

경증질환 약제비 본인부담차등제 효과평가



오주연 부연구위원
건강보험심사평가원 의료보장연구부

- Key Point**
- ☑ 약제비차등제 시행 직후 대형병원 경증질환 이용자중 최소 39.2%에서 최대 60.8% 이탈
 - ☑ 약제비차등제의 약국약제비 규모는 정책시행 전 8.6천억원에서 4.2천억원으로 감소
 - ☑ 최근 경증질환 외래 내원일당 진료비 증가 요인 중 하나는 의료질평가지원금 영향

Key Word 경증질환, 약제비 본인부담 차등제, 약제비 차등제 효과 평가

1. 들어가며¹⁾

의료전달체계²⁾의 확립은 한정적인 자원의 효율적 사용을 통해 환자에게 적절한 의로서비스를 제때에 적절한 장소에서 제공받을 수 있도록 보장하는 것을 말한다. 여러 가지 자원이 부족한 상황 속에서 전국민의료보험을 도입했던 1989년부터 30년이 지난 지금까지도 의료전달체계의 확립에 대한 지속적인 문제제기가 있다.

그간 우리 보건의료체계의 만성적인 문제를 해결하고자 다양한 정책이 논의되고 시도되어 왔으며, 이 글에서 다루는 경증질환 약제비 본인부담차등제(이하, 약제비차등제) 역시 대책 중 하나이다. 약제비차등제는 2011년 의료기관 기능 재정립 기본계획의 일환으로 시행된 정책으로, 설정된 52개의 경증질환을 주진단으로 하는 종합병원급 이상(이하, 대형병원) 의료기관에서의 외래 이용에 대해 약국약제비 본인부담률을 인상한 정책이다.

1) 본 연구는 경증질환 약제비 본인부담차등제 효과평가 및 개선방안(오주연·안보령·조상아, 2019)을 재정리하였다.

2) 의료전달체계라는 개념의 정립이 일반화되어 있지 않으며, 서비스의 공급측면에서는 의료제공체계이나, 서비스의 소비측면에서는 의료이용체계로도 볼 수 있어 그 용어에 대한 다양한 의견이 제시되는 상황이다.

약제비차등제 정책은 약 8년 정도 지속적으로 시행되었던 정책으로 동 정책과 관련된 다수의 효과평가 연구가 시행된 바 있다. 선행연구는 크게 정책시행 전후 의료이용량(내원일수, 진료비규모) 변화 평가와 환자의 의료이용경로를 추적한 연구로 나뉘는데 전자의 경우 주로 건강보험 청구 전수자료를, 후자의 경우 건강보험 표본코호트 DB를 활용하여 평가하였다.

최근에 정책시행 전후의 의료이용량 변화를 평가한 최종남 등(2016)은 정책시행 전 1년과 정책시행 직후 포함 2년 동안 건강보험 전체 청구건수와 청구인원수를 토대로 약제비차등제의 정책효과 평가 결과, 청구건수와 청구인원수(연인원수) 모두 각각 7%p, 5%p 감소하였고, 비용부담을 더 높게 책정한 상급종합병원에서 종합병원보다 감소효과가 더 높은 것으로 보고하면서 약제비차등제 정책은 효과가 있는 것으로 평가하였다.

그러나 박윤성 등(2017)은 52개 경증질환에 대해 국민건강보험공단 표본 코호트자료를 이용하여 정책시행 전 대형병원 이용자 5,066명을 대상으로 정책시행 후 중별 의료기관 의료이용경로를 추적한 결과, 정책시행 후 대형병원을 지속이용한 수진자수는 전체의 56.3%, 정책시행 후 병의원급 의료기관으로 이동한 수진자는 전체의 15.4%로 나타났으며, 52개 경증질환 중 다빈도질환 5개를 선정하여 살펴본 결과 정도의 차이는 있으나 대체로 전체 패턴과 유사한 결과³⁾가 나타났음을 보고하면서 정책이 대형병원 의료기관의 외래 경증환자의 의료이용을 감소시키는데 정책효과가 어느 정도 있으나 그리 크지 않다고 평가한 바 있다.

이렇듯 연구 자료원과 바라보는 관점에 따라 약제비차등제 정책에 대한 평가는 다소 엇갈리게 나타나고 있다. 또한 정책시행 후 외래 이용량 감소의 원인으로 경증질환 이외의 상병으로 진단명을 달리하여 대형병원 외래를 지속이용 하고 있을 가능성을 제기하는 등 정책 효과에 대한 다양한 해석이 있다.

이에 이 글에서는 전체 이용측면에서의 평가를 위해 약제비차등제 시행 전후 대형병원 52개 경증질환 외래 이용현황과 정책시행 전후 의료이용 경로를 분석하고, 약제비 본인부담률을 차등한 정책이므로 정책시행 전후 약국약제비 규모 등을 분석하여 정책에 영향을 받는 약제비 규모를 파악하는 등 동 정책의 효과를 평가하고자 하였다.

이하에서는 크게 네 가지 항목, 즉 정책시행 전후의 52개 경증질환 외래 이용현황, 의료이용 경로 변화, 약국약제비 및 내원일당 진료비 규모 변화에 대해 건강보험환자를 대상으로 분석한 주요 연구결과를 제시한다.

3) 본태성 고혈압 1,823명 중 대형병원 지속이용자 비중은 55.7%, 병의원급 이동은 13.9%로 나타났고, 지질단백질 대사 장애 및 기타 지질증 602명 중 대형병원 지속이용자 비중은 54.0%, 병의원급 이동은 12.9%, 폐경 및 기타 폐경전후 장애 520명 중 대형병원 지속이용자 비중은 47.9%, 병의원급 이동은 10.9%, 위염 및 십이지장염 335명 중 대형병원 지속이용자 비중은 47.5%, 병의원급 이동은 11.7%, 위식도 역류병 319명 중 대형병원 지속이용자 비중은 41.1%, 병의원급 이동은 26.6%로 나타났다.

2. 대형병원 경증질환 외래 이용현황

가. 52개 경증질환 외래 전체 종별 이용현황⁴⁾

제도의 대상인 상급종합병원과 종합병원의 경증질환 외래 이용현황을 살펴보기에 앞서 거시적 측면에서 모든 종별을 포함한 전체 경증질환 외래 이용현황을 살펴볼 필요가 있다 (표 1).

52개 경증질환의 전체 종별에서의 전체 외래 이용일수는 2011년 314,150천일에서 2017년 333,198천일로 6.1% 증가하였고, 요양기관 종별 중 가장 많은 비중을 차지하는 의원급의 비중은 2011년 86.8%에서 2017년 87.0%로 거의 변화가 없었다. 그러나 병원급 이상의 종별에서는 점유율의 변화가 있었는데, 대형병원인 상급종합병원과 종합병원의 점유율은 각각 0.8%p, 0.7%p 감소하였고, 병원의 점유율은 같은 기간 동안 1.3%p 증가하였다.

전체에서 각 종별의 점유율 변화는 의원급의 비중이 절대적으로 높은 상황에서는 그 변화가 크게 나타나지 않으나, 동일 종별 내에서의 정책시행 전후 경증질환 외래 이용일수의 변화는 상대적으로 크게 나타났다. 상급종합병원의 경우, 52개 경증질환의 외래 이용일수는 2011년 대비 2017년 39.8%, 종합병원은 7.8% 감소하였고, 병원은 28.4%, 의원은 6.3% 증가하여 정책시행 대상인 대형병원, 특히 상급종합병원에서의 이용일수 감소가 두드러지게 나타났다.

2011년 대비 2017년 증가한 경증질환 외래 이용일수는 총 19,048천일로, 이 중 의원의 증가일수가 17,105천일로 나타나 실질적인 증가는 의원급에서 가장 크게 나타났다.

(표 1) 52개 경증질환 전체 종별 외래 이용현황(2011 vs. 2017)

(단위: 천일, %)

구분	2011년		2017년		'11년 대비 '17년 현황	
	내원일수	비중	내원일수	비중	내원일수	증감율
상급종합	5,606	1.8	3,373	1.0	▼2,233	39.8(▼)
종합병원	15,655	5.0	14,430	4.3	▼1,225	7.8(▼)
병원	19,302	6.1	24,787	7.4	△5,485	28.4(△)
요양병원	895	0.3	811	0.2	▼ 84	9.3(▼)
의원	272,692	86.8	289,797	87.0	△17,105	6.3(△)
전체	314,150	100.0	333,198	100.0	△19,048	6.1(△)

4) '정책시행 전'의 기간을 2010년 10월부터 2011년 9월까지 정책시행 직전 1년을, '정책시행 후'의 기간을 2016년 10월부터 2017년 9월까지의 기간으로 설정하여 분석하였다.

나. 대형병원 경증질환 외래환자 의료이용 분석결과

약제비차등제 정책의 효과를 살펴보기 위해 대형병원 경증질환 외래환자의 정책시행 전후 의료이용을 비교한 주요 결과는 다음과 같다.

1) 대형병원 경증질환 외래환자의 정책시행 전후 의료이용

가) 자료 구축 방법

약제비차등제 시행 전후 의료이용 변화 비교가 주요 연구목적이므로 관찰기간은 정책 시행 전후 각 1년을 대상으로 설정⁵⁾하였고, 분석대상은 정책 도입시점 조건과 동일하게 건강보험이면서⁶⁾ 52개 경증질환을 주진단으로 대형병원에서의 외래 이용건(인술린처방건 제외)으로 하였다.

또한 모든 분석은 외래진료이지만 환자단위 에피소드를 구축하여 진행하였다. 즉 정책 시행 전후 각 1년의 관찰기간 동안 52개 경증질환으로 대형병원을 이용했던 환자들을 대상으로, 개별 환자들이 관찰기간 동안 52개 경증질환으로 전체 중별에서 이용한 외래 이용건을 의료기관 중별로 외래 이용일수를 합산하여 환자단위 에피소드를 구축⁷⁾하였다.

나) 정책시행 전후 의료이용 유형별 비교

(1) 의료이용현황

경증질환으로 대형병원을 이용했던 환자를 대상으로 1년 동안의 경증질환 전체 중별 이용내역을 추적하여 환자 유형을 크게 경증질환 외래로 대형병원만 이용한 그룹과 대형병원 및 하위중별 혼합이용 그룹으로 구분한 결과는 (표 2)와 같다.

52개 경증질환으로 대형병원 외래를 이용하는 전체 실환자수는 2011년 6,176천명에서 2017년 5,797천명으로 정책시행 전 대비 6.1% 감소하였고, 대형병원 내원일수도 2011년 19,264천일에서 2017년 16,218천일로 15.8% 감소한 것으로 나타났다.

의료이용 유형별로 구분했을 때에는 경증질환으로 대형병원만 이용한 환자는 2017년 기준 전체 대형병원 경증질환 외래환자의 15.6% 수준으로 대부분의 환자는 대형병원에서 경증질환 외래를 이용 하더라도 경증질환으로 하위중별을 함께 이용하는 것으로 나타났다.

5) 앞서 언급하였듯이 정책시행 전 기간은 2010년 10월부터 2011년 9월까지의 기간을 2011년으로, 분석시점에서 가장 최근의 자료이면서 데이터가 안정적인 2016년 10월부터 2017년 9월까지의 기간을 2017년으로 설정하여 분석하였다.

6) 제도 도입 초기에는 건강보험환자만을 대상으로 하였으므로 전후비교를 위해 의료보장유형을 건강보험으로 한정하여 분석하였다. 의료급여환자는 2015년 11월부터 적용되었다.

7) 이때 환자식별이 중요한 변수가 되는데 1세 미만에서는 불안정한 양상이 있어 분석대상에서 제외하였으며, 의료이용에 있어 본인부담의 크기가 영향을 많이 미칠 수 있으므로 본인부담률이 달라 질 수 있는 본인부담산정특례대상자는 제외하였다.

(표 2) 대형병원 경증질환 외래 이용자의 증별이용 양상(2011 vs. 2017)

(단위: 천명, 천일, (%))

의료이용 유형 ¹⁾	2011년		2017년	
	환자수 ²⁾	내원일수 ²⁾	환자수 ²⁾	내원일수 ²⁾
대형병원만	992 (16.1)	3,282 (17.0)	906 (15.6)	2,783 (17.2)
혼합이용	5,184 (83.9)	15,982 (83.0)	4,892 (84.4)	13,435 (82.8)
합 계	6,176 (100)	19,264 (100)	5,797 (100)	16,218 (100)

주: 1) 경증질환 외래 증별 이용 구분

- (대형병원만) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 증별이 종합병원 이상만일 경우
- (혼합 이용) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 증별이 대형병원을 포함, 하위증별(병·의원) 함께 이용한 경우

2) 환자수와 내원일수 모두 대형병원 52개 경증질환 외래 이용건만을 대상으로 함

즉, 환자의 1년 동안의 52개 경증질환 전체 증별 의료이용 유형 분석결과는 환자의 유형분류로만 사용함

혼합이용자의 비중이 높게 나타나는 것은 의료이용 유형을 분류할 때 병·의원에서 1회라도 경증질환 외래로 내원했을 경우 혼합이용자로 분류되기 때문일 수 있다. 이에 대한 확인을 위해 동일 환자⁸⁾를 대상으로 1년 동안 모든 증별에서의 경증질환 외래 이용일수의 합계를 환자별로 산출하여 분모로 하고, 대형병원 경증질환 외래 이용일수를 분자로 하는 환자 1인당 경증질환 외래 총이용일수 중 대형병원이 차지하는 비중을 산출하였다. 산출결과, 환자 1인당 경증질환 외래 총이용일수 중 대형병원이 차지하는 평균 비율은 2011년 26.8%, 2017년 25.7%로 나타나 평균적으로 경증질환 외래 이용의 3/4은 하위증별인 병·의원급을 이용하는 것으로 나타났다.

(2) 대형병원 경증질환 외래의 질환 구성

대형병원에서의 경증질환 외래 상병구성을 확인하고자 한국표준질병·사인분류코드의 소분류⁹⁾를 기준으로 정책시행 전후, 의료이용 유형별로 상병구성을 분석하였다(표 3).

대형병원 외래로 가장 많이 이용하는 경증질환은 2017년을 기준으로 당뇨병(20.7%)과 고혈압(13.8%)으로 나타났으며 전반적인 상병의 구성은 정책시행 전후와 의료이용 유형별 구분 모두에서 뚜렷한 변화는 없는 것으로 나타났다. 다만 정책시행 전후, 의료이용유형별 구분 모두 상위 5순위까지 질환의 내원일수 누적 합계 비중이 전체의 50%, 상위 20순위까지의 내원일수 누적 합계 비중이 전체의 80%를 점유하고 있어 52개 경증질환 중에서도 일부 질환에서의 이용이 높은 것으로 나타났다.

8) 분석대상 기간인 2011년과 2017년에 52개 경증질환 외래로 대형병원을 이용했던 경험이 있는 환자 전체를 말한다.

9) 한국표준질병·사인코드분류는 상병의 분류단계를 대분류(장), 중분류(항목군), 소분류(3단위분류), 세분류(4단위분류)로 구성되어 있다(한국표준질병·사인분류(통계청,2007)). 가장 최근의 분류인 7차개정판에서는 소분류와 세분류라는 표현 대신 3단위분류와 4단위세분류라는 표현을 쓰고 있다.

(표 3) 종합병원 이상 경증질환 외래 이용건의 정책시행 전후 상병구성 변화(2011 vs. 2017)

(단위: %)

순위	2011년		2017년	
	대형병원만	혼합이용	대형병원만	혼합이용
1	고혈압 (18.4)	고혈압 (11.9)	당뇨병 (20.7)	당뇨병 (14.0)
2	당뇨병 (16.5)	당뇨병 (11.1)	고혈압 (13.8)	위식도역류 (8.1)
3	위식도역류 (5.7)	급성기관지염 (7.9)	위식도역류 (6.0)	고혈압 (7.9)
4	급성기관지염 (4.4)	위식도역류 (7.4)	급성기관지염 (5.1)	급성기관지염 (7.7)
5	위염, 십이지장염 (4.2)	위염, 십이지장염 (4.5)	지질대사장애 (5.0)	감염성 위 대장염 (6.2)
합계	49.2	42.8	50.6	43.9

주: 1) 경증질환 외래 종별 이용 구분

- (대형병원만) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 종별이 종합병원 이상만일 경우
- (혼합이용) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 종별이 대형병원을 포함, 하위종별(병·의원) 함께 이용한 경우

다) 중증도¹⁰⁾에 따른 정책시행 전후 의료이용 비교

대형병원에서 경증질환 외래를 이용하는 주된 이유 중 하나가 환자가 갖고 있는 기저질환의 중증도 등에 영향을 받았을 수 있다는 가정하에 건강보험에서 중증으로 인정하여 본인부담률을 낮춰주는 본인부담산정특례코드를 활용, 정책대상 환자들의 중증상병 이력을 확인하였다. 중증도는 크게 중증환자(심뇌혈관 질환 관련 및 암환자)와 희귀난치질환자, 기타의 세 가지 유형으로 구분하여 분석하였다(표 4).¹¹⁾

주요 결과를 살펴보면 경증질환 외래로 대형병원만 이용하는 환자 중 2년 이내에 중증 및 희귀난치질환 이력이 있는 환자의 실인원수 비중은 2011년 1.2%, 2017년 1.3% 수준으로, 오히려 경증질환 외래로 대형병원과 병·의원을 혼합이용하는 환자 중 중증 및 희귀난치질환 이력이 있는 환자의 실인원수 비중(2011년 5.5%, 2017년 6.2%)과 비교했을 때 상대적으로 더 낮게 나타났다.

정책시행 전후로 대형병원의 경증질환 외래 이용자 중 중증 및 희귀난치질환 이력이 있는 환자의 비중은 2011년 6.7%에서 2017년 7.5%로 0.8%p 증가하였다.

10) 중증도는 동일 질환 내에서의 중증도 분류를 일컬을 수도 있고, 급성치료의 응급성의 분류일수도 있으며, 치료시점에서의 다양한 질환에 기인한 치료의 복잡성을 일컬을 수도 있다. 그러나 본 연구에서는 분석가능한 자료원 등을 고려하여 건강보험에서 중증으로 판단, 보장성 강화 차원에서 본인부담률을 경감시켰던 본인부담차등제 대상 질환을 중증질환으로 보고 그 이력을 고려한 분석을 시행하였다.

11) 산정특례코드는 적용질환과 관련된 진료건에 한하여 코드가 부여되기 때문에 환자의 중증이력 확인을 위해 관찰기간 포함 직전 2년 동안의 환자별 전체 의료이용 내역(외래 및 입원 전체)을 환자에피소드로 구축, 산정특례코드를 확인하고 개별환자의 유형을 분류하기 위해 산정특례코드가 여러 개 발생할 경우 중증질환 > 희귀난치질환 > 기타의 순으로 구분하여 1인당 1개의 코드가 부여되도록 조정하였다.

(표 4) 경증질환 외래 이용자의 의료이용 유형별 정책시행 전후 증정도 변화(2011 vs. 2017)

(단위: 천명, 천일, (%))

의료이용 유형	2011년				2017년			
	환자수		내원일수		환자수		내원일수	
대형병원만	992	(16.1)	3,282	(17.0)	906	(15.6)	2,783	(17.2)
(중 증 환 자)	51	(0.8)	186	(1.0)	52	(0.9)	172	(1.1)
(희귀난치환자)	24	(0.4)	83	(0.4)	26	(0.4)	82	(0.5)
(기 타)	23	(0.4)	136	(0.7)	54	(0.4)	216	(1.3)
(해 당 없 음)	893	(14.5)	2,877	(14.9)	773	(0.9)	2,312	(14.3)
혼합이용	5,184	(83.9)	15,982	(83.0)	4,892	(84.4)	13,435	(82.8)
(중 증 환 자)	253	(4.1)	859	(4.5)	257	(4.4)	759	(4.7)
(희귀난치환자)	85	(1.4)	295	(1.5)	103	(1.8)	313	(1.9)
(기 타)	338	(5.5)	1,565	(8.1)	479	(8.3)	1,653	(10.2)
(해 당 없 음)	4,508	(73.0)	13,263	(68.8)	4,052	(69.9)	10,710	(66.0)
합 계	6,176	(100)	19,264	(100)	5,797	(100)	16,218	(100)

주: 1) 경증질환 외래 증별 이용 구분

- (대형병원만) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 증별이 대형병원만일 경우
- (혼 합 이 용) 관찰기간 동안 52개 경증질환 외래로 이용한 증별이 대형병원을 포함, 하위증별(병·의원) 함께 이용한 경우

2) 산정특례코드를 증증환자, 희귀난치질환자, 그 외, 해당없음으로 구분

라) 대형병원 외래 이용 요인

대형병원 경증질환 외래 이용요인을 찾고자 본 연구에서는 동일기관에서의 입원경험 유무, 건강검진 당일진료(이용편의), 응급실 방문의 세 가지 항목에 대해 살펴보았다.

(1) 입원경험이 있는 동일기관에서의 경증질환 외래 이용현황

입원경험의 유무를 판별하기 위해 경증질환 외래를 이용한 동일 요양기관에서 동일 환자의 과거 2년 동안의 입원이력을 추적, 환자단위에피소드를 구축하였다.

분석결과 대형병원 경증질환 외래 이용시 입원경험이 있는 기관에서의 경증질환 이용 내원일수는 2011년 기준 대형병원 경증질환 외래 전체 내원일수의 24.6%, 4,734천일이었으며, 2017년에는 전체 내원일수의 27.0%, 4,382천일로 나타났다. 즉 대형병원 경증질환 외래를 이용하는 전체 이용일수 중 동일기관에 입원경력이 있는 환자의 경증질환 외래 이용일수의 비중이 2011년 24.6%, 2017년 27.0%로 동기간 동안 2.4%p 증가하였다.

(2) 대형병원 경증질환 외래진료 중 건강검진 당일진료 현황

건강검진시 검진결과에서 이상소견이 있는 경우에는 건강검진 소견서가 환자의 진료의

되서로 같음될 수 있다. 때문에 대형병원에서 검진 후 이상소견이 있는 경우 진료의 편의를 위해 경증질환인 경우에도 해당병원을 이용할 수 있음에 착안하여 분석을 시행하였다.

분석결과 2011년 건강검진 당일진료건 중 경증질환 진찰건은 명세서 기준¹²⁾ 전체 경증질환 외래 진료건의 0.04%, 6,207건이었으나 2017년에는 전체 경증질환 외래 진료건의 1.7%, 276,781건으로 증가하였다. 이러한 증가경향은 2012년 4월부터 일반 및 암 검진의 초·재진에 대한 건보적용 확대와 검진기관의 확대 및 수검률의 증가¹³⁾에 영향을 받은 것으로 보인다.

(3) 대형병원 경증질환 외래진료 중 응급실 방문 현황

경증질환으로 대형병원 응급실을 방문하는 비율은 2011년 714천일¹⁴⁾로 전체 대형병원 경증질환 외래 이용일수의 3.7%, 2017년 904천일로 전체의 5.6%로 나타났다. 즉 전체 대형병원 경증질환 외래 이용일수 중 응급실 방문으로 설명되는 건은 2017년 기준 전체의 5.6%이다.

3. 대형병원 경증질환 외래환자 의료이용 경로분석

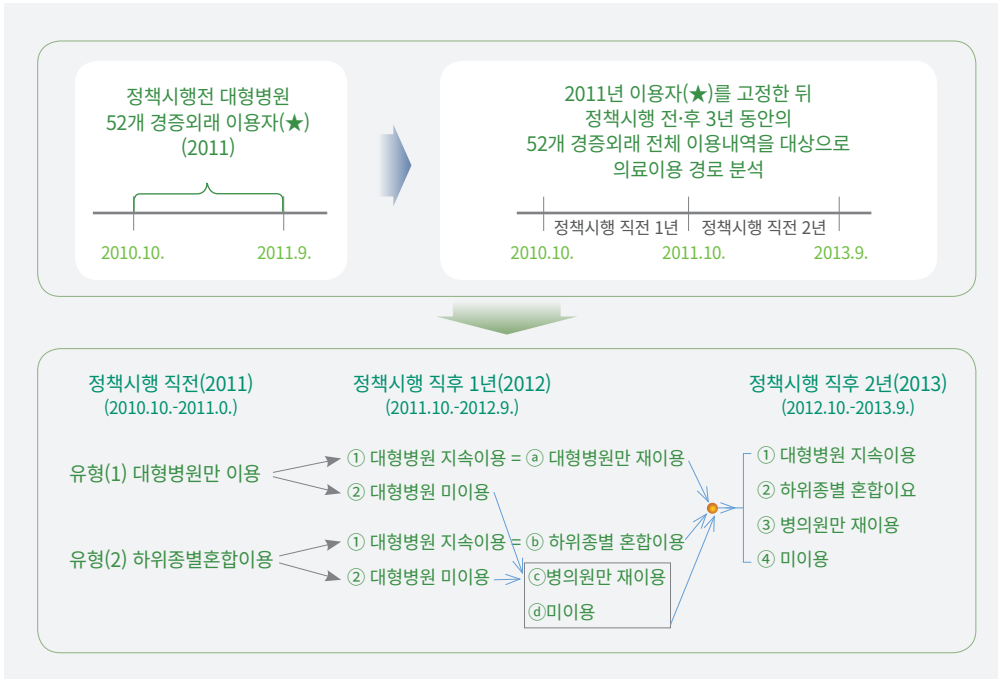
가. 의료이용 경로분석의 자료구축

약제비차등제 시행 직전 대형병원 경증질환 외래 이용자를 대상으로 코호트를 구축하여 정책 시행 직전 1년 전부터 정책시행 직후 2년까지 총 3년간 모든 종별에서의 경증질환 외래 의료이용을 환자별로 추적·분석하였다. 또한 의료이용유형도 함께 분류하여 대형병원만 이용한 것인지, 정책시행 직후에도 대형병원을 지속이용한 것인지 등을 구분하였다 [그림 1].

12) 2012년 1월 이전에는 일자별 청구 도입 전으로, 요양기관에서 외래진료비 청구시 동일질환에 대해 월단위로 합산, 1건의 명세서로 청구하여 명세서 1건당 내원일수가 1일 이상인 경우가 발생할 수 있어 명세서 기준으로 비교하였다.

13) 검진기관은 2011년 16,441개소에서 2017년 21,635개소로 증가하였으며 2017년 기준 종합병원 이상기관수는 336개소로 나타났다. 또한 일반건강검진 수검률의 경우, 2011년 72.6%, 1,107만명에서 2017년 78.5%, 1,399만명으로 증가하였다(국민건강보험공단, 2018).

14) 응급실 방문기준은 응급의학관리료코드가 부여된 청구건으로 정의하였다. 2011년의 경우 앞서 기술하였듯이 일자별 청구 도입 이전으로 응급의학관리료코드가 부여된 응급실 방문건과 동일 질환에 대한 다른 내원일자 내역이 동일 명세서 안에 포함되어 있을 수 있어 과대계상 될 가능성이 있다.



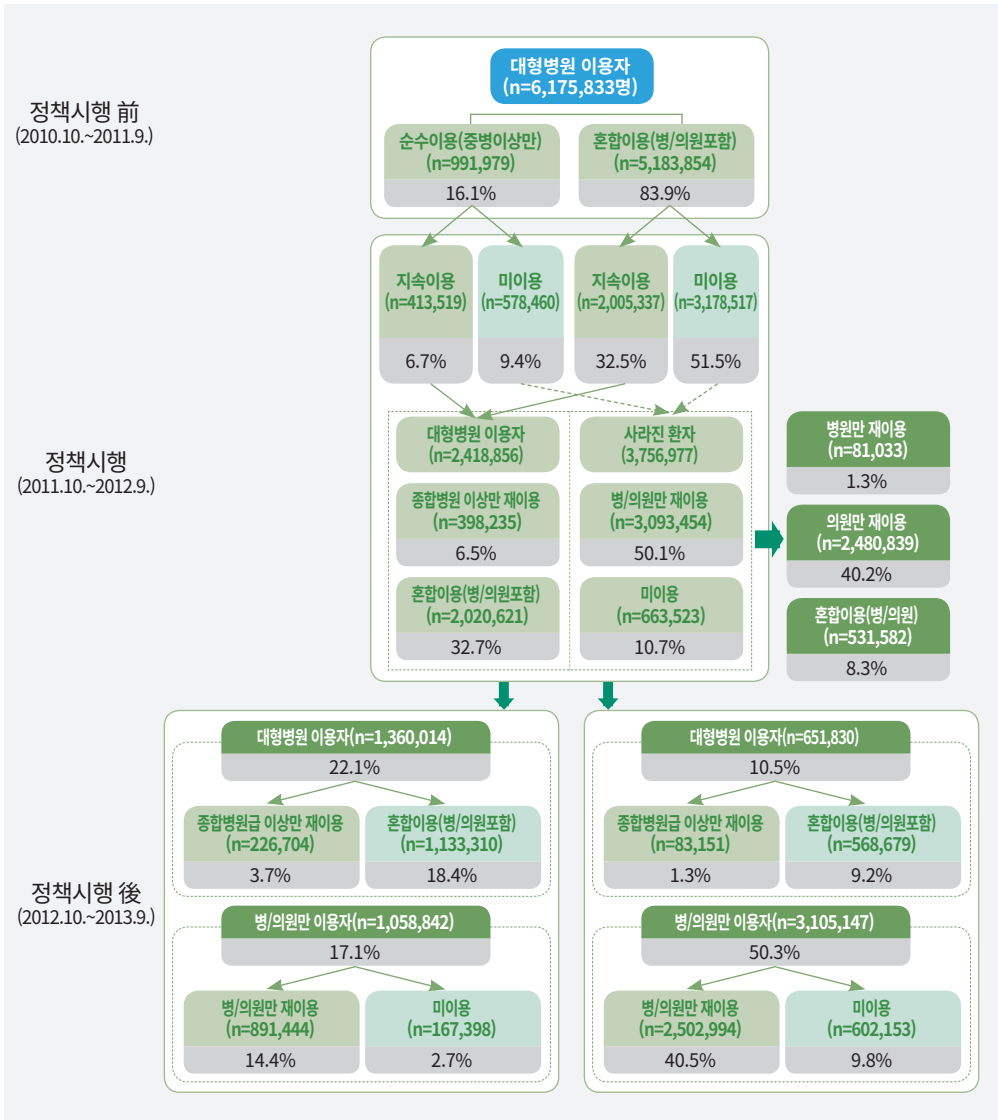
[그림 1] 약제비차등제 시행 이전 대형병원 경증질환 외래 이용자의 의료이용 경로 분석 모델

나. 대형병원 경증질환 외래 이용자의 의료이용 경로분석 결과

약제비차등제 시행 직전 경증질환 외래로 대형병원을 이용한 6,175,833명을 대상으로 총 3년 동안의 전체 중별에서의 경증질환 외래 의료이용 경로를 추적한 결과(그림 2), 이 환자들 중 정책시행 직후에도 경증질환으로 대형병원을 지속 이용하는 환자는 전체의 39.2%, 대형병원에서 이탈한 환자는 전체의 60.8%로 나타났다.

정책시행 직후 대형병원 경증질환 외래 지속이용자인 39.2%, 2,418,856명 중 그 차년 도인 2013년에도 대형병원을 지속이용하는 환자수는 1,360,014명(정책시행 전 전체 환자수 기준 22.1%)이었다. 또한 2013년에는 2012년 대형병원 이탈자 중 17.3%가 다시 대형병원에서 경증질환 외래를 이용, 재진입한 것으로 나타났다.

즉 정책시행 직전의 환자수를 100으로 보았을 때, 정책 시행 전부터 정책시행 이후 2년 차까지 지속적으로 대형병원 경증질환 외래를 이용한 환자의 비율은 22.1% 이었고, 그중에서도 대형병원만 이용하는 환자의 비율은 3.7% 이었다.

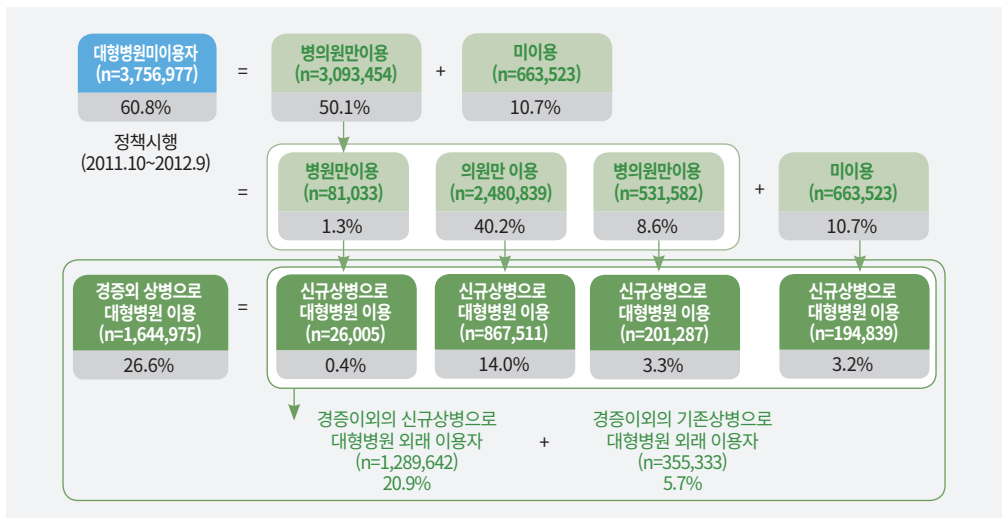


[그림 2] 약제비차등제 시행 전후 의료이용경로 분석 결과('11~'13)

정책의 대상이 상병의 종류로 결정될 때 정책시행 전후의 상병업코딩 가능성이 발생할 수 있다. 이러한 가능성을 확인하고자 정책시행 직후 대형병원 경증질환 외래 이탈자를 대상으로 정책시행 직전 1년 동안 경증질환 이외의 상병으로 대형병원 외래를 이용한 내역과 정책시행 직후 1년 동안 경증질환 이외의 상병으로 대형병원 외래를 이용한 내역을 환자별로 확인하였다. 다만 경증질환 이외의 상병으로 대형병원 외래를 지속이용한다 하더라도, 정책을 회피하기 위한 상병변화일 가능성도 있지만 과거에 없었던 새로운 질환이 발생했을 가능성과 과거에 이미 발생한 상병으로 지속치료를 하는 상황일 수도 있음에 주의해야 한다.

분석결과 약제비차등제 정책시행 직후 대형병원 이탈자인 3,756,977명 중 경증질환 이외의 상병으로 대형병원을 지속이용한 환자는 1,644,975명이었고, 이 중에서도 다시 과거에 이용했던 상병이 아닌 새롭게 발생한 질환으로 대형병원 외래를 이용한 환자는 1,289,642명으로 나타났다. 이는 대형병원 이탈자의 34.3%, 정책시행 전 환자수의 20.9%에 해당하는 규모이다[그림 3].

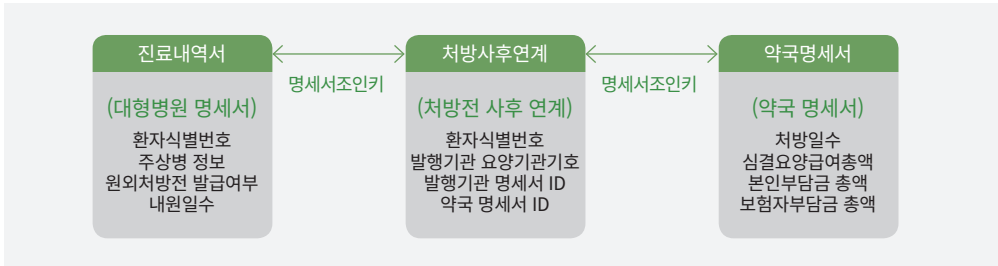
즉 정책시행 직후 대형병원을 지속이용한 환자 39.2%와 대형병원 이탈환자 중 신규상병으로 대형병원을 지속이용한 환자 20.9%를 합한 60.1%가 정책시행 후에도 상병을 업코딩하여 지속이용 할 수 있는 최대 규모가 된다. 최대 규모가 되는 이유는 정책시행 직후 전년도에 이용하지 않았던 신규상병은 정책회피를 위한 업코딩의 결과 일수 있기 때문이다. 종합하면 약제비 차등제 정책 시행 직후 대형병원 경증질환 외래를 더 이상 이용하지 않는 환자의 규모는 정책시행 전 환자수의 최소 39.2%에서 최대 60.1% 사이로 산출할 수 있다.



[그림 3] 약제비차등제 시행 직후 상병업코딩 가능성 검토

4. 정책시행 전후 약제비 지출 변화

약제비차등제 정책은 의료기관 기능별 역할정립을 환자이용 측면에서 유도하기 위해 시행된 제도이지만 정책의 실질적 대상은 약국약제비의 본인부담률 차등이므로 원외처방전 발행건이 직접적인 대상이 된다. 본 연구에서는 정책이 영향을 미치는 실제 재정규모를 파악하기 위해 대형병원 경증질환 외래 명세서 중 원외처방전이 발행된 건의 실약국조제진료비를 산출하여 정책대상 재정 규모를 파악하고자 했다[그림 4].



[그림 4] 대형병원 경증질환 외래 약국 약제비 재정규모 연계 방법

정책시행 직전인 2011년 대형병원 경증질환 외래로 원외처방전 발생건 기준 약국 약제비 실조제금액은 약 8,663억원으로 상급종합병원이 전체의 37.8%를 점유하는 것으로 나타났다. 정책시행 전에는 모든 약국약제비의 본인부담금은 정률인 30%를 적용하였기 때문에 산출된 본인부담률도 29.6%로 나타난 것을 볼 수 있다(표 5).

정책시행 후 최근인 2017년 대형병원 경증질환 외래로 원외처방전 발생건 기준 약국 약제비 실조제금액은 약 4,208억원으로 전체의 21.2%를 점유하는 것으로 나타났다. 본인부담률의 비중도 상급종합병원 49.0%, 종합병원 38.1%로 나타나 정책의 본인부담률인 상급종합병원 50%, 종합병원 40%에 근사하게 도출되었다.

원외처방전 1건당 처방일수는 2011년 상급종합병원 38.2일, 종합병원 15.6일에서 2017년 상급종합병원 50.3일, 종합병원 23.9일로 각각 2011년 대비 2017년에 원외처방전 1건당 처방일수가 상급종합병원 31.8%, 종합병원 53.2% 증가한 것으로 나타나 약제비 차등제 정책시행 이후 처방일수가 보다 장기화되는 경향을 보였다.

[표 5] 대형병원 경증질환 외래의 약국 약제비 실제 조제금액 현황(2011 vs. 2017)

(단위: 백만원)

구분	2011년			2017년 ¹⁾		
	총액(A)	보험자(B)	본인부담(C)	총액(A)	보험자(B)	본인부담(C)
상급종합 처방전 약국 조제기준	327,026	229,630	97,396 (29.8%)	89,318	43,774	45,544 (49.0%)
종합병원 처방전 약국 조제기준	539,235	380,461	158,774 (29.4%)	331,459	126,189	205,270 (38.1%)
합 계	866,261	610,092	256,170 (29.6%)	420,777	169,963	250,814 (40.4%)

주: 1) 2016년 변경된 상병 기준 산출 (2011년 상병 구성이 동일할 경우, 전체 합계액은 608,220백만원, 전체 본인부담률은 37.2%)

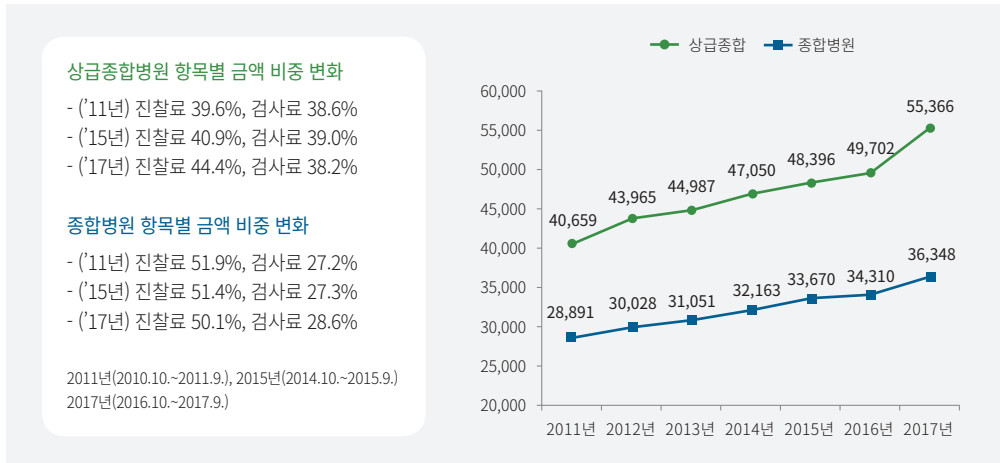
2) 2011년 대형병원에서 발행한 전체 원외처방전 중 약국조제내역 미연계건은 전체 처방전의 3.7%, 2017년 8.4%

* 52 경증질환 상병 변경(2016.1.1.)

- (당뇨병) E11.2 - E11.9 → E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 (천식) J45 → J45.01, J45.09, J45.19, J45.88

5. 정책시행 전후 요양기관의 내원일당 진료비 변화

대형병원의 52개 경증질환 외래 내원일당 진료비¹⁵⁾는 정책시행 전부터 현재까지 지속적으로 증가하고 있으며, 상급종합병원의 내원일당 평균 진료비는 2011년 40,659원에서 2017년 55,366원으로, 종합병원은 2011년 28,891원에서 2017년 36,348원으로 증가하였다. 전년대비 증가율 기준으로 가장 큰 폭으로 증가한 것은 2017년으로 상급종합병원은 전년대비 11.4%, 종합병원은 5.9% 증가하였다[그림 5].



[그림 5] 약제비차등제 시행 전후 대형병원의 내원일당 평균 진료비 변화('11 ~ '17)

정책시행 전부터 현재까지 내원일당 진료비는 꾸준히 증가하였으나 2016년과 2017년 사이에 큰 폭으로 증가한 것은 2015.9월부터 도입된 의료질평가지원금의 영향을 일정부분 받은 것으로 보인다.¹⁶⁾

6. 나가며

약제비차등제 정책은 의료전달체계 확립의 관점에서 대형병원 경증질환 외래 이용자의 하위중별 이동을 유도하려는 목표가 있다. 이를 감안할 때 정책시행 이후 대형병원에서 52개 경증질환 외래의 절대적인 내원일수 감소와 자체 중별 내에서의 경증질환 외래 이용자

15) 외래 방문일수를 지칭할 때 내원일수, 이용일수 등의 용어를 혼재해서 사용하였으나 모두 동일한 의미이다.

16) 의료질평가지원금은 설정된 당초 재정규모에 맞게 기관별로 할당되는 형태가 아니라 의료이용 유형별(입원, 외래)로 실제 발생건당 평가등급별 정해진 정액으로 산정되기 때문에 대형병원의 경증질환 질환 외래 진료건마다 지원금이 산정되는 형태이다.

비중 감소는 정책의 긍정적인 영향으로 볼 수 있을 것이다. 특히 상급종합병원 지정기준인 경증질환자 구성비 17%¹⁷⁾를 상급종합병원은 8.7%수준에서 달성하고 있었고, 종합병원은 22.9% 수준으로 나타나 해당 기준에 비추었을 때는 비교적 양호하다고 보여진다.

또한 정책시행 전후 대형병원 경증질환 외래 이용자 전체의 3년 동안의 경증질환 외래 이동경로를 추적한 결과, 정책시행 직후 실질적인 대형병원 이탈환자 규모는 직전 연도 이용자의 최소 39.2%에서 60.8% 사이의 수준인 것으로 나타나 정책의 효과가 있는 것으로 보인다.

정책의 효과는 대형병원 경증질환 외래 이용의 감소뿐만 아니라 직접적인 정책대상인 대형병원에서 처방된 약국약제비의 규모측면에서도 가늠할 수 있을 것이다. 대형병원 처방전에 따른 약국의 실조제현황을 사후연계를 통해 확인한 결과 정책시행 전 8,663억원 규모에서 정책시행 후 4,210억원 규모로 감소하였으며, 원외처방전당 처방일수 또한 정책시행 전 대비 장기화되었음을 확인하였다.

이상의 결과를 종합할 때 약제비차등제 정책은 대형병원 경증질환 외래 이용의 감소 및 환자이동에 긍정적인 영향을 준 것으로 보이며, 선행연구의 결과와 유사하게 상급종합병원에서의 감소폭이 상대적으로 더 큰 것이 확인되었다. 또한 대형병원 경증질환 외래 이용 상위 5개 상병이 전체 이용일수의 50%를 점하는 현황을 확인하였고, 본 연구에서 중증으로 정의한 본인부담산정특례대상자들의 경증질환 외래를 이용하는 종별이 종합병원급 이상의 기관에만 국한되는 것이 아님을 확인하였다. 같은 경증질환이라 하더라도 환자의 기왕력과 기왕력의 중증도에 따라서 대형병원에서 외래를 이용해야만 하는 경우도 충분히 발생할 수 있다. 때문에 향후 이러한 상황을 고려하여 환자가 높아진 본인부담금을 감안하고서라도 대형병원을 이용하려는 니즈에 대한 보다 세밀한 분석을 통해 다양한 정책 개선방향을 도출할 수 있는 추가적인 연구가 필요할 것이다. ✕

17) 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙(2017.11.28.) 제2조

참고문헌

국민건강보험공단. 2017년 건강검진통계연보. 2018.
최종남, 조정숙, 류시원. 요양기관 종별 외래 약제비 본인부담 차등제 정책 효과 분석. Journal of Health Informatics and Statistics. 2016; 41(2):248-259
박윤성, 김진숙. 종별 의료기관 외래 경증질환 약제비 본인부담 차등정책 효과분석. Journal of Health Policy and Management. 2017; 27(2):128-138