

# 일차 진료의원의 진료수입의 형평성 분석연구

임선미<sup>1</sup> · 임금자<sup>1</sup> · 박관준<sup>2</sup> · 박윤형<sup>2</sup>

<sup>1</sup>대한의사협회 의료정책연구소, <sup>2</sup>순천향대학교 의과대학 예방의학교실

## An Analysis on Patients Trend and Income of Primary Care Clinic

Sun Mi Lim<sup>1</sup>, Geum Ja Im<sup>1</sup>, Kwan Jun Park<sup>2</sup>, Yoon Hyung Park<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Research Institute of Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul; <sup>2</sup>Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

**Background:** Korea's primary care clinics are seeking increase in consultation fees by expanding supply within the frame of the health insurance system, but inequality of physician income between regions and individuals is exacerbating. The purpose of this study lies in analyzing the distribution of patients of primary care clinics, their specialized field, and the degree of inequality between medical fee income according to region. Data was acquired from the Health Insurance Review and Assessment Service on charged bills made by clinic-size medical institutions from 2008 to 2011.

**Methods:** By comparing the outpatient number per clinic according to the clinic's specialized field, results showed that ophthalmology, otolaryngology, dermatology, orthopedics, and internal medicine showed high numbers whereas plastic surgery, neuropsychiatry, cardiothoracic surgery had fewer outpatients. The number of outpatients for clinic according to region showed Chuncheonnam-do, Jeju-do, Gangwon-do, Chungcheongbuk-do, Ulsan to have higher numbers of outpatients. For those four years, clinics in the Seoul area had a rather lower number.

**Results:** As a result of comparing the decile hierarchy distribution ratio between specialized fields according to primary care clinics income from National Health Insurance, the inequality degree showed that obstetrics and gynecology and general medicine were each 0.130, 0.280 for the decile distribution ratio, which was the highest degree of inequality within the specialized field. Their Gini coefficient were also relatively high at 0.691, 0.528 respectively. On the other hand, the decile distribution ratio for otolaryngology and orthopedics were 0.510, 0.468, respectively, while their Gini coefficient each at 0.318, 0.314 makes their inequality degree relatively lower than other fields.

**Conclusion:** This study is limited in that the data used was the health insurance charges submitted by clinics, which does not provide total information of the doctors' income. However, because most clinics are largely dependant on their income to come from health insurance reimbursements. Therefore, the results of this study can be used effectively. In the future, research that includes data on non-covered service income should be conducted to closely examine policy plans with a new medical fee policy which can resolve the medical fee income inequality issue between clinics as well as revitalize primary medical care.

**Keywords:** Primary care clinics; Income; Decile distribution ratio; Gini coefficient

### 서 론

일차의료는 의료서비스의 첫 번째 단계로, 환자의 첫 접촉점으로서 세부전문의가 아닌 의사에 의해 제공되는 의원의 외래서비스

를 말한다[1]. 전 세계적으로 일차의료를 비교한 몇몇 연구들은 의료비용, 향상된 의료의 질, 더 나은 건강수준 및 사회경제적 불평등을 통제할 수 있는 측면에서 국민건강에 미치는 긍정적 효과들을 제시하고 있다[2].

**Correspondence to:** Yoon Hyung Park  
Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine,  
31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 330-930, Korea  
Tel: +82-41-570-2406, Fax: +82-41-575-2406, E-mail: parky@sch.ac.kr  
**Received:** February 7, 2014 / **Accepted after revision:** March 17, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management  
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use,  
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

우리나라는 1989년 전 국민 의료보험을 실현한 이후 모든 국민이 의료보장의 혜택을 받을 수 있는 기반이 마련되었다. 전 국민이 의료보장의 혜택을 받을 수 있도록 제도가 개선됨에 따라 경제적 이유로 억제되어 있던 잠재수요가 유효수요화되었고, 국민소득 향상, 인구노령화, 의료기술의 발달 등으로 의료수요가 급격히 증가하면서 의료비 지출이 크게 증가하게 되었다[3].

우리나라 국민의료비 규모는 지난 30년 동안에 큰 폭으로 증가하였다(gross domestic product 대비 국민의료비 비율은 1990년 4.0%, 2000년 4.5%, 2010년 7.1%) [4]. 이에 정부에서는 수가를 통제함으로써 진료비 억제를 시도하여 왔으나, 수가통제는 오히려 의사들의 의료서비스 양과 강도를 늘려 총수입을 일정하게 유지하려는 동기를 유발시켜 의료비 억제정책의 큰 효과를 보지 못하였다[5].

우리나라의 공적의료보장제도는 전 국민이 그 혜택을 받을 수 있도록 발전하였지만, 실질적으로 전 국민에게 의료서비스를 제공하는 의료기관, 특히 일차 진료전문 의원들은 경제적 어려움을 호소하고 있다. 일차 진료전문 의원이 경영난에 처한 이유는 다양하겠지만 의원 경영에 절대적인 영향을 미치는 의료공급의 품목 및 그 수량과 의료수가가 정부의 정책의지에 따라 결정되다 보니, 우리나라 일차 진료전문 의원의 경영은 의원을 직접 운영하는 의사의 개별적인 경영능력보다는 정부의 건강보험과 관련한 정책기조의 영향이 가장 크다고 할 수 있다. 특히 건강보험진료 비중이 높은 진료과목의 의원은 더욱 그러하다[6]. 건강보험심사평가원의 건강보험 요양기관 현황 통계자료에 의하면[7], 2009년 1,487곳(폐업률: 5.5%)에 이르던 의원 폐업 수는 2010년 1,559곳(폐업률: 5.7%), 2011년 1,662곳(폐업률: 6.0%)으로 해를 거듭할수록 폐업하는 의원이 증가하고 있으며, 특정 과를 불문하고 전문과목을 포기하는 의원도 늘고 있다. 의료기관의 폐업사유로는 경영악화가 가장 큰 것으로 조사되었는데, 2009년 601건에서 2010년 750건, 2011년 1,040건, 2012년 1,844건으로 4년 사이 3배 이상 급증한 것으로 조사되었다.

건강보험제도의 틀 안에서 일차 진료의원은 공급량 확대를 통해 진료비 수입의 증가를 모색하고 있으나 지역 간, 개인 간 의사소득의 불평등이 심하게 나타나는 등 올바른 진료여건이 마련되지 못하여 양질의 의료를 기대하기 어려우며[5], 의사 간 부익부 빈익빈 현상이 심화되고 있다. 2009년 의원 진료비 크기 누적 심사실적에 따르면, 의원급 상위 6%의 건강보험 진료비 매출액과 하위 57.9%의 매출액이 같은 것으로 나타났다[8].

일차 진료의원의 진료비 수입은 자유경쟁 원리를 적용하고 있는 제도에서는 의원에 따라 큰 차이를 보일 수밖에 없다. 그러나 전문과목 등에 따라 진료비 수입의 차이가 크고, 진료비 수입이 낮은 경우 진료의 왜곡현상이 초래될 수 있다[9].

일차 진료의원을 대상으로 진료비의 분포와 불평등도 등을 분석한 이전 선행연구로는 1993년 대구와 경북지역의 의원을 대상으로 한 연구와[3] 의원급 요양기관을 대상으로 진료비 추이 및 제도 변

화에 따른 진료량 분포의 변화를 분석한 연구[10], 2006년 의원급 요양기관의 건강보험 진료비 수입을 분석한 연구[9] 등이 있으나, 최근 일차 진료의원을 대상으로 분석한 연구는 없는 실정이다.

이에 본 연구에서는 일차 진료의원의 진료수입과 직접 관련성이 있는 환자 수 추세와 진료비 수입의 불평등 정도를 파악하여 향후 효율적인 일차의료전달체계를 위한 정책방안을 마련하는 데 기초 자료로 활용될 수 있도록 분석하는 데 목적을 두었다.

## 방 법

### 1. 연구대상 및 연구내용

분석에 활용한 자료는 2008년부터 2011년까지 해당 연도의 의원의 시도별·전문 표시과목별 청구현황자료로 건강보험심사평가원에 요청하여 자료를 입수하였다. 자료대상 의원 수는 2008년 26,589개, 2009년 27,319개, 2010년 28,350개, 2011년 27,886개로, 시도, 표시과목, 입원 및 외래 환자 수, 청구건수, 내원일수, 요양일수, 요양급여비용 총액 등의 자료를 분석에 활용하였다.

주요 연구내용으로는 첫째, 의원을 대상으로 2008년에서 2011년까지 4년간 진료과목별, 지역별 환자 수의 변화를 비교해 보고, 둘째, 의원의 진료과목별 월평균 진료비 구간 분포를 파악하여 의원 간에 건강보험 진료수입 분포의 불평등 정도를 분석하고자 하였다. 셋째, 의원의 총진료비 및 진료과목별 진료비 불균등 분포를 비교 분석하고자 하였다. 성별, 연령, 의사 수 등 개별 의원의 일반적 특성에 관한 문항은 개인정보 및 의원 식별이 가능할 수 있어 자료수집에서 제외되어 분석에 활용하지 못하였다. 본 연구는 의원단위의 환자 수 및 진료비 자료를 위주로 분석하였다.

### 2. 분석방법

의원의 진료비 수입은 국민건강보험공단의 급여비와 환자 본인 부담금을 합친 총진료비(급여비+본인부담금)와 의료보호 환자의 진료비 수입, 자동차 및 산재보험 환자의 수입 등으로 대별할 수 있다. 진료과목이나 의원의 특성에 따라 비급여 부분의 수입이 큰 비중을 차지할 수도 있으나, 1989년 전 국민에게 건강보험이 적용됨으로써 의원에서 차지하는 수입의 대부분은 건강보험공단에 청구한 보험진료비(총진료비)가 의원의 주 수입원이라고 할 수 있으며 [3,11], 외래환자 감소는 곧 의원의 진료비 감소로 볼 수 있다. 따라서 본 연구는 건강보험의 자료를 통해 의원의 수입 집중률을 분석하여 비교하였다.

2008년부터 2011년 동안 진료과목별, 지역별 환자 수 비교 및 월평균 진료비 구간 분포 비교는 각 항목별로 기술통계분석(descriptive statistics)을 수행하였다. 또한 소득 불균형 또는 형평성을 측정하는 방법들 중 본 연구는 소득분포의 불평등도 측정에 주로 사용되는 지니계수를 이용하였고, 수입 집중률의 분배상태를 비교할

수 있는 10분위분배율<sup>1)</sup>을 사용하여 분석하였다. 분석에 사용된 통계프로그램은 SAS ver. 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)을 활용하였고, 지니계수 및 로렌즈곡선은 Stata SE ver. 11.0 (Stata Co., College Station, TX, USA) 프로그램을 이용하였다.

## 결 과

### 1. 진료과목별, 지역별 의원의 환자 수 비교

2008년부터 2011년 의원의 진료과목별 외래환자 수의 추세는 Table 1과 같다. 2008년 26,589곳 의원의 환자 수는 124,503,256명이었고, 기관당 환자 수는 4,683명이다. 2011년 27,886곳 의원의 환자 수는 129,915,279명이었으며, 2011년 기관당 환자 수는 2008년 대비 0.5% 감소한 4,659명이었다(Table 1). 건강보험제도하에서 일차 진료의원의 수입은 환자 수에 직접적인 영향을 받으며, 진료과

목의 특성에 따라 건강보험 진료비 수입에 큰 차이를 보일 수 있다. Table 1의 결과를 보면, 2008년 기관당 환자 수는 안과가 9,539명으로 가장 많았고, 다음으로 이비인후과(8,315명), 피부과(5,867명), 정형외과(5,718명), 내과(5,667명)의 순으로 높았던 반면, 성형외과, 정신건강의학과, 흉부외과는 외래환자 수가 적은 편이었다. 2009년에서 2010년까지도 다른 진료과목에 비해 안과, 이비인후과, 피부과, 정형외과의 순으로 기관당 외래환자 수가 많았으나 2011년 정형외과의 환자 수는 증가추세를 보이며, 안과(9,872명), 이비인후과(8,594명) 다음으로 기관당 외래환자 수가 많은 것으로 조사됐다. 또한 외과, 산부인과, 일반의 진료과목의 의원은 2008년부터 기관당 약 3,000명 이상의 환자를 보는 것으로 나타났다(Table 1).

Table 2는 16개 지역 의원들의 기관당 외래환자 수를 비교한 결과이다. 2008년 충남지역 의원의 기관당 외래환자 수는 5,597명으로 가장 높았으나, 2009년과 2010년 감소추세를 보이다가 2011년 다

**Table 1.** The number of outpatients for primary care clinic according to the clinic's specialized (year: 2008-2011)

Subject a clinic	Year											
	2008			2009			2010			2011		
	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic
Family medicine	680	2,727,210	4,011	783	2,979,301	3,805	806	2,998,017	3,720	788	2,907,724	3,690
Internal medicine	3,698	20,957,285	5,667	3,820	22,022,774	5,765	4,015	22,188,786	5,526	3,978	22,041,247	5,541
Anesthesiology	522	1,317,119	2,523	679	1,651,135	2,432	737	1,815,509	2,463	759	1,966,436	2,591
Urology	877	3,702,218	4,221	1,005	4,194,673	4,174	1,034	4,297,052	4,156	995	4,310,946	4,333
Obstetrics and gynecology	1,686	5,187,587	3,077	1,704	5,074,177	2,978	1,672	5,188,652	3,103	1,585	5,120,669	3,231
Plastic surgery	98	35,239	360	183	58,427	319	190	57,731	304	205	60,102	293
Pediatrics	2,179	9,604,663	4,408	2,221	9,957,731	4,483	2,288	10,188,098	4,453	2,272	10,073,778	4,434
Neurology	45	130,804	2,907	145	463,622	3,197	161	488,065	3,031	159	518,499	3,261
Neurosurgery	274	1,248,386	4,556	394	1,741,630	4,420	409	1,776,121	4,343	388	1,765,719	4,551
Ophthalmology	1,241	11,838,005	9,539	1,369	12,523,908	9,148	1,437	13,936,045	9,698	1,432	14,137,177	9,872
Radiology	112	494,574	4,416	225	1,045,096	4,645	230	996,946	4,335	203	980,926	4,832
General surgery	974	3,058,353	3,140	1,080	3,347,094	3,099	1,112	3,320,644	2,986	1,075	3,294,415	3,065
Otolaryngology	1,864	15,498,719	8,315	1,994	16,714,655	8,382	2,089	17,560,215	8,406	2,070	17,788,725	8,594
General medicine	7,263	24,755,490	3,408	7,727	24,677,375	3,194	8,064	25,146,070	3,118	7,908	25,152,748	3,181
Rehabilitation medicine	163	467,844	2,870	294	889,600	3,026	296	908,184	3,068	295	937,829	3,179
Neuropsychiatry	707	805,616	1,139	789	871,942	1,105	786	905,211	1,152	762	914,476	1,200
Orthopedics	1,764	10,086,283	5,718	1,837	10,486,397	5,708	1,898	10,955,398	5,772	1,869	11,349,934	6,073
Dermatology	882	5,174,282	5,867	1,000	5,869,678	5,870	1,055	6,193,443	5,871	1,073	6,455,290	6,016
Cardiothoracic surgery	16	20,937	1,309	51	100,123	1,963	51	101,719	1,994	52	100,055	1,924
Other	1,544	7,392,642	4,788	19	44,251	2,329	20	42,741	2,137	18	38,584	2,144
Total	26,589	124,503,256	4,683	27,319	124,713,589	4,565	28,350	129,064,647	4,553	27,886	129,915,279	4,659

Other (2008 year): when indicated specialized field of a region with a medical care institution lists no more than 3 institutions, it is possible to identify the medical institution, therefore it should be classified as 'other.' Other (2009-2011 year): tuberculosis, pathology, laboratory medicine, nuclear medicine.

1) 10분위분배율 = 최하위 40% 소득 점유율 + 최상위 20% 소득 점유율. 완전불균등상태에서 0의 값을, 완전균등상태에서 2의 값을 가지고 이 값이 높을수록 분배가 균등하다는 것을 뜻함.

시 증가하여 5,399명으로 다른 지역 의원들에 비해 외래환자 수가 가장 많은 것으로 나타났다. 다음으로 제주, 강원, 충북, 울산지역의 의원들이 외래환자 수가 많은 편이었고, 2008-2011년 동안 서울 지역 의원은 오히려 가장 낮은 분포를 보였는데, 이는 수도권지역의 의원 수가 많은 데서 오는 결과로 보인다. 2008년 대비 2011년 지역별 의원의 기관당 외래환자수 증가율은 대전(4.5%), 경기(2.0%), 인천(1.6%)지역의 순으로 증가한 것으로 나타났으며, 광주(-8.0%), 전남(-5.1%), 대구, 전북, 충남(-3.5%)지역의 순으로 감소한 것으로 조사됐다(Table 2).

**2. 의원의 월평균 진료비 구간별 분포**

의원의 월평균 진료비는 구간별로 큰 차이를 보였다. 2011년 전체 대상의원의 14.6%는 월평균 5천만 원 이상의 진료수입이 있었고, 3-5천만 원의 수입이 있는 의원은 19.8%였다. 이에 반해 22.6%가 1천만 원 미만의 수입을 나타냈으며, 43.1%가 1-3천만 원의 수입으로 의원의 월평균 진료수입이 구간별로 차이가 있음을 알 수 있었다(Table 3).

월평균 진료비는 진료과목에 따라서도 크게 차이를 보였다. 정형외과(51.3%), 안과(35.0%)는 월평균 5천만 원 이상의 진료수입 비율이 다른 진료과목에 비해 높았던 데 반해, 일반의(6.2%), 소아청소년

**Table 2.** The number of outpatients for primary care clinic according to region (year: 2008-2011)

Region	Year											
	2008			2009			2010			2011		
	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic	Clinics	Outpatients	No. of outpatients per clinic
Seoul	6,572	26,081,342	3,969	6,763	26,669,322	3,943	6,995	27,379,668	3,914	6,994	27,782,175	3,972
Busan	2,076	9,093,544	4,380	2,103	8,920,010	4,242	2,114	9,066,238	4,289	2,090	9,067,941	4,339
Daegu	1,452	6,772,652	4,664	1,477	6,623,349	4,484	1,507	6,803,265	4,514	1,545	6,954,960	4,502
Incheon	1,336	6,311,561	4,724	1,371	6,417,374	4,681	1,382	6,545,063	4,736	1,384	6,642,835	4,800
Kwangju	810	3,675,165	4,537	852	3,535,378	4,150	860	3,688,060	4,288	863	3,600,865	4,172
Daejeon	977	4,566,467	4,674	987	4,550,921	4,611	985	4,669,897	4,741	967	4,724,608	4,886
Ulsan	512	2,698,685	5,271	518	2,762,526	5,333	543	2,859,689	5,266	543	2,887,135	5,317
Gyeonggi-do	5,426	26,837,475	4,946	5,628	27,612,681	4,906	5,791	28,802,257	4,974	5,809	29,314,630	5,046
Kangwon-do	669	3,556,992	5,317	679	3,563,006	5,247	691	3,606,990	5,220	699	3,601,390	5,152
Chungcheongbuk-do	790	4,186,820	5,300	797	4,126,342	5,177	793	4,252,266	5,362	820	4,334,406	5,286
Chungcheongnam-do	1,017	5,692,289	5,597	1,043	5,398,082	5,176	1,069	5,622,488	5,260	1,061	5,727,858	5,399
Jeollabuk-do	1,064	5,198,507	4,886	1,064	5,011,457	4,710	1,084	5,123,342	4,726	1,100	5,187,800	4,716
Jeollanam-do	919	4,448,149	4,840	954	4,254,570	4,460	958	4,350,903	4,542	941	4,320,268	4,591
Gyeongsangbuk-do	1,187	6,156,436	5,187	1,248	6,070,870	4,864	1,218	6,190,982	5,083	1,220	6,234,652	5,110
Gyeongsangnam-do	1,480	7,616,642	5,146	1,528	7,628,155	4,992	2,057	8,506,331	4,135	1,537	7,908,812	5,146
Jeju-do	302	1,610,530	5,333	307	1,569,546	5,113	303	1,597,208	5,271	313	1,624,944	5,192
Total	26,589	124,503,256	4,683	27,319	124,713,589	4,565	28,350	129,064,647	4,553	27,886	129,915,279	4,659

**Table 3.** Monthly average income of primary care clinics (year: 2011)

Variable	No. of clinics	Monthly average income of primary care clinics (in thousand KRW)					
		≤1,000	1,001-2,000	2,001-3,000	3,001-4,000	4,001-5,000	≥5,001
Total	27,885	22.6	23.4	19.7	12.6	7.2	14.6
Internal medicine	3,977	8.7	23.4	26.4	16.4	8.8	16.3
Obstetrics and gynecology	1,585	56.5	19.6	5.7	2.3	2.0	13.8
Pediatrics	2,272	17.4	33.5	24.1	11.6	5.3	8.2
Ophthalmology	1,432	8.0	14.4	18.2	13.5	11.0	35.0
General surgery	1,075	16.5	21.3	19.4	16.2	9.1	17.5
Otolaryngology	2,070	7.4	17.0	26.6	23.5	13.3	12.3
General medicine	7,908	36.2	26.6	18.2	9.1	3.7	6.2
Orthopedics	1,869	3.3	7.0	10.4	13.1	14.9	51.3

Values are presented as %.



**Table 4.** Decile hierarchy distribution ratio between specialized fields (year: 2011)

	Total (n=27,886)	Internal medicine (n=3,978)	General surgery (n=1,075)	Pediatrics (n=2,272)	Obstetrics and gynecology (n=1,585)	Orthopedics (n=1,869)	Ophthalmology (n=1,432)	Otolaryngology (n=2,070)	General medicine (n=7,908)
1	34.7	32.0	31.3	29.7	58.1	22.4	33.7	24.6	37.8
2	16.7	15.2	16.7	15.5	17.7	15.6	16.4	14.3	16.3
3	12.4	11.4	12.5	12.1	7.3	12.9	11.9	12.2	12.6
4	9.9	9.5	10.4	10.3	4.8	11.1	9.8	10.7	10.1
5	8.2	8.1	8.6	8.6	3.6	9.8	8.0	9.5	8.2
6	6.6	7.1	7.2	7.4	2.9	8.5	6.5	8.3	6.4
7	5.2	6.0	5.7	6.3	2.3	7.3	5.3	7.3	4.6
8	3.7	5.0	4.1	5.0	1.7	6.0	4.2	6.1	2.7
9	2.1	3.8	2.7	3.6	1.2	4.4	2.9	4.6	1.1
10	0.5	1.9	0.9	1.5	0.4	2.1	1.3	2.3	0.2
Decile distribution ratio	0.310	0.394	0.342	0.405	0.130	0.468	0.324	0.510	0.280
Gini coefficient	0.481	0.405	0.437	0.396	0.691	0.314	0.451	0.318	0.528

Values are presented as %.

년과(8.2%)의 진료과목은 월평균 5천만 원 이상의 비율이 낮았으며, 이들 진료과목은 진료비가 낮은 하위구간에 집중되어 있었다.

또한 월평균 진료비 구간 분포를 통해 진료수입에 양극화가 존재함을 확인할 수 있었다. 특히 산부인과의 경우 전체 산부인과 의원 중 13.8%가 5천만 원 이상의 수입을 올리는 것으로 다른 과에 비해 낮은 편이 아니었으나, 56.5%가 진료수입이 월 1천만 원 미만으로 나타났고, 약 76% 정도는 월 2천만 원 이하의 건강보험 진료수입을 올리는 것으로 나타나 산부인과 의원들의 수입 양극화가 가장 심한 것을 알 수 있었다(Table 3).

### 3. 의원의 10분위 계층별 진료비 수입 비교

의원의 건강보험 진료비 수입의 집중률을 알아보기 위해 2011년 1월부터 12월 의원의 진료분을 대상으로 진료수입에 따라 순위를 정하고, 이를 10등분하여 각 분위별로 의원의 전문특성별 수입 분포비율과 10분위분배율을 파악하였다.

2011년도 건강보험 진료수입의 진료과목별 10분위 계층 비율과 지니계수를 통한 불평등 정도에 대한 비교는 Table 4와 같다. 일반의, 산부인과는 진료수입이 높은 상위 10% (10분위 계층)의 비율이 각각 0.2%, 0.4%로 다른 진료과목에 비해 낮았고, 진료수입이 낮은 하위 10% (1분위계층)의 비율은 각각 37.8%, 58.1%였다. 산부인과의원이 건강보험 진료수입의 불균등 정도가 가장 심한 것을 알 수 있었으며, 그 다음으로 일반의가 불균등한 것으로 조사됐다. 10분위 분배율에서도 산부인과, 일반의는 각각 0.130, 0.280로서 진료과목 내 불평등 정도가 가장 높았고, 지니계수도 각각 0.691, 0.528로 다른 진료과목에 비해 비교적 높았다. 반면, 이비인후과와 정형외과는 10분위분배율이 각각 0.510, 0.468이었고, 지니계수는 0.318, 0.314로 다른 진료과목에 비해 불평등 정도가 낮은 편이었다(Table 4).

Figure 1은 주요 진료과목에 대한 10분위 계층의 비율을 시각적으로 나타낸 것으로 산부인과의 10분위 계층에 대한 비율이 가장

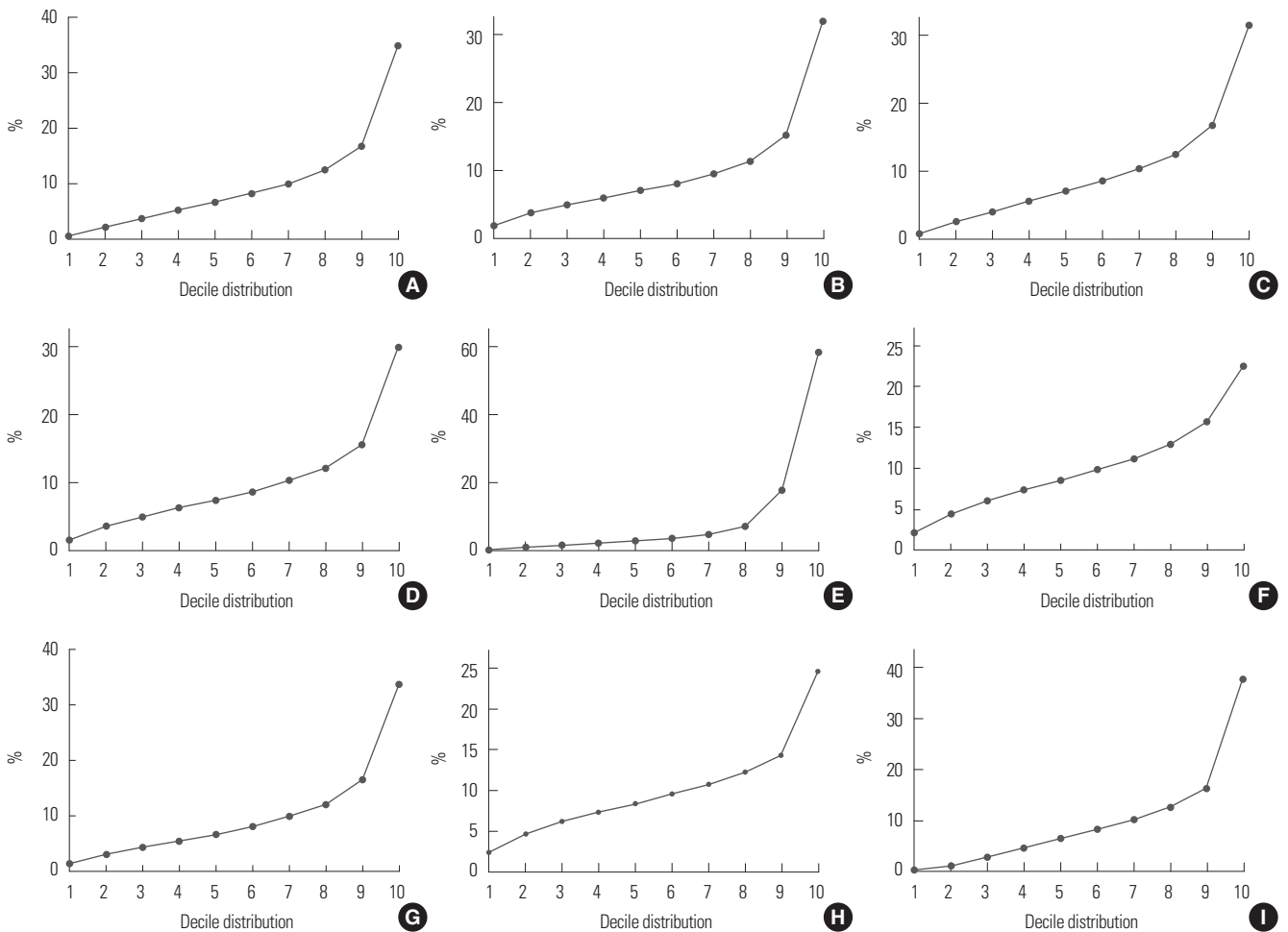
큰 차이를 보임을 알 수 있었다. Figure 2는 2008년부터 2011년에 걸쳐 주요 진료과목에 대한 10분위 계층을 비교한 결과이다. 연도별로는 내과와 산부인과의 경우 진료수입에 대한 계층별 차이가 다소 있었으나 다른 진료과목과 마찬가지로 뚜렷한 차이를 보이지는 않았다.

또한 로렌즈곡선을 통한 각 진료과목별 의원의 불평등 정도 비교는 Figure 3에 제시하였다. 로렌즈곡선이 대각선에 가깝게 위치하면 할수록 평등한 분배상태를 의미하는데 정형외과가 대각선에 가장 가까운 반면, 산부인과의가 가장 먼 것으로 나타났다(Figure 3).

### 고 찰

효율적인 일차의료전달체계를 위한 정책방안에 기초자료로 활용하기 위해 의원급 의료기관의 환자 수 분포와 진료과목 및 지역별 진료비 수입의 불평등 정도를 알아보고자 2008년부터 2011년까지 각 연도별 의원급 의료기관의 진료비 청구자료를 활용하였다. 진료과목이나 의원의 특성에 따라 비급여 부분의 수입이 큰 비중을 차지할 수도 있으나, 전국민건강보험이 적용되는 사회보험제도에 있어서 우리나라 의원에서 차지하는 수입의 대부분은 건강보험공단에 청구한 보험진료비(총진료비)가 의원의 주 수입원이라고 할 수 있다. 2010년 건강보험통계자료에 의하면 의원의 건강보험 보장률은 65.6%, 비급여 본인부담률은 12.8%였고[12], Kim과 Oh [13]의 연구에서도 2010년 의원급 의료기관의 총수입 중 건강보험 급여와 비급여가 차지하는 비율이 각각 86.2%, 13.8%로 조사된 바 있다. 또한 우리나라와 같이 행위별수가제(fee for service)가 적용되는 건강보험제도에서 일차 진료의원의 수입은 환자 수와 관련이 있다. 이에 본 연구는 의원의 진료수입과 직접 관련성이 있는 외래환자 수 추세 비교 및 진료수입 집중률을 분석하여 비교하고자 하였다.

의원의 진료과목별 기관당 외래환자 수를 비교해 본 결과 2008

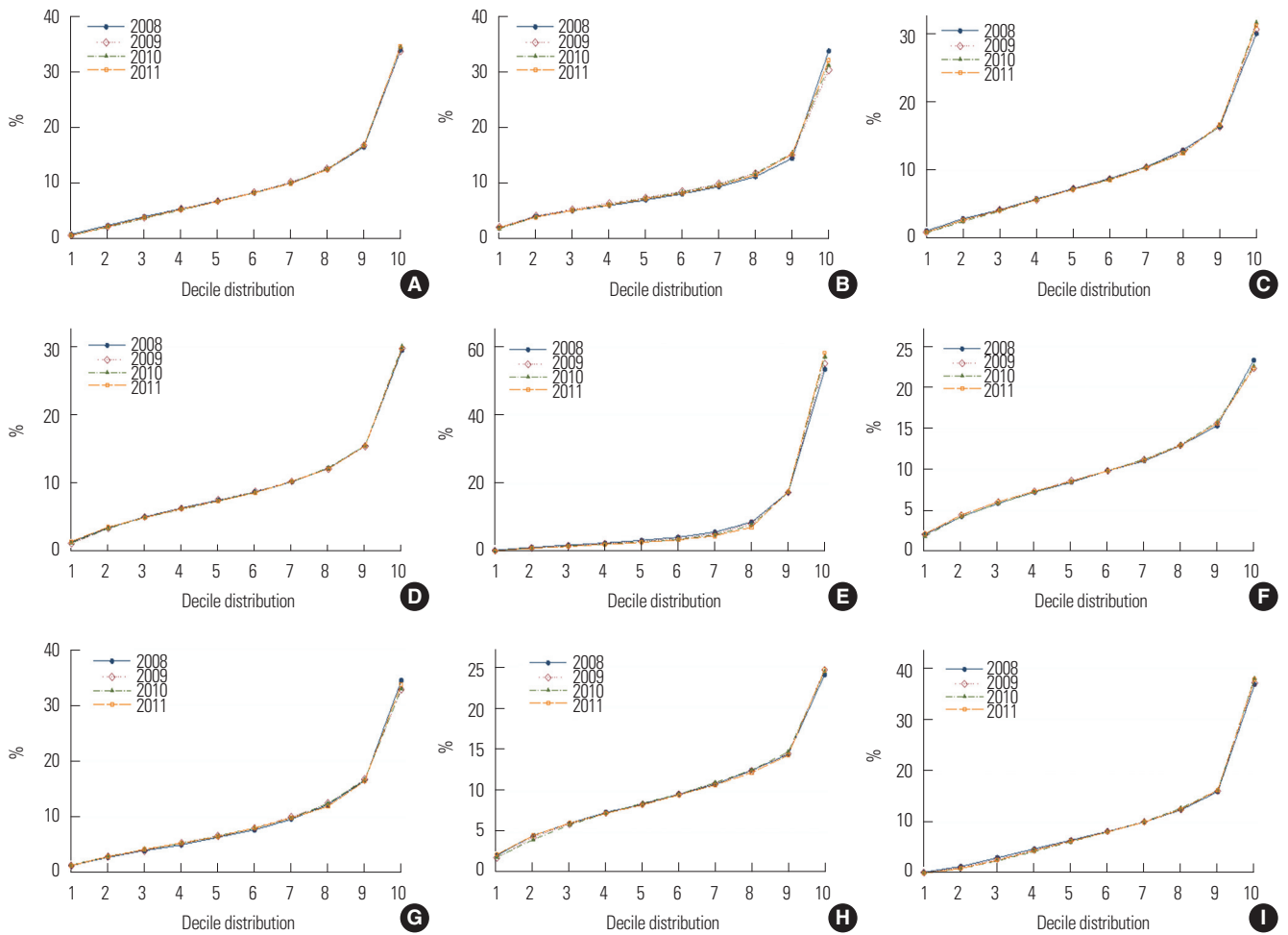


**Figure 1.** Decile hierarchy distribution ratio of the clinic's specialized field (year: 2011). A method of splitting up a set of ranked data into 10 equally large subsections. (A) Total. (B) Internal medicine. (C) General surgery. (D) Pediatrics. (E) Obstetrics and gynecology. (F) Orthopedics. (G) Ophthalmology. (H) Otolaryngology. (I) General medicine.

년 안과(9,539명)가 가장 많았고 다음으로 이비인후과, 피부과, 정형외과, 내과의 순으로 높았던 반면, 성형외과, 정신건강의학과, 흉부외과는 외래환자 수가 적은 편이었다. 2009년에서 2010년까지도 다른 진료과목에 비해 안과, 이비인후과, 피부과, 정형외과의 순으로 기관당 외래환자 수가 많았으나 2011년 정형외과의 환자 수는 증가 추세를 보이며, 안과, 이비인후과 다음으로 기관당 외래환자 수가 많은 것으로 나타났다. 지역별 기관당 외래환자 수는, 2008년 충남이 5,597명으로 가장 높았고, 다음으로 제주, 강원, 충북, 울산지역의 의원들이 외래환자 수가 많은 편이었다. 4년 동안 서울은 오히려 가장 낮은 분포를 보였는데, 이는 수도권지역의 의원 수가 많은 데서 오는 결과로 보인다. 2008년 대비 2011년 지역별 의원의 기관당 외래환자 수 증가율은 대전, 경기, 인천지역은 증가한 것으로 나타났으며, 광주, 전남, 대구, 전북, 충남지역은 감소한 것으로 나타났다.

또한 동일 진료과목 내에서 월평균 진료비 비교를 통해 진료수입에 양극화가 존재함을 확인할 수 있었다. 특히 산부인과의 경우 월

평균 2천만 원 미만의 진료수입에 의원의 76%가 집중되어 있었다. 이전 선행연구에서도 전문과목별 진료비 수입 분포결과 다른 진료과목에 비해 산부인과 의사가 2천만 원 미만의 보험진료비 수입에 가장 많이 분포(26.5%)되어 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다[3]. 산부인과의 다른 진료과목에 비해 보험적용이 되지 않는 비급여 부분이 있기 때문에 이들 과목의 진료수입을 정확히 파악하기는 어렵다. 그러나 낮은 의료수가에 따른 경제적 어려움으로 인해 최근 분만장을 폐쇄하는 병의원이 늘고 있으며, 산부인과의를 지원하는 의사 수(2005년 이후 9년 연속 미달상태로 필요 전공의 확보율 68.6%) 및 분만을 담당하는 전문의가 감소(2001년 270명 배출, 2012년 90명)하는 등의 현상을 보면[14], 현재 우리나라 산부인과 의원에서 비급여항목으로 진료수입을 기대하기는 어렵다고 볼 수 있다. 또한 대부분 급여항목은 수가가 낮으므로, 다른 진료과목에 비해 낮은 진료수입에 집중 분포되어 있는 산부인과 의원은 운영에 많은 어려움을 겪고 있다는 것을 알 수 있다.



**Figure 2.** Decile hierarchy distribution ratio of the clinic's specialized field (year: 2008-2011). A method of splitting up a set of ranked data into 10 equally large subsections. (A) Total. (B) Internal medicine. (C) General surgery. (D) Pediatrics. (E) Obstetrics and gynecology. (F) Orthopedics. (G) Ophthalmology. (H) Otolaryngology. (I) General medicine.

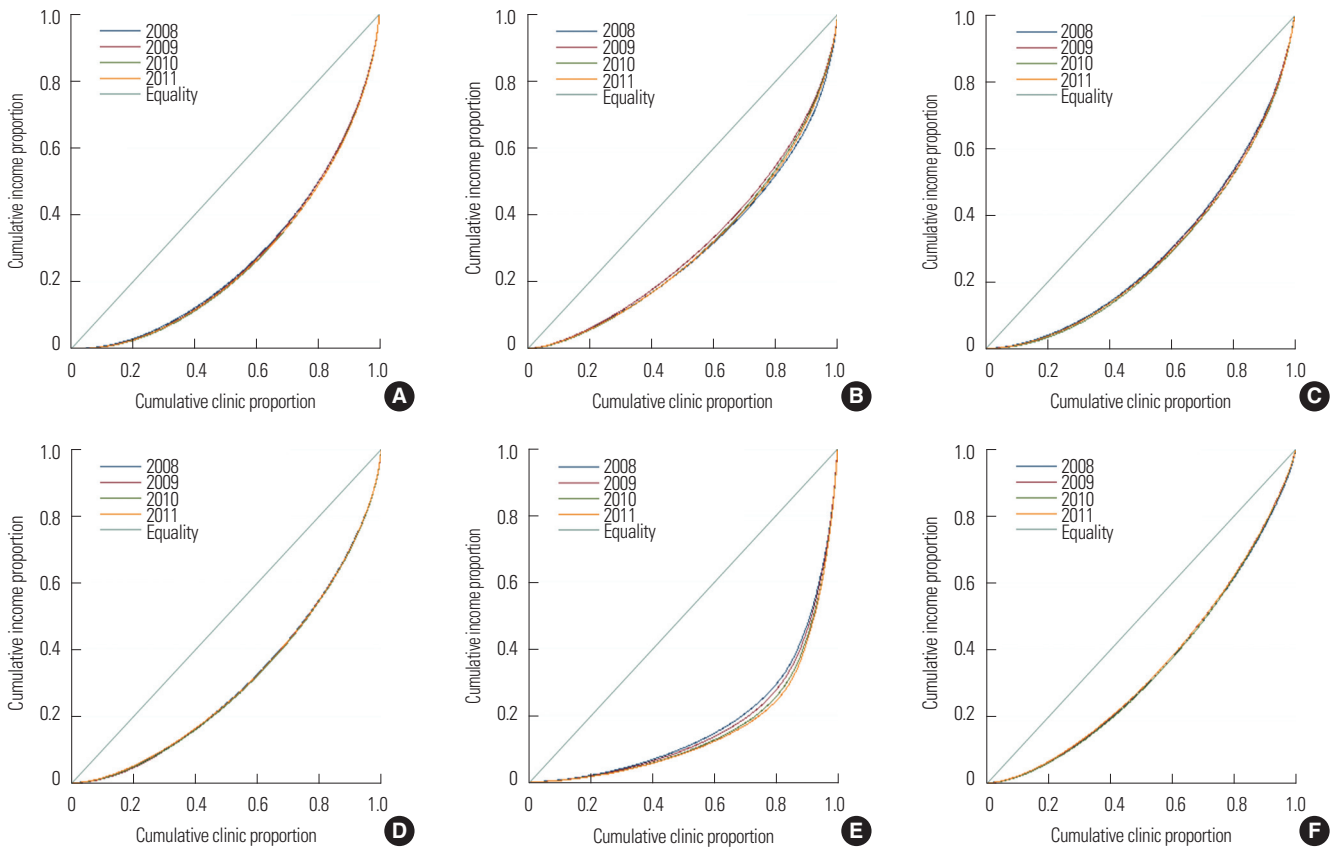
건강보험 진료수입의 진료과목별 10분위 계층 비율을 통해 불평 등 정도를 비교해본 결과, 일반의, 산부인과는 진료수입 최하계층의 비율과 최고계층의 비율이 큰 차이를 보였다. 이들 진료과목은 10분위분배율 및 지니계수를 통해서도 불평등 정도가 큰 것을 알 수 있었는데, 산부인과, 일반의의 10분위분배율은 각각 0.130, 0.280로서 진료과목 내 불평등 정도가 가장 높았고, 지니계수도 각각 0.691, 0.528로 비교적 높았다.

일부 과를 제외하고 대부분의 의원급 의료기관은 급여 수입에 의존하고 있다. 또한 수가수준의 변화가 일차진료 의사의 행태에 미치는 영향에 대한 논문을 검토한 Lee [15]의 연구 결과에서는 일차진료 의사에 대한 보상수준이 그들의 행태에 영향을 미쳤음을 보고하였다. 특히 캐나다 몬트리올지역의 일차진료 의사 677명을 대상으로 조사한 연구에서는 수가가 상대적으로 감소한 시기에 수입 감소에 반응하여 보다 비용이 많이 발생하는 서비스 비중을 증가시킨 것으로 나타났다[16]. 그러므로 우리나라 건강보험제도하

에서 수가가 일차 진료전문 의원의 경영에 미치는 영향은 크다고 볼 수 있을 것이다.

최근 의원급 의료기관은 환자 수가 줄어들면서 수입이 감소하고 있지만 인건비나 관리비 등 고정비용의 지출부분은 그대로 유지되거나 늘어남으로써 경영악화로 인한 의원의 폐업률이 증가하고 있으며, 대다수 개원의사들은 앞으로 경영이 더 어려워질 것이라는 비관적인 전망을 하고 있는 것으로 조사됐다[17]. 향후 동일 진료과목 내에서도 진료수입의 불평등을 해결할 수 있는 새로운 수가정책 및 일차의료를 활성화할 수 있는 정책대안들이 필요하다.

본 연구는 의원에서 제출한 건강보험 청구자료를 사용함으로써 비급여 수입에 대한 자료가 누락되어 보험적용이 되지 않는 서비스의 경우 그 진료비를 알 수 없고, 보험 진료비만으로 전체 의사수입을 알 수 없다는 한계점이 있다. 그러나 의원 수입의 경우 건강보험 급여에 대부분 의존하고 있으므로 본 연구결과들을 잘 활용할 수 있으리라 생각된다.



**Figure 3.** Lorenz curve of the clinic's specialized field (year: 2008-2011). A straight diagonal line represents perfect equality of wealth distribution; the Lorenz curve lies beneath it, showing the reality of wealth distribution. The difference between the straight line and the curved line is the amount of inequality of wealth distribution. (A) Total. (B) Internal medicine. (C) General surgery. (D) Pediatrics. (E) Obstetrics and gynecology. (F) Orthopedics.

REFERENCES

- Jo HS. Strategies for improvement of primary care in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55(10):959-968.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013;32(4):686-694.
- Seo SK, Park JY. Distribution of private medical practitioners' income from medical insurance and its determinants. *Korean J Health Policy Admin* 1995;5(1):1-30.
- Organization for Economic Cooperation and Development. StatExtracts [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development [cited 2013 Jul 10]. Available from: <http://stats.oecd.org/>.
- Moon OR. Medical security policy. Seoul: Shinkwang; 1992.
- Im GJ. Management analysis of clinics in 2003. *Health Policy Forum* 2003;1(4):158-165.
- Health Insurance Review & Assessment Service. open · closure status of medical care institution [Internet]. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2013 [cited 2013 Jun 5]. Available from: <http://www.hira.or.kr>.
- Jung HS. Treatment cost for top 6% clinics and the lower 57.9% were the same. *MEDICAL Today*. 2010 May 14.
- Lee SY, Kam S, Park IS. Distribution of private medical clinics' income from National Health Insurance. *Health Soc Sci* 2006;19:5-30.
- Shin SA, Ko SK, Jung HJ. Research on clinic treatment fee fluctuations and treatment amount variation: 1999-2000. Seoul: National Health Insurance Corporation, Social Security Research Center; 2001.
- Kim JS, Park JY, Han CH. Distribution of dental clinic's income from health insurance. *Korean J Health Policy Admin* 2002;12(1):84-101.
- Park MJ, Choi YS, Tae YH, Choi JH, Baek SJ, Lee HY. Actual condition research on 2010 health insurance patient treatment fees. Seoul: National Health Insurance Service, Health Insurance Policy Institute; 2011.
- Kim YK, Oh HJ. A study on health insurance conversion factor and reimbursement rate for 2014 contract of clinic-level healthcare institutions-focusing on the cost price model. Seoul: Research institute for healthcare policy, Korean Medical Association; 2013.
- Kim A. OB/GYN childbirth infrastructure has in actuality collapsed. *Health Policy Forum* 2003;11(2):78-83.
- Lee TJ. Payment systems and the performance of primary care physicians. *Korean J Health Econ Policy* 2006;12(2):57-74.
- Nassiri A, Rochaix L. Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. *Health Econ* 2006;15(1):49-64.
- Song SC. Half of newly-opening clinics, "Cost of opening a new doctor's office will get worse." *Doctor's News*. 2013 Aug 22.