

한 대학병원 산재보험 입원 환자의
본인부담금 실태 분석

연세대학교 보건대학원

산업보건학과

조 영 순

한 대학병원 산재보험 입원 환자의
본인부담금 실태 분석

지도 원 종 욱 교수

이 논문을 보건학 석사학위논문으로 제출함

2006년 6월 일

연세대학교 보건대학원

산업보건학과

조 영 순

조영순의 보건학 석사학위논문을 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 보건대학원

2006년 6월 일

감사의 글

학문이라는 배움의 길은 특별한 만남을 연결해주는 매개체입니다.

특히, 논문을 준비하고 진행하면서 수많은 참고자료와 각종 문헌들, 그리고 주위의 많은 분들이 도움이 되어 주신 데 대해 감사드립니다.

먼저 산업보건학과 대학원 과정 내내 애정으로 큰 가르침을 주신 노재훈 교수님께 감사드립니다. 또한 본 연구 논문의 시작부터 끊임없이 조언과 가르침으로 스승의 정을 듬뿍 주신 원종욱 교수님께 깊은 감사의 인사를 드립니다.

이 논문이 완성되기까지 논문의 구석구석을 꼼꼼하게 지도해 주시고 깨알같은 글씨로 하나하나 검토하여 주신 한국노동연구원 윤조덕 박사님과의 특별한 인연은 평생 잊지 못할 인생의 은사님으로 기억될 것입니다.

바쁘신 중에도 웃음으로 도와주신 임종한 교수님, 늘 격려해주시고 칭찬의 말씀으로 힘이 되어 주신 장세진 교수님, 대학원 과정 동안 따뜻한 인정을 베풀어 주신 김치년 교수님께 감사의 인사를 드립니다.

오늘의 결과가 있기까지 수업시간을 배려해준 과장님을 비롯한 심사과 선생님 한 분 한 분께 감사드리며, 바쁜 직무과정에서 자료수집에 도움을 주신 이향란·조현상·정민주·오제현 선생님, 그리고 대학원 전 과정을 무사히 마칠 수 있도록 힘이 되어 주신 문미혜·김옥주·김창호·안미경·어강희 선생님, 친구 김정옥, 후배 송미숙 모두 감사드립니다. 또한, 2년 반 동안 함께했던 동기들, 원우회 임원진 여러분들 정말 잊지 못할 것입니다.

직장생활과 학업을 병행하는 일이 결코 쉽지는 않았지만 무사히 졸업할 수 있도록 항상 힘이 되어주신 친정어머님 정말 존경합니다. 그리고 마음으로 응원을 아끼지 않았던 딸 상은, 아들 승석, 변함없는 사랑으로 학업할 수 있도록 도와준 소중한 남편 이종현 씨 모두 사랑합니다.

2006년 6월

조영순 올림

차 례

국문 요약

I. 서 론	1
II. 이론적 배경	5
1. 본인부담제도의 이론적 근거	5
2. 건강보험 보장성과 본인부담	7
3. 산업재해보상보험 요양급여 산정 기준	8
III. 연구 방법	13
1. 연구 대상 및 자료 수집 방법	13
2. 연구 내용	13
3. 통계 분석	15
IV. 연구 결과	17
1. 연구 대상자의 일반적 특성	17
2. 본인부담금의 일반 현황	18
3. 진료 분야별 본인부담 현황	21
4. 주요 상병별 본인부담 현황	24

V. 고찰	34
VI. 결론	38
참고 문헌	40
ABSTRACT	43

표 차례

표 1. 진료 형태별 본인부담률	7
표 2. 건강보험 입원 환자의 비급여 항목별 구성비	8
표 3. 선택진료비가 적용되는 항목 및 행위별 가산율	9
표 4. 의료기관 종별 기준병실 확보 현황	10
표 5. 진료 행위에 대한 요양기관 종별 가산율 비교표	11
표 6. 산재보험 건강보험 자동차보험의 비급여 항목 비교	12
표 7. 연구에 사용된 변수	15
표 8. 보험종별 연구 대상자의 일반 사항	18
표 9. 보험종별 평균 총 진료비와 본인부담 구성비	19
표 10. 보험종별 본인부담금의 항목별 구성비	20
표 11. 사업장 규모별 산재환자 본인부담 현황 비교	21
표 12. 진료 분야별 본인부담 평균 진료비 현황	22
표 13. 주요 상병별 분석 대상 건수	24
표 14. 척추협착 및 추간판전위 환자의 일반적 특성	26
표 15. 척추협착 및 추간판전위 환자의 항목별 본인부담 평균 진료비	27
표 16. 대퇴골절 환자의 일반적 특성	28
표 17. 대퇴골절 환자의 항목별 본인부담 평균 진료비	29
표 18. 무릎의 인대파열 환자의 일반적 특성	31
표 19. 무릎의 인대파열 환자의 항목별 본인부담 평균 진료비	32
표 20. 중증도에 영향을 주는 임상적 특성	33

국 문 요 약

본 연구는 산재보험 환자를 대상으로 의료 이용 시 발생하는 비급여 진료비의 크기를 분석하고 본인부담 진료비에 영향을 주는 요인을 분석하였다. 조사 연구 대상은 모 대학 부속병원에서 2005년 1월 1일부터 2006년 2월 28일까지 입원하여 퇴원한 환자 16,252명을 대상으로 보험종별, 진료 분야별, 다빈도 주요 3개 상병별에 대한 비급여 부분의 본인부담 진료비를 항목별로 타 보험과 비교 분석하였다.

조사 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 요양급여 비용 중 본인부담금은 산재보험 환자가 26.0%, 건강보험 환자 50.1%(법정본인부담 포함), 자동차보험 환자 22.1%로 나타났다. 산재보험 환자의 본인부담금 중 상급병실료 차액이 36.1%로 가장 높게 나타났으며, 다음은 선택진료비 34.1%, 마취 수술료 16.3%, 주사 약제료 7.0% 순으로 나타났다.

둘째, 선택진료비는 산재보험 환자의 경우 전체 본인부담금 중 34.1%를 차지하였고, 자동차보험 환자 25.1%, 건강보험 환자 19.4% 순으로 산재보험 환자가 가장 높게 나타났다.

셋째, 상급병실료 차액은 자동차보험 환자가 41.2%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 산재보험 환자가 36.1%, 건강보험 환자 17.2% 순으로 나타났다.

넷째, 다빈도 3개 상병의 중증도와 관련된 임상적 특성을 보험종별로 비교하였다. 수술 소요시간이 180분 초과인 경우 산재보험 환자는 25.1%이고, 자동차보험 환자는 14.9%, 건강보험 환자는 10.7%로 산재보험 환자의 경우 수술시간이 3시간을 초과하는 경우가 타 보험 환자에 비해 의미 있게 높았다. 상병 개수의 경우 3개 이상인 경우가 산재보험 환자는 41.1%로 가장 많았고, 이는 자동차보험 환자 27.7%, 건강보험 환자 4.8%보다 통계학적으로 유의하게 높았다.

다섯째, 산재보험 환자 중 정형외과 환자 175명을 대상으로 본인부담 진료비의 실제 부담자를 조사한 결과 146명 중 71.9%(105명)가 환자 본인이 지불하였고, 사

업주 부담은 23.3%(34명), 환자와 사업주가 공동으로 부담한 경우는 4.8%(7명)로 나타났다.

이러한 연구 결과로 볼 때 산재보험 환자의 본인부담금이 높으며, 재해자에 대한 완전 요양 서비스를 지향하고 있는 산재보험의 원칙에서 볼 때 본인부담금 제도에 대한 개선이 시급한 과제라 생각된다.

핵심어 : 본인부담금, 산업재해보상보험, 건강보험, 자동차보험

I. 서 론

산업재해보상보험(이하 '산재보험')은 근로자가 사업장에서 업무상 재해를 당한 경우 근로기준법상 사업주가 부담해야 할 재해 보상 책임을 국가가 대행하여 이 들에서 신속·공정한 보상을 행함으로써 재해를 당한 산재보험 근로자 및 그 가족에게 생활의 안정을 도모하는 제도이다. 또한 사업주에게 공동 부담 위험의 원 리를 채택하여 일시에 소요되는 과중한 보상비용을 분산시켜 이를 다수 업체가 공동으로 부담하게 함으로써 안정된 기업 활동을 할 수 있도록 도와주는 것을 목적으로 하는 사회보험제도이다.

김진구 등(2002)에 의하면 산재보험 초기에는 산업재해에 대한 사업주의 책임을 담보하는 사업주 보험의 성격을 강하게 띠었으나, 점차 사회보장적 성격을 강화하 는 방향으로 제도의 발전이 이루어지게 되었다.

사회보장제도는 여러 형태의 사회보험, 공적부조, 보건 및 복지 서비스를 통해 강구되며, 사회보험은 사회적 위험인 질병, 실업, 업무상 재해, 노령 등으로 인하여 노동 능력의 상실과 소득의 감소가 발생하였을 때 보장받는 제도이다. 구체적 으로 질병에 대한 건강보험, 실업에 대한 고용보험, 업무상 재해에 대한 산재보험, 노령에 대한 연금보험이 있다(김경원, 2004).

우리나라의 산재보험은 1963년 법으로 제정·공포되어, 1964년 7월 1일부터 시행함으로써 건강보험, 고용보험 및 국민연금에 앞서 최초의 사회보험제도로 자리 매김을 하였다(노동부, 2005).

산재보험이 처음 시행된 1964년에는 적용 대상을 상시 근로자 500인 이상의 광업 및 제조업으로 하고 나머지 사업장은 근로기준법에 따라서 재해 보상이 이루어지도록 하였으나, 그 후 적용 범위를 지속적으로 확대하여 2000년 7월 1일부터는 상시 근로자 를 1인 이상 고용하는 사업장에 대해서도 산재보험을 적용하고 있다(노동부, 2005).

2006년 근로복지공단 자료(노동부, 2005)에 의하면 2005년도에 117만 5,600개 적용 사업장에서 1,200만 명의 근로자가 이 제도의 혜택을 받고 있으며, 이 중 상시

근로자 30~49인 사업장의 근로자 수가 전체의 38.0%로 가장 많은 비중을 차지하고 있다(건설업 제외). 규모별로 사업장 적용 현황을 보면 5인 미만 사업장이 718,924개소로 전체의 61.2%이며, 이를 포함한 30인 미만 사업장이 966,873개소로 전체의 82.2%이다. 또한 2005년 한 해 동안 3조 250억 원의 보험 급여가 지급되었고, 이 중 요양급여는 25.4%(약 7,700억 원)를 차지하고 있다. 요양급여는 의료기관에 지급되는 현물급여로서 요양급여의 범위, 의료 서비스의 수준 등은 산재보험 제도에 있어 의미하는 바가 크다.

2005년 요양기관 등급별 산재보험 지정 의료기관은 총 4,765개소이며, 이 중 종합전문병원이 16%, 종합병원이 27%이며, 병원과 의원이 각각 25%와 32%를 차지하고 있다(노동부, 2005).

산재보험에서 인정하는 요양급여의 범위는 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제5조(요양급여의 적용 기준 및 방법) 및 제8조(요양급여의 범위)를 준용하도록 되어 있다. 산재보험 환자의 경우는 국민건강보험법 시행규칙의 규정에 의한 본인부담 항목 중 선택진료비, 상급병실 사용 차액 등은 비급여로 정하여 별도의 요양급여 비용은 환자 본인부담으로 이루어지고 있다. 또한, 요양기관 규모별로 차등을 두어 별도로 정한 요양기관 종별 가산율을 적용하도록 하고 있으며, 국민건강보험법 제42조 제4항의 규정에 의하여 보건복지부 장관이 고시하는 요양급여 비용의 내역(이하 '국민건강보험 진료수가 기준'이라 한다) 중 진료 행위에 대한 추가 비용을 선택진료의 항목에 따라 20~100%까지 환자 또는 그 보호자로부터 추가 비용을 징수할 수 있다고 정해져 있으며, 고가 항목에 대해서는 비급여로 운영되고 있다(노동부, 2006).

김정희 등(2004)의 연구에 의하면 적정 수준의 본인부담은 의료 자원의 효율적 이용과 보험 재정 안정에 기여하는 효과적인 정책으로 활용될 수 있으며, 적정 수준의 본인부담의 절대적 기준은 없지만, 보험 재정의 한계로 의학적 타당성이 인정되는 의료임에도 불구하고 고가 서비스라는 이유로 한시적으로 급여 범위에서 제외시키거나 전액을 환자 본인이 부담하도록 하고 있다고 지적하고 있다.

본인부담액의 증가는 비급여 항목의 계속 증가로 의료기관으로서는 만족하지 못한 보험 수가에서 병원 경영을 위해 비급여 항목 등을 의도적으로 개발한다고

지적하였다(이현실, 1993)

국민건강보험공단(2004)에서는 우리나라 의료 체계 및 건강보험 재정을 고려하여 본래 본인부담제의 목적을 효율적으로 성취할 수 있는 방안으로 의료기관 종별 건강보험 환자를 대상으로 진료비 본인부담 실태조사를 하였다. 이 조사 분석에 의하면 입원 비급여 진료비의 항목별 본인부담은 병실료 차액과 식대가 전체 비급여 진료비의 23.5%와 20.7%로 가장 큰 비중을 차지하였다(김정희 등, 2004).

산재보험의 특성상 보험료는 전액 사업주 부담이 원칙이나, 현재 보험 적용이 되지 않는 선택진료비와 상급병실 차액 등은 별도의 비급여 부분에 대한 본인부담으로 돼 있어 산재보험 환자는 부상으로 인한 고통과 경제적인 부담으로 이중적인 부담을 안고 있다. 산재보험사업 소요 비용이 전액 사업주 부담으로 근로자의 비용 부담이 없으며, 산재보험이 사용자 무과실 책임 원리를 기초로 한 사업주의 재해 보상 책임을 사회보험화하여 근로자를 보호하는 것을 목적(박인화 등, 2004)으로 하는 것과는 차이가 있다.

산재보험 급여는 업무상 재해 또는 질병으로 인한 병원 관련 치료비용으로 현물급여인 요양급여로 보상이 이루어지고 있다. 하지만, 요양비 지급 시 산재보험 피재근로자가 자부담하는 비급여 부분이 상당부분 발생되고 있어 산재보험 노동자의 생활을 더욱 곤란하게 하고 있다(이현주 등, 2003). 산재보험 장애인의 문제도 산재보험 당사자의 문제로 국한되지 않고 가족 문제로 확산될 소지가 크다. 산재보험 장애인의 경우 80% 이상이 기혼자로 산재보험 사고 이후 장애로 인해 가족의 부담(산재보험 발생 당시의 평균 연령 약 40세)이 크다(윤조덕 등, 2000 ; 김영일, 2001 ; 이현주, 2002).

그동안 산재보험 요양급여는 손상 초기 단계부터 신속한 치료와 양질의 요양관리 제공의 중요성으로 이와 관련된 요양급여의 범위, 요양 서비스 수준, 요양전달 체계 등에 부분적인 문제 제기가 되었으나, 산재보험 환자들을 대상으로 요양급여 수준에서 비급여 부분의 크기를 구체적으로 파악하지는 못하고 있는 실정이다. 이것은 산재보험 환자의 부상·질병의 특수성과 본인부담에 대한 정보 노출을 꺼려하는 요양기관의 자료 정보 제공이 극히 제한되어 조사가 충분히 이루어지지 못하였기 때문이다. 즉, 구체적으로 진료비가 어떤 부분에 얼마나 지출되고

있는지에 대해서 보험자의 관심이 적었고, 또한 자료 접근의 제한성으로 연구도 부족한 실정이다.

본 연구는 산재보험 요양급여제도를 중심으로 비급여 부분에 대한 건강보험 및 자동차보험과 비교 분석함으로써 산재보험 요양급여제도의 개선을 위한 정책 기초 자료를 제시할 수 있다는 점에서 중요한 의미가 있다.

연구의 구체적인 목적은,

첫째, 산재보험 환자의 입원 진료비와 본인부담을 조사 분석한다.

둘째, 진료 분야별 산재보험 본인부담을 항목별로 세부내역을 타 보험과 비교하여 조사 분석한다.

셋째, 산재보험의 다빈도 주요 상병별 본인부담의 항목별로 세부내역을 타 보험과 비교하여 분석한다.

넷째, 산재보험 환자의 인구학적 특성, 임상적 특성, 기타 특성 등이 비급여 본인부담에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

II. 이론적 배경

1. 본인부담제도의 이론적 근거

요양급여 중 본인부담 비용(본인일부부담금)은 입원의 경우 요양급여 비용 총액의 20%를 부담한다. 외래의 경우 요양기관 종별 및 요양기관의 소재지, 요양급여 비용 총액, 환자의 연령에 따라 본인일부부담금에 차이가 있으며, 급여 항목에 해당하지 않는 약품의 경우에는 전액 환자가 부담해야 한다(유원섭, 2005).

공적 의료보장제도하에서도 의료 이용에 대해 제3자가 의료비를 모두 부담하게 되면 과도한 의료 이용으로 인해 의료비가 상승하게 된다는 Moral Hazard 이론에 따라 일정 부분의 진료비를 본인이 부담하도록 하고 있다(Elis, 2002 ; 김정희, 2005).

Arrow(1963)와 Pauly(1969)는 도덕적 해이를 보험 가입에 의해 보험 적용 대상자가 건강관리에 소홀함으로써 발생하는 의료 수요의 증가 및 이에 따른 의료비의 증가라고 정의하고 있다. 이렇게 발생하는 과잉 수요를 적절하게 제한하기 위해 보험 제도를 시행하고 있는 국가들 중 상당수가 그 수단으로 본인일부부담제도를 도입하여 시행하고 있다. 따라서 본인부담제도 도입의 가장 주된 목적은 비용 부담이라는 경제적 장벽을 설치함으로써 의료 서비스에 대한 수요의 불필요한 이용을 줄이는 것에 있다고 할 수 있다.

최적의 본인부담률은 경제적 위험 감소 효과와 의료 수요 증가 효과가 균형이 이루어지는 수준에서 결정되어야 한다는 것에서 본인부담제도의 역할은 자원 배분의 효율성 측면에서 중요한 의미가 있다(Zeckhauser, 1970).

우리나라의 본인부담제도는 입원 진료에 대해서는 1977년 의료보험제도 도입 당시 요양기관 종별에 구분 없이 진료비의 40%를 부담하도록 하는 정률제 방식으로 시작하였다. 1979년 이후에는 자격 구분에 의한 차이를 없애고 모든 요양기관 종별에서 진료비의 20%를 부담하도록 하였다.

이인제(2005)에 의하면 산재보험에서 높은 보상 수준은 도덕적 해이(moral hazard)를 증가시키고 과장된 또는 허위의 산재보험 신청을 증가시킨다. 도덕적 해이의 문제는 산재보험을 통해 재해 위험의 대부분을 보장받는 근로자가 필요 이상으로 장기 요양하거나 작업장에서 정상적인 주의를 기울이지 않는 것이다.

Lave 등(1976)은 진료비는 주로 환자의 재원기간과 임상적 특성이 영향을 준다고 하였으며, 임상적인 특성은 측정하기가 쉽지 않은 문제로 재원기간을 진료비 분석의 지표로 활용하였다. 재원기간은 병상 운영과 밀접한 관계가 있어 이후 재원기간에 관한 많은 연구(Horn 외, 1980 ; 유승흠 외 1983 ; Berki 외, 1984)가 있었고, 진료의 특성, 재원기간, 병원의 특성 등 여러 가지 요인에 의하여 영향을 받으나 동일 질병의 경우에서도 재원기간에 의하여 특히 영향을 많이 받는 것으로 연구되었다(Lave, 1976 ; 조우현, 1987).

이명근(1989)의 연구에 의하면 지불 형태에 따른 재원기간 및 총 진료비에 대한 비교 분석에서 재원기간이 일일 평균 진료비에 영향을 주었으며, 또한 불필요한 재원기간 연장 요인으로는 환자의 개인적 특성에 의한 영향이라고 보고하였다. 또한 산재보험 환자의 임상적 특성이 타 보험과 달라 지불 형태보다는 임상적 특성이 결정 요인이라고 하였다.

임상적 특성 중 서비스량 및 강도를 설명하는 변수들은 치료 과정과 관련된 변수들로 특히 중요한데, 서비스량은 시행한 수술 및 처치, 각종 검사, 투약 등을 양적으로 나타낸 것으로 진료비와 높은 상관성이 있음이 보고된 바 있다. 이와 같은 높은 상관성은 질병의 진단과 치료의 많은 부분이 입원 후 2일 이내에 이루어져 이 기간 동안의 서비스 강도가 전체 진료 기간 및 진료비에 직접 영향을 미치기 때문이라고 보고하였다(조우현, 1987).

이경중(1990)의 「산재 환자 장·단기 입원 환자 진료비 비교」에서는 장기 환자에서 총 진료비가 많고 일일 평균 진료비는 적은 것으로 나타났다. 총 진료비에 영향을 미치는 변수로 의료기관 등급, 치료 결과, 연령이 유의한 변수들로서 총 진료비에 영향을 준다고 보고하였다.

이진경(2003)은 건강보험에서 청구한 진료 내역 전체를 항목별로 분석하였으며, 요양기관 종별 10대 분류 금액 구성비를 조사하였다. 그 중 진찰료의 비중이 37%

로 가장 컸고, 다음으로 처치 및 수술이 19%, 주사료가 12%, 검사료가 10%로 나타났다. 또한 종별로는 종합전문병원과 종합병원은 주사료, 처치 및 수술료, 검사료 순으로 조사되었다.

김정희 등(2004)이 전국 187개 의료기관의 건강보험 적용 환자들의 본인부담 수준을 조사한 바에 의하면 비급여를 포함한 전체 의료비 중 환자 본인부담률은 43.6%(입원 45.1%, 외래 43.1%)이었다(표 1 참조). 본인부담 구성 항목별로는 법정 본인일부부담 22.3%, 비급여 본인부담 20.2%, 전액 본인부담 1.1%이었다. 요양기관 종별 본인부담률은 종합전문병원 56.2%, 종합병원 48.3%, 병원 48.4%, 의원 32.5%이었다.

표 1. 진료 형태별 본인부담률

(단위 : %)

진료 형태	보험자부담	본인부담			
		계	일부부담	비급여진료비	전액본인부담
전체(약국 포함)	61.3	38.7	23.1	20.2	1.1
전체(약국 제외)	56.4	43.6	22.3	20.2	1.1
입원	54.9	45.1	16.3	26.5	2.3
외래	56.9	43.1	26.0	16.7	0.4
약국	73.0	27.0	25.0	1.2	0.8

자료 : 김정희, 정종찬, 김성욱, 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 2004. pp.67-69

2. 건강보험 보장성과 본인부담

건강보험 보장성은 정책적으로 국가가 커버해야 할 필요가 있는 급여 내용 중 실질적으로 얼마를 공적으로 부담하는지를 나타내는 개념이다. 따라서 '보장성'은 건강보험 급여의 범위와 수준에 따라 결정된다.

의료 보장은 국가의 구성원으로 하여금 지불 능력에 구애받지 않고 필수적 의료(necessary service)를 확보할 수 있도록 해주는 것을 의미하며, 동시에 의료비 보장의 충분성을 의미할 수도 있다(이규식, 2002). 그 외에도 의료 이용에 있어 경제적 장벽의 제거, 필수 의료에 대한 보장, 도덕적 해이 방지, 적정 의료의 공급, 비의료 건강 서비스의 제공, 건강 불안으로부터의 해방 등을 포함하는 매우 포괄적인 개념이다(조병희, 2005).

국민건강보험공단은 급여 확대 우선순위 기준 마련 및 평가 시행을 위해 2004년 5개 병원 자료를 근거로 환자 부담 현황 조사를 실시하여 환자가 부담하고 있는 비급여 실태를 조사하였다(표 2 참조). 이를 토대로 보건복지부에서는 보장성 강화가 시급한 주요 중증질환 중심의 환자 부담 경감 방안으로 2008년까지의 보장성 강화 계획을 마련하였다.

표 2. 건강보험 입원 환자의 비급여 항목별 구성비

(단위 : %)

비급여 항목	병실료 차액	식대	주사	수술	검사	MRI	초음파	치료 재료	선택 진료비	기타 비급여	계
%	23.5	20.7	6.7	3.6	5.2	5.4	11	5.1	13.1	5.8	100

자료 : 건강보험 환자의 본인부담 실태조사, 2004년, 국민건강보험공단

(건강보험 보장성 강화 방안, 2005년 6월. 재인용)

3. 산업재해보상보험 요양급여 산정 기준

산재보험 요양급여는 근로자의 업무상 부상이나 질병으로 인한 상병을 치유하여 상실된 노동력을 회복시키기 위한 현물급여로서 보험관장 자(노동부 장관, 근

로복지공단)가 피재 근로자에게 직접 요양을 행하든지 또는 그에 소요된 비용을 지급하는 방법으로 보험급여를 통해 부담하게 된다.

산재보험 환자의 경우는 국민건강보험법 시행규칙의 규정에 의한 본인부담 항목 중 선택진료비, 상급병실 사용료 차액 등은 비급여로 정하고 있어 이에 해당하는 요양비를 산재보험 환자 본인 또는 사업주가 부담하고 있다. 산재보험에서 보장하지 않는 비급여 대상은 다음과 같다.

가. 선택진료

(1) 추가 비용 징수에 관한 법적 근거

의료기관의 장은 선택진료에 관한 규칙(보건복지부령)에 의해 선택진료를 담당하는 의사 등이 직접 진료한 진료 행위에 한하여 환자 또는 그 보호자로부터 추가 비용을 징수할 수 있다. 선택진료가 적용되는 항목 및 행위별 가산율은 다음(표 3 참조)과 같다.

표 3. 선택진료비가 적용되는 항목 및 행위별 가산율

항목명	가산율	항목명	가산율
진찰료	55%	혈관조영술	100%
의학관리료	20%	마취료	100%
검사료	50%	처치 수술료	100%
영상진단료	25%	정신요법료	50%
방사선치료료	50%	정신요법(심층요법)	100%

주 : 1) 국민건강보험 진료수가 기준 중 가산율의 범위 안에서 진료 항목별로 당해 의료기관의 장이 정한 금액으로 한다.

2) 의료법 제37조 규정에 의하여 환자 또는 그 보호자가 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 또는 요양병원(이하 '선택진료 의료기관'이라 한다)

(2) 선택진료의 자격 및 범위

추가 비용을 징수하고자 하는 선택진료 의료기관의 장은 자격 요건을 갖춘 재직 의사 등의 80퍼센트의 범위 안에서 선택진료를 담당하는 의사 등을 지정한다.

가) 면허 취득 후 15년이 경과한 치과의사 및 한의사(의료법 제5조)

나) 전문의 자격 인정을 받은 후 10년이 경과한 의사(의료법 제55조)

다) 대학병원 또는 대학부속 한방병원의 조교수 이상인 의사

나. 상급병실 사용료 차액

1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 '상급병상'이라 한다)의 이용 시 추가로 부담하는 입원실 이용비용이 상급병실료이다. 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본 입원료만을 산정하는 병상(이하 '일반병상'이라 한다)은 기준병실이다. 현재 기준병상만 보험적용을 하고 있고, 기준병상 비율은 전체 병상 수의 50% 이상으로 하도록되어 있다.

병원협회 자료(2005)에 의하면 기준병실 확보율이 종합전문병원 55.2%, 종합병원 88.7%, 병원 90.5%로 나타나고 있다(표 4 참조). 산재보험은 종합병원 이상의 요양기관에서 최초 요양 및 전원에 의한 요양을 위한 입원 시 일반병실이 없어서 부득이 상급병실을 사용하는 경우, 7일의 범위 내에서 인정하고 있다.

표 4. 의료기관 종별 기준병실 확보 현황

구 분	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실	기준병실	계
종합전문병원	3.1	17.7	8.9	10.3	4.9	55.2	100.0
종합병원	0.9	2.9	1.8	2.7	3.0	88.7	100.0
병원	0.8	2.0	3.1	2.8	0.8	90.5	100.0

※ 병원 148개, 종합병원 95개, 종합전문병원 22개 기관 조사, 병원협회 자료.

(건강보험 보장성 강화 방안 공청회 자료, 2005. 06.)

다. 요양기관 종별 차등 가산율 산정 방식

요양기관의 종별에 따라 산재보험 환자에게 제공한 행위료에 가산할 수 있는 비율은 보건복지부 고시 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수(이하 '행위 및 상대가치점수'라 한다) 제1부 일반원칙 II. 요양기관 종별 가산율을 적용하는 경우 국민건강보험 요양기관 종별 가산율에 추가로 종합전문 요양기관은 15%, 종합병원은 12%, 병원은 1%를 가산한다(산업재해보상보험 요양급여 산정 기준, 노동부 고시 2005-4호, 제4조).

이와 같이 산재보험은 국민건강보험법 요양기관 종별 가산율에 요양기관 규모 별로 차등을 두어 별도의 비율을 가산하도록 하여 국민건강보험 기준보다 높은 진료 행위에 대한 요양기관 종별 가산율을 적용하도록 하고 있다. 즉, 종합전문요양기관은 45%, 종합병원은 37%, 병원은 21%, 그리고 의원은 15%이다(표 5 참조).

표 5. 진료 행위에 대한 요양기관 종별 가산율 비교표

구 분	건강보험(A)	가산율(B)	산재보험(A+B)	자동차보험(A+B)
종합전문요양기관	30%	15%	45%	45%
종합병원	25%	12%	37%	37%
병 원	20%	1%	21%	21%
의 원	15%	0%	15%	15%

자료 : 노동부 고시 2005-4호, 「산업재해보상보험 요양급여 산정 기준」, 2005. 1. 31.

라. 산재보험 비급여 항목에 대한 타 법령과 비교

산재보험 환자의 보장성 강화 측면에서 선택진료비와 상급병실료 차액은 보장해줄 필요가 있다. 예로써, 자동차보험에서는 진료에 꼭 필요한 서비스인 진찰, 방사선 특수영상진단료(CT 제외), 마취, 수술의 4개 항목에 대해 선

택진료비를 보험자(손보사)가 부담하고 있다. 또한, 병실료 차액은 현실적으로 의학적 필요나 환자의 선택에 의한 것이 아니라 대부분 기준병상의 부족으로 기인한다. 따라서 자동차보험에서는 치료상 부득이 7일을 초과하는 경우에도 탄력적으로 상급병실을 요양급여로 인정하고 있다(표 6 참조).

표 6. 산재보험 건강보험 자동차보험의 비급여 항목 비교

구 분	산재보험	건강보험	자동차보험
선택진료비	비급여	비급여	부분적 보험 적용** - 진찰료(한방포함) - 영상진단료 (CT제외) - 마취 - 수술
상급병실 차액료	종합병원급 이상 에서 7일 이내 보험적용*	비급여	적정성 여부를 판단하여 7일 이 내 보험적용* 치료상 부득이 7일을 초과하여 상급병실 이용한 경우에도 적용

주 : * 환자의 요구에 의하여 상급병실을 이용하는 경우는 제외됨.

** 선택진료제의 원래 적용 대상 : 진찰, 영상진단 및 방사선 치료, 마취·치치 및 수술, 검사, 의학 관리, 정신요법 등.

자료 : <의료수가 및 일반 기준>, 보건복지부.

<산재보험 요양급여 산정 기준>, 노동부.

<자동차보험 진료수가에 관한 기준>, 건설교통부

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료 수집 방법

이 연구는 종합전문병원인 모 대학병원의 산재보험 지정 병원을 대상으로 2005년 1월부터 입원하여 2006년 2월까지 퇴원한 환자를 대상으로 조사 분석하였다.

산재보험 환자의 특성상 소아나 고령층의 환자가 없기 때문에 18세 미만, 70세 이상은 제외하였고, 급여의 성격에 따른 정신과 특진 의뢰 입원, 암환자, 산부인과 환자는 연구 대상에서 제외하였다.

이와 같은 기준에 의한 연구 분석 대상은 산재보험 환자는 315명, 건강보험 환자 15,562명, 자동차보험 환자 375명으로 총 16,252명 이었다.

환자의 개인적인 특성과 임상적 특성은 진료 기록을 이용하였고, 진료비와 관련된 내용은 전산실의 도움으로 환자별 수납계산서 프로그램을 개발하여 분석하였다.

산재보험 환자의 입원 진료비 중 비급여 부분에 대한 본인부담 지불자를 검증하기 위해 직접 전화 설문조사를 실시하였다. 전화 설문조사는 산재보험 환자 315명 중에서 정형외과 환자 175명을 조사 대상으로 하였고, 이 중 146명(83.4%)이 전화 응답하였다. 조사 내용은 비급여 부분의 본인부담비용과 진료 내역, 그리고 비급여 진료비의 부담을 환자 본인 전액부담 혹은 사업주 전액부담, 또는 환자와 사업주 각각 일부 부담 여부를 조사하였다.

2. 연구 내용

연구의 목적에 따라 산재보험, 자동차보험, 건강보험 등으로 보험종별로 구분하였다. 재원기간은 환자의 입원 당일은 제외하고 퇴원일은 포함시켰다. 총진료비는

보험자 부담과 본인부담으로 크게 분류하였다. 본인부담금은 선택진료비, 상급병실료, 기타 비급여 3가지로 나누었으며, 기타 비급여에는 마취 수술료, 주사 약제료, 방사선료, 검사료, 기타 등 5가지로 나누어 조사하였다. 진료 분야는 외과 분야, 내과분야 및 기타 진료 분야의 3대 분야로 분류하였다. 안과, 이비인후과, 피부과 비뇨기과는 산재보험 환자의 조사 대상자 수가 적어 통계적인 편의상 기타 진료 분야로 분류하였다.

인구학적 특성으로는 환자의 성, 연령별로 비급여 부분에 대한 본인부담의 관련성과 크기를 조사하였고, 임상적 특성 조사를 위하여 척추협착 및 추간판전위, 대퇴골절, 무릎의 인대파열 등 산재보험 다빈도 주요 3개 상병에 대하여 본인부담에 영향을 주는 요인을 조사하였다.

입원 경로, 내원 경위, 동반 진단 수, 수술시간 등은 중증도 수준에 영향을 주는 임상적 특성으로 선정하였다. 그 이유는 동일한 질병에 이환된 환자라 하더라도 중증도에 따라 크게 차이가 있을 수 있기 때문이다(유원섭, 2005).

본 연구에서는 병원 등급에 따른 상급병상 수와 선택진료(특진) 의사 수가 비급여 부분에 대한 본인부담 진료비에 영향을 미칠 수 있을 것으로 추가하였으며, 다빈도 주요 3개 상병에 해당하는 560명만을 대상자로 분석하였다.

이상의 본 연구에 사용된 변수들을 요약하면 (표 7 참조)과 같다.

표 7. 연구에 사용된 변수

변 수	세부내용	측정수준
조사대상자의 일반적 특성	성	1) 남 2) 여
	연령	1) 18~29세 2) 30~39세 3) 40~49세 4) 50~59세 5) 60~70세
병원특성	진료의사	1) 선택진료의 2) 일반의
	병상 종류	1) 상급병실 2) 기준병실
의료이용특성	진료분야별	1) 내과분야 2) 외과분야 3) 기타 진료분야
	주요 3상병	1) 척추협착 및 추간판 전위 2) 대퇴골절 3) 무릎인대 관절
의료서비스	항목별내역	1) 선택진료 2) 상급병실차액료 3) 마취 수술료 4) 주사 약제료 5) 방사선료 6) 검사료 7) 기타 비급여
		1) 산재보험 2) 건강보험 3) 자동차 보험
종합전문병원	보험종별	1) 산재보험 2) 건강보험 3) 자동차 보험
중증도	임상적 특성	1) 입원경로 2) 내원경위 3) 상병갯수 4) 수술시간

3. 통계 분석

자료의 통계적 분석은 SPSS for windows 12.0(SPSS Inc. Chicago, IL. USA)을 이용하여 기술 통계 분석, 빈도 분석, χ^2 검정을 하여 비교하였다. 분석 대상은 산재보험, 건강보험, 자동차보험으로 구분하여 사회·인구학적 특성, 본인부담 진료비와 진료 분야별 본인부담 진료비를 산출하여 비교 분석하였다. 진료 분야로는

각 항목별 진료 내역에 대한 비급여 부분을 선택진료 및 상급병실료, 기타 비급여로 구분하였다. 다빈도 주요 상병 선정은 한국표준질병 사인분류(ICD 10) 통계청의 상병명을 주 진단명으로 하여 전산으로 분류하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 총 16,252명으로 산재보험 환자 315명, 건강보험 환자 15,562명, 자동차보험 환자 375명으로 건강보험 환자가 가장 많고, 산재보험 환자 수가 가장 적었다(표 7 참조).

성별 분포를 보면 산재보험은 남자 91.1%(287명), 여자 8.9%(28명)로 남자가 대부분을 차지하였다. 건강보험은 남자가 55.8%(8,686명), 여자 44.2%(6,876명)이며, 자동차보험은 남자가 69.1%(259명), 여자 30.9%(116명)로 각각 남자가 여자보다 많았다.

연령별 분포를 살펴보면 산재보험 환자는 50대가 27.6%(87명)로 가장 많고, 다음은 40대가 26.7%(84명)로 많았으며, 60대가 17.8%(56명)의 순으로 나타났다. 자동차보험은 40대가 29.1%(109명)로 가장 많았으며, 다음으로 50대 21.9%(82명), 30대 18.9%(71명)의 순으로 나타났다. 건강보험 환자는 18세 이하와 70세 이상에서 입원 환자가 많아 산재보험 환자, 건강보험 환자와 질병의 관련성에 차이를 보여 이들 연령을 통제하였다. 그 결과 60대가 28.1%(4,379명)로 가장 많았으며, 다음은 50대 24.0%(3,736명), 40대 20.3%(3,160명), 30대 14.7%(2,281명), 20대 12.9%(2,006명)의 순으로 나타났다. 건강보험의 경우는 연령대별로 비교적 고른 분포를 보였다(표 8 참조).

환자의 연령대별 분포는 산재보험 환자와 자동차보험 환자는 40대와 50대에서 각각 20%이상의 상대적으로 높은 비중을 나타냈으며, 반면에 건강보험 환자는 40대, 50대 및 60대에서 각각 20%이상의 상대적으로 높은 비중을 나타냈으나 연령대가 높을수록 그 비중이 커지고 있는 특성을 나타내고 있다.

표 8. 보험종별 연구 대상자의 일반 사항

(단위 : 명, %)

구 분	산재보험	건강보험	자동차보험	계(%)
성				
남	287(91.1)	8,686(55.8)	259(69.1)	9,232(56.8)
여	28(8.9)	6,876(44.2)	116(30.9)	7,020(43.2)
연령				
18~29	28(8.9)	2,006(12.9)	62(16.5)	2,096(21.9)
30~39	60(19.0)	2,281(14.7)	71(18.9)	2,412(14.8)
40~49	84(26.7)	3,160(20.3)	109(29.1)	3,353(20.6)
50~59	87(27.6)	3,736(24.0)	82(21.9)	3,905(24.0)
60~70	56(17.8)	4,379(28.1)	51(13.6)	4,486(27.6)
총계	315(100.0)	15,562(100.0)	375(100.0)	16,252(100.0)

2. 본인부담금의 일반 현황

가. 보험종별 본인부담 진료비 현황

연구 대상자의 평균 입원 일수를 보면, 산재보험 환자가 24.3일, 자동차보험 환자 21.0일, 건강보험 환자 9.2일 순으로 산재보험 환자가 다른 보험종별에 비해 입원 치료기간이 긴 것으로 나타났다(표 9 참조).

산재보험 환자의 경우 건당 평균 총 진료비는 6,737천 원으로 이 중 보험자(근로복지공단) 부담은 74.0%(4,986천 원), 비급여 부분에 대한 본인부담은 26.0%(1,751

천 원)이었다.

건강보험 환자의 경우 평균 총 진료비가 2,982천 원으로 보험자(국민건강보험공단) 부담이 49.9%(1,487천 원), 본인부담이 50.1%(1,494천 원)로 나타났다. 자동차보험 환자의 평균 총 진료비는 6,358천 원으로 이 중 보험자(손보사) 부담이 77.9%(4,954천 원), 본인부담이 22.1%(1,403천 원)이었다. 건당 평균 총 진료비 대비 본인부담률은 산재보험 26.0%(1,751천 원), 건강보험 50.1%(1,494천 원), 자동차보험 22.1%(1,403천 원) 순으로 나타났다.

표 9. 보험종별 평균 총 진료비와 본인부담 구성비

(단위 : 평균, %, 천원)

항 목	산재보험	건강보험	자동차보험
평균 입원일수	24.3	9.2	21.0
총 진료비	6,737(100.0)	2,982(100.0)	6,358(100.0)
보험자부담	4,986(74.0)	1,487(49.9)	4,954(77.9)
본인부담	1,751(26.0)	1,494(50.1)	1,403(22.1)

나. 보험종별 본인부담금의 항목별 구성비

보험종별 본인부담 항목 구성비는 산재보험 환자에서 상급병실 차액이 36.1%(631천 원)로 가장 많은 부분을 차지했으며, 다음으로 선택진료비 34.1%(596천 원), 마취 수술료 16.3%(286천 원), 주사 약제료 7.0%(122천 원) 순으로 나타났다. 자동차보험 환자는 상급병실료가 41.2%(578천 원)로 가장 많았으며, 다음은 선택진료비 25.1%(352천 원), 마취 수술료 16.0%(223천 원)로 조사되었다. 건강보험 환자는 법정 본인일부부담이 27.3%(407천 원)로 가장 많았으며, 다음은 선택진료비 19.4%(290천 원), 상급병실료 17.2%(257천 원) 로 나타났다(표 10 참조).

표 10. 보험종별 본인부담금의 항목별 구성비

(단위 : 평균, 천원, %)

항 목	산재보험	건강보험	자동차보험
본인부담총액	1,751(100.0)	1,494(100.0)	1,403(100.0)
선택진료비	596(34.1)	290(19.4)	352(25.1)
상급병실료	631(36.1)	257(17.2)	578(41.2)
마취 수술료	286(16.3)	121(8.1)	223(16.0)
주사 약제료	122(7.0)	126(8.5)	130(9.3)
방 사 선	40(2.3)	106(7.1)	31(2.3)
검 사 료	31(1.8)	59(4.0)	36(2.6)
기타 비급여	41(2.4)	125(8.4)	50(3.6)
법정본인일부부담		407(27.3)	

다. 산재보험 환자의 소속 사업장 규모별 본인부담 현황 비교

산재보험 환자의 소속 사업장 규모별 비급여 부분의 본인부담금 지불자는 총 146명으로, 이 중 환자 전액 부담이 71.9%(105명)로 가장 많고, 다음은 사업주 전액 부담 23.3%(34명), 환자 일부부담은 4.8%(7명)의 순으로 나타났다(표 11 참조). 환자 전액 부담 105명의 경우, 사업장 규모별 환자 전액 부담 비중은 300인 이상 사업장 73.3%(11명), 50인 미만 사업장 72.6%(77명), 50~300인 미만 사업장 68.0%(17명)의 순으로 나타났다. 반면에 사업주 전액 부담 비중은 50~300인 이상 사업장 32.0%(8명), 50인 미만 사업장 21.7%(23명), 300인 이상 사업장 20.0%(3명)의 순으로 나타났다.

표 11. 사업장 규모별 산재환자 본인부담 현황 비교

(단위 : 명, %)

구 분	환자부담	사업주부담	일부부담	전체
50인 미만	77(72.6)	23(21.7)	6(5.7)	106(100.0)
50인~300인 미만	17(68.0)	8(32.0)	0(0.0)	25(100.0)
300인 이상	11(73.3)	3(20.0)	1(6.7)	15(100.0)
계	105(71.9)	34(23.3)	7(4.8)	146(100.0)

3. 진료 분야별 본인부담 현황

가. 진료 분야별 입원 환자 및 평균 입원 일수

진료 분야별 입원 환자 분포를 보험종별로 살펴보면, 산재보험에서 외과 분야가 86.0%(271명)로 가장 많았고, 내과 분야 8.8%(26명), 기타 진료 분야가 5.7%(18명) 순으로 나타났다(표 12 참조). 건강보험은 내과 분야 44.5%(6,926명)로 가장 많았으며, 다음으로 외과 분야 36.9%(5,747명), 기타 진료 분야 18.6%(2,889명) 순으로 조사되었다. 자동차보험은 외과 분야에서 93.6%(351명)로 입원 환자가 가장 많았으며, 다음으로 기타 진료 분야 3.7%(14명), 내과 분야 2.7%(20명) 순으로 나타났다.

평균 입원 일수를 진료 분야별로 살펴보면 내과 분야에서는 자동차보험 환자가 20.8일로 가장 높았으며, 다음으로 산재보험 환자는 15.0일, 건강보험 환자는 8.8일 순으로 조사되었다. 외과 분야에서는 산재보험 환자가 26.2일로 높고, 다음으로 자동차보험 환자 21.5일, 건강보험 환자 11.2일 순서로 조사되었다. 기타 진료 분야에서는 자동차보험 환자 9.4일, 산재보험 환자 9.3일로 입원 일수가 비슷하였으며, 건강보험 환자는 5.9일로 나타났다.

표 12. 진료 분야별 본인부담 평균 진료비 현황

(단위 : 일, 명, %, 천원)

진료분야	항목	산재보험	건강보험	자동차보험
내과분야	평균입원일수	15.0	8.8	20.8
	건수	26(8.8)	6,926(44.5)	20(2.7)
	총 진료비	3,130(100.0)	2,837(100.0)	5,180(100.0)
	보험자부담	2,409(77.0)	1,488(52.5)	3,766(72.7)
	본인부담	721(23.0)	1,348(47.5)	1,414(27.3)
본인부담 항목별 내역				
	본인부담 총액	721(100.0)	1,348(100.0)	1,414(100.0)
	선택진료	217(30.1)	184(13.7)	139(9.9)
	상급병실료	209(29.0)	222(16.5)	530(37.5)
	기타 비급여	294(40.8)	941(69.8)	745(52.7)
외과분야	평균입원일수	26.2	11.2	21.5
	건수	271(86.0)	5,747(36.9)	351(93.6)
	총 진료비	7,394(100.0)	3,743(100.0)	6,546(100.0)
	보험자부담	5,466(73.9)	1,813(48.5)	5,116(78.2)
	본인부담	1,928(26.1)	1,929(51.5)	1,430(21.8)
본인부담 항목별 내역				
	본인부담 총액	1,928(100.0)	1,929(100.0)	1,430(100.0)
	선택진료	656(34.0)	458(23.8)	368(25.7)
	상급병실료	702(36.4)	222(11.5)	590(41.3)
	기타 비급여	569(29.5)	1,126(58.4)	471(33.0)
기타진료분야	평균입원일수	9.3	5.9	9.4
	건수	18(5.7)	2,889(18.6)	14(3.7)
	총 진료비	2,056(100.0)	1,815(100.0)	2,478(100.0)
	보험자부담	1,485(72.2)	837(46.1)	1,738(70.1)
	본인부담	571(27.8)	978(53.9)	739(29.9)
본인부담 항목별 내역				
	본인부담 총액	571(100.0)	978(100.0)	739(100.0)
	선택진료	251(44.0)	207(21.2)	121(16.4)
	상급병실료	173(30.4)	167(17.2)	304(41.2)
	기타 비급여	146(25.6)	602(61.6)	313(42.4)

나. 진료 분야별 항목별 본인부담 현황

진료 분야별 총 진료비 중 본인부담이 차지하는 비급여 부분에 대한 본인부담률을 살펴보면 산재보험 환자에서 기타 진료 분야 27.8%(571천 원)이고, 외과분야 26.1%(1,928천 원), 내과 분야 23.0%(721천 원) 순으로 나타났다(표 12 참조). 건강보험 환자의 경우 기타 진료 분야 53.9%(978천 원), 외과 분야 51.5% (1,929천 원), 내과 분야 47.5%(1,348천 원) 순으로 나타났다. 자동차보험 환자의 경우는 기타 진료 분야 29.9% (739천 원), 내과 분야 27.3% (1,414천 원), 외과 분야 21.8%(1,430천 원) 로 나타났다.

산재보험 환자의 선택진료비는 기타 진료 분야가 44.0%로 가장 높고, 다음으로 외과 분야 34.0%이며, 내과 분야 30.1% 순으로 조사되었다. 상급병실료 차액은 외과 분야 36.4%, 기타 진료 분야에서 30.4%, 내과 분야는 29.0% 순으로 나타났다. 기타 비급여는 내과 분야 40.8%, 외과 분야가 29.5%, 기타 진료 분야는 25.6% 순으로 나타났다.

건강보험 환자의 비급여 본인부담금 중 선택진료비는 외과 분야가 23.8%로 가장 높고, 다음으로 기타 진료 분야 21.2%, 내과 분야 13.7%의 순으로 나타났다. 상급병실료 차액은 기타 진료 분야 17.2%로 가장 높고, 내과 분야가 16.5%, 외과 분야 11.5%의 순으로 나타났다. 기타 비급여 부분은 내과 분야에서 69.8%로 가장 높고, 다음으로 기타 진료 분야 61.6%, 외과 분야 58.4% 순으로 나타났다.

자동차보험 환자의 비급여 부분에 대한 본인부담률을 살펴보면 선택진료가 차지하는 비중은 외과 분야 25.7%로 가장 많고, 다음으로 기타 진료 분야 16.4%, 내과 분야 9.9%의 순으로 나타났다. 상급병실료 차액이 차지하는 비중은 외과 분야 41.3%로 가장 높고, 다음으로 기타 진료 분야 41.2%, 내과분야 37.5%의 순으로 나타났다. 기타 비급여 부분은 내과 분야 52.7%, 기타 진료 분야 42.4%, 외과 분야가 33.0% 순으로 나타났다.

4. 주요 상병별 본인부담 현황

가. 상병별 분석 대상 선정 건수

산재보험 사고로 인한 업무상 질병으로 승인된 산재 입원 요양 환자를 대상으로 비급여 부분에 대한 본인부담 현황을 건강보험 및 자동차보험과 비교하기 위하여 한국표준질병 사인분류(ICD 10) 기호를 기초로 다빈도 3개의 상병명을 선정하였다(표 13 참조).

주요 상병명은 척추협착 및 추간판전위(339명), 대퇴골절(59명), 무릎의 인대파열(162명)이며 총 560명을 대상으로 분석했다(표 12 참조). 이 중 산재보험은 10.0%(56명), 건강보험은 81.6%(457명), 그리고 자동차보험은 8.4%(47명)이다.

표 13. 주요 상병별 분석 대상 건수

(단위 : 명, %)

다빈도 주요 상병명	상병 Code(ICD10)	산재보험	건강보험	자동차보험	계(%)
척추협착 및 추간판전위	M51.0 M48.0	23(41.1)	298(65.2)	18(38.3)	339(60.5)
대퇴골절	S72.0~S72.9	14(25.0)	37(8.1)	8(17.0)	59(10.5)
무릎의 인대파열	S83.4~S83.5	19(33.9)	122(26.7)	21(44.7)	162(28.9)
총 계		56(100.0)	457(100.0)	47(100.0)	560(100.0)

나. 다빈도 주요 3개 상병의 본인부담 현황

(1) 척추협착 및 추간판전위 환자의 본인부담 현황

척추협착 및 추간판전위의 연구 대상자는 총 339명 중 건강보험 환자가 87.9%(298명)로 가장 많고, 다음으로 산재보험 환자 6.8%(23명), 자동차보험 환자는 5.3%(18명)으로 나타났다(표 14 참조).

이들의 성별 분포는 산재보험 환자는 23명 중 남자가 91.3%(21명), 여자가 8.7%(2명)이며, 건강보험 환자는 298명 중 남자는 48.7%(145명), 여자 51.3%(153명), 그리고 자동차보험 환자 18명 중 남자 10명(56.0%), 여자 8명(44.0%)으로 나타났다.

연령별로 분포를 살펴보면 산재보험 환자는 30대가 39.1%(9명)로 가장 많고, 건강보험 환자는 60대가 24.2%(72명)로 많고, 자동차보험 환자는 40대와 50대가 각각 33.3%(6명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

진료의 선택은 산재보험 환자에서 선택진료의가 100%(23명)이며, 상급병실 이용자는 91.3%(21명)로 나타났다. 건강보험 환자에서는 선택진료의가 98.7%(294명), 상급병실 이용자는 86.2%(257명)로 조사되었다. 자동차보험 환자에서 선택진료의가 83.3%(15명), 88.9%(16명)는 상급병실을 이용한 것으로 나타났다.

표 14. 척추협착 및 추간판전위 환자의 일반적 특성

(단위 : 명, %)

구 분	산재보험	건강보험	자동차보험
성			
남	21(91.3)	145(48.7)	10(56.0)
여	2(8.7)	153(51.3)	8(44.0)
연령			
18~29	4(17.4)	38(12.8)	0(0.0)
30~39	9(39.1)	70(23.5)	4(22.2)
40~49	1(4.3)	61(20.5)	6(33.3)
50~59	6(26.1)	57(19.1)	6(33.3)
60~70	3(13.0)	72(24.2)	2(11.1)
진료의			
선택진료의	23(100.0)	294(98.7)	15(83.3)
일반의	0(0.0)	4(1.3)	3(16.7)
병상 종류			
상급병실	21(91.3)	257(86.2)	16(88.9)
기준병실	2(8.7)	41(13.8)	2(1.1)
계 (n=339)	23(100.0)	298(100.0)	18(100.0)

척추협착 및 추간판전위 연구 대상자의 총 진료비중 본인부담이 차지하는 비중은 건강보험 54.8%(2,265천 원)로 가장 높고, 다음으로 자동차보험 32.9%(923천 원), 산재보험 31.7%(1,560천 원) 순으로 조사되었다(표 15 참조).

비급여 부분에 대한 본인부담을 항목별로 보면 산재보험 환자는 선택진료비가 41.6%(649천 원)로 가장 높고, 다음으로 상급병실료 29.5%(460천 원), 마취 수술료 20.1%(313천 원), 주사료 5.4%(84천 원) 순으로 조사되었다. 건강보험 환자는 선택진료비가 23.2%(524천 원)로 가장 높고, 다음으로 법정본인일부부담 21.3%(484천 원), 상급병실료 17.8%(402천 원), 마취 수술료 14.8%(335천 원) 순으로 나타났다.

자동차보험 환자는 상급병실료가 44.1%(407천 원)로 가장 높고, 다음은 마취 수술료 25.2%(233천 원), 선택진료 22.0%(202천 원) 순으로 나타났다.

표 15. 척추협착 및 추간판전위 환자의 항목별 본인부담 평균 진료비

(단위 : 천원, %)

항 목	산재보험	건강보험	자동차보험
입원일수	11.8	10.1	7.6
총 진료비	4,923(100.0)	4,131(100.0)	2,805(100.0)
보험자부담	3,362(68.3)	1,866(45.2)	1,882(67.1)
본인부담	1,560(31.7)	2,265(54.8)	923(32.9)
본인부담금의 항목별 구성비			
본인부담 총액	1,560(100.0)	2,265(100.0)	923(100.0)
선택진료비	649(41.6)	524(23.2)	202(22.0)
상급병실료	460(29.5)	402(17.8)	407(44.1)
마취 수술료	313(20.1)	335(14.8)	233(25.2)
주사 약제료	84(5.4)	140(6.2)	38(4.2)
방사선	6(0.4)	211(9.4)	2(0.3)
검사료	28(1.8)	15(0.7)	21(2.4)
기타 비급여	17(1.1)	149(6.6)	17(1.8)
법정본인일부부담		484(21.3)	

(2) 대퇴골절 환자의 본인부담 현황

대퇴골절 연구 대상자 총 59명 중 건강보험 환자가 62.7%(37명), 산재보험 환자 23.7%(14명), 자동차보험 환자 13.6%(8명)으로 나타났다(표 16 참조). 이들의 성별

분포는 산재보험 환자는 14명 모두가 남자이며, 건강보험 환자는 남자 39.2%(14명) 와 여자 69.8%(23명) 이며, 자동차보험 환자는 남자 40.0%(3명) 와 여자 60.0%(5명)로 나타났다.

연령대별 분포를 살펴보면, 산재보험 환자는 30대와 40대에서 각각 28.6%로 가장 많았으며, 건강보험 환자는 60대가 37.8%로 가장 많고, 자동차보험 환자는 40대가 37.5%로 가장 많은 것으로 나타났다.

진료의 선택에서는 산재보험 환자, 자동차보험 환자, 건강보험 환자 모두 선택 진료의가 100%이며, 병실 이용에서도 모든 보험종별에서 대부분(90% 이상)이 상급병실을 이용한 것으로 나타났다.

표 16. 대퇴골절 환자의 일반적 특성

(단위 : 명, %)

구 분	산재보험	건강보험	자동차보험
성			
남	14(100.0)	14(39.2)	3(40.0)
여	0(0.0)	23(69.8)	5(60.0)
연령			
18~29	2(14.3)	7(18.9)	2(25.0)
30~39	4(28.6)	8(21.6)	0(0.0)
40~49	4(28.6)	2(5.4)	3(37.5)
50~59	2(14.3)	6(16.2)	2(25.0)
60~70	2(14.4)	14(37.8)	1(12.5)
진료의			
선택 진료의	14(100.0)	37(100.0)	8(100.0)
일반의	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
병상 종류			
상급병실	13(92.9)	34(91.9)	8(100.0)
기준병실	1(7.1)	3(8.1)	0(0.0)
계 (n=59)	14(100.0)	37(100.0)	8(100.0)

대퇴골절 환자의 비급여 부분에 대한 본인부담이 차지하는 비중은 건강보험 환자가 46.3%(2,803천 원)로 가장 높으며, 다음은 산재보험 환자가 27.7%(2,359천 원), 자동차보험 환자 22.3%(1,273천 원) 순으로 나타났다. 건강보험 환자의 경우는 법정본인일부부담이 포함되어 있어 다른 보험 환자보다 높다(표 17 참조).

비급여 부분에 대한 본인부담 내역을 항목별로 살펴보면 산재보험 환자의 경우는 상급병실료가 43.1%(1,015천 원)로 가장 높고, 다음으로 선택진료 34.1%(805천 원), 마취 수술료 11.9%(279천 원) 순이다. 건강보험 환자의 경우 법정본인일부부담이 30.0%(842천 원)로 가장 높고, 다음으로 선택진료 22.4%(627천 원), 상급병실차액은 19.5%(547천 원), 기타 비급여 11.4%(319천 원) 순이다. 자동차보험 환자의 경우는 상급병실료가 44.8%(570천 원)로 가장 높고, 다음은 선택진료 31.2%(397천 원), 마취 수술료 8.9%(113천 원) 순으로 나타났다.

표 17. 대퇴골절 환자의 항목별 본인부담 평균 진료비

(단위 : 평균, 천원, %)

항 목	산재보험	건강보험	자동차보험
평균입원일수	30.9	18.7	25.1
총 진료비	8,521(100.0)	6,061(100.0)	5,704(100.0)
보험자부담	6,162(72.3)	3,258(53.7)	4,431(77.7)
본인부담	2,359(27.7)	2,803(46.3)	1,273(22.3)
본인부담금의 항목별 구성비			
본인부담 총액	2,359(100.0)	2,803(100.0)	1,273(100.0)
선택진료	805(34.1)	627(22.4)	397(31.2)
상급병실료	1,015(43.1)	547(19.5)	570(44.8)
마취 수술료	279(11.9)	136(4.9)	113(8.9)
주사 약제료	150(6.4)	235(8.4)	69(5.5)
방사선	52(2.2)	75(2.7)	34(2.7)
검사료	32(1.4)	19(0.7)	48(3.8)
기타 비급여	22(0.9)	319(11.4)	38(3.1)
법정본인일부부담		842(30.0)	

(3) 무릎의 인대파열 환자의 본인부담 현황

무릎의 인대파열 연구 대상자는 총 162명 중 건강보험 환자가 75.3%(122명), 자동차보험 환자는 13.0%(21명), 산재보험 환자는 11.7%(19명) 로 나타났다(표 18 참조).

이들의 성별 분포는 산재보험 환자 19명 중 남자 78.9%(15명), 여자 21.1%(4명), 그리고 건강보험 환자 122명 중 남자는 84.4%(103명), 여자 15.6%(19명), 자동차보험 환자 21명 중 남자는 61.9%(13명), 여자 38.1%(8명)로 조사되었다.

연령별 분포를 살펴보면, 산재보험 환자는 30대가 47.4%(9명)로 가장 많고, 건강보험 환자는 20대가 35.2%(43명)로 가장 많고, 자동차보험 환자는 40대와 50대가 각각 33.3%(7명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

선택진료의는 산재보험 94.7%(18명), 건강보험 98.4%(120명), 그리고 자동차보험 100%(21명)로 나타났다. 상급병실 이용자는 건강보험환자 95.9%(117명), 자동차보험 환자 95.2%(20명), 산재보험 환자 94.7%(18명) 로 조사되었다.

표 18. 무릎의 인대파열 환자의 일반적 특성

(단위 : 건, %)

구 분	산재보험	건강보험	자동차보험
성			
남	15(78.9)	103(84.4)	13(61.9)
여	4(21.1)	19(15.6)	8(38.1)
연령			
18~29	1(5.3)	43(35.2)	2(9.5)
30~39	9(47.4)	34(27.9)	3(14.3)
40~49	4(21.1)	33(27.0)	7(33.3)
50~59	3(15.8)	10(8.2)	7(33.3)
60~70	2(10.5)	2(1.6)	2(9.5)
진료의			
선택진료의	18(94.7)	120(98.4)	21(100.0)
일반의	1(5.3)	2(1.6)	0(0.0)
병상 종류			
상급병실	18(94.7)	117(95.9)	20(95.2)
기준병실	1(5.3)	5(4.1)	1(4.9)
계 (n=162)	19(100.0)	122(100.0)	21(100.0)

무릎의 인대파열 환자의 비급여 부분에 대한 본인부담이 차지하는 비중은 건강보험 환자 61.2%(2,097천 원)로 가장 높고, 다음으로 산재보험 환자가 32.9%(1,658천 원), 자동차보험 환자 31.5%(1,521천 원) 순으로 나타났다. 건강보험 환자의 경우는 법정본인일부부담이 포함되어 있어 산재보험 환자와 자동차보험 환자보다 높게 나타났다(표 19 참조).

비급여 본인부담 내역을 항목별로 살펴보면 산재보험 환자에서 마취 수술료가 36.7%, 선택진료 32.8%, 상급병실료 23.9%의 순으로 나타났다. 건강보험 환자는 마취 수술료가 29.2%, 상급병실료 22.1%, 선택진료가 21.8%, 법정본인일부부담이

15.9%의 순이다. 자동차보험 환자는 마취 수술료 32.9%로 가장 높고, 상급병실료 32.4%, 선택진료 27.5%의 순으로 나타났다.

표 19. 무릎의 인대과열 환자의 본인부담 항목별 평균 진료비

(단위 : 평균, 천원, %)

항 목	산재보험	건강보험	자동차보험
평균입원일수	18.0	9.1	16.8
총 진료비	5,046(100.0)	3,428(100.0)	4,834(100.0)
보험자부담	3,387(100.0)	1,330(38.8)	3,312(68.5)
본인부담	1,658(32.9)	2,097(61.2)	1,521(31.5)
본인부담금의 항목별 구성비			
본인부담 총액	1,658(100.0)	2,097(100.0)	1,521(100.0)
선택진료	805(32.8)	627(21.8)	397(27.5)
상급병실료	397(23.9)	464(22.1)	492(32.4)
마취 수술료	608(36.7)	613(29.2)	499(32.9)
주사 약제료	41(2.5)	51(2.5)	46(3.1)
방사선	15(1.0)	29(1.4)	20(1.3)
검사료	29(1.8)	6(0.3)	20(1.3)
기타 비급여	21(1.3)	6(0.3)	23(1.5)
법정보인일부부담		333(15.9)	

다. 주요 3개 상병 중증환자의 임상적 특성

3개 다빈도 상병의 중증도와 관련된 임상적 특성을 보험종별로 비교하면다음(표 20 참조)과 같다. 입원 경로는 응급실을 통한 입원의 비중이 자동차보험 환자 (29.8%)가 산재보험 환자(19.6%) 및 건강보험 환자(17.5%)보다 높은 것으로 나타났

다. 내원 경위는 타 병원 경유한 비중이 산재보험 환자(35.7%)가 건강보험 환자(24.5%) 및 자동차보험 환자(25.5%)보다 높은 것으로 나타났다.

산재보험 환자는 수술 소요시간이 180분 초과하는 경우가 25.1%이고, 자동차보험 환자는 14.9%, 건강보험 환자는 10.7%로 산재보험 환자의 수술시간이 가장 긴 것으로 통계학적으로 의미가 있게 높았다. 상병 개수는 산재보험 환자는 3개 이상인 경우가 41.1%로, 자동차보험 환자 (27.7%), 건강보험 환자 (4.8%)보다 통계학적으로 유의하게 높았다.

이상에서 살펴본 바와 같이 산재보험 환자는 건강보험 환자 및 자동차보험 환자와 비교하여 볼 때 타 병원을 경유한 비중이 높고, 또한 다수의 상병을 보유하고 있으며 수술시간도 긴 것으로 나타났다.

표 20. 중증도에 영향을 주는 임상적 특성

(단위 : 명, %)

구 분	요 인	산재보험	건강보험	자동차보험	p-value*
입원 경로	외래	45(80.4)	377(82.5)	33(70.2)	0.11
	응급실	11(19.6)	80(17.5)	14(29.8)	
내원 경위	타병원 경유	20(35.7)	112(24.5)	12(25.5)	0.19
	직접 내원	36(64.3)	345(75.5)	35(74.5)	
상병 개수	1개	17(30.3)	304(66.5)	22(46.8)	0.00
	2~3개	16(28.6)	131(28.7)	12(25.5)	
	3개 이상	23(41.1)	22(4.8)	13(27.7)	
수술시간	0~60분	17(30.3)	186(40.7)	23(48.9)	0.016
	61~180분	25(44.6)	222(48.6)	17(36.2)	
	181분 이상	14(25.1)	49(10.7)	7(14.9)	
계 (n=560)		56	457	47	

* :p-value<0.05 by chi-square test

V. 고 찰

본 조사 연구는 산재보험 환자의 비급여 부분에 대한 본인부담 진료비에 영향을 주는 요인을 조사하기 위해 시행되었으며 연구 결과에 대해 논의하고자 한다.

본 연구에서는 본인부담비용이 총 진료비에서 차지하는 비중이 산재보험이 26.0%이고, 건강보험이 50.1%로 나타났으나(본문 (표 9)참조), 건강보험의 경우 법정본인부담이 포함되어 있어(본문 (표 10)참조) 이를 제외하면 42.2%가 된다. 또한 자동차보험의 경우에는 22.1%로 나타났으나, 이중 선택진료비 4개항목(진찰료, 마취료, 방사선, 수술료)은 보험자 부담(손보사)으로 이를(본문 (표 10)참조)제외하면 본인부담에 대한 비중이 더 낮아지게 된다.

다빈도 상위 3개 질병(척추협착 및 추간판전위, 대퇴골절, 무릎의 인대파열)을 이용하여 임상적 특성을 비교하여 살펴보면, 산재보험 환자의 경우 상병 개수가 2개 이상이 69.7%로 건강보험 환자의 33.5%보다 높았다. 수술시간도 180분 초과하는 경우가 25.1%로 건강보험의 10.7%보다 2.5배 높았다. 이는 산재보험 환자의 상해 복잡도 및 상병 중증도가 건강보험 환자와 자동차보험 환자의 경우보다 높은 것을 의미한다.

또한, 산재보험 환자의 본인부담 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 상급병실료(36.1%)이며, 다음은 선택진료비(34.1%), 마취 및 수술료(16.3%), 주사 및 약제료(7.0%) 순이었다. 다음은 이들에 대한 구체적인 현상에 대해 고찰하고자 한다.

가) 선택진료

산재보험 환자의 선택진료비는 34.1%로 다른 항목보다 매우 높게 나타났다. 물론, 환자가 특정 의사를 선택했을 때만 부담하는 것이 원칙이지만, 실제로는 환자가 선택의 여지가 없는 경우도 많다. 선택진료는 원래 특진제도였으나 '지정진료'로 용어 변경을 하면서 법률적 근거를 마련하였고, 2000. 9. 5일 보건복지부령에

의하여 '선택진료'라고 명칭이 바뀌었다. 선택진료비는 선택진료 8개 대상 항목 별로 선택진료 의사가 직접 한 의료 행위에 대하여만 징수할 수 있음에도 불구하고 입원기간의 모든 진료비에 대하여 부과되기도 하였다.

선택진료가 필요한 이유로는 대학병원에서 대부분의 진료 의사가 선택진료 의사이며, 임상적 특성에서 산재보험 환자의 경우 타 병원에서 의뢰되는 경우가 많았으며(35.7%), 이 경우 선택진료는 불가피한 경우로 해석할 수 있다.

차봉석(1989)의 <손 손상 환자를 중심으로 산재보험 환자의 의료 이용 조사>에 의하면, 산재보험 환자는 진료비를 산재보험에서 부담하기 때문에 사업주 부담으로 인해 재원기간이 증가되고 진료비 상승을 초래한다고 하였다. 그러나 산재보험에서도 지급하지 않는 비급여 부분이 26.0%로 이는 산재보험 환자에게 적지 않은 부담이 될 수 있다.

최재욱(2005)에 의하면 연구 대상자의 치료 혹은 요양을 받고 있는 의료기관은 산재보험 의료원이 61.8%로 가장 많았고, 개인병원 32.9%, 대학병원이 5.3%로 조사되었으며, 중증도에 영향을 주는 임상적 특성 중 내원 경위가 타 병원을 경유한 내원이 35.7%를 차지하여 타 보험 환자보다 가장 높았다. 이것은 최재욱(2005)의 연구에서 전원 신청한 이유가 '전문적인 치료를 받기 위해서'(63.4%)로 나타난 결과와 같은 맥락이다. 본 연구에서 실시한 전화 설문에서 일부 환자들의 선택진료에 대한 본인부담 증가로 인해 수술 후 조기 퇴원으로 급성기 치료가 제대로 이루어지지 않은 상태에서 본인부담이 없는 개인병원으로 전원 하였다고 응답하였다. 따라서 종합전문기관의 경우 산재보험이 재원기간을 증가시키는 요인이 되는 지는 보다 상세한 조사 연구가 필요할 것이다.

자동차보험은 진료에 꼭 필요한 서비스인 진찰, 방사선 특수영상진단료(CT 제외), 마취, 수술의 4개 분야에 대해 적용된 선택진료비를 보험자(손보사)가 부담하고 있다. 우리나라 현실에서 종합전문요양기관의 선택진료비는 불가피한 상황이다. 따라서 산재보험 환자의 보장성 강화 측면에서 보장해줄 필요가 있다고 생각한다. 환자의 선호도가 문제가 된다면 자동차보험과 같이 부과되는 선택진료비의 경우를 산재보험에서 부담하는 것을 고려해 봐야 할 것이다.

나) 상급병실료

산재보험 입원 환자의 비급여 구성비 중 가장 많은 부분을 차지하고 있는 것이 병실료 차액(입원 환자 본인부담금의 36.1%)이다. 현재 기준병상만 보험 적용을 하고 있으며, 초진 입원 시 상급병실 이용을 7일까지 인정하고 있지만 기준병실 부족으로 거의 혜택을 받지 못하고 있다.

본 연구의 조사 대상 요양기관은 종합전문병원으로 기준병실 확보율 50.7%로 병원협회에서 조사한 의무 규정을 충족하고 있다. 통계적으로 기준병실률은 의료기관별로 차이가 심해 병원급 의료기관의 기준병실률은 90.5%이며, 종합병원급은 88.7%인 데 반해 중증환자가 가장 많은 종합전문병원은 기준병실률이 의무 규정을 겨우 충족하는 55.2% 수준이다. 또한 병원 규모가 클수록 상급병실 차액의 크기가 클 뿐 아니라 기준병실이 수요에 부족하여 상급병실을 이용하는 경우가 많게 된다. 산재보험 환자의 대퇴골절에서 상급병실 차액 부담이 높은 것은 일반병실(기준)을 사용할 때까지 한시적으로 상급병실을 사용하였기 때문인 것으로 추정된다.

전화 설문 과정에서 산재보험 환자들은 자신들이 산재보험의 피해자이기 때문에 본인부담이 있다는 것에 상당한 불만을 느끼고 있다. 상급병실 차액은 환자와 가족이 원하지 않았으나 요양기관의 기준병실 부족으로 불가피하게 사용하게 된 것으로 산재보험 환자의 불만의 요인이 되고 있다.

하지만, 자동차보험은 상급병실료의 보험 인정 범위를 7일 이내로 규정하고는 있지만, 치료상 부득이한 경우 7일을 초과하여 상급병실을 이용한 경우에도 보험이 적용되고 있어 산재보험보다는 탄력적으로 운영되고 있다. 따라서 산재보험에서도 자동차보험처럼 탄력적으로 운영할 필요가 있다고 판단된다.

다) 마취·수술료 및 약제비 등

건강보험제도에서 직접적인 본인부담은 보험 적용 의료에 대하여 환자가 비용의 일부를 부담하는 본인일부부담이며, 간접적인 본인부담은 환자가 그 비용의 전액을 부담하는 부분으로 일반적으로 그 범위를 급여 범위라 하였다(김정희, 2002). 앞서 언급한 선택진료비와 상급병실 차액 등은 환자가 그 비용의 전액을 부담하

는 급여 범위로 간접적인 본인부담이라 할 수 있다.

이들 항목의 본인부담금 상승 요인으로 IV PCA를 들 수 있는데, 이는 통증자가 조절법(Disposable Controlled Analgesis)으로 사용되며, 수술 시 통증치료제가 혼합되어 대부분의 환자가 사용하는 것으로 보험 인정 대상범위가 협소하여 수술이 많은 산재보험 환자의 마취 수술료가 16.3%를 차지한 것으로 보아 본인부담에 영향을 준 것으로 볼 수 있다.

본 연구는 한 개 대학병원의 입원 환자만을 대상으로 하여 전체 산재보험 환자를 대표하기에는 부족한 부분이 있다. 또한 임상적 특성에 대해서는 다빈도 상병 3개만을 대상으로 하여 전체 산재보험 질병을 대표한다고 하기에는 제한점이 있다.

한편, 비급여 부분에 대한 본인부담의 경우 환자에 따라서 수납액의 차이가 있었으며, 이는 연구에 반영되지 못하였다. 그러나 본 연구는 한 대학병원의 산재보험 환자 전체를 대상으로 하였으며, 병원의 전산자료를 이용하고 의무기록 검토를 시행하여 본인부담의 상세한 부분을 포함하고 있다는 장점이 있다.

본 연구가 전체 산재보험 환자를 대표하기는 어렵다. 그러나 본 연구에서 나타난 바와 같이 대학병원의 산재보험 환자는 진료비의 26.0%를 본인이 부담하고 있다는 사실은 다른 종합전문기관의 산재보험 환자와 유사할 것으로 추정된다.

산재보험 환자의 요양비는 전액 보장되어야 한다는 원칙에서 볼 때 환자 본인이 부담하는 비용 부분은 당연히 산재보험에서 부담해야 한다고 생각한다. 그러나 산재보험에서 전액 부담할 경우 요양기간의 장기화와 산재보험 환자의 도덕적 해이가 문제된다면 앞서 언급한 바와 같이 마취 수술료 및 재료대와 같이 진료에 꼭 필요한 부분에 부과된 선택진료비는 산재보험에서 부담하는 것을 검토해야 할 것으로 본다. 또한 상급병실의 경우 자동차보험과 같이 탄력적으로 운영할 필요가 있다.

VI. 결 론

본 조사 연구는 산재보험 환자를 대상으로 의료 이용 시 발생하는 비급여 진료비의 크기를 분석하고 비급여 부분의 본인부담 진료비에 영향을 주는 요인을 조사하기 위해 모 대학 부속병원에서 2005년 1월 1일부터 2006년 2월 28일까지 입원하여 퇴원한 환자 16,252명을 대상으로 보험종별, 진료 분야별, 다빈도 주요 3개의 상병별에 대한 비급여 부분의 본인부담 진료비를 항목별로 타 보험과 비교 분석하여 아래와 같은 결과를 얻었다.

첫째, 요양급여 비용 중 본인부담금의 구성비를 보면 산재보험 26.0%, 건강보험 50.1%(법정보인 부담 포함), 자동차보험 22.1%로 나타났다.

둘째, 산재보험 환자의 본인부담 항목별 진료비는 상급병실 차액이 36.1%로 가장 높고, 다음은 선택진료비 34.1%, 마취 수술료 16.3%, 주사 약제료 7.0% 순으로 나타났다.

셋째, 다빈도 3개 상병의 중증도와 관련된 임상적 특성을 보험종별로 비교하였다. 수술 소요시간이 180분 초과인 경우 산재보험 환자는 25.1%이고, 자동차보험 환자는 14.9%, 건강보험 환자는 10.7%로 산재보험 환자의 경우 수술시간이 3시간을 초과하는 경우가 타 보험 환자에 비해 의미 있게 높았다. 상병 개수의 경우 3개 이상인 경우가 산재보험 환자는 41.1%로, 이는 자동차보험 환자 27.7%, 건강보험 환자 4.8%보다 통계학적으로 유의하게 높았다.

넷째, 산재보험 환자의 본인부담금에 대한 실제 지불 주체를 파악한 결과 산재보험 환자 본인이 전액 지불한 경우가 71.9%(105명)로 가장 많고, 사업주가 부담한 경우는 23.3%(34명), 환자와 사업주가 공동으로 부담한 경우는 4.8%(7명)로 나타났다.

이러한 연구 결과 대학병원 산재보험 환자의 본인부담금이 매우 높으며, 이는

산재보험 근로자의 경제적 부담을 가중시키는 요인으로 작용하고 있어 이와 같은 본인부담금을 산재보험 관장자가 부담하는 요양급여제도의 개선 보완이 필요하다고 생각된다.

참고 문헌

- 감신. 보건의료 환경의 변화 가능성과 건강보험의 발전방향. 국민건강보험공단 창립 제5주년 기념 학술세미나 발표자료. 2005.
- 국민건강보험공단. 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사. 연구보고서. 2004-04.
- 김경원. 산재보험 제도 개선방안 연구-선진국의 사례 비교를 통해 본 보험사기 관리 - 서강대학교 공공정책대학원 석사학위논문, 2004; 1-7
- 김영일. 우리나라 산업재해보상보험제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구. 경기대학교 행정대학원 석사학위논문. 2001; 1-2
- 김일순, 이용호, 유승흠. 의료보험 실시 전과 후의 의료이용 비교. 대한보건협회지 1980; 6(1) : 31-38
- 김정희. 우리나라 건강보험의 급여 범위와 본인부담 변화. 건강포럼. 2002. 가을호. pp.34-50.
- 김정희, 정현진. 2003년 진료내역 분석. 국민건강보험공단 연구보고서. 2003; pp. 8-63.
- 김정희, 정종찬, 김성욱. 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사. 2004. pp. 67-69.
- 김정희, 이진경. 본인부담액 상한제 소요재정 추계 및 개선방안 연구. 건강 포럼. 국민건강보험공단, 2005. 봄호.
- 김진구, 이인재, 류진석, 권문일. 사회보장론. 나남출판사, 2002. pp. 225-251
- 노동부. 산재보험 · 고용징수 실적분석. 근로복지공단. 2005. pp. 3-6.
- 노동부. 산업재해보상보험 요양급여 산정기준. 근로복지공단. 2006. pp. 3-7.
- 문영환, 차봉석, 노재훈, 이명근, 이경중, 장세진. 산업재해보상보험 진료비 사정 업무 개선 방안 연구 1989; 15-134.
- 문우동. 산업재해보상보험제도의 개선방안에 관한 연구. 보험급여제도를 중심으로- 단국대학교 경영대학원 석사학위논문, 1998.

- 박인화, 허문규, 이덕만. 4대 사회보험 재정운용의 문제점과 개선방안. 국회예산정책처. 2004; pp. 7.
- 보건복지부. 「건강보험 보장성 강화 방안」 수립을 위한 공청회자료. 보건복지부. 국민건강보험공단. 의료 이용 가이드. 2005
- 유승흠, 조우현, 오대규. 의료보험 환자와 비보험 환자의 의료 서비스내용 비교. 예방학회지 1981 ; 14(1) : 53-58
- 유승흠. 의료보험 환자와 일반환자의 재원기간에 관련되는 요인 분석. 예방의학회지. 1983 ;16(1):157-162
- 유원섭. 중증질환 보험급여 현황과 정책과제. 건강보험 포럼. 겨울호. 국민건강보험공단. 2005.
- 유원섭, 김창보, 임준. 중대상병제 도입의 타당성과 도입 방안 연구. 2005. pp.20
- 윤조덕, 박수경, 박정란, 구너선진, 이현주, 진혜량. 산재보험 재활사업의 중장기 발전전략. 한국노동연구원. 2000; 4
- 이경중, 문영환, 차봉석. 산재보험에 있어서 장·단기 입원환자자의 진료비 비교. 대한산업의학회지 1990.
- 이규식. 의료보장과 의료체계. 계측문화사, 2002.
- 이명근. 산재보험 환자의 재원기간 및 진료비 분석. 연세대학교 보건대학 석사학위논문. 1989; 52-60
- 이인제. 개별실적요율제도의 합리적 운영방안. 한국노동연구원. pp. 41.
- 이진경, 김정희. 2002년도 진료내역 분석. 건강보험 포럼 2003 ; 52-60
- 이현실, 문옥륜. 의료보험환자의 비급여 진료비 본인부담금 징수실태 분석. 1993. 3. pp. 18-32.
- 이현주, 정홍주, 김창섭. 주요국의 산재보험 급여체계 비교연구. 2003.
- 임준. 현시기 산재보험제도의 문제점과 개선방안. 산재보상보험제도 개혁을 위한 공동대책위원회. 2002; 7
- 조병희. 건강보험보장성 강화 접근방법. 국민건강보험공단 세미나 발표 자료. 2005 . 4. 25
- 조우현. 병원 재원기간 및 진료비에 영향을 미치는 요인 분석. 박사학위논문.

연세대학교대학원. 1987

- 조우현, 전기홍, 유승흠. 재원일별 진료비 분포. 대한병원협회지, 1988; pp. 51-56
- 차봉석, 장세진, 이명근. 산재보험환자의 의료이용(서울지역의 손 손상환자를 중심으로). 대한산업의학회지, 1989; 1(2) :168-179
- 최숙자, 김정희, 이상이. 국민건강 보장성 강화 : 의미 · 계획 · 실제. 2005; 5-10
- 최재욱. 산재환자의 산재보험제도 인식 및 삶의 질 평가. 산재노동자의 삶의 질 제고를 위한 산재보험제도 개혁방안. 한국노동조합총연맹. 2005; 79-90
- 통계청. 한국표준질병 사인분류(제1권). 사단법인 의무기록협회. 2002
- Arrow, KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review,1963, pp.941-973
- Berki SE, Ashcraft ML,Newbrander WC. Length of stay variation within DRGs. Med Care 1984; 22(2): 126-142
- Hornbrook MC, Goldfarb MG. Patterns of obstetrical care in hospitals. Med Care 1981; 19(1): 55-67
- Lave JR, Leinhardt S. The cost and length of a hospital stay. Inquiry 1976;13: 327-342
- OECD. "Health Data 2005", 2005.
- Pauly, M. V., A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance, Health Service Reserch, 4, 1969, pp.281-292.
- Zeckhauser, R. J., Medical insurance: A case study of the trade-off between risk spreading and appropriate incentives, Journal of Economic Theory, 2, 1970. pp.10-26

ABSTRACT

Analysis on the out-of-pocket money of a university inpatients compensated by Workers' Compensation Insurance

Yeoung Soon Cho

Department of Occupational Health
Graduate School of Public Health Yonsei University

(Directed by Professor **Jong Uk Won** M.D. Dr.PH)

This study was performed to analysis out-of-pocket money of patient compensated by Workers' Compensation (**Industrial Accident Compensation Insurance; IACI**) and to be compared with other insurance types; Automobile Insurance (**AI**) or National Health Insurance (**NHI**). The study subjects were **16,252** in-patients in a university hospital from **2005.1.1 ~ 2006.2.28.** , Out-of-pocket money of three different insurance types were compare in some different aspects; types of insurance, major diagnosis groups, clinical differences in three high frequent diagnoses.

The results were as follows;

1. **IACI** patients paid **26.0%** total medical fee as out-of-pocket money while **AI**

and NHI patients paid **22.1%** and **50.1%** respectively as out-of-pocket money.

2. The out-of-pocket money of **IACI** patients consisted of the ward balance (36.1%), special doctors' fee (34.1%), anesthesia and operation surcharge(16.3%), and injection medication fee(7.0%).

3. Clinical characteristics related to severity were compared for the most frequent diseases. The cases with more than 180 minutes operational time was **25.1%** in **IACI**, 14.9% in **AI**, and 10.7% in **NHI**, so **IACI** had more long operation time cases. The number of associated diagnosis more than three was 41.1% in **IACI** cases, and it was , significantly higher than **27.7%** in **AI** cases or 4.8% in **NHI** cases. These meant **IACI** cases was more severe than others.

4. The out-of-pocket money was paid by injured workers themselves in most cases (71.9%), by employer (**23.3%**) or by both injured workers and employer (4.8%).

According to the above results, **IACI** system should be considered to lower the out-of-pocket money.

Key words : workers' compensation, out-of-pocket money, health insurance, automobile insurance