

한방의료의 건강보험 본인부담 실태분석

변진석¹⁾ · 이선동¹⁾ · 유왕근²⁾ · 김진현³⁾*

¹⁾상지대학교 한의과대학, ²⁾대구한의대학교 보건대학원, ³⁾서울대학교 간호대학

Cost Sharing System of Oriental Medical Services in the National Health Insurance

Jinseok Byun,¹⁾ Sundong Lee,¹⁾ Wangkeun Yoo²⁾ & Jinhyun Kim³⁾*

¹⁾College of Oriental Medicine, Sangji University, Korea,

²⁾School of Public Health, Daegu Haany University, Korea,

³⁾College of Nursing, Seoul National University, Korea

Abstract

The purpose of this paper is to investigate the structure of cost-sharing for oriental medical services in the national health insurance. Out-of-pocket payment in ambulatory oriental medical care is a co-payment of KRW3,000 up to total expenses of KRW15,000, and co-insurance rate of 30% thereafter. The empirical analysis based on medial claims data shows that the frequency of medical claims for outpatient care are mostly concentrated just below a total expenses of KRW15,000, and it decreases beyond a total expense of KRW15,000, while it rebounds between KRW17,000~20,000. This means the current co-payment(KRW3,000) in oriental medical services should be applied up to a total payment of KRW17,000~20,000, or the level of co-payment should be adjusted upward to KRW45,000 in order to be consistent in cost-sharing, between co-payment and co-insurance.

Key words : cost-sharing, co-payment, oriental medicine, health insurance

* Corresponding author : Jinhyun Kim. College of Nursing, Seoul National University.

Tel : 82-2-740-8818, E-mail : jinhyun@snu.ac.kr

I. 연구의 배경 및 목적

현행 건강보험제도 하에서 1987년부터 침, 뜸, 부항, 진찰, 입원 등 한방의료서비스에 대한 건강보험 급여가 실시되었다. 그러나 건강보험 도입 초기부터 한방의료서비스의 건강보험 급여범위와 수가체계에 대해서는 제도 도입을 위한 기초연구가 거의 없었기 때문에 한방의료의 특성을 반영하여 제도가 결정되지 않았고 양방의료서비스의 기준이 그대로 적용되었다. 그 때문에 건강보험제도 시행 이후 한방의료보험제도와 관련하여 여러 가지 문제점이 끊임없이 제기되어 왔다.

그 중에서도 건강보험 수가체계와 본인부담금 구조는 한방의료서비스에 대한 소비자의 접근성과 한방의료서비스의 이용행태에 결정적인 요인으로 작용함으로써 한방의료자원의 배분과 건강보험재정에 직접적인 영향을 미치게 되었다. 한방의료서비스의 본인부담금 수준과 의료기관 유형별 구조에 대해서 그동안 일부의 연구가 있어왔지만 한의학 진료와 의학적 진료와 다른 특성과 환경을 배경으로 하고 있음에도 불구하고, 진찰료, 침술료, 부항수 등 한방의료서비스의 주요 행위료와 관련된 본인부담금 구조에 대한 구체적인 실증분석은 한번도 이루어지지 못해 왔다.

건강보험제도하에서 한방의료기관 외래 이용시 환자가 지불하는 본인부담금은 양방과 마찬가지로 15,000원 이하의 소액에 대해서는 3,000원 정액제를 실시하고, 이를 초과하는 진료비에 대해서는 진료비의 30% 정률제를 채택하고 있다. 그러나 이러한 본인부담금 기준의 설정 근거가 모호한 측면이 있고, 의과나 치과의 외래 진료비 본인부담금 수준과 비교해 볼 때 과연 적절한 것인가에 대한 의문이 제기되고 있다. 또한 한방의료의 상대가치에 대해 그동안 정

부차원에서 한번도 체계적인 검토가 없었음에도 불구하고, 의과 및 치과의 진찰 등 주요 의료행위에 대한 상대가치와 동일하게 적용받고 있다는 점도 문제점으로 지적되고 있다.

한방의료서비스에 대한 건강보험 본인부담금 구조는 의약분업이 되어 있는 의과, 치과와 달리 의약분업이 되어 있지 않음에도 동일한 구조로 획일적으로 적용되고 있어, 상대적 불균형 상태가 심화되고 있으며 첩약을 비롯한 비급여의 비중이 높은 데도 불구하고 이에 대한 본격적인 연구가 제대로 수행되고 있지 않는 실정에 있다. 이런 점에서 한방의료기관의 본인부담금 수준에 대한 체계적인 연구가 필요하다.

현재 한방진료비가 건강보험진료비에서 차지하는 비율은 전체 건강보험진료비의 5.1% (약국 제외시)로 상대적으로 낮지만, 이후 한방의료의 발전과 건강보험급여확대, 국민의 한방의료에 대한 접근성 보장을 강화하고자 하는 정책방향을 고려할 때, 그 근간이 되는 한방의료에 대한 환자본인부담수준의 적정성과 본인부담제 기준에 대한 합리적인 방안을 찾는 것은 매우 중요한 의미를 가질 것으로 사료된다. 따라서 본고에서는 한방진료비에서 차지하는 환자본인부담금의 규모와 구조를 계량적으로 실증분석함으로써 건강보험체계 내에서 본인부담금제도의 개선방안을 제시하고자 한다.

II. 연구방법과 기존연구검토

1. 연구방법과 통계자료

본 연구는 기본적으로 우리나라 건강보험제도에서 한방진료비와 의과진료비에 대한 외래 부문 본인부담금제도의 역사적 변천과정을 제도적으로 비교하여 분석하였고, 일반 현황과

현행 건강보험제도 내에서의 본인부담금 구조에 대해서는 실태조사를 통해 본인부담금의 수준을 비교분석하여 차이가 발생하는 원인을 밝혀내는 접근법을 사용하였다. 기본적으로 한의원과 의과위원의 외래진료비에 대한 본인부담금의 수준과 구조, 금액별 빈도수 분포를 비교하는 분석법을 사용하였다.

우리나라 건강보험 외래진료비 본인부담금 제도의 역사적 변천과정은 기존문헌 및 관련 법령 자료를 참고하였으며, 실제 건강보험 외래 진료비 및 본인부담금의 분포 형태에 관한 실증분석에서는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에서 제공하는 2004년도 건강보험 진료비 청구자료를 표본자료로 이용하였다. 분석에 사용된 통계자료의 표본은 2004년 기준 건강보험 진료비를 EDI 형태로 청구한 전국의 모든 한의원과 의과위원이다.

2. 기존연구

한방의료의 본인부담제도에 대해 관련 연구는 일부 축적되어 있는데, 비교적 최근의 연구로서 종합적인 것은 이진경(2002)의 건강보험 본인부담 변화에 대한 조사와 국민건강보험공단의 본인부담 진료비 실태조사(2004)이다. 이 중 국민건강보험공단의 실태조사보고서(2004)는 조사규모와 상세분류에서 현재로서는 가장 신뢰성있는 조사자료이다. 동 연구에서는 2000~2005년 기간동안 전국의 종합전문병원, 종합병원, 병원, 의원, 치과병의원, 한방병원의원의 진료비 본인부담 실태를 조사, 분석하였다. 동 연구의 결과에 의하면 한방병원의 본인부담률은 2004년 현재 평균 79.4%로 나타났는데, 입원의 경우 68.6%, 외래의 경우 85.8%로 조사되어 상대적으로 매우 높은 것으로 나타났다. 한의원의 외래 본인부담률은 평균 33.6%로서 의과위원의 32.5%와 비슷한 수준으로 나타났다. 한편, 양한방 진찰행위의 상대가치를 실증분석을

통해 비교하여, 외래 진찰료의 수준을 비교평가한 연구로서는 김진현(2004)의 연구가 있으며, 동 연구에서는 양한방의 진찰시간을 실측하여 비교분석함으로써, 현행 진찰료의 상대가치 구조가 적절한지를 평가하였다. 또한, 소득계층간 본인부담률을 조사한 연구(김학주, 2004)에 의하면 한방의료의 본인부담률은 모든 소득계층에서 의과보다 높은 것으로 나타나, 한방의료 이용에서 불형평성이 심각함을 나타내고 있다.

이처럼 한방의료의 본인부담금제도에 대한 연구는 그 필요성에도 불구하고, 기존 연구가 매우 부족한 실정이고, 특히 한방의료기관의 외래 본인부담금을 의과 및 치과와 비교평가한 연구는 수행된 적이 거의 없는 실정이다.

III. 비교분석

1. 건강보험 본인부담제도의 변천과정

건강보험이 처음 도입된 1977년의 본인부담 제도는 진료비의 일정 비율을 본인이 부담하는 정률제로 시작하였으나, 건강보험 가입 대상자가 점차 확대되어 건강보험 재정 규모가 증가하고 건강보험 급여비 지출 규모가 늘어나면서 1986년부터 정액제(定額制)의 본인부담 제도가 추가로 도입되어, 정률과 정액의 혼합 형태로 운영되었다. 정액제 도입 이후 정액과 정률의 혼합방식이 정착되면서 본인부담금제도는 여러 차례 개정을 거듭하였으며, 2000년 의약분업의 도입을 계기로 환자가 의료기관과 약국을 이증으로 방문함으로써 본인부담금이 과중하게 상승될 것을 우려하여 2000년 7월과 2001년 1월 두 차례에 걸쳐 본인부담률을 경감하기도 하였다. 그러나 건강보험 재정수지의 급격한 악화로 2001년 7월 본인부담률을 다시 소폭 인상하였고, 2002년 1월 병원급의 본인부

담률을 낮추는 등 건강보험 본인부담제도는 의료 환경에 따라 지속적으로 변경되어 왔다.

한편, 입원진료의 본인부담금제도는 1977년 의료보험 도입 당시 요양기관종별 구분 없이 피보험자와 피부양자는 진료비의 40%를 본인이 부담하도록 하는 정률제 방식으로 시작되었고, 1979년 이후에는 자격구분에 의한 차이를 없애고 모든 요양기관 종별에서 건강보험 진료비의 20%를 본인이 부담하게 되었다.

외래진료의 본인부담금제도는 건강보험제도 도입 당시에는 요양기관 종별에 관계없이 진료비의 30%를 본인이 지불하는 정률 본인부담제가 적용되었으나, 1983년과 1984년에 건강보험재정이 어려움을 겪으면서 1986년 초부터 본인부담률 인상의 효과를 가져올 수 있는 본인부담 정액제가 일정금액 이하의 외래진료비에 대해 적용되었다.

1) 의원급 외래 본인부담제도의 변천

의과진료의 경우 10,000원 이하에 대해서는 초진 2,000원, 재진 1,500원을 부담하고 10,000원을 초과하는 진료비에 대해서는 총진대로 진료비의 30%를 본인이 부담하는 제도로 변경되었다.

정액구간의 상한(최대금액)은 1995년까지 10,000원으로 유지되었으나 정액구간 내의 정액 본인부담금은 꾸준히 인상되어 1995년에는 3,000원에 이르게 되었고, 1997년 9월부터는 정액구간 상한이 12,000원으로 인상되고 2000년에 의약분업이 실시되면서 환자부담을 증가시키지 않는다는 원칙 하에 정액구간 내의 정액본인부담금이 의원과 약국으로 분할되어 적용되었다. 2000년과 2001년에 걸친 건강보험수가 인상으로 외래 진료비가 급격히 증가하면서 2001년 이후에는 정액구간 상한이 15,000원으로 확대되어 현재에 이르고 있다(표 1).

건강보험 한방의료의 본인부담금은 현재에

이르기까지 여전히 3,000원으로 유지되고 있으며, 이러한 구조는 의과와 비교할 때 동일하지만 치과와 비교하면 적지 않은 차이가 난다. 즉, 치과의 경우에는 정액구간 상한이 17,000원이며 정액구간내 본인부담금은 3,500원으로 설정되어 있다. 또 의약분업 대상인 의과와 치과의 경우에 처방전에 의한 투약시 약국의 본인부담금 구조는 정액구간 상한(10,000원) 내에서 1,500원의 본인부담금을 부과하고 있다(건강보험심사평가원, 2006).

2) 병원급 외래 본인부담제도의 변천

병원급 의료기관의 입원진료비에 대한 본인부담금은 건강보험제도 도입 당시에는 의원급과 같은 수준인 진료비 총액의 30% 정률 본인부담제였으나 1980년에 진료비의 50%로 상향조정되었고, 1986년부터는 종합병원과 병원이 다른 부담률을 가지게 되었다. 또한 1994년부터는 군지역의 병원급 이상 요양기관에 의원과 유사한 형태의 정액 본인부담제가 적용되었다. 그러다가 2004년 종합전문요양기관은 진찰료와 진찰료를 제외한 진료비의 50%, 종합병원은 총진료비의 50%, 병원은 총진료비의 40% 본인부담률을 적용하고 있다(표 2).

2. 한방의료의 건강보험 수가체계

1) 건강보험의 수가체계

현재 우리나라 건강보험의 요양급여비용은 크게 '건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수'에 대한 부분과 이 상대가치점수의 '점수당 단가(환산지수)'에 대한 부분으로 구성되어 있으며, 건강보험 요양급여비용 중 '건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수'는 「행위 및 그 상대가치점수」와 「질병군 및 그 상대가치점수」에 대한 부분으로 나뉘어져 적용되고 있

표 1. 의원급 외래 본인부담제도의 변천

시행시기	종별	정액구간 상한 (원)	본인부담금 (원)	비고
1977.7	전 체		피보험자 : 진료비의40% 피부양자 : 진료비의50%	
1979.7	전 체		진료비의 30%	
1986.1	의원	10,000	초진 2,000, 재진 1,500	
	한의원	10,000	초진 2,200, 재진 1,700	
	치과의원	10,000	초진 2,500, 재진:2,000	
1990.1	의원·한의원	10,000	2,000	초·재진 구분 폐지
	치과의원	10,000	2,500	
1990.12	의원·한의원	10,000	2,500	
	치과의원	10,000	2,800	
1991.7	의원·한의원	10,000	2,500	
	치과의원	10,000	3,000	
1992.5	의원·한의원	10,000	2,600	
	치과의원	10,000	3,100	
1993.3	의원·한의원	10,000	2,700	
	치과의원	12,000	3,200	
1994.8	의원·한의원	10,000(7,000)	2,800(2,000)	
	치과의원	12,000(9,000)	3,300(2,500)	
1995.4	의원·한의원	10,000(7,000)	2,900(2,100)	
	치과의원	12,000(9,000)	3,400(2,600)	
1995.12	의원·한의원	10,000(7,000)	3,000(2,200)	70세 이상 2,000(1,200)
	치과의원	12,000(9,000)	3,500(2,700)	
1997.9	의원·한의원	12,000(9,000)	3,200(2,300)	70세 이상 2,100(1,200)
	치과의원	14,000(11,000)	3,700(2,800)	
2000.7	의원·한의원	12,000	3,200(2,200)	65세 이상 2,100(1,200) 약국: 8,000원 이하 1,000원
	치과의원	14,000	3,700(2,700)	
2001.1	의원·한의원	15,000	2,200	65세 이상 2,100(1,200) 약국: 10,000원 이하 1,000원
	치과의원	17,000	2,700	
2001.7	의원·한의원	15,000	3,000	65세 이상 1,200 약국: 10,000원 이하 1,500원
	치과의원	17,000	3,500	

주: 1) ()안은 처방전 발행시

2) 정액진료비 상한구간 이상의 경우 본인부담금은 진료비의 30%(4,500원)

표 2. 병원급 요양기관의 외래본인부담률의 변천

시행시기	요양기관종별	본인부담	
1977. 7	전 체	피보험자 : 진료비의 40% 피부양자 : 진료비의 50%	
1979. 7	전 체	진료비의 30%	
1980. 5	종합병원·병원	진료비의 50%	
1986. 1	종합병원 병원	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 55%	
		진찰료 + 진찰료제의 진료비의 50%	
1994. 8	종합병원 병원	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 55%	
		진찰료 + 진찰료제의 진료비의 40%	
2001. 7	종합전문요양기관 종합병원 병원	총진료비 25,000원 이하	총진료비 25,000원 초과
		진료비의 65%	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 45%
		진료비의 60%	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 45%
		진료비의 40%	진료비의 40%
			진료비의 40%
2002. 1	종합전문요양기관 종합병원 병원	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 55%	
		진료비의 50%	
		진료비의 40%	
2003.12	종합전문요양기관 종합병원 병원	진찰료 + 진찰료제의 진료비의 50%	
		진료비의 50%	
	병원	진료비의 40%	

* 2001. 7 이전에는 종합병원에 종합전문요양기관(3차 진료기관) 포함.

다. 즉, 우리나라의 건강보험은 진료행위별 수가 및 질병군별 수가를 산정함에 있어 '진료행위의 상대적인 가치'를 나타내는 부분과 '보상의 절대적인 수준'을 의미하는 부분을 별도로 운영하고 있으며, 진료행위 혹은 질병군의 실제 보상금액은 각 진료행위의 상대가치 점수에 당해 계약된 환산지수를 곱하여 정해지게 된다. 이 때, 진료행위 및 진단군의 상대가치는 실제 보상수준과 직접적으로 관계가 없으므로, 주로 의료계 등 행위주체의 전문적 의견을 최대한 반영하여 정해지게 된다.

한편, 한방의료행위의 경우 아직 질병군별 보상이 행해지지 않고 있으며, 따라서 '건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수'에 관한 사항 중 한방의료행위에 관한 부분은 「행위

및 그 상대가치점수」 중 제1부 일반원칙, 제2부의 제1장 기본진료료, 제4장 투약 및 조제료, 제13장 한방검사료, 제14장 한방시술 및 처치료 등에 국한된다(표 3). 다음의 <표 3>에 제시된 바와 같이, 한방의료행위의 수가항목은 상당부분 양방의료행위의 수가 항목 분류에 맞춰 분류되어 있으며, 기본진료료, 투약 및 조제료, 한방처치료 중 총판도수법과 첩대총판도수법을 제외한 나머지 처치료는 양방의료행위의 수가수준과 동일하게 설정되어 있다.

2) 요양기관종별 가산율

현행 건강보험제도는 동일 진료행위에 대해 시행하는 기관, 대상, 진료시각(time) 등에 따라

표 3. 건강보험 적용 한방의료행위와 상대가치점수

한의표준의료행위분류		건강보험 수가항목		상대가치점수
대분류	세분류	대분류	행위명칭	
진찰 및 관리	진찰	기본진료료	초진진찰료	151.62
			재진진찰료	95.67
			한방병원 입원료	408.68
			한의원 입원료	354.79
			협의원진찰료	66.79
	변증	한방시술료	변증기술료	18.05
	(본초)방제	투약및조제료	내복약처방, 조제료	2.71~137.73
검사	검사	한방검사료	양도락검사	44.95
			맥전도검사	67.51
			경락기능검사	157.40
침구시술	일반침	한방시술료	경혈침술(1부위)	36.10
			경혈침술(2부위이상)	54.15
	특수침술	한방시술료	안와내 침술	36.46
			비강내 침술	36.46
			복강내 침술	56.14
			관절강내 침술	56.14
			척추간 침술	26.71
		투자법 침술	56.14	
		분구침술	69.68	
침전기 자극술	한방시술료	전자 침술	23.29	
		레이저 침술	67.43	
		침전기자극술	18.05	
구술	한방시술료	구술(직접구)	13.90	
		구술(간접구)	19.31	
재활 및 처치	부항술	한방시술료	부항술(건식부항)	12.45
			부항술(습식부항)(1부위)	21.30
			부항술(습식부항)(2부위이상)	31.95
	처치 및 마취	한방처치료	관장(약물 또는 기타관장)	51.26
			관장(수기관장)	93.50
			체위변경처치(1일당)	91.90
			총관도수법	64.72
			첩대총관도수법	144.91
			일반처치-단순처치	41.16
			일반처치-염증성처치	143.02
산소호흡(1일당)	79.06			
비위관삽입술	174.28			
비강내영양(1일당)	99.15			
기타 (양방과 동일)	한방처치료	회음부 간호(1일당)	60.30	
		침상목욕 간호(1일당)	181.95	
		통목욕 간호(1일당)	118.43	

자료: 건강보험심사평가원, 건강보험요양급여비용, 2006.

다양한 종류의 가산율을 적용하여 건강보험수가를 차등화하고 있다. 현재 적용되고 있는 가산율은 요양기관 종별 가산율이 대표적이며, 야간 및 공휴일 가산, 신생아 및 소아 가산 등이 적용되는데, 요양기관 종별 가산율은 진찰료와 입원료 등의 기본진료료에는 적용되지 않는다. 감산율은 1일 평균 진찰 및 조제횟수에 따라 진찰료가 차등지급되는 차등수가제에 대해 적용된다.¹⁾ 즉, 현행 우리나라의 건강보험은 약국, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 정신보건법에 의한 정신요양병원, 사업장부속 요양기관 등을 제외한 모든 의료기관에 대해 의원 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 종합전문요양기관 30%의 네 가지 종별 가산율을 적용하고 있으며, 이 중 한방부문에서는 허가병상수가 30병상 이상이고 한방 6개과가 설치되어 있는 한의과대학 부속 한방병원 및 국립병원 한방진료부 25%, 일반 한방병원 20%, 한의원 15% 등 세 가지의 종별 가산율이 적용되고 있다.

한편, 현행 수가체계 하에서의 요양기관 종별 차등가산율은 그 적용 근거나 가산율 수준에 대한 합리성이 결여되어 있고 투자규모나 교육, 연구비용에 대한 보상이 미흡하다는 지적이 있으며, 설정된 의료기관의 기능에 부합하는 적절한 투자규모에 대하여 적절한 보상이 필요하고 또한 투자규모에 대한 보상을 현재의 방식처럼 의료행위수가 전체에 대한 일정 가산율로서 일괄 적용할 것인지, 아니면 의료행위 중 기술적인 부분을 제외한 물적인 요소에 대해서만 부가할 것인지에 대한 문제도 고려해야 한다. 이러한 지적은 특히 한방 의료기관의 경우, 양방의료기관의 원가구조나 경영수지분석결과에 기초하여 종별 가산율이 일률적으로 정해졌기 때문에 더욱 문제가 될 수 있으며, 따라서 한방의료기관에 대한 별도의 원가분석 및 경영수지분석 등을 통해 현행 한방의료기관의 종별 가산율이 적절한지를 평가

할 필요가 있다.

3) 외래 본인부담강화의 논리 검토

선진국의 의료전달체계는 외래는 일차진료, 입원은 병원 중심으로 정착되어 왔으나, 우리나라는 병원이 입원과 외래를 병행하고 의원은 외래 중심이면서 입원 기능을 병행하고 있는 차이점이 있으며, 특히 전문의 중심의 인력구조로 인해 의원급에서도 전문의 서비스가 중심을 이루고 있는 것이 특징이다. 만약 병원과 의원의 기능분화가 바람직하다면, 병원 외래 이용에 대한 적절한 수준의 이용통제 유인으로써 본인부담을 강화하는 방안을 검토할 수 있으며, 또한 전문의 서비스를 제공하는 의원에 대해서 본인부담을 강화하는 것이 타당할 것이다. 다만, 의원을 외래 중심으로 유도하기 위해서는 의원 외래에 대한 본인부담은 낮은 수준으로 유지하면서 동시에 병원 외래에 대해서는 높은 수준의 본인부담금을 유지하는 것이 하나의 방법일 수 있다. 한방의료과 관련하여 무엇보다 결정적인 차이점은 선진국에서는 우리나라의 한방의료와 제공되지 않고 있으며, 이 때문에 선진국의 사례를 참고 자료로서 활용하는데 한계를 가질 수밖에 없다는 것이다.

3. 한방의료의 건강보험 본인부담 규모와 구조

1) 한의원

(1) 외래진료비 금액구간별 이용 현황

건강보험 진료비 EDI 청구자료에 근거하여 한의원 외래에 대해 1,000원 단위의 금액구간별로 청구건수, 요양일수, 내원일수 현황을 살펴보면 <표 4>에 제시된 바와 같다. 2004년 기준으로 한방의료의 총 청구건수는 30,359건, 내원일수는 64,194일을 추계되어 건당 내원일수

표 4. 한의원 외래의 진료비 구간별 청구건수 및 내원일수 현황

금액구간	청구건수	요양일수	내원일수		
			일수	(%)	(누적%)
계	30,358,514	69,994,804	64,194,236	(100.00)	-
0 ~ 5,000	25,946	65,412	60,142	(0.09)	(0.09)
5,001 ~ 6,000	27,241	95,017	92,225	(0.14)	(0.23)
6,001 ~ 7,000	40,045	148,224	145,998	(0.21)	(0.44)
7,001 ~ 8,000	101,003	367,032	349,445	(0.52)	(0.97)
8,001 ~ 9,000	523,682	1,696,650	1,647,817	(2.42)	(3.39)
9,001 ~ 10,000	516,003	2,204,792	2,106,035	(3.15)	(6.54)
10,001 ~ 11,000	797,153	2,748,942	2,584,604	(3.93)	(10.47)
11,001 ~ 12,000	1,243,167	4,297,236	4,040,804	(6.14)	(16.61)
12,001 ~ 13,000	3,605,162	11,354,676	11,032,631	(16.22)	(32.83)
13,001 ~ 14,000	4,785,403	15,239,974	14,837,126	(21.77)	(54.60)
14,001 ~ 15,000	5,291,069	12,743,404	12,303,669	(18.21)	(72.81)
15,001 ~ 16,000	2,435,473	3,061,850	2,790,135	(4.37)	(77.18)
16,001 ~ 17,000	1,604,610	2,534,043	2,018,089	(3.62)	(80.80)
17,001 ~ 18,000	3,744,279	4,596,165	4,071,988	(6.57)	(87.37)
18,001 ~ 19,000	2,552,374	3,272,004	2,768,917	(4.67)	(92.04)
19,001 ~ 20,000	1,219,310	1,778,286	1,341,610	(2.54)	(94.58)
20,001 ~ 21,000	564,201	1,015,481	634,152	(1.45)	(96.03)
21,001 ~ 22,000	343,305	715,593	380,450	(1.02)	(97.06)
22,001 ~ 23,000	246,942	520,222	267,492	(0.74)	(97.80)
23,001 ~ 24,000	167,133	366,668	177,647	(0.52)	(98.32)
24,001 ~ 25,000	100,427	237,539	106,513	(0.34)	(98.66)
25,001 ~ 26,000	54,856	150,772	58,502	(0.22)	(98.88)
26,001 ~ 27,000	62,940	125,669	65,463	(0.18)	(99.06)
27,001 ~ 28,000	102,212	148,361	103,763	(0.21)	(99.27)
28,001 ~ 29,000	89,044	133,560	90,227	(0.19)	(99.46)
29,001 ~ 30,000	54,645	91,540	55,401	(0.13)	(99.59)
30,001 ~ 31,000	19,007	44,980	19,516	(0.06)	(99.66)
31,001 ~ 32,000	14,451	37,238	14,797	(0.05)	(99.71)
32,001 ~ 33,000	8,336	33,381	8,625	(0.05)	(99.76)
33,001 ~ 34,000	5,934	26,295	6,177	(0.04)	(99.79)
34,001 ~ 35,000	4,011	20,370	4,232	(0.03)	(99.82)
35,001 ~ 36,000	1,821	13,423	1,971	(0.02)	(99.84)
36,001 ~ 37,000	1,374	12,073	1,487	(0.02)	(99.86)
37,001 ~ 38,000	838	8,602	933	(0.01)	(99.87)
38,001 ~ 39,000	770	9,697	849	(0.01)	(99.89)
39,001 ~ 40,000	558	6,780	611	(0.01)	(99.90)
40,001 ~ 41,000	485	6,548	541	(0.01)	(99.91)
41,001 ~ 42,000	335	5,142	392	(0.01)	(99.91)
42,001 ~ 43,000	329	5,228	370	(0.01)	(99.92)
43,001 ~ 44,000	256	3,809	286	(0.01)	(99.93)
44,001 ~ 45,000	258	4,152	285	(0.01)	(99.93)
45,001 ~ 46,000	182	3,096	214	(0.00)	(99.94)
46,001 ~ 47,000	203	3,434	230	(0.00)	(99.94)
47,001 ~ 48,000	150	2,797	160	(0.00)	(99.94)
48,001 ~ 49,000	170	2,921	181	(0.00)	(99.95)
49,001 ~ 50,000	165	3,185	183	(0.00)	(99.95)
50,001 이상	1,256	32,541	1,351	(0.05)	(100.00)

자료: 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

는 평균 2일로 나타났다. 요양급여비용을 금액구간별로 나누어 분석한 결과 총액구간 중 가장 높은 내원일수 비율을 나타낸 구간은 13,001원~14,000원으로 총내원일수의 21.77%(14,837천일)를 점유하고 있으며, 이 때 누적비율은 54.60%로 나타났다.

한편, 현행 정액제 외래 본인부담의 적용을 받는 15,000원 이하의 내원일수가 전체의 72.81%를 차지하고, 정률제 적용을 받는 15,000원 초과 내원일수는 27.19%를 차지하는 것으로 나타났으며, 내원일수에 있어 22,000원을 초과하는 구간은 1% 이하로 낮게 나타났으며, 전체에서 차지하는 비율은 3.97% 수준이었다.

10,000원 단위로 구분해보면 10,000원 이하는 6.54%, 10,000원 초과 20,000원 이하는 88.04%, 20,000원 초과 30,000원 이하는 5.01%, 30,000원 초과 40,000원 이하는 0.30%, 40,000원 초과 50,000원 이하는 0.06%, 50,000원 초과는 0.05%를 차지하였다.

한의원 외래 이용시 본인부담제의 정률/정액 본인부담금을 결정하게 되는 내원일수를 살펴보면, 대부분 그래프상에서 왼쪽으로 밀집하여 분포하고 있음을 확인할 수 있다(그림 1). 즉, 내원일수가 13,000원 초과~14,000원 이하 구간에 전체의 21.77%가 집중해 있는 것으로 나타났다.

그리고, 정액본인부담이 적용되는 14,000원 초과 15,000원 이하의 구간에 두 번째로 높은 18.21%를 기록한 후, 15,000원을 초과한 정률 본인부담 적용구간에서 내원일수가 급격히 감소하였다가 17,000원 초과 18,000원 이하의 구간에 이르러 6.57% 수준으로 다시 상승하는 양상을 보이고 있다. 15,000 초과 구간에서 내원일수가 급격히 줄어든 형태를 보이는 이유는 실제 진료 현장에서 진료비가 15,000원을 초과하더라도 환자와의 관계를 고려하여 본인부담금을 3,000원 수준으로 유지하기 위해 의도적으로 진료비 수준을 15000원 이하로 조정

하는 사례가 빈번하기 때문이다. 전체 내원일수 중 15,000원 이하 정액본인부담 적용 구간에는 72.81%가, 18,000원 이하는 87.37%가 속하고 있으며, 20,000원을 초과한 금액 구간들은 모두 1% 이하의 저조한 비율을 나타내고 있다.

(2) 진료비 구간별 비용 현황

한의원의 진료비 구간별 비용 현황에서는 전체 한의원 외래의 진료비 총액이 9,011억원이며, 이중 급여비가 6,895억원으로 보험자 부담비율은 76.51% 수준을 나타내었다. 정률제가 적용되는 15,000원 초과 구간의 경우 동일한 보험자 부담비율이 적용되므로, 본 자료에서도 70% 수준으로 동일하게 나타났다. 한편, 정액제가 적용되는 15,000원 이하의 금액구간은 해당 금액구간에 따라 44.74% 수준부터 81.52%로 점차 증가하고 있으며, 평균적으로는 79.30% 수준의 보험자 부담비율을 나타내고 있었다. 15,000원 이하의 정액부담금 적용구간에 속하는 진료비는 전체의 69.96% 수준을 차지하고 있으며, 15,000원을 초과하여 정률 본인부담금의 적용을 받는 경우는 30.04% 수준이었고, 가장 높은 진료비를 나타낸 금액구간은 앞의 내원일수에 대한 분석결과와 같이 13,000원 초과 14,000원 이하 구간이며, 전체 진료비의 22.40%를 차지하고 있다(표 5). <그림 2>에서 나타나는 바와 같이, 금액구간별 진료비의 분포는 내원일당 진료비가 상대적으로 낮은 그래프상의 왼쪽 구간으로 치우쳐 있다는 것을 알 수 있다.

<그림 2>에서 보는 바와 같이 그래프상의 최고점을 기록하는 것은 13,000원 초과 14,000원 이하의 금액구간으로 전체 진료비의 22.40%가 밀집해 있었다. 정액본인부담이 적용되는 14,000원 초과 15,000원 이하의 구간에 두 번째로 높은 19.64%를 기록한 후, 15,000원을 초과한 정률 본인부담 적용 구간에서 급격히 감소하고 17,000원 초과 18,000원 이하의 구간에 이르러서 다시 7.83%로 상승하는 곡선을 나타내고 있다.

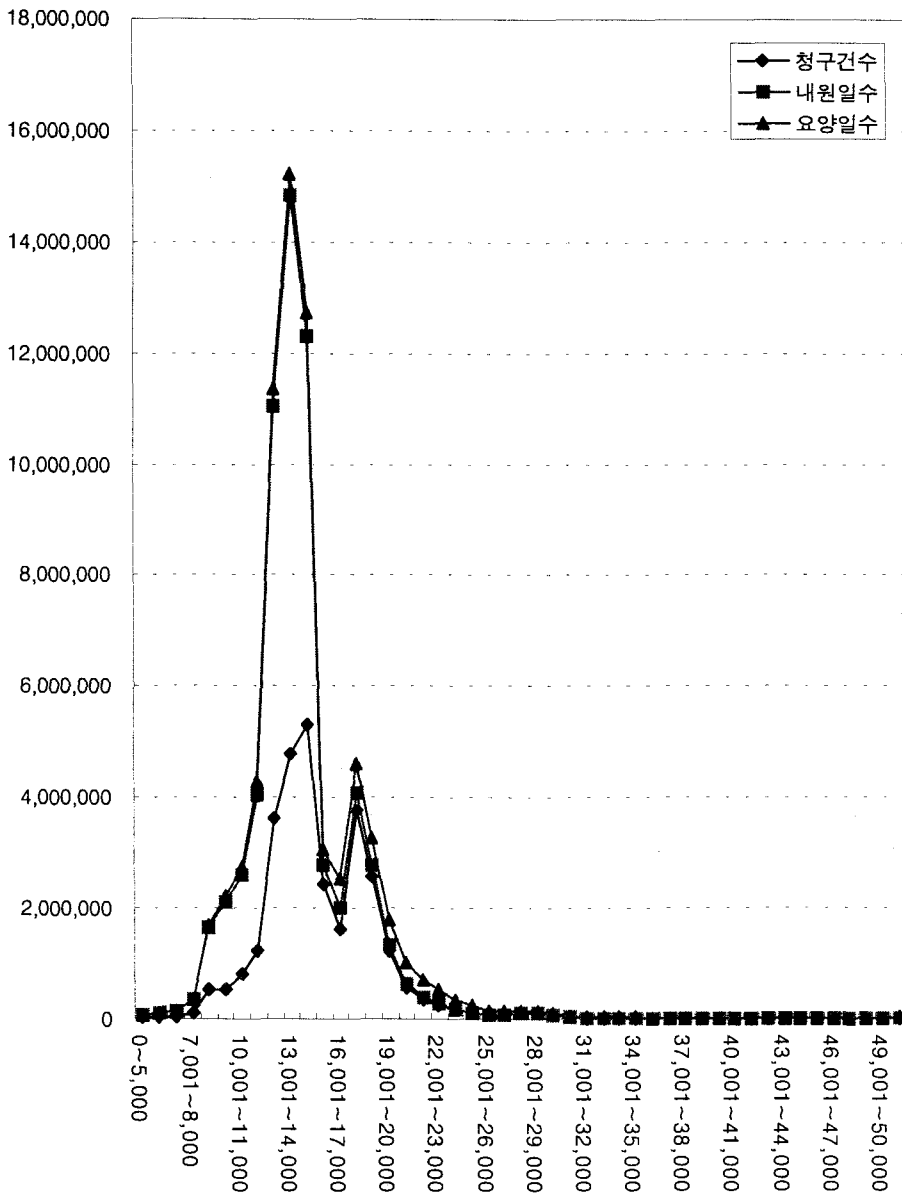


그림 1. 한의원 외래의 진료비 구간별 청구건수 및 내원일수 분포

이러한 형태를 보이는 이유는 앞에서 이미 언급한 바와 같이 진료 현장에서 진료비가 15,000원을 초과할 경우, 본인부담금이 왜 증가하는가에 대해 환자에게 일일이 설명해야 하는 번거로움과 불편함으로 인해 한방의료기관

에서 의도적으로 진료비 수준을 15,000원 이하로 조정하는 사례가 많기 때문이다. 결과적으로 15,000원 이하의 정액 본인부담 적용구간에 전체 진료비 중 69.96%가 분포하고 있으며, 18,000원 이하에는 전체 진료비의 86.30%가 분

표 5. 한의원 외래의 금액구간별 진료비 및 급여비 현황

외래진료비 금액구간	진료비			급여비	
	금액	(%)	(누적%)	금액	(급여율 %)
계	901,121,471	(100.00)		689,450,544	(76.51)
0~ 5,000	60,850	(0.01)	(0.01)	27,227	(44.74)
5,001 ~ 6,000	508,344	(0.06)	(0.06)	258,540	(50.86)
6,001 ~ 7,000	958,508	(0.11)	(0.17)	561,902	(58.62)
7,001 ~ 8,000	2,670,143	(0.30)	(0.47)	1,750,022	(65.54)
8,001 ~ 9,000	14,478,869	(1.61)	(2.07)	10,161,645	(70.18)
9,001 ~10,000	20,073,655	(2.23)	(4.30)	14,342,887	(71.45)
10,001 ~11,000	27,183,029	(3.02)	(7.32)	20,182,319	(74.25)
11,001 ~12,000	46,548,890	(5.17)	(12.48)	35,714,605	(76.72)
12,001 ~13,000	139,084,234	(15.43)	(27.92)	109,793,601	(78.94)
13,001 ~14,000	201,890,588	(22.40)	(50.32)	162,839,153	(80.66)
14,001 ~15,000	176,963,382	(19.64)	(69.96)	144,267,507	(81.52)
15,001 ~16,000	43,395,307	(4.82)	(74.78)	30,384,363	(70.02)
16,001 ~17,000	33,307,936	(3.70)	(78.47)	23,321,955	(70.02)
17,001 ~18,000	70,582,924	(7.83)	(86.30)	49,429,011	(70.03)
18,001 ~19,000	51,024,351	(5.66)	(91.97)	35,727,492	(70.02)
19,001 ~20,000	26,064,984	(2.89)	(94.86)	18,250,017	(70.02)
20,001 ~21,000	12,967,744	(1.44)	(96.30)	9,079,771	(70.02)
21,001 ~22,000	8,160,913	(0.91)	(97.20)	5,714,101	(70.02)
22,001 ~23,000	6,015,618	(0.67)	(97.87)	4,212,107	(70.02)
23,001 ~24,000	4,176,729	(0.46)	(98.33)	2,924,629	(70.02)
24,001 ~25,000	2,608,002	(0.29)	(98.62)	1,826,056	(70.02)
25,001 ~26,000	1,489,861	(0.17)	(98.79)	1,043,165	(70.02)
26,001 ~27,000	1,728,759	(0.19)	(98.98)	1,210,356	(70.01)
27,001 ~28,000	2,844,634	(0.32)	(99.30)	1,991,832	(70.02)
28,001 ~29,000	2,575,807	(0.29)	(99.58)	1,803,518	(70.02)
29,001 ~30,000	1,639,428	(0.18)	(99.76)	1,147,803	(70.01)
30,001 ~31,000	595,332	(0.07)	(99.83)	416,819	(70.01)
31,001 ~32,000	466,004	(0.05)	(99.88)	326,259	(70.01)
32,001 ~33,000	280,336	(0.03)	(99.91)	196,278	(70.02)
33,001 ~34,000	206,831	(0.02)	(99.94)	144,805	(70.01)
34,001 ~35,000	145,689	(0.02)	(99.95)	102,001	(70.01)
35,001 ~36,000	69,919	(0.01)	(99.96)	48,955	(70.02)
36,001 ~37,000	54,239	(0.01)	(99.97)	37,974	(70.01)
37,001 ~38,000	34,982	(0.00)	(99.97)	24,491	(70.01)
38,001 ~39,000	32,604	(0.00)	(99.97)	22,826	(70.01)
39,001 ~40,000	24,133	(0.00)	(99.98)	16,895	(70.01)
40,001 ~41,000	21,910	(0.00)	(99.98)	15,339	(70.01)
41,001 ~42,000	16,268	(0.00)	(99.98)	11,389	(70.01)
42,001 ~43,000	15,742	(0.00)	(99.98)	11,021	(70.01)
43,001 ~44,000	12,434	(0.00)	(99.98)	8,705	(70.01)
44,001 ~45,000	12,677	(0.00)	(99.99)	8,875	(70.01)
45,001 ~46,000	9,746	(0.00)	(99.99)	6,823	(70.01)
46,001 ~47,000	10,696	(0.00)	(99.99)	7,488	(70.01)
47,001 ~48,000	7,594	(0.00)	(99.99)	5,316	(70.00)
48,001 ~49,000	8,767	(0.00)	(99.99)	6,138	(70.01)
49,001 ~50,000	9,053	(0.00)	(99.99)	6,338	(70.01)
50,001 이상	86,025	(0.01)	(100.00)	60,223	(70.01)

자료 : 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

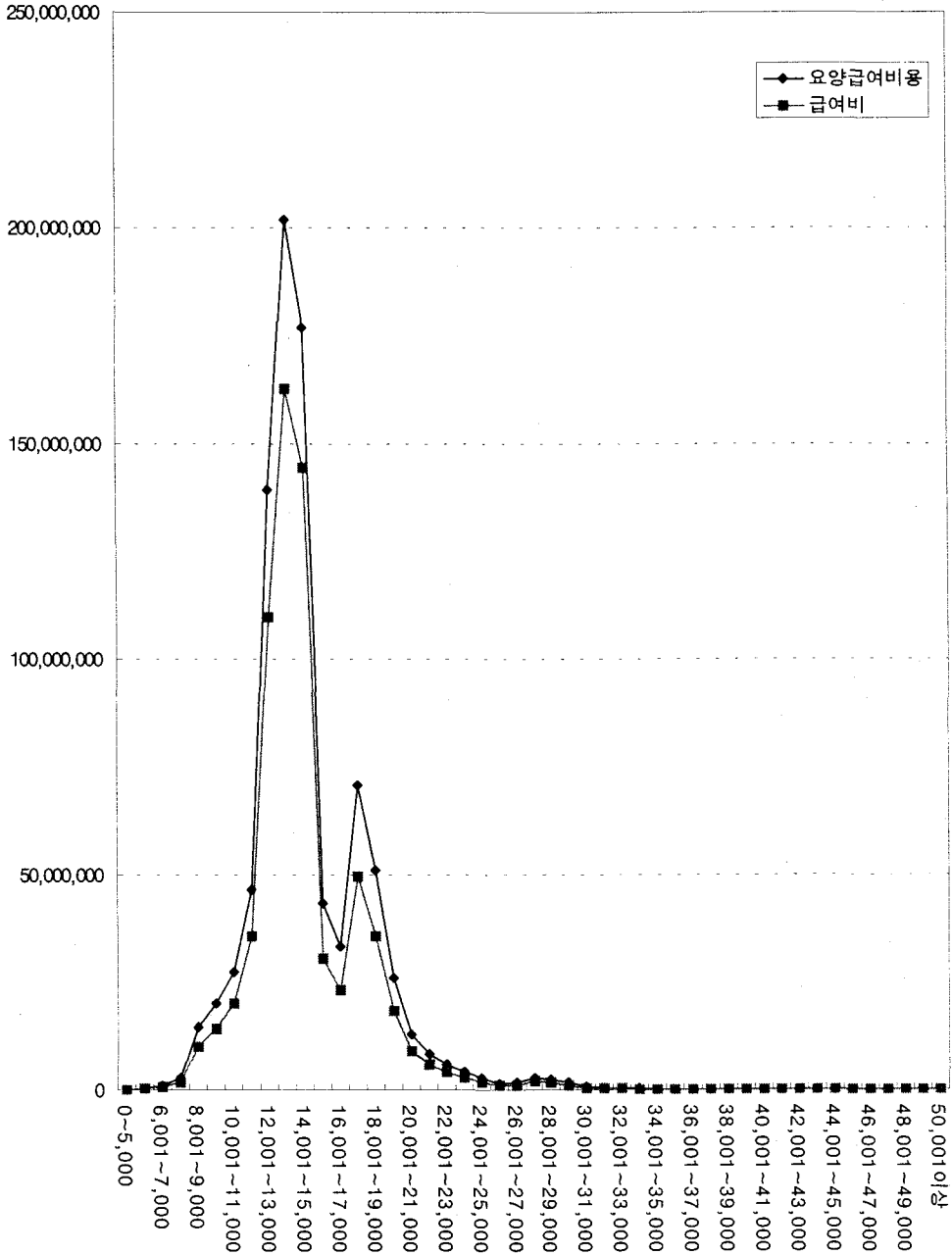


그림 2. 한의원 외래의 금액구간별 진료비 및 급여비 분포

포하고, 20,000원을 초과한 금액구간들은 모두 5% 이하의 낮은 비율을 유지하고 있다. 대체로 내원일수와 요양급여비용 등의 금액구간별

분포는 거의 유사한 양상을 나타냄을 알 수 있다(그림 2).

2) 의과의원

(1) 진료비 금액구간별 이용현황

의과의원 외래에 대한 진료실적 자료로부터 1,000원 단위의 내원일당 진료비 금액구간별로 발생한 청구건수, 요양일수, 내원일수 등의 현황은 <표 6>에 제시되어 있다. 총 청구건수는 246,376건이었으며, 내원일수는 428,259일로 건당 평균 1.7일을 내원한 것으로 나타났다. 한편, 내원일수에 있어 요양급여비용 총액구간 중 17.19%로 가장 높은 비율을 나타낸 구간은 8,000원 초과 9,000원 이하 구간(82,883천일)으로, 이 때 누적비율은 31.67%였다. 본인부담제에 있어 정액제 적용을 받는 15,000원 이하의 진료비 금액구간에 존재하는 내원일수가 전체의 77.82%를 차지하며, 내원일당 진료비가 15,000원을 초과하여 정률제의 적용을 받게 되는 금액구간의 내원일수는 전체의 22.18%를 차지하였다. 내원일수에 있어 15,000원을 초과하는 금액구간들은 1% 이하의 낮은 비율을 나타내고 있었다(50,000원 초과 2.62% 제외).

내원일당 진료비를 10,000원 단위로 구분하여 내원일수의 분포를 살펴보면, 10,000원 이하는 전체의 43.89%, 10,000원 초과 20,000원 이하는 39.88%, 20,000원 초과 30,000원 이하는 8.49%, 30,000원 초과 40,000원 이하는 3.47%, 40,000원 초과 50,000원 이하는 1.65%, 50,000원 초과는 2.62%를 차지하였다(표 6).

<그림 3>은 의원 외래 이용시 발생한 내원일당 진료비의 금액구간별 청구건수 및 내원일수 등의 분포 상황을 나타내고 있다. <그림 3>에서 볼 수 있는 바와 같이 내원일수가 가장 밀집해 있는 8,000원 초과 9,000원 이하의 금액구간에 전체 내원일수의 17.19%가 집중해 있으며, 이후 정률구간에 접근하면서 12.22%에서 1.73%까지 점차 감소하는 경향을 나타내고 있다. 이는 앞에서 언급한 바와 같이 의과 외래에서도 본인부담금 정액구간 상한 부근에서

정률의 적용을 피하고자 진료비를 의도적으로 정액구간 이하에 맞추려고 하기 때문이다, 그러나 상의원은 한의원에 비해 상대적으로 이러한 효과가 적게 나타나고 있다.

전체 내원일수 중 15,000원 이하 정액본인부담 적용구간에는 77.82%가 집중되어 있으며, 15,000원을 초과한 정률본인부담 적용구간은 22.18% 수준으로 모두 1% 이하의 저조한 비율을 나타내고 있다. 이에 따라, 내원일수는 대부분 그래프상에서 왼쪽으로 밀집하여 분포하고 있음을 알 수 있다(그림 3).

(2) 외래진료비 금액구간별 비용현황

의원 외래의 건강보험 진료비 총액은 2004년 기준으로 5조4,454억원이며, 이중 급여비가 3조 8,971억원으로 보험자 부담비율은 71.57% 수준을 나타냈다. 본인부담 정률제가 적용되는 15,000원 초과 구간의 경우 동일한 본인부담비율이 적용되므로, 본 분석 자료에서도 보험자 부담비율은 70% 수준으로 동일하게 나타났으나, 정액제가 적용되는 15,000원 이하의 금액구간은 해당 내원일당 진료비 금액구간에 따라 36.91% 수준부터 81.34%로 점차 증가하고 있으며, 평균적으로는 71.78% 수준의 보험자 부담비율을 나타내고 있다. 정액부담금 적용구간에 속하는 15,000원 이하의 진료비는 전체의 66.53%를 차지하고 있으며, 15,000원을 초과하여 정률본인부담금의 적용을 받는 경우는 33.47%로 나타났다(표 7).

앞의 내원일수 분석결과에서는 8,000원 초과 9,000원 이하 구간만이 가장 높은 비율을 나타내었으나, 요양급여비용에 대해서는 8,000원 초과 9,000원 이하 구간과 함께 10,000원 초과 11,000원 이하 구간도 13.04%로서 가장 높게 나타났으며, 양 금액구간은 전체 진료비의 26.08%를 차지하였다. 특히, 내원일당 외래 진료비가 50,000원 이상인 경우가 전체의 11.60%로 높게 나타나고 있다(표 7).

이러한 분포 특성으로부터 알 수 있는 한 가

표 6. 의원 외래의 금액구간별 청구건수 및 내원일수 현황

외래진료비 금액구간	청구건수	요양일수	내원일수		
			일수	(%)	(누적%)
계	246,376,414	485,016,081	428,259,310	(100.00)	
0 ~ 5,000	857,084	1,284,082	1,251,964	(0.26)	(0.26)
5,001 ~ 6,000	111,600	506,843	473,626	(0.10)	(0.37)
6,001 ~ 7,000	569,097	1,506,212	1,457,726	(0.31)	(0.68)
7,001 ~ 8,000	34,959,229	66,912,210	66,584,093	(13.80)	(14.48)
8,001 ~ 9,000	36,525,283	83,379,897	82,883,017	(17.19)	(31.67)
9,001 ~ 10,000	25,164,705	59,269,289	58,590,611	(12.22)	(43.89)
10,001 ~ 11,000	46,192,611	69,203,292	68,351,557	(14.27)	(58.16)
11,001 ~ 12,000	31,538,591	49,693,244	48,854,274	(10.25)	(68.40)
12,001 ~ 13,000	13,484,829	24,863,027	24,063,478	(5.13)	(73.53)
13,001 ~ 14,000	7,500,484	12,461,489	11,685,905	(2.57)	(76.10)
14,001 ~ 15,000	6,151,338	8,382,289	7,621,641	(1.73)	(77.82)
15,001 ~ 16,000	4,143,612	5,063,448	4,767,546	(1.04)	(78.87)
16,001 ~ 17,000	3,784,441	5,247,728	4,867,382	(1.08)	(79.95)
17,001 ~ 18,000	2,721,588	4,764,082	4,095,887	(0.98)	(80.93)
18,001 ~ 19,000	3,477,336	6,642,243	4,660,061	(1.37)	(82.30)
19,001 ~ 20,000	3,014,991	7,096,501	3,931,700	(1.46)	(83.77)
20,001 ~ 21,000	2,280,574	6,509,741	2,962,160	(1.34)	(85.11)
21,001 ~ 22,000	2,125,282	6,050,170	2,669,039	(1.25)	(86.36)
22,001 ~ 23,000	1,767,095	5,290,166	2,201,068	(1.09)	(87.45)
23,001 ~ 24,000	1,668,281	4,773,523	2,031,666	(0.98)	(88.43)
24,001 ~ 25,000	1,337,248	4,050,764	1,643,296	(0.84)	(89.27)
25,001 ~ 26,000	1,056,951	3,458,630	1,359,768	(0.71)	(89.98)
26,001 ~ 27,000	907,578	3,065,185	1,153,772	(0.63)	(90.61)
27,001 ~ 28,000	1,029,885	2,944,073	1,251,178	(0.61)	(91.22)
28,001 ~ 29,000	852,328	2,593,369	1,055,638	(0.53)	(91.75)
29,001 ~ 30,000	840,865	2,449,362	1,056,944	(0.51)	(92.26)
30,001 ~ 31,000	1,040,767	2,806,725	1,503,742	(0.58)	(92.84)
31,001 ~ 32,000	739,881	2,280,704	1,092,760	(0.47)	(93.31)
32,001 ~ 33,000	528,835	1,885,337	742,295	(0.39)	(93.69)
33,001 ~ 34,000	638,994	1,853,615	811,255	(0.38)	(94.08)
34,001 ~ 35,000	475,023	1,595,527	639,909	(0.33)	(94.41)
35,001 ~ 36,000	520,117	1,586,275	752,650	(0.33)	(94.73)
36,001 ~ 37,000	422,217	1,385,628	620,980	(0.29)	(95.02)
37,001 ~ 38,000	339,225	1,174,906	477,461	(0.24)	(95.26)
38,001 ~ 39,000	390,954	1,153,811	502,322	(0.24)	(95.50)
39,001 ~ 40,000	372,242	1,124,160	468,309	(0.23)	(95.73)
40,001 ~ 41,000	317,931	1,102,624	407,683	(0.23)	(95.96)
41,001 ~ 42,000	298,483	1,067,488	399,722	(0.22)	(96.18)
42,001 ~ 43,000	224,248	927,758	308,168	(0.19)	(96.37)
43,001 ~ 44,000	227,347	869,283	297,331	(0.18)	(96.55)
44,001 ~ 45,000	197,770	766,721	253,774	(0.16)	(96.71)
45,001 ~ 46,000	173,936	692,770	224,720	(0.14)	(96.85)
46,001 ~ 47,000	181,745	664,374	228,362	(0.14)	(96.99)
47,001 ~ 48,000	199,801	646,500	243,182	(0.13)	(97.12)
48,001 ~ 49,000	212,867	639,390	252,315	(0.13)	(97.25)
49,001 ~ 50,000	208,150	614,434	242,462	(0.13)	(97.38)
50,001 이상	4,602,975	12,717,192	6,264,911	(2.62)	(100.00)

자료 : 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

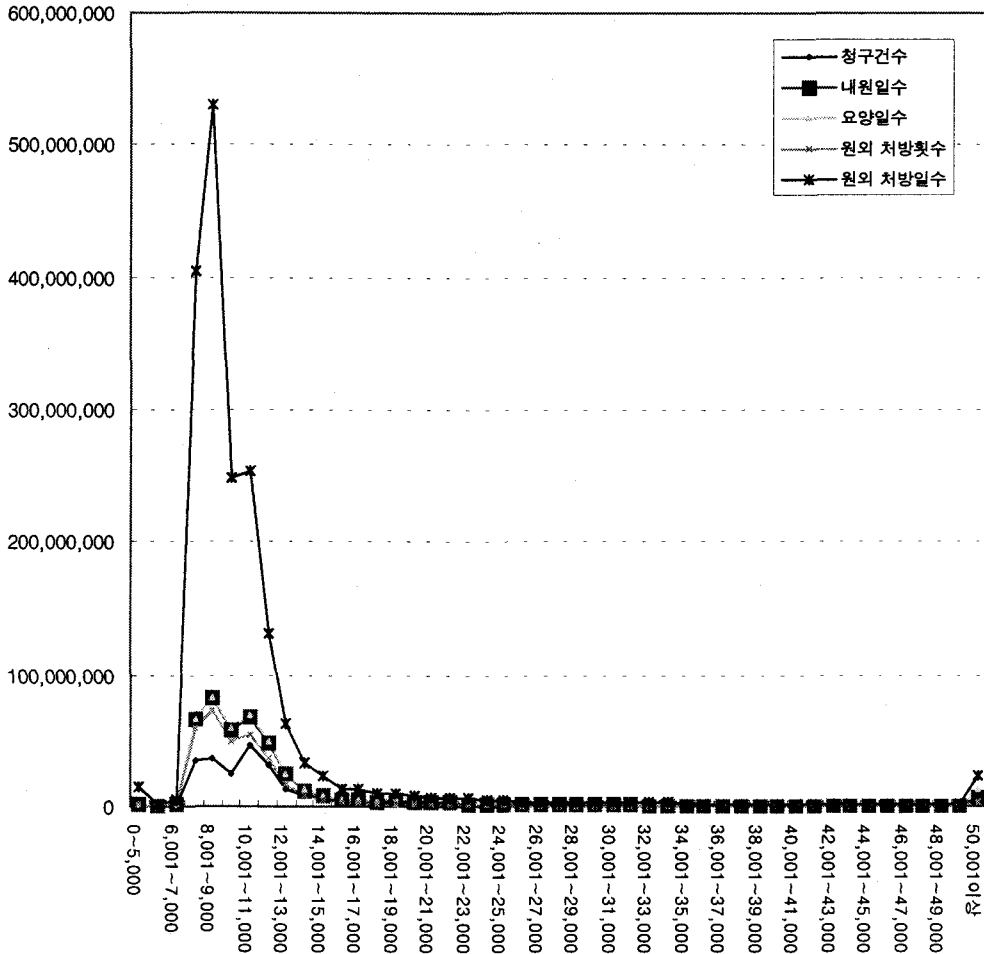


그림 3. 의원 외래의 금액구간별 청구건수 및 내원일수 분포

지 중요한 사실은 외래진료에서 실제 발생한 비용뿐만 아니라, 의료기관을 방문한 환자가 부담하는 금액의 구조에 의해 실제 진료비 크기와 본인부담금의 크기가 영향을 받는다는 것이다. 다시 말해서, 정액구간과 정률구간이 자연스럽게 연결되지 못할 경우에는 의료기관에서 환자와의 불필요한 갈등을 회피하기 위해 진료비를 정액구간으로 축소시켜 청구하는 경향이 많다는 점이다.

외래 진료비와 급여비의 내원일당 금액구간별

분포 현황에서 보는 바와 같이 최고점을 기록하는 것은 8,000원 초과 9,000원 이하와 10,000원 초과 11,000원 이하의 금액구간 등 두 점으로 전체 진료비의 26.08%가 집중되어 있다(그림 4). 한편, 두 번째로 높은 점은 50,000원 이상으로 11.06%이며, 위의 두 최고점과 합산시 37.14%를 차지하였다. 또한 의원 외래의 진료비 분포는 대체로 본인부담제 정액구간이 있는 좌측으로 치우쳐 있으며, 정률구간에 진입 전 급격히 감소한 후 다시 완만한 감소세를 보

표 7. 의원 외래의 금액구간별 진료비 및 급여비 현황

외래진료비 금액구간	진료비			급여비	
	금액	(%)	(누적%)	금액	(급여율 %)
계	5,445,401,887	(100.00)		3,897,111,344	(71.57)
0~ 5,000	4,002,660	(0.07)	(0.07)	1,477,363	(36.91)
5,001~ 6,000	2,623,664	(0.05)	(0.12)	1,474,131	(56.19)
6,001~ 7,000	9,595,740	(0.18)	(0.30)	5,692,453	(59.32)
7,001~ 8,000	499,932,205	(9.18)	(9.48)	311,447,227	(62.30)
8,001~ 9,000	709,951,400	(13.04)	(22.52)	482,871,254	(68.01)
9,001~10,000	556,254,658	(10.22)	(32.73)	394,685,227	(70.95)
10,001~11,000	709,930,366	(13.04)	(45.77)	518,961,976	(73.10)
11,001~12,000	563,083,493	(10.34)	(56.11)	430,397,746	(76.44)
12,001~13,000	300,276,216	(5.51)	(61.62)	237,307,331	(79.03)
13,001~14,000	157,118,088	(2.89)	(64.51)	126,563,204	(80.55)
14,001~15,000	110,099,468	(2.02)	(66.53)	89,556,663	(81.34)
15,001~16,000	73,861,430	(1.36)	(67.89)	51,729,288	(70.04)
16,001~17,000	80,352,892	(1.48)	(69.36)	56,268,898	(70.03)
17,001~18,000	71,655,558	(1.32)	(70.68)	50,176,078	(70.02)
18,001~19,000	86,062,429	(1.58)	(72.26)	60,259,830	(70.02)
19,001~20,000	76,690,337	(1.41)	(73.67)	53,701,299	(70.02)
20,001~21,000	60,692,546	(1.11)	(74.78)	42,498,443	(70.02)
21,001~22,000	57,367,013	(1.05)	(75.84)	40,169,901	(70.02)
22,001~23,000	49,498,640	(0.91)	(76.74)	34,660,186	(70.02)
23,001~24,000	47,738,589	(0.88)	(77.62)	33,428,357	(70.02)
24,001~25,000	40,240,603	(0.74)	(78.36)	28,176,871	(70.02)
25,001~26,000	34,639,593	(0.64)	(79.00)	24,256,297	(70.02)
26,001~27,000	30,574,161	(0.56)	(79.56)	21,409,121	(70.02)
27,001~28,000	34,410,290	(0.63)	(80.19)	24,094,857	(70.02)
28,001~29,000	30,090,891	(0.55)	(80.74)	21,070,951	(70.02)
29,001~30,000	31,162,501	(0.57)	(81.31)	21,820,493	(70.02)
30,001~31,000	45,795,104	(0.84)	(82.16)	32,064,603	(70.02)
31,001~32,000	34,410,440	(0.63)	(82.79)	24,093,736	(70.02)
32,001~33,000	24,114,119	(0.44)	(83.23)	16,885,058	(70.02)
33,001~34,000	27,126,283	(0.50)	(83.73)	18,995,264	(70.03)
34,001~35,000	22,057,109	(0.41)	(84.13)	15,445,576	(70.03)
35,001~36,000	26,730,516	(0.49)	(84.62)	18,716,630	(70.02)
36,001~37,000	22,673,124	(0.42)	(85.04)	15,875,680	(70.02)
37,001~38,000	17,895,774	(0.33)	(85.37)	12,531,092	(70.02)
38,001~39,000	19,334,437	(0.36)	(85.72)	13,538,732	(70.02)
39,001~40,000	18,516,119	(0.34)	(86.06)	12,965,061	(70.02)
40,001~41,000	16,512,566	(0.30)	(86.37)	11,562,385	(70.02)
41,001~42,000	16,602,641	(0.30)	(86.67)	11,625,750	(70.02)
42,001~43,000	13,094,620	(0.24)	(86.91)	9,169,309	(70.02)
43,001~44,000	12,926,960	(0.24)	(87.15)	9,052,402	(70.03)
44,001~45,000	11,297,738	(0.21)	(87.36)	7,911,425	(70.03)
45,001~46,000	10,228,217	(0.19)	(87.55)	7,163,696	(70.04)
46,001~47,000	10,618,314	(0.19)	(87.74)	7,435,257	(70.02)
47,001~48,000	11,550,889	(0.21)	(87.95)	8,088,526	(70.03)
48,001~49,000	12,243,295	(0.22)	(88.18)	8,573,152	(70.02)
49,001~50,000	11,998,936	(0.22)	(88.40)	8,402,484	(70.03)
50,001 이상	631,769,253	(11.60)	(100.00)	462,860,083	(73.26)

자료: 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

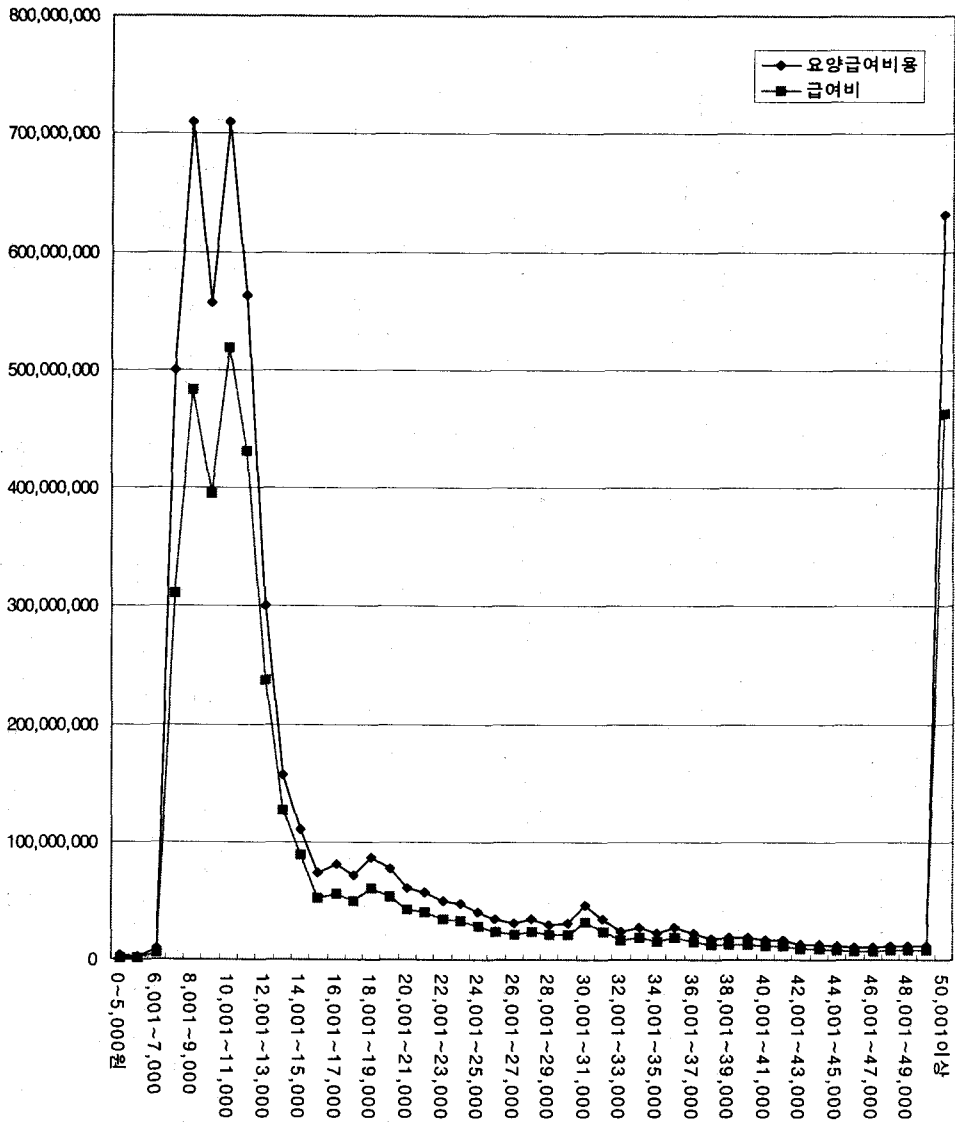


그림 4. 의원 외래의 금액구간별 진료비 및 급여비 분포

이고 있었다(그림 4).

3) 한의원과 의원의 비교

(1) 내원일수의 분포 비교

내원일당 진료비의 금액구간별 내원일수 분포를 살펴보면, 정액구간 내에서 한의원보다

의원이 높은 밀집도를 보이는 것으로 나타나고 있다. 이는 다시 말해서 내원일당 진료비가 상대적으로 높은 정률구간의 빈도수가 한의원이 의원보다 높다는 의미로 해석된다. 또한, 한의원의 경우 정률구간을 지나 20,000원 이상 구간에 접어들어서야 1% 이하의 비율이 나타내는데 비해, 의원은 15,000원인 정률구간이 시

작되는 지점부터 1% 이하의 낮은 비율을 유지하고 있다. 이는 한의원의 경우 의원과 달리 의약분업이 되지 않아 진찰과 처방, 투약이 동시에 이루어지므로 1회 진료에 대한 투입원가가 높기 때문이다. 한편, 10% 이상의 비율을 나타내는 구간도 한의원은 12,000원 초과부터 15,000원 이하 구간으로 집중도가 높은 반면, 의원은 7,000원에서 12,000원 이하 구간으로 상대적으로 넓게 분포하고 있었다(표 8).

한의원의 내원일당 진료비 금액구간별 내원일수의 분포는 의원보다 우측에 위치하고 있으며, 한의원과 의원 모두 오른쪽으로 완만한 형태의 분포를 나타내고 있다(그림 5). 이것은 모두 정률구간에 비해 낮은 진료비가 발생한 정액구간의 비율이 높게 나타나고 있으나, 한의원의 경우 의원에 비해 상대적으로 높은 요양급여비용이 발생한 외래 이용건의 비중이 높다는 의미이다. 만약, 의약분업 적용 이전에 한의원과 의원의 외래진료비 분포가 유사하다고 가정한다면, 의약분업으로 인한 내원일당 요양급여비용의 감소로 전반적인 분포가 왼쪽으로 이동하였다고 볼 수도 있다. 이러한 현상은 현재의 건강보험 외래진료비의 본인부담금 구조를 현실에 맞게 재조정할 필요성이 있음을 시사하고 있다. 즉, 기존의 건강보험 진료비 분포자료로부터 분석한 결과에 의하면, 한의원의 외래본인부담금 정액구간의 상한은 치과와 유사하게 재조정할 필요성이 있음을 알 수 있다.

(2) 진료비의 분포 비교

한의원과 의원의 내원일당 진료비를 금액구간별로 비교해보면, 한의원의 정액구간내 분포가 69.96%로 의원의 66.53%보다 더 높게 나타났다. 이는 곧 한의원의 경우 내원일당 진료비가 상대적으로 낮은 정액구간에 보다 높은 집중도를 나타내고 있다고 할 수 있다. 또한, 한의원의 경우, 앞의 내원일수에 대한 분포와 마찬가지로 정률구간을 지나 20,000원 이상의 구

간에 접어들어서야 1% 이하의 비율을 나타내는데 반해, 의원은 15,000원인 정률구간이 시작되는 지점부터 1% 이하의 낮은 비율을 유지하게 된다. 이는 앞에서 언급한 바와 같이 한의원의 경우, 의약이 미분업이기 때문에 진료와 투약이 동시에 이루어져, 상대적으로 원가가 높기 때문이다. 한편, 10% 이상의 비율을 나타내는 구간도 한의원은 12,000원 초과부터 15,000원 이하 구간으로 집중도가 높은 반면, 의원은 8,000원에서 12,000원 이하 구간과 50,000원 이상 구간으로 상대적으로 넓게 분포하고 있다(표 9).

<그림 6>은 한의원과 의원의 내원일당 진료비의 금액구간별 분포를 나타내고 있다. 한의원과 의원 모두 낮은 진료비가 발생한 정액구간의 비율이 높게 나타나고 있으며, 이에 따라 한의원과 의원 모두 왼쪽으로 치우친 형태를 나타내고 있다. 한의원의 경우는 의원보다는 우측에 위치하고 있으며, 의원에 비해 상대적으로 높은 집중도를 나타내고 있어, 상대적으로 큰 진료비의 발생률이 높다는 것을 나타내고 있다. 이러한 사실은 한의원의 정액구간이 의원과 달리 치과와 유사하게 재조정되어야 한다는 것을 시사하고 있다.

<그림 7>은 내원일당 금액구간별 진료비의 규모를 비교해 볼 수 있게 하였다. 총 진료비의 규모는 한의원이 의원의 16.55% 수준으로, 의원이 월등히 높은 수준을 나타내었다.

4. 한방의료의 비급여 본인부담 수준

1) 요양기관종별 본인부담률

2004년도 건강보험공단의 본인부담 실태조사 보고서(2004)에 의하면 총본인부담률은 42.6%로서 법정 본인일부부담 22.3%, 비급여 본인부담 20.0%, 전액본인부담 1.1%로 구성되어 있다(표 10). 입원의 경우 총본인부담률은 45.1%

표 8. 한의원과 의원의 진료비 금액구간별 내원일수 비교 (단위 : %)

구 분	한의원		의원	
	백분율	누적백분율	백분율	누적백분율
계	100.00	100.00	100.00	100.00
0 ~ 5,000	0.09	0.09	0.26	0.26
5,001 ~ 6,000	0.14	0.23	0.10	0.37
6,001 ~ 7,000	0.23	0.44	0.31	0.68
7,001 ~ 8,000	0.54	0.97	13.80	14.48
8,001 ~ 9,000	2.57	3.39	17.19	31.67
9,001 ~ 10,000	3.28	6.54	12.22	43.89
10,001 ~ 11,000	4.03	10.47	14.27	58.16
11,001 ~ 12,000	6.29	16.61	10.25	68.40
12,001 ~ 13,000	17.19	32.83	5.13	73.53
13,001 ~ 14,000	23.11	54.60	2.57	76.10
14,001 ~ 15,000	19.17	72.81	1.73	77.82
15,001 ~ 16,000	4.35	77.18	1.04	78.87
16,001 ~ 17,000	3.14	80.80	1.08	79.95
17,001 ~ 18,000	6.34	87.37	0.98	80.93
18,001 ~ 19,000	4.31	92.04	1.37	82.30
19,001 ~ 20,000	2.09	94.58	1.46	83.77
20,001 ~ 21,000	0.99	96.03	1.34	85.11
21,001 ~ 22,000	0.59	97.06	1.25	86.36
22,001 ~ 23,000	0.42	97.80	1.09	87.45
23,001 ~ 24,000	0.28	98.32	0.98	88.43
24,001 ~ 25,000	0.17	98.66	0.84	89.27
25,001 ~ 26,000	0.09	98.88	0.71	89.98
26,001 ~ 27,000	0.10	99.06	0.63	90.61
27,001 ~ 28,000	0.16	99.27	0.61	91.22
28,001 ~ 29,000	0.14	99.46	0.53	91.75
29,001 ~ 30,000	0.09	99.59	0.51	92.26
30,001 ~ 31,000	0.06	99.66	0.58	92.84
31,001 ~ 32,000	0.05	99.71	0.47	93.31
32,001 ~ 33,000	0.05	99.76	0.39	93.69
33,001 ~ 34,000	0.04	99.79	0.38	94.08
34,001 ~ 35,000	0.03	99.82	0.33	94.41
35,001 ~ 36,000	0.02	99.84	0.33	94.73
36,001 ~ 37,000	0.02	99.86	0.29	95.02
37,001 ~ 38,000	0.01	99.87	0.24	95.26
38,001 ~ 39,000	0.01	99.89	0.24	95.50
39,001 ~ 40,000	0.01	99.90	0.23	95.73
40,001 ~ 41,000	0.01	99.91	0.23	95.96
41,001 ~ 42,000	0.01	99.91	0.22	96.18
42,001 ~ 43,000	0.01	99.92	0.19	96.37
43,001 ~ 44,000	0.01	99.93	0.18	96.55
44,001 ~ 45,000	0.01	99.93	0.16	96.71
45,001 ~ 46,000	0.00	99.94	0.14	96.85
46,001 ~ 47,000	0.00	99.94	0.14	96.99
47,001 ~ 48,000	0.00	99.94	0.13	97.12
48,001 ~ 49,000	0.00	99.95	0.13	97.25
49,001 ~ 50,000	0.00	99.95	0.13	97.38
50,001 이상	0.05	100.00	2.62	100.00

자료 : 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

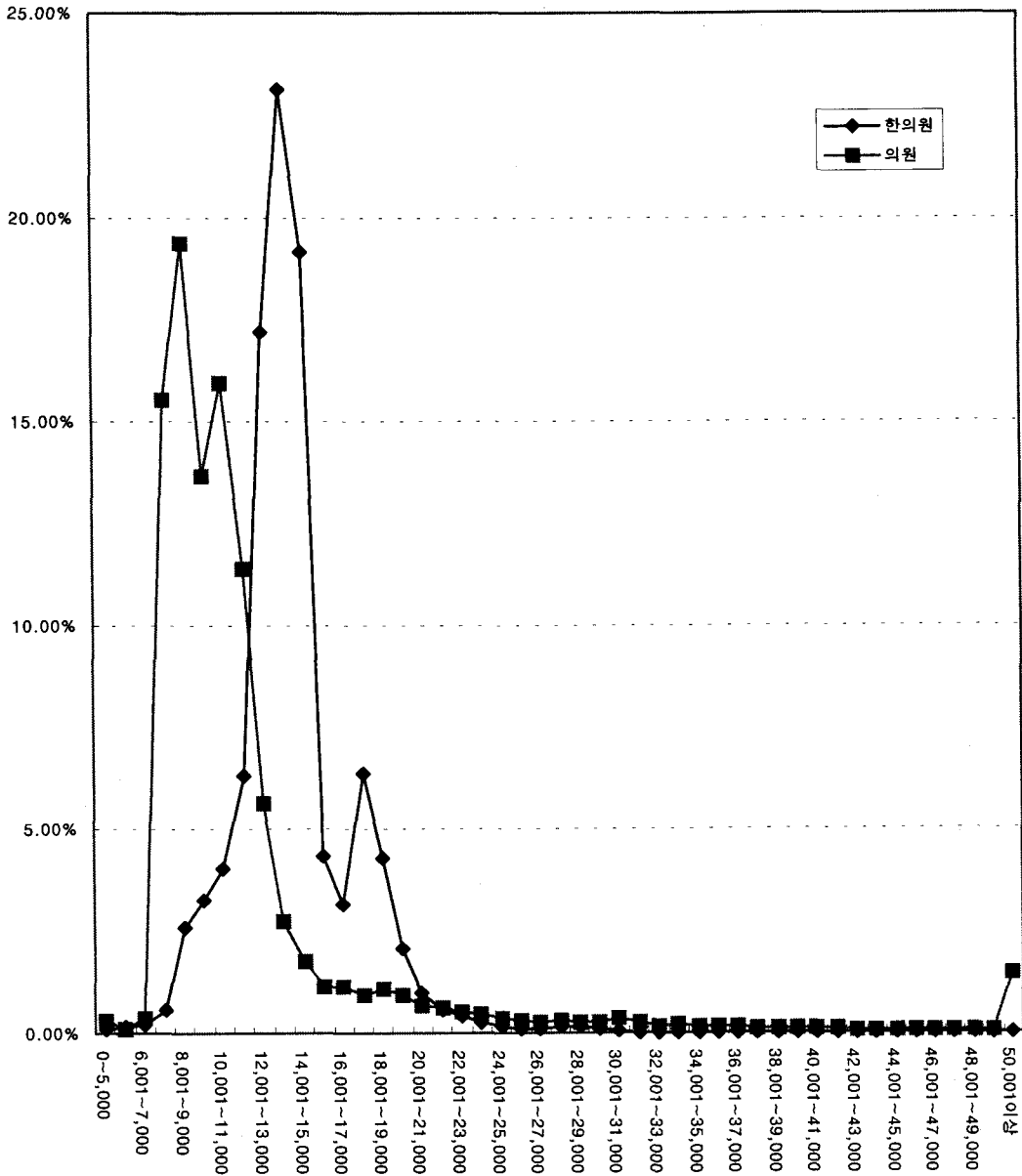


그림 5. 한의원과 의원의 금액구간별 내원일수 비율 분포

로 비급여 본인부담은 26.5%이며, 외래의 경우는 각각 43.1%와 16.7%로 나타났다. 요양기관 종별 본인부담비율을 살펴보면, 종합전문병원이 56.2%로 가장 높고, 다음으로 병원이 48.4%,

종합병원 48.3%, 의원 32.5%, 약국 27.0%의 순서로 나타났다. 한편, 요양기관별 보험자 부담률과 본인 부담률에서 한방병원이 비급여 진료비가 69.7%로 가장 높았고, 입원이나 외래에

표 9. 한의원과 의원의 금액구간별 진료비 점유율 비교

(단위: %)

구분	한의원		의원	
	백분율	누적백분율	백분율	누적백분율
계	100.00	100.00	100.00	100.00
0 ~ 5,000	0.01	0.01	0.07	0.07
5,001 ~ 6,000	0.06	0.06	0.05	0.12
6,001 ~ 7,000	0.11	0.17	0.18	0.30
7,001 ~ 8,000	0.30	0.47	9.18	9.48
8,001 ~ 9,000	1.61	2.07	13.04	22.52
9,001 ~ 10,000	2.23	4.30	10.22	32.73
10,001 ~ 11,000	3.02	7.32	13.04	45.77
11,001 ~ 12,000	5.17	12.48	10.34	56.11
12,001 ~ 13,000	15.43	27.92	5.51	61.62
13,001 ~ 14,000	22.40	50.32	2.89	64.51
14,001 ~ 15,000	19.64	69.96	2.02	66.53
15,001 ~ 16,000	4.82	74.78	1.36	67.89
16,001 ~ 17,000	3.70	78.47	1.48	69.36
17,001 ~ 18,000	7.83	86.30	1.32	70.68
18,001 ~ 19,000	5.66	91.97	1.58	72.26
19,001 ~ 20,000	2.89	94.86	1.41	73.67
20,001 ~ 21,000	1.44	96.30	1.11	74.78
21,001 ~ 22,000	0.91	97.20	1.05	75.84
22,001 ~ 23,000	0.67	97.87	0.91	76.74
23,001 ~ 24,000	0.46	98.33	0.88	77.62
24,001 ~ 25,000	0.29	98.62	0.74	78.36
25,001 ~ 26,000	0.17	98.79	0.64	79.00
26,001 ~ 27,000	0.19	98.98	0.56	79.56
27,001 ~ 28,000	0.32	99.30	0.63	80.19
28,001 ~ 29,000	0.29	99.58	0.55	80.74
29,001 ~ 30,000	0.18	99.76	0.57	81.31
30,001 ~ 31,000	0.07	99.83	0.84	82.16
31,001 ~ 32,000	0.05	99.88	0.63	82.79
32,001 ~ 33,000	0.03	99.91	0.44	83.23
33,001 ~ 34,000	0.02	99.94	0.50	83.73
34,001 ~ 35,000	0.02	99.95	0.41	84.13
35,001 ~ 36,000	0.01	99.96	0.49	84.62
36,001 ~ 37,000	0.01	99.97	0.42	85.04
37,001 ~ 38,000	0.00	99.97	0.33	85.37
38,001 ~ 39,000	0.00	99.97	0.36	85.72
39,001 ~ 40,000	0.00	99.98	0.34	86.06
40,001 ~ 41,000	0.00	99.98	0.30	86.37
41,001 ~ 42,000	0.00	99.98	0.30	86.67
42,001 ~ 43,000	0.00	99.98	0.24	86.91
43,001 ~ 44,000	0.00	99.98	0.24	87.15
44,001 ~ 45,000	0.00	99.99	0.21	87.36
45,001 ~ 46,000	0.00	99.99	0.19	87.55
46,001 ~ 47,000	0.00	99.99	0.19	87.74
47,001 ~ 48,000	0.00	99.99	0.21	87.95
48,001 ~ 49,000	0.00	99.99	0.22	88.18
49,001 ~ 50,000	0.00	99.99	0.22	88.40
50,001 이상	0.01	100.00	11.60	100.00

자료: 건강보험심사평가원, (내부자료), 2005.

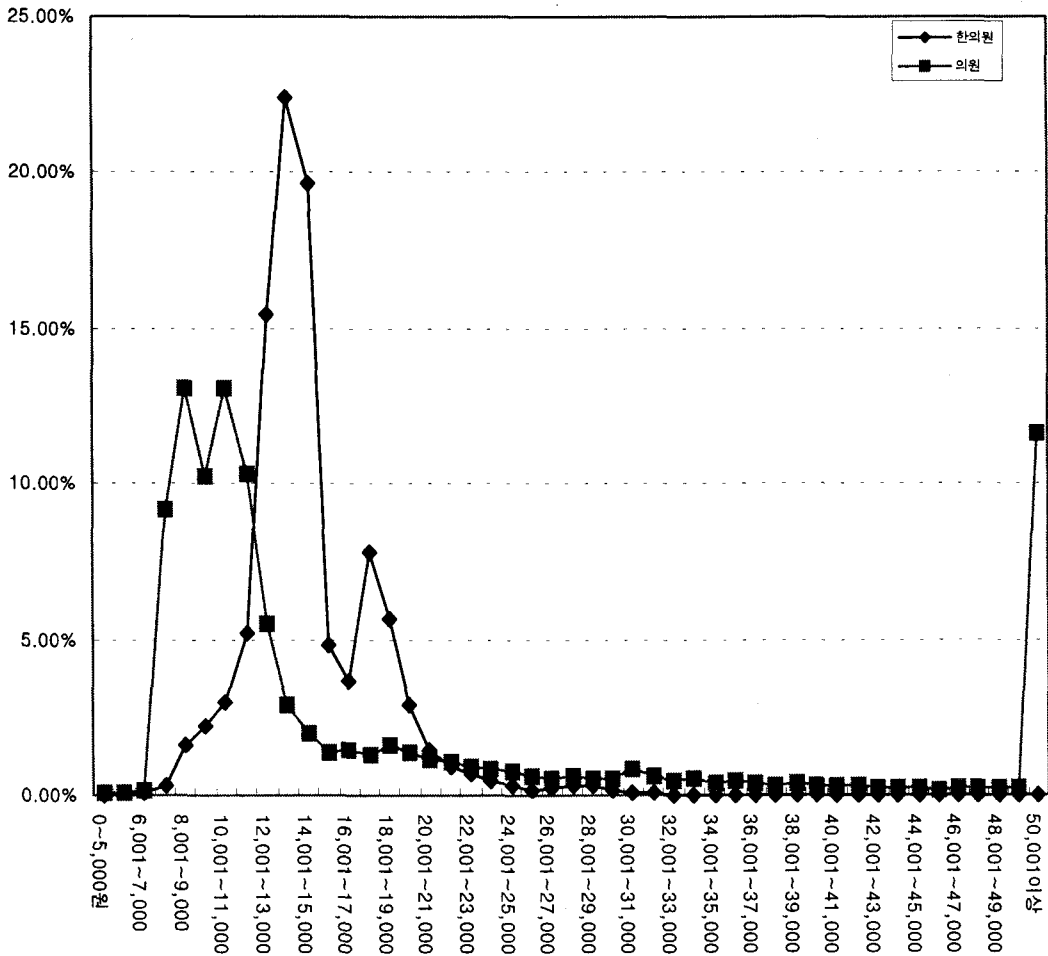


그림 6. 한의원과 의원의 금액구간별 진료비 점유율 분포 비교

서도 각각 57.2%, 77.3%로 가장 높았다. 그러나 한의원의 외래 본인부담률은 의과의원과 매우 유사한 형태를 보이고 있다. 다만 비급여 진료비에서는 한의원이 의과의원보다 더 높은 것으로 조사되었는데 이는 한방첩약 때문인 것으로 판단된다.

2) 소득수준별 비급여 수준

소득수준 최하위층의 의료기관에 따른 본인

부담률을 살펴보면 소득대비 104.7%로 한의원 에서 가장 높게 나타나며, 다음으로 높은 의료 기관은 종합전문병원 68.8%이며, 보건소 이용 에서의 본인부담률이 11.7%로 가장 낮게 나타 났다(표 11). 이는 의료서비스 유형별, 의료 기관 종별에 따른 급여수준 및 진료서비스 가 격에서의 차이를 반영한다고 볼 수 있다. 특히, 한방의료를 포함한 병원 이용에 따른 최하위 층의 본인부담액은 최상위층에 비해 6배에 달 하며, 이는 소득계층간 의료기관 이용률에 따

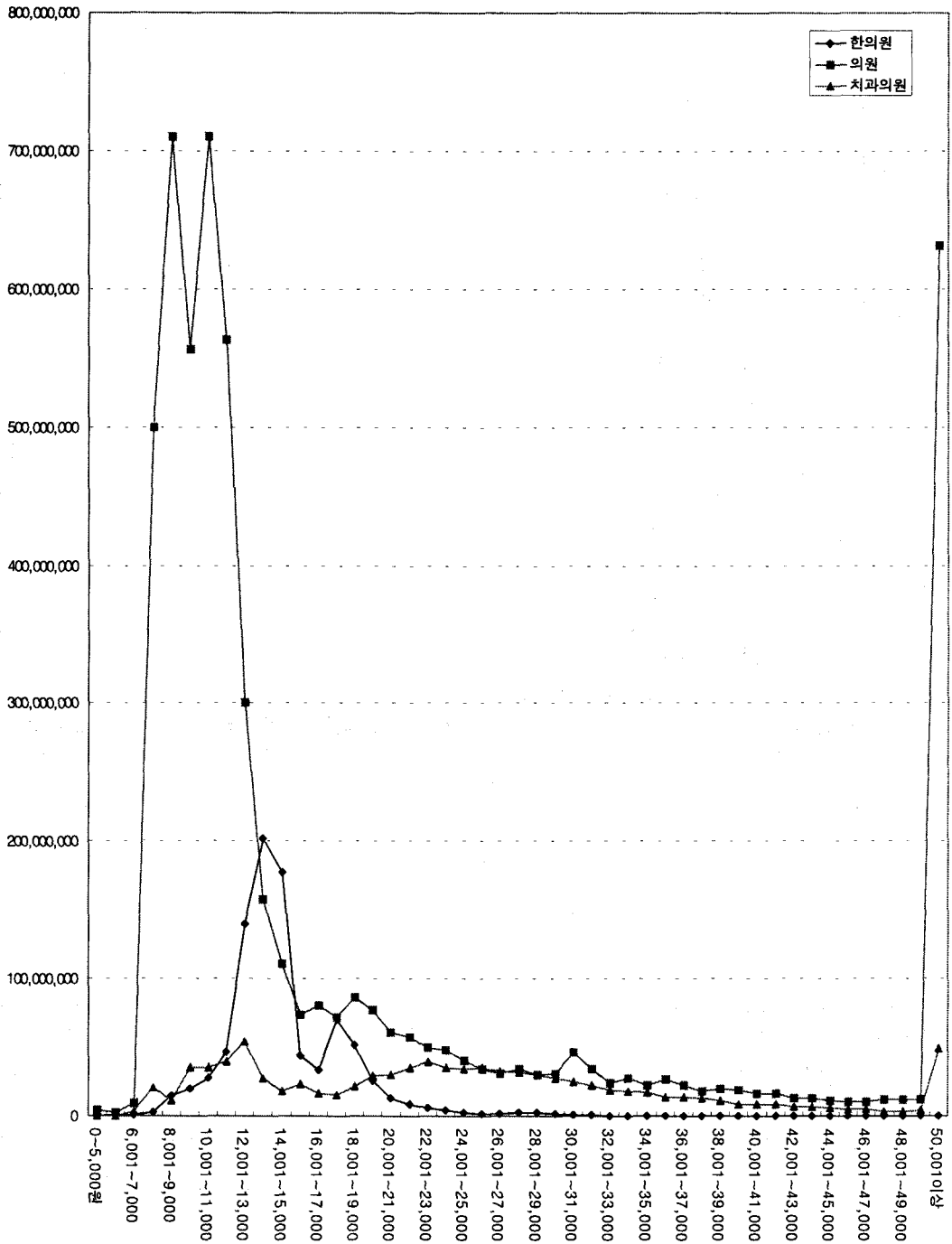


그림 7. 한의원과 의원의 금액구간별 진료비 분포 비교

변진석 외 3인: 한방의료의 건강보험 본인부담 실태분석

표 10. 요양기관 종별 보험자 부담률 및 본인부담률 (단위: %)

진료 형태	종별	보험자 부담	본인부담			
			계	일부부담	비급여 진료비	전액 본인부담
전체	계	56.4	43.6	22.3	20.2	1.1
	종합전문	43.8	56.2	20.8	32.7	2.7
	종합병원	51.7	48.3	22.6	23.9	1.8
	병원	51.6	48.4	22.8	24.0	1.6
	의원	67.5	32.5	24.3	8.1	0.1
	치과병원	22.2	77.8	16.9	60.9	0.0
	치과의원	38.3	61.7	15.6	45.8	0.3
	한방병원 한의원	20.6 66.4	79.4 33.6	9.4 19.5	69.7 14.1	0.3 0.0
입원	계	54.9	45.1	16.3	26.5	2.3
	종합전문	48.0	52.0	14.0	34.7	3.3
	종합병원	57.0	43.0	17.5	23.4	2.1
	병원	54.3	45.7	18.8	25.3	1.6
	의원	72.1	27.9	17.8	9.6	0.5
	한방병원	31.4	68.6	11.4	57.2	0.0
외래	계	56.9	43.1	26.0	16.7	0.4
	종합전문	36.0	64.0	33.5	28.9	1.6
	종합병원	40.1	59.9	33.6	25.0	1.3
	병원	48.7	51.3	27.2	22.6	1.5
	의원	66.4	33.6	25.9	7.7	0.0
	치과병원	22.2	77.8	16.9	60.9	0.0
	치과의원	38.3	61.7	15.6	45.8	0.3
	한방병원 한의원	14.2 66.4	85.8 33.6	8.1 19.5	77.3 14.1	0.4 0.0
약국	73.0	27.0	25.0	1.2	0.8	

자료: 국민건강보험공단, 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 2004.

표 11. 의료기관 종류에 따른 소득계층별 본인부담률 (단위: %)

소득분위	종합전문	종합	병원	의원	한의원	보건소	약국
0~ 20%	68.8	46.4	56.8	34.6	104.7	11.7	28.1
20~ 40%	28.7	20.5	13.3	14.6	83.1	7.6	9.2
40~ 60%	27.8	28.0	13.3	10.0	35.3	4.1	5.4
60~ 80%	31.1	16.2	10.5	7.6	49.3	2.8	5.3
80~100%	11.8	7.8	11.4	5.9	16.4	4.2	3.1

자료: 김학주, "계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구", 한국사회복지학, 2004.

른 본인부담에 있어 비형평성이 크다는 것을 의미한다. 한방의료의 본인부담률은 모든 소득 계층에서 의과보다 높은 것으로 나타나, 한방 의료 이용에서 불형평성이 심각함을 나타내고 있다.

IV. 결론

본 연구에서는 건강보험 진료비 청구자료에 근거하여 한의원과 의원의 외래진료비 본인부담금 구조에 대한 비교분석을 실증적으로 수행하였다. 2004년 건강보험 진료비 자료에 의하여 한의원과 의원의 외래 진료비 크기별 분포도를 분석해 본 결과, 한의원의 외래진료 내원일수, 진료건수, 진료비의 분포도는 의원과 달리 정액 구간 상한액인 15,000원 이하에서 집중적으로 분포하고 15,000원을 초과하자마자 빈도수의 감소하는 현상이 나타나고, 다시 17,000원~20,000원 구간에서 빈도수가 증가하는 현상을 보여주고 있다.

한의원의 외래진료에서 나타나는 이러한 현상은 현재의 본인부담금 정액구간이 15,000원에서 17,000원~20,000원으로 재조정되어야 함을 시사하고 있다. 즉, 현실적으로 17,000~20,000원 구간에서 진료비가 많이 발생함에도 불구하고 현재의 정액본인부담구간이 15,000원까지이므로 환자의 본인부담을 고려하여 건강보험 진료비 청구시에 진료비 크기를 15,000원 이하로 축소하여 청구하고 있는 것으로 판단된다. 총진료비가 15,000원을 초과하면 본인부담금이 3,000원에서 4,500원으로 급상승하기 때문에 이를 우려하여 한의원에서 총진료비의 크기를 15,000원 이내로 조정하고 있는 것으로 해석된다.

따라서 이 문제를 개선하기 위해서는 다빈도 청구건이 발생하는 진료비 크기 구간이 대

체로 17,000원~20,000원이므로 정액본인부담의 상한액을 이 구간까지 조정할 필요가 있다. 이렇게 하여 진료비 청구에서 왜곡현상을 시정 하든지 아니면 차라리 15,000원 구간의 외래본인부담금을 3,000원에서 4,500원으로 인상하여 이러한 문제점을 해소하여야 할 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단, 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 2004.
- 건강보험심사평가원, 건강보험 진료비 심사통계, 2005.
- 김정희, “우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화”, 건강보험포럼, 2002.
- 김진현, “양한방 진찰행위의 상대가치 비교분석”, 대한예방한의학회지 8(2), 2004.
- 김진현·임병목, “한방의료서비스의 건강보험 상대가치체계 개편방안”, 대한한의학회지 26(2), 2005.
- 김학주, “계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구”, 한국사회복지학회지 56(3), 2004.
- 변진석, 요양기관종별 건강보험의 본인부담수준 비교분석, 상지대학교 한의과대학 박사학위논문, 2006.
- 유왕근 외, 국민의 한방의료비 적정부담 수준 평가 및 개선연구, 대구한의대학교, 2005.
- 이진경, “건강보험 본인부담 실태와 추이분석”. 건강보험포럼, 2002.
- 최병호 외, 의료보장 강화를 위한 의료보험 진료비부담의 재편성방안, 한국보건사회연구원, 2000.
- 한국한의학연구원, 한방의료이용 실태 및 개선방안 연구, 1999.