

의료급여 사례관리가 본인부담제 및 선택병의원제 적용자의 의료이용에 미치는 영향

임 승 주

서울대학교 간호대학 시간강사

The Effects of Case Management for Medicaid on Healthcare Utilization by the Medicaid System

Lim, Seung Joo

Part-time Lecturer, College of Nursing, Seoul National University

Purpose: This study examined the effects of case management (CM) for Medicaid on healthcare utilization considering the Medicaid system. **Methods:** Data were extracted from survey data on "Healthcare utilization and health status of Medicaid beneficiaries" conducted in 2007 and 2008 by the Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. This study was designed to compare the effects on healthcare utilization between the CM group and the non-CM group. The subjects were 535 Type I Medicaid beneficiaries who utilized healthcare more than 365 days during 2006. **Results:** The outpatient days and medication days of the CM group decreased significantly more than those of the non-CM group with the copayment system. There were no significant differences of healthcare utilization between the CM group and the non-CM group with the designated doctor system. **Conclusion:** CM worked effectively on Medicaid beneficiaries' outpatient healthcare utilization with the copayment system. However, its effects on hospitalization, which is a major cause increasing the total expense, were not observed. Therefore, future studies are needed to develop strategies to reduce hospitalization and Medicaid beneficiaries' outpatient healthcare utilization with the designated doctor system.

Key Words: Medicaid, Case management, Cost sharing, Physician, Utilization

서 론

1. 연구의 필요성

의료급여제도는 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 사회보장제도(Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs [MIHWFA], 2008)로 1977년 도입 이후 적용대상과

급여범위 확대를 통해 저소득층의 의료안전망으로의 평가를 받고 있다(Yu, 2007). 그러나 정부가 지출한 총의료급여비가 1996년 4,459억 원에서 2005년 2조9,057억 원으로 10년간 연평균 증가율이 24.2%에 달하면서 제도의 지속 가능성에 대한 문제가 제기되었다(National Assembly Budget Office, 2006; Shin, Shin, Hwang, & Rho, 2006). 매년 증가하는 의료급여비에도 불구하고 수급권자의 복합적인 보건복지의 요구를 충족시키는 서비스 제공이 미흡하다는 인

주요어: 의료급여, 사례관리, 본인부담제, 선택병의원제, 의료이용

Address reprint requests to: Lim, Seung Joo, College of Nursing, Seoul National University, 28 Yeongeong-dong, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea.
Tel: 82-2-740-8466, Fax: 82-2-741-8456, E-mail: seungju62@hanmail.net

- 이 논문은 임승주의 박사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's doctoral thesis from Seoul National University.

투고일 2010년 9월 29일 / 수정일 2010년 11월 16일 / 게재확정일 2010년 11월 23일

식에 의해 2003년 의료급여 사례관리가 도입되었다(Shin, Shin, & Hwang, 2007). 2007년에는 본인부담이 없던 1종 수급권자에게 비용의식을 고취시켜 불필요한 의료 오남용을 방지하기 위하여 외래진료 시 본인부담제 및 선택병의원제를 도입하였다(Jeon, 2007).

우리나라의 본인부담제도는 외래이용 시 정액부담제이며, 입원 시에는 본인부담금이 없다(MIHWFA, 2008). 제도 도입에 따른 수급권자의 부담을 줄이고, 수급권자에게 경제적 유인동기를 부여함으로써 과도한 의료이용을 억제하고자 1인당 월 6천원의 건강생활유지비를 지급하여 진료비를 충당하도록 하고 있다(Ministry of Health & Welfare [MOHW], 2007a). 우리나라의 선택병의원제는 의료급여일수 “연장승인 신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 혹은 중복투약으로 인해 위해(危害) 발생 가능성이 높은 자를 대상으로 수급권자 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 차기년도 말까지 의료급여일수의 연장을 승인해 주는 제도”이다(MIHWFA, 2008). 의료급여 수급권자가 의료급여 기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 상한일수는 보건복지부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환 각 질환별 연간 365일, 11개 만성 고시질환 각 질환별 연간 365일, 107개 희귀난치성질환 및 11개 만성질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 합산하여 연간 365일이다.

사례관리는 국민들의 삶의 질을 높이는 동시에 증가하는 의료비를 통제하는 것을 목적으로 1960년대 후반 선진국에서 이미 도입하여 시행하고 있는 수단이다. 의료급여 사례관리는 2003년 5월부터 28개 시군구에서 시범사업을 시작한 후 2008년 말 현재 499명의 의료급여관리사가 전국 시·군·구에 확대배치 되어 시행되고 있다. 의료급여 사례관리가 의료이용에 미치는 효과평가는 사례관리가 실시된 2003년부터 2008년까지 매년 이루어졌다(Lee, Lee, & Kang, 2004; Oh, Choi, & Ji, 2009; Rhee, 2006; Shin et al., 2006; Shin et al., 2007; Shin et al., 2008). 사례관리군과 비사례관리군의 비교를 통하여 의료이용에 대한 의료급여 사례관리의 효과를 비교한 연구결과에서 사례관리가 외래내원일수를 감소시키는 일관된 결과를 나타냈다(Oh et al., 2009; Shin et al., 2007; Shin et al., 2008). 그 외 외래진료비, 투약일수, 약제비, 입원일수, 입원진료비, 총진료비에서는 각 연구마다 상이한 결과를 나타냈다. 한편, 본인부담제 및 선택병의원제가 의료이용의 중요한 영향요인(Hong, 2009; Kim, 2008; Kim et al., 2008; Kim, 2009; Shin et al., 2008;

Shin, Shin, Yun, Lee, & Lim, 2009)임에도 제도가 도입된 2007년 이후 사례관리 효과평가에서 이를 고려한 분석이 시행되지 못했다. 따라서 본 연구는 의료급여 재정 안정화를 위해 2007년 도입된 1종 수급권자 외래 본인부담제 및 선택병의원제의 적용상태를 고려하여 사례관리가 의료이용에 미친 영향을 파악하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 2006년 의료급여일수 365일 초과 1종 수급권자를 대상으로 2007년에 이루어진 의료급여 사례관리가 본인부담제 및 선택병의원제 적용자의 의료이용에 미친 영향을 파악하고자 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 의료급여 사례관리가 외래내원일수에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 외래진료비에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 투약일수에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 약제비에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 입원일수에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 입원진료비에 미친 영향을 파악한다.
- 의료급여 사례관리가 총진료비에 미친 영향을 파악한다.

3. 용어정의

1) 의료급여 사례관리

본 연구에서의 의료급여 사례관리는 2007년도 「의료급여사업안내」(MOHW, 2007b)의 사례관리 지침에 의거하여 의료이용이 과도하다고 추정되는 대상자와 여러 의료급여기관 이용자를 대상으로 자율적인 건강관리 능력을 통한 적정 의료이용 및 삶의 질 향상을 제고하기 위하여 의료급여관리사가 방문상담 혹은 전화상담을 통해 건강 관련 정보제공 및 상담, 지역사회 자원연계 등 수급권자 욕구중심의 사례관리 서비스를 제공한 것을 말한다. 의료급여관리사는 간호사 면허소지자로서 종합병원급 의료기관 2년 이상 혹은 병원급 의료기관 3년 이상 혹은 의원급 의료기관 4년 이상의 임상경력자이다. 본 연구에서는 2007년 당시

전국 234개 시·군·구에서 의료급여 사례관리 업무를 담당한 자이다.

사례관리 대상자로 선정된 수급권자의 욕구와 문제를 규명하기 위해 의료급여일수, 의료이용기관 수, 자가건강관리능력, 생활환경, 심리·정서적 요인 등 5개 요소로 구성된 군분류 척도(5점 척도; 0~4점)를 활용하여 일시관리군, 유지관리군, 집중관리군, 위기관리군 등 4개 군으로 분류한다. 사례관리는 전화 또는 방문에 의해 이루어지며, 올바른 의료이용, 자가건강관리능력 향상, 합병증 발생의 최소화, 지역사회 자원연계를 통한 생활환경 개선, 심리·정서적 지지체계 구축을 목표로, 목표설정에 따른 구체적인 계획을 수립하여 설정된 목표 및 계획에 따라 대상자의 지식, 생각, 태도, 행동의 변화를 가져오도록 서비스 제공한다. 일시관리군은 필요에 따라 전화 또는 방문, 유지관리군은 2주 1회 이상 전화 또는 방문, 집중관리군은 주 1회 이상 방문, 위기관리군은 의료급여기관으로 연계하는 즉각적인 개입을 한다. 사례관리 기간은 3개월 개입 후 종결을 원칙으로 하고, 평가를 통해 사례관리 지속 여부를 결정한다. 사후 관리는 사례관리 종결 후 3개월이 지난 후 3개월마다 1회 총 4회를 실시하여 적정의료이용행위 유지 여부 및 제공된 서비스의 지속여부를 파악한다.

2) 의료이용

본 연구에서의 의료이용은 국민건강보험공단이 진료비 청구명세서에 기재된 내용을 근거로 구축한 외래내원일수, 외래진료비, 투약일수, 약제비, 입원일수, 입원진료비, 총진료비를 말한다. 외래내원일수는 의료급여 수급권자가 외래를 방문했을 때마다 발생한 의사 방문횟수이다. 외래진료비는 외래방문 시 발생한 진료비이다. 투약일수는 외래내원 시 받은 1건의 처방전에 있는 약물가운데 가장 긴 복용일수에 해당하는 값이다. 약제비는 약국에서 처방전에 따라 처방약을 구입한 약국 진료비이다. 입원일수는 입원자의 입원일수이다. 입원진료비는 입원자의 입원 시 진료비이다. 총진료비는 외래진료비, 약제비, 입원진료비를 합한 것이다.

3) 의료급여일수

의료급여일수는 “매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약 없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수, 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 만성신부전증 환자와 장기이식을 받는 환자가 필수경구제만을 투

여 받는 경우의 급여일수를 합하여” 산정한다(MIHWFA, 2008). 본 연구에서 의료급여일수는 국민건강보험공단에서 구축한 자료에서 2006년도 입원진료일수, 외래진료일수, 약국진료일수의 합에서 약국입내원일수를 차감한 값을 의미한다.

4) 본인부담제 적용자

본 연구에서 본인부담제 적용자는 2007년 7월 1일부터 도입된 본인부담제 적용자로 2008년 건강조사 당시 2007년과 2008년 모두 본인부담제를 적용받았다고 응답한 대상자이다.

5) 선택병의원제 적용자

본 연구에서 선택병의원제 적용자는 2007년 7월 1일부터 도입된 선택병의원제 적용자로 2008년 건강조사 당시 2007년과 2008년 모두 선택병의원제를 적용받았다고 응답한 대상자이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 의료급여 사례관리가 본인부담제와 선택병의원제 적용자별의 의료이용에 미치는 효과를 파악하기 위하여 비동등성 대조군 전후설계를 이용한 유사실험연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 1종 수급권자로 2006년도 연간 급여일수 365일 초과자이다. 2007년 조사당시 설문 대상 표본은 18세 이상 의료급여수급권자로서 비비례 층화 계통추출(disproportional stratified systematic sampling)에 의해 추출되었다. 전국 232개 시·군·구를 11개 텔레케어시범 지역과 221개 일반 지역으로 구분하고, 각 지역별로 일반대상자와 집중관리대상자를 구분하여 표본수를 정하였다. 표본수는 6,000명을 대상으로 하였으며 당시 연구의 목적에 필요한 대상자 수를 확보하기 위하여 텔레케어시범사업 지역과 집중관리대상자를 높은 비율로 추출하기 위하여 텔레케어시범사업 지역은 1,000명(일반대상자 670명/집중관리대상자 330명), 일반 지역은 5,000명(일반대상자 3,000명/집중관리대상자 2,000명)으로 정하였다. 표본추출은 1단계

에서 대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분하고, 2단계에서 시·군·구와 의료급여유형(1종, 2종)으로 구분하여 주민등록 순으로 정렬한 후 3단계에서 계통수 추출하였다. 2007년 조사의 응답자는 총 4,116명이었으며, 이들을 대상으로 주소불명자, 사망자 등을 제외한 총 3,922명을 조사표본으로 한 2008년도 조사의 응답자는 2,895명이었다. 이 가운데 2006년도 상반기와 2008년도 상반기의 실제 의료이용에 대한 국민건강보험공단의 의료급여 청구 자료가 있는 2,718명이었다. 최종분석대상은 의료급여 1종 수급권자이면서 연간 급여일수 365일 초과자 1,474명 가운데 본 연구에 부합하는 대상자(일반 지역, 2007년 사례관리 적용자와 사례관리 비적용자, 적용제도 불변자) 535명(본인부담제 300, 선택병의원제 235명)이다. 본 연구에서 사례관리군은 2006년 의료급여일수 365일 초과 이용자 중 의료급여관리사로부터 2007년 지침에 따라 사례관리를 받은 대상자이며, 비사례관리군은 2007년 이후 한 번도 사례관리를 받지 않은 대상자를 말한다. 연구대상자 수는 G*Power 3.1.2를 이용하여 효과크기 $d=.5$, 유의수준 $\alpha=.05$, 검정력은 $.80$ 으로 산출한 결과 한 집단 당 최소 64명이었다. 본 연구에서 본인부담제 분석의 사례관리군은 83명, 비사례관리군은 217명, 선택병의원제 분석의 사례관리군은 165명, 비사례관리군은 70명으로 분석에 적절한 표본수가 확보되었다.

3. 종속변수 측정방법

본 연구의 종속변수는 의료이용이며, 의료이용의 하부변수는 외래내원일수, 외래진료비, 투약일수, 약제비, 입원일수, 입원진료비, 총진료비 등 7개로 국민건강보험공단이 진료비 청구명세서에 기재된 내용을 근거로 구축한 자료를 활용하였다. 국민건강보험공단에서 구축한 자료는 진료비 청구명세서 건별로 외래, 입원, 약국으로 구분되어 있으며, 각 의료이용 형태별로 입내원일수, 진료일수, 총진료비의 해당 수치가 입력되어 있다. 7개의 연구변수를 2006년 상반기와 2008년 상반기로 구분하여 총 14개의 변수를 산출하였다.

- 외래내원일수는 청구명세서 건별로 입력된 외래의 입내원일수를 개인별로 합하였다.
- 외래진료비는 청구명세서 건별로 입력된 외래의 총진료비를 개인별로 합하였다.
- 투약일수는 청구명세서 건별로 입력된 약국의 진료일수를 개인별로 합하였다.

- 약제비는 청구명세서 건별로 입력된 약국의 총진료비를 개인별로 합하였다.
- 입원일수는 청구명세서 건별로 입력된 입원의 입내원일수를 개인별로 합하였다.
- 입원진료비는 청구명세서 건별로 입력된 입원의 총진료비를 개인별로 합하였다.
- 총진료비는 외래 총진료비, 약국 총진료비, 입원 총진료비를 개인별로 합하였다.

4. 자료수집

본 연구에 활용한 자료는 2007년도와 2008년도 보건복지가족부와 한국보건복지인력개발원 의료급여사례관리사업지원단 주관의 “의료급여제도변화에 따른 수급권자의 의료이용 및 건강실태” 연구를 위해 구축한 자료의 일부이다. 연구자료 가운데 대상자의 일반적 특성은 2007년도에 실시한 설문조사 자료이며, 자료수집은 2007년 12월 12일부터 2008년 1월 15일까지 전국 232개 시·군·구의 의료급여관리사의 직접면접에 의해 이루어졌다. 종속변수인 의료이용 자료는 2007년과 2008년 설문에 응답을 한 대상자들에 대하여 국민건강보험공단으로부터 제공받은 2006년과 2008년도의 의료이용 자료로 개인정보가 삭제된 상태로 자료만 입력되어 있다. 본 연구자는 의료급여사례관리사업지원단의 연구원으로 본 연구의 자료수집을 포함한 연구의 전 과정에 참여하였으며, 자료사용을 위하여 의료급여사례관리사업지원단의 승인을 받았다.

5. 자료분석

대상자의 일반적 특성과 질병특성은 실수와 백분율로 구하였고, 사례관리군과 비사례관리군의 동질성 검정은 χ^2 test를 이용하였다. 의료이용 변화에 대한 분석은 이중차이법(DID: difference-in-difference approach)을 이용하여 두 단계로 이루어졌다. 우선 사례관리군과 비사례관리군 각 집단의 사례관리 기간(2007년) 이후(2008년 상반기)의 의료이용 수치에서 이전(2006년 상반기)의 수치를 차감하여 각 집단 내 차이를 산출하였다. 다음 단계로 앞에서 산출된 사례관리군 내의 차이에서 비사례관리군 내의 차이를 차감하였다. 이 차이에 대한 분석은 t-test를 이용하였다. 모든 통계적 검정은 유의수준 0.05로 양측검정을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본인부담제 적용자 300명의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 남자가 92명(30.7%)이며 여자가 208명(69.3%), 조사당시 연령은 평균 68.0±13.4세이며 65세 이상이 210명(70.0%)이었다. 사별이나 이혼으로 배우자가 없는 경우가 191명(63.7%), 배우자가 있는 경우가 82명(27.3%), 미혼이 27명(9.0%)이었다. 동거가족 수는 독거가 167명(55.7%), 1명이 81명(27.0%), 2명 이상이 52명(17.3%)이었다. 교육수준은 무학이 152명(50.7%), 중학교 졸업 이하가 114명(38.0%), 고등학교 이상이 34명(11.3%)이었다. 거주 지역은 대도시가 108명(36.0%), 중소도시가 98명(32.7%), 군 지역이 94명(31.3%)이었다. 사례관리군 83명과 비사례관리군 217명의 일반적 특성에서 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다.

선택병의원제 적용자 235명의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 남자가 66명(28.1%)이며 여자가 169명(71.9%), 조사

당시 연령은 평균 67.3±11.2세이며 65세 이상이 165명(70.2%)이었다. 사별이나 이혼으로 배우자가 없는 경우가 138명(58.7%), 배우자가 있는 경우가 79명(33.6%), 미혼이 18명(7.7%)이었다. 동거가족 수는 독거가 109명(46.4%), 1명이 93명(39.6%), 2명 이상이 33명(14.0%)이었다. 교육수준은 무학이 112명(47.7%), 중학교 졸업 이하가 99명(42.1%), 고등학교 이상이 24명(10.2%)이었다. 거주 지역은 대도시가 106명(45.1%), 중소도시가 70명(29.8%), 군 지역이 59명(25.1%)이었다. 사례관리군 165명과 비사례관리군 70명의 거주 지역 분포비율이 다른 것으로 나타났다. 사례관리군의 중소도시와 군 지역의 분포가 24.8%와 29.7%로 유사한 수준인데 비해 비사례관리군은 41.4%와 14.3%로 중소도시의 비율이 군 지역에 비해 높았다($p=.01$).

2. 대상자의 질병특성

대상자의 질병특성은 의료급여일수 연장승인을 위해 사용하는 질환군 분류인 11개 만성 고시질환과 희귀난치질환에 대하여 분석하였다. 본인부담제 적용자 300명의 질병특

Table 1. General Characteristics of Beneficiaries with Copayment System or Designated Doctor System (Unit: person)

Characteristics	Categories	Copayment system (N=300)				Designated doctor system (N=235)			
		Total (n=300)	CM (n=83)	Non-CM (n=217)	P	Total (n=235)	CM (n=165)	Non-CM (n=70)	P
		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Gender	Male	92 (30.7)	26 (31.3)	66 (30.4)	.878	66 (28.1)	41 (24.8)	25 (35.7)	.090
	Female	208 (69.3)	57 (68.7)	151 (69.6)		169 (71.9)	124 (75.2)	45 (64.3)	
Age (year)	18~64	90 (30.0)	27 (32.5)	63 (29.0)	.554	70 (29.8)	50 (30.3)	20 (28.6)	.791
	≥65	210 (70.0)	56 (67.5)	154 (71.0)		165 (70.2)	115 (69.7)	50 (71.4)	
	M±SD	68.0±13.4	67.5±12.4	68.2±13.8		67.3±11.2	67.4±10.7	67.1±12.4	
Marital status	With spouse	82 (27.3)	23 (27.7)	59 (27.2)	.768	79 (33.6)	57 (34.5)	22 (31.4)	.652
	Bereaved/ divorced/etc.	191 (63.7)	51 (61.4)	140 (64.5)		138 (58.7)	97 (58.8)	41 (58.6)	
	Unmarried	27 (9.0)	9 (10.8)	18 (8.3)		18 (7.7)	11 (6.7)	7 (10.0)	
Number of family living together	0	167 (55.7)	45 (54.2)	122 (56.2)	.294	109 (46.4)	78 (47.3)	31 (44.3)	.224
	1	81 (27.0)	27 (32.5)	81 (24.9)		93 (39.6)	68 (41.2)	25 (35.7)	
	≥2	52 (17.3)	11 (13.3)	41 (18.9)		33 (14.0)	19 (11.5)	14 (20.0)	
Education	No education	152 (50.7)	39 (47.0)	113 (52.1)	.480	112 (47.7)	79 (47.9)	33 (47.1)	.541
	Elem.- mid. school	114 (38.0)	36 (43.4)	78 (35.9)		99 (42.1)	67 (40.6)	32 (45.7)	
	≥High school	34 (11.3)	8 (9.6)	26 (12.0)		24 (10.2)	19 (11.5)	5 (7.1)	
Region	Big city	108 (36.0)	26 (31.3)	82 (37.8)	.545	106 (45.1)	75 (45.5)	31 (44.3)	.010
	Middle city	98 (32.7)	28 (33.7)	70 (32.3)		70 (29.8)	41 (24.8)	29 (41.4)	
	Rural	94 (31.3)	29 (34.9)	65 (30.0)		59 (25.1)	49 (29.7)	10 (14.3)	

CM=case management.

성은 Table 2와 같다. 고혈압성질환이 224명(74.7%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 그 뒤를 이어 당뇨병 121명(40.3%), 정신 및 행동장애 116명(38.7%), 신경계질환 112명(37.3%) 등의 순으로 높으며, 이들 질환은 고혈압을 포함하여 모두 30% 이상의 유병률을 나타냈다. 심장질환 71명(23.7%)과 대뇌혈관질환 63명(21.0%)이 20% 이상의 유병률을 나타냈다. 그 외 간질환 44명(14.7%), 기타 만성폐쇄성폐질환 39명(13.0%), 갑상선 장애 29명(9.7%), 호흡기결핵 9명(3.0%), 두개내손상 7명(2.3%)이었다. 고시질환 개수는 평균 2.8 ± 1.4 개이었으며, 2개 이하 138명(46.0%), 3~4개 123명(41.0%), 5개 이상 39명(13.0%)이었다. 사례관리군 83명과 비사례관리군 217명의 질병특성에서 고시질환의 평균 개수가 통계적으로 유의하지 않으나 사례관리군은 3.0 ± 1.5 개로 비사례관리군의 2.7 ± 1.3 개보다 많은 것으로 나타났다.

선택병의원 적용자 235명의 질병특성은 Table 2와 같다. 고혈압성질환이 183명(77.9%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 그 뒤를 이어 신경계질환 126명(53.6%), 정신 및 행

동장애 109명(46.4%), 당뇨병 106명(45.1%), 등의 순으로 높으며, 이들 질환은 고혈압을 포함하여 모두 40% 이상의 유병률을 나타냈다. 심장질환이 80명(34.0%)이며, 대뇌혈관질환이 62명(26.4%)으로 20% 이상의 유병률을 나타냈다. 그 외 간질환 37명(15.7%), 갑상선 장애 30명(12.8%), 기타 만성폐쇄성폐질환 527명(11.5%), 두개내손상 4명(1.7%), 호흡기결핵 2명(0.9%)이었다. 고시질환 개수는 평균 3.2 ± 1.6 개이었으며, 2개 이하 82명(34.9%), 3~4개 102명(43.4%), 5개 이상 51명(21.7%)이었다. 희귀난치성질환은 99명(42.1%)이었다. 사례관리군 165명과 비사례관리군 70명의 질병특성에서 사례관리군의 대뇌혈관질환자 비율이 30.9%로 비사례관리군의 15.7% 비례 높은 것으로 나타났다($p < .05$).

3. 의료급여 사례관리가 본인부담제 적용자의 의료이용에 미치는 영향

본인부담제 적용자 300명 가운데 사례관리군 83명의 의

Table 2. Disease Characteristics of Beneficiaries with Copayment System or Designated Doctor System (Unit: person)

Variables	Copayment system (N=300)				Designated doctor system (N=235)			
	Total (n=300)	CM (n=83)	Non-CM (n=217)	p	Total (n=235)	CM (n=165)	Non-CM (n=70)	p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
11 Notified diseases								
Mental and behavioral disorders	116 (38.7)	36 (43.4)	80 (36.9)	.301	109 (46.4)	76 (46.1)	33 (47.1)	.879
Nervous system disease	112 (37.3)	30 (36.1)	82 (37.8)	.792	126 (53.6)	90 (54.5)	36 (51.4)	.661
Hypertensive disease	224 (74.7)	63 (75.9)	161 (74.2)	.761	183 (77.9)	127 (77.0)	56 (80.0)	.609
Liver disease	44 (14.7)	16 (19.3)	28 (12.9)	.163	37 (15.7)	28 (17.0)	9 (12.9)	.429
Diabetes	121 (40.3)	39 (47.0)	82 (37.8)	.146	106 (45.1)	79 (47.9)	27 (38.6)	.190
Respiratory tuberculosis	9 (3.0)	2 (2.4)	7 (3.2)	.711	2 (0.9)	2 (1.2)	0 (0.0)	.355
Other chronic obstructive pulmonary disease	39 (13.0)	11 (13.3)	28 (12.9)	.936	27 (11.5)	20 (12.1)	7 (10.0)	.641
Cerebrovascular disease	63 (21.0)	18 (21.7)	45 (20.7)	.857	62 (26.4)	51 (30.9)	1 (1.4)	.833
Intracranial injury	7 (2.3)	1 (1.2)	6 (2.8)	.423	4 (1.7)	3 (1.8)	7 (10.0)	.408
Thyroid disease	29 (9.7)	12 (14.5)	17 (7.8)	.082	30 (12.8)	23 (13.9)	23 (32.9)	.803
Heart disease	71 (23.7)	24 (28.9)	47 (21.7)	.186	80 (34.0)	57 (34.5)		
No. of 11 notified diseases								
≤ 2	138 (46.0)	32 (38.6)	106 (48.8)	.149	82 (34.9)	52 (31.5)	30 (42.9)	.066
3~4	123 (41.0)	36 (43.4)	87 (40.1)		102 (43.4)	71 (43.0)	31 (44.3)	
≥ 5	39 (13.0)	15 (18.1)	24 (11.1)		51 (21.7)	42 (25.5)	9 (12.9)	
M±SD	2.8 ± 1.4	3.0 ± 1.5	2.7 ± 1.3	.053	3.3 ± 1.6	3.4 ± 1.6	3.0 ± 1.4	.100
107 rare incurable diseases	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		99 (42.1)	74 (44.8)	25 (35.7)	.195

CM=case management.

료이용을 비사례관리군 217명과 비교한 결과는 Table 3과 같다. 사례관리군의 외래내원일수는 2006년 상반기 1인당 평균 52.7일에서 2008년 상반기 1인당 평균 31.2일로 1인당 평균 21.5일이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 36.6일에서 2008년 상반기 1인당 평균 22.7일로 13.9일이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 7.6일이 더 감소하였으며, 그 차이가 통계적으로 유의하였다($p < .05$). 사례관리군의 외래진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 914,275원에서 2008년 상반기 1인당 평균 646,326원으로 1인당 평균 267,949원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 694,014원에서 2008년 상반기 1인당 평균 477,858원으로 216,156원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 51,793원 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 투약일수는 2006년 상반기 1인당 평균

401.1일에서 2008년 상반기 1인당 평균 266.0일로 1인당 평균 135.1일이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 265.3일에서 2008년 상반기 1인당 평균 207.6일로 57.7일이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 77.4일이 더 감소하였고 그 차이가 통계적으로 유의하였다($p < .001$). 사례관리군의 약제비는 2006년 상반기 1인당 평균 951,527원에서 2008년 상반기 1인당 평균 808,492원으로 1인당 평균 143,035원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 671,519원에서 2008년 상반기 1인당 평균 613,517원으로 58,002원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 85,033원이 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 입원일수는 2006년 상반기 1인당 평균 4.5일에서 2008년 상반기 1인당 평균 3.3일로 1인당 평균 1.2일이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평

Table 3. Comparison of CM group with Non-CM group of Healthcare Utilization in Beneficiaries with Copayment System and Designated Doctor System (Unit: day, won)

Variables	Copayment system (N=300) CM (n=83), NCM (n=217)					Designated doctor system (N=235) CM (n=165), NCM (n=70)			
		2006 [†]	2008 [‡]	Differences (2008-2006)	t (p)	2006 [†]	2008 [‡]	Differences (2008-2006)	t (p)
Outpatient day	CM	52.7	31.2	-21.5	-2.296 (.022)	74.7	50.3	-24.4	-1.232 (.219)
	Non-CM	36.6	22.7	-13.9		64.3	47.3	-17.0	
	Differences	16.1	8.5	-7.6		10.4	3.0	-7.4	
Outpatient expense	CM	914,275	646,326	-267,949	-.758 (.449)	1,351,732	1,006,723	-345,009	-.169 (.866)
	Non-CM	694,014	477,858	-216,156		1,205,663	879,965	-325,698	
	Differences	220,261	168,468	-51,793		146,069	126,758	-19,311	
Medication day	CM	401.1	266.0	-135.1	-4.011 (.000)	482.5	424.0	-58.5	.521 (.603)
	Non-CM	265.3	207.6	-57.7		393.8	321.9	-71.9	
	Differences	135.8	58.4	-77.4		88.7	102.1	13.4	
Medication expense	CM	951,527	808,492	-143,035	-1.373 (.171)	1,295,569	1,197,589	-97,980	-.013 (.990)
	Non-CM	671,519	613,517	-58,002		1,069,597	972,726	-96,871	
	Differences	280,008	194,975	-85,033		225,972	224,863	-1,109	
Inpatient day	CM	4.5	3.3	-1.2	.753 (.452)	5.7	6.9	1.2	-1.490 (.138)
	Non-CM	7.8	4.4	-3.4		3.2	9.7	6.5	
	Differences	-3.3	-1.1	2.2		2.5	-2.8	-5.3	
Inpatient expense	CM	437,535	210,066	-227,469	.061 (.951)	686,888	460,647	-226,241	-1.691 (.092)
	Non-CM	521,141	282,248	-238,893		343,406	638,345	294,939	
	Differences	-83,606	-72,182	11,424		343,482	-177,698	-521,180	
Total expense [§]	CM	2,303,337	1,664,883	-638,454	-.598 (.550)	3,334,189	2,664,959	-669,230	-1.676 (.095)
	Non-CM	1,886,674	1,373,624	-513,050		2,618,665	2,491,036	-127,629	
	Differences	416,663	291,259	-125,404		715,524	173,923	-541,601	

CM=case management; Non-CM=non-case management.

[†]The first six months of the year 2006 per person; [‡]The first six months of the year 2008 per person; [§]Total expense=outpatient expense+medication expense+inpatient expense.

균 7.8일에서 2008년 상반기 1인당 평균 4.4일로 3.4일이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 2.2일이 덜 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 사례관리군의 입원진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 437,535원에서 2008년 상반기 1인당 평균 210,066원으로 1인당 평균 227,469원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 521,141원에서 2008년 상반기 1인당 평균 282,248원으로 238,893원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 11,424원이 덜 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 총진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 2,303,337원에서 2008년 상반기 1인당 평균 1,664,883원으로 1인당 평균 638,454원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 1,886,674원에서 2008년 상반기 1인당 평균 1,373,624원으로 513,050원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 125,404원이 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

4. 의료급여 사례관리가 선택병의원제 적용자의 의료이용에 미치는 영향

선택병의원제 적용자 235명 가운데 사례관리군 165명의 의료이용을 비사례관리군 70명과 비교한 결과는 Table 3과 같다. 사례관리군의 외래내원일수는 2006년 상반기 1인당 평균 74.7일에서 2008년 상반기 1인당 평균 50.3일로 1인당 평균 24.4일이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 64.3일에서 2008년 상반기 1인당 평균 47.3일로 17.0일이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 7.4일이 더 감소하였으나, 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 사례관리군의 외래진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 1,351,732원에서 2008년 상반기 1인당 평균 1,006,723원으로 1인당 평균 345,009원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 1,205,663원에서 2008년 상반기 1인당 평균 879,965원으로 325,698원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 19,311원이 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 투약일수는 2006년 상반기 1인당 평균 482.5일에서 2008년 상반기 1인당 평균 424.0일로 1인당 평균 58.5일이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 393.8일에서 2008년 상반기 1인당 평균 321.9일로 71.9일이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보

다 13.4일이 덜 감소하였고 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 사례관리군의 약제비는 2006년 상반기 1인당 평균 1,295,569원에서 2008년 상반기 1인당 평균 1,197,589원으로 1인당 평균 97,980원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 1,069,597원에서 2008년 상반기 1인당 평균 972,726원으로 96,871원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 1,109원 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 입원일수는 2006년 상반기 1인당 평균 5.7일에서 2008년 상반기 1인당 평균 6.9일로 1인당 평균 1.2일이 증가하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 3.2일에서 2008년 상반기 1인당 평균 9.7일로 6.5일이 증가하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 5.3일이 적게 증가하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 사례관리군의 입원진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 686,888원에서 2008년 상반기 1인당 평균 460,647원으로 1인당 평균 226,241원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 343,406원에서 2008년 상반기 1인당 평균 638,345원으로 294,939원이 증가하였다. 비사례관리군의 294,939원의 증가를 기준으로 사례관리군의 226,241원의 감소는 -521,180원의 차이를 보였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

사례관리군의 총진료비는 2006년 상반기 1인당 평균 3,334,189원에서 2008년 상반기 1인당 평균 2,664,959원으로 1인당 평균 669,230원이 감소하였고, 비사례관리군은 2006년 상반기 1인당 평균 2,618,665원에서 2008년 상반기 1인당 평균 2,491,036원으로 127,629원이 감소하였다. 사례관리군이 비사례관리군보다 541,601원 더 감소하였으나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

논 의

본 연구결과 본인부담제 적용 사례관리군의 외래내원일수와 투약일수가 비사례관리군에 비해 통계적으로 유의하게 더 감소하였고, 외래진료비, 약제비, 입원일수, 입원진료비, 총진료비에서는 두 집단 간에 차이가 없는 것으로 나타났다. 사례관리군이 비사례관리군보다 1인당 평균 외래내원일수가 더 감소한 결과는 Shin 등(2007), Shin 등(2008), Oh 등(2009)의 연구결과와 일치한다. 본인부담제 적용 사례관리군의 외래내원일수가 비사례관리군보다 유의하게 더 감소했음에도 불구하고 외래진료비 감소의 차이가 유의

하지 않은 것은 Shin 등(2007)과 Shin 등(2008)의 연구에서 사례관리군이 비사례관리군보다 더 큰 감소율을 보인 것과 다른 결과를 보였으며, 두 집단 모두 감소하였으나 집단 간 유사한 감소율을 보인 Oh 등(2009)의 결과와 같았다. Oh 등(2009)의 연구와 본 연구는 본인부담제가 시행되고 있는 시기를 평가하였다는 점에서 공통점이 있다. 본 연구결과 1인당 평균 외래내원일당 진료비를 파악한 결과, 2006년 상반기 17,349원에서 2008년 상반기 20,716원으로 19.4%, 비사례관리군은 18,962원에서 21,051원으로 11.0%의 증가를 보여 두 집단 모두 증가했으며 사례관리군에서의 증가가 더 두드러지는 것으로 나타났다.

본 연구에서 본인부담 적용자를 대상으로 한 사례관리가 투약일수를 감소시킨 것으로 나타났는데 이는 비사례관리군보다 유의하게 더 감소한 외래내원일수에 의해 투약일수도 함께 감소한 것으로 보인다. 본인부담제 적용 사례관리군의 외래내원일수의 감소가 외래진료비 감소까지 유의한 차이를 나타내지 않은 결과는 약제비에 대한 결과에서도 동일하게 나타났다. 본인부담제 적용 후 처방진당 약제비 및 투약일당 약제비가 증가하였으며(Kim et al., 2008), 본 연구결과 사례관리군의 투약일당 약제비의 증가는 28.1%로 비사례관리군의 16.7%보다 높은 것으로 나타났다.

이처럼 외래내원일수와 투약일수가 사례관리군에서 유의하게 더 감소하였으나, 외래진료비와 약제비 감소에서 유의한 차이를 나타내지 않는 것은 Kim 등(2008)의 연구결과에 비추어 볼 때 외래내원일수가 더 감소한 사례관리군의 외래내원일당 진료비와 투약일당 약제비가 증가하였기 때문으로 추정할 수 있을 것으로 보인다. Kim 등(2008)은 본인부담제 도입 후 외래내원일당 진료비의 증가에 대하여 “본인부담제 도입에 따른 외래이용자 감소(진료비)가 1일 진료 시 진료비 증가요인(투약일수 증가, 고가 약 처방, 고가 처치 등)으로 이동한 것으로 사료”된다고 언급하였다. 이런 연구결과는 외래내원일수 이외에 수급권자의 질병특성과 의료서비스 공급자 요인이 외래진료비에 함께 영향을 미치는 것을 시사하는 것으로 보인다. 그러나 본 연구에서 사례관리군과 비사례관리군의 일반적 특성과 질병특성에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다는 점을 고려할 때 의료서비스 공급자의 영향에 주의를 기울여야 하는 것으로 보인다. 즉 사례관리만으로 외래진료비와 약제비까지 감소시키는 것은 한계가 있음을 시사한다.

본 연구결과 사례관리군의 입원일수가 비사례관리군보다 덜 감소하였으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않

았다. 이는 사례관리군이 비사례관리군보다 더 많이 증가(Oh et al., 2009)하거나, 더 감소(Shin et al., 2008) 혹은 덜 증가(Shin et al., 2007)한 결과와 달랐다. 입원일수에 대한 연구결과가 외래내원일수와 달리 일정한 경향을 보이지 않는 것은 지금까지 입원일수 감소를 목표로 하는 구체적인 사례관리기 시행되지 않은 상황에서 간접적인 효과로서 입원일수의 변화를 파악했기 때문인 것으로 보인다. 입원진료비도 사례관리군이 비사례관리군보다 덜 감소하였으나 유의한 차이를 보이지 않았다. 총진료비는 사례관리군이 비사례관리군에 비해 더 많이 감소하였으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 본 연구결과 외래내원일수와 투약일수의 감소가 외래진료비와 약제비의 유의한 감소에 영향을 미치지 못한 것과 입원진료비가 통계적으로 유의하지는 않으나 사례관리군이 비사례관리군에 비해 덜 감소한 것에 의한 것으로 볼 수 있다. 선행연구에서도 사례관리군이 비사례관리군보다 외래진료비와 약제비가 많이 감소하였어도 입원진료비가 더 많이 증가하게 되면 두 집단의 증감을 차이가 적어지는 것으로 나타났다(Oh et al., 2009). 이런 결과는 총진료비 감소효과를 위한 사례관리는 외래이용 뿐만 아니라 입원이용에 대한 관리가 통합적으로 이루어져야 함을 시사한다.

이처럼 의료급여 1종 수급권자 가운데 본인부담제 적용자에 대한 사례관리기 외래내원일수와 투약일수를 감소시키는 효과를 보인 반면, 선택병의원제 적용자에서는 모든 의료이용에서 두 집단 간에 차이가 없는 것으로 나타났다. 이런 결과가 나타나는 것은 각 제도에서 사례관리군으로 선정되는 대상자의 질병중증도가 다르다는 점과 제도 운영상의 차이점에서 기인하는 것으로 보인다.

첫째, 선택병의원제 적용 사례관리군이 비사례관리군에 비해 질병 중증도가 높다는 점이다. 본 연구에서 본인부담제 적용자의 사례관리군과 비사례관리군의 11개 고시질환별 비율이 통계적으로 동일한 것으로 나타났다. 이와 달리 선택병의원제 적용자에서는 대뇌혈관질환 유병자가 사례관리군에서 30.9%로 비사례관리군의 15.7%보다 많으며, 그 차이가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. Rhee (2006)의 연구결과 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 위장장애 등이 있는 경우에 이 질환이 없는 경우보다 장기이용 확률이 약 1.4~2.2배가 높다는 결과와 복합질환자에서는 의료이용이 감소하지 않았다는 국외 연구결과(Taylor et al., 2003; Weinberger, Oddone, & Henderson, 1996)에 비추어볼 때, 선택병의원제 적용자의 사례관리군이 비사례관리군에

비해 특정질환자의 비율이 높기 때문에 비사례관리군에서 감소한 외래내원일수와 통계적으로 유의한 차이를 보일 정도의 감소효과는 어려운 것으로 보인다.

둘째, 선택병의원제 운영과 사례관리 기능의 관련성에 대한 고려이다. 본 연구에서 선택병의원제 적용 사례관리군의 2008년 1인당 평균 외래내원일수는 50.3일이며 비사례관리군은 47.3일로 두 집단 간에 3.0일의 차이가 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 본인부담제 적용 사례관리군은 31.2일, 비사례관리군은 22.7일로 8.5일의 차이를 보이는 것에 비해 그 차이가 상대적으로 적다고 할 수 있다. 이는 사례관리군보다 질병 중증도가 낮은 비사례관리군의 외래내원일수가 적정인지에 대해 주의를 기울일 필요가 있는 것으로 보인다. Shin 등(2009)은 선택병의원제 시행이 여러 의료기관 이용에 따른 약물 중복처방 가능성을 감소시키는 긍정적인 효과도 있었지만, 오히려 과다 의료이용이 초래되고 있다는 문제점을 제기하였고, 이는 선택병의원제의 인센티브 방식과 선택병의원 이외 병의원을 이용할 때 필요한 의뢰서 발급과 관련이 있음을 지적하였다. 선택병의원제는 의료기관 선택의 폭이 좁아지는 제한이 있기는 하지만 본인부담제처럼 외래이용 횟수에 제한을 받는 것은 아니다. 또한 본인부담제 적용자가 의료이용을 줄이게 될 경우 현금을 지급받는 것과 달리 선택병의원제 적용자는 의료급여일수 연장승인 면제와 선택병의원을 이용하게 될 경우 무료이용이라는 인센티브를 제공받는다. 이런 선택병의원제의 통제방식과 인센티브 방식은 본인부담제 적용자와 달리 불필요한 의료이용을 할 가능성이 있을 것이다. 수급권자 측면에서 발생할 수 있는 문제점 외에 의사들이 의뢰서 발급을 위해 참고할 수 있는 명확한 기준과 관리방안이 없이 선택병의원제도가 시행되었던 점 또한 여러 의료기관 이용에 대한 통제를 하는 데 제한을 주었다. 이런 문제점이 비사례관리군의 외래내원일수 감소에 장애요인으로 작용했다면, 이는 사례관리군의 의료이용에도 영향을 주었을 것으로 추정할 수 있다고 본다. 따라서 선택병의원제도가 도입취지와 다른 결과를 나타내는 상황에서 사례관리가 제도의 미흡한 부분을 감당하면서 효과를 나타내는 것은 한계가 있음을 시사한다.

결론 및 제언

본 연구는 2007년에 시행된 사례관리가 의료이용에 미치는 영향을 파악하기 위하여 본인부담제와 선택병의원제

의 적용 상태를 고려하여, 사례관리군과 비사례관리군의 의료이용의 변화를 분석하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

의료급여 사례관리는 본인부담제 적용 수급권자의 외래내원일수와 투약일수를 감소시켰고, 선택병의원제 적용 수급권자의 의료이용에는 효과를 나타내지 않는 것으로 나타났다. 이는 사례관리가 본인부담으로 인해 의료이용에 제한을 받는 의료급여 수급권자의 외래이용에 효과를 보이며, 본인부담이 없는 선택병의원제 적용 수급권자에 대한 사례관리의 효과는 나타나지 않는 것으로 보인다. 이런 결과는 선택병의원제 적용 수급권자의 외래이용과 본인부담제 및 선택병의원제 적용 수급권자의 입원이용에 효과를 나타낼 수 있는 사례관리 방안에 대한 연구와 사례관리가 적정의료이용의 효과를 극대화하기 위한 제도적인 뒷받침이 필요함을 시사한다.

본 연구는 2007년 새로 도입된 본인부담제 및 선택병의원제의 적용 상태를 고려하여 의료급여 사례관리가 의료이용에 미치는 효과평가를 시도한 첫 번째 연구라는 면에서 그 의의가 크다고 할 수 있다. 그러나 본 연구는 1종 수급권자에게 처음으로 도입된 외래진료시 본인부담제 및 선택병의원제 적용의 초기단계에서 이루어진 의료이용에 대한 사례관리 효과를 평가하였기 때문에 새로운 제도에 대한 이해부족으로 제도도입의 원래 목적보다 더 의료이용에 제한을 받았을 가능성을 배제할 수 없는 제한점이 있다. 이는 비사례관리군에서 가능성이 높을 것이므로 이 연구결과로 향후 사례관리의 효과를 추정하는 것은 한계가 있다. 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 제도도입 초기의 사례관리 효과평가로써 수급권자들의 의료이용 행태가 새로운 제도적용에 안정적으로 반영되었다고 단정하기 어려우므로 반복적인 평가 연구가 필요하다.

둘째, 입원이용관리를 위한 사례관리 모형개발이 필요하다.

셋째, 본 연구는 서비스 질과 접근성에 미치는 사례관리의 효과는 포함하지 않고 의료이용 감소 효과만을 평가하였다. 향후 이런 지표를 포함하는 연구가 필요하다.

넷째, 사례관리를 통해 비용을 감소시키고자 하는 효과를 극대화하기 위해서는 의료서비스 공급자의 협력체계 방안이 마련되어야 한다.

다섯째, 선택병의원 적용자에 대한 사례관리의 효과를 극대화할 수 있는 제도적 보완이 필요하다.

REFERENCES

- Hong, S. W. (2009). *The effects of copayments on healthcare utilization in the type I medicaid beneficiaries*. Unpublished doctor's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Jeon, B. Y. (2007, November). *Discussion on the outcome and development challenges of the medicaid system*. In O. K. Moon (Chair), Outcome and long-term and mid-term directions for development of the medicaid system. Symposium Conducted at the Meeting of Celebrating the 30th Anniversary of Korean Medicaid, Seoul, Korea.
- Kim, S. M. (2009). *Utilization changes of hypertension patients according to the medical aid program types*. Unpublished master's thesis, Gachon University of Medicine and Science, Incheon.
- Kim, S. R., Choi, J. S., Ju, J. S., Choi, M. Y., Yang, J. H., & Chae, J. M. (2008). *The effect of office visit copayments on utilization among medicaid beneficiary in South Korea (K46-2008-82)*. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service.
- Kim, Y. O. (2008). *Impacts of implementing outpatient cost-sharing system to medicaid type 1 recipient on the health utilization and expenditure*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Lee, I. S., Lee, Y. R., & Kang, H. G. (2004). *Evaluation of case management for medicaid*. Seoul: Ministry of Health & Welfare, & Yonsei University.
- Ministry of Health & Welfare (2007a). Guideline of outpatient copayment system and designated doctor system to Medicaid type I. Retrieved July 31, 2010, from http://www.mohw.go.kr/front/jc/sjc0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06060901&page=2&BOARD_ID=1003&BOARD_FLAG=&CONT_SEQ=41300&SEARCHKEY=&SEARCHVALUE=&SCH_SILKUK_ID=&SCH_DEPT_ID=&CREATE_DATE1=&CREATE_DATE2=
- Ministry of Health & Welfare (2007b). *2007 Guideline of medicaid management*. Seoul: Author.
- Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs (2008). *2008 Guideline of medicaid management*. Seoul: Author.
- National Assembly Budget Office (2006). 2005 analysis of closing accounts of an annual revenue and expenditure. Retrieved November 8, 2009, from <http://www.nabo.go.kr/korea/view/11search/search.jsp>
- Oh, J. J., Choi, J. M., & Ji, Y. G. (2009). *Health services use and health status of medicaid beneficiaries according to medicaid policy change*. Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Dankook University.
- Rhee, W. H. (2006). *Developing a case management strategies program for a Korean medical aid clients*. Unpublished doctor's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Shin, H. W., Shin Y. S., Yun, P. K., Lee, I. J. & Lim, S. J. (2009). *Efficient managerial plan of medicaid expenditure. (2009-84)*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Shin, Y. A., Shin, H. C., Shin, H. W., Park, E. J., Hong, S. W., Shin, S. M., et al. (2008). *Health services use and health status of medicaid beneficiaries according to medicaid policy change*. Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, & Institute of Case Management for Medicaid.
- Shin, Y. S., Shin, H. W., Hwang, D. K., & Rho, I. C. (2006). *Monitoring for medicaid financial efficiency (2006-20-1)*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Shin, Y. S., Shin, H. W., & Hwang, D. K., (2007). *Effectiveness of case management for medicaid I (2007- 17-2)*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Reilly, K. R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A., et al. (2003). Evaluation of a nurse- care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care*, 26(4), 1058-1063.
- Weinberger, M., Oddone, E. Z., & Henderson, W. G. (1996). Does increased access to primary care reduce hospital readmission? *The New England Journal of Medicine*, 334 (22), 1441-1447.
- Yu, W. S. (2007, November). *Presentation on the outcome and development challenges of the medicaid system*. In O. K. Moon (Chair), Outcome and long-term and mid-term directions for development of the Medicaid system. Symposium Conducted at the Meeting of Celebrating the 30th Anniversary of Korean Medicaid, Seoul, Korea.