

의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기

김창엽, 이진석, 강길원*, 김용익
서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 한국보건산업진흥원*

Abstract

Magnitude of Patient's Cost-sharing for Hospital Services in the National Health Insurance in Korea

Chang-Yup Kim, Jin-Seok Lee, Gilwon Kang*, Yong-Ik Kim
Department of Health Policy and Management Seoul National University
*College of Medicine, Korea Health Industry Development Institute**

The purpose of this study was to estimate the magnitude of patient's actual cost-sharing for hospital services in the National Health Insurance which has been estimated with only a few hospitals or limited number of patients. Also we aimed at analysis of factors influencing the magnitude. Sources of analyzed data were two databases, 1997 medical benefits record of the National Federation of Medical Insurance and 1997 Statistics for Hospital Management from the Korea Institute of Health Services Management(KIHM). We merged two databases and related records for 224 hospitals, based on the identification details of each hospital.

The average percent of patients' cost-sharing was 51.7% of total hospital revenues from the insurance, with 40.3% of revenue in inpatient and 67.4% in outpatient, respectively.

The contributing hospital factors to the magnitude of cost-sharing were size of hospitals, teaching status, location, number of employed physicians, etc. Larger and university hospital, urban location, and with more physicians were

positively correlated with higher level of cost-sharing. Additionally, the higher the expenses of inpatient's treatment was, the higher the size of patient's cost-sharing was.

These findings suggest that present level of patients' cost-sharing is quite high and it is urgent to reduce the patient's cost-sharing to the reasonable level. It would be necessary to extend the coverage of insurance benefits and to develop policies focusing on larger hospitals and inpatient services.

Key Words : Cost-sharing, National Health Insurance

I. 서 론

전국민 의료보험의 실시 이후에도 우리 나라 의료보험은 급여범위가 불완전하다는 지적을 끊임없이 받아 왔다(최병호 등, 1997; 이규식, 1997). 특히 지나치게 높은 본인부담의 비율은 불완전한 의료보험 급여 수준을 설명하는 대표적인 예로 지적되고 있다.

의료보험에서 본인부담은 의료, 의약, 입원을 하는 사람이 실제로 그러한 의료보장의 혜택을 받게 될 당시에 본인이 진료경비의 일부를 혜택받는 요양기관에 지불하는 것을 말한다(문옥륜, 1997). 당초 의료보험에서 본인부담은 의료이용자들에게 비용을 의식하게 만들어 가벼운 질병에 대한 서비스 수요를 감소시킴으로써 의료수요를 통제하는 동시에 의료보험 재정을 확충하려는 것을 목적으로 한다(Ron et al., 1990).

그러나 본인부담이 이러한 목적을 달성할 수 있는지 여부에 관계없이, 지나치게 높은 본인부담은 의료이용의 접근성을 떨어뜨리는 부정적인 역할을 한다. 특히 비용이 상승하면 소득수준이 낮은 사람이 높은 사람에 비하여 의료이용을 더 감소시키는 것이 일반적이어서 형평성의 문제를 불러일으킬 가능성이 높다(Normand and Weber, 1994).

본인부담 수준이 적정한지를 판단하기 위해서는 본인부담의 규모에 대한 파악이 선행되어야 한다. 그러나 우리 나라에서는 본인부담의 복잡한 구성 때문에 이에 대한 파악이 그리 쉽지 않다.

현행 의료보험의 총본인부담에는 크게 법정 본인부담과 비급여 본인부담이 있고, 비급여 본인부담은 다시 정당 비급여와 임의 비급여로 나눌 수 있다(의료개혁위원회, 1997). 이 중에서 법정 본인부담은 의료보험법이 정한 바에 따라 환자가 부담하는 비용이므로 전체 규모를 비교적 간단하고 쉽게 파악할 수 있는 반면에, 비급여 본인부담, 특히 임의 비급여는 그 규모를 공식적으로 파악하는 것이 매우 어렵다. 그것은 임의 비급여가 현행 의료보험제도의 영역 밖에서

이루어지고 있고, 의료보험 진료비 청구과정에서 자세한 내역을 파악하기 힘들기 때문이다.

이러한 한계에도 불구하고 그 동안 본인부담 전체의 크기를 파악하고자 하는 시도가 없었던 것은 아니다. 비교적 최근에도 이현실과 문옥륜(1993)은 10개 병원의 입원환자를 대상으로 한 연구에서 비급여 진료비(본인부담)의 크기가 전체 진료비의 52.0% 수준임을 밝혔으며, 양봉민(1996)은 3개 병원 4개 진료과를 대상으로 한 연구에서 입원과 외래에 따라 본인부담의 크기가 전체 진료비의 23.0-93.5% 범위에 걸쳐 있다고 하였다. 또 의료보험관리공단(1996)은 수진내역 신고서를 분석하여 평균 본인부담의 크기를 외래 63.7%, 입원 43.2%로 분석하였다.

그러나 이러한 연구들은 비교적 소수의 의료기관을 대상으로 하거나, 수진내역 신고서라는 대표성이 미흡한 자료를 분석한 결과를 제시한 것이다. 따라서 본인부담의 실태를 부분적으로 나타낸 것은 사실이나, 이들 연구 결과에 의해서도 실제 본인부담의 크기가 정확하게 추정되었는지는 여전히 의문이 아닐 수 없다.

이에 본 연구는 비교적 최근의 자료를 이용하여 다수의 의료기관을 대상으로 전체 진료비용 중에서 총본인부담이 차지하는 크기를 추정할 목적으로 시행되었다(이하 '본인부담'은 법정 본인부담과 비급여 본인부담을 합한 총본인부담을 가리킨다). 이와 함께 본인부담 크기에 영향을 미치는 의료기관의 관련 요인들을 분석하여 본인부담의 크기가 큰 병원의 특성을 파악하고자 하였다.

본인부담의 크기는 환자 개인을 단위로 파악할 수도 있고, 의료기관의 수입 중 본인부담이 차지하는 비중으로도 파악할 수 있다. 본 연구는 후자의 방법을 채택하여 분석한 것이다.

II. 연구방법

1. 자 료

본 연구를 위하여 이용한 자료는 2개의 데이터베이스로, 하나는 1997년 의료보험 연합회의 진료비 지급내역이고(DB 1), 다른 하나는 1997년 한국보건의료관리연구원의 경영분석자료이다(DB 2). 이들 데이터베이스를 병원별로 연결한 다음 진료비 수익 구성과 관련 요인을 분석하였다. 연구대상 병원은 이들 데이터베이스의 연결이 가능한 224개 병원으로 하였다.

2. 분석방법

1) 본인부담 크기의 추정

본인부담의 크기는 각 종합병원의 보험환자진료수익 총액(DB 2)에서 보험자 부담 진료비

(DB 1)를 제외한 금액을 각 종합병원의 보험환자진료수의 총액(DB 2)으로 나눈 백분율로 산출하였다. DB 1에서 지정진료수익이 보험수익 총액에서 제외되어 있는 경우에는 이를 보험수익 총액에 포함하여 계산하였고, 외래와 입원의 보험수익 총액의 비율을 그대로 적용하여 입원과 외래 지정진료수익을 추정하였다. 그리고 본인부담 크기를 병상규모별, 설립형태별, 대학병원 여부, 소재지별로 구분하여 단변량 분석을 시행하였다.

2) 본인부담 크기에 영향을 미친 결정요인 분석

본인부담의 크기에 영향을 주는 요인을 분석하기 위하여 전체 본인부담, 외래수익 중 본인부담, 입원수익 중 본인부담의 분율을 종속변수로 하고, 병원 요인을 독립변수로 하는 다변량 회귀분석을 시행하였다.

병원 요인은 병원특성요인, 투입요인, 과정요인, 산출요인으로 구분할 수 있으며 각 요인에 포함된 변수는 다음과 같다.

- (1) 병원특성요인 : 설립형태, 소재지, 대학병원 여부
- (2) 투입요인 : 병상수, 병상당 전문의 수, 병상당 직원 수
- (3) 과정요인 : 환자 1인 1일당 진료비(입원, 외래), 병원이용률
- (4) 산출요인 : 총수익액, 수익률, 외래수익과 입원수익의 비율

병원특성요인으로는 공공병원보다는 민간병원이, 읍·면 지역보다는 대도시에 소재한 병원이, 비대학병원에 비해 대학병원이 본인부담 크기가 클 것이라는 가정하에 설립형태, 소재지, 대학병원 여부를 포함시켰다. 투입요인으로는 병상수가 많을수록, 병상당 전문의수와 직원수가 많을수록 본인부담 크기가 클 것이라는 가정하에 병상수와 병상당 전문의수, 직원수를 포함시켰다. 과정요인으로는 입원 및 외래진료비의 수준이 높을수록, 본인부담의 크기가 클 것이라는 가정하에 환자 1인 1일당 입원, 외래진료비를 포함시켰고, 병원경영의 효율성 정도가 본인부담에 미치는 영향을 파악하기 위해 병원이용률을 과정요인으로 추가하였다. 산출요인으로는 수익률이 높은 병원일수록 본인부담의 크기가 클 것이라는 가정하에 수익률을 포함시켰고, 병원의 수익 구조가 본인부담의 크기에 미치는 영향을 파악하기 위해 외래수익과 입원수익의 비율을 산출요인으로 추가하였다.

독립변수 중 설립형태는 공공(=0), 민간(=1)으로, 대학병원 여부는 대학병원(=0), 비대학병원(=1)으로 구분된 이분형 자료이며, 소재지는 대도시(=0), 중소도시(=1), 읍·면(=2)으로 구분된 삼분형 자료이다. 독립변수에 해당하는 각 요인의 값은 한국보건 의료관리연구원의 경영분석자료에 포함된 내용을 그대로 사용하였다.

다중공선성으로 인해 추정 결과를 왜곡하는 것을 방지하기 위해 모형의 분석 시행 전에 독

립변수들에 대한 단변량 분석을 시행한 후 유의한 변수들만을 대상으로 상관관계를 검토하고, 여기에서 적합한 변수들을 모형에 포함시켜 다변량 회귀분석을 시행하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상 병원의 일반 특성

연구대상 병원을 병상규모별로 살펴보면, 200병상 미만 병원이 53개, 200~499병상 병원이 106개, 500~999병상 병원이 57개 병원, 1,000병상 이상 병원이 8개였다. 연구대상 병원을 설립형태별로 살펴보면 공공병원이 45개, 민간병원이 179개였다. 소재지별로는 대도시에 소재하는 병원이 113개, 중소도시가 95개, 읍·면이 16개였으며 연구대상 병원 중 대학병원은 55개, 비대학병원이 169개였다.

〈표 1〉 연구대상 병원의 일반 특성별 분포

단위 : 개(%)

구 분		병원수		
병상규모	200 미만	53(23.7)		
	200 ~ 499	106(47.3)		
	500 ~ 999	57(25.4)		
	1,000 이상	8(3.6)		
소재지	대도시	113(50.4)		
	중소도시	95(42.4)		
	읍·면	16(7.1)		
대학병원여부	대학병원	55(24.6)		
	비대학병원	169(75.4)		
설립형태	공공	45(21.1)	국립	1
			시립	2
			지방공사	29
			특수법인	13
	민간	179(78.9)	학교법인	54
			재단법인	26
			사회복지법인	4
			의료법인	61
		개인	34	

2. 본인부담 크기 추정

병원 총수익에서 본인부담이 차지하는 평균 크기는 51.7%였으며, 외래진료수익에서 본인부담이 차지하는 크기는 67.4%, 입원진료수익에서 본인부담이 차지하는 크기는 40.3%였다.

전체 평균 본인부담의 크기에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 단변량 분석을 실시한 결과, 병상규모, 소재지, 대학병원 여부 등에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그러나 설립형태에 따라 공공과 민간병원으로 구분해 분석한 결과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

외래진료의 본인부담 크기에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과, 병상규모, 소재지, 설립형태 등은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않은 반면, 대학병원 여부는 유의한 차이를 보였다.

입원진료의 본인부담 크기에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과, 병상규모, 소재지, 대학병원 여부 등에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 그러나 설립형태에 따라 공공과 민간병원으로 구분해 분석한 결과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 2〉 병원 특성별 본인부담 크기 비교

		단위 : %			
특 성	구 분	관찰수(개)	전체 평균	외 래	입 원
병상규모	200 미만	53	50.6 (B) [§]	67.5 (A)	36.5 (C)
	200 - 499	106	50.6 (B)	66.8 (A)	38.6 (C)
	500 - 999	57	53.8(A,B)	68.0 (A)	45.3 (B)
	1,000 이상	8	58.5 (A)	68.6 (A)	53.1 (A)
	P-value [#]			0.0082	0.9506
소재지	대도시	113	53.4 (A)	67.4 (A)	42.9 (A)
	중소도시	95	50.9 (A)	68.6 (A)	38.4 (B)
	읍·면	16	44.5 (B)	59.7 (B)	33.6 (B)
	P-value [#]			0.0001	0.0520
대학병원 여부	대학병원	55	55.9	69.4	47.6
	비대학병원	169	50.3	66.7	38.0
	P-value [@]			0.0001	0.0346
설립형태	공공 [†]	45	50.1	67.0	38.1
	민간 [‡]	179	52.1	67.5	40.9
	P-value [@]			0.1698	0.7547
본인부담의 크기 : 평균(%)			51.7	67.4	40.3

P-value for ANOVA

@ P-value for t-test

† 공공 : 국립, 시립, 지방공사, 특수법인

‡ 민간 : 학교법인, 재단법인, 사회복지법인, 의료법인, 개인

§ ()는 사후 검정 결과 : Duncan Grouping

공공병원과 민간병원의 본인부담 크기를 운영형태별로 구분해 분석한 결과, 공공병원의 경우 입원진료의 본인부담 크기가 운영형태에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 민간병원의 경우 전체 평균 본인부담 크기와 입원진료의 본인부담 크기가 운영형태에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

〈표 3〉 운영형태별 본인부담 크기 비교

		단위 : %			
설립형태 구분	운영형태 구분	관찰수(개)	전체 평균	외 래	입 원
공 공	국립, 시립*	3(1,2)	53.6	64.6	44.3
	특수법인	13	49.7	65.7	40.1
	지방공사	29	50.0	67.8	36.6
	P-value [#]		0.3342	0.6805	0.0206
민 간	학교법인	54	55.4	69.3	46.5
	의료법인	61	51.4	67.6	39.9
	개인	34	47.5	62.0	34.1
	재단법인	26	52.8	70.1	40.6
	사회복지법인	4	51.3	68.8	39.6
	P-value [#]		0.0001	0.2902	0.0001

* 국립과 시립은 관찰수가 적기 때문에 합쳐서 분석에 포함시킴.

P-value for Kruskal-Wallis Test

연속변수인 독립변수를 대상으로 한 상관분석 결과는 표 4와 같다. 다른 변수들과 상관관계가 높은 병상당 직원수와 총수익액은 다변량 회귀분석 모형에서 제외하였다. 병상당 전문의수는 다른 변수들과 상관관계가 높았으나 연구자의 판단에 따라 다변량 회귀분석 모형에 포함시켰다.

3. 본인부담 크기에 대한 결정요인 분석

전체 평균 본인부담 크기에 대한 회귀분석 결과, 읍·면 소재지는 본인부담 크기에 음의 영향을 미치고, 병상당 전문의수, 환자 1인 1일당 입원진료비, 외래수익과 입원수익의 비율은 양의 영향을 미친 것으로 나타났다. 외래진료의 본인부담 크기에 대한 회귀분석 결과, 읍·면 소재지와 병상수, 환자 1인 1일당 외래 진료비는 본인부담 크기에 음의 영향을 미치고, 환자 1인 1일당 입원진료비, 외래수익과 입원수익의 비율은 양의 영향을 미친 것으로 나타났다. 입원

진료의 본인부담 크기에 대한 회귀분석 결과, 병상당 전문의수는 본인부담 크기에 양의 영향을 미치고, 병원이용률은 음의 영향을 미친 것으로 나타났다.

〈표 4〉 상관분석 결과

	병상당 전문의수	병상당 직원수	입원환자 1인 1일당 진료비	외래환자 1인 1일당 진료비	병 원 이용률	총수익액	수익률
병상당 전문의수	1.0000 0.0						
병상당 직원수	0.8253 0.0001	1.0000 0.0					
입원환자 1인 1일당 진료비	0.7861 0.0001	0.8458 0.0001	1.0000 0.0				
외래환자 1인 1일당 진료비	0.5348 0.0001	0.6483 0.0001	0.6756 0.0001	1.0000 0.0			
병원이용률	0.4131 0.0001	0.3397 0.0001	0.1667 0.0133	0.2801 0.0001	1.0000 0.0		
총수익액	0.7394 0.0001	0.8405 0.0001	0.9858 0.0001	0.7472 0.0001	0.2024 0.0026	1.0000 0.0	
수익률	-0.0226 0.7432	-0.0408 0.5541	0.0022 0.9750	-0.0681 0.3226	0.0141 0.8392	-0.0182 0.7915	1.0000 0.0
외래수익과 입원수익 비율	-0.3567 0.0001	-0.3002 0.0001	-0.4852 0.0001	0.2549 0.0001	0.1058 0.1177	-0.3457 0.0001	-0.1261 0.0689

IV. 고 찰

1. 연구 자료 및 방법에 대한 고찰

본 연구에 사용된 자료는 1997년 의료보험연합회의 진료비 지급내역과 한국보건의료관리연구원의 경영분석자료를 병원별로 연결한 다음 진료비 수익 내역을 구성한 자료로서, 모두 224개 병원의 자료를 연결하는 것이 가능하였다. 본 연구의 분석대상 병원의 개수는 전국 병원의 28.9%에 이르는 수준일 뿐 아니라 2개 병원을 제외한 모든 3차 의료기관이 포함되어 있고, 지역적 분포와 병상규모 등도 비교적 고르게 분포되어 있어 연구자료의 대표성에는 문제가 없을 것으로 판단된다.

<표 5> 본인부담 크기 결정요인에 대한 다변량 분석 결과

변 수	전체 평균 [†]		외 래 [‡]		입 원 [@]		
	β -coefficient	SE [†]	β -coefficient	SE	β -coefficient	SE	
intercept	0.3631	0.0501	0.5246	0.0486	0.2836	0.0643	
소재지	대도시	0	0		0		
	읍·면	-0.0704*	0.0214	-0.1039*	0.0208	-0.0459	0.0275
병상당 전문의수	0.6701*	0.2539	0.0284	0.2463	0.7068*	0.3262	
병상수	200미만	0	0		0		
	200~499	-0.0081	0.0148	-0.0077	0.0143	0.0154	0.0190
	500~999	-0.0197	0.0213	-0.0533*	0.0207	0.0252	0.0274
	1,000이상	-0.0125	0.0377	-0.0800*	0.0365	0.0563	0.0483
1인1일당 입원진료비(단위:천원)	0.0010*	0.0005	0.0016*	0.0005	0.0011	0.0006	
1인1일당 외래진료비(단위:천원)	-0.0023	0.0013	-0.0034*	0.0013	-0.0019	0.0017	
병원이용률	-0.0003	0.0002	0.0001	0.0002	-0.0008*	0.0003	
수익률	-0.0000	0.0006	-0.0004	0.0006	-0.0001	0.0008	
외래수익과 입원수익의 비율	0.0029*	0.0012	0.0032*	0.0012	0.0024	0.0015	

† Adjusted R-square : 0.2110

‡ Adjusted R-square : 0.1637

Adjusted R-square : 0.2376

@ SE : Standard Error

* P-value < 0.05

연구자료의 신뢰성 측면에서 가장 문제가 되는 것은 한국보건 의료관리연구원의 경영분석자료이다. 이들 자료는 통일된 양식에 의하여 작성된 것이지만, 각 병원에서 자체 작성하여 제출하는 것이므로 신뢰성에 한계가 있을 수 있다. 특히 수익의 크기는 과소 보고되었을 가능성을 배제할 수 없다. 그러나 경영분석자료는 수년 동안 계속 같은 기관에 의하여 관리되고 있고, 개별병원의 정보를 밝히지 않는다는 것을 전제로 하여 수집되므로 일정 수준 이상의 신뢰도는 가지고 있을 것으로 예상할 수 있다. 직접 자료수집을 담당한 실무자의 의견도 전반적인 추세 분석을 할 수 없을 정도로 신뢰도가 낮지는 않은 것으로 본다는 것이었다(개인적인 정보교환에 의함).

본인부담 크기를 추계한 기존의 연구들은 몇 가지 측면에서 제한점을 가지고 있다. 이현실과 문옥륜(1993)의 연구는 10개 병원의 한정된 자료를 사용하였기 때문에 본인부담 크기의

전반적인 현황을 대표하기에는 부족하다는 점이 한계로 지적될 수 있다. 의료보험관리공단(1996)의 연구는 수진내역신고서를 이용하여 본인부담 크기를 추계하였기 때문에 본인부담이 높은 사례가 상대적으로 많이 포함되어 있으며 이에 따라 본인부담 크기가 과대추계 되었을 가능성이 있다. 본 연구에서는 한국보건의료관리연구원의 병원경영분석 자료를 통해 총진료수익을 파악하였다. 이에 따라 총진료수익의 과소 보고로 인해 본 연구에서 산출한 본인부담 크기가 실제보다 과대 추계되었을 가능성을 배제할 수 없다. 또한 본 연구에서는 의원을 제외하고 병원만을 대상으로 하였다. 일반적으로 의원이 병원보다 본인부담의 크기가 적다는 점을 감안한다면 우리 나라의 전체적인 본인부담의 크기는 본 연구에서 산출된 수치보다 낮을 것이라고 판단된다.

본 연구에 포함된 병원요인 이외에도 해당 병원 소재 지역의 인구학적, 사회경제적 요인과 질병 구조, 해당 병원을 이용하는 환자들의 질병 종류와 의료이용행태 등이 본인부담의 크기에 영향을 미칠 것으로 예상된다. 그러나 본 연구에서 사용한 자료의 제한성으로 인해 이들 요인에 대한 분석은 실시하지 못하였다. 본인부담 문제에 대한 총괄적인 실태 파악과 다양한 정책 개발을 위해서는 이들 요인을 고려한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

본 연구에서의 분석결과, 의료보험 환자들의 전체 평균 본인부담은 전체 진료비의 51.7% 수준이며, 외래진료의 경우 67.4%, 입원진료의 경우 40.3%에 이르고 있어 본인부담의 크기는 절대적인 수준에서 매우 높다고 판단할 수 있다. 이현실과 문옥륜(1993)의 연구에서 본인부담의 크기가 평균 52.0% 수준이었으며, 의료보험관리공단(1996)의 연구에서 평균 본인부담이 외래 63.7%, 입원 43.2% 수준이었다는 점을 감안할 때, 비교대상 논문들이 서로 다른 자료를 사용하고 있어서 정확한 비교는 불가능하지만, 다른 연구에서 산출한 본인부담 크기와 비슷한 수준임을 알 수 있다.

본인부담은 불필요한 의료서비스의 이용을 감소시켜 의료자원 이용의 효율을 증가시킬 수 있다. 그러나 이와 함께 의료서비스 이용에 부정적인 영향을 끼치기도 한다. 본인부담의 부정적인 영향을 살펴보면 다음과 같다(최병호 등, 1997). 첫째, 위험이 큰 질병은 가격 비탄력적 이므로 본인부담의 효과가 미흡할 것이며, 따라서 저소득자에 대한 의료접근 기회를 제약하게 될 것이다(Yoder, 1989; Gertler and Van der Gaag, 1990). 둘째, 본인부담의 과잉수요 억제효과는 단기적인 것에 그칠 가능성이 크다. 또한 수요감소에 따른 의사의 소득감소를 보전하기 위한 필요 이상의 과잉진료를 유발할 수 있다. 셋째, 본인부담은 소득계층에 따라 부담이 역진적이므로 의료접근 기회의 형평성에 문제를 야기한다. 넷째, 질병의 조기진단 및 치

료를 주저하게 되어 장기적으로 치료비를 증가시키고 국민건강증진에 부정적인 효과를 초래할 수 있다.

실제 외국에서 이루어진 연구에 따르면 본인부담 도입에도 불구하고 가벼운 질병에 대한 의료서비스 이용이 줄어들지 않았으며, 예방접종 등과 같은 예방의료 서비스 이용이 가장 큰 폭으로 떨어져 오히려 의료서비스 이용의 효율성이 저하된다는 결과가 보고되고 있다(Yoder, 1989; Byrne et al., 1990; Creese, 1991). 이런 맥락에서 세계은행은 가능하다면 필수적인 의료서비스는 정부에서 모두 재원을 제공하고, 정부가 이런 최소한의 의료서비스도 제공하지 못할 만큼 자원이 부족한 나라에서만 사용자에게 비용을 부과할 것을 제안하고 있다(World Bank, 1993).

적절한 본인부담 수준의 절대적 기준은 있을 수 없으나, 우리 나라의 경우 지나치게 높은 본인부담이 의료보험의 기본적인 취지를 무색하게 만들고 있다는 점이 끊임없이 지적되어 왔다. 이번 연구에서도 본인부담이 전체 진료비의 50%를 넘는다는 것이 다시 확인되었다. 지나치게 높은 본인부담은 적절한 의료이용을 유도하는 기능보다는 경제적 장벽으로 작용할 가능성이 매우 높다. 이러한 점에서 현재 우리 나라 의료보험의 본인부담 수준을 훨씬 낮추는 것이 필요할 것이다.

구조적으로는 의료보험 제도 전반이 본인부담 수준을 결정하고 있지만, 개별 병원별로 어떤 요인이 본인부담 수준을 결정하고 있는지를 분석하는 것도 정책 대응에 도움이 될 것이다.

본인부담의 크기에 영향을 미치는 요인에 대한 단변량 분석 결과, 병상규모가 큰 병원이 작은 병원에 비해 본인부담의 크기가 더 컸다. 이는 대형병원일수록 진료강도가 높아지기 때문에 결과적으로 비급여에 해당하는 의료서비스 제공이 증대한다는 사실을 나타내는 것으로 보인다.

소재지의 경우 도시지역이 읍·면지역에 비해 본인부담의 수준이 더 높았는데, 이는 도시지역의 경우 읍·면지역에 비해 병상규모가 큰 대형병원이 많이 소재하고 있을 뿐 아니라 읍·면지역의 의료서비스 구매력이 도시지역에 비해 떨어지기 때문에 의료공급자가 진료강도를 낮추기 때문일 것이다. 이와 함께 난이도가 높은 질병의 경우 읍·면지역 거주자일지라도 도시지역의 대형병원을 이용하는 것이 일반적이기 때문에 읍·면지역 병원들은 난이도가 낮은 질병을 주로 다루는 것도 읍·면지역의 본인부담 크기를 낮추는 요인으로 생각할 수 있다.

대학병원 여부에 따라서는 대학병원이 비대학병원에 비해 본인부담 크기가 더 컸다. 대학병원은 일반적으로 병상규모가 크고, 3차 의뢰기관의 성격과 함께 수련, 교육 및 연구기관의 성격을 가지고 있기 때문에 비대학병원에 비해 진료강도가 높을 것으로 생각된다.

또 공공과 민간으로 설립형태를 구분해 본인부담의 크기를 비교한 결과, 민간병원이 공공병원에 비해 본인부담의 크기는 크지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 이것은 현재 우리 나라 병원들이 설립형태별로 진료행태에 별다른 차이를 보이고 있지 않다는 것을 나타낸다. 공공

병원들이 국가로부터 별도의 재정지원을 받고 있지 않은 상황에서 이러한 결과는 충분히 예측 가능한 것이라 할 수 있다.

회귀분석 결과, 병상당 전문의수는 평균 본인부담과 입원진료의 본인부담 크기에 양의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 병상당 전문의수가 많을수록 본인부담의 크기가 증가하는 것은 각종 검사, 시술, 투약 등에 관련된 진료강도의 강화와 특진을 비롯한 비급여 의료서비스의 증가로부터 기인하는 것으로 판단된다.

입원진료 1인 1일당 진료비는 평균 본인부담과 외래진료 본인부담 크기에 양의 영향을 미치는 것으로 나타나 진료비가 증가할수록 환자가 감당해야 할 경제적 부담이 가중되고 있는 것을 알 수 있다. 단위당 진료비가 크다는 것은 진료의 강도가 그 만큼 크다는 것으로 앞에서 살펴본 대형병원, 대학병원의 본인부담 수준이 높다는 것과 일치하는 결과이다.

그리고 대도시에 비해 읍·면지역일수록 평균 본인부담과 외래진료의 본인부담 크기가 적은 것으로 나타났는데, 읍·면지역의 경우에는 앞에서 고찰한 동일한 이유로 본인부담의 크기에 음의 영향을 미친 것으로 판단된다. 그러나 입원진료 본인부담 크기는 소재지에 따라 영향을 받지 않는 것으로 나타났다. 이는 입원진료 부문이 외래진료 부문에 비해 본인부담의 크기가 절대적으로 적을 뿐 아니라 제공되는 의료서비스가 상대적으로 정형화되어 있어 본인부담의 여지가 적기 때문인 것으로 판단된다.

병상수는 외래진료의 본인부담 크기에 음의 영향을 미치는 것으로 나타나 병상수가 적은 병원에서 오히려 외래진료의 본인부담 크기가 더 큰 것을 알 수 있다.

병원이용률은 입원진료 본인부담 크기에 음의 영향을 미치는 것으로 나타나 병원경영의 효율성이 높을수록 본인부담의 크기가 낮다는 사실을 알 수 있다.

외래수익과 입원수익의 비율은 평균 본인부담과 외래진료 본인부담 크기에 양의 영향을 미치는 것으로 나타나 진료수익에서 외래의 비중이 높은 병원일수록 본인부담의 크기가 높은 것으로 나타났다. 이는 외래진료가 입원진료에 비해 본인부담의 수준이 더 높다는 일반적 사실과 일치하는 결과이다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 1997년 의료보험연합회의 진료비 지급내역과 한국보건 의료관리연구원의 경영분석자료를 활용, 병원별로 두 자료의 연결이 가능한 224개 병원을 대상으로 하여 의료보험 환자의 본인부담의 크기를 추정하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 이루어졌다.

본 연구 결과, 전체 본인부담이 전체 진료비의 51.7%로 추정되어, 그 수준이 지나치게 높

다는 사실을 확인할 수 있다. 따라서 의료이용에 대한 경제적 장벽을 줄이기 위하여 본인부담의 절대적인 수준을 낮추는 것이 시급할 것으로 판단된다.

병원별로는 주로 도시지역에 소재하고 많은 수의 의사인력이 근무하고 있는 대형병원, 대학병원 등이 본인부담 증가를 주도하고 있는 것으로 분석되었으며, 입원진료비가 증가할수록 본인부담의 크기가 증가하는 것으로 나타났다. 그리고 본인부담 크기의 증가는 주로 진료강도의 강화에서 비롯되는 것으로 여겨진다. 따라서 과도한 본인부담 문제의 적절한 해결을 위해서는, 전반적인 급여 확대와 함께, 대도시에 소재한 대형, 대학병원을 중심으로 불필요하게 높은 진료강도를 완화하기 위한 세부 정책개발이 필요한 것으로 판단된다.

참고문헌

- 노인철. 의료보험 비급여의 현황과 정책과제. 보건복지포럼 1998 ; 3 : 63~72
- 문옥륜. 한국의료보험론(개정증보). 서울, 신광출판사, 1997
- 양봉민. 의료서비스의 본인부담 가격. 보건학논집 1996 ; 33(1) : 80~87
- 이규식. 의료보장제도의 과제와 경쟁전략. 건강보장연구 1997 ; 1 : 85~126
- 이수태. 의료보험급여의 제원칙. 의료보장 1996 ; 8 : 9~11
- 이현실, 문옥륜. 의료보험환자의 비급여 진료비 본인부담금 징수실태분석. 국민보건연구소 연구논총 1993 ; 3(1) : 18~32
- 의료개혁위원회. 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제. 대명문화사, 1997
- 정영호, 강성호. 1996년 국민의료비 추계와 지출구조 분석. 한국보건사회연구원, 1998
- 최병호, 노인철, 신종각, 이상영. 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개선방안. 한국보건사회연구원, 1997
- 한달선. 의료체계 선진화의 기본방향 모색. 건강보장연구 1998 ; 2 : 1~34
- Byrne D, Gertler P. An analysis of the impact of user fees on outpatient utilization in Lesotho. World Bank, 1990
- Creese A. User charges for health care: a review of recent experience. Health Policy and Planning 1991 ; 6(4) : 309~319
- Gertler P, Van der Gaag J. The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries. Johns Hopkins University Press, 1990
- Normand C, Weber A. Social Health Insurance. WHO, 1994
- Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health Insurance in Developing Countries. ILO, 1990

-김창엽 외 : 의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기 -

World Bank. World Development Report. 1993

Yoder R. Are people willing and able to pay for health service? Social Science and Medicine 1989 ; 29(1) : 35~42