

## 요양기관 종별 외래 약제비 본인부담 차등정책의 효과 분석

최종남<sup>1</sup>, 조정숙<sup>2</sup>, 류시원<sup>3</sup>

<sup>1</sup>국민건강보험공단 일산병원 보험심사팀, <sup>2</sup>건강보험심사평가원 약제관리실, <sup>3</sup>인제대학교 보건대학원

### Effectiveness of Coinsurance Policy Change on Prescription Drug Coverage

Jong Nam Choi<sup>1</sup>, Jeong-Sook Jo<sup>2</sup>, Seewon Ryu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medical Insurance Review Team, NHIS Ilsan Hospital, Goyang; <sup>2</sup>Pharmaceutical Management Department, Health Insurance Review and Assessment Service, Wonju; <sup>3</sup>School of Public Health, Inje University, Busan, Korea

**Objectives:** This study aims to evaluate the effectiveness of the policy on differential coinsurance for outpatient prescription drug coverage in general hospitals or advanced general hospitals among patients covered by health insurance for 52 mild diseases (Notification No. 2011-86 of the Ministry of Health and Welfare), which came into force in October 2011. **Methods:** The claims for health insurance coverage of outpatient medical expenditures in all general hospitals and advanced general hospitals, which were made for a year (from October 2010 to September 2011) before the policy and for two years (from October 2011 to September 2013) after the policy, were analyzed. The changes in the ratio of the number of all the claims for medical expenditures and patients to that of claims for 52 mild diseases as principal conditions and relevant patients were analyzed in terms of care institution types, gender, regions, age groups, and diseases. **Results:** The policy on differentiated prescription drug coverage was effective both in general hospitals and in advanced general hospitals. The number of medical claims and patients were decreased, and it was slightly more effective in advanced general hospitals. It was more effective among females than among males in terms of the number of both claims and patients. It was most effective among those in their fifties in terms of the number of claims and among those in their seventies in terms of the number of patients. It was most effective in Gangwon Province in terms of the number of claims and patients for advanced general hospitals and in Busan Metropolitan City in terms of claims and in Daejeon Metropolitan City in terms of patients for general hospitals. It was most effective on hypertension both in general hospitals and in advanced general hospitals and was more effective on chronic diseases than on acute ones. **Conclusions:** The policy on differential coinsurance for outpatient prescription drug coverage by care institution types was effective, as intended by the government, and the effectiveness differed by gender, age, regions, and diseases. These results are expected to be useful in enhancing the policy for preventing mild disease patients from being concentrated in large hospitals.

**Key words:** Differential prescription drug coverage, Mild disease, Coinsurance, Tertiary hospital, General hospital

## 서론

우리나라의 국민의료비 지출은 지속적으로 증가하였으며, 2000년 이후 증가추세는 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 가입 국가들 중에서도 높은 집단에 속하여 올바른 의

료이용에 의한 의료비 부담을 관리할 필요가 있다. 2005년부터 2010년까지 국민의료비지출의 연간증가율은 13.0%, 8.5%, 5.3%, 9.4%, 8.1% 등 지속적으로 높게 증가하여 왔다. 또한 국내총생산(gross domestic product, GDP) 대비 국민의료비의 비율은 2000년도에 4.0%에서 2009년도에는 6.3%로 증가하였다[1]. 이러한 현상은 경제수준의 향상, 의료

**Corresponding author:** Seewon Ryu

75 Bokgi-ro, Busanjin-gu, Busan 47392, Korea  
Tel: +82-51-890-6876, E-mail: seewon@inje.ac.kr

Received: May 3, 2016 Revised: May 23, 2016 Accepted: May 30, 2016

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

**How to cite this article:**

Choi JN, Jo JS, Ryu S. Effectiveness of coinsurance policy change on prescription drug coverage. J Health Info Stat 2016;41(2):248-259. Doi: <http://dx.doi.org/10.21032/jhis.2016.41.2.248>

© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2016 Journal of Health Informatics and Statistics

접근성 향상, 의료기술의 발전 등에 의한 결과로 해석할 수 있다.

우리나라의 의료전달체계는 1989년 7월에 전국민의료보험 확대 실시와 함께 도입하였다. 국민의 보건의료수요를 효율적이고 효과적으로 충족하기 위하여 외래환자 위주의 의원급, 입원환자 위주의 병원급으로 나누고, 종합병원 중 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 수행하는 상급종합병원으로 지정하여 역할을 분담하고 있으며, 상급종합병원기관은 1차 의료기관에서 발행한 진료의뢰서를 제출하도록 하고 있다[2-4].

그러나 의료전달체계에서 설정한 의료기관 간 기능과 역할은 의료의 이용과 공급 과정에서 적절히 분담하지 못하고 있다. 환자는 질병의 중증도 또는 1차 의료기관의 진료의뢰서 또는 확인서 없이 대형병원으로 몰리고 있으며[5], 1차 의료영역에서 의원과 중소병원은 부적절한 경쟁이 지속되고 있다. 이와 같이 현재 보건의료체계가 직면하고 있는 의료전달체계 붕괴, 환자의 중증도를 고려한 합리적 의료기관 이용과 제공 미흡, 경증질환자의 상급종합병원으로 쏠림 현상 등 문제들을 개선하고, 보건의료체계의 지속가능성을 확보하기 위해 의료기관 간의 기능 재정립을 위한 정책이 필요하게 되었다[2,6]. 이에 정부는 경증질환의 자기관리 및 예방하고, 중증도를 고려한 적정 의료이용을 유도하기 위하여 의료비 본인부담제도, 의료기관 종별 차등수가제도를 도입하여 적용하고 있으나[7], 경증질환자의 상급 의료기관 이용의 문제가 존재하였다.

이에 정부는 2011년 10월부터 52개 경증질환의 외래 원외처방 약제비의 본인부담률을 기존 30%에서 상급종합병원은 50%, 종합병원은 40%로 각각 상향 조정하였다[약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상(고시 2011-86호)]. 보건복지부는 제도시행 이전 6개월간(2010. 10-2011. 2월)과 시행 이후 6개월간(2011. 10-2012. 2월)의 수진자 수 및 내원일수를 비교하여 성과를 비교하였으며, 상급종합병원과 종합병원의 수진자수가 각각 37.5% 및 17.2% 감소하였고, 내원일수는 각각 51.1% 및 27.1% 감소한 것으로 발표한 바 있다[8]. 또한 상급종합병원 전체 외래진료 중 경증질환 외래환자의 점유율은 9.0%포인트 감소했으며, 내원일수는 8.5%포인트 감소하였고, 종합병원 전체 외래진료 중 경증질환 외래환자의 점유율은 6.7%포인트 감소하였으며, 내원일수는 7.8%포인트 감소한 것으로 보고하였다. 또한 계절성을 고려한 시계열 분석방법으로 연구한 Kim et al. [9] (2007.3-2012.3 자료 활용) 및 Byeon et al. [5]의 연구(2008-2012 자료 활용)에서도 제도 실시에 따라 상급종합병원 및 종합병원의 경증질환자 실수진자수 및 총진료비[5], 내원일수, 진료비, 투약일수, 약제비[9] 등이 감소한 것으로 보고하였다.

위와 같이 경증질환 외래환자에 대한 약제비 본인부담률 차등화 정책은 의료이용에 효과가 있는 것으로 나타났으나, 의료전달체계의 미흡 및 경증질환자의 대형병원 쏠림문제에 대한 논쟁은 여전하다. 대한

의사협회는 대형종합병원들의 무분별한 외래진료 확장으로 동네의원을 이용하여야 할 경증질환자가 대형종합병원을 이용하게 되고, 동네의원들은 외래급여비가 잠식되고 있다고 주장하고 있다[10]. 즉 종합병원 이상의 상급의료기관을 이용하는 경증질환자에게 본인부담률 인상정책의 효과성이 있었음에도 불구하고, 상급의료기관의 행태적인 요인, 경증질환자들의 상급의료기관 중심의 의료이용행태는 개선의 여지가 있다고 생각하며, 이러한 개선을 위한 근거를 마련하여야 할 것이다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 경증질환의 외래 원외처방 약제비 본인부담률 정책효과를 보다 구체적으로 분석할 필요가 있다. 즉 외래 원외처방 약제비 본인부담률 인상정책의 대상인 52개 경증질환은 서로 다른 특성의 질환이며, 성, 연령, 거주지역 등 환자의 인구사회적 특성별로 경증질환 의료수요와 의료이용이 상이할 수 있다. 따라서 정책의 효과성은 이러한 세분된 집단별로 상이하게 나타날 수 있을 것이며, 이에 대한 연구를 통하여 경증질환자의 상급종합병원 및 종합병원에 대한 부적절한 쏠림현상을 해결할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다.

본 연구는 이와 같은 연구의 필요성에 근거하여 실시하였으며, 의료기관 기능 재정립의 일환으로 2011년 10월부터 시행된 요양기관 종별 외래 약제비 본인부담 차등정책이 요양기관의 중(상급종합병원과 종합병원), 성(남, 여), 연령계층, 지역(시, 도), 52개 경증질환 등별로 정책 효과의 차이를 분석하였으며, 차등화정책의 추가적인 보완에 기초자료를 제공하고자 하였다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 사전-사후 설계(pre-post design)방식으로 진행하였으며, 요양기관 종별 약제비 본인부담 차등정책의 시행 직전 1년간(2010년 10월-2011년 9월)에 대하여 제도 시행이후 1차 연도 1년간(2011년 10월-2012년 9월) 및 2차 연도 1년간(2012년 10월-2013년 9월)의 52개 경증질환자의 진료비 청구건수 및 청구인원수 변화를 확인하고자 하였다. 즉, 정책의 시행 이전 1년간을 기준하여 시행 이후 1차 연도 및 2차 연도의 52개 경증질환자의 연간 진료비 청구건수 및 청구인원수의 변화를 요양기관 종별(상급종합병원, 종합병원), 성, 지역(시, 도), 연령대, 52개 경증질환 등별로 확인하고자 하였다.

### 연구 대상

본 연구의 대상 의료기관은 분석기간에 존재한 전국의 상급종합병원(43-46개) 및 종합병원(284-387개) 전체이며, 연구자료는 이러한 의료기관들이 2010년 10월부터 2013년 9월까지 건강보험심사평가원에

**Table 1.** Number of hospitals by type and region

Region	Period					
	One year before the policy (2010.10-2011.9)		1st year after the policy (2011.10-2012.9)		2nd year after the policy (2012.10-2013.9)	
	Hospital type		Hospital type		Hospital type	
	Tertiary hospital	General hospital	Tertiary hospital	General hospital	Tertiary hospital	General hospital
Gwangwon	2	14	2	14	2	14
Gyeonggi	5	48	6	49	5	51
Gyeongnam	1	22	1	23	1	24
Gyeongbuk	-	18	-	18	-	19
Gwangju	2	19	2	20	2	21
Daegu	4	8	4	8	4	8
Daejeon	2	7	2	8	1	8
Busan	4	23	4	24	4	23
Seoul	16	43	17	44	16	44
Ulsan	-	3	-	3	-	3
Incheon	2	11	2	12	2	14
Jeonnam	-	21	1	21	1	21
Jeonbuk	2	11	2	14	2	10
Chungnam	2	10	2	10	2	10
Chungbuk	1	10	1	10	1	10
Jeju	-	5	-	6	-	11
Unknown <sup>1</sup>	-	11	-	1	-	-
Total	43	284	46	285	43	287

<sup>1</sup>Unknown, hospitals that were not identified at the time of data collection.

청구한 진료건수 및 진료인원수로 선정하였다(Table 1). 2012년 1월부터 진료비청구 명세서 작성요령이 변경되었기 때문에 2011년까지는 한 명이 하나의 진료과를 여러 번 방문하더라도 1건으로 집계되었으나, 2012년부터는 방문한 횟수만큼 집계되었기 때문에 청구건수가 늘어날 수 있다. 이러한 제한점을 극복하기 위해 경증질환 청구건수 및 청구인원수를 동시에 분석하고자 하였다.

그러나, 약제비 본인부담률 인상 정책의 영향을 받는 상급종합병원 및 종합병원의 건강보험 외래환자 청구건수만을 대상으로 하였으며, 치과 청구건수는 차등정책의 대상에 포함되지 않기 때문에 제외하였다.

본 연구는 I대학교 IRB 연구심의 면제대상논문으로 진행하였다.

### 자료수집방법

상급종합병원 및 종합병원별로 요양기관 종별 외래 본인부담 차등 정책에 따른 경증질환 진료비 청구건수 및 청구인원수의 변화를 확인하기 위하여 2010년 10월부터 2013년 9월까지 12개월씩 3개 기간으로 구분하여 병원별 전체 및 경증질환의 청구건수 및 청구인원수를 질환별(경증질환의 경우만), 연령별, 성별로 구분하여 자료를 추출하였다.

경증질환의 자료는 건강보험심사평가원에 청구한 자료 가운데서 2011년 10월부터 시행된 요양기관 종별 약제비 본인부담 차등정책의 대상이 되는 52개 경증질환(주진단명)에 해당하는 청구내역 자료를 질환별로 집단화하여 받았다.

### 자료분석방법

요양기관 종별 외래 본인부담 차등정책의 효과를 분석하기 위해 다음과 같은 방법으로 자료를 분석하였다.

첫째, 상급종합병원과 종합병원의 자료를 각각 정책 시행 이전 1년(2010.10월-2011.9월)과 시행 이후 1차 연도(2011.10월-2012.9월), 2차 연도(2012.10월-2013.9월)로 분류하였다.

둘째, 상급종합병원과 종합병원의 3개연도 전체 청구건수와 청구인원수 중 경증질환 청구건수 및 청구인원수의 비율을 성, 연령, 지역, 주요 경증질환별로 각각 산출하고, 정책의 시행 이전 1년간을 기준하여 시행 이후 1차 및 2차 연도의 증감여부를 확인하였다.

셋째, 52개 경증질환별(1번-52번 집단화) 분석은 환자 1인이 동일 질환으로 여러 번 병원을 방문할 수 있고, 2012년 1월부터는 진료비 청구 방식이 방문일자별 청구방식으로 변경되었기에 청구 인원수별로만 분석하였다.

## 연구 결과

### 경증질환의 진료비청구 건수 변화

#### 요양기관 종별 진료비청구 건수 변화

요양기관 종별로 총진료비 청구건수 중 52개 경증질환의 청구건수 비율을 구하여 정책효과를 확인하고 비교하였다(Table 2).

**Table 2.** Change of number and component ratio of medical claims of 52 mild diseases by hospital type (unit: 1,000 claims, %)

Type of hospital, Diseases	Number and component ratio of medical claims of 52 mild diseases among overall diseases			Change of number and component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	24,140	33,837	35,500	9,697	11,360
52 mild diseases <sup>b</sup>	4,026	3,456	3,419	-570	-607
Component ratio (%) <sup>c</sup>	16.68	10.21	9.63	-6.47	-7.05
<b>General hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	37,738	51,368	54,759	13,630	17,021
52 mild diseases <sup>b</sup>	11,687	12,584	13,083	897	1,396
Component ratio (%) <sup>c</sup>	30.97	24.5	23.89	-6.47	-7.08
<b>Tertiary and general hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	61,879	85,205	90,259	23,326	28,380
52 mild diseases <sup>b</sup>	15,714	16,040	16,502	326	788
Component ratio (%) <sup>c</sup>	25.39	18.83	18.28	-6.57	-7.11

c = b/a (ratio of the number of 52 mild disease cases by total medical claims).

상급종합병원의 경우, 총진료비 청구건수 중 경증질환 청구건수의 점유율이 정책 시행 직전 연도에(연간 16.68%) 비하여 정책 시행 이후 1차 및 2차 연도에는 각각 6.47%포인트, 7.05%포인트 감소하였다.

종합병원의 경우, 총진료비 청구건수 중 경증질환 청구건수의 점유율이 정책 시행 직전 연도에(연간 30.97%) 비하여 정책 시행 이후 1차 및 2차 연도에는 각각 6.47%포인트, 7.08%포인트 감소하였다.

상급종합병원과 종합병원 전체에서 경증질환 진료비청구건수의 비율이 정책 시행 직전 연도에(연간 25.39%) 비하여 정책 시행 이후 1차 및 2차 연도에는 각각 6.57%포인트, 7.11%포인트 감소하였다.

즉 정책의 시행 이후 1차 연도에는 종합병원 이상 의료기관의 경증질환 진료비 청구건수는 6.5%포인트 정도 하락하여 정책효과가 나타났으며, 2차 연도에도 1차 연도의 10%수준만큼 추가적으로 감소하였다.

#### 성별 진료비 청구건수 변화

총 진료비 청구건수 중 52개 경증질환의 청구건수 비율을 성별로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였으며, 남자보다 여자가 정책에 따른 감소효과가 높았다(Table 3).

상급종합병원의 경우, 진료비 차등정책 시행 이전의 성별 경증질환 진료비 청구건수 비율은 남자 16.49%, 여자 16.85%이었으나, 정책 시행 후 1차 연도에는 남자 10.19%, 여자 10.23%, 2차 연도에는 남자 9.68%, 여자 9.59%로 정책시행 이전에 비하여 시행 후 1차 연도에는 남자 6.30%포인트, 여자 6.62%포인트, 2차 연도에는 남자 6.81%포인트, 여자 7.26%포인트 감소하였다.

종합병원의 경우, 진료비 차등정책 시행 이전의 성별 경증질환 진료비 청구건수 비율은 남자 30.79%, 여자 31.13%이었으나, 정책의 시행 후 1차 연도에는 남자 24.55%, 여자 24.45%, 2차 연도에는 남자 23.95%, 여자 23.83%로 정책시행 이전에 비하여 시행 후 1차 연도에는 남자 6.24%포인트, 여자 6.68%포인트, 2차 연도에는 남자 6.84%포인트, 여자 7.30%포인트 감소하였다.

상급종합·종합병원 합계의 경우, 진료비 차등정책 시행 이전의 성별 경증질환 진료비 청구건수 비율은 남자 25.30%, 여자 25.48%였으나, 정책의 시행 후 1차 연도에는 남자 18.99%, 여자 18.67%, 2차 연도에는 남자 18.50%, 여자 18.08%로 정책시행 이전보다 시행 후 1차 연도에는 남자 6.31%포인트, 여자 6.81%포인트, 2차 연도에는 남자 6.80%포인트, 여자 7.40%포인트 감소하였다.

#### 연령대별 52개 경증질환의 진료비 청구건수 점유율 변화

총 진료비 청구건수 중 52개 경증질환의 청구건수 비율을 연령대별로 산출하여 정책효과를 확인 및 비교하였다(Table 4).

상급종합병원의 경우 경증질환 연령대별 비율은 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 6.22%, 20대 5.19%, 30대 5.46%, 40대 6.04%, 50대 7.17%, 60대 6.98%, 70세 이상 6.50%포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 6.57%, 20대 5.12%, 30대 5.67%, 40대 6.55%, 50대 7.91%, 60대 7.75%, 70세 이상 7.18%포인트씩 감소하였다.

종합병원의 경우 경증질환 연령대별 비율이 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 6.22%, 20대 5.29%, 30대 4.70%, 40대

**Table 3.** Change of number and component ratio of medical claims of 52 mild diseases by sex in hospital type (unit: %)

Type of hospital, Sex	Component ratio				
	Component ratio of medical claims of 52 mild diseases among overall diseases			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
Tertiary hospital					
Men	16.49	10.19	9.68	-6.30	-6.81
Women	16.85	10.23	9.59	-6.62	-7.26
General hospital					
Men	30.79	24.55	23.95	-6.24	-6.84
Women	31.13	24.45	23.83	-6.68	-7.30
Tertiary and general hospital					
Men	25.30	18.99	18.50	-6.31	-6.80
Women	25.48	18.67	18.08	-6.81	-7.40

**Table 4.** Change of number and component ratio of medical claims of 52 mild diseases by age group in hospital type (unit: %)

Type of hospital, Age	Component ratio of medical claims of 52 mild diseases among overall diseases				
	Point of time			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
Tertiary hospital					
Under 19	20.83	14.61	14.26	-6.22	-6.57
20-29	14.67	9.48	9.55	-5.19	-5.12
30-39	14.24	8.78	8.57	-5.46	-5.67
40-49	15.11	9.07	8.56	-6.04	-6.55
50-59	17.79	10.62	9.88	-7.17	-7.91
60-69	17.35	10.37	9.60	-6.98	-7.75
Over 70	14.99	8.49	7.81	-6.50	-7.18
General hospital					
Under 19	45.36	39.14	40.00	-6.22	-5.36
20-29	27.68	22.39	22.4	-5.29	-5.28
30-39	26.48	21.78	21.45	-4.70	-5.03
40-49	29.33	22.99	22.37	-6.34	-6.96
50-59	32.38	24.37	23.55	-8.01	-8.83
60-69	29.80	22.69	21.79	-7.11	-8.01
Over 70	23.86	17.19	16.40	-6.67	-7.46
Tertiary and general hospital					
Under 19	36.99	30.89	31.32	-6.01	-5.67
20-29	22.66	17.15	17.19	-5.51	-5.47
30-39	22.02	16.82	16.53	-5.20	-5.49
40-49	23.70	17.28	16.76	-6.42	-6.94
50-59	26.28	18.49	17.79	-7.79	-8.49
60-69	24.76	17.67	16.88	-7.09	-7.88
Over 70	20.38	13.74	13.06	-6.64	-7.32

**Table 5.** Change of component ratio of medical claims of 52 mild diseases among those of all diseases by region in hospital type (unit: %)

Region	Medical claims				
	Component ratio of medical claims of 52 mild diseases among overall diseases			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
Gangwon	23.03	11.53	10.67	-11.50	-12.36
Gyeonggi	18.90	12.60	12.12	-6.30	-6.78
Gyeongnam	14.58	5.11	4.73	-9.47	-9.85
Gwangju	15.46	8.30	7.74	-7.16	-7.72
Daegu	12.73	7.38	6.74	-5.35	-5.99
Daejeon	18.01	10.23	9.76	-7.78	-8.25
Busan	14.46	7.11	6.76	-7.35	-7.70
Seoul	16.45	10.79	10.14	-5.66	-6.31
Incheon	17.35	10.09	9.95	-7.26	-7.40
Jeonnam	-	3.14	2.71	-	-
Jeonbuk	16.49	9.25	8.52	-7.24	-7.97
Chungnam	20.11	9.32	8.91	-10.79	-11.20
Chungbuk	18.40	11.60	11.08	-6.80	-7.32
<b>General hospital</b>					
Gangwon	32.70	24.28	24.22	-8.42	-8.48
Gyeonggi	28.77	23.02	22.66	-5.75	-6.11
Gyeongnam	36.23	30.07	29.64	-6.16	-6.59
Gyeongbuk	31.70	24.79	24.10	-6.91	-7.60
Gwangju	37.02	30.48	30.15	-6.54	-6.87
Daegu	29.27	23.81	23.15	-5.46	-6.12
Daejeon	27.31	18.97	18.80	-8.34	-8.51
Busan	33.18	23.99	23.18	-9.19	-10.00
Seoul	28.26	21.54	20.74	-6.72	-7.52
Ulsan	31.02	28.53	28.83	-2.49	-2.19
Incheon	39.86	32.90	31.49	-6.96	-8.37
Jeonnam	34.90	29.46	28.09	-5.44	-6.81
Jeonbuk	34.55	28.64	26.86	-5.91	-7.69
Jeju	26.22	20.52	19.95	-5.70	-6.27
Chungnam	33.01	29.73	28.60	-3.28	-4.41
Chungbuk	31.18	23.40	23.36	-7.78	-7.82
Unknown	36.76	26.58	-	-10.18	-

6.34%, 50대 8.01%, 60대 7.11%, 70세 이상 6.67%포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 5.36%, 20대 5.28%, 30대 5.03%, 40대 6.96%, 50대 8.83%, 60대 8.01%, 70세 이상 7.46%포인트씩 감소하였다.

상급종합·종합병원 합계의 경우 경증질환 연령대별 비율이 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 6.10%, 20대 5.51%, 30대 5.20%, 40대 6.42%, 50대 7.79%, 60대 7.09%, 70세 이상 6.64%포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 5.67%, 20대 5.47%, 30대

5.49%, 40대 6.94%, 50대 8.49%, 60대 7.88%, 70세 이상 7.32%포인트씩 감소하였다.

즉 상급종합·종합병원 모두 50대 연령에서 가장 효과가 있었으며, 50대 및 60대 연령대에서 청구건수의 감소효과가 더 크게 나타났다.

#### 지역별 52개 경증질환 진료비 청구건수 비율 변화

총 진료비 청구건수 중 52개 경증질환의 청구건수 비율을 지역별(시

**Table 6.** Change of number and component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases by hospital type (unit: 1,000, %)

Type of hospital, Diseases	Point of time				
	Number and component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases among overall diseases			Change of number and component ratio	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	7,081	7,566	7,623	485	542
Mild diseases <sup>b</sup>	1,795	1,452	1,366	-343	-429
Component ratio (%) <sup>c</sup>	25.34	19.19	17.91	-6.15	-7.43
<b>General hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	12,846	13,355	13,541	509	695
Mild diseases <sup>b</sup>	5,500	5,157	5,143	-343	-357
Component ratio (%) <sup>c</sup>	42.81	38.62	37.98	-4.19	-4.83
<b>Tertiary and general hospital</b>					
Overall diseases <sup>a</sup>	19,928	20,920	21,165	992	1,237
Mild diseases <sup>b</sup>	7,294	6,609	6,508	-685	-786
Component ratio (%) <sup>c</sup>	36.6	31.59	30.75	-5.01	-5.85

c = b/a (ratio of the number of 52 mild disease cases by total medical claims).

도별)로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였다(Table 5).

상급종합병원의 경우 경증질환 지역별 비율에서 정책 시행 후 1차 연도 효과가 큰 상위 3개 지역은 강원도 11.50%, 충청남도 10.79%, 경상남도 9.47% 순이었고, 종합병원의 경우는 부산광역시 9.19%, 강원도 8.42%, 대전광역시 8.34% 순이었다.

2차 연도 상급종합병원 순위는 강원도 12.36%, 충청남도 11.20%, 경상남도 9.85% 순이었고, 종합병원의 경우는 부산광역시 10.00%, 대전광역시 8.51%, 강원도 8.48% 순이었다.

### 경증질환의 진료비청구 인원수 변화

#### 요양기관 종별 진료비청구 인원수 변화

총 진료비 청구건수 중 52개 경증질환의 청구건수 비율을 요양기관 종별로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였다(Table 6).

상급종합병원의 경우 경증질환 청구인원수 비율이 정책 시행 전에는 연간 25.34%, 정책 시행 후 1차 연도 19.19%, 2차 연도 17.91%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 6.15%포인트, 2차 연도에는 7.43%포인트 감소하였다.

종합병원의 경우는 경증질환 청구인원수 비율이 정책 시행 전에는 연간 42.81%, 정책 시행 후 1차 연도 38.62%, 2차 연도 37.98%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 4.19%포인트, 2차 연도에는 4.83%포인트 감소하였다.

상급종합병원·종합병원 합계의 경우는 경증질환 청구인원수 비율이 정책 시행 전에는 연간 36.60%, 정책 시행 후 1차 연도 31.59%, 2차

연도 30.75%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 5.01%포인트, 2차 연도에는 5.85%포인트 감소하였다.

즉 시간이 지날수록 정책의 효과가 증가하였으며, 상급종합병원이 더 효과가 있는 것으로 보였다.

#### 성별 진료비청구 인원수 변화

총 진료비 청구인원수 중 52개 경증질환의 청구인원수 비율을 성별로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였으며, 남자보다는 여자가 더 효과가 있는 것으로 보였다(Table 7).

상급종합병원의 경우 경증질환 성별 비율이 정책 시행 전에는 남자 25.15%, 여자 25.51%였고, 정책 시행 후 1차 연도에는 남자 19.13%, 여자 19.25%, 2차 연도에는 남자 17.92% 여자 17.91%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 남자 6.02%포인트, 여자 6.26%포인트, 2차 연도에는 남자 7.23%포인트, 여자 7.60%포인트씩 감소하였다.

종합병원의 경우 경증질환 성별 비율이 정책 시행 전에는 남자 42.28% 여자 43.28%였고, 정책 시행 후 1차 연도에는 남자 38.28%, 여자 38.92%였고, 2차 연도에는 남자 37.79%, 여자 38.15%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 남자 4.00%포인트, 여자 4.36%포인트, 2차 연도에는 남자 4.49%포인트, 여자 5.13%포인트씩 감소하였다.

상급종합·종합병원 합계의 경우 경증질환 성별 비율이 정책 시행 전에는 남자 36.24%, 여자 36.92%였고, 정책 시행 후 1차 연도에는 남자 31.43%, 여자 31.73%, 2차 연도에는 남자 30.73% 여자 30.77%로 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 남자 4.81%포인트, 여자 5.19%포인트

**Table 7.** Change of component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases by sex in hospital type (unit: %)

Type of hospital, Sex	Component ratio				
	Component ratio of medical claimed persons of mild diseases among overall diseases			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
Tertiary hospital					
Men	25.15	19.13	17.92	-6.02	-7.23
Women	25.51	19.25	17.91	-6.26	-7.60
General hospital					
Men	42.28	38.28	37.79	-4.00	-4.49
Women	43.28	38.92	38.15	-4.36	-5.13
Total					
Men	36.24	31.43	30.73	-4.81	-5.51
Women	36.92	31.73	30.77	-5.19	-6.15

트, 2차 연도에는 남자 5.51%포인트 여자 6.15%포인트씩 감소하였다.

#### 연령대별 진료비청구 인원수 변화

총 진료비 청구인원수 중 52개 경증질환의 청구인원수 비율을 연령대별로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였다(Table 8).

상급종합병원의 경우 경증질환 연령대별 비율이 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 4.80%, 20대 4.66%, 30대 5.31%, 40대 5.80%, 50대 6.98%, 60대 7.09%, 70세 이상 7.50% 포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 5.41%, 20대 4.75%, 30대 5.87%, 40대 6.92%, 50대 8.70%, 60대 9.12%, 70세 이상 9.32% 포인트씩 감소하였다.

종합병원의 경우 경증질환 연령대별 비율이 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 4.08%, 20대 2.74%, 30대 2.46%, 40대 3.44%, 50대 4.73%, 60대 5.16%, 70세 이상 6.09% 포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 3.65%, 20대 2.34%, 30대 2.70%, 40대 4.05%, 50대 5.84%, 60대 6.43%, 70세 이상 7.31% 포인트씩 감소하였다.

상급종합·종합병원 합계의 경우 경증질환 연령대별 비율이 정책 시행 전에 비해 시행 후 1차 연도에는 19세 이하 4.48%, 20대 3.54%, 30대 3.51%, 40대 4.35%, 50대 5.65%, 60대 5.99%, 70세 이상 6.68% 포인트씩 감소하였고, 2차 연도에는 19세 이하 4.45%, 20대 3.29%, 30대 3.85%, 40대 5.08%, 50대 6.90%, 60대 7.50%, 70세 이상 8.09% 포인트씩 감소하였다.

즉 청구인원수로 보았을 때 상급종합·종합병원 모두 70세 이상 연령에서 정책의 효과가 가장 큰 것으로 보였다.

#### 지역별 진료비청구 인원수 변화

총 진료비 청구인원수 중 52개 경증질환의 청구인원수 비율을 지역

별(시도별)로 산출하여 정책의 효과를 확인 및 비교하였다(Table 9).

52개 경증질환의 지역별 비율에서 정책 시행 후 1차 연도 효과가 큰 상위 3개 지역은 상급종합병원의 경우 강원도 11.45%, 충청남도 10.20%, 대전광역시 10.15% 순이었고, 종합병원의 경우 대전광역시 8.63%, 부산광역시 5.68%, 서울특별시 5.48% 순이었다.

2차 연도 상급종합병원 상위 3개 지역은 강원도 13.58%, 충청남도 10.61%, 대전광역시 10.47% 순이었고, 종합병원의 경우는 대전광역시 9.53%, 부산광역시 6.82%, 서울특별시 6.51% 순이었다.

#### 경증질환별 진료비청구 인원수 변화

총 진료비청구 인원수 중 정책의 효과가 큰 순으로 상위 10개 경증질환별로 효과를 확인 및 비교하였다(Table 10).

정책 시행 후 52개 경증질환군 중 1차 연도 효과가 큰 상위 10개 질환군은 상급종합병원의 경우 고혈압(-1.29%), 위·식도 역류질환(-0.65%), 천식(-0.55%), 혈관운동성 및 알레르기성 비염(-0.43%), 지질단백질 대사장애 및 지질증(-0.40%), 인슐린-비의존성 당뇨병(-0.39%), 위염 및 십이지장염(-0.32%), 급성기관지염(0.31%), 만성부비동염(0.30%), 출혈 또는 천공이 없는 위궤양(0.29%) 순이었다.

종합병원의 경우는 고혈압(-0.78%), 인슐린-비의존성 당뇨병(-0.47%), 천식(-0.35%), 급성기관지염(0.34%), 지질단백질 대사장애 및 지질증 및 출혈 또는 천공이 없는 위궤양(0.30%), 위·식도 역류질환(-0.28%), 기타 관절염 및 비감염성 위장염 및 결장염(0.23%), 알레르기성 접촉피부염(0.20%) 순이었다.

2차 연도 상급종합병원에서 감소효과가 큰 상위 10개 질환은 1차 연도 질환과 동일하였으며, 비율 변화도 표에서 보는 바와 같이 위·식도



**Table 8.** Change of component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases by age in hospital type (unit: %)

Type of hospital, Age	Component ratio				
	Component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases among overall diseases			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
Under 19	28.33	23.53	22.92	-4.80	-5.41
20-29	21.50	16.84	16.75	-4.66	-4.75
30-39	21.72	16.41	15.85	-5.31	-5.87
40-49	22.45	16.65	15.53	-5.80	-6.92
50-59	26.87	19.89	18.17	-6.98	-8.70
60-69	27.43	20.34	18.31	-7.09	-9.12
Over 70	25.10	17.60	15.78	-7.50	-9.32
<b>General hospital</b>					
Under 19	52.06	47.98	48.41	-4.08	-3.65
20-29	37.86	35.12	35.52	-2.74	-2.34
30-39	38.43	35.97	35.73	-2.46	-2.70
40-49	39.38	35.94	35.33	-3.44	-4.05
50-59	43.54	38.81	37.70	-4.73	-5.84
60-69	44.11	38.95	37.68	-5.16	-6.43
Over 70	38.11	32.02	30.80	-6.09	-7.31
<b>Tertiary and general hospital</b>					
Under 19	44.27	39.79	39.82	-4.48	-4.45
20-29	32.53	28.99	29.24	-3.54	-3.29
30-39	33.21	29.70	29.36	-3.51	-3.85
40-49	33.65	29.30	28.57	-4.35	-5.08
50-59	37.21	31.56	30.31	-5.65	-6.90
60-69	37.36	31.37	29.86	-5.99	-7.50
Over 70	33.04	26.36	24.95	-6.68	-8.09

역류질환과 알레르기성 접촉피부염을 제외하고는 조금씩 증가하였다.

2차 연도 종합병원의 경우에서는 33번 알레르기성 접촉피부염 질환이 1차 연도 0.20%에서 2차 연도 0.14%로 감소하여 효과가 큰 상위 10개 질환에서 제외되었고, 위염 및 십이지장염 질환이 1차 연도 0.05%에서 2차 연도 0.26%로 새로이 효과가 큰 상위 10개 질환군으로 포함되었다.

## 고찰

본 연구는 2011년 10월부터 시행된 52개 경증질환자의 종합병원급 이상 의료기관 외래진료 이용 시 원외처방 약제비 본인부담률을 상급종합병원은 30%에서 50%, 종합병원은 30%에서 40%로 인상 및 차등 적용정책의 전반적인 효과뿐만 아니라 성, 연령, 지역, 질환 등 세분된 인구집단별로 효과를 구분하여 확인함으로써 정책의 지속적인 유지와 인구집단별로 제도를 보완하는 기초자료를 제공하고자 하였다.

연구의 설계는 사전-사후 설계(pre-post design)이며, 연구대상기간을 제도시행 직전 1년(2010년 10월부터 2011년 9월까지)과 제도 시행 이후 1차 및 2차 연도(2011년 10월부터 2013년 9월까지)로 하였으며, 연구대상은 전국 소재 상급종합병원 및 종합병원의 건강보험 외래 진료비 청구자료에서 청구건수 및 청구인원수로 하였다.

본 연구의 분석결과, 전반적으로 요양기관별 약제비 본인부담률 차별화 정책의 효과로 인하여 청구건수 및 청구인원수의 비율은 각각 7%포인트 및 5%포인트 수준만큼 감소하였으며, 정책에서 의도한 바와 같이 비용부담을 10% 높게 책정한 상급종합병원에서 종합병원보다 감소효과가 더 높게 나타났다. 또한 50대 이상 높은 연령대에서 정책에서 기대하던 감소효과가 더 높게 나타났으며, 강원도, 전라북도, 대전시, 부산시, 서울시 등 지역에서 높은 감소효과가 나타났다. 질환별로는 급성기 질환보다 상대적으로 약제 처방일수가 길고 약제비 비중이 높은 만성질환 고혈압, 당뇨병 등에서 효과가 있었다.

**Table 9.** Change of component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases by region in hospital type (unit: %)

Region	Medical claims				
	Component ratio of medical claimed persons of 52 mild diseases among overall diseases			Change of number and component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
Gangwon	34.28	22.83	20.70	-11.45	-13.58
Gyeonggi	29.16	22.61	21.86	-6.55	-7.30
Gyeongnam	21.90	11.80	11.59	-10.10	-10.31
Gwangju	21.49	14.80	13.47	-6.69	-8.02
Daegu	18.58	13.83	12.39	-4.75	-6.19
Daejeon	26.88	16.73	16.41	-10.15	-10.47
Busan	21.07	13.69	12.70	-7.38	-8.37
Seoul	25.36	20.33	18.83	-5.03	-6.53
Incheon	27.69	20.98	20.34	-6.71	-7.35
Jeonnam	-	8.85	7.83	-	-
Jeonbuk	23.25	16.91	15.50	-6.34	-7.75
Chungnam	28.59	18.39	17.98	-10.20	-10.61
Chungbuk	25.39	20.54	18.66	-4.85	-6.73
<b>General hospital</b>					
Gangwon	41.12	37.98	38.43	-3.14	-2.69
Gyeonggi	41.67	37.56	36.96	-4.11	-4.71
Gyeongnam	46.64	44.72	44.50	-1.92	-2.14
Gyeongbuk	42.65	38.97	38.30	-3.68	-4.35
Gwangju	47.06	44.35	44.87	-2.71	-2.19
Daegu	40.41	36.09	35.27	-4.32	-5.14
Daejeon	40.18	31.55	30.65	-8.63	-9.53
Busan	44.91	39.23	38.09	-5.68	-6.82
Seoul	40.00	34.52	33.49	-5.48	-6.51
Ulsan	42.93	41.07	41.97	-1.86	-0.96
Incheon	49.73	47.75	46.19	-1.98	-3.54
Jeonnam	45.87	42.66	42.22	-3.21	-3.65
Jeonbuk	46.37	43.13	41.02	-3.24	-5.35
Jeju	38.36	35.97	35.51	-2.39	-2.85
Chungnam	42.96	42.12	40.65	-0.84	-2.32
Chungbuk	40.98	36.17	35.96	-4.81	-5.02
Unknown	45.64	34.67	-	-10.97	-

52개 경증질환에 대한 약제비 차등정책의 시행에 따라 상급종합병원과 종합병원의 건강보험 청구건수 및 청구인원수의 전반적인 감소 효과는 선행연구의 결과와 일치한다[8,11]. 또한 본인부담 차등정책에 상급종합병원과 종합병원 모두 내원일수 및 진료비가 모두 감소하였고[9], 2008-2012년 자료를 분석한 연구에서도 상급종합병원 및 종합병원 모두 외래이용량 감소에 영향을 준 것으로 보고되었다[5]. 본 연구는 이러한 선행연구의 결과와 일치한다고 볼 수 있다.

요양기관의 소재 지역별 청구건수의 감소는 상급종합병원에서 강

원도와 전라북도가, 종합병원에서는 부산시가 가장 높았다. 청구인원수는 상급종합병원에서 강원도와 전라북도가 가장 감소효과가 높았으며, 종합병원에서는 대전시, 부산시, 서울시가 다른 시도에 비하여 가장 높게 나타났다. 이에 대한 원인분석을 하지는 못하였으나 지역별 인구수에 따른 의료기관수 등 의료 접근성과 연관이 있을 것으로 생각되며, 지역별 의료자원 분포 및 접근성을 고려하여 추가적인 연구가 요구된다.

질환별 및 연령대별 정책효과와의 차이는 의미있게 해석할 수 있다. 본

**Table 10.** Change of component ratio of medical claimed persons of top 10 mild diseases in hospital type

(unit : %)

Top 10 mild diseases	Medical claims				
	Component ratio of medical claimed persons of top 10 mild diseases among overall diseases			Change of component ratio	
	Point of time			Point of time	
	Year just before the policy	After the policy		d-e	d-f
	2010.10-2011.9 <sup>d</sup>	2011.10-2012.9 <sup>e</sup>	2012.10-2013.9 <sup>f</sup>		
<b>Tertiary hospital</b>					
11. Hypertension	2.91	1.62	1.27	-1.29	-1.64
23. Gastroesophageal reflux disease	2.25	1.60	1.50	-0.65	-0.75
22. Asthma	1.26	0.71	0.57	-0.55	-0.69
19. Vasomotor and allergic rhinitis	1.06	0.63	0.64	-0.43	-0.42
4. Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidemias	1.19	0.79	0.70	-0.40	-0.49
3. Non-insulin-dependent diabetes mellitus	2.98	2.59	2.35	-0.39	-0.63
26. Gastritis and duodenitis	1.59	1.27	1.18	-0.32	-0.41
18. Acute bronchitis	0.87	0.56	0.53	-0.31	-0.34
21. Chronic sinusitis	0.77	0.47	0.44	-0.30	-0.33
24. Acute gastric ulcer without hemorrhage or perforation	0.72	0.43	0.40	-0.29	-0.32
<b>General hospital</b>					
11. Hypertension	3.45	2.67	2.43	-0.78	-1.02
3. Non-insulin-dependent diabetes mellitus	2.86	2.39	2.28	-0.47	-0.58
22. Asthma	1.30	0.95	0.87	-0.35	-0.43
18. Acute bronchitis	4.49	4.15	4.04	-0.34	-0.45
4. Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidemias	1.45	1.15	1.11	-0.30	-0.34
24. Acute gastric ulcer without hemorrhage or perforation	1.31	1.01	0.94	-0.30	-0.37
23. Gastroesophageal reflux disease	4.15	3.87	3.89	-0.28	-0.26
35. Other arthritis	0.54	0.31	0.30	-0.23	-0.24
28. Other specified noninfective gastroenteritis and colitis	1.06	0.83	0.79	-0.23	-0.27
33. Allergic contact dermatitis	0.63	0.43	0.49	-0.20	-0.14
26. Gastritis and duodenitis	3.71	3.66	3.45	-0.05	-0.26

연구에서 상급종합병원과 종합병원에서 고혈압질환에서 청구인원수의 감소가 가장 높았으며, 50-70대 연령대에서 감소효과가 가장 높았다. 이러한 결과는 본인부담 차등화 정책에 따라 수진자수가 감소하고 병·의원의 수진자수가 증가하고 본태성 고혈압에서 가장 효과적인 선행연구[11]와 일치하며, 정책적으로 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

본 연구는 몇 가지 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 진료비청구 건수기준에서는 차등정책 시행 전과 후의 청구건수의 집계 기준이 다를 수 있음을 감안해야 한다. 2012년 1월부터 진료비청구 명세서 작성요령이 변경되었기 때문이다. 2011년까지는 한명이 하나의 진료과를 여러 번 방문하더라도 1건으로 집계되었으나, 2012년부터는 방문한 횟수만큼 집계되었기 때문에 청구건수가 늘어날 수 있다. 그럼에도 불구하고 경증질환 청구건수가 감소한 것은 정책 효과가 확실히 있었음을 알 수 있다.

이 제한점을 극복하기 위해 경증질환 청구인원수 기준으로 다시 분석하였으나 결과는 동일하게 효과가 있는 것으로 보였다.

둘째, 본 연구에서는 시계열적으로 증감할 수 있는 경증질환 의료이용을 고려하지 못하였다. 즉 정책시행 몇 년 전부터 경증질환별로 자연적인 증감 추세 경향을 파악하지 못하고 정책시행 1년 전 자료만으로 비교하여 분석하였다.

셋째, 경증질환별 분석에서 ‘당뇨병’의 경우, 정책 시행 후 인슐린을 투여한 경우는 경증질환 건수에서 제외하여야 하나 경증질환에 포함되었다. 이로 인해 당뇨병에 대한 효과가 다소 낮게 산출되었을 가능성이 있다.

넷째, 주치의가 진료결과를 보고하는 과정에서 환자의 약제비 본인부담 경감 또는 약제비 부담 증가에 대한 환자의 민원을 회피하기 위

해 주상병이 경증질환임에도 불구하고 비경증질환을 주상병으로 분류하고, 경증질환을 부상병으로 청구할 가능성이 있으며, 이러한 경우를 배제하지는 못하였다.

다섯째, 의료이용 변화는 자연 증감이나 다른 요인으로 발생할 수 있으나 이러한 차이를 통제하는 노력을 하지 못하였다.

## 결론

52개 경증질환자의 종합병원급 이상 의료기관 외래진료 이용을 억제(대형병원 의료이용 쏠림현상 방지)하고 일차 의료기관들의 진료 활성화 및 종별에 따른 의료기관 고유 기능 재정립을 위해 2011년 10월부터 시행한 약국본인부담률 차등정책의 효과분석을 위해 국민건강보험공단으로부터 진료비 청구자료를 받아 분석하였다.

본 연구는 정부가 의도한대로 52개 경증질환자의 종합병원급 이상 의료기관 방문 시 약국 본인부담률 차등정책은 효과가 있었으며, 성, 연령대, 지역별 정책효과를 확인하였다.

보건의료체계를 기반으로 한 건강보험제도가 보장성 강화와 재정안정화를 동시에 개선하고, 의료기관 종별에 따른 기능을 정립하기 위하여 구체적인 인구집단별 및 지역별 특성을 고려하여 보다 세분된 정책을 수립하여 지속하여야 할 것이다.

정책효과의 지속성 유지 및 정책보완을 위하여 본 연구에서 확인한 의료기관 종, 성, 연령, 지역, 경증질환의 유형 등별 정책효과의 차이를 고려하여 종합병원이상 의료기관에 대한 경증질환 본인부담률 차등화 정책을 보다 세밀하게 보완하여야 할 것이다.

## REFERENCES

1. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics, 2015.
2. Ministry of Health and Welfare. A master plan to rebuild functional role of medical institutions. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2011 (Korean).
3. Kwon SM, Bae EY, Choi YJ. Current status and problems of healthcare delivery system of Korea. *Healthcare Policy Forum* 2010;8(2):16-25 (Korean).
4. Kang HJ. Policy direction for decreasing the concentration of patients to extra-large hospitals. *Health and Welf Forum* 2014;210:65-76 (Korean).
5. Byeon JO, Ghang HY, Lee HB. Differential cost-sharing and utilization of outpatients care by types of medical institutions. *Korea Soc Policy Rev* 2014;21(2):35-55 (Korean).
6. Kim KH. Functional reestablishment of medical institutions for building rightly for healthcare delivery system. *HIRA Policy Rev* 2015;9(1): 5-15 (Korean).
7. Kim CB, Lee SY. Trends and its policy implications of copayment system on office-based medical care during the last decade in Korea. *Korean J Health Policy Adm* 2001;11(4):1-20 (Korean).
8. Ministry of Health and Welfare. Effect analysis of rebuilding policy for functions of medical institutions. Press Kit, 2012.8.23 (Korean).
9. Kim HJ, Kim YH, Kim HS, Woo JS, Oh SJ. The impact of outpatient coinsurance rate increase on outpatient healthcare service utilization in tertiary and general hospital. *Health Policy Manag* 2013;23(1):19-34 (Korean).
10. Kim GH, Lee JC, Seo KH, Kim SY, Lee JK. Current status and improvement directions of healthcare delivery system of Korea. Working Paper 2015-2. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, Korea Medical Association; 2015 (Korean).
11. Lee PH. Trends in outpatient care of mild disease during recent five years. *HIRA Policy Rev* 2013;7(6):67-79 (Korean).