

의료보험제도의 변천에 따른 물리치료비의 조사 연구

신아재활원, 동남보건전문대학 물리치료과*
황성수, 권혜정*

A Study of the Physical Therapy Fees on the Changes of the Medical Care Insurance System

Hwang, Seong Soo, R.P.T., M.A.

Institute of Shin-A Rehabilitation

Kwon, Hei Jeoung, R.P.T., M.P.H.

Dept. of Physical Therapy, Dong Nam Health Junior College

차 례

- I. 서 론
- II. 본 론
 - 1. 의료보험의 변천
 - 1) 의료보험제도의 변천
 - 2) 의료보험적용의 변화
 - 3) 의료수요자의 변화
 - 2. 보험변천에 따른 물리치료비 조사
 - 1) 10대 분류에 따른 물리치료비 구성비
 - 2) 물리치료 이용건수비와 금액비
 - 3) 물리치료 건당금액과 실시건당금액
- III. 결 론
- 참고문헌

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의료보험이란 보험급여를 전제로 한 사회적 계약으로서 질병이라고 하는 생활상의 위기에

대해서 생활의 기반을 같이하는 사람들이 집단을 형성, 확률계산에 의한 보험료 각출로 조성된 기금을 재원으로 하여 가입자 또는 부양자가 질병에 걸렸을 때 그 비용을 부담케 하려는 것이라고 볼 수 있다^{20,22)}. 이러한 의료보험의 급여의 목적은 국민의 질병, 부상, 분만 또는 사망에 대하여 급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진시키는데 있다²⁾.

이러한 의료보험은 실제로 1977년 시행 이래 1987년까지는 어느 정도 의료비 부담능력이 있다고 보는 국민이 저렴한 보험수가에 의하여 의료혜택을 누려왔으나 정작 보험제도의 시행권에서 우선적으로 보호를 받아야 했던 농어촌 지역주민과 그 외의 영세민은 도외되었던 제도라고 할 수 있다. 1988년 1월 농어촌 지역 주민에게 의료보험이 확대 시행되었고 1989년 7월 도시지역 자영자 영세민 등에게까지 적용되면서 명실공히 전 국민의료보험시대를 맞이하게 되었다¹⁾. 이는 의료보험제도를 실시한지 불과 12년만에 전국민이 혜택을 보게되는 셈인

데 이것은 세계적으로 드문일이나 의료보험자제가 훌륭하게 잘되고 있다고는 아무도 말할 수 없다. 주민, 의료인, 보험자단체, 정부 모두가 만족할 수 있는 좋은 제도가 필요한 것이다. 요는 양질의 의료서비스를 적시에 낭비없이 제공해야 할 것이다¹¹⁾.

의료보험의 적용으로 의료에의 접근이 용이해 졌을 뿐만이 아니라 경제발전과 생활수준의 향상으로 건강에 대한 관심이 높아져 총의료비의 증가가 가속화 현상을 보이고 있어 GNP 대비 의료비의 비율이 1977년 2.9%에서 1984년에는 4.7%로 증가했으며 계속해서 상승될 것으로 전망하고 있다⁴⁾. 이러한 의료비 상승에 따른 의료비 지불, 심사방법 등의 변화도 의료수요에 관계 되어질 것이다.

현대의료는 질병의 진단과 치료는 물론 조기 진단과 조기치료 예방과 재활까지 포함하는 총괄치료(comprehensive medical care)를 추구하고 있다. 의료보험제도 하에서 의료서비스도 질병이 발생하여 치료하는데 필요한 보험급여 뿐만이 아니라 질병에 이환되지 않도록 노력하고 또한 질병에 이환된 사실을 조기에 발견하여 치료할 수 있는 모든 의료서비스를 포함한다고 볼 수 있다. 의료보험의 궁극적 목적이 적용대상자의 건강증진에 있지 의료서비스 그 자체에 있지 않음에도 불구하고 현행 의료보험제도는 의료서비스 공급에 중점을 두고 보험급여는 질병이 발생하여 그 질병을 회복하는데 필요한 급여만을 지급하고 있다⁸⁾. 80년대의 경제발전을 기반으로 전반적인 국민소득수준의 향상과 전국민의료보험제도 등으로 건강에 대한 국민의 관심이 크게 증가되었으며, 노령인구의 증가, 질병구조의 변화 및 의료수가의 인상에 예견됨에 의료수요자의 행태에도 변화가 야기되었으며 물리치료건수, 치료비, 이용형태 등에도 많은 변화가 있게 되었다.

그러므로 1963년 의료보험법의 제정에서부터 오늘에 이르기까지의 의료보험제도의 변천을 살펴보고 이러한 보험제도의 변화에 따른 보험적용에 있어서의 보험적용체제, 보험재정현황, 보험 진료실적, 급여비 지급현황 등의 변

화를 알아보며, 의료수요자의 변화에 있어서는 기관종별 이용률, 연령에 따른 보험이용, 진료비 부담에 따른 이용 등의 변화를 알아보고, 아울러 물리치료 이용실태 및 물리치료비의 변화, 물리치료비 구성비 등을 알아봄으로써 지금까지의 제도변화 및 그에 따른 물리치료의 실태를 파악함과 아울러 앞으로의 의료수요자나 물리치료 이용에 지침이 될 기초자료로서 활용될 수 있다 하겠다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 의료보험이 시작된 이래 지금까지의 제도의 변천을 살펴보고 이 변천에 따른 물리치료비의 변화를 고찰하는데 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

- ① 의료보험제도의 변천과정을 의료보험법 개정별로 알아본다.
- ② 의료보험제도 변천에 따른 의료보험적용의 변화를 알아본다.
- ③ 의료보험제도 변천에 따른 의료수요자의 변화를 알아본다.
- ④ 10대 분류에 따른 물리치료비 구성비를 알아본다.
- ⑤ 물리치료 이용건수비와 금액비의 변화를 알아본다.
- ⑥ 물리치료 건당금액과 실시건당금액의 변화를 알아본다.

Ⅱ. 본 론

1. 우리나라 의료보험제도의 변천

1) 의료보험제도의 변천^{14, 15, 17, 23)}

(1) 의료보험법의 제정과 1차 개정

우리나라의 의료보험법은 1963년 12월 16일 법률 제1623호로 처음 제정되었다. 이는 임의 적용방식과 조합주의를 근간으로 하였고, 사회경제적 여건의 미성숙과 재정부담문제 등으로 인하여 제대로 시행되지 못하고 유보된 상태로 시험사업운영수준에 머물고 있었다. 반면에 이

와 동시에 제정된 산재보험은 바로 강제보험으로 실시되면서 그 대상이 매년 확대되어 갔다.

입의제도를 골격으로 한 의료보험법이 휴면 상태에서 7년이 지난 1970년 8월 7일에 1차 개정이 되었다. 주요 개정골자로는 피보험대상의 국내거주 전국민으로 확대되었고, 입의 가입인 것으로 공무원, 군인은 강제가입토록 하고 자영자에 대해서는 입의 가입제로 하였다. 군인, 공무원의 의료보험의 운영합리화를 위한 의료보험금고제도를 설치하였고, 강제적용되는 사업소의 조합설립 의무규정과 중앙연합회 설립이 규정되었다. 보험요율은 보험자가 정하고 장관이 승인토록 하였으며, 군인, 공무원에 대해서는 의료보험금고, 민간사업장에는 보험조합으로 하여 보험자 복수병치제를 채택하였으며, 보험자의 보험요율 자결권과 단결권을 부여하였다. 이 법은 국고보조가 이행되지 않고 실시여건이 1963년 당시와 별로 호전되지 않아 제 2 단계의 휴면상태로 10여 년간 시행되지 않았고 다만 시범사업이 크게 증가되었다.

(2) 의료보험 전면시행과 2차 개정

1977년 7월부터 의료보험을 사회보험방식으로 강제 적용키로 하고 1976년 12월에 2차 개정되었는데 전면 개정되었다. 주요 골자를 보면, 피보험 대상을 국내 거주하는 국민으로 하되 공무원 군인 사립학교 및 교원 연금법에 의한 대상자와 생활보호법 대상자는 제외하였다. 사업장의 종류, 근로자의 수에 따라 대통령이 정하는 사업장의 근로자는 당면 적용 피보험자로 하였다. 사업장 근로자는 1종 피보험자로 일반 주민 제 1종 이외의 자는 2종 피보험자로 구분하였으며, 제 1종 조합은 근로자와 사용자가, 제 2종 조합은 행정구역 단위의 지역 주민이 조합원이 되었다. 1종, 2종 조합의 입의설립인가, 1종 공동조합설립인가, 전국민의료보험협의회 운영, 요양급여 6월, 피보험자 비용의 일부부담(본인 일부 부담제) 실시, 자격상실 후의 계속요양급여, 자격상실 후의 급여, 국고부담, 1종 보험요율이 30/1000~80/1000로 되고 2종 보험요율은 정액이 되는 등의 전면적인 개정이 이루어졌다. 이후 피보험대상에서

제외된 공무원과 사립학교 교직원에 대해서 1977년 12월에 공무원 및 사립학교 교직원의 료보험법을 별도제정하였으며 1978년 8월의 료보험관리공단이 설립되었다.

1977년 7월 1일부터 500인 이상의 사업장 대상으로 최초의 강제적용에 의한 의료보험제도가 우리나라에서 실시된 이후 1979년 7월에는 300인 이상, 1981년 1월에는 100인 이상, 1983년 1월에는 16인 이상, 1988년 7월에는 5인 이상 사업장으로 강제적용범위가 확대되었다.

(3) 3차 개정

1979년 4월 17일의 3차 개정의 주요 골자를 보면, 요양취급기관의 지정시 거부금지, 요양급여 심사 전문기관 위탁허용, 미납 보험료의 독촉과 강제징수, 100원에 대하여 1일 6전의 연체금 징수, 부당급여 청구자의 1년 이하 면허정지, 본인일부부담율이 입원 20%, 외래 30%로 획일화 되는 등 의료보험사업의 확대실시에 대비하여 운영의 효율화를 기하고자 요양취급기관의 지정절차를 개선하고 보험료 미납시의 규정을 두었다.

(4) 4차 개정

1981년 4월 4일의 4차 개정의 주요 골자를 보면, 지역주민의 자격취득 및 상실시기를 명확히 하였으며, 2종 조합의 지역은 시·군·구로 하되 직종 직업별 조합은 지역의 제한을 받지 않게 하였으며, 보험료의 소득수준, 피보험자수 등에 따라 차등적용하였다.

피부양자의 범위에 시부모를 포함하였으며, 1차 2차 요양취급기관을 구분하였고, 진료비 본인부담금 환급금이 100원 미만인 경우 환급하지 않으며, 외국정부 지역주민에게 의료보험을 실시하기 위한 기반확립과 점증하는 의료수요에 효과적으로 대처하도록 하는 것이 개정 이유였다.

(5) 5차 개정

81년 12월 31일의 5차 개정의 골자를 보면, 조합의 피보험자 및 피부양자의 건강의 유지 및 증진을 위한 예방사업을 실시하게 하였으며, 부당이익의 징수, 보사부에 보험 재심사위

원회 설치, 국내 거주외국인이나 근무자에게 의료보험자격부여, 보험료징수권 보험급여 수급권의 소멸시효를 3년에서 2년으로 단축하는 등의 내용으로 개정되었고 중앙의료보험조합연합회 설립 등 조합의 기능강화와 외국인의 외국인의 의료보험수혜 등이 주 내용이었다.

(6) 6차 개정

1984년 10월 8일 6차 개정의 주요골자를 보면, 피보험자의 자격에 장인 장모가 포함되었으며, 보험료 미납시 자격상실, 1종 보험은 직장의료보험으로 2종은 지역의료보험 및 직종의료보험으로 개칭하고, 요양급여기간의 동일 상병의 통산 180일에서 상병 구분 없이 연간 180일로 확대 되었으며, 최소환급금을 100원에서 1,000원으로 상향조정하였다. 표준 보수월액 상한선이 폐지되고, 지역보험의 경우 보험료 산정등급을 소득수준에 따라 3~15등급, 피보험자수에 따라 5등급, 직종보험의 경우 소득수준에 따라 3~20등급, 피부양자수에 따라 5등급으로 조정하였다. 의료보험 일부본인부담금에서 병원급 이상에서는 진찰료를 본인부담으로 하고, 종합병원 부담율을 일부 조정하였고, 의원급 진료기관에서는 정액부담으로 하게 되었으며, 공단과 연합회의 각각의 심사기구가 통합되어 진료비 심사의 효율화를 기하게 되었다.

(7) 농어촌 지역보험과 7차 개정

1987년 12월 4일의 7차 개정 골자를 보면, 피부양자의 범위 확대, 보험재정 안정기금 설치규정, 본인부담 정액제의 일부변경, 요양급여기간이 180일 초과시에도 일정금액 미달시 기간연장이 가능토록 했으며, 이를 다시 88년에는 30만원 미만의 180일 초과자에게 기간연장을 가능케 하였으며, 다시 91년 7월 45만원으로 인상되었다. 1988년 7월 22일부터 5인 이상 사업장으로 적용이 확대됨으로써 사실상 전 산업근로자가 직장의료보험에 포함되기에 이르렀다. 특히 86년 1월부터 준비된 농·어촌지역보험이 134개 군단위로 조합이 설립되어 운영되어 1988년 1월 1일부터 농·어촌지역의료보험이 실시되었다. 1989년 7월부터 도시지역보험

이 실시되어 전국민의료보험시대를 개막하게 되었다. 1989년 10월 약국 의료보험적용이 시작되었다. 주요한 의료보험법의 연혁을 보면 표 1과 같다.

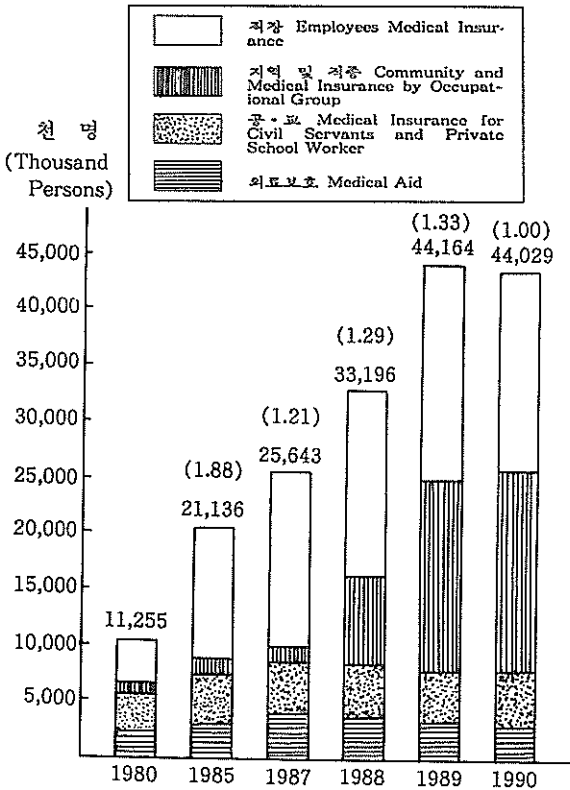
표 1. 의료보험제도의 연혁

○1963.12.16	의료보험법 제정(법률 제1623호)
○1964. 6. 5	피용자의료보험 임의적용(4개 조합)
○1969. 7.29	자영자의료보험 임의조합설립(7개 조합)
○1976.12.22	의료보험법 전면개정(법률 제2942호). 임의적용→당연적용
○1977. 7. 1	500인 이상 사업장 근로자 의료보험 적용
-1979. 7. 1	300인 이상 " "
-1981. 1. 1	100인 이상 " "
-1983. 1. 1	16인 이상 " "
-1988. 7.22	5인 이상 " "
○1977.12.31	공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제정(법률 제3081호)
○1978. 8.11	의료보험관리공단 설립
○1979. 1. 1	공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 실시
-1980. 1. 1	군인가족 및 학교경영기관 근무자 적용
-1981. 7. 1	공무원 및 사립학교 교직원 퇴직연금수급자 적용
-1981.10. 1	군인퇴직연금수급자 적용
-1982. 4. 1	국회의원 적용
-1985. 1. 1	퇴직 및 퇴직연금일시금수급자, 국내거주 외국인 적용
-1986. 1. 1	퇴직·퇴역·장해·상이연금수급자의 유족적용
○1981. 7. 1	제1차 지역의료보험 시범사업실시(홍천·옥구·군위)
○1981.12.10	직종의료보험실시(문화예술인조합 설립)
○1982. 7. 1	제2차 지역의료보험 시범사업 실시(강화·보은·목포)
○1984. 6. 1	의약분업 시범사업 신설(목포시)
○1984.12. 1	한방의료보험 시범사업 실시(청주시·청원군)
○1987. 2. 1	한방의료보험 전국확대 실시
○1988. 1. 1	농·어촌지역 의료보험 전면실시
○1989. 7. 1	도시지역 의료보험 전면실시
○1989.10. 1	약국의료보험실시

2) 의료보험적용의 변화

(1) 의료보험적용체계

의료보험의 적용체계는 보험료 부담의 형평을 기하기 위하여 소득과약이 용이하고 보험료의 소득비례부과 및 원천징수가 가능한 임금소득자 계층과 원천징수가 곤란한 비임금소득자(농·어민, 도시자영자 등)로 구분하고 있다. 의료보험 적용인구는 1977년 14.5%의 적용에 불과하였으나 10년 후인 1987년에는 61.0%로 증가되었는데, 이는 매년 적용사업장의 확대, 피보험자의 적용범위 확대와 함께 피부양자 인정기준 범위의 확대 등이 증가요인이 되었다. 특히 농어촌 지역보험이 실시된 1988년에는 79.1%, 도시지역 의료보험이 전면실시된 1989년 7월 이후로 적용인구가 급속히 증가하여 1990년에는 전국민이 의료보험 적용대상자가 되었다. 1980년부터의 직장, 지역 및 직종, 공·교 그리고 의료보호를 모두 합한 의료보장 적용인구는 그림 1과 같다.



주) () 안은 전년대비, 보건사회통계연보(1991)

그림 1. 연도별 의료보장 적용인구

현재 전 인구의 90.8%가 의료보험을, 9.2%가 의료보호의 적용을 받고 있다. 이를 구조적으로 보면 공무원과 교직원(10.8%)은 특별법인인 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단¹에서 관리하고 있으며, 의료보험조합²의 수에 있어서는 1977년 513개의 직장조합에서 제도의 변천과 함께 1991년 6월 현재 5인 이상 사업장의 근로자들의 사업장별 지역별 직장조합 154개(37.8%), 그리고 농·어촌 주민의 137개 군별 지역조합과 도시자영자의 시·구별 117개 지역조합(42.2%)이 의료보험업무를 관장하며 이를 의료보험연합회가 관리하고 있다(그림 2). 직종 임의 단체는 제도의 변천과 함께 소멸되었다¹⁰⁾.

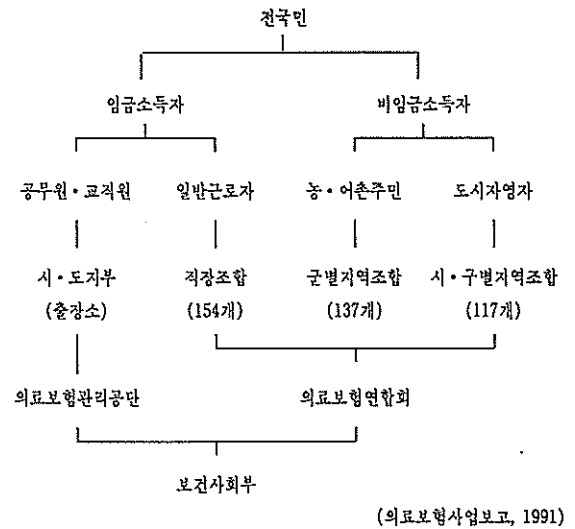


그림 2. 의료보험 적용체계

주 1. 의료보험관리공단: 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 의거하여 설립된 특수법인이다.

주 2. 의료보험조합: 의료보험법에 의거하여 설립되는 특수법인이다. 즉 사보험이 계약자유에 기초하는데 반하여 사회보험으로서의 의료보험은 법적 강제 근거를 두고 있다. 따라서 사회보험은 당연가입과 급부의 법정확실화와 보험료의 강제징수, 비용의 분담방식 등에서 사보험과 차이가 있다.

(2) 의료보험 재정현황⁹⁾

1985년부터 1990년까지의 의료보험 재정현황은 표 2와 같다. 직장의료조합의 경우 전국민의료보험 실시 해인 89년의 수지차액은 983억 여 원이었는데 이는 전년대비 65% 수준이었으며, 1990년의 수지차액은 2380여 억원으로 전년대비 2.41배의 흑자를 나타내었다. 이는 지출이 전년대비 0.99로 오히려 줄어든 결과로 보이며 지출이 줄었다는 것은 주목할 만한 일이다. 공무원 및 사립학교 교직원의 경우, 85년의 적자 이후 꾸준한 수지차액의 증가를 올리고 있다. 그 반면 1990년도의 지역의료보험 조합에서는 적자를 나타내었다. 전반적으로 1988년 직장의료조합이 5인 이상의 사업장으

로 확대되면서 그 규모가 커졌으며 지역보험 재정은 1988년의 농·어촌지역 보험실시로 규모가 커져 전년대비 수입 지출 수지차액 모두에서 20배에 달하였다. 1989년에 들어서면서는 전국민의료보험으로 수입규모가 전년대비 2.4배, 지출규모가 2.5배 늘었으며, 1990년에는 수입규모가 전년대비 1.8배, 지출규모가 2.3배로 증가되어 적자를 나타내었다. 1990년의 적자내용을 구체적으로 보면 농어촌 지역의 126개 조합에서 639억원, 도시 31개조합에서 70억원으로 모두 709억원의 적자를 냈으며, 반면에 농어촌 지역의 11개 조합에서 9억원, 도시 86개 조합에서 6억원 모두 576억의 흑자를 나타내어 그 결과 134억여원 적자를 나타내었다.

표 2. 의료보험 재정현황

(단위 : 백만원)

구 분	년 도					
	1985	1987	1988	1989	1990	
직장의료 조합	수 입	443,065	657,352(1.48)	807,131(1.23)	948,131(1.18)	1,080,259(1.14)
	지 출	439,659	515,862(1.17)	657,174(1.27)	849,773(1.29)	842,258(0.99)
	수지차액	3,405	141,490(41.55)	150,590(1.06)	98,358(0.65)	238,001(2.42)
공무원 및 사립학교	수 입	151,854	230,594(1.52)	260,996(1.13)	304,566(1.17)	357,786(1.17)
	지 출	163,541	175,346(1.07)	203,962(1.16)	262,067(1.28)	314,277(1.20)
사립학교	수지차액	△ 11,687	55,248(4.73)	57,034(1.03)	42,499(0.75)	43,509(1.02)
지역의료 조합	수 입	9,073	10,919(1.20)	214,495(19.64)	530,219(2.47)	994,017(1.87)
	지 출	8,290	9,038(1.09)	173,265(19.17)	433,942(2.50)	1,007,504(2.32)
	수지차액	783	1,881(2.40)	41,230(21.92)	96,277(2.34)	△ 13,487(0.14)

주) ()는 전년대비, △ : 적자, 보건사회통계연보

(3) 의료보험 진료실적⁹⁾

1980년부터 1990년까지의 의료보험대상자 진료실적을 보면 표 3과 같다. 진료실적에 있어서는 입원이나 외래 모두에서 꾸준히 큰 폭의 변화없이 증가되고 있다. 이를 연도별 의료보험 대상자 증가율과 비교해 보면 1980년에서 1985년의 의료보험 대상자 증가율은 1.88배

증가한 반면, 진료실적은 입원에서 3배, 외래에서 4.4배 늘어나 증가하였다. 그 이후의 대상자 증가율과 진료실적 증가율은 거의 비슷하다가 1990년에는 1989년 전국민의료보험실시로 대상자 수의 변화가 전년대비해서 거의 없었는데 비해 진료 인원에서 입원이 1.32, 외래가 1.38의 증가율을 나타내었다.

표 3. 의료보험 대상자 진료실적

(단위 : 명, 건)

	1980	1985	1987	1988	1989	1990
실 인원	312,460	937,314(3.00)	1,129,934(1.21)	1,563,100(1.38)	1,930,954(1.24)	2,545,709(1.32)
입원 진료건수	398,263	1,056,506(2.65)	1,292,135(1.22)	1,563,100(1.21)	1,930,954(1.24)	2,545,709(1.32)
입원일수	3,075,303	12,177,481(3.96)	11,298,810(0.93)	14,473,417(1.28)	18,070,780(1.25)	24,912,233(1.38)
실 인원	10,477,938	46,579,996(4.46)	53,238,229(1.14)	68,702,352(1.29)	89,528,670(1.30)	123,132,139(1.38)
외래 진료건수	38,066,710	48,942,699(3.40)	56,425,375(1.15)	68,702,352(1.22)	89,528,670(1.30)	123,132,139(1.38)
입원일수	38,066,710	219,177,709(5.76)	133,850,897(0.61)	163,681,477(1.22)	211,229,519(1.29)	285,341,865(1.35)
의료보험 대상자수	11,255,000	21,136,000(1.88)	25,643,000(1.21)	33,196,000(1.29)	44,164,000(1.33)	44,029,000(1.00)

주) ()는 전년대비, 보건사회 통계연보

(4) 연도별 보험급여비 지급현황
 적용인구의 증가로 급여총액 또한 증가되었다. 보험자 증별 급여비는 표 4와 같다. 동일 상병에 대한 180일의 제한이 85년부터 연간 180일로 변경되었고, 8년에는 30만원 미만의 180일 초과자에게 기간연장 되었으며, 다시 91년 7월 45만원으로 인상되었다. 또한 한방, 약 국의료보험에 더불어 매년 증가하고 있다. 보

험 급여지급 상황에 있어서는 입원 외래 모두에서 의료보험제도의 변화에 큰 기복없이 1988년부터 1990년까지 1.32에서 1.48의 증가를 보여주었는데 이는 진료비 본인 일부부담제 실시에 의한 본인부담증가, 의료전달체계실시, 그리고 의료비 증가억제정책 등의 결과인 것으로 보인다.

표 4. 의료보험 급여지급 현황

(단위 : 원)

구분 \ 년도	1985	1987	1988	1989	1990
	입 계	591,587,745	665,702,991(1.13)	940,282,585(1.41)	1,284,841,271(1.37)
입 원	226,135,128	302,693,100(1.34)	423,634,093(1.40)	561,230,329(1.32)	828,025,988(1.48)
외 래	365,452,617	363,009,891(0.99)	516,648,492(1.42)	723,611,042(1.40)	1,054,142,352(1.46)

주) 요양급여+분만급여임. 공무원·사립학교 교직원 의료보험 자료임.

3) 의료수요자의 변화

Davis는 여러 가지 의료자원에 대한 선택의 여지 중에서 선택이 결정을 하는 행위를 수요라 하고, 심리적인 개념으로서의 선택의 필요성, 즉 느낌을 요구라고 정의하고 있다. 개인적 수준에서의 의료이용에 관한 형태를 분석해보면 정신적 생물학적 또는 사회적 기능장으로

야기된 의료요구의 인지는 그것이 의료수요로 전환되기 위하여는 각자의 의료에 대한 태도 인지 및 부담능력, 그리고 의료체계상의 조건에 의한 복합적인 영향을 받게 된다.

이때 과거의 의료이용경험이나 타자에 의한 대리경험은 위에 언급한 선행요인과 개인의 형태적 요인에 작용해서 인지된 의료요구를 의료수요로 전환하는데 결정적인 역할을 하게 된

다. 의료요구의 인지를 출발점으로 하여 발생된 의료수요가 의료이용으로 전환되기 위해서는 개인의 경제적 능력이나 의료기관의 이용가능성 및 접근 용이성이 갖추어져야 할 것이다. 이러한 의료요구가 의료수요로 전환되어 의료서비스가 제공되는데는 여러 가지 요인이 작용된다. 연 등(1980)은¹⁰⁾ 그 요인을 지역사회의 생활환경여건, 인구, 연령구조의 변화, 의료기술의 발전 등 의료문화와 의료수가 및 의료비 지불방법, 의료공급 확대 그리고 국가의 보건정책 등의 영향으로 보았으며, 문(1990)은 의료이용에 영향을 미치는 사회인구학적 요인으로 연령과 성, 의료보장, 사회적 연결망, 사회경제적 배경으로 나누어 설명하였다. 본고에서는 의료수요자의 기관종별 이용변화, 성별 나이별 이용구조 변화, 진료비 부담에 따른 변화 그리고 지역별 이용형태 변화에 대해서 알아보려고 한다¹¹⁾.

(1) 의료기관 종별 이용 변화

1986~1991년간의 공·교 보험의 의료기관 종별 외래이용건수 및 이용률을 보면 표 5와 같다. 외래 이용률은 의원이 계속해서 가장 높았으며, 다음이 종합병원이었다. 반면에 병원은 해마다 감소하여 가장 이용률이 적었다. 6년간의 추세에서 종합병원, 병원의 이용률이 점점 감소하였고, 의원은 점점 증가하다가 90년 이후 다소 감소되었는데 이는 1986년의 의료보

험 진료비 일부 본인부담제도입으로 의료수요자들의 의료기관종별 이용변화를 용이하게 대비해 볼 수 있을 것이다. 1985년 대비 1986년은 종합병원 1.0%, 병원 0.8% 감소하였으나 의원은 1.9% 증가하였다. 종합병원, 병원의 감소율이 다른 의료기관보다 높게 나타나고 있다.

이러한 결과는 전체적으로 가벼운 질병에 대한 의료이용의 억제와 본인부담을 차등(병원급 이상 기본 부담제, 의원급 이하 본인부담 정액제)에 의한 의원급 의료기관의 이용증가 등으로 보아지며 더불어 1989년 7월에 실시된 의료보험 이용체계(Health Care Delivery System) 확립에도 기여하고 있는 것으로 분석되어진다. 기타(보건기관, 조산소, 약국) 등에서는 90년에 전년대비 14.9의 높은 비의 이용률을 나타냈는데 이는 1989년 10월의 약국의료보험 등의 실시로 증가하는 경향을 나타내었다^{14,21)}.

반면에 1986~1991년간의 공교보험의 의료기관종별 입원건수의 변화를 보면 표 6과 같다. 입원에서는 외래와는 달리 종합병원의 이용률이 현저하게 높으며, 그 다음이 의원이었는데 이는 대부분의 입원환자가 종합병원을 이용하는 것으로 나타났으며, 6년간의 연도별 이용률에 있어서 변화가 거의 없는 것으로 나타나 의료보험제도의 변화에 따른 이용률에 변화가 거의 없는 것으로 보인다^{14,22)}.

표 4. 의료보험 급여 지급 현황

(단위 : 원)

구분 \ 년도	1986	1987	1988	1989	1990	1991
계	12,203(100.0)	13,339(100.0)	14,100(100.0)	15,242(100.0)	18,235(100.0)	18,586(100.0)
종합병원	1,898(15.5)	1,860(13.9)	1,883(13.4)	1,949(12.8)	1,876(10.3)	1,918(10.3)
병원	698(5.7)	659(5.0)	605(4.3)	676(4.4)	682(3.7)	671(3.6)
의원	9,539(78.2)	10,578(79.3)	11,104(78.1)	11,700(76.8)	12,966(71.1)	13,220(71.1)
기타	68(0.6)	242(1.8)	598(4.2)	917(6.0)	2,711(14.9)	2,776(15.0)

주) 기타 : 보건기관, 조산소, 약국, 의료보험공단자료

표 6. 요양기관 종별 입원건수 및 이용률

(단위: 천 건, %)

구분 \ 년도	1986	1987	1988	1989	1990	1991
계	264(100.0)	285(100.0)	287(100.0)	299(100.0)	306(100.0)	307(100.0)
종합병원	173(65.5)	185(64.8)	186(64.8)	195(65.2)	196(64.1)	197(64.3)
병원	40(15.1)	40(14.2)	40(14.0)	43(14.4)	45(14.7)	46(15.0)
의원	50(18.9)	57(20.1)	58(20.2)	58(19.4)	61(19.9)	59(19.3)
기타	1(0.5)	3(0.9)	3(1.0)	3(1.0)	4(1.3)	4(1.4)

주) 기타: 보건기관, 조산소, 의료보험공단자료

(2) 성별 나이별 이용변화

의료수요는 인구의 증가는 물론 연령구조의 변화에 따라 다르다. Michel의 연구에 의하면 스웨덴은 70세 이상의 의료수요는 20세 연령층의 40배이고, 미국은 65~75세 연령층의 병원입원기간은 25~35세의 경우보다 평균 2.5일 더 길며, 의료수요 또한 2배 이상이 되었다. 소련의 경우도 60세 이상의 연령층의 의료수요는 20~29세의 2배이며, 병원 서비스는 약 4.5배 이상으로 많았으며, 프랑스의 경우도 노인층은 젊은 층에 비하여 3배 이상의 의료 서비스를 요구하고 있음을 보여주었다¹⁰⁾.

의료보험 실시 이전인 1961~75년 기간동안에 발표된 83편의 연구보고서를 종합해보면 5세 미만군을 제외하면 대체로 연령이 증가할수록 모든 종류의 의료이용이 증가하고 있어 의료수요는 연령이 많을수록 증가하는 현상이 예외가 아님을 알 수 있다. 그런데 의료보험 이용자를 분석해 보면 노인층이 오히려 낮은 이용률을 나타내고 있다.

1983~1987까지의 연령별 수진율을 보면 전체 평균 수진율은 계속 증가하다가 86년 본인 부담제도 변경 이후 감소하였다가 다시 계속 증가하고 있으나 노년기 수진율은 계속 증가추세를 나타내고 있다. 영·유아가 가장 많은 수진율을 보이며, 성인기를 거쳐 고령층에 가면 다시 증가하는 양상을 볼 수 있다. 성별로는 남자가 많다가 소년기에 접어들면서 역전되

어 계속 여자가 남자보다 많았는데 이는 청년기 후반과 성인기 초반에 임신 및 출산과 관련되어 있기 때문이다^{7, 10, 15)}.

1992년 현재 65세 이상 노인이 전체인구의 5.2%를 차지하고 있다. 90년의 우리나라 평균수명은 71.3세(남 67.4, 여 75.4)로 노령인구의 증가와 평균수명의 연장이 선진국형 모델을 따라가고 있다. 노년기 성별 진료비와 수진율을 보면 표 7과 같다. 건당진료비를 보면 남자의 경우 전체건당 평균진료비의 2.10에서 2.29배 수준이었고, 여자는 남자보다 다소 낮은 1.52에서 1.53배의 수준이었지만 남·여 모두에서 평균 1.8~1.9배의 높은 진료비를 지출하였다¹³⁾. 1989년의 경우 노인인구의 건당진료비가 전체의 건당진료비의 1.85배로 나타났다¹⁴⁾. 반면에 수진율에 있어서는 남자보다 여자가 더 높은 것으로 나타났으며, 남·여 수진율 모두 평균 수진율보다 높으며 매년 점점 증가추세에 있다. 또한 국민의료비중 노인의료비의 비율은 73년 10.8, 75년 13.4, 80년 17.8, 83년 22.8, 85년 25.4, 86년 25.4이었으며, 국민소득 중 노인의료비의 비율도 73년 0.4, 75년 0.7, 80년 1.1, 83년 1.5, 85년 1.6, 86년 1.6으로 꾸준히 증가하였다¹⁵⁾. 특히 90년도의 경우 건당 5백만 원이 넘는 고액진료가 1만 1천 6백 여 건인데 이 중 60세 이상인 경우가 2천 6백 여 건으로 전체의 22.4%를 차지하였다¹²⁾.

연령별 질병별 유병률을 보면 그림 3과 같

다. 연령이 증가함에 따라 유병률이 급속하게 증가하는 질환으로는 신생물 및 내분비 영양 및 대사장애, 정신장애, 순환기계 질환, 근골격계 질환 등이 있는데 이 중에서도 근 골격계 질환

환의 유병률은 30세 초반부터 급격히 늘어나 60대에 가서는 가장 높은 유병률을 나타내었다¹⁵⁾.

표 7. 노년기 성별 진료비와 수진율

(단위 : 원, %)

구 분	년 도	1983	1984	1985	1986	1987
		남	전당진료비 (평균 전당진료비와의 비)	34,156 (2.29)	36,330 (2.29)	37,755 (2.19)
	60세 이상 수진율 (평균 수진율)	1.56 (2.45)	1.64 (2.60)	2.17 (2.69)	2.22 (2.50)	2.41 (2.58)
여	전당진료비 (평균 전당진료비와의 비)	23,106 (1.52)	23,934 (1.52)	25,832 (1.53)	26,914 (1.53)	27,705 (1.53)
	60세 이상 수진율 (평균 수진율)	1.72 (2.48)	1.84 (2.74)	2.49 (2.90)	2.58 (2.68)	2.81 (2.77)

유병률(1,000명 당)

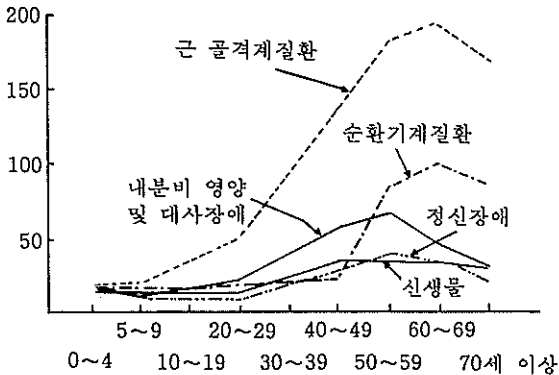


그림 3. 근 골격계 질환 및 일부질환의 연령별 유병율

(3) 진료비 부담에 따른 변화

연도별 진료비 본인 일부부담제의 연도별 변화를 보면 1977년에 전요양취급기관에 피보험자는 입원 30% 이내 외래 40% 이내, 피부양자는 입원 40% 이내 외래 50% 이내이었고, 1979년 1월에는 피보험자 피부양자를 합친 피보험대상자에게 공·교보험에만 입원 20% 외래 30% 이든 것을 1979년 7월에 직장보험에도

같이 적용하였고, 1980년 5월에 병원 종합병원은 입원 20% 외래 50%, 의원은 입원 20% 외래 30%로 적용되었다. 1986년 1월에는 외래진료비용 본인 부담 정액제가 실시되어 의원의 경우 초진 2,000원 재진 1,500이 89년 7월부터 초진 재진 구분없이 2,000원 90년 12월에 2,300원 91년에 2,500원 5월에 2,600원이 되었다.

의료보험진료비 본인일부부담제가 실시된 1986년도의 외래진료건 수를 1985년과 대비해 보면 서울 0.83%, 대도시 2.13%, 기타도시 2.42% 감소되었으며, 86년 전체감소 건수 중 각 지역별 차지율을 보면 서울 0.21%, 대도시 0.4%, 기타지역 1.35%이었다. 이로써 진료비의 부담에 따라 의료수요가 영향을 받으며, 특히 소득수준이 상대적 낮은 기타지역이 타지역에 비해 영향이 큰 것으로 보인다²²⁾. 그러나 86년 이후의 본인부담 정액제는 이용률 변화에 큰 변수가 되지 못하였다. 이러한 본인 부담액의 증가로 진료건수와 치료비의 상승에도 불구하고 총진료비에 대한 급여비의 급여율은 86년 63.00, 87년 62.25, 88년 64.19, 89년 64.64, 90

년 64.19, 91년 62.60으로 90년 이후 오히려 낮아지고 있다²³⁾.

(4) 지역별 이용형태 변화

의료수요에 영향을 미치는 요인 중에서 의료문화의 효과를 들 수 있는데 이는 의료와 관련된 여러 가지 문화적인 변수의 복합적인 결과이다. 즉, 생활수준, 민속신앙이나 종교 또는 선대로부터 내려오는 민속요법이나 습관 등 전통적인 생활방식 주민들의 교육수준이나 의료에 대한 지식 및 의료기술의 발달은 물론 지역적인 그리고 천연적인 자연환경이나 산업화에 따른 산업구조의 변화와 환경오염에 절대적인 영향을 받는 생활환경 등 복잡한 의료문화적인 영향의 결과이다. 우리나라의 일부 농촌지역에서의 민속의료이용조사에 의하면 민속의료 이용자 대부분이 과학적인 현대식 의료방법을 이용하지 않는 경우가 지배적으로, 이용한다고 하여도 약국이나 자가치료에 의존하고 있으며, 이들이 사용하는 민속의료는 고의서에 근거를 둔 것도 있으나 원시적인 약초의 이용이나 원시적 병인설에 근거를 둔 것으로 문화수준이 낮을수록 그리고 저소득층일수록 이용률이 높게 나타나고 있다. 이들 의료이용자들의 질환은 대부분이 예방 가능한 것으로 건강에 대한 무지와 전통적인 인습으로 인하여 비과학적으로 처리되어 오히려 병세를 악화시키는 경우가 많다고 하였다¹⁰⁾.

의료수요의 변화는 의료공급체계에서도 영향을 받는다. 의료시설 및 인력이 적은 농어촌지역의 의료수요는 각종 의료시설이 많고 쉽게 의료시설에 접근할 수 있는 도시와는 큰 차이를 보이고 있다. 이는 농촌지역의 의료수요가 도시지역에 비하여 적은 것이라기 보다는 의료시설 및 인력의 부족에 의하여 의료수요가 제약되고 있음을 의미한다고 할 수 있다. 우리나라의 지역의료자원의 분포를 보면 종합병원의 89.1%, 병원의 80.3%, 의원의 4.7%가 도시지역에 소재하고 있으며 전체의료시설의 85.7%가 도시지역에 편재해 있다. 또한 의료보험이 도입된 과거 10년간의 인구는 15% 증가한데 비하여 의사는 70.7%, 의료기관 45.3%, 병상

은 226.3%가 증가하였다. 이러한 급격한 증가는 의료보험 도입 이전의 10년간(1966~1975) 각각의 증가율을 크게 상회하는 수치이다. 이러한 의료보험 이후의 의료자원의 급격한 증가에도 불구하고 지역간 분포의 격차가 심한 이유로 문(1990)은 세 가지 가설로 설명하였고, 문(1988)은 1981~1986년 6개년간의 시범지역 관내 의료기관의 증감추이에서 의료보험의 도입만으로 단기간에 농촌지역의 의료기관수가 크게 증가하는 것은 기대하기 어려우며 자유방임적 의료시장구조를 유지하는 한 농어촌이라는 사회경제적 구조자체가 의료자원의 증가를 제약하는 힘이 의료보험이라는 재원조달수단이 의료자원의 증가에 미치는 힘을 능가하고 있다는 의미라고 하였다⁵⁾.

타진료권은 피보험대상자가 의료보험 전료를 받음에 있어 해당진료지역 내의 요양기관에서 치료가 곤란하거나, 출장 또는 여행 중 타진료권에서 긴급히 진료를 받아야 하는 경우 등의 이유에서 공단으로부터 타진료권(지역)에서의 진료를 확인받도록 하고 있다. 89년 7월 1일 이후부터는 진료권을 8개 대진료권과 140개 중 진료권으로 세분조정하고 1차 진료와 2차 진료를 단계적으로 받는 새로운 진료체계가 도입되었다. 1989년도 지부별 '타진료권 진료확인서' 발급현황을 보면 서울 이외 지역에서 서울로의 진료확인을 위한 발급이 전체의 66.5%를 차지하며, 다음이 대구 광주 부산 등이었다. 이는 전문인력, 의료시설, 검사장비 등이 상대적으로 우수한 대도시 요양기관으로 몰리고 있음을 보여준다. 90년의 발급현황은 89년 대비 41.6%나 감소된 것으로 보아 의료전달체계(Health Care Delivery System)의 영향으로 보인다¹⁴⁾.

농어촌지역주민의 급여비 및 수진율을 보면 표 8과 같다. 의료보험 총급여비의 증가율보다 농어촌 주민 1인당 연간 급여비의 증가율이 89년에는 높았으나 1990년에는 14%나 낮게 나타났다. 수진율에 있어서 88년 농어촌 지역 보험 실시로 89년에는 1.5배나 늘었으나, 90년에는 1.17배로 낮은 증가율을 보였다.

표 8. 농어촌 주민 급여비 및 수진율

구 분	년 도					
	1988		1989		1990	
의료보험 총급여비	9,489억원		12,890억원(1.36)		18,910억원(1.47)	
농어촌 주민 1인당 연간 급여비	19,248원		32,999원(1.71)		43,749원(1.33)	
농어촌 주민 수진율	1.65회		2.48회(1.5)		2.90회(1.17)	

주) () 안은 전년도 대비

2. 보험 변전에 따른 물리치료 조사

1) 10대 분류에 따른 물리치료비 구성비

진료행위별 진료비의 구성과 그의 연도별 추이를 살펴보는 것은 진료비의 변화요인을 알아 보는데 한 접근방법이 될 수 있을 뿐만 아니라 각종 제도개선 및 진료행위별 영향정도를 예측하는 데 기초자료로 활용할 수 있을 것이다⁴⁾. 구성비는 총진료비를 100으로 하였을 때 재활 및 물리치료료가 가지는 비율을 말하는 것으로서 입원 외래를 합친 구성비로 보았을 때 84년에 0.91, 86년에 1.61, 88년에 1.95, 90년에 2.15로 나타났다. 이를 입원 외래로 구분하여 진료행위별 10대 분류구성비를 보면 표 9와 같다^{3,4)}.

입원 환자의 경우 전체 치료비를 100으로

했을 때 재활 및 물리치료료는 3차 기관이 88년의 0.46에서 90년 0.38로, 병원이 1.04에서 0.69로 하향 구성비를 나타냈으며, 종합병원은 88년의 0.44에서 90년에는 0.60으로, 의원은 1.70에서 1.72의 상향 구성비를 나타내었다.

외래의 경우는 입원보다는 구성비가 높는데 외래의 특성상 입원비, 마취비, 수술비 등의 행위의 구성비가 낮아진 영향으로 보인다. 3차 기관이 0.61에서 0.66으로 의원이 3.07에서 3.54로 상향 되었으며, 종합병원과 병원에서는 1.24, 3.63에서 0.76, 1.85로 크게 하향되었다. 또한 91년의 경우 의원급 외래 구성비에서 재활 및 물리치료료는 3.57로 전년도보다 0.04 인상 되었는데 이는 총 인상을 8.0%에서 0.179의 증가율에 의한 것이었다¹⁷⁾.

표 9. 요양기관 종별 진료행위 10대 분류별 구성비

(단위 : %)

구분 요양기관 년도	입 원								외 래							
	3차 기관		종합병원		병 원		의 원		3차 기관		종합병원		병 원		의 원	
	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90
10대 분류	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90	88	90
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
진 찰 료	0.21	0.13	0.64	0.57	1.02	0.99	1.68	1.53	11.44	8.41	18.94	15.94	28.96	26.92	46.08	43.48
입 원 료	17.10	16.95	22.40	21.99	23.11	27.55	21.48	23.34	-	-	-	-	-	-	-	-
투 약 료	6.11	5.73	5.98	6.03	3.91	4.38	3.26	3.37	46.44	44.11	44.31	46.54	28.12	31.38	20.40	18.85
주 사 료	32.29	31.82	33.59	30.94	31.49	26.00	23.57	18.79	6.20	5.02	6.70	3.94	12.96	10.08	14.36	11.92
마 취 료	3.60	3.67	4.00	4.73	6.12	5.15	6.95	6.97	0.13	0.11	0.25	0.32	0.10	0.26	0.75	1.17
재활 및 물리치료료	0.46	0.38	0.44	0.60	1.04	0.69	1.70	1.72	0.61	0.66	1.24	0.76	3.63	1.85	3.07	3.54
정신요법료	0.61	0.39	0.37	0.35	2.40	3.36	2.58	4.59	0.90	1.47	1.04	0.75	0.98	0.97	1.11	1.44
처치 및 수술료	20.28	21.01	17.87	19.45	20.20	22.08	35.07	36.17	12.23	10.13	5.87	7.40	4.39	6.23	9.14	12.39
검 사 료	15.30	15.24	11.23	12.07	7.33	7.22	2.37	2.49	15.42	22.01	11.93	14.44	8.30	11.57	2.68	3.84
방사선 진단 및 치료료	4.04	4.68	3.49	3.27	3.38	2.58	1.34	1.03	6.63	0.08	9.72	9.91	12.56	10.74	2.41	3.37

주) 직장·직중 종교 지역조합 포함된 내용임

2) 물리치료 이용 건수비와 금액비

1986년 88년 1990년의 외래 및 입원 물리치

료의 요양기관종별, 지역별, 진료과목별 건수비

와 금액비를 보면 표 10과 같다.

표 10. 물리치료료의 요양기관 종별, 지역별, 진료과목별 건수비 및 금액비

(단위 : 건, (구성비))

구분	내용 년수	건 수 비					금 액 비				
		86	88	(88/86)	90	(90/88)	86	88	(88/86)	90	(90/88)
계	외래	8.18	8.04	(0.98)	10.19	(1.27)	2.16	2.64	(1.22)	2.92	(1.11)
	입원	6.51	7.29	(1.12)	7.67	(1.05)	0.55	0.64	(1.16)	0.67	(1.05)
3차 기관	외래	1.69	1.12	(0.66)	1.17	(1.04)	0.45	0.61	(1.36)	0.66	(1.08)
	입원	7.19	7.90	(1.10)	6.67	(0.84)	0.44	0.46	(1.05)	0.38	(0.83)
종합병원	외래	3.41	3.56	(1.04)	2.71	(0.76)	0.83	1.24	(1.49)	0.76	(0.61)
	입원	7.49	7.81	(1.04)	8.39	(1.07)	0.46	0.44	(0.96)	0.60	(1.36)
병원	외래	4.84	6.60	(1.36)	6.55	(0.99)	3.52	3.63	(1.03)	1.85	(0.51)
	입원	5.78	7.42	(1.28)	9.34	(1.26)	0.99	1.04	(1.05)	0.69	(0.66)
의원	외래	9.47	8.85	(0.93)	11.20	(1.27)	2.57	3.07	(1.19)	3.54	(1.15)
	입원	4.14	5.70	(1.38)	6.15	(1.08)	1.01	1.70	(1.68)	1.72	(1.01)
서울	외래	9.43	—	—	12.56	(1.33)	1.49	1.93	(1.30)	2.81	(1.46)
	입원	7.73	—	—	8.11	(1.05)	0.65	0.78	(1.20)	0.48	(0.62)
직할시	외래	8.12	—	—	8.50	(1.05)	1.95	2.28	(1.17)	2.60	(1.14)
	입원	6.42	—	—	6.03	(0.94)	0.40	0.35	(0.88)	0.48	(1.37)
중소도시	외래	8.91	—	—	9.82	(1.10)	2.82	3.17	(1.12)	2.76	(0.87)
	입원	5.78	—	—	8.20	(1.42)	0.62	0.73	(1.18)	0.89	(1.22)
군 지역	외래	3.98	—	—	8.94	(2.25)	2.55	3.64	(1.43)	4.64	(1.27)
	입원	4.87	—	—	8.45	(1.74)	0.37	0.54	(1.46)	1.41	(2.61)
일반외과	외래	4.24	5.57	(1.31)	10.48	(1.88)	4.51	5.18	(1.15)	4.78	(0.92)
	입원	2.42	2.24	(0.93)	2.48	(1.11)	0.12	0.21	(1.75)	0.14	(0.67)
정형외과	외래	27.78	30.21	(1.09)	45.13	(1.49)	14.71	15.42	(1.05)	19.34	(1.25)
	입원	21.90	25.03	(1.14)	29.08	(1.16)	1.65	2.08	(1.26)	2.49	(1.20)
신경외과	외래	24.80	36.23	(1.46)	38.50	(1.06)	19.58	19.58	(1.21)	20.32	(1.04)
	입원	22.69	24.57	(1.08)	30.06	(1.22)	1.35	1.40	(1.04)	2.36	(1.69)
흉부외과	외래	2.30	3.32	(1.44)	3.45	(1.04)	0.65	2.72	(4.18)	0.34	(0.13)
	입원	8.57	13.71	(1.60)	—	—	0.01	0.11	(11.0)	—	—
소아과	외래	0.03	—	—	0.38	—	—	—	—	0.03	—
	입원	20.10	19.89	(0.99)	23.84	(1.20)	2.28	2.17	(0.95)	2.25	(1.04)
안과	외래	60.32	63.03	(1.04)	54.51	(0.86)	1.83	1.69	(0.92)	1.68	(0.99)
	입원	17.43	16.56	(0.95)	12.87	(0.78)	0.15	0.04	(0.27)	0.03	(0.75)
이비인후과	외래	31.35	31.58	(1.01)	37.61	(1.19)	1.02	1.10	(1.08)	1.20	(1.09)
	입원	2.61	0.93	(0.36)	1.61	(1.73)	0.07	0.01	(0.14)	0.02	(2.00)
피부과	외래	0.74	1.15	(1.55)	1.22	(1.06)	0.34	1.27	(3.74)	1.76	(1.39)
	입원	2.86	3.77	(1.31)	—	—	0.30	0.53	(1.77)	—	—
재활의학과	외래	—	76.92	—	77.78	(1.01)	35.20	50.60	(1.44)	47.92	(0.95)
	입원	—	95.45	—	100.0	(1.04)	32.93	27.60	(0.84)	43.91	(1.59)
가정의	외래	—	2.09	—	11.90	(5.69)	—	3.91	—	2.49	(0.64)
	입원	—	15.38	—	—	—	—	1.62	—	—	—
일반의	외래	—	2.68	—	7.50	(2.79)	2.40	2.40	(1.00)	4.38	(1.83)
	입원	—	5.73	—	6.54	(1.14)	0.98	1.53	(1.56)	1.01	(0.66)

주) () 안은 전년대비

전체 물리치료 건수비와 금액비에서 외래가 입원보다 높은 건수비를 나타내어 물리치료는 입원환자보다 외래환자가 많음을 알 수 있었다.

외래 건수비에서 88년 대비 90년 건수비는 0.98에서 1.27로 증가 되었지만 외래 금액비에서는 오히려 1.22에서 1.11로 낮은 비를 나타내었다. 요양기관종별로는 종합병원으로 갈수록 외래보다 입원의 건수비가 높아지고 의원으로 내려올수록 입원보다 외래의 건수비가 높아졌다. 그러나 종합병원 이상의 경우 입원이 외래보다 건수비가 높음에도 금액비에 있어서는 외래가 더 높은 구성비를 가졌다. 종합병원, 병원급의 금액비에서는 88년의 1.24, 3.63에서 90년에는 각각 0.76, 1.85로 하향되었는데 이는 종합병원의 88년 대비 90년의 진료건수가 0.76인 점으로 진료수 감소에 의한 것으로 보여진다. 그러나 병원급의 하향구성에 대해서는 표본추출에서 물리치료 전문기관의 누락영향이라고 설명하였는데, 이는 88년 대비 90년의 0.99의 진료건수와 건당금액의 0.66로 하락된 것과 비교해 볼 때 이해하기가 어려웠다.

지역별로는 건수비에 있어서 서울의 외래가 가장 많았고, 다음이 중소도시의 외래였다. 86년보다 90년의 군지역의 건수비가 높은 증가를 보인 것은 88년의 농어촌지역보험과 89년의 전국민 의료보험의 결과로 보여진다. 금액비에 있어서는 군지역이 가장 높았으며, 88년에는 직할시 입원에서 90년에는 서울 입원, 중소도시 외래에서 전년도보다 낮은 금액비를 나타내었다.

진료과목별로는 흉부외과, 소아과, 피부과에서는 외래보다 입원건수비가 높았고, 외래건수가 가장 높은 곳은 재활의학과 그리고 안과 외래 등이었다. 안과 피부과 이비인후과 등에서 진료건수가 높은 것은 적외선 및 자외선 등의 광선치료에 기인된 것으로 보여진다. 그러나 건수에 비해 금액비는 0.02에서 1.89의 범위를 나타내었다. 가장 높은 금액비는 재활의학과이었으며 다음이 신경외과, 정형외과이었다. 특히 90년과 88년을 비교해 보면 일반외과, 가정의, 흉부외과인 경우 진료건수는 늘어났음에도

금액비에서는 감소한 것을 볼 수 있다. 소아과 입원의 경우 90년에 와서 건수비 금액비에서 증가되었으며, 일반의에 있어서도 진료건수의 증가비에 대한 금액비가 상대적으로 낮았다. 재활의학과, 신경외과, 정형외과의 3개과의 경우에 있어서도 건수비는 90년의 경우 78%, 38%, 45%의 외래 건수비에 대해서 외래 금액비가 48%, 20%, 19%에 불과 하였다. 이러한 결과들은 88년의 전국민의료보험의 확대와 89년 의료보험적용체계, 본인 일부부담제, 그리고 90년의 물리치료로 산정기준이 3개과로 제한된 영향 등으로 보인다.

3) 물리치료 건당금액과 실시건당금액

물리치료료의 요양기관 종별, 지역별, 진료과목별 건당금액 및 실시건당금액은 표 11과 같다. 의료보험수가 인상률을 보면 1988년 2월 12.2%, 89년 7월 9.0%, 1990년 2월 7.0%, 1991년 7월 8.0%이다. 물리치료 건당금액에서 외래, 입원 모두에서 상승하였는데 보험수가 인상보다 증가율이 높았다. 건당금액에서 88년 대비 90년에서 종합병원의 외래, 병원의 외래, 입원금액이 각각 0.77, 0.59, 0.66로 감소하였다. 실시건당에 있어서도 병원에서 0.59, 0.52로 감소되었다. 지역별로는 서울의 입원에서 88년 대비 90년에 0.67로 감소를 나타내었다. 군지역에서는 88년 대비 90년 입원 금액에서 3.71배의 높은 금액비 증가율을 나타내었다. 진료과목별로는 입원에 있어서 소아과는 꾸준한 건당금액의 증가를 보였다. 외래에 있어서는 재활의학과, 정형외과, 신경외과를 제외하고는 모두 1,000원 미만이었으며, 3개과 중에서도 재활의학과는 정형외과 신경외과의 외래보다 6배, 입원보다는 10배 이상의 건당 치료비를 나타내었다.

Ⅲ. 결 론

의료보험법이 제정된 1963년부터 1977년의 제2차 전면개정 그리고 1988년의 농어촌 지역 보험실시와 1989년의 전국민의료보험 실시

표 10. 물리치료료의 요양기관 종별, 지역별, 진료과목별 건수금액 및 실시건당금액

(단위 : 원, %)

구분	내용 년도	건 당 금 액					실 시 건 당 금 액				
		86	88	(88/86)	90	(90/88)	86	88	(88/86)	90	(90/88)
계	외래	269	366	(1.36)	455	(1.24)	3,573	4,556	(1.27)	4,469	(0.98)
	입원	1,646	2,233	(1.35)	2,579	(1.15)	25,272	30,648	(1.21)	33,638	(1.09)
3차 기관	외래	112	198	(1.76)	286	(1.44)	6,619	17,787	(2.68)	24,570	(1.38)
	입원	2,068	2,675	(1.29)	2,888	(1.07)	28,771	33,870	(1.17)	43,271	(1.27)
종합병원	외래	159	275	(1.72)	214	(0.77)	4,642	7,732	(1.66)	7,878	(1.01)
	입원	1,366	1,548	(1.13)	2,438	(1.57)	18,241	19,819	(1.08)	29,056	(1.46)
병원	외래	488	601	(1.23)	355	(0.59)	10,086	9,107	(0.90)	5,420	(0.59)
	입원	1,854	2,587	(1.39)	1,718	(0.66)	32,090	34,861	(1.08)	18,395	(0.52)
의원	외래	278	370	(1.33)	484	(1.30)	3,255	4,177	(1.28)	4,320	(1.03)
	입원	1,332	2,497	(1.87)	3,098	(1.24)	32,189	43,827	(1.36)	50,390	(1.14)
서울	외래	210	306	(1.45)	472	(1.54)	2,427	-	-	3,757	-
	입원	2,286	3,290	(1.43)	2,233	(0.67)	29,554	-	-	27,554	-
직할시	외래	250	319	(1.27)	391	(1.22)	3,370	-	-	4,593	-
	입원	1,342	1,364	(1.01)	1,949	(1.42)	24,905	-	-	32,345	-
중소도시	외래	328	423	(1.28)	427	(1.00)	3,994	-	-	4,347	-
	입원	1,474	2,112	(1.43)	2,985	(1.41)	25,503	-	-	36,382	-
군지역	외래	269	413	(1.53)	656	(1.58)	7,315	-	-	7,334	-
	입원	736	1,052	(1.42)	3,909	(3.71)	15,105	-	-	46,247	-
일반외과	외래	586	692	(1.18)	744	(1.07)	1,381	12,431	(0.89)	7,105	(0.57)
	입원	489	874	(1.78)	733	(0.83)	20,186	39,118	(1.93)	29,577	(0.75)
정형외과	외래	2,687	3,101	(1.15)	4,304	(1.38)	9,672	10,264	(1.06)	9,538	(0.92)
	입원	8,377	11,976	(1.42)	15,413	(1.28)	38,256	47,846	(1.25)	53,004	(1.10)
신경외과	외래	3,106	4,323	(1.39)	4,698	(1.08)	12,523	11,934	(0.95)	12,203	(1.02)
	입원	9,694	10,351	(1.06)	18,924	(1.82)	42,724	42,123	(0.98)	62,958	(1.49)
흉부외과	외래	102	410	(4.01)	68	(0.16)	4,441	12,364	(2.78)	1,980	(0.16)
	입원	183	1,595	(8.71)	-	-	2,140	11,633	(5.43)	-	-
소아과	외래	-	-	-	3	-	624	-	-	692	-
	입원	3,873	3,952	(1.02)	5,488	(1.38)	19,271	19,870	(1.03)	23,016	(1.15)
안과	외래	182	196	(1.07)	195	(0.99)	301	311	(1.03)	358	(1.15)
	입원	448	155	(0.34)	135	(0.87)	2,573	938	(0.36)	1,046	(1.11)
이비인후과	외래	138	169	(1.22)	188	(1.11)	441	537	(1.21)	499	(0.92)
	입원	219	37	(0.16)	80	(2.16)	8,402	3,968	(0.47)	4,962	(1.25)
피부과	외래	38	172	(4.52)	247	(1.43)	5,185	14,963	(2.88)	20,227	(1.35)
	입원	772	1,985	(2.57)	-	-	27,024	52,608	(1.94)	-	-
재활의학과	외래	16,673	22,806	(1.36)	25,241	(1.10)	-	29,647	-	32,452	(1.09)
	입원	101,552	151,249	(1.48)	244,426	(1.61)	-	158,452	-	244,426	-
가정의	외래	-	402	-	500	(1.24)	-	19,209	-	4,197	(0.21)
	입원	-	5,622	-	-	-	-	36,540	-	-	-
일반의	외래	247	276	(1.11)	603	(2.18)	-	10,272	-	8,038	(0.78)
	입원	1,424	2,274	(1.59)	1,784	(0.78)	-	39,727	-	27,254	(0.68)

이르는 변천과정을 살펴보았다. 이 변천과정에서 의료보험의 개정에 따른 제도적인 변화, 보험적용체계 그리고 의료수요자의 변화의 내용을 조사하였다. 보험적용에 있어서는 적용인구, 보험재정, 진료실적, 급여비의 변화 등을 조사하였고, 수요자의 변화에서는 의료기관 이용형태, 성별, 나이별 이용, 지역별 이용 형태 그리고 진료비 부담에 따른 변화를 알아보았다. 의료수요를 결정짓는 요인은 아주 복잡적이어서 이에 대한 완전한 해석은 어려운 일이라 하겠다. 그러나 지금까지의 것으로 미루어 보아 의료보험제도가 의료수요의 증가에 한 요인이 되고 있다고 할 수 있다. 왜냐하면 첫째는 피보험자들의 건강에 대한 의식이 제고되어 그동안 표출되지 않았던 잠재수요가 유효수요로 현재화함이고, 둘째는 피보험대상자의 경우 의료수요시 경제적 부담이 경감됨에 따라 지불능력이 신장되기 때문이다. 또한 의료적용에 있어서도 성별 연령별의 분석과 질환별 유병률 추세 파악, 그리고 의료전달체계의 확립 등을 통하여 앞서가는 정책이 펼쳐져야 할 것이다. 특히 의료전달체계에 있어서의 3차 의료기관의 환자집중이나 의료기관의 기능 미분화, 의료이용의 지역적 불균형 등은 개선되어야 할 것이다²⁾.

보험제도에 따른 물리치료에 있어서 10대 진료행위 부문별 구성비에 있어서의 재환 및 물리치료료를 보면 91년 7월의 보험수가 조정으로 약간의 차이는 있겠지만 90년을 기준으로 볼 때 입원은 3차 기관 0.38, 종합병원 0.60, 병원 0.69, 의원 1.72이며, 외래는 3차 기관 0.66, 종합병원 0.76, 병원 1.85, 의원 3.54이다. 이같은 구성비는 노인인구의 증가, 근골격계 질환의 유병률수, 국민건강 의식의 향상, 물리치료 인식의 고취 등을 고려할 때 앞으로 수정하여야 할 사항이 될 것이다. 또한 입원에 있어서 소아과는 꾸준한 건당금액의 증가를 보이는데 외래에서도 장애아동을 위한 진료가 이루어지길 바라며, 만 10세 이하의 아동치료시의 적정한 가산료 인정 등을 통해 질 좋은 물리치료를 받을 수 있는 기회의 확대를 모색해야 할 것이다²⁾. 특히 노인인구의 증가와 물리치

료는 관련이 깊다고 하겠다. 일본의 경우 1983년에 제정된 노인보건법은 의료보험 가입자로서 70세 이상의 의료비 전액을 부담하는 재보험제도로써의 노인의료서비스를 갖추고 있다¹²⁾.

그러므로 전국민 의료보험시대에 따른 물리치료비의 안정된 보험정책과 물리치료 서서비스를 위해서는 의료수요자 곧 국민의 건강과 복지를 위한 관리운영측면에서, 가정부담 및 보험료 납부방법의 측면에서 의료자원 분포에 있어서, 의료전달체계 등을 통하여서 보다 효율적인 의료정책이 개발되어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 김선호 : 전국민의료보험과 의료, 대한의학 협회지, 32(6) : 580~1, 1989.
2. 김수춘 : 의료보험 진료체계의 성과와 과제, 의료보장, 제42호, pp.10~13, 1991. 11.
3. 김정희 : 의료보험 진료비 항목별 분석, 의료보장 제39호, pp.4~8, 1991. 8.
4. _____ : 의료보험 진료비 항목별 구성비 분석, 연합회보, pp. 121~134, 1989. 7.
5. 문옥륜 : 지역보험과 의료의 수급, 의료보험, pp.23~31, 1988. 1.
6. 문창진 : 보건의료사회학, 신광출판사, 1990.
7. 박오영 : 연령구조와 보험급여비와의 상관관계 고찰, 의료보험회보, 제161호, pp. 18~23, 1989. 3.
8. 박태수 : 겸진군과 비겸진군의 의료이용비교, 의료보험, pp. 242~57, 1988. 1.
9. 보건사회통계연보 : 보건사회부, 제37호, 1991.
10. 연하청, 김학영 : 보건의료자원과 진료생활권, 한국개발연구원, pp.138~46, 1980.
11. 윤석우 : 일차보건의료의 오늘과 내일, 대한의학협회지, 32(2) : 120~1, 1989.
12. 의료보장 : 의료보험연합회 제45호, pp. 3, 17~22, 1992. 2.
13. 의료보험 : 의료보험연합회, pp. 208~19,

1989. 1.
14. 의료보험사업보고 : 의료보험관리공단, pp. 27~132, 1991년판.
15. _____ : 의료보험관리공단, pp. 19~27, 1990년판.
16. 의료보험해설 : 의료보험관리공단, 홍보교육자료 83-1, p. 39.
17. 의료보험회보 : 의료보험관리공단, 제190호, pp. 9~18, 1991.8.
18. _____ : 의료보험관리공단, 제196호, pp. 7. 11, 1992. 2.
19. _____ : 의료보험관리공단, 제197호, pp. 12~9, 1992. 3.
20. 이재욱 : 피보험자의 권익증대, 의료보험, pp.43~7, 1989. 1.
21. 임인혁 외 2인 : 재활 및 물리치료수가 적정성 검증에 관한 연구, 대한물리치료사학회지, 12(1) : 61~87, 1988.
22. 차재철 : 의료보험 진료비 본인 일부 부담제도에 관한 연구, 의료보험, pp.217~39, 1989. 1.
23. 최유천 : 직장의료보험의 발자취, 의료보장, 제46호 pp. 11~17, 1992. 3.