

한국의료패널로 본 의료이용 및 본인부담 의료비 지출

*A Report on the Korea Health Panel Survey:
Health Care Utilizations and Out-of-Pocket Spending*

정영호 한국보건사회연구원 연구위원

급증하는 의료비 지출로 국가경제에 미치는 부담이 가중되는 것에 대비해 국가재정 및 보건의료재정의 지속성·건전성·안정성을 확보하기 위한 국가정책 개발과 함께, 보장성을 강화하여 국가 구성원에 대한 의료보장을 확보해야 하는 국가적 과제가 우리 앞에 놓여있다. 본고는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 컨소시엄을 체결하여 2008년부터 공동으로 수행하는 『한국의료패널』 조사 결과 중 의료이용과 본인부담(법정 본인부담 + 비급여) 진료비 지출에 대한 내용을 정리·제시하여 관련 정책수립에 필요한 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 작성되었다. 한국의료패널 조사결과에 기초하여, 건강보험 보장성 강화와 함께 의료재정의 지속성을 유지하기 위한 보험료율과 재원조달 방안에 대하여 논의하였으며, 의료이용의 적절한 관리를 위해 일차의료의 강화와 지불제도의 개선을 제안하였다.

1. 서언

우리나라의 국민의료비 지출규모는 OECD 국가와 비교하면 높은 국가에 속하지는 않지만, 현재의 증가추이를 고려해 볼 때 국민의료비의 지출 비중이 높은 여타 선진국들이 당면한 문제들이 나타날 것으로 예상된다. 급증하는 의료비 지출로 국가경제에 미치는 부담이 가중되는 것에 대비해 국가재정 및 보건의료재정의 지속성·건전성·안정성을 확보하기 위한 국가정책 개발이 요구되고 있는 실정이라 할 수 있다. 따라서 국가가 적절한 시기에 효과적인 정책으로 의료비 지출을 관리하며 효율성·효과성·형평성을 제고하는 노력이 필요한 시점이며, 이를

위해서는 의료비 지출 양상과 패턴에 관한 지속적인 모니터링이 요구된다.

한편, 의료재정의 안정성과 지속성을 확보하는 방안과 함께 국가의 구성원이 지불능력에 구애받지 않고 필수적 의료를 확보하여 질병으로부터 자유로워질 수 있도록 의료보장의 확보를 추진하여야 한다. 현재 우리나라의 건강보험은 본인부담이 상대적으로 높아, 적절한 급여범위를 도출할 필요가 있다. 즉, 건강보험이 명실상부한 의료보장으로서의 기능과 역할을 충실히 수행할 수 있도록 체계를 구축하는 노력을 경주하여야 한다.

의료재정의 지속성·건전성·안정성을 확보하고 건강보험의 보장성을 강화하는 정책수립

을 위해서는 의료비에 대한 기초자료를 생산하여 의료비 지출 양상과 패턴에 관한 지속적인 모니터링이 요구된다. 특히, 미시단위(개인 및 가구단위)에서의 의료이용 및 지출, 의약품 구매 등 보건의료서비스가 어떻게 분배되며 그 패턴이 어떠한 변화를 보이는 지를 지속적으로 모니터링 하는 것이 매우 중요하다. 이를 통해서 국가가 적절한 시기에 의료비 지출의 효율성·효과성·형평성을 제고할 수 있는 정책 수립이 가능하기 때문이다.

이러한 필요성에 따라 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단은 컨소시엄을 체결하여 보건의료 이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 관한 기초자료를 생산하기 위하여 2008년부터 공동으로 『한국의료패널』 조사·연구사업을 수행하고 있다.¹⁾ 『한국의료패널』 조사에서는 가구 및 가구의 사회경제적 특성, 입원서비스·외래서비스·응급서비스 등의 의료이용 및 의료비 지출, 건강수준, 만성질환, 의약품 복용행태, 일반의약품 장기복용, 민간의료보험, 임신 및 출산, 노인장기요양 등이 핵심영역으로 구성되어 있다. 그리고, 건강생활습관, 정신건강, 구강건강, 활동제한, 삶의 질, 의료의 접근성, 일자리, 계층인지도 등과 같은 다양한 주제의 부가설문을 실시하고 있다. 추적조사인 『한국의료패널』은 2008년에 1차년도 본 조사를 시작으로 2011년 현재 4차년도 본 조사가 진행 중에 있는데, 본 『한국의료패널』은 보건의료정책 및 건강보험정책 수립의 기초자

료로 활용될 뿐만 아니라, 관련 학술 연구분야의 증진에도 크게 기여하리라 기대된다.

본고는 『한국의료패널』 조사 결과 중 의료이용과 본인부담(법정본인부담 + 비급여) 진료비 지출을 중심으로 2008년~2009년 기간에 발생한 『한국의료패널』 응답자들의 응급·입원·외래 의료이용서비스 및 본인부담 의료비 지출을 분석하여 관련 보건의료정책 수립에 기초자료를 제공하고자 하였다.

2. 분석자료 및 대상자 일반 사항

2008년도의 의료이용 및 본인부담 지출을 분석하기 위해 한국의료패널의 2008년 상반기 조사, 2008년 하반기 조사, 2009년 본 조사의 데이터를 결합하여 2008년 통합자료를 구축하였다. 한편, 2008년 하반기 조사, 2009년 본 조사, 2010년 상반기 조사 데이터를 결합하여 2009년도의 의료이용 및 본인부담 내용을 분석하였다.

<표 1>은 분석대상자의 일반사항을 나타낸 것으로 2008년에는 21,787명(7,006가구), 2009년에는 19,641명(6,300가구)으로 구성되어 있다. 이를 구체적으로 살펴보면 남성(여성)이 약 49%(51%)의 비중을, 그리고 65세 이상의 경우 2008년에 13.2%, 2009년에 14.7%의 비중을 보이고 있다.

1) 한국의료패널과 관련하여 자세한 내용은 '정영호 외(2007). 한국의료패널 구축을 위한 기초연구, 한국보건사회연구원; 정영호 외(2009). 2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(II), 한국보건사회연구원·국민건강보험공단' 등을 참조.

표 1. 조사대상자 일반사항

(단위: %, 명)

특성		2008년	2009년	특성		2008년	2009년
성별	남자	49.01	49.00	학력	고등학교 졸업	24.65	24.24
	여자	50.99	51.00		대학교 재학 이상	27.29	27.74
연령	0~9세	12.08	11.16	동거	동거	96.54	94.35
	10~19세	13.80	14.00		비동거(직장)	0.75	1.12
	20~29세	11.73	11.25		비동거(기타)	2.71	4.37
	30~39세	15.79	15.11		비동거(사망)	-	0.16
	40~49세	15.74	15.82	경제 활동 여부	하고 있음	44.03	45.05
	50~59세	12.41	12.56		하지 않음	34.95	35.04
	60~69세	10.69	11.16		만 14세 이하	21.02	19.89
	70~79세	6.32	7.12	의료 보장 형태	사업장(직장) 건강보험	58.89	63.26
	80세 이상	1.43	1.83		지역 건강보험	35.10	31.79
65세 이상	13.22	14.71	의료급여 1, 2종		4.81	4.27	
혼인 상태	유배우자	51.98	51.79	형태	특례자(국가유공자 등)	1.08	0.57
	별거	0.43	0.40		자격상실 등	0.11	0.12
	사별 또는 실종	6.06	6.32		장애 여부	있음	4.21
	이혼	1.74	1.81	없음		95.79	95.44
	결혼한 적 없음	39.8	39.51	연간 가구 소득	999만원 이하	10.18	9.66
사망	0.16	0.16	1,000~1,999만원 이하		16.62	15.86	
학력	무학(만 19세 이상)	4.50	4.77		2,000~2,999만원 이하	18.70	17.20
	미취학(만 7세 이하)	7.48	6.94		3,000~3,999만원 이하	18.63	17.58
	초등학교 재학	8.99	8.52		4,000~4,999만원 이하	13.04	14.05
	중학교 재학	4.36	4.48	5,000만원 이상	22.83	25.65	
	고등학교 재학	3.73	3.82	계	100.00	100.00	
	초등학교 졸업	11.04	11.44	총 가구원 수	21,787	19,641	
	중학교 졸업	7.97	8.03				

3. 분석결과

1) 응급서비스 이용

의료패널 응답자 중 응급서비스를 이용한 환자의 수는 2008년에 1,583명, 2009년에 1,612

명으로 조사되었다. 주목할 것은 0~9세 연령대가 차지하는 비중이 다른 연령층에 비해 높은 것을 알 수 있는데, 전체 응급 건수에서 0~9세 연령대가 차지하는 비중이 2008년에는 약 26%, 그리고 2009년에는 약 22%인 것으로 나타났다. 한편, 65세 이상의 응급건수도 전체의

약 20%에 이르고 있다. 즉, 0~9세 사이와 65세 이상의 응급건수를 합한 비중이 전체의 40%를 상회하고 있는데, 의료패널 응답자 중에서 0~9세와 65세 이상의 응답자가 차지하는 비중인

약 25%와 비교하면 1.6배 이상에 해당되는 수치이다.

아래의 <표 2>은 응급서비스 이용에 따른 건당 평균 본인부담액을 보여주고 있다. 2008년

표 2. 응급 환자의 일반 사항

(단위: %, 명)

구분		2008년			2009년		
		명	건	평균건/명	명	건	평균건/명
성별	남	50.03	50.44	1.30	51.05	51.59	1.26
	여	49.97	49.56	1.28	48.95	48.41	1.24
연령	0~9세	23.31	25.59	1.41	21.96	22.34	1.27
	10~19세	11.62	10.56	1.17	13.15	12.36	1.17
	20~29세	7.01	6.68	1.23	7.07	7.10	1.25
	30~39세	10.87	9.82	1.16	10.98	10.33	1.18
	40~49세	13.52	12.97	1.23	12.53	12.76	1.27
	50~59세	9.54	8.94	1.21	10.98	10.68	1.21
	60~69세	12.26	12.38	1.30	10.36	10.68	1.29
	70~79세	9.54	10.85	1.46	9.86	10.38	1.31
	80세 이상	2.34	2.21	1.22	3.10	3.38	1.36
	65세 미만	81.43	79.76	1.26	80.96	79.99	1.23
65세 이상	18.57	20.24	1.40	19.04	20.01	1.31	
혼인상태	유배우자	48.89	47.84	1.26	46.65	46.52	1.25
	배우자 없음	51.11	52.16	1.31	53.35	53.48	1.25
의료보장	건강보험	91.72	90.03	1.26	91.87	91.01	1.24
	의료급여	7.20	8.69	1.55	7.01	7.80	1.39
	기타	1.07	1.28	1.53	1.12	1.19	1.33
장애여부	장애 있음	7.33	7.61	1.34	7.88	8.49	1.35
	장애 없음	92.67	92.39	1.28	92.12	91.51	1.24
경제활동	있음	35.19	33.50	1.22	35.86	34.76	1.21
	없음	33.73	33.89	1.29	33.62	34.56	1.28
	비경제	31.08	32.61	1.35	30.52	30.69	1.26
가구소득	999만원 이하	13.64	14.10	1.33	11.17	12.51	1.40
	1,000~1,999만원	17.50	18.86	1.39	17.68	17.97	1.27
	2,000~2,999만원	17.81	17.53	1.27	14.27	13.95	1.22
	3,000~3,999만원	18.76	18.96	1.30	18.55	18.62	1.25
	4,000~4,999만원	12.44	11.94	1.23	14.89	14.15	1.19
	5,000만원 이상	19.84	18.61	1.21	23.45	22.79	1.21
계	1,583	2,036	1.29	1,612	2,014	1.25	

에 건당 본인부담액은 48,866원, 그리고 2009년에 50,382원으로 2009년이 2008년에 비해 약간 상승한 것으로 나타났다. 이를 건강보험 가입자와 의료급여 대상자로 구분하여 보면,

건강보험의 경우에는 약 52,000원대에 이르고 있는 것에 비해, 의료급여의 경우에는 2008년에 약 13,500원, 2009년에 25,100원 정도로 조사되었다.

표 3. 응급서비스 이용에 따른 건당 평균 본인부담액

(단위: 원)

구분		2008년		2009년	
		평균	표준편차	평균	표준편차
성별	남	47,287	86,555	52,536	112,864
	여	50,457	107,992	48,098	90,582
연령	0~9세	32,303	50,346	44,036	59,013
	10~19세	43,420	58,633	50,769	56,401
	20~29세	44,180	47,911	47,748	52,662
	30~39세	55,461	97,056	42,769	49,415
	40~49세	50,441	91,428	50,806	97,153
	50~59세	54,169	95,798	70,455	175,796
	60~69세	73,337	183,063	60,791	167,647
	70~79세	56,086	100,367	41,747	101,158
	80세 이상	62,202	131,638	49,477	105,061
	65세 미만	44,550	75,778	50,095	93,300
65세 이상	65,776	155,706	51,524	133,659	
혼인상태	유배우자	55,946	115,563	54,020	132,529
	배우자 없음	42,629	78,463	47,260	67,066
의료보장	건강보험	52,464	101,203	52,780	97,130
	의료급여	13,539	32,680	25,109	154,352
	기타	27,376	94,571	34,206	61,023
장애여부	장애 있음	45,581	102,901	46,265	162,633
	장애 없음	49,150	97,384	50,770	95,134
경제활동	있음	56,699	122,936	53,324	106,287
	없음	55,760	104,980	52,561	127,727
	기타 비경제	34,514	50,493	44,706	56,790
가구소득	999만원 이하	58,298	165,681	39,933	135,570
	1,000~1,999만원	47,335	95,611	49,771	124,218
	2,000~2,999만원	46,531	76,035	48,376	70,558
	3,000~3,999만원	47,494	80,681	60,850	129,521
	4,000~4,999만원	41,952	52,651	47,607	61,577
	5,000만 원 이상	51,223	86,483	50,860	69,673
계		48,866	97,811	50,382	102,652

2) 입원서비스 이용

<표 4>는 2008년과 2009년에 입원 경험이 있는 의료패널조사 응답자들의 일반사항을 제

시한 내용이다. 입원서비스를 이용한 환자는 2008년에 1,921명, 2009년에 1,831명으로 나타났다. 전체 환자 수 중 65세 이상이 차지하는 비중이 2008년에 26%, 2009년에 28%정도를 차

표 4. 입원 환자의 일반 사항

(단위: %, 명)

구분		2008년			2009년		
		명	건	평균건/명	명	건	평균건/명
성별	남	44.14	45.63	1.40	45.82	46.89	1.44
	여	55.86	54.37	1.32	54.18	53.11	1.38
연령	0~9세	11.71	13.18	1.53	10.05	9.59	1.35
	10~19세	6.45	5.75	1.21	4.92	4.37	1.26
	20~29세	8.33	7.01	1.14	7.97	6.58	1.16
	30~39세	14.52	12.41	1.16	14.8	12.61	1.20
	40~49세	12.49	12.22	1.33	13.49	12.92	1.35
	50~59세	12.96	12.07	1.27	13.71	13.69	1.41
	60~69세	15.98	17.09	1.45	16.44	17.64	1.51
	70~79세	14.47	16.51	1.55	14.2	17.29	1.72
	80세 이상	3.07	3.75	1.66	4.42	5.3	1.69
	65세 미만	73.97	69.77	1.28	72.04	67.27	1.32
65세 이상	26.03	30.23	1.58	27.96	32.73	1.65	
혼인상태	유배우자	62.52	61.69	1.34	64.23	64.95	1.43
	배우자 없음	37.48	38.31	1.39	35.77	35.05	1.38
의료보장	건강보험	90.73	88.7	1.33	90.28	88.2	1.38
	의료급여	8.17	9.66	1.61	7.92	9.71	1.73
	기타	1.09	1.65	2.05	1.8	2.09	1.64
장애여부	장애 있음	8.69	11.72	1.83	9.99	11.72	1.66
	장애 없음	91.31	88.28	1.31	90.01	88.28	1.38
경제활동	있음	40.76	38.7	1.29	41.4	40.15	1.37
	없음	43.99	44.98	1.39	45.71	47.89	1.48
	14세 이하	15.25	16.32	1.45	12.89	11.95	1.31
가구소득	999만원 이하	17.13	18.81	1.49	13.87	15.32	1.56
	1,000~1,999만원	18.90	20.00	1.44	19.77	21.20	1.51
	2,000~2,999만원	18.48	17.78	1.31	15.95	15.67	1.39
	3,000~3,999만원	17.07	17.59	1.40	16.28	16.67	1.45
	4,000~4,999만원	10.93	10.00	1.24	12.83	12.11	1.33
	5,000만원 이상	17.49	15.82	1.23	21.30	19.03	1.26
계	1,921	2,610	1.36	1,831	2,585	1.41	

지하고 있으며, 건수 대비로는 30%를 상회하고 있다. 소득수준에 따른 입원 경향을 보면, 환자당 입원건수는 소득수준이 낮을수록 다소 증가하는 경향을 보였다.

한편, 입원서비스 이용시 건당 본인부담액(법정본인부담 + 비급여)은 2008년에 809,277원, 2009년에는 798,62원으로 조사되었다. 이를 건강보험가입자와 의료급여자로 분리하여 보면, 건강보험가입자의 경우에는 약 85만원대로 2008년과 2009년에 큰 차이가 없으며, 반면 의료급여자의 경우에는 2008년의 약 459,000원에서 2009년에는 약 315,000원 정도로 감소하였다. 65세 이상 노인환자들의 입원 건당 본인부담액은 2008년의 약 988,000원에서 2009년

에는 약 890,000원으로 다소 감소하였다. 그러나, 65세 이상 환자들의 본인부담액은 65세 미만 환자의 본인부담액을 상회하고 있는 데, 2008년에는 약 260,000원의 격차를, 그리고 2009년에는 격차액이 감소하긴 했지만 약 151,000원의 격차를 보이고 있다. 소득수준과 건강수준이 대체로 낮은 65세 이상의 노인환자들이 질병으로 인한 어려움과 의료비 부담을 경감시키기 위한 정책적 배려를 더욱 고민해야 할 것이다.

한국의료패널에서는 입원시 간병인 유무 및 간병비용에 대한 조사를 실시하여 관련 정책수립에 도움이 되고자 하였다. 우선, 입원시 간병인 유무 여부에 관한 조사결과에 따르면, 입원

표 5. 입원서비스 이용에 따른 건당 평균 본인부담액

(단위: 원)

구분		2008년		2009년	
		평균	표준편차	평균	표준편차
성별	남	835,937	1,394,383	793,404	1,304,840
	여	787,802	1,302,281	803,092	1,156,665
연령	0~9세	286,876	461,601	325,047	311,235
	10~19세	569,078	1,073,787	562,080	594,161
	20~29세	746,835	1,066,052	764,805	1,148,238
	30~39세	787,476	1,022,766	766,199	942,274
	40~49세	871,009	1,335,978	862,589	1,297,842
	50~59세	989,182	1,925,168	913,645	1,405,901
	60~69세	949,409	1,182,858	904,348	1,317,672
	70~79세	1,015,579	1,664,762	899,061	1,511,132
	80세 이상	923,073	1,501,673	875,650	1,119,429
	65세 미만	727,481	1,256,951	748,084	1,117,011
	65세 이상	987,917	1,502,551	898,886	1,415,657
혼인상태	유배우자	931,242	1,485,637	873,519	1,325,799
	배우자 없음	620,168	1,062,197	661,591	1,008,245

〈표 5〉 계속

구분		2008년		2009년	
		평균	표준편차	평균	표준편차
의료보장	건강보험	851,962	1,387,604	859,968	1,267,712
	의료급여	459,099	800,377	314,657	643,141
	기타	619,522	1,265,212	516,201	1,051,371
장애여부	장애 있음	763,951	1,280,436	830,815	1,301,126
	장애 없음	815,731	1,353,068	794,197	1,216,720
경제활동	있음	926,432	1,526,460	875,398	1,362,960
	없음	895,267	1,350,853	852,285	1,232,868
	14세 이하	321,854	582,216	347,451	339,787
가구소득	999만 원 이하	710,353	1,014,517	738,017	1,184,366
	1,000~1,999만원	826,539	1,251,410	770,973	1,362,519
	2,000~2,999만원	796,214	1,176,326	792,071	1,179,333
	3,000~3,999만원	740,561	1,408,723	757,111	1,074,761
	4,000~4,999만원	738,064	1,064,860	673,261	1,066,711
	5,000만 원 이상	1,049,559	1,931,952	1,001,928	1,342,950
계		809,277	1,344,083	798,622	1,227,005

환자 중 50%가 넘는 비율로 동거가족이 간병을 했다고 응답하였으며, 주 간병인이 없었던 경우가 2008년과 2009년 모두 약 30% 넘게 나타났다. 유급간병인의 경우는 전체 입원환자

중 4% 미만에 그치고 있었다. 한편, 유급 간병인을 이용한 경우에 지출된 간병비는 2008년과 2009년 모두 80만원을 상회하고 있는 것으로 응답하였다.

표 6. 입원시 주 간병인: 성별

(단위: 명)

구분	2008년			2009년		
	남	녀	계	남	녀	계
주 간병인 없었음	27.46	33.62	30.80	30.69	33.72	32.3
동거가족	63.22	44.61	53.10	60.81	43.04	51.37
비동거/친인척	5.96	15.50	11.15	6.02	17.26	11.99
유급간병인	2.18	5.50	3.98	1.98	4.73	3.44
기타	1.01	0.56	0.77	0.41	0.66	0.54
계	1,191	1,419	2,610	1,212	1,373	2,585

주: 기타: 친구, 무급 간병인 등

표 7. 입원시 유급간병인 이용에 따른 지출액

(단위: 원)

구분	2008년		2009년	
	평균	표준편차	평균	표준편차
남	955,750	1,161,059	818,652	1,402,311
여	782,226	966,604	811,719	1,521,212
65세 미만	905,952	1,208,799	713,333	806,173
65세 이상	797,010	944,878	831,426	1,571,959
계	825,607	1,013,765	813,713	1,479,189

3) 외래서비스 이용

<표 8>은 의료패널 조사대상자 중 외래서비스를 경험한 환자들의 일반사항을 나타내고 있다. 외래서비스를 이용한 환자들의 방문횟수를 보면, 65세 이상이 65세 미만에 비해 2.4배 이상

방문횟수가 많은 것으로 조사되었다. 그리고 저소득층의 환자일수록 의료기관 방문횟수가 많아지는 추세를 보이고 있으며, 장애인의 환자당 외래이용 방문횟수도 비장애인에 비해 2배 이상 방문한 것으로 나타났다.

한편, 건강보험 대상자와 의료급여 대상자의

표 8. 외래서비스 이용 환자의 일반사항

(단위: %, 명)

구분		2008년			2009년		
		환자 수	이용 건수	평균 건/명	환자 수	이용 건수	평균 건/명
성별	남	44.87	40.34	12.47	45.09	40.30	13.74
	여	55.13	59.66	15.01	54.91	59.70	16.72
연령	0~9세	14.66	17.23	16.30	13.41	15.88	18.20
	10~19세	13.15	5.95	6.28	14.31	6.72	7.23
	20~29세	7.81	3.61	6.41	7.59	3.10	6.28
	30~39세	13.93	7.87	7.84	12.84	7.02	8.41
	40~49세	15.23	10.66	9.70	15.05	10.70	10.93
	50~59세	13.39	14.92	15.46	13.53	14.75	16.76
	60~69세	12.65	20.81	22.82	12.85	20.00	23.92
	70~79세	7.61	16.36	29.81	8.46	18.45	33.54
	80세 이상	1.57	2.60	23.00	1.96	3.36	26.45
	65세 미만	84.22	68.97	11.36	82.90	66.39	12.31
	65세 이상	15.77	31.03	27.30	17.10	33.61	30.22

<표 8> 계속

구분		2008년			2009년		
		환자 수	이용 건수	평균 건/명	환자 수	이용 건수	평균 건/명
혼인상태	유배우자	45.23	43.53	14.30	53.89	57.10	16.29
	배우자 없음	54.77	56.47	13.35	46.11	42.90	14.30
의료보장	건강보험	95.17	91.31	13.31	94.65	90.15	14.64
	의료급여	4.21	7.73	25.46	4.66	8.78	28.95
	기타	0.62	0.97	21.75	0.69	1.07	23.83
장애여부	장애 있음	4.75	9.62	28.08	4.99	10.18	31.34
	장애 없음	95.25	90.38	13.16	95.01	89.82	14.53
경제활동	있음	41.69	36.99	12.31	42.42	37.29	13.51
	없음	34.49	41.42	16.66	34.50	42.04	18.73
	14세 이하	23.82	21.59	12.57	23.09	20.67	13.76
가구소득	999만원 이하	11.34	20.40	24.96	10.50	18.87	27.64
	1,000~1,999만원	16.79	19.24	15.90	16.11	20.06	19.14
	2,000~2,999만원	18.08	16.93	12.99	16.96	15.11	13.70
	3,000~3,999만원	18.04	15.89	12.22	17.17	14.56	13.04
	4,000~4,999만원	12.87	9.87	10.64	13.60	11.58	13.09
	5,000만원 이상	22.89	17.67	10.71	25.67	19.81	11.87
계		17,175	238,213	13.87	15,902	244,456	15.37

환자 1인당 외래방문 횟수를 비교하여 보면, 2009년의 경우 의료급여 환자가 28.95건으로 건강보험의 14.64건에 비해 약 2배 정도 많이 방문하는 것으로 조사되었다.

<표 9>는 외래서비스 이용에 따른 방문 건당 평균 본인부담액(법정 본인부담 + 비급여 본인부담)을 정리한 내용이다. 2008년과 2009년의 외래 방문 건당 본인부담액은 2008년에 18,146원, 그리고 2009년에 17,682원으로 조사되었다. 이를 사회경제적 변수에 따라 구체적으로 살펴보면, 65세 이상 환자의 건당 본인부담액은 65세 미만 환자 본인부담액의 53%(2008년)에서 49%(2009년)에 이르고 있

다. 그리고, 장애인의 경우에는 비장애인에 비해 본인부담액이 낮은 수준이지만, 2008년에 비해 2009년에 약간 상승한 것으로 조사되었다. 한편, 건당 본인부담액을 소득수준별로 보면 999만원 이하 소득수준의 경우 9,187원(2008년)에서 9,442원(2009년)으로 다소 증가하였으며, 1,000만원 이상 소득수준의 경우에는 감소한 것으로 나타났다.

<표 10>은 의료기관 유형별 외래서비스 본인부담액 조사결과를 보여주고 있다. 예상대로 종합전문병원 > 종합병원 > 병원 > 의원 순으로 본인부담액이 높은 것을 알 수 있는데, 2009년의 경우 종합전문병원이 평균 53,059원, 종합병

표 9. 외래서비스 이용에 따른 건당 평균 본인부담액

(단위: 원)

구분		2008년		2009년	
		평균	표준편차	평균	표준편차
성별	남	18,186	127,054	16,939	113,553
	여	18,119	119,227	18,180	120,142
연령	0~9세	9,834	45,810	9,935	53,350
	10~19세	24,466	150,035	24,315	148,449
	20~29세	42,428	206,643	48,325	237,001
	30~39세	31,387	152,802	28,971	145,109
	40~49세	22,833	112,684	25,041	128,660
	50~59세	21,318	141,488	22,601	153,652
	60~69세	16,276	134,250	14,980	109,499
	70~79세	10,966	93,335	9,376	68,566
	80세 이상	8,687	117,735	7,056	55,527
	65세 미만	21,214	130,213	21,385	132,218
	65세 이상	11,320	102,714	10,416	80,894
혼인상태	유배우자	20,799	135,179	19,536	123,813
	배우자없음	14,734	103,671	15,228	108,643
의료보장	건강보험	19,407	125,737	19,141	122,846
	의료급여	3,937	34,836	4,133	44,687
	기 타	13,509	215,455	6,680	47,640
장애여부	장애있음	10,973	78,113	11,239	106,941
	장애없음	18,904	126,187	18,407	118,656
경제활동	있음	21,191	135,143	20,846	131,540
	없음	18,675	132,494	17,578	120,924
	14세이하	11,974	67,130	12,243	76,902
가구소득	999만원 이하	9,187	81,067	9,442	73,621
	1,000~1,999만원	14,886	120,612	12,339	85,069
	2,000~2,999만원	16,512	108,565	16,019	110,952
	3,000~3,999만원	19,341	108,453	18,989	108,310
	4,000~4,999만원	23,842	149,680	21,624	144,857
	5,000만원 이상	29,384	163,799	28,999	163,696
계		18,146	122,434	17,682	117,543

원이 27,686원, 병원 17,836원, 그리고 의원은 7,080원 인 것으로 나타났다. 한편, 비급여 영역

이 많은 치과병(의)원은 105,870원, 한방병(의)원은 20,156원인 것으로 조사되었다.

표 10. 의료기관 유형별 외래서비스 본인부담액

(단위: 원)

구분		2008년		2009년	
		평균	표준편차	평균	표준편차
의료 기관 종류	종합전문병원	56,836	170,696	53,059	115,469
	종합병원	28,224	111,732	27,686	89,187
	병원	20,001	71,992	17,836	51,862
	의원	7,008	47,292	7,080	46,864
	치과병(의)원	102,008	405,926	105,870	410,065
	한방병(의)원	23,105	77,744	20,156	76,455
	기타	2,091	18,892	1,961	16,441
	모름/무응답	1,000	3,000	3,778	7,259
계		18,146	122,434	17,682	117,543

진단분류별 외래서비스 이용 조사결과(표 11)에 따르면 호흡기계통의 질환이 23%대로 가장 높은 비중을 보이고 있으며, 그 다음으로 근육골격계통 및 결합조직의 질환이 차지하고 있다. 한편, 남녀별로 구분해서 보면 남자의 경

우에는 호흡기계통의 질환이 가장 높은 비중을 보였고, 여자의 경우에는 근육골격계통 및 결합조직의 질환이 가장 높은 비중으로 외래 방문이 이루어졌다.

한국의료패널은 진단분류별 본인부담액을

표 11. 진단분류별 외래서비스 이용현황: 성별

(단위: %)

구분	2008년			2009년		
	남	여	계	남	여	계
특정감염성 및 기생충성 질환	1.44	1.19	1.29	1.56	1.19	1.34
신생물	1.48	1.06	1.23	1.07	1.06	1.06
혈액, 조혈기관 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	0.19	0.22	0.20	0.13	0.21	0.18
내분비, 영양 및 대사질환	5.55	5.50	5.52	6.07	5.56	5.76
정신 및 행동장애	1.29	1.56	1.45	1.37	1.54	1.47
신경계통의 질환	1.32	1.40	1.37	1.32	1.65	1.52
눈 및 부속기의 질환	2.92	2.98	2.95	2.83	2.98	2.92
귀 및 꼭지돌기의 질환	1.27	1.12	1.18	1.35	1.05	1.17
순환기계통의 질환	13.53	11.69	12.42	13.24	10.94	11.85
호흡기계통의 질환	26.08	21.28	23.19	26.03	21.53	23.31

〈표 11〉 계속

구분	2008년			2009년		
	남	여	계	남	여	계
소화기계통의 질환	10.46	9.61	9.95	10.34	9.59	9.88
피부 및 피부 밑조직의 질환	3.44	2.87	3.10	3.23	2.73	2.93
근육골격계통 및 결합조직의 질환	14.62	25.01	20.88	15.91	26.13	22.09
비뇨생식기 계통의 질환	3.76	2.80	3.18	3.62	2.73	3.08
임신, 출산 및 산후기	0.00	0.13	0.08	0.00	0.10	0.06
출생전후기에 기원한 특정 병태	0.02	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	0.03	0.03	0.03	0.09	0.03	0.05
달리 분류되지 않은 증상, 임상/검사의 이상조건	1.24	1.38	1.33	1.57	1.67	1.63
사고손상, 중독 및 외인	6.57	4.11	5.09	5.81	4.30	4.89
질병이환 및 기타	4.79	6.05	5.55	4.44	5.02	4.79
계	110,502	167,282	277,784	115,580	176,645	292,225

주: 주된 상병 최대 3개까지 복수응답

조사하여 질병별로 본인부담의 차이 등을 파악할 수 있도록 하고 있다. <표 12>에 따르면 소화기계통의 질환이 건당 약 67,000원 정도로 파악되었고, 이어 신생물(암)이 59,676원(2008년)과 52,294원(2009년)으로 나타났다.²⁾ 외래 이용 비중이 가장 높은 호흡기계통의 질환은 건당 본인부담액이 2008년에는 4,333원, 그리고 2009년에는 4,731원으로 가장 낮은 수준을 보이고 있다.

4) 응급, 입원, 외래 진료비 본인부담금

<표 13>은 앞에서 제시한 응급, 입원, 외래 진료비 본인부담금을 합한 금액을 소득수준별로 정리한 내용이다. 조사대상 가구 당 본인부담

진료비는 2008년에 904,670원에서 2009년에 1,001,909원으로 가구 당 97,239원이 증가한 것으로 조사되었다.

소득수준에 따른 진료비는 예상대로 소득이 높을수록 지출액이 증가하는 것을 알 수 있었으나, 소득대비 진료비 비중은 소득수준이 낮을수록 점차 높아지고 있어 소득수준이 낮을수록 진료비 지출의 부담이 가중되는 것으로 나타났다. 그리고, 소득대비 진료비 본인부담 비율은 2008년의 2.85%에서 2009년의 3.02%로 증가하여 가구가 부담하는 의료비 부담이 좀 더 커진 것으로 판단된다.

건당 본인부담이 2008년도에 비해 2009년도에 대체로 감소하는 양상을 보이고 있음에도 가구당 지불하는 진료비가 증가하는 요인을 의

2) 임신, 출산 및 산후기는 케이스가 많지 않아 논의에서 제외함.

표 12. 진단분류별 외래서비스 본인부담액

(단위: 원)

구분	2008년		2009년	
	평균	표준편차	평균	표준편차
특정감염성 및 기생충성 질환	11,474	32,433	10,673	32,605
신생물(암)	59,676	177,368	52,294	104,934
혈액, 조혈기관 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	15,061	40,390	20,104	44,015
내분비, 영양 및 대사질환	11,322	42,689	11,254	36,035
정신 및 행동장애	18,461	55,390	15,286	41,271
신경계통의 질환	19,545	68,061	20,226	83,455
눈 및 부속기의 질환	13,684	97,053	14,159	102,612
귀 및 꼭지돌기의 질환	8,201	41,237	8,396	36,915
순환기계통의 질환	7,291	32,679	7,023	36,673
호흡기계통의 질환	4,333	22,837	4,731	15,103
소화기계통의 질환	66,756	323,569	67,590	319,162
피부 및 피부 밑조직의 질환	12,343	104,405	10,405	48,469
근육골격계통 및 결합조직의 질환	9,143	49,263	9,239	42,088
비뇨생식기 계통의 질환	19,529	60,499	18,515	53,149
임신, 출산 및 산후기	44,063	75,609	88,839	157,206
출생전후기에 기원한 특정 병태	36,015	122,869	14,848	45,810
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	43,464	93,263	41,285	87,586
달리 분류되지 않은 증상, 임상/검사의 이상소견	26,401	74,989	25,277	105,797
사고손상, 중독 및 외인	12,639	61,976	11,643	44,914
질병이환 및 기타	50,787	161,325	50,381	165,778
계	18,146	122,434	17,682	117,543

주: 주된 상병 1순위를 기준으로 본인부담액 확인

료패널 조사 내용으로 살펴보고자 하였다. 본 의료패널 조사에서의 총 응급건수, 입원건수, 외래건수를 가구수 대비로 환산하여 보면 응급, 입원, 외래 모두 2008년에 비해 2009년이 증가한 것을 알 수 있다(표 15). 즉, 의료이용 양(Q)이 단위가격(P)의 하락을 상쇄하는 이상으로 증가하여 전체 진료비의 증가를 가져온 것으로 판단된다. <표 15>를 보면, 가구당 응급,

입원, 외래 건수가 2008년에 비해 2009년에 각각 10.34%, 10.81%, 14.12% 증가하였다. 반면, 건당 본인부담액은 입원과 외래가 각각 1.32%, 2.56% 정도 감소하는 데 그쳤으며, 응급의 경우에는 3.10% 증가한 것으로 조사되었다. 즉, 건강보험 보장성 확대 등에 따른 건당 본인부담 감소 정도가 의료이용의 증가율에 미치지 못하여, 전반적으로 가구의 진료비 부담이

표 13. 가구소득 분포에 따른 가구당 의료비 지출

(단위: 원)

가구소득	2008년		2009년	
	가구수	연평균의료비	가구수	연평균의료비
999만원 이하	1,254	633,236	1,084	665,793
1,000~1,999만원	1,338	802,159	1,196	840,313
2,000~2,999만원	1,225	840,669	1,048	858,284
3,000~3,999만원	1,126	941,994	954	1,045,149
4,000~4,999만원	759	976,642	723	1,131,754
5,000만원 이상	1,304	1,256,884	1,295	1,444,388
계(평균)	7,006	904,670	6,300	1,001,909

주: 연평균의료비는 응급, 입원, 외래서비스이용의 진료비 본인부담금 합계임.
 가구소득이 모름/무응답인 경우 평균 값으로 대체하였음.

표 14. 의료패널 조사를 통한 가구소득 분포에 따른 가구소득 대비 진료비 본인부담금(응급, 입원, 외래)

(단위: %)

가구소득	2008년	2009년
999만원 이하	10.63	11.13
1,000~1,999만원	5.37	5.62
2,000~2,999만원	3.45	3.50
3,000~3,999만원	2.77	3.04
4,000~4,999만원	2.22	2.56
5,000만원 이상	1.76	1.99
계(평균)	2.85	3.02

주: 연평균의료비는 응급, 입원, 외래서비스이용의 진료비 본인부담금 합계임.
 가구소득이 모름/무응답인 경우 평균 값으로 대체하였음.

표 15. 가구 당 응급, 입원, 외래 건수 및 건당 본인부담액

(단위: 건, % 원)

구분	응급		입원		외래	
	건 수	본인부담	건 수	본인부담	건 수	본인부담
2008년	0.29	48,866	0.37	809,277	34.0	18,146
2009년	0.32	50,382	0.41	798,622	38.8	17,682
증감률	10.34	3.10	10.81	-1.32	14.12	-2.56

2008년에 비해 2009년에 더 커진 것으로 추론된다.

4. 고찰 및 결론

의료패널 조사결과, 건당 본인부담액(법정 본인부담 + 비급여)이 응급의 경우 48,896원(2008년)에서 50,382원(2009년), 입원의 경우 809,277원(2008년)에서 798,622원(2009년), 외래의 경우 18,146원(2008년)에서 17,682원(2009년)인 것으로 나타났다. 응급의 경우를 제외하면 대체적으로 입원과 외래의 건당 본인부담액(법정 본인부담 + 비급여)은 감소하였지만, 액수는 크지 않은 수준을 보이고 있다. 이러한 건당 본인부담이 감소하는 추세는 건강보험 보장성 강화정책의 효과인 것으로 추론된다.

그러나, 정부의 지속적인 건강보험 보장성 확대 정책에도 불구하고 우리나라 건강보험의 보장률은 다른 선진 국가들과 비교해 보면 아직 미흡한 수준인 것으로 보고되고 있다. 독일의 경우에는 일반적으로 비용분담(cost sharing)은 소득대비 2%로 제한되고 있으며, 프랑스와 네덜란드의 경우 전체 의료비 중 본인부담은 2007년 현재 각각 7%, 6% 정도인 것으로 알려져 있다.³⁾ 한편, 우리나라의 건강보험 보장률은 60%대에 이르고 있어 이러한 한계를 극복하고 의료보장으로서의 역할이 충분히 발휘될 수 있

도록 보장성 확대를 꾸준히 추진하는 것이 필요할 것이다. 이와 함께, 보장성 정책 방향에 따른 건강보험료율에 대한 논의가 이루어져야 할 것으로 사료된다. 보장성 확대에 따른 재정이 뒷받침되어야 하기 때문이다. 독일의 경우 급여 대비 보험료율이 14.9%(근로자: 7.9%, 고용주: 7.0%)⁴⁾로 우리나라 건강보험료율 5%대에 비하면 상당히 높은 수준인 것을 알 수 있다. 건강보험료율을 단기간에 유럽국가들처럼 인상하는 것은 무리가 있을 것으로 판단되나, 장기적인 관점에서 적절한 본인부담과 이에 따른 적정 건강보험료율에 대한 논의와 검토가 요구된다고 할 수 있다.

의료비는 사치재의 성격을 지니고 있는 것으로 알려지고 있다. 즉, 소득이 증가하는 이상으로 의료비의 증가율이 예상되는데, 이러한 증가 추세는 건강보험 보장성 강화와 고령화 등에 따라 더욱 가파르게 이어질 것으로 전망된다. 따라서, 의료재정의 지속성을 유지하기 위해서는 재원조달 방안에 대한 청사진이 그려져야 할 것이다. 건강보험료율의 인상으로는 한계가 있기 때문이다. 프랑스의 경우 의료재정을 payroll tax(43%), 소득세(33%), 담배세 및 주세(8%), 보조금(2%), 다른 사회보장영역에서의 이전금액(8%) 등 다양한 방법으로 조달하고 있다.⁵⁾ 한편, 우리나라 건강보험의 재정은 2008년 현재 보험료(83%), 보험재정 국고지원금(10%), 담배부담금(4%) 등에 의해 조달되고 있다.⁶⁾ 향후 국가 재

3) The Commonwealth Fund, "Descriptions of Health Care Systems: France, Germany, and The Netherlands", 2009. 11

4) ibid

5) ibid

정에 더욱 부담이 될 의료 재정의 지속성과 안정성을 확보할 수 있는 자원조달 대비책을 강구하는 것이 요구된다.

의료패널 조사에서도 나타나듯이 가구가 부담하는 연간 본인부담액은 2008년에 비해 2009년에 증가하였으며, 소득대비 의료비 지출 비중도 높아졌다. 의료비를 가격(P)과 의료이용 양(Q)으로 분리하여 보면, 가구의 의료비 부담 증가는 의료이용 양(Q)의 증가에 기인한 것으로 판단된다. 의료패널 조사내용으로 분석한 결과, 가구당 응급, 입원, 외래 이용량이 각각 10%이상 증가하였는데, 이는 건당 본인부담액 감소율을 훨씬 상쇄하는 증가율인 것을 알 수 있다. 의료이용 양의 증가율이 이러한 추세를 보인다면 가구의 의료비 지출 부담은 전체적으로 증가하게 될 것으로 전망된다. 따라서, 의료이용 양에 대한 정부의 적절한 관리가 본인부담 경감과 병행되어야 가구의 의료비 부담 증가가 완화될 것으로 사료된다. 이를 위해서는 다양한 방안들을 고려할 수 있으나, 본 고에서는 일차의료의 강화와 지불제도 개선을 강조하고자 한다. 프랑스의 경우 1차진료에 자발적인 주치의(Gatekeeper) 제도를 도입하여 의료재정 적자 완화에 기여하고 있는 등 성과를 거두고 있다는 평가가 있다.⁷⁾ 그리고, 독일에서는 ‘가족주치의 케어 모델’에 등록할 수 있는 선택권을 제시하고 있다.⁸⁾ Regular Doctor 유무에 대한 국제조사

에 따르면, 있다고 응답한 비율이 호주가 92%, 캐나다가 92%, 독일이 97%, 뉴질랜드가 94%, 영국이 96%, 미국이 84%로 나타났다.⁹⁾ 한국의 의료패널에서도 상용치료원 유무에 대한 설문 구성되어 있는데, 2009년도 조사결과에서는 응답자의 43.5% 정도가 상용치료원이 있다고 응답하였다. 외국과 우리나라의 보건의료체계와 의료환경도 상이한 상황에서 일차의료 강화를 위한 주치의 제도를 실행하기에는 아직 어려움이 있으나, 우리나라 실정에 부합하는 바람직한 일차의료 제도를 마련하여 의료이용의 적절한 관리가 이루어질 수 있도록 지혜를 모아야 할 것이다.

한편, 지불체계의 개편을 통해 의료이용 양의 적절한 통제를 도모하는 방안도 요구된다. 의료공급자로 하여금 더 많은 사람에게 더 많은 의료서비스를 제공하는 유인구조라 할 수 있는 현재의 행위별 수가제를 가치지향(value-driven) 보건의료시스템으로의 전환을 모색하는 것이 필요하다. 유럽국가들도 지불제도의 개선을 위한 노력을 경주하고 있는데, 프랑스는 2008년부터 DRG와 유사한 정액상환제를 실시하고 있는 것으로 알려져 있다. 한편, 독일에서는 입원환자들에 대해 DRG 시스템에 의해 비용을 지불하는 제도를 2004년 이후 의무적으로 실시하고 있다고 한다.¹⁰⁾

전체적인 의료비 관리를 위한 방안과 함께,

6) 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」


7) The Commonwealth Fund, “Descriptions of Health Care Systems: France, Germany, and The Netherlands”, 2009. 11

8) ibid

9) Osborn, Robin, “Comparing Health Care Systems Performance: Opportunities for Learning from Abroad”, Alliance for Health Reform, 2008. 4. 11.

취약계층의 건강과 의료비 부담에 대한 문제도 관심을 갖고 정책 개발을 추진하는 것이 필요하다. 의료패널 조사자료를 사회경제적 변수에 따라 분석한 결과에 따르면, 저소득층, 장애인 등 취약계층의 의료이용(응급, 입원, 외래)이 상대적으로 높게 나타나 건강 역진성의 문제가 의심되고 있다. 따라서, 보다 면밀한 분석을 통해 건강의 역진성을 완화하는 노력이 필요하다고 사료된다. 또한, 저소득층일수록 소득 대비 의료비 지출 비중이 높아지는 것을 감안할 때 저소득층의 의료비 부담의 경감을 위한 의료비 지원 사업을 더욱 강화하고, 건강관리를 위한 방안을 활성화하는 것이 요구된다. 외국에서 시행하고 있는 정책을 참고할 수 있는데, 프랑스는 저소득층의 건강관리를 위한 카운셀링 프로그램을 실시하고, 참여자들에게는 혜택을 부여하고 있는 것으로 알려져 있다. 그리고 30대 만성질환 보유자, 저소득층, 질병급부 혹은 산업재해 수

급자 등의 사회적 취약계층은 본인부담을 면제하는 정책을 실시하고 있다. 독일의 경우에는 유방암, 자궁경부암, 결장암 등을 보유하고 있는 만성질환자의 경우에는 총 소득의 1%내에서 본인부담을 시행하고 있다. 한편, 장애인을 위한 정책적 노력도 필요하다. 우리나라 보건복지부에서는 장애인 의료비 지원을 2010년에 133억원에서 2011년에 258억원을 책정하여 지원을 강화하고 있는데¹¹⁾, 이러한 정책방향이 지속될 수 있도록 하여야 할 것이다.

본고는 2008년부터 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행하는 『한국 의료패널』 조사 중 의료이용과 본인부담 진료비 지출에 대한 내용을 정리·제시하고자 하였다. 『한국의료패널』이 향후 우리나라 보건의료와 건강보험 제도의 바람직한 방향 마련에 기초 자료로 활용되기를 기대한다. 

10) 정영호 외(2010). 의료재정 안정화 방안, 한국보건사회연구원.

11) 보건복지부, 보도참고자료, 2010. 9. 28.