

정책토론회 자료

의료급여 제도 개선 및 발전방안

2012. 7. 20.

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

『의료급여제도 개선 및 발전방안』 정책토론회

- 일시 : 2012년 7월 20일(금) 09:30~12:00
- 장소 : 한국보건사회연구원 대회의실
- 주최 : 한국보건사회연구원
- 프로그램

등록 및 개회식		
09:30~10:00	등록	
10:00~10:10	개회사	한국보건사회연구원 최병호 원장
주제발표		
10:10~10:40	좌장	한국보건사회연구원 신영석 부원장
	발제	한국보건사회연구원 신현웅 연구위원
토 론 (가나다순)		
10:40~11:40	패널토의	건강세상네트워크 김정숙 팀장 서울대학교 김진현 교수 보건복지부 기초의료보장과 맹호영 과장 중앙일보 신성식 기자 고려대학교 윤석준 교수 호서대학교 이용재 교수 서울시립대학교 이준영 교수
11:40~12:00	질의응답	

목차

I. 논의 시작	1
II. 의료급여 진료비 지출 분석	4
1. 분석 지표	4
2. 분석 자료	5
III. 의료급여 진료비 증가 요소 분석	13
1. 분석방법	13
2. 분석결과	13
IV. 고액진료비 대상자의 특성분석	17
V. 의료급여 제도 운영상의 문제점	20
1. 제도 운영 부실 및 보장기관 책임성 미흡	20
2. 비용의식 부재로 과다 의료이용 경향	21
3. 공급자의 적정 의료서비스 제공유인 미흡	23
VI. 의료급여 제도 개선 및 발전방향	25
1. 기존 연구들에서 제시된 의료급여 지출 효율화 방안	25
2. 의료급여제도 개선 및 발전방안	27

I. 논의 시작

□ 1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여년간 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔음.

- 하지만 2002년부터 의료급여 진료비가 급격히 증가하여 재정위기가 도래하였고, 의료급여 지속가능성 측면에서 재검토하고 2006년부터 의료급여 혁신대책을 마련하였음.

2006년 이후 의료급여 혁신종합대책 등 제도의 지속가능성 확보를 위한 다양한 대책 추진으로 진료비 증가율 둔화 등 효과가 있었던 것으로 평가됨.

- 의료급여 진료비 증가율 (기금부담금, 지급 기준)
 - 21.3%('06) → 7.2%('07) → 5.5%('08) → 6.6%('09) → 4.8%('10)
- 하지만 실질적으로는 2008년 4월부터 차상위계층이 건강보험으로 전환되면서 전체진료비 증가가 둔화된 것으로 보여졌음.

– 차상위계층을 제외한 실질 증가율

14.5%('06) → 5.5%('07) → 9.7%('08) → 14.3%('09) → 8.5%('10)

- 반면 이 기간 동안의 의료급여 중앙정부 예산 증가율은 진료비 증가율보다 적게 증가함.

의료급여 중앙정부 예산 증가율

– 5.5%('08) → -9.8%('09) → 2.4%('10) → 4.9%('11) → 8.4%('12) 이었음.

– 2012년 8.4% 인상도 2010년 미지급금 보전금 2,000억원을 제외할 경우 실질 인상율은 2.9%에 지나지 않음.

〈표 1〉 연도별 의료급여 예산 증가 현황

(단위: 억원, %)

연도	2007	2008	2009	2010	2011	2012
의료급여 예산(중앙정부)	35,927	37,908	34,186	35,002	36,718	39,812
증가액		1,981	-3,722	816	1,716	3,094
증가율		5.51	-9.82	2.39	4.90	8.43

□ 이처럼 높은 진료비증가와 적은 예산 증가의 차이로 인해 2010년부터 누적적자가 발생하였으며, 이로 인해 의료비 미지급이 발생

○ 2010년 미지급 3,264억원(국고 2,513억원) 발생 ⇒ 2011년 예산으로 지급 ('11.1.12)

○ 2011년에도 전년도 미지급금(3,264억원) 충당 및 보장성 강화 등으로 약 6,388억원(국고 4,919억원)의 진료비 미지급 발생

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
미지급금	902	239	1,069	4255	8570	3738	-	-	3348	6388
-국고	722	166	823	3277	6599	2878	-	-	2578	4919
-지방비	180	73	246	978	1971	860	-	-	770	1469

주: 2008, 2009년 추정예산으로 보전

□ 결과적으로 2007년-2010년까지 실질 진료비 증가율이 10.81%인 반면 의료급여 예산은 5%미만으로 앞으로도 재정적자가 계속 커져갈 것으로 예상됨.

○ 2011년 약 6400억원 미지급금에서 2010년 미지급금 보전금 2000억을 감안한다고 해도 2012년 약 8000억원 이상 미지급금이 발생할 것으로 예측됨(약 예비 절감액 1000억 포함시 미지급금 약 7000억원 예상).

○ 이럴 경우 8월말이나 9월초부터 의료기관에 진료비를 지연하여 지급하는 시도가 발생할 것으로 예상됨.

□ 보건복지부는 미지급금이 최소화될 수 있도록 적정예산을 편성하고 의료급여 수급권자의 진료비 지출이 적정한지 점검하여 의료급여 예산액 증가수준을 관리할 필

요가 있음.(2012. 7월 국회예산처) 권고하고 있음.

- WHO 보고서에서 제시된 재정적 지속가능성(Fiscal sustainability)의 해결방법 (WHO, 2009, Financing Health Care in the European Union, Challenges and Policy Responses)
 - 첫째, 보건의료의 급여를 충족시킬 수 있도록 재정수입을 증가
 - 둘째, 현재의 재정수입을 유지한다는 전제하에 급여를 삭감
 - 급여의 폐지 및 상한도입, 본인부담금 확대, 의료수혜 대상자 축소 등
 - 셋째, 보건의료체계의 효율성 제고
- 따라서 재정 당국의 적절한 예산 반영이 필수적이며, 이와 함께 효율적인 지출구조 개편으로 의료급여의 지속가능성 담보 필요함.
 - 불필요한 진료비 증가요인들을 제도적으로 차단, 보장성 및 수급권 확대 등 “꼭 필요한 곳에 지출”되는 효율적 지출구조 구축이 필요한 시점임.

II. 의료급여 진료비 지출 분석

1. 분석 지표

- 의료급여 진료비 지출 실태분석을 위해서는 진료비를 구성하고 있는 요소들로 세분화하여 살펴 볼 필요가 있음.
- 진료비를 요소별로 세분화 해 보면
 - (1) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 진료비
 - 식(1)에서 적용인구 1인당 진료비를 세분화 식은 다음과 같음.
 - (2) 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 입내원일당진료비
- 총진료비, 적용인구, 적용인구 1인당 진료비, 적용인구당 입내원일수, 입내원일당진료비 등 총 5가지 지표에 대해서 살펴보고자 함.
 - 총진료비는 전체 의료급여 재정 흐름을 살펴보기 위한 지표이며, 적용인구 대상자 증가는 절대규모를 살펴보기 위한 지표임.
 - 적용인구 1인당 진료비는 단위당 증가 정도를 판단해 볼 수 있음.
 - 적용인구당 입내원일수는 양을 의미하며 소비자선택 반영(일부 공급자 유인문 제 포함)
 - 입내원일당 진료비는 강도를 의미하며 공급자 행태 반영
- 의료급여 진료비 지출의 세부실태분석 지출요인변수
 - 진료비 지출 증가 요인변수들로는 의료급여 종별(1종/2종), 진료유형별(입원/외래/약국) 실태를 기본틀로 하였음.
 - 여기에 더 세분화 하여 성별(남성/여성), 연령별(10세단위 분류, 생애주기별 분류), 장애유무, 자격별(기초수급자/시설수급자/보훈대상자/탈북자 등), 요양기관종별, 지역별, 질환별 분석을 실시하였음.

2. 분석 자료

- 본 분석을 위한 자료는 2003년-2010년 사이에 의료급여 자격을 한번이라도 취득한 사람을 대상으로 하였으며, 진료비 지출 내역도 의료급여 예산에서 지급된 모든 진료비를 분석대상으로 하였음.
 - 건강보험의 경우는 건강보험통계연보를 활용하였음.
- 통계연보와의 차이는 실제 진료 발생 시점을 기준으로 하여 정책변화가 있던 시점을 그대로 반영하여 분석하고자 하였음.
 - 단, 진료비 내역을 청구건을 진료건수로 변경하여 분석하지 못한 한계가 있으나, 이를 보완하기 위한 입내원율 지표를 활용하였음.
- 그리고 의료급여 제도 중에 2004년부터 차상위계층에 대한 대상자 확대와 2008년 건강보험으로 다시 편입되는 과정 등으로 인해 전체적인 증가율 등에 왜곡현상이나 착시현상이 있어 차상위를 제외한 상태에서의 분석을 추가하였음.

〈표 2〉 연도별 총진료비 추이

(단위: 억원, %)

연도	차상위포함		차상위 미포함						건강보험	
	의료급여 전체		전체		1종대상자		2종대상자			
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	21,254		21,254		17,080		4,175		207,419	
2004	25,478	19.87	25,232	18.71	20,450	19.73	4,782	14.54	225,060	8.51
2005	32,596	27.94	29,972	18.79	24,377	19.20	5,594	17.00	248,615	10.47
2006	39,238	20.38	34,326	14.53	28,343	16.27	5,984	6.96	284,103	14.27
2007	41,694	6.26	36,226	5.53	30,284	6.85	5,942	-0.70	323,892	14.01
2008	44,160	5.91	39,746	9.72	33,595	10.93	6,151	3.53	350,365	8.17
2009	46,710	5.77	45,430	14.3	38,073	13.33	7,357	19.59	394,296	12.54
2010	49,285	5.51	49,285	8.49	41,344	8.59	7,941	7.95	436,570	10.72
증가율 03-10		12.77		12.77		13.46		9.62		11.22
03-06		22.67		17.33		18.39		12.75		11.06
07-10		5.73		10.81		10.93		10.15		10.46

- 총진료비의 증가추이는 차상위계층을 포함할 경우 2008년 5.91%, 2009년

5.77%, 2010년 5.51%로 안정적인 증가를 보이고 있으나, 차상위계층을 제거할 경우 9.72%, 14.3%, 8.49%로 높게 나타났음.

○ 2007-2010년 평균증가율은 의료급여가 10.81%로 건강보험 10.46%보다 높았으며, 여기서 건강보험은 차상위가 포함된 것으로 차상위를 제외할 경우 증가율이 9.98%로 의료급여보다 더 낮았음.

○ 전체적으로 2007년만 의료급여 혁신대책으로 잠시 감소하였고, 2008년 이후는 차상위계층이 건강보험으로 전환됨으로써 총진료비가 감소하는 것처럼 보이는 착시현상이 있었음.

〈표 3〉 연도별 적용대상자수 추이

(단위: 천명, %)

연도	차상위포함		차상위 미포함						건강보험	
	의료급여 전체		전체		1종대상자		2종대상자			
	인구	증가율	인구	증가율	인구	증가율	인구	증가율	인구	증가율
2003	1,628		1,628		934		694		47,103	
2004	1,682	3.30	1,666	2.31	973	4.18	693	-0.20	47,372	0.57
2005	1,905	13.30	1,844	10.73	1,031	5.92	724	4.57	47,392	0.04
2006	2,023	6.18	1,804	-2.22	1,082	4.97	722	-0.38	47,410	0.04
2007	2,060	1.80	1,815	0.61	1,118	3.34	697	-3.48	47,820	0.86
2008	2,062	0.11	1,811	-0.22	1,142	2.15	669	-4.03	48,160	0.71
2009	2,065	0.14	1,838	1.50	1,132	-0.92	706	5.62	48,614	0.94
2010	1,827	-11.51	1,827	-0.58	1,130	-0.14	697	-1.28	48,907	0.60
증가율 03-10		1.66		1.66		2.76		0.06		0.54
03-06		7.51		3.47		5.02		1.30		0.22
07-10		-3.92		0.23		0.36		0.02		0.75

□ 적용인구는 2003-2006년까지 4년간 연평균 7.51% 증가하였고, 차상위를 제외하더라도 3.47%로 대상자 증가가 많았으나, 최근 증가세가 둔해졌음.

○ 1종, 2종을 구분해 볼 때 1종의 증가율이 높은 것으로 나타났음.

○ 단지, 2009년 2종대상자가 급격히 증가한 것은 글로벌 재정위기 대응책으로 한시생계급여 대상자(약 42만명)가 추가되었기 때문임.

〈표 4〉 연도별 적용인구 1인당 진료비 추이

(단위: 천원, %)

연도	차상위포함		차상위 미포함						건강보험	
	의료급여 전체		전체		1종대상자		2종대상자			
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	1,305		1,305		1,829		601		440	
2004	1,515	16.04	1,515	16.03	2,102	14.93	690	14.78	475	7.89
2005	1,711	12.92	1,625	7.28	2,365	12.54	772	11.88	525	10.42
2006	1,939	13.37	1,903	17.13	2,620	10.76	829	7.36	599	14.23
2007	2,024	4.38	1,996	4.89	2,709	3.40	853	2.88	677	13.03
2008	2,142	5.80	2,195	9.96	2,942	8.59	920	7.87	724	6.90
2009	2,262	5.63	2,472	12.61	3,365	14.38	1,042	13.23	809	11.77
2010	2,698	19.24	2,698	9.12	3,659	8.75	1,139	9.35	892	10.24
증가율 03-10		10.93		10.93		10.41		9.56		10.61
03-06		14.10		13.39		12.73		11.30		10.82
07-10		10.04		10.55		10.54		10.13		9.61

□ 적용인구 1인당 진료비도 차상위를 포함하지 않은 경우 5.80%, 5.63% 19.24%로 나타났음.

○ 이는 2008년-2009년 초에 1인당 진료비가 높은 희귀난치성질환자와 만성질환자가 빠져나가서 진료비가 적게 증가하는 것으로 나타난 반면, 2010년은 1인당진료비가 낮은 18세미만 아동이 2009년 이후 빠져나가 높게 나타나는 것으로 보여짐.

○ 차상위를 제외할 경우는 9.96%, 12.61%, 9.12%로 나타났으며, 2007-2010년 증가율은 10.55%로 건강보험 9.61%보다 높음.

－ 적용인구 1인당 진료비도 2007년만 4.89%로 증가율이 낮고 이후에는 9% 이상의 증가율을 보이고 있으며, 절대값도 건강보험 892천원에 비해 2,698천원으로 대략 3배 높고 1종의 경우는 4배가 넘음.

〈표 5〉 연도별 적용인구 1인당 입내원일수

(단위: 일수, %)

연도	차상위포함		차상위 미포함						건강보험	
	의료급여 전체		전체		1종대상자		2종대상자			
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	45.81		45.81		60.35		26.25		14.64	
2004	49.57	8.20	49.86	8.84	64.85	7.47	28.80	9.69	14.86	1.50
2005	52.01	4.94	50.88	2.04	69.37	6.96	30.84	7.09	15.33	3.16
2006	55.38	6.47	55.80	9.68	71.94	3.70	31.61	2.51	16.01	4.44
2007	54.07	-2.37	54.62	-2.12	69.22	-3.77	31.18	-1.36	16.53	3.25
2008	54.85	1.45	56.06	2.64	70.14	1.33	32.01	2.65	16.83	1.81
2009	54.15	-1.28	58.96	5.18	74.21	5.80	34.52	7.86	17.96	6.71
2010	60.78	12.24	60.78	3.08	76.39	2.93	35.47	2.74	18.54	3.23
증가율 03-10		4.12		4.12		3.43		4.39		3.43
03-06		6.53		6.80		6.03		6.39		3.03
07-10		3.98		3.63		3.34		4.39		3.90

□ 적용인구 1인당 입내원일수 증가에 있어서도 차상위계층을 포함할 경우 2008년-2010년 사이가 불규칙하게 변하고 있음.

- 차상위 제외시 2.64%, 5.18%, 3.08%로 평균 3.63% 증가해 건강보험 3.90%보다 낮게 증가하고 있어 증가세가 둔화된 것으로 보여짐.
- 과거 2003-2006년은 연평균 6.80% 증가하여 증가율이 높게 나타나 2006년 당시는 총진료비 증가를 입내원일수가 주도하였음을 알 수 있음.

〈표 6〉 연도별 입내원일당 진료비 추이

(단위: 원, %)

연도	차상위포함		차상위 미포함						건강보험	
	의료급여 전체		전체		1종대상자		2종대상자			
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2003	28,496		28,496		30,303		22,907		30,089	
2004	30,561	7.25	30,380	6.61	32,407	6.94	23,970	4.64	31,963	6.23
2005	32,888	7.61	31,940	5.14	34,096	5.21	25,042	4.47	34,229	7.09
2006	35,017	6.48	34,108	6.79	36,419	6.81	26,228	4.74	37,431	9.35
2007	37,440	6.92	36,551	7.16	39,132	7.45	27,355	4.30	40,972	9.46
2008	39,045	4.29	39,156	7.13	41,936	7.17	28,748	5.09	43,233	5.52
2009	41,778	7.00	41,925	7.07	45,335	8.11	30,177	4.97	45,161	4.46
2010	44,383	6.23	44,383	5.86	47,896	5.65	32,118	6.43	48,125	6.56
증가율 03-10		6.53		6.53		6.76		4.95		6.94
03-06		7.11		6.18		6.32		4.62		7.55
07-10		5.83		6.69		6.97		5.50		5.51

□ 입내원일당 진료비 증가는 차상위를 제외할 경우에 2007년 후에도 7.13%, 7.07%, 5.86%로 평균 6.69% 증가하고 있으며, 건강보험 5.51%보다 높게 나타났다.

- 이는 2006년 대책 이후에도 의료강도 측면에서 의료공급자가 공급량은 줄이지 않았다는 것을 알 수 있음.
- 총진료비 증가에 2003-2006년에는 입내원일수 증가가 크게 기여한 반면, 최근 2007-2010사이에는 입내원일당 진료비의 기여도가 높은 것으로 나타남.

〈표 7〉 평균증가율 분석결과 요약

(단위 : %)

2003-2010(8년)	총진료비	적용인구	1인당진료비	1인당 입내원일수	입내원일당 진료비
의료급여	12.77	1.66	10.93	4.12	6.53
의료급여 1종	13.46	2.76	10.41	3.43	6.76
의료급여 2종	9.62	0.06	9.56	4.39	4.95
건강보험	11.22	0.54	10.61	3.43	6.94
2003-2006					
의료급여	17.33	3.47	13.39	6.80	6.18
의료급여 1종	18.39	5.02	12.73	6.03	6.32
의료급여 2종	12.75	1.30	11.30	6.39	4.62
건강보험	11.06	0.22	10.82	3.03	7.55
2007-2010					
의료급여	10.81	0.23	10.55	3.63	6.69
의료급여 1종	10.93	0.36	10.54	3.34	6.97
의료급여 2종	10.15	0.02	10.13	4.39	5.50
건강보험	10.46	0.75	9.61	3.90	5.51

주: 차상위계층을 제외한 결과임.

□ 건강보험과 비교하여 적용인구 1인당 진료비가 2003-2006년에는 의료급여의 증가율이 월등히 높았으며, 2007-2010년 사이에도 차상위를 제외할 경우 의료급여 증가가 높게 나타나고 있음.

- 최근 증가율도 건강보험보다 1%높게 나타나 이에 대한 적절한 대안 마련이 필요
- 특히 2007-2010년 증가요인 중 입내원일당 진료비 즉, 의료강도 증가가 6.69%로 영향이 커 의료기관에 대한 통제기전이 필요할 것으로 판단됨.

〈표 8〉 총진료비 증가율에 미치는 기여도 분석

(단위: %)

2003-2010(8년)	총진료비	적용인구	1인당진료비	1인당 입내원일수	입내원일당 진료비
의료급여	100.00	13.48	86.52	33.47	53.05
의료급여 1종	100.00	21.31	78.69	26.49	52.20
의료급여 2종	100.00	0.64	99.36	46.70	52.66
건강보험	100.00	4.95	95.05	31.44	63.61
2003-2006					
의료급여	100.00	21.09	78.91	41.34	37.57
의료급여 1종	100.00	28.90	71.10	34.72	36.38
의료급여 2종	100.00	10.56	89.44	51.91	37.53
건강보험	100.00	2.04	97.96	28.06	69.91
2007-2010					
의료급여	100.00	2.18	97.82	34.41	63.41
의료급여 1종	100.00	3.37	96.63	31.30	65.32
의료급여 2종	100.00	0.20	99.80	44.30	55.50
건강보험	100.00	7.38	92.62	38.39	54.23

□ 의료급여 진료비 지출의 세부실태분석 지출요인변수

○ 총진료비

- 입원 진료비 증가가 눈에 띄게 증가하고 있고(14.53%), 최근(2007-2010년)도 13.92%이었음.
- 종별로는 1종이 더 높게 증가하였고, 50대, 70대이상(노인), 장애인이 높게 증가
- 탈북자는 높게 증가하였으나 연구관심이었던 국가유공자 평균과 비슷하게 증가
- 지역은 대도시/중소도시/농어촌 간 차이가 없었음.
- 요양기관 종별로는 요양병원이 증가율이 급격히 높아졌고, 질환별로는 만성 질환이 높았음.

○ 적용인구

- 2003-2006년까지 4년간 대상자 증가는 많았으나, 최근 증가세가 둔해졌음.

- 차상위제외시에도 1종 증가 높음.
 - 기타 50대, 장애인, 탈북자, 대도시, 서울, 부산, 대구, 광주 등의 증가율이 높았음.
- 적용인구당 진료비
- 입원은 최근 증가율이 더 높음.
 - 종별로는 1종이 증가율이 높고 입원/외래/약국 구분 없이 1종이 높았음.
 - 기타 50대, 60대, 70대, 장애인, 기초생활, 탈북자, 농어촌 지역, 농어촌이 많은 충남, 전남, 경북 등이 높았음.
- 적용인구당 입내원일수
- 2003년-2006년 증가율보다 최근 입내원일수 증가는 둔화된 편이지만, 입원 입내원일수는 지속적으로 증가율이 높음.
 - 종별로는 2종의 입내원일수 증가가 월등히 높았으며, 특히 외래 방문일수 증가는 최근 4년간에도 지속적으로 증가하고 있음.
 - 연령별로 10대의 증가율이 월등히 높았으며, 기타 장애인, 탈북자, 그리고 울산, 경북이 높았음.
- 입내원일당 진료비
- 계층별로 60세이상, 국가유공자, 광주민주화, 농어촌, 광주, 충남, 전북, 전남 등이 높았음.
 - 그런데 장애인과 요양병원은 입내원일당 진료비 증가율이 높은 것은 아니었음.
 - 그리고 최근 정신질환의 입내원일당 진료비가 높은 것은 최근 수가 인상이 반영된 것으로 보여짐.

III. 의료급여 진료비 증가 요소 분석

1. 분석방법

- 의료 급여비의 증가에 기여한 요소들을 찾기 위해서, 2003년 1/4 분기 부터 2010년 4/4 분기 까지 총 32분기의 시계열 정보를 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주 지역을 포함한 총 16개 지역으로 구분하여 패널 데이터 분석하였음 ($N=512$).
- 통계적으로 유효한 기여요소를 찾는 데 중점을 두었으며 패널 계량 분석을 실시하였으며, 이중 고정 효과 모형 (two-way fixed-effects model)을 예측하여 결과의 정확도를 높였음.
- 분석에 사용된 종속변수는 의료급여 적용인구당 입원 진료비, 외래 진료비, 약국 진료비
 - 설명변수는 아래의 표와 같이 의료 급여비의 증가에 영향을 줄 수 있는 수요자 요인과 공급자 요인을 포함함.

2. 분석결과

- <표 9>는 의료급여 1, 2종을 모두 포함한 결과임.
- 변화량은 수요자 요인과 공급자 요인들의 2003년 1/4분기에서 2010 4/4분기 사이의 증가량 또는 감소량을 보여주고 있음.
- 기여도는 같은 기간 동안 통계적으로 유효한 의료 급여비 증가 요인들이 각각 일인당 입원비, 외래비, 약제비에 기여한 정도 (%)를 보여 줌.
 - “X”는 통계적으로 95% 수준에서 유효하지 않는 요인들을 나타냄.

〈표 9〉 2003년 1/4분기 - 2010 4/4분기 간 기여 요인들과 기여도: 전체 대상자

변수	변화량 (%)	기여도 (%)		
		입원비	외래비	약제비
수요자 요인				
70세이상 노인 비율 (%)	2.8% 포인트	X	2.7%	5.2%
여성 비율(%)	-0.8% 포인트	-2.3%	-1.5%	-1.3%
장애자 비율(%)	13.6% 포인트	19.3%	10.5%	15.8%
암환자 비율(%)	-1.4% 포인트	X	-3.1%	-5.4%
정신질환자 비율(%)	7.6% 포인트	26.6%	X	X
평균소득 (원)	4,008	X	X	12.0%
공급자 요인				
인구 10만 당 종합병원 수	0.18	2.6%	X	X
인구 10만 당 병의원 수	9.54	6.6%	X	X
인구 10만 당 의사 수	39.9	X	X	X
인구 10만 당 약국 수	4.17	X	X	1.4%
인구 10만 당 약사 수	4.36	X	X	X

□ 입원비 증가에 기여한 요인은 장애자 비율, 정신 질환자 비율, 종합병원 수, 병의원 수의 증가가 영향을 주었음.

- 특히 정신질환자의 증가는 가장 큰 영향을 주어 약 27%의 가입자당 입원비 증가와 관련이 있었음.
- 장애자 비율의 증가는 약 19%의 입원비 증가와 상관성 있는 것으로 나타났다.
- 공급자 요인인 인구 10만명 당 종합병원, 병원 및 병의원 수는 각각 2.6%와 6.6% 만큼 입원비 증가에 기여한 것으로 나타났다.
 - 이는 종합병원과 병의원수가 증가하는 지역에서 입원비가 증가하는 것으로 나타남.
- 반면, 여성비율의 감소는 2.3%의 입원비 감소와 관련이 있음.

□ 외래진료비 증가에 기여한 요인들로는 장애자비율 증가가 10.5%, 70세이상 노인 비율의 증가가 2.7%의 영향을 주었음.

- 여성과 암환자 비율의 감소는 각각 1.5%와 3%의 외래진료비 감소와 관련이 있었으나 그 크기는 미비하였음.

- 이 의미는 여성비율과 암환자 비율이 높아진다면, 외래진료비가 증가한다는 의미임.

□ 약국진료비 증가에 기여한 요인으로는 장애인 비율의 증가가 약 16%, 70세이상 노인비율의 증가가 약 5.2%의 영향을 미쳤음.

- 여성과 암환자 비율의 감소는 외래진료비와 같이 각각 1.3% 5.4%만큼의 약제비 감소와 상관성이 있었음.
- 약국수의 증가는 1.4%의 약제비 증가와 관련이 있었으며, 평균소득의 증가도 약제비를 약 12%만큼 증가시킨 것으로 나타났음.

□ <표 10>과 <표 11>은 각각 의료급여 1, 2종의 결과임.

<표 10> 2003년 1/4분기 - 2010 4/4분기간 기여 요인들과 기여도: 1종

변수	변화량 (%)	기여도 (%)		
		입원비	외래비	약제비
수요자 요인				
70세이상 노인 비율 (%)	3.5% 포인트	X	X	4.8%
여성 비율(%)	-1.2% 포인트	-3.9%	-2.9%	-2.2%
장애인 비율(%)	17.5% 포인트	31.7%	21.9%	21.0%
암환자 비율(%)	-1.6% 포인트	X	X	-4.8%
정신질환자 비율(%)	9.3% 포인트	25.0%	X	X
평균소득 (원)	4,008	X	X	8.0%
공급자 요인				
인구 10만 당 종합병원 수	0.18	2.4%	X	X
인구 10만 당 병의원 수	9.54	6.7%	X	X
인구 10만 당 의사 수	39.9	X	0.04%	X
인구 10만 당 약국 수	4.17	X	X	1.5%
인구 10만 당 약사 수	4.36	X	X	X

〈표 11〉 2003년 1/4분기 - 2010 4/4분기간 기여 요인들과 기여도: 2종

변수	변화량 (%)	기여도 (%)		
		입원비	외래비	약제비
수요자 요인				
70세이상 노인 비율 (%)	-1.5% 포인트	X	X	X
여성 비율(%)	-0.3% 포인트	-0.7%	-0.5%	-0.6%
장애자 비율(%)	5.5% 포인트	17.1%	-	17.7%
암환자 비율(%)	-1.7% 포인트	-8.9%	-5.7%	-5.1%
정신질환자 비율(%)	3.5% 포인트	X	X	X
평균소득 (원)	4,008	X	X	X
공급자 요인				
인구 10만 당 종합병원 수	0.18	3.5%	X	X
인구 10만 당 병의원 수	9.54	X	X	X
인구 10만 당 의사 수	39.9	X	X	X
인구 10만 당 약국 수	4.17	X	X	X
인구 10만 당 약사 수	4.36	X	X	X

IV. 고액진료비 대상자의 특성분석

- 개인별 고액진료비 분석은 2010년 1년을 기준으로 분석하였으며, 2010년 1년간 의료이용한 실적을 개인별로 합산하여 연간 총진료비 상위 이용자의 특성을 분석
- 진료비 이용 상위대상자들의 의료이용 분포를 살펴보면
 - 1년에 가장 많이 쓴 사람은 14억 4602만원을 사용하였고 이 비용은 모두 기관이 부담한 것으로 나타났음.
 - 입내원일수도 최대 1534일을 사용하여 1년 365일을 기준으로 하루에 평균 4.2개 병의원을 방문하였음.
 - 진료일수는 11,007일로 하루에 약을 30일분을 먹은 경우가 최대치였음.
- 진료비 상위 1% 대상자들의 평균진료비도 3572만원이었으며, 평균 입내원일수도 267일이었고, 진료일수는 559일이었음.

〈표 12〉 진료비 상위 1% 개인특성별 1인당 진료비 분포

(단위: 천원)

구분		평균	99%	99.25%	99.50%	99.75%	최대값
성별	남자	37,276	24,975	27,242	31,043	38,311	1,446,020
	여자	33,729	24,976	26,783	29,991	36,359	776,730
연령별	10대미만	52,213	25,200	29,159	35,072	48,433	1,364,874
	10대	66,604	25,082	31,806	40,328	67,866	1,028,156
	20대	52,260	24,978	28,555	34,339	47,502	1,293,888
	30대	40,596	24,980	26,984	31,039	38,927	1,446,020
	40대	36,334	24,976	27,279	30,971	38,137	1,136,994
	50대	34,730	24,978	27,140	30,814	37,532	209,743
	60대	34,029	24,975	27,010	30,687	37,601	279,366
70대이상	32,467	24,976	26,603	29,275	35,180	134,635	
장애유무	장애있음	35,372	24,975	26,950	30,340	37,088	1,446,020
	장애없음	36,354	24,977	27,150	30,943	38,350	1,028,156
거주지	대도시	36,077	24,975	27,120	30,662	37,564	1,293,888
	중소도시	35,745	24,976	26,961	30,492	37,659	1,446,020
	농어촌	34,625	24,976	26,841	30,354	37,393	430,509
지역별	서울	37,319	24,979	27,470	31,356	38,356	1,293,888
	울산	34,965	24,976	26,915	29,860	37,393	99,105
	경기	35,473	24,976	27,204	31,018	38,215	1,364,874
	경남	35,424	24,976	26,732	29,972	37,091	638,409

□ 상위 1%의 개인 특성별 1인당 진료비 분포를 살펴보면,

- 남성이 최대 약 14.46억인 반면 여성은 7.76억원이었음.
- 연령별로는 10대에서 40대까지가 진료비를 많이 쓰는 것으로 나타났으며 10대의 경우는 99.75%의 진료비도 대략 6.7억으로 상당히 높은 것으로 나타났음.
- 장애여부는 장애가 있는 경우가 높았고, 거주지별로는 중소도시, 대도시, 농어촌 순으로 많이 사용하였음.
- 지역별로는 경기, 서울 등이 높았으며, 최고 진료비가 높은 사람은 전북소속이었음.

□ 진료비 사용 상위 5%, 10%, 15%, 20% 대상자가 전체 진료비에서 사용하는 비중은 다음 표와 같음.

(단위: 억원, 명, %)

수급권자별진료비상위 인원수분포	심결총진료비	인원수	심결총진료비 비율(%)
5%	19,829	87,545	39
10%	29,046	175,091	56
15%	34,198	262,636	66
20%	37,829	350,181	74

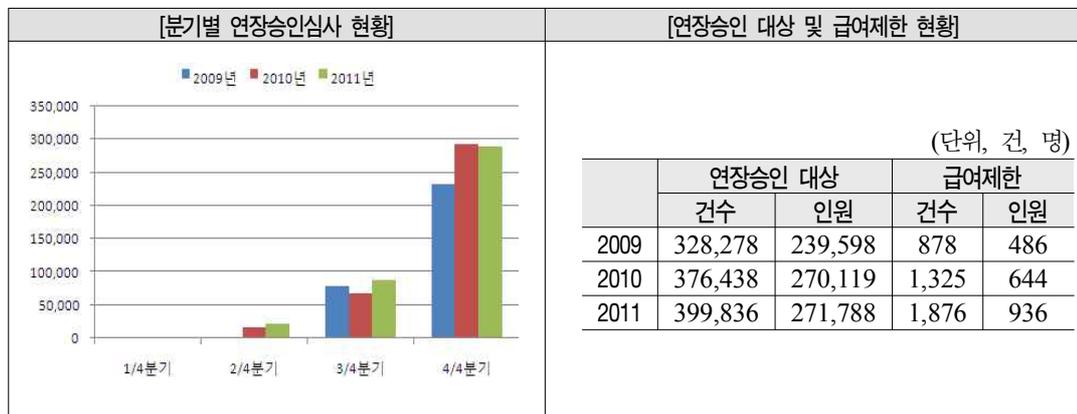
V. 의료급여 제도 운영상의 문제점

1. 제도 운영 부실 및 보장기관 책임성 미흡

□ 연장승인 제도운영의 형식화

- 제도 성격상 심사가 하반기에 집중되나, 심의위원회 개최가 저조하고 형식적인 서면심사로 적기의 급여제한에 한계

* 회당 연장승인 평균 처리건수: 330건, 평균 처리건수 1,000건 이상 시군구: 8개



- 현 시스템은 급여일수 초과자가 연장승인을 신청하지 않는 경우에도 별도의 급여제한 조치가 없으면 제약 없이 의료이용 가능

□ (선택의료급여기관) 당초 주치의 목적의 도입 취지와 달리 단순 “진료기간 연장제도”로 변질되는 경향

- 선택의료급여기관 대상자가 선택의료기관 지정하지 않은 경우, 급여제한 등 사후조치 소홀로 별다른 제약 없이 의료기관 이용

* 기관부담금 : 285억('09) → 369억('10년) → 554억('11년)

- 자발적 선택병의원제 참여자는 본인부담금이 없는 것을 악용

* 증가율('08~'10) : ① 급여비(당연 3.1%, 자발 10.1%), ② 입원일수(당연

2.6%, 자발 12.6%)

** 100명 이상 대상자가 있는 선택기관 상위1~3위 기관은 94%가 자발적 참여자

○ 선택병의원 지정 이후에도 선택병의원의 진료의뢰서 남발에 대한 통제장치 부재로 타 의료기관 이용 증가

* 선택병의원만 이용하는 수급자는 10%에 불과, 타 기관 외래이용률은 선택 병의원 이용대비 50% 이상

□ 의료급여 제도의 종속성으로 유연한 제도운영 한계

○ (대상자 선정) 의료급여 제도내에서 자체조정이 곤란하고, 의료적 욕구를 반영하는데 한계

– 기초수급자로 선정되면 자동적으로 의료급여 수급권을 취득하며, 종별 구분도 근로능력판정에 종속되어 의료욕구 반영 곤란

* 수급권자 156만명 중 국민기초수급자(145만명), 타법 수급자(11만명)임 ('12.1.31 기준)

– 타법수급권자는 ‘생활이 어려운 자’에게 의료급여를 제공하는 입법목적에 반하는 측면이 있으나, 부처반발 등으로 수급권 조정 곤란

○ (건강보험에 연동) 수가 인상, 급여범위 및 보장성 확대 시 건강보험을 준용하고 있어 재정 관리의 독립성 부족

* 의료급여비용 산정은 건강보험급여기준 준용, 임신출산진료비 확대('12.4), 노인틀니('12.7), 초음파급여('13) 등

2. 비용의식 부재로 과다 의료이용 경향

□ 낮은 본인부담금으로 인한 의료서비스 이용 증가

○ 의료 접근성이 높은 환경에서 본인부담금의 거의 없는 수급권자의 비용의식

부재가 불필요한 의료 과다 이용 유발

〈표 13〉 의료급여 수급권자 및 건강보험 소득 하위 10% 의료이용량 비교

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

* 성별, 연령, 장애 여부, 질환 유병률을 보정해도 건강보험 대상자(소득 하위 10%) 진료비 지출보다 1.5배 높아 의료 과다이용 경향(의료급여 이용 실적분석, '11.12)

- 입원비 증가는 입원진료비 본인부담금이 전혀 없는 1종 수급권자 입원 증가에 기인하며, 사회적 입원 증가도 주요 요인

* 입원진료비(2조 6,208억) 중 1종 수급권자 진료비는 2조 4,127억으로 약 92%('11년)

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

● 장기입원자(총 1,399명) 중 퇴원의사가 있는 대상자는 861명(61.6%)이며, 부적정 입원 대상자*는 약 400명(29%)으로 추정

* 반복적 주사제 투약이 없거나 외래진료로 치료가 가능한 대상자

● 장기입원 사유는 퇴원 후 거주할 곳이 없거나, 돌봄 제공자가 없는 것이 주요 원인

* 퇴원 후 거주지 없음(278명, 19.8%), 돌봄 제공자 없음(420명, 30.0%)

- 장기입원 수급자에게 입원 전과 동일하게 보건의료비*, 건생비를 지급하여 중복급여 및 건생비 과다 환급** 문제 발생
- (약제비) 이용량과 무관하게 동일금액을 지불하여 과다 투약 유발
 - 2차 또는 3차 의료급여기관에서 처방하거나, 조제일수가 증가해도 본인부담(500원)은 동일
 - 의료급여 수급권자는 건강보험 환자 대비 투약일수 장기, 처방건당 약 품목수도 많아 의약품의 남용 가능성이 큼.

〈표 14〉 의료급여 외래 의약품 투약현황

(단위: 일, 건, 개)

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

* 2012.1/4분기 심사결정 기준

3. 공급자의 적정 의료서비스 제공유인 미흡

□ 지속적인 공급확대가 의료 필요도와 무관한 수요를 창출

○ 입원진료비 증가요인인 요양병원이 지속적으로 증가*(연평균 증가율 13.8%)

－ 경쟁 심화에 따른 병원 간 환자 유인 행위가 증가, 병원수익 등의 이유로 적극적 퇴원 유도에 소극적

* 요양병원 수 : '09. 777개 → '10. 867개 → '11. 988개 → '12.3
1,006개

－ 본인부담금 면제, 간병비 할인 등을 내세워 요양등급판정을 받지 못한 수급권자의 장기입원을 유도하는 부도덕적 행태도 발견

** 요양병원 입원환자 중 수급자가 차지하는 비중은 24%이며, 총진료비는 26%(‘11)

〈표 15〉 입원일수 및 입원진료비 현황



* 2010년~2011년까지 심결자료

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

〈표 16〉 요양병원 이용(입원)현황

(단위 : 명, 건, 일, 백만원)

구분		환자수	입원일수	총진료비	기관부담금	
전체	건강보험(%)	195,908(76)	28,113,972(72)	2,047,099(74)	1,549,780(69)	
	의료급여(%)	62,678(24)	10,936,009(28)	701,041(26)	698,234(31)	
신체기능저하군	건강보험	15,801(72)	1,020,510(67)	53,471(69)	35,666(60)	
	의료급여(%)	계	6,152(28)	509,592(33)	23,983(31)	23,898(40)
		1종	5,798(26)	486,806(32)	22,957(30)	22,957(39)
		2종	391(2)	22,786(1)	1,026(1)	941(1)

* 2011년도 심사결정기준

VI. 의료급여 제도 개선 및 발전방안

1. 기존 연구들에서 제시된 의료급여 지출 효율화 방안

가. 진료비 지불제도 개편 및 공급체계 개편

- 의료급여 입원진료비는 DRG 도입, 외래는 현행 선택병의원제를 전체 의료급여 대상자들에게 전면 확대하여 주치의제도 도입
 - 외래는 인두제, 입원의 DRG 수가는 사전에 책정된 재정규모에 따라 사후적으로 결정
 - 요양기관 평가체계를 도입하여 인센티브제 병행
- 장기적으로 선택병의원제도 전면 도입에 따라 의료급여 요양기관 계약제 도입 검토
 - 의료급여 요양기관으로 계약된 요양기관에 대해서는 본인부담을 면제해주고, 다른 요양기관의 경우 건강보험과 같은 본인부담을 부여하는 방식

나. 본인부담 개선

- 약국 본인부담 개선
 - 현행 500원인 정액 약국 본인부담을 일정률의 정률 본인부담으로 전환하는 것을 검토해 볼 수 있음.
 - 건강보험에서 실시하고 있는 52개 질환 경증질환으로 2,3차 의료기관을 이용할 경우 약값 정률 본인부담 부과방안
- 입원 진료에 대한 본인부담 개선
 - 1종 수급권자 입원(현재 무료)에 대해 본인일부부담 부과방안 검토
 - 기타, 요양병원 이용 시 자격에 따라 선별적으로 본인부담 부과하는 방안
 - 일정 수준 이상의 입원일수가 증가하면 본인부담금을 상향시키는 방안

- 선택병의원제도 대상자들의 본인부담 면제제도에 대한 재검토
 - 선택병의원제도 대상자들에게도 동일한 본인부담 부과

다. 급여 제한

- 약제비 사용량과 사용기간 제한
 - 사용량과 사용기간 제한하는 방법은 의료급여 수급권자가 여러 요양기관을 다니면서 동일 의약품을 과다하게 중복해서 처방·조제받는 환자에 대해서는 사후 환수하는 방안
- 약국에서 조제는 Generic을 원칙으로 하되 수급자가 Original을 원할 경우 추가분은 본인부담
- 물리치료 등 과다의료이용의 여지가 있는 항목에 대한 급여 상한 설정

라. 사례관리 강화

- 의료급여 의료이용 적정화라는 정책목표달성을 위해 수요자 측면에서
 - 의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약자 관리 강화
 - 의료급여 외래 과다이용자, 장기 입원자 등 사례관리 강화

마. 의료급여 요양기관에 대한 관리 및 감시 강화

- 의료급여기관 관리강화
 - 의료급여 환자가 많이 이용하는 병의원, 장기입원 환자가 많은 병의원 등을 선별하여 집중관리
 - 시도 및 시군구, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 간 유기적 정보교류와 역할분담을 통한 과잉진료 의료기관 관리

- 의료급여 공급자 적정진료 유도를 위한 의료급여청구경향 통보
- 진료비 부당 청구 관리강화를 의료급여기관 현지조사 확대
- 신고포상제 확대
 - 의료급여기관의 본인부담 위반 및 환자유치활동 등에 대한 신고보장제(내부고발자 포함) 등 불법행위에 대한 추가적 항목 도입
- 입원료 차감제 강화 등을 통한 병원급 의료기관 중심의 의료급여 진료비 관리

2. 의료급여제도 개선 및 발전방안

가. 관리운영 측면

1) 의료급여제도 운영의 실효성 제고를 위한 제도 보완

- 급여일수 초과자 연장승인관리 강화
 - (급여일수 차감제) 급여일수 초과자 급여제한을 용이하게 하기 위해 급여일수 통보를 누적방식(0일→365일)에서 차감방식(365→0일)으로 전환
 - 연장승인 신청이 없으면 급여일수 소진 시 자동적으로 급여 제한
 - (의료급여심의위원회 활성화) 연장승인업무를 전문적으로 심사하기 위해 소위원회 구성하여 심의·의결하고, 심의위원회가 사후 승인
- 수급권자 자격관련시스템 개선
 - 국민기초 취득·상실 정보에 따라 의료급여 자격이 자동으로 연동되어 처리되도록 시스템 개선 (행복e음-의료급여자격관리시스템)
- 선택의료급여기관제도 개선
 - 선택병의원의 경우도 현행 본인부담과 동일하게 본인부담을 부과
 - * 1차: 1,000원, 2차: 1,500원, 3차: 2,000원
 - 선택병의원 이외에 의뢰에 의해 갈 경우 현재 본인부담에 두 배 부과

* 1차: 2,000원, 2차: 3,000원, 3차: 4,000원

○ (진료의뢰 절차 강화) 하나의 진료의뢰서로 다수 타 기관에서 진료받는 것을 차단하기 의료급여의뢰서 고유인식번호 신설

* 의뢰받는 의료급여기관이 이를 입력해야 진료확인번호 부여(중복 청구 불가)

□ 의료급여 사례관리업무의 효율성 제고

○ (권역 사례관리) 관외 입·퇴원을 반복하는 수급자 사례관리를 위해 시도 관리사 및 지원단 중심의 권역 사례관리 도입

○ 사례관리와 연장승인을 연계하여 연장승인 심사 내실화

– 고질적 급여일수 초과자, 6개월 약제비 급여 제한자는 사례관리 의무대상자로 선정, 연장승인 시 사례관리 결과를 반영

나. 수급자 비용의식 제고 및 건강관리 향상

1) 진료비 본인부담 조정을 통한 수급자 비용의식 제고

□ 입원진료비 본인부담 조정



○ 1종 수급권자의 입원 본인부담은 최대한 보장하되, 불필요한 입원과 입원이 장기화되는 경향을 차단하기 위해 입원 총량제 도입

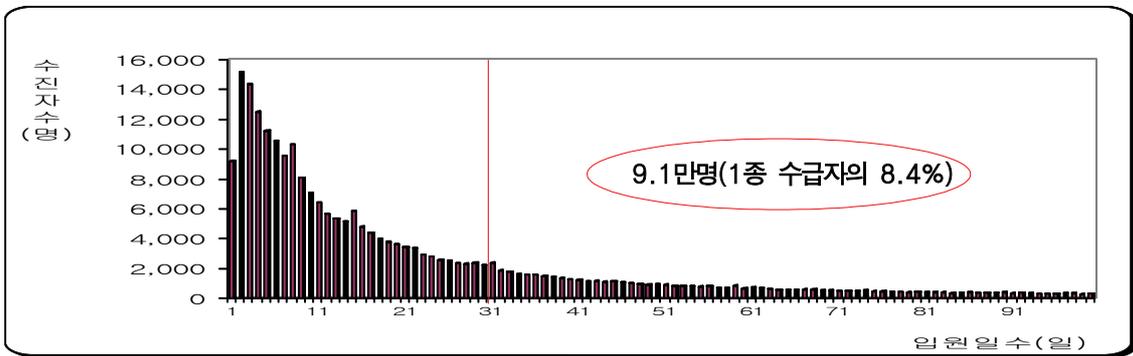
– 입원 가능성이 높은 희귀난치질환자, 정신질환자, 정책적 배려가 필요한 18

세미만 아동, 분만 입원은 무료 유지

* 장기입원이 불가피한 질환은 질환정도 등에 따라 선별적으로 보호하는 방안 검토

〈표 17〉 입원 본인부담 부과 대안 검토

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



○ 의료급여 수급권자 입원일수

입원일수	1~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	100~
인원(명)	107,817	48,791	26,608	16,113	10,418	7,616	5,720	4,402	3,565	2,970	44,189
비율(%)	38.75	17.53	9.56	5.79	3.74	2.73	2.05	1.58	1.28	1.06	15.88

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

— 신체기능저하군 본인부담 상향(무료 → 1종, 2종 20%)

— 입원 총량제 및 본인부담 상한 적용을 배제, 불필요한 입원 차단

* 신체기능저하군 : 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자

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

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

〈표 18〉 약제비 본인부담 조정

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

○ 가벼운 질환*으로 2~3차 의료기관에 내원하는 환자 약제비 정률제 도입

* 본태성 고혈압, 인슐린비의존 당뇨병, 감기계통, 피부사상균증, 관절염 등

약국 본인부담률 인상 대상	구분	약제비 본인부담률	
		현행	변경
52개 질병	상급종합(44개)	500원	15%
	종합병원(256개)	500원	10%

□ 건강생활유지비 지원제도 개선

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

□ 수급자 본인부담 완화를 위한 완충장치 마련

○ (본인부담 상한 유지) 1종 수급자 본인부담 상한은 현행수준* 유지

－ 현행 본인부담 상한제를 유지, 입원 및 약제비 본인부담 확대에 따른 수급자 부담 최소화

〈표 19〉 의료급여 본인부담 상한제 기준

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

2) 수급자의 의료기관 의존도 완화를 위한 건강관리체계 구축

□ 수급자 건강관리 인센티브 도입

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

【인센티브 제공방안】

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

□ 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계 구축

- 신체기능저하군 본인부담 상향으로 수급자 퇴원 증가가 예상됨에 따라 자발적 시설입소 유인체계 마련
 - 생계비 중단에 따른 시설입소 기피를 막기 위해 수급자가 퇴원 후 시설에 입소하는 경우, 1년 간 건강생활유지비 추가 지원(5만원/년)
 - * 건강생활유지비 미사용 시 연말에 현금으로 환급
- 사례관리사를 활용하여 요양등급 신청 대행 및 시설입소 유도
 - * 요양등급을 받지 못한 수급자가 입소 가능한 양로시설 279개소, 노인공동

생활가정 79개소이며, 입소율은 72%임('11.12월 기준).

□ 신규 의료급여수급자 건강관리교육 강화

- 신규수급권자를 대상으로 의료급여증 수령 전 제도 및 적정의료이용 교육 필수 이수제 실시

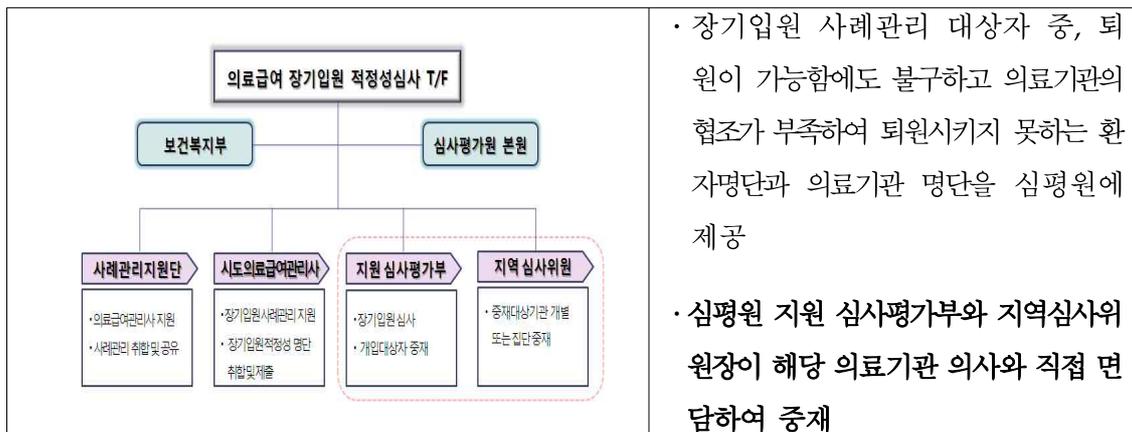
* 전문 건강관리 교육업체에 교육위탁, 보건소 건강관리 프로그램과 연계 등

다. 공급자의 적정진료 유도 및 정액수가 개선

□ 장기입원 적정성 관리체계 구축

- 의료급여 사례관리와 심평원 심사를 연계, 불필요한 장기입원 차단
 - 금년도에는 장기입원 적정성 심사 T/F를 구성하여 시범사업 실시(경기, 경북), 성과분석 결과를 토대로 내년부터 전면 도입 추진

〈표 20〉 장기입원 적정성심사 운영체계 및 방법



□ 부적정 진료행위 의료기관 현황 파악 및 관리방안

- 진료의뢰서 미첨부 수급자 진료 의료기관 현황 파악
 - 의료급여수급자는 상급의료기관 진료시 진료의뢰서를 발급 받아야 함.
 - 1차 의료기관에서 진료의뢰서를 발급하지 않았으나 2차 의료기관에서 진료

의뢰서를 발급받은 것처럼 허위로 전산 입력을 함에 따라 상급의료기관 이용 수급자에 대한 진료의뢰서 발급여부 현황 파악

○ 본인부담금 면제 의료기관 현황 파악

- 본인부담금을 면제하면서 해당 병의원으로 수급자를 유치하는 병원에 대한 현황 파악

○ 향후 의료급여수급자 사례관리 시 나타나는 의료기관 부정행위에 대해 수사 현황 파악

⇒ 건강보험심사평가원과 합동 점검 협의 및 고발 조치

□ 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 보완

○ 의료급여 신고포상금제도 정비

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