

# 건강보험과 의료급여 노인환자의 의료이용량 : 요양기관종별 분석

## Medical Care Utilization between National Health Insurance and Medical Assistance in Elderly Patients

이용재  
호서대 사회복지학과

Yong-Jae Lee(123peter@hanmail.net)

### 요약

본 연구는 의료급여와 건강보험환자의 의료이용량의 차이를 분석하여 의료급여환자의 도덕적 해이로 인한 진료비 증가문제를 평가하고 합리적 의료급여 정책결정의 근거를 제시하기 위한 것이다. 이를 위하여 서울시민대상 건강보험과 의료급여 급여자료를 성별·연령별·의료기관 종별로 비교 분석하였다. 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 상급종합병원의 입원·외래이용 모두 의료급여환자가 건강보험환자에 비해서 적어서 도덕적 해이가 존재하지 않았다. 오히려 의료급여환자들이 고비용 의료서비스를 이용하고 못하고 있었다. 둘째, 종합병원의 입원이용은 건강보험환자가 많은 반면 외래이용은 의료급여환자가 많아서 의료급여환자들이 본인부담이 적은 외래서비스 이용을 많이 이용하고 있었다. 셋째, 병원·의원은 의료급여환자의 이용이 입원과 외래이용 모두 건강보험환자에 비해서 많았다. 따라서 의료급여환자들은 병원·의원의 입원과 외래이용, 종합병원의 외래이용시 적은 본인부담으로 인해 불필요한 의료이용을 할 가능성이 있는 반면에 상급종합병원 입원과 외래이용, 종합병원의 입원이용시 비급여 의료비 등 과도한 의료비 부담으로 인해 필요한 의료서비스 이용을 하지 못할 가능성도 있었다. 따라서 중증질환을 가진 의료급여환자들의 의료비 부담을 경감시키기 위한 정책은 지속하고, 의원·병원을 이용하는 의료급여환자들이 불필요한 의료서비스를 이용하지 않도록 관리해야 할 것이다.

■ 중심어 : | 건강보험 | 의료급여 | 의료이용 | 도덕적 해이 |

### Abstract

The purpose of this study is to analyze the difference of medical care between medical assistance and health insurance patients to evaluate the increase of medical care costs due to the moral hazard of medical care patients and to provide a basis for rational medical care policy decision. For this purpose, we compared health insurance benefit data for Seoul citizens by gender, age, and type of medical institutions. The results of the analysis are as follows. First, all of the hospitalized and outpatient use of the advanced general Hospitals, medical assistance patients were less than those of the health insurance patients, so that the medical assistance patients could not use the high cost medical services. Second, in general hospitals, patients with health insurance are often hospitalized. On the other hand, medical assistance patients use a lot of outpatient services because they are less burdened. Third, in hospitals and clinics, medical benefits patients often use inpatient and outpatient services. Therefore, medical assistance patients are likely to use unnecessary medical care of outpatient and hospitalization clinics and hospitals, outpatient of general hospitals. But, in hospitalization and outpatient use in advanced general hospitals and medical assistance patients can not use due to excessive medical burden. Therefore, the policy to reduce the burden of medical expenses for patients with severe illness will continue, and the medical care patients using clinics and hospitals should be careful not to use unnecessary medical services.

■ keyword : | National Health Insurance | Medical Assistance | Medical Service Utilization | Moral Hazard |

## I. 연구배경 및 목적

의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제(질병, 부상, 출산 등)를 국가가 보장하는 공공부조제도로 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다. 그러나 지속적인 의료급여 진료비 증가로 인하여 의료급여환자의 도덕적해이가 비판의 대상이 되고 있다. 예컨대, 신현웅 외[1]는 의료급여 1종의 의료이용 증가를 의료급여 총진료비 증가의 원인이라고 지목하고 있으며, 김진현 외[2]의 분석에서도 의료급여 1종 환자의 입원진료비를 원인으로 보고 있다. 아울러 본인부담이 없거나 적은 의료급여제도를 이용하여 의료급여환자들이 불필요한 의료서비스를 이용하는 도덕적 해이가 존재한다고 분석하고 있다는 것이다. 실제로 신영석 외[3], 신현웅 외[4]는 의료급여환자들의 의료이용량이 건강보험환자에 비해 많으며 불필요한 의료이용이 존재하는 것으로 평가하고 있다. 관련하여 주정미 외[5]는 의료급여환자의 진료강도가 건강보험환자에 비해 높다고 평가한 반면, 이용재[6]는 의료급여환자들의 의료이용량이 많은 것은 사실이지만, 질 좋은 서비스를 이용할 수밖에 없는 것으로 평가하고 있다. 여하튼 의료급여환자의 불필요한 의료이용으로 인해 급격히 증가하는 재정낭비를 줄여서 진료비증가를 완화시켜야 한다는 정책적 목소리가 커지고 있다.

그러나 단순히 의료급여제정 지출억제를 위해 의료급여환자의 의료이용에 대한 제한정책을 시행할 경우 필요한 의료서비스 이용조차 어렵게 하여 우리사회 건강불평등을 초래할 수 있을 뿐만 아니라 발병이후 사회복귀를 지연시켜 소득불평등으로 이어질 수 있다. 의료급여는 생활이 어려운 저소득층을 대상으로 의료비 부담을 최소화하여 질병이 있음에도 불구하고 의료서비스를 이용하지 못하는 사례가 발생하지 못하도록 하는 제도이기 때문이다. 더욱이 기존 연구들은 통계분석에 있어서 질병의 중증도 보정 등 통계적 논란을 양상하고 있다[6].

따라서 실제로 의료급여환자의 의료이용량이 건강보

험환자에 비해 많은지 보다 객관적인 방법으로 재분석·확인하고 이에 맞는 정책적 판단을 하여야 한다. 본 연구는 기존연구와는 달리 통계학적 방법이 아닌 객관적인 비교단위와 대상을 결정·비교함으로써 통계학적 오류에 대한 비판을 최대한 배제하고자 한다. 본 연구는 의료급여와 건강보험환자의 의료이용 비교에서 기본영역으로 활용된 성별·연령을 구분하고 의료기관 종별로 비교단위를 통일하여 실제로 건강보험과 의료급여환자의 의료이용량에 차이가 있는지를 재평가하고자한다. 이를 통해 단편적인 건강보험환자와 의료급여환자의 의료이용량 차이가 아니라, 성·연령·의료기관 종별 이용에 있어서 의료급여와 건강보험환자의 구체적 특징을 파악하여 맞춤형 정책마련의 근거자료를 제공할 것이다.

## II. 의료급여환자의 진료비와 의료이용

의료급여환자의 진료비와 의료이용에 대한 분석은 진료비 현황과 증가에 대한 분석과 의료급여와 건강보험환자의 의료이용량에 대한 비교, 정책대안에 대한 평가와 제안으로 구분하여 수행되어왔다. 초기 의료급여환자의 도덕적 해이를 제기한 연구는 보건복지부[7]로 의료급여 1종 외래의 1인당 진료비는 건강보험의 3.3배, 외래방문일수는 2.3배, 일당진료비 1.4배로 의료급여환자의 도덕적 해이가 재정지출의 중요한 요인이라고 하였다. 이어진 중증도를 보정하여 분석한 신영석 외[8]의 연구에서도 의료급여환자의 장기입원 경향이 존재하는 것으로 나타났다. 구체적으로 의료급여 1종이 건강보험에 비해 재원일수가 1.713배 높은 것으로 나타나서 의료급여 1종 환자들이 불필요한 입원을 하고 있다고 평가하고 있다.

이후에도 관련 연구가 지속적으로 수행되어 왔다. 신영석 외[3]는 2007년 의료급여제도 변화 이전 시점의 수급자들의 의료이용실태를 분석하고, 장기 및 고액 의료이용 환자를 중심으로 분석한 결과 의료급여 진료비는 증가추세에 있는데 차상위계층 중 일부의 수급자 전환, 희귀난치질환 확대로 수급자 증가, 본인부담 보상제

및 상한제 도입, 3대 중증질환에 대한 의료급여 2종의 본인부담인하 등 급여범위의 확대, 1인당 수진율과 내원일수가 증가 등 의료수요 증가 등이 원인이었다. 아울러 1인당 평균 입원건수는 증가하였고, 외래 1인당 수진율이 년 평균 4.64%씩 증가하는 추세인 반면, 외래 내원일수는 감소 추세였다. 수급자의 질병중증도를 보정한 상태에서 의료급여와 건강보험환자의 진료비 비교결과 의료급여환자 진료비가 높았다. 질병건당 진료비는 입원은 1종 1.2배, 2종 1.06배 높았고 외래의 경우는 1종 1.48배, 2종 1.11배 높았으며 질병건당 입내원일수도 입원 1종 1.52배, 2종 1.28배 높고 외래는 1종 1.35배, 2종은 1.13배 높아서 의료급여 1종 환자의 진료비와 입내원일수가 많아 과다 이용이 있는 것으로 평가하였다.

연간 진료일수가 365일 이상인 의료급여 장기이용자의 의료이용실태와 건강특성을 파악한 김의숙 외[9]는 장기이용 수급자들의 입원경험율은 전체 평균보다 4배, 전체 수급자 평균보다도 2배 높았다. 외래이용은 1년 평균 6.4개 의료기관을 이용하였으며, 평균투약일수는 약 424일이었고 총진료비는 일인당 평균 356만원이었다. 여러 의료기관을 이용하는 이유는 복합질환(59.75%)이 가장 많았고, 전문의료기관의 진료를 위해(41.02%), 주위의 호평에 의해(30.59%), 물리치료를 위해(26.81%), 경제적 부담이 없어서(26.57%)이었다. 약물 이용행태로는 현재 5가지 이상 약을 복용하고 있는 사람이 47.4%, 잉여약물이 있는 사람이 15.9%로 의료급여 수급자들의 의료특성상 의료를 많이 이용할 수밖에 없는 조건이지만 건강보험에 비해 의료이용이 더 높았으며, 약물이용에 있어서 도덕적 해이가 있었다. 한편, 의료이용에서 비용부담은 없으나 교통비와 비급여 부담이 존재하고, 요양시설·방문간호의 도움을 요청하였다. 단기적 대안으로는 증상관리, 질병관리, 건강상담, 보건교육 등 대상자의 전반적 건강관리와 정확한 질병과 증상에 대한 지식과 상담을 제공하는 것을 제안하였고, 중·장기적 방안으로는 적정의료로 위하여 의료급여 수급자를 가장 일선에서 관찰·관리하는 지방자치를 중심으로 관리될 수 있도록 수급자들의 의료이용 관리주체를 지방자치단체로 이양하고, 부정적 의료이용 행태와 관련 요인을 확인하고 위험요인을 관리하는 체계를

마련해야 한다고 하였다.

신현웅 외[1]는 진료비 지출 증가추이와 의료이용양과 강도분석에서 의료급여 1종 총진료비 증가율(13.34%)이 건강보험(11.22%)에 빠르는데 이는 의료급여 1종의 적용인구당 진료비 절대규모가 4.4배, 적용인구당 입내원일수 3.44배, 입내원일당 진료비 1.28배가 높은 것에 기인하는 것으로 나타났다. 한편, 의료급여 1종은 입원증가가 가장 높고, 2종은 약국이용증가가 가장 높았다. 의료급여 진료비 관리를 위해 진료비지불제도 개편 및 공급체계개편, 약국 본인부담개선, 급여제한, 사례관리강화를 제안하였으며 약국 진료비의 본인부담을 정률본인부담으로 전환하는 방안과 의료급여 약국 본인부담차등제 도입, 약제비 관리를 위해 사용량과 사용기간 제한, 환자에게 중복처방받은 일수를 사전에 통보하고 미개선시 중복 처방받은 약제비를 사후 환수하는 방안을 제안하였다. 사례관리강화를 위해서 동일성분 의약품 중복투약자 관리강화, 선택병의원제 관리강화를 위해서 선택병의원 대상자에게도 현행 본인부담금 부과, 선택병의원 이외에 병원에 갈 경우 현행 본인부담금 2배 부과, 진료의뢰서 남발 선택병의원에 대한 관리를 주장하였다.

노인 암환자의 건강보험과 의료급여 이용차이를 비교한 이용재[6]는 의료급여 암환자가 건강보험 암환자에 비해 잦은 외래방문과 장기간 입원으로 총진료비를 많이 사용하고 있는 것으로 나타났으며, 진료건당 외래진료비와 진료일당 입원진료비는 건강보험 암환자가 의료급여환자보다 더 많아서 건강보험환자가 상대적으로 비용이 비싼 고급의료서비스를 이용하는 것으로 해석하였다. 아울러 총진료비와 입원진료비, 외래방문건수, 입원일수는 의료급여 노인 암환자일수록 통계적으로 유의미하게 높았다. 따라서 노인 의료급여 암환자들의 의료이용은 환자들의 의료이용의 도덕적 해이라기보다 과도한 본인부담비용을 감당하기 어려워져 본인부담이 없는 외래와 입원이용을 많이 하는 것으로 분석하였다. 한편, 먼저 수행된 주경미 외[5]의 연구에서는 의료급여 1종 환자에 대한 진료강도가 건강보험환자에 비해 높은 것으로 나타났으며 건강진료비와 건당내원일수, 내원일당 진료비가 모두 의료급여 환자가 많았다.

김진현 외[2]는 지출실태 및 영향요인 분석을 통해서 2007년 1종수급자 외래 본인부담 신설 이후 외래진료 증가율이 감소하였으나 입원진료비는 증가한 것으로 나타났다. 건강 진료비와 내원일당 진료비는 건강보험에 비해 낮으나 입원일수가 많고 입원진료비 비중이 건강보험에 비해 1.6배 높았으며, 의료급여 수급자가 건강보험에 비해 2011년 기준 1인당 총진료비 1.5배, 입원일수 2.9배로 나타났으며, 본인부담이 없는 의료급여 1종 수급자의 병원·종합병원·요양병원의 장기입원이 의료급여 지출증가의 원인이었다. 의료급여 재정관리 대책 중에서 본인부담은 외래진료비 및 약국 투약일수는 감소시켰으나 입원일수나 입원진료비 역제에는 실패하였으며 선택병의원제는 외래 내원일수, 투약일수 및 투약비용은 감소시켰으나 입원일수 및 입원진료일수 증가하였고 외래가 입원으로 대체되는 결과를 초래하고 총진료비는 감소시키지 못하였다. 사례관리는 고혈압 및 당뇨조절로 건강증진에 기여하고 있으며 질병중증도가 낮은 환자들의 외래와 투약일수를 감소시켰다. 급여일수 연장승인제도는 실효성 없었으며, 중복투약관리는 외래일수, 약국조제일수, 1인당진료비 감소효과가 있었다. 연구에서는 관리운영체계 발전방안으로 맞춤형 의료급여제도 실시 및 사각지대 해소, 관리운영체계 정비, 건강보험과 통합을 추진하고, 공급자 관련해서는 장기입원관리, 정신질환 병상관리, 선택병의원제 폐지를 통해 적절진료관리 강화, 허위·부당청구 방지, 지표연동관리제를 통해 개별 의료기관 관리강화, 공급자 재정관리 유인제도 도입을 제안하였다. 수급자 관련으로는 과다 의료이용자 관리 등을 통해 합리적 의료이용 유도, 경증질환 및 장기입원 본인부담, 합리적 약제비 본인부담제 등을 통해 수급자 비용의식 제고, 예방적 건강관리 및 지원체계 구축을 제안하였다.

황도경 외[10]는 과다이용자 중심패널자료를 구축하여 의료급여수급자의 의료이용 영향요인을 분석하였는데, 2008년~2012년 의료급여 대상자 수가 감소한 것에 비해 진료일수 상위자 수는 연평균 9.2%씩 증가하였고, 진료일수 상위자의 의료이용량 증가보다는 의료급여 대상자의 전반적인 의료이용량이 증가하는 것으로 나타났다. 외래·약국에서는 1인당 진료비 증가가 미미하

거나 감소추세인 반면, 입원 1인당 진료비 증가가 계속되었는데, 1인당 입원진료일수 증가가 이를 주도하고 있었다. 진료일수 상위자 1인당 진료비 증가는 진료일당 진료강도 증가의 감소로 감소추세이지만 1인당 약국 진료일수 증가는 5년간 지속되었다. 진료비 증가 기여요인을 의료기관 종별로 평가한 결과 요양병원·병원·한방·치과가 다른 의료기관에 비해 진료일수 상위자 수 증가, 1인당 진료비 증가에 의한 진료비 증가기여도가 높았다.

이상의 연구들을 살펴보면 대체로 의료급여가 건강보험에 비해 진료비 증가속도가 빠르고 그 원인으로 입원진료비가 주요원인으로 지목되고 있다. 의료급여를 통한 의료비 부담의 경감이 의료급여 수급권자의 의료서비스 가격감소를 통해 수요를 변화시켰기 때문이다. 이러한 의료서비스 가격의 변화에 따른 수요의 변화를 분석하여 가격탄력성을 측정한 선행연구들에 따르면, 대체로 -0.2~-0.3의 가격탄력도를 보이는 경우가 많다. 즉, 의료비, 의사방문(외래), 입원기간 등의 의료서비스 이용이 본인부담을 포함한 의료서비스 가격을 인하할 경우에 20~30%정도 증가하는 경향이 있는 것이다[11].

이상의 선행연구들은 단순히 건강보험환자에 비해 의료급여환자의 의료이용량 차이가 존재하는지와 이것이 의료급여 진료비 증가에 미치는 영향을 분석하였고, 이를 토대로 본인부담이 적은 의료급여환자의 입원이용을 중심으로 도덕적 해이가 발생하고 있다고 단정하고 있다. 그러나 이러한 문제가 모든 의료기관에서 발생하고 있는지와 같은 구체적인 이용의 특징은 파악하지 못하였다.

### III. 연구방법

본 연구의 연구자료는 서울시 건강보험 2012년 수진 기준 급여자료와 의료급여 2013년 지급기준자료로 국민건강보험공단이 2013년 9월에 김용익 의원실에 제출한 자료이다. 일부 시점의 차이는 있지만 진료 후 심사청구, 지급을 위한 기간이 상당히 소요되어서 진료시점 기준 자료인 건강보험과 지급기준 자료인 의료급여는

시점차이가 크지 않다. 향후 최근 시점의 전국자료에 기반한 주기적인 분석으로 구체적인 의료급여환자의 의료이용행태를 모니터링 할 필요가 있다. 본 연구에서는 기존의 단순한 통계적인 분석방법을 넘어서 비교단위와 대상을 결정하고 비교함으로써 통계학적 비판을 최대한 배제하고자 하였다. 이런 이유로 본 연구는 의료급여와 건강보험환자의 의료이용 분석비교에서 기본 구분 영역으로 활용한 성·연령을 구분하고 의료기관 종별로 건강보험과 의료급여환자의 의료이용량 차이를 비교분석하였다. 특히, 건강보험과 의료급여전체 가입자의 의료이용량에 대한 단순비교를 넘어서 보다 구체적인 비교를 위하여 비교집단을 건강보험전체, 건강보험료 하위 5%, 의료급여 1종, 의료급여 2종으로 구분하고자 한다. 건강보험료 하위 5%는 건강보험환자중에서 의료급여환자와 가장 유사한 경제수준을 공유하고 있지만, 본인부담에 있어서는 혜택이 없어 본인부담제도가 의료급여환자와 건강보험환자의 차이를 초래하는지를 확인할 수 있는 가장 좋은 비교집단이 될 것이다.

[분석영역]		[비교집단]	[의료이용량]
의료기관 종별		집단구분	의료이용량
상급종합병원/ 종합병원 / 병원 / 의원		건강보험전체 건강보험료 하위 5% 의료급여 1종 의료급여 2종 (4개집단)	1인당 진료비 1인당 급여비 1인당 본인부담 (3개변수)
성 별	노인연령		
남자 / 여자	65-69세 / 70-79세 / 80세이상		

그림 1. 분석영역 및 비교집단

#### IV. 분석결과

의료기관 종별로 의료급여환자와 건강보험환자의 의료이용량의 차이를 비교한 결과는 다음과 같다.

첫째, 대체로 중증환자를 진료하는 상급종합병원에 대한 분석결과는 [표 1]과 같다. 입원 1인당 전체 진료비의 경우 남성 노인의 경우 건강보험전체가 의료급여 1종과 2종에 비해서 이용량이 많은 것으로 나타났다. 여성의 경우도 65-69세의 경우 의료급여 1종이 가장 많

았지만 대체로 건강보험전체와 건강보험료 하위 5%의 진료비가 많았다. 반면에 의료급여 2종의 진료비가 가장 적었다. 한편, 의료급여 1종 환자의 경우 입원 시 본인부담이 없기 때문에 1인당 본인부담은 건강보험전체가 가장 높고 의료급여 2종이 가장 적었다. 상급종합병원 이용시 급여비용뿐만 아니라 비급여 비용부담이 커서 의료급여환자보다는 건강보험환자의 의료이용량이 대체로 많은 것을 알 수 있다. 아울러 본인부담이 없는 1종 환자에 비해 소액이지만 본인부담을 지불해야 하고 비급여 의료비 부담도 큰 의료급여 2종 환자의 의료이용이 매우 적었다. 따라서 상급종합병원을 이용하는 의료급여환자의 경우 비급여 본인부담 등의 문제로 인해 건강보험환자에 비해 적은 의료서비스 이용을 하고 있어서 증증질환을 가진 의료급여환자가 필요한 질 높은 의료서비스 이용을 제대로 하지 못할 가능성이 있었다.

상급종합병원 노인 1인당 외래 진료비의 경우 남성과 여성 모두 65-69세 노인의 경우 의료급여 1종 환자의 이용량이 가장 많은 반면에 다른 연령대 노인은 건강보험전체의 의료이용량이 가장 많았으며 의료급여 2종 노인환자의 의료이용량이 가장 적었다. 1인당 본인부담은 건강보험이 의료급여환자에 비해서 월등히 많고, 1인당 급여비는 의료급여환자가 많았다. 상급종합병원 외래이용도 입원이용과 마찬가지로 건강보험 노인환자들의 이용이 의료급여환자들보다 많은 것을 알 수 있다. 아울러 본인부담이 없는 의료급여 1종 환자가 본인부담을 해야 하지만 소득이 적은 건강보험료 하위 5%, 의료급여 2종에 비해 이용량이 많았다.

상급종합병원 입원이용과 외래이용은 대체로 유사한 경향을 보이고 있지만 입원이용의 경우 건강보험료 하위 5%의 이용량이 의료급여 1종에 비해 많은 반면, 외래는 의료급여 1종 노인환자의 이용량이 건강보험료 하위 5%에 비해 대체로 높았다. 이는 입원의 경우 비급여 비용이 많이 발생하기 때문으로 해석된다. 즉, 외래이용시 의료급여 1종 환자의 경우 본인부담을 소액지불할 능력이 되지만 높은 비급여 의료비가 발생할 가능성이 있는 입원이용을 하지 않는 것이다. 아울러 상급종합병원의 경우 건강보험이 의료급여환자에 비해 의료이용량이 많아서 의료급여환자의 불필요한 의료이용

표 1. 상급종합병원 연령별·성별 건강보험과 의료급여 이용량

(단위 : 천원)

구분	연령	입원					외래					
		진료실인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당 본인부담	진료실인원	전체 진료비	1인당 진료비	1인당 급여비	1인당 본인부담	
건강보험 전체	남자	65-69세	53,795	292,896,954	5,445	4,794	651	213,647	147,349,087	690	489	200
		70-79세	99,244	545,961,755	5,501	4,790	711	337,690	234,054,611	693	489	204
		80세이상	28,592	150,713,398	5,271	4,447	824	78,123	46,655,978	597	395	202
	여자	65-69세	44,987	208,040,086	4,624	3,995	630	241,995	127,477,703	527	334	193
		70-79세	90,817	434,515,755	4,785	4,068	716	381,570	191,186,306	501	306	195
		80세이상	37,517	166,135,780	4,428	3,650	778	116,818	46,734,160	400	221	179
건강보험료 하위 5%	남자	65-69세	1,922	10,299,201	5,359	4,732	627	9,277	4,580,324	494	355	138
		70-79세	3,454	16,886,582	4,889	4,275	614	14,608	7,457,785	511	367	144
		80세이상	1,108	5,238,379	4,728	4,011	717	3,323	1,334,280	402	265	136
	여자	65-69세	1,908	8,759,338	4,591	4,005	586	12,444	4,764,743	383	250	133
		70-79세	4,198	19,086,669	4,547	3,904	643	19,575	7,898,510	403	269	134
		80세이상	2,604	10,537,837	4,047	3,340	707	8,695	2,585,484	297	171	127
의료급여 1종	남자	65-69세	2,353	12,526,811	5,324	5,323	0	7,394	5,794,942	784	773	11
		70-79세	4,904	24,520,297	5,000	5,000	0	14,241	9,032,349	634	622	12
		80세이상	2,221	9,759,687	4,394	4,394	0	5,670	2,971,742	524	512	11
	여자	65-69세	2,776	13,307,643	4,794	4,794	0	11,897	7,208,177	606	594	11
		70-79세	8,272	37,445,280	4,527	4,527	0	30,164	14,633,699	485	473	12
		80세이상	4,881	18,680,377	3,827	3,827	0	13,930	5,423,605	389	379	11
의료급여 2종	남자	65-69세	142	452,816	3,189	2,933	133	489	151,830	310	266	23
		70-79세	160	777,033	4,856	4,437	180	467	136,080	291	250	21
		80세이상	29	126,944	4,377	4,015	256	81	17,661	218	187	22
	여자	65-69세	93	378,455	4,069	3,751	161	537	129,077	240	205	26
		70-79세	176	722,947	4,108	3,759	244	717	229,434	320	273	31
		80세이상	111	460,123	4,145	3,776	234	355	78,211	220	189	22

표 2. 종합병원 연령별·성별 건강보험과 의료급여 이용량

(단위 : 천원)

구분	연령	입원					외래					
		진료실인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당 본인부담	진료실인원	전체 진료비	1인당 진료비	1인당 급여비	1인당 본인부담	
건강보험 전체	남자	65-69세	68,835	249,411,963	3,623	3,027	596	300,040	149,640,327	499	326	172
		70-79세	122,632	478,690,424	3,903	3,251	652	423,276	194,281,231	459	319	140
		80세이상	51,714	216,897,870	4,194	3,395	799	132,911	63,053,174	474	310	164
	여자	65-69세	60,842	189,946,204	3,122	2,559	563	318,704	104,691,011	328	215	113
		70-79세	145,019	506,924,770	3,496	2,838	658	553,350	187,846,747	339	221	119
		80세이상	83,738	291,062,280	3,476	2,767	709	219,793	62,469,907	284	176	108
건강보험료 하위 5%	남자	65-69세	2,758	9,839,009	3,567	3,024	544	14,786	5,681,717	384	263	121
		70-79세	5,050	18,444,029	3,652	3,061	591	20,504	7,003,192	342	241	100
		80세이상	2,599	9,673,963	3,722	3,035	687	7,223	2,388,585	331	224	107
	여자	65-69세	3,078	9,056,420	2,942	2,457	485	19,229	5,143,297	267	188	80
		70-79세	8,635	29,655,731	3,434	2,829	605	34,546	10,068,388	291	205	87
		80세이상	7,697	24,825,250	3,225	2,583	642	21,050	5,188,912	247	163	84
의료급여 1종	남자	65-69세	6,348	29,814,268	4,696	4,697	0	18,707	13,600,918	727	710	12
		70-79세	12,950	57,683,306	4,454	4,454	0	33,909	21,671,734	639	623	14
		80세이상	7,356	31,650,700	4,302	4,302	0	16,174	9,870,768	610	591	13
	여자	65-69세	6,921	27,397,237	3,958	3,958	0	25,235	13,488,681	534	521	13
		70-79세	24,208	92,992,164	3,841	3,841	0	72,132	36,053,289	499	485	14
		80세이상	20,287	74,469,175	3,670	3,671	0	47,009	18,729,208	398	384	14
의료급여 2종	남자	65-69세	359	1,189,654	3,313	3,025	136	1,397	476,931	341	294	20
		70-79세	315	996,773	3,164	2,881	169	1,088	320,609	294	252	22
		80세이상	83	278,182	3,351	3,056	292	230	75,051	326	280	26
	여자	65-69세	278	766,399	2,756	2,511	178	1,388	321,020	231	198	24
		70-79세	561	1,870,820	3,334	3,034	217	1,810	514,287	284	244	27
		80세이상	352	1,083,639	3,078	2,794	226	886	227,202	256	219	28

가능성은 적은 것으로 판단된다. 오히려 의료급여 2종 환자의 과소진료가 우려된다.

둘째, 종합병원을 이용하는 건강보험 노인환자와 의료급여환자의 의료이용량을 분석한 결과는 [표 2]와 같다. 1인당 전체 입원진료비의 경우 의료급여 1종이 가장 높았으며 건강보험전체, 건강보험료 하위 5%, 의료급여 2종의 순으로 나타났다. 반면에 본인부담의 경우 건강보험전체가 가장 높았고 건강보험료 하위 5%, 의료급여 2종의 순이었으며 의료급여 1종은 본인부담이 없었다. 종합병원의 경우 상급종합병원에 비해 비급여 본인부담이 적고, 급성기 의료서비스를 제공하는 기관이 많아서 비급여 본인부담이 거의 발생하지 않기 때문에 의료급여 1종 환자의 의료이용량이 가장 많은 것으로 판단된다. 그 외에는 이용량은 비용지불능력에 따라 건강보험전체, 건강보험료 하위 5%, 의료급여 2종의 순으로 나타난 것으로 보인다.

종합병원 외래이용의 1인당 외래진료비 경우도 입원과 마찬가지로 의료급여 1종 환자의 진료비가 가장 많았고 건강보험전체, 건강보험료 하위 5%, 의료급여 2종의 순으로 나타났다. 종합병원 진료에 있어서 의료급여 환자도 외래이용 본인부담을 지불할 능력이 있기 때문

에 의료급여 1종 환자의 이용량이 가장 많은 것으로 판단된다. 한편, 종합병원에 대한 건강보험과 의료급여 노인환자의 입원과 외래이용의 경향은 모두 의료급여 1종이 가장 많고 의료급여 2종이 가장 적었다. 의료급여 1종 환자의 본인부담이 2종 환자에 비해 적은 것이 원인으로 판단된다. 아울러 종합병원 이용에 있어서는 의료급여 1종 환자의 이용량이 건강보험전체보다 다소 높아서 본인부담이 적어 불필요한 이용이 발생할 가능성이 존재하는 것으로 보인다.

셋째, 병원을 이용하는 건강보험환자와 의료급여환자의 의료이용을 비교한 결과는 [표 3]과 같다. 의료급여환자의 경우 병원급중에서 요양병원을 월등히 많이 이용하고 있는 것으로 잘 알려져 있어서 본 연구에서는 요양병원을 제외하였다. 1인당 입원진료비의 경우 남성과 여성 모두 65-69세는 의료급여 1종 환자의 이용량이 가장 많았으며 건강보험료 하위 5%, 건강보험전체의 순으로 나타났다. 그 외의 연령은 건강보험전체의 이용량이 많았고 건강보험료 하위 5%, 의료급여 1종의 순이었다. 의료급여 2종은 모든 연령대에서 이용량이 가장 적었다. 의료급여 노인환자의 대부분은 요양병원 이용을 선호하고 있어서 일반 병원에 대한 이용이 적은

표 3. 병원에서 연령별·성별 건강보험과 의료급여 이용량 비교

(단위 : 천원)

구분	연령	입원					외래					
		진료실인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당본인부담	진료실인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당본인부담	
건강보험전체	남자	65-69세	47,592	193,026,298	4,056	3,140	916	271,089	55,550,971	205	137	68
		70-79세	95,513	482,600,539	5,053	3,892	1,160	373,991	81,433,814	218	149	69
		80세이상	48,916	322,709,507	6,597	4,998	1,599	99,271	22,328,274	225	151	74
	여자	65-69세	63,687	229,819,301	3,609	2,809	799	352,291	67,629,270	192	124	68
		70-79세	161,636	885,497,551	5,478	4,205	1,273	577,246	120,069,671	208	136	72
		80세이상	130,802	1,167,205,587	8,923	6,689	2,234	224,088	43,859,425	196	128	68
건강보험료 하위 5%	남자	65-69세	2,099	9,458,744	4,506	3,544	963	11,868	2,029,084	171	119	52
		70-79세	4,575	22,572,305	4,934	3,859	1,075	17,297	3,285,680	190	136	53
		80세이상	3,094	18,274,255	5,906	4,551	1,355	5,426	1,079,446	199	141	58
	여자	65-69세	3,248	12,194,218	3,754	3,011	744	21,227	3,415,150	161	110	51
		70-79세	11,059	60,322,375	5,455	4,294	1,161	36,335	6,642,600	183	127	56
		80세이상	14,419	107,844,706	7,479	5,709	1,770	22,711	3,897,583	172	116	56
의료급여 1종	남자	65-69세	5,044	29,863,739	5,921	5,920	0	12,393	4,842,208	391	377	12
		70-79세	8,081	33,028,168	4,087	4,087	0	22,694	7,809,314	344	330	13
		80세이상	3,947	12,563,182	3,183	3,182	0	9,783	3,154,058	322	308	12
	여자	65-69세	5,972	24,691,446	4,135	4,134	0	20,767	6,589,510	317	305	13
		70-79세	18,513	60,604,944	3,274	3,274	0	57,552	17,536,064	305	291	13
		80세이상	15,541	45,504,987	2,928	2,928	0	37,372	10,698,521	286	272	14
의료급여 2종	남자	65-69세	249	846,360	3,399	3,075	161	918	199,662	217	185	13
		70-79세	209	691,525	3,309	2,996	186	721	144,225	200	171	17
		80세이상	65	170,980	2,630	2,397	131	156	33,663	216	187	20
	여자	65-69세	235	587,562	2,500	2,263	144	1,183	210,947	178	152	18
		70-79세	423	1,110,885	2,626	2,379	158	1,440	318,789	221	189	24
		80세이상	240	505,122	2,105	1,911	143	654	114,575	175	149	20

것이 원인으로 해석된다. 병원의 경우 건강보험환자의 입원이용량이 의료급여환자에 비해 많아서 의료급여 노인환자의 불필요한 의료이용 가능성이 적었다.

병원을 이용한 노인환자의 1인당 외래진료비는 모든 연령대에서 의료급여 1종이 가장 높은 것으로 나타났고 건강보험전체, 의료급여 2종, 건강보험료 하위 5%의 순으로 나타났다. 반면에 1인당 외래본인부담은 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험료 하위 5%, 건강보험전체의 순으로 나타났다. 병원외래이용의 경우 본인부담의 적고 많음에 따라서 의료이용량이 달라짐을 알 수 있다. 즉, 병원외래이용에 있어서 의료급여환자의 본인부담이 적은 것이 이용량 증가에 영향을 미치고 있는 것이다. 병원을 이용한 건강보험과 의료급여환자의 이용을 보면 입원은 전반적으로 건강보험환자가 많고, 외래는 의료급여환자가 많았다. 의료급여환자의 경우 입원은 요양병원을 많이 이용하는 것이 원인으로 판단되며 본인부담이 적은 외래는 건강보험환자에 비해 병원을 많이 이용하고 있는 것이다. 따라서 의료급여환자의

병원외래 이용시 불필요한 과잉이용의 가능성이 일부 존재하는 것으로 판단된다.

넷째, 의원을 이용하는 건강보험과 의료급여 노인환자의 이용량을 분석한 결과는 [표 4]와 같다. 1인당 입원진료비의 경우 의원급 의료기관의 특성상 의료급여환자의 입원이 적어서 건강보험환자와 비교하는 것은 다소 무리가 있다. 그러나 주어진 자료를 토대로 비교하면 대체로 의료급여 1종의 입원이용이 가장 많았고 건강보험료 하위 5%, 건강보험료 전체의 순이었다. 본인부담은 의료급여환자가 가장 적고 건강보험이 많았다. 의원에서 입원이용을 하는 경우 병원·종합병원·상급종합병원에 비해 본인부담이나 비급여 본인부담이 적어서 건강보험료 하위 5%가 많이 이용하는 것으로 판단된다. 의료급여환자의 이용량이 적은 것은 앞서 분석한 대로 요양병원을 이용하기 때문이다.

의원에 대한 외래이용의 경우 남성 80세 이상의 경우만 건강보험전체가 의료급여 1종에 비해 많을 뿐, 남성·여성, 모든 연령대에서 의료급여 1종의 1인당 외래진료

표 4. 의원에서 연령별·성별 건강보험과 의료급여 이용량 비교

(단위 : 천원)

구분	연령	입원					외래					
		진료실 인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당본인부담	진료실 인원	전체 진료비	1인당진료비	1인당급여비	1인당본인부담	
건강보험전체	남자	65-69세	28,435	32,560,321	1,145	906	239	794,281	366,137,531	461	367	94
		70-79세	57,206	67,607,524	1,182	939	243	1,118,526	624,042,271	558	452	106
		80세이상	13,952	16,579,743	1,188	941	247	273,556	138,256,226	505	406	99
	여자	65-69세	45,677	54,629,031	1,196	944	252	919,369	571,434,864	622	495	127
		70-79세	102,539	124,404,035	1,213	960	254	1,513,131	1,046,500,986	692	560	131
		80세이상	34,486	42,400,262	1,229	961	268	599,123	298,984,616	499	401	98
건강보험료 하위 5%	남자	65-69세	1,085	1,364,278	1,257	998	259	45,885	13,679,816	298	241	57
		70-79세	2,240	2,652,603	1,184	946	238	67,027	24,376,710	364	298	65
		80세이상	646	745,174	1,154	916	238	16,336	5,964,692	365	298	67
	여자	65-69세	2,276	2,749,098	1,208	962	246	75,238	30,618,004	407	329	78
		70-79세	5,476	6,410,469	1,171	932	239	116,652	57,538,583	493	409	84
		80세이상	2,964	3,470,210	1,171	918	253	64,753	24,483,672	378	310	68
의료급여 1종	남자	65-69세	638	1,128,701	1,769	1,769	0	34,204	18,931,693	553	535	19
		70-79세	1,295	1,631,008	1,259	1,259	0	63,574	36,848,143	580	558	22
		80세이상	397	522,022	1,315	1,315	0	25,880	12,771,122	493	473	20
	여자	65-69세	1,061	1,333,248	1,257	1,257	0	59,280	37,886,907	639	615	24
		70-79세	3,255	3,465,901	1,065	1,065	0	156,136	108,609,112	696	668	28
		80세이상	1,482	1,661,006	1,121	1,121	0	97,890	49,565,608	506	484	22
의료급여 2종	남자	65-69세	29	69,569	2,399	2,162	175	3,318	1,249,826	377	356	15
		70-79세	36	63,967	1,777	1,601	151	2,586	1,105,744	428	405	18
		80세이상	5	6,259	1,252	1,134	66	545	199,823	367	346	18
	여자	65-69세	54	43,274	801	725	69	4,431	2,018,472	456	432	21
		70-79세	77	67,264	874	789	72	4,859	2,792,920	575	545	25
		80세이상	16	15,174	948	856	86	2,450	1,025,990	419	396	21



비가 가장 많았고 건강보험전체, 의료급여 2종, 건강보험료 하위 5%의 순으로 나타났다. 반면에 외래본인부담은 의료급여 1종이 가장 적었고 건강보험전체가 가장 많았다. 외래본인부담이 일부 있기는 하지만 부담이 적은 의료급여 1종 환자와 비용지불능력이 있는 건강보험전체의 외래이용량이 많은 것을 알 수 있다. 따라서 적은 본인부담이 의료급여환자의 의원에 대한 입원과 외래이용에 기여하는 것으로 판단되며 일부 과잉이용의 가능성이 있는 것으로 볼 수 있다. 반면에 비용지불능력이 부족한 의료급여 2종과 건강보험료 하위 5%환자의 과소진료의 가능성도 있는 것으로 판단된다.

## V. 분석결과 및 함의

본 연구는 의료기관 종별로 의료급여환자와 건강보험환자의 성과 연령을 대비하여 의료이용량의 차이를 분석하여 의료급여환자의 도덕적 헤이로 인해 진료비 증가 문제가 구체적으로 어떠한 양상으로 초래되고 있는지를 파악하고, 합리적인 성·연령·의료기관 종별 맞춤형 의료급여 정책결정의 근거를 제시하는 데 그 목적이 있다. 주요 분석결과와 함의를 보면 다음과 같다.

첫째, 상급종합병원에 대한 분석결과 입원진료는 건강보험전체가 의료급여 1종과 2종에 비해서 이용량이 많았으며 본인부담은 건강보험전체가 가장 높고 의료급여환자는 전혀 없거나 적었다. 상급종합병원은 급여에 따른 본인부담과 비급여 비용부담이 동시에 발생해 의료급여환자보다 건강보험환자의 의료이용량이 많은 것으로 판단된다. 아울러 외래진료도 대체로 건강보험환자의 의료이용량이 의료급여환자에 비해 많았다. 상급종합병원 입원과 입원이용 모두 의료급여 노인환자들이 이용하기에는 비용부담이 큰 것이다. 상급종합병원 입원이용과 외래이용은 대체로 건강보험이 의료급여에 비해 많아서 의료급여환자의 불필요한 의료서비스 이용으로 인한 도덕적 헤이가 발생하지 않는 것으로 판단된다. 오히려 의료급여 2종의 경우 비용부담으로 인해 필요한 의료서비스를 적극적으로 이용하지 못하고 있는 것으로 판단된다. 따라서 의료급여환자와 저소

득 건강보험환자들이 적절한 의료서비스 이용할 수 있도록 보다 현실적인 본인부담 경감정책을 제공해야 할 것이다.

둘째, 종합병원을 이용하는 건강보험환자와 의료급여환자의 의료이용량을 분석한 결과, 입원진료의 경우 의료급여 1종이 가장 높은 반면에 의료급여 1종은 본인부담이 없었다. 외래이용의 1인당 외래진료도 입원과 마찬가지로 의료급여 1종 노인환자의 진료비가 가장 높았다. 종합병원에 대한 건강보험과 의료급여환자의 입원과 외래이용 모두 의료급여 1종이 가장 많고 의료급여 2종이 가장 적었다. 이는 의료급여 1종의 본인부담이 2종 환자에 비해 적은 것이 원인으로 판단되며, 이런 이유로 의료급여환자의 종합병원 이용 시 불필요한 이용이 발생할 가능성이 존재하는 것으로 보인다. 따라서 의료급여 1종 환자의 불필요한 이용을 제한하기 위한 정책과 본인부담의 어려움이 있는 의료급여 2종 환자를 위한 본인부담 경감정책이 필요하다.

셋째, 병원을 이용하는 건강보험과 의료급여환자의 의료이용을 비교한 결과, 입원이용의 경우 남성과 여성 모두 65-69세 의료급여 1종 환자의 이용량이 가장 많았으며, 그 외의 연령은 건강보험전체의 이용량이 많았다. 반면에 의료급여 2종은 모든 연령대에서 이용량이 가장 적었다. 외래이용은 본인부담이 가장 적은 의료급여 1종이 건강보험에 비해서 많았다. 대체로 병원이용에 있어서 입원은 건강보험환자가 많고, 외래는 의료급여환자가 많은 것이다. 따라서 건강보험환자 이용량이 많은 입원은 의료급여 노인환자의 불필요한 의료이용 가능성이 적은 반면에 본인부담이 적은 병원외래 이용시 의료급여환자의 불필요한 이용의 가능성이 있는 것으로 판단된다.

넷째, 의원을 이용하는 건강보험과 의료급여환자의 이용량을 분석한 결과, 입원이용은 의료급여환자가 적어서 건강보험환자와 비교하는 것은 다소 무리가 있지만, 대체로 의료급여 1종의 입원이용과 외래이용이 가장 많았고 본인부담은 의료급여환자가 가장 적었다. 적은 본인부담이 의료급여환자의 의원에 대한 입원과 외래이용을 유인하는 것으로 일부 과잉이용의 가능성이 있다. 따라서 의원을 이용하는 의료급여 1종 환자의 불필요한 의

레이용을 적정화하기 위한 노력이 요구된다.

## VI. 결론

이상의 분석결과를 통하여 그동안 의료급여와 관련된 주된 연구결과처럼 의료급여환자들이 건강보험환자에 비해 실제로 불필요한 이용을 많이 하고 있는지를 보다 구체적으로 파악할 수 있었다. 즉, 의료급여환자의 의료이용이 건강보험환자에 비해 많은 것은 사실이지만 의료기관 종별 분석결과를 통해 볼 때 의원과 종합병원 등 의료기관에서는 도덕적 해이에 의한 불필요한 의료이용이 일부 나타날 가능성은 있었다. 그러나 상급종합병원에서는 오히려 절대적으로 필요한 의료서비스를 이용하지 못할 가능성도 존재하는 것으로 파악되었다. 구체적으로 상급종합병원의 경우 의료급여환자의 의료이용량이 건강보험환자에 비해서 적었고, 종합병원은 입원과 외래이용 모두 의료급여환자가 많았다. 즉, 비급여 등 본인부담이 많이 드는 소위 대형병원을 이용함에 있어서는 의료급여환자들이 망설이고 있는 것이다. 반면에 종합병원과 병원, 의원은 의료급여환자의 이용이 건강보험에 비해서 많았다. 따라서 의료급여환자의 경우 종합병원, 병원과 의원의 입원과 외래이용 시 불필요한 의료이용을 할 가능성이 존재하는 것이다.

따라서 의료급여환자들의 병원과 의원급 의료이용에 있어서는 불필요한 의료이용을 최소화하기 위한 정책수단을 마련하는 것이 필요하지만, 상급종합병원 입원과 외래이용의 경우 의료급여환자들의 부담을 최소화하기 위한 정책마련이 필요할 것이다. 즉, 의료급여 수급권자를 위한 정책마련 시 필요한 의료서비스 이용을 위한 본인부담감정정책은 지속하되 과잉이용의 문제가 발생할 우려가 있는 병원과 의원에 대한 관리가 필요할 것이다.

한편, 본 연구의 자료는 서울시 건강보험 2012년 수진기준 급여자료와 의료급여 2013년 지급기준자료로 일부 시점의 차이가 존재할 뿐만 아니라 최근 시점의 자료가 아니다. 향후 본 연구의 한계를 극복하기 위하여 동일시점의 전국자료로 분석하고 이를 주기적으로

분석하여 의료급여환자의 의료이용 행태의 변화를 모니터링할 필요가 있을 것이다.

## 참고 문헌

- [1] 신현웅, 윤장호, 임지원, 박하정, *의료급여 진료비 지출 실태분석*, 보건복지부·한국보건사회연구원, 연구보고서, 2011.
- [2] 김진현, 이태진, 이용재, 서구민, *의료급여제도 중장기 발전방안*, 서울대학교·보건복지부, 2013.
- [3] 신영석, 신현웅, 황도경, 노인철, *의료급여재정효율화를 위한 모니터링*, 한국보건사회연구원, 연구보고서, 2006.
- [4] 신현웅, 윤장호, 이충섭, 임지원, 황상미, *의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안*, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2012.
- [5] 주정미, 권순만, “건강보험환자와 의료급여환자간 의원 외래 의료이용 차이와 공급자 진료행태,” *보건행정학회지*, 제19권, 제3호, pp.125-141, 2009.
- [6] 이용재, “노인 암환자의 건강보험과 의료급여 이용차이 분석,” *한국콘텐츠학회논문지*, Vol.11, No.5, pp.270-279, 2011.
- [7] 보건복지부, “소액본인부담제, 선택병원제 도입 관련 통계자료 정정,” 2006.
- [8] 신영석, 최병호, 신현웅, 황도경, 윤석준, *의료급여 환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안*, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2005.
- [9] 김의숙, 남정자, 김미영, 고일선, 이덕만, 김광숙, 최재성, 박현주, 신선미, 이상호, 양일석, *의료급여 장기이용환자의 이용실태*, 연구보고서, 보건복지부·연세대학교 간호대학 간호정책연구소, 2007.
- [10] 황도경, 신현웅, 여지영, 김진호, 이슬기, 성민현, *의료급여 과다이용자의 의료이용 실태에 관한 연구*, 보건복지부·건강보험심사평가원·의료급여사태관리사업지원단·한국보건사회연구원, 2014.
- [11] David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser, *The Anatomy of health insurance in Handbook*

of health economics edited by Anthony J. Culyer  
and Joseph p. Newhouse, pp.563-643, 2002.

저 자 소 개

이 용 재(Yong-Jae Lee)

정회원



- 2000년 2월 : 중앙대학교 사회복지학과(문학사)
- 2002년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2006년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학박사)
- 2008년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학과 교수  
<관심분야> : 사회보장, 사회적기업, 사회적일자리