

의료보험 재정안정화 방안

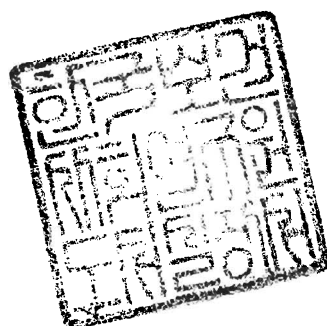
- 진료비 상승억제 측면 -

1990. 12

노 인 철
한 혜 경
이 필 도



한국보건사회연구원



머 리 말

우리나라는 1988년에 농어촌 지역주민을, 1989년에는 도시지역주민을 의료보험 적용대상에 포함시킴으로써 전국민의료보험을 실현한 바 있으며, 전국민의료보험제도가 성공적으로 정착할 수 있느냐의 여부는 국민연금제도 등 다른 사회보험제도에도 중요한 영향을 미치리라는 점에서 큰 관심의 대상이 되고 있다.

그러나 보험료 각출을 통한 수입수준은 일정한데 비해 진료비 지출의 증가율은 매우 빠를 뿐 아니라 국민총생산의 증가율보다도 높기 때문에 그에 대한 대비책이 요구된다. 더우기 앞으로 농어촌 지역이나 도시지역 주민들의 잠재해 있던 의료수요가 의료이용으로 연결될 경우 지역의료보험의 재정부담은 더욱 심각해질 것이고, 최근 들어 사회적 문제로까지 부각되고 있는 40대 이상의 건강문제로 인한 진료비의 증가도 가속화될 전망이다. 노인인구의 증가 및 그로 인한 질병구조의 변화, 의학기술의 발전, 의료공급측의 비용증가적인 진료패턴 등 진료비의 상승으로 인한 재정압박 요인은 도처에 상존해 있는 실정이다.

이런 시점에서 의료보험의 재정에 관해 논하는 것은, 시기적으로나 그 중요도를 감안할 때나 꼭 필요한 과제이며, 연구해야 할 범위도 매우 광범위할 것으로 생각된다. 그러나 본 연구에서는 전국민의료보험의 제도적 정착을 위한 재정안정화 방안을 모색하고자 하는 의도 하에서 주로 의료서비스 공급체계에서 발생하는 진료비 상승요인의 분석과 상승억제방안을 제시하고 의료수가제도의 문제점과 개선방안을 제시함으로써 의료보험 재정안정을 위한 정책자료로 사용될 수 있도록 하였다.

본 연구내용 중에서 의료수가에 관한 부분을 KDI권순원 박사께서 직접 집필해주신 것에 대해 감사를 표하고자 한다. 그리고 입원진료비 분석을 위한 자료수집 과정에서 의료보험연합회가 귀중한 자료를 제공해 준 것에 대해 감사한다. 또한 조사대상을 선정하는 것에서부터 전산처

리에 이르기까지 많은 도움을 준 전산실 도세록 연구원에게 감사하며,
자료정리를 도맡아 해준 이화여대 대학원생 권위정씨에게도 감사한다.

끝으로 본 연구결과는 연구자의 견해일 뿐, 본 연구원의 공식적 견해
가 아님을 밝혀둔다.

1990 년 12 월

한 국 보 건 사 회 연 구 원

원 장 지 달 현

목 차

머리말

I. 서론

1. 연구배경 및 범위	1
2. 연구목적	3
3. 연구방법	3

II. 보험재정의 현황 및 진료비 추이 5

1. 보험재정의 현황	5
2. 보험진료비의 추이	12
3. 의료자원의 현황	14
4. 선진국의 의료비 동향	17

III. 보험진료비의 상승요인 19

1. 진료비의 결정요인	19
1.1 의료서비스의 경제적 특성	19
1.2 의료수요의 결정요인	21
1.3 의료수가의 결정요인	27
1.4 의료수가의 상승요인	31
2. 연령구조별 진료비 상승요인	33
2.1 진료건수, 진료비 구성비	34
2.2 건당 진료비, 건당 내원일수, 내원일당 진료비	43
2.3 질병구조	48
2.4 의료기관 선택경향	58
2.5 연령별 진료비 상승요인 및 전망	67

Ⅳ. 입원진료비 분석

1. 기술적 분석	71
1.1 자료의 성격	71
1.2 분석대상자의 일반적 특성	73
1.3 입원진료비의 구성내역별 분포	79
1.4 의료기관별 진료비 구성내역	84
1.5 의료기관별 구성내역별 진료비 상승요인	104
2. 횡단면 회귀분석	111
2.1 분석자료 및 모형	111
2.2 분석결과	113

Ⅴ. 의료수가제도의 개선

1. 의료수가의 결정요인	122
1.1 우리나라의 의료수가제도	122
1.2 의료수가의 결정요인	126
2. 의료수가의 조정 방식 및 관련연구	134
3. 의료수가의 개선을 위한 합리적 접근방법	144
3.1 기본방향	144
3.2 단기적 방안	146
4. 의료수가 및 관련제도의 개선방안	147
- 의료보험 재정안정화 측면에서 -	

Ⅵ. 진료비 상승억제방안

1. 주요측면	151
1.1 질병예방 및 건강교육의 실시	151
1.2 노인의료비 대책	153

2. 공급측면	154
2.1 약제비의 억제대책	155
2.2 검사비의 절감대책	156
2.3 병원기능의 전문화	158
2.4 입원진료비의 경제성 도모방안	159
3. 의료수가제도의 개선방안	161
 Ⅶ. 결론 및 정책건의	 163

참고문헌

부 표

표 목 차

〈표Ⅱ-1〉	연도별 보험재정의 현황	6
〈표Ⅱ-2〉	직장의료보험의 재정현황	7
〈표Ⅱ-3〉	공교의료보험의 재정현황	9
〈표Ⅱ-4〉	지역의료보험의 재정현황	11
〈표Ⅱ-5〉	보험진료비의 추이	13
〈표Ⅱ-6〉	의료자원의 현황	15
〈표Ⅱ-7〉	의사수의 국제비교	16
〈표Ⅱ-8〉	OECD 국가의 1인당 의료비 및 GDP	18
〈표Ⅲ-1〉	연령별 총인구, 보험적용인구, 진료건수, 진료비 구성비(1985-1989)	35
〈표Ⅲ-2〉	연령별 외래 건당진료비, 건당내원일수, 내원일당 진료비(1985-1989)	44
〈표Ⅲ-3〉	연령별 입원 건당진료비, 건당내원일수, 내원일당 진료비(1985-1989)	46
〈표Ⅲ-4〉	연령별 입원건당진료비가 50만원 초과하는 진료건수 비율(1985-1989)	47
〈표Ⅲ-5〉	연령별 주요상병 및 진료건수, 진료비(1988)	49
〈표Ⅲ-6〉	연령별 전체 진료건수 대비 만성질환 진료건수 비율(1985-1989)	57
〈표Ⅲ-7〉	연령별 의료기관별 외래 진료건수 및 진료비 구성비(직장의보, 1987)	59
〈표Ⅲ-8〉	연령별 의료기관별 입원 진료건수 및 진료비 구성비(직장의보, 1987)	60
〈표Ⅲ-9〉	주요상병의 의료기관별 진료건수 구성비 (1985-1989)	62

〈표Ⅲ-10〉	의료기관별 진료건수 및 진료비 구성비 (1985-1989)	65
〈표Ⅲ-11〉	연도별 연령별 인구구성비	68
〈표Ⅳ-1〉	진료비 크기별 17대 질병분류별 분석대상건수	72
〈표Ⅳ-2〉	분석대상자의 일반적 특성	73
〈표Ⅳ-3〉	연령별 의료기관별 진료건수 분포	74
〈표Ⅳ-4〉	연령별 입원일수 분포	75
〈표Ⅳ-5〉	17대 질병별 연령별 진료건수	77
〈표Ⅳ-6〉	진료비 크기별 진료비 분포	79
〈표Ⅳ-7〉	10가지 구성내역별 평균진료비, 빈도 및 총진료비 구성비	81
〈표Ⅳ-8〉	4대 구성내역별 평균진료비, 진료건수 및 총진료비 구성비	83
〈표Ⅳ-9〉	17대 상병별 의료기관별 평균진료비	85
〈표Ⅳ-10〉	4대 구성내역별 의료기관별 평균진료비 및 총진료비 구성비(진료비 50만원 이하)	88
〈표Ⅳ-11〉	4대 구성내역별 의료기관별 평균진료비 및 총진료비 구성비(진료비 50만원 초과)	90
〈표Ⅳ-12〉	5가지 질병의 의료기관별 구성내역별 평균진료비 및 총진료비 구성비(진료비 50만원 이하)	92
〈표Ⅳ-13〉	5가지 질병의 의료기관별 구성내역별 평균진료비 및 총진료비 구성비(진료비 50만원 초과)	97
〈표Ⅳ-14〉	의료기관별 수술율	103
〈표Ⅳ-15〉	의료기관별 입원일수	105
〈표Ⅳ-16〉	의료기관별 투약일수	107
〈표Ⅳ-17〉	의료기관별 검사횟수	108

〈표Ⅳ-18〉	의료기관별 의료장비 보유현황	110
〈표Ⅳ-19〉	변수의 평균 및 표준편차	112
〈표Ⅳ-20〉	입원진료비의 회귀분석 결과	114
〈표Ⅳ-21〉	투약제비의 회귀분석 결과	116
〈표Ⅳ-22〉	주사약제비의 회귀분석 결과	118
〈표Ⅳ-23〉	검사행위료의 회귀분석 결과	119
〈표Ⅳ-24〉	실기행위료의 회귀분석 결과	121
〈표Ⅴ-1〉	연도별 의료수가지수와 물가지수의 추이	135
〈표Ⅴ-2〉	선불제 지불단위와 병원실적의 변화	149

I . 서 론

1. 연구배경 및 범위

의료보험이 도입된지 12년만에 전국민의료보험을 시작하게 된 이 시점에서 가장 시급한 과제는 이의 안정적인 정착일 것이다. 그런데 전국민의료보험제도가 정착되기 위한 여러가지 조건 중에서 가장 중요한 것 중의 하나는 재정의 안정이라는 측면이다. 의료보험이 도입된 이래 계속 증가하는 의료비 지출에 대한 재정적 차원의 대책이 마련되지 않는 한, 전국민을 대상으로 하는 의료보험제도의 안정적 정착이란 불가능할 것이기 때문이다.

의료보험제도 내에서의 재정안정의 조건은 보험료 각출에 의한 수입과 급여비 지출이 동일한 수준에서 이루어지는 것이다. 따라서 의료보험의 재정안정에 관해 논하기 위해서는 재원조달, 급여비 지출, 제도적 측면 등에 관한 분석이 모두 필요할 것이다. 즉, 빠른 속도로 상승하는 진료비로 인한 급여의 지출을 적정수준으로 유지해야 한다는 측면 외에도, 재원조달 측면에서 보험료율을 조정한다든지, 흑자조합과 적자조합 간의 재정상의 불균형을 해소하기 위한 재정안정사업을 추진한다든지, 목적세 등을 도입하여 재정안정기금을 조성한다든지 하는 방안이 필요하며 특히 지역의료보험제도의 관리운영방식 등을 포함하는 제도적 측면의 개선방안이 필요한 것이다.

이것은 선진국의 경험을 통해서도 분명히 알 수 있다. 1960년대 후반부터 70년대 전반에 걸쳐 적용범위의 확대, 급여수준의 확대, 의료공급체계의 확충 등의 방법을 통해 의료보장의 범위를 확장해왔던 선진국들은 1970년대 후반부터 경제사정이 악화됨에 따라 보험재정을 안정시키기 위한 다양한 대책을 마련해오고 있다. 즉, 여러가지 지출억제책과 동시에, 재원조달의 측면에서는 보험료율의 인상, 본인일부 부담률의

인상, 재정조정사업의 실시 등을 통해서, 제도적 측면에서는 운영조직의 문제 등을 개선함으로써 증가하는 진료비에 대응하기 위해 많은 노력을 해왔던 것이다.

그러나 선진국의 경험에 의하면 보험료를 인상한다든지, 본인일부 부담률을 인상한다든지 하는 재원조달 측면에서의 해결방안에는 한계가 있는 것으로 나타남으로써 최근에 와서는 보험급여수준을 축소하고, 진료보수의 인상을 강력히 규제하며, 의사수 및 병상수를 억제하고, 약가를 인하하며, 거택진료를 도입하는 등의 지출억제책을 사용하는 경향이 뚜렷해지고 있다.

위와 같은 선진국의 경험은 우리에게도 중요한 점을 시사한다고 보여진다. 왜냐하면 이제야 전국민의 의료보험이 시작되어 누구에게나 의료서비스에 대한 동등한 접근이 보장되어야 한다는 것이 인식되기 시작한 것을 감안할 때 국민의 부담능력에는 한계가 있을 것이며, 현재의 본인일부 부담률은 다른 나라에 비해 상당히 높은 수준에 있기 때문에 더 이상 인상한다는 것은 누구에게나 동등한 의료서비스에의 접근기회를 보장해야 한다는 의료보험의 기본적인 취지에도 어긋나기 때문에 바람직한 대책으로는 보이지 않기 때문이다.

반면 의료보험재정의 안정방안으로서 진료비의 지출을 억제하는 방안을 마련하는 것은 의료보험의 재정안정이라는 측면에서는 물론이고 제한되어 있는 의료자원을 효율적으로 배분한다는 측면에서도 매우 중요하고 필요한 정책과제가 될 것이다. 또한 그 중요성으로 미루어 불때 시급히 해결되어야 할 과제 중의 하나라고 보여진다.

따라서 본 연구의 범위는 의료보험의 재정안정을 도모하기 위한 진료비 지출 측면으로 제한할 것이고, 의료보험 진료비의 상승요인을 분석하고 급격한 상승을 억제하기 위한 대책을 마련하는데 초점을 맞추고자 한다.

2. 연구목적

현재 우리나라 의료비의 규모는 아직도 선진국에 비해 낮은 수준에 있다고 볼 수 있으나 그 증가추세가 매우 빠르며, 증가속도가 국민총생산(GNP)의 증가율을 앞지르고 있는데 문제가 있다고 보여진다.

따라서 본 연구의 목적은 의료보험 진료비에 관한 거시적 분석과 입원진료비 분석을 통해 진료비 상승요인을 알아보고, 의료수가제도의 문제점 및 해결방안을 모색한 후에, 진료비 상승억제방안을 제시함으로써 의료보험 재정안정화 방안을 위한 정책자료를 제공하려는 것이다. 위와 같은 목적을 위한 본 연구의 내용은 다음과 같이 구성된다.

II장에서는 보험자 종별 의료보험 재정현황과 보험진료비 및 의료자원의 추이 등을 분석하고 선진국의 의료비 동향에 대해서 살펴보고자 한다. III장에서는 진료비의 결정요인에 대해서 먼저 이론적 고찰을 한 후에, 기존의 연구에서 시도하지 않았던 연령구조별 분석을 통해 연령과 관련된 진료비 상승요인을 분석할 것이다.

IV장에서는 입원진료비의 횡단면 자료에 관한 기술적 분석 및 회귀분석을 시도함으로써 입원진료비의 상승요인을 밝히고자 한다. V장에서는 의료수가에 영향을 주는 주요 요인, 의료수가의 조정방식을 살펴보고 현행수가제도의 문제점을 개선하기 위한 합리적 접근방법을 제시할 것이다. VI장에서는 앞의 분석결과를 토대로 하여 수요, 공급측면과 의료수가제의 개선 등을 중심으로 하는 보험재정 안정화방안을 제시하고자 한다.

3. 연구방법

본 연구의 방법은 다음과 같다. 첫째, 연령구조별 진료비 상승요인을 분석하기 위해서는 1985년부터 1989년까지의 의료보험연합회와 의료

보험관리공단 의 의료보험통계연보에 나타난 연령별 인구구성비, 진료건수, 진료비, 질병구조의 변화, 의료기관 선택경향 등에 관한 통계자료를 사용하였다. 이때 1985년부터 1987년까지의 자료에는 직장의료보험과 공교의료보험 자료만이 분석되었고, 1988년 자료에는 직장의료보험과 공교의료보험 외에 1988년 1월부터 시작된 농촌지역 의료보험 및 직종의료보험의 자료가 포함되었으며, 1989년 자료에는 1988년 자료 외에 1989년 7월부터 시작된 도시지역의료보험의 자료가 포함되었다.

둘째, 입원진료비 분석을 위해서는 의료보험연합회 자료실에 보관된 1990년 6월 지급차수분 입원진료비 명세서를 조사대상으로 함으로써 의원에 입원한 경우와 공교의료보험 대상자를 제외한 입원진료비 명세서 92,702건 중 진료비 크기별, 질병분류별 무작위계통추출(systematic random sampling)의 방법을 사용하여 추출한 13,532건을 분석대상으로 하였다. 입원진료비 분석을 위한 입원진료비 명세서의 조사는 1990년 7월 30일부터 8월 21일까지 20일간 15명의 조사원에 의하여 경기도 고양군 소재 의료보험연합회 자료실에서 이루어졌다.

셋째, 입원진료비를 분석하기 위해서는 2가지 방법을 사용하였다. 첫째는, 진료비를 구성내역별로 분석하여 의료기관별 진료비 상승요인을 기술적으로 분석하는 방법으로서 여기서 주로 사용한 통계기법은 Breakdown과 Crosstabs이다.

둘째, 입원진료비를 결정하는 변수를 설명하기 위한 횡단면 분석을 위해서는 Multiple Regression Analysis 기법을 사용하였다.

Ⅱ. 보험재정의 현황 및 진료비 추이

1. 보험재정의 현황

의료보험제도의 적용인구가 확대됨에 따라 보험재정의 규모도 급격하게 팽창하였다. 근로자를 위한 의료보험의 적용은 1977년 7월 1일에 500명 이상 고용된 사업장 중심으로 시작하여 확대되었고, 공무원 및 사립학교 교직원을 위한 공교의료보험은 1979년에 실시되었다. 그리하여 재정지출의 규모는 1989년에 1,513억원이었고, 적용인구는 총인구의 약 20.5%인 900만명에 달했다. 농어촌주민에게 지역의료보험이 전면실시된 1988년에 재정지출은 1조 893억원이었고, 마지막으로 도시지역 주민에게 확대실시되어 전국민의료보험이 실현된 1989년에는 1조 5,851억원의 지출이 이루어졌다. 그 지출규모는 10년전 1980년의 지출액에 비해 무려 10.5배나 증가한 것이다(〈표Ⅱ-1〉참조).

재정수지상으로 보면 1984년과 1985년에 수지율이 100을 초과함으로써 보험재정은 적자를 기록했다. 그리하여 보험자는 재정적자를 해소하기 위해서 1986년에 외래 본인일부부담의 정액제 도입과 보험료율의 인상을 동시에 실시했다.¹⁾ 그 이후에는 매년 당기흑자를 나타내고 있으며 1989년에 준비적립금의 누계는 9,388억으로 이 금액은 당해년도 보험급여비 지출의 71퍼센트에 해당하는 것이다.

1) 자세한 분석은 노인철외, 「의료보험 본인부담제에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1989, 참조.

〈 표Ⅱ-1 〉 연도별 보험재정의 현황

(단위 : 억원, %)

연도 ¹⁾	수입 (A)	지출 (B)	수지율 (B/A)	준비적립금 (C)	보험급여비 (D)	C/D
1980	1,795	1,513	84.3	752	1,380	54.5
1981	2,748	2,096	76.3	1,387	1,894	73.2
1982	3,666	3,185	86.9	1,803	2,918	61.8
1983	4,630	4,376	94.5	1,958	4,039	48.5
1984	5,551	5,581	100.5	2,056	5,154	39.9
1985	6,392	6,480	101.4	1,977	5,991	33.0
1986	8,003	6,417	80.2	3,449	5,867	58.8
1987	9,499	7,525	79.2	5,388	6,800	79.2
1988	13,393	10,893	81.3	7,236	9,651	75.0
1989	18,120	15,851	87.5	9,388	13,133	71.5

주 1) 1980-82 년 자료는 의료보험연합회, 의료보험통계자료집, 1988, 12.

1983 년도 자료는 연료보험연합회, '88 의료보험통계연보, 1989.

1984 년 이후 자료는 의료보험연합회, '89 의료보험통계연보, 1990.

2) 1988 년 이후 누적적립금은 지역보험분(1988 년 농어촌지역보험의 110 억원, 1989 년에는 농어촌지역보험의 118 억원, 도시지역의 688 억원)이 포함되어 있음.

1.1 직장의료보험

직장의료보험은 1977 년 7 월 1 일에 500 명이상을 고용하는 기업체를 대상으로 실시된 이래 계속적인 적용인구의 확대를 가져왔다. 근로자 적용인구의 확대과정을 살펴보면 1979 년 7 월 1 일부터 300 명이상 고

용하는 사업장 근로자에게 당연적용하였고, 1981년에는 100 명 이상 사업장의 근로자에까지 확대적용하여 186 만명 (연도말 기준)에 추가로 적용되었다. 그후 1983년에 16인 이상의 고용사업장을 당연적용하였으며 1988년 8월 1일부터는 5인 이상을 고용하는 사업장에까지 확대적용하여 1989년 연평균 적용인구는 1,650 만명에 달하고 있는 것이다.

〈 표Ⅱ-2 〉 직장의료보험의 재정현황

(단위 : 억원, %)

년 도	수 입 (A)	지 출 (B)	수지율 (B/A)	준비적립금 (C)	보험급여비 (D)	D/B	C/D
1980	1,130	913	80.8	712	817	89.5	87.1
1981	1,817	1,325	72.9	1,184	1,181	89.1	100.3
1982	2,428	2,041	84.1	1,518	1,860	91.1	81.6
1983	3,089	2,926	94.7	1,611	2,699	92.2	59.7
1984	3,751	3,706	98.8	1,654	3,410	92.0	48.5
1985	4,431	4,397	99.2	1,693	4,057	92.3	41.7
1986	5,449	4,248	78.0	2,876	3,867	91.0	74.4
1987	6,574	5,159	78.5	4,218	4,642	90.0	90.9
1988	8,078	6,572	81.4	5,540	5,921	90.1	93.6
1989	9,481	8,498	89.6	6,571	7,037	82.8	93.4

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 각연도.

재정지출의 규모는 〈 표Ⅱ-2 〉에서 보는 바와 같이 1980년에 913 억원이었던 것이 1989년에는 8,498 억원으로 증가하여 1980년 수준에 비하면 9.3배에 해당한다.

연도별 수지율의 추이를 보면 1980년에 81퍼센트에서 1985년에 99퍼센트로 되었다가 1986년부터는 다시 80퍼센트 이하로 떨어졌고 1989년에 90퍼센트로 비교적 재정안정을 유지하고 있음을 알 수 있다. 그러나 개별조합을 기준으로 하면 1984년에는 직장조합(146개 조합)의 약 48퍼센트인 70개 조합에서 그리고 1985년에 66개 조합에서 적자가 발생하였으나,²⁾ 외래 본인일부부담의 정액제가 새로 실시된 이래 조합재정이 안정되면서 보험료율도 인하되어 평균보험료율은 1986년의 3.57%에서 1989년 3.29%로 낮아졌다. 한편 준비적립금의 누계는 1980년에 712억원이었으며 계속 증가하여 1989년에는 6,571억원에 달해 당해연도 보험급여비의 93퍼센트에 해당하고 있다. 보험급여비가 총지출에서 차지하는 비율을 보면 지난 10년 동안 거의 90퍼센트의 수준을 유지해 오다가 1989년에 83% 수준으로 떨어진 것을 알 수 있다.³⁾

1.2 공교의료보험

공무원 및 사립학교 교직원을 위한 공교의료보험이 1979년에 처음 실시되어 소폭적이거나 적용인구의 확대를 가져왔다. 1980년에 공교의료보험에 군인가족을 포함하였고, 1981년 7월 1일에는 퇴직연금수급자를 그리고 1986년에는 유족, 장애, 상이연금수급자까지 적용인구를 확대하였다.

〈표Ⅱ-3〉에서 본 바와 같이 공교의료보험은 1983년까지 재정의 안정을 유지했으나 1984년과 1985년에 재정적자를 기록하였다.

2) 1988년에 5개 직장조합이, 1989년에는 11개 조합에서 당기 적자를 나타냈다.

3) 1988년 12월 법인세법 개정예 따라 수입이자 원천징수분이 환급을 위해 지급준비금전입액이라는 새로운 지출항목으로 처리되었기 때문이다.

1984년에 총수입은 1,423억원이었는데 비하여 총지출이 1,512억원으로 적자규모는 89억원을 나타냈다. 또한 1985년에도 계속하여 재정적자가 발생했는데 그 규모가 117억원으로 크게 증가하였다. 그리하여 본인일부부담에서 외래의 정액제를 새로 도입함과 동시에 보험료율을 3.8%에서 4.6%로 인상하였다. 그 이후 보험재정은 계속 흑자재정으로 이어져 1989년에는 당해연도 보험급여비의 90퍼센트에 해당하는 2,011억원의 누적준비금적립금을 보유하고 있는 셈이다. 한편 지출에 있어서는 보험급여비가 총지출의 90%퍼센트 이상을 점유해 오다가 1989년에 84%로 떨어졌음을 보여주고 있다.⁴⁾

〈표Ⅱ-3〉 공교의료보험의 재정현황

(단위 : 억원, %)

연도	수입 (A)	지출 (B)	수지율 (B/A)	준비적립금 (C)	보험급여비 (D)	D/B	C/D
1980	665	600	90.2	40	563	93.8	7.1
1981	926	766	82.7	203	710	92.7	28.6
1982	1,178	1,076	91.4	285	1,001	93.0	28.5
1983	1,335	1,230	92.1	347	1,146	93.2	30.3
1984	1,423	1,512	106.3	401	1,427	94.4	28.1
1985	1,519	1,635	107.6	284	1,538	94.1	18.5
1986	2,014	1,681	83.5	572	1,572	93.5	36.4
1987	2,306	1,753	76.0	1,170	1,636	93.3	71.5
1988	2,610	2,040	78.2	1,586	1,904	93.3	83.3
1989	3,046	2,621	86.0	2,011	2,213	84.4	90.9

자료 : 의료보험 관리공단, 의료보험통계연보, 각연도.

4) 주 3) 참조

1.3 지역의료보험

지역보험의 경우에는 1981년 7월 1일에 3개 군지역(홍천군, 옥구군, 군위군)에 시범사업을 실시하였고, 1982년 7월 1일에는 강화군, 보은군, 목포시 등 3개 지역에 추가로 시범사업이 실시되었다. 그후 1988년에 농어촌주민에게 전면 확대 적용하였고 1989년 7월 1일에는 도시주민까지 확대하여 실시하게 되었다.

〈표Ⅱ-4〉에서 보여준 바와 같이 지역조합은 시범사업을 실시하는 동안 1986년을 제외하고는 대체로 적자를 면하지 못했다. 그러나 1988년부터는 보험수지율상 재정흑자인 것으로 볼 수 있으나 이때 농어촌지역보험과 도시지역보험이 각각 1988년과 1989년에 처음으로 실시되었다는 점이 감안되어야 할 것이다. 즉, 의료보험이 실시된 첫 해에는 의료수요가 낮다가 실시 2년째부터 수요가 크게 증가하여 3, 4년간 증가추세가 계속되며, 그 이후에는 점차 안정되는 경향이 있다는 사실이 지적된 바 있다. 농어촌지역의 경우에도 확대실시 후 2년째에 해당하는 1989년 초에 조합별로 보험료가 상당히 인상되었음에도 불구하고 267억원의 당기적자를 기록하였다.⁵⁾ 지역조합의 경우에는 재정균형을 유지하기 위해서 매년 보험료를 인상해야 하기 때문에 재정상태가 상대적으로 불안한 편이다.

지역의료보험의 경우 산업구조의 변화에 의한 인구이동, 사양산업의 발생, 의료수요가 큰 계층의 지역적 편중 등으로 제도간 또는 조합간 재정의 불균형이 심화될 가능성이 크고, 또한 일시적 퇴직, 정년퇴직, 여성근로자의 결혼퇴직 등의 경우 지역조합의 적용대상이 됨으로써 재정에 부담을 주는 사례가 있기 때문에 이에 대한 방안으로서 고액진료비 공동부담사업을 추진하거나 혹은 별도의 재정안정기금의 조성 등을 통한 재정안정사업 등이 추진되어야 할 것으로 보인다.

5) 의료보험연합회, '89지역의료보험조합결산현황, 1990, 8.

〈표Ⅱ-4〉 지역의료보험의 재정현황

(단위 : 백만원, %)

연도	수입(A)	지출(B)	수지율(B/A)	보험급여비(D)	D/B
1981	499	455	91.3	288	63.3
1982	2,410	3,234	134.2	2,620	81.0
1983	5,473	6,534	119.4	5,466	83.7
1984	6,406	8,062	125.9	6,739	83.6
1985	7,886	8,238	104.5	6,782	82.3
1986	8,647	7,872	91.1	6,193	78.7
1987	8,780	10,866	123.5	7,202	66.3
1988	214,495	173,265	80.8	135,028	77.9
1989	531,077	433,942	81.7	353,432	81.4

자료 : 의료보험연합회, '89 의료보험통계연보, 1990.

한편, 직장과 공교의료보험의 보험급여비는 총지출의 90-93% 수준이지만 지역보험의 경우에는 75-80% 수준에 불과하다. 다시 말하면 관리운영비가 지출에서 차지하는 비중이 전자에 비해 후자가 상대적으로 월등히 높다는 것을 의미한다. 정부지원은 지역조합의 재정안정을 위해 있는데 1982년에 6억원이었다가 1988년에 농어촌지역보험이 확대되면서 946억원(정부세출예산의 0.5%)으로 증가하였다. 전국민의료보험이 실시된 1989년에는 정부지원액이 2,205억원으로 정부 세출예산의 1.15% 수준에 해당한다. 이 중에서 정부가 농어촌지역조합에 보조한 금액은 1,089억원으로 총지출의 42.1퍼센트 수준이다. 만일 정부가 총지출의 50퍼센트를 사후적으로 보장해주었다면 실제 적자액은 267억원에서 62억원으로 대폭 줄어들었을 것이다.

2. 보험진료비의 추이

보험재정을 압박하는 주요인은 보험진료비의 증가에서 찾아 볼 수 있다. 보험진료비를 증가시키는 제요인에 대한 분석은 다음 장에서 하고 여기서는 보험진료비의 추세에 대해 알아보기로 한다.

1980년대부터 보험진료비는 매우 급속한 속도로 팽창하였다. <Ⅱ-5>에 제시된 바와 같이 1980년의 진료비는 1,839억원이었으나 그 후 10년제인 1989년의 진료비는 1조 9,755억원으로 1980년 수준의 10.7배 증가한 반면 같은 기간동안에 GNP는 4배에 못미치게 증가하였다. 진료비는 그 절대수준은 물론 GNP대비 상대적 추세를 보더라도 급격한 수준으로 증가한 것이라고 볼 수 있다. 그와 같은 진료비의 증가추이는 과거 10년동안 연평균 35퍼센트의 증가율을 보여주고 있는데 이는 명목 GNP의 연평균 16.5퍼센트의 증가율을 훨씬 앞지르고 있음을 알 수 있다.

위와 같은 진료비의 상승은 의료보험 적용인구의 확대에 의한 증가였다고도 볼 수 있겠으나 그것만으로는 충분한 설명이 되지 못한다. 연말기준으로 파악된 의료보험 적용인구는 동기간 동안에 연평균 18%의 증가율을 보였고, 이외에 수진율 및 의료수가 상승률에 의해서도 설명될 것이다. 의료수가의 인상률을 보면 지난 10년간 연평균 7.5퍼센트로 같은 기간 동안의 소비자물가 상승률(8.4%)보다 1퍼센트 낮았다. 다시 말하면 의료수가 상승은 1981년까지는 소비자물가 상승에 훨씬 못미쳤고, 그 후 1987년까지는 소폭 인상되거나 비슷한 수준을 유지하다가 1988년과 1989년에는 의료수가 인상이 소비자물가 상승을 크게 앞지르고 있음을 보여주고 있다.

〈표Ⅱ-5〉 보험진료비의 추이

(단위 : 억원, 만명, %)										
구 분	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
진료비	1,839 (79.9)	2,638 (43.4)	4,019 (52.4)	5,717 (42.2)	7,277 (27.3)	8,555 (17.6)	8,993 (5.1)	10,682 (18.8)	14,645 (37.1)	19,755 (34.9)
GNP 증가율	19.3	23.9	14.6	18.3	13.5	11.4	16.0	17.0	19.1	11.8
진료비/GNP	5.0	5.8	7.7	9.3	10.4	11.0	10.0	10.1	11.6	14.0
적용인구	923 (16.0)	1,150 (24.6)	1,380 (20.1)	1,568 (13.6)	1,717 (9.5)	1,799 (4.8)	1,936 (7.6)	2,126 (9.8)	2,891 (36.0)	3,992 (38.1)
의료수가	19.4	16.6	7.1	4.0	0.0	3.0	3.0	0.0	12.2	9.0
인상률										
소비자물가	28.7	21.6	7.1	3.3	2.4	2.5	2.8	3.0	7.1	5.7
상승률										
입원진료비	603 (86.7)	843 (39.8)	1,327 (57.3)	1,870 (40.9)	2,344 (25.3)	2,824 (20.5)	3,129 (10.8)	3,789 (21.1)	5,289 (39.6)	7,006 (32.5)
외래진료비	1,235 (76.7)	1,794 (45.3)	2,692 (50.0)	3,847 (42.9)	4,933 (28.2)	5,731 (16.2)	5,864 (2.3)	6,901 (17.7)	9,357 (35.6)	12,748 (36.2)

주: 1) GNP는 명목 국민총생산임.

2) 적용인구는 연말 기준임.

()안은 증가율임.

자료 : 경제기획원 조사통계국, 주요경제지표, 1990.

의료보험연합회, 의료보험통계연보, 각연도.

외래진료비가 진료비 중에서 상당히 높은 수준을 차지한다고 볼 수 있으나 입원진료비가 비교적 빠른 속도로 증가하고 있어서 앞으로는 입원진료비의 비중이 높을 것으로 예상된다. 입원진료비는 1980년에 603억원이었으나 1989년에는 7,006억원으로 무려 11.6배 증가한 반면 외래진료비는 1989년에 1조 2,748억원으로 이는 1980년 수준의 약 10배에 해당한다. 연평균 증가율을 비교하여 보면 입원진료비는 지난 10년 동안에 37.5%의 증가율로 외래진료비의 증가율 35.1%를 약간 상회하고 있다. 앞으로도 이러한 증가추세로 진행될 것으로 보이기 때문에 입원진료비의 증가에 대해 관심을 집중시킬 필요가 있다.

3. 의료자원의 현황

의료서비스의 공급증가는 주로 의사와 병실 증가에 의해 이루어진다. 의료자원의 현황은 〈표Ⅱ-6〉에 제시되어 있다. 먼저 의사수는 1980년 이후 5% 내지 6%의 증가를 해오다가 1987년부터 8%로 증가율이 높아지고 있다. 의사수 중에서 전문의가 차지하는 비율이 1980년에 33% 수준에서 매년 증가하여 1989년에는 48%로서 전문의의 비율이 상대적으로 높은 편이라고 볼 수 있다. 전문의가 많을수록 의료비가 높아진다는 사실을 감안할 때 전문의의 높은 비율에 대한 재고가 있어야 할 것이다. 치과의사수의 경우는 그 증가율이 의사수의 증가에 비해 더 빠른 것을 알 수 있으며 특히 1987년부터 11%의 높은 증가를 보였다.

반면 병상수는 1983년에 24%의 높은 증가율을 보였고 최근에는 5-6% 정도 증가한 것으로 나타났다. 한편 인구 10만명당 의사수는 1980년에 약 67명에서 1989년 111명으로 증가하였다. 그리고 전문의는 22명에서 51명으로 증가하여 같은 기간 동안에 전문의의 증

〈 표Ⅱ - 6 〉 의료자원의 현황

(단위 : 명, %, 개)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
의사수 (A)	25,579 (5.7)	26,875 (5.1)	28,365 (5.5)	29,882 (5.3)	31,606 (5.8)	33,385 (5.6)	35,657 (6.8)	38,611 (8.3)	41,777 (8.2)	45,204 (7.6)
전문의수 (B)	8,415 (8.5)	9,084 (8.0)	9,876 (8.7)	12,477 (26.0)	13,723 (10.3)	14,797 (7.8)	16,696 (12.8)	18,353 (9.9)	20,429 (11.3)	21,723 (6.0)
B/A	32.9	33.8	34.8	41.7	43.4	44.3	46.8	47.5	48.9	48.1
치과의사수	3,620 (8.1)	3,947 (8.3)	4,266 (7.5)	4,611 (7.5)	4,972 (7.3)	5,436 (8.5)	5,995 (9.3)	6,761 (11.3)	7,657 (11.7)	8,630 (11.3)
병상수	65,041 (5.7)	65,255 (0.3)	69,063 (5.8)	85,382 (23.6)	93,528 (9.5)	99,950 (6.9)	107,907 (8.0)	114,511 (6.1)	120,678 (5.4)	126,531 (4.6)
인구 10 만명당										
의사수	67.1	69.4	72.1	74.9	78.2	81.8	86.6	92.9	99.5	106.7
전문의수	22.1	23.5	25.2	31.2	34.0	36.3	40.5	44.1	48.7	51.3
치과의사수	9.5	10.2	0.8	11.4	12.3	13.3	14.6	16.3	18.2	20.4
병상수	170.6	168.5	175.6	213.9	231.5	244.9	262.0	275.4	287.5	298.6

주 : 의사수는 한의사 포함

()안은 증가율임.

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 각년도.

가보다 더 빠른 속도인 것을 알 수 있다. 치과의사수는 1980년 인구 10만명당 8명에서 1989년 20명으로 늘어났고, 10만명당 병상수는 1980년에 171개에서 1989년에는 299개로 크게 증가하였다.

인구 10만명당 의사수 등의 국제비교는 <표Ⅱ-7>에 제시되어 있다. 이 표에 의하면 1980년대의 인구 10만명당 의사수는 서독이 281명(1988년)으로 가장 많고, 치과의사수도 82명으로 제일 많으며, 병상수는 일본이 1,294개(1987년)로 가장 많이 보유하고 있는 것을 알 수 있다. 우리나라의 의사수는 1989년에 107명, 치과의사수는 20명, 병상수는 299개로 나타나 선진국에 비해 월등히 낮은 수준에 있다고 할 수 있다. 한국의 2000년의 추계치에 의하면 의사수는 160명으로 일본의 1986년 수준에 불과하다.

<표Ⅱ-7> 의사수의 국제비교(인구 10만명당)

	의사수	치과의사수	병상수
일 본(1986)	157	53(1984)	1,294(1987)
미 국(1986)	216	55(1980)	540
프랑스(1981)	201	59	826
서 독(1988)	281	82	1,105
영 국(1987)	140	40	680
한 국(1989)	107	20	299
¹⁾ (2000)	160	33	-

주: 1) 한국보건사회연구원의 추계치임.

자료: 보건사회부, 보건사회통계연보, 1990.

WHO, World Health Statistics Annual, 1983.

International Symposium on Health Care Systems, 회의자료, Dec.18-19, 1989, Taiwan, Republic of China.

4. 선진국의 의료비 동향

의료비가 상승하는 추세는 선진국도 마찬가지며 이러한 현상이 우리보다 더 심각한 문제로 부각되고 있다. 그것은 의학기술이 나날이 발전되어 의료서비스의 단위비용(unit cost)이 계속 급등하고 있으며, 평균수명의 연장으로 말미암아 노령인구가 꾸준히 증가되고 있기 때문으로 보여진다.

선진공업국가들에게 있어서 의료비의 증가가 심각한 문제로 부각되는 것은 의료비가 국민경제에서 차지하는 비중이 커지고 있기 때문이며 아울러 의료비의 상승속도가 경제성장의 속도보다 더 빠르기 때문이라고 할 수 있다. <표Ⅱ-8>에는 OECD 몇 국가의 1인당 의료비 및 1인당 GDP가 제시되어 있다.⁶⁾ 1970년과 1987년 사이에 OECD 국가의 1인당 평균 의료비가 약 10%의 연평균 증가율을 보이고 있어 의료비가 크게 상승하였음을 알 수 있다. 특히, 오스트리아, 벨기에, 노르웨이 등은 같은 기간 동안에 의료비의 상승률이 11%로 가장 높은 편에 속한다.

반면에 1인당 GDP의 연평균 증가율은 약 7.7%로 나타났는데 이것은 선진국가들이 연간 보건의료부문에 지출하는 비용이 연간 경제성장속도보다 빨리 증가하는 것을 의미한다. 벨기에(3.8%), 오스트리아, 스페인(2.4%) 등의 나라는 1인당 의료비의 증가율과 1인당 GDP의 증가율의 차가 매우 크게 나타나 이들 나라에서 특히 의료비상승 문제가 더 심각함을 알 수 있다.

그러므로 유럽 여러 국가에서는 의료공급제도 개혁을 중심으로 한 의료보장제도의 종합적인 개혁정책이 진행되고 있다. 즉, 고도경제성장기

6) 국제간 의료비를 비교할 경우에는 국가마다 의료비에 대한 정의 및 범위가 서로 다르다는 점을 고려해야 할 것이다.

의 의료보장 확충으로 인해 급속히 확대된 의료보장수준의 축소, 의료
 자원의 수급계획, 진료비보상 방식의 개선, 병원의 입원중심에서 1차
 진료, 거택진료, 요양원진료 등으로의 의료공급 체계의 개혁에 초점을 두어
 의료비의 상승억제를 추구하고 있다.

〈표Ⅱ-8〉 OECD 국가의 1인당 의료비 및 GDP

	(단위: US\$, %)					
	1970		1987		연평균복리증가율 ('70-87)	
	1인당 의료비	1인당 GDP	1인당 의료비	1인당 GDP	1인당 의료비	1인당 GDP
오스트리아	163	3,056	988	11,710	11.2	8.2
벨기에	147	3,652	881	12,183	11.1	7.3
덴마크	252	4,147	784	13,129	6.9	7.0
핀란드	183	3,280	970	13,061	10.3	8.5
프랑스	223	3,685	1,117	12,849	9.9	7.6
서독	220	3,993	1,072	13,308	9.8	7.3
그리스	70	1,756	337	6,410	9.7	7.9
이탈리	141	3,189	837	12,190	9.8	8.4
네델란드	232	3,881	1,041	12,263	9.2	7.0
노르웨이	191	3,083	1,149	15,495	11.1	10.0
스페인	102	2,473	521	8,676	10.1	7.7
스웨덴	359	4,976	1,233	13,770	7.5	6.2
영국	161	3,563	763	12,414	9.6	7.6
평균	190	434	899	12,112	9.7	7.7

주: US\$는 GDP 구매력 평가지수로 환산함.

자료: OECD, Financing and Delivering Health Care,
 1987, P.56.

Culyer, A.J., "Cost Containment in Europe"
Health Care Financing Review, Annual
 Supplement, December 1989, P.22.

Ⅲ. 보험진료비의 상승요인

1. 진료비의 결정요인

어떤 재화에 대한 소비자의 지출은 그 재화의 가격에 수요량을 곱하여 산출한다. 의료서비스에 대한 지출도 다른 재화와 마찬가지로 가격요인(P)와 진료량(H)에 따라 결정된다. 그리하여 소비된 의료서비스 지출의 증가는 가격이 상승하거나 의료이용량이 증가했거나, 또는 두 요인이 모두 증가한 것의 결과라고 볼 수 있다. 따라서 이용된 의료수요량이 어떤 요인에 의해 결정되며, 가격이 어떻게 설정되는가에 대한 분석은 매우 중요하고도 필요한 분야이다.

여기서는 의료서비스에 대한 수요분석에 앞서 의료서비스의 특성을 알아보고자 한다.

1.1 의료서비스의 경제적 특성

보건의료 서비스는 다른 재화나 서비스와는 매우 다른 여러가지 특성을 지니고 있다. 이러한 특성은 보건경제학으로 하여금 전통적인 경제학의 영역에서 벗어나 하나의 독립된 학문영역을 이루게 하는 주요 요인이 되기도 한다. 이들 특성을 열거하여 보면 다음과 같다.

(1) 파생적 수요(Derived Demand)

의료서비스를 수요하게 되는 것은 서비스 자체가 주는 만족 또는 효용에 있는 것이 아니라 서비스를 매개로 하여 질환을 없애거나 경감시켜 우리에게 건강이라는 편익을 주기 때문이다. 따라서 다른 상품과는 달리 의료서비스에 대한 수요는 질병의 이환이라고 하는 특수상태 하에서 소비자가 일차적으로 건강을 수요하며 이에 대한 파생적 수요로서의 의료서비스를 수요하게 되는 것이다.

(2) 개별수요의 불확실성 (uncertainty of individual demand)

질병의 발생은 예측불가(unpredictable)이며 예고없이 불규칙적으로 일어나므로 의료서비스에 대한 수요는 불확실하다. 사람이 아프면 개인 스스로의 판단에 의해 의료를 이용하고자 하는 욕구(want)에서 시작하여 의사를 방문하고 검진을 받는 행위가 바로 수요(demand)가 된다. 그런데 전문가의 진단결과 필요한 의료서비스량이 의료요구(needed)가 되며 최종적으로 비용을 지불하고 구입한 서비스량을 실현된 수요라고 한다. 경제학의 분석대상은 마지막 단계에서 구매로 나타난 유효수요(effective demand)에 해당하며 요구량과 유효수요가 항상 일치하는 것은 아니다.

(3) 소비자정보의 제약

의료서비스의 소비자는 서비스의 질이나 효과에 대한 합리적으로 판단할만한 전문적 지식이나 충분한 경험을 갖지 못하기 때문에 의료인의 지시나 충고에 따라 행동하는 것으로 인식되고 있다. 이와 같은 정보의 제약으로 인해 소비자는 의료서비스의 가격이 높거나 질적으로 부적합한 경우에도 그대로 구매할 수 밖에 없다. 따라서 소비자의 합리적 행위에 제한이 있기 때문에 의료서비스에 관한 경제적 결정은 시장기능에만 맡길 수 없는 분야이다.

(4) 소비적 요소와 투자적 요소의 혼재

보건의료 서비스는 신체적 고통을 경감시키거나 질병을 제거시켜 줌으로써 건강을 지켜주기도 하고 이환상태로부터 회복시켜 주기도 한다. 개인에 있어서 건강은 경제학적 의미로 볼때, 소비와 투자의 양면성을 갖는다. 소비재로서 건강은 정신적 만족감과 같은 소비의 편익을 산출하며, 투자재로서 건강은 건강자본(health capital)을 축적하여 더욱 생산적인 역할을 하도록 돕는다. 따라서 건강이야말로 보다 긴 생존기간(life time)과 생산성을 높여주고 생활의 질을 높이며 개인적 선택의 기회를 증진시켜 주는 것이라 할 수 있다.

(5) 공공재

의료서비스는 공공재(public good or socialized good)의 성격을 갖는다.

오늘날 많은 사람들은 건강을 하나의 권리로서 인정하고 지불 능력과 관계없이 필요에 따라 적절한 수준의 의료서비스를 받을 수 있어야 한다고 인식하고 있다.

1.2 의료수요의 결정요인

의료서비스의 수요는 경제학에서 발전된 효용극대화모형, 가계생산모형 등을 의료분야에 적용하여 이루어진 많은 형태의 수요함수모델에 의해 설명되고 있다.¹⁾

지금까지 보고된 여러 수요모형에서 언급되고 있는 변수들을 종합하여, 의료서비스에 대한 수요함수를 나타내면 다음과 같다.

$$H = f(P, Y, A, E, T, D, I, S)$$

H = 의료서비스의 수요량	P = 의료수가
Y = 가처분 소득	A = 연령
E = 교육수준	T = 성, 직업, 건강상태
D = 의료 접근도	I = 의료보험가입 여부
S = 공급측 사정	

(1) 의료수가

의료서비스에 대한 수요는 의료수가에 의하여 영향을 받는다. 의료수가가 높을 때에는 수요가 적어지는 반면 의료수가가 낮을 때에는 수요가 커진다는 수요법칙의 바탕에는 서비스의 동질성이라는 가정이 전제

1) 더 자세한 설명은 권순원(1985), 이규식(1985) 참조.

되어 있다. 일반적으로 의료서비스는 생명, 건강유지와 관련되어 있어서 가격변화에 대해 민감하지 않은 것으로 나타난다. 특히 의료보험의 적용을 받게되면 소비자가 실제로 부담하게 되는 유효가격이 낮아져서 가격변화에 의한 수요변화는 별로 크지 않은 것으로 나타난다. 예를 들면 Holtman and Olsen(1976), Phelps and Newhouse(1974) 등이 의료보험의 급여범위가 확대됨에 따라 가격탄력성이 낮아진다는 사실을 밝히고 있다.

(2) 소득수준

어떤 재화에 대한 수요는 소비자의 소득수준에 의하여 영향을 받는다. 대부분 재화 및 서비스의 경우 가처분소득의 증가에 따라 수요는 증가한다. 의료서비스는 다른 서비스와는 달리 accident가 일어나는 경우에 한하여 수요하게 된다. 의료서비스는 종류나 질(quality)이 다양하므로 어떤 의료서비스는 가격이나 소득의 영향을 덜 받는 경우가 있는가 하면 크게 영향 받는 경우도 있는 것이다. 따라서 소득이 증가한다고 해서 항상 의료수요가 증가하는 것은 아니라고 보여지나 의사와 의료기관을 선택하는데 있어서 소득수준의 영향은 크다고 볼 수 있다.

한편 소득수준은 개인의 건강상태와 상관관계를 가지는데 소득수준이 향상됨에 따라 영양상태가 양호해지고 예방에도 관심을 갖게 되어 의료수요의 감소요인으로도 작용할 수 있다. 그러나 소득증가는 단기적으로는 의료수요의 양적증대를 가져오는 반면 장기적으로는 고급의료에 대한 수요를 증대시킨다고 볼 수 있다. Feldstein(1971)과 Salkever(1972)가 추정 한 소득의 수요탄력성에 의하면 미국의 경우 1인당 가처분 소득이 1% 상승하면 의료수요가 0.38% 내지 0.46%가 증가한다. 또한 사회보장제도가 잘 발달된 네델란드에서는 소득에 대한 수요탄력성

이 거의 0에 가깝게 나타났으며, 프랑스의 여러 연구결과에서도 저소득층을 제외하고는 의료소비와 소득수준과는 관련성이 적다는 것을 보여주고 있다.

(3) 연 령

의료서비스에 대한 수요의 증가는 인구학적 요인인 연령에 의해 영향 받는다. 개인적 차이는 있겠지만 생의 주기에 따라 의료서비스의 수요량이 다르게 나타나기 때문이다. 즉 젊은 연령층은 건강하기 때문에 의료수요가 비교적 적은 반면, 연령이 고령화됨에 따라 신체의 노후화로 인하여 의료이용량이 많아지는 경향은 일반적 현상이다. 따라서 평균수명이 연장됨에 따라 노령인구의 증가는 만성병 및 각종 노인성질환 증가와 관련된 의료수요를 급증하게 한다.

실증자료에 의하면, 의료수요와 연령의 관계는 U자 형태를 취하고 있다. 즉 신생기 및 유아기에서 높은 의료수요를 보이다가 감소하며 30대 후반부터 연령이 높아짐에 따라 의료수요가 증가하고 있음을 보여준다. 단, 20대에서 의료수요가 큰 것은 여성의 출산과 관련되어 있다. 연령구조별로 진료비의 구성비를 비교해 보면 0세부터 4세의 연령층은 외래의 비중이 다른 연령층에 비하여 현저하게 높은 반면 45세이상 연령층에서는 입원의 비중이 타연령층에 비해 월등히 높은 것으로 나타난다.²⁾

(4) 교육수준

Grossman(1972)의 모형에서 교육수준이 건강자본(health capital)을 효율적으로 생산한다고 본다면 교육수준이 높은 사람일수록 의료서비스에 대한 수요는 줄어들 것이다. 그러나 현실에서는 교육

2) III장 2절 참조.

수준이 높을수록 의료서비스에 대한 양적 및 질적인 수요가 확대되는데 그 이유는 교육수준이 건강에 대한 인식이나 태도에 영향을 주기 때문이다.³⁾

(5) 성별, 직업, 건강상태

이외에도 소비자 특성을 나타내는 성별, 직업, 건강상태 등의 요인도 의료수요에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 특히 건강상태나 질환의 경중에 따라 어느 공급자로부터 진료를 받는가를 결정하는데 중요한 요인이 되고 있다.

(6) 의료접근도

의료기관이 가까운 곳에 거주하는 사람이 먼 곳에 있는 사람보다 의료이용량이 많은 것으로 나타난다. 이러한 현상은 의사를 방문하는데 소요되는 교통시간(travel time)의 차이에 의해 설명될 수 있다.⁴⁾

의료에 대한 접근도가 용이하다는 것은 교통비용이 별로 들지 않는다는 것을 의미하는 것이다. 한편 대기시간(waiting time)도 의료수요에 영향을 준다고 볼 수 있다. 대기시간은 time에 대한 코스트로서 의료수요에 부의 영향을 미친다. 시간당 근무를 하고 있는 생산직 근로자는 대기시간에 대한 코스트가 사무직 근로자보다 상대적으로 높아서 의료이용을 억제하는 경향이 크다. 일반적으로 거주지에서

3) 그러나 이에 대해서는 교육수준이 높을수록 소득수준도 높아지는 상관관계가 성립되기 때문에, 소득수준을 고려하지 않은 채 교육수준만으로 설명하는 데에는 한계가 있을 것이다.

4) Acton, Jan, "Non-Monetary Factors in the Demand for Medical Services : Some Empirical Evidence", in Issues in Health Economics, ed., by Luke, Roice and Jeffrey Bauer, An Aspen Publication, London, 1982.

가까운 의료기관이나 대기시간이 별로 길지 않은 의원급 의료기관을 찾는 경우 시간에 대한 코스트가 비교적 큰 사람이라 할 수 있다. 이런 관점에서 보면 종합병원 외래창구에 길게 서있는 사람들은 시간의 기회비용이 비교적 낮은 사람이라고 볼 수 있다.

이상에서 살펴본 travel time, waiting time 등의 shadow price는 의료수요에 영향을 미칠 뿐 아니라 의료기관을 선택하는 데에도 중요한 영향을 주는 것으로 볼 수 있으나 어느 효과가 더 큰지에 대해서는 실증적 분석이 필요하다.

(7) 의료보험

의료보험은 실제 의료수가와 소비자가 부담하는 비용 사이에 차이를 가져와 수요에 영향을 미치는 요인이 될 수 있다. 의료보험의 가입은 소비자에게 경제적 부담을 덜어주는 역할을 하기 때문에, 최근 적용인구의 확대는 의료서비스에 대한 수요의 급증에 대해서 가장 많은 부분을 설명해 줄 수가 있다고 본다. 특히 사회보험방식의 의료보험하에서 의료수는 정부의 강력한 통제 하에서 균형가격보다 낮은 가격에서 결정되고 있는 실정이다. 따라서 의료보험 하에서의 수요의 변화는 우리의 관심을 끄는 분야이다.

의료보험에는 도덕적 위해의 문제가 발생하게 되는데,⁵⁾ 도덕적 위해란 치료비를 본인이 전액 지불한다면 진료받지 않을 경우임에도 불구하고 보험이 있기 때문에 진료를 받는 경우에 적용되는 것이라고 볼 수 있다. 그러나 실제로 의사에게 진료받는 행위 자체가 고통을 수반하기 때문에 질병이 없는데도 일부러 진료를 받는 사람은 많지 않을 것이며, 있다해도 소수에 불과하여 사회적으로 문제가 될 정도라고는 생각되지 않는다. 따라서 수요자측의 도덕적 위해는 심각한 문제가 되지 않을 것

5) 자세한 것은 노인철 외, 의료보험 본인부담제에 관한 연구, pp.4-13, 1989, 참조.

이다.

반면 공급측의 도덕적 위해는 심각한 문제를 제기할 수 있다. 환자는 어느 의사에게 갈 것인가 하는 정도의 판단까지만 할 뿐, 검사나 치료행위를 어디까지 할 것인가는 의사의 재량에 의해 결정되기 때문이다. 그러나 이 경우에도 어디까지가 필요한 진료행위이고 어디부터가 과잉인가의 판단은 용이하지가 않다. 또한 판단이 용이하지 않은 점을 구실로 삼아 과잉진료가 일부의 의사에 의해 이루어지고 있는 것도 사실이다. 따라서 의사의 도덕적 위해는 사회적 비용을 증가시킴으로써 결국에는 전체가 손해를 입는 결과를 초래한다고 할 수 있다.

(8) 공급측 변수

의사가 소비자의 수요패턴이나 수요량에 상당한 영향을 미치고 있다는 것은 널리 알려져 있다. 그리하여 의료시장은 수요측면과 공급측면을 간단히 이분화할 수 없게 된다. 예를 들면 주어진 가격수준하에서 어떤 지역의 수요량이 일정한 경우에 의사의 증가는 공급자의 소득을 감소시킨다. 그러므로 그러한 손실을 막기 위해서 공급자는 재진 횟수를 늘리거나 혹은 검사를 많이 함으로써 수요를 창출할 수 있다.

또한 의료부문은 영리적 이윤을 극대화하거나 비용을 최소화하고자 하기 보다는 제공하는 서비스의 양을 극대화하고자 하는 경향이 있기 때문에 서비스를 제공하는데 있어서 효율성을 크게 중시하지 않는다. 특히 행위별 수가제 하에서 의료수가가 정부의 강력한 통제하에 있는 상태에서 이러한 경향은 더욱 뚜렷해진다.

따라서 서비스의 양을 극대화하는 과정에서 과잉진료, 과잉투약 등이 발생하기 때문에 수요곡선이 의료서비스 공급측의 행위에 의해 이동할 수 있다. 그러므로 의사수 혹은 전문의수, 병상수 등 공급측의 변수도

수요모형에 포함되어야 한다.⁶⁾

1.3 의료수가의 결정 요인

의료수가가 자원배분의 signal로서의 역할을 충분히 하고 있는지 또는 의료시장에서 나타난 일시적 불균형현상을 시정하는데 효과적인 역할을 수행하는 것에 관한 분석이 필요하다. 의료수가가 의료시장에서 공급과 수요의 균형을 유지하게 하는 역할을 수행하지 못하는 이유는 의료서비스의 특성에 있지만 그러한 기능을 수행하는데 필요한 정보의 채널이 없다는 데에도 기인한다. 반면 가격은 공급자의 소득을 결정해주는 중요한 요소이다.

의료수가를 결정하는 요인에 관한 분석은 제 V장에서 자세히 다루어질 것이므로 여기에서는 의료수가와 의료서비스에 대한 수요 및 공급 사이의 관계에 관해 간단히 언급하고자 한다. 이것을 설명하기 위해 의사유인수요이론과 경쟁시장이론이 있는데 전자는 의료비를 결정하는데 의사가 지극히 중요한 역할을 한다고 생각하는데 비해, 후자는 의사의 역할이 큰 것을 부정하지는 않지만 의사가 비교적 많은 지역에서는 경쟁력이 작용하여 의료비를 억제하는 방향으로 작용한다는 것이다.

(1) 경쟁시장이론

다른 조건이 일정할 때 의료서비스에 대한 수요가 증가하면 의료수가는 상승하고 의료서비스의 공급이 증가할 때 의료수가는 하락하게 되는 것은 경제원론에 의한 자명한 사실이다. 즉 의사가 수요를 창출하는데 한계가 있기 때문에 그 한계점을 초과하게 되는 의사의 공급증가는 공급자간에 경쟁을 일으켜 의료수가의 인하를 가져올 수 있다는 것이다.

6) 수요모형을 추정할때 공급측 변수들이 독립적이냐에 관한 계량경제학적 문제가 제기될 수 있으나 그에 대한 해결방안도 가능하다.

미국에서는 아직도 경쟁시장이론이 상당히 유력한 가설로 남아 있다. 즉 환자에 의한 의료기관의 선택이 의료의 내용에 적지 않은 영향력을 갖는다는 것이다. 그러나 이 이론이 우리나라와 같은 상황에도 적용되는지는 의문이다. 왜냐하면 우선 환자가 의사의 의료공급 내용에 적지 않은 영향력을 갖는다는 점이 타당하게 적용된다고 볼 수 없기 때문이다.

(2) 의사유인수요가설

인구당 의사수가 증가함에 따라 의료수가가 상승해온 것은 쉽게 경험된 사실이다. 다시 말하면 인구당 의사밀도가 높은 지역의 의료비 증가율이 낮은 지역에 비해 높았다는 것이다. 전통적인 수요이론에 의하면 공급이 상대적으로 증가하게 되면 공급자간에 경쟁이 일어나 수가가 떨어지는 것이 상식일 것이다. 그러나 의료시장에서는 가격과 공급간의 정의 관계가 일어나고 있는 것이 현실이다.

이렇게 전통적인 수요모형으로 설명할 수 없는 것을 위해 새로운 모형의 개발이 필요하게 되는데 그러한 모형이 의사유인수요가설이다.⁷⁾ 이 모형에서는 공급자가 소비자의 의사결정에 어느 정도 영향을 미칠 수 있다고 가정한다.

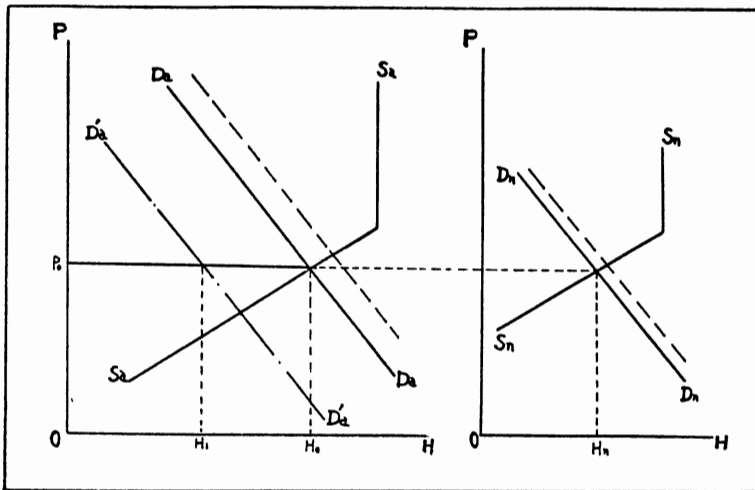
이 가설은 지역간의 의료비 격차를 설명하는데 유용하다. 왜냐하면 1인당 의료비와 인구당 의사수와는 깊은 상관을 보이기 때문이다. 물론 의료비의 결정이 의사수만에 의해 좌우된다는 뜻은 아니다. 과거의 자료를 보면 의료보험 적용인구의 확대에 의한 의료의 수요량(수진율)이

7) Robert Evans, "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," in The Economics of Health and Medical Care, ed. by Mark Perlman, John Wiley & Sons, New York, 1974.

꾸준히 증가해 왔기 때문에 의사수의 증가가 의료비의 증가와 결합이 되었다고도 생각된다. 이러한 여러 가지 요인을 감안한 뒤에 의사유인수요 가설의 타당성이 고려되어야 할 것이다.

여기서 관심을 가져야 할 것은 의사수와 건당 의료비와의 관계이다. 예컨대 인구당 의사수가 많은 지역에서는 적은 지역과 비교해 수진율이 낮아도 1건당 의료비가 높아지는 경향을 보인다. 즉 통계분석에 의하면 수진율이 저하해도 의사수가 많은 지역에서는 1건당 의료비가 증가하여 총의료비는 감소하지 않을 수 있다. 즉 주어진 환자수에 비해 의사수가 많을 때 각 환자에게 더 많은 진료를 제공하여 건당 진료비를 높인다고 상정할 수 있다.

[그림 1] 의사유인수요 가설 하의 수요곡선



A지역에서의 의료서비스에 대한 수요곡선과 공급곡선이 각각 D_a , S_a 와 같이 주어진다고 가정하자. 여기서 공급곡선의 형태는 우상향하다가 어떤 가격수준하에서 수직으로 나타나는데 그것은 어떤 가격수준

이 주어질 때 공급자가 의료서비스를 무한히 제공할 수 없다는 현실을 반영한 것이라 할 수 있다. 이 지역 의료시장의 균형은 주어진 수요곡선과 공급곡선이 접하는 E점에서 균형가격 P_0 와 균형서비스량 H_0 가 된다.

이제 이 지역에 새로운 의사가 개업을 한다고 상정하자. 이 경우 새 의사는 기존 의사들이 직면하는 수요 중에서 일부를 잠식하게 되어 이 의사 개인이 직면하게 될 수요곡선은 D_n 이 되고 이 의사가 제공하고 할 공급곡선은 S_n 으로 주어진다. 그리하여 A지역 기존 의사들의 수요곡선은 새의사에 의해 잠식된 수요량만큼 좌측으로 수평이동하게 될 것이다. 그러면 종전의 가격수준하에서 수요량의 감소로 인해 기존 의사들의 수입감소가 일어나게 된다.

따라서 그러한 수입손실을 막기 위해서 기존 의사들이 종전의 수요곡선에 이르기까지 수요를 창출하는 경우에는 가격수준의 변화도 없고 수입도 종전과 동일하다. 반면 A지역 전체의 의료서비스 소비량은 OH_n 만큼 늘어나 의료비지출의 증가를 가져온다. 한편 의사 개인의 입장에서 볼때 감소된 만큼 서비스량을 정확하게 증가시키는 것은 현실적으로 어려우며 오히려 더 많은 서비스량을 창출할 가능성이 크다. 따라서 의사유인수요가설에 의하면 공급자의 증가는 서비스가격과 서비스량을 동시에 증가시키는 결과를 가져오게 된다는 것이다.

그러나 의료행위에는 본래 불확실성이 따른다. 만약 의사의 능력이 똑 같다고해도 실제로 발생하는 진료건수는 같지 않다. 또한 의사의 능력과 의사가 갖고 있는 의학적 지식이 의사마다 다르기 때문에 의사의 진료패턴의 차이가 의료행위와 의료비의 지역차를 결정할 수도 있다. 따라서 professional uncertainty라는 개념을 제기하여 의사유인수요이론의 불충분함을 지적할 수 있다.

캐나다와 서독에서는 의사유인수요이론의 타당성이 유력시되고 있으며

북구제국에서도 의사유인수요이론을 지지하는 연구가 많다. 그러나 의료 행위별 수가제가 실시되지 않는 영국과 같은 국가에서는 이 문제에 대한 관심이 적을 수밖에 없다.

의사수와 의료행위의 빈도와의 관련성에 관한 연구는 많은데 Feldstein(1971)은 일반의(general practioner)의 숫자가 많을수록 병원입원환자수가 적다는 결과를 보이고 있다. Bunker(1970)는 미국과 영국의 (1인당)외과수술건수의 차이는 각각의 (1인당)외과 의사수와 정의 상관관계를 가진다고 한다. 전문의 수의 차이가 의료비의 지역차를 설명하는 결과는 많은 연구에서 나타난다(Vayda & Anderson(1968), Lewis(1969) 등). 또한 Wennberg & Gittlesohn(1973)의 연구결과는 일반의가 많은 지역일수록 입원율이 낮고 외과수술건수와 1인당 의료비가 적다는 것이다.

1.4 의료수가의 상승요인

의료서비스의 가격은 수요측보다는 공급측 변수들의 영향을 더 크게 받는다고 볼 수 있다. Baumol(1967)은 의료서비스에 대한 가격의 상승경향에 대해 공급측면에서 중요한 관점을 제시해 주고 있다. 그것은 임금확산(wage diffusion)에 따라 노동의 생산성이 낮은 산업이 다른 산업에 비해 더욱 빠른 가격인플레이션을 겪게 된다는 것이다. 의료산업은 노동집약적 산업이어서 의료기술의 발전에도 불구하고 타산업에 비해 낮은 생산성을 기록하고 있다. 이런 관점에서 보면 의료산업은 다른 제조업에 비해 상대가격이 점차로 증가하게 될 수 밖에 없다. Baumol의 model에 의하면 의료서비스는 노동 그 자체가 최종생산물이고 수요가 비탄력적이고 생활필수품이기 때문에 의료수가는 전체 물가수준에 비해 가격상승에 대한 압력이 훨씬 크고 앞으로도 그럴 것

이다.

(1) 목표소득가설

의사가 소득과 진료량(workload)에 관한 목표를 설정한다는 것인데 이것은 목표치와 실적치간의 괴리를 조정한다는 것이다. 만약 소득과 진료량이 목표치 이하의 수준에 있다고 생각되면 공급자는 서비스가격과 제공하고자 하는 서비스를 동시에 증가시킬 것이다. 만일 의사가 환자를 많이 보았는데도 수입이 적으면 수가인상에 대한 압력을 집단적 또는 개인적으로 표시할 것이다.

(2) 의학기술의 진보

의학이 발전되고 새로운 기술이 계속해서 개발되면 각종 최신시설과 장비가 늘어난다. 의료장비의 개발은 막대한 연구개발비를 요구할 뿐 아니라 빠른 기술혁신으로 인한 가격상승을 초래한다. 의료장비의 개발은 다른 분야의 기술개발과는 달리 대량생산 또는 기술확산(diffusion of technology) 등이 이루어지지 않아서 가격인하 효과가 별로 나타나지 않는다. 따라서 새로운 의료기술의 개발은 비용감소적이라기 보다는 오히려 비용증가적 결과를 낳게 된다.

새로운 의료기술의 기계장치가 개발되면 대부분의 의료기관에서 이것을 경쟁적으로 받아들여 사용하고자 하는 경향을 나타낸다. 의료장비를 구입하는 과정을 볼 때 경영학적으로 투자의 효율성을 검토하기 보다는 병원의 선전을 위해 구매하는 사례가 많은데 이런 비효율적 투자도 가격상승의 원인이 되고 있다. 의료부문은 다른 산업보다 공급자 주도형의 시장에 속하므로 소비자의 가격에 대한 판단보다는 공급자의 재량에 의해 가격이 좌우된다고 보여진다.

(3) 의료기관운영의 비효율성

공급측에서 본 의료수가 상승의 또 하나의 원인으로서 의료기관운영의 비효율성을 들 수가 있다. 우리나라 의료기관의 대부분은 의사에 의

해 경영됨으로써 다른 산업에 비해 경영상의 비효율성 혹은 비생산성이 나타나고 있다. 그러나 의료기관의 구조가 점차로 거대화됨에 따라 운영은 더욱 중요하게 되며 운영의 효율성이 의료수가에 더 큰 영향을 주게 될 것이다.

2. 연령구조별 진료비의 상승요인

진료비의 상승요인은 수요측면, 공급측면 그리고 제도적 측면에서 접근될 수 있을 것이다. 먼저 수요측면의 증가요인으로서는 소득수준이나 의료보험의 적용확대 또는 노인인구의 증가를 들 수 있고, 기타 요인으로서는 핵가족화와 부양의식의 저하에 따른 가정보호기능의 저하를 들 수 있다. 또한 인구구조의 변화에 의해 장기요양을 요하는 질환이 증가하고 있는 것도 한 요인으로 작용하고 있다.

공급측면에서 의료비를 증가시키는 요인은 고가의료장비의 증가나 의료인력의 임금 상승 등 의료서비스 공급비용의 상승, 의사인력 및 보건 의료시설의 양적 팽창, 특히 전문의 수가 지나치게 많은 것, 진료비 지불 및 보상방법, 약품이용의 증가로 인해 약제비가 진료비에서 차지하는 비중이 너무 높다는 점 등이 지적될 수 있다.

의학의 발달로 인한 시술절차의 복잡화 경향은 의료비를 상승시킬 가능성을 높이며, 진료비지불방법이 행위별 수가제로 되어 있는 것은 서비스제공량이 과다해지는 경향을 심화시키고, 특히 의료보장제도하의 행위별 수가제와 의학기술간의 상호작용으로 인한 의료비 증가 측면이 중시되고 있다.

본 절에서는 위와 같은 여러 측면의 증가요인 중에서, 기존의 연구에서 거의 다루어지지 않았던 연령구조별 접근을 통한 진료비 상승요인을 살펴보고자 한다. 이같은 분석을 위해 사용된 자료는 의료보험연

협회와 의료보험관리공단의 의료보험통계연보로서, 1985년부터 1987년까지의 자료는 공교와 직장의료보험의 자료만을 분석대상으로 하였고, 1988년 자료는 공교, 직장의료보험 외에 농어촌의료보험과 직종의료보험의 자료를 포함하였으며, 1989년 자료는 앞의 자료 외에 도시지역 자료를 포함시켰다.

2.1 진료건수, 진료비 구성비

〈표Ⅲ-1〉은 1985년부터 1989년까지의 연령별 총인구 구성비, 보험적용인구 구성비, 진료건수 구성비(입원, 외래), 진료비 구성비(입원, 외래)를 나타낸 것이다.

위의 표를 통해 각 연령구조별 진료건수, 진료비 구성비 및 변화추이를 분석해본 결과는 다음과 같다.

0-4세는 보험적용인구 구성비에 비해 진료건수 구성비가 약 2.5배 가량 높으며 진료비 구성비도 1.5배 가까이 높게 나타난다. 예를 들면 1985년 현재 0-4세의 보험적용인구 구성비는 10.15%인데 비해 진료건수 구성비는 전체의 25.89%나 차지했으며 진료비는 14.69%를 나타냈다. 이것은 이 연령층의 수진율이 매우 높다는 것을 의미하며, 건당 진료비가 비교적 낮음에도 불구하고 전체 진료비를 높이는데 큰 영향을 미친다는 것을 보여준다. 이 연령층의 진료건수 및 진료비를 입원, 외래로 나누어보면 외래의 진료건수 및 진료비 비율이 모든 연령층 중에서 가장 높다는 것을 알 수 있으며 입원의 경우에는 진료비 구성비는 외래에 비해 1/2 정도에 불과하나 진료건수의 구성비는 결코 낮지 않으며 다른 연령층에 비해서도 높은 편에 속한다.

0-4세의 진료건수 및 진료비 구성비는 1989년까지 크게 변화하지 않고 있으나 1986년 이후에 전체적인 진료건수 및 진료비 구성비는 완만하게 감소하는 추세이고, 특히 입원보다는 외래 진료건수 및 진료비 구성비의 감소가 두드러지는 것으로 보인다. 이 연령층의 외래 진료건

〈표Ⅲ-1〉 연령별 총인구, 보험적용인구, 진료건수, 진료비 구성비 (1985)

연령	총인구	보험적용 인구	진료건수			진료비		
			계	입원	외래	계	입원	외래
0-4	9.43	10.15	25.89	13.06	26.17	14.69	8.09	17.93
5-14	20.73	17.72	17.83	7.15	18.07	12.00	6.83	14.55
15-44	50.68	52.09	38.31	55.63	37.94	45.07	47.91	43.66
*20-29	20.51	21.79	16.04	36.15	15.60	19.74	24.49	17.39
45-54	9.32	9.68	9.20	10.06	9.19	13.28	15.72	12.06
55-64	5.56	6.40	5.66	8.34	5.61	9.54	13.07	7.80
65+	4.27	3.92	3.11	5.86	3.06	5.44	8.36	4.00
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(40,805,744)	(16,424,491)	(46,928,072)	(1,000,162)	(45,927,910)	(803,908,354) 천원	(265,439,734) 천원	(538,468,621) 천원

자료 : 의료보험연합회, 의료보험관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도

〈표Ⅲ-1〉 계속 , 1986

연령	총인구	보험적용 인구 (1)	진료건수			진료비		
			계	입원	외래	계	입원	외래
0-4	8.83	9.58	23.74	12.80	24.00	13.58	8.21	16.33
5-14	20.29	16.90	16.82	7.10	17.05	11.07	6.43	13.56
15-44	51.27	52.63	39.72	54.74	39.38	45.17	46.71	44.35
*20-29	20.49	21.77	16.48	35.17	16.95	19.53	23.38	17.48
45-54	9.57	10.20	9.99	9.72	9.98	13.94	16.03	12.82
55-64	5.69	6.62	6.23	8.64	6.18	10.29	13.69	8.47
65+	4.35	4.02	3.48	6.25	3.42	6.02	8.93	4.46
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(41,184,048)	(17,632,090)	(46,826,726)	(1,053,920)	(45,772,779)	(839,664,018) 천원	(292,365,383) 천원	(547,298,634) 천원

〈표Ⅲ-1〉 계속, 1987

연령	총인구	보험적용 인구	진료건수			진료비		
			계	입원	외래	계	입원	외래
0-4	8.33	9.42	21.53	12.40	21.74	12.33	7.76	14.85
5-14	19.84	16.62	17.06	6.87	17.30	11.00	6.14	13.66
15-44	51.79	52.67	40.27	53.99	39.95	44.65	46.66	44.09
*20-29	20.41	21.75	16.48	34.15	16.07	19.11	22.70	17.15
45-54	9.77	10.38	10.65	10.91	10.65	14.60	16.54	13.53
55-64	5.84	6.75	6.65	9.00	6.60	10.79	14.15	8.94
65+	4.44	4.14	3.84	6.83	3.77	6.64	9.74	4.94
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(41,574,912)	(19,335,450)	(53,696,227)	(1,211,857)	(52,484,370)	(993,396,585) 천원	(351,955,136) 천원	(641,441,448) 천원

〈 표Ⅲ-1 〉 계속, 1988

연령	총인구	보험적용 인구 (1)	진료건수			진료비		
			계	입원	외래	계	입원	외래
0-4	7.96	8.39	20.31	11.56	20.51	11.44	6.92	14.02
5-14	19.32	17.49	16.02	6.54	16.23	10.22	5.83	12.72
15-44	52.27	52.11	39.92	53.31	39.61	43.88	45.26	43.11
*20-29	20.30	20.78	15.64	32.30	15.26	17.99	21.53	15.97
45-54	9.89	10.29	11.44	11.18	11.44	15.09	16.46	14.31
55-64	6.01	6.79	7.45	9.41	7.40	11.49	14.37	9.85
65+	4.54	4.94	4.77	8.01	4.70	7.87	10.98	6.09
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(41,974,640)	(28,636,648)	(69,621,840)	(1,548,243)	(68,073,597)	(1,441,202,336) 천원	(524,335,759) 천원	(916,866,577) 천원

〈표Ⅲ-1〉 계속, 1989

연령	총인구	보험적용 인구	진료건수			진료비		
			계	입원	외래	계	입원	외래
0-4	7.78	8.01	19.49	11.41	19.67	11.14	6.93	13.45
5-14	18.73	18.17	16.28	6.29	16.49	10.21	5.63	12.72
15-44	52.70	53.32	39.78	53.51	39.49	43.75	45.77	42.64
*20-29	20.17	20.54	15.04	31.85	14.67	17.41	21.49	15.17
45-54	9.94	9.81	11.44	10.97	11.45	14.95	16.11	14.32
55-64	6.21	6.11	7.82	9.39	7.78	11.65	14.13	10.29
65+	4.64	4.58	5.19	8.43	5.12	8.30	11.43	6.58
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(42,380,176)	(39,922,389)	(1,977,290,549)	(1,930,954)	(89,528.670)	(1,977,290,549)	(701,242,604)	(1,276,047,945)

수 및 진료비 구성비가 감소하는 현상은 1986년 외래 본인일부 부담률 인상의 영향 때문일 것이기도 하지만 전국민 의료보험제도가 실시되면서 다른 연령층의 수요가 의료이용으로 연결되는 비중이 높아지는 반면 그동안 가장 수요가 많았던 0-4세 연령층의 수요량이 일정한 수준에서 안정되는 과정이라고도 해석될 수 있을 것이다. 그러나 이 연령층에서 자주 발생하는 질병 및 그에 따른 의료기관의 선택경향을 분석함으로써 이 연령층의 진료비 상승요인을 최소화할 수 있는 방안은 계속 강구되어야 할 것이다.

5-14세 연령층은 총인구 구성비에 비해 보험적용인구 구성비가 낮은 편에 속했던 연령층으로서 1989년의 전국민의료보험의 실시를 계기로 보험적용인구 구성비가 오히려 증가한 것으로 나타난다.

이 연령층의 진료건수 구성비는 1985년 보험적용인구 구성비인 17.72%와 유사한 17.83%였다가 1989년에는 보험적용인구 구성비 18.17%에 비해 낮은 16.49%를 차지하고 있다. 그리고 이 연령층의 진료비 구성비는 모든 연령층 중에서 가장 낮을 뿐 아니라 1986년 이래 매년 감소하고 있다. 이 연령층의 진료비 비중이 낮고 또 감소하는 이유는 첫째, 입원진료의 비중이 낮기 때문이며, 둘째, 이 연령층의 외래 진료건수 구성비는 낮은 편이 아니었으나 1986년의 외래 본인일부 부담률의 인상으로 인한 외래진료 수요량의 감소가 가장 두드러진 때문으로 보인다. 즉 1985년의 외래 진료건수 구성비는 18.07%였으나 외래 본인일부 부담률이 인상되었던 1986년에는 외래 진료건수 구성비가 17.05%로 떨어졌고 1987년에도 17.30%에 머물렀다가 1988년, 1989년의 보험적용인구 구성비가 각각 17.49%, 18.17%로 증가했는데도 불구하고 외래 진료건수 구성비는 16.23%와 16.49%에 머물렀다.

1985년부터 1987년까지의 15-44세 연령층의 보험적용인구 구성비는 총인구 구성비에 비해 약간씩 높은 비율을 차지해 왔으며 매년 보험적

용인구 중 52% 이상이 이 연령층에 속해 있었다고 볼 수 있다. 그러나 이 연령층의 진료건수 구성비는 1985년 38.31%, 1986년 39.72%, 1987년 40.27%, 1988년 39.92%, 1989년 39.78%로서 약간 증가하는 경향을 보이기는 하나 모든 연령층 중에서 가장 낮은 수진율을 기록하고 있다. 이는 이 연령층이 일생 중 가장 건강하고 유병율이 낮은 시기이기 때문이라고 해석할 수 있을 것이다.

그러나 15-44세의 진료비 구성비는 진료건수 구성비가 낮은 것에 비해서는 높은 편이며 특히 5-14세의 진료비 구성비에 비해 상당히 높은 것으로 나타난다. 그 이유는 주로 20-29세에 집중되어 있는 출산에 따르는 입원진료비의 비중이 높기 때문일 것이다. 표에서 보는 바와 같이 20-29세의 입원진료건수 및 입원진료비 비중은 모든 연령층 중에서 가장 높으며 1989년 현재 20-29세 연령층의 입원진료건수는 15-44세의 전체 입원건수의 60% 정도를 차지하며 입원진료비도 거의 1/2에 다다르고 있다. 따라서 15-44세의 진료비는 출산연령의 입원진료비 비중에 따라 달라지므로 출산에 따른 과잉진료 가능성을 최소화하는 것이 이 연령층의 진료비 상승요인을 억제하는 관건이 될 것이다.

실제로 1985년부터 1989년에 걸쳐 15-44세 연령층의 보험적용인구 구성비가 비교적 일정했으며 또 외래 진료건수가 증가했는데도 불구하고 전체적인 진료비 구성비가 감소한 것은 20-29세의 입원진료비 구성비가 1985년 24.49%에서 1986년 23.38%, 1987년 22.70%, 1988년 21.53%, 1989년 21.49%로 계속 감소한 것과 무관하지 않을 것이다.

연령구조별 진료비 상승요인과 관련하여 가장 관심을 끄는 연령층은 45세 이상의 연령층이다. <표Ⅲ-1>에 나타난 1985년의 자료를 보면 45-54세, 55-64세, 65세 이상의 연령구간은 모두 보험적용인구 구성비에 비해서 진료건수 구성비가 낮은 것으로 나타난다. 이것은 이 연

령층의 수진율이 낮은 연령층의 수진율에 비해 낮다는 것을 의미하는데 이같은 현상은 1987년에 45-54세 연령층의 진료건수 구성비(10.65%)가 보험적용인구 구성비(10.38%)를 상회하며, 1988년에는 55-64세 연령층의 진료건수(7.45%)가 보험적용인구 구성비(6.79%)를 상회함으로써 변화된다. 앞으로 이들 연령층의 총인구 구성비는 계속 증가할 것이며 그에 따른 수진율의 증가가 예상된다.

그러나 65세 이상 연령층의 진료건수 구성비는 1988년까지만 해도 4.77%에 머물러 보험적용인구 구성비(4.94%)에 미치지 못하고 있다가 1989년에야 5.19%로 증가하여 보험적용인구 구성비인 4.58%를 상회하게 된다. 즉 65세 이상 연령층의 수진율은 이 연령층의 특성상 유병율이 높을 것이라는 예측에도 불구하고 비교적 낮은 수준에 머물고 있어서 노인인구의 의료비에 많은 관심을 기울여야 하는 일본같은 나라와는 대조적이다. 그러나 65세 이상 연령층의 경우 그동안 보험적용대상자의 비율이 상대적으로 낮았다가 1988년 농어촌지역의료보험의 실시로 인해 그 비율이 높아진 점과 이 연령층의 잠재되어 있는 수요가 의료이용으로 연결될 경우를 감안한다면 진료비에 미치는 영향은 상당히 클 것으로 전망되며 그에 대한 대비책이 요구된다.

45세 이상 연령층에서 공통적으로 나타나는 현상은 이 연령층의 진료비 구성비는 보험적용인구 구성비보다 훨씬 높으며 이같은 경향은 매년 더 심해져서 1989년 현재 45-54세, 55-64세, 65세 이상 보험적용인구 구성비인 9.81%, 6.11%, 4.58%에 대해 진료비 구성비는 14.95%, 11.65%, 8.30%를 차지했다. 그 이유는 이 연령층의 경우 수진율이 낮은 반면 일단 진료를 받는 경우의 건당진료비는 높으며 또한 이 연령층의 전체적인 수진율이 낮음에도 불구하고 입원수진율은 높기 때문이라고 보여진다. 즉 표에서 보는 바와 같이 특히 55세 이상의 경우 외래 진료건수 구성비는 보험적용인구 구성비에 비해 낮거나 약간 높은 반면(1989년 55-64세의 보험적용인구 구성비가 6.11

%인데 외래 진료건수 구성비는 7.78 %) 입원 진료건수 구성비는 보험적용인구 구성비에 비해 상당히 높으며 이같은 현상은 매년 더 심해져서 1989년의 경우 55-64세와 65세 이상 보험적용인구 구성비인 6.11%와 4.58%에 비해 입원진료건수 구성비는 각각 9.39%와 8.43%를 차지하고 있다. 단 45-54세의 연령층은 55세 이상의 연령층보다는 외래 진료를 받는 비율이 높다는 것을 알 수 있다.

이 연령층의 진료비 증가율을 감안할 때 진료비 상승에 미치는 영향은 매우 클 것으로 예상되므로 특별히 45세 이상 연령층의 진료비 상승요인을 심층적으로 분석하기 위해서는 이 연령층의 입원진료비에 대한 분석이 필요할 것이다. 또한 이 연령층의 특성상 질병구조 및 그에 따른 의료기관의 선택에 대한 분석이 필요할 것이다.

2.2 건당 진료비 및 건당 내원일수, 내원일당 진료비

진료비 상승요인을 분석하기 위해서 앞에서는 주로 진료건수와 진료비에 관해서만 살펴보았다. 이제 건당 진료비, 건당 내원일수, 내원일당 진료비의 분석을 통해서 연령별 진료비 상승요인을 알아보기로 한다.

〈표Ⅲ-2〉에서 보듯이 외래 건당진료비는 65세 이상을 제외하고는 연령이 높아짐에 따라 정비례하여 높아지고 있다. 즉 1989년 현재 외래 전체의 건당진료비는 14,253 원인데 0-4세는 9,748 원, 5-14세는 10,997 원으로서 평균보다 낮으며, 15-44세는 15,392 원으로 평균을 약간 상회하고, 45세 이상은 45-54세가 17,819 원, 55-64세가 18,837 원, 65세 이상이 18,319 원으로 평균을 훨씬 상회하고 있다. 그렇다면 연령이 높아짐에 따라 건당진료비가 높아지는 이유는 무엇인가. 표에 의하면 0-4세에 비해 5-14세의 건당진료비가 상승하는 이유는 5-14세의 건당 내원일수가 적음에도 불구하고 내원일당 진료비가 높아지고 있기 때문이며 15세 이후의 건당진료비가 증가하는 것은 건당 내원일수도 증가하고 내원일당 진료비도 증가하기 때문인 것으로 보인다. 단

〈표Ⅲ-2〉 연령별 외래 건당진료비, 건당내원일수, 내원일당 진료비

	1985	1986	1987	1988	1989
0-4 세					
건 당진 료비	8,033	8,143	8,347	9,205	9,748
건 당내 원일 수	2.44	2.34	2.36	2.39	2.41
내 원일 당진 료비	3,297	3,497	3,534	3,855	4,049
5-14 세					
건 당진 료비	9,442	9,510	9,650	10,557	10,997
건 당내 원일 수	2.38	2.20	2.20	2.21	2.17
내 원일 당진 료비	3,964	4,321	4,384	4,787	5,077
15-44 세					
건 당진 료비	13,497	13,465	13,485	14,659	15,392
건 당내 원일 수	2.57	2.37	2.36	2.36	2.32
내 원일 당진 료비	5,249	5,682	5,724	6,219	6,634
45-54 세					
건 당진 료비	15,391	15,361	15,530	16,839	17,819
건 당내 원일 수	2.65	2.49	2.51	2.51	2.47
내 원일 당진 료비	5,810	6,162	6,188	6,711	7,205
55-64 세					
건 당진 료비	16,320	16,377	16,574	17,905	18,837
건 당내 원일 수	2.71	2.54	2.58	2.58	2.54
내 원일 당진 료비	6,011	6,442	6,434	6,950	7,423
65 세이 상					
건 당진 료비	15,377	15,623	16,012	17,481	18,319
건 당내 원일 수	2.68	2.56	2.59	2.61	2.57
내 원일 당진 료비	5,728	6,105	6,190	6,698	7,118
계					
건 당진 료비	11,724	11,957	12,222	13,469	14,253
건 당내 원일 수	2.50	2.36	2.37	2.38	2.36
내 원일 당진 료비	4,681	5,056	5,157	5,654	6,041

자료 : 의료 보험연 합회, 의료 보험 관 리 공 단, 「 의 료 보 험 통 계 연 보 」, 각 연 도

지 65세 이상의 경우 55-64세에 비해 건당진료비가 낮은 이유는 1989년 현재 65세 이상의 건당 내원일수가 2.57일로 55-64세의 건당 내원일수(2.54일)보다 많음에도 불구하고 내원일당 진료비가 7,118원으로 55-64세의 7,423원보다 낮기 때문인 것으로 나타나고 있는데 65세 이상의 내원일당 진료비는 45-54세의 진료비(7,205원)보다도 낮은 것으로 나타난다.

건당진료비가 연령에 비례하여 높아지는 경향은 입원진료에도 적용됨으로써 44세 이하에서는 전체 건당진료비 평균인 363,159원을 못미치고 있으며 45세 이상에서는 평균 건당진료비를 훨씬 상회하고 있다. 단 입원의 경우는 외래와는 달리 15-44세의 건당진료비가 5-14세의 건당진료비보다 낮으며 또 45세 이후의 연령에서 45-54세보다 55-64세의 건당진료비가 높아지다가 65세 이상에서 낮아지는 현상이 보다 뚜렷해진다. 즉 1989년 현재 0-4세의 건당진료비는 220,478원, 5-14세는 324,862원, 15-44세는 310,660원, 45-54세는 533,026원, 55-64세는 546,808원, 65세 이상은 492,429원이었다. (〈표Ⅲ-3〉 참조)

15-44세의 건당진료비가 5-14세보다 낮은 이유는 15-44세 입원진료의 많은 부분이 출산에 의한 것으로서 5-14세보다 건당 내원일수가 적고 1988년부터는 내원일당 진료비도 낮아지기 때문으로 보인다. 한편 55-64세의 건당진료비가 45-54세의 건당진료비보다 높기는 하지만 그것은 55-64세의 건당 내원일수(1989년 현재, 12.88일)가 45-54세의 건당내원일수(12.50일)보다 높는데 기인하며 내원일당 진료비는 45-54세가 42,649원, 55-64세는 42,465원으로서 오히려 45-54세에서 약간 높게 나타난다. 그리고 65세 이상의 건당진료비가 가장 낮은 것은 45-54, 55-64세에 비해 건당 내원일수와 내원일당 진료비가 모두 낮기 때문인 것으로 보인다.

〈표Ⅲ-3〉 연령별 입원 건당진료비, 건당내원일수, 내원일당진료비

	1985	1986	1987	1988	1989
0-4 세					
건당진료비	164,474	178,031	181,763	202,819	220,478
건당내원일수	7.47	7.47	7.38	7.54	7.42
내원일당진료비	22,020	23,840	24,638	26,878	29,719
5-14 세					
건당진료비	253,602	251,025	259,913	302,278	324,862
건당내원일수	8.48	8.14	7.99	8.29	8.35
내원일당진료비	29,909	31,294	32,534	36,442	38,904
15-44 세					
건당진료비	228,563	236,714	245,575	282,464	310,660
건당내원일수	7.24	7.27	7.36	7.97	8.19
내원일당진료비	31,563	32,482	33,371	36,082	37,947
45-54 세					
건당진료비	415,006	457,216	440,619	498,668	533,026
건당내원일수	12.30	12.17	12.12	12.47	12.50
내원일당진료비	33,735	34,860	36,355	39,983	42,649
55-64 세					
건당진료비	415,813	439,938	456,574	517,091	546,808
건당내원일수	12.59	10.44	12.54	13.02	12.88
내원일당진료비	33,411	35,161	36,412	39,715	42,465
65 세 이상					
건당진료비	378,270	396,149	414,016	464,375	492,429
건당내원일수	11.74	11.74	11.87	12.17	12.12
내원일당진료비	32,218	33,746	34,867	38,166	40,628
계					
건당진료비	295,392	277,408	290,426	338,665	363,159
건당내원일수	8.57	8.60	8.70	9.25	9.36
내원일당진료비	30,954	32,268	33,388	36,594	38,805

자료 : 의료보험연합회, 의료보험 관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도

즉 우리나라의 경우 45-64세의 건당진료비, 건당 내원일수, 내원일당 진료비가 65세 이상의 그것보다도 높음으로써 이 연령층이 진료비 상승에 미치는 영향은 상당한 것으로 보인다. 특히 이 연령층의 경우 입원 건당진료비가 50 만원을 초과하는 진료건수의 비율은 <표Ⅲ-4>에 나타난 바와 같이 매우 높고 그 비율은 1985년 이래 매년 증가하여 1989년에는 전체진료건수의 30%를 차지하고 있다. 따라서 이 연령층의 질병구조 및 의료기관 선택경향을 분석함으로써 대책을 세우는 것이 필요할 것이다.

<표Ⅲ-4> 연령별 입원건당 진료비가 50 만원 초과하는 진료건수의 비율(1985-1989)

	1985	1986	1987	1988	1989
0- 4	3.7	4.2	4.3	5.6	6.2
5-14	7.4	7.1	7.5	10.1	12.0
15-44	8.4	8.7	9.1	12.2	14.1
45-54	23.5	25.7	24.5	28.2	30.0
55-64	22.8	23.9	24.8	28.4	30.0
65+	20.0	20.8	21.7	24.9	26.8
계	11.1	11.7	12.4	15.6	17.4
(N)	(111,037)	(123,207)	(149,621)	(242,180)	(335,856)

자료 : 의료보험연합회, 의료보험관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도

2.3 질병구조

〈표Ⅲ-5〉는 연령별로 주요상병 5,6 가지씩을 나열해 보고 그 질병들의 진료건수, 진료비 및 전체 진료건수 및 진료비에서 차지하는 비율을 살펴본 것이다.

0-4 세의 경우 외래 전체 진료건수의 61.72 %, 진료비의 56.65 %를 차지하는 상병명은 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염, 급성인두염, 급성편도염으로서 이 5 가지 상병은 외래의 최다빈도 상병이기도 하다. 즉 이 연령층의 외래 진료의 반 이상은 감기와 관련된 호흡기질환임을 알 수 있다. 그러나 중요한 것은 그같은 질병의 진료건수와 진료비의 절대수치 자체가 매우 높기 때문에 전체 진료비에 미치는 영향이 매우 크다는 사실이다.

5-14 세의 경우 외래 전체 진료건수의 44.76 %, 진료비의 39.53 %를 차지하는 상병에는 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염, 급성편도염 등이 포함됨으로써 0-4 세의 경우와 매우 유사하며, 0-4 세와 다른 점이 있다면 치아경조직의 질환의 진료건수가 많고 특히 진료비가 가장 높다는 것이다.

15-44 세의 외래 진료건수 및 진료비에서 가장 큰 비중을 차지하는 질병은 치아경조직의 질환이며, 0-14 세에서와 같이 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염이 다빈도 5 위 내에 포함되어 있다. 그리고 이 연령층의 특성상 자궁경, 질 및 외음 염증성 질환이 주요상병이 되고 있다. 가장 주목할 만한 것은 45 세 이상 모든 연령층에서 가장 주요한 외래 상병이 되고 있는 위염 및 십이지장염이 15-44 세에서 이미 주요한 상병의 위치를 차지한다는 사실이다. 그리고 이 연령층의 위염 및 십이지장염의 발생율이 높다는 것은 입원에서 위의 악성 신생물이나 소화기계 질환 등이 급격히 증가하고 있다는 사실 등과도 무관하지 않을 것이다. 이같은 사실은 15-44 세 연령층에서부터 질병을 예방하고 건강을 유지하는데 많은 관심을 기울여야 한다는 것을 보여

〈표Ⅲ-5〉 연령별 주요상병 및 진료건수, 진료비(1988)

연령	주요상병	진료건수	진료비 (천원)
<u>외래</u>			
0-4	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염(465)	3,061,785	24,371,278
	급성비인두염(460)	1,844,052	13,524,357
	급성기관지염 및 세기관지염(466)	1,946,497	19,881,896
	급성인두염(462)	922,620	7,732,572
	급성편도염(463)	843,382	7,258,172
	계	8,618,336	72,768,275
		(61.72)	(56.65)
5-14	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염(465)	1,319,876	10,082,550
	치아경조직의 질환(521)	1,068,836	14,296,187
	급성비인두염(460)	886,641	6,537,440
	급성기관지염 및 세기관지염(466)	866,610	8,380,583
	급성편도염(463)	803,773	6,804,996
	계	4,945,736	46,101,756
		(44.76)	(39.53)
15-44	치아경조직의 질환(521)	1,560,702	21,786,582
	위염 및 십이지장염(535)	1,332,291	17,745,212
	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염(465)	1,201,520	9,354,807
	자궁경, 질 및 외음염증성 질환(616)	1,084,500	13,190,146
	급성비인두염(460)	906,874	7,364,657
	계	6,085,887	69,441,404
		(22.57)	(17.57)

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 1988.

〈표Ⅲ-5〉 계속

연령	주요상병	진료건수	진료비 (천원)
45-54	위염 및 십이지장염 (535)	465,910	6,901,355
	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염 (465)	322,371	3,223,357
	치아경조직의 질환 (521)	281,938	3,251,091
	급성비인두염 (460)	274,768	2,386,164
	급성기관지염 및 세기관지염 (466)	238,923	3,128,525
	계	1,583,910	18,890,492
		(20.33)	(14.40)
55-64	위염 및 십이지장염 (535)	267,211	4,064,485
	본태성고혈압 (401)	212,160	4,750,192
	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염 (465)	187,368	1,951,879
	급성비인두염 (460)	171,346	1,513,799
	급성기관지염 및 세기관지염 (466)	167,650	2,297,768
	계	1,005,735	14,578,123
		(19.95)	(16.15)
65+	본태성고혈압 (401)	152,269	3,182,046
	위염 및 십이지장염 (535)	150,863	2,194,271
	급성기관지염 및 세기관지염 (466)	124,191	1,735,479
	다발성 또는 부위불명의 급성기도감염 (465)	110,215	1,155,387
	급성비인두염 (460)	103,601	912,652
	계	641,139	9,179,835
		(20.06)	(16.43)

〈표Ⅲ-5〉 계속

연령	주요상병	진료건수	진료비 (천원)
<u>입원</u>			
0-4	기타주산기황달 (774)	20,900	2,156,796
	불명확한 장관감염 (009)	18,401	2,250,691
	상세불명병원체에 의한 폐염 (486)	13,044	2,408,098
	급성기관지염 및 세기관지염 (466)	6,862	992,574
	단기입신 및 비특이성출생시 저체중관련장애(765)	6,177	1,885,459
	전신증상 (780)	4,653	651,650
	계	70,037	10,345,268
		(39.14)	(28.51)
5-14	급성충수염 (540)	10,978	3,181,489
	편도 및 아데노이드의 만성질환 (474)	10,384	2,429,630
	서혜헤르니아 (550)	4,017	972,782
	상세불명 병원체에 의한 폐염 (486)	2,625	601,608
	불명확한 장관감염 (009)	1,977	247,946
	계	29,981	7,433,455
		(29.64)	(24.31)
15-44	완전정상분만 (650)	243,230	20,985,195
	급성충수염 (540)	43,362	13,569,218
	불균형 (653)	26,576	9,336,689
	정신분열성 정신병 (295)	16,057	6,120,047
	다른곳에 분류되지 않는 출산 및 분만합병증(669)	14,189	4,259,114
	골반의 장기 및 연조직이상 (654)	15,025	5,809,467
	만성간질환 및 경변 (571)	9,228	3,977,958
	계	367,667	64,057,688
		(44.54)	(27.0)

〈표Ⅲ-5〉 계속

연령	주요상병	진료건수	진료비 (천원)
45-54	만성간질환 및 경변 (571)	9,349	3,830,082
	당뇨병 (250)	6,034	2,412,196
	급성충수염 (540)	5,983	2,178,121
	만성신부전 (585)	5,767	3,438,258
	위의 악성신생물 (151)	5,225	3,676,978
	계	32,358	15,535,635
		(18.70)	(18.0)
55-64	당뇨병 (250)	7,137	2,975,762
	위의 악성신생물 (151)	6,348	4,401,390
	만성간질환 및 경변 (571)	5,231	2,390,989
	본태성고혈압 (401)	4,659	1,173,252
	만성신부전 (585)	4,575	2,847,152
	계	27,950	13,788,545
		(19.18)	(18.30)
65+	백내장 (366)	6,989	2,522,930
	당뇨병 (250)	5,013	2,144,766
	본태성고혈압 (401)	4,835	1,194,590
	위의 악성신생물 (151)	4,547	2,795,571
	폐결핵 (011)	3,390	1,160,986
	뇌동맥의 폐색 (434)	2,995	2,268,430
	계	27,769	12,087,273
		(22.40)	(20.99)

주는 하나의 예가 될 수 있을 것이다.

45-54 세의 연령층에서는 15-44세에서 이미 나타난 바 있는 위염 및 십이지장염이 가장 진료건수도 많고 진료비도 가장 높은 상병이 되고 있다. 그러나 위염 및 십이지장염을 제외하고는 0-4 세나 5-14 세에서와 같이 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 치아경조직의 질환, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염 등의 진료건수 및 진료비가 높은 것으로 나타난다.

55-64 세의 연령층에서 가장 많은 진료비를 차지하고 진료건수에서 위염 및 십이지장염 다음으로 많은 질병은 본태성 고혈압이다. 그러나 이 연령층에서도 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염 등의 다빈도 상병의 진료건수 및 진료비가 높다고 볼 수 있다.

65 세 이상에서는 55-64 세에 이어 본태성고혈압의 비중이 매우 높아지고 있으며 위염 및 십이지장염도 여전히 높은 비중을 차지한다. 또한 급성기관지염 및 세기관지염, 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염 등의 질병은 여전히 다빈도 상병의 위치를 차지하고 있다.

연령별 외래 주요상병을 살펴본 결과 외래 진료비의 상승은 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염, 급성인두염, 급성편도염 등과 같은 호흡기질환과 깊은 관련이 있다는 사실을 알 수 있다. 즉 이같은 질병들이 주로 낮은 연령층의 진료비를 높이는 요인으로 작용할 것이라는 당초의 예상과는 달리 45세 이상의 높은 연령층에서는 외래에 관한 한 상당한 비중을 차지하고 있다는 점이다. 물론 45 세 이상에서는 이들 주요 상병의 전체 진료건수 및 진료비가 낮은 연령층에 비해 절대적으로 적고, 전체에서 차지하는 비율이 훨씬 낮아짐으로써 연령이 높아질수록 여러가지 다양한 질병이 발생한다는 것을 시사하기는 하지만 45 세 이상의 높은 만성질환 발생율에도 불구하고 외래 진료비는 감기와 같은 가벼운 질병의 영향을 많

받고 있다는 점은 부인할 수 없을 것이다. 따라서 외래 진료비의 상승을 억제하기 위해서는 이같은 질병들에 대한 다양한 대책 및 예방책이 마련되어야 할 것이다.

한편 앞의 표에 의하면 입원 상병은 외래와는 달리 연령에 따라 뚜렷한 차이를 보이고 있으며 상병들도 훨씬 다양하게 분포되어 있다.

0-4 세의 입원의 원인이 되는 상병은 기타 주산기 황달, 불명확한 장관감염, 상세불명 병원체에 의한 폐염, 급성기관지염 및 세기관지염, 단기 임신 및 비특이성 출생시 저체중 관련장애, 전신증상 같은 것들로서 0-4 세 전체 입원진료건수의 39.14 %, 진료비의 28.51 %를 차지하였다. 이 연령층에서 특이한 점은 상세불명 병원체에 의한 폐염과 급성기관지염 및 세기관지염으로 입원한 경우가 19,906 건이나 되고 진료비 비중도 높다는 점이다.

5-14 세의 입원 진료건수의 29.64 %, 진료비의 24.31 %를 차지하는 질병들은 급성충수염, 편도 및 아데노이드의 만성질환, 서혜헤르니아, 상세불명 병원체에 의한 폐염, 불명확한 장관감염 등으로 나타났다.

15-44 세의 입원 진료건수 중 압도적인 비율을 차지하는 것은 완전 정상분만이었고 이와 관련되는 것으로서 골반의 장기 및 연조직 이상, 다른 곳에 분류되지 않은 출산 및 분만합병증이 나타났고, 그외에 5-14 세에 이어 급성충수염으로 인한 입원빈도가 높았다. 정신분열성 정신병으로 인한 입원은 15-44 세의 연령층에서 가장 많이 발생하며, 또한 45 세 이상의 주요 상병이 되고 있는 만성간질환 및 경변이 이 연령층에서 나타나고 있어서 이 연령층의 건강이 45 세 이상의 만성질환의 여부와 깊은 관계가 있을 것임을 시사하고 있다. 그러나 전체적으로는 이 연령층의 입원은 주로 출산과 관련되는 것이 높고 질병의 종류도 다른 연령층에 비해서는 그렇게 다양하지 않아서 이상에서 열거된 질병의 진료건수가 전체 진료건수의 44.54 %를 설명하고 있다.

45 세 이상 연령층의 입원상병은 명백하게 만성질환과 관련되어 있다.

즉 45-54세의 입원 주요 상병은 급성충수염을 제외하고는 만성 간질환 및 경변, 당뇨병, 만성신부전, 위의 악성신생물 등으로서 모두 만성질환이며 이들 질병은 고혈압과 함께 55세 이후의 주요 질병으로 그대로 이어지는 것들이다. 이들 질병은 45-54세 연령층의 전체 입원 진료건수의 18.70%, 진료비의 18.0%를 차지하고 있다.

55-64세의 주요상병은 당뇨병, 위의 악성신생물, 만성간질환 및 경변, 본태성 고혈압, 만성신부전 등으로서 45-54세의 주요상병과 매우 유사하다. 단지 45-54세에 비해 당뇨병, 위의 악성신생물의 진료건수 및 진료비가 증가했고 본태성고혈압이 새로 첨가되었으며, 반면 만성간질환 및 경변과 만성신부전증의 진료건수 및 진료비가 약간 감소되었다는 정도의 차이가 있을 뿐이었다.

65세 이상 연령층의 입원 진료건수의 22.40%, 진료비의 20.99%를 차지하는 질병은 백내장, 당뇨병, 본태성고혈압, 위의 악성신생물, 폐결핵, 뇌동맥의 폐색 등의 만성질환들로서 64세 이하의 연령층에 비해 폐결핵이나 뇌동맥의 폐색 등의 질병이 더 추가되고 있다.

이상에서 연령별 입원 주요상병에 관해 살펴본 결과 입원진료비의 상승은 외래와는 달리, 다빈도 상병보다는 45세 이후의 상대적으로 적은 진료건수에도 불구하고 건당 진료비가 높은 만성질환과 관련된다는 점을 알 수 있다. 특히 당뇨병과 같은 질병의 경우 45세 이후의 모든 연령층의 입원건수에서 높은 비중을 차지하는데, 건당 입원진료비는 연령이 높아질수록 같이 높아지고 있다. 즉 45-54세의 당뇨병 입원 건당진료비는 약 399,770 원이었으나 55-64세의 건당진료비는 약 416,950 원, 65세 이상은 약 427,840 원으로 계속 상승하고 있는 것이다. 이러한 현상은 연령이 높아질수록 질병의 치료가 힘들고 합병증의 가능성도 증가한다는 의미에서 당연한 일일 것이다. 따라서 45세 이전부터 만성질환의 예방을 위해 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

〈표Ⅲ-6〉은 연령구간별 만성질환 진료건수의 비율을 입원, 외래별로 살펴본 것이다. 이 표에서 45세 이상의 만성질환 진료건수 비율이 증가하는 것은 당연하다고 하더라도 15-44세의 만성질환 비율이 입원의 경우 1985년에 15-24세, 25-34세, 35-44세의 만성질환 비율이 각각 10.67%, 10.12%, 31.55%이던 것이 1989년에는 각각 15.69%, 14.58%, 40.11%로 증가한 것은 우리의 관심을 끄는 부분이다. 특히 35-44세의 만성질환 비율이 이미 40%를 넘었다는 사실은 30대부터 만성질환을 예방해야 한다는 것을 의미하는 것이다.

앞으로 입원진료비의 상승을 억제하기 위해서는 0-4세의 다빈도 상병인 기타 주산기 황달이나 불명확한 장관감염, 상세불명 병원체에 의한 폐염, 5-14세의 급성중수염, 편도 및 아데노이드의 만성질환 등의 진료건수 자체가 감소되어야 하며, 15-44세의 분만에 따르는 과잉진료의 가능성을 최소화시켜야 한다는 과제가 있는 것은 사실이지만 이같은 억제방안에는 한계가 있을 것이다. 그 이유는 0-4세의 경우 비교적 가벼운 질병이라 하더라도 위험도가 높은 연령이라는 특수성을 감안할때 무작정 입원을 억제할 수 없으며, 15-44세의 경우에도 출산시의 종합병원 이용율을 줄이는 정도 외에는 건수 자체를 줄이는데 한계가 있기 때문이다. 반면 45세 이상의 만성질환의 발병을 억제하는 것은 진료비 상승을 억제한다는 측면 외에도 가정적으로나 사회적으로 중요한 위치에 있는 연령층의 건강과 직결되며, 어느 정도까지는 예방을 통해 발생율을 감소시킬 수 있다는 점에서 사회전체적으로 관심을 기울여야 하리라고 본다.

특히 이 연령층이 만성질환을 치료하기 위해 어느 의료기관을 선택하느냐 하는 문제는 진료비 상승에 매우 큰 영향을 미칠 것이므로 그에 대한 분석을 통해 진료비 상승을 억제하는 방안을 마련해야 할 것이다.

(표Ⅲ-6) 연령별 전체 진료건수 대비 만성질환 진료건수 비율
(단위 : %)

	1985	1986	1987	1988	1989
<u>입 원</u>					
계	18.99	23.50	24.26	26.46	26.73
0 세	2.98	2.44	2.26	2.46	2.41
1-4 세	8.84	7.94	7.88	8.17	8.23
5-14 세	13.21	11.70	8.44	11.87	11.79
15-24 세	10.67	12.65	13.30	15.34	15.69
25-34 세	10.12	12.32	12.62	14.16	14.58
35-44 세	31.55	38.06	38.12	39.88	40.11
45-54 세	39.47	53.00	49.30	50.61	50.42
55-64 세	42.49	54.73	55.29	56.22	55.88
65세이상	38.53	51.73	51.45	52.44	53.91
<u>외 래</u>					
계	12.06	13.51	13.87	15.69	16.10
0 세	1.53	1.45	1.33	1.40	1.51
1-4 세	1.88	2.11	2.17	2.13	2.21
5-14 세	3.08	3.21	3.07	3.19	3.02
15-24 세	11.77	2.17	11.77	12.96	12.92
25-34 세	13.95	14.84	14.72	16.07	16.24
35-44 세	19.39	20.72	20.53	22.66	23.02
45-54 세	27.60	29.32	29.13	31.10	31.38
55-64 세	32.84	34.74	34.48	36.10	36.15
65세이상	33.75	36.21	36.07	37.72	38.11

자료 : 의료보험연합회, 의료보험관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도

2.4 의료기관 선택경향

〈표Ⅲ-7〉은 자료가 가능했던 1987년 직장의료보험의 통계자료를 이용하여 연령별로 의료기관의 선택경향을 보여주기 위한 것이다. 이 표에 의하면 외래진료시 연령별로 선택하는 의료기관의 차이는 매우 분명하다. 0-4세와 5-14세의 의원이용율은 각각 87.2%와 87.5%로서 높은 비율을 보이고 있고, 종합병원은 각각 9.4%와 8.7%, 병원은 3.4%와 3.7%로 매우 저조한 반면, 연령이 높아짐에 따라 종합병원과 병원의 진료건수 비율이 증가하는데 이 중 병원의 진료건수 비중은 15세 이상에서는 거의 비슷한 수준인데 비해 종합병원의 진료건수 비율은 45세 이상의 연령층에서 높아져서 55세 이상의 경우 외래 진료건수의 20.6%가 종합병원에서 이루어지고 있다.

이처럼 45세 이상 연령층의 높은 종합병원 이용율은 진료비 상승요인으로 작용하게 되는데, 즉 건당 진료비가 높은 종합병원의 이용이 많은 45세 이상 연령층의 경우 외래진료비의 30% 이상이 종합병원에서 쓰여지고 있는 것을 알 수 있다.

입원의 경우 〈표Ⅲ-8〉에서 보듯이 15-44세에서 의원의 이용율이 높은 것을 제외하고는 거의 모든 연령층에서 종합병원의 이용율이 매우 높은 것으로 나타나며 특히 0-4세의 경우 입원 진료건수의 85%가 종합병원에서 이루어지고 있고 의원의 이용율은 4.4%로서 극히 저조하게 나타난다. 15-44세에서 의원의 이용율이 높은 것은 출산시 의원을 이용하는 비율이 높다는 것과 연관된다고 보여진다. 45세 이상의 종합병원 진료건수 비율은 45-54세 71.1%, 55-64세 74.1%, 65세 이상 73%로서 입원 전체 평균비율인 61.7%를 훨씬 상회하며, 특히 55-64세와 65세 이상의 진료건수의 89.4%가 종합병원과 병원에서 이루어지고 있고 의원의 진료건수 비율은 10.6%에 불과했다. 이때 더욱 문제가 되는 것은 45세 이상 연령층의 경우 종합병원 진료건수 구성비에 비해 진료비 구성비가 각각 14% 이상씩 높다는 점으로서 이

〈표Ⅲ-7〉 연령별 의료기관별 외래 진료건수 및 진료비 구성비
(직장의보, 1987)

	중 합 병 원	병 원	의 원
<u>진 료 건 수</u>			
0- 4 세	9.1	3.3	87.6
5-14 세	7.0	3.1	90.0
15-44 세	14.5	6.5	79.0
45-54 세	18.0	7.0	74.9
55-64 세	20.6	6.8	72.6
65 세 이상	20.6	6.9	72.5
계	12.9	5.3	81.8
<u>진 료 비</u>			
0- 4 세	10.9	3.3	85.8
5-14 세	10.9	3.5	85.7
15-44 세	19.2	6.2	74.6
45-54 세	30.4	8.1	61.5
55-64 세	34.3	7.8	57.9
65 세 이상	33.5	7.8	58.8
계	21.6	6.3	72.1

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 1987.

〈표Ⅲ-8〉 연령별 의료기관별 입원 진료건수 및 진료비 구성비
(직장의보, 1987)

	중 합 병 원	병 원	의 원
<u>진 료 건 수</u>			
0- 4세	85.0	10.6	4.4
5-14세	72.6	14.5	12.9
15-44세	50.0	15.5	34.4
45-54세	71.1	16.2	12.7
55-64세	74.1	15.3	10.6
65세이상	73.0	16.4	10.6
계	61.7	14.9	23.4
<u>진 료 비</u>			
0- 4세	91.8	6.1	2.1
5-14세	81.6	9.9	8.4
15-44세	71.3	12.3	16.3
45-54세	85.9	8.5	5.5
55-64세	88.6	7.3	4.1
65세이상	87.8	7.9	4.4
계	79.8	10.0	10.2

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 1987.

연령층의 종합병원 입원이 진료비 상승에 큰 요인으로 작용할 것임을 시사하고 있다.

앞의 연령별 질병구조에서 살펴보았던 주요 외래 및 입원상병의 경우 이용하는 의료기관을 알아보기 위해 이들 주요 상병의 의료기관별 진료건수 구성비를 분석해본 결과는 <표Ⅲ-9>와 같다. 외래상병 중 모든 연령층에서 가장 많이 발생하지만, 특히 낮은 연령층에서의 진료 비중이 높았던 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염 등의 다빈도 상병의 경우 의원의 진료건수 비율이 매우 높게 나타난다. 이같은 경향은 1985년에 비해 1989년에는 더욱 분명해져서 다발성 또는 부위불명의 급성기도감염 같은 질병은 1985년만 해도 종합병원의 진료건수 비율이 11.7%나 되었었으나 1989년에는 5.8%에 불과했고 병원의 진료건수 비율도 1985년에는 6.8%였으나 1989년에는 4.1%에 머물렀다.

그러나 종합병원과 병원의 진료건수 비율이 감소하고 의원의 진료건수 비율이 증가하는 현상은 위염 및 십이지장염, 자궁경 및 외음의 염증성 질환, 본태성 고혈압의 질병에서도 나타나서 중년 이후의 다빈도 상병인 위염 및 십이지장염의 종합병원의 진료건수 비율은 1985년의 19.4%에서 1989년에 11.0%, 병원은 1985년 11.1%에서 1989년 7.5%로 감소했고 의원은 1985년 70.3%에서 1989년 75.6%로 증가했다. 45세 이후의 다빈도 상병인 본태성고혈압의 경우에도 종합병원의 진료건수비율은 1985년 48.2%에서 1989년 35.0%로, 병원은 1985년 10.7%로 감소한데 비해 의원의 진료건수 비율은 1985년 38.6%에서 1989년 49.9%로 증가했다. 따라서 1986년까지만 해도 의원보다 종합병원의 진료건수 비율이 높았으나 1987년부터는 의원의 진료건수 비율이 종합병원의 그것을 상회하고 있다.

이와 같은 변화에도 불구하고 45세 이상에서 발생하는 본태성고혈압의 경우 종합병원을 이용하는 절대건수가 아직 높음으로써 이 연령층의 만성질환자가 종합병원을 이용하는데서 오는 진료비 상승효과를

〈표Ⅲ-9〉 주요상병의 의료기관별 진료건수 구성비 (1985-1989)

	1985			1986			1987			1988			1989		
	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원
<u>외 래</u>															
다발성 또는 부위불명의 급성기도 감염	11.7	6.8	81.2	10.4	5.7	83.7	9.1	4.8	85.6	7.0	4.2	87.3	5.8	4.1	87.6
급성비인두염	4.4	4.6	90.6	4.3	3.5	91.5	3.9	2.9	91.7	3.6	2.2	88.3	3.0	2.0	80.7
급성기관지염 및 세기관 지염	4.7	5.0	89.9	4.7	4.6	90.5	4.7	4.2	90.6	4.2	3.6	91.2	4.3	3.9	90.5
위염 및 십이지장염	19.4	11.1	70.3	17.6	9.2	72.9	15.5	8.3	75.7	12.8	7.1	77.2	11.0	7.5	75.6
자궁경 및 외음의 염증 성 질환	33.1	9.7	56.9	26.2	8.2	65.4	21.2	7.3	71.4	18.3	6.7	74.6	16.2	6.6	76.7
본태성고혈압	48.2	12.6	38.6	44.2	12.2	43.2	41.0	11.4	46.7	37.6	10.0	49.9	35.0	10.7	49.9
외래상병 계	15.6	6.7	77.3	14.5	5.9	79.4	13.1	5.2	80.5	11.9	4.7	80.9	10.7	4.7	78.8

자료 : 의료보험연합회, 의료보험 관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도

	1985			1986			1987			1988			1989		
	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원	종합 병원	병원	의원
입 원															
완전 정상분만	28.6	10.8	54.8	27.9	9.7	57.0	26.6	9.1	59.6	25.7	10.4	59.3	26.4	10.3	58.5
급성충수염	42.5	27.2	30.1	42.5	26.6	30.8	42.8	26.0	31.1	40.6	24.8	34.4	42.2	26.5	31.4
불명확한 장관감염	80.6	13.8	5.4	81.2	13.2	5.5	80.9	12.9	6.0	83.5	12.0	4.4	81.5	13.3	5.1
불균형	52.1	14.5	33.3	47.4	13.9	38.6	43.6	15.1	41.4	40.5	13.3	46.0	38.4	14.2	47.3
만성간질환 및 경변	80.6	13.5	5.8	80.7	13.5	5.6	81.0	12.8	6.0	77.8	14.5	7.4	76.3	16.5	6.9
당뇨병	83.6	13.4	-	82.7	13.1	4.1	81.9	13.1	4.8	79.7	14.6	5.4	78.0	15.7	6.1
만성신부전	-	-	-	89.8	0.5	9.5	89.5	0.6	9.7	89.8	0.7	9.3	89.4	0.5	10.1
기타주산기황달	90.9	8.4	-	84.8	11.3	-	83.2	10.3	-	80.0	13.4	6.5	74.9	15.4	9.7
상세불명의 병원체에 의한 폐염	88.2	9.0	-	88.3	9.2	-	58.8	12.8	-	88.0	9.3	2.5	89.0	8.1	2.9
위의 악성신생물	91.0	6.9	-	89.9	7.5	-	90.9	7.0	-	90.3	7.2	2.4	90.3	7.3	2.3
본태성고혈압	71.4	23.2	-	70.3	23.5	6.0	70.5	22.3	2.3	67.0	23.1	9.0	65.1	24.7	9.7
백내장	73.3	-	25.0	71.6	-	27.5	73.9	-	24.9	68.1	1.5	30.4	64.7	2.4	32.8
입원상병 계	62.8	15.6	20.5	62.5	15.1	21.3	61.8	14.6	22.4	60.4	15.1	23.3	59.6	16.1	23.1

시사하고 있다.

45 세 이상의 만성질환으로 인한 종합병원의 이용율이 높은 현상은 입원의 경우에는 더욱 심하다. 즉 만성간질환 및 경변, 당뇨병, 만성신부전, 위의 악성신생물, 본태성고혈압 등의 고연령층의 만성질환의 경우 종합병원의 진료건수 비율이 1985 년에 비해 감소하고 있음에도 불구하고 1989 년 현재의 종합병원의 진료건수 비율이 만성간질환 및 경변의 경우 76.3 %, 당뇨병은 78 %, 만성신부전은 89.4 %, 위의 악성신생물은 90.3 %, 본태성고혈압은 65.1 %로서 여전히 높은 비율을 나타내고 있다.

이들 만성질환들은 낮은 연령층의 다빈도 상병에서의 종합병원 이용에 비해 건당 내원일수가 많고 내원일당 진료비도 높음으로써 진료비 상승에 미치는 효과가 더욱 크다고 보여진다.

한편 전체 입원 진료건수 중 병원의 진료건수가 16.1 % (1989 년 현재)를 차지하는데, 이 비율을 초과하는 질병은 급성중수염, 본태성고혈압 정도의 상병에 그치고 있으며, 만성질환 중 당뇨병, 위의 악성신생물은 병원의 진료건수 비율이 평균보다 낮고 특히 만성신부전과 백내장 등의 질병의 병원 진료건수 비율은 각각 0.5 %, 2.4 %에 그칠 뿐이어서 건당 진료비가 높은 만성질환들로 인한 병원이용율이 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 입원진료시 병원의 이용율이 낮은 이유에 관해서는 주로 종합병원과 병원의 진료내역별 진료비 분석을 통해서 자세히 분석되어야 할 것이다.

병원의 전체 진료건수와 진료비 구성비가 낮아지는 현상은 <표Ⅲ-10>에서도 나타나는데 의원에 비해 진료건수와 진료비 구성비가 감소하는 것은 종합병원에도 해당되기는 하나, 병원의 경우에는 종합병원에 비해 진료비 구성비의 감소가 두드러지고 있다. 물론 병원의 입원 진료건수 및 진료비가 1988 년과 1989 년의 지역의료보험 대상자의 높은 병원 이용율(()안 구성비 참조)에 힘입어 증가하고 있기 때문에 병

〈표 -10〉 의료기관별 진료건수 진료비 구성비 (1985-1989)

	1985	1986	1987	1988	1989
외래 종합병원					
진료건수	15.6	14.5	13.1	11.9(7.0)	10.7(7.9)
진료비	23.9	23.6	22.3	21.0(14.1)	20.5(16.7)
병원					
진료건수	6.7	5.9	5.2	4.7(5.3)	4.7(5.1)
진료비	7.6	6.8	6.2	5.6(6.5)	5.8(6.6)
의원					
진료건수	77.3	79.4	80.5	80.9(86.6)	78.8(77.4)
진료비	68.3	69.5	70.9	72.2(78.6)	71.8(73.7)
계					
진료건수	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(45,927,910)	(45,772,806)	(52,484,370)	(68,702,352)	(90,215,868)
진료비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(538,468,621)	(547,298,634)	(641,441,449)	(924,944,451)	(1,274,848,843)

* ()안의 숫자는 지역의료보험의 구성비임.

자료 : 의료보험연합회, 의료보험 관리공단, 「의료보험통계연보」, 각 연도.

〈 표Ⅲ-10〉 계속

	1985	1986	1987	1988	1989
<u>입원</u> 종합병원					
진료건수	62.8	62.5	61.8	60.4(52.1)	59.6(54.5)
진 료 비	80.7	80.6	80.2	79.5(75.1)	78.5(75.2)
병 원 1)					
진료건수	15.6	15.1	14.6	15.1(19.3)	16.1(19.6)
진 료 비	10.3	9.9	9.7	9.8(12.4)	10.6(13.0)
의 원 2)					
진료건수	20.5	21.3	22.4	23.3(27.5)	23.1(24.5)
진 료 비	8.9	9.3	9.9	10.4(12.2)	10.6(11.5)
계					
진료건수	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(1,000,162)	(1,053,920)	(1,211,857)	(1,563,100)	(1,928,221)
진 료 비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(265,439,733)	(292,365,384)	(351,955,137)	(529,245,345)	(700,610,251)

원의 수지개선에 긍정적인 요소로 작용할 가능성이 크다고는 보여지지만, 의료기관별 입원진료비의 심층적 분석을 통해 입원진료비의 심층적 분석을 통해 입원진료시 종합병원을 선호하는 이유에 대한 설명이 이루어져야 할 것이다.

2.5 연령별 진료비 상승요인 및 전망

이상에서 살펴본 바에 의하면 연령구조별 진료비 상승요인은 크게 두 가지로 요약될 수 있을 것이다. 첫번째는 주로 0-14 세에서 발생하는 호흡기질환으로 인한 외래진료비와 관련된 것이고 두번째는 45 세 이상의 만성질환으로 인한 입원진료비의 증가 및 그로 인한 종합병원의 이용과 관련된 것이다.

0-4 세와 5-14 세의 경우 건당진료비가 비교적 낮음에도 불구하고 수진율, 특히 외래 수진율이 매우 높음으로써 전체 진료비를 상승시키는데 큰 요인을 제공해 왔다. 그러나 이 연령층의 건당진료비는 전체 평균보다 낮는데 그 이유는 건당내원일수와 내원일당 진료비가 다른 연령층에 비해 낮기 때문이다. 이 연령층의 주요질병은 급성기도감염, 급성비인두염, 급성기관지염 및 세기관지염 등의 호흡기 질환 등의 비중이 높으며 외래의 경우에는 의원을 이용하는 비율이 높으나, 입원의 경우에는 종합병원의 이용율이 지나치게 높아서 앞으로 병원 등 다른 의료기관으로의 분산이 필요한 것으로 보인다.

그러나 0-14 세 연령층의 진료비는 전체적으로 감소 추세를 보이며, 특히 외래 진료건수와 진료비 구성비가 감소하고 있다. 뿐만 아니라 <표Ⅲ-11>에 의하면 이 연령층의 인구구성비는 계속 감소하여 2000년에는 0-4 세의 인구구성비가 7.36 %로, 5-14 세는 14.72 %로 감소하여 가장 감소폭이 높은 연령층이 될 것으로 추계되고 있다.

〈 표Ⅲ-11 〉 연도별 연령별 인구구성비

	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'95	2000
0-4	9.43	8.83	8.33	7.96	7.78	7.75	7.68	7.36
5-14	20.73	20.29	19.84	19.32	18.74	18.12	15.76	14.27
15-44	50.68	51.27	51.79	52.27	52.69	53.01	53.31	52.31
*20-29	20.51	20.49	20.41	20.30	20.17	20.08	19.52	17.71
45-54	9.32	9.57	9.77	9.89	9.94	9.94	10.25	11.46
55-64	5.56	5.69	5.84	6.01	6.21	6.44	7.65	8.23
65+	4.27	4.35	4.44	4.54	4.64	4.73	5.34	6.35
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(40,805,744)	(41,184,048)	(41,574,912)	(41,974,640)	(42,380,176)	(42,792,512)	(44,870,448)	(46,827,776)

자료 : 경제기획원 조사통계국, 「최근인구동태현황 및 신인구추계결과」, 1988.11.

따라서 이 연령층의 의료수요는 의료보험이 도입된 첫 몇해 동안에는 진료비 상승에 매우 큰 영향을 준 것이 사실이나 의료보험의 적용범위가 확대됨에 따라 다른 연령층의 진료비 상승요인이 증가하는 것에 비해서는 상대적으로 적은 영향을 미칠 것으로 보인다. 즉 이 연령층의 경우 그동안 높았던 수진율이 상대적으로 안정될 것으로 전망되며, 또 이 연령층의 특징상 가벼운 질병의 유병율이 높은 점을 감안한다면 의원이나 병원의 이용율이 더욱 증가할 것으로 예상됨으로써 앞으로 이 연령층의 의료수요가 진료비 상승요인으로 작용할 가능성은 희박할 것으로 보인다. 단지 이 연령층의 의료납용 가능성 및 종합병원 입원율은 최대한으로 억제해야 할 것이다.

반면 45세 이상의 연령층은 그동안 낮은 수진율을 보였다가 급히 증가한다는 측면에서 우리의 관심을 끌고 있다. 더욱이 이 연령층은 진료건수에 비해 진료비 구성비가 높은데, 그 이유는 건당 내원일수 및 내원일당 진료비가 모두 증가하는데 있고 특히 45-54세의 내원일당 진료비가 가장 높은 것으로 나타난다. 또한 이 연령층에서는 만성간질환 및 경변, 당뇨병, 만성신부전, 위의 악성신생물, 고혈압 등의 만성질환으로 인한 입원이 증가함으로써 진료비 상승이 촉진되며 질병의 특성상 종합병원 이용율이 높고, 종합병원의 진료비 비중이 큰 것이 특징이다.

우리나라의 경우 45세 이상의 연령층 중에서 65세 이상의 수진율이 아직도 낮다는 것은 이제까지의 의료보험 재정에 긍정적인 영향을 미쳤을 것이나 이 연령층의 진료비의 증가율은 매우 높은 것으로 나타나며 앞으로 이 연령층의 잠재수요가 의료이용으로 연결될 경우 진료비에 미치는 영향은 매우 클 것으로 전망된다.

앞의 <표Ⅲ-11>에 의하면 45세 이상 연령층의 인구구성비는 매우 커져서 2000년에 45-54세 인구구성비는 11.46%, 55-64세는 8.23%, 65세 이상은 6.35%나 될 것으로 추계됨으로써 이 연령층의 질

병 구조 및 의료기관의 선택경향 등을 감안할 때 진료비 상승에 가장 큰 영향을 미칠 것으로 전망된다.

따라서 이제까지의 진료비 억제대책의 초점이 주로 0-14세의 외래수진율의 억제에 맞춰졌다면 앞으로의 진료비 억제대책의 방향은 주로 45세 이상의 만성질환의 예방 및 65세 이상 노인의료비의 억제 쪽으로 전환되어야 할 것이다. 이런 점에서 앞으로는 15-44세의 질병구조에도 관심을 기울여야 하고, 특히 35-44세의 만성질환 비율이 높아지는 현상 등에 대비하기 위한 다양한 대책이 마련되어야 한다고 보여진다.

Ⅳ. 입원진료비 분석

이 장에서는 입원진료비 구성내역의 분석을 통하여 진료비 상승요인을 살펴보기 위하여 1절에서는 주로 의료기관별로 입원진료비를 상승시키는 요인이 무엇인지를 기술적으로 분석하고, 2절에서는 횡단면 자료에 의한 다중회귀 분석을 시도할 것이다.

1. 기술적 분석

1.1 자료의 성격

위와 같은 목적을 위해 본 연구에서는 의료수가가 인상되었던 1990년 2월 이후에 진료가 개시되었고 4월 이후에 의료보험연합회에 진료비를 청구하였으며, 6월경에 보험급여비가 지급되었던 입원진료비 명세서를 조사하였다. 즉 의료보험연합회 자료실에 보관된 1990년 6월 지급차수분 입원진료비 명세서가 본 조사의 대상이었는데, 의원에 입원한 경우의 진료비 명세서는 각 지역조합에 보관되어 있기 때문에 본 연구의 분석 대상은 의원을 제외한 병원, 종합병원, 3차진료기관에 입원했던 경우의 명세서로 한정되었고, 공교의료보험 대상자의 입원진료비 명세서도 제외되었다.

의료기관별 입원진료비의 내역분석을 통해 입원진료비의 상승요인을 파악하려는 본 절의 목적에 비추어 볼때, 의원의 자료를 분석하지 못한 것은 이 연구의 제한점이 될 수 있을 것이다. 그러나 1989년의 전체 입원건수의 75.7%와 진료비의 89.1%가 병원 이상에서 이루어진 것을 감안한다면, 병원 이상 의료기관의 입원진료비 분석은 전체 입원진료비의 실태를 파악하는데 중요한 정보를 제공할 것이다.

의료보험연합회에 보관되었던 6월 지급차수분 입원진료비 명세서의 수는 92,702 건이었는데 그중 71,121 건(76.7%)이 건당 진료비 50만원

이하였고 21,580건(23.3%)은 건당진료비 50 만원을 초과하는 것이었다. 본 연구에서는 건당 진료비 50 만원을 비교의 기준으로 삼아서 진료비가 50 만원 이하인 경우의 진료비 구성내역과 50 만원 초과시의 구성내역을 비교함으로써 진료비 상승요인을 분석하고자 하였다. 따라서 본 절의 목적상 본 조사에서는 50 만원을 초과하는 21,580 건을 17대 질병분류별로 무작위계통추출(systematic random sampling)한 7,193건과 동일한 건수를 건당진료비 50 만원 이하에서 계통추출 하였다.

따라서 총 조사대상 명세서수는 14,386 건 이었으나 조사대상에서 명세서를 찾을 수 없었던 것과 부정확하거나 누락된 자료, 자료입력과정에서 잘못되어 사용할 수 없었던 자료를 제외한 13,532 건이 최종 분석대상 자료가 되었다. (〈표Ⅳ-1〉 참조).

〈표Ⅳ-1〉 진료비 크기 및 17대 질병분류별 분석대상건수
(단위 : 건수, %)

17 대 질 병 분 류	진 료 비 50 만원이하	진 료 비 50 만원 초과
1. 감염성 및 기생충성질환	292 (4.4)	296 (4.4)
2. 신생물	1,068 (15.8)	1,068 (15.8)
3. 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애	167 (2.5)	172 (2.5)
4. 혈액 및 조혈기 질환	46 (0.7)	46 (0.7)
5. 정신장애	151 (2.2)	163 (2.4)
6. 신경계 및 감각기 질환	362 (5.3)	372 (5.5)
7. 순환기계 질환	503 (7.4)	497 (7.4)
8. 호흡기계 질환	435 (6.4)	429 (6.3)
9. 소화기계 질환	1,133 (16.7)	1,106 (16.4)
10. 비뇨생식기계질환	467 (6.9)	470 (7.0)
11. 임신·분만 및 산욕합병증	819 (12.1)	814 (12.0)
12. 피부 및 피하조직 질환	52 (0.8)	48 (0.7)
13. 근골격계 및 결합조직 질환	282 (4.2)	281 (4.2)
14. 선천이상	138 (2.0)	134 (2.0)
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	95 (1.4)	95 (1.4)
16. 증상, 징후 및 불명확한 병태	50 (0.7)	51 (0.8)
17. 손상 및 중독, 기타	708 (10.5)	715 (10.6)
계	6,772 (100.0)	6,757 (100.0)

1.2 분석대상자의 일반적 특성

본 분석의 대상이 된 입원환자의 일반적 특성은 <표Ⅳ-2>에서 보는 바와 같다. 즉 진료비가 50만원 이하인 경우와 50만원을 초과하는 경우에서 여자의 비율이 각각 54.1%와 51.9%로서 남자의 비율보다 약간씩 높았다. 연령별 구성은 진료비가 50만원 이하인 경우 0-14세가 21.3%이고 15-44세가 45.0%, 45세 이상이 33.6%였던 반면, 50만원을 초과하는 경우의 연령구성비는 0-14세는 9.5%에 불과했고 15-44세가 48.1%였으며 45세 이상이 42.4%나 되었다. 보험자 종별은 진료비 50만원 이하인 경우의 58.5%, 50만원 초과하는 경우의 61.4%가 직장의료보험 대상자였고 나머지는 지역의료보험 대상자였다.

<표Ⅳ-2> 분석대상자의 일반적 특성

(단위 : 건수, %)

일반적 특성		진료비 50만원 초과	진료비 50만원 초과
<u>성별</u>			
	남	3,107 (45.9)	3,248 (48.1)
	여	3,659 (54.1)	3,504 (51.9)
	계	6,766 (100.0)	6,752 (100.0)
<u>연령</u>			
	0 - 4	932 (13.7)	368 (5.4)
	5 - 14	516 (7.6)	274 (4.1)
	15 - 44	3,045 (45.0)	3,251 (48.1)
	45 - 54	730 (10.8)	1,035 (15.3)
	55 - 64	787 (11.6)	958 (14.2)
	65+	761 (11.2)	871 (12.9)
	계	6,771 (100.0)	6,757 (100.0)
<u>보험자 종별</u>			
	직장의료보험	3,962 (58.5)	4,151 (61.4)
	지역의료보험		
	농촌(지역)	881 (13.0)	863 (12.8)
	도시(지역)	1,929 (28.5)	1,743 (25.8)
	계	6,772 (100.0)	6,757 (100.0)

본 분석대상자들이 입원시 이용했던 의료기관의 연령별 분포는 다음 <표Ⅳ-3>과 같다. 즉 0-4세는 종합병원 이용율이 높고, 15-44세는 병원 이용율이 높다는 것을 알 수 있다. 그리고 45세 이상의 경우 종합병원 중에서도 3차진료기관의 이용율이 높다는 것을 보여주는데, 이 같은 현상은 진료비가 높아질수록 심해져서 진료비가 50만원을 초과하는 경우 45세 이상의 3차진료기관 이용율은 45-54세가 18.6%, 55-64세가 17.8%, 65세 이상이 14.9%나 되었다. 반면 이 경우에도 15-44세는 62.7%가 병원을 이용함으로써 이 연령층의 병원 이용율이 높다는 것을 다시 한번 확인하게 했다.

<표Ⅳ-3> 연령별 의료기관별 진료건수 분포

연령	진료비 50만원 이하			진료비 50만원 초과		
	3차 진료기관	종합병원	병원	3차 진료기관	종합병원	병원
0-4	152 (16.7)	696 (16.6)	84 (5.1)	101 (6.4)	265 (5.8)	2 (0.3)
5-14	78 (8.6)	332 (7.9)	106 (6.4)	68 (4.3)	177 (3.9)	29 (4.9)
15-44	332 (36.5)	1,791 (42.6)	922 (55.6)	604 (38.0)	2,276 (49.8)	373 (62.7)
45-54	104 (11.4)	450 (10.7)	176 (10.6)	296 (18.6)	657 (14.4)	82 (13.8)
55-64	127 (14.0)	479 (11.4)	181 (10.9)	283 (17.8)	610 (13.3)	64 (10.8)
65+	116 (12.8)	457 (10.9)	188 (11.3)	237 (14.9)	587 (12.8)	45 (7.6)
계	909 (100.0)	4,205 (100.0)	1,657 (100.0)	1,589 (100.0)	4,572 (100.0)	595 (100.0)

연령별 입원일수는 진료비가 50만원 이하일 경우에는 15-44세는 1-4일의 비율이 45.5%나 되어 가장 짧은 입원일수를 기록한 반면 나머지 연령층은 5-9일의 비중이 가장 높아서, 15-44세를 제외한 나머지 연령층간에 차이가 없었다. 반면 진료비 50만원을 초과하는 경우에는 연령별로 입원일수의 차이가 드러나는데 이때에도 15-44세는 62.1%가 5-14일에 분포되어 가장 짧은 입원일수를 보이고 있고, 0-4세는 54.1%, 5-14세는 49%, 45-54세는 49.4%, 55-64세는 48.4%, 65세 이상은 45.8%가 10-19일에 분포되어 있었다. 그러나 55-64세의 23.9%, 65세 이상의 23.2%가 25일 이상의 입원일수를 기록하여 높은 연령층의 입원일수가 진료비 상승요인으로 작용할 가능성이 높다는 것을 보여주고 있다. (〈표Ⅳ-4〉 참조)

〈표Ⅳ-4〉 연령별 입원일수 분포

연령	1 - 4	5 - 9	10-14	15-19	20-24	25 +
<u>진료비 50만원이하</u>						
0- 4	360(38.8)	439(47.4)	102(11.0)	19 (2.0)	7 (0.8)	-
5-14	190(36.9)	267(51.8)	46(8.9)	10 (1.9)	1 (0.2)	1(0.2)
15-44	1,378(45.5)	1,255(41.4)	259(8.5)	62 (2.0)	17 (0.6)	59(1.9)
45-54	270(37.2)	308(42.5)	104(14.3)	19 (2.6)	8 (1.1)	16(2.2)
55-64	265(33.8)	339(43.2)	121(15.4)	40 (5.1)	5 (0.6)	15(1.9)
65 +	236(31.1)	354(46.6)	124(16.3)	31 (4.1)	6 (0.8)	8(1.1)
<u>진료비 50만원초과</u>						
0- 4	5 (1.4)	31(8.5)	84(23.0)	114 (31.1)	49 (13.4)	83(22.7)
5-14	4 (1.5)	42(15.4)	76(27.8)	58 (21.2)	36 (13.2)	57(20.9)
15-44	28 (0.9)	1,097(33.8)	920(28.3)	455 (14.0)	307 (9.5)	440(13.6)
45-54	19 (1.8)	147(14.2)	299(29.0)	211 (20.4)	149 (14.4)	207(20.1)
55-64	10 (1.0)	125(13.1)	232(24.3)	230 (24.1)	129 (13.5)	228(23.9)
65 +	24 (2.7)	115(13.3)	225(26.0)	172 (19.8)	130 (15.0)	201(23.2)

〈표Ⅳ-5〉는 연령별 17대 질병별 진료건수의 분포이다. 50만원 이하의 경우 0-4세 등 비교적 낮은 연령층의 비중이 높은 질병은 감염성 및 기생충성 질환, 혈액 및 조혈기 질환, 호흡기계 질환, 선천 이상, 주산기에 관련된 질병, 증상, 징후 및 불명확한 병태 등이고 15-44세의 비중이 높은 질병은 신생물, 정신장애, 소화기계 질환, 비뇨생식기계질환, 임신, 분만 및 산욕의 합병증, 피부 및 피하조직 질환, 근골격계 및 결합조직 질환, 손상, 중독 및 기타 등이다.

45세 이상의 진료건수 비중이 높은 질병은 신생물, 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애, 순환기계 질환 등이며 이 중에서도 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애는 55-64세의 비율이 전체의 35.3%나 되고 순환기는 65세 이상의 비율의 33.5%나 되었다.

반면 진료비 50만원을 초과하는 경우에는 선천이상과 주산기에서 0-4세 등 어린 연령층의 비중이 높을 뿐이며 진료비 50만원 이하에서와는 달리 감염성 및 기생충성 질환, 호흡기계 질환 등의 비중은 상대적으로 감소되었다. 15-44세의 경우 50만원 이하의 경우와 비슷하게 감염성 및 기생충성 질환, 정신장애, 임신, 분만 및 산욕의 합병증, 피부 및 피하조직 질환, 근골격계 및 결합조직 질환, 손상, 중독 및 기타의 비중이 높았다.

45세 이상의 경우에는 신생물, 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 소화기계 질환 등의 비중이 증가하였는데 특히 신생물의 경우 45-54세에서 28.5%를 차지하였고 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애는 30.2%가 55-64세에서, 순환기계 질환의 32%가 65세 이상에서 나타나는 등 만성질환과 관련된 질병과 높은 연령층과의 상관관계를 보여주고 있다.

〈표Ⅳ-5〉 17대 질병별 연령별 진료건수(50만원이하)

	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 54	55 - 64	65 +
1. 감염성 및 기생충성질환	107(36.1)	39(13.2)	39(30.1)	24(8.1)	23(7.8)	14(4.7)
2. 신생물	20(1.9)	43(4.0)	370(34.6)	197(18.4)	230(21.5)	210(19.6)
3. 내분비영양 및 대사질환면역장애	14(8.4)	2(1.2)	37(22.2)	25(15.0)	59(35.3)	30(18.0)
4. 혈액 및 조혈기질환	14(30.4)	11(23.9)	13(28.3)	3(6.5)	2(4.3)	3(6.5)
5. 정신장애	1(0.7)	2(1.3)	102(67.5)	24(15.9)	19(12.6)	2(1.3)
6. 신경계 및 감각기계질환	63(17.4)	54(14.9)	96(26.5)	35(9.7)	42(11.6)	72(9.5)
7. 순환기계 질환	10(2.0)	3(0.6)	121(24.2)	82(16.4)	117(23.4)	168(33.5)
8. 호흡기계 질환	224(51.5)	75(17.2)	70(16.1)	10(2.3)	22(5.1)	34(7.8)
9. 소화기계 질환	125(11.0)	96(8.5)	530(46.8)	146(12.9)	131(11.6)	105(9.3)
10. 비뇨생식기계 질환	49(10.5)	30(6.4)	271(58.0)	53(11.3)	38(8.1)	26(5.6)
11. 임신·분만 및 산욕합병증	-	1(0.1)	816(99.6)	1(0.1)	1(0.1)	-
12. 피부 및 피하조직 질환	5(9.6)	9(17.3)	28(53.8)	3(5.8)	2(3.8)	5(9.6)
13. 근골격계 및 결합조직질환	13(4.6)	17(6.0)	136(48.2)	47(16.7)	41(14.5)	28(9.9)
14. 선천이상	104(75.4)	14(10.1)	17(12.3)	2(1.4)	-	1(0.7)
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	92(96.8)	1(1.1)	1(1.1)	-	-	1(1.1)
16. 증상·징후 및 불명확한 병태	15(30.0)	7(14.0)	15(30.0)	3(6.0)	7(14.0)	3(6.0)
17. 손상·중독 기타	76(10.7)	112(15.8)	333(47.0)	75(10.6)	53(7.5)	59(8.3)

17대 질병별 연령별 진료건수 (50 만원 초과)

	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 54	55 - 64	65 +
1. 감염성 및 기생충성질환	16(5.4)	12 (4.1)	152(51.4)	35(11.8)	47(15.9)	34 (11.5)
2. 신생물	6(0.6)	14 (1.3)	363(34.0)	304(28.5)	216(20.2)	165 (15.4)
3. 내분비영양 및 대사질환면역장애	3(1.7)	3 (1.7)	36(20.9)	39(22.7)	52(30.2)	39 (22.7)
4. 혈액 및 조혈기질 환	5(10.9)	8 (17.4)	15(32.6)	6(13.0)	9(19.6)	3 (6.5)
5. 정신장애	1(0.6)	3 (1.8)	119(73.0)	23(14.1)	11 (6.7)	6 (3.7)
6. 신경계 및 감각기계 질환	19(5.1)	22 (5.9)	184(49.5)	48(12.9)	40 (10.8)	59 (15.9)
7. 순환기계 질환	13(2.6)	7 (1.4)	96(19.3)	98(19.7)	124(24.9)	159 (32.0)
8. 호흡기계 질환	51(11.9)	37 (8.6)	141(32.9)	49(11.4)	70(16.3)	81 (18.9)
9. 소화기계 질환	34(3.1)	38 (3.4)	512(46.3)	198(17.9)	184(16.6)	140 (12.7)
10. 비뇨생식기계 질환	14(3.0)	8 (1.7)	218(46.4)	98(20.9)	64(13.6)	68 (14.5)
11. 임신·분만 및 산욕합병증	-	-	812(99.8)	2(0.2)	-	
12. 피부 및 피하조직 질환	6(12.5)	7(14.6)	25(52.1)	2(4.2)	5(10.4)	3 (6.3)
13. 근골격계 및 결합조직질환	3(1.1)	14(5.0)	149(53.0)	50(17.8)	43(15.3)	22 (7.8)
14. 선천이상	71(53.0)	20(14.9)	35(26.1)	4(3.0)	2(1.5)	2 (1.5)
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	85(89.5)	1(1.1)	8(8.4)	-	-	1 (1.1)
16. 증상, 징후 및 불명확한 병태	3(5.9)	2(3.9)	23(45.1)	5(9.8)	13(25.5)	5 (9.8)
17. 손상·중독 기타	38(5.3)	78(10.9)	365(51.0)	74(10.3)	78(10.9)	82 (11.5)

1.3 입원진료비의 구성내역별 분포

본 조사대상 명세서의 진료비 분포는 다음 <표Ⅳ-6>과 같다. 먼저 건당 진료비 50만원 이하인 경우의 평균진료비는 231,189원이며 33.3%가 100,001원부터 200,000원에 분포되어 있고, 50만원을 초과하는 경우의 평균진료비는 985,429원이며 20.4%가 1,000,001원부터 2,000,000원 사이에 30.6%가 500,001원부터 600,000원 사이에 분포되어 있다.

<표Ⅳ-6> 진료비 크기별 진료비 분포

50만원 이하		50만원 초과	
10만원이하	865 (12.8)	500,001- 550,000	1,181 (17.5)
100,001 - 150,000	1,220 (18.0)	550,001- 600,000	887 (13.1)
150,001 - 200,000	1,034 (15.3)	600,001- 650,000	680 (10.1)
200,001 - 250,000	850 (12.5)	650,001- 700,000	530 (7.8)
250,001 - 300,000	771 (11.4)	700,001- 800,000	752 (11.1)
300,001 - 350,000	703 (10.4)	800,001- 1,000,000	900 (13.3)
350,001 - 400,000	634 (9.4)	1,000,001- 2,000,000	1,381 (20.4)
400,001 - 500,000	695 (10.3)	2,000,001 이상	446 (6.6)
계	6,772 (100.0)	계	6,757 (100.0)
평 균	231,189	평 균	985,429

입원진료비의 구성내역을 분류하는 데에는 2 가지 방법이 있다. 첫째는 진료비명세서의 순서대로 진찰료, 입원료, 투약 및 처방전료, 주사료, 마취료, 재활 및 물리치료료, 신경정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 진단 및 치료료의 10 가지로 분류하는 것이고, 둘째는 초, 재진료와 입원료로 구성된 기본진료료, 처치수술료, 검사행위료, 주사수기료, 마취행위료, 방사선행위료, 조제료 및 기타로 구성된 실기행위료, 투약제비와 주사약제비로 구성된 약제비, 재료비와 수혈료로 구성된 재료대의 4 가지로 분류하는 것이다.

〈표Ⅳ-7〉은 10대 분류에 의한 진료비 구성내역별 평균액, 빈도 및 총진료비 대비 구성비를 나타낸 것이다. 이 표에 의하면 10대 분류에 의한 구성내역별 평균액은 50만원 이하에서는 입원료가 62,206 원으로 가장 높고 빈도도 99.5%로 가장 높으며, 총진료비에 대한 구성비도 26.8%로 가장 높다. 그 다음으로 평균액, 빈도, 구성비가 높은 구성내역은 주사료로서 각각 55,583 원, 95.0%, 22.8%를 나타내고 있다. 또한 검사료도 평균액이 32,118 원, 빈도가 93.1%, 구성비가 12.9%로서 세번째로 높은 순위를 차지하고 있다. 50만원 이하의 진료비가 드는 입원진료의 경우 입원비의 비중이 가장 크다는 것은 이해할 만한 일이다. 그러나 주사료의 경우 총진료비에 대한 구성비가 입원비 구성비에 가깝게 높다는 사실은 납득하기 힘들며 검사비의 경우도 마찬가지다.

그러나 주사료의 비중이 커지는 현상은 50만원을 초과하는 경우에는 더욱 심하게 나타난다. 즉 건당 진료비가 50만원을 초과하는 경우 주사료의 평균액은 무려 351,760 원, 빈도는 99%, 총진료비 대비 구성비는 35.4%나 됨으로써 입원비의 평균액 및 구성비를 훨씬 초과하고 있다. 또한 처치 및 수술료의 평균액이 204,132 원, 빈도가 83.9%, 진료비 구성비가 17.4%나 되는 것도 주목할 만한 현상이라고 보여진다. 반면 검사료는 평균액 98,613 원, 빈도 97.5%, 구성비 9.8%로서 50만원 이하의 진료에 비해 그 비중이 훨씬 감소되고 있으나 그

〈표Ⅳ-7〉 10 가지 구성 내역별 평균진료비, 빈도 및 총진료비 구성비

(단위 : 원, 건수, %)

진 료 행 위	50 만 원 이 하			50 만 원 초 과		
	평 균 진 료 비 (N)	빈 도 %	총진료비대 구성비 %	평 균 진 료 비 (N)	빈 도 %	총진료비대 구성비 %
1. 진찰료	2,957 (5,252)	77.6	0.99	2,915 (4,838)	71.6	0.21
2. 입원료	62,206 (6,735)	99.5	26.76	164,104 (6,753)	99.9	16.64
3. 투약 및 처방전료	17,502 (6,238)	92.1	6.98	52,863 (6,650)	98.4	5.28
4. 주사료	55,583 (6,433)	95.0	22.84	351,760 (6,691)	99.0	35.35
5. 마취료	42,125 (1,459)	21.5	3.93	70,994 (3,827)	56.6	4.08
6. 재활 및 물리치료비	15,205 (311)	4.6	0.30	32,315 (573)	8.5	0.28
7. 신경정신요법료	83,020 (156)	2.3	0.83	146,086 (221)	3.3	0.48
8. 처치 및 수술료	52,512 (3,885)	57.4	13.03	204,132 (5,666)	83.9	17.37
9. 검사료	32,118 (6,305)	93.1	12.93	98,613 (6,591)	97.5	9.76
10. 방사선진단 및 치료료	12,139 (5,047)	74.5	3.91	32,878 (5,967)	88.3	2.95
가 산 율	18,173 (6,772)	100.0	7.86	70,742 (6,757)	100.0	7.18
계	231,189 (6,772)	100.0	100.00	985,429 (6,757)	100.0	100.00

절대액은 여전히 높게 나타난다.

따라서 진료비가 50만원 이하인 경우나 혹은 50만원을 초과하는 경우 모두에서 주사료 및 검사료의 비중이 높다는 것을 알 수 있는데, 특히 주사료의 경우 건당 진료비가 증가할수록 그 절대액 및 구성비가 지나치게 높아지고 있어서 진료비를 상승시키는 요인이 되고 있다. 또한 처치 및 수술료도 진료비가 증가할 수록 높아지고 있으므로 주사료와 검사료, 처치 및 수술료에 대한 의료기관별 분석이 요구되고 있다.

〈표Ⅳ-8〉은 진료비의 구성내역을 크게 4가지로 분류했을 때의 각 구성내역별 평균진료비, 진료건수, 총진료비 대비 구성비이다. 이 분류에 의하면 진료비가 50만원 이하인 경우 기본진료료의 구성비는 27.7%, 실기행위료는 36.2%, 약제비는 24.7%, 재료비는 3.6%이며 가산율의 구성비는 7.8%이다. 이 분류에서는 실기행위료의 비중이 가장 높는데 그중에서도 처치수술료의 비율이 11.7%, 검사행위료의 비중이 12.4%를 차지하며 주사수기료는 4.9%에 불과하다. 반면 약제비 24.7%중 투약제비의 비중은 7.0%에 불과한데 비해 주사약제비의 비중은 17.8%나 되어 앞의 10가지 분류에서 주사료의 비중이 높았던 것은 주사수기료에 의한 것이라기보다는 주사약제비의 값이 높는데 연유한다는 것을 알 수 있다. 즉 표에서 보듯이 주사약제비의 구성비는 입원비의 구성비인 26.7%에 이어 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 또한 입원비와 주사약제비에 이어 비중이 높은 진료행위는 검사행위료로서 총진료비의 12.4%나 차지하고 있다.

진료비가 50만원을 초과하는 경우의 진료비 내역별 구성비는 기본진료료가 16.9%, 실기행위료가 29.9%, 약제비가 36.7%, 재료대가 9.2%, 가산율이 7.2%이다.

50만원을 초과하는 경우의 진료비 구성내역에서는 50만원 이하인 경우에 비해 기본진료료, 실기행위료의 비중이 낮아진 대신, 약제비와 재료대의 비중이 높아진 것을 알 수 있는데, 여기서 특히 주목할 만한

〈 표Ⅳ-8 〉 4대 구성내역별 평균진료비, 진료건수, 총진료비 구성비

	50 만 원 이 하			50 만 원 초 과		
	평균진료비	진료건수	총진료비 대 구성비 %	평균진료비	진료건수	총진료비 대 구성비 %
기본진료료(소계)			27.7			16.9
초, 재진료	2,957	5,252	1.0	2,915	4,838	0.2
입원료	62,206	6,735	26.7	164,104	6,753	16.7
실기행위료(소계)			36.2			29.9
처치수술료	49,152	3,755	11.7	134,243	5,505	11.1
검사행위료	30,811	6,301	12.4	93,961	6,590	9.3
주사수기료	11,977	6,421	4.9	38,506	6,686	3.9
마취행위료	37,000	1,333	3.1	53,867	3,680	3.0
방사선행위료	9,025	5,038	2.9	20,297	5,960	1.8
조제료	1,254	29	0.0	—		
기타	37,902	465	1.1	65,289	775	0.8
약제비(소계)			24.7			36.7
투약제비	17,509	6,237	7.0	52,863	6,650	5.3
주사약제비	43,676	6,395	17.8	311,364	6,681	31.4
재료비(소계)			3.6			9.2
재료비	7,903	5,975	3.0	71,859	6,562	7.1
수혈료	45,294	219	0.6	99,480	1,424	2.1
가산율	18,173	6,772	7.8	70,742	6,757	7.2
총 계	231,189	6,772	100.0	985,429	6,757	100.0

약제비, 그중에서도 주사약제비의 비중이 31.4%나 된다는 사실이다. 또한 재료비의 비중도 7.1%로서 50만원 이하에서의 구성비에 비해 2.5배에 가깝게 증가하고 있다. 반면 검사행위료의 비중은 50만원 이하인 경우에 비해 비교적 낮은 9.3%를 차지하고 대신 처치수술료의 구성비가 상대적으로 증가하고 있음을 알 수 있다.

결국 앞의 10가지 분류와 4가지 분류를 통해 확인할 수 있었던 것은 주사료의 구성비가 높은 원인은 주사약제비의 비중이 높는데 기인한다는 것과 주사약제비의 비중은 진료비의 규모를 높이는데 크게 기여함으로써 진료비 상승요인으로 작용한다는 점이다. 우리나라 보험급여비의 상승요인으로서 약제비와 검사비의 비중이 높다는 것이 영향을 미친다는 지적은 한달선(1988), 유승훈(1989) 등의 연구결과에서도 나타난 바 있다. 즉 한달선은 1985년 직장의료보험 급여비의 직접적 결정요인으로서 약제비를 지적했으며, 유승훈은 건당진료비에 영향 미치는 요인으로 임상병리검사나 방사선 검사를 들고 있다.

따라서 의료기관별 분석을 통해 약제비, 특히 주사약제비에 대한 심층적 분석이 요구되며, 진료비 규모가 커질수록 구성비가 높아지는 재료비와 진료비 규모가 적을수록 비중이 높아지는 검사행위료, 처치 및 수술료에 대한 의료기관별 분석이 요구된다.

1.4 의료기관별 진료비 구성내역

<표Ⅳ-9>는 17대 상병별 평균진료비를 의료기관별로 분류해 본 것이다. 이 표에 의하면 진료비 50만원 이하의 질병별 평균진료비는 의료기관별로 큰 차이를 보이지 않고 있다. 즉 실기행위료에 대한 가산율이 3차진료기관의 경우 30%, 종합병원이 23%, 병원이 13%인 점을 감안할 때 이같은 가산율이 포함된 금액으로서의 평균진료비의 차이는 예상보다 훨씬 미미한 것으로 나타난다. 물론 혈액 및 조혈기질 환처럼 3차진료기관, 종합병원, 병원의 평균진료비가 각각 306,399원,

〈 표Ⅳ-9 〉 17 대 상병별 의료기관별 평균진료비 *

17 대 상 병	50 만 원 이 하			50 만 원 초 과		
	3 차 진료기관(N)	종합병원(N)	병 원 (N)	3 차 진료기관(N)	종합병원(N)	병 원 (N)
1. 감염성 및 기생충성질환	235,160 (16)	202,072(219)	162,915(61)	940,472(49)	837,342(224)	678,805(23)
2. 신생물	276,363 (73)	242,040(666)	217,752(131)	1,284,429(430)	1,040,930(589)	765,798(49)
3. 내분비영양 및 대사질환면역장애	276,438 (27)	248,728(109)	173,071(31)	930,801(32)	908,096(130)	657,543(10)
4. 혈액 및 조혈기질환	306,399 (13)	236,353(31)	104,197(2)	2,670,769(23)	922,238(23)	-
5. 정신장애	262,615 (8)	246,993(31)	293,613(112)	728,928(23)	839,386(50)	574,961(90)
6. 신경계 및 감각기계 질환	296,771 (89)	282,349(231)	193,666(42)	872,591(117)	788,812(249)	71,089(6)
7. 순환기계 질환	239,819 (60)	231,259(292)	200,970(149)	1,732,805(149)	1,329,385(326)	741,806(22)
8. 호흡기계 질환	261,183 (55)	211,360(312)	168,741(68)	1,143,059(92)	832,734(303)	722,868(33)
9. 소화기계 질환	295,630 (93)	269,352(668)	246,324(372)	1,070,962(197)	923,543(789)	709,711(11)
10. 비뇨생식기계 질환	229,300 (54)	254,117(312)	180,580(101)	964,984(116)	824,478(336)	630,521(18)
11. 임신·분만 및 산욕합병증	194,270 (71)	183,634(507)	172,886(241)	639,506(92)	602,070(664)	553,782(58)
12. 피부 및 피하조직질환	312,290 (7)	257,826(32)	176,683(13)	893,140(11)	717,540(35)	665,413(2)
13. 근골격계 및 결합조직질환	276,365 (37)	234,456(161)	211,117(84)	1,654,971(66)	1,273,538(175)	787,021(40)
14. 선천이상	296,643 (38)	237,110(93)	87,494(7)	1,789,074(73)	1,201,179(60)	540,144(1)
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	163,768 (9)	163,939(75)	117,675(11)	791,496(11)	933,501(79)	512,569(5)
16. 증상, 징후 및 불명확한 병태	171,976 (10)	211,786(30)	198,599(10)	924,058(14)	788,685(35)	858,361(2)
17. 손상·중독 기타	261,316 (49)	230,347(436)	194,437(223)	1,266,755(94)	1,142,225(505)	855,304(116)

* 가산을 포함한 금액임.

236,353 원, 104,197 원으로 크게 차이나는 경우도 없는 것은 아니지만 대부분의 경우에 그 차이는 적은 편이고 특히 임신, 분만 및 산욕합병 증의 평균진료비는 3 차 진료기관이 194,270 원, 종합병원이 183,634원 병원이 172,886 원으로서 거의 비슷한 금액이다. 이것은 병원의 평균진료비가 상대적으로 높다는 것을 의미한다.

또한 정신장애 같은 질병은 3 차진료기관이 262,615 원, 종합병원이 246,993 원, 병원이 293,613 원으로서 병원의 평균진료비가 가장 높고, 비노생식기계 질환과 증상, 징후 및 불명확한 병태와 같은 질병의 경우에는 종합병원의 진료비가 각각 254,117 원, 211,786 원으로서 3 차진료기관의 평균진료비인 229,300 원과 171,976 원을 각각 상회하고 있다.

반면 진료비가 50 만원을 초과하는 경우의 평균진료비는 50 만원 이하인 경우에 비해 의료기관별로 큰 차이를 보이는 경향이였다. 즉 신 생물, 혈액 및 조혈기 질환, 순환기, 호흡기, 근골격계 및 결합조직질환, 선천이상 등의 질병에서 3 차진료기관의 평균진료비가 종합병원이나 병원에 비해 매우 높게 나타나며 종합병원과 병원의 차이도 상당히 큰 편이다. 그러나 정신장애나 증상, 징후 및 불명확한 병태와 같은 질병에서는 종합병원의 평균진료비가 3 차진료기관의 그것을 상회하고 있다.

따라서 전체적으로 종합병원 이상의 입원진료비 비중이 높은 것은 건당진료비 50 만원 이하의 가벼운 질병에 의한 것이라기 보다는 건당진료비 50 만원을 넘는 비교적 심각한 질병의 건수 및 진료비 비중이 높기 때문이라는 것을 알 수 있다. 즉 심각한 질병에서의 3 차진료기관 및 종합병원 이용율이 높은 것은 입원진료비 전체의 상승요인으로 작용할 것이다. 그러나 1989 년 현재 전체 입원건수에서 50 만원 이하의 건수 및 진료비가 차지하는 비중이 각각 82.6 %와 44.4 %인 점을 고려할 때 50 만원을 초과하는 입원진료비의 상승요인을 억제하는 것과 함께 50 만원 이하의 진료에서 과잉진료의 가능성을 최대한으로 억제

하는 것이 동시에 이루어져야 할 것이다.

따라서 이제부터는 의료기관별 진료비 구성내역을 분석함으로써 진료비 규모가 작을수록 병원의 진료비가 상대적으로 높은 이유와 진료비 규모가 커질수록 종합병원 이상 의료기관의 진료비가 커지는 이유에 관해서 살펴보고자 한다.

<표Ⅳ-10>은 건당진료비가 50만원 이하인 경우의 진료비 내역구성별 분포를 의료기관별로 살펴보기 위한 것이다. 먼저 기본진료료의 구성비는 3차 진료기관의 입원료 평균액이 68,541원으로 가장 큰데도 불구하고 병원에서 30.1%로서 가장 높게 나타난다. 이것은 병원의 다른 내역구성비가 상대적으로 낮기 때문인 것으로 해석된다. 그러나 병원의 경우 실기행위료의 구성비도 39.8%로서 3차진료기관(33.5%), 종합병원(35.5%)보다 높는데, 특히 관심을 끄는 것은 처치수술료와 주사수기료 및 기타 수기행위료의 평균액이 각각 57,680원, 14,097원, 67,411원으로 3차진료기관이나 종합병원의 평균액보다 훨씬 높다는 점이다. 이것은 병원의 실기행위료 비중이 높다는 것과 함께 실기행위료 자체의 금액이 병원에서 훨씬 비싸다는 것을 보여주고 있어서 병원 진료비의 문제점으로 지적될 수 있는 부분이다.

한편 종합병원의 실기행위료 비중은 35.5%로서 3차 진료기관보다 높으나 내역별 평균진료비는 3차 진료기관보다 모두 적은 것으로 나타난다. 그리고 3차 진료기관은 실기행위료의 구성비는 33.5%에 불과하지만 검사행위료, 마취행위료, 방사선행위료의 평균액이 높으며, 특히 검사행위료의 평균액이 42,014원으로 가장 높고 구성비도 15.1%나 됨으로써 매우 높은 금액과 구성비를 보이고 있다. 종합병원의 검사행위료도 평균 32,984원을 기록하여 병원의 검사행위료인 18,219원 보다 훨씬 높음으로써 종합병원 이상에서는 검사관련 비용의 비중이 매우 크다는 것을 보여 주고 있다.

또한 약제비의 구성비는 3차진료기관에서 25.8%로서 종합병원의 25.

〈 표Ⅳ-10 〉 4대구성내역별 의료기관별 평균진료비 및 총진료비 구성비 (진료비 50만원 이하)

	3 차 진 료 기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비
기본진료료		26.3		27.1		30.1
초, 재진료	2,772(397)	0.5	2,910(3,393)	1.0	3,116(1,465)	1.3
입원료	68,541(909)	25.8	61,500(4,185)	26.1	60,488(1,645)	28.8
실기행위료		33.5		35.5		39.8
처치수술료	48,932(460)	9.3	45,869(2,380)	11.1	57,680(917)	15.3
검사행위료	42,014(865)	15.1	32,984(3,993)	13.4	18,219(1,447)	7.6
주사수기료	9,597(838)	3.3	11,666(4,044)	4.8	14,097(1,543)	6.3
마취행위료	38,157(153)	2.4	36,309(774)	2.9	37,880(406)	4.5
방사선행위료	10,798(677)	3.0	9,370(3,172)	3.0	7,087(1,193)	2.4
조제료	-	-	1,488(18)	0.0	872(11)	0.0
기타	24,098(34)	0.3	17,415(245)	0.4	67,411(186)	3.6
약제비		25.8		25.5		21.7
투약제비	22,759(842)	7.9	19,119(3,941)	7.6	10,279(1,485)	4.4
주사약제비	51,617(835)	17.9	42,734(4,043)	17.9	39,250(1,521)	17.3
재료비 & 수혈료		4.4		3.6		3.1
재료비	10,819(815)	3.7	7,685(3,759)	2.9	6,779(1,405)	2.8
수혈료	40,535(44)	0.7	45,661(150)	0.7	51,466(25)	0.4
가산율	26,563(909)	10.0	19,231(4,205)	8.2	10,890(1,658)	5.2
총계	265,431(909)	100.0	234,408(4,205)	100.0	208,260(1,658)	100.0

5%, 병원의 21.7%보다 높게 나타나는데 이중 투약제비의 평균금액이 22,759 원, 주사약제비의 평균금액이 51,617 원으로 주사약제비가 2.3배 가량 더 비싸다. 재료비와 수혈료의 비중도 3 차진료기관에서 4.4%로 가장 높으나, 수혈료의 경우 평균액은 병원에서 가장 높다는 것을 알 수 있다. 종합병원의 경우에는 약제비와 재료비의 비중이 각각 25.5%와 3.6%로서 3 차진료기관 보다는 낮고 병원보다는 높은 중간 위치를 차지하고 있다.

이상에서 알 수 있는 것은 진료비 50 만원 이하에서는 3 차진료기관 및 종합병원의 약제비와 재료비, 검사행위료의 비중 및 평균금액이 높으며, 병원의 경우 실기행위료, 그 중에서도 처치수술료, 주사수기료, 기타 실기행위료의 비중 및 평균액이 높아서 가산율을 감안한다 하더라도 가장 높은 실기행위료 비중을 보임으로써 진료비 상승의 중요한 요인으로 작용하고 있다는 사실이다.

〈표Ⅳ-11〉은 진료비가 50 만원을 초과하는 경우의 내역구성별 진료비를 의료기관별로 살펴본 것이다. 흥미있는 것은 앞의 〈표Ⅳ-9〉에서 살펴보았던 50 만원 초과 경우의 의료기관별 진료비의 큰 차이에도 불구하고 그 내역구성에서는 50 만원 이하의 경우와 대동소이하다는 사실이다.

즉 기본진료료와 실기행위료의 경우 50 만원 이하에서와 마찬가지로 병원의 구성비가 높으며, 특히 주사수기료 및 기타 실기행위료의 평균액이 각각 45,302 원과 167,263 원으로 가장 높으며 처치수술료는 137,721 원으로 3 차진료기관보다는 낮으나 종합병원보다는 높게 나타난다. 즉 50 만원 이하에서와 마찬가지로 병원의 처치수술료, 주사수기료, 기타 실기행위료 등의 금액 및 비중이 종합병원보다도 높음으로써 병원 진료비의 문제로 지적될 수 있다. 여기서도 50 만원 이하에서와 마찬가지로 가산율을 포함한 실기행위료의 비중이 병원에서 가장 높다. 한편 3 차진료기관 및 종합병원의 검사행위료의 평균금액은 각각 137,104 원, 86,574 원

〈표Ⅳ- 11〉 4대구성내역별 의료기관별 평균진료비 및 총진료비 구성비 (진료비 50만원 초과)

	3 차진료기관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비	평균진료비(N)	구성비
기본진료료		14.8		17.3		23.1
초, 재진료	2,699(809)	0.1	2,939(3,542)	0.2	3,107(489)	0.4
입원료	179,225(1,589)	14.7	159,293(4,571)	17.1	160,907(594)	22.7
실기행위료		28.5		30.2		33.8
처치수술료	149,291(1,245)	9.6	129,032(3,852)	11.6	137,721(409)	13.4
검사행위료	137,104(1,553)	11.0	86,574(4,502)	9.1	30,951(536)	3.0
주사수기료	35,898(1,582)	2.9	38,598(4,558)	4.1	45,302(547)	5.9
마취행위료	66,778(758)	2.6	50,512(2,605)	3.1	50,716(318)	3.8
방사선행위료	29,520(1,374)	2.1	18,251(4,105)	1.8	11,416(428)	1.3
조제료		-		-		-
기타	39,768(163)	0.3	44,483(477)	0.5	167,263(137)	5.4
약제비		35.3		37.6		34.2
투약제비	65,803(1,571)	5.3	51,118(4,499)	5.4	31,352(581)	4.3
주사약제비	368,499(1,581)	30.0	301,322(4,557)	32.2	230,812(544)	29.8
재료비 & 수혈료		13.1		7.9		4.6
재료비	123,085(1,542)	9.8	59,082(4,502)	6.2	30,481(519)	3.8
수혈료	156,732(418)	3.4	77,776(934)	1.7	48,648(72)	0.8
가산율	102,221(1,589)	8.4	64,957(4,572)	7.0	31,146(595)	4.4
총계	1,223,369(1,589)	100.0	933,448(4,572)	100.0	708,195(594)	100.0

으로 병원의 30,951 원보다 매우 높음으로써 진료비 50 만원 이하에서 나타났던 의료기관간의 차이를 훨씬 크게하고 있다.

반면 약제비와 재료비의 경우, 50 만원 이하의 경우에서와 마찬가지로 3 차진료기관과 종합병원의 금액 및 비중이 병원보다 훨씬 높은 것은 동일하나, 50 만원 이하에서와는 달리 종합병원의 약제비 비중이 37.6%로서 3 차진료기관의 비주인 35.3%보다 높으며 그 대신 3 차진료기관의 재료비 비중이 13.1%나 되는 높은 비율을 나타낸다. 그러나 투약제비와 주사약제비의 평균금액은 종합병원에 비해 3 차진료기관이 여전히 높으며 특히 3 차진료기관의 재료비 및 수혈료는 평균금액과 구성비 모두에서 종합병원과 상당한 차이를 보인다.

위와 같은 연구결과는 1988 년 외래질병의 구성내역을 분석했던 연구(김진순 외, 1988) 결과와 매우 유사해서 의료기관별 진료행위의 경향이 외래와 입원간에 큰 차이를 보이지 않고 있음을 보여준다. 즉 김진순 등의 연구에 의하면, 규모가 큰 대학병원, 종합병원은 투약, 검사, 방사선진단행위의 비율이 크고, 규모가 작은 병원, 의원에서는 주사행위료의 비중이 크다는 점이 지적되고 있다. 또한 유승흠(1989)의 연구결과에서도 규모가 큰 의료기관일수록 검사료의 비중이 크고 종합병원의 투약료, 진료일당 투약료, 투약기간 등이 크기 때문이라고 설명하고 있다.

〈표Ⅳ-12〉와 〈표Ⅳ-13〉은 위와 같은 의료기관별 진료내역 구성비를 질병별로 구체적으로 살펴보기 위한 것이다. 즉 17대 질병분류 중 건수가 많아서 다빈도입원상병으로 간주될 수 있었던 5가지 질병, 신생물, 순환기계 질환, 소화기계질환, 임신, 분만 및 산욕의 합병증, 손상, 중독 및 기타의 질병을 선정하여 의료기관별 진료비 구성내역을 분석해 보았다.

먼저 진료비 50 만원 이하의 경우 병원의 처치수술료와 주사수기료의 평균금액과 비중이 높은 것은 신생물, 순환기계질환, 소화기계질환, 임신,

〈표Ⅳ-12〉 5 가지 질병의 의료기관별 구성내역별 평균진료비 및
총진료비 구성비 (50 만 원 이하)

	(신 생 물)					
	3 차진료기관		중 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		23.9		22.4		24.0
초, 재진료	2,342	0.3	2,576	0.8	2,854	1.2
입원료	65,287	23.6	52,316	21.6	49,566	22.8
실기행위료		25.6		32.8		39.4
치치수술료	29,505	3.4	39,516	8.4	54,062	15.5
검사행위료	37,927	13.1	34,016	13.5	19,170	8.0
주사수기료	12,190	4.2	10,696	4.2	14,817	6.8
마취행위료	29,972	1.9	35,133	3.7	38,982	7.1
방사선행위료	11,489	2.9	10,042	2.8	6,545	1.9
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	1,390	0.0	23,051	0.1	4,705	0.0
약제비		38.8		32.3		26.6
투약제비	23,982	8.2	26,465	9.8	11,086	4.6
주사약제비	88,571	30.6	56,981	22.5	48,394	22.1
재료비 & 수혈료		4.1		4.8		4.9
재료비	9,315	2.8	9,805	3.2	9,130	3.6
수혈료	34,951	1.3	44,406	1.7	61,726	1.3
가산율	21,186	7.7	18,509	7.6	11,272	5.2
총계	276,363	100.0	242,040	100.0	217,752	100.0
(N)	(273)		(666)		(131)	

(순 환 기 계 질 환)

	3 차 진 료 기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구 성 비	평균진료비	구 성 비	평균진료비	구 성 비
기본진료료		30.1		33.2		32.3
초, 재진료	2,758	0.5	3,072	1.1	3,212	1.5
입원료	71,002	29.6	75,216	32.1	61,823	30.8
실기행위료		35.0		31.3		34.3
처치수술료	29,402	4.7	23,878	4.9	36,458	10.1
검사행위료	57,722	22.9	42,640	17.6	23,446	10.5
주사수기료	7,473	2.6	11,470	4.5	14,138	6.7
마취행위료	20,951	1.0	22,991	1.3	23,698	3.0
방사선행위료	11,265	3.8	7,179	2.6	6,457	2.5
조제료	-	-	700	0.0	-	-
기타	4,120	0.0	15,478	0.5	55,433	1.5
약제비		19.9		24.9		26.5
투약제비	25,028	9.4	23,750	9.4	12,843	5.8
주사약제비	30,299	10.5	39,077	15.5	44,400	20.8
재료비 & 수혈료		4.5		3.5		2.4
재료비	11,369	4.2	7,912	3.1	4,845	2.1
수혈료	44,380	0.3	73,380	0.3	73,380	0.2
가산율	24,986	10.4	16,635	7.2	9,134	4.5
총계	239,819	100.0	231,259	100.0	200,970	100.0
(N)	(60)		(292)		(149)	

(소 화 기 계 질 환)

	3 차진 료기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		26.3		26.3		25.4
초, 재진료	3,045	0.5	2,982	0.9	3,133	1.2
입원료	76,344	25.8	69,181	25.4	60,187	24.2
실기행위료		38.5		38.0		42.4
처치수술료	48,070	8.9	54,550	11.3	77,237	17.0
검사행위료	53,523	18.1	36,518	13.2	21,141	8.0
주사수기료	10,223	3.3	14,611	5.3	18,681	7.5
마취행위료	42,916	3.6	37,287	4.4	40,418	6.9
방사선행위료	15,553	4.5	11,706	3.6	7,740	2.7
조제료	-	-	42	0.0	350	0.0
기타	11,180	0.0	14,842	0.1	14,904	0.2
약제비		18.8		22.9		23.5
투약제비	24,192	7.7	17,884	6.1	10,896	3.9
주사약제비	34,061	11.1	46,028	16.8	48,626	19.5
재료비 & 수혈료		4.9		4.1		3.3
재료비	13,170	4.5	8,044	2.8	7,638	2.9
수혈료	29,715	0.4	58,973	1.3	65,828	0.4
가산율	34,046	11.5	23,570	8.8	13,565	5.5
총계	295,630	100.0	269,352	100.0	246,324	100.0
(N)	(93)		(668)		(372)	

(임신, 분만 및 산욕의 합병증)

	3 차진 료기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		22.9		20.6		19.2
초, 재진료	2,832	0.9	2,945	1.3	3,142	1.8
입원료	42,667	22.0	35,347	19.2	30,353	17.4
실기행위료		44.9		48.3		56.7
처치수술료	64,648	30.5	64,671	33.6	73,316	40.5
검사행위료	16,628	8.6	15,337	8.3	9,625	5.4
주사수기료	6,696	3.4	6,160	3.3	7,710	4.4
마취행위료	38,558	1.4	36,750	2.2	42,674	5.4
방사선행위료	3,025	1.0	3,187	0.9	3,332	1.0
조제료	-	-	4	0.0	1,260	0.0
기타	2,730	0.1	-	-	350	0.0
약제비		16.1		16.7		13.0
투약제비	16,729	8.1	14,644	7.8	5,513	3.0
주사약제비	15,625	7.9	16,481	8.9	17,881	10.0
재료비 & 수혈료		3.0		3.2		3.7
재료비	3,914	1.9	4,445	2.3	6,151	3.3
수혈료	32,252	1.2	35,572	1.0	29,825	0.4
가산율	25,697	13.2	20,555	11.2	12,807	7.4
총계	194,270	100.0	183,634	100.0	172,886	100.0
(N)	(71)		(507)		(241)	

(손상, 중독 및 기타)

	3 차진료기관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		26.0		27.3		26.7
초, 재진료	3,131	0.6	3,359	1.2	3,330	1.7
입원료	66,300	25.4	60,409	26.2	49,310	25.0
실기행위료		30.2		30.8		37.6
처치수술료	33,577	10.0	29,722	9.2	39,815	15.6
검사행위료	29,090	10.2	24,842	9.9	15,727	6.8
주사수기료	9,193	3.1	12,104	5.1	13,937	7.1
마취행위료	40,861	2.6	32,886	2.3	35,047	3.5
방사선행위료	11,404	4.1	10,655	4.0	8,722	3.9
조제료	-	-	75	0.0	1,190	0.0
기타	13,296	0.3	8,996	0.3	13,565	0.8
약제비		30.4		31.1		25.7
투약제비	23,363	6.9	15,560	6.2	7,427	3.4
주사약제비	69,756	23.4	59,196	24.9	44,856	22.3
재료비 & 수혈료		4.4		3.6		4.7
재료비	-	-	8,873	3.6	9,081	4.4
수혈료	11,397	4.4	29,680	0.1	50,116	0.3
가산율	23,611	9.0	16,303	7.1	10,147	5.2
총계 (N)	261,316 (49)	100.0	230,347 (436)	100.0	194,437 (223)	100.0

〈표Ⅳ-13〉 5 가지 질병의 의료기관별 구성내역별 평균진료비 및
총진료비 구성비 (50 만원 초과)

(신 생 물)

	3 차진료기관		중 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		14.5		15.0		17.3
초, 재진료	2,469	0.1	2,637	0.2	2,859	0.4
입원료	184,764	14.4	154,162	14.8	129,530	16.9
실기행위료		27.5		32.0		36.9
처치수술료	141,932	7.7	150,545	12.7	154,022	18.1
검사행위료	134,954	10.5	98,001	9.4	34,645	4.5
주사수기료	47,573	3.7	44,254	4.2	58,488	7.6
마취행위료	93,818	3.5	55,762	3.8	55,411	5.5
방사선행위료	33,591	2.1	21,948	1.8	10,593	1.2
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	8,623	0.0	8,352	0.0	15,000	0.0
약제비		41.0		38.1		34.7
투약제비	69,606	5.4	57,295	5.4	24,280	3.0
주사약제비	457,550	35.6	340,805	32.7	242,447	31.7
재료비 & 수혈료		9.1		7.6		6.4
재료비	65,004	4.8	49,039	4.7	28,704	3.7
수혈료	146,844	4.3	85,720	2.9	67,320	2.7
가산율	101,526	7.9	76,386	7.3	36,277	4.7
총계 (N)	1,284,429 (430)	100.0	1,040,930 (589)	100.0	765,798 (49)	100.0

(순 환 기 계 절 환)

	3 차진료기관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		11.2		15.1		25.6
초, 재진료	2,955	0.1	3,092	0.2	3,283	0.4
입원료	192,404	11.1	198,664	14.9	187,095	25.2
실기행위료		25.2		24.0		22.2
처치수술료	170,910	7.3	106,136	6.6	70,541	6.9
검사행위료	203,590	11.7	139,266	10.5	36,162	4.9
주사수기료	33,903	1.9	47,756	3.6	50,776	6.8
마취행위료	76,680	0.9	64,583	1.0	53,048	1.6
방사선행위료	55,934	3.1	26,725	1.9	6,703	0.8
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	17,561	0.2	23,435	0.4	36,900	1.1
약제비		33.2		43.2		46.4
투약제비	85,720	4.9	69,113	5.0	55,351	7.5
주사약제비	491,303	28.4	509,063	38.2	289,173	39.0
재료비 & 수혈료		22.9		12.3		2.6
재료비	376,081	21.6	147,566	10.8	19,163	2.7
수혈료	122,478	1.4	108,473	1.4	-	-
가산율	128,278	7.4	73,032	5.5	23,109	3.1
총계	1,732,805	100.0	1,329,385	100.0	741,806	100.0
(N)	(149)		(326)		(22)	

(소 화 기 계 질 환)

	3 차진 료기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		16.9		17.9		20.6
초, 재진료	2,887	0.2	3,056	0.3	3,036	0.4
입원료	179,457	16.8	163,436	17.7	143,904	20.3
실기행위료		30.1		31.8		32.6
처치수술료	121,774	9.2	122,672	10.7	125,829	13.4
검사행위료	137,652	12.8	98,492	10.7	35,426	5.0
주사수기료	39,417	3.7	44,364	4.8	53,688	7.6
마취행위료	53,854	2.5	51,294	3.3	49,509	4.6
방사선행위료	23,046	2.0	21,030	2.1	14,103	1.8
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	10,766	0.1	33,148	0.2	71,850	0.3
약제비		36.5		37.2		39.2
투약제비	59,532	5.4	46,549	5.0	27,170	3.7
주사약제비	332,676	31.1	298,390	32.2	252,909	35.6
재료비 & 수혈료		7.4		5.8		3.4
재료비	45,666	4.2	32,655	3.5	18,517	2.5
수혈료	135,213	3.2	100,670	2.3	55,207	0.8
가산율	96,431	9.0	67,474	7.3	29,960	4.2
총계	1,070,962	100.0	923,543	100.0	709,711	100.0
(N)	(197)		(789)		(120)	

(임신, 분만 및 산욕의 합병증)

	3 차진 료기 관		종 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		15.9		14.1		12.4
초, 재진료	2,796	0.2	2,853	0.4	3,314	0.6
입원료	100,070	15.6	82,713	13.7	65,484	11.8
실기행위료		39.2		41.6		48.6
처치수술료	133,727	20.7	140,105	23.2	156,892	28.3
검사행위료	49,230	7.7	38,883	6.4	26,660	4.8
주사수기료	24,953	3.9	25,718	4.3	29,013	5.2
마취행위료	42,825	6.3	43,199	7.1	53,353	9.6
방사선행위료	3,992	0.6	4,098	0.6	3,454	0.6
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	2,730	0.0	2,724	0.0	6,240	0.0
약제비		28.0		29.6		27.0
투약제비	33,985	5.3	28,054	4.6	13,569	2.5
주사약제비	144,890	22.7	150,611	25.0	136,200	24.6
재료비 & 수혈료		5.4		5.0		5.6
재료비	21,938	3.4	16,457	2.7	17,123	3.1
수혈료	41,864	2.0	49,404	2.3	44,962	2.5
가산율	73,982	11.6	57,816	9.6	34,831	6.3
총계	639,506	100.0	602,070	100.0	553,782	100.0
(N)	(92)		(664)		(58)	

(손상, 중독 및 기타)

	3 차진료기관		중 합 병 원		병 원	
	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비	평균진료비	구성비
기본진료료		15.4		15.8		18.7
초, 재진료	2,945	0.1	3,310	0.2	3,332	0.4
입원료	193,387	15.3	177,556	15.5	157,012	18.4
실기행위료		25.3		25.5		33.2
처치수술료	138,930	10.4	142,197	11.6	165,186	18.3
검사행위료	90,672	7.1	56,131	4.8	24,260	2.6
주사수기료	38,726	3.0	43,267	3.8	47,153	5.5
마취행위료	58,394	3.0	51,791	3.1	49,792	4.4
방사선행위료	22,245	1.7	21,725	1.8	15,722	1.7
조제료	-	-	-	-	-	-
기타	12,632	0.1	24,240	0.3	38,173	0.7
약제비		41.5		40.9		35.4
투약제비	81,016	6.3	50,429	4.3	30,202	3.4
주사약제비	450,406	35.2	418,399	36.6	275,959	32.0
재료비 & 수혈료		10.3		12.0		8.4
재료비	98,543	7.7	126,629	11.0	68,237	7.8
수혈료	145,412	2.6	69,936	1.0	33,804	0.5
가산율	95,618	7.5	66,526	5.8	37,163	4.3
총계	1,266,755	100.0	1,142,225	100.0	855,304	100.0
(N)	(94)		(505)		(116)	

분만 및 산욕합병증, 손상, 중독 및 기타의 5 가지 질병에 모두 해당된다. 또한 수혈료도 임신, 분만 및 산욕의 합병증의 경우만 종합병원에서 가장 높았을 뿐 나머지 질병은 병원에서 가장 높았고 임신, 분만 및 산욕합병증의 마취료도 병원에서 가장 높았다. 이같은 자료는 병원의 처치수술료의 금액과 비중이 매우 높다는 것을 보여주는데, 특히 신생물 같은 질병의 처치수술료가 병원에서 54,062 원으로, 3 차진료기관의 29,505 원, 종합병원의 39,516 원에 비해 훨씬 높다는 것은 주목할 만한 일이다.

3 차 진료기관과 종합병원에서 약제비의 금액 및 비중이 높은 것은 신생물, 임신, 분만 및 산욕의 합병증, 손상, 중독 및 기타의 질병에 해당된다. 순환기계질환과 소화기계 질환의 약제비 중에서 주사약제비는 평균액과 비중이 모두 병원에서 더 높은 것으로 나타났다. 반면 3 차 진료기관에서 검사행위료의 평균금액과 비중이 높고 종합병원은 3 차진료기관보다는 낮지만 병원보다는 훨씬 높은 금액과 구성비를 보이는 현상이 5 가지 질병에서 예외없이 모두 해당된다. 그리고 순환기계 질환을 제외한 질병의 입원비의 평균액은 모두 3 차진료기관에서 가장 높게 나타나고 있다.

그러나 진료비 50 만원 이하에서는 가산율을 제외한 전체진료비의 의료기관별 차이는 극히 미미한 편이고 특히 순환기계 질환은 다른 질병에 비해 병원의 주사약제비와 수혈료의 평균액과 비중이 더 큼으로써 종합병원과의 차이를 좁히고 있어서 가산율이 포함되지 않은 진료비 금액은 3 차 진료기관이 214,833 원, 종합병원이 214,624 원, 병원이 191,836 원을 기록하고 있다.

50 만원을 초과하는 경우 3 차진료기관의 진료비가 증가하는 이유를 질병별로 살펴보면 순환기계 질환의 입원비가 종합병원에서 가장 높은 것을 제외하고는 나머지 질병에서 입원비의 금액이 크며, 5 가지 질병에서 공통적으로 검사행위료의 금액 및 비중이 크며, 임신, 분만 및 산욕의 합병증을 제외한 질병에서 마취행위료와 방사선 행위료의 금액 및 비중이 크기 때문인 것으로 보인다.

〈표Ⅳ-14〉 의료기관별 수술율

	50 만원 이 하			50 만원 초 과		
	3 차 진료기관	종합병원	병 원	3 차 진료기관	종합병원	병 원
수술						
없음	657 (72.3)	3,183 (75.7)	1,109 (66.9)	753 (47.4)	2,366 (51.7)	300 (50.4)
1 종	190 (20.9)	765 (18.2)	430 (25.9)	597 (37.6)	1,449 (31.7)	204 (34.3)
2 종이상	62 (6.8)	257 (6.1)	119 (7.2)	293 (15.0)	757 (16.6)	91 (15.3)
계	909 (100.0)	4,205 (100.0)	1,658 (100.0)	1,589 (100.0)	4,572 (100.0)	595 (100.0)

뿐만 아니라 전반적으로 투약제비와 주사약제비, 재료대, 수혈료의 금액 및 비중도 3차진료기관에서 가장 큰 편이지만, 순환기계 질환과 임신, 분만 및 산욕의 합병증의 주사약제비는 종합병원에서 각각 509,063원과 150,611원으로 평균액이 가장 높고 구성비도 각각 38.2%와 25%로서 가장 높게 나타난다. 재료비도 손상, 중독 및 기타의 경우에는 종합병원에서 126,629원이나 되어 3차 진료기관의 98,543원을 상회하고 있다.

아무튼 3차진료기관과 종합병원의 약제비 구성비는 신생물이 각각 41%와 38.1%, 순환기계 질환이 33.2%와 43.2%, 소화기계 질환이 36.5%와 37.2%, 손상, 중독 및 기타가 41.5%와 40.9%로서 매우 높고, 재료비 구성비도 순환기계 질환의 경우 22.9%와 12.9%, 손상, 중독 및 기타의 경우 10.3%와 12%로서 매우 높게 나타난다.

위와 같은 결과는 약제비와 재료대의 구성비가 높은 것이 3차 진료

기관을 포함한 종합병원의 진료비 상승요인으로 작용한다는 것을 보여주고 있다. 반면 병원의 처치수술료가 높은 현상은 순환기계 질환을 제외한 4가지 질병에서 모두 나타나고 있으며 주사수치료와 기타 실기행위료가 높은 현상은 순환기계 질환을 포함한 모든 질병에서 나타나고 있어서 납득하기 어려운 측면으로서 이에 대한 분석 및 대책이 필요하다고 보여진다.

1.5 의료기관별 구성내역별 진료비 상승요인

그러면 이상에서 살펴본 바와 같이 병원의 처치수술료, 주사수치료 등 실기행위료의 금액 및 비중이 높고, 종합병원 이상, 특히 3차진료기관의 약제비 및 검사행위료의 금액 및 비중이 높은 이유는 무엇인가? 그 이유를 설명하기 위해 여기서는 수술율, 입원일수, 투약일수, 검사횟수, 의료장비 보유현황 등에 대해 의료기관별로 분석해 보고자 한다.

〈표Ⅳ-14〉는 의료기관별 수술율을 알아보기 위한 것이다. 이 표에 의하면 병원의 수술율이 진료비 50만원 이하에서는 33.1%로 3차진료기관의 27.7%, 종합병원의 24.3%보다 높고, 50만원 초과 경우에는 병원이 49.6%로서 3차진료기관의 52.6%보다는 낮으나 종합병원의 48.3%보다는 높게 나타난다. 이같은 현상은 수술을 필요로 하는 환자일수록 병원을 이용한다는 것이 사실로 입증되지 않는 한 납득하기 힘든 일이다. 따라서 앞으로 병원에서의 수술율이 높은 이유에 대해 심층적인 분석과 함께 병원의 수술결정에 대한 분석이 필요하다고 보여진다.

결국 병원의 처치수술료와 주사수치료 등의 실기행위료가 높은 것은 위에서 살펴본 바와 같은 높은 수술율 때문이라고 볼 수 있을 것이다. 또한 수술율과 밀접한 상관관계를 가지며 병원 진료비를 상승시키는 요인으로 작용할 것으로 예상되는 것은 입원일수이다. 〈표Ⅳ-15〉는 병원의 입원일수를 살펴보기 위해 의료기관별 입원일수 분포를 알아본 것이다.

〈표Ⅳ-15〉 의료기관별 입원일수

	50 만원 이하			50 만원 초과		
	3 차 진료기관	종합병원	병 원	3 차 진료기관	종합병원	병 원
1- 4	336 (37.1)	1,716 (41.0)	647 (39.2)	39 (2.5)	49 (1.1)	2 (0.3)
5- 9	444 (49.1)	1,859 (44.4)	659 (39.9)	343 (21.7)	1,116 (24.5)	98 (16.5)
10-14	105 (11.6)	476 (11.4)	175 (10.6)	425 (26.9)	1,295 (28.4)	115 (19.4)
15-19	14 (1.5)	109 (2.6)	58 (3.5)	309 (19.5)	826 (18.1)	105 (17.7)
20-24	6 (0.7)	20 (0.5)	19 (1.2)	191 (12.1)	529 (11.6)	80 (13.5)
25 +	-	7 (0.2)	92 (5.6)	275 (17.4)	747 (16.4)	194 (32.7)
계	905 (100.0)	4,187 (100.0)	1,650 (100.0)	1,582 (100.0)	4,562 (100.0)	594 (100.0)

위의 표에 의하면 진료비 50만원 이하에서 3차 진료기관과 종합병원의 경우 각각 49.1%와 44.4%가 5-9일의 입원일수에 집중되어 있는 반면, 병원은 39.9%만이 5-9일이고 15일 이상도 10.3%나 되어 가장 긴 입원일수를 기록하고 있다. 이것은 진료비가 50만원을 초과하는 경우에도 크게 다르지 않아서, 3차 진료기관과 종합병원의 46.4%와 46.5%가 10-19일의 입원일수에 집중되어 있는 반면, 병원은

10-19일은 37.1%에 불과하고 46.2%가 20일 이상의 입원일수를 나타내고 특히 25일 이상이 32.7%나 된다.

이상에서 본 바와 같이 병원의 입원일수가 필요이상 길다는 것은 과잉진료의 가능성을 내포하는 것으로서 진료비의 상승을 억제한다는 측면에서는 물론이고 의료자원의 낭비요소를 최소화시켜야 한다는 측면에서 계속 분석해야할 과제이다. 특히 병원의 입원일수가 긴 이유 중의 하나가 높은 수술율에 있을 것이라는 점을 감안할때 병원의 수술여부 및 입원일수 등에 대한 검토방안이 마련되어야 할 것이다.

반면 3차 진료기관 및 종합병원은 입원일수는 많지 않으나 투약일수와 검사횟수가 많아서 진료비 상승요인이 되고 있다. 먼저 투약제비와 관련된 투약일수를 의료가관별로 살펴보면 <표Ⅳ-16>과 같음으로써 종합병원보다도 3차 진료기관에서 더 길게 나타난다. 진료비 50만원 이하의 경우 병원의 42%, 종합병원의 40.6%가 5-9일의 투약일수에 집중되어 있는 반면 3차 진료기관에서는 31.5%만이 5-9일에 분포되어 있고 27.9%가 15일 이상이었다. 진료비가 50만원을 초과하는 경우에도 3차 진료기관과 병원의 42.2%가 25일 이상의 투약일수를 보였다.

그러나 투약제비보다는 주사약제비의 금액과 구성비가 훨씬 큰 것을 감안할 때, 3차 진료기관과 종합병원의 높은 주사약제비를 설명할 수 있는 자료가 필요한데도 불구하고 진료비명세서를 대상으로 한 본 분석자료에서는 주사약제비에 대한 구체적 자료가 거의 없으므로 다음 절의 횡단면 회귀분석을 통해 보완될 것이나 앞으로 이에 대한 심층적 연구가 필요하다고 보여진다.

한편 종합병원 이상에서의 검사행위료의 평균액 및 구성비가 높은 것은 이들 의료기관의 검사횟수와 관련된다. <표Ⅳ-17>은 의료가관별 검사횟수를 살펴보기 위한 것으로서 진료비 명세서에 나타났던 기능내시경 검사와 기타 검사를 중심으로 의료가관별 검사횟수를 분석한 것

〈 표Ⅳ-16 〉 의료기관별 투약일수

	50 만원 이 하			50 만원 초 과		
	3 차 진료기관	종합병원	병 원	3 차 진료기관	종합병원	병 원
1- 4	120 (13.2)	608 (14.5)	357 (21.5)	19 (1.2)	38 (0.8)	2 (0.3)
5- 9	286 (31.5)	1,706 (40.6)	696 (42.0)	67 (4.2)	238 (5.2)	56 (9.4)
10-14	250 (27.5)	1,121 (26.7)	331 (20.0)	256 (16.1)	1,169 (25.6)	113 (19.0)
15-19	115 (12.7)	469 (11.2)	115 (6.9)	317 (19.9)	994 (21.7)	96 (16.1)
20-24	76 (8.4)	197 (4.7)	40 (2.4)	259 (16.3)	752 (16.4)	77 (12.9)
25 +	62 (6.8)	103 (2.4)	119 (7.2)	671 (42.2)	1,381 (30.2)	251 (42.2)
계	909 (100.0)	4,204 (100.0)	1,658 (100.0)	1,589 (100.0)	4,572 (100.0)	595 (100.0)

이다.

먼저 기능내시경 검사의 경우 진료비 50만원 이하에서 3차 진료기관의 사용빈도가 56.8%로 가장 높고 그 다음이 병원으로 40.9%였으며, 종합병원은 39.6%에 불과하여 가장 낮은 빈도를 보였다. 3차 진료기관의 기능내시경 검사횟수가 많은 것은 진료비 50만원 초과인 경우에도 해당된다.

기타 검사에서도 3차 진료기관의 검사횟수가 가장 많은 것으로 나

〈 표Ⅳ-17 〉 의료기관별 검사횟수

검 사 회 수	50 만 원 이 하			50 만 원 초 과		
	3 차 진료기관	종합병원	병 원	3 차 진료기관	종합병원	병 원
기능, 내시경검사						
0	393 (43.2)	2,539 (60.4)	980 (59.1)	387 (24.4)	1,932 (42.3)	263 (44.2)
1	320 (35.2)	1,173 (27.9)	561 (33.8)	529 (33.3)	1,570 (34.3)	278 (46.7)
2-3	139 (15.3)	397 (9.4)	98 (5.9)	400 (25.2)	664 (14.5)	46 (7.7)
4회이상	57 (6.3)	96 (2.3)	19 (1.1)	273 (17.2)	406 (8.9)	8 (1.3)
계	909 (100.0)	4,205 (100.0)	1,658 (100.0)	1,589 (100.0)	4,572 (100.0)	595 (100.0)
기타검사						
0	112 (12.3)	1,415 (33.7)	471 (28.4)	163 (10.3)	1,552 (33.9)	140 (23.5)
1- 9	258 (28.4)	556 (13.2)	404 (24.4)	259 (16.3)	210 (4.6)	84 (14.1)
10-19	186 (20.5)	847 (20.1)	500 (30.2)	158 (9.9)	419 (9.2)	164 (27.6)
20-29	143 (15.7)	792 (18.8)	248 (15.0)	175 (11.0)	726 (15.9)	132 (22.2)
30-49	160 (17.6)	489 (11.6)	32 (1.9)	323 (20.3)	831 (18.2)	58 (9.7)
50 회이상	50 (5.5)	106 (2.5)	3 (0.2)	511 (32.2)	834 (18.2)	17 (2.9)
계	909 (100.0)	4,205 (100.0)	1,658 (100.0)	1,589 (100.0)	4,572 (100.0)	595 (100.0)

타난다. 즉 3차 진료기관에서 기타 검사를 한번도 하지 않은 비율은 12.3%(진료비 50만원 이하)와 10.3%(진료비 50만원 초과)에 불과했고 진료비 50만원 이하에서 30회 이상의 검사를 한 경우도 23.1%나 되었으며 특히 진료비가 50만원을 초과하는 경우에는 32.2%가 50회 이상의 검사를 실시했다는 점이 나타났다.

병원도 검사행위료의 금액 및 비중이 상대적으로 낮은 것에 비하면 기타 검사의 횟수가 상당히 많은 것으로 나타나는데 진료비 50만원 이하에서는 10-19회의 검사를 한 비율이 30.2%나 되며 50만원을 초과하는 경우에는 49.8%가 10-29회의 검사를 실시한 것으로 나타났다. 반면 검사행위료의 평균액 및 구성비가 3차 진료기관 다음으로 종합병원에서는 오히려 검사횟수가 비교적 적게 나타난다. 검사를 한번도 실시하지 않은 경우도 33.7%(진료비 50만원 이하)와 33.9%(진료비 50만원 초과)로서 가장 높은 비율을 보인다. 그러나 일단을 검사를 한 경우에는 병원보다 많은 검사횟수를 기록하여 진료비 50만원 이하의 경우 30.4%가 20-29회의 검사횟수를, 50만원 초과인 경우에는 36.4%가 30회 이상의 검사를 실시한 것으로 나타나 병원보다 높은 비율을 보이고 있다.

위와 같은 의료기관별 검사의 실시는 의료장비의 보유상태와 깊은 상관관계를 가질 것으로 예측된다. 다음 <표Ⅳ-18>은 의료기관별 의료장비 보유현황을 나타내기 위한 것이다. 이 표를 통해 3차진료기관 및 종합병원의 검사행위료 및 검사횟수가 많은 것은 보유하고 있는 의료장비의 수와 밀접하게 관련된다는 것을 알 수 있다. 즉 3차 진료기관 중 87.5%가 본 분석을 위해 열거한 84개의 의료장비 중 64-83개를 가지고 있다고 응답했고 종합병원의 83.9%는 43개이상의 장비를 보유했으며 병원은 67.9%가 22-42개의 장비를 보유할 뿐이다.

특히 3차진료기관은 대부분이 혈액화학자동분석기, Gamma Camera, Scanner, 초음파치료기 같은 고가의료장비를 1개 이상 보유하고 있

〈 표Ⅳ-18 〉 의료기관별 의료장비 보유 현황

	3 차진 료기 관	종 합 병 원	병 원
<u>보유장비종류수</u>			
21 이하	2 (8.4)	-	48 (23.0)
22-43	-	26 (16.0)	142 (67.9)
43-63	1 (4.2)	93 (57.4)	19 (9.1)
64-84	21 (87.5)	43 (26.5)	-
계	24(100.0)	162(100.0)	209(100.0)
<u>혈액화학자동분석기</u>			
없음	1 (4.2)	20 (12.3)	131 (62.7)
1 개 보유	3(12.5)	105 (64.8)	71 (34.0)
2 개이상	20(83.3)	37 (22.8)	7 (3.3)
<u>Gamma Camera</u>			
없음	2 (8.3)	117 (72.2)	202 (96.7)
1 개 보유	15(62.5)	43 (26.5)	7 (3.3)
2 개이상	7(29.2)	2 (1.2)	-
<u>Scanner</u>			
없음	3(12.5)	64 (39.5)	189 (90.4)
1 개 보유	9(37.5)	85 (52.5)	20 (9.6)
2 개이상	12(50.0)	13 (8.0)	-
<u>초음파치료기</u>			
없음	2 (8.3)	8 (4.9)	45 (21.5)
1 개 보유	10(41.7)	99 (61.1)	135 (64.6)
2 개이상	12(50.0)	55 (34.0)	39 (13.9)

지 못한 비율이 72.2%나 되며 병원은 초음파치료를 제외한 나머지 장비는 보유하지 못한 비율이 훨씬 높았다.

이같은 결과는 다른 연구들(양봉민, 1989)에서 이미 지적된 바 있는 의료장비의 과대한 보유로 인한 진료비 상승효과를 입증하는 또 하나의 예가 될 것이다. 따라서 앞으로 검사행위료의 금액 및 구성비를 낮추기 위해서는 의료기관, 특히 종합병원 이상 의료기관의 의료장비 보유에 대한 통제가 필요할 것이다.

특히 종합병원 이상의 투약제비나 검사행위료의 금액 및 구성비가 높은 것이 투약일수, 검사횟수, 의료장비 보유수 등을 통해 볼때 종합병원보다는 3차 진료기관의 영향력이 훨씬 크다는 것을 알 수 있으므로 3차 진료기관의 약제비나 검사행위료가 높은 이유에 대한 분석 및 억제대책이 요구된다.

2. 횡단면 회귀분석

2.1 분석자료 및 모형

이 절에서는 앞에서 설명된 바 있는 입원진료비 명세서 자료(N=13,532건)를 이용하여 입원진료비를 결정하는 변수들간의 상관관계를 살펴본 후, 상병별, 의료기관별 다중회귀분석을 시도하고자 한다. 여기서 상병은 만성질환¹⁾ 과 성인병²⁾ 으로, 의료기관은 앞 절의 기술적 분석에서와 같이 병원, 종합병원, 3차 진료기관으로 구분된다.

본 분석의 종속변수는 입원진료비와 그 구성요소인 주사약제비, 투약제비, 검사행위료, 실기행위료이다. 독립변수는 회귀분석에서 설명력이 높은 변수를 채택하였으며, 변수간 다중공선성(multicollineari-

1) 의료보험통계연보상의 999 분류에 의한 만성질환 분류기호로 진단한 상병을 말한다.

2) 성인병은 만성질환중 악성신생물, 당뇨병, 고혈압, 심장병, 뇌혈관질환, 동맥경화증, 호흡기질환, 만성간질환, 근골격계질환 등을 말하며, 자세한 것은 박혜숙, “성인병에 대한 보험급여실적 변화추이분석” 「의료보험논문집」 제4권, 1988.12. 참조

ty) 문제를 완화하기 위해 단계별 다중회귀분석 (stepwise multiple regression analysis)을 시도한 결과, 입원일수, 의사수, 전문의수, 임상병리사수, 의료장비보유대수 등이 선정되었다. 그리고 연령과 수술여부는 더미변수로 처리되었다. 사용된 변수들의 평균 값과 표준편차는 아래 <표Ⅳ-19>에 제시되어 있다.

<표Ⅳ-19> 변수의 평균 및 표준편차

변수구분	변 수 내 용	평 균	표준 편 차
종속변수	입원진료비 (V70)	608,252	715,757
	투약제비 (KV2)	34,088	47,500
	주사약제비 (V29)	174,723	291,421
	검사행위료 (KV4)	60,208	89,872
	실기행위료 (V67)	188,478	189,455
독립변수	입원일수 (V2)	11.6	9.2
	투약일수 (V79)	16.1	11.0
	의료장비대수 (KV7)	172.1	113.1
	전문의수 (V99)	41.0	37.1
	의사수 (V126)	93.7	110.8
	임상병리사수 (V133)	8.9	8.2
	수술여부 (V ₁)		
	[수술한 경우 = 1 수술하지 않은 경우 = 0		
	연령 (AG73)		
	{ 0세 - 14세 15세 - 44세 45세 이상 D₁ 0 1 0 D₂ 0 0 1		

분석모형은 더미변수를 제외한 각 변수는 자연로그(ln) 값을 취하고 변수값이 0인 자료는 분석에서 제외하였으며, 입원진료비, 투약제비, 주사약제비, 실기행위료, 검사행위료의 회귀모형식은 아래와 같다.

$$\ln V70 = \beta_{10} + \beta_{11} \ln V2 + \beta_{12} \ln V99 + \beta_{13} \ln KV7 + \beta_{14} D_1 + \beta_{15} D_2 + \beta_{16} V_1 + \varepsilon_1 \dots\dots\dots (1)$$

$$\ln KV2 = \beta_{20} + \beta_{21} \ln V79 + \beta_{22} \ln V126 + \beta_{23} \ln KV7 + \beta_{24} D_1 + \beta_{25} D_2 + \beta_{26} V_1 + \varepsilon_2 \dots\dots\dots (2)$$

$$\ln V29 = \beta_{30} + \beta_{31} \ln V2 + \beta_{32} \ln V99 + \beta_{33} D_1 + \beta_{34} D_2 + \beta_{35} V_1 + \varepsilon_3 \dots\dots\dots (3)$$

$$\ln V67 = \beta_{40} + \beta_{41} \ln V2 + \beta_{42} \ln V99 + \beta_{43} \ln KV7 + \beta_{44} D_1 + \beta_{45} D_2 + \beta_{46} V_1 + \varepsilon_4 \dots\dots\dots (4)$$

$$\ln KV4 = \beta_{50} + \beta_{51} \ln V2 + \beta_{52} \ln V133 + \beta_{53} \ln KV7 + \beta_{54} V_1 + \varepsilon_5 \dots\dots\dots (5)$$

여기서 $\varepsilon_1, \varepsilon_2, \varepsilon_3, \varepsilon_4, \varepsilon_5$ 는 White Noise를 가정한 오차항을 말한다.

2.2 분석결과

(1) 입원진료비

입원진료비에 대한 회귀분석 결과는 < 표Ⅳ-20 > 과 같다. 이 모형에서 입원진료비를 결정해주는 설명변수는 입원일수, 전문의수, 의료장비수, 연령, 수술여부 등인데 $R^2 = 0.728$, $F = 6030.4$ 로서 입원진료비의 73%를 설명하고 있으므로 이 모형에 의한 통계치는 유의한 것으로 보인다.

입원진료비의 설명변수 중 가장 영향이 큰 것은 입원일수로서 탄력치가 0.86으로 나타났다. 그 다음으로는 의료장비수(0.151), 전문의수(0.107)이며 이들 변수는 사인이 모두 플러스(+)로 나타나 입원일수, 의료장비수 및 전문의수가 증가할수록 입원진료비는 증가한다고 추론

〈표Ⅳ-20〉 입원진료비에 대한 회귀분석 결과

		상 수	입원일수	전문의수	의료장비수	연 령	수술여부	$\bar{R}^2$	F	
전	체	9.586 (250.6)	0.861 (163.1)	0.107 (11.8)	0.151 (13.0)	0.237 (19.1)	0.285 (22.6)	0.376 (42.7)	0.728	6030.4
만 성 질 병		9.435 (126.4)	0.785 (85.8)	0.141 (8.4)	0.187 (9.0)	0.234 (8.4)	0.303 (7.6)	0.488 (24.1)	0.697	1773.4
성 인 병		9.969 (114.6)	0.791 (68.4)	0.214 (10.0)	0.089 (3.23)	-	-	0.498 (17.7)	0.684	1725.1
병 원		9.659 (96.4)	0.811 (73.5)	-0.035 (-1.66)	0.219 (8.40)	0.177 (5.41)	0.162 (4.73)	0.561 (27.1)	0.737	1049.3
종 합 병 원		9.854 (168.6)	0.874 (85.8)	0.099 (8.41)	0.099 (9.0)	0.263 (8.4)	0.299 (7.6)	0.349 (24.1)	0.731	3965.3
3 차진 료기관		10.472 (69.6)	0.896 (59.1)	0.002 (0.06)	0.078 (3.00)	0.178 (5.41)	0.265 (8.21)	0.276 (11.8)	0.627	697.5

* ()는 t값을 나타내며, $\bar{R}^2$ 는 조정결정계수이다.

할 수 있다. 더미변수는 수술여부가 연령보다는 입원진료비에 더 영향을 주는 것으로 나타났다. 연령별로는 44세 이하 보다는 45세 이상의 연령층의 회귀계수가 큰 것으로 나타남으로써 앞으로 노년층 인구의 증가에 따라 입원진료비는 계속 상승할 것으로 전망된다. 성인병의 경우에 전문의수가 많을수록 입원진료비에 주는 영향이 더 크다고 볼 수 있다.

입원일수는 모든 의료기관에서 입원진료비에 가장 큰 영향을 미치는 변수이며, 더미변수 중에서는 병원에서의 수술여부의 회귀계수가 0.561로 가장 크게 나타나서 앞의 기술적 분석에서와 같이 병원에서의 수술이 입원진료비를 높이는 변수임을 입증하고 있다. 그리고 병원에서는 45세 이상의 연령층보다 44세 이하의 연령층의 회귀계수가 높아서 병원의 진료비는 44세 이하 연령층의 영향을 더 크게 받는다는 점을 알 수 있다. 전문의수는 병원에서 부호가 마이너스(-)로 나와 있으나 유의하지 않고, 3차 진료기관에서도 유의하지 않은 것으로 나타났다.

(2) 투약제비

투약제비의 회귀분석 모형에서도 가격변수가 제외되어 있음에도 불구하고 $\bar{R}^2$ 의 값은 주사약제비의 경우보다 더 크게 나타나서 투약제비의 경우 가격변수의 영향이 덜 크다는 것을 추론하게 한다. 투약제비는 투약일수와 연령, 의사수가 유의한 설명변수가 되며, 수술여부는 투약제비에 큰 영향을 미치지 않고 있는 것으로 나타났다. 투약일수는 투약제비를 증가시키는데 탄력적이고 45세 이상의 연령층도 거의 탄력적으로 나타났다. 수술여부의 사인이 마이너스(-)로 나타났지만 유의한 정도는 아니었다. (〈표Ⅳ-21〉 참조)

(3) 주사약제비

주사약제비를 결정하는 설명변수는 〈표Ⅳ-22〉에서 보는 바와 같이

〈표Ⅳ-21〉 투약제비에 대한 회귀분석 결과

	상 수	투약일수	의 사 수	연 D1	령 D2	수술여부	$\bar{R}^2$	F
전 체	5.352 (250.6)	1.117 (163.1)	0.211 (19.1)	0.835 (19.1)	0.961 (22.6)	0.040 (42.7)	0.540	3035.0
만 성 질 병	5.257 (57.4)	1.196 (64.8)	0.877 (11.6)	0.877 (11.6)	1.076 (14.6)	-0.025 (-0.68)	0.546	1061.5
성 인 병	6.390 (114.6)	1.264 (68.4)	-	-	-	-0.052 (17.7)	0.534	1154.8
병 원	5.528 (43.1)	1.241 (19.9)	0.658 (9.01)	0.658 (9.01)	0.994 (12.9)	-	0.507	425.2
중 합 병 원	5.445 (99.6)	1.320 (45.5)	0.852 (30.0)	0.852 (30.0)	0.953 (32.0)	-	0.524	1852.2
3차진료기관	5.036 (19.8)	1.282 (24.0)	0.909 (14.4)	0.909 (14.4)	0.930 (14.9)	-	0.487	457.6

* ()는 t 값을 나타내며, $\bar{R}^2$ 는 조정결정계수이다.

입원일수, 의사수, 연령 및 수술여부 등이며, $\bar{R}^2 = 0.384$, $F = 2716$ 으로 이 모형에 의한 통계적 유의성이 있다고 보여진다.³⁾ 입원일수의 탄력치가 1.28로서 입원일수가 1% 증가할때 주사약제비는 1.3% 증가하는데, 이것은 입원일당 주사약제횟수가 많은데 기인하는 것으로 추론될 수 있다.

질병별로 만성질환 및 성인병의 수술여부의 회귀계수가 매우 크게 나타나서 만성질환이나 성인병으로 수술을 하는 경우 주사약제비에 매우 큰 영향을 미친다.

입원일수의 탄력도가 높은 것은 모든 의료기관에 공통적으로 해당되지만, 특히 종합병원의 입원일수 탄력치가 1.328로 가장 높게 나타났다. 수술여부의 회귀계수는 3차 진료기관에서 가장 높아서 의료기관 규모가 커질수록 수술로 인한 주사약제비가 높아지는 것을 보여주고 있다. 3차 진료기관에서의 45세 이상 연령층의 회귀계수는 상당히 높게 나타나서 45세 이상의 연령층이 3차 진료기관을 이용하는데 따른 주사약제비의 증가가 크다고 추론되어진다. 한편 병원에서 주사약제비와 의사수간에서는 마이너스(-)의 관계가 나타나지만 유의한 정도는 아니었다.

(4) 검사행위료

검사행위료를 결정하는 설명변수는 <표VI-23>에서 보는 바와 같이 입원일수, 의료장비수, 임상병리사수, 수술여부이며, $\bar{R}^2 = 0.374$, $F = 1922$ 로서 이 모형은 대체로 유의한 것으로 보여진다. 수술여부는 사인이 마이너스(-)로 나타나서 수술을 많이 할수록 검사행위료가 적어지는 것을 의미하며 바꾸어 말하면 검사를 많이 할수록 수술을 하는 비율은 낮아질 가능성을 시사하고 있다. 이같은 경향은 종합병원과 3차 진료기관에서 더 강하게 나타난다.

3) 그러나 주사약제의 가격변수가 고려되어 있지 않기 때문에 이 모형의 $\bar{R}^2$ 의 값이 작게 나타났을 가능성도 배제할 수 없다.

〈 표Ⅳ-22 〉 주사약제비에 대한 회귀분석 결과

	상 수	입원일수	의 사 수	연 D1	령 D2	수술여부	$\bar{R}^2$	F
전 체	7.568 (57.5)	1.276 (82.1)	0.121 (13.0)	0.326 (13.3)	0.484 (16.1)	0.622 (24.3)	0.384	2716.6
만 성 질 병	7.923 (79.8)	1.007 (29.9)	0.246 (13.6)	0.334 (2.58)	0.526 (4.19)	0.874 (15.5)	0.268	526.7
성 인 병	7.827 (29.7)	0.936 (26.7)	0.267 (4.13)	-	-	0.918 (10.8)	0.272	288.3
병 원	9.067 (23.8)	1.230 (27.5)	-0.133 (-1.98)	0.059 (0.62)	0.311 (3.11)	0.471 (6.82)	0.261	284.6
종 합 병 원	7.788 (108.3)	1.328 (70.2)	0.052 (3.34)	0.505 (11.8)	0.540 (12.3)	0.594 (19.5)	0.397	1883.1
3 차진료기관	7.281 (50.7)	1.126 (35.0)	0.281 (4.46)	0.670 (6.87)	0.839 (8.78)	0.821 (15.0)	0.406	471.1

* () 는 t 값을 나타내며, $\bar{R}^2$ 는 조정결정계수이다.

〈 표Ⅳ-23 〉 검사행위료에 대한 회귀분석 결과

	상 수	입원일수	의료장비수	임상병리 사 수	수술여부	$\bar{R}^2$	F
전 체	7.474 (94.1)	0.664 (68.2)	0.254 (11.8)	0.1870 (12.1)	-0.357 (-22.3)	0.374	1921.9
만 성 질 병	7.272 (64.0)	0.614 (44.3)	0.356 (11.6)	0.169 (7.59)	-0.085 (-2.78)	0.440	864.7
성 인 병	7.390 (64.0)	0.665 (39.7)	0.336 (9.18)	0.135 (5.27)	-0.022 (-0.56)	0.443	621.8
병 원	8.564 (47.6)	0.310 (14.4)	0.132 (1.08)	-	-0.047 (-1.21)	0.095	70.7
종 합 병 원	7.511 (58.0)	0.687 (55.3)	0.421 (5.94)	-	-0.372 (-19.6)	0.333	1414.7
3 차진 료기 관	6.788 (120.9)	0.672 (68.8)	0.479 (44.3)	-	-0.356 (-22.1)	0.367	2487.6

* ()는 t 값을 나타내며, $\bar{R}^2$ 는 조정결정계수이다.

따라서 검사행위료와 수술관련 비용중 어느 것이 입원진료비에 더 큰 영향을 미치는지, 혹은 어느 것을 통제하는 것이 더 비용절약적인지에 관해서는 심층적인 분석이 필요할 것이나 수술로 인한 진료비 상승요인이 더 크리라는 전제 하에서 수술률을 낮추기 위한 검사는 중시되어야 한다고 보여진다. 그러나 앞의 기술적분석에 의하면 검사횟수가 지나치게 많고 중복검사 등의 가능성도 높으므로 검사비로 인한 낭비요소도 최대한으로 억제해야 할 것이다.

또한 검사행위료에 영향을 미치는 변수인 입원일수는 병원보다는 종합병원과 3차 진료기관에서 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났고, 의료장비수도 병원에서는 유의하지 않지만 종합병원과 3차 진료기관에서는 약간 영향을 미치는 것으로 나타났다.

(5) 실기행위료

실기행위료를 결정하는 설명변수는 입원일수, 전문의수, 의료장비수, 연령, 수술여부인데 (〈표Ⅳ-24〉 참조) 입원일수와 수술여부의 영향이 큰 것으로 나타났고 전문의수의 탄력도는 매우 낮은 것으로 나타났다.

의료기관별로 볼때 앞 절에서 분석한 바와 같은 병원의 높은 실기행위료를 가장 잘 설명하는 변수는 수술여부로서 병원의 높은 수술률이 실기행위료에 큰 영향을 미침으로써 병원의 진료비를 상승시키는 요인으로 작용한다는 것을 입증해 주고 있다. 반면 종합병원과 3차진료기관에서의 수술로 인한 실기행위료의 증가는 병원보다 크지 않은 것으로 나타났다. 반면 입원일수가 실기행위료에 영향을 미치는 정도는 병원보다는 종합병원과 3차 진료기관에서 더 큰 것으로 나타났다.

〈 표Ⅳ-24 〉 실기행위 료에 대한 회귀분석 결 과

		상 수	입원일수	전문의수	의료장비수	연 D1	령 D2	수술여부	$\bar{R}^2$	F
전	체	8.743 (173.8)	0.730 (105.3)	0.063 (5.28)	0.164 (10.7)	0.217 (13.3)	0.144 (8.78)	0.694 (59.9)	0.578	3078.9
만	성 질 병	8.349 (92.3)	0.778 (70.1)	0.078 (3.89)	0.182 (7.32)	0.249 (5.0)	0.237 (4.9)	0.765 (31.3)	0.624	1274.6
성	인 병	8.400 (78.7)	0.790 (55.7)	0.133 (5.10)	0.168 (4.96)	-	-	0.837 (24.3)	0.620	1288.9
병	원	8.958 (59.7)	0.656 (39.7)	0.033 (1.03)	0.135 (3.45)	0.290 (5.93)	0.088 (1.73)	0.916 (29.5)	0.542	440.6
종	합 병 원	8.770 (112.7)	0.736 (86.4)	0.058 (3.19)	0.157 (7.42)	0.232 (12.1)	0.165 (8.45)	0.678 (48.6)	0.581	2026.0
3	차진료기관	8.830 (49.6)	0.806 (45.0)	0.050 (1.23)	0.153 (4.95)	0.079 (2.03)	0.082 (2.16)	0.541 (19.5)	0.526	461.5

* ()는 t 값을 나타내며, $\bar{R}^2$ 는 조정결정계수이다.

V . 의료수가제도의 개선*

행위별수가제는 대부분 선진국을 포함하여 세계적으로 널리 활용되고 있는 수가제도이긴 하나 급증하는 의료비 때문에 다수의 선진국에서는 비용 통제가 용이한 선불상환방식의 예산제, DGR, 또는 인두제 등에 점점 더 큰 비중을 두는 경향이 있음에 주목할 필요가 있을 것이다. 따라서 우리나라의 경우에도 의료보험 재정을 안정화 시켜나가기 위해서는 의료수가제도를 비롯, 관련제도의 개혁을 통하여 방만하게 늘어나고 있는 국민의료비를 안정적으로 관리해 나가는 것이 중요하다고 판단된다.

따라서 우리나라 의료수가제도의 특징적인 면모를 먼저 살펴본 다음, 수가에 영향을 주는 주요요인을 설명하고자 한다. 2절에서는 의료수가의 조정방식과 이 분야 연구동향에 대하여 국내외 사례와 문헌을 검토할 것이다. 이어서 3절에서는 우리나라 현행의료수가제도의 문제점을 해결하기 위한 합리적 접근방법에 관하여 논의한 다음, 4절에서는 의료보험재정의 안정을 위하여 의료수가 및 관련제도의 개선방안을 제시할 것이다.

1. 의료수가의 결정요인

1.1 우리나라의 의료수가제도

1977년 사회보험방식으로 근대적인 의료보험제도를 도입하면서 정부는 의료서비스에의 접근도를 높여나간다는 취지에서 당시 관행수가를 평균적으로 약 30% 정도 낮추어 의료보험수가를 책정하였다. 지도자의 결단에 힘입어 준비기간을 충분하게 지니지 못한 상태에서 제도도입을 서둘렀기 때문에 의료보험제도의 골격 뿐만 아니라 수가제도까지도 일본의 경험에 크게 의존한 바 있었다.

* 본 장은 한국개발연구원 권순원 연구위원이 직접 집필한 것임.

우리나라의 의료수가제도는 2,000여 개별서비스항목들에 대하여 가격을 책정하는 행위별수가제이다. 이는 본질적으로 비용에다 적정이윤을 가산한 총비용(full-cost) 또는 평균비용가격책정(average-cost-pricing) 방식인데 일명 “비용플러스가격책정(cost-plus pricing)”이라고 불리운다. 그런데 비용플러스가격책정은 총비용을 어떻게 산정하느냐와 적정이윤을 얼마만큼 인정하느냐 하는 문제때문에 실제적인 어려움에 당면하게 된다. 특히 의료서비스의 경우 이 두가지 문제는 개별항목에 대한 수가책정을 매우 어렵게 만들고 있다. 또한 이윤적인 관점에서도 비용플러스 가격책정방식은 먼저 최적의사결정에 사용되는 개념이 총비용이 아닌 한계비용이란 점, 그리고 수요사정을 감안하지 못한다는 점 등 두가지 이유로 비판을 받고 있다. 다만 전자의 비판은 의료서비스를 제공하는 의료기관이 규모에 대하여 불변(constant returns to scale)이라면 비용플러스가격이 한계비용과 동일하게 될 것이므로 면할 수 있을 것이지만 통상 그와 같은 가정은 성립하지 않는다고 보는 것이 정당한 견해일 것이다.

우리나라에서 행위별수가제는 전면적으로 실시되고 있는데 다만 보건기관이 제공하는 일부 서비스에 대하여 예외적으로 포괄수가제가 적용되고 있다.

[그림 V-1]에서 정리되고 있는 것처럼 우리나라의 의료수가는 의료보험과 산재보험 및 의료보호의 급여부문에 적용되는 의료보험수가와 이들의 비급여부문 및 자동차보험에 적용되는 일반수가로 구분된다. 일반수가는 사실상 의료기관이 설정하는 관행수가라고 평가되며 이에 비하여 훨씬 낮은수준에서 결정되는 의료보험수가는 주관부서인 보건사회부가 거의 매년 조정율을 고시하여 개정되고 있다. 과거 의료보호환자에게는 의료보험수가의 80%—90% 선으로 낮추어진 수가가 적용되어 왔으나, 1990년부터는 하나의 보험수가로 통합되기에 이르렀다. 이상에서의 설명을 통하여 짐작할 수 있겠지만 우리나라의 의료수가가 체

계적으로 개선·발전되어 왔느냐고 질문할 때 그렇지않다고 대답할 수밖에 없을 것이다. 수많은 서비스 항목에 대하여 생산비용 혹은 원가를 계산한 다음 여기에다 적정이윤을 부가하여 수가를 산정할 수는 없겠지만 적어도 그와 같은 원칙을 살려나가는 방향으로 수가체계를 다져왔었어야 했으나 본질적인 문제는 외면한 채 그해그해 의업비용의 인상요인에 대하여 사후적으로 조정해 주는 미봉책에 의존해 왔기 때문이다. 더우기 일반수가가 적용되는 의료보험의 비급여항목과 자동차보험 환자에 대한 의료기관의 선호경향은 정부가 그러한 방향으로 신호를 주고 있기 때문이다. 의사의 전문서비스에 대한 기술자료가 낮게 책정되어 있다는 불평 뿐만 아니라 일부 병원들이 의료보험 비급여항목의 하나인 각종검사와 약품을 통하여 수입을 극대화하려는 노력을 보여주고 있는 점 등에서 우리는 제의료서비스 항목간 상대가격의 구조적인 문제를 찾을 수 있을 것이다.

이와 관련하여 행위별수가제의 일반적 특성에 대하여 간단히 검토해 보기로 하자. 앞에서 설명한 바와 같이 행위별 수가제는 특히 의료공급자로 하여금 더 많은 서비스를 제공하려는 인센티브를 주게된다. 의료공급자들은 수입의 극대화에 관심을 두고 있으므로 다음 식을 생각해 보기로 한다.

$$\text{총수입} = \sum (P_a \cdot N_a), \quad \text{단, } a = 1, 2, \dots, n \text{임.}$$

여기서 P_a 는 i 인당 의료비(또는 수가), N_a 는 환자수, 그리고 a 는 의료서비스의 종류를 가리킨다.

[그림 V - 1] 우리나라의 의료수가체계 및 수가의 내용구분

대 상		수 가	비 고
자동차보험		일반수가	법적으로는 시장·도지사의 승인이 필요하나 사실상 의료기관이 결정
의료보험 (산재보험 및 의료보호)	비급여부분		
	급여부분	보험수가	보건사회부가 경제기획원과 협의후 조정하여 고시

- A. 의보수가
적용항목

1. 기본진료료

진찰료 : 초·재진

관리료 : 외래 병원·입원 및 환자관리료

2. 행 위 료

순수행위료

가산료

- B. 비급여항목

· 비급여 서비스항목

· 병실차액

· 특진료

· 기타

C. 포괄수가 (보건기관에 일부 적용)

사실상 우리나라의 민간병·의원들은 영리를 추구하는 기관이라고 간주될 수 있다. 이들의 입장에서 수가가 낮다고 판단되면 의료이용 즉, 환자수를 증가시키려는 노력이 있게 되고 관행수가를 인정받는 항목이 있을 경우 이를 최대한 활용하여 수입을 증가시키려는 움직임을 보여지게 된다. 이와같은 움직임은 우리나라의 현실에서 분명하게 드러나고 있으며 수가수준의 고저정도가 문제가 되겠지만 의사의 유도수요창출은 물론 남진이 행위별수가제하에서 조장되는 일반적인 경향이 있게 되는 것이다.

또한 후불상환과 연결되어 행위별수가제는 의료서비스를 적게 이용하는 집단으로부터 많이 이용하는 집단으로의 교차보조현상을 더욱 두드러지게 만들 가능성이 있다. 이는 의료이용에 있어서 질이나 강도를 높이려는 수급양측의 노력과 결부될 것이기 때문이다. 의료기관의 시설·장비면에서도 의료기관들이 경쟁적으로 고가의 기기를 도입한다든가 하여 과잉투자를 추구하는 추이가 있어 의료기관의 효율적 운영에 반유인을 주면서 총체적으로 의료비증가를 추진하는 비효율을 낳게 된다.¹⁾

1.2 의료수가의 결정요인

의료수가는 의료시장이 경쟁적이라면 기본적으로 수요·공급의 상호작용에 의해 결정된다. 잘 알려지고 있다시피 의료서비스시장은 경쟁적이지 못할 뿐만 아니라 공급자 주도시장으로써 지역적이긴 하나 독과점적 요소마저 띄게되는 경향이 있다. 더우기 의료보험의 보편화와 함께 의료서비스는 공공재 또는 권장재(merit good)로서 구실을 하게 되므로 통상 정부가 의료수가를 규제하는 것이 관례이다. 따라서

1) J.Rapoport et al., Understanding Health Economics, 1982의 8장 참조

정부는 가능하면 낮은 수준에서 수가를 유지하도록 하여 중·저소득층의 의료이용을 돕고자 노력하게 된다. 그러므로 의료수가는 일반적인 재화나 서비스의 경우처럼 시장에서 결정되는 가격이 아니며 오히려 정책변수로서 정부가 결정하는 가격이라고 볼 수 있다. 그렇다고해서 수가결정에 있어서 수요·공급의 상호작용에 의한 시장기능의 영향력을 결코 간과할 수는 없을 것인데 수가는 의료시장의 특수조건에다 사회보장으로서 의료보험제도의 특색, 의료보험의 재정사정, 정부의 물가정책, 의료기관의 수지상황, 국민의 부담능력 등이 종합적으로 고려되어 결정되는 관리가격이라고 부를 수 있을 것이다.

따라서 [그림Ⅴ-2]에서 보는 바와 같이 의료수가는 의료시장의 제특색과 다른 조건의 제약하에서 사회보장 의료보험정책의 특징(이를테면 국민들이 기본적인 의료서비스를 저렴하게 이용할 수 있도록 하는데 정책의 중점을 둔다든가 하는)에 의해서 영향을 받게 된다. 더우기 경제사회의 성장에 따라 의료이용자의 선호가 바뀌게 되고 의료기술이나 의학의 발전에 의해서 서비스조합이 변경될 수 있으므로 중·장기적으로 상대가격이 변동될 가능성이 크다. 그러므로 상대가격체계를 바로 잡아나가는 노력이 중요하다고 평가되는바 각 서비스항목 간의 상대가격에 영향을 주는 요인들도 장기적으로 수가결정에 중요한 역할을 한다고 볼 수 있다. 관리가격으로서 수가는 일반물가의 상승 등 인상요인이 발생할 경우 조정해 줄 필요가 있는데 수가의 조정은 직접적으로 의료기관의 수지에 영향을 주는 것 이외에도 일반물가, 의료보험재정, 정부의 의료보장을 위한 보조금 규모, 소비자와 국민경제의 부담능력 등과 상호관계를 지니며 영향을 주게 된다. 본 장에서는 이중에서도 수가와 의료보험재정과와의 관계를 중점적으로 다루게 될 것이다.

의료보험제도의 적용인구가 늘어나면서 의료보험재정의 안정과 관련하여 의료수가정책을 어떻게 펴 나갈 것인가가 점점 중요해지고 있다. 정부로서는 앞서 설명한 여러 요인들을 감안하여 가능하면 의료보험수

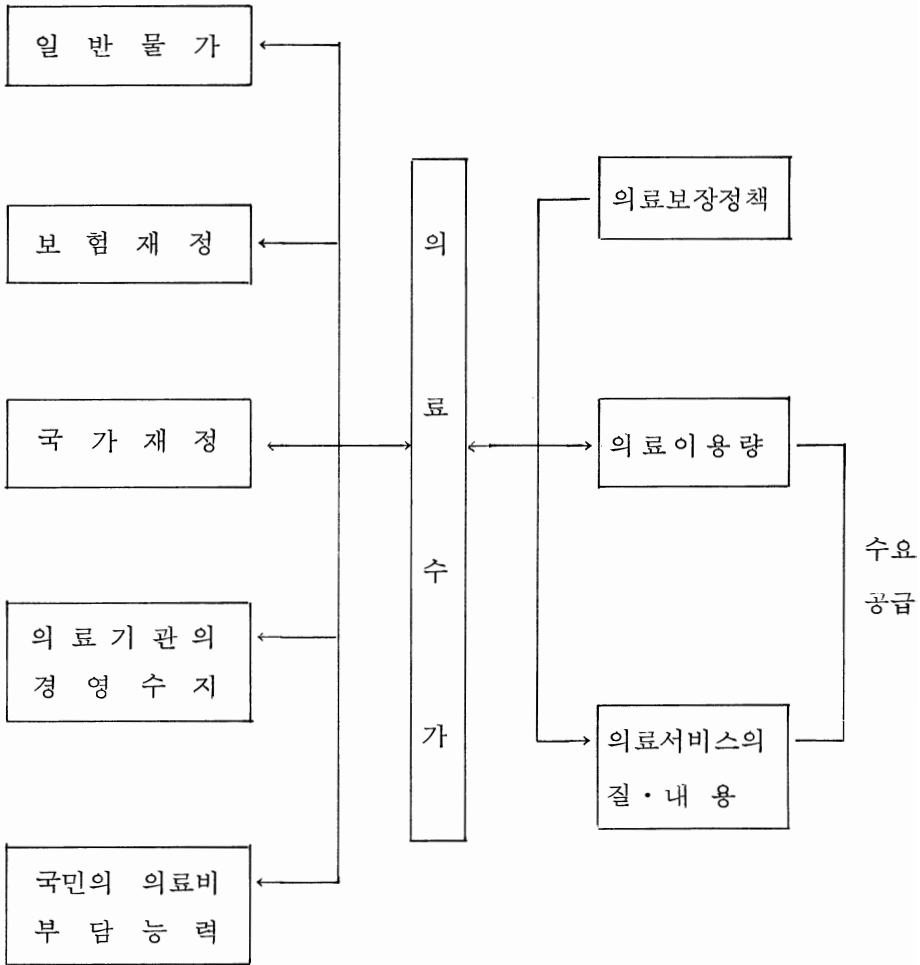
가를 낮게 유지하고자 노력하고 있는데 이는 의료이용자들에게 비용부담을 경감시켜 직접적인 혜택을 줄 수 있을 것이고 단기적으로 보험의료비 증가를 완만하게 하여 의료보험재정의 안정화에 기여할 수도 있을 것이다. 그러나 관리가격으로서 의료수가는 시장가격과 다르며 시간이 경과할수록 수요자와 공급자의 대응이 이루어지기 때문에 결과를 속단하기는 어렵다.

우선 수요면에서는 소비자의 의료이용형태가 문제가 되겠는데 수가를 낮게 책정하는 이점은 의료기관의 이용에 있어서 상대적으로 장벽을 낮추어 접근을 쉽게 해 준다는 것이다. 그러나 이와 관련하여 전국민 의료보험의 적용으로 앞으로 보는 바와 같이 실효가격이 낮아져 도덕적 위험이라고 불리우는 의료이용의 급증 현상이 일어나고 있다는 점이 아울러 고려될 필요가 있을 것이다. 또한 의료서비스에 대한 수요의 가격탄력성이 일반적으로 낮기 때문에 정도의 차이는 있겠지만 다른 조건이 같을 때 낮은 수가가 의료이용을 증가시키는 효과는 그만큼 제한적이며 우리나라 환자들이 일단 의료기관을 찾게되면 약이나 주사등을 요구하는 성향도 감안될 것이 요청된다.

무엇보다도 공급측면에서 의사들의 대응이 의료비 증가에 큰 영향을 미치고 있는데 의료서비스시장은 공급자가 주요한 의사결정을 내리는 공급자 주도시장이기 때문이다. 일단 설정된 관리가격이 만족스럽지 못하다고 판단될 경우 의료기관들은 전술한 바와 같이 수입극대화를 위한 노력을 기울이게 되어 의료보험 비급여 항목을 중심으로 불필요한 의료서비스의 제공 등 이용증가를 유도하게 된다.

이로써 의료비가 크게 불어나게 되면 보험재정에 압박을 주게 되는데 단기에 비하여 중·장기적으로 볼 때 이와같은 공급자의 대응현상이 두드러지게 나타나게 된다. 우리나라의 경험이 시사하는 바는 통상 의료보험가입후 1-2년 사이에 의료이용이 크게 불어나기 시작하여 이후 약 3-4년간 증가세가 지속되다가 그후부터는 점차 안정되는 모

[그림 V - 2] 의료수가와 관련변수



습을 보이고 있다.

따라서 가능한 한 수가를 낮은 수준으로 유지한다는 정책의 기본방향은

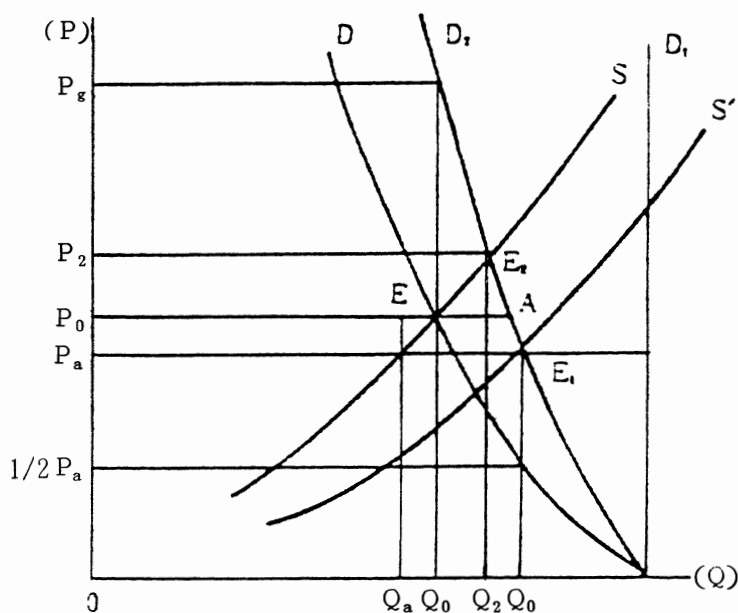
우리나라의 현재 여건에 비추어 바람직하다고 보여지나 원가와 수가를 비교하여 의료서비스 항목간에 상대적인 격차가 작게 나타나도록 상대수가체계를 수립하는 작업이 긴요하다고 평가된다. 이와 아울러 수급양면에서 의료이용 조장경향을 완화할 수 있는 제도적 장치가 요청된다고 보여진다. 후술하겠지만 비용 검토제도의 도입으로 의료의 이용자나 의료서비스의 공급자가 비용의식적일 때 의료시장의 효율제고는 물론 의료보험재정의 안정에도 이바지할 수 있을 것이기 때문이다.

구체적으로 우리나라 의료보험제도의 특색과 수가와와의 관계를 고찰해 보기로 한다. 이를테면 각종 의료서비스를 적절한 가중치를 주어 마치고한가지 서비스인 것처럼 집계할 수 있다고 가정할 경우 일정시점에서 각 가격수준에 대응하는 수요량과의 관계를 나타내는 수요곡선은 [그림 V-3]에서 D로 표시되고 S는 각 가격수준에서 의료기관들이 공급하고자 하는 의료서비스의 총량을 표시하는 공급곡선이 된다. 이때의 총비용은 (가격 * 수요량)으로 경쟁시장일 경우 이는 자원이용에 따른 기회비용을 반영한다고 설명된다.

의료보험 실시전에는 E에서 가격과 의료이용량이 결정되었으나 관리가격이 P_0 수준으로 낮추어져 다른 조건이 같다면 의료이용은 증가하게 된다. 이를테면 D곡선은 의료보험의 적용으로 의료비용을 본인과 제삼자(의료보험조합)가 반반씩 부담하는 경우를 나타내고 있는데 순전히 본인부담면에서 본다면 가격은 $1/2 P_0$ 수준으로 내려가게 되어 의료에 대한 수요는 종전의 Q_0 에서 Q_1 로 증가할 것이다. 제삼자가 지불하는 비율이 높으면 높을수록 수요곡선은 D근방으로 옮겨가게 되어 그만큼 수요량의 증대폭이 커지게 될 것이다.

이 경우 만일 공급이 즉시 대응하여 S' 로 증가될 수 있다면 P_1 는 새로운 균형가격이 될 수도 있을 것이다. 그러나 의사나 병원 등을 다른 생산요소로 대체하는 것은 무척 어렵고 의사의 양성이나 병원의 건립에는 많은 자금과 시간이 소요되며 또한 새로운 기술의 도입이나

[그림 V-3] 의료보험과 관리가격으로서의 수가



D = 일반수가하의 수요곡선

D_1 = 의료비용전액을 제 3자가 지불할 때의 수요곡선

D_2 = 의료보험 도입후 50%의 제 3자 지불이 있을때의 수요곡선 (병원 외래의 경우)

P_2 = 일반의료수가 (의료보험 시행전)

P_1 = 의료보험수가 수준

활용에도 오랜시간이 걸리므로 공급곡선을 이동시킬 만큼 매우 긴 시간을 허용하지 않는다면 공급은 당분간 고정되어 있다고 볼 수 있을 것이다. 결국 의료보험의 도입으로 수요의 D 로 옮겨가고 공급은 S 로 고

정된다면 상호작용에 의해 균형점은 E로 옮겨가게 되며, 그때의 가격과 수량은 모두 종전보다 올라간 P_2 와 Q_2 가 될 것이다. 만일 가격수준이 종전처럼 P_0 에 머물러 있어야 한다면 $E-A$ 만큼 초과수요가 발생하여 가격상승에 압력을 주게 될 것이다.

이와 같이 수요와 공급이 만나는 시장에서 성립되는 균형가격은 소비자, 생산자 모두에게 다음 행동을 위한 신호를 주어 자원배분의 기능을 수행하게 된다. 값이 오르면 소비자에게는 수요량을 줄이도록, 생산자에게는 생산을 늘리도록 유인을 제공하며, 값이 내려가면 반대방향으로 유인이 작용하게 된다. 그런데 의료시장은 상술한 바와 같이 시장의 실패로 적정 시장가격을 결정해 주지 못하고 있지만 기본적으로 가격제도야말로 인간이 창안한 가장 탁월한 자원배분수단이라는 평가를 항상 기억할 필요가 있을 것이다.

우리나라의 현행 의료보험제도의 경우를 보면 제도시행 후 균형점이 E에서 E_2 로 옮겨가지 못하고 있다. 정부는 더 많은 국민들에게 인센티브를 주어 의료의 이용률을 증진시키고 보험재정을 보호한다는 취지에서 일반수가(P_0)보다 낮은 수준에서 관리가격(P_a)으로 의료보험수가를 책정하였으므로 P_a 에서의 초과수요보다 훨씬 그 폭이 큰 $Q_a - Q_b$ 의 초과수요가 P_a 에서 발생하게 되었다. 이와 같이 수요에 비하여 공급이 상당히 부족하게 되면 비가격배분(non-price rationing)이 이루어지게 되는데 우리가 흔히 경험하는 바와 같이 의사를 만나기 위해 긴행렬을 짓는다든가, 병실을 얻기 위해 오랜 시일을 고대해야 한다든가, 서비스의 질 저하를 감수해야 한다든가, 특진과 일반진료의 이중구조²⁾를 형성한다든가 불요불급한 서비스가 추가된다거나 하는 등

2) 쉽게 이야기 하여 특진은 전문의진료, 일반진료는 비전문의진료 구분되는데 전자는 후자에 비하여 특진가산료가 붙어 훨씬 많은 비용을 발생시킴.

부작용이 발생하게 된다.

여기서 한가지 결정적으로 중요한 사실은 일반수가가 적용되는 서비스항목에 대해서는 다른 가격 결정방식이 적용된다는 점이다. 이들만 놓고 본다면 의료공급자는 일방적으로 가격결정자(price-setter)가 되어 P_2 가 아닌 P_g 의 가격수준에서 Q_0 만큼의 서비스를 제공함으로써 그들의 수입을 극대화 하려고 노력할 것이다.

이와 같이 이원적인 수가구조로 인하여 의료보험수가적용항목으로부터 일반수가적용항목으로 의료서비스가 전가되는 매우 바람직하지 못한 현상을 보이고 있음은 주지하는 바와 같다. 가입자가 공동으로 기금을 각출하여 개인에게 맡겨 놓을 경우 적정이하 수준으로 재원이 동원되는 의료부문의 재원조달문제의 심각성을 경감시켜 주는 매력적인 도구로서 형평과 보건의료의 조직화에 기여한다는 좋은 취지를 가지고 생성된 의료보험제도가 이와같은 교차보조현상을 심화시켜 의료비 증가를 촉진하고 있는 것이다.

보험료납부액을 무시한다고 할 때 보험수가적용항목의 평균수가수준은 $1/2 P_g$ 인 반면 일반수가적용항목의 그것은 P_g 가 되어 양자간에는 엄청난 괴리가 생기는 것이다. 따라서 병·의원측은 수가가 낮은 보험수가 적용서비스항목에 대해서는 감진으로 수입을 보충하려고 노력할 가능성이 있다. 이와 관련하여 의료공급자에게는 일반수가적용서비스의 제공을 선호하여 고가의 진료를 더 많이 공급하려는 유인이 작용하므로 의료비의 양등을 부채질하고 있기도 하다. 따라서 총체적인 의료이용량은 예상이상으로 빨리 증가되고 있으며 고가장비 또한 계속 늘어나 억제조치가 강구되지 않을 경우 국민의료비총액은 앞으로도 급격히 늘어날 전망이다.

2. 의료수가의 조정방식 및 관련연구

우리나라의 의료수가정책은 일종의 최고가격제에 의존하고 있다고 평가된다. 그런데 적정수준이하의 최고가격은 두가지 효과를 지니는데 그 하나는 초과수요를 창출하는 것이고 다른 하나는 암시장을 발생시킨다는 것이다. 앞서 지적한 바와 같이 의료보험의 실시로 실효가격이 크게 낮아지면서 의료이용이 크게 증대되고 있기 때문에 첫번째 초과수요 효과는 여기에 포함시켜서 생각할 수 있을 것이다. 두번째 암시장효과는 외래나 입원 필요가 있을 때 의료기관과 줄을 대어 편의를 도모하거나 입원실을 확보한다든가 수술이나 입원에 따른 상당액수의 사례비 지급이 공공연히 행하여지고 있다든가 특히 유명병원 외래창구앞의 긴 행렬등 암시장에서 전형적으로 보여지는 현상이 벌어지고 있기 때문에 가시적으로 나타나고 있다고 평가된다. 물론 이 모든 현상이 수가제도로 인하여 초래되는 것은 아니나 직간접적으로 관계가 깊다고 생각된다. 우리나라의 의료수가정책은 미봉책으로 일관해 왔다.

〈표V-1〉에서 알 수 있는 바와 같이 우리나라의 평균수가는 거의 매년 인상조정되어 왔는데 보건사회부는 관련연구기관에 용역을 주어 그 결과를 토대로 조정작업을 행한 바 있다. 따라서 보건사회부는 수가제도에 관한 근본적인 문제는 없다고 가정하거나 그 문제는 넘을 수 없는 산이라고 전제하고 의료기관의 원가인상율의 산정에 치중한 느낌이다. 그러므로 수가인상 작업의 기초가 된 연구보고서의 내용 또한 몇가지 예외를 제외하고는 표본의료기관의 재무비율분석과 수지분석등을 통하여 당해 연도 의료기관의 비용인상율을 산정하는 미시적인 작업에 치우쳐 왔다.

〈표V-1〉 연도별 의료수가지수와 물가지수의 추이

연 도	의료수가	도매물가	소비자물가	의 료 부 문 소비자물가	의료수가의 평균인상율(%)
1977	100.0	100.0	100.0	100.0	-
1978	100.0	111.8	114.5	111.0	-
1979	131.9	132.6	135.3	138.2	31.89
1980	157.5	184.3	174.1	176.6	19.4
1981	183.6	221.9	211.7	205.0	16.6
1982	196.6	232.1	226.7	223.2	7.1
1983	204.5	232.6	234.4	232.6	4.0
1984	204.5	234.2	239.8	234.7	-
1985	210.6	236.3	245.8	234.5	3.0
1986	216.9	232.8	252.7	243.4	3.0
1987	216.9	234.0	260.3	251.9	-
1988	243.4	240.3	278.8	268.3	12.2
1989	265.3	243.9	294.7	275.5	9.0
1990	283.9	246.3	305.0	279.9	7.0

자료 : 보험수가지수는 보사부, 『보건사회통계연보』, 1989 및 내부자료 ; 기타 지수는 경제기획원 조사통계국, 『한국통계월보』, 각 연도.

다만, 당시 한국인구보건연구원이 1985년 출간한 보고서에서 의료보험수가의 거시적 고찰이 부분적으로 행하여졌으나 이 연구에서도 그 중점을 의료기관의 경영수지분석과 원가분석에 두고 의료기관의 원가보진에 따른 수가조정율을 산정한 바 있다. 한국개발연구원(KDI)이

1989년 펴낸 보고서의 경우에도 보건사회부의 수문은 이전 보고서와 마찬가지로 수가의 적정조정을 산정하는 것이었다. 그러나 동 보고서는 중전의 연구가 의료기관에 대한 경영회계자료가 매우 불충분하여 신뢰할만한 연구결과를 제시할 수 없는 사정에도 불구하고 이들 정태적인 정보에 주로 의존하여 제한적인 시각에서 수가를 다루었다고 비판하고 <그림V-1>에서 보는 바 처럼 수가와 관련변수를 묶어 거시적인 분석에 중점을 두었다.

따라서 KDI 보고서에서는 수요와 공급 양면을 모두 고려하여 수가의 적정조정폭 산출과 의료기관의 경영합리화 노력에 초점을 맞추되 종래의 방법에서 진일보하여 수가와 이에 영향을 미치는 주요 경제사회변수간의 상호의존성을 감안, 보다 거시적인 시각에서 의료수가조정을 산정하는 모형을 개발함과 동시에 외국의 수가조정사례를 소개하는 등 수가조정 및 요양취급기관의 효율증진을 위해 유익한 정보를 줄 새로운 접근방법이 모색되었다. KDI 보고서의 수가조정산정에 사용된 주요수단으로는 미국과 일본에서 널리 활용되고 있는 복합지수(composite index, 줄여서 CI)를 들 수 있으며 주요 분석방법으로는 경영수지분석, 원가분석 이외에도 회귀분석, 자료포괄분석(data envelopment analysis), 그리고 국제수지 비교 등이 채용되었다. 더불어 수가와 관련변수를 묶어 시뮬레이션모형도 개발, 정책대안에 대한 효과의 비교분석을 행하였다. 동 보고서에서는 무엇보다도 상대수가체계 확립이라는 수가정책의 근본과제를 지적한 다음 미국의 상대가치연구(relative value studies)와 같은 기초자료의 정비, 그리고 의료기관 경영·회계자료의 표준화를 유도하여 일본의 병원부문별 원가계산 조사보고 같은 선행되어야 할 조사연구의 중요성을 강조함으로써 정책당국의 시각을 넓히려고 시도하였다. 이는 어디까지나 장기적이고 포괄적인 관점에서 의료이용의 편의, 의료기관의 육성을 도모할 수 있는 수가체계의 개발에 정책의 초점을 맞추도록 촉구하기 위한 시도의

하나이었다고 KDI 보고서는 밝히고 있다.

그렇다면 외국의 수가조정은 어떻게 이루어지고 있는가? 의료수가제도와 의료비보상제도가 국가마다 다르기 때문에 직접적인 비교가 곤란하나 참고로 서독, 네덜란드, 일본, 미국 등 주요국의 수가조정사례를 살펴보고자 한다.

먼저 서독의 경우 원칙적으로 의보조합(질병금고)이 자유롭게 의사협회(연합회나 지역협회)와 외래서비스에 대한 수가를 협의하여 조정하는 바 주로 의사인건비의 인상폭이 수가조정율에 큰 영향을 주는 경향이 있다. 외래의료비보상은 행위별수가제에 기초를 두고 있는데 현행수가체계는 1978년에 마련되었으며 그 후 보험자와 의사협회간의 협상을 통하여 수가구조가 개편되었고 다수항목에 대한 수가수준이 변경되어 왔다.³⁾

서독의 의보제도는 지방분권적이고 의보조합의 자치권이 충분히 고취되는 특성이 있기 때문에 같은 의료서비스에 대한 보상수준이 조합에 따라 다르게 결정되어 일반적으로 근로자들이 자영자들보다 높은 수가를 치루고 있다. 전국적으로 볼 때 서독은 복수수가제도를 지니고 있는 셈인데 제도간에 수가수준이 다를 뿐만 아니라 그만큼 의료서비스를 받기 위한 대기시간이나 환자와 의사의 관계도 다르게 나타나고 있다. 민간의보에 가입하고 있는 자에게는 공적의보의 수가보다 높은 법정수가가 적용되며 약가는 시장에서 형성되는 시장가에 의해 결정된다. 그리고 공적보건의료서비스의 가격에 대해서는 특별한 제도적 장치를 두고 있지 않으나 지방정부가 주로 운영비를 충당하고 있고 서비스

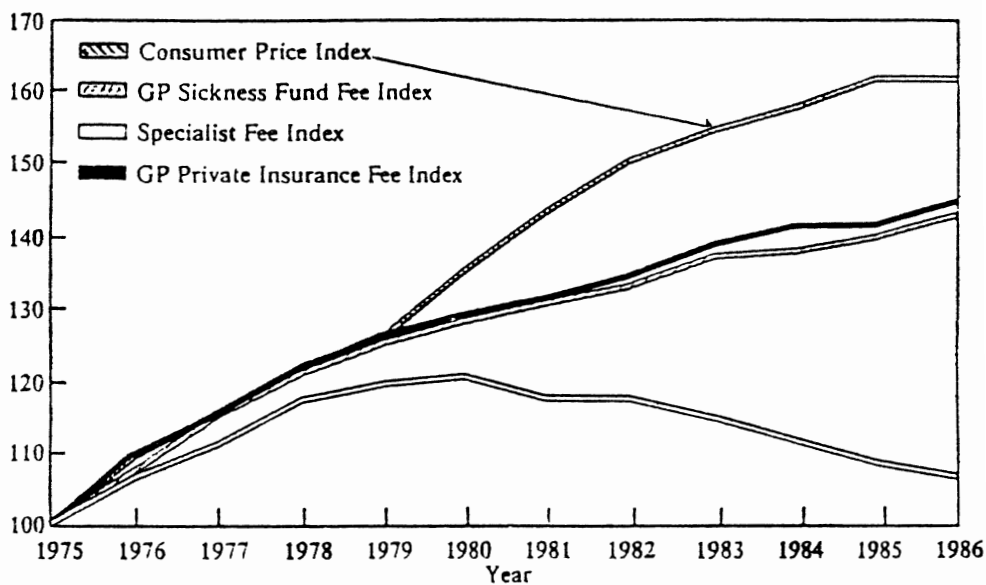
3) Klaus-Dirk Henke, "Objectives and Systems of Health Care and Health Care Policy", Policy Issues in Social Security: Papers and Discussions from the KDI/FES Joint Conference, 1989, Korea Development Institute 참조.

이용자들로부터 본인 직접부담분을 받아 일부 보진하고 있다.

네덜란드의 수가는 행위별수가제와 인두제로 이루어져있는데 수가는 일본이나 우리나라와 같이 정부가 결정하는 것이 아니라 이해당사자인 의료보험자(또는 민간보험회사)와 의료공급자(또는 병원)간의 협의에 의해 결정된다. 정부는 단지 이를 조정·수용하는 입장에 있을 뿐인데 중앙정부 고위공무원의 급여상승율과 물가상승율등이 수가조정율을 정할 때 주로 참조된다. 일반개업의의 진료에 대한 보수는 보험가입자의 유형에 따라 두가지 방식으로 산정되는데 법정보험가입자에 대해서는 인두제방식을 적용하고 있으며 민간보험가입자에 대해서는 전문의 경우와 동일하게 행위별수가제가 적용된다. 그러나 같은 행위별수가제라 하더라도 법정 및 민간보험가입자에게 적용되는 진료수가표가 각각 다르게 책정되어 있다. 법정보험가입자에게 적용되는 의료보험수가표는 입원진료의 경우 행위별수가를 기본으로 일종의 단기간의 인두제형식이 가미되어 있다. 민간보험가입자에게 적용되는 민간보험수가표는 순수한 행위별수가제로 각 진료서비스별로 책정된 수가를 합산하는 형식을 취하고 있다. 입원에 대한 진료보수는 환자의 입원일당 일정액을 기준으로 하였으나 1983년의 제도개선으로 전년도 진료비를 토대로 하여 당해년도 지출을 산정하는 병원예산제(hospital budgeting system)를 도입하여 병원진료비증가를 억제하려고 노력하고 있다.

그런데 네덜란드제도의 특징중 하나로 꼽을 수 있는 것으로 정부의 의사소득에 대한 강력한 통제를 들 수 있겠다. 본래 행위별수가제는 의사가 제공하는 진료서비스의 양에 따라 소득이 증가하게 되어 과잉진료행위가 발생한다는 단점을 지니고 있기 때문에 이를 억제하는 간접적인 대책으로 진료비 역진제도(regressive system)를 실시하고 있다. 각 의보조합은 전문의에게 연간진료비를 미리 지불한 뒤 연말에 가서 정산을 하고 전문의의 표준소득(norm income)과 비교하여 표준소득을 초과하는 전문의에 대해서는 재조정을 행하게 된다. 예

〔附圖 1〕 네덜란드의 醫療價格指數 推移



資料：Bradford L.Kirkman-Liff, “Cost Containment Physician Payment Methods in the Netherlands”, Inquiry, 26, 1989, P.475.

컨데 표준소득을 초과한 첫 30,000길더까지의 소득에 대해서는 초과 소득의 1/3을 환수하고, 30,000길더 이상의 초과소득에 대해서는 2/3를 환수함으로써 궁극적으로는 전문의의 소득이 일정수준 이상으로 증가하지 못하도록 반유인을 주고 있는 셈이다.

이와 같은 수가체제로 인하여 1980년 이후 일반개업의 및 전문의에 대한 수가증가율은 소비자물가 증가율에 비하여 크게 둔화되었으며, 특히 전문의 진료수가는 1986년의 경우 1980년에 비해 11.7%나 하락한 것으로 기록되고 있다. 또한 의사소득이나 의사 1인당 평균진료비도 1980년 이후 크게 감소한 것으로 나타나 결국 가격상승요인에 의한 의료비의 증가를 억제하는데 상당한 효과를 보여주었다고 판단된다.

일본의 수가조정방식은 우리와 유사한 양상을 보여주고 있으나 일반 물가가 안정되어 있고 약가를 지속적으로 인상시키고 있어 주로 인건비 상승분에 대한 보진이 전체 수가인상율에 크게 영향을 주게 된다. 또한 일본의 수가표는 기술료를 중시한 수가체제로 주로 병원이 선택하는 갑표와 상대적으로 투약료와 주사료에 높은 비중을 두어 주로 의원이나 소규모병원이 선호하는 을표의 두가지 다른 점수표를 작성하여 병·의원으로 하여금 선택의 기회를 주고 있다. 이와 관련하여 최근 일본의 사협회의 수가조정관련 건의내용을 보면 복합지수방법에 기초를 두고 있음을 알 수 있는데 4) 이 방법에 대해서는 앞으로 상술할 것이다.

미국의 경우에는 의보제도가 민간보험 위주로 되어있고 주에 따라서 의료비의 보진이나 수가산정방식이 다르나 의료비 억제를 위하여 비용 검토제도(cost review system)를 도입하고 있는 점은 공통적이다. 대표적으로 뉴욕주의 경우와 매사추세츠주의 경우를 살펴 보기로 한다.

4) 일본증상사회보험의료협의회, 『物價、人件費等の上昇に對錄する診療報酬の緊急 是正について(要望)』, 1987 참조.

먼저 뉴욕주의 의료수가는 일련의 복잡한 공식과 추세요인에 근거를 두고 결정되는데 여기서 수가는 청십자의보와 의료보호환자에게 적용되는 것으로 뉴욕주 총병원수입의 약 50%에 해당하는 금액에 영향을 주게 된다. 뉴욕주의 병원들은 일단 병상수, 서비스종류 및 의대부속병원여부 등 기준에 따라서 비교 가능한 몇 그룹으로 분류된다. 다음으로 각 그룹의 진료비평균치를 25%이상 상회하거나 25%이상 하회하는 병원들을 제외한 후 진료비평균치(조정평균치)를 그룹별로 다시 산출하여 이를 기준으로 의료비가 지불되는 것이다. 만약 합당한 이유가 있다면 그 수준보다 높은 보상을 받을 수 있지만 원칙적으로 조정평균치를 넘는 진료비를 기록한 병원은 보상에서 제외된다. 또한 진료과목별로 목표병상가동율을 달성하지 못한 병원에 대해서는 벌칙이 적용된다.⁵⁾

뉴욕주에서는 각 병원마다 일당진료비를 결정하는 공식을 적용하는데 기본 비용계산에 추세요인을 추가하게 된다. 기본비용은 현 년도의 추정비용과 지난 해의 실제비용을 근거로 계산되며 추세요인은 물가상승을 반영하여 기본비용을 보진하게 된다.

미국의 매사추세츠주 보험단체는 주병원협회와 공동으로 병원수가협정에 의거 복합지수(CI)를 개발한 바 있다. CI는 인플레이션압력이 병원비용에 주는 효과를 측정하기 위하여 고안된 새로운 관리도구로서 제 1차 목적은 각 병원의 특색과 병원비용에 영향을 주는 경제동향에 기초하여 비용조정한도(cost threshold)를 설정하고 이에 근거하여

5) Alan L. Sorkin, Health Care and the Changing Economic Environment, Lexington Books, 1986
참조.

진료비를 지불하는데 있다.⁶⁾ 따라서 CI가 건설적으로 활용된다면 병원의 책임있는 경영을 고취하고, 제공하는 의료서비스의 질을 훼손시키지 않으면서 의료비의 증가율을 억제한다는 보험자와 병원측의 공동목표를 달성하는데 도움이 될 것으로 판단된다. 그런데 CI방식은 (1) 병원비용의 구분 (2) 개인비용에 대한 가중치부여 및 (3) 각 비용항목과 관련하여 연간 가격상승율(또는 하락율)을 적절하게 측정하는 경제지표의 선정 등으로 구성되는 모형이다. 그러므로 병원의 비용을 몇가지 항목으로 분류하여 적절한 경제지표를 사용할 수 있도록 고안하는 일이 중요하며 이를 기준으로 비용조정을 위한 한계를 설정하여 비용변동폭을 계산하게 된다.

당시 매사추세츠주에서 채택한 방식을 보면 병원비용을 (1) 급여 및 후생 (2) 원재료구입 (3) 전기·가스·수도 (4) 서비스구입 (5) 감가상각 및 리스장비 (6) 지불이자 (7) 기타비용 등 7대비목으로 구분하고 있는데 병원형태, 규모, 지역 등을 감안하여 다른 가중치를 적용하게 된다.

CI는 수가조정 목적이외에도 연중 일반물가수준보다 빨리 상승하는 병원비용항목을 관측하고 식별하는데 사용될 수 있어 적절한 대응책을 강구하게 된다. CI는 연초에 당해년도의 일본물가상승이 병원비용에 줄 충격을 예측할 수 있게 도와줄 수도 있을 것인데 병원비용에 대한 외부영향의 정도가 적절하게 예견될 수 있을 때 가능할 것이다.

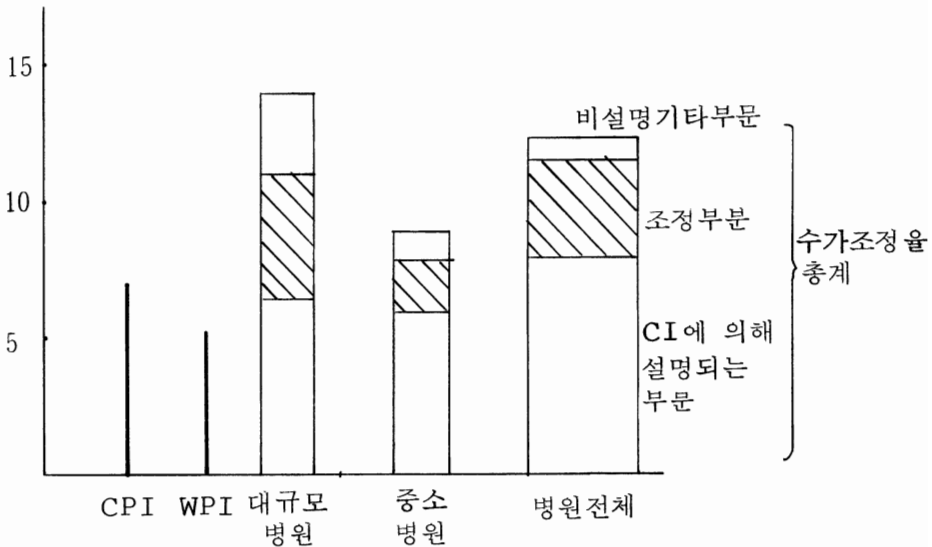
그런데 CI의 가장 중요한 목표는 의료비절감으로 요약된다. 보험자와 병의원이 공동으로 노력하여 급증하는 의료비를 안정시키고자 도입된 일종의 합의제의 산물이라고 보여진다. 여러가지 이유로 병원비용이

6) Laurence B. Berger and Paul R. Sullivan, Measuring Hospital Inflation, Lexington Books, 1975 참조.

상승할 수 있겠지만 합의제하에 있어서 CI의 역할은 경제일반의 인플레이션과 관련된 비용상승요인을 주로 측정하는 것이다. 그러나 제도변화등으로 비용상승요인이 인정될 경우 [그림 V-4]에서 보는 것처럼 추가적으로 상향조정되기도 한다. 요컨대 CI는 의료서비스에 사용되는 재원을 종전보다 비용효과적이고 효율적으로 만드는 노력에 있어서 중요한 진일보를 의미한다고 평가된다.

이 방식을 실제로 검증해 보더라도 CI는 의료비용증가와 관련, 상한선을 산정함에 있어 상대적으로 쉽게 행할 수 있는 방법임이 확인되고 있으며 의료비 추이의 예측에도 중요한 역할을 수행한다고 판명되었다. 따라서 CI는 매우 값어치 있는 도구로 지적되고 있다.

[그림 V-4] 복합지수의 효과(예시)



주 : CPI는 소비자물가지수 ; WPI는 도매물가지수임.

자료 : Berger and Sullivan, Measuring Hospital Inflation 의
[그림 p-1]을 수정하여 예시함.

이미 누차 지적한 바 있지만 일단 상대가격의 격차문제가 심각하지 않다고 할 때 CI를 이용하는 수가조정을 산정방식이 효과적이라고 생각된다. 그렇다면 상대수가가 체계화되어 있지 않다면 어떤 노력이 필요한가? 이 질문에 대하여 캘리포니아 의사협회가 집대성한 상대가치 연구⁷⁾가 좋은 참고가 될 것이다.

캘리포니아 의사협회는 상대수가의 체계화를 위해 각종 서비스항목에 대하여 회원이 점수로 제시한 상대가치를 합산한 다음 극단적으로 크다든가 적다든가 하는 예외적인 수치를 제외한 합산점수를 가지고 평균치를 계산하여 상대수가의 근거로 삼았다. 여기서 원가계산이 비교적 쉬운 몇가지 서비스항목에 대하여 점수당 단가가 산정될 수 있을 것이고 산술평균을 하든 어떤 다른 방식이든 전 서비스항목에 적용될 수 있는 점수당 가격단위를 확정지을 수 있을 것이다.

이렇게 하여 서비스항목간 상대가격의 격차를 해소할 수 있다면 상대가격의 차이로 인한 의료서비스제공상의 비효율과 낭비요인을 줄여나갈 수 있을 것이다.

3. 의료수가의 개선을 위한 합리적 접근방법

3.1 기본방향 : 장기적 접근방법

우리나라의 의료수가제도에 대해서는 사회보험방식의 의료보험제도가 도입실시된 이후 “어떤 근거에서 수가를 적정폭으로 조정하느냐”가 논란의 초점이 되고 있다. 지금까지는 의료보험확대를 통해 의료이용의 원활화를 기하는데 정책의 역점이 두어졌었고 의료보험 요양취급기관의 육성·발전 등 공급측면에 대해서는 충분한 관심을 기울이지 않았기 때문에 의료수가의 조정은 항상 의료계의 가장 큰 관심사가 되고 있다.

그러나 현행수가체계가 불합리하다는 본질적인 문제를 직시하여 상대

7) California Medical Association, California Relative Value Studies 1975, 참조.

수가 체계의 개선방안을 마련하는 것이 무엇보다도 중요하다고 판단된다. 이로써 의료기관의 경영합리화를 유도할 수 있어 의료서비스의 수요와 공급을 효과적으로 연결하고 낭비되고 있는 의료보험재정의 상당부분을 절감할 수 있을 것이다. 의료수가는 국민들이 필요로 하는 의료서비스를 적절한 수준에서 이용할 수 있도록 도와줄 수 있어야 하나 국민경제의 부담능력에 맞게 서비스양과 질이 유지되도록 책정되어야 할 것이다. 이와 함께 수가는 의료기관으로 하여금 낭비요인을 줄이면서 가능한 한 저렴한 비용으로 필요한 의료를 제공하도록 유인을 줄 수 있어야 하며 다른 한편으로 서비스제공에 대한 적절한 보상이 보장되도록 체계화 될 것이 요청된다. 다시 말해서 적정수가는 “효율적인 의료서비스생산을 조장할 수 있는 선”에서 결정되도록 유도될 필요가 있다. 구체적으로 수가는 인플레이션을 줄일 수 있고 의료보험제도에 참여하는 병·의원을 고취할 수 있으며 지역별, 의료기관 규모별 분포의 문제점을 개선할 수 있고 기본적 의료서비스 중심으로 비용효과적(이른바 입원보다는 외래를 유도하는)인 의료공급체계를 지향하는 방향으로 조정될 것이 요청된다. 그러므로 수가조정당국은 적정수가와 관련하여 (1) 비용절감 (2) 의료서비스의 접근성 제고 및 (3) 의료질의 유지라는 3가지 원칙을 살려 나갈 수 있도록 원가보진과 이용억제에 중점을 두어야 할 것이다. 따라서 무리하게 수가수준을 낮게만 유지하기보다는 가능한 범위 내에서 원가에 근거하여 상대수가 체계를 개선해 나가는데 수가정책의 초점을 맞추어야 할 것이다. 기술료 등 상대적으로 저위에 있는 수가항목을 단계적으로 현실화함과 아울러 특진 등 의료제공에 있어서 과행성과 각종 불필요한 검사의 청구등 과다이용 유도행위를 해소할 수 있도록 유인을 주어야 할 것이다.

정책당국이 수가체계의 개선·발전을 도모하려면 이 분야에 대한 자료원개발과 정보의 질적향상을 선결과제로 생각하고 규모가 큰 의료기관부터 자발적 참여를 유도하여 회계제도의 표준화를 기하고 상대가치

연구와 원가조사 및 분석이 이루어질 수 있도록 기반을 다져나갈 필요가 있을 것이다. 이와 같은 객관적 정보가 없거나 불충분할 경우 경영·회계분석과 이에 기초를 둔 연구결과는 신뢰를 받을 수 없을 것이기 때문이다.

3.2 단기적 방안

(1) 현행 의료비 지불제도를 유지하는 이상 일본의 경우처럼 갑·을 등 두가지 진료수가표를 만들어 병원과 의원이 선택할 수 있도록 개선 조치가 요망된다.

(2) 현행 수가종목 가운데서 상대적으로 매우 낮게 책정되어 있다고 알려진 종목에 대해서는 상대적으로 높은 조정율을 적용하여 1차적으로 상대수가 체계의 개선을 기하고 근본적인 개선은 지금부터 병원협회, 대학의학협회 및 관련학자 등으로 실무작업반을 구성하여 장기적으로 실현시켜 나가는 방향이 바람직하다고 보여진다. 예를들면 입원실료, 내시경검사, 미세수술료, 치과의 신경치료 등이 낮은 종목으로 손꼽힌다.

(3) 기술적으로나 행정적으로 당장은 어렵겠지만 진료시간과 난이도를 감안하여 진료과목별로 진찰료의 차등적용이 바람직하다. 이는 객관성 있는 상대가치연구가 행하여 진다면 당장 실현가능할 것이라고 판단된다. 또한 일본의 경우처럼 22시-06시 사이의 심야진료에는 상대적으로 높은 가산율을 인정하여 보상수준을 인상할 필요가 있을 것이다.

(4) 과별서비스의 특수성이 인정되는 경우 고려할 사항으로는 이를 테면 방사선과 진료에 대한 피폭위험수당 신설이나, 마취과에 있어서 특수마취에 대한 가산율인정 및 의원급 수술의 경우 마취의사 초빙료 신설에 대한 신중한 검토가 요청된다.

(5) CT스캐너 혹은 초음파검사 등 고가장비이용이나 보철 등 고액진료비에 대한 전액본인부담조건의 보험수가 적용방침에 대해서는 오

히려 비교적 높은 수준의 일정액공제제(deductibles)를 도입하여 이용을 억제하는 대안에 대한 검토가 요구된다.

(6) 치과의 경우에는 보철등 비급여부분이 수입에 있어서 큰 몫을 차지하고 있다. 치과서비스는 일반의료서비스에 비하여 상대적으로 가격탄력성 및 소득탄력성이 높기 때문에 앞으로 이용율이 착실하게 늘어날 것으로 보이므로 수입 역시 안정적으로 증가할 것으로 보인다. 다만 일반병원과 동일하게 책정되어 있는 진찰료는 처치시간이 긴 점을 감안하여 상향조정될 필요가 있을 것이다.

(7) 약국의 의보참여율이 낮기 때문에 조제료 인상과 본인부담을 인하를 계획하고 있으나 현재방식에 의한 개국약사의 의보참여는 지금까지의 관행을 인정한 제도일 뿐 근본적인 개선책이 될 수 없으므로 완전의약분업이 조기에 실시될 수 있도록 정책당국의 결단이 요망된다.

(8) 한방의료는 아직 제대로 정착되지 못하여 의보급여에서 차지하는 비중이 매우 낮고 기술료인 침구, 부항에 대한 수가가 낮은 수준이며 매약이 급여대상에서 제외되어 있다. 물론 한방의료 자체의 구조적인 문제점 때문에 과학화, 합리화가 늦어지고 있는 바 이를 개선하기 위한 연구가 시급하다고 판단된다.

4. 의료수가 및 관련제도의 개선방안 : 의료협 재정안정화 측면에서

앞절의 설명에서 의료비증가를 효과적으로 제어하기 위해서 상대가치연구의 기초를 둔 수가제도의 개혁과 관련제도의 개선이 필요하다는 점이 강조되었다. 이와 같이 상대가치연구가 전제가 된다면 각 수가항목에 대한 상대가치수가가 밝혀진 상황에서 수가항목별 원가계산은 보다 쉽게 이루어질 수 있을 것이고, 따라서 상대수가체계의 문제는 합당하게 개선될 수 있을 것으로 판단된다. 각종 의료서비스 단위에 대한 가

격이 합리적으로 조정될 수 있을 때, 한편으로 건전한 의료서비스 제공행태의 정립을 유도할 수 있을 것이며 다른 한편으로 의료기관으로 하여금 합리적인 기준에 근거하여 원가절감 노력을 전개하여 경영합리화에 박차를 가하도록 촉구할 수 있을 것이다. 결국 이와 같은 노력으로 의료서비스의 이용 및 제공양면에 걸쳐서 낭비요인을 줄일 수 있게 된다면 의료보험 비용의 절약에 큰 도움이 될 것이다.

늘어나는 의료보험의 재정규모를 안정적으로 관리하려고 시도할 때 가장 중요한 과제는 의사, 병원 및 기타 의료공급자들에게 지불되는 보상금액이 급속하게 늘어나지 않도록 억제하는 것이다. 그런데 이미 서비스가 제공되기도 전에 특정서비스에 대한 금액이 산정되어 수가로 고정되어 있기 때문에 효율적인 수가 체계의 확립이 요청되고 있는 것이다. 한국에서는 일본의 경우와 마찬가지로 의료공급자에게 임상이나 재무측면에서 상당한 정도의 자유가 주어지고 있다. 이와 같은 환경에서 그들의 행태를 바람직한 방향으로 이끌어주기 위한 한가지 효과적인 방도는 그들이 제공하는 서비스에 대한 수가를 적절하게 조정해 주는 것이다.

우리나라의 행위별수가제도는 비록 의료서비스의 개별성을 살릴 수 있다는 장점을 지니고 있으나 미국의 DGR이나 건당기준의 병원비보상방식 그리고 유럽제국의 병원예산제에 비하여 효율성 증진을 위한 유인 제공에 실패하고 있어 의료보험 재정을 불안정하게 만들고 있다.

(〈표V-2〉참조)

그런데 의료비 인플레이션을 효과적으로 제어하기 위해서는 적정수가의 설정만으로는 불충분하며 병원을 중심으로 의료기관의 효율적 운영이 요청된다. 미국이나 서독등 선진국의 의료기관처럼 행정과 의료가 분리되어 있고 상호독립적으로 업무를 수행하는 경우 의사의 활동을 관찰(monitor)하고 병원의 운영비를 제어하기가 용이하다. 그러나 이와는 반대로 한국과 일본에서는 의료와 행정이 혼합되어 있어 비용

〈표 V-2〉 선불제 지불단위와 병원실적의 변화

	a.총액 예산제	b.과별 예산제	c. 인두제	d. 건당제	e. 일당제	f. 개별서비스 기 준 제
1. 치료건수	-	-	-	+	+	+
2. 서비스조합	-	-	-	-	+	+
3. 입원기간	-	-	-	-	-	+
4. 서비스강도	-	-	-	-	-	+
5. 서비스범위	-	-	-	-	-	+
6. 서비스환경	-	-	-	-	-	-
7. 의료의 질	-	-	-	-	-	-
8. 효 율	+	+	+	+	+	+
9. 투입물 가격	-	-	-	-	-	-
10. 인적 ·물적 자원에 대한 투자	-	-	-	-	-	-

1): +는 정의 효과, -는 부의 효과를 가리킴

자료 : Rapoport et al., Understanding Health Economics, P.339.

낭비적인 병원운영패턴을 보여주고 있기 때문에 비용검토제도 등 비용절감을 위한 제도적 장치가 도입되기 위해서도 병원 의사들이 의료분야에만 전념할 수 있도록 병원운영의 체질개선이 요구되고 있다.

또 한가지 고려되어야 할 점은 의료부문의 동태적인 요소와 연관된다. 의료비의 안정화와 각 서비스항목별로 상대가치체계를 유지할 수 있도록 적정수가를 책정하는 일은 결코 쉽지 않은데 의학의 급속한 발전에 따라 새로운 치료과정과 신약이 개발되고 있기 때문이다. 이에 발

맞추어 고성능·고가의 의료기기가 고안되고 있고 의료기관의 경쟁적인 구매를 자극함으로써 미국의 필요증명서(certificate-of-need) 같은 고가장비의 구매제한 조치가 강력하게 취해지지 않는 한 적정수가 수준 자체를 부단히 치켜올릴 것으로 보인다. 정책당국이 분명히 인식해야 할 것은 수가의 조정만으로는 의료비 급등현상이나 의료자원의 낭비현상을 효과적으로 제어할 수 없을 것이라는 점이다. 한국의 행위별수가제 하에서 의료공급자들의 자유기업활동은 효율적인 서비스제공보다는 의료기관이나 의사들간의 협업 및 분업체계를 도모하지 않으면서도 장비나 시설을 중복해서 장치하고 서비스를 낭비적으로 제공하면서 과다경쟁을 조장하고 있기 때문이다. 이와 관련하여 요구되는 것은 의·약분업 그리고 의료전달체계의 정착을 달성하여 전반적인 의료공급자의 효율을 높혀 나가는 일이라고 생각된다.

요컨대 단기적으로 특진제도나 기술료의 수준이 낮은 것 등 수가제도의 불합리성을 시정하고 장기적으로는 서비스 항목간 상대 가치를 근간으로 하는 수가체계를 확립하는 한편 진료비보상방법을 선불상환제로 전환해 나가야 할 것이다.

이와 함께 의료기관에서의 의료와 행정의 분리, 의약분업, 의료전달체계의 정착 등을 유도하여 의료시장에서의 효율성을 증진시킬 때 의료공급자나 이용자가 비용을 의식하게 되어 국민의료비 증가율을 안정적으로 유지할 수 있을 것이다. 이로써 의료기관에서는 내부비용 통제를 원활하게 추진할 수 있을 것이며 의료보험자는 의료기관이 요구하는 보상에 대한 비용검토를 제도화할 수 있을 것이기 때문이다. 따라서 비용효과적으로 운영되는 의료기관은 더 많은 보상을 받을 수 있겠지만 그렇지 못한 의료기관은 방만한 운영에 따른 비효율로 적자를 면하기 어려울 것이다.

Ⅵ. 진료비 상승억제 방안

이 장에서는 앞에서 분석된 바 있는 진료비 상승요인들을 기초로 하여 진료비 상승억제방안을 주로 수요측면과 공급측면, 그리고 의료수가제의 측면에서 제시해 보고자 한다.

1. 수요측면

1.1 질병예방 및 건강교육의 실시

연령구조별 분석을 통해 볼때 45세이상 연령층은 진료비 상승요인과 관련하여 가장 주목할만한 연령층이다. IV장의 횡단면 다중회귀분석 결과에서도 45세이상 연령층은 입원진료비의 주요 설명변수로 등장한다. 이 연령층은 진료건수 구성비에 비해 진료비 구성비가 높아서 1989년 현재 45-54세, 55-64세, 65세 이상의 진료건수 구성비는 각각 9.8%, 6.1%, 4.6%인데 비해 진료비 구성비는 15%, 11.7%, 8.3%나 되고 있다. 이렇게 진료비 구성비가 높다는 것은 이 연령층의 건당진료비가 높다는 것을 의미하며, 특히 입원수진율, 입원건당 내원일수, 내원일당 진료비가 모두 높아서 진료비를 상승시키고 있음을 의미한다. 45-64세의 전체 입원진료건수 중 건당진료비가 50만원을 초과하는 진료건수의 비율이 30%나 되는 것은 이러한 현상을 잘 설명해준다.

45세 이상 연령층의 주요질병은 외래의 경우 위염 및 십이지장염, 본태성고혈압, 입원은 만성간질환 및 경변, 당뇨병, 만성신부전, 위의 악성신생물, 본태성고혈압, 백내장, 뇌동맥폐색 등과 같은 만성질환이며 당뇨병의 경우 연령이 높아질수록 건당진료비가 높아지는 경향을 보인다. 이 연령층의 만성질환의 비율은 점점 증가하고 있는데, 45-54세의 경우 1985년의 만성질환 진료건수 비율이 39.5%였는데 비해 1989년에는 50.4%로 증가했고 55-64세는 42.5%에서 55.9%로 증가했다.

이 연령층의 의료기관 선택이 전체진료비에 미치는 영향은 큰데, 낮은 연령층일수록 의원을 이용하는 경향이 증가하는데 비해 45세 이상 연령층은 종합병원과 병원, 그 중에서도 종합병원을 이용하는 경향이 두드러져서 55세 이상의 경우 외래 진료건수의 20.6%가 종합병원을 이용함으로써 모든 연령층 중 종합병원 이용율이 가장 높은 것으로 나타난다. 이같은 경향은 이 연령층의 주요질병이 만성질환인데서 오는 것으로 특히 위의 악성신생물, 만성신부전 등으로 인한 종합병원 이용율이 높다.

그런데 이 연령층의 인구구성비는 1990년에 45-54세가 9.94%, 55-64세가 6.44%, 65세 이상이 4.73%인데 비해 2000년에는 각각 11.46%, 8.23%, 6.35%로 증가할 것으로 추계됨으로써 이 연령층의 질병구조 및 의료기관 선택경향 등을 감안할때 진료비 상승에 가장 큰 영향을 미칠 것으로 전망된다.

따라서 이 연령층의 만성질환에 대한 다양한 대책이 요구된다. 특히 앞의 연구결과에 의하면 35-44세의 만성질환 비율이 매우 높고(1989년 현재 40.1%) 또 빠른 속도로 증가하는 추세이다. 따라서 이들이 45세 이상의 중년층이 되거나 혹은 노인인구가 되는 시점에 이르면 진료비 상승율은 더욱 높아질 것으로 예측된다.

따라서 만성질환의 발생율을 줄이기 위한 예방책이 요구되는데 그것은 건강교육을 통한 예방책 및 조기진단을 통한 예방책으로 분류될 수 있을 것이다.

이같은 예방책들은 만성질환의 증가로 인한 진료비의 상승을 경험한 선진국들에서는 이미 실시되고 있어서, 스웨덴에서는 예방의료 및 1차 의료를 확대하고 보건센터의 기능을 확대하였고, 프랑스에서는 알콜 및 담배중독, 사고에 대한 예방을 추진하고 있으며 영국과 일본은 질병예방 및 건강증진운동을 적극적으로 펴고 있는 것으로 알려진다.

따라서 우리나라에서도 전국민을 대상으로 하는 보건교육을 실시하는

것과 동시에 만성질환을 예방하기 위한 대책들이 나와야 할 것이다. 구체적으로는 30대부터 건강진단을 실시하며 진단비용을 보험급여에 포함시킬 것이 요구된다. 이같은 보험급여의 확대는 단기적으로는 진료비 상승요인으로 작용할 것이나 장기적으로는 진료비 증가요소를 억제함으로써 보험재정의 안정에 기여할 것으로 전망된다. 단 지역의료보험의 정착 등의 우선과제를 안고있는 실정에서 보험급여의 확대가 재정적 부담요인으로 작용할 가능성이 크다면, 흑자조합에서부터 성인병 위주의 건강진단을 시작한다든지 하는 우선순위의 결정이 필요할 것이다.

1.2 노인의료비 대책

우리나라 65세 이상 연령층의 진료비는 일본 등의 선진국에 비하면 아직도 낮은 수준인 것으로 평가되는데 그 이유는 노인인구의 수진율이 아직 낮은 수준이기 때문인 것으로 보인다. 즉 65세 이상의 진료건수 구성비는 1988년까지만 해도 4.8%에 머물러 보험적용인구 구성비인 4.9%에 미치지 못하다가 1989년에야 5.2%로 증가하여 보험적용인구 구성비(4.6%)를 상회했다. 그러나 그동안 노인인구의 보험적용비율이 상대적으로 낮았다가 1988년 농어촌지역의료보험의 실시로 높아진 점과 2000년대 인구구성비 증가율이 모든 연령층 중 가장 빠르다는 점을 감안하면 이 연령층의 잠재된 의료수요가 의료이용으로 연결될 경우 진료비에 미치는 영향은 매우 클 것이다.

특히 65세 이상의 진료비 구성비는 1985년의 5.4%에서 1989년 8.3%로 모든 연령층 중 가장 높은 증가율을 보였고, 특히 입원진료비 구성비가 11.4%나 되었으며, 질병구조상 만성질환 및 퇴행성 질환의 유병율이 크기 때문에 입원건당 내원일수가 1985년 11.74일이었다가 1989년에는 12.12일로 길어져서 상당히 긴 것으로 나타난다. 따라서 이 연령층의 종합병원이 높은 점 등을 감안하여 65세 이상 인구에 대한 종합적인 의료비 대책이 필요할 것이다.

따라서 중년인구의 질병예방 및 건강교육의 실시 등을 통해 장기적인 노인의료비 대책을 세우는 것과 동시에 단기적인 방안을 제시할 필요가 있다. 즉 노인성 만성질환으로 인한 종합병원의 이용을 가능한 한 억제하는 것이다. 그러기 위해서는 기술집약적인 고가 의료서비스를 제공하는 의료기관보다는 노인의 상황과 요구에 맞는 지역사회 중심의 의료기관이나 시설을 신설하든지 혹은 기존의 시설을 전환하는 방법이 가능할 것이다. 구체적으로 첫째, 노인전문병원의 신설, 혹은 기존병원을 전문병원으로 전환하는 방법, 둘째, 간단한 시설과 장비가 구비된 장기요양원, 간호양노원, 주간보호센터 등 노인의료시설의 신설 혹은 기존 병원이나 시설의 전환, 셋째, 방문진료 및 간호를 통한 재택치료를 강화시키는 방법, 그리고 위와 같은 노인전문병원이나 시설 등에서 퇴원한 후에 재택치료가 유기적으로 이루어지도록 하는 방법 등을 생각해 볼 수 있다.

위와 같은 방법들은 선진국에서 노인의 일반병원에서의 입원을 가능한한 억제하기 위해 사용되고 있으며 일본에서는 노인의 거택진료를 적극적으로 추진하고 있는 실정이다. 따라서 우리나라에서도 이같은 방법을 도입하면 우선 종합병원에서의 환자집중현상을 어느 정도는 완화할 수 있고 또한 상대적으로 저렴한 노인전문병원이나 시설을 이용함으로써 점점 상승할 것으로 예상되는 노인의료비에 대한 대책이 될 수 있을 것이다.

2. 공급측면

진료비 상승을 억제하기 위해 수요측면의 억제방안을 사용하는 것은 1986년의 외래 본인일부 부담률의 인상 결과에서 나타났던 점 등을 참고로 할때 한계가 있는 것으로 평가된다. 따라서 단기적인 정책방향으로서의 상승억제방안의 초점은 주로 공급측면의 억제에 맞춰져야 할 것으로 보인다.

2.1 약제비의 억제대책

진료비중 약제비가 차지하는 비중이 너무 높다는 것은 여러 연구(한달선등, 1988)에서 이미 지적된 바 있다. 입원진료비의 구성내역을 분석한 본 연구결과에서도 진료비 50만원 이하의 경우 약제비 평균액이 61,185 원이며 전체 진료비중 약제비가 차지하는 비중은 24.7%였고, 진료비가 50 만원을 초과하는 경우에는 약제비 평균액이 364,227 원이며 전체 진료비 구성비는 36.7%나 되어 전체진료비가 커질수록 약제비의 평균액이 커진다는 것을 알 수 있다.

의료기관별로는 특히 종합병원 이상의 주사약제비 비중이 매우 높은 것으로 나타나서 진료비가 50 만원을 초과하는 경우 종합병원의 주사약제비 비중이 37.6%, 3 차 진료기관은 35.3%이며 평균액은 각각 301,322 원과 368,499 원이었다. 한편 횡단면 분석결과에 의하면 주사약제비의 설명변수는 입원일수, 의사수, 수술여부이며 특히 진료기관 규모가 커질수록 수술로 인한 주사약제비가 높아지는 것으로 나타났다.

우리나라에서 이같이 약제비의 비중이 높은 이유는 첫째, 약의 소비량이 많거나 약가가 상대적으로 비싸며, 둘째, 계속 새로운 약이 개발되어 대체됨으로써 생산비용이 증가하기 때문이며, 셋째, 광고비의 지출이 과다하기 때문인 것으로 보여진다.

따라서 다음과 같은 약제비 억제대책이 제시될 수 있을 것이다. 먼저 보험약제 기준표를 작성하여 보험급여약제의 범위를 이 기준표에 등록된 약품만으로 한정시키는 방법을 생각해 볼 수 있다. 이 방법을 사용하면 보험약제는 효능이 동일하면서도 가격이 싼 약만으로 제한되고, 치료효과는 동일하면서도 특정한 성분이 추가됨으로써 값이 비싸지는 복합제 같은 것은 보험약제기준표에서 제외시킬 수 있을 것이다. 이같은 방법은 독일, 오스트리아 등에서 사용되고 있는 것으로 알려지고 있다.

둘째, 약품의 처방을 통한 수익을 최소화할 수 있도록 약의 경제적 처방에 관한 지침을 마련하는 것이다.

셋째, 약품광고를 제한하는 것으로서 과장되거나 허위광고에 관한 규제를 강화하고 보험약제기준표에 등록된 처방약에 대한 광고를 금지시킨다.

넷째, 약품의 생산 및 유통구조를 합리화시키는 것으로서 효과와 가격 면에서 비교우위에 있는 약품생산에 주력하고 다종의 소량생산에서 소종의 대량생산체제로 전환시키며, 판매업에서 규모의 경제성을 도모하고, 덤핑을 제도적으로 방지하며, 유통마진을 일률적으로 적용시키는 것이다.

마지막으로 생각해 볼 수 있는 방안은 약의 남용을 방지하기 위한 의약분업을 실시하는 것이다.

위와 같은 대책을 통해 진료비 중 약제비 비중을 낮춤으로써 전체적인 진료비를 억제하는데 기여할 뿐 아니라 의약품 생산 및 판매에서 이익성을 강조하고 상업성을 최소화할 수 있을 것으로 기대된다.

2.2 검사비의 절감대책

전체 진료비 중 검사비가 차지하는 비중은 상당히 높은 편으로서 IV장의 입원진료비 분석결과에 의하면 전체 진료비 중에서 검사행위료가 차지하는 구성비는 진료비 50만원 이하인 경우 12.4%이며, 50만원을 초과하는 경우 9.3%나 되었고, 평균 검사행위료는 각각 30,811원과 93,961원이었다. 본 분석대상 검사행위료에는 비급여부문의 검사료가 제외되어 있으므로 비급여부문의 검사까지 감안한다면 검사행위가 총의료비에 미치는 영향은 훨씬 더 클 것으로 예상된다.

의료기관별 검사행위료의 차이는 매우 크며 특히 종합병원 이상과 병원간의 차이가 큰데, 진료비 50만원 이하의 경우 3차 진료기관의 평균 검사행위료는 42,014원, 종합병원은 32,984원이었던 반면, 병원은 18,219원에 불과했다. 이러한 차이는 진료비가 50만원을 초과하는 경우에는 더욱 커져서 3차 진료기관의 평균 검사행위료는 137,104원인데 비해 종합병원은 86,574원, 병원은 30,951원으로서 의료기관 규모가

커질수록 검사행위료가 높아진다는 것을 알 수 있다.

그러나 횡단면 회귀분석 결과에 의하면 종합병원 이상의 경우 검사 행위료가 높아질수록 수술율이 낮아질 가능성, 즉 검사를 많이 할수록 수술을 적게 할 가능성이 높은 것으로 나타난다. 이에 대해서는 검사와 수술 중 어느 것이 전체진료비에 미치는 영향이 더 큰지, 혹은 어느 것을 통제하는 것이 더 비용절약적인지 하는 것에 대한 심층적인 분석이 필요할 것이나, 수술율을 낮추는 기능을 하는 검사행위는 정당한 것으로 인정하되 중복검사 등의 가능성은 최소한으로 억제해야 할 것이다.

검사비 비중이 높은 이유는 검사횟수 및 고가의료장비에의 과잉투자와 연관될 것이다. 본 분석대상 의료기관의 경우 진료비 50만원 이하의 입원진료에서 3차 진료기관의 56.8%, 종합병원의 39.6%, 병원의 40.9%가 1회 이상의 기능, 내시경 검사를 실시했으며, 3차 진료기관의 38.8%, 종합병원의 32.9%, 병원의 17.1%가 20회 이상의 기타 검사를 실시한 것으로 나타났고, 진료비가 50만원을 초과하는 경우에는 3차 진료기관의 52.5%, 종합병원의 36.4%, 병원의 12.6%에서 30회 이상의 기타 검사를 실시했다.

또한 IV장의 횡단면 회귀분석 결과 의료장비수는 입원진료비 및 검사행위료를 결정하는 중요한 설명변수로 나타났고, 기술적 분석에서도 고가의료장비를 많이 보유한 의료기관일수록 검사행위료의 평균금액 및 구성비가 높았다. 이외에도 의료전달체계상 3차 진료기관으로 후송되는 경우 동일한 검사를 반복할 가능성도 배제할 수 없으며, 의료기관들이 검사 위주의 진료행위 패턴을 보이는 것도 검사비를 높이는 원인이라고 볼 수 있을 것이다.

특히 이같은 검사위주의 진료행위를 선호하는 경향이 의사들 뿐 아니라 환자에게도 만연되어 있기 때문에 검사시설 및 의료장비시설이 우수한 종합병원에 집중되는 현상을 심화시키는 것으로 보인다.

따라서 다음과 같은 검사비 절감대책이 요구된다. 첫째, 지역별 종합

검사 센터의 설립을 통해서 의사의 의뢰에 의한 검사업무를 전담하고 고가의료장비를 공동이용하는 것이 필요할 것이다. 이렇게 할 경우 의료장비 도입경쟁으로 인한 과잉투자 및 자원의 낭비요소를 억제하고 의료기관 이동에 따른 이중검사를 방지할 수 있을 것이다.

둘째, 종합병원 이상의 검사횟수 등에 관한 심사를 강화하고, 고가의료장비에 대한 과잉투자는 공급자의 수요창출의 원인이 되므로 고가의료장비의 도입을 억제할 것이 요구된다.

2.3 병원기능의 전문화

최근 병원의 전체 진료건수 및 진료비 비중은 점점 감소하는 추세로서 종합병원이나 의원에 비해 경쟁력이 약화되고 있음을 알 수 있다. 병원의 외래진료건수 구성비는 1985년의 6.7%에서 1989년에는 4.7%로 감소했고 진료비 구성비는 1985년의 7.6%에서 1989년의 5.8%로 감소했다. 입원진료건수는 1985년 15.6%에서 점점 감소하여 1988년에는 15.1%였다가 1989년에 16.1%로 증가했으며, 진료비 구성비는 1985년의 10.3%에서 점점 감소하여 1988년에 9.8%였다가 1989년에는 10.6%로 약간 증가했다. 1989년에 병원의 입원진료건수 및 진료비 구성비가 증가한 것은 지역의료보험의 실시로 인한 병원이용율의 증가 때문일 것으로 해석된다.

그런데 이같은 병원이용율의 감소 원인중 하나는 병원진료비의 비합리적인 측면에 있을 것이다. 즉 IV장의 횡단면 회귀분석 결과에서 수술여부와 입원일수는 입원진료비를 결정하는 중요한 설명변수로 나타나는데, 병원은 종합병원 이상의 의료기관에 비해 수술을 실시한 비율이 높고(진료비 50만원 이하의 경우 수술실시 비율이 33.1%로서 3차 진료기관의 27.7%, 종합병원의 24.3%를 상회하고 있다), 입원일수가 가

장 길기 때문에 진료비 내역별 구성에서 종합병원에 비해 기본진료료, 처치수술료, 주사수치료 등의 실기행위료의 평균금액과 비중이 높은 것으로 나타난다.

이중에서도 처치수술료는 총진료비 구성비 뿐만 아니라 평균금액 자체가 높아서 진료비 50만원 이하의 경우 종합병원의 처치수술료가 45,869원, 3차 진료기관이 48,932원인데 비해 병원은 57,680원을 기록했고, 진료비가 50만원을 초과하는 경우의 병원의 평균 처치수술료는 137,721원으로서 3차 진료기관의 149,291원보다는 낮으나 종합병원의 129,032원보다는 높았다.

이상에서 본 바와 같이 병원의 처치수술료가 가장 높고 입원일수가 가장 길다는 것은 병원의 과잉진료 가능성을 보여주는 예라고 할 수 있겠다. 따라서 이같은 병원진료비의 비합리적인 측면이 진료건수 및 진료비의 감소에 의한 병원경영상의 어려움을 보완하기 위한 것인지 혹은 비합리적 측면 때문에 병원의 이용률이 감소하는 것인지에 대해서 정확한 판단을 내리는 것은 어려운 일이다. 그러나 문제의 근원이 어디에 있건간에 병원의 경영합리화를 도모해야 할 필요성은 매우 큰데, 그것은 의료자원을 효율적으로 활용해야 한다는 측면에서나 환자의 종합병원에서의 집중현상을 억제한다는 측면에서 매우 중요할 것이다.

따라서 여기서는 각 병원별 특성을 살리는 방향으로 병원기능을 전문화시키는 방안을 제안하고자 한다. 즉 노인전문병원이나 장기요양시설, 유아전문병원과 같이 연령별 수요변화에 대응할 수 있는 전문병원으로 전환한다든지 혹은 성인병 전문병원, 당뇨병 전문병원 등과 같은 특수질병 전문병원으로 전환한다든지 하는 방법을 통해서 병원기능을 전문화시킨다면 병원의 경영합리화에는 물론 의료자원의 효율적인 배분의 측면에서도 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

2.4 입원진료비의 경제성 도모방안

연령구조별, 질병구조별 변화에 따라 입원진료비의 비중이 증가하고 있어서 전체 진료건수 중 입원진료건수의 구성비는 1985년의 2.0%에서

1989년에는 1.9 %로 오히려 감소했는데도 불구하고 입원진료비의 구성비는 1985 년의 32.3 %에서 1988 년에는 34.3 %로 증가했다가, 1989 년에는 33.8 %로서 1988 년보다는 약간 감소했으나 전체적으로는 증가추세를 보여주고 있다.

45세 이상 인구구성비 및 만성질환의 증가로 인해 입원진료비의 증가는 앞으로 더욱 높아질 것으로 예상됨에 따라 입원진료비를 억제하는 것이 진료비 상승을 억제하는 중요한 한 방법이 될 것이다.

따라서 선진국에서는 입원진료비를 억제하는데 많은 초점을 두고 있다. 즉 프랑스에서는 의료비의 증가가 주로 입원의 증가에 의한 것이라는 인식 아래 입원대신 병원의래진료, 주간입원, 거택입원, 거택보호 등을 확대하고 있으며 서독에서는 정상분만의 입원기간을 단축시키는 등의 방법을 사용하고 있고, 영국에서도 입원대체진료의 확대를 위해 병원의 주간 외래수술, 요양원, 거택진료를 활용하고 있으며, 스웨덴에서는 일반병상을 삭감하고 소규모 장기의료병원 및 간호 위주의 요양원을 증설하고 통원치료 (open cure) 를 확대하고 있다.

우리나라에서도 장기적으로는 입원치료를 억제할 수 있는 방안들을 모색해야 할 것이다. 그러나 그에 앞서 단기적으로 입원진료비의 비합리적인 측면들을 억제하기 위한 대책이 마련되어야 할 것으로 보인다.

즉, 첫째 입원진료시 수술여부, 입퇴원여부, 입원기간 등을 결정하는 위원회를 결성함으로써 과잉진료의 가능성을 최소화시킬 것이 요구된다. 입원진료에 관해 위원회를 만드는 것은 입원진료시의 세부사항에 대해 담당의사가 단독으로 결정하는 것보다는 여러 명의 의사가 합의에 의해 결정하는 것이 더 바람직할 것이라는 가정에 기반을 둔 것이다.

둘째, 입원진료비에 대한 심사를 강화함으로써 진료비 전체 액수 뿐 아니라 진료내역별 금액, 예를 들면 검사나 약제횟수 및 금액 등에 관한 심사까지도 포함하는 심사내용의 강화방안 (의료보험연합회의 진료비 심사기능의 강화)이 요구된다. 참고로, 서독에서도 입원진료비의 적정화를

유도하기 위해 입원진료의 효과에 관한 심사위원회를 설치하고 있다.

3. 의료수가제도의 개선방안

그동안 실시된 의료수가정책은 의료수가의 인 상요인을 어떻게 조정하는가에 초점이 맞춰져왔다. 그러나 근본적으로 원가에 근거한 상대수가 체계의 확립이라는 과제를 외면한 채 연 차적인 수가의 조정에만 관심을 가지는 것은 잘못된 일이다. 따라서 수가제도의 개혁과 함께 관리제도의 개선으로 의료기관을 효율적 운영을 유도해야 할 필요성이 대두된다.

우리나라는 일본과 함께 행위별수가제를 전면적으로 실시하고 있는데 의사의 전문서비스 제공에 따른 기회비용을 무시한 채 진단, 치료 및 수술 등 기술료에 대해서는 낮은 수가를, 임상검사나 약에 대해서는 높은 수가를 책정하고 있다. 따라서 수입극대화를 추구하는 의료기관들은 비용의식이 결여된 행위별수가제 하에서 검사나 약을 과다하게 부과하는 실정이다. 더우기 의약분업이 실시되지 않고 있고 병원의 내부비용 통제 제도가 결여되어 있는 현 상황에서는 행위별 수가제로 인한 서비스 남용 경향은 더 커지고 있다.

적정수가는 원가를 보전하고 의료서비스를 제공함에 있어서 자원의 효율적 활용을 고취시키기 위하여 책정된다. 그러나 평균비용가격 책정에 근거하고 있는 행위별수가제는 많은 경우 원가의 개념이 모호하고 표준화되어 있지 않은 의료서비스의 경우 적정수가 결정을 매우 어렵게 만들고 있다. 그 결과 가벼운 증상의 환자로부터 중증환자에게로 교차보조(cross subsidy)를 조정하고 있는 것이다.

따라서 위의 문제를 개선하기 위한 단기적인 대안은 첫째, 일본의 경우처럼 2 가지 진료수가표를 만들어 병·의원이 선택할 수 있도록 하며, 둘째, 현행 수가종목 중 상대적으로 낮게 책정되어 있는 종목에 대해서는 상대적으로 높은 조정율을 적용하여 상대수가체계의 개선을 기한다.

셋째, 진료시간과 난이도를 감안하여 진료과목별로 진찰료를 차등적용하는 방안 등이 고려될 수 있다.

그리고 장기적인 대안은 어떤 형태로든 선불상환제 (prospective rate setting)를 추구하는 것이다. 이는 서비스가 제공되기 전에 외부당국 (external authority)이 일정 서비스의 제공에 대한 대가를 결정하는 제도이다. 이미 구미 선진국에서는 병원예산제를 중심으로 선불상환의 비중을 높여나가고 있으며 이같은 방법을 통해 의료비를 어느 정도 억제하고 있음을 보게 된다. 특히 1983년에 단행된 제도 개선으로 수가를 안정시키는데 성공한 네덜란드의 경험은 우리에게 시사하는 바 크다고 하겠다.

요컨대 단기적으로 특진제도나 기술료의 수준이 낮은 것 등 수가구조의 불합리성을 시정하고 장기적으로는 서비스 항목간 상대가치를 근간으로 하는 수가체계를 확립하는 한편 진료비보상방법을 선불상환제로 전환해야 할 것이다.

VII. 결론 및 정책건의

본 연구의 목적은 의료보험 진료비에 관한 거시적 분석과 입원진료비 분석을 통해 진료비 상승요인을 알아보고, 의료수가제도의 문제점 및 개선방안을 모색한 후에, 진료비 상승억제방안을 제시함으로써 의료보험 재정안정과 방안을 위한 정책자료를 제공하려는 것이었다.

위와 같은 목적을 위해 제 II장에서는 보험자종별 의료보험 재정현황과 보험진료비 및 의료자원의 추이를 분석하고 선진국의 의료비 동향을 살펴보았으며, 제 III장에서는 진료비의 결정요인에 대해 이론적으로 고찰한 후에, 1985년부터 1989년까지의 통계연보 자료를 사용하여 연령구조별 진료비 상승요인을 분석하였다. 제 IV장에서는 조사를 통해 수집한 입원진료비 명세서 13,532건을 구성내역별로 분석하여 진료비 상승요인을 알아보고, 횡단면 다중회귀분석을 통해 실증적으로 분석하였다. 제 V장에서는 의료수가에 영향을 주는 주요인, 의료수가의 조정방식을 살펴보고 현행수가제도의 문제점을 개선하기 위한 합리적 접근방법을 제시하였다. 마지막으로 제 VI장에서는 앞의 분석결과를 토대로 하여 수요, 공급측면, 그리고 의료수가제의 측면을 중심으로 하는 진료비 상승억제방안을 제시해보았다.

본 연구의 주요결과는 다음과 같다. 먼저, 보험자종별 의료보험 재정현황에서 직장의료보험과 공교의료보험은 안정적인데 비해 지역의료보험은 매년 보험료를 인상해야 하는 불안정한 재정상태를 보이고 있는데, 정부가 총지출의 50퍼센트를 사후적으로 보장해준다면 실제 적자액은 크게 감소할 것이다.

연령구조별 진료비 상승요인 분석 결과 45세 이상 연령층의 진료비 상승요인이 중요하게 부각되었다. 즉 45세 이상 연령층은 그동안 낮은 수진율을 보였다가 급히 증가하고 있으며, 건당 내원일수와 내원일당 진료비가 높기 때문에 진료건수에 비해 진료비 비중이 높고, 만성간질환

및 경변, 당뇨병, 만성신부전, 위의 악성신생물, 고혈압 등의 만성질환으로 인한 입원이 증가함으로써 진료비 상승을 촉진시키며, 질병의 특성상 종합병원의 이용률이 높고 진료비 비중도 큰 것으로 나타났다. 특히 이 연령층의 인구구성비가 증가하는데서 오는 진료비 상승가능성까지 감안한 대비책이 요구된다.

입원진료비에 대한 기술적 분석 결과 첫째, 구성내역별로 약제비, 특히 주사약제비와 검사행위료의 구성비가 높은 것으로 나타나며, 둘째, 의료기관별로 볼때 병원의 처치수술료와 주사수기료 등 실기행위료의 비중이 높고 종합병원과 3차 진료기관은 주사약제비 및 검사행위료, 재료대의 비중이 높은 것으로 나타났다. 셋째, 의료기관별 구성내역별 진료비 상승요인을 살펴볼 때 병원의 처치수술료 등 실기행위료가 높은 이유는 병원의 수술율이 높고 입원일수가 길기 때문이며, 종합병원과 3차 진료기관의 약제비와 검사행위료 비중이 높은 이유는 이들 기관의 투약일수가 길고 검사횟수가 많으며, 의료장비보유수가 많은 것과 관련되는 것으로 나타났다.

입원진료비에 관한 횡단면 다중회귀분석 결과, 첫째, 입원진료비를 결정해주는 설명변수는 입원일수, 전문의수, 의료장비수, 연령, 수술여부 등이며, 입원일수는 모든 의료기관에서 입원진료비에 가장 큰 영향을 미치는 변수이며 병원에서는 수술여부가 진료비를 높이는 주요 변수인 것으로 나타났다. 둘째, 주사약제비의 설명변수는 입원일수, 의사수, 연령 및 수술여부이며, 특히 3차 진료기관에서의 45세 이상 연령층의 수술로 인한 영향이 큰 것으로 나타난다. 셋째, 투약제비의 유의한 설명변수는 투약일수와 연령, 의사수로 나타났다. 넷째, 검사행위료를 결정하는 설명변수는 입원일수, 의료장비수, 임상병리사수, 수술여부인데, 특히 수술과 검사행위료 간에는 부(－)의 관계가 나타나서 검사를 많이 할수록 수술을 하는 비율이 낮아질 가능성을 시사하고 있고, 이같은 경향은 종합병원과 3차진료기관에서 더 강하게 나타났다. 다섯째, 실기행위료를

결정하는 설명변수는 입원일수, 전문의수, 의료장비수, 연령, 수술여부인데, 병원의 높은 실기행위료는 수술의 영향을 많이 받는 것으로 나타났다.

의료수가에 관한 분석 결과, 현재의 수가가 적정수준에서 결정되고 있지 않기 때문에 특진과 일반진료의 이중구조를 형성하고, 공급자는 낮은 의료수가를 보상하기 위한 과잉진료를 실시할 가능성이 높으며, 고가의 의료서비스를 제공하려는 유인요소가 강하게 작용하여 의료비의 양등을 초래하게 되므로 원가에 기반한 적정수준의 수가체계가 필요한 것으로 나타났다.

본 연구결과를 토대로 하여 다음과 같은 진료비의 상승억제방안이 도출되었다. 정책방향은 본인일부 부담률의 인상 등 수요측면의 억제방안보다는 공급측면의 억제에 초점을 맞춘 것이어야 한다. 선진국에서도 1980년대 들어 급증하는 의료비 대책으로 의료공급체계의 개혁을 중심으로 하는 종합적인 개혁정책을 실시하고 있다.

첫째, 질병예방 및 건강교육의 실시를 통해 45세 이상의 만성질환으로 인한 종합병원 이상의 입원진료에 대비할 것이 요구된다. 따라서 30대부터 건강진단을 실시하며 진단비용을 보험급여에 포함시키는 방안을 생각해볼 수 있는데, 이같은 건강진단을 한꺼번에 실시하는 것이 보험재정에 부담이 될 경우, 재정상태가 좋은 후자조합에서부터 성인병 위주의 건강진단을 시작해볼 수 있을 것이다.

둘째, 노인의료비의 문제는 아직까지는 심각하지 않으나 앞으로 노인 인구 비율과 수진율이 증가하는 추세이므로 대책으로서 노인성 만성질환으로 인한 종합병원의 이용을 가능한 한 억제하기 위해 기술집약적인 고가의 의료서비스를 제공하는 의료기관보다는 노인의 상황과 요구에 맞는 지역사회 중심의 의료기관이나 시설을 신설하든지 혹은 기존 시설을 전환하는 방법을 모색해야 할 것이다. 구체적으로 노인 전문병원의 신설 혹은 전환, 장기요양원, 간호양노원, 주간보호센터 등 노인 의료시설의

신설 혹은 전환, 방문진료 및 간호를 통한 재택진료의 강화 등의 방법을 사용해야 할 것이다.

셋째, 약제비 억제대책이 필요하다. 진료비에서 약제비가 차지하는 비중이 너무 높은데 이에 대한 대책으로서 효능이 동일하면서 약가가 싼 약품만을 선정하여 보험약제기준표를 작성함으로써 보험급여 약제의 범위를 이 기준표에 등록된 약품만으로 한정시키고, 약의 경제적 처방에 관한 지침을 마련하며, 약품광고를 제한함으로써 과장, 허위광고에 관한 규제를 강화하고 보험약제기준표에 등록된 처방약에 대한 광고를 금지시키고, 가격과 효과 면에서 비교우위에 있는 약품생산에 주력하는 등 약품의 생산 및 유통구조를 합리화시키며, 의약분업을 실시하는 등의 방안이 필요하다.

넷째, 검사비 절감대책으로서 지역별 종합검사센터의 설립을 통해 고가의료 장비를 공동이용함으로써 의료장비의 과잉투자 및 자원의 낭비요소를 억제하고 의료기관 이동에 따른 이중검사를 방지하며, 종합병원 이상의 검사횟수 등에 관한 심사를 강화하고 고가의료장비의 도입을 억제할 것이 요구된다.

다섯째, 병원의 기능을 전문화시키는 방안으로서 노인전문병원이나 장기요양시설, 유아전문병원과 같이 연령별 수요변화에 대응할 수 있는 전문병원으로 전환한다든지 혹은 성인병 전문병원, 당뇨병 전문병원 등과 같은 특수질병 전문병원으로 전환하는 방법을 통해서 병원의 경영합리화 및 의료자원의 효율적 배분을 도모한다.

여섯째, 입원진료비의 경제성을 도모하기 위한 방안들을 모색해야 한다. 즉 입원진료시 수술여부, 입퇴원여부, 입원기간 등을 결정하는 위원회를 결성하여 여러 명의 의사가 합의하여 결정하도록 하며, 입원진료비에 대한 심사를 진료비 전체 액수 뿐 아니라 검사나 약제횟수 등에 관한 심사까지도 할 수 있도록 강화(의료보험연합회의 진료비 심사기능의 강화)함으로써 과잉진료의 가능성을 최소화시켜야 한다. 또한 심사기능

의 강화를 위한 한 방안으로 의료기관을 규모별(종합병원, 병원, 의원급)로 매년 무작위로 선정한 후, 집중적으로 심사하여 과잉진료 혹은 과잉 청구한 의료기관에 대해서는 상당한 불이익이 돌아가도록 조치하는 방법도 생각해 볼 수 있을 것이다.

일곱째, 의료수가의 개선방안으로서, 단기적으로 특진제나 기술료의 비중이 낮은 것 등 현 수가제도의 불합리성을 시정하고, 장기적으로는 의료서비스의 항목간의 상대가치연구를 근간으로 수가체계를 확립하는 한편 의료비 보상방법을 선불상환제로 전환해야 할 것이다. 또한 의료비 상승억제책으로 여러 국가에서 채택하고 있는 인두제(Capitation)와 총액예산제(global budget system)를 실험적으로 도입하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 다시 말해서 예를들면 적자액이 5억원 이상인 지역을 선정하여 1차 진료에서는 인두제, 2차 이상의 진료에서는 Global Budget System을 실시하여 평가한 후 효과가 있으면 확대 실시하는 것이다.

의료보험의 재정안정이라는 연구과제는 앞으로도 계속 관심을 가지고 수행되어야 할 분야이다. 즉 본 연구에서는 주로 의료서비스 공급체계에 중점을 둔 비용억제방안에 관한 것으로 연구범위를 한정하였으나, 앞으로 재원조달의 측면이나 관리운영방식 등 제도적 측면에 관한 연구도 필요하다고 보여진다.

참 고 문 헌

- 경제기획원 조사통계국, 「한국통계월보」, 각 연도.
- 국회사무처 입법조사국, 「주요국의 의료보장제도」, 1989.
- 권순원, “의료수요분석을 위한 방법론적 고찰,” 「사회보장연구」, 1985, 10.
- _____, 국민의료비의 추이와 의료비 안정화 대책, 한국개발연구원, 1988.
- _____, 외, 의료보험요양취급기관 경영수지분석, 한국개발연구원, 1989.
- _____, “공공보건의료부분의 충실과 제도개선을 위한 정책방안,” 「국가예산과 정책목표」, 한국개발연구원, 1990
- _____, 양봉민, 의료보험제도의 개선을 위한 정책방안, 한국개발연구원, 1990.
- 김진순 외, 의료보험환자 진료비 분석에 관한 연구 - 국민의료비 증가억제 방안의 일환으로 -, 한국인구보건연구원, 1988.
- 김한중, “Strategies for Controlling Health Care Costs,” 「사회보장연구」, 한국사회보장학회, 1988.
- _____, “의료비 증가억제와 보험재정안정화 방안,” 「의료보험」, 1989, 1.
- _____, 전기홍, 의료비상승요인 분석, 「예방의학회지」, 1989.
- 노공균, 의료수요의 가격탄력도에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1985.
- _____, “의료비 상승의 억제대책,” 「의보공론」, 의료보험관리공단, 1984, 봄호.
- 노인철, “의료보험의 위험분산,” 「사회보장연구」, 한국사회보장학회, 1988.
- _____, 외, 의료보험 본인부담제에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1989.
- 문옥륜, “한국의 보험의료비 억제 및 재정안정화 대책,” 「의료보험재원조달에 관한 세미나 보고서」, 한국인구보건연구원, 1987.

- _____, 이규식, 의료보험수가조정을 위한 연구보고서, 1989.
- 박영희, 양봉민, “의료장비의 보유 및 분포에 영향을 미치는 요인에 대한 분석,” 「사회보장연구」, 한국사회보장학회, 1988.
- 박종기, 한국의 보건재정과 의료보험, 한국개발연구원, 1979.
- 보건사회부, 「보건사회통계연보」, 각 연도.
- 보건의료정책연구소, 노인의료비 절감방안에 관한 연구보고서, 1989.
- 삼일회계법인, 의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서, 1990.
- 양봉민, 「보건경제학원론」, 수문사, 1989.
- _____, “국민의료비 억제방안에 관한 연구,” 의료보험관리공단, 1989.
- 유승흠 외, 진료비 증가추세와 그 요인 분석, 1989.
- 이규식, “의료수요의 가격 및 소득탄력도,” 「인구보건논집」, 한국인구보건연구원, 1985.
- _____, “국민의료비 증가와 그 억제책,” 「인구보건논집」, 한국인구보건연구원, 1986.
- 의료보험관리공단, 국민의료비 억제방안에 관한 연구, 1989.
- _____, 「의료보험통계연보」, 각 연도.
- 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각 연도.
- 의료보험연합회, '89 지역의료보험조합 결산현황, 1990, 8.
- 한달선 외, 의료보험 급여에 대한 분석, 한림대학 사회의학연구소, 1988.
- 日本全國公私病院連盟, 「病院經營分析 調査報告」, 1987.
- 日本全國公私病院連盟, 日本病院會, 「病院部門別 原價計算調査報告」, 1989.
- 日本中央社會保險醫療協議會, 「物價, 人件費等の上昇に對應する診療報酬の緊急是正について(要望)」, 1987.
- Acton, Jan, "Non-Monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence," in

- Issues in Health Economics, ed. by Luke, Roice and Jeffrey Bauer, An Aspen Publication, London, 1982.
- Abe, M.A., "Hospital Reimbursement Schemes: Japan's Point System and the United States' DRG," Medical Care, 1985.
- Baumol, W., "Macroeconomics of Unbalanced Growth," American Economic Review, Jun, 1967, 415-426.
- Berger, Laurence B. and Paul R. Sullivan, Measuring Hospital Inflation. Lexington Books, 1975.
- California Medical Association, California Relative Value Studies, 1975.
- Enthoven, A.C., Health Plan: The Only Practical Solution to the Sharing Cost of Medical Care, Addison-Wesley Publishing Co., 1981, 16-32.
- Evans, Robert, "Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," in The Economics of Health and Medical Care, ed. by Mark Perlman, John Wiley & Sons, New York, 1974.
- Feldstein, M.S., "Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics," American Economic Review, Vol.61, 1971, 853-872.
- Grossman, Michael, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," Journal of Political Economy, March/April 1972, 223-225.
- Henke, Klaus-Dirk, "Objectives and Systems of Health Care and Health Care Policy," Policy Issues in Social Security: Papers and Discussions from the KDI-FES Joint Conference, Korea Development Institute, 1989.
- Holtman, A.C. and Olsen, E., "The Demand for Dental Care: A Study of Consumption and Household Production," The Journal of Human Resources, Fall 1976, 546-560.
- International Symposium on Health Care Systems, Dec. 18-19, 1989, Taipei, Taiwan, Republic of China.
- Kirkman-Liff, Bradford L., "Cost Containment Physician Payment Methods in the Netherlands," Inquiry, 26, 1989.
- Lewis, C.E., "Variations in the Incidence or Surgery,"

- New England Journal of Medicine, Vol.28, 1969, 880-884.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Health Insurance in the Netherlands, 1989.
- OECD, Financing and Delivering Health Care, 1987.
- Om, Young-Jin, The Korean Health Insurance Programme: An Economic Analysis, Unpublished Dissertation, University of Wales, August 1989.
- Phelps, C. and Newhouse, J., Coinsurance, The Price of Time and the Demand for Medical Services, Review of Economics and Statistics, Aug. 1974.
- Rapoport, J. et al., Understanding Health Economics, 1982.
- Reinhardt, E., "Health Insurance and Cost-containment Policies: The Experience Abroad," American Economic Review, May, 1980.
- Salkever, D.S. , "A Microeconomic Study of Hospital Cost Inflation," Journal of Political Economy, 1972.
- Sherman, H.D., "Hospital Efficiency Measurement and Evaluation-Empirical Test of a New Technique," Medical Care, 1984.
- Sorkin, Alan L., Health Care and the Changing Economic Environment, Lexington Books, 1986.
- Vayda, E. & Anderson, G.D., "Comparison of Provincial Surgical Rate," Canadian Journal of Surgery, Vol.18, 1968, 18-26.
- Wennberg, J.E. & Gittleston, "Health Care Delivery in Maine Patterns of Use of Common Surgical Procedures," Journal of Maine Medical Association, Vol.66, 1975, 120-130.
- WHO, World Health Statistics Annual, 1980, 1983.
- Wynand, P. et als., "Risk Aversion and Deductibles in Private Health Insurance: Application of an Adjusted Tobit Model to Family Health Care Expenditures," in Health, Economics and Health Economics, ed. by Van der Gaag and M. Perlman, North Holland Publishing Co., 1981.

< 부 표 1 >

연도별 보험 진료실적

		1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
보 험 진 료 비	(계)	571,589	727,741	855,467	899,319	1,068,157	1,464,553	1,977,291
(백만원)	(입원)	187,046	234,392	282,410	312,907	378,043	528,860	701,243
	(외래)	384,689	493,350	573,057	586,411	690,114	935,673	1,276,048
보 험 급 여 비	(계)	394,610	502,278	591,588	564,416	665,703	932,156	1,285,410
(백만원)	(입원)	149,748	187,660	226,135	250,540	302,693	419,683	561,230
	(외래)	244,862	314,618	365,453	313,876	363,010	512,473	723,611
1 인 당 진 료 비	(계)	38,430	43,660	48,491	48,144	51,151	51,425	57,367
	(입원)	12,576	14,062	16,008	16,751	18,103	18,570	20,345
	(외래)	25,864	29,598	32,483	31,393	33,047	32,855	37,022
건 당 진 료 비	(계)	15,173	15,868	17,110	17,939	18,506	21,036	24,031
	(입원)	213,263	242,641	267,305	279,507	292,388	341,587	405,118
	(외래)	10,455	10,988	11,709	11,965	12,230	13,745	15,842
내원일당진료비	(계)	5,809	5,975	6,494	7,154	7,356	8,298	9,600
	(입원)	25,082	28,109	30,955	32,257	33,344	36,909	43,243
	(외래)	4,230	4,348	4,674	5,055	5,155	5,770	6,725

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각 연도

* 직장, 공교, 지역, 직종 의료보험을 포함한 자료임.

< 부표 2 >

연도별 의료인력 및 의료시설

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
의 사 수	29,882	31,606	33,385	35,657	38,611	41,777	45,204
전 문 의 수	12,447	13,723	14,797	16,696	18,353	20,429	21,723
의 료 기 관 수	13,674	14,216	15,154	16,095	17,311	18,462	19,972
병 상 수	85,382	93,528	99,950	107,907	114,511	120,678	126,531
인 구 만 명 당 의 사 수	7.49	7.82	8.18	8.66	9.29	9.95	10.67
인구만명당 전문의수	3.12	3.40	3.63	4.05	4.41	4.87	5.13
인구만명당 의료기관수	3.43	3.52	3.71	3.91	4.16	4.40	4.71
인구만명당 병상수	21.39	23.15	24.49	26.20	27.54	28.75	29.86
전문의 / 의사수 (%)	41.7	43.4	44.3	46.8	47.5	48.9	48.1
병 상 이 용 율 (%)	60.4	61.6	60.3	60.0	68.1	71.1	74.8

자료 : 보건사회부, 「 보건사회통계연보 », 각 연도.

< 부 표 3 >

연도별 의료기관별 보험진료비

(단위 : 백 만 원)

			1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
합	계		571,589	727,769	855,662	899,177	1,068,094	1,441,202	1,975,459
	입원		187,056	234,395	282,443	312,910	378,116	524,336	700,610
	외래		384,532	493,374	573,220	586,268	989,978	916,867	1,274,849
중	합	원	234,756	301,635	364,322	390,054	456,147	608,745	810,751
	입원		144,118	185,415	227,696	252,412	303,088	416,731	549,782
	외래		90,638	116,220	136,617	137,642	153,059	192,014	260,969
병		원	53,229	63,855	72,421	70,657	78,939	102,027	147,231
	입원		22,388	25,981	29,143	31,124	37,023	51,188	74,238
	외래		30,841	37,874	43,278	39,533	41,916	50,739	72,993
의		원	251,033	318,209	366,244	383,670	464,415	637,334	875,523
	입원		19,980	22,421	25,017	28,787	37,024	54,689	74,250
	외래		231,052	295,787	341,228	354,883	427,391	582,645	801,273
치		과	15,966	21,474	25,453	26,672	31,427	40,614	57,478
	입원		7	20	18	31	57	92	139
	외래		15,959	21,454	25,435	26,641	31,370	40,522	57,339
기		타*	160	281	445	363	1,435	2,967	6,750
	입원		139	140	138	131	217	361	515
	외래		21	141	307	232	1,218	2,606	6,235

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각 연도.

* 기타 의료기관에는 한방, 보건기관, 조산소, 약국등이 포함되어 있음.

< 부표 4 >

연도별 의료기관별 건강진료비

(단위 : 원)

		1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
합	계	15,173	15,868	17,114	17,936	18,505	20,700	21,426
	입원	213,271	242,644	267,337	279,509	292,445	338,665	363,159
	외래	10,451	10,989	11,712	11,962	12,228	13,469	14,129
중	합 병원	38,738	41,149	44,228	50,520	56,170	67,608	74,808
	입원	282,900	314,247	343,458	360,119	379,054	446,387	478,112
	외래	16,329	17,242	18,037	19,608	20,906	23,729	26,966
병	원	19,163	19,924	21,189	23,461	25,742	30,073	32,821
	입원	147,693	163,022	175,060	182,801	193,908	219,571	239,924
	외래	11,744	12,436	13,311	13,913	14,576	16,062	17,475
의	원	9,596	10,010	10,653	10,954	11,397	12,919	13,824
	입원	98,746	110,145	116,649	121,900	129,186	151,082	167,098
	외래	8,901	9,365	9,988	10,201	10,563	11,898	12,741
치	과	4,504	13,266	14,010	13,288	12,598	13,230	13,913
	입원	233,607	379,755	346,087	364,173	418,667	519,548	520,015
	외래	12,149	12,863	14,000	12,794	12,576	13,220	13,880

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각 연도.

< 부 표 5 >

연도별 의료기관별 내원일당진료비

(단위 : 원)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
합 계	5,975	6,459	7,153	7,356	8,166	8,596
입원	28,109	30,959	32,258	33,350	36,594	38,805
외래	4,349	4,675	5,054	51,514	5,654	6,023
종합병원	15,451	17,187	19,312	20,879	24,617	27,257
입원	31,041	34,370	36,140	37,822	42,250	45,626
외래	8,578	9,375	10,417	11,065	12,917	14,759
병원	7,498	8,005	8,876	9,555	11,166	12,258
입원	20,196	21,488	21,678	22,565	23,856	24,885
외래	5,238	5,628	6,059	6,331	7,262	8,085
의원	3,751	4,003	4,302	4,460	5,018	5,381
입원	21,347	22,446	22,969	23,353	25,262	26,309
외래	3,530	3,775	4,036	4,168	4,667	5,011
치과	5,191	5,472	6,911	6,932	6,979	7,344
입원	38,606	31,546	35,467	40,487	44,660	52,031
외래	5,189	5,469	6,655	6,921	6,965	7,137

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각 연도.

< 부표 6 >

연도별 의료기관별 수진율

				1985	1986	1987	1988
합		계		3.00	2.85	2.98	1.57
	입원			0.06	0.06	0.07	0.03
	외래			2.94	2.79	2.92	1.54
중	합	병원		2.06	1.98	2.10	1.00
	입원			0.01	0.01	0.01	0.01
	외래			2.04	1.97	2.08	0.99
병			원	0.20	0.17	0.16	0.07
	입원			0.01	0.01	0.01	0.01
	외래			0.19	0.16	0.15	0.06
의			원	2.06	1.98	2.10	1.00
	입원			0.01	0.01	0.01	0.01
	외래			2.04	1.97	2.08	0.99
치			과	0.22	0.23	0.25	0.12
	입원			0.00	0.00	0.00	0.00
	외래			0.22	0.23	0.25	0.12

* 1985-1987 년 자료는 직장, 공·교의료보험 자료이며,
1988 년 자료는 지역의료보험을 포함한 것임.

〈 부 표 7 〉

연도별 보험종별 보험진료비

(단위 : 백 만 원)

		1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
총	계	571,589	727,769	855,662	899,177	1,068,094	1,441,202	1,978,775
	입 원	187,056	234,395	282,443	312,910	378,116	524,336	701,243
	외 래	384,532	493,374	573,220	686,268	689,978	916,867	1,276,048
직	장	386,036	491,543	583,278	612,338	739,549	916,828	1,070,650
	입 원	125,961	158,909	194,195	215,074	264,931	326,856	366,765
	외 래	260,075	332,635	389,083	397,263	474,618	589,972	703,100
상	교	160,827	194,654	220,629	227,326	254,848	280,179	339,606
	입 원	52,106	61,570	71,244	77,291	87,024	95,596	114,234
	외 래	108,723	132,994	149,385	150,035	166,824	184,684	225,201
지	역	7,493	9,528	9,796	9,070	10,790	180,558	516,255
	입 원	3,426	3,795	3,874	3,877	4,970	80,763	202,605
	외 래	4,247	5,733	5,922	5,194	5,820	99,795	313,120
직	종	17,231	32,134	41,958	50,443	63,907	63,537	52,265
	입 원	5,743	10,121	13,129	16,668	21,191	21,121	17,639
	외 래	11,487	22,012	28,829	33,775	42,716	42,416	34,626

* 1988 년은 약국실적이 합계에 포함되어 있음.

< 부표 8 >

연도 별 보험종별 급여비

(단위 : 백 만 원)

			1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
총	계		394,610	502,278	591,588	564,416	665,703	932,156	1,285,410
	입원	원래	149,748	187,660	226,135	250,540	302,693	419,683	561,230
	외래		244,862	314,618	365,453	313,876	363,010	512,473	723,611
직	장		266,529	339,382	403,626	383,804	461,162	588,712	689,141
	입원	원래	100,769	127,127	155,356	172,059	211,945	261,484	293,411
	외래		165,760	212,255	248,270	211,745	249,217	327,228	395,429
공	교		110,851	134,013	152,196	143,219	158,028	180,135	219,448
	입원	원래	41,788	49,400	57,177	62,045	69,819	76,692	91,624
	외래		69,063	84,613	95,019	81,173	88,209	103,444	127,760
지	역		5,328	6,716	6,862	6,028	7,100	122,947	343,187
	입원	원래	2,597	3,036	3,099	3,101	3,976	64,611	162,084
	외래		2,732	3,680	3,762	2,926	3,124	58,337	180,901
직	종		11,902	22,167	28,905	31,365	39,413	40,361	33,633
	입원	원래	4,595	8,097	10,503	13,334	16,953	16,896	14,111
	외래		7,307	14,069	18,402	18,031	22,460	23,465	19,522

* 1989 년은 약국실적이 총계에 포함되어 있음.

< 부표 9 >

연도별 보험종별 건당진료비

(단위 : 원)

			1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
총		계	15,173	15,868	17,114	7,936	18,505	20,700	21,426
	입원		213,274	242,644	267,337	279,506	294,445	338,665	363,159
	외래		10,451	10,989	11,712	11,962	12,228	13,469	14,253
직		장	15,070	15,805	17,043	17,821	18,455	20,320	21,022
	입원		207,866	236,981	261,185	272,189	285,811	327,683	349,741
	외래		10,399	10,931	11,621	11,834	12,124	13,371	14,230
공		교	15,281	16,082	17,366	18,234	18,633	20,394	21,450
	입원		222,428	251,979	277,597	293,040	305,443	351,906	378,306
	외래		10,566	11,220	12,001	12,295	12,507	13,709	14,958
지		역	15,652	13,200	14,522	17,119	18,251	23,308	22,184
	입원		211,149	227,348	260,249	272,343	285,650	358,565	378,816
	외래		9,166	8,130	8,977	10,073	10,143	13,268	13,971
직		종	16,382	16,542	17,508	18,180	18,619	21,096	22,524
	입원		267,562	294,025	316,485	324,504	332,667	392,030	443,521
	외래		11,149	11,536	12,241	12,402	12,681	14,340	15,183

* 1989년은 약국실적이 총계에 포함되어 있음.

< 부표 10 >

연도별 보험종별 내원일당진료비

(단위 : 원)

		1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
총	계	5,809	5,975	6,495	7,153	7,356	8,166	8,596
	입원	25,083	28,109	30,959	32,258	33,350	36,594	38,805
	외래	4,228	4,349	4,675	5,054	5,154	5,654	6,041
직	장	5,753	5,901	6,466	7,128	7,340	8,000	8,354
	입원	25,018	28,149	31,359	32,646	33,714	37,073	39,420
	외래	4,190	4,283	4,631	5,008	5,109	5,577	5,939
공	교	5,914	6,215	6,608	7,242	7,427	8,114	8,632
	입원	25,257	28,025	29,900	31,263	32,406	35,699	38,423
	외래	4,326	4,569	4,818	5,188	5,297	5,796	6,210
지	역	6,178	5,464	6,275	7,494	7,928	9,285	9,131
	입원	23,383	25,558	28,936	30,053	30,958	35,664	37,800
	외래	3,954	3,594	4,149	4,803	4,849	5,808	6,155
직	종	5,963	5,904	6,381	7,012	7,179	8,039	8,483
	입원	26,026	29,083	31,175	32,624	33,336	37,071	39,627
	외래	4,304	4,321	4,679	5,054	5,167	5,784	6,058

* 1989 년은 약국실적이 총계에 포함되어 있음.

< 부표 11 >

연도별 보험종별 수진율

		1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
총	계	2.578	2.804	2.889	2.745	2.824	2.613	-
	입원	0.600	0.059	0.061	0.061	0.063	0.055	-
	외래	2.518	2.745	2.828	2.684	2.761	2.558	-
직	장	2.564	2.769	2.860	2.696	2.731	2.807	3.047
	입원	0.061	0.060	0.062	0.062	0.063	0.064	0.063
	외래	2.503	2.709	2.798	2.634	2.668	2.806	2.984
공	교	2.708	3.070	3.140	3.003	3.232	3.339	3.555
	입원	0.061	0.062	0.063	0.064	0.068	0.067	0.068
	외래	2.647	3.008	3.077	2.939	3.164	3.272	3.487
지	역	1.360	1.653	1.581	1.709	2.078	1.599	-
	입원	0.037	0.042	0.038	0.042	0.053	0.033	-
	외래	1.323	1.611	1.543	1.667	2.025	1.566	-
직	종	2.886	2.552	2.706	2.661	2.749	2.865	2.132
	입원	0.061	0.046	0.047	0.050	0.052	0.051	0.037
	외래	2.825	2.506	2.659	2.611	2.697	2.814	2.095

* 1989 년은 약국실적이 총계에 포함되어 있음.

의료보험 재정안정화 방안

1990 년 12 월 일 인쇄

1990 년 12 월 일 발행

발행인: 지 달 현

발행처: 한 국 보 건 사 회 연 구 원

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

전 화 3 5 5 - 8 0 0 3 ~ 7

인쇄처: 상 지 문 화 사 (2 7 3 - 9 0 8 1)
