

# 6세미만 입원 법정본인부담금 면제정책이 의료이용에 미치는 영향

전경수<sup>1)</sup>, 윤석준<sup>1,2)</sup>, 안형식<sup>1,2)</sup>, 신현웅<sup>3)</sup>, 윤영혜<sup>4)</sup>, 황세민<sup>1,2)</sup>, 경민호<sup>1,2)</sup>

고려대학교 보건대학원<sup>1)</sup>, 고려대학교 의과대학 예방의학교실<sup>2)</sup>, 한국보건사회연구원 건강보험팀<sup>3)</sup>, 안산시 단원구 보건소<sup>4)</sup>

## The Effect of the Cost Exemption Policy for Hospitalized Children under 6 Years Old on the Medical Utilization in Korea

Kyeong-Su Jeon<sup>1)</sup>, Seok-Jun Yoon<sup>1,2)</sup>, Hyeong-Sik Ahn<sup>1,2)</sup>, Hyun-Woong Shin<sup>3)</sup>, Young-Hye Yoon<sup>4)</sup>, Se-Min Hwang<sup>1,2)</sup>, Min-Ho Kyung<sup>1,2)</sup>

Graduate School of Public Health<sup>1)</sup>, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Korea University<sup>2)</sup>,  
Korea Institute for Health and Social Affairs<sup>3)</sup>, Danwon Public Health Center Ansan-Si<sup>4)</sup>

**Objectives :** The Korean government in January 2006 instigated an exemption policy for hospitalized children under the age of six years old. This study examines how this policy affected the utilization of medical care in Korea.

**Methods :** A total of 1,513,797 claim records from the Health Insurance Review Agency were analyzed by complete enumeration methods.

The changes of medical utilization were compared from 2005 to 2006. In addition, the changes of medical utilization between 2004 and 2005 were compared as a pseudo-control group.

**Results :** The admission rate increased 1.14-fold from 15.20% in 2004 to 17.32% in 2005, and this further increased 1.08-fold to 18.65% in 2006. The increase of patients with a common cold (1.2-fold) was higher than that of both the general patients (1.08-fold) and the patients with the top 10 fatal diseases (0.91-fold). The average

length of stay per case for clinics showed the highest increase rates (1.06-fold). The rates of patients with the common cold showed a higher increase (1.05-fold) than that of the general patients. The average medical expense per case was increased by 1.10-fold from 2005 to 2006, which was higher than that from 2004 to 2005 (1.04-fold). The increase rate for patients with the common cold was higher at 1.18-fold than that of the general patients.

**Conclusions :** The cost exemption policy has especially led to an increase in the utilization of clinics and the utilization by patients with a common cold.

*J Prev Med Public Health 2008;41(5):295-299*

**Key words :** Utilization, Length of stay, Insurance, Cost sharing, Korea

## 서론

정부는 육아비용에 대한 가계 부담을 경감하고 아동의 건강에 대한 사회적 지원 여건을 조성하기 위한 목적으로 2006년 1월부터 6세 미만 입원아동에 대한 건강보험 법정 본인부담금을 전액 면제하는 정책을 시행하였다.

이 정책은 국내에서 처음으로 의료급여 수급자 등 국고 지원 대상자 이외의 건강보험 수급자 일반을 대상으로 법정 본인부담금을 완전히 면제하는 조치였다는 점에서 향후 건강보험의 보장성 강화를 통해

본인부담금을 면제했을 때 예측되는 정책 성과와 부작용에 대해 진단을 해 볼 수 있는 중요한 척도가 될 수 있는 정책이다. 따라서 전체 6세 미만 아동을 대상으로 법정 본인부담금을 면제한 정부의 결정이 과연 비용효과적인 정책 선택이었는지, 그리고 소기의 정책목표를 달성했는지, 예상치 못한 부작용은 없었는지 등에 대한 종합적인 정책 평가가 반드시 필요하다.

해외에서는 최근 미국에서 메디케이드(Medicaid)의 보장범위가 확대되고 주정부 아동건강보험(State Children's Health Insurance Program, SCHIP)이 시행되면서

[1] 이들 제도가 아동의 의료이용에 미치는 영향에 대한 연구들이 선행되었다. 이 연구들에 따르면 메디케이드의 적용을 받는 아동들이 미적용 아동에 비해 외래진료뿐 아니라 입원진료에 있어서도 더 많은 의료이용 경험을 가지는 것으로 나타났으며 [2-4], 메디케이드와 주정부 아동건강보험의 적용 비율이 늘어나면서 의료이용 경험을 가진 아동의 비율도 증가하였으며 [5], 특히 저소득층 아동의 의료이용이 늘어난 것으로 나타났다 [6].

국내에서도 새로운 건강보험정책의 시행으로 인한 환자의 본인부담금 변화가 의료이용에 미친 영향에 대해 많은 연구들이 발견되고 있다. 1977년 의료보험 실

시 이후인 1979년과 1980년 사이에 평균 재원일수와 입원비는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며 [7], 1988년 농어촌 의료보험 실시 이후 외래진료에서는 높은 의료이용 증가를 가져왔지만 입원의 경우는 약간 감소한 것으로 나타났다 [8]. 1986년 본인부담금 인상 후 14세 이하 어린이, 특히 4세 이하 영유아의 외래이용 감소가 통계학적으로 유의하였으며 [9], 수진율은 크게 감소하고 외래 진료비도 감소세로 전환된 것으로 나타났다 [10]. 농어촌의료보험 실시와 전국민의료보험 실시를 전후해서 의료이용이 증가한 것으로 나타났으며 [11], 도시 의료보험 실시 이전에 보험에 가입하지 않다가 보험에 가입한 집단이 제도 시행 이전에도 보험에 가입되어 있던 집단에 비해 의료이용이 더 많이 증가한 것으로 나타났다 [12].

그러나 6세 미만 입원환자 법정 본인부담금 면제 정책이 2006년 처음 시작되었으나 아직 이 정책이 의료이용에 미친 영향에 대한 연구가 이뤄진 바 없는 것으로 사료된다. 어떤 정책의 시행 후 그 결과에 대한 평가를 위해서도 그에 따른 변화와 영향을 파악해야 할 필요가 있다. 이에 본 연구는 6세미만의 입원 환자의 법정 본인부담금 면제 정책을 전후하여 의료이용과 강도의 변화 추이를 살펴보고자 한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구대상

입원개시일자를 기준으로 2004년 1월부터 2006년 12월까지 3개년 간 전국 의원, 병원, 종합병원, 종합전문병원에서 입원진료를 받은 모든 6세 미만 건강보험 환자를 연구 대상으로 하였으며, 건강보험심사평가원이 제공한 건강보험 청구내역 자료를 사용해 전수조사를 실시하였다.

신생아의 경우(상병코드 Z38)는 2006년 1월1일부터 신생아 분리청구의 시행으로 과거 상병과의 단순 비교 시에 증가율이 과다 산출되는 문제점으로 인해 분석대상에서 제외하였다. 또한 보건기관과 치과 병원도 제외하였다. 청구건수를 기준으로 총 151만3,797건이 분석에 사용되었다.

## 2. 연구방법

### 1) 연구설계

본 연구에서는 의료서비스 시작을 결정하는 의료 이용 양을 살펴보기 위해 전체 적용인구 중 청구건수를 의미하는 수진율을 제도 시행 전후하여 비교하였고, 의료서비스가 얼마나 많이 그리고 오래 지속되는지와 같은 의료이용의 강도를 살펴보기 위한 지표로서 청구건당 평균입원일수와 청구건당 평균진료비를 비교하였다 [13].

정책이 시행되지 않을 경우에도 자연적으로 변화하는 성숙효과(maturation effect)를 고려하지 못하는 단점을 보완하기 위해 정책 시행 이전인 2004년과 2005년 사이의 변화를 의사(pseudo)비교집단으로 설정하여 비교를 시도하였다. 또한 의료요구(need)에 따른 차이를 살펴보기 위해 요양기관종별, 주요 사망원인 질환, 그리고 감기 등을 기준으로 비교해 보았다.

### 2) 분석방법

주요 사망원인 질환은 통계청에서 발표한 2005년 기준 5세 미만 아동의 10대 주요 사망원인 질병(236항목 기준)인 ①출생전 후기에 기원한 특정병태(P00- P96), ②임신기간 및 태아발육과 관련된 장애(P05- P08), ③나머지 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00- Q99), ④달리 분류되지 않은 증상·정후(R00- R99), ⑤악성신생물(C00- C97), ⑥영아 급사 증후군(R95), ⑦기타 불의의 호흡 위협(W75- W84), ⑧나머지 신경계통의 질환(G00- G98), ⑨신경계통의 선천 기형(Q00-Q07), ⑩기타 형태의 심장병(I30-I31, I40, I42, I51)을 대상으로 하였고, 감기는 건강보험심사평가원 감기위원회에서 감기 전산점검 대상상병으로 추출한 22개 상병코드(J00-06, J10-18, J20-22, J30, J39, J40)를 기준으로 삼았다. 모든 상병은 청구자료 상 첫 번째로 표기된 주상병을 기준으로 하였으며, 21대 상병분류는 통계청의 제4차 개정 한국표준질병사인분류(KCD)를 따랐다. 영유아기 사망의 경우 0세 사망률이 가장 높고 연령 증가에 따라 사망률이 낮아지므로 사망신고 원자료에 대한 분석 대신 통계청에서 제공하는 5세

미만 사망원인을 자료원으로 사용했다 [14].

진료비는 비급여를 제외한 법정본인부담금과 공단부담금을 포함한 총 진료비를 기준으로 하되, 2006년 1월의 건강보험수가 인상분 3.50%와 2005년 1월의 2.99% 인상분을 반영하여 2004년과 2005년 진료비를 2006년 기준으로 보정한 수치를 사용하였다 [15].

종속변수인 진료비 및 재원일수는 오른쪽으로 치우친 분포(right skewed distribution)를 하고 있었기 때문에 로그변환을 시행하였고, 자료 중 재원일이 600일을 초과하는 경우와 재원일 평균진료비가 10,000,000원을 초과하는 경우들은 이상치로 간주하여 분석에서 제외시켰다.

자료의 분석도구는 SPSS windows version 12.0과 SAS windows version 5.1을 사용하였고 유의수준은 0.01을 기준으로 하였다.

## 결 과

### 1. 전반적인 추이

2004년부터 2006년까지 3개년간 전국 6세 미만 입원환자의 건강보험 청구건수는 2004년에 484,017건, 2005년에 511,834건, 2006년에 517,946건으로 계속 증가하고 있는 추세이나 2006년의 전년대비 증가율은 감소세를 보였다 (Table 1). 입원실인원은 제도 시행 이후 410,468명에서 410,235명으로 약간 감소하는 경향을 보인 반면에, 입원실인원을 기준으로 한 환자 1인당 입원일수 및 진료비는 정책 시행 이후 증가율이 더 높아졌다.

2004년 실환자 1인당 평균입원일수가 7.43일에서 2005년에 7.47일로 1.01배 증가한 것에 비해, 2006년에는 7.77로 전년도에 비해 1.04배가 늘어났다. 실환자 1인당 평균 진료비 역시 2004년 812,333원에서 2005년 861,068원으로 1.06배 늘어나는데 그쳤으나, 2006년에는 960,115원으로 1.12배 증가했다 (Table 1).

### 2. 의료이용의 양

전체적인 수진율은 2004년 15.20%에서 2005년 17.32%로 1.14배 증가한데 반해,

**Table 1.** General characteristics, 2004-2006

Characteristic	2004 (A)	2005 (B)	2006 (C)	B/A	C/B
No. of claims*					
Clinics	33,626	38,987	40,798	1.16	1.05
Hospitals	64,721	73,428	76,685	1.13	1.04
General hospitals	251,477	261,365	263,745	1.04	1.01
Tertiary hospitals	134,193	138,054	136,718	1.03	0.99
Total	484,017	511,834	517,946	1.06	1.01
Patients†	395,110	410,468	410,235	1.04	1.00
Beneficiaries‡	3,183,324	2,954,507	2,776,977	0.93	0.94
The total length of stay*	2,935,098	3,066,278	3,189,036	1.04	1.04
The total medical expenses§	320,961,243	353,440,601	393,872,289	1.10	1.11
Average length of stay per patient†	7.43	7.47	7.77	1.01	1.04
Average medical expenses per patient§	812,333	861,068	960,115	1.06	1.12
Average length of stay per beneficiary‡	0.92	1.04	1.15	1.13	1.11
Average medical expenses per beneficiary§	100,819	119,559	141,835	1.19	1.19
The percentage of patients in the beneficiaries‡	12.4	13.9	14.8	1.12	1.06
Admission rates¶	15.20	17.32	18.65	1.14	1.08

\*Unit: Each, †Unit: Person, ‡Unit: Days, §Unit: 1,000 Korean Won(Calibrated medical expenses), ¶Unit: %

**Table 2.** Admission rates\*, by type of institution, 2004-2006

	2004 (A)	2005 (B)	2006 (C)	B/A	C/B
General patients					
Clinics	1.06%	1.32%	1.47%	1.25	1.11
Hospitals	2.03%	2.49%	2.76%	1.22	1.11
General hospitals	7.90%	8.85%	9.50%	1.12	1.07
Tertiary hospitals	4.22%	4.67%	4.92%	1.11	1.05
Total	15.20%	17.32%	18.65%	1.14	1.08
Top 10 fatal diseases					
Clinics	0.23%	0.27%	0.22%	1.19	0.81
Hospitals	0.46%	0.54%	0.49%	1.17	0.90
General hospitals	1.54%	1.70%	1.51%	1.10	0.89
Tertiary hospitals	1.35%	1.51%	1.43%	1.12	0.94
Total	3.58%	4.03%	3.65%	1.12	0.91
Common cold					
Clinics	0.33%	0.48%	0.61%	1.45	1.27
Hospitals	0.79%	0.95%	1.19%	1.20	1.25
General hospitals	2.97%	3.59%	4.19%	1.21	1.17
Tertiary hospitals	0.94%	1.08%	1.29%	1.15	1.19
Total	5.03%	6.10%	7.29%	1.21	1.20

\*No. of claim record cases / No. of beneficiaries

**Table 3.** The average length of stay per case, by type of institution, 2004-2006

	2004 (A)	2005 (B)	2006 (C)	B/A (p-value*)	C/B (p-value*)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
General patients					
Clinics	4.93 ± 3.92	4.99 ± 3.69	5.31 ± 3.65	1.01* (<0.001)	1.06* (<0.001)
Hospitals	5.46 ± 4.08	5.40 ± 3.77	5.62 ± 3.65	0.99 (0.0542)	1.04* (<0.001)
General hospitals	6.09 ± 4.96	6.07 ± 5.04	6.21 ± 4.86	1.00 (0.9385)	1.02* (<0.001)
Tertiary hospitals	6.60 ± 7.27	6.44 ± 7.48	6.60 ± 7.63	0.98* (<0.001)	1.03* (<0.001)
Total	6.06 ± 5.56	5.99 ± 5.60	6.16 ± 5.53	0.99* (<0.001)	1.03* (<0.001)
Top 10 fatal diseases					
Clinics	4.01 ± 2.76	3.91 ± 2.63	4.01 ± 2.60	0.98 (0.0192)	1.02* (0.0053)
Hospitals	5.13 ± 4.81	4.88 ± 3.84	4.89 ± 3.96	0.95 (0.0442)	1.00 (0.7780)
General hospitals	8.13 ± 8.78	7.73 ± 9.10	8.00 ± 9.13	0.95* (<0.001)	1.04* (<0.001)
Tertiary hospitals	9.30 ± 10.54	8.99 ± 11.23	9.75 ± 11.80	0.97 (0.0845)	1.08* (<0.001)
Total	7.92 ± 9.01	7.56 ± 9.35	8.03 ± 9.74	0.95* (<0.001)	1.06* (<0.001)
Common cold					
Clinics	5.51 ± 2.96	5.43 ± 2.82	5.84 ± 2.87	0.99 (0.7138)	1.08* (<0.001)
Hospitals	5.79 ± 3.09	5.80 ± 3.16	6.13 ± 2.95	1.00* (<0.001)	1.06* (<0.001)
General hospitals	5.91 ± 2.71	6.02 ± 2.91	6.32 ± 3.06	1.02* (<0.001)	1.05* (<0.001)
Tertiary hospitals	5.47 ± 3.15	5.37 ± 3.11	5.60 ± 3.23	0.98* (<0.001)	1.04* (<0.001)
Total	5.78 ± 2.88	5.82 ± 2.99	6.12 ± 3.07	1.01 (0.8912)	1.05* (<0.001)

Unit: Days, \*Values for T-test, †p&lt;0.01

2006년에는 18.65%로 전년 대비 1.08배 증가하는데 그쳐 제도 시행 이후 증가율이 감소했다 (Table 2). 요양기관종별로 구분

해서 보았을 때 의원급으로 갈수록 수진율의 증가폭이 컸으며 상급 의료기관은 상대적으로 증가율이 낮았다.

10대 주요사망원인 질환자의 수진율은 전체적으로 2004년과 2005년 사이에 1.12배 증가했으나, 제도 시행 이후인 2006년에는 오히려 전년 대비 0.91배 감소하였다. 반면에 감기환자의 증가율은 거의 일정하게 유지되었다.

10대 주요사망원인 질환자의 경우 대체로 병원급 이상의 상급 의료기관보다는 의원급 의료기관(0.81배)에서 제도 시행 이후 수진율이 더 많이 감소한 것으로 나타났다으며, 감기 환자는 이와 반대로 의원급 의료기관에서 수진율이 가장 많이 증가했고(1.27배) 대체로 상급 의료기관으로 갈수록 증가율이 낮아지는 추세를 보였다.

모든 요양기관종별에서 전체 환자나 주요사망원인 질환자들의 증가율보다는 감기 환자의 증가율이 더 높게 나타난 반면에 주요사망원인 질환자들의 경우 모든 종별에서 증가율이 낮게 나타났다.

### 3. 의료이용의 강도

#### 1) 건당평균입원일수

전체적인 건강보험 청구건당 평균입원일수는 2005년에 전년 대비 0.99배로 근소하게 감소하였으나 2006년에는 1.03배 증가했다 (Table 3). 특히 의원급 의료기관이 제도 시행 이후 가장 높은 증가추세를 보여 전년 대비 1.06배가 증가하였으며, 다음으로 병원(1.04배), 종합전문병원(1.03배), 종합병원(1.02배) 순이었다.

주요사망원인상병 환자의 건당평균입원일수는 제도 시행 이후 증가율이 1.06배로 전체 상병을 대상으로 분석한 경우에 비해 높았다. 감기 입원환자의 건당평균입원일수도 1.05배로 전체 환자보다 높았다. 특히 의원급 의료기관의 증가율이 가장 두드러져 2006년도에 전년대비 1.08배로 가장 높은 증가율을 나타냈다.

감기 환자나 전체 환자의 경우에는 대체로 의원이나 병원급의 증가율이 종합병원의 증가율보다 높았으며, 반대로 주요사망원인질환의 경우는 종합전문병원의 증가율이 상대적으로 높게 나타났다.

#### 2) 건당평균진료비

청구건당 평균진료비는 2005년과 2006년 사이에 전체적으로 1.10배 증가하여 제

**Table 4.** The average medical expenses per case, by type of institution, 2004-2006

	2004 (A)		2005 (B)		2006 (C)		B/A (p-value)*	C/B (p-value)*
	Mean ± SD†		Mean ± SD†		Mean ± SD			
<b>General patients</b>								
Clinics	313,089 ± 239,833		347,300 ± 816,071		387,275 ± 492,458		1.01†(<0.001)	1.12†(<0.001)
Hospitals	383,177 ± 318,928		389,401 ± 305,647		451,041 ± 353,919		1.02†(<0.001)	1.16†(<0.001)
General hospitals	602,023 ± 878,275		623,989 ± 946,824		690,094 ± 962,447		1.04†(<0.001)	1.11†(<0.001)
Tertiary hospitals	1,000,185 ± 1,746,375		1,072,168 ± 2,159,074		1,181,086 ± 2,341,121		1.07†(<0.001)	1.10†(<0.001)
Total	663,077 ± 1,147,324		690,143 ± 1,357,485		760,452 ± 1,424,932		1.04†(<0.001)	1.10†(<0.001)
<b>Top 10 fatal diseases</b>								
Clinics	160,510 ± 140,434		170,193 ± 147,453		178,471 ± 151,328		1.06†(<0.001)	1.05†(<0.001)
Hospitals	290,933 ± 413,034		289,761 ± 343,206		314,909 ± 392,011		1.00†(<0.001)	1.09†(<0.001)
General hospitals	954,039 ± 1,794,189		972,881 ± 1,937,003		1,092,857 ± 2,110,781		1.02†(<0.001)	1.12†(<0.001)
Tertiary hospitals	1,671,638 ± 2,703,647		1,777,669 ± 3,184,466		2,113,318 ± 3,656,173		1.06 (0.0845)	1.19†(<0.001)
Total	1,087,433 ± 2,105,141		1,128,565 ± 2,394,366		1,331,956 ± 2,752,180		1.04†(0.0001)	1.18†(<0.001)
<b>Common cold</b>								
Clinics	335,993 ± 205,125		349,486 ± 210,275		433,399 ± 243,380		1.04†(<0.001)	1.24†(<0.001)
Hospitals	397,868 ± 193,376		414,346 ± 213,612		501,165 ± 259,684		1.04†(<0.001)	1.21†(<0.001)
General hospitals	484,163 ± 246,684		515,829 ± 265,856		612,953 ± 329,881		1.07†(<0.001)	1.19†(<0.001)
Tertiary hospitals	571,826 ± 509,472		591,854 ± 606,009		686,166 ± 634,853		1.04†(<0.001)	1.16†(<0.001)
Total	477,333 ± 311,753		500,444 ± 348,947		592,668 ± 394,232		1.05†(<0.001)	1.18†(<0.001)

Unit : Korean Won, \* Values for T-test, †p<0.01, ‡Calibrated medical expenses

도시행 이전인 2004년과 2005년 사이의 증가율 1.04배에 비해 크게 높았다 (Table 4). 제도 시행 이후 경증환자가 많은 1차 내지 2차 의료기관의 진료비 증가율이 높게 나타났다. 구체적으로 병원·의원·종합병원·종합전문병원 순서로 증가율이 높아졌다.

감기환자의 건당평균진료비는 전체적으로 2004년 47만7,333원이었다가 2005년에 50만444원으로 1.05배 증가하는데 그쳤으나, 2006년에는 59만2,668원으로 전년 대비 1.18배까지 늘어났다. 의원의 증가율이 1.24배로 가장 높았고 병원이 1.21배, 종합병원이 1.19배, 종합전문병원이 1.16배 순이었다.

**고 찰**

이상의 연구결과를 통해 볼 때 제도 시행 이후 수진율의 증가율은 오히려 주춤하였다. 특히 10대 주요사망원인상병 환자의 수진율은 오히려 2005년에 비해 감소한 것으로 나타났다. 그런데 모든 요양기관종별에서 전체 환자나 주요사망원인 질환자들의 증가율보다는 감기 환자의 증가율이 더 높게 나타났다. 반면에, 주요사망원인상병 환자들의 경우 모든 종별에서 증가율이 가장 낮게 나타나 주요사망원인 질환자보다는 감기와 같은 가벼운 질환 환

자들이 의료이용 양을 증가시키는 것으로 추정되었다. 또한, 주요사망원인상병 환자의 경우 상급 의료기관보다는 의원급 의료기관에서 수진율이 더 많이 감소한데 반해, 감기 환자는 의원급 의료기관에서 수진율이 가장 많이 증가한 점은 이와 같은 결론을 뒷받침한다.

이와는 반대로 의료이용의 강도를 보여주는 건당평균입원일수와 건당평균진료비는 제도 시행 이전의 변화율과 비교하여 두드러진 증가추세를 확인할 수 있었다.

이 중에서도 의원급 의료기관이 제도 시행 이후 가장 높은 증가추세를 보여 오히려 감기와 같은 경증 질환 입원환자들이 많은 1차 내지 2차 의료기관의 증가추세가 더욱 두드러졌다. 제도 시행 이후 건당평균입원일수 증가율은 전체 환자보다 감기 환자에서 더 높게 나타났으며, 진료비의 경우에도 감기환자의 증가율은 전체 환자에 비해 높았다. 특히 감기환자의 제도 시행 이후 입원일수 증가율은 의원급과 병원급에서 두드러졌으며 진료비의 경우에도 동일한 증가율을 보였다.

6세 미만 입원환자의 법정 본인부담금 면제 정책은 이처럼 의료이용의 강도가 제도 시행 이전에 비해 뚜렷하게 증가했다는 점과 진료비 부담이 줄어든 점 등으로 볼 때 분명 정책의 효과성 측면에서는 긍정적으로 평가될 수 있다.

그러나 정책의 효율성 측면에서 보았을

때에는 주요사망원인 질환자의 수진율이 오히려 낮아진 점, 수진율 증가세가 제도 시행 후 오히려 주춤한 점, 종합병원과 종합전문병원 환자들보다 의원 내지 병원 환자들의 입원일수 및 진료비를 더 많이 증가시켰다는 점, 그리고 감기 환자들의 증가율이 높아진 점 등은, 해당 정책이 중증 환자 중심의 종합전문병원과 같은 상급 의료기관의 의료이용보다는 경증환자 중심의 의원급 의료기관의 의료이용을 부추기는 측면이 강하다는 것을 알 수 있다. 이는 요양기관 종별이나 질환의 중증도에 관계없이 일괄적으로 전체 6세 미만 아동을 대상으로 법정 본인부담금을 면제한 정부의 결정이 비효율적인 재정 지출을 야기한 것으로 해석될 수 있다.

이론적으로는 고액진료가 경증진료에 비해 가격탄력성이 크기 때문에 진료비가 낮은 경증진료와 고액의 중증진료에서 동일하게 본인부담률이 감소한다고 했을 때 고액중증진료의 수요량 증가가 더욱 커지는 것이 일반적이다 [16]. 그럼에도 불구하고 이처럼 낮은 부담의 경증진료가 많은 의원 내지 병원급 환자들의 의료이용 증가율이 더 높게 나타난 것은 비급여와 유휴병상비율 등 현실적 요인이 강하게 작용한 것으로 해석된다. 즉, 의원급 내지 병원급 의료기관들의 경우 종합전문병원보다 대체로 유휴병상비율이 높기 때문에 의료공급자가 의도적으로 의료이용을 늘릴 여지가 크다는 점, 그리고 종합전문병원 및 종합병원은 선택진료비와 상급병실료 등 비급여 영역이 상당 부분 상존하여 법정 본인부담금 면제에도 불구하고 의료 소비의 증가를 억제하고 있다는 점 등이 반영된 것이다.

정책 시행 전후의 의료서비스 이용량 및 강도의 변화가 본 제도의 시행 이외의 다른 변수에 영향을 받을 수 있다는 점은 본 연구의 제한점이라고 할 수 있다. 의료이용량 및 강도가 변화하는데 있어 본인부담금의 변화가 중요한 영향을 미칠 수 있지만, 질병이환정도, 의료필요수준 등의 변화가 혼란변수 및 허위변수로서 개입될 수 있기 때문이다. 다른 보장성 강화조치가 시행될 경우 역시 본인부담금의 감소

를 가져올 수 있기 때문에 의료이용의 양이나 강도에 영향을 주는 요인으로 작용될 수 있으며, 2004년부터 2006년 동안의 국민 소득수준 변화 등 사회경제적 요인도 의료이용을 증가시키는 요인이 될 수 있다. 또한 본인부담금의 면제조치를 전후해 주요사망원인 질환 등의 수진율이 오히려 낮아진 원인 등에 대해서는 후속 연구를 통해 규명되어야 할 것이다.

본 연구는 이 같은 제한점을 보완하기 위해 연구대상인 3개년 간의 질병이환정도나 의료필요수준 등에는 커다란 변화가 없다는 가정 하에, 제도 시행 이전인 2004년과 2005년 사이의 의료이용 변화를 함께 비교함으로써 다양한 혼란변수 및 허위변수의 영향을 통제하고자 하였다. 정책 시행 이후에 정책효과를 평가하기 위한 비실험적 방법에서는 정책실시 전후를 비교하는 방법과 의사 비교집단 설정에 의한 비교방법 등이 있는데 [17], 본 연구는 이 두 가지 방법을 함께 사용하여 연구대상인 정책 이외에 정책효과에 영향을 미치는 허위변수와 혼란변수를 가려내기 어렵다는 사후적 연구의 한계를 보완하고자 하였다.

건강보험 청구자료 진단명의 정확도에 대해서는 지속적으로 논란이 되는 부분으로 청구자료 진단명의 정확에 대한 연구결과에 의하면 주상병 3자리의 일치율은 69.7%인 것으로 보고되었으며, 입원보다는 외래의 일치도가 낮으며, 위중한 질환일수록 일치도가 높은 것으로 나타나고 있다 [18]. 따라서 실제 감기의 상병코드 내에도 중증이 포함되어 있을 수 있으며 주요사망원인 질환 내에도 중증이 포함되어 있을 수 있다는 점도 제한점으로 지적될 수 있다. 감기 및 주요사망원인 질환의 상병코드는 매우 포괄적이어서 이를 엄밀하게 경증질환 및 중증질환이라고 규정하기에는 무리가 있기 때문이다.

그러나 이러한 한계에도 불구하고 전 국민의 진료기록을 토대로 중장기적이고 개괄적인 경향을 파악하는 데 있어서는 연구 자료로서 매우 유용하다고 판단하였다.

이밖에 성숙효과를 검토하는데 있어서도 3년간의 자료만을 사용한 것으로는 충분치 못하다는 점, 진료비 변화를 분석함에 있어 비급여항목이 제외되어 있는 등 건강보험 청구자료 자체의 문제점, 소득수준에 따른 본인부담금 면제 효과의 차이가 고려되지 못한 점 등이 한계로 지적될 수 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 6세 미만 입원환자의 법정 본인부담금 면제조치의 성과와 부작용을 검토하기 위한 국내 첫 연구 시도라고 할 수 있으며, 모든 건강보험 환자를 대상으로 한 전수조사이기 때문에 전체적인 경향성을 비교적 정확하게 반영하고 있다는 점들은 정책에 대한 평가 연구로서 의의를 찾을 수 있겠다.

본 연구결과를 통해 볼 때 향후 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 본인부담금을 면제하는 방식을 선택하는 데 있어서 의료비 부담 경감이라는 효과뿐 아니라 효율성 측면까지 감안한 신중한 검토가 필요할 것이다.

## 참고문헌

- Kim CY. *Medical Security in America*. Seoul: Hanul Publishing Company; 2005. (Korean)
- Davidoff AJ, Garrett AB, Makuc DM, Schirmer M. Medicaid-eligible children who don't enroll: Health status, access to care, and implications for Medicaid enrollment. *Inquiry* 2000; 37(2): 203-218.
- Dubay L, Kenney GM. Health care access and use among low-income children: Who fares best? *Health Aff* 2001; 20(1): 112-121.
- Szilagyi PG, Dick AW, Klein JD, Shone LP, Zwanziger J, McInerney T. Improved access and quality of care after enrollment in the New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics* 2004; 113(5): e395-404.
- Szilagyi PG, Zwanziger J, Rodewald LE, Holl JL, Mukamel DB, Trafton S, et al. Evaluation of a state health insurance program for low-income children: Implications for state child health insurance programs. *Pediatrics* 2000; 105(2): 363-371.
- Kenney G, Haley J, Tebay A. Children's insurance coverage and service use improve. In: Finegold K, editor. *Snapshot3 of America's Families III*. Washington, DC: Urban Institute; 2003. p.1-4.
- Suh I. Changes in hospital and clinic care patterns under the medical insurance system. *Korean J Prev Med* 1981; 14(1): 3-12. (Korean)
- Park KS, Park NH, Jeong MS. *Effectiveness of Farming and Fishing Communities Health Insurance to Medical Service Analysis*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 1990. (Korean)
- Chun KH. *Impact of Increasing the Level of Copayments on the Number of Physician Visits* [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 1990. (Korean)
- Yi SH. The study of medical utilization after setting up flat-sum copayment of medical expenses system. *J Jinju Jr Coll* 1995; 18(1): 267-285. (Korean)
- Choi BR, Ham JO, Kim HS, Lee BK. A comparative study on the magnitude following the change of medical insurance system. *J Soonchunhyang Med. Coll* 1996; 2(2): 297-313. (Korean)
- Kim SB, Kang PS. Effects of regional medical insurance on utilization of medical care in urban population. *Korean J Prev Med* 1994; 27(1):117-134. (Korean)
- Shin YS, Choi BH, Shin HW, Hwang DK, Yoon SJ. *Medical Expenditure by Medicaid Patients in Korea And Benefit Reform Measures*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2005. (Korean)
- Korea National Statistical Office. Deaths for the 236 causes by sex and age [cited 2007 June 1]. Available from URL:<http://kosis.nso.go.kr>.
- Health Insurance Review Agency; National Health Insurance Corporation. *2005 National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul: Health Insurance Review Agency; 2006. (Korean)
- Yang BM. *Health Economics*. Seoul: Nanam Publishing House; 1999. (Korean)
- Baik SK. *The Principles of Policy Science*. Seoul: Dae Young Co.; 2005. (Korean)
- Park BJ, Seong JH, Park KD, Seo SW, Kim SH. *A Scheme of Raising Validity of Diagnostic Code and Establishing Claim Data Utilization Plan of National Health Insurance*. Seoul: College of Medicine Seoul National University; 2003. (Korean)