

1995년 실시된 도시지역조합과 농어촌지역조합의 통합 이후 나타난 변화에 관한 연구: 통합의료보험을 위한 정책제언

유 태 균*

본 연구에서는 지난 1995년 실시된 도시지역의료보험조합과 농어촌지역의료보험의 통합 이후 나타난 조합재정 및 피보험자들의 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화를 분석함으로써 지난 1998년 10월 실시된 지역의료보험과 공무원·교직원의료보험의 통합과, 더 나아가서는 오는 2000년 시행 예정에 있는 전체 의료보험통합으로 인해 나타날 수 있는 변화를 예측하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 시도했다. 분석결과, 1995년 실시된 통합이 조합의 총지출 증가율 및 보험급여비 증가율에 변화를 가져왔다고 볼만한 결과는 발견할 수는 없었다. 또한 입원 및 외래진료 수진률과 건당진료비로 정의되는 의료서비스 이용강도에 있어서도 통합에서 비롯된 것이라 볼 수 있을 만한 뚜렷한 변화는 나타나지 않았다. 반면, 1995년의 통합이 조합의 평균관리운영비 증가율을 감소시키는 결과를 가져왔음을 발견할 수 있었다. 이러한 연구 결과가 갖는 정책적 함의에 대한 논의와 함께 앞으로의 의료보험통합을 위한 몇 가지 제언을 시도하였다.

I. 서 론

지난 1998년 10월 1일을 기해 지역의료보험과 공무원·교직원의료보험이 하나로 통합된 것에 이어 오는 2000년 1월까지의 통합의 범위를 직장의료보험까지 확대하기로 함에 따라 우리나라 의료보험제도는 이제까지의 제도와는 매우 다른 통합의료보험시대를 맞이하게 되었다. 통합의료보험방식은(이하, 통합방식), 행정 및 재정적으로 분리된 다수의 조합에 의존하던 기존의 조합의료보험방식(이하, 조합방식)에 비해 사회보장제도의 중요한 목적 가운데 하나인 재분배 효과를 높일 수 있는 가능성이 더 높은 바, 통합방식으로의 전환은 국민복지의 향상을 가져올 수 있는 바람직한 제도전환이라고 하겠다.

또 어떤 정치논리에 의한 급격한 정책변화가 없는 한, 아마도 현 시점에서 가장 필요한 것은 통합방식이 가진 가능성을 '가능성' 그 자체로 머물게 하지 않고 적극 실현시킴으로써 통합방식

* 숭실대학교 사회사업학과 전임강사

으로의 전환이 자칫 엄청난 매몰비용(sunk-cost)만을 초래하는 정책이 되지 않게 하기 위한 노력이라고 하겠다. 보다 구체적으로 말하자면 '통합방식의 가능성을 가장 잘 실현할 수 있게 하기 위해서는 어떤 의료보험제도를 만들어야 하는가?'라는 질문에 대한 구체적인 답을 제시해 나아가는 노력이 이루어져야 할 것이다.1)

이러한 노력을 해 나아감에 있어서 무엇보다 중요한 것은 '통합으로 인해 나타날 수 있는 여러 가지 변화를 예측하려는 시도'이라고 하겠다. 현재 정부가 추진 중에 있는 의료보험통합정책은 기존의 의료보험조합별로 분리되어 있던 피보험자들을 하나의 보험단위(risk-pool)로 묶게 되는 커다란 변화를 의미하며, 이러한 정책은 필연적으로 기존 의료보험제도의 여러 부분에 있어서 적지 않은 변화를 가져오게 될 것이다. 이러한 변화들 가운데 어떤 것들은 단순한 변화가 아닌 '문제'로 인식될 수도 있다. 예를 들어서 지난 1998년 10월에 실시된 지역의료보험과 공·교 의료보험의 통합은 전체 적용세대 중 62.5%는 보험료 인하를, 나머지 37.5%는 보험료 인상이라는 변화를 경험하게 될 것이며, 보험료가 인상된 37.5% 중 약 121만 세대는 통합 이전에 비해 20% 이상 인상된 보험료를 부담해야 하는 변화를 경험하게 될 것이라 예상된다.2) 이와 같은 변화 또는 문제들은, 앞으로 통합방식에 적합한 새로운 의료보험제도를 만들어 나아가는 과정에서 반드시 고려되어야 할 중요한 과제들인 바,3) 보다 합리적이고 수용적인(acceptable) 의료보험제도를 만드는데 있어서 이러한 변화에 대한 정확한 예측—변화의 방향과 정도(degree)에 대한—능력은 필수적인 요건이라 하겠다.

이러한 시각에서 볼 때, 이제까지의 의료보험통합을 위한 노력이, 통합으로 인해 나타날 수 있는 여러 가지 변화를 예측하려는 실증적인 연구에 의해서 충분히 뒷받침되지 못한 상태에서 추진되어 왔다는 것은 매우 안타까운 일이라 하겠다.4) 의료보험통합을 추진함에 있어서 반드시 염두에 두어야 할 것은, 앞서 언급한 바와 같이, 통합방식으로의 전환은 매우 커다란 변화이며 따라서 적지 않은 저항(resistance)이 있을 수 있다는 점이다. 모든 정책이 그러하듯이, 통합의료보험정책의 성공여부 또한 통합에 따른 저항을 최소화시킬 수 있는 합리적이고 수용적인 의료보험제도를 만들 수 있는 능력여부에 달려 있으며, 이를 위해서는 앞서 언급한 바와 같이 통합에 따른 변화를 미리 예측하고 이에 대비하는 事前的인 노력이 무엇보다 절실하다고 하겠다.

1) 물론, 이상적으로는 이러한 노력은 지역의료보험과 공교의료보험의 통합이 이루어지기 이전에 충분한 그리고 실증적인 연구를 통해서 이루어졌어야만 했다.

2) 보건복지부, 내부자료.

3) 통합화 과정과 통합방식에 맞는 새로운 의료보험제도를 만드는 과정은 동일한 의미라고 하겠다.

4) 예를 들자면, 지난 1998년 10월 실시된 의료보험통합은, 지역의료보험가입자와 공교의료보험가입자라는, 매우 이질적인 두 종류의 피보험자들이 하나의 보험단위로 합쳐질 때 나타날지 모르는 변화를 예측해보려는 목적을 가진 단 한 건의 시범사업도 없이 단 시일 내에 이루어졌다. 이는 조합방식으로부터 통합방식으로의 전환이 여러 가지 측면에서 볼 때 바람직한 방향전환이기는 하지만 그러한 방향 전환이 정치논리에 의존하여 너무 급진적으로 이루어졌음을 보여주는 좋은 예라고 하겠다.

이러한 인식을 바탕으로, 본 연구는 앞으로 실시될 의료보험통합에 따른 변화를 예측하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다. 의료보험의 통합은 기존의 보험조합의 개념이 더 이상 존재하지 않는 하나의 확대된 보험단위로의 전환을 의미한다. 예컨대, 지난 1998년 실시된 지역의료보험과 공·교의료보험의 통합은 이전까지 존재하던 평균 약 10만명 규모의 227개 조합과 공·교의료보험을 하나의 보험단위로 통합하여 하나의 巨大保險單位를 만들었다. 이와 같은 대대적인 보험단위의 확대는 향후 적지 않은 변화를 불러일으킬 것으로 예상되는데, 이러한 변화들을 예측하고자 노력함에 있어서 본 연구자는 '통합의 결과, 기존의 보험단위를 통합하여 만든 새로운 보험단위는, 기존의 보험단위들의 단순한 승과 다른 파라미터(parameter)를 가질 수도 있다'는 가능성을 연구의 기본적인 출발점으로 삼았다. 이러한 가능성은, 과거 조합방식 하에서 약 10만명을 하나의 단위로 했을 때 나타났던 피보험자들간의 상호작용과 이제, 무려 천만명이 넘는 규모를 가진 보험단위에서 나타나게 될 상호작용은 여러 가지 차원에서 다를 수 있다는 논리에 근거한다.⁵⁾

이러한 가능성을 바탕으로 본 연구에서는 의료보험통합에 따른 변화를 예측하고자 시도하였으며 특히 '통합이 조합재정과 피보험자들의 의료서비스 이용강도⁶⁾에 어떤 변화를 가져올 것인가?'라는 연구질문에 주안점을 두었다. 일반적으로 의료서비스 이용강도는 주로 이용자들의 인구학적 특성이나 비용의 변화에 의해서 영향을 받는 것으로 알려져 있기 때문에 통합에 따른 보험단위의 변화에 의해서는 아무런 영향을 받지 않을 것이라 생각할 수 있다. 그러나 만일 이러한 예상과 달리 보험단위의 규모에 있어서의 변화가 피보험자의 의료서비스 이용에 어떤 영향을 미친다면, 이는 아마도 의료보험통합을 위한 노력에 있어서 중요한 변수로 작용하게 될 것이

5) 의료보험조합의 통합은 기존의 보험단위의 구성원들의 인구, 사회 및 경제적 특성 모두에 있어서의 변화를 의미한다. 예를 들어서 인구학적 특성으로는 연령별 인구수 및 성비(性比)의 변화를 생각할 수 있으며, 사회적인 특성의 변화로는 구성원의 교육수준이나 직종(職種)의 변화를 생각할 수 있고 경제적인 특성으로는 구성원의 소득수준의 변화를 꼽을 수 있다. 중요한 것은 이러한 특성들의 변화는 피보험자의 의료서비스 이용수준 및 패턴에 변화를 가져올 수 있으며 (Feldstein, 1988 pp. 76-109) 궁극적으로는 조합재정에 변화를 가져올 수 있다는 점이다. 뿐만 아니라 통합은 조합규모의 확대를 가져옴에 따라 조합의 관리운영비에 변화를 가져올 수 있다. 이러한 주장은 양봉민(1998), 유태균(1998) 등의 연구에서 근거를 찾아볼 수 있다. 또한 만일 통합에 따른 위험분산수준의 변화가 보험료 수준의 변화로 이어진다면 자칫 의료서비스 이용에 있어서 도덕적 해이(moral hazard) 현상을 불러일으킬 가능성을 배제할 수 없다. 의료보험조합의 통합은 이러한 변화들 가운데 일부 또는 전부를 초래했을 수 있으며 만일 그렇다면 그러한 변화들은 의료서비스 이용이나 조합재정에 있어서의 변화를 가져왔을 수 있다. 이러한 가능성을 고려해 볼 때, 과연 의료보험조합이 통합됨에 따라 나타나게 되는 앞서 언급한 여러 가지 변화들이 실제로 의료서비스 이용 및 조합재정에 어떤 변화를 가져왔는지, 만일 변화를 가져왔다면 그 정도는 단순히 통합 이전의 보험단위의 합에 불고한 것이 아니라 그 이상 또는 그 이하의 것인지를 연구해 볼 필요가 있다.

6) 의료서비스 이용강도란 피보험자 일인당 의료서비스 이용횟수를 나타내는 수진률과 이용한 의료서비스 1건당 비용을 나타내는 건당진료비로 정의한다.

다. 예를 들어서 A와 B라는 두 개의 보험단위를 통합하여 C라는 새로운 보험단위를 만들더라도 피보험자들의 의료서비스 이용강도에 아무런 변화가 없다면 보험단위 C가 필요로 하는 의료서비스의 총량은 통합 이전에 A와 B 각각에서 이용되던 의료서비스의 양을 합한 것과 다르지 않을 것이다. 이 경우, 의료보험통합에 있어서의 주된 과제는 통합 이전과 동일한 양의 재원을 마련하되, 그 방식에 있어서 보다 정의로운 소득계층간 재정부담의 분배가 이루어질 수 있도록 새로운 분배기준을 모색하는 것이라고 할 수 있다. 그러나 만일 보험단위의 규모가 변함에 따라 피보험자들의 의료서비스 이용강도가 변한다면, C에서 이용하게 될 의료서비스의 양은 A와 B 각각에서 이용되던 의료서비스의 양의 합(合)과 같지 않을 수 있다. 만일 그렇다면, 새로운 분배 기준 모색과 더불어 增加分 만큼의 의료서비스를 —이용강도가 증가한다고 가정한다면— 생산하는데 필요한 추가재원 마련이 의료보험통합을 위해 해결해야 할 또 하나의 과제가 될 것이다. 물론, 통합으로 인해 나타나게 될 변화는 통합부터 이루고 난 이후에 생각해 볼 수도 있다.⁷⁾ 그러나 그렇게 생각하기에는 의료보험제도가 국민들의 복지에 너무도 큰 영향을 미치는 제도라는 점을 다시 한 번 생각해 볼 필요가 있다.

이러한 인식을 바탕으로, 본 연구가 목적하는 바는, 일단 통합의료보험제도를 만들고 난 이후에 나타나는 제도상의 문제점들을 보완해 나아가는데 필요한 事後的 지식을 제공하는 것이 아니라, 앞으로 본격화 될 의료보험통합에 대비한 보다 나은 통합의료보험제도를 만드는데 필요한 事前的 지식을 제공하는 것이다. 이러한 목적을 위한 구체적인 노력으로서 본 연구에서는 의료보험통합으로 인한 보험단위의 확대에 따른 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화를 예측하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

통합에 따른 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화를 예측하기 위해서는 통합 이전과 이후의 피보험자들의 의료서비스 이용에 관한 자료를 비교하는 연구가 필요하다. 그러나 이러한 연구는 현재로서는 불가능하다. 이는, 지난 1998년 10월 1일을 기하여 지역의료보험과 공·교의료보험이 통합되기는 하였으나 통합 이후 현재까지 불과 3개월 밖에 시일이 경과하지 않았기 때문에 통합 이후 의료서비스 이용에 있어서의 변화를 관찰할 수 있는 자료가 아직까지는 충분하지 않기 때문이다. 또한, 엄밀하게 말하자면 통합 이전과 이후의 의료서비스 이용강도를 비교하는 연

7) 1998년 12월, 본 연구자와 보건복지부 고위관계자와의 대화에 따르면 현재, 의료보험통합의 주무부처인 보건복지부는 이와 같은 假定 하에서 의료보험통합을 추진 중에 있는 것으로 보인다.

구는 변화를 예측하기 위한 연구라고 하기보다는 변화에 대한 事後的 術을 위한 연구라고 하겠다.

이와 같은 이유에서 의료보험통합 이후 의료서비스 이용에 관한 자료를 구할 수 없는 바, 본 연구에서는 지난 1995년 행정구역개편에 따라 도시지역조합과 농어촌지역조합을 통합하여 만든 39개 도·농복합형 시조합에 관한 자료를 사용하여 보험조합 통합에 따른 피보험자들의 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화를 분석하였으며, 이러한 분석을 통해 얻어진 결과를 토대로 의료보험통합에 따라 나타날 수 있는 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화를 예측하고자 시도하였다.

도·농복합형 시지역조합(이하, 도·농복합조합)은 1995년에 실시된 행정구역개편으로 인하여 1995년 이전까지 존재하던 지역의료보험조합 가운데 40개 시지역조합과 38개 군지역조합을 통합하여 만들어졌다. 1995년의 도·농복합조합으로의 통합은 지난 1998년 10월 실시된 의료보험통합과 매우 유사한 상황이라고 볼 수 있다. 그 이유는 첫째, 지난 1995년 통합에서는 도시지역가입자와 농어촌지역가입자를, 그리고 1998년 통합에서는 지역의료보험가입자와 공·교의료보험가입자라는 매우 이질적인 두 종류의 피보험자가 하나의 보험단위로 합쳤다는 공통점이 있고, 두 번째로는 1995년과 1998년의 두 경우 모두 통합으로 인하여 보험단위의 규모가 증가했다는 공통점을 가지고 있다. 이와 같은 유사점들에 근거하여 본 연구에서는 1995년 통합 이후 도·농복합조합에서 나타난 변화에 대한 분석을 토대로 최근의 의료보험통합 이후 앞으로 나타나게 될 변화를 예측하고자 시도하였다. 본 연구에서는 사용한 연구방법은 다음과 같다.⁸⁾

(1) 지역의료보험조합을 시지역조합, 군지역조합, 도·농복합조합('92-'94) 및 도·농복합조합으로 구분하였다. 통합으로 인해 도·농복합조합에 어떤 변화가 나타났는지를 알아보기 위해서는 통합 이전과 이후의 도·농복합조합 자료를 비교해야하나 도·농복합조합은 1995년 통합 결과 만들어진 조합이므로 1995년 이전의 자료는 존재하지 않는다. 이 문제를 해결하기 위해서, 각각의 도·농복합조합은 시지역조합과 군지역조합 1개씩을 합쳐 만든 조합인 바, 각각의 도·농복합조합을 구성하고 있는 각각의 시지역조합과 군지역조합 變에 관한 자료를 습하

8) 굳이 종류를 밝히자면 본 연구에서는 사전사후비교집단연구설계와 가속선연구방법(acceleration line)을 사용하였다.

	1993	1994	1995	1996	1997
A :	Δ_{A1}	Δ_{A2}	\blacktriangle_{A3}	Δ_{A4}	Δ_{A5}
B :	Δ_{B1}	Δ_{B2}	\blacktriangle_{B3}	Δ_{B4}	Δ_{B5}
C(D):	Δ_{C1}	Δ_{C2}	\blacktriangle_{D4}	Δ_{D5}	Δ_{D6}

A : 시지역조합, B: 군지역조합, C: 도·농복합조합('92-'94), D: 도·농복합조합
 Δ_i : i 종류조합의 j년도의 증가율, i = A, B, C, D, j = 1, 2, 3, 4, 5.

여 1992-1994 기간에 해당하는 도·농복합조합('92-'94)를 만들었다.

(2) 1992년부터 1997년까지 6년간의 개별조합에 관한 자료를 바탕으로 1993-1997 기간동안에 해당하는 도·농복합조합, 시지역조합 및 군지역조합의 총지출 증가율, 보험급여비, 관리운영비 및 이용강도의 증가율을 구하였다. 연도별 및 조합종류별 자료비교를 통해서 1995년 이전과 이후 도·농복합조합에 어떤 변화가 나타났는지를 관찰함과 동시에 도·농복합조합에 나타난 변화와 유사한 수준의 변화가 시지역조합이나 군지역조합에서도 나타났는지를 관찰하였다. 조합종류별 증가율 비교를 위해서 ANOVA 검증, Scheffe Post-Hoc 검증 및 회귀분석을 실시하였다.

본 연구에서 사용한 자료는 1992-1997까지 총 6년간에 해당하는 지역의료보험조합에 관한 자료로서, 의료보험연합회가 발간하는 「지역의료보험결산현황」에 나타난 자료를 사용하였다. 총 6년간의 자료 가운데 1992-1994에 해당하는 자료는 130개 시지역조합과 136개 군지역조합을 포함한 총 266개 조합에 관한 자료이며, 1995-1997까지는 39개 도·농복합조합을 포함한 130개 시지역조합과 97개 군지역조합을 합한 227개 조합에 관한 자료를 사용하였다. 「지역의료보험결산현황」에는 조합별 일반현황, 재정결산 및 진료형태별 이용현황 등에 관한 자료가 수록되어 있으며, 그 가운데 본 연구에서 사용한 자료는 <표 1>과 같다.

<표 1> 분석에 사용된 변수명 및 변수내용

변 수	내 용
총지출	전년도 대비 피보험자 1인당 총지출 증가율
보험급여비	전년도 대비 피보험자 1인당 보험급여비 증가율
관리운영비	전년도 대비 피보험자 1인당 관리운영비 증가율
연평균피보험자수	전년도 대비 연평균피보험자수 증가율
입원수진률	전년도 대비 입원 수진률(입원건수÷피보험자수) 증가율
입원건당진료비	전년도 대비 입원 건당진료비 (입원진료비÷피보험자수) 증가율
외래수진률	전년도 대비 외래 수진률(외래건수÷피보험자수) 증가율
외래건당진료비	전년도 대비 외래 건당진료비 (외래진료비÷피보험자수) 증가율

III. 연구결과 및 논의

1995년 실시된 통합에 따른 조합의 총지출, 보험급여비 및 관리운영비에 있어서의 변화와 피보험자들의 의료서비스 이용강도의 변화를 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 통합 이후의 총지출 증가율, 보험급여비 증가율 및 관리운영비 증가율의 변화

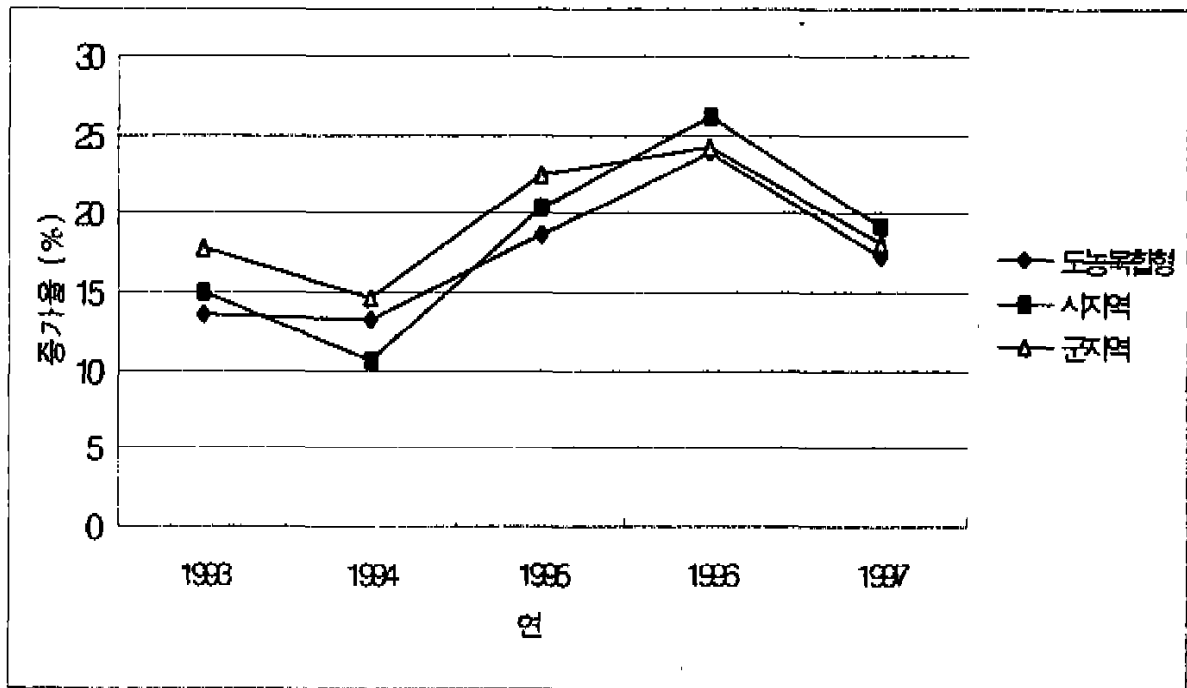
1) 총지출 증가율의 변화

통합이 실시되었던 1995년을 기준으로 통합 이전과 이후의 조합종류별 총지출 변화를 살펴본 결과, <표 2>에 나타난 바와 같이 1995년 도·농복합조합의 총지출은 1994년에 비해 약 18.72% 증가함으로써 통합 이전 연도들과 비교해 볼 때 증가율이 매우 높아진 것으로 나타났다. 그러나 이와 유사한 수준의 총지출 증가율을 시지역조합이나 군지역조합의 경우에서도 찾아 볼 수 있는 바, 1995년의 높은 총지출 증가는 도·농복합조합에만 해당되는 것이라 하기보다는 다른 지역조합에 있어서도 공통적으로 나타나는 현상임을 알 수 있다. 조합종류별 총지출 증가율을 보다 자세히 살펴보면, 1995년 도·농복합조합의 총지출 증가율이 시지역조합과는 유사한 수준이었으나 군지역조합에 비해서는 낮았음을 알 수 있다 ($F=5.862, p < .01$).⁹⁾ 따라서 통합이 있던 해 총지출 증가율은 조합종류에 상관없이 공통적으로 증가하기는 하였으나 도·농복합조합의 증가율이 통합이 없었던 다른 지역조합들 (이하 비통합지역조합)에 비해 상대적으로 낮았다. 그러나 1995년 이후 조합종류별 총지출 증가율에 있어서 유의미한 차이는 더 이상 나타나지 않았다. 이러한 결과를 통해서 볼 때, 도·농복합조합의 총지출 증가율은 통합이 이루어졌던 1995년 비통합지역조합에 비해 상대적으로 낮았다는 것을 알 수 있다.

<표 2> 조합종류별 총지출 증가율: 1993 - 1997 (단위 : %)

		도·농복합조합	시지역조합	군지역조합
1993	Mean(Median)	13.54(14.25)	14.99(15.51)	17.87(17.42)
	Var.(Std.)	33.48(5.79)	23.43(4.84)	35.84(5.99)
	Min. Max.	-11.48 ~ 23.11	-3.81 ~ 31.11	-2.92 ~ 40.72
1994	Mean(Median)	13.22(12.32)	10.70(10.60)	14.71(14.73)
	Var.(Std.)	16.28(4.03)	16.93(4.12)	31.20(5.59)
	Min. Max.	7.58 ~ 27.03	-9.68 ~ 20.90	1.90 ~ 30.49
1995	Mean(Median)	18.72(18.78)	20.38(20.17)	22.53(22.67)
	Var.(Std.)	23.11(4.81)	23.10(4.81)	59.01(7.68)
	Min. Max.	9.68 ~ 30.06	10.26 ~ 35.77	-22.06 ~ 47.39
1996	Mean(Median)	23.83(24.24)	26.19(26.36)	24.29(26.07)
	Var.(Std.)	13.24(3.64)	20.28(4.50)	125.31(11.19)
	Min. Max.	17.08 ~ 30.94	13.93 ~ 39.10	-30.36 ~ 36.91
1997	Mean(Median)	17.19(17.02)	19.17(18.77)	18.15(17.43)
	Var.(Std.)	18.07(4.25)	22.73(4.77)	33.71(5.81)
	Min. Max.	8.42 ~ 25.53	7.37 ~ 37.19	3.71 ~ 34.80

9) Scheffe Post-Hoc 검증결과는 紙面 제약으로 인하여 제시하지 않았다.



<그림 1> 조합종류별 총지출 증가율 변화추이: 1993-1997

2) 보험급여비 증가율의 변화

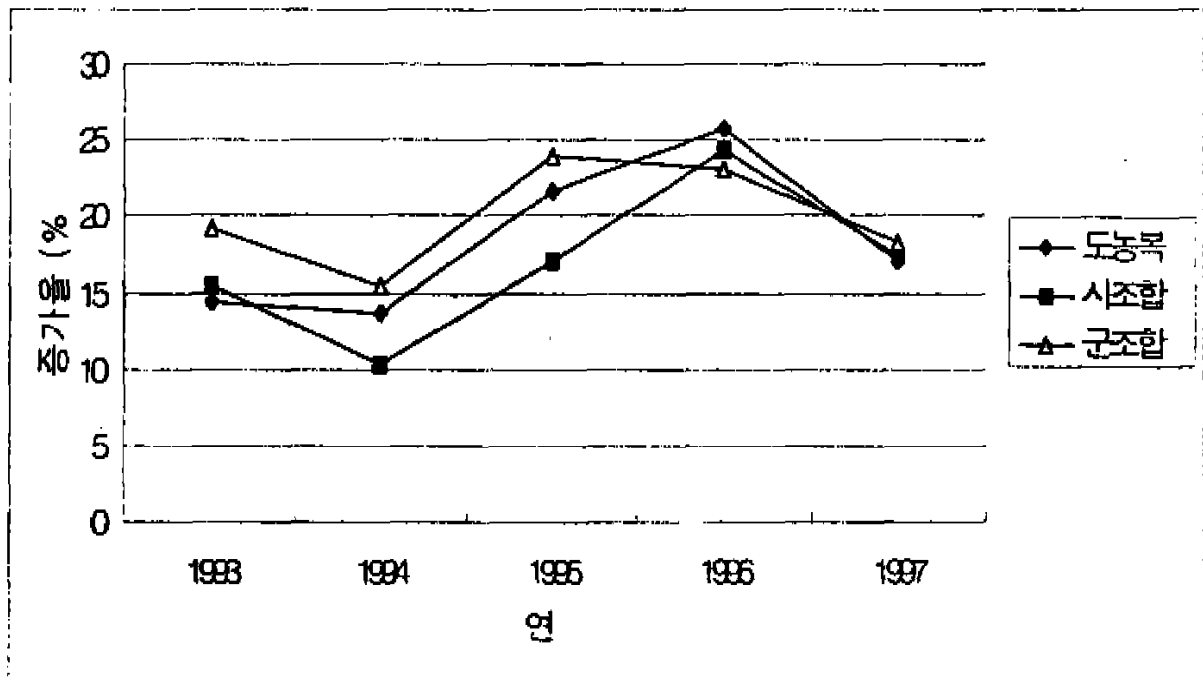
1993-1997간의 조합종류별 보험급여비 증가율을 비교한 결과, <표 3>에서 볼 수 있듯이 통합이 실시된 1995년의 경우, 도·농복합조합과 군지역조합의 보험급여비 증가율이 시지역조합의 증가율에 비해 매우 높았으나 ($F=25.217, p<.01$), 도·농복합조합과 군지역조합 간의 통계적으로 유의미한 차이는 없는 것으로 분석결과 나타났다. 따라서, 총지출의 경우와 마찬가지로 1995년부터 도·농복합조합의 보험급여비 증가율이 1995년 이전에 비해 높아지기는 했으나 이와 유사한 수준의 증가율 변화가 군지역조합에서도 관찰됨에 따라 도·농복합조합의 보험급여비 증가율의 상승이 반드시 통합으로 인하여 나타난 변화라고 보기는 힘들다고 하겠다.¹⁰⁾

도·농복합조합과 군지역조합이 시지역조합에 비해 더 높은 보험급여비 증가율을 보이는 이유 가운데 하나는 도·농복합조합과 군지역조합이 시지역조합에 비해 피보험자 가운데 농어촌 지역주민이 많기 때문이라고 볼 수 있다. 도·농복합조합의 경우, 도시지역조합과 농어촌지역조합이 통합됨에 따라 피보험자 가운데 적지 않은 수가 의료서비스에 대한 수요가 높은 농어촌 지역주민이며, 군지역조합의 경우는 거의 모든 피보험자가 농어촌지역주민이다. 아마도 군지역조

10) 1995년과 1996년의 총지출 급증은 보험급여일수 및 급여범위의 확대와 높은 수가인상률에서 기인한 현상으로 보인다. 보험급여일수는 1995년과 1996년 각각 210일과 240일로 연장되었으며, 1996년부터는 노인인구와 등록장애인에게는 급여일 수제한이 철폐되었다. 1996년 C.T.에 대해서 보험급여가 적용되기 시작했다. 또한, 1996년, 수가인상률은 11.8%에 달했다.

<표 3> 조합종류별 보험급여비 증가율: 1993 - 1997 (단위 : %)

		도·농복합조합	시지역조합	군지역조합
1993	Mean(Median)	14.41(15.05)	15.46(15.78)	19.24(18.69)
	Var.(Std.)	39.42(6.28)	23.28(4.82)	55.91(7.48)
	Min. Max.	-11.38 ~ 24.94	-6.21 ~ 26.70	-3.09 ~ 44.42
1994	Mean (Median)	13.64(13.04)	10.25(10.31)	15.49(15.35)
	Var.(Std.)	28.51(5.34)	9.59(3.10)	39.47(6.28)
	Min. Max.	6.64 ~ 33.44	2.77 ~ 17.20	1.03 ~ 32.70
1995	Mean(Median)	21.66(20.95)	17.06(17.52)	23.99(24.02)
	Var.(Std.)	36.15(6.01)	28.47(5.34)	63.74(7.98)
	Min. Max.	12.93 ~ 34.89	5.46 ~ 32.12	-20.58 ~ 41.03
1996	Mean(Median)	25.68(25.96)	24.39(24.23)	23.07(25.03)
	Var.(Std.)	23.66(4.86)	23.29(8.87)	127.26(11.28)
	Min. Max.	15.83 ~ 35.57	8.87 ~ 37.89	-32.83 ~ 39.54
1997	Mean(Median)	17.06(15.43)	17.38(16.61)	18.26(17.75)
	Var.(Std.)	28.70(5.36)	31.67(5.63)	50.67(7.12)
	Min. Max.	6.23 ~ 28.29	7.83 ~ 42.70	.08 ~ 42.05



<그림 2> 지역조합종류별 보험급여비 증가율 변화추이: 1993-1997

합이 시지역조합이나 도·농복합조합에 비해 보험급여비 증가율이 더 높은 이유 또한 여기에서 찾아 볼 수 있다고 하겠다. 그러나 농어촌지역주민의 숫자만으로는 1995년 통합이 실시된 이후 도·농복합조합과 비통합지역조합이 거의 유사한 수준의 보험급여비 증가율을 보이는 현상을 설명하기는 어렵다고 하겠다.¹¹⁾

3) 관리운영비 증가율 변화

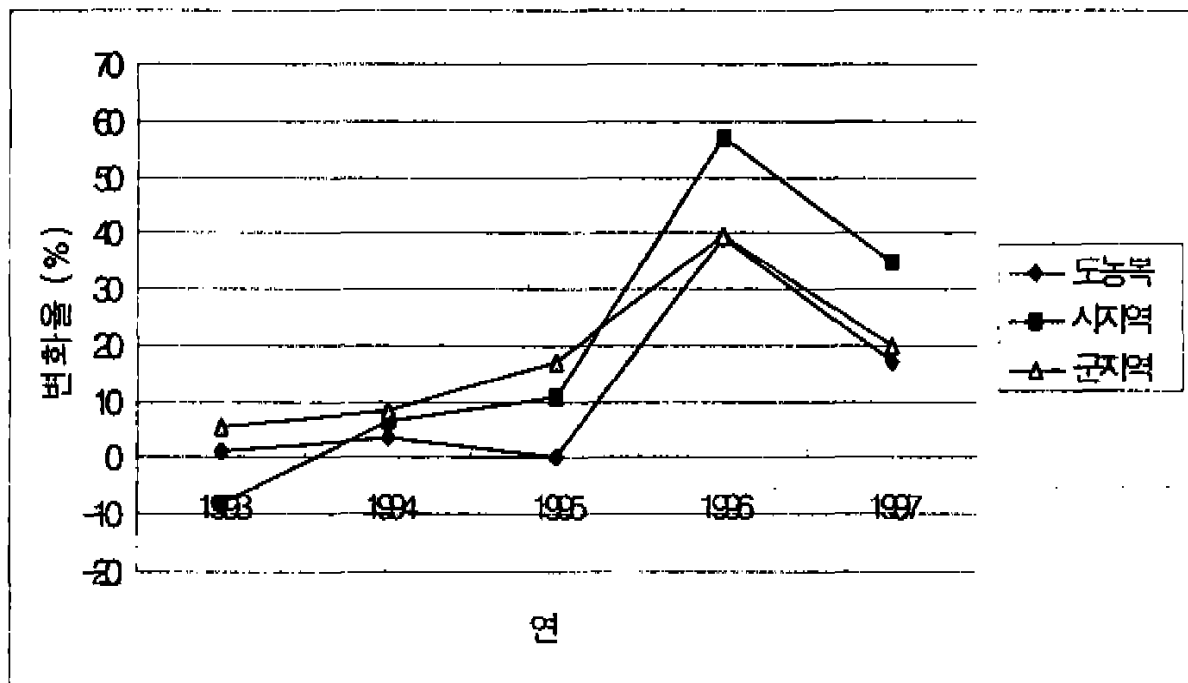
보험급여비와 함께 총지출 증가에 직접적인 영향을 미치는 관리운영비 증가율을 연도별 및 조합종류별로 살펴보았다. <표 4>에 제시된 바와 같이, 1995년 도·농복합조합의 관리운영비는 전년도에 비해 불과 .15% 증가함으로 시지역조합이나 군지역조합과는 비교가 안될 정도의 낮은 증가율을 보였다($F=21.021, p<.01$). 이같이 낮은 수준의 관리운영비 증가율은, 통합 결과 만들어진 도·농복합조합이 기존 조합규모의 약 2배에 가까운 규모를 갖게됨에 따라, 규모의 경제에 따른 관리운영비 절감효과를 거둘 수 있었기 때문이라 생각된다.¹²⁾ 이러한 짐작은, <그림 3>이 나타내 보여주는 바와 같이, 통합이 이루어졌던 1995년 뿐만이 아니라 그 이후에도 줄곧 도·농복합조합의 관리운영비 증가율이 비통합지역조합에 비해 낮은 수준에 머물러 있었다는 사실에 의해서 뒷받침된다. 이러한 점들로 미루어 보아, 1995년의 통합이 도·농복합조합의 관리운영비 증가율을 낮추는 효과를 가져왔음을 알 수 있다.

11) 앞서 언급한 바와 같이, 피보험자 가운데 농어촌지역주민의 많고 적음만으로는 설명하기 어려운 부분이 있다. 그 이유는 1993년과 1994년의 도·농복합조합('92-'94)의 피보험자는 1995년 통합으로 만들어진 도·농복합조합의 피보험자와 마찬가지로 도시지역인구와 농어촌지역인구를 포함하고 있기 때문이며, 따라서 1993년과 1994년과 달리 1995년에 나타난 높은 보험급여비 증가율이 통합과 함께 농어촌인구가 피보험자로 유입됨에 따라 나타난 것이라고 설명하기 힘들다. 조합종류별 농어촌지역주민 피보험자 수가 다르기 때문이라는 설명 또한 조합종류별 보험급여비 증가율의 차이를 어느 정도 설명할 수는 있으나 역시 1995년 통합과 더불어 도·농복합조합의 보험급여비 증가율이 높아진 이유를 설명하기에는 어려움이 있다. 자칫, 1995년의 조합종류별 보험급여비 증가율이 절대크기에 있어서는 차이가 있으나 증가율의 변화 폭에는 차이가 없으므로 1995년에 관찰된 도·농복합조합의 보험급여비 증가율 21.66%는 실제적인 증가가 아니라고 생각할 수도 있을 것이다. 그러나 서로 다른 두 해의 보험급여비 증가율을 비교함에 있어서 중요한 것은 증가율의 변화 폭이 아니라 절대크기이며, 더 나아가서는 왜 어떤 종류의 조합이 다른 종류의 조합에 비해 높(낮)은 증가율을 보이는지에 대한 원인을 규명하는 것이 가장 중요한 목적임을 인식해야 한다.

12) <표 5>에 제시된 회귀분석결과를 참조하기 바람 (p. 14).

<표 4> 조합종류별 관리운영비 증가율: 1993 - 1997 (단위 : %)

		도·농복합조합	시지역조합	군지역조합
1993	Mean (Median)	1.16(1.44)	-7.85(-8.34)	5.55(6.18)
	Var.(Std.)	74.78(8.66)	163.97(12.81)	91.19(9.55)
	Min. Max.	-13.48 ~ 21.92	-33.24 ~ 46.31	-19.42 ~ 33.52
1994	Mean (Median)	3.76(5.72)	6.61(4.15)	8.39(8.42)
	Var.(Std.)	63.50(7.97)	317.31(17.81)	75.14(8.67)
	Min. Max.	-13.75 ~ 22.76	-34.66 ~ 61.03	-14.12 ~ 32.37
1995	Mean (Median)	.15(-1.55)	10.79(10.56)	17.01(17.04)
	Var.(Std.)	97.29(9.86)	233.193(15.27)	171.52(13.10)
	Min. Max.	-19.22 ~ 30.93	-59.43 ~ 61.93	-25.26 ~ 93.92
1996	Mean (Median)	39.03(37.31)	56.88(51.32)	39.85(40.04)
	Var.(Std.)	394.02(19.85)	2753.56(52.48)	389.12(19.73)
	Min. Max.	3.56 ~ 85.17	.55 ~ 478.89	-46.34 ~ 76.14
1997	Mean (Median)	17.15(17.21)	35.06(22.48)	20.05(19.44)
	Var.(Std.)	59.73(7.73)	884.89(29.75)	59.22(7.70)
	Min. Max.	2.11 ~ 39.61	-1.38 ~ 126.66	2.03 ~ 59.95



<그림 3> 지역조합종류별 관리운영비 증가율 변화추이: 1993-1997

앞서 살펴보았던 바와 같이, 통합이 실시되었던 1995년의 도·농복합조합 총지출 증가율이 비통합지역조합에 비해 낮았다(p. 7). 이러한 현상이, 보험급여비 증가율과 관리운영비 증가율 가운데 주로 어떤 것에서 비롯된 것인지를 알아보려고 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석 결과, <표 5>에 제시된 바와 같이 1995년 도·농복합조합의 총지출 증가율이 비통합지역조합에 비해 낮았던 이유를 밝혀줄 수 있을 만한 뚜렷한 결과는 나타나지 않았다. 다만, 1995년 도·농복합조합의 경우, 총지출 증가율에 대한 보험급여비 증가율과 관리운영비 증가율간의 상대적 영향력의 차이가, 비통합지역조합에서의 보험급여비 증가율과 관리운영비 증가율간의 상대적 영향력의 차이에 비해 큰 것으로 나타났다.

<표 5> 지역조합종류별 회귀분석결과: 1993 - 1997, 종속변수: 총지출 증가율

독립변수	연도	1993		1994		1995		1996		1997	
		B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t
도·농복합	Constant	528	1.118	3.48	6.757	2.364	2.348*	3.704	2.962*	2.539	4.168**
	보험급여비 ¹⁾	.874(.949)	29.653**	.696(.921)	22.185**	.745(.932)	17.482**	.662(.885)	15.530**	.704(.888)	25.159**
	관리운영비	.106(.159)	4.403**	.112(.221)	4.992**	.115(.235)	4.358**	.008(.476)	8.307**	.154(.280)	7.039**
	피보험자수	.140(.077)	2.170*	-.103(-.063)	-1.391	.104(.063)	1.145	-.186(-.159)	-2.810**	-.000(-.040)	-.040
	F	325.64**		189.519**		112.839**		94.427**		265.422**	
	Adj.-R ²	.964		.940		.903		.881		.954	
시지역	Constant	3.307	3.007**	2.698	2.444*	9.230	8.163**	9.070	5.369**	5.803	7.602**
	보험급여비	.789(.787)	12.705**	.777(.584)	7.764**	.632(.702)	9.503**	.651(.698)	9.713**	.683(.806)	17.461**
	관리운영비	.007(.211)	3.356**	.007(.315)	4.039**	.008(.258)	3.539**	.002(.283)	3.975**	.004(.283)	5.648**
	피보험자수	.002(.026)	.405	-.009(-.133)	-1.719	-.132(-.179)	-2.366*	-.008(-.079)	-1.101	-.008(-.076)	-1.512
	F	62.553**		30.648**		39.929**		36.751**		128.076**	
	Adj.-R ²	.675		.500		.568		.544		.802	
군지역	Constant	3.109	4.825**	1.362	3.128**	532	.874	.663	1.579	1.957	2.281*
	보험급여비	.724(.904)	23.941**	.777(.873)	30.209**	.762(.792)	36.323**	.786(.792)	29.535**	.711(.872)	22.629**
	관리운영비	.150(.239)	5.261**	.155(.241)	7.682**	.219(.373)	11.290**	.130(.229)	8.527**	.145(.192)	4.713**
	피보험자수	-.001(-.008)	-.168	-.002(-.013)	-.391	-.000(-.005)	-.146	-.269(-.069)	-4.377**	-.241(-.117)	-2.816**
	F	204.111**		430.929**		830.733**		1339.109**		205.397**	
	Adj.-R ²	.864		.930		.963		.978		.871	

¹⁾ 모든 독립변수는 증가율임

* p<.05, ** p<.01

2. 통합 이후에 나타난 의료서비스 이용강도에 있어서의 변화

1995년 실시된 통합이 피보험자의 의료서비스 이용강도에 어떤 변화를 가져왔는지를 알아보기 위하여 1993-1997 기간동안의 입원 및 외래진료의 수진률 증가율과 건당진료비 증가율을 살펴보았다. <표 6>에 나타난 바와 같이, 도·농복합조합의 경우, 보험급여비 증가율이 높아지기 시작한 1995년부터 입원 및 외래 수진률 증가율 또한 급격히 높아지기 시작했으며, 이듬해인 1996년 도·농복합조합의 입원 수진률과 외래 수진률 모두가 시지역조합이나 군지역조합 보다 높았던 것으로 나타났다. 도·농복합조합의 건당진료비 또한 1995년과 1996년에 높은 증가율을 보였으며, 특히 1995년의 입원 건당진료비 증가율은 같은 해의 비통합지역조합에 비해서는 물론, 다른 어떤 해의 증가율보다도 높았던 것을 알 수 있다.

<표 6> 진료형태별 수진률 및 건당진료비 증가율: 1993 - 1997 (단위: %)

		도·농복합조합				시조합				군조합			
		입원		외래		입원		외래		입원		외래	
		수진률	건당 진료비	수진률	건당 진료비	수진률	건당 진료비	수진률	건당 진료비	수진률	건당 진료비	수진률	건당 진료비
1993	Mean (Median)	4.94 (4.37)	8.56 (9.68)	7.99 (8.71)	5.85 (5.16)	1.70 (1.60)	10.89 (10.84)	9.33 (9.14)	6.26 (6.12)	6.14 (5.14)	11.71 (10.76)	13.44 (13.03)	5.83 (5.94)
	Var. (st.d.)	34.89 (5.91)	33.9 (5.83)	48.12 (6.94)	12.88 (3.59)	27.56 (5.25)	20.64 (4.54)	19.02 (23.96)	12.58 (3.55)	104.69 (10.23)	85.32 (9.24)	66.78 (8.17)	19.62 (4.43)
	Min. ~Max.	-6.63 ~19.35	-8.33 ~19.6	-25.673 ~19.99	-1.18 ~21.46	-22.74 ~15.37	-1.19 ~20.79	-1.5 ~23.96	-2.4 ~33.98	-28.14 ~51.12	-6.25 ~56.19	-10.48 ~35.14	-6.90 ~27.04
1994	Mean (Median)	3.73 (3.81)	8.23 (8.52)	5.58 (5.82)	6.53 (5.23)	.65 (.61)	8.06 (7.54)	2.41 (1.94)	5.13 (5.40)	6.10 (5.06)	8.91 (8.44)	8.71 (8.17)	6.24 (5.69)
	Var. (st.d.)	53.72 (7.5)	29.12 (5.40)	39.98 (6.23)	25.49 (5.05)	16.02 (4.00)	21.15 (4.60)	16.92 (4.11)	8.16 (2.86)	76.86 (8.77)	132.39 (11.51)	58.69 (7.66)	18.26 (4.27)
	Min. ~Max.	-8.46 ~24.26	-1.99 ~19.19	-13.96 ~26.56	1.62 ~30.4	-10.25 ~12.37	-3.23 ~23.00	-3.98 ~28.03	-9.29 ~11.43	-11.95 ~31.01	-13.87 ~81.30	-3.55 ~46.14	-2.39 ~32.43
1995	Mean (Median)	9.19 (8.48)	13.27 (12.99)	13.76 (12.99)	9.04 (8.76)	6.65 (6.90)	12.25 (12.14)	13.19 (12.67)	8.17 (7.99)	10.07 (9.24)	12.62 (13.18)	17.58 (17.62)	7.21 (8.01)
	Var. (st.d.)	54.4 (7.38)	54.64 (7.39)	40.79 (6.39)	38.18 (6.18)	28.01 (5.29)	21.63 (4.65)	19.91 (4.46)	20.19 (4.49)	94.31 (9.71)	91.83 (9.58)	63.45 (7.97)	117.00 (10.82)
	Min. ~Max.	-4.91 ~24.56	-11.76 ~28.99	-5.47 ~31.05	-6.39 ~36.07	-11.27 ~21.00	5.18 ~31.81	-9.53 ~26.17	-18.24 ~29.65	-28.50 ~52.20	-38.79 ~40.71	-23.72 ~36.16	-89.44 ~18.27
1996	Mean (Median)	7.81 (7.94)	12.76 (13.40)	12.98 (12.02)	11.25 (11.26)	4.83 (4.68)	16.05 (16.46)	8.90 (8.90)	12.35 (12.11)	6.79 (7.46)	13.93 (14.23)	12.36 (12.62)	10.63 (11.19)
	Var. (st.d.)	46.99 (6.85)	40.98 (6.40)	53.53 (7.32)	31.83 (5.64)	24.76 (4.98)	25.21 (5.02)	13.92 (3.73)	10.11 (3.18)	78.32 (8.85)	102.86 (10.14)	76.96 (8.77)	47.33 (6.88)
	Min. ~Max.	-3.48 ~28.23	-.39 ~30.93	-4.46 ~38.65	-9.09 ~29.98	-7.10 ~25.52	-7.27 ~31.31	-7.92 ~19.40	.68 ~28.41	-26.65 ~24.65	-16.50 ~69.78	-15.96 ~42.50	-12.95 ~35.19
1997	Mean (Median)	7.87 (7.58)	4.76 (3.75)	8.22 (8.39)	7.64 (7.43)	5.54 (4.43)	6.84 (6.89)	6.72 (6.42)	7.31 (7.25)	9.97 (9.07)	5.26 (4.75)	10.33 (9.00)	8.54 (8.24)
	Var. (st.d.)	50.88 (7.13)	24.87 (4.99)	10.98 (3.31)	11.51 (3.39)	44.54 (6.67)	22.27 (4.72)	14.02 (3.74)	11.01 (3.32)	91.84 (9.58)	45.07 (6.71)	55.70 (7.46)	27.01 (5.20)
	Min. ~Max.	-4.15 ~26.521	-7.20 ~15.88	-.45 ~13.52	.2 ~15.49	-5.43 ~31.29	-8.15 ~32.95	-4.39 ~25.03	-7.84 ~20.11	-10.83 ~35.66	-13.65 ~23.24	-2.10 ~34.63	-10.93 ~33.44

이처럼 주로 1995년과 1996년 도·농복합조합에 나타난 수진률 및 건당진료비 증가율의 증가는, 통합과 더불어 도·농복합조합 피보험자들의 의료서비스 이용강도가 그 이전에 비해 높아졌음을 의미하는 것이라 해석할 수도 있다. 그러나 한 가지 주의해야 할 사항은 도·농복합조합과 마찬가지로 1995년부터 비통합지역조합의 수진률과 건당진료비의 증가율 또한 높아지기 시작했다는 점이다. 특히, 군지역조합의 경우, <표 6>에서 볼 수 있듯이 1995년 이후 거의 모든 경우에 있어서 도·농복합조합과 거의 유사한 수준의 수진률 및 건당진료비 증가율을 보였으며, 실제로 군지역조합과 도·농복합조합의 수진률 및 건당진료비 증가율은 통계적으로 유의미하게 다르지 않은 것으로 나타났다.¹³⁾ 이러한 결과로 미루어 볼 때, 1995년과 그 이후에 도·농복합조합에서 나타난 의료서비스 이용강도의 증가는 반드시 도·농복합조합에 국한된 변화라고 말하기는 어려우며, 따라서 의료서비스 이용강도의 증가 또한 반드시 통합으로 인해 나타난 변화가 아닐 수 있다.

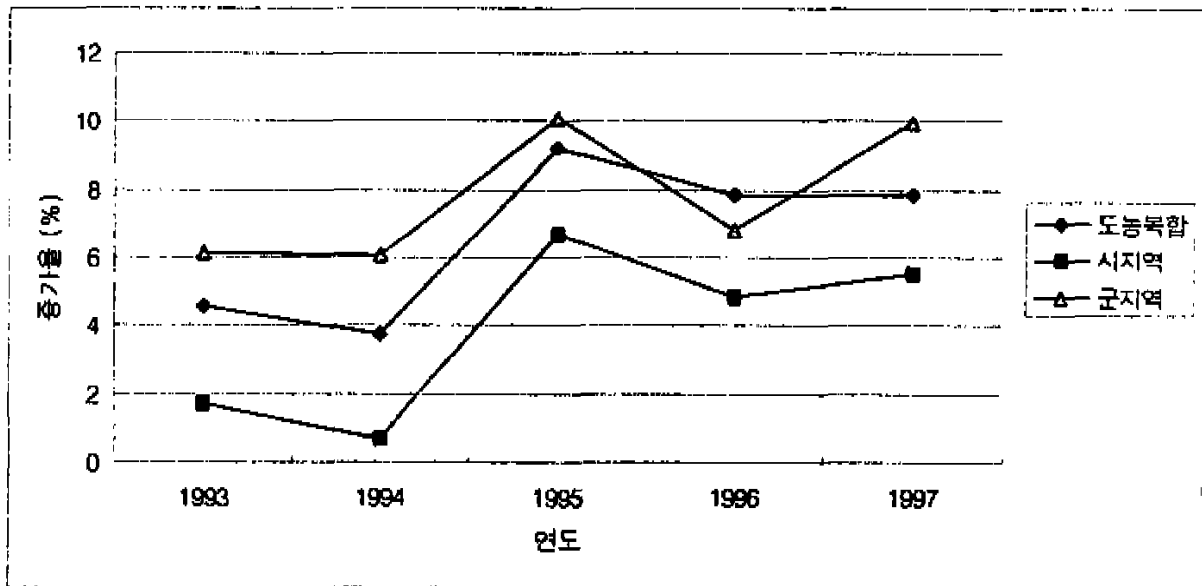
<표 7> 지역조합종류별 회귀분석결과: 1993 - 1997, 종속변수: 보험급여비 증가율

독립변수	연도	1993		1994		1995		1996		1997	
		B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t	B(β)	t
도·농복합	Constant	.550	.868	1.561	2.128 [*]	-2.287	-.677	5.202	1.985	1.562	1.139
	입원수진률 ¹⁾	.434(.408)	12.894 ^{**}	.513(.705)	12.749 ^{**}	.459(.558)	5.613 ^{**}	.439(.608)	6.780 ^{**}	.507(.675)	9.161 ^{**}
	입원 건당진료비	.548(.508)	17.060 ^{**}	.501(.506)	10.561 ^{**}	.532(.654)	7.132 ^{**}	.490(.654)	7.447 ^{**}	.521(.485)	7.212 ^{**}
	외래 수진률	.557(.508)	15.199 ^{**}	.558(.661)	11.348 ^{**}	.577(.607)	3.918 ^{**}	.475(.715)	5.064 ^{**}	.575(.356)	4.990 ^{**}
	외래 건당진료비	.433(.247)	6.883 ^{**}	.457(.432)	8.628 ^{**}	.527(.536)	3.761 ^{**}	.409(.475)	3.506 ^{**}	.557(.111)	5.024 ^{**}
	F	314.296 ^{**}		141.117 ^{**}		26.450 ^{**}		28.998 ^{**}		56.599 ^{**}	
	Adj-R ²	.972		.940		.744		.752		.854	
시지역	Constant	3.888	8.569 ^{**}	3.025	6.033 ^{**}	.460	.174	3.317	1.818	6.014	4.774 ^{**}
	입원수진률	.588(.640)	23.161 ^{**}	.516(.668)	12.086 ^{**}	.404(.401)	4.224 ^{**}	.576(.594)	9.910 ^{**}	.530(.628)	11.609 ^{**}
	입원 건당진료비	.469(.442)	16.242 ^{**}	.458(.681)	12.621 ^{**}	.551(.480)	5.008 ^{**}	.644(.670)	11.178 ^{**}	.546(.458)	9.212 ^{**}
	외래 수진률	.478(.432)	15.593 ^{**}	.420(.557)	9.669 ^{**}	.444(.371)	3.885 ^{**}	.458(.354)	5.316 ^{**}	.357(.238)	3.722 ^{**}
	외래 건당진료비	.161(.118)	4.416 ^{**}	.426(.393)	6.995 ^{**}	.160(.135)	1.434	.314(.207)	3.129 ^{**}	.315(.186)	2.908 ^{**}
	F	331.823 ^{**}		88.398 ^{**}		11.854 ^{**}		63.185 ^{**}		82.668 ^{**}	
	Adj-R ²	.937		.797		.328		.734		.777	
군지역	Constant	2.791	4.140 ^{**}	5.703	5.771 ^{**}	6.298	4.314 ^{**}	.934	1.318	3.105	3.009 ^{**}
	입원수진률	.585(.801)	20.364 ^{**}	.413(.576)	9.131 ^{**}	.440(.533)	7.111 ^{**}	.607(.475)	11.854 ^{**}	.457(.615)	10.547 ^{**}
	입원 건당진료비	.488(.602)	16.608 ^{**}	.247(.453)	7.193 ^{**}	.314(.376)	5.666 ^{**}	.497(.445)	12.087 ^{**}	.445(.420)	7.808 ^{**}
	외래 수진률	.382(.417)	11.692 ^{**}	.324(.395)	6.288 ^{**}	.485(.482)	7.035 ^{**}	.482(.375)	10.517 ^{**}	.436(.457)	7.946 ^{**}
	외래 건당진료비	.345(.205)	6.350 ^{**}	.360(.245)	3.905 ^{**}	.109(.147)	2.432	.490(.299)	9.305 ^{**}	.439(.321)	5.815 ^{**}
	F	258.069 ^{**}		42.811 ^{**}		50.246 ^{**}		327.532 ^{**}		82.936 ^{**}	
	Adj-R ²	.915		.633		.675		.936		.792	

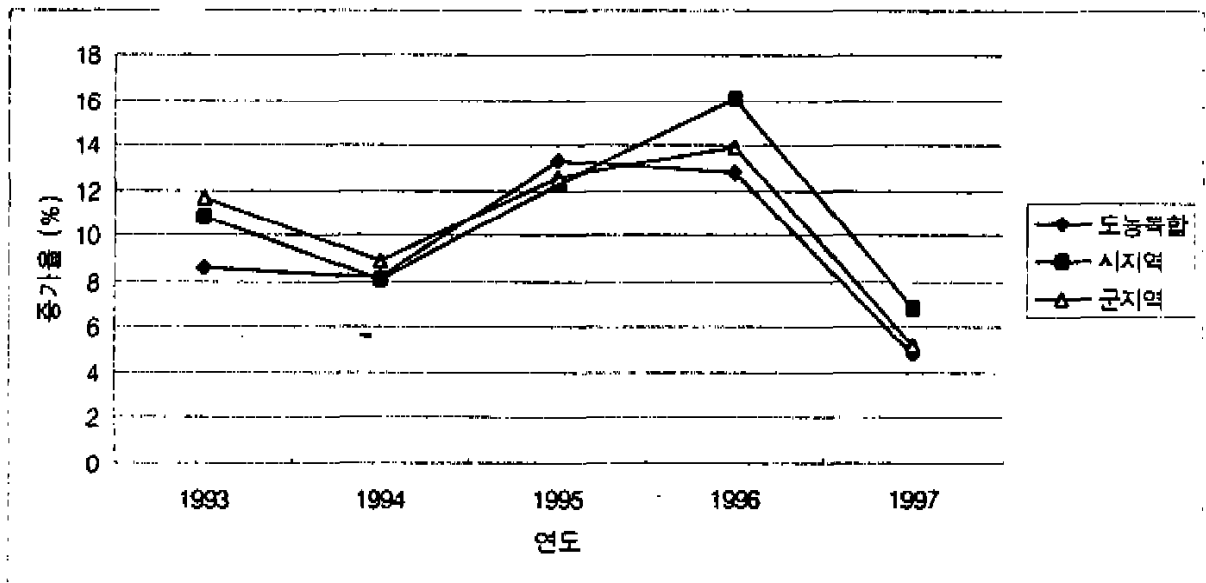
¹⁾ 모든 독립변수는 증가율임
* p<.05, ** p<.01

13) One-way ANOVA 및 Scheffe Post-Hoc 검증결과에 근거한 것임.

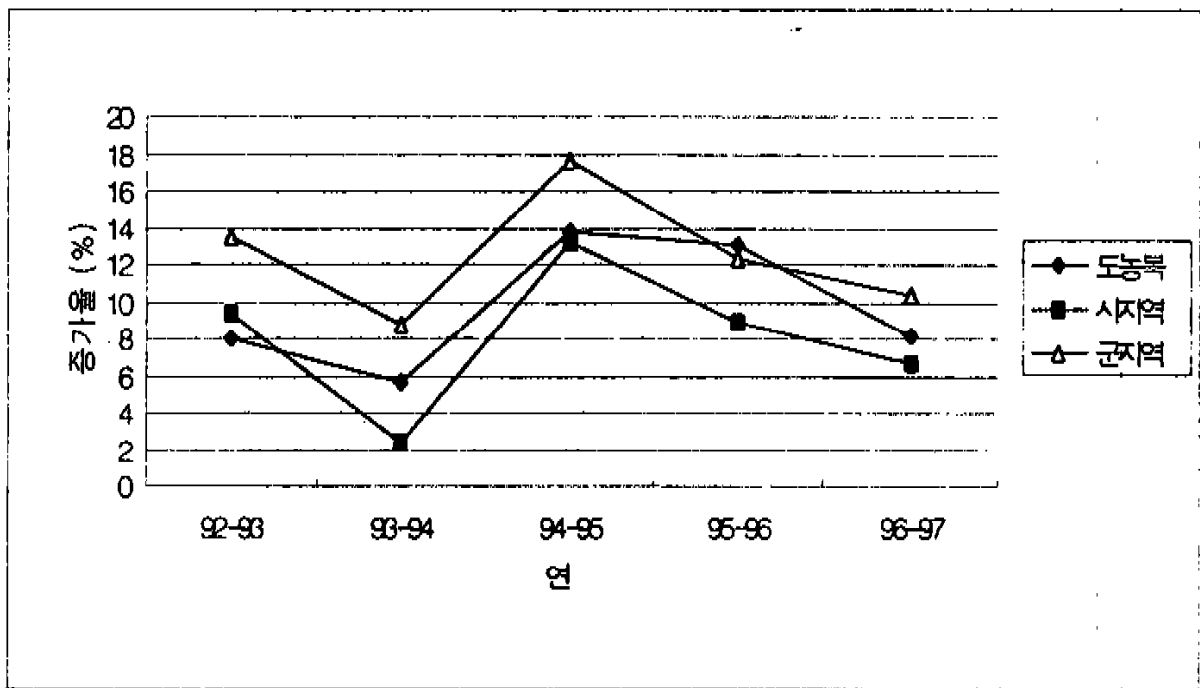
끝으로, 통합과 더불어 피보험자들의 의료서비스 이용행태(utilization behavior)에 어떤 변화가 있었는지를 알아보기 위해 보험급여비 증가율을 종속변수로 하고 의료서비스 이용강도의 결정요인을 독립변수로 하는 회귀분석을 실시하였다. <표 7>에서 볼 수 있듯이, 모든 독립변수들이 통계적으로 유의미한 설명력을 갖는 것으로 나타남에 따라 β 값, 즉 표준화된 회귀계수 비교를 통해 독립변수들의 상대적 중요성을 비교하였다. 1995년의 통합을 전·후로 하여 독립변수들의 상대적 중요성에 변화가 있었는지를 살펴본 결과, 피보험자들의 의료서비스 이용행태에 특기할 만한 변화가 있었음을 보여줄 수 있는 일관된 결과는 나타나지 않았다.



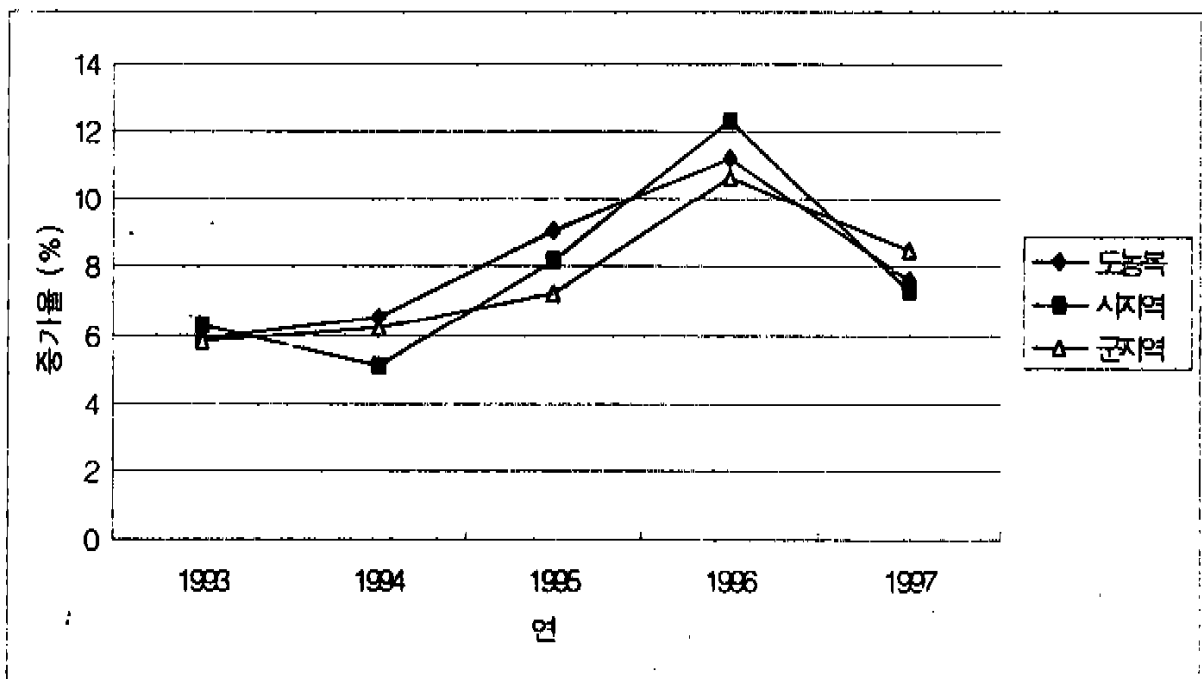
<그림 4> 지역조합종류별 입원 수진률 증가율: 1993-1997



<그림 5> 지역조합종류별 입원 건당진료비 증가율: 1993-1997



<그림6> 지역조합종류별 외래 수진률 증가율: 1993-1997



<그림7> 지역조합종류별 외래 건당진료비 증가율: 1993-1997

IV. 결과요약 및 정책적 함의에 대한 논의

본 연구를 통해서 얻은 결과와 각각의 결과가 갖는 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 도·농복합조합으로의 통합이 실시된 1995년부터 도·농복합조합의 총지출 및 보험급여비 증가율이 1995년 이전에 비해 높아졌다. 그러나 통합이 실시되지 않았던 다른 지역조합들 가운데 군지역조합의 경우, 도·농복합조합과 유사한 수준의 총지출 및 보험급여비 증가율의 상승현상이 나타나며 따라 1995년 이후 나타난 총지출 및 보험급여비의 증가가 반드시 통합에서 비롯된 변화라고 보기에는 어려움이 따른다. 따라서 총지출 및 보험급여비에 있어서 통합으로 인한 특기할 만한 변화는 나타나지 않았다고 결론 내릴 수 있다.

이러한 연구결과에 비추어 볼 때, 지난 1998년 10월 1일 실시된 지역의료보험과 공·교의료보험의 통합이 총지출 즉, 보험재정의 규모를 증가시킬 것이라 예상할 만한 이유는 없다고 하겠다. 그러나 1995년의 통합과는 달리, 1998년에 실시된 통합은 보험단위의 규모확대에서 그친 것이 아니라 보험료 산출방식의 변화를 가져왔다는 점을 고려해 볼 때, 1998년의 통합이 보험재정에 어떤 영향을 주게 될지는 보다 신중히 생각해 볼 필요가 있다.

둘째, 1995년 이후, 도·농복합조합의 관리운영비 증가율이 비통합지역조합에 비해 현저하게 낮아짐에 따라 1995년의 통합이 관리운영비 증가율을 둔화시키는 결과를 가져왔음을 알 수 있다. 이는, 앞서 언급한 바와 같이, 통합으로 인하여 보험단위 규모가 확대됨에 따라 규모의 경제로 인한 관리운영비 절감효과가 나타났기 때문이라 생각된다.¹⁴⁾

지난 1998년의 통합은, 1995년의 통합과는 비교가 안될 정도로 보험단위의 규모를 확대시키는 결과를 가져오게 됨에 따라 이로 인한 관리운영비 절감효과 또한 클 것이라 예상된다. 다만, 한 가지 주의해야 할 것은 1998년 통합의 결과로 만들어진 새로운 보험단위의 규모가 과연 보험관리에 있어서 규모의 경제를 극대화시킬 수 있는 규모인지의 여부는 아직 분명하지 않다는 점이다. 따라서 1998년 통합이 관리운영비를 감소시키는 결과를 가져올 것이라는 예상과 함께 통합 의료보험방식 하에서 관리운영의 효율성을 극대화할 수 있는 최적 관리운영단위를 찾기 위한 노력이 필요하다고 하겠다.

셋째, 1995년 통합과 더불어 도·농복합조합에서 나타난 의료서비스 이용강도의 변화 또한 비통합지역조합에서 나타난 이용강도의 변화와 다르다고 보기 힘들며, 따라서 통합으로 인한 의료서비스 이용강도에 있어서의 특기할 만한 변화는 없었다고 볼 수 있다. 이러한 결과로 미루어 볼 때, 지난 1998년 실시된 의료보험통합이 피보험자들의 의료서비스 이용강도에 영향을 미칠

14) 통합 이후 관리운영비 증가율이 현저하게 감소한 현상에 대한 보다 정확한 원인규명은 별도의 연구를 통해 시도하고자 한다.

가능성은 높지 않을 것이라 예상된다.

그럼에도 불구하고 이러한 가능성을 보다 면밀히 검토할 수 있는 연구의 필요성은, 의료서비스 이용강도의 변화는 통합 이외의 다른 이유에 의해서도 야기될 수 있다는 사실을 고려해 볼 때, 매우 높다고 하겠다. 의료서비스 이용강도의 결정요인, 즉 수진률 및 진단진료비는 피보험자의 연령이나 성비(性比) 같은 인구학적 특성이나 건강상태 또는 의료수가 등의 변화에 따라 영향을 받을 수 있다. 따라서, 통합이 의료서비스 이용강도에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 보다 세심한 분석을 위해서는 의료서비스 이용강도에 변화를 가져올 수 있는, 통합 이외의 다른 요인들의 영향을 통제하는 것이 반드시 필요하다. 본 연구에서는, 필요한 충분한 자료를 구하지 못함에 따라¹⁵⁾ 이러한 통제를 시도하지 못했다.

이러한 연구의 필요성은, 궁극적으로는 보다 정교한 재정추계방식에 대한 필요성과 밀접한 관련이 있다. 현재 추진 중인 의료보험통합 계획이 바탕으로 하고 있는 재정추계방식은 GDP 증가율과 물가(수가)인상율을 근거로 보험급여비 증가율을 산출하는 방식인 바, 이러한 재정추계방식에서는 의료서비스 이용강도의 변화와 같은 가능성은 전혀 고려되지 않고 있다. 물론, 통계적으로 유의미한 것은 아니었으나 통합이 있었던 1995년과 그 이듬해인 1996년 도·농복합조합의 의료서비스 이용강도에 적지 않은 수준의 증가를 관찰할 수 있었던 바, 만일 오는 2000년 1월 시행 예정에 있는 직장의료보험을 포함한 전체 의료보험통합과 같은 커다란 변화가 의료서비스 이용행태(utilization behaviors)에 영향을 미칠 가능성을 완전히 배제할 수 없다면, 현행 재정추계방식은 그 정확성이 우려되는 바, 이에 근거한 통합의료보험제도 하에서는 자칫 재정불안이라는 문제가 나타날 수도 있다. 이러한 관점에서 볼 때, 현행 재정추계방식을 보다 정교화하는 노력이 매우 시급하다고 하겠다. 이러한 노력과 함께 병행되어야 할 것은 현실적인 재정조달방안 마련을 위한 노력이다. 오는 2000년 시행 예정에 있는 전체 의료보험통합에 대비한 재정조달방안을 마련함에 있어서 앞서 언급한 통합과 의료서비스 이용강도와의 관계를 신중히 고려함은 물론, 그러한 가능성에 대비할 수 있는 현실적인 재정조달방안을 마련하기 위한 노력이 이루어져야 할 것이다.

마지막으로 통합에 따른 변화를 예측할 수 있는 실증적인 연구의 필요성을 다시 한번 강조하고자 한다. 앞서 언급한 바와 같이, 지난 1998년 10월 시행된 의료보험통합과 오는 2000년 1월 시행 예정에 있는 직장의료보험을 포함한 전체 의료보험통합의 성공여부는 통합화 과정에서 나타날 것으로 예상되는 적지 않은 저항(resistance)을 최소화시킬 수 있는 능력여하에 달려있다고 할 수 있다.¹⁶⁾ 의료보험통합에 대한 저항을 최소화하기 위해서는 통합화 과정에서 나타날 수 있

15) 이러한 자료들 가운데 현재 발간되는 지역의료보험조합에 관한 2차자료를 통해서 구할 수 있는 자료는 의료수가 변화에 관한 자료뿐이다.

16) 의료보험통합이, 지난 20년과 같은 힘든 과정을 거친 뒤에야 비로소 실현될 수 있는 단계에 올 수밖에 없었던 점을 생각해 볼 때 의료보험통합에 대한 저항 또한 적지 않을 것을 충분히 예상할 수 있다.

는 여러 가지 문제점들을 정확하게 예측하고 이러한 예측을 바탕으로 변화에 가장 적절하게 대비할 수 있는 정교한 의료보험제도를 만들 수 있어야 한다. 이러한 노력은 무엇보다도 변화를 예측하는데 필요한 기초자료를 마련하는 작업에서부터 시작되어야 할 것이다. 통합의 결과로 만들어진 새로운 보험단위는, 단순히 기존의 보험단위들의 합(合)과는 다를 수 있다. 아직까지 의료보험통합으로 인해 나타날 수 있는 '단순한 합(合) 이상의 것'에 대한 이해는 매우 부족하며, 따라서 통합에 따른 변화를 예측하기 위한 많은 실증적 연구가 필요하다고 하겠다.

참고문헌

- 국민의료보험관리공단 설립위원회. 1988. "지역의료보험 통합보험료 부과체계(안)".
- 노인철. 1988. "국민건강보험의 효율적인 관리운영체계의 구축방안". 보건복지포럼. 제26호. pp. 5-13.
- 보건복지부. 1998. 국민의료보험법.
- _____. 1998. "국민건강보험법안".
- 신영석. 1988. "국민건강보험료의 공정한 부과체계 및 재정운영방안". 보건복지포럼. 제26호. pp. 14-21.
- 양봉민. 1998. "의료보험 통합이 보험재정에 미치는 효과". 한국사회복지정책학회 및 보건경제학회 공동주최 「의료보험통합의 과제」 학술세미나 (1998. 11. 20) 발표자료.
- 유태균. 1998. "의료보험조합의 최적규모에 관한 연구: '90-'96 직장의료보험조합 자료를 이용한 조합의 최적규모 추정." 한국사회복지학. 통권 제 34호, pp. 69-94.
- 의료보험연합회. 지역의료보험결산현황 (조합별 내역), 1992-1997. 서울: 의료보험연합회.
- _____. 의료보험통계연보, 1992-1997. 서울: 의료보험연합회.
- 의료보험통합추진기획단. 1998. "의료보험통합추진기획단 최종보고(안)". 의료보험통합추진기획단 제12차 전체회의 자료.
- 최선정 (보건복지부 차관). 1998. "사회복지정책의 현황과 발전방향". 숭실대학교 사회과학연구소 10월 정기 사회과학포럼 (1988. 10. 16) 발표자료. pp. 17-20.
- Feldstein, P. 1988. *Health Economics* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc., pp. 76-109.

Abstract

A Study on the Effect of the 1995 Merger of Some Rural and Urban Regional Health Insurance Societies: Policy Implications for the Merger Plan of the Entire Health Insurance Programs

Yoo, Tae Kyun

The primary purpose of this study is to analyze changes, if any, in the financial status and the intensity of health care service utilization of the regional health insurance societies following the 1995 merger of some rural and urban regional health insurance societies. Ultimately, this study is aiming at providing an empirical basis for predicting the impact of the 1998 merger of the Regional Health Insurance Program and the Health Insurance Program for Government Employees and Teachers and, further, predicting the impact of the merger of the entire health insurance programs scheduled for the year 2000.

The study results did not suggest that the 1995 merger had brought about notable changes in the rate of increase in the total expenditures or the insurance payment of the merged regional insurance societies in comparison to non-merged ones. Neither did it show that the merger had resulted in significant changes in the intensity of the use of health services. The study, however, found that the 1995 merger had reduced the rate of increase in the management and operational cost of the merged insurance societies. Based on these findings, some policy implications are discussed, and suggestions are made for the total merger plan scheduled for the year 2000

유태균

Tel: 02-820-0507(O), E-mail: ytk3471@saint.soongsil.ac.kr.