

의료보호 진료비의 증가양상과 진료비 구성요소별 기여도 변화 -1992년부터 1999년까지 의료보호 진료비청구자료를 중심으로-

신영진^{1)†}, 유원섭¹⁾, 엄용권²⁾
한양대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 한국보건산업진흥원²⁾

<Abstract>

The Escalation of Medical Aid Expenditure and the Degree of Contribution of Its Components in Korea(1992~1999)

Young Jeon Shin¹⁾, Weon Seob Yoo¹⁾, Yong Kwon Yeom²⁾
*Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine¹⁾,
Korea Health Industry Development Institute²⁾*

Medical Aid expenditure increased rapidly at a higher rate than that of Medical Insurance during the period 1992-1999. To establish an effective cost containment strategy, knowledge of the cause and the nature of the increase of Medical Aid expenditure is required.

The purpose of this study was to analyze increasing rates of Medical Aid expenditure by the components of medical expenses. Data were collected using the Medical Aid Statistical Yearbook during the period of 1992-1999.

The major findings were as follows:

1. The annual mean increasing rate of Medical Aid expenditure between 1992 and 1999 was 22.8%, which exceeding that of Medical Insurance expenditure (17.5%) between 1992 and 1999. Since 1998, Medical Aid expenditure increased even more rapidly than in previous years, with the increase in number of Medical Aid beneficiaries.
2. Of Medical Aid expenditure, that of inpatient and outpatient annually increased 24.2% and 22.8% respectively and that of type 1 and type 2 increased annually 28.8% (outpatient)~29.9% (inpatient), 14.3% (outpatient)~15.5% (inpatient). Therefore,

† 교신저자 : 신영진(02-2290-0668, yshin@hanyang.ac.kr)

Medical Aid expenditure of inpatient and type 1 led the increase of Medical Aid expenditure.

3. Between 1992 and 1997, the frequencies of utilization per beneficiary and the charges per case positively contributed to the increase of Medical Aid expenditure while the number of beneficiaries contributed negatively, but since 1998, the number of beneficiaries increased and positively contributed to the increase of Medical Aid expenditure.
4. According to the analysis of the charges per case, the increase of the price index led to the increase of the charges per case but the days of medication and service intensity also contributed to the increase of the charges per case variably by year.

Considering the above findings, factors associated with the Medical Aid system affected the increase of Medical Aid expenditure in addition to the general factors of the increase in medical expenditure. In conclusion, it appears that a more intensive cost containment strategy is required to control rapidly increasing Medical Aid expenditure. For this, more precise analysis and development of policy considering the effect of the number of beneficiaries and the increase of price index is needed.

Key Words : Medical aid, Increasing rate of expenditure, The degree of contribution

I. 서 론

의료보호제도는 생활보호대상자¹⁾와 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공적부조제도로 의료보험과 더불어 국가 의료보장정책의 중요한 수단인 사회보장제도이다(신영전, 2000). 또한 의료보호제도는 한 국가의 사회보장체계 중 사회부조에 해당하는 중요한 제도일 뿐만 아니라 의료보장체계를 구성하는 중요한 요소 중의 하나이며, 기회의 평등을 위한 중요한 빈곤대책 중의 하나이다(최일섭과 이인재, 1996). 그러나 이러한 중요성에도 불구하고, 그간 우리나라에서는 의료보호제도와 관련한 정책논의와 연구가 많이 진행되지 못하였다. 그 이유는

1) 국민기초생활보장법의 제정에 따라 종래 '생활보호대상자'는 '국민기초생활보장 수급권자'로 그 공식명칭이 변경되었으며, 의료보호법도 개정이 진행 중에 있으나 이 연구자료가 1992년부터 1999년이므로 종래의 명칭을 그대로 사용하였다.

정부가 전적으로 재원을 부담하는 까닭에 다른 정책에 비해 이해관계에 따른 논쟁의 소지가 적고, 이 제도의 대상자인 의료보호대상자들의 정치적 목소리는 상대적으로 작으며, 기존의 생활보호법과 의료보험법에 의해 의료보호 대상자수나 수가 등 제도의 대부분이 결정되어지므로 의료보호정책 고유의 요소들이 상대적으로 적기 때문이었다.

그러나 최근 의료보호법에 대한 관심이 급격히 증가하고 있다. 그 이유는 1999년 9월7일 국민기초생활보장법의 제정에 따라 의료보호법의 개정이 불가피한 상황에 있기 때문이며, 최근 의료보호진료비의 급격한 증가 때문이다. 의료보험의 경우 1999년도 진료비가 1992년도에 비해 3.1배 증가한데 비하여 의료보호의 경우에는 대상자수가 1992년도 2,167,555명에 비하여 1999년도 1,636,629명으로 크게 감소하였음에도 불구하고 1992년 3,010억 원에서 1999년 12,341억 원으로 약 4.1배 증가하였다. 더욱이 1999년 의료보호진료비는 1998년 대비 47.1%나 증가하였다(의료보험관리공단, 1992-1999). 이는 의료보험의 진료비증가를 훨씬 상회하는 것이다. 이러한 의료보호 진료비의 증가는 국가의 직접적인 부담으로 작용할 뿐만 아니라 향후 의료보호대상자의 책정, 급여의 범위와 수준설정 등 의료보호정책의 운영방식을 결정하는데에도 중요한 영향을 미친다. 그러나 그 문제의 크기와 심각성에도 불구하고, 의료보호 및 의료보호진료비 증가와 관련한 연구들은 극히 제한적으로 시행되고 있다. 따라서 그간 의료보호진료비의 증가양상과 그 내용에 대하여 구체적으로 검토해 볼 필요성이 있다.

이 연구는 최근 의료보호진료비가 급증하는 양상을 보임에 따라, 1992년부터 1999년까지 8개년간 의료보호 진료비 구성요소별로 진료비 증가에 미친 영향을 정량적으로 분석하여 진료비 증가원인을 파악하고 의료보호진료비와 관련한 정책대안을 개발하는 데 필요한 기초적인 정보를 제공하고자 시행하였다.

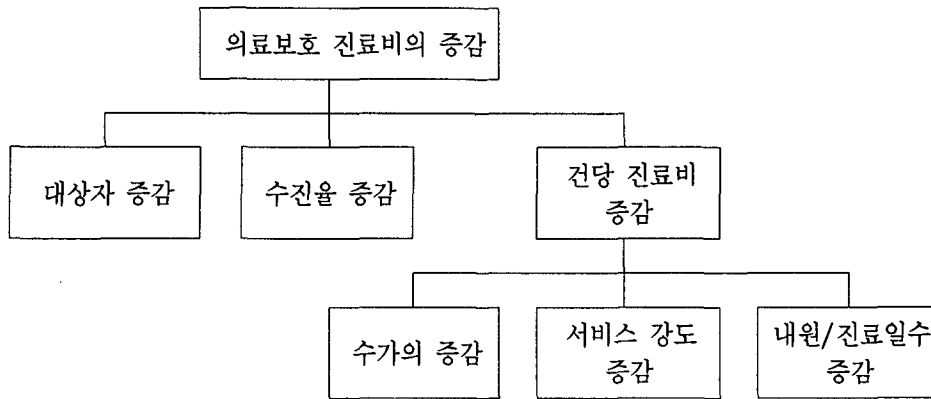
II. 연구방법

1. 분석자료

1992년부터 1999년까지 8년 간의 의료보호 진료비 증가양상과 증가요인을 파악하기 위해 의료보호 1종 및 2종 진료비 증가 현황과 진료비 증가율에 대한 진료비 구성요소별 기여도를 분석하였다. 이를 위해 1992년부터 1999년까지 각 연도별 의료보호 진료비청구자료 및 의료보호 통계연보 자료 중 의료보호 1종 및 2종의 진료비 및 진료실적을 분석하였다. 또한 청구단위로 되어 있는 자료를 주민등록번호를 이용하여 통합한 후 연도별 의료이용자수를 확인하였다. 의료보호 1종 및 2종 의료비 중 비급여 부분을 제외한 진료비만을 분석대상으로 하였으며 분석에 사용된 의료보호 1종 및 2종 대상자수는 연도 말 기준 대상자수를 적용하였다.

2. 분석방법

의료보호 진료비를 입원, 외래 진료형태별, 의료보호대상자 종별로 구분하여 진료비 증가 기여도 분석을 실시하였다. 진료비 증가요인을 분석하기 위하여 진료비를 대상자수, 수진률, 건당진료비로 분해하였으며 건당진료비는 수가, 서비스강도, 건당진료일수로 분해하였다(그림 1).



[그림 1] 의료보호 진료비 구성요소

1) 진료비 증가율에 대한 기여도 분석모형

진료비는 (식 1)과 같이 대상자수와 수진율, 건당진료비로 분해할 수 있다. 전년도 진료비에 대한 현재 진료비의 비는 (식 2)와 같으며 (식 2)에 로그를 취하고(식 3) 좌우항에 진료비 증가율을 곱하여(식 4) 각 진료비 구성요소의 기여도를 구하였다.

$$M = P * A/P * M/A \quad (\text{식 1})$$

$$\frac{M'}{M} = \frac{P'}{P} * \frac{A'}{P'} / \frac{A}{P} * \frac{M'}{A'} / \frac{M}{A} \quad \dots\dots\dots (\text{식 2})$$

$$\log\left(\frac{M'}{M}\right) = \log\left(\frac{P'}{P}\right) + \log\left(\frac{A'}{P'} / \frac{A}{P}\right) + \log\left(\frac{M'}{A'} / \frac{M}{A}\right) \quad \dots\dots\dots (\text{식 3})$$

$$X = X * \left[\log\left(\frac{P'}{P}\right) / \log\left(\frac{M'}{M}\right) + \log\left(\frac{A'}{P'} / \frac{A}{P}\right) / \log\left(\frac{M'}{M}\right) + \dots\dots\dots (\text{식 4}) \right. \\ \left. \log\left(\frac{M'}{A'} / \frac{M}{A}\right) / \log\left(\frac{M'}{M}\right) \right]$$

M : 진료비, P : 대상자수, A : 진료건수, X : 진료비 증가율

2) 건당 진료비 증가율에 대한 기여도 분석모형

건당진료비는 (식 5) 및 (식 6)과 같이 수가, 서비스강도, 건당진료일수로 분해할 수 있다. 전년도 건당진료비에 대한 현재 건당진료비의 비는 (식 7)과 같으며 (식 7)에 로그를 취하고 (식 8) 좌우항에 건당진료비 증가율을 곱하여(식 9) 각 건당진료비 구성요소의 기여도를 구하였다.

$$\frac{M}{A} = \frac{M}{S} * \frac{S}{D} * \frac{D}{A} \dots\dots\dots (식 5)$$

$$C = U * V * W \dots\dots\dots (식 6)$$

$$\frac{C}{C} = \frac{U}{U} * \frac{V}{V} * \frac{W}{W} \dots\dots\dots (식 7)$$

$$\log\left(\frac{C}{C}\right) = \log\left(\frac{U}{U}\right) + \log\left(\frac{V}{V}\right) + \log\left(\frac{W}{W}\right) \dots\dots\dots (식 8)$$

$$Y = Y * \left[\log\left(\frac{U}{U}\right) / \log\left(\frac{C}{C}\right) + \log\left(\frac{V}{V}\right) / \log\left(\frac{C}{C}\right) + \log\left(\frac{W}{W}\right) / \log\left(\frac{C}{C}\right) \right] \dots\dots\dots (식 9)$$

M/A (C) : 건당 진료비, M/S (U) : 수가, S/D (V) : 서비스 강도, D/A (W) : 건당 내원일수, Y : 건당 진료비 증가율

3) 기여도 크기 측정

(식 4)에서 계산된 각 년별 진료비 구성요소별 기여도와 (식 9)에서 계산된 건당진료비 구성요소별 기여도를 절대기여도로 하였다. 절대기여도를 합한 값은 그 해의 진료비 증가율이 된다. 진료비 증가율에 관계없이 진료비 및 건당진료비 구성요소별 상대적인 기여도의 크기를 파악하기 위해 (식 4)와 (식 9)에서 계산된 각각의 기여도를 해당연도의 진료비 증가율로 나누어 상대기여도를 계산하였다. 상대기여도를 모두 합한 값은 100%가 된다. 이와 같이 계산된 각 연도별 절대 및 상대기여도를 요약하기 위해 각 연도별 기여도의 산술평균을 계산하였다.

4) 의료보호 진료비 수가

의료보호 진료비 수가는 각 연도별 수가 상승을 반영하는 가격지수로, 의료보호의 경우 행위별 수가와 정액수가가 적용되고 있다. 행위별 수가는 일반 진료비에 적용되며 정액 수가는 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)과 정신과 병·의원에 적용되고 있다. 행위별 수가의 경우 1990년부터 의료보험 수가와 동일하게 적용되고 있으며 정액수가는 별도로 운영되고 있다.

분석에 사용한 의료보호 진료비 수가는 행위별수가 및 정액수가의 인상시기와 행위별 수가 적용되는 진료비와 정액수가가 적용되는 진료비(정신과 진료비)가 전체 진료비에서 차지하는 비율, 수가인상이 영향을 미치는 누적기간, 수가적용기관 이용비율 등을 고려하여 산출하였다.

5) 연도별 의료보호 이용자수 및 이용률

기여도 증가양상을 해석하는데 도움을 얻기 위하여 1992년부터 1999년까지의 의료보호 이용자수와 이용률을 구하였다. 이용자수는 의료보호청구자료의 주민등록자료를 이용하여 구하였다. 이용률은 대상자 중 이용자수로 설정하였다.

III. 연구결과

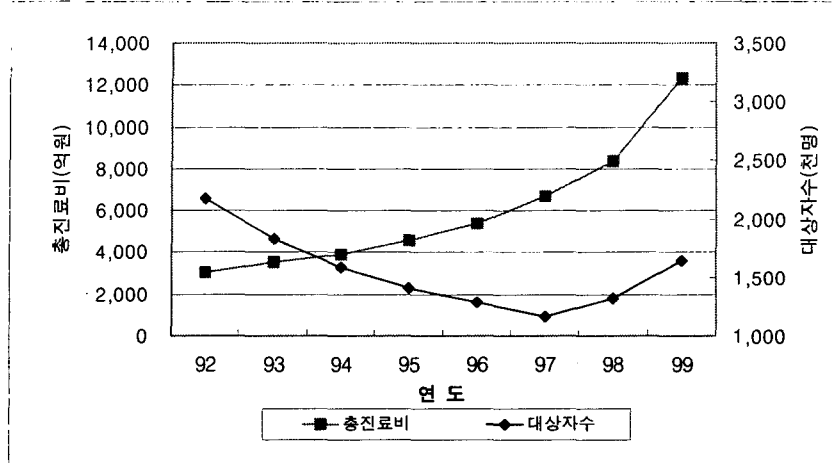
1. 의료보호 진료비 증가 양상

의료보호 진료비는 매년 급속한 증가를 보여 그 증가율에 있어서 같은 기간 의료보험 진료비 증가율을 지속적으로 상회하고 있다. 1999년 현재 의료보험 총진료비 규모는 11조 5,216억원으로 1992년에 비해 3.1배 증가한데 비하여 의료보호 진료비의 경우 1999년 현재 1조 2,341억원으로 1992년 3,010억원에 비해 4.1배 이상 증가하였다. 이에 비해 대상자는 지속적인 감소추세를 보이다, 1998년부터 다시 증가하는 양상을 보였다.

대상자당 진료비의 경우 의료보호대상자 1인당 진료비는 의료보험대상자 1인당 진료비를 크게 앞서 1992년 대비 1999년 의료보험대상자 1인당 진료비는 2.9배 증가한 반면 의료보호 대상자당 진료비는 5.0배 증가하였다. 연도별 의료보호 진료비 및 대상자수는 [그림 2]와 <표 1>과 같다.

1992년이래 1999년까지 의료보호 진료비의 연평균 증가율은 22.8%이었다. 연도별로는 1994년의 진료비 증가율이 9.6%로 가장 낮았으며, 1997년과 1998년의 진료비 증가율이 각각 24.8%와 25.4%로 다른 해보다 높았다. 특히, 1999년 진료비는 47.1%로 대폭 증가하였다. 진료형태별로는 입원진료비의 연평균 증가율이 24.2%이었으며 외래진료비의 경우에는 22.8%이었다. 진료형태별 의료보호 1종 및 2종 연평균 진료비 증가율은 입원의 경우 1종 입원 29.9%, 2종 입원 14.3%로 1종 입원진료비의 연평균 증가율이 2종 입원진료비의 연평균 증가율의 2.1배이었다. 연도별로는 1992년과 1993년에는 1종과 2종 입원진료비 증가율의 격차가 비교적 적었으나 1995년 이후 증가하여 1998년과 1999년에는 1종 입원진료비의 증가율이 2종 입원진료비 증가율의 각각 3.6배, 2.4배이었다.

- 신영전 외 : 의료보호 진료비의 증가양상과 진료비 구성요소별 기여도 변화 -



[그림 2] 연도별 의료보호 총진료비 및 대상자수

<표 1>

연도별 의료보호 및 의료보험 진료비 및 증가율

(단위 : 억원, %)

구분	진료형태	종별	연도							연평균 증가율	
			1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998		1999
의료보호	입원	계	3,010	3,552	3,894	4,564	5,363	6,693	8,392	12,341	22.8
		소계	-	(18.0)	(9.6)	(17.2)	(17.5)	(24.8)	(25.4)	(47.1)	
	외래	1종	1,340	1,579	1,799	2,208	2,605	3,241	4,071	5,972	24.2
		소계	-	(17.8)	(13.9)	(22.7)	(18.0)	(24.4)	(25.6)	(46.7)	
	외래	2종	730	868	1,014	1,299	1,617	2,099	2,819	4,424	29.9
		소계	-	(18.9)	(16.8)	(28.0)	(24.6)	(29.8)	(34.3)	(56.9)	
	외래	2종	610	711	785	909	987	1,142	1,251	1,549	14.3
		소계	-	(16.5)	(10.5)	(15.8)	(8.6)	(15.7)	(9.6)	(23.8)	
	외래	소계	1,465	1,755	1,936	2,185	2,567	3,203	4,018	5,983	22.8
		소계	-	(19.8)	(10.3)	(12.8)	(17.5)	(24.8)	(25.4)	(48.9)	
외래	1종	682	813	931	1,130	1,419	1,850	2,477	3,887	28.8	
	소계	-	(19.3)	(14.4)	(21.4)	(25.5)	(30.4)	(33.9)	(56.9)		
외래	2종	783	941	1,005	1,054	1,149	1,353	1,541	2,096	15.5	
	소계	-	(20.2)	(6.8)	(4.9)	(9.0)	(17.8)	(13.9)	(36.0)		
외래	기타	205	218	159	171	191	249	303	386	11.1	
	소계	-	(6.3)	(-27.1)	(7.5)	(11.7)	(30.4)	(21.7)	(27.4)		
의료보험	계	계	37,531	43,904	49,646	61,660	76,416	87,271	99,718	115,216	17.5
	소계	-	(17.0)	(13.1)	(24.2)	(23.9)	(14.2)	(14.3)	(15.5)		
	입원	13,761	15,534	17,851	21,750	26,762	30,137	33,893	38,432	15.9	
외래	소계	-	(12.9)	(14.9)	(21.8)	(23.0)	(12.6)	(12.5)	(13.4)		
	외래	23,770	28,370	31,795	39,911	49,654	57,134	65,826	76,784	18.3	
외래	소계	-	(19.4)	(12.1)	(25.5)	(24.4)	(15.1)	(15.2)	(16.6)		

외래진료비 연평균 증가율은 1종 외래 28.8%, 2종 외래 15.5%로 1종 진료비의 증가율이 2종 진료비 증가율의 1.9배이었다. 연도별로는 1993년을 제외하고는 1종 외래진료비 증가율이 2종 외래진료비의 증가율보다 높았으며 특히 1995년의 경우에는 1종 외래 진료비의 증가율이 2종 외래 진료비 증가율의 4.4배에 달하는 급격한 증가를 하였다. 요약하면, 진료형태별로는 입원서비스부문이, 종별로는 1종 의료보호대상자가 의료보호진료비 증가를 주도한 것으로 나타났다.

3. 의료보호 진료비 및 건당진료비 증가율에 대한 각 구성요소별 기여도

1) 진료비 증가율에 대한 각 구성요소별 기여도

진료비 증가율에 대한 각 구성요소별 기여도를 입원과 외래로 나누고, 또한 각각을 1종 의료보호대상자와 2종 의료보호대상자로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

(1) 입원 진료비

의료보호 1, 2종 입원 진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도는 [그림 3] 및 <부표 1>과 같다.

가. 1종 의료보호대상자

1종 입원진료비의 연평균 증가율은 29.9%이었으며, 연도별 진료비 증가율은 1993년 이후 증가하기 시작하여 1999년에는 56.9%로 1993년 이후 가장 높은 증가율을 보였다. 1종 입원 진료비의 연평균 증가율에 대한 진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수진율 15.6%(52.3%), 건당진료비 9.2%(30.8%), 대상자수 5.1%(16.9%) 순이었다.

연도별 진료비 구성요소별 상대기여도는 1996년, 1998년, 1999년을 제외하고는 대상자수의 감소가 진료비 증가율에 음의 기여를 하며 진료비 구성요소 중 기여도가 가장 낮았으나 1998년에는 90.6%로 입원진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 수진율은 1994년 이후 감소추세를 보였으며 1993년, 1996년, 1998년을 제외하고는 입원진료비 증가율에 가장 크게 기여하였다. 건당진료비는 1996년 49.4%로 진료비 증가율에 가장 크게 기여한 것을 제외하고는 1993년 이후 감소추세를 보였다.

대상자수가 진료비 증가에 가장 큰 기여를 한 1998년을 제외하고는 수진율과 건당진료비가 1종 입원진료비의 증가를 주도하였으며 1998년도 진료비 구성요소별 기여도는 1997년 이전 및 1999년과 다른 양상을 보였다.

나. 2종 의료보호대상자

2종 입원진료비 연평균 증가율은 14.3%로 1종 입원진료비 연평균 증가율 29.9%보다 크게 낮았다. 연도별로는 매년 동일 연도의 1종 입원진료비 증가율보다 낮았고, 특히 1999년에는

1종 진료비 증가율과의 차이가 33.1%로 가장 컸다.

2종 입원진료비 연평균 증가율에 대한 진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수진율 15.2%(105.9%), 건당진료비 6.2%(43.2%), 대상자수 -7.1%(-49.2%) 순이었다. 대상자수의 경우 의료보호 대상자수가 증가한 1998년과 1999년을 제외하고는 진료비 증가율에 -100%이상의 음의 기여를 하였으며 특히 1996년에는 -190.9%로 입원진료비 증가율에 가장 큰 음의 기여를 하였다. 수진율은 매년 입원진료비 증가율에 가장 크게 기여하였으며 1993년부터 1997년까지 100%이상의 큰 상대기여도를 보였다. 건당진료비는 1996년 117.5%로 진료비 증가율에 가장 크게 기여하였으며 1996년을 제외하고는 1993년 이후 감소추세를 보였다.

1종 입원의 경우와 비교하여 1997년 이전에는 2종 대상자수의 감소에 따른 영향이 더 두드러지게 나타났다. 1종, 2종 모두 수진율과 건당진료비가 입원진료비 증가를 주도하였으나 1종에 비해 2종에서 수진률의 기여도가 상대적으로 더 크게 나타났다.

(2) 외래 진료비

의료보호 1,2종 외래 진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도는 [그림 4] 및 <부표 1>과 같다.

가. 1종 의료보호대상자 진료비 증가율

1종 외래진료비 연평균 증가율은 28.8%로 1종 입원진료비 연평균 증가율 29.9%와 유사한 수준이었다. 연도별로는 1종 입원진료비 증가율과 마찬가지로 지속적인 증가양상을 보였으며 1999년 56.9%로 1993년 이후 가장 높은 증가율을 보였다.

1종 외래진료비 연평균 증가율에 대한 진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 건당진료비 13.5%(46.7%), 수진율 10.3%(35.8%), 대상자수 5.1%(17.6%) 순이었다. 진료비 구성요소별 연도별 상대기여도는 대상자수의 경우 1종 입원의 경우와 마찬가지로 1996년, 1998년, 1999년을 제외하고는 진료비 증가율에 음의 기여를 하였으며, 진료비 구성요소 중 가장 낮은 기여도를 보였다. 1998년에는 91.6%로 외래진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 수진율은 1997년 68.5%로 외래진료비 증가율에 가장 크게 기여하였으나, 1998년에는 급격하게 감소하여 -52.1%로 음의 기여를 하였고, 1종 입원의 경우와 유사한 양상을 보였다. 건당진료비는 1997년과 1999년을 제외하고는 매년 50%이상의 큰 기여도를 보이며 진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다.

1종 외래진료비의 증가는 수진율과 건당진료비의 증가가 주도하였으며, 1종 입원진료비의 경우와 유사한 양상을 보였으나 건당진료비의 기여도가 입원진료비의 경우에서보다 상대적으로 더 컸다.

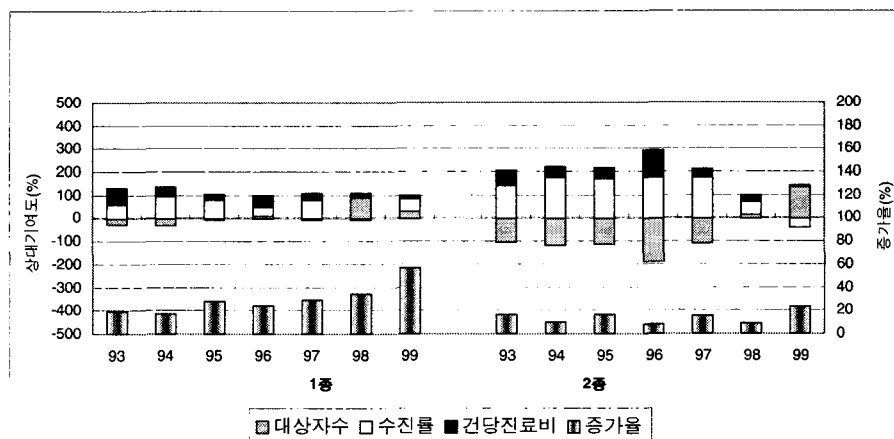
나. 2종 의료보호대상자

2종 외래진료비 연평균 증가율은 15.5%로 2종 입원진료비 연평균 증가율 14.3%와 유사한 수준이었다. 연도별 증가율은 1993년 이후 감소추세를 보이다가 1996년 이후 증가추세를 보였으며, 1999년에는 36.0%로 가장 높은 증가율을 보였다.

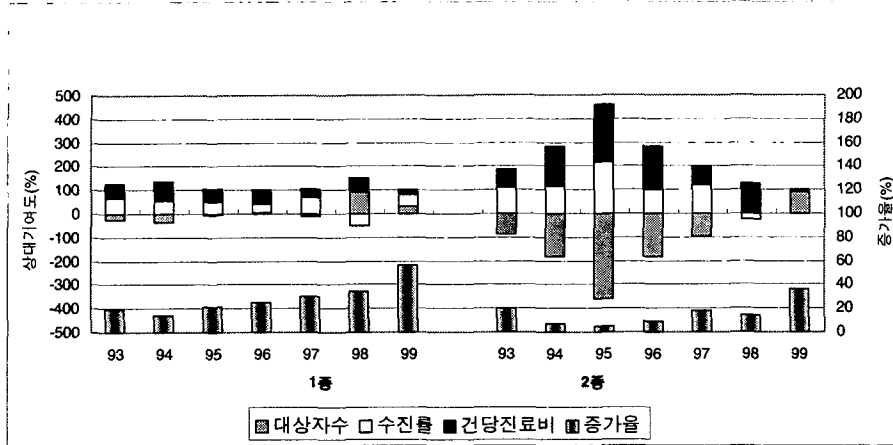
2종 외래진료비 연평균 증가율에 대한 진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 건당진료비 12.7%(82.1%), 수진율 9.5%(61.3%), 대상자수 -6.7%(-43.4%) 순이었다. 진료비 구성요소별 연도별 상대기여도는 대상자수의 경우 1992년 이후 감소추세를 보이며 1995년 -358.2%로 진료비 증가율에 가장 큰 음의 기여를 하였고 이후 증가추세를 보였다. 대상자수가 증가한 1998년과 1999년을 제외하고는 진료비 증가율에 큰 음의 기여를 하였으며, 1999년에는 가장 큰 기여도를 보였다. 수진율은 1993, 1997년 진료비 증가율에 가장 크게 기여를 하였으며 음의 기여를 한 1998년과 1999년을 제외하고는 100%이상의 큰 기여도를 보였다. 건당진료비는 1993년, 1997년, 1999년을 제외하고는 진료비 증가율에 가장 크게 기여하였으며 100%이상의 큰 상대기여도를 보였다. 1992년부터 1995년까지 높은 증가추세를 보였으며, 이후 감소추세를 보였다.

2종 외래진료비 증가는 1종 외래진료비 증가와 마찬가지로 수진율과 건당진료비가 가장 크게 기여하였으나 건당진료비의 기여도가 더 컸고, 대상자수의 감소로 인한 진료비 증가율에 대한 음의 기여도도 1종에 비해 상대적으로 더 컸다.

2종 외래진료비의 증가는 수진율과 건당진료비의 증가가 주도하였으며, 2종 입원진료비에서의 양상과 유사하였으나 건당진료비의 기여도가 상대적으로 크게 나타났다.



[그림 3] 연도별 종별 의료보호 입원 진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도



[그림 4] 연도별 종별 의료보호 외래 진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도

2) 건당진료비 증가율에 대한 구성요소별 기여도

(1) 입원 건당진료비

의료보호 1, 2종 입원 건당진료비 증가율 및 건당진료비 구성요소별 상대기여도는 [그림 5] 및 <부표 2>와 같다.

가. 1종 의료보호대상자

1종 입원 건당진료비 연평균 증가율은 8.4%이었으며, 1993년 12.8%로 가장 높았고 1998년 5.8%로 가장 낮았다. 연도별로는 1994년부터 1996년까지 지속적으로 증가하다가 1997년 이후 감소추세를 보였으며 1999년 다시 증가하였다.

1종 입원 건당진료비 연평균 증가율에 대한 건당진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수가 5.2%(61.2%), 서비스강도 4.1%(48.1%), 건당진료일수 -0.8%(-9.3%) 순이었다. 연도별 상대기여도는 1995년과 1997년 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 특히 1995년과 1997년에는 100%에 가까운 큰 상대기여도를 보였다. 서비스강도는 1995년과 1997년을 제외하고는 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 건당진료일수는 1995년과 1996년에 각각 14.2%, 8.0%의 양의 기여를 하였고, 이외의 연도에서는 음의 기여를 하였으며 수가와와는 정반대의 양상을 보였다. 1종 입원 건당진료비 증가는 서비스강도와 수가가 주도하였으며, 서비스강도보다는 수가의 기여도가 더 컸다.

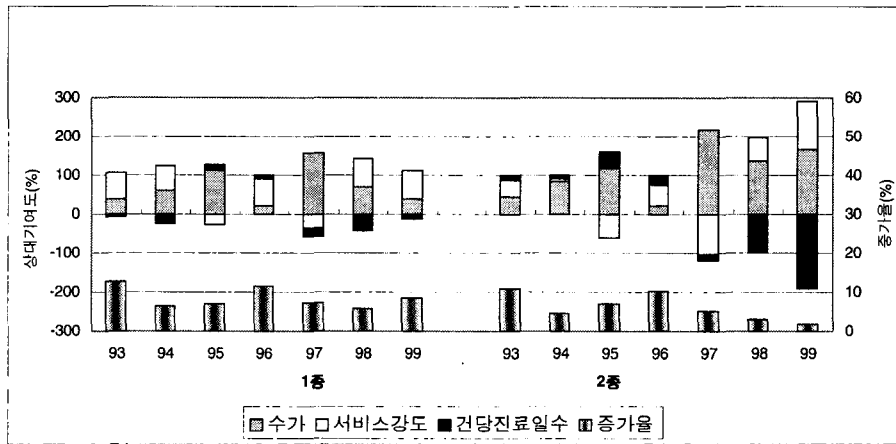
나. 2종 의료보호대상자

2종 입원 건당진료비 연평균 증가율은 6.8%로 1종 입원 건당진료비 연평균 증가율 8.4%와

유사한 수준이었다.

연도별로는 1종 입원진료비 증가율과 유사한 양상을 보이며 1993년 10.9%로 가장 높았고, 1999년 1.9%로 가장 낮았다. 2종 입원 건당진료비 연평균 증가율에 대한 건당진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수가 5.3%(88.4%), 서비스강도 0.7%(11.6%), 건당진료일수 0.0%(0.0%) 순이었다. 연도별 상대기여도는 수가의 경우 1996년을 제외하고는 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였으며, 1993년과 1994년을 제외하고는 100%가 넘는 높은 기여도를 보였다. 서비스강도는 1995년과 1997년을 제외하고는 건당진료비 증가에 양의 기여를 하였으며, 1996년 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 건당진료일수는 1995년 이후 감소추세를 보였으며, 1997년과 1998년, 1999년에는 각각 -14.3%, -96.5%, -191.7%의 높은 음의 기여를 보였다.

1종 입원의 경우와 마찬가지로 서비스강도와 수가가 2종 입원 건당진료비 증가를 주도하였으며 수가 기여도가 1종 입원의 경우보다 상대적으로 더 컸다.



[그림 5] 연도별 종별 의료보호 입원 건당진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도

(2) 외래 건당진료비

의료보호 1, 2종 외래 건당진료비 증가율 및 건당진료비 구성요소별 상대기여도는 [그림 6] 및 <부표 2>와 같다.

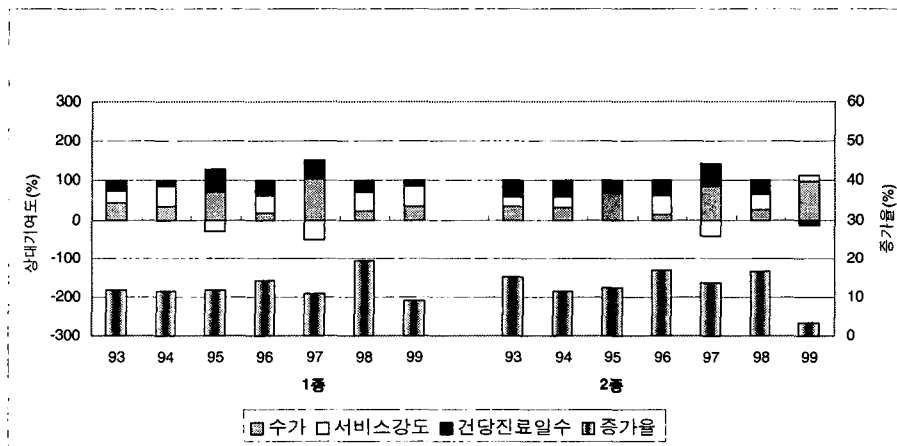
가. 1종 의료보호대상자

1종 외래진료비 연평균 증가율은 12.6%로 1종 입원 건당진료비 연평균 증가율 8.4%보다 높았으며, 연도별로는 1999년 9.0%를 제외하고는 지속적으로 10% 이상의 높은 증가율을 보

였고, 1998년 19.3%로 가장 높았다.

연평균 1종 외래 건당진료비 증가율에 대한 건당진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수가 5.5%(43.5%), 건당진료일수 4.1%(32.3%), 서비스강도 3.1%(24.2%) 순이었다.

연도별 상대기여도는 수가의 경우 1993년과 1995년, 1997년에 각각 42.3%, 70.1%, 105.2%로 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 서비스강도는 1993년과 1995년, 1997년을 제외하고는 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였으나 1995년과 1997년에는 음의 기여도를 보였다. 건당진료일수는 1종 및 2종 입원의 경우와 달리 지속적으로 큰 양의 기여도를 보였다. 1종 외래 건당진료비 증가는 1종 입원 건당진료비 증가와 달리 수가, 건당진료일수, 서비스강도의 순으로 모두 건당진료비 증가를 주도하였으며 수가의 기여도가 가장 컸다(부표 2).



[그림 6] 연도별 종별 의료보호 외래 건당진료비 증가율 및 진료비 구성요소별 상대기여도

나. 2종 의료보호대상자

2종 외래진료비 연평균 증가율은 14.4%로 1종 외래 건당진료비 연평균 증가율 13.2%와 유사한 수준이었으나 2종 입원 건당진료비 연평균 증가율 6.8%보다는 2배 이상 높았다. 연도별로는 1996년 17.0%로 가장 높았고 1999년 3.2%로 가장 낮은 증가율을 보였다.

연평균 2종 외래 건당진료비 증가율에 대한 건당진료비 구성요소별 절대(상대) 기여도는 수가 5.5%(43.1%), 건당진료일수 4.9%(38.4%), 서비스강도 2.4%(18.5%) 순이었다.

연도별 상대기여도는 수가의 경우 1995년과 1997년, 1999년의 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 서비스강도는 1995년과 1997년을 제외하고는 양의 기여도를 보였으며

1996년과 1998년의 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였다. 건당진료일수는 1993년과 1994년의 건당진료비 증가율에 가장 큰 기여를 하였으며 1999년을 14.4%를 제외하고는 지속적으로 30%이상의 큰 상대기여도를 보였다.

2종 외래 건당진료비 증가는 1종 외래 건당진료비 증가와 마찬가지로 수가, 건당진료일수, 서비스강도의 순으로 건당진료비 증가를 주도하였으나 건당진료일수 기여도가 차지하는 비중이 지속적으로 높고 더 크다는 면에서 1종 외래의 경우와 달랐다(부표 2).

3. 의료보호대상자 중 이용자수와 이용률

앞의 기여도 분석은 대상자와 대상자 중 의료건수인 수진율을 기초로 분석을 진행한 것이다. 그러나 이의 구체적인 해석을 위해서는 의료보호대상자 중 이용자수와 이용률을 구체적으로 파악하는 것이 필요하다. 의료보호대상의 주민등록자료를 이용하여 파악한 1992년부터 1999년까지 의료보호 이용자수와 이용률의 변화는 <표 2>와 같다.

의료보호대상자의 지속적인 감소에도 불구하고 의료보호 입원 이용자수는 거의 변화가 없으며, 1998년 이후에는 입원이용자수가 오히려 증가하였다. 대상자 중 이용자수를 의미하는 이용률은 1종의 경우, 1992년 68.9%에서 1999년 81.9%로 증가하였으며, 특히 입원의 경우 이용률이 1992년 6.6%에서 1999년 13.6%로 2배 이상 증가하였다.

<표 2> 연도별 대상자수, 이용자수 및 이용률

	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99
대상자수(P)	2,168	1,832	1,590	1,413	1,288	1,164	1,323	1,637
전체 이용자수(T)	1,493	1,399	1,267	1,086	959	1,033	1,025	1,335
외래 이용자수(A)	1,468	1,377	1,245	1,065	939	1,015	1,004	1,308
입원 이용자수(I)	144	144	142	144	144	138	160	223
전체 이용률(T/P)	68.9	76.4	79.7	76.9	74.5	88.7	77.5	81.6
외래 이용률(A/P)	67.7	75.2	78.3	75.4	72.9	87.2	75.9	79.9
입원 이용률(I/P)	6.6	7.9	8.9	10.2	11.2	11.9	12.1	13.6

IV. 고 찰

1. 주요 연구결과에 대한 고찰

1) 의료보호 진료비 증가와 의료보호제도

의료보호 진료비 증가율은 대상자의 지속적인 감소에도 불구하고 높은 증가율을 보여 1992년부터 1999년까지 의료보호 진료비의 연평균 증가율은 22.8%이었다. 특히 1997년과 1998년에는 각각 24.8%, 25.4%의 증가율을 보였으며, 1999년에는 47.1%의 높은 증가율을 보였다. 이러한 의료보호 진료비의 급격한 증가는 서비스형태별로는 입원서비스부문이, 종별로는 1종 의료보호대상자가 주도하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 증가양상은 의료보험의 증가율을 상회하는 것이며, 1997년까지 지속적인 대상자 감소가 있었던 것을 고려하면 이러한 증가속도는 매우 빠른 것이다.

의료보호진료비의 증가에 대한 우려는 그것이 제공되어지는 데 필요한 자원만큼 건강과 환자의 만족이라는 편익을 가져오지 못한다고 생각하기 때문이며(Fuchs, 1974), 또한, 진료비의 증가가 효율과 형평성에 문제를 야기할 가능성이 높기 때문이다(Davis 등, 1990). 그러나 현재 우리나라에서 의료보호진료비의 급격한 상승이 가지는 정책적 중요성은 이것이 직접적인 국가의 부담이라는 점뿐만 아니라, 이러한 의료보호진료비의 증가에 대한 적극적인 원인 분석과 대응이 효과적으로 이루어지지 못하고 있기 때문이다. 또한, 의료보호진료비의 증가는 최근 의료보호법의 개정과 관련하여 의료보호대상자 및 급여의 확대와 같은 정책의 추진을 어렵게 하는 중요한 이유로 작용하고 있다.

2) 기여도분석

의료보호진료비의 증가원인을 분석하고 대책을 마련하기 위해서는 의료보호제도의 특성뿐만 아니라, 진료비를 구성하고 있는 요소들을 분리해서 살펴볼 필요가 있다. 의료보호진료비의 구성요소별 기여도에 대한 분석에서 건당진료비, 수진율의 순으로 진료비 증가에 큰 기여를 하였으며 1998년 이전까지는 대상자수가 매년 감소하여 진료비 증가를 억제하는데 기여한 것으로 나타났다. 진료형태별로는 종별에 상관없이 입원의 경우 수진율이 차지하는 기여도가 두드러진 반면, 외래의 경우, 건당진료비와 수진율이 비슷한 정도로 진료비의 증가에 기여하였다. 건당진료비의 증가는 수가의 인상이 상대적으로 큰 기여를 한 것으로 나타났으며, 이러한 양상은 입원진료비에서 더욱 두드러지게 나타났다. 또한 수가의 기여도는 1995년과 1996년에 가장 두드러졌다. 특히 두드러진 소견은 1997년 말 경제위기에 따라 60만 명이

상의 한시적 생활보호대상자가 책정되는 등 그 수가 증가하여 그간 의료보호진료비 증가를 억제하던 중요한 기전이 없어졌고, 오히려 이후 대상자수의 증가가 의료보호진료비 증가의 중요한 요인으로 전환되었음을 보여주고 있다.

의료보호진료비의 증가는 그 대상자수의 감소를 고려할 때 의료보험의 진료비 증가를 상회하는데, 의료보험진료비 증가에 대한 기여도분석결과와 비교해보면 다음과 같다. 신영석 등(1997)의 의료보험진료비의 증가기여도 분석에서 '90년부터 '96년까지 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 급여비의 증가는 입원과 외래 공통적으로 대상자수의 기여는 미미하였으며 입원의 경우 대부분 건당진료비 증가에 기인하고 수진율이 그 다음으로 기여한 것으로 나타났다. 동일한 분석모형을 이용한 Moon(1996)의 의료보험 연구에서는 입원진료의 서비스강도와 외래진료의 이용도 증가가 주된 의료비의 증가원인이라고 보고하였다. 또한, 의료보험관리공단(1997)은 1990년부터 1996년까지 의료보험 급여비 증가율(연평균 15.9%)의 요인별 기여도를 분석한 결과, 피보험자대상자의 증가율이 6.3%, 수진율이 39.0%로 수진자 측면이 45.3% 기여하였으며, 의료보험수가인상이 33.3%, 기타 자연증가요인이 21.4%를 기여하여 공급자 측면이 총 54.7%를 기여하였다고 보고하였다. 이상의 비교에서 의료보험과 의료보호 기여도분석결과와의 가장 큰 차이는 1997년까지의 진료비 증가양상에서 의료보호의 대상자의 기여도(음의 기여도)가 현저하게 크게 나타나고 있다는 것이다.

그러나 이러한 대상자수의 기여도는 결과 해석 시 주의를 필요로 한다. 주민등록을 이용하여 파악한 연구결과에서는 의료보호대상자의 지속적인 감소에도 불구하고 의료보호 입원 이용자수는 거의 변화가 없으며, 1998년 이후에는 입원이용자수가 오히려 증가하였다. 대상자 중 이용자수를 의미하는 이용률은 1종의 경우, 1992년 68.9%에서 1999년 81.9%로 증가하였으며, 특히 입원의 경우 이용률이 1992년 6.6%에서 1999년 13.6%로 2배 이상 증가하였다. 또한 의료보호 대상자의 입원 건당진료비가 의료보험의 건당진료비보다 더 높고 재원기간도 더 길며(강선희와 문옥륜, 1995; 김주호, 1984), 의료보호 대상자 선정 시 질병, 장애 및 기타 다른 사유로 인해 자활능력이 없는 사람들이 1종에 선정되기 때문에 1종대상자들의 인구구조학적 특성 및 상병상태의 중증도가 2종 대상자에 비해 상대적으로 더 많은 의료이용을 필요로 하는 것이 작용하였을 것으로 보인다. 이는 대상자단위의 기여도 분석에서 대상자의 기여도가 실제와는 다르게 과장되어 나타나고 있으며, 의료이용이 필요한 군이 잔류함으로써 건당진료비와 이용자당 진료비를 증가시켰을 것으로 보인다.

3) 의료보호진료비의 증가원인과 대책

일반적으로 진료비의 증가는 급여의 확대, 대상자수의 증가, 노인인구의 증가와 같은 인구학적 변화, 인건비의 증가, 값비싼 의료기술 및 시술의 개발, 비용이 많이 드는 병상과 서비

스의 증가, 환자 1인당 사용되는 자원의 증가, 수입의 증가로 인한 보건의료 수요증가, 인플레이션 등이 의료비를 증가시키는 주된 요인으로 지적되고 있다(Lassey 등, 1997). 또한 의료비 증가요인은 크게 공급자에 의한 경우와 수요자에 의한 경우로 구분할 수 있으며 공급자에 의한 경우는 의료서비스 공급가격의 상승과 서비스 양 또는 강도의 증가로 나눌 수 있다. 수요자에 의한 증가는 주체에 따라 공급자에 의한 수요증가와 소비자에 의한 증가로 구분할 수 있다.

공급가격 상승요인은 물가상승 및 의료인력의 인건비 상승 등이 반영되는 수가와 서비스 양 또는 강도의 증가는 외래방문, 입원 건당 검사, 투약 등의 종류 및 양의 증가로 측정된다. 수요자에 의한 증가요인 중 공급자에 의한 수요증가는 의료인력, 시설의 증가, 의료서비스의 가격통제에 대한 진료행태의 변화가 있으며 소비자에 의한 수요증가 요인으로는 의료보장 적용인구의 확대, 노인인구의 증가, 소득의 증가 등이 있다(양봉민, 1999; 국민의료보험관리공단, 1997).

의료비의 증가원인에 대한 기존 연구들을 살펴보면 주로 의료보험의 진료비 증가원인과 관련한 것인데, 신영석(1997)은 공무원 및 사립학교교직원 의료보험의 진료비 증가원인으로 적용인구의 노령화, 수진률의 상승, 건당진료비의 증가를 원인으로 들었다. 국민의료보험관리공단(1997)은 의료보험의 진료비 증가원인으로 수가인상, 급여기간연장, 컴퓨터촬영 등의 급여확대 등과 같은 정책적 요인과 인구의 노령화, 만성질환의 증가, 국민들의 고급진료선호경향증가, 제왕절개기술 증가, 생활수준의 향상을 이유로 들었다. 김용익 등(2000)도 의료보험 급여비의 증가를 수가, 급여기간연장, 급여의 확대 등의 정책적 요인과 노인급여비증가, 만성 퇴행성질환의 증가, 고급진료에 대한 선호 등의 비정책 요인을 중요한 이유로 들고 있다.

그러나 의료보호진료비의 증가양상을 적절히 해석하기 위해서는 일차적으로 의료보호제도에 대한 이해가 필요하다. 의료보호제도는 공적부조로서 사회보험인 의료보험과는 많은 차이점이 있다. 의료보호대상자에는 노인, 장애자, 만성질환자, 정신질환자 등이 차지하는 비율이 매우 높다. 또한, 이들의 가족지지는 취약한 경우가 많다. 수가 및 지불보상제도에서 의료보호 1종대상자는 법정본인부담금을 부담하지 않으며, 2종 대상자는 입원 시에 의료보험과 똑같이 20%의 법정본인부담금을 지불하나 외래 이용 시 진료당 1,500원의 정액을 지불하고 있다. 또한 의료보호대상자 중 정신질환으로 정신과진료를 받는 경우, 입원, 외래 모두 일당정액제 방식을 채택하고 있다. 1999년 10월부터 제3차 진료기관을 제외한 모든 진료기관에 대하여 개설 등과 동시에 의료보호진료기관으로 당연 지정하도록 의료보호법 시행규칙이 개정되었으나, 이전에는 그 지정여부와 상관없이 전체 의료기관 중 1년 동안 의료보호환자를 단 한 명도 진료하지 않은 의료기관이 약 30~35%에 달해 의료기관의 접근도가 의료보험가입자에 비해 상대적으로 낮았을 것으로 판단된다(염용권 등, 1998). 또한 만성적인 의료보호진료

비 체불은 의료기관들로 하여금 의료보호환자를 기피하는 중요한 이유로 작용하고 있다. 이러한 의료보호대상자의 특성, 수가 및 지불보상제도, 의료보호기관지정 및 진료비체불 등과 같은 의료보호제도의 특성으로 인해 의료보호대상자의 의료이용양상과 진료비증가양상이 의료보험과는 매우 다른 양상으로 이루어지고 있을 가능성이 높다. 이는 의료보험과는 다른 관리정책과 기술이 필요함을 의미한다.

이평수 등(1999)은 의료보호진료비의 증가원인을 진료비의 구성요소별로 나누어 첫째, 대상자수의 증가는 국민경제수준의 향상, 의료보호대상자의 증가를 그 원인으로, 둘째, 수진율의 증가원인으로 노인인구(비율)의 증가, 중증 환자수(비율)의 증가, 대상자의 건강에 대한 관심의 증가, 공급자의 양적 질적 수준의 증가를 들고 있다. 셋째, 수가의 인상원인으로 물가와 원가의 상승 및 새로운 기술의 도입으로, 넷째, 서비스 강도의 증가원인으로는 급여범위의 확대, 참여기관의 고급화, 고가의 서비스제공경향 증가, 이용자의 고급진료선호경향증대, 중증질환자수(비율)의 증가를 들었다. 마지막으로 내원/진료일수의 증가원인으로는 급여일수의 확대, 만성질환자수(비율)의 증가를 들고 있다. 그러나 이는 논리적 추론 수준에 그치고 있으며 각 요인들이 의료보호진료비 증가에 영향을 미치고 있다는 증거는 구체적으로 제시되지 못하고 있다.

그간 의료보험진료비관련연구(김용익 등, 2000; 신영석 등, 1999; Moon, 1996) 및 의료보호진료비와 관련한 연구결과들(신영전, 2000; 이평수 등, 1999; 엄용권 등, 1998)과 이 연구의 결과들을 종합하면 의료보호진료비의 증가는 의료보험진료비의 증가원인인 수가, 급여기간연장, 급여의 확대 등의 정책적 요인과 노인급여비 증가, 만성퇴행성질환의 증가, 고급진료에 대한 선호 등의 비정책 요인에 영향을 받고 있다. 또한, 의료보호제도의 특징적인 진료비 증가요인으로는 생활보호대상자의 선정기준변화에 따른 대상자수의 변동, 노인비율의 두드러진 증가 등과 같은 대상자 특성, 법정본인부담금이 없거나 낮아 발생하는 소비자 및 공급자 유인, 신장투석환자의 상당수가 의료보호환자로 편입하는 현상과 같이 의료보험의 보장성이 낮아 의료보호가 그 책임을 떠맡는 현상, 그리고 지역사회정신보건체계의 미비와 정액제방식의 채택 등으로 인한 의료보호 정신질환자의 입원이 장기화되는 현상 등이 의료보호의 특징적인 진료비 증가요인으로 작용하고 있다. 반면에 대상자수의 감소, 진료비체불, 의료보호환자의 진료 기피 등은 진료비의 증가를 둔화시키는 요인으로 작용하고 있는 것으로 보인다(신영전, 2000).

이상의 결과에서 중요한 것 중의 하나는 최근 의료보호진료비 증가의 상당부분이 노인이나 중증 환자수 또는 비율의 증가, 수가의 인상, 급여의 확대 등 진료비의 증가가 불가피한 영역에서 발생하였으며, 이들 요인들은 향후에도 지속적인 진료비 증가의 요인으로 남아 있을 것이라는 점이다. 또한, 최근의 대폭적인 수가인상과 대상자 본인부담금의 축소조정 계획

등과 같은 요인들은 의료보호진료비 증가를 가속화시키는 요인으로 작용할 것으로 보인다.

진료비의 증가는 세계 많은 나라들의 중요한 정책과제 중의 하나이며, 특히 선진국들은 보건진료비의 증가에 대한 다양한 정책들을 개발하고 있다(Mossialos와 Le Grand, 1999; Davis 등, 1990). 특히 미국의 경우, 메디케이드(Medicaid) 부문의 의료비증가에 대한 억제정책으로 메디케이드 매니저드 케어(Managed Care)의 도입이 적극적으로 이루어지고 있으며, 전체 시행프로그램의 50%이상이 인두제 방식을 채택하여 진료비를 억제하려 노력하고 있다(Daniels, 1998; Bergley와 Park, 1996).

우리나라의 경우, 의료보호제도 재정운영에 대한 연구들이 일부 있어 왔으나, 관리체계(노인철 등, 1991) 심사제도(신영수, 1991), 재정운영(심중보, 1993) 등과 같이 특정한 주제에 국한한 연구이거나 오래 전에 이루어져 최근의 양상을 반영하지 못하고 있다. 의료보호진료비의 억제에 대한 연구가 본격화 된 것은 최근의 일이며, 염용권 등(1998)은 메디케이드의 진료비 억제를 위하여 노인 및 만성질환자를 위한 장기요양시설의 확충, 고액진료비 환자의 집중관리, 지역사회정신보건사업의 활성화, 1차 의료기관입원허용, 약국서비스의 보험급여화, 국공립보건의료기관의 역할강화, 진료비심사강화, 대상자 선정의 전문화 등을 제시하였고, 이평수 등(1999)의 후속연구에서는 진료비 증가억제보다는 의료보호재정안정화 방안으로 추가적인 재원확보, 포괄수가제 등 새로운 지불보상제도의 검토, 장기요양서비스 수가개발, 정신질환자에 대한 차감수가제 적용 등을 제안하였다.

이 연구결과는 일차적으로 의료보호진료비의 급증에 대한 정책적 관심을 높여야 함을 보여주고 있으며, 의료보호진료비의 적절한 관리를 위해서는 연도별 의료보호진료비의 증가양상과 구성요소별 기여도 그리고 증가원인에 대한 지속적인 모니터링이 필요함을 보여주었다. 또한, 대상자의 증가, 노령화와 같이 불가피한 요인들과 이들 요인들을 고려한 상태에서 수진율이나 서비스 강도 및 수가 등의 요인들에 대한 더욱 관심을 집중하여야 할 것이며, 특히 수가의 증가 시에는 그것이 전체 의료보호진료비에 주는 영향을 충분히 고려하여야 할 것이며, 이 연구에서는 분석이 이루어지지 않았으나 의료보호 서비스의 적절성에 대한 검토와 함께 진료비 억제를 위한 다른 나라들의 경험들에 관심을 가져야 함을 보여주었다.

2. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 의료보호청구자료를 이용한 것으로 청구자료가 가지는 기본적인 제한점을 내포하고 있다. 비급여 등 급여이외의 부문에 대한 진료비는 분석에 포함되지 않았으며, 진료일수의 경우, 진료기간이 실제보다 적은 것으로 나타났을 가능성이 높다. 또한, 이 연구에서는 의료보호 1종 및 2종 진료비만을 분석대상으로 하고 1994년 1월 1일부터 폐지된 의료부조와

기타 행려자, 성병감염자 등의 진료비 및 진료실적은 분석대상에 포함하지 않았다. 그러나 1998년 행려자 및 성병감염자의 진료비의 경우 의료보호 총진료비의 3.6%수준이며 의료부조의 경우 1993년 의료보호 총진료비의 2.5% 수준으로 1종 및 2종 진료비 증가율에 대한 진료비 구성요소별 기여도만으로도 전체 의료보호 진료비 및 건당진료비 증가율에 대한 진료비 구성요소별 기여도를 파악하는데 무리가 없을 것으로 생각된다.

진료비 증가의 기여도 분석모형은 많이 사용되어오고 있으나(김용익 등 2000; 신영석 등, 1997; Moon, 1996; 차병준 등, 1992) 앞서 언급한 바와 같이 그 해석 시 주의를 필요로 한다. 진료비/건당진료비의 증가에 대한 기여도를 보여주는 공식은 각 해당연도의 상대적인 기여 정도를 보여주는 것이다. 따라서 다른 연도간의 비교에서 각 수치자체의 비교는 의미가 없다. 또한 진료비 증가의 기여도 분석에서 나타났듯이 대상자수의 감소 등으로 특정부분이 음의 기여를 할 경우, 특정 요소의 기여정도가 100%를 넘는 경우도 발생하여 해석상 주의를 필요로 한다. 그럼에도 불구하고 이러한 기여도분석은 해당연도의 진료비/건당진료비 증가를 여러 가지 요소들로 분해하여 보여 줌으로써 진료비/건당진료비 증가의 요인들을 파악하는데 도움을 준다. 예를 들어 건당진료비의 증가에 많은 영향을 미치는 요인이 수가인 것으로 나타난 이 연구의 결과는 건당진료비의 증가 중 상당부분이 소비자나 공급자의 유인에 의하기보다는 정부의 정책결정에 기인한 것임을 보여주는 것이다.

이 연구에서 사용한 수진율과 대상자당 진료비는 대상자의 수가 변함에 따라 영향을 받는다. 특히 2종 대상자의 감소가 두드러지게 있었기 때문에 2종 대상자의 수진율이나 대상자당 진료비가 급격히 증가하는 것으로 나타나므로 해석 시 주의가 필요하다. 그러나 이러한 양상은 의료이용이 필요한 군이 2종에 잔류하고 의료서비스의 필요성이 상대적으로 적은 군이 제외되었을 가능성을 보여주는 수치가기도 하다. 따라서 향후 진료비의 증가를 이용자단위로 하는 분석연구나 정액진료비형태로 시행되고 있는 부분을 분리하여 분석하는 연구 등 보다 세분화된 연구가 필요할 것이다. 그러나 이상과 같은 제한점에도 불구하고 8개년에 걸친 자료의 분석을 통해 의료보호진료비의 변화양상과 각 구성요소들의 기여도의 변화양상을 관찰함으로써 기존의 단기간 분석에서 보여주기 힘든 진료비 변화의 양상들을 보여줄 수 있었다. 향후 연구에서는 의료보호 이용자를 단위로 한 분석, 의료보호 행위별수가제영역과 정액제 영역의 구분분석, 1종 내부 유형별 및 대상자 특성별 분석 등과 같은 세분화된 분석이 필요할 것이다. 또한 의료보호환자들의 의료이용양상과 공급자들의 진료양상에 대한 구체적인 연구들이 진행되어야 진료비의 증가를 보다 정확히 설명해 낼 수 있을 것이며, 진료비의 기여도 분석에서 나아가 의료보호진료비 증가양상을 모니터링하고 그 증가 원인과 관련한 모델의 개발을 통해 진료비의 변동양상을 추정하고 관련요인들과의 관계들을 파악할 수 있는 연구가 필요할 것이다.

V. 요약 및 결론

1992년부터 1999년까지 8년 간의 의료보호 진료비 증가양상을 파악하기 위하여 의료보호 청구자료 및 통계연보 자료를 이용하여 의료보호 1종 및 2종 진료비 및 건당진료비의 증가양상과 진료비 증가에 대한 진료비 구성요소별 기여도를 분석하였으며 주요 결과는 다음과 같다.

지난 8년 평균 의료보호 진료비 연평균 증가율은 22.8%이었다. 1992년이래 대상자의 지속적인 감소에도 불구하고 높은 증가율을 보여오다가, 1998년도부터는 대상자의 증가와 함께 더욱 급속히 증가하고 있다. 특히 1999년 진료비증가율은 전년대비 47.1%로 대폭 증가하였으며, 특히 1종 입원진료비는 56.9% 증가하였다.

진료형태별 연평균 증가율은 입원 24.2%, 외래 22.8%이었으며, 1종 의료보호대상자의 연평균 진료비 증가율은 28.8%(외래)~29.9%(입원)로 2종의 증가율인 14.3%(외래)~15.5%(입원)에 비해 훨씬 높은 것으로 나타났다. 진료형태별로는 입원서비스부문이, 종별로는 1종 의료보호대상자가 의료보호진료비 증가를 주도하였다.

의료보호진료비 증가의 구성요소별 기여도분석에서 진료비의 증가에는 연도별, 대상자종별, 이용형태별로 차이를 보였으나 1992년부터 1997년까지는 수진율과 건당진료비가 진료비 증가에 기여하고 대상자의 감소는 진료비의 억제에 기여하였으며 이러한 양상은 2종에서 더욱 두드러졌다. 그러나 1998년 이후 대상자의 증가가 진료비 증가의 중요한 요인으로 작용하고 있는 것으로 나타났다.

건당진료비의 증가에서는 수가의 증가가 상대적으로 큰 기여를 한 것으로 나타났으며, 1995년과 1996년에 가장 두드러졌다. 건당진료일수와 서비스 강도는 시기에 따라 다양한 양상을 보였다.

이와 같은 급격한 의료보호진료비의 증가는 일반적인 의료비 증가요인뿐만 아니라 의료보호제도와 관련한 요인들이 작용하고 있는 것으로 보인다.

따라서 최근 급격한 의료보호 진료비의 상승에 대한 보다 적극적인 대응이 필요한 것으로 나타났으며, 이를 위해 향후 대상자증가, 수가인상 등의 정책이 진료비 증가에 미치는 영향을 고려한 보다 정교한 분석과 정책 수립의 필요성을 제기 하였다.

참 고 문 헌

- 강선희, 문옥륜. 고액진료비 환자의 특성 비교분석. 한국의료QA학회지 1995; 2: 112~129
국민의료보험관리공단, 보험급여비 증가요인 분석. 최신의보동향 1997; 7·8월호 : 1~21

- 김주호. 의료보호대상자의 의료이용 양상. 예방의학회지 1984; 17: 37~46
- 김용익, 이평수, 조홍준, 김창엽, 신영전. 건강보험 재정설계연구, 서울대학교의과대학, 2000
- 노인철, 한혜경, 정미숙. 의료보호관리체계 개선방안. 한국보험관리공단, 1991
- 문옥륜, 강선희, 이은표, 좌용권, 이현실. 의료보험 고액진료비 환자의 특성연구. 보건행정학
회지 1993; 3(2): 53~83
- 신영석. 의료보험 진료비 증가요인 분석. 보건복지포럼 1997 ; 8월호 : 65~71
- 신영석. 신현용, 신종각. 의료보험 진료비 증가요인과 정책과제. 한국보건사회연구원, 1999
- 신영수. 의료보호 수가 및 지불제도에 관한 연구. 병원연구소, 1991
- 신영전. 의료보호제도. 문옥륜 등. 의료보장론. 서울, 신광출판사, 2000: 쪽 568~639
- 심중보. 의료보호재정의 운영평가에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1993
- 양봉민. 보건경제학. 서울, 나남출판사, 1999 : 쪽 349~377
- 염용권, 신준호, 신영전, 좌용권, 이관익. 의료보호진료비 증가원인 분석연구. 한국보건의료관
리연구원, 1998
- 이평수, 김선민, 김세라, 김윤, 박실비아, 신영전, 신준호. 의료보호 재정 안정화 방안 연구.
한국보건산업진흥원, 1999
- 의료보험관리공단. 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 의료보호통계연보
- 의료보험관리공단. 1999 의료보험통계연보
- 차병준, 박재용, 감신. 의료보험 시범지역의 전국민 의료보험실시전후의 진료비증가 기여도.
보건행정학회지 1992 ; 2: 221~237
- 최일섭, 이인재. 공적부조의 이론과 실제. 서울, 집문당, 1996 : 쪽 15~19
- Bergley CE, Park JM. Medicaid managed care in the United States: Initial effects of the
Texas Pilots. Korean Social Security Studies 1996;12(2):173~197
- Daniels MR. Introduction: The inconsistency and paradox of American health care, in
Daniels MR(eds.), Medicaid reform and the American State: Case studies on the
politics of managed care, Westport, Auburn House, 1998:1~12
- Davis K, Anderson GF, Rawland D, Steinberg EP. Health care cost. Baltimore and
London, The Johns Hopkins University Press, 1990
- Fuchs V. Who shall live?, Health economics and social choices. New York, Basic Book,
1974
- Lasley ML, Lassey WR, Jinks MJ. Health care systems around the world. Prentice Hall,
1997: 341~343
- Moon OR. Cost containment effects in Korea, Korea Journal of Public Health

- 신영전 외 : 의료보호 진료비의 증가양상과 진료비 구성요소별 기여도 변화 -

1996;33(1):35~54

Mossialos E, Le Grand J. Health care and cost containment in the European union,
Ashgate, USA, 1999

Rowland D, Feder J, Salganicoff A. Medicaid financing crisis, The Kaiser Commission on
the Future of Medicaid, AAAS Press, 1993

[부록]

<부표 1> 연도별 의료보호 1, 2종 총진료비 구성요소별 진료비 증가 기여도

(단위 : %)

구성요소	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		연평균		
	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	
계	대상자수	-14.0	-77.6	-10.3	-107.2	-12.8	-74.4	-10.0	-57.3	-11.4	-46.0	14.4	56.6	26.0	55.2	-2.6	-11.4
	수진률	19.5	108.4	9.0	93.0	12.8	74.4	10.8	61.5	22.6	91.2	-8.2	-32.2	13.6	28.9	11.4	50.2
	건당진료비	12.4	69.1	11.0	114.1	17.2	100.0	16.8	95.8	13.6	54.8	19.2	75.6	7.5	15.9	14.0	61.2
	전체증가율	18.0	100.0	9.6	100.0	17.2	100.0	17.5	100.0	24.8	100.0	25.4	100.0	47.1	100.0	22.8	100.0
소	대상자수	-13.9	-78.2	-10.5	-75.6	-13.1	-57.7	-10.0	-55.9	-11.4	-46.6	14.4	56.2	26.0	55.6	-2.7	-11.0
	수진률	19.5	109.5	18.9	135.6	28.5	125.4	16.9	94.1	28.9	118.4	6.0	23.4	12.9	27.7	18.8	77.8
	건당진료비	12.2	68.6	5.6	40.1	7.3	32.3	11.1	61.7	6.9	28.2	5.2	20.4	7.8	16.8	8.0	33.2
	전체증가율	17.8	100.0	13.9	100.0	22.7	100.0	18.0	100.0	24.4	100.0	25.6	100.0	46.7	100.0	24.2	100.0
입	대상자수	-5.3	-28.1	-5.5	-32.7	-1.5	-5.4	1.9	7.6	-2.4	-7.9	31.1	90.6	17.2	30.2	5.1	16.9
	수진률	11.1	58.5	15.7	93.6	21.8	77.6	10.6	43.0	24.2	81.2	-3.4	-9.8	29.5	51.8	15.6	52.3
	건당진료비	13.2	69.6	6.6	39.2	7.3	27.8	12.1	49.4	7.9	26.7	6.6	19.2	10.3	18.0	9.2	30.8
	전체증가율	18.9	100.0	16.8	100.0	28.0	100.0	24.6	100.0	29.8	100.0	34.3	100.0	56.9	100.0	29.9	100.0
원	대상자수	-17.4	-105.2	-12.6	-120.9	-18.4	-116.3	-16.4	-190.9	-17.0	-108.6	1.1	11.3	31.4	132.2	-7.1	-49.2
	수진률	22.8	137.9	18.5	177.5	27.1	171.2	14.9	173.4	27.3	173.9	5.5	57.3	-9.7	-41.0	15.2	105.9
	건당진료비	11.1	67.4	4.5	43.5	7.1	45.1	10.1	117.5	5.4	34.6	3.0	31.4	2.1	8.7	6.2	43.2
	전체증가율	16.5	100.0	10.5	100.0	15.8	100.0	8.6	100.0	15.7	100.0	9.6	100.0	23.8	100.0	14.3	6.00
외	대상자수	-14.1	-71.2	-10.4	-100.2	-12.6	-97.8	-10.0	-57.2	-11.4	-46.0	14.4	56.5	26.2	53.5	-2.6	-11.2
	수진률	19.7	99.5	8.7	83.7	12.0	93.2	10.5	59.8	22.3	90.0	-8.9	-35.0	13.7	28.00	11.1	48.8
	건당진료비	14.2	71.7	12.1	116.6	13.4	104.7	17.1	97.3	13.9	56.0	20.0	78.5	9.0	18.5	14.2	62.4
	전체증가율	19.8	100.0	10.3	100.0	12.8	100.0	17.5	100.0	24.8	100.0	25.4	100.0	48.9	100.0	22.8	100.0
래	대상자수	-5.3	-27.7	-5.4	-37.7	-1.5	-6.9	1.9	7.3	-2.4	-7.8	31.0	91.6	17.2	30.2	5.1	17.6
	수진률	12.3	63.7	8.4	57.9	10.7	49.8	8.8	34.5	20.8	68.5	-17.6	-52.1	28.9	50.7	10.3	35.8
	건당진료비	12.3	64.0	11.5	79.8	12.2	57.0	14.8	58.1	12.0	39.3	20.5	60.5	10.9	19.1	13.5	46.7
	전체증가율	19.3	100.0	14.4	100.0	21.4	100.0	25.5	100.0	30.4	100.0	33.9	100.0	56.9	100.0	28.8	100.0
외	대상자수	-17.7	-87.5	-12.4	-182.2	-17.5	-338.2	-16.4	-182.9	-17.2	-96.8	1.1	8.0	33.0	91.7	-6.7	-43.4
	수진률	22.4	111.2	7.9	115.9	10.5	214.8	9.0	100.5	21.1	118.9	-3.7	-26.4	-0.7	-2.0	9.5	61.3
	건당진료비	15.4	76.3	11.3	166.3	11.9	243.3	16.4	182.4	13.8	77.9	16.5	118.5	3.7	10.4	12.7	82.1
	전체증가율	20.2	100.0	6.8	100.0	4.9	100.0	9.0	100.0	17.8	100.0	13.9	100.0	36.0	100.0	15.5	100.0

<부표 2> 연도별 의료보호 1, 2종 건당진료비 구성요소별 진료비 증가 기여도

(단위 : %)

구성요소	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		연평균		
	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	절대	상대	
계	수가	5.0	41.7	3.8	34.5	8.4	48.9	2.3	14.0	11.7	90.4	4.2	22.7	3.2	50.5	5.5	40.7
	서비스강도	2.6	21.8	3.4	30.6	1.7	10.0	7.6	45.3	-5.3	-41.0	7.9	42.4	2.3	36.3	2.9	21.3
	건당진료일수	4.4	36.6	3.9	34.9	7.1	41.1	6.8	40.8	6.5	50.7	6.5	34.9	0.8	13.2	5.2	38.0
	전체증가율	12.1	100.0	11.1	100.0	17.2	100.0	16.7	100.0	12.9	100.0	18.6	100.0	6.3	100.0	15.4	100.0
입	수가	5.0	41.7	3.7	69.3	8.0	117.4	2.3	21.1	11.3	178.2	4.0	83.4	3.2	48.3	5.4	71.4
	서비스강도	6.9	57.9	2.3	42.0	-3.3	-48.3	6.6	61.5	-3.9	-61.7	2.9	60.8	4.6	69.6	2.3	30.6
	건당진료일수	0.0	-0.2	-0.6	-11.4	2.1	30.9	1.9	17.4	-1.1	-16.5	-2.1	-44.2	-1.2	-17.9	-0.1	-1.9
	전체증가율	11.9	100.0	5.4	100.0	6.8	100.0	10.7	100.0	6.4	100.0	4.8	100.0	6.6	100.0	7.5	100.0
원	수가	5.1	39.5	3.7	59.6	8.0	113.0	2.3	19.8	11.4	157.8	4.0	68.6	3.2	38.2	5.2	61.2
	서비스강도	8.7	67.8	4.1	64.9	-1.9	-27.2	8.3	72.1	-2.5	-35.0	4.4	74.8	6.2	73.9	4.1	48.1
	건당진료일수	-0.9	-7.2	-1.5	-24.5	1.0	14.2	0.9	8.0	-1.6	-22.8	-2.5	-43.4	-1.0	-12.2	-0.8	-9.3
	전체증가율	12.8	100.0	6.3	100.0	7.1	100.0	11.5	100.0	7.2	100.0	5.8	100.0	8.5	100.0	8.4	100.0
외	수가	5.0	46.2	3.7	83.9	8.0	117.0	2.3	22.3	11.3	217.5	3.9	135.2	3.1	167.0	5.3	88.4
	서비스강도	4.4	40.9	0.3	6.3	-4.1	-59.9	5.5	54.4	-5.3	-103.1	1.8	61.3	2.3	124.7	0.7	11.6
	건당진료일수	1.4	12.8	0.4	9.8	2.9	42.9	2.4	23.3	-0.7	-14.3	-2.8	-96.5	-3.6	-191.7	0.0	0.0
	전체증가율	10.9	100.0	4.4	100.0	6.9	100.0	10.2	100.0	5.2	100.0	2.9	100.0	1.9	100.0	6.8	100.0
래	수가	5.1	36.9	3.8	31.6	8.3	61.4	2.3	13.7	11.7	88.6	4.2	21.8	3.2	42.2	5.5	40.0
	서비스강도	3.8	27.5	4.6	38.0	-1.2	-9.1	7.7	45.5	-5.5	-41.8	8.6	44.1	3.3	43.1	3.0	22.0
	건당진료일수	4.9	35.7	3.7	30.4	6.4	47.8	6.9	40.8	7.0	53.3	6.6	34.1	1.1	14.7	5.3	38.0
	전체증가율	13.8	100.0	12.2	100.0	13.5	100.0	17.0	100.0	13.2	100.0	19.5	100.0	7.6	100.0	13.8	100.0
외	수가	5.0	42.3	3.8	33.7	8.2	70.1	2.3	16.3	11.6	105.2	4.2	22.0	3.2	36.0	5.5	43.5
	서비스강도	3.9	32.4	6.0	53.2	-3.3	-28.4	6.6	46.7	-5.6	-51.0	9.4	48.5	4.5	50.0	3.1	24.2
	건당진료일수	3.0	25.3	1.5	13.1	6.8	58.4	5.2	37.0	5.0	45.8	5.7	29.5	1.3	14.0	4.1	32.3
	전체증가율	11.9	100.0	11.4	100.0	11.7	100.0	14.1	100.0	11.0	100.0	19.3	100.0	9.0	100.0	12.6	100.0
래	수가	5.1	33.9	3.8	33.0	8.2	66.8	2.3	13.8	11.7	86.2	4.2	25.1	3.2	97.4	5.5	43.1
	서비스강도	3.8	24.9	3.1	26.8	0.0	-0.2	8.3	48.9	-5.7	-42.2	6.7	39.9	0.5	15.3	2.4	18.5
	건당진료일수	6.2	41.1	4.7	40.1	4.1	33.4	6.3	37.3	7.6	56.1	5.8	35.0	-0.4	-12.7	4.9	38.4
	전체증가율	15.1	100.0	11.6	100.0	12.3	100.0	17.0	100.0	13.6	100.0	16.7	100.0	3.2	100.0	14.4	100.0