

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 235호 (2014-14) 발행일 : 2014. 04. 11

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

중증질환자의 의료이용 및 의료비 지출이 주는 시사점: 지역과 개인의 사회경제적 수준을 중심으로*

그간 중증질환자 대상 건강보장 강화 정책은 의료비 부담완화라는 측면에서 이루어졌음. 이러한 정책의 배경은 경제적 여건이 중증질환자의 의료이용량을 결정하는 주요 요인임을 전제함

그러나 중증질환자의 의료이용에는 개인의 경제적 여건 이외 다양한 요소, 특히 지역적 특성이 영향을 미침. 실제 본 연구결과 중증질환자의 의료이용 및 의료비 지출에 있어 개인의 경제적 여건 못지않게 지역의 사회경제적 수준이 주요 요인으로 작용함을 알 수 있음

향후 개인단위 접근과 더불어 지역단위에서의 건강보장 강화를 위한 정책적 노력이 필요함



이수형

보건정책연구본부 부연구위원

1. 들어가며

- 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환 등의 중증질환은 질병발생시 의료비 부담이 큰 질환임

○ 우리나라에서는 약 160만명이 해당 질환으로 고통받고 있으며, 전체 의료비 54조 중 4대 중증질환이 차지하는 비중은 무려 8조 6천억원임. 또한 환자 1인당 평균 의료비는 400 ~ 1,000만원으로(보건복지부, 2013)¹⁾ 질병 발생시 의료비 부담이 큼

* 본 내용은 「2013년 한국의료패널 심층분석 보고서」에서 저자가 작성한 '지역, 개인의 사회경제적 수준에 따른 의료이용 특성 연구 (중증질환을 중심으로)' 원고를 기초로 작성된 것임

1) 보건복지부(2013). http://www.mw.go.kr/sotong/cy/scy0101s.jsp?PAR_MENU_ID=12&MENU_ID=12040501

- 이에 정부는 중증질환의 고액진료비는 빈곤전략의 주요 요인으로 간주, 진료비 부담이 큰 중증질환자의 부담경감에 초점을 맞춰 보장성 강화 방안을 수립하여 추진 중임
- 그러나 정부의 보장성 강화 정책에도 불구하고, 법정본인부담금 혹은 비급여 본인부담금의 증가로 인해 건강보장 보장률은 정체되어 있음(이옥희 등, 2012)²⁾

〈표 1〉 암, 희귀난치성질환, 심장뇌혈관질환 보장성강화 급여비지출과 진료비 구성변화 (2006~2010년) (단위: 억원)

질환	본인부담금 경감에 추가 지급된 누적 급여비	급여전환에 따른 추가 지급된 누적급여비	법정부담금 누적증가분	비급여 본인부담금 누적증가분
암	26,869	548	23,359	5,280
희귀난치성질환	3,264	1,356	3,438	3,162
심장뇌혈관질환	3,479	0	6,969	777

주: 이옥희 등(2012) 보고서내 암, 희귀난치성질환, 심장뇌혈관질환 보장성강화 급여비지출과 진료비 구성변화 표(부표 9, 14, 19)를 하나의 표로 정리한 것임

- 그간의 중증질환자의 의료비 부담과 관련된 정책은 주로 개인 또는 가구의 부담능력을 중심으로 이루어 졌음. 그러나 개인의 의료이용 및 의료비 지출은 개인의 사회경제적 수준, 이용 의료기관의 특성 외 개인이 거주하는 지역적 요인의 영향을 받기 마련임

○ 인구집단은 단순한 개인들의 집합이 아니라 질병의 원인들이 집락을 이루어 조직적으로, 그리고 부가적으로 개인의 건강수준에 영향을 줌(Evans 등, 2001)³⁾. 즉, 사람이 살아가고 있는 사회적, 환경적, 경제적 조건들이 개인적 특성 못지않게 개인 및 인구집단의 건강수준에 영향을 줌(Gakidou & King, 2002; 박은옥, 2008)⁴⁾. 이런 관점에서 건강수준 분석시 개인의 특성 외 지역적 특성 고려 필요

- 본 연구에서는 중증질환자 중 암, 심장, 뇌혈관질환자에 한하여 이들의 의료이용 및 의료비 지출 특성을 지역과 개인의 사회경제적 수준을 중심으로 살펴보고자 함. 아울러 지역 관점에서 중증질환자의 건강 보장을 위한 다양한 연구와 정책적 고려가 필요함을 논의하고자 함

○ 지역, 개인의 사회경제적 영향은 개인의 가구 균등화소득 5분위 변수와 5분위 지역결핍지수⁵⁾를 이용하여 지역 결핍이 낮고 균등화소득이 높은 집단(1군), 지역결핍이 낮고 균등화소득 또한 낮은 집단(2군), 지역결핍이 높고 균등화소득이 높은 집단(3군), 지역결핍이 높고 균등화소득이 낮은 집단(4군), 기타 집단(5군)으로 구성된 변수를 생성하여 살펴봄

○ 분석자료로 2008~2011년 「한국의료패널 연간데이터」 입원자료를 이용함

2) 이옥희 등(2012). 건강보험 보장성강화 이후 진료비 구성변화. 국민건강보험공단.

3) Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M.(2001). Challenging inequalities in health from ethics to action, Oxford University Press.

4) Gakidou, E., & King, G.(2002). Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences, Int J Equity Health, 1(3). 박은옥 (2008). 지역사회 보건사회지표를 이용한 지역사회 건강수준 관련 요인 분석. 지역사회간호학회지, 19(1).

5) 지역결핍지수는 지역단위 복합지표로서 지역의 사회경제적 상태를 나타내는 지표임. 대표적인 지표로 영국에서 개발된 타운젠드(Townsend)와 카스티어(Carstairs) 지수 등이 있음. 본 연구는 2009년 우리나라 실정에 맞게 개발된 지역통합결핍지수(composite deprivation index, CDI)를 이용하여 지역의 사회 경제적 수준을 측정함.

2. 중증질환자의 의료이용 및 의료비 지출 현황

- 2008~2011년 입원환자 중 중증질환인 암, 심장질환, 뇌혈관질환으로 한번이라도 입원한 적이 있는 환자는 총 892명, 비중증질환자는 5,957명임
 - 중증질환자 중 암 환자는 61.8%, 심장질환자는 20.3%, 뇌혈관질환자는 18%로 암환자가 가장 많았으며 65세 미만 환자에 비해 65세 이상 환자가, 대재이상 환자에 비해 중졸이하 환자가 월등히 많음
 - 비중증질환자 또한 중증질환자와 유사한 분포를 보였으나 65세 이상 연령 환자와 중졸이하 환자 비율은 중증질환자에 비해 낮음
 - 소득수준이 낮을수록 중증질환 발생 비율은 높음 (소득분위별 중증질환자 비율: 소득수준 1분위 15.8%, 2분위 13.2%, 3분위 12.8%, 4분위 11.6%, 5분위 11.7%)

〈표 2〉 중증질환자의 일반적 특성

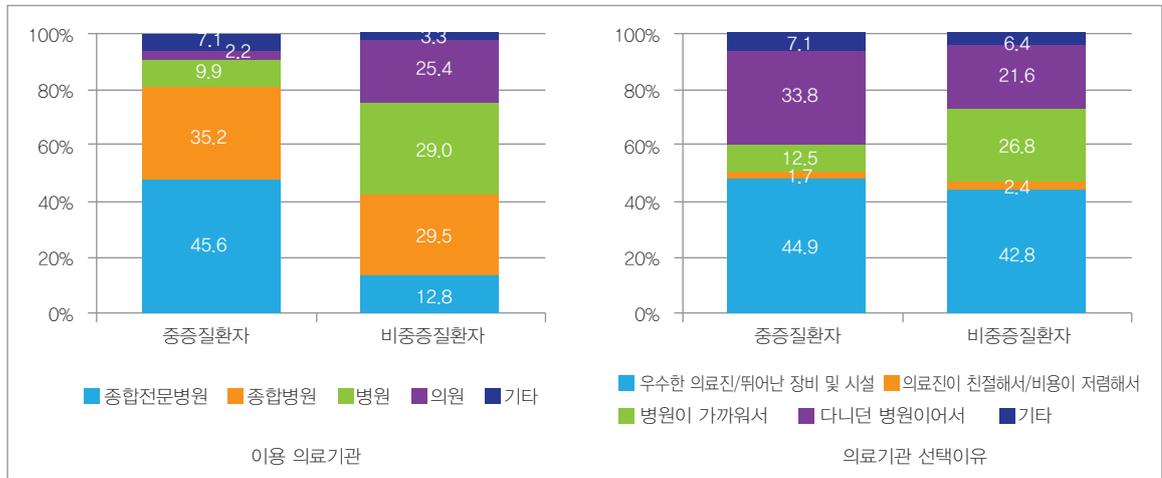
(단위: 명, %)

변수		중증질환자	비중증질환자
성별	남	397 (44.51)	2,633 (44.20)
	여	495 (55.49)	3,324 (55.80)
연령	20세 미만	14 (1.57)	980 (16.45)
	20~45세 미만	135 (15.13)	1,754 (29.44)
	45~65세 미만	311 (34.87)	1,683 (28.25)
	65세 이상	432 (48.43)	1,540 (25.85)
교육수준	중졸 이하	490 (54.93)	3,002 (50.39)
	고졸	247 (27.69)	1,613 (27.08)
	대재 이상	155 (17.83)	1,342 (22.53)
중증질환종류	암	551 (61.77)	—
	심장질환	181 (20.29)	
	뇌혈관질환	160 (17.94)	
합계		892	5,957

주: 중증질환은 현재 산정특례 대상(보건복지부 제2013-4호(2013.4) 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준)에 해당하는 암, 심장, 뇌혈관 질환상병으로 제한
 자료: 2008-2011 한국의료패널 (입원), 4개년도 데이터를 pooling하여 분석하였으며 분석시 의료급여가입자는 제외하였음

- 비중증질환자와 달리 중증질환자의 80%이상이 종합병원급 이상 의료기관을 이용하며, 의료기관 선택시 의료진의 우수성과 뛰어난 의료시설, 장비가 주요 선택요인으로 작용함

[그림 1] 중증질환자의 의료기관 선택 현황



■ 중증질환자 1인당 평균 입원일수는 연도별 증가추세를 보이나, 약제비를 포함한 1인당 평균 본인부담금은 연도별 차이가 없음

○ 2008년 18일이었던 중증질환자 1인당 평균 입원일수는 2011년 23일까지 증가, 중증질환자 1인당 평균 입원일수는 2008년 이후 증가추세를 보임

○ 반면, 2009년 증가했던 환자 1인당 평균 본인부담금은 2010년 다소 줄어들다 2011년 다시 증가하는 추세를 보임. 그러나 그 증감수준은 매우 미미함. 실제 2008년 239만원이었던 본인부담금은 2011년 243만원에 불과함

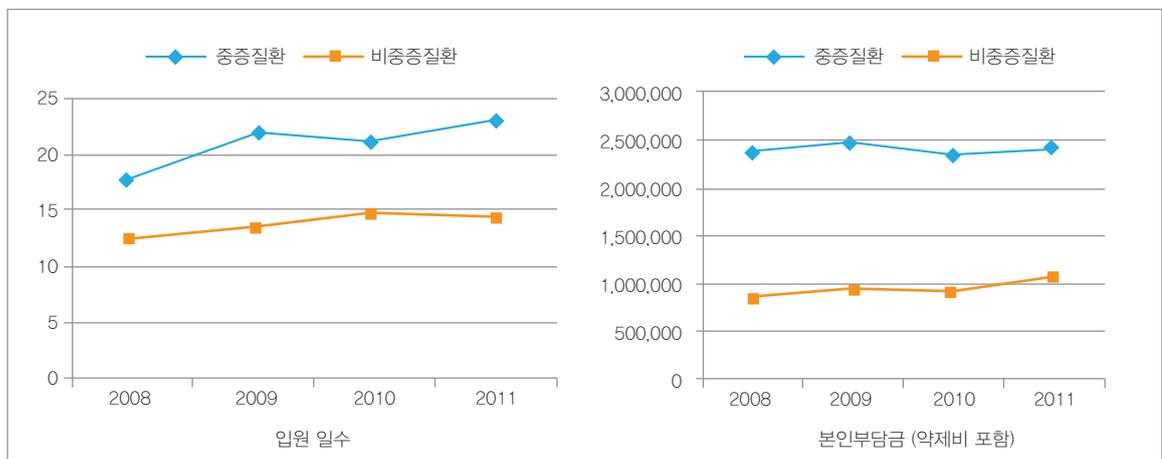
- 이러한 결과는 두 가지로 해석할 수 있음. 첫째 정부의 중증질환자 본인부담금 경감을 위한 추가지출이 예상 의료이용량을 충분히 반영하지 못했거나 둘째, 예상 의료이용량은 충분히 반영했으나 정부의 추가 지출이 본인부담금 증가분을 상회하지 못한 경우임

- 분명한 사실은 중증질환자들이 느끼는 의료비 부담은 근 4년간 큰 변화가 없다는 점임

○ 비중증질환자의 입원일수 및 본인부담금 모두 증가하는 경향을 보이나 증가 수준은 미미함

[그림 2] 연도별 입원일수 및 본인부담금 추이

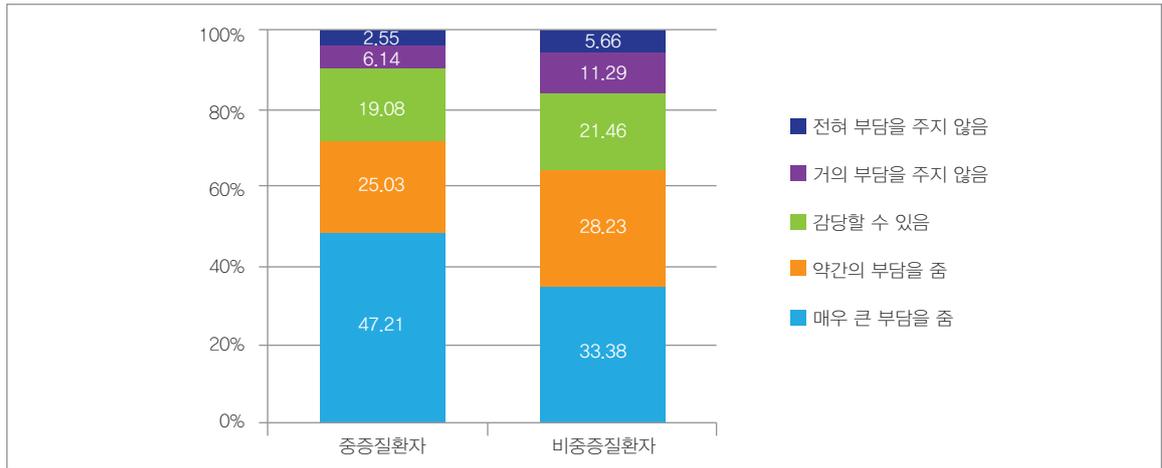
(단위: 일, 원)



■ 비중증질환자와 달리 중증질환자의 47.2%가 현재의 의료비를 매우 큰 부담으로 여김

○ 중증질환자의 72.2%는 현재의 의료비에 부담을 느끼며, 47.2%는 의료비에 대한 부담이 매우 크다고 함. 실제 본인의 의료비를 감당할 수 있는 질환자는 27.8%에 불과함

[그림 3] 의료이용 시 의료비 부담 정도



3. 지역과 개인의 사회경제적 수준이 중증질환자의 의료이용 및 의료비 지출에 주는 영향

■ 지역과 개인의 사회경제적 수준은 환자 1인당 연 평균 입원일수에 영향을 미침. 이러한 영향은 중증질환에서 크게 나타남

○ 5개 집단별 입원일수 경향을 살펴보면, 중증질환자의 경우 지역결핍이 높은 지역(못사는 동네)에 거주하는 환자가 결핍이 낮은 지역(잘사는 동네)에 거주하는 환자에 비해 환자 1인당 연 평균 입원일수가 김. 또한 같은 지역이라 하더라도 저소득자가 고소득자에 비해 입원일수가 길며, 소득으로 인한 입원일수 차이는 지역결핍이 높은 지역보다 낮은 지역에서 큼

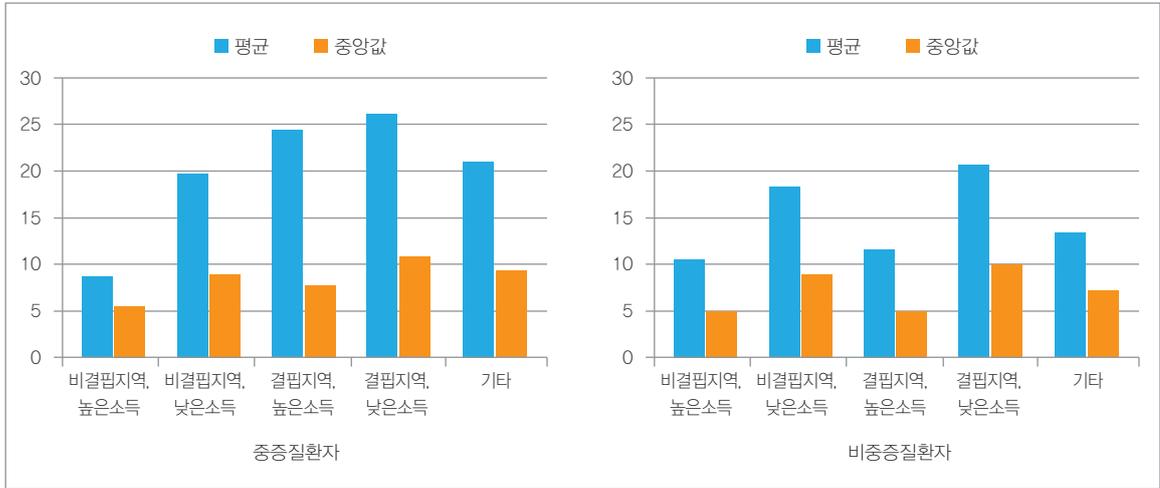
- 일반적으로 입원, 외래 모두 소득수준이 낮은 집단에서 의료이용량이 많음(김진구, 2012; 김동진, 2011)⁶⁾. 중증질환 역시 소득수준이 낮은 집단에서 입원일수가 높았고, 소득집단간 입원일수의 차이는 거주지역 수준내에서 일정한 경향을 보임. 지역과 개인의 사회경제적 수준 모두 입원일수에 영향을 미침을 알 수 있음

○ 비중증질환 또한 중증질환과 같은 양상을 보이거나 지역과 개인의 사회경제적 수준이 입원일수에 미치는 영향 정도는 중증질환에 비해 낮음

6) 김진구(2012). 소득계층에 따른 의료이용 불평등의 지역 간 차이. 사회보장연구. 28(2); 김동진 등(2011). 인구집단별 의료이용 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해. 한국보건사회연구원

[그림 4] 지역, 개인의 사회경제적 수준에 따른 중증질환/비중증질환자의 입원일수 현황

(단위: 일)



■ 입원일수와 마찬가지로 지역과 개인의 사회경제적 수준은 중증질환자 1인당 연 평균 본인부담금에 영향을 미침

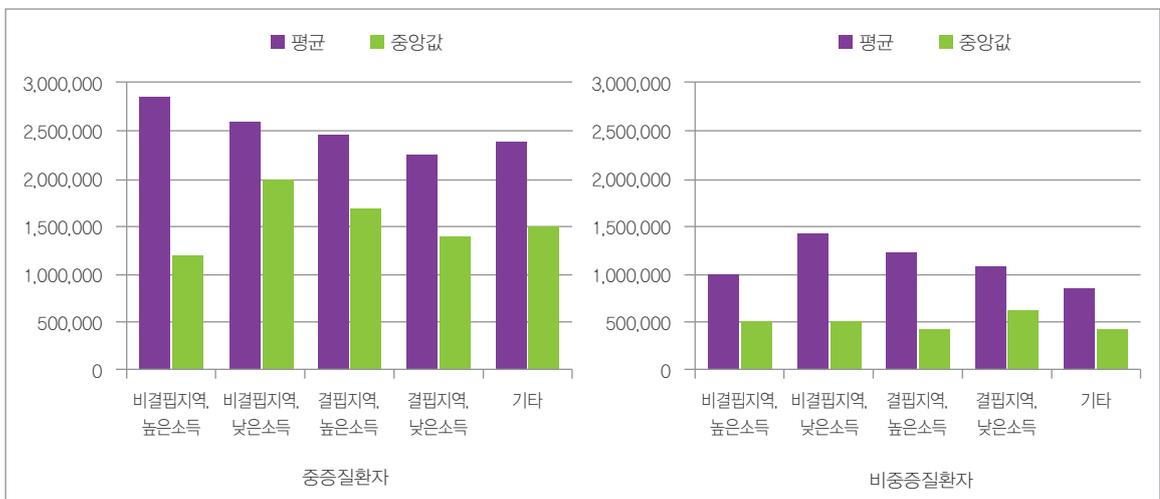
○ 중증질환자의 경우 지역결핍이 낮은 지역(잘사는 동네)에 거주하는 환자가 결핍이 높은 지역(못사는 동네)에 거주하는 환자에 비해 환자 1인당 연 평균 본인부담금이 높았음. 또한 같은 지역이라 하더라도 고소득자나 저소득자에 비해 본인부담금이 높음. 그러나 소득차이는 지역간 차이를 넘어서지는 않음

- 이러한 결과는 지역과 개인의 사회경제적 수준 모두 본인부담금에 영향을 줌 보여줌
- 다만, 입원일수의 경우 지역결핍이 높고 소득이 낮을수록 오래 입원하는 반면, 본인부담금은 지역결핍이 낮고 소득이 높을수록 높음

○ 비중증질환은 중증질환과 달리 지역과 개인의 사회경제적 수준이 환자 1인당 연 평균 본인부담금에 주는 영향은 뚜렷하지 않음

[그림 5] 지역, 개인의 사회경제적 수준에 따른 중증질환/비중증질환자의 본인부담금 현황

(단위: 원)



- 입원일수의 경우 지역결핍에 따라 7%의 입원일수 차이를 보임. 반면, 본인부담금은 지역결핍에 따라 1~11%, 소득수준에 따라 3~15% 차이를 보임

○ 연령, 교육, 지역결핍수준, 중증질환 유무는 입원일수에 영향을 줌. 이중 지역의 사회경제적 수준과 개인의 사회경제적 수준이 주는 영향의 크기를 보면,

- 개인적인 특성(중증질환 유무, 연령, 교육, 소득)을 통제한 상태에서 지역결핍이 낮은 곳(잘사는 동네)에 거주하는 환자가 지역결핍이 높은 곳(못사는 동네)에 거주하는 환자보다 입원일수가 평균적으로 7% 짧음. 그러나 소득의 경우 소득수준 상위 20%만이 입원일수에 영향을 줌

○ 연간 본인부담금 또한 연령, 교육, 가구 균등화소득, 지역결핍수준, 중증질환 유무의 영향을 받음. 이중 지역과 개인의 사회경제적 수준이 주는 영향의 크기를 보면,

- 개인적인 특성(중증질환 유무, 입원일수, 연령, 교육, 소득)을 통제한 상태에서 지역결핍이 높은 곳(못사는 동네)에 거주하는 환자가 지역결핍이 낮은 곳(잘사는 동네)에 거주하는 환자보다 평균적으로 1~11% 더 많은 본인부담금을 지출함
- 소득수준 또한, 다른 변수들을 모두 통제한 상태에서 소득이 높은 환자가 소득이 낮은 환자보다 평균적으로 3~15% 더 많은 본인부담금을 지출함

〈표 3〉 지역, 개인의 사회경제적 수준이 입원일수 및 의료비 지출에 미치는 요인

변수		Exp (회귀계수)	
		입원일수	본인부담금 지출
연령 (비교집단: 65세 미만)	65세 이상	1.446***	1.330***
교육수준 (비교집단: 대재 이상)	대재 이상	0.763***	1.101***
균등화소득 (비교집단: 하위 1분위)	2~4분위	0.992	1.034***
	5분위	0.041***	1.156***
지역결핍 (비교집단: 상위 1분위 †)	2~4분위	1.054***	1.013***
	5분위	0.935***	1.112***
중증질환유무(비교집단: 비중증질환)	중증질환	1.368***	2.200***
입원일수		—	1.009***

주: † 지역결핍수준이 높은 지역. *** P-value > 0.001

1. 일반선형회방정식 (Generalized Estimating Equations, GEE) 분석결과
2. 종속변수: 환자 1인당 연간 입원일수, 환자 1인당 연간 본인부담금(약제비 포함)

자료: 2008년-2011년 한국의료패널 (입원), 4개년도 데이터를 pooling하여 분석하였으며 분석시 의료급여가입자는 제외하였음

4. 결론 및 시사점

- 본 연구에서는 중증질환자 중 암, 심장, 뇌혈관질환자들의 의료이용 및 의료비 지출 특성을 지역과 개인의 사회경제적 수준에서 살펴보았음. 분석결과 중증질환자의 의료이용 및 의료비 지출 패턴은 비중증질환자의 이용 행태와 달랐음
 - 소득수준이 낮을수록 중증질환 발병이 높았으며 중증질환자들은 비중증질환자 보다 본인부담 지출 또는 입원 일수가 많거나 길었음. 이외 중증질환자의 의료비 부담은 비중증질환자에 비해 컸음
 - 무엇보다 지역과 개인의 사회경제적 영향이 중증질환자에서 더욱 뚜렷이 나타남
 - 이러한 차이는 중증, 비중증질환 여부 외에도 입원과 외래, 중증질환 종류별로 다를 것으로 판단됨. 정확한 문제 진단을 위해 향후 중증질환내 주요 요소별 의료이용 및 의료비 지출 연구가 필요함
- 중증질환자들의 의료이용 및 의료비 지출에 있어 개인의 경제적 요인 못지않게 지역의 사회경제적 수준이 중요한 요인으로 작용함을 알 수 있었음
 - 입원일수, 본인부담금 지출 모두 소득 집단간 차이를 보이나 집단간 차이는 동일지역내의 경향을 벗어나지 않음. 즉, 결핍정도가 낮은 지역에 거주하는 소득이 낮은 환자 역시 같은 지역의 소득이 높은 계층과 같은 경향을 가지고 있는데 이는 의료이용에 있어서 그 지역이 가지는 공통적인 특성, 사회적 맥락이 중요한 역할을 한 것으로 볼 수 있음. 이런 특성은 의료이용의 외부효과의 범주에서 고찰할 수 있음
- 따라서 향후 개인단위 측면에서의 건강보장 강화 정책과 더불어 지역단위에서의 정책적 고민이 필요함