

지역의료보험의 재정 적자요인 분석

*연세의대 예방의학교실 **연세대학교 보건대학원

김 한 중* · 조 우 현* · 이 선 희** · 강 형 곤* · 김 양 균*

=Abstract=

An Analysis on Factors Relating to Fiscal Deficit for Regional Health Insurance Program in Korea

Han Joong Kim*, Woo Hyun Cho*, Sun Hee Lee, Hyung Kon Kang*, Yang Kyun Kim***

**Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Yonsei University*

***Graduate School of Health Science and Management, Yonsei University*

This study was designed to investigate factors relating to fiscal deficit for regional health insurance. The financial statements for the fiscal year 1990 of nationwide 254 regional medical insurance societies were analyzed.

Important findings are summarized below:

1. There were differences in the main reason for the financial deficit among regions when deficit and surplus societies were compared by regions. The total revenue per enrollee, especially revenue from the premium contribution of a deficit society was significantly smaller than that of a surplus society in large cities and counties. On the other hand, the total expenditure per enrollee of a deficit society was larger than that of a surplus society in small cities.
2. Both low premium rate at the beginning of health insurance program and less effort to increase the premium rate were main factors for the smaller revenue from the contribution of a deficit society in large cities and counties.
3. Larger expenditures per covered person of a deficit society in small cities were explained with larger medical expenditures especially for out-patients services rather than larger administrative expenses.
4. A regression analysis showed that utilization rates in out-patient services were significantly associated with income and numbers of total medical care institution per capita within a region where a health insurance society located. Also expenses paid by insurer per visit were associated

+이 연구는 교육부 지역개발에 관한 학술연구조성비(1991년도)와 연세대학교 의과대학 기초의학연구비(1992년도)에 의해 이루어졌음.

with the proportion of utilization for tertiary care hospitals as well as the proportion of utilization of public health centers.

Keyword: regional health insurance, factors for fiscal deficit

I. 서론

1977년부터 의료보장제도가 본격적으로 시작된 이후 적용인구를 지속적으로 확대해 오다가 도시지역 주민들을 대상으로 하는 지역의료보험을 1989년 7월 1일 실시함으로써 일단 전국민 의료보장체계의 골격이 갖춰지게 되었다. 6개 시범지역에서 2종 의료보험으로 출발한 지역의료보험이 전국민을 대상으로 확대되기까지 그동안 많은 우려와 기대가 있었으나 이제 전국민의 의료이용에 대한 경제적인 접근을 향상시켜 국민보건에 기여하였다는 긍정적인 평가(김한중, 1991)를 받으면서 나름대로 정착해가고 있다. 실제로 지역의료보험은 적용인구 규모에 있어 1991년 현재 1,994만명으로 공·교의료보험 362만명, 직장의료보험 1,624만명과 비교하여 우리나라 의료보험 적용인구의 50%를 포함하는 최대규모로 발전하였으며 재정에 있어서도 1991년 총수입 1조 5,218억원, 총지출 1조 1,572억원으로 우리나라 의료보험 총재정 규모 중 수입 56.6%, 지출 46.5%를 차지하는 등 괄목할만한 성장을 이루었다. 이같은 지역의료보험 확대과정에서 가장 논란이 되었던 부분은 재원확보에 대한 문제로서 시범사업 경험을 통하여 지적된 재정취약의 문제가 전국적인 체계로 확장될 경우 더욱 심각해지지 않겠느냐는 것이었다. 실제로 김한중 등(1992)의 연구에 의하면 지역의료보험 재정분석 결과 전국민으로 확대실시된 첫째 1,505억원의 흑자를 보였으나 이는 도시지역 의료보험조합들의 지출이 과소집계된 것에 기인하며 본격적인 보험급여가 실시된 1990년에 이르러선 90% 이상의 조합이 적자운영을 하므로써 시범사업과정에서 예견되었던 재정불안정의 문제를 그대로 보였다고 지적하고 있

다. 1990년의 구체적인 재정현황을 보면 총수입 9,940억원에 총지출 1조 75억원으로 135억원의 당기적자(도시 194억원 흑자, 군지역 329억원 적자)가 발생하였으나 이 자료들 중 보험료 수입은 실제로 징수된 금액이 아니고 부과된 금액을 기준으로 한 것이기 때문에 보험료 100% 징수를 가상하였을 때의 수입, 지출과 손익을 나타내는 것으로 1990년말까지 징수된 보험료로 계산하였을 때 지역의료보험의 재정부족액은 더욱 증가할 것으로 예상하고 있다. 또한 1991년의 3,646억원의 흑자 역시 부과액기준에 의한 산정이며 '88~'90년간 국고지원부족액 중 1,009억원을 '91년 추경예산에서 추가지원하는 한편 202개조합에서 보험료를 평균 30.6% 인상조정함에 따른 수입증가와 외래본인부담액이 500원씩 상향조정되어 조합부담분의 감소로 지출이 둔화된 것에 따르는 한시적인 영향일 가능성이 높으며 장기적으로 재정을 전망할 경우 낙관적이지만은 않다고 평가하였다. 이와같은 지역의료보험의 재정적자는 의료기관들에 대한 진료비 지급을 지연시켜 병의원들의 경영난을 초래함으로써 심각한 사회문제로 대두되게 되었으며 전국민의료보험의 성패를 가름하는 가장 중요한 요소이자 의료비상승 문제와 함께 우선적으로 해결되어야 할 정책과제로 부상하고 있다.

그동안 진행되어진 의료보험의 재정에 관한 연구들(연하청 등, 1987; 문옥륜 등, 1988;1989; 김한중, 1989; 변종화 등, 1989; 노인철 등, 1989; 1980)은 공·교의료보험과 직장의료보험을 대상으로 한 연구들이 대부분으로서 현재 제기되고 있는 지역의료보험 재정문제의 특수성을 고려하지 못하였다. 일부 지역의료보험의 재정을 분석한 연구들(유승훈 등, 1985; 한국인구보건연구원, 1986; 문옥륜, 1988)이 있기는 하나 주로 시범사업지역에 대한 연구들이며 전국민의료보험이 실시된 이후 전

국의 지역의료보험조합을 대상으로 재정을 분석한 연구(한국보건사회연구원, 1990; 문중국, 1991)는 실시시간이 짧아 매우 미약한 실정이다.

이에 이 연구에서는 1989년, 1990년 2년간의 조합별 결산내역자료를 중심으로 전국민으로 확대 실시된 지역의료보험의 재정현황을 파악하고 재정의 적자요인을 규명해보고자 하였다. 이 연구도 지역의료보험이 실시된지 3년에 불과한 시점에서 자료의 제한으로 실시 2년간의 자료밖에 분석이 가능하지 않았으나 지역의료보험 재정 적자가 중요한 사회문제로 대두되고 있기 때문에 짧은 기간동안이나마 지역의료보험의 재정운영을 분석해보므로써 현재 지역의료보험이 안고 있는 문제점을 파악할 수 있다면 향후 지역의료보험의 정착을 위한 의미있는 작업이 될 수 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구의 틀

지역의료보험의 재정안정은 수입과 지출에 의하여 결정이 되므로 수입내역인 보험료, 국고지원금 그리고 지출내역의 보험급여비와 관리운영비로 구분하여 재정상태를 설명할 수 있다. 재정구성요소들은 다시 보험료수입의 경우, 보험료인상률에 의해 부과되는 부과액과 세대수, 징수율에 의해 결정되며 보험급여비 역시 의료이용률과 건당 급여비로 설명할 수 있다. 의료이용률과 건당 급여비 각각은 또한 각 요소에 영향을 주는 요인들을 포함한 확률론적 모형으로 규명될 수 있을 것이다. 이를 그림으로 도시하면 그림 1과 같이 제시할 수 있으며 이 연구는 제시된 연구의 틀에 따라 현재 지역의료보험 재정을 결정하는 각 요인들의 차이를 파악함으로써 재정에 관련된 문제점들과 재정적자요인을 도출해 보고자 하였다. 또한 지역에 따라 구조적인 변수가 상이하고 이에 따라 재정수입과 지출의 규모가 다르기 때문에 서울특별시와 6개 직할시를 대도시, 그외 시를 중소도시, 그리고 나머지 지역을

군으로 구분한 후 지역을 통제한다는 의미에서 지역에 따라 따로 분석하며 성격이 비슷한 지역내에서 흑적자조합의 재정구조를 비교해보므로써 같은 환경조건하에서 어떤 조합은 흑자운명을 하고 어떤 조합은 적자운명을 하였는지 검토하였다. 일반적인 결산자료가 부과액 기준으로 수입이 계상되고 있는데 부과액 기준으로 수지차액을 검토할 경우 미수금이 수입으로 포함된 것이기 때문에 조합의 실제 현금수지를 파악하는데 있어서는 징수액 기준으로 살펴보는 것이 적절할 것으로 판단되어 징수액 기준으로 분석하고자 한다.

2. 연구자료

이 연구의 분석단위는 지역의료보험조합이며 1990년말 현재 전국의 254개조합 전수를 대상으로 하였다. 연구에 필요한 자료는 별도의 조사를 거쳐 수집하지 않고 대부분 이차적인 자료를 이용하였으며 1989년도와 1990년도 조합별 결산자료를 사용하였다. 재정적자 요인분석은 조합별 결산자료를 통하여 흑적자 조합간 의료보험재정의 각부분에 어떤 차이가 있는지를 분석하였으며 1989년 자료는 현금주의에 기초하고 있기 때문에 시행초기 급여의 과소추계, 그리고 불안정한 의료이용의 문제로 비교에 어려움이 있어 비교적 안정적인 급여가 이루어졌으리라고 판단되는 1990년 자료를 주로 이용하였다.

조합별 결산자료는 행정을 위한 자료로서 재정현황분석에 제한이 있기는 하였으나 전국의 의료보험조합을 대상으로 세부적인 자료를 추가로 수집하는 것이 현실적으로 가능하지 않았으므로 그대로 사용하였다. 지역별 의료에 대한 접근도와 전반적인 경제수준을 짐작할 수 있는 도로포장률이나 의료공급요인으로서 인구당 요양 취급기관수 등의 변수들은 각 의료보험조합이 소재하고 있는 대도시, 중소도시, 군 등을 기준으로 산출하였으며 지역통계연보와 각종 통계자료 등을 참고하였다.

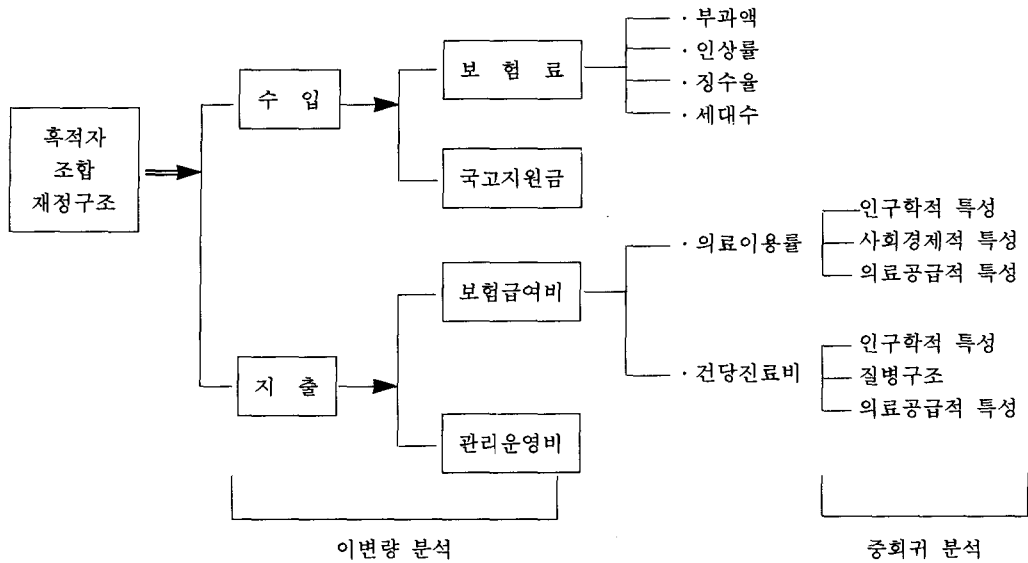


그림 1. 연구분석의 틀

Ⅲ 연구결과

1. 재정자립도 현황

재정적자 요인분석을 하는데 있어 흑자와 적자에 대한 정의로 수입대비 지출에 100을 곱하여 재정자립도로 규정하고 100이상을 흑자조합, 100미만을

적자조합으로 구분하여 흑·적자조합 현황을 보았다(표 1).

254개 조합중 1989년엔 53.1%인 135개 조합이 적자를 보였으며 1990년에는 90.6%인 230개 조합이 적자로 나타났고 특히 중소도시와 군에서 높은 적자를 보였다. 1991년에 이르러선 1개 조합만이 적자이고 모두 흑자인, 반전된 결과를 보여주고

표 1. 연도별 지역별 흑·적자조합 현황

단위: 개(%)

지역	1989			1990			1991 ¹⁾		
	흑자	적자	계	흑자	적자	계	흑자	적자	계
대도시	54(96.4)	2(3.6)	56(100)	17(30.4)	39(69.6)	56(100)	56(100)	—	56(100)
중소도시	60(98.4)	1(1.6)	61(100)	4(6.6)	57(93.4)	61(100)	61(100)	—	61(100)
군	5(3.6)	132(96.4)	137(100)	3(2.2)	134(97.8)	137(100)	136(99.3)	1(0.7)	137(100)
전체	119(46.9)	135(53.1)	254(100)	24(9.4)	230(90.6)	254(100)	253(99.6)	1(0.4)	254(100)

주: 보험료 징수액 기준

1) ① 266개 조합을 1989, 1990년 기준에 맞추어 254개 조합으로 분류하였음.

② 보험료 부과액 기준임.

있는데 이는 조사시점에서 자세한 결산자료가 나오지 않아 부과액기준에 따라 구분하였기 때문으로 여겨지며 징수액기준으로 살펴볼 경우 적자조합수는 늘어날 것으로 예상된다.

2. 흑적자 조합별 재정현황비교

1) 조합별 인구사회학적 특성

재정비교에 앞서 대도시, 중소도시, 군이라는 넓은 의미의 지역은 통제한다고 하지만 조합관할이 하나의 행정구역단위인 경우가 많기 때문에 흑·적자조합간 환경구조적인 차이가 있는지를 보기 위하여 사회인구학적 특성을 비교하여 보았다(표 2). 각 지역별로 4세이하 인구구성비가 적자조합에서 높았고 특히 중소도시에서는 65세이상 인구구성비 역시 적자조합에서 높았다. 소득의 지표로서 수정된 능력비례보험료의 경우 적자조합에서 낮았고 세대당 평균가족수는 많았다. 즉 전반적으로 적자조합에서 의료이용 가능성이 높다고 알려진 인구구성비가 높고 세대당 의료이용 대상인구가 많으며, 경제수준 또한 낙후되어 구조적으로 취약함을 보여주고 있다. 적용인구수에 있어서도 대도시, 중소도시에서는 모두 적자조합에서 적게 나타났고 군의

경우엔 반대로 흑자조합이 적게 나타났지만 도시지역에 비해 흑적자조합 모두 절대규모가 작았다.

2) 재정현황 비교

흑·적자조합간 재정구조를 적용인구 규모를 통제하기 위하여 적용인구 1인당으로 환산하여 비교해 보면 (표3) 대도시와 군의 경우엔 적자조합에서 수입이 각각 49,293원, 47,115원으로 흑자조합의 53,001원, 58,969원과 비교하여 유의하게 낮았으며 수입중에서도 특히 연간 보험료수입이 낮았다. 군지역에서는 보험료수입외에 국고보조 역시 흑자조합의 28,203원에 비하여 적자조합에서는 21,799원으로 낮아 군지역조합의 수입부문이 취약함을 보여주고 있으며 국고보조중 특히 관리운영비 지원부분이 낮았다. 지출에 있어서는 대도시, 중소도시, 군지역 모두에서 적자조합이 많았으며 특히 중소도시에서 흑자조합의 46,907원과 비교하여 적자조합에서 54,862원으로 유의한 차이가 있었다. 지출의 구성요소별로 살펴볼 때 보험급여비의 경우 역시 모든 지역에서 적자조합이 흑자조합에 비해 많은 편이었으며 중소도시에서는 유의한 차이를 보여 적자조합에서의 유의하게 높은 지출이 높은 보험급여비와 관련이 있음을 보여주고 있다. 반면 관

표 2. 흑·적자 조합별 인구사회학적 특성 비교

특 성	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
4세이하 인구구성비(%)	6.52	6.62	5.84	7.37	4.99	5.51
가임여성 인구구성비(%)	14.92	15.15	15.12	14.59	11.14	11.25
65세 이상 인구구성비(%)	3.34	3.29	3.12	3.74	7.83	7.56
수정된 능력비례보험료(원) ¹⁾	6,314	5,352***	4,700	4,670	4,492	3,898
도로포장률(%)	81.64	77.22**	81.10	83.71	42.18	57.94
세대당 평균가족수(명)	3.27	3.36*	3.31	3.42	3.58	3.72
적용인구수(명)	189,070	152,738	105,951	64,668*	21,846	45,627*

***: $P < .01$ **: $P < .05$ *: $P < .1$

1) 조합 구성원의 소득에 대한 대응지표로 능력비례 보험료를 제시하였으며 조합마다 능력비례보험료와 기본보험료의 구성비가 다르므로 조합간의 비교를 위하여 조합별 구성비를 교정하였음.

리운영비에 있어선 군지역의 경우 오히려 흑자조합에서의 관리운영비가 유의하게 크게 나타났다.

따라서 다음에서는 수입과 지출의 각 구성요소의 차이를 심층분석해보므로써 세부적으로 적자요인을 규명하기로 한다.

3) 보험료 수입

표 4는 흑·적자조합간에 보험료수입을 결정짓는 요인들을 비교검토한 결과이다. 피보험자 1인당 월 평균 보험료부과액을 보면 대도시의 경우 적자조합에서 3,201원으로 흑자조합의 3,846원에 비해 유의하게 낮았으며 군지역의 경우도 표본수가 작아 유의하지는 않았지만 역시 적자조합에서 낮았다. 전년 대비 보험료인상률에 있어서도 대도시와 군지역의 적자조합에서 36.1%, 39.0%로서 흑자조합의 44.2%, 59.7%와 비교하여 크게 낮았다. 보험료가 세대당 부과되기 때문에 보험료수입의 규모를 결정짓는 세대수를 비교하여 보면 대도시와 중소도시에서는 적자조합에서 유의하게 적는데 이는 앞서

(표 2) 세대당 평균가족수가 흑자조합에 비하여 많았던 결과와 연결해본다면 수입원은 적는데 비해 지출가능성은 높아진다는 해석이 가능해진다. 흑·적자 조합간에 징수율을 비교해보았으나 큰 차이가 없게 나타나 징수요인은 재정적자의 큰 요인이 아님을 알 수 있다.

4) 지출측면

(1) 보험급여비

보험재정의 또다른 축이 되는 지출측면을 살펴보기 위하여 지출의 가장 큰 구성요소로서 급여부분을 검토하여 보았다. 보험급여비를 입원과 외래로 구분하였을 때 먼저 입원에서 급여관련지표를 비교하여 보면 (표 5), 1인당 급여비에 있어선 대도시와 중소도시의 경우 적자조합에서 높았으나 각 지역별로 흑·적자조합간 유의한 차이를 보이지 않고 있다. 그러나 1인당 급여비의 세부적인 요소들은 지역마다 다르게 나타나고 있는데 대도시와 군의 경우 의료이용건수는 적자조합에서 많으나 건당 급

표 3. 흑·적자 조합별 재정현황(1990)

구 분	단위: 원					
	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
<u>연간수입</u>	53,001	49,293***	49,084	49,802	58,969	47,115***
· 연간보험료 ¹⁾	33,852	29,897***	27,788	27,389	28,704	23,421**
· 국고보조	17,822	18,173	18,322	21,108	28,203	21,799***
보험료	12,931	12,699**	12,499	12,504	12,846	12,662
관리운영비	4,891	5,474	5,823	8,604	15,357	9,137***
· 기타수입	1,327	1,223	2,974	1,305	2,062	1,895
<u>연간지출</u>	51,502	52,355	46,907	54,862***	56,519	53,683
· 보험급여비	45,499	46,022	40,262	45,583***	40,590	44,079
· 관리운영비	5,501	6,036	6,522	9,125	15,657	9,369***
· 기타지출	502	297***	123	154	272	238

***: $P < .01$ **: $P < .05$ *: $P < .1$

· 적용인구 1인당

1) 당기 보험료 징수액 기준

표 4. 흑·적자 조합에 대한 보험료수입 관련요인 비교(1990)

관련요인	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
피보험자 1인당 월평균 보험료부과액(원)	3,846	3,201**	2,833	2,725	2,514	2,112
보험료 인상률(%)	44.2	36.1	29.4	23.4	59.7	39.0
보험료 징수율(%)	88.0	90.7*	90.2	92.0	93.4	95.4
세대수(세대)	57,843	45,377*	31,969	18,884**	6,092	12,245

***: P < .01 **: P < .05 *: P < .1

표 5. 흑·적자 조합별 급여관련지표 비교(입원)

1990년

지 표	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
1인당 급여비(원)	20,309	20,476	18,945	20,11	22,122	21,319
의료이용						
1인당 진료건수(건)	.059	.061	.062	.063	.059	.062
건당 재원일수(일)	10.36	10.39	10.01	9.89	11.35	10.65
급여비						
건당 급여비(원)	346,994	334,991	306,958	320,885	373,351	347,115
재원일당 급여비	33,490	32,317	30,573	32,510	32,941	32,653
3차기관건당급여비(원)	709,938	778,727*	856,297	874,648	1,029,348	894,019*
3차기관급여비비율(%) ¹⁾	54.11	42.78	40.70	36.27	35.04	39.04

***: P < .01 **: P < .05 *: P < .1

1) (3차기관에 지불되는 급여비/조합의 전체 보험급여비) × 100

여비가 작기 때문에 결과적으로 1인당 급여비에는 차이가 없었다. 가격요인을 가늠하기 위하여 다시 건당 급여비를 세분하여 보았으며 3차기관 이용이 가격에 크게 영향을 미칠 것으로 생각되어 3차기관 급여지표를 함께 살펴 보았다. 대도시에서는 적자 조합에서 3차기관 건당 급여비가 높았으나 3차기관 급여비 비율이 낮아 3차기관 이용건수가 적었음을 짐작 할 수 있으며 결과적으로 낮은 건당 급여비를 보여주었다. 반면 군지역의 경우 적자조합의 3차기관 건당 급여비가 낮았으나 3차기관 급여비 비율은

높아 3차기관 이용건수가 많았을 것으로 생각되며 건당 급여비가 재원일당 급여비와 건당 재원일수에 의해 결정된다고 할 때 재원일당 급여비에는 차이가 없었고 건당 재원일수가 짧아 낮은 건당 급여비와 건당 재원일수가 관련이 있음을 보여주고 있다. 중소도시의 경우 1인당 입원건수에서는 큰 차이가 없었고 건당 급여비가 적자조합에서 높아 유의한 차이는 아니지만 1인당 급여비가 높게 나타났다.

한편 입원과 달리 외래 급여지표를 살펴보면 (표 6) 중소도시, 군지역에서 흑·적자조합간 1인당 급여

표 6. 흑·적자 조합별 급여관련지표 비교(외래)

1990년

특 성	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
1인당 급여비(원)	24,707	25,131	21,027	25,091***	18,093	22,312**
<u>의료이용</u>						
1인당 진료건수(건)	2.80	2.94**	2.69	2.94	2.48	2.90*
1인당 내원일수(일)	6.70	7.16***	6.43	6.87	5.12	5.91
건당 내원일수(일)	2.40	2.44	2.39	2.33	2.04	2.04
외래보건의관 이용률(%)	.65	.88	.57	1.24	25.65	26.27
3차기관 이용률(%)	3.97	2.63**	1.48	1.48	1.46	1.94
<u>급여비</u>						
건당 급여비(원)	8,830	8,570**	7,799	8,538***	7,292	7,699
재원일당 급여비	3,691	3,528***	3,261	3,690**	3,598	3,788
3차기관건당급여비(원)	40,046	50,751*	48,064	45,235	50,012	49,348
3차기관 급여비 비율(%)	17.67	13.00**	8.56	7.27	10.52	10.62

***: P < .01 ** : P < .05 * : P < .1

- 1) (보건기관 이용건수/조합의 총외래이용건수) × 100
- 2) (3차 기관에 지불되는 급여비/조합의 전체 보험급여비) × 100

여비에 유의한 차이를 보여주고 있다. 즉 중소도시와 군지역의 적자조합에서 1인당 급여비가 높게 나타나고 있는데 이를 건당 급여비와 의료이용으로 나누어 볼 경우 중소도시에서 적자조합의 건당 급여비가 흑자조합에 비해 유의하게 높았으며 1인당 진료건수 또한 높았다. 군지역에서도 1인당 진료건수와 건당 급여비가 적자조합에서 많았으며 특히 1인당 진료건수의 차이가 유의하였다. 외래 건당 급여비 역시 건당 내원일수와 내원일당 급여비에 의해서 결정되는데 대도시와 중소도시의 경우 건당 내원일수에 있어서는 유의한 차이가 없었고 내원일당 급여비는 중소도시에서는 적자조합에서 유의하게 높은 반면 대도시에서는 오히려 흑자조합이 낮게 나타났다. 대도시의 경우엔 적자조합의 1인당 방문건수는 많았으나 건당 급여비가 낮아 1인당 급여비에는 별다른 차이를 보이지 않았다.

급여결과는 의료공급부분과 연결지어 설명될 수

있기 때문에 흑·적자조합간 요양취급기관 분포가 다른지를 비교하여 보았다(표 7).

인구규모를 교정한 전체 요양취급기관수를 살펴 보았을 때 중소도시의 경우 적자조합에서 많았으나 대도시와 군지역에서는 흑자조합에서 많았다. 요양취급기관 종별에 따라 입원 급여비와 외래 급여비에 다른 영향을 줄 수 있기 때문에 요양취급기관 종별을 구분하여 보면 병원의 경우엔 대도시의 적자조합에서 많았고 의원의 경우엔 중소도시와 군지역의 적자조합에서 많았다.

다음은 보험급여비 지출에서 주요한 차이로 나타나고 있는 외래 1인당 급여비 지출의 원인을 심층 분석해 보고자 1인당 급여비의 구성요소인 의료이용률과 건당 급여비 각각에 대하여 관련요인을 확률론적 모형으로 구성하여 회귀분석을 실시하였다. 외래 의료이용률의 모형 구성시 의료이용률과 밀접한 관련이 있을 것으로 생각되는 의료공급에 대한

표 7. 흑·적자 조합별 요양취급기관 현황

단위: 개소

지 표	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
병 원 ¹⁾	.94	1.36***	2.46	1.80*	1.52	1.91
의 원	32.78	31.19**	26.33	29.24	6.45	11.00
보건의료원	—	.01	—	—	—	.22
그외 보건기관	.36	.74***	4.07	3.91	50.08	29.99***
전체 요양취급기관	34.08	33.30	32.86	34.95	58.05	43.12

***: $P < .01$ **: $P < .05$ *: $P < .1$

주: 요양취급기관수는 인구 100,000명당 갯수임

1)종합병원 포함

지표로서 인구를 교정한 전체요양취급기관수를 포함한 모형1과, 보다 직접적으로 외래 의료이용률과 연관되는 의원급 요양취급기관과 보건기관 수만을 포함시켰을 때 모형 2로 구분하여 설정하여 보았다.

회귀분석 결과 외래 의료이용률에 대한 모형 1에 있어(표 8) 소득의 지표로 사용한 '수정된 1인당 능력비례보험료'가 유의하게 양의 관계를 보였으며 이를 해석해 보자면 소득이 증가할수록 외래이용이 증가한다고 풀이해 볼 수 있겠다. 외래 의료 이용률이 군지역에 비해 대도시는 유의하게 낮음을 볼 수 있으며, 중소도시의 경우에도 유의하지는 않지만 낮음을 볼 수 있다. 유의하지는 않았지만 4세이하 인구구성비와 65세 이상 인구구성비와 같은 사회인구학적 변수나, 지리적 접근도를 가늠해볼 수 있는 도로포장률이 의료이용률과 양의 상관관계를 보였으며 의료공급변수로서 인구당 요양취급기관수 역시 양의 관계를 보였다.

모형 2의 결과에서도 모형1에서와 마찬가지로 수정된 1인당 능력비례보험료가 외래 이용률과 유의한 양의 상관관계를 보였으며 4세 이하 인구구성비나 65세이상 인구구성비 등도 역시 유의하지는 않았지만 양의 관계를 보였다. 반면 모형 1의 의료공급변수를 보완하여 외래이용과 보다 직접적으로

관련된 의료공급능력을 나타내는 '인구당 의원과 보건기관수'를 포함하였을 때 모형 1과는 달리 의료이용률과 유의하게 양의 상관관계를 보였다.

외래 건당 급여비에 있어서는(표 9) 3차 의료기관 이용비율이 유의한 양의 관계를 보인 반면 보건기관 이용비율은 유의하게 음의 관계를 보이는 변수로 채택되어 요양 취급기관 종별이 건당 급여비와 긴밀한 관계에 있음을 제시해주고 있다. 외래 건당 급여비는 대도시 및 중소도시가 군지역에 비해 유의적인 차이를 보이지 않음을 볼 수 있다.

(2) 관리운영비

보험재정지출의 또다른 구성요소로서 관리운영비는 최소의 비용으로 조합재정관리에 필요한 제반 활동을 수행해야 한다는 점에서 보험재정의 효율성에 대한 지표가 될 수 있다. 적용인구규모를 통제하고 관리운영비를 비교해보면(표 10) 대도시와 중소도시의 경우 흑·적자조합간 유의한 차이는 아니지만 적자조합에서 많았으며 군의 경우엔 적자조합에서 유의하게 적었다.

관리운영비의 내역별 비교에서는 전체적으로 인건비, 기관운영비, 연합회비 순의 구성을 보이고 있으며 흑적자조합을 비교해볼 때 대도시와 중소도시의 경우 1인당 인건비가 적자조합에서 많았으며

표 8. 외래의료이용률에 대한 회귀분석

독립변수	모형 1	모형 2
	회귀계수 (표준오차)	회귀계수 (표준오차)
4세이하 인구구성비	.82(1.43)	.82(1.43)
65세 이상 인구구성비	1.69(1.25)	1.59(1.25)
도로포장률	$1.74 \times 10^{-3}(1.51 \times 10^{-3})$	$1.80 \times 10^{-3}(1.51 \times 10^{-3})$
수정된 1인당 능력비례보험료	.18(.03)***	.18(.03)***
지역 1(중소도시)	-.06(.07)	-.06(.07)
지역 2(대도시)	-.24(.09)***	-.24(.09)***
지구당 전체 요양 취급 기관수	$4.09 \times 10^{-3}(1.94 \times 10^{-3})$	—
인구당 의원과 보건기관수	—	$5.02 \times 10^{-3}(2.07 \times 10^{-3})$ ***
절편	1.73(.21)***	1.71(.21)***
adj R ²	.13	.14
F	6.50***	6.75***

***: P < .01 ** : P < .05 * : P < .1

표 9. 외래 건당 급여비에 대한 회귀분석

독립변수	회귀계수	(표준오차)
4세이하 인구구성비	.03	(2.0)
65세 이상 인구구성비	2.03	(1.78)
인구당 의원과 보건기관수	1.60×10^{-3}	(2.63×10^{-3})
3차 의료기관 이용비율	4.79	(1.31)***
보건기관 이용비율	-.04	(4.06×10^{-3}) ***
지역 1(중소도시)	-.05	(.12)
지역 2(대도시)	.03	(.12)
절편	8.39	(.22)***
adj R ²	.60	
F	54.16***	

***: P < .01 ** : P < .05 * : P < .1

표 10. 흑·적자 조합별 관리운영비 내역

단위: 원(%)

특 성	대 도시		중소도시		군 지역	
	흑 자	적 자	흑 자	적 자	흑 자	적 자
1인당 인건비	2,936 (53.4)	3,256 (53.9)	3,695 (56.7)	5,633 (61.7)	9,656 (61.7)	5,995*** (64.0)
1인당 기관운영비	2,245 (40.8)	2,468 (40.9)	2,546 (39.0)	3,188 (34.9)	5,776 (36.9)	3,136*** (33.5)
1인당 연합회비	320 (5.8)	313 (5.2)	281 (4.3)	304 (3.4)	225 (1.4)	238 (2.5)
1인당 관리운영비	5,501 (100.0)	6,037 (100.0)	6,522 (100.0)	9,125 (100.0)	15,657 (100.0)	9,369*** (100.0)

***: P < .01 ** : P < .05 * : P < .1

전체 관리운영비 상에서 차지하는 구성비도 크게 나타났다. 군지역의 경우엔 적자조합이 흑자조합에 비하여 1인당 인건비가 낮게 나왔으나 상대적인 구성비로는 역시 적자조합에서 인건비의 비중이 높았다.

IV. 고 찰

유승흠 등(1985)의 연구에 따르면 의료보험의 적자요인은 보험료 부과액보다도 보험급여액이 초과지출되기 때문에 생기는 급여요인에 의한 적자와 징수액을 다 징수하지 못함으로써 생기는 징수요인에 의한 적자로 구분될 수 있다. 1990년 지역의료보험조합의 결산자료를 중심으로 흑·적자조합간 재정현황을 비교한 결과에 의하면 지역에 따라 재정수지 구조상에 차이를 보이고 있는데 우선 대도시와 군지역의 경우를 보면 지출에는 큰 차이가 없었으나 수입부분에 있어 적자조합의 수입이 유의하게 적었으며 특히 보험료 수입이 낮았다. 보험료 수입이 낮은 원인을 파악하고자 관련요인으로서 징수율을 비교하였을 때 흑·적자조합간 차이가 없거나 오히려 적자조합에서 높아 흔히 의료보험 시행

초기에 발생하는 징수요인에 의한 적자는 배제해도 좋을 것으로 생각되며 피보험자 1인당 월평균 보험료 부과액이나 전년대비 보험료 인상률이 적자조합에서 낮았음을 감안할 때 대도시와 군지역의 재정적자는 급여현황을 충분히 고려하지 못하고 설정된 보험료 부과액의 부적절한 수준에 기인하는 것으로 판단되었다. 대도시와 중소도시에서는 기대한대로 적용인구 및 적용세대수가 많은 조합일수록 흑자조합이었으나 군지역에서는 적용인구 및 적용세대수가 적을수록 흑자조합으로 나타났다. 이는 군조합의 흑자조합이 137개 조합 중 3개 조합이기 때문에 나타난 우연한 현상으로 생각할 수 있다. 또한 보험료 수입원이 되는 세대규모는 작은 반면 세대당 가족수가 많아 지출가능성이 높은 점도 대도시와 중소도시의 재정상태에 영향을 주었을 것으로 생각된다.

반면 중소도시의 경우엔 수입에 있어서는 차이를 보이지 않았으나 지출이 적자 조합에서 유의하게 높았으며 특히 보험급여비 지출이 유의하게 많아 수입대비 지출의 과다 특히 급여과다에 의해 적자가 발생하였음을 보여주고 있다. 보험급여는 적용인구에게 보험혜택을 주는 직접적 수단이며 보험제정의 주요 지출구성요소라는 점에서 중요성이 높으

며 향후 재정운영에 있어서도 관리의 초점이 되어야 할 부분이다. 이러한 견지에서 급여부분을 좀더 심층적으로 분석하였을 때 중소도시 적자조합에서의 높은 급여지출은 주로 외래 급여비의 지출이 유의하게 높은 결과에 따른 것으로 나타났으며 입원 급여비에 있어서도 적자조합에서 높기는 하였으나 유의하지는 않았다.

적자조합의 높은 외래 급여비를 건당 급여비와 의료이용량으로 세분하여 살펴보면 건당 급여비의 경우 적자조합에서 높았으며 이는 건당 내원일수보다는 내원일당 급여비의 차이에 의한 것으로 분석되었다. 건당 급여비 관련요인을 규명하기 위한 회귀분석 결과에서는 3차기관 이용비율은 유의한 양의 관계를 보인 반면 보건기관 이용비율은 음의 관계를 보여 요양취급기관 종별에 관한 변수가 건당 급여비와 긴밀한 관계가 있음을 제시해주고 있었다. 의료이용량의 관련요인을 본 경우에서도 3차기관 이용비율은 통계학적으로 유의하지는 않았으나 중소도시의 적자조합에서 역시 많았으며 흑자조합의 표본수가 적음을 감안하여 그 결과를 해석하여야 할 것이다. 외래 의료이용량에 대한 회귀분석에서는 소득의 지표로 사용한 수정된 1인당 능력비례 보험료가 유의하게 양의 관계를 보여 소득이 높을수록 외래 이용률이 높다는 기존의 연구(유승홍 등, 1987; 1988)와 일치된 결과를 보여주고 있으며 4세이하 인구구성비나 65세이상 인구구성비 등도 유의하지는 않지만 양의 관계에 있어 조합의 사회인구학적 특성이 급여지출에 영향을 미칠 수 있음을 보여주고 있다. 또한 외래 의료이용률과 의료공급과의 관계를 볼 때 전체 요양취급기관수와는 유의하지 않았으나 외래 이용률과 직접적인 연관이 있을 것으로 생각되는 '인구당 의원과 보건기관수'가 유의한 양의 관계를 보이고 있음은 흥미있는 결과로 생각되어진다. 대도시 및 중소도시 지역이 군 지역에 비해 의료 이용의 접근도(의료기관수, 의사수 등)에서 용이하기 때문에 외래 의료 이용률이 높은 것이 일반적이지만, 본 연구에서는 외래 의료 이용률을 의료기관수, 소득, 적용인구에 의하여 통

제하였기 때문에, 일반적인 생각과는 상반되는 결과를 보였다. 이는 추후 연구되어야할 과제라고 생각된다.

입원 의료 이용률 및 입원 건당 급여비는 흑·적자 조합간에 유의적인 차이를 보이지 않았기 때문에 입원 의료 이용률 및 입원 건당 급여비의 관련요인을 규명하기 위한 회귀분석은 본 연구에서 제외하였다.

따라서 급여에 관한 이러한 결과들을 종합해 볼 때 적정한 보험급여관리는 수요 측면에서의 경제적인 의료이용과 공급측면에서의 효율적인 의료공급의 문제를 함께 접근하는 것이 보다 타당할 것으로 판단된다. 경제적인 의료이용이란 의료보험으로 인한 도덕적 위해(moral hazard)가 배제된 실제 필요 의료이용을 의미할 뿐만 아니라 질병수준에 적합한 종별 의료기관이용이 이루어져야 함을 포함하며 이런 의미에서 중소도시의 적자조합들의 높은 의료이용률과 재(내)원일당 진료비에 대한 적정성이 깊게 검토되어야 할 필요가 있다. 효율적인 의료공급의 문제는 의료수요와 공급이 상호 긴밀한 관계에 있기 때문에 효율적인 의료이용이 유도될 수 있도록 공급체계가 배려되어야 한다는 의미이며 의료기관간의 적절한 기능분담과 기능에 부합하도록 투입요소의 비용을 통제한다면 보건기관의 활성화가 구체적인 예가 될 수 있을 것이다. 인구당 병상수가 대도시 적자조합에서 높게 나오고 있거나 건당 급여비와 '요양취급기관 종별'과의 높은 관련성은 이런 측면에서 시사하는 바가 크다. 즉 보험재정에서의 급여정책은 재정안정화 측면에서도 중요하지만 궁극적으로는 의료이용행태나 공급구조에 심대한 영향을 미치기 때문에 장기적인 보건정책적 차원에서 조망이 필요하다고 생각된다. 덧붙여 지적할 점은 흑적자조합간의 인구사회학적 특성의 비교에서 적자조합의 경우 흑자조합에 비해 의료이용가능성이 높다고 알려진 인구구성비가 높고 경제수준 또한 낙후되어 구조적인 취약함을 보여주고 있으며 이는 지역에 따라서도 다르게 나타나고 있기 때문에 환경여건이 취약한 조합에 대해서는 구조적인

차이를 보완해 줄 수 있는 적절한 재원확보와 특별한 정책적인 배려가 있어야 할 것이다.

이 연구의 제한점을 살펴 보면 우선 연구모형에 있어서 재정운영의 보다 깊은 통찰을 위해서는 그간의 의료수요, 이용양상, 공급체계 등의 변화에 따른 재정구조의 변화추세를 분석하는 것이 바람직하겠으나 자료축적기간의 제한으로 단면적인 연구 결과밖에 가능하지 않았다는 점이며 향후 일정 기간 모아진 자료를 토대로 심층적인 연구가 요망되어진다. 연구자료에 있어서는 행정자료의 성격을 갖는 결산자료를 사용하였기 때문에 재정에 관련된 다양한 요인들을 종합적으로 살펴 보는데 제한이 되었으며 특히 동일한 환경조건하에서도 조합 자체의 재정관리 노력에 따라 재정수지 결과가 달라질 수 있기 때문에 조합의 자구노력정도가 중요하다고 생각하였으나 이 연구에서는 포함하지 못하였다.

그러나 이상의 제한점에도 불구하고 전국민의료보험 이후 지역의료보험조합 전수를 대상으로 재정에 대한 체계적인 분석을 시도하여 짧은 기간동안의 경험이기도 하나 중요한 교훈을 얻을 수 있었다고 생각하며 향후 지역의료보험 재정운영을 위한 기초자료가 될 수 있을 것으로 기대된다.

V. 요약 및 결론

지역의료보험 실시 1년동안의 단면적인 결과를 통해 지역의료보험 재정의 적자요인을 파악한다는 시도가 제한적일 수 있으나 그 시급한 필요성에 비추어 나름의 중요한 의미를 갖는다고 할 때 254개 지역의료보험조합의 1990년도 조합별 결산자료를 이용하여 지역의료보험 흑적자조합간 재정을 비교 분석한 결과를 정리해보면 다음과 같다.

첫째, 흑적자조합간 재정구조의 차이는 대도시, 중소도시, 군에 따라 다르게 나타났다. 대도시와 군의 경우엔 적자조합에서 흑자조합과 비교하여 총수입이 유의하게 낮았으며 중소도시의 경우엔 적자조합에서 총지출이 유의하게 많았다. 둘째, 대도시

와 군에 위치한 적자조합의 낮은 총수입의 원인을 파악하고자 보험료 수입과 관련된 요인을 비교하였을 때 보험료부과액과 보험료인상률이 적자조합에서 유의하게 낮았다. 셋째, 중소도시에 위치한 적자조합의 높은 지출은 관리운영비보다는 보험급여비의 차이에 의해 설명되어질 수 있으며 특히 1인당 외래 급여비 지출이 적자조합에서 많았다. 넷째, 1인당 외래 급여비의 차이를 분석하기 위하여 외래 급여비관련요인을 건당 급여비와 의료이용률로 세분하고 각각에 영향을 주는 요인을 찾기 위하여 회귀분석을 한 결과 외래 의료이용률로 세분하고 각각에 영향을 주는 요인을 찾기 위하여 회귀분석을 한 결과 외래 의료이용률에서는 소득과 의료공급량이, 외래건당 급여비에 있어서는 의료기관종별에 관한 변수가 유의한 설명변수로 나왔다.

이같은 결과들이 시사해주는 바를 살펴 본다면 지역의료보험 재정운영은 지역마다 구조적인 차이와 구성요소의 규모가 다르기 때문에 재정운영결과 또한 다를 수 밖에 없으며 보험재정에 관련된 정책도 지역이 안고 있는 구조적 차이를 감안하여 지역에 적합하게 접근되어야 할 것으로 판단된다. 지역에 따라 수입이 낮은 지역에서는 당초 설정된 보험료 부과액 수준이 타당한지를 검토해 보아야 할 것이며 환경 여건이 취약한 조합의 경우엔 구조적 차이를 보완해 줄 수 있는 적절한 재원확보도 강구해 보아야 할 것이다. 반면 지출과다가 적자요인인 조합에서는 적용인구에 대한 합리적인 급여관리와 의료공급구조의 효율성을 제고하는 부분으로 정책의 초점이 맞춰지는 것이 타당한 접근으로 생각된다. 보다 중요하게 지적되어야 할 점은, 이 연구에서는 자료의 제한으로 다루지를 못했지만 같은 환경조건하에서도 조합자체의 재정관리 노력에 따라 재정수지 결과가 달라질 수 있기 때문에 조합 스스로 효율적인 재정운영을 유도하는 쪽으로 정책적 유인이 배려되어야 한다는 점이다.

참 고 문 헌

- 김한중. 의료보험제도의 바람직한 방향, 의료보험과 국민의료에 관한 세미나. 대한의학협회, 1991. 3. 6
- 김한중. 의료비 증가억제와 보험재정 안정방안. 의료보험 1989; 99: 13-23
- 노인철. 전국민의료보험의 재원조달방안. 의료보험 1989; 100: 2-15
- 문옥륜. 지역보험과 의료의 수급. 의료보험 1988; 97: 22-31
- 문종국. 지역의료보험조합의 재정상태에 영향을 미치는 요인분석. 예방의학회지 1991; 249(2): 195-210
- 변종화, 장동현, 최성욱, 이준협. 의료비 증가억제 방안연구. 한국인구보건연구원, 1989
- 보건사회부. 의료보험현황 및 발전방향. 1992. 5
- 양봉민. 의료보험과 형평성의 문제. 의료보험 1989; 99: 2-12
- 연세대학교 인구 및 보건개발연구소. 2종 의료보험의 모형 및 실시방안에 관한 연구. 의료보험조합연합회, 1984. 5
- 유승흠, 김한중, 이해중. 지역의료보험의 재정 및 적자요인 분석. 사회보장연구 1985; 1(1): 151-167
- 의료보험연합회. 지역의료보험결산현황. 1988-1990
- 한국보건사회연구원. 지역의료보험의 재정안정화를 위한 운영실태 평가 및 개선방안. 1991. 11. 12
- 한달선. 급여개선의 과제와 방향. 의료보험 1989; 99: 24-31
- 한림대학 사회의학연구소. 의료보험 보험료부과 및 급여의 적정화방안연구. 보건사회부, 1987