

# 응급실 경유 정신 및 행동장애 입원환자들의 총진료비 비교 : 주상병과 부상병 환자 중심으로

## A Comparative Study on Total Payment of Mental and Behavioral Disorders Patients Admitted through the Emergency Room: Focusing on Main & Sub Sick

최현식\*, 이현숙\*\*

충북보건과학대학교 보건행정과\*, 두원공과대학교 보건의료행정과\*\*

Hyun-Sik Choi(chs@chsu.ac.kr)\*, Hyun-Sook Lee(llhss1018@doowon.ac.kr)\*\*

### 요약

본 연구의 목적은 응급실을 경유한 정신 및 행동장애 중 기분[정동]장애만을 주상병으로 하는 입원환자와 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 기분[정동]장애 입원환자의 총진료비에 미치는 영향 요인을 알아보고자 한다. 본 연구는 건강보험심사평가원 2009년 표본자료에서 응급실 경유 입원환자가 '정신 및 행동장애'(F00-F99)중에서 주상병 코드가 기분[정동] 장애(F30-F39)인 환자와 부상병 코드가 '정신 및 행동장애'(F00-F99)를 가진 환자를 추출하여 753명을 분석 대상으로 사용하였다. 본 연구에서 수집된 자료는 통계 프로그램 SPSS 18(Statistical Package for the Science)을 이용하여 빈도분석, t-test, ANOVA, 다중회귀분석을 실시하였다.

연구결과는 주상병의 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 연령을 제외한 모든 성별(p<.01), 응급실 도착경로(p<.001), 진료 결과(p<.001), 입원일수(p<.001) 변수들이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 또한 부상병의 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 모든 변수 즉 성별(p<.01), 연령(p<.001), 응급실 도착경로(p<.001), 진료 결과(p<.001), 입원일수(p<.001) 등이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

앞으로 정부는 장기적이고 지속적으로 국민의 정신건강을 위해 효율적인 방안을 마련하고 효과적인 예방 및 관리, 정신건강 중재 프로그램 개발, 정신건강관련 진료지침, 맞춤형 치료 및 상담서비스 등 사전·사후 체계적인 정신건강증진 종합대책을 추진해야 할 것이다.

■ 중심어 : | 정신 및 행동장애 환자 | 주상병 | 부상병 | 응급실 총진료비 |

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the determinants of total payment for mental and behavioral disorders patients admitted through the emergency room. Study data was selected from the Korean National Health Insurance sample data in 2009. This data was consisted of 753 inpatients who are 331 inpatients with only main sick(F31-F39) and 422 inpatients with main sick codes(F31-F39) and sub sick(F00-F99) admitted through the emergency room. SPSS v.18 was used for the statistical analysis such as descriptive analysis, t-test, ANOVA, and multiple regression analysis.

In multiple regression analysis, significant variables affecting total payment of main sick patients were gender(p<.01), treatment result(p<.001), path of the emergency room(p<.001), and length of stay(p<.001). Also, main sick patients with sub sick were gender(p<.01), age(p<.001), treatment result(p<.001), path of the emergency room(p<.001), and length of stay(p<.001).

These findings implied that it is necessary to build short, middle, and long-term program and system for high risk mental and behavioral disorders groups.

■ keyword : | Mental and Behavioral Disorders Patient | Main and Sub Sick | Emergency Room | Total Payment |

## I. 서론

최근 전 세계적으로 모든 질병들 중에서 정신병학적 질환에 대한 사회적 관심이 증가되고 있는 추세이며, 이에 대한 체계적이고 지속적인 사전예방관리체계가 필요한 때이다. 특히 우울증은 여러 질환 중에서 질병 부담이 3번째로 높고, 2030년이 되면 1위로 심혈관 질환을 능가할 것으로 예측하고 있다[1]. 정신병학적 질환 중 우울증으로 인한 경제적 손실은 15세 이상 성인에게 있어서 정신장애로 인한 건강년수 상실(Years of Life Lived with a Disability, YLD)의 원인 중에서 1위를 차지하고 있다[2].

현재 우리나라에서도 고령화, 핵가족화, 개인의 사회적 역할 변화 등 사회적 요인과 심리적 상실감, 과도한 스트레스와 피로, 삶의 질 저하 등 생물학적·심리적·신체적·유전적 요인 등 복합적인 요인으로 인해 정신병학적 질환이 급격히 증가하고 있다[3]. 특히 정신병학적 질환 중에서 우울증으로 인한 자살이 증가되면서 우울증에 대한 사회적 관심이 집중되고 있는 실정이다.

하지만, 지속적으로 증가하고 있는 건강에 대한 관심과 요구에도 불구하고 현재 우리나라에서는 질병, 정신건강, 지역사회건강 등 보건과 관련한 여러 문제들이 산재해 있는 현실이다[4].

국민건강보험공단(2013)의 건강보험 진료비 지급자료 분석발표에 따르면, 최근 2007년부터 2011년까지 5년간 우울증(F32, F33)으로 인한 건강보험 진료환자가 2007년 47만6천명에서 2011년 53만5천명으로 늘어났다고 발표하였다. 특히 5년간 매해 진료환자는 여성이 남성보다 2.3배 가량 많았으며 우울증으로 인한 건강보험 진료비는 2007년 1,832억 원에서 2011년 2,312억 원으로 1.3배 지속적으로 증가한 것으로 나타났다[5]. 특히 정신병학적 질환 중 우울증에 대한 위험인자를 가진 사람은 평생 동안 우울증 고위험군으로 남아있고, 자살로 이어져 그 심각성을 보여주고 있다.

OECD(2011)에 따르면, 우리나라 자살자 수는 2010년 기준 인구 10만 명 당 31.2명으로 나타나 OECD국가 중에서 자살률 1위로 조사되었다[6]. 우울증은 모든 연령, 인종, 사회·경제적 계층에서 발병하는 매우 흔한 질병

이다. 하지만 초기 완쾌율이 2개월 내에 70~80%에 이르는 의학적 질환이라고 말한다[7].

따라서 이러한 우울증은 국내·외에서도 약물치료, 광선치료, 인지행동치료 등이 다양하게 활용되고 있는데 인지행동치료의 경우, 특히 외국에서는 이미 온라인을 통해 인지와 행동의 변화를 유도하고 스스로 실행할 수 있도록 돕고 있으며 이에 대한 효과성을 검증받고 있다.

그러나 우리나라 서울시민 인식조사(2011)에 따르면, 우울증 성향이 있는 사람의 비율은 26%로 조사되었는데 그 중에서 34.6%만이 다른 사람의 도움이나 상담을 받은 경우가 있다고 응답하였다. 이러한 수치는 결국 50.8%가 우울증을 치료 가능한 질병이라고 인식하는 정도에 비하면 치료율은 낮아 우울증 예방 및 진료에 대한 문제의 심각성이 제기되고 있다[8].

따라서 정신병학적 질환인 우울증 환자의 보건학적 중요성을 파악하고 정신보건서비스가 개선과 증강기 정책을 수립하기 위해서는 국가단위의 의료이용을 파악하는 연구가 필요하다. 그럼에도 불구하고 응급실을 내원한 정신병학적 질환 환자 중에서 기분[정동]장애만을 주상병으로 하는 환자와 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 기분[정동]장애를 가진 환자들의 의료이용을 비교분석한 연구가 거의 없는 실정이다.

이에 본 연구의 목적은 2009년 건강보험심사평가원의 응급실 경유한 정신 및 행동장애 중 기분[정동]장애만을 주상병으로 하는 입원환자와 정신 및 행동 장애를 부상병으로 동반한 기분[정동]장애를 가진 입원환자의 총진료비에 미치는 영향 요인을 알아보고자 한다. 먼저 의료기관의 응급실을 경유한 정신병학적 질환 입원환자의 특성을 파악하고, 둘째, 응급실을 경유한 기분장애만을 주상병으로 한 입원환자와 정신 및 행동 장애를 부상병으로 동반한 기분장애를 가진 입원환자의 의료이용 특성에 따른 총진료비의 차이와 영향을 미치는 요인을 파악하고자 한다. 위의 실증적인 자료를 바탕으로 응급실 경유한 정신 및 행동 장애 환자들의 의료이용에 관한 특성을 객관화된 수치로 제시하고 장·단기 보건정책 결정 및 양질의 의료서비스를 제공하는데 기초 자료로 활용해 보고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 분석대상 및 자료수집

본 연구는 건강보험심사평가원에서 제공한 2009년 입원환자표본자료(HIRA-NPS-2009)를 활용하였다.

입원환자 표본자료는 요양기관의 2009년 청구 자료를 대상으로 입원환자 13%(약 70만 명), 외래환자 1%(약 40만 명)의 개인정보를 제외한 진료·처방내역을 포함하고 있다.

본 연구에서는 입원환자 표본자료 중에서 응급실 경유 입원환자가 '정신 및 행동 장애'(F00-F99)중에서 주상병 코드가 기분[정동] 장애(F30-F39)인 환자와 부상병 코드가 '정신 및 행동 장애'(F00-F99)를 가진 환자를 추출하여 분석의 대상으로 사용하였다. 우선 주상병 코드는 ICD-10 분류상 기분(정동)장애 F30-39코드인 F30(조병 에피소드), F31(양극성 정동장애), F32(우울 증 에피소드), F33(재발성 우울병장애), F34(지속성 기분[정동]장애), F38(기타 기분[정동]장애), F39(상세불명의 기분[정동]장애)이다[9].

이러한 코드를 가지고 응급실을 내원하여 입원한 정신 및 행동 장애 환자들의 상태를 통제하기 위해 최종 자료는 보험자코드가 의료급여인 환자와 진료결과가 이송, 회송, 그리고 사망인 경우는 분석에서 제외하였다. 그리고 보험자코드가 건강보험이고, 청구형태는 EDI자료를 이용한 입원일수가 1일 이상이고, 진료결과가 계속입원중이거나 퇴원한 경우, 응급실을 타기관이나 응급구조대 또는 기타 여러 가지 방법으로 응급실에 도착한 12세~92세 환자 753건을 대상으로 최종 분석에 사용하였다.

본 연구에 사용된 독립변수는 주상병과 부상병을 분류하여 응급실 경유 정신 및 행동 장애 입원환자의 일반적 특성 변수를 사용하였고, 종속변수는 입원의 총진료비를 사용하였다. 독립변수로는 성별, 연령, 응급실 도착경로, 입원일수를 사용하였다. 응급실 도착경로는 기타 여러 이유로 응급실에 도착하거나 타기관 혹은 응급구조대를 경유하여 응급실에 도착한 경우로 구분하였고, 입원일수는 수진자가 진료를 받기 위해 요양기관에 내원한 일수로 정의하였다. 또한 종속변수로 총진료

비는 요양기관에서 수진자 자료에 기록된 건강보험 총요양급여비용을 사용하였다.

### 2. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 통계 프로그램 SPSS 18(Statistical Package for the Science)을 이용하여 분석하였다. 첫째, 연구대상자의 일반적인 특성을 알아보기 위하여 기술통계분석을 통하여 빈도와 백분율을 표시하였다. 둘째, 정신 및 행동장애 관련 주상병과 부상병 특성에 따른 진료비 총액의 평균차이를 비교하기 위하여 t-test와 분산분석(ANOVA)을 실시하였다. 마지막으로 총진료비에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다.

## III. 결 과

### 1. 연구대상자에 대한 특성

의료이용자의 일반적 특성은 다음과 같다. [표 1]을 살펴보면, 응급실 경유한 기분[정동]장애를 주상병으로 하는 환자의 성별은 남자는 54.7%, 여자가 45.3%로 나타났다. 연령은 30세~49세가 42.0%로 높은 분포를 보였고, 그 다음으로는 50세 이상 34.1%, 29세 이하 23.9% 순이었다. 응급실 도착 경로는 83.4%가 기타 방법으로 응급실로 도착하였고, 그 다음으로는 타기관을 경유하여 응급실로 도착한 경우나 응급구조대를 경유하여 응급실 도착이 16.6%이었다. 입·내원일수는 10일 이하가 40.5%로 가장 높은 분포를 차지하였고, 다음으로는 21일~30일이 24.5%, 31일 이상이 23.0%, 11일~20일이 12.1% 순으로 나타났다. 마지막으로 진료비 총액은 최소 19,250원에서 최대 6,115,100원으로 분포하였으며 평균비용은 902,720원이었다.

또한 응급실 경유한 기분[정동]장애를 주상병으로 하고 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 환자의 성별은 여자가 56.6%, 남자는 43.4%로 나타났으며, 연령은 30세~49세가 43.1%로 높은 분포를 보였고, 그 다음으로는 50세 이상 37.2%, 29세 이하 19.7% 순이었다.

표 1. 응급실 경우 정신 및 행동장애 관련 주상병·부상병 입원환자의 일반적 특성

특성	구분	주상병(%)	부상병 동반(%)	총 빈도(%)
성별	남자(0)	181(54.7)	183(43.4)	364(48.3)
	여자(1)	150(45.3)	239(56.6)	389(51.7)
연령대(세)	29세 이하	79(23.9)	83(19.7)	162(21.5)
	30세 ~ 49세	139(42.0)	182(43.1)	321(42.6)
	50세 이상	113(34.1)	157(37.2)	270(35.9)
진료결과	계속	208(62.8)	197(46.7)	405(53.8)
	퇴원	123(37.2)	225(53.3)	348(46.2)
응급실 도착 경로	기타 경우 응급실	276(83.4)	333(78.9)	609(80.9)
	타기관/응급 구조대	55(16.6)	89(21.1)	144(19.1)
입원일수(LOS)	10일 이하	134(40.5)	118(28.0)	262(33.5)
	11일 ~ 20일	40(12.1)	75(17.8)	115(15.3)
	21일 ~ 30일	81(24.5)	118(28.0)	199(26.4)
	31일 이상	76(23.0)	111(26.3)	187(24.8)
	총 진료비(평균 ±S.D)		19,250 ~6,115,100 (902,720 ±731,769)	33,000 ~10,181,570 (1,601,467 ±1,301,947)
계		331(44)	422(66)	753(100)

응급실 도착 경로는 78.9%가 기타 방법으로 응급실로 도착하였고, 그 다음으로는 타기관을 경유하여 응급실로 도착하거나 응급구조대를 경유하여 응급실에 도착한 것이 21.1%이었다. 입·내원일수는 10일 이하와 21일~30일이 28.0%, 31일 이상이 26.3%, 11일~20일이 17.8% 순으로 나타났다. 마지막으로 진료비 총액은 최소 33,000원에서 최대 10,181,570원으로 분포하였으며 평균비용은 1,601,467원이었다.

## 2. 의료대상자의 정신 및 행동장애 관련 주상병·부상병 코드 구분특성

정신병학적 질환 중 우울증이란 용어는 개별적인 증상, 하나의 증후군 또는 여러 가지 장애들 중 하나를 의미하기도 하는 모호한 용어이다. 그러므로 다른 우울 증상이 동반되지 않는 한 이는 임상적으로 의미 있다고 생각되지 않는다. 하지만 어떤 증상들이 그 구성요소에 해당하는지, 진단을 내리기 위해 몇 개의 증상들이 함

게 존재해야 하는지 또는 증상이 얼마나 심각해야 하는지에 관해서는 일치된 의견이 존재하지 않는다[10].

따라서 여기서는 응급실 내원 정신병학적 질환 환자의 주상병과 부상병 코드를 이용하고자 한다. 의료이용자의 주상병 코드는 [표 2]와 같다.

표 2. 의료대상자의 정신 및 행동장애 관련 주상병과 부상병 코드

정신 및 행동장애(F00-F99) : 기본[정동] 장애(F30-F39)	ICD-10
증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00-F09
정신활동물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10-F19
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20-F29
<b>기본[정동]장애</b>	F30-F39
조병 에피소드	F30
양극성 정동장애	F31
우울병 에피소드	F32
재발성 우울성 장애	F33
지속성 기본[정동] 장애	F34
기타 기본[정동] 장애	F38
상세불명의 기본[정동] 장애	F39
신경증, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40-F49
생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군	F50-F59
성인 인격 및 행동의 장애	F60-F69
정신지연	F70-F79
심리발달의 장애	F80-F89
소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애	F90-F98
상세불명의 정신장애	F99

응급실 내원한 환자들 중에서 한국 표준 질병 사인 분류 중 ‘정신 및 행동장애’ 중에서 주상병 코드에 ICD-10 분류상 기본(정동) 장애(F30 - 39)코드로 F30(조병 에피소드), F31(양극성 정동장애), F32(우울증 에피소드), F33(재발성 우울병장애), F34(지속성 기본[정동]장애), F38(기타 기본[정동]장애), F39(상세불명의 기본[정동]장애)를 이용하였다. 이에 따르는 부상병 코드는 ‘정신 및 행동 장애’(F00 - F99)로 증상성을 포함하는 기질성 정신장애(F00 - F09), 정신활동물질 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10 - F19), 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애(F20 - F29), 기본[정동]장애(F30 - F39), 신경증, 스트레스-연관 및 신체형 장애(F40 -

F49), 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(F50 - F59), 성인 인격 및 행동의 장애(F60 - F69), 정신지연(F70 - F79), 심리발달의 장애(F80 - F89), 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애(F90 - F98), 상세불명의 정신장애(F99)를 사용하였다.

### 3. 의료대상자의 정신 및 행동장애 관련 주상병·부상병 특성에 따른 진료비 총액 차이 분석

의료대상자의 정신 및 행동장애 관련 주상병과 부상병 특성에 따른 진료비 총액의 평균차이를 비교하기 위하여 t-test와 분산분석(ANOVA)을 실시하였다. 응답자의 정신 및 행동장애 관련 주상병·부상병 특성에 따른 진료비 총액 차이는 [표 3]과 같다.

표 3. 의료대상자의 특성에 따른 진료비 총액의 차이 분석

특성	구분	주상병		주상병 (부상병 동반)	
		진료비 총액	F/t	진료비 총액	F/t
성별	남자(0)	969,501 ±707,487	1.83	1,479,621 ±1,398,238	-1.69
	여자(1)	822,139 ±754,549		1,694,764 ±1,217,869	
연령대 (세)	29세 이하	957,899 ±855,846	0.34	1,856,862 ±1,354,430	4.59 **
	30 ~49세	873,315 ±790,826		1,391,281 ±1,278,856	
	50세 이상	900,314 ±542,070		1,710,105 ±1,270,643	
진료 결과	계속	1,010,972 ±610,947	3.26 **	1,544,146 ±1,087,503	-0.86
	퇴원	719,660 ±872,564		1,651,655 ±1,464,774	
응급실 도착 경로	기타 경우	939,396	3.20 **	1,709,235	4.20 ***
	응급실	±779,028		±1,370,105	
	타기관/응급 구조대	718,675 ±374,729		1,198,245 ±904,900	
입원 일수 (LOS)	10일 이하	308,841 ±250,945	113.43 ***	515,502 ±365,555	77.04 ***
	11일 ~20일	921,917 ±451,109		1,467,476 ±605,599	
	21일 ~30일	1,264,738 ±424,888		1,852,755 ±874,194	
	31일 이상	1,553,885 ±862,861		2,579,317 ±1,725,057	
	계	753 (100)		331(44)	

\*P<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

주된 기분[정동]장애를 주상병으로 응급실에 입원한

환자는 성별과 연령대에 따라서는 진료비 총액에 대한 차이가 없는 반면, 진료결과, 응급실 도착 경로, 입원일수에 따라서는 진료비 총액에 차이가 있음을 알 수 있다. 또한 기분[정동]장애가 주상병이면서 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 우울증 입원 환자는 성별과 진료결과에 따라서는 진료비 총액에 대한 차이가 없었지만 연령대, 응급실 도착 경로와 입원일수에 따라 진료비 총액에 차이가 있는 것으로 나타났으며 이는 통계학적으로 유의하였다.

### 4. 진료비 총액에 영향을 미치는 요인

총 진료비에 영향을 미치는 요인들을 살펴보기 위해서 다중회귀분석을 이용하여 [표 4]로 나타내었다.

독립변수로는 보험자코드가 의료급여인 12세~92세 연령, 정신 및 행동장애 관련 주상병과 부상병 코드의 남녀 입원환자, 진료결과는 청구형태는 EDI자료를 이용한 입원일수가 1일 이상으로 계속 입원중이거나 퇴원한 경우, 응급실을 타기관이나 응급구조대 또는 기타 여러 가지 방법으로 응급실에 도착 경우, 그리고 총입원일수 등을 사용하였다. 또한 종속변수로는 정신 및 행동장애 중 기분[정동]장애만을 주상병으로 하는 입원환자의 총진료비와 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 기분[정동]장애 입원환자의 총진료비를 사용하였다.

먼저, 회귀분석하기 전에 정신 및 행동장애 관련 주상병과 부상병 종류에 따른 진료비 총액에 미치는 성별, 연령, 응급실 도착경로, 진료결과, 입원일수 등 변수 간의 다중공선성 확인을 한 결과 다중공선성이 낮고 VIF값이 작아 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 확인되었다.

다중회귀분석결과 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 기분(정동) 장애가 주상병인 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 연령을 제외한 모든 변수들이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 또한 부상병을 동반한 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 모든 변수들이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

표 4. 총진료비에 영향을 미치는 요인

변 수	주상병	주상병 (부상병 동반)
	표준화 회귀계수(S.E.)	표준화 회귀계수(S.E.)
성별(vs 남성)		
여성	233,119 (82,155)**	103,761 (48,315)**
연령	-1,793 ( 2,254)	-6,206 ( 1,486)***
진료결과(vs 계속)		
퇴원	554,461 (86,501)***	220,833 (54,700)***
응급실 도착경로 (vs 기타 경우 응급실)		
타기관, 응급구조대 경우 응급실	-492,045 (100,605)***	-318,633 (64,956)***
입원일수	74,833 ( 3,029)***	50,873 ( 1,957)***
R <sup>2</sup>	.61	.70
F	128,481***	150,223***
*P<.05 **P<.01 ***P<.001 양측검증		

\*P<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

IV. 결론 및 고찰

본 연구는 2009년 건강보험심사평가원의 1년간 의료 이용을 한 환자의 표본자료를 활용하였다. 본 연구 대상은 한국 표준 질병 사인 분류 중 ‘정신 및 행동장애’(F00-F99)에서 주상병이 ‘기분(정동) 장애(F31-39)’ 질병코드를 가진 환자와 ‘기분(정동) 장애가 주상병이면서 정신 및 행동 장애’(F00-F99)를 부상병으로 동반한 우울증 환자가 응급실 경우 입원한 753건을 최종 분석에 활용하였다. 연구의 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 응급실 경우 정신 및 행동장애 입원환자의 특성에 대한 결과를 살펴본 결과, 응급실 내원 기분(정동) 장애를 주상병으로 하는 환자의 성별은 남자, 연령은 30세~49세, 응급실 도착 경로는 기타 방법으로 응급실로 도착한 경우, 입·내원일수는 10일 이하가 다른 특성에 비해 높은 분포로 나타났다. 마지막으로 진료비 총액은 최소 19,250원에서 최대 6,115,100원으로 분포하였으며 평균비용은 902,720원이었다. 또한 응급실 내원 기분(정동) 장애를 주상병으로 하고 정신 및 행동 장애를 부상병으로 동반한 환자의 성별은 여자가, 연령은 30세~49세가, 응급실 도착 경로는 기타 방법으로 응급실

로 도착하고, 입·내원일수는 10일 이하가 다른 경우보다 높은 분포를 차지하였다. 그리고 진료비 총액은 최소 33,000원에서 최대 10,181,570원으로 분포하였으며 평균비용은 1,601,467원이다.

이 연구에서 보여주듯이 응급실 경우 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 입원환자 422건의 총입원진료비 평균은 1,601,467원으로 나타나 기분(정동) 장애를 주상병으로 하는 입원환자의 평균 총진료비 902,720원보다 상당히 많은 비용이 발생함으로 다른 정신장애를 동반한 우울증 환자의 조기치료를 국민보험 재정 부담을 줄이기 위한 다양한 방법이 요구된다.

최근 정신질환으로 진료 받는 환자의 수가 2007년 49만 명에서 2011년 57만 명으로 증가하였고, 진료비도 2007년 1,631억 원에서 2010년 2,200억 원으로 점차 늘어났다[11]. 기존의 연구에서도 정신질환 중 우울증의 질병부담 중 의료이용으로 인한 부담은 우울증이 없는 환자군보다 우울증이 있는 환자군이 50~70% 더 높은 것으로 보고되었다[12][13]. 이렇게 본인부담금과 국민보험 재정부담이 늘어나고 있는 상황에서 응급실 내원 우울증 환자의 비용 부담은 더욱 커질 수밖에 없는 실정이다.

이제는 우울증에 대한 부정적인 인식과 편견 및 차별, 우울증을 포함한 정신질환의 예방 및 치료를 보편화하여 우울증을 조기에 발견하고 치료하여 만성화에 따른 치료율 향상, 삶의 질 향상, 치료비용의 감소 등을 미리 예방하는데 필수 조건이 되도록 정신보건 치료적 환경을 개편하도록 노력해야 할 것이다.

둘째, 기분(정동) 장애가 주상병인 입원환자는 성별과 연령대를 제외하고 진료결과, 응급실 도착 경로, 입원일수에 따라 진료비 총액에 차이가 있음을 알 수 있다. 또한 기분(정동) 장애가 주상병이면서 정신 및 행동장애를 부상병으로 동반한 입원환자는 성별과 진료결과를 제외한 연령대, 응급실 도착 경로와 입원일수에 따라 진료비 총액에 차이가 있는 것으로 나타났고, 이는 통계학적으로 유의하였다.

이에 위급한 정신질환을 동반한 환자는 심리적 측면에서 개인의 삶의 질 저하를 비롯하여 자살을 포함한 심각한 장애를 유발시키고 의학적 측면에서 의료 이용

량의 증가와 다른 질병에 대한 이환율을 증가시키기 때문에 상병별, 정신질환을 동반한 환자들을 사전에 미리 미리 예방하고 지속적이고 체계적인 관리가 요구된다.

셋째, 진료비 총액에 영향을 미치는 변수 중에서 기분(정동) 장애가 주상병인 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 연령을 제외한 모든 변수들이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 각 변수들의 영향을 살펴보면, 남성에 비해 여성이, 입원일수가 많아질수록 더 많은 진료비 총액이 발생하는 것으로 나타났고 유의한 영향을 미쳤다. 한편 타기관이나 응급구조대를 경유하여 응급실에 도착한 경우가 더 적은 진료비 총액이 발생하는 것으로 나타났으며 유의한 영향을 미쳤다. 또한 부상병 동반의 경우, 총진료비에 영향을 미치는 변수들은 살펴보면, 모든 변수들이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 각 변수들의 영향을 살펴보면, 남성에 비해 여성이, 입원일수가 많아질수록 더 많은 진료비 총액이 발생하는 것으로 나타났고 유의한 영향을 미쳤다. 한편 연령이 높아질수록, 타기관이나 응급구조대를 경유하여 응급실에 도착한 경우가 더 적은 진료비 총액이 발생하는 것으로 나타났으며 유의한 영향을 미쳤다.

다중회귀분석결과는 2011년 정신질환 역학조사에서 성인 여성 우울증의 평생유병률이 남성보다 빠르게 증가한다는 결과와 같은 결과를 보였다. 또한 대한의학회(2012)에서 정신질환 중 우울병 장애는 초기 완쾌율이 2개월 내에 70~80%에 이르는 의학적 질환이라고 하였다. 하지만 초기에 치료하지 않은 경우의 연구결과를 보면, 중증 우울증 환자는 항우울제 치료에 대한 순응도가 낮아 재발가능성이 높고 결국 진료비용이 높아진다는 것을 알 수 있었다[14][15].

따라서 응급실 경유 기분(정동) 장애 입원환자와 정신 및 행동 장애를 동반한 입원환자로 인한 진료비 총액에 영향을 주는 요인을 고려하여 앞으로 정부는 특히 성인여성을 위한 정신건강 중재 프로그램 개발, 정신건강관련 진료지침, 맞춤형 치료 및 상담서비스 효과적인 예방 및 집중관리와 우울증 재발을 예방하고 관리하기 위한 사전·사후 종합적인 정신건강증진 정책을 수립해야 할 것이다.

이에 2013년부터 정부는 전 국민을 대상으로 평생 정

신건강증진 종합대책에 따라 정신보건법 개정이 추진되고, 생애 주기별 정신건강검진 제도가 도입될 예정이므로 전국민의 정신보건 치료에 적극적인 참여가 필요하다.

본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 응급실 경유 기분(정동) 장애 입원환자 중 기분(정동) 장애코드를 가진 환자들 자료를 활용해 현황을 파악하였지만, 표본이 한정되어 있어 대표성을 띄기에는 다소 무리가 있었다. 둘째, 본 자료는 환자표본자료이므로 추출률에 의해서 편이가 발생할 수 있고, 보험청구와 관련하여 진단타당도의 문제가 발생할 수도 있다. 셋째, 우울증은 신체적 요인뿐만 아니라 사회적·심리적·유전적 그리고 생물학적 요인까지 고려해야하는 분야이기 때문에 다음에는 여러 학문분야의 정량적, 정성적인 연구가 같이 다루어져야 할 것이다. 넷째, 연구설계가 단면연구로 진행되었기 때문에 응급 우울증 발생과 위험노출간의 시간적 선후관계 설명이 미흡하므로 다른 연구에서는 우울증과 동반질환과의 선후관계를 살펴 볼 필요가 있다.

이제는 정신질환 환자에 대한 부정적인 인식과 편견 및 차별, 우울증 등 정신질환의 보편화, 등 우울증을 조기에 발견하고 치료하여 만성화에 따른 치료를 향상, 삶의 질 향상, 치료비용의 감소 등을 미리 예방하는데 필수 조건이 되도록 정신보건 치료적 환경을 개편하도록 노력해야 할 것이다.

따라서 앞으로 정부는 장기적이고 지속적으로 국민의 정신적 안녕을 위한 강력하고 효율적인 방안을 마련하기 위해 효과적인 예방 및 관리, 정신건강 중재 프로그램 개발, 정신건강관련 진료지침, 맞춤형 치료 및 상담서비스 등 사전·사후 체계적인 정신건강증진 종합대책을 추진해야 할 것이다.

## 참고 문헌

- [1] WHO, The Global Burden of Disease, 2004.
- [2] WHO, The Global Burden of Disease, 2007.

- [3] H. S. Lee, "The impact of emergency room utilization by depression patients on medical treatment expense in Korea," *Osong Public Health Res Perspect*, Vol.4, No.5, pp.240-245, 2013.
- [4] 박정민, 정원일, "대학생의 보건교육 요구도 및 정신건강보건교육", *한국콘텐츠학회논문지*, 제13권, 제10호, pp.385-393, 2013.
- [5] 국민건강보험공단, 보도자료. 2013.
- [6] OECD(2011), *Health Data*. 2012.
- [7] <http://www.newswire.co.kr>
- [8] <http://www.mizdaily.com/article.~html>
- [9] 안이수, "2004-2008 우울증 환자 의료이용 추이 분석", *건강보험심사평가원*, 제3권, 제4호, pp.56-42, 2009.
- [10] R. Carney, K. Freedl, and A. Jaffe, "Insomnia and depression prior to myocardial infarction," *Psychosom Med*, Vol.52, pp.603-609, 1990.
- [11] 건강보험심사평가원(2011). *국정감사 자료*. 서울: 건강보험심사평가원.
- [12] T. Insel and D. Charney, "Research on major depression: strategies and priorities," *The Journal of the American Medical Association*, Vol.289, No.23, pp.3167-3168, 2003.
- [13] G. Simon, M. VonKorff, and Barlow, "Health care costs of primary care patients with recognizes depression," *Archives of General Psychiatry*, Vol.52, No.10, pp.850-856, 1995.
- [14] A. Akincigil, J. Bowblis, C. Levin, J. Walkup, S. Jan, and S. Crystal, "Adherence to anti-depressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression," *Med Care*, Vol.45, No.4, pp.363-369, 2007.
- [15] C. Cantrell, M. Eaddy, M. Shah, T. Regan, and M. Sokol, "Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy a real-world comparison of adherence and economic outcomes," *Med Care*, Vol.44, pp.300-303, 2006.

저 자 소 개

최 현 식(Choi-Hyun Sik)

정회원



- 1989년 2월 : 중앙대학교 공학석사(전기재료)
- 1994년 2월 : 중앙대학교 공학박사(반도체)
- 1994년 3월 ~ 현재 : 충북보건과학대학교 보건행정과 교수

<관심분야> : 의료정보, 의료기기

이 현 숙(Hyun-Sook Lee)

정회원



- 1991년 2월 : 서울여자대학교 경영학 석사
- 2014년 2월 : 연세대학교 보건학박사(병원경영)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 두원공과대학교 보건의료행정과 조교수

<관심분야> : 병원경영, 보건행정