

연구보고서

의료급여 사례관리 및 효과분석 |

신영석
신현웅
황도경

한국보건사회연구원
기초보장·자활정책평가센터

머 리 말

사례관리란 질병과 빈곤 등 복합적인 원인으로 요보호상태에 있는 클라이언트에게 다양한 지역사회 자원을 연결시켜 욕구에 적절히 대응하게 하는 지역보호체계라고 한국사회복지협의회는 정의하고 있다. 이를 의료급여제도와 연관시키면 질병으로 인해 의료욕구가 현저한 수급자들을 적정한 의료공급자원과 연계하여 의료서비스를 제공함으로써 수급자들이 의료 빈곤으로부터 탈피하여 정상생활로 복귀할 수 있게 하는 체계이다. 의료급여 수급자들은 독거이거나 노령부부이거나 거동이 불편한 계층이 많다. 스스로 필요한 서비스를 찾아 욕구에 부응할 수 있는 능력이 부족하다. 즉 사회적 관심이 필요한 집단이고 이를 위해 2003년부터 의료급여 제도에도 사례관리라는 제도가 도입되었다.

제도 도입과정에서 의료급여제도의 특수성 때문에 의료급여 사례관리는 수급자들이 적절하게 의료이용을 할 수 있도록 유도하는 목적도 더해지게 되었다. 그러는 과정 중 2006년에 의료급여제도의 재정위기가 도래했다. 연 평균 20% 이상씩 진료비가 급증하여 제도의 지속가능성을 의심케 하고 연도말 기준 약 7천억 원의 진료비 체불이 발생한 것이다. 정부당국은 재정안정의 한 방편으로 사례관리제도를 이용하고자 하였다.

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 기록한 약 3만 명을 발췌하여 중점 사례관리 대상으로 선정하였다. 한 개의 지자체당 평균 천 명이 넘는 대상자를 사례관리 해야 하는 현실에서 지자체에 배속된 의료급여관리사들은 사례관리 대상의 우선순위를 설정할 수밖에 없었고 통

보된 명단 중 일부는 사례관리를 실시하였고 나머지는 하지 못했다. 사례관리가 실효성 있게 실행되었는지 판단이 필요하다.

위와 같은 인식하에 본보고서는 사례관리의 효과성 제고를 위한 대상자 선정방법을 모색하고 있다. 사례관리 전후의 의료이용 변화양상을 추적하면서 어떤 대상자를 중점적으로 관리하여야 하는지에 대해 시사점을 제공하고 있다. 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 최병호 선임연구위원, 김미곤 연구위원 그리고 본 보고서가 발간되기까지 자료정리 및 보고서 편집을 도와준 양수현 연구조원에게도 감사하고 있다.

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

2007년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

| | |
|--|----|
| 요 약 | 11 |
| 제1장 서 론 | 18 |
| 1. 연구의 필요성 및 목적 | 18 |
| 2. 연구 내용 및 방법 | 20 |
| 제2장 의료급여제도의 개요 및 진료비 실태 | 24 |
| 1. 의료급여 제도의 개요 | 24 |
| 2. 의료급여 진료비 실태 | 35 |
| 3. 의료급여 사례관리의 필요성 | 42 |
| 제3장 사례관리제도에 대한 이론적 고찰 및 우리나라 사례관리 제도 ... | 55 |
| 1. 사례관리제도에 대한 이론적 고찰 | 55 |
| 2. 건강보험 사례관리 | 60 |
| 3. 방문보건사업 관리 | 69 |
| 제4장 의료급여 사례관리 제도 및 문제점 | 78 |
| 1. 의료급여 수급권자 사례관리 | 78 |
| 2. 의료급여 사례관리의 문제점 | 87 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 제5장 Medicaid 재정 추이 및 지출 억제 방안 | 94 |
| 1. Medicaid 재정 추이 | 94 |
| 2. Medicaid 관련 재정 적자 해소 방안 | 104 |
| 제6장 사례관리의 효과성 평가 | 114 |
| 1. 효과성 평가를 위한 조사 방법 | 114 |
| 2. 사례관리의 효과분석 | 122 |
| 제7장 결론 및 향후 연구방향 | 144 |
| 1. 결론 | 144 |
| 2. 연구의 한계 및 향후 연구 방향 | 149 |
| 참고문헌 | 152 |
| 부 록 | 156 |

표 목 차

| | |
|---|----|
| 〈표 II- 1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황 | 25 |
| 〈표 II- 2〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준 | 30 |
| 〈표 II- 3〉 재산에서 공제하는 기초공제액 | 30 |
| 〈표 II- 4〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준 | 31 |
| 〈표 II- 5〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담 | 33 |
| 〈표 II- 6〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담 | 34 |
| 〈표 II- 7〉 연도별 의료급여 진료실적 | 35 |
| 〈표 II- 8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원) · | 36 |
| 〈표 II- 9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래) · | 36 |
| 〈표 II-10〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체) · | 37 |
| 〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원) · | 37 |
| 〈표 II-12〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래) · | 38 |
| 〈표 II-13〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체) · | 38 |
| 〈표 II-14〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원) | 39 |
| 〈표 II-15〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래) | 39 |
| 〈표 II-16〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체) | 40 |
| 〈표 II-17〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원) | 40 |
| 〈표 II-18〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래) | 41 |
| 〈표 II-19〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체) | 41 |
| 〈표 II-20〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원) | 42 |
| 〈표 II-21〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래) | 42 |
| 〈표 II-22〉 수급자가 판단하는 자신의 현재 건강상태 | 43 |

| | | |
|------------|---|-----|
| 〈표 II-23〉 | 여러 의료기관을 이용하는 이유에 대한 응답분포 | 44 |
| 〈표 II-24〉 | 질병치료로 인한 경제적 부담 | 44 |
| 〈표 II-25〉 | 경제적 부담이 있는 경우 부담의 종류 | 45 |
| 〈표 II-26〉 | 365일 이상 장기이용환자 요양기관이용 현황 | 45 |
| 〈표 II-27〉 | 365일 이상 장기이용환자 상병개수 현황 | 46 |
| 〈표 II-28〉 | 365일 이상 장기이용환자 의료이용 현황 | 46 |
| 〈표 II-29〉 | 주상병별 장기이용 환자의 분포 | 47 |
| 〈표 II-30〉 | 동일성분 의약품 중복처방 현황 | 49 |
| 〈표 II-31〉 | 비용금지 의약품 처방 현황 | 49 |
| 〈표 II-32〉 | 대상자가 복용하는 약물 가지수에 대한 분포 | 50 |
| 〈표 II-33〉 | 의료급여 총진료비 추이 | 51 |
| 〈표 II-34〉 | 의료급여와 건강보험의 의료이용 비교 | 52 |
| 〈표 II-35〉 | 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 전) | 53 |
| 〈표 II-36〉 | 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 후) | 53 |
| 〈표 III- 1〉 | 기본업무 | 73 |
| 〈표 IV- 1〉 | 우선순위 척도 및 분류기준 | 89 |
| 〈표 V- 1〉 | 주별 Medicaid 프로그램 총 비용 중 연방정부 보조비율(FMAP) | 96 |
| 〈표 V- 2〉 | 2006년 주별 Medicaid 지출액 | 99 |
| 〈표 V- 3〉 | Medicaid 지출의 변화(1980-2006) | 100 |
| 〈표 V- 4〉 | 메디케이드 수혜자 및 재정지출 변화 (1999-2004) | 103 |
| 〈표 V- 5〉 | 연도별 메디케이드 서비스별 지출 변화 | 104 |
| 〈표 V- 6〉 | 주별 Nursing Home CON 철회 와 병상 증설유예 기간 | 106 |
| 〈표 V- 7〉 | 메디케이드 관리의료 등록자 비율 (2006, 12.31) | 109 |
| 〈표 VI- 1〉 | 표본의 특성 | 119 |
| 〈표 VI- 2〉 | 전체 조사대상자의 의료급여 종별 빈도 | 120 |
| 〈표 VI- 3〉 | 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당 의료이용실적 | 120 |

| | |
|---|-----|
| 〈표 VI- 4〉 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당 의료이용실적 (1종, 2종 구분) | 121 |
| 〈표 VI- 5〉 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당 의료이용실적 (요양기관 구분) | 122 |
| 〈표 VI- 6〉 전체 조사대상자의 사례관리 유·무 | 123 |
| 〈표 VI- 7〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교 | 124 |
| 〈표 VI- 8〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/외래) | 125 |
| 〈표 VI- 9〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(종별) | 126 |
| 〈표 VI-10〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(요양기관별) | 128 |
| 〈표 VI-11〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(지역규모별) | 129 |
| 〈표 VI-12〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(성별) | 130 |
| 〈표 VI-13〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(연령별) | 131 |
| 〈표 VI-14〉 사례관리 빈도 분포 | 133 |
| 〈표 VI-15〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교 | 133 |
| 〈표 VI-16〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(입원/외래) | 134 |
| 〈표 VI-17〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(종별) | 136 |
| 〈표 VI-18〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(요양기관별) | 137 |
| 〈표 VI-19〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(지역규모별) | 138 |
| 〈표 VI-20〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(성별) | 139 |
| 〈표 VI-21〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(연령별) | 140 |
| 〈표 VI-22〉 사례관리 전·후 3개월간의 의료이용량 비교 | 142 |
| 〈표 VI-23〉 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량 비교 | 143 |

그림 목 차

| | | |
|------------|--------------------------------------|-----|
| [그림 II-1] | 부양의무자 기준의 적용 도해 | 28 |
| [그림 III-1] | 방문보건사업 운영체계 | 75 |
| [그림 IV-1] | 사례관리 수행체계도 | 81 |
| [그림 IV-2] | 사례관리 업무흐름도 | 82 |
| [그림 IV-3] | 사례관리 대상자 발굴방법 | 84 |
| [그림 V-1] | 미국의 각주별 연방정부 보조비율(FMAP) , 2007 | 98 |
| [그림 V-2] | 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율 .. | 101 |
| [그림 V-3] | 대상자별 메디케이드 지출의 변화 | 102 |

요 약

- 의료수급권자의 특징 : 노령인구가 많고, 질환에 이환되어 있는 계층이 많고, 부양인들로부터 지지체계가 뒷받침되지 않고, 교육수준이 낮고, 빈곤상태에 있음.
 - 따라서 의료급여 수급자들은 누구보다 사회적 배려가 필요함.
 - 이러한 현실을 반영하여 2003년부터 의료급여제도에도 사례관리 사업이 도입되었음.
- 사례관리에 대한 정의 : 사례관리란 질병과 빈곤 등 복합적인 원인으로 요보호상태에 있는 클라이언트에게 다양한 지역사회 자원을 연결시켜 욕구에 적절히 대응하게 하는 지역보호체계
 - 이를 의료급여제도에 연관시켜 다시 정의하면 질병으로 인해 의료욕구가 현저한 수급자들을 적정한 의료공급자원과 연계하여 의료서비스를 제공함으로써 수급자들이 의료 빈곤으로부터 탈피하여 정상생활로 복귀할 수 있게 하는 체계임.
 - 제도 도입과정에서 의료급여제도의 특수성 때문에 의료급여 사례관리는 기존의 사례관리 목적 외에 추가적인 목적을 부여받았음.
 - 추가적인 목적 : 수급자들이 적정하게 의료이용을 할 수 있도록 유도함.
- 의료급여제도의 재정위기 도래 : 제도 도입 이후 도입 취지에 부합하도록 제도가 운영되는 과정 중 2006년에 의료급여제도의 재정위기가 도래했음.
 - 년 평균 20% 이상씩 진료비가 급증하여 제도의 지속가능성을 의심케하

고 년도말 기준 약 7천억 원의 진료비 체불 발생

- 정부당국은 재정안정의 한 방편으로 사례관리체도를 이용하고자 하였음.
- 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 기록한 약 3만 명을 발췌하여 중점 사례관리 대상자로 선정하였음.
 - 전국 234개 지자체에 명단을 송부하여 약 400명의 사례관리사들이 2006년도에 이들에 대한 사례관리를 실시하였음.
 - 한 개의 지자체당 평균 천 명이 넘는 대상자를 사례관리 해야 하는 현실에서 지자체에 배속된 의료급여관리사들은 사례관리 대상의 우선순위를 설정할 수밖에 없었고 통보된 명단 중 일부는 사례관리를 실시하였고 나머지는 하지 못했음.
- 본 연구는 2006년에 전국적으로 실시된 의료급여 사례관리 사업의 효과성을 평가하고자 하였음.
- 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 이상 이면서 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 2007년 8월까지의 진료실적을 국민건강 보험공단으로부터 구득하였음.
- 4,803명에 대해 사례관리가 이루어진 집단(A)과 이루어지지 못한 집단 (B)으로 구분하여 사례관리 후 의료이용량의 변화 여부를 확인하였음.

□ 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 천 원으로 B 집단의 약 3,000 천원에 비해 더 크게 나타났음.
- 사전적으로 A 집단이 B 집단에 비해 의료위험이 더 높은 상태에 있었거나 남용의 여지가 더 있었을 개연성이 있음.
- 사례관리 후 A 집단은 내원일수가 약 15.6% 감소하였고 B 집단도 약 11.3% 감소하였음.
- 사례관리 이전에 재정위기에 대한 언론의 보도가 있었기 때문에 필요이상의 의료이용을 자제해야한다는 공감대가 이미 형성되었음.
- B 집단의 의료이용 감소는 사회 분위기와 상관이 있는 것으로 보임.
- A 집단의 감소치도 사회적 분위기와 사례관리 효과가 복합적으로 작용하여 나타났을 것으로 판단됨.
- 사례관리 여부와 상관없이 대상자들의 내원일수는 여전히 120일을 넘고 있다는 사실은 이들이 만성질환 등 질환을 복합적으로 앓고 있기 때문

에 의료서비스를 받아야만 하는 상태에 있다는 것을 의미함.

□ 사례관리 효과성 제고를 위한 탐색 : 어떤 집단에 사례관리를 하는 것이 효과성을 높일 수 있는지 탐색하기 위해 4,803명을 여러 가지 방법으로 분리하여 분석하였음.

- 1종과 2종, 입원과 외래, 이용했던 요양기관의 종류, 지역, 성, 연령, 사례관리 횟수, 이용했던 진료과 등으로 집단을 구분하여 분석하였음.

□ 효과성 제고를 위한 분리 분석 결과

- 1종과 2종의 구분 : 1종에 대한 사례관리가 2종에 비해 효과적인 것으로 나타났음.

· 사례관리가 이루어진 시점에서 1종은 본인부담¹⁾이 없고 2종은 있었기 때문에 2종 수급자들은 남용가능성이 1종에 비해 상대적으로 적다는 것을 의미함.

- 외래와 입원의 구분 : 외래환자들에 대한 사례관리가 입원환자들에 비해 효과적인 것으로 나타났음.

· 입원의 경우 대부분 중질환이어서 사례관리와 상관없이 지속적인 치료를 받아야하는 상태에 있기 때문에 사례관리 효과는 그 만큼 적을 수밖에 없음.

· 외래에 대한 사례관리는 상당히 효과적인 것으로 나타났음.

· 남용을 줄이는 효과도 있으며 사회적 분위기 때문에 필요한 의료이용을 자제하는 경우도 있었을 것으로 추론됨.

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

- 이용했던 요양기관 종별 구분 : 병원 이상급 보다 외래가 집중된 의원급에서 효과가 있었음.
 - 의원급을 상대적으로 많이 이용하는 외래환자들에게 사례관리를 하는 것이 효과적인 것으로 나타났음.
 - 약국의 경우는 대부분 병의원의 처방전에 의해 방문하는 것이기 때문에 사례관리 효과가 있다고 보기 어려움. : 다만 내원일수 감소에 비해 진료일수의 감소가 적은 것은 투약일수가 증가했음을 의미함.
- 성의 구분 : 남과 여를 구분하여 분석한 결과 남자에 대한 사례관리가 여자보다 더 효과적인 것으로 나타났음.
- 연령대 별 구분 : 60세에서 80미만 대상자들의 모든 지표에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하거나 증가율이 낮은 경향을 보이고 있는 반면 80세 이상의 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않음.
 - 이는 고령으로 인한 만성질환 등으로 인해 지속적인 의료 관리가 필요하기 때문이라고 추측됨.
- 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.
 - 이는 평상시 의료접근성을 반영한 것으로 보임.
 - 요양기관이 대도시에 집중적으로 분포되어 있기 때문에 자주 방문할 수 있으나 군지역의 경우 의료욕구가 있음에도 요양기관 분포가 작아 상대적으로 접근성이 떨어짐.
 - 군지역의 경우 사례관리와 상관없이 꼭 필요한 니드가 있을 때 의료기관 이용이 이루어졌다고 판단할 수 있음.

- 대도시 및 중소도시는 요양기관 접근성이 좋아 필요이상의 이용을 하다가 사례관리 후 그 경향이 다소 둔화되었다고 볼 수 있음.
 - 재정적인 측면에서 사례관리는 대도시, 중소도시 중심으로 이루어지는 것이 효과적임.
 - 반면 군지역은 의료 접근성이 떨어지기 때문에 과소이용에 대한 사례관리가 필요할 수 있음.
- － 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 나타났다.
- 특히 외과의 감소현상이 두드러졌음.
 - 외래의 경우 입원과 달리 모든 과에서 사례관리 후 의료이용량 감소가 두드러졌음.
 - 안과와 정형외과의 감소가 컸는데 안과는 만성질환과 직접적인 관련이 없는 과임에도 불구하고 감소량이 상대적으로 크게 나타났다.
 - 과별 분석은 표본수의 한계로 과별 효과성을 단언하기 어려움.
- － 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.
- 1회 이루어진 집단에 비해 2회 이상 이루어진 집단의 효과가 훨씬 크게 나타났다.
- － 사례관리의 효과가 지속적으로 나타나는지 살펴보기 위해 의료이용량 비교를 사례관리 전후 3개월, 6개월, 1년으로 나누어 분석하였음.

- 사례관리후 시간이 경과함에 따라 효과가 감소했다는 증거를 찾기가 어려웠음.
 - 사례관리가 이루어지면 그 효과는 지속된다고 볼 수 있음. : 이는 그 동안 남용되었던 의료이용을 줄인 것이기 때문에 시간이 경과하여도 증가시킬 필요가 없다는 해석을 할 수도 있을 것임.
- 질환별 차이를 분석하고자 하였으나 대부분의 대상자가 복합적인 상병을 앓고 있어 이를 수행하기 어려웠음. : 정신질환자, 희귀난치성 질환자, 만성질환자, 기타질환자로 구분하여 분석하고자 하였으나 대부분의 경우 상병이 중복되어 상병별 구분에 의한 의미 있는 결과를 도출하기 어려웠음.
- 결론적으로 재정절감 관련 사례관리를 하고자 할 때는 대도시나 중소도시에 거주하면서 의원급을 이용하는 1종 외래환자로서 60대 이상의 남성을 대상으로 2회 이상 사례관리를 실시하는 것이 가장 효과적인 것으로 나타났음.

제1장 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

의료급여 수급권자는 일반적으로 다음과 같은 특성을 갖고 있다. 첫째 최저생계비 이하의 소득을 갖고 있다. 둘째 부양의무자 조건 때문에 가족의 보호를 받는데 한계가 있다. 셋째 65세 이상 노령인구가 많다. 넷째 희귀난치성질환, 정신질환, 만성질환 등 질환에 이환되어 있는 사람이 많다. 이처럼 의료급여 수급자는 최소한의 삶을 유지하기에도 어려운 집단이다. 우리 사회의 관심과 보호가 필요한 대상이다. 그럼에도 불구하고 지금까지 사회적 내지 국가적 관심이 지극히 형식적이고 제한적이었음을 부인할 수 없다. 외형적으로는 의료급여제도가 이들에 대해 최소한의 건강을 유지할 수 있는 기전을 제공하고 있다. 국가의 예산으로 의료욕구가 발생했을 때 이들이 치료할 수 있는 기회를 제공하고 있다. 외형적 틀은 갖추어져 있으나 내용은 한없이 부족하다. 건강을 유지하기 위해 보건, 복지 등 복합적 서비스가 필요하나 아직까지 거기에 미치지 못하고 있는 실정이다.

이러한 문제를 인식하고 수급자들 대상 건강 도우미 역할을 부여하기 위해 2003년부터 의료급여 관리사 제도가 도입되었다. 육체 및 정신적으로 부족한 대상에게 필요한 서비스를 알선하여 이들의 삶의 질이 높아질 수 있도록 전국 234개 지자체에 사례관리사가 배치되었다.

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 배양

하게 하는데 있다. 둘째 과다 이용의 징후가 있는 수급자에게는 상담 및 계도를 통하여 적정한 의료이용을 할 수 있도록 유도하는데 있다. 이는 의료급여 재정과 밀접한 관계가 있다.

사례관리사제도의 도입은 이처럼 수급자와 밀착상담을 통하여 그들이 필요한 것을 지역자원과 연계하여 제공하는데 주요 임무가 있다. 그러나 사례관리사 제도가 도입된 지 얼마 되지 않아 의료급여제도의 재정에 적신호가 들어왔다. 최근 년 평균 20%를 상회하여 진료비가 증가하고 있는 것이다. 제도의 지속가능성에 의문이 제기될 정도로 진료비 급증속도가를 넘고 있다. 따라서 정부당국은 사례관리사의 우선 임무로 수급자의 적정의료이용을 부각시켰다.

년간 진료일수가 365일을 초과한 사람 중 10개 이상의 의료기관을 방문하거나 동일상병으로 진료일수가 365일을 초과한 계층을 과다이용 가능성이 높은 집단으로 판정하고 이들을 주요 사례관리 대상자로 선정하였다. 지자체에 배속된 전국의 의료급여관리사는 제도 도입의 원래 취지였던 수급자의 삶의 질 제고보다는 의료급여 재정안정에 더 주안점을 둘 수밖에 없었다. 정부는 2006년에 약 3만 명을 과다 이용 가능성이 높은 집단으로 선정하여 지자체에 전달하였고 전국 234개 지자체에 배속된 의료급여 관리사들은 이들을 중점적으로 사례관리하기에 이르렀다.

사례관리 대상자 명단을 받았지만 의료급여 관리사들은 그 동안 경험이 많지 않은 데 반해 사례관리를 실시해야할 대상자수는 많아 상당한 어려움에 봉착했다. 물론 사례관리 매뉴얼이 주어졌지만 사업 초기의 매뉴얼이어서 한계가 있었다. 어떠한 대상을 우선적으로 사례관리를 실시할 것인가가 우선 문제로 떠올랐다. 내원일수를 기준으로 할 것인지, 투약일수를 기준으로 할 것인지, 입원과 외래 중 어떤 환자를 우선적으로 관리할 것인지 등 판단할 수 있는 근거가 없었다. 이에 대한 근거, 지침이 필요하다. 효과의 극대화를 위해서 순서를 결정할 지침이 필요한 것이다.

지금 현재 정부당국의 중점 목표는 재정의 안정적 관리이다. 사례관리의 주요목표가 당분간은 의료의 올바른 이용에 맞추어질 수밖에 없다. 기왕 사례관리의 목표가 재정의 안정적 운용에 맞추어질 수밖에 없다면 보다 효과적이고 효율적인 사례관리 방법이 필요하다. 물론 향후 재정이 안정적으로 운용된다 하더라도 의료에 대한 적정 이용은 지속적으로 관리되어야 한다.

따라서 본보고서의 목적은 사례관리의 효과가 극대화할 수 있는 방안을 모색하는 것이다. 외래와 입원환자간, 1종과 2종 대상자간, 질환 종류별, 이용했던 요양기관 종류별, 성별, 연령별, 지역별, 사례관리 횟수별 사례관리의 효과를 정태적으로 분석하여 사례관리의 효과 크기별로 사례관리의 우선순위를 결정하고자 한다.

2. 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. 의료급여 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.

사례관리 제도에 대한 이론적 고찰을 하였다. 사례관리가 도입된 시기, 목적, 방법, 평가 등을 포괄하여 이론을 소개하고 현재 우리나라에서 시행되고 있는 사례관리 제도를 소개하였다. 건강보험에서 실시하고 있는 사례관리 방안을 소개하고 보건소에서 시행하고 있는 방문보건사업에 대해서도 소개하였다. 2003년에 도입된 의료급여 사례관리제도에 대해서 소개하고 현재 진행되고 있는 내용 중 일부 문제점도 소개하였다.

미국 Medicaid의 최근 재정추이와 지출억제 방안에 대해서도 소개하고 있다. 미국에서는 우리나라에 비해 훨씬 먼저 사례관리가 제도화되어 운영 중이지만 주목적은 수급자의 편의 도모 및 부족할 수 있는 서비스를 연계 제공하는 데 있다. 올바른 의료이용도 주요 목적 중 하나이지만 재정절감에 초점을 맞추기 보다 중복투약의 위험성 등에 대해 교육하고 있는 정도이다. 특히 최근 관리의료제도(Managed Care)를 적용하는 대상자 수가 점점 증가하고 개입이 필요한 행위별 수가제의 적용은 점점 감소하고 있기 때문에 재정 관련 사례관리는 용어조차도 생소하게 변하고 있는 실정이다. 따라서 본보고서는 Medicaid 제도의 사례관리 절차, 방법 등에 대해 구체적으로 소개하기보다 현재 Medicaid 제도의 재정상황과 이에 대처하는 각주정부의 노력을 소개하고자 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 진료 일수를 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 본연구의 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 효과적인지 분석하였다. 질환별 구분에 의한 분석도 필요할 것으로 판단되어 시도했으나 대부분의 대상자가 복합질환을 보유하고 있어 질환별 구분이 거의 의미가 없었다. 2차년도 연구에서는 좀 더 정교한 방법으로 구분 분석할 필요가 있을 것으로 보인다.

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

나. 연구방법 및 기대효과

의료급여 수급자 및 건강보험 대상자의 의료이용 실태 분석관련 선행 연구를 우선 검토하였다. 특히 고액 및 장기이용환자의 실태분석 관련 부분에 집중하였다.

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

외국의 사례는 인터넷 및 현지 담당자와의 면담을 통해 확보하였다. 그 외 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 한정하여 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 사례관리에 대해 이론적으로 고찰하고 다른 부분에서 현재 시행되고 있는 사례관리 현황에 대해 기술하였다. 건강보험공단에서 실시하고 있는 사례관리와 보건소에서 실시하고 있는 방문보건사업을 소개하였다. 4장에서는 보건복지부 지침에 의해 실시되고 있는 의료급여 사례관리 제도 현황을 소개하고 현재 드러난 몇 가지 문제점도 피력하고 있다. 5장에서는 미국 Medicaid 제도의 재정추이 및 지출억제 방안에 대해 소개한다. 6장에서는 사례관리의 효과를 분석하는 방법 및 그 결과를 언급한다. 분석된 사례관리 결과와 외국의 시사점을 토대로 결론 및 향후과제 그리고 연구의 한계를 끝으로 본 보고서를 종결하고자 한다.

제2장 의료급여제도의 개요 및 진료비 실태

1. 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 만성질환이나 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 2006년 말 기준 약 1,828천 명에 이르고 있다. 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005, 2006년에는 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였다.

〈표 II-1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명)

| 구분 | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 의료 급여 | 계 | 1,502,986 | 1,420,539 | 1,453,786 | 1,528,843 | 1,761,565 | 1,828,627 |
| | 1종 | 831,854 | 828,922 | 867,305 | 919,181 | 996,449 | 1,028,536 |
| | 2종 | 671,132 | 591,617 | 586,481 | 609,662 | 765,116 | 800,091 |
| | 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.²⁾

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

2) 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

$$\begin{cases} \text{소득평가액} = (\text{재산} - \text{기초공제액} - \text{부채}) \times \text{소득환산율} \\ \text{소득평가액} = \text{실제소득} - \text{가구특성별 지출비용} - \text{근로소득공제} \end{cases}$$

○ 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) 부양의무자기준³⁾

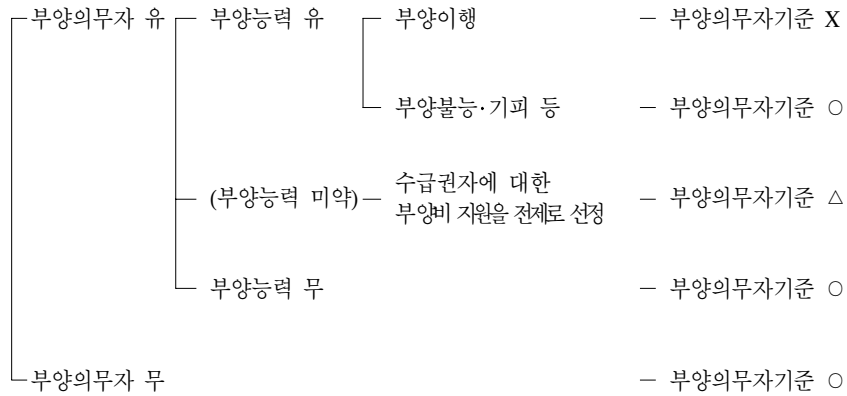
부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다. 수급자가 되기 위한 必要條件은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을 지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

(1) 부양의무자 범위

扶養義務者 範圍은 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 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).

3) 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.

[그림 II-1] 부양의무자 기준의 적용 도해



(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 합의 1.2배 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 자⁴⁾(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 「국민기초생활보장법 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), 보건복지부장관이 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 수급권자⁵⁾ : 「의료급여법」 제3조제1항 제9호 및

4) 치료가 완료되어 근로능력을 회복하였을 경우에는 2종으로 환원

동법 시행령 제2조제2호, 제3호 및 제3호의2의 규정에 해당하는 자(개인 단위급여)로 희귀난치성질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동

- 선정기준 :

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

〈표 II-2〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준

| 가구규모 | 1인가구 | 2인가구 | 3인가구 | 4인가구 | 5인가구 | 6인가구 |
|----------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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)

5) 차상위 의료급여수급자는 2008년부터 건강보험적용대상자로 재편성

- 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 밖

의 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) 본인부담⁶⁾

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.

6) 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 ⁷⁾ | 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 | |
| 본인부담 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 급여기관 에서 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 | |

7) 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 | |
| | | | 특수장비촬영 (CT, MRI, PET) | 특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%) | |
| | 제2차 의료 급여기관 | 제17조 만성질환자 | - | 원내 직접 조제 | 1,500원 |
| | | | | 그 이외의 경우 | 1,000원 |
| | | 만성질환자 외 | - | 의료급여비용총액의 15% | |
| | 제3차 의료급여기관 | - | 의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 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 | |
| | | | 특수장비촬영 (CT, MRI, PET) | 특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%) | |
| | 제2차 의료 급여기관 | | 제17조 만성질환자 | 원내 직접 조제 | 1,500원 |
| | | | | 그 이외의 경우 | 1,000원 |
| | | | 만성질환자 외 | - | 특수장비촬영 (CT, MRI, PET) |
| | 제3차 의료급여기관 | - | 의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 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 | |
| | | | 특수장비촬영 (CT, MRI, PET) | 특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%) | |
| | 제2차 의료급여 기관 | 제17조 만성질환자 | 선택기관에서 의뢰 된 자(B005) 선택의료급여기관 에서 의뢰되어 재 의뢰된 자 (B006) | 원내 직접 조제 | 1,500원 |
| | | | | 그 이외의 경우 | 1,000원 |
| | | 만성질환자 외 | - | 특수장비촬영 (CT, MRI, PET) | 특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%) |
| | 제3차 의료급여기관 | 선택기관에서 의뢰 된 자(B005) 선택의료급여기관 에서 의뢰되어 재 의뢰된 자 (B006) | 의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 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.

2. 의료급여 진료비 실태

의료급여의 진료비는 매년 급증하고 있다. 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2006년에 3조 9천억 원으로 증가하였다. 2005년부터 차상위 계층 중 일부가 수급자로 편성되고, 희귀난치성 질환의 종류가 확대되는 등 수급자가 증가하였고, 본인부담 보상제 및 상한제가 도입되고 3대 중증질환에 대한 2종 본인부담이 인하되는 등 급여범위가 확대되어 진료비가 급증하고 있다. 그 외에도 1인당 수진율이 증가하고 내원일수가 증가하는 등 의료수요가 증가한데도 기인한다.

〈표 II-7〉 연도별 의료급여 진료실적

(단위: 원)

| 연 도 | 총진료비 | 급여비 | 본인부담 |
|------|---------------|---------------|------------|
| 2001 | 1,892,241,750 | 1,841,925,134 | 50,316,616 |
| 2002 | 2,031,275,921 | 1,982,390,346 | 48,885,575 |
| 2003 | 2,214,861,719 | 2,165,540,231 | 49,321,488 |
| 2004 | 2,611,144,315 | 2,565,774,770 | 45,369,545 |
| 2005 | 3,233,676,032 | 3,176,479,761 | 57,196,271 |
| 2006 | 3,925,103,056 | 3,853,483,327 | 71,619,728 |

1인당 평균 입원건수도 매년 증가하고 있다. 2종의 경우 년 평균 7.82%씩 증가하고 있고 1종의 경우는 그 보다 약간 못 미치지만 년 간 약 6.99% 증가하고 있다.

〈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 |
| 평균증가율 | | 7.91 | | 6.99 | | 7.82 |

외래의 경우도 마찬가지로 1인당 년 평균 6.17%씩 수진율이 증가하고 있다. 1종은 6.11% 증가하였고, 2종은 6.04% 증가하였다.

〈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 |
| 평균증가율 | | 6.17 | | 6.11 | | 6.04 |

〈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 |
| 평균 증가율 | | 6.26 | | 6.17 | | 6.09 |

1인당 년 평균 입원일수도 급증하여 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원하였으나 2006년에는 16.25일 입원하고 있다. 년 평균 5.49% 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 29일씩 내원하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)

(단위: 일수, %)

| 연도 | 의료급여 전체 | | 1종대상자 | | 2종대상자 | |
|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 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 |
| 평균증가율 | | 5.49 | | 4.18 | | 7.51 |

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

| 연도 | 의료급여 전체 | | 1종대상자 | | 2종대상자 | |
|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 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 |
| 평균증가율 | | 3.97 | | 3.73 | | 4.20 |

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

| 연도 | 의료급여 전체 | | 1종대상자 | | 2종대상자 | |
|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|
| | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 증가율 | 내원율 | 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 | 4.96 | 21.53 | 2.43 |
| 2005 | 41.63 | 0.29 | 55.66 | 0.29 | 21.54 | 0.05 |
| 2006 | 45.61 | 9.56 | 59.78 | 9.56 | 26.00 | 20.71 |
| 평균증가율 | | 3.51 | | 4.49 | | 4.18 |

건당 진료비도 계속 증가하고 있다. 입원건당 진료비가 2002년에 97만원에서 2006년에는 110만원으로 증가하였다. 1종과 2종간 입원건당 진료비 크기에서는 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 미세하지만 크기의 차이가 벌어지고 있는 것으로 보인다.

〈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 |
| 평균증가율 | | 2.06 | | 2.32 | | 1.41 |

외래의 건당진료비는 의료급여수급자 전체적으로 85천원이며, 1종의 경우 96천원, 2종의 경우 62천원으로 1종의 경우가 더 높은 것으로 나타났다. 증가율에 있어서도 1종대상자가 2.79%로 2종대상자 0.90%보다 높게 나타났다. 입원과 외래를 합한 전체진료비도 1종이 건당 173천원, 2종이 건당 94천원으로 1종의 경우가 더 높다.

〈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 |
| 평균증가율 | | 2.35 | | 2.79 | | 0.90 |

〈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 |
| 평균증가율 | | 2.86 | | 2.91 | | 1.67 |

입원일당 진료비 역시 다른 지표와 거의 유사한 형태를 보이고 있다. 전체적으로 매년 평균 약 4.36%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 |
| 평균증가율 | | 4.36 | | 5.09 | | 1.93 |

외래의 내원일당 진료비도 지속적으로 증가하고 있다. 1종 수급권자들의 내원일당 진료비는 약 43천원으로 2종의 31천원에 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 |
| 평균증가율 | | 4.51 | | 5.15 | | 7.01 |

〈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 |
| 평균증가율 | | 4.60 | | 5.16 | | 2.91 |

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 입원 건당 20일이 넘었던 것이 2006년에는 약 18.1일로 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 |
| 평균증가율 | | -2.20 | | -2.63 | | -0.52 |

외래 내원일수도 입원일수와 같이 감소하는 경향을 보이고 있다. 진료 일수는 증가하는 반면 내원일수가 감소하고 있다는 것은 상대적으로 투약 일수가 증가하고 있음을 알 수 있다. 1종과 2종 모두에서 내원일수의 감소가 나타나고 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 |
| 평균증가율 | | -2.07 | | -2.26 | | -1.73 |

3. 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 II-22〉 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 없어서’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 II-23〉 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 II-24〉 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 V-11 참조).

〈표 II-25〉 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 II-26〉 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 II-27〉 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 II-28〉 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 II-29〉 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 명이 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. 중복투약의 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 심사방식으로는 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 II-30〉 동일성분 의약품 중복처방 현황

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

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

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

〈표 II-31〉 병용금지 의약품 처방 현황

| 보험자 | 연령구분 | 대상자수 | 병용금지 | | |
|------|--------|-------|-------|------|----------|
| | | | 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 병용금지 발생건수

2) 각 요양기관에서 처방받은 투약일수 상위자(건강보험 1,000명, 의료급여 1,008명)에 대한 병용금지 의약품 처방현황임.

3) 동일날 요양기관에서 발행된 다수의 원외처방전 투약내역을 투약일자별로 병합한 결과 투약일자별로 발생한 병용금지 건수(처방전별 병용금지 미발생)

의료급여 장기이용환자 실태조사(연세대학교, 2006. 10) 결과에 따르면 의료급여 장기이용환자들이 복용하는 약물 종류가 5가지 이상인 경우가 46.9%에 달하였다(표 II-31 참조).

〈표 II-32〉 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.

다. 의료급여 의료이용 현황

의료급여의 총진료비는 2004년 이후 급격히 증가하여 왔다. 이러한 의료급여 총진료비의 급격한 증가 원인으로는 대상자 확대, 노인인구의 증가, 급여범위의 확대, 신의료기술의 발달 등을 들 수 있다. 그러나, 2004년 이후 급여일수 제한이 유명무실해지면서 의료이용의 제한이 없어진 것도 주요 원인일 것으로 추정된다. 특히, 외래 진료비 증가 중 의료급여 2종 수급권자의 평균증가율이 4.46%이고 건강보험은 6.33% 증가한 것에 반하여 의료급여 1종 수급권자는 12.50%나 증가한 것으로 나타나 상대적으로 높게 증가하는 것으로 나타났다. 입원의 경우도 증가율이 1종의 경우 16.98% 증가한 반면 2종은 11.68% 건강보험은 10.40% 증가하는 것으로

나타났다. 증가율은 약국의 경우가 가장 높았는데, 1종의 경우 18.55%, 2종의 경우 14.45%, 그리고 건강보험은 11.12% 증가하는 것으로 나타났다. 이중 1종수급자의 외래와 약국 진료비는 2006년의 경우 전체 3조 9,250억원 중 2조 1,176억원으로써 50%를 넘고 있다.

〈표 II-33〉 의료급여 총진료비 추이

(단위: 억원, %)

| 구 분 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 연평균 증가율 | |
|---------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|--------------|
| 입 원 | 계 | 8,344 | 8,962 | 10,291 | 12,311 | 15,187 | 18,074 | 16.72 |
| | 1종 | 6,967 | 7,703 | 8,940 | 10,783 | 13,045 | 15,228 | 16.93 |
| | 2종 | 1,377 | 1,259 | 1,351 | 1,528 | 2,142 | 2,846 | 15.63 |
| | 건강보험 | 44,333 | 45,948 | 54,817 | 59,669 | 65,853 | 78,502 | 12.11 |
| 외 래 | 계 | 7,195 | 7,655 | 7,857 | 8,827 | 10,713 | 12,954 | 12.48 |
| | 1종 | 5,218 | 5,758 | 6,077 | 6,944 | 8,359 | 9,974 | 13.83 |
| | 2종 | 1,977 | 1,897 | 1,780 | 1,883 | 2,354 | 2,980 | 8.55 |
| | 건강보험 | 88,031 | 92,119 | 97,847 | 103,433 | 112,533 | 125,242 | 7.31 |
| 약 국 | 계 | 3,383 | 3,696 | 4,000 | 4,907 | 6,437 | 8,222 | 19.44 |
| | 1종 | 2,438 | 2,736 | 3,042 | 3,774 | 4,816 | 5,977 | 19.64 |
| | 2종 | 945 | 960 | 958 | 1,134 | 1,621 | 2,245 | 18.89 |
| | 건강보험 | 46,069 | 50,249 | 54,755 | 61,957 | 70,229 | 80,359 | 11.77 |
| 총진료비 (증가율) | 18,922 (26.34) | 20,313 (7.35) | 22,149 (9.04) | 26,045 (17.59) | 32,337 (24.16) | 39,250 (21.38) | 15.71 | |

의료급여와 건강보험의 의료이용량을 구체적으로 비교해 보면, 먼저 1인당 진료비의 경우 입원의 경우는 건강보험대비 1종은 2.5배, 2종은 1.4배로 나타났으며, 외래의 경우는 1종 3.3배, 2종 1.2배로 나타났다. 일당진료비의 경우 입원은 건강보험에 비해 1종이 0.5배, 2종이 0.6배로 낮게 나타났다는데, 이는 의료급여의 경우 정신과 입원이 많고 정신과의 경우 건강보험과 달리 일당 정액으로 수가가 책정되어 있어 일당진료비가 낮게 나타난 것으로 판단된다. 그러나 입원일수는 1종이 11.5일, 2종 2.5일로 입원기간이 길어 장기입원의 경우가 많은 것으로 나타났다. 외래의 경우는 일

당진료비가 건강보험에 비해 1종은 1.4배, 2종은 1.1배로 높게 나타났으며, 입내원일수도 1종 2.3배와 2종 1.1배로 나타났다. 하지만 이러한 수치는 중증도가 보정되지 않은 자료로써 의료급여 1종 대상자의 경우 노인인구가 많고 중증질환에 걸린 경우가 많아 직접적인 비교를 하는 것은 무리이다. 따라서 중증도를 보정한 자료에 대한 해석이 필요하다.

〈표 II-34〉 의료급여와 건강보험의 의료이용 비교

(단위: 천원, 일)

| 구분 | 1인당진료비 | | | 일당진료비 | | | 입내원일수 | | |
|----|--------|-------|-------|-------|-----|-----|-------|------|-----|
| | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 |
| 입원 | 1,967 | 4,988 | 2,838 | 118 | 60 | 66 | 2 | 23 | 5 |
| | 1.0 | 2.5 | 1.4 | 1.0 | 0.5 | 0.6 | 1.0 | 11.5 | 2.5 |
| 외래 | 385 | 1,290 | 470 | 25 | 37 | 27 | 15 | 34 | 17 |
| | 1.0 | 3.3 | 1.2 | 1.0 | 1.4 | 1.1 | 1.0 | 2.3 | 1.1 |

자료: 보건복지부 보도자료(2006년, 11월)

이와 관련한 중증도를 보정한 의료이용 비교 자료는 건강보험심사평가원에서 분석한 결과를 토대로 살펴보고자 한다. 먼저 보정방법은 질병건별로 구분하여 중증도를 보정하는 방법을 사용하였는데, 보정전 질병건당 진료비나 질병건당 일당진료비 그리고 질병건당 입내원일수는 다음 표와 같다.

〈표 II-35〉 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 전)
(단위: 천원, 일)

| 구분 | 질병건당3) 진료비 | | | 질병건당 일당진료비 | | | 질병건당 입내원일수 | | |
|----|------------|-------|-------|------------|------|------|------------|------|------|
| | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 |
| 입원 | 1,642 | 2,955 | 2,015 | 179 | 133 | 133 | 13.8 | 46.4 | 27.8 |
| | 1 | 1.80 | 1.23 | 1 | 0.74 | 0.74 | 1 | 3.36 | 2.02 |
| 외래 | 66 | 157 | 75 | 18 | 22 | 17 | 3.8 | 6.2 | 4.3 |
| | 1 | 2.39 | 1.14 | 1 | 1.21 | 0.97 | 1 | 1.66 | 1.14 |

주: 건강보험심사평가원 분석자료(2006년, 11월)

질병별로 중증도를 보정하여 살펴본 결과에서는 보정 전보다는 차이가 줄었지만, 그래도 의료급여 환자들의 진료비가 높은 것으로 나타났다. 특히 질병건당 진료비의 경우 중증도가 같은 경우에 입원 1종의 경우 1.2배 높았고, 2종은 1.06배 높았다. 외래의 경우는 1종이 1.48배 2종은 1.11배 높은 것으로 나타났다. 질병건당 입내원일수도 입원의 경우 1종이 1.52배, 2종이 1.28배 높았고, 외래는 1종이 1.35배, 2종이 1.13배 높았다.

이러한 사실은 의료급여 1종 수급권자의 경우 중증도가 높은 환자들이 많은 것은 사실이지만, 중증도를 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수가 많다는 것은 의료이용이 과다한 부분이 있는 것으로 보여진다.

〈표 II-36〉 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정 후)
(단위: 천원, 일)

| 구분 | 질병건당 진료비 | | | 질병건당 일당진료비 | | | 질병건당 입내원일수 | | |
|----|----------|-------|-------|------------|------|------|------------|------|------|
| | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 |
| 입원 | 1,642 | 1,977 | 1,743 | 179 | 156 | 159 | 13.8 | 21.1 | 17.7 |
| | 1 | 1.20 | 1.06 | 1 | 0.87 | 0.89 | 1 | 1.52 | 1.28 |
| 외래 | 66 | 97 | 72 | 18 | 19 | 17 | 3.8 | 5.1 | 4.2 |
| | 1 | 1.48 | 1.11 | 1 | 1.05 | 0.97 | 1 | 1.35 | 1.13 |

주: 건강보험심사평가원 분석자료(2006년, 11월)

이러한 과다이용이 건강에 도움을 주는 것이 아니라 오히려 의료기관의 중복방문이나 중복투약 등으로 건강을 해치는 경우도 있어 사례관리의 필요성이 제기되는 부분이다. 또한 불필요한 의료이용을 줄임으로써 절약되는 재정을 중증질환 등의 보장성 강화나 차상위계층 확대 등에 활용할 경우 의료급여 재원의 효율적 배분을 이룰 수 있어 사례관리의 중요성이 강조되는 부분이다.

제3장 사례관리제도에 대한 이론적 고찰 및 우리나라 사례관리 제도

1. 사례관리제도에 대한 이론적 고찰

의료급여제도권 내에 사례관리 기법이 도입된 지 올해로 5년째를 맞았다. 2003년에 의료급여사례관리요원(현재는 의료급여관리사)이라는 이름으로 채용된 28명의 인력에 의해 시범사업으로 시작한 의료급여 사례관리는, 현재 232개 지자체에 약 400여명의 의료급여관리사에 의해 이루어지기까지 많은 변화가 있었다.

의료급여제도에 사례관리기법이 도입된 배경은 대부분의 보건의료분야에서 사례관리를 도입하게 된 배경과 다르지 않다. 서비스의 질 향상과 비용 절감이 도입 목적이다. 매년 20% 이상을 상회하는 의료급여 비용의 가파른 증가추세에도 불구하고 의료급여수급권자의 의료이용에 대한 만족도나 건강수준은 그에 미치지 못하였기 때문이다. 의료급여수급권자는 사회적, 경제적으로 소외된 계층으로 약 27%가 65세 이상의 노인인구이며, 사회적 지지체계가 취약한 독거노인이나 노인부부, 장애인 가구 등이 주요 대상이다. 이들은 학력수준을 비롯한 건강상태, 자기건강관리 능력 또한 낮은 것으로 파악되고 있다.⁸⁾ 이러한 특성을 가진 의료급여수급권자를 대상으로 보건복지에 관한 다양한 정보를 제공하고 필요한 자원을 연계하며, 적절한 의료이용을 유도하여 삶의 질을 향상시키고 의료비를 절감하는 것이 의료급여 사례관리의 취지인 것이다.

8) 김의숙 등. 의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안. 연세대학교(2006)

2003년 의료급여 사례관리가 시작된 이 후 많은 변화가 있었고 다양한 시도가 있어 왔다. 그러한 새로운 시도는 제도 도입의 목적을 충실히 달성하고자 하는 것이다. 그러기 위해서는 대상인 의료급여수급권자의 특성, 의료급여현장의 상황 등을 종합적으로 고려한 방향설정이나 모델개발이 될 때 사례관리는 그 효과를 기대할 수 있을 것이다.

가. 사례관리의 이론적 고찰

1) 사례관리의 정의

최근에는 사회복지뿐만 아니라 의료, 보건 등의 여러 분야에서 ‘사례관리’를 도입하여 적용하고 있다. 사례관리(case management)라는 용어가 공식적으로 등장한 것은 1980년대로 미국에서는 1986년에 미국사회복지사협회(The National Association of Social Work)가 발행하는 『사회사업사전』에, 일본에서는 1988년 전국사회복지협의회가 발행하는 『현대사회복지사전』에 처음으로 ‘사례관리’라는 용어를 공식적으로 등재하였다.⁹⁾

사례관리의 정의는 다음과 같다.

- ▶ 복잡한 문제들을 가지고 있는 클라이언트들이 그들의 문제를 적절히 해결할 수 있도록 지속적인 접촉을 통하여 지원체계와 연결하거나 도와주는 것(Johnson, 1983)
- ▶ 사례관리는 서비스 전달체계 속의 요소들을 조정하고 연결하는 것으로 개인의 욕구를 충족시키는 포괄적 프로그램이 확실히 이루어지게 하는 하나의 기제(미국 사회복지사협회, 1984)
- ▶ 복합적 욕구를 가진 개인들의 기능과 안녕을 향상시키기 위하여 개발된 것으로 공식적 및 비공식적 지원과 활동을 조직하고 조정하며 유지하는

9) 사례관리의 이론과 실제(조추용, 권현주 역). 유평출판사(2000)

사회사업적 방법(David P. Moxley, 1989)

- ▶ 복합적인 원인으로 요보호상태에 있는 클라이언트에게 다양한 지역사회 자원을 연결시켜 관리하는 원조대책으로서 여러 가지 욕구에 조기에 적절하게 대응하는 지역보호체계(한국사회복지협의회, 1994)
- ▶ 복합적 문제를 가진 사람들의 자원망을 개발하거나 확대하며, 자원을 획득 하고 이용 할 수 있는 각개인의 능력을 강화시켜주는 원조과정 (Ballew&Minks, 1996)

이상의 정의를 종합해보면, 사례관리란 복잡하고 다양한 문제나 욕구를 가진 클라이언트가 종합적인 서비스를 보다 용이하고 효과적으로, 그리고 지속적으로 받을 수 있도록 지원하는 통합적인 서비스 전달방법이라고 할 수 있을 것이다.

2) 사례관리의 등장배경

사례관리는 비용문제를 해결하기 위하여 수급자의 탈시설화를 촉진하는 가운데 이들에 대한 지원체계를 구축하면서 등장하였다.¹⁰⁾

첫째 지역사회 중심의 정신보건 운동의 전개 과정에서 지역사회 중심의 대인복지 서비스는 각기 다른 다양한 기관이나 단체에서 이루어지고 있어 서비스가 단편화되고 분산되는 문제가 있었다. 그리하여 각 기관이나 단체의 경계를 넘는 서비스 패키지 장치를 요구하게 되었으며, 사례관리 방법이 이러한 요구에 대해 적합한 서비스 제공방식으로 등장하게 된 것이다. 둘째 서비스 전달의 분산화로 사례관리가 등장하게 되었다. 서비스망이 고도로 복잡해지고 분산됨으로 서비스가 중복되거나 연계성을 갖지 못하게 되자 클라이언트의 서비스 접근에 어려움이 따르게 되었고, 이러한 서비스체계에 연계성을 부여하고, 클라이언트의 욕구를 통합적으로

10) David P. Moxley, 김만두 역, 2002 재인용.

충족하고자 하는 방안으로 사례관리가 도입되기 시작하였다. 셋째 다양한 욕구를 가진 클라이언트가 증가하였다는 것이다. 정신질환이나 정신지체, 혹은 신체적 장애를 가진 장애인이나 노인인구가 증가하면서 2가지 이상의 욕구를 가진 클라이언트 수가 증가하였고, 한 기관이나 하나의 단일 서비스로는 이러한 클라이언트에게 만족할 만한 서비스 제공이 어려웠으므로 이를 조직화하고 상호연계하기 위한 방법으로 사례관리가 요구되었다. 넷째, 복지서비스의 비용효과에 대한 인식의 증가로 사례관리가 요구되었다.

3) 사례관리의 기능

사례관리의 기능은 크게 대상자에 대한 접근(outreach)과 대상자 여부에 대한 확인, 욕구 사정, 서비스 혹은 치료 계획, 적절한 자원으로의 연계 혹은 의뢰, 모니터링으로 구분할 수 있다. Moore(1990)는 사례관리의 기능을 보다 세분화하여 다음과 같이 제시하고 있다.¹¹⁾

- ▶ 환경의 도전을 감당해 낼 수 있는 개인의 능력을 사정하는 것
- ▶ 가족과 가까운 사람들의 돌볼 수 있는 능력을 사정하는 것
- ▶ 공식적 보호(또는 서비스 전달)체계 속의 자원을 사정하는 것
- ▶ 환경적 도전을 감당하기 위해 자신의 자원을 사용할 수 있도록 대상자의 능력을 부양하는 것
- ▶ 대상자의 보호능력을 향상시키기 위해 가족과 가까운 사람들을 부양하는 것
- ▶ 가족, 이웃 그리고 공식적 보호(서비스) 제공자의 자원을 개인이 획득할

11) Moore S. A Social work practice model of case management: The Case management grid. Social Work 1990;35(5):444-448. 권진숙(2004)에서 재인용 p29-30

수 있도록 효과적으로 협상하는 것을 용이하게 하는 것

- ▶ 가족, 이웃 그리고 공식적 보호(서비스) 제공자 사이의 효과적인 상호 작용을 용이하게 하는 것
- ▶ 개인이 지속적으로 가지고 있는 욕구를 평가하는 것
- ▶ 개인이 가지고 있거나, 이웃 그리고 공식적 보호(서비스) 제공자에 의해 지원되고 있는 정도를 평가하는 것
- ▶ 가족과 가까운 사람들의 노력이 공식적 보호(서비스)체제와 통합되어 있는 정도를 평가하는 것

4) 사례관리자의 역할

사례관리자(Case Manager)는 사례관리서비스를 제공하는 인력으로서 개인의 건강 필요를 포괄적으로 파악할 수 있는 전문적인 능력을 갖추고, 대상자에게 가용한 자원을 파악하고 필요한 자원을 연계할 수 있어야 하며, 서비스 계획을 수립하고 이를 시행, 모니터, 평가하는 사람을 말한다(Mullahy,1998). 또한 사례관리자는 문제해결자, 변호자, 중재자, 진단자, 계획자, 지역사회 또는 서비스 조직자, 시스템 연계자, 서비스 감시자와 시스템 수정자, 기록보관자, 평가자, 컨설턴트, 공동원조자, 서비스조정자, 치료자, 상담가, 촉진자 등의 역할을 담당하는 사람이다(Weil과 Karls,1985).¹²⁾

12) 이원희, 「의료급여 수급권자의 의료이용과 건강관리를 위한 사례관리사업 발전방안」, 한양대학교대학원 박사학위 논문, (2006년 2월)

2. 건강보험 사례관리

가. 사업 개요

1) 사례관리사업의 배경

미국은 1960년대 중반부터 노인 인구증가와 만성질환 증가와 더불어, 과도한 의료비 상승을 경험하였다. 주요 원인으로는 행위별수가제 하에서 의료서비스의 중복과 단절, 임상패턴의 과도한 변이, 조절되지 않는 비용, 보건의료에 대한 제한된 접근성 등이 지적 되었고 이에 대응하기 위하여 비용, 질, 접근성을 함께 추구하는 관리된 의료(managed care)의 개념이 보건의료전달체계에 도입되었다.

관리된 의료(managed care)는 선지불제 혹은 관리된 행위별수가제를 적용하여, 의료제공자가 무분별하게 서비스 제공을 늘리려는 동기를 가지지 않게 하고, 환자에게 보다 더 포괄적인 서비스를 제공하도록 하는 것이다. 1990년대에 관리된 의료가 보편화되면서 제한된 비용 안에서 의료를 효율적으로 조정하는 방안의 하나로서 사례관리가 발달하게 되었다. 사례관리는 대상자의 요구를 충족하도록 의료자원들을 조정하는 과정으로, 관리된 의료의 전략 또는 기전의 하나라고 할 수 있다.

사례관리는 미국 민간보험에서 출발하였다고 해도 과언이 아니다. 민간보험의 입장에서 사례관리의 일차적인 목적은 비용의 절감이다. 보험가입자인 환자들의 전체적인 의료 이용을 관리함으로써 비용-효과를 높이려는 것이다. 인두제 방식을 주로 채택하고 있는 미국의 민간보험이 나중에 더 많은 비용이 지출될 것을 우려하여 미리 고혈압을 적극적으로 관리하는 것이 전형적인 예라 할 수 있다.

대체로 사례관리의 대상은 복합적인 건강문제를 가진 고위험(high risk), 고비용(high cost)환자들이다. 이들은 상태의 악화, 재발, 합병증 등으

로 병원을 자주 방문하는 환자들이고 대체로 자가 관리가 까다롭고 전문가의 도움을 필요로 하는 경우가 많다. 따라서 지역사회 사례관리의 특성상 사례관리자에게 기대되는 역할은 매우 다양하다. 환자에 대한 조력자, 서비스 제공자, 서비스 조정자, 상담가, 청취자 등의 역할이 기대되며, 네트워크를 형성하고 프로그램을 추진하며 결과를 측정하는 등의 연구 기능적 지역사회 사례관리자의 역할이다.

우리나라는 거의 모든 보건의료 서비스 이용의 환자(혹은 이용자)의 판단에 맡겨져 있다. 심지어는 처음 의료이용에서 더 높은 단계의 의료이용으로 (1차 의원 → 2, 3차 병원) 옮겨 갈 때에도 상당부분 환자 본인의 판단이 중요한 역할을 한다. 오늘날 ‘의사 장보기(doctor shopping)’ 현상도 이런 현실의 결과이다.

불합리하고 무분별한 의료이용에 대한 일부사람들은 의료이용자에 대한 관리를 강화해야 한다고 하나, 환자나 의료이용자 입장에서도 답답하고 불편하기는 마찬가지이다. 지속적으로 쉽게 접근할 수 있는 믿을만한 의료공급자를 갖는 것은 보통사람에게는 매우 어렵다. 그렇다보니 의사 장보기와 과도한 의료이용, 경우에 따라서는 불합리한 의료이용을 피할 수 없다. 한 의료기관 내에서도 체계적이고 잘 조정된 보건의료 서비스 제공이 잘 이루어지지 않는 것이 현실이다 보니, 사례관리나 질병관리의 개념을 적용하여 얻을 수 있는 편익이 크리라 짐작할 수 있다.

2) 사례관리의 정의

건강보험 가입자들 중에 고혈압, 당뇨, 뇌졸중 질환을 가진 대상자들의 건강상태를 향상하기 위해 자신의 질병에 대한 인식을 향상시키고, 개인의 건강위험요인과 질병으로 인한 합병증을 감소시키기 위한 건강행위, 의료이용행위를 하도록 직접 집으로 방문하여 대상자와 가족에게 상담, 정보제공 등의 지원적 서비스를 제공하는 것을 의미한다.

3) 사례관리사업의 목적

(1) 사례관리 목적

첫째, 환자와 가족이 환자의 건강상태와 대상질환의 관리 목표를 이해하고, 의료기관에서 제시된 치료(관리)지침을 준수하여 합병증을 예방한다.

둘째, 환자의 질병악화 위험요인을 감소시킨다.

셋째, 환자의 합리적인 의료이용 유도 및 자기관리 능력 함양을 통하여 불필요한 의료비의 지출을 줄인다.

넷째, 환자 가족의 지지가 향상된다.

다섯째, 건강관리사는 환자 및 가족을 대상으로 대상질환에 대한 지식 및 정보제공, 사회적지지 제공을 통하여 지시된 관리목표를 달성할 수 있도록 지원한다.

(2) 사례관리 목표

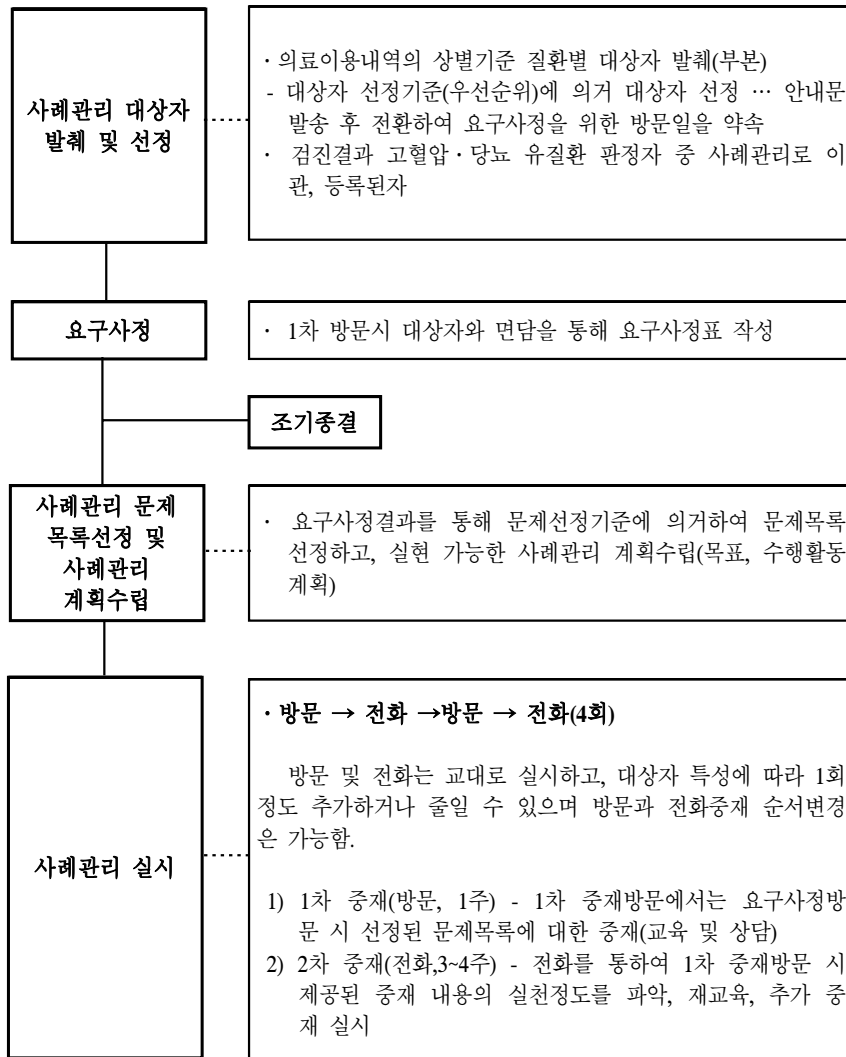
사례관리 목표는 첫째, 치료순응도 향상, 둘째 위험요인 감소, 셋째, 건강수준 향상, 넷째, 의료이용 의료비의 감소 다섯째, 사회적지지 향상 등이다.

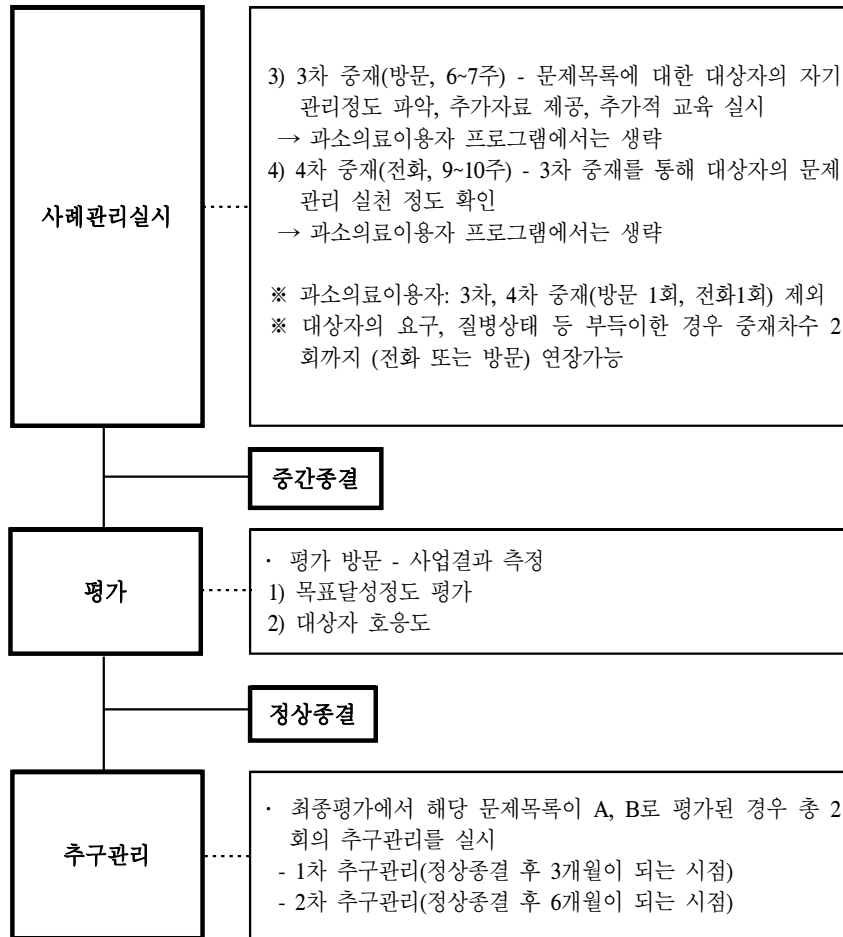
(3) 사례관리 담당자의 역할

사례관리 담당자의 역할은 첫째, 의사의 치료지시 이행에 대한 모니터링 및 지도, 둘째, 위험요인 감소를 위한 교육 및 정보제공, 셋째, 합리적인 의료이용 지도 넷째, 환자 가족의 지지 능력 향상을 위한 지원, 다섯째, 지역사회 자원 활용을 위한 지원 등이다.

나. 사례관리 절차

1) 사례관리 업무 흐름도





2) 사례관리 업무 세부내용

가) 사례관리 대상자 발체(본부) 및 선정(업무 담당자)

발체는 의료이용내역의 상병기준으로 질환별 대상자 발체하고, 검진결과 고혈압·당뇨 유질환 판정자 중 사례관리사업에 동의한 자를 등록하여 선정한다.

(1) 고혈압

○ 발췌기준

- 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병명 혹은 부상병명이 본태성고혈압 (I10)으로 진료비가 청구된 자
- 진료실적 기준: 입원 1회 또는 외래방문 1회 이상인자
- * I10 본태성 고혈압(Essential(Primary) hypertension)

○ 선정기준

- 과다의료이용자: 고혈압 의료 이용자중 이용 수준(진료비)이 상위 5%
- 과소의료이용자: 고혈압질환자를 연간 내원일수와 투약일수 기준으로 9개 군으로 분류하였을 때 III군, IV군, V군에 해당 하는 자
- 선정 우선순위는 VI군, V군, III군의 순으로 함

| 연간 내원일수 | 연간투약일수 | | |
|----------|--------|-------|--------|
| | 3~5일 | 6~15일 | 16일 이상 |
| 1~179일 | I 군 | II군 | III군* |
| 180~239일 | IV군* | V군* | VI군 |
| 240일 이상 | VII군 | VIII군 | IX군 |

- 1순위(VI): 연간 내원일수가 3~5일로 연간 투약일수가 180~239일인 경우
- 2순위(V): 연간 내원일수가 6~15일로 연간 투약일수가 180~239일인 경우
- 3순위(III): 연간 내원일수가 16일 이상이면서 연간 투약일수가 179일 이하인 경우

- 연령기준: 교육효과 등 고려 30세 이상 70세미만 연령구간 고혈압 환자 우선 선정

(2) 당뇨병

○ 발췌기준

- 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병 혹은 부상병명이 당뇨(E10~E14)로 진료비가 청구된 자
- 진료실적 기준: 입원 1회 또는 외래방문 3회 이상인자
 - *E10 인슐린 의존성 당뇨병 (Insulin-dependent diabetes mellitus)
 - *E11 인슐린 비의존성 당뇨병 (Non-insulin-dependent diabetes mellitus)
 - *E12 영양실조와 관련된 당뇨병 (Malnutrition-related diabetes mellitus)
 - *E13 기타 명시된 당뇨병 (Other specified diabetes mellitus)
 - *E14 상세불명의 당뇨병 (Unspecified diabetes mellitus)

○ 선정기준

- 과다의료이용자
 - 당뇨병을 주상병으로 최근 1년 내에 1회 이상 입원한 경험이 있는 사람을 우선적으로 선정
 - 최근 6개월 동안 당뇨질환으로 60일 이상 외래진료를 받은 사람을 추가
- 과소의료이용자: 당뇨 질환자를 연간 내원일수와 투약일수를 기준으로 9개 군으로 분류하였을 때 Ⅲ군, Ⅳ군, Ⅴ군에 해당하는자
 - 대상자 선정의 우선순위는 Ⅲ군, Ⅳ군, Ⅴ군의 순으로 함.

| 연간 내원일수 | 연간투약일수 | | |
|----------|--------|--------|--------|
| | 3~11일 | 12~26일 | 27일 이상 |
| 1~239일 | I 군 | II 군 | III 군* |
| 240~299일 | IV 군 | V 군* | VI 군* |
| 300일 이상 | VII 군 | VIII 군 | IX 군 |

- 1순위(III): 연간 내원일수가 27일 이상으로 연간 투약일수가 239일 이하인 경우
- 2순위(VI): 연간 내원일수가 27일 이상으로 연간 투약일수가 240~299일인 경우
- 3순위(V): 연간 내원일수가 12~26일로 연간 투약일수가 240~299일인 경우

○ 연령기준: 교육효과 등 고려 30세이상 70세미만 연령구간 당뇨병 환자 우선 선정

(3) 뇌졸중

○ 발췌기준

- 전년도 건강보험 청구자료 중 주상병 혹은 부상병명이 뇌졸중(I60~I68)으로 1회 이상 입원 진료비가 청구된 자

*I60 거미막하 출혈 (Subarachnoid haemorrhage)

*I61 뇌내출혈 (Intracerebral haemorrhage)

*I62 기타 비외상성 두개내 출혈 (Other nontraumatic intracranial haemorrhage)

*I63 뇌경색증 (Cerebral infarction)

*I64 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸중 (Stroke, not specified as haemorrhage or infarction)

*I65 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 (Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction)

*I66 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 (Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction)

*I67 기타 대뇌혈관 질환 (Other cerebrovascular diseases)

*I68 달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애 (cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere)

○ 선정기준

- 의식장애가 없어 의사소통이 가능한 자
- 가족 또는 주수발자와 함께 생활하는 자

○ 연령기준: 30세 이상 70세 미만의 뇌졸중 환자

나) 사업안내 및 대상등록

(1) 사업안내문

안내문 발송 지역 및 대상을 정하여 안내문을 출력·발송한다. 안내문 발송은 월 2회 정도로 정기적으로 하며, 발송수량은 등록목표인원의 10배 이내로 한다.

사업안내문 발송 시 주의사항은 안내문 출력 시 과거 정상 또는 중간 종결자나 현재 사례관리 진행중인 자는 제외한다. 담당자 연락처를 정확히 기재하여 대상자의 전화연락에 바로 응대 가능하도록 한다.

(2) 사업동의

안내문 발송 약 7일 후 대상자에게 전화하여 사업의 취지를 재설명 하고 동의를 얻어 요구사정(1차 방문)을 위한 방문 일을 구두로 약속한다.

대상자가 중증의 정신질환으로 대화가 어려울 경우 대상자관리 프로그램의 진행상태를 ‘제외대상’으로 분류하고 접촉을 중단한다.

방문을 허락한 대상자와 거절한 경우 모두 전화통화결과와 진행상태를 전산 입력 하고 전화 거부자는 더 이상의 접촉을 중단한다.

(3) 대상자 등록

방문을 통하여 대상자가 사례관리 서비스에 동의하고 사례관리 담당 직원의 안전이 위협하지 않다고 평가한 경우 사례관리 대상자로 등록한다 (등록된 대상자에 대해서는 대상자 건강관리 수준 평가를 위해 요구사정을 수행한다)

3. 방문보건사업 관리

가. 사업 개요

1) 정의

방문보건사업은 보건기관 인력이 지역 주민의 가정 또는 시설에 방문하여 가족 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견하고 질병예방 및 관리, 건강증진 등을 위하여 적합한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족의 자가관리능력을 개선하여 삶의 질을 향상시켜 주는 포괄적인 건강관리 사업을 말한다.

2) 배경

인구의 노령화, 만성질환 및 사고로 인한 심각한 합병증 발생 증가, 사회·경제 발전으로 인한 질병구조의 변화 등으로 지역사회 만성건강문제가 증가하고 있다. 이에 가구원의 건강문제나, 사회·경제적 가족문제를 스스로 관리할 수 없는 가구 및 시설을 방문하여 요구에 적합한 보건의료 서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민의 의료이용 편의성 등을 높일 뿐만 아니라 국민 의료비 절감 유도, 주민 스스로 건강을 유지·증진하여 삶에 대한 자립의지를 고취시킬 필요성이 증대되고 있다.

3) 목적

보건기관 인력이 가정 또는 시설을 방문하여 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 발견하고 방문요구를 평가하여 요구에 적합한 서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민의 의료이용 편의제공, 건강 유지·증진을 통해 가족의 자가관리능력 및 삶의 질을 향상하여 건강한 지역사회를 조성하고자 함이다.

4) 사업대상

관할 지역의 주민 중 국민기초생활수급가구 및 차상위계층(건강보험료 부과등급 50%이하 또는 실제소득이 현 최저생계비의 120%미만¹³⁾)이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 대상으로 포괄적인 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계하는 것을 원칙으로 한다.

13) 건강보험료 납부액 기준 하위 30%기준이 실제 저소득의 확실한 기준이 되지 못하고 있어, 현재 사회복지과 등에서 사용하고 있는 “실제소득이 현 최저생계비의 120%미만” 기준을 병행해서 사용하고, 시군구 보건소에서 대상자에 대한 현황 파악에 시간과 노력이 많이 드는 현실을 감안하여 사회복지 행정망을 보건소에 설치하여 국민기초생활수급가구와 장애인부터 단계적으로 차상위까지 관련부처와 협조하여 기초조사 대상자 명단을 확보할 수 있도록 조치할 예정임

우선 관리가 필요한 고위험가족을 선별하고 방문보건요구도에 따라 대상가구 분류기준에 의거하여 관리하되, 대상수요 및 담당인력, 업무량을 고려하여 지역 여건에 맞게 자체 조정할 수 있다.

국가시책 또는 보건소 정책에 의한 특별관리가 필요하거나 문제가 있는 가구원에게 서비스를 제공한다.

노인정 등 취약 인구가 집단으로 모여 있고 건강 관리자가 없는 시설을 단위로 방문 요구도에 따라 관리한다. 학교, 산업장 등 양호 교사나 산업관리자 등 전담인력이 있는 기관이나 시설은 필요시 협조한다.

취약계층 집중 지역, 공단 지역, 아파트 지역 등 특별한 속성을 가진 지역을 단위로 접근하되 고위험지역의 우선순위에 따라 선정한다.

5) 사업 범위와 내용

가족문제 및 가구원 건강문제를 가진 가구를 발견·등록하여 필요한 서비스를 제공한다. 만성질환, 장애, 사고 및 재해 등의 가족 문제 및 가구원 건강문제를 관리하고, 주요 관리질환으로는 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 암, 관절염, 치매, 정신질환 등이 있다.

주요 방문보건서비스 내용은 아래와 같으며, 서비스 수준은 가족 및 가구원 건강문제의 심각성 및 거동불편정도, 문제해결을 위한 가족 및 대상자의 지식과 대처능력, 가족 등 지지자원 보유 및 활용정도 등을 고려하여 결정한다. 고려사항은 건강 사정(assessment) 및 진단, 검사, 투약 및 투약관리, 처치, 환자증상관리, 교육 및 상담, 홍보, 의뢰, 진료 등이다.

방문보건사업은 지역사회 재활사업, 이동 진료, 정신보건사업, 고혈압

| 가구원수 | 1인 | 2인 | 3인 | 4인 | 5인 | 6인 |
|-------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2006년 최저생계비(월) | 418,309 | 700,849 | 939,849 | 1,170,422 | 1,353,242 | 1,542,382 |
| 차상위소득기준 | 501,971 | 841,019 | 1,127,819 | 1,404,506 | 1,623,890 | 1,850,858 |

당뇨 관리사업, 재가암환자 관리사업 등과 연계하여 사업을 수행한다. 가족문제 및 가구원 건강문제가 방문보건 담당부서 단독으로 해결하기 어려운 경우에는 보건소내 각종 부서/팀, 보건지소, 보건진료소, 지역의 보건의료기관, 사회복지기관, 행정기관 및 민간기관 등과 의뢰 및 연계를 한다. 사업 대상자는 방문보건 요구도에 의해 관리하되, 방문보건서비스제공 기록지에 언급된 직접 수행 보건의료서비스를 제공하면서 반복적인 경미한 수준의 처치에 대해서는 가족교육 및 상담을 통해 가급적 가족이 자가관리 할 수 있게 한다.

가족문제 및 건강문제가 있는 노인, 장애인, 정신질환자 등이 수용되어 있는 시설의 요청이 있을 경우에는 보건기관 방문보건부서나 보건의료 인력으로 구성된 팀이 출장하여 진료, 투약, 처치, 교육 등을 제공할 수 있다.

지역사회 자원을 발굴·교육을 실시하여 방문보건사업에 활용한다.

가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 보건복지서비스를 효율적으로 제공하기 위하여 방문보건인력은 기본업무를 수행하고, 지역의 사회복지사와 업무의뢰 및 연계가 잘 이루어지도록 노력한다.

〈표 III-1〉 기본업무

| 방문보건인력 | 사회복지사 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 방문간호대상가구 선정 및 관리 • 가족 기능 평가(assessment) 및 진단 • 환자 및 질병관리 • 건강증진 및 질병 예방 • 재활 및 요양 • 환경위생관리 • 건강교육 및 상담 • 보건지리지원의 개발 및 관리 및 의뢰망 구축 • 복지문제 대상자 발견시 사회복지 담당자 연계 및 결과 확인 | <ul style="list-style-type: none"> • 복지대상자 선정·조사 및 관리 • 지역사회 인적·물적 자원의 조사개발 및 연계 • 상담 및 복지 프로그램 실시 • 생활지원·후원·결연 사업 • 보건문제 대상자 발견시 보건소 방문 보건담당자 연계 및 결과 확인 |

나. 사업의 추진방향 및 운영체계

1) 추진 방향

첫째, 지역사회 내에서 제공되는 보건·의료·복지서비스의 통합을 지향한다.

둘째, 사업단위는 가족중심으로 가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 포괄적인 서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계한다.

셋째, 지역적 특성, 거리의 근접성, 가구수, 담당인력수 등을 고려하여 방문보건인력이 지역을 할당하는 지역담당제 또는 필요로 하는 인력을 융통성 있게 활용할 수 있는 팀제를 운영할 수 있다.

넷째, 가정방문을 통하여 보건의료서비스를 제공하여야 하며, 보다 전문적인 보건의료서비스 및 복지서비스 등이 필요할 경우에는 관할지역 내 보건의료기관, 사회복지기관, 행정기관 등에 의뢰 및 연계한다.

다섯째, 관할지역내의 자원 의뢰망 및 전산망 체계를 구축하고, 자원을 발굴·교육을 실시하여 방문보건사업에 활용한다.

여섯째, 대도시 방문보건사업은 기존 대도시 방문보건사업 지침에 근

거하여 사업관리는 시도가 담당하고, 결과보고는 2월말까지 본 안내서의 서식에 의거하여 시도를 거쳐 보건복지부에 제출한다.

2) 사업의 운영체계

가) 운영체계

방문보건사업에 관한 제반 운영사항은 방문보건사업 운영안내에 따른다.

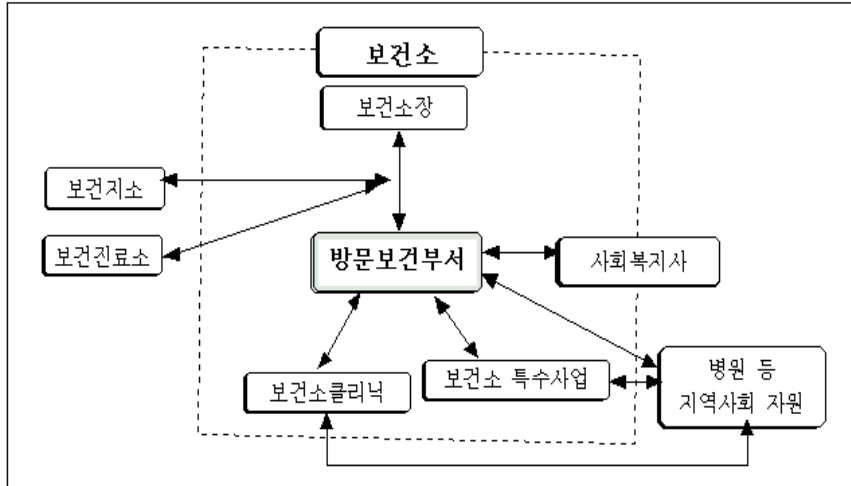
방문보건업무에 관한 사항은 보건소가 총괄하며, 보건지소와 보건진료소는 해당지역(면, 리)의 방문보건사업을 책임지며 관할 보건소와 연계한다.

보건소장은 효율적인 방문보건사업을 위해 방문보건 담당 부서를 두며, 동 부서에게 해당지역 방문보건사업의 운영 및 수행을 관장하게 한다.

방문보건부서는 책임자를 두어 방문보건사업을 기획하고 운영·평가한다.

사업대상 시·군·구 보건소는 각 시·도에, 각 시·도는 보건복지부에 방문보건사업 계획, 사업평가 및 사업실적을 제출한다.

[그림 III-1] 방문보건사업 운영체계



나) 기관별 기능과 역할

(1) 보건소

지역사회진단 결과와 지역보건법에 의한 지역보건의료사업계획에 의해 방문보건사업 세부계획을 수립한다.

관할지역 보건기관의 보건의료 인력을 고려하여 방문보건사업을 지역 담당제 또는 팀제로 운영한다.

관할 보건지소/보건진료소의 방문보건사업 수행에 필요한 기술감독과 기술지원을 실시한다.

관할지역에서 수행되는 사업의 질 관리 및 평가를 실시한다.

사업을 수행하는 과정에서 관할지역내의 의사 및 사회복지사 등과의 의뢰체계를 수립한다.

방문보건사업에 필요한 방문보건물품(비품, 소모품, 차량, 컴퓨터 등)을

확보·지원한다.

보건소 내 방문보건 담당 부서의 업무 내용은 첫째 가정방문을 통한 지역사회 진단을 실시하고 대상가족을 발견한다. 둘째, 대상 가족문제 및 가구원 건강문제를 확인한 후 우선순위를 결정하고 방문보건사업계획을 수립한다. 셋째, 수립된 계획에 따라 가정방문을 통해 방문보건서비스를 제공한다. 넷째, 필요한 전문보건의료, 복지 및 행정분야에 의뢰하고 조정, 협력한다. 다섯째, 방문보건서비스의 수행과정과 결과를 평가하여 다음 사업 단계에 반영한다. 여섯째, 보건소, 보건지소, 보건진료소의 사업 모니터링 및 평가를 실시하여 시·도에 보고한다.

(2) 보건지소

보건지소는 관할지역 방문보건사업의 주체가 된다. 단, 보건진료소 관할지역에 대해서는 보건진료소와 협의하여 업무를 분담한다.

보건지소장은 대상가족 기능 평가(assessment) 및 의뢰시 의학적 판단을 제공한다.

보건요원은 지역사회 진단을 통해 파악된 대상가족과 관할지역 보건소의 방문보건 담당부서로부터 의뢰된 대상가족에 대한 방문보건 업무를 담당한다. 필요시 보건소 및 보건진료소의 지원을 요청할 수 있다.

2·3차 의료와 행정·복지지원의 문제 해결이 필요한 경우 의료기관이나 사회복지사 등에게 의뢰 및 연계한다.

대상가족 및 보건소로부터 의뢰된 대상가족의 방문보건결과와 방문보건사업 실적을 보건소에 보고한다.

3) 보건진료소

보건진료소는 관할지역 방문보건사업의 주체가 된다.

지역사회 진단을 통해 파악된 대상가족과 관할지역 보건소의 방문보건

담당부서로부터 의뢰된 대상가족에 대한 방문보건 업무를 담당한다. 필요 시 보건소 및 보건지소의 지원을 요청할 수 있다.

2·3차 의료와 행정·복지지원의 문제 해결이 필요한 경우 의사나 사회복지사 등에게 의뢰 및 연계한다.

대상가족 및 보건소로부터 의뢰된 대상가족의 방문보건서비스 결과와 사업실적을 보건소에 보고한다.

제4장 의료급여 사례관리 제도 및 문제점

1. 의료급여 수급권자 사례관리¹⁴⁾

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 있으나 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. 둘

14) 2006년도 보건복지부 의료급여사업안내 내용을 재구성하였음.

제 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 적절하게 의료서비스를 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 의료서비스를 이용할 수 있도록 유도함으로써 의료

급여 재정을 보호한다.

셋째, 여러 의료급여기관 이용자 집중관리이다. 동일상병으로 다수의 의료급여기관에서 중복으로 진료 받은 수급권자를 밀착 상담하여 적정의료이용을 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.

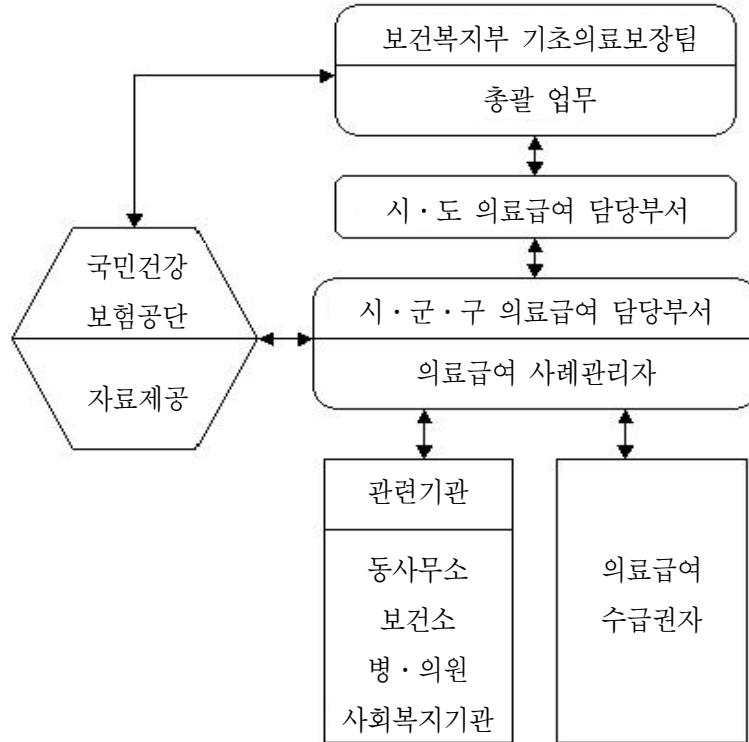
2) 수행체계

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 과다이용자, 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.

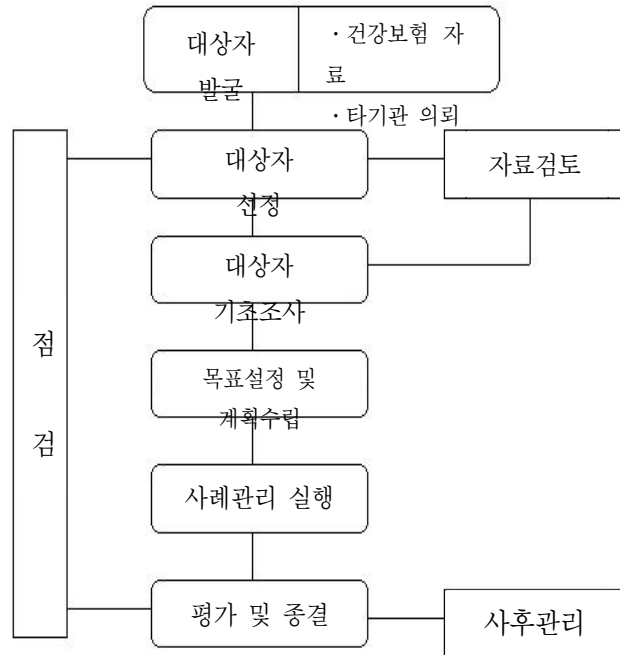
[그림 IV-1] 사례관리 수행체계도



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 IV-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 대상자로 선정하여 밀착상담을 통해 올바른 의료이용을 할 수 있도록 교육·지도·관리한다.

(1) 대상자 발굴 및 선정

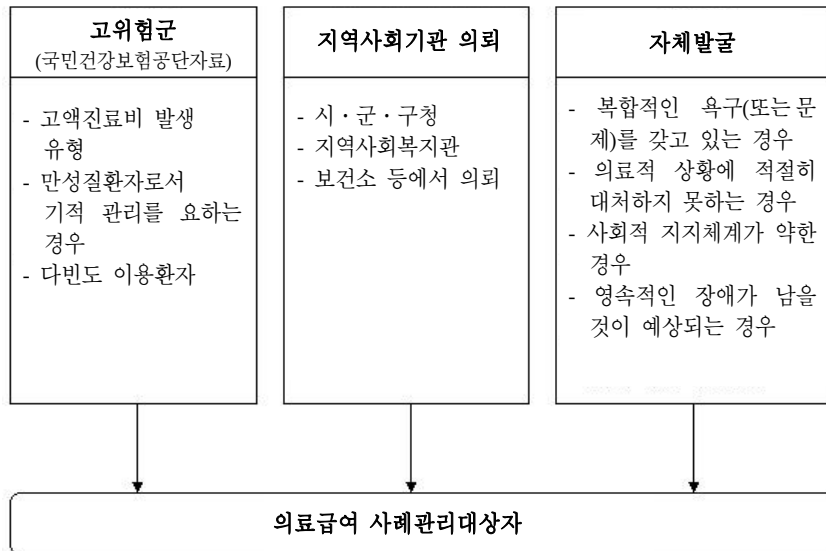
대상자는 첫째, 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 관절염, 정신장애 등 만성·복

합·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 대상자로 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 대상자로 선정한다. 셋째 복합적인 욕구를 갖고 있으나 사회적인 지지체계가 약하고 의료니드에 적절히 대처하지 못하는 사람을 자체적으로 발굴·선정할 수 있다.

[그림 IV-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 조사, 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 계획수행의 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.

2. 의료급여 사례관리의 문제점¹⁵⁾

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 언급한바 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 의료

15) 사례관리 관련 문제점은 현재 의료급여사례관리사 대상 워크샵에서 도출된 내용을 재 정리한 것임.

급여과다이용자만이 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 년차별 대상자 선정기준을 달리한다면 일선의 사례관리사들이 포괄적 계획속에 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, 사회적요인, 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 IV-1〉 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 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 점수 | | | | | |
| 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 지지등의 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 지역 자원이 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. 사례

관리 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, 건강행위 변화정도, 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.

제5장 Medicaid 재정 추이 및 지출 억제 방안

1. Medicaid 재정 추이

메디케이드 서비스는 의료서비스 공급자에게 직접 비용을 지불하도록 하고 있다. 메디케이드에 프로그램에 참여하고 있는 공급자들은 메디케이드 비용을 정부로부터 보상받는데, 각 주마다 재량권을 가지고 보상금을 받는 기준을 조금씩 다르게 책정하고 있다. 주 정부는 메디케이드 서비스를 받는 수혜자들에게 명목공제(deductible), 공동보험 (coinsurance), 또는 본인부담금(copayment)을 부과할 수 있다. 응급의료서비스와 가족계획관련 서비스는 공동지불 항목에서 제외된다. 또한 임산부, 18세이하의 어린이, 자신소득의 대부분을 병원이나, 간호전문 요양시설(Nursing home)에 지불하여 생활하는 경우, 그리고 저소득 HMO (Health Maintenance Organization) 가입자들은 모든 의료비용을 주정부에서 지불하게 된다.

메디케이드에 대한 연방정부의 총지출액은 최고한도가 정해져 있지 않으며 각 주가 법에 의해 제공하기로 한 서비스에 대해 맞춰서 연방정부는 비용을 지불한다. 메디케이드 총 비용에 대해 주정부가 지불하는 비율인 연방의료보조비율(Federal Medical Assistance Percentage :FMAP)은 각 주의 평균소득수준과 미국 전체인구의 평균소득을 비교하여 주마다 다르게 책정된다. 상대적으로 부유한 주들은 연방정부의료보조비율이 낮게 책정되고, 상대적으로 가난한 주들은 높게 책정된다.

가. Medicaid 재정

Medicaid 프로그램의 재원은 연방정부와 주정부가 부담한다. 1965년

Medicaid 프로그램이 시작된 이래로, 연방정부는 저소득층의 보건의료에 대한 주정부의 재정지출을 보조해주는 형식으로 일정금액을 일부 주정부에게 선택적으로 지급해 주기 시작했다. 1970년에는 알래스카 (Alaska)와 애리조나 (Arizona)를 제외한 모든 주들이 연방정부로부터 일정금액을 지원받아 저소득층의 의료서비스를 제공하였고, 1982년에는 애리조나주가 마지막으로 주 정부지원을 받은 후로는, 미국의 모든 주들이 매칭펀드 형태의 연방정부 재원과 주정부 예산을 가지고 Medicaid 서비스를 실시하였다.

일반적인 연방정부의 Medicaid 관련 의료비용 보조비율 (the federal medical assistance percentage ; FMAP)은 50%로 정해져있으나, 각주의 일인당 소득과 미국 전체 일인당 소득을 기준으로 책정된다. 따라서, 일인당 소득이 높은 주는 FMAP이 낮게 책정되는 반면, 인구당 소득이 낮은 주들은 많은 부분을 연방정부의 매칭 펀드에 의존하고 있는 실정이다. 예를 들면, 2007년, Arkansas 주의 경우 Medicaid 총 비용의 70% 이상을 주정부 매칭 펀드에 의존한 반면, New Jersey주의 경우는 총비용의 50%만을 연방정부의 보조금으로 충당하였다.

〈표 V-1〉 주별 Medicaid 프로그램 총 비용 중 연방정부 보조비율(FMAP)

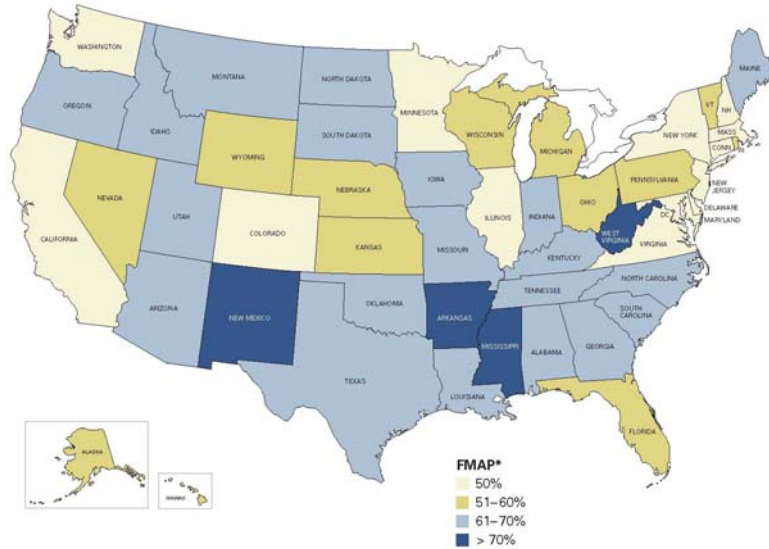
| | FY2004 | FY2005 | FY2006 | FY2007 | FY2008 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| United States | 50% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Alabama | 74% | 71% | 70% | 69% | 68% |
| Alaska | 61% | 58% | 58% | 58% | 52% |
| Arizona | 70% | 67% | 67% | 66% | 66% |
| Arkansas | 78% | 75% | 74% | 73% | 73% |
| California | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Colorado | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Connecticut | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Delaware | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| District of Columbia | 73% | 70% | 70% | 70% | 70% |
| Florida | 62% | 59% | 59% | 59% | 57% |
| Georgia | 63% | 60% | 61% | 62% | 63% |
| Guam | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Hawaii | 62% | 58% | 59% | 58% | 56% |
| Idaho | 74% | 71% | 70% | 70% | 70% |
| Illinois | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Indiana | 65% | 63% | 63% | 63% | 63% |
| Iowa | 67% | 64% | 64% | 62% | 62% |
| Kansas | 64% | 61% | 60% | 60% | 59% |
| Kentucky | 73% | 70% | 69% | 70% | 70% |
| Louisiana | 75% | 71% | 70% | 70% | 72% |
| Maine | 69% | 65% | 63% | 63% | 63% |
| Maryland | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Massachusetts | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Michigan | 59% | 57% | 57% | 56% | 58% |
| Minnesota | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Mississippi | 80% | 77% | 76% | 76% | 76% |
| Missouri | 64% | 61% | 62% | 62% | 62% |
| Montana | 76% | 72% | 71% | 69% | 69% |
| Nebraska | 63% | 60% | 60% | 58% | 58% |
| Nevada | 58% | 56% | 55% | 54% | 53% |
| New Hampshire | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| New Jersey | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |

| | | | | | |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| New Mexico | 78% | 74% | 71% | 72% | 71% |
| New York | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| North Carolina | 66% | 64% | 63% | 65% | 64% |
| North Dakota | 71% | 67% | 66% | 65% | 64% |
| Ohio | 62% | 60% | 60% | 60% | 61% |
| Oklahoma | 74% | 70% | 68% | 68% | 67% |
| Oregon | 64% | 61% | 62% | 61% | 61% |
| Pennsylvania | 58% | 54% | 55% | 54% | 54% |
| Puerto Rico | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Rhode Island | 59% | 55% | 54% | 52% | 53% |
| South Carolina | 73% | 70% | 69% | 70% | 70% |
| South Dakota | 69% | 66% | 65% | 63% | 60% |
| Tennessee | 68% | 65% | 64% | 64% | 64% |
| Texas | 63% | 61% | 61% | 61% | 61% |
| Utah | 75% | 72% | 71% | 70% | 72% |
| Vermont | 65% | 60% | 58% | 59% | 59% |
| Virgin Islands | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Virginia | 53% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| Washington | 53% | 50% | 50% | 50% | 52% |
| West Virginia | 78% | 75% | 73% | 73% | 74% |
| Wisconsin | 61% | 58% | 58% | 57% | 58% |
| Wyoming | 64% | 58% | 54% | 53% | 50% |

자료: Kaiser Family Foundation (2007),

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=184&cat=4>

[그림 V-1] 미국의 각주별 연방정부 보조비율(FMAP), 2007



각 주마다 상이한 자격기준과 서비스를 제공하기 때문에 실제적으로 메디케이드관련 주별 지출 규모와 성장률은 주의 특성에 따라 다르게 나타나고 있다. 연방정부와 주정부의 Medicaid 지출액을 모두 합한 경우 아래표에서 보여지는 것과 같이 뉴욕(New York)주가 44 billion 달러로 가장 많고, 와이오밍 (Wyoming) 421 million 달러로 최저수준을 기록하고 있다.

〈표 V-2〉 2006년 주별 Medicaid 지출액

| 주 | 2006년 총 지출액 | 주 | 2006년 총 지출액 |
|----------------------|-------------------|----------------|------------------|
| United States | \$303,882,398,422 | Missouri | \$6,477,005,485 |
| Alabama | \$3,885,724,359 | Montana | \$725,886,163 |
| Alaska | \$959,922,656 | Nebraska | \$1,536,880,940 |
| Arizona | \$6,195,618,153 | Nevada | \$1,177,644,552 |
| Arkansas | \$2,895,086,328 | New Hampshire | \$1,106,718,695 |
| California | \$34,247,357,424 | New Jersey | \$9,084,304,080 |
| Colorado | \$2,873,216,407 | New Mexico | \$2,490,147,301 |
| Connecticut | \$4,213,071,822 | New York | \$44,712,222,361 |
| Delaware | \$946,598,649 | North Carolina | \$9,140,498,490 |
| District of Columbia | \$1,302,074,398 | North Dakota | \$503,968,992 |
| Florida | \$12,763,018,102 | Ohio | \$12,251,082,457 |
| Georgia | \$6,840,869,446 | Oklahoma | \$2,972,933,819 |
| Hawaii | \$1,100,740,166 | Oregon | \$2,941,032,951 |
| Idaho | \$1,043,994,481 | Pennsylvania | \$15,512,030,315 |
| Illinois | \$10,118,625,295 | Rhode Island | \$1,696,670,833 |
| Indiana | \$5,674,356,529 | South Carolina | \$4,068,977,905 |
| Iowa | \$2,614,996,813 | South Dakota | \$607,475,395 |
| Kansas | \$2,077,616,164 | Tennessee | \$6,065,629,530 |
| Kentucky | \$4,377,834,330 | Texas | \$18,115,908,724 |
| Louisiana | \$4,861,096,507 | Utah | \$1,473,234,280 |
| Maine | \$1,953,705,101 | Vermont | \$947,607,479 |
| Maryland | \$5,000,486,138 | Virginia | \$4,654,115,156 |
| Massachusetts | \$9,696,897,004 | Washington | \$5,579,368,299 |
| Michigan | \$8,288,303,539 | West Virginia | \$2,098,797,408 |
| Minnesota | \$5,666,177,093 | Wisconsin | \$4,653,047,015 |
| Mississippi | \$3,270,419,039 | Wyoming | \$421,403,854 |

Note: 총비용은 주정부 비용과 연방정부 비용을 합한것 임. (관리비용은 포함되지 않음)

Source: Urban Institute and Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured estimates based on data from Centers for Medicare and Medicaid Services-64 reports, July 2007.

1) Medicaid 지출의 변화

Medicaid관련 지출은 2006년 기준 총 연방정부지출 중 7.1 % (192.3 billion)를 차지하고 있으며, 개별 항목으로는 다섯째로 큰 부분을 차지하고 있다 (U.S. Office of Management and Budget Data, 2007). 연방정부의

Medicaid 지출은 지속적으로 증가하고 있는 추세이나 연 성장률은 2003년 이후부터 조금씩 줄어들고 있다.

〈표 V-3〉 Medicaid 지출의 변화(1980-2006)

| | Federal level | | | State level | | |
|------|------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------------|
| | 연방정부 지출 (10억 달러) | 년평균 증가율 (%) | 총 연방정부 지출 대비 비율 | 주정부 지출 (10억 달러) | 년평균 증가율 (%) | 총 주정부 지출 대비 비율 |
| 1980 | 14.0 | 12.9 | 2.4 | 11.5 | 20.0 | 3.3 |
| 1981 | 16.8 | 20.0 | 2.5 | 13.2 | 14.8 | 3.5 |
| 1982 | 17.4 | 3.6 | 2.3 | 14.5 | 9.8 | 3.6 |
| 1983 | 19.0 | 9.2 | 2.4 | 16.1 | 11.0 | 3.7 |
| 1984 | 20.1 | 5.8 | 2.4 | 17.6 | 9.3 | 3.7 |
| 1985 | 22.7 | 12.9 | 2.4 | 18.3 | 4.0 | 3.5 |
| 1986 | 25.0 | 10.1 | 2.5 | 20.0 | 9.3 | 3.5 |
| 1987 | 27.4 | 9.6 | 2.7 | 22.6 | 13.0 | 3.7 |
| 1988 | 30.5 | 11.3 | 2.9 | 24.1 | 6.6 | 3.7 |
| 1989 | 34.6 | 13.4 | 3.0 | 26.7 | 10.8 | 3.9 |
| 1990 | 41.1 | 18.8 | 3.3 | 31.1 | 16.5 | 4.1 |
| 1991 | 52.5 | 27.7 | 4.0 | 36.5 | 17.4 | 4.5 |
| 1992 | 67.8 | 29.1 | 4.9 | 40.2 | 10.1 | 4.7 |
| 1993 | 75.8 | 11.8 | 5.4 | 45.6 | 13.4 | 5.2 |
| 1994 | 82.0 | 8.2 | 5.6 | 53.1 | 16.4 | 5.8 |
| 1995 | 89.1 | 8.7 | 5.9 | 58.7 | 10.5 | 6.1 |
| 1996 | 92.0 | 3.3 | 5.9 | 60.1 | 2.4 | 6.0 |
| 1997 | 95.6 | 3.9 | 6.0 | 63.3 | 5.3 | 6.0 |
| 1998 | 101.2 | 5.9 | 6.1 | 69.4 | 9.6 | 6.3 |
| 1999 | 108.0 | 6.7 | 6.3 | 75.7 | 9.1 | 6.4 |
| 2000 | 117.9 | 9.2 | 6.6 | 83.3 | 10.0 | 6.5 |
| 2001 | 129.4 | 9.8 | 6.9 | 92.3 | 10.8 | 6.7 |
| 2002 | 147.5 | 14.0 | 7.3 | 101.3 | 9.8 | 7.0 |
| 2003 | 160.7 | 8.9 | 7.4 | 108.2 | 6.8 | 7.2 |
| 2004 | 176.2 | 9.6 | 7.7 | 119.0 | 10.0 | 7.5 |
| 2005 | 181.8 | 3.2 | 7.4 | | | |
| 2006 | 192.3 | 5.8 | 7.1 | | | |

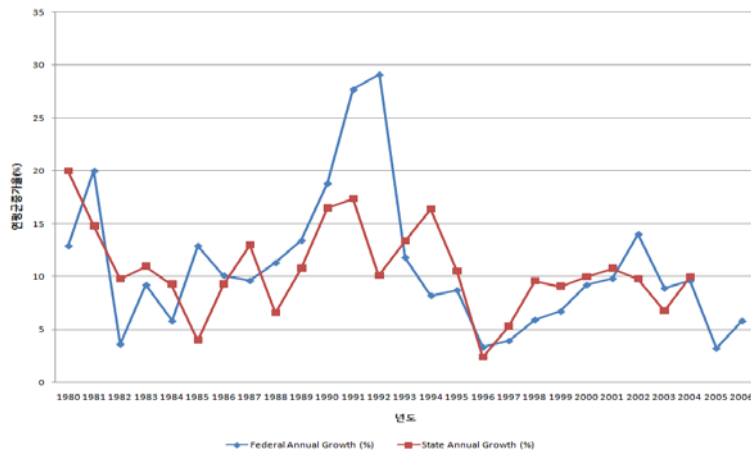
자료: Bureau of Economic Analysis, 2006;

State and Local Medicaid expenditures, Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, 2005.

U.S. Office of Management and Budget, Executive Office of the President : Historical Tables, Budget of the United States Government, Fiscal Year 2007.

아래 그림은 1980년부터 2006년까지 미국의 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율의 변화를 보여주고 있다. 메디케이드 총지출이 매년 증가하는 추세를 보이고 있으나, 연방정부의 메디케이드 연평균 지출 증가율은 1992년에 29%로 최고치를 기록한 이후 감소하고 있으며, 특히 복지개혁법안(Welfare reform)이 시행된 1996년에는 최저치를 기록하고 있다.

[그림 V-2] 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율

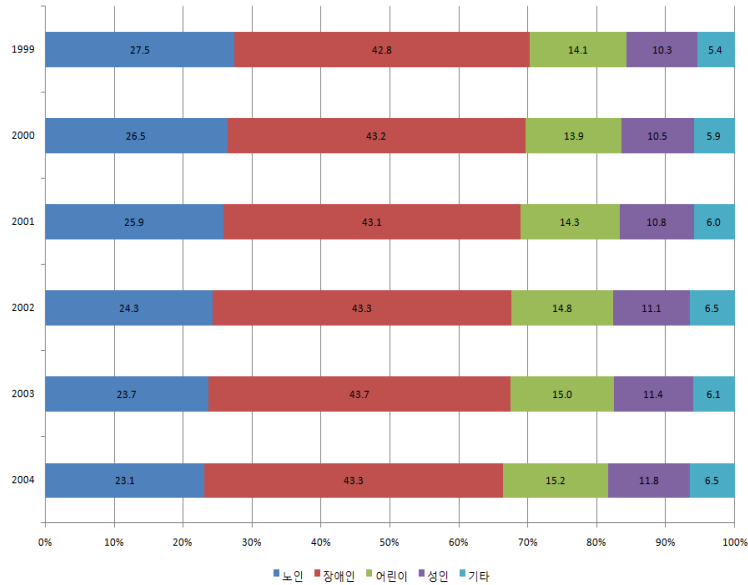


가) 인구 유형별 지출변화

아래의 그림은 메디케이드 대상자별 지출의 변화를 보여주고 있다. 노인과 장애인에 대한 지출이 상대적으로 감소한 반면, 어린이와 성인을 대상으로 하는 지출은 증가하였다. 1999년 노인과 장애인을 위한 메디케이드 지출은 총 지출의 70%를 차지하고 있었으나, 2004년에는 총지출의 66%로 감소하였다. 하지만, 어린이와 성인을 위한 지출은 1999년 24%에서 2004년 27%로 증가하였다.

연도별 메디케이드 수혜자변화에 따른 지출변화를 조사해보면, 노인대상자의 감소로 이들에 대한 재정지출 비율이 감소하고, 장애인 및 아동에 대한 지출 비율은 대상자수의 증가와 함께 증가하고 있는 것으로 보여지고 있다. 하지만, 노인에 대한 지출 비용이 인구수에 비해 상대적으로 큰 것으로 나타나고 있다. 2004년의 경우 아동이 전체 수혜자의 약 50%를 차지하고 있으나, 이들에 대한 메디케이드 지출비용은 전체의 15%에 불과한 실정이었다. 이와는 반대로 노인 수혜자는 전체의 8%정도 수준이었으나, 전체 메디케이드 지출비용의 23%를 차지하고 있는 것으로 조사되었다.

[그림 V-3] 대상자별 메디케이드 지출의 변화



〈표 V-4〉 메디케이드 수혜자 및 재정지출 변화 (1999-2004)

| 년도 | 구분 | 총계 | 노인 | 장애인 | 아동 | 성인 | 기타 |
|------|----|-------|------|------|------|------|------|
| 1999 | 인원 | 100.0 | 9.2 | 16.6 | 44.8 | 18.5 | 11.0 |
| | 재정 | 100.0 | 27.5 | 42.8 | 14.1 | 10.3 | 5.4 |
| 2000 | 인원 | 100.0 | 8.7 | 16.1 | 44.3 | 20.2 | 10.7 |
| | 재정 | 100.0 | 26.5 | 43.2 | 13.9 | 10.5 | 5.9 |
| 2001 | 인원 | 100.0 | 8.3 | 15.4 | 44.1 | 21.2 | 11.1 |
| | 재정 | 100.0 | 25.9 | 43.1 | 14.3 | 10.8 | 6.0 |
| 2002 | 인원 | 100.0 | 7.9 | 15.0 | 45.4 | 22.8 | 8.9 |
| | 재정 | 100.0 | 24.3 | 43.3 | 14.8 | 11.1 | 6.5 |
| 2003 | 인원 | 100.0 | 7.8 | 14.8 | 46.2 | 22.5 | 8.8 |
| | 재정 | 100.0 | 23.7 | 43.7 | 15.0 | 11.4 | 6.1 |
| 2004 | 인원 | 100.0 | 7.9 | 14.4 | 46.6 | 22.2 | 8.9 |
| | 재정 | 100.0 | 23.1 | 43.3 | 15.2 | 11.8 | 6.5 |

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

나) 서비스 종류별 지출변화

아래의 표는 2000년부터 2004년까지의 메디케이드 서비스별 총지출변화를 보여주고 있다. 상위 4개 주요 서비스인 요양시설, 인두제 형식의 치료, 입원 비용, 약제비(Nursing facility services, capitated care, inpatient hospital service, and prescribed drugs)가 전체 메디케이드 서비스 지출의 60%이상을 차지하고 있다. 요양시설과 병원 입원에 소요되는 비용은 점진적으로 감소하고 있으나 인두제 형식의 치료와 약제비는 증가하는 경향을 보이고 있다. 다른 항목은 거의 비슷한 지출 구조를 보이고 있다.

〈표 V-5〉 연도별 메디케이드 서비스별 지출 변화

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOTAL PAYMENTS | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| NURSING FACILITY SERVICES | 20.5 | 20.0 | 18.4 | 17.3 | 16.3 |
| CAPITATED CARE | 14.9 | 15.7 | 15.8 | 16.0 | 16.5 |
| INPATIENT HOSPITAL SVCS | 14.3 | 13.9 | 13.6 | 13.5 | 13.5 |
| PRESCRIBED DRUGS | 11.8 | 12.7 | 13.3 | 14.5 | 15.3 |
| PERSONAL SUPPORT SERVICES | 6.9 | 7.0 | 7.2 | 7.4 | 7.2 |
| ICF/MR SERVICES | 5.6 | 5.2 | 5.0 | 4.7 | 4.3 |
| PHYSICIAN SERVICES | 4.0 | 4.0 | 3.9 | 3.9 | 3.9 |
| OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES | 4.2 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |
| CLINIC SERVICES | 3.6 | 3.0 | 3.1 | 3.1 | 3.2 |
| HOME HEALTH SERVICES | 1.9 | 1.9 | 1.8 | 1.9 | 1.8 |
| MENTAL HEALTH FACILITY SERVICES | 1.1 | 1.0 | 1.0 | 0.9 | 0.9 |
| DENTAL SERVICES | 0.8 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |
| LAB AND X-RAY SERVICES | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| OTHER PRACTITIONER SERVICES | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 |
| PCCM SERVICES | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 |
| STERILIZATIONS | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| OTHER CARE | 9.1 | 9.1 | 10.2 | 10.1 | 10.2 |
| SERVICE CATEGORY UNKNOWN | 0.3 | 0.2 | 0.9 | 0.7 | 0.5 |
| OTHER CARE | 8.8 | 8.9 | 9.3 | 9.4 | 9.7 |

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

2. Medicaid 관련 재정 적자 해소 방안

앞에서 언급했듯이 메디케이드 관련 의료비용은 1965년 이후로 지속적으로 증가하였다. 하고 있다. 1980년 연방정부와 주정부의 메디케이드 총지출액이 2백6십억 달러였으나, 2004년에는 지출액이 약 3천억 달러에 이르고 있다. Medicaid의 의료비 상승을 억제하기 위해 미국정부는 많은 노력을 기울여 왔는데, 그 중 3가지 주요한 프로그램- Certificate of Need(CON), 포괄수가제 (diagnosis related group : DRG), 관리의료(Managed Care)를 소개하고 허위, 사기, 의료남용을 억제하고자 하는 방안들에 대해 논의하고자 한다.

가. 의료비 상승 억제 방안

1970년 연방정부에 의해 시행된 ‘Certificate of Need(CON)’의 기본원칙은 입원실 증설과 병원 건축을 제한하고 MRI, CT-Scanner와 같은 고가의 의료장비의 투자를 억제하는 것이다¹⁶⁾. CON은 의료시설과 고가의의료장비를 통제함으로써 불필요한 입원일수와 부적절한 고가의의료장비를 이용한 서비스를 줄여 비용을 최소화하고자 하는 시도였다. 대부분의 주들이 1970년대 말에 이르러 CON법을 채택했다. 병상증설유예(A moratorium on construction)는 CON법과 함께 의료시설의 확장을 효과적으로 억제하는 역할을 하였다. 특히, CON법은 Medicaid 관련 비용을 줄이는 데는 기여하였지만, 장기요양서비스의 접근도를 약화시키고, Nursing home의 서비스를 약화시켰다는 비판도 받고 있다 (Grabowski et al. 2003)¹⁷⁾. 따라서 아래의 표에서 제시하는 것처럼, 많은 주들이 CON 법안을 철회하였다.

16) 이건영 (2007). 미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점. 행정연구원 웹진 9/10월호

17) D.C. Grabowski, R.L. Ohsfeldt, and M.A. Morrisey, “The Effects of CON Repeal on Medicaid Nursing Home and Long Term Care Expenditures,” *Inquiry* 40, no. 2 (2003): 146 - 157.

〈표 V-6〉 주별 Nursing Home CON 철회 와 병상 증설유예 기간

| 주 | CON 철회일 | 병상증설 유예기간 |
|----------------|----------------|-------------------------|
| Alabama | | 1984-1989 |
| | | 1994-1995 |
| Alaska | | 1996, 1998 |
| Arkansas | | |
| California | 1987-현재 | |
| Colorado | 1984-현재 | |
| Idaho | 1983-현재 | |
| Indiana | 1996 | |
| Kansas | 1985-현재 | |
| Kentucky | | 1981-1990 |
| | | 1992-1994 |
| Louisiana | | 1997-1998 |
| Maine | | 1981-1998 |
| Massachusetts | | 1991-1998 |
| Michigan | | 1996 - 1998 |
| Minnesota | 1984-현재 | 1983 - 1998 |
| Mississippi | | 1981 - 1998 |
| Missouri | | 1983 - 1998 |
| Nevada | 1997 - 현재 | |
| New Hampshire | | 1995 - 1998 |
| New Jersey | | 1991 |
| New Mexico | 1984 - present | |
| New York | | 1986 |
| North Carolina | | 1981 - 1983 |
| North Dakota | 1995 - present | 1995 - 1998 |
| Ohio | | 1983, 1987, 1993 - 1997 |
| Pennsylvania | 1997 - present | |
| South Dakota | 1988 - present | 1988 - 1998 |
| Texas | 1985 - present | 1985 - 1998 |
| Utah | 1985 - present | 1989-1998 |
| Washington | | 1993 |
| West Virginia | | 1981-1998 |
| Wisconsin | | 1987-1998 |
| Wyoming | 1987-1989 | |

주: 이외의 주들은 1981-1998년동안 CON 철회를 하지 않았거나 병실증설일시정지를 하지 않음.

자료: Harington et al. (1999)¹⁸⁾

둘째로, 메디케어 프로그램은 의료비상승을 억제하기 위해 DRG (diagnosis related group: 진단명기준 환자군)에 의한 포괄수가제를 1983년에 실시하였으나, 메디케이드 프로그램은 이보다 3년 뒤인 1986년 South Carolina 주를 시작으로 DRG 시스템을 도입하였다¹⁹⁾. 기존의 행위별 수가제와는 달리 DRG는 의료비 지불 기준이 진단된 질병에 의해 결정되기 때문에 의료서비스 공급자의 과잉진료를 억제함으로써 Medicaid 관련 지출비용을 줄이는 역할을 하였다. DRG 시스템은 해당 질병에 대한 Medicaid 병원 입원환자들의 평균 의료비용에 환자의 특성에 따른 가중치를 부과하여 결정하도록 하고 있다.

셋째로, 메디케이드 수혜자의 수는 증가하고, 재정확보는 점점 어려워지는 상황에서 정부는 메디케이드 수혜자들의 관리의료(Managed Care) 가입을 증가시킴으로서 의료비 지출을 줄이고자 하고 있다(Holahan 외, 1998)²⁰⁾. 아래의 표에서 보여지는 것처럼, 2006년 현재 많은 주들에서 메디케이드 수급자의 60% 이상이 관리의료에 등록되어 있다.

관리의료를 이용한 건강보험은 ① 건강보전기구(health maintenance organization : HMO), ② 선호공급자기구(preferred provider organization: PPO), ③ 서비스시점(point-of-service: POS)제도로 크게 3가지로 나눌 수 있다²¹⁾. HMO하에서는 보험가입자가 보험을 가입할 때 보험회사와 계약을 통해 자신의 주치의(primary care physician: PCP)를 정하도록 하고 있다. HMO 보험 가입자는 의료서비스를 이용함에 있어 자신의 주치의를 통해

18) Harrington, C., J.H. Swan, V. Wellin, W. Clemena, and H.M. Carillo. 1999. 1998 State Data Book

on Long Term Care Program and Market Characteristics. San Francisco: University of California, Department of Social and Behavioral Sciences.

19) Backer, Samuel L. & Kronenfeld, Jennie J. (1990). Medicaid Prospective Payment :Case Mixe Increase, Health Care Financing Review, 12 (1). p63-70.

20) Holahan et.(1998).Medicaid Managed Care Payment Rates In 1998, Health Affairs.

21) 이건영 (2007). 미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점. 행정연구원 웹진 9/10월호

서만 의료서비스를 받게 되므로, 메디케이드 수급자가 무분별한 의료서비스를 이용하는 것을 억제하는 역할을 하고 있다.

또한, 관리의료제도는 사전지불체계를 근간으로 운영되기 때문에 만약 의료공급자의 의료서비스 제공 비용이 보험회사에서 선불로 지불한 액수를 초과하더라도, 의료 공급자는 초과액수를 보험회사에 청구할수 없도록 되어 있다. 이는 의료공급자가 과도한 진료를 하는 것을 통제함으로써 불필요한 의료비용을 감소시키는 역할을 하고 있다²²⁾.

22) 관리의료보험회사(managed care organization: MCO)는 자신들의 건강보험을 구매한 보험가입자의 수에 따라 매월 일정금액을 해당 의료공급자에게 선불로 지불하고(인두제, capitation rate based on per member per month: PMPM), 의료공급자는 계약된 의료서비스를 보험가입자에게 제공한다.

〈표 V-7〉 메디케이드 관리의료 등록자 비율 (2006, 12.31)

| STATE | 메디케이드 수급자수 | 관리의료 등록자수 | 관리의료 등록자비율 |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|
| Alabama | 738,971 | 484,906 | 65.62% |
| Alaska | 103,671 | 0 | 0.00% |
| Arizona | 970,967 | 870,225 | 89.62% |
| Arkansas | 630,671 | 523,088 | 82.94% |
| California | 6,435,557 | 3,253,572 | 50.56% |
| Colorado | 390,520 | 361,177 | 92.49% |
| Connecticut | 404,719 | 309,431 | 76.46% |
| Delaware | 146,807 | 106,652 | 72.65% |
| Dist. Of Columbia | 146,014 | 95,218 | 65.21% |
| Florida | 2,206,524 | 1,440,634 | 65.29% |
| Georgia | 1,271,472 | 1,050,382 | 82.61% |
| Hawaii | 199,903 | 159,555 | 79.82% |
| Idaho | 165,187 | 134,588 | 81.48% |
| Illinois | 1,993,000 | 118,000 | 5.92% |
| Indiana | 824,938 | 591,964 | 71.76% |
| Iowa | 323,966 | 280,337 | 86.53% |
| Kansas | 261,457 | 144,157 | 55.14% |
| Kentucky | 708,837 | 653,256 | 92.16% |
| Louisiana | 942,734 | 641,988 | 68.10% |
| Maine | 251,060 | 168,737 | 67.21% |
| Maryland | 692,437 | 503,266 | 72.68% |
| Massachusetts | 1,091,128 | 659,039 | 60.40% |
| Michigan | 1,475,917 | 1,336,252 | 90.54% |
| Minnesota | 579,528 | 360,381 | 62.19% |
| Mississippi | 555,881 | 0 | 0.00% |
| Missouri | 825,378 | 818,931 | 99.22% |
| Montana | 79,598 | 52,374 | 65.80% |
| Nebraska | 208,836 | 169,548 | 81.19% |
| Nevada | 166,471 | 140,377 | 84.33% |
| New Hampshire | 110,117 | 82,201 | 74.65% |
| New Jersey | 863,641 | 603,269 | 69.85% |

| | | | |
|----------------|------------|------------|---------|
| New Mexico | 426,118 | 276,992 | 65.00% |
| New York | 4,024,784 | 2,543,355 | 63.19% |
| North Carolina | 1,287,498 | 843,480 | 65.51% |
| North Dakota | 51,447 | 27,741 | 53.92% |
| Ohio | 1,729,515 | 957,443 | 55.36% |
| Oklahoma | 581,308 | 516,446 | 88.84% |
| Oregon | 402,371 | 368,554 | 91.60% |
| Pennsylvania | 1,802,430 | 1,574,170 | 87.34% |
| South Carolina | 667,581 | 157,519 | 23.60% |
| South Dakota | 99,647 | 98,225 | 98.57% |
| Tennessee | 1,179,335 | 1,179,335 | 100.00% |
| Texas | 2,778,761 | 1,868,035 | 67.23% |
| Utah | 198,243 | 171,524 | 86.52% |
| Vermont | 130,608 | 84,790 | 64.92% |
| Virginia | 701,193 | 439,115 | 62.62% |
| Washington | 999,031 | 837,300 | 83.81% |
| West Virginia | 293,056 | 159,322 | 54.37% |
| Wisconsin | 844,962 | 334,498 | 39.59% |
| Wyoming | 62,459 | 0 | 0.00% |
| Total | 45,156,803 | 29,552,763 | 65.44% |

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

나. 사기, 남용에 대한 대처 방안(Fraud and Abuse of Medicaid.)

메디케이드 서비스를 대상으로 하는 사기 및 남용은 주정부가 기본적으로 관리 감독하는 책임을 지고 있고, 연방정부는 주정부를 보조하는 역할을 하고 있다. 주정부는 메디케이드에 등록하기 원하는 서비스 공급자들을 선별하고, 이들의 의료비용 청구를 심사하며, 초과지불금액에 대해 회수를 하며, 소송이나 사건이 발생하면 이를 위탁하는 역할을 하고 있다. 연방정부차원에서는 메디케어/메디케이드서비스 센터 (the Centers for Medicare & Medicaid Services:CMS)에서 주정부의 사기 및 남용에 대한 활동을 보조하고 지원하며, 감독하는 역할을 한다. 메디케이드 관련 사기와 남용은 크게 소비자와 의료공급자에 의해 이루어진다.

CMS는 메디케이드 남용 또는 사기에 연루될 수 있는 의료공급자로

의사, 약사, 의료기구 관련 업자들, 또는 일반인들이 포함될 수 있다고 보고하고 있다. 일반적으로, 다음의 경우가 메디케이드 사기와 남용에 해당될 수 있다.

- ◆ 서비스를 받지 않은 ‘유령환자’에 대한 의료 비용청구
- ◆ 제공되지 않은 의료서비스와 재료에 대한 의료 비용청구
- ◆ 최근의 약품이나 재료를 사용했음에 불구하고, 값이 비싼 과거의 약품이나 재료를 사용한 것으로 꾸며 비용을 청구
- ◆ 실제 진료시간보다 많은 진료시간을 청구
- ◆ 필요 없는 검사를 실시하여 이에 대해 의료비를 청구하는 경우
- ◆ 필요 없는 의료서비스나 용품을 의뢰함으로써 이에 대한 비용을 청구하는 경우.
- ◆ 제공된 의료서비스나 재료에 대해 과도한 비용을 부과하는 경우
- ◆ 의료서비스와 관련된 회사의 이름을 속이거나 숨기는 경우
- ◆ 메디케이드 서비스 대상자의 카드나 신상정보를 이용하여 의료서비스를 받는 경우

위의 경우에 해당되거나 의심되는 행동을 한 의료공급자들에 대해서, 각 주의 the Program Integrity 가 먼저 신고를 접수한다. 연방정부 차원에서는 the Office of Inspector General’s (OIG) National Fraud Hotline에서 전화를 통해 메디케이드 남용과 사기에 대한 신고를 접수한다. 연방정부차원에서는 다양한 활동을 통해 주정부의 메디케이드 사기 및 남용에 대한 활동을 지원하였는데, 그중 PAM/PERM, Medi-Medi, TAG, and Compliance Reviews 가 대표적이다²³⁾.

23) United States Government Accountability Office (2005). Medicaid Fraud and Abuse.

PAM(Payment Accuracy Measurement) /PERM(Payment Error Rate Measurement) 은 CMS가 메디케이드의 서비스 비용이 제대로 지출되었는지를 정확하게 예측하기 위해 3년간 개발한 프로그램이다. 2006년 PAM은 PERM으로 불리워지면서 Improper Payments Information Act(2002) 에 의해 메디케이드 서비스에 대한 의무프로그램으로 정착되었다. PERM에 의하면, 모든 주들은 메디케이드 지불금액에 대한 정확도가 향상될 것으로 기대된다.

Medi-Medi 프로그램은 CMS가 메디케이드와 메디케어 프로그램의 정보를 함께 교류할 수 있도록 한 것으로, 의료 공급자와 수급자의 정보들을 통해 부적절한 비용청구를 확인할 수 있도록 하고 있다.

TAG 은 전화회의를 통해, CMS가 각 주들이 메디케이드 사기와 남용에 대한 다양한 경험과 해법등을 토론할 수 있도록 고안된 프로그램이다. TAG를 통해 각 주들은 자신들의 정책변화나 의견들을 CMS에 전달할 수 있다. Compliance Reviews (연방정부 가이드 라인에 대한 주정부의 이행 검토)는 CMS가 주정부의 메디케이드 사기와 남용에 대한 관리와 처리를 연방정부의 가이드라인에 의해 제대로 하고 있는가를 평가하는 제도이다. 만약 주정부가 연방정부의 요구조건을 충족시키지 않은 경우 해당 주정부는 이를 개선해야 하는 의무를 갖고 있다.

법측면에서 메디케이드 사기와 남용을 억제하기 위해 the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA, Title II)가 제정되었다. HIPAA은 연방정부의 the Department of Health and Human Services (HHS)가 의료서비스에 관한 공급자, 고용주, 의료서비스 플랜에 대한 모든 정보를 구축하도록 하는 것이었다. 이는 특히 의료관련 자료의 안전성(security)과 개인비밀(privacy)을 보장하도록 하였다. 특히, HIPAA의 Section 217은 특정 Medicaid 사기에 대해 처벌규정을 포함하고 있다. 메디케이드 자격조건을 갖추기 위해 자신의 소득이나 자산을 다른 곳으로 이

전하는 자들에 대해서 메디케이드 서비스 자격을 박탈하고, 1년 구속과 만 달러의 벌금을 부과하였다. 하지만, 이법은 여론으로 부터 “노인들을 감옥으로 보내는 법(Granny Goes to Jail)”이라고 비난을 받아, 1997년 8월5일 the Budget Reconciliation Bill를 통해 수정되었다. 수정법안은 Medicaid 관련 자산자격에 대해 의견이나 조언을 준 변호사에게 2만5천 달러의 벌금과 5년 구속의 형량을 주도록 하고 있다.

제6장 사례관리의 효과성 평가

1. 효과성 평가를 위한 조사 방법

가. 조사의 개요

보건복지부는 한정된 의료급여 재정의 효율적 사용과 수급자의 적정 의료이용을 2006년의 의료급여 사례관리 지침으로 삼았다. 따라서 1차년도 본 연구에서는 사례관리의 목적 중 재정의 효과적 관리에 초점을 두었다. 의료급여 수급권자 중에서 과다이용 등으로 의료급여 사례관리 대상으로 선정된 수급권자에 대해 사례관리 개입이 어떠한 영향을 미치는지를 파악하여 정책적 시사점을 얻기 위해 본 연구는 실시되었다. 즉 전화상담, 방문상담 등 사례관리가 사례관리 전후 대상자들의 의료이용행태에 어떠한 변화를 초래하였는지 비교·분석하였다. 사례관리 전·후 대상자의 진료일수, 내원일수, 투약일수 그리고 진료비 등의 의료이용행태에 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.

이를 위하여 보건복지부가 선정하여 전국의 234개 지자체에 통보한 사례관리 대상자 중 지자체 단위에서 사례관리를 실시한 수급자를 대상으로 의료급여사례관리사가 기재한 내역이 조사의 주요 내용이 되었다.

나. 조사방법

1) 조사내용

본 조사 내용은 사례관리 개입에 대한 사례관리 내역과 국민건강보험공단으로부터 구득한 사례관리 전후 대상자의 진료내역에 대한 청구 자료로 구분된다. 사례관리 조사내역은 2006년 1월 1일부터 2006년 12월 31일까지 시·군·구에서 이루어졌던 대상자에 대한 개입내역이다. 의료급여관리사의 사례관리내역조사 내용은 다음과 같다.

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 상담 개시일

다섯째, 사후관리를 위한 전화상담과 방문상담 그리고 각각의 횟수

사례관리의 개입이 대상자의 의료이용행태에 어떠한 변화를 주었는지 분석하기 위해 사례관리 대상자의 의료이용 자료를 국민건강보험공단으로부터 구득하였다. 사례관리 조사 대상자의 2005년 1월 1일부터 2007년 9월까지의 진료비 청구 내역자료는 다음과 같은 내용을 포함하고 있다.

첫째, 요양 개시일, 요양일수, 내원일수, 투약일수 등 진료일수

둘째, 비용관련 총 진료비, 법정 본인 부담금 등

셋째, 상병코드

2) 조사의 기본설계

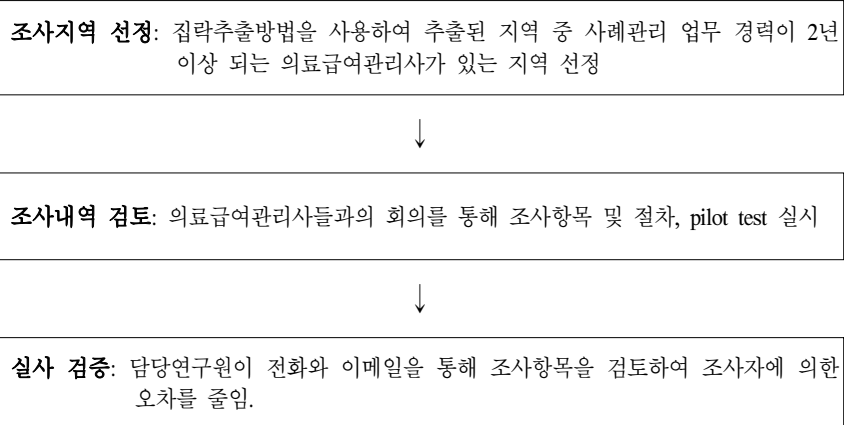
(1) 표본설계(Sampling Design)

사례관리 대상의 모집단은 2005년 기준 의료서비스의 과다이용으로 추

정되는 약 3만 명의 수급자이다. 보건복지부는 심사평가원을 통하여 의료급여일수 365일 이상자로서 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·정신질환 등 만성·복합 상병자 중 연간 방문기관수가 10곳 이상, 투약일수가 연간 450일 이상인 약 3만 명을 중점 사례관리 대상으로 선정하여 지자체에 통보하였다. 이들을 모집단으로 본 사례관리 내역조사는 의료급여관리사가 배치 완료된 전국 234개 시·군·구중에서 지역의 크기별로 지역비례 계통 추출방법을 이용하여 1차 표본추출을 한 지역에서 의료급여관리사의 업무 경력이 최소 2년 이상이 되는 50개 시·군·구 지역을 최종 선정하였다. 이 중 퇴직 등 다른 사유로 조사를 실시할 수 없는 2개 지역을 제외한 총 48개 시·군·구 약 6,116명을 본 조사의 1차 표본으로 선정하였다. 이들에 대한 사례관리 내역은 48개 지자체의 의료급여사례관리사로부터 구득하였다.

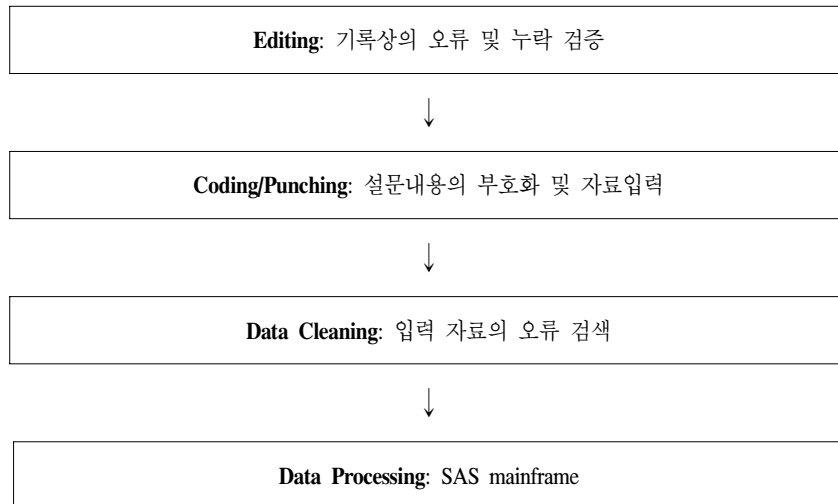
의료급여 사례관리 내역조사를 통해 수집된 총 6,116명의 2005년도 1월 1일부터 2007년 9월 말까지의 의료이용내역을 국민건강보험공단에 의뢰한 결과 총 6,116명의 조사 대상자 중 4,803명의 진료내역만이 이용·가능한 것으로 판단되었다. 주민등록번호를 매치시키는 과정에서의 오류, 상병명의 불일치 등 때문에 발생한 오차는 제거하는 것으로 하여 4,803명을 본 조사의 최종표본으로 확정하였다.

(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. 조사표에 의거 전국 48개 시·군·구의 의료급여관리사들이 2006년 1월 1일 ~ 12월 31일까지의 집중사례관리 대상자의 사례관리 내역을 기재하여 이를 이메일을 통해 본원에 송부하였다. 의료급여 사례관리 내역조사의 조사표 작성기간은 2007년 6월 15일부터 7월 20일까지였으며, 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 2007년 9월 6일에 구득완료 하였다.

본 의료급여 사례관리 조사의 구체적인 일정은 다음과 같다. 의료급여 사례관리의 실태와 구체적인 사례내용을 파악하기 위하여 2007년 5월부터 의료급여관리사들과 5회의 자문회의를 정기적으로 개최하였고, 2007년 9월부터 각 지역 일선 현장의 의료급여관리사를 방문하여 의견수렴과 현지 조사를 실시하였다. 또한 2007년 12월에는 조사대상지역의 의료급여관리사들과 의료급여 사례관리의 현황 및 현장에서 느끼는 의료급여 사례관리의 문제점, 그리고 향후 발전방향 등의 의견수렴을 위한 워크숍을 개최하였다.

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 충청권

의 표본 규모가 많았다. 도시의 규모별로는 전체 대상자의 약 50%가 대도시에 거주하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 VI-1〉 표본의 특성

| 구 분 | | 의료급여 사례관리 대상자 | |
|------|--------|---------------|--------|
| | | 대상자수 | 백분율 |
| 전 체 | | 4,803 | 100.00 |
| 성별 | 남자 | 1,254 | 26.02 |
| | 여자 | 3,549 | 73.98 |
| 연령별 | 20세 미만 | 1 | 0.02 |
| | 20대 | 16 | 0.33 |
| | 30대 | 62 | 1.29 |
| | 40대 | 304 | 6.31 |
| | 50대 | 596 | 12.51 |
| | 60대 | 1,339 | 27.78 |
| | 70대 | 1,986 | 41.41 |
| | 80대 | 476 | 9.88 |
| 조사지역 | 수도권 | 1,385 | 28.84 |
| | 경상권 | 1,190 | 24.78 |
| | 전라권 | 759 | 15.80 |
| | 충청권 | 1,307 | 27.21 |
| | 강원권 | 38 | 0.79 |
| | 제주권 | 124 | 2.58 |
| 지역규모 | 대도시 | 2,421 | 50.50 |
| | 중소도시 | 1,567 | 32.59 |
| | 군 지역 | 815 | 16.91 |

4,803명 중 의료급여 1종 수급자가 약 87%인 4,179이고 2종 수급자가 약 13%정도로 구성되어 있다. 2006년도에 사례관리 이루어진 대상자는 3,340명으로 전체의 70% 정도이며 사례관리가 이루어지지 않은 대상자의 수는 전체의 약 30%정도로 나타났다.

〈표 VI-2〉 전체 조사대상자의 의료급여 종별 빈도

(단위: 명, %)

| 구 분 | 대상자수 | 백분율 |
|-----|-------|--------|
| 1종 | 4,179 | 87.01 |
| 2종 | 624 | 12.99 |
| 계 | 4,803 | 100.00 |

전체 4,803명의 대상자 중

본 분석의 대상자인 2006년도 집중사례관리대상자 4,803명의 2005년도 및 2006년의 의료이용 실적은 다음과 같다.

2005년의 경우 4,803명은 평균 802일의 진료일수를 기록하고 있고 평균 진료비는 약 4,806천원이었다. 자주 이용한 수급자를 대상으로 추출된 표본답게 내원일수도 평균 205일에 이르고 있다. 가장 많은 진료비를 기록한 수급자는 약 36,183천원에 이른다. 2006년도의 의료이용실적은 전체적으로 조금 증가하였으나 그 추이는 2005년과 거의 유사하게 나타나고 있다.

〈표 VI-3〉 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당 의료이용실적

(단위: 일, 원)

| | | 평균 | 최대값 | 최소값 |
|--------|-------|-----------|------------|--------|
| 2005 | 진료일수 | 802.45 | 5,826.00 | 2.00 |
| | 내원일수 | 205.51 | 2,496.00 | 2.00 |
| | 총진료비 | 4,806,156 | 36,183,310 | 35,980 |
| | 본인부담금 | 30,736 | 2,409,380 | 0 |
| | 급여비 | 4,771,643 | 36,183,310 | 35,980 |
| 2006 | 진료일수 | 914.91 | 6,087.00 | 1.00 |
| | 내원일수 | 214.95 | 2,226.00 | 1.00 |
| | 총진료비 | 5,904,505 | 58,416,750 | 10,080 |
| | 본인부담금 | 31,814 | 1,743,160 | 0 |
| | 급여비 | 5,866,851 | 58,416,750 | 10,080 |
| 총 대상자수 | | 4,803 | 4,803 | 4,803 |

대상자를 의료급여 1종과 2종을 나누어서 분석해 본 결과 모든 항목에서 1종 대상자들의 의료이용이 2종 대상자 보다 조금 많았지만 본인부담금을 제외한 1종과 2종 수급자간 의료이용에 큰 차이는 보이지 않았다. 2종은 입원과 외래 모두 본인부담이 있기 때문에 상대적으로 과다 이용의 개연성이 1종보다 적다 할 수 있다. 그럼에도 2종의 이용량이 1종에 근접한 것은 대상자들이 노령인데다 복합상병을 앓고 있기 때문으로 추정된다.

〈표 VI-4〉 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당 의료이용실적 (1종, 2종 구분)

(단위: 일, 원)

| 의료급여종류 | 1종 | | | 2종 | | | |
|--------|--------|-----------|------------|--------|-----------|------------|-------|
| | 평균 | 최대 | 최소 | 평균 | 최대 | 최소 | |
| 2005 | 진료일수 | 801.59 | 5,826.00 | 2.00 | 737.09 | 3,157.00 | 1.00 |
| | 내원일수 | 206.88 | 2,496.00 | 1.00 | 177.26 | 1,677.00 | 1.00 |
| | 총진료비 | 4,882,040 | 36,183,310 | 7,860 | 3,829,764 | 22,502,920 | 5,770 |
| | 본인부담금 | 0 | 0 | 0 | 249,838 | 2,409,380 | 0 |
| | 급여비 | 4,882,040 | 36,183,310 | 7,860 | 3,549,214 | 19,575,410 | 5,270 |
| | 총 대상자수 | 4,208 | 4,208 | 4,208 | 583 | 583 | 583 |
| 2006 | 진료일수 | 903.74 | 5,648.00 | 1.00 | 806.96 | 6,087.00 | 1.00 |
| | 내원일수 | 214.25 | 2,226.00 | 1.00 | 176.10 | 1,396.00 | 1.00 |
| | 총진료비 | 5,959,403 | 58,416,750 | 10,080 | 4,317,537 | 30,140,680 | 8,520 |
| | 본인부담금 | 0 | 0 | 0 | 248,399 | 1,743,160 | 0 |
| | 급여비 | 5,959,403 | 58,416,750 | 10,080 | 4,023,539 | 26,159,870 | 8,020 |
| | 총 대상자수 | 4,179 | 4,179 | 4,179 | 624 | 624 | 624 |

요양기관 중별 대상자의 의료이용 실적을 보면 병원급의 총진료비가 가장 높지만 의원급 의료기관에서의 진료일수와 내원일수가 다른 요양기관보다 월등히 높게 나타나고 있고 보건소 이용률은 매우 낮은 것으로 나타났다.

〈표 VI-5〉 전체 조사대상자의 2005~2006년도 1인당
의료이용실적(요양기관 구분)

(단위: 일, 원)

| 요양기관 | | 병원 | 의원 | 보건소 | 약국 |
|------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|
| 2005 | 진료일수 | 65.28 | 135.94 | 19.41 | 601.02 |
| | 내월일수 | 33.21 | 106.74 | 7.85 | 66.02 |
| | 총진료비 | 1,714,511 | 1,602,621 | 43,781 | 1,625,465 |
| | 본인부담금 | 14,207 | 14,241 | 0 | 3,530 |
| | 보험자부담금 | 1,696,275 | 1,588,281 | 43,780 | 1,621,935 |
| 2006 | 진료일수 | 80.91 | 143.46 | 20.02 | 692.94 |
| | 내월일수 | 40.53 | 107.49 | 8.08 | 68.39 |
| | 총진료비 | 2,388,641 | 1,700,234 | 45,068 | 2,030,250 |
| | 본인부담금 | 15,546 | 14,019 | 2 | 3,732 |
| | 보험자부담금 | 2,366,835 | 1,686,052 | 45,066 | 2,026,518 |

2. 사례관리의 효과분석

본 절에서는 사례관리의 효과가 어떠한 양태로 나타나는지 여부를 분석하고자 한다. 사례관리의 횟수, 사례관리 대상자가 앓고 있는 질환의 종류, 1종과 2종의 차이, 이용한 요양기관의 차이, 성의 차이, 연령의 차이, 지역의 차이 등이 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 한정

하는 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 2006년도 사례관리가 이루어진 대상자들과 사례관리가 이루어지지 않은 대상자들의 2005년도 1월에서 8월까지의 의료이용실적과 2007년도 1월에서 8월까지의 의료이용실적을 비교하였다. 진료 후 청구를 거쳐 건강보험공단에 실적으로 기록되기 까지 1~2개월 정도가 소요되고 있어 자료의 신뢰성을 확보하기 위해 2007년도 8월까지의 자료만을 사용하여 분석하였다.

2006년도 사례관리 대상자 4,803명 중 약 70%인 3천 3백명에 대해 방문을 통한 사례관리가 이루어졌고 나머지 약 30%인 1천 4백 6십명에 대해서는 사례관리가 이루어지지 못했다. 두 그룹간 2005년과 2007년 사이 의료이용량의 변화를 보고자한다.

〈표 VI-6〉 전체 조사대상자의 사례관리 유·무

(단위: 명, %)

| 사례관리 유·무 | 대상자수 | 백분율 |
|--------------------|-------|--------|
| 사례관리가 이루어진 대상자 | 3,340 | 69.54 |
| 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | 1,463 | 30.46 |
| 계 | 4,803 | 100.00 |

2006년도 사례관리가 이루어진 대상자의 진료일수는 약 1% 감소하였으나 거의 변화가 없고 내원일수는 약 16% 감소하였다. 내원일수가 감소하였음에도 진료일수에 큰 변화가 없는 것은 투약일수가 증가하였음을 의미한다. 이는 노령인구가 많고 복합질환자들이 많은 대상자들의 특성을 반영한다 할 수 있다. 사례관리의 개입 여부와 상관없이 진료가 필요한 계층이 대부분임을 의미한다. 다만 요양기관 방문 횟수가 사례관리후 감

소한 것은 의미있는 변화라 할 수 있다. 내원일수의 감소에도 불구하고 총진료비는 약 14% 증가하였다.

사례관리가 이루어지지 않은 집단의 경우도 내원일수가 감소하였다. 투약일수의 증가로 진료일수도 다소 증가하였다. 총진료비는 2년 사이에 대폭 증가하였다.

두 집단간 차이는 기대했던 만큼은 아니어도 상당한 차이를 보였다. 사례관리를 하지 않은 대상들에 대해 사례관리를 했을 경우 그리고 그 변화가 사례관리를 했던 집단과 유사하게 나타났다면 1인당 최소 40만원 이상씩 추가로 절약할 수 있었을 것이다. 내원일수와 진료일수도 그 이상 감소할 수 있었으리란 추론이 가능하다. 재정관리 차원에서 사례관리의 효과가 있었던 것은 확실하다 할 수 있다.

〈표 VI-7〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교

(단위: 일, 원, %)

| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,278 | 3,206 | | 1,437 | 1,356 | |
| 진료일수 | 572 | 564 | -1.37 | 497 | 511 | 2.87 |
| 내원일수 | 147 | 124 | -15.68 | 133 | 118 | -11.36 |
| 총진료비 | 3,425,359 | 3,904,304 | 13.98 | 2,999,848 | 3,811,492 | 27.06 |
| 급여비 | 3,403,224 | 3,863,845 | 13.53 | 2,974,334 | 3,770,293 | 26.76 |

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 월등히 증가하였다. 사례관리가 이루어졌던 대상자가 그렇지 못한 그룹에 비해 다소 증가폭이 작았지만 사례관리의 효과가 의심될 정도로

두 집단 모두 총진료비가 60%이상 증가하였다. 외래의 경우는 입원과 양상이 다르게 나타났다. 두 집단 모두 내원일수가 대폭 감소하였고 특히 외래에서 발생한 진료비 역시 두집단 모두에서 감소하였다. 그러나 투약일수의 증가로 인해 약국 진료비는 대폭 증가하였다. 입원과 외래 모두 사례관리를 받은 집단의 의료이용량이 상대적으로 받지 않은 집단에 비해 상대적으로 적게 증가하거나 많이 감소하였음을 볼 수 있다. 또한 입원의 경우는 사례관리 효과가 보이지 않으나 외래의 경우는 괄목할 만한 변화를 보여주고 있다.

〈표 VI-8〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(입원/외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 입 원 | | | | | | |
|------|----------------|------------|-------|--------------------|------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,204 | 1,166 | | 471 | 501 | |
| 진료일수 | 34 | 49 | 42.70 | 34 | 52 | 51.23 |
| 내원일수 | 22 | 35 | 58.39 | 22 | 37 | 70.24 |
| 총진료비 | 2,136,214 | 3,439,650 | 61.02 | 2,016,097 | 3,605,262 | 78.82 |
| 급여비 | 2,118,966 | 3,409,757 | 60.92 | 1,992,276 | 3,572,431 | 79.31 |

| 외 래 | | | | | | |
|----------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,278 | 3,192 | | 1,437 | 1,345 | |
| 진료일수 | 559 | 548 | -1.90 | 485 | 496 | 2.13 |
| 내원일수 | 92 | 73 | -20.69 | 82 | 68 | -17.93 |
| 총진료비(계) | 4,933,832 | 5,310,101 | 7.63 | 4,333,801 | 5,124,392 | 18.24 |
| 총진료비(외래) | 1,508,473 | 1,405,797 | -6.81 | 1,333,954 | 1,312,900 | -1.58 |
| 총진료비(약국) | 3,425,359 | 3,904,304 | 13.98 | 2,999,848 | 3,811,492 | 27.06 |

- 주 1) 외래 진료일수에는 약국의 진료일수가 포함되어 있음.
- 2) 총진료비는 외래와 약국의 총진료비 합임.
- 3) 05'년도와 07'년도의 빈도가 차이가 생기는 이유는 전체 29,580명의 06'년 조사대상자의 의료이용실적을 비교하였기 때문임.

2) 종별(1종과 2종) 차이

사례관리 여부에 따른 효과를 종별로 나누어 비교해 보았다. 1종의 경우 사례관리의 효과가 있는 것으로 나타났으나 2종은 거의 없는 것으로 나타났다. 사례관리후 1종은 내원일수와 진료일수 모두 감소하였다. 사례관리를 받지 않은 대상자의 경우도 내원일수는 감소하였고 진료일수는 다소 증가하는 경향을 보이고 있다. 2006년에 의료급여 재정위기가 도래했고 이러한 분위기가 수급자에게도 전달되어 전체적으로 예년에 비해 의료이용을 자제하는 모습이 보이는 것으로 추론된다. 2종의 경우 모든 지표에서 사례관리를 받은 대상과 그렇지 않은 대상간 의료이용의 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 2종에 대한 사례관리는 재정관점에서 필요없는 것처럼 보인다. 2종은 입원, 외래 모두 본인부담이 있기 때문에 의료이용에 비용의식이 내재되어있다. 따라서 필요에 의한 이용이라 판단된다.

〈표 VI-9〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(종별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 1종 | | | | | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,869 | 2,824 | | 1,222 | 1,165 | |
| 진료일수 | 572 | 561 | -1.90 | 496 | 511 | 2.92 |
| 내원일수 | 149 | 124 | -16.31 | 133 | 118 | -11.22 |
| 총진료비 | 3,501,777 | 3,971,948 | 13.43 | 3,048,416 | 3,911,989 | 28.33 |
| 급여비 | 3,501,777 | 3,953,850 | 12.91 | 3,048,416 | 3,894,865 | 27.77 |
| 2종 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 409 | 382 | | 215 | 191 | |
| 진료일수 | 565 | 580 | 2.60 | 498 | 511 | 2.63 |
| 내원일수 | 136 | 121 | -10.95 | 130 | 114 | -12.41 |
| 총진료비 | 2,889,312 | 3,404,236 | 17.82 | 2,723,797 | 3,198,514 | 17.43 |
| 급여비 | 2,711,909 | 3,198,464 | 17.94 | 2,553,272 | 3,010,468 | 17.91 |

3) 요양기관 종별 차이

아래에서는 요양기관 종별 사례관리 여부에 따른 효과를 분석하고자 한다. 보건소를 제외하고 병원급 이상, 의원급, 약국 모두에서 사례관리가 이루어진 대상자들의 의료이용량이 이루어지지 않은 대상자에 비해 의료이용의 증가폭이 상대적으로 적게 나타나 사례관리의 효과가 있는 것으로 나타났다. 입원이 대부분인 병원급에서는 모든 지표에서 대폭 증가하였다. 사례관리 여부와 상관없이 모두 증가하였고 사례관리가 이루어진 집단의 증가폭이 이루어지지 않은 대상자들의 증가폭보다 작았다. 병원급 이상에 대한 사례관리의 효과가 대단한 것으로 보인다. 외래가 주를 이루는 의원의 경우 사례관리 여부와 상관없이 감소경향을 보이고 있어서 사회적 분위기와 관련이 있는 것으로 보인다. 의미있을 정도의 차이는 아니나 사례관리를 받은 집단의 감소폭이 사례관리를 받지 않은 집단에 비해 다소 더 크게 나타났다. 의원급에서 외래 내원일수가 감소함에 따라 약국에 대한 내원일수도 감소하였으나 투약일수는 오히려 증가하여 전체적으로 진료일수가 늘어났다. 방문당 투약일수가 증가한 것이다.

사례관리 여부와 상관없이 2007년에는 수급자들이 의원급에 대한 이용을 자제한 반면 병원급 이상에 대해서는 이용량이 대폭 증가하였다. 병원급 이상에서 건당 총진료비가 사례관리를 받은 집단은 약 46% 증가하였고 받지 않은 집단은 약 79% 증가하였기 때문에 이러한 결과가 사례관리 효과라 단정하기는 어려울 것이다. 의원급의 경우도 사례관리 여부가 의료이용량에 영향을 미친 결정적 요인은 아닌 것으로 보인다. 현재까지의 결과는 어떤 요양기관을 이용하는 대상자를 중점적으로 사례관리해야 할 것인지에 대한 답을 내리기가 어렵다.

〈표 VI-10〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(요양기관별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 병 원 | | | | | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈 도 | 2,900 | 2,807 | | 1,245 | 1,174 | |
| 진료일수 | 51 | 61 | 19.86 | 39 | 51 | 30.75 |
| 내원일수 | 25 | 29 | 14.51 | 22 | 28 | 30.13 |
| 총진료비 | 1,288,398 | 1,881,064 | 46.00 | 1,083,122 | 1,940,694 | 79.18 |
| 급여비 | 1,276,871 | 1,860,272 | 45.69 | 1,069,760 | 1,919,591 | 79.44 |
| 의 원 | | | | | | |
| 빈 도 | 3,278 | 3,160 | | 1,436 | 1,335 | |
| 진료일수 | 99 | 83 | -15.69 | 84 | 75 | -10.64 |
| 내원일수 | 76 | 60 | -21.93 | 69 | 56 | -19.36 |
| 총진료비 | 1,143,493 | 1,007,947 | -11.85 | 1,047,062 | 959,274 | -8.38 |
| 급여비 | 1,133,898 | 990,128 | -12.68 | 1,035,772 | 940,954 | -9.15 |
| 보건소 | | | | | | |
| 빈 도 | 906 | 860 | | 417 | 356 | |
| 진료일수 | 15 | 17 | 11.94 | 16 | 18 | 15.12 |
| 내원일수 | 7 | 6 | -2.99 | 5 | 5 | 1.58 |
| 총진료비 | 35,377 | 37,997 | 7.40 | 34,544 | 36,744 | 6.37 |
| 급여비 | 35,376 | 37,997 | 7.41 | 34,544 | 36,742 | 6.36 |
| 약 국 | | | | | | |
| 빈 도 | 3,278 | 3,180 | | 1,435 | 1,340 | |
| 진료일수 | 424 | 427 | 0.87 | 375 | 393 | 4.78 |
| 내원일수 | 47 | 39 | -17.09 | 43 | 37 | -13.92 |
| 총진료비 | 1,132,260 | 1,263,919 | 11.63 | 1,006,486 | 1,191,266 | 18.36 |
| 급여비 | 1,129,919 | 1,259,190 | 11.44 | 1,003,828 | 1,186,316 | 18.18 |

주: 1) 병원은 종합전문, 종합, 병원, 치과병원, 한방병원을 포함하고 있으며 의원은 의원과 한의원, 치과의원임. 보건소는 보건소, 보건지소, 보건진료소로 구성되어 있음.

2) 의원급의 진료일수는 약국의 진료일수를 포함하고 있음.

4) 거주지역별 차이

대상자가 거주하고 있는 지역규모별 효과를 분석해 본 결과 대도시와 중소도시 모두에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하는 경향을 보이고 있

으나 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 좋아 필요 이상의 이용을 하다가 사례관리후 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.

〈표 VI-11〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(지역규모별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 대도시 | | | | | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,812 | 1,783 | | 568 | 551 | |
| 진료일수 | 611 | 586 | -4.12 | 543 | 557 | 2.45 |
| 내원일수 | 151 | 122 | -18.84 | 140 | 123 | -12.19 |
| 총진료비 | 3,507,644 | 3,939,321 | 12.31 | 3,187,410 | 3,901,166 | 22.39 |
| 급여비 | 3,486,517 | 3,901,359 | 11.90 | 3,162,379 | 3,864,864 | 22.21 |
| 중소도시 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 910 | 888 | | 620 | 569 | |
| 진료일수 | 545 | 555 | 1.92 | 465 | 490 | 5.33 |
| 내원일수 | 145 | 123 | -15.01 | 128 | 115 | -10.22 |
| 총진료비 | 3,454,594 | 3,776,619 | 9.32 | 2,853,374 | 3,764,384 | 31.93 |
| 급여비 | 3,429,784 | 3,731,573 | 8.80 | 2,830,864 | 3,725,691 | 31.61 |

| 군지역 | | | | | | |
|------|----------------|------------|-------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 556 | 535 | | 249 | 236 | |
| 진료일수 | 486 | 503 | 3.59 | 470 | 456 | -2.95 |
| 내원일수 | 139 | 131 | -5.56 | 127 | 111 | -12.54 |
| 총진료비 | 3,109,341 | 3,999,534 | 28.63 | 2,936,707 | 3,715,704 | 26.53 |
| 급여비 | 3,088,304 | 3,958,367 | 28.17 | 2,902,613 | 3,657,027 | 25.99 |

주: 대도시는 광역시에 포함된 지역이며 중소도시는 광역시와 군 이외의 지역임.

5) 성별 차이

성별에 따른 의료이용량의 차이는 상당한 것으로 보인다. 전체적으로 여성의 의료이용이 최근 남성에 비해 급격히 증가하였다. 사례관리 효과는 남성이 여성에 비해 더 큰 것으로 보인다. 남성의 경우 사례관리를 받은 집단과 받지 않은 집단간 총진료비의 증가율에 있어 약 7배의 차이를 보이고 있는 반면 여성의 경우 두 배 정도에도 미치지 못한다.

〈표 VI-12〉 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교(성별)

(단위: 명, 일, 원, %)

| 남 자 | | | | | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 824 | 796 | | 399 | 380 | |
| 진료일수 | 628 | 614 | -2.18 | 531 | 536 | 0.91 |
| 내원일수 | 161 | 131 | -18.63 | 147 | 127 | -13.85 |
| 총진료비 | 4,068,679 | 4,198,689 | 3.20 | 3,685,008 | 4,461,514 | 21.07 |
| 급여비 | 4,041,327 | 4,152,154 | 2.74 | 3,655,324 | 4,429,966 | 21.19 |

| 여 자 | | | | | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,454 | 2,410 | | 1,038 | 976 | |
| 진료일수 | 553 | 547 | -1.00 | 483 | 501 | 3.68 |
| 내원일수 | 142 | 121 | -14.52 | 127 | 114 | -10.29 |
| 총진료비 | 3,209,346 | 3,807,071 | 18.62 | 2,736,477 | 3,558,410 | 30.04 |
| 급여비 | 3,188,963 | 3,768,619 | 18.18 | 2,712,566 | 3,513,453 | 29.53 |

6) 연령별 차이

다음은 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 80미만 대상자들의 모든 지표에서 사례관리 후 의료이용량이 감소하거나 증가율이 낮은 경향을 보이고 있는 반면 80세 이상의 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않은데 이는 고령으로 인한 만성질환 등으로 인해 지속적인 의료 관리가 필요하기 때문이라고 추측된다.

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

| 40세 미만 | | | | | | |
|--------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 | 2005년 1-8월 | 2007년 1-8월 | 증감율 |
| 빈도 | 72 | 70 | | 30 | 29 | |
| 진료일수 | 664 | 647 | -2.61 | 527 | 441 | -16.29 |
| 내원일수 | 215 | 140 | -35.15 | 151 | 120 | -20.41 |
| 총진료비 | 3,906,978 | 3,585,262 | -8.23 | 3,025,843 | 2,993,922 | -1.05 |
| 급여비 | 3,881,576 | 3,542,216 | -8.74 | 3,007,006 | 2,962,788 | -1.47 |

| 40 ~ 60세 | | | | | | |
|----------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 687 | 675 | | 301 | 289 | |
| 진료일수 | 618 | 613 | -0.91 | 539 | 555 | 2.89 |
| 내원일수 | 158 | 135 | -14.81 | 152 | 133 | -12.39 |
| 총진료비 | 3,614,902 | 3,882,749 | 7.41 | 3,358,430 | 3,899,722 | 16.12 |
| 급여비 | 3,567,723 | 3,818,222 | 7.02 | 3,313,003 | 3,848,209 | 16.15 |
| 60 ~ 80세 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,303 | 2,252 | | 995 | 937 | |
| 진료일수 | 557 | 554 | -0.55 | 483 | 506 | 4.75 |
| 내원일수 | 141 | 121 | -14.56 | 126 | 114 | -9.75 |
| 총진료비 | 3,363,322 | 3,914,100 | 16.38 | 2,901,605 | 3,856,650 | 32.91 |
| 급여비 | 3,347,064 | 3,878,867 | 15.89 | 2,879,677 | 3,816,125 | 32.52 |
| 80세 이상 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 207 | 200 | | 105 | 96 | |
| 진료일수 | 549 | 491 | -10.41 | 496 | 461 | -7.13 |
| 내원일수 | 149 | 119 | -19.58 | 134 | 108 | -18.77 |
| 총진료비 | 3,319,624 | 4,023,514 | 21.20 | 2,890,364 | 3,447,434 | 19.27 |
| 급여비 | 3,315,390 | 4,005,211 | 20.81 | 2,884,586 | 3,425,887 | 18.77 |

나. 사례 관리 횟수에 따른 효과분석

사례관리 횟수가 대상자의 의료이용량에 어떠한 영향을 미치는지를 알아보기 위해 사례관리 횟수별 사례관리 전·후 의료이용량을 비교분석하였다. 2006년도 전체 사례관리 대상자의 사례관리 횟수는 아래와 같다. 2006년도에 사례관리가 이루어지지 않은 대상자는 표본 전체의 약 30%정도 이고 사례관리가 1회 이루어졌던 대상자수는 2,180명으로 전체의 약 45%를 차지해 방문사례관리가 1회 이루어지는 경우가 가장 많은 것으로 나타났다. 또한 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자는 전체의 약 24%를 차지하고 있다.

〈표 VI-14〉 사례관리 빈도 분포

| 사례관리 횟수 | 빈도 | 백분율 |
|---------|-------|--------|
| 0 | 1,463 | 30.46 |
| 1 | 2,180 | 45.39 |
| 2 | 699 | 14.55 |
| 3 | 420 | 8.74 |
| 4 | 23 | 0.48 |
| 5 | 11 | 0.23 |
| 6 | 3 | 0.06 |
| 7 | 2 | 0.04 |
| 8 | 1 | 0.02 |
| 15 | 1 | 0.02 |
| 계 | 4,803 | 100.00 |

본 분석에서는 사례관리가 이루어지지 않은 집단, 1회 이루어진 집단, 2회 이상 이루어진 집단, 이렇게 3그룹으로 분리하여 사례관리 횟수별 의료이용량의 변화를 보고자 하였다. 사례관리 횟수에 비례하여 의료이용량의 증가율이 감소함을 볼 수 있다.

〈표 VI-15〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교

(단위: 명, 일, 원, %)

| 횟 수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
|------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,437 | 1,356 | | 2,133 | 2,085 | | 1,145 | 1,121 | |
| 진료일수 | 497 | 511 | 2.87 | 540 | 543 | 0.59 | 630 | 602 | -4.50 |
| 내원일수 | 133 | 118 | -11.36 | 139 | 121 | -12.73 | 162 | 129 | -20.41 |
| 총진료비 | 2,999,848 | 3,811,492 | 27.06 | 3,307,868 | 3,871,426 | 17.04 | 3,644,231 | 3,965,455 | 8.81 |
| 급여비 | 2,974,334 | 3,770,293 | 26.76 | 3,284,735 | 3,828,067 | 16.54 | 3,623,955 | 3,930,390 | 8.46 |

1) 입원과 외래의 차이

사례관리 횟수별 의료이용량의 차이를 입원과 외래로 나누어 비교분석하였다. 입원의 경우 사례관리가 이루어지지 않은 대상자에 비해 사례관리가 이루어진 대상자의 의료이용량은 모든 지표에서 감소하는 경향을 보이고 있으나 횟수가 증가한다 하여 추가적인 효과가 나타나지는 않는 것 같다. 재정적인 측면으로만 볼 때 입원은 급성질환이나 중증도가 높은 질환들이 많아 사례관리가 1회 이상 이루어지더라도 큰 효과가 없는 것으로 보인다. 외래의 경우는 지속적인 사례관리가 대상자들의 의료이용에 대단히 효과가 있는 것으로 나타났다. 진료일수, 내원일수, 외래의 총진료비 그리고 약국의 총진료비 등 모든 지표에서 사례관리 횟수가 증가함에 따라 의료이용량도 지속적으로 감소하는 것을 볼 수 있다. 즉 재정적인 측면에 한정했을 때 외래 대상자에게 사례관리 횟수를 늘리면 효과가 있는 것으로 나타났다.

〈표 VI-16〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(입원/외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 횟수 | 입원 | | | | | | | | |
|------|--------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|-------|----------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 471 | 501 | | 769 | 779 | | 435 | 387 | |
| 진료일수 | 34 | 52 | 51.23 | 34 | 49 | 43.46 | 35 | 49 | 41.60 |
| 내원일수 | 22 | 37 | 70.24 | 22 | 35 | 57.27 | 22 | 35 | 60.36 |
| 총진료비 | 2,016,097 | 3,605,262 | 78.82 | 2,169,043 | 3,446,129 | 58.88 | 2,078,180 | 3,426,608 | 64.89 |
| 급여비 | 1,992,276 | 3,572,431 | 79.31 | 2,150,323 | 3,407,903 | 58.48 | 2,063,534 | 3,413,488 | 65.42 |

| 외 래 | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,437 | 1,345 | | 2,133 | 2,077 | | 1,145 | 1,115 | |
| 진료일수 | 485 | 496 | 2.13 | 528 | 527 | -0.14 | 617 | 588 | -4.70 |
| 내원일수 | 82 | 68 | -17.93 | 87 | 71 | -17.96 | 103 | 77 | -24.99 |
| 총진료비 (계) | 4,333,801 | 5,124,392 | 18.24 | 4,754,136 | 5,252,284 | 10.48 | 5,268,586 | 5,417,709 | 2.83 |
| 총진료비 (외래) | 1,333,954 | 1,312,900 | -1.58 | 1,446,268 | 1,380,858 | -4.52 | 1,624,355 | 1,452,254 | -10.60 |
| 총진료비 (약국) | 2,999,848 | 3,811,492 | 27.06 | 3,307,868 | 3,871,426 | 17.04 | 3,644,231 | 3,965,455 | 8.81 |

2) 종의 차이(1종과 2종)

아래의 표는 의료급여 수급자 종별 사례관리 횟수별 효과의 차이를 나타내고 있다. 사례관리 횟수에 따른 의료이용량도 사례관리 여부에 따른 의료이용량 비교와 비슷한 결과를 보이고 있다. 즉 1종의 모든 지표에서 사례관리가 지속적으로 이루어진 대상자들의 의료이용량은 계속 감소하는 경향을 보이고 있는 반면 사례관리 횟수에 따른 2종의 의료이용량에는 큰 영향을 미치지 못하고 있는 것으로 나타났다. 이는 2종의 경우 본인부담금이 존재하고 있어 상대적으로 과다의료이용이 많지 않다고도 볼 수 있을 것이다.

〈표 VI-17〉 사례 관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(종별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 1종 | | | | | | | | | |
|------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,222 | 1,165 | | 1,844 | 1,816 | | 1,025 | 1,008 | |
| 진료일수 | 496 | 511 | 2.92 | 540 | 544 | 0.66 | 631 | 594 | -5.84 |
| 내원일수 | 133 | 118 | -11.22 | 141 | 122 | -13.51 | 163 | 129 | -20.66 |
| 총진료비 | 3,048,416 | 3,911,989 | 28.33 | 3,388,467 | 3,925,436 | 15.85 | 3,705,625 | 4,055,742 | 9.45 |
| 급여비 | 3,048,416 | 3,894,865 | 27.77 | 3,388,467 | 3,907,624 | 15.32 | 3,705,625 | 4,037,130 | 8.95 |
| 2종 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 215 | 191 | | 289 | 269 | | 120 | 113 | |
| 진료일수 | 498 | 511 | 2.63 | 541 | 542 | 0.13 | 624 | 671 | 7.58 |
| 내원일수 | 130 | 114 | -12.41 | 129 | 120 | -7.38 | 152 | 124 | -18.29 |
| 총진료비 | 2,723,797 | 3,198,514 | 17.43 | 2,793,598 | 3,506,807 | 25.53 | 3,119,824 | 3,160,064 | 1.29 |
| 급여비 | 2,553,272 | 3,010,468 | 17.91 | 2,622,866 | 3,290,981 | 25.47 | 2,926,355 | 2,978,223 | 1.77 |

3) 요양기관 종별의 차이

요양기관 종별 분석결과는 병원급과 의원급 모두에서 사례관리가 지속적으로 이루어질때 더 효과가 있는 것으로 나타났다. 병원급의 경우 모든 지표에서 그 증가율이 감소하는 경향을 보이고 있으며 의원급은 모든 지표에서 의료이용량이 감소하는 것을 볼 수 있다. 약국의 총진료비 증가율도 사례관리 횟수가 증가함에 따라 감소하는 것으로 나타났다.

〈표 VI-18〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(요양기관별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 병 원 | | | | | | | | | |
|------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,245 | 1,174 | | 1,882 | 1,834 | | 1,018 | 973 | |
| 진료일수 | 39 | 51 | 30.75 | 46 | 57 | 23.33 | 59 | 67 | 15.05 |
| 내원일수 | 22 | 28 | 30.13 | 24 | 29 | 18.17 | 26 | 29 | 8.27 |
| 총진료비 | 1,083,122 | 1,940,694 | 79.18 | 1,270,569 | 1,899,716 | 49.52 | 1,321,359 | 1,845,906 | 39.70 |
| 급여비 | 1,069,760 | 1,919,591 | 79.44 | 1,258,272 | 1,875,305 | 49.04 | 1,311,255 | 1,831,934 | 39.71 |
| 의 원 | | | | | | | | | |
| 빈도 | 1,436 | 1,335 | | 2,133 | 2,058 | | 1,145 | 1,102 | |
| 진료일수 | 84 | 75 | -10.64 | 91 | 79 | -13.60 | 114 | 92 | -18.80 |
| 내원일수 | 69 | 56 | -19.36 | 72 | 58 | -19.31 | 85 | 63 | -26.01 |
| 총진료비 | 1,047,062 | 959,274 | -8.38 | 1,097,586 | 994,549 | -9.39 | 1,229,014 | 1,032,969 | -15.95 |
| 급여비 | 1,035,772 | 940,954 | -9.15 | 1,087,744 | 977,071 | -10.17 | 1,219,877 | 1,014,512 | -16.83 |
| 보건소 | | | | | | | | | |
| 빈도 | 417 | 356 | | 586 | 581 | | 320 | 279 | |
| 진료일수 | 16 | 18 | 15.12 | 15 | 17 | 12.41 | 16 | 18 | 11.50 |
| 내원일수 | 5 | 5 | 1.58 | 7 | 6 | -2.74 | 7 | 7 | -3.06 |
| 총진료비 | 34,544 | 36,744 | 6.37 | 35,019 | 37,375 | 6.73 | 36,033 | 39,291 | 9.04 |
| 급여비 | 34,544 | 36,742 | 6.36 | 35,018 | 37,375 | 6.73 | 36,033 | 39,291 | 9.04 |
| 약국 | | | | | | | | | |
| 빈도 | 1,435 | 1,340 | | 2,133 | 2,071 | | 1,145 | 1,109 | |
| 진료일수 | 375 | 393 | 4.78 | 404 | 414 | 2.34 | 460 | 453 | -1.51 |
| 내원일수 | 43 | 37 | -13.92 | 44 | 38 | -15.09 | 51 | 40 | -20.33 |
| 총진료비 | 1,006,486 | 1,191,266 | 18.36 | 1,079,606 | 1,216,488 | 12.68 | 1,230,349 | 1,352,494 | 9.93 |
| 급여비 | 1,003,828 | 1,186,316 | 18.18 | 1,077,166 | 1,211,822 | 12.50 | 1,228,192 | 1,347,646 | 9.73 |

4) 지역의 차이

아래표는 사례관리 횟수에 따른 지역규모별 의료이용량을 비교한 것이다. 여기에서도 마찬가지로 대도시와 중·소도시에서 거주하는 대상자는 사례관리가 지속적으로 이루어질 경우 의료이용량이 감소하는 경향을 보이지만 군지역의 의료이용량에는 효과를 미치지 못하는 것으로 보인다.

〈표 VI-19〉 사례관리 횡수에 따른 의료이용량 비교(지역규모별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 대도시 | | | | | | | | | |
|-------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횡수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 568 | 551 | | 1,128 | 1,114 | | 684 | 669 | |
| 진료일수 | 543 | 557 | 2.45 | 588 | 573 | -2.58 | 649 | 608 | -6.38 |
| 내원일수 | 140 | 123 | -12.19 | 147 | 122 | -16.65 | 157 | 122 | -22.22 |
| 총진료비 | 3,187,410 | 3,901,166 | 22.39 | 3,521,186 | 3,924,043 | 11.44 | 3,485,313 | 3,964,762 | 13.76 |
| 급여비 | 3,162,379 | 3,864,864 | 22.21 | 3,497,775 | 3,883,552 | 11.03 | 3,467,952 | 3,931,011 | 13.35 |
| 중·소도시 | | | | | | | | | |
| 횡수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 620 | 569 | | 577 | 558 | | 333 | 330 | |
| 진료일수 | 465 | 490 | 5.33 | 509 | 533 | 4.78 | 607 | 593 | -2.38 |
| 내원일수 | 128 | 115 | -10.22 | 133 | 118 | -11.03 | 166 | 131 | -20.65 |
| 총진료비 | 2,853,374 | 3,764,384 | 31.93 | 3,209,652 | 3,772,346 | 17.53 | 3,879,012 | 3,783,844 | -2.45 |
| 급여비 | 2,830,864 | 3,725,691 | 31.61 | 3,187,065 | 3,722,580 | 16.80 | 3,850,351 | 3,746,780 | -2.69 |
| 군지역 | | | | | | | | | |
| 횡수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 249 | 236 | | 428 | 413 | | 128 | 122 | |
| 진료일수 | 470 | 456 | -2.95 | 455 | 477 | 4.70 | 586 | 592 | 0.91 |
| 내원일수 | 127 | 111 | -12.54 | 128 | 123 | -3.26 | 177 | 158 | -10.92 |
| 총진료비 | 2,936,707 | 3,715,704 | 26.53 | 2,878,073 | 3,863,364 | 34.23 | 3,882,647 | 4,460,503 | 14.88 |
| 급여비 | 2,902,613 | 3,657,027 | 25.99 | 2,854,941 | 3,820,929 | 33.84 | 3,868,611 | 4,423,629 | 14.35 |

5) 성의 차이

성의 차이 없이 사례관리 횡수가 증가함에 따라 의료이용량의 증가율이 감소하거나 절대량이 감소함을 볼 수 있다. 특히 남성의 경우 2회 이상 사례관리 대상자의 이용량이 현격히 감소함을 볼 수 있다. 여성의 경

우 사례관리 횟수에 비례하여 효과를 보이고 있다.

〈표 VI-20〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(성별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 남 성 | | | | | | | | | |
|------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 399 | 380 | | 517 | 500 | | 307 | 296 | |
| 진료일수 | 531 | 536 | 0.91 | 578 | 578 | 0.07 | 712 | 675 | -5.23 |
| 내원일수 | 147 | 127 | -13.85 | 148 | 127 | -13.88 | 184 | 138 | -25.05 |
| 총진료비 | 3,685,008 | 4,461,514 | 21.07 | 3,890,655 | 4,234,281 | 8.83 | 4,368,478 | 4,138,568 | -5.26 |
| 급여비 | 3,655,324 | 4,429,966 | 21.19 | 3,862,057 | 4,184,810 | 8.36 | 4,343,225 | 4,096,992 | -5.67 |
| 여 성 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,038 | 976 | | 1,616 | 1,585 | | 838 | 825 | |
| 진료일수 | 483 | 501 | 3.68 | 528 | 532 | 0.80 | 600 | 576 | -4.09 |
| 내원일수 | 127 | 114 | -10.29 | 136 | 119 | -12.31 | 153 | 125 | -18.33 |
| 총진료비 | 2,736,477 | 3,558,410 | 30.04 | 3,121,419 | 3,756,961 | 20.36 | 3,378,904 | 3,903,345 | 15.52 |
| 급여비 | 2,712,566 | 3,513,453 | 29.53 | 3,100,035 | 3,715,530 | 19.85 | 3,360,451 | 3,870,615 | 15.18 |

6) 연령의 차이

사례관리 횟수가 연령대별로 유의미한 차이를 가져오는지 살펴보았다. 40대 미만에서는 사례관리가 1회 이루어진 대상자의 의료이용량은 감소하지만 2회 이상 이루어진 경우에는 그 감소 폭이 작거나 사례관리가 크게 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 40세 이상 80세 미만의 대상자는 지속적인 사례관리가 이루어질 경우 의료이용량도 조금씩 감소하는 것으로 나타났다.

〈표 VI-21〉 사례관리 횟수에 따른 의료이용량 비교(연령별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 40세 미만 | | | | | | | | | |
|----------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 30 | 29 | | 45 | 42 | | 27 | 28 | |
| 진료일수 | 527 | 441 | -16.29 | 630 | 530 | -15.93 | 721 | 822 | 14.10 |
| 내원일수 | 151 | 120 | -20.41 | 211 | 134 | -36.59 | 222 | 148 | -33.30 |
| 총진료비 | 3,025,843 | 2,993,922 | -1.05 | 3,736,058 | 3,344,697 | -10.48 | 4,191,844 | 3,946,110 | -5.86 |
| 급여비 | 3,007,006 | 2,962,788 | -1.47 | 3,723,729 | 3,324,846 | -10.71 | 4,144,655 | 3,868,271 | -6.67 |
| 40 ~ 60세 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 301 | 289 | | 425 | 421 | | 262 | 254 | |
| 진료일수 | 539 | 555 | 2.89 | 565 | 579 | 2.58 | 705 | 668 | -5.27 |
| 내원일수 | 152 | 133 | -12.39 | 145 | 130 | -10.32 | 179 | 142 | -20.60 |
| 총진료비 | 3,358,430 | 3,899,722 | 16.12 | 3,489,261 | 3,795,878 | 8.79 | 3,818,709 | 4,026,736 | 5.45 |
| 급여비 | 3,313,003 | 3,848,209 | 16.15 | 3,440,091 | 3,727,245 | 8.35 | 3,774,758 | 3,969,016 | 5.15 |
| 60 ~ 80세 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 995 | 937 | | 1,527 | 1,490 | | 776 | 762 | |
| 진료일수 | 483 | 506 | 4.75 | 531 | 539 | 1.56 | 607 | 582 | -4.20 |
| 내원일수 | 126 | 114 | -9.75 | 135 | 119 | -12.01 | 154 | 125 | -18.97 |
| 총진료비 | 2,901,605 | 3,856,650 | 32.91 | 3,268,675 | 3,912,790 | 19.71 | 3,549,565 | 3,916,663 | 10.34 |
| 급여비 | 2,879,677 | 3,816,125 | 32.52 | 3,250,812 | 3,873,662 | 19.16 | 3,536,469 | 3,889,046 | 9.97 |
| 80세 이상 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 105 | 96 | | 133 | 129 | | 74 | 71 | |
| 진료일수 | 496 | 461 | -7.13 | 533 | 480 | -9.92 | 576 | 512 | -11.18 |
| 내원일수 | 134 | 108 | -18.77 | 142 | 119 | -16.31 | 160 | 120 | -24.82 |
| 총진료비 | 2,890,364 | 3,447,434 | 19.27 | 3,034,636 | 3,827,659 | 26.13 | 3,831,832 | 4,379,363 | 14.29 |
| 급여비 | 2,884,586 | 3,425,887 | 18.77 | 3,030,035 | 3,809,733 | 25.73 | 3,828,258 | 4,360,376 | 13.90 |

다. 사례관리 전·후 3개월 및 6개월간의 의료이용량 분석

지금까지 2006년도 사례관리 대상자들 중 사례관리가 이루어진 집단과 이루어지지 않은 집단간 사례관리 전년도와 후년도의 의료이용량 변화에 대해 재정적인 관점에서 효과를 검증해 보았다. 사례관리가 이루어진 직후의 효과는 어떻게 나타나는 지 검증해보고자 사례관리 전후 3개월, 그리고 6개월 기준으로 그 효과를 분석하고자 한다.

1) 사례관리 전후 3개월 동안 의료이용량 분석

방문상담이 이루어진 집중사례관리대상자의 진료일수를 보면 사례관리 전 243일에서 231일로 감소하였지만 사례관리가 이루어지지 않은 대상자들의 평균 진료일수는 205에서 202일로 그 감소 폭이 적은 것을 볼 수 있다. 또한 내원일수도 사례관리가 이루어진 대상자들이 평균 내원일수가 약 8.8%감소한 반면 그러지 않은 대상자의 평균 내원일수는 약 2.8%의 낮은 감소율을 보이고 있고 총진료비의 경우도 사례관리가 이루어진 집단에서는 약 3%감소하였지만 사례관리가 이루어지지 않은 대상자들의 총진료비는 오히려 3%정도 증가한 것으로 나타났다. 전반적인 결과를 보면 거의 모든 지표에서 사례관리가 이루어진 대상자들의 평균 의료이용량이 감소한 것으로 나타났고 이러한 결과는 통계적으로 유의하게 나타나고 있다.(유의수준 95%)

사례관리 전후 3개월 기준 다른 분석(입원과 외래, 요양기관 종별, 성별, 지역별, 연령별, 1종과 2종별 등)은 앞에서 분석한 내용과 거의 비슷하여 부록에 보여지고 있다.

〈표 VI-22〉 사례관리 전·후 3개월간의 의료이용량 비교
(단위: 일, 원, %)

| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
|------|----------------|---------------|-------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,536 | 3,518 | | 1,206 | 1,177 | |
| 진료일수 | 243 | 231 | -4.87 | 205 | 202 | -1.34 |
| 내원일수 | 58 | 53 | -8.79 | 49 | 48 | -2.78 |
| 총진료비 | 1,516,666 | 1,469,897 | -3.08 | 1,382,014 | 1,424,193 | 3.05 |
| 급여비 | 1,508,149 | 1,460,932 | -3.13 | 1,374,256 | 1,414,733 | 2.95 |

주: 사례관리 전·후 3개월간의 의료이용량을 비교하였음. 예를 들어 방문상담이 2006년 5월에 이루어진 경우 2006년 2월부터 4월까지의 의료이용량과 2006년 6월부터 8월까지의 의료이용량을 분석한 것임.

2) 사례관리 전후 6개월 동안 의료이용량 분석

조사 대상자 전체의 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량을 분석해 본 결과 전·후 3개월의 의료이용량 증감률 결과와 거의 유사한 결과를 보이고 있다. 거의 모든 지표에서 사례관리가 이루어진 대상자가 이루어지지 않은 대상자에 비해 의료이용을 덜하고 있는 것으로 나타났다. 3개월 전후 분석과 6개월 전후 분석간 큰 차이 없이 거의 유사한 결과가 나왔다는 것은 사례관리 효과가 최소한 일시적이지 않다는 것을 의미한다. 오히려 내원일수와 진료일수는 3개월 전후 분석보다 더 긍정적인 방향으로 도출되었다.

본 분석의 초두에 보였듯이 사례관리가 이루어진 전후년간 비교분석도 3개월 및 6개월 분석과 거의 유사한 결과를 보였다. 내원일수, 진료일수는 대폭 감소하였거나 거의 비슷한 수준으로 나타났다. 총진료비만 전후년 분석에서 증가한 것으로 나타났으나 이는 2년의 기간이 경과하는 과정에서 수가가 인상되었기 때문으로 판단된다. 즉 사례관리가 이루어진 집단은 시간이 경과하여도 그 효과가 지속되고 있음을 알 수 있다.

〈표 VI-23〉 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량 비교
(단위: 일, 원, %)

| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,548 | 3,523 | | 1,216 | 1,180 | |
| 진료일수 | 476 | 449 | -5.77 | 401 | 391 | -2.33 |
| 내월일수 | 113 | 102 | -10.49 | 99 | 93 | -6.01 |
| 총진료비 | 2,967,098 | 2,914,395 | -1.78 | 2,811,018 | 2,866,359 | 1.97 |
| 급여비 | 2,949,483 | 2,897,180 | -1.77 | 2,792,717 | 2,846,685 | 1.93 |

주: 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량을 비교하였음. 예를 들어 방문상담이 2006년 5월에 이루어진 경우 2006년 2월부터 4월까지의 의료이용량과 2006년 6월부터 8월까지의 의료이용량을 분석한 것임.

제7장 결론 및 향후 연구방향

1. 결론

사례관리라는 용어는 아직까지 우리에게 생소하다. 용어자체가 도입된 지 불과 10년에 지나지 않고 제도화된 지도 5년 남짓하다. 건강보험의 사례관리와 보건소의 방문보건사업이 사례관리라는 용어의 정의에 그나마 부합하여 실행되고 있다. 노령인구가 많고, 질환에 이환되어 있는 계층이 많고, 부양인들로부터 지지체계가 뒷받침되지 않고, 교육수준이 낮고, 빈곤상태에 있는 대부분의 의료급여 수급자들은 누구보다 사회적 배려가 필요한 집단이다. 이러한 현실을 반영하여 늦게나마 2003년부터 의료급여제 도에도 사례관리 사업이 도입되었다.

사례관리란 질병과 빈곤 등 복합적인 원인으로 요보호상태에 있는 클라이언트에게 다양한 지역사회 자원을 연결시켜 욕구에 적절히 대응하게 하는 지역보호체계라고 한국사회복지협의회는 정의하고 있다. 이를 의료급여제도에 연관시켜 다시 정의하면 다음과 같다. 질병으로 인해 의료욕구가 현저한 수급자들을 적정한 의료공급자원과 연계하여 의료서비스를 제공함으로써 수급자들이 의료 빈곤으로부터 탈피하여 정상생활로 복귀할 수 있게 하는 체계이다. 의료급여 수급자들은 독거이거나 노령부부이거나 거동이 불편한 계층이 많다. 스스로 필요한 서비스를 찾아 욕구에 부응할 수 있는 능력이 부족하다. 또한 의료욕구를 해결하는 과정에서 여러 요양기관으로부터 서로 다른 약제를 처방받은 경우 약제간 충돌 가능성에 대해 전혀 지식이 없어 약화사고에 노출되어있기도 하다. 즉 사회적 관심이 필요한 집단이고 이를 위해 2003년부터 의료급여제도에도 사례관리라

는 제도가 도입되었다.

제도 도입과정에서 의료급여제도의 특수성 때문에 의료급여 사례관리는 기존의 사례관리 목적 외에 추가적인 목적을 부여받았다. 수급자들이 적절하게 의료이용을 할 수 있도록 유도하는 것이 그 것이다. 제도 도입 이후 도입 취지에 부합하도록 제도가 운영되는 과정 중 2006년에 의료급여제도의 재정위기가 도래했다. 년 평균 20% 이상씩 진료비가 급증하여 제도의 지속가능성을 의심케하고 년도말 기준 약 7천억 원의 진료비 체불이 발생한 것이다. 정부당국은 재정안정의 한 방편으로 사례관리제도를 이용하고자 하였다.

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 기록한 약 3만 명을 발췌하여 중점 사례관리 대상자로 선정하였다. 전국 234개 지자체에 명단을 송부하여 약 400명의 사례관리사들이 2006년도에 이들에 대한 사례관리를 실시하였다. 한 개의 지자체당 평균 천 명이 넘는 대상자를 사례관리 해야 하는 현실에서 지자체에 배속된 의료급여관리사들은 사례관리 대상의 우선순위를 설정할 수밖에 없었고 통보된 명단 중 일부는 사례관리를 실시하였고 나머지는 하지 못했다.

본 연구는 2006년에 전국적으로 실시된 의료급여 사례관리 사업의 효과성을 평가하고자 하였다. 전국 234개 지자체 중 48개 지자체가 표본으로 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 2007년 8월까지의 진료실적을 국민건강보험공단으로부터 구득하였다. 4,803명에 대해 사례관리가 이루어진 집단(A)과 이루어지지 못한 집단(B)으로 구분하여 사례관리 후 의료이용량의 변화 여부를 확인하였다.

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 있었거나 남용의 여지가 더 있었을 개연성이 있다. 사례관리 후 A 집단은 내원일수가 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 등

으로 집단을 구분하여 분석하였다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째 1종에 대한 사례관리가 2종에 비해 효과적인 것으로 나타났다. 사례관리가 이루어진 시점에서 1종은 본인부담²⁴⁾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 있으며 사회적 분위기 때문에 필요한 의료이용을 자제하는 경우도 있었을 것으로 추론된다.

셋째 이용했던 요양기관 종별로 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 80미만 대상자들의 모든 지표에서 사례관리 후 의료이용량이 감소

24) 2007년 7월부터 1종에게도 건강생활유지비를 지급하는 대신 본인 일부 부담하도록 하였다.

하거나 증가율이 낮은 경향을 보이고 있는 반면 80세 이상의 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이고 있지 않은데 이는 고령으로 인한 만성질환 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 좋아 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. 사례

관리가 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.

질환별 차이를 분석하고자 하였으나 대부분의 대상자가 복합적인 상병을 앓고 있어 이를 수행하기 어려웠다. 정신질환자, 희귀난치성 질환자, 만성질환자, 기타질환자로 구분하여 분석하고자 하였으나 대부분의 경우 상병이 중복되어 상병별 구분에 의한 의미 있는 결과를 도출하기 어려웠다.

결론적으로 재정절감 관련 사례관리를 하고자 할 때는 대도시나 중소도시에 거주하면서 의원급을 이용하는 1종 외래환자로서 60대 이상의 남성을 대상으로 2회 이상 사례관리를 실시하는 것이 가장 효과적인 것으로 나타났다.

2. 연구의 한계 및 향후 연구 방향

가. 연구의 한계

본 연구를 수행함에 있어 다음과 같이 몇 가지 한계가 있었다.

첫째 대상으로 선정된 4,803명이 대표성을 갖는다 보기 어렵다. 전국에

서 48개 지자체에 배속된 48명의 의료급여 관리사가 사례관리요원으로 위촉되었는바, 이들은 2004년 이전에 배치 완료된 집단이다. 의료급여 관리사가 2003년부터 배치되기 시작해 2006년에 전국적으로 모든 지자체에 배치 완료되었다. 전문성을 살리기 위해 2004년 이전 배치된 48개 지자체가 선정되었기 때문에 이들이 전국을 대표한다고 보기 어렵다. 즉 4,803명의 사례관리 대상자가 전국적인 대표성을 갖지 못한다. 다만 사례관리의 경향치를 보여주고 있다.

둘째 대상자를 선정함에 있어 명확한 기준에 의해 뜻하는 목적이 있어야 하나 기준과 목적을 연계하여 선정하지 못했기 때문에 분석에 한계가 있었다. 예를 들어 필요이상의 진료를 받는 것으로 보이는 계층에 대한 사례관리를 위해서는 동일 질환, 동일 중증도, 동일 연령의 진료양태로부터 벗어난 계층을 사례관리 대상으로 선정하여야 하나 이러한 기준보다는 단순히 일정 기준(500일) 이상 진료일수를 기록하고 있는 계층 중 일부를 선정하는 절차를 밟았다. 이는 의도하는 사례관리의 목적을 충분히 달성할 수 없다.

셋째 사례관리 대상자의 특이성을 효과분석에 충분히 반영할 수 있어야 하나 조사표 설계에서부터 누락되었다. 독거, 거동의 자유, 돌보미 유무 등 대상자의 특이성 여부를 수치화하기 어려워 조사표에 누락되었지만 이러한 상황을 고려하지 않고 효과를 분석하는 것은 효과를 해석하는 데 지극히 한계가 있을 것이다.

나. 향후 연구 방향

위에서 열거한 연구의 한계를 극복하며 사례관리의 효과를 극대화하기 위해 향후 연구는 사전에 충분한 준비가 필요할 것 같다. 의료급여 수급자 전체의 진료실적을 토대로 우선 대상자를 선정해야 한다. 과다 이용의혹이 있는 계층을 여러 단계에 걸쳐 선별하여야 한다. 외래를 중점적으

로 할 것인지, 의원급 요양기관 이용자를 할 것인지, 어느 과 이용자를 할 것인지 등 여러 단계를 경유하여 대상자를 선정하여야 할 것이다.

또한 대상자가 결정되면 의료이용 경로를 추적하여야 한다. 질환 종류별 진료건수, 진료건당 내원일수 및 투약일수, 투약 종류, 중복 투약 여부, 진료건의 종결 여부 등 의료이용 경로를 추적하여 대상자의 적정의료이용 여부를 판단하고 관리할 수 있어야 한다.

2007년 연구는 재정에 초점을 맞추어 재정 절약적인 관점에서 사례관리의 효과성이 평가되었으나 향후 연구는 급여의 충분성, 전달체계에 대한 접근성, 수급자의 삶의 질 등 사례관리 도입의 취지에 부합하는 내용에 초점을 맞추어 효과를 평가할 필요가 있다.

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 사례관리 사업 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.

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 me 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. 사례관리 전후 3개월 동안 진료실적 비교

〈표 1〉 사례관리 전후 3개월간 의료이용량 비교(입원/외래)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 입 원 | | | | | | |
|--------------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 609 | 657 | | 215 | 230 | |
| 진료일수 | 32 | 33 | 3.73 | 36 | 38 | 6.48 |
| 내원일수 | 23 | 24 | 4.81 | 25 | 26 | 4.04 |
| 총진료비 | 2,177,833 | 2,133,698 | -2.03 | 2,283,352 | 2,432,165 | 6.52 |
| 급여비 | 2,163,585 | 2,115,646 | -2.22 | 2,274,772 | 2,416,251 | 6.22 |
| 외 래 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,526 | 3,508 | | 1,193 | 1,162 | |
| 진료일수 | 238 | 226 | -5.25 | 201 | 197 | -1.72 |
| 내원일수 | 35 | 32 | -10.25 | 29 | 28 | -3.67 |
| 총진료비(계) | 2,122,860 | 2,031,164 | -4.32 | 1,906,612 | 1,939,713 | 1.74 |
| 총진료비 (외래) | 606,194 | 561,267 | -7.41 | 524,598 | 515,520 | -1.73 |
| 총진료비 (약국) | 1,516,666 | 1,469,897 | -3.08 | 1,382,014 | 1,424,193 | 3.05 |

주: 외래 진료일수에는 약국의 진료일수가 포함되어 있음.

〈표 2〉 사례 관리 전후 3개월간 의료이용량 비교(종별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 1종 | | | | | | |
|------|-----------------|----------------|-------|---------------------|----------------|-------|
| | 사례 관리가 이루어진 대상자 | | | 사례 관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례 관리 전 3개월 | 사례 관리 후 3개월 | 증감율 | 사례 관리 전 3개월 | 사례 관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,089 | 3,079 | | 1,032 | 1,007 | |
| 진료일수 | 244 | 231 | -5.21 | 204 | 203 | -0.69 |
| 내원일수 | 59 | 53 | -9.33 | 50 | 48 | -3.08 |
| 총진료비 | 1,548,327 | 1,495,923 | -3.38 | 1,422,422 | 1,466,055 | 3.07 |
| 급여비 | 1,548,327 | 1,495,923 | -3.38 | 1,422,422 | 1,466,055 | 3.07 |

| 2종 | | | | | | |
|--------------|-----------------|----------------|-------|---------------------|----------------|-------|
| | 사례 관리가 이루어진 대상자 | | | 사례 관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례 관리 전 3개월 | 사례 관리 후 3개월 | 증감율 | 사례 관리 전 3개월 | 사례 관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 447 | 439 | | 174 | 170 | |
| 진료일수 | 237 | 231 | -2.39 | 210 | 199 | -5.10 |
| 내원일수 | 50 | 48 | -4.51 | 49 | 48 | -0.94 |
| 총진료비(계) | 1,297,876 | 1,287,355 | -0.81 | 1,142,350 | 1,176,224 | 2.97 |
| 총진료비 (외래) | 54,745 | 57,204 | 4.49 | 49,566 | 62,913 | 26.93 |
| 총진료비 (약국) | 1,230,500 | 1,215,513 | -1.22 | 1,088,583 | 1,110,726 | 2.03 |

〈표 3〉 사례관리 전·후 3개월간의 의료이용량 비교(요양기관별)
(단위: 일, 원, %)

| 병 원 | | | | | | |
|------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,706 | 2,704 | | 889 | 865 | |
| 진료일수 | 25 | 26 | 4.37 | 21 | 24 | 14.79 |
| 내원일수 | 12 | 12 | 4.37 | 12 | 13 | 8.82 |
| 총진료비 | 676,648 | 712,564 | 5.31 | 716,084 | 820,617 | 14.60 |
| 급여비 | 671,032 | 705,961 | 5.21 | 712,390 | 814,494 | 14.33 |
| 의원 | | | | | | |
| 빈도 | 3,492 | 3,464 | | 1,172 | 1,137 | |
| 진료일수 | 40 | 36 | -7.86 | 32 | 31 | -3.01 |
| 내원일수 | 30 | 26 | -12.03 | 25 | 24 | -4.61 |
| 총진료비 | 463,948 | 412,732 | -11.04 | 406,159 | 390,742 | -3.80 |
| 급여비 | 460,628 | 409,640 | -11.07 | 402,020 | 386,620 | -3.83 |
| 보건소 | | | | | | |
| 빈도 | 642 | 697 | | 211 | 223 | |
| 진료일수 | 9 | 9 | 7.36 | 9 | 9 | 0.11 |
| 내원일수 | 3 | 4 | 6.72 | 3 | 3 | -1.99 |
| 총진료비 | 19,662 | 20,502 | 4.27 | 19,666 | 19,397 | -1.37 |
| 급여비 | 19,662 | 20,502 | 4.27 | 19,661 | 19,397 | -1.35 |
| 약국 | | | | | | |
| 빈도 | 3,513 | 3,489 | | 1,185 | 1,158 | |
| 진료일수 | 185 | 175 | -5.18 | 160 | 156 | -2.64 |
| 내원일수 | 19 | 17 | -10.55 | 16 | 15 | -5.69 |
| 총진료비 | 540,618 | 516,002 | -4.55 | 464,086 | 447,187 | -3.64 |
| 급여비 | 539,671 | 515,149 | -4.54 | 463,057 | 446,193 | -3.64 |

〈표 4〉 사례관리 전·후 3개월간의 의료이용량 비교(지역규모별)
(단위: 일, 원, %)

| 대도시 | | | | | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,968 | 1,959 | | 434 | 430 | |
| 진료일수 | 250 | 242 | -3.16 | 223 | 225 | 0.83 |
| 내원일수 | 57 | 53 | -7.00 | 52 | 51 | -1.23 |
| 총진료비 | 1,520,213 | 1,503,743 | -1.08 | 1,458,212 | 1,560,928 | 7.04 |
| 급여비 | 1,513,001 | 1,493,804 | -1.27 | 1,451,663 | 1,554,008 | 7.05 |
| 중소도시 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 984 | 980 | | 550 | 527 | |
| 진료일수 | 243 | 223 | -8.48 | 196 | 193 | -1.29 |
| 내원일수 | 59 | 51 | -14.07 | 47 | 47 | -0.96 |
| 총진료비 | 1,526,532 | 1,418,874 | -7.05 | 1,286,489 | 1,364,496 | 6.06 |
| 급여비 | 1,516,815 | 1,410,719 | -6.99 | 1,277,495 | 1,353,083 | 5.92 |
| 군지역 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 584 | 579 | | 222 | 220 | |
| 진료일수 | 221 | 211 | -4.68 | 192 | 179 | -6.78 |
| 내원일수 | 57 | 54 | -5.52 | 50 | 45 | -10.41 |
| 총진료비 | 1,488,091 | 1,441,741 | -3.11 | 1,469,710 | 1,299,939 | -11.55 |
| 급여비 | 1,477,195 | 1,434,701 | -2.88 | 1,462,654 | 1,290,193 | -11.79 |

〈표 5〉 사례관리 전후의 의료이용실적- 3개월간(성별)
(단위: 일, 원, %)

| 남 자 | | | | | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 912 | 901 | | 326 | 319 | |
| 진료일수 | 270 | 253 | -6.41 | 215 | 217 | 0.81 |
| 내원일수 | 64 | 57 | -10.79 | 53 | 53 | 1.45 |
| 총진료비 | 1,855,226 | 1,698,552 | -8.45 | 1,637,637 | 1,734,742 | 5.93 |
| 급여비 | 1,845,655 | 1,688,456 | -8.52 | 1,627,405 | 1,723,376 | 5.90 |
| 여 자 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,624 | 2,617 | | 880 | 858 | |
| 진료일수 | 234 | 224 | -4.22 | 201 | 197 | -2.20 |
| 내원일수 | 55 | 51 | -7.96 | 48 | 46 | -4.50 |
| 총진료비 | 1,398,996 | 1,391,174 | -0.56 | 1,287,317 | 1,308,732 | 1.66 |
| 급여비 | 1,390,845 | 1,382,598 | -0.59 | 1,280,476 | 1,299,981 | 1.52 |

〈표 6〉 사례관리 전후의 의료이용실적- 3개월간(연령별)
(단위: 일, 원, %)

| 40세 미만 | | | | | | |
|--------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 76 | 75 | | 26 | 25 | |
| 진료일수 | 358 | 281 | -21.43 | 221 | 204 | -7.76 |
| 내원일수 | 102 | 71 | -30.25 | 65 | 56 | -13.80 |
| 총진료비 | 2,066,233 | 1,659,379 | -19.69 | 1,273,028 | 1,514,406 | 18.96 |
| 급여비 | 2,052,305 | 1,644,115 | -19.89 | 1,260,480 | 1,505,112 | 19.41 |

| 40 ~ 60세 | | | | | | |
|----------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 775 | 771 | | 227 | 224 | |
| 진료일수 | 265 | 254 | -4.29 | 210 | 211 | 0.60 |
| 내원일수 | 63 | 56 | -10.41 | 55 | 55 | 0.47 |
| 총진료비 | 1,686,398 | 1,560,856 | -7.44 | 1,660,683 | 1,531,763 | -7.76 |
| 급여비 | 1,669,037 | 1,541,572 | -7.64 | 1,649,068 | 1,518,089 | -7.94 |
| 60 ~ 80세 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,455 | 2,442 | | 858 | 837 | |
| 진료일수 | 235 | 225 | -4.51 | 204 | 201 | -1.44 |
| 내원일수 | 55 | 51 | -7.30 | 48 | 47 | -2.68 |
| 총진료비 | 1,454,112 | 1,443,376 | -0.74 | 1,307,646 | 1,412,845 | 8.04 |
| 급여비 | 1,447,814 | 1,437,083 | -0.74 | 1,300,455 | 1,403,931 | 7.96 |
| 80세 이상 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 | 사례관리 전 3개월 | 사례관리 후 3개월 | 증감율 |
| 빈도 | 220 | 220 | | 90 | 87 | |
| 진료일수 | 218 | 212 | -2.93 | 199 | 191 | -4.15 |
| 내원일수 | 55 | 52 | -5.46 | 49 | 43 | -11.15 |
| 총진료비 | 1,399,095 | 1,371,535 | -1.97 | 1,461,196 | 1,213,150 | -16.98 |
| 급여비 | 1,398,458 | 1,370,812 | -1.98 | 1,458,730 | 1,208,799 | -17.13 |

2. 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량 분석

〈표 7〉 사례관리 전·후 6개월간 의료이용량 비교(입원/외래)

(단위: 명, 일, 원, %)

| 입 원 | | | | | | |
|----------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 972 | 1,026 | | 354 | 369 | |
| 진료일수 | 39 | 41 | 5.67 | 47 | 48 | 3.99 |
| 내원일수 | 27 | 30 | 9.24 | 32 | 34 | 4.54 |
| 총진료비 | 2,644,446 | 2,805,204 | 6.08 | 3,115,520 | 3,259,200 | 4.61 |
| 급여비 | 2,623,886 | 2,783,185 | 6.07 | 3,097,100 | 3,233,563 | 4.41 |
| 외 래 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,546 | 3,517 | | 1,214 | 1,169 | |
| 진료일수 | 466 | 438 | -6.07 | 388 | 380 | -2.07 |
| 내원일수 | 70 | 61 | -12.21 | 58 | 54 | -7.17 |
| 총진료비(계) | 4,164,113 | 4,013,945 | -3.61 | 3,841,199 | 3,865,226 | 0.63 |
| 총진료비(외래) | 1,197,016 | 1,099,550 | -8.14 | 1,030,181 | 998,867 | -3.04 |
| 총진료비(약국) | 2,967,098 | 2,914,395 | -1.78 | 2,811,018 | 2,866,359 | 1.97 |

주: 외래 진료일수에는 약국의 진료일수가 포함되어 있음.

〈표 8〉 사례관리 전·후 6개월간 의료이용량 비교(종별)

(단위: 명, 일, 원, %)

| 1종 | | | | | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 3,546 | 3,517 | | 1,214 | 1,169 | |
| 진료일수 | 478 | 448 | -6.16 | 399 | 393 | -1.60 |
| 내원일수 | 115 | 103 | -10.92 | 99 | 93 | -5.81 |
| 총진료비 | 3,018,980 | 2,976,235 | -1.42 | 2,885,649 | 2,945,524 | 2.07 |
| 급여비 | 3,018,980 | 2,976,235 | -1.42 | 2,885,649 | 2,945,524 | 2.07 |

| 2중 | | | | | | |
|----------|----------------|---------------|-------|--------------------|---------------|-------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 448 | 439 | | 176 | 170 | |
| 진료일수 | 465 | 451 | -2.97 | 408 | 382 | -6.56 |
| 내원일수 | 102 | 94 | -7.29 | 98 | 91 | -7.20 |
| 총진료비(계) | 2,608,092 | 2,479,966 | -4.91 | 2,370,017 | 2,396,028 | 1.10 |
| 총진료비(외래) | 118,586 | 112,643 | -5.01 | 103,236 | 126,904 | 22.93 |
| 총진료비(약국) | 2,468,591 | 2,341,816 | -5.14 | 2,243,576 | 2,259,467 | 0.71 |

〈표 9〉 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량 비교(요양기관별)

(단위: 일, 원, %)

| 병 원 | | | | | | |
|-------|----------------|------------|--------|--------------------|------------|---------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,706 | 2,704 | | 889 | 865 | |
| 진료일수 | 44 | 46 | 3.95 | 39 | 42 | 5.99 |
| 내원일수 | 21 | 22 | 4.52 | 22 | 23 | 2.21 |
| 총진료비 | 1,198,820 | 1,322,922 | 10.35 | 1,429,783 | 1,545,742 | 8.11 |
| 급여비 | 1,188,003 | 1,311,468 | 10.39 | 1,419,543 | 1,533,282 | 8.01 |
| 의원 | | | | | | |
| 빈도 | 3,539 | 3,497 | | 1,209 | 1,158 | |
| 진료일수 | 77 | 69 | -9.78 | 61 | 59 | -3.78 |
| 내원일수 | 58 | 50 | -14.07 | 49 | 45 | -7.65 |
| 총진료비 | 907,459 | 797,576 | -12.11 | 778,276 | 737,092 | -5.29 |
| 급여비 | 900,784 | 791,606 | -12.12 | 770,186 | 729,402 | -5.30 |
| 보건소 | | | | | | |
| 빈도 | 802 | 900 | | 297 | 298 | |
| 진료일수 | 14 | 14 | 3.07 | 14 | 13 | -7.49 |
| 내원일수 | 6 | 6 | 3.20 | 4 | 4 | -1.92 |
| 총진료비 | 31,228 | 31,531 | 0.97 | 28,793 | 27,261 | -5.32 |
| 본인부담금 | 0 | 0 | - | 10 | 0 | -100.00 |
| 급여비 | 31,228 | 31,531 | 0.97 | 28,782 | 27,261 | -5.29 |
| 약국 | | | | | | |
| 빈도 | 3,548 | 3,523 | | 1,216 | 1,180 | |
| 진료일수 | 361 | 339 | -5.88 | 306 | 299 | -2.23 |
| 내원일수 | 37 | 32 | -12.31 | 31 | 29 | -7.42 |
| 총진료비 | 1,049,249 | 1,004,035 | -4.31 | 879,160 | 867,167 | -1.36 |
| 본인부담금 | 1,862 | 1,643 | -11.77 | 1,993 | 1,842 | -7.58 |
| 급여비 | 1,047,387 | 1,002,392 | -4.30 | 877,167 | 865,325 | -1.35 |

〈표 10〉 사례관리 전·후 6개월간의 의료이용량 비교(지역별)
(단위: 일, 원, %)

| 대도시 | | | | | | |
|------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 1,974 | 1,963 | | 434 | 431 | |
| 진료일수 | 489 | 468 | -4.40 | 435 | 435 | 0.08 |
| 내원일수 | 112 | 102 | -9.30 | 103 | 98 | -4.64 |
| 총진료비 | 2,941,018 | 2,915,220 | -0.88 | 2,875,117 | 3,115,865 | 8.37 |
| 급여비 | 2,925,297 | 2,897,578 | -0.95 | 2,861,310 | 3,101,621 | 8.40 |
| 중소도시 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 988 | 980 | | 557 | 529 | |
| 진료일수 | 475 | 436 | -8.24 | 385 | 375 | -2.45 |
| 내원일수 | 116 | 99 | -14.33 | 96 | 91 | -4.75 |
| 총진료비 | 3,044,741 | 2,867,450 | -5.82 | 2,731,576 | 2,771,843 | 1.47 |
| 급여비 | 3,026,402 | 2,850,479 | -5.81 | 2,708,712 | 2,748,396 | 1.47 |
| 군지역 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 586 | 580 | | 225 | 220 | |
| 진료일수 | 435 | 407 | -6.43 | 375 | 345 | -8.10 |
| 내원일수 | 114 | 105 | -7.86 | 98 | 86 | -12.14 |
| 총진료비 | 2,924,041 | 2,990,922 | 2.29 | 2,884,038 | 2,604,825 | -9.68 |
| 급여비 | 2,901,271 | 2,974,742 | 2.53 | 2,868,368 | 2,583,584 | -9.93 |

〈표 11〉 사례 관리 전후의 의료이용실적- 6개월간(성별)

(단위: 일, 원, %)

| 남 자 | | | | | | |
|-------|-----------------|----------------|--------|---------------------|----------------|-------|
| | 사례 관리가 이루어진 대상자 | | | 사례 관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 913 | 901 | | 330 | 320 | |
| 진료일수 | 531 | 491 | -7.62 | 421 | 417 | -0.97 |
| 내원일수 | 126 | 109 | -13.09 | 104 | 103 | -1.69 |
| 총진료비 | 3,577,330 | 3,305,479 | -7.60 | 3,252,869 | 3,437,625 | 5.68 |
| 본인부담금 | 13,536 | 13,207 | -2.44 | 15,271 | 18,477 | 21.00 |
| 급여비 | 3,558,408 | 3,285,554 | -7.67 | 3,227,858 | 3,417,914 | 5.89 |
| 여 자 | | | | | | |
| | 사례 관리가 이루어진 대상자 | | | 사례 관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,635 | 2,622 | | 886 | 860 | |
| 진료일수 | 457 | 434 | -4.99 | 393 | 382 | -2.87 |
| 내원일수 | 109 | 99 | -9.44 | 97 | 89 | -7.75 |
| 총진료비 | 2,755,658 | 2,780,006 | 0.88 | 2,646,445 | 2,653,796 | 0.28 |
| 본인부담금 | 15,472 | 14,322 | -7.43 | 14,820 | 18,211 | 22.88 |
| 급여비 | 2,738,497 | 2,763,723 | 0.92 | 2,630,644 | 2,634,135 | 0.13 |

〈표 12〉 사례 관리 전후의 의료이용실적- 6개월간(연령별)

(단위: 명, 일, 원, %)

| 40세 미만 | | | | | | |
|--------|-----------------|----------------|--------|---------------------|----------------|--------|
| | 사례 관리가 이루어진 대상자 | | | 사례 관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 | 사례 관리 전 6개월 | 사례 관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 76 | 75 | | 26 | 25 | |
| 진료일수 | 692 | 519 | -25.01 | 428 | 391 | -8.59 |
| 내원일수 | 196 | 130 | -33.65 | 125 | 106 | -15.22 |
| 총진료비 | 3,984,260 | 2,984,972 | -25.08 | 2,743,545 | 2,742,170 | -0.05 |
| 급여비 | 3,959,765 | 2,961,024 | -25.22 | 2,721,509 | 2,725,227 | 0.14 |

| 40 ~ 60세 | | | | | | |
|----------|----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 776 | 772 | | 229 | 225 | |
| 진료일수 | 525 | 489 | -6.92 | 412 | 414 | 0.62 |
| 내원일수 | 125 | 110 | -12.14 | 108 | 107 | -1.00 |
| 총진료비 | 3,285,447 | 3,076,962 | -6.35 | 3,073,794 | 3,103,296 | 0.96 |
| 급여비 | 3,249,526 | 3,041,298 | -6.41 | 3,045,015 | 3,074,729 | 0.98 |
| 60 ~ 80세 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 2,465 | 2,446 | | 865 | 839 | |
| 진료일수 | 458 | 438 | -4.37 | 399 | 389 | -2.50 |
| 내원일수 | 108 | 98 | -8.72 | 96 | 90 | -6.62 |
| 총진료비 | 2,857,399 | 2,880,108 | 0.79 | 2,749,163 | 2,825,806 | 2.79 |
| 급여비 | 2,844,329 | 2,867,467 | 0.81 | 2,732,173 | 2,806,903 | 2.74 |
| 80세 이상 | | | | | | |
| | 사례관리가 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | |
| | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 | 사례관리 전 6개월 | 사례관리 후 6개월 | 증감율 |
| 빈도 | 221 | 220 | | 91 | 87 | |
| 진료일수 | 437 | 408 | -6.56 | 389 | 362 | -7.03 |
| 내원일수 | 108 | 98 | -9.01 | 96 | 84 | -12.31 |
| 총진료비 | 2,681,099 | 2,698,080 | 0.63 | 2,792,578 | 2,628,709 | -5.87 |
| 급여비 | 2,678,644 | 2,696,262 | 0.66 | 2,788,248 | 2,622,909 | -5.93 |

3. 10대 다빈도 상병

| | 상병코드 | 상별명 | 빈도 |
|----|------|--------------------------|-------|
| 1 | I10 | 본태성 (원발성) 고혈압 | 2,521 |
| 2 | M17 | 무릎관절증 | 2,429 |
| 3 | M54 | 배통 | 2,391 |
| 4 | K29 | 위염 및 십이지장염 | 1,869 |
| 5 | J10 | 동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 | 1,766 |
| 6 | E11 | 인슐린-비의존성 당뇨병 | 1,491 |
| 7 | J20 | 급성 기관지염 | 1,449 |
| 8 | M51 | 기타 추간판 장애 | 1,393 |
| 9 | K05 | 치은염 및 치주 질환 | 1,373 |
| 10 | J06 | 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 | 1,288 |

주: 대상자는 거의 대부분 복합질환자로 빈도가 중복됨.

4. 사례관리 횟수에 따른 질환별 의료이용실적

〈표 13〉 사례관리 횟수에 따른 질환별 의료이용실적(다빈도 10대 상별)
(단위: 명, 일, 원, %)

| 횟수 | 본태성 (원발성) 고혈압 | | | | | | | | |
|-------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 689 | 630 | | 1,014 | 961 | | 568 | 559 | |
| 진료일수 | 29 | 29 | 0.23 | 33 | 37 | 9.67 | 32 | 40 | 23.85 |
| 내원일수 | 10 | 10 | -6.47 | 11 | 11 | -1.56 | 11 | 11 | 0.50 |
| 총진료비 | 176,906 | 199,940 | 13.02 | 191,828 | 235,591 | 22.81 | 181,536 | 286,657 | 57.91 |
| 본인부담금 | 1,460 | 3,510 | 140.49 | 1,126 | 3,046 | 170.58 | 790 | 1,995 | 152.66 |
| 급여비 | 175,423 | 196,182 | 11.83 | 190,604 | 232,470 | 21.97 | 180,715 | 284,608 | 57.49 |

| 무분관절증 | | | | | | | | | |
|------------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 613 | 567 | | 913 | 849 | | 495 | 458 | |
| 진료일수 | 22 | 20 | -7.98 | 20 | 20 | -0.35 | 24 | 18 | -26.66 |
| 내원일수 | 15 | 14 | -10.56 | 15 | 14 | -10.00 | 16 | 12 | -23.35 |
| 총진료비 | 292,103 | 473,944 | 62.25 | 318,190 | 515,046 | 61.87 | 413,919 | 375,730 | -9.23 |
| 본인부담금 | 4,308 | 7,171 | 66.45 | 1,646 | 7,944 | 382.52 | 1,114 | 3,084 | 176.96 |
| 급여비 | 287,791 | 466,764 | 62.19 | 316,520 | 506,700 | 60.08 | 412,763 | 372,645 | -9.72 |
| 배통 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 654 | 554 | | 933 | 778 | | 519 | 419 | |
| 진료일수 | 18 | 15 | -14.63 | 15 | 14 | -6.03 | 20 | 15 | -24.05 |
| 내원일수 | 13 | 12 | -12.31 | 11 | 11 | -5.21 | 16 | 11 | -27.49 |
| 총진료비 | 194,910 | 188,352 | -3.36 | 172,610 | 180,744 | 4.71 | 223,516 | 191,820 | -14.18 |
| 본인부담금 | 2,039 | 4,289 | 110.37 | 1,563 | 3,553 | 127.29 | 1,672 | 3,776 | 125.87 |
| 급여비 | 192,845 | 184,045 | -4.56 | 171,031 | 177,128 | 3.56 | 221,844 | 187,993 | -15.26 |
| 위염 및 십이지장염 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 433 | 384 | | 668 | 649 | | 384 | 357 | |
| 진료일수 | 11 | 10 | -6.60 | 11 | 9 | -14.52 | 11 | 12 | 7.98 |
| 내원일수 | 5 | 4 | -18.37 | 5 | 4 | -20.42 | 6 | 5 | -18.93 |
| 총진료비 | 88,125 | 89,367 | 1.41 | 79,661 | 81,525 | 2.34 | 91,419 | 82,364 | -9.91 |
| 본인부담금 | 1,197 | 1,674 | 39.77 | 577 | 1,254 | 117.44 | 325 | 1,140 | 251.04 |
| 급여비 | 86,864 | 87,601 | 0.85 | 79,037 | 80,071 | 1.31 | 90,961 | 81,173 | -10.76 |

| 동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 482 | 394 | | 699 | 575 | | 421 | 322 | |
| 진료일수 | 11 | 10 | -4.07 | 12 | 10 | -13.41 | 13 | 10 | -16.60 |
| 내원일수 | 9 | 8 | -9.57 | 11 | 9 | -18.20 | 11 | 9 | -15.36 |
| 총진료비 | 129,800 | 129,495 | -0.24 | 153,083 | 135,889 | -11.23 | 155,554 | 140,481 | -9.69 |
| 본인부담금 | 1,071 | 3,475 | 224.42 | 1,291 | 2,736 | 112.05 | 1,418 | 3,187 | 124.73 |
| 급여비 | 128,729 | 125,970 | -2.14 | 151,793 | 133,091 | -12.32 | 154,129 | 137,250 | -10.95 |

| 인슐린-비의존성 당뇨병 | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 369 | 377 | | 611 | 618 | | 311 | 305 | |
| 진료일수 | 39 | 41 | 3.60 | 40 | 43 | 8.06 | 53 | 52 | -0.47 |
| 내원일수 | 13 | 12 | -6.17 | 13 | 13 | 0.91 | 15 | 14 | -11.09 |
| 총진료비 | 315,483 | 407,757 | 29.25 | 333,760 | 430,945 | 29.12 | 365,487 | 444,004 | 21.48 |
| 본인부담금 | 3,749 | 4,082 | 8.88 | 2,196 | 5,224 | 137.92 | 1,230 | 2,802 | 127.82 |
| 급여비 | 311,693 | 403,602 | 29.49 | 331,221 | 424,963 | 28.30 | 363,260 | 439,299 | 20.93 |

| 급성 기관지염 | | | | | | | | | |
|---------|--------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|-------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 279 | 251 | | 470 | 475 | | 288 | 277 | |
| 진료일수 | 6 | 6 | 8.52 | 6 | 7 | 10.47 | 7 | 7 | 0.46 |
| 내원일수 | 5 | 5 | -0.94 | 5 | 4 | -5.73 | 6 | 5 | -11.29 |
| 총진료비 | 53,850 | 64,806 | 20.35 | 56,687 | 60,554 | 6.82 | 69,643 | 67,391 | -3.23 |
| 본인부담금 | 699 | 1,045 | 49.45 | 594 | 904 | 52.11 | 417 | 870 | 108.81 |
| 급여비 | 53,140 | 63,726 | 19.92 | 56,066 | 59,540 | 6.20 | 69,226 | 66,364 | -4.13 |

| 기타 추간관 장애 | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 387 | 290 | | 554 | 483 | | 321 | 241 | |
| 진료일수 | 16 | 16 | 0.87 | 20 | 16 | -19.14 | 22 | 19 | -12.08 |
| 내원일수 | 13 | 12 | -10.02 | 15 | 12 | -16.75 | 16 | 15 | -6.60 |
| 총진료비 | 287,661 | 333,438 | 15.91 | 305,255 | 300,727 | -1.48 | 377,568 | 345,277 | -8.55 |
| 본인부담금 | 3,578 | 4,598 | 28.50 | 3,136 | 4,532 | 44.49 | 3,225 | 3,834 | 18.90 |
| 급여비 | 284,083 | 328,470 | 15.62 | 301,981 | 296,034 | -1.97 | 374,331 | 341,249 | -8.84 |
| 치은염 및 치주 질환 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 305 | 297 | | 479 | 418 | | 300 | 264 | |
| 진료일수 | 3 | 3 | 4.54 | 3 | 3 | -11.01 | 3 | 4 | 26.97 |
| 내원일수 | 3 | 3 | -0.16 | 3 | 3 | -10.30 | 3 | 3 | 17.97 |
| 총진료비 | 42,516 | 43,502 | 2.32 | 42,469 | 43,535 | 2.51 | 39,483 | 59,585 | 50.91 |
| 본인부담금 | 459 | 772 | 68.29 | 254 | 680 | 167.63 | 251 | 851 | 238.75 |
| 급여비 | 42,057 | 42,728 | 1.59 | 42,189 | 42,848 | 1.56 | 39,232 | 58,726 | 49.69 |
| 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 280 | 235 | | 408 | 369 | | 258 | 233 | |
| 진료일수 | 5 | 6 | 8.12 | 8 | 6 | -23.60 | 7 | 7 | 2.91 |
| 내원일수 | 5 | 4 | -3.24 | 6 | 4 | -25.88 | 6 | 5 | -23.13 |
| 총진료비 | 57,095 | 56,283 | -1.42 | 75,268 | 60,527 | -19.59 | 75,678 | 62,527 | -17.38 |
| 본인부담금 | 751 | 924 | 23.11 | 508 | 1,119 | 120.30 | 568 | 1,145 | 101.69 |
| 급여비 | 56,339 | 55,359 | -1.74 | 74,759 | 59,286 | -20.70 | 75,099 | 61,368 | -18.28 |

〈표 14〉 사례관리 횟수에 따른 질환별 의료이용실적
(다빈도 10대 상병-입원/외래)

(단위: 명, 일, 원, %)

| | 상병코드 | 상병명 | 빈도 |
|----|------|--------------------------|-------|
| 1 | I10 | 본태성 (원발성) 고혈압 | 2,521 |
| 2 | M17 | 무릎관절증 | 2,429 |
| 3 | M54 | 배통 | 2,391 |
| 4 | K29 | 위염 및 십이지장염 | 1,869 |
| 5 | J10 | 동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 | 1,766 |
| 6 | E11 | 인슐린-비의존성 당뇨병 | 1,491 |
| 7 | J20 | 급성 기관지염 | 1,449 |
| 8 | M51 | 기타 추간판 장애 | 1,393 |
| 9 | K05 | 치은염 및 치주 질환 | 1,373 |
| 10 | J06 | 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 | 1,288 |

본태성 (원발성) 고혈압 - 입원

| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
|-------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 23 | 25 | | 34 | 46 | | 8 | 27 | |
| 진료일수 | 24 | 17 | -28.54 | 23 | 23 | -1.42 | 14 | 49 | 247.16 |
| 내원일수 | 15 | 11 | -28.27 | 15 | 16 | 5.13 | 8 | 42 | 456.16 |
| 총진료비 | 802,768 | 982,740 | 22.42 | 788,083 | 1,090,669 | 38.40 | 618,918 | 2,102,747 | 239.75 |
| 본인부담금 | 2,840 | 19,933 | 601.77 | 2,772 | 14,648 | 428.43 | 0 | 2,249 | - |
| 급여비 | 799,927 | 961,399 | 20.19 | 783,538 | 1,076,021 | 37.33 | 618,918 | 2,100,498 | 239.38 |

본태성 (원발성) 고혈압 - 외래

| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
|--------------|--------------------|------------|-------|-------------------|------------|-------|----------------------|------------|--------|
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 662 | 611 | | 990 | 932 | | 552 | 542 | |
| 진료일수 | 61 | 59 | -3.41 | 68 | 67 | -1.65 | 72 | 73 | 0.73 |
| 내원일수 | 10 | 9 | -7.69 | 10 | 9 | -4.49 | 11 | 9 | -18.91 |
| 총진료비(계) | 295,816 | 324,185 | 9.59 | 314,587 | 367,235 | 16.74 | 312,892 | 410,981 | 31.35 |
| 총진료비 (외래) | 118,910 | 124,245 | 4.49 | 122,759 | 131,644 | 7.24 | 131,356 | 124,324 | -5.35 |
| 총진료비 (약국) | 176,906 | 199,940 | 13.02 | 191,828 | 235,591 | 22.81 | 181,536 | 286,657 | 57.91 |

| 무릎관절증 - 입원 | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|---------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 12 | 30 | | 23 | 47 | | 17 | 18 | |
| 진료일수 | 31 | 34 | 9.38 | 36 | 39 | 7.70 | 51 | 39 | -24.70 |
| 내원일수 | 24 | 21 | -11.08 | 27 | 26 | -5.93 | 34 | 26 | -22.12 |
| 총진료비 | 4,078,595 | 4,750,335 | 16.47 | 4,514,290 | 5,181,541 | 14.78 | 5,845,704 | 4,207,881 | -28.02 |
| 본인부담금 | 82,178 | 70,228 | -14.54 | 3,900 | 75,723 | 1841.40 | 0 | 0 | - |
| 급여비 | 3,996,418 | 4,680,107 | 17.11 | 4,510,389 | 5,102,663 | 13.13 | 5,845,704 | 4,207,881 | -28.02 |
| 무릎관절증 - 외래 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 609 | 559 | | 899 | 839 | | 489 | 450 | |
| 진료일수 | 65 | 64 | -2.56 | 68 | 68 | 0.24 | 79 | 71 | -9.07 |
| 내원일수 | 14 | 12 | -14.30 | 14 | 12 | -16.86 | 14 | 11 | -24.61 |
| 총진료비(계) | 490,152 | 682,254 | 39.19 | 515,871 | 732,542 | 42.00 | 611,397 | 573,280 | -6.23 |
| 총진료비 (외래) | 198,048 | 208,310 | 5.18 | 197,681 | 217,496 | 10.02 | 197,478 | 197,550 | 0.04 |
| 총진료비 (약국) | 292,103 | 473,944 | 62.25 | 318,190 | 515,046 | 61.87 | 413,919 | 375,730 | -9.23 |
| 배통 - 입원 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 5 | 3 | | 4 | 6 | | | | |
| 진료일수 | 21 | 9 | -56.31 | 13 | 14 | 8.97 | | | |
| 내원일수 | 14 | 9 | -37.50 | 10 | 7 | -29.82 | | | |
| 총진료비 | 632,006 | 533,120 | -15.65 | 556,500 | 465,017 | -16.44 | | | |
| 본인부담금 | 0 | 10,310 | - | 0 | 0 | #DIV/0! | | | |
| 급여비 | 632,006 | 522,810 | -17.28 | 556,500 | 465,017 | -16.44 | | | |

| 배통 - 외래 | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 646 | 549 | | 927 | 767 | | 509 | 414 | |
| 진료일수 | 61 | 56 | -8.07 | 64 | 61 | -4.12 | 77 | 77 | 0.09 |
| 내원일수 | 13 | 11 | -10.94 | 11 | 11 | -4.00 | 16 | 11 | -28.33 |
| 총진료비 | 375,876 | 367,990 | -2.10 | 334,427 | 355,685 | 6.36 | 435,973 | 365,244 | -16.22 |
| 본인부담금 | 180,967 | 179,638 | -0.73 | 161,817 | 174,941 | 8.11 | 212,457 | 173,424 | -18.37 |
| 급여비 | 194,910 | 188,352 | -3.36 | 172,610 | 180,744 | 4.71 | 223,516 | 191,820 | -14.18 |
| 위염 및 십이지장염 - 입원 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 9 | 7 | | 11 | 11 | | 6 | 5 | |
| 진료일수 | 21 | 19 | -7.48 | 12 | 12 | -2.22 | 14 | 13 | -0.74 |
| 내원일수 | 15 | 12 | -19.40 | 7 | 6 | -11.54 | 8 | 8 | -2.98 |
| 총진료비 | 837,482 | 875,776 | 4.57 | 374,119 | 467,393 | 24.93 | 674,287 | 600,576 | -10.93 |
| 본인부담금 | 11,363 | 11,776 | 3.63 | 0 | 5,081 | - | 0 | 0 | - |
| 급여비 | 823,411 | 864,000 | 4.93 | 374,119 | 458,625 | 22.59 | 674,287 | 600,576 | -10.93 |
| 위염 및 십이지장염 - 외래 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 408 | 363 | | 636 | 620 | | 364 | 340 | |
| 진료일수 | 56 | 54 | -4.23 | 57 | 60 | 3.74 | 64 | 66 | 3.43 |
| 내원일수 | 5 | 4 | -15.73 | 5 | 4 | -21.05 | 6 | 4 | -22.87 |
| 총진료비 | 149,106 | 148,158 | -0.64 | 142,830 | 139,612 | -2.25 | 159,036 | 140,871 | -11.42 |
| 본인부담금 | 60,981 | 58,791 | -3.59 | 63,170 | 58,087 | -8.05 | 67,617 | 58,507 | -13.47 |
| 급여비 | 88,125 | 89,367 | 1.41 | 79,661 | 81,525 | 2.34 | 91,419 | 82,364 | -9.91 |

| 동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 - 입원 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1 | 5 | | 4 | 9 | | 2 | 6 | |
| 진료일수 | 14 | 28 | 98.57 | 28 | 12 | -56.74 | 37 | 16 | -56.31 |
| 내원일수 | 14 | 26 | 87.14 | 26 | 12 | -52.54 | 30 | 16 | -46.11 |
| 총진료비 | 550,800 | 1,043,184 | 89.39 | 905,638 | 569,087 | -37.16 | 1,065,880 | 406,687 | -61.84 |
| 본인부담금 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| 급여비 | 550,800 | 1,039,190 | 88.67 | 905,638 | 569,087 | -37.16 | 1,065,880 | 406,687 | -61.84 |
| 동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 - 외래 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 482 | 391 | | 698 | 571 | | 420 | 319 | |
| 진료일수 | 58 | 59 | 0.44 | 64 | 62 | -2.65 | 77 | 71 | -7.12 |
| 내원일수 | 9 | 8 | -12.32 | 10 | 8 | -18.40 | 11 | 9 | -16.48 |
| 총진료비 | 258,458 | 246,644 | -4.57 | 301,177 | 263,759 | -12.42 | 306,403 | 274,436 | -10.43 |
| 본인부담금 | 128,658 | 117,149 | -8.95 | 148,093 | 127,871 | -13.66 | 150,849 | 133,955 | -11.20 |
| 급여비 | 129,800 | 129,495 | -0.24 | 153,083 | 135,889 | -11.23 | 155,554 | 140,481 | -9.69 |
| 인슐린-비의존성 당뇨병 - 입원 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 35 | 46 | | 59 | 70 | | 26 | 33 | |
| 진료일수 | 25 | 30 | 19.95 | 28 | 34 | 23.31 | 32 | 35 | 9.91 |
| 내원일수 | 15 | 21 | 45.16 | 17 | 24 | 38.36 | 19 | 22 | 11.93 |
| 총진료비 | 1,079,283 | 1,530,946 | 41.85 | 1,135,915 | 1,611,950 | 41.91 | 1,327,877 | 1,676,902 | 26.28 |
| 본인부담금 | 11,856 | 5,397 | -54.48 | 2,719 | 17,913 | 558.81 | 6,869 | 5,273 | -23.23 |
| 급여비 | 1,067,427 | 1,525,548 | 42.92 | 1,132,715 | 1,593,241 | 40.66 | 1,320,963 | 1,671,341 | 26.52 |

| 인슐린-비의존성 당뇨병 - 외래 | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 360 | 363 | | 595 | 597 | | 308 | 293 | |
| 진료일수 | 69 | 64 | -6.58 | 70 | 69 | -1.04 | 96 | 85 | -11.78 |
| 내원일수 | 11 | 9 | -17.57 | 11 | 10 | -9.57 | 12 | 11 | -13.53 |
| 총진료비 | 475,174 | 559,960 | 17.84 | 505,703 | 604,500 | 19.54 | 553,452 | 635,772 | 14.87 |
| 본인부담금 | 159,691 | 152,203 | -4.69 | 171,943 | 173,556 | 0.94 | 187,965 | 191,769 | 2.02 |
| 급여비 | 315,483 | 407,757 | 29.25 | 333,760 | 430,945 | 29.12 | 365,487 | 444,004 | 21.48 |
| 급성 기관지염 - 입원 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 1 | 3 | | 5 | 2 | | 3 | 3 | |
| 진료일수 | 25 | 16 | -37.33 | 10 | 18 | 80.00 | 10 | 22 | 124.14 |
| 내원일수 | 11 | 10 | -9.09 | 5 | 11 | 118.75 | 7 | 15 | 114.29 |
| 총진료비 | 664,160 | 741,853 | 11.70 | 368,752 | 1,420,500 | 285.22 | 736,333 | 1,078,390 | 46.45 |
| 본인부담금 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| 급여비 | 664,160 | 741,853 | 11.70 | 368,752 | 1,420,500 | 285.22 | 736,333 | 1,078,390 | 46.45 |
| 급성 기관지염 - 외래 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 269 | 243 | | 451 | 467 | | 274 | 267 | |
| 진료일수 | 57 | 49 | -13.17 | 53 | 61 | 16.37 | 64 | 63 | -2.07 |
| 내원일수 | 5 | 4 | -3.44 | 4 | 4 | -7.05 | 5 | 5 | -13.63 |
| 총진료비 | 103,942 | 116,348 | 11.93 | 106,426 | 109,410 | 2.80 | 129,281 | 118,936 | -8.00 |
| 본인부담금 | 50,093 | 51,542 | 2.89 | 49,739 | 48,856 | -1.77 | 59,638 | 51,545 | -13.57 |
| 급여비 | 53,850 | 64,806 | 20.35 | 56,687 | 60,554 | 6.82 | 69,643 | 67,391 | -3.23 |

| 기타 추간관 장애 -입원 | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|------------|--------|-------------------|------------|--------|----------------------|------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 17 | 15 | | 24 | 25 | | 19 | 13 | |
| 진료일수 | 38 | 37 | -3.03 | 28 | 23 | -17.22 | 30 | 26 | -14.43 |
| 내원일수 | 25 | 26 | 7.10 | 19 | 16 | -12.20 | 19 | 18 | -4.94 |
| 총진료비 | 1,671,338 | 2,178,941 | 30.37 | 1,400,844 | 1,481,066 | 5.73 | 1,895,609 | 1,446,605 | -23.69 |
| 본인부담금 | 13,004 | 0 | - | 8,928 | 4,112 | -53.94 | 22,029 | 0 | - |
| 급여비 | 1,658,334 | 2,173,471 | 31.06 | 1,391,916 | 1,476,954 | 6.11 | 1,873,580 | 1,446,605 | -22.79 |
| 기타 추간관 장애 -외래 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 380 | 279 | | 543 | 466 | | 317 | 234 | |
| 진료일수 | 61 | 65 | 5.28 | 71 | 62 | -12.27 | 81 | 81 | 0.82 |
| 내원일수 | 12 | 10 | -12.00 | 14 | 12 | -15.70 | 15 | 14 | -3.41 |
| 총진료비 | 498,640 | 545,636 | 9.42 | 546,473 | 523,631 | -4.18 | 634,021 | 613,840 | -3.18 |
| 본인부담금 | 210,979 | 212,198 | 0.58 | 241,218 | 222,904 | -7.59 | 256,453 | 268,563 | 4.72 |
| 급여비 | 287,661 | 333,438 | 15.91 | 305,255 | 300,727 | -1.48 | 377,568 | 345,277 | -8.55 |
| 치은염 및 치주 질환 - 입원 | | | | | | | | | |
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | | | | | | | | 1 | |
| 진료일수 | | | | | | | | 69 | |
| 내원일수 | | | | | | | | 69 | |
| 총진료비 | | | | | | | | 5,050,920 | |
| 본인부담금 | | | | | | | | 0 | |
| 급여비 | | | | | | | | 5,050,920 | |

| 치은염 및 치주 질환 - 외래 | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|-------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 296 | 293 | | 471 | 414 | | 294 | 261 | |
| 진료일수 | 50 | 52 | 3.69 | 60 | 56 | -6.82 | 73 | 60 | -17.70 |
| 내원일수 | 3 | 3 | -3.50 | 3 | 2 | -8.34 | 2 | 3 | 5.91 |
| 총진료비 | 85,029 | 85,247 | 0.26 | 83,582 | 84,670 | 1.30 | 78,853 | 99,261 | 25.88 |
| 본인부담금 | 42,513 | 41,745 | -1.81 | 41,113 | 41,134 | 0.05 | 39,370 | 39,676 | 0.78 |
| 급여비 | 42,516 | 43,502 | 2.32 | 42,469 | 43,535 | 2.51 | 39,483 | 59,585 | 50.91 |

| 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 - 입원 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|---------------|--------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|-----|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 2 | 2 | | 2 | 2 | | | | |
| 진료일수 | 12 | 0 | - | 7 | 6 | -7.69 | | | |
| 내원일수 | 9 | 0 | - | 5 | 5 | 0.00 | | | |
| 총진료비 | 172,015 | 33,550 | -80.50 | 397,725 | 391,860 | -1.47 | | | |
| 본인부담금 | 0 | 0 | - | 0 | 34,110 | - | | | |
| 급여비 | 172,015 | 33,550 | -80.50 | 397,725 | 357,750 | -10.05 | | | |

| 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 - 외래 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|--------|----------------------|---------------|--------|
| 횟수 | 사례관리가 이루어지지 않은 대상자 | | | 사례관리가 1회 이루어진 대상자 | | | 사례관리가 2회 이상 이루어진 대상자 | | |
| | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 | 2005년 1~8월 | 2007년 1~8월 | 증감율 |
| 빈도 | 275 | 230 | | 395 | 361 | | 252 | 227 | |
| 진료일수 | 59 | 60 | 0.82 | 66 | 59 | -10.09 | 70 | 72 | 1.85 |
| 내원일수 | 4 | 4 | -3.47 | 6 | 4 | -27.66 | 6 | 5 | -24.32 |
| 총진료비 | 112,268 | 109,672 | -2.31 | 146,431 | 116,440 | -20.48 | 151,559 | 122,858 | -18.94 |
| 본인부담금 | 55,173 | 53,389 | -3.23 | 71,163 | 55,913 | -21.43 | 75,881 | 60,332 | -20.49 |
| 급여비 | 57,095 | 56,283 | -1.42 | 75,268 | 60,527 | -19.59 | 75,678 | 62,527 | -17.38 |

연구보고서 2007-17-2

의료급여 사례관리 및 효과분석 |

발행일 2007년 12월 일 값 6,000원
저 자 신 영 석 외
발행인 김 용 문
발행처 한국보건사회연구원
서울특별시 은평구 불광동 산42-14 (우: 122-705)
대표전화: 02) 380-8000
<http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 예원기획

© 한국보건사회연구원 2007

ISBN 978-89-8187-459-9 93330