보건행정학회지 : 제 17 권 제 1호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol. 17, No.1, March 2007 ; 1-27

▧ 원 저 ▧

한방의료의 건강보험 적정 본인부담률 추계

김진현, 유왕근*, 서동민**†
서울대학교, 대구한의대학교*, 건강보험심사평가원**

〈Abstract〉

Reexamination of Patient's Cost-sharing System for Oriental Medical Services in the Korean National Health Insurance

Jin Hyun Kim, Wang-Keun Yoo*, Dong Min Seo**†
College of Nursing, Seoul National University
*School of Public Health, Daegu Haany University**
*Department of Research, Health Insurance Review Agency***

This study is designed to estimate an appropriate level of patient's cost-sharing for oriental medical services in the Korean National Health Insurance. The findings of this study can be summarized as follows: 1) The current co-payment system for oriental medical services does not reflect its cost structure in clinical practice due to inconsistency of cost-sharing plan in the NHI. 2) Both oriental medical institutions and their patients, as a result, are at a relative disadvantage in financial burden, compared with other services. 3) The substantial proportion of patients' cost-sharing depends on the amount of co-payment and the range of medical cost that a flat rate is applied to. 4) The extension of the range doesn't make any substantial decrease in patient's cost-sharing. 5) The fixed amount of co-payment is more sensitive than a range to total variations of patient's cost-sharing. Based on the above, the budget impacts of a new co-payment system were estimated for each co-insurance rate, according to given

* 접수 : 2006년 11월 21일, 심사완료 : 2007년 2월 26일
† 교신저자 : 서동민, 건강보험심사평가원(031-440-9625, dmseo@paran.com)

scenarios. The results range from -59 billion Won(-8.5%) to 16 billion Won(2.3%).

Key Words : Oriental medical service, Co-payment, Financial burden, Cost-sharing

Ⅰ. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

우리나라는 1977년 의료보험제도를 도입한지 약 10년 후인 1987년 2월 1일부터 전국의 한방의료기관을 대상으로 침, 뜸, 부항, 진찰, 입원 등 일부 한방의료서비스에 대한 보험급여를 실시하게 되었으며, 이는 의료수급정책의 한 획으로서 서양의학(西洋醫學)과 구별되는 한방의학(韓方醫學)의 새로운 역할과 발전에 대한 제도적인 발판이 확보되었다는 점에서 중요한 의의를 갖는다고 할 수 있다. 그러나 도입초기부터 한방의료의 보험급여범위와 지불보상체계가 그 특수성을 제대로 반영하지 못하고, 건강보험제도 내에서 양방의료체계에 준하여 운영됨에 따라 여러 문제점들이 끊임없이 제기되어온 것이 사실이다. 그동안 건강보험제도의 개편이 수차례 있었으나 한방의료는 단순히 수가인상의 차원에서 접근되어 왔으며, 근본적인 틀에 대한 논의는 부진하였다는 점을 부인할 수 없다.

한방의료의 급여범위와 지불보상체계는 한방의료의 역할 확대와 한의학의 발전을 위한 제도적 토대가 됨과 동시에, 한방의료기관의 의료제공행태와 국민의 이용행태에 영향을 줌으로써 장기적으로는 한방의료자원의 합리적 배분과 이용에 결정적인 영향을 미치게 된다. 특히, 건강보험제도에서 한방의료에 대한 본인부담제도(cost sharing devices)를 어떻게 설정하는가에 따라 국민의 한방의료비 부담 수준에 직접적인 영향을 주게 된다는 점에서 중요한 의미를 가진다.

한방의료 본인부담제도와 관련한 연구도 적지 않게 축적되어 있는데, 비교적 최근의 연구로서 종합적인 것은 이진경(2002)의 조사연구로서 건강보험 수진내역 신고자료를 이용하여 1998년부터 2001년까지 종합병원, 병원, 의원, 한방병의원의 본인부담률을 조사·분석하였다. 동 연구에 의하면 한방의료기관의 본인부담률은 2001년 현재 입원의 경우 70.2%, 외래의 경우 76.7%로 의료기관종별로 비교해 볼 때 가장 높은 것으로 나타났다. 전국적인 조사자료를 통해 분석된 것은 이 연구가 처음이었으며, 한방의료기관 이용시의 본인부담률이 상대적으로 높게 나타난 것은 비급여 본인부담 비율이 높기 때문인 것으로 평가되었다. 이와 같은 상황하에서 질병에 대한 인식이나 접근방법, 진료행위 및 처치방법, 학문적 배경 등이 양방과는

상당히 다른 한방의료의 본인부담금 및 비급여 구조를 평가하는 작업은 시급한 과제라고 보인다. 그러나 그 필요성에도 불구하고, 한방의료에 대한 연구는 매우 부족한 실정이고, 특히 한방의료기관을 의과 및 치과와 비교 평가한 연구는 수행된 적이 거의 없는 실정이다. 다만 최근의 연구(김진현, 2004)에 의하면 양한방 진찰료의 상대가치를 실증적으로 비교분석한 결과, 양방과 한방간에 상당한 격차가 있는 것으로 나타났으나 이를 양·한방 본인부담금의 구조에 대한 비교분석으로 연결하지는 못하였다. 따라서 한방의료의 급여범위와 지불보상체계, 비용구조, 이용실태 등에 대한 평가·분석과 특히 일반국민의 적정 부담수준을 확보할 수 있는 본인부담제도의 조정과 그것이 건강보험재정에 미치는 효과에 대한 종합적이고 체계적인 분석이 필요한 시점이다.

현재까지 한방진료비가 건강보험진료비에서 차지하는 비율은 상대적으로 낮지만[1] 이후 한방의료의 발전과 건강보험급여 확대, 국민의 접근성 보장을 강화하고자 하는 정책방향을 고려할 때, 그 근간이 되는 본인부담 수준의 적정성과 그 기준에 대한 합리성의 확보는 매우 중요한 의미를 가질 것으로 사료된다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 건강보험제도내에서의 한방의료 본인부담제도와 수가체계 현황에 대한 검토를 실시하고 요양급여비용에 대한 분석을 통해 양방과 구분되는 제반 특성을 도출한다.

둘째, 한방 본인부담금 수준과 구조의 적정성에 대한 평가를 실시한다.

셋째, 한방의료의 본인부담제도 조정안을 제시하고, 이에 따른 건강보험 재정효과를 추정한다.

마지막으로 이상의 논의를 종합하여 한방의료의 적정 본인부담수준 설정을 위한 기초자료를 제공하고 그 정책적 함의를 도출한다.

Ⅱ. 연구방법

한방의료의 본인부담금제도 변천 및 일반현황과 보험제도내 기능에 대한 분석은 기존문헌과 법령자료 등을 통해 이론적으로 접근하였다. 한방의료비용의 특성은 한의원을 중심으로

1) 한방의료기관의 건강보험진료비가 전체 건강보험진료비에서 차지하는 비중은 2005년 현재 약국제외시 6.1%, 약국 포함시 4.4% 정도이다.

의과, 치과, 약국 등에 대한 총진료비, 급여비, 법정본인부담, 비급여간의 관계를 설명하는 계량모형에 의해 분석하였다. 계량분석에 이용한 자료는 건강보험통계연보(국민건강보험공단, 2005), 요양급여비용 청구내역 경향조사자료(건강보험심사평가원, 2004) 등이며, 이외에도 전산입력된 전국의료기관의 요양급여비용 명세서상의 관련 기초자료를 DW(data warehouse)에서 추출한 후 SPSS program version 11.5로 처리하여 활용하였다. 기존연구에 대한 문헌조사자료는 체계적 문헌고찰(systemic review)방법에 의해 통계적 신뢰도를 확보하도록 하였으며, 정부통계자료는 수년간에 걸쳐 이미 자료수집과정의 신뢰도가 확보되어 있다고 간주하였다. 이밖에도 분석결과의 해석과 본인부담제 조정안 등에 대한 관련 전문가회의 및 의견조사 등을 실시하여 그 결과를 반영하였다.

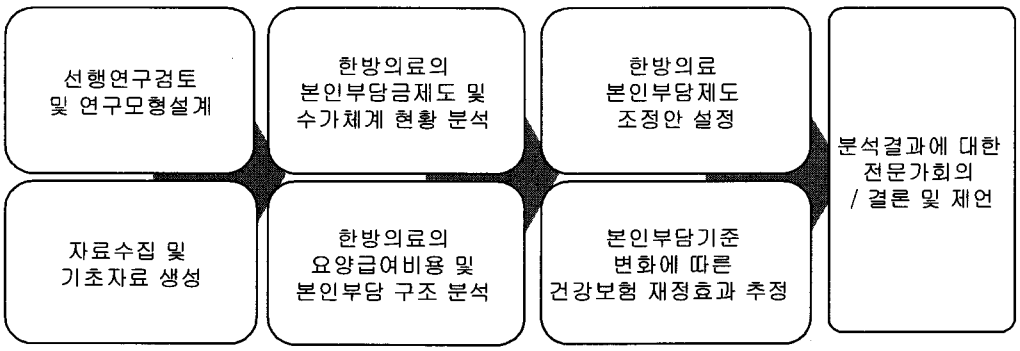

그림 1. 연구의 체계도

Ⅲ. 연구결과

1. 한방의료의 본인부담금제도 및 수가체계 현황 분석

가. 본인부담제의 이론적 · 법적 근거

보험방식의 건강보험제도를 운영하고 있는 국가에서는 의료서비스에 대한 수요자와 공급자 두 부문에서 발생하는 도덕적 해이(moral hazard)를 사전적으로 방지하기 위한 목적으로 본인부담금제도를 다양한 형태로 시행하고 있으며, 우리나라도 여기서 예외는 아니다[2]. 건강

2) 도덕적 해이의 방지라는 목적 외에도 건강보험 재정안정의 수단, 의료자원의 효율적 배분 기전으로서의 역할을 하고 있다(최병호 등, 1997).

보험 도입 혹은 환자 본인부담가격이 낮아짐으로써 발생하는 도덕적 해이에 대한 다양한 선행 연구결과들이 있다. Pauly(1969)는 건강보험 적용에 따른 후생비용(welfare cost)을 보험급여비용의 10% 혹은 총진료비의 7%로, Feldstein(1973)은 본인부담률을 33%에서 50~67%로 증가시킴으로써 얻는 순후생이익을 병원진료비의 약 16%~32%로 추정하였다. Phelps(1973)는 본인부담이 10% 추가되면 의료기관 방문횟수는 1.8% 감소하고, Newhouse & Phelps(1974)는 26.5%의 본인부담이 입원비 지출을 최소한 17% 감소시키는 것으로 추정한 바 있다. Manning 등(1987)은 Rand HIE(Health Insurance Experiment) 자료를 이용하여 본인부담률이 낮은 보험상품에 대한 도덕적 해이의 후생비용을 370~600억 달러로, Cheah & Doessel(1994)은 호주의 경우 1984~1985년간 시행된 Barium Meal Radiology 진단 시술에 대한 보험급여의 후생비용을 총비용 1,404만 달러 중 1.28%인 18만 달러 정도로 추정하였다.

우리나라의 본인부담금제도는 정률본인부담제로부터 1986년에 정액본인부담제가 도입되면서 일정금액 이하의 진료비에 대해서는 의과진료의 경우 초진 2,000원, 재진 1,500원을 부담하고 이 금액을 초과하는 진료비에 대해서는 종전대로 진료비의 30%를 본인부담하는 제도로 변경되었다. 정액구간 상한은 1995년까지 10,000원으로 유지되었으나 정액구간 내의 정액본인부담금은 꾸준히 인상되어 3,000원에 이르게 되었다. 1997년 9월부터는 정액구간 상한이 12,000원으로 변경되었고 2000년에 의약분업이 실시되면서 환자부담을 증가시키지 않는다는 원칙 하에 정액구간 내의 정액본인부담금이 의원과 약국으로 분할되어 적용하게 되었다. 2000년과 2001년에 걸친 의료수가 인상으로 외래 진료비가 급격히 증가하면서 2001년 이후에는 정액구간 상한이 15,000원으로 확대되어 현재에 이르고 있다. 병원급 외래 본인부담제도는 도입 당시에는 의원급과 같은 수준인 진료비 총액의 30%를 부담하는 정률본인부담제였으나, 1980년에 진료비의 50%로 상향조정되고 1986년부터는 종합병원과 병원이 다른 부담률을 가지게 되었다. 또한 1994년부터는 군지역의 병원급 이상 요양기관에 의원과 유사한 형태의 정액본인부담제를 적용하였다. 2004년 종합전문요양기관은 진찰료와 진찰료를 제외한 진료비의 50%, 종합병원은 총진료비의 50%, 병원은 총진료비의 40%의 본인부담률을 적용하고 있다.

우리나라 본인부담금제도의 법적근거는 국민건강보험법(제41조)에서 찾아볼 수 있으며, 이에 하위법으로 국민건강보험법시행령(제22조, 별표2), 국민건강보험법시행규칙(제10조; 별표5), 국민건강보험법요양급여의 시행에 관한 규칙 등이 있다. 국민건강보험법시행령 별표2에서 규정한 본인일부부담액은 <표 2>와 같다.

국민건강보험법 제39조와 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙은 요양급여대상과 비급여대상 등의 급여범위를 규정하여 간접적인 본인부담의 범위를 설정하였다. 국민건강보험

〈표 1〉 의원급 외래 본인부담제도의 변천

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

* 주 : ( )안은 처방전 발행시
정액진료비 상한구간 이상의 경우 본인부담금은 진료비의 30%

〈표 2〉 외래진료 및 보건복지부장관이 정하는 고가특수의료장비를 이용한 진료에 대한 본인부담률 및 부담액(2003년 현재)

종별	소재지	요양급여비용총액에 관한 조건	환자 연령	본인부담액
종합전문요양기관	모든 지역			진찰료총액+(총진료비-진찰료총액)×50/100
종합병원	동지역			총액×50/100
	읍·면 지역	15,000원(17,000원)초과		총액×45/100
		15,000원(17,000원)이하		4,600원
병원 ·치과병원 ·한방병원 ·요양병원	동지역			총액×40/100
	읍·면 지역	15,000원(17,000원)초과		총액×35/100
		15,000원(17,000원)이하		4,100원
의원 보건의료원 (의과·한방과)	모든 지역	15,000원(17,000원)초과		총액×30/100
		15,000원(17,000원)이하	65세 이상	1,500원
			65세 미만	3,000원
치과의원 보건의료원(치과)	모든 지역	15,000원(17,000원)초과		총액×30/100
		15,000원(17,000원)이하	65세 이상	1,500원
			65세 미만	3,500원

* 주 : 요양급여비용 총액 = 총진료비

요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조 제1항에서는 비급여 대상(동 규칙 제9조에서 설정)을 제외한 일체의 사항을 요양급여대상이라고 규정하고, 비급여 대상의 결정기준과 세부 항목을설정하고 있다[3].

나. 건강보험의 수가체계 및 한의분야 현황

현재 우리나라 건강보험의 요양급여비용은 크게 '건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수'에 대한 부분과 이 상대가치점수의 '점수당 단가(환산지수)'에 대한 부분으로 구성되어 있

3) 환자가 요양기관에 납부하는 비용은 법 제41조의 본인부담금과 비급여대상으로 분류되어 일반(관행)수가에 의하여 부담하는 부분, 요양급여절차위반 등과 같이 건강보험의 요양급여대상이 되나 본인이 전액 부담하는 부분(건강보험수가로 적용받으나 보험자의 부담 없이 본인이 전액 부담하는 사항)의 합산액이 된다(정홍기 등, 2005).

다. 또한, 건강보험 요양급여비용 중 '건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수'는 '행위 및 그 상대가치점수'와 '질병군 및 그 상대가치점수'에 대한 부분으로 나뉘어져 적용된다. 즉, 우리나라의 건강보험은 진료행위별 수가 및 질병군별 수가를 산정함에 있어 '진료행위의 상대적인 가치'를 나타내는 부분과 '보상의 절대적인 수준'을 의미하는 부분을 별도 운영하고 있으며, 진료행위 혹은 질병군의 실제 보상 금액은 각 진료행위의 상대가치점수에 당해 계약된 환산지수를 곱하여 정해지게 된다. 이때, 진료행위 및 진단군의 상대가치는 실제 보상수준과 직접적으로 관계가 없으므로, 주로 의료계 등 행위주체의 전문적 의견을 최대한 반영하여 정해지게 된다.

한방 의료행위의 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[4]. 이를 요약하면 <표 2>와 같다. 한방의료행위의 수가항목은 상당 부분 양방의 수가 항목 분류에 맞춰 분류되어 있으며, 기본진료료, 투약 및 조제료, 한방처치료 중 총관도수법과 첩대총관도수법을 제외한 나머지 처치료는 양방의료행위의 수가수준과 동일하게 설정되어 있다.

한방의료행위간의 상대가치구조가 적정하게 형성되어 있는가는 본 연구의 범위를 벗어나지만, 한방의료행위의 절대적인 수가수준은 진찰료 등 양방의료행위와 동일하게 설정되어 있는 상대가치점수에 연동되어 결정되므로 양방의료행위의 수가수준과 동일하게 설정되어 있는 일부 한방의료행위의 수가수준이 적정한 것인가에 대해서는 검토가 필요하다. 예를 들어, 현재 한방의료기관의 입원료는 양방의료기관의 입원료와 동일한 수준에서 결정되어 있는데, 한방의료기관의 경우에도 양방의료기관과 마찬가지로 입원환자를 관리하기 위하여 한의사, 간호사 등의 진료인력이 투입되어야 한다고 하더라도, 투입요소나 투입수준이 양방의료기관과 동일할 경우에만 동일수가로 보상하는 것이 타당할 것이다. 이러한 논리는 외래환자 진찰료나 기타 한방 처치료 등에도 마찬가지로 적용될 수 있다.

다. 건강보험수가의 가산율체계 및 한의분야 현황

현행 건강보험제도는 동일 진료행위에 대해 시행하는 기관, 대상, 시각 등에 따라 다양한 종류의 가감산율을 적용하여 건강보험수가를 차등화하고 있다. 현재 적용되고 있는 가산율은 요양기관 종별 가산율이 대표적이며, 야간 및 공휴일 가산, 신생아 및 소아 가산 등이 적용

4) [건강보험요양급여행위및그상대가치점수-제1편행위및그상대가치점수-제1부일반원칙-I.일반기준] 국립병원 한방진료부, 한방병원, 요양병원 한방과, 한의원, 보건의료원 한방과는 제2부 제1장, 제4장, 제13장 및 제14장에 분류된 분류항목에 한하여 산정한다.

〈표 3〉 적용 한방의료행위 및 관련 수가

한의표준의료행위분류		건강보험수가항목		상대가치 점수	금액
대분류	세분류	대분류	행위명칭		
진찰 및 관리	진찰	기본진료료	초진진찰료	151.62	8,400
			재진진찰료	95.67	5,300
			한방병원 입원료	408.68	22,640
			한의원 입원료	354.79	19,660
			협의진찰료	66.79	3,700
	변증	한방시술료	변증기술료	18.05	1,000
	(본초)방제	투약및조제료	내복약처방,조제료	2.71~137.73	150~7,630
검사	검사	한방검사료	양도락검사	44.95	2,490
			맥전도검사	67.51	3,740
			경락기능검사	157.40	8,720
침구시술	일반침	한방시술료	경혈침술(1부위)	36.10	2,000
			경혈침술(2부위이상)	54.15	3,000
	특수침술	한방시술료	안와내 침술	36.46	2,020
			비강내 침술	36.46	2,020
			복강내 침술	56.14	3,110
			관절강내 침술	56.14	3,110
			척추간 침술	26.71	1,480
			투자법 침술	56.14	3,110
			분구침술	69.68	3,860
	침전기 자극술	한방시술료	전자 침술	23.29	1,290
			레이저 침술	67.43	3,740
			침전기자극술	18.05	1,000
	구술	한방시술료	구술(직접구)	13.90	770
			구술(간접구)	19.31	1,070
재활 및 처치	부항술	한방시술료	부항술(건식부항)	12.45	690
			부항술(습식부항)(1부위)	21.30	1,180
			부항술(습식부항)(2부위이상)	31.95	1,770
	처치 및 마취	한방처치료	관장(약물 또는 기타관장)	51.26	2,840
			관장(수기관장)	93.50	5,180
			체위변경처치(1일당)	91.90	5,090
			총관도수법	64.72	3,590
			첩대총관도수법	144.91	8,030
			일반처치-단순처치	41.16	2,280
			일반처치-염증성처치	143.02	7,920
			산소호흡(1일당)	79.06	4,380
			비위관삽입술	174.28	9,660
			비강내영양(1일당)	99.15	5,490
기타 (양방과 동일)		한방처치료	회음부 간호(1일당)	60.30	3,340
			침상목욕 간호(1일당)	181.95	10,180
			통목욕 간호(1일당)	118.43	6,560

* 주 : 한의표준의료행위분류는 한방의료의 상대가치체계 연구(양봉민 · 김진현 · 임병묵, 2002)에서 재인용

되는데, 요양기관 종별 가산율은 진찰료와 입원료 등의 기본진료료에는 적용되지 않는다. 감산율은 1일 평균 진찰 및 조제횟수에 따라 진찰료가 차등지급되는 차등수가제에 대해 적용된다. 현행 우리나라의 건강보험은 약국, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 정신보건법에 의한 정신요양병원, 사업장 부속 요양기관 등을 제외한 모든 의료기관에 대해 의원급 15%, 병원급 20%, 종합병원급 25%, 종합전문요양기관급 30%의 네 가지 종별 가산율을 적용하고 있으며, 이 중 한방의료기관에 대해서는 (1) 허가병상수가 30병상 이상이고 한방 6개과가 설치되어 있는 한의과대학 부속 한방병원[5] 및 국립병원 한방진료부 25%, (2) (1)에 해당되지 않는 한방병원 20%, (3) 한의원 15% 등 세 가지의 종별 가산율이 적용되고 있다.

현행 수가체계 하에서의 요양기관 종별 차등가산율은 그 적용근거나 가산율 수준에 대한 합리성이 결여되어 있고 투자규모나 교육, 연구비용에 대한 보상이 미흡하다는 지적이 있다. 설정된 의료기관의 기능에 부합하는 적정한 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(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1997). 이러한 지적은 특히 한방의료기관의 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 적정한지를 평가할 필요가 있다.

2. 한방의료의 요양급여비용 및 본인부담 구조 분석

가. 요양급여비용 분석

한방의료 요양급여비용의 규모 및 구조에 대한 특성을 파악하기 위하여, 한방병원과 한의원을 중심으로 전체 의료기관에 대한 10대 분류별 요양급여비용[6]과 보다 세분화된 진료항목별 요양급여비용에 대한 분석을 실시하였다.

---

5) 이 때, 한의과대학 부속 한방병원은 교육법 및 사립학교법의 규정에 의하여 한의과대학을 설치·운영하면서 임상교육 및 실습을 할 수 있도록 부속 한방병원을 설치·운영할 때 이를 부속 한방병원이라 말한다. 따라서 학교법인이 설치·운영하는 한방병원이라 할지라도 한의과대학부속 병원으로 개설한 것이 아니고 학교병원으로 개설허가를 받은 경우에는 허가병상수가 30병상 이상이고 한방 6개과가 설치되어 있다 하더라도 요양기관 종별 가산율은 병원가산율을 적용하여야 한다.

6) 요양급여비용명세서상의 진료내역을 ①진찰료, ②입원료, ③투약 및 조제료, ④주사료, ⑤마취료, ⑥이학요법료, ⑦정신요법료, ⑧처치 및 수술료(한방시술료), ⑨검사료, ⑩영상진단 및 방사선치료료 등 10대로 분류함

한방의료가 기타 의료와 구분되는 특성으로 다음의 몇 가지 사항을 지적할 수 있다. 먼저, 한의원의 경우 외래 요양급여비용에서 투약 및 조제료가 차지하는 비중이 양방의 의원에 비해 상대적으로 높게 나타난다. 의원은 진료과에 따라 차이가 있으나 평균적으로 0.97%수준을 나타낸 반면, 한의원은 4.24%로, 금액으로는 한의원이 1,248원으로 의원의 219원에 비해 5배 이상 높게 나타나고 있다. 10대 분류별 연도별 건당금액의 증가율 자료에서도 의과+치과의 투약료는 78.68%가 감소한 것으로 나타나고 있으며, 여기에 한방과 약국을 포함하면 오히려 36.96%가 증가한 것으로 집계된다. 또한 약국 처방조제의 경우 약품비가 68.55%, 행위료가 31.45%인데 반해, 한의원의 건당약제비는 약품비가 85.95%로 대부분을 차지하고 있는 것도 특징적이다. 이러한 결과들은 한방의료가 가지는 고유의 특성에 기인한 것도 있겠으나, 근본적으로 한방의료의 경우 의약분업이 되어 있지 않으므로 투약 및 조제료의 비중이 양방보다 높게 나타나고 있다고 볼 수 있다. 한방의료의 진료비는 그 항목의 구조와 규모면에서도 양방과의 차이는 분명하다. 한방의료의 경우 처치 및 수술료 항목이 51%로 외래 요양급여비용중 가장 높은 비중을 차지하며, 이중 침술료가 87%를 차지하고 있다.

이상을 종합해 볼 때, 한방의료의 요양급여비용은 근본적으로 '시술 및 처치료'와 '약제비'를 포함하고 있는 진료비로, 기본적으로 약제비가 제외되어 있는 양방의료의 경우와는 그 구성이 다르며, 따라서 행위료와 약제비가 각각 분리된 의원·치과의원 및 약국에 비해 비용산정에 있어 불합리한 측면이 있다고 사료된다.

〈표 4〉 의과-한방간 10대 분류별 건당금액 및 금액구성비 비교(의원급, 외래)

(단위 : 원, %)

구 분	의과(의원)	%	한방(한의원)	%
계	22,424	100.00	29,422	100.00
①항 진찰료	15,043	67.09	12,936	43.97
②항 입원료	0	0.00	-	-
③항 투약료	219	0.97	1,248	4.24
④항 주사료	1,314	5.86	-	-
⑤항 마취료	356	1.59	-	-
⑥항 이학요법료	1,204	5.37	-	-
⑦항 정신요법료	216	0.96	-	-
⑧항 처치 및 수술료	1,773	7.91	15,005	51.00
⑨항 검사료	1,599	7.13	232	0.79
⑩항 영상진단 및 방사선치료료	598	2.67	-	-
CT료	102	0.45	-	-

〈표 5〉 10대 분류별 연도별 건당금액 추이

(단위 : 원, %)

구 분	1994	1997	2000	2003			
				한방+의과+치과+약국	의과+치과+약국	의과+치과	의과+치과 증가율
계	30,312	37,683	42,059	32,828	32,918	42,566	40.43
①항 진찰료	6,347	7,798	9,633	8,518	8,302	14,962	135.74
②항 입원료	2,084	2,839	2,675	2,036	2,094	3,774	81.08
③항 투약료	7,092	9,028	9,480	9,713	10,112	1512	▲78.68
④항 주사료	4,620	5,378	4,608	2,503	2621	4677	1.22
⑤항 마취료	621	737	887	537	563	1014	63.33
⑥항 이학요법료	615	364	957	608	636	1147	86.51
⑦항 정신요법료	255	379	332	202	211	380	49.21
⑧항 처치 및 수술료	4,403	6,158	7,035	4,532	4,014	7,233	64.28
⑨항 검사료	2,940	3,163	4,115	2,565	2,674	4,820	63.94
⑩항 영상진단 및 방사선치료료	1,333	1,428	1,750	1,160	1,214	2,188	64.17
CT료	-	411	587	455	476	858	-

나. 한방의료의 본인부담구조 분석

외래의 경우 환자가 의료기관을 방문한 내원일을 기준으로 발생한 요양급여비용 총액을 기준으로 정액제(co-insurance)와 정률제(co-payments)가 달리 적용되므로, 외래 요양급여비용 총액의 금액구간별 진료실적 자료에 대한 분석을 중점적으로 실시하였다.

(1) 금액구간별 내원일수 비교

총 내원일수에서 정액구간에 속하는 비율은 의원이 77.82%로 한의원의 72.81%보다 높다. 이는 한의원 이용시 내원일당 요양급여비용이 높은 정률구간에 포함되는 경우가 의원보다 많음을 나타낸다. 내원일수 비율이 가장 높은 금액구간도 한의원의 경우 13,001~14,000원(14,837천일, 23.11%, 누적 54.60%)인데 반해, 의원은 이보다 낮은 8,001~9,000원(82,883천일, 17.19%, 누적 31.67%)구간이다. 요양급여비용이 정률구간에 비해 상대적으로 낮은 정액구간 내에서도 한의원이용에 따른 일당 요양급여비용이 의원에 비해 크다는 것을 보여준다. 특히 한의원의 경우 정액구간의 마지막에 해당하는 14,001~15,000원 구간에서 두 번째로 높은 19.17%를 기록한 후, 정률구간이 시작되는 15,000원을 초과하면서 내원일수 비율이 급격히 감소하는 양상이 발견된다. 또한 의원은 정률구간이 시작되는 지점부터 1% 이하의 낮은 비

율을 나타내고 있는데 반해, 한의원은 정액구간을 지나 20,000원 이상에 이르러서야 1%이하의 낮은 비율을 보인다. 10% 이상의 비율을 나타내는 구간도 한의원은 12,001~15,000원 이하 구간으로 집중되어 있는 반면, 의원은 7,001~12,000이하 구간으로 상대적으로 넓게 분포하고 있다.

〈표 6〉 한의원-의원-치과간 금액구간별 내원일수 비교

(단위 : %)

구분	한의원		의원		치과	
	(%)	(누적%)	(%)	(누적%)	(%)	(누적%)
계	100.00	-	100.00	-	100.0	-
0~5,000	0.09	0.09	0.26	0.26	0.06	0.06
5,001~6,000	0.14	0.23	0.10	0.37	0.02	0.09
6,001~7,000	0.23	0.44	0.31	0.68	1.04	1.13
7,001~8,000	0.54	0.97	13.80	14.48	5.53	6.66
8,001~9,000	2.57	3.39	17.19	31.67	2.57	9.23
9,001~10,000	3.28	6.54	12.22	43.89	7.62	16.86
10,001~11,000	4.03	10.47	14.27	58.16	6.80	23.65
11,001~12,000	6.29	16.61	10.25	68.40	7.01	30.66
12,001~13,000	17.19	32.83	5.13	73.53	8.93	39.59
13,001~14,000	23.11	54.60	2.57	76.10	4.12	43.71
14,001~15,000	19.17	72.81	1.73	77.82	2.54	46.25
15,001~16,000	4.35	77.18	1.04	78.87	3.03	49.29
16,001~17,000	3.14	80.80	1.08	79.95	2.06	51.35
17,001~18,000	6.34	87.37	0.98	80.93	1.84	53.18
18,001~19,000	4.31	92.04	1.37	82.30	2.38	55.57
19,001~20,000	2.09	94.58	1.46	83.77	3.06	58.63
20,001~21,000	0.99	96.03	1.34	85.11	2.98	61.60
21,001~22,000	0.59	97.06	1.25	86.36	3.33	64.94
22,001~23,000	0.42	97.80	1.09	87.45	3.55	68.48
23,001~24,000	0.28	98.32	0.98	88.43	3.05	71.54
24,001~25,000	0.17	98.66	0.84	89.27	2.83	74.37
25,001~26,000	0.09	98.88	0.71	89.98	2.78	77.15
26,001~27,000	0.10	99.06	0.63	90.61	2.52	79.67
27,001~28,000	0.16	99.27	0.61	91.22	2.37	82.05
28,001~29,000	0.14	99.46	0.53	91.75	2.15	84.20
29,001~30,000	0.09	99.59	0.51	92.26	1.91	86.11
30,001~31,000	0.06	99.66	0.58	92.84	1.64	87.74
31,001~32,000	0.05	99.71	0.47	93.31	1.44	89.18
32,001~33,000	0.05	99.76	0.39	93.69	1.17	90.36
33,001~34,000	0.04	99.79	0.38	94.08	1.08	91.44
34,001~35,000	0.03	99.82	0.33	94.41	1.01	92.45
35,001~36,000	0.02	99.84	0.33	94.73	0.79	93.25
36,001~37,000	0.02	99.86	0.29	95.02	0.76	94.01
37,001~38,000	0.01	99.87	0.24	95.26	0.69	94.70
38,001~39,000	0.01	99.89	0.24	95.50	0.59	95.29
39,001~40,000	0.01	99.90	0.23	95.73	0.45	95.75
40,001~41,000	0.01	99.91	0.23	95.96	0.43	96.18
41,001~42,000	0.01	99.91	0.22	96.18	0.43	96.61
42,001~43,000	0.01	99.92	0.19	96.37	0.33	96.94
43,001~44,000	0.01	99.93	0.18	96.55	0.31	97.25
44,001~45,000	0.01	99.93	0.16	96.71	0.27	97.52
45,001~46,000	0.00	99.94	0.14	96.85	0.23	97.75
46,001~47,000	0.00	99.94	0.14	96.99	0.22	97.97
47,001~48,000	0.00	99.94	0.13	97.12	0.14	98.11
48,001~49,000	0.00	99.95	0.13	97.25	0.15	98.26
49,001~50,000	0.00	99.95	0.13	97.38	0.19	98.45
50,001이상	0.05	100.00	2.62	100.00	1.55	100.00

(2) 금액구간별 요양급여비용 비교

<표 7>과 같이 금액구간별 요양급여비용을 비교해보면, 한의원의 정액구간내 분포가 69.96%로 의원의 66.53% 및 치과의원의 25.75% 보다 높다. 즉, 한의원의 경우 내원일당 요양급여비용이 상대적으로 낮은 정액구간에 보다 높은 집중도를 나타내고 있다. 또한 한의원은 앞의 내원일수에 대한 분포와 마찬가지로 정률구간을 지나 20,000원 이상의 구간에 접어들어서야 1%이하의 비율을 나타내는데 반해, 의원은 15,000원인 정률구간이 시작되는 지점

〈표 7〉 한의원-의원-치과간 금액구간별 요양급여비용 비교

(단위 : %)

구분	한의원		의원		치과		구분	한의원		의원		치과	
	(%)	(누적%)	(%)	(누적%)	(%)	(누적%)		(%)	(누적%)	(%)	(누적%)	(%)	(누적%)
계	100.00	-	100.00	-	100.0	-							
0~5,000	0.01	0.01	0.07	0.07	0.00	0.00	30,001~31,000	0.07	99.83	0.84	82.16	2.58	74.35
5,001~6,000	0.06	0.06	0.05	0.12	0.01	0.01	31,001~32,000	0.05	99.88	0.63	82.79	2.34	76.70
6,001~7,000	0.11	0.17	0.18	0.30	0.35	0.36	32,001~33,000	0.03	99.91	0.44	83.23	1.97	78.67
7,001~8,000	0.30	0.47	9.18	9.48	2.15	2.51	33,001~34,000	0.02	99.94	0.50	83.73	1.87	80.54
8,001~9,000	1.61	2.07	13.04	22.52	1.14	3.65	34,001~35,000	0.02	99.95	0.41	84.13	1.80	82.34
9,001~10,000	2.23	4.30	10.22	32.73	3.73	7.38	35,001~36,000	0.01	99.96	0.49	84.62	1.45	83.80
							36,001~37,000	0.01	99.97	0.42	85.04	1.44	85.24
10,001~11,000	3.02	7.32	13.04	45.77	3.71	11.09	37,001~38,000	0.00	99.97	0.33	85.37	1.34	86.58
11,001~12,000	5.17	12.48	10.34	56.11	4.17	15.26	38,001~39,000	0.00	99.97	0.36	85.72	1.17	87.75
12,001~13,000	15.43	27.92	5.51	61.62	5.72	20.98	39,001~40,000	0.00	99.98	0.34	86.06	0.93	88.68
13,001~14,000	22.40	50.32	2.89	64.51	2.87	23.85							
14,001~15,000	19.64	69.96	2.02	66.53	1.90	25.75	40,001~41,000	0.00	99.98	0.30	86.37	0.90	89.58
15,001~16,000	4.82	74.78	1.36	67.89	2.41	28.17	41,001~42,000	0.00	99.98	0.30	86.67	0.92	90.50
16,001~17,000	3.70	78.47	1.48	69.36	1.75	29.92	42,001~43,000	0.00	99.98	0.24	86.91	0.73	91.23
17,001~18,000	7.83	86.30	1.32	70.68	1.66	31.58	43,001~44,000	0.00	99.98	0.24	87.15	0.70	91.93
18,001~19,000	5.66	91.97	1.58	72.26	2.28	33.86	44,001~45,000	0.00	99.99	0.21	87.36	0.62	92.55
19,001~20,000	2.89	94.86	1.41	73.67	3.09	36.95	45,001~46,000	0.00	99.99	0.19	87.55	0.54	93.09
							46,001~47,000	0.00	99.99	0.19	87.74	0.53	93.62
20,001~21,000	1.44	96.30	1.11	74.78	3.15	40.09	47,001~48,000	0.00	99.99	0.21	87.95	0.35	93.97
21,001~22,000	0.91	97.20	1.05	75.84	3.70	43.80	48,001~49,000	0.00	99.99	0.22	88.18	0.37	94.34
22,001~23,000	0.67	97.87	0.91	76.74	4.13	47.93	49,001~50,000	0.00	99.99	0.22	88.40	0.48	94.82
23,001~24,000	0.46	98.33	0.88	77.62	3.70	51.63							
24,001~25,000	0.29	98.62	0.74	78.36	3.58	55.22	50,001이상	0.01	100.00	11.60	100.00	5.18	100.00
25,001~26,000	0.17	98.79	0.64	79.00	3.66	58.87							
26,001~27,000	0.19	98.98	0.56	79.56	3.45	62.33							
27,001~28,000	0.32	99.30	0.63	80.19	3.37	65.70							
28,001~29,000	0.29	99.58	0.55	80.74	3.17	68.87							
29,001~30,000	0.18	99.76	0.57	81.31	2.91	71.78							

부터 1%이하의 낮은 비율을 유지하게 된다. 10%이상의 비율을 나타내는 구간도 한의원은 12,001~15,000원 이하 구간으로 집중도가 높은 반면, 의원은 8,001~12,000원 이하 구간과 50,000원 이상구간으로 상대적으로 넓게 분포하고 있다.

다음 그림 2는 한의원-의원-치과의 내원일당 요양급여비용의 금액구간별 분포를 나타내고 있다. 한의원, 의원, 치과의원 모두 상대적으로 낮은 요양급여비용이 발생한 정액구간의 비율이 높고 오른쪽으로 완만한 형태를 나타낸다. 다만, 한의원은 의원보다 우측에 위치하고 있으며, 상대적으로 높은 집중도를 나타내고 있다. 한편, 치과의원은 한의원과 의원에 모두에 비해 낮은 집중도를 나타내고 있다.

이상의 분석결과를 종합해 보면, 첫째, 한의원의 내원일수와 요양급여비용은 모두 의원보다 높은 금액구간에 분포되어 있으며, 둘째, 내원일수와 요양급여비용의 분포가 정액구간에서 정률구간으로 넘어가기 직전에 밀집해 있는 다소 기형적인 양상을 나타내고 있다. 첫 번째 특성은 의약분업 적용 예외인 한의원의 본인부담 기준금액이 의과와 동일하여, 개별 수진자가 내원시 부담하는 본인부담액이 상대적으로 높을 수 있음을 의미한다. 두 번째 특성은 환자의 불만을 완화하고 원활한 의료행위 보장을 위해서 한의원의 입장에서는 어쩔 수 없이 진료비를 하향 청구하고 있거나 진료의 왜곡이 초래되고 있을 가능성을 나타내고 있다.[7)]

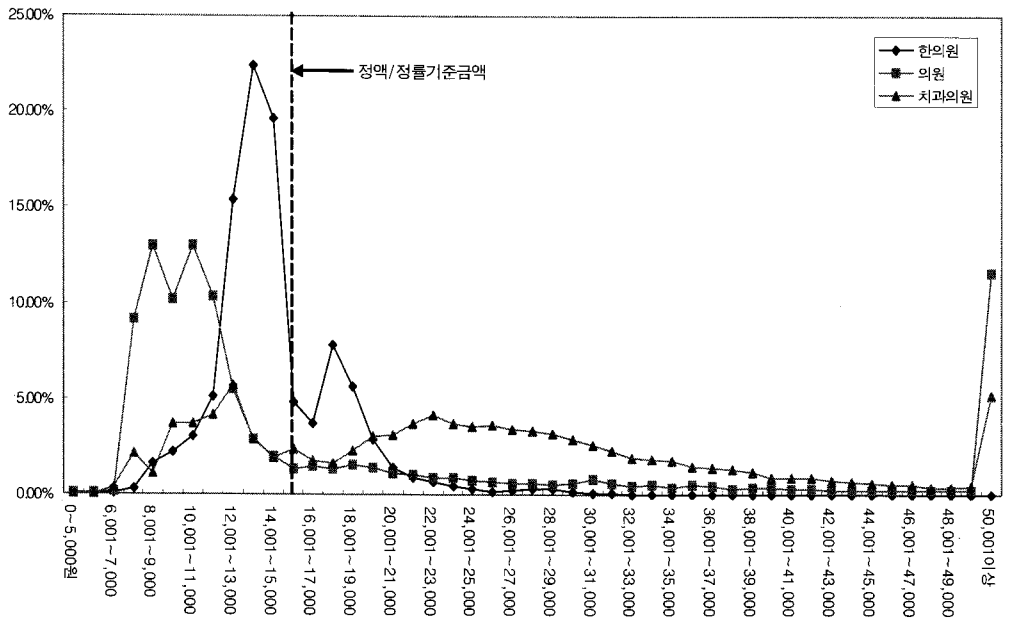

그림 2. 한의원-의원-치과의원의 금액구간별 요양급여비용 비율분포 비교

7) 이러한 현상은 양방의 의원급에서도 관찰되고 있다.

이상의 분석결과를 종합해 보면, 첫째, 한의원의 내원일수와 요양급여비용은 모두 의원보다 높은 금액구간에 분포되어 있으며, 둘째, 내원일수와 요양급여비용의 분포가 정액구간에서 정률구간으로 넘어가기 직전에 밀집해 있는 다소 기형적인 양상을 나타내고 있다. 첫 번째 특성은 의약분업 적용 예외인 한의원의 본인부담 기준금액이 의과와 동일하여, 개별 수진자가 내원시 부담하는 본인부담액이 상대적으로 높을 수 있음을 의미한다. 두 번째 특성은 환자의 불만을 완화하고 원활한 의료행위 보장을 위해서 한의원의 입장에서는 어쩔 수 없이 진료비를 하향 청구하고 있거나 진료의 왜곡이 초래되고 있을 가능성을 나타내고 있다.[8)]

이처럼 한방은 행위료와 약제비가 각각 분리된 의과·치과 및 약국과는 비용 구조에 있어 이질적이며, 이 때문에 건강보험에서 정액/정률 기준금액을 대부분 상회할 수밖에 없는 현실적인 구조적 문제가 발생한다. 따라서 설정된 정률/정액 기준금액의 합리성에 대한 의문이 그동안 꾸준히 제기되어 왔으며, 일부에서는 한방의료 이용의 접근성 저하를 거론하기도 하였다.[9)]

3. 본인부담기준 변화에 따른 건강보험 재정효과

가. 분석방향

건강보험재정에 영향을 미치는 기타 요인들을 고정한다면, 진료비 가운데 환자가 부담하는 본인부담금 또는 본인부담률의 인상은 보험자 부담분의 감소에 따른 재정절감효과를 의미하게 된다. 즉, 재정에 대한 영향에 있어서 본인부담금과 보험자부담금은 총요양급여비용의 범위 내에서 상충(trade-off)되는 관계를 가지고 있으며, 이 때문에 본인부담수준은 보험자와 이용자간의 단순한 비용전가(cot-shifting)현상으로 이해될 수도 있다.

또한 본인부담은 수요자의 행태에 영향을 미치는 가격변수로서의 의미도 가지고 있다. 본인부담 증가가 의료에 대한 수요와 급여비를 감소시키는 간접효과를 기대해볼 수 있다(Phelps, 1973; Newhouse & Phelps, 1974). 그러나 공급자의 입장에서는 감소된 수요에 대응하기 위하여 유인수요를 창출하여 진료량을 늘리거나, 또는 동일한 양이더라도 강도를 높여서 수입을 보전 혹은 확대할 가능성도 있다. 의사가 환자의 완벽한 대리인(perfect agent)이라면 적정량의 서비스를 제공하겠지만, 자신의 이익을 극대화하기 위한 방향으로 불필요한 수요를 유발하는 경향을 나타내게 되는 것이다.

---

8) 이러한 현상은 양방의 의원급에서도 관찰되고 있다.

9) 소득수준 최하위층의 의료기관 이용에 따른 본인부담에 대한 조사결과에 따르면 한의원이 소득대비 104.7%로 가장 높았다(김학주, 2004).

본인부담수준의 상승은 간접효과로서 이용자 측에서는 수요 감소에 따른 재정절감요인으로, 공급자 측에서는 수요창출에 따른 재정증가요인으로 상반된 영향을 미치게 된다. 따라서 본인부담금의 인상이 곧 재정절감을 의미한다고 단정 지을 수는 없으며, 수요측 감소분이 공급측 증가분을 초과할 때 비로소 나타난다고 할 수 있다.

이상과 같이 본인부담수준의 조정이 이용자와 제공자, 건강보험재정에 어떠한 영향을 미치게 될 것인지를 속단하기는 어렵다[10]. 재정효과를 추정하기 위한 다양한 접근 방법이 있으며, 또한 도출된 결과에 대해서도 관점에 따라 이견이 존재할 수 있다. 다만, 여기서는 한방의료의 정률/정액 기준금액 및 정액본인부담금의 조정을 중심으로 한 대안간 비교가 주된 목적이고, 이상과 같이 본인부담수준의 변화에 따른 간접효과는 논란의 여지가 있으므로, 총진료비에는 변동이 없다는 가정 하에 간접효과는 제외하고 개별 대안에 따른 직접효과에만 국한하여 재정측면의 영향에 대한 추계와 분석을 실시한다.

나. 한방의료의 본인부담제도 조정안

한방의료 요양급여비용 총액에 관한 조건상의 '정률/정액 기준금액'과 환자의 '본인부담금(정액) 및 본인부담비율(정률)'을 기준으로 다음과 같이 몇 가지 조정안을 설정하였다. 먼저, 제1안은 한방의료의 정액/정률 금액기준을 약국의 기준금액인 10,000원과 합산하여 25,000원으로 상향 조정하고, 마찬가지로 정액본인부담금도 약국과 합산하여 65세 미만은 4,500원, 65세 이상은 2,700원으로 상향조정하는 방안이다. 한방의료의 경우 검사, 시술 등의 '행위료'와 한약제제의 '약제비'가 총진료비에 포함되어 있어, 이들이 분리된 의과, 치과, 약국에 비해 비용구조가 상이하므로 환자부담의 형평성을 반영하였다.

제2안은 한방의료의 정액/정률 금액기준을 의약분업 예외기준(치과의원)과 동일한 17,000원으로 상향하고, 정액본인부담금을 3,500원(65세 이상은 1,500원)으로 조정하는 방안이다. 의약분업 이전에는 한의원, 의원, 치과의원 모두 처방전 발급여부에 따라 본인부담 기준을 달리 적용하였으며, 한의원은 의약분업 예외 대상이므로 분업 이전의 기준과 동일하게 적용하는 방안이다. 현재에도 치과는 처방전 발급여부에 따라 본인부담을 달리 적용하고 있다.

제3안은 한방의료의 정률/정액 기준금액을 상향하여 정액시 본인부담비율을 의과+약국과

10) 본인부담제가 공단의 재정안정에 기여하고 소비자의 과다의료소비를 막아 의료자원의 효율적 배분에 기여할 수 있는 수단으로서의 장점을 가진 반면 다음과 같은 단점이 있는 것으로 지적되고 있다. 첫째, 위험이 큰(high risky) 질병에 대해서는 소비자들의 재정보호의 역할이 미흡하며, 저소득자에 대한 의료접근 기회를 제약할 수 있다. 둘째, 수요감소에 따른 의사의 소득감소를 보전하기 위해 필요이상의 과잉진료를 유발할 수 있다. 셋째, 본인부담제는 소득계층에따라 부담이 역진적이므로 의료접근기회의 형평성에 문제를 야기한다. 넷째, 질병의 조기진단 및 치료를 주저하게 되어 장기적으로 치료비를 증가시키고 국민건강증진에 부정적인 결과를 초래할 수 있다(최병호 등, 1997).

동일한 비율로 조정하는 방안이다. 정액 적용시 환자가 부담하는 본인부담금의 비율을 단순히 비교해보면, 의과+약국의 경우는 18% 수준이 되는데 반해, 한의원의 경우는 20% 수준으로 높게 나타난다. 본인부담액을 낮추지 않고 정액/정률 기준금액을 치과(처방전 미발급)와 동일한 수준인 17,000원으로 상향 조정할 경우 본인부담금 비율은 약 17.6%로 의과+약국의 비율과 유사하게 된다(표 8참조).

〈표 8〉 행위료와 약제비를 통합한 본인부담액 기준 비교

(단위 : 원, %)

구 분	정액/정률 기준금액	본인부담액(정액時)	본인부담 비율
한 의 원	15,000	3,000	20%
의과+약국	25,000	4,500	18%
치과(처방전발급)	25,000	5,000	20%
치과(처방전미발급)	17,000	3,500	21%

제4안은 한방의료의 정률/정액 기준금액 이하의 총요양급여비용 비율과 일치하는 의과의 금액구간을 한방의료의 정률/정액 기준금액으로 조정하는 안이다. 한의원의 경우 정률구간의 시작인 15,001~16,000원 이하의 금액구간에 전체 요양급여비용의 74.78%가 집중되어 있는 반면, 의원의 경우는 67.89%로 상대적으로 낮게 나타난다. 의원에서 한의원의 74.78%와 동일한 누적비율을 나타내는 금액구간은 20,001~21,000이하이다. 의약분업실시 이전 한의원과 의원의 요양급여비용 분포가 유사하였다고 가정할 때, 의원의 정률구간시작점이 의약분업의 도입으로 15,001~16,000원 이하에서 20,001~21,000원 이하로 이동하였다고 볼 수 있다. 다만, 정액/정률 기준금액 20,000원에 대한 추가 보험자 부담금을 완충하는 의미에서 본인부담금을 치과수준(65세 미만 3,500원, 65세 이상 1,500원)으로 상향 조정한다.

〈표 9〉 한의원-의원간 요양급여비용 및 급여비 비율 비교

(단위 : 누적%)

구 분	요양급여비용 금액구간	
	15,000원 초과 16,000원 이하	20,000원 초과 21,000원 이하
한 의 원	74.78	96.30
의 원	67.89	74.78

제5안은 현행 정액/정률 기준금액에서 실제 약제투여에 따른 평균진료비를 합한 금액을 기준금액으로 설정하고, 환자본인부담은 현행 수준을 유지하는 안이다. 의약분업에 따라 의과에서는 분리된 약제비와 처방·조제료 등 방문당 약제투여에 따른 추가진료비를 반영하고 있다. 현 약제비는 약품비, 행위료 및 재료비를 포함하며, 한의원 외래의 건당약제비 금액은 1,248원 수준으로 나타난다. 그러나 건당약제비는 명세서 건당 발생하는 평균약제비의 개념이므로, 연간 한방총약제비(조제료 포함)에 조제빈도(투약빈도)를 나누어 구한 값이 방문당 실제 평균 투약비용이라고 할 수 있다.

- 2003년도 한방 총약제비(약가+조제료) 약 357억 / 조제빈도 11,756,313
  ⇒ 평균 투약비용 : 3,030원
- 오적산 1일분 투여할 경우 : 1,910원(약가 1,728원 + 조제료 184원)
- 오적산 2일분 투여할 경우 : 4,112원(약가 3,456원 + 조제료 656원)

한편, 한방에서 약제비 점유율이 1994년 약 27.8%에서 2004년 약 3.2%까지 감소하고 있는데, 이는 여러 요인이 있겠지만 약을 투여하게 되면 무조건 본인부담이 정률로 적용되어 환자 본인부담이 증가하기 때문에 한의원 스스로 보험약 투여를 기피하는데 그 원인이 있다고 볼 수도 있다.

이상의 본인부담제도 조정안의 주요 내용과 기준금액, 정액부담금, 정률본인부담률 등의 기준을 간략히 정리하면 다음 그림 3과 같다.

	〈 주요내용 〉	〈 기준금액 〉	〈 정액부담금 〉	〈 정률본인부담률 〉
1안	의과+약국 기준 적용	25,000원	2,700(65+) 4,500(65-)	요양급여비용총액 × 30/100
2안	의약분업예외 기준(치과) 적용	17,000원	1,500(65+) 3,500(65-)	
3안	정액시 본인부담 비율 기준 적용		1,500(65+) 3,000(65-)	
4안	총요양급여비용 누적비율기준 적용	20,000원	1,500(65+) 3,500(65-)	요양급여비용총액 × 30/100
5안	조제비용 감안 진료비 기준 적용	18,000원	1,500(65+) 3,000(65-)	요양급여비용총액 × 30/100

그림 3. 한방의료 본인부담제 개선을 위한 대안별 주요내용 비교

다. 주요기준 및 기본모형

추계 및 분석의 대상은 건강보험가입자 및 피보험자로서 한방병원 및 한의원 등 한방의료기관을 이용한 외래환자에 국한한다. 조정안별로 추계된 결과 값은 2004년 현재 기준가격으로 향후 예상되는 추가적인 수가인상분 등을 고려하지 않았다. 조정안별로 발생하는 총요양급여비용은 직접효과만을 반영하여 동일한 것으로 가정하고 법정요양급여비용에 대한 추계로 비급여비용은 포함하지 않았다.

재정효과를 예측하기 위한 기본적인 정보로 다음 세 가지 사항을 고려하였다. 첫째 필요한 추계는 신뢰할만한 수요수준, 둘째 이를 충족시키는데 들어가는 비용에 대한 추계, 셋째 이 비용을 주어진 제도여건 등의 재원분담방식에 따라 배분시키는 방법에 관한 것이다(Wittenberg 등, 1998). 기본적으로 개별 조정안별로 예상되는 수요수준과 발생하는 총비용 등은 동일한 것으로 가정하고 소요재원의 분담규모와 구성의 변화를 중심적으로 분석할 수 있는 기본추계식을 아래와 같이 구성하였다.

- 정률 본인부담금 총액 = 정률/정액기준금액초과 요양급여비용 총액 × 본인부담비율
- 정액 본인부담금 총액 = 65세 이상 정률/정액기준금액이하 총내원일수 × 65세 이상 정액본인부담금 + 65세 미만 정률/정액기준금액이하 총내원일수 × 65세 미만 정액본인부담금
- 보험자부담금 총액 = 총요양급여비용 - (정률 본인부담금 총액 + 정액 본인부담금 총액)

라. 건강보험 재정효과

다음 <표 10>은 조정안별로 정액제 구간 확대시 증가하게 되는 청구건수, 내원일수, 요양일수, 총요양급여비용의 변화를 나타내고 있다. 단순히 조정안별로 정률/정액 기준금액의 증가 수준을 비교해보면, 현행 기준금액인 15,000원을 기준으로 17,000원(2, 3안)은 13.33%, 18,000원(5안)은 20.00%, 20,000원(4안)은 33.33%, 25,000원(1안)은 66.67%가 증가된 금액이다. 물론, 각 조정안의 정액/정률 기준금액간 간격이 동일한 것은 아니며, 최소 13.33%에서 25.00%까지 차이가 있다. 내원일수를 기준으로 보면, 한의원 외래 중 정률/정액기준금액이 15,000원 이하(1안)는 76.6%, 17,000원 이하(2, 3안)는 84.1%, 18,000원 이하(5안)는 90.5%, 20,000원 이하(4안)는 96.9%, 25,000원 이하(1안)는 99.3%를 포함한다. 현행 기준금액인 15,000원 이하 구간의 내원일수를 기준으로 2, 3안은 9.79%, 5안은 18.15%, 4안은 26.50%, 1안은 29.63% 정도 높은 수준이다. 한의원 외래의 총요양급여비용중 현행 15,000원 이하가 70.0%, 17,000원 이하(2, 3안)가 78.5%, 18,000원 이하(5안)가 86.3%, 20,000원 이하(4안)가 94.9%, 25,000원 이하(1안)가 98.6%를 차지한다. 현행 기준금액에 대해서는 각각 2, 3안이

12.14%, 4안이 35.57%, 1안이 40.86%정도 높은 수준이다.

이상의 분석에서와 같이, 개별 조정안별로 정률/정액 기준금액은 점차 증가하여 현행 기준금액 대비 66.67%의 높은 상승폭을 나타내게 되며, 청구건수에 있어서도 유사한 경향을 보인다. 그러나 이에 따른 내원일수, 요양일수, 총요양급여비용 등은 오히려 대안별 기준금액의 상승폭보다는 낮은 수준을 형성하고 있다. 즉, 정률/정액 기준금액의 상승이 실제 본인부담 수준을 결정짓는 내원일수와 총요양급여비용에 대해 동일한 상승효과를 나타내는 것은 아니며, 오히려 정률/정액 기준금액을 계속 상향할수록 전체 내원일수와 총요양급여의 상승효과는 어느 수준부터 점차 감소하게 된다는 점을 시사하고 있다. 이는 앞의 요양급여비용 금액구간별 외래진료실적 자료에 대한 분석결과에서와 같이 내원일수와 요양급여비용 등의 금액구간별 분포가 왼쪽으로 치우쳐있으며, 따라서 상대적으로 낮은 금액구간에 분포하고 있기 때문이다.

〈표 10〉 조정안별 기준금액 상향과 외래진료실적의 증가수준 비교

(단위 : %)

구 분		현행	2안, 3안	5안	4안	1안
		15,000원 이하	17,000원 이하	18,000원 이하	20,000원 이하	25,000원 이하
기준 금액	전 기준금액 대비	-	13.33	5.88	17.65	25.00
	현행기준금액 대비	-	13.33	20.00	33.33	66.67
청구 건수	전체 실적중 비율	55.9	69.2	81.5	93.9	98.6
	전 기준금액 대비	-	23.79	17.77	35.69	5.01
	현행기준금액 대비	-	23.79	45.80	67.98	76.39
내원 일수	전체 실적중 비율	76.6	84.1	90.5	96.9	99.3
	전 기준금액 대비	-	9.79	7.61	15.22	2.48
	현행기준금액 대비	-	9.79	18.15	26.50	29.63
요양 일수	전체 실적중 비율	72.8	80.8	87.4	94.6	98.7
	전 기준금액 대비	-	10.99	8.17	17.08	4.33
	현행기준금액 대비	-	10.99	20.05	29.95	35.58
총요양급 여비용	전체 실적중 비율	70.0	78.5	86.3	94.9	98.6
	전 기준금액 대비	-	12.14	9.94	20.89	3.90
	현행기준금액 대비	-	12.14	23.29	35.57	40.86

2004년 현재 한방의료 외래에 대한 본인부담비용은 2,286억원으로 24.23%수준을 나타내고 있다. 조정안 중 가장 낮은 수준을 나타낸 것은 제5안으로 22.57%(2,130억원)이며 반면 가장 높은 수준을 나타낸 것은 제1안으로 30.46%(2,875억원)로 추계된다. 한편 한의원은 23.49%의 본인부담수준을 나타냈으며, 조정안별로는 제1안이 30.02%, 제2안이 25.33%, 제4안이 23.28%, 제3안이 22.86%, 제5안이 21.75%의 순서이다. 한방병원은 39.79%로 상대적으로 높은 본인부담수준을 나타낸다.

외래 정률구간의 본인부담수준은 현행 29.98%로 동일한 본인부담수준을 보이고 있다. 정액구간의 본인부담수준은 현행 20.70%, 제1안 30.02%, 제2안 24.06%, 제3안 20.91%, 제4안 22.92%, 제5안 20.44%로 추계되었으며, 제1안을 제외하고 모두 정률구간에 비해 낮은 수준이다. 특히 정액구간 중 65세 이상의 본인부담수준은 현행 11.71%인데, 제1안은 19.37%로 가장 높고 제2안과 제3안은 모두 11.46%를, 제5안은 11.20%, 제4안은 10.91%로 가장 낮게 추계되었다. 정액구간 내는 현행 23.41%, 제1안 32.28%, 제2, 3안 22.91%, 재4안 25.46%, 제5안 22.40%의 순서이다. 즉 정률구간 보다는 정액구간이, 그리고 정액구간 내에서는 65세 미만보다는 65세 이상이 낮은 본인부담수준을 나타내고 있다.

〈표 11〉 **본인부담제 조정안별 본인부담수준 비교**

(단위 : 천원, %)

구 분				현행	1안	2안	3안	4안	5안
합 계			천원	228,645,014	287,514,015	245,254,473	222,975,876	226,763,656	212,969,030
			(%)	(24.23)	(30.46)	(25.99)	(23.63)	(24.03)	(22.57)
한방병원			천원	16,971,086	16,971,086	16,971,086	16,971,086	16,971,086	16,971,086
			(%)	(39.79)	(39.79)	(39.79)	(39.79)	(39.79)	(39.79)
한의원	계		천원	211,673,928	270,542,929	228,283,387	206,004,790	209,792,570	195,997,944
			(%)	(23.49)	(30.02)	(25.33)	(22.86)	(23.28)	(21.75)
	정률구간		천원	81,152,844	3,717,838	58,155,919	58,155,919	13,890,180	37,002,006
			(%)	(29.98)	(29.98)	(29.98)	(29.98)	(29.98)	(29.98)
	정액구간	소계	천원	130,521,084	266,825,091	170,127,468	147,848,871	195,902,390	158,995,938
			(%)	(20.70)	(30.02)	(24.06)	(20.91)	(22.92)	(20.44)
		65세 이상	천원	17,080,404	30,125,414	14,177,289	14,177,289	16,325,199	15,246,186
			(%)	(11.71)	(19.37)	(11.46)	(11.46)	(10.91)	(11.20)
		65세 미만	천원	113,440,681	236,699,678	155,950,179	133,671,582	179,577,191	143,749,752
			(%)	(23.41)	(32.28)	(26.73)	(22.91)	(25.46)	(22.40)

<표 12>는 본인부담제 조정안 적용시 예상되는 보험자부담비용을 나타낸다. 보험자 부담비용이 현행보다 증가하는 조정안은 제3안과 제4안이며, 제1안과 제2안은 오히려 현행보다 감소할 것으로 추계되었다. 제1안은 589억원(8.54%), 제2안은 166억원(2.41%)의 보험급여비가 감소하게 되며, 이러한 감소효과는 정률구간에서 발생한 절감분이 정액구간의 증가분보다 큼에 기인한다. 제3안과 제4안, 제5안은 각각 57억원(0.82%), 19억원(0.27%), 157억원(2.27%)에 해당하는 급여비를 추가적으로 소요할 것으로 추정된다. 이들 조정안의 증가효과는 정액구간의 증가분이 정률구간의 감소분보다 크기 때문에 발생한다.

〈표 12〉 본인부담제 조정안별 보험자부담비용 비교

(단위 : 천원, %)

구 분		소계	정액구간	정률구간
현행	급여비	689,450,542	499,899,408	189,551,134
	증감액(%)	-	-	-
1안	급여비	630,581,541	621,899,909	8,681,632
	증감액(%)	▲58,869,001(▲8.54)	122,000,501(24.41)	▲180,869,502(▲95.42)
2안	급여비	672,841,083	536,996,267	135,844,816
	증감(%)	▲16,609,459(▲2.41)	37,096,859(7.42)	▲53,706,318(▲28.33)
3안	급여비	695,119,680	559,274,864	135,844,816
	증감액(%)	5,669,138(0.82)	59,375,456(11.88)	▲53,706,318(▲28.33)
4안	급여비	691,331,900	658,893,604	32,438,296
	증감액(%)	1,881,358(0.27)	158,994,196(31.81)	▲157,112,838(▲82.89)
5안	급여비	705,126,526	618,710,721	86,415,805
	증감액(%)	15,675,984(2.27)	118,811,313(23.77)	▲103,135,329(▲54.41)

Ⅳ. 결론 및 제언

본 연구에서는 한방의료의 본인부담수준에 대한 적정성 평가를 위하여 한방 및 양방의료의 본인부담제 현황과 문제점, 요양급여비용의 규모와 구조를 분석하고, 본인부담제도 조정안과 그에 따른 건강보험재정효과 등을 추정함으로써 합리적인 한방의료 본인부담제도의 개편방안에 대해 논의하고자 하였다.

한방의료의 수가체계 및 본인부담금 구조에 대한 주요 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 한방의료행위에 대한 질병군별 보상이 이루어지고 있지 않으며 건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수에 관한 사항도 제한적으로 적용되고 있다. 또한 수가항목은 양방의료행위의 분류체계를 따르고 있으며, 기본진료료, 투약 및 조제료, 한방처치료 중 총관도수법과 첩대총관도수법 이외의 처치료는 양방의료행위의 수가수준과 동일하게 설정되어있는 등 한방의료의 특성을 반영한 보상체계가 마련되어 있지 못하다. 둘째, 현행 한방의료행위의 상대가치점수나 종별가산율이 한방의료기관의 원가구조에 대한 고려 없이 양방의료행위에 적용되는 기준을 일률적으로 적용하고 있으며 이로 인한 한방의료행위의 왜곡이 우려된다. 셋째, 한방의료의 비용구조가 양방과는 다르고 '행위료'와 '약제비'가 각각 분리된 의원, 치과, 약국에 비해 비용산정에 있어 불합리한 측면이 있다. 특히 한방의료의 요양급여비용에서 투약 및 조제료가 차지하는 비중이 양방의료에 비해 상대적으로 높게 나타나는 바, 의약분업 전후 의과와 치과의 투약료는 감소하였으나 한방은 증가하였고, 건당약제비에서 행위료보다는 약품비가 대부분을 차지하고 있다. 넷째, 한의원을 이용하는 환자의 본인부담수준이 치과나 의원보다 높으며, 본인부담 정액구간 내에서 한의원의 내원일수와 요양급여비용은 의원보다 높은 금액에 집중적으로 분포하고 있는 반면, 총요양급여비용중 정액구간이 차지하는 비율은 오히려 낮게 나타난다.

이상의 분석결과를 바탕으로 본고에서는 한방의료의 본인부담금제도 조정안을 몇 가지 제시하였으며, 이들에 대한 건강보험 재정효과 분석을 통해 본인부담제의 구조가 가지는 몇 가지 특성과 경향을 추론하였다. 본고에서 제안한 본인부담제도의 주요 요소는 정률/정액 기준금액과 정률부담비율, 그리고 정액부담금 등으로 구분할 수 있는 바, 본인부담비율의 변화는 모두 정률/정액 기준금액의 아래에 존재하는 정액구간에서 발생하도록 하였고, 이러한 정액구간 내의 본인부담비율 수준은 다시 65세 이상과 65세 미만의 본인부담비율로 구분하였다. 첫째, 정률/정액 기준금액을 상향 조정하는 경우 동일한 수준의 본인부담 경감효과를 기대할 수 없는 것으로 추정되었다. 제1안처럼 정률/정액기준금액을 상향 조정하면, 정률/정액 부담금이 함께 상향 조정되어 결국 전체 본인부담금이 상승하는 결과가 나타난다. 이는 한방외래 진료건의 대부분이 내원일수 및 청구건수 등이 상대적으로 낮은 금액구간에 집중하여 분포하고 있기 때문이다. 둘째, 정액구간 내의 정액부담금 수준을 변화시키는 경우 본인부담금 수준이 상대적으로 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 제2안과 제3안은 동일한 정률/정액 기준금액을 채택하고 있으나, 정률/정액부담금의 차이로 인해 전체 본인부담비용의 수준에 차이가 나타난다. 즉, 정액부담금 자체의 변화가 작더라도 외래 발생건의 상당 부분을 적용대상으로 포함하므로, 실제 발생하는 본인부담 및 보험자부담의 증감효과는 정률/정액 기준금액의 증감수준 이상으로 나타나게 된다.

이론적으로는 본인부담률의 인상이 총진료비에서 본인부담금을 높이고 보험 급여비를 감소시키는 효과를 가져올 것이지만 구체적으로는 정률/정액 기준금액과 정액부담금의 조정방식에 따라 실제 본인부담금 수준이 달라질 것이다. 따라서 한방의료 본인부담제에 대한 합리적인 조정방안의 선택은 본인부담제도를 구성하는 정률/정액 기준금액과 정액부담금에 대한 분석, 현재 한방의료를 이용하고 제공하는 행태에 대한 분석, 그리고 이를 통해 예상되는 재정규모와 구조 변화 등을 종합적으로 고려하여 이루어져야할 것이다.

몇 가지 기준을 바탕으로 한방의료의 본인부담금제도 조정방안을 검토해 보면, 먼저 현행 본인부담제도의 변화를 비교적 최소화할 수 있는 안은 제3안, 제5안, 제2안, 제4안, 제1안의 순서라고 판단된다. 한편, 65세 이상의 외래이용자에 대한 본인부담감소의 효과가 가장 높은 안은 제5안, 제4안, 제3안, 제2안, 제1안의 순서이나 모든 안에서 일정수준의 감소효과가 나타나고 있다[11]. 다음으로 본인부담비율의 감소효과 측면에서만 보면 제5안이, 그리고 보험재정의 안정성측면에서는 제4안이 적절하다고 판단될 수 있다.

이상을 종합하여 볼 때, 현행 한방의료의 건강보험 본인부담 정액/정률 기준금액과 정액본인부담금을 함께 조정하되, 이 때 정액부담금의 변동을 최소화하고[12] 환자본인부담 수준, 특히 65세 이상자의 부담을 줄여주는 한편, 제도 개편 후 건강보험재정에 미치는 영향을 가장 최소화 할 수 있는 제4안이 비교적 현실적인 개편안으로 판단된다. 다만, 환자가 부담하는 정액부담금을 현행 수준으로 유지하되 정액/정률기준금액을 소폭 상향 조정함으로써 수요자와 공급자의 혼란을 최소화하고, 본인부담 감소효과를 일정수준만 확보하고자 한다면 제3안이, 이를 최대화한다면 제5안이 선택될 수 있다. 그러나 이 두 가지 대안은 건강보험재정 증가라는 문제를 함께 고려하여야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 논의한 한방의료 본인부담수준은 비급여를 포함하지 않은 법정본인부담에 한한 것으로, 한방의료 이용시 환자본인이 부담하는 전체비용에 대한 접근이 이루어지지 못한 것이 한계점이다. 따라서 향후 비급여를 포함한 한방의료의 비용구조와 한방의료 이용자의 실제 본인부담수준에 대한 조사가 필요하며, 한방의료의 본인부담제의 변동에 따른 제공자와 이용자의 행태변화에 대한 실증적인 연구가 요구된다.

한방의료비 부담의 적정화라는 목표를 달성하기 위해서는, 우선 그 제도적 장치가 되는 본인부담제도를 합리적으로 재설정하는 것이 무엇보다 중요하다. 그러나 끊임없이 제기되어온

11) 양·한방 이용자간 인구사회학적 특성을 비교한 결과, 연령을 제외하고는 통계학적으로 유의한 차이를 보이지 않았으며, 양방이용자에 비해 한방이용자의 연령대가 상대적으로 높았다(이선희 외, 2002).

12) 암과 같은 큰 병에 걸렸을 때 진료비부담을 줄여주는 대신에 동네의원을 방문할 때 내는 진료비 부담 3,000원을 어느 정도까지 인상하는 것이 좋은지에 대한 수용성 정도에 대하여, 3,500원이 68.4%이며, 4,000원이 20.9%로 거의 90%를 차지하였다(최병호 등, 2003).

한방의료 수가체계의 문제점과 급여범위의 제한성을 근본적으로 극복하지 않고서는 부담의 적정화라는 목표를 달성하는 것은 사실상 한계가 있다. 따라서 우선 한방의료 본인부담제도에 대한 합리적인 개선안을 마련하여 시행하되, 이후 한방의료의 의료적 특성과 원가수준을 반영한 수가체계마련이 추진되어야 하며, 이와 함께 한방의료서비스의 표준화와 급여범위 확대를 통한 보장성 강화를 추진하는 것도 필요하다.

참 고 문 헌

건강보험심사평가원. 요양급여비용 청구내역 경향조사. 서울:건강보험심사평가원;2004.

국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 서울:국민건강보험공단;각 년도.

_____. 국민건강보험법 시행령 및 규칙. 서울:국민건강보험공단;2004.

김진현. 양한방 진찰행위의 상대가치 비교분석. 대한예방한의학회지 2004;8(2):129-140.

김학주. 계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구. 한국사회복지학회지 2004;56(3):113-133.

양봉민, 김진현, 임병묵. 한방의료의 상대가치체계 연구. 서울:한국한의학연구원;2002.

연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치개발. 서울:연세대학교 보건정책 및 관리연구소;1997.

이선희, 이혜진, 최귀선, 채유미, 지영건. 양방과 한방의료 이용자의 서비스 선택요인 비교분석. 보건행정학회지 2002;12(4):18-33.

이진경. 건강보험 본인부담 실태와 추이분석. 건강보험포럼 2002;1(3):51-72.

정홍기, 조정찬, 국민건강보험법. 서울:한국법제연구원;2005.

최병호, 노인철, 신종각. 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안. 서울:한국보건사회연구원;1997.

최병호, 신윤정, 신현웅. 질병위험 보장성 강화를 위한 건강보험 본인부담 구조조정방안. 서울:한국보건사회연구원;2003.

Cheah Chee-Wah and D. P. Doessel. Welfare Cost and Health Insurance: a disaggregated approach using duality theory and Australia data. Applied Economics 1994;26:567-74.

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

Manning, W. G. et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment. American Economic Review 1987;77:251-77.

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.

Pauly, M. V. A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance. Health Service Research 1969;4:281-92.

Phelps, C. E and J. P. New house. Coinsurance and the Demand for medical services Santa Monica Rand Corponation. 1974;R-964-10Eolnc.