
診察料와 處方料 統合方案

辛泳錫

韓國保健社會研究院

目 次

1. 통합의 필요성 / 5
2. 세계 각국의 기본진료료 및 원외처방료 현황 / 5
3. 진찰료와 처방료의 통합방안 / 8
4. 기초자료 / 12
5. 각 방안별 통합진찰료 / 18
6. 재정추계 / 25
7. 요양기관 종별 본인부담 개편방안 및 보험자부담 절감액 / 27
8. 진찰료 처방료 통합에 따른 가산율 삭제 / 34
9. 외래 진료비 분담 내역 / 36

1. 통합의 필요성

- 의약분업 전에는 원외처방전 발행을 유도하기 위하여 처방유무와 처방일수에 따라 처방료를 차등화하여 보상해왔으나, 의약분업 후에는 처방행위를 진찰행위의 연장선상에서 포괄하는 것이 타당함.
 - 진찰료 및 처방료에 대한 현행체계는 처방유무 및 처방일수에 따라 수가준이 차등 보상됨으로 의료기관의 불필요한 처방 및 과잉처방을 유도할 우려가 있어 의약분업의 취지와 맞지 않고 보험재정의 악화요인으로 작용
 - 처방행위는 의사 진찰행위의 연장선상에서 이루어지므로 처방일수에 따라 차등 보상하는 것은 논리의 모순
- 약품 복용 방법에 따라 내복약, 외용약, 주사제로 분리되어있는 현행 처방료 수가체계 또한 분리의 논리적 근거가 없으므로 진찰료에 포괄하여 산정하는 것이 타당함.

2. 세계 각국의 기본진료료 및 원외처방료 현황

국 가	특 징
일 본	· 처방료는 진찰료에 포함, 조제료는 분리
대 만	· 초제진 구분 없는 단일진찰료 · 1일당 진찰환자수에 따라 차등수가제
미 국	· 진찰료는 진료시간에 따라 차등 · 약은 병실료에 포함되며 처방료 및 조제료 없음

6 진찰료 처방료 통합방안

국 가	특 징
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> · 초진 및 재진 구분 없음 · 처방료는 진찰료에 포함
싱가폴	<ul style="list-style-type: none"> · 초진 및 재진 구분 없음 · 일반의와 전문의로 구분하며 진찰료는 진찰시간에 따라 차등 · 처방 조제료는 없음
독 일	<ul style="list-style-type: none"> · 초진의 경우 진료과목별로 차등, 재진은 균일 · 처방료는 진료상담료에 포함

□ 진찰료 및 원외처방료 비교(1998년 11월 기준)

가. 일본

	진찰료(YEN)	원환산	상대비
초진	2,500	28,523.75	4.3
재진	1,120	12,778.64	3.8

주: 1인당 GNP 상대비는 3.27임.

나. 대만

	진찰료(TWD)	원환산	상대비		기준: 1일 환자수
			초진	재진	
기층의원	240	9784.8	1.4	2.9	50인 이하
	200	8154	1.2	2.4	50~70
	120	4892.4	0.7	1.4	71인 이상
지구, 구역, Medical Center	220	8969.4	1.3	2.7	

주: 1인당 GNP 상대비는 1.28임, 초재진 구분 없음.

다. 미국

	진찰료(USD)	원환산	상대비
초진	48~195	63,062~256,191	9.555~38.817
재진	26~156	34,159~204,953	10.351~62.107

주: 1인당 GNP 상대비는 3.007임, 초진 및 재진은 진료시간에 따라 차등

- 약은 병실료에 포함되며 조제료 없음.

라. 프랑스

	진찰료(FFR)	원환산	상대비		비고
			초진	재진	
일반의	110	18366	2.8	5.6	
전문의	150	25044	3.8	7.6	
순환기내과	320	53527	8.1	16.2	심전도해석료 포함

주: 1인당 GNP 상대비는 2.31임, 초진 및 재진 구분 없음.

- 처방료는 진찰료에 포함됨.

마. 싱가포르

- 진찰료의 경우 일반의와 전문의로 구분하며 초진과 재진의 구분 없음. 진찰시간에 따라 일반의는 초진의 경우 14,562(10분)~80,899원(60분), 재진의 경우 14,562(5분)~60,674(40분)이며, 전문의는 초진의 경우 56,629~161,798원, 재진의 경우 36,405~121,349원임.
- 처방 조제료는 없음.

8 진찰료 처방료 통합방안

바. 독일

- 진찰료의 경우 초진은 진료과목별로 차등을 두며 재진의 경우 진료과목과 무관하게 2,784원 부담. 따라서 초진의 경우 한국에 비해 진찰료는 0.5~3.5배에 이르며 재진의 경우 0.8배임.
- 처방료는 진료상담료에 포함.

3. 진찰료와 처방료의 통합방안

가. 통합방향

- 통합진찰료는 현행진찰료와 처방료의 산술적 합으로 구성
 - 단, 주사제에 대한 처방료는 삭제
- 현행 기관 종별 처방료 가산율 제도 폐지
 - 기본 진료에는 가산율 적용이 불가능하기 때문에 통합진찰료에는 기관종별 가산율 폐지
- 과별 특성을 반영하기 위하여 과목별 3개의 그룹으로 차등화된 통합진찰료 산정
- 원내처방과 원외처방을 비율에 따라 합산한 후 원내·외 처방에 상관없이 통합진찰료 단일화

나. 통합방안

1) 방안 1

- 현행진찰료 + 의약분업전 내원일당 내복약 평균처방일수의 현재처방료 + 내원일당 외용약 평균 처방료

2) 방안 2

- 현행진찰료 + 의약분업전과 후의 내원일당 내복약 산술평균 처방일수의 현재처방료 + 내원일당 외용약 평균 처방료

3) 방안 3

- 현행진찰료 + 의약분업 후 내원일당 내복약 평균처방일수의 현재처방료 + 내원일당 외용약 평균 처방료

다. 요양기관 전문과목의 그룹별 분류 및 기초자료

1) 과목별 분류

- 내과계(가군): 내과, 신경과, 정신과, 결핵과, 소아과, 가정의학과
- 외과계(나군): 일반외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 재활의학과
- 지원진료계(다군): 일반의(의원의 경우), 진단방사선과, 치료방사선과, 핵의학과, 응급의학과, 임상병리학과

2) 사용 데이터(심사평가원 제공)

- 요양기관종별 진료과목별 EDI 청구기관의 2000년 5월 외래진료분
- 요양기관종별 진료과목별 EDI 청구기관의 2000년 12월 외래진료분
- 정신과와 피부과는 의약분업후 처방일수가 현격히 감소(각각 80%, 40%)하여 의약분업전 처방일수 사용

10 진찰료 처방료 통합방안

라. 통합진찰료의 운영방안

1) 통합된 진찰료는 기본진찰료와 외래 관리료로 구분

- 기본진찰료는 통합 이전의 진찰료를 의미하고 병원관리나 진찰증 수납 등에 소요되는 비용을 포함하며 요양기관 종별에 관계없이 초진 8,400원, 재진 5,300원에 해당
- 종전에 진찰료에 가산되던 각종 가산율(야간 가산율, 선택 진료료 등)은 통합된 이후에도 기본진찰료에만 가산
- 외래 관리료는 처방이나 조제에 소요되는 비용을 포함하며 통합 이전의 처방료(처방·조제료)에 해당

2) 모든 진찰을 받은 환자들은 진찰료 부과 대상이 됨

- 원내와 원외 구분없이 동일한 진찰료
- 처방전이 발행되지 않더라도 전체 진찰료 산정
- 의사의 진찰없이 물리치료를 받는 경우 기본진찰료의 50%(재진)를 산정
- 환자가족이 내원하여 약제나 처방전만을 수령하는 경우 재진진찰료(재진)의 50%를 산정

3) 진료 표방 과목이 아니라 진찰의사(주치의)의 전문의 과목에 따라 해당군 분류

- 내원환자에 관계없이 산정하므로 외과 의사가 소아과 환자를 주로 진찰 하더라도 외과계인 나군으로 산정
- 전공의가 환자를 진료할 때에는 일반의로 산정
- 치과 및 치과대학부속병원의 경우에는 해당 종별의 다군으로 분류하고, 종합전문요양기관이나 종합병원에 진료과목으로 진료하는 치과의 경우에도 해당 의과종별 의료기관의 다군으로 분류
- 단, 치과의원이나 치과병원의 경우에는 별도로 산정

마. 야간가산율 적용시간대 축소

- 1) 통합 진찰료 산정 시, 야간가산율 적용시간대 축소
 - 종전에는 18시부터 익일 06시까지였으나 이를 2시간 조정하여 20시부터 익일 06시까지 조정
 - 토요일의 경우에는 13시에서 15시로 조정
 - 그러나 응급상황에서 18시 이후 발생하는 마취, 수술, 처치 등에 부과되던 50% 가산율은 그대로 존속

- 2) 주사제에 대한 처방료와 조제료는 삭제
 - 약국은 주사제 병합처방의 경우, 1,540원의 별도 조제료 항목 삭제
 - 단, 약국에 주사제 처방전만을 가지고 내원하여 조제할 경우에는 의약품 관리료(조제 1일당 100원)만 산정
 - 의료기관의 경우에는 주사제 단독처방의 경우, 1,270원을 부과하던 것을 삭제하고 병합처방의 경우, 2,540원 삭제
 - 주사제가 완전의약분업 예외로 분류되어 원내처방 될 경우에는 이미 통합된 진찰료에 처방료가 통합되어 포함되어 있으므로 기존과 마찬가지로 별도의 처방·조제료는 없음.

- 3) 종전의 의약분업 예외환자에 대한 처방조제료는 조제료로 명칭이 변경되어 퇴원하는 입원환자에게만 적용됨.
 - 기존의 약국조제료도 조제일자에 따른 수가체계를 유지하고 있으며 퇴원하는 입원환자도 이에 준하여 적용토록 함.

4. 기초자료

요양기관 전문과목별

－ 전문종합병원

종별	과목명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
전 문 综 합	내과	18.64	21.54	24.44	47
	신경과	17.33	19.73	22.13	22
	정신과	18.17	18.17	18.17	2
	일반외과	13.09	13.42	13.75	18
	정형외과	6.78	8.13	9.49	116
	신경외과	17.03	17.65	18.26	24
	흉부외과	15.03	16.32	17.62	43
	성형외과	1.40	1.28	1.17	18
	마취과	5.48	7.41	9.35	0
	산부인과	8.31	13.83	19.35	232
	소아과	5.66	6.12	6.58	85
	안과	4.84	3.86	2.88	841
	이비인후과	6.06	6.40	6.74	207
	피부과	7.91	7.91	7.91	657
	비뇨기과	8.91	12.04	15.17	21
	재활의학과	3.81	3.09	2.37	86
	가정의학과	15.18	16.15	17.11	56
	응급의학과	3.39	2.47	1.54	24
	산업의학과	20.56	20.61	20.67	24
	치과보존과	1.07	1.13	1.20	181
계	10.95	12.28	13.61	187	

- 종합병원

종별	과목명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
종합병원	내과	16.92	18.26	19.59	44
	신경과	16.85	17.31	17.78	24
	정신과	13.29	13.29	13.29	7
	일반외과	6.15	6.92	7.69	81
	정형외과	4.84	5.68	6.53	117
	신경외과	9.70	9.80	9.90	47
	흉부외과	7.82	10.10	12.37	89
	성형외과	1.76	1.68	1.59	24
	마취과	3.77	2.87	1.97	53
	산부인과	5.58	8.98	12.38	195
	소아과	4.19	4.19	4.19	87
	안과	6.43	5.51	4.60	920
	이비인후과	5.34	5.44	5.55	135
	피부과	9.18	9.18	9.18	655
	비뇨기과	7.63	8.81	9.98	57
	치료방사선과	0.44	0.64	0.83	8
	재활의학과	2.06	2.68	3.30	68
	핵의학과	29.12	34.77	40.42	16
	가정의학과	18.66	19.88	21.11	60
	응급의학과	2.02	1.66	1.30	28
치과보존과	0.94	1.02	1.10	66	
계	9.54	10.39	11.23	126	

14 진찰료 처방료 통합방안

－ 병원

종별	과목명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
병원	내과	7.15	7.79	8.42	26
	신경과	4.84	6.36	7.87	11
	정신과	17.42	17.42	17.42	0
	일반외과	2.86	3.34	3.81	183
	정형외과	6.06	4.60	3.14	18
	신경외과	5.39	5.86	6.33	9.6
	흉부외과	2.71	3.11	3.50	0
	산부인과	5.14	4.76	4.38	130
	소아과	2.08	2.16	2.24	55
	안과	1.00	1.18	1.35	445
	이비인후과	3.45	3.34	3.24	0
	피부과	21.42	21.42	21.42	202
	비뇨기과	3.75	4.33	4.92	164
	재활의학과	4.75	3.44	2.14	14
	계	5.73	5.72	5.72	59

- 의원

종별	과목명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
의원	일반의	2.96	3.22	3.47	60
	내과	4.90	5.32	5.74	28
	신경과	5.67	4.40	3.13	9
	정신과	5.73	5.73	5.73	1
	일반외과	2.40	2.73	3.06	58
	정형외과	1.56	1.77	1.97	18
	신경외과	2.13	2.32	2.50	13
	흉부외과	3.21	3.41	3.61	44
	성형외과	1.75	1.99	2.24	27
	마취과	1.83	1.98	2.14	9
	산부인과	2.08	2.84	3.60	100
	소아과	2.03	2.17	2.31	71
	안과	2.74	2.76	2.77	769
	이비인후과	1.81	1.97	2.13	48
	피부과	2.68	2.68	2.68	627
	비뇨기과	2.73	2.92	3.12	409
	진단방사선과	1.67	2.59	3.52	12
	임상병리학과	0.45	1.27	2.09	16
	결핵과	2.75	3.32	3.89	31
	재활의학과	1.60	1.81	2.03	24
가정의학과	3.11	3.97	4.83	54	
계	2.90	3.14	3.39	108	

16 진찰료 처방료 통합방안

－ 치과

종별	과목명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
치과	치과병원	0.47	0.59	0.72	6
	치과의원	0.22	0.29	0.36	7
계		0.22	0.29	0.36	7

과목그룹별

－ 전문종합

그룹명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
내과계	15.70	17.73	19.75	51
외과계	7.79	8.74	9.69	320
지원진료	3.55	3.19	2.84	103
계	10.95	12.28	13.61	187

－ 종합병원

그룹명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
내과계	13.01	13.83	14.65	54
외과계	6.09	7.10	8.11	231
지원진료	1.87	1.72	1.57	40
계	9.54	10.39	11.23	126

- 병원

그룹명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
내과계	6.53	7.06	7.59	30
외과계	5.00	4.50	4.01	85
계	5.73	5.72	5.72	59

- 의원

그룹명	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
내과계	3.56	3.83	4.10	47
외과계	2.13	2.33	2.53	215
지원진료	2.94	3.21	3.48	60
계	2.90	3.14	3.39	108

 전체 요양기관

초진율	재진율	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
0.32	0.68	2.48	2.91	3.34	98

 전체 요양기관(치과제외)

초진율	재진율	의약분업전 평균처방일수	의약분업전과 후의 산술평균 처방일수	의약분업후 평균처방일수	외용약의 내원일당 평균처방료
0.32	0.68	3.17	3.45	3.72	109

5. 각 방안별 통합진찰료

통합진찰료 = (원내통합진찰료 × 원내처방건수비율) + (원의통합진찰료 × 원외처방건수비율)

아래 표에 제시된 것은 초진의 진찰료이며, 재진 진찰료는 초진에서 3,100원 삭감

－ 통합진찰료는 십원 이하에서 반올림

요양기관 전문과목별

－ 전문종합병원

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
전문 종합	내과	16,100	16,100	16,100	18,500
	신경과	16,400	16,400	16,400	18,800
	정신과	13,400	13,400	13,400	14,900
	일반외과	13,300	13,400	13,500	15,000
	정형외과	12,300	12,600	12,900	14,200
	신경외과	16,100	16,100	16,100	18,400
	흉부외과	14,300	16,200	16,200	18,500
	성형외과	9,900	9,900	9,800	10,300
	마취과	11,800	12,200	12,500	13,800
	산부인과	12,900	14,100	16,500	18,900
	소아과	11,800	11,900	12,000	13,100
	안과	12,700	12,500	12,300	13,400
	이비인후과	12,300	12,400	12,500	13,700
	피부과	13,000	13,000	13,000	14,400
	비뇨기과	12,400	13,000	14,300	16,000
	재활의학과	10,900	10,800	10,500	11,200
	가정의학과	14,500	16,000	16,000	18,300
	응급의학과	9,900	9,700	9,400	9,700
	산업의학과	16,300	16,300	16,300	18,600
	치과보존과	10,000	10,000	10,100	10,600
계	13,500	13,500	13,600	15,500	

- 종합병원

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
종합병원	내과	15,500	15,500	15,500	17,400
	신경과	15,400	15,400	15,400	17,200
	정신과	11,300	11,300	11,300	12,100
	일반외과	11,700	11,900	12,000	13,000
	정형외과	11,400	11,500	11,700	12,600
	신경외과	12,100	12,100	12,100	13,100
	흉부외과	12,000	12,400	12,900	14,000
	성형외과	10,100	10,100	10,000	10,500
	마취과	10,000	9,800	9,500	9,800
	산부인과	12,000	12,700	13,400	14,700
	소아과	11,400	11,400	11,400	12,200
	안과	13,100	12,900	12,700	13,800
	이비인후과	11,900	11,900	11,900	12,800
	피부과	13,200	13,200	13,200	14,400
	비뇨기과	12,100	12,300	12,600	13,700
	치료방사선과	9,700	9,700	9,700	10,100
	재활의학과	10,200	10,500	10,600	11,200
	핵의학과	16,500	19,600	19,600	22,500
	가정의학과	15,800	15,800	15,800	17,700
	응급의학과	9,700	9,500	9,400	9,700
치과보존과	9,700	9,700	9,800	10,100	
계	12,900	13,000	13,100	14,400	

20 진찰료 처방료 통합방안

－ 병원

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
병원	내과	11,700	11,900	12,000	12,700
	신경과	11,900	12,200	12,500	13,400
	정신과	13,100	13,100	13,100	14,000
	일반외과	11,300	11,500	11,600	12,200
	정형외과	11,100	10,900	10,600	11,000
	신경외과	11,000	11,100	11,200	11,700
	흉부외과	10,900	11,100	11,100	11,700
	산부인과	11,500	11,400	11,300	11,900
	소아과	10,400	10,500	10,500	10,900
	안과	10,000	10,100	10,200	10,600
	이비인후과	10,500	10,500	10,500	10,900
	피부과	14,800	14,800	14,800	16,100
	비뇨기과	11,000	11,200	11,300	11,900
	재활의학과	11,000	10,800	10,300	10,700
	계	11,400	11,400	11,400	12,000

- 의원

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
의 원	일반의	11,000	11,000	11,100	11,500
	내과	11,400	11,500	11,600	12,100
	신경과	10,900	10,700	10,400	10,800
	정신과	9,900	9,900	9,900	10,200
	일반외과	10,600	10,800	10,900	11,300
	정형외과	10,000	10,100	10,200	10,500
	신경외과	10,300	10,400	10,500	10,800
	흉부외과	10,900	10,900	11,000	11,400
	성형외과	10,600	10,700	10,800	11,300
	마취과	10,000	10,100	10,100	10,400
	산부인과	10,400	10,700	10,900	11,400
	소아과	10,900	10,900	11,000	11,400
	안과	11,900	11,900	11,900	12,500
	이비인후과	10,700	10,800	10,900	11,300
	피부과	11,600	11,600	11,600	12,100
	비뇨기과	11,400	11,500	11,500	12,100
	진단방사선과	10,300	10,700	11,000	11,400
	임상병리학과	9,600	9,700	10,100	10,300
	결핵과	11,400	11,600	11,700	12,400
	재활의학과	10,100	10,200	10,300	10,600
가정의학과	11,200	11,400	11,600	12,000	
계	11,000	11,100	11,100	11,600	

- 치과

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
치과	치과병원	8,900	9,100	9,200	9,400
	치과의원	8,600	8,700	8,800	8,800
계		8,600	8,700	8,800	8,800

22 진찰료 처방료 통합방안

□ 요양기관 전문과목의 그룹별

－ 전문종합

그룹명	방안1	방안2	방안3	현행
내과계	15,700	15,700	15,700	18,100
외과계	12,800	13,000	13,400	14,900
지원진료	11,400	11,900	12,000	13,000
계	13,500	13,500	13,600	15,500

－ 종합병원

그룹명	방안1	방안2	방안3	현행
내과계	15,100	15,100	15,100	17,000
외과계	12,000	12,200	12,400	13,400
지원진료	11,000	11,000	11,000	11,900
계	12,900	13,000	13,100	14,400

－ 병원

그룹명	방안1	방안2	방안3	현행
내과계	11,700	11,800	11,900	12,800
외과계	11,300	11,200	11,100	11,600
계	11,400	11,400	11,400	12,000

－ 의원

그룹명	방안1	방안2	방안3	현행
내과계	11,400	11,500	11,500	12,000
외과계	10,800	10,900	11,000	11,400
지원진료	10,900	11,000	11,000	11,500
계	11,000	11,100	11,100	11,600

－ 치과

종별	과목명	방안1	방안2	방안3	현행
치과	치과병원	8,900	9,100	9,200	9,400
	치과의원	8,600	8,700	8,800	8,800
계		8,600	8,700	8,800	8,800

－ 전체 요양기관

방안1	방안2	방안3	현행
10,800	10,900	10,900	11,400

－ 전체 요양기관(치과병원, 치과의원 제외)

방안1	방안2	방안3	현행
11,000	11,100	11,200	11,700

최종 통합진찰료(안)

－ 병원과 의원의 지원진료계(다군) 및 치과를 위 분석의 결과에 관계없이 신설하거나 조정

- 병원의 다군은 원 데이터에 해당 군이 없었으나 종합전문 및 종합병원의 가, 나, 다군간 경향을 반영하여 10,700원으로 제안
- 의원의 경우도 종합전문 및 종합병원의 경향을 반영하여 다군의 진찰료를 10,500원으로 조정
- 치과의 경우 의약분업전 쪽지처방의 존재를 반영하여 치과병원은 9,900원, 치과의원은 9,200원으로 조정

24 진찰료 처방료 통합방안

	분류	초진료(원)	재진료(원)	비고
종합전문 요양기관	가 군	15,700	12,600	
	나 군	13,000	9,900	
	다 군	11,900	8,800	
종합병원	가 군	15,100	12,000	
	나 군	12,200	9,100	
	다 군	11,000	7,900	
병원	가 군	11,800	8,700	
	나 군	11,200	8,100	
	다 군	10,700	7,600	
의원	가 군	11,500	8,400	
	나 군	10,900	7,800	
	다 군	10,500	7,400	
치과병원		9,900	6,800	
치과의원		9,200	6,100	

6. 재정추계

가. 요양기관 그룹별 절감효과

과목그룹별

－ 전문종합

과목명	절감효과(%)		
	방안1	방안2	방안3
내과계	14.15	14.15	14.15
외과계	15.65	13.98	11.55
지원진료	10.74	8.94	9.16
계	14.44	13.54	12.65

－ 종합병원

과목명	절감효과(%)		
	방안1	방안2	방안3
내과계	11.98	11.98	11.98
외과계	11.50	10.17	8.87
지원진료	6.71	6.96	7.20
계	10.77	10.36	9.95

－ 병원

과목명	절감효과(%)		
	방안1	방안2	방안3
내과계	9.30	8.22	7.15
외과계	3.41	4.51	5.69
계	5.95	6.03	6.15

26 진찰료 처방료 통합방안

－ 의원

과목명	절감효과(%)		
	방안1	방안2	방안3
내과계	6.60	5.87	5.15
외과계	6.26	5.32	4.56
지원진료	5.99	5.33	4.74
계	6.21	5.42	4.74

요양기관 종별

과목명	절감효과(%)		
	방안1	방안2	방안3
전문종합	14.44	13.54	12.65
종합병원	10.77	10.36	9.95
병원	5.95	6.03	6.15
의원	6.21	5.42	4.74
치과	2.87	0.95	0.86
계	6.76	5.94	5.34

전체적으로 방안별 최저 5.34%에서 최고 6.76%까지 재정절감 가능

－ 즉, 현행진찰료 총액(월) 약 4,100억원 중 최저 218억원에서 최고 277억원 재정 절감가능

- 1년에 약 최저 2천 6백억원에서 최고 3천 3백억원 절감 가능

7. 요양기관 종별 본인부담 개편방안 및 보험자부담 절감액

가. 진찰료와 처방료의 통합에 따른 본인부담율(액) 개편방안

	현행	개편안
3차 및 종합병원	진찰료+진찰료 초과금액의 55%	진찰료+진찰료 초과금액의 50%
병원	진찰료+진찰료 초과금액의 40%	총급여비용의 40%
의원	2,200원(총진료비가 15,000원 이하인 경우) 총급여비용의 30%(총진료비가 15,000 원 이상인 경우)	3,000원(총진료비가 15,000원 이하인 경우) 총급여비용의 30%(총진료비가 15,000 원 이상인 경우)

나. 본인부담 개편에 따른 보험자 부담 절감액(의원 제외) :

－ 年 △109억원: 종합전문절감액(230억) + 종합병원절감액(290억) + 병
원절감액(△629억)

1) 종합전문 절감액: 1) + 2) - 3) = 230억원

가) 진료비가 11,592원 이하의 건: 39억원

= {(진료비가 11,592원 이하 건 평균진료비(9,900원) - 6,292) × (1-본
인부담률(55%))} × 진료비가 11,592원 이하 건 내원일수(198,843) ×
12(개월)

• 단, 11,592(6,292)원은 초진율, 재진율을 고려한 통합진찰료(현행 진찰
료)의 가중평균

나) 진료비가 11,592원 이상부터 59,292원 까지의 건: 201억원

$$= [\{ (\text{해당구간 평균진료비}(19,900) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%) - \{ (\text{해당구간 평균진료비}(19,900) - 11,592) \} \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(50\%)) \}] \times \text{해당구간 내원일수}(848,626) \times 12\text{개월}$$

- 단, 59,292원은 본인부담변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

다) 진료비가 59,292원 이상 건 : 10억원

$$= [\{ (\text{해당구간 평균진료비}(68,200) - 11,592) \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(50\%)) \} - \{ (\text{해당구간 평균진료비} - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%)) \}] \times \text{해당구간 내원일수}(176,299) \times 12\text{개월}$$

2) 종합병원 : 1) + 2) - 3) : 290억

가) 진료비가 10,992원 이하의 건 : 45억원

$$= (\text{진료비가 } 10,992\text{원 이하 건의 평균진료비}(9,600) - 6,292) \times (0.45) \times (\text{진료비가 } 10,992\text{원 이하 건의 내원일수}(254,797)) \times 12\text{개월}$$

나) 진료비가 10,992원 이상부터 53,292원까지의 건 : 260억원

$$= \{ (\text{해당구간 평균진료비}(18,800) - 6,292) \times (0.45) - (\text{해당구간 평균진료비}(18,800) - 10,992) \times (0.5) \} \times (\text{해당구간 내원일수}(1,256,407))$$

다) 진료비가 53,292 이상 건 : 15억원

$$= \{ (\text{해당구간 평균진료비}(61,400) - 10,992) \times (0.5) - (\text{해당구간 평균진료비}(61,400) - 6,292) \times (0.45) \} \times (\text{해당구간 내원일수}(324,449)) \times 12\text{개월}$$

- 단, 10,992원은 초진, 재진율을 고려한 통합진찰료의 가중평균, 53,292원은 본인부담 변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

3) 병원 및 치과병원 : △ 629억

: - { 6,292 × (1-0.4) × 내원일수(1,388,321) × 12개월 }

다. 본인부담율 변화에 따른 보험자 부담 절감액 대안

	현행	대안
3차 및 종합병원	진찰료+진찰료 초과금액의 55%	1) 진찰료+진찰료 초과금액의 45% 2) 진찰료+진찰료 초과금액의 40% 2) 진찰료 총액의 50%
병원	진찰료+진찰료 초과금액의 40%	1) 진료비 총액의 45% 2) 진료비 총액의 50%

1) 종합전문

가) 본인부담 : 통합진찰료 + 통합진찰료 초과금액의 45%

: 종합전문 절감액 : 1) + 2) - 3) = 110억원

(1) 진료비가 11,592원 이하의 건 : 39억원

= {(진료비가 11,592원 이하 건 평균진료비(9,900원) - 6,292) × (1-본인부담률(55%))} × 진료비가 11,592원 이하 건 내원일수(198,843) × 12(개월)

• 단, 11,592(6,292)원은 초진율, 재진율을 고려한 통합진찰료(현행 진찰료)의 가중평균

(2) 진료비가 11,592원 이상부터 35,442원까지의 건: 145억원

= [{"(해당구간 평균진료비(18,344) - 6,292) × (1-본인부담률(55%) - {(해당구간 평균진료비(18,344) - 11,592)} × (1-개편 후 본인부담률(45%))}] × 해당구간 내원일수(709,786) × 12개월

- 단, 35,442원은 본인부담변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

(3) 진료비가 35,442원 이상 건 : 74억원

$$= \{[(\text{해당구간 평균진료비}(55,010) - 11,592) \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(45\%))] - [(\text{해당구간 평균진료비}(55,010) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%))]\} \times \text{해당구간 내원일수}(315,139) \times 12\text{개월}$$

나) 본인부담 : 통합진찰료 + 통합진찰료 초과금액의 40%
: 종합전문 절감액 : 1) + 2) - 3) = △ 17억원

(1) 진료비가 11,592원 이하의 건 : 39억원

$$= \{(\text{진료비가 } 11,592\text{원 이하 건 평균진료비}(9,900\text{원}) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%))\} \times \text{진료비가 } 11,592\text{원 이하 건 내원일수}(198,843) \times 12\text{개월}$$

- 단, 11,592(6,292)원은 초진율, 재진율을 고려한 통합진찰료(현행 진찰료)의 가중평균

(2) 진료비가 11,592원 이상부터 27,492원까지의 건: 120억원

$$= \{[(\text{해당구간 평균진료비}(17,024) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%)) - [(\text{해당구간 평균진료비}(17,024) - 11,592)] \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(40\%))]\} \times \text{해당구간 내원일수}(638,807) \times 12\text{개월}$$

- 단, 27,492원은 본인부담변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

(3) 진료비가 27,492원 이상 건 : 176억원

$$= \{[(\text{해당구간 평균진료비}(52,830) - 11,592) \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(40\%))] - [(\text{해당구간 평균진료비}(52,830) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%))]\} \times \text{해당구간 내원일수}(386,118) \times 12\text{개월}$$

다) 본인부담 : 진료비 총액의 50%

: 종합전문 절감액 : △ 626억원

$$= \{[(\text{평균진료비}(28,650) \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(50\%))) - (\text{평균진료비}(28,650) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%))]\} \times \text{내원일수}(1,223,768) \times 12\text{개월}$$

2) 종합병원

가) 본인부담 : 통합진찰료 + 통합진찰료 초과금액의 45%

: 종합병원 : 1) + 2) - 3) : 92억원

(1) 진료비가 10,992원 이하의 건 : 45억원

$$= (\text{진료비가 } 10,992\text{원 이하 건의 평균진료비}(9,600) - 6,292) \times (0.45) \times (\text{진료비가 } 10,992\text{원 이하 건의 내원일수}(254,797)) \times 12\text{개월}$$

(2) 진료비가 10,992원 이상부터 32,142원까지의 건 : 187억원

$$= \{(\text{해당구간 평균진료비}(17,245) - 6,292) \times (0.45) - (\text{해당구간 평균진료비}(17,245) - 10,992) \times (0.55)\} \times \text{해당구간 내원일수}(1,044,303) \times 12\text{개월}$$

(3) 진료비가 32,142 이상 건 : 140억원

$$= \{(\text{해당구간 평균진료비}(53,872) - 10,992) \times (0.55) - (\text{해당구간 평균진료비}(53,872) - 6,292) \times (0.45)\} \times \text{해당구간 내원일수}(536,553) \times 12\text{개월}$$

- 단, 10,992원은 초진, 재진율을 고려한 통합진찰료의 가중평균, 32,142원은 본인부담 변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

나) 본인부담 : 통합진찰료 + 통합진찰료 초과금액의 40%
 : 종합병원 : 1) + 2) - 3) : △103억원

(1) 진료비가 10,992원 이하의 건 : 45억원

$$= (\text{진료비가 10,992원 이하 건의 평균진료비}(9,600) - 6,292) \times (0.45) \times (\text{진료비가 10,992원 이하 건의 내원일수}(254,797)) \times 12\text{개월}$$

(2) 진료비가 10,992원 이상부터 25,092원까지의 건 : 141억원

$$= \{(\text{해당구간 평균진료비}(16,481) - 6,292) \times (0.45) - (\text{해당구간 평균진료비}(16,481) - 10,992) \times (0.6)\} \times \text{해당구간 내원일수}(908,648) \times 12\text{개월}$$

(3) 진료비가 25,092 이상 건 : 289억원

$$= \{(\text{해당구간 평균진료비}(49,011) - 10,992) \times (0.6) - (\text{해당구간 평균진료비}(49,011) - 6,292) \times (0.45)\} \times \text{해당구간 내원일수}(672,208) \times 12\text{개월}$$

- 단, 10,992원은 초진, 재진율을 고려한 통합진찰료의 가중평균
 25,092원은 본인부담 변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

다) 본인부담 : 진료비 총액의 50%
 : 종합병원 절감액 : △ 907억원

$$= \{[(\text{평균진료비}(25,740) \times (1 - \text{개편 후 본인부담률}(50\%))) - (\text{평균진료비}(25,740) - 6,292) \times (1 - \text{본인부담률}(55\%))]\} \times \text{내원일수}(1,835,653) \times 12\text{개월}$$

3) 병원 및 치과병원

가) 본인부담 : 진료비 총액의 45%

: 병원 및 치과병원 절감액 : 2) - 1) = △ 480억원

(1) 진료비가 75,504원 이하의 건 : 481억원

$$= \{ [\text{진료비가 75,504원 이하 건 평균진료비(16,542원)} \times (1 - \text{본인부담률(45\%)}) \} - \{ \text{진료비가 75,504원 이하 건 평균진료비(16,542원)} - 6292 \text{원} \} (1 - \text{본인부담률(40\%)}) \times \text{진료비가 75,504원 이하 건 내원일수 (1,360,554)} \times 12(\text{개월})$$

- 단, 75,504원은 본인부담변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

(2) 진료비가 75,504원 이상의 건: 1억원

$$= \{ \text{진료비가 75,504원 이상 건 평균진료비(82,104원)} - 6292 \text{원} \} (1 - \text{본인부담률(40\%)}) - \{ \text{진료비가 75,504원 이상 건 평균진료비(82,104원)} \times (1 - \text{본인부담률(45\%)}) \} \times \text{진료비가 75,504원 이상 건 내원일수(27,767)} \times 12(\text{개월})$$

나) 본인부담 : 진료비 총액의 50%

: 병원 및 치과병원 절감액 : 2) - 1) = △ 293억원

(1) 진료비가 37,752원 이하의 건 : 327억원

$$= \{ [\text{진료비가 37,752원 이하 건 평균진료비(15,940원)} \times (1 - \text{본인부담률(50\%)}) \} - \{ \text{진료비가 37,752원 이하 건 평균진료비(15,940원)} - 6292 \text{원} \} (1 - \text{본인부담률(40\%)}) \times \text{진료비가 37,752원 이하 건 내원일수 (1,250,877)} \times 12(\text{개월})$$

- 단, 37,752원은 본인부담변화에 따른 보험자의 Break-even 진료비

(2) 진료비가 37,752원 이상의 건: 30억원

$$= \{ \text{진료비가 37,752원 이상 건 평균진료비(56,210원)} - 6292\text{원} \} (1 - \text{본인부담률(40\%)}) - \{ \text{진료비가 37,752원 이상 건 평균진료비(56,210원)} \times (1 - \text{본인부담률(50\%)}) \} \times \text{진료비가 37,752원 이상 건 내원일수(137,444)} \times 12(\text{개월})$$

라. 본인부담 변화에 따른 보험자의 재정 절감액 요약

본인부담 변화	종합전문	종합병원
통합진찰료+통합진찰료 초과금액의 50%	230억원	290억원
통합진찰료+통합진찰료 초과금액의 45%	110억원	92억원
통합진찰료+통합진찰료 초과금액의 40%	△17억원	△103억원
진료비 총액의 50%	△626억원	△907억원

본인부담 변화	병원
진료비 총액의 40%	△629억원
진료비 총액의 45%	△480억원
진료비 총액의 50%	△293억원

8. 진찰료 처방료 통합에 따른 가산을 삭제 : 年 2,814억원

: 처방료 가산을 삭제에 따른 절감액

$$= \text{종합전문(317억)} + \text{종합병원(512억)} + \text{병원(131억)} + \text{의원(1,703억)} + \text{치과병원(4.6억)} + \text{치과의원(145억)} = 2,814\text{억원}$$

가. 종합전문

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(7,211) - 가산율 폐지내원일당 평균 처방료(5,482)] × 내원일수(1,529,323) × 12(개월) = 317억원

나. 종합병원

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(6,891) - 가산율 폐지내원일당 평균 처방료(5,066)] × 내원일수(2,339,453) × 12(개월) = 512억원

다. 병원

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(4,859) - 가산율 폐지내원일당 평균 처방료(4,038)] × 내원일수(1,330,674) × 12(개월) = 131억원

라. 의원

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(3,938) - 가산율 폐지내원일당 평균 처방료(3,471)] × 내원일수(30,380,475) × 12(개월) = 1,703억원

마. 치과병원

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(2,114) - 가산율 폐지내원일당 평균 처방료(1,461)] × 내원일수(58,153) × 12(개월) = 4.6억원

바. 치과의원

[가산율 적용 내원일당 평균처방료(1,013) - 가산율 폐지 내원일당 평균 처방료(714)] × 내원일수(4,043,677) × 12(개월) = 145억원

9. 외래 진료비 분담 내역

〈표 1〉 의원급 외래진료비 본인부담률(2001년 3월 실적을 대상으로)
(단위: 천원, %)

• 2001년 3월	총진료비 보험자부담금 본인부담금	: 411,263,382(100) : 315,331,040(76.67) : 95,932,342(23.33)
• 정액진료비	총진료비 보험자부담금 본인부담금 본인부담률	: 255,379,710 : 206,212,471 : 49,167,239 : 19.25
• 정율진료비	총진료비 보험자부담금 본인부담금 본인부담률	: 155,883,672 : 109,118,569 : 46,765,103 : 30.0

〈표 2〉 의원급 외래 정액 금액을 2,200원에서 3,000원으로 조정시 재정
절감액(2001년 3월 실적을 대상으로)
(단위: 천원)

	내원일수	총진료비	보험자부담		본인부담	
			2,200	3,000	2,200	3,000
계	28,916,683	411,263,382	315,331,040	296,701,366	95,932,342	114,562,016
정액	22,598,971	255,379,710	206,212,471	187,582,797	49,167,239	67,796,913
정률	6,317,712	155,883,672	109,118,569	109,118,569	46,765,103	46,765,103

— 재정절감액: 315,331,040천원-296,701,366천원≒18,629,674천원(1개월)
≒223,556,088천원(1년)

〈표 3〉 약국 정액 본인부담을 1,000원에서 2,000원으로 조정시 재정절감액(2001년 1월 실적을 대상으로)

(단위: 천원)

	내원일수 (처방전건수)	총약제비	보험자부담		본인부담	
			1,000	2,000	1,000	2,000
계	35,349,697	381,850,717	282,782,263	273,739,105	99,068,454	108,111,612
10,000원 이하 정액	12,379,999	74,099,899	58,383,059	49,339,901	15,716,840	24,759,998
10,000원 초과 정액	22,969,698	307,750,818	224,399,204	224,399,204	83,351,614	83,351,614

주: 참고자료: 2001년 1월 심사분 약국처방조제실적(내원일당구간별)

- － 재정절감액: 282,782,263천원-273,739,105천원≒9,043,158천원(1개월)
≒108,517,896천원(1년)

〈표 4〉 의원급외래 정액 상한액 조정시 재정절감액¹⁾

(단위:천원)

	내원일수	총진료비	현행		변경	
			보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담
계	28,916,683	411,263,382	315,331,040	95,932,342	300,939,140	110,324,242
정액 12,000 이하	14,822,442	152,213,817	--	--	119,604,445	32,609,372
정률 12,000 이상	14,094,241	259,049,565	--	--	181,334,695	77,714,870

주: 1) 정액 상한액: 12,000원, 본인부담액: 2,200원(현행과 동일)

- － 재정절감액: 315,331,040천원-300,939,140천원≒14,391,900천원(1개월)
≒172,702,800천원(1년)

〈표 5〉 약국처방 정액 상한액 조정시 재정절감액¹⁾

(단위: 천원)

	내원일수 (처방전건수)	총약제비	현행		변경	
			보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담
계	35,349,697	381,850,717	282,782,263	273,739,105	273,272,318	108,578,399
8,000원 이하 정액	8,969,826	49,822,139	--	--	40,852,213	8,969,826
8,000원 초과 정률	26,379,871	332,028,578	--	--	232,420,005	99,608,573

주: 1) 정액 상한액: 8,000원, 본인부담액: 1,000원(현행과 동일)

— 재정절감액: 282,782,263천원-273,272,318천원=9,509,945천원(1개월)
 =114,119,340천원(1년)