주요개념 : 비공식적 의료비용, 본인부담

입원환자의 비공식적 의료비용 부담에 관한 연구*

한 미 현**

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

전국민 의료보험의 도입이래 병원에 입원하는 환자의 의료비의 일부분을 의료보험에서 부담을 함으로써, 병원의 문턱을 많이 낮춘 것이 사실이다. 그러나 병원들은 낮은 의료보험 수가를 보전하기 위해서 의료보험의 적용이 안 되는 비 급여 항목을 개발함으로써, 높은 비용을 전액 환자에게 부담을 시키거나 특진비를 부과하고 있고, 의료보험 역시 보험 재정의 보호를 위해 고가의 검사는 보험에서 제외를 하여왔다. 이에 따라 병원에 입원하는 환자는 공식적으로 전체 진료비 중 상당한 부분을 자기가 스스로 부담을 하지 않으면 안 된다.

그런데 이러한 겉으로 드러나는 의료비 부담 이외에도 다른 부담이 있다. 즉, 환자가 입원함으로써 일을 못해서 발생하는 경제적 손실, 간병을 하기 위해 들어가는 돈, 가족들의 교통비 등 질병으로 인한 추가의 부담이 있다. 이러한 비용(이하 비공식적 의료비용) 또한 질병으로 인해 발생하는 경제적 손실이며, 전체 의료비를 계산할 때는 당연히 고려되어야 할 비용이다.

환자가 병원에 입원하게 되면, 누군가 가족 중의 한 사람이 병원에 상주하면서 환자의 수발을 들거나 간병인을 구하는 일은 흔히 경험하고 그로 인해 비공식적 의료비용이 발생하게 된다. 그렇지만 이 비용은 어디에서도 지급이 되지 않으며, 병원비 계산서에도 나타나지 않는다. 교통사고로 상해를 입은 환자가 보조기구를 자기 돈으로 마련을 해야 한다면 이것도 역시 비공식적 의료비가 된다. 그리고 이 모든 비용들이 가계에 부담으로 작용을 하며 질병 혹은 사고로 인해 실제로 가계가 부담해야 하는 총 비용은 공식적으로 입원비 계산서 상에 나타나는 비용을 상회한다.

그리고 이러한 가계의 부담은 사회 전체의 의료비 부담으로 이어지게 된다. 그렇지만 지금까지 이러한 비공식적인 의료비의 부담에 관한 연구는 거의 없다. 본 연구에서는 입원환자를 대상으로 입원비 계산서 상에 나타난 비용 외에 환자의 입원으로 인해 발생한 총 비용을 실제로 조사하고자 한다. 그렇게 함으로써 입원치료로 인해 가계가 부담해야 하는 총 비용이 얼마나 되는지 알아보고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 입원환자가 지출하게 되는 비공식적 의료비를 파악하고자 하는 것이며 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

연구목적은 다음과 같다.

1) 입원환자의 경우 보호자가 상주하여 간호하는 비율을 알아본다.
2) 입원환자 1인당 지출되는 본인부담의 평균의료비가 얼마나 되는지 알아보고자 한다.
3) 비공식적으로 지출되는 의료비가 전체 본인부담의료비중 차지하는 비율이 얼마나 되는지 알아본다.
4) 보호자가 병원에 상주해서 간호함으로써 발생하는 경제적 부담의 정도를 알아본다.
5) 비공식적인 의료비 지출에 영향하는 요인을 알아본다.

Ⅱ. 문헌고찰

의료기술이 발달하고 건강이 국민으로서 향유해야 할 권리로 인식되는 요즈음 의료부분에 대한 국민적 기대수준이 나날이 높아지고 있고 노령화의 진전에 따라 인구구조와 질병구조가 바뀌는데 따르는 의료비 부담의 증가가 예상되고 있다.

* 본 논문은 혜전대학 학술연구비 지원을 받은 논문임.

** 혜전대학 간호과

국민 건강 향상을 위해서는 이러한 의료비 증가에 대한 재원확보와 주어진 보건의료 자원을 효율적으로 활용하여 합리적인 보건정책을 펴 나가는 것이 매우 중요하며 이를 위한 기초자료로서 국민의료비 지출규모를 파악하는 것이 선결과제라고 할 수 있다(정, 강 1996). 국민이 지출하는 의료비는 환자가 질병 치료를 위해서 병원에 입원 치료를 받는 경우 공식적으로 지불하는 의료비를 비롯하여 비공식적으로 지출되는 의료비, 그리고 생활하면서 건강을 유지, 증진 예방하기 위해서 지출하는 비용 모든 비용이 합해져야 한다.

보건의료체계가 환경변화에 효율적으로 대처하고 또 한정된 자원을 국민보건향상에 효과적으로 사용하기 위해서는 의료비가 어떠한 방향으로 어떻게 얼마나 변화하고 있는 지를 파악하는 일이 매우 중요하다. 그러한 점에서 국민의료비에 관한 연구는 전국민의료보험이 실시중인 우리 나라에서는 더욱 중요한 의미를 지니고 있다고 할 수 있다.

정, 강(1996)의 논문에 의하면 국민이 일정기간동안 보건의료관련 재화와 서비스에 대하여 지불한 총 지출액인 국민의료비에 대한 통계는 국민의료수요 및 소비 행태의 추이를 알 수 있고, 또 보건의료부문의 위치 및 비중과 국민경제에 미치는 영향을 파악하는 중요한 자료가 된다고 강조하였다.

우리 나라의 경우 1995년도 경상 국민의료비를 공공부문과 민간부문을 비교해 보았을 때 공공부문이 46.7%, 민간부문이 53.7%로 민간부문이 더 높은 것으로 추계 되었으며 특히 우리 나라가 재원구조면에서 가계부문의 비중이 매우 높은 것은 국민의료보장이라는 정책목표의 달성에도 불구하고 그 기반이 취약함을 나타내 주는 것이라 할 수 있다.

또한 질병으로 인한 공식적 의료비만이 아니라 입원으로 인해 일을 못하게 됨으로써 발생하는 손실, 가족들이 환자를 간병하기 위해서 사용하는 비용, 병원과 집 사이를 이동할 때 생기는 교통비 등, 공식적으로는 집계되지 않는 비용이 더 들게 된다. 그러나 환자 및 보호자의 비공식적인 비용은 현재 국민의료비에서 제외항목으로 되어 있다(명, 1995).

또한 우리 나라 병원의 간호사는 의료법에 규정된 간호사 1인당 2.5명보다 훨씬 많은 환자를 담당하고 있기 때문에 환자의 가족이나 간병인이 상주하여 간호의 일부를 담당하고 있어 비공식적 의료비가 발생되고 있으며 이것은 국민의료비의 주요 구성요소임에도 불구하고 어디에서도 보상받지 못하고 가계의 부담을 증가시키고 있다. 뿐만 아니라 송(1999)은 병원에 입원한 환자를 가족이나 간병인이 돌봄으로 해서 의료의 질이 총체적으로 저하되고, 이로 인한 사회적 비용은 순순히 환자 개인에 의해 지불되어 이로 인한 소비자들이 지출하고 있는 비공식적 의료비용은 개인적으로나 국가 전체적으로 볼 때 막대한 규모가 되며 또 이들이 병원에 상주하면서 추가적으로 소모하는 에너지의 양 역시 병원에서는 커다란 비용손실이 된다고 지적하였다.

앞으로 이러한 사회적 비용을 줄이고 가계의 직접부담을 감소시킬 수 있는 방향으로 보험관련정책이 추진되어야 할 것이며(명, 1995) 이러한 점에서 환자의 입원으로 인해 발생하는 의료비를 알아보고 비공식적으로 지출되고 있는 의료비를 구체화하며 이에 대한 부담을 줄일 수 있는 기초자료를 얻고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 가 정

입원환자의 전체 의료비부담 구성은 「계산서에 나타난 의료비(보험 및 본인부담)+비공식적인 의료비」가 된다고 가정한다. 공식적인 의료비용은 계산서에 나타난 의료비 중 본인이 부담한 의료비용으로 하였고 비공식적 의료비는 다음과 같이 조사하였다.

2. 연구대상

충남지역 소재 1개 대학병원에서 수개월씩 입원하지 않고, 입원 후 1개월 이내에 퇴원함으로써 자료수집 동안에 전체 입원기간을 모두 관찰 할 수 있는 환자들로 하였다.

3. 자료수집기간

2000년 6월 29일부터 2000년 8월 10일까지

4. 연구도구

본 연구의 도구는 연구자가 특별 제작한 수첩으로 커버에 병동, 병실, 환자이름을 기록하도록 만들었으며, 첫 페이지에는 연구자의 소개 및 연구목적과 연구자의 연락처를 제시하였으며 다음에는 대상자의 인구사회학적 특성 7문항, 환자의 입원치료에 관련된 사항 10문항, 그리고 보호자 간호와 관련된 문항 9문항의 설문지로 구성하였다. 그리고 그 뒷부분에는 지출되는 비용을 날짜별로 적을 수 있도록 만들었으며, 맨 뒤에는 입원기간 중에 느낀 불편사항이나 건의사항 등을 자유롭게 적을 수 있도록 하였다. 이 수첩은 연구목적을 설명한 후 연구에 참여하기로 동의한 사람에게만 나누어주었다.

5. 연구방법

환자가 입원한 당일 또는 그 다음날 연구자가 직접 방문하여 환자와 보호자에게 연구의 목적을 설명한 후 동의를 한 환자 또는 보호자에게 비용을 기입할 수 있는 수첩을 나누어주었다. 수첩의 앞부분에는 인적 특성 및 환자간호에 관련된 설문지를 넣었고 뒷부분에는 환자가 입원해서부터 퇴원까지 매일 발생하는 비용을 모두 적도록 하였고, 퇴원 할 때에 간호사실에 주고 가도록 설명하였으며 수시로 병실을 순회하여 중간점검을 하였다. 그리고 연구에 동의한 사람은 담당 간호사에게 명단을 주어 중간점검 및 수거율을 높이도록 하였다.

연구목적을 설명한 후 동의를 한 대상자는 250명이었으나 107개가 수거되었고 회수된 자료 중에서 퇴원비 등 누락된 부분이나 정확치 않은 부분에 대해서는 대상자의 집으로 연락하여 확인하였다. 그 중 기록이 부분적으로 누락된 경우는 전화로 확인하였고, 여러 번 연락을 하여도 연결이 되지 않은 경우를 제외하고 총 104개의 자료를 수집하였다.

6. 결과의 분석

본 연구를 위해 수집된 자료는 연구의 목적에 따라 S.A.S. (Statistical Analysis System) Package Program을 이용하여 처리하였으며 유의성 판정은 P값 0.05 수준으로 정하였다. 분석방법과 절차는 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성, 입원치료에 관련된 특성, 보호자 간호에 관련된 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
2) 보호자의 휴가/휴직기간, 집에서 병원까지의 소요시간, 건강관련 사보험에 가입한 경우 등은 실수, 평균, 표준편차를 산출하였다.
3) 입원기간이 증가함에 따른 비공식적 의료비용 지출을 보기 위해 회귀분석을 하였다.
4) 비공식적 의료비용에 영향하는 요인을 알아보기 위해 ANOVA, T-test를 하였다.
5) 입원으로 인해 발생한 비공식적 의료비용을 항목별로 분류하여, 비공식적 의료비용 중 가장 많이 차지하는 항목이 무엇인가를 확인하였다.

공식적 의료비는 병원에서 환자에게 청구한 금액을 기준으로 하여 입원환자의 부담정도를 나타내는 변수로 본인 부담의 일인당 진료비를 산출하였다. 또한 일인당 진료비는 재원기간에 따라 차이가 많이 날 수 있으므로 본인 부담의 일일 평균 진료비도 산출해 보았다.

비공식적 의료비는 고용 간병인에게 지불한 비용과 보호자 비용으로 교통비, 비보험 적용의 검사비 및 의료용품 구입비, 생필품 구입비, 보호자 식사비 등을 포함시켰다.

의료보험 적용이 안 되는 검사비나 치료비의 경우는 공식적인 의료비에 해당하나, 보험에서 지급을 하지 않아 입원기간 중에 별도로 지급하게 되어 이중부담이 되고 있고 공식적인 입원비계산서에 나타나지 않게 되므로 비공식적 의료비용에 넣었고, 교통비는 자가용을 이용하는 경우에 주유 비용을 기록한 사람은 그대로 하였으며 액수를 모르는 경우에는 병원에 온 횟수를 적도록 해서 그 거리에 해당하는 택시요금을 적용하였다. 식사비는 문(1988)의 연구에서는 환자입원으로 인한 비용으로 보기에는 어렵다고 판정하여 제외시켰으나 본 연구에서는 보호자들이 환자 간호로 인해서 먼 곳에 갈 수 없고 병원 내에서 매식을 하거나 간식으로 식사를 대신하게 되므로 비용을 많이 지불하고도 만족한 식사를 하지 못하므로 환자 입원으로 인한 비공식적 의료비용에 포함시켰다.

보호자의 환자 간병 비용은 일정기간 교육을 받은 고용 간병인의 인건비로 계산하는 것은 무리가 있다는 문(1988)의 연구에서와 같이 1999.9~2000년 8월 우리 나라 근로자의 시간당 최저임금 1600원, 1일 12,800(8시간 기준)곱하여 산출하였고, 부분적으로 간병인을 고용한 경우에는 간병인 인건비가 포함되었으므로 보호자의 간호비용에서 해당하는 기간을 제외하였다.

환자 일인당 비공식적 의료비가 얼마나 되는지, 또 비공식적인 의료비용에 영향을 미치는 인자들을 분석하고, 그 영향하는 정도가 얼마나 큰지를 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 다음과 같다.

대상자의 연령분포는 0~19세가 26명(26.8%), 20~29세 22명(22.7%), 30~39세 23명 (23.7%) 40~49세 9명(9.3%) 50~59세 5명(5.3%) 60세 이상 12명 (12.3%)이었으며 평균연령은 30.6세였다. 성별분포는 남자 55명(59.4%), 여자 48명(40.6%)이었으며, 종교는 기독교가 전체의 35.9%로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼이 67명(65%), 미혼이 36명(35%)였으며 대상자의 교육정도는 고등학교 졸업이 34.3%로 가장 많았다. 직업은 골고루 분포하고 있었으며, 소아과 환자인 어린이는 학력에서 따로 분류하였으며 직업에서는 기타에 포함시켰다. 대상자의 월수입은 100만원 이상 200만원 미만이 전체의 40.8%로 가장 많았다.

2. 대상자 입원치료에 관련된 특성

대상자의 입원치료에 관련된 특성은 다음과 같다.

입원 경험 여부는 처음 입원한 경우가 59.4%로 많았고, 입원기간은 최저 2일에서 최고 84일까지이며 평균 9.9일 이었다. 84일 동안 입원한 환자는 입원 후 지출하는 비용을 계속하여 기록해 오고 있었으며, 연구에 동의하고 참여할 의사를 밝혀서 본 조사에 포함시켰다.

의료보장 형태는 직장 의료보험이 가장 많았고 자신이 치료비를 부담하지 않는 산재보험환자와 교통사고보험혜택을 받는 환자도 3%였다. 대상자가 평소에 내고 있는 월 의료보험료는 1만~3만원이 39.2%로 가장 많았고 의료보험 이외에 건강관련 사보험에 가입하여 보험료를 내고 있는 사람이 전체 대상자의 51%에 해당하였으며 월평균 보험료는 57,314원이었다<표 1-1, 1-2>. 또한 대상자의 69%가 특진 진료를 받고 있었으며, 병실 사용은 6인실(44.7%)과 4인실 (43.7%)이 가장 많았다. 대상자의 진료과는 산부인과 (26.2%), 내과 (19.4%), 정형외과 (13.6%), 소아과 (11.7%)의 순으로 많았다.

3. 대상자 간호에 관련된 특성

대상자 간호에 관련된 특성 다음과 같다.

가족형태는 대부분이(87.4%)가 핵가족이었고, 함께 살고 있는 평균 가족 수는 3.64명이었다. 또 전체 환자의 96.1%가 보호자가 상주하여 간호를 하고 있었다. 또 환자의 입원으로 인해 가족이 휴가를 받거나 휴직을 한 경우는 40명으로 전체의 38.8%에 해당하였으며 평균 휴가, 휴직일수는 7.5일이었다<표 2-1, 2-2>.

주거지와 병원까지의 교통수단은 중복 선택하도록 하였으

〈표 1-1〉 건강관련 사보험 가입여부

	내 용	N	백분율
건강관련 사보험	가입	52	51
	비가입	50	49
	무응답	2	

〈표 1-2〉 건강관련 사보험의 월보험료

	N	평균 ±SD	범 위
건강관련 사보험	49	57,314±41,005	10,000~188,400

〈표 2-1〉 보호자 상주 간호율과 휴가(휴직)율

특 성	내 용	N	백분율
보호자 상주간호	예	99	96.1
	아니오	4	3.9
	무응답	1	
보호자 휴가/휴직	예	40	38.8
	아니오	63	61.2
	무응답	1	

〈표 2-2〉 보호자의 평균휴가(휴직)일

	N	평균±SD	범 위
휴가/휴직	35	7.5±8.1	1~40

며 그 결과 자가용 이용이 가장 많고(76.7%) 다음이 시내버스(22.3%), 시외버스(14.6%) 순이었다. 또한 집에서 병원까지 오는데 드는 소요시간은 30분 이내가 전체의 15.5%이고 30~1시간이 30%, 1시간~2시간 이 20.4%, 2시간 이상이 11.7%로 나타났으며, 평균소요시간은 62.8분으로 1시간이 넘는 것으로 나타났다<표 3-1, 3-2>.

〈표 3-1〉 주거지와 병원까지의 교통수단 및 소요시간

특 성	내 용	N	백분율
교통수단	도보	0	0
	자가용	79	76.7
	시내버스	23	22.3
	시외버스	15	14.6
	기차	5	4.9
	택시	9	8.7
	무응답	1	
소요시간	30분 이내	39	37.9
	60분 이내	31	30.1
	90분 이내	7	6.8
	120분 이내	14	13.6
	150분 이상	12	11.7
	무응답	1	

〈표 3-2〉 주거지와 병원까지의 평균소요시간

	N	평균±SD	범 위
평균소요시간(분)	103	62.8±49.0	10~275

〈표 4〉 대상자의 본인부담의 입원치료비와 비공식적 의료비 비율

	N	평균±SD	범 위
비공식적 의료비용/본인부담 입원비	94	0.327±0.363	0.03~3.33
비공식적 의료비용	103	204,467±201,915	14330~1,594,870
본인부담의 입원치료비	98	1,061,807±2,126,410	0~19,280,617
본인부담의 1일 평균치료비	98	103,503±87,578	0~581,298

〈표 5〉 입원기간에 따른 비공식적 의료비용의 증가

	추정치 ± 표준오차(SE)	T값	P
절편(intercept)	22,192 ± 8,821	2.516	0.0135
입원기간	18,352 ± 614	29.884	0.0001**

〈표 6〉 비공식적 의료비용에 대한 소요시간 그룹간의 차이

	DF	sum of squares	mean of squre	F value	P
소요시간	4	4,909,624,886	1,227,406,222	3.13	0.0180*

4. 입원에 따라 지출되는 비용

환자 1인당 입원기간 중 공식적으로 지출되는 비용은 최저 0원에서 최고 19,280,617으로 평균 1,061,807원이었고, 대상자 1인당 1일 평균 입원치료비는 최저 0원에서 최고 581,298원으로 평균 103,503원 이었다. 공식적으로 지출되는 비용은 병원에 내는 본인 부담의 입원 치료비로서 교통사고 환자나 산업재해인 경우에는 본인이 부담하지 않기 때문에 0원으로 처리하였다.

그리고 환자 1인당 비공식적으로 지출하는 비용은 최저 14,330원부터 최고 1,594,870원이며 평균 204,467원이었다. 그리고 본인 부담의 평균 입원 치료비는 1,061,807원이었으며 본인 부담의 입원치료비(퇴원비, 공식적인 의료비)에 대한 부대비용의 비율은 0.327이었다<표 4>. 그리고 이 비공식적 의료비는 입원기간이 하루 늘어날 때마다 유의하게(1일 18,352원씩) 증가하는 것으로 나타났다(p=0.0001)<표 5>.

또한 일반적 특성에 따른 비공식적 비용 지출의 변화를 보면 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 교육정도, 직업, 월수입 등의 일반적 특성에 관계가 없이 공통적으로 지출되고 있는 것으로 나왔고. 입원치료에 관련된 특성인 입원경험여부, 의료보험종류, 건강관련 사보험 가입여부, 월 보험료 납입액수, 특진신청여부, 병실종류, 수술여부 등에 따라서도 비공식적으로 지출되는 비용의 차이는 유의하지 않았으나, 집에서 병원까지 오고 가는데 걸리는 소요시간에 따라서는 비공식적으로 지출되는 비용이 유의하게 증가하는 것으로 나왔다(p=0.0180)<표 6>.

환자 1인당 총 부대비용의 내역을 분류해보면 식사비, 교통비, 생활 필수품비, 비보험 치료 및 검사비, 의료비품 구입비, 문병객 접대비, TV시청료, 간병비용. 기타 등이며 1인당 평균 비용은 <표 7>과 같다.

〈표 7〉 환자 일인당 비공식적 의료비 내역

내 용	N	금액(평균±SD)	범 위
보호자 간호비용	99	126,720±135,000	25,600~1,075,200
식사비	101	86,924 ±97,266	0~576,000
교통비	101	77,648±89,730	0~620,510
생활 필수품비	99	18,789±25,050	0~158,300
치료 및 검사비 (비보험)	101	17,289±51,844	0~420,000
의료비품구입비	101	15,208±64,112	0~429,500
문병객접대비	101	14,757±46,959	0~425,000
TV시청비용	101	8,247±25,869	0~250,000
기타	102	7,582±38,345	0~280,000

V. 논 의

입원환자의 가족이 주거지에서 병원까지 오는데 소요되는 시간을 보면 62.8분으로 왕복을 할 경우 2시간 이상 소요되는 것으로 나왔는데 이렇게 보호자들이 입원해 있는 환자를 돌보기 위해 오고 가는데 소요되는 시간비용도 매우 큰 손실과 부담이 된다고 할 수 있다.

또 전체 환자의 96.1%가 보호자가 병원에 상주하여 간호를 하고 있었고, 3.9%의 경우에서만 보호자의 간호를 별도로 받지 않고 있었는데 이러한 경우는 환자 상태가 양호하거나 검사를 위해 짧은 기간 입원을 한 경우 그리고 보호자가 직업을 가지고 있어 상주 할 수 없는 경우 등이었다.

보호자의 간병 비용을 우리 나라 1일 8시간 기준의 근로자의 최저 임금(1일 12,800원)을 적용하였는데, 실제로 입원한 환자를 간호하는 보호자는 혼자 또는 다른 가족이 교대로 상주하여 1일 24시간 간호를 하고 있으므로 본 연구에서의 보호자의 간병 비용이 실제보다 매우 낮게 적용되었다고 볼 수 있다.

또 환자의 입원으로 인해 가족이 휴가를 받거나 휴직을 한 경우는 38.8%였으며 평균 휴가, 휴직일수는 7.5일이었고 입원기간 중에 비용을 지불하는 간병인의 도움을 일정기간 받은 환자도 3명이 있었다. 그리고 입원환자 가족의 사정으로 입원기간 내내 간병인의 도움을 받는 환자도 있었지만 비용을 지불하는 보호자와의 면담이 어려워 자료를 수집할 수가 없었다.

또 비공식적 의료비는 입원기간이 하루 늘어날 때마다 18,352원씩 증가하는 것으로 나타났으며 이러한 결과로 볼 때 장기입원환자의 경우 이 비용이 훨씬 더 커질 것으로 예측되고 또 장기입원을 할 경우엔 가족이 상주하여 환자를 간호하는 데 어려움이 더 커져 비용을 지불하는 간병인을 고용하게 되는 등 비공식적 의료비의 지출은 더 커질 것으로 생각된다.

또 비공식적 의료비용의 내역을 분류해보면 보호자 간병비용, 식사비, 교통비가 매우 큰 것으로 나타났는데 이는 환자 입원 시 보호자가 상주하여 간호를 해야하는 문제에 따르는 비용부담이라고 말할 수 있다.

그리고 이러한 비용부담이외에도 본 연구에서 비용으로 환원할 수 없었던 시간비용 등을 고려하면 그 부담은 나타난 것보다 더욱 클 것으로 생각된다. 그리고 이러한 현상은 국민의식 및 생활 측면에서 생활 수준이 향상되고 핵가족화와 개인주의, 여성의 사회진출이 증가하고 있는 현실로 볼 때, 환자의 입원이 가족의 생계나 정상적인 가족생활에 혼란을 야기하여 가족의 스트레스를 유발하고 이것이 환자에게 가중되어 회복과정에 부정적인 영향을 초래할 수도 있을 것이다.

이러한 비용은 간호사의 부족으로 인하여 입원환자의 완벽한 관리가 시행이 되지 못하기 때문에 발생하는 것으로 볼 수 있다. 간호사의 부족을 환자의 가족들이 담당하면서 비용을 부담하고 있는 것이다. 그리고 직접 지불하는 입원비와 달리, 이렇게 비공식적으로 사용하는 비용은 마치 의료비가 아닌 것처럼 생각할 수도 있지만, 결국은 모두 가계에서 지출이 되는 의료와 관계된 비용이다. 비공식적으로 사용하는 비용을 공식적 비용으로 돌려 간호사를 증원함으로써 동일한 비용으로 보다 전문적인 간호를 제공할 수 있도록 하는 것이 더욱 바람직 할 수도 있다.

대상자의 51%가 평소 의료보험 이외에도 건강에 관련된 사보험에 가입하여 월평균 5만원이상의 보험료를 내고 있는데 이것은 환자의 입원으로 인해 지출되는 의료비부담이 크기 때문에 평소에 준비를 하고 있는 것이라 해석할 수 있다.

그리고 전체 대상자의 25%가 수첩의 뒷부분에 건의사항 및 요구사항을 기록하였으며 그 내용을 분류해 보면 정맥주사용 줄, 헤파린 캡, 소변 백 등의 의료비품이 의료보험에서 지원이 되지 않아 일일이 보호자가 따로 사오도록 되어 있었으며 이것은 큰 액수의 비용 지출은 아니어도 환자 및 보호자에게 불편을 주고 있었고 이러한 일들이 보호자가 병원에 상주하도록 하는 요인이 되고 있었다.

또한 여러 대상자가 병원 내 공동 생활의 어려움을 호소했는데 환경의 위생문제와 소음 문제를 들었으며, 또 그와 관련해서 보호자가 상주하여 간호하는데 있어서 공간이 협소하고 불편하다고 했으며, 보호자 간호 부담, 보호자 식사비 불만 등을 호소했다. 이는 현 우리 나라 병원의 경우 대부분이 환자 한 사람 당 1인 이상의 보호자가 상주하고 있으므로 6인용 병실의 경우에는 두 배의 인원인 12명이 공동 생활을 하고 있으므로 매우 불편하고 어려움이 있는 것이 당연한 결과라 할 수 있다. 또 보호자가 상주하기에는 병원시설에 문제가 있고, 불편한 잠자리로 인한 보호자의 신체적 불편감, 수면부족, 건강상태 악화 등 또 다른 가족의 건강문제까지 야기하고 있다.

또한 전문적인 교육을 받은 간호사 대신에 교육을 충분히 받지 않은 가족이나 간병인과 같은 비전문인이 많은 부분의 의료행위를 담당하고 있어 의료사고나 병원감염이 증가될 우려도 있다.

의료인의 태도에 대해서는 친절함에 만족하는 경우와 불친절하다는 내용의 기록도 있었으며, 특별히 간호사가 너무 바쁘고 간호사수가 부족하여 요구사항이 있어도 참게 된다는 내용도 여러 명 있었다.

그리고 대상자들은 비용에 대해서도 불만을 호소하였는데

환자를 간호해야하는 보호자가 병실에 있는 TV를 시청하기 위해 동전을 바꾸어 준비해야하는 번거로움도 있고 또 시간당 투여되는 비용도 많아서 부담을 느끼고 있었으며 퇴원 시에 지불하게 되는 입원 치료비에 대한 불만보다는 입원 중에 따로 지불하게 되는 검사비와 비공식적 의료비 부담에 대해서 불만을 호소했다.

이러한 자료를 기초로 해서 앞으로 의료비용에 대한 분석, 국민 의료비 부담 등에 대한 연구와 함께 개개인이 비공식적으로 부담해야하는 비공식적 의료비에 대한 연구도 활발히 이루어져 대상자에게 질적인 간호를 제공함과 동시에 재정적인 의료비의 부담도 덜어주어야 할 것이다.

1. 연구의 제한점

1) 공식적 의료비는 보험부담 + 개인부담으로 되어 있으나 본 연구에서는 환자가 병원에 지불한(본인 부담) 액수만을 자료로 하였다.
2) 비공식적 의료비는 입원으로 인해 생산량 감소, 소득 손실, 학교결석, 결근 등이 포함되지만 본 연구에서는 환자와 보호자가 지출한 비용에 초점을 두었다.
3) 일개 대학병원에 국한된 연구이며 자료수집상 정신과, 중환자실, 신경외과 등 장기 입원환자가 있는 병동은 제외시켰으므로 자료를 확대 해석하는 데에는 무리가 따를 것이다.
4) 보호자 비용 산출을 2000년도 우리 나라 근로자의 최저 임금인 시간당 1600원 1일 12800원(8시간)을 기준으로 하였으므로 이 기준 적용의 타당성 여부가 문제시 될 수 있다.

2. 연구의 기대효과 및 활용방안

1) 비공식적 의료비를 산출하여 그 내역을 파악하고 분류하여 입원환자에게는 어느 정도 예상 비용을 미리 알려줌으로써 준비를 하게 하는 효과가 있을 것이다. 그리고 사회에 대해서는 공식적으로는 집계가 되지 않지만, 실제로는 부담을 해 왔던 의료비를 확인하는 효과가 있을 것이다.
2) 가족구성원이 간호를 할 수 없는 경우에는 비용을 지불하는 간병인을 쓰게 되는데, 그 비용이 매우 크면서도 전문적인 간호를 받지 못하고 있다. 여기에 지불되는 비용을 간호인력 확충에 사용을 하면 더 효율적일 지 여부를 검증해 보는 기초자료가 될 것으로 본다.
3) 가계에서 부담하는 비공식적 의료비의 일부는 공식화 할 수 있는, 즉 사회가 공적으로(의료보험) 부담해야 하는 비용일 것이다. 이 부분에 대한 기초자료가 될 수 있을 것이다.
4) 입원환자의 몇 가지 흔한 질병들에 관한 데이터를 확보한 다음에, 다른 질병들 및 외래환자의 경우에까지 연구 범위를 확대 할 수 있을 것이다

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 입원환자들에게 입원비이외에 비공식적으로 발생하는 부대비용에 관하여 알아보고자 2000년 6월 29일부터 2000년 8월 10일 까지 충남에 소재한 대학병원에 입원해 있는 환자 104명의 본인 부담의 의료비를 조사 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1) 전체 환자의 96.1%가 보호자가 상주하여 간호를 하고 있었고, 환자의 입원으로 인해 가족이 휴가를 받거나 휴직을 한 경우도 38.8%였으며 평균 휴가, 휴직일 수는 7.5일이었다.
2) 환자 1인당 입원기간 중 비공식적 의료비 지출은 최저 14,330원부터 최고 1,594,870원이며 평균 204,467원이었다. 그리고 본인 부담의 평균 입원 치료비는 1,061,807원이었다. 또 본인부담의 입원치료비(퇴원비, 공식적인 의료비)에 대한 비공식적 의료비의 비율은 0.327이었다.
3) 비공식적 의료비에 영향하는 요인은 집에서 병원까지의 소요시간이 오래 걸리는 환자인 경우에는($p=0.018$) 비공식적 의료비 지출이 커지며, 입원기간이 1일 증가함에 따라 비공식적으로 지출되는 비용 18,352원씩 늘어나는 것으로 나타났다($p=0.0001$).
4) 환자 1인당 평균 비공식적 의료비의 내역은 간호비용(126,720원), 식사비(86924원), 교통비 (77648원), 생활 필수품비 18789원, 비보험 치료 및 검사비(17289원), 의료비품 구입비 (15280원), 문병객 접대비(14757원), TV시청 비용(8247원), 기타(7582원) 등이다.

입원 환자의 비공식적 의료비는 환자의 일반적 특성이나 입원 치료에 관련된 요인인 진료과, 특진신청, 수술여부, 병실 종류 등에 관계없이 공통적으로 모든 환자에게서 지출이 되고 있으므로 국민의료비의 주요 구성요소로서 구체화되어 가계의 부담을 줄이는 방향으로 정책이 마련되어야 할 것이다.

그리고 특히 우리 나라의 경우엔 가족중심의 문화와 간호사 인력부족으로 인해 거의 모든 환자의 경우 보호자가 상주하여 간호하고 있고, 이로 인해 발생되는 비공식적 의료비 지출이 더욱 큰 것을 볼 수 있는데 이는 인구구조와 질병 구조가 바뀌고 국민의 권리의식이 높아지고 있는 현 상황으로 볼 때 하루 빨리 개선되어야 할 것으로 사료된다.

2. 제 언

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 간병인의 도움을 받는 환자의 경우에는 이러한 비공식적 의료비의 비용이 매우 클 것으로 생각되나 비용을 지출하는 보호자를 만날 수 없어 자료를 얻을 수 없었다. 그러므로 간병인을 고용해야만 하는 환자의 경우 비공식적 의료비 지출이 어떻게 달라지며 그에 대한 부담 정도를 알아보는 연구가 되어야 할 것으로 본다.
2) 입원기간이 길어짐에 따라 비공식적 의료비가 증가하는 것으로 조사되었는데 본 조사는 중환자실과 입원기간이 길어지는 정형외과, 신경외과 환자, 정신과, 중환자실의 경우는 제외되었으므로 이들을 위한 연구가 필요하다.
3) 간호인력이 더 충원되어지면 이러한 부대비용을 얼마만큼 줄일 수 있는지에 대한 연구가 필요하다.
4) 입원환자는 퇴원 후에도 집에서 보호자의 간호를 받아야 하는 경우가 대부분이다. 그런 면에서 환자가 입원치료를 받고 있는 동안에 상주해서 간호를 하고 있는 보호자를 대상으로 적절한 교육이 이루어지면 환자의 재입원률을 줄이는 등 환자간호에 유익한 결과를 가져올 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

강선주. 공유관리와 간호단위 문화에 대한 조사, 간호행정학회지, 2(1), 17- 34

김미(1989). 의료보험 건당진료비 증가에 영향을 미치는 요인분석, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문

김석범, 강복수(1989). 대구시민의 의료기관 이용률과 연관요인. 예방의학회지 22(10): 29-44

김윤미. 공.교의료보험적용대상자의 의료이용실태에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문,1991

김을순(1996). 종합병원 마케팅 전략에 대한 평가, 간호행정학회지 2(1), 141-150

김한중, 전기홍(1989). 의료비 상승요인 분석. 예방의학회지 22(4) : 542-543

대한 간호협회(1998). 경제위기하에서의 간호인력 정책 방향과 과제. 간호인력정책에 관한 토론회

배상수(1985). 의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석. 예방의학회지 18(1): 13-24

명재일(1995). 한국의 국민의료비 추계결과: 1985-1992, 보건경제연구, 1권

문정순(1988). 종합병원 입원환자의 의료비 지출 관련 요인분석 , 한국역학회지 10(2)

박정호외(1993). 환자분류에 의한 일개 2차 의료기관의 간호업무량 조사, 간호행정학회지 1(1) p132-146

삼성의료원 간호부(1994). 보호자 없는 병원운영에 따른 간호요구도 조사.

서울대학교 의료관리학교실(1996). 의료비의 최근 추세와 전망, 서울 :한울출판사.

서울대학교 의과대학 의료관리학교실(1997). 보건의료기술의 유효성, 안정성 및 비용 효율성 판정에 관한 연구

성영희(1999). 공급자 중심의 간호사 비용에 의한 간호비 상환, 간호행정학회춘계학술세미나

송미숙(1993). 간호관련인력별 직무표준 설정에 관한 연구, 간호행정학회지, 1(2) 223- 245

송미숙(1999). (환자분류체계에 의한) 소비자 중심의 간호비 상환, 간호행정학회 춘계학술세미나

신종각, 임재영, 강성호(1997), 국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계, 한국보건사회연구원 정책연구자료

알란 L. 솔킨(1985). 의료경제학, 홍성사

양명생(1989). 전국민 의료보험과 보험급여 개선방안. 대한병원협회지. 18(9) 36-45

앤드류 크리스. 데이비드 파커, 경제적인 지역보건을 위한 알기 쉬운 비용분석, 눌원 보건문고 13, 한울

우영국(1987). 의료보험 고액진료비 증가추세에 대한 요인 분석, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문

유동근(1996).의료서비스 마케팅을 위한 품질지각과 만족에 관한 연구, 간호행정학회지, 2(1), 97-114

유승흠, 이용호, 조우현 등(1986). 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 19(1) : 137-145

유승흠(1991). 의료수요자와 의료공급자의 비용절감의식고취를 통한 의료비절감방안. 의료보험관리공단

이규식(1986). 국민의료비 증가와 그 억제책. 인구보건논집

이규식(1988). 국민의료비 증가억제 방안. 의료보험 98 : 58-64

이종길(1988). 병원에서의 비용절감방안. 대한 병원협회지 17(4) , 4-7

이향택, 김종인(1991). 우리나라 의료보험에 관한 연구- 본인부담제와 의료이용의 관계를 중심으로. 대한병원협회지, 20(1, 2), 4-13

임영이(1998). 병원 간호인력의 간호 활동량에 관한 연구, 간호행정학회지 4(1), p73-88

전기홍(1990). 의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래이용변화. 연세대학원 보건학과.

정면숙(1995). 간호서비스의 마케팅을 위한 이미지 연구, 간호행정학회지 1(1) p22-34

정영호, 강성호 (1996). 국민의료비 추계와 지출구조분석, 한국보건사회연구원 정책연구자료

지성애외(1998). 질적 간호에 대한 환자와 가족의 지각, 간호행정학회지 4(1), 247- 275

최영택(1985). 일부 지역사회주민의 의료행태에 관한 연구. 고려대학교 대학원. 석사학위논문

Bamezai A. Zwanziger J. Melnick GA. Mann JM.(1999), Price competition and hospital Cost growth in the United States(1989-1994). Health Economics. 8(3): 233-43, May.

Catherine Ward-Griffin, Patricia McKeever (2000), Relationship between Nurse and Family Caregivers : Partner in Care? Adv. Nurs Sci ; 22(3) 89-103

Chernew ME. Hirth RA. Sonnad SS. Ermann R. Fendrick AM.(1998), Managed care, medical technology, and health care cost growth : a review of the evidence. [Review] [65refs] Medical Care Research & Review. 55(3) :259- 88: discussion 289-97, Sep.

Danis M. Mutran E. Garrett JM. Stearns SC. Slifkin RT. Hanson L. Williams JF. Churchill LR.(1996), A prospective study of the impact of patient preferences on life-sustaining treatment and hospital cost. Critical Care medicine. 24(11): 1811-7, Nov. consensus

Diana B. Petitti(1994), Meta-Analysis, Decision Analysis, and Cost-Effectiveness Analysis, New York Oxford University Press

Donavedian, A.(1984) Quality, Cost, and cost containment. Nursing Outlook, 32(3) 142-145

Donovan, M.J., & Lewis, G. (1987). Cost of nursing services : Are the assumptions valid ?. Nursing Administration Quarterly, 12(1), 1-6

Fiedler JL. Wight JB. Schmidt RM.(1999), Risk adjustment and hospital cost- based resource allocation, with an application to EL Salvador. Social Science & Medicine. 48(2): 197-212, Jan.

Frances Hoffman(1988), Nursing Productivity Assessment and Costing out Nursing Services, J.B. Lippincott company

Gaskin DJ. Hadley J.(1997), The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation,1985-1993. Inquiry. 34(3) : 205-16. Fall.(27ref)

Goold SD.(1996), Allocating health care : cost-utility analysis, informed democratic decision making, or the veil of ignorance? [Review] [41 ref] Journal of Health Politics, Policy & Law. 21(1): 69-98, Spring.

Lanzalotti JA(1996). Solving the American health care cost crisis. Journal of the Medical Association of Georgia 85(1) 15-8, Jan.

Leslie DL. Rosenheck R(1999). Shifting to outpatient care? Mental health care use and cost under private insurance. American Journal of Psychiatry. 156(8): 1250-7, Aug.

Linna M(1998). Measuring hospital cost efficiency with panel data models. Health Economics. 7(5): 415-27, Aug.

McClure ML(1991). Nursing and hospital cost containment. Journal of professional nursing. 7(1): 4, Jan-Feb. (1 ref)

Michael FD. Bernie JO. Greg LS. George WT.(1997), Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (2nd ed), oxford university press.

Olmstead D(1999). Health care cost crisis in pennsylvania: where are the physicians? Pennsylvania Medicine. 102(6): 7-8, Jun.

Roos NP. Brownell M. Shapiro E. Roos LL(1998). Good news about difficult decisions: the Canadian approach to hospital cost control. Health Affairs. 17(5): 239-46, Sep-Oct.

Sirio CA. Jones J(1996). Evaluating outcomes in cardiac care and developing consensus for action :the Pennsylvania Health Care Cost Containment Council experience.

American Journal of Medical Quality. 11(1) : S30-4 , Spring.

Sirio CA. Sessa E. McGee JL(1996). Pennsylvania Health Care Cost Containment Council the role of a state health care agency in an evolving health care market. American Journal of Medical Quality. 11(1) : S82-5, Spring.

St Leger MF(1997). Rationing health care. Cost effectiveness should not be the only criterion in deciding on treatment [letter;comment]. BMJ. 314(7098): 1901, Jun 28.

Taylor DH Jr. Whellan DJ. Sloan FA(1999). Effects of admission to a teaching hospital on the cost and quality of care for medicare beneficiaries[see comments]. New England Journal of Medicine. 340(4):293-9, Jan 28.

Wilson L. Prescott PA. Aleksandrowicz L.(1988), Nursing : a major hospital cost component. Health Services Research. 22(6): 773-96, Feb.(56ref)

Wickizer TM. Lessler D. Boyd-Wickizer J.(1999), Effects of health care cost-containment programs on patterns of care and readmissions among children and adolescents. American Journal of Public Health. 89(9): 1353-8, Sep.

-Abstract-

A Study on the Informal Cost Burden of the Patients Admitted to the Hospital

*Han, Mi Hyun**

To estimate total burden of hospital admission over patient of family, we need to know the unofficial private expenses in addition to explicit hospital admission fees. This study was conducted from June 29, 2,000 to August 10, 2,000. Subjects were 104 patient at university hospital located at chungnam province. After thorough explanation of purpose and procedures, notebooks are given to each patient or guardian. They are requested to recorded all relevant expenditures occurred during hospital stay. Incomplete records were filled-up by direct personal contact or phones. Datas were summarized and analyzed using SAS statistical package. P-value less than 0.05 was considered significant.

The results of the study are as follows:

1. In 96.1% of the patient, guardians stayed at hospital to take care of patients. In 38.8% one of the family members get work-leave or temporary resting from job. Average date of leave was 7.5days.
2. Average informal cost burden per patient was 204,467 won (14,330 won~1,594,870 won). Average hospital cost paid by the patient was 1,061,807 won. The ratio of informal cost burden to hospital cost paid by the patient was 0.327.
3. According to the regression analysis, the relevant factors affecting informal cost burdens were distance from home to hospital(p=0.018), and duration of hospitalization(p=0.0001).
4. Informal cost burden was composed of expenses for personal expense of care giver (126, 720 won/patient), meal (86,924 won/patient), transportation (77,648 won/patient), necessaries of life (18,789 won/patient), tests and treatments not covered by insurance (17,289 won/patient), medical supplies not covered by insurance (15,280 won/patient), treat for visitors (14,757 won/patient), TV coin (8,247 won/patient), and others (7,582 won/patient).

In addition to the hospital cost paid by the patient for hospital admission, the informal cost burdens should be recognised explicitly because it is not small. Significant proportion of informal cost burden is composed of care-giver's personal expense, transportation, meal. It is suggested that some polices are to be devised and implemented enabling that this portion of informal expenses be directed to formal professional nursing care. Thus we can improve the quality of care and decrease discomfort of patient's relatives.

* hyejeon college