지 않다” 또는 “매우 그렇지 않다”를 선택하신 경우, 오히려 의료이용량이 늘었다고 판단되는 대상자비율이 해당 선택병의원제도 대상자 중 몇 퍼센트 정도라고 생각하십니까? (%)

33. 선택병의원제도 자체에 대한 대상자들의 만족도는 어떻다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만족 ⑤ 매우 불만족

34. 선택병의원제에 대하여 ‘만족’하는 대상자 비율은 전체 대상자 중 어느 정도라고 생각하십니까?(응답자의 주관적 판단) (%)

35. 선택병의원제도의 대상자 선정기준에 대한 개선이 필요하다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
- ⑤ 매우 그렇지 않다

35-1. 35번 문항에서 “매우 그렇다” 또는 “그렇다”를 선택하신 경우, 선택병의원제도에 있어 어떠한 개선이 필요한지 간략히 서술하여 주십시오.

36. 선택병의원제도의 행정절차 상에 대한 개선이 필요하다고 생각하십니까? ()

- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
- ⑤ 매우 그렇지 않다

36-1. 36번 문항에서 “매우 그렇다” 또는 “그렇다”를 선택하신 경우, 선택병의원제도의 행정절차 상에 있어 어떠한 개선이 필요한지 간략히 서술하여 주십시오.

37. 마지막으로 의료급여사례관리제도에 대한 개선사항 및 업무담당자로서의 애로사항에 대하여 간략하게 기술해 주십시오. (목적 및 제도관련, 업무지침관련 또는 업무과정관련 등)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	미정
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	7,000
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	8,000
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안	김유경	14,000
연구 08-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	5,000
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	6,000
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	미정
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-2	저출산고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤경	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	미정
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	미정
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	미정
연구 08-24-1	건강영향평가제도 시행방안	최은진	미정
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	미정
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-24-5	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-25	보건기자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	노동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	미정
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	노동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	노동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	미정
연구 08-27-5	노동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	미정
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료육구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i>	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000