

의료급여 정책변화에 따른
의료이용 변화

- 1개 국립종합병원 의료급여 1종 외래환자들을 대상으로 -

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

박 경 자

의료급여 정책변화에 따른 의료이용 변화

- 1개 국립종합병원 의료급여 1종 외래환자들을 대상으로 -

지도 유 승 흠 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2008년 6월 일

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

박 경 자

박경자의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2008년 6월 일

감사의 글

두려움으로 시작한 대학원 생활을 마치면서 부족하지만 이 작은 결실을 내어 놓습니다. 논문이 완성되기까지 연구하는 기본자세부터 세심한 부분까지 열과 성으로 지도해 주신 유승흠 교수님께 먼저 감사를 올립니다. 또한 새로 시작되는 노인장기요양보험의 인프라 구축 와중에도 내용을 꼼꼼히 살피시고 용어 하나까지도 자세히 지도 해주신 박종연 교수님과, 빼곡한 강의 일정에도 불구하고 예리한 통찰력으로 좋은 코멘트를 아끼지 않으신 손태용 교수님께 또한 감사를 드립니다.

대학원 선배로서 실질적 경험을 바탕으로 많은 조언을 주신 김현수 선생님, 구하기 힘든 연구 기초자료 제공과 자료관련 지식을 자세히 설명해주시며 격려해 주신 심사팀의 조성숙 팀장님과 김경숙 주무님을 비롯한 모든 팀원님들께 감사드립니다.

쉽지 않은 직장 여건 속에서도 끝까지 잘 할 수 있도록 용기를 주신 안소영 팀장님과 강의에 결석하지 않도록 근무시간을 조정해가며 도와주신 장기 이식수급조정팀의 모든 동료분들께 감사를 드립니다.

대학원 생활하면서 서로를 격려하고 기쁨과 고통을 나누며 오늘의 영광을 함께한 동기들에게 사랑과 감사를 전하고 앞날에 무궁한 발전이 있기를 기도하며, 늘 가까이서 따뜻한 마음을 나눠준 친구 윤 숙과, 저를 지켜봐 주시고 격려를 아끼지 않으신 사랑하는 모든 분들께 고마움을 전합니다.

여섯 자식들을 위해 한결같이 기도하시고 오랜 세월 희생해 주신 친정 부모님과, 직장생활하며 공부하는 것을 안쓰러워하시며 염려해 주신 시어머님께 무한한 감사와 사랑을 담아 이 작은 결실을 바칩니다. 끝으로 오늘이 있기 까지 잘 참아주고 지켜봐 준 남편과 바쁠 때 엄마의 손과 발이 되어준 사랑하는 두 딸 예경과 민주에게 이 영광을 돌립니다.

2008년 6월

박경자 올림

차 례

국문요약

| | |
|-------------------------------|----|
| I. 서론 | 1 |
| 1. 연구의 필요성 | 1 |
| 2. 연구의 목적 | 4 |
| II. 의료급여제도의 현황 및 문제점 | 5 |
| 1. 의료급여제도의 정책변화 | 5 |
| 2. 의료급여 수급권자의 현황 및 의료이용 | 13 |
| 3. 의료급여 재정현황 및 문제점 | 19 |
| III. 연구방법 | 27 |
| 1. 연구 설계 | 27 |
| 2. 자료 및 변수 | 29 |
| 3. 분석 방법 | 31 |
| IV. 연구결과 | 33 |
| 1. 연구대상자의 일반적 특성 | 33 |
| 2. 정책시행 전·후 외래이용 변화 추이 | 36 |
| 3. 정책시행 전·후 외래방문건수 변화 | 38 |
| 4. 정책시행 전·후 외래진료비 변화 | 41 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 5. 다빈도 환자의 정책시행 전·후 외래방문건수 변화 | 44 |
| 6. 다빈도 환자의 정책시행 전·후 외래진료비 변화 | 46 |
| V. 고 찰 | 48 |
| 1. 연구 자료 및 방법에 대한 고찰 | 48 |
| 2. 연구 결과에 대한 고찰 | 50 |
| V. 결 론 | 53 |
| 참고문헌 | 56 |
| ABSTRACT | 61 |

표 차례

| | |
|---|----|
| 표 1. 의료급여제도의 주요연혁 | 6 |
| 표 2. 1종수급권자의 1, 2, 3차 병원 본인부담률 | 10 |
| 표 3. 연도별 의료급여 적용대상자 현황 | 15 |
| 표 4. 연도별 의료급여 대상자 유형변화 | 15 |
| 표 5. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 전체진료율 비교 | 17 |
| 표 6. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원진료율 비교 | 17 |
| 표 7. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 외래진료율 비교 | 17 |
| 표 8. 연도별 진료비 청구액 현황 | 19 |
| 표 9. 연도별 의료급여대상자(종별) 1인당진료비 | 20 |
| 표 10. 연도별 의료급여대상자(종별) 입원1인당진료비 | 20 |
| 표 11. 연도별 의료급여대상자(종별) 외래1인당진료비 | 20 |
| 표 12. 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정전) | 21 |
| 표 13. 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정후) | 22 |
| 표 14. 연구대상병원의 연도별 외래환자 내원건수 | 27 |
| 표 15. 연구에 사용된 변수 | 30 |
| 표 16. 연구대상자의 일반적 현황 | 35 |
| 표 17. 외래 총방문건수 변화 | 38 |
| 표 18. 변수별 외래방문건수 변화 | 39 |
| 표 19. 상병별 외래방문건수 변화 | 40 |
| 표 20. 외래 총진료비 변화 | 41 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 표 21. 변수별 외래평균진료비 변화 | 42 |
| 표 22. 상병별 외래진료비 변화 | 43 |
| 표 23. 다빈도환자의 외래 총방문건수 변화 | 44 |
| 표 24. 다빈도환자의 변수별 외래방문건수 변화 | 45 |
| 표 25. 다빈도환자의 외래 총진료비 변화 | 46 |
| 표 26. 다빈도환자의 변수별 외래진료비 변화 | 47 |

그림 차례

| | |
|--|----|
| 그림 1. 연도별 의료급여 수급권자수 변화 | 14 |
| 그림 2. 연구 및 분석의 틀 | 32 |
| 그림 3. 정책시행 전·후 15개월 간 외래방문 변화 추이 | 36 |
| 그림 4. 정책시행 전·후 같은 기간 외래 방문건수 변화 | 37 |

국문 요약

이 연구는 의료급여 1종환자들에게 적용되는 의료급여 본인부담금 정책이 대상자들의 의료이용 및 진료비에 미치는 영향을 알아보기 위한 것이었다. 의료보호 환자들은 일반적으로 건강보험 환자들에 비해 재원일수가 길고, 입원부적절률이나 재원부적절률도 높으며, 의료이용 자체가 불필요한 환자율도 높다. 정부에서는 의료급여 1종환자들의 불필요한 의료이용을 막고, 의료급여 재정누수를 줄이기 위한 방편으로 무료진료를 받던 의료급여 1종환자들에게 일정액(건강생활유지비)이상 의료이용을 한 후에는 본인이 진료비의 일부를 부담 하도록 정책을 변경하였다. 이 연구의 비교기간은 정책시행 전 2007년 1월부터 3월까지 3개월과 정책시행 후 2008년 1월부터 3월까지 3개월간이었으며 자료는 서울에 있는 1개 국립종합병원의 요양급여비 명세서를 분석하였다.

분석결과 정책시행 후에 외래방문건수는 10.3% 감소하였고 1인당 방문건수는 25.0% 감소하였으며, 환자수 변화는 6.7% 증가하였다. 여성, 50세이상 연령층, 재진환자의 방문건수는 통계학적으로 유의하게 감소하였고, 주상병별 방문건수는 고혈압을 제외한 나머지 상병에서, 다빈도 상병은 뇌경색, 위염상병을 제외한 나머지 상병에서 통계학적으로 유의하게 감소하였다.

외래진료비 분석에서는 환자수가 감소함에 따라 진료비도 감소할 것이라고 예상했지만 수가상승률 1.5%를 보정한 후 총진료비는 10.7% 증가하였다. 정책시행 후 발생하기 시작한 총본인부담금은 15,429천원으로 총진료비 증가에 일정부분 기여한 것을 볼 수 있다. 외래건당진료비는 정책시행 전 37,200원에서 정책시행 후 45,900원으로 통계학적으로 유의하게 증가하였다. 변수별 외래진료비 분석에서는 모든 변수에서 진료비가 증가했고, 특히 65세

이상 연령과 내과계를 제외한 변수에서 통계학적으로 유의하게 증가했다. 상병별 외래진료비 분석에서는 중증도(경증, 중증), 무릎관절증에서의 진료비가 통계학적으로 유의하게 증가하였다.

다빈도환자 분석에서 총방문건수는 33.8% 감소하였고, 총환자수는 41.5% 감소하였다. 정책시행 전과 후를 동일한 사람으로 비교한 동일인다빈도환자 총방문건수는 80.4% 감소하였고, 동일인다빈도환자수는 71.4% 감소하였다. 변수별 방문건수분석에서는 경증환자, 외과계, 65세이상 연령에서 통계학적으로 유의하게 감소하였다. 다빈도환자 총진료비는 38.4% 감소하였고, 변수별 외래진료비는 경증, 기타과계, 65-74세 연령에서 통계학적으로 유의하게 감소하였다.

즉 의료급여 본인부담금 정책시행 후에 의료급여 1종 외래환자 방문건수는 감소하였고, 환자수 및 총진료비는 증가하였다. 그러나 이 총진료비는 환자들의 본인부담금 내역이 포함된 비용이므로 건강생활유지비 외에 본인부담으로 진료를 받은 환자들의 경제적 부담감에 대한 추가적인 연구가 필요하다. 또한 다빈도 환자들의 총방문건수와 총진료비가 유의하게 감소함으로써 정책시행의 일차적인 목표는 달성한 것으로 볼 수 있으나, 의료이용을 줄인 환자들의 건강상태나 의료이용적절성을 판단하기에는 무리가 있으므로 향후 이들만을 대상으로 한 연구가 이루어져야 할 것이다. 또한 의료급여 본인부담금 정책이 본래의 취지에 맞게 정착되기 위해서는 의료기관 종별을 달리한 연구나, 자료 및 대상자, 분석방법 등을 달리한 좀 더 구체적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

핵심어: 의료급여 본인부담금, 외래진료비, 다빈도환자

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 의료보호제도와 관련된 법은 1961년 공공부조의 일환인 생활보호법을 시작으로 시대적 요청에 따라 부단히 변화 발전하여 왔다. 2000년에 국민기초생활보장법으로 개정되면서 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여를 실시함으로써 저소득 빈곤층을 위한 사회안전망을 구축하여 현재에 이르고 있다.

최근 공적부조제도에 대한 국민의식이 단순한 보호나 수혜 개념이 아닌, 권리의 개념으로 바뀌게 되면서 수혜자들이 제도 자체를 무분별하게 이용하거나 필요이상으로 과이용하는 사례가 보고되기 시작했다.

특히 두드러진 부분이 의료이용 부분인데 의료급여 1종 수급권자들은 본인부담 없이 입원치료와 외래진료를 받고 있었기 때문에 필요이상의 의료이용을 하고 있다고 추측은 되나, 관리시스템의 부재로 정확한 현실 파악이 안 되고 있었다.

일례로 여러 요양기관을 돌아다니며 외용약을 처방받아 되팔기도 하고, 하루에 여러 과를 방문하고 경구약을 처방받아 그 중 상당수의 약이 중복투여되는 위험한 상황도 발생하고 있다(정인심, 1999). 이런 사례들은 의료급여 재정의 불필요한 누수도 문제지만 환자들의 건강악화와 중복투약으로 인한 약물부작용 문제가 더 심각하다고 할 수 있다.

의료급여 수급권자들의 대부분이 고령이면서, 일상생활동작능력의 장애를 가지고 있고, 만성 질환을 동반하고 있기 때문에 약물 오남용으로 인한 건강악화나 약물부작용의 가능성은 정상인보다 높다.

우리나라 65세 이상 노인들을 대상으로 한 연구에 의하면 이들 중 85%는 하나 이상의 만성질환을 가지고 있고, 30%는 3개 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 노인들은 젊은 사람들에 비해 약물부작용의 가능성이 7배 이상 높다 (이영자, 1989).

이에 보건복지부는 의료급여법 시행령을 개정하고, 2007년 7월 1일부터 의료급여 본인부담금 정책을 시행하게 되었다. 본인일부부담금의 이론적 근거는 도덕적 해이(Moral hazard) 이론에서 찾을 수 있다. Arrow(1963)와 Pauly(1968)는 도덕적 해이를 인지가격의 하락으로 인한 의료수요의 증가 및 이에 따른 의료비의 증가라고 정의하고 있다.

그동안 무료진료를 받았던 의료급여 1종 수급권자들은 의료급여 본인 부담금 적용 후 매 진료시마다 일부 외래진료비를 본인이 지불하게 됨에 따라 의료이용의 접근성에 상당부분 제약을 받게 되었다. 특히 경증질환으로 필요 이상의 진료를 받았던 다빈도 환자들은 의료이용을 줄일 수 밖에 없을 것으로 예측되었다. 따라서 이들의 의료이용의 적정성을 확보하기 위해 보건복지부와 국민건강보험공단에서는 의료급여수급권자들의 자격관리시스템을 강화하고, 선택병의원제 및 건강생활유지비 제도를 병행하여 시행하게 되었다. 즉 의료급여 수급권자들의 연평균 이용건수가 35회인 것에 근거하여 매월 6천원의 건강생활유지비를 제공하고, 선택병의원제를 통하여 중증질환으로 지속적인 진료가 필요한 환자들에게 경제적 부담을 덜어줌으로써 의료수요와 재정의 합리성을 추구하고자 하였다.

의료이용에 있어서 건강보험 같은 경우 예측이 가능하고 우발적인 의료 사고로 인한 경제적인 위협에 대비하기 위하여 재정적인 준비를 필요로 하는 다수인이 자원을 결합해서 확률계산의 기술적 기초하에 의료수요를 상호분담, 충족하는 사회적 형태(유승흠, 1990)라고 할 수 있지만, 의료급여는 생활

공공자에 대하여 무료로 필요한 의료서비스와 현물급여를 행하는 방법으로서 의료부조에 해당하는 재원은 조세로 충당하므로 대상자들에게는 개인부담이 없는 형태로 운영되는 공공적 형태이다.

의료이용에 영향을 줄 수 있는 비용부담 정책과 관련된 선행연구는 의료급여에서는 거의 없고, 건강보험에서는 암환자 본인부담을 경감제 도입 전·후 연구들(신설, 2007; 방찌야, 2007; 박동아, 2007; 이종훈, 2007)이나, 건강보험 본인부담금 상한제 도입정책에 관한 연구(추경애, 2004; 김현아, 2005) 등이 있다. 그동안 의료급여 1종수급권자를 대상으로 하는 비용정책 변화가 거의 없었고, 그렇기 때문에 정책의 효과성을 파악하는 연구보다는 의료급여 장기이용환자들의 의료이용 실태(김의숙, 2007)를 파악하는 연구들이 있었을 뿐이다.

따라서 이 연구에서는 의료급여 1종 수급권자들에게 처음으로 적용되는 의료급여 본인부담금 정책 시행 후의 의료이용의 효과성을 분석하고자 하였다. 즉 대상자들의 외래 의료이용 행태변화를 가져 올수 있는 비용정책의 변경으로 인한 외래방문건수 변화나 외래진료비 변화를 알아보하고자 하였다.

2. 연구의 목적

이 연구는 의료급여 1종 환자들의 외래진료 시 본인부담금을 적용하는 신의료급여 정책시행 전·후 외래진료 이용양상의 변화를 비교·분석하고, 이러한 의료이용과 관련된 변화요인이 무엇인지를 파악하고자 하였다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 의료급여 1종 환자들의 의료급여 본인부담금 시행 전·후 외래방문 건수 및 외래진료비 변화를 분석한다.

둘째, 의료급여 1종 다빈도환자들의 의료급여 본인부담금 시행 전·후 외래 방문건수 및 외래진료비 변화를 분석한다.

Ⅱ. 의료급여제도의 현황 및 문제점

1. 의료급여제도의 정책변화

의료급여란 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료혜택을 주어 국민의 보건향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 국가 재정으로 의료혜택을 주는 공적부조 형태의 의료보장 제도이다. 우리나라 의료보호의 근간을 이루는 법은 1961년 생활보호법이 제정되면서 시작되었다. 1970년대에 들어서면서 사회보장에 대한 중요성이 고조됨에 따라 정부에서는 1977년 1월부터 생활무능력자와 저소득자를 대상으로 의료보호사업을 실시하게 되었다(김한중, 1978). 생활보호법이 의료보호법으로 변경되면서 의료보호 대상자들은 주로 국공립병원이나 보건소에서 무료진료를 받았지만 의료시설이나, 인력, 장비 등 제반여건의 부족으로 실효성을 거두기는 힘들었다.

1989년에 직장의료보험과 지역의료보험이 통합되고 전국민의료보험이 실시되면서 1991년에는 의료보호법을 전면개정하게 되었다. 이 개정으로 의료보호대상자의 범위를 광범위하게 확대하고 의료보장 내용을 대폭 개선, 보완하여 의료보호사업의 실질적 내실화를 기하는 계기를 마련했다.

한편 1997년말 IMF라는 경제위기를 겪으면서 대량실업과 빈곤층의 급격한 증가로, 최후의 사회안전망으로써 모든 국민을 포괄하지 못하는 생활보호법의 한계성이 드러남에 따라 근로능력에 관계없이 최저생계비 이하의 저소득층의 기초생활을 국가가 보장할 필요성이 대두되었다(유주영, 2002). 그리하여 1999년에 국민기초생활보장법을 제정하고, 최소한도의 인간적인 생존을 누리지 못하는 경제적 취약계층을 공적인 사회보장체계에 흡수하여 자원 배분의 강화를 통하여 사회문제인 노숙자 문제, 생계형 범죄, 가족해체 문제 등을

예방함으로써 사회적 불안정을 완화하고, 이들의 사회적 복구를 원조하여 사회통합에 적극적으로 기여케 하고자(백종만, 1999) 하였다. 수혜대상자를 선정할 때는 인구학적 기준을 철폐하고 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당하는 자는 누구나 국가로부터 지원을 받을 수 있게 하였다. 그러나 수급권자의 고령화 및 대상자 유형 급증, 진료일수 제한폐지, 의약분업 도입 및 진료보장 확대 등으로 인해 의료급여 재정문제가 악화되어 이 제도의 혁신이 필요하게 되었다. 결국 정부에서는 2007년 7월 1일부터 의료급여 본인부담금제 및 선택병의원제, 건강생활유지비 등 수급권자들의 불필요한 의료이용을 조정할 수 있는 제도를 시행하게 되었다(표 1).

표 1. 의료급여제도의 주요연혁

| 일자 | 내 용 |
|----------|--|
| 1961. 12 | <ul style="list-style-type: none"> • 생활보호법 • 의료보호에 관한 규정 최초제정: 시행령 미비로 실시되지 못함. |
| 1996. 10 | <ul style="list-style-type: none"> • 생활보자를 대상으로 주로 국공립의료기관에서 무료의료구호사업으로 실시됨. |
| 1977. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호에 관한 규칙제정 공포 • 생활보호와는 별개로 의료보호사업 착수 • 의료보호법 제정 |
| 1977. 12 | <ul style="list-style-type: none"> • 법규상 생활보호와 분리시켜 실질적인 의료보호사업 실시 • 1종(황색: 거택보호대상자), 2종(녹색: 생활보호대상자) |
| 1978. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법시행령 제정 |
| 1978. 9 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법시행규칙 제정 |
| 1978.12 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법 개정 -2종 대상자의 입원시 본인부담율을 70%에서 50%로 하향조정 • 개정 의료보호법에 의한 의료보호사업 본격실시 -의료보호법에 의한 의료보호 내용의 확충 및 강화 |
| 1979. 1 | <ul style="list-style-type: none"> -1차 진료와 2차 진료 구분 및 진료권 설정 -의료보호기금 설치 -2차 진료시 비용대불제 도입 |

<표 계속>

| 일자 | 내 용 |
|----------|--|
| 1980. 11 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법시행령 개정 -3종 대상자(백색) 신설 |
| 1982. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법시행규칙 개정 -의료보호 진료비심사를 전문심사기관에 위탁 |
| 1985. 12 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호법시행령 개정 -의료부조 대상자 신설 |
| 1987. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 보사부장관고시 (1)대도시 2종 대상자의 입원진료비 본인부담률을 50%에서 40%로 하향조정 (2)의료부조대상자 입원진료비 본인부담률을 60%에서 50%로 하향조정 |
| 1989 | <ul style="list-style-type: none"> • 만성신부전증 환자의 본인부담율 인하(대도시 거주 대상자) |
| 1990. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호수가를 의료보험과 일치(정신과, 가산료 제외) |
| 1990. 12 | <ul style="list-style-type: none"> • 2종 대상자와 의료부조대상자의 본인부담률을 각각 10%인하 조정 • 의료부조 1차 진료: 방문당 진료비에 따라 정액 정률제 도입 • 정상분만 보호 개시(급여기간 180일 제한) |
| 1991. 3 | <ul style="list-style-type: none"> • 소멸시효 단축(3년에서 2년) • 의료보호대상자 자격관리 전산화 • 지정의료기관에 대한 사후 관리제도 도입 • 본인부담률을 의료보험수준으로 인하 조정 |
| 1991. 9 | <ul style="list-style-type: none"> • 분만보호 실시 • 의료보호 급여기간을 연간 180일로 제한 • 의사상자보호법에 의한 의사자 및 의사자 유족을 의료보호대상에 포함 |
| 1991. 10 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호 입원진료비 본인부담률을 지역 구분없이 20%로 인하 • 시·군·구에 의료보호심의위원회 신설 |
| 1993. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 한방의료보호 실시(한의원 및 한방병원을 의료보호 진료기관으로 지정) • 의료부조 폐지 |
| 1994. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호 2종 대상자 1차 진료기관 진료 시 방문당 1천원씩 본인 부담금(보건기관 제외/종전 무료)적용제 실시 |

<표 계속>

| 일자 | 내 용 |
|---------|---|
| 1994. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호 2종대상자 1차 진료기관 진료 시 본인부담금 1천원에서 1천 5백원으로 상향조정 |
| 1996. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 백남, 컴퓨터단층(CT)촬영 및 관독, 레이저 또는 초음파에 의한 체외충격쇄석술 보호로 인정 |
| 1997. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호수가에 의료기관종별 가산을 적용시작 (의료보호 3차 진료기관 10%, 종합병원 7%, 병원 5%, 의원 3%) • 의료보호 급여기간을 270일로 확대 • 보호기관의 타진료지구 진료승인제 폐지 • 장애인보장구: 지팡이, 저시력보조기(안경, 돋보기 또는 망원경), 보청기(체외용) 전기후두 보호대상이 됨 • 분만비 인상: 초산(70,000원,) 경산(65,000원) • 진료비 청구: 보호기관 청구 생략됨 |
| 1997. 8 | <ul style="list-style-type: none"> • 사립정신요양병원 수가 신설 -외래(초진: 5,320원, 재진: 1,820원) -입원(일당 18,670원) |
| 1997. 9 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호증과 의료보험증의 외관 통일 • 의료보호를 받기 위한 사전절차 및 관련 서식 간소화 • 장애인보장구 급여범위 확대 |
| 1998. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 분반보호 시 입원기관제한규정 삭제, 분만비 지급기준을 의료보험과 통일 • 의료보호수가의 의료기관종별 가산을 상향 조정(의료보험의 50% 수준) |
| 1998. 6 | <ul style="list-style-type: none"> (의료보호 3차 진료기관 15%, 종합병원 11%, 병원 7%,의원 5%) • 입원기관 연장승인제도 폐지 |
| 1998. 7 | <ul style="list-style-type: none"> • 장애인보장구(지팡이, 목발, 흰지팡이) 급여절차 간소화 • 5.18 광주민주화운동 관련자의 의료보호 혜택이 법제화 |
| 1999. 2 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료보호 진료기관에 약국 포함 |

<표 계속>

| 일자 | 내 용 |
|----------|--|
| 1999. 9 | <ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장법 제정에 따라 생활보호법 폐지 • 의료보호법 개정 -의료보호대상자 개정: 생활보호법에 의한 생활보호자를 국민기초 생활보장법에 의한 수급자로 함 |
| 2000. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 식대료가 일당 9,660원(1식당 3,220원)으로 인상됨 |
| 2001. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여법으로 개정, 의료급여수급기간 폐지 |
| 2001. 12 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여일수 365일로 제한, 급여일수 연장 승인제 도입 |
| 2003. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 본인부담금 보상금제도 도입, 의료 급여 관리사 배치 |
| 2004. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 차상위희귀난치성질환자 및 만성질환자 의료급여 적용 |
| 2004. 6 | <ul style="list-style-type: none"> • 본인부담상한제 도입 |
| 2007. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 텔레케어 시범사업 실시 |
| 2007. 7 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 1종 외래 본인일부부담제도 도입, 건강생활유지비 지원, 선택병의원제 실시, 의약품 선별 등재방식 도입 |

자료: 보건복지부, 2007

의료급여 본인부담금 적용에 있어 의료기관 종별 차이를 보면, 의원급(1차 의료급여기관)에서는 방문당 1,000원, 병원·종합병원(2차 의료급여기관)에서는 1,500원, 대학병원 등 3차 의료기관에서는 2,000원, 약국은 처방전당 500원, CT, MRI 촬영은 5%를 부담시키겠다는 내용을 담고 있다. 또 의료급여에 들어가는 과도한 부담을 줄이기 위해 본인부담금이 매월 2만원이 넘는 경우 그 초과금액의 50%를, 5만원이 넘는 경우에는 그 초과금액 전부를 정부에서 지원하고 있다(표 2).

표 2. 1종수급권자의 1, 2, 3차 병원 본인부담률

| 의료급여기관 | 의료급여의 내용 | 기금에서 부담하는 급여비용(부담률) |
|---|--|---|
| 법 제 9조제2항제 1호 가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 동호나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원 | 의사 또는 치과의사가 「약사법」 제 21조제5항에 따라 의약품을 직접 조제하는 경우와 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우 | 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 외래진료 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI),양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료 | 급여비용의 100분의 95 |
| | 그 밖의 외래진료 | 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 입원진료 | 급여비용의 전부 |
| 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차 의료급여기관 | 의사 또는 치과의사가 「약사법」 제 21조제5항에 따라 의약품을 직접 조제하는 경우와 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우 | 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 외래진료 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI),양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료 | 급여비용의 100분의 95 |
| | 그 밖의 외래진료 | 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 입원진료 | 급여비용의 전부 |
| 법 제9조 제2항제 2호에 따른 제3차 의료급여기관 | 의사 또는 치과의사가 「약사법」 제 21조제5항에 따라 의약품을 직접 조제하는 경우와 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우 | 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 외래진료 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI),양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료 | 급여비용의 100분의 95 |
| | 그 밖의 외래진료 | 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 입원진료 | 급여비용의 전부 |

<표 계속>

| 의료급여기관 | 의료급여의 내용 | 기금에서 부담하는 급여비용(부담률) |
|--|---|-------------------------------------|
| 법 제9조 제2항 제1호의 제1차 의료 급여 기관 중 보건소 · 보건지소 및 보건진료소 | 외래 · 입원진료 | 급여비용의 전부 |
| 법 제9조제 2항 제1호의 제1차 의료급여 기관 중 약국 및 한국회귀 의약품센터 | 보건소 · 보건지소 및 보건진료소가 교부한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우 | 급여비용의 전부 |
| | 의료기관 및 보건의료원이 교부한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우 | 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |
| | 약사가 「약사법」 제21조제4항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우 | 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용의 전부 |

자료: 보건복지부, 2007

의료급여 1종 수급권자의 외래진료시 본인부담제 도입에 따라 사전에 의료비 충당 등을 위하여 지급되는 비용을 건강생활유지비라 한다. 1종 수급권자가 스스로 건강관리를 할 수 있도록 유도하기 위해서 1인당 매월 6천 원씩(2005년 기준으로 1종 수급권자가 연 35회 외래진료를 받았다는 점에서 건강생활유지비 6천원은 1종 수급권자의 80%정도가 이득을 볼 수 있는 수준임) 지급하게 되며 이 금액은 현금으로 지급하지 않고 공단에서 수급권자별로 가상계좌를 만들어 매월 1일에 일괄 지급하고 보험공단에서 이 비용을 관리한다. 건강생활유지비를 감당하는 시군구와 보건복지부는 매 분기별로 예탁 금액을 정하여 공단에 지급하고, 공단은 해당 시·도별 예탁금 범위 내에서 수급권자가 본인부담금으로 지급한 건강생활유지비를 의료급여기관에 매주 1회 이상 지급하게 된다.

또한 선택병의원 제도를 병행하여 다빈도 이용자들에게 발생할 수 있는

중복투약의 문제, 약물사고, 약물 부작용 등 건강위해성 문제들을 집중적으로 관리 하고자 하였다. 즉 수급권자 개인별 특성을 고려하여 의료접근성을 최대한 높이고 일단 자신에게 맞는 병원을 선택하여 건강관리를 받음으로써 의료이용의 효율성을 높이고자 하였다.

2. 의료급여 수급권자의 현황 및 의료이용

가. 의료급여 수급권자 현황

의료급여 수급권자들은 최저생계비 이하의 가계소득이면서 근로 능력이 없는 자들로만 구성 된 세대의 구성원, 재해 구호법에 의한 이재민, 사회 복지 시설에서 급여를 받고 있는 자, 희귀 난치성 질환으로 6개월 이상 치료 받고 있거나, 6개월 이상 치료를 요하는 자가 속한 세대의 구성원, 독립유공자 및 국가 유공자, 의상자 및 의사자의 유족, 중요 무형 문화재, 북한이탈주민, 광주민주화운동 관련자, 기타 등 의료급여법 기준에 따라 선정된다.

의료급여 수급권자는 생활 능력의 유무에 따라 1종과 2종으로 구분하고, 1종 수급권자는 의료이용시 비급여 부분을 제외한 대부분의 진료비용을 국가와 지방자치단체가 담당하고, 2종 수급권자는 비급여 부분을 제외하고 의료기관 종별에 따라 진료비의 11%~22% 정도를 본인이 부담하도록 하고 있다.

의료보호 대상자수는 의료보호제도의 시행초기인 1977년에 213만 명에서 1986년 의료부조의 신설로 대상자수가 대폭 증가하여 438만명에 이르러 전체 인구의 약 10%이상을 차지하였다. 그 후 의료부조대상자들이 지역의료보험에 가입하는 비율이 증가하면서 의료보호대상자수가 감소하게 되는데 이런 감소세는 1998년 말까지 이어진다. 이때 132만명까지 감소하게 되었는데 그중 1종 의료보호 대상자수는 약 65만명, 2종 의료보호 대상자수는 약 67만 명 정도였다.

1999년 9월 7일 국민기초생활보장법이 제정되면서 생활보호법이 폐지되었고, 생활보호법의 생활보호자가 국민기초생활보장법의 급여수급권자로 법조항이 개정되면서 최저생계비 이하인 국민은 누구나 국가로부터 지원을 받을 수 있게 됨에 따라 의료급여 대상자수가 확대되는 효과가 있었다. 연도별 의료

급여 대상자수 변화를 보면 의료급여1종은 그 대상자수에 큰 변화가 없으나 의료급여 2종은 연도별 변화가 많고 의료부조제도 같은 특별한 변수에 의해 의료급여 총수에 영향을 받는 것을 볼 수 있다. 또한 IMF 같은 국가적 위기 상황이나 홍수, 가뭄 등 천재지변에 의해서도 일시적으로 대상자수가 증가한다(그림 1). 2000년 이후 국민기초생활보장법이 시행된 후 대상자 유형을 보면 모든 국민들에게 광범위하게 적용되는 이 법으로 말미암아 의료급여 대상자수는 급격히 증가하였다. 즉 최저생계비선의 상향조정, 생활보호대상자의 책정기준 확대, 생활보조대상자 선정과정의 전문성 증가, 생활보호 및 의료보호 급여의 범위와 수준이 증가에 따른 책정희망자의 증가(구순자, 2005) 등 증가 요인에 의해 대상자수가 증가한 것을 볼 수 있다(표 3, 표 4). 이러한 증가는 법시행에 따른 고유한 증가 외에도 고령화의 급속한 진전에 따라 노인세대와 독거노인 비율이 증가(박종연, 2004)에 의해서도 그 수가 증가하였다.

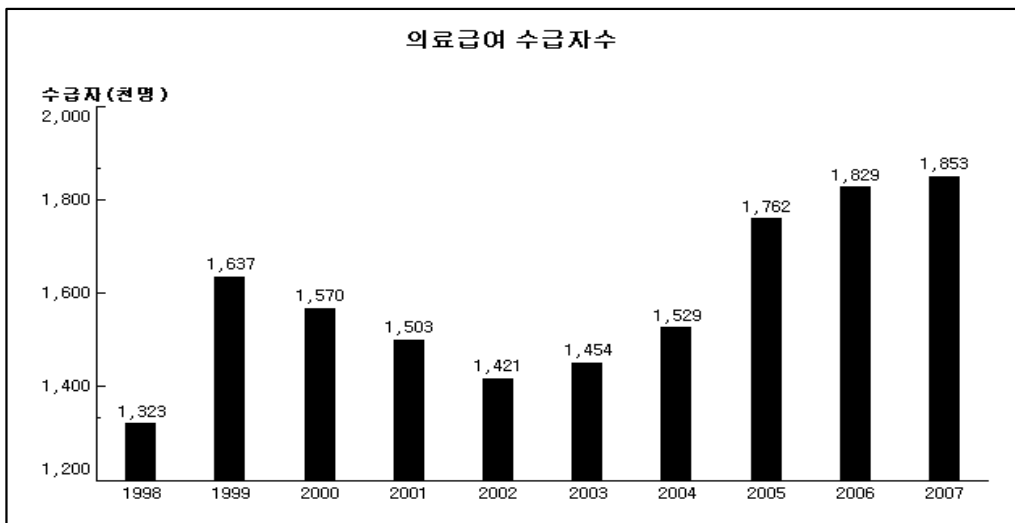


그림 1. 연도별 의료급여 수급권자수 변화

표 3. 연도별 의료급여 적용대상자 현황

단위 : 명

| 구분 | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 의료 급여 | 계 | 1,502,986 | 1,420,539 | 1,453,786 | 1,528,843 | 1,761,565 |
| | 1종 | 831,854 | 828,922 | 867,305 | 919,181 | 996,449 |
| | 2종 | 671,132 | 591,617 | 586,481 | 609,662 | 765,116 |

자료: 국민건강보험공단, 2006

표 4. 연도별 의료급여 대상자 유형 변화

단위: 명

| 대상자유형 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 전체대상자수 | 1,420,539 | 1,453,786 | 1,528,843 | 1,767,885 |
| 1종대상자 전체 | 828,922 | 867,305 | 919,181 | 1,002,769 |
| 기초생활보장수급자 | 660,991 | 690,766 | 729,537 | 793,508 |
| 사회복지시설보호대상자 | 79,068 | 81,715 | 86,374 | 87,668 |
| 국가유공자 | 75,993 | 80,584 | 83,999 | 85,287 |
| 북한이탈주민 | 2,653 | 2,994 | 4,481 | 5,158 |
| 인간문화재 | 385 | 425 | 434 | 410 |
| 광주 민주화 운동 관련자 | 9,108 | 9,221 | 9,342 | 9,322 |
| 이재민 | 289 | 1,172 | 20 | 561 |
| 의상자 및 의사자유족 | 435 | 428 | 525 | 574 |
| 입양아동 및 희귀질환자 | | | 4,469 | 20,281 |
| 2종대상자 전체 | 591,617 | 586,481 | 609,662 | 765,116 |
| 기초생활보장수급자 | 591,617 | 586,481 | 596,639 | 630,792 |
| 12세미만아동 및 만성질환자 | | | 13,023 | 134,324 |

자료: 보건복지부, 의료급여통계연보 2006

나. 의료급여 수급권자의 의료이용

의료수요 대상자들의 의료이용을 결정짓는 요인으로는 의료적 요인 (Anderson, 1968; Bice&White, 1969), 인구통계학적 요인(Avnett, 1967; Anderson, 1973), 경제적 요인(Muller, 1965; Donabedian, 1969), 조직적 요인 (Shnnon et al, 1969; Gibson, 1972), 개인적 요인(Kasi&Cobb, 1966; Bice&White, 1969), 사회적 요인(Freison, 1960; Gray et al, 1966) 등 다양한 요인들이 상호작용 함으로써 결정된다. 또한 의료이용에 있어서 가격은 빼 놓을 수 없는 주요한 요인(Feiman, 1998; 이원재, 1998)이며 의료비용과 의료이용으로 인한 이익정도를 따져보아 의료이용을 결정한다(Campbell & Roland, 1996). 또한 의료보험 실시는 의료이용을 증가시켰으며, 치료처의 종류 중 약국 및 한의원의 비중이 낮아지고, 병의원 및 보건기관의 비중이 상대적으로 증가하였다(유승흠 등, 1986).

의료이용을 결정짓는 요인이 모든 대상자들에게 동일하게 적용된다는 조건에서 보면, 의료이용의 빈도를 결정하는 요인은 진료비 부담 유무가 가장 큰 영향력을 가진다. 즉 본인부담 없이 외래진료와 입원치료를 받을 수 있다는 것 자체가 의료수요를 일으키기에 충분한 요인이 되기 때문이다. 의료급여 내에서 1종과 2종의 의료이용률을 비교해 봐도 본인부담 유무에 따른 수진율의 차이가 분명한 것을 볼 수 있다. 또한 1종과 2종의 급여 전체진료비교와 외래진료비교에서 1종 증가율은 2종 증가율보다 높은 것을 볼 수 있다(표 5, 표 6, 표7)

표 5. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 전체진료율 비교

단위: %

| 구분 | | 2001년 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 | 평균증가율 |
|----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1종 | 수진율 | 12.07 | 13.91 | 14.33 | 15.04 | 15.69 | |
| | 증가율 | | 15.24 | 3.02 | 4.95 | 4.32 | 5.39 |
| 2종 | 수진율 | 7.52 | 8.79 | 8.59 | 8.83 | 8.71 | |
| | 증가율 | | 16.89 | -2.28 | 2.79 | -1.36 | 2.98 |

자료: 국민건강보험공단, 2006

표 6. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원진료율 비교

단위: %

| 구분 | | 2001년 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 | 평균증가율 |
|----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1종 | 수진율 | 0.86 | 0.96 | 1.05 | 1.08 | 1.17 | |
| | 증가율 | | 11.63 | 9.38 | 2.86 | 8.33 | 6.35 |
| 2종 | 수진율 | 0.21 | 0.23 | 0.24 | 0.26 | 0.27 | |
| | 증가율 | | 9.52 | 4.35 | 8.33 | 3.85 | 5.15 |

자료: 국민건강보험공단, 2006

표 7. 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 외래진료율 비교

단위: %

| 구분 | | 2001년 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 | 평균증가율 |
|----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1종 | 수진율 | 11.21 | 12.95 | 13.28 | 13.95 | 14.51 | |
| | 증가율 | | 15.52 | 2.55 | 5.05 | 4.01 | 5.30 |
| 2종 | 수진율 | 7.31 | 8.56 | 8.34 | 8.57 | 8.44 | |
| | 증가율 | | 17.10 | -2.57 | 2.76 | -1.52 | 2.92 |

자료: 국민건강보험공단, 2006

그러므로 본인부담이 없는 의료급여 수급권자들 중에서 의료 과이용을 하는 사례들이 발생하고 그로 인한 문제점들이 노출되었다. 이에 그 문제점들을 파악하고, 적정의료이용 수준을 제고하기 위해 대상자들의 의료이용현황을 분석하였다.

3. 의료급여 재정현황 및 문제점

2002년 이후 매년 20% 정도 증가하는 의료급여재정은 2007년도에 358억 원에서 2015년에는 20조 5천억 원에 이를 것으로 예상되어 의료급여 지출 규모에 따른 지속적인 재정안정대책이 시급하다고 할 수 있다.

보건복지부가 발표한 연도별 진료비 청구액 변화를 보면 의료급여 재정부담을 짐작할 수 있다. 진료비 청구액은 정부부담금과 본인부담금을 합산한 금액으로 2006년도 진료비청구 추정액 40,563억 원 중 복지부 부담금은 30,653억 원으로 전년도 미지급금 3,276억 원을 포함할 경우 7,297억 원의 부족이 예상(30,653+3,276억 원-'06년 예산 26,632억 원)되고 의료급여 재정 안정화 대책을 추진할 경우에도 5,357억 원 부족할 것으로 예상했다(표 8).

표 8. 연도별 진료비 청구액 현황

단위: 억원

| 구분 | '02 | '03 | '04 | '05 |
|----|--------|--------|--------|--------|
| 총계 | 19,824 | 21,655 | 26,132 | 32,337 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

이러한 의료급여 총진료비의 급격한 증가 원인으로는 대상자 확대, 노인 인구의 증가, 급여범위의 확대, 신의료기술의 발달 등 자연적인 증가분에 상당부분 기인한다. 또한 의료급여일수 제한이 느슨해지면서 건강보험과 의료급여에서 의료이용이 좀 더 자유로워진 것도 원인이다.

즉 보험이나 공공부조제도를 통한 의료서비스의 위험분산 내지는 위험의 축소는 의료서비스의 수요와 공급을 현저하게 증가시켜 의료부문의 자원배분에

왜곡 현상이 나타날 수 있다. 위험분산 내지 위험의 축소는 이용가격을 낮추어 의료수요자나 의료공급자의 의료서비스 이용량 수급을 확대시키는 이른바 도덕적 해이 가능성이 있다(신영석, 2005).

외래진료비를 비교해 보면 건강보험에서는 6.33%증가했고 의료급여 2종에서는 4.46% 증가했으며 의료급여 1종에서는 12.50%로 상대적으로 높게 증가한 것을 볼 수 있다. 또한 총진료비의 증가와 함께 의료급여 대상자들의 1인당 의료비 지출도 매년 그 액수가 증가한 것을 볼 수 있다(표 9, 표10, 표11).

표 9. 연도별 의료급여대상자(종별) 1인당진료비

단위: 원

| 구분 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1종 | 1,939,491 | 2,066,035 | 2,337,081 | 2,619,710 |
| 2종 | 715,804 | 716,474 | 767,481 | 819,176 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

표 10. 연도별 의료급여대상자(종별) 입원1인당진료비

단위: 원

| 구분 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 |
|----|---------|-----------|-----------|-----------|
| 1종 | 928,264 | 1,023,891 | 1,177,484 | 1,307,357 |
| 2종 | 220,413 | 236,047 | 257,158 | 286,750 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

표 11. 연도별 의료급여대상자(종별) 외래1인당진료비

단위: 원

| 구분 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1종 | 1,011,227 | 1,042,144 | 1,159,598 | 1,312,353 |
| 2종 | 495,391 | 480,427 | 510,322 | 532,426 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

2006년 한 해 동안 질병건당 의료급여 및 건강보험의 의료이용을 비교해보면 의료급여가 건강보험보다 질병건당진료비가 높은 것을 볼 수 있다. 이 금액은 질병건별로 중증도를 보정하는 방법을 사용하였는데 표 12는 보정전 진료비 비교이다(신영석, 2006).

표 12. 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정전)
단위 : 천원, 일

| 구분 | 질병건당진료비 | | | 질병건당 일당진료비 | | | 질병건당 입내원일수 | | |
|----|---------|-------|-------|------------|------|------|------------|------|------|
| | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 |
| 입원 | 1,642 | 2,955 | 2,015 | 179 | 133 | 133 | 13.8 | 46.4 | 27.8 |
| | 1 | 1.80 | 1.23 | 1 | 0.74 | 0.74 | 1 | 3.36 | 2.02 |
| 외래 | 66 | 157 | 75 | 18 | 22 | 17 | 3.8 | 6.2 | 4.3 |
| | 1 | 2.39 | 1.14 | 1 | 1.21 | 0.97 | 1 | 1.66 | 1.14 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

질병의 중증도를 보정한 후에는 약간의 차이는 있지만 여전히 의료급여 환자들의 진료비가 높은 것을 볼 수 있다. 이것은 의료급여 수급권자들이 노인환자가 많고 질병의 중증도가 높은 환자들이 많은 것도 있지만, 질병의 중증도를 보정한 상태에서도 진료비와 입내원일수가 많다는 것은 의료의 과이용이 있는 것으로 추측할 수 있다(표 13).

표 13. 질병건당 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교(보정후)

단위 : 천원, 일

| 구분 | 질병건당진료비 | | | 질병건당 일당진료비 | | | 질병건당 입내원일수 | | |
|----|---------|-------|-------|------------|------|------|------------|------|------|
| | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 | 건강보험 | 1종 | 2종 |
| 입원 | 1,642 | 1,977 | 1,743 | 179 | 156 | 159 | 13.8 | 21.1 | 17.7 |
| | 1 | 1.20 | 1.06 | 1 | 0.87 | 0.89 | 1 | 1.52 | 1.28 |
| 외래 | 66 | 97 | 72 | 18 | 19 | 17 | 3.8 | 5.1 | 4.2 |
| | 1 | 1.48 | 1.11 | 1 | 1.05 | 0.97 | 1 | 1.35 | 1.13 |

자료: 건강보험심사평가원, 2006

이처럼 의료급여 진료비 증가는 의료급여 재정부족으로 이어지고 재정확보 및 누수방지 방법을 모색하는 정책시행을 불가피하게 했다. 결국 의료급여 재정의 문제점을 완화시키기 위해 의료급여법 시행규칙을 개정하고 2007년 7월부터 1일일부터 의료급여 1종이라 하더라도 일정금액 이상을 사용할 때에는 진료비 일부를 본인이 부담하는 의료급여 본인부담금 제도를 시행하게 되었다. 의료급여 1종 수급권자들에게 적용되는 의료급여 본인부담금은 경제적 부담없이 자유롭게 의료이용을 하던 대상자들에게 의료이용을 제한하는 가장 큰 제약요인이 될 수 있고 의료과이용을 하던 사람들은 적정한 수준으로 조정하는 계기가 될 것으로 예상할 수 있다.

본인부담금에 관하여 Feldstein(1973)은 본인부담률을 증가시킴으로써 가격왜곡을 완화시키고 이에 따라 얻는 후생이득과 위험보장이 증가함으로써 잃는 후생비용을 각각 추정하여 순 후생이득을 계산하였고, 본인부담률을 33%에서 50% 및 67%로 증가시킴으로써 얻게 될 순 후생이득은 총 병원 진료비의 약 16-32%로 추정하였다.

Feldman et al.(1991)는 Rand HIE(Health Insurance Experiment)자료를 이용하여 새로운 추정치를 제시하였는데 후생손실의 범위가 1984년에

334-1,093억 불이 된다고 하였으며, Phelps와 Newhouse(1974)는 26.5%의 본인부담은 총 입원지출의 17%이상 감소를 가져온다고 하였다.

Manning et al.(1987)은 1974년부터 1977년 2월까지의 Rand HIE(Health Insurance Experiment) 자료를 이용하여 본인 부담률이 낮은 보험상품에 대한 의료이용률이 높아짐을 발견하였고 이에 따른 도덕적 해이의 후생비용은 US 370-600불로 추정하였다.

이규식(1985)은 공·교 및 직장 건강보험 피보험자 6,352가구를 대상으로 1983년 1~3월간 진료비 자료를 이용하여 분석한 결과, 가격 탄력성을 -0.02에서 -0.4사이로 추정하였다.

최인미(1988)는 1986년 정액제 도입에 따른 가격탄력성을 분석하였는데 외래방문횟수의 본인 일부부담금 인상에 대한 탄력성은 의원이 -0.17, 병원이 -0.66, 종합병원이 -1.13으로 추정하였다.

정기택(1992)은 1984년에서 1988년까지 5년간 직장의료보험에 가입하였던 10170가구가 청구한 658,838건의 의료보험 전산자료를 분석함으로써 1986년 정액제 도입에 따른 의료이용의 변화를 재검토하였다. 정액제 시행 후 환자들의 병원 및 종합병원의 외래이용은 의원의 외래 이용에 비해 방문일수에서는 11%, 진료일수에서는 6% 적게 감소하였고 만성 환자들은 급성 환자들에 비해서 방문일수와 진료일수에서 큰 폭의 감소를, 방문 당 평균비용에서 큰 폭의 증가를 보이는 결과를 도출하였다. 정기택(1993)은 1986년 정액제 도입의 효과를 재검토하였는데 의원에서의 방문횟수는 10%, 투약일수는 5%, 감소한 반면 병원 및 종합병원의 이용은 거의 변화를 보이지 않은 결과를 산출하였고 급성질환과 만성질환과의 비교에서 급성에 비해 만성환자의 건당방문일수는 3%, 투약일수는 4% 감소를 보이는 결과를 보였다. 외래부문의 총 본인부담률은 1998년에 60.1%에서 2000년에 69.6%의 분포를 보였고

입원보다 더 높은 수준을 나타내었다.(김의숙, 2007)

이상 연구내용들은 건강보험 가입자들에게 적용되는 본인부담금제도에 관한 것이며, 2007년 7월에 적용되는 본인부담금은 의료급여 1종환자들에게 적용되는 비용정책이다. 의료급여 재정문제의 가장 핵심적인 이유를 대상자들의 무분별한 의료 과이용으로 보고 이를 조정하고자 하는 시도라고 할 수 있다.

의료급여 1종대상자들에게 여러 의료기관을 이용하는 이유를 조사한 결과 대상자의 71.8%가 여러 가지 질병에 의해서라고 했고, 45.3%가 전문 의료기관의 진료를 위해서, 19.2%는 주위의 호평에 의해서, 15.8%는 경제적 부담이 없어서라고 했다.(김의숙, 2007) 그러나 일선에서 이들을 관리하고 있는 의료급여관리사들의 견해를 보면 의료급여 수급자들의 의료이용의 50%는 의료쇼핑이라고 보았고, 26.6%는 본인 부담금이 없어서 여러 의료기관을 이용하는 것으로, 63.6%는 건강수준보다 과다하게 의료 이용을 하고 있으며, 15.4%는 공급자의 유인에 의해서, 34.5%는 비합리적인 의료선택으로 보았다. 상기에서와 같이 수급대상자와 이들 관리자간에는 상당히 다른 입장과 견해를 갖고 있지만 급여 환자들이 여러 의료기관을 방문할 때마다 본인부담금이 없다는 것은 의료이용을 쉽게, 많이 이용하게 하는 가장 기본적인 배경이 된다고 할 수 있다.

이처럼 의료의 과이용이 문제점으로 노출되면서 이를 해결하기 위한 가장 손쉬운 방법으로써 대상자들의 진료일수를 한정시키는 방법을 사용하였다.

2005년 보건복지부 자료에서도 의료급여 대상자들의 진료일수에 대한 것이 화두가 되었다. 조사에 의하면 연간 급여일수(진료일수 + 투약일수) 365일 초과 진료자는 38만 5천 명으로 전체 진료인원의 22.3%였으며, 이들이 사용한 진료비는 전체의 48.7%를 차지하였다. 연간 급여일수가 1,100일이 넘는 사람도 2만 5천 명, 5천일 초과자도 19명이었으며, 가장 많은 급여일수를

기록한 사람은 무려 12,257일을 기록하였다. 이것은 그 수급자가 하루 평균 30여 가지의 약을 처방받은 결과이다. 또한 급여일수 제한 폐지로 외래 환자의 경우 365일 초과 진료자가 전체 진료인원의 6%인, 91,259명이었고 연간 진료일수가 1,000일을 초과하는 경우도 1,222명에 달했다(보건복지부, 2001).

다른 연구에서는 하루 평균 6개 이상 진료기관을 방문하고 1일 최대 19개 진료기관을 방문하여 연간 내원 일수 1,879일, 투약 일수 3,000일에 이르는 극단적 사례도 보고되고 있다고 하였다(구순자, 2005)

대상자들의 입장에서 보면 몸이 불편할 때 마다 바로 병원에 가는 것이 합리적인 행동이겠지만, 지불자의 입장에서 보면 이른바 도덕적해이 현상으로 판단될 수 있다. 대표적인 사례로 파스처방 남용을 들 수 있다. 소염진통치료 보조제인 파스의 경우 의사의 처방 없이도 살 수 있지만, 의료급여 1종환자들 같은 경우 처방내용에 제한이 없어 처방남용이 심각한 수준이었다. 2005년도에 의료급여 수급자들은 파스를 266억 원 어치 사용하였다. 또 수급자 중 38만 명이 한번 이상 파스를 처방받았는데, 그중 2만 7천 명이 500매 이상을 받았다. 5,000매 넘게 처방받은 이가 22명인데, 최고기록은 13,699매였다. 하루 평균 38매로서, 하루에 1,200매를 처방받은 사례도 있다.

의료이용이 과다하면 불필요한 의료비 증가도 문제지만 중복투약으로 인한 합병증 발생 가능성이 높아 건강상의 문제도 신중하게 고려되어야 한다. 또한 과다한 의료이용과 맞물려 심각하게 대두되고 있는 부분이 의료급여 재정 문제이다. 의료급여재정은 1977년에는 의료보호기금으로 국고보조금 86%와 지방자치단체 출연금 14%로 마련했고, 2000년에는 기초 자치단체 기금으로 부담하였으며 (서울특별시, 광역시 기초 자치단체 제외), 2006년도에는 국고 보조금 76%와 지방자치단체 출연금 24% 충당하여 현재에 이르고 있다

(유원섭, 2006). 또한 의료급여 제도에 투입되는 예산규모가 약 4조에 육박할 뿐 아니라 전체 보건복지부 예산의 27%를 차지할 정도로 막대한 부분을 차지하고 있다(김의숙, 2007).

의료급여 예산이 증가하는 데는 크게 두가지 측면에서 생각해 볼 수 있다. 먼저 의료급여 수급권자 수가 증가함에 따른 의료수요 증가 측면이다. 수요가 증가하면 비용이 증가하는 것은 당연하기 때문이다. 위의 수급권자 현황에서 보듯이 기초생활보장수급자 외에도 희귀난치성질환자의 급여확대, 북한 이탈주민이나 이재민, 의상자 및 의사자 유족 발생 등의 증가가 대상자가 늘어나는 요인이 되고 있으며 최근 노령인구의 급증도 증가요인이라고 할 수 있다. 결국 급여대상자들이 증가함에 따라 조세로 부담하고 있는 의료급여 재정은 한계를 드러내게 되고 공적의료부조제도의 중·장기적 지속가능성의 제약요인으로 작용하게 되었다.

두 번째는 의료계에 신기술도입이나 진료항목의 급여확대, 행위별 수가제 적용 등 급여대상 확대정책에 따른 의료비 상승이다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 공급자, 대상자, 관리자 측면에서 각각 적으로 문제점을 파악하고, 대상자들의 자격부터 의료이용내역까지 관리가 가능한 관리시스템 운영으로 의료급여 수급권자의 적정의료이용을 유도하고 수급권자의 건강수준 향상과 의료급여 재정안정화에 기여할 전산화된 관리 시스템 활용이 필요하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

이 연구는 의료급여 본인부담제가 시행된 2007년 7월 1일을 기점으로 제도가 시행되기 전·후 3개월간 서울 소재의 한 국립종합병원에 내원한 의료급여 1종 환자와 이들 중 한 달에 6회 이상 진료를 받은 다빈도 환자의 외래방문건수 및 환자수, 외래진료비 변화를 알아보려고 설계하였다.

연구대상병원은 의료급여 환자의 비율이 타병원에 비해 높고 진료비 단가가 낮아 의료급여 환자의 접근성이 높은 국립종합병원을 선택하였다(표14).

표 14. 연구대상병원의 연도별 외래환자 내원건수

단위: 건, (%)

| 구분 | 내용 | 2003년 | 2004년 | 2005년 | 2006년 | 2007년 |
|-----------|--------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 연내원 건수 | 총 계 | 263,772 (100.0) | 252,702 (100.0) | 261,858 (100.0) | 270,551 (100.0) | 270,568 (100.0) |
| | 급 여 | 41,159 (15.6) | 45,044 (17.8) | 52,955 (20.2) | 62,560 (23.1) | 64,131 (23.7) |
| | 보 험 | 201,056 (76.2) | 185,516 (73.4) | 182,003 (69.5) | 176,307 (65.2) | 169,652 (62.7) |
| | 기 타 | 21,557 (8.2) | 22,412 (8.8) | 27,350 (10.3) | 31,684 (11.7) | 36,785 (13.6) |

자료: 국립의료병원, 2007

비교기간은 2007년 1월 1일부터 2007년 3월 31일까지와 2008년 1월 1일부터 2008년 3월 31일까지 정책시행 전 3개월 10,192건과 정책시행 후 3개월 9,143건으로 의료급여 1종 환자의 정책시행 전·후 외래방문건수와 외래진료비 변화를 분석하였다. 또한 한달에 6회이상 방문한 환자를 다빈도환자로

정의하고 같은 기간 다빈도환자들의 외래방문건수와 진료비를 분석하였다.

한편 의료급여 수급권자 본인부담금 정책변화에 따른 의료이용은 외래환자에게만 적용되므로 외래의료이용에 국한하였다. 여기에서 외래의료이용은 외래환자수를 포함한 외래방문건수와 외래진료비로 정의하였다.

정책시행 전·후 의료급여 1종 환자들의 진료 내역을 인구학적 특성, 진료과 특성, 상병별 특성, 초·재진별 특성에 따라 의료급여 본인부담금 시행이 대상자들의 의료이용에 어떤 영향을 미치는지 분석하였다. 이 연구에서의 가설은 다음과 같이 설정하였다.

가설 1. 의료급여 본인부담금 적용 후 의료급여 1종환자들의 의료이용은 변화가 있을 것이다.

1-1 의료급여 1종환자들의 외래방문건수와 환자수는 감소할 것이다.

1-2 의료급여 1종환자들의 외래진료비는 감소할 것이다.

가설 2. 의료급여 본인부담금 적용 후 의료급여 1종 다빈도환자들의 의료이용은 변화가 있을 것이다.

2-1 의료급여 1종 다빈도 환자들의 외래방문건수와 환자수는 감소할 것이다.

2-2 의료급여 1종 다빈도 환자들의 외래진료비는 감소할 것이다.

2. 자료 및 변수

이 연구의 연구자료는 서울의 한 국립종합병원의 EDI(Electronic data interchange) 요양급여비 청구자료와 동 대상자의 원무과 자료로 2007년 1월에서 2007년 3월까지 14,446건, 2008년 1월에서 2008년 3월까지 12,839건, 총 27,285건의 의료급여 1종 환자들의 외래진료자료이다. 2007년 1-3월과 2008년 1-3월의 외래진료자료를 사용한 것은 2007.7.1부터 변경된 의료급여 1종수급권자 본인부담금 정책시행 전·후하여 외래진료의 변화를 살펴보기 위한 것이다. 확보된 원 자료들 중에서 외래진료 정액환자와 본인부담금 면제자들의 진료자료는 제외하고 2007년 1-3월까지 10,192건, 2008년 1-3월까지 9,143건, 총 19,335건의 자료만을 실제 연구에 사용하였다.

EDI 청구자료에서는 환자의 ID, 이름, 진료과, 진료비, 본인 부담금, 질병의 중증도 등을 이용하였고, 병원의 원무데이터에서는 성, 연령, 초·재진, 상병코드 등을 사용하였다. 또한 이 연구의 결과(그림 2, 그림 3)에 해당하는 자료는 2007년 1월부터 2008년 3월까지 총 15개월간의 요양급여비 원무자료를 사용하였다.

이 연구에서 사용된 변수는 표 15와 같이 종속변수와 독립변수로 정의하였다. 종속변수는 의료급여 본인부담금 정책변경으로 인한 정책시행 전·후 외래방문 건수와 외래진료비이고, 독립변수는 인구학적 특성, 진료과 특성, 상병별 특성, 초·재진별 특성, 빈도별 특성 등으로 나누었으며, 외래진료비 분석에서는 2007년도에 비해 2008년도에 증가한 진료비 수가 상승률 1.5%를 보정하여 분석하였다.

표 15. 연구에 사용된 변수

| 구분 | 변수명 | 변수 내용 | | |
|--------|-----------------|---|--|--|
| 종속 변수 | 외래방문건수 외래진료비 | 정책시행 전 2007년 1월부터 3월까지 3개월과 정책 시행 후 2008년 1월부터 3월까지 3개월간 의료급여 1종환자들의 외래방문건수와 외래진료비(심사결정된 건수와 금액임) | | |
| 독립 변수 | 인구학적 특성 | 성 | 남, 여 | |
| | | 연령 | 50미만, 50-64, 65-74, 75이상 | |
| | 진료과 특성 | 내과계 | 일반내과, 순환기내과, 내분비내과, 소화기내과, 소화기내과, 감염내과, 호흡기내과, 신장내과, 혈액종양내과, 흉부내과, 신경과 | |
| | | 외과계 | 일반외과, 정형외과, 성형외과, 신경외과, 흉부외과, 비뇨기과, 산부인과 | |
| | | 기타과 | 치과, 이비인후과, 안과, 가정의학과, 피부과, 정신과, 방사선학과, 응급의학과 | |
| | 상병별 특성 | 주상병 | 전체 조사대상자들에게 분포되어 있는 상병 중 상위 5개 상병 | |
| | | 다빈도상병 | 한 환자가, 한 상병으로 월 6회 이상 방문한 상병 중 상위 5개 상병 | |
| | | 중증도 | 질병의 경·중에 따라 병원자체 내에서 부여한 보조유형에 따른 분류 경증: 보조유형 00 중증: 00을 제외한 유형 | |
| | 초·재진별 특성 | 초진 | 외래진료를 처음 받거나, 한 질병이 완치된 후 다른 질병으로 진료 받는 행위 | |
| | | 재진 | 한 질병이 완치되지 않아 같은 질병을 가지고 다시 진료받은 행위 | |
| 빈도별 특성 | 다빈도환자 | 한 질병으로 월 6회 이상 방문한 경우 | | |
| | 동일인 다빈도환자 | 제도시행 전·후 동일인이어야 하며 전·후 모두 매월 6회 이상 내원한 경우 | | |

3. 분석방법

사용한 분석도구는 The SAS system for windows version 9.1이고 연구의 단위는 개인의 외래 방문건수, 환자수, 외래진료비이다

분석방법은 다음과 같다.

첫째, 의료급여 본인부담금 적용 전·후 의료급여 1종환자들과 의료급여 다빈도환자들의 외래방문건수 변화를 분석하기 위하여 chi-square test를 하였다.

둘째, 의료급여 본인부담금 적용 전·후 의료급여 1종환자들과 의료급여 다빈도 환자들의 외래진료비 변화를 분석하기 위하여 Independent two sample t-test를 시행하였다.

연구 및 분석의 틀은 그림 2와 같다.

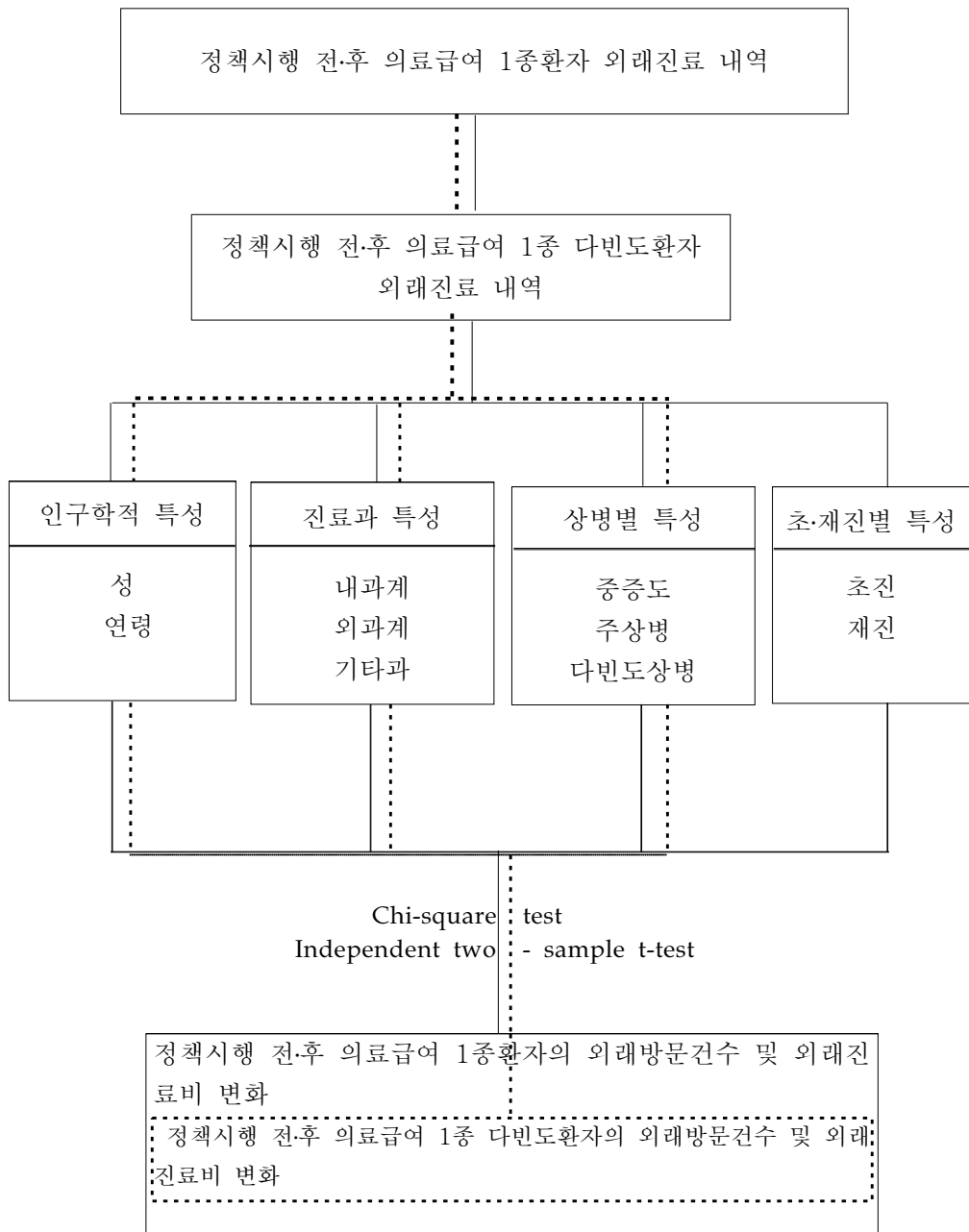


그림 2. 연구 및 분석의 틀

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면 표 16과 같다.

정책시행전 대상자는 총 2,549명으로 남자 1,192명 46.7%, 여자 1,357명 53.2%이며, 연령별로는 50세 미만 646명 25.3%, 50-64세 638명 25.0%, 65-74세 784명 30.8%, 75세 이상 481명 18.9%이다. 또한 초진환자는 446명 17.5%, 재진환자는 2,103명 82.5%이며, 진료과별로는 내과계가 1,385명 54.4%, 외과계가 738명 29.0%, 기타과가 426명 16.7%이다. 방문횟수별로는 6회 미만이 1,965명 77.1%, 6회이상인 584명 22.9%이며 중증도로 보면 중증환자가 332명 13.0%, 경증환자가 2,217명 87.0%이다. 주상병별로 보면 뇌경색증 환자가 219명 8.6%, 인슐린비의존성 당뇨병 환자가 158명 6.2%, 본태성 고혈압 환자가 188명 7.4%, 무릎관절증 환자가 127명 5.0%, 간질환자가 77명 3.0%, 기타상병 환자가 1,780명, 69.8%이며, 다빈도 상병별로는 뇌경색증 환자 219명 8.6%, 인슐린비의존성 당뇨병 환자 158명 6.2%, 무릎관절증 환자가 127명 5.0%, 백내장 환자 14명 0.65%, 위염 환자 41명 1.6%, 기타 환자 1,990명 78.1%이다.

정책시행후 대상자는 총 2,721명으로 남자 1,234명 45.4%, 여자 1,487명 54.7%이며, 연령별로는 50세 미만 802명 29.5%, 50-64세 684명 25.1%, 65-74세 7,684명 28.2%, 75세 이상 467명 17.2%이다. 또한 초진환자는 582명 21.4%, 재진환자는 2,139명 78.6%이며, 진료과별로는 내과계가 1,406명 51.7%, 외과

계가 826명 30.4%, 기타과가 489명 18.0%이다. 방문횟수별로는 6회 미만이 2,283명 83.9%, 6회이상인 438명 16.1%이며 중증도로 보면 중증환자가 359명 13.2%, 경증환자가 2,362명 86.8%이다. 주상병별로 보면 뇌경색증 환자가 214명 7.9%, 인슐린비의존성 당뇨병 환자가 144명 5.3%, 본태성 고혈압 환자가 184명 6.8%, 무릎관절증 환자가 107명 3.9%, 간질환자가 77명 2.8%, 기타상병 환자가 1,995명, 73.3%이며, 다빈도 상병별로는 뇌경색증 환자 214명 7.9%, 인슐린비의존성 당뇨병 환자 144명 5.3%, 무릎관절증 환자가 107명 3.9%, 백내장 환자 14명 0.5%, 위염 환자 591명 2.1%, 기타 환자 2,185명 80.3%이다.

표 16. 연구대상자의 일반적 현황

단위 : 명, (%)

| 변수 | 세부항목 | 정책시행전 | | 정책시행후 | |
|----------|---------------------|-------|------------|------------|---------|
| | | 계 | 2,549(100) | 2,721(100) | |
| 성별 | 남자 | 1192 | (46.76) | 1234 | (45.35) |
| | 여자 | 1357 | (53.24) | 1487 | (54.65) |
| 연령 | 50미만 | 646 | (25.34) | 802 | (29.47) |
| | 50-64 | 638 | (25.03) | 684 | (25.14) |
| | 65-74 | 784 | (30.76) | 768 | (28.22) |
| | 75이상 | 481 | (18.87) | 467 | (17.16) |
| 초·재진 | 초진 | 446 | (17.50) | 582 | (21.39) |
| | 재진 | 2103 | (82.50) | 2139 | (78.61) |
| 진료 과별 | 내과계 | 1385 | (54.43) | 1406 | (51.67) |
| | 외과계 | 738 | (28.95) | 826 | (30.36) |
| | 기타과 | 426 | (16.71) | 489 | (17.97) |
| 방문 횟수 | 6회이상 | 584 | (22.91) | 438 | (16.10) |
| | 6회미만 | 1965 | (77.09) | 2283 | (83.90) |
| 중증도 | 중증 | 332 | (13.02) | 359 | (13.19) |
| | 경증 | 2217 | (86.98) | 2362 | (86.81) |
| 주상병 | 뇌경색증(I63) | 219 | (8.59) | 214 | (7.86) |
| | 인슐린비의존성 당뇨병(E11) | 158 | (6.20) | 144 | (5.29) |
| | 본태성고혈압(I10) | 188 | (7.38) | 184 | (6.76) |
| | 무릎관절증(M17) | 127 | (4.98) | 107 | (3.93) |
| | 간질(G40) | 77 | (3.02) | 77 | (2.83) |
| | 기타상병 | 1,780 | (69.83) | 1995 | (73.32) |
| 다빈도상병 | 뇌경색증(I63) | 219 | (8.59) | 214 | (7.86) |
| | 인슐린비의존성 당뇨병(E11) | 158 | (6.20) | 144 | (5.29) |
| | 무릎관절증(M17) | 127 | (4.98) | 107 | (3.93) |
| | 백내장(H25) | 14 | (0.55) | 14 | (0.51) |
| | 위염(K29) | 41 | (1.61) | 57 | (2.09) |
| | 기타상병 | 1990 | (78.07) | 2185 | (80.30) |

2. 정책시행 전·후 외래이용 변화 추이

2007년 1월부터 2008년 3월까지 총 15개월 동안의 의료급여 1종환자들의 외래 방문건수를 비교한 결과(그림 3) 의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책시행 전보다 시행 후에 전반적으로 감소하였으며, 2007년 1월부터 3월까지와 2008년 1월에서 3월까지의 정책시행 전·후 동일기간 동안 외래이용건수 변화(그림 4)에서는 1월은 정책시행 후에 359건, 2월은 385건, 3월은 325건 각각 감소하였다.

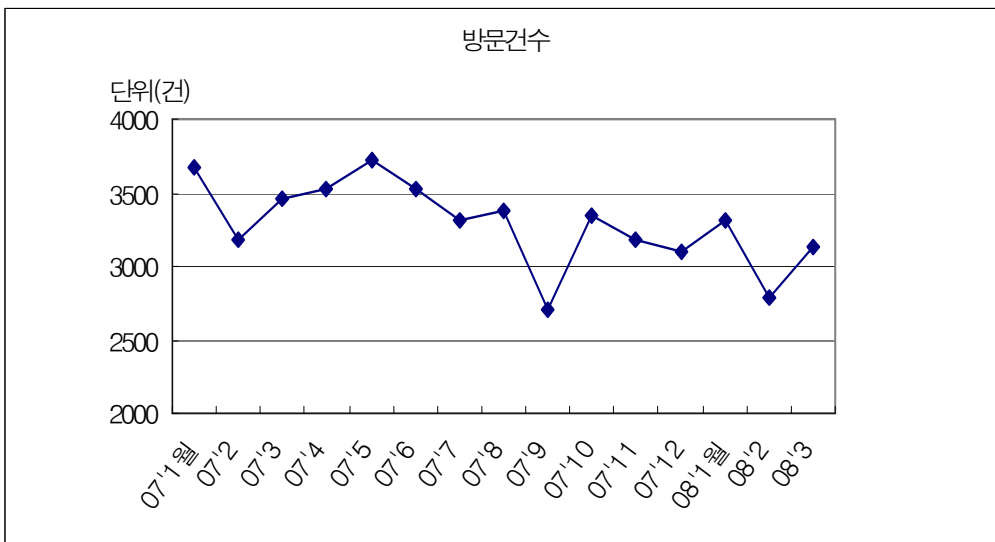


그림 3. 정책시행 전·후 15개월간 외래방문 변화 추이

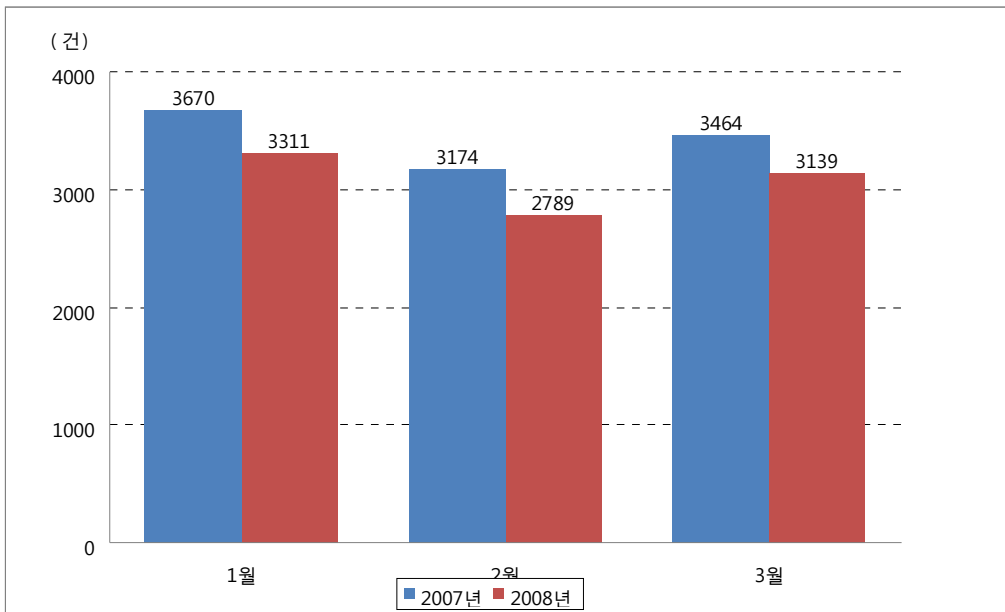


그림 4. 정책시행 전·후 같은 기간의 외래방문건수 변화

3. 정책시행 전·후 외래방문건수 변화

의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책 시행전과 비교하여 시행후에 외래 총방문건수는 10.3%, 1인당 평균방문건수는 25% 각각 감소하였으나, 환자수는 정책시행 전에 비해 정책시행 후에 6.7% 증가하였다(표 17).

표 17. 외래 총방문건수 변화

단위: 건, 명

| 변수 | 정책시행전 | 정책시행후 | 변화율(%) |
|------------------|--------|-------|--------|
| 총방문건수 (3개월간) | 10,192 | 9,143 | -10.3 |
| 1인당평균방문건수 | 4 | 3 | -25.0 |
| 총방문환자수 (3개월간) | 2,549 | 2,721 | 6.7 |

변수별 외래방문건수 변화를 보면(표 18) 성별 변화에서는 남자 방문건수가 통계학적으로 유의하게 감소하였고, 여자 방문건수는 통계학적으로 유의하게 증가하였으며, 연령별 변화에서는 50세미만 연령에서 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 65세이상 연령층에서 통계학적으로 유의하게 감소하였다. 또한 초·재진별 변화에서는 초진에서는 증가했고, 재진에서는 감소했는데 통계학적으로 유의하였으며, 진료과별 변화에서는 내과에서는 증가하였고, 외과와 기타과에서는 감소하였는데 통계학적으로 유의하지는 않았다.

표 18. 변수별 외래방문건수 변화

단위: 건, (%)

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|------|--------|---------------|--------------|---------|
| 성 | 남 | 5,091(49.9) | 4,329(47.3) | 0.0003 |
| | 여 | 5,101(50.1) | 4,814(52.7) | |
| 연령 | 50미만 | 2,340(23.0) | 2,395(26.2) | <.0001 |
| | 50-64 | 2,807(27.5) | 2,513(27.5) | |
| | 65-74 | 3,213(31.5) | 2,578(28.2) | |
| | 75이상 | 1,832(18.0) | 1,657(18.1) | |
| 초·재진 | 초진 | 944(9.3) | 1,071(11.7) | <.0001 |
| | 재진 | 9,248(90.7) | 8,072(88.3) | |
| 진료과 | 내과계* | 4,583(45.0) | 4,248(46.5) | 0.2949 |
| | 외과계** | 3,199(31.4) | 2,814(30.8) | |
| | 기타과*** | 1,213(23.6) | 1,102(22.7) | |
| 계 | | 10,192(100.0) | 9,143(100.0) | |

내과계* : 일반내과,순환기내과,내분비내과,소화기내과,감염내과,호흡기내과,신장내과,혈액종양내과,흉부내과,신경과

외과계** : 산부인과,성형외과,흉부외과,신경외과,정형외과,비뇨기과,일반외과

기타과*** :치과,이비인후과,안과,응급의학과,가정의학과,피부과,정신과,방사선의학과

상병에 따른 외래 방문건수 변화를 보면(표 19), 질병의 중증도에 따른 방문건수 분석에서는 경증에서는 감소했고 중증에서는 증가했으나 통계학적 유의하지는 않았다. 주상병 변화에서는 고혈압 상병에서만 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 나머지 상병에서는 통계적으로 유의하게 감소하였다. 또한 다빈도 상병에 따른 변화에서는 뇌경색과 위염 상병에서만 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 나머지 상병에서는 통계학적으로 유의하게 감소하였다.

표 19. 상병별 외래방문건수 변화

단위: 건, (%)

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|---------|-----------------|---------------|--------------|---------|
| 중증도 | 경증 | 8,955(87.9) | 7,997(87.5) | 0.4015 |
| | 중증 | 1,237(12.1) | 1,146(12.5) | |
| | 계 | 10,192(100.0) | 9,143(100.0) | |
| 주상병* | 뇌경색증(I63) | 786(31.7) | 728(31.2) | <.0001 |
| | 인슐린비의존성당뇨병(E11) | 652(26.3) | 561(24.0) | |
| | 본태성고혈압(I10) | 381(15.4) | 496(21.3) | |
| | 무릎관절증(M17) | 397(16.0) | 321(13.7) | |
| | 간질(G40) | 264(10.6) | 228(9.8) | |
| | 계 | 2,480(100.0) | 2,334(100.0) | |
| 다빈도상병** | 뇌경색증(I63) | 786(36.0) | 728(38.5) | 0.0002 |
| | 인슐린비의존성당뇨병(E11) | 652(29.9) | 561(29.7) | |
| | 무릎관절증 (M17) | 397(18.2) | 321(17.0) | |
| | 백내장(H25) | 204(9.4) | 116(6.1) | |
| | 위염(K29) | 142(6.5) | 165(8.7) | |
| | 계 | 2,181(100.0) | 1,891(100.0) | |

*주상병: 외래환자들에게 가장 많이 분포되어 있는 상병중 상위 5순위이며, 나머지 상병 제외

**다빈도상병: 한 환자가 한 질병으로 월 6회이상 방문한 상병 중 상위 5순위이며, 나머지 상병은 제외

4. 정책시행 전·후 외래진료비 변화

의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책 시행전과 후의 외래 총진료비 변화(표 20)에서는 정책시행 후에 10.7%, 1인당 평균 진료비는 3.4% 각각 증가하였고, 의료급여 본인부담금은 정책시행 후 15,429천원으로 1인당 평균 6천원이었다.

표 20. 외래 총진료비 변화

단위: 천원

| 변수 | 정책시행전 | 정책시행후 | 변화율(%) |
|------------|---------|---------|--------|
| 총진료비 | 378,922 | 419,503 | 10.7 |
| 1인당평균진료비 | 149 | 154 | 3.4 |
| 총본인부담비 | 0 | 15,429 | |
| 1인당평균본인부담비 | 0 | 6 | |

변수별 외래진료비 변화(표 21)에서는 외래 평균 방문건당진료비는 정책시행 전에 37,200원에서 정책시행 후에 45,900원으로 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 각 변수별 진료비 변화에서는 성별, 초·재진별 진료비가 통계학적으로 유의하게 증가하였다. 또한 연령별 변화에서는 75세이상 연령에서만 진료비가 감소였고, 진료과별 진료비 변화에서는 외과계와 기타과에서는 통계학적으로 유의하게 증가하였다.

표 21. 변수별 외래 평균진료비 변화

단위: 원

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|-------|-------|--------|--------|---------|
| 성 | 남 | 42,700 | 58,500 | <.0001 |
| | 여 | 31,700 | 34,500 | 0.0393 |
| 연령(세) | 50미만 | 54,100 | 70,200 | 0.0072 |
| | 50-64 | 38,000 | 49,100 | 0.0032 |
| | 65-74 | 28,900 | 31,200 | 0.0533 |
| | 75이상 | 28,900 | 28,700 | 0.8934 |
| 초·재진 | 초진 | 48,700 | 54,400 | 0.0475 |
| | 재진 | 36,000 | 44,700 | <.0001 |
| 진료과 | 내과계 | 29,300 | 31,700 | 0.0537 |
| | 외과계 | 30,700 | 34,200 | 0.0137 |
| | 기타과계 | 60,700 | 90,600 | <.0001 |
| | 평균 | 37,200 | 45,900 | <.0001 |

상병별 외래 건당진료비 변화(표 22)에서는, 질병의 중증도에 따라 경증, 중증 모두에서 통계학적으로 유의하게 증가하였으며, 주상병에서의 진료비 변화에서는 무릎관절증 진료비에서만 통계학적으로 유의하게 증가하였다. 또한 다빈도 상병에서는 전체적으로 평균 29,400원에서 35,600원으로 통계적으로 유의하게 증가하였고, 개별 상병에서는 무릎관절증 진료비에서만 통계학적으로 유의하게 증가하였다.

표 22. 상병별 외래진료비 변화

단위: 원

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|-------|--------------------|--------|---------|---------|
| 중증도 | 경증 | 28,600 | 32,300 | <.0001 |
| | 중증 | 99,400 | 140,900 | 0.0025 |
| 주상병 | 1. 뇌경색증(I63) | 24,500 | 25,500 | 0.6486 |
| | 2. 인슐린비의존성당뇨병(E11) | 23,400 | 23,200 | 0.9040 |
| | 3. 본태성고혈압(I10) | 24,700 | 23,200 | 0.6319 |
| | 4. 무릎관절증(M17) | 22,900 | 27,300 | 0.0300 |
| | 5. 간질(G40) | 43,100 | 49,800 | 0.1921 |
| | 평균 | 37,200 | 45,900 | <.0001 |
| 다빈도상병 | 1. 뇌경색증(I63) | 24,500 | 25,500 | 0.6486 |
| | 2. 인슐린비의존성당뇨병(E11) | 23,400 | 23,200 | 0.9040 |
| | 3. 무릎관절증 (M17) | 22,900 | 27,300 | 0.0300 |
| | 4. 백내장(H25) | 24,800 | 24,300 | 0.8693 |
| | 5. 위염(K29) | 26,900 | 27,300 | 0.9003 |
| | 평균 | 29,400 | 35,600 | <.0001 |

*주상병: 외래환자들에게 가장 많이 분포되어 있는 상병 중 상위 5순위

**다빈도상병: 한 환자가 한 질병으로 월 6회 이상 방문한 상병 중 상위 5순위

5. 다빈도 환자의 정책시행 전·후 외래방문건수 변화

의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책시행 후에 다빈도 환자 총환자수는 41.5%, 동일인 다빈도 환자 총환자수는 71.4% 각각 감소하였으며, 다빈도 환자들의 총 외래방문건수는 33.8%, 동일인 다빈도 환자 총 방문건수는 80.4% 각각 감소하였다(표 23).

표 23. 다빈도환자의 외래 총방문건수 변화

단위: 건, 명

| 변수 | 정책 시행 전 | 정책 시행 후 | 변화율(%) |
|----------------------|---------|---------|--------|
| 총 방문건수 | 5,134 | 3,397 | -33.8 |
| 동일인 다빈도 환자 총 방문건수 | 489 | 96 | -80.4 |
| 총환자수 | 236 | 138 | -41.5 |
| 동일인 다빈도환자 총환자수 | 14 | 4 | -71.4 |

다빈도 환자의 변수별 외래방문건수 분석에서, 증증도 별로는 경증은 통계학적으로 유의하게 감소했고, 중증은 통계학적으로 유의하게 증가했으며, 과별에서는 내과계와 기타과계에서는 통계적으로 유의하게 증가했고 외과계에서는 통계적으로 유의하게 감소했다. 또한 성별에서는 남녀 모두 감소했는데 통계적으로 유의하지는 않았으며, 연령별에서는 64세 이하에서 통계적으로 유의하게 증가했고 65세 이상에서 통계적으로 유의하게 감소했다(표 24).

표 24. 다빈도환자의 변수별 외래 방문건수 변화

단위: 건, (%)

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|-------|-------|--------------|--------------|---------|
| 증증도 | 경증 | 4,328(84.3) | 2,727(80.3) | <.0001 |
| | 중증 | 806(15.7) | 670(19.7) | |
| 과별 | 내과계 | 1,674(32.6) | 1,395(41.1) | <.0001 |
| | 외과계 | 2,064(40.2) | 1,036(30.5) | |
| | 기타과계 | 1,396(27.2) | 966(28.4) | |
| 성 | 남 | 3,068(59.8) | 1,984(58.4) | 0.2129 |
| | 여 | 2,066(40.2) | 1,413(41.6) | |
| 연령(세) | 50미만 | 1,023(19.9) | 754(22.2) | 0.0129 |
| | 50-64 | 1,654(32.2) | 1,128(33.2) | |
| | 65-74 | 1,530(29.8) | 927(27.3) | |
| | 75이상 | 927(18.1) | 588(17.3) | |
| | 계 | 5,134(100.0) | 3,397(100.0) | |

6. 다빈도환자의 정책시행 전·후 외래진료비 변화

다빈도환자의 외래 총진료비 변화(표 25)는 의료급여 1종 수급권자 본인 부담금 정책시행 전에 167,138천 원에서 103,008천 원으로 38.4% 감소하였으며, 다빈도환자 1인당 평균진료비는 708천 원에서 746천 원으로 5.4% 증가하였다.

표 25. 다빈도환자의 외래 총진료비 변화

단위: 천원

| 변수 | 정책시행전 | 정책시행후 | 변화율(%) |
|-------------------|---------|---------|--------|
| 다빈도환자 총진료비 | 167,138 | 103,008 | -38.4 |
| 다빈도환자1인당 평균진료비 | 708 | 746 | 5.4 |

다빈도환자의 변수별 외래 건당진료비 변화(표 26)는 중증도별, 과별, 성별 분석에서 모두 통계학적으로 유의하게 증가하였으며, 연령별 분석에서는 65-74세에서만 통계학적으로 유의하게 감소하였고 나머지 연령에서는 통계학적으로 유의하게 증가하였다.

표 26. 다빈도환자의 변수별 외래진료비 변화

단위: 천원

| 변수 | 내용 | 정책시행전 | 정책시행후 | P-value |
|-------|-------|--------|--------|---------|
| 중증도 | 경증 | 24,200 | 28,800 | <.0001 |
| | 중증 | 57,800 | 60,400 | |
| 과별 | 내과계 | 29,800 | 35,000 | 0.0133 |
| | 외과계 | 24,900 | 28,000 | |
| | 기타과계 | 35,800 | 42,500 | |
| 성 | 남 | 30,000 | 37,100 | 0.0079 |
| | 여 | 28,700 | 32,000 | |
| 연령(세) | 50미만 | 32,800 | 48,000 | 0.0219 |
| | 50-64 | 29,700 | 36,100 | |
| | 65-74 | 27,400 | 25,700 | |
| | 75이상 | 28,600 | 30,800 | |
| 계 | | 29,500 | 35,000 | <.0001 |

V. 고찰

1. 연구자료 및 방법에 대한 고찰

이 연구는 의료급여 1종 수급권자에 대한 본인부담금 정책시행이 의료이용에 미친 영향을 파악하기위해서 서울의 한 국립종합병원에서 외래진료를 받은 의료급여 1종 환자들의 전산청구용 요양급여비 명세서와 동 대상자의 원무과 자료를 사용하였다.

연구의 틀은 대조군이 없고, 의료급여 본인부담금 정책시행이 중재가 되는 Pre-post test의 설계로 chi-square test와 independent two sample t-test를 시행하여 정책시행에 따른 전·후 의료이용의 차이를 분석하였는데, 분석대상자를 외래환자 전체와 외래환자 중 다빈도환자를 구분하였다.

기존의 경제적 접근도에 대한 연구들은 대부분 건강보험 환자들을 대상으로 본인부담상한제에 관한 연구(김종균, 2005; 김현아, 2005; 추경란, 2004)나 본인부담 경감제에 관한 연구(박동아, 2006; 방찌야, 2006; 신 설, 2007)였으나, 이 연구는 건강보험이 아닌 의료급여 1종환자들을 대상으로 처음 도입된 외래진료에 대한 본인부담금에 관한 것으로 연구대상자와 접근방법에 있어서 근본적인 차이가 있다. 또한 선행연구들은 의료이용 분석 시 방문건수와 환자수를 혼용하여 사용하였으나, 이 연구에서는 환자수와 방문건수를 명확하게 구분하고 월 6회 이상 방문하는 사람을 다빈도 환자로 정의하여 이들의 의료이용행태를 분석함으로써 신의료정책 시행으로 인한 변화양상을 분석한 것이 특징이라 할 수 있다. 또한 의료급여 본인부담금이 의료급여 1종 환자들의 의료과이용을 경계하기 위하여 시행된 정책인 만큼 환자수 대비 개인별 외래 방문건수는 중요한 사안이므로 명확하게 구분하여 분석할 필요가

있었다. 연구 대상기관은 국내 유일한 국립종합병원으로서 의료급여 환자 비중이 높고 사립병원에 비해 진료비 단가가 상대적으로 낮아 저소득층에게 의료이용의 접근도가 좋으며, 정책시행에 대한 순응도가 높고 이용자들에게 정책정보가 정확하게 전달되므로, 의료급여 수급권자를 대상으로 한 이 연구를 하기에는 적합했다고 할 수 있다.

이와 같은 장점에도 불구하고 이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 이 연구의 대상기관은 한 병원의 자료를 가지고 분석한 것으로써 이 결과로 모든 의료기관에 동일하게 적용하는 것은 무리가 있다.

둘째, 전산 청구용 요양급여비 명세서는 정확한 상병으로 청구되는 비율이 60~70%이므로 이 연구에서 사용된 주상병이나 다빈도상병에서도 이 같은 비율을 감안해서 결과를 해석해야 한다.

셋째, 진료비 청구자료의 성격상 의료이용수준을 보정해줄 임상적 특성이 제한되어 있기 때문에 개인의 의료이용을 동기화시키는 환자의 소득이나 학력, 가족력, 지역정보, 비급여 항목 등 의료이용의 결정요인을 반영하지 못했다.

넷째, 본인부담금 분석에서는 약국에서 발생할 수 있는 건당 500원의 처방전 비용이 누락되었고, 진료비 분석에서는 비급여 항목이 제외되었다.

2. 연구결과에 대한 고찰

의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책 시행후 외래 총방문건수는 10.3%, 1인당 평균방문건수는 25% 각각 감소하였으나, 환자수는 6.7% 증가하였다. 변수별 변화에서는 50세미만 연령에서 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 65세이상 연령층에서 통계학적으로 유의하게 감소하였다. 또한 초·재진별 변화에서는 초진에서는 증가했고, 재진에서는 감소했는데 통계학적으로 유의하였다. 중증도에 따른 방문건수 분석에서는 경증에서는 감소했고 중증에서는 증가했다. 의료급여 1종 수급권자 본인부담금 정책 시행후 외래 총진료비는 10.7%, 1인당 평균 진료비는 3.4% 각각 증가하였고, 의료급여 본인부담금은 정책시행 후 15,429천원으로 1인당 평균 6천원이었으며, 평균 방문건당진료비는 정책시행 전에 37,200원에서 정책시행 후에 45,900원으로 통계학적으로 유의하게 증가하였고, 각 변수별 진료비 변화에서는 성별, 초·재진별 진료비가 통계학적으로 유의하게 증가하였다. 또한 연령별 변화에서는 75세이상 연령에서만 진료비가 감소였고, 진료과별 진료비 변화에서는 외과계와 기타과에서는 통계학적으로 유의하게 증가하였다.

다빈도 환자 총환자수는 41.5%, 동일인 다빈도 환자 총환자수는 71.4% 각각 감소하였고, 다빈도 환자들의 총 외래방문건수는 33.8%, 동일인 다빈도 환자 총 방문건수는 80.4% 각각 감소하였으며, 다빈도환자의 외래 총진료비는 본인부담금 정책시행 전에 167,138천 원에서 103,008천 원으로 38.4% 감소하였으며, 다빈도환자 1인당 평균진료비는 708천 원에서 746천 원으로 5.4% 증가하였다.

이러한 현상은 의료이용의 편의성 및 경제적 요인 등에서 의료이용의 접근성이 저해되고(김정기, 2000), 반드시 3차 진료기관의 진료가 필요하지

않은 환자들은 의원급으로 이동하였을 가능성(김재용, 2001)과 대상자들의 의료보장 유무나 가입한 의료보험의 종류 및 수 등에 따라 의료이용량이 달라진다(유승흠, 1987; Schellhorn, 2000)는 선행연구 결과들과도 일치하는 사항이며, 중증환자에 비해서 경증환자가, 64세 이하에 비해서 65세 이상이, 초진환자에 비해서 재진환자가 더 경제적으로 탄력성이 높다는 것을 또한 추측하여 볼 수 있다.

가설을 중심으로 연구결과를 고찰해 보면, 의료급여 본인부담금 시행 후에 의료급여 1종 환자들의 외래방문건수 및 환자수, 진료비가 감소할 것이라는 가설 1은 부결되었으며, 다빈도환자의 외래방문건수 및 환자수, 진료비가 감소할 것이라는 가설 2는 채택되었다. 이 결과에 의하면 외래이용이 잦은 사람이 드문 사람보다 불필요하게 의료이용서비스를 받았을 가능성이 크며 본인부담금 정책과 같은 비용정책이 적용됨에 따라 이런 과이용을 줄였을 가능성이 높다.

다른 연구에서 의료이용의 가장 중요한 결정요인은 급·만성질환이고, 그 외에 소득수준, 의료보장 등 사회 경제적인 요인이 유의한 결정요인(배상수, 1985; 유승흠 등, 1988)이라고 했고, 진료비의 변화는 기간효과(Period effect)가 작용(Ellencweig와 Pagliccia, 1994)했을 가능성이 있고, 의료비 상승에 관한 연구(이규식, 1988)에서 일인당 진료비 연평균 증가율은 수진율의 증가, 수가상승률, 율로 구분하여 수진율의 증가 즉 수요증가 요인이 가장 큰 요인이라고 했는데, 본 연구에서도 방문건수는 줄었음에도 총진료비와 평균진료비가 상승한 것은 본인부담금 적용으로 인해 건당진료비가 상승했다는 것을 알 수 있다.

이상 살펴본 바와 같이 의료급여 본인부담금 적용으로 인하여 의료급여 1종환자들의 외래방문건수는 줄었지만, 환자수와 총진료비가 증가하여 병원

재정에는 제약이 적을 것으로 판단된다. 즉 병원경영에 영향을 미치는 외부 환경의 변화는 의료기관 및 의료인이 환자를 치료하는 진료행태의 변화와 국민들의 의료이용 행태에서도 변화가 있다(Roemer, 1978; Glaser, 1970) 라는 이론과 일치한다. 특히 경증질환을 가지고 다빈도로 의료이용을 했던 환자의 방문건수가 정책시행 후에 통계학적으로 유의하게 감소함으로써, 불필요한 의료이용을 막고 의료이용의 적정성을 확보하고자 했던 의료급여 본인부담금 정책시행 취지와 부합되는 결과를 얻을 수 있었다. 의료급여 본인부담금 정책이 아직 적용기간이 짧고 정책효과를 제대로 판단하기 이른 시점이지만 향후 이런 연구가 지속되어 의료급여 비용정책이 효과적으로 정착되기를 바란다.

V. 결 론

이 연구는 의료급여 1종 환자의 외래진료 시 본인부담금을 적용하는 신의료급여 정책 시행 전·후 외래진료 이용 양상의 변화를 비교·분석하고, 이러한 의료이용과 관련된 변화요인이 무엇인지를 파악하고자 의료급여 1종 환자와 이들 중 한 달에 6회 이상 진료를 받은 다빈도 환자들의 의료급여 본인부담금 시행 전·후 외래방문 건수 및 외래진료비 변화를 분석하였다.

의료급여 환자 비중이 높고 사립병원에 비해 진료비 단가가 상대적으로 낮아 저소득층에게 의료이용의 접근도가 좋으며, 정책시행에 대한 순응도가 높고 이용자들에게 정책정보가 정확하게 전달될 수 있는 국내 유일의 국립 종합병원에 내원하는 의료급여 수급권자들을 대상으로 하였다. 의료급여 본인부담제가 시행된 2007년 7월 1일을 기점으로 2007년 1월 1일부터 2007년 3월 31일까지와 2008년 1월 1일부터 2008년 3월 31일까지의 정책시행 전 3개월 동안의 10,192건과 정책시행 후 3개월 동안의 9,143건의 외래진료내역을 연구자료로 이용했다.

연구의 틀은 대조군이 없고, 의료급여 본인부담금 정책시행이 중재가 되는 Pre-post test의 설계로 정책시행에 따른 전·후 의료이용의 차이를 분석하기 위해 chi-square test와 Independent two sample t-test를 각각 사용하여 건수와 진료비 변화를 분석하였다.

연구결과 의료급여 본인부담금 정책시행 후 의료급여 1종환자들의 외래방문 건수는 10.3% 감소하였고 환자수는 6.7% 증가했으며, 수가상승률 1.5%를 보정한 총진료비는 의료급여 본인부담금 정책시행 후에 10.7% 증가하였고, 1인당 평균진료비도 3.4% 증가하였다.

또한 같은 분석방법으로 월 6회 이상 방문하는 다빈도 환자만을 대상으로

분석했을 때는, 다빈도환자 총방문 건수는 33.8% 감소하였고, 동일인 다빈도환자 총방문 건수는 80.4% 감소하였다. 다빈도 환자수는 41.5% 감소하였고, 동일인 다빈도환자수에서는 71.4% 감소하였다. 다빈도자들을 대상으로 경증환자, 외과계, 65세이상 연령에서 이용건수가 통계학적으로 유의하게 감소하였다. 다빈도 환자들의 총진료비는 38.4% 감소하였고 1인당 평균진료비는 5.4% 증가하였다. 이것은 다빈도환자수 감소폭이 방문건수 감소폭보다 작고, 정책시행 후 선택병원제나 진료일수 연장을 통하여 재진 환자들이 지속적인 진료를 받을 수 있었기 때문으로 추정할 수 있다.

즉, 의료급여 1종환자 전체를 대상으로 분석했을 때는 총방문건수는 감소했지만 본인부담금이라는 비용이 발생함으로 총진료비는 증가하는 양상을 보였고, 다빈도 환자들만을 대상으로 분석했을 때는 총방문건수와 총진료비가 감소하여 의료급여 본인부담금 정책에 대한 일차적인 효과가 있었다고 판단할 수 있다. 결과들 중에서 주목할 만한 사항은, 변수별 진료비 분석에서 무릎관절증은 주상병 분류와 다빈도상병 분류에서 외래진료비가 통계학적으로 유의하게 증가한 것을 볼 수 있다. 고령환자가 많은 의료급여 1종환자들이 많이 가지고 있는 무릎관절증이 환자들에게 상당한 진료비 부담으로 작용하고 있다는 것을 짐작할 수 있다. 그러므로 이에 대한 정확한 분석이 필요하고, 무릎관절증을 가진 환자들이 적절한 진료를 받을 수 있도록 정책마련이 뒷받침 되어야 할 것이다. 고혈압이나 당뇨병 같은 경우는, 지속적인 치료가 필요하더라도 불필요한 진료횟수를 줄이면서 투약일수 유지하는 것이 가능함으로 진료비가 줄었다고 볼 수 있으며, 백내장 같은 경우에도 고령의 의료급여 환자들에게 불편하기는 하지만 치명적이지는 않으므로 필요 이상의 방문건수가 줄었기 때문에 진료비 감소가 있었던 것으로 추정할 수 있다.

이 연구의 가설에서는 의료급여 본인부담금 정책시행으로 환자들의 외래

방문 건수와 환자수가 감소하여 진료비도 감소할 것으로 예상했으나, 불필요한 진료건수만 줄었을 뿐 초진 환자수나 1인당 평균진료비는 증가함으로써 병원 경영에는 긍정적인 결과를 도출하였다. 이와 같은 결과들은 의료급여 본인 부담금 시행의 근본취지인 의료이용의 적정성 확보와 불필요한 의료 과이용을 줄인 것을 뒷받침할만한 긍정적인 결과를 도출한 것에 의의가 있으며, 향후 계속될 의료급여 정책 개선 및 보완에 참고자료가 되기를 기대한다.

향후, 다른 연구에서는 외래진료에 적용되고 있는 의료급여 본인부담금 제도가 환자들의 건강유지에 어떤 영향을 미치는지, 경제적 부담은 어느 정도인지, 제도적 측면에서 수정·보완해야 할 사항은 무엇인지에 대한 면밀한 연구가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

OECD health data, 2005

- 구순자. 저소득취약계층 의료급여체계의 문제점과 그 개선 방안에 관한 연구. 서울시립대학교 도시과학대학원, 석사학위 논문, 2005.
- 김세라. 의료보험 및 의료보호 입원환자간 의료이용 비교 분석. 연세대학교 보건대학원, 석사학위 논문, 2000.
- 김의숙. 의료급여 장기이용 환자의 의료이용 실태 및 개선방안. 2007
- 김재용. 의약분업이 의료공급자의 행태변화에 미치는 영향. 한국보건사회연구원, 2001.
- 김정기. 의약분업 도입에 따른 소비자만족도 분석. 중앙대학교 의약식품대학원, 석사학위 논문, 2000.
- 김한중. 한 농촌지역의 의료보호사업의 평가. 예방의학회지, 1978
- 김한중, 전기홍. 의료비 상승요인. 예방의학회지, 1989; 22(4):542-554
- 김현수. 암 진단후 사망까지 총진료비 관련요인 분석. 연세대학교 보건대학원, 석사학위 논문, 2007.
- 김현아. 건강보험 본인부담상한제의 효과성에 관한 연구. 성균관대학교 행정대학원, 석사학위 논문, 2005.
- 박동아. 암 환자 외래진료 본인부담률 경감제 도입이 의료이용 및 진료비에 미치는 영향 : 대장암 환자를 중심으로. 연세대학교 보건대학원, 석사학위 논문, 2006.
- 박종연. 노인보건정책의 현황과 발전방향. 2004년도 한국보건행정학회 정책학술대회연제집. 한국행정학회, 2004.

- 방짜야. 본인부담율 경감제 도입이 유방암환자의 의료이용 및 진료비에 미치는 영향. 중앙대학교 이학대학원, 석사학위 논문, 2006.
- 배상수. 지역의료보험의 실시에 따른 의료이용변화 분석. 보건행정학회지, 1992.
- 백종만. 국민기초생활보장법의 제정과 추진방향. 사회복지 여름호, 1999.
- 보건복지부. 의료급여 핵심정책 중 의료급여법 시행규칙 일부개정령. 2007.
- 보건복지부. 의료급여 실무편람. 단행본, 2002.
- 신 설. 암환자 본인부담 인하제 도입전후 CT처방양상에 대한 비교연구: A종합병원 폐암환자를 대상으로. 연세대학교 보건대학원, 석사학위 논문, 2007.
- 신영석 외. 의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안. 단행본, 2005.
- 신영석. 의료급여 재정효율화를 위한 모니터링. 한국보건사회연구원, 2006.
- 유승흠, 이용호, 조우현 등. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지, 1986; 19(1):137-145
- 유승흠, 박종연, 조우현, 이명근. 도서지역주민의 의료이용양상과 그 결정요인. 예방의학회지, 1987; 20(2):287-300
- 유승흠, 조우현, 손명세 등. 지역의료보험 가입자의 외래의료이용 변화. 예방의학회지, 1988;21(2):419-430
- 유승흠. 의료보험총론. 수문사, 1990.
- 유시민. 대국민 보고서. 2005
- 유원섭. 의료급여제도의 문제점과 발전방안. 건강포럼포럼, 여름호,2006.
- 유주형. 의료급여환자의 일개 종합병원 이용양상. 경희대학교 행정대학원, 석사학위 논문, 2002.
- 이규식. 국민의료비 증가억제 방안. 의료보험, 1988.

- 이규식. 의료수요의 가격 및 소득탄력도: 직장 및 공·교 건강보험 적용자의
외래수요에 관하여. 인구보건논집, 1985.
- 이영자. 노인의 자기간호, 대한간호, 28(5), 1989.
- 이종훈. 암 환자 급여확대 전·후의 환자 자격별 본인부담금 변화 : 한 공공
종합요양전문기관을 중심으로. 중앙대학교 사회보건대학원, 석사학위
논문, 2008.
- 정기택. 의료보험 정액제 도입과 의료이용 및 지출에 관한 재고찰. 한국사회
보장학회, 1992.
- 정기택. 의료보험 정액제 도입에 따른 의료기관별 및 질병별 의료이용의 변화.
한국사회보장학회, 1993
- 정인심. 우리나라 의료보호제도에 관한 연구. 숭실대학교 통일정책대학원,
석사학위 논문, 1999.
- 조동영. 의약분업 전·후 3차 진료기관 외래이용 변화. 2001.
- 최인미. 외래진료비 본인일부부담제 변화에 따른 외래의료 이용 비교분석.
서울대학교 보건대학원, 석사학위논문, 1988
- 추경애. 본인부담금 상한제 도입정책에 관한 연구. 고려대학교 보건대학원,
석사학위 논문, 2004.
- 한국보건사회연구원. 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 1998.
- Anderson R. A Behavioral Model of Families' Use of Health Services.
Center for Health Administration Studies. Research Series No.
25. Chicago :University of Chicago 1968.
- Anderson JG. Demographic factors affecting health services utilization.
Medical Care 1973; March-April; 11:104-120.

- Arrow, KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 1963.
- Avnett HH. Physician Service Patterns and illness Rates. A Research Report on the Medical Data Retrieved from Insurance Records New York: Group Health Insurance 1967.
- Bice TW, White KL. Factors related to the use of health services. An international comparative study. *Medical care* 1969 March April; 7:124-133.
- Donabedian A. An evaluation of prepaid group practice. *Inquiry* 1969; 6(9):3-27
- Ellencweig AY, Pagliccia N. Utilization patterns of cohorts of elderly clients: A structural equation model, *Health Service Research*, 1994.
- Feldman, RD, and Bryan. A New Estimate of The Welfare loss of Excess Health Insurance, *American Economic Review*, 1991.
- Feldstein, MS. The loss of Excess Health Insurance, *Journal of Political economy*, 1973.
- Fossett JW, Choi CH, Peterson JA. Hospital outpatient services and Medicaid patients access to care, *Medical care*, 1991.
- Freidson E. Client control and medical practice. *American Journal Sociology* 1960; January; 65:374-382
- Gidson G. Explanatory models and strategies for social change in health care behavior. *Social Science and Medicine* 1972; October(6): 635-639.

- Gray R. The effects of social class and friends' expectations on oral polio vaccination participation. *American Journal of Public Health* 1966; 56(12):2028-2032
- Kasl SV, Cobb J. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health* 1966; February(12): 246-266.
- Manning, WG. et al. Health Insurance and the Demand for Medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review*, 1987.
- Muller C. Income and the receipt of medical care. *American Journal of* 1989; 27(10):905-19.
- Pauly, M., The Economics of Moral Hazard: Comment, *American Economic Review*, 1968.
- Phelps, CE and JP. *Newhouse Coinsurance and the Demand for medical services*, Santa Monica Rand Corporation, 1974.
- Shannon GW. The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. *Medical Care Review* 1969; Feb 26: 143-161.

=ABSTRACT=

**A Study on Changes of the Medical Services Utilization
among Patients of Korea Medical Aid Program**

Kyung Ja Park

Graduate school of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Seung Hum Yu, M.D., Dr.P.H.)

The purpose of this study was to analyze how the medical insurance policy for 1st-class patients' sharing of the medical cost would affect their uses of medical services as well as the medical costs. For this purpose, the researcher compared the effects of the policy between a 3-month period (January ~ March, 2007) before implementation of the policy and another 3-month period (January ~ March, 2008) after implementation of the policy, while referring to the medical cost record of a national general hospital in Seoul. The special medical insurance patients tend to be rehospitalized longer than the ordinary medical insurance patients, while being more likely to be rejected for hospitalization or rehospitalization, and the ratio of the patients not required of the medical services themselves is higher. Hence, in order to prevent the

1st-class medical insurance patients for using the medical services unnecessarily and thereby, prevent leakages of the medical insurance fund, the government changed the policy to the effect that the 1st-class patients who had used free-of-charge medical services would share some of the medical costs beyond a certain amount of insurance payment (healthy life maintenance cost).

As a result of the analysis, it was found that for the 3 months before and after implementation of the new policy, the number of the 1st-class patients visiting the hospital as outpatients decreased 10.3%, that the number of visits per capita decreased 25.0% and that the number of the 1st-class patients increased 6.7%.

In terms of outpatients' medical costs compared before and after the policy, it had been anticipated that the medical costs would decrease in accordance with decrease of the patients, but the total medical costs for them increased 10.7% even after correction of 1.5% for raised medical costs. The total medical cost shared by the patients after the policy amounted to 15,429 thousand won, conducting to increase of the total medical costs. The outpatients' medical cost per capita increased significantly from 37,200 won before the policy to 45,900 won after the policy.

As a result of analyzing the patients suffering from frequent diseases, it was found that the total number of their visits decreased 33.8% after the policy, and when the same patients suffering from frequent diseases were surveyed before and after the policy, it was found that the total number of visits decreased 80.4%. The number of the total patients decreased 41.5%

after the policy and when the same patients suffering from frequent diseases were surveyed, the number decreased 71.4% after the policy.

All in all, after the policy for the 1st-class patients' sharing of the medical costs, the number of the 1st-class outpatients' visits decreased, while their number and total medical costs increased. However, since the total medical costs included those shared by the patients, it is conceived necessary to research into the financial burdens of the patients sharing the medical costs beyond their healthy life maintenance payment. In addition, although the primary goal of the policy seems to have been achieved in terms of the significant decreases of frequent disease patients' total visits and total medical costs, it is deemed too early to judge about the health conditions or reasonable use of medical services of the patients who had reduced uses of the medical services, and therefore, a further research is deemed required to focus on them. In addition, in order to help establish the policy for the 1st-class patients' sharing of the medical costs, it is deemed necessary to research into it more specifically by using the wider sample of hospitals including various types of hospitals or varying data, subjects or methods of analysis. Lastly, it is hoped that this study will provide for some reference data conducive to improvement and complementation of the medical insurance policy for patients' sharing of medical costs.

keyword: patients' sharing of the medical cost, outpatients' medical costs, the frequent patients