

계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구*

김 학 주

(경상대학교)

[요 약]

본인부담과 관련된 이전의 연구들을 살펴보았을 때 외래와 입원 또는 상병별로 환자개인의 본인부담이 진료비에서 차지하는 비율을 파악하여 우리나라 건강보험이 안고 있는 보장기능의 취약성을 거론하거나 이와는 반대로 의료수요의 가격탄력성을 측정, 소비자의 도덕적 해이의 가능성을 지적하는데 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다. 그러나 현재 환자본인이 부담하여야 하는 진료비규모를 파악하여 평균 본인부담액의 실제규모와 본인부담률을 밝히는 동시에 만성질환 보유여부, 의료보장의 종류, 또는 의료서비스 기관에 따른 본인부담의 비형평성 문제에 대하여 직접적으로 논의하는 작업은 극히 미미한 실정이다. 높은 본인부담의 결과로 경제적으로 취약하거나 만성질환에 시달리는 계층이 가장 큰 피해를 입게 된다는 점에서 이에 대한 심도 있는 임상적 및 정책적 논의는 절실하다. 이러한 맥락에서 본 연구는 의료서비스에 대한 계층간 본인부담의 차이가 형평성에 미치는 영향을 분석하고 이에 관련된 정책적 함의를 도출하는데 그 목적이 있다. 본 연구의 결과에서 소득 5분위 대비 최하위 계층의 경우 월등히 높은 만성질환 유병률을 보이고 있음에도 불구하고 최상위층의 6배가 넘는 과중한 본인부담을 안고 있음이 밝혀졌다. 또한 최종적인 회귀분석도형 분석결과를 의료이용 빈도 이외에 환자본인의 인구학적 특성, 가구소득, 만성질환 수, 보험의 종류, 상용치료기관의 종류가 본인부담의 규모를 결정짓는데 있어 영향을 미치는 결정적 요인들로 드러났다.

주제어: 진료비 본인부담, 소득계층간 형평성, 만성질환 유병률, 건강보험

1. 서론

본인부담의 과중성문제는 현행 우리나라 의료보장제도에 관한 논의들 중 핵심과제로서 지속적인

* 이 논문은 2002년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2002-003-B00142).

논쟁의 초점이 되고 있다. 진료비에 대한 환자개인의 본인부담은 의료서비스를 이용하는 보험가입자가 의료비용의 일부분을 의료기관에 직접 지불하는 형태이다(문옥륜, 2000). 현재 우리나라 건강보험 제도상 본인부담은 크게 보험급여에 포함되는 서비스에 대해서 환자가 비용의 일부를 지불하는 급여부분(일부 본인부담)과 보험급여에서 제외되는 서비스에 대해서 환자개인이 비용 전액(100%)을 의료기관에 직접 지불하는 비급여부분(전액본인부담)으로 분류될 수 있다. 이 중 급여가 이루어지는 부분은 다시 보험자와 환자가 비용을 분담하는 방식에 따라, 서비스를 이용할 때마다 일정액을 부담하는 정액식 본인부담제(copayment)와 진료비의 일정률에 해당하는 금액을 부담하는 정률식 본인부담제(coinsurance)가 함께 시행되고 있다. 또한 우리나라에서는 아직 시행되고 있지 않지만 연간 진료비가 일정액이 될 때까지는 환자가 전액을 부담하고 그 이상을 초과하는 비용부분에 대해서 보험자가 전액을 부담하는 일정액 공제제(deductible)형태가 존재한다. 한편 비급여 부분의 경우에는 법적 허용 여부에 따라 임의(불법)적인 비급여와 합법적 비급여(법정 비급여 및 한시적 비급여)로 구별된다(김정희, 2002; 이진경, 2002).

여타 공공보험의 경우와 달리 본인부담원칙이 건강보험제도에 도입된 가장 중요한 이유는 공공 의료서비스를 공급할 때 발생할 수 있는 불필요한 의료수요를 최대한 억제하기 위함일 것이다. 본인부담규모의 확대는 의료비 상승의 주요한 원인인 과다수요를 방지하고 의료자원의 효율적 배분을 피하여 의료비의 급격한 상승을 막기 위한 직접적 대책방안이 될 수 있다(전기홍과 김한중, 1992; 양봉민, 1996). 참고로 2000년 우리나라의 국민의료비 전체 지출규모는 30조 6,799억원으로 전년도 국민의료비 26조 8,249억원에 비해 약 14.7%가 증가한 결과이나 같은 해 국민총생산(GNP) 대비 5.9%를 차지하여 OECD 회원국들의 평균 8.3%에 아직 크게 미달하고 있음을 알 수 있다. 그러나 1995년부터 2000년 사이에 국민의료비 연평균 증가율 11.8%는 동기간 국내 총생산(GDP) 연평균 증가율 6.7%보다도 5.1% point나 높은 수치이며, 이러한 결과로 인해 동기간 국민 총생산 대비 국민의료비는 1995년 4.7%에서 2000년 5.9%로 약 26%의 급격한 증가세를 나타내고 있다(보건복지부, 2002; OECD Health data, 2003).¹⁾

그러나 본인부담의 증가를 통해서 의료비 절감을 성취하려는 수요억제위주의 정책은 성공을 거둔다 할지라도 가입대상자들의 형평성을 심각히 저해하게 되어 사회보험의 본래 취지에 배치되는 결과를 초래할 수 있다. 구체적으로 피보험자에 대한 과중한 부담은 다음의 직·간접적 문제점들을 야기하게 된다. 첫째, 상대적으로 위험도가 높은 중증 질환자들의 과중한 경제적 부담을 경감시키지 못하게 되며, 둘째, 의료수요의 한계비용을 증가시켜 경제적으로 취약한 계층의 의료수급을 제한하게 되고, 셋째, 본인 부담의 증가로 인해 발생하는 가격의 상승은 의사들로 하여금 소득의 손실분을 보상받기 위한 과잉 진료를 유발하게 한다. 마지막으로 질병의 조기진단 및 치료를 제한하게 되어 장기적으로 국가전체의 의료비규모를 상승시키는 역효과를 가져올 수 있다(김창엽, 1999). 결국 진료비 본인부

1) OECD 정의에 따르면 국민의료비는 국가가 의료관련부문에 지출한 총 비용으로서 진료비, 예방 및 공공보건사업에 대한 비용, 건강보험관리비, 의료시설투자비 등을 포함하며 가계부분의 지출은 건강보험의 본인부담금, 처방에 의하지 않은 약제비, 기타 개인이 의료와 관련하여 직접 지불한 비용을 포함하고 있다.

담원칙은 한편으로는 도덕적 해이를 억제하여 경제적 손실(deadweight loss)을 줄이고 보험제정을 보호할 수 있는 반면에 소득계층간 부담의 형평성을 훼손할 수 있는 상충관계(tradeoff)의 성격을 가지고 있다. 본인부담의 규모와 관련된 개선방안을 강구하기 위해서는 먼저 구체적인 실증 분석이야말로 적절한 부담수준을 도출하는데 있어 필수적이라 할 수 있다.

본인부담과 관련한 대부분의 국내 연구는 외래와 입원 또는 상병별로 환자개인의 본인부담규모를 파악함으로써 현재 우리나라 건강보험이 안고 있는 보장기능의 취약성을 기술하거나 이와는 반대로 의료수요의 가격탄력성을 측정하여 도덕적 해이(moral hazard)의 가능성을 지적하는데 초점을 맞추고 있다(이규식, 1985; 노공균, 1985; 신종각, 1997). 그러나 환자본인이 부담하여야 하는 진료비규모의 과중함을 그들의 소득수준과 관련하여 파악하여 저소득층이 가지는 본인부담의 실제규모를 밝히는 동시에 소득계층간 형평성 문제에 대해 직접적으로 논의하는 작업은 매우 미미한 실정이다. 소득계층별 부담의 형평성에 관한 논의가 빈약한 주요 요인들 중 하나는 자료 확보의 어려움을 들 수 있다. 우리나라의 경우 전국단위의 본인부담규모와 관련한 자료들에 대한 공개를 기피하는 성향이 있어 자료의 접근과 확보에 큰 어려움이 있다. 대표적인 예로 건강보험공단의 수신내역자료를 들 수 있다. 이 자료는 건강보험공단이 요양기관 요양급여비 착오 청구 또는 본인부담금 과다징수를 평가하기 위해 진료비 지급이 발생한 건들 중 일정 기준에 해당되는 건을 발췌하여 환자에게 진료내역을 통보한 후에 환자가 통보된 내역이 진료내역과 다르다고 공단에 신고한 경우 공단이 해당 요양기관에 확인한 자료이다. 그러나 국가 정보에 대한 「정보공개법」이 엄연히 현존함에도 불구하고 개인연구자들의 이용이 아직 허용되고 있지 못하다. 이러한 자료 확보의 어려움은 연구자는 임의적으로 표본을 추출하도록 유도하고 이 때문에 발생하는 자료 수집 및 분석상의 오류는 또 다른 문제점으로 지적될 수 있다.

그러나 높은 본인부담의 결과로 인해 경제적으로 취약한 계층이 가장 큰 피해를 입게 된다는 점에서 이에 대한 심도 있는 실태분석의 필요성은 절실하다. 이런 맥락에서 본 연구는 전국규모 자료를 사용하여 의료서비스에 대한 소득계층간 본인부담의 차이가 형평성에 미치는 영향을 분석하고 이에 관련된 정책적 함의를 도출하고자 한다.

2. 우리나라 본인부담제도의 문제점

1) 본인부담제도의 현황

우리나라의 진료비 본인부담제는 입원진료의 경우에는 정률제 방식, 외래진료에 대해서는 진료비 기준상한액에 따라 정액제와 정률제가 혼용되는 방식을 사용하고 있다(김정희, 2002). 1977년 7월 500인 이상의 사업장에 건강보험이 처음 도입될 당시에는 요양기관 종별에 구분 없이 진료비의 일정비율을 지불하는 정률제가 적용되어 1985년까지 유지되었다.

<표 1> 정률제 시기의 본인부담률

시행일	요양기관 종별	입원	외래
1977.7.1	전 요양기관	피보험자: 30%이내 피부양자:40%이내	피보험자:40%이내 피부양자:50%이내
1979.7.1		20%	30%
1980.5.10	종합병원·병원 의원	20% 20%	50% 30%

자료: 의료보험통계연보, 국민건강보험공단 각년도

1986년 1월부터 본인부담 인상 효과가 있는 동시에 보험청구 및 심사 업무가 용이한 정액제가 일 정금액 이하의 소액진료비에 한하여 도입되었다. 이후 정률제와 정액제가 복합적으로 적용되는 형태 는 유지한 채 기준상한액과 기준상한액 이하의 정액본인부담액에 대한 변동만이 있어 왔다. 정액본인 상한선의 경우 1995년까지 10,000원으로 유지되었으나 정액구간 내의 정액본인부담금은 1986년 2,000 원에서 꾸준히 인상되어 1995년에는 3,000원에 이르게 되었다. 2001년에 들어서는 의료수가인상의 결 과로 보험재정 악화현상이 심각한 수준에 이르게 되자 건강보험재정을 안정화하기 위한 대책으로 1997년 12,000원으로 인상되었던 정액구간상한이 15,000원(치과 17,000원)으로 다시 인상되어 현재 적 용되고 있다(김정희, 2002).

<표 2> 정액제, 정률제 혼용 시기의 본인부담률

시행일	요양기관 종별	입원	외래
1986.1.1	종합병원 병원 의원	20% 20% 20%	진찰료+진찰료를 제외한 진료비의 55% 진찰료+진찰료를 제외한 진료비의 50% 진료비가 기준상한액 초과 전체진료비의 30% *기준상한액 이하의 진료비는 정액제
1994. 8	종합병원 병원 의원	"	진찰료+진찰료를 제외한 진료비의 55% 진찰료+진찰료를 제외한 진료비의 40% 진료비가 기준상한액 초과 전체진료비의 30%
2001. 7	"	"	처방전 미발행 정액 10,000이하 *본인부담 3,000원(70세 이상 2,000) *본인부담 2,200원(70세 이상 1,200)
2002. 1	"	"	처방전 미발행 정액 12,000원 이하 처방전 발행 9,000원 이하 *본인부담 3,200원

자료: 의료보험통계연보, 국민건강보험공단 각년도

이처럼 빈번하게 본인부담액이 증가하는 이유는 보험재정관리에 있어 즉각적인 급여지출 감소의 효과가 있을 뿐만 아니라 보험료 인상에 비해 집단적 반발이 적어 채택이 용이하기 때문이다. 그러나 높은 수준의 본인부담은 경제적으로 취약한 저소득층에 있어 의료서비스에 대한 접근성을 악화시킬 수 있다.

2) 본인부담의 과중성

<표 3> 법정 부담률 추이

구분	1990	1995	1998	2000	2001
입원	20.00	20.07	20.55	20.36	20.31
외래	43.96	44.76	41.02	38.29	31.86

자료: 김정희, 「우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화」, 『건강보험포럼』 2002, 가을호.

그렇다면 현재 환자본인이 부담해야 하는 총 진료비 중 본인부담률은 얼마나 될까? 1990-2000년 사이의 우리나라 법정 본인부담률을 살펴보면 입원 20%, 외래 40%선에서 기관별, 종별에 따라 일정하게 적용되고 있으며 시계열적으로 급격한 변화는 보이지 않고 있음을 알 수 있다(김정희, 2002). 그러나 부담규모의 추산과 관련하여 요양기관의 진료비 청구는 법정 요양급여항목에 대해서만 이루어지고 있기 때문에 진료비 전액을 본인이 부담해야 하는 광범위한 비급여 부분은 포함되지 못하는 문제점을 가진다. 급여혜택을 받지 못하는 비급여에 해당하는 항목들로는 일정기간 후에는 급여대상에 포함되어야 하는 한시적 법정 비급여부분과 함께 법으로 명시되지 않고 제도권 밖에서 이루어지고 있는 임의적인 부분까지 포함된다. 이 중 임의 비급여의 경우 ‘요양급여대상, 비급여대상 및 미결정 행위 등’의 범주에 들지 않는 의료행위로서 환자에게 진료비를 청구하는 것 자체의 부당함에도 불구하고 상당수의 요양기관들이 위법으로 환자에게 진료비를 부과하고 있는 것이 현실이다(신윤정, 2003). 그러므로 환자본인이 가지는 실제 부담규모를 파악하기 위해서는 비급여 항목들에 대한 파악이 선행되어야 한다.

<표 4> 총 진료비중 보험자 부담과 본인부담이 차지하는 비중: 2001

(단위:%)

구분	보험자부담	본인부담전체	법정급여	비급여 전체	법정비급여	임의비급여
입원	65.6	34.4	18.7	15.7	11.9	3.8
외래	35.3	64.7	30.9	33.8	17.9	15.9
전체	45.5	54.5	26.8	27.7	-	-

자료: 이진경 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」, 『건강보험포럼』 2002 가을호 자료를 재구성.

건강보험공단의 「수진내역신고자료」를 기초로 계산된 2001년 현재 실 본인부담 규모는 평균 54.5%로서 총 진료비 중 반 이상을 개인이 지불하는 것으로 추정되고 있다(<표 4>). 54.5%의 본인부담 중 보험급여항목에 대해 개인이 일부 부담하는 법정본인부담은 26.8%, 비급여항목에 대해 개인이 전액 부담하는 비급여 본인부담은 27.7%인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본인부담제도를 채택하고 있는 OECD 선진국들 중 세계최고 수준에 해당하는 수치이다(OECD health data, 2003). 특히 의료서비스를 이용할 때 부담해야 하는 평균 본인부담이 입원의 경우 34.4%, 외래의 경우 64.7%로서 급여액의 약 두 배에 달하고 있다. 이 중 임의 비급여는 입원에서는 3.8%, 외래의 경우 비급여 전체의 거의 절

반에 해당하는 15.9%를 차지하고 있다.

<표 5> 전체 보건의료지출 중 환자본인부담 비중의 추이: 1995-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Australia	16.5	17.3	17.6	18.4	18.3	18.5		
Austria	14.6	15.2	17.3	16.8	18.2	18.6		
Belgium								
Canada	15.8	16.1	16.8	16.2	16.4	15.8		
Czech Republic	7.3	7.5	8.3	8.1	8.5	8.6	8.6	
Denmark	16.3	16.2	16.3	16.6	16.1	15.9	16.0	
Finland	20.5	20.3	19.7	19.4	20.3	20.4	20.2	
France	10.8	10.5	10.3	10.3	10.3	10.4	10.2	
Germany	10.0	10.1	10.8	11.2	10.9	10.5	10.6	
Greece								
Hungary	16.0	18.4	18.7	17.5	18.9	21.3	21.3	
Iceland	15.5	16.1	16.3	16.1	15.2			
Ireland	15.5	14.6	13.5	10.7	14.0	13.5	13.3	
Italy	24.4	24.2	24.1	24.5	24.0	22.6	20.3	20.5
Japan	15.1	15.5	16.6	17.7	17.1	16.8		
Korea	51.1	49.1	46.1	41.6	43.0	41.3		
Luxembourg	6.2	7.2	7.5	7.6	7.7	7.7		
Mexico	54.8	55.4	52.7	48.7	50.6	51.5	51.6	
Netherlands				8.8	9.2	9.0	8.8	
New Zealand	16.2	16.3	15.6	16.3	15.9	15.4	16.8	
Norway	15.2	15.3	15.2	14.8	14.3	14.5	14.0	
Poland								
Portugal								
Slovak Republic		8.3	8.4	10.4	10.6	10.7		
Spain	23.5	23.2	23.1	23.2	23.2	23.5	23.7	
Sweden								
Switzerland	33.0	31.4	32.3	32.8	33.3	32.9		
Turkey	29.7	30.8						
United Kingdom	10.9	11.0						
United States	15.0	14.9	15.1	15.5	15.4	15.2	14.8	

*자료: OECD HEALTH DATA 2003.

위에서 밝혔듯이 진료비 본인부담규모가 50%를 초과하고 있는 현 실정은 국민가계에 상당한 부담을 줄 수밖에 없다. 이는 평균 10%내외의 본인부담비율을 갖고 있는 영국, 프랑스, 독일 등의 서유럽 국가들은 물론 전 국민 의료보험이 실시되고 있지 않고 있는 미국(약 15%)의 경우보다도 훨씬 높은 수치이다(<표 5> 참조). 전체 보건의료 지출내역에서 환자개인의 본인부담비율이 가장 낮은 나라들로서는 먼저 일본과 외래 모두 본인부담이 면제되고 있는 네덜란드, 스페인, 오스트레일리아, 덴마크를

비롯하여 룩셈부르크, 프랑스, 영국은 10%내의 본인 부담률을 보이고 있다. 한편 스위스, 이탈리아, 그리스 등은 본인부담률이 20%를 초과하고 있어 다른 유럽국가들에 비해 상대적으로 높은 수치를 보이고 있으나 이들 국가와 비교해도 우리나라의 본인부담률은 약 50%선이므로 상당히 높은 편임을 알 수 있다(OECD Health data, 2003).

<표 6> 비급여 항목별 구성비: 2001

(단위: %)

종별	구분	지정 진료료	병실료 차액	식대	CT MRI	초음파	투약 주사	마취	물리 치료	수술 처치	검사 X선	기타
전체	입원	12.3	18.0	16.0	2.9	7.9	8.2	0.4	0.6	5.9	2.9	25.0
	외래	0.6	0.0	0.1	1.5	9.3	12.5	0.2	0.6	5.2	13.3	56.7
법정 비급여	입원	15.8	23.0	21.0	3.8	10.4	3.3	0.2	0.2	2.2	1.1	18.9
	외래	1.1	0.0	0.1	1.9	17.6	9.9	0.3	1.0	5.4	7.9	53.6
임의 비급여	입원	1.0	2.3	0.3	-	-	23.4	0.9	1.7	17.5	8.6	44.3
	외래	0.1	0.0	0.0	-	-	15.3	0.1	0.2	4.9	19.4	60.1

*자료: 이진경 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」, 『건강보험포럼』 2002 가을호 자료를 재구성

저소득층 환자들의 높은 부담수준을 설명할 수 있는 비급여 항목들을 구체적으로 살펴보면 법정비급여의 경우 입원의 경우 지정진료료, 병실료차액, 식대의 순으로, 외래의 경우에는 초음파, 검사/X선의 비율이 높은 것으로 나타나고 있다(<표 6> 참조). 한편 임의 비급여의 경우에는 입원과 외래 모두 투약/주사, 수술/처치, 검사/X선의 비율이 높은 것으로 나타났다(이진경, 2002).

3) 본인부담규모에 대한 선행 연구 고찰

선행연구들을 살펴보면 개별 요양기관들의 자료를 사용하여 본인부담분이 차지하는 비율을 측정한 김창엽(1999)의 연구를 제외하고는 본인부담 규모에 대한 이전 연구들을 살펴보면 대부분 개인 환자 단위의 접근방식을 사용하였다. 개인을 단위로 조사된 대부분의 연구들은 국민건강보험공단의 수진내역 신고자료를 사용하였고, 몇몇 연구들의 경우에는 퇴원환자나 외래내원환자를 대상으로 직접 영수증을 수집하여 본인부담의 규모를 추정하기도 하였다.

본인부담규모에 대한 최근의 추정치를 조사 대상자료에 따라 구체적으로 살펴보면, 먼저 건강보험 수진내역자료를 이용한 경우, 이병식(1994)은 입원진료 45.3%, 외래진료 65.3%, 신중각(1997)의 경우에는 43.7%(입원), 63.6%(외래)수준을, 의료보험공단(1998)은 입원과 외래 각각 39.3%와 61.1%로 나타났다. 수진내역 신고자료는 자료가 갖는 한계점에도 불구하고 진료내역에 대한 구체적인 파악이 가능하고 추세를 비교하기에 쉽다는 점 때문에 많은 연구자들이 이를 이용한 연구를 수행하여 왔다. 병원 환자들의 영수증을 수집하여 조사한 연구결과들의 경우, 이현실과 문옥륜(1993)은 본인부담액의 비중이 총진료비의 평균 52.0%로 이 중 비급여 본인부담률은 39.6%를 차지한다고 보고하였다. 양봉

민(1996)은 3개의 종합전문요양기관에서 2일간 퇴원 또는 내원한 환자를 대상으로 연구하여 본인부담률이 학교법인, 특수법인, 공립병원의 순으로 높고, 본인부담률이 가장 높은 학교법인의 경우 진료과목에 따라 본인부담률이 입원 50.6%(내과)-67.4%(산부인과), 외래 63.1%(내과)-93.5%(산부인과)의 범위를 갖는다고 하였다. 또한 최병호 외(1997)는 2주간 3개 종합병원의 퇴원환자를 대상으로 한 조사에서 본인부담의 전체 크기는 42.3-51.0%이고, 그 중 비급여 본인부담의 크기는 28.8%-38.1%라고 하였으며, 신영전(2000)의 2개 종합병원과 4개 병원 입원환자를 대상으로 한 연구에서는 본인부담률이 38.1%로 나타났다.

마지막으로 224개 병원에서 작성한 진료비 지급내역자료를 가지고 본인부담의 크기를 추정한 김창엽(1999)의 경우 전체 본인부담이 총 진료비의 51.7%(입원의 경우 40.3%, 외래의 경우 67.4%)에 이르고 있으며 병상규모, 소재지, 대학병원 여부 등이 본인부담률의 크기에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 이 같은 추정결과들은 선행연구들이 서로 다른 자료를 사용하고 있어 부담률의 차이가 있기는 하지만 입원의 경우 39.3%-45.3%, 외래의 경우 63.6%-67.4%로 법정 본인부담률의 2배를 상회하고 있는 것으로 나타났다.

3. 연구 방법

1) 연구대상 및 자료수집방법

본 연구에 사용된 자료는 한국보건사회연구원의 1998년도 ‘국민건강·영양조사’로 1998년 11월 1일부터 당해 12월 30일까지 전국의 일반가구를 모집단으로 총 13,419가구(총 43,682명)를 표본 추출하였다(응답률: 90.8%). 이 조사에서 가구의 모든 가구원에 대해 건강면접조사, 보건영양태조사, 건강검진조사, 영양조사가 실시되었다. 본 자료의 장점은 전국을 대상, 비근로가구를 포함하여 표본을 추출함으로써 연구의 신뢰성을 향상시킬 수 있으며 응답대상자들의 월 소득과 본인부담액, 2주간 외래의료이용, 연간 입원의료이용, 그리고 급·만성 질환별 보유여부 등이 조사내용에 포함되어 있어 소득구간별 외래와 입원의료이용 빈도 및 본인부담의 규모에 대한 분석이 가능하다는 점이다.²⁾ 본 계층별 본인부담을 살펴보기 위해 먼저 소득계층에 대한 분류가 우선 필요하였는데 의료비 지출을 위한 소득원이 보통 가구수준에서 마련된다는 점에서 가구소득이 이용되었다.

2) 국민건강영양조사는 다단계 층화확률 표집방법(a stratified multistage probability sample design)을 사용, 표본을 추출하였으므로 표본 크기에 있어 인위적으로 표본오차가 부풀려져 있을 수 있다. 그러므로 전국을 대상으로 한 정확한 추정치를 구하기 위해 본 연구에서는 모든 표에 가중치를 적용한 물론 complex survey data로 재구성하여 1 PSU(primary sample unit)에 대한 분산값 조절을 실시, 이분량 및 다변량 회귀모형 분석시 정확한 표준오차를 산출함으로써 정확한 통계적 유의미성(statistical significance)을 측정하려고 하였다.

2) 변수의 조작적 정의 및 측정

(1) 인구사회학적 요인

인구사회학적 관련요인으로 성과 연령을 포함하였다.

(2) 만성질환 이환 수

만성질환 이환 수는 한 사람이 몇 가지의 만성질환에 이환되어 있는지를 합산하여 사용하였다.

(3) 의료서비스 유형

의료서비스 유형은 의료보장과 상용치료원의 유형의 2가지 변수를 살펴보았다. 구체적으로 의료보장은 공교보험, 지역보험, 직장보험, 의료보호, 기타의 경우로 분류하여 비교하였다. 상용치료원의 경우 대상자가 주로 이용하는 의료서비스 기관을 의미하며, 약국, 보건소, 한의원, 병원(종합전문, 종합, 병원, 의원)등을 포함한다.

(4) 진료비 연 본인부담액과 본인부담률

진료비 본인부담은 의료서비스 이용을 위해 직접 지불한 비용으로 입원의료와 외래의료를 합하여 본인이 지불한 비용을 의미하며 종합전문병원, 종합병원, 병원, 의원, 한방, 보건소, 보건진료소등에 지불한 일체의 본인부담 비용을 포함한다. 그러므로 의료 자체의 가격외에 왕래비용이나 치료 기간 중에 소비되는 가사대리인의 임금 등의 간접비용은 포함하지 않았다.

‘국민건강·영양조사’자료에서는 입원의료비용의 경우 연간 총 입원비용이 측정된 반면, 외래의료비용은 지난 2주간의 외래의료 이용에 지불한 금액이 측정되었다. 따라서 연간 의료비용의 본인 부담액과 부담률은 다음과 같이 계산되어 이용되었다.

① 진료비 연 본인부담액 = 작년 한해 총 입원비용 + 2주간 외래비용*2.2*12
② 진료비 연 본인부담률 = ∑ 연 본인부담액/가구원 수 보정 연 소득

(5) 가구원수 보정 월 가구소득

가구소득에 대하여 가구원 수의 효과를 보정한 등가소득(equivalent income)을 산출하기 위하여 먼저 가구균등화지수(household equivalence scale)를 적용하였다. 외국의 경우, 가구소득을 가구원수의 0.36승으로 나누어준다든지(김진옥, 1996; Mackenbach and Stronks, 2002), 가구의 구성을 감안하기 위하여 가구내 성인수와 자녀수의 1/2를 더한 값의 제곱근으로 가구소득을 나누어주는 방식등이 활용되고 있다. 본 연구에서는 가구원수와 성인과 자녀수에 따른 개별가계간의 차이를 고려하기 위해

OECD의 최근 가구보정지수(household equivalence scale)에 따라 가구소득이 보정되었다. $(1+0.7(Na-1) + 0.5*Nc)$. 이때 Na와 Nc는 각각 가구내 성인과 자녀수(19세 미만)를 나타낸다 (Atkinson, Rainwater, and Smeeding, 1998). 이렇게 계산된 가구보정소득을 기준으로 하여 소득 5분위(income quintile)로 소득계층이 나누어졌다.

3) 자료분석

통계분석을 위해 Excel, SAS 10.0, Stata 7.2가 함께 사용되었으며 빈도분석과 백분율, 다변량 분석 시 stepwise regression method를 이용, 모형을 구성하였으며,³⁾ 잠재적인 다중공선성(multicollinearity) 문제를 방지하기 위해 VIF 진단을 실시하였다.

4. 분석결과

1) 조사대상자들의 사회경제적 특성

아래의 <표 7>은 연령, 성별, 의료보장 종류, 직업, 소득수준 및 만성질환 수에 따른 조사대상자들의 사회경제적 특성을 보여주고 있다. 먼저 조사대상자들의 성별의 경우 상대적으로 많은 비율의 여성들이 3개 이상의 만성질환을 앓고 있는 반면에 남성의 경우는 만성질환을 가지고 있지 않는 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 연령대별로는 0-19세에서 3.3%만이 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는데 반해 20-44세에서 12.4%, 45-65세에서 31%, 66-79세의 집단에서 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우가 42.5%로 가장 높았다. 표에는 제시되어 있지 않으나 이들의 주요 만성질환유병 순위를 구체적으로 살펴보면 관절염(1위), 요통·좌골통(2위), 고혈압(3위), 당뇨, 위염·소화성 궤양 등의 순으로 나타났으며 만성질환 이환율은 80세 이상의 집단을 제외하고는 연령이 증가함에 따라 함께 증가하고 있는 추세였다. 흥미로운 사실은 의료보장 종류별 인구 분포를 살펴보았을 때 의료보호 대상자 비율이 전체인구 중에서 차지하는 비율이 약 2%에 불과하지만 3개 이상의 만성질환 보유자의 분포에서는 40.2%라는 높은 비율을 보였다는 점이다. 이에 반해 공교보험 가입자들은 18.6%, 지역보험 18.3%, 직장보험 15.9%, 그리고 기타 16.0%로 나타났다.

소득수준별 만성질환 보유수를 살펴보면, 월평균 가구소득이 최하위층(lowest income quintile)에서 다른 소득계층에 비해 상대적으로 훨씬 높은 만성질환 유병률을 보이고 있었다. 구체적으로 3개 이상의 만성질환을 가진 경우가 32.2%에 달하였으며 이는 최상위층(highest income quintile)에 비해 12.9%, 약 3배에 달하는 수치였다. 직업별 구성을 보면 농어업에 종사하는 경우 3 이상의 만성질환을

3) stepwise regression method는 일반적으로 선행연구가 미흡하거나 탐색적 연구를 할 때 적합한 회귀 모형 구성기법이다.

가질 확률이 가장 높았으며 (40.2%), 그 다음으로 기타 20.9%, 기능·단순노무직이 20.7%, 그리고 판매·서비스직이 16.3%순의 분포를 보였다. 전체적으로 대상자들의 사회경제적 특성을 종합해 보면 소득분위 하위층일수록 만성질환 이환율이 높음은 물론 만성질환 보유수에 있어서도 고소득층보다 훨씬 많은 비율을 보이고 있었다. 이 같은 결과는 소득계층간 비용질성이 원래의 소득격차이상의 의미, 즉 직업군 구성분포의 차이 및 보건 상 건강수준의 차이를 보여주고 있음을 알 수 있다.

<표 7> 조사대상자들의 사회·인구학적 특성

(단위: %)

	전체 (%)	만성질환 수			
		0	1	2	≥3
전체 인구	100	33.7	30.4	18.0	17.9
만연령					
0-19	18.9	52.4	34.6	9.7	3.3
20-44	49.4	38.0	31.1	18.5	12.4
45-65	18.4	19.8	28.2	21.1	31.0
66-79	12.1	9.0	24.6	24.0	42.5
≥80	1.2	13.3	34.5	22.7	29.5
성별					
남자	48.2	36.4	32.1	17.6	13.8
여자	51.8	30.9	29.0	18.4	21.8
의료보장					
공교	9.2	28.4	33.2	19.8	18.6
직장	34.4	35.9	30.9	17.3	15.9
지역	53.2	33.5	29.9	18.3	18.3
의료보호	2.1	20.8	22.9	16.2	40.2
기타	1.1	33.7	37.2	13.1	16.0
직업					
전문/행정관리직	5.6	38.2	33.5	18.5	9.8
사무직	7.8	41.0	31.8	18.2	8.9
판매 서비스직	13.5	31.4	30.7	21.6	16.3
농/어업	7.3	13.0	24.1	22.8	40.2
기능 단순노무직	15.2	29.1	29.3	21.0	20.7
군인	0.2	44.3	37.7	18.0	0.0
학생	12.3	55.7	31.1	9.4	3.8
기타	38.2	30.6	31.2	17.3	20.9
소득 5분위					
0-20%(최하위층)	20	22.2	26.2	19.5	32.2
20-40%(하위층)	20	36.5	28.3	17.9	17.3
40-60%(중간층)	20	34.1	30.3	19.7	15.9
60-80%(상위층)	20	36.3	33.4	16.7	13.7
80-100%(최상위층)	20	37.0	33.4	16.7	12.9

2) 사회경제적 특성에 따른 평균 본인부담액과 본인부담률

소득계층간 본인부담수준에 있어 비형평성은 소득계층별 부담하는 진료비 부담규모에 있어 불평등성이 존재함을 의미한다. 과도한 본인부담의 비형평성은 건강보험제도상 의료서비스 접근성을 심각히 저해할 가능성이 클 수밖에 없다. 총 가구소득 대비 본인부담비율은 본인부담의 비형평성의 수준을 나타내는데 매우 적절한 지표가 될 수 있다. 즉 소득수준이 높을수록 본인부담률이 상승한다면 소득 대비 누진적(progressive)구조라 볼 수 있으며 계층간 형평성이 높다고 판단된다. 반대로 소득의 증가 속도보다 본인부담금의 증가율이 높아 본인부담률이 낮아진다면 역진적(regressive)이며 계층간 불공평한 본인부담수준이 적용되는 것으로 이해될 수 있다.

본 연구에서는 본인부담제도 내 비형평성의 정도를 측정하기 위해 진료비 본인부담률(가구원 수 보정소득 대비 의료비 지출액)을 산출하여 소득계층별 비교를 수행하고자 한다. 일반적으로 가계소득 대비 본인지출부담의 비중이 5%를 넘을 때 과중하다고 볼 수 있다. 건강보험체계를 가지고 있는 대부분의 국가들은 소비자의 비용의식을 증가시켜 불필요한 이용을 줄이기 위해 다양한 형태의 본인부담제도를 실시하고 있다. 그러나 본인부담이 과다할 경우 사회보험 본래의 목적인 예기치 않은 의료비지출 과다로 인한 재정적 위기로부터 환자개인을 보호할 수 없으며 소득계층간 부담의 비형평성을 증가시킴으로써 저소득층의 경우 의료에 대한 접근성을 크게 제한하게 한다.

1998년 현재 우리나라 개인별 연 평균 본인부담액은 215,700원으로 나타났으며 만성질환 유병률에 따라 급속히 증가하는 추세이다. 아래의 <표 8>에서 전체인구를 대상으로 한 연 평균 진료비 본인부담은 만성질환을 앓고 있지 않는 경우 68,000원이었으나 3개 이상의 만성질환 보유 시 419,300원으로 극심한 편차를 보였으며 가구원 수 보정 소득대비 본인부담률 또한 만성질환을 가지지 않은 경우 1.1%에서 3개 이상의 경우 11.4%로 증가하였다.

과중한 본인부담은 특히 저소득층 의료서비스 이용자들에게 상당한 소득지출의 부분을 차지하고 있다. 우리나라 전체인구를 대상으로 할 때 개인별 연 평균 진료비 본인부담 지출은 215,700원 또는 소득대비 4.8%를 차지하는데 비하여 소득 5분위 중 최하위 계층의 경우 228,500원 또는 12.5%를 차지하고 있다. 최하위층의 본인부담률은 최상위층의 2%에 비해 6배나 달하는 수치로서 소득계층간 본인부담의 불평등성이 심각한 수준에 있음을 보여주고 있다($\chi^2=1559.2470$ ($P<.0001$)). 현재 우리나라에서 전 국민 건강보험이 실시되고 있으며 이들 빈곤층의 일부가 의료보호 혜택을 받고 있음을 감안할 때 매우 높은 수치로 판단된다.

또한 저소득층에 속하면서 동시에 만성질환을 보유하는 환자들의 부담의 규모가 급격히 증가하는 추세를 보이고 있었다. 극빈층 다음의 하위 계층의 경우 연평균 225,000원의 지출을 하고 있으며 이는 소득대비 5.6%의 본인부담을 의미한다. 더구나 만성질환 유병률을 관련지어 살펴보았을 때 비형평성의 문제는 더욱 심각한 양상을 보인다. 3개 이상의 만성질환을 보유한 환자 개인들의 본인부담의 경우 최하위층은 연 평균 362,800원(가구보정소득 대비 19.5%), 두 번째 하위 계층의 경우 연 평균

514,300원을 지출하였으나 본인부담률의 경우 최하위층보다 적은 13.4%를 차지하였으며 이 수치는 최상위층에 비해 4배가 높은 것으로 현재의 본인부담제도는 매우 역진적이며 계층간 불평등성이 상당한 수준에 달하는 것을 확인할 수 있다. 한편 직업군별 본인부담액 및 본인부담률의 차이 또한 높은 수준으로 나타났다. 농/어업 종사자들의 경우 연평균 221,500원을 지출하고 있으며 이는 가구원수 보정 소득대비 약 9.2%에 해당하는 수치이다. 반면에 사무직 노동자들의 경우는 소득 대비 약 4.0%를 부담하고 있는 것으로 나타났다.

<표 8> 평균 본인부담액과 본인부담률

(단위: 천원, %)

만성질환 수	전체		0		1		2		≥3	
	본인 부담액	부담률 (%)	본인 부담액	부담률 (%)	본인 부담액	부담률 (%)	본인 부담액	부담률 (%)	본인 부담액	부담률 (%)
전체 인구	215.7	4.8	68.0	1.1	231.4	4.5	261.5	5.6	419.3	11.4
만연령										
0-19	92.9	2.3	36.6	0.8	162.5	4.0	102.6	2.3	226.7	7.8
20-44	214.2	4.6	85.9	1.7	237.5	4.5	273.7	7.0	460.1	10.5
45-65	274.1	6.5	75.7	1.6	240.8	6.2	322.1	7.4	398.6	9.4
66-79	321.5	8.2	29.2	0.7	300.0	9.7	257.0	6.5	432.2	10.0
≥80	253.7	3.5	5.5	0.1	490.9	3.1	109.1	4.0	199.8	5.2
성별										
남자	188.0	4.5	42.0	0.8	234.2	5.6	219.2	5.8	425.6	10.1
여자	241.5	5.4	96.6	2.0	228.5	4.8	299.3	7.1	415.6	9.6
건강보험										
공교	302.6	6.0	69.5	0.9	316.4	4.9	269.3	7.4	670.0	14.4
직장	201.2	4.1	55.1	1.0	213.5	4.3	268.9	6.0	433.1	8.3
지역	216.9	5.5	78.4	1.7	234.7	6.0	262.2	6.7	395.1	10.3
의료보호	125.6	3.8	33.4	1.2	126.6	2.7	159.5	4.9	159.0	5.2
기타	53.9	1.8	30.7	1.2	48.2	1.2	46.7	2.3	121.7	4.1
직업										
전문/행정관리직	250.4	7.0	86.9	1.5	424.0	12.2	313.6	10.4	174.9	4.5
사무직	206.0	4.0	64.0	1.2	249.2	5.0	209.3	4.3	699.7	12.7
판매 서비스직	212.1	5.0	59.3	1.4	204.9	5.2	359.0	9.4	325.0	5.5
농/어업	221.5	9.2	36.7	1.3	175.9	9.1	217.6	7.6	310.7	12.8
기능 단순노무직	192.3	3.8	52.2	1.2	180.3	2.9	176.7	4.0	421.9	8.5
군인	155.5	2.6	10.5	0.1	373.9	6.2	55.4	2.3	0.0	0.0
학생	121.7	2.9	78.5	1.4	185.1	5.0	112.4	3.4	258.3	7.2
기타	252.8	5.2	71.7	1.5	247.9	4.5	300.9	6.4	485.4	10.7
소득 5분위										
0-20%(최하위층)	228.5	12.5	56.0	1.6	218.4	11.7	216.4	11.8	362.8	19.5
20-40%(하위층)	225.0	5.6	101.6	1.9	164.0	4.1	293.8	7.7	514.3	13.4
40-60%(중간층)	167.0	3.3	63.1	1.1	139.2	3.0	208.8	3.9	390.6	7.8
60-80%(상위층)	223.0	3.1	49.0	0.6	324.5	4.6	178.5	2.5	491.4	7.0
80-100%(최상위층)	232.8	2.0	65.6	0.6	274.7	2.3	413.9	3.5	369.2	3.5

진료비 본인부담의 평균 지출수준의 격차는 대상자들이 속한 의료보험의 종류에 따라 또한 뚜렷한 차이를 보이고 있다. 특히 의료보호 혜택수급자 또는 의료보호 혜택을 전혀 받지 못하고 있는 '기타'의 경우에 속하는 집단의 지출에 비해 공무원·교직원 또는 직장 의료보험 가입자 집단의 본인부담은 소득대비 약 2배에 상당한 것으로 나타나고 있었다. 이러한 결과는 의료서비스가 다른 재화(goods)들과 비교하여 높은 소득탄력성(income elasticity)을 가지고 있기 때문이다. 의료보호 집단의 경우 보험 가입자들에 비해 평균 본인부담액과 본인부담률이 가장 낮은 것으로 추측된다. 구체적으로 '기타' 집단의 경우에는 연 평균 53,900원 또는 가구원 수 보정 소득 대비 1.8%를, 의료보호 대상자들의 경우 연 평균 125,600원 또는 소득대비 3.8%를 지출한 것으로 나타났다. 반면에 공무원·교직원 보험의 경우는 연 평균 302,600원 또는 6%로 가장 높은 부담액을 지출하였으며 그 다음으로는 지역의료보험(연 평균 216,999원 또는 소득 대비 5.5%), 직장의료보험(연 평균 201,200원 또는 4.19%) 순으로 나타나고 있다. 결국 의료보호 혜택이 빈곤층 또는 만성질환자들의 비용부담을 일정부분 상쇄시키고 있지만 현 건강보험제도상 소득분위별 계층간 본인부담률의 상대적 불평등성은 유지되고 있음을 알 수 있다.

한편 본인부담액의 부담 상태에 관한 불평등도를 알아보기 위해서 외래 또는 입원서비스를 이용한 전체 응답자들을 대상으로 본인부담분포에 대한 Gini값을 측정해 보았다.⁴⁾ 그 결과 진료비 본인부담의 불평등도를 측정해 지니계수 값이 0.709로 나타나 진료비 본인 부담 규모의 불평등도가 절대적으로 높은 수치임을 알 수 있다. 이는 동기간 조사대상자들의 소득 불평등 도를 보여주는 지니계수 값인 0.371보다도 두 배 이상 높은 수치이다. 즉 소득의 불평등도보다 진료비 본인부담의 불평등도가 더 심각함을 알 수 있다.⁵⁾

3) 의료기관 이용률 계층간 이용률과 본인부담률의 차이

앞에서 저소득층의 경우 상당히 높은 진료비 본인부담률을 나타내고 있음이 지적되었다. 그렇다면 이 같은 계층간 높은 진료비 본인부담이 어떻게 이들의 의료기관 종류에 따른 이용률의 차이에 영향을 주고 있을까? <표 9>는 의료기관 이용 빈도에 있어서는 보건소 또는 보건지소 이용의 경우를 제외하고는 전체 소득계층에 있어 비슷한 이용률을 보이고 있음을 알 수 있다. 보건소 이용의 경우 2.6%의 최하위층이 이용하는 반면 최상위층의 경우 0.4%만이 이용하는 등 극명한 차이를 보였다. 특히 3개 이상의 만성질환을 보유하였으며 최하위 계층의 환자개인들의 경우는 같은 조건의 최상위층과 비교할 때 16배나 높은 이용을 보였다.

4) 일반적으로 지니계수(G)는 소득분포에 대하여 측정이 이루어지며 사회 내 소득 불평등도를 나타낸다. 그 정도에 따라 0에서부터 1까지의 값을 가지며 1에 가까울수록 불평등정도가 심각함을 의미한다($G = \frac{\sum(x_i - \mu)^2}{n \mu^2}$, x_i = 개인 또는 가구소득 μ = 전체 평균).

5) 같은 해 근로자가구만을 대상으로 하는 도시가계조사의 소득분포에 대한 지니계수 값은 0.316으로 약간 낮은 수치를 보이고 있다(도시가계연보, 1999).

<표 9> 의료기관 종류에 따른 계층간 이용률과 본인부담률

(단위: 명/인구 100명당, %)

소득분위 및 만성 질환 수	종합전문		종합		병원		의원		한의원		보건소		약국	
	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률	이용률	본인 부담률
0-20%	1.1	68.8	2.0	46.4	2.9	56.8	6.4	34.6	0.5	104.7	2.6	11.7	6.7	28.1
0	0.0	65.2	0.2	24.9	0.2	23.3	1.0	20.0	0.0	8.6	0.1	6.7	1.2	6.0
1	0.2	119.4	0.5	31.4	0.7	38.5	1.3	40.8	0.2	10.4	0.3	3.2	1.7	22.6
2	0.3	14.1	0.5	58.0	0.7	48.0	1.3	31.6	0.1	53.9	0.6	16.8	1.3	27.4
3	0.5	81.0	0.8	48.6	1.4	79.4	2.9	35.2	0.2	200.1	1.6	12.5	2.7	37.7
20-40%	1.1	28.7	1.5	20.5	2.4	13.3	6.2	14.6	0.6	83.1	0.8	7.6	7.4	9.2
0	0.1	10.7	0.4	15.6	0.4	8.1	2.0	10.0	0.0	370.3	0.1	0.4	2.1	4.8
1	0.4	23.6	0.4	19.3	0.6	12.0	1.6	9.9	0.2	10.9	0.2	1.5	2.2	5.8
2	0.2	49.6	0.3	9.4	0.5	11.5	1.1	18.5	0.2	62.3	0.2	19.8	1.4	14.3
3	0.4	23.3	0.4	29.8	0.8	23.7	1.5	18.4	0.1	107.7	0.3	8.2	1.7	14.3
40-60%	0.7	27.8	1.7	28.0	2.2	13.3	6.9	10.0	0.8	35.3	0.7	4.1	7.0	5.4
0	0.1	13.1	0.5	5.7	0.5	13.0	2.6	5.0	0.0	11.6	0.1	2.8	2.2	2.1
1	0.3	22.8	0.4	31.7	0.7	9.6	1.9	9.9	0.4	2.5	0.2	2.1	2.0	3.2
2	0.2	45.2	0.3	15.8	0.5	14.5	1.2	12.0	0.2	3.0	0.2	2.1	1.2	7.9
3	0.2	37.0	0.4	37.3	0.6	16.0	1.2	12.3	0.2	64.3	0.3	6.6	1.5	9.2
60-80%	1.2	31.1	1.3	16.2	1.9	10.5	6.4	7.6	0.7	49.3	0.3	2.8	7.1	5.3
0	0.2	7.5	0.4	5.3	0.4	10.7	2.6	4.1	0.1	13.3	0.1	1.4	2.3	2.1
1	0.5	39.1	0.4	15.7	0.6	9.2	1.8	11.4	0.4	66.6	0.1	2.8	2.3	6.4
2	0.3	31.6	0.2	35.8	0.4	14.6	0.9	5.9	0.2	12.3	0.1	2.2	1.3	3.5
3	0.2	27.0	0.2	15.0	0.6	7.2	1.0	7.5	0.1	51.3	0.1	3.7	1.2	9.7
80-100%	0.9	11.8	1.5	7.8	2.1	11.4	6.6	5.9	0.9	16.4	0.4	4.2	6.4	3.1
0	0.2	3.3	0.5	6.5	0.5	7.9	2.6	3.8	0.1	40.4	0.1	0.6	2.3	1.4
1	0.2	10.0	0.5	5.4	0.7	13.5	2.0	7.6	0.4	24.1	0.1	10.9	2.0	3.3
2	0.2	16.9	0.3	13.0	0.5	15.2	1.1	4.6	0.3	16.9	0.0	2.4	1.2	4.9
3	0.2	13.2	0.2	10.6	0.4	10.2	0.9	6.4	0.1	4.1	0.1	4.3	1.1	3.9

* 참조: 이용률 0.0%는 해당 칸(cell)에 표본 개수 10미만이 포함된 경우임.

한편 최하위층의 의료기관에 따른 본인부담을 살펴보면 한의원에서 가장 높았으며(소득대비 104.7%), 종합전문병원에서(68.8%), 그리고 보건소 이용시(11.7%) 가장 낮게 나타났으며 이는 의료기관 종류에 따른 급여수준 및 진료서비스 가격에서의 차이를 반영하고 있다고 볼 수 있다. 이 중 한방을 포함한 병원이용에 따른 최하위층의 본인부담액은 최상위층에 비해 6배에 달하였는데 이는 소득계층간 의료기관 이용률에 따른 본인부담에 있어 비형평성이 크다는 것을 의미한다.

4) 진료비 본인부담 지출 변화요인 분석

그렇다면 본인부담의 규모에 유의미한 영향을 미치는 요인들은 어떤 것들이 있을까? 이를 측정하기 위해 종속변수로서는 월 본인부담액을, 독립변수로서는 인구학적 특성인(성별, 만 연령), 의료 이

용도(외래 내원일수, 입원일수), 만성질환 이환 수, 가구소득(log), 보험종류(공교보험, 직장보험, 지역보험, 기준변수로 의료보호), 상용치료기관(병원, 한의원, 보건소, 기준변수로 약국)을 사용하여 다중 회귀분석을 실시하였다.

<표 10> 본인부담 지출에 관한 다변량 회귀분석

	Standardized coefficient	95% CI	t statistics	P-value
인구학적 특성				
여자	0.022	(0.052 ~ 0.098)	1.61	0.1083
만연령	0.087	(0.084 ~ 0.089)	5.40	< .0001
의료이용빈도				
내원일수	0.352	(0.335 ~ 0.370)	24.63	< .0001
입원일수	0.178	(0.174 ~ 0.182)	12.31	< .0001
만성질환이환수				
월가구소득(log)	0.039	(0.013 ~ 0.092)	2.56	< .0001
보장종류				
공교보험	0.059	(0.409 ~ 0.529)	1.14	0.0107
직장보험	0.066	(0.390 ~ 0.524)	0.80	0.2545
지역보험	0.070	(0.385 ~ 0.526)	0.81	0.4248
기타	0.058	(0.588 ~ 0.117)	2.14	0.4159
(기준변수:의료보호)				
상용치료기관				
종합전문병원	0.280	(0.122 ~ 0.439)	19.51	< .0001
종합병원	0.238	(0.223 ~ 0.253)	16.63	< .0001
병원	0.162	(0.002 ~ 0.327)	11.44	< .0001
의원	0.170	(0.087 ~ 0.253)	11.77	< .0001
한의원	0.175	(0.008 ~ 0.359)	12.39	< .0001
약국	0.075	(0.282 ~ 0.130)	5.31	< .0001
(기준변수:보건소)				
adjusted R ²	0.4099			
R ² change	0.4068			
F value	132.53(p<.0001)			

<표 10>의 회귀분석 결과, 연령, 입원과 외래의료이용 빈도, 만성질환 수, 월 가구 소득, 상용치료기관의 종류가 의료비 부담 증가와 유의미한 관계를 갖는 것으로 나타난 반면 성별, 의료보장 종류는 유의미한 영향력이 나타나지 않았다. 전체 모형의 설명력은 약 41%로 나타났으며 설명되지 않은 종속변수의 분산의 크기에 영향을 줄 수 있는 잠재적 변수들로는 개인적인 선호(individual preference)

에 따른 의료이용행태 차이, 지역별 의료기관 접근성의 격차, 개별 의료기관 비급여수준의 편차, 기타 급성질환 보유 시 경중도 등의 요인들이 고려될 수 있다.

조사결과 중 가장 큰 영향력을 가지는 변수는 의료서비스 이용 빈도(내원일수와 입원일수)로서 내원일수와 입원일수 모두 본인부담 비용증가에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 내원일수가 1일 증가 시 35%의 본인부담 규모의 증가가 이루어지는 반면, 입원일수가 1일 증가할 경우 약 18%의 지출증가의 결과는 특히 외래서비스 방문이 비급여 부분을 포함한 환자개인이 부담하는 본인부담액에 상당한 영향을 주고 있음을 의미하며 개인의 만성질환 이환 수와 가구소득 또한 본인부담의 크기에 영향을 주는 유의미한 요인들로 나타났다.

회귀분석모형에서는 응답자들의 상용치료기관을 추가하여 그 영향을 파악할 수 있도록 하였다. 그 결과 기준변수로 보건의를 지정하였을 때 종합전문병원($b=0.280$, $p<.0001$), 종합병원($b=0.238$, $p<.0001$), 병원($b=0.162$, $p<.0001$), 한의원($b=0.175$, $p<.0001$), 의원($b=0.170$, $p<.0001$)의 순으로 의료비용 지출과 관련하여 양(+)의 효과가 큰 것으로 나타났다. 위의 이변량 분석에서는 통계적으로 유의미한 결과를 보였던 의료보장의 종류와 진료비 본인부담과의 관계는 월 가구소득 등의 변수의 영향력이 통제되었을 때 유의미한 결과를 보이지 않았다.

5. 결론 및 함의

본인부담은 발생 가능한 경제적 손실실을 최소화하면서, 동시에 필수적 의료서비스 이용을 제한하지 않도록 충분히 고려하여 설계되어야 한다. 그러나 무엇보다도 환자의 지불능력을 고려한 경제적 부담이 주어져야만 건강보험이 가지고 있는 본래의 보장성이 달성될 수 있을 것이다. 현재 우리나라 환자들의 본인 일부부담금과 비급여 부담금을 합친 진료비 본인부담규모가 입원의 경우에는 40-50%, 외래의 경우에는 30%수준에 이른다든 점은 선진국의 0-11%수준에 비한다면 상당한 부담으로 볼 수 있다. 본 연구의 결과에서 소득 5분위(income quintile) 대비 최하위 계층의 경우 월등히 높은 만성질환 유병률을 보이고 있음에도 불구하고 의료보호 급여 여부와 관계없이 월 가구원 수 보정 소득대비 12%가 넘는 과중한 본인부담을 안고 있음이 밝혀졌다. 또한 최종적인 회귀분석모형 분석결과는 이용빈도 이외에 환자본인의 인구학적 특성, 가구소득, 만성질환 수, 상용치료기관의 종류가 본인부담의 규모를 결정짓는데 있어 영향을 미치는 결정적 요인들로 드러났다.

저소득층 피보험 대상자에게 질병이라는 사회적 위험에 빠진 시점에서 감당할 수 없는 진료비를 부담하게 한다는 것은 공공보험의 기본취지에 부합되지 않으며, 의료의 기본적인 접근 기회를 차단하여 소득불평등 이외의 또 다른 불평등을 조장할 수 있다. 즉 이들의 의료서비스 수요를 감소시키게 되어 초기 질병이 심각한 상태로 이전될 때까지 치료하지 않을 확률을 높여 전 국민의 건강에 대한 권리를 제도적으로 보장한다는 사회보험의 기본적인 보장성을 약화시키는 부작용을 초래한다. 건강보험 보장기능의 취약성은 보험료 청구 시 발생하는 소득재분배 효과에 대한 최근의 개선노력에도 불구하고 상당한 규모의 본인 부담금의 심각한 역진성으로 인해 사회보험으로서의 보장 기능을 제대로 하

지 못하게 한다.⁶⁾

더구나 고혈압, 당뇨, 관절 질환등 장기적 관리가 필요한 상병에서도 예외 없이 부담률이 높으며, 비급여로 인한 부담이 50%를 상회하는 현 실정은 우리나라 건강보험의 보장성 문제에 대해 다시 한번 숙고할 필요를 제기한다. 상존하는 과중한 본인부담액은 특히 높은 질병의 위험에 노출된 만성질환자들과 저소득층 환자들에게 심각한 경제적 부담을 안길 수밖에 없으며, 비교적 본인부담이 적은 보건소등을 이용하도록 하는 편향된 경향을 심화시키는 결과를 가져온다. 우리나라에서는 의료보호대상자일지라도 1층 대상을 제외하고는 환자개인에게 과다한 본인부담을 지우고 있으며, 노인들의 정액 본인부담금의 비용 일부에 대해서만 할인혜택을 부여하고 있는 실정이다. 특히 소득에 비례하여 차등을 두고 있는 보험료제도와는 달리 소득계층에 차등이 없는 본인부담금제도의 일률적 적용방식은 큰 문제로 지적된다. 이런 측면에서 공공의료보험을 시행하는 OECD회원국들이 100%에 가까운 급여혜택을 지급하고 있으며 입원진료에 대해서는 완전 급여를 보장해 주고 있다는 사실은 시사하는 바가 크다(Gross et al., 1999; OECD Health data, 2003). 본인부담제를 채택하고 있는 경우에도 이미 소득, 연령, 사회적 범주, 특정 질병과 급여별로 본인부담의 경감제도를 두어 보장성을 높이려는 노력을 기울이지 않고 있다. 그러므로 우리의 경우에도 저소득 본인부담 상한제등이 고려할 만한 현실적 대체방안이 될 것이다. 연구결과에서 지적되었듯이 경제적으로 취약한 저소득층의 부담을 줄이기 위해서는 본인부담액의 한계가 명시되어야 하며 본인부담률 인상 대상에서 제외되어야 할 것이다. 고소득자들에 대해서는 보험료 부과 상한선이 존재하는 현실에서 이러한 조치들은 사회보험으로서의 소득재분배 효과를 강화시킬 수 있으며 사회보장의 기본원칙에도 부합된다.

본인부담의 형평성과 관련된 대책으로서 최근 정부에서는 감기 등 경증 질환에 대해 환자본인의 부담률을 올리는 동시에 중증질환에 대한 부담률을 줄이는 방안을 추진하고 있다. 현행 건강보험 체계상 중증 질환자에 비해 경증 질환자가 상대적으로 더 큰 보험료 혜택을 받고 있어 경제적으로 어려운 중증질환자들에 대한 사회 보장성이 약화되는 측면을 개선하기 위한 대책이라고 한다. 그러나 이 방안이 실질적인 효과를 보이기 위해서는 광범위한 비급여부분의 규모를 먼저 축소하려는 노력이 선행되어야 할 것이다. 재정상의 이유로 급여를 실시하지 못하고 있는 주요 한시적 비급여 항목의 경우 급여에 포함시켜야 하며 위법적으로 행해지고 있는 임의비급여에 대한 본인부담은 하루속히 정리되어야 할 부분으로 보인다. 임의비급여부분을 개선하지 않으면서 공급자(의사 또는 병원)의 유인수요를 막을 수 있는 방도는 없기 때문이다. 이러한 비급여를 줄이고 본인부담을 줄이기 위해 현재 선진국 수준으로의 보험료 인상안이나 민간보험 도입 등이 정부 내에서 논의되고 있다. 그러나 저소득층과 노인계층 등 사회적 약자를 보험시장의 틀 내에서 보호하기 위해서는 보충적인 형평성 증진 대책을 요구된다. 즉 저소득층에 대한 보험료 부담의 한계선이 명시되어야 하며 이들 계층의 지리적, 경제적 접근성 문제를 해결할 수 있도록 민간부문에 90%이상 의존하고 있는 공공의료체계의 강화방안이 먼저 논의되어야 한다.

6) 2000년 7월, 직장의료보험 조합이 공교공단과 함께 단일 보험자로 통합되고 사업장별로 다양한 보험료 부과기준과 보수범위를 전국적 단일보험료 부과체제로 전환함에 따라 보험료 부담의 경우 계층간 형평성이 상당부분 개선되었음이 보고되고 있다(박재원, 2001; 이강희 2002; 이근정, 2003).

최근 보건의료인력 및 시설의 측면에서 많은 개선이 이루어지고 있으나 상대적으로 구매력이 부족한 취약계층이 접근하기에는 아직도 문제가 많다. 공공부문의 역할증대는 현재의 공중보건 의사제도나 보건소, 보건진료원 설치 등과 같은 제도의 개선을 통해 성취될 수도 있으나 정부의 보조금 지원 및 특별회계를 통한 용자정책을 통해 민간부문에 대한 재정지원을 함으로써 이루어질 수도 있다.

6. 연구의 한계

국민건강영양조사를 이용하여 본인부담의 규모를 연구함에 있어서 한계점으로는 다음과 같다. 첫째, 조사자료가 전국 규모의 대표성과 신뢰성을 가지고 있으나 표본의 수가 총 12,283가구밖에 되지 않아 표본오차가 클 가능성이 존재한다. 둘째, 조사년도의 시점이 외환위기 직후인 1998년 말로서 이 시기에 조사 가구의 소득이 감소했을 가능성이 있으며 이는 가구소득대비 본인부담비율에 영향을 줄 수 있다. 셋째, 조사시점이 의약분업 실시 이전이므로 이 후 발생했던 외래이용 및 약 처방 증가분을 반영하지 못하고 있다(김미혜·김소희, 2002).

참고 문헌

- 김미혜·김소희. 2002. "만성질환 노인의 의료비부담 관련요인에 관한 연구". 48(3).
- 김정희. 2002. "우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화". 『건강보험포럼』, 가을호.
- 김진욱. 1996. "가계의 소비지출 비교: 가계 특성에 의거한 균등화 지수를 중심으로", 한국경제학회 동계 학술대회 자료집, 서울: 한국경제학회.
- 김창엽·이진석·강길원·김용익. 1999. "의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기". 『보건행정학회지』 9(4).
- 노공균. 1985. 『의료수요의 가격탄력도에 관한 연구 보고서』, 한국인구보건연구원.
- 문옥륜. 2000. 『의료보장론』, 신광출판사.
- 박재원. 2002. "지역의료보험 통합 전후의 소득재분배 효과 비교". 경북대 대학원 박사학위논문.
- 보건복지부. 2002. 『국민의료비 지출체계』.
- 신영전·유원섭·하현영·정설희. 2000. "일부 병원에서의 입원비 본인부담양상". 『한양의대학술지』 20(1).
- 신운정. 2003. "건강보험의 보장성 강화". 『보건복지포럼』 8.
- 신종각. 1997. "의료보험 급여범위와 본인부담 실태분석". 『보건복지포럼』.
- 양봉민. 1996. "의료서비스의 본인부담 가격", 『보건학논집』 33(1).
- 의료보험관리공단. 1998. "진료비 본인부담 현황분석". 『최근의보동향』 41.
- 의료보험심사평가원, 『의료보험통계연보』.
- 이강희. 2002. "서울지역의료보험 통합전후보험료 형평성 분석". 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 이규식. 1985. "의료수요의 가격 및 소득탄력도: 직장 및 공·교 의료보험 적용자의 외래수요에 관하여". 한국인구보건연구원.

- 이규식. 1997. “의료보장제도의 과제와 경쟁전략”. 『건강보장연구』 1.
- 이근정. 2003. “건강보험 통합에 따른 직장가입자의 소득계층간 기여금 부담변화에 관한 연구”. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 이병식. 1994. “한국의료보험의 본인부담제에 관한 연구”. 서강대학교 공공정책대학원 석사학위논문.
- 이진경. 2002. “건강보험 본인부담 실태와 추이분석”. 『건강보험포럼』 1(3).
- 이진석. 2000. “본인부담제의 현황과 각국의 적용현황”. 『건강보험동향』 18.
- 이현실·문옥륜. 1993. “의료보험환자의 비급여 진료비 본인부담금 징수실태분석”. 『국민보건연구소 연구논총』 3(1).
- 이혜훈. 2001. 『국민건강보험 공단의 과제와 발전방향』. 국민건강보험공단 창립1주년 기념세미나자료.
- 전기홍·김한중. 1992. “의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래이용 변화”. 『예방의학학회지』.
- 정영호. 2001. “한국의 국민의료비 지출동향: 1985-1998”. 『사회보장연구』 17(1).
- 최병호·노인철·신종각·이상영. 1997. 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안』. 한국보건사회연구원.
- 통계청. 1998. 『도시가계연보』.
- . 1999. 『도시가계연보』.
- Atkinson, A. B., L. Rainwater, and T. Smeeding. 1998. “Income distribution in OECD countries: evidence from the Luxembourg income study”. *Social Policy Studies* No. 18. Paris: OECD.
- Goldman D. P. and J. M. Zissimopoulos. 2003. “High out of pocket health care spending by the elderly”. *Health Aff.(Millwood)* 22: 194-202.
- Gross D. J., L. Alexcih, M. J. Gibson, J. Corea, C. Caplan, and N. Brangan. 1999. “Out of pocket health spending by poor and near poor elderly Medicare beneficiaries”. *Health Services Research* 34: 241-54.
- Gross, D. J., L. Alecxih, M. J. Gibson, J. Corea, C. Caplan, and N. Brangan.. 1999. “Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries”. *Health Services Research* 34(1).
- Mackenbach, J. P. and K. Stronks. 2002. “A strategy for tackling health inequalities in the Metherlands”. *British Medical Journal* 325:1029-32.
- OECD. 2003. *OECD health data 2003: a comparative analysis of 30 countries*. Paris: OECD.
- WHO. The world health report 2000 health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm> (accessed March 11, 2004).

How Much should the Poor Pay for their Health Care Services under the National Health Insurance System?⁷⁾

Kim, Hak-Ju
(Gyeongsang National University)

Although National Health Insurance (NHI) in the South Korea has guaranteed access to health insurance coverage to virtually all the people, a significant portion of out-of-pocket spending can create substantial financial burdens for some beneficiaries, particularly those with low incomes. Previous studies have estimated the magnitude of out-of-pocket spending by types of chronic illness or in- and out-patients. Prior estimates, however, have not given a complete picture of the impact of health care costs on lower-income populations. The result from this study shows that 20 percent of beneficiaries in the lowest-income quintile spent more than twelve percent of their household equivalent income out-of-pocket health services, whether they were enrolled in a Health care services or not. In comparison, the beneficiaries in the highest-income quintile level spent only 2 percent of their income out-of-pocket on health care. Also, the regression analysis suggests that age, household income, number of chronic illness, type of hospital in addition to the number of usage may affect the size of out-of-pocket spending.

Key words: Out-of-pocket spending, chronic illness, income class, health insurance.

[접수일 2004. 4. 2. 게재확정일 2004. 6. 3.]

7) This work was supported by Korea Research Foundation Grant(KRF-2002-003-B00142)