

선택병의원제가 의료급여 수급권자의 건강에 미치는 영향

최정명¹ · 오진주²

수원과학대학교 간호과¹, 단국대학교 간호학과²

The Effects of the Designated Doctor System on the Health of Medical Aid Beneficiaries

Choi, Jeongmyung¹ · Oh, Jinjoo²

¹Department of Nursing, Suwon Science College, Hwaseong
²Department of Nursing, Dankook University, Cheonan, Korea

Purpose: Medical Aid Beneficiaries were surveyed to identify differences in health behaviors, adherence to drug regimen, and quality of life between those people in the Designated Doctor System and those who are not. **Methods:** A total of 1,327 study subjects were separated into three groups: those in the Designated Doctor System for 2 years, those in for 1 year, and those not in the system. **Results:** After the introduction of the Designated Doctor System, 55.8% and 67.9%, respectively, of the subjects in the Designated Doctor System complained of inconvenience in relation to hospital use and the patient referral process. Also, the rate of emergency room use or hospitalization guided by the Designated Doctor System was only 8.7% and 6.5%, respectively. There were no significant differences in health behaviors and adherence to drug regimens between those in the Designated Doctor System and those who are not. **Conclusion:** This study was carried out early in the introduction of the system. Therefore, it is necessary to monitor the positive and negative effects of the Designated Doctor System for a full reflection of its impact.

Key Words: Medicaid, Hospital Attending Physician, Health behavior, Quality of life

서론

1. 연구의 필요성

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 최저생계비 이하 빈곤층의 의료문제를 해결하기 위하여 1977년에 도입된 의료보장 제도이다. 그동안 의료급여제도는 빈곤층 의료보장을 통한 삶의 질을 유지하는데 큰 역할을 담당해 왔으며 국가는 빈곤층의 보건의료 향상을 위해 대상자 확대와 의료급여 범위를 지속적으로 확대해 왔다. 2001년 총 의

료급여비용은 약 1.84조원에서 2010년 약 49.58조원을 상회하고 있다.(Ministry of Health and Welfare [MHW], 2011). 지난 10년간 의료급여비의 급속한 증가원인으로는 수급권자의 고령화와 보장인구의 증가 등 인구학적 특성변화와 진료일수 제한 폐지 등 보장확대요인 이외에 수급권자의 비용의식부재와 비합리적 의료이용, 불필요한 장기입원경향과 비용소모적인 중복진료현상이 지적되고 있다(Kim et al., 2007; Shin, Choi, Shin, Hwang, & Eun, 2005).

MHW (2007)에 따르면 의료급여 수급자 1~3월 진료분 분석결과 중복처방비율이 18.5%에 이르고, 병용금기 의약품 처

주요어: 의료급여, 선택병의원제, 건강행태, 삶의 질

Corresponding author: Choi, Jeongmyung

Department of Nursing, Suwon Science College, San 9-10, Botong-ri, Jeongnam-myun, Hwaseong 445-742, Korea
Tel: +82-31- 350-2428, Fax: +82-31- 350-2429, E-mail: jmchoe@empas.com

투고일: 2012년 11월 12일 / 심사완료일: 2012년 12월 22일 / 게재확정일: 2012년 12월 22일

방 발생건수도 건강보험 가입자는 1.5%인 반면, 의료급여 수급자는 8.13%에 이르는 등 의료급여 수급자의 중복처방, 병용금기 약물복용으로 인하여 약물사고의 위험이 높은 것으로 나타났다. 이는 1종 수급권자들에 제공되는 무료 외래진료가 무분별한 약물남용으로 이어져 수급자의 건강상태를 악화시키며 의료급여 총 진료비 또한, 증가하는 문제를 야기시키는 것으로 나타났다. 이는 의료급여제도가 보장성 강화 및 사각지대 축소를 통해 외형적으로는 성장해 왔지만 수급자들의 실질적 건강관리는 이루지 못하고 있음을 보여주고 있다(Shin et al., 2008-a).

이처럼 의료급여 수급자의 건강관리 향상의 필요성과 의료급여 재정안정화 대책을 위해 정부는 의료급여 혁신대책의 일환으로 지난 2007년 7월 1일부터 선택병의원제를 도입하였다(Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs, 2008)

의료급여제도에 선택병의원제를 도입한 취지는 과다 의료이용으로 추정되는 의료급여수급권자 약 5만명을 우선대상으로 하여 주치의 개념의 의료서비스를 제공하고자 함이다(Shin et al., 2008-b). 주치의 제도는 선진국에서 이미 오랫동안 정착된 제도로서 자유방임적인 의료제도를 갖고 있는 미국을 중심으로 우선 진료를 받아야 하는 일차 진료 의사를 정하는 것이다. 유럽 국가에서는 만성적인 건강보험 재정적자 문제를 해결하기 위한 조치로 시행되었다(Lee, 1996; Shin et al., 2008-b).

우리나라에서의 선택병의원제는 두 가지 기본방향을 갖고 있다. 첫째 개인별 특성을 고려한 의료접근성을 보장하고 집중적인 건강관리를 도모하는 것과 둘째 중복투약 여부를 판단하기 위하여 급여일수 관리체계를 통합관리에서 질환 군별 관리로 개선하여 급여일수 연장승인제도에 연동하는 것이다(Shin et al., 2008-a). 선택병의원제도의 대상은 107개 희귀난치성 질환 및 11개 고시질환 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일 + 1차 연장승인 90일)을 초과한 자, 상기 질환 이외 기타 질환으로 급여일수 545일(상한일수 365일 + 1차 연장승인 90일 + 2차 연장승인 90일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자이다(MHW, 2008). 선택병의원 적용대상자는 원칙적으로 의원급 의료기관 중 한 곳을 선택하여 이용해야 하며, 희귀난치성질환자는 2~3차 의료기관 중 한 곳을, 등록 장애인 및 한센병 환자 등은 2차 의료기관을 이용할 수 있도록 하였다. 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서 진료가 필요할 경우, 진료담당의사의 진료의뢰서를 발급받아 이용하여야 하며, 의뢰서 없이 이용할 경우 진료비 전액을 수급권자가 부담하게 된다(MHW, 2008).

그러나 이러한 조치는 경제적문제로 의료이용이 어려운 의료급여 환자들의 어려움을 도외시하였다는 비판을 받았다. 즉, 선택병의원제의 도입이 의료소평을 억제함으로써 의료비 절감효과와 과잉진료의 감소를 가져올 수 있다하더라도 경제적 능력이 빈약한 계층의 의료수요와 권리를 제한할 수 있으며 결국 의료서비스의 대한 접근도를 낮추는 결과를 초래할 수 있기 때문이다(Kephart, Skedgel, Sketris, Grootendorst, & Hoar, 2007; Kim, Ko, & Yang, 2005; Lee, 2007).

따라서 선택병의원제가 수급권자의 건강에 어떤 영향을 미치고 있는지 지속적인 모니터링이 필요하다. 그러나 선택병의원제에 대한 연구는 제도에 대한 모니터링 연구(Shin et al., 2008-b)나 선택병의원대상자의 의료비 절감효과 등에 대한 연구(Lim, 2010)가 일부 시행되었을 뿐 건강에 대해 어떤 영향을 미쳤는지를 밝힌 연구는 없다.

이에 본 연구는 의료급여수급권자를 대상으로 선택병의원제 도입에 따른 불편정도와 이로 인한 의료접근성의 문제를 파악하고 기존 연구에서 다루어지지 않은 건강행태, 투약순응도 및 삶의 질을 조사함으로써 향후 정책 반영에 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 2007년 7월 도입된 선택병의원제도가 의료급여수급권자의 건강에 미치는 영향정도를 규명하는 데 있으며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 병의원 선택요인과 선택병의원제로 인한 불편정도를 파악한다.
- 선택병의원 적용자와 비적용자간의 의료접근성의 차이를 파악한다.
- 선택병의원 적용자와 비적용자간의 건강행태, 투약순응도, 삶의 질의 차이를 파악한다.

3. 용어정의

1) 선택병의원제

선택병의원제는 의료급여일수 연장승인 신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 또는 중복투약으로 인해 위해 발생 가능성이 높은 자를 대상으로 수급권자 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 차기년도 말까지 의료급여일수의 연장을 승인해주는 제도이다(MHW, 2007).

2) 연장승인제

의료급여일수 상한제(연간최대로 사용할 수 있는 의료급여일수로 연간 365일)로부터 수급권자의 의료이용을 보장해 주기 위하여 질환별 상한일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자에게는 의료급여심의위원회의 심의를 통해 90일 이내의 범위에서 급여일수를 연장해 주는 제도이다(MHW, 2007).

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 선택병의원제도 도입 후 2년 적용자와 1년 적용자 및 비적용자를 대상으로 건강행태, 투약준응도, 삶의 질의 차이를 비교한 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 표본추출은 전국을 대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분한 후, 다시 지방자치단체별로 주민등록 순으로 정렬한 후 계통적으로 추출하였다. 조사대상 표본 수는 예산과 조사기간 등을 고려하여 본인부담제 대상자 1364명을 추출하였으며, 이중, 의료급여에서 제외되었거나, 사망, 입원 또는 시설입소 등으로 누락된 경우를 제외한 선택병의원 2년 적용자 486명, 1년 적용자 198명, 및 비적용자 643명 등 총 1327명을 대상으로 최종 분석하였다. 자료수집은 수급권자가 거주하는 해당 시군구의 사례관리자가 구조화된 설문지를 이용하여 대상자와 심층 면접을 실시하여 설문지를 작성하였다. 조사자간 오차의 발생을 줄이기 위해 조사지침 및 조사방법을 배포하였으며, 메일 및 전화를 통해 조사의 정도 관리를 시행하였다. 조사는 2009년 9월 2일에서 2009년 9월 25일에 걸쳐 이루어졌다.

3. 연구도구

1) 건강행태

건강행태 측정에는 2005년 국민건강영양조사에서 건강행태에 대한 조사항목으로 사용한 총 7개 항목 중 비용에 의해 영향을 받을 수 있는 건강검진율, 독감예방 접종율, 암검진율 3개 항목만으로 구성하였으며(Kang & Choi, 2006) 지난 1년간 해당 건강행위를 실천한 사람의 수를 비교하였다.

2) 투약준응도

투약준응도 도구는 투약준응도에 대한 대표적 도구인 모리스키 도구(Morsky et al., 1983)를 미국 사례관리협회가 수정한 도구(Case Management Society of America, 2007)를 사용하였다. 이 도구는 투약시간과 투약횟수 투약용량준수(2항목), 부작용 인식여부(1문항), 처방시기 준수(1문항) 총 6개 항목으로 구성되었다. 본 연구에서는 개념적으로 중복된 투약용량 준수여부 항목 2개를 1개 항목으로 줄인 5개 문항으로 재구성하여 조사하였다. 각 항목은 전혀 못 지킨다(1점), 못 지킨다(2점), 그저그렇다(3점), 잘지킨다(4점), 매우 잘 지킨다(5점)의 5점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 투약관리 행태가 바람직함을 의미하며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.82$ 로 나타났다.

3) 삶의 질

Shin 등(2007)이 개발한 의료급여 수급권자의 건강 관련 삶의 질 척도를 수정하여 이용하였다. 도구는 9개 영역의 총 28개 문항으로 이루어져 있다. 각 영역은 신체적 기능(9문항), 정서기능(7문항), 신체증상(5문항), 사회적 지지(2문항), 성생활(2문항), 만성질환 관리 기능(1문항), 현재 건강상태에 대한 인식(1문항), 건강상태의 변화에 대한 인식(1문항)의 9개 영역으로 이루어져 있다. 5점 척도로서 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미하며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.89$ 로 나타났다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SAS/WIN 9.1 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 특성을 기술하기 위하여 서술적 통계방법(빈도, 백분율, 평균, 표준편차)을 사용하였고, 비교군과의 차이를 확인하기 위하여 χ^2 , ANOVA를 이용하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구는 우리나라에서 처음 도입된 선택병의원제가 의료급여수급권자의 건강에 미치는 영향정도를 파악하기 위해 이루어진 조사연구로서 원인규명에는 한계가 있다. 또한, 효과 측정을 위한 변수 선택에 있어 체계적인 이론에 근거하지 못하고 기존 문헌을 토대로 임의로 몇 개 변수를 선택하였고, 이를 측정하기 위한 기존도구가 부족한 상황에서 연구진이 문항을 조합하여 사용하였다는 점 등은 연구의 제한점이다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 인구사회학적 특성은 Table 1과 같다. 성별로는 여자가 67.9%(901명)로 남자 32.10%(426명)보다 많았으며 연령은 65~74세가 38.01%로 가장 많았고 75세 이상이 29.34%, 45~64가 28.88%로 45세 이상이 대부분(96.23%)을 차지했다. 결혼 상태는 사별·이혼·별거가 54.51%로 가장 많으며, 교육수준은 초등학교 졸업이 30.52%로 가장 많았으며, 종교는 없음이 36.05%로 가장 높게 나타났다. 세대유형은 1인가구가 46.2%(589명)가 가장 많았으며, 한 부모 가구가 7.0%(89명), 조손가구가 4.5%(57명)이었다(Table 1).

2. 병의원 선택요인과 선택병원제로 인한 불편정도

병의원을 선택한 이유에 대해서는 ‘예전부터 다니던 곳이어서’가 70.6%로 가장 비율이 높았으며, 그 다음으로 ‘집에서

가까워서’가 40.1%, ‘내 병을 잘 보는 것 같아서’가 38.4% 및 ‘처방해주는 약이 잘 맞아서’가 25.2%로 나타났다.

선택병원제 도입으로 인한 병의원 이용 시 불편정도에서는 55.8%가 불편하다고 응답하였다. 선택병원제 이외의 병원을 이용한 경험이 있는 경우는 78.8%로 나타났으며, 이 때 의뢰서 발급과정에 대한 불편정도에서는 67.9%의 대상자가 불편하다고 응답하였다. 또한, 선택병원제 이외의 병원에서 진료 의뢰서 없이 진료를 받은 경우도 16.1%로 나타났으며, 선택병원제 도입이 불편하여 응급실이나 입원을 한 경우는 각각 8.7%, 6.5%였다. 선택병원제 기간이 만료되어도 계속 대상으로 남기를 원하는지에 대해서는 대상자의 38.2%가 그렇다고 응답하였다(Table 2).

3. 의료접근성

‘진료의뢰서를 못 받아서 병의원에 가지 못한 적이 있는가’ 하는 질문을 통해 의료접근성을 확인해본 결과 세 집단 간에 유의한 차이가 나타났다. 즉, 2년 적용자가 의료접근성이

Table 1. Individual Characteristics of Client

Characteristics	Categories	Total (%)	2 years appliers	1 year appliers	Non-appliers
Gender	Male	426 (32.1)	167 (34.3)	62 (31.3)	197 (30.6)
	Female	901 (67.9)	319 (65.6)	136 (68.7)	446 (69.4)
Age (year)	18~44	50 (3.8)	19 (3.9)	3 (1.5)	28 (4.4)
	45~64	383 (28.9)	153 (31.5)	63 (31.8)	167 (26.0)
	65~74	504 (38.0)	193 (39.7)	85 (42.9)	226 (35.2)
	≥ 75	389 (29.3)	121 (24.9)	47 (23.7)	221 (34.4)
Marriage	Spouse	491 (37.2)	198 (41.0)	63 (32.1)	230 (35.9)
	Bereavement, divorce, separation	719 (54.5)	242 (50.1)	116 (59.2)	361 (56.4)
	Single	92 (7.0)	34 (7.0)	13 (6.6)	45 (7.0)
	Others	17 (1.3)	9 (1.9)	4 (2.0)	4 (0.6)
Education	No education	595 (45.3)	191 (56.8)	92 (46.7)	312 (49.1)
	Elementary school	401 (30.5)	153 (31.8)	62 (31.5)	186 (29.3)
	Middle school	157 (12.0)	67 (13.9)	24 (12.2)	66 (10.4)
	High school	128 (9.7)	57 (11.9)	17 (8.6)	54 (8.5)
	College	33 (2.5)	13 (2.7)	2 (1.0)	18 (2.8)
Religion	None	477 (36.1)	176 (36.21)	71 (36.2)	230 (35.9)
	Protestant	417 (31.5)	152 (31.28)	66 (33.7)	199 (31.1)
	Catholic	120 (9.0)	37 (7.61)	15 (7.7)	68 (10.6)
	Buddhism	282 (21.3)	108 (22.22)	39 (19.9)	135 (21.1)
	Others	27 (2.0)	13 (2.67)	5 (2.6)	9 (1.4)
Generation	Living alone	589 (46.2)	361 (27.45)	113 (23.4)	47 (24.0)
	Only couple	333 (26.1)	151 (11.48)	54 (11.2)	26 (13.3)
	Couple+single children	71 (5.6)	326 (24.79)	129 (26.7)	50 (25.5)
	Single parent family	89 (7.0)	187 (14.22)	68 (14.1)	27 (13.8)
	Granny grandson family	57 (4.5)	226 (17.17)	101 (20.9)	38 (19.4)
	Others	137 (10.8)	64 (4.87)	18 (3.7)	8 (4.1)
Total		1,327	486	198	643

가장 낮았으며, 1년 적용자, 비적용자의 순으로 나타났다 (Table 3).

4. 건강행태, 투약순응도 및 삶의 질에 대한 영향

건강행태는 독감예방, 건강검진 및 암검진 모두에서 선택 병의원 적용자와 비적용자 간에 유의한 차이는 없는 것으로

나타났다(Table 4).

선택병의원 적용자별 투약순응도에서는 2년 적용자가 1년 적용자 및 비적용자에 비해 높은 것으로 나타났으나 유의한 차이는 없었다. 항목별로는 ‘약의 부작용을 잘 알고 있다’에서 유일하게 유의한 차이를 보였는데, 2년 적용자가 가장 높은 점수를 나타냈고 그 다음으로 1년 적용자, 비적용자의 순이었다(Table 5).

건강 관련 삶의 질에서는 세 집단 간 유의한 차이가 있었으며, 2년 적용자의 삶의 질이 가장 낮았다. 하부개념별로 보면 신체증상, 정서기능, 건강상태 인식에서 유의한 차이가 있었으며, 나머지 하부개념에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 건강상태 인식에서는 선택병의원 적용자가 비적용자보다 높은 점수를 보였다. 반면 신체증상과 정서기능에서는 선택 병의원 적용자가 비적용자보다 점수가 낮았다(Table 5).

논 의

의료급여수급권자의 적정의료이용을 유도하기 위해 2007년 7월 선택병의원제가 도입되었다. 본 연구는 의료수급권자들이 선택병의원제로 인해 느끼는 불편정도와 이에 따른 의료 접근성을 파악하고 선택병의원제 적용자와 비적용자간의 건강행태, 투약순응도 및 삶의 질에 차이가 있는지 비교하기 위한 연구이다.

그동안 의료급여제도는 지속적인 보장성강화 및 사각지대 축소로 외형적으로 성장해 왔지만 의료급여 재정의 악화 및 의료급여수급권자들의 실질적인 건강관리를 이루지 못하였다는 지적을 받아왔다. 이에 의료급여 혁신대책의 일환으로

Table 2. Reasons for Choice & Inconvenience of Designated Doctor System Appliers

Variables	Categories	n (%)
Reasons for choice	Physician recommendation	17 (2.9)
	Family recommendation	10 (1.7)
	Neighborhood recommendation	30 (5.1)
	Close to home	234 (40.1)
	Old attended	412 (70.6)
	Rumors	37 (6.3)
	Trust for good treatment	224 (38.4)
	Doctor's kindness	108 (18.5)
	Good efficacy of the prescription	147 (25.2)
Inconvenience	Convenience of hospital use	326 (55.8)
	Use of hospitals other than the designated hospital	460 (78.8)
	Inconvenience of patient referral process	397 (67.9)
	Medical care without referrals	94 (16.1)
	Use of emergency room	51 (8.7)
	Hospitalization	38 (6.5)
	Persistence of designated hospital	223 (38.2)
Total		584 (100.0)

Table 3. The Degree of Limit in Medical Accessibility due to Designated Doctor System

Variables	Not limited at all n (%)	Not limited n (%)	Uncertain n (%)	Limited n (%)	Very limited n (%)	M±SD	F	p
2 years appliers	93 (19.1)	265 (54.5)	49 (10.1)	74 (15.2)	5 (1.0)	2.2±0.97	17.78	<.001
1 year appliers	34 (17.2)	118 (59.6)	19 (9.6)	25 (12.6)	2 (1.0)	2.2±0.91		
Non-appliers	130 (20.3)	402 (62.7)	72 (11.2)	34 (5.3)	3 (0.5)	2.0±0.76		

Table 4. Health Behavior of Client

Categories	2 years appliers n (%)	1 year appliers n (%)	Non-appliers n (%)	χ^2	p
Vaccination for influenza	360 (74.2)	140 (70.7)	487 (75.9)	2.14	.343
Health examination	283 (58.5)	123 (62.4)	376 (58.6)	1.06	.588
Cancer examination	250 (51.7)	117 (59.1)	317 (49.5)	5.63	.060

Table 5. Medication Adherence and Quality of Life in Client

Variables	Categories	2 years appliers	1 year appliers	Non-appliers	F	p
		M±SD	M±SD	M±SD		
Medication adherence	Medication times	4.1±0.70	4.0±0.74	4.1±0.71	0.80	.371
	Medication frequency	4.2±0.69	4.1±0.65	4.2±0.69	0.01	.943
	Medication dosage	4.2±0.65	4.2±0.61	4.2±0.62	0.06	.811
	Medication side effect	3.1±0.95	3.0±0.92	2.9±0.95	9.16	.003
	Taking medicine	3.9±0.83	3.8±0.84	3.9±0.75	0.95	.329
	Average	3.9±0.53	3.8±0.53	3.9±0.51	1.82	.163
Quality of life	Physical symptom	2.5±0.73	2.5±0.77	2.6±0.77	3.91	.020
	Emotional factor	2.7±0.75	2.8±0.82	2.8±0.81	4.09	.017
	Physical factor	2.7±0.94	2.7±0.99	2.7±0.99	1.16	.313
	Sexual life	2.2±1.06	2.2±1.12	2.2±1.06	0.18	.834
	Chronic disease management	3.4±1.05	3.3±1.12	3.2±1.07	2.81	.06
	Social function	2.7±1.14	2.9±1.17	2.9±1.10	2.16	.116
	Family function	2.2±1.01	2.8±1.03	2.3±1.02	1.96	.141
	Perceived health status	3.9±0.78	3.9±0.90	3.8±0.83	4.42	.012
	Change of health status	3.4±0.76	3.4±0.70	3.3±0.75	1.29	.276
	Average	2.7±0.53	2.7±0.60	2.8±0.56	3.21	.041

실시된 선택병의원제는 적정 이상의 과잉 의료이용을 한다고 판단되는 수급자에게 주치의 개념의 의료서비스를 제공하고 자 하는 것이다(Shin et al., 2008-b). 일반적으로 주치의 제도는 등록 환자에 대해 진료의 조정 및 의뢰 서비스를 담당하는 문지기 또는 건강길라잡이 역할을 하며, 타 기관 및 상위 의료기관 방문 시 주치의의 의뢰서가 필요하며 의뢰서가 없을 경우 본인부담금을 지불하도록 함으로써 정적의료이용을 유도하고 재정안정화에도 기여하고 있다(Shin et al., 2006). 그러나 우리나라의 경우 1차 의료기관의 의원들의 역할 수행이 미흡하고 의료전달체계가 명확하지 않은 상황에서 수급자들의 의료이용 시 불편함을 초래할 수 있고 이로 인한 의료접근성의 문제가 발생할 수 있다. 본 연구결과에서도 선택병의원 적용자의 56%가 병의원이용 시 불편을 호소했으며, 특히, 의뢰서 발급과정에 대해서는 68%가 불편을 경험한 것으로 보고하였다. 실제 이로 인해 병의원에 가지 못한 적이 있는가 하는 의료접근성에 대한 부분에서도 선택병의원 적용자가 비적용자에 비해 낮은 것으로 나타났다. 선택병의원제 사례분석에 따르면 선택병의원의 진료시간이후 다른 병의원 이용 시 응급증상에 해당되지 않을 경우 본인부담금을 지불해야 하거나, 선택병의원 폐업 시 타 의료기관으로의 변경신청이 늦어지는 경우 진료나 투약이 중단되는 경우가 발생하는 것으로 알려졌다(Shin et al., 2008-b). 또한, 본 연구에서 의뢰서 발급에 따른 불편함이나 외래 진료 시 부담해야 하는 본인부담금을 피하기 위해 응급실이용이나 입원을 하는 경우도 각각 8.7%, 6.5%로 나타났다. 이는 미국과 캐나다의 Medicaid program

에서 필수적인 병의원 방문이나 투약 제한 시 응급실 방문이나 입원, 시설입소 등 다른 영역의 의료이용이 증가한 경우와 일관된 연구결과를 보이고 있다(Helms, Newhouse, & Phelps, 1978; Tamblyn, Laprise, & Hanley, 2001)

선택병의원제는 의료수급권자의 의료중복이나 남용을 막고 합리적인 의료이용을 유도하기 위한 것으로 이를 위해서는 무엇보다 양질의 서비스를 포괄적으로 책임 있게 제공해줄 수 있는 일차의료기관을 잘 선택하는 것이 중요하다. 그러나 본 연구에서 병의원을 선택한 이유로 ‘내 병을 잘 보는 것 같아서(38%)’나 ‘처방 약이 잘 맞아서(25%)’ 등 진료의 장점보다는 ‘예전부터 다니던 곳(71%)’ 또는 ‘집에서 가까워서(40%)’ 등 접근성이 더 큰 것으로 나타났다. 이는 Huh 등(1998)의 연구에서 의사들은 환자에 대한 진료의 장점에 더 비중을 두는 반면 환자들은 접근성을 더 필요로 한다고 제시한 것과 일치한다. 따라서 의료급여수급권자들이 병의원을 선택하는 데 있어 병원이용의 편리성 뿐 아니라 수급권자들의 건강관리에 도움이 될 수 있도록 의료기관 선택가이드를 제공하고 의료급여관리사 등의 적절한 안내가 필요할 것으로 본다. 또한, 선택병의원제도의 취지 가운데 하나인 선택병의원 의사의 주치의 역할이 기대에 맞게 잘 수행되고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 단순히 진료의뢰서 발급기관으로의 기능수준에 머무르지 않고 대상자의 건강상태 파악, 적절한 서비스 제공 및 건강교육을 통해 불필요한 의료소평이나 의료남용을 줄이고 대상자의 건강을 도모하는 것이 중요하다. 이를 위해서는 제도에 대한 적극적인 홍보와 공급자 역할과 책임 및 선택병의원 의사에 대한

인센티브 제공 등에 대한 철저한 준비와 합의과정이 필요하다.

Shin 등(2008-b)의 연구에서 선택병의원제 실시이후 적용 대상자의 의료이용량과 외래진료비의 증가율이 비 적용자에 비해 낮은 것으로 나타났는데, 이는 단순히 선택병의원제도의 순수효과라고 판단하기는 어렵지만, 증가율이 감소한 것은 선택병의원제도 도입에 따라 대상자들이 의료이용을 자제한 결과로 해석할 수 있다고 하였다. 그러나 의료이용 감소에는 불필요한 의료서비스 뿐만 아니라 필요한 의료서비스까지 포함될 수 있으며, 이러한 부정적 영향은 예방적 행위에 더 영향하는 것으로 알려져 있다. 예방적서비스는 응급실이용이나 심각한 질환에 대한 치료서비스보다 덜 중요하게 생각되므로 특히, 주의 깊게 관찰할 필요가 있다는 것이다(Trivedi, Rakowski, & Ayanian, 2008). 그러나 본 연구에서 독감예방접종률, 건강검진 및 암검진률 모두에서 선택병의원 적용자와 비적용자 간에 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 이는 우리나라의 의료서비스체계에 기인하는 것으로 추측할 수 있다. 즉, 공공보건기관에서 실시하는 저소득층 노인에게 무료 독감예방접종과 국가에서 연령별로 무료 또는 저렴한 비용으로 제공하는 건강검진 및 암검진 서비스 등 선택병의원제도와 상관없이 기존의 제도를 이용할 수 있기 때문인 것으로 보인다. 반면 선택병의원제 도입 후 대상자의 건강변수로 삶의 질을 측정한 결과, 선택병의원 적용자가 비적용자보다 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 선택병의원 대상자는 비 적용자에 비해 의료급여일수가 높은 군으로 질병중증도가 더 높은 집단이다. 따라서 이런 결과가 나타난 것이 선택병의원제도의 영향인지에 대해서는 계속 모니터링이 필요할 것으로 판단된다.

본 연구에서 투약순응도는 선택병의원 적용자와 비 적용자 간에 유의한 차이는 없었으나 2년 적용자가 가장 높았다. 특히, '약의 부작용을 잘 알고 있다'는 항목에서는 2년 적용자가 가장 높은 점수를 나타냈고 그 다음으로 1년 적용자, 비적용자의 순으로 유의한 차이를 보여 선택병의원제가 의료급여수급권자의 투약행태에는 긍정적 영향을 미친 것으로 보인다. 의료급여수급권자는 건강보험대상자에 비해 다중처방의 기회가 더욱 많고 약물의 과다복용 위험성과 잉여약물의 가능성이 높다. 특히, 장기의료급여수급권자들은 고 연령, 저학력 및 배우자가 없는 등의 취약한 인구집단으로 약복용에 대한 올바른 지식습득과 정보취득이 어느 계층보다 더 어려울 수 있다(Shin, Kim, & Lee, 2009). 따라서 선택병의원제는 여러 의료기관 이용에 따른 약물 중복처방 가능성을 감소시키는 긍정적인 효과와 더불어 질병에 대한 상담 및 관리서비스를 통해

앞으로 투약순응도에 대한 긍정적 효과를 기대할 수 있을 것으로 본다.

보건복지부는 의료급여수급자의 합리적 의료이용을 유도하기 위해 2007년 7월부터 일정 횟수 이상의 병의원 이용이 필요한 수급자에게는 선택병의원을 정하여 지속적인 의료이용을 할 수 있도록 하는 선택병의원제를 실시하고 있다. 본 연구는 선택병의원제로 인해 의료급여수급자가 경험한 불편 정도와 건강행태, 약물복용순응도 및 삶의 질 등 건강 관련행위에 미치는 영향을 평가한 첫 번째 연구라는 면에서 그 의의가 있다고 할 수 있다. 단지 본 연구는 제도도입 초기에 이루어진 연구로 제도의 영향을 충분히 반영하였다고 보기 어렵다. 따라서 앞으로 선택병의원제 적용 전후 변화를 비교하는 등의 지속적인 반복연구를 통해 선택병의원제의 긍정적 효과와 부정적 효과를 모니터링 하는 것이 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 의료급여수급권자를 대상으로 2007년 7월부터 시행한 선택병의원제 도입 후 선택병의원 적용자와 비 적용자 간의 건강행태, 투약순응도 및 삶의 질의 차이가 있는지 파악하기 위한 조사연구이다. 연구대상은 2년간 선택병의원제를 적용 받았던 집단과, 1년간 적용받았던 집단 및 비적용 집단으로 구분하여 총 1327명을 대상으로 하였으며 자료수집은 사례관리자가 구조화된 설문지를 이용하여 대상자와의 심층면접을 통해 2009년 9월 2일~2009년 9월 25일에 걸쳐 이루어졌다.

연구결과는 병의원을 선택한 이유로는 '예전부터 다니던 곳이라서'가 70.6%로 가장 높았으며, 선택병의원제로 인한 병의원이용 시 55.8%가, 의뢰서 발급과정에 대해서는 67.9%가 불편을 호소하였다. 또한, 선택병의원제로 인해 응급실이나 입원을 한 정도 각각 8.7%, 6.5%로 나타났다. 건강행태와 투약순응도에서는 적용자와 비적용자간의 유의한 차이가 없었으며 '약의 부작용'항목에서는 2년 적용자가 가장 높은 점수를 보였다. 반면 삶의 질의 경우 선택병의원 적용자가 비적용자에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 따라서 앞으로 선택병의원제의 긍정적, 부정적 효과에 대한 지속적인 모니터링과 반복연구가 필요하다. 또한, 선택병의원제가 잘 정착하기 위해서는 선택병의원 의사의 역할이 매우 중요하다. 의사들은 단순히 진료의뢰서 발급기관으로서가 아니라 환자에 대한 주치의로서 의료급여수급자에 대한 1차 의료 책임을 다할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해서는 공급자에 대한 제도안

내, 공급자의 역할과 책임 등에 대한 준비 및 선택병의원 의사
의 주치의 역할에 대한 인센티브제공 등을 통해 선택병의원제
의 긍정적 효과를 극대화 하는 등의 노력이 필요하다.

REFERENCES

- Case Management Society of America. (2007). *Case management adherence guidelines 2.0*(F. W. Jun, K. J., So, A. Y., Kim, H. G., Kim, C. W., Kim, Y. M., et al.). Seoul: Hyunmoonsa, (original work published 2007)
- Helms, L. J., Newhouse, J. P., & Phelps, C. E. (1978). Copayments and demand for medical care: The California Medicaid experience. *Bell Journal of Economics*, 9(1), 192-209.
- Huh, B. Y., Kim, C. H., Park, T. J., Lee, K. Y., Cho, B., & Kim, H. J. (1998). Development and evaluation of home doctor registration program. *The Journal of Korean Academic Family Medicine*, 19(10), 801-810.
- Kang, E. J., & Choi, E. J. (2006). *2005 The third Korea national health and nutrition examinations survey: Health behaviors of adults*. Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Kephart, G., Skedgel, C., Sketris, I., Grootendorst, P., & Hoar, J. (2007). Effect of copayments on drug use in the presence of annual payment limits. *The American Journal of Managed Care*, 13(6), 328-334.
- Kim, E. S., Kim, M. Y., Ko, I. S., Lee, D. M., Kim, K. S., Choi, J. S., et al. (2007). *The current situation of medical Aid utilization and improvement direction in long-term utilizers*. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs.
- Kim, J. Y., Ko, S. K., & Yang, B. M. (2005). The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy*, 72(3), 293-300.
- Lee, D. M. (1996). The need and model program for private doctor. *Journal of Korean Academic Family Medicine*, 17(3), 194-197.
- Lee, Y. J. (2007). A study of the factors and the regional difference of medical aid program recipient's medical utilization. *Social Welfare Policy*, 28, 233-251.
- Lim, S. J. (2010). The effects of case management for medicaid on healthcare utilization by the medicaid system. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(4), 375-385.
- Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs. (2008). *2008 Guideline of medicaid management*. Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2007). *2007 Guideline of medicaid management*. Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2011). *2011 Guideline of medicaid management*. Seoul: Author.
- Morsky, D. E., Levine, D. M., Greene, L. W., Shapiro, S., Russell, R. P., & Smith, C. R. (1983). Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*, 73, 153-162.
- Shin, H. U., Shin, Y. S., Hwang, D. K., Yoo, Y. S., Choi, G. C., & Lim, S. J. (2008-b). *Monitoring the designated doctor system*. Seoul: Korea Institute for Health and Social.
- Shin, S. M., Kim, E. S., & Lee, H. W. (2009). The contributing factors to surplus medicine by long-term users of medical aid in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 42(6), 403-407.
- Shin, Y. A., Shin, H. C., Shin, H. W., Park, E. J., Hong, S. W., Shin, S. M., et al. (2008-a). *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. E., Shin, H. C., Shin, H. W., Park, E. J., Hong, S. W., Shin, S. M., et al. (2007). *Study on the health status and hospital service utilization of Korea medicaid clients*. Seoul: Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare.
- Shin, Y. J., Yu, Y. S., Choi, Y. E., Shin, S. J., Kim, S. J., & Uoo, K. S. (2006). *Monitoring for medicaid financial efficiency and Improvement Direction*. Seoul: Ministry of Health & Welfare.
- Shin, Y. S., Choi, B. H., Shin, H. U., Hwang, D. K., & Eun, S. J. (2005). *The research regarding the healthcare expenditure and medical treatment material service use actual condition and a improvement program*. Seoul: Ministry of Health & Welfare, Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Trivedi, A. N., Rakowski, W., & Ayanian, J. Z. (2008). Effect of cost sharing on screening mammography in medicare health plans. *The New England Journal of Medicine*, 358, 375-383.
- Tamblyn, R., Laprise, R., & Hanley, J. A. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly person. *The Journal of the American Medical Association*, 285(4), 421-429.