

건강보험가입자의 의료급여 자격변동에 따른 의료이용행태 변화 연구

나영균¹ · 차예린¹ · 김나영¹ · 이영재² · 이용갑¹ · 임승지¹

¹국민건강보험공단 건강보험연구원, ²보건복지부 사회복지정책실 기초의료보장과

The Effect of Converting Health Insurance Qualification on Medical Use

Young-Kyoon Na¹, Yerin Cha¹, Nayoung Kim¹, Youngjae Lee², Yong-Gab Lee¹, Seungji Lim¹

¹Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service, Wonju; ²Division of Medical Assistance, Office for Social Welfare Policy, Ministry of Health and Welfare, Sejong, Korea

Background: The purpose of this study is to analyze whether there is a change in patterns of medical use among those likely to be converted their health insurance qualifications when the family support rule is alleviated. There is no empirical analysis that converting health insurance qualification will affect the increase in medical use.

Methods: For analysis, data were extracted from the national health insurance eligibility and medical care database. To identify analysis targets similar to that of medical aids' characteristics among health insurance coverage, we compared income, property level, and medical use patterns through basic statistical analysis and used a difference-in-difference (DID) analysis to estimate the net effect of changes in medical use following the change of qualifications.

Results: The main results are as follows. The results show that those who are under the 5% income group (1st income group) of health insurance coverage are the most similar to the medical aids group. DID analysis shows that changes in the medical use of people who maintain their national insurance qualification and who are not. As a results, the number of hospitalized days of converting group was reduced by 3.5 days while outpatient days were increased by 1.8 days.

Conclusion: As a result, there was not much difference in the patterns of medical use for the under 5% income group who are likely to be eligible for expanded medical aids when the family support rule is alleviated. In addition, more than 30% of them are in arrears with their health insurance premiums, causing inconvenience in using medical services. These findings suggest the need of abolishing the criteria obligated to support family, and great efforts should be made to contribute to non-paid poor and remove their medical blind spot.

Keywords: Medical use; Family support rule; Medical aids; The insured; Health insurance coverage; Qualification

서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

우리나라의 의료보장제도는 건강보험과 의료급여로 구분된다. 의료급여제도는 기초생활보장제도의 하나로 생활유지능력이 없거나

생활이 어려운 저소득 국민의 건강권을 보호하기 위해 국가가 보장하는 공공부조형 의료보장제도이다[1]. 의료급여 수급권자는 2020년 6월 기준 약 1,506천 명으로 전 국민의 2.8%에 해당한다[2]. 의료급여 급여범위는 건강보험의 급여범위를 준용하고 있으며, 의료이용에 따른 본인부담은 건강보험에 비해 상대적으로 낮다.

Correspondence to: Seungji Lim
Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service, 199 Hyeoksins-ro, Wonju 26464, Korea

Tel: +82-33-736-2851, Fax: +82-33-736-9635, E-mail: sjlim@nhis.or.kr

Received: July 1, 2020, Revised: July 27, 2020, Accepted after revision: November 26, 2020

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

의료급여 수급자가 되려면 소득수준이 기준중위소득 40% 이하에서 부양의무자 기준을 충족해야 한다. 여기서 말하는 기준중위소득이란 보건복지부장관이 기초생활보장 급여기준 등에 활용하기 위해 중앙생활보장위원회의 심의와 의결을 거친 뒤 고시하는 국민 가구소득의 중위값을 기준중위소득으로 개편하여 상대적 빈곤개념을 도입한 것을 말한다. 또한 부양의무자기준이란 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양받을 수 없는 경우를 의미한다. 앞선 두 가지 요건을 충족시키지 못하면 의료급여 수급자가 될 수 없다. 그러나 오늘날 개인주의 확산과 부양에 대한 인식변화로 후자인 부양의무자 기준의 요건에 대한 실효성 문제가 지속적으로 제기되어 왔다. 즉 노부모 부양의무에 대한 사회적 인식이 변하고 비수급 빈곤층의 소득 격차가 악화되면서 빈곤에 시달리는데도 부양할 가족이 있다는 이유로 기초생활보장수급대상에서 제외가 되는 등 부양의무자 기준의 제도 개선이 요구되고 있는 것이다. 경제적으로 어려운 저소득층에게 부양의무를 강요한다면 빈곤의 대물림과 가족해체현상까지 불러올 수 있고, 결국 비수급 빈곤층을 양산해 의료보장사각지대를 유발할 가능성이 있다[3].

부양의무자 기준 개선은 기초보장제도의 시급한 과제로, 기초보장제도 도입 당시와 비교해 오늘날 기준이 많이 변화하였다. 부양의무자의 범위축소 및 판정기준 완화 등 부양의무자 기준 개선 또는 폐지는 우리 사회 빈곤해결을 위한 사회복지의 주요 쟁점사항으로 지적되어 왔다. 이러한 부양의무자 기준 개선을 위한 노력은 지속되어왔고 현 정부 들어서도 개선계획들이 연이어 발표되고 있다. 특히 2017년 대선 당시 문재인 대통령은 사회보장의 국가책임 강화를 위해 복지분야의 최우선 공약으로 부양의무자 기준 폐지를 제시하였고, 당선 이후 핵심 국정과제로 선정하였다. 그 결과 2017년에 발표된 ‘제1차 기초생활보장제도 기본계획’의 최우선과제로 부양의무자 폐지가 선정되었다. 이어 2020년 ‘한국판 뉴딜’을 발표하면서 생계급여 부양의무자 기준은 오는 2022년까지 단계적으로 전면폐지를 앞두고 있다. 2015년 교육급여, 2018년 주거급여에 이어진 것이다. 이로써 기초생활보장제도에서 의료급여를 제외한 모든 급여에 부양의무자 기준이 폐지될 계획이다.

의료급여의 부양의무자 기준 개선을 위한 노력은 점진적으로 이루어져 왔다. 2017년 11월에는 수급자 가구와 부양의무자 가구 모두 노인 및 중증장애인이 포함된 경우 부양의무자 기준을 제외하였다. 2019년 1월에는 부양의무자 가구에 중증장애인이 포함된 경우, 2022년 1월부터는 부양의무자 가구 기초연금수급 노인이 포함될 경우 부양의무자 조건을 제외하기로 하였다. 앞선 의료급여 부양의무자 기준 개편방안은 2022년부터 의료급여를 제외한 모든 급여에서 부양의무자 기준을 폐지하기로 한 것과 비교하면 다소 아쉬운 결정이다. 다만,

의료급여가 기초생활보장제도에서 가장 많은 예산이 집중되어 있고 건강보험 보장성 강화정책으로 건강보험의 급여기준을 준용하는 의료급여의 예산 증가속도를 고려한 결정으로 예상할 수 있다. 또한 건강보험에서 의료급여로 전환 시 감소하는 진료비 본인부담으로 의료수요가 급증할 것을 우려한 측면도 있다. 실제로 선행연구에서도 건강보험가입자에 비해 의료급여 수급자의 의료이용이 훨씬 많은 것으로 보고되고 있고[4], 이는 낮은 본인부담금에 기인한 것이라는 연구 결과를 제시하고 있다[5-10]. 의료급여의 진료비 본인부담금을 살펴보면, 의료급여 1종일 경우 입원은 무료이며, 외래는 의원 1,000원, (종합)병원 1,500원, 상급종합병원 2,000원 정액을 부담한다. 2종의 경우 입원 10% 정률을 부담하며, 외래는 의원 1000원, (종합)병원 15%, 상급종합병원 15%이다. 이는 건강보험가입자의 본인부담률의 경우 입원 20% 정률을 부담하며, 외래는 의원 30%, 병원 40%, 종합병원 50%, 상급종합병원 60%를 부담하는 것과 비교하면 상대적으로 낮다.

그러나 건강보험과 의료급여를 비교할 경우, 제도에 의한 본인부담 차이뿐만 아니라 대상자의 소득, 재산, 건강, 장애 등 내생성에 기인한 차이가 반영되어 있어 단순히 비교하는 것은 바람직하지 않다. 의료급여 수급자 집단은 일반 건강보험가입자 집단에 비하여 건강문제에 취약한 노인인구가 많으며 복합질병을 가지고 있다[11]. 더불어 건강보험가입자에 비해 근로능력이 없고, 소득 및 재산수준이 낮으며, 건강상태가 나쁘고, 장애보유 비율이 높다. 따라서 단순히 의료급여 수급자의 의료서비스 이용량이 건강보험가입자와 비교하여 높다고 하여 의료수요가 많다고 단정할 수는 없다[12,13]. 다시 말하면, 의료이용은 본인부담 외에도 소득수준, 근로능력, 건강상태, 장애 정도 등의 차이에 의해 발생하기 때문에 이에 대한 고려가 필요하다.

본 연구에서는 “부양의무자 기준 완화 시 의료급여 확대대상이 될 수 있는 건강보험가입자가 의료급여로 자격이 전환된다면 의료이용량이 급격히 증가할 것인가?”라는 물음에 답을 얻고자 한다. 이를 위해 자격유형별 단순 의료이용량 비교가 아닌 의료급여 수급자와 건강보험가입자 각각 특성의 차이를 고려해 실제 부양의무자 기준완화로 자격이 전환될 대상의 선정과 분석방법을 세밀하게 설계하여 의료이용 변화를 분석하고자 한다. 아울러 의료이용량의 급격한 증가가 자격전환으로 기인하는 것인지를 확인하고 의료급여제도에서 부양의무자 기준 완화를 적극적으로 추진할 수 있는 정책결정의 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 건강보험가입자의 의료급여 자격변동에 따른 의료이용행태 변화를 분석하여 의료급여 수급권자의 부양의무자 기준 완화를 위한 정책결정의 기초자료를 제공하는 데 연구의 목적이 있다.

방 법

1. 연구설계

본 연구는 건강보험가입자가 의료급여 수급자로 자격이 전환될 경우 의료이용에 미치는 영향의 순수효과를 확인하는 것이다. 따라서 연구설계방법은 첫째, 건강보험가입자 중 의료급여 수급자와 특성이 가장 유사한 대조군을 선정한다. 이를 위해 의료급여 수급자 대부분이 근로능력 결손과 낮은 소득수준임을 고려하여 건강보험가입자 소득하위구간과 의료급여 수급자의 소득수준 및 의료이용 차이를 비교하였다. 비교 결과, 건강보험 가입자격 세부유형별 의료이용 현황분석 및 소득·재산 비교의 필요성을 확인하였고, 둘째, 자격유형별 의료이용 차이 및 소득과 재산현황을 분석하였다. 셋째, 앞선 분석결과에 따라 건강보험 지역세대주 1분위와 의료급여세대주의 특성별 의료이용 현황을 분석하였다. 특성은 의료이용량에 영향을 미칠 수 있는 보험료 분위별 소득, 65세 이상노인비율, 장애 여부, 치매 여부, 동반질환상병(Charlson comorbidity index, CCI) 점수 등을 변수로 하였다. 마지막으로, 의료급여와 가장 유사한 특성을 가진 건강보험 지역가입자 1분위를 선정하여 이들이 보험자격을 유지하는 경우와 의료급여로 자격을 전환하였을 때로 구분하여 이중차이분석(difference-in-difference)을 활용한 의료이용 변화를 분석한다.

이중차이분석방법은 동일처치효과와 공통추세 두 가지 요건을 충족시켜야 한다. 공통추세의 변화가 없었다면 실험군과 대조군의 결과변수(의료이용량)의 변화추세가 동일하다는 가정이며, 동일처치 효과는 집단 내 모든 개인들에게 미치는 정책적 효과가 동일하다는 가정이다[14-16]. 본 연구에서는 먼저 지역가입자 1분위와 의료급여 수급권자의 의료이용 공통 추세를 확인하였다. 또한 2018년 지역가입자 1분위였다가 의료급여로 자격이 전환된 자에 대해서만 본인부담이 감소하기 때문에 동일처치효과는 충족되었다고 가정하였다. 이 두 가지 가정이 성립되었다고 판단하여 2018년 지역가입자 1분위였던 대상이 2019년도에도 지역가입자 1분위를 유지하고 있는 경우와 의료급여로 자격이 전환된 대상의 의료이용변화 차이를 확인하였다. 이를 통해 2018년도와 2019년도의 자격전환에 따른 의료이용 변화 효과를 확인하였다. 또한 2018-2019년 이외에도 동일한 결과를 보이는지를 확인하기 위해 2016-2017년, 2017-2018년 자격전환에 따른 의료이용변화를 분석하는 민감도 테스트를 실시하였다.

2. 연구대상

연구대상 선정에 앞서 건강보험가입자와 의료급여 수급자 전체 특성을 살펴본 결과, 건강보험가입자는 소득수준 및 세부유형에 따라 의료이용 차이가 있다는 것을 확인하였다. 따라서 건강보험가입자

중 의료급여 수급자와 소득 및 인구구성, 직업 유무, 건강상태 등 특성이 유사하면서 부양의무자 기준이 완화될 경우 의료급여로 자격전환이 유력한 자를 대상으로 하였다. 그 결과 최종분석대상은 중위소득 40% 이하 조건을 충족하는 건강보험 지역가입자 중 소득하위 1분위(하위 5%)이다.

3. 연구도구

본 연구의 종속변수는 의료이용량을 대표하는 입원일수, 외래일수로 선정하였다. 입원과 외래는 정신과, 한방과를 제외한 의과만을 대상으로 하였다. 의과만을 대상으로 한 이유는 의료급여 수급자는 정신질환 보유비율이 월등히 높기 때문에 평균의 왜곡이 발생할 우려를 제거하기 위함이다. 분석방법은 2018년 기준 건강보험 지역가입자 1분위 중 다음 해인 2019년도에 의료급여로 자격이 전환된 자를 실험군으로 선정하였고, 2019년도에 지역가입자 1분위 자격을 그대로 유지한 자를 대조군으로 하여 자격전환에 따른 의료이용 변화를 확인하였다.

4. 자료수집과 분석방법

자료수집방법은 국민건강보험공단이 보유한 건강보험 자격부과 database (DB), 진료내역 DB, 진료상세내역 DB를 연계하여 분석 DB를 구축하였다. 자료의 분석방법은 아래와 같다.

첫째, 의료급여 수급권자와 특성이 비슷한 건강보험가입자를 확인하기 위해 건강보험가입자를 세부유형별로 구분하여 의료급여 수급권자와 특성을 비교하였다.

둘째, 의료급여로 자격전환에 따른 의료이용 변화량을 추정하기 위해 2018년 건강보험지역가입자 1분위 중 2019년 의료급여로 전환한 자를 실험군으로 2019년 건강보험 지역가입자 1분위를 유지한 자를 대조군으로 하여 이중차이분석을 하였다.

결 과

1. 의료급여 수급자와 특성이 비슷한 건강보험가입자 탐색

1) 건강보험가입자 소득분위 하위구간과 의료급여 수급권자 소득 기준 비교

의료급여 수급권자의 소득기준은 기준중위소득 40% 이하이다. 2018년 2인 가구¹⁾ 기준 중위소득은 281만 원으로, 기준중위소득 40%는 113만 원이다. 건강보험가입자의 소득분위별 소득과 비교하면 1분위 100만 원보다 높으며, 2분위 130만 원보다 낮은 것을 확인할 수 있다(Table 1).

Table 1. Comparing difference of income level between the bottom insured group of health insurance and medical aids

Variable	Maximum income (won)
Health insurance insured' income level	
Bottom insured group	
1st income group	1,000,000
2nd income group	1,300,000
Medical aids' income level	
Two-person household	
Median income 40%	1,125,780

2) 건강보험 1분위와 의료급여 수급권자의 의료이용 차이 비교

의료급여 수급권자는 약 151만 명으로 입원율은 26.3%, 1인당 평균 입원일수는 62일이고 외래환자의 평균 내원일수는 29일이다. 건강보험 소득 1분위(하위 5%) 가입자는 약 178만 명으로 입원율은 13.9%, 1인당 평균 입원일수는 35일이고, 외래환자의 평균 내원일수는 17일이다. 건강보험 1분위의 의료이용은 의료급여보다 적은 수준으로 보인다(Table 2).

3) 건강보험 1분위 및 의료급여 세부자격별 의료현황

건강보험가입자 중 보험료가 1분위인 자 전체를 가입유형별인 지역세대주와 지역세대원, 직장가입자와 직장피부양자로 구분하여 분석한 결과는 다음과 같다. 지역세대주의 입원율은 23.1%, 평균 입원일수는 70일로 직장가입자의 입원율 10.8%, 평균 입원일수 11일로 입

원율 약 2배, 입원일수는 약 7배 차이가 있었으며, 의료급여세대주의 입원율 30.7%에 비해 입원율은 낮았으며, 입원일수는 의료급여세대주의 평균인 69일보다 1일 더 많았다. 건강보험 지역세대주의 외래방문일수는 24일로 직장가입자 16일에 비해 8일 높았으며, 의료급여세대주 32일에 비해서는 8일 적었다(Table 3).

4) 건강보험 1분위와 의료급여 소득 및 재산수준 비교²⁾

건강보험 1분위 중 지역세대주의 연간 평균 총소득은 80만 원으로 직장가입자의 1,263만 원에 비해 1/15 수준으로 낮으며, 의료급여세대주 126만 원에 비해서도 낮았다(Table 4). 건강보험 1분위라도 지역과 직장의 소득수준의 차이가 큰 이유는 분위산출은 지역가입자와 직장가입자 각각 산출하는 것과 직장가입자의 경우 근로소득이 있는 임금근로자이기 때문이다. 본 연구에서 의료급여 수급권자의 대부분이 근로능력이 부족한 점과 총소득 수준을 고려하면 건강보험 1분위 지역가입자와 비교하는 것이 적합할 것으로 보인다.

5) 건강보험 1분위 지역세대주 및 의료급여세대주 특성별 의료이용 현황

건강보험 1분위 지역세대주와 의료급여세대주의 특성별 의료이용 현황을 분석한 결과는 Table 5와 같다. 첫째, 65세 이상 비율은 1분위 지역세대주가 49.1%로 의료급여세대주 47.7%에 비해 1.4%p 높았으며, 65세 이상의 입원일수는 각각 83일과 82일로, 외래일수는 각각 91

Table 2. Differences in medical use between the 1st income group of health insurance and medical aids

Variable	Observations (people)	Inpatient (people)	Average hospitalization (day)	Outpatient (people)	Average outpatient service (day)
Medical aids	1,513,619 (100.0)	398,223 (26.3)	62	1,404,287 (92.8)	29
1st income group	1,779,956 (100.0)	247,985 (13.9)	35	1,603,536 (90.1)	17

Values are presented as number (%) or number.

Table 3. Status of medical use by detailed qualification

Variable	Observations (people)	Inpatient (people)	Average hospitalization (day)	Outpatient (people)	Average outpatient service (day)
The self-employed insured householder	256,174 (100.0)	59,099 (23.1)	70	232,373 (90.7)	24
The self-employed insured family members	196,716 (100.0)	36,474 (18.5)	51	157,174 (79.9)	17
Employee insured	780,659 (100.0)	84,657 (10.8)	11	721,380 (92.4)	16
Employee insured dependent	546,407 (100.0)	67,755 (12.4)	26	492,609 (90.2)	16
Medical aids householder	1,068,425 (100.0)	328,431 (30.7)	69	987,603 (92.4)	32
Medical aids family members	445,194 (100.0)	69,792 (15.7)	31	416,684 (93.6)	21

Values are presented as number (%) or number.

1) 건강보험 직장가입자 평균 피부양자 수가 1.12명인 것을 감안하여 2인 가구 기준으로 비교하였다.
 2) 국민건강보험공단에서 보유 중인 소득과 재산현황 자료를 기반으로 한 분석결과이다.

Table 4. Comparing difference of income and property level by qualification and income group

Variable	Observations (people)	Average total income for person (won) (include no income)	Average total property for person (won) (include no property)
Self-employed insured householder (1st income group)	258,509	802,016	1,242,280
Employee insured (1st income group)	785,284	12,630,334	189,996,901
Medical aids householder	1,062,014	1,264,593	4,675,452

Table 5. Status of medical use by using household's major characteristics

Variable	Over age 65 yr			Disabled			Dementia			CCI (score 0)		
	%	Hospitalization (day)	Outpatient service (day)	%	Hospitalization (day)	Outpatient service (day)	%	Hospitalization (day)	Outpatient service (day)	%	Hospitalization (day)	Outpatient service (day)
Self-employed insured householder (1st income group)	49.1	83	91	19.3	101	33	10.2	160	29	41.1	37	13
Medical aids householder	47.7	82	92	35.6	80	33	11.1	158	33	15.1	30	19

CCI, Charlson comorbidity index.

Table 6. Difference in days of hospitalization

Variable	2018 (day)	2019 (day)	Difference before and after qualification
Maintaining qualification group* (n=299,357)	65.7	67.1	+1.4
Converting qualification group† (n=17,383)	60.4	58.5	-2.1
Difference between experimental and control	-5.3	-8.6	-3.5

*Self-employed insured householder: 1st income group → self-employed insured householder: 1st income group. †Self-employed insured: 1st income group → medical aids.

Table 7. Difference in days of outpatient visit

Variable	2018 (day)	2019 (day)	Difference before and after qualification
Maintaining qualification group* (n=299,357)	22.7	22.9	+0.2
Converting qualification group† (n=17,383)	27.5	29.5	+2.0
Difference between experimental and control	4.8	6.6	+1.8

*Self-employed insured householder 1st income group → self-employed insured householder 1st income group. †Self-employed insured 1st income group → medical aids.

일과 92일로 큰 차이가 없었다. 둘째, 장애비율은 1분위 지역세대주가 19.3%로 의료급여세대주 35.6%에 비해 16.3%p 더 낮았으며, 장애인의 입원일수는 1분위 지역세대주가 101일로 의료급여세대주 80일에 비해 21일 더 많았고, 외래일수는 33일로 같았다. 셋째, 치매비율은 1분위 지역세대주가 10.2%로 의료급여세대주 11.1%에 비해 0.9%p 낮았으며, 치매질환을 가지고 있는 대상의 입원일수는 1분위 지역세대주가 160일, 의료급여세대주 158일에 비해 2일 더 많았으며, 외래일수는 1분위 지역세대주가 29일, 의료급여세대주가 33일로 의료급여세대주가 4일 더 많았다. 넷째, 동반질환상병 중증도를 나타내는 CCI 점수가 0인 경우는 1분위 지역세대주가 41.1%, 의료급여세대주가 15.1%로 지역세대주가 약 26.0%p 더 많았으며, 이들의 입원일수는 1분위 지역세대주가 37일, 의료급여세대주가 30일로 지역세대주가 7일 더 많았다. 반면, 외래일수는 1분위 지역세대주가 13일, 의료급여

세대주가 19일로 의료급여세대주가 더 많았다(Table 5).

2. 이종차이분석을 활용한 자격전환에 따른 의료이용 변화

2018년 건강보험 지역가입자 1분위 중 2019년 지역가입 1분위 자격유지자와 의료급여로 자격이 전환된 자의 입원일수와 외래방문일수 변화를 확인한 결과, 자격전환에 따른 입원일수는 3.5일 감소하였고 외래는 1.8일 증가하였다.

세부적으로 살펴보면, 첫째, 건강보험 지역가입자 보험료분위 1분위 자격유지자의 입원일수는 2018년 65.7일에서 2019년 67.1일로 1.4일 증가하였고, 의료급여로 자격전환자는 2018년 60.4일에서 2019년 58.5일로 2.1일 감소하였다. 이종차이분석결과, 건강보험 지역가입자 보험료분위 1분위에서 의료급여로 자격전환된 경우 입원일수가 3.5일 감소한 것으로 판단할 수 있다(Table 6).

둘째, 건강보험 지역가입자 보험료분위 1분위 자격유지자의 외래 방문일수는 2018년 22.7일에서 2019년 22.9일로 0.2일 증가하였고, 의료급여로 자격전환자는 2018년 27.5일에서 2019년 29.5일로 2.1일 감소하였다. 이중차이분석결과 건강보험 1분위에서 의료급여로 자격전환된 경우에 따른 외래일수는 1.8일 증가한 것으로 판단할 수 있다 (Table 7).

또한 2018-2019년 이외에 다른 연도의 자격전환자에게도 동일한 결과를 보이는지를 확인하기 위해 민감도 테스트를 진행하였다. 분석결과 입원일수는 2016-2017년 -1.8일, 2017-2018년 -6.0일로 일관되게 감소하고, 외래일수는 2016-2017년 2.8일, 2017-2018년 1.7일로 일관되게 증가하는 것을 확인하였다.

고 찰

본 연구는 건강보험가입자 중 의료급여 수급자와 유사한 소득 및 재산 수준을 가진 건강보험 지역가입자 1분위를 분석대상으로 건강보험에서 의료급여로 자격전환에 따른 의료이용 변화를 확인하였다. 주요 분석결과는 다음과 같다.

첫째, 건강보험 1분위와 의료급여의 의료이용량은 차이가 컸다. 입원은 건강보험 1분위는 35일, 의료급여 62일로 의료급여가 약 1.8배 더 많았으며, 외래는 건강보험 1분위 17일, 의료급여 29일로 의료급여가 1.7배 더 많았다. 이는 기존 선행연구와 비슷한 결과다. 선행연구에서는 의료이용량이 차이는 이유로 본인부담금이 낮기 때문에 도덕적 해이가 발생한다는 해석하였다[6-8]. 하지만 의료급여 수급권자 대부분이 근로무능력자라는 것과 지역가입자와 직장가입자의 소득과 재산 수준이 크게 차이나는 것을 고려하여 지역가입자 1분위와 비교하였다. 그 결과 입원은 1분위 지역세대주가 70일로 의료급여세대주 69일과 큰 차이 없었으며, 외래의 경우도 지역세대주 24일, 의료급여세대주 32일로 차이가 감소하였다.

둘째, 의료이용에 큰 영향을 미친다고 알려진 연령, 장애, 건강상태 등의 비율을 살펴본 결과 65세 이상 비율은 1분위 지역세대주 49.1%, 의료급여세대주 47.7%로 큰 차이가 없었고, 장애비율은 1분위 지역세대주 19.3%, 의료급여세대주 35.6%로 의료급여세대주가 약 1.8배 더 높았다. 치매환자는 1분위 지역세대주 10.2%, 의료급여세대주 11.1%로 큰 차이는 없었다. 의료급여세대주와 1분위 지역세대주의 노인비율 및 건강상태는 큰 차이가 없었으나 장애는 일정 부분 차이가 있음을 확인하였다.

의료급여 수급자는 건강보험가입자에 비해 노령인구 및 여성인구

가 많고 건강상태가 좋지 않다[12,13,17,18]. 따라서 이러한 것을 보정하지 않고 비교하는 것은 정확한 비교라고 하기는 어렵다.

셋째, 내생성을 일정 부분 통제하고자 동일인에 대한 자격전환에 따른 의료이용 변화를 확인하였다. 이를 위해 2018년 건강보험 1분위 지역가입자 중 2019년 자격유지자와 의료급여 자격전환자 전수의 의료이용 변화를 이중차이분석방법을 활용하여 분석하였다. 분석결과, 의료급여로 자격전환자의 입원일수는 자격유지자에 비해 3.5일 감소하였다. 반면, 외래 일수는 1.8일 증가하였다. 이는 의료급여로의 전환이 의료이용이 급증하게 되는 것이 아님을 보여준다.

본 연구결과 부양의무자 기준이 완화되면 의료급여 수급자로 전환될 가능성이 높은 지역가입자 1분위와 현재 의료급여수급자 간의 의료이용에 큰 차이가 없다는 것과 동시에 의료급여로 자격이 전환되어도 의료이용이 크게 증가하지 않는다는 것을 보여주었다. 이 결과는 다음과 같이 다각적으로 해석할 수 있다. 첫째, 건강보험 저소득층 가입자도 충분한 의료접근성을 보장받고 있다는 것이다. 이는 건강보험의 보장성이 지속적으로 강화되어 왔기 때문이다. 둘째, 의료급여 수급자의 의료이용이 건강보험에 비해 과잉이용이 아니라는 것이다. 2007년 의료급여개혁으로 본인부담제도 도입, 선택병의원제, 사례관리사 제도 등 적정의료이용을 장려하는 정책의 효과가 반영된 결과로 볼 수 있다.

본 연구의 제한점은 자격전환에 따른 장기적인 의료이용행태의 변화는 확인하지 못한 점과 의료급여로 자격이 전환될 경우 입원은 감소하는 이유, 외래는 증가하는 이유를 밝히지 못한 점이 있다. 이는 향후 정밀한 분석방법을 활용하여 진행할 예정이다. 마지막으로 본 연구결과가 저소득층의 의료보장강화정책을 추진하는 데 있어 의사결정의 기초자료로 쓰이기를 기대한다.

ORCID

Young-Kyoon Na: <https://orcid.org/0000-0002-4596-5848>;

Yerin Cha: <https://orcid.org/0000-0002-6517-3290>;

Nayoung Kim: <https://orcid.org/0000-0002-2859-3384>;

Youngjae Lee: <https://orcid.org/0000-0002-1035-7244>;

Yong-Gab Lee: <https://orcid.org/0000-0001-6870-3579>;

Seungji Lim: <https://orcid.org/0000-0001-5954-9629>

REFERENCES

1. Shin HW. A study on the evaluation of medical aid system and the establishment of basic plan. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2017.
2. National Health Insurance Service. Health care and health insurance main statistics. Wonju: National Health Insurance Service; 2020.
3. Son BD. The family support obligation rule in the national basic livelihood security system: its limitation and way forward. *Health Welf Policy Forum* 2019;(275):32-45.
4. Joo JM, Kwon SM. Difference in outpatient medical expenditure and physician practice patterns between Medicaid and health insurance patients. *Health Policy Manag* 2009;19(3):125-141. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2009.19.3.125>.
5. Shin YS, Shin HW, Hwang DK, Noh IC. Monitoring for the financial efficiency of medical aid. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006.
6. Shin YS. Direction to go for medical aid. *Health Welf Policy Forum* 2010;(167):28-38.
7. Yoon HS. Reforming the medical aid: preemptive system for improving poverty policy. *KDI Focus* 2011;(8):1-8.
8. Lee YJ. Differences of cancer patient's health care utilizations between medical aid program and national health insurance in the elderly. *J Korea Contents Assoc* 2011;11(5):270-279. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2011.11.5.270>.
9. Shin HW, Yoon JH, Lee CS, Lim JW, Hwang SM. A study on the analysis and improvement of care behavior of medical aid patients. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012.
10. Lee HJ. Healthcare utilization and out-of-pocket spending of medical aids recipients in South Korea: a propensity score matching with National Health Insurance participants. *Korean J Health Econ Policy* 2016;22(2):22-49.
11. Park YH, Lee YJ. Qualitative analysis of medical usage patterns of medical aid patients. *J Korea Contents Assoc* 2017;17(9):39-49. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.09.039>.
12. Song MK. Experiences of health care utilization among medical aid excessive users in Korea [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2015.
13. Kim ES, Nam JJ, Kim MY, Ko IS, Lee DM, Kim KS. A study on the long-term medical aid patients' healthcare utilization and improvement of medical healthcare. Seoul: University of Yonsei College of Nursing; 2017.
14. Gertler PJ, Martinez S, Premand P, Rawlings LB, Vermeersch CM. Impact evaluation in practice. 2nd ed. Washington (DC): World Bank; 2016.
15. Dimick JB, Ryan AM. Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *JAMA* 2014;312(22):2401-2402. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16153>.
16. Athey S, Imbens GW. Identification and inference in nonlinear difference-in-differences models. *Econometrica* 2006;74(2):431-497. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0262.2006.00668.x>.
17. Kim S, Kim MH, Kim CY, Seo SH, Yoo WS, Lee YS, Lee JY. A survey on the livelihood health insurance defaulters and the improvement of the system. Seoul: People's Health Institute; 2017.
18. Lee YJ. Medical care utilization between national health insurance and medical assistance in elderly patients. *J Korea Contents Assoc* 2017;17(4):585-595. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.04.585>.