보건행정학회지 : 제 11 권 제 4 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol. 11, No. 4. 1-20, December 2001

의원 외래 본인부담정액제의 변천과 정책적 함의

김 창 보[1], 이 상 이[2]†
국민건강보험공단 사회보장연구센터[1], 제주대학교 의과대학 예방의학교실[2]

<Abstract>

Trends and its Policy Implications of Copayment System on Office-Based Medical Care during the Last Decade in Korea

Chang Bo Kim[1], Sang-Yi Lee[2]
Social Security Research Center, NHIC[1]
Dept. of Preventive Medicine, College of Medicine, Cheju National University[2]

Korean government had introduced copayment system as cost sharing to office-based medical care in order to reduce the demand for care in 1986. This review focuses on trends and characteristics of copayment on office-based medical care from 1991 to the end of Jan. 2001. Objectives of this study is ① to analyse historical trends of copayment on office-based medical care during the last decade, ② to analyse the effect of copayment introduced to office-based medical care on NHI finance, ③ to analyse the changing trends of the size of copayment in utilizing office-based medical care for the past 10 years, ④ to evaluate the meaning of copayment alteration implemented after the introduction of new prescription system and finally ⑤ to draw a some policy implications from the results of this review.

We found that the main purpose of copayment introduction had been reduction in the expenditure of NHI finance. But, the reduction effect of insurer's expenditure has turned out to be negative and NHI finance has been in crisis after the introduction of new prescription system. Also, the copayment level of the insured has increased actually on a

† 교신저자 : 이상이, (016-262-7038, leehealth@intizen.com)

large scale. It seems that the introduction of new prescription system has changed the meanings and its policy implications of copayment system.

Key Words : copayment, office-based medical care, new prescription system, expenditure, NHI finance

Ⅰ. 서 론

의료보험에서 본인부담이란 외래, 의약, 입원서비스를 제공받는 사람이 의료보장의 혜택을 받게 될 당시에, 의료비용의 일부를 혜택 받는 의료기관에 직접 지불하는 것을 말한다. 일반 재화의 경우 소비자는 재화의 가격 전액을 지불하면서 자원사용에 대한 비용 전체를 떠맡게 되므로 재화의 구매 혹은 자원 사용에서 최대한의 편익을 얻으려는 경제적 동기를 가지게 될 것이나, 소비자가 의료보험의 적용을 받으면 자원의 경제적 사용에 대한 동기를 잃게 되며, 일부 소비자는 필요 이상으로 의사 방문 횟수를 늘리거나 비싼 서비스의 수혜를 요구할 것이며, 건강유지를 의료서비스에 주로 의존하려 하는 경향이 있다. 그래서 의료보험제도를 시행하고 있는 국가들 중 상당수가 본인부담제도를 함께 도입하여 시행하는 있는 것으로 알려져 있다. 의료보험에서 비용분담제도를 도입하는 이유는 불필요한 의료수요를 가능한 한 억제시킴으로써 정책적으로 의료비 상승의 중요한 원인인 의료수요의 증가를 최소화하고 의료비를 절감시키고자 하는 것이다. 이와 관련하여 Ros 등(2000)은 본인부담제도 도입의 가장 주된 목적을 비용부담이라는 경제적 장벽을 설치함으로써 의료서비스에 대한 수요와 실제적인 이용을 줄이는 것에 있다고 하였다. 최근 각 국가들은 본인부담제도를 신설하거나 기존의 본인부담체계를 재조정하고 있는 바, 이 같은 추세는 80년대 이후 '작은 정부'를 지향하는 신자유주의적 정책기조가 본격화되고, 이에 따라 정부의 예산감축 압력이 증가하고 있는 상황과 깊은 연관성이 있다 할 것이다. 즉 다원주의와 개인의 책임이 강조되는 정치적 지향과 이념의 영향력이 확대되면서, 전통적으로 국가 혹은 사회가 보장하던 보건의료, 복지, 교육 등과 같은 사회서비스 분야에 수익자 부담의 원칙이 적용되어 결과적으로 의료비용에 대한 책임이 공적 영역으로부터 개인과 가족으로 이전되는 것으로 이해될 수 있겠다(이진석, 2000).

본인부담제도를 도입 또는 재조정하는 또 다른 목적 중의 하나는 보건의료서비스의 기능유지를 위한 추가재원을 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(Scitovsky and Snyder, 1972). 이는 곧 의료이용의 형평성 저하를 의미하는 것으로 심각한 사회적 문제로 이어질 것이므로, 결국 본인부담제도는 도입여부와 부담방식 및 수준이라는 측면에서 충분한 사회적 논의와 합리적 검정이 요구되는 사안이라 하겠다.

비용의 본인부담제도에는 의료보험 가입자가 연간 진료비가 일정액이 될 때까지는 진료비 전액을 부담해야 하는 공제제(Deductible), 진료비의 일정률을 부담하는 정률제(Coinsurance), 그리고 서비스 이용할 때마다 수혜자가 일정액을 부담하는 정액제(Copayment)가 있다. 이러한 본인부담제도 중 의료서비스 이용의 첫 번째 단계(first contact)에 해당하는 의원 외래의 본인부담제도, 특히 정액제를 고찰해 보는 것은 매우 중요하다 하겠다.

우리나라는 1986년 초부터 본인부담정액제를 일정금액 이하의 외래진료비에 한하여 도입하여 현재에 이르고 있는 바, 최근 들어 건강보험 재정악화의 여파로 1차 의료서비스의 이용과 관련한 본인부담, 특히 정액본인부담이 인상되고 2003년부터는 정액제를 폐지하여 완전정률제를 적용한다는 등 당분간 이와 관련한 논란이 지속될 전망이다.

이와 같은 사회적인 배경 하에, 본 연구에서는 전국민의료보험이 실시된 이후 현재까지 의원 외래 이용시 적용되었던 본인부담정액제의 변천과 특징을 살펴보고자 한다. 이로써 향후 의원 외래 본인부담제도에 관한 논의에 있어서 정책적 함의를 제공하고자 한다. 세부적인 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 외래 본인부담정액제의 도입 및 변천과정에 대한 고찰을 통해 우리나라 본인부담정액제의 목적을 정리하고자 한다.

둘째, 본인부담정액제의 목적 달성정도를 평가하기 위하여 정액제의 변천과정이 보험재정에 미친 영향과 의원 외래 이용시 본인부담 크기의 변화 추세를 분석할 것이다.

셋째, 의약분업 도입 이후의 본인부담정액제 변경이 갖는 의미를 평가할 것이다. 2001년 7월 본인부담 정액 조정에 대한 평가는 자료의 한계로 인하여 본 연구에서 제외하였다.

Ⅱ. 연구 대상 및 방법

우리나라의 본인부담제도는 정률제를 기본으로 하고 있으나 읍·면 지역에 소재한 종합병원 및 병원급(치과, 한방, 요양병원 포함)과 전국의 모든 의원급(한의원, 치과의원 포함)과 보건기관의 외래 의료 이용시, 그리고 약국 이용시 보건복지부령으로 정해진 일정 진료비 이하의 진료비에 대하여 정액 본인부담금을 부과하도록 되어 있다(국민건강보험법시행령 별표2, 국민건강보험법시행규칙 별표3).

본 연구는 외래 이용 중에서 본인부담금 정액제만을 대상으로 하며, 의원(한의원, 치과의

원 제외)으로만 연구범위를 국한하고자 한다. 그 이유는 두 가지인 바, 첫째, 전체 요양기관의 정액제에 해당하는 총내원일수, 총진료비 중에서 의원이 약 80%를 차지하고 있어 규모면에서 가장 크기 때문이며, 둘째, 의원이 1차 의료를 담당하는 의료기관이므로 외래 본인부담제도 조정에서 접근성과 형평성의 원칙을 고려해야 하기 때문이다.

본 논문에서는 의료보험연합회가 발간한 의료보험통계연보 8년치(1991년-1998년)와 건강보험심사평가원이 발간한 의료보험통계연보(1999), 국민건강보험공단의 2000년 건강보험주요통계(2001. 4), 그리고 국민건강보험공단의 「수진내역신고자료분석」을 주로 사용하였다. 2001년 1-3월의 각종 수치는 건강보험공단이 2001년 1-3월 수진기준자료를 분석한 내부자료를 활용한 것이다.

Ⅲ. 본인부담정액제의 추세와 현황

1. 의원 외래 본인부담정액제의 도입과 변천과정

우리나라 의료보험에서 도입한 비용분담제도의 시기적 변천과정을 보면, 입원은 의료보험 도입 당시부터 현재까지 일정률의 본인부담정률제를 사용하고 있으며(20%), 외래의 경우도 1986년 이전까지는 같은 방법(30% 정률제)이면서 부담률에 차이를 두고 있었으나, 1983년과 1984년에 겪은 보험재정의 어려움으로 인해 의원에서도 본인부담률 인상이 불가피해지자 1986년 초부터 보험청구 및 심사업무가 용이하면서도 본인부담률 인상의 효과를 가져올 수 있는 본인부담정액제를 일정금액 이하의 외래진료비에 한하여 도입하였다(김한중과 전기홍, 1989; 문옥륜 외, 2000).

즉, 1986년 외래 의료이용에 대하여 본인부담정액제를 도입한 이유는 ① 의료보험 재정악화에 대한 대책의 일환으로 급여비 지출 감소, ② 병·의원 창구에서 발생하는 본인부담액 계산의 번잡 해소, ③ 진료비에 대한 의료소비자의 무지로 인한 본인부담액 일부 과다징수 방지 등이었다.

1985년 4월 13일 보건사회부는 시행령 제10차 개정을 위한 입법예고에서 공식적인 초안을 발표하였다. 이에 의하면, 총진료비 2만원 이하에 대하여 의원의 경우 초진 2,000원, 재진 1,500원, 치과의원의 경우 초진 2,500원, 재진 2,000원의 정액 본인부담금을 부과하였다. 그러나 의료보험조합연합회와 병협 등의 요구를 수용하여 정액 본인부담제 적용구간을 총진료비 2만원 이하에서 1만원 이하로 축소 조정하여 최종 확정하였고 1986년 1월부터 시행하였다.

1986년 본인부담정액제 도입으로 인해 1985년 의원 외래 의료비 중 본인부담비율이 30%이었던 것이 1986년 이후 1990년까지는 40% 내외를 유지하였다. 당시 보건사회부는 이와 같은

정액제 실시로 인하여 연간 약 835억원의 재정효과를 얻을 수 있을 것으로 기대하였으며, 수지 적자상황에 도달했던 직장조합과 이미 적자를 기록하고 있던 공·교 공단의 수지상황은 현저히 개선되어 향후 전국민의료보험 확대추진을 위한 기반이 되었다(의료보험연합회, 1997).

그러나 당시 외래이용에 대한 본인부담정액제 도입이 긍정적인 평가만을 받았던 것은 아니었다. 외래 본인부담률의 인상이 일부 저소득세대의 의료이용을 제약하게 되었다는 지적도 제기되었다. 수진율 저하가 남수진을 억제한 것인지, 정당한 의료이용까지 억제한 것은 아닌지, 또는 의료기관의 일부 미청구를 반영한 것인지에 대해 쉽게 가려내지 못했지만 저소득세대에 대해 어느 정도 의료기관 이용의 문턱을 높였을 것이라는 점은 부인할 수 없었다(의료보험연합회, 1997).

한편 보건사회부는 1988년 7월 시행령 개정에 따라 군지역 소재 병원, 종합병원에 대하여 10,000원 이하 진료비에 대한 본인부담정액과 10,000원 초과시 본인부담비율을 정함으로써 외래 이용에 대한 본인부담정액제를 확대 적용하였다. 즉, 방문당 진료비 10,000원 이하인 경우 병원은 초진 3,000원, 재진 2,500원, 종합병원은 초진 3,000원, 재진 2,700원을 정액 본인부담금으로 부과하였으며, 10,000원 이상의 진료건에 대해서는 병원의 경우 진료비 총액의 40%, 종합병원은 55%의 본인부담률을 적용하였다. 군지역 소재 병원 및 종합병원에 대한 본인부담률은 2001년 6월 시행령이 개정되기 전까지 지속되었으며, 정액 본인부담금만 변경되었다.

1990년 이후 의원 외래 본인부담정액제의 변천과정을 살펴보면, 1990년에는 진료비 1만원 이하에서 정액 본인부담금 2,000원을 부과하였으며, 1998년까지 정액 본인부담 적용구간을 1만원으로 유지하면서 본인부담금을 인상하여 왔다. 1995년 12월에는 진료비 1만원 이하에서 정액 본인부담금을 3,000원으로 인상하여 부과하게 됨에 따라 사실상 진료비 1만원 이하에서는 전구간에서 본인부담률이 30%를 상회하게 되었다.

한편, 1995년부터 70세 이상의 노인에 대한 정액구간에서의 본인부담금 경감조치를 실시하여 본인부담 정액을 2,000원으로 인하하였고, 2000년 7월부터는 본인부담금 경감조치의 대상 연령을 65세로 낮추어 수혜대상의 범위를 확대하였으나, 정액구간에 비해 상대적으로 진료비가 고액인 정률제 적용구간에서는 어떠한 종류의 본인부담 경감조치도 도입되지 않았다.

1997년 9월부터 정액구간 상한 10,000원에 본인부담 정액이 3,200원이었다가 1999년에는 정액구간 상한 12,000원에 본인부담 정액이 3,200원으로 변경되었다. 2000년 7월 의약분업 실시에 따라 의원에서는 정액구간 상한 12,000원, 약국에서는 정액구간 상한 8,000원에 본인부담 정액이 각각 2,200원(65세 이상은 1,200원)과 1,000원으로 분할되어 적용되었다. 이는 의약분업의 실시로 인해 환자들의 부담을 증가시키지 않는다는 원칙에서 이루어진 조치였다.

한편, 2000년 9월과 2001년 1월에 단행된 의료수가 인상으로 의원 외래 진료비가 크게 증가하게 됨에 따라 2001년 1월 1일부터 정액구간을 의원에서는 15,000원, 약국에서는 10,000원으로 확대하였으나 정액 본인부담액은 인상하지 않았다.

그리고 2001년 7월, 수가인상 및 의약분업에 따른 건강보험 재정악화에 대한 대책의 일환으로 정액 본인부담금을 의원에서는 3,000원, 약국에서는 1,500원으로 인상하여 현재에 이르고 있다. 이상을 정리하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 의원급 외래 본인부담정액제의 변천과정

연도	종별	정액구간 상한 진료비	본인부담금	비 고
1986. 1	의원	10,000 원	초진 : 2,000원, 재진 : 1,500원	
	한의원	10,000 원	초진 : 2,200원, 재진 : 1,700원	
	치과의원	10,000 원	초진 : 2,500원, 재진 : 2,000원	
1990. 1	의원 · 한의원	10,000 원	2,000 원	
	치과의원	10,000 원	2,500 원	
1990. 12	의원 · 한의원	10,000 원	2,300 원	
	치과의원	10,000 원	2,800 원	
1991. 7	의원 · 한의원	10,000 원	2,500 원	
	치과의원	10,000 원	3,000 원	
1992. 5	의원 · 한의원	10,000 원	2,600 원	
	치과의원	10,000 원	3,100 원	
1993. 3	의원 · 한의원	10,000 원	2,700 원	
	치과의원	12,000 원	3,200 원	
1994. 8	의원 · 한의원	10,000 원	2,800 원	
	치과의원	12,000 원	3,300 원	
1995. 4	의원 · 한의원	10,000 원	2,900 원	
	치과의원	12,000 원	3,400 원	
1995. 12	의원 · 한의원	10,000 원	3,000 원	70세 이상 2,000 원
	치과의원	12,000 원	3,500 원	
1997. 9	의원 · 한의원	12,000 원	3,200 원	70세 이상 2,000 원
	치과의원	14,000 원	3,700 원	
1998	의원 · 한의원	12,000 원	3,200 원	70세 이상 2,100 원
	치과의원	14,000 원	3,700 원	
1999	의원 · 한의원	12,000 원	3,200 원	70세 이상 2,100 원
	치과의원	14,000 원	3,700 원	
2000. 7	의원 · 한의원	12,000 원	2,200 원	65세 이상 1,200 원
	치과의원	14,000 원	2,700 원	※ 약국 : 8,000원 이하 1,000원
2001. 1	의원 · 한의원	15,000 원	2,200 원	65세 이상 1,200 원
	치과의원	15,000 원	2,700 원	※ 약국 : 10,000원 이하 1,000원
2001. 7	의원 · 한의원	15,000 원	3,000 원	65세 이상 1,500 원
	치과의원	15,000 원	3,500 원	※ 약국 : 10,000원 이하 1,500원

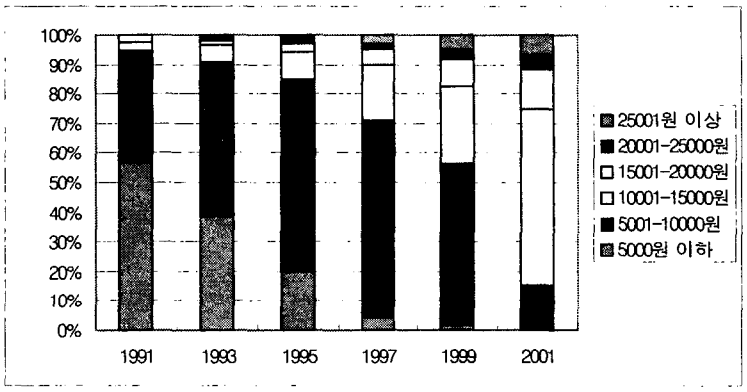
자료 : 국민건강보험공단. 내부자료

2. 의원 외래 이용 중 본인부담정액제의 추세와 현황

의원 외래 이용에서 5,000원 단위로 설정한 내원일당진료비 구간별 내원일수의 구성비율을 살펴보면, [그림 1]에서 보는 바와 같이 전체 내원일수 중 내원일당 진료비가 1만원 이하인 경우의 비율이 1991년에는 약 93%, 1993년에는 약 91%로 90%를 상회하고 있었으나 점차 낮아져 1995년에는 약 84%, 1997년에는 70%, 1999년에는 55%로 낮아지더니 2001년에는 약 15%로 크게 낮아졌다.

한편 진료비 10,000~15,000원 사이에 해당하는 내원일수의 비율은 1990년에는 5% 이하의 수준이었던 것이 2001년에는 약 60%를 차지해 크게 확대되었음을 알 수 있다. 이로 인하여 2001년의 경우 본인부담금 정액구간의 상한액인 15,000원 이하의 내원일수는 전체 내원일수의 약 75%에 해당되고 있다.

특히 2001년의 경우 의약분업 실시로 인해 약제비 관련 비용이 제외되었음에도 불구하고 진료비 1만원 이하인 내원일수의 비율이 15%로 1999년의 55%에 비해 크게 감소하였다. 이는 1999년 11월 이후 진찰료, 처방료 등에서 이루어진 수 차례의 의료수가 인상에 기인한 것으로 추측된다.



[그림 1] 의원 외래 내원일당진료비 크기별 해당 내원일수 비율
자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1991-1999
2001년은 1월 수진 기준 통계로 공단내부자료 인용

의원 외래에서의 전체 내원일수 및 총진료비 중에서 본인부담정액제에 해당한 비율을 살펴보면 <표 2>와 같다. <표 2>는 초진 및 재진에 따라 진료비 규모가 달라지므로 이를 구

분하여, 전체 초진일수 중 본인부담정액제에 해당하는 일수, 전체 재진일수 중 본인부담정액제에 해당하는 일수의 비율을 나타낸 것이다. 또한 총진료비 중에서 본인부담정액제에 해당하는 진료비의 비율을 살펴봄으로써, 의원 외래에서 그 규모를 알 수 있도록 하였으며, 정액구간과 정률구간별로 본인부담률을 구분하여 나타내었다.

전체 초진일수 중 본인부담정액제에 해당한 비율은 1991년 83.6%에서 점차 낮아져 2001년에는 52.1%이었다. 즉 1991년에는 초진에서도 내원일수 10일 중 8일 이상이 본인부담정액제에 해당되었지만 2001년에는 10일 중 5일 정도만이 정액제에 해당되었다. 그러나 일반적으로 초진에 비해 진료비가 낮은 재진의 경우 전체 내원일수 중 본인부담정액제에 해당한 비율은 1991년 94.5%에서 2001년 82.5%로 약간 낮아졌다. 그리고 초재진 모두를 합하여 보면, 1991년에는 94.5%가 본인부담정액제에 해당되어 사실상 의원 외래는 완전 정액제에 가까웠지만 2001년에는 76.3%로 4일 중 3일이 여기에 해당되고 있다. 연간 의원 외래에 해당되는 총진료비 중 본인부담정액제에 해당되는 진료비의 비율은 1991년 83.0%로 가장 높았으나 점차 낮아져 의약분업 직전인 1999년에는 48.7% 수준이었다.

한편 정액구간 본인부담률은 정액구간 진료비 상한액 이하의 총본인부담금을 정액구간 진료비 상한액 이하의 총진료비로 나누어 구할 수 있는데, 이는 1993년 48.7%로 가장 높았으나 점차 낮아져 1999년에는 35.3% 수준으로 떨어졌다. 2001년 1월의 경우 정액구간 본인부담률이 18.4%로 정률제 비율인 30% 보다 낮은 수준이었다. 보험자의 입장에서는 본인부담정률제보다 본인부담정액제가 보험재정 절감효과가 더 크기 때문에 도입하였고, 이를 지금까지 유지해왔다는 점에 비추어 보면, 이에 관한 정책적 변화가 있을 것임을 예고하는 의미를 담고 있다.

정액구간 진료비 상한액 이상 구간에서의 본인부담률은 30%를 적용해 왔기 때문에, 이는 연도와 관계없이 실제로도 30% 내외를 유지하고 있다.

그리고 의원 외래 전체의 본인부담률은 1999년 이전까지는 모두 30%를 상회하고 있어서 본인부담정액제가 30% 본인부담정률제를 일괄 적용하는 것보다 재정절감효과가 더 컸음을 의미하는 반면, 2001년 1월의 경우 전체 본인부담률이 22.8%로 30%보다 낮아 본인부담정액제가 정률제에 비해 재정절감효과가 더 적음을 보여주고 있다.

<표 2> 의원 외래 정액제 비율 및 본인부담률

(단위: %)

연도	전체 외래 이용 대비 정액제 비율				본인부담률		
	초진[1]	재진[2]	총내원일수[3]	총진료비	정액구간[4]	정률구간[5]	전체
1991	83.6	94.5	94.5	83.0	48.2	28.6	43.9%
1993	76.7	90.8	90.9	76.1	48.7	28.6	43.9%
1995	67.2	85.2	84.7	66.8	47.0	28.7	40.9%
1997	40.6	77.9	70.9	51.0	40.3	31.8	36.1%
1999	53.5	76.4	69.6	48.7	35.3	31.8	33.5%
2001.1	52.1	82.5	76.3	59.8	18.4	29.5	22.8%

주 : 1) (초진 내원일수 중 본인부담 정액구간 해당 내원일수)/(초진 총 내원일수)
2) (재진 내원일수 중 본인부담 정액구간 해당 내원일수)/(재진 총 내원일수)
3) (총 내원일수 중 본인부담 정액구간 해당 내원일수)/(총 내원일수)
4) 정액구간 본인부담률
= (정액구간에 해당하는 총 본인부담금)/(정액구간에 해당하는 총 진료비)
5) 정률구간 본인부담률
= (정률구간에 해당하는 총 본인부담금)/(정률구간에 해당하는 총 진료비)
자료 : 의료보험연합회. 의료보험통계연보. 1991-1999
2001년 1월 자료는 건강보험공단 수진월 통계자료 이용

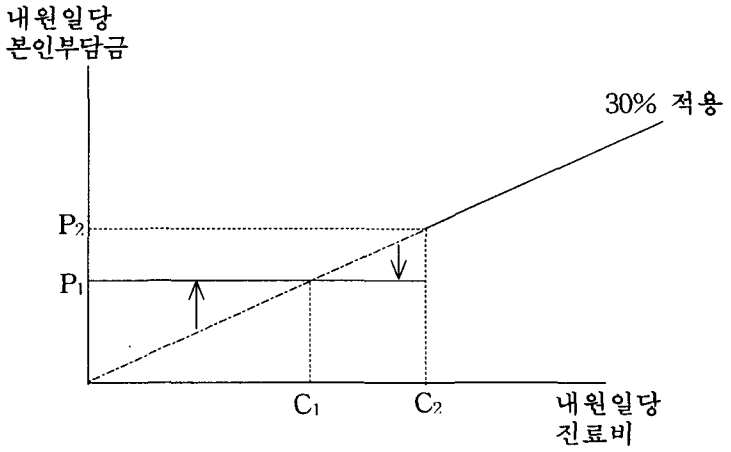
Ⅳ. 본인부담정액제의 보험재정영향 및 평가

1. 의원 외래 본인부담정액제의 보험재정영향 분석

이상에서 살펴본 바와 같이 의원 외래 이용에 따른 본인부담정액제가 지난 10년의 시기를 통해 일정하게 변천해 오면서 보험재정에 어떠한 영향을 미쳤는가를 살펴보는 것은 상당히 중요한 의미가 있다. 특히 보험자의 입장에서는 정액제의 도입이 정률제를 일괄 적용하는 것보다 보험재정 절감효과가 컸기 때문에 도입한 것이므로 실제 그러하였는지, 그 규모가 어느 정도였는지를 파악해 보는 것이 필요하다. 이에 따라 보험자의 입장에서 본인부담정액제가 정률제를 일괄적으로 적용하는 것보다 재정적으로 유리한 정책 선택이었는지 판단할 수 있을 것이다.

이를 살펴보기 위해, x축은 내원일당 진료비를 의미하며, 이 진료비에 대한 내원일당 본인부담금의 크기가 y축으로 표현되는 [그림 2]와 같은 모형을 제시할 수 있겠다. 그림에서 C_2

는 본인부담정액제의 대상이 되는 내원일당 진료비 상한액으로 2001년 현재 15,000원에 해당한다. 진료비 C_2에 해당하는 본인부담금 P_2는 30% 본인부담정률제를 적용한 값이다. 그리고 P_1은 정액 본인부담금이며, C_1은 30% 본인부담정률제를 적용했을 때 내원일당 본인부담금이 정액 본인부담금(P_1)과 동일해지게 되는 내원일당진료비이다.



[그림 2] 30% 정률제 대비 본인부담정액제의 재정영향 모형

따라서 정액제를 적용하였을 때 C_1보다 작은 진료비에서는 30% 정률제를 적용했을 경우보다 본인부담금이 인상되는 효과를 가져온다. 이는 보험자의 입장에서 보면 그만큼 재정절감 효과가 있다는 것을 의미한다. 또한 진료비가 $C_1 \sim C_2$ 인 경우 정액 본인부담금은 30% 정률을 적용했을 경우보다 낮기 때문에 본인부담금이 인하되는 효과가 있으며, 보험자의 입장에서는 정액제를 도입함으로써 그만큼 재정절감 효과가 적어짐을 설명할 수 있는 부분이다.

결국 본인부담정액제 도입은 30% 정률 적용시에 비해 추가적으로 재정절감 효과가 커지는 구간이 존재하지만 그와는 반대로 재정절감 효과가 감소하는 구간 역시 존재한다. 그리고 이 양측의 효과를 합해야 전체적으로 본인부담정액제 도입이 정률제에 비해 가져온 재정절감 효과를 전체적으로 평가할 수 있게 된다.

이와 같은 모델에 입각해 1991년부터 2001년까지 의원 외래에 대해 해당 분포를 살펴보면 <표 3>과 같다. 1991년에는 그림에서 C_1 이하인 내원일수의 비율은 전체 내원일수 대비 90.7%를 점하고 있다. 즉 당시 의원 외래 내원환자의 90.7%가 본인부담정액제에 따라 30% 본인부담정률제를 적용했을 경우보다 더 비싼 본인부담금을 지불하였다는 뜻이 되며, 보험자의 입장에서는 정률제에 비해 정액제 도입으로 인하여 그만큼 재정지출을 절감할 수 있었다.

<표 3> 연도별 의원 외래 정액제 현황

(단위: 원, %)

연도	C_1	P_1	C_2	P_2	진료비 크기별 해당 내원일수 비율		
					C_1이하	C_1~C_2	C_2이상
1991	8,000	2,400	10,000	3,000	90.7	3.8	5.5
1993	9,000	2,700	10,000	3,000	88.8	2.1	9.1
1995	9,667	2,900	10,000	3,000	82.4	2.3	15.3
1997	10,000	3,000	10,000	3,000	70.9	0	29.1
1999	10,667	3,200	12,000	3,600	61.5	8.1	30.4
2001.1	7,333	2,200	15,000	4,500	1.5	73.4	25.1

주 : C_1 : 본인부담 30% 적용시 P1에 해당하는 진료비(원)(= P1 ÷ 0.3)
P_1 : 정액 본인부담금(원)
C_2 : 정액본인부담제 진료비 상한액(원)
P_2 : 본인부담 30% 적용시 본인부담금(원)(= C2 × 0.3)
자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1991-1999
2001년 1월 자료는 건강보험공단 내부자료

1991년부터 1999년까지 진료비 C_1 이하의 내원일수 비율이 점차 감소하고 있긴 하나, 1999년에도 61.5%를 차지하고 있으며, 진료비 C_1~C_2 사이의 내원일수 비율이 8.1%에 지나지 않아 보험자의 입장에서는 30% 정률제 적용시보다 재정절감 효과를 볼 수 있었다.

연도별로 의원 외래에서 본인부담정액제 도입에 따른 재정절감 효과를 살펴보면, 보험자의 입장에서는 1991년에는 일괄적으로 30% 정률제를 적용했을 때에 비해 약 1,882억원의 재정지출 절감효과가 있었다. 이는 당시 총급여비의 9.2%에 해당하는 금액으로 의원 본인부담정액제 도입으로 인해 상당한 재정적 절감효과를 얻었음을 알 수 있다. 이와 같이 정률제 적용에 비해 정액제가 가져온 재정절감 효과는 1995년에 2,570억원까지 증가하였으나, 그 뒤로 점차 감소하여 1999년에는 660억원으로 전체 급여비의 0.8% 수준에 그쳤다(표 4).

그러나 2001년도에는 2001년 1월 이후 본인부담 조정이 없음을 가정하였을 경우 30% 정률제 적용 대비 연간 3,321억원의 추가지출 요인이 발생할 것으로 추계된다. 이는 보험자에게 재정절감 효과를 주는 진료비 C_1 이하의 내원일수 비율이 1.5% 밖에 안 되는 대신, 보험자에게는 30% 정률제 적용시보다 재정절감 효과가 감소하는 진료비 C_1~C_2 사이의 내원일수 비율이 73.5%로 상당히 커졌기 때문이다. 의약분업 실시로 인하여 약국을 추가로 방문해 약제비에 대한 본인부담금을 추가로 납부해야 한다는 점을 감안하더라도, 1986년 도입 당시부터 의약분업 도입 이전까지 외래 본인부담 30% 정률을 적용했을 때에 비해 보험자에게 더 큰 재정절감 효과를 주던 본인부담정액제가 2001년에는 오히려 30% 정률제를 일괄 적용

할 때에 비해 재정절감 효과가 더 적은 제도로 변화한 것임은 분명하다.

<표 4> 의원 외래 본인부담정액제 도입으로 인한 재정 효과

연도	30% 정률 적용대비 정액제 재정절감 효과[1]	총급여비 대비 비율
1991	+ 1,882억원	9.2 %
1993	+ 2,437억원	8.5 %
1995	+ 2,570억원	6.4 %
1997	+ 1,249억원	2.2 %
1999	+ 660억원	0.8 %
2001[2]	- 3,322억원	-

주 : 1) 재정절감 효과 계산 방법

정액제 재정 효과 = Σ[[(정액 본인부담금) - (30% 정률 적용시 본인부담금)] × (해당 내원일수)]

2) 2001년 1월 이후 본인부담 조정이 없음을 가정한 추계값임.

추계값 = 276.8억원(2001년 1월) × 12개월

2. 의약분업 실시 전후 의원 외래 본인부담금의 변화와 함의

의원 외래 본인부담정액제가 의약분업 도입 이전까지는 보험자에게 30% 정률제 적용에 비해 재정절감 효과를 가져다 주는 제도였으나, 의약분업 이후 크게 변화되어 오히려 30% 정률제 적용에 비해 재정절감 효과가 더 적은 제도가 되었다. 이와 같은 변화의 배경에는 의약분업 도입에 따른 수가인상은 물론이고, 2000년 7월 본인부담정액제의 확대(노인 적용대상을 과거 70세 이상에서 65세 이상으로 확대함), 2001년 1월 본인부담정액제 진료비 상한액 증액(의원은 12,000원에서 15,000원으로, 약국은 8,000원에서 10,000원으로 증액됨)의 영향 때문으로 해석될 수 있다. 따라서 이와 같은 영향요인을 감안해야만 현재의 본인부담정액제가 보험자에게 주는 의미를 정확하게 평가할 수 있을 것이다.

먼저, 의약분업 도입 전에 의약분업 도입과 관련해 외래 본인부담금 정책 변화를 논의하였던 관련 내용을 살펴볼 필요가 있다. 2000년 3월 15일 보건복지부, 의료보험연합회 의약분업준비반, 국민의료보험관리공단 의약분업준비반이 참가하였던 의약분업 관련 회의자료에 의하면 "의약분업 후 보험자 부담분이 증가하더라도 본인부담 수준은 분업 전과 동등하게 유지될 필요성이 있다"고 제시하였다(의약분업 준비회의, 2000). 즉 이는 의약분업 도입과 관련해 본인부담은 의약분업 전과 동일한 수준으로 조정해야 한다는 원칙을 제시한 것으로, 그

결과 정액 본인부담금을 의약분업 이전의 3,200원에서 의약분업 실시 이후 의원에서 2,200원, 약국에서 1,000원으로 형식상 동일한 수준으로 유지하도록 하였다.

그러나 의약분업 이전 의원에서의 내원일당 본인부담금과 의약분업 이후 의원에서 처방전을 받아 약국을 방문할 경우 전체적인 본인부담금의 크기는 동일수준을 유지하지 못했다.

<표 5> 의약분업 전후 의원 외래 내원일당 본인부담금 변화 추이

의약분업	수진시기	내원일당 본인부담금(원)			의원 외래 본인부담률
		의원 외래	약국[1)]	계	
이전	2000.1-3	3,995	-	3,995	32.84 %
	2000.4-6	4,290	-	4,290	32.82 %
이후	2000.9-12	3,679	1,802	5,481	27.12 %
	2001.1-3	3,230	1,837	5,067	22.66 %

주 : 1) 의약분업 이전 시기 원외처방률은 0.06%이므로 약국은 계산에 반영하지 않았고, 의약분업 실시 이후 약국 내원일당 본인부담금은 의원에서 처방전을 받은 건만 대상으로 함.

자료 : 국민건강보험공단. 내부자료

의약분업 실시 이전 의원 외래에서 원외처방전을 발급하는 비율은 전체 내원일수의 약 0.06%(건강보험공단 내부자료)에 불과해 대부분 의원 외래 방문시 본인부담금은 약제비를 포함한 금액이다. 반면 의약분업 이후에는 의원을 방문하여 처방전을 발급 받아 약국에서 약을 받아야 하므로 의약분업 전후의 실질적인 본인부담금을 비교하기 위해서는 약국에서의 본인부담금을 포함하여야 한다.

<표 5>는 의약분업 전후 의원 외래 이용시 실제로 환자들이 부담하는 금액을 정리한 것이다. 2000년 1-3월의 경우 내원일당 본인부담금은 3,995원이었으며, 4-6월에는 4,290원이었다. 이 기간동안 약 300원의 본인부담금이 인상된 것은 본인부담률의 변동이 없음에도 불구하고 2000년 4월 수가인상과 계절적 요인 및 2000년 4월 의원 폐·파업의 영향 때문인 것으로 풀이될 수 있다.

의약분업 이후인 2000년 9-12월, 2001년 1-3월의 내원일당 본인부담금(의원 외래 + 약국)은 각각 5,481원과 5,067원으로 의약분업 이전에 비해 인상되었다[1)]. 이와 같은 인상은 의약

1) 2001년 1-3월 건강보험심사평가원의 요양기관 청구자료에 의하면 의원 외래에서 처방전 발급률은 83.5%였다. 그러나 이와 같은 점이 처방전을 발급받지 않은 16.5%의 환자들에 대해서는 의약분업 이전에 비해 본인부담금이 더 낮아졌다는 해석을 가능하게 하지는 않는다. 의약분업 이전시기 의원 외래에서 약제비를 제외한 내원일당 본인부담금과 비교되어야 하는데 이러한 비교가 아직 수행된 적이 없지만 그 결과에 의해 해석되어야 할 것이다.

분업 이후 수 차례 수가인상은 물론 고가약 처방이 증가하고, 처방일수가 증가하여 진료비가 높아졌기 때문일 것이다. 그러나 이 시기 동안 의원 외래 본인부담률이 2000년 9-12월에는 27.12%, 2001년 1-3월에는 22.66%로 낮아졌다는 점에서 본인부담금 인하 요인도 존재하였음을 감안해야 한다. 이때 의원 외래 본인부담률이 인하된 것은 앞서 <표 1>에서 본 바와 같이 2000년 7월과 2001년 1월 본인부담 정액구간이 확대 적용되었기 때문이다.

결국 의약분업 실시 이후 의원 외래 본인부담률은 2000년 1-3월 32.84%에서 그 다음해 동기간 22.66%로 약 10%나 감소하여 보험자의 입장에서 본인부담제도로 인한 재정절감 효과는 크게 감소하였다. 그럼에도 불구하고 국민들의 입장에서는 의원 외래를 방문하여 처방전을 발급 받아 약국을 이용할 경우 납부할 본인부담금은 의약분업 이전에 비해 증가하였다.

앞서 인용하였던 2000년 3월 15일 의약분업 회의자료에 의하면 EDI 자료를 분석한 결과 의원 외래를 이용하여 처방전을 발급 받아 약국을 방문하면 당시 본인부담제를 그대로 유지할 경우 847원이 증가할 것으로 예상하였고[2], 따라서 "분업 후 보험자 부담분이 증가하더라도 본인부담 수준을 동등하게 유지해야 할 필요성이 있다"고 언급하고 있다. 이에 따라 의원 외래 이용시 본인부담 정액금액과 구간이 다시 설정되었으며, 노인에 대해 본인부담금 경감 적용대상을 확대하는 조치를 의약분업 실시와 함께 취했던 것으로 이해될 수 있다.

결국 본인부담정액제는 의약분업 이전까지는 30% 정률제를 일괄 적용했을 때보다 재정절감 효과가 더욱 컸으며, 그로써 보험자에게 상당한 의미가 있었지만, 의약분업 실시 이후 정률제 적용보다 오히려 재정절감 효과가 더 적은 것으로 변질되어, 의약분업으로 인한 본인부담 인상분을 보전해 주는 수단이 되어 버렸다. 즉 본인부담정액제는 정액 본인부담금을 낮추고 정액구간 진료비 상한액을 확대하는 등의 조치를 통해 사실상 국민들의 본인부담금을 경감시켜주기 위한 정책적 수단이 되어버린 것이다.

V. 고 찰

외래 이용에 대한 본인부담정액제 도입은 1986년 도입 당시 의료보험의 재정악화가 가장 큰 배경을 이루었으며 부수적으로 본인부담액 계산의 번잡함을 없애고, 본인부담액 일부 과다징수를 방지하기 위한 것이었다. 그러나 무엇보다도 보험자의 입장에서는 본인부담정액제 도입으로 사실상 본인부담금을 인상하고 이로써 정률제 적용시보다 더 큰 보험재정 절감효과를 기대하고자 했다.

본인부담정액제는 실제로 의약분업 도입 전까지는 정률제보다 더 큰 급여비 절감의 기대

2) 그 예상은 크게 빗나가지 않은 것으로 판단된다.

를 충족시켜 주었다. 정률제 대비 급여비 절감 효과가 1991년에는 총급여비의 9.2% 규모로 상당한 효과를 거둘 수 있었으며, 점차 그 효과는 감소하였지만 의약분업 도입 직전이던 1999년에도 정률제를 적용했을 때보다 약 660억원의 보험재정 절감효과를 나타냈다.

그러나 의약분업 도입 시기를 거치면서 본인부담정액제는 정률제에 비해 보험재정 절감효과가 오히려 더 못한 방안으로 바뀌었다. 이는 의약분업 도입으로 인해 본인부담 수준이 증가해서는 안 된다는 원칙 하에 본인부담정액제에 대한 검토가 이루어졌기 때문이었다. 그러나 의약분업 도입 이후 본인부담은 증가하였고 이에 대한 국민들의 불만이 높아가자 그 대책으로 2001년 1월 본인부담 정액 구간을 확대하는 조치를 취하게 되었다. 그런데 이와 같은 조치를 통해 의원 외래의 본인부담률이 22.66%로 낮아졌음에도 불구하고 국민들의 입장에서는 의약분업 이후 의원에서 처방전을 받아 약국에 방문해야 하기 때문에 지불해야 할 전체 본인부담금은 증가하게 되었다.

그 결과 국민들은 실질적인 본인부담금 인상으로 불만을 품게 되었으며, 본인부담정액제는 그와 같은 국민들의 불만을 해결해줄 정책적 수단으로 의미가 변경되었다. 그러나 이러한 변화가 보험자의 입장에서는 재정절감 효과를 크게 감소시킨 결과를 낳았지만 이에 대해 전반적으로 잘못된 방향으로 평가하는 것은 매우 성급한 판단이라 할 수 있다.

왜냐하면 본인부담금의 인상은 실질적으로 저소득층을 비롯한 취약계층의 의료 접근성을 악화시킬 우려가 있기 때문이다. 바로 이와 같은 의미에서 1차 의료를 담당하고 있는 의원의 본인부담금이 인상된다는 것은 논란의 여지를 제공한다. 이는 1차 의료에서의 본인부담제를 재정절감의 방안으로 이해하고 절감효과가 큰 방안을 선택하는 것이어야 하는가, 그렇지 않다면 모든 사람들에게 접근성을 보장하는 차원에서 이를 바라보아야 하는가의 양립하기 어려운 두 관점 사이에서 정책적 결정을 내리는 문제이다.

그런데 현재 정부의 태도는 본인부담제도를 재정절감 방안의 일환으로 바라보는 견해가 더욱 우세한 듯하다. 2001년 들어 건강보험 재정이 악화되자 보험재정 안정화 방안의 일환으로 7월 1일부터 본인부담금을 인상시킨 것이다. 이렇게 본인부담제의 변경이 재정안정화 방안으로 채택된 이유를 찾기란 그다지 어려운 일이 아니다. 첫째는 무엇보다 본인부담금 인상이야말로 다른 방안에 비해 즉각적이고 최단기적인 효과를 드러낼 수 있는 방안이라는 것이다. 둘째는 보험료 인상에 비해 집단적인 반발이 덜하기 때문에 정책 선택에 있어서 부담이 적다는 것이며, 셋째는 의료이용에 대한 개인적 책임을 강조하면서 본인부담금을 인상할 수 있는 명분이 있다는 점이다.

그러나 아쉽게도 본인부담금 인상으로 인한 취약계층의 의료접근성 악화를 방지하거나 개선하기 위한 조치는 전혀 포함되지 못했다. 본인부담금 인상이 저소득층에 대하여 의료이용의 접근을 어렵게 할 것이라는 점은 충분히 예상 가능하다. 비록 본 연구가 소득계층별로 본

인부담정액제가 미친 효과를 분석하는 것을 목적으로 하지 않았기 때문에 충분한 근거를 제시하기는 어렵지만 본인부담이 증가함에 따라 저소득층의 의료이용에 부담이 증가하는 것을 부정하기란 쉽지 않을 것이다.

더군다나 아직도 비급여에 해당하는 진료비가 비급여를 포함한 총진료비의 약 10% 내외[3]의 규모로 존재하고 있다는 점을 감안한다면 1차 의료를 담당하는 기관에서 본인부담금이 인상되는 것을 쉽게 보아 넘길 일이 아니다. 비급여 진료비는 전액 본인부담이기 때문이다. 따라서 1차 의료에서 급여확대 정책은 적절한 서비스를 제공한다는 측면 이외에도 비급여가 급여범위 안에 들어오게 되어 국민의 입장에서는 사실상 본인부담금의 감소를 가져올 것을 기대할 수 있게 하는 것이다.

한편 본인부담제 정책과 관련하여 세계개발보고서(1993)는 의료비가 가구소득의 1% 이하라면 저소득층이라 할지라도 의료이용에 큰 영향을 미치지 못할 것이라고 가정하고 있으나, 의료비 수준이 이보다 높으면 저소득층의 접근을 보장하기 위해 의료비를 면제해주는 기전이 필요함을 제안하고 있다. 또 많은 유럽국가들이 저소득, 연령(소아와 노인), 그리고 만성질병 등의 의학적 상태 등 3가지 조건에서 비용분담을 탕감(exemption)하고 있는 바, 유럽 18개국 중 17개 국가가 이상 세 가지 모두에 대해 또는 한·두 가지의 경우에 대하여 환자의 비용부담분을 탕감해주고 있다(Ros 등, 2000). 우리나라는 현재 노인의 정액본인부담금에 대해 일부 본인부담을 할인하고 있다. 이에 덧붙여 의원 외래 이용에서 저소득층의 정액본인부담과 저소득 만성질환자의 정률본인부담을 우선적으로 할인하여 이들의 의료필요가 충족되는데 있어 경제적 장벽을 최대한 낮추는 방안을 강구하여야 할 것이다.

물론 이와 같은 조치들이 보험자의 입장에서는 지출을 증가시키는 요인이 될 수 있다. 그러나 이것 역시 1차 의료를 정착시키기 위한 보험자의 역할이 아닐 수 없다. 또한 이와 같이 취약계층에 대한 본인부담 경감조치가 전제된 위에서 본인부담의 적절한 수준이나 방식이 논의되는 것이 올바른 수순일 것이다. 향후, 1차 의료에 대한 본인부담제 방식에 관하여 완전 정률제냐, 정액제의 확대냐 하는 논의 역시 취약계층의 의료이용 접근성을 악화시키지 않는 것을 전제로 두고 진행되어야 할 것이다.

마지막으로 본인부담제 조정과 관련하여 고려해야할 한가지 사항을 덧붙이자면, 실태에 대한 정확한 조사와 분석에 기반 해야 한다는 것이다. 본인부담의 인상 근거로 '불필요한 의료이용의 억제'라는 주장이 제기되곤 하는데, 이에 대해서는 엄밀한 조사를 통해 그 규모와 성격을 조명하는 것이 우선되어야 한다. '불필요한 의료이용의 억제'가 본인부담 정액제와 어느 정도의 관련성을 지니고 있으며, 문제의 규모는 어느 정도인지 객관적 평가가 이루어져야

3) 건강보험공단의 1995-2000년 「수진내역신고자료분석」에 의하면 비급여를 포함한 총진료비의 약 10%가 비급여이다.

할 것이다. 이에 근거하지 않고 '도덕적 해이(moral hazard)'를 언급하는 것은 관념에 의해 저소득층의 의료이용에 더 큰 폐해를 안길 수 있다는 점에서 유의해야 할 것이다.

VI. 요약 및 결론

본 연구는 2001년 1월까지 우리나라 의원 외래 본인부담정액제의 도입 및 변천과정과 그 성격을 고찰하기 위한 것이었다. 연구결과를 개괄적으로 요약하면 다음과 같다.

첫째, 본인부담정액제를 도입하였던 가장 우선적인 이유는 보험재정의 악화로 인한 지출 절감차원에서 이루어진 것이며, 이에 따라 실질적으로는 본인부담 인상 조치가 이루어졌다. 본인부담정액제는 의약분업 이전까지 보험자에게 정률제보다 더 큰 보험재정 절감효과를 가져다 줄 방안으로 기대되었다.

둘째, 의약분업 실시 이전까지 정액구간의 본인부담률은 30%를 상회하고 있었으며, 이로 인한 보험재정 절감효과는 30% 정률제를 적용했을 때보다 최고 2,570억원(1995년) 더 컸다. 그러나 의약분업 실시 이후 본인부담정액제는 재정절감 효과의 측면에서 정률제보다 더 못한 방안으로 변화되었다. 이로 인해 2001년 1월 이후 정책변화가 없다면 30% 정률 적용시에 비해 오히려 연간 약 3,321억원의 추가부담이 발생할 것으로 예상된다.

셋째, 의약분업 실시 전후 의원 외래의 본인부담금 변화를 살펴보면, 본인부담률이 의약분업 실시 이전 약 32%에서 2001년 1-3월 22.6%로 크게 감소하였음에도 불구하고 의원과 약국을 함께 방문해야 하는 국민의 입장에서 지불해야 할 본인부담금의 크기는 오히려 증가하였다. 이는 의약분업 도입 과정에서 수가조정, 고가약 처방 증대, 처방일수 증가 등의 영향 때문인 것으로 해석될 수 있다. 이와 같이 본인부담금의 증가로 인한 국민의 불만이 증가하자 2000년 7월과 2001년 1월 본인부담정액제 구간의 확대 및 경감대상 확대 조치를 취하였던 것으로 이해될 수 있다.

넷째, 향후 의원 외래 본인부담 조정에 있어서, 이것이 단순히 보험재정 절감대책의 일환으로 이해되어서는 곤란하며, 의약분업으로 인하여 실제로 본인부담금이 인상되었다는 점과 1차 의료를 담당하는 의원의 경우 본인부담제도가 취약계층의 의료기관 접근성을 악화시킬 우려가 있다는 점, 그리고 비급여 본인부담금이 존재하고 있다는 점 등을 충분히 고려하여야 할 것이다. 더불어 저소득층과 소아, 노인 그리고 만성질환자(특히 저소득층)에 대한 본인부담의 완화조치를 도입할 것을 시급히 검토해야 할 것이다. 이러한 조치들이 보험자의 입장에서는 보험재정 지출의 증가요인이 될 것이나 1차 의료를 담당하고 있는 의원 외래의 본인부담제를 조정하는데 있어서 반드시 고려되어야 할 사항임은 틀림없을 것이다.

참 고 문 헌

건강보험심사평가원. 의료보험통계연보. 1999

국민건강보험공단. 2000년 건강보험 주요통계. 2001

김한중, 전기홍. 의료비 상승 요인 분석. 예방의학회지, 1989; 22(4): 542~554

노인철, 김수춘, 이충섭, 한혜경. 의료보험 본인부담제에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1989

문옥륜, 박세택, 이재형, 조형원, 노운영, 우영국, 최재욱, 신영전, 하호수. 의료보장 론. 신광출판사, 2000

보건복지부. 의약분업 회의 자료, 2000.3.15

서울의대 의료관리학교실. 보건의료개혁에 대한 최근의 논의. 한울, 1998

서울의대 의료관리학교실. 의료비의 최근 추세와 전망. 한울, 1996

양봉민. 보건경제학. 나남, 1999

유승흠. 의료정책과 관리. 기린원, 1990

의료보험연합회. 의료보험통계연보. 1991~1999

의료보험연합회. 의료보험의 발자취. 1997.7

이진석. 본인부담제의 개념과 각 국의 적용 현황. 건강보험동향, 2000

인도주의실천의사협의회. 성명서 "본인부담금 인상 절대반대". 2001

전기홍, 김한중. 의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래이용 변화. 예방의학회지 1992; 25(1): 73~87

최병호, 노인철, 신종각, 이상영. 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안. 한국보건사회연구원, 1997

최병호. 의료보험 급여범위의 적정한계에 관한 고찰. 보건사회연구, 1996

통계청. 2000년 한국의 사회지표. 2001

Anderson GM, Brook R, Williams A. A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care. Med Care 1991; 29(9): 890~898

Beck RG. The effects of copayment on the poor. The Journal of Human Resources 1974; 129~142

Beck RG, Horne JM. Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. Med Care 1980; 18(8): 787-806

Brook RH, Ware JE, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA. Does free care improve adults' health. N Engl J Med 1983; 309: 1426~1434

Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. Soc Sci Med 1992; 34(1): 33~41

Fischer PJ, Strobino DM, Pinckney CA. Utilization of child health clinics following introduction of a copayment. Am J Public Health 1984; 74(12): 1401~1403

Griffin CC. Health care in Asia: A comparative study of cost and financing. World Bank, 1992

Johnson RE, Goodman MJ, Hornbrook MC, Eldrege MB. The effect of increased prescription drug cost-sharing on medical care utilization and expenses of elderly Health Maintenance Organization members. Med Care 1997; 35(11): 1119~1131

Leibowitz A, Manning WG Jr, Keeler EB, Duan N, Lohr KN, Newhouse JP. Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial. Pediatrics, 1985; 75(5): 942~951

Motheral BR, Henderson R. The effect of a copay increase on pharmaceutical utilization, expenditures, and treatment continuation. Am J Manag Care 1999; 5: 1383~1394

Nelson AA Jr, Reeder CE, Dickson WM. The effect of a Medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services. Med Care 1984; 22(8): 724~736

Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis KH, Marquis MS, Phelps CE, Brook RH. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med 1981; 305(25): 1501-1507

Roemer MI, Hopkins CE, Carr L, Gartside F. Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. Med Care 1975; 13(6): 457~466

Ros CC, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy 2000; 52: 1~13

Scitovsky AA, Snyder NM. Effect of coinsurance an use of physician services. Soc Secur Bull 1972; 35: 3~19

Shapiro MF, Ware JE, Sherbourne CD. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Ann Int Med 1986; 104: 246~251

Solanki G, Schauffler HH. Cost sharing and the utilization of clinical preventive service. Am J Prev Med 1999; 17(2): 127~133

Soumerai SB, Ross-Degnan D, Avorn J, McLaughlin TJ, Choodnovskiy I. Effect of medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing home. N Engl J Med

1991; 325: 1072~1077

Wedig GJ. Health status and the demand for health: results on price elasticities. Journal of Health Economics 1988; 7: 151~163

Yoder RA, Are people willing and able to pay for health service?. Soc Sci Med 1989; 29(1): 35~42