

건강보험 본인일부부담률 적정성에 대한 대중의 인식

조하현¹ · 김지은¹ · 함명일^{1,2} · 강은정^{1,2} · 김선정^{1,2}

¹순천향대학교 일반대학원 보건행정경영학과, ²순천향대학교 의과대학대학 보건행정경영학과

Public Perception on Coinsurance Rate of the National Health Insurance in Korea

Ha Hyeon Cho¹, Ji Eun Kim¹, Myung-Il Hahm^{1,2}, Eun Jung Kang^{1,2}, Sun Jung Kim^{1,2}

¹Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University Graduate School; ²Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University College of Medical Science, Asan, Korea

Background: Although Korean government have been adopting several policies to expand coverage of National Health Insurance (NHI) program, the coverage rate is still below average across Organization for Economic Cooperation and Development countries. This study was to identify public perception on appropriateness of coinsurance rate and factors associated with coinsurance rate in National Health Insurance.

Methods: For this cross-sectional study, 507 participants over aged 20 years were recruited from telephone surveys. Respondents experienced at least one and more visiting medical facilities due to medical problems in last 12 months. Demographic factors, socioeconomic positions, and experiences on medical utilization were measured in order to identify factors associated with perception appropriateness of coinsurance rate.

Results: The 49.9% (n=209) of the public responded that the coinsurance rate of NHI program was appropriate. There were no differences in positive perception according to socio-demographic factors and experiences on medical utilization except for gender, residential area, and felt expensive when using medical services. People who felt burden of medical expenditure were more likely to perceive coinsurance rate inappropriate (odds ratio, 2.33; 95% confidence interval, 1.52-3.58)

Conclusion: In spite of the relatively low coverage rate of NHI, this study identified that 49.9% of the public perceived the current coinsurance rate was adequate. However, people who felt the burden of medical expenditure were still had a negative perception of the coinsurance rate needed to decrease the coinsurance rate.

Keywords: Public perception; Coinsurance rate; Health expenditures

서론

국민건강보험법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 하고 있다 [1]. 우리나라의 건강보험은 1977년 500인 이상 사업장 근로자를 대

상으로 실시한 직장의료보험제도로 시작하였다[2]. 이후 1989년 도·시·자치영역자를 대상으로 의료보험이 실시되면서 건강보험제도 도입 12년 만에 민간 체제에서 정부 권한의 전 국민 공공의료보험체제로 전환하게 되었다[3]. 전 국민 의료보장이 되기까지 독일이 127년, 벨기에가 118년, 일본이 36년이 걸린 점을 고려한다면 세계에서 유례없는 성장속도로 의료의 접근성이 향상됐다고 볼 수 있다[4,5]. 그러나

Correspondence to: Myung-Il Hahm
Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University College of Medical Science, 22 Soonchunhyang-ro, Asan 31538, Korea
Tel: +82-41-530-3035, Fax: +82-41-530-3085, E-mail: hmi@sch.ac.kr
Received: June 23, 2020, Revised: August 11, 2020, Accepted after revision: October 5, 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.

건강보험 도입 당시 우리나라의 1인당 국민총소득은 50.7만 원으로 국민들의 부담을 최소화하기 위해 3저(저부담, 저수가, 저급여) 체계를 추구하게 되었다[6]. 3저 체제로 인하여 단기간에 빠른 성장을 이룰 수 있었지만, 보험급여 범위와 보장성 확대의 필요성은 지속적으로 제기되었다[7].

정부는 보장성 강화를 위한 정책을 추진하고자 하여, 그 일환으로 진료비 부담이 큰 중증질환자의 입원 및 외래진료의 본인일부부담금 비율을 경감시켜주는 본인일부부담 산정특례제도를 도입하였다[8]. 암은 2005년 9월, 희귀난치성 질환은 2009년 7월, 중증화상은 2010년 7월, 결핵은 2016년 7월부터 등록제를 실시하여 본인일부부담 산정특례를 적용하고 있다[8]. 암과 중증화상은 요양급여비 총액의 100분의 5, 희귀난치성 질환은 요양급여비용 총액의 100분의 10, 결핵은 요양급여비용 전액을 면제하여 건강보험 보장률을 높이는 제도이다[9]. 그러나 본인일부부담 산정특례제도는 법정 본인일부부담금에만 적용되고 있어 비급여로 인하여 발생하는 의료비 지출 부담은 여전히 환자에게 남아있다[10]. 박근혜 정부는 2013년 고액진료비로 인한 환자들의 의료비 부담을 줄이기 위해 4대 중증질환의 보장강화, 3대 비급여 개선, 본인부담상한제 개선정책을 발표하였다[11]. 또한 최근 문재인 정부는 건강보험 보장성 강화를 10대 국정과제 중 하나로 삼았다[12]. 건강보험료 부과체계 개편으로 서민부담 경감 및 형평성을 제고하여 2022년까지 선진국 수준인 건강보험 보장률 70%를 달성하는 것을 목표로 하였다[13].

4대 중증질환 보장성 강화정책 시행 결과, 4대 중증질환의 건강보험 보장률은 2012년 77.7%에서 2016년 80.3%로 개선되었지만, 4대 중증질환 외의 질환은 2012년 58.3%에서 2016년 57.4%로 오히려 건강보험 보장률이 떨어졌다[14]. 또한 건강보험 급여비 지출은 2004년 16.1조 원에서 2017년 55.5조 원으로 3.4배 증가로 매년 평균 10.1% 상승하였다[15]. 반면, 같은 기간 건강보험 보장률은 2004년 61.3%에서 2017년 62.7%로 1.4% 증가하였다[15]. 이는 건강보험 급여비 지출의 증가율에 비해 건강보험 보장률의 증가율이 미치지 못함에 따라 결국 피보험자의 부담이 늘어났다는 사실을 보여준다[16]. 특히 빈곤층은 높은 본인부담금 지출에 비해 적정보장이 부재한 상태에서 지속적인 건강보험 급여비 지출의 상승이 생긴다면 진료비의 부담 증가로 인한 가계 파탄, 그로 인한 빈곤의 악순환이 발생할 수 있다[17].

우리나라의 현행 본인일부부담금은 크게 법정본인부담과 비급여 본인부담으로 나뉘며, 건강보험에서는 비급여 본인부담분을 제외한 법정본인부담금만을 급여의 대상으로 한다[18,19]. 본인일부부담금이 있는 이유는 진료비 중에 일부를 환자에게 부담시킴으로써 의료서비스의 남용을 억제하고 의료비를 절감하려는 목적이다[20]. 이러한 본인부담금제도는 대표적으로 일정액 공제제, 정액제, 정률제, 급여

상한제가 있다. 일정액 공제제, 정액제는 보험으로 인한 의료의 남용을 막기 위해 의료이용 시 연간 일정 한도까지의 의료비를 본인이 부담하고 그 이상에 해당하는 의료비만 의료보험 급여대상으로 인정하는 방식이다. 정률제는 비용의 100%가 의료보험의 적용을 받기 때문에 발생할 수 있는 소비자들의 도덕적 해이를 막기 위해 보험자가 의료비용의 일정 비율만 지불하고 나머지 부분은 본인이 부담하는 방식이다. 급여상한제는 의료보험에서 지불하는 보험급여의 최고액을 정하여 그 이하의 진료비에 대해서는 의료보험의 혜택을 받게 되고 최고액을 초과하는 진료비에 대해서는 의료서비스 이용자가 부담하는 방식이다[21]. 우리나라의 본인부담금은 정률제를 중심으로 정액제와 본인부담금상한제가 같이 시행되고 있다. 정률제는 환자의 입원과 외래진료에 따라 부담 정도가 달라지며, 외래의 경우는 의료기관 종별로 차등 부과된다. 입원의 경우는 본인부담률이 요양급여비용 총액의 20%로 되어있다. 단, 모자보건법에 따른 생후 28개월 이내의 신생아는 면제이고, 6세 미만의 아동은 10%로 적용된다. 외래는 의료기관 종별에 따라 정률이 정해지는데, 의원급 30%, 병원급 40%(읍·면 지역은 35%), 종합병원급 50%(읍·면 지역은 45%), 상급종합병원 60%로 의료기관 종별에 따라 다른 정률을 적용하고 있다. 보건소, 보건지소, 보건진료소에서는 12,000원을 기준으로 초과하면 30%의 정률을 적용하고 이하의 경우는 진료과, 진료내역, 투약일수를 고려하여 정액이 부과된다. 대상자에 따라 외래 정률부담이 경감되는 예외도 있다. 6세 미만의 아동은 본인부담금의 70%를 적용받는다. 그리고 중증질환 및 희귀난치질환은 환자의 부담을 경감하기 위하여 “국민건강보험법” 제44조, 동법 시행령 제19조 1항 및 별 2에 따라 산정특례제도를 실시하고 있다. 이에 따라 등록된 중증질환인 암, 심장·뇌혈관질환, 중증화상 환자는 전체 본인부담금의 5%를, 희귀난치성 질환 환자는 10%만 본인이 부담한다. 추가적으로 의료급여에 대해서는 1종은 정액부담제가 적용되고, 2종에 대해서는 정률부담제를 기본으로 정액부담제가 혼용되고 있다. 우리나라의 2017년 본인부담금 지출(out-of-pocket payment)은 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 평균 20.4%보다 높은 32.6%를 기록하여 OECD 국가 중에 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 그리스(35.1%), 칠레(33.3%), 리투아니아(32.6%) 다음으로 높은 수준이다[22]. 이는 건강보험 보장성 강화정책 노력에도 불구하고 OECD 국가들에 비해 높은 본인일부부담금 지출이 되고 있다는 사실을 확인할 수 있었다.

World Health Organization (WHO)는 보편적 의료보장을 실현하기 위해 세 가지 방향(보편적 보장대상 확대, 보장서비스 확대, 본인부담률 감소)의 정책이 필요하다고 하였다[23]. 세 가지 중 우리나라는 전 국민 의료보장체계를 갖고 있으므로, 급여대상 서비스의 확대 및

진료비의 본인부담 경감을 위한 정책이 필요하다. 보편적 의료보장을 위해 정부는 지속적으로 비급여의 급여전환정책과 건강보험 본인부담 경감정책을 추진하고 있다. 보장서비스의 확장을 위한 비급여의 급여화 정책이 전면적으로 추진되고 있으나, 건강보험재정의 한계와 의료제공자 및 수요자의 의료이용 해이(utilization hazard) 등의 복합적인 이유로 인해 최근 보장률의 상승이 정체상태에 머물고 있다. 건강보험 본인부담 경감을 위한 정책은 보장성 강화를 위한 주요 정책수단으로 활용되었고, 국민의 정책 체감도가 매우 높음으로 평가되고 있다. 따라서 본인부담금은 OECD 국가들 평균 수준을 상회할 정도로 높은 수준으로 정부의 비급여의 급여화 정책을 지속적으로 추진하고 있는 상황을 고려할 때 본인부담률의 추가 인하의 필요성에 대해 검토가 필요하다[21]. 건강보험 본인일부부담금과 관련된 선행연구는 주로 정부의 보장성 강화정책의 정책효과를 평가한 연구들이었다. Choi 등[8]과 Choi 등[24]의 연구는 보장성 강화정책으로 인한 일부 질환들의 고액 본인부담금 절대금액의 부담 경감에 대한 정책효과를 평가하였다. 이러한 본인부담금액의 객관적인 평가 이외에도 의료서비스를 직접 경험하는 국민들이 실제로 인식하는 건강보험 본인일부부담률의 적정성에 대한 연구는 있으나 한계가 있었다. 기존 연구조사는 최근의 의료서비스 이용을 고려하지 않고 성별, 연령 및 지역적 분포만을 고려한 한계점을 지니고 있어 실제 의료서비스를 이용한 국민들의 의견을 반영하는 데 제한점이 있었다 [25,26]. 그리하여 이 연구에서는 1년 이내에 의료서비스를 이용한 국민 중에서 산정특례대상자의 연령, 성별로 고려한 할당표본추출방법으로 추출된 대상으로 하여 국민들의 본인일부부담률 적정성에 대한 인식조사를 실시하였다.

이 연구의 목적은 국민들의 본인일부부담률에 대한 인식조사를 통해, 건강보험 본인일부 부담률에 대한 적정성을 확인하고자 하였다. 세부적으로는 건강보험 본인일부부담률에 대한 대중들이 느끼는 인식과 경험이 어떠한 특성을 보이는지를 확인하고, 대중들의 본인일부부담금에 대한 인식과 관련된 영향요인을 확인하고자 하였다.

방 법

1. 연구대상 및 자료

이 연구는 일반 대중의 본인일부부담률 적정성에 대한 인식을 조사하기 위하여 산정특례대상자 및 일반 대중의 산정특례제도 만족도를 조사한 설문 원시자료 중 연구대상자인 일반 대중만을 분석대상으로 선정하였다. 설문은 전문조사업체에 의뢰하여 전화면접조사를 실시

하였으며, 표본추출은 일반 대중과 산정특례대상자의 인식 차이를 확인하기 위해 산정특례대상자의 연령, 성별 구성비율에 따른 할당 표본추출방법을 이용하여 일반 대중 표본을 선정하였다. 전화면접조사 결과, 전체 5,000명이 전화연결이 되었고, 그 중 지난 1년간 병의원 외래방문 또는 입원한 경험이 있는 표본 507명을 조사대상으로 하였다. 설문문항 중 현재 본인일부부담률에 대한 인식의 결측치와 인구사회학적 특성에서 무응답한 88명이 제외된 419명이 이 연구의 최종 분석대상이 되었다. 이 연구는 순천향대학교 생명윤리심의위원회 (institutional review board) 심의에서 심의 면제 승인을 받았다 (201710-SB-045).

2. 변수 정의

1) 종속변수

이 연구는 건강보험 본인일부부담률의 적정성에 대한 대중의 인식을 확인하고 관련 요인을 확인하기 위한 연구이다. 본인일부부담률의 적정성은 '현재의 본인부담 비율은 입원은 20%, 외래는 의료기관 종별에 따라 30%(의원급)에서 60%(상급종합병원)까지를 본인이 부담하고 있습니다.'의 내용으로 현행 본인일부부담률을 설명한 후, 핵심 질문으로 '현행 우리나라 건강보험제도는 병의원이나 약국 이용 시 전체 진료비 중 일정 비율을 본인이 부담하도록 하고 있습니다. 현재의 본인부담 비율에 대해 어떻게 생각하십니까?'를 질문하였다. 본인일부부담률에 대한 적정성에 대한 인식은 '매우 낮은 편이다,' '낮은 편이다,' '적정하다'로 응답한 경우는 '적정함'으로 '매우 높은 편이다,' '높은 편이다'로 응답한 경우는 '적정하지 않음'으로 정의하였다.

2) 독립변수

인구학적 특성은 성별, 연령, 배우자 여부, 주관적 건강수준을 측정하였다. 5점 척도로 측정된 주관적 건강수준은 '매우 나쁜 편이다'와 '나쁜 편이다'는 '나쁨'으로, '보통이다'는 '보통'으로, '좋은 편이다'와 '매우 좋은 편이다'는 ' 좋음'으로 정의하였다. 사회경제적 특성은 가구 소득, 교육수준, 민간보험 가입 여부를 측정하였다.

의료이용 경험이 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식과 관련될 수 있어, 의료이용 경험을 측정하였다. 의료이용 경험 의료이용 시 비용부담의 정도, 미충족 의료경험 여부, 중증질환 가구원 유무를 측정하였다. 의료비 지출 부담 정도는 "지난 1년간 귀하나 귀하의 가구원이 병의원이나 약국을 이용하면서 지출한 의료비는 어느 정도 부담이 되셨습니까?"라는 질문에 '전혀 부담되지 않았다,' '부담되지 않았다,' '적정했다'를 '부담 안 됨'으로, '부담이 되었다,' '매우 부담이 되었다'를 '부담됨'으로 정의하였다. 미충족 의료경험 여부는 "지난 1년간

귀하께서는 병원에 방문했을 때 의사가 권유(처방)한 치료나 검사를 모두 받았습니까?”라는 질문에 ‘모두 받음’을 ‘없음’으로, 경제적 문제, 건강보험 비적용(비급여), 부작용 걱정, 신체적 힘들, 치료가 필요 없다고 생각됨, 병원 이외의 다른 치료가 더 효과적으로 생각됨, 시간적 문제, 기타 이유 등으로 일부만 수용한 경우를 ‘있음’으로 정의하였다. 미충족 의료는 미충족 의료는 의료적 필요가 충족되지 못하는 상태를 의미하고 의료서비스의 접근성이나 의료적 삶의 질을 측정하는 지표로 활용되고 있다. 미충족 의료 발생의 원인은 가용성, 접근성, 수용성 측면이 있다[27]. 가용성 측면에서 미충족 의료는 긴 대기 시간, 의료자원이 부족한 지역에서 발생한다. 둘째, 접근성 관점에서 미충족 의료는 경제적 지불능력의 부족한 경우 발생한다. 셋째, 수용성 관점에서 의료서비스 대상자의 인식에 따라 미충족 의료 발생 수 있다. 즉 의료서비스 대상자의 인식에 따라 주관적 상태, 치료의 필요성에 대한 인식 부족으로 인해 미충족 의료를 초래할 수 있다. 중증 질환 가구원 유무는 “귀하나 귀하의 가족 중에 현재 또는 최근 3년 이내에 암, 희귀난치질환 등의 중증질환을 경험한 가구원이 있습니까?”라는 질문으로 측정하였다. 선행연구에서 본인이 속한 가구에서 중증질환자가 있을 경우 의료비 부담이 과다한 경험이 확인되어[24], 본인부담률 제도에 대한 인식을 확인함에 있어서 의료비 부담과 마찬가지로 본인이 속한 가구에서 의료비 부담이 과다한 경험을 직간접적으로 한 경우에는 현행 본인부담률의 적정성에 대한 인식의 차이가 있을 것이라는 가설하에 해당 변수를 추가하였다.

3. 분석방법

연구대상자의 특성에 따른 본인일부부담률 적정성에 대한 인식 차이를 확인하기 위해 기술통계분석과 카이제곱검정을 실시하였다. 의료비 지출 부담 정도, 미충족 의료경험 여부, 중증질환 가구원 유무와 본인일부부담률 인식과의 관련성을 알아보기 위해 단변량 로지스틱 회귀분석과 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이 연구에서 실시한 모든 통계분석은 SAS ver. 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) 프로그램을 사용하였다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 본인일부부담률에 대한 인식 차이

전체 조사대상자 419명 중 49.9%인 209명은 현재의 본인일부부담률 수준이 적절하다고 응답하였다(Table 1). 남성이 여성에 비해 적절

하다고 인식하는 비율이 높았다(남성 55.7%, 여성 44.0%).

최근 1년 이내 의료이용 시 의료비 지출이 부담 경험에 따른 본인일부부담률에 대한 인식은 부담된다고 느낀 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 적절하다고 인식하는 비율이 유의하게 낮았다(37.1% vs. 58.3%). 성, 연령, 결혼상태, 소득수준, 교육수준, 민간보험 가입 여부, 주관적 건강수준에 따른 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식의 차이는 확인되지 않았다.

2. 본인일부부담률 적정성에 대한 인식 관련된 요인

현행 건강보험의 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식과 관련된 요인을 확인하기 위해 단변량 및 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다(Table 2). 단변량 로지스틱회귀분석 결과, 남성이 여성보다 1.60배(95% confidence interval [CI], 1.09-2.35) 건강보험 본인일부부담률이 적절하다고 인식하고 있었다. 최근 1년 이내 의료이용 시 의료비 지출의 부담의 정도에 따른 분석결과, 부담을 느끼지 않은 경우가 부담을 느낀 경우에 비해 2.37배(95% CI, 1.59-3.54) 본인부담률이 적절하다고 인식하고 있었다.

건강보험 본인일부부담률 적정성에 대한 인식과 관련된 요인을 확인하기 위한 다변량 로지스틱회귀분석 결과, 최근 1년 이내 의료비 지출 시 의료비 부담을 느낀 경우에 비해 그렇지 않은 경우가 2.33배(95% CI, 1.52-3.58) 현행 건강보험 본인일부부담률이 적절하다고 인식하고 있었다. 결혼상태, 소득수준, 교육수준, 민간보험 가입 여부, 미충족 의료경험은 현행 건강보험 본인일부부담률의 적정성을 인식 하데 영향을 미치는 요인으로 확인되지 않았다.

고 찰

이 연구는 국가단위 전 국민 건강보험이 도입된 지 30년이 지난 현재에도 계속 제기되고 있는 건강보험 보장성 강화의 요구를 구체적으로 실증하기 위한 연구의 일환으로 수행하였다. 정부는 제한된 재정 하에서 중증 및 희귀난치 질환자를 대상으로 건강보험 보장성을 강화하기 위한 목적으로 산정특례제도를 운영하고 있다[8,9]. 보편적 건강보장은 급여대상 인구의 확대, 급여서비스의 확대, 그리고 본인부담률을 낮춤으로써 달성할 수 있다[28,29]. 우리나라는 전 국민 의료보장을 실현하고 있으므로 비급여서비스의 급여화와 본인부담률을 낮추는 전략을 통해 보편적 건강보장을 실현할 수 있다. 따라서 건강보험의 본인부담률에 대한 객관적 검토와 아울러 최근 1년간 의료서비스를 이용한 일반 대중들이 인식하는 본인일부부담률 수준의 적정성에 대한 검토도 필요하다.

Table 1. General characteristics of subjects

| Characteristic | Total | Not-adequate | Adequate | p-value |
|--|-------------|--------------|------------|---------|
| Total | 419 (100.0) | 210 (50.1) | 209 (49.9) | |
| Socio-demographic characteristics | | | | |
| Sex | | | | 0.0167 |
| Male | 210 (50.1) | 93 (44.3) | 117 (55.7) | |
| Female | 209 (49.9) | 117 (56.0) | 92 (44.0) | |
| Age (yr) | | | | 0.7067 |
| 20-39 | 82 (19.6) | 43 (52.4) | 39 (47.6) | |
| 40-59 | 206 (49.2) | 99 (48.1) | 107 (51.9) | |
| ≥60 | 131 (31.2) | 68 (51.9) | 63 (48.1) | |
| Marital status | | | | 0.3564 |
| Married | 369 (88.1) | 188 (51.0) | 181 (49.0) | |
| Unmarried, divorce, separation | 50 (11.9) | 22 (44.0) | 28 (56.0) | |
| Monthly household income (won) | | | | 0.2676 |
| <2,000 | 52 (12.4) | 31 (59.6) | 21 (40.1) | |
| 2,000-4,000 | 147 (35.1) | 75 (51.0) | 72 (49.0) | |
| >4,000 | 220 (52.5) | 104 (47.3) | 116 (52.7) | |
| Education level | | | | 0.2765 |
| <12 yr | 108 (25.8) | 59 (54.6) | 49 (45.4) | |
| >12 yr | 311 (74.2) | 151 (48.6) | 160 (51.4) | |
| Private insurance | | | | 0.9819 |
| None | 74 (17.7) | 37 (50.0) | 37 (50.0) | |
| Yes | 345 (82.3) | 173 (50.1) | 172 (49.9) | |
| Medical use experiences & health | | | | |
| Feeling cost burden for medical care in last 12 months | | | | <0.0001 |
| Non-burden | 252 (60.1) | 105 (41.7) | 147 (58.3) | |
| Burden | 167 (39.9) | 105 (62.9) | 62 (37.1) | |
| Experience of unmet healthcare | | | | 0.1992 |
| None | 360 (85.9) | 185 (51.4) | 175 (48.6) | |
| Yes | 59 (14.1) | 25 (42.4) | 34 (57.6) | |
| Households with patients of serious case | | | | 0.8652 |
| None | 370 (88.3) | 186 (50.3) | 184 (49.7) | |
| Yes | 49 (11.7) | 24 (49.0) | 25 (51.0) | |
| Subject health status | | | | 0.6644 |
| Bad | 58 (13.8) | 29 (50.0) | 29 (50.0) | |
| Normal | 198 (47.3) | 95 (48.0) | 103 (52.0) | |
| Good | 163 (38.9) | 86 (52.8) | 77 (47.2) | |

Values are presented as number (%).

이 연구는 2018년 국민건강보험공단의 의뢰를 받아 산정특례제도의 수혜자 만족도 및 개선사항 도출을 위한 연구의 일환으로서, 비교군인 일반인을 대상으로 건강보험의 외래 및 입원의 본인일부부담률에 대한 적정성을 확인하였다. 조사대상인 일반인은 최근 1년 이내 입원 및 외래서비스를 이용한 대상으로 한정하여 본인의 의료이용에 따른 본인부담률이 있음을 인식한 상황에서 응답할 수 있도록 하였다.

건강보험 본인부담률은 건강보험의 급여로 인해 발생하는 수요의 가격에 대한 비탄력성으로 인해 발생하는 의료이용의 해이 (utilization hazard)를 방지하기 위한 방안으로 도입되었다[30]. 건강

보험을 통한 의료서비스 이용의 보장은 의료소비가 인식하는 가격을 시장의 가격보다 낮게 인식하게 함으로써 의료서비스 이용을 증가시킨다는 다수의 실증적인 연구결과들이 있다[31-33]. 따라서 일정 수준의 본인일부부담률 수준을 유지할 필요가 있으며, 우리나라도 환자에게 비용의식을 증가시킴으로써 불필요한 의료서비스와 의료비를 억제하고자 본인부담금제도를 시행하고 있다[34-37]. 동시에 본인일부부담금제도로 절감된 재정은 건강보험을 유지하기 위한 추가 재원으로 확보할 수 있다[38,39].

연구결과, 조사대상의 절반에 가까운 49.9%가 현행 건강보험의 본

Table 2. Results of simple logistic regression & multiple logistic regression on public perception on coinsurance rate in health insurance system

| Variable | Public perception on coinsurance rate | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|
| | Bivariate analysis | Multivariate analysis |
| Socio-demographic characteristics | | |
| Sex | | |
| Female | 1.00 | 1.00 |
| Male | 1.60 (1.09-2.35) | 1.44 (0.96-2.17) |
| Age (yr) | | |
| 20-39 | 1.00 | 1.00 |
| 40-59 | 1.19 (0.71-1.99) | 1.52 (0.76-3.03) |
| ≥60 | 1.02 (0.59-1.78) | 1.01 (0.61-1.68) |
| Marital status | | |
| Married | 1.00 | 1.00 |
| Unmarried, divorce, separation | 1.32 (0.73-2.39) | 1.78 (0.91-3.52) |
| Monthly household income (won) | | |
| <2,000 | 1.00 | 1.00 |
| 2,000-4,000 | 1.42 (0.75-2.69) | 1.69 (0.82-3.49) |
| >4,000 | 1.65 (0.89-3.04) | 1.05 (0.67-1.65) |
| Education level | | |
| <12 yr | 1.00 | 1.00 |
| >12 yr | 1.28 (0.82-1.98) | 1.12 (0.68-1.84) |
| Private insurance | | |
| None | 1.00 | 1.00 |
| Yes | 1.01 (0.61-1.66) | 0.97 (0.56-1.68) |
| Medical use experiences & health | | |
| Feeling cost burden for medical care in last 12 months | | |
| Burden | 1.00 | 1.00 |
| Non-burden | 2.37 (1.59-3.54) | 2.33 (1.52-3.58) |
| Experience of unmet healthcare | | |
| None | 1.00 | 1.00 |
| Yes | 1.44 (0.82-2.51) | 1.43 (0.79-2.59) |
| Households with patients of serious diseases | | |
| None | 1.00 | 1.00 |
| Yes | 1.05 (0.58-1.91) | 1.08 (0.57-2.05) |
| Subject health status | | |
| Bad | 1.00 | 1.00 |
| Normal | 1.08 (0.60-1.94) | 1.15 (0.60-2.20) |
| Good | 0.89 (0.49-1.63) | 1.64 (0.84-3.22) |

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).

인일부부담률이 적정하다고 인식하고 있었는데, 이는 다른 본인부담률에 대한 적정성을 조사한 연구결과와 다소 상이하다. 2011년 실시한 보건의로 정책방향 관련 대국민 실태조사(2011) 결과, 본인일부부담금이 부담되지 않는다고 응답한 비율은 29.9%에 불과했다[25]. 2018년도에 한국보건사회연구원이 실시한 의료서비스 경험조사 결과도 응답자의 74.0%가 본인일부부담금의 감소가 필요하다고 응답하였다[26]. 이 연구에서는 현행 입원과 외래의 건강보험 본인부담률의 수준(입원 20%, 외래는 요양기관 종별에 따라 다른 본인부담률)을 제시하고, 현행 본인부담률 수준의 적절함을 질문하였다. 이에 반해

다른 조사에서는 본인이 진료비를 부담한 경험을 토대로 해당 본인부담 금액이 적절했는지를 확인한 연구결과였다. 이 연구를 포함한 전체 연구결과들을 종합하면, 일반 대중은 현행 제도적인 본인부담률의 정책적 방향성에서는 국민의 절반 정도가 적절하다고 인식하고 있음에도 불구하고 비급여를 포함하여 본인이 실제 지불하는 본인부담 진료비에 대해서는 여전히 부담을 느끼고 있다는 것이다. 한편, 이 연구에서는 최근 1년 이내 의료이용 경험이 있는 대상자를 선정하여 이들이 부담한 의료비의 부담 정도를 별도로 확인하였다. 그 결과 의료비가 부담됐다고 응답한 경우는 37.1%가 본인일부부담률이 적정하

다고 인식했고 의료비가 부담되지 않았던 경우는 58.3%가 적정하다고 인식하여 최근 부담한 의료비의 지출 부담이 큰 경우 현행 본인일부부담률을 적정하다고 응답하는 비율이 부담이 되지 않은 응답자에 비해 낮았다. 정부는 본인부담상한제를 소득수준에 따라 7구간으로 세분화하여 소득수준에 따른 본인부담 금액의 한도를 현실화하고자 하였다. 다만, 본인부담금을 환급해주는 시기가 의료비를 이용한 시점이 아니기 때문에 여전히 의료비 부담 및 본인일부부담률의 적정성에 대한 부정적인 인식이 있는 것으로 해석할 수 있다.

연구대상자 특성에 따른 본인일부부담률 적정성에 대한 인식 차이를 확인한 결과, 성별에 따른 본인일부부담률 적정성에 대한 인식은 남성은 55.7%, 여성은 44.0%로 남성이 여성보다 본인일부부담률이 적정하다고 인식했다. 선행연구에서도 성별에 따른 진료비의 본인부담금에 대한 적정성 인식이 남성이 여성에 비해 높았으며[26], 이는 진료비에 대한 민감성이 남성이 여성에 비해 낮음을 보여주는 결과이다.

다변량 로지스틱회귀분석 결과, 이 연구에서는 소득수준, 민간보험 가입 여부, 미충족 의료경험 여부에 따른 환자가 느끼는 본인부담비용의 적정성 인식에 있어서 차이를 보인다는 기존 연구와는 다르게 유의한 영향을 확인할 수 없었다. 일반적으로 본인부담금의 소득역진적 특성으로 인해 고소득층에 비해 저소득층이 의료비의 본인부담비용에 대한 부담을 더 크게 느끼는데[40], 이 연구에서는 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식에 있어서 소득수준에 따른 통계적으로 유의미한 차이는 확인할 수 없었다. 민간보험 가입은 의료서비스 이용자 측면에서 본인부담금이 낮아져 의료소비자가 인식하는 의료서비스의 가격이 낮아지는 효과가 있어 기존 연구에서는 민간보험에 가입한 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 본인일부부담금이 적정하다고 인식이 적정하다는 인식이 높았다[40]. 이 연구에서는 민간보험 가입이 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식에 긍정적인 영향을 보이지 않았다. 아울러 미충족 의료경험 여부에 따른 본인일부부담률의 적정성 인식에 있어서 유의한 차이를 확인할 수 없었다. 이는 미충족 의료를 경험한 사람들이 일반적으로 의료비 본인부담금이 높다고 인식하는 경우가 많았던 기존 연구의 결과와 상반된 결과이다[21]. 미충족 의료의 경험과 관련해서도 미충족 의료경험 여부와 본인일부부담금 적정성에 대한 인식이 통계적으로 유의미한 차이는 없었다. 가능한 해석으로는 최근의 산정특례, 본인부담상한제, 문재인 케어 등의 보장성 강화정책으로 인해 중증질환에 대한 의료이용의 형평성이 향상된 것을 간접적으로 확인한 결과인 것으로 보인다[41]. 2018년 산정특례대상자를 대상으로 현행 본인일부부담률의 적정성에 대해 설문조사 결과 전체의 92.6%가 현재 수준의 산정특례 본인일부부담률이 적정하다고 인식하고 있었다[42].

이 연구의 결과를 해석함에 있어서 다음 사항에 대한 고려가 필요

하다. 첫째, 단면연구로 인해 본인일부부담률의 적정성에 대한 인식에 영향을 미치는 요인을 인과관계로 설명하기에는 한계가 있다. 다만, 이 연구의 주요 독립변수들은 배경인 인구사회학적 특성이나 의료이용 경험은 조사 이전의 상황을 확인하는 변수이다. 둘째, 회상비뮴(recall bias)에 대한 고려가 필요하다. 과거 의료이용 시의 비용부담의 정도와 미충족 의료이용 경험은 과거의 사건을 기억해야 하기 때문에 비뮴의 가능성이 있다. 셋째, 이 연구의 연구대상자는 산정특례대상자의 연령 및 성별 구성비율에 따라 할당표본추출방법으로 추출된 일반 대중을 조사대상자로 선정하였다. 이에 따라 이 연구의 결과를 전 국민의 인식으로 일반화시키는 데는 한계가 있다. 넷째, 도시지역과 농촌지역 등 지역적 특성을 고려하지 못하였다. 다섯째, 의료서비스 이용량의 표준화를 고려하지 못한 한계점을 가지고 있지만, 실제 최근 1년간 의료서비스 이용 경험이 있는 국민들을 대상으로 한 연구의 의의가 있다.

이 연구는 지난 1년간 병의원 외래 및 입원 경험자를 대상으로 현행 건강보험제도의 본인일부부담률에 대한 인식을 확인하였다. 우리나라는 그동안의 꾸준한 보장성 강화정책에도 불구하고 전체 의료지출 중 공공부문의 부담률이 59%로 OECD 평균인 73%에는 미치지 못하고 있다[43]. 이러한 상황에도 불구하고 연구대상자 중 49.9%는 건강보험에서 정한 본인일부부담률이 적정하다고 인식하고 있었다. 다만 의료비 지출에 부담을 크게 느낀 조사대상자는 여전히 현행 본인일부부담률이 적정하지 않다는 인식이 높았다. 본인부담상한제 적용의 적시성 등을 정책적 보완 등을 통해 본인일부부담률의 적정성에 대한 긍정적 인식을 높일 수 있다.

감사의 글

이 연구는 순천향대학교 학술연구비 지원으로 수행하였다.

ORCID

Ha Hyeon Cho: <https://orcid.org/0000-0003-2314-9783>;
 Ji Eun Kim: <https://orcid.org/0000-0002-8336-7064>;
 Myung-Il Hahm: <https://orcid.org/0000-0002-4790-3739>;
 Eunjeong Kang: <https://orcid.org/0000-0002-0760-4013>;
 Sun Jung Kim: <https://orcid.org/0000-0003-1756-1376>

REFERENCES

1. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. The National Health Insurance Act, Act No. 16366 (Apr 23, 2019).
2. Kim JH. Ways to improve premium setting in the National Health Insurance System. *Health Welf Policy Forum* 2019;(272):15-25.
3. Shin YS. Changes and prospect of social insurance in 2011. *Health Welf Policy Forum* 2011;(178):32-41.
4. Cheong HJ, Song M, Lee S. A comparative study on health insurance system of South Korea and Japan: revolve around out-of-pocket payments. *J Korean Assoc Mod Japanol* 2011;31:209-232. DOI: <https://doi.org/10.16979/jmak..31.201102.209>.
5. Lee YJ, Lee HO, Kim HE. Analysis of the inequalities in healthcare service usage considering healthcare service needs. *J Korea Contents Assoc* 2017;17(11):435-445. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.11.435>.
6. Rim IG. A study on the optimal level of health insurance fees. *Health Policy Forum* 2017;15(1):42-44.
7. Choi BH. Policy directions for improving the access to care against medical risks. *Health Welf Policy Forum* 2004;(289):5-19.
8. Choi JW, Kim JH, Park EC. The relief effect of copayment decreasing policy on unmet needs in targeted diseases. *Health Policy Manag* 2014;24(1):24-34. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2014.24.1.24>.
9. Kil GS. A study on the health promoting behaviors of the families care-giving the patients with terminal cancers. *Korean Acad Pract Human Welf Pract* 2016;17:91-113.
10. Kim KO, Shin YJ. The effect of the policy of expanding coverage for four major diseases: focused on out-of-pocket payment. *Health Soc Welf Rev* 2017;37(2):452-476. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2017.37.2.452>.
11. Ministry of Health and Welfare. The middle comprehensive plan of National Health Insurance: public announcement 2014-2018. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2015.
12. Kim MS. Wishing for the success of 'Moon Jae-in Care'. *Public Health Aff* 2018;2(1):37-42. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.2.1.37>.
13. Kang HJ. Issues and policy options for Moon Jae-in Care. *Health Welf Policy Forum* 2018;(255):23-37.
14. Kim Y. Moon Care: strategies and challenges. *Public Health Aff* 2018;2(1):17-27. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.2.1.17>.
15. National Health Insurance Corporation; Health Insurance Review and Assessment Service. National Health Insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Corporation, Health Insurance Review and Assessment Service; 2004-2017.
16. Im SJ. A study on the effective emergency of out-of-pocket maximum and copayment decreasing policy. *Health Insur Policy* 2012;11(2):116-133.
17. Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS, Filippi V. Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2008;66(3):545-557. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.001>.
18. Huh SI. Changes in the financial burden of health expenditures by income level. *Health Welf Policy Forum* 2009;(149):48-62.
19. Lee YH, Choi SM, Lee JS, Kim HR, Choi DS, Kim JH, et al. Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance in 2017. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
20. Shin HW. The implications of introducing a medical benefit copayment system. *Health Insur Forum* 2007;6(3):32-45.
21. Huh SI, Lee HJ. Unmet health care needs and attitudes towards health care system in Korea. *Korean J Health Econ Policy* 2016;22(1):59-89.
22. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017.
23. World Health Organization. The world health report. Geneva: World Health Organization; 2008.
24. Choi JK, Jeong HS, Shin JW, Yeo JY. Effects of the benefit extension policy on the burdening of health care expenditure for households with patients of chronic or serious case. *Health Policy Manag* 2011;21(2):159-178. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2011.21.2.159>.
25. Shin YS, Son CG, Lee YH, Lim WS, Lim JW, Jung JW. A survey on the public current status of health and medical policy. Sejong: Korea Institute For Health and Social Affairs; 2011.
26. Shin JW, Cho BH, Choi BR, Shin JY, Chun MK, Lee YJ. 2018 Medical service experience survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare, Korea Institute For Health and Social Affairs; 2018.
27. Yoo GM, Jin S, Moon SH. Exploratory study on factors of unmet medical needs using data mining analysis. *Korean Policy Stud Rev* 2016;25(4):269-300.
28. Sin YS, Sin HW, Hwang DK, Kim HI, Kim JS. Establishment of the health care safety net and policy task. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006.
29. Roh SY, Kim JS. The theoretical study of rational policy decision on the National Health Insurance's copayment. *J Korean Public Policy* 2008;10(2):149-174.

30. Pauly MV. A measure of the welfare cost of health insurance. *Health Serv Res* 1969;4(4):281-292.
31. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev* 1987;77(3): 251-277.
32. Cutler DM, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics: volume 1*. Amsterdam: Elsevier; 2000. pp. 563-643.
33. Choi SE. A study on the health service utilization and cost-sharing. *Korean Woman Econ Assoc* 2018;15(1):25-47.
34. Feldstein MS. The welfare loss of excess health insurance. *J Polit Econ* 1973;81(2):251-280. DOI: <https://doi.org/10.1086/260027>.
35. Phelps CE, Newhouse JP. Effect of coinsurance: a multivariate analysis. *Soc Sec Bull* 1972;35:20.
36. Phelps CE, Newhouse JP. Coinsurance, the price of time, and the demand for medical services. *Rev Econ Stat* 1974;56(3):334-342. DOI: <https://doi.org/10.2307/1923971>.
37. Choi BH. Reimbursement expansion and financing plan of National Health Insurance. *Health Welf Policy Forum* 2000;(45):11-20.
38. Park BH, Lee TJ, Lim WY. Incidence and magnitude of out-of-pocket payment and factors influencing them in Industrial Accident Compensation Insurance. *Health Policy Manag* 2010;20(1): 103-124. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2010.20.1.103>.
39. Cho HJ. Equity in health care: current situation in South Korea. *J Korean Med Assoc* 2013;56(3):184-194. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.184>.
40. Choi SE. The role of private health insurance and health service utilization. *Korea Rev Appl Econ* 2016;18(4):79-97.
41. Yoo HK. Equity in healthcare utilization & medical payment of patients with severe diseases [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2013.
42. Min IS, Hahm MI, Kang EJ, Lee JJ, Kim SJ, Kim SY, et al. Study on evaluation and development of the benefit copayment decreasing policy. Asan: Soonchunhyang University; 2018.
43. Organization for Economic Cooperation and Development. *OECD health at a glance*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2019.