

# 건강보험 청구자료를 활용한 국내 입원전담전문의 제도의 현황 분석 및 개선방안

정윤빈, 이강영

연세대학교 의과대학 외과학교실

## An Analysis of the Current Status of Hospitalist System in Korea Using National Health Insurance Claim Data and Strategy for Future Direction

Yoon Bin Jung, Kang Young Lee

Department of Surgery, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

### Correspondence to:

Kang Young Lee

Department of Surgery, Yonsei University  
College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro,  
Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea  
Tel: +82-2-2228-2096  
Fax: +82-2-313-8289  
E-mail: kylee117@yuhs.ac

Received: June 9, 2022

Revised: July 14, 2022

Accepted after revision: July 14, 2022

Published online: September 6, 2022

**Background:** With the aim of improving the safety and quality of medical care of inpatients, the hospitalist system was implemented as a pilot project from September 2016 in Korea. Based on the clinical results from the pilot project, the government promoted the hospitalist system to a regular service in January 2021 with the establishment of a new fee schedule. In this study, the current status of the hospitalist system in Korea and suggestions for the future direction of the new system are described.

**Methods:** Data on hospitalists' demographics were obtained from the Ministry of Health and Welfare through a request for information disclosure. The claims data for the fee schedule of the hospitalist service was obtained from the Health Insurance Review and Assessment Service database and analyzed.

**Results:** As a result of analyzing the national health insurance claim data from 2018 to 2021, the use of the hospitalist system was concentrated in tertiary hospital and metropolitan areas. In addition, the proportion of weekday model in which hospitalists treat patients only during the daytime was higher than the full-time model in which hospitalists treat patients all day.

**Conclusion:** The national implementation of the hospitalist system is a key paradigm shift in inpatient care. Therefore, all patients should be able to benefit from the hospitalist system regardless of the region or the healthcare institution. For the successful implementation and spread of the hospitalist system, further efforts including changes in the fee schedule are essential.

**Keywords:** Hospitalists, Hospital medicine, Insurance claim review, Healthcare systems, Korea

## 서론

의료 질 향상에 대한 관심과 의료비용의 증가, 병원 내 의료인력 부족 등의 문제를 개선하기 위하여 미국에서는 입원환자의 일차적인 진료를 전적으로 담당하는 의료인력의 필요성이 제기되어 왔다. 입원환자의 진료를 담당하는 전문인력의 고용이 점차 증가하며 이들을 ‘호스피탈리스트’로 명명하기 시작하였으며, 1996년 호스피탈리스트를 ‘입원환자의 치료에 책임을 갖는 입원의학의 전문가’로 정의한 이후 그 규모가 점차 확대되어 2020년 기준 6만여 명을 상회하는 수준에 이르렀다[1,2]. 국내에서는 2015년부터 2018년까지 추진된 ‘전공의 정원 구조 합리화 정책’ 및 2015년 12월 ‘전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률’ 제정으로 인하여 의료현장에서 입원환자 진료를 실질적으로 담당하던 전공의 인력 감소 문제가 대두되었으며, 이와 더불어 환자의 안전과 의료의 질적 향상에 대한 사회적 요구가 맞물리며 호스피탈리스트 도입이 그 대안으로 제시되었다[3]. 이에 대한의사협회, 대한병원협회, 대한의학회, 대한내과학회 및 대한외과학회가 ‘한국형 호스피탈리스트 시범사업 운영·평가 협의체’를 발족하고 2015년 11월부터 전국 4개 기관에서 민간 시범사업을 시행하였다. 의료의 질적 향상, 환자 및 의료진의 높은 만족도 등 민간 시범사업에서 나타난 긍정적인 결과를 바탕으로 국내에서는 호스피탈리스트를 ‘입원전담전문의’로 명명하고 2016년 9월부터 정부 시범사업을 시행하였다[4,5]. 입원전담전문의 정부 시범사업을 통해 현장에서는 의사 접근성 향상 및 환자, 의료진의 높은 만족도를 확인하였으며[6,7], 급성기 병동의 재원일수 감소[8], 다중질환을 가진 환자에서의 재원일수 감소[9] 등의 임상적 효과와 더불어 병원정보시스템의 개선에도 앞장서는 등[10] 입원전담전문의에 의한 가시적인

성과를 거두고 있다. 의료현장에서 입원전담전문의 도입이 가져온 의료의 질적 향상 및 환자 만족도 증가를 바탕으로 4년간의 시범사업을 진행한 끝에 입원전담전문의 제도는 지난 2021년 1월 ‘입원환자 전담전문의 관리료’ 신설을 통해 본 사업으로 전환하였다. 본 사업이 시행된 지 1년이 지난 시점에서, 본 연구는 국내 입원전담전문의 운영 현황을 분석하여 입원전담전문의 제도를 의료현장에서 적극적으로 활용할 수 있도록 발전적인 방향을 모색하고자 한다.

## 방법

### 1. 자료수집

#### 1) 입원전담전문의 제도 운영기관 현황

입원전담전문의 제도 운영기관 현황 자료는 별도로 공개되지 않으며, 입원전담전문의 연구회를 비롯한 민간 차원에서 각 기관의 현황을 취합하려는 노력을 지속하고 있으나 원활하지 않았다. 이에 입원전담전문의 운영기관에서 차등제 적용을 위한 분기별 운영 현황 신고 자료를 제출하는 점에 착안하여 정보공개청구를 통해 보건복지부로부터 해당 자료를 취득하였다. 정보공개청구에는 입원전담전문의 운영기관, 종별 분류, 운영기관 소재지(시·군·구), 입원전담전문의 관리료 산정 유형별 병동·병상·입원전담전문의 수, 전문과목별 입원전담전문의 수를 명시하였다. 정보공개청구는 본 사업 시행 이후 매 분기별로 시행하였으며, 분기별 차등제 신고 기간이 종료된 시점을 기준으로 자료를 취득하였다.

#### 2) 입원환자 전담전문의 관리료 청구자료

입원전담전문의 제도는 ‘입원환자 전담전문의 관리료’를 환자당 1일 1회 산정하므로, 입원전담전문의 제도의 이용 현황 분석을 위해 입원환자 전담전문의 관리료 청구자료 수집을 시행하였다. 청구자료 수집은 건강보

협심사평가원에서 제공하는 보건의료빅데이터개방시스템의 진료행위통계를 활용하였으며, 입원환자 전담전문의 관리료 수가코드별 환자 수, 총 사용량(총 청구건수), 진료금액 자료를 수집하였다. 각 자료는 요양기관 종별, 요양기관 소재지별로 분류하여 취합하였다.

입원전담전문의 시범사업 시(2016~2021년) 입원환자 전담전문의 진료료는 전문의 배치시간 및 전문의 수에 따라 일부전담(2인, 3인 이상), 24시간 전담(4인, 5인 이상) 등 4개의 수가코드로 분류되었다. 이후 각 기관의 참여를 독려하기 위해 2017년 9월부터 시범사업 참여지원금을 별도 수가코드로 신설하여 실질적 수가 인상의 효과가 나타나도록 하였다. 시범사업 수가의 4가지 유형은 입원전담전문의 본 사업으로 전환되며 3가지 유형으로 변경되었는데, 일부전담 2인은 1형(주 5일 주간)으로, 일부전담 3인은 2형(주 7일 주간)으로, 24시간 전담 4인 및 5인 이상은 3형으로 통합되었으며, 상대가치점수는 시범사업에서 정하였던 각 유형별 입원환자 전담전문의 진료료 및 참여지원금의 합과 유사한 수준으로 책정되었다(부록 1). 이에 자료수집 기간은 시범사업 중 참여지원금이 신설된 시기를 고려하여 2018년 1월부터 본 사업 시행 이후 청구자료 이용이 가능한 2021년 9월까지로 하였다.

## 2. 자료 분석

### 1) 입원전담전문의 제도 운영기관 현황 분석

정보공개청구를 통해 취득한 자료에서 입원전담전문의 제도 운영 요양기관 수, 요양기관별 운영 병동 수, 요양기관별 입원전담전문의 수를 분기별로 합산하여 자료를 제시하였다. 또한 수가코드별(진료유형별) 병동 수, 입원전담전문의 수 자료를 활용하여 진료유형별 운영 현황을 도출하였다. 원 자료의 성격상 요양기관명은 익명화되어 식별이 불가하나, 각 요양기관의 종별, 시도별 구분이 가능하여 해당 자료를 활

용하여 종별, 지역별 통계를 제시하였다. 입원전담전문의 제도는 병동 단위 운영만이 가능한 특성이 있어 단위 병동의 전문의 배치 수준을 확인하기 위해 운영 병동당 입원전담전문의 수를 추가 지표로 선정하였으며, 원 자료에서 해당 지표는 제공하지 않아 진료유형별로 합산한 입원전담전문의 수를 각 진료유형별 병동 수로 나누어 해당 지표를 새로이 산출하였다.

### 2) 입원환자 전담전문의 관리료 청구자료 분석

시범사업에서 본 사업으로 전환하며 수가코드의 일부 변동이 있었으나, 제도의 운영방식은 유사하여 시범사업의 청구자료와 본 사업의 청구자료를 대응하여 비교하였다. 단, 시범사업과 본 사업의 수가유형 및 코드 변동을 고려하여 시범사업의 일부전담 2인(IA995+IA895), 일부전담 3인 이상(IA996+IA896)은 각각 본 사업의 1형(AC201), 2형(AC202)과 대응하여 비교하였으며, 시범사업의 24시간 전담 4인(IA990+IA890) 및 5인 이상(IA991+IA891)을 합산하여 본 사업의 3형(AC203)과 대응하여 비교하였다.

청구자료의 분석은 각 수가코드별 환자 수, 청구건수, 진료금액을 요양기관의 종별, 소재지별(서울, 서울 외)로 분류하여 자료를 제시하였다. 환자당 1일 1회 산정원칙에 따라 환자 수 대비 총 청구건수는 평균 재원일수의 의미를 갖기 때문에, 해당 지표를 2차 자료로 산출하여 제시하였으며, 각 자료는 해당 연도의 분기별로 합산하여 결과를 제시하였다.

## 결 과

### 1. 국내 입원전담전문의 제도 운영 현황

#### 1) 입원전담전문의 제도 운영기관 및 전문의 수 변화

2022년 3월 기준 전국 입원전담전문의 제도 운영 현황은 기관 56개소, 병동 162개, 전문의 303명으로

집계되었다(표 1). 이는 시범사업 후반인 2020년 5월 기관 45개소, 병동 90개, 전문의 249명에 비해 기관 11개소, 병동 72개, 전문의 54명이 증가한 것으로, 시범사업에서 본 사업으로의 전환이 제도 확대에 긍정적인 영향을 미치고 있으며, 의료현장에서도 입원전담전문의 도입 의지가 높은 것으로 평가할 수 있다. 다만 종별 분포를 살펴보면 같은 기간 상급종합병원의 운영

이 빠르게 확대되는 것에 반해 종합병원급 기관의 운영규모가 이에 미치지 못하고 있다. 특히 상급종합병원의 운영기관이 10개소 증가하는 동안 종합병원급 운영기관은 1개소 증가하였으며, 입원전담전문의 수는 상급종합병원에서 38% 증가한 반면, 종합병원에서는 12% 감소하는 등 종별 차이가 뚜렷하게 나타났다. 지역별로는 서울 외 지역에서 운영기관 및 병동 확대

표 1. 국내 입원전담전문의 운영기관 현황

항목	분류	세부	'20. 5	'21. 3	'21. 9	'21. 12	'22. 3
기관 수(개소)	전체		45	52	50	48	56
	종별	상중	25	32	31	30	35
		종합	20	20	19	18	21
	지역별	서울	16	18	18	17	19
		서울 외	29	34	32	31	37
병동 수(개)	전체		90	117	145	147	162
	종별	상중	61	86	107	110	113
		종합	29	31	38	37	49
	지역별	서울	46	60	74	76	81
		서울 외	44	57	71	71	81
	진료유형별	1형	-	95	115	119	127
		2형	-	16	22	21	27
3형		-	6	8	7	8	
전문의 수(명)	전체		249	260	270	276	303
	종별	상중	168	192	201	213	232
		종합	81	68	69	63	71
	지역별	서울	128	136	152	162	182
		서울 외	121	124	118	114	121
	진료유형별	1형	-	-	182	186	185
		2형	-	-	51	58	78
3형		-	-	37	32	40	
병동당 전문의 수(명)	전체		2.77	2.22	1.86	1.88	1.87
	종별	상중	2.75	2.23	1.88	1.94	2.05
		종합	2.79	2.19	1.82	1.70	1.45
	지역별	서울	2.78	2.27	2.05	2.13	2.25
		서울 외	2.75	2.18	1.66	1.61	1.49
	진료유형별	1형	-	-	1.58	1.56	1.46
		2형	-	-	2.32	2.76	2.89
3형		-	-	4.63	4.57	5.00	

가 더 뚜렷하였으나, 전문의는 오히려 서울 외 지역에 비해 서울에서 증가(142%)하는 모습으로 서울 외 지역의 입원전담전문의 운영 수요는 높으나 전문의 충원에 어려움을 겪고 있음을 확인할 수 있다. 진료유형별로는 전체 운영 병동 중 1형 병동(주 5일 주간)이 차지하는 비율이 약 78%로 1형 병동 위주의 성장세가 뚜렷하며, 2형(주 7일 주간) 및 3형(24시간) 운영 병동의 확대는 저조한 모습을 보이고 있다.

### 2) 운영 병동당 입원전담전문의 배치 수준

전체 운영 병동당 입원전담전문의 수는 시범사업 기간인 2020년 5월 전국 평균 2.77명이었으나, 본 사업 시행 후 하락하여 2022년 3월 평균 1.87명으로 감소하였다. 상급종합병원과 서울 지역에서는 2021년 9월을 기점으로 병동당 입원전담전문의 수가 다시 반등하여 각각 2.05명, 2.25명으로 상승한 반면, 종합병원 및 서울 외 지역에서는 지속적으로 하락하여 각각 1.45명, 1.49명으로 종별, 지역별 격차가 더욱 심화되었다. 진료유형별로는 2022년 3월 기준 1형 유형에서 1.46명으로 상당수의 1형 유형이 전문의 1인으로 운영되고 있음을 확인할 수 있었으나, 2형 및 3형 유형에서는 각각 2.89명, 5.00명으로 각 유형의 최소 필요 전문의 수에 근접해가고 있음이 확인되었다.

### 3) 전문과목별 입원전담전문의 분포

전문과목별 입원전담전문의 현황에서는 2022년 3월 기준 내과 전문의가 110명으로 전체의 36.3%를 차지하며, 이어 외과(59명), 가정의학과(47명) 및 소아청소년과(44명) 순으로 나타났다(부록 2). 특히 외과계 전문과목이 차지하는 비중이 전체 전문의의 약 25% 수준으로, 다양한 전문과목별 입원전담전문의에 대한 현장 수요가 존재한다는 점이 내과 및 가정의학과 전문의가 대다수인 미국의 호스피탈리스트 제도와 구별되는 국

내 입원전담전문의 제도만의 특징이라 할 수 있겠다.

## 2. 입원환자 전담전문의 관리료 청구 현황

### 1) 진료유형별 청구 현황

입원환자 전담전문의 관리료 청구 현황을 살펴보면 입원전담전문의 본 사업 전환 이후 상급종합병원, 서울 지역, 1형 유형 중심의 확산세가 더욱 뚜렷하다(표 2). 유형별 총 사용량의 경우 2021년 3분기 기준 1형 230,989건, 2형 51,828건 및 3형 23,724건으로 1형 유형이 입원전담전문의 제도에서 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 또한 본 사업 전환 직전인 2020년 4분기 대비 2021년 3분기 1형 관리료 총 사용량은 212% 수준으로 112% 증가하였으나(108,843→230,989건), 2형 관리료는 61% 수준으로 39% 감소하였고(84,647→51,828건), 3형 관리료는 101% 수준으로(23,419→23,724건) 비슷하게 나타나 1형 위주의 제도 확산이 더욱 심화되고 있음을 알 수 있다. 1형 관리료의 경우 종별 격차 또한 심화된 것으로 드러났는데, 상급종합병원의 총 사용량은 278% (64,403→179,390건), 종합병원의 총 사용량은 116% (44,440→51,599건) 수준으로 증가하였으며, 운영기관 통계에서 나타난 상급종합병원 중심의 기관 및 병동 수 확대와 일치하는 결과를 보였다. 지역별 통계에서도 본 사업 전환 후 서울의 1형 관리료 총 사용량은 296% (38,218→113,483건), 서울 외 지역에서는 166% (70,625→117,506건) 수준으로 증가하였으며, 서울의 총 사용량이 서울 외 지역의 총 사용량에 근접해가는 추세가 이어지고 있다.

2형 관리료의 경우 본 사업 전환 이후 총 사용량이 감소하는 모습을 보이고 있다. 2020년 4분기 대비 2021년 3분기 총 사용량은 61% 수준으로 감소하였으며, 종별로는 상급종합병원 60% (76,419→45,524건), 종합병원에서는 77% (8,228→6,304건) 수준으로 감소하였다. 지역별로는 서울 79% (52,785→41,749건), 서

표 2. 입원환자 전담전문의 관리로 진료유형별 청구 현황(2018-2021)

유형	항목	세부	시범사업												본사업			
			'18				'19				'20				'21			
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	
1형	환자 수(명)	계	2,632	3,986	4,517	8,188	8,205	9,524	9,525	12,375	13,887	16,495	15,822	16,154	24,018	33,379	33,526	
		상종	2,120	3,216	3,579	5,676	6,103	6,934	6,678	7,839	10,379	11,496	10,295	9,840	17,943	25,467	25,957	
	종별(명)	종합	512	770	938	2,512	2,102	2,590	2,847	4,536	3,508	4,999	5,527	6,314	6,075	7,912	7,569	
		서울	1,068	1,348	1,436	3,719	3,812	4,850	5,233	6,036	6,330	7,239	6,166	5,634	10,826	16,663	16,800	
	총 청구간수(건)	서울 외	1,564	2,638	3,081	4,469	4,393	4,674	4,292	6,339	7,557	9,256	9,656	10,520	13,192	16,711	16,726	
		계	19,622	29,178	31,350	46,789	48,268	54,337	54,613	68,117	86,673	111,205	110,909	108,843	166,783	238,173	230,989	
	2형	환자 수(명)	상종	15,591	22,807	24,378	33,238	36,878	38,940	37,632	42,933	64,579	76,077	69,918	64,403	121,295	182,693	179,390
			종합	4,031	6,371	6,972	13,551	11,390	15,397	16,981	25,184	22,094	35,128	40,991	44,440	45,488	55,480	51,599
		종별(명)	서울	8,536	10,039	9,857	23,172	24,393	27,370	31,001	32,349	38,848	48,693	44,345	38,218	71,368	115,924	113,483
			서울 외	11,086	19,139	21,493	23,617	23,875	26,967	23,612	35,768	47,825	62,512	66,564	70,625	95,415	122,249	117,506
진료금액 (백만 원)		계	297	443	472	710	741	842	845	1,056	1,355	1,751	1,746	1,714	2,664	3,804	3,689	
		상종	236	346	368	505	566	604	582	667	1,013	1,198	1,101	1,014	1,937	2,918	2,865	
지역별(백만 원)		종합	61	97	104	205	175	238	263	389	342	552	645	700	726	886	824	
		서울	129	152	149	352	372	425	480	502	610	766	698	601	1,140	1,851	1,812	
총 청구간수(건)		환자 수(명)	서울 외	168	291	323	358	369	417	366	554	745	984	1,048	1,113	1,524	1,952	1,877
			계	2,150	1,846	2,158	2,823	3,821	6,249	7,243	7,671	7,906	10,748	13,147	12,814	5,173	7,818	6,712
	종별(명)	상종	2,150	1,846	2,158	2,539	3,313	6,182	6,794	7,345	7,345	9,192	11,041	11,443	4,772	6,912	5,897	
		종합	-	-	-	284	508	67	449	326	736	1,556	2,106	1,371	401	906	815	
	지역별(명)	서울	1,138	760	823	455	1,283	3,053	3,246	3,847	4,765	5,677	7,213	7,928	4,405	6,035	5,325	
		서울 외	1,012	1,086	1,335	2,368	2,539	3,196	3,999	3,825	3,143	5,074	5,938	4,892	768	1,784	1,387	
	총 청구간수(건)	계	13,374	13,206	15,568	18,992	28,152	45,044	50,766	52,756	57,615	76,362	92,907	84,647	37,945	60,619	51,828	
		상종	13,374	13,206	15,568	17,524	25,783	44,801	48,787	50,262	52,110	65,754	78,958	76,419	35,824	53,666	45,524	
	지역별(건)	종합	-	-	-	1,468	2,369	243	1,979	2,494	5,505	10,608	13,949	8,228	2,121	6,953	6,304	
		서울	7,833	6,623	7,005	3,906	10,779	24,959	25,948	30,104	36,287	41,472	51,417	52,785	32,991	47,637	41,749	

(다음 페이지에 계속)



표 2. 계속

유형	항목	세부	시험사업												본사업			
			'18				'19				'20				'21			
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	
진료금액 (백만 원)	상종	서울 외	5,541	6,583	8,563	15,086	17,373	20,085	24,818	22,652	21,328	34,890	41,490	31,862	4,954	12,982	10,079	
		계	302	297	351	427	645	1,036	1,165	1,211	1,344	1,785	2,173	1,824	900	1,438	1,229	
	종합	서울 외	302	297	351	397	591	1,030	1,120	1,154	1,216	1,538	1,847	1,646	850	1,273	1,080	
		계	-	-	-	29	55	6	45	57	129	248	326	178	50	165	148	
	3형 환자 수(명)	상종	서울 외	177	149	158	89	247	574	596	693	848	970	1,204	1,234	783	1,130	991
			계	125	148	193	338	399	462	570	518	497	815	970	747	118	308	238
		종합	서울 외	2,400	2,624	2,851	2,865	2,977	3,376	3,383	4,479	4,539	4,192	4,344	3,636	2,497	3,380	3,397
			계	2,400	2,624	2,851	2,865	2,797	2,334	2,359	2,170	2,253	2,300	2,118	2,047	1,673	2,104	2,158
		상종	서울 외	-	-	-	-	180	1,042	1,024	2,309	2,286	1,892	2,226	1,589	824	1,276	1,239
			계	1,899	1,958	2,035	2,100	2,031	1,940	1,785	1,544	1,671	1,596	1,467	1,401	1,184	1,447	1,480
종합		서울 외	501	666	816	765	946	1,436	1,598	2,935	2,868	2,596	2,877	2,235	1,313	1,932	1,917	
		계	17,763	21,087	22,352	21,073	23,109	25,635	26,809	31,501	33,655	30,599	29,030	23,419	17,466	23,682	23,724	
상종		서울 외	17,763	21,087	22,352	21,073	21,638	17,192	18,686	15,035	17,793	18,181	16,492	14,073	12,207	15,723	15,975	
		계	-	-	-	-	1,471	8,443	8,123	16,466	15,862	12,418	12,538	9,346	5,259	7,959	7,749	
상종	서울 외	15,168	17,129	17,998	17,107	17,101	16,020	15,796	12,097	14,330	13,860	12,365	10,412	9,205	11,794	11,941		
	계	2,595	3,958	4,354	3,966	6,008	9,615	11,013	19,404	19,325	16,739	16,665	13,007	8,261	11,888	11,783		
종합	서울 외	734	878	931	881	965	1,020	1,072	1,238	1,388	1,302	1,201	1,001	797	1,081	1,083		
	계	734	878	931	881	913	722	788	652	792	782	708	605	557	718	729		
상종	서울 외	-	-	-	-	52	299	283	586	596	520	493	396	240	363	354		
	계	622	706	743	708	712	640	634	497	623	588	522	440	420	538	545		
종합	서울 외	112	172	188	172	253	380	438	741	765	714	679	561	377	543	538		
	계	112	172	188	172	253	380	438	741	765	714	679	561	377	543	538		

울 외 지역에서 32% (31,862→10,079건) 수준으로 감소하여 2형 관리료 총 사용량의 감소세가 종별 격차보다 지역별 격차에서 더 심화된 모습을 보였다.

3형 관리료에서는 본 사업 시행 이후 전체 총 사용량의 변화가 101% 수준으로 큰 변화를 보이지 않았는데, 상급종합병원에서는 113% (14,073→15,975건) 수준으로 다소 증가한 반면, 종합병원에서는 83% (9,346→7,749건) 수준으로 감소하였다. 지역별 분포에서도 서울 114% (10,412→11,941건) 수준으로 소폭 증가한 반면, 서울 외 지역에서는 91% (13,007→11,783건) 수준으로 감소하였다.

## 2) 진료유형별 평균 재원일수

입원환자 전담전문의 관리료 청구자료의 총 청구건수와 환자 수를 이용하여, 환자 수 대비 총 청구건수에 대한 결과를 제시하였다(부록 3). 입원환자 전담전문의 관리료는 환자당 1일 1회 산정되므로, 환자 수 대비 총 청구건수는 평균 재원일수의 의미를 갖는다. 입원전담전문의 도입 후 진료의 질 향상으로 평균 재원일수의 감소에 대한 기대가 지속되어 왔으나, 실제 의료현장에서는 입원전담전문의가 충분하지 않아 중증 환자 위주의 진료를 수행하여 재원일수가 오히려 증가할 것이라는 예측이 함께 존재하였다. 분석결과 1형 유형에서는 2018년 1분기 평균 재원일수는 7.5일이었으나 2021년 3분기에는 6.9일로 감소하였으며, 종별로는 상급종합병원(7.4→6.9일), 종합병원(7.9→6.8일), 지역별로는 서울(8.0→6.8일), 서울 외(7.1→7.0일) 모두 해당 기간에 감소하는 경향을 보였다. 2형 유형에서는 같은 기간 평균 6.2일에서 7.7일로 증가하였으며, 종별로는 상급종합병원(6.2→7.7일), 종합병원(5.2→7.7일), 지역별로는 서울(6.9→7.8일), 서울 외(5.5→7.3일) 모두 전반적인 증가 추이를 보였다. 3형 유형에서는 같은 기간 평균 재원일수가 7.4일에서 7.0

일로 다소 감소하였으나, 상급종합병원의 경우 7.4일로 비슷한 수준을 유지하고 있는 반면, 종합병원에서는 3형 유형 도입 초기 8.2일에서 2021년 3분기에는 6.3일로 감소하였다. 지역 간에도 다소 차이가 존재하였는데, 서울 지역에서는 2018년 1분기에 8.0일에서 2021년 3분기에 8.1일로 유사한 수준을 유지하였으나, 서울 외 지역에서는 같은 기간 5.2일에서 6.1일로 증가하였다.

## 고 찰

입원전담전문의 운영기관 현황 및 청구자료 분석을 통해 나타난 입원전담전문의 본 사업 도입 이후 변화는 상급종합병원, 서울 지역, 1형 유형 위주의 양적 확대에 요약할 수 있다. 특히 상급종합병원에서의 운영기관 및 병동, 전문의 수의 확대가 전체적 제도의 확대를 이끌고 있으며, 서울과 서울 외 지역의 운영기관 및 병동 수의 차이는 크지 않으나 전문의는 서울에 집중되는 현상이 점차 심화되고 있다. 운영 병동당 입원전담전문의 배치 수준의 변화 역시 상급종합병원 및 서울 지역의 강세가 점차 뚜렷해지고 있음을 뒷받침하고 있다. 입원전담전문의 제도는 병동 단위 신고 및 허가를 통한 차등제 적용 대상으로, 이에 따라 각 운영 병동에 등록된 전문의만 입원전담전문의로서 진료가 가능하다. 단위 병동에 등록된 전문의 수가 증가하면 1인당 진료환자 수는 감소하며, 이에 따라 양질의 의료를 환자에게 제공할 수 있게 되나, 반대로 병동 내 전문의 수가 감소하면 의료기관의 운영 특성에 따라 1인당 진료환자 수가 증가하게 되어 업무량 상승과 의료의 질적 하락으로 이어지게 된다. 본 사업 시행 후 전체 입원전담전문의 수가 증가하였음에도 불구하고 병동당 전문의 수의 감소는 입원전담전문의의 증가보다 운영 병동의 확대가 더 우세함을 의미하



며, 적은 병동에 많은 전문의를 배치하여 의료의 질적 상승을 기대하기보다는 운영 병동의 확대를 통한 의료인력 공백의 해소가 현장에서 우선적 목표가 되고 있음을 시사한다. 상급종합병원과 서울 지역에서는 본 사업 초반 병동당 전문의 배치 수준의 감소를 극복하고 다시 반등하는 추세인 반면, 종합병원과 서울 외 지역에서는 시범사업과 비교하여 절반의 수준으로 감소하고 있어 이들 기관이 입원전담전문의 채용에 상당한 어려움을 겪고 있음을 확인할 수 있다.

청구자료를 이용한 진료유형별 총 청구건수 분석에서 특징적인 부분은 본 사업 전환 직전인 2020년 4분기에 비해 본 사업 전환 직후 2형 및 3형 유형의 총 청구건수가 급격하게 감소하였다는 점이다. 이후 다시 점차적 증가 추세를 보이고 있으나 시범사업 수준의 총 청구량을 회복하지 못하고 있으며, 본 사업으로의 전환이 오히려 2형 및 3형 유형의 확산을 뒷받침하지 못하는 모습이다. 특히 3형 유형의 경우 종합병원 및 서울 외 지역에서 시범사업 기간 중 꾸준히 확대되어 2019년 4분기를 기점으로 각각 상급종합병원 및 서울 외 지역의 청구건수를 넘어섰으나, 이후 다시 감소세로 전환되었다는 점이 특징적이다. 입원전담전문의가 24시간 진료를 수행하는 3형 유형의 특성이 의료인력이 부족한 종합병원이나 서울 외 지역에서 높은 수요를 유발하고 있으나, 수가 수준 및 제도적 한계를 극복하지 못하고 입원전담전문의 채용의 어려움과 맞물려 운영 동력이 저하되고 있는 것으로 생각된다. 2형 유형 역시 비슷한 시기에 서울 외 지역에서 서울의 총 사용량에 근접하였다가 이후 꾸준히 감소하여 현재는 서울과 서울 외 지역이 약 4배의 차이를 보이고 있다.

환자 수 대비 총 청구건수(평균 재원일수)의 감소는 입원전담전문의 도입에 따른 진료의 질 향상으로 평균 재원일수가 단축되었음을 의미할 수 있겠으나, 유형별, 종별, 지역별로 변화의 추이가 일관되지 않아

이러한 해석에는 어려움이 따른다. 오히려 1형 유형의 확대에 미루어볼 때 1형 유형 병동에서 진료환자 수가 증가하며 경증 환자 위주로 진료환자 군이 재편되고 있는 것으로 해석하는 것이 타당해 보인다. 반면, 2형 및 3형 유형에서는 환자 수 대비 총 사용량이 전반적으로 증가하고 있어, 기관 내 중증 환자들을 2형 및 3형 병동으로 집중하여 전문의 진료의 이점을 극대화 시키는 방향으로 입원전담전문의 제도가 활용되고 있는 것으로 추정할 수 있다.

제도의 도입 초기에 입원전담전문의 제도 운영 경험을 축적하고, 낮은 수가 수준에도 불구하고 운영 여력이 존재하는 상급종합병원 위주의 확대는 예견되었던 현상이다. 다만 입원전담전문의 제도의 목적은 기관의 규모와 지역과는 무관하게 모든 환자들에게 전문의에 의한 양질의 진료를 제공하는 것으로, 이러한 종별, 지역별 격차를 감소시키는 방향으로 제도가 정착되어야 한다. 1형 유형의 확대는 시범사업에서 인정되지 않았던 1인 근무형태가 본 사업에서 운영이 가능하게 된 점이 원인으로 추정되나, 제도적으로 2형 및 3형으로의 유인효과가 충분하지 않다는 방증이기도 하다. 입원환자의 특성을 고려하여 주말이나 야간에도 전문의의 진료를 받을 수 있도록 1형 유형보다는 2형·3형 유형 위주의 확대를 이끌어내는 것이 바람직하다. 본 사업 초기임에도 불구하고 꾸준히 양적 성장을 보이는 점에서는 긍정적인 평가를 내릴 수 있겠으나, 특정 군에 다소 편중된 성장세에 대해서는 다음과 같은 제도적인 보완을 통해 균형 잡힌 제도의 확대를 유도할 수 있을 것으로 생각된다.

## 1. 진료유형별 세부 수가 구간 신설을 통한 수가구조의 변화

입원전담전문의 본 사업의 수가구조는 전문의 근무형태에 따라 1형, 2형 및 3형으로 구분되어 있으

며, 각 유형별로 환자 수 대 입원전담전문의 수의 비를 각각 25:1, 17:1, 10:1 이하로 제한하고 있다. 이는 시범사업에서 운영하였던 수가의 형태가 50병상 규모의 병동을 기준으로 하였으며, 1형 유형은 전문의 2인, 2형 유형은 전문의 3인, 3형 유형은 전문의 5인으로 구성하는 것을 기본 구조로 설계되었기 때문이다. 시범사업을 위한 수가체계 설계 당시에 참고 가능한 모델이 존재하지 않았기 때문에 이와 같은 수가체계의 배경을 이해할 수 있으나, 시범사업 중 나타난 다양한 문제들이 본 사업으로 넘어오면서 보완되지 못한 점은 아쉽다. 실제 의료현장에서 입원전담전문의의 필요는 기관의 규모나 환자의 중증도에 따라 모두 다르며, 중증 환자로 구성된 15병상의 병동과 경증 환자로 구성된 25병상의 병동 모두 입원전담전문의의 필요로 한다. 그러나 중증도를 고려하지 않고 근무형태만을 고려한 수가구조에서는 모든 의료기관이 최대 환자 수 진료를 추구하게 되고, 결국 경증의 많은 환자를 진료하도록 유도하여 본 제도의 취지를 희석시키고 제도 확산의 장애요인으로 나타날 수 있다. 특히 이는 소규모 의료기관에서 더욱 두드러지게 나

타날 것으로 예측되며, 현재의 각 진료유형별 단일 수가구조의 형태는 각 기관의 다양한 현장 상황을 반영하기에 어려움이 존재한다.

따라서 현재 수가구조에서 각 진료유형별 수가구간을 세분화하여 현장의 필요에 맞는 다양한 방식으로 효율적이고 유연하게 입원전담전문의 제도를 활용할 수 있도록 하여야 한다(표 3). 유형별 수가구간 세분화 시 최고 구간의 경우 상당 수준의 수가가 인상된 것처럼 보이나 각 진료료별 구간의 (수가)×(최대 진료환자 수)인 소요재정 총액은 모두 유사하다. 이는 유형별 수가구간의 세분화가 수가 인상의 효과를 얻기 위함이 아니라, 각 의료기관의 다양한 운영형태와 환자 중증도 차이에도 불구하고 입원전담전문의 제도의 효율적이고 유연한 운영을 가능하게 하는 것이기 때문이다. 현재의 수가구조는 진료환자 수가 증가할수록 수익이 증가하는 선형적 구조를 갖고 있어(그림 1), 의료기관에서는 진료환자 수 증대를 추구하게 되며, 입원전담전문의는 환자 안전을 위해 적정 진료환자 수를 유지하고자 하여 기관과 입원전담전문의의 간 갈등을 유발하는 계기가 된다. 이로 인해 진료환자 수를 증가시키는 대신 경증 환자 위주로

표 3. 입원환자 전담전문의의 관리료 유형별 수가 단일구간 및 세부구간 분리안 비교

수가 유형	현행(단일구간)		개선안(세부구간)			
	운영비율	수가(원)	운영비율	수가(A)(원)	일 최대 진료환자 수(B)(명)	일 소요 재정 총액 (A×B)(원)
1형(주 5일 주간)	25:1 이하	15,970	15:1 이하	26,620	30	798,600
			15:1-20:1 이하	19,960	40	798,400
			20:1-25:1 이하	15,970	50	798,500
2형(주 7일 주간)	17:1 이하	23,730	10:1 이하	40,340	30	1,210,200
			10:1-14:1 이하	28,820	42	1,210,440
			14:1-17:1 이하	23,730	51	1,210,230
3형(24시간)	10:1 이하	45,640	6:1 이하	76,060	30	2,281,800
			6:1-8:1 이하	57,050	40	2,282,000
			8:1-10:1 이하	45,640	50	2,282,000

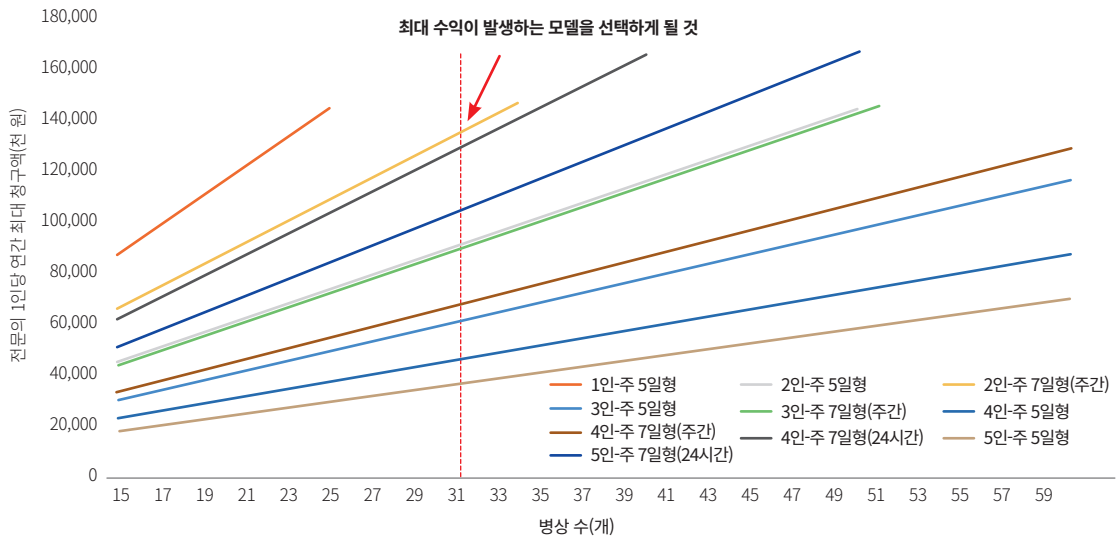


그림 1. 수가 유형별(단일구간) 입원전담전문의 1인당 연간 관리료 최대 청구액 예시.

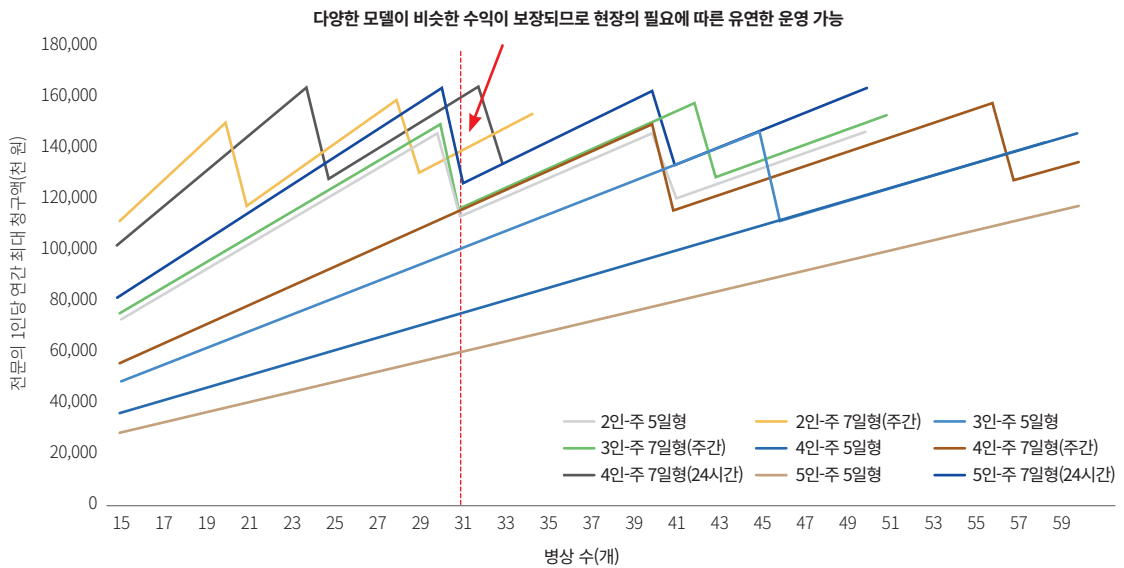


그림 2. 수가 유형별(세부구간) 입원전담전문의 1인당 연간 관리료 최대 청구액 예시.

진료환자 군을 재편하는 타협점을 서로 찾아가고 있음이 앞선 통계에서 확인되고 있는 것이다. 이에 반해 유형별 수가의 세부구간을 분리하는 경우(그림 2), 다양한 운영모델에서 비슷한 수익이 산출되므로 현장의 필요에 따른 유연한 운영이 가능해지며, 이는 입원전담전문의 제도 확산에 필수적인 요소로 생각된다. 입원환자 전담전문의 관리료의 각 유형별 세부구간을 분리한 수가 모형은 본 사업 시행에 앞서 이미 국내 연구진에 의해 제안된 바 있으나[11], 본 사업 수가모형에서 검토되지 못하고 현재의 상황에 이르게 된 점은 아쉬운 부분이다.

다른 관점에서는, 가입자 입장에서 입원전담전문의 1인당 진료환자 수가 적을수록 환자에게 투입하는 진료시간이 늘어나므로 이에 따른 지불금액의 상승은 타당하다. 수가가 입원전담전문의의 인건비에 대한 보상이라면 입원전담전문의의 근무인원이 동일한 경우 수가 역시 동일해야 하지만, 이는 인건비가 아닌 환자에게 제공되는 의료서비스에 대한 보상의 개념이므로 투입시간의 증가에 따른 지불금액의 상승으로 간주할 수 있다. 이와 유사한 사례로 2022년 5월 건강보험정책심의위원회에서는 신생아 중환자실 전담전문의 수가를 기존의 2개 구간에서 4개 구간으로 세분화하도록 수가체계를 개선하였으며, 이에 대한 근거로 '병상 수 대비 의사 수가 낮아지는 구간에 집중적인 재정지원'이 필요함을 명시하였다. 입원전담전문의 제도 역시 이와 유사하며, 다양화된 형태의 수가구조는 현장에서 운영의 유연성을 담보하고 입원전담전문의가 상대적으로 더 필요한 환자에 의료자원을 집중시키는 효과를 낳고, 이에 따라 입원전담전문의 도입 효과를 더 극대화할 수 있다.

## 2. 진료유형별 수가 차등 수준의 증대

입원전담전문의 본 사업 시행 후 1형 유형 위주의 확대는 앞서 기술한 대로 시범사업에서 인정되지 않

았던 1인 근무형태가 본 사업에서 운영이 가능하게 된 것이 주요 원인이다. 이로 인해 입원전담전문의 제도가 확대되고 있는 것은 바람직하나, 환자의 안전을 책임지는 목적에 부합하기 위해서는 2형, 3형 유형의 확대와 정착이 필수적이다. 본 사업 수가구조는 각 유형별 수가의 차등 수준이 크지 않고, 심지어 각 유형에서 허용된 최대 환자 수를 진료하였을 때 1형 유형의 수가 수익이 2형 유형의 수가 수익을 역전하는 현상이 발생한다(부록 4). 이러한 수가구조에서 상위 유형 병동 운영을 유도하는 것은 불가능하며, 상위 유형과 하위 유형의 수가 차등 수준을 더 확대하는 것이 필요하다. 최근 5기 상급종합병원 지정 및 평가기준에 입원전담전문의 배치 수준이 포함되었으며, 상위 유형 운영이 높은 배점을 획득하도록 한 것 역시 같은 맥락에서 긍정적으로 평가할 수 있겠다.

## 3. 지역 수가 가산 도입 검토

입원전담전문의 제도의 본 사업 전환을 검토하는 단계에서, 입원전담전문의의 서울 편중현상을 완화하고 서울 외 지역의 전문의 확보를 유도하기 위하여 15% 수준의 지역 수가 가산이 검토된 바 있다. 관계 법령의 미흡함과 구조적인 문제로 본 사업에 반영되지 못하였으나, 이후 실제로 서울 외 지역에서 입원전담전문의 운영의 어려움이 실제로 존재한다. 2022년 3월 기준 전국 45개의 상급종합병원 중 입원전담전문의 제도를 운영하고 있는 기관은 35개소로 전체의 78%이며, 이 중 수도권에서는 22개소의 상급종합병원 중 20개소(91%)에 달하지만 비수도권 지역에서는 전체 23개소 중 15개소(65%)에 불과하다. 5기 상급종합병원 지정 및 평가기준에 입원전담전문의 배치 수준의 포함이 예고된 만큼 제도적인 보완을 통해 서울 외 지역에서 입원전담전문의 운영을 활성화 할 수 있는 계기의 마련이 시급해 보인다.

특히 입원전담전문의에 대해 환자의 주관적 만족도를 비수도권(대상군), 수도권(대상군)으로 구분하여 조사한 결과, 비수도권에서의 환자 만족도가 높은 것으로 조사되었다. 비수도권의 경우, 담당의 접근성에서는 조사 항목에 따라 odds 비가 1.86배(95% CI, 1.44-2.41)부터 높게는 8.23배(95% CI, 6.24-10.86)까지 분포하였고, 면담 및 처치에서는 1.84배(95% CI, 1.31-2.58)부터 4.30배(95% CI, 3.02-6.12)까지 높게 나타났다[6]. 이는 입원전담전문의 제도가 비수도권 지역에서 더욱 효과적으로 활용될 수 있는 가능성을 의미하며, 지역 간 의료격차의 감소에도 효과적인 대안이 될 수 있다. 2020년 12월 국민건강보험법 개정을 통해 지역별로 요양급여비용을 달리 정하여 지급할 수 있도록 하면서 지역 수가 가산의 법적 근거가 마련되었으며, 시범사업에서 우려하였던 서울 외 지역에서 제도 운영의 어려움이 실제로 나타난 만큼 시범사업에서 논의되었던 지역 수가 가산 도입을 검토하여 입원전담전문의 제도 운영의 지역별 격차 및 의료인력의 불균형을 완화하는 방향으로 수가체계를 개선할 필요가 있다.

입원환자의 안전 강화 및 의료의 질 향상을 목적으로 전문의에 의한 양질의 입원환자 진료를 표방하며 시작된 국내 입원전담전문의 제도는 의료의 질적 향상에 대한 높은 사회적 요구와 전공의 수련환경의 변화가 맞물리며 빠르게 확대되고 있다. 특히 전 세계에서 유래 없던 별도의 수가체계 신설과 정부의 제도적 지원이 결합하여 제도의 확대를 이끌고 있다는 점에서 높이 평가할 수 있겠으며, 비교적 생소한 제도임에도 불구하고 입원전담전문의 제도에 대한 민관의 높은 관심이 이후의 행보를 더욱 기대케 한다. 시범사업에서 지속적으로 지적되어 왔던 제도의 불안정성에 대한 우려는 본 사업 전환을 통해 해소하였으며, 본 사업 시행으로 입원전담전문의 제도의 확대가 촉진되어 그 규모

가 빠르게 성장하고 있는 점은 매우 긍정적이다. 다만 이러한 양적 확대가 서울의 대형 의료기관을 중심으로 1형 유형 위주의 성장에 집중되고 있으며, 균형 잡힌 제도의 성장을 위해 방향성을 재고할 필요가 있다. 단 순히 절대적 수가 수준의 상승보다는 현장의 필요에 따라 유연성을 확보할 수 있도록 수가구조의 개선이 필요하며, 수가체계의 차등 수준 강화를 통해 입원환자에게 더욱 필요한 형태로 제도를 유도하는 노력이 필요하다. 또한 지역 수가 가산 적용을 통해 서울 외 지역에서의 운영을 독려하고 전국의 환자들이 입원전담전문의 제도를 동일하게 이용할 수 있도록 하는 제도적인 보완이 필요하다. 최근 5기 상급종합병원 지정 및 평가기준에 입원전담전문의 배치 수준이 포함되며 일부 병원의 우려가 대두되고 있다. 그러나 중증질환에 대한 난이도 높은 의료서비스 제공을 목적으로 하는 상급종합병원 지정의 목적과 입원환자의 안전과 의료 질 향상을 목적으로 하는 입원전담전문의 제도는 서로 맞닿아 있으며, 병원계의 우려가 입원전담전문의 제도 확산을 저해하는 요소로 작용해서는 안된다. 입원전담전문의가 미래 입원환자 진료환경의 중요한 축으로 자리매김할 수 있도록 본 사업 시행 후 나타난 의료현장의 변화와 문제점을 정확히 파악하고 제도적 개선을 병행하려는 노력이 필요한 시점이다.

## ORCID

Yoon Bin Jung: <https://orcid.org/0000-0001-9829-1931>

Kang Young Lee: <https://orcid.org/0000-0001-5944-2063>

## 참고문헌

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med.*

- 1996;335(7):514–7. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199608153350713>.
2. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000: the 20th anniversary of the hospitalist. *N Engl J Med*. 2016;375(11):1009–11. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1607958>.
  3. Lee DK. Launching the hospitalist in Korea. *Korean J Med*. 2016;91(3):241–4. DOI: <https://doi.org/10.3904/kjm.2016.91.3.241>.
  4. Jang SI. Korean hospitalist system implementation and development strategies based on pilot studies. *J Korean Med Assoc*. 2019;62(11):558–63. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2019.62.11.558>.
  5. Chae W, Park EC, Lee KY, Kang HJ, Lee WY, Kim YM, et al. Development and evolution of hospital medicine in Korea. *J Hosp Med*. 2021;16(4):247–50. DOI: <https://doi.org/10.12788/jhm.3573>.
  6. Jang SI, Park EC, Nam JM, Chae WJ, Lee NK, Kim JY, et al. A study on the implementation and the evaluation of Korean hospitalist system to improve the quality of hospitalization (phase 2). Seoul: Institute of Health Services Research, Yonsei University; 2018.
  7. Chae W, Choi DW, Park EC, Jang SI. Improved inpatient care through greater patient–doctor contact under the hospitalist management approach: a real–time assessment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5718. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115718>.
  8. Ohn JH, Kim NH, Kim ES, Baek SH, Lim Y, Hur J, et al. An acute medical unit in a Korean tertiary care hospital reduces the length of stay and waiting time in the emergency department. *J Korean Med Sci*. 2017;32(12):1917–20. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.12.1917>.
  9. Lee JH, Kim AJ, Kyong TY, Jang JH, Park J, Lee JH, et al. Evaluating the outcome of multi–morbid patients cared for by hospitalists: a report of integrated medical model in Korea. *J Korean Med Sci*. 2019;34(25):e179. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2019.34.e179>.
  10. Jung YB, Shin HS, Woo G, Chung HK, Jeong JK, Ko MY, et al. Design and implementation of hospitalist supporting system integrated with hospital information system. *HIRA Res*. 2021;1(2):230–4. DOI: <https://doi.org/10.52937/hira.21.1.2.230>.
  11. Jang SI, Jung EJ, Park SK, Chae W, Kim YK. A study on the feasibility of the Korean hospitalist system and cost estimation. Seoul: Institute of Health Service Research, Yonsei University; 2019.



**부록 1. 입원환자 전담전문의 관리료 변화 내역**

분류	시험사업				분류	본 사업		
	입원환자 전담전문의 진료료 (’16. 9-’20. 12)		시험사업 참여지원금 (’17. 9-’20. 12)			입원환자 전담전문의 관리료 (’21. 1.-)		
	수가코드	점수	수가코드	점수		수가코드	점수	
일부전담	2인	IA995	147.60	IA895	59.06	1형	AC201	206.66
	3인 이상	IA996	219.29	IA896	87.69	2형	AC202	306.98
24시간 전담	4인	IA990	337.37	IA890	134.99	3형	AC203	590.45
	5인 이상	IA991	421.71	IA891	168.74			

**부록 2. 국내 입원전담전문의 전문과목별 분포 현황(명, %)**

전문과목	’21. 9	’21. 12	’22. 3
전체	270	276	303
내과	109 (40.4)	111 (40.2)	110 (36.3)
외과	42 (15.6)	48 (17.4)	59 (19.5)
가정의학과	39 (14.4)	36 (13.0)	47 (15.5)
소아청소년과	40 (14.8)	43 (15.6)	44 (14.5)
신경과	17 (6.3)	16 (5.8)	18 (5.9)
신경외과	4 (1.5)	4 (1.4)	2 (0.7)
산부인과	5 (1.9)	4 (1.4)	6 (2.0)
비뇨의학과	3 (1.1)	3 (1.1)	3 (1.0)
정형외과	3 (1.1)	4 (1.4)	2 (0.7)
응급의학과	2 (0.7)	2 (0.7)	6 (2.0)
이비인후과	1 (0.4)	0	1 (0.3)
흉부외과	2 (0.7)	2 (0.7)	3 (1.0)
방사선종양학과	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.3)
재활의학과	1 (0.4)	1 (0.4)	0
정신건강의학과	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.3)

**부록 3. 입원환자 전담전문의 관리료 청구 환자 평균 재원일수(2018-2021)**

유형	분류	세부	'18				'19				'20				'21		
			1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q
1형	전체		7.5	7.3	6.9	5.7	5.9	5.7	5.7	5.5	6.2	6.7	7.0	6.7	6.9	7.1	6.9
	종별	상종	7.4	7.1	6.8	5.9	6.0	5.6	5.6	5.5	6.2	6.6	6.8	6.5	6.8	7.2	6.9
		종합	7.9	8.3	7.4	5.4	5.4	5.9	6.0	5.6	6.3	7.0	7.4	7.0	7.5	7.0	6.8
	지역별	서울	8.0	7.4	6.9	6.2	6.4	5.6	5.9	5.4	6.1	6.7	7.2	6.8	6.6	6.9	6.8
		서울 외	7.1	7.3	7.0	5.3	5.4	5.8	5.5	5.6	6.3	6.8	6.9	6.7	7.2	7.3	7.0
2형	전체		6.2	7.2	7.2	6.7	7.4	7.2	7.0	6.9	7.3	7.1	7.1	6.6	7.3	7.8	7.7
	종별	상종	6.2	7.2	7.2	6.9	7.8	7.2	7.2	6.8	7.3	7.2	7.2	6.7	7.5	7.8	7.7
		종합	-	-	-	5.2	4.7	3.6	4.4	7.7	7.5	6.8	6.6	6.0	5.3	7.7	7.7
	지역별	서울	6.9	8.7	8.5	8.6	8.4	8.2	8.0	7.8	7.6	7.3	7.1	6.7	7.5	7.9	7.8
		서울 외	5.5	6.1	6.4	6.4	6.8	6.3	6.2	5.9	6.8	6.9	7.0	6.5	6.5	7.3	7.3
3형	전체		7.4	8.0	7.8	7.4	7.8	7.6	7.9	7.0	7.4	7.3	6.7	6.4	7.0	7.0	7.0
	종별	상종	7.4	8.0	7.8	7.4	7.7	7.4	7.9	6.9	7.9	7.9	7.8	6.9	7.3	7.5	7.4
		종합	-	-	-	-	8.2	8.1	7.9	7.1	6.9	6.6	5.6	5.9	6.4	6.2	6.3
	지역별	서울	8.0	8.7	8.8	8.1	8.4	8.3	8.8	7.8	8.6	8.7	8.4	7.4	7.8	8.2	8.1
		서울 외	5.2	5.9	5.3	5.2	6.4	6.7	6.9	6.6	6.7	6.4	5.8	5.8	6.3	6.2	6.1

**부록 4. 입원환자 전담전문의 관리료 진료유형별 차등 수준 비교**

진료유형	수가	일 최대 진료환자 수(명)	전문의 수(명)	전문의 1인당 연간 발생 수가(원)	1형 대비(원)	2형 대비(원)
1형	15,970	50	2	145,726,250	-	+1,368,750
2형	23,730	50	3	144,357,500	-1,368,750	-
3형	45,640	50	5	166,586,000	+20,859,750	+22,228,500