

Ⅲ. 의료공급자가 본인부담금에 미치는 영향

1. 의료공급자가 의료비에 미치는 영향에 관한 이론적 배경

민영의료비실손보장보험에 영향을 주는 사회·경제적인 요인들이 많겠지만, 소득수준, 국민건강보험, 지불보상제도, 그리고 소비자와 의료서비스 공급자간의 정보비대칭성에 의한 유인수요(physician induced demand)가 대표적인 요인들이라고 할 수 있다.

의료공급자는 소비자의 의료비 재원을 고려한다는 연구결과(Rossiter and Wilensky, 1984)도 있는 것처럼 과잉공급 그리고 유인수요는 피보험자에게는 더욱 많이 발생할 개연성이 많다. 소비자의 의료비 재원이 보험임을 고려하여 유인수요에 대한 의료공급자들의 부담이 줄어들 것이기 때문이다. 우리나라가 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 급격한 의료비의 상승을 경험한 것도 그러한 영향이 큰 것으로 보인다.⁶⁾

미국에서도 1980년대까지 실손(indemnity)계약과 행위당수가제 하에서 의료비가 급등하였으며, 많은 경제학자들과 정책입안자들은 행위당수가제는 의료이용을 통제할 수 있는 어떤 여지를 제공하지 못함을 인식하게 되었으며 그 대안으로 민영보험자들은 1973년 의료서비스의 비용, 질, 그

6) 우리나라 국민건강보험은 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별 수가제(fee-for-service: FFS)가 주류를 이루고 있다. 의료공급자가 아무런 재무 리스크 없이 의료서비스 제공 행위의 수를 증가시키려는 강한 유인을 갖게 됨으로써 보험급여비를 급증시키는 경향을 낳는다. 외래 방문 횟수는 선진국보다 두 배 이상 많으며, 1999년 한국소비자 보호원의 조사에 따르면, 응답자의 70%가 중복검사를 받은 적이 있는 것으로 나타났다. 또한 같은해 10월 보건복지부가 34개 의원을 대상으로 감기환자 진료비의 적정 청구 여부를 조사한 결과, 동네의원의 84%가 별 효과 없는 경구용 항생제를 처방했으며, 45%는 주사제를 사용한 것으로 드러났다.

리고 접근성을 관리하는 관리형의료제도를 출범시켰다.

일반적으로 의료공급자밀도는 소비자의 유인과정을 통하여 의료비지출 규모를 결정하는 한 요인으로 알려져 있다. 유인수요에 관한 전통적인 이론은 의료공급자들이 독점력을 가지고 있는 한 유인수요는 존재한다는 것이다. 그러나 유인수요의 존재 여부와 정도에 관한 실증적 연구들은 일관된 결론을 내리지 못하고 있다. 실증적 연구는 의료공급자의 이윤추구 가설의 정당성을 찾는 것인데 데이터가 제한되어 있고 추정방법(identification)의 설정이 쉽지 않기 때문이다. 이제까지의 연구들은 총량 데이터(aggregate data)를 이용하는 연구들은 유인수요가 존재하고, 개별 데이터(individual data)를 이용한 연구는 존재하지 않는다는 결론을 내리고 있다(Grytten et al., 1995; Carlsen and Grytten, 1998).

실증분석들은 유인활동수준을 관찰하는 것은 가능하지 않기 때문에 의료공급자밀도의 증가가 의료이용 그리고 의료서비스에 대한 지출을 증가시키는지의 여부를 결정하는 방식으로 유인의 문제를 다룬다. 국민건강보험 본인부담부분에서 유인수요에 의한 지출은 $D = (a+c)Pq^d$ 로 표현되며, 여기서, a는 비급여본인부담율, c는 법정본인부담율(coinsurance rate), q^d 는 의사유인에 의한 방문 횟수, P는 보험이 없을 경우 환자가 지불할 방문당 수가 또는 화폐단위로 표시된 산출물의 가격이다. 유인수요량은 의료서비스 가격과 음의 관계로 보면, 의료공급자밀도(R)의 변화의 유인수요에 대한 효과(+)와 의료서비스 가격(P)에 대한 효과(-)는 역의 관계에 있기 때문에 유인수요에 의한 지출($q^d \times P$)에 대한 의사 밀도의 효과를 결정하는 것은 가능하지가 않다. 그러나 의료공급자가 공급을 증가시키기 위해서 가격을 하락시키지 않을 수 있다면, 의료공급자밀도의 증가가 의료서비스의 가격에 미치는 효과는 양(+)일 것이고, 그리고 유인수요에 의한 지출은 의료공급자밀도와 양의 함수관계일 것이다.

일반적으로 의료공급자들이 환자들에게 보다 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 소비자를 유인하는 것과 자신의 이윤을 위해서 유인하는 것을 구별하는 것은 가능하지가 않으므로 유인수요량 관찰치는 존재하지

않는다. 우리나라의 경우는 총소비자의료비지출(소비자 자의에 의한 수요 + 의료공급자 자신을 위한 유인수요 + 양질의 서비스를 위한 유인수요)에 의한 의료비 지출에 관한 자료만 이용 가능하다. 이 연구에서는 의료비 지출에 대한 총량자료를 이용하면서 의료공급자밀도(인구 10,000명당 의료기관종사의사수)가 의료비와 양의 관계임을 확인하고자 회귀분석에 의료공급자밀도를 사용한다. Rossiter and Wilensky, 1984, Reinhardt(1985)도 다른 조건이 일정하다면 의사밀도(인구 대비 의사수의 비율)가 증가하면 의료이용(지출)이 증가한다는 것을 보이는 방식으로 의료비지출에 대한 의료공급자밀도의 관계를 연구했다.

2. 데이터 및 정성적 분석

가. 데이터

1982년부터 2003년도까지 총량자료를 수집하여 정성적 분석과 정량적 분석에 이용하였다. 본인부담금(법정본인부담금+비급여본인부담금)은 농가경제조사(통계청), 어가경제조사(통계청), 도시가계조사(통계청)를 이용하여 새로이 추계했다. 추계과정은 장영식 외 3인(2002)의 과정과 동일하지만 유인수요 분석에 적합하게 하기 위해서 그리고 보험가입 대상에 가깝게 추계하기 위해서 장영식 외 3인이 포함시켰던 '보건의료용품기구' 항목을 분리해 포함시키지 않았다. 각 통계자료집(도시가계조사)의 '보건 의료' 항목은 의약품, 보건의료용품기구, 보건의료서비스로 구성되어 있는데, '보건의료용품기구'에는 반창고, 탈지면, 붕대, 마스크 등이 포함되며, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 체온계, 휠체어, 콘택트렌즈 소독기가 포함되기 때문이다.

'의약품'항목은 인삼, 한약, 양약, 조제약을 포함하고 있지만, 2003년 이전에는 조제약 부분을 분리해 내는 것이 가능하지가 않아 본인부담금을 추계하는데 그대로 사용했다. 따라서 유인수요는 과소추정될 것이다.

<표 III-1> 실질본인부담율 추이

연도	법 정 본인부담율	비 급 여 본인부담율	총본인 부담율
1982	10.6%	80.7%	91.3%
1983	13.0%	76.0%	89.0%
1984	15.0%	72.0%	86.9%
1985	15.6%	70.4%	86.0%
1986	17.0%	71.0%	88.0%
1987	18.3%	68.7%	87.0%
1988	18.3%	65.9%	84.2%
1989	18.8%	64.1%	83.0%
1990	22.4%	56.0%	78.4%
1991	21.6%	58.1%	79.6%
1992	20.4%	58.9%	79.4%
1993	20.5%	57.4%	78.0%
1994	20.3%	56.7%	77.0%
1995	21.0%	52.8%	73.8%
1996	21.1%	49.6%	70.7%
1997	21.4%	46.2%	67.6%
1998	23.2%	37.8%	61.0%
1999	22.4%	38.3%	60.7%
2000	19.9%	36.9%	56.8%
2001	16.4%	29.2%	45.6%
2002	18.3%	28.3%	46.6%
2003	19.1%	27.4%	46.5%

- 주: 1) 법정본인부담율=법정본인부담금/(급여비+법정본인부담금
+비급여본인부담금)
 2) 비급여본인부담율=비급여본인부담금/(급여비+법정본인부담금
+비급여본인부담금)
 3) 총본인부담율=법정본인부담율+비급여본인부담율

‘보건의료서비스’항목에서는 입원본인부담금, 외래본인부담금, 한방본인부담금을 추계했다. 그러나 통계청자료에는 한방부분이 입원, 외래 및 의약품으로 분리되어 있지 않은데다가 그 규모도 미약(양방의 약2.5%)하고, 본 연구에서 사용될 의료기관종사의사수도 한의사를 포함하지 않

고 있어서 추계에서 제외했다.

건강보험통계연보의 진료비(급여비+법정본인부담금)로부터 법정본인부담금을 산출하고 본인부담금으로부터 법정본인부담금을 차감하는 방식으로 비급여본인부담금을 산출했다. 그리고 추계된 의료비 관련 자료들은 의료서비스소비자물가지수, 의약품소비자물가지수, 의료용구소비자물가지수를 이용하여 실질변수로 전환했다. <표 III-1>에 나타난 것처럼 본인부담률($(\text{법정} + \text{비급여}) / (\text{급여비} + \text{법정} + \text{비급여})$)은 지속적으로 감소해 왔고 2003년에 46.5%로 추계되었으며, 2002년에는 2001년도보다 증가했다.

지속적인 본인부담률의 하락, 즉, 보장성의 강화가 의료비에 미치는 영향을 통제하기 위해서 실증분석에서 실질건강보험료를 사용했다. 실질GDP는 국민소득의 증가가 의료비에 미치는 영향을 통제하기 위해서 그리고 국민건강보험적용인구는 보험이 의료비에 미치는 효과를 반영하기 위해서 사용되었다.

의사수는 보건복지통계연보(보건복지부)로부터 의료기관 상근의사수와 비상근의사수의 합을 이용했고, 인구 1만명당 의사수로 변환하여 사용했다. 1982년 이후 연평균 6.07%씩 증가해 왔고, 2000년에는 2.4% 감소했으며, 2003년에는 65,830명으로 인구 1만명당 12.8명 꼴로 나타났다. 기술통계는 <표 III-2>에 나타나 있고, 주요 변수의 추이는 <그림 III-1>부터 <그림 III-5>에 나타나 있다.

<표 III-2> 기술 통계

(단위 : 명, 천원)

구분	평균	표준편차	최대값	최소값
1만명당 의료기관 종사의사수	8.16 (2.04)	2.69 (0.35)	12.81 (2.55)	4.30 (1.46)
국민건강보험 적용인구	11,986,487 (17.32)	12,191,369 (0.43)	47,102,786 (17.67)	13,803,779 (16.44)
실질 GDP	3.95e+ 11 (9.00)	1.73e+ 11 (0.39)	1.47e+ 11 (9.54)	6.93e+ 11 (8.27)
실질국민건강 보험료	4,880,227,133 (21.97)	3,914,546,109 (0.90)	14,924,030,275 (23.43)	686,778,391 (20.35)
실질본인 부담금 (법정+ 비급여)	8,232,730,543 (22.72)	3,467,886,637 (0.51)	13,070,244,442 (23.29)	2,940,531,311 (21.80)
실질법정 본인부담금	2,484,982,495 (21.36)	1,545,916,649 (0.84)	5,280,518,072 (22.39)	337,999,645 (19.64)
실질비급여 본인부담금	5,744,482,500 (22.40)	2,055,762,423 (0.41)	8,363,937,416 (22.85)	2,574,720,382 (21.67)
실질총의료비 (급여비+ 법정 + 비급여)	13,417,663,815 (23.15)	7,090,979,901 (0.63)	25,997,925,417 (23.98)	3,707,772,126 (22.03)

주: ()는 자연대수 값이다.

나. 정성적 분석

전체적으로 보험이 의료비에 미치는 효과를 그림에서 볼 수 있는데 국민건강보험 본인부담부분에서도 급여부분에서와 유사한 현상이 나타나고 있다).

<그림 III-1>에서 나타나는 것처럼 국민건강보험 적용인구당 실질입원비와 적용인구당실질외래+약국진료비(급여비+법정본인부담금)는 증가추세에 있다. 특이한 현상은 적용인구당 실질외래+약국진료비가 1989

7) 그림에 사용된 데이터는 2004년도까지의 데이터이다.

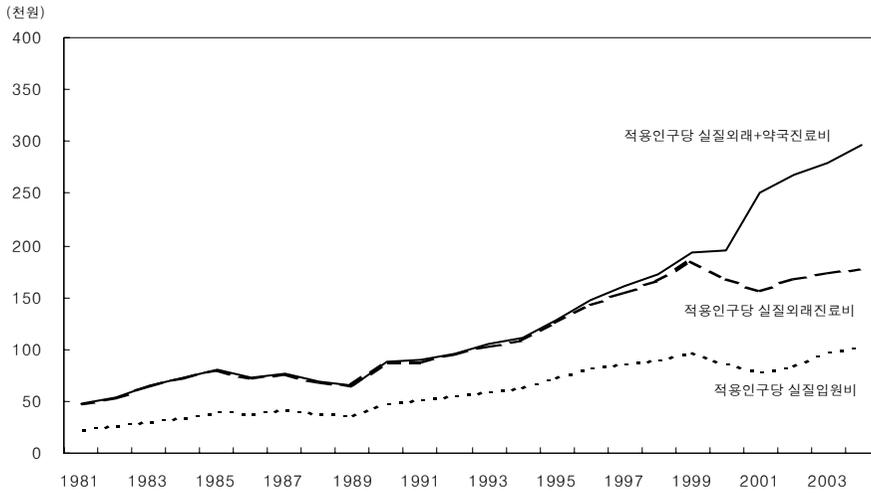
년부터 급격히 증가하고 있다는 사실이다. 1982년부터 1988년까지는 연평균 3.55% 증가하였지만 1990년부터 최근까지는 9.54% 증가하고 있어 현격한 차이를 보이고 있다. <그림 III-2>를 보면, 이러한 현상은 적용인구당 지급건수에서도 나타나고 있다. 1982년부터 1988년까지는 적용인구당 외래지급건수가 연평균 2.98%의 증가율을 보이고 있고, 1990년부터 최근까지는 8.30%의 증가율을 보이고 있다. 입원의 경우에서도 0.25%이었던 것이 5.79%로 나타나 큰 차이를 보이고 있다. 즉 지급의 빈도가 급증한 것으로 나타났다.

민영의료비실손보장보험의 잠재시장인 국민건강보험 본인부담금 추이에서도 유사한 현상을 볼 수 있다. <그림 III-3>은 입원비에 대한 본인부담금 추이를 보여주고 있는데, 입원본인부담금(입원법정본인부담금+입원비급여본인부담금)이 1982년부터 1988년까지는 연평균 5.13%의 증가율을 나타냈고, 1990년부터 1997년까지는 9.48%의 증가율을 나타냈다. <그림 III-4>에서 나타나는 것처럼, 외래의료비 본인부담금 추이는 입원의 경우와 유사하게 7.03%와 9.9%이었다.

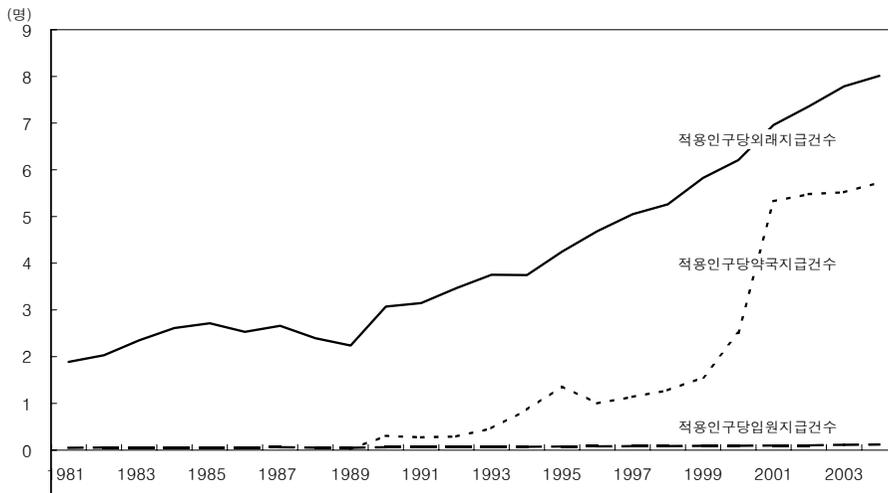
<그림 III-5>은 입원, 외래, 의약을 포함하는 본인부담금(법정+비급여)을 나타내고 있는데, 의약을 포함하는 경우 전국민 의료보험이 실시된 해인 1989년을 전후로 해서 기울기의 차이가 나타나고 있다. 그리고 2002년부터 2004년까지 본인부담금증가율은 7.13%에 이르지만 급여비증가율은 5.75%에 그치고 있어서, 향후 다른 조건이 일정하다면 민영건강보험의 보장대상인 본인부담금은 급여비보다 빠른 속도로 증가할 것이다.

국민건강보험의 급여부분과 본인부담부분에서 1989년을 전후의 이러한 차이가 발생한 원인은 전국민의료보험 실시에 따른 보험효과가 1989년 이후에 크게 나타났기 때문인 것으로 판단된다. 소비자들의 건강에 대한 관심의 증대, 국민소득의 증가 등에 기인하기도 하겠지만 급격한 변화를 가져온 것은 전국민건강보험가입의 영향이 주요 요인인 것으로 보인다.

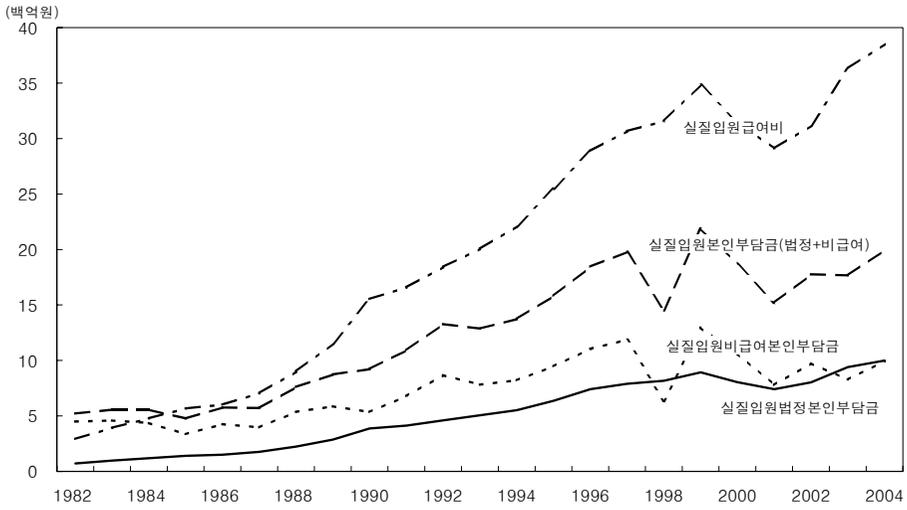
<그림 III-1> 적용인구당 진료비(급여비+법정본인부담금) 추이



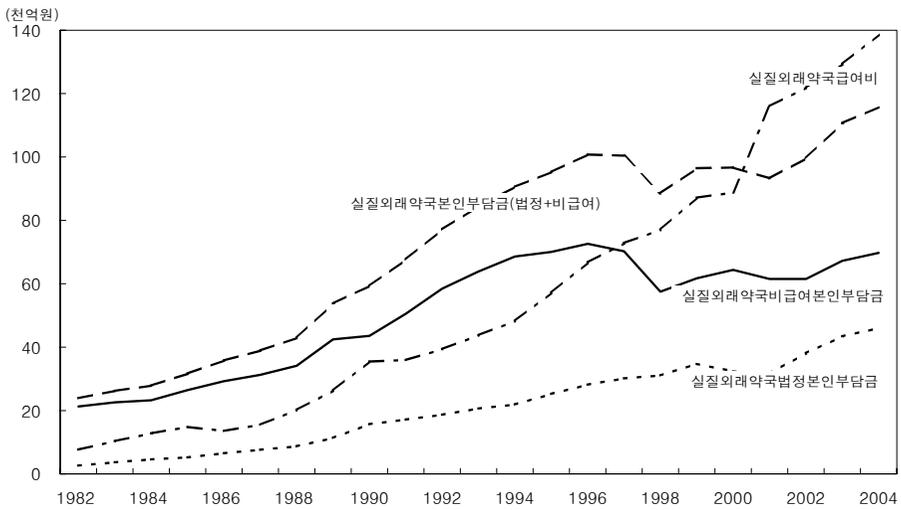
<그림 III-2> 적용인구당 지급건수 추이



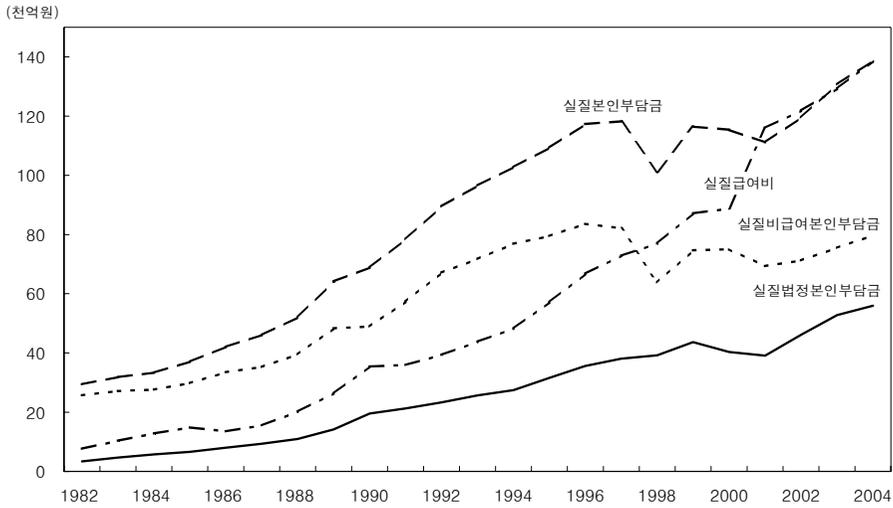
<그림 Ⅲ-3> 입원비 본인부담 추이



<그림 Ⅲ-4> 외래+약국비 본인부담 추이



<그림 III-5> 본인부담금과 급여비 추이(입원+외래+약국)



3. 실증분석 결과

가. 총의료비와 본인부담금에 미치는 영향

1) 총의료비에 미치는 영향

총의료비(급여비+법정보인부담금+비급여본인부담금)와 본인부담금(법정+비급여)에 대한 의사밀도의 영향을 나타내는 추정치가 <표 III-3>에 나타나 있다. 총의료비의 의사밀도에 대한 단순회귀분석 결과 탄력성이 1.78인 것으로 추정되어 의료공급자가 총의료비에 탄력적으로 영향을 주는 듯하다. 즉 유인수요가 존재하는 듯하다. 그러나 이것은 다른 변수들에 의한 영향이 충분히 통제되지 않은 상태에서의 결과이다. 다중회귀분석에서는 탄력성이 0.926으로 추정되어 의사밀도가 총의료비에 영향을 크게 주지만 탄력적이지는 않다.

<표 III-3> 총의료비와 본인부담의료비에 미치는 영향

구분	총의료비(급여비+법정본인부담금 +비급여본인부담금)		본인부담금(법정+비급여)	
	단순회귀	다중회귀	단순회귀	다중회귀
1만명당 의사수	1.78(0.43)**	0.926 (0.262)**	1.41(0.07)**	1.007 (0.400)**
국민건강 보험 적용인구		0.263(0.050)**		0.450(0.076)**
GDP		0.563(0.245)**		1.036(0.375)**
국민건강 보험료		-0.063(0.092)		-0.555(0.141)**
상수	19.52(0.09)**	3.091(4.931)**	19.83(0.15)**	-2.490(7.536)
adj R ²	0.98	0.99	0.94	0.99

주: 1) N=22 이고, ()는 표준오차이다.

2) 모든 변수들은 자연로그값이다.

3) ‘*’는 10%, ‘**’는 5% 유의수준에서 통계적으로 유의함을 나타낸다.

4) 총의료비와 본인부담금은 DW 테스트 결과 음의 자기상관성(negative serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다(inconclusive). 이러한 결과는 독립변수들의 자기상관성이 잔차에 영향을 주어 DW 테스트 추정량이 편기되는 경우 많이 나타난다. 계수값은 불편추정치이라고 할 수가 없지만 동일 조건하에서 추정된 추정치들의 상대적 비교는 가능할 것이다. 초기값을 잃어버리지 않고 시계열성을 제거할 수 있는 Prais-Winsten 변환을 이용해서 총의료비와 본인부담금의 다중회귀 분석에서 시계열성을 제거해 본 결과 계수의 유의한 변화는 없었다.

5) 의사수는 제도적으로 결정되는 변수이기 때문에 내생성(endogeneity) 문제는 발생하지 않는다.

6) 표준오차의 크기를 고려하면서 1만명당 의사수의 계수가 차이가 있는지 테스트해 본 결과 통계적으로 유의하지는 않았다.

국민건강보험적용인구의 증가도 총의료비에 통계적으로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 총의료비는 전국민을 대상으로 한 추계치이므로 총량적으로 총의료비는 일정수준을 유지해야하지만(단지 지불주체가 소비자로부터 보험자로 변환된 것에 불과해서 의료비는 일정해야하지만) 국민건강보험적용인구의 증가가 총의료비를 증가시키고 있는 것

이다. 이론적으로 건강보험가입 여부는 내생적으로 결정되지만 우리나라의 경우 국민건강보험적용대상은 사회보험방식으로 결정되기 때문에 외생적으로 결정되었다고 볼 수 있다.

실질GDP는 0.563으로 추정되었고 5%수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 국민소득 증가가 의료비 지출과 양의 관계를 가지고 있는 것이다. 반면 국민건강보험료는 통계적으로 유의하지 않다.

2) 본인부담금에 미치는 영향

본인부담금(법정+비급여)에 대한 의료공급자밀도의 단순회귀분석 결과 탄력성은 1.41로 추정되었다. 다중회귀분석의 경우에도 통계적으로 유의하고 탄력적(1.007)으로 나타나 의료공급자밀도의 증가율을 상회하는 비율로 본인부담금이 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉 민영보험의 보장범위인 본인부담금부분에서 의료공급자가 본인부담금에 탄력적으로 영향을 주고 있는 것이다.

국민건강보험적용인구도 통계적으로 유의하며 총의료비 회귀방정식에서의 계수(0.263)보다는 훨씬 큰 계수 값(0.450)을 보이고 있다. 급여부분을 포함하고 있는 총의료비에 대한 영향보다 본인부담금에 미치는 영향이 더 크게 나타나고 있는 것이다. 이러한 본인부담금에서의 보험의 효과는 다음과 같이 설명될 수 있다. 국민건강보험 적용으로 소비자들은 의료수요를 증대시킬 것이고, 따라서 법정본인부담금의 증대를 유발하며, 의료공급자들은 비현실적인 국민건강보험의료수가에 의한 수익보전 기회를 비급여부분에서 충당할 기회를 더 많이 갖게 되어 본인부담금을 상승시키고 있는 것으로 해석된다.

국민소득의 탄력성은 1.036로 추정되어 소득의 1% 증가와 본인부담금 1.036% 증가의 관계를 가지고 있는 것을 나타내고 있다. 국민건강보험급여비는 소득수준과 무관하게 지급되지만 비급여부분은 소득이 증가할수록 수요를 많이 하기 때문에 총의료비에 미치는 영향(0.563)보다는 본인부담금에 미치는 영향이 더 클 것임을 나타낸다. 또한 민영보험의

잠재시장규모는, 다른 조건이 일정하다면, GDP성장률보다는 더 큰 비율로 증대될 것임도 시사하고 있다.

국민건강보험료는 총의료비에서와는 다르게 통계적으로 유의하며 음의 부호를 가지고 있다. 국민건강보험료 증가는 보장성의 확대와 병행되고 따라서 비급여본인부담금은 하락하게 되는데, 이러한 하락 효과가 크게 작용하여 음의 부호를 갖게 되는 것이다.

나. 급여부분과 비급여부분에 미치는 영향

1) 기준수가에 의한 급여부분 의료비에 미치는 영향

국민건강보험 의료비기준수가표에 의한 급여부분(급여비+법정본인부담금)의 의료비와 비급여부분의 의료비에 대한 추정결과는 <표 III-4>에 나타나 있다. 급여부분의 다중회귀분석에서 의사밀도 계수의 추정치는 0.892로 추정되었고 5% 수준에서 통계적으로 유의하다.

국민건강보험적용인구는 0.282로 추정되었고 5% 수준에서 통계적으로 유의하다. 보험가입자들은 의료서비스 수요를 증대시키므로 적용인구의 증가가 급여부분의 진료비에 양의 효과를 갖는다는 것을 나타낸다.

GDP는 통계적으로 유의하지가 않아 급여부분은 소득수준과 무관함을 반영하고 있으며, 국민건강보험료는 0.364로 추정되었으며 10% 유의수준에서 통계적으로 유의하여 급여부분의 의료비와 양의 관계가 있는 것으로 나타났다.

2) 비급여본인부담금에 미치는 영향

비급여본인부담금의 다중회귀분석에서 1만명당 의사수의 회귀계수는 1.037로 추정되었으며 5% 유의수준에서 통계적으로 유의하다. 급여부분 다중회귀분석에서는 비탄력적(0.892)이었는데 비급여부분에서는 의료공급자밀도가 비급여부분의 의료비에 탄력적으로 반응하고 있다는 것을

나타낸다. 이 결과는 국민건강보험의 급여부분보다 높은 비급여부분의 높은 의료수가가 동인이 되어 비급여부분으로의 의료서비스 전환효과, 유인수요효과, 신기술적용효과 등이 급여부분에서보다는 더 크게 발생하고 있는 것으로 해석된다. 비급여부분에서 이러한 현상은 급여부분의 기준수가가 현실화되어야 하며, 비급여부분의 기준수가가 마련되고, 그 기준에 의해서 지급되어야 함을 시사한다. 또한 신기술의 발전을 저해하지 않으면서도 합리적인 지불보상이 이루어질 수 있도록 제도의 정립이 필요함을 시사한다. 그렇지 않으면, 소비자들은 과도한 의료비를 지불하게 되며, 민영의료비실손보장보험 가입자에 대해서는 과도한 보험금이 지급되게 될 것이다.

국민건강보험적용인구는 비급여본인부담금에 대해서 5% 수준에서 통계적으로 유의하다. 이것은 보험의 소득효과로 설명할 수 있다. 보험가입으로 소비자들은 상대적으로 저렴해진 의료서비스의 가격 때문에 의료서비스 수요를 증가시키고 절약된 재원을 비급여부분의 의료비에 충당하는데 지출하게 된다는 것이다. 국민건강보험적용인구의 증가는 그러한 소득효과를 갖는 소비자가 증가한다는 것을 의미하며 따라서 비급여부분과 통계적으로 유의한 관계로 나타나는 것이다.

국민소득이 급여부분에서는 통계적으로 유의하지도 않았는데 비급여부분 의료비에 대한 탄력성은 통계적으로 유의하고 1.527이어서 국민소득의 증가는 비급여부분의 의료비에 대한 지출증가와 더욱 큰 관계를 가지고 있음을 시사한다.

국민건강보험료의 추정치는 통계적으로 유의하며 -0.950으로서 음수로 나타났다. 이것은 앞에서 언급되었던 것처럼 국민건강보험료는 주로 국민건강보험 보장성의 확대와 더불어 증가해 왔고, 따라서 본인부담률의 하락을 가져왔다는 것을 반영한다.

<표 III-4> 기준수가에 의한 급여부분 의료비와 비급여부분에 미치는 영향

구분	급여부분(급여비+법정본인부담)		비급여부분(비급여본인부담)	
	단순회귀	다중회귀	단순회귀	다중회귀
1만명당 의사수	2.43(0.060)**	0.892 (0.525) *	1.11(0.09)**	1.037 (0.576) *
국민건강 보험 적용인구		0.282(0.099)**		0.493(0.109)**
GDP		0.227(0.492)		1.527(0.540)**
국민건강 보험료		0.364(0.185)*		-0.950(0.203)**
상수	17.51(0.12)**	1.719(9.89)	20.12(0.19)**	-8.03(10.85)
adj R ²	0.98	0.99	0.87	0.97

주: 1) N=22 이고, ()는 표준오차이다.

2) 모든 변수들은 자연로그로 변환된 뒤 사용되었다.

3) '*' 는 10%, '**' 는 5% 유의수준에서 통계적으로 유의함을 나타낸다.

4) DW 테스트 결과 급여항목의료비는 양의 자기상관성(positive serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다. 비급여항목 회귀방정식에서는 음의 자기상관성(negative serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다.

5) 의사수는 제도적으로 결정되는 변수이기 때문에 내생성(endogeneity) 문제는 발생하지 않는다.

6) 표준오차의 크기를 고려하면서 1만명당 의사수의 계수가 차이가 있는지 테스트해 본 결과 통계적으로 유의하지 않았다.

결론적으로, 의료공급자는 국민건강보험 비급여부분에서 탄력적으로 반응하고 있는 것으로 나타났다. 의료공급자들은 비급여부분에서 급여부분의 수익부족분을 보충하고 있어서 소비자들은 과도한 본인부담을 하고 있을 개연성이 있는 것이다. 따라서 향후 민영의료비실손보장보험 가입자가 증가하면 보험가입으로 상대적으로 저렴해진 의료서비스의 가격과 유인수요 때문에 민영보험의 지급보험금이 가중적으로 증가할 것이며, 비급여부분의 높은 수가로 인해 이는 더욱 촉진될 것이라는 것을 알 수 있다. 의료공급자 사이의 경쟁적 신기술의 개발 또한 비급여부분

의 의료비상승의 원인일 수 있는 것도 간과해서는 안된다.

의료공급자가 본인부담금에 영향을 미치는 요인별로 분석하는 것이 바람직하지만 위에서 언급된 어떤 요인에 의해서든 혹은 복합적인 요인에 의해서든 국민건강보험 급여부분보다는 민영의료비실손보장보험의 보장영역, 즉 본인부담부분 특히 비급여본인부담부분에 크게 영향을 미치는 것은 사실이므로 이러한 실증분석 결과는 시사하는 바가 크다. 가계의료비의 과도한 증가를 최소화하고, 의료시장의 왜곡을 바로잡으며, 민영의료비실손보장보험료 인하를 위해서 급여부분의 수가 현실화와 비급여부분의 수가 마련 그리고 비급여부분의 지급심사가 이루어져야 한다. 더불어 신기술의 개발을 촉진할 수 있는 제도적 장치도 마련되어야 할 것이다.

4. 소비자 만족도와 유인수요

의료공급자밀도와 이용 사이에 대부분의 연구에서 양의 관계를 보이고 있지만 그 양의 관계가 의사가 수입 증대를 목적으로 한 유인수요에 의한 것인지 일치된 결론을 내리지 못하고 있고, 의료공급이 공공보건의 발전에 기여하는지, 의료의 질과 가격에 영향을 미치는지에 대해서도 일치된 결론을 내리지 못하고 있다(Reinhardt, 1985, Phelps, 1986; Rice and Labelle, 1989).

Labelle(1994) 외 2인은 그러한 논란과 더불어 추가적인 의료서비스 공급이 보다 나은 건강을 가져오거나, 의료서비스의 접근성을 증대시킬 수 있음을 주장하였다. Carlsen and Grytten(2000)은 의사(general physician)밀도 증가는 소비자만족도와 통계적으로 유의한 양의 관계를 가지고 있다는 결론을 내리고 있다. 또한 설문조사를 이용한 연구 결과 들은 만족한 환자들은 의사가 권고한 치료를 받는 데 순응하는 성향이 있고, 지속적으로 동일 의사와 예약을 하는 성향이 있다고 하고 있다(Stewart, 1995). 따라서 의사밀도의 증가는 소비자 만족도를 증대시키

고 또한 의료비지출을 증가시키고 있다고 할 수 있다.

부가적으로, 미국과 노르웨이에 대한 연구에서는 일반의에 대한 만족도는 고령자, 여성, 저학력자가 저연령층, 남자, 고학력자에 비교해서 높았고, 결혼한 사람, 고소득자가 상대적으로 덜 만족하고 있다고 나타나고 있다. 이러한 환자 효용(utility)에 대한 연구결과는 사회적으로 최적의 의사밀도(보다 높은 소비자 만족도로 평가된 의사의 한계효용 = 의사의 한계비용)가 있다는 것을 암시하고 있다.