

## 저소득층 장애인 의료비에 대한 정부부담금 추계

이선자<sup>†</sup>, 김미주, 장숙량, 이효영  
서울대학교 보건대학원

### <Abstract>

#### A Short-Term Projection of the Government Budget in Medical Expenditures using for the Low-income Handicapped

SeonJa Rhee<sup>†</sup>, Mi-Ju Kim, Soong-Nang Jang, Hyo-Young Lee  
*Graduate School of Public Health, Seoul National University*

This study was conducted to estimate the future government budget in medical expenditures using for the low-income handicapped, because medical expenditures to the low-income handicapped is escalating in these days. It became a big problem not only to the central-government but also to the district-government because they have to subsidize a part of co-payment.

This study was designed to project the future government budget using structural model. For the short-term projection, the structural model is stronger than the regression model. The data used for this study were the population projection data based on National Census Data(2000) of the National Statistical Office, the data of Ministry of Health & Welfare, and the data of National Health Insurance Corporation from November 2000 to June 2001.

The results of the study are summarized as follows: The future government budget in medical expenditures using to the low-income handicapped will be 15-18 billion Won in the year 2003, 16-23 billion Won in 2004, 18-30 billion Won in 2005, 19-38 billion Won in 2006 and 21-49 billion Won in 2007. It is predicted that they would be increasing rapidly. Therefore, the government budget in medical expenditures using for the low-income

---

<sup>†</sup> 교신저자 : 이선자, 서울대학교 보건대학원(02-740-8872, rheesj@snu.ac.kr)

handicapped must be enlarged.

*Key Words : projection, government budget, medical expenditure, the handicapped*

## I. 서 론

우리나라 정부는 생활이 어려운 저소득 재가장애인에 대해 의료비 지원을 하고 있다. 그 법적근거는 「장애인복지법」 제33조, 시행규칙 제18조, 제19조 및 「의료급여법」 제11조, 동법 시행규칙 제20조이며, 지원대상은 의료급여법에 의한 2종 수급권자인 장애인으로, 장애인 본인만 해당되고 장애인과 같은 세대원으로서 의료급여를 받는 비장애인인 가족원은 제외된다. 1종 수급권자의 경우, 이 의료비 지원사업의 지원범위가 본인부담금에 한해 일부 지원하는 것이므로 원칙적으로 본인부담금이 전혀 없는 1종 수급권자는 자동적으로 제외된다.

현재 정부가 저소득 재가장애인-엄밀히 말해 2종 의료급여 수급권자-에 대해 행하고 있는 의료비 지원사업의 구체적인 내용은 다음과 같다. 첫째, 1차 의료급여기관에서 처방전 교부 시 본인부담금 1,000원 중 750원, 처방전을 교부하지 않고 진료하거나 약사법 제21조제5항의 규정에 의하여 의약품을 직접 조제하는 경우 본인부담금 1,500원 중 750원을 지원한다. 단, 약국에서 의약품을 조제하는 경우에 발생하는 본인부담금(처방전에 의하여 조제할 경우 500원, 약사법 제21조제4항 단서규정에 따라 처방전에 의하지 않고 조제할 경우 900원)에 대하여는 장애인 의료비를 지원하지 않는다.

둘째, 2차, 3차 의료급여기관 및 국·공립결핵병원 진료시 의료급여수가 적용 본인부담 진료비 20% 전액을 지원한다. 단, 본인부담 식대 20% 지원하지 아니한다.

셋째, 장애인 보장구 중에서 의료급여 대상인 품목<sup>1)</sup>의 구입시 상한액 범위 내에서 급여비용의 본인부담금(20%) 전액을 지원한다. 단, 장애인복지법에 의하여 보청기를 이미 지급받고 내구연한이 경과되지 아니한 경우 의료급여비용에서 제외되며, 보장구 수리비용 및 보장구 이외의 진료비용은 본인이 부담하여야 한다.

이러한 「장애인 의료비 지원사업」에 들어가는 돈은 전부 정부부담이며, 중앙정부와 지방정부의 재원별 부담율은 서울의 경우 중앙정부 50%, 지방정부 50%, 지방의 경우 중앙정부 80%, 지방정부 20%로 다르다. 다음 <표 1>은 보건복지부 장애인제도과에서 산정해온 장애인 의료비 지원사업에 대한 98년-2003년까지의 예산내역이다. 여기에는 지방비는 제외된 중앙정부가 지출하는 금액만 산정되어 있다.

1) 대상품목은 지체장애인용(하지의지, 보조기, 지팡이, 목발, 휠체어), 시각장애인용 (돋보기, 저시력보조안경, 망원경, 의안, 콘택트렌즈, 흰지팡이), 청각장애인용 (보청기) 언어장애인용 (체외용 전기후두)이다.

<표 1> 1998-2003년 「장애인 의료비 지원」 예산내역(국비만)<sup>\*주1</sup>

구분 년도	지자체경상 보조(백만원)	증감율 (%)	지원인원 (명) <sup>*주2</sup>	산 출 기 준
1998	779	-	38,000	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 입원 68,257원(단가)×사업량(인)×0.0835(수진률)×16.56(평균재원일수)×20%(본인부담률)×국고보조율</li> <li>◦ 외래 1,500원(단가)×사업량(인)×3.5454(내원일수)×3.24(진료비지불일수)×50%(본인부담률)×국고보조율</li> </ul>
1999	1,499	92.4	70,936	-
2000	6,950	363.6	93,251 기존 84,320명 확대 8,931명	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 기존의료비 : 2,918백만원</li> <li>◦ 장애범주 확대 : 3,126백만원</li> <li>◦ 체불액 : 906백만원</li> </ul>
2001	8,181	17.7	118,912 기존 97,300명 확대 21,612명	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 기존장애인 48,500원×97,300명×국고보조율=3,143,086천원</li> <li>◦ 확대장애인 350,000원×21,612명×국고보조율=5,037,585천원</li> </ul>
2002	10,227	25.0	118,912 기존 97,300명 확대 21,612명	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 기존장애인 48,500원×97,300명×국고보조율=3,143,086천원</li> <li>◦ 확대장애인 350,000원×21,612명×국고보조율=5,037,585천원</li> <li>◦ 체불액 2,046,000천원</li> </ul>
2003	10,582	3.5	125,000 기존 97,000명 확대 28,000명	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 기존장애인 49,000원×97,000명×국고보조율=3,143,000천원</li> <li>◦ 확대장애인 350,000원×28,000명×국고보조율=7,439,000천원</li> </ul>

출처 : 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)

\*주) 1. 표의 예산액은 중앙정부에서 지출하는 국비이며, 지방비는 제외되어 있음

2. 각 시도에서 '장애인 의료비 지원실적'을 보고할 때 실 인원개념(명)이 아니고 진료대상자의 외래 또는 입원회수(건)을 기재하고 있으므로, 이 표에 기재된 지원인원(명)은 정확한 통계에 기초한 것이라고 보기에는 무리가 있다.

2000년의 경우 중앙정부가 의료급여 2종 수급권자 중 등록장애인을 위해 배정한 의료비 지원금은 69억 5천만원이었다. 이 금액은 전년대비 363.6%의 증가였다. 2001년, 2002년에는 각각 전년대비 17.7, 25.0% 증가한 81억 8천만원, 102억 3천만원으로 예산배정을 하였다. 98년 중앙정부의 예산이 8억이 채 안되는 7억 7천 9백만원이었던 것을 감안하면 장애인 의료비 지원사업의 규모는 몇 년새 대폭적으로 증가하였음을 알 수 있다. 이렇게 갑작스럽게 예산규모가 확대된 가장 큰 이유는 2000년 장애범주의 확대로 지원대상자 수가 절대적으로 증가한 것에 기인한다. 그 외, 체불금액 해소를 위해 계속해서 예산을 확대해 온 것도 한 요인이라 할 수 있다.

1989년 『장애인복지법』이 개정된 이후 법 제 2조에서 법정장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 5가지 영역으로 한정하고 있었으나, 1999년 1월 동법이 개정되면서 장애범주확대를 위한 법적 근거가 마련되었다. 개정된 동법 제2조 제1항에 따르면, 장애인의 정의를 “장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”로 하고 있어 장애의 개념을 폭넓게 확대시켰다. 이에 2000년 1월 1일부터 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 신장 및 심장질환, 장기간 치료가 필요한 정신분열증 등 만성 중증 정신질환, 발달장애 중 자폐증 등 4개 범주를 1차적으로 확대하였다. 이는 1997년 12월에 공포된 『장애인복지발전 5개년 계획』에 따른 것으로 이 계획안에 따르면 2차적으로 완치가 어려운 간질환 및 만성 호흡기질환, 만성알코올·약물중독, 기질성 뇌중후군과 자폐증을 제외한 기타 발달장애가, 3차적으로 안면변형, 치매, 비뇨기계, 소화기계, 피부질환 및 특이장애 등이 법정장애범주에 포함되도록 되어있다. 이 중 2003년 7월 1일부터 2차 장애범주 확대로 ‘안면변형, 장루, 간, 간질, 호흡기장애’ 5종이 추가될 예정이다(보건복지부, 2003).

이렇게 되면 저소득층 장애인에 대한 의료비 지원규모는 더욱 더 증가할 것으로 예측된다. 그러나, 이 부문에 대한 뚜렷한 선행연구가 없는 것이 현실이다. 예를 들어 지원대상이 되는 의료급여 2종 등록장애인 수가 몇 명인지, 현재 정부는 본인부담금 중 일부를 지원하고 있는데 각 장애유형별로 그 액수가 어떻게 다른지 등 기초적인 자료가 연구되어 있지 않다. 이러한 연구결과 없이 저소득층 장애인 의료비 지원사업의 예산을 체계적이고 과학적으로 산정한다는 것은 참으로 어려운 일이다. 사실 그동안도 예산이 과소책정되어 체불이 악순환처럼 반복되어 왔다. 따라서 본 연구에서는 정확한 대상인원을 추계하고, 장애유형별로 지원해야 할 의료비를 도출하여 저소득 계가 장애인들이 정부의 의료비 지원 혜택을 빠짐없이 받을 수 있도록 충분한 정부예산이 확보되는데 도움을 주고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 추계모형

일반적으로 추계모형은 크게 다음과 같이 분류할 수 있다. 첫째 유형은 계량경제학적 모형과 기법을 활용하는 방법으로 추계하고자 하는 변수와 이에 영향을 미치는 변수들과의 관계를 우선 규명하고, 향후에도 이러한 관계가 유지된다는 전제하에 대상 변수의 미래치를 예측하는 방법이다. 주로 회귀분석이 활용된다. 즉, 계량모형의 경우 종속변수인 의료비에 영향을 미치는 설명변수들을 이론적인 근거에 의해 설정하고, 이들에 대한 과거 실적자료를 이용하여 회귀분석을 시행하고 회귀분석의 계수와 설명변수의 예측치를 결합하여 종속변수의 예측치를 산출하는 방식이다.

둘째 유형으로, 추계대상 변수를 구성하는 구조를 먼저 파악하고 그 구조에 따라 각 요소들로 분해한 후 각 요소들의 추세치를 추정하여 다시 결합하는 방식을 들 수 있다. 예를 들면, 진료비 지출을 입원, 외래, 약국 부문의 진료비 지출로 분해하고, 최근 실적자료를 활용하여 수진율, 건당급여비, 수가인상 등의 추세를 도출하고 이를 각 항목에 적용하여 총진료비를 산출하는 방식이다. 이러한 방식은 건강보험공단과 복지부의 재정추계에서 널리 이용되는 방식인데 이러한 방식은 편의상 구조적 모형으로 불리워지기도 한다.(김종면, 2000; 김용익, 2000)

상기한 두 가지 방식은 각각 장단점이 있다. 계량경제학적 기법은 의료비에 영향을 미치는 것으로 이론적으로 규명된 변수들의 변동으로 장래 의료비의 변동을 예측하는 것이므로 이론적 기초가 확고하다는 장점이 있다. 동시에 이러한 이론적 관계는 장기적으로 진료비의 변동추세를 가장 잘 설명하는 것이므로 중장기 예측력이 뛰어나다. 변수들간의 상관관계는 월별 또는 분기별자료에서는 안전성을 확보하기 어려운 관계로 이러한 계량경제학적 기법에는 연간 자료를 활용하는 것이 적합한데, 많은 수의 연간 자료를 확보하기가 쉽지 않다는 현실적 한계점이 있다.

반면, 구조적 모형의 경우 진료비를 이루는 각 요소를 예측하여 결합하는 방식인 만큼, 복잡한 많은 요인의 영향을 받는 진료비의 단기적인 변동방향을 비교적 정확하게 예측할 수 있다는 장점이 있다. 그러나, 진료비를 구성하는 많은 요인들로 분해하여 각각 예측하는 만큼 추계기간이 길어질수록 개별 항목의 예측오차가 확대될 가능성이 크고, 결과적으로 총진료비의 예측력이 심각하게 저해될 위험이 있다. 따라서, 이러한 방법은 주로 중장기 예측에는 부적합한 반면 단기적인 예측에서는 예측력이 양호한 결과를 얻을 수 있다.(이혜훈 외, 2001; Cichon, 1999)

본 연구는 5년간의 단기 예측일 뿐 아니라, 최근 8개월간의 자료만을 수합할 수 있었던 관계로, 첫 번째 유형인 회귀분석적 방법보다는 의료비를 구성하는 각종 요인들의 전망치를 산출하고 이들을 결합하는 방식(일명 구조적 모형)의 선택이 불가피하였다.

따라서, 본 연구에서는 수량요인과 가격요인의 변동을 예측하는 방식을 전체적인 열개로 하여 단기 재정추계를 수행하기로 한다. 의료비 지출은 수량과 가격의 함수로 나타낼 수 있는데, 수량함수로 장애유형별 의료급여 2종 장애인수를, 가격함수로 장애유형별 일인당 연간 지원의료비를 사용할 것이다.

정부가 의료급여 2종 등록장애인의 본인부담금에 대해 지원해야 하는 돈은 다음 식과 같이 상기한 요인들로 분해될 수 있다.

<표 2> 산 출 식

$$h_t = \sum_{k=1}^n [POP_{kt} * (E_{kt}^i + E_{kt}^o)]$$

$h_t$  : 연간총장애인의료비지원금\*<sup>1)</sup>  
 $k$  : 장애유형  
 $POP_t$  : 의료급여 2종 등록장애인수  
 $E_t$  : 일인당년간지원의료비  
 상첨자 i, o는 각각 입원, 외래진료를 의미

주) 한해동안 등록장애인 중 2종 의료급여 수급권자가 입원과 외래 이용시 지불한 본인부담금에 한해 정부가 부담하는 지원의료비 총계를 말함

가격변화가 발생할 경우 수량변동은 입원, 외래, 약국에 따라 다르게 나타나는 것이 일반적이다. 일반적으로 입원진료가 외래진료보다는 도덕적 해이에 노출될 가능성이 적으므로 본인부담이 입원과 외래에 동일하게 인상된 경우조차 수량변동은 다르게 나타날 가능성이 크다. 예를 들면, 의약분업과 병행된 수가인상은 입원과 외래 모두에 적용되는 가격변화에 해당하지만, 2000년 7월 1일부터 시행된 의약분업 자체로 인한 수량변화는 거의 외래진료에 국한되어 발생하였다. 입원진료는 의약분업을 전후해 대동소이한 변화를 보인 반면 외래진료는 거의 두 배 가까운 급증세를 보였다.(이혜훈 외, 2001)

따라서, 이러한 제도적 변화로 인한 진료이용행태가 변화하고 있는 현 단계에서 단기재정추계를 시행할 경우, 제도변화에 대한 대응이 상이한 양상을 보이는 입원과 외래 그리고 약

국을 구분하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 그러나, 우리나라 정부의 「장애인 의료비 지원」은 서론에서 상술한 바와 같이, 2종 의료급여 수급권자이면서 등록장애인인 자가 의료급여기관의 외래 및 입원 이용시 지불한 본인부담금과 장애인 보장구 구입시 본인부담금에 한해 일부 지원하게 되어 있다. 약국이용시 본인부담금에 대해서는 전혀 지원되지 않으므로 본 연구에서는 제외한다. 이에 진료유형을 입원, 외래로 구분하여 추계한 후 각각의 추계치를 합하는 방식으로 접근하였다.

## 2. 추계를 위한 가정

이 연구에서 미래의 저소득 장애인 의료비에 대한 정부부담금을 추계하는 과정에서 두 가지의 가정을 전제하였다.

### 1) 가정 I (보험수가의 상승)

미래의 보험수가는 과거의 연평균 수가변동률만큼 매해 변동할 것으로 가정한다. (이 때, 평균은 산술평균을 사용하였다. 왜냐하면 수가의 변동이 없거나 감소한 해도 있기 때문에 기하평균을 사용할 수 없었다.)

우리나라 건강보험수가의 변동상황을 살펴보면 상승추세인 것은 분명하다. 건강보험수가 누적지수를 77년 7월 기준 100으로 보았을 때 2002년 4월 현재 누적지수는 719.12이다. 소비자물가의 경우 77년을 100으로 보았을 때 2002년 현재 누적지수는 563.15이므로 건강보험수가는 소비자물가 상승률을 웃도는 것임을 알 수 있다. 건강보험수가는 매년 변동이 심한 편이다. 2000년에는 21.7%가 상승하여 가장 큰 상승률을 보였는데 이렇게 급격히 상승한 배경은 의약분업 실시였다. 또한 2002년에는 이에 대한 반동으로 처음으로 수가가 -2.90% 삭감되기도 하였다.(<http://www.nhic.or.kr>, 2003)

이렇게 각 연도별로 특별한 계기에 의한 급격한 수가변동을 목격할 수 있었다. 따라서, 최근의 수가상승율만을 보는 것보다 가능한 장기간의 평균상승율을 보는 것이 더 타당하다고 여겨진다. 77년부터 2002년까지 25년간 연간 수가상승율의 평균은  $8.28 \pm 8.11\%$ 이며, 이를 가정 I (보험수가는 매년 8.28%씩 상승할 것이다)로 채택한다. 또한, 민감도 분석을 위해 수가상승률의 변동정도를 표준편차를 고려하여 하한 0.17%, 상한 16.39%로 설정한다.

### 2) 가정 II (수진율의 상승)

미래의 의료급여 2종 장애인의 입원 및 외래 수진율은 과거 의료급여 2종의 평균 수진율 변동만큼 매해 변동할 것으로 가정한다. (이 때, 평균은 산술평균을 사용하였다. 왜냐하면 수진

율의 변동이 없거나 감소한 해도 있기 때문에 기하평균을 사용할 수 없었다.)

다음 <표 3>은 1992년에서 2002년까지 10년간의 의료급여 2종 연도별 수진율 및 연간상승률이다. 연간상승률을 연평균하면 입원의 경우는  $13.39 \pm 15.28\%$ 이었으며, 외래의 경우 연평균  $11.51 \pm 10.50\%$ 의 증가율을 보였다. 이를 가정Ⅱ(수진율은 연간 입원 13.39%, 외래 11.51%씩 증가할 것이다)로 채택하겠다. 이 가정Ⅱ의 연간 24.90%(입원 13.39%와 외래 11.51%의 합) 수진율 증가는 향후 5년간의 최대치일 가능성이 많다. 왜냐하면 본 연구에서 산출된 의료급여 2종 대상자의 수진율 증가는 의약분업이 정상화된 2000년 11월 이후 2001년 6월까지 8개월 평균 증가율이 1.22%였다. 이는 년 14.64%의 상승을 의미한다. 또한, 최근 3년간의 수진율 증가율은 19.44%였다. 따라서, 민감도 분석을 위해 가정의 변동상한치를 따로 책정하지 않았다.

<표 3> 의료급여 2종 연도별 수진율 및 연간상승률

구 분	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	평균
입원 수진율(건/명)	0.067	0.083	0.097	0.124	0.143	0.183	0.212	0.183	0.225	0.195	0.215	0.157
증가율(%)	-	23.88	16.87	27.84	15.32	27.97	15.85	-13.68	22.95	-13.33	10.26	13.39
외래 수진율(건/명)	2.854	3.502	3.692	4.081	4.443	5.362	5.683	5.324	6.703	6.780	8.145	5.14
증가율(%)	-	22.70	5.43	10.54	8.87	20.68	5.99	-6.32	25.90	1.15	20.13	11.51

출처 : 보건복지부 내부자료

민감도 분석을 위한 수진율 증가의 하한선은 건강보험 수진율로 설정하고자 한다. 의료급여의 경우 건강보험보다 수진율이 높은 것이 통상적이므로 건강보험의 수진율을 하한선으로 정하는 것에 무리가 없다고 여겨진다. 다음 <표 4>는 1990년에서 2002년까지 12년간의 건강보험 연도별 수진율 및 연간상승률이다. 연간상승률을 연평균하면 입원의 경우 산술평균 4.55%, 외래의 경우 기하평균 6.52%이다.

<표 4> 건강보험 연도별 수진율 및 연간상승률

구 분	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	평균
입원 수진율(건/명)	0.06	0.07	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09	0.09	0.10	0.10	0.08
증가율(%)	-	16.67	0.00	0.00	0.00	14.29	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	11.11	0.00	4.55
외래 수진율(건/명)	3.16	3.28	3.47	3.79	3.93	4.38	4.80	5.11	5.23	5.88	6.20	7.00	7.38	4.89
증가율(%)	-	3.80	5.79	9.22	3.69	11.45	9.59	6.46	2.35	12.43	5.44	12.90	5.43	6.52

출처 : 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhic.or.kr)



### 3. 정부부담금 추계과정

#### 1) 적용대상자수 추정

향후 5년간의 우리나라 각 장애유형별 등록장애인수를 추정하기 위해 2단계의 절차를 거친다. 우선, 가장 최근의 등록장애인수를 분자로, 그 해의 전체 인구수를 분모로 하여 각 장애유형별 전체 인구에 대한 분율을 산출한다. 통계청에서 발표한 2003년에서 2007년까지의 연도별 장애인구수에다 해당 분율을 곱하여, 해당년도의 각 장애유형별 등록장애인 수를 산출한다.

그 다음, 추정된 각 유형별 등록장애인 수에 등록장애인 중 의료급여 2종 수급권자가 차지하는 각 장애유형별 분율을 곱하여 최종 적용대상자수를 산출한다. 등록장애인 중 의료급여 2종 수급권자가 차지하는 각 장애유형별 분율을 산출하기 위해 표본지역 10개를 선정하여 전체 등록장애인 수와 각 장애유형별 의료급여 2종 등록장애인 수를 조사한다.

#### 2) 장애유형별 일인당 연간 지원의료비 산출

우선, 위에서 선정된 표본지역의 시·군·구청으로부터 2종 의료급여 등록장애인의 명단을 확보한다. 이차적으로 국민건강보험공단에 이들이 최근 사용한 의료비 내역을 신청한다. 그 내역을 분석하여 일년동안 장애인 일인당 정부지원금이 얼마인지를 장애유형별로 산출한다. 이 때 추계모형에 따라 입원과 외래로 나누어 산출한다.

#### 3) 가정적용

가정에 따라 2003년에서 2007년까지의 장애유형별 일인당 연간 지원의료비를 입원과 외래별로 산출한다. 가정 I 만 채택하는 경우, 가정 II 만 채택하는 경우, 가정 I 과 II 를 함께 적용하는 경우로 나누어 볼 수 있다. 이 중 가정 I, II 를 모두 적용한 경우가 현실성 있는 수치라고 생각된다.

1)과 3)을 통해 산출된 적용대상자수와 각 연도별 일인당 연간 지원의료비를 추계모형에 대입하면 해당년도의 정부부담금을 예측할 수 있다.





들 수 있을 것이다. 기초생활수급권자에게 제공되는 장애인수당의 경우도 장애정도가 심한 1, 2급에 한해서만 제공되고 있기에(보건복지부, 2003) 장애인 중 의료급여 전체 대상자에 대한 통계치가 관리되고 있지 않는 것이 현실이다. 따라서, 부득이 아래 <표 8>의 표본지역에서 산출된 장애유형별 의료급여 2종 수급권자의 비율을 사용할 수 밖에 없었다.

<표 8> 표본지역 등록장애인수 및 이 중 의료급여 2종 수급권자수

구분	유형 장애	지체 장애	시각 장애	청각 언어	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	뇌병변 장애	계
표본지역 등록장애인수(명)	31,117	5,042	4,864	4,343	107	1,467	1,235	423	2,646	51,242	
그 중 의료급여 2종수급권자수(명)	1,867	334	304	342	2	165	105	28	129	3,147	
비율(%)	6.00	6.63	6.25	7.88	1.88	11.25	8.50	6.63	4.88	6.10	

<표 7>의 향후 5년간의 추정 등록장애인수에다 위 <표 8>에서 산출된 2종 수급권자의 비율을 곱하면, 실제 장애인 의료비 지원을 받을 수 있는 사람수가 산출될 것이다. 다음 <표 9>는 향후 5년간의 장애인 의료비 지원대상자수 즉, 의료급여 2종 등록장애인수이다. 기존 장애유형에 해당하는 대상자수는 전체 대상자의 85.1%, 신규장애유형에 해당하는 대상자수는 14.9%를 차지한다.

<표 9> 향후 5년간의 장애인의료비지원 대상자수(추정)

(단위 : 명)

연도	구분 장애	지체 장애	시각 장애	청각 언어	정신 지체	기존 소계	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	뇌병변 장애	신규 소계	계
2003	45,551	9,051	7,785	8,216	70,603	76	4,470	2,744	589	4,516	12,396	82,999	
2004	45,811	9,103	7,830	8,263	71,006	76	4,495	2,760	593	4,542	12,467	83,473	
2005	46,059	9,152	7,872	8,308	71,391	77	4,520	2,775	596	4,567	12,534	83,926	
2006	46,297	9,199	7,913	8,350	71,759	77	4,543	2,789	599	4,590	12,599	84,358	
2007	46,523	9,244	7,952	8,391	72,110	78	4,565	2,803	602	4,613	12,660	84,771	

## 2. 장애유형별 일인당 연간 지원의료비

### 1) 연구대상자 및 검토기간

일차적으로, 지역유형 및 전국분포를 고려하여 서울노원, 서울구로, 경기화성, 충남아산, 전남광양, 경남김해, 울산남구, 경북경주, 강원춘천, 전북진안 10개 시군구를 표본지역으로 선정 한 후, 해당 시군구청으로부터 등록장애인 중 2종 의료급여 수급권자 1,606명의 명단을 확보 하였다. 이차적으로 국민건강보험공단에 이들이 최근 사용한 의료비 내역을 청구하였다. 이 과정에서 개인정보가 누출되지 않도록 주민번호 및 성명의 일부를 삭제하여 사용하였다.

단기 재정추계에 사용할 자료를 결정함에 있어 향후 의료비추계를 위해 어느 기간동안의 자료에 근거하여 설정하느냐는 매우 중요한데, 특히 최근과 같이 진료비 추계에 필요한 대부분의 변수들에 있어서 급격한 변동이 발생한 경우는 더욱 그 기간의 설정이 중요하다. 의약분업 이후 수진율, 내원일수, 내원일당 진료비 등이 상당히 급변하고 있고, 의약분업 과정의 변화는 대부분 일시적인 변동이라기 보다는 구조적이며 항구적인 변동으로 간주하는 것이 타당하므로 의약분업 이후의 추이에 주목하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

그렇다면, 의약분업 이후의 추이를 반영하기 위해서는 의약분업 이후 최근까지 청구된 자료들을 중심으로 분석해야함을 의미한다. 최근에 청구된 자료들이 의료급여기관이 정상화된 후의 수진현황을 얼마나 잘 반영하고 있는지에 대한 점검이 필요하다. 지금 청구되는 자료들은 주로 수개월 전에 이루어진 수진현황을 반영하고 있다. 현재 가용한 2001년 6월까지의 급여비 자료가 과연 의약분업 이후의 수진 실적들에 대한 대표성을 가지는가가 관건이다. 의약분업 파동이후 의료급여기관이 정상화된 시점으로 알려져 있는 2000년 11월 이후의 수진 실적들이 중요할 듯싶다.

2000년 11월 이후의 자료를 살펴보면 진료의 70%이상이 청구되었다(이혜훈 외, 2001). 통상 진료의 70% 이상이 청구되었다면 표본이 대표성을 확보한다고 볼 수 있다. 그러나, 이 일반론이 의약분업의 경우에는 적용되기 어려운 측면이 있다. 게다가 의료기관 종별로 수진과 청구시점간의 시차가 상당한 괴리를 보이고 있다. 종합병원의 경우 양시점 간에 시차가 비교적 짧은 반면 병원과 약국의 경우는 상당히 긴 시차를 보이고 있다. 특히, 병원 중에서도 치과병원과 한방병원의 경우는 더욱 긴 시차를 보이고 있다.

그럼에도 불구하고 현재로서는 가용자료의 한계가 있으므로 2001년 6월까지의 자료를 기초로 재정추계에 필요한 기본값들을 예측하되, 다음의 한계점을 염두에 두고 분석에 임하는 것이 바람직하다고 판단된다. 첫째, 의약분업 후 관측기간이 8개월로 매우 짧아 절대적인 관측치가 부족하다. 둘째, 급격한 제도변화(의약분업) 직후에는 새로운 제도에 대해 각 주체(의

료수요자, 공급자, 의보제공자 등)들이 적응을 해야 한다. 그리고 그 적응기를 거친 후에야 장기적으로 안정된 패턴이 나오리라 짐작된다. 그러나, 8개월이라는 의약분업 이후 짧은 관측기간에 모은 자료가 정확히 관측이 되었다고 하더라도 이는 적응기의 현상을 나타낸 것이지, 예측에 사용가능한 장기적으로 안정된 패턴이 아닐 가능성이 높다.

## 2) 유형별 장애인 일인당 연간 지원의료비

각 유형별 장애인 일인에게 일년동안 지원된 의료비는 다음 <표 10>과 같이 산출되었다. 신장장애가 가장 많이 의료비지원을 받았으며, 그 다음이 발달장애, 정신장애, 심장장애 순이었다. 장숙량 등(2001)의 연구에서도 의료급여 2종 장애인 중 일인당 연간 총진료비가 가장 높은 장애는 신장장애였으며, 그 다음은 심장장애였다.

이 중 발달장애(자폐)의 경우 표본수가 너무 적어 수치의 신뢰성이 떨어진다. 이에 기본값을 채택함에 차선책으로 정신지체의 연간 지원의료비와 동일하게 적용하려 한다. 이는 발달장애의 경우 정신지체로 등록이 되는 경우가 많기 때문이다. 이를 밀받침하는 근거로 서동우(2000)에 의하면 발달장애(자폐증)의 등록률이 추정장애인수에 비해 8.8%로 매우 낮는데 이는 그 동안 상당수의 자폐증 환자가 동반된 정신지체로 이미 장애인등록이 되어 있어 추가 등록자가 많지 않기 때문이라고 하였다.

<표 10> 표본의 장애유형별 일인당 연간지원의료비 (단위 : 원, 명)

구 분	지체 장애	시각 장애	청각· 언어	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	뇌병변 장애	계
계(원)	135,324	136,953	26,743	125,152	937,005	478,792	952,231	440,915	122,523	125,696
입원(원)	91,843	83,750	5,147	107,237	909,308	452,428	350,866	327,975	26,773	124,341
외래(원)	43,481	53,202	21,596	17,915	27,698	26,364	601,365	112,940	95,750	64,435
표본수(명)	870	153	142	162	2	122	66	20	66	1,606

기존장애유형 1,327명(82.6%)과 신규장애유형 276명(17.4%)의 연간지원의료비를 비교하여 보았다. 기존장애유형(지체, 청각언어, 정신, 정신지체)의 경우 122,651원이며, 신규로 확대된 장애유형(발달, 정신, 신장, 심장, 뇌병변 장애)의 경우 507,387원이었다. 확대유형장애인 1인 증가시 대략 기존유형장애인 4인이 증가하는 효과를 나타낸다 하겠다.

이를 입원·외래별로 나누어 살펴보면, 기존유형 장애인의 경우 입원은 일인당 년 83,512원을, 외래는 일인당 년 39,139원, 신규유형 장애인은 입원시 일인당 년 320,647원, 외래시 일

인당 년 186,740원이 지원되었다. 입원의 경우 외래에 비해 기존 장애유형의 경우 2.1배, 신규 장애유형의 경우 1.7배가 높았다. 따라서, 입원 수진율의 증가는 외래 수진율의 증가보다 더 큰 비용지출을 낳을 것으로 예상된다.

<표 11>            표본의 기존·신규장애유형의 일인당 연간지원의료비 비교 (단위 : 원)

구 분	기존장애유형 (N=1,327)	신규장애유형 (N=276)	계
계	122,651	507,387	125,696
입 원	83,512	320,647	124,341
외 래	39,139	186,740	64,435

## IV. 예측결과

### 1. 수진율의 증가만 고려(가정 II)

이 경우에는 수가상승이 없는 것으로 가정한 것이다. 몇 년간 보험수가가 동결되기는 어려우므로 2004년 이후의 예측은 어긋날 가능성이 있다. 그러나, 보험수는 매년 공단과 의료계 대표간의 계약으로 새로이 정하여지므로 해당 연도의 수가증가율은 비교적 정확히 도출할 수 있다. 따라서 아래 표에서 정하여진 값에 수가증가율을 포함시키면 그 해 예산이 나올 수 있기 때문에 수진율만을 고려한 추계치는 실제 유용하게 활용될 수 있을 것으로 본다.

가정 II(수진율은 연간 입원 13.39%, 외래 11.51%씩 증가할 것이다)에 근거하여 다음 <표 12>와 같이 단기 재정추계결과를 산출하였다. 결과 매년 약 13.3%씩 증가하는 것으로 예측되었다. 기존장애유형이 전체 재정에서 차지하는 비율은 66%이며, 신규장애유형은 34%였다. 전체 대상자 중 기존장애유형에 해당하는 사람이 85.1%, 신규장애유형에 해당하는 사람이 14.9%인 것을 감안하면 신규장애유형의 경우 의료비 지출이 많음을 알 수 있다.

또한, 연간 수진율 증가의 하한선 입원 4.55%, 외래 6.52%를 적용한 결과도 같이 제시하였다. 상한선은 따로 책정하지 않았는데 그 이유는 앞서 방법론절에서 설명한 바와 같이 가정 II의 연간 24.90% 수진율 증가는 향후 5년간의 최대치일 가능성이 많기 때문이다. 건강보험수가가 전혀 상승하지 않는다는 전제 하에, 2007년 장애인의료비지원규모는 수진율의 증가에 따라 최소 188억에서 최대 264억까지 추산된다.

<표 12> 장애인의료비지원금 재정추계결과 : 2003-2007(가정 II) (단위 : 백만원)

연도 \ 유형	지체 장애	시각 장애	청각 언어	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	뇌병변 장애	계 (고추계)	(저추계)
2003	6,952	1,396	233	1,163	11	2,424	2,932	293	619	16,025	14,962
2004	7,886	1,582	262	1,323	12	2,762	3,309	333	697	18,168	15,839
2005	8,944	1,793	295	1,505	14	3,146	3,733	378	785	20,593	16,764
2006	10,141	2,030	332	1,712	16	3,583	4,211	429	883	23,337	17,739
2007	11,497	2,299	373	1,946	18	4,079	4,750	487	993	26,442	18,767

## 2. 보험수가 & 수진율의 증가 고려 (가정 I \*가정 II)

가정 I (보험수가는 매년 8.28%씩 상승할 것이다)과 가정 II (수진율은 연간 입원 13.39%, 외래 11.51%씩 증가할 것이다)에 근거하여 다음 <표 13>과 같이 단기 재정추계결과를 산출하였다. 결과 매년 약 21.6%씩 증가하는 것으로 예측되었다. 2003년 172억원에서 2007년 377억원으로 대폭 증가하는 것으로 나타났다. 기존장애유형이 전체 재정에서 차지하는 비율은 66%이며, 신규장애유형은 34%였다. 전체 대상자 중 기존장애유형과 신규장애유형 비율을 고려할 때 신규장애유형에 대한 정부부담이 크다는 것을 알 수 있다.

저추계치는 보험수가의 증가율이 연평균 0.17%, 입원 수진율의 연평균 증가율이 4.55%, 외래 수진율의 연평균 증가율이 6.52%일 때를 말한다. 그 결과 2003년 150억에서 2007년 189억으로 증가하는 것으로 나타났다. 고추계치는 보험수가의 증가율을 연평균 16.69%로 하였을 때, 2007년 최대 예산규모는 509억원에 달한다.

<표 13> 장애인의료비지원금 재정추계결과 : 2003-2007(가정 I \*가정 II) (단위 : 백만원)

연도 \ 유형	지체 장애	시각 장애	청각 언어	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	뇌병변 장애	계 (저추계)	(고추계)
2003	7,463	1,499	250	1,248	12	2,602	3,149	315	665	17,202	14,987
2004	9,087	1,824	302	1,524	14	3,181	3,815	384	804	20,935	15,890
2005	11,062	2,218	365	1,860	17	3,888	4,622	468	972	25,472	16,845
2006	13,463	2,696	441	2,270	21	4,751	5,599	570	1,174	30,986	17,854
2007	16,382	3,277	533	2,770	26	5,804	6,780	694	1,419	37,685	18,919



## V. 결론 및 제언

장애인은 비장애인보다 질병에 대한 면역력이 약하거나, 질병의 정도가 중한 경향이 있으며 또 만성질환이나 퇴행성 질환 등과 같은 장애원인이 지속적으로 존재하여 비장애인보다 의료기관의 이용이 잦을 것임을 예상할 수 있다. 백화중(2000)은 장애인의 의료비가 비장애인의 2.6배로 장애로 인한 의료비 부담이 매우 높다고 지적하였다. 이러한 장애인의 의료수요는 개인의 노력만으로 해결하기 어려운 형편이며 특히 저소득층이야 말할 나위가 없다. 이에 대한 대책으로 정부는 국민기초생활수급권자인 장애인에 대하여는 의료급여제도를 실시하고 있으며, 2종 수급권자에게 부과되는 본인부담금의 일부를 지원해주고 있다.

그러나, 그간 저소득 장애인의료비 지출에 대한 선행연구결과가 없어 지원대상과 연간지원금을 체계적이고 과학적으로 산정하는데 어려움을 겪어온 것으로 보인다. 오히려 그때 그때의 예산상황과 교섭능력에 따라 예산의 다과가 결정되는 경향이 짙었기 때문에 예산의 과소 책정과 체불이 악순환처럼 반복되어 왔다. 이는 재가 장애인 생활안정이라는 사업의 소기목적 달성에 장애가 되리라 여겨진다. 실제로 장숙량 등(2002)의 연구에서 지적되었듯이 수혜 대상자들이 장애인 의료비 지원사업의 혜택을 온전히 누리지 못하고 있는 것으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 장애인의료비지원사업의 대상자수와 연간지원금을 산출하는데 노력하였다. 그 결과 향후 5년간의 예산규모를 추정할 수 있었다.

본 연구 결과 2003년의 경우 장애인 의료비 지원사업에 소요될 예산은 150억내지 177억정도로 추산된다. 2002년 장애인 의료비 지원내역(보건복지부, 2003)을 보면 작년 실제로 의료급여 2종 등록장애인에 대해 지원된 의료비는 140억 7천만원으로 이 중 국고지원이 105.8억, 지방비가 34.8억이었다. 그런데 2002년 국고예산은 102.3억이었다(<표 1> 참조). 따라서, 작년 역시 체불액이 발생했음을 알 수 있다. 따라서, 2003년에는 좀 더 많은 예산이 확보되어야 함에도 불구하고 2002년에 국고에서 지출된 금액과 동일한 105.8억이 국고예산으로 책정되어 올해에도 예산이 부족할 것으로 여겨진다. 장애인 의료비 지원사업의 재원은 대략 국고 75%, 지방비 25%로 조성되고 있기에, 본 연구의 추정치가 맞는다면 올해의 예산액은 국비, 지방비 합쳐 최소 150억원은 상회해야 체불액까지 소회할 수 있으리라 예상된다. 앞으로 그간의 보험수가, 수진율 증가추이가 안정적으로 지속되는 경우 5년후인 2007년에는 정부가 부담해야 하는 장애인의료비지원금은 377억 정도의 규모가 될 것으로 예상된다. 이는 2.1배의 증가이며, 이러한 제정확대에 기존장애유형보다는 신규장애유형이 더 크게 기여하는 것으로 나타났다. 물론 이 수치는 앞으로 확대시행될 장애유형 및 지원범위를 고려하지 않은 수치이다.

2003년 7월 장애유형의 2차 확대로 절대 등록장애인수가 증가하고, 2차 장애인복지발전 5

개년계획(2003~2007)에 따라 1차 의료기관 진료시 본인부담금지원을 확대할 경우 그 증가폭은 엄청나게 클 것이다. 따라서, 급격히 증가하는 재원확보를 위해 중앙정부 및 지방정부의 많은 관심과 노력이 경주되어야 할 것이다.

본 연구결과들을 해석함에 있어 유의해야 할 연구제한점을 제시하면 다음과 같다.

1. 각 장애유형별 지원대상자수를 추정하기 위해서는 전체 등록장애인 중 각 장애유형별 2종 의료급여 수급권자 비율이 필요하였다. 그러나, 전국적인 통계치가 없어서 본 연구에서 표본으로 선택한 지역에 한해 조사된 수치를 사용하였다. 따라서, 장애유형별 지원대상자 추정에 오차가 있을 수도 있다.

2. 장애인 일인당 연간 지원의료비를 각 장애유형별로 산출하고자 하였으나, 발달장애의 경우 장애출현율 및 등록율이 저조한 관계로 표본수가 극히 적어 수치의 신뢰성을 확보하지 못하였다.

3. 장애인 일인당 연간 지원의료비를 산출하기 위해 국민건강보험공단으로부터 넘겨받은 자료의 관측기간이 8개월로 매우 짧았으며, 급격한 제도변화(의약분업) 직후의 관측치라 예측에 사용가능한 장기적으로 안정된 패턴이 아닐 가능성이 높다. 또한, 의료급여 진료비는 겨울철의 경우 증가하는데 관측기간 8개월 속에 겨울이 끼어 있어 과추계되었을 가능성도 있다.

덧붙여 향후 이 분야의 발전을 위해 다음의 내용을 제언한다.

1. 본 연구결과를 적극 활용하는 한편, 오차를 최소화하는 노력이 계속되어야 할 것이다. 매년 기초생활보장제도의 수급자 인원과 등록장애인의 수 등을 감안하여 정확한 대상인원을 추계하고, 장애유형별 연간 지원의료비를 도출하여 전체예산을 결정하는 것이 바람직한 것이다. 왜냐하면 이러한 추계는 정부의 의료 및 보험정책의 변화에 크게 영향을 받기 때문이다.

2. 본 연구의 추계치는 더 이상의 장애범주 확대없이 현재의 장애범주가 계속 유지될 경우에 한한 것으로, 향후 추가로 장애범주가 확대된다면 그 증가폭이 더욱 커질 것은 분명하나, 본 연구에서는 이를 반영하지 않았으므로 구체적인 증가치는 알 수 없다. 게다가 2003년 7월 확대예정인 '안면변형, 장루, 간, 간질, 호흡기장애'의 경우 의료비 지출이 큰 장애유형이어서 이에 대한 추가 연구가 필요하다.

3. 본 연구의 추계치는 현재의 장애인 의료비 지원사업 범위에 국한하여 이루어진 것이다. 2차 장애인복지발전 5개년계획에 따라 본인부담금 지원을 현행보다 대폭 확대할 경우, 추가 소요되는 비용은 현 상태에서는 알 수 없다. 의료비 지출이 큰 장애유형의 확대와 병행하여 본인부담금 지원범위를 확대하려면, 막대한 경비가 소요될 것으로 예상되므로 신중한 정책결정을 뒷받침할 연구들이 선행되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 2002
- 김용익. 건강보험 재정설계 연구. 서울대학교 의과대학, 2000
- 김종면. 의료비 지출의 장기예측. 한국조세연구원, 2000
- 백화중. 1995년도 장애로 인한 의료비 추계. 보건복지포럼 2000; 46 : 39-48
- 변용찬, 김성희, 서동우, 이선우, 임유경. 2000년 장애인 실태조사를 위한 기초연구. 한국보건사회연구원, 1999
- 변용찬, 서동우, 이선우, 김성희, 황주희, 권선진, 계훈방. 2000년도 장애인 실태조사. 한국보건사회연구원, 2001
- 보건복지부 · 국민건강보험공단. 의료보호통계. 2001
- 보건복지부. 장애인복지사업안내. 2003
- 서동우. 장애범주 확대에 따른 정신보건정책. 보건복지포럼 2000; 46: 5-15
- 이선우. 장애인복지의 소득계층별 형평성-간접적 소득보장의 분석을 중심으로-. 보건복지포럼 2000; 46 : 27-38
- 이선우, 김미곤, 김태원, 양시현. 장애유형에 따른 장애인 가구의 최저생계비 계측에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 2000
- 이평수, 김선민, 김세라, 김윤, 박실비아, 신영전, 신준호. 의료보호 재정 안정화 방안 연구. 한국보건산업진흥원, 1999
- 이혜훈, 장재익, 강유미, 이태수. 건강보험 재정확충 방안에 관한 연구. 한국개발연구원, 2001
- 장숙량, 이선자, 김미주, 이효영. 저소득층 장애인의 의료비 지출 실태-의료급여 수급권자를 중심으로. 보건학논집 2002; 39(1) : 20-31
- 통계청. 장애인구추이. 2001
- Cichon, M. Modelling in health care finance, International Labour Organization, 1999
- 보건복지부, <http://www.mohw.go.kr>, 2003
- 국민건강보험공단, <http://www.nhic.or.kr>, 2003