

약제비 본인부담률 차등화에 따른  
의료기관 종별 외래이용 변화

연세대학교 보건대학원  
보건정책관리전공  
박 은 희

약제비 본인부담률 차등화에 따른  
의료기관 종별 외래이용 변화

지도 박 은 철 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2014년 12월 8일

연세대학교 보건대학원  
보건정책관리전공  
박 은 희

박은희의 보건학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원    박 은 철    인

심사위원    전 병 율    인

심사위원    손 태 용    인

연세대학교 보건대학원

2014년 12월 8일

## 감사의 글

논문이 완성될 수 있도록 연구방법론에 대해 알려주시고 분석 과정에서 이해가지 않을 때마다 차근차근 설명해주시며 많은 지도를 해주신 박은철 교수님, 바쁘신 와중에도 논문을 검토해주신 전병율 교수님과 손태용 교수님께도 깊이 감사합니다. 보건정책관리전공을 공부하면서 경제학을 접하여 학습할 수 있도록 가르침을 주신 정우진 교수님께 감사를 드리며 모교에서 항상 응원해주시는 민인순 교수님과 함명일 교수님께도 깊이 감사합니다.

대학원 수업 일자를 피해 약속을 잡고, 과제하라며 늘 배려해주었던 우리 친구들에게도 고맙고 갓 회사에 입사해 나태해지려 할 때 학업을 시작할 수 있도록 깨달음을 주신 대한병원협회 박혜경 부장님께도 감사합니다. 대학원 수업을 들을 수 있도록 시차를 쓸 수 있게 배려해주신 의료기관평가인증원에게도 감사합니다.

대학원 생활 하면서 많이 의지하고 함께해서 행복했던 우리 동기 선생님들께 감사드립니다. 논문 분석을 하면서 모르는 부분이 있을 때마다 귀찮게 괴롭혔지만 친절하게 알려준 규태에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다.

무엇보다 항상 큰딸을 응원하며 용기를 북돋아주시는 정미란 여사님과 아버지께 감사하며 대학원 다닌다고 집안일도 도와주고 배려해주는 동생들에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다.

대학원 입학만으로도 신기해하며 졸업은 할 수 있을까 걱정도 하였지만 무사히 논문을 마치고 감사의 글도 적을 수 있게 옆에서 도와주신 모든 분들께 감사합니다.

2014년 12월

박은희 올림

# 차 례

I. 서론 .....	1
1. 연구 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구목적 .....	4
II. 문헌고찰 .....	5
1. 본인부담제도 .....	5
2. 약제비 본인부담률 차등제 .....	6
3. 선행연구 .....	11
III. 연구방법 .....	14
1. 연구 설계 .....	14
2. 연구대상자료 .....	16
3. 주요변수 .....	16
4. 분석방법 .....	20
IV. 연구결과 .....	22
1. 제도에 따른 의료기관 중별 외래이용 .....	22
2. 제도의 영향 여부에 따른 병·의원 외래이용 .....	26
3. 입원 유무에 따른 병·의원 외래이용 .....	28
4. 연도별 소득군의 병·의원 외래이용 변화 .....	32

V. 고찰 .....	35
1. 연구방법에 대한 고찰 .....	35
2. 연구결과에 대한 고찰 .....	37
참고문헌 .....	41
부록 .....	45
Abstract .....	51

## 표 차 례

표 1. 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상 .....	7
표 2. 연구 대상자 수 .....	17
표 3. 연구에 사용된 변수 .....	18
표 4. 제도의 영향받은 질환군과 받지않은 질환군의 의료기관종별 외래이용 특성 분석 .....	24
표 5. 제도의 영향받은 질환군과 받지않은 질환군의 제도전후 병의원 외래이용 변화 요인 분석 .....	26
표 6. 제도의 영향을 받은 질환군의 입원 유무에 따른 병의원 외래이용 변화요인 분석 .....	28
표 7. 제도의 영향을 받지 않은 질환군의 입원 유무에 따른 병의원 외래이용 변화 요인 분석 .....	30
표 8. 연도별 소득군의 병의원 외래이용 비교 .....	32

## 그 립 차 례

그림 1. 연구 설계 .....	15
-------------------	----

## 국 문 요 약

우리나라에서 의료비 본인부담에 대한 논의가 계속되고 있는 가운데 보건복지부는 2011년 10월 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상)를 개정하였다. 이 제도는 52개의 경증외래질환에 대해 기존에 30%였던 약제비 본인부담률을 상급종합병원은 50%, 종합병원은 40%로 인상시켰다. 이에 제도 시행 전과 후의 의료기관 종별 외래이용의 변화를 분석하여 제도 시행에 따라 경증 질환자의 대학·종합병원 외래이용보다 병·의원 외래이용의 증가 여부를 분석하여 본인부담률 차등제도가 의료기능의 재정립에 미치는 영향을 알아보고자 하였다.

이를 위하여 2010년부터 2012년까지 한국복지패널 데이터 중 3년간 연속으로 조사된 가구원을 대상으로 연구하였다. 제도의 대상 질환인 52개 경증질환 중 4개 질환(당뇨병, 고혈압, 알레르기성비염, 천식)을 주요병명으로 외래를 이용한 환자들을 분류하였다. 또한 제도 영향 여부를 정확하게 분석하기 위하여 제도의 영향을 받지 않은 4개 질환군(골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)도 포함하여 총 2,096명을 연구대상자로 선정하였다.

제도의 영향을 받은 질환군과 받지 않은 질환군의 병·의원 외래이용의 변화를 알아보고자 t-test와 카이제곱검정을 실시하였으며 두 집단의 평균을 비교하기 위해 분산분석을 실시하였다. 2010년을 기준으로 제도의 영향을 받은 질환군은 2011년에 OR값이 0.74, 2012년에는 0.76으로 병·의원의 외래이용이 증가하였고 통계적으로 유의하였다. 하지만 제도의 영향을 받지 않은 질환군은 제도의 영향을 받은 질환군과 다르게 병·의원의 외래이용이 감소하였다.

치료의 연속성을 고려하여 입원경험이 있는 연구대상자는 외래를 이용하는



의료기관이 한정적일 수 있어 입원경험 유무에 따른 분석을 실시하였다. 분석 결과 제도의 영향을 받은 질환군 중 입원경험이 있는 대상자의 경우 값이 유의하지 않았다. 하지만 입원경험이 없는 대상자를 분석한 결과 OR값이 2011년에는 0.75, 2012년에는 0.45로 병·의원의 외래이용이 증가하였으며 이는 통계적으로 유의하였다. 제도의 영향을 받지 않은 질환군의 입원 유무에 따른 병·의원의 외래이용을 분석하였고 입원을 경험한 군보다 경험하지 않은 군의 병·의원의 외래이용이 증가하였다.

또한 연도별 소득군의 집단 간 비교분석(difference-in-difference: DID)을 실시한 결과 고소득군과 저소득군에 따른 병·의원 외래이용의 변화는 알아볼 수 없었다.

이 연구는 제도의 전·후가 혼재되어 있는 2011년의 자료를 포함하여 분석하였다는 한계가 있지만 본인부담률 차등화 정책에 따라 해당 질환군의 병·의원 외래이용이 증가하여 이는 제도에 따른 외래이용의 변화라 할 수 있었다.

이는 한국복지패널의 조사자료로 분석되어 사회·경제적 특성이 반영되었으며 추후 제도의 시행에 따른 변화를 알아보기 위하여 5년 이상의 데이터를 통한 분석이 필요하다. 이에 따라 보건의료성격의 조사 데이터로 입원유무 외 다른 변수를 이용하여 해당 질환군의 외래이용 변화에 미치는 영향의 추가 분석이 필요할 것이다. 또한 다른 질환군도 본인부담률 차등화에 따른 의료기능 재정립에 대한 연구가 필요할 것이다.

# I. 서론

## 1. 연구 배경 및 필요성

우리나라의 국민의료비 규모는 1980년 1.4조원에서 2011년 91.2조원으로 증가하였고 국민의료비의 상승 속도는 일반경제(GDP)의 규모 확대 속도보다 빨라지고 있다(유승흠과 박은철, 2009; 보건복지부 등, 2011). 또한 2012년 국민의료비는 잠정 97.1조원으로 GDP 대비 7.6%이었다. 이는 OECD 평균 증가율(2000-2011) 4.0%에 비하면 여전히 높은 수준이다(OECD, 2013). 이에 의료비 억제책이 다양하게 논의되었으나 장기적으로 전체 의료비 억제 효과를 가져올 수 있는 공급자 측면의 대책보다는, 보험재정절감효과가 즉각적으로 나타나는 소비자 측면의 대책(본인부담률 조정, 소액진료비 본인부담, 의료저축계정 등)이 보다 구체적으로 논의되고 있는 상황이다(고수경 등, 2002).

현재 우리나라는 만성질환중심의 질환구조로 변화하는 현실에서 의료서비스 이용량보다는 질환예방, 건강유지라는 측면에서 비용-효과적인 의료서비스의 생산이 더욱 중요하다. 따라서 1차 서비스에 초점을 두고 서비스가 공급되면 천식, 당뇨 등으로 인한 입원율이 낮아질 가능성이 높다(이수연, 2013).

국민의료비 증가를 억제하기 위하여 의료서비스의 적절한 이용과 더불어 우리나라에서 질병 위중도에 따라 의료기관 기능별·종별로 환자들이 분산되어야 할 필요가 있다. 하지만 대형병원으로 몰리면 위급한 중증환자가 적시에 치료받기 어려울 수 있음에 따라 의료자원 또한 효율적으로 배분이 필요하다는 주장이 제기되고 있다(김주경, 2013).

전체 의료기관 59,255개소 중 0.07%(44개)에 불과한 상급종합병원이 전체 외

래진료 급여비의 12.5%(기관 내 30.0%)를 차지하고 있으며, 의원급 의료기관의 환자 수, 진료비, 기관수 점유비중은 줄어들고 있다. 이에 1차 의료기관의 역할이 상대적으로 약화되는 추세를 보이고 있으며 대형병원으로의 환자쏠림이 심화되고 있다(손건익, 2010).

우리나라에서는 1989년 종합병원의 환자집중 현상을 막기 위하여 병·의원을 거친 다음 종합병원으로 내원하도록 의료전달체계를 실시하였다. 이에 따라 의료기관의 기능별 구분, 단계적 진료체계 도입에 따른 의료 이용의 편의도와 형평성을 제고하고자 하였다. 하지만 의료전달체계 참여자의 적극적 참여를 유도하는 유인(incentives)을 마련하지 못하고, 병·의원과 종합병원의 의료기능에 대한 규정이 제대로 설정되지 않아 의료기관 종별 차별화가 이루어지지 않았으며 경증질환 환자들이 종합병원이나 상급종합병원을 이용하는 빈도는 줄어들지 않았다(이용균, 2011).

이에 따라 정부는 경증환자 및 만성질환자들의 상급종합병원 이용이 늘어남으로써 유발되는 의료자원 이용의 비효율성을 개선하기 위하여 2009년 8월 1일부터 3차병원(당시 종합전문병원, 현 상급종합병원)의 외래진료비 본인부담률을 기존의 50%에서 60%로 인상하였다(국민건강보험 건강보험정책연구원, 2013).

당초 의료보험에서 본인부담은 의료이용자들에게 비용을 의식하게 만들어 가벼운 질병에 대한 서비스 수요를 감소시킴으로써 의료수요를 통제하는 동시에 의료보험 재정을 확충하려는 것을 목적으로 하였다(Ron et al., 1990). 하지만 의료이용 본인부담을 높이면, 지불능력에 따라 의료이용량이 결정되게 되므로, 의료이용의 접근성 보장이라는 의료보장의 일반원리에 어긋나게 되며 비용이 상승하면 소득수준이 낮은 사람이 높은 사람에 비하여 의료이용이 더 감소되는 경우가 많기 때문에 형평성의 문제를 가져올 수도 있다(김창엽, 1999).

국내 의료비 지출의 경우 2012년 국민의료비 97.1조원 중에서 가계직접부담 지출은 34.8조원으로 국민의료비에서 35.9%를 차지하며 이는 2000년 41.1%에

비해 줄어든 것이지만, 최근 들어 다시 증가세에 있다(보건복지부, 2014). 이중 우리나라 1인당 약제비 연평균 증가율은 2009-2011년 기준으로 5.2% 증가하였으며, 일본(2.6%), 미국(-0.5%), OECD평균(-0.9)보다 높으며, 2013년 진료비통계 지표 중 약국의 본인부담률은 전년 대비 0.17%증가하여 환자의 약제비 본인부담률이 높아졌다(OECD, 2013). 이에 따라 환자의 가계소득 대비 의료비 지출이 증가되어 환자에게 불충분한 의료보장이 제공되고 있다.

이를 막기 위하여 정부는 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상)를 개정하여 2011년 10월부터 대형병원(종합병원, 상급종합병원)에 내원하는 환자의 약제비 본인부담률을 기존 30%에서 각각 40%, 50%로 인상하였다.

이와 관련된 선행연구들(보건복지부, 2012; 건강보험심사평가원, 2013)은 외래 의료를 이용한 전체 환자수를 대상으로 분석되었다. 하지만 상급종합·종합병원을 이용한 환자들이 제도 시행 후에 실제 이용한 의료기관 종별 변화를 알아보는 연구가 필요했다.

이에 따라 이 제도가 의료기관 종별 외래이용에 미치는 영향을 분석함으로써, 향후 제도의 보완 및 개선사항을 제시하고자 한다.

## 2. 연구 목적

이 연구의 목적은 2011년 10월에 개정된 약제비 본인부담률 차등화 제도의 시행 전·후 의료기관 종별 외래이용의 변화를 분석하여 본인부담률 차등제도가 의료전달체계의 확립에 미치는 영향을 알아보는 것이다. 이를 위한 연구 목표는 아래와 같다.

첫째, 2010년도부터 2012년까지의 한국복지패널 데이터를 바탕으로 제도의 영향을 받는 질환군과 제도에 영향을 받지 않는 질환군의 의료기관종별 외래이용의 특성을 분석하고자 한다.

둘째, 입원 유무에 따라 외래를 이용하는 의료기관종별의 변화에 영향을 미칠 수 있기 때문에 입원유무에 따른 병·의원 외래이용 변화의 관련성을 알아보고자 한다.

셋째, 소득군에 따른 연도별 제도의 영향을 받은 질환군과 제도의 영향을 받지 않은 질환군의 집단 간 비교분석을 실시하여 소득군에 따라 연도별 질환군의 병·의원 외래이용을 비교하고자 하였다.

## II. 문헌고찰

### 1. 본인부담제도

본인부담제도는 의료서비스를 이용할 때 보험자 또는 정부가 부담하는 금액을 제외한 의료비용의 일부를 환자가 부담하는 제도이다. 건강보험에서 본인부담비용은 보험자인 국민건강보험공단이 부담하는 금액 이외에 법으로 정한 비용분담인 법정 본인부담과 비급여로 인한 진료비의 전액을 부담하는 비급여 본인부담으로 구분된다(이은희, 2011).

본인부담제도를 도입하는 목적은 이용자가 일부 비용을 부담하면 이 비용보다 효용이 적은 서비스는 이용하지 않음으로써 이용이 줄어들도록 의료이용 행태가 변하기 때문이다(Pauly, 1968). 이에 따라 환자들의 불필요한 의료이용을 억제시켜 의료이용 행태를 개선하기 위한 것이다.

본인부담제도를 도입 또는 재조정하는 또 다른 목적 중의 하나는 보건의료서비스의 기능 유지를 위한 추가 재원을 확보하기 위한 것이다. 대부분의 국가는 별도의 재원조달 방안을 마련하는 것보다 본인부담제의 도입 또는 재조정을 통해 추가재원을 확보하는 것이 정치적으로나 행정적으로 부담이 덜 하다고 생각하는 경향이 있기 때문이다. 그러나 본인부담제도는 의료서비스 수요의 한계비용을 높임으로써 경제적 능력이 빈약한 계층의 의료수요를 제한할 수 있으며, 결국 의료서비스에 대한 국민의 경제적 접근성을 저하시키는 결과를 초래하게 된다(김창보, 2001). 따라서 본인부담제도는 적정 의료이용을 유도하면서 취약계층의 의료를 보장하며 건강결과에 부정적 영향을 미치지 않게 하는 구조를 갖추는 것이 중요하다(박혜경, 2010).

유사한 연구로 6세미만 입원환자에 대해 본인부담금을 면제하는 정책에 따라 의료이용의 양과 강도에 어떤 영향을 미쳤는지를 살펴보았다. 연구결과로 수진율은 감소하였고, 상병별로는 전체 환자나 주요사망원인 질환자보다 대표적 경증질환인 감기 환자의 의료이용 증가율이 더 높았다. 또한 건당 평균 입원일수는 의원이 가장 높은 증가율을 보였고, 병원, 종합병원 순으로 증가하였다. 건당 평균 진료비 역시 증가하였으며 감기 환자의 증가율은 전체 환자에 비해 높았다. 입원본인부담금을 면제함에 따라 경증질환 환자의 의원·병원 입원일수 및 진료비를 더 많이 증가시켰다(전경수, 2008).

## 2. 약제비 본인부담률 차등제

보건복지부는 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상)를 개정함에 따라 경증외래질환 52개에 대해 약제비 본인부담률을 상급종합병원은 40%에서 50%로, 종합병원은 30%에서 40%로 인상하였다. 이는 대형병원 진료 필요성이 낮은 환자의 본인부담을 높여 건강보험재정 사용의 형평성을 높이고, 대형병원으로 집중되는 현상을 완화하여 대형병원의 고유 기능인 중증환자 위주의 진료에 전념할 수 있도록 하고 일차 의료의 활성화에 기여하려는 목적을 가지고 있다(건강보험정책연구원, 2013).

하지만 외래나 약제비 본인부담은 다른 의료서비스의 이용을 증가시키는 대체효과가 있어(Nakatani et al., 2003; Ku et al., 2005) 이 제도에 대한 장기적인 분석이 필요하다.

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 명시된 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상은 표 1과 같다.

표 1. 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상

구분	대 상
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염 (A09.0~A09.9)
2	손 백선(B35.2) 발 백선(B35.3) 체부 백선(B35.4) 와상 백선(B35.5) 사타구니 백선증(B35.6) 기타 피부사상균증(B35.8) 상세불명의 피부사상균증(B35.9)
3	신장 합병증 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.2) 눈 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.3) 신경학적 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.4) 순환기계 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.5) 기타 명시된 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.6) 다발성 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.7) 상세불명의 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.8) 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병(E11.9)
4	지질단백질대사장애 및 기타 지질증(E78.0~E78.9)
5	다래끼 및 콩다래끼(H00.0~H00.1)
6	눈물계통의 장애(H04.0~H04.9)
7	결막염(H10.0~H10.9)
8	노년성 백내장(H25.0~H25.9)
9	굴절 및 조절의 장애(H52.0~H52.7)
10	외이의 연조직염(H60.1) 기타 감염성 외이도염(H60.3) 비감염성 급성 외이도염(H60.5) 기타 외이도염(H60.8) 상세불명의 외이도염(H60.9)



구분	대 상
11	양성 고혈압(I10.0) 상세불명의 고혈압(I10.9)
12	급성 비인두염[감기](J00)
13	급성 부비동염(J01.0~J01.9)
14	급성 인두염(J02.0~J02.9)
15	급성 편도염(J03.0~J03.9)
16	급성 후두염 및 기관염(J04.0~J04.2)
17	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염(J06.0~J06.9)
18	상세불명의 급성 기관지염(J20.9)
19	혈관운동성 및 알레르기성 비염(J30.0~J30.4)
20	만성 비인두염(J31.1) 만성 인두염(J31.2)
21	만성 부비동염(J32.0~J32.9)
22	천식(J45.0~J45.9)
23	위-식도역류병(K21.0~K21.9)
24	출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양(K25.3) 출혈 또는 천공이 없는 만성위궤양(K25.7) 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위궤양(K25.9)
25	출혈 또는 천공이 없는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.3) 출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.7) 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.9)
26	위염 및 십이지장염(K29.0~K29.9)
27	소화불량(K30)
28	알레르기성 또는 식사성의 위장염 및 결장염(K52.2) 불확정 결장염(K52.3) 기타 명시된 비감염성 위장염 및 결장염(K52.8) 상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염(K52.9)
29	자극성 장증후군(K58.0~K58.9)

구분	대 상
30	변비(K59.0) 기능성 설사(K59.1) 달리 분류되지 않은 신경성 장(K59.2) 항문연축(K59.4) 기타 명시된 기능성 장장애(K59.8) 상세불명의 기능성 장장애(K59.9)
31	달리 분류되지 않은 지방간(K76.0) 상세불명의 간질환(K76.9)
32	기타 아토피피부염(L20.8) 상세불명의 아토피피부염(L20.9)
33	기타 요인에 의한 알레르기성 접촉피부염(L23.8) 상세불명原因的 알레르기성 접촉피부염(L23.9)
34	두드러기(L50.0~L50.9)
35	기타 관절염(M13.0~M13.9)
36	기타 척추증(M47.8) 상세불명의 척추증(M47.9)
37	상세불명의 경추간판장애(M50.9)
38	기타 명시된 추간판변성(M51.3) 취물결절(M51.4) 기타 명시된 추간판 장애(M51.8) 상세불명의 추간판 장애(M51.9)
39	기타 등통증(M54.8) 상세불명의 등통증(M54.9)
40	석회성 힘줄염(M65.2) 방아쇠 손가락(M65.3) 기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염(M65.8) 상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염(M65.9)

구분	대 상
41	어깨의 유착성 피막염(M75.0) 이두근 힘줄염(M75.2) 상세불명의 어깨병변(M75.9)
42	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8) 상세불명의 골부착부병증(M77.9)
43	근통(M79.1) 지방대의 비대(M79.4) 사지의 통증(M79.6) 기타 명시된 연조직 장애(M79.8) 상세불명의 연조직 장애(M79.9)
44	병적골절이 없는 골다공증(M81.0~M81.9)
45	급성 방광염(N30.0) 상세불명의 방광염(N30.9)
46	만성전립선염(N41.1)
47	급성 질염(N76.0) 급성 외음염(N76.2)
48	폐경기 및 여성의 갱년기 상태(N95.1) 폐경기후 위축성 질염(N95.2) 상세불명의 폐경기 및 폐경기전후 장애(N95.9)
49	요추의 염좌 및 긴장(S33.5) 천골장골관절의 염좌 및 긴장(S33.6) 기타 및 상세불명의 요추 및 골반부분의 염좌 및 긴장(S33.7)
50	손가락의 염좌 및 긴장(S63.6) 기타 및 상세불명의 손 부분의 염좌 및 긴장(S63.7)
51	기타 및 상세불명의 무릎 부분의 염좌 및 긴장(S83.6)
52	발가락의 염좌 및 긴장(S93.5) 기타 및 상세불명의 발 부분의 염좌 및 긴장(S93.6)

(자료 : 국민건강보험법시행령 제22조 제1항 [별표2] 제1호 다목 3), 고시 제2011-86호  
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표5] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률  
산정특례 대상)

### 3. 선행연구

#### 1) 약국 본인부담 차등제 시행효과

보건복지부에서는 본인부담 차등제 대상인 52개 질환을 대상으로 제도시행 전(2010년 10월~2011년 2월)과 제도시행 후(2011년 10월~2012년 2월) 각각 5개월간의 추진효과를 중간 분석하였다.

이 결과 52개 경증질환의 대형병원 외래 환자 수는 63만 명 감소하였고 동네 병·의원 외래 환자 수는 79만 명 증가하였다. 또한 종별 경증질환 내원일수를 비교하면 상급종합병원은 제도 시행 전 1,633천일에서 제도 시행 후 799천일로 51.1% 감소하였으며, 종합병원은 제도 시행 전 4,476천일에서 제도 시행 후 1,213천일로 27.1% 감소하였다. 반면 병·의원의 경증질환 내원일수는 각각 145천일, 3,116천일 증가하였다.

또한 상급종합병원 전체 외래진료 중 경증질환 외래환자 점유율은 9.0%p 감소했으며, 내원일수는 8.5%p 감소했다. 또한 종합병원 전체 외래진료 중 경증질환 외래환자 점유율은 6.7%p 감소했으며, 내원일수는 7.8%p 감소했다. 질환별로는, 52개 질환 중 급성편도염, 위장염, 결장염 환자가 많이 이동하였으며 골다공증, 소화불량 환자는 이동이 적었다(보건복지부, 2013).

#### 2) 경증질환의 최근 5년 외래진료동향

건강보험심사평가원에서는 경증질환자들의 대형병원 이용으로 인한 중증질환자들의 진료권이 침해받으면서 이를 해결하기 위해 약제비 본인부담률차등화 정책에 따른 연구를 수행하였다. 세부적으로 정책에서 지정된 상병으로 대형병원에서 진료를 받으면 본인부담금이 가산되어 이에 따른 대형병원 의료 이용을 감소시키기 위한 연구를 수행하였다. 앞서 보건복지부 자료에 따라 대형병원의

이용이 감소하고 병·의원의 이용이 증가하는 효과가 있었으며, 그 이후의 동향을 보기 위한 분석을 실시하였다.

분석 자료는 건강보험 심사결정 기준으로 진료개시일 기준 2008년 1분기에서 2013년 2분기까지 자료를 분기별로 사용하였으며 상병코드를 기준으로 외래진료실적을 산출하여 경증질환으로 구분된 52개 상병의 외래진료실적 추이를 종별, 상병별로 분석하였다.

이 결과 요양기관종별로 제도 시행 전·후를 비교해 보면 제도 시행 후 경증질환 수진자수는 0.9% 증가하였는데 병원이 1.4%, 의원이 0.5% 기여하였고 상급종합병원과 종합병원은 0.6%, 0.5%씩 반대로 기여하였다. 내원일수에서는 0.4% 증가한 것에 의원이 1.2%로 가장 크게 기여하였으며, 상급종합병원과 종합병원이 0.6%, 0.8%씩 반대로 기여하였다.

질환별로는 대형병원의 수진자가 감소하고 병의원의 수진자수가 증가한 질환 중 본태성 고혈압의 경우 122만 명이었던 대형병원 수진자가 제도 시행 후 97만 9천명으로 24만 명(-19.8%) 감소하였다. 경증질환의 실적 중 진료비의 경우 상급종합병원은 2009년 3분기부터 계속하여 1,000억원 이상이었지만, 2011년 4분기 이후부터 2013년 2분기까지 600억원 대를 이어왔다. 반면 병·의원의 경우 2011년 4분기 이후 증가하여 2012년 1분기에는 가장 높은 진료비(병원: 1,588억원, 의원: 14,833억원)를 기록하였다(건강보험심사평가원, 2013).

### 3) 고혈압 외래 진료비 관련 진료경향 분석

건강보험심사평가원에서는 본태성 고혈압 질환의 외래 요양급여실적 중 상위 9번째로 진료인원이 많은 질환이고 최근 의료기관 종별 외래 진료비의 대형병원 점유율이 최소 13%~최대 17%에 이르고 있음에 따라 고혈압 질환자의 진료행태 변화에 대해서 알아보고자 하였다. 분석 자료는 건강보험 청구자료 중 2010~2012년 기간의 진료내역을 대상으로 하였으며 제도 전·후 분기별 고혈압

환자수, 내원일수, 처방건수 등의 추이를 살펴보았다.

이 결과 2010년 1분기에 대형병원에서 고혈압으로 진료 받은 환자들을 대상으로 제도시행 직후 대형병원의 고혈압 환자 수는 급감하였고 병의원에서의 고혈압 환자 수는 과거보다 증가하였지만 대형병원 감소분에는 이르지 못하였다. 고혈압환자에 대한 외래 약제비 본인부담률 차등제 이후, 대형병원(상급종합병원 및 종합병원)의 해당 질환 환자수가 크게 감소한 것으로 보아, 정책 효과가 있는 것으로 해석되었다. 또한 대학병원에서 일인당 내원일수, 내원일당 원외처방건수, 내원일당 원외처방 약품비 모두가 감소하는 것으로 보아, 원외처방진을 발행하지 않는 외래진료건수가 늘어난 것으로 해석되었다(건강보험심사평가원, 2013).

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 설계

경증질환자의 대형병원 외래 이용 집중화를 감소시켜 의료자원의 효율적인 활용을 도모하기 위하여 2011년 10월 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제 6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상)가 개정되었다. 이에 기존 30%였던 약제비 본인부담률이 대형병원(종합병원, 상급종합병원)을 대상으로 각각 40%, 50% 인상되었다. 이에 따라 약제비 본인부담률 차등화 제도가 의료기관 중별 외래이용에 어떤 영향을 미치는지 분석하고자 하였다.

이 연구는 제도 시행 전인 2010년과 제도 시행 전·후가 맞물린 2011년, 제도 시행 후인 2012년에 이 제도의 대상 질환인 당뇨병, 고혈압, 알레르기성비염, 천식을 주요병명으로 하여 외래를 이용한 환자들을 대상으로 실시하였다. 패널자료의 특성에 따라 2010년부터 2012년까지 연속적으로 설문에 응한 가구원을 대상으로 연구하였으며 제도가 시행됨에 따라 연구 대상자들의 외래진료를 받은 의료기관이 어떻게 변화하였는지, 제도 시행 전 종합·대학병원의 외래를 이용하던 환자가 제도 시행 이후 외래이용 의료기관 중별 변화를 알아보려고 하였다.

또한 제도의 영향 분석 결과가 제대로 도출되었는지의 여부를 판단하기 위하여 제도의 영향을 받지 않은 4개 질환을 추가로 선정하고자 하였다. 관절염 환자는 약물치료를 계속해야 하고 이를 위해 거동이 불편한 상태에서 장기적으로 월 1회씩 의료기관을 방문해야 한다(임난영, 1996). 거동이 불편한 환자들인 만큼 종합·대학병원 외래이용보다 병·의원 외래이용이 많을 것이라 예상하였다. 또한 건강보험심사평가원에 따르면 우울증 환자는 2009년 55만 6천명에서 2013

년 66만 5천명으로 5년간 10만 9천명(19.6%)이 증가하여 이들의 외래이용을 알아보고자 하였다(건강보험심사평가원, 2014). 대한치과의사협회지에서는 치과외래 이용기관 종별을 분석한 결과 2011년에 치과외래 이용자가 방문한 의료기관은 치과의원이 91.3%로 치과 치료는 대부분 의원급에서 이루어졌다(정세환, 2014). 이에 따라 여러 질환 중 제도에 영향을 받지 않는 질환으로 골절, 관절염, 우울증, 치아우식증을 선정하고 분석하여 제도의 영향을 효과적으로 분석하고자 하였다(그림 1).

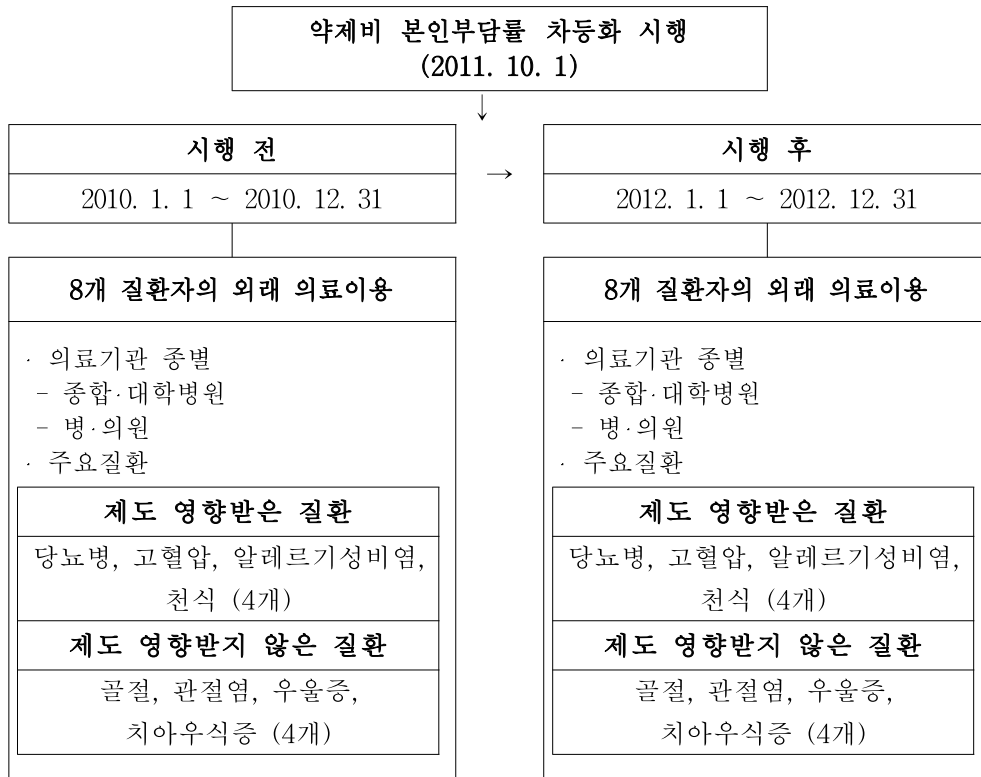


그림 1 연구설계



## 2. 연구대상자료

이 연구대상 자료는 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소가 2006년부터 매년 공동으로 조사한 한국복지패널 자료 중 6차(2011년)~8차(2013년)에 공개된 자료로서 자료의 조사기준 시점은 전년도(2010년~2012년)이다. 한국복지패널 6차~8차 조사기간 중 제도의 영향을 받는 경증질환(당뇨병, 고혈압, 알레르기성 비염, 천식)과 제도에 영향을 받지 않는 질환(골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)을 주 병명으로 외래를 이용한 환자를 대상으로 하여 분석하였다.

한국복지패널 자료 중 8차 조사 자료는 7차 조사결과를 기초로 하여 약 1,800가구의 신규표본이 추가되었다. 선정된 대상자 14,895명 중 연구기간 3년간 주 병명이 다른 환자를 제외하였고 최종 분석대상자는 총 2,096명이다(표 2).

## 3. 주요 변수

이 연구는 약제비 본인부담률 차등화에 따른 종합·대학병원 및 병·의원의 외래 의료이용량을 분석대상으로 하였다.

### 1) 종속변수

제도의 영향을 받은 질환(4개)과 받지 않은 질환(4개) 환자의 제도 전과 후 의료이용량의 차이를 분석하기 위한 종속변수는 제도 시행 전·후에 이용하는 의료기관으로 종합병원 및 대학병원, 병원 및 의원으로 구분하였다.

표 2 연구 대상자 수

변수		연도	유병자수	3년간 유병자수
제도의 영향을 받은 질환	당뇨병	2010	656	1280
		2011	894	
		2012	839	
	고혈압	2010	1,569	2799
		2011	2082	
		2012	2,019	
	알레르기성비염	2010	162	67
		2011	194	
		2012	201	
	천식	2010	62	95
		2011	108	
		2012	112	
제도의 영향을 받지 않은 질환	골절	2010	66	57
		2011	94	
		2012	119	
	관절염	2010	1,236	1802
		2011	1817	
		2012	1,957	
우울증	2010	110	132	
	2011	127		
	2012	130		
치아우식증	2010	376	56	
	2011	509		
	2012	447		
계			14,895	6,288

2) 독립변수

이 연구에 사용된 독립변수는 외래진료 횟수, 입원유무, 질환명, 경상소득, 연도, 연령, 성별, 교육수준, 민간의료보험료, 보건의료비, 경제활동상태, 지역, 장애

유무이다.

연구대상자의 외래진료횟수는 1년간 의료기관 이용 외래진료횟수이다. 질환명은 제도의 영향을 받는 경증질환(당뇨병, 고혈압, 알레르기성 비염, 천식)과 제도에 영향을 받지 않는 질환(골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)으로 구분하였으며 경상소득은 4분위수로 나누어 구분하였다. 연도는 제도시행 전·후 비교를 위해 2010년, 2011년, 2012년으로 구분하였으며 연령은 지난 9월 국민건강보험공단이 발표한 ‘올 상반기 건강보험 주요통계’에서 월 의료이용 횟수와 진료비 규모변화를 알아보기 위하여 노령 인구나 그렇지 않은 집단으로 나눈 기준인 64세 이하, 65세 이상으로 구분하였고 성별은 남·여로 구분하였다. 교육수준은 중졸이하, 고졸, 대졸이상으로 구분하였으며 보건의료비는 지난 9월 국민건강보험공단이 발표한 ‘올 상반기 건강보험 주요통계’에서 1인당 월평균 의료비는 87,900원으로 이 자료에서는 월평균 지출액 10만원 이하, 11만원 이상으로 구분하였다. 지역은 서울과 광역시, 시·군·도농복합군의 2개 범주로 구분하였다(표 3).

표 3. 연구에 사용된 변수

변 수		내 용
독립변수	외래이용	외래이용 횟수
	입원경험	유 무
	질환	제도의 영향을 받은 질환 (당뇨병, 고혈압, 알레르기성비염, 천식) 제도의 영향을 받지 않은 질환 (골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)
	경상소득	4328만원 이상 2220만원 이상 4328만원 미만

변 수		내 용
		1175만원 이상 2220만원 미만
		1175만원 미만
연도		2010년
		2011년
		2012년
연령		64세 이하
		65세 이상
성별		남
		여
교육수준		중졸이하
		고졸
		대졸이상
민간의료보험 보험료		없음
		1만원 이상
보건의료비(월평균)		10만원 이하
		11만원 이상
경제활동		유
		무
지역		서울, 광역시
		시, 군, 도농복합군
장애여부		유
		무
건강검진여부		유
		무
종속변수	주로 이용하는 의료기관	종합 및 대학병원 병원 및 의원

#### 4. 분석 방법

첫째, 2010년도부터 2012년까지의 데이터를 바탕으로 2010년 가구원이 2012년까지 연속적으로 유지되는 경우를 전제로 하여 제도의 영향을 받는 질환군(당뇨병, 고혈압, 알레르기성 비염, 천식)과 제도에 영향을 받지 않는 질환군(골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)을 가진 대상으로 구분하였다. 이에 따라 연구대상자가 외래이용 시 주로 이용하는 의료기관 종별로 외래진료 횟수, 입원유무, 질환명, 경상소득, 연도, 연령, 성별, 교육수준, 민간의료보험료, 보건의료비, 경제활동상태, 지역, 장애유무, 건강검진여부의 차이가 있는지 t-test와 카이제곱검정을 실시하였다. 이를 통해 제도의 영향을 받는 질환과 제도의 영향을 받지 않는 질환을 가진 대상자의 의료기관종별 외래이용의 특성을 분석하고자 하였다.

둘째, 제도 전·후 의료기관종별 외래이용의 변화를 알아보기 위하여 제도의 영향을 받은 질환군과 제도의 영향을 받지 않은 질환군으로 나누어 비교하고자 하였다. 이를 위해 제도가 시행됨에 따라 제도의 영향을 받거나 받지 않은 질환군의 병·의원 외래이용 변화를 알아보기 위하여 ANOVA분석을 실시하였다.

셋째, 이 연구의 대상자 평균 연령은 65세 이상이다. 관련 연구 결과를 살펴보면 2009년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에서 65세 이상 노인인구 자가보고(본인인지) 한 3개 이상의 질환을 지닌 노인도 전체의 38.9%를 차지하고 있다(곽은경, 2012). 따라서 연령이 증가하면 유병율도 증가하며 한 질환자는 두 가지 이상의 질환을 갖고 있을 확률이 높다(Gijsen et al., 2001).

진료 지속성과 관련되어 진행된 연구에서는 지속성의 수준이 높은 환자는 건강 결과에 좋은 영향을 미친다고 보고하였다(안이수, 2008). 의사와 환자 간의 좋은 관계는 진료의 과정과 결과에서 의사들과 환자 사이에 발생할 수 있는 다양한 이해관계의 충돌을 피할 수 있을 뿐 아니라 의사의 치료 방식에 대한 환자의 순응도를 높일 수 있다(함명일, 2013). 이에 따라 지속적 진료는 의사에 대

하여 환자의 높은 순응도로 유병율 감소 및 의료비 절감을 가져온다(Rogers et al., 1980). 이 연구에서 의료기관에 입원한 환자는 치료의 연속성 및 지리적 지속성을 위하여 외래 이용 시 의료기관 종별의 변화에 영향을 미칠 수 있다. 이에 따라 입원유무에 따른 병·의원 외래이용 변화의 관련성을 알아보기 위한 ANOVA분석을 실시하였다.

넷째, 한국복지패널 조사 자료에는 가구원의 소득 자료도 포함되어 있다. 우리나라는 의료 서비스 이용 시 지불해야 하는 과중한 의료비로 인해 경제적으로 어려움을 겪고 있는 계층이 많고, 이와 같은 경제적 어려움으로 인해 의료서비스가 필요한 시기에 이를 이용하지 못하거나, 만약 이용한다 하더라도 필요한 만큼의 충분한 의료 서비스를 제공받지 못하고 있다(최운영, 2008). 이에 소득군에 따라 연도별 제도의 영향을 받은 질환군과 제도의 영향을 받지 않은 질환군의 집단 간 비교분석(difference-in-difference: DID)을 통해 소득군에 따른 연도별 질환군의 외래이용을 비교하기 위하여 두 집단들 간의 비교분석을 실시하였다.

이 연구는 한국복지패널 자료를 바탕으로 SAS 9.4 version을 이용하였으며, 유의수준 5%에서 통계적 검정이 이루어졌다.

## IV. 연구결과

### 1. 제도에 따른 의료기관 종별 외래이용

#### 1) 연구자의 일반적 특성

연구 대상의 일반적 특성은 표 4와 같다. 연구 대상이 된 전체 대상자는 6,288명이고, 2010년부터 2012년까지 연속적으로 유지되는 가구원을 대상으로 하였기 때문에 각 연도별 2,096명을 대상으로 연구하였다. 그 중 남자는 2,142명이고 여자는 4,146명이었으며 연령은 64세 이하가 1,773명, 65세 이상이 4,515명이었다. 교육수준은 중졸이하는 2,545명, 고졸은 963명, 대졸이상은 2,780명이며 도시(서울, 광역시)에 거주하는 사람은 2,350명, 그 외 소도시(시, 군, 도농복합군)에 거주하는 사람은 3,938명이다. 경제적 활동을 하는 사람은 2,719명, 하지 않는 사람은 3,569명이며 장애를 가진 사람은 1,041명, 비장애인은 5,247명이다.

1년 중 입원 경험이 있는 사람은 5,239명, 입원 경험이 없는 사람은 1,049명이고, 제도권 영향을 받는 질환자는 4,241명, 제도의 영향을 받지 않는 질환자는 2,047명이다. 주로 병·의원을 이용한 환자는 705명이며, 종합·대학병원을 이용한 환자는 5,583명이다. 민간의료보험료를 지출하지 않는 경우는 3,855명이며 1만원 이상 지출하는 경우는 2,433명이고 보건의료비를 10만원 이하 지출한 사람은 3,420명, 11만원 이상 지출한 사람은 2,868명이다. 건강검진을 받은 사람과 받지 않은 사람은 각 3,144명이다.

#### 2) 제도의 영향 받은 질환자의 의료기관종별 외래이용 변화

제도에 영향을 받은 질환을 가진 연구대상자의 병·의원과 종합·대학병원 평균 외래이용은 표 4와 같다. 제도의 영향을 받은 질환을 가진 대상자 중에서

1년 동안 입원한 경험이 있는 사람은 3,292명(90.0%)이고 입원 경험이 없는 사람은 445명(72.0%)이었으며 통계적으로 유의하였다.

보건의료비 지출이 10만원 이하인 사람 중 병·의원을 이용한 사람은 2,149명(92.0%)이고, 11만원 이상 지출한 사람 중 병·의원을 이용한 사람은 1,588명(83.3%)이었으며 통계적으로 유의하였다. 경제활동을 하면서 병·의원을 이용한 사람은 1,672명(91.1%)이고, 경제활동을 하지 않으면서 병·의원을 이용한 사람은 2,065명(85.8%)이었으며 통계적으로 유의하였다.

### 3) 제도의 영향 받지 않은 질환자의 의료기관종별 외래이용 변화

제도에 영향을 받지 않은 질환을 가진 연구대상자의 병·의원과 종합·대학병원 평균 외래이용은 표 4와 같다. 1년 동안 입원 경험이 있는 환자 중 병·의원을 이용한 사람은 1,506명(93.2%)이며 입원 경험이 없는 사람 중 병·의원을 이용한 사람은 340명(78.9%)으로 주로 병·의원을 이용하는 사람이 많았으며 통계적으로 유의하였다.

보건의료비 지출이 10만원 이하인 사람 중 병·의원을 이용한 사람은 1,264명(90.7%)이고, 11만원 이상 지출한 사람 중 병·의원을 이용한 사람은 582명(89.1%)이었으며 통계적으로 유의하였다. 경제활동을 하면서 병·의원을 이용한 사람은 821명(92.9%)이고, 경제활동을 하지 않으면서 병·의원을 이용한 사람은 1,025명(88.1%)이었으며 통계적으로 유의하였다.



표 4. 제도의 영향받은 질환군과 받지않은 질환군의 외래이용 특성 분석

단위: 명(%), 평균±표준편차

	총계	제도의 영향을 받은 질환			제도의 영향을 받지않은 질환							
		종합 및 대학병원	병원 및 의원	P값	종합 및 대학병원	병원 및 의원	P값					
연도												
2010	2006	33.3	201	14.0	1,238	86.0	0.0045	58	88	599	91.2	0.004
2011	2006	33.3	159	11.1	1,274	88.9		69	104	594	89.6	
2012	2006	33.3	144	10.5	1,225	89.5		74	102	653	89.8	
입원경험												
유	5,239	83.3	331	9.1	3,292	90.9	<0.001	110	68	1,506	98.2	<0.001
무	1,049	16.7	173	28.0	445	72.0		91	21.1	340	78.9	
외래이용*												
	11.2	±12.6	7.9	±8.5	9.1	±10.2	0.0083	108	±16.2	15.1	±15.8	<0.001
경상소득												
Q1	1,187	18.9	118	13.1	782	86.9	0.2801	28	9.8	259	90.2	0.0577
Q2	1,531	24.4	122	11.3	954	88.7		56	12.3	399	87.7	
Q3	1,801	28.6	143	12.2	1,082	87.8		65	10.4	561	89.6	
Q4	1,769	28.1	121	11.1	969	88.9		52	7.7	627	92.3	
연령												
-64	1,773	28.2	123	9.7	1,141	90.3	0.0048	53	10.4	456	89.6	0.0039
65-	4,515	71.8	381	12.8	2,596	87.2		148	9.6	1,300	90.4	
성별												
남	2,142	34.1	235	13.6	1,493	86.4	0.0042	48	11.6	336	88.4	0.1743
여	4,146	65.9	269	10.7	2,244	89.3		153	9.4	1,480	90.6	
교육수준												
중졸 이하	2,545	40.5	180	10.4	1,553	89.6	0.0158	98	12.1	714	87.9	0.0014

	총계		제도의 영향을 받은 질환				제도의 영향을 받지않은 질환					
			종합 및 대학병원		병원 및 의원		종합 및 대학병원		병원 및 의원		P값	
고졸	963	15.3	99	12.6	684	87.4		22	12.2	158	87.8	
대졸 이상	2780	44.2	225	13.0	1,500	87.0		81	7.7	974	92.3	
민간의료보험	보험료(만원)											
0	3855	61.3	294	12.0	2167	88.1	0.8827	130	9.3	1,264	90.7	0.2730
1-	2433	38.7	210	11.8	1,570	88.2		71	10.9	582	89.1	
보건의료비	(만원)											
-10	3420	54.4	186	8.0	2149	92.0	<0.001	67	6.2	1,018	93.8	<0.001
11-	2868	45.6	318	16.7	1,588	83.3		134	13.9	888	86.1	
경제활동												
유	2719	43.2	163	8.9	1,672	91.1	<0.001	63	7.1	821	92.9	0.0004
무	3569	56.8	341	14.2	2,065	85.8		138	11.9	1,025	88.1	
지역												
서울 광역시	2350	37.4	234	13.7	1,476	86.3	0.0029	87	13.6	553	86.4	0.0001
기타	3988	62.6	270	10.7	2,261	89.3		114	8.1	1,233	91.9	
장애여부												
유	1,041	16.6	107	17.0	522	83.0	<0.001	54	13.1	358	86.9	0.0121
무	5247	83.4	397	11.0	3,215	89.0		147	9.0	1,488	91.0	
건강검진여부												
유	3,144	50.0	217	10.2	1,921	89.9	0.0004	98	9.7	908	90.3	0.9076
무	3,144	50.0	287	13.7	1,816	86.4		103	9.9	988	90.1	
총계	6,288	100.0	504	11.9	3,737	88.1		201	9.8	1,846	90.2	

\* : 평균, 표준편차

## 2. 제도의 영향 여부에 따른 병·의원 외래이용

제도에 영향을 받거나 받지 않은 질환을 가진 연구대상자의 병·의원 외래이용은 표 5와 같다. 독립변수인 제도에 영향을 받거나 받지 않은 질환이 영향을 미치므로 제도 전·후에 따른 종속변수인 의료기관종별 외래이용의 변화를 알아보려고 분석을 시행하였다. 2010년을 기준으로 제도의 영향을 받은 질환군 OR값이 2011년에는 0.74, 2012년에는 0.76으로 2010년인 제도 시행 전보다 병·의원의 외래이용이 증가하였고 이는 통계적으로 유의하였다. 또한 제도의 영향을 받지 않은 질환군 OR값이 2011년에는 1.05, 2012년에는 0.79로 제도의 영향을 받은 질환군과 다르게 병·의원의 외래이용이 감소함을 나타내었고 이는 통계적으로 유의하지 않았다.

제도의 영향을 받지 않은 질환군과 제도의 영향을 받은 질환군 중 경제활동을 하는 대상자는 OR값이 0.53으로 경제활동을 하지 않는 대상자보다 병·의원의 외래이용이 증가함을 나타내었고 이는 통계적으로 유의하였다. 입원경험 무경험군은 유 경험군보다 병·의원 외래이용이 증가하였으며 제도의 영향을 받은 질환군의 OR값이 0.34로 제도의 영향을 받지 않은 질환군보다 병·의원의 외래이용이 증가함을 나타내었고 이는 통계적으로 유의하였다.

표 5. 제도의 영향 받은 질환군과 받지 않은 질환군의 제도전후 병의원 외래이용 변화요인 분석

연도	제도의 영향을 받은 질환			제도의 영향을 받지 않은 질환		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
2010	1.00	-	-	1.00	-	-
2011	0.74	0.55	0.99	1.05	0.65	1.70
2012	0.76	0.57	1.01	0.79	0.48	1.30

	제도의 영향을 받은 질환			제도의 영향을 받지 않은 질환		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
입원경험						
유	1.00	-	-	1.00	-	-
무	0.34	0.25	0.47	0.38	0.24	0.61
외래이용	0.99	0.97	1.01	0.96	0.94	0.98
경상소득						
Q1	1.37	0.81	2.30	1.12	0.50	2.50
Q2	1.11	0.69	1.77	1.48	0.74	2.97
Q3	1.10	0.70	1.72	1.39	0.73	2.66
Q4	1.00	-	-	1.00	-	-
연령						
-64	0.73	0.52	1.04	0.85	0.52	1.40
65-	1.00	-	-	1.00	-	-
성별						
남	1.29	0.95	1.75	0.99	0.59	1.68
여	1.00	-	-	1.00	-	-
교육수준						
중졸이하	0.81	0.58	1.13	1.34	0.83	2.17
고졸	1.02	0.69	1.49	1.20	0.60	2.39
대졸이상	1.00	-	-	1.00	-	-
민간의료보험 보험료(만원)						
0	1.10	0.78	1.53	0.99	0.59	1.65
1-	1.00	-	-	1.00	-	-
보건의료비(만원)						
-10	0.59	0.44	0.79	0.59	0.36	0.94
11-	1.00	-	-	1.00	-	-
경제활동						
유	0.53	0.38	0.73	0.53	0.32	0.88
무	1.00	-	-	1.00	-	-
지역						
서울, 광역시	1.28	0.96	1.70	1.58	1.01	2.49
기타	1.00	-	-	1.00	-	-
장애여부						
유	1.65	1.13	2.40	1.47	0.87	2.48
무	1.00	-	-	1.00	-	-
건강검진여부						
유	0.75	0.58	0.98	1.07	0.71	1.62
무	1.00	-	-	1.00	-	-

### 3. 입원 유무에 따른 병·의원 외래이용

#### 1) 제도의 영향받은 질환군의 입원 유무에 따른 병·의원 외래이용

제도의 영향을 받은 질환군 중 입원경험이 있거나, 경험이 없는 연구대상자의 병·의원 외래이용은 표 6과 같다. 제도의 영향을 받은 질환군에서 독립변수인 입원유무가 미치는 영향을 알아보고 제도 전·후에 따른 종속변수인 의료기관종별 외래이용의 변화를 알아보고자 분석을 시행하였다.

2010년을 기준으로 입원 유 경험군의 OR값이 2011년에는 0.74, 2012년에는 0.86로 병·의원의 외래이용이 증가하였고 이는 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 입원 무 경험군의 OR값이 2011년에는 0.75, 2012년에는 0.45로 입원 유 경험군과 마찬가지로 병·의원의 외래이용이 증가함을 나타내었고 이는 통계적으로 유의하였다.

표 6. 제도의 영향을 받은 질환군의 입원 유무에 따른 병의원 외래이용 변화 요인 분석

	제도의 영향을 받은 질환					
	입원 유경험군			입원 무경험군		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
연도						
2010	1.00	-	-	1.00	-	-
2011	0.74	0.52	1.03	0.75	0.39	1.43
2012	0.86	0.61	1.19	0.45	0.23	0.88
외래이용	1.00	0.98	1.02	0.97	0.93	1.00
경상소득						
Q1	1.50	0.80	2.80	0.97	0.38	2.52
Q2	1.29	0.74	2.27	0.58	0.24	1.41
Q3	1.00	0.57	1.75	1.18	0.54	2.58
Q4	1.00	-	-	1.00	-	-

	제도의 영향을 받은 질환					
	입원 유경험군			입원 무경험군		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
연령						
-64	0.72	0.49	1.08	0.56	0.27	1.17
65-	1.00	-	-	1.00	-	-
성별						
남	1.31	0.92	1.86	1.35	0.75	2.44
여	1.00	-	-	1.00	-	-
교육수준						
중졸이하	0.72	0.49	1.07	1.19	0.63	2.24
고졸	0.96	0.62	1.47	1.67	0.74	3.75
대졸이상	1.00	-	-	1.00	-	-
민간의료보험 보험료(만원)						
0	0.96	0.65	1.43	1.52	0.79	2.93
1-	1.00	-	-	1.00	-	-
보건의료비(만원)						
-10	0.59	0.43	0.82	0.44	0.22	0.88
11-	1.00	-	-	1.00	-	-
경제활동						
유	1.00	-	-	1.00	-	-
무	0.47	0.32	0.69	0.69	0.35	1.36
지역						
서울, 광역시	1.26	0.90	1.75	1.26	0.72	2.20
시, 군, 도농복합군	1.00	-	-	1.00	-	-
장애여부						
유	1.85	1.19	2.88	1.12	0.56	2.24
무	1.00	-	-	1.00	-	-
건강검진여부						
유	0.84	0.62	1.13	0.44	0.25	0.79
무	1.00	-	-	1.00	-	-

2) 제도의 영향 받지 않은 질환군의 입원 유무에 따른 병·의원 외래이용

제도의 영향을 받지 않은 질환군 중 입원경험이 있거나, 경험이 없는 연구대상자의 병·의원 외래이용은 표 7과 같다. 제도의 영향을 받지 않은 질환군에서 독립변수인 입원유무가 미치는 영향을 알아보고 제도 전·후에 따른 종속변수인 의료기관종별 외래이용의 변화를 알아보고자 분석을 시행하였다.

2010년을 입원 유 경험군의 OR값이 2011년에는 1.16, 2012년에는 0.93로 병·의원의 외래이용이 감소하다가 증가하였고 이는 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 입원 무 경험군 OR값이 2011년에는 0.85, 2012년에는 0.49로 입원 유 경험군과 다르게 병·의원의 외래이용이 확연하게 감소하였다.

표 7. 제도의 영향을 받지 않은 질환군의 입원 유무에 따른 병의원 외래이용 변화요인 분석

	제도의 영향을 받지 않은 질환					
	입원 유경험군			입원 무경험군		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
연도						
2010	1.00	-	-	1.00	-	-
2011	1.16	0.63	2.14	0.85	0.36	2.00
2012	0.93	0.51	1.73	0.49	0.20	1.21
외래이용	0.95	0.92	0.98	0.97	0.94	1.00
경상소득(만원)						
Q1	0.82	0.31	2.21	2.45	0.58	10.26
Q2	1.38	0.57	3.31	1.95	0.59	6.46
Q3	1.01	0.44	2.30	2.47	0.78	7.84
Q4	1.00	-	-	1.00	-	-
연령						
-64	1.09	0.58	2.05	0.49	0.21	1.15
65-	1.00	-	-	1.00	-	-

	제도의 영향을 받지 않은 질환					
	입원 유경험군			입원 무경험군		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
성별						
남	0.78	0.39	1.55	2.16	0.87	5.39
여	1.00	-	-	1.00	-	-
교육수준						
중졸이하	1.37	0.73	2.58	1.87	0.87	4.04
고졸	1.53	0.66	3.53	0.69	0.18	2.67
대졸이상	1.00	-	-	1.00	-	-
민간의료보험 보험료(만원)						
0	0.99	0.52	1.90	1.18	0.49	2.82
1-	1.00	-	-	1.00	-	-
보건의료비(만원)						
-10	0.62	0.35	1.09	0.39	0.12	1.21
11-	1.00	-	-	1.00	-	-
경제활동						
유	0.47	0.24	0.90	0.60	0.26	1.40
무	1.00	-	-	1.00	-	-
지역						
서울, 광역시	1.51	0.85	2.68	1.88	0.87	4.06
기타	1.00	-	-	1.00	-	-
장애여부						
유	1.70	0.86	3.37	0.97	0.40	2.36
무	1.00	-	-	1.00	-	-
건강검진여부						
유	1.09	0.64	1.85	0.85	0.41	1.76
무	1.00	-	-	1.00	-	-



#### 4. 연도별 소득군의 병·의원 외래이용 변화

연도별 4개의 소득군의 병·의원 외래이용은 표 8과 같다. 연도별로 소득 4개군의 집단 간 비교분석(difference-in-difference: DID)을 실시하였다. 이들 두 집단들 간의 비교 분석을 통하여 제도의 변화에 따른 소득군별 병·의원 외래이용에 미치는 순수 효과만을 알아보고 제도의 효과를 측정하고자 하였다.

2010년을 기준으로 Q3 소득군의 OR값이 2011년에는 1.11, 2012년에는 0.82으로 병·의원의 외래이용이 감소했다가 증가하였고, Q2 소득군의 OR값이 2011년에는 1.60, 2012년에는 1.05으로 병·의원의 외래이용이 감소하였으며, Q1 소득군의 OR값이 2011년에는 1.01, 2012년에는 0.76으로 병·의원의 외래이용이 증가하였으며 이는 통계적으로 유의하지 않았다.

표 8. 연도별 소득군의 병의원 외래이용 비교

	연도*소득		
	OR	95% CI	
연도*소득			
2012*Q1	0.76	0.36	1.64
2012*Q2	1.05	0.47	2.33
2012*Q3	0.82	0.36	1.88
2012*Q4	1.00	-	-
2011*Q1	1.01	0.48	2.16
2011*Q2	1.60	0.72	3.53
2011*Q3	1.11	0.49	2.55
2011*Q4	1.00	-	-
2010*Q1,2,3,4	1.00	-	-
연도			
2010	1.00	-	-
2011	0.69	0.37	1.30
2012	0.87	0.46	1.65

	연도*소득		
	OR	95% CI	
경상소득(만원)			
Q1	1.43	0.79	2.61
Q2	1.00	0.55	1.80
Q3	1.21	0.67	2.17
Q4	1.00	-	-
질환			
제도영향 질환 (당뇨병, 고혈압, 알레르기성비염, 천식)	1.12	0.85	1.47
제도 비영향 질환 (골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)	1.00	-	-
입원경험			
유	1.00	-	-
무	0.35	0.27	0.45
외래이용	0.98	0.96	0.99
연령			
-64	0.75	0.56	1.01
65-	1.00	-	-
성별			
남	1.23	0.95	1.60
여	1.00	-	-
교육수준			
중졸이하	0.94	0.71	1.23
고졸	1.06	0.76	1.49
대졸이상	1.00	-	-
민간의료보험 보험료(만원)			
0	1.06	0.80	1.41
1-	1.00	-	-
보건의료비(만원)			
-10	0.59	0.46	0.75
11-	1.00	-	-
경제활동			
유	0.53	0.40	0.71
무	1.00	-	-

	연도*소득		
	OR	95% CI	
지역			
서울, 광역시	1.37	1.08	1.75
기타	1.00	-	-
장애여부			
유	1.57	1.15	2.13
무	1.00	-	-
건강검진여부			
유	0.83	0.67	1.03
무	1.00	-	-

## V. 고찰

### 1. 연구방법에 대한 고찰

약제비 본인부담률 차등화 제도와 같이 의료기관종별 수가차등제도는 계속해서 논의되어 왔다. 의료이용자들에게만 불이익을 주는 방식으로는 의료기관간 기능 분화를 이루기 어려워 의료공급자에 제도 기능분화를 위한 동기를 부여하기 위해 의원은 입원 기능을 없애고 외래기능 위주로 재편되었다. 또한 병원과 종합병원은 각자 수준에 적합한 환자에 대한 입원진료를 제공하도록 재편되어야 한다는 의견이 제시되었다(한국보건산업진흥원, 2001).

관련 선행 연구에서는 의료기관의 수입을 보전해 주기 위해서 모든 의료기관이 자기 수준에 적합한 환자를 진료하는 대가로 국민들이 현재보다 더 많은 의료비를 지불해야 할 가능성이 있다고 하였다. 또한 치료 과정 중 부작용이 발생하거나 각 의료기관종별 환자 분류에 대한 기준도 모호함에 따라 현재로서는 의료기관종별 차등수가제에 대한 분석이 불가능하며 향후 이에 대한 연구가 필요하다고 밝혔다(이상영, 2004).

이 연구는 약제비 본인부담률 차등화 제도가 경증질환(당뇨병, 고혈압, 알레르기성비염, 천식) 환자의 의료기관종별 외래이용 변화에 어떤 영향을 미쳤는지 분석하고자 하였다. 이에 따라 제도 시행 전인 2010년부터 2012년까지 3년간 제도의 영향을 받은 4개 질환을 연구대상으로 하였으며 제도의 영향을 효과적으로 알아보기 위하여 제도에 영향을 받지 않는 4개 질환(골절, 관절염, 우울증, 치아우식증)의 변화도 함께 분석하였다.

경증질환자의 의료이용 뿐만 아니라 의료기관의 기능을 정립하기 위하여 각종 의료기관의 기능과 역할이 차별성 있게 구분되어야 한다. 보건복지부의 고시

(제2011-69호)인 “의료기관의 종류별 표준업무규정”에 따라 의료기관종별로 표준업무를 제시하고 권장질환을 예시로 제시하였다(이평수, 2011). 보건복지부의 고시에 따르면 연구의 대상 질환군이었던 고혈압, 당뇨, 알레르기성비염은 간단하고 흔히 발생하는 질환, 상담 및 관리 등 외래진료를 통해 입원 등 환자의 상태가 악화되는 것을 예상할 수 있는 질환으로 구분되어 의원의 업무로 구분되었다. 또한 천식은 일반적인 입원, 보다 전문적인 관리가 필요한 질환으로 병원의 업무로 규정하여 약제비 본인부담률 차등화 제도의 목표와 같이 병·의원의 이용을 지향하였다.

또한 선행 연구에서 당뇨병과 고혈압 진단을 받은 응답자는 질환의 특성상 의사의 특별한 조치가 없고, 다른 상병과는 다르게 상대적으로 투약일수가 길기 때문에 외래서비스 이용 확률이 낮았다는 결과를 보였다(신민선, 2009). 이와 같은 경증질환자는 외래이용 횟수와 고도의 의료기술이나 시술의 필요성이 상대적으로 작고 외래를 통한 관리가 중요하기 때문에 다른 질환군보다 외래이용의 의료기관 재정립이 필요했으며 질환군의 의료기관종별 외래이용 변화에 영향을 미치는 사회적 요인에 대한 연구가 필요했다.

이 연구는 한국복지패널 자료를 이용하였고 패널조사 중 보건의료비는 조사되었지만 외래의료비와 입원의료비를 구분할 수 없는 제한점이 있기 때문에 의료비의 영향을 반영하기 어려웠다. 또한 제도에 영향을 받는 경증질환 환자가 다른 중증질환을 앓고 있는 경우의 동반상병 유무를 구분하는 분석이 필요했지만 자료의 한계로 인해 고려하지 못하였다. 자료의 특성상 의료기관 이용 형태는 주로 이용하는 의료기관 형태를 나타내는 변수로 분석을 실시하여 연구대상자의 질환별 이용하는 의료기관 형태 특성을 반영할 수 없는 한계가 있었다. 이 연구는 한국복지패널 데이터를 이용하여 분석하였기 때문에 연구대상자의 사회·경제적 특성과 복지형태를 반영할 수 있었지만 연구대상자의 보건의료 특성을 충분히 반영할 수 없었다.

약제비 본인부담률 차등화 제도가 2011년 10월에 시행됨에 따라 자료의 특성상 2011년 자료는 제도 전·후의 결과가 혼재되어 있다는 제한점을 가지고 있다. 혼재된 자료의 영향을 줄이고 정책 수행의 지속 효과를 알아보기 위하여 제도 시행 전년도인 2010년도와 제도 시행 후인 2012년도의 자료를 분석하였으며 제도 시행 각 1개년 전·후의 자료뿐만 아니라 각 2개년 전·후(2009-2010년, 2012-2013년)의 분석도 고려하였다. 하지만 2013년 자료의 경우 조사시행기관의 연간 통합 데이터의 미공개로 분석의 한계가 있었다.

하지만 이 연구는 패널자료의 특성을 반영하여 3년 동안 연속적으로 조사된 가구원을 대상으로 실시하였다. 이는 연도별 전체 의료기관 이용자가 아닌 실제 의료기관을 이용한 질환자를 대상으로 분석하여 제도의 영향을 받은 질환군과 영향을 받지 않은 질환군의 외래이용 변화를 효과적으로 분석하였다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

이 연구에서 약제비 본인부담률 차등화 제도의 전·후에 따른 병·의원 외래 이용 변화를 분석한 결과 제도 전보다 제도 후에 제도의 영향을 받은 질환군의 병·의원 외래 이용은 증가하였으며 종합·대학병원 외래 이용은 감소하였다.

선행 연구에서는 경증 질환군 뿐만 아니라 암 환자에 대한 본인부담 경감 조치 이후 의료기관의 특성별 의료이용의 차이를 분석한 연구에서는 의료기관 특성에 관계없이 의료이용이 모두 크게 증가하였다. 외래방문건수는 특별시 지역 의료기관의 증가가 컸으며, 입원일수는 시군지역의 증가가 큰 것으로 나타났다. 의료기관 중별로는 외래방문 건수는 종합전문요양기관, 입원일수는 종합병원이 높은 증가를 보였다. 병상규모별로는 외래방문 건수와 입원일수 모두 500병상 이상의 대형의료기관의 증가가 컸다(정정지, 2007). 이를 통해 본인부담 경감은

중증질환군의 의료이용을 증가시켰음을 알 수 있었다.

또한 의료기관 종별 특성에 대한 다른 연구 결과 상위 의료전달체계에 있는 병상 규모가 큰 의료기관 일수록 의료이용률, 평균 본인부담금 및 고액 본인부담 진료비가 높게 나타났다. 하지만 본인부담금의 변이계수는 진료비 편차가 크게 발생하는 의원에서 높게 측정되었다(김경아, 2011). 질환의 특성이 연구대상자의 외래이용에 영향을 미칠 수 있어 제도의 영향을 받는 질환군 뿐만 아니라 제도의 영향을 받지 않는 질환군도 비교하여 분석하였다. 연구수행 중 제도가 시행된 후 1년의 데이터로 분석을 수행하여 제도에 대한 효과가 미미할 것이라 예상되었다. 하지만 선행연구에서 질환에 따른 약제비 본인부담금과 가구소득 대비 약제비 비중을 분석한 결과, 고혈압, 당뇨병, 디스크 등의 질환군 약제비 부담이 큰 것을 확인하였으며 약제비 부담에 취약할 수 있다는 결과를 보였다(김보경, 2014).

이 연구를 수행한 결과 제도시행 전보다 제도시행 후에 제도의 영향을 받은 질환군의 병·의원 외래이용은 증가하였으며 제도의 영향을 받지 않는 질환군의 병·의원 외래이용은 감소하였지만 통계적으로 유의하지 않았다. 특히 제도의 영향을 받은 질환군 중 입원한 경험이 없는 군을 대상으로 분석하였을 때 제도 시행 이후 병의원 외래이용이 증가하였다.

또한 소득군의 병·의원 외래이용 변화에 다른 영향을 배제하고 순수 제도가 미치는 효과를 분석하고자 DID 분석을 실시하였다. 그 결과 연도별 소득군의 병·의원 외래이용 값은 유의하지 않았으며 병·의원 외래이용 차이를 알 수 없었다. 이에 따라 소득군에 따른 제도의 순수 효과를 볼 수 없었으며, 이는 제도가 시행된지 얼마 되지 않아 가시적인 효과가 있지 않았거나 소득 외 다른 변수가 영향 주었을 것으로 예상되었다.

상대적으로 약제비의 부담이 있는 고혈압, 당뇨병 등의 경증질환군의 외래이용 변화에 따라 의료기관 재정립이 필요하고 또한 '의료기관의 종류별 표준업무

규정'으로 구분된 질환자의 의료이용 변화를 추구하기 위한 질환별 시설·기술 및 수술·입원일수·약제비 등 의료이용의 빈도 및 치료방법을 분석하여 환자쏠림 현상을 방지해야 한다. 이를 위해 이 제도가 시행되었지만 경증질환자가 이 모든 역할을 떠넘기기엔 본인부담률의 증가폭보다 상급종합병원에 대한 국민들의 긍정적 인식이 더욱 크게 느껴진 것으로 보인다.

약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상 질환은 총 52개 질환이지만 이 연구는 한국복지패널의 조사자료로 분석되었으며 제도에 해당되는 4개 질환군(당뇨병, 고혈압, 알레르기성 비염, 천식)만을 대상으로 분석하여 그 외 질환군의 의료기관종별 외래이용 변화를 분석할 수 없다는 한계를 갖고 있다.

하지만 선행연구들과 달리 연구 대상자의 사회적 특성을 반영하였으며 특히 의료기관을 이용한 전체 질환자를 대상으로 분석하지 않고 3년간 연속적으로 의료기관을 이용한 질환자를 대상으로 의료이용의 변화를 분석할 수 있었다. 추후 제도의 대상 질환인 52개 질환을 대상으로 분석이 필요하며 이들의 사회·경제적 특성뿐만 아니라 외래이용의 변화를 알아보기 위해 패널의 특성을 가진 자료를 통해 추가적인 분석이 필요하다.

이 연구에서 소득군에 따른 의료이용의 변화를 알아보려고 하였지만 통계적으로 유의한 값을 얻지 못하였다. 선행 연구에서 소득 계층에 따른 의료이용 횟수 격차는 거의 나타나지 않았으며, 오히려 소득의 크기와는 반대로 고소득 계층보다 저소득 계층의 의료 서비스 이용횟수가 더 많은 것으로 나타났다(최운영, 2008). 이는 유의한 결과를 얻었지만 추후 의료이용을 횟수로 구분하기 보다는 의료비, 검사건수 등 질적인 의료 이용을 변수로 선정하여 추가적인 분석이 필요하다.

우리나라는 전 국민 공적의료보장을 달성하는 과정에서 저 보험료 체계를 취할 수밖에 없었고, 이로 인해 저급여 및 저수가 체계가 유지되어 재정적인 한계로 사회적 취약계층에 대한 의료보장 약화를 나타내었다. 또한 재난적 의료비



(가구의 비 생존적 수입(non-subsistence income) 40%이상의 진료비 지출)가 증가하여 의료급여 수급자로 포함되어야 하나 엄격한 수급자격으로 인하여 의료수급자 자격에서 탈락되거나, 건강보험료를 부담하지 못해 체납자로 분류된 저소득 사회적 약자들이 적절한 의료서비스를 받지 못하고 있다(이라, 2014). 이에 따라 가구의 소득에 따른 본인부담률 차등화를 고려하고 중증질환에 대한 보장을 강화하여 재난적 의료비 비율을 줄이기 위한 제도적 장치가 필요하다.

이 연구가 추후 본인부담제, 의료이용의 적정성과 의료기관의 재정립을 위한 정책에 참고자료가 될 수 있길 기대하며 아래와 같은 시사점을 제언하고자 한다.

첫째, 제도의 영향으로 병·의원의 외래이용이 증가하였지만 환자의 본인부담률 증가로 환자의 외래이용 분산 효과를 기대하기 보다는 사회의 인식이 변화될 수 있도록 경증질환 환자의 외래이용 요인에 대한 추구가 필요하며 환자쏠림 현상을 막고 환자의 특성에 따라 의료기관 외래 이용이 분산될 수 있는 방안을 모색하여야 한다. 또한 의료기관의 종류별 표준업무규정은 직접적인 규제나 조치가 이루어지지 않아 가이드라인을 제시하는 정도지만 이에 대한 협의 및 자문회의를 통해 의료 공급자와 이용자의 의료이용 행태를 효과적으로 변화시킬 수 있도록 제도 마련이 필요하다.

둘째, 종합·대학병원을 이용하는 질환자들의 요구도를 만족시키기 위하여 병·의원의 환자안전 및 의료 질 관리가 필요하며 이에 따라 자율적 의료기관 인증조사 및 정부 차원의 교육을 통한 일정 수준의 질 관리가 필요하다.

## 참고문헌

- 건강보험심사평가원. 50대 이상 중·노년층 ‘우울증’주의보 가을활동 늘리세요.  
보도자료, 2014. 10. 26
- 고수경, 김지윤, 양봉민. 의료서비스의 가격이 의료이용량에 미치는 영향-외래의  
료이용을 중심으로. 보건정책연구 2002;8(1):1-3
- 곽은경. 복합만성질환자의 외래이용 현황 분석-2008년도 한국의료패널 자료를  
이용하여. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 2012
- 김경아. 건강보험 고액 본인부담 지출 환자의 특성에 관한 연구. 경희대학교 대  
학원 석사학위논문, 2011
- 김보경. 복합만성질환 노인의 약제비 지출에 영향을 미치는 요인. 서울대학교  
대학원 석사학위논문, 2014
- 김주경. 지역별 병상 총량제 논의의 쟁점과 과제. 국회입법조사처 2013;674(1):  
1-4
- 김창보, 이상이. 의원 외래 본인부담정액의 변천과 정책적 함의. 한국보건행정학  
회지 2001;11(4):2-4
- 김창업, 이진석, 강길원. 의료보험환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기.  
한국보건행정학회지 1999;9(4):4-14
- 박혜경. 상급종합병원 외래 본인부담률 인상이 외래의료이용에 미치는 영향-감  
기와 고혈압을 중심으로. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2010
- 변진옥, 이현복, 강하림. 요양기관 중별 본인부담 차등이 의료이용에 미치는 영  
향분석. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 연구보고서 2013;10(1):  
13-32

- 보건복지부, 연세대학교 의료·복지연구소. 2009년 국민의료비 및 국민보건계정, 2011
- 보건복지부. 의료기관 기능재정립 효과분석. 보도자료, 2012. 8. 23
- 보건복지부. 2012 국민의료비 추계 관련 국제 심포지움 개최. 보도자료, 2014.6.9
- 손건익. 의료전달체계 개선의 필요성과 추진방향. 한국보건사회연구원 보건복지포럼 2010;11(169):2-4
- 신민선. 외래서비스 이용에 영향을 미치는 요인: 2007 국민건강영양조사를 이용하여. 경원대학교 경영대학원 석사학위논문, 2009
- 신현철. 고혈압 외래 진료비 관련 진료경향 분석. 건강보험심사평가원 정책동향 2013;7(1):65-73
- 유승흠, 박은철. 의료보장론. 신광출판사, 2009
- 안이수. 고혈압·당뇨병 환자의 일차의료 외래이용 지속성이 입원 및 응급실 이용에 미치는 영향. 고려대학교 대학원 석사학위논문, 2008
- 이라. 사회국가원리와 저소득층의 의료보장. 고려대학교 대학원 석사학위논문, 2014
- 이상영. 의료기관종별 수가차등제 도입 시 의료기관의 수익과 국민의료비에 미치는 영향 분석. 한국보건사회연구원 정기간행물 2004;24(2):171-177
- 이수연. 한국 보건의료제도 특징이 보건의료성장에 미친 영향에 관한 연구. 충남대학교 사회과학연구소 사회과학연구 2013;24(4):271-293
- 이용균. 의료기관의 종별 기능재설정 방안. 병원신문 2011. 1. 11
- 이은희. 상급종합병원 외래 본인부담률 인상이 당뇨 환자의 외래 의료이용에 미치는 영향. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2011
- 이풍훈. 경증질환의 최근 5년 외래진료동향. 건강보험심사평가원 정책동향 2013; 7(6):67-79
- 이평수. '의료기관 기능재정립'과 '의료기관 종별 표준업무' 선언적 규정을 점진

- 적으로 구체화해야. 대한의사협회 의료정책연구소 의료정책포럼 2011; 9(3):81-86
- 임난영, 김성윤. 병원중심 가정간호 사업의 평가 연구 1996;3(1):2
- 전경수. 6세미만 입원 법정본인부담금 면제정책이 의료이용에 미치는 영향. 고려대학교 보건대학원 석사학위논문, 2007
- 정세환. 한국의료패널의 치과외래 이용 및 의료비 지출에 대한 4년간(2008-2011)의 변화추이. 대한치과의사협회지 2014;52(3):5
- 정정지. 암 환자의 본인부담 변화가 의료이용에 미친 영향에 관한 연구. 건양대학교 대학원 박사학위논문, 2007
- 최윤영. 소득 계층에 따른 의료 이용 격차 분석. 고려대학교 대학원 박사학위논문, 2008
- 한국보건산업진흥원. 보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구 2001;44(1): 182-183
- 함명일, 민인순. 진료비 확인 민원신청 경험과 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도와 의 관련성. 보건행정학회지 2013;23(3):289-300
- Chen LC, Schafheutle EI, Noyce PR. The impact of nonreferral outpatient co-paymant on medical care utilization and expenditure in Taiwan. Research in Social Administrative Pharmacy 2009;5(3):211-224
- Gijssen R, Hoeymans N, Schellevis F. Causes and consequences of comorbidity. Journal of Clinical Epidemiology 2001;54(1):661-674
- Huang JH, Tung CM. The effects of outpatient co-payment policy on healthcare usage by the elderly in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr 2006;43(1):103-122
- Ku L, Wachino V. The effect of increased cost-sharing in Medicaid. A

summary of research finding. Washington DC: Center on Budget and Policy Priorities, 2005

Nakatani H, Kondo T. Characteristics of a medical care program for specific disease in Japan in an era of changing cost-sharing. *Health Policy* 2003;64(3):377-389

OECD. *Health at a Glance*. 2013

Pauly MV. The economics of moral hazard. Comment. *American Economic Review* 1968;4(4):281-292

Regers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *AJPH* 1980;70(2):122-6

Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health insurance in developing countries*. ILO, 1990

## 부 록

부표 1. 연도별 소득군의 병의원 외래이용 비교

부표 2. 경상소득별 질환에 따른 병의원 외래이용 변화요인 분석

부표 1. 연도별 소득군의 병의원 외래이용 비교

	연도*질환		
	OR	95% CI	
연도*질환			
2012*제도의영향을받은질환	0.98	0.55	1.74
2012*제도의영향을받지않은질환	1.00	-	-
2011*제도의영향을받은질환	0.71	0.40	1.24
2011*제도의영향을받지않은질환	1.00	-	-
2010*제도의영향을받은질환	1.00	-	-
2010*제도의영향을받지않은질환	1.00	-	-
연도			
2010	1.00	-	-
2011	1.05	0.65	1.70
2012	0.78	0.48	1.28
질환			
제도의영향을받은질환	1.27	0.82	1.95
제도의영향을받지않은질환	1.00	-	-
연령			
-64	0.75	0.56	1.00
65-	1.00	-	-
성별			
남	1.23	0.95	1.60
여	1.00	-	-
교육수준			
중졸이하	0.94	0.71	1.23
고졸	1.07	0.77	1.49
대졸이상	1.00	-	-

	연도*질환		
	OR	95% CI	
경제활동			
유	0.53	0.40	0.70
무	1.00	-	-
외래이용*	0.98	0.96	0.99
민간의료보험가입			
유	1.07	0.81	1.42
무	1.00	-	-
경상소득(만원)			
Q1	1.33	0.86	2.05
Q2	1.19	0.81	1.76
Q3	1.18	0.82	1.70
Q4	1.00	-	-
지역			
서울, 광역시	1.37	1.07	1.75
시, 군, 도농복합군	1.00	-	-
보건의료비(만원)			
10만원이하	0.59	0.46	0.75
10만원초과	1.00	-	-
입원경험			
유	0.35	0.27	0.46
무	1.00	-	-
장애여부			
유	1.56	1.14	2.12
무	1.00	-	-
건강검진여부			
유	0.83	0.67	1.03
무	1.00	-	-





	경상소득 Q1						경상소득 Q2						경상소득 Q3						경상소득 Q4					
	제도 영향 받은 질환			제도 영향 받지 않은 질환			제도 영향 받은 질환			제도 영향 받지 않은 질환			제도 영향 받은 질환			제도 영향 받지 않은 질환			제도 영향 받은 질환			제도 영향 받지 않은 질환		
	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI	
대출이상	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
경제활동																								
유	0.50	0.24	1.05	0.63	0.18	2.21	0.43	0.24	0.78	0.93	0.37	2.37	0.46	0.23	0.90	0.46	0.17	1.25	0.78	0.33	1.82	0.50	0.14	1.82
무	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
외래이용*	0.98	0.92	1.05	1.00	0.96	1.04	0.99	0.96	1.02	0.95	0.90	0.99	0.98	0.96	1.01	0.96	0.92	1.00	0.99	0.96	1.02	0.95	0.90	1.01
민간의료보험가입																								
유	1.32	0.63	2.79	2.39	0.59	9.59	1.35	0.81	2.25	0.83	0.37	1.87	0.95	0.51	1.77	0.73	0.28	1.88	0.73	0.29	1.81	1.33	0.25	7.15
무	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
지역																								
서울, 광역시	1.40	0.76	2.56	1.69	0.54	5.32	1.28	0.76	2.17	2.09	0.91	4.80	1.56	0.88	2.77	2.29	0.90	5.83	0.98	0.52	1.85	0.90	0.30	2.72
시, 군, 도농복합군	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
보건의료비(만원)																								
10만원이하	0.44	0.24	0.79	0.49	0.14	1.76	0.62	0.36	1.07	0.59	0.24	1.50	0.49	0.27	0.88	0.32	0.12	0.85	0.98	0.48	1.99	0.90	0.29	2.77

	경상소득 Q1			경상소득 Q2			경상소득 Q3			경상소득 Q4														
	제도 영향 받은 질환		제도 영향 받지 않은 질환	제도 영향 받은 질환		제도 영향 받지 않은 질환	제도 영향 받은 질환		제도 영향 받지 않은 질환	제도 영향 받은 질환		제도 영향 받지 않은 질환												
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI												
10만원초과	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
입원경험																								
유	0.31	0.16	0.62	0.36	0.11	1.15	0.60	0.31	1.16	0.36	0.15	0.85	0.23	0.12	0.43	0.23	0.09	0.60	0.22	0.11	0.43	0.47	0.15	1.50
무	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
장애여부																								
유	1.72	0.62	4.81	2.93	0.54	15.97	2.15	1.12	4.15	1.55	0.59	4.09	1.75	0.94	3.23	0.71	0.26	1.96	1.07	0.49	2.34	1.21	0.38	3.80
무	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
건강검진여부																								
유	0.48	0.28	0.81	0.79	0.29	2.10	0.70	0.43	1.14	1.62	0.71	3.68	1.00	0.58	1.73	1.36	0.58	3.18	1.20	0.63	2.27	0.76	0.29	2.03
무	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-

## Abstract

# The difference of outpatient utilization by changing coinsurance rate on pharmaceutical cost

Eun-Hee Park  
Dept. of Health Policy and Management  
The Graduate School of Public Health  
Yonsei University

(Directed by Professor Eun-Cheol Park, M.D., Ph.D.)

In October, 2011, the Korean Government reformed the program for management of outpatients who had comparatively mild illness. Program increased the coinsurance rate on pharmaceutical cost for 52 types of diseases follow as: existing 30% coinsurance rate was changed to 50% in tertiary care hospital and 40% in general hospital, respectively. Therefore, we analyzed the difference of using outpatient care by reforming program about changing coinsurance rate to investigate whether outpatients shift into hospital or clinics from tertiary or general hospitals. By those analyses, we aim to identify that changing coinsurance rate how impact to patient's behavior.

To analyze those relationships, we used the Korea Welfare Panel Study (KOWEPS) during 2010-2012 in our study. Study population was defined as outpatients case due to diabetes, hypertension, allergic rhinitis, and asthma

among 52 types of disease which were affected by reformed program. Additionally, 4 types of disease such as fracture, arthritis, depression and dental caries that were not applied for reformed program were selected to use control group in this study. We exclude the cases that had missing value to analyze relation with outpatient care, and final study population used in this study was consisted of 2,096.

We first examined the distribution of each variable to analyze the general characteristics of each group, and we performed t-tests and  $\chi^2$  tests to examine differences in each categorical variable by disease group. Also, we performed analysis of variance (ANOVA) for continuous variables to compare the average values and standard deviation. Next, we performed multivariable logistic regression to analyze the relation with outpatient's behavior by disease group. Finally, to investigate impact of reformed program, we conducted analysis of difference in difference (DID).

By the results of this study, using outpatient care due to diseases which were affected by reformed program in general or tertiary hospital was decreased by study period (2011=OR: 0.74; 2012=OR: 0.76). Although the result was not statistically significant, using outpatient care in another disease groups had inverse trends with case group. In the results by experience of hospitalization, using outpatient care of patient who had not experience of hospitalization for general or tertiary hospital had decreased by study period (2011=OR: 0.75; 2012=OR: 0.45). The results of DID analysis had not statistically significant difference.

Although our study had some limitations that the data used in our study could not be exactly distinguished by period of reforming the program, our

findings suggest that using outpatient care of patients with mild illness were affected by reforming program. However, more detailed further studies about those relationships would be needed in future. Through such processes, we expect that medical expenditure were well managed by controlling coinsurance rate.

---

Key words : outpatient care, coinsurance rate, pharmaceutical cost, patient's behavior