

의료급여제도 정책변화가
외래 의료이용에 미치는 영향
- 의료급여 1종 수급권자를 대상으로 -

연세대학교 보건대학원
보건정보관리학과
박 철 용

의료급여제도 정책변화가
외래 의료이용에 미치는 영향
- 의료급여 1종 수급권자를 대상으로 -

지도 김 태 현 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함.

2013년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건정보관리학과

박 철 용

박철용의 보건학석사 학위논문을 인준함.

심사위원 김 태 현 인

심사위원 박 소 희 인

심사위원 김 석 일 인

연세대학교 보건대학원

2013년 12월 일

감사의 글

대학원 학업을 무리 없이 잘 마칠 수 있도록 깊은 사랑으로 배려해 주신 채영문 교수님과 끝없는 격려와 지도로 논문이 완성될 수 있도록 지도해 주신 김태현, 박소희, 김석일 교수님께 진심으로 감사드립니다.

바쁜 일정에도 불구하고 학업을 이어갈 수 있도록 시간을 배려해주신 장수목, 진종호 실장님, 안수민, 최형열 부장님 그리고 기획조정실 직장 동료 여러분께 감사드리며, 논문의 질을 높이도록 분석방법 등 조언해주시고, 도와주신 강지혜 차장님 그리고 설혜미 주임님과 송종선 주임님께 깊이 감사드립니다.

밤늦은 시간과 휴일까지 통계분석 등 도움을 주신 이한길과장님, 박근희 주임님, 대학원 생활동안 서로 격려하고 힘이 되어준 동기 강원영, 변지혜 선생님 그리고 김태희과장님께 고마운 마음을 전합니다.

어려운 여건에도 불구하고 무사히 대학원을 마칠 수 있도록 뒤에서 힘이 되어준 사랑하는 아내 김재선, 이쁜 수진, 귀여운 정하와 함께 이 기쁨을 나누고자 합니다.

마지막으로 저를 아껴주시고 도와주신 모든 분들께 감사를 드립니다.

박철용 올림

차 례

국 문 요 약	i
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성 및 의의	1
2. 연구목적	5
II. 의료급여제도 일반현황	6
1. 의료급여제도 의의	6
2. 의료급여제도 주요현황	12
3. 의료급여제도 주요 정책변화 내용	23
III. 연구방법	29
1. 연구설계	29
2. 연구대상 및 자료수집 방법	30
3. 변수의 정의	31
4. 분석방법	32
IV. 연구결과	33
1. 연구대상의 일반적 특성	33
2. 제도도입 전후 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화	35
3. 연도별 월평균 외래 의료이용량의 변화	37
4. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 외래 진료일수의 변화	39
5. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 외래 진료비의 변화	40
6. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 입원 진료비의 변화	41
7. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 입원 진료비의 변화	42

8. 요양기관 종별 월별 외래 진료일수 변화	44
9. 요양기관 종별 월별 외래 진료비 변화	45
10. 월평균 외래 진료일수에 대한 GEE 회귀분석	46
11. 월평균 외래 진료비에 대한 GEE 회귀분석	49
V. 고 찰	52
VI. 결 론	57
참 고 문 헌	60
부록	63
부표 1. 제도도입 전후 월평균 외래 진료일수 및 진료비의 변화	63
부표 2. 다빈도 질환별 월평균 외래 진료일수 변화	64
부표 3. 다빈도 질환별 월평균 외래 진료비 변화	66
부표 4. 다빈도 질환별 월평균 입원 진료일수 변화	68
부표 5. 다빈도 질환별 월평균 입원 진료비 변화	70
부표 6. 성별 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화(남성)	72
부표 7. 성별 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화(남성, 그래프)	73
부표 8. 성별 월평균 입원 진료일수 및 진료비 변화(여성)	74
부표 9. 성별 월평균 입원 진료일수 및 진료비 변화(여성, 그래프)	75
부표 10. 요양기관 종별 월별 외래 진료일수 변화	76
부표 11. 요양기관 종별 월별 외래 진료비 변화	78
영문초록	80

표 차례

표 1. 의료급여제도의 발전과정	9
표 2. 연도별 의료급여 수급권자 현황	13
표 3. 의료급여와 건강보험 제도 비교('12년 기준)	14
표 4. 외국의 의료급여 유사제도 의료비 대책 및 관리방안	15
표 5. 의료급여기관별 진료범위	17
표 6. 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비 출연금	21
표 7. 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이	22
표 8. 의료급여 예산현황	23
표 9. 2011년도 의료급여 진료비 부담기준	24
표 10. 본인부담금보상금제와 본인부담금상한제 적용기준	26
표 11. 연구에 사용된 변수	31
표 12. 연구대상자의 일반적 특성	34
표 13. 제도도입 전후 월평균 외래 진료일수 및 진료비의 변화	36
표 14. 연도별 월평균 외래 의료이용량의 변화	38
표 15. 월평균 외래 진료일수에 대한 GEE 회귀분석	48
표 16. 월평균 외래 진료비에 대한 GEE 회귀분석	51

그림 차례

그림 1. 의료급여 진료절차 체계도	17
그림 2. 기금조성 및 운용체계	20
그림 3. 의료급여자격관리시스템 기본 체계	28
그림 4. 연구의 개념적 틀	29
그림 5. 외래 평균 진료일수 및 진료비의 변화	35

그림 6. 월평균 다빈도 질환별 외래 진료일수 변화	39
그림 7. 월평균 다빈도 질환별 외래 진료비 변화	40
그림 8. 월평균 다빈도 질환별 입원 진료일수 변화	41
그림 9. 월평균 다빈도 질환별 입원 진료비 변화	42
그림 10. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료일수 변화	44
그림 11. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료비 변화	45

국문 요약

이 연구는 의료급여 수급권자의 과다 의료이용 등 도덕적 해이를 줄이고 적정의료이용 유도 및 재정안정을 도모하기 위하여 시행된 여러 유형의 의료급여제도 정책변화가 환자의 의료이용에 어떠한 변화를 주었는지 도입 전·후 외래 진료일수와 외래 진료비 등에 미치는 영향을 분석하였다.

요양기관에서 청구한 의료급여수급권자의 진료비 지급자료로 국민건강보험공단이 보유하고 있는 D/B 의 의료급여 진료정보를 이용하였으며, 연구대상자는 371,811 명(남자 147,364 명, 여자 224,447 명)이며, 의료급여제도가 도입되기 이전인 2005 년 7 월 1 일부터 2007 년 6 월 30 일까지 2 년간 및 제도도입 후 2007 년 7 월 1 일부터 2009 년 6 월 30 일 까지 2 년간 외래로 요양기관을 방문한 진료내역을 연구자료로 이용하였다. 종속변수는 외래 진료일수와 외래 진료비이며, 설명변수는 제도도입 전후 이다. 혼란변수는 성, 연령, 거주지역, 요양기관 종별, 다빈도 질환명을 변수로 사용하여 각 변수와 진료일수 및 진료비의 차이는 카이제곱 검정(chi-square test)을 이용하여 분석하였고, 각 변수마다 진료일수 및 진료비에 미친 영향을 분석하기 위하여 일반화 추정방정식(GEE : Generalized Estimating Equation)을 시행하였다.

연구결과는 제도도입 전후 외래 진료일수는 월 평균 1.95 일에서 1.13 일로 약 0.9 일이 줄었고, 외래 진료비는 월 평균 50,859 원에서 34,352 원으로 16,507 원이 줄어 들었으며, 통계적으로도 유의하였다($p < 0.0001$).

외래 의료이용의 빈도가 높은 순으로 7 개를 선정하여 질환별 의료이용을 분석해 본 결과, 모든 질환에서 유의하게 감소한 것으로 나타났으며, 특히 추간판장애나 무릎관절증 등 도덕적 해이가 심한 질환에서 더 크게 감소한 것으로 나타났고, 이외에 만성질환으로 평소 진료가 필요한 질환인 고혈압성 질환이나 갱년기 장애 등에 있어서는 소폭 줄어든 것으로 나타났다.

입원의 경우는 대부분의 질환에서 입원일수의 소폭 증가를 보였으나, 약성신생물의 경우 22.1 일에서 3.3 일로 18.8 일이 대폭 감소하였다. 요양기관 종별로는 의원급에서 진료일수는 2.3 일(54.2%)와 진료비는 28,013 원(52.9%) 각각 큰 폭으로 줄어들었으며, 통계적으로도 유의하였다($P < 0.0001$). 병원급에서도 약간의 감소를 보였지만 통계적으로 유의하지 않았다($P < 0.1034$).

의료급여제도 정책변화 이후 진료일수가 감소하는 것에 대해서는 효과가 입증되었으며, 제도도입 후 2 년간의 종합병원 이용률의 감소는 외래 진료일수의 감소로 이어 졌다고 볼 때, 정책의 변화가 병원 이용에 대해서는 단기적 효과만 있었으나, 내원일수에 대해서는 장기적 효과도 있었다고 판단된다.

이와 같은 결과들은 의료급여제도 정책변화의 근본 취지인 불필요한 과다 의료이용 줄이고 적정 의료이용 유도 및 재정안정 도모 등 긍정적인 결과를 가져왔다는 것에 의의가 있다 할 것이며, 계속될 의료급여 정책 개선 및 보완에 참고가 되기를 기대한다.

향후 다른 연구에서는 의료급여제도 정책변화가 환자들의 의료이용 뿐만 아니라 건강의 유지관리에 어떤 영향을 미치는지와 경제적 부담 완화에 얼마나 기여를 했는지, 스스로의 건강관리 책임성이 얼마나 높아졌는지 등에 대한 검토와 제도적 측면에서 보완하고 개선해야 할 부분은 무엇인지에 대한 심도 있는 연구가 이루어져야 할 것이다.

핵심어 : 의료급여, 의료급여제도 정책변화, 선택병의원제, 건강생활유지비

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 배경

의료급여는 스스로 생활을 유지할 능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적(의료급여법 제 1 조)으로 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다.

이 제도는 1961년 생활보호법에 근거하여 무료진료 제공이라는 취지에서 시작하여 1977년 1월에 보건사회부령으로 ‘의료보호에 관한 규칙’이 제정되면서 생활보호의 한 부분으로 의료보호사업이 시작되었고(의료급여 업무처리지침, 2013.3.28, 국민건강보험공단), 그 해 12월에는 생활보호법을 의료보호법으로 제명을 변경하여 제정하면서, 사회적으로 소외받는 계층에 대한 지원의 범위나 내용 및 방법에 관하여 더욱 명확하게 규정하는 계기를 마련하였고, 그 이후에도 여러 차례에 걸쳐 법과 수가 등을 개정하여 의료급여의 범위나 수급대상자가 확대되는 등 제도적인 발전을 거듭해 왔다.

2001년 5월에는 「의료보호법」을 「의료급여법」으로 제명변경 등 전면 개정하여 수급권자의 권리를 한층 더 업그레이드하는 계기를 마련하였고(의료급여 업무처리 지침, 2013.3.28, 국민건강보험공단), 2001년 10월에는 그동안 진료비를 지급함에 있어서도 각각의 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 일관성 없이 지급함에 따라 발생되었던 행정상의 문제점을 극복하기 위해 전문기관인 국민건강보험공단에 위탁 함으로써

그동안 자연지급 등의 문제점을 완전 보완하여 지역별, 의료기관 종별에 관계없이 진료비를 지급하고 지급기간도 상당부분 단축하게되는 효과를 거두었다. 이후 수급권자를 선정함에 있어서도 소득만을 기준으로 선정하지 않고 진료비 부담이 큰 희귀난치성질환자를 선정하도록 하는 등 질적인 발전을 거듭해 오고 있다

어려운 국가재정과 국가가 감당하기 어려운 정도의 지출규모 급등에도 불구하고 지속적인 의료급여의 보장성 강화와 제도개선을 위한 정부의 노력은 계속되었으나, 이런 노력에도 불구하고 일부 의료급여 수급권자의 도덕적 해이로 인한 비용의식 미흡과 의료 과다이용, 약물 오·남용 등에 따라 수급자의 건강악화는 물론 중복투약으로 인한 약물 부작용이 의료급여 재정에 큰 부담요인으로 작용하면서 새로운 문제점으로 부각되어 왔다. 한가지 예를 들어보면 어떤 수급권자는 여러 요양기관을 내원하여 파스 등을 처방받아 약국에 재 판매를 하는 경우도 있다(정인심, 1999). 특히, 의료급여 1 종 수급권자들은 입원 이나 외래진료를 받을 때에도 본인부담이 없기 때문에 약물 오·남용, 의료쇼핑 등 도덕적 해이(moral hazard)로 인한 불필요한 과다의료이용이 심각한 사회현상으로 나타나고 있다. 하지만, 보장성강화를 위한 급여범위의 확대와 의료급여 수급권자의 비용의식 미흡으로 인한 의료 과다이용, 약물 오·남용 등은 줄어들지 않고, 매년 늘어나고 있고, 더불어 수급권자 수도 증가하여 급격한 진료비 증가를 가져오게 되었다. 이를 뒷받침할 내용으로 진료비 증가 현황을 보면, 2003 년 의료급여 총 진료비 지급액이 22,149 억원이었으나, 이듬해인 2004 년도에는 총 진료비가

26,111 억원(증가율 17.9%)으로 증가하였는데, 주된 이유를 보면, 당시 진료비 본인부담률을 20%에서 15%로 인하하고 의료급여 본인부담보상금 기준금액을 30 만원에서 20 만원으로 하향 조정하는 등 보장성 강화 정책을 적극 펼쳤던 것이 그 원인이 되었다. 이후 2005년에는 32,337 억원(증가율 23.8%), 2006년 39,251 억원(21.4%)로 급격히 증가 하였다. 의료급여 수급자 수는 2006년 1,804 천명으로 2003년 대비 10.8% 증가 하였으며, 본인부담금 없이 진료를 받을 수 있는 1종 수급권자 수는 1,082 천명으로 수급권자의 60.0%를 차지하고 있다(의료급여 진료비 지출 실태조사, 2011, 보건복지부).

이런 상황에서도 정부에서는 급여일수를 꾸준히 확대해 왔다. 1991년 180 일에서 1995년에는 210 일, 1996년에는 240 일, 1997년에는 270 일, 1998년에는 300 일, 1999년에는 330 일, 2000년부터는 365 일로 확대하였고, 이후 계속적으로 급여가 필요한 경우에는 연장승인제도를 도입하여 연장할 수 있도록 하였고, 수급권자에 대한 밀착관리로 적정의료이용을 유도하기 위하여 연간 급여일수 365 일 초과자 38 만명에 대한 전면적 실태조사를 하고 장기의료이용자 27 천명에 대한 사례관리를 실시하였으며, 연간 급여일수가 1,000 일을 초과하는 37,000 명을 대상으로 2006년 6월부터 8월까지 2 달에 걸쳐 수진자 조회를 실시하여 허위 부당청구가 발견될 경우 실사와 연계하도록 하였고, 동시에 부당청구가 의심되는 178 개소 6,181 건 약 1 억 3,955 만원에 대하여 중앙현장점검단에서 점검을 실시하여 37 개소에 대하여 약 4,528 만원에 이르는 부당금액을 징수하였다.

그리고 적정의료이용을 위한 제도개선 차원에서 연간 의료이용 1,000 일 이상자에 대하여 진단서 첨부 등 사전 연장승인 기준 및 절차를 강화하였고, 의료쇼핑 의심자에 대하여 단골의사 선정을 의무화하였는데, 단골의사 선정을 거부할 경우에는 급여제한 등 사례관리를 강화하도록 하였다.

이에 따라 정부에서는 과다 의료이용을 줄이고, 적정 의료이용을 유도하여 수급자의 건강을 보호하고 재정안정을 도모하기 위한 방안으로 의료급여 혁신종합대책을 발표하였다. 따라서 2007년 7월 1일부터 비용의식이 없는 1종 수급권자들에 대해 본인일부부담금 정책을 시행하였다. 위에서 살펴본 보와 같이 동시에 시행된 여러 의료급여 정책들로 인해 불필요한 의료이용은 많이 줄어들 것이다. 본인일부부담금의 이론적 근거는 도덕적 해이 이론에서 찾을 수 있다. Arrow(1963)와 Pauly(1968)는 도덕적 해이(Moral hazard)를 인지가격의 하락으로 인한 의료수요의 증가 및 이에 따른 의료비의 증가라고 정의하였다. 그동안 무료진료를 받던 1종 수급권자들은 본인부담제 도입이후 매 진료시 마다 비용을 지불해야 함에 따라 의료접근성에 상당한 제약이 따랐으며, 필요이상의 진료를 받던 환자들도 의료이용이 줄 수 밖에 없을 것으로 예측되었다. 이렇듯 혁신종합대책으로 시행된 여러 의료급여제도 정책변화가 의료급여 수급권자의 적정의료이용에 기여해 왔는지에 대한 검토가 필요하며, 이를 통하여 향후 정책반영에 참고자료로 활용되었으면 한다.

따라서 이 연구에서는 의료급여 수급권자가 의료급여제도 정책변화가 있기 전후 각 2 년간의 외래 진료일수 및 외래 진료비 비용 추계 분석을 통하여 정책변화가 의료이용에 미친 영향을 분석함으로써, 향후 제도의 보완 및 개선에 대한 시사점을 제시하고자 한다.

2. 연구목적

의료급여제도의 정책변화가 있었던 2007 년 7 월 1 일을 기준으로 전후 의료급여 1 종 수급권자들의 의료이용 에 어떠한 영향을 미쳤는지에 대해 분석하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 의료급여 1 종 수급권자들의 제도도입 전후 각 2 년간의 외래 진료일수의 변화를 분석한다.

둘째, 의료급여 1 종 수급권자들의 제도도입 전후 각 2 년간의 외래 진료비의 변화를 분석한다.

II. 의료급여제도 일반현황

1. 의료급여 제도의 의의

의료급여제도는 스스로가 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적(의료급여법 제 1 조)으로 국가재정을 들여 저소득 국민에게 의료문제를 해결해 주기 위하여 정부가 의료서비스를 제공하는 공공부조 제도이며, 저소득층의 의료보장을 통한 건강증진과 복지향상을 목적으로 하는 사회보장제도의 하나이며, 서비스 주요내용은 진찰, 검사, 치료 및 예방과 재활(의료급여법 제 7 조) 등 의료보장 측면에서 구체적으로 실현하는 제도이다.

우리나라 의료급여제도의 근간을 이루는 법은 1961 년 생활보호법이 제정되면서 시작되어 1977 년 1 월부터 생활유지능력이 없거나 저소득 국민을 대상으로 ‘의료보호에 관한 규칙’ 이 제정되었고, 1977 년부터 의료보호라는 이름으로 시작된 의료급여제도는 국가재정 등 개발도상국이라는 어려운 여건에도 불구하고 대상자 및 급여범위를 확대하는 등 저소득층을 위한 의료보장제도로써 지속적인 발전을 거듭해 왔다.

의료급여제도 시행초기에는 진료지역 및 진료일수에 제한이 있었으며, 지정된 의료기관에서 진료를 받을 수 있는 등 많은 제약이 있었고, 급여수준도 건강보험에 비하여 낮았으며 이러한 차이를 해소하기 위하여 보호기간 및 급여범위를 단계적으로 확대하는 정책을 폈다.

보호기간 확대 및 의료급여의 지속적인 보장성 강화와 제도개선을 위한 과정을 간략하게 살펴보면, 1995년 연간 180일 이내로 되어 있던 보호기간을 연간 210일로 확대, 65세 이상 노인과 등록장애인 및 국가유공자 중 상이자 등에 대하여는 보호기간의 제한을 폐지하였고, 나머지 수급자에 대하여도 점차적으로 연장하다가 2000년에는 기간제한을 완전히 폐지하였다. 그러나 기간제한이 폐지되면서 의료이용의 접근성이 좋아지다 보니 의료이용 남용 등의 문제가 다시 발생되어 2002년 1월부터 급여기간을 365일로 다시 제한하는 조치를 취하게 되었다.

1998년에는 의료급여 진료지역을 폐지하였고, 1999년에는 의료기관 개설과 동시에 의료급여기관으로 당연 지정되는 당연지정제를 도입하였다. 이로서 의료급여 대상자의 의료이용 편의가 증진되어 건강보험 가입자와의 차별을 없애는 계기가 마련되었다.

또한, 장애인보장구 급여범위를 지팡이, 목발 등으로 확대하였고, 의료급여수가 중 중별가산율을 건강보험의 50%, 2000년 11월에는 75% 수준으로 상향조정 하였고, 2004년도부터는 진료비 부담률을 20%에서 15%로 인하 하는 정책을 폈다.

2004년 7월부터는 본인부담상한제를 도입, 2005년 4월에 전동휠체어, 전동스쿠터 등 고가보장구를 급여대상에 포함하여 장애인보장구 급여범위를 확대하였고, 희귀난치성질환수를 2004년 74개에서 2005년 98개, 2006년 107개로 확대하여 수급권자의 부담을 완화하였다.

2000 년 「국민기초생활보장법」과 2001 년 「의료급여법」의 시행을 통해 국민의 권리를 강화하고, 전문기관으로 업무를 위탁하는 등 제도의 효율성을 제고하였다. 종전에는 시·군·구별로 지급하던 의료급여 진료비를 국민건강보험공단에서 일괄적으로 지급하도록 업무를 위탁하였다.

2003 년 5 월부터는 일부 의료급여 수급자의 경우, 비용의식 미흡, 의료과소비, 약물 오·남용 등으로 수급자의 건강악화 및 의료급여 재정에 부담요인으로 작용하는 문제점이 발생됨에 따라 사례관리사업도 시작하였다.

마지막으로 의료급여 진료비가 급증하고 수급권자들의 걱정된 건강관리가 이루어지지 못하고 있다는 제도상의 한계를 보완하기 위하여 2006 년 7 월 「의료급여 혁신 종합대책」을 수립하였고, 이러한 종합대책에 따라 2007 년 7 월부터 1 종 수급권자에 대한 건강생활유지비 지원 및 본인부담금 신설, 선택 병원제와 자격관리시스템 도입 등 제도개선이 이루어졌다(표 1).

표 1. 의료급여제도의 발전과정

- 1961.12. 「생활보호법」 제정
 - 1977.12. 「의료보호법」 제정
 - 1979. 1. 「의료보호법」에 따른 의료보호 실시
 - 1986. 1. 의료부조(자활보호대상유사자) 실시
 - 1차진료: 진료비의 1/3 의료보호기금에서 부담
 - 2차진료: 진료비의 40%~60% 의료보호기금에서 부담
 - 1995. 1. 의료보호기간 연장
 - 180 일에서 210 일로 연장
 - 이후 매년 30 일씩 연장하여 보호기간 제한 폐지(2000.7.)
 - 1999. 9. 「국민기초생활보장법」 제정
 - 2001. 5. 「의료보호법」을 「의료급여법」으로 제명변경 등 전면개정
 - 2001.10. 의료급여비용 지급업무 국민건강보험공단 위탁
 - 2002. 1. 연간 의료급여일수 365 일 상한제 도입
 - 만성질환자 30 일 추가
 - 1종 수급권자 식비 일부 본인부담제 실시(1 식 당 680 원)
 - 2003. 1. 본인부담금보상금제 실시
 - 2종 수급권자 입원 시 매 30 일간 30 만원 초과금액의 50%
 - 2004. 1. 본인부담률 인하 및 수급권자 범위 확대(의료비 과부담 계층)
 - 본인부담률 인하(20% → 15%)
 - 본인부담보상금 기준금액 변경(30 만원 → 20 만원)
 - 차상위 대상(희귀난치성질환자) 의료급여 확대
 - 2005. 1. 의료급여 수급권자 추가 확대
 - 1종 의료급여 수급권자: 18 세 미만의 입양된 아동
 - 2종 차상위 의료급여 수급권자: 소득인정액을 충족하는 가구의 12 세 미만 아동
 - 희귀난치성질환 확대 : 74 개 → 98 개
-

-
- 자연분만 및 신생아에 대한 입원진료 시 본인부담금 면제
 - 2005. 4. 전동휠체어, 전동스쿠터 등 장애인보장구 급여범위 확대
 - 2005.11. 암 등 중증질환자 본인부담금 경감
 - 차상위 2종 수급권자(15% → 10%, 9월 소급)
 - 2006. 1. 6세 미만의 아동 입원진료 시 본인부담금 면제
 - 2006. 2. 급여범위 확대
 - 차상위수급권자 18세 미만의 아동까지 확대
 - 희귀난치성질환 확대(98개 → 107개)
 - 2007. 2. 의료급여 1종 수급권자 본인부담금 완화
 - 본인부담보상금 기준금액 인하(20만원 → 2만원)
 - 본인부담금상한제 기준금액 인하(매 6월간 120만원 → 매 30일간 5만원)
 - 2007. 3. 가정산소치료 요양비 지급('07.4.28.)
 - 2007. 7. 1종 수급권자의 외래진료 시 본인부담제 및 선택병의원제 실시
 - 1종 수급권자 건강생활유지비 지원(6,000원)
 - 선택병의원제 실시('07.7.1.)
 - 2008. 2. 18세미만 국내 입양아동 건강보험증 등재
 - 사전지원방식('08.2.1.), 사후지원방식('08.3.1.)
 - 2008. 4. 차상위 의료급여 1종 수급권자 건강보험 전환('08.4.1.)
 - 희귀난치성질환자(1만 8천명)
 - 2008.10. 만성신부전증환자 자동복막투석 소모성 재료 구입비용 지급
 - 1일 5,640원을 요양비로 지급
 - 2008.12. 의료급여 수급권자 임신·출산 진료비 지원('08.12.15.)
 - 임신부에 대한 초음파 검사비용 증 산전진찰에 소요되는 비용
 - 1인당 20만원(1회 최고 4만원, 최소 5회 사용 가능)
 - 2009. 3. 의료급여 2종 수급권자 본인부담금 완화
 - 본인부담보상금 상한제 기준금액 변경(120만원)
-

-
- 60 만원, '09.1.1.적용)
 - 입원 본인부담률 인하(20% → 15%, '09.6.1.적용)
 - 2009. 4. 차상위 의료급여 2종 수급권자 건강보험 전환('09.4.1.)
 - 만성질환자 및 18세 미만 아동(21만 4천여명)
 - 2009.12. 중증질환자 본인부담률 인하 10% → 5%
 - 중증환자 식대 본인부담률 5% 인하
 - 2010. 1. 행복 e음(사회복지통합관리망) 개통
 - 2010. 3. 1. 임신.출산 진료비 지원범위 확대
 - 출산예정일+15일 → 출산예정일+60일
 - 2010. 9. 7. 임신.출산 진료비 지원액 30만원으로 인상
 - 2010. 12. 1. 의료급여 희귀난치성질환자 등록제 실시
 - 2011. 4. 1. 임신.출산 진료비 지원범위 확대
 - 임신.출산 진료비 지원액 40만원으로 인상
 - 임신.출산 진료비 1일 사용가능한 범위 6만원으로 확대
 - 분만을 위한 입원진료시 1일 사용범위 제한 없음
 - 제 1형 당뇨병 소모성재료 요양비 지급(300 원/개, 1일 4개까지)
 - 2012. 4. 1. 임신.출산 진료비 지원범위 확대
 - 임신.출산 진료비 지원액 50만원으로 인상
 - 임신.출산 진료비를 분만의 경우에 한하여 조산원에서도 이용
 - 2012. 6. 7. 노숙인 의료급여 1종 부여
 - 노숙인 진료시설 진료 시 본인부담금 면제
 - 2012. 6. 11. 에이즈질환자 희귀난치성질환자 선택등록제 시행
 - 2012. 7. 1. 75세 이상 수급자에 대한 완전틀니 의료급여 적용
 - 본인부담금 1종 20%, 2종 30%
 - 2012. 7. 1. 다태아 임신.출산 진료비 70만원으로 지원범위 확대
 - 2012. 10. 1. 75세 이상 레진상 완전틀니 수급자에 대한 유지관리행위 의료급여 적용
 - 본인부담금 1종 20%, 2종 30%
-

2. 의료급여 제도 주요현황

1) 선정기준 및 수급자 현황

의료급여는 「국민기초생활보장법」에 의한 수급권자와 이주민, 의사상자, 국가유공자 및 중요무형문화재 보유자 등 타법에 의한 대상자 및 법령상 일정한 조건을 갖춘 행려환자를 의료급여 수급권자로 선정하며, 1종 및 2종 수급권자로 구분하여 본인부담금에 차등을 두고 있다. 1종과 2종을 구분하는 근거는 근로능력의 유무이며 기초생활보장수급자 중 근로능력이 없는 자는 1종, 근로능력이 있는 자는 2종으로 구분된다.

국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민은 소관부처(국가보훈처, 문화재청, 통일부)에서 매년 보건복지부장관이 정한 기준에 적합한 자의 명단을 통보하면 시장·군수·구청장이 1종 수급권자로 선정한다.

또한 의료급여 1종 수급권자는 생활보호사업에서 분리되어 독자적인 법에 의하여 실시(이준영, 2002)된 1977년 369천명(총 수급자의 17.6%)으로 출발하여 1993년부터 감소하다가 1998년부터 IMF를 맞아 ‘한시적 생활보호대상자’가 추가되어 828천명으로 늘었고, 이후 2000년 생활보호법이 기초생활보장법으로 전환되면서 수급권자의 자격요건 변동 등의 영향으로 그 수가 점차 줄어들었다. 2001년 의료급여법이 전면개정되면서 자격요건의 변동으로 급격히 증가하였다가 차상위 계층에 대한 의료급여 적용 등으로 꾸준히 증가하여 2011년에는 1,087천명으로 이는 총 수급권자 대비 67.6%에 해당하는 규모이다(표 2).

표 2. 연도별 의료급여 수급권자 현황

(단위 : 천명)

연도	의료급여			총수급자 대비 1종 비율	총인구	총인구 대비 총수급자 비율
	총수급자	1종	2종			
1977	2,095	369	1,726	17.61	36,372	5.76
1980	2,142	642	1,500	29.97	38,124	5.62
1985	3,258	642	2,616	19.71	40,806	7.98
1990	3,930	695	1,959	17.68	42,869	9.17
2000	1,570	811	759	51.66	47,008	3.34
2001	1,503	832	671	55.36	47,357	3.17
2002	1,421	829	592	58.34	47,622	2.98
2003	1,453	867	586	59.67	47,859	3.04
2004	1,529	919	610	60.10	48,039	3.18
2005	1,761	996	765	56.56	48,138	3.66
2006	1,829	1,029	800	56.29	48,372	3.78
2007	1,852	1,062	790	57.34	48,598	3.81
2008	1,841	1,025	816	55.68	48,949	3.76
2009	1,677	1,036	641	61.78	49,182	3.41
2010	1,675	1,072	603	64.00	49,410	3.39
2011	1,609	1,087	522	67.56	49,779	3.23

자료: 보건복지 통계연보(2011), 건강보험 통계연보(2011)

2) 제도 운영현황

우리나라의 의료급여와 건강보험의 운영 등에 관한 주요 내용은 아래 표와 같다(표 3)

표 3. 의료급여와 건강보험 제도 비교('12년 기준)

구분	의료급여	건강보험
대상자	1,507 천명('12.11 월)	49,623 천명 ('12.10 월)
재원	5 조 2,272 억원 ('12년 예산기준)	39 조 5,220 억원 ('1년 결산기준)
재원조달	○ 조세(국고 + 지방비) 국고 : 3 조 9,750 억원 지방비 : 1 조 2,522 억원	○ 보험료(일부 국고) 보험료 : 32 조 9,292 억원 국고지원 : 5 조 2,332 억원 담배부담금 : 9,494 억원 기 타 : 4,102 억원
자격증명	○ 의료급여증 등 의료급여증 또는 의료급여 증명서와 본인확인을 위한 신분증명서 등 제시	○ 건강보험증 또는 신분증명서
급여수준	○ 건강보험 준용 / 영안실 안치료 별도 급여	○ 진찰, 검사, 약제, 치료, 입원 등
수가기준	○ 행위별 수가 ○ 정액수가 : 정신과, 혈액투석	○ 행위별 수가
종별 가산율	제 3 차 22%	30% 상급종합병원
	종합병원 18%	25% 종합병원
	병원 15%	20% 병원
	의원 11%	15% 의원
본인 부담금	○ 1종 수급권자 1차 1,000 원, 2차 1,500 원 3차 2,000 원, 약국 500 원 CT, MRI 등 : 급여비용의 5% 입원 : 본인부담 없음 ○ 2종 수급권자 1차 1,000 원, 약국 500 원 2차, 3차, CT, MRI 등 (입원 : 급여비용의 10%) (외래 : 급여비용의 5%)	○ 입원 : 20% ○ 외래 의원급 이하 : 30% 병원급 : 35%, 40% 종합병원급 : 45%, 50% 상급종합병원급 : 60% ○ 약국 : 30~50% 처방전 발행 의료기관 종별에 따라 차등(병원·의원 30%, 종합병원 40%, 상급종합 50%)

급여절차	○ 3 단계(의원→병원→3 차기관)	○ 2 단계(의원, 병원, 종합병원 →상급종합병원)
운영기관	○ 복지부, 시·도, 시군구 ○ 업무위탁 : 공단, 심평원	○ 복지부-건강보험공단(보험자)
이의신청	○ 보장기관(자격 등 보장기관 처분) ○ 심평원(심사, 적정성평가)	○ 공단(자격 등 공단의 처분) ○ 심평원(심사, 적정성평가)

자료 : 2013 년 의료급여사업 안내, 보건복지부

우리나라의 의료급여 제도와 유사한 형태인 외국 여러 제도에서도 급증하는 의료급여 비용을 안정적으로 운용하기 위해 수급자들에 대하여 비용의식을 갖도록 하는 제도와 정부차원에서 지불방식을 총액계약제 등으로 변경하는 경우, 지방 정부에 힘을 실어 역할을 강화함으로써 재정관리의 효율화를 도모하고자 노력하는 것들을 찾아볼 수 있다(표 4).

표 4. 외국의 의료급여 유사제도 의료비 대책 및 관리방안

구분	미국	독일	기타
수급자 측면	○ 메디케이드 본인부담 ○ 메디케이드 적용 등 규제	○ 급여축소 및 본인부담 확대 (단, 소득에 따른 본인부담 상한 설정 연간 소득 2% 상한, 만성 질환자의 경우 1% 상한)	○ 보너스제도(독일, 영국 등) : 예방차원의 진단 및 분기내 연계진료에 대한 본인부담 면제 및 18 세 미만 아동·청소년 본인부담 면제

공급자 측면	○메디케이드 오용 감시기구 설치·운영을 통해 부당청구행위를 조사·확인	○만성질환자에 대한 질병 관리프로그램 운영 ○약제비 절감을 위한 약가 보상제도 실시 ○일반의약품 자율가격제도 도입	○선지불보상제도(캐나다, 독일, 프랑스) : 미리 정해진 진료비 목표에 따라 의료발생 비용을 후지불하는 총액예산제 일부 또는 전면 도입·시행
관리운영 측면	○지방정부의 정책 결정권 확대	○의료서비스 오남용 신고 센터 설치 의무화 ○관리운영비 상승억제를 위한 운영비 상한선 설정	○정보운영체계 강화(미국, 영국 등) : 의료비 통제, 수급자 관리 및 의료 서비스 오남용 방지를 위한 전산정보 체계의 구축·운영
보장성 강화	○장기요양서비스의 확충을 통해 급성기 병상에 소용되는 장기 재정지출 절감 추진	○주치의제도 의무화 ○독일의료질센터 설치 ○참조가격제의 도입과 약국판매 약품에 대한 우편판매 허용	○독일은 참조가격제의 도입 이후 실제 약제비와 참조가격의 차액은 전액 본인부담 *전체 약제비 중 본인부담 비율 : '92(5%)→'93(8%) →'94(9%)

자료 : 의료급여 혁신 종합대책, 보건복지부(2007년)

외국 주요국가들의 재정관리를 위한 노력들에서 얻을 수 있는 주요 시사점으로는 대부분의 나라들이 의료비를 적정하게 관리하기 위하여 수급권자들에게 일정부분 비용의식을 갖도록 하는 제도를 많이 활용하였고, 이에 더하여 지불제도 변경을 통하여 의료이용을 통제하는 제도를 많이 활용한 것으로 알 수 있다. 또한 지방정부의 역할을 강화하는 한편 정보시스템을 고도화 하여 관리운영의 효율화를 도모하고자 하는 노력들을 보이고 있다.

3) 진료체계

의료급여 수급권자는 제 1 차 의료급여 기관, 제 2 차 의료급여기관, 제 3 차 의료급여기관에서 단계적으로 진료를 받을 수 있다(그림 1). 제 1 차 의료급여기관은 의료법에 따라 시장·군수·구청장에게 개설 신고한 의료기관, 보건소·보건의료원 및 보건지소, 약국이며, 제 2 차 의료급여 기관은 시·도지사가 개설 허가한 의료기관이다. 제 3 차 의료급여기관은 제 2 차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관이다(표 5).

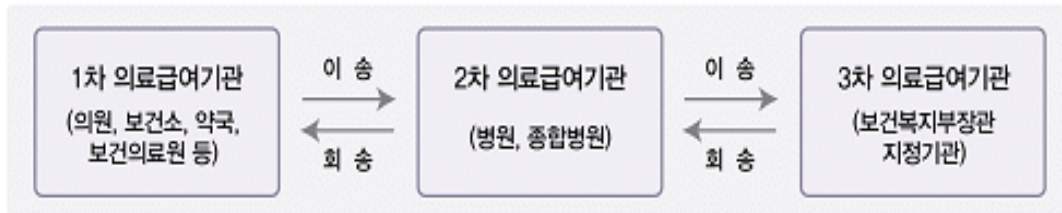


그림 1. 의료급여 진료절차 체계도

표 5. 의료급여기관별 진료범위

제 1 차 의료급여기관	제 2 차 의료급여기관	제 3 차 의료급여기관
가. 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료	가. 의료급여법 시행 규칙 제 3 조 제 1 항 각호의 1 에 해당 하는 경우의 진료 (의료급여절차 예외의 경우)	가. 의료급여법 시행 규칙 제 3 조 제 1 항 제 1 호부터 제 6 호 까지에 해당하는 경우의 진료 (의료급여 절차 예외의 경우)

<p>나. 장기치료가 필요한 만성 질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료</p>	<p>나. 의료급여법 시행 규칙 제 3 조 제 2 항 제 1 호 및 제 2 호에 따라 제 1 차 의료 급여기관 또는 다른 제 2 차 의료급여 기관으로부터 의뢰 받은 환자의 진료</p>	<p>나. 의료급여법 시행 규칙 제 3 조 제 2 항 제 2 호 및 제 3 호에 따라 제 2 차 의료 급여기관 또는 다른</p>
<p>다. 질병상태, 이송거리 및 이송 시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관 으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원 진료</p>	<p>다. 당해 의료급여 기관에 입원하였던 환자로서 퇴원후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료</p>	<p>제 3 차 의료급여기관 으로부터 의뢰받은 환자의 진료</p>
<p>라. 제 1 차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 입원진료</p>	<p>라. 의료급여법 시행 규칙 제 3 조 제 4 항의 규정에 의하여 제 3 차 의료급여기관 으로부터 회송받은 환자의 진료</p>	<p>다. 당해 의료급여 기관에 입원하였던 환자로서 퇴원후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료자의 진료</p>
<p>마. 지역보건법에 의한 보건 의료원에서의 입원진료</p>		
<p>바. 제 3 조제 4 항의 규정에 의하여 제 2 차 의료급여 기관 또는 제 3 차 의료 급여기관으로부터 회송받은 환자의 진료</p>		
<p><약국, 한국희귀의약품센터></p>		
<p>가. 처방전에 의한 조제</p>		
<p>나. 약사법 제 23 조제 3 항 단서의 규정에 의하여 처방전에 의하지 아니한 직접 조제</p>		

4) 사례관리

만성질환자의 보건복지 서비스에 대한 욕구는 증가하고 있으나 이를 뒷받침 할 수 있는 상담 등 관리서비스가 부족하다는 문제제기와 이들을 포함한 의료급여대상자의 과도한 의료이용으로 의료급여비가 급증하여 수급권자에 대한 상담 등 사례관리를 통해 의료급여 재정의 효율성을 제고해야 한다는 의견이 제시되고 있고, 이러한 문제를 해결하기 위해 수급자에 대한 건강관련 정보제공과 상담 그리고 지역사회 자원과의 연계 등 수급권자의 요구에 부응하는 사례관리 서비스를 제공함으로써 수급권자의 자율적인 건강관리를 통한 삶의 질을 향상시킴은 물론 의료급여 재정의 안정에도 기여하고자 하는 것이다.

이러한 사례관리는 2003 년 5 월부터 전국 28 개 시·군·구에 의료급여 관리요원 28 명을 배치하여 시범운영을 하였고, 2004 년 5 월부터 확대 실시함에 따라 의료급여관리사 역시 2004 년도는 79 명, 2005 년 150 명, 2006 년 243 명, 2007 년 439 명, 2008 년에는 60 명을 확대 배치하는 등 매년 증가하고 있는 추세이다. 이에 따라 2007 년에는 연간 투약일수 450 일 이상 이용자 이면서 연간 외래 내원일수가 70 일이고, 연간 외래 방문 의료급여 기관이 10 개 이상 이용한 경우 등 집중사례관리 대상자 약 37,000 명에 대하여 사례관리를 실시한 결과, 전년대비 급여일수는 23.9%, 총 진료비는 17.9%가 감소한 것으로 나타났으며(보건복지부, 2008), 이익섭 등(2006)은 사례관리 사업의 효과성 검증을 통해 통계적으로 유의미한 차이는 없었지만 1 차 평가 사후조사의 경우 개입 집단보다 비개입 집단의 진료비가 3 개월

동안 약 7,000 원 정도 더 많이 들었고 2 차 평가 사전·사후조사의 경우
 개입집단의 진료비가 3 개월 동안 약 9,200 원 정도 더 줄어들었다고
 보고하였다.

5) 기금운용 및 관리

의료급여비용의 지급을 충당하기 위해 시·도에 일반회계와 구분하여
 의료급여기금을 설치하고 있다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체
 출연금, 대불상환금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의
 수입금으로 조성 된다(그림 2).

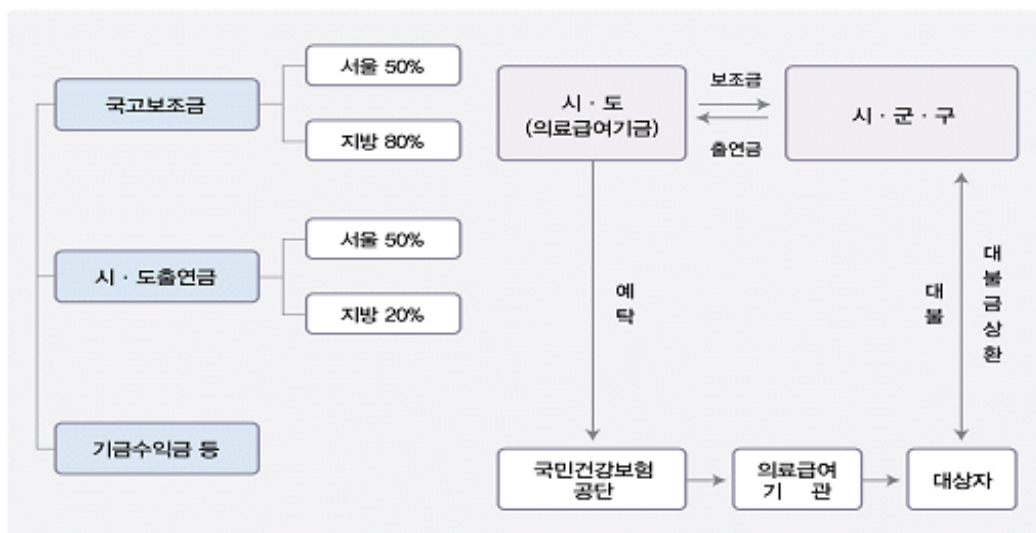


그림 2. 기금조성 및 운용체계

국고보조금의 비율은 보조금의 예산 및 관리에 관한 법령에 따라
 서울은 50%, 기타 80%를 적용하고 「지방재정법시행령」 제 26 조 제 1 항의
 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙 중 별표에 따라

특별시 및 광역시의 자치구는 부담비율이 없고 시는 6%, 군은 4%를 부담하도록 하고 있다(표 6).

표 6. 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금

구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

자료: 보건복지백서(2011)

6) 총 진료비

본인부담금을 포함한 의료급여 총진료비(증가율)는 2005 년도 32,337 억원(23.8%)에서 2006 년도에는 39,251 억원(21.4%), 2007 년도 42,238 억원(7.6%), 2008 년도 44,789 억원(6.0%), 2009 년도는 47,548 억원(6.2%), 2010 년도 49,582 억원(4.3%), 2011 년도는 51,423 억원(3.7%)으로 총진료비는 증가하였으나, 21%를 상회하던 총진료비 증가율은 2010 년을 지나면서 4% 수준으로 둔화되었다(표 7). 이는 의료급여 혁신종합대책 수립.시행(△06. 7), 적정 의료이용행태 정착을 위한 의료급여 개선방안 (△09. 6) 등 의료급여 재정안정화 추진의 성과로 볼 수 있을 것이다. 그러나 본인부담률 인하와 보장성 강화를 위한 급여수준확대, 수급자

확대 등의 재정부담 요인에 따라 진료비는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

표 7. 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이

(단위 : 억 원, %)

구 분		총진료비	1종	2종
2006년	금액	39,251	31,180	8,071
	증가율	21.4	18.9	31.9
2007년	금액	42,238	33,510	8,728
	증가율	7.6	7.5	8.1
2008년	금액	44,789	35,258	9,531
	증가율	6.0	5.2	9.2
2009년	금액	47,548	39,958	8,590
	증가율	6.2	10.5	△9.9
2010년	금액	49,582	42,110	7,473
	증가율	4.3	8.1	△13.0
2011년	금액	51,423	44,843	6,579
	증가율	3.7	6.4	△14.0

주: 차상위계층 건강보험 이관 완료

- 희귀난치성질환자 '08년 4월 건강보험가입자로 전환(2만명)
- 만성질환자 및 18세미만 아동 '09년 4월 건강보험가입자로 전환(22만명)

자료: 보건복지백서(2011)

7) 예산

그동안 '의료급여혁신 종합대책' 등 의료급여 제도의 다양한 대책을 통하여 의료급여 진료비 증가율 둔화 등의 성과를 거두었으나, 최근 3년간 의료급여예산 동결에 따른 진료비 부족 등으로 수급권자 의료이용에 제약

발생이 우려되고 있는바, 향후 의료급여 수급권자의 건강한 삶의 질 보장 등을 위해 지속적인 예산 지원 확충이 필요한 실정이다(표 8).

표 8. 의료급여 예산 현황

(단위: 억원, %, 추경포함, 국비기준)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011
예산액	26,621	36,051	37,901	35,098	34,995	36,718
증가율	20.2	35.4	5.1	△7.4	△0.3	4.9

주: 추경편성 2008년도 2,747 억원, 2009년도 920 억원

자료: 보건복지백서(2011)

3. 의료급여제도 주요 정책변화 내용

1) 본인일부부담제

1 종 수급권자의 경우 1978년 12월 의료보호법 시행규칙 제정으로 본인부담없이 진료를 받아오다 2002년 1월부터 입원 진료시 식대의 20%에 대해서 본인이 부담하도록 하였다. 의료급여 1종 수급권자의 본인부담금 면제제도가 수급자 및 의료공급자의비용의식 부재와 진료 오.남용으로 이어져 의료급여비용을 급등시켜 정부 의료급여 재정에 감당할 수 없는 부담 요인으로 작용하는 등 문제점이 제기되자 2007년 7월부터 외래 진료시 본인부담금을 부과하도록 하였다. 즉, 의료급여 1종 수급권자의 외래 진료에 대해서는 본인부담금을 일정금액 부과하고, 입원진료는 식대(20%)를 제외하고는 전액 무료이다.

1 종 수급권자의 외래 본인부담금은 1 차 의료급여기관 방문시 1,000 원, 2 차 의료급여기관 방문시 1,500 원, 3 차 의료급여기관 방문시 2,000 원, 약국은 처방전당 500 원을 부과한다. 반면 2 종 수급권자는 입원과 외래 모두 본인부담금을 부과하며, 입원시 총진료비의 15%, 외래의 경우 1 차 의료급여기관 방문시 1,000 원, 2 차 또는 3 차 의료급여기관의 총 진료비 중 15%, 약국 방문시에는 500 원 본인이 부담하도록 하고 있다(표 9).

표 9. 2009 년도 의료급여 진료비 부담기준

구 분	본 인 부 담 금
1 종	·보건소 .보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음
	·1 차의료급여기관 1,000 원
	외래 ·2 차의료급여기관 1,500 원
	·3 차의료급여기관 2,000 원
	·PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 5%
입원	·무료
약국	·500 원
2 종	·보건소 .보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음
	·1 차의료급여기관 : 1,000 원
	외래 ·2 차, 3 차 의료급여기관 : 급여비용의 15%
	·3 차 의료급여기관 : 15%
	·PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 15%
입원	·의료급여기관의 입원 진료 : 15%
약국	·500 원

자료: 보건복지백서(2011)

2) 대불제 및 본인부담보상제도

의료급여 수급권자에 대한 급여에는 ‘의료급여법’ 제 7 조에 의한 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등이 있다. 또한, 수급권자들의 부담을 완화하기 위해 대불제도, 본인부담보상제, 본인부담상한제 등을 운영하고 있다.

대불제도는 2 종 수급권자에 대해서만 적용되며, 진료비의 15%를 부담하는 2 종 수급권자가 최저생계비 이하의 계층임을 고려하여 입원진료시 본인부담금이 20 만원 이상인 경우 20 만원 초과분은 의료급여기금에서 대불하여 주고 무이자로 분할하여 상환토록 하는 제도이다.

본인부담보상제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법령이 정한 금액을 초과하는 경우 초과금액의 50%를 되돌려주는 제도로, 1 종 수급권자는 매 30 일간 2 만원, 2 종 수급권 자는 매 30 일간 20 만원 초과여부가 적용기준이 된다.

본인부담상한제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법령이 정한 금액을 초과할 경우 초과금액의 전부를 되돌려주는 제도로, 1 종 수급권자는 매 30 일간 5 만원, 2 종 수급권자는 매 6 개월간 60 만원을 초과할 경우 초과금의 전액을 사후에 보상한다. 본인부담상한제는 2004 년 7 월부터 도입되었으며, 의료급여 2 종 수급 권자 의 진료비 본인부담이 매 6 개월간 120 만원 초과 시 그 초과금액 전액을 수급권자에게 의료급여기금에서 사후 보상하고 있다. 2007 년 7 월 1 일부터 의료급여법 시행령과 시행규칙 개정으로 의료급여 1 종 수급권자의 외래 본인일부부담제가 도입됨에 따라 본인부담금보상금제와

본인부담금상한제는 1종 수급권자에게도 적용되고 있다. 1종 수급권자가 부담하는 본인일부부담금이 매 30일간 2만원을 초과하면 시장·군수·구청장이 초과 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 지급하고 본인일부부담금에서 시장·군수·구청장으로부터 지급받은 금액을 차감한 금액이 매 30일간 5만원을 초과하는 경우에는 본인부담금상한제의 적용을 받아 초과 금액 전액을 의료급여기금에서 부담하고 있다(표 10).

표 10. 본인부담보상금제와 본인부담금상한제 적용기준

구분	1종	2종
본인부담금보상금제	매 30일간 2만원	매 30일간 20만원
본인부담금상한제	매 30일간 5만원	매 6월간 120만원

3) 선택병의원 제도

2000년 7월 1일 도입되었으며, 이 제도는 1차 의료급여기관(의원급) 중 한 곳을 선정하는 것을 원칙으로 하며, 복합질환으로 다른 의료기관에서 6개월 이상의 지속적인 진료가 필요하다고 판단될 경우, 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 제1차 또는 제2차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가적으로 선택할 수 있도록 하였다.

4) 건강생활유지비

건강생활유지비 지원제도는 18세미만자, 희귀난치성질환자, 임산부, 행려환자, 장기이식환자, 가저간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자 등 본인부담면제자와 급여제한자를 제외한 1종 수급권자 모두에게 지급하는 제도로,

의료급여법 시행규칙 제28조와 급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정에 그 근거를 두고 있다. 이 제도는 수급권자별 매월 1인당 6천원을 개인별 가상계좌에 입금해 주고 외래진료시 건강생활유지비 잔액 또는 현금으로 본인부담금 전부 또는 일부를 납부하게 하였다. 진료비 정산은 의료급여기관에서 진료 또는 조제 후 개인별 건강보험공단의 가상계좌에서 차감토록 요청하면, 진료확인번호가 부여된 경우 별도의 청구절차 없이 곧바로 의료급여기관에 지급된다. 또한 수급권자들에게 지급된 건강생활유지비는 매년 말일을 기준으로 수급권자별 차감내역과 정산내역을 개인별로 통보하고 남아있는 잔액은 각 보장기관에서 다음년도 2월에 수급권자의 계좌에 입금하게 된다.

5) 의료급여자격관리시스템 구축

의료급여자격관리시스템은 급여일수의 실시간 관리를 통해 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약을 예방하여 수급자의 건강을 증진하고, 불필요한 재정 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정집행의 건전성을 도모하기 위하여 도입하게 되었다.

보건복지부에서는 2007년 7월 1일부터 의료급여 1종 수급권자 외래진료시 본인일부부담제 및 선택병의원제 등 제도개선과 관련한 정보시스템의 상호연계 등 이를 효율적으로 관리할 수 있는 ‘의료급여 자격관리 시스템’을 구축하였다.

이 시스템은 의료급여 기관으로부터 실시간으로 의료급여일수 정보 등을 제공받고, 의료급여기관 또는 보장기관이 의료급여일수 등을 조회하는 것이 가능하기 때문에 보건복지부는 수급권자들이 이용하는 의료급여일수를 실시간 관리할 수 있게 되었으며, 시스템 체계도는 다음과 같다(그림 3, 보건복지부_2008).

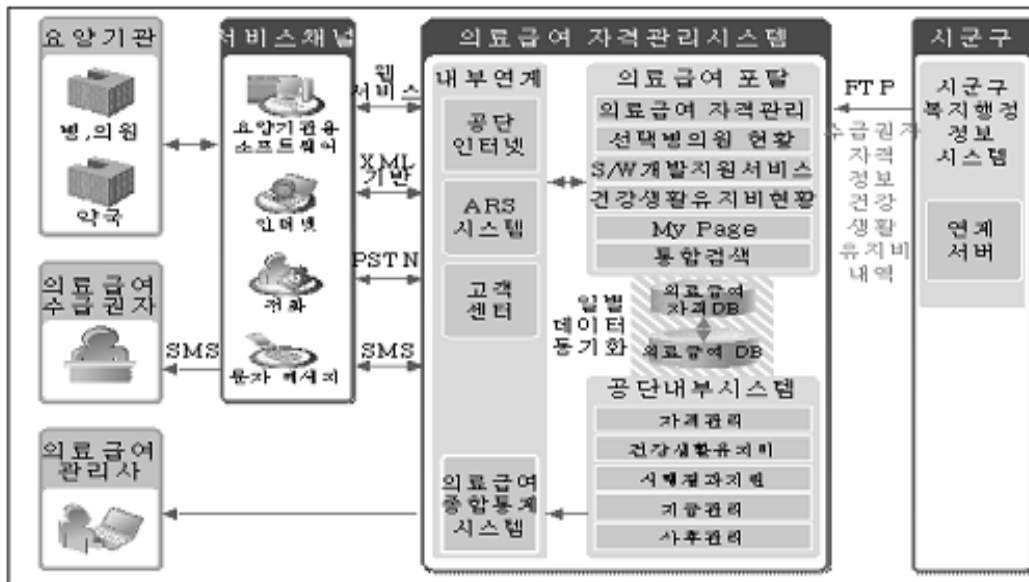


그림 3. 의료급여자격관리시스템 기본체계

III. 연구방법

1. 연구설계

이 연구는 의료급여제도의 정책변화로 불필요한 의료이용을 줄이고, 수급자의 건강을 증진하며, 재정 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정집행의 건전성을 도모하기 위해 제도가 도입된 2007년 7월 1일을 기준으로, 제도 도입 전후 4년간 동일 자격을 유지한 자의 외래이용 형태를 알아보고자 제도가 도입되기 전·후의 진료일수와 진료비의 변화를 분석하고자 하였다. 비교기간은 2007년 7월 1일을 기준으로 제도 시행 전 2년(2005. 7. 1. ~ 2007. 6. 30.)과 시행 후 2년(2007. 7. 1. ~ 2009. 6. 30.)까지이다(그림 4).

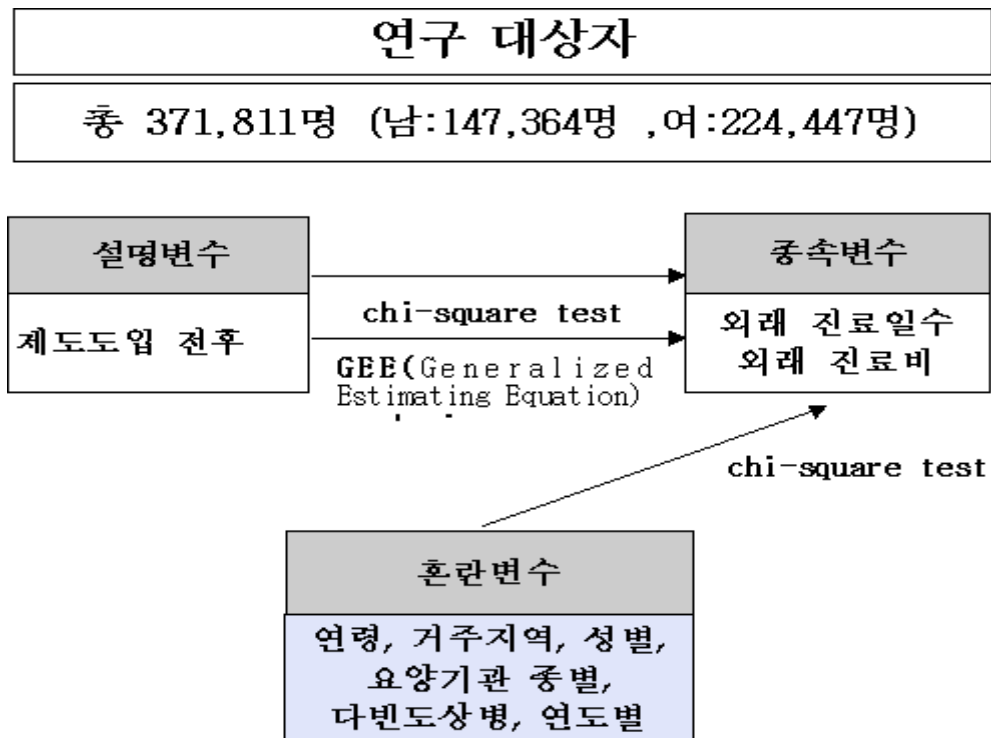


그림 4. 연구의 개념적 틀

이 연구에서의 가설은 의료급여수급 대상자들의 외래 의료이용과 진료비는 제도도입 전과 비교하여 변화가 있을 것이다.

첫째, 의료급여 1종 수급권자들의 외래 진료일수는 감소할 것이다.

둘째, 의료급여 1종 수급권자들의 외래 진료비는 감소할 것이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

1) 연구대상 자료

이 연구는 의료급여 수급자중 2005년 7월 1일부터 2009년 6월 30일 기간 동안 계속하여 의료급여 1종 자격을 유지하고 있던 자를 대상으로 하였다.

연구대상자로 선정된 자에 대하여 제도도입 전 2005년 7월 1일부터 2007년 6월 30일까지 의료이용으로 요양기관을 방문한 진료내역과 제도도입 후 2007년 7월 1일부터 2009년 6월 30일까지 2년간 의료이용으로 요양기관을 방문한 진료내역에 대하여 월별 변화된 추이를 분석하였다. 또한, 제도도입 전.후 기간의 총 진료비는 2009년 수가를 기준으로 보정하였다.

2) 자료수집 방법

국민건강보험공단 전산 D/B 의료급여 대상자의 입원, 외래 진료 정보를 이용하였다.

3. 변수의 정의

이 연구에서 사용된 변수는 [표 11]와 같다.

표 11. 연구에 사용된 변수

변 수		정 의
종속 변수	외래진료일수 외래 진료비	한 개인의 외래 진료일수 한 개인의 외래 진료비
설명 변수	제도도입 전후	제도가 도입되기 전과 후
	성	남, 여
	연령	44세이하, 45세-64세, 65세-74세, 75세이상
	거주지역	소속 의료보장기관 지역별 소재지(특별시, 광역시, 도)
혼란 변수	요양기관종별 다빈도 질환	보건기관, 의원, 치과의원, 한의원, 병원, 치과병원, 요양병원, 종합병원 추간관장애, 고혈압성질환, 무릎관절증, 치과질환, 급성비인두염, 갱년기장애, 천식 등 7개 항목으로 분류
	연도	2005년~2009년까지 각 연도

※ 연령 : 2005년 7월 1일 기준으로 산정

※ 다빈도질환 : 진료일수 및 진료비가 주상병 기준, 상위 7개 순위에 해당되는 질환을 다빈도 상병으로 정의함

4. 분석방법

의료급여 1종 수급권자의 외래진료에 대한 혁신적 의료급여제도가 도입된 2007.7.1 일을 기준으로 제도도입 전 2005. 7.1 부터 제도도입 후 2009.6.30. 까지의 의료이용과 진료비의 차이를 비교 분석하기 위하여 아래와 같이 세가지로 분석하였다. 첫째, 1종 수급권자의 환자특성(성, 연령, 다빈도상병)과 의료기관 특성(의료기관 종별, 거주지역)에 대해 실수와 백분율로 기술적 통계분석을 실시하였다. 둘째, 제도도입 전후의 외래 진료일수와 외래 진료비 변화를 분석하기 위하여 t 검정(T-test)와 카이제곱 검정(chi-square test)을 실시하였다. 셋째, 다른 요인을 통제한 상태에서 제도변화 전후의 진료일수와 진료비의 변화에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 특성요인을 분석하기 위하여 일반화 추정 방정식(GEE: Generalized Estimating Equation)을 실시하였고, 모든 분석은 통계패키지 SAS 9.2를 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면 [표 12]와 같다. 의료급여 정책변화에 따른 제도도입 전후 시기인 2005년 7월 1일에서 2009년 6월 30일까지 의료급여 1종으로 동일한 자격을 유지한 연구 대상자는 371,811명이다.

성별은 남자 147,364명(39.6%), 여자 224,447명(60.4%)이며, 연령별로는 45세 미만 94,663명(25.5%), 45세 이상 65세 미만 84,139명(22.6%), 65세 이상 75세 미만 94,350명(25.4%), 75세 이상 98,659명(26.5%)이다(표 10).

또한, 지역별 분포는 특별시 33,492명(9.0%), 광역시 89,038명(24.0%), 도 249,281명(67.0%)이다.

연구 대상자들의 일반적 분포 비율로, 성비는 여자가 60.4%로 남자에 비하여 20.8% 이상 많으며, 연령대는 45세 미만이 94,663명 25.5%, 45세 이상 65세 미만이 84,139명 22.6%, 65세 이상 75세 미만 94,350명(25.4%), 75세 이상 98,659명(26.5%)이며, 65세 이상에 많은 대상자가 분포하고 있음을 알 수 있다.

지역별 분포는 도에서 가장 많은 249,281명 67.0%이며, 광역시, 특별시 순으로 분포하고 있다.

표 12. 연구 대상자의 일반적 특성

변수명	명	%	변수명	명	%
성별	371,811		지역 2		
남	147,364	39.6	서울	33,492	9.0
여	224,447	60.4	부산	30,740	8.3
			대구	19,616	5.3
연령(세)			인천	12,829	3.5
~44	94,663	25.5	광주	12,617	3.5
45~64	84,139	22.6	대전	9,123	2.4
65~74	94,350	25.4	울산	4,113	1.1
75~	98,659	26.5	경기	49,499	13.3
			강원	18,749	5.0
지역 1			충북	17,401	4.7
특별시	33,492	9.0	충남	21,372	5.8
광역시	89,038	24.0	전북	30,327	8.2
도	249,281	67.0	전남	40,033	10.8
			경북	38,138	10.3
입원 여부			경남	33,758	9.1
아니오	176,933	47.6	제주	4	-
예	194,878	52.4			

2. 제도도입 전후 월평균 외래 진료일수 및 진료비의 변화

의료급여자격관리시스템 도입 전후 외래 진료일수는 월 평균 1.95일에서 1.13일로 약 0.9일 정도 의료이용이 줄어든 것으로 나타났고, 외래 진료비의 경우도 월 평균 50,859원에서 34,352원으로 약 16,507원이 줄어든 것으로 나타났으며, 시스템도입 전후 외래 진료일수와 진료비 모두 통계적으로 유의하게 줄어들었다(그림 5, 표 13).

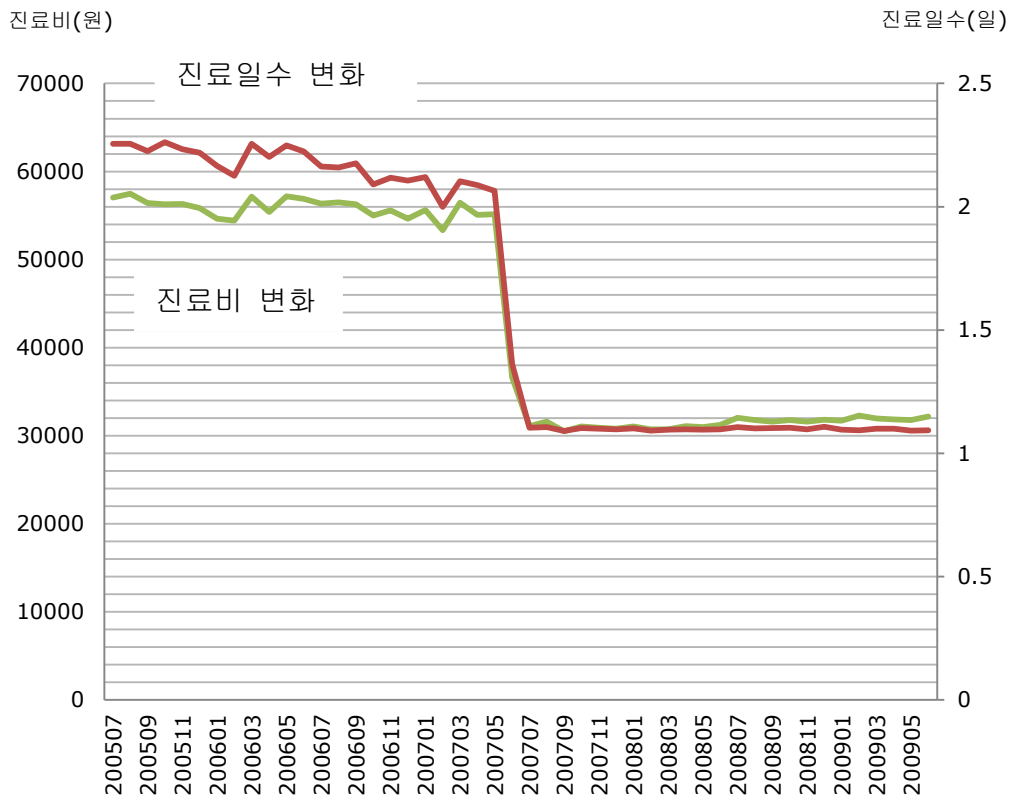


그림 5. 월평균 외래 진료일수 및 진료비의 변화

표 13. 제도도입 전후 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화

	구분	평균	표준편차	표준오차	t-value	Pr > t
진 료 일 수	시스템도입 전 (2005.7~2007.6)	1.956	1.196	0.002	378.61	<.0001
	시스템도입 후 (2007.7~2009.6)	1.132	0.535	0.001		
	차이(전-후)	0.824	0.926	0.002		
진 료 비	시스템도입 전 (2005.7~2007.6)	50,859	132,224	219.6	61.62	<.0001
	시스템도입 후 (2007.7~2009.6)	34,352	92,527.5	153.4		
	차이(전-후)	16507	114,071	267.7		

3. 연도별 월평균 외래 의료이용량의 변화

환자 1인당 월 평균 진료일수는 2005년 2.09일에서 2006년 2.02일로 변화가 없었으나 2007년에는 1.38일로 급격히 감소하였고, 2008년부터는 1.14일로 약간 감소는 하였으며, 이후로는 그 상태를 유지하며 더 이상 줄지 않았다.

환자 1인당 월 평균 진료비는 2005년 53.9천원에서 2006년 53.1천원으로 변화가 거의 없으나, 2007년에는 38.9천원으로 26.6% 감소하였으나, 2008년부터는 34.9천원으로 약간 감소하면서 그 비용을 유지하는 수준에 있으며,

환자 1인당 월 평균 내원일당 진료비는 2005년 26.5천원에서 2006년 2.1% 소폭 증가한 27.1천원 이며, 이후 매년 증가율이 -0.3%(27.0천원), 1.9%(27.5천원), 5.5%(29.1천원)로 증가하였으며,

외래환자의 종합병원 이용률은 2005년 15.6%, 2006년 15.6%에서 2007년 14.4%, 2008년 14.3%로 감소한 후 2009년 15.2%로 증가하였다(표 14).

표 14. 연도별 월평균 외래이용량의 변화(평균±표준편차)

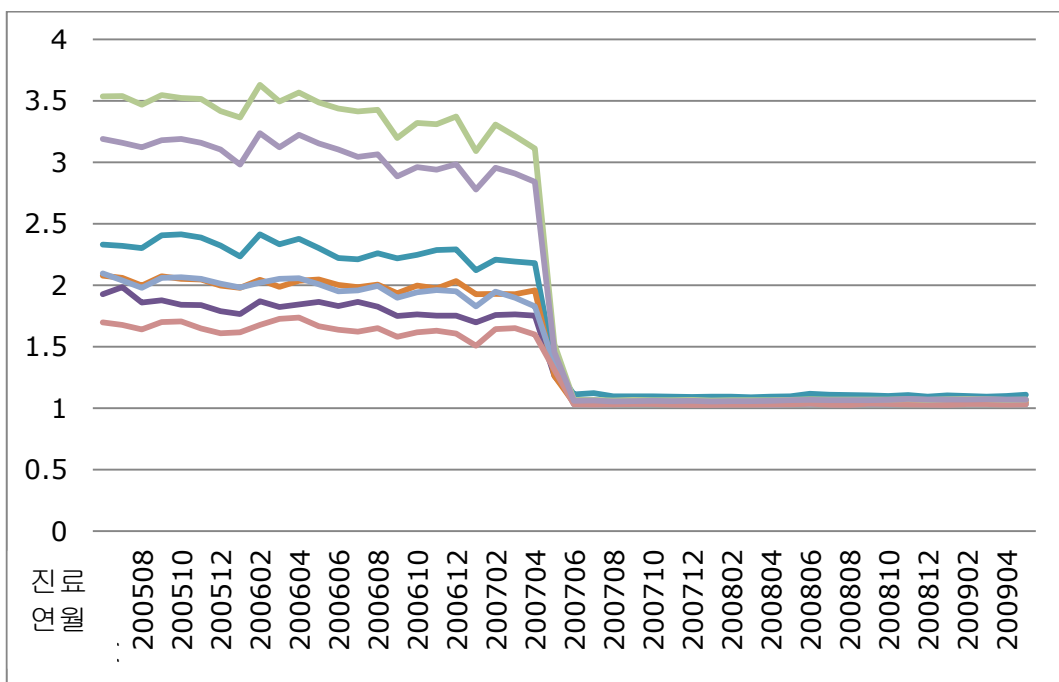
구분	변수	평균값	표준편차	t 값	Pr > t
2005	1 인당 진료일수	2.09	1.61	751.04	<.0001
	1 인당 진료비	53899	155268	200.94	<.0001
	1 인당 진료일당 진료비	26544	78398	195.99	<.0001
	종합병원이용률(%)	15.57	27.89	323.16	<.0001
2006	1 인당 진료일수	2.02	1.44	835.62	<.0001
	1 인당 진료비	53054	150018	210.03	<.0001
	1 인당 진료일당 진료비	27098	77890	206.61	<.0001
	종합병원이용률(%)	15.59	26.49	349.5	<.0001
2007	1 인당 진료일수	1.38	0.70	1172.14	<.0001
	1 인당 진료비	38946	107726	214.89	<.0001
	1 인당 진료일당 진료비	27021	66003	243.34	<.0001
	종합병원이용률(%)	14.4	25.8	331.69	<.0001
2008	1 인당 진료일수	1.14	0.59	1138.6	<.0001
	1 인당 진료비	34908	102127	203.15	<.0001
	1 인당 진료일당 진료비	27548	68118	240.35	<.0001
	종합병원이용률(%)	14.27	25.85	328.03	<.0001
2009	1 인당 진료일수	1.14	0.63	1044.24	<.0001
	1 인당 진료비	36445	103966	204.37	<.0001
	1 인당 진료일당 진료비	29050	73095	231.7	<.0001
	종합병원이용률(%)	15.19	27.63	320.54	<.0001

※ 1 인당 월평균 진료일수 및 진료비 변화 추이

4. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 외래 진료일수 변화

외래 진료의 빈도가 높은 순으로 7개의 질환을 선정하여 질환별 외래의료 이용의 변화 추이를 살펴보았다. 먼저 가장 외래이용이 높은 질환으로는 ‘추간관장애(M50~M519)’와 관련된 질환으로 3.6일에서 1.1일로 약 2.5일이 감소하였고, 두번째는 ‘무릎관절증(M15~M1999)’으로 3.2일에서 1.1일로 약 2.1일이 감소하였다. 세번째는 ‘천식(J45~J46)’으로 2.4일에서 1.1일로 약 1.3일이 감소하였다. 네번째는 ‘치과질환(K000~K149)’으로 2.1일에서 1.1일로 약 1.0일이 감소하였다. 다섯번째는 ‘급성비인두염(J00~J069)’으로 1.9일에서 1.1일로 약 0.8일이 감소하였다. 여섯번째는 ‘고혈압성질환(I10~I109)’으로 1.7일에서 1.1일로 약 0.6일이 감소하였다. 일곱번째는 ‘갱년기장애(K043~K06)’로 1.7일에서 1.1일로 약 0.6일 감소하였다(그림 6).

진료일수(일)



※ 7개질환은 위에서부터 그래프 순서에 맞춰 설명하였음

그림 6. 월평균 다빈도질환별 외래 진료일수 변화

5. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 외래 진료비 변화

외래 월평균 진료비가 높은 순으로 7개의 질환을 선정하여 질환별 진료비의 변화 추이를 살펴보았다. 먼저 진료비가 가장 높은 질환으로는 ‘추간판장애(M50~M519)’와 관련된 질환으로 월 평균 61,000원에서 20,000원으로 약 41,000원이 감소하였고, 그 다음이 ‘무릎관절증(M15~M1999)’으로 월 평균 50,000원에서 20,000원으로 약 30,000원이 감소하였다. 세번째는 ‘치과질환(K000~K149))’으로 월 평균 39,000원에서 21,000원으로 약 18,000원이 감소하였다. 네번째는 ‘천식(J45~J46)’으로 월 평균 35,000원에서 18,000원으로 약 17,000원이 감소하였다. 다섯번째는 ‘갱년기장애(K043~K06)’로 월 평균 30,000원에서 18,000원으로 약 12,000원이 감소하였다. 여섯번째는 ‘고혈압성질환(I10~I109)’으로 월 평균 28,000원에서 18,000원으로 약 10,000원이 감소하였다. 일곱번째는 ‘급성비인두염(J00~J169)’으로 월 평균 20,000원에서 12,000원으로 약 8,000원이 감소하였다(그림 7).

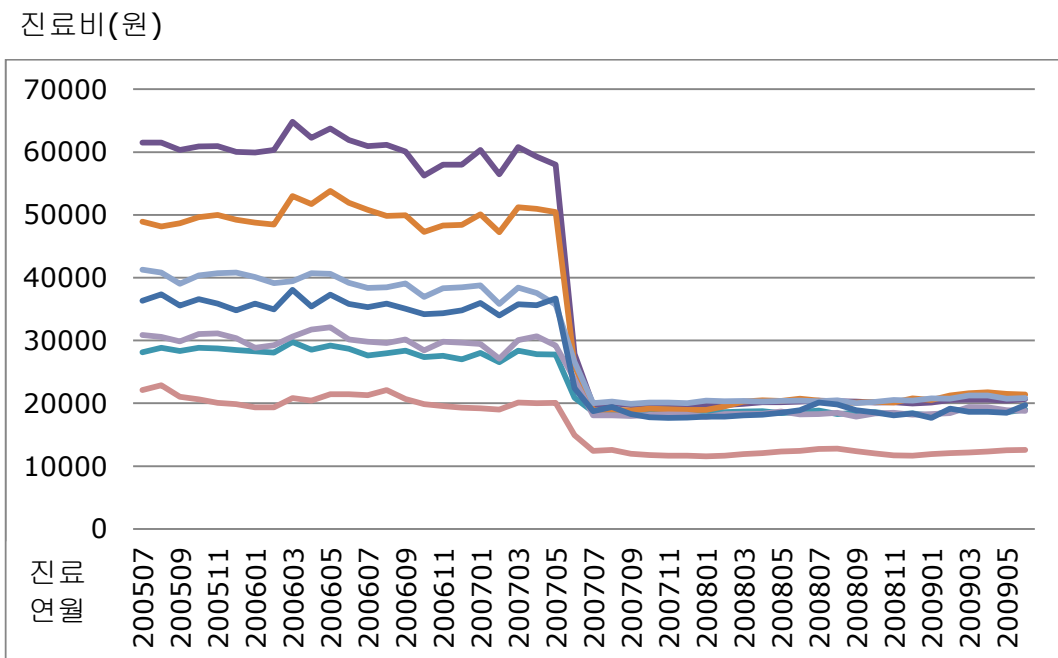


그림 7. 월평균 다빈도 질환별 외래 진료비 변화

6. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 입원 진료일수 변화

입원 진료의 빈도가 높은 순으로 7개의 질환을 선정하여 질환별 입원일수의 변화 추이를 살펴보았다. 먼저 가장 입원이용이 높은 질환으로는 ‘신장질환(F281~F232)’으로 26.7일에서 27.5일로 약 0.8일이 증가하였고, 그 다음이 ‘치매증(F00~F199)’으로 23.2일에서 25.0일로 약 1.8일이 증가하였다. 세번째는 ‘악성신생물(C00~C142)’로 22.1일에서 3.3일로 약 18.8일 대폭 감소하였다. 네번째는 ‘알코올성 정신 및 행동장애(F10~F109)’로 22.1일에서 23.6일로 약 1.5일이 증가하였다. 다섯번째는 ‘뇌경색증(I635~I639)’으로 21.2일에서 22.3일로 약 1.1일이 증가하였고. 여섯번째는 급성비인두염(J00~J0511)’으로 13.0일에서 10.4일로 약 2.6일이 감소하였다. 일곱번째는 ‘고혈압성질환(I10~I109)’으로 7.0일에서 12.4일로 약 5.4일이 증가하였다 (그림 8).

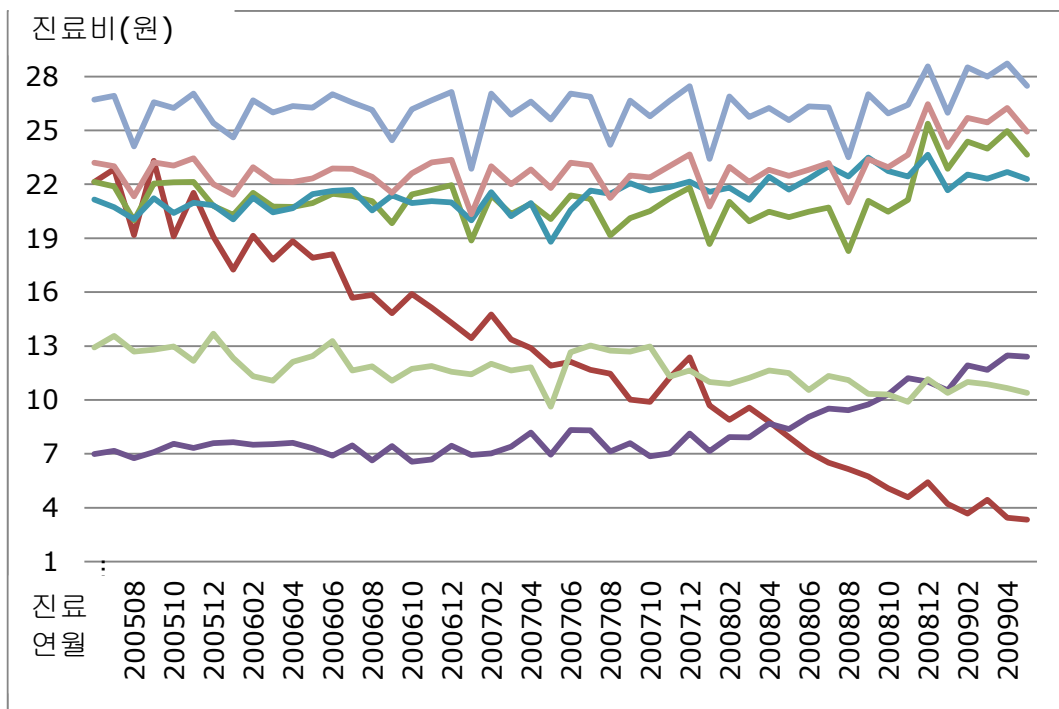


그림 8. 월평균 다빈도 질환별 입원 진료일수 변화

7. 제도도입 전후 월평균 다빈도 질환별 입원 진료비 변화

입원 진료비가 높은 순으로 7개의 질환을 선정하여 질환별 입원 진료비의 변화 추이를 살펴보았다. 먼저 가장 입원 진료비가 높은 질환으로는 ‘뇌경색증(I635~I639)’으로 1,458천원에서 1,596천원으로 약 138천원이 증가하였고. 그 다음이 급성비인두염(J00~J0511)’으로 1,269천원에서 1,214천원으로 약 55천원이 감소하였다. 세번째는 ‘악성신생물(C00~C142)’로 999천원에서 305천원으로 약 694천원이 대폭 감소하였다. 네번째는 ‘신장질환(F281~F232)’으로 718천원에서 886천원으로 약 168천원이 증가하였고, 다섯번째는 ‘치매증(F00~F199)’으로 776천원에서 1,104천원으로 약 328천원이 대폭 증가하였다. 여섯번째는 ‘알코올성 정신 및 행동장애(F10~F109)’로 718천원에서 886천원으로 약 168천원이 증가하였다. 일곱번째는 ‘고혈압성질환(I10~I109)’으로 389천원에서 646천원으로 약 257천원이 증가한 것으로 나타났다(그림 9).

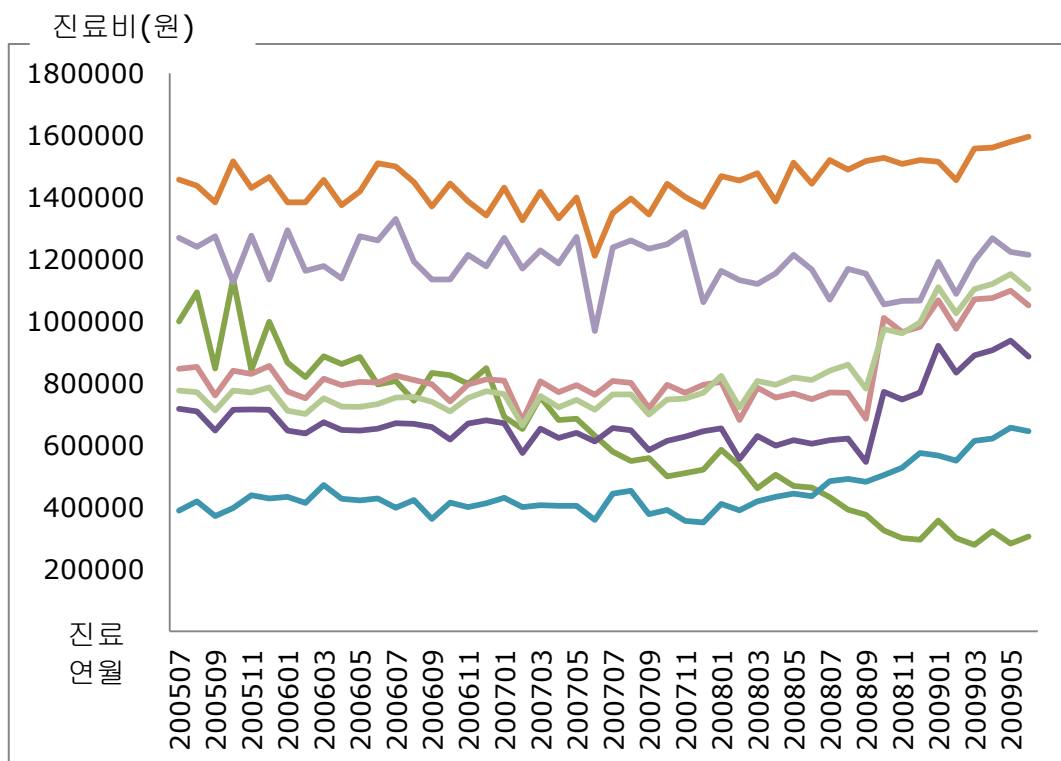


그림 9. 월평균 다빈도 질환별 입원 진료비 변화

8. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료일수 변화

요양기관 종별에 따른 평균 외래 진료일수의 변화를 비교하면 [표 15]와 같다. 모든 요양기관 종별에서 진료일수가 감소하는 것으로 나타났으며, 종합병원을 비롯한 병원급이상에서는 0.1일에서 0.3일 정도 소폭으로 감소하는 것으로 나타났으나, 의원급에서는 1.0일에서 2.8일까지 큰 폭으로 감소하는 것으로 나타났고, 보건기관에서는 0.3일 소폭 감소하는 것으로 나타났다.



그림 10. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료일수 변화

※ 그래프는 위에서부터 한의원, 의원, 요양병원, 병원, 치과의원, 치과병원, 종합병원, 보건기관 순임

9. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료비 변화

요양기관 종별에 따른 평균 외래 진료비의 변화를 비교하면 [표 16]과 같다. 진료일수와는 다른 양상이 나타났는데, 종합병원은 9,065원이 감소했고, 치과병원은 4,831원이 감소했으나 병원과 요양병원에서는 각각 3,499원과 5,426원이 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 의원급에서는 28,126원, 치과의원은 19,649원, 한의원은 42,747원이 감소하는 것으로 나타났고, 보건기관은 1,629원 소폭 감소하는 것으로 나타났다.

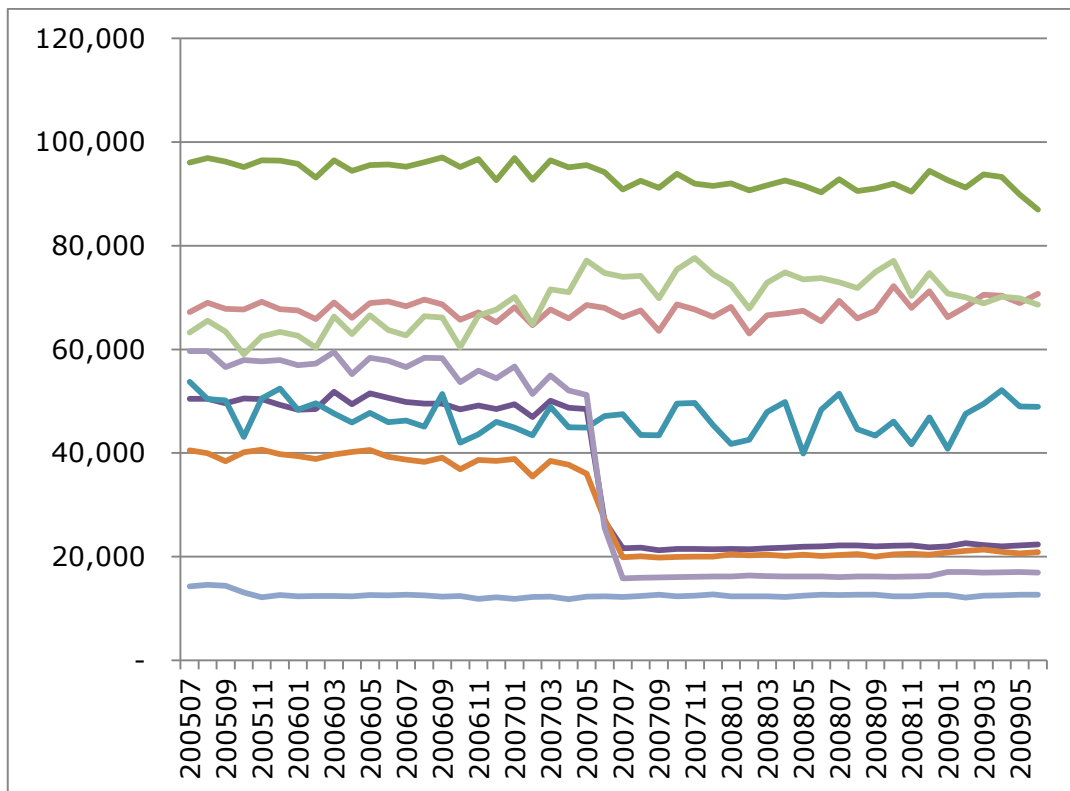


그림 11. 요양기관종별 월별 평균 외래 진료비 변화

※ 그래프는 위에서부터 종합병원, 병원, 요양병원, 한의원, 치과병원, 의원, 치과의원, 보건기관 순임

10. 월평균 외래 진료일수에 대한 GEE 회귀분석

연령, 거주지역, 성별, 요양기관 종별, 다빈도상병, 연도별, 제도개선 전 후에 대한 더미변수(dummy variable)를 활용하여 제도개선 전과 후의 월평균 진료일수에 대한 GEE 회귀분석 결과는 [표 16]과 같다

진료일수에 대해 시계열적으로 반복 측정한 자료의 특성을 고려하여 일반화 추정 방정식(GEE: Generalized Estimating Equation)을 적용하였다. GEE 는 전체 자료의 인과모형을 추정하는데 사용되는데, 특히 정규분포로부터 이탈하는 다변량 변수에 일반선형모형(GLM: Generalized Linear Model)을 적용한 것으로 GLM 에서는 다루기 어려운 반복측정 시계열 자료를 다룰 수 있는 분석기법이다(Liang & Zeger, 1986). 45 세 미만, 서울특별시 거주, 남성, 종합병원, 추간관장애, 2005 년을 기준집단으로 하여 분석하였다.

각 변수마다 진료일수에 어떻게 영향을 주었는지에 대해 세부적으로 살펴 보면 다음과 같다. 첫째, 연령은 45세 미만을 기준으로 다른 연령대는 진료 일수에 더 많은 양의 영향을 주는 것으로 나타나며, 65세 이상 75세 미만의 경우는 다른 연령대에 비해 진료일수가 더 많은 것으로 나타났다. 두번째, 거주지역별로는 서울특별시를 기준으로 광역시는 진료일수에 더 큰 양의 영향을 주는 것으로 보이는 반면, 도에서는 음의 영향을 주는 것으로 나타나 광역시가 다른 지역에 비해 진료일수가 많은 것으로 나타났으나, 결과가 $P=0.4559$ 로 통계적으로 유의하지 않았다. 세번째, 성별은 남자 보다 여자가 아주 작게 진료를 덜 한 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의한 결과가 나왔다 네번째,

요양기관 종별은 종합병원에 비해 대부분의 병·의원에서 진료일수에 더 큰 양의 영향을 주는 것으로 나타났으나, 조산소에서는 음의 영향(회귀계수=-0.221)을 주는 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의한 것으로 나타났다 ($P<.001$). 다섯번째, 다빈도상병별로는 추간판장애(M50~M519)에 비해 모든 상병에서 진료일수에 음의 영향을 주는 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의하였다. 여섯번째, 연도별로는 2005년에 비해 모든 연도(2006년~2009년)에서 진료일수에 음의 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 의료급여제도의 변화가 진료일수를 줄이는데 영향을 미쳤다는 것을 설명하고 있다. 일곱번째, 제도개선 전후 비교에서는 제도개선 전보다 후가 음의 영향(회귀계수=-0.715)을 주는 것으로 나타났다. 이는 제도개선 이후에 진료일수가 줄어들었다는 것을 설명하고 있다.

표 15. 월평균 외래 진료일수에 대한 GEE 회귀분석

변수	회귀계수	표준오차	95% C.I		Z 값	p 값
절편	2.177	0.005	2.167	2.188	410.540	<.0001
연령						
~45 세						
45~64	0.134	0.003	0.129	0.140	47.170	<.0001
65~74	0.154	0.003	0.149	0.159	61.590	<.0001
75~	0.142	0.003	0.137	0.147	56.620	<.0001
지역						
서울특별시						
광역시	0.041	0.003	0.034	0.048	12.160	<.0001
도	-0.002	0.003	-0.008	0.004	-0.750	0.4559
성별						
남자						
여자	-0.020	0.002	-0.024	-0.016	-9.830	<.0001
요양기관종별						
종합병원						
의원	0.232	0.002	0.228	0.236	109.410	<.0001
치과병원	0.307	0.011	0.285	0.329	27.440	<.0001
치과의원	0.060	0.003	0.054	0.066	20.840	<.0001
조산소	-0.221	0.002	-0.225	-0.216	-99.290	<.0001
한의원	0.724	0.007	0.711	0.737	107.770	<.0001
병원	0.458	0.004	0.450	0.466	112.400	<.0001
요양병원	0.833	0.015	0.804	0.862	56.630	<.0001
다빈도질환						
추간관장애						
고혈압성질환	-0.484	0.004	-0.491	-0.477	-140.260	<.0001
무릎관절증	-0.093	0.004	-0.101	-0.085	-23.040	<.0001
치과질환	-0.348	0.004	-0.356	-0.341	-91.630	<.0001
급성비인두염	-0.462	0.004	-0.468	-0.455	-133.190	<.0001
갱년기장애	-0.463	0.004	-0.471	-0.455	-117.200	<.0001
천식	-0.303	0.005	-0.314	-0.293	-58.800	<.0001
연도						
2005 년						
2006 년	-0.070	0.002	-0.074	-0.066	-33.050	<.0001
2007 년	-0.256	0.002	-0.261	-0.251	-106.070	<.0001
2008 년	-0.249	0.003	-0.254	-0.244	-98.850	<.0001
2009 년	-0.252	0.003	-0.257	-0.247	-98.260	<.0001
제도개선 전						
제도개선 후	-0.709	0.002	-0.713	-0.705	-357.550	<.0001

11. 월평균 외래 진료비에 대한 GEE 회귀분석

연령, 거주지역, 성별, 요양기관 종별, 다빈도상병, 연도별, 제도개선 전 후에 대한 더미변수(dummy variable)를 활용하여 제도개선 전과 후의 1인당 평균 진료비에 대한 회귀분석 결과는 [표 17]과 같다.

진료비에 대해서도 진료일수와 마찬가지로 시계열적으로 반복 측정된 자료의 특성을 고려하여 일반화 추정 방정식(GEE: Generalized Estimating Equation)을 적용하였고, 45세 미만, 서울특별시 거주, 남성, 종합병원, 추간관장애, 2005년을 기준집단으로 하여 분석하였다.

각 변수마다 진료비에 어떻게 영향을 주었는지에 대해 세부적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫번째, 연령은 45세 미만을 기준으로 다른 연령대는 45세 이상 65세미만은 양의 영향으로 45세미만 보다 진료비를 많이 쓰는 것으로 나왔으나, 65세 이상의 연령대에서는 진료비를 덜 쓰는 것으로 나타났다. 앞에서 분석된 진료일수는 나이가 들수록 증가하지만 진료비의 경우는 그와는 반대로 감소하는 것으로 나타났다. 두번째, 거주지역별로는 서울특별시에 비해 광역시와 도에서 진료비에 더 큰 양의 영향을 주는 것으로 나왔는데, 이는 특별시가 다른 지역에 비해 진료비를 덜 쓴다는 것을 의미한다. 그러나 광역시의 경우는 결과가 $P=0.0134$ 로 통계적으로 유의하지 않았다. 세번째, 성별은 남자 보다 여자가 음의 영향으로 진료비가 더 적다는 것을 알 수 있다. 네번째, 요양기관 종별은 종합병원에 비해 모든 요양기관에서 음의 영향을 보이고 있으며, 특히 의원급에서 더 큰 음의 영향을 보이고 있다. 이는 의료급여 제도의 변화가 진료비에 크게 음의 영향을 주었다는 것을 의미한다. 다섯번째, 다빈도상병별로는 추간관장애(M50~M519)에 비해 모든 상병에서 진료비에 음의 영향을 주는 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의하였다. 여섯번째, 연

도별로는 2005년에 비해 모든 연도(2006년~2009년)에서 진료비에 음의 영향을 주는 것으로 나타났다. 일곱번째, 제도개선 전후 비교에서는 제도개선 전보다 후가 음의 영향을 주는 것으로 나타나므로, 제도개선 효과가 진료비를 줄이는데 많은 영향을 주었다는 것을 설명하고 있다.

표 16. 월평균 외래 진료비에 대한 GEE 회귀분석

변수	회귀계수	표준오차	95% C.I		Z 값	p 값
절편	84,776	602	83,596	85,955	141	<.0001
연령						
~45 세						
45~64	3,993	390	3,229	4,756	10	<.0001
65~74	-1,359	308	-1,962	-756	-4	<.0001
75~	-2,726	304	-3,322	-2,130	-9	<.0001
지역						
서울특별시						
광역시	671	272	139	1,204	2	0.0134
도	1,210	253	715	1,706	5	<.0001
성별						
남자						
여자	-1,879	178	-2,228	-1,530	-11	<.0001
요양기관종별						
종합병원						
의원	-39,313	358	-40,015	-38,611	-110	<.0001
치과병원	-15,891	544	-16,957	-14,825	-29	<.0001
치과의원	-31,360	316	-31,979	-30,741	-99	<.0001
조산소	-54,304	336	-54,962	-53,646	-162	<.0001
한의원	-35,107	360	-35,812	-34,401	-98	<.0001
병원	-10,422	424	-11,252	-9,591	-25	<.0001
요양병원	-14,137	682	-15,474	-12,801	-21	<.0001
다빈도질환						
추간관장애						
고혈압성질환	-14,893	115	-15,118	-14,668	-130	<.0001
무릎관절증	-4,444	104	-4,648	-4,241	-43	<.0001
치과질환	-15,487	146	-15,774	-15,201	-106	<.0001
급성비인두염	-18,769	113	-18,990	-18,547	-166	<.0001
갱년기장애	-19,645	149	-19,937	-19,352	-132	<.0001
천식	-15,237	163	-15,557	-14,917	-93	<.0001
연도						
2005 년						
2006 년	-974	83	-1,137	-812	-12	<.0001
2007 년	-2,885	98	-3,077	-2,693	-29	<.0001
2008 년	-1,775	115	-2,000	-1,550	-15	<.0001
2009 년	-1,664	124	-1,908	-1,420	-13	<.0001
제도개선 전						
제도개선 후	-13,664	102	-13,864	-13,464	-134	<.0001

V. 고 찰

이 연구는 의료급여 수급권자의 과다 의료이용 등 도덕적 해이를 줄이고 적정의료이용을 유도하여 재정안정을 도모하기 위하여 시행된 의료급여제도 정책의 변화가 환자의 의료이용에 어떠한 변화를 주었는지 제도도입 전·후 외래 진료일수와 외래 진료비 등에 미치는 영향을 분석한 연구이다.

의료급여제도에 정책 변화가 있었던 2007년 7월 1일 이후 의료급여 1종 수급권자의 의료이용과 진료비 변화에 관한 연구들이 많이 있었다. 김영옥은 건강보험심사평가원에 청구된 의료급여 1종 진료비 자료를 가지고 2006년 10월과 2007년 10월의 외래진료비 본인부담 면제대상을 제외한 청구건 전체를 이용하여 분석한 “의료급여 1종 수급권자에 대한 외래 본인부담제 도입이 의료이용 및 진료비에 미치는 영향”에서 건당 평균 방문일수 및 진료일수는 2.87일에서 2.15일, 4.5일에서 3.83일로 각각 감소한 것으로 나타났으며, 건당 평균 외래진료비 및 원외처방 약제비는 각각 21.3%, 17.11%가 감소되었으며, 의료급여 재정절감 측면에서 효과성이 인정된다는 해석을 하고 있다(김영옥, 2008).

또한 신현웅은 2007년 3~5월, 2007년 8~10월의 의료이용을 분석한 “의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구”에서 내원일수가 비적용자 13.1%, 당연적용자 23.3%, 자발적참여자 21.6%로 각각 감소하였다고 하였으며, 투약일수도 비적용자 5.0%, 당연적용자 15.0%, 자발적참여자 17.4% 각각 감소하였고, 진료비는 비적용자가 11.0%, 당연적용자가 20.2%, 각각 감소, 증가율이 감소한 것은 선택병의원제도 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과

로 해석될 수 있다고 하였다(신현웅외 5명, 2008).

전기홍은 본인부담 인상이 14세 이하의 의원 의료이용, 대도시에 비해 지방의 의료이용, 가족수가 많을수록 외래 의료이용이 더 많이 감소하였고, 본인부담 인상이 외래이용을 많이 하는 사람의 수요를 감소시켜 결국에는 소득이 높을수록 외래이용의 감소가 컸다고 하였다(전기홍, 1990). 정기택은 의료보험에서 정액제를 도입한 결과, 의원에서 방문횟수가 도입전에 비해 10%가 줄었고, 질병별로는 만성질환자들의 건당 방문일수와 투약일수 등 의료이용이 급성환자에 비해 더 큰폭으로 감소하였다고 하였다(정기택, 1993, 최인미, 1988).

최지숙은 건강보험심사평가원에 청구된 의료급여 1종 진료비 청구자료 중 2006년 7월~2007년 6월, 2007년 7월~2008년 1월까지 기간동안의 자료로 분석한 “의료급여 1종 외래본인부담 대상자의 의료수요의 변화에 관한 연구”에서 외래이용자수가 0.27% 감소, 본인부담금이 10%상승 시 연간 외래방문일수가 0.12% 감소했다고 하였다(최지숙 외 3명, 2010).

이 외에도 국내연구로는 최기춘 외 3명(건강보험공단, 2008)의 “2007년 의료급여제도 혁신성과 분석과 시사점”, 박경자(2008)의 “의료급여 정책변화에 따른 의료이용 변화(1개 국립종합병원 의료급여 1종 외래환자들을 대상으로)”, 박동아(2003)의 “외래 암환자의 외래본인부담률 경감제도 도입이 암환자의 의료이용 및 진료비에 미치는 영향분석”, 배은영(2005)의 “본인부담금이 의약품 사용에 미친 영향분석”, 이용재(2007)의 “의료급여환자 의료이용의 지역간 차이와 그 원인 분석” 등이 있고,

본인부담 등 정책의 변화가 의료이용에 미친 영향에 대한 외국의 연구를 보면, Phelps(1972)는 25% 정률(coinsurancerate)의 방문횟수에 대한 수요탄력도 추정결과가 -0.18로서 10%의 추가부담은 1.8%의 감소를 가져온다고 하였고, Newhouse등(1974)는 26.5%의 본인부담은 총입원 지출의 17% 이상 감소를 가져온다고 하였다. Feldstein(1973)은 본인부담률을 33%에서 50%로 증가시킴에 따라 얻게될 순 후생이득은 총 병원진료비의 16~32%라고 하였다. 또한 Beak(1974)은 정액제 도입의 효과검증에서 저소득층의 외래이용에 있어서 부의효과가 있다고 하였다. George Kephart 등(2007)은 캐나다 서부 NovaScotia 노인약제지급보험(NSSPP)을 통해 노인들에게 공적으로 실시한 약제비용 본인부담금 공제제도의 도입이 약제사용에 미치는 효과분석에서 환자는 자신의 총 지출이 연간 한도액을 초과할 것이 예상되는 경우 본인지출이 없음을 미리 예상하고 있으며, 반대로 연간 지불한도액에 미치지 않는 환자들은 처방비용을 인지하여 투약이용을 줄이려는 경향이 있다고 하였다.

이 연구에서도 여러 유형의 의료급여제도 도입의 효과가 이전 선행연구에서 보여주었던 결과들과 유사하게 나타났다. 월별 외래 진료일수는 2005년 7월 평균 2.2일에서 2009년 6월 평균 1.2일로 1.0일(54.5%) 감소하였고, 월별 외래 진료비는 2005년 7월 평균 2009년 6월 평균 59.9천원에서 39.2천원으로 20.6천원(34.6%)이 감소한 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 이는 제도도입이 외래 의료이용에 큰 영향을 미쳤다고 볼 수 있으며, 본인부담이 없는 의료급여 1종 수급권자들의

불필요한 의료이용, 즉 도덕적 해이를 상당부분 통제하는데 크게 기여하였다고 판단된다. 다빈도 질환별로는 추간판장애, 무릎관절증 등과 같이 물리치료나 파스 등으로 인해 오남용이 많다고 지적(세계일보 2006.09.22, 중앙일보 2012.02.02, 정기택, 1993)되었던 질환의 경우, 진료일수 및 진료비가 큰 폭으로 감소하였고, 반대로 평소 관리를 필요로 하는 고혈압성질환이나 갱년기 장애 등과 같은 질환에서는 소폭으로 감소하였다.

다빈도 질환별로 월평균 입원 일수와 입원 진료비의 변화를 분석한 결과에서는 신장질환, 치매증 등은 소폭 증가하였고, 이와는 반대로 급성비인두염은 소폭 감소하는 경향을 보였다. 특히 변화가 많았던 질환으로는 악성신생물로써 18.8 일 대폭 감소하였는데, 이는 외래에 대한 건강생활유지비 지원제도가 도입되면서 경제적 상황(Feldstein, 1973, BECK, 1974)을 고려한 중증 입원환자의 외래전환에 따른 것으로 예측된다. 입원 진료비는 급성비인두염 55 천원, 악성신생물 694 천원 대폭 감소한 것을 제외하고, 나머지 뇌경색증 138 천원, 신장질환 168 천원, 치매증 328 천원, 알코올성 정신 및 행동장애 168 천원, 고혈압성질환 257 천원씩 각각 증가한 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의하였다($P < .0001$).

요양기관 종별 외래 진료일수 및 진료비의 변화를 분석한 결과에서는 모든 종별에서 진료일수의 유의한 감소를 보였으며, 특히 의원급에서 더 유의하게 감소하였다. 외래 진료비는 요양병원에서 1,661 원이 증가한 것을 제외하고는 모든 요양기관 종별에서 통계적으로 유의하게 감소한 것으로

나타났다($P < .0001$). 그러나 병원에서는 진료일수와 진료비 모두 소폭으로 감소는 하였지만 통계적으로 유의하지 않았다($P < .1034$).

연구결과 제도시행 후 2년간 1인당 진료일수는 47.8%, 1인당 진료비는 34.7%로 많은 감소율을 보이고 있는데, 이는 2007년 7월부터 ‘의료급여 혁신 종합대책(보건복지부, 2007)’을 수립하여 추진한 여러 유형의 의료급여제도 변화에 크게 영향을 받은 것으로 판단된다.

이 연구의 특징은 다른 연구와는 달리 제도 도입 전후를 비교한 것은 유사하나 다른 연구에서는 제도 도입 전후 일정 시점만을 비교한 경우도 있었고, 도입 전후의 평균만으로 비교하였으나 이 연구는 도입 전후 2년간의 시계열 분석을 통해 월별 변화추이를 관찰했다는 것이 큰 의미가 있으며, 다빈도 질환을 대상으로 질환에 따른 진료일수와 진료비의 변화를 분석했다는 점에서 의의가 있다.

이 연구의 한계로는 연구결과 제도시행 취지에 맞게 의료의 적정이용으로 유도하여 외래 진료일수의 감소와 총 진료비 증가 억제는 효과의 긍정적인 부분으로 볼 수 있으나,

첫째, 진료비 중 비급여 항목이 제외되어 실제 진료비의 총량을 파악하지 못한 점과 약제비를 포함하지 못했다는 점이다.

둘째, 소득분위별, 교육수준, 가구소득, 기존병의 이완정도, 생활습관(흡연, 음주, 운동 등)에 따른 의료이용 정도를 확인할 수 없었다는 것이 이 연구에 제한점이 있다고 판단된다.

VI. 결 론

우리나라의 건강보험 가입자는 4,861만명으로 전 국민의 96.7%를 차지하고 있으며, 의료급여수급권자는 168만명으로 3.3%가 해당된다. 진료비로 지출되는 금액을 보더라도 건강보험은 1인당 연간 80만원을 사용하고 있고, 의료급여는 345만원을 사용할 정도로 건강보험 가입자에 비해 의료이용이 더 많다(2009년 보건복지백서, 2010). 선행연구에 따르면 외래 진료일수 및 진료비의 경우 제도 도입이 의료이용량에 미치는 영향이 컸던 것으로 나타났다.

이 연구는 의료급여 1종 수급권자의 외래진료에 대한 의료급여제도 정책의 변화가 의료이용에 미치는 영향을 분석해 보기 위해 시행한 연구로서 2005년 6월30일부터 2009년 6월30일까지 자격변동이 없던 대상자들의 진료내역을 이용하여 분석한 단면연구이다. 제도 도입 전후 각 2년간 자격변동이 없는 371,811명을 연구대상으로 제도 도입이 외래 진료일수와 외래 진료비에 미치는 영향이 어느정도인지, 제도의 효과성에 관한 요인을 파악하여 앞으로 보건정책 개발에 필요한 기초적인 정보를 제공하고자 하였다.

연구결과, 월 평균 진료일수는 1.95일에서 1.13일로 42.13% 감소하였고, 월 평균 외래 진료비는 50,859원에서 34,352원으로 제도 시행 후 32.46% 감소한 결과를 보였으며 통계적으로 유의하였다. 다빈도질환에 대한 외래 진료일수와 외래 진료비의 변화에서는 추간관장애, 무릎관절증 등과 같이 물리치료나 파스 등으로 인해 오남용이 많았던 질환의 경우, 진료일수 및 진료비가 큰 폭으로 감소하였고, 반대로 평소 관리를 필요로 하는 고혈압성질환이나 갱년기 장애 등과 같은 질환은 소폭 감소하였다.

반면 월평균 입원 일수와 입원 진료비의 변화를 분석한 결과에서는 신장질환, 치매증 등은 소폭 증가하였고, 급성비인두염은 소폭 감소하는 경향을 보였다. 특히 변화가 많았던 질환으로는 악성신생물로써 18.8 일 대폭 감소하였는데, 이는 외래에 대한 건강생활유지비 지원제도가 도입되면서 경제적 상황을 고려한 중증 입원환자가 외래로 이동함에 따른 것으로 예측된다. 입원 진료비는 급성비인두염 55 천원, 악성신생물 694 천원 대폭 감소한 것을 제외하고, 나머지 뇌경색증 138 천원, 신장질환 168 천원, 치매증 328 천원, 알코올성 정신 및 행동장애 168 천원, 고혈압성질환 257 천원씩 각각 증가한 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의하였다($P < .0001$).

외래 의료이용 및 진료비가 감소할 것이라는 가설은 이 연구를 통하여 시스템 도입 전후의 외래 진료일수 및 외래 진료비의 평균의 차이가 유의하게 감소하였고, 다중회귀분석결과 시스템의 도입이 외래 진료일수 및 외래 진료비의 감소에 유의한 영향요인 이었음은 물론, 통계적으로도 매우 유의하게 감소하였다. 그러므로 외래 진료일수 및 외래 진료비의 감소에 큰 영향을 미쳤다는 결론을 내리기가 충분하다고 판단된다.

이 연구가 다른 연구와 차별되는 점은 다른 연구에서는 제도 도입 전후 일정 시점만을 비교한 경우도 있었고, 도입 전후의 평균만으로 비교하였으나 이 연구는 도입 전후 2 년간의 시계열 분석을 통해 월별 변화추이를 관찰했다는 것이 큰 의미가 있으며, 다빈도 질환을 대상으로 질환에 따른 진료일수와 진료비의 변화를 분석했다는 점에서 의의가 있다.

이 연구의 한계로는 진료비 중 비급여 항목이 제외되어 실제 진료비의 총량을 파악하지 못한 점, 약제비를 포함하지 못했다는 점, 소득분위별, 교육수준, 가구소득, 기존병의 이완정도, 생활습관 (흡연, 음주, 운동 등)에 따른 의료이용 정도를 확인할 수 없었다는 연구의 제한점이 있다고 판단된다.

새로운 제도를 시행하게 되면 반드시 평가가 있어야 하며, 그 평가결과에 따라 효과가 좋았던 제도부터 단계적으로 도입되어야 하고, 도덕적 해이를 방지하면서 의료기관 이용이 필요함에도 경제적 이유로 의료서비스를 받지 못하는 사례가 발생되지 않도록 적절한 대책을 마련해야 할 것이다.

이 연구는 새로운 제도시행을 전후해서 의료이용 및 진료비의 변화를 분석하였다는 점과 다빈도질환에 대한 질환별 의료이용 행태를 분석했다는 데 있어서도 그 의의가 있다고 판단된다. 의료급여 수급권자들의 경제적 상황과 의료 필요성 및 접근성, 소득분위별, 교육수준, 가구소득, 기존병의 이완정도, 생활습관 (흡연, 음주, 운동 등)에 따른 의료이용 정도 등 구체적 내용에 대한 폭넓은 연구가 이루어져 의료급여 재정안정화와 저소득층이 적정한 부담으로 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 보건정책을 제언하는 바이다.

참고 문헌

- 국민건강보험공단. 2013 년도 의료급여업무처리지침. 2013
- 김영옥. 의료급여1종 수급권자에 대한 외래 본인부담제 도입이 의료이용 및 진료비에 미치는 영향. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2008
- 박경자. 의료급여 정책변화에 따른 의료이용 변화(1개 국립종합병원 의료급여 1종 외래환자들을 대상으로). 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2003
- 박동아. 암환자 외래 진료 본인부담률 경감제 도입이 의료이용 및 진료비에 미치는 영향. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2003
- 배은영 등. 본인부담금이 의약품 사용에 미치는 영향분석. 보건경제와 정책연구. 2005
- 보건복지부. 보건복지 통계연보. 각년도
- 보건복지부. 의료급여 혁신 종합대책. 2007
- 보건복지부. 보건복지백서. 각년도
- 보건복지부. 2013 년도 의료급여사업안내
- 보건복지부. 2007 년도 의료급여관리사 운영실적. 2008
- 신현웅, 윤장호, 임지원, 박하정. 의료급여 진료비 지출 실태분석, 보건사회연구원 정책보고서 2011-117 호: 65-102
- 신현웅, 신영석, 윤장호, 임지원, 박하정. 의료급여 진료비 지출 실태분석, 보건사회연구원 정책보고서 2011-117 호: 65-102

- 이익섭, 김동기, 의료급여 사례관리사업의 효과성 평가에 관한 연구:
삶의 질 향상과 의료급여 재정안정화를 중심으로, 한국사회복지
행정학 2006;8(1):39-66
- 이준영. 의료급여제도의 문제점과 개선방안분석, 사회복지정책
2002;14:59-73
- 전기홍. 의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래이용변화. 연세대학교대학원
박사학위 논문, 1990
- 정기택. 의료보험 정액제 도입에 따른 의료기관별, 질병별 의료이용의 변화.
사회보장연구 1993;9(1):193-221
- 정인심. 우리나라 의료보호제도에 관한 연구. 숭실대학교 통일정책대학원,
석사학위 논문, 1999
- 최기춘, 배성일, 김경하, 이동현. 2007년 의료급여제도 혁신성과
분석과 시사점. 국민건강보험공단 연구보고서 2008-25
- 최인미. 외래진료비 본인일부부담제 변화에 따른 외래 의료이용 비교
분석. 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1988
- 최지숙, 조창익, 김세라, 최용준. 의료급여 1종 외래본인부담 대상자의
의료수요의 변화에 관한 연구. 보건경제와 정책연구제 6 권 3 호,
91~114, 2010
- Arrow, kj. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,
American Economic Review, 1963

Beck, RG. The Effects of Co-Payment on the Poor. The Journal of Human Resources 1974;9:129

Feldstein, Martin, S. The Welfare Loss of Excess Health Insurance. Journal of Political Economy, 81, 1973, pp251-280

George Kephart, PhD. et al. Effect of Copayments on Drug Use in the Presence of Annual Payment Limits. The American Journal of managed care medicine 2007;13(6):328-34

Lurk JT. et al. Effect of changes in patient cost sharing and drug sample policies on prescription drug costs and utilization in a safety-net-provider setting. Am J Health Syst Pharm 2004;61(3):267-72

Manning, W.G. et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment. American Economic Review, 77, 1987, pp251-77

Pauly, M. The Economics of Moral Hazard: Comment, American Economic Review, 1968

Phelps, C.E and J.P. Newhouse. Effect of Coinsurance; A Multivariate Analysis. Social Security Bulletin, 1972

< 언론보도 >

세계일보. 의료급여자 파스 오·남용 심각. 2006.09.22

중앙일보. '의료쇼핑' 환자 38%는 물리치료. 2012.02.02

부 록

부표 1. 제도도입 전후 외래 진료일수 및 진료비의 변화

진료년월	진료일수	진료비	진료년월	진료일수	진료비
200507	2.3	57,036	200707	1.1	31,094
200508	2.3	57,478	200708	1.1	31,593
200509	2.2	56,433	200709	1.1	30,513
200510	2.3	56,275	200710	1.1	31,043
200511	2.2	56,321	200711	1.1	30,902
200512	2.2	55,842	200712	1.1	30,804
200601	2.2	54,642	200801	1.1	31,027
200602	2.1	54,423	200802	1.1	30,734
200603	2.3	57,163	200803	1.1	30,731
200604	2.2	55,399	200804	1.1	31,094
200605	2.2	57,177	200805	1.1	30,967
200606	2.2	56,889	200806	1.1	31,241
200607	2.2	56,349	200807	1.1	32,036
200608	2.2	56,487	200808	1.1	31,755
200609	2.2	56,275	200809	1.1	31,585
200610	2.1	54,984	200810	1.1	31,765
200611	2.1	55,587	200811	1.1	31,602
200612	2.1	54,621	200812	1.1	31,790
200701	2.1	55,635	200901	1.1	31,701
200702	2.0	53,344	200902	1.1	32,278
200703	2.1	56,454	200903	1.1	31,970
200704	2.1	55,084	200904	1.1	31,839
200705	2.1	55,134	200905	1.1	31,786
200706	1.4	36,610	200906	1.1	32,181

부표 2. 다빈도 질환별 월평균 외래 진료일수 변화

연월	계	I10	J00	J45	J209	K000	K05	M50	M179
200507	2.3	1.7	1.9	2.3	2.1	2.1	1.7	3.5	3.2
200508	2.3	1.8	2.0	2.3	2.1	2.0	1.7	3.5	3.2
200509	2.2	1.7	1.9	2.3	2.0	2.0	1.6	3.5	3.1
200510	2.3	1.8	1.9	2.4	2.1	2.1	1.7	3.5	3.2
200511	2.2	1.7	1.8	2.4	2.1	2.1	1.7	3.5	3.2
200512	2.2	1.8	1.8	2.4	2.0	2.1	1.7	3.5	3.2
200601	2.2	1.7	1.8	2.3	2.0	2.0	1.6	3.4	3.1
200602	2.1	1.7	1.8	2.2	2.0	2.0	1.6	3.4	3.0
200603	2.3	1.8	1.9	2.4	2.0	2.0	1.7	3.6	3.2
200604	2.2	1.7	1.8	2.3	2.0	2.1	1.7	3.5	3.1
200605	2.2	1.8	1.8	2.4	2.0	2.1	1.7	3.6	3.2
200606	2.2	1.7	1.9	2.3	2.0	2.0	1.7	3.5	3.2
200607	2.2	1.7	1.8	2.2	2.0	2.0	1.6	3.4	3.1
200608	2.2	1.7	1.9	2.2	2.0	2.0	1.6	3.4	3.0
200609	2.2	1.7	1.8	2.3	2.0	2.0	1.7	3.4	3.1
200610	2.1	1.7	1.8	2.2	1.9	1.9	1.6	3.2	2.9
200611	2.1	1.7	1.8	2.2	2.0	1.9	1.6	3.3	3.0
200612	2.1	1.7	1.8	2.3	2.0	2.0	1.6	3.3	2.9
200701	2.1	1.7	1.8	2.3	2.0	2.0	1.6	3.4	3.0
200702	2.0	1.6	1.7	2.1	1.9	1.8	1.5	3.1	2.8
200703	2.1	1.6	1.8	2.2	1.9	1.9	1.6	3.3	3.0
200704	2.1	1.6	1.8	2.2	1.9	1.9	1.7	3.2	2.9
200705	2.1	1.6	1.8	2.2	2.0	1.8	1.6	3.1	2.8
200706	1.4	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.3	1.5	1.5
200707	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200708	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200709	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200710	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200711	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200712	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200801	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1

200802	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200803	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200804	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200805	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200806	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200807	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200808	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200809	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200810	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200811	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200812	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200901	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200902	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200903	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200904	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200905	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1
200906	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1

부표 3. 다빈도 질환별 월평균 외래 진료비 변화

연월	total	I10	J00	J45	J209	K000	K05	M50	M179
200507	57,036	28,121	22,094	36,317	25,708	41,284	30,894	61,494	48,901
200508	57,478	28,839	22,899	37,335	25,269	40,823	30,598	61,513	48,153
200509	56,433	28,334	21,039	35,584	24,214	39,030	29,861	60,333	48,661
200510	56,275	28,859	20,634	36,598	24,353	40,362	31,050	60,904	49,648
200511	56,321	28,744	20,060	35,879	24,654	40,712	31,142	60,963	49,989
200512	55,842	28,472	19,860	34,823	24,160	40,837	30,356	60,048	49,224
200601	54,642	28,269	19,359	35,870	24,193	40,107	28,857	59,923	48,749
200602	54,423	28,057	19,357	34,975	23,893	39,136	29,230	60,321	48,461
200603	57,163	29,778	20,843	38,059	25,073	39,433	30,642	64,833	53,011
200604	55,399	28,514	20,410	35,411	24,214	40,696	31,749	62,260	51,707
200605	57,177	29,194	21,440	37,276	24,975	40,628	32,103	63,759	53,794
200606	56,889	28,699	21,471	35,811	25,398	39,183	30,158	61,913	51,937
200607	56,349	27,604	21,292	35,315	24,723	38,363	29,822	60,942	50,804
200608	56,487	27,989	22,092	35,859	25,345	38,456	29,595	61,160	49,857
200609	56,275	28,374	20,713	35,038	24,420	39,075	30,188	60,087	49,944
200610	54,984	27,370	19,892	34,170	23,881	36,966	28,416	56,274	47,303
200611	55,587	27,557	19,544	34,342	23,804	38,332	29,825	57,996	48,327
200612	54,621	27,020	19,325	34,780	23,693	38,451	29,661	57,994	48,404
200701	55,635	28,027	19,199	35,960	24,523	38,754	29,437	60,326	50,113
200702	53,344	26,533	18,999	33,989	23,413	35,800	27,109	56,451	47,214
200703	56,454	28,407	20,108	35,790	23,889	38,410	30,042	60,784	51,230
200704	55,084	27,832	20,048	35,601	23,670	37,573	30,656	59,265	50,956
200705	55,134	27,793	20,065	36,679	24,413	35,743	29,196	57,968	50,424
200706	36,610	20,894	14,935	22,430	15,649	26,604	23,867	27,851	26,056
200707	31,094	18,661	12,456	18,761	12,779	20,011	18,088	19,733	18,919
200708	31,593	18,734	12,602	19,425	13,230	20,296	18,110	20,014	18,988
200709	30,513	18,271	11,962	18,296	12,673	19,934	18,000	19,742	18,850
200710	31,043	19,006	11,790	17,792	12,644	20,135	18,134	19,791	19,138
200711	30,902	19,011	11,653	17,694	12,309	20,133	18,223	19,760	19,065
200712	30,804	18,664	11,657	17,708	12,431	20,037	18,186	19,519	18,937
200801	31,027	18,821	11,562	17,903	12,544	20,425	17,821	19,553	18,978

200802	30,734	18,622	11,660	17,893	12,630	20,323	18,300	19,694	19,506
200803	30,731	18,701	11,907	18,108	12,874	20,366	18,345	19,915	20,269
200804	31,094	18,770	12,087	18,187	12,762	20,282	18,348	20,200	20,499
200805	30,967	18,425	12,356	18,486	12,881	20,375	18,694	20,196	20,365
200806	31,241	18,584	12,425	18,888	13,153	20,437	18,218	20,261	20,714
200807	32,036	18,843	12,718	20,130	13,072	20,306	18,301	20,445	20,453
200808	31,755	18,292	12,798	19,844	13,005	20,503	18,488	20,355	20,030
200809	31,585	18,519	12,390	18,928	13,067	20,014	17,880	20,276	20,105
200810	31,765	18,585	12,023	18,562	12,612	20,253	18,390	20,113	20,205
200811	31,602	18,257	11,741	18,101	12,385	20,556	18,496	20,159	20,152
200812	31,790	18,384	11,693	18,373	12,317	20,447	18,172	19,976	20,784
200901	31,701	18,054	11,933	17,697	12,559	20,809	18,280	20,132	20,549
200902	32,278	18,812	12,083	19,184	12,953	20,745	18,469	20,537	21,242
200903	31,970	19,078	12,194	18,650	12,795	21,238	19,408	20,585	21,623
200904	31,839	19,061	12,343	18,661	12,859	21,228	19,354	20,592	21,762
200905	31,786	18,598	12,510	18,501	13,130	20,761	18,888	20,437	21,512
200906	32,181	19,028	12,605	19,721	13,317	20,866	18,783	20,690	21,393

부표 4. 다빈도 질환별 월평균 입원 진료일수 변화

연월	total	1058	1113	1145	1154	2020	2021	2054	2101
200507	19.9	22.1	22.1	7.0	21.2	22.4	26.7	23.2	12.9
200508	19.9	22.8	21.9	7.2	20.7	22.3	26.9	23.0	13.6
200509	18.7	19.2	20.0	6.7	20.1	20.5	24.1	21.3	12.7
200510	20.0	23.3	22.0	7.1	21.2	22.5	26.6	23.2	12.8
200511	19.8	19.1	22.1	7.6	20.4	22.5	26.3	23.0	13.0
200512	20.2	21.5	22.1	7.3	21.0	22.7	27.1	23.4	12.2
200601	19.4	19.1	20.8	7.6	20.8	21.3	25.4	22.0	13.7
200602	18.7	17.3	20.3	7.6	20.1	20.7	24.6	21.4	12.3
200603	19.6	19.1	21.5	7.5	21.3	22.0	26.7	23.0	11.3
200604	19.1	17.8	20.8	7.5	20.4	21.4	26.0	22.2	11.1
200605	19.1	18.8	20.7	7.6	20.7	21.2	26.4	22.1	12.1
200606	19.2	17.9	21.0	7.3	21.5	21.6	26.3	22.3	12.4
200607	19.7	18.1	21.5	6.9	21.6	22.0	27.0	22.9	13.3
200608	19.6	15.7	21.3	7.5	21.7	22.1	26.5	22.9	11.6
200609	19.3	15.8	21.1	6.6	20.5	21.7	26.1	22.4	11.9
200610	18.8	14.8	19.8	7.4	21.4	20.6	24.5	21.5	11.1
200611	19.4	15.9	21.4	6.6	21.0	22.0	26.2	22.6	11.7
200612	19.8	15.1	21.7	6.7	21.1	22.4	26.7	23.2	11.9
200701	19.5	14.3	22.0	7.5	21.0	22.6	27.1	23.4	11.6
200702	17.6	13.4	18.9	6.9	20.0	19.4	22.9	20.3	11.4
200703	19.3	14.8	21.4	7.0	21.6	21.9	27.0	23.0	12.0
200704	18.6	13.4	20.4	7.4	20.2	21.0	25.9	22.0	11.6
200705	19.0	12.9	20.9	8.2	20.9	21.7	26.6	22.8	11.8
200706	17.6	11.9	20.1	7.0	18.8	20.7	25.6	21.8	9.6
200707	19.1	12.1	21.4	8.3	20.6	22.1	27.0	23.2	12.6
200708	19.5	11.7	21.2	8.3	21.7	21.8	26.9	23.1	13.0

200709	18.4	11.5	19.2	7.1	21.5	19.9	24.2	21.2	12.7
200710	19.1	10.0	20.1	7.6	22.1	20.9	26.6	22.5	12.7
200711	19.0	9.9	20.5	6.9	21.6	21.1	25.8	22.4	13.0
200712	19.3	11.2	21.2	7.0	21.8	21.8	26.7	23.0	11.3
200801	19.5	12.4	21.8	8.1	22.1	22.5	27.5	23.7	11.6
200802	17.6	9.7	18.7	7.1	21.6	19.4	23.4	20.8	11.0
200803	19.0	8.9	21.0	7.9	21.8	21.7	26.9	23.0	10.9
200804	18.5	9.6	19.9	7.9	21.1	20.8	25.7	22.1	11.2
200805	19.1	8.8	20.5	8.7	22.4	21.2	26.3	22.8	11.6
200806	18.7	7.9	20.2	8.4	21.7	21.0	25.6	22.5	11.5
200807	19.0	7.1	20.5	9.0	22.3	21.5	26.3	22.8	10.5
200808	19.3	6.5	20.7	9.5	23.0	21.7	26.3	23.2	11.3
200809	17.8	6.2	18.3	9.4	22.4	19.4	23.5	21.0	11.1
200810	19.4	5.7	21.1	9.8	23.5	22.2	27.0	23.4	10.3
200811	19.1	5.1	20.5	10.3	22.7	21.6	25.9	23.0	10.3
200812	19.2	4.6	21.1	11.2	22.4	22.3	26.4	23.6	9.9
200901	20.5	5.4	25.4	11.0	23.6	25.7	28.6	26.5	11.2
200902	19.0	4.2	22.9	10.5	21.7	23.4	26.0	24.1	10.4
200903	19.9	3.7	24.4	11.9	22.5	24.9	28.5	25.7	11.0
200904	19.5	4.4	24.0	11.7	22.3	24.6	28.0	25.4	10.9
200905	20.0	3.4	25.0	12.5	22.7	25.6	28.7	26.2	10.6
200906	19.1	3.3	23.6	12.4	22.3	24.2	27.5	24.9	10.4

부표 5. 다빈도 질환별 월평균 입원 진료비 변화

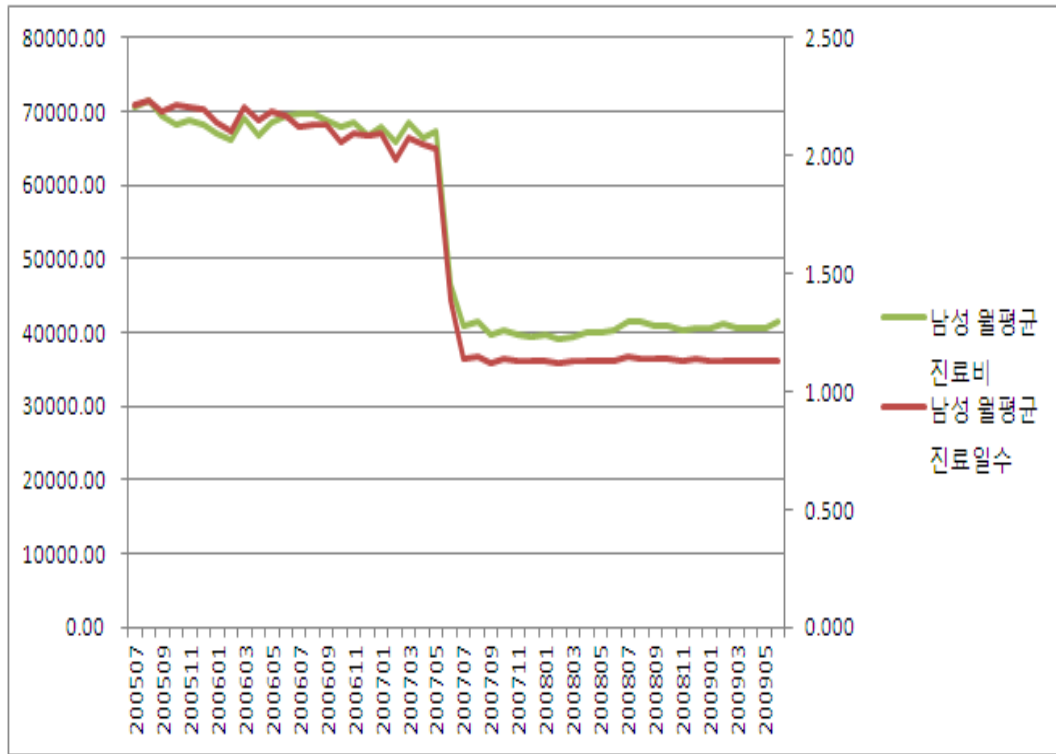
진료월	total	1,058	1,113	1,145	1,154	2,020	2,021	2,054	2,101
200,507	945,804	999,308	717,722	388,933	1,457,703	737,733	846,675	776,447	1,269,336
200,508	934,150	1,093,953	708,958	418,871	1,438,184	735,987	853,205	771,324	1,240,743
200,509	870,989	847,437	647,323	371,658	1,384,281	675,875	760,896	712,067	1,274,981
200,510	953,730	1,137,189	714,356	397,527	1,516,261	743,223	840,636	776,732	1,125,601
200,511	952,737	842,795	715,549	438,404	1,430,768	739,032	830,533	770,006	1,276,362
200,512	949,903	998,400	714,209	428,086	1,465,146	750,295	856,006	787,268	1,135,199
200,601	897,617	866,879	647,433	433,989	1,383,882	675,823	773,590	711,219	1,294,477
200,602	889,306	820,249	637,900	413,497	1,384,419	667,814	752,174	700,733	1,162,723
200,603	944,957	887,095	674,765	471,725	1,456,695	707,335	814,764	751,458	1,178,100
200,604	904,194	862,264	649,562	427,813	1,374,853	683,990	793,708	724,617	1,138,163
200,605	917,023	885,530	647,565	422,745	1,419,612	684,277	804,544	724,003	1,274,155
200,606	922,282	796,029	653,919	428,079	1,509,621	695,894	802,451	732,924	1,261,103
200,607	935,061	807,320	671,562	398,497	1,499,331	707,520	825,126	753,812	1,329,934
200,608	923,111	743,462	669,034	422,872	1,449,532	715,968	811,027	756,076	1,192,648
200,609	905,451	833,805	658,320	362,275	1,370,597	698,158	797,521	740,560	1,135,219
200,610	878,210	826,512	618,471	414,826	1,444,483	663,680	741,716	709,804	1,134,966
200,611	922,687	797,820	670,143	400,075	1,386,683	714,901	796,289	752,698	1,214,593
200,612	934,262	849,108	680,377	413,217	1,342,031	728,253	812,239	774,219	1,177,313
200,701	962,540	691,402	670,952	430,553	1,431,476	714,226	808,677	765,177	1,269,708
200,702	828,156	652,307	574,850	400,274	1,326,536	615,718	679,018	663,919	1,169,646
200,703	931,722	756,369	653,921	406,822	1,417,877	694,770	806,725	758,798	1,229,544
200,704	902,404	681,280	623,180	404,495	1,332,864	665,746	771,195	722,860	1,186,455
200,705	921,758	685,210	640,211	404,850	1,399,929	686,982	793,727	746,866	1,272,724
200,706	814,293	630,416	611,964	359,604	1,211,113	650,214	763,511	714,290	968,329
200,707	954,822	579,458	655,813	444,046	1,349,350	699,776	807,584	764,300	1,238,726
200,708	924,701	549,628	648,201	453,341	1,396,124	695,089	801,727	763,833	1,261,050
200,709	844,698	558,757	583,982	377,464	1,344,910	629,678	719,487	698,946	1,234,155
200,710	933,461	499,813	614,697	391,529	1,443,686	664,964	795,305	748,119	1,248,272
200,711	908,654	510,306	627,635	356,531	1,401,957	674,821	769,036	750,528	1,288,069

200,712	889,920	520,941	644,943	351,107	1,369,912	691,792	795,113	769,055	1,061,432
200,801	959,856	585,895	654,606	411,111	1,468,699	733,391	804,455	823,945	1,162,654
200,802	852,172	533,479	555,604	389,912	1,454,228	627,876	682,035	721,812	1,132,509
200,803	944,789	461,897	629,945	418,797	1,477,886	708,270	785,920	807,548	1,120,890
200,804	930,182	504,766	598,854	433,355	1,386,946	687,822	753,350	794,822	1,154,626
200,805	938,946	468,561	616,483	443,777	1,512,183	702,145	767,173	818,780	1,214,407
200,806	927,022	463,511	605,551	435,147	1,443,510	698,425	748,897	810,946	1,167,307
200,807	954,178	433,025	616,359	483,908	1,520,529	721,790	770,751	840,686	1,069,693
200,808	945,799	392,605	621,232	490,992	1,489,623	725,988	769,196	860,627	1,168,913
200,809	883,729	375,795	546,554	482,090	1,517,297	653,479	685,824	782,692	1,153,404
200,810	1,061,115	324,810	772,775	503,844	1,528,034	864,862	1,011,005	975,065	1,054,731
200,811	1,042,441	300,279	747,593	527,761	1,507,663	843,615	965,865	961,703	1,065,348
200,812	1,064,325	295,558	770,192	574,618	1,520,711	875,145	981,956	996,800	1,067,095
200,901	1,126,029	357,585	921,580	566,612	1,515,278	1,006,221	1,068,217	1,109,863	1,192,003
200,902	1,078,786	300,282	834,007	549,895	1,454,933	922,003	975,603	1,025,991	1,088,504
200,903	1,146,118	278,375	890,438	614,390	1,557,369	987,044	1,071,070	1,103,699	1,195,681
200,904	1,160,365	323,341	906,689	621,813	1,561,049	1,001,898	1,075,305	1,120,416	1,268,648
200,905	1,179,882	282,341	937,337	656,377	1,579,766	1,039,793	1,098,962	1,152,846	1,223,875
200,906	1,160,270	305,404	886,111	645,783	1,596,180	983,585	1,051,035	1,103,556	1,214,378

부표 6. 성별 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화(남성)

진료월	월평균 진료일수	월평균 진료비	진료월	월평균 진료일수	월평균 진료비
200507	2.2	70,638	200707	1.1	40,812
200508	2.2	71,408	200708	1.1	41,380
200509	2.2	69,460	200709	1.1	39,658
200510	2.2	68,359	200710	1.1	40,275
200511	2.2	68,854	200711	1.1	39,625
200512	2.2	68,167	200712	1.1	39,453
200601	2.1	66,966	200801	1.1	39,808
200602	2.1	66,011	200802	1.1	39,238
200603	2.2	69,024	200803	1.1	39,327
200604	2.1	66,622	200804	1.1	40,048
200605	2.2	68,631	200805	1.1	39,964
200606	2.2	69,257	200806	1.1	40,381
200607	2.1	69,579	200807	1.1	41,601
200608	2.1	69,727	200808	1.1	41,455
200609	2.1	68,667	200809	1.1	41,033
200610	2.1	67,950	200810	1.1	40,899
200611	2.1	68,630	200811	1.1	40,305
200612	2.1	66,633	200812	1.1	40,567
200701	2.1	67,961	200901	1.1	40,542
200702	2.0	65,900	200902	1.1	41,165
200703	2.1	68,629	200903	1.1	40,660
200704	2.1	66,577	200904	1.1	40,572
200705	2.0	67,433	200905	1.1	40,759
200706	1.4	46,500	200906	1.1	41,420

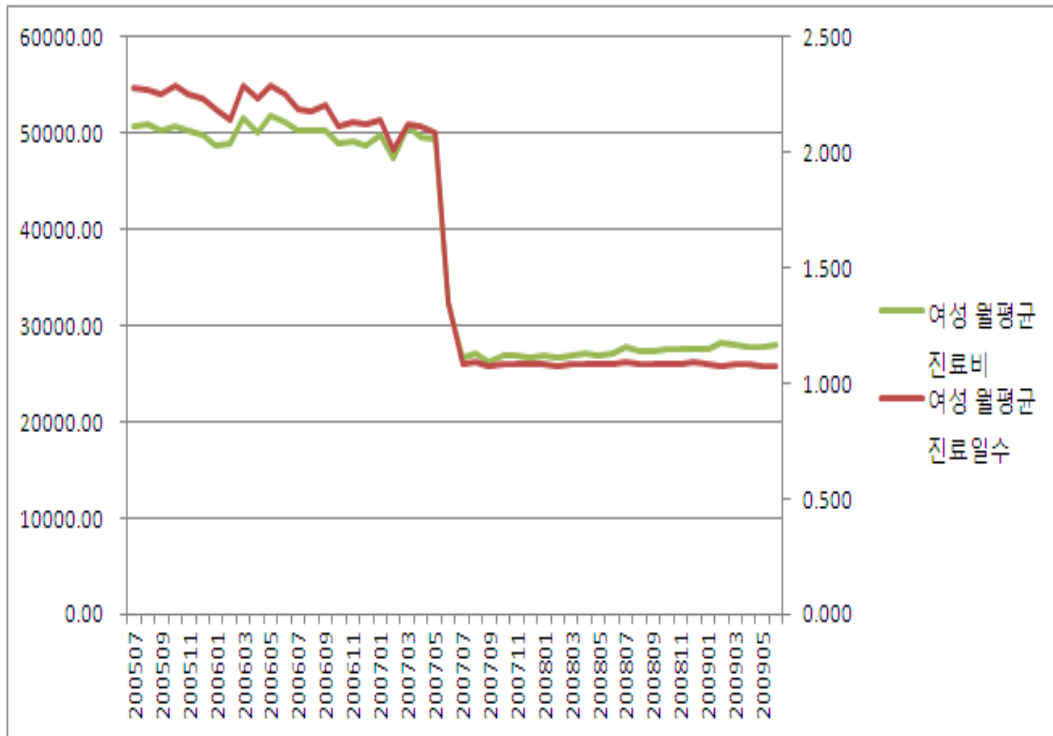
부표 7. 성별 월평균 외래 진료일수 및 진료비 변화(여성, 그래프)



부표 8. 성별 월평균 입원 진료일수 및 진료비 변화(여성)

진료월	월평균 진료일수	월평균 진료비	진료월	월평균 진료일수	월평균 진료비
200507	2.3	50,709	200707	1.1	26,757
200508	2.3	50,986	200708	1.1	27,167
200509	2.3	50,352	200709	1.1	26,250
200510	2.3	50,624	200710	1.1	26,877
200511	2.3	50,323	200711	1.1	26,837
200512	2.2	49,835	200712	1.1	26,765
200601	2.2	48,796	200801	1.1	26,940
200602	2.1	49,006	200802	1.1	26,720
200603	2.3	51,673	200803	1.1	26,854
200604	2.2	50,115	200804	1.1	27,093
200605	2.3	51,858	200805	1.1	26,962
200606	2.3	51,209	200806	1.1	27,154
200607	2.2	50,192	200807	1.1	27,700
200608	2.2	50,239	200808	1.1	27,340
200609	2.2	50,362	200809	1.1	27,276
200610	2.1	48,833	200810	1.1	27,587
200611	2.1	49,263	200811	1.1	27,506
200612	2.1	48,781	200812	1.1	27,636
200701	2.1	49,725	200901	1.1	27,495
200702	2.0	47,357	200902	1.1	28,229
200703	2.1	50,731	200903	1.1	28,050
200704	2.1	49,704	200904	1.1	27,853
200705	2.1	49,442	200905	1.1	27,709
200706	1.3	32,138	200906	1.1	27,982

부표 9. 성별 월평균 입원 진료일수 및 진료비 변화(여성, 그래프)



부표 10. 요양기관종별 월별 외래 진료일수 변화

(단위 : 원)

진료연월	계	종합 병원	의원	치과 병원	치과 의원	보건 기관	병원	요양 병원	한의원
200507	2.3	1.6	2.6	1.8	2.0	1.4	2.0	2.5	3.8
200508	2.3	1.6	2.6	1.7	2.0	1.4	2.1	2.7	3.8
200509	2.2	1.6	2.5	1.8	1.9	1.4	2.0	2.5	3.6
200510	2.3	1.6	2.6	1.6	2.0	1.3	2.0	2.4	3.7
200511	2.2	1.6	2.6	1.7	2.0	1.2	2.0	2.6	3.7
200512	2.2	1.6	2.5	1.9	2.0	1.2	2.0	2.6	3.7
200601	2.2	1.6	2.5	1.7	2.0	1.2	2.0	2.5	3.6
200602	2.1	1.5	2.4	1.8	1.9	1.2	1.9	2.4	3.6
200603	2.3	1.6	2.6	1.7	2.0	1.2	2.1	2.6	3.8
200604	2.2	1.5	2.5	1.7	2.0	1.2	2.0	2.5	3.5
200605	2.2	1.6	2.6	1.7	2.0	1.2	2.0	2.6	3.7
200606	2.2	1.6	2.6	1.7	2.0	1.2	2.1	2.6	3.7
200607	2.2	1.5	2.5	1.7	1.9	1.2	2.0	2.5	3.6
200608	2.2	1.6	2.5	1.6	1.9	1.2	2.0	2.6	3.7
200609	2.2	1.6	2.5	1.7	1.9	1.2	2.0	2.6	3.7
200610	2.1	1.5	2.4	1.6	1.9	1.2	1.9	2.4	3.4
200611	2.1	1.5	2.4	1.6	1.9	1.1	2.0	2.6	3.5
200612	2.1	1.5	2.4	1.7	1.9	1.1	1.9	2.5	3.4
200701	2.1	1.6	2.4	1.6	1.9	1.1	2.0	2.6	3.6
200702	2.0	1.5	2.3	1.6	1.8	1.1	1.9	2.4	3.2
200703	2.1	1.5	2.4	1.7	1.9	1.1	1.9	2.6	3.5
200704	2.1	1.5	2.4	1.7	1.9	1.1	1.9	2.6	3.3
200705	2.1	1.5	2.3	1.7	1.8	1.1	2.0	2.6	3.2
200706	1.4	1.5	1.3	1.7	1.3	1.1	1.9	2.6	1.6
200707	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.4	1.0
200708	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.9	2.4	1.0
200709	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.7	2.1	1.0
200710	1.1	1.4	1.0	1.7	1.0	1.1	1.9	2.3	1.0
200711	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200712	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200801	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200802	1.1	1.4	1.0	1.5	1.0	1.1	1.7	2.1	1.0
200803	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0

200804	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.8	2.4	1.0
200805	1.1	1.4	1.0	1.5	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200806	1.1	1.4	1.0	1.7	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200807	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.9	2.3	1.0
200808	1.1	1.4	1.0	1.5	1.0	1.1	1.8	2.2	1.0
200809	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.4	1.0
200810	1.1	1.4	1.0	1.7	1.0	1.1	1.9	2.4	1.0
200811	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	1.0
200812	1.1	1.4	1.0	1.7	1.0	1.1	1.9	2.4	1.0
200901	1.1	1.4	1.0	1.5	1.0	1.1	1.8	2.2	1.0
200902	1.1	1.4	1.0	1.6	1.0	1.1	1.7	2.3	1.0
200903	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200904	1.1	1.4	1.0	1.8	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200905	1.1	1.3	1.0	1.6	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0
200906	1.1	1.3	1.0	1.7	1.0	1.1	1.8	2.3	1.0

부표 11. 요양기관종별 월별 외래 진료비 변화

(단위 : 원)

진료년월	계	종합 병원	의원	치과 병원	치과 의원	보건 기관	병원	요양 병원	한의원
200507	57,036	96,043	50,473	53,713	40,482	14,248	67,206	63,215	59,635
200508	57,478	96,893	50,432	50,403	39,943	14,549	68,965	65,511	59,658
200509	56,433	96,241	49,596	50,168	38,393	14,396	67,833	63,424	56,566
200510	56,275	95,163	50,531	43,100	40,111	13,092	67,683	59,031	57,957
200511	56,321	96,473	50,415	50,504	40,613	12,128	69,153	62,516	57,704
200512	55,842	96,395	49,254	52,437	39,777	12,563	67,733	63,358	57,955
200601	54,642	95,815	48,357	48,330	39,419	12,324	67,492	62,646	56,925
200602	54,423	93,159	48,510	49,607	38,831	12,380	65,817	60,342	57,252
200603	57,163	96,475	51,812	47,619	39,722	12,402	69,044	66,332	59,466
200604	55,399	94,413	49,431	45,902	40,194	12,310	66,076	62,945	55,214
200605	57,177	95,586	51,498	47,723	40,583	12,576	68,930	66,604	58,385
200606	56,889	95,701	50,650	45,966	39,297	12,501	69,238	63,735	57,797
200607	56,349	95,271	49,851	46,284	38,691	12,637	68,340	62,670	56,601
200608	56,487	96,085	49,511	45,089	38,290	12,501	69,628	66,369	58,365
200609	56,275	97,057	49,542	51,360	39,081	12,248	68,656	66,159	58,280
200610	54,984	95,200	48,400	41,980	36,869	12,392	65,732	60,376	53,647
200611	55,587	96,703	49,171	43,577	38,679	11,859	67,149	66,497	55,914
200612	54,621	92,637	48,486	45,982	38,485	12,126	65,229	67,676	54,440
200701	55,635	96,944	49,383	44,905	38,821	11,854	68,132	70,110	56,690
200702	53,344	92,688	46,928	43,444	35,472	12,193	64,684	64,862	51,396
200703	56,454	96,461	50,102	48,924	38,479	12,267	67,718	71,588	54,967
200704	55,084	95,137	48,707	44,928	37,701	11,783	65,940	71,019	52,082
200705	55,134	95,553	48,506	44,888	36,027	12,259	68,528	77,142	51,192
200706	36,610	94,169	26,850	47,142	27,220	12,334	67,987	74,710	25,556
200707	31,094	90,888	21,588	47,494	19,870	12,238	66,183	73,995	15,778
200708	31,593	92,518	21,733	43,495	20,071	12,414	67,538	74,165	15,902
200709	30,513	91,153	21,235	43,422	19,792	12,664	63,564	69,836	15,987
200710	31,043	93,904	21,513	49,524	19,949	12,319	68,676	75,439	16,055
200711	30,902	91,991	21,490	49,639	19,991	12,471	67,673	77,644	16,088
200712	30,804	91,543	21,391	45,400	19,971	12,683	66,272	74,494	16,174
200801	31,027	92,058	21,496	41,735	20,430	12,361	68,171	72,468	16,185
200802	30,734	90,663	21,431	42,529	20,259	12,341	63,072	67,894	16,332

200803	30,731	91,635	21,617	47,942	20,351	12,315	66,571	72,851	16,227
200804	31,094	92,566	21,759	49,814	20,107	12,214	66,952	74,864	16,172
200805	30,967	91,587	21,936	39,892	20,352	12,456	67,455	73,486	16,152
200806	31,241	90,278	21,972	48,363	20,097	12,634	65,387	73,757	16,176
200807	32,036	92,806	22,168	51,420	20,280	12,580	69,384	72,947	16,047
200808	31,755	90,524	22,185	44,592	20,486	12,650	65,943	71,854	16,166
200809	31,585	91,017	22,001	43,380	20,012	12,620	67,419	74,890	16,156
200810	31,765	91,952	22,103	46,074	20,404	12,334	72,185	77,061	16,137
200811	31,602	90,416	22,166	41,684	20,527	12,352	67,996	70,304	16,166
200812	31,790	94,417	21,764	46,894	20,350	12,585	71,237	74,747	16,253
200901	31,701	92,666	21,963	40,836	20,814	12,585	66,179	70,756	17,007
200902	32,278	91,253	22,573	47,565	21,137	12,068	68,189	70,027	17,031
200903	31,970	93,743	22,240	49,451	21,335	12,486	70,532	68,843	16,930
200904	31,839	93,266	21,969	52,129	20,940	12,498	70,355	70,163	16,943
200905	31,786	89,861	22,157	48,994	20,595	12,627	68,917	69,867	17,003
200906	32,181	86,978	22,347	48,882	20,833	12,619	70,705	68,641	16,888

ABSTRACT

The effect of strategic changes in Medical Care Aid System on usage of outpatient services

Chul Yong park

Graduate School of

Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Tae-Hyun Kim, PH.D.)

This study has analyzed how various types of new strategic changes in medical care aid system have influenced on medical services usage of patients by comparing days and costs of outpatient services before and after the adoption of new strategic change in the system, which have been implemented to reduce ethical laxity such as overuse of the health care services and to lead to an adequate use of services as well as to contribute to financial stability

Existing data base of the National Health Services have been used for this analysis that include 371,000 people (147,364 males and 224,447 females) and a breakdown of medical treatment information for two years before the adoption of the new medical care aid system between 1.Jul.2005 and 30.Jun.2007 and for two years after the adoption between 1.Jul.2007 and 30.Jun.2009.

Dependent variables are 'Number of days of outpatient treatment and 'costs of outpatient treatment' . Explanatory variables are 'before

the adoption of the new system' and 'after the adoption of the new system' . Gender, Ages, Residential districts, Type of medical institutions, name of frequent diseases as Confounding factors have been used, where Chi Square system has been used for analyzing the difference between each variable and days of treatment as well as costs of treatment, and Generalized Estimating Equation has been used for analyzing effects on days of treatment and costs of treatment by each variable.

As a result, average days of treatment have been reduced by 0.9 days from 1.95 days to 1.13 days per month and costs of treatment by 16,507 won from 50,859 Won to 34,352 Won per month after adopting the new system.

Eight most frequent usages have been analyzed by disease, which also showed similar reduction in each disease and especially diseases such as disk and Gonarthrocace that have been allegedly reported (Segye Ilbo, 22.Sep.2006, Jung Ang Ilbo, 2.Feb. 2012) as examples of ethical laxity showed higher reduction. Besides, hyperpiesia and menopausal disorder known as chronic disease and requiring regular treatment showed a minor reduction.

In case of 'hospitalization' , it showed a minor increment of days of hospital treatment for most diseases except for 'malignant neoplasm' that showed a drastic decrement by 18.8 days from 22.1 days to 3.3 days.

With regards to types of medical Institutions, Clinics showed a big decrement in days of treatment by 2.3 days (54.2%) and in costs of treatment by 28,013 won (52.9%), where the statistical significance level was high. Whereas, Hospitals showed a slight decrement overall but the statistical significance level was not high.

These results above proved effect of new strategic changes in the system in reducing the number of days of treatment. Considering that the decrement in hospital usage rate for two years since the adoption of the new system may have led to decrement in number of days of outpatient treatment, it is believed that this new system would provide a short term effect only in hospital usage rate but would lead to a long term effect in terms of the number of days of treatment.

It would be meaningful that the new strategic changes in the medical care aid system have brought us positive effects by preventing patients from unnecessary excessive use of services and contributing to financial stability. Further, it is expected that this could contribute to improvement in the medical care remuneration system and strategy in the future.

Still, there would be a few areas to be explored further in future not only in terms of ‘how the new strategic changes in medical care aid system could influence on patients’ health care, if it has eased patients’ financial burden and if the level of patients’ responsibility in their own health care has increased’ but also in terms of ‘what needs to be complemented and improved in the system’ .