

입원환자 의료비 부담에 영향을 미치는 요인

권이승¹, 안병기²✉

¹호서대학교 벤처전문대학원 보건환경학과,

²국립중앙의료원 중앙응급의료센터

Factors Affecting the Burden of Medical Costs for Inpatients

Lee-Seung Kwon¹, Byeung-Ki An²✉

¹*Department of Health and Environment, Hoseo Graduate School of Venture,*

²*National Emergency Medical Center*

<Abstract>

This study analyzes Korea health panel data (2008) (beta version 1.2) of Korea Institute for Health and Social Affairs, and National Health Insurance Corporation to figure out determinants of healthcare expenditure.

In result of Multiple Logistic Analysis, in-patients felt burden on the medical expenditure were 70.0%. As to the patients' payment of medical expenditure, patients over 65 years old had 4.765 times higher than those under 14 years, disabled patients 2.778 than non-disabled patients, chronic patients 1.632 times than non-chronic patients, patients belonging to 12 million won ~ 46 million won and under 12 million won in family income had 1.680 times and 2.168 times respectively than patients with over 46 million won, patients in professional recuperation facility 1.546 times than patients in hospital, patients in private medical institutions 1.700 times than patients in national and public medical institutions, patients using upper grade rooms 1.701 times than patients in non-upper grade rooms.

As a health care safety net mechanism to protect people from medical expenditure burden, there is the patients' payment ceiling in the National Health Insurance System. Thus, in order to facilitate the patient's payment ceiling, it is required that the level of ceiling is to be specified according to the income level, and self-payment items is to be included.

Key Words : Medical Cost, Patients' Payment of Medical Cost, Patient's Payment Ceiling System

I. 서론

2005년 사회보장학회와 중앙일보 공동 조사에서 질병은 중산층이 빈곤층으로 전락하는 원인 중 사업실패, 가정해체에 이어 세 번째 원인이었고[1], 미국의 경우, 2007년 의료비로 인한 파산률이 62.1%에 달하고 있으며[2], Wagstaff[3]는 의료비로 인해 가구가 빈곤층으로 전락하거나 빈곤이 심화되어서는 안 된다고 지적하였다. 이처럼 가계 의료비 부담은 국내·국제적으로 중요한 관심사이다.

보건의료기본법 제2장 제10조에 의하면, 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다고 명시되어 있다.

그러나, 우리나라의 경우, 의료비에 대한 본인부담률¹⁾은 34.2%로 OECD 평균보다 1.7배 높으며[4], 국민의료비(66.7조원)에서 차지하는 가계직접부담(23.3조원)의 비중²⁾ 또한, 2008년도 35.0%로 2007년도 OECD 평균인 18.3%보다 1.9배 높다[5].

국민건강보험공단에 의하면, 본인부담률은 입원환자 본인부담률과 외래환자 본인부담률 2가지로 구분되는데, 입원환자 본인부담률은 33.5%로 외래환자 평균 41.3%보다 다소 낮다. 상대적으로 본인부담률이 낮다고 하여, 본인부담액이 낮다는 의미는 아니기 때문에, 각각 본인부담액도 함께 파악되

어야 한다. 입원환자 본인부담액은 724,120원으로 외래환자 평균 23,290원보다 31배 높았다[6].

입원환자 본인부담액을 줄이고자 2004년에 본인부담상한제가 도입되었다. 이는 재난적 의료비 발생으로부터 국민을 보호하고자 도입한 의료안전망 기전으로 일정기간 동안 법정본인부담금이 일정액을 초과하면 상환 해주는 제도인데, 본인부담액 상한제 적용후, 본인부담률이 많이 낮아지지 못했다. 본인부담액상한제 적용 전 33.3%였으나, 본인부담액상한제 적용 후 32.4%였다[6].

본인부담률이 낮아짐에 따라 환자 및 보호자가 심리적으로 느끼는 의료비 부담이 낮아진다. 의료비 부담은 의료비 정책과 관련된 부정적인 결과에 민감하며, 의료에 대한 경제적 접근성 및 보장성 문제를 진단해 볼 수 있다[7].

이에 따라, 입원환자 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 사전에 파악하여 가계의 의료비 부담을 줄여 건강보험 보장성을 향상시키고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구자료

본 연구의 분석에는 2008년 한국의료패널 상환기 자료가 활용되었다. 한국의료패널은 2008년부터 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 주관하여 보건 의료 이용실태와 의료비 지출수준 파악을 위해 시행하고 있는 패널조사이다. 이 자료에는 패널 참여에 동의한 가구 및 가구원의 인구·사회·경제적 특성뿐만 아니라 그들의 만성질환, 의약품, 응급, 입원 및 외래서비스 등의 의료이용 현황 및 민간의료보험 가입실태에 대한 사항들 까지도 포함되어 있다. 한국의료패널은 1단계에서 지역별 표본 조사를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 확률비례 2단계 층화집락추출 방법을 사용하고 있다.

1) 본인부담률은 {(법정본인부담+비급여본인부담) / (건강보험급여비+의료급여비+법정본인부담+비급여본인부담)}×100으로 신영석 등[4]에서 인용하였다.
2) 국민의료비(total health expenditure)는 '한 나라 국민이 한 해 동안 보건 의료 서비스를 위해 지출하는 화폐적 지출의 총합'으로 정의되며, 개인의료비, 집단 의료비, 고정자본형성비가 포함된다. 가계직접부담(Private Household Out-of-pocket Expenditure)은 가계가 직접 부담하는 지불액으로, '보험급여가 되는 항목에 대한 법정본인부담금(cost-sharing)'과 '비급여항목에 대한 본인부담금(out-of-pocket excluding cost-sharing)'을 합한 것이다[5].

2008년 한국의료패널 상반기 조사는 2008년 4월부터 동년 10월까지 실시되었으며, 조사원이 직접 가구를 방문하여 질문하고 응답을 기록하는 면접(face-to-face interview)방법과 응답자가 가구원들의 의료 이용 및 지출 현황을 직접 기입하는 자기 기입방법이 동시에 활용되었다. 2008년 한국의료패널 상반기 자료는 총 7,866가구와 24,616명의 가구원으로 구성되어 있는 자료를 활용하였다.

2. 연구대상

가구원 24,616명 중 조사원의 가구방문 시점을 기준으로 지난 6개월간 입원 경험 건수는 1,635건이며, 이중에서 1,042건을 연구대상으로 선정하였다. 연구대상에서 제외된 593건은 진료비 지불유형이 자동차보험 적용·산재보험 적용 및 무료로 입원한 171건, 의료보장형태가 건강보험 이외인 의료급여 및 특례자(국가유공자 등)로 입원한 161건, 의료기관 유형이 병원급 이외인 의원 및 조산원에 입원한 252건, 각 변수에 대해 “무응답 및 모름”으로 응답한 9건을 제외시켰다.

3. 연구방법

1) 변수선정 및 처리방법

본 연구에 사용된 독립변수는 성별, 연령대, 민간의료보험 납입료 범위(월), 장애인 여부, 응급실 이용 유무, 출산 여부, 중증질환 대상자 여부, 만성질환 대상자 여부, 가구 총소득 범위(만원), 의료기관 종별유형, 국·공립 의료기관 유무, 상급병실 이용 유무, 수술 유무, 의료서비스 불만족 유무로 선정하였다.

연령대 범위는 14세 이하, 15세-64세, 노인인 65세 이상으로 구분하였으며, 민간의료보험 월 납입

료 기준은 민간의료보험 가입자가 월 평균 74,020원을 납입한다는 것을 참고하였고[8], 장애인 여부는 정상인과 장애인으로 구분한 것을 참고하였으며[9], 응급실 이용 유무는 미이용한 환자와 이용한 환자로 구분하였다.

출산 여부는 출산한 환자와 출산 이외의 기타 환자로 구분하였고, 중증질환 대상자 여부는 미대상자와 대상자로 구분하였는데, 중증질환 대상자 선정시 진단코드를 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 중 입원환자 중증질환 산정특례 대상 상병코드로 재선정하여 처리하였다. 만성질환 대상자 여부는 만성질환 대상자와 미대상자로 구분하였으며, 연구대상자의 응답에 의해 처리하였다.

가구 총소득 범위는 소득세법 제55조에 의한 종합소득과세표준 구간을 참고하였고, 의료기관 종별유형은 병원급, 종합병원, 종합전문요양기관으로 구분하였으며, 국·공립 유무는 김창엽 등의 연구[10]에서 구분한 것을 참고하였다.

상급병실 이용 유무는 안병기의 연구[11]에서 상급병실을 이용한 환자가 본인부담액에 유의하게 영향력이 있다는 것을 참고하였고, 수술 유무는 수술 받은 환자의 본인부담액이 크다는 것을 참고하였으며[12], 의료서비스 불만족 유무는 만족한 환자와 불만족한 환자로 구분하였으며, 연구대상자의 응답에 의해 처리하였다.

종속변수는 의료비 부담 유무로 처리하였는데, 환자 및 보호자가 의료기관에 납부한 금액이 가계에 부담을 주고 있는 유무이며, ‘매우 큰 부담을 준다’와 ‘약간의 부담을 준다’로 응답한 환자 및 보호자는 부담을 주는 것으로 분류하였고, 그 이외는 부담을 주고 있지 않는 것으로 분류하였다<표 1>.

<표 1> 변수 선정 및 처리방법

변수선정	처리방법
종속변수	
의료비 부담 유무	미부담 1, 부담 2
독립변수	
성별	남자 1, 여자 2
연령대(≤14세 기준)	≤14세 1, 15세-64세 2, 65세 이상 3
민간의료보험 월 납입료 범위(미가입자 기준)	0원(미가입) 1, <74,020원 2, ≥74,020원 3
장애인 여부	정상인 1, 장애인 2
응급실 이용 유무	미이용 1, 이용 2
출산 여부	기타 1, 출산 2
중증질환 대상자 여부	미대상 1, 대상 2
만성질환 대상자 여부	미대상 1, 대상 2
가구 총소득범위(만원)(≤1,200만원 기준)	≤1,200만원 1, 1,200만원 초과-4,600만원 이하 2, 4,600만원 초과 3
의료기관 이용 종별유형(병원 기준)	병원급 1, 종합병원 2, 종합전문요양기관 3
국공립 의료기관 이용 유무	국공립 1, 사립 2
상급병실 이용 유무	미이용 1, 이용 2
수술 유무	미수술 1, 수술 2
의료서비스 불만족 유무	만족 1, 불만족 2

2) 분석방법

자료 분석은 SPSS 18.0 for Windows를 사용하였으며, 연구 대상자의 일반적 특성별 의료비 부담 분포 및 차이는 교차분석(Chi-Square test) 및 단일 변량 분산분석(ANOVA)을 사용하였고<표 2>, 로지스틱 회귀분석(Logistic Regression Model)을 사용하여 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 파악하였다<표 3>.

입원 경험 건수 1,042건 중 의료비 부담률은 부담을 갖고 있는 환자가 70.0%이며, 부담을 갖고 있지 않는 환자가 30.0%로 부담을 갖고 있는 환자가 높았다.

의료비 부담률은 성별에서 여자보다 남자가, 응급실 이용 유무에서 응급실 이용 환자보다 미이용 환자가, 가구 총소득 범위에서 1,200만원을 초과하는 가구에 속한 환자보다 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자가, 의료기관 종별유형에서 종합병원급 이하의 의료기관을 이용한 환자보다 종합전문요양기관을 이용한 환자가, 국·공립 의료기관 이용 유무에서 국·공립 의료기관을 이용한 환자보다 사립 의료기관을 이용한 환자가, 상급병실 이용 유무에서 상급병실을 미이용한 환자보다 상급병실을

Ⅲ. 연구결과

1. 연구 대상자의 의료비 부담률

이용한 환자가, 수술 유무에서 비수술 환자보다 수술 받은 환자가, 의료서비스 불만족 유무에서 만족한 환자보다 불만족한 환자가 높았으나, 유의한 차이는 없었다.

연령대에서 64세 이하의 환자보다 65세 이상의 환자가, 민간의료보험 납입료 범위(월)에서 가입한 환자보다 가입되지 않은 환자가, 장애인 여부에서 비장애인 환자보다 장애인 환자가, 출산여부에서 출산이외의 환자보다 출산한 환자가, 중증질환 대상자 여부에서 미대상 환자보다 중증질환 대상 환자가, 만성질환 대상자 여부에서 미대상 환자보다 대상 환자가 의료비 부담률이 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다<표 2>.

2. 의료비 부담에 영향을 미치는 요인

의료비 부담 유무를 종속변수로 한 다중 로지스틱 회귀분석³⁾ 결과, 분산확대지수(VIF)⁴⁾가 10미만이고, 다중공선허용치⁵⁾가 0.1이 초과됨으로 독립변수들간 다중공선성 문제는 없었다.

연령대, 장애인 여부, 만성질환 대상자 여부, 가구 총소득 범위, 의료기관 이용 종별 유형, 국·공립 의료기관 이용 유무, 상급병실 이용 유무가 통계학적으로 유의하였다.

즉, 가구의 의료비 부담은 연령대에서 14세 이하의 환자보다 65세 이상의 환자가 입원하였을 경우 더 많은 부담을 느꼈다(OR=4.765). 장애인 여부에서 비장애인 환자보다 장애인 환자가(OR=2.778), 만성질환 대상자 여부에서 미대상자보다 대상자가(OR=1.632), 가구 총소득 범위에서 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자보다 1,200만원 초과~4,600만원 이하의 가구에 속한 환자(OR=1.680) 및 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자(OR=2.168), 의료기관 이용 종별유형에서 병원급에 입원한 환자보다 종합전문요양기관에 입원한 환자가(OR=1.546), 국·공립 의료기관 이용 유무에서 국·공립 의료기관에 입원한 환자보다 사립 의료기관에 입원한 환자가(OR=1.700), 상급병실 이용 유무에서 상급병실 미이용 환자보다 상급병실 이용 환자가(OR=1.701) 각각 더 많은 부담을 느꼈다 <표 3>.

- 3) 다중 로지스틱 회귀분석시, 변수들 입력은 직접입력 방법(Enter)을 선택하였다.
- 4) 다중공선상의 문제를 해결하기 위한 가장 일반적인 방법으로는 독립변수간의 단순상관계수를 구하는 방법이 있으나 세 개 이상의 변수들이 다중공선성을 가질 때 이를 진단하지 못하며(Montgomery와 Peck, 1982) 많은 독립변수들의 상관계수를 제시하는데도 어려움이 있다. 그러나 분산확대지수(VIF: Variance Inflation Factor)를 제시하면 가장 간단하게 독립변수간의 관계를 알 수 있으며 VIF는 다중공선허용치(tolerance)의 역으로 다중공선허용치를 알면 간단히 구할 수 있다. 다중공선허용치는 $1-R^2$ 로 구할 수 있는데, 다중공선허용치 값이 클수록 VIF값이 작을수록 독립변수들의 다중공선성의 문제는 없다. Marquardt(1970)는 VIF의 판별기준으로 어느한 VIF의 값이 10이상이면, 다중공선상의 문제가 존재한다고 제시하고 있다[13].
- 5) 다중공선허용치가 0.1이하이면, 다중공선상의 문제가 존재한다고 제시하고 있다[14].

<표 2> 연구 대상자의 의료비 부담률

변수	의료비 부담			χ^2	
	계	부담	미부담		
성별	남	484(100.0)	344(71.1)	140(28.9)	0.533
	여	558(100.0)	385(69.0)	173(31.0)	
연령대	≤14	210(100.0)	113(53.8)	97(46.2)	95.557**
	15-64	521(100.0)	335(64.3)	186(35.7)	
	≥65	311(100.0)	281(90.4)	30(9.6)	
민간의료보험 월 납입료 범위	0	482(100.0)	388(80.5)	94(19.5)	48.836**
	<74,020	298(100.0)	188(63.1)	110(36.9)	
	≥74,020	262(100.0)	153(58.4)	109(41.6)	
장애인 여부	비장애인	937(100.0)	634(67.7)	303(32.3)	23.383**
	장애인	105(100.0)	95(90.5)	10(9.5)	
응급실 이용 유무	미이용	831(100.0)	586(70.5)	245(29.5)	0.603
	이용	211(100.0)	143(67.8)	68(32.2)	
출산 여부	기타	974(100.0)	692(71.0)	282(29.0)	8.370*
	출산	68(100.0)	37(54.4)	31(45.6)	
중증질환 대상자 여부	미대상자	836(100.0)	559(66.9)	277(33.1)	19.282**
	대상자	206(100.0)	170(82.5)	36(17.5)	
만성질환 대상자 여부	미대상자	326(100.0)	172(52.8)	154(47.2)	66.794**
	대상자	716(100.0)	557(77.8)	159(22.2)	
가구 총소득범위(만원)	4,600초과	252(100.0)	147(58.3)	105(41.7)	38.711
	1,200초과-4,600이하	628(100.0)	441(70.2)	187(29.8)	
	1,200이하	162(100.0)	141(87.0)	21(13.0)	
의료기관 이용 종별유형	병원급	303(100.0)	201(66.3)	102(33.7)	5.890
	종합병원	445(100.0)	307(69.0)	138(31.0)	
	종합전문요양기관	294(100.0)	221(75.2)	73(24.8)	
국공립 의료기관 이용 유무	국공립	134(100.0)	91(67.9)	43(32.1)	0.308
	사립	908(100.0)	638(70.3)	270(29.7)	
상급병실 이용 유무	미이용	481(100.0)	328(68.2)	153(31.8)	1.332
	이용	561(100.0)	401(71.5)	160(28.5)	
수술 유무	비수술	644(100.0)	448(69.6)	196(30.4)	0.126
	수술	398(100.0)	281(70.6)	117(29.4)	
의료서비스 불만족 유무	만족	948(100.0)	656(69.2)	292(30.8)	2.913
	불만족	94(100.0)	73(77.7)	21(22.3)	
계		1,042(100)	729(70.0)	313(30.0)	

주: * p<0.05, ** p<0.001

<표 3> 의료비 부담에 영향을 미치는 요인

변수	다중공선 허용치	분산 확대지수	의료비 부담	
			OR	95% CI
성별	남		1	
	여	0.887	1.127	0.855 (0.626 - 1.167)
연령대	≤14		1	
	15-64	0.397	2.516	1.487 (0.980 - 2.248)
	≥65	0.306	3.271	4.765 (2.585 - 8.783) **
민간의료보험 월 납입료 범위	0		1	
	<74,020	0.477	2.097	1.286 (0.865 - 1.912)
	≥74,020	0.576	1.735	1.149 (0.784 - 1.686)
장애인 여부	비장애인		1	
	장애인	0.901	1.110	2.778 (1.366 - 5.649) *
응급실 이용 유무	미이용		1	
	이용	0.920	1.087	0.927 (0.641 - 1.340)
출산 여부	기타		1	
	출산	0.744	1.344	0.851 (0.468 - 1.545)
중증질환 대상자 여부	미대상자		1	
	대상자	0.764	1.308	1.116 (0.699 - 1.780)
만성질환 대상자 여부	미대상자		1	
	대상자	0.614	1.627	1.632 (1.138 - 2.341) *
가구 총소득범위(만원)	4,600초과		1	
	1,200초과-4,600이하	0.701	1.426	1.680 (1.207 - 2.338) *
	1,200이하	0.581	1.720	2.168 (1.186 - 3.963) *
의료기관 이용 종별유형	병원급		1	
	종합병원	0.643	1.555	1.204 (0.843 - 1.718)
	종합전문요양기관	0.573	1.744	1.546 (1.003 - 2.382) *
국공립 의료기관 이용 유무	국공립		1	
	사립	0.911	1.098	1.700 (1.078 - 2.680) *
상급병실 이용 유무	미이용		1	
	이용	0.930	1.076	1.701 (1.256 - 2.305) *
수술 유무	비수술		1	
	수술	0.885	1.130	0.947 (0.688 - 1.303)
의료서비스 불만족 유무	만족		1	
	불만족	0.959	1.043	1.474 (0.839 - 2.587)
계			$\chi^2 = 9.922(p=0.271)$	

주1: * p<0.05, ** p<0.001

주2: 다중공선허용치는 "Tolerance"이고, 분산확대지수는 "VIF(Variance Inflation Factor)"를 의미한다.

IV. 고찰

우리나라의 경우, 의료비에 대한 본인부담률 및 가계직접부담이 OECD 평균보다 높아, 가계의 직접적인 의료비 지출로 인한 가계경제의 부담이 높으며, 가구마다 동일한 의료비라도 가구의 소득수준이나 사회경제적 상태 등에 따라 부담 정도가 다르고, 특히 취약계층 가구가 느끼는 의료비 부담은 더 클 것이다. 이에 따라, 본 연구는 입원환자 의료비 부담에 영향을 미치는 요인들을 사전에 찾아, 보건정책 기초자료로 제시하고자 한다.

본 연구에서 종속변수로 사용된 의료비 부담은 가구의 의료비 부담을 대리 척도에 의존하지 않고 환자 및 보호자에게 물음으로서 의료비 부담에 대한 정도를 직접적으로 파악하였다. 그러나, 환자 및 보호자마다 심리적인 의료비 부담의 정도가 다르기 때문에 객관성이 다소 부족할 수 있다. 또한, 연구자료가 현재, 2010년도까지 구축되어있는데, 한국보건사회연구원에서 제한된 대상에게만 자료를 제공함으로써 인해 4년전 자료를 사용하였다.

입원환자 의료비 부담에 영향을 미치는 요인에서 의료비 부담 유무를 종속변수로 한 다중 로지스틱 회귀분석에 의한 연구결과, 의료비 부담은 연령대에서 65세 이상의 환자가, 장애인 여부에서 장애인 환자가, 만성질환 대상자 여부에서 대상자가, 가구 총소득 범위에서 1,200만원 초과~4,600만원 이하의 가구에 속한 환자 및 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자가, 의료기관 이용 종별유형에서 종합전문요양기관에 입원한 환자가, 국·공립 의료기관 이용 유무에서 사립 의료기관에 입원한 환자가, 상급병실 이용 유무에서 상급병실 이용 환자가 각각 더 많은 부담을 느꼈다.

연령대에서 14세 이하의 환자보다 65세 이상의

환자가 더 많은 부담을 느꼈는데(OR=4.765), 김성경 등[12]의 연구에서 연령이 증가할수록 개인부담 의료비에 영향을 미치며, 김경아 등[15]과 안병기 [11][16]의 연구에서 연령이 높을수록 본인부담금에 미치는 영향력이 높다는 연구결과와 일치하고 있다. 이는 연령이 높아질수록 만성질환을 갖게 됨에 따라 발생된 것으로 여겨진다.

만성질환 대상자 여부에서 미대상자보다 대상자가 더 많은 부담을 느꼈는데(OR=1.632), 이는 김성경 등[12]의 연구에서 만성질환자가 개인부담 의료비가 높다는 연구와 동일한 결과다.

가구 총소득 범위에서 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자보다 1,200만원 초과~4,600만원 이하의 가구에 속한 환자 및 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자가 더 많은 부담을 각각 느꼈는데 (OR=1.680, OR=2.168), 이는 Moehrl[17]의 연구에서 소득계층을 저소득층, 중간소득층, 고소득층을 나누어 소득수준에 따른 소비지출 패턴을 분석한 결과, 저소득층이 세 계층 중에서 의료비 지출 비중이 가장 높았으며, 소득계층이 높아질수록 의료비 지출비중이 낮아진다는 것과 동일하였다.

장애인 여부에서 비장애인 환자보다 장애인 환자가 더 많은 부담을 느꼈는데(OR=2.778), 이는 백화종[18]의 연구에서 장애인의 의료비가 비장애인의 2.6배로 장애로 인한 의료비 부담이 매우 높다는 연구결과와 동일하였다.

의료기관 이용 종별유형에서 병원에 입원한 환자보다 종합전문요양기관에 입원한 환자가 더 많은 부담을 느꼈는데(OR=1.546), 김경아 등[15]과 안병기[11][16]의 연구에서 종합병원 및 병원급에 입원한 환자보다 종합전문요양기관에 입원한 환자가 본인부담액에 영향력이 있다는 연구결과와 동일하였다. 이는 상급종합병원기는 고난도의 의료기술이 필요한 환자들이 진료를 받기 때문에, 법정본

6) 한국보건사회연구원에서 2008년 상반기 자료는 이용 희망자에게 모두 제공하였으나, 2008년 하반기 자료부터 연구공모에 선정된 대상자에게만 자료를 제공하고 있다.

7) 상급종합병원은 2010년에 종합전문요양기관이 상급종합병원으로 명칭이 변경됨에 따라 변경된 명칭으로 사용하였다.

인부담금이 상대적으로 많으며, 비급여 본인부담금 및 비보험 본인부담금 항목이 치료목적으로 사용되기 때문이라 여겨진다.

국·공립 의료기관 이용 유무에서 국·공립 의료기관에 입원한 환자보다 사립 의료기관에 입원한 환자가 더 많은 부담을 느꼈다(OR=1.700). 안병기[11]의 연구에서 입원환자 평균 본인부담액이 국·공립 의료기관은 1,161,320원 이었고, 사립 의료기관은 1,105,340원으로 오히려 국·공립 의료기관이 사립 의료기관보다 본인부담액이 더 높았고, 국·공립 의료기관 이용 유무가 본인부담액에 유의하게 영향력이 없었던 점을 고려할 때, 단지 국·공립 의료기관이 사립 의료기관보다 진료비가 더 적을 것이라는 환자들의 사전 인식 때문인 것으로 여겨진다. 이를 명확히 하기 위해서는 질병에 따른 추가적인 연구가 필요하다.

상급병실 이용 유무에서 상급병실 미이용 환자보다 상급병실 이용 환자가 더 많은 부담을 느꼈는데(OR=1.701), 이는 안병기[11]의 연구에서 상급병실을 이용한 환자가 본인부담액에 유의하게 영향력이 있다는 것과 일치함으로써, 상급병실을 이용한 환자가 일반병실을 이용한 환자보다 진료비에 대한 부담을 많이 느끼고 있었다.

민간의료보험 월 납입료 범위는 의료비 부담에 유의하게 영향력이 없었는데, 이는 김승모와 권영대[19]의 연구에서 전 국민이 국민건강보험 대상자임에도 불구하고 민영의료보험에 추가로 가입하는 것은 국민건강보험의 부족한 보장성에 대한 우려에서 비롯되었으며 미래의 의료비 지출 부담을 줄이기 위한 국민의 자구책이라고 지적하였는데, 이와 관련하여 추가적인 연구가 필요하다.

V. 결론

우리나라의 경우, 의료비 부담의 발생률이 현저하게 높고, 의료비에 대한 본인부담률은 34.2%로

OECD 평균보다 1.7배 높으며, 국민의료비(66.7조원)에서 차지하는 가계직접부담(23.3조원)의 비중 또한, 2008년도 35.0%로 2007년도 OECD 평균인 18.3%보다 1.9배 높다. 본 연구는 진료비 부담 결정요인을 파악하고자 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 조사한 2008년 한국의료패널자료(베타버전 1.2)를 분석하였다.

대상 입원환자 중 의료비에 부담을 느끼는 환자는 70.0%였으며, 65세 이상의 환자는 14세 이하의 환자에 비해 의료비 부담이 4.765배 높았고, 장애인 환자는 비장애인 환자에 비해 2.778배, 만성질환 환자는 만성질환 미대상 환자에 비해 1.632배, 가구 총소득이 1,200만원 초과~4,600만원 이하의 가구에 속한 환자 및 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자는 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자에 비해 각각 1.680배, 2.168배, 종합전문요양기관에 입원한 환자는 병원에 입원한 환자에 비해 1.546배, 상급병실 이용 환자는 상급병실 미이용 환자에 비해 1.701배 높았다.

의료비 부담으로부터 국민을 보호하는 의료안전망 기전으로는 본인부담상한제가 있는데, 현재의 본인부담상한제는 국민들에게 현저하게 도움이 되지 못하고 있음으로, 본인부담상한제가 본래의 목적에 부합하기 위해서는 상한제 수준을 세분화시키며, 포함시킬 항목에 필수적인 비급여 항목까지 확대시키는 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

참고문헌

1. 보건복지부(2005), '건강보험 보장성 강화방안' 공청회, pp.5-8.
2. Himmelstein D.U., Thorne D., Warren E., Woolhandler S.(2009), Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. Am J Med, Vol.122(8);741-746.

3. Wagstaff A(2002), Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization, Vol.80(2);97-105.
4. 신영석, 황도경, 강길원, 배은영, 이수연, 이충섭(2010), 건강보험 정책현황과 과제, 한국보건사회연구원, pp.59-67.
5. 정형선(2010), 2008 국민의료비 및 국민보건계정, 보건복지부, pp.66-98.
6. 김정희, 이호용, 정현진(2008), 2007년도 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사, 국민건강보험공단, pp.52-118.
7. Hwang W., Weller W., Ireys H., Anderson G.(2001), Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions, Health Affairs(Project Hope), Vol.20(6);267-78.
8. 정영호, 고숙자, 이은영, 진달래, 김성옥, 한준태 등(2009), 2008년 한국의료패널 기초분석보고서(1), 한국보건사회연구원, pp.170-170.
9. 김성영, 박재용(2012), 근골격계 질환자의 양·한방 외래 의료이용과 관련요인, 보건의료산업학회지, Vol.6(1);27-38.
10. 김창엽, 이진석, 강길원, 김용익(1999), 의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기, 보건행정학회지, Vol.9(4);1-14.
11. 안병기(2012), 입원환자 본인부담액에 영향을 미치는 요인, 보건행정학회지, Vol.22(3);451-465.
12. 김성경(2005), 우리나라 성인과 노인의 개인부담 의료비용 지출의 관련요인, 예방의학학회지, Vol.38(4);408-414.
13. 차병준, 박재용(1996), 보건소의 사업성과와 관련된 요인, 보건행정학회지, Vol.6(1);29-58.
14. 이학식, 임지훈(2008), SPSS 14.0 매뉴얼, 법문사, pp.304-304.
15. 김경아, 신은규, 백수진, 최영순, 정기택(2011), 건강보험환자의 고액 본인부담 진료비 지출에 관한 연구, 보건경제와 정책연구, Vol.17(3);75-99.
16. 안병기(2011), 상급병실 이용 결정요인과 의료비 지출, 경북대학교 대학원 박사학위논문, pp.45-54.
17. Moehrle T.(1990), Expenditure Patterns of the elderly: Worker and nonworks, Monthly Labor Review, Vol.113(5);34-41.
18. 백화중(2000), 1995년도 장애로 인한 의료비 추계, 보건복지포럼, Vol.46:39-48.
19. 김승모, 권영대(2011), 민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향: 국내 실증적 연구의 고찰, 보건의료산업학회지, Vol.5(4);177-192.

접수일자 2012년 6월 28일

심사일자 2012년 8월 1일

게재확정일자 2012년 12월 18일