



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

암 보장성 강화 정책이  
수도권 의료기관 이용에 미친 영향

- 위암 환자를 대상으로 -



연세대학교 보건대학원

보건정책관리전공

김 지 연

암 보장성 강화 정책이  
수도권 의료기관 이용에 미친 영향

- 위암 환자를 대상으로 -

지도 박 은 철 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함




2015년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건정책관리 전공

김 지 연

# 김지연의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 박 은철   
심사위원 남 정 모   
심사위원 문 기 태 

연세대학교 보건대학원

2015년 12월 일

## 감사의 글

2013년 처음 보건대학원에 입학할 당시 저는 꿈이 있었습니다. 직장생활을 잘해나가면서도 전문배경지식을 탄탄히 쌓아 지식인으로서 한 단계 성장하리라는 것이었습니다. 학생 신분으로 다시 돌아가 스펀지가 물을 흡수하듯이 배움에 젖어보고 싶은 마음도 컸습니다. 그렇게 학교의 문을 두드렸고, 바라마지않던 보건대학원 학생이 되었습니다.

시간이 벌써 2년 남짓 지나 벌써 논문 제출과 졸업을 앞두고 있습니다. 그동안 저명하신 교수님들께 생생한 강의를 직접 듣고 배우던 시간, 동기들과 함께 수업을 듣고 과제를 준비하던 추억들이 하나하나 머릿속에 떠오르며 벌써부터 그 시간이 그리워지기 시작합니다. 이제 졸업하면 다시 그런 소중한 기회를 가질 수 있을지 모르지만, 훗날 돌이켜보았을 때 학교에 다니며 공부했던 시절을 떠올리면 즐거운 기억만 남아있으리라 생각합니다.

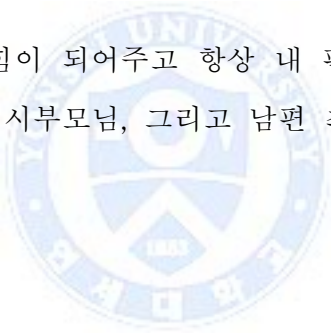
여러모로 부족함이 많은 학생이었던 제가 어느덧 이렇게 영광스러운 졸업과 논문심사를 앞두고 된 것은 모두 저를 격려해주신 많은 분들의 도움이 컸습니다. 그분들이 아니었다면, 지금 이 자리의 저는 없었을 것이며, 지금 이 순간의 기쁨도 없었을 것입니다.

가장 먼저 논문을 지도해주시고 지난 5학기 대학원 생활의 멘토이자 인생의 멘토로 격려와 충고를 잊지 않으셨던 존경하는 박은철 지도교수님, 진심으로 감사합니다. 교수님의 지도 덕분에 대학원 생활 내내 힘과 용기를 얻을 수 있었습니다. 전공교수님이자 생소했던 보건경제학의 재미를 일깨워주

신 정우진 교수님, 감사합니다. 바쁘신 와중에도 논문의 부심을 맡아주신 남  
정모 교수님, 문기태 선생님께도 감사합니다. 또 논문 준비 기간 내내 함께  
해주시고 아낌없이 도와주신 한규태 선생님께도 감사의 말씀을 드립니다.

학업과 직장생활을 병행하는 동안 적극 지원해주시고 응원해주셨던 강희정  
단장님, 장용명 부장님, 노연숙 부연구위원님 외 여러 직장 선배님들, 동료  
분들께 이 자리를 빌어 감사드립니다. 그분들의 이해와 배려가 있었기에 학  
업과 직장을 병행할 수 있었습니다. 또한 5학기 생활 내내 곁에서 큰 힘과  
활력이 되어주었던 보건정책관리 전공 동기들, 친애하는 친구들에게도 감사  
의 인사를 드립니다.

마지막으로 늘 곁에서 힘이 되어주고 항상 내 편이 되어주시는 사랑하는  
우리 가족들, 아빠, 엄마, 시부모님, 그리고 남편 최지웅님과 아들 우주에게  
감사와 사랑을 전합니다.



2015년 12월

김 지 연

# 차 례

## 국문요약

<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	4
<b>II. 이론적 고찰</b> .....	5
1. 우리나라의 건강보험제도 .....	5
2. 의료보장성과 보장성 확대 .....	6
3. 중증질환자 본인부담금 경감을 위한 정책 .....	10
4. 만성질환의 증가와 암의 심각성 .....	13
5. 선행연구 .....	15
<b>III. 연구방법</b> .....	17
1. 연구모형 .....	17
2. 연구대상 및 자료 .....	18
3. 변수정의 및 분석방법 .....	20
<b>IV. 연구결과</b> .....	23
1. 연구대상자의 일반적 특성 .....	23
2. 수도권 의료기관을 방문한 환자의 분포 .....	25

3. 위암 환자들의 의료이용 패턴 .....	29
<b>V. 고찰</b> .....	35
1. 연구방법에 대한 고찰 .....	35
2. 연구결과에 대한 고찰 .....	37
<b>VI. 결론</b> .....	41
<b>참고문헌</b> .....	46
<b>ABSTRACT</b> .....	51





## 표 차 례

표 1. 정책변화에 따른 중재 시기 구분 .....	12
표 2. 각 정책의 도입시기 별 본인부담금 경감 .....	20
표 3. 주요 변수의 정리 .....	21
표 4. 위암환자의 일반적 특성 .....	24
표 5. 수도권 의료기관을 방문한 환자의 각 변수 별 분포 .....	27
표 6. 수도권 집중현상의 분석결과 .....	32
표 7. 소득수준에 따른 수도권 집중현상 하위그룹 분석 .....	33
표 8. 치료방법에 따른 수도권 집중현상 하위그룹 분석 .....	34



## 그림 차례

그림 1. 보편적 의료보장의 3가지 측면 .....	7
그림 2. 2012년 OECD가입국과 한국의 공공, 민간 의료비지출 .....	8
그림 3. 2015년 보장성 강화 계획 .....	11
그림 4. 10대 사망원인 .....	14
그림 5. 분석의 틀 .....	17
그림 6. 연구대상자 선정 .....	19
그림 7 위암 환자의 의료이용 동향 .....	29
그림 8. 정책도입 시기별 위암 환자의 의료이용 동향 .....	30



## 국 문 요 약

한국은 전국민을 대상으로 하는 국민건강보험제도로 국민의 97%를 정부가 의료보장 해주고 있음에도 불구하고 의료보장성의 문제가 있어왔다. 고령화 사회로 접어들고 생활습관이 변화하면서 급성질환에서 만성질환 위주로 건강상태가 변화하였으며, 특히 암은 한국에서 가장 흔한 사망원인이다. 의료기술의 발전과 건강보험의 급여보장으로 암 환자의 생존율은 날로 증가되어가고 있으나, 그와 함께 의료비 부담도 상승하고 있다.

정부는 2004년부터 국민건강보험의 암 보장률 확대를 통해 암 환자의 본인부담금을 경감하기 위한 정책을 지속적으로 도입해왔다. 2004년 외래 암 환자의 본인부담금을 종래 30%에서 20%로 경감하는 것을 시작으로, 2005년에는 암 환자의 모든 의료비용을 20%에서 10%로 본인부담금을 경감해주었고, 2009년에는 다시 10%에서 5%로 본인부담금을 경감하였다.

이 연구는 본인부담금을 경감해주는 정부 정책의 도입이 암 환자의 의료이용에 변화를 미쳤는지 여부를 조사해보고자 하였으며, 특히 이러한 국민건강보험의 보장성 확대 정책의 도입이 비수도권에 거주하는 위암 환자들이 의료기관을 이용하는데 있어 수도권의 의료기관으로 집중되는 현상에 영향을 미치는지에 관해 분석하고자 하였다.

이 연구에서는 국민건강보험공단의 2003년부터 2013년까지 표본코호트 자료를 사용하였다. 해당 자료에는 7,193건의 국민건강보험 진료비 청구 건이 포함되어 있으며 1,025,340명의 표본인구 중 약 2,124명의 환자 대표 표본이 위암으로 의료기관을 방문하였다. 수도권에 거주하지 않는 암 환자가 수도

권에 소재한 의료기관에 수술, 화학요법, 방사선요법 등의 치료를 받기 위해 방문한 사례를 대상으로 하였으며, 구간별 포아송 회귀분석방법을 사용하여 수도권 의료기관을 방문한 위암 환자와 암 환자의 본인부담금 경감을 위한 정책 도입 간의 연관성을 분석하고자 하였다.

모든 의료기관 방문 중 40.6%의 환자가 수도권 의료기관을 방문하였다. 암 보장성 강화를 위한 2차 정책 도입 이후 수도권 집중현상이 증가하였으나, 1차나 3차 정책 도입 후에는 수도권 집중 현상이 통계적으로 유의한 변화를 보이지 않았다. 성별이나 연령, 소득수준 등 다른 독립변수에 의해서도 수도권 환자 집중 현상이 변화를 보였다. 일례로 경제적 지위가 더 높거나 비수술적 치료가 더 필요한 환자일수록 보장성 확대 정책 도입에 더 영향을 받았다.

이 연구 결과를 종합하면, 암 보장성 강화 정책의 도입은 수도권 의료기관 집중현상을 가중시켰다. 고액의 진료비가 소요되는 암환자의 보장성은 강화되어야 하나, 수도권에 환자가 지나치게 집중되면 보건의료 성과가 떨어진다. 따라서 수도권 및 지방의 의료기관의 질을 평가하여 수도권 환자집중의 의미를 부여해야 할 것이다.

핵심어 : 보장성, 본인부담금, 수도권 집중 현상, 위암

# I. 서론

## 1. 연구의 배경 및 필요성

지난 반세기 동안 우리나라는 경제, 사회, 그리고 보건의료 분야에 있어 발전을 거듭해왔다. 사회가 성숙하고 발전하면서 사회보장의 구축에 대한 필요성이 대두하였고, 1963년 처음 의료보험법을 제정하면서 건강보험제도의 첫 효시를 만드는 계기가 되었다. 첫 적용사례로는 1977년 500인 이상 사업장의 근로자를 대상으로 의료보험을 적용했으며, 이후 1979년에 공무원 및 사립학교 교직원에 의료보험을 적용하고, 1988년 농어촌 지역 자영자를 대상으로 가입자를 확대하였다. 그리고 1977년 처음 국민건강보험(당시 의료보험)을 도입한 이래 정부는 12년 만인 1989년 전국민 의료보장이라는 성과를 거두었다(유승흠과 박은철, 2009). 현재 국민건강보험의 가입자는 전체 국민의 97%이며, 나머지 3%의 국민 역시 의료급여제도의 수혜자로 정부의 의료보조를 받고 있다.

한국인의 건강상태는 세계적으로 높은 수준이며, 전국민 의료보장의 확대와 보건의료 분야의 발전으로 인해 전반적으로 상당히 개선되어, 급성질환에 따른 사망이나 영양상태와 관련된 피할 수 있는 사망은 줄어들었다. 반면 고령화가 가속화 되어 노인 인구가 늘어나면서 이에 따른 새로운 건강과제들이 생겼다. 이에 한국인의 사망률과 유병률은 급성질환에서 만성질환 중심으로 변화하였는데(Kuh & Shlomo, 2004), 그중에서도 암은 한국에서 가장 흔한 만성질환으로(Jang et al., 2014) 육체적, 정신적으로 심각한 피해를 입을 수 있으며 심하면 장애나 사망으로 이어지는 질환이다. 따라서 많은 의료인들이 암환

자에 대한 적절한 치료를 제공하기 위해 노력하고 있으며, 수술이나 복강경 수술, 화학요법, 방사선요법 등의 다양한 치료법이 개발되었다(Nakajima, 2002). 이러한 치료법들은 암환자의 상태를 개선하는데 기여하여 더 이상 한국인에게 암은 치료불가능한 병이 아니게 되었는데, 암 환자의 생존율을 보면 1993~1995년 41.2%에서 2007년에서 2011년에는 75.2%로 크게 향상되었다(Jung, 2014).

그러나 암 치료는 고가의 의료비용이 소요되는 만큼 환자의 의료비 부담을 가중시켰다. 암을 극복하더라도 환자들은 경제적 문제로 고전하는 경우가 많다(Brown et al., 2001). 특히 우리나라는 낮은 의료보장성 문제가 늘 제기되어 왔고, 저소득층의 재난적 의료비 역시 무시할 수 없는 사회적 문제 중 하나이다. 경제협력개발기구(OECD)의 보고서에 따르면 한국은 전국민을 보장하는 국민건강보험제도가 있음에도 불구하고 다른 나라에 비해 의료보장성의 문제가 있다(OECD, 2013). 국민의료비 중 공공의료비 지출의 비율을 보면, OECD 가입 국가의 평균치가 72.3%인데 반해 우리나라는 54.5%에 그치고 있다. 국민의료비 중 본인부담금이 차지하는 비율은 35.9%로, OECD 평균인 19.0%를 훨씬 웃도는 수치이다(OECD, 2014). 즉 의료비 지출 중 정부의 지출은 적고 국민의 부담은 높은 편으로, 전국민을 보장하는 건강보험의 의료보장률이 낮다는 말은 바로 이러한 현상을 두고 하는 말이다. 특히 저소득층은 치료비 때문에 파산하기도 하는 등(Kim et al., 2015) 재난적 의료비에 대한 사회적 안정망이 부족한 실정인 만큼, 암 환자의 건강보험의 보장성에 관한 보건 의료 정책문제가 제기되고 있다.

2004년 이후 암 환자의 치료비 부담을 덜기 위해 정부는 건강보험 보장성을 높이고 급여를 확대하여 본인부담금을 줄여주기 위한 정책을 점진적으로 도입했다. 2004년 1월 도입된 1차 정책은 외래 암 환자의 본인부담금을 30%

에서 20%로 경감하였다. 2차 정책은 2005년 9월 도입되었으며 암환자의 모든 치료비에 대한 본인부담금을 20%에서 10%로 경감했다. 2009년 12월 3차 정책은 다시 10%의 본인부담금을 5%로 경감했다(Kim et al., 2014).

이렇게 단계적으로 건강보험 보장성을 확대함에 따라 암 환자의 의료이용 역시 영향을 받을 것이라 예측되었다. 기존 연구를 살펴보면 본인부담금 경감은 암 환자가 최적의 치료를 받는데 도움이 되는 것으로 알려졌다(Ward et al., 2008). 경제적 부담의 경감은 환자가 대형 병원에서 더 나은 치료를 받을 수 있도록 하는 결과로 이어졌다(Kim et al., 2008). 그러나 이런 정책은 도덕적 해이를 유발하기도 한다는 우려 역시 존재한다(Kim et al., 2005).

본인부담금의 경감에 따른 암 환자의 의료이용 변화에 있어서 특히 일부 대형병원이 수도권에 집중적으로 소재한 만큼 암환자의 수도권 집중 현상이 심화될 것으로 예상되었다(Lee et al., 2013). 그러나 본인부담 경감 이후 한국 암 환자의 수도권 집중현상에 대해서는 연구가 많지 않다(Park, 2012). 따라서 이 연구는 위암 환자에 대한 본인부담 경감 이후 수도권 집중현상의 변화를 조사하고자 하였다. 건강보험 본인부담금 경감 정책 도입과 비수도권 거주 위암 환자가 더 나은 치료를 위해 수도권 의료기관에 집중되는 현상의 상관관계를 분석하고 소득수준과 치료 방법에 따른 차이도 함께 분석하였다.

## 2. 연구의 목적

이 연구는 2002년부터 2013년까지의 국민건강보험공단 표본 코호트 자료를 활용하여, 국민건강보험의 암 환자에 대한 본인부담금 경감을 통한 보장성 강화 정책 도입이 비수도권에 거주하는 위암 환자의 의료기관 이용과 수도권 의료기관 집중 현상에 미치는 영향을 파악하고자 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 국민건강보험의 암 환자에 대한 본인부담금 경감을 통한 보장성 강화 정책 도입이 비수도권에 거주하는 위암 환자의 의료기관 이용과 수도권 의료기관 집중 현상에 미치는 영향을 파악한다.

둘째, 암 환자의 인구사회학적 특성에 따른 의료기관 이용과 수도권 의료기관 집중 현상에 미치는 영향을 파악한다.



## II. 이론적 고찰

### 1. 우리나라의 건강보험제도

우리나라의 건강보험제도는 1963년 처음 의료보험법을 제정한 것이 그 효시이다. 법적 근거 마련 이후 적용까지는 시간이 걸렸는데, 첫 적용 사례로 1977년 500인 이상 사업장의 근로자를 대상으로 의무적인 의료보험을 시행하였다. 이때의 보험적용 인구는 전체 인구의 8.79%밖에 되지 않았을 때였다 (Chun, 2009). 이후 1979년에 공무원 및 사립학교 교직원에 의무의료보험을 적용하고, 1988년 농어촌 지역 자영자를 대상으로 가입자를 확대하였으며, 1989년에는 전국민을 대상으로 의료보장을 확대하였다. 국민건강보험의 가입자는 전체 인구의 97.3%이며, 나머지 2.7%는 의료급여 대상자로 정부의 보조를 받고 있어 인구 수 면에서는 전국민 의료보장을 달성하였다(국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 2014).

당시의 의료보험은 각 사업장과 공무원 및 교직원, 지역보험조합 등 다수의 조합에서 관리하고 있었으며 각 조합의 재정운용이나 급여의 혜택 등이 조합마다 상이하였다. 이에 정부는 보험재정을 통합하여 위험분산기능을 강화하고 급여혜택의 형평성을 제고하기 위해 다수의 조합으로 나뉘어 운영되던 기존의 의료보험조합들을 2001년 단일보험자로 통합하였다. 그리고 보험관리에 관한 업무를 국민건강보험공단에 위임하고, 요양급여에 관한 업무를 건강보험심사평가원에 위임하였다(건강보험심사평가원, 2015). 보건복지부는 건강보험사업을 전반적으로 관장하여 보건정책을 계획하고 집행한다. 그리고 보건복지부와 협력 하에 각 지역의 지방정부에서 보건소를 관리한다(권순만 외, 2015).

그러나 보험재정을 국민건강보험료와 일부 조세(의료급여)로 운영하는 것과는 대조적으로 의료서비스의 공급은 주로 민간에서 이루어지고 있으며(권순만 외, 2015), 따라서 보건복지부는 민간 공급자의 의료의 질을 보장하고 급여 혜택을 확대하기 위한 노력을 기울이고 있다.

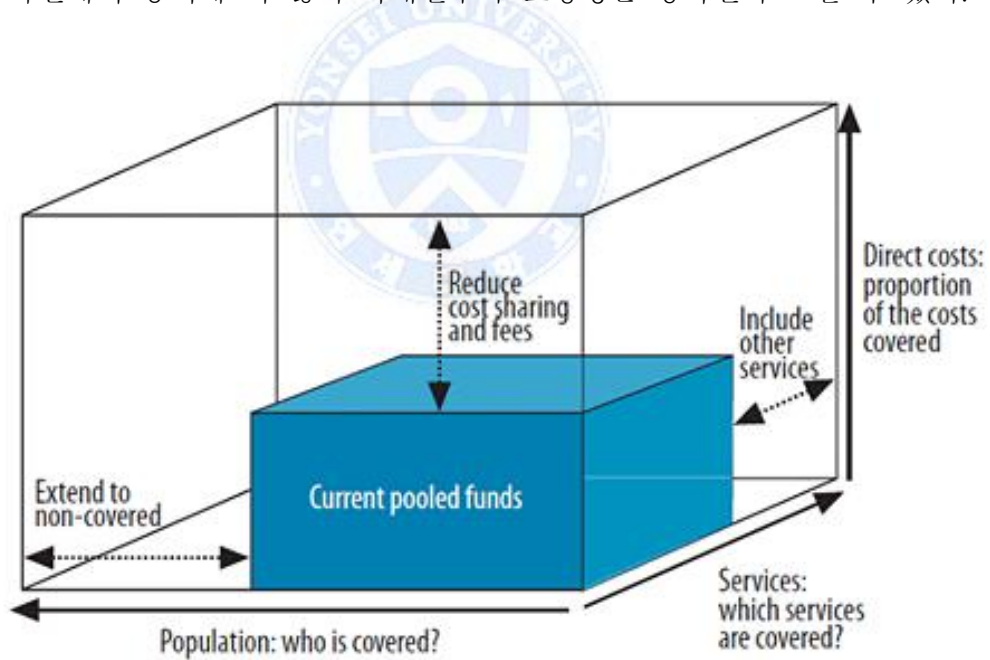
## 2. 의료보장성과 보장성 확대

건강보장체계의 목적은 일차적으로 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하는 것이다(김창엽, 2009). 의료의 보장성에 대해 2005년 세계보건총회의 결의안 58.33은 모든 사람이 경제적 어려움 없이 의료서비스에 접근할 수 있어야 한다고 명시한다(WHO, 2010). 건강을 향유하는 것이 인간의 기본 권리로 수용되면서 국가적 차원에서 제도적으로 접근하여, 질병으로 인한 수입의 중단이나 치료비 지출로 인한 재정적 위협을 사회적으로 대처하고자 하는 것이 의료보장(유승흠과 박은철, 2009)이며, 이에 건강권이라는 말도 생겨났다.

건강보장 급여는 보건의료 서비스나 돈을 건강보험 가입자에게 제공하는 것을 뜻하는데, 급여로 제공되는 현금이나 서비스는 질병이나 경제적 위협에서 가입자를 보호하는 역할을 한다. 그런데 경제학적으로 보면 자원에는 한계가 있기 때문에 건강보험제도가 있다고 해도 모든 서비스를 다 급여화하기란 현실적으로 불가능하다. 한정된 자원을 어떻게 하면 보다 많은 사람들에게 분배할 수 있을지를 고민하는 데에서 급여 서비스의 범위가 결정되기 마련이다. 결국 급여 서비스의 범위를 결정하는데 있어 어떤 서비스에 우선적으로 자원을 배분할 것인가 하는 과제가 남게 된다. 공적 건강보장체계에서 급여범위를

정하는 것은 근본적으로는 한 사회가 의료에 대한 접근성을 어느 수준까지 보장할 것인가에 달려있다. 한정된 자원을 전제하더라도 건강과 의료에 대한 사회적 가치를 반영한 사회적, 제도적 목표를 제시하기 마련이다(김창엽, 2009).

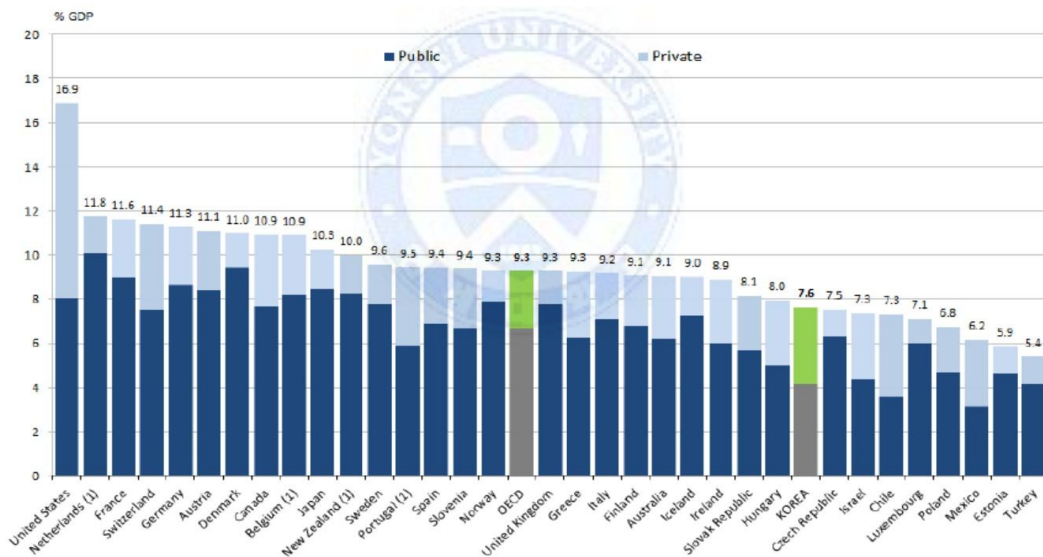
보건의료제도의 보장성을 강화하는 세 가지 방법은 첫째 급여의 넓이 확대, 즉 사회보장 인구의 비율 확대와 둘째, 급여의 깊이 즉 사회보장 급여 서비스 범위의 확대, 셋째, 급여의 높이 즉 사회보장의 단위 서비스당 상환율을 확대하는 것이다(WHO, 2008). <그림 1>은 세계보건기구가 정의한 보편적 의료보장의 조건으로, 가지고 있는 재원을 가지고 얼마만큼의 인구에게 어떤 가격으로 어떤 서비스를 급여할 것인지에 대해 그림으로 설명한 것이며, 파란색 박스가 3가지 측면에서 동시에 더 많이 확대될수록 보장성은 강화된다고 볼 수 있다.



<그림 1> 보편적 의료보장의 3가지 측면

(자료 : WHO, 2010)

그런데 급여대상에 포함되는 인구의 비중이 아닌 의료비 지출 측면으로 보자면 우리나라의 의료보장률은 아직 낮은 편이다. 예를 들어 국민의료비 중 공공의료비 지출의 비율을 보면, OECD 가입 국가의 평균치가 72.3%인데 반해 우리나라는 54.5%에 그치고 있다(그림 2). 국민의료비 중 본인부담금이 차지하는 비율은 35.9%로, OECD 평균인 19.0%를 훨씬 웃도는 수치이다(OECD, 2014). 즉 의료비 지출 중 정부의 지출은 적고 국민의 부담은 높은 편으로, 건강보험에 가입해있어도 본인부담금이 높아 의료비부담을 걱정해야 한다. 전국민을 가입자로 보장하는 건강보험의 의료보장률이 낮다는 말은 바로 이러한 현상을 두고 하는 말이다.



<그림 2> 2012년 OECD가입국과 한국의 공공, 민간 의료비지출  
(자료 : OECD, 2014)

본인부담금의 비율이 높으면 환자는 경제적 부담을 느끼게 되어 자연히 의

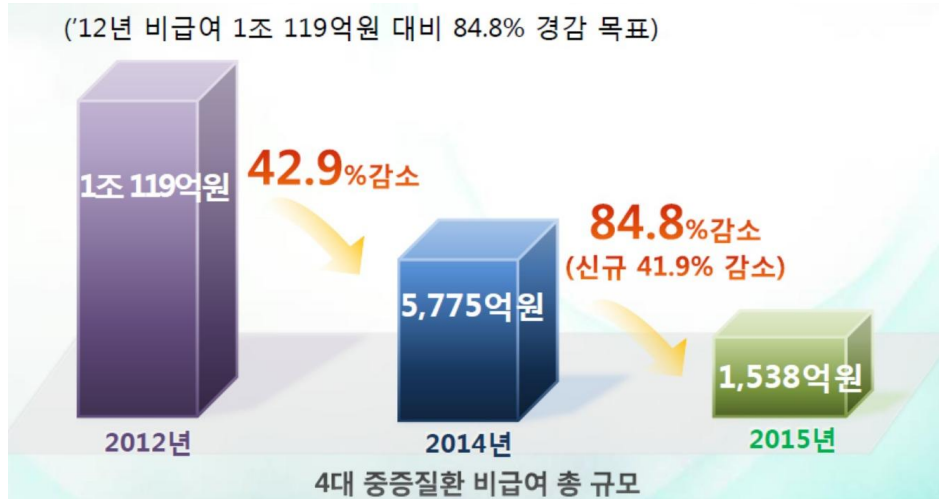
료접근성은 떨어지게 마련이다. 치료를 받아야 하는 시점에 당장 부담해야 하는 금액이 높으면 저소득층일수록 치료를 받기가 어려워질 것이다. 총 의료비 지출에서 본인부담금이 차지하는 비율을 보고 그 나라의 의료보장성의 정도를 가늠하는 이유는 이 때문이다. 세계보건기구는 가구소득의 40% 이상을 의료비로 지출할 때를 재난적 의료비라 정의하였으며, 진료 시 환자가 부담하는 본인부담금이 총 의료비 지출의 15~20% 이하일 때 재난적 의료비와 빈곤화를 막을 수 있다고 정의하였다(WHO, 2010).

어떻게 보건의료서비스의 가격을 지불하는가는 보건의료체계 성과에 중요한 문제이다. 전 세계에서 가장 흔한 형태의 지불제도는 환자가 직접 지불하는 본인부담으로, 가난한 나라일수록 그 현상이 더하다. 그런데 본인부담이 항상 저소득국가나 복잡하지 않은 보건재정체계에 국한되는 것은 아니다. 본인부담이 전달체계와 의료서비스 소비에 맞지 않는 이유는 바로 접근성을 제한하는 지불제도라는 것이다. 그래서 세계보건기구의 총장인 마가렛 첸은 “사용자요금이 가난한 사람들을 추방했다”고 표현하였다. 본인부담이 높은 나라는 정부가 보건에 투자하려는 의지가 없거나 선지불과 위험분담제도의 도입에 대한 신념이 부족할 때 발생한다(WHO, 2010). 따라서 우리나라가 공적 의료보험제도로 전국민을 보장해주면서도 본인부담의 비중이 상대적으로 높다는 것은 건강보험이 가진 대표적인 보장성 문제라고 볼 수 있다. 재난적 의료비 걱정 없이, 의료비 지출로 인한 빈곤화를 겪을 걱정 없이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있으려면 국민건강보험의 사회적 안전망 기능이 촘촘해야 한다. 그런데 국민건강보험에 가입해있어도 정작 필요한 서비스를 이용할 때 본인부담금이 높아서 저소득층의 의료접근성을 낮춘다면, 혹은 중산층이 빈곤층으로 전락하는 결과를 가져온다면 이는 안전망으로서 국민건강보험에 한계가 있음을 시사하는 것이다.

### 3. 중증질환자 본인부담금 경감을 위한 정책

국민건강보험의 이러한 한계를 극복하기 위해 보건복지부는 단계적으로 보장성을 확대하고자 다양한 정책의 도입을 시도하였다. 2005년부터 2008년까지 건강보험 급여율을 70%까지 높이는 것을 골자로 한 건강보험 보장성 강화계획이 그 예이다. 2004년 61.4%였던 건강보험 급여보장률을 2008년까지 71.5%로 개선하겠다는 목표를 가지고 시행된 2005~2008 계획은 그러나 목표보장률 달성에는 실패하였다. 다만 중증질환을 선별하여 본인부담금을 인하해주고, 비용부담이 높은 비급여 항목(MRI, 장기이식 등)을 선별하여 보험적용해 주는 등의 보장성 강화 정책을 시작하는 계기가 되었으며, 이후 2, 3차 강화 계획이 수립되어 보다 체계적인 방향으로 정책을 설정하는 기초가 되었다(손영래, 2015)(그림 3). 이때 수립된 중증질환자 보장성 강화 계획인 산정특례제도는 이후에도 지속적으로 시행되어 중증질환자의 고액진료비로 인한 가계부담을 완화하여 의료비 보장성을 강화하고자 하였으며, 암, 심뇌혈관, 희귀질환 등의 환자로 등록이 되면 본인부담율을 경감해주었다(최재우 외, 2014).

2009년부터 2013년까지 2차로 발표된 건강보험 보장성 강화계획은 보장률 80%를 목표로, 중증질환의 보장성 강화와 고액 비급여 의료보장 확대, 취약계층 부담 완화를 골자로 하고 있다. 특히 정부는 건강보험 보장성을 선진국 수준까지 단계적으로 향상하고자 진료비 부담크기, 전문가조사, 외국사례 등 상병별 우선순위 검토과정을 거쳐 ‘암, 심장질환, 뇌혈관질환’을 선정하고 법정본인부담을 10%에서 5%로 순차적 경감하고자 하였다(최재우 외, 2014). 이렇게 꾸준하게 정책 도입을 시도한 결과 중증질환의 보장률은 70% 후반대로 진입하여 상당한 성과를 거두었다고 말할 수 있다(손영래, 2015).



<그림 3> 2015년 보장성 강화 계획

(자료 : 보건복지부, 2013)

이어 보건복지부는 2014 ~ 2018년 보장성 강화 계획을 발표하고 추진할 계획에 있다. 모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상을 목표로 생애주기별 핵심적인 건강문제에 대한 필수의료 보장을 강화하고, 고액 비급여의 적극적 해소와 증가 억제를 위한 관리체계를 도입하며, 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원을 강화하는 것이 이 계획의 기본 방향이다(손영래, 2015).

암 환자에 대한 개인적 의료비 부담과 사회적 비용이 높아진 가운데, 본인 부담을 경감해주고 보장률을 높이기 위한 정책의 일환으로 실시된 산정특례 제도는 다음과 같은 과정을 거쳐 암 환자의 본인부담금을 경감하였다(표 1). 2004년 1월 보건복지부는 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준을 개정하여, 암 환자가 진료를 받은 당일 발행한 처방전으로 의약품을 조제받는 경우의 본

인부담율을 30%에서 20%로 경감하였다(보건복지부, 2003). 이는 입원에 한해 본인부담율을 20%로 하되 외래 항암제는 30%의 본인부담율을 부담하던 종래의 기준을 완화한 것이었다.

이어서 2005년 9월에는 암 환자 등록제를 실시하고, 암으로 진단된 후 등록일로부터 5년간 환자의 총 진료비 중 법정 본인부담율 기준 20%에서 10%로 경감하였다.

2009년 12월에 도입된 3차 정책은 기존 10%였던 법정 본인부담율을 5%로 경감하였다(건강보험심사평가원, 2010). 현재는 암 환자로 등록된 환자들의 법정 본인부담율은 5%이며, 5년 동안 자격이 유지되고 5년 후 재등록이 가능하도록 운영되고 있다.



표 1. 정책변화에 따른 중재 시기 구분

구분	정의	내용	기간
시기1	1차 제도 도입 전	암 환자 본인부담금 - 입원 20%, 외래 30%	2003.12. 이전
시기2	1차 제도 도입 후, 2차 제도 도입 전	외래 본인부담금 20%로 경감	2004.1. ~ 2005.8.
시기3	2차 제도 도입 후, 3차 제도 도입 전	본인부담금 10%로 경감	2005.9. ~ 2009.11.
시기4	3차 제도 도입 후	본인부담금 5%로 경감	2009.12. 이후



#### 4. 만성질환의 증가와 암의 심각성

보장성을 강화하려는 노력에도 불구하고, 현대사회에서 암은 지속적으로 국민건강을 위협하는 질환이다. 재난에 가까운 의료비를 지불해야 하는 질병임과 동시에, 통계청의 사망원인 통계에 따르면 우리나라 사망률 1위에 이르는 질병이기도 하다. 우리나라 국민 10만 명당 150.9명이 암으로 사망하며(통계청, 2014)(그림 4), 암 환자 수는 2012년을 기준으로 940,792명이다. 그 중 위암 환자 수는 142,639명으로 전체 암 중 15.2%를 차지했다(통계청, 2013). 이는 갑상선암 다음으로 높은 수치(2위)이나 갑상선암의 5년 생존률 100%인 것을 고려하면 오히려 5년 생존률이 71.5%인 위암이 그 위험성은 더 크다고 할 수 있다.

2005년 이후 암 질환에 대한 누적 보장성 강화 지출은 2조 9,916억 원으로, 급여 확대 정책보다는 본인부담경감 정책에 많은 급여비가 지출되었다(서남규 외, 2012). 실제로 의료이용률을 살펴본 선행연구에서도 암환자들의 의료이용이 증가하였다는 것을 확인할 수 있었다. 권순만 등은 암 환자에 대한 보장성 강화정책이 시행된 이후 1인당 의료이용량은 모두 증가하였으며 본인부담율을 인하한 보장성 강화정책이 암 환자에 있어 미충족된 의료에 대한 이용을 증가시킨 것이라고 보았으며(권순만 외, 2008), 또한 암보장성 강화정책은 암환자의 의료이용에서의 소득수준에 따른 형평성을 개선시키고 전반적인 과부담의료비 발생을 감소시켰다고 보았다(권순만 외, 2011). 이용재는 본인부담경감 정책이후 암환자의 건강보험이용을 살펴본 연구에서 위암환자들의 총진료비와 입원일수, 입원건당 진료비 등 입원 이용은 증가한 반면 외래방문건수는 동일하였고 외래 진료비는 감소하였다고 했다(이용재, 2009).

## 10대 사망원인

사망원인	사망자수(명)	사망률 (인구 10만 명당)	전년대비 증감률(%) <sup>주1)</sup>
약성산생물(암)	76,611	150.9	1.3
심장 질환	26,588	52.4	4.4
뇌혈관 질환	24,486	48.2	-4.2
고의적자해(자살)	13,836	27.3	-4.5
폐렴	12,021	23.7	10.8
당뇨병	10,526	20.7	-3.7
만성 하기도 질환	7,171	14.1	1.0
간 질환	6,635	13.1	-0.9
운수 사고	5,700	11.2	-5.8
고열압성 질환	5,061	10.0	6.5

\* 주1) 전년대비 증감률은 사망률을 기준으로 계산함.

<그림 4> 10대 사망원인

(자료 : 통계청, 2014)

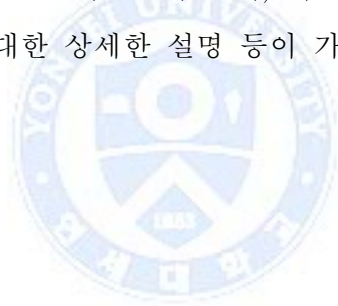
## 5. 선행연구

의료기관 이용이 특정 패턴을 보이면서 증가하는지, 특히 수도권 소재 의료기관으로 의료이용이 집중되는지를 살펴보는 것도 정책 도입이 가져온 파생적 인 효과를 분석하는데 도움이 될 것이다. 보장성 강화를 위한 정책이 가져오는 의료이용의 변화에 대한 선행연구를 살펴보면, Dranove 외(1992)는 중증 질환자의 특성상 본인부담 감소는 의료이용에서 가격 부담을 감소시켜 첨단 기술의 검사와 장비를 기반으로 명성이 있는 의사의 수술 서비스가 제공되는 대형병원에 대한 선호를 증가시킬 수 있다고 하였다. Kolstad 외(2012)는 보장성 강화 정책은 고도, 고급 의료서비스에 대한 환자의 비용부담을 완화시킴으로써 환자의 도덕적 해이와 공급자의 유인 수요가 작동하여 대형병원으로 환자가 몰리는 쏠림 현상을 심화시킬 수 있으며, 환자는 비용부담이 없어지게 됨에 따라, 의료의 질을 주요한 선택 기준으로 사용하게 되며, 의료기관은 환자 유인을 위해 고가장비 도입과 고가 서비스 개발을 확대함으로써 국가적으로 불필요한 자원투자와 지출의 비효율을 증가시킬 수 있다고 하였다.

한편 우리나라 국민의 의료기관 이용 행태에 수도권 집중현상이 있다는 것은 비교적 보편적인 인식인데, 이를 입증하는 선행연구를 살펴보면 다음과 같았다. 박일수 외(2010)는 대부분의 환자들은 거주지역 또는 거주지역 인근 대도시의 의료이용률이 가장 높았으나 이를 제외한 다음으로 의료이용률이 가장 높은 지역은 서울이었다고 했다. 홍석철(2014)은 2009년도에 처음으로 6대 암(위암, 대장암, 간암, 폐암, 유방암, 자궁경부암)을 진단받은 것으로 추정되는 환자들을 대상으로 2009~2013년까지의 의료이용 형태를 분석한 결과 특히 암 질환 진료를 위한 인력과 시설을 갖춘 상급종합병원이 위치한 시·군·구 쏠림이 높았으며, 서울지역 의료기관 이용 집중도는 간암 68.3%, 유방암 56.4%,

대장암 55.5%, 위암 55.4%, 자궁경부암 53.2%, 폐암 52.6%의 타지역 환자가 집중되었다고 분석했다. 이재희 외(2010)는 KTX가 도입된 2004년부터 2005년에 걸쳐 서울지역 상급종합병원의 의료이용 비중이 크게 증가하여, KTX의 도입으로 서울에의 지리적 접근성이 제고된 지역의 암 질환자가 서울지역 상급종합병원에서 의료를 이용하였다고 하였다.

이렇게 의료기관 이용이 수도권 집중현상을 보이는 데는 여러 이유가 있을 수 있으나 양종현 외(2012)에 따르면 암환자가 대학병원을 이용하는데 있어 의료의 질이 서비스 만족도에 가장 큰 유의한 양의 영향력이 있었으며 우리나라 대학병원을 이용하는 암환자가 의료서비스 만족도에 가장 큰 영향력을 미치는 것은 의료의 질적 측면인 의료진의 실력, 의료진의 상세한 설명, 친절 및 세심한 배려, 간호행위에 대한 상세한 설명 등이 가장 관련성이 높았다.

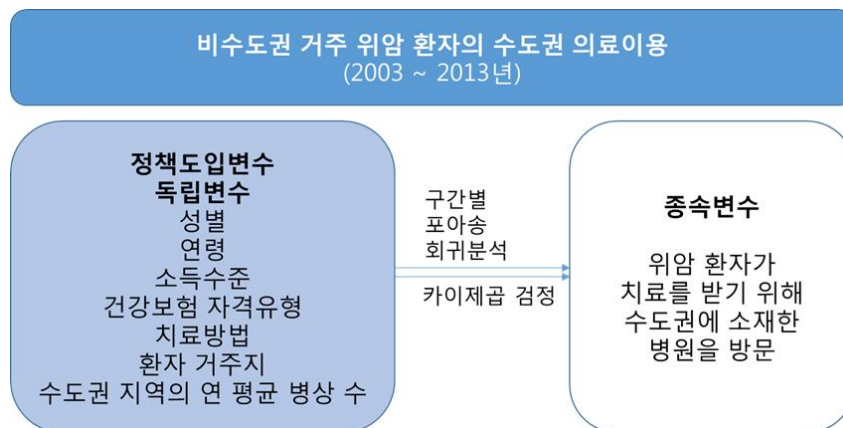


### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형

이 연구는 2014년 국민건강보험공단이 발표한 자료인 2003년부터 2013년까지의 국민건강보험공단 표본코호트 자료를 분석하였다.

이 연구의 종속변수는 비수도권에 거주하고 있는 위암 환자의 수도권 소재 병원방문으로 설정했다. 주요 흥미변수는 1, 2, 3차로 나누어진 각 정책의 도입 시기로, 각 도입시기 별 변화와 동향을 살펴보았다. 인구사회학적 특성을 독립변수로 하고, 성, 연령, 소득, 건강보험 자격유형, 치료방법, 환자 거주지, 수도권 지역의 연 평균 병상 수로 분석하였다. 환자의 성, 연령, 소득, 건강보험 자격유형, 치료방법, 환자 거주지, 수도권 지역의 연 평균 병상 수 등과 같은 특성이 수도권 집중 현상과 정책 도입 간의 어떤 상관관계가 있는지도 살펴보았다. 연구 분석의 틀은 <그림 5>와 같다.

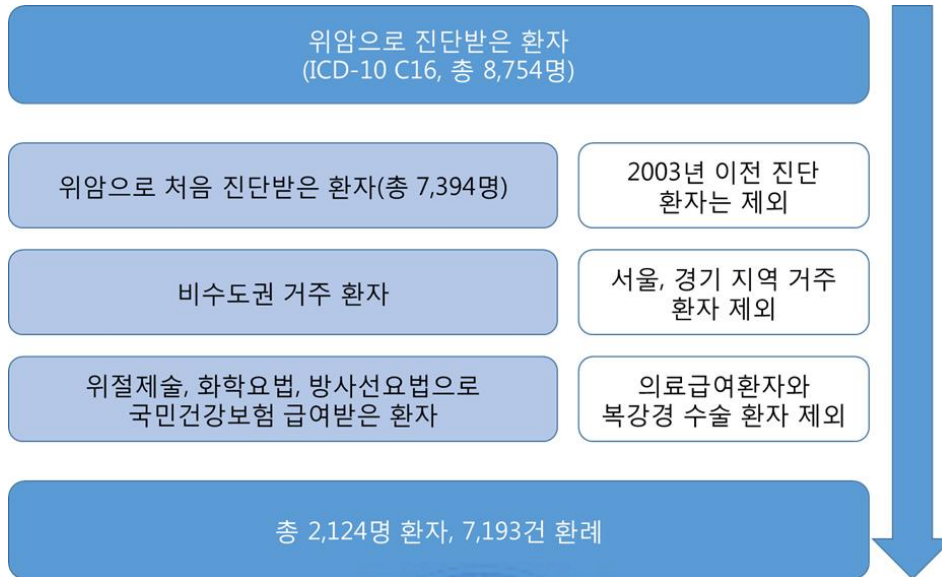


<그림 5> 분석의 틀

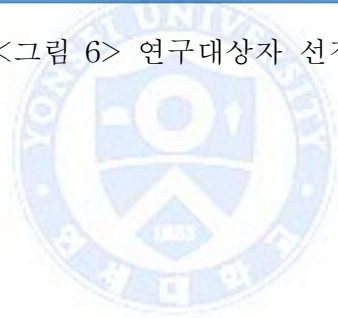
## 2. 연구대상 및 자료

2014년 국민건강보험공단이 발표한 자료인 국민건강보험공단 표본코호트자료(2002년 ~ 2013년)를 사용하였다. 표본코호트 자료는 2002년 전 국민의 약 2.2%인 1,025,340명의 무작위 표본으로 구성되어 있다. 이 자료는 2002년 기록된 46,605,433명의 한국인의 표본을 생성하기 위한 체계적 샘플링 기법(systematic sampling method)을 사용하여 만들어졌다. 데이터베이스는 2002년 1월부터 2013년 12월까지 접수된 모든 청구 건을 포함한다.

<그림 6>은 연구대상자 선정 단계를 그림으로 나타낸 것으로, 본인부담 경감 정책 도입과 수도권 집중현상의 관계를 조사하기 위해 암 환자를 대상으로 하였으며(국제질병분류 코드인 ICD-10의 C16코드) 그 수는 8,754명이었다. 위암으로 진단받은 총 8,754명의 환자 중에서 처음 위암으로 진단받은 환자를 대상으로 2003년 이전에 위암 진단을 받은 환자는 제외하여, 2002년 신규 위암환자로 진단받은 1,360명의 환자가 제외되었다. 또한 환자의 거주지 정보를 통해 비수도권 거주자의 수도권 집중 현상을 살펴보기 위해 수도권인 서울과 경기도에 거주하고 있는 환자는 제외하였다. 국민건강보험 청구 내역 중 위절제술, 화학요법, 방사선요법으로 급여받은 환자를 대상으로 하였으며, 건강보험이 2011년 이전에는 급여하지 않았던 복강경 수술 환자 역시 제외하였으며, 건강보험급여를 받는 일반인과 다른 혜택을 받는 의료급여 환자 역시 제외하였다. 2003년부터 2013년까지 자료에 포함된 암 환자는 2,124명이었다. 본 연구의 분석단위는 2,124명의 암 환자에 대한 7,193건의 환례로 2003년부터 2013년까지의 환자들의 수도권 집중현상의 변화를 분석했다.



<그림 6> 연구대상자 선정



### 3. 변수정의 및 분석방법

건강보험 보장성 강화 이후의 수도권 소재 요양기관의 환자 집중현상을 측정하기 위해 본 연구의 변수는 수도권에 거주하지 않는 환자의 수도권 소재 병원방문으로 설정했다. 방문이란 암 환자가 주거지를 벗어나 수도권에 소재하고 있는 병원에 수술, 화학요법, 방사선요법 등의 치료를 받기 위해 방문한 사례로 정의하였다.

이 연구의 주요 흥미변수는 1, 2, 3차로 나누어진 각 정책의 도입시기로, 각 도입시기 별 변화와 동향으로, 각 시기별 암 환자에 대한 본인부담금의 경감은 <표 2>와 같이 달라진다.

정책 도입 이전의 시기를 0으로 설정하고, 정책 도입 이후를 1로 설정하여 각 정책 도입시기 별 수도권(서울, 경기) 소재 의료기관의 환자 집중을 조사하였다. 1, 2, 3차 각 시기 별 동향을 살펴보고 각 도입시기 별 선형변화를 조사하였다. 전체적인 동향은 2003년부터 2013년까지 월별로 정의하였다.

표 2. 각 정책의 도입시기 별 본인부담금 경감

정책 도입 시기	본인부담금 경감 내용
1차 시기 (2004년 1월부터 2005년 8월)	암 환자에 대한 외래 본인부담금을 30%에서 20%로 경감
2차 시기 (2005년 9월부터 2009년 11월)	암 환자의 모든 의료비 중 본인부담금을 20%에서 10%로 경감
3차 시기 (2009년부터 현재)	암 환자의 모든 의료비 중 본인부담금을 10%에서 5%로 경감



수도권 집중현상과 정책 도입 간의 상관관계를 분석함에 있어 다른 독립변수들을 보정하였다. 해당 변수는 성, 연령, 소득, 건강보험 자격유형, 치료방법, 환자 거주지, 수도권 지역의 연 평균 병상 수였다.

성별은 남성과 여성, 연령은 39세 이하, 40에서 59세, 60에서 79세, 80세 이상의 그룹으로 구분하여 나누었다. 소득은 평균가구소득에 의거하여 저소득층(31% 이하), 중산층(31에서 71%), 고소득층(70% 이상)의 그룹으로 정의하였다. 건강보험 자격유형은 국민건강보험의 가입자 자격조건을 바탕으로 지역가입자, 직장가입자 두 가지 유형으로 나누었다. 치료방법은 수술과 방사선요법, 화학요법등의 기타 요법을 받은 환자 군과 수술 치료만 받은 환자군, 기타요법만 받은 환자군의 세 가지 범주로 구분하였다. 환자 소재지는 환자가 치료를 받을 당시 실제 거주지로 강원도, 경상도, 광주, 대구, 대전, 부산, 울산, 인천, 전라도, 제주도, 충청도로 구분하였다. 수도권 지역의 연 평균 병상 수는 수도권 소재 의료기관의 병상 수의 변화를 보여주었다(표 3).

표 3. 주요 변수의 정리

	변수	정의
독립변수	성별	남자, 여자
	연령(만)	39세 이하, 40에서 59세, 60에서 79세, 80세 이상
	소득	저소득층(31% 이하), 중산층(31% 에서 71%), 고소득층(70% 이상)
	건강보험 자격유형	국민건강보험 지역가입자, 직장가입자
	치료방법	수술과 기타요법, 수술, 기타요법
	환자 거주지	강원도, 경상도, 광주, 대구, 대전, 부산, 울산, 인천, 전라도, 제주도, 충청도
	수도권 지역의 연 평균 병상 수	서울, 경기 지역 소재 의료기관의 연 평균 병상 수
종속변수	위암 환자가 치료를 위해 수도권 소재 병원 방문	수도권 소재 의료기관 위암 치료(수술과 화학요법, 방사선 요법 등) 진료청구건

각 범주별 변수에 따른 환자의 빈도와 비율을 분석하고, 위암 치료를 위해 병원을 방문한 환자의 분포를 비교하기 위해 각 기간별 각 변수별 카이제곱검정을 실시하였다. 위암 치료를 위해 수도권 소재 병원을 방문한 환자와 본인 부담금 경감으로 보장성을 강화하려는 정책과의 연관성을 조사하기 위한 방법으로 구간별 포아송 회귀분석 방법을 사용하였다(Sen B. et al., 2012). 환자 특성에 따른 변이를 고려하기 위해 치료방법 등 환자 단위 변수를 포함하여 분석하였다. 또한 위암 치료의 이용패턴 차이를 분석하기 위해 소득과 치료방법에 따라 하위그룹 분석을 수행하였다. 모든 통계 분석은 SAS 9.2 프로그램을 사용하였다.



## IV. 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

<표 4>는 각 변수 별 환자의 빈도와 백분율을 정리한 것이다. 연구기간동안 위암 환자로 처음 진단받은 환자는 모두 2,124명이었다. 각 연도별 위암으로 처음 진단받은 환자는 2007년 7.5%에서 2010년 10.1%까지 범위에서 다양한 비율을 보였다. 위암 환자 중에는 여성이 669명으로 31.5%, 남성이 1,455명으로 68.5%로 여성보다 남성이 두 배 이상 많았다.

연령으로 보면 39세 이하인 환자가 10명(4.8%)으로 가장 적었으며, 40에서 59세인 환자가 835명(39.3%)으로 다른 연령대에 비해 가장 많았다. 60세부터 79세까지의 환자는 983명으로 32.2%, 80세 이상인 환자는 505명으로 23.8%였다. 소득수준으로는 저소득층보다 고소득층에서 위암 진단이 빈번했다. 저소득층은 491명으로 23.1%였고, 중산층은 37.2%인 790명, 고소득층은 43.3%인 919명으로 가장 위암진단 환자가 많았다. 국민건강보험 가입유형으로는 지역가입자가 827명으로 38.9%, 직장가입자가 1,297명인 61.1%로 지역가입자보다 더 많았다.

위절제술과 위아전절제술 등 수술치료만 받은 환자는 1,433명인 67.5%로, 다른 유형의 치료를 받은 환자보다 많았다. 수술적 치료와 방사선요법, 화학요법등 기타 치료를 함께 받은 환자는 388명으로 18.3%, 기타 요법만 받은 환자는 303명으로 14.3%였다.

환자의 거주지를 기준으로 살펴보면 경상도에 거주하는 환자가 21.6%로

(459명) 가장 많았으며, 강원도는 106명인 5.0%, 전라도는 292명으로 13.7%, 제주도는 32명으로 1.5%, 충청도는 327명으로 15.4%였다. 주요 대도시로는 부산이 278명(13.1%)으로 가장 위암진단 환자가 많았으며, 광주가 94명으로 4.4%, 대구는 155명으로 7.3%, 대전은 115명으로 5.4%, 울산은 91명으로 4.3%, 인천은 175명으로 8.2%였다. 환자들이 위암진단 후 치료를 위해 의료기관을 방문한 평균 횟수는 3.4회였다. 수도권 소재 의료기관의 연 평균 병상 수는 51,219.6 병상이었다.

표 4. 위암환자의 일반적 특성

변수	명/평균	백분율/표준편차
처음 위암 진단 받은 연도		
2003	210	9.9
2004	173	8.1
2005	193	9.1
2006	196	9.2
2007	159	7.5
2008	191	9.0
2009	190	8.9
2010	215	10.1
2011	208	9.8
2012	199	9.4
2013	190	8.9
성별		
남성	1,455	68.5
여성	669	31.5
연령(만)		
39세 이하	101	4.8
40세부터 59세까지	835	39.3
60세부터 79세까지	683	32.2
80세 이상	505	23.8

소득		
저소득층	491	23.1
중산층	790	37.2
고소득층	919	43.3
국민건강보험 자격유형		
지역가입자	827	38.9
직장가입자	1,297	61.1
치료방법		
수술과 기타요법	388	18.3
수술	1,433	67.5
기타요법	303	14.3
거주지		
강원도	106	5.0
경상도	459	21.6
광주	94	4.4
대구	155	7.3
대전	115	5.4
부산	278	13.1
울산	91	4.3
인천	175	8.2
전라도	292	13.7
제주도	32	1.5
충청도	327	15.4
수도권 지역의 연평균 병상 수	51219.6	3080.9
평균 방문 횟수	3.4	5.8
계	2,124	100.0



## 2. 수도권 의료기관을 방문한 환자의 분포

<표 5>는 각 변수별 카이제곱검정의 결과와 분포를 정리한 것인데, 연구기간동안 7,193건이 있었고, 그 중 약 40%의 방문이 수도권에 소재한 의료기관

을 방문한 것이었다.

각 정책시기별 도입 이후 수도권 의료기관 방문은 정책도입 이전보다 감소하였다. 암 환자의 외래 부담금을 30%에서 20%로 경감해주었던 1차 정책의 도입 이전에는 수도권 소재 의료기관을 방문한 환자 수가 170명으로 44.7%였는데 도입 이후에는 651명으로 증가하였고, 비율은 53.9%로 높아졌다. 암 환자의 본인부담금을 20%에서 10%로 경감해주었던 2차 정책 도입 이전에는 수도권 소재 의료기관을 방문한 환자 수가 534명인 46.6%였는데 비해, 도입 이후에는 1,375명인 40.6%로 환자수가 크게 증가하였고, 비율은 약간 감소하였다. 암 환자의 본인부담금이 10%에서 5%로 낮아진 3차 정책 도입 이전과 이후를 비교해보면 이전에 수도권의 의료기관을 방문한 환자 수는 1,572명으로(43.1%) 이후 1,345명(37.9%)에 비해 더 많았다.

수도권 소재 의료기관을 방문한 남성 환자는 2,042명으로 전체 환자의 41.0%였고 여성 환자는 875명으로 39.6%였다. 젊은 환자 층에서 수도권 의료기관 방문이 더 많았는데, 39세 이하의 환자 중에서는 수도권 소재 의료기관 방문 비율이 184명으로 47.4%였고, 40세에서 59세까지 환자 중에서는 1,242명으로 41.3%였으며, 60세에서 79세까지는 999명으로 40.4%, 80세 이상은 492명으로 37.0%였다.

소득수준으로는 저소득층 위암 환자가 수도권 소재 의료기관을 방문한 수는 439명으로 29.5%, 중산층은 1,031명으로 36.1%, 고소득층이 1,447명으로 가장 많은 50.8%였다. 국민건강보험 가입유형으로 보았을 때 직장가입자들은 지역가입자보다 수도권을 더 자주 방문했다. 직장가입자들의 수도권 소재 의료기관 이용이 1,849명으로 43.3%인 것에 비해 직장가입자는 1,068명인 36.6%였다.

치료방법에 따라서도 의료이용에 차이가 보였는데, 화학요법이나 방사선요법을 받은 환자들은 수술을 받은 환자들보다 수도권 의료기관 방문이 더 잦았다. 수술 이외의 기타 치료를 받은 환자는 2,216명으로 41.6%, 수술적 치료를 받은 환자는 681명으로 37.9%, 수술과 기타 치료를 받은 환자는 20명으로 31.7%였다.

환자의 거주지로는 충청도에 거주하는 환자들이 668명인 61.8%로 다른 지역 환자들보다 수도권 소재의 의료기관 방문이 더 잦았다. 제주도는 40명으로 61.5%, 강원도는 217명으로 59.3%, 인친은 389명으로 49.0%, 전라도는 413명으로 41.9%, 경상도는 590명으로 38.2%, 대전은 113명으로 33.6%, 광주는 133명으로 32.8%, 울산은 60명으로 25.3%, 대구는 120명으로 23.9%, 부산은 174명으로 19.8%였다.

표 5. 수도권 의료기관을 방문한 환자의 각 변수 별 분포

(단위 : 건, %)

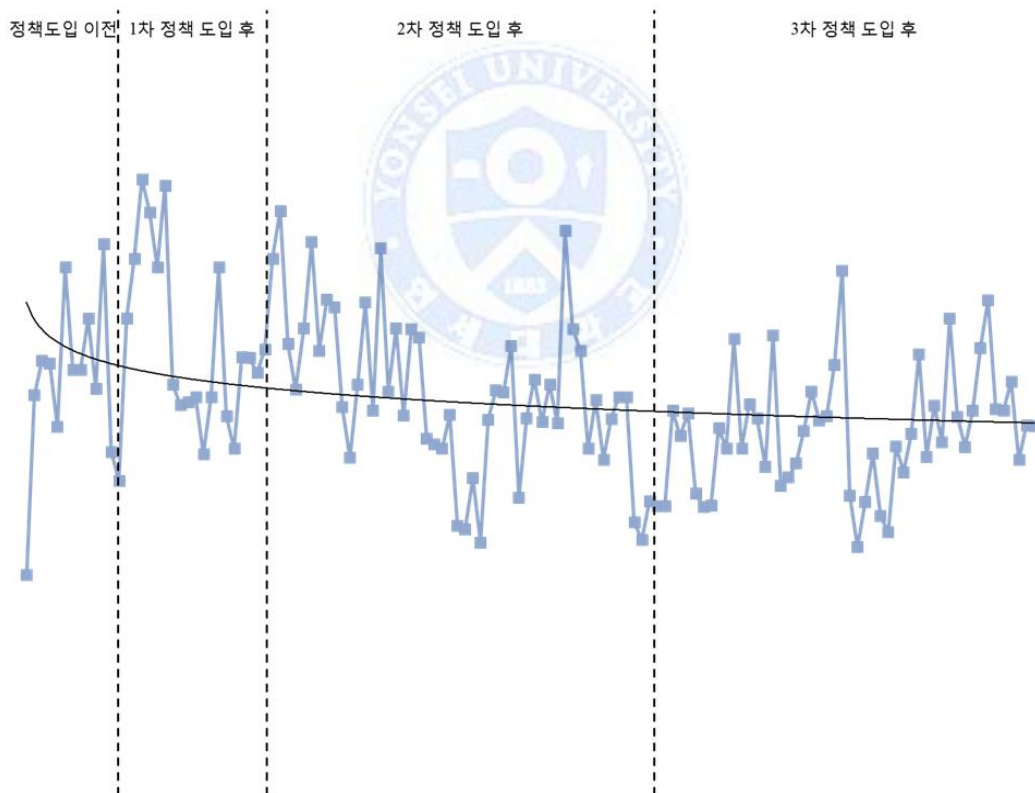
변수	수도권 의료기관을 방문한 환자 건 수(7,193건)				P값	
	아니오	예	예	예		
처음 방문한 연도						
2003	210	55.3	170	44.7	<0.0001	
2004	238	50.5	233	49.5		
2005	262	52.8	234	47.2		
2006	299	52.4	272	47.6		
2007	335	62.7	199	37.3		
2008	343	57.5	254	42.5		
2009	388	64.9	210	35.1		
2010	462	63.4	267	36.6		
2011	522	60.3	344	39.7		
2012	692	66.4	350	33.6		
2013	525	57.8	384	42.2		
1차 정책 도입 이전	210	55.3	170	44.7		0.0018

이후	556	46.1	651	53.9	
2차 정책 도입					
이전	613	53.4	534	46.6	0.0004
이후	2015	59.4	1375	40.6	
3차 정책 도입					
이전	2075	56.9	1572	43.1	<0.0001
이후	2201	62.1	1345	37.9	
성별					
남성	2940	59.0	2042	41.0	0.2602
여성	1336	60.4	875	39.6	
연령(만)					
39세 이하	202	52.3	184	47.7	0.0013
40세부터 59세까지	1766	58.7	1242	41.3	
60세부터 79세까지	1471	59.6	999	40.4	
80세 이상	837	63.0	492	37.0	
소득					
저소득층	1048	70.5	439	29.5	<0.0001
중산층	1825	63.9	1031	36.1	
고소득층	1403	49.2	1447	50.8	
국민건강보험 자격유형					
지역가입자	1851	63.4	1068	36.6	
직장가입자	2425	56.7	1849	43.3	
치료방법					
수술과 기타요법	43	68.3	20	31.7	0.0077
수술	1118	62.1	681	37.9	
기타요법	3115	58.4	2216	41.6	
수도권의 연평균 병상 수	52155.0	2799.0	51781.5	2880.0	<0.0001
거주지					
강원도	149	40.7	217	59.3	<0.0001
경상도	954	61.8	590	38.2	
광주	273	67.2	133	32.8	
대구	382	76.1	120	23.9	
대전	223	66.4	113	33.6	
부산	703	80.2	174	19.8	
울산	177	74.7	60	25.3	
인천	405	51.0	389	49.0	
전라도	572	58.1	413	41.9	
제주도	25	38.5	40	61.5	
충청도	413	38.2	668	61.8	
계	4,276	59.4	2,917	40.6	

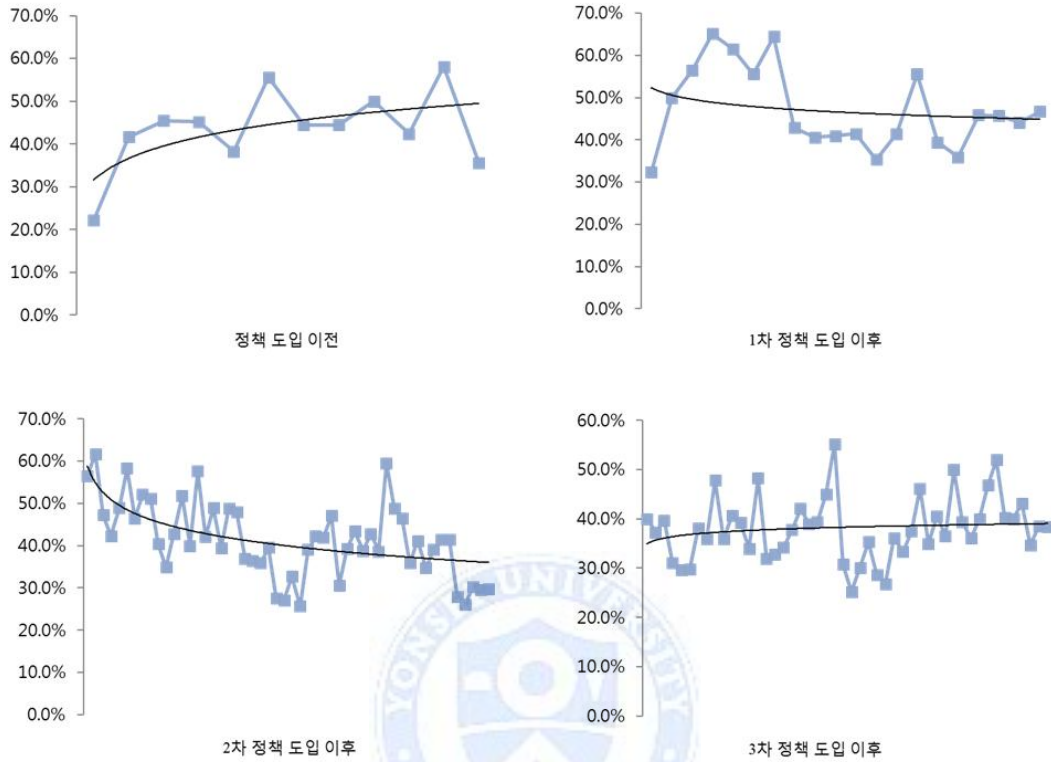


### 3. 위암 환자들의 의료이용 패턴

<그림 7>과 <그림 8>은 건강보험 보장성 강화 정책 도입 이전과 이후의 위암 환자들의 의료이용 패턴을 보여준다. <그림 7>에서 월별로 나타낸 동향을 보면 전체적으로 의료이용은 서서히 감소하고 있는 것으로 보인다. 그러나 <그림 8>에서 보듯이 각 정책을 도입한 시기별로 구분하여 동향을 살펴보면 수도권에 소재한 의료기관의 이용은 특히 3차 정책도입 직후 증가하는 경향을 보였다.



<그림 7> 위암 환자의 의료이용 동향



<그림 8> 정책도입 시기별 위암 환자의 의료이용 동향

<표 6>은 건강보험 보장성 강화정책 도입 이후 위암 환자들의 의료이용 패턴의 변화를 분석한 구간별 포아송 회귀분석의 결과이다. 본인부담금을 20%에서 10%로 경감한 2차 정책 도입 이후, 상대위험도는 1차 정책 도입 이후 시점보다 더 높았다(상대위험도 1.238, 95% 신뢰구간 1.046-1.466). 1차나 3차 정책 도입 시기에는 통계적으로 유의한 변화가 보이지 않았다. 3차 정책 도입 이후에는 도입 이전의 시점에 비해 수도권 의료기관 방문이 증가하는 동향을 보였다(상대위험도 1.012, 95% 신뢰구간 1.004-1.019). 그러나 1차나 2차 정책 도입 이후의 동향에는 유의한 변화가 없었다.

환자의 연령은 수도권 집중현상에 반비례 하여, 80세 이상인 집단에 비해 39세 이하는 상대위험도 1.465, 95% 신뢰구간 1.280-1.677, 40에서 59세는 상대위험도 1.359, 95% 신뢰구간 1.246-1.483, 60에서 79세는 상대위험도 1.262, 95% 신뢰구간 1.155-1.379였다. 소득수준은 수도권 집중현상과 양의 상관관계에 있었다. 고소득층은 저소득층에 비해 위암치료를 위해 수도권 의료기관을 방문하는 일이 더 잦았다(고소득층에 비해 저소득층의 상대위험도는 0.594, 95% 신뢰구간 0.543-0.649, 중산층의 상대위험도는 0.735, 95% 신뢰구간 0.689-0.785).

치료요법에 있어서는 수술을 받은 환자들이 다른 화학요법이나 방사선요법을 받은 환자들에 비해 수도권 집중현상의 상대위험도가 낮았다(기타 치료를 받은 환자 군에 비해 수술과 기타요법의 상대위험도는 0.735, 95% 신뢰구간 0.525-1.029, 수술만 받은 환자의 상대위험도는 0.915, 95% 신뢰구간 0.854-0.980). 강원도에 거주하는 환자의 상대위험도는 부산에 거주하는 환자에 비해 3.493로 타 지역에 비해 가장 높았으며, 95% 신뢰구간 2.962-4.121였다. 충청도의 환자 역시 상대위험도 3.405(95% 신뢰구간 2.922-3.968)로 높았다. 그 뒤로 제주, 인천, 전라도 등 순으로 높은 상대위험도를 보였다.

소득수준이나 치료방법별로 정책도입 이후 의료이용 패턴의 차이를 조사하기 위해 실시한 하위그룹 분석의 결과는 <표 7>과 <표 8>로 정리하였다. <표 7>은 소득수준에 따른 수도권 집중현상을 분석한 것으로 고소득층 환자는 저소득층 환자보다 정책도입에 더 영향을 받은 것으로 보인다. <표 8>은 치료방법에 따른 수도권 집중현상의 하위그룹 분석을 시행한 것으로, 수술적 치료를 받지 않았던 환자들은 수도권 집중현상에 대한 양의 상관관계를 가졌으나, 수술을 받은 환자들에 대해서 통계적으로 유의한 관계가 있지는 않았다.

표 6. 수도권 집중현상의 분석결과

변수	수도권 의료기관 방문			P값
	상대위험도	95% 신뢰구간		
1차 정책 도입				
이전	1.000	-	-	-
이후	0.908	0.657	1.257	0.5625
2차 정책 도입				
이전	1.000	-	-	-
이후	1.238	1.046	1.466	0.0133
3차 정책 도입				
이전	1.000	-	-	-
이후	1.028	0.885	1.193	0.7199
전체 동향	1.006	0.972	1.041	0.7321
1차 정책 이후	0.970	0.935	1.007	0.1119
2차 정책 이후	1.011	0.999	1.024	0.0645
3차 정책 이후	1.012	1.004	1.019	0.0016
성별				
남성	0.995	0.933	1.061	0.8753
여성	1.000	-	-	-
연령(만)				
39세 이하	1.465	1.280	1.677	<.0001
40세부터 59세까지	1.359	1.246	1.483	<.0001
60세부터 79세까지	1.262	1.155	1.379	<.0001
80세 이상	1.000	-	-	-
소득				
저소득층	0.594	0.543	0.649	<.0001
중산층	0.735	0.689	0.785	<.0001
고소득층	1.000	-	-	-
국민건강보험 자격유형				
지역가입자	0.818	0.769	0.870	<.0001
직장가입자	1.000	-	-	-
치료방법				
수술과 기타요법	0.735	0.525	1.029	0.0726

수술	0.915	0.854	0.980	0.0116
기타요법	1.000	-	-	-
수도권 지역의 연평균 병상 수 (1,000병상당)	1.089	0.986	1.204	0.0924
거주지				
강원도	3.493	2.962	4.121	<.0001
경상도	1.840	1.569	2.160	<.0001
광주	1.905	1.572	2.310	<.0001
대구	1.356	1.101	1.671	0.0042
대전	1.520	1.224	1.888	0.0002
부산	1.000	-	-	-
울산	1.328	1.033	1.708	0.0271
인천	2.400	2.037	2.827	<.0001
전라도	2.377	2.020	2.798	<.0001
제주도	2.681	2.083	3.451	<.0001
충청도	3.405	2.922	3.968	<.00

표 7. 소득수준에 따른 수도권 집중현상 하위그룹 분석

변수	소득수준					
	저소득층		중산층		고소득층	
	상대 위험도	P값	상대 위험도	P값	상대 위험도	P값
1차 정책 도입	0.937	0.9094	0.556	0.0239	1.301	0.2535
2차 정책 도입	0.770	0.2842	1.137	0.3514	1.466	0.0011
3차 정책 도입	0.844	0.4317	1.180	0.1299	0.887	0.3026
전체 동향	0.990	0.8123	1.050	0.1145	0.977	0.3261
1차 정책 도입 이후	1.036	0.4858	0.909	0.0034	1.009	0.7246
2차 정책 도입 이후	0.965	0.1162	1.017	0.0630	1.013	0.1346
3차 정책 도입 이후	1.024	0.0251	0.999	0.8956	1.022	<.0001

표 8. 치료방법에 따른 수도권 집중현상 하위그룹 분석

변수	치료 방법			
	수술적 치료 포함		비수술적 치료	
	상대위험도	P값	상대위험도	P값
1차 정책 도입	1.110	0.7477	0.818	0.2985
2차 정책 도입	0.931	0.6430	1.380	0.0022
3차 정책 도입	1.096	0.5330	0.954	0.5899
전체 동향	0.979	0.4503	1.006	0.7994
1차 정책 도입 이후	1.019	0.5378	0.961	0.1065
2차 정책 도입 이후	0.993	0.5144	1.020	0.0073
3차 정책 도입 이후	1.002	0.8394	1.016	0.0003



## V. 고찰

### 1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 수도권 환자 집중현상과 암 환자 본인부담금 경감 정책 도입 간 상관관계를 분석하기 위해 국민건강보험공단의 표본코호트 자료를 활용함으로써 암 환자를 위한 정책 개발을 위해 근거에 기반한 자료를 제공할 수 있게 되었다. 전국적으로 모인 청구 자료를 이용하여 암 환자의 건강보험 보장성 강화 이후 수도권 환자 집중의 변화를 조사한 최초의 연구로, 기존에 건강보험 보장성 강화 정책 도입 이후의 의료비 지출 변화를 연구한 문헌은 있으나 한국의 수도권 집중현상에 대해 언급한 연구는 거의 없었다.

이 연구는 다음과 같은 한계점을 지니고 있는데, 암 환자의 증상에 따른 단계별 자료가 없어서 그와 연관된 변수를 고려하지 못했다. 이를 보완하기 위해 각 환자별 중증도를 반영하기 위한 자료로 비교적 명확하다고 볼 수 있는 위암 환자의 치료 방법을 구분하여 그에 따라 분석하였다. 치료방법은 수술적 치료를 받은 환자, 방사선요법이나 화학요법 등 비수술적 치료를 받은 환자, 수술적 치료와 비수술적 치료를 모두 받은 환자로 구분하였다. 수술을 받은 환자는 상대적으로 상태가 덜 위중했던 것으로 보이며, 수술없이 화학요법이나 방사선요법 등 기타 치료만 받은 환자들의 상태가 더 심각한 상태로 완화 의료 등의 추가적인 병원 방문이 더 많았다.

또한 2011년 11월 이전에는 국민건강보험이 보험급여하지 않았던 복강경 수술환자를 연구대상자에서 제외함으로써 차별적 오분류(differential misclassifi

-cation)에 의한 바이어스를 피하고자 하였다. 복강경 수술은 비교적 경증인 위암의 치료방법 중 하나로 널리 쓰이고 있으나 2011년 이전에는 국민건강보험이 급여하지 않았다. 이 연구의 연구대상자는 2003년부터 2013년까지의 건강보험 청구 건을 대상으로 하고 있기 때문에 복강경 수술 환자는 대상 환자 분류에서 제외하였다.

암 환자가 치료를 받을 의료기관을 선택하는 데 있어 기준이 될 수 있는 조건이 여러 가지가 있을 것이나 대략 두 가지로 나누어보면 의료기관에 대한 선호와 환자 개인의 사정이 있을 것이다. 의료기관에 대한 선호는 해당 의료기관이 암 수술에 있어 명성이 있다거나, 단순히 수도권에 있는 대형 병원이라서 치료를 잘 할 것이라는 기대가 있을 수 있다. 또 국내 유명 의과대학의 교수가 있는 병원이라서 일수도 있다. 환자 개인의 사정으로는 환자 본인은 비수도권에 거주하나 수도권에 자녀들이 거주하는 경우 자녀들의 권유에 의해 수도권의 병원으로 옮겨 치료를 받았을 경우가 있다. 또는 환자의 거주지에 암 수술을 받을만한 시설을 갖춘 의료기관이 없는 경우 어차피 비연고지로 병원을 다녀야 한다고 했을 때 기왕이면 수도권에 있는 유명 병원을 가보기로 결정하였을 수 있다.

암으로 진단받은 환자가 치료를 받기 위한 의료기관으로 수도권에 소재한 의료기관을 선택하게 되었다면, 이 선택에 영향을 미치는 것은 본인부담금 뿐만 아니라 의료기관의 질적 요소, 교통이용의 편리성, 의사의 명성, 의료서비스의 질과 평판 등 여러 가지가 있을 수 있으며, 특히 환자의 본인부담이 적어지면서 상대적으로 의료의 질을 중요 요소로 고려하게 될 가능성이 높아진다.

이 연구의 자료로 사용한 국민건강보험공단의 표본코호트DB에서는 환자의



정보와 요양기관의 정보가 한정되어 있다. 환자의 성별이나 거주지, 소득분위에 대한 정의는 되어있으나 가족의 유무, 자녀유무, 자녀의 거주지 등은 파악할 수 없다. 또한 요양기관의 정보 역시 소재지와 종별, 의사 수 정도만 파악할 수 있을 뿐 해당 기관의 수술 양, 명성, 교수진, 수술비용 등은 파악할 수 없다. 본 연구는 각 환자의 병원 방문에 관한 병원 정보를 포함시키지 못하였는데 이는 국민건강보험공단의 표본코호트자료에 해당 자료가 없었기 때문이다. 이런 한계를 극복하기 위해 향후 환자 정보나 요양기관의 정보를 직접적으로 파악할 수 있는 설문조사나 연계조사가 광범위하게 이루어 질 수 있기를 바란다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 암 환자의 본인부담금 경감 정책의 도입이 수도권 의료이용 집중현상에 상당한 양의 영향을 미친다는 것을 보여주었다. 향후 연구는 더 자세한 데이터를 가지고 정책결정자들이 암 환자의 의료이용에 도움을 줄 효과적인 대안을 마련하도록 할 필요가 있다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

한국은 신체적, 정신적 건강에 영향을 미치는 만성질환, 특히 암 등에 관련한 새로운 건강문제들을 마주하고 있다. 암과 관련된 문제를 예방하기 위해서 많은 전문가들이 노력하고 있지만 암 치료 비용이 높아 많은 문제가 남아있는 실정이다. 암 환자의 의료비 보장성에 대한 많은 논란이 있으며, 정부는 건강보험 보장성 강화를 위해 암 환자의 의료비 지출에 대한 본인부담금을 점진적으로 경감하는 정책을 도입해왔다. 이러한 정책도입 이후, 암 환자의 의료이용에는 많은 변화가 일어날 것으로 예측되었다. 암 환자의 의료비지출 변화에

관한 여러 연구가 있어왔다(Kim et al., 2014; You et al., 2013; Kim et al., 2013). 한국의 대형병원이 주로 수도권에 집중되어 있기 때문에 많은 암 환자들이 더 나은 치료를 받기 위해 정책 도입 후 수도권을 방문할 것으로 예상되었다. 그러나 암 환자의 본인부담금 경감 이후 수도권 의료이용 집중 현상에 관한 연구는 충분히 이루어지지 않았다.

이 연구는 암 환자의 본인부담금 경감 도입이 수도권 의료이용에 영향을 미치리라 보고 국민건강보험공단의 표본코호트를 사용하여 연관성을 분석한 결과, 본인부담금이 20%에서 10%로 경감된 2차 정책 도입 이후 1차 정책 도입 이후 시점보다 수도권 집중현상이 양의 상관관계를 보여준다는 것을 알아냈다. 이것은 본인부담금이 20%에서 10%로 경감된다는 것이 곧 암 환자의 의료비 지출이 반으로 줄어든다는 것을 의미하며, 그에 따른 경제적 부담이 완화되어 암 환자의 의료이용에 영향을 준 때문으로 보인다. 그러나 1차, 3차 정책 도입에 따른 효과는 상대적으로 유의한 변화가 없었는데, 1차 정책은 외래환자만을 대상으로 하였으며 3차 정책은 2차 정책보다 상대적으로 변화의 폭이 미미했기 때문으로 생각된다.

또한 수도권 환자 집중 현상은 다른 독립변수에 의해서도 영향을 받았다. 먼저 성별에 따른 분석결과가 달랐다. 암 환자의 나이가 젊은 층일수록 수도권의 대형병원을 찾아감으로서 더 나은 치료를 받으려는 경향이 있었는데 이는 나이 든 환자보다 삶의 기대치가 높고 더 많은 정보를 가지고 있기 때문인 것으로 보인다(Carlsson, 2000).

두 번째로 소득수준 역시 상당한 차이를 보여주었는데, 이는 본인부담경감 정책 도입 이후 상당한 비용경감이 있었음에도 불구하고, 경제적 지위에 따른 건강불평등이 있음을 시사한다(Yoon et al., 2011; Kim et al., 2008). 따라서

향후에는 경제적 이유로 보건의료 접근성이 낮은 환자들에게 보다 효과적인 정책이 필요할 것으로 판단된다.

셋째로 건강보험 가입유형 역시 수도권 집중현상과 관련이 깊었는데, 이는 지역가입자와 직장 가입자간 보험료 납부의 차이를 반영하는 것이다(Yoon et al., 2011). 지역가입자는 직장가입자에 비해 의료자원에 대한 접근도가 낮았으므로, 향후 지역가입자의 의료접근성을 개선하기 위한 효과적인 보험료 산정 방법이 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로 수도권 집중현상은 지역별로도 차이를 보였다. 영남지역의 환자는 수도권에 집중되지 않는 것으로 보였는데, 이는 영남지역에 3차병원이나 대학병원이 일부 있었기 때문으로 보인다. 충청도의 환자는 일부 대형병원이 충청도에 소재하고 있음에도 불구하고 수도권에 집중되는 현상을 보였는데, 이는 수도권에 지역적으로 가까웠기 때문으로 해석된다.

소득수준과 치료방법에 따른 흥미로운 결과도 있었다. 소득수준에 따른 하위그룹 분석 결과, 중산층과 고소득층은 정책 도입 이후 양의 상관관계를 가진데 비해 저소득층은 통계적으로 유의한 관계를 보이지 않았다. 이는 본인부담 경감 이후 암 환자의 의료비가 상당히 줄어드는 결과를 가져왔음에도 불구하고 위암 환자의 의료비가 저소득층에게 여전히 큰 부담이기 때문인 것으로 보인다. 의료전문가와 정책결정자이 저소득층을 위한 대안을 마련해야 할 것이다.

치료방법에 따른 결과를 보면 수술을 받지 않은 환자들에게서만 통계적으로 유의한 상관관계가 있었다. 수술이 필요한 환자는 상대적으로 정책의 영향을 덜 받았는데, 이는 수술이 필요하지 않은 환자보다 수술이 필요한 환자의 상태가 덜 심각했기 때문으로 보인다. 그러나 수술적 치료없이 화학요법이나 방

사선요법을 받은 환자들은 수도권에 집중되는 현상이 커졌는데 이는 완화의료를 위해 병원을 방문하는 경향이 있기 때문이다. 이러한 결과로 볼 때 본인부담금의 경감은 증세가 더 심각하여 완화의료가 필요한 환자들의 의료접근성을 증가시키는 것으로 볼 수 있다.



## VI. 결론

우리나라는 국민건강보험을 통해 의료급여의 보조를 받는 차상위 계층을 제외한 모든 국민의 의료비용을 보장하고 있다. 이는 전 국민의 97%이상에 달하는 수치로, 인구보장 면에서는 보편적 의료보장을 달성했다고 보아도 무방하다. 더군다나 이러한 보편적 의료보장을 국민건강보험 도입 이후 단 12년 만에 이루어냈기 때문에 그 성과가 더 의미있어 보인다.

그러나 빠른 시간 내에 전국민 의료보장을 달성하려는 목표를 이루기 위한 과정에서 다른 나라에서 볼 수 없는 우리나라만의 특징적인 제도와 현상이 생기기도 했다. 모든 의료기관을 국민건강보험의 공급자로 강제 가입하도록 하는 요양기관 당연지정제가 그 중 하나라고 볼 수 있는데, 정부가 운영하는 형태의 의료기관(공급자)이 아닌 민간 의료공급자를 일괄적으로 정부가 운영하는 건강보험에 합류시키기는 무척 어려운 일이어서 세계적으로 유사한 사례를 찾아보기 힘들 만큼 독특한 것이다. 또한 단 시간에 의료보험을 전 국민에게 적용시키려다보니 의료수가를 낮게 책정하고 급여 범위를 좁게 설정하는 방식이 사용되었다. 국민건강보험의 강제 가입과 낮은 의료수가에 불만인 의료공급자들은 비급여 항목에서나마 수익을 보존하려는 경향을 띄게 되었다. 강제 가입은 국민에게도 적용되었는데, 처음 가입 당시 반대를 우려하여 보험료를 낮게 책정할 수 밖에 없었고, 이는 현재까지도 낮은 보험료율로 남아 개선되지 않고 있다.

과학기술이 발전하고 의료기술이 발전하면서 최첨단 의료기술을 선호하는 국민적 정서와 새로운 기술의 도입으로 신규 비급여 영역을 발굴하면 수익으로 이어지기 때문에 적극적으로 신기술과 신의료기기를 도입하는 의료기관 역

시 점차 증가하는 의료비용에 일조하고 있다. 국민건강보험 도입 시절, 전쟁의 피폐함에서 갓 벗어나 가난했던 정부의 재정을 절감하기 위해 민간 영역에 맡겨두었던 의료분야는, 현재까지도 우리나라 대부분의 의료기관이 민간 운영으로 이루어지고 있는 근거가 되었다. 때문에 정부는 국민건강보험의 급여 영역이 아니면 사실상 가격이나 수량에 대한 통제가 어려운 실정이어서 더욱 의료비 지출 조절에 어려움을 겪을 수밖에 없다.

이렇게 국민건강보험이 전 국민을 보장함에도 불구하고 다양한 특성과 이유로 인해 낮은 의료수가, 낮은 보험료, 낮은 급여범위의 특징을 갖게 되었고, 이에 따른 보장성의 문제가 대두할 수밖에 없는 구조를 가지고 있었다. 공적 의료보험이 보장하는 영역은 제한되어 있는 데 반해, 비급여 영역의 의료비는 의료기술의 빠른 발전과 함께 점차 상승하여 저소득층의 중증 질환이 재난적 의료비를 초래하는 경우도 많아졌다. 현 정부가 암 등 4대 중증질환의 보장성을 높이고자 하는 정책을 도입하는 것도 이러한 맥락에서 필요성을 체감했기 때문이라고 본다.

그러나 일부에서는 선별적 질환의 급여영역을 확대하여 보장성을 높이고자 하는 정책이 가진 부정적인 영향을 우려하는 목소리도 있다. 실제로 고액의 의료비용에서 본인부담금의 경감으로 인한 경제적 장벽이 완화되고 나면 도덕적 해이와 같은 문제가 발생하여 의료소비를 낭비하게 되는 현상이 있다. 그러나 암과 같은 고액의 치료비용이 소요되는 중증 질환을 가진 환자들이 도덕적 해이로 인해 의료 과소비를 하게 된다는 주장은 문제가 있다. 암 환자와 같은 경우에 심하면 그 치명도는 생명을 위협하는 수준이기 때문에 단순한 호기심이나 사치로 의료소비를 하게 되지는 않으며, 단지 필요한 만큼의 치료를 받음에 있어서 어디서 어떤 치료를 얼마큼 받느냐의 정도의 차이만 있을 뿐이다. 그런 면에서 본다면 암 환자의 도덕적 해이 문제 보다는, 암 환자가 의료

이용을 하는데 있어서 본인부담금 경감이 어떻게 의료 선택의 변화에 영향을 미쳤는지를 알아보는 것이 더 유의할 듯 하다. 특히 고액의 치료비용으로 인해 치료가 필요한 중증 암 환자임에도 불구하고 치료를 포기했던 저소득층의 의료이용이 본인부담금 경감으로 인해 달라졌는지 주목해보는 것도 유의하다.

이 연구 결과 암 환자의 본인부담금을 경감해주는 정책의 도입은 수도권 집중현상과 같은 의료이용 변화에 양의 영향을 준 것으로 보이는데 이는 정책 도입 이후 의료이용을 한 환자가 늘었다는 의미로 해석된다. 기존의 경제적인 부담이 암 환자의 의료이용에 방해가 되는 요소였다면, 본인부담금을 경감해주는 정책을 도입함으로써 해당 경제적 장벽이 암 환자의 치료를 받을 권리를 적절히 보전하였다고 해석할 수 있다. 이는 특히 저소득층과 같은 사회적 약자에게서 더 큰 의미를 가지는데, 기존에 치료가 필요함에도 불구하고 경제적 어려움으로 인해 치료를 포기했던 환자라면 본인부담금 경감 정책이 순기능을 발휘하여 적절한 의료이용을 하도록 해주었다고 해석이 가능하기 때문이다.

실제로 이 연구결과에서는 저소득층보다는 고소득층에서 본인부담금 경감 이후 의료이용이 증가하였기 때문에 이 부분에 있어서는 조심스러운 접근을 해야 할 듯하다. 저소득층에서는 본인부담금 경감 이후에도 여전히 고액의 치료비용이 부담이 되어 치료를 포기하는 반면, 고소득층은 오히려 본인부담금 경감으로 인해 부담 없이 치료를 받게 되는 결과를 가져온 것으로 보이는 만큼, 향후 정책에서는 이러한 부분에 대한 보완이 필요할 것이다.

또한 건강보험 가입유형으로 나누어보았을 때 지역가입자와 직장가입자 간의 격차가 존재하였던 것도 형평성의 문제를 생각해볼만 하다. 직장가입자에 비해 지역가입자는 소득의 편차가 크고 상대적으로 차상위계층이 많이 분포했을 가능성이 크다. 지역가입자를 평가하는 기준은 현재 소득과 자산 기준 등

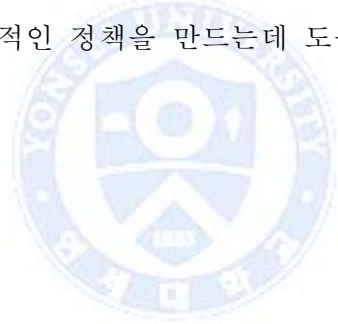
에 따라 분류되는데, 이러한 분류가 정확하고 형평한지에 대해서는 논란의 여지가 있다. 상당한 자산가임에도 불구하고 일정한 소득이 없다는 이유로 보험료가 낮게 책정이 된다던지, 저소득층 가정임에도 불구하고 소유한 주택이 있다는 이유로 보험료가 높게 평가된다던지 하는 경우가 바로 그것이다. 이러한 왜곡 현상은 비단 불형평한 보험료 납부 문제뿐만 아니라 저소득층 가구의 의료이용과 접근성 제고를 고려한 정책을 고안하는 데에도 장애가 될 수 있다. 따라서 경제적 어려움으로 의료이용을 포기하는 저소득층의 의료이용 접근성을 제고하기 위한 보완책을 마련하기 위해서라도 건강보험 가입자 기준을 정비할 필요성이 있다고 보인다.

건강보험 보장성 강화에 대한 우려 섞인 입장 중에서 보건의료 자원 이용이 보장성 확대에 경제적 장벽 없이 가능해지면서 도덕적 해이를 가져온다는 것 (Jeon et al., 2013) 이외에도 다른 견해가 있다면, 수도권에 환자가 지나치게 집중되어 보건의료 성과를 비효율적으로 떨어뜨리고 보건의료자원의 불형평한 분배를 초래한다는 것이다(Liu et al., 2000). 주요 대형병원이 수도권에 쏠려 있고, 환자들은 암과 같은 위중한 질환을 진단받게 되는 경우 시설이 좋거나 평판이 좋은 대형병원을 선호한다. 효(孝)를 강조하는 유교사상에 익숙한 우리 국민은 부모님이 중증 질환으로 아프실 경우에는 가장 크고 좋은 병원에 모시는 것이 자식 된 도리라고 생각하는 것이 보편적이며, 특히 자식들이 직업적 이유로 수도권에 거주할 경우에는 더더욱 수도권에 소재한 대형 병원으로 부모님을 모시게 되는 경우가 많다. 결국 수도권에 소재한 대형 병원은 점차 몸집이 커져가는 반면 비수도권 지역에서는 일부 대학병원이나 전문병원이 아니면 대형 병원을 운영하기가 어려운 실정이다. 따라서 향후에는 보건의료정책 결정자가 이러한 현실을 고려하여 정책을 고안하고 보완해나갈 필요가 있다.

보장성 부분에서 논란의 여지가 있기는 하지만 한국의 건강보험은 국가에서



운영하는 공적 건강보험으로 순기능이 많다. 소득에 비례하는 건강보험료율, 전체 의료기관 중 대부분을 차지하는 민간 의료기관에서도 공적 건강보험을 사용할 수 있다는 점, 모든 국민이 의무적 가입대상이라는 점에서 그러하다. 향후 국민건강보험의 과제는 어떻게 보장성을 확대하여 접근성을 제고하고, 그에 따른 재원의 고갈 문제를 어떻게 해소할 것인지가 될 것이다. 건강보험 재원의 고갈 문제는 현재 낮게 측정되어있는 보험료율을 현실적으로 재측정하고 적용시키는 것이 중요한 과제 중 하나가 될 것이다. 급여 보장의 문제는 본 연구에서 암 환자의 보장성 확대 정책이 의료이용에 미치는 영향을 살펴본 바와 같이, 보장성 확대 정책의 다양한 측면을 연구한 결과가 많이 나와야 한다. 이러한 결과들이 향후 보장성 확대 정책을 만드는 데 있어 근거 자료로 활용되어 현실적이고 형평적인 정책을 만드는 데 도움이 될 수 있기를 바란다.



## 참고문헌

- 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원 기능과 역할. 2015.
- 권순만, 김수진, 고영, 오주환. 건강보험 암 중증질환 급여확대가 의료이용 형평성이 미친 영향. 보건행정학회지 2008;18(3):90-109.
- 권순만, 윤영호, 김윤희, 최지은, 현민경, 홍석원 외. 암 보장성 강화 전후 의료서비스 및 건강불평등 영향평가. 한국보건의료연구원, 2011.
- 김창엽. 건강보장의 이론. 도서출판 한울, 2009.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2013 건강보험통계연보, 2014.
- 박일수, 이동현. 건강보험 자료를 활용한 지역별 의료이용 실태 분석: 암진료 환자를 중심으로. 국민건강보험공단, 2010.
- 보건복지부. 본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2003-4호). 2003.
- 보건복지부. 4대 중증질환 의료보장성 강화. 2013.  
[http://www.mw.go.kr/sotong/cy/scy01011s.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=12&MENU\\_ID=12040501&sotong=2013](http://www.mw.go.kr/sotong/cy/scy01011s.jsp?PAR_MENU_ID=12&MENU_ID=12040501&sotong=2013)
- 서남규, 이옥희, 강태욱, 태윤희, 서수라, 안수지 외. 2012년 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단, 2012.
- 손영래. 건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제. HIRA 정책동향 2015; 9(3):7-19.
- 양종현, 조영하, 장동민. 대학병원 암환자의 의료서비스 만족도에 영향을 미치는 요인. 디지털정책연구 2012;10(6):321-329.
- 이용재. 본인부담경감이 암 환자의 건강보험이용에 미친 영향. 재정정책논집 2009;11(1):3-25.

- 이재희, 김진현, 이진희. KTX 도입 이후 암환자의 의료이용 변화. 한국철도학회논문집 2010;13(2):236-243.
- 이준영, 김기환, 이지성. 국민건강정보 데이터베이스를 이용한 표본 코호트 DB구축. 국민건강보험공단, 2014.
- 유승흠, 박은철. 의료보장론. 신광출판사, 2009.
- 최재우, 김재현, 박은철. 산정특례제도가 미충족 의료경험에 미치는 영향: 2·4차 한국의료패널자료를 이용하여. 보건행정학회지 2014;224(1):24-34.
- 통계청. 24개 암종/암발생 시기/성별 5년 상대생존율. 2013.
- 통계청. 사망원인 통계 결과. 2014.
- 홍석철, 장숙량, 황승식, 임재영. 중증질환자의 의료이용 실태분석. 건강보험심사평가원, 2014.
- Brown ML, Lipscomb J, Snyder C. The burden of illness of cancer: economic cost and quality of life 1. Annu Rev Public Health. 2001;22:91-113.
- Carlsson ME. Cancer patients seeking information from sources outside the health care system. Support Care Cancer. 2000;8:453-7.
- Chun CB, Kim SY, Lee JY, Lee SY. Health system review. Health Systems in Transition 2009;11(7):1-184.
- Dranove D, Satterthwaite M. Monopolistic competition when price and quality are imperfectly observable. Rand Journal of Economics. 1992; 23(4):518-534.
- Eastaugh SR. Cost inflation and resource distribution in the Korean healthcare sector under national insurance. Hosp Top. 1992;70:23-31.
- Jang SI, Nam JM, Choi J, Park EC. Disease management index of potential

- years of life lost as a tool for setting priorities in national disease control using OECD health data. *Health Policy (New York)*. 2014;115:92-9.
- Jeon B, Kwon S. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal public insurance system: a case of South Korea. *Health Policy (New York)*. 2013;113:69-76.
- Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Oh CM, Lee DH, Lee JS. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2011. *Cancer research and treatment. Official Journal of Korean Cancer Association*. 2014;46:109.
- Kim CW, Lee SY, Moon OR. Inequalities in cancer incidence and mortality across income groups and policy implications in South Korea. *Public Health*. 2008;122:229-36.
- Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy (New York)*. 2005;72:293-300.
- Kim S, Kwon S. Impact of the policy of expanding benefit coverage for cancer patients on catastrophic health expenditure across different income groups in South Korea. *Soc Sci Med*. 2015.
- Kim S, Kwon S. The effect of extension of benefit coverage for cancer patients on health care utilization across different income groups in South Korea. *Int J Health Care Finance Econ*. 2014;14:161-77.
- Kim SJ, Han K-T, Park E-C, Park S, Kim TH. Copayment policy effects on healthcare spending and utilization by Korean lung cancer patients at end of life: a retrospective cohort design 2003-2012. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2013;15:5265-70.

- Kim YK, Cho CH, Ahn SK, Goh IH, Kim HJ. A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management*. 2008;19:1155-71.
- Kolstad JT., Kowalski, AE. The impact of health care reform on hospital and preventive care: evidence from Massachusetts. *Journal of Public Economics* 2012;96(11):909-929.
- Kuh D, Shlomo YB. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford University Press. 2004.
- Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan*. 2009;24:63-71.
- Kwon SM, Lee TJ, Kim CY. Republic of Korea health system review. Asia Pacific Observatory on Public Health Systems and Policies, 2015.
- Lee JC. Health care reform in South Korea: success or failure? *Am J Public Health*. 2003;93:48-51.
- Lee KS. Disparity in the spatial distribution of clinics within a metropolitan city. *Geospat Health*. 2013;7:199-207.
- Liu X, Liu Y, Chen N. The Chinese experience of hospital price regulation. *Health Policy Plan*. 2000;15:157-63.
- Nakajima T. Gastric cancer treatment guidelines in Japan. *Gastric Cancer*. 2002;5:1-5.
- OECD. Health at a glance 2013: OECD Indicators. 2013.
- OECD. Health data 2014. 2014.
- Park YH. Utilization Patterns of National Health Insurance and Medical Aid

- Inpatients in Tertiary Hospitals. *Korean J Health Serv Manag.* 2012;6:83-98.
- Sen B, Blackburn J, Morrissey MA, Kilgore ML, Becker DJ, Caldwell C, et al. Did copayment changes reduce health service utilization among CHIP enrollees? Evidence from Alabama. *Health Serv Res.* 2012;47:1603-20.
- Ward E, Halpern M, Schrag N, Cokkinides V, DeSantis C, Bandi P, et al. Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *CA Cancer J Clin.* 2008;58:9-31.
- WHO. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organisation, 2010.
- WHO. The world health report: primary health care. World Health Organisation, 2008.
- Yoon TH, Lee SY, Kim CW, Kim SY, Jeong BG, Park HK. Inequalities in medical care utilization by South Korean cancer patients according to income: a retrospective cohort study. *Int J Health Serv.* 2011;41:51-66.
- You CH, Kang S, Kwon YD, Choi JH. Time trend of out-of-pocket expenditure among cancer inpatients: Evidence from Korean tertiary hospitals. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:6985-9.

[ABSTRACT]

**Effects of expanding health insurance coverage  
on concentration of the capital area in stomach cancer patient:  
NHI cohort 2003–2013**

**Jeeyun Kim**

Graduate School of Public Health, Yonsei University

(Supervised by Professor Eun-Cheol Park, MD., PhD.)

**Objective:** Since 2004, the South Korea government has introduced a policy to decrease cost-sharing for cancer patients by strengthening public coverage in the National Health Insurance (NHI). We aimed to investigate the relationship between the insurance coverage-strengthening policy introduction and the relocation of out-of-town stomach cancer patients to capital area hospitals.

**Methods:** We used data from the NHI Cohort 2003–2013, which included all medical claims (7,193 cases) filed for 2,124 patients who visited the hospital due to stomach cancer among 1,025,340 individuals in a nationally representative sample. Segmented Poisson regression analysis was used to investigate the association between a patient visit to the hospital in the capital area for stomach cancer and the introduction of a policy that reduces cost-sharing of healthcare for

cancer patients.

**Results:** Of all hospital visits, 40.6% of patients were from the capital area. After introduction of the 2nd phase of the policy, there was an increase in patient concentration in the capital area, but there were no statistically significant effects on patient concentration by either the 1st or 3rd phase of the policy. Such increases were more associated with introduction of policy in patients with higher economic status or patients who were needed to non-surgical treatment.

**Conclusions:** Our findings suggest that the introduction of a policy that reduces cost-sharing by cancer patients had a substantial positive impact on patient concentration in the capital area. Therefore, health policy makers should consider effective alternatives to aid healthcare utilization by cancer patients.

**Keywords:** insurance coverage; cost sharing; patient moving; stomach cancer