

研究資料 2002-12

## 國民健康保險의 給與費 推移分析

- 人口構造變化를 中心으로

文 成 炫



國民健康保險公團

健康保險研究센터



研究資料 2002-12

# 國民健康保險의 給與費 推移分析

- 人口構造變化를 中心으로

文 成 炫



國民健康保險公團

健康保險研究센터

## 머 리 말

1989년 이전까지 건강보험제도의 양적확대를 추구하는 정책 기조에 따라 저부담 저급여 및 저수가정책으로 인하여 급여비가 비교적 안정적으로 증가한데 비하여 전국민보험적용 이후 국민의 의료욕구 증대에 따라 급여비가 서서히 증가하면서 적정수입 확충이 이에 미치지 못하여 재정취약이 심화되었다. 1995년 이후 지역재정의 적자가 시현되기 시작했으며, 2000년 관리체계와 함께 도입된 의약분업으로 인한 수가현실화 등의 정책변화로 인하여 재정이 일시적으로 고갈되는 상황까지 초래되었다. 과거, 제도가 안정적으로 운영되던 시기와 달리 2000년 재정고갈사태 이후 재정의 안정적 조달이 정책 최우선 과제로 대두되면서 향후 진료비 추이에 정책담당자와 관련 학자뿐만 아니라 국민의 관심사가 되고 있다.

이에 따라 급여비 규모에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으나 국민들과 공급자인 의약계 및 정책변화 등 진료비 규모에 영향을 미치는 변수들이 워낙 복잡 다양한 경로로 이루어짐에 따라 그 규모를 추정하는 일이 용이하지 못하다. 통계학적으로는 우리나라 건강보험도입 전체기간으로도 분석이 불가능하고 더욱이 일정기간 동일여건에서 제도가 안정적으로 운영된 기간이 절대적으로 부족한 실정으로 전문적인 기법으로도 분석이 어려운 것으로 판단된다.

이러한 여러 가지 제한된 여건 가운데서도 보험자관점에서 급여비 규모를 추정하는 일은 제도를 안정되게 운영하는 대단히 중요한 부분이기 때문에 2002년 건강보험연구센터에서 급여

비 추계에 관한 연구를 수행하게 되었다.

따라서 본 연구는 예견이 가능한 적용인구의 변화, 인구의 고령화의 진전 등에 따른 인구구조변화 등 급여비 변화요인 등을 반영한 급여비 증가추이를 살펴보았으며 실질적인 급여비 변동요인을 규명하는데는 앞으로도 지속적인 연구가 필요한 것으로 보여진다.

아울러 본 보고서에 내용은 저자의 개인의견으로서, 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2002년 12월

國民健康保險公團

理事長 李 相 龍

所 長 尹 炳 植

# 목 차

要 約 .....	9
第 I 章 序 論 .....	15
第 1 節 研究의 必要性 .....	15
第 2 節 研究의 目的 .....	17
第 3 節 研究 方法 .....	18
第 II 章 診療費의 現況 .....	20
第 1 節 診療費의 增加推移 .....	20
第 2 節 診療費의 構成要素 .....	24
第 III 章 給與費 自然增加要因의 分析 .....	37
第 1 節 人口構造의 變化 .....	37
第 2 節 醫療技術發達에 따른 診療費 增加 .....	42
第 3 節 高級診療 選好 .....	43
第 4 節 醫療供給의 增加 .....	45
第 IV 章 政策變化에 따른 診療費增加 .....	49
第 1 節 酬價引上 .....	49
第 2 節 給與期間 延長 .....	50

第 V 章 給與費의 向後 展望 .....	54
第 1 節 診療費의 構成要素別 豫測 .....	54
第 2 節 給與費의 向後 展望 .....	66
第 VI 章 先進國의 診療費 抑制政策 .....	76
第 1 節 日本 .....	78
第 2 節 獨逸 .....	80
第 3 節 프랑스 .....	87
第 VII 章 結論 및 政策課題 .....	92
參考 文獻 .....	95

## 표 목 차

<표 II-1> 年度別 診療費와 GDP .....	21
<표 II-2> 年度別 適用對象人口 推移 .....	25
<표 II-3> 年齡階層別 適用人口와 構成比 變化推移 .....	27
<표 II-4> 適用 人口當 來院日數 및 增加率 推移 .....	30
<표 II-5> 來院日當 診療費의 年度別 推移 .....	33
<표 II-6> 年齡別 適用人口當 來院日數 變化推移 .....	35
<표 II-7> 年齡別 來院日當 診療費 變化推移 .....	36
<표 III-1> 年度別 老人人口와 給與費 .....	41
<표 III-2> 醫療機關種別 利用率 增加 .....	44
<표 III-3> 綜合病院 增加推移 .....	45
<표 III-4> 醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化推移 .....	46
<표 III-5> 診療費의 增加要因 .....	47
<표 IV-1> 酬價 引上率의 推移 .....	49
<표 IV-2> 醫療保險酬價 및 消費者物價指數 比較 .....	50
<표 IV-3> 醫療保險의 適用期間 延長 .....	51
<표 IV-4> 年度別 保險給與項目의 擴大 .....	52
<표 V-1> 年齡別 性別 一人當 診療費 .....	57
<표 V-2> 人口構造의 變化만을 考慮한  경우(診療費) .....	58
<표 V-3> 人口構造의 變化만을 考慮한  경우(給與費) .....	59
<표 V-4> 一人當 來院日數 現況(入院) .....	61
<표 V-5> 一人當 來院日數 現況(外來) .....	62
<표 V-6> 來院日當 診療費 現況(入院) .....	64

<표 V-7> 來院日當 診療費 現況(外來) .....	65
<표 V-8> 健康保險 適用人口 推定值 .....	67
<표 V-9> 一人當 入院診療費 推定(男) .....	68
<표 V-10> 一人當 入院診療費 推定(女) .....	69
<표 V-11> 一人當 外來診療費 推定(男) .....	70
<표 V-12> 一人當 外來診療費 推定(女) .....	71
<표 V-13> 一人當 來院日數, 來院日當 診療費를 考慮한 診療費 推計 .....	72
<표 V-14> 年齡別 總診療費의 推定 .....	73
<표 V-15> 一人當 來院日數, 來院日當 診療費를 考慮한 給與費 推計 .....	74
<표 V-16> 65歲以上 高齡者의 診療費와 給與費 .....	75
<표 VI-1> 獨逸의 公的醫療保險 收支의 推移 .....	81
<표 VI-2> 疾病金庫種類別 保險料率 推移(年間平均) .....	82
<표 VI-3> 總醫療費의 推移(1990년~2000년) .....	88
<표 VI-4> 프랑스의 醫療費 抑制對策 .....	89

## 그림 목 차

[그림 II-1] 一人當 入院 診療費의 推移 .....	22
[그림 II-2] 一人當 外來 診療費의 推移 .....	23
[그림 II-3] 一人當 藥局 診療費의 推移 .....	23
[그림 II-4] 年齡階層別 適用人口 構成比 變化推移 .....	28
[그림 III-1] 年齡別 診療費의 推移 .....	38
[그림 III-2] 年齡階層別 診療費의 推移 .....	40
[그림 VI-1] 先進國의 診療費支出抑制 .....	77

## 要 約

### □ 연구의 목적

- 2000년 7월부터 시행된 의약분업이 건강보험제도 전체에 끼친 영향을 고려할 때 의약분업이후의 급여비의 증가요인을 분석하고 추계하는 것은 새로운 정책수립이나 예상되는 변화요소에 유연하게 대처하기 위해 필요함. 특히 본 연구에서는 인구구조의 변화에 따른 급여비의 증가추이를 살펴보고 향후 고령화에 대한 정책적인 대안을 모색하는 것을 목적으로 함.
- 본 연구를 수행하는 구체적인 목적은 다음과 같음.
  - 첫째, 진료비의 증가추세를 살펴보고, 진료비의 증가요인에 관하여 정책적인 요인과 사회·경제적인 요인으로 구분하여 각 요인들의 영향에 대하여 분석함.
  - 둘째, 주요 정책변화에 따른 진료비 증가요인을 분석하는 것을 목적으로 공급자 측면과 수요자 측면의 정책변화가 진료비에 미치는 영향을 분석함.
  - 셋째, 진료비의 증가요인을 분석한 후, 향후 진료비의 증가를 예측하는 것과 함께, 연령별, 성별, 진료형태별 진료비에 급여율을 곱하여 급여비의 증가를 추계하고 진료비의 증가를 억제하는 정책을 모색하고 정책방안을 제시함.

□ 연구의 범위 및 방법

- 본 연구에서는 급여비를 대신하여 진료비를 중심으로 증가요인을 분석하고 진료비의 증가를 추계하고 이를 이용하여 급여비를 추계함.
- 연구방법으로는 연령계층을 5세 단위로 구분하여 연령계층별 성별 진료형태별로 나누어서 각각의 진료비의 추이를 계산하는 방법을 이용함. 이는 연령계층별 성별 진료형태별로 일인당 진료비 격차가 존재하기 때문이고 인구구조의 변화로 인한 진료비의 증가를 명확하게 구분하여 추계할 수 있다는 장점을 지니고 있기 때문임.

□ 진료비의 증가요인

- 수요측의 요인은 인구구성의 요인과 생활습관요인으로 나눌 수 있음. 생활습관요인은 식습관이라던가, 건강관리에 대한 국민의 식 등 계량화하기 어려운 요소들도 많이 포함하고 있음.
- 공급측에서의 요인으로는 의료공급의 요인과 진료패턴과 관련된 요인이 있음. 의료공급의 요인은 공급량에 의한 진료비 증가이고 진료패턴에 관련된 요인은 공급자의 의료공급행태와 밀접한 관계가 있음.

- 이러한 모든 요인들이 직관적으로는 진료비의 증가에 영향을 미칠 것으로 생각되지만, 실제 데이터를 이용하여 검증하는 작업은 쉽지 않음. 이러한 요인들을 현실화하여 진료비를 측정하는 것이 앞으로 필요한 연구과제임.

<표 1> 診療費의 增加要因

수요측에서의 요인	인구구성의 요인	연령구성, 세대구성
	생활습관요인	대병원지향, 사회적입원, 식습관, 건강에 대한 국민의식
공급측에서의 요인	의료공급의 요인	의료기관수, 병상수, 의사수, 고도의료기기의 보급
	진료패턴관련 요인	약제의 사용상황, 검사실시횟수, 진료일수

□ 인구구조변화만을 고려한 진료비와 급여비 추계

- 연령별 성별 진료형태별 일인당 진료비가 불변한다고 하더라도 인구의 노령화로 인하여 향후 총진료비는 매년 약 3,000억 정도 증가함. 이는 매년 평균 일인당 진료비가 4,000원에서 5,000원정도 증가하는 것으로 나타나고 있음.
- 총급여비는 연간 약 2,000억원 정도 증가하는 것으로 추계됨. 평균 일인당 급여비로 환산하면 매년 2,000원에서 2,500원정도 증가하는 것으로 나타남.

<표 2> 人口構造變化만을 고려한 診療費와 給與費 推計

연도	총진료비추계	총급여비추계
2003년	18,170,083,287천원	13,180,143,509천원
2004년	18,440,115,051천원	13,376,716,013천원
2005년	18,720,155,099천원	13,580,229,251천원
2006년	19,009,302,433천원	13,790,722,552천원
2007년	19,314,861,715천원	14,013,595,498천원
2008년	19,623,274,318천원	14,237,953,806천원
2009년	19,932,131,558천원	14,462,038,998천원
2010년	20,240,188,530천원	14,685,308,360천원

□ 인구구조의 변화와 인구당 내원일수, 내원일당 진료비의 증가율을 고려한 진료비, 급여비 추계

- 총진료비는 2003년에 21조 3,420억원에 이르고 2010년에는 1.86배 증가한 39조 7,510억원에 이를 것으로 추정됨. 이를 평균 일인당 진료비로 환산하면, 2003년도에는 461,062원으로 예상되는 평균 일인당 진료비가 2010년에는 1.81배 증가한 832,555원으로 예상됨.
- 총급여비는 2003년에 15조 4,545억원에 이르고, 2010년에는 1.86배 증가한 28조 6,993억원에 이를 것으로 추정됨. 이는 매년 평균 일인당 급여비가 30,000원에서 45,000원정도씩 증가하는 것을 의미함.

<표 3> 將來 診療費와 給與費 推計

연도	총진료비추계(천원)	총급여비추계(천원)
2003년	21,342,055,148	15,454,518,861
2004년	23,414,617,120	16,944,531,636
2005년	25,654,227,378	18,554,714,727
2006년	28,071,017,690	20,293,460,638
2007년	30,695,754,328	22,183,298,246
2008년	33,511,105,984	24,209,793,258
2009년	36,525,075,271	26,378,444,812
2010년	39,751,024,509	28,699,326,013

□ 노인 진료비와 노인 급여비가 차지하는 비중

- 65세 이상의 연령계층이 차지하고 있는 진료비와 급여비의 비중은 매년 증가할 것으로 예상됨. 2003년도의 노인진료비는 4조 3,437억원으로 예상되지만, 2010년도에는 2.57배 증가한 11조 1,705억에 이를 것으로 추계됨.
- 2003년도의 총진료비 가운데 65세 이상의 연령계층이 차지하고 있는 진료비의 비중은 20.35%로 예상되지만, 2010년도에는 28.10%로 증가할 것으로 추계됨. 또한 총급여비에 대해서는 2003년도에는 20.95%에서 2010년도에는 29.06%로 증가할 것으로 추계됨.

<표 4> 老人 診療費와 老人 給與費가 차지하는 比重

연도	65세이상 노인진료비	총진료비에서 차지하는 비중	65세이상 노인급여비	총급여비에서 차지하는 비중
2003년	4,343,705,267천원	20.35%	3,238,168,328천원	20.95%
2004년	5,064,516,262천원	21.63%	3,776,645,139천원	22.29%
2005년	5,861,749,084천원	22.85%	4,372,254,049천원	23.56%
2006년	6,765,675,901천원	24.10%	5,047,516,065천원	24.87%
2007년	7,779,117,880천원	25.34%	5,804,745,587천원	26.17%
2008년	8,851,366,047천원	26.41%	6,606,239,351천원	27.29%
2009년	9,974,045,099천원	27.31%	7,446,002,216천원	28.23%
2010년	11,170,477,488천원	28.10%	8,341,193,598천원	29.06%

□ 결론

- 연령별 성별 진료형태별 연평균 증가율을 반영한 추계에 있어서 총진료비는 연간 약 2조원에서 2조 5,000억원정도 증가하는 것으로 나타남. 총급여비도 1조 5,000억원에서 2조원정도 증가하는 것으로 나타남. 또한 65세 이상의 연령계층의 진료비, 급여비가 총진료비와 총급여비에서 차지하는 비율은 2003년도에 20%에서 2010년에는 약 30%로 증가할 것으로 나타남.
- 증가가 예상되는 진료비를 억제하기 위해서는 우선 노령화에 따른 진료비의 증가에 대한 대책이 필요함. 고령자의 만성퇴행성 질환은 의료기관보다는 기본적으로 장기요양시설에서 서비스를 제공하는 것이 바람직함. 그러나 어느 정도 진료비억제의 효과가 있을지는 불확실함.

# 第 I 章 序 論

## 第 1 節 研究의 必要性

1989년 전국민의료보험제도가 실시된 이후 국민건강보험의 진료비 및 급여비에 관련된 각종 지표는 꾸준한 증가 양상을 보이고 있으며, 이는 소비자물가 상승률을 상회하고 있는 실정이다.

특히 급여비는 전국민의료보험제도가 달성된 직후 급격하게 증가하는 경향을 보이다가 이후 약간 증가추세가 둔화되는 양상을 보여왔다. 그러나 1995년 이후 다시 급격하게 증가하는 추세에 있으며 특히 2000년도에는 전래없는 증가경향을 나타냈는데, 이는 의약분업이라는 정책변화가 있었던 시기에 해당된다. 급여비의 변화를 지급기준으로 살펴보면 2001년 상반기 공단이 부담한 급여비는 6조 3,957억 원으로 2000년 상반기 공단이 부담한 급여비 3조 8,980억 원과 비교하여 2조 4,977억 원이 증가한 것으로 분석되고 있다. 이를 수진기준<sup>1)</sup>으로 살펴보면 2001년 상반기에 공단이 부담한 급여비는 6조 7,656억 원

---

1) 건강보험공단에서 사용하고 있는 자료는 지급기준과 수진기준이 있는데, 지급기준은 공단에서 의료기관에 진료비를 지불한 시점기준이고, 수진기준은 환자가 의료기관에서 진료를 받은 시점기준이다. 공단에서는 지급기준의 데이터를 중심으로 관리하고 있는데, 자료분석에는 수진기준으로 분석하는 것이 더 바람직하다.

이었으며, 2000년의 상반기와 비교하여 2조 5,191억원이 증가한 것으로 나타나고 있다.

그러나 이렇게 급속하게 증가하는 급여비에 대한 명확한 분석 및 정책제안이 이루어지지 않고 있으며, 이와 관련한 연구자들 및 이해 당사자들의 입장에 따라 연구방법 및 연구결과 분석에 대한 해석상의 차이를 보이고 있는 실정이다.<sup>2)</sup>

그 동안의 연구는 급여비 증가의 요인분석을 중심으로 이루어졌으며 대부분의 연구가 다양한 요인들을 열거하고 이러한 요인들이 각각 급여비에 영향을 미칠뿐만 아니라 상호작용을 통해 급여비에 영향을 미치기 때문에 급여비의 추이를 파악하는 것은 어렵다는 결론과 함께 몇가지 요인들을 고려한 단순한 급여비 추이를 제시하고 있다. 그러나 2000년 7월부터 시행된 의약분업이 건강보험제도 전체에 막대한 영향을 미친 것으로 나타나고 있기 때문에 선행연구에서 추계한 급여비나 진료비를 더 이상 정책결정의 기초자료로 이용하기는 어렵다고 판단된다. 따라서 의약분업이후 급여비나 진료비가 어떠한 추세로 증가할 것인가는 정책담당자들뿐만 아니라 연구자들의 관심사가 되어 있다. 왜냐하면, 의약분업이후 급여비의 증가요인분석과 함께 증가요인들의 상호작용과 움직임을 명확하게 이해하는 것이 새로운 정책수립이나 예상되는 변화요소에 유연하게 대처할 수 있기 때문이다.

특히 인구의 고령화가 진전될 것이 예상되고 있는 상황에서 인구구조의 변화에 따른 급여비의 증가는 다양한 급여비 증가요인 가운데 커다란 영향을 미칠 것으로 생각된다. 그러나 인구구조의 변화요

---

2) 급증하고 있는 진료비를 분석하고 추계하여 건강보험제도의 재정안정화 방안을 모색한 대표적인 연구로는 삼성경제연구소(1999)와 이혜훈(2001)이 있다.

인에 의한 급여비증가에 대해서 명확하고 상세한 분석이 이루어지고 있지 않다. 따라서 인구구조의 변화에 따른 급여비의 증가추이를 살펴봄으로써 향후 고령화에 대한 정책적인 대안을 모색할 필요가 있다.

## 第 2 節 研究의 目的

이러한 점을 인식하여 본 연구에서는 진료비 증가에 대한 요인들을 분석하고 검토하여 인구구조의 변화를 중심으로 진료비와 급여비의 증가를 추계하고 특히 65세 이상의 연령계층이 차지하는 총진료비, 총급여비의 비율을 살펴봄으로써 인구고령화의 영향과 정책대응 방안을 제시하는 것을 그 목적으로 하고 있다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 진료비의 증가추세를 살펴보고, 진료비의 증가요인에 관하여 정책적인 요인과 사회·경제적인 요인으로 구분하여 각 요인들의 영향에 대하여 분석한다.

둘째, 주요 정책변화에 따른 진료비 증가요인을 분석하기 위하여 공급자 측면과 수요자 측면의 정책변화가 진료비에 미치는 영향을 분석한다.

셋째, 진료비의 증가요인들을 분석한 후, 향후의 진료비의 증가를

예측하는 것과 함께, 연령별, 성별, 진료형태별 진료비에 급여율을 반영하여 급여비의 증가를 추계하고 진료비의 증가를 억제하는 정책을 모색하고 정책방안을 제시하고자 한다.

### 第 3 節 研究 方法

진료비는 급여비와 본인부담금으로 나누어진다. 급여비는 건강보험공단에서 부담하는 보험급여이며 본인부담금은 환자가 진료비의 일부를 부담하는 것을 의미한다. 본 연구에서는 급여비를 대신하여 진료비를 중심으로 증가요인을 분석하고 진료비의 증가를 추계하고 이를 이용하여 급여비를 추계하고자 하였다.

진료비를 이용하여 급여비를 추계하는 이유는 우선 전체 진료비의 규모를 살펴봄으로써 진료비의 증가추세를 명확하게 파악할 수 있다는 장점이 있으며, 이에 따른 본인부담을 포함한 일인당 진료비를 통해서 향후 적용인구 일인당 부담해야 하는 진료비의 규모를 파악할 수 있기 때문이다. 일인당 급여비의 경우는 본인부담을 포함하고 있지 않기 때문에 실질적인 일인당 부담을 명확하게 파악할 수 없는 단점을 가지고 있다.<sup>3)</sup> 따라서 본 연구에서는 진료비의 증가추이를 살펴보고 이에 따른 평균급여율을 반영하여 급여비의 증가추이를 살펴보고자 한다.

진료비는 연령에 따라 상당한 격차를 보이고 있다. 진료비의 연령별 구조를 살펴보면, 연령이 높아지면 높아질수록 진료비는 증가하는

---

3) 인구 일인당 부담을 고려할 때에는 일인당 급여비보다는 일인당 진료비가 본인부담을 포함하고 있기 때문에 보다 명확하게 판단할 수 있다.

것이 일반적인 특징으로 나타나고 있다. 또한 향후 고령자의 증가가 예상되고 있기 때문에 인구구조의 고령화에 따른 진료비의 증가추이를 살펴보는 것은 매우 중요하다. 따라서 연구방법으로는 연령계층을 5세 단위로 구분하여 연령계층별 성별 진료형태별로 나누어서 각각의 진료비의 추이를 계산하는 방법을 이용하였다. 이는 연령계층별 성별 진료형태별로 일인당 진료비 격차가 존재하기 때문이고 인구구조의 변화로 인한 진료비의 증가를 명확하게 구분하여 추계할 수 있다는 장점을 지니고 있기 때문이다.

또한 진료비는 사회·경제적인 요인에 의해 증가하는 것으로 이를 공급측면의 요인과 수요측면의 요인으로 나누어 분석할 수 있다. 공급측면의 요인은 의료서비스 공급가격의 상승과 서비스 양 또는 강도의 증가로 나눌 수 있다. 공급가격 상승 요인은 물가상승 및 의료인력의 인건비 상승 등을 감안하여 조정되고 있는 보험수가의 인상률로 측정할 수 있으며, 서비스 양 또는 강도의 증가는 외래 방문(인구당 내원일수로 파악) 또는 내원일당 평균 진료비의 증가로 측정할 수 있다. 수요측면에 의한 증가는 주체에 따라 공급자에 의한 수요창출과 소비자에 의한 증가로 분류할 수 있다. 공급자에 의한 수요창출로는 의료인력 및 시설(의사수, 병상수, 요양기관수 등)의 증가와 의료서비스의 가격통제에 대한 대응으로서의 진료 행태의 변화가 있을 수 있다. 그러나 공급자에 의한 수요창출의 효과는 공급측에 의한 의료서비스의 양 또는 강도의 증가에 의한 진료비 증가와 같은 효과를 가지고 있기 때문에 이 둘을 명확하게 구분하는 것은 불가능하다. 소비자에 의한 수요증가 요인으로는 소득의 증가, 의료보장 적용인구의 확대에 의한 의료이용도 증가와 인구구조(노인인구 증가)변화를 들 수 있다. 이러한 진료비의 공급측의 요인과 수요측의 요인을 고려하여 진료비의 증가에 어떠한 영향을 미쳤는가를 분석한다.

## 第 II 章 診療費의 現況

### 第 1 節 診療費의 增加推移

1990년도에 2조 9,603억원이었던 진료비는 2000년에는 4.36배 증가한 12조 9,122억원에 이르고 있다. 이는 같은 기간에 2.89배 증가한 GDP와 비교할 때 진료비의 증가속도는 다른 산업과 비교해서 상대적으로 급속하게 증가하고 있음을 나타내고 있다. <표 II-1>은 연도별 진료비와 GDP의 추이를 나타낸 것이다. GDP 대비 진료비의 비율은 1992년 1.52%였던 것이 2000년에는 2.5%로 증가하였다. 또한 2000년 7월부터 시행된 의약분업의 영향으로 2001년에는 1990년 진료비 대비 6.03배 증가한 17조 8,433억원에 이르고 있다. 의약분업이 진료비에 미친 영향은 약국에서의 임의조제를 의료보험제도권내로 끌어들이어서 조제를 위해서는 의사의 처방전이 필요하게 되었기 때문에 증가한 의료이용의 증가효과라고 할 수 있다. 이러한 의약분업의 효과로 인해 진료비는 한 해에 4조 9,311억원의 증가를 가져왔다.<sup>4)</sup> 이는 과거 진료비 증가율과 비교할 때 비약적인 증가이다.

---

4) 물론 진료비의 증가에는 자연증가율이 존재하기 때문에 2001년도의 증가분이 전적으로 의약분업의 효과라고 보기는 어렵다.

<표 II-1> 年度別 診療費와 GDP

(단위: 억원, %)

	1992년	1993년	1994년	1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년
GDP	2,456,996	2,774,965	3,234,071	3,773,498	4,184,790	4,532,764	4,443,665	4,827,442	5,170,966
(a)									
진료비	37,331	43,482	48,972	61,442	76,240	88,039	99,650	113,797	129,122
(b)									
b/a	1.52	1.57	1.51	1.63	1.82	1.94	2.22	2.36	2.5

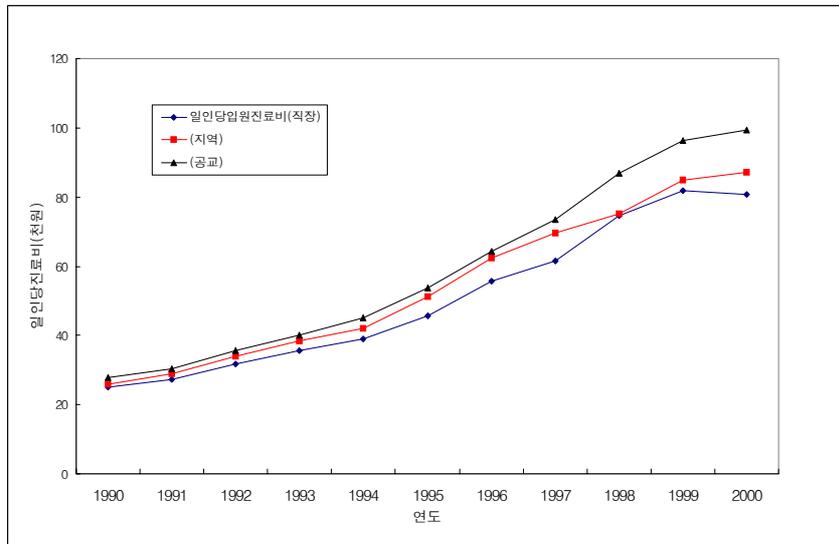
資料: 통계청, 『한국주요경제지표』 2002.

국민건강보험공단, 『의료보험통계연보』 각 연도.

적용인구 일인당 진료비는 평균적인 진료비 규모를 반영하는 것이라고 할 수 있다. [그림 II-1], [그림 II-2], [그림 II-3]은 일인당 진료비를 직역별, 진료형태별로 나누어서 살펴본 것이다. [그림 II-1]에 따르면, 1990년도에 직장, 지역, 공교의 일인당 입원진료비는 각각 24,978원, 25,756원, 27,966원이었는데, 2000년에는 80,848원, 87,163원, 99,331원으로 증가한 것으로 나타나고 있다. 이를 1990년도와 비교하면 각각 3.24, 3.39, 3.55배 증가한 수치다. 또한 일인당 외래진료비는 1990년에는 직장, 지역, 공교가 각각 50,577원, 42,573원, 55,388원에서 2000년에는 171,993원, 160,408원, 203,468원으로 증가한 것으로 나타나고 있는데, 이는 각각 3.40, 3.77, 3.67배 증가한 수치이다. 한편, 외래진료비의 증가가 입원진료비 증가를 약간 상회한 것으로 나타나고 있으며, 모든 직역별, 진료형태별 일인당 진료비증가가 GDP의 증가율을 초과하고 있는 것으로 나타나고 있다.

각각의 그림을 살펴보면 일인당 직역별 의료기관별 진료비는 1990년에서 1994년까지는 완만한 증가를 보이다가 1995년부터 증가폭이

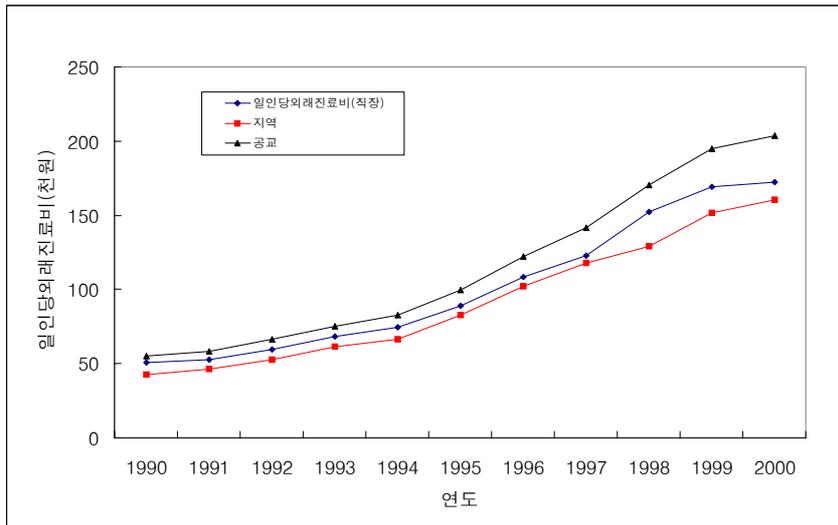
커지고 있는 것으로 나타나고 있다. 이는 다각적인 급여범위의 확대 정책이 이루어졌다는 점을 고려하면 당연한 결과로 생각된다.<sup>5)</sup> 또한 2000년도의 약국 진료비가 이전의 증가추세와 비교하여 급격하게 증가한 것으로 나타나고 있는데 이는 의약분업제도의 도입으로 인해 의료기관에서의 조제가 약국으로 전환됨에 따라 나타난 현상으로 보인다. 1990년도 직장, 지역, 공교의 약국 일인당 진료비는 593원, 516원, 612원에서 수치로 보면, 2000년도에는 27,149원, 24,331원, 29,378원으로 증가하여 각각 45.78, 47.15, 48배 증가한 것으로 나타나고 있다.



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

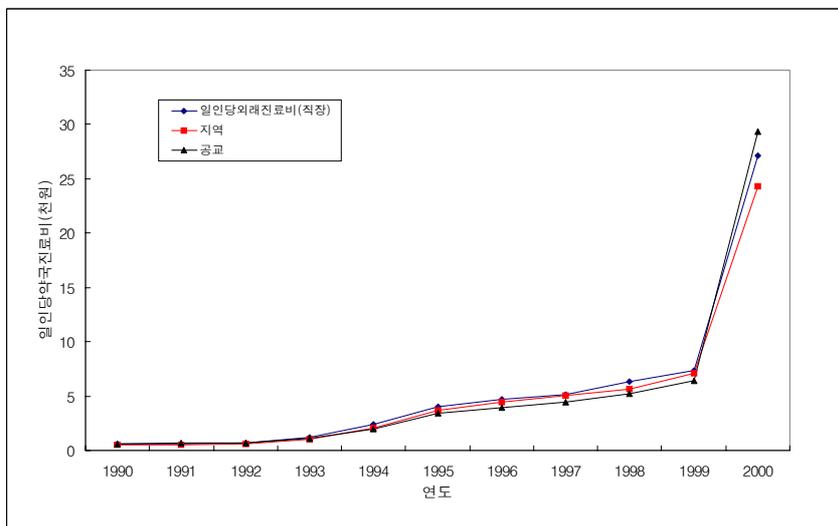
[그림 II-1] 一人當 入院 診療費의 推移

5) 1996년도의 보험급여확대 항목을 살펴보면, 분만급여지급 인상, 3자녀이상 분만급여제한철폐, CT급여화, 진단비용의 본인부담은 외래본인부담율적용, 70세이상 인구에 대한 의원급 정액본인부담경감 등이 있다.



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

[그림 II-2] 一人當 外來 診療費의 推移



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

[그림 II-3] 一人當 藥局 診療費의 推移

## 第 2 節 診療費의 構成要素

진료비를 구성요소로 분리하여 분석하는 방법은 다양하지만, 본 연구에서는 다음과 같이 진료비의 구성요소를 분리하여 분석하였다.

$$\text{진료비} = \text{적용인구} \times \text{일인당 내원일수} \times \text{내원일당 진료비}^6)$$

### 가. 적용인구

진료비 규모를 결정하는 첫 번째 요소는 적용인구수이다. 특히 전 국민의료보험제도가 도입되어 점차 적용인구가 증가했던 초창기에는 적용 대상인구의 확대는 진료비 절대규모가 증가하는 일차적인 요인이었다. 그러나 전국민의료보험제도가 확립된 이후에는 적용대상의 증가는 급격하게 나타나지 않았다. 2001년 현재 우리나라 국민건강보험대상자는 4,638만명으로 국민건강보험 종별 구성을 살펴보면, 공무원 및 교직원이 466만명으로 10.1%를 차지하며, 지역 대상자가 2,321만명으로 50.0%, 직장 대상자가 1,850만명으로 39.9%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 또한 국민건강보험대상자는 정부에서 책정하는 의료보호 인구수에 따라 어느 정도 영향을 받겠지만, 전체의 인구증가율이 1%이내로 억제되고 있는 상황이기 때문에 앞으로 적용인구수의 증가가 진료비 증가에는 크게 영향을 미치지 않을 것으로 보인다.

---

6) 급여비 = 적용인구 × 일인당 내원일수 × 내원일당 진료비 × 급여율

<표 II-2> 年度別 適用對象人口 推移<sup>1)</sup>

(단위 : 만명)

구 분	1990년	1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년
계	4,018	4,402	4,460	4,493	4,447	4,518	4,590	4,638
공·교	460	482	488	494	495	488	493	467
지 역	1,942	2,246	2,269	2,289	2,367	2,346	2,349	2,321
직 장	1,616	1,674	1,703	1,710	1,585	1,685	1,758	1,850

註: 1)연도말 기준.

資料: 국민건강보험공단 『2001 건강보험주요통계』 2002.

2001년도의 건강보험대상자수는 1990년보다 약 620만명이 늘어나서 연평균 약 1.3%씩 증가한 것으로 나타났다. 따라서 의료보험제도가 안정기에 들어선 이후에는 적용인구수의 급격한 증가는 더 이상 진료비의 절대규모의 증가에 영향을 미치지 못하고, 오히려 적용인구의 연령별 분포가 진료비의 규모를 결정하는 중요한 요소라고 할 수 있다. 그 이유는 영·유아기와 고령자 계층의 진료비가 다른 연령계층의 진료비와 비교해서 상대적으로 높게 나타나고 있기 때문이다.

영·유아기의 의료비와 고령자 계층의 진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비율이 높기 때문에 영·유아와 고령자의 인구비율이 진료비의 증가요인을 설명하는 중요한 요소가 된다. 특별히 인구구조의 노령화 추이는 향후 진료비의 증가현상을 예측하는 결정적인 근거가 될 수 있다. 노인의료비에 관한 상세한 분석은 제 IV장에서 살펴보기로 하고 본 장에서는 우선 연령별 적용인구수와 구성비의 변화추이를 살펴보고자 한다. <표 II-3>은 5세 단위로 구분된 연령별 적용인구수 및 상대빈도를 나타내고 있다.

전체 적용인구의 점진적인 증가는 의료보호 대상자의 점진적 감소

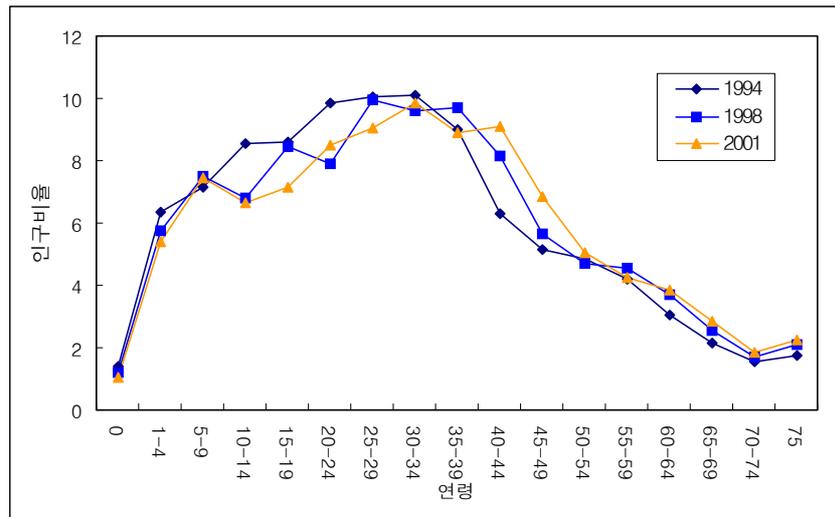
의 결과이다. 진료비의 증가는 적용인구의 절대수의 증가보다는 분포의 연차적인 변화라고 할 수 있다. 청소년층의 상대적 빈도 감소와 장·노년층의 상대적 빈도증가가 진료비의 증가에 커다란 영향을 주고 있다. 구체적으로 1994년에서 2001년까지의 연령별 인구비율을 살펴보면 0세부터 39세까지의 연령계층에서는 5~9세의 연령계층을 제외하고 전부 인구비율이 감소하고 있는 것으로 나타나고 있다. 반면 40세 이상의 연령계층에서는 전부 인구비율이 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 특별히 40~44세 연령계층의 인구비율은 1994년 6.30%에서 2001년에는 9.08%로 증가하였는데, 이 연령계층이 점차 고령화됨에 따라 진료비의 증가에 적지 않은 영향을 미칠 것으로 생각된다. 이를 나타내는 것이 [그림 II-4]의 연령계층별 적용인구 구성비 변화추이이다. [그림 II-4]에서 알 수 있듯이 1994년과 1998년 2001년도의 연령계층별 적용인구 구성비를 비교하면 장·노년층의 인구비율이 점차 높아지고 있음을 알 수 있다. 특별히 5~9세 연령계층에서 25~29세의 연령계층의 감소세가 두드러지는 한편, 40~44세 연령계층에서 45~49세의 연령계층의 증가세가 명확하게 드러나고 있다.

<표 II-3> 年齡階層別 適用人口와 構成比 變化推移

(단위: 명, %)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
전체	43258063	44015900	44603316	44925068	44472127	45183951	45895749	46379161
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0세	601459	577043	604787	572611	525359	542215	565201	482691
	1.39	1.31	1.36	1.27	1.18	1.20	1.23	1.04
1-4세	2739420	2836666	2815365	2748087	2564873	2643523	2569305	2507633
	6.33	6.44	6.31	6.12	5.77	5.85	5.60	5.41
5-9세	3094239	3085928	3170498	3275475	3345935	3389172	3469232	3454880
	7.15	7.01	7.11	7.29	7.52	7.50	7.56	7.45
10-14세	3705903	3543084	3368645	3174554	3029042	2987566	2998567	3089114
	8.57	8.05	7.55	7.07	6.81	6.61	6.53	6.66
15-19세	3726351	3783558	3866943	3887571	3763082	3645729	3519399	3319220
	8.61	8.60	8.67	8.65	8.46	8.14	7.67	7.16
20-24세	4251130	4155883	4010757	3842040	3506071	3672719	3842301	3936253
	9.83	9.44	8.99	8.55	7.88	8.13	8.37	8.49
25-29세	4354214	4454035	4590745	4600155	4430215	4514821	4382331	4201309
	10.07	10.12	10.29	10.24	9.96	9.99	9.55	9.06
30-34세	4366144	4291214	4188704	4155106	4263540	4309290	4407501	4562110
	10.09	9.75	9.39	9.25	9.59	9.54	9.60	9.84
35-39세	3885422	4104531	4279833	4374795	4321108	4270569	4219949	4134583
	8.98	9.33	9.60	9.74	9.72	9.45	9.19	8.91
40-44세	2726510	2989306	3230400	3416419	3618565	3776972	3985679	4210418
	6.30	6.79	7.24	7.60	8.14	8.36	8.68	9.08
45-49세	2226789	2346575	2393046	2494287	2523126	2638961	2901349	3169571
	5.15	5.33	5.37	5.55	5.67	5.84	6.32	6.83
50-54세	2097010	2082108	2075722	2041270	2088158	2172347	2289922	2333610
	4.85	4.73	4.65	4.54	4.70	4.81	4.99	5.03
55-59세	1815248	1866310	1934421	2063271	2032713	2030856	1999878	1968310
	4.20	4.24	4.34	4.59	4.57	4.49	4.36	4.24
60-64세	1309760	1416219	1508000	1585740	1651505	1699636	1725703	1793231
	3.03	3.22	3.38	3.53	3.71	3.76	3.76	3.87
65-69세	924815	977384	1022796	1074625	1122946	1154766	1238651	1331295
	2.14	2.22	2.29	2.39	2.53	2.56	2.70	2.87
70-74세	680368	703569	718007	727265	749340	768481	805979	848654
	1.57	1.60	1.61	1.62	1.68	1.70	1.76	1.83
75세이상	764251	802487	850946	893797	936549	936328	974804	1036279
	1.77	1.82	1.91	1.99	2.11	2.07	2.12	2.23

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

[그림 II-4] 年齡階層別 適用人口 構成比 變化推移

## 나. 일인당 내원일수

지금까지 대부분의 연구는 수진율과 건당 진료비를 중심으로 분석하고 추계하였다. 수진율은 적용인구 일인당 진료건수를 의미하는 것으로 진료의 발생확률을 의미한다. 따라서 수진율과 진료건수는 진료비를 분석하는 중요한 요소임에는 틀림이 없다. 그러나 이러한 진료건수는 청구건으로 파악되고 있어서, 청구기간이나 의료기관의 청구패턴에 의해서 청구건수는 달라지기 때문에 진료비의 추이나 추계에 이러한 수진율을 이용하는 것은 한계를 가지고 있어 많은 문제점을 내포하고 있다. 일본에서는 일반적으로 수진율과 건당 진료비를 이용해서 진료비의 추세와 추계를 하고 있지만, 일본과 우리나라는 진료

비 청구에 있어서 상이한 점이 있다. 그것은 일본의 경우 의료기관은 한 달에 한번만 진료비를 청구할 수 있고, 지나간 달의 진료비는 청구할 수 없게 되어 있다. 따라서 누락된 진료비에 대해서는 의료기관이 책임을 지게 되어 있다. 따라서 한 의료기관에서 환자 한사람에 대해서는 한 달에 한번 청구가 되기 때문에 청구패턴이 일정하다고 할 수 있다. 그러나 우리나라의 경우에는 일반적으로는 한 달에 한번 청구하고 있으나, 누락된 것에 대해서는 그것이 고의이던 그렇지 않던 간에 3년 간 청구가능하고, 입원에 대해서도 두 달치를 한번에 청구하는 등 그 패턴이 일정하지 못하다. 이러한 한계점 때문에 우리나라에서 수진율과 건당 진료비를 가지고 분석하고 추계하는 것은 많은 한계점을 지니고 있다.

따라서 본 연구에서는 일인당 내원일수와 내원일당 진료비를 이용해서 분석하도록 한다. 일인당 내원일수는 수진율과는 달리 청구패턴에 따라 내원일수가 변하지 않기 때문에 보다 객관적인 자료로 판단할 수 있다. 또한 내원일당 진료비도 건당 진료비와 비교한다면, 청구패턴의 변화의 영향을 받지 않고 있다고 판단할 수 있다.

<표 II-4>는 적용인구당 내원일수 및 증가율 추이를 나타낸 것이다. 1990년부터 2001년까지 매년 인구당 내원일수는 증가하고 있다. 연평균증가율은 9.64%에 이르고 입원의 증가율과 외래의 증가율은 각각 3.72%, 4.87%로 외래의 인구당 내원일수의 증가율이 입원이 비해 상대적으로 높게 나타나고 있다. 인구당 내원일수는 1990년이후 꾸준하게 증가했지만 1995년에 급격한 증가를 보이고, 다시 완만한 증가를 보이다가, 1999년부터 다시 급격한 증가양상을 보이고 있다. 특별히 2001년도는 전년도 대비 39.85%의 증가율을 보이고 있는데 이는 의약분업으로 인해 이전에는 병원이나 의원을 한번 방문하면 치료가 끝났지만, 이제는 처방전을 가지고 약국에 조제를 해야 하기

때문에 약국의 내원일수가 추가되었다. 또한 이전에는 약국에서 이루어졌던 임의 조제가 이제는 불가능하게 됨에 따라 병원이나 의원에서 발행한 처방전이 있어야 조제가 가능함으로 인해 내원일수가 증가했다고 판단할 수 있다. 이러한 요인을 반영하여 입원에서 보다는 외래에서 증가율이 높게 나타나고 있다.

<표 II-4> 適用 人口當 來院日數 및 增加率 推移

(단위: 일, %)

연도	전체 <sup>1)</sup>		입원		외래	
	내원일수	증가율	내원일수	증가율	내원일수	증가율
1990년	8.187		0.623		7.254	
1991년	8.099	-1.075	0.647	3.880	7.177	-1.059
1992년	8.344	3.028	0.679	4.867	7.371	2.698
1993년	9.028	8.186	0.688	1.413	7.864	6.692
1994년	9.524	5.503	0.701	1.850	7.943	1.001
1995년	10.880	14.239	0.753	7.366	8.678	9.256
1996년	11.461	5.347	0.798	6.049	9.088	4.722
1997년	12.046	5.096	0.812	1.691	9.516	4.718
1998년	12.428	3.171	0.821	1.142	9.729	2.236
1999년	13.701	10.246	0.869	5.813	10.560	8.537
2000년	15.410	12.474	0.877	0.923	10.766	1.957
2001년	21.550	39.847	0.928	5.916	12.150	12.855
연평균 증가율		9.642		3.719		4.874

註: 1) 약국을 포함한 내원일수임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

인구당 내원일수의 증가는 두 가지 요인으로 나누어 생각할 수 있다. 첫째는 의료기관에 가서 의료서비스를 수요하는 것은 수요자인 환자의 선택에 의한 것이다. 초진의 증가로 인해 증가된 인구당 내원일수의 증가가 이에 해당한다. 수요가 많아져서 의료기관을 이용하는 환자의 수가 증가하면 인구당 내원일수는 증가하게 된다. 이러한 의료수요의 증가는 주로 환자 측의 요인으로 인해 유발되는 경우로 생각할 수 있다. 즉 노인인구수의 증가나 의식의 변화에 따른 의료수요의 증가로 생각할 수 있다.<sup>7)</sup>

둘째는 의료 공급자에 의한 수요증가를 생각할 수 있다. 이는 의료기술의 발달로 인해 한 질병에 대해서 필요한 검사와 치료의 방법이 다양화됨에 따라 내원하는 일수가 증가하는 것을 의미한다. 이는 다시 두 가지의 경우로 설명할 수 있는데 하나는 의료공급자가 자신의 소득의 증가를 목적으로 임의로 의료공급량을 증가시킨다고 하는 의사유인수요에 의한 증가가 있을 것이고 다른 하나는 질병구조의 변화로 인해 예전에는 급성질환이 주된 질병이었지만, 최근에는 만성질환이 많음으로 인해 필요로 하는 내원일수가 증가함에 따라 발생하는 증가이다.

#### **다. 내원일당 진료비**

인구당 내원일수는 주로 수요자의 의사결정에 의해서 결정된다고 할 수 있다.<sup>8)</sup> 한편 내원일당 진료비는 주로 공급자의 영향을 받았다

---

7) 의식변화에 따른 의료수요의 증가라는 것은 예전엔 가벼운 증상은 참으면 낫는다는 생각에서 현재는 조기에 의료서비스를 받아야 한다는 쪽으로 전환되었다는 것이다. 이로 인해 질병의 조기발견은 가능하게 되었지만, 진료비의 증가에 커다란 영향을 미쳤다.

고 할 수 있다. <표 II-5>에 의하면 1990년도에 9,283원이었던 내원일당 진료비는 2001년도에는 2.35배인 21,821원으로 증가하였다. 같은 기간 입원의 내원일당 진료비의 경우는 2.49배가 증가하였고, 외래의 내원일당 진료비의 경우는 2.47배 증가하였다. 연평균 증가율을 살펴보면 입원의 경우가 외래보다 조금 앞서고 있다. 특별히 2000년과 2001년에 외래의 내원일당 진료비에서 증가율이 둔화된 이유는 의약분업의 효과로 판단된다. 왜냐하면 의약분업이전에는 내원일당 진료비에 약제비가 포함되어 있지만, 이후에는 약국의 내원일당 진료비로 분리됨에 따라 내원일당 진료비의 감소가 나타나고 있다.

내원일당 진료비의 증가는 주로 의료공급자에 의해서 발생한다고 할 수 있다. 왜냐하면, 의료수요자가 의료서비스를 수요하는데 있어서 의료서비스를 결정하는 것은 용이한 일이 아니다. 오히려 의료공급자인 의사가 결정하여 준 의료서비스를 이용하는 경우가 일반적이라고 할 수 있다. 내원일당 진료비는 의료기술의 발달로 인해 증가하는 것으로 판단되어진다.

---

8) 말하자면, 초진에 대해서는 수요자의 의사결정에 의해서 이루어지고 재진에 대해서는 수요자의 의사결정보다는 공급자인 의사의 의사결정에 의해서 이루어지고 있다고 할 수 있다.

<표 II-5> 來院日當 診療費의 年度別 推移

(단위: 원, %)

연도	전체		입원		외래	
	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율	내원일당 진료비	증가율
1990년	9,283		41,334		6,530	
1991년	10,039	8.144	43,947	6.322	6,981	6.907
1992년	11,201	11.575	49,063	11.641	7,715	10.514
1993년	12,032	7.419	54,494	11.069	8,316	7.790
1994년	13,027	8.270	58,871	8.032	8,982	8.009
1995년	14,454	10.954	65,656	11.525	10,013	11.479
1996년	16,875	16.750	75,176	14.500	11,755	17.397
1997년	18,310	8.504	81,979	9.049	12,835	9.188
1998년	20,701	13.058	92,839	13.247	14,615	13.868
1999년	21,672	4.691	97,828	5.374	15,408	5.426
2000년	21,936	1.218	98,132	0.311	15,732	2.103
2001년	21,821	-0.524	102,952	4.912	15,622	-0.699
연평균 증가율		8.187		8.726		8.362

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

## 라. 연령별 적용인구당 내원일수 및 내원일당 진료비의 변화

연령별 적용인구당 내원일수 및 내원일당 진료비의 추이는 인구구조의 변화에 따른 진료비의 변화를 추계하는데 필요한 부분이다. <표 II-6>과 <표 II-7>은 연령별 적용인구당 내원일수 변화추이와 연령별 내원일당 진료비 변화추이를 나타낸 표이다. 이를 살펴보면 예상하는 바와 같이 인구당 내원일수가 가장 높은 연령계층은 0세와 1~4세의 영·유아의 연령계층으로 다른 연령계층과 비교하면 많게는 10배에서 적게는 2배 이상 상회하고 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 55세이상의 장·노년 연령계층의 경우에도 상대적으로 높은 인구당 내원일수를 보이고 있다. 연령별 진료비의 증가와 관련하여 주목해야 할 것은 영·유아의 인구당 내원일수는 다른 연령계층과 비교하여 월등하게 높지만, 내원일당 진료비는 다른 연령계층과 비교했을 때 상대적으로 낮게 나타나고 있다는 것이다. 그러나 55세이상의 장·노년 연령층은 인구당 내원일수도 평균보다 높을 뿐만 아니라 내원일당 진료비도 다른 연령계층과 비교하면 상대적으로 높은 수준임을 나타내고 있다. 이러한 추세는 향후 인구구조의 노령화를 고려한다면 진료비의 증가요인으로 작용될 것임을 시사하고 있는 것이다. 또한 2001년도에는 적용인구당 내원일수가 전년과 대비해서 급속한 증가를 보이고 있는데 이는 의약분업으로 인해 약국에서의 내원도 포함되었기 때문으로 판단된다.

<표 II-6> 年齡別 適用人口當 來院日數 變化推移

(단위: 일)

		1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년
0세	남	38.634	37.164	36.725	39.042	40.644	43.107	80.448
	여	32.159	31.201	30.835	33.998	34.993	37.401	69.284
1-4세	남	23.906	25.401	26.494	26.249	28.467	34.078	56.119
	여	21.415	22.863	24.061	24.328	26.025	31.277	51.731
5-9세	남	11.562	11.830	13.227	12.294	13.528	17.580	25.927
	여	10.597	10.819	12.384	11.542	12.800	16.854	24.749
10-14세	남	5.638	6.132	6.604	6.225	6.454	9.235	12.851
	여	4.563	4.906	5.479	5.318	5.636	8.566	11.562
15-19세	남	4.218	4.604	4.605	4.795	4.940	6.603	8.674
	여	3.514	3.702	3.869	4.164	4.516	6.789	9.230
20-24세	남	3.658	3.849	3.928	4.133	4.024	4.528	5.922
	여	5.369	5.582	5.749	6.147	6.150	8.455	6.294
25-29세	남	4.421	4.557	4.665	4.933	5.129	6.824	8.950
	여	7.364	7.421	7.813	7.960	8.570	12.126	17.129
30-34세	남	5.360	5.479	5.672	5.492	6.165	8.665	10.722
	여	8.281	8.355	8.537	8.165	9.158	13.891	18.058
35-39세	남	5.920	6.148	6.302	6.477	7.144	10.479	12.664
	여	8.316	8.544	8.874	8.909	9.732	14.737	18.864
40-44세	남	6.672	6.898	7.084	7.047	7.930	11.237	13.805
	여	9.101	9.341	9.630	9.313	10.373	14.942	19.436
45-49세	남	7.800	8.357	8.461	8.649	9.450	12.766	15.875
	여	11.220	11.838	12.051	11.995	13.021	17.424	23.275
50-54세	남	9.777	10.131	10.455	10.249	11.580	15.408	20.226
	여	14.371	14.939	15.435	14.993	16.653	21.968	31.344
55-59세	남	11.301	11.801	12.077	13.174	15.034	19.816	25.482
	여	15.423	16.107	16.729	17.884	20.379	26.889	37.228
60-64세	남	12.379	13.328	14.275	14.955	17.665	23.071	30.122
	여	16.012	17.416	18.739	19.369	23.052	29.955	41.184
65-69세	남	14.276	15.506	16.471	17.437	21.280	26.291	36.315
	여	16.708	18.426	19.927	21.247	26.274	32.918	47.669
70-74세	남	14.493	16.567	18.399	19.581	25.020	30.650	41.683
	여	15.612	18.186	20.433	22.123	27.998	35.078	49.808
75세이상	남	11.665	13.270	15.235	17.228	23.119	28.098	37.591
	여	10.244	11.732	13.394	15.340	20.727	25.947	36.803

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

<표 II-7> 年齡別 來院日當 診療費 變化推移

(단위: 원)

		1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년
전체	남	15,339	17,884	19,497	21,979	22,745	19,149	18,625
	여	14,179	16,480	17,901	20,146	20,734	17,545	17,251
0세	남	9,482	11,022	11,982	13,285	13,954	13,679	12,115
	여	8,948	10,358	11,304	12,530	13,075	13,066	11,595
1-4세	남	7,960	9,226	10,020	11,262	11,871	11,231	10,452
	여	7,619	8,801	9,580	10,793	11,366	10,836	10,168
5-9세	남	9,460	10,972	11,854	13,238	13,629	11,918	11,881
	여	8,970	10,359	11,116	12,450	12,836	11,319	11,411
10-14세	남	11,204	12,874	13,822	15,815	16,131	12,671	13,296
	여	10,433	12,177	12,884	14,557	14,732	11,509	12,513
15-19세	남	15,768	17,783	19,649	21,432	22,089	17,217	18,021
	여	13,178	15,197	16,482	18,184	18,329	17,192	15,255
20-24세	남	17,772	20,305	22,027	24,543	25,041	21,073	20,830
	여	16,328	18,582	19,663	21,663	21,627	17,142	16,653
25-29세	남	16,859	19,349	20,704	22,855	23,465	19,231	19,339
	여	19,337	22,045	23,426	26,022	26,121	20,657	18,931
30-34세	남	17,074	19,730	21,127	23,246	23,683	18,437	19,219
	여	15,103	17,673	19,368	21,724	22,273	17,232	17,263
35-39세	남	17,671	20,492	22,128	24,230	24,805	18,725	19,894
	여	14,140	16,530	18,037	20,110	20,770	15,907	16,761
40-44세	남	18,611	21,732	23,398	25,720	26,310	20,223	21,213
	여	14,546	17,093	18,524	20,721	21,454	16,982	17,783
45-49세	남	19,795	23,143	24,944	27,541	28,124	22,049	22,761
	여	15,443	17,954	19,510	21,868	22,424	18,431	18,916
50-54세	남	21,542	24,895	26,960	29,638	30,316	24,403	24,400
	여	15,822	18,455	20,212	22,584	23,310	19,712	19,899
55-59세	남	22,954	26,694	29,046	31,856	32,134	26,290	25,862
	여	16,654	19,316	21,052	23,541	24,217	20,779	20,599
60-64세	남	23,850	27,592	29,870	32,907	33,282	27,796	26,655
	여	17,455	20,244	22,022	24,526	25,054	21,791	21,227
65-69세	남	24,385	28,442	30,651	33,671	33,259	28,513	26,203
	여	18,190	20,964	22,660	25,018	25,136	22,334	21,148
70-74세	남	24,706	28,128	30,231	32,739	32,380	28,966	26,864
	여	18,724	21,181	22,794	24,909	24,992	22,548	21,565
75세	남	25,288	28,422	30,746	32,857	32,688	29,358	27,043
이상	여	20,164	22,957	24,437	26,365	26,356	23,813	22,631

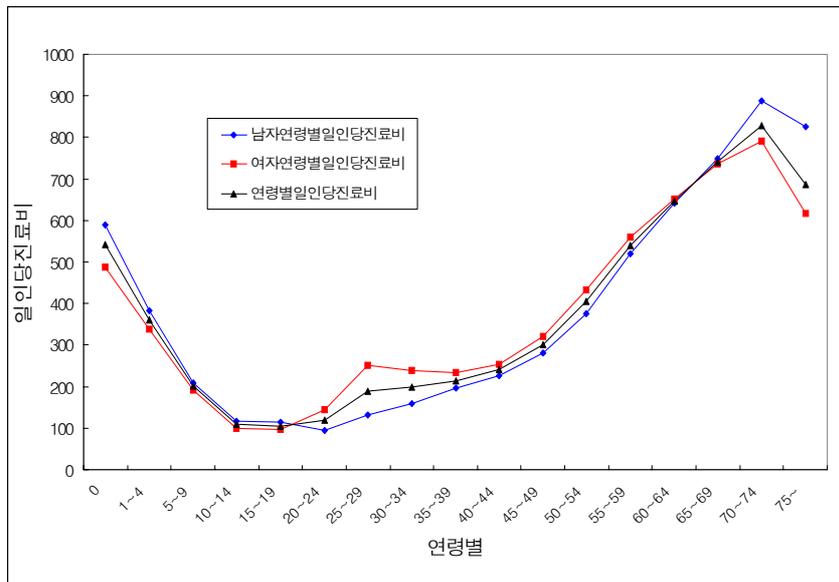
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

### 第 III 章 給與費 自然增加要因의 分析

#### 第 1 節 人口構造의 變化

연령계층별 일인당 진료비의 추이를 살펴보면 유아기에는 일인당 진료비가 높으나 점차 낮아져서 15~19세의 연령계층에서 가장 낮은 진료비를 나타내고 있지만, 30세 전후에서 완만하게 증가하기 시작해서 50세 이후의 계층에서는 급격한 증가를 보이고 있다. 연령별 일인당 진료비의 격차를 살펴보면 일인당 진료비가 가장 낮은 연령층은 15~19세이고 일인당 진료비는 105,295원이었지만, 가장 높은 연령층은 70~75세이고 일인당 진료비는 828,206원으로 7.9배의 격차를 보이고 있다. 그러나 75세 이상의 고령자계층의 일인당 진료비는 상대적으로 낮게 나타나고 있다. 일본의 경우는 75세 이상의 고령자 계층에서도 지속적으로 일인당 진료비가 높다는 것과 비교하면 우리나라의 특징이라고 할 수 있다. 이는 종말기에 대다수의 사람이 병원에 입원하여 집중적인 의료서비스를 받고 있는 일본의 경우와는 달리 우리나라에서는 아직 종말기에는 의료기관보다는 자택에서 의료서비스를 수요하고 있기 때문에 일인당 진료비가 낮게 나타나고 있는 것으로 판단된다. 이에 대한 명확한 분석이 필요하다. 성별로도 여성의

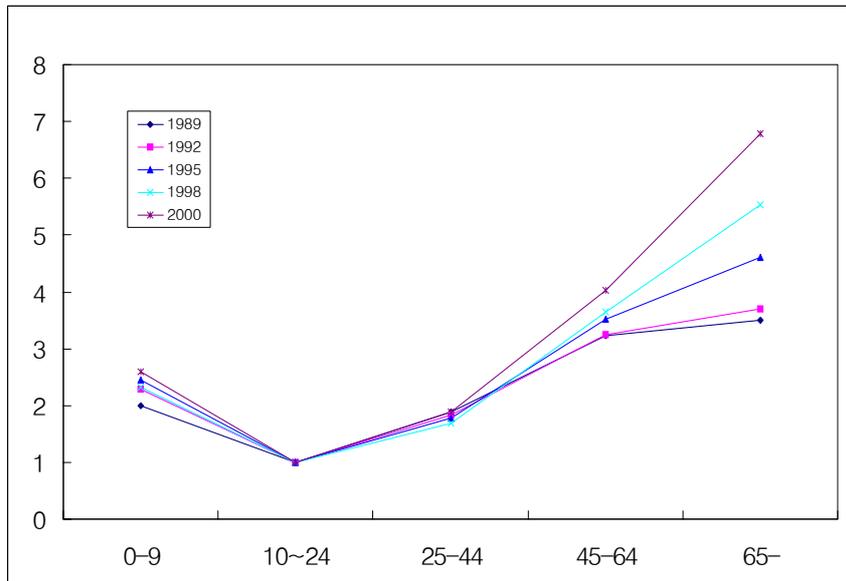
경우 출산연령에서 진료비가 높게 나온다는 것 외에는 거의 비슷한 추이를 보이고 있다. 우리나라는 자연분만에 대해서도 보험급여가 이루어지고 있어서 여성의 출산연령계층에서는 일인당 진료비가 높게 나타나고 있다. 일본의 경우는 제왕절개는 의료보험의 급여대상이 되지만, 자연분만과 이와 관련된 검사 등은 의료보험의 급여대상이 되지 않는다. 다만, 출산을 장려하는 일본에서는 출산장려금을 지급하고 있고, 저소득자에 대해서는 복지차원에서 검사 등에 대해서 무료 검사권을 배부하는 등의 조치가 취해지고 있다. 또 한가지의 특징은 고령자의 일인당 진료비는 남성이 여성보다 높은 것으로 나타나고 있다.



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

[그림 III-1] 年齡別 診療費의 推移

진료비의 증가추이도 연령계층에 따라 다르게 나타나고 있다. 특별히 65세 이상의 일인당 진료비의 증가율이 다른 연령계층보다 높게 나타나고 있다. [그림 III-2]는 10~24세 연령계층을 기준으로 했을 경우, 65세 이상의 진료비와 커다란 격차를 나타내고 있다. 즉 10~24세 연령계층의 진료비를 1로 했을 경우에 다른 연령계층과의 진료비격차를 나타낸 것이다. 25~44세의 연령층에서는 연도별로 커다란 격차를 보이고 있지 않으나, 45~64세 연령층에서는 연도별 진료비의 격차가 점차 커지고 있다. 또한 65세 이상의 연령층에서는 연도별로 그 격차가 매우 큰 것으로 나타나고 있다. 10~24세 연령층과 65세 이상의 연령층과의 격차는 1989년에는 3.49배였으나, 1992년에는 3.71배, 1995년에는 4.61배, 1998년에는 5.52배, 2000년에는 6.78배로 매년 격차가 벌어지고 있다. 이는 10~24세 연령층의 진료비 증가율에 비해 65세 이상 연령층의 진료비 증가율이 상대적으로 높다는 것을 의미한다. 이러한 현상은 향후 진료비의 증가가 65세 이상 연령층의 진료비 증가에 의해서 이루어질 것으로 예상된다.



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

[그림 III-2] 年齡階層別 診療費의 推移

고령자 의료비의 증가율이 높다고 하는 현상은 미국에서도 관찰되고 있다. Cutler and Meara(1998)는 National Medical Expenditure Survey 등의 조사를 이용해서 연령계층별 의료비의 변화를 분석하였다. 1세 미만의 연령계층과 65세 이상의 연령계층에서 높은 의료비 증가율을 나타내고 있다. 1963년부터 1987년까지는 1~64세 연령계층의 의료비의 연간 성장율이 4.7%인 것에 비해 1세 미만 연령층은 9.8%, 65세 이상 연령계층은 8.0%이었다. 1세 미만 연령계층과 65세 이상 연령계층에서 의료비의 집중현상이 발생하고, 이것이 의료비의 증가를 야기하고 있는 것을 나타나고 있다.

따라서 보건의료와 관련하여 가장 주목해야 할 지표는 노인인구의

증가이다. <표 III-1>은 연도별 노인인구와 급여비의 추이를 나타낸 것이다. 이를 살펴보면 의료보험 대상자중 65세 이상 노인인구는 1990년도에는 4.9%를 차지하고 있었으나, 2001년에는 322만명으로 6.9%를 차지하고 있으며, 향후 계속해서 증가할 것이 예상되고 있다. 또한 1990년~2001년까지 노인인구 증가율은 매년 평균 4.3%씩 증가하는 것으로 나타나고 있다. 노인은 특별히 유병률이 높고 질병의 상태도 만성화되기 쉽기 때문에 치료 및 관리가 복잡하고 오랜 치료시간과 많은 비용이 필요한 것으로 알려져 있다.

노령층에 의한 보험급여비는 1990년도에는 전체 급여비의 9.3%에 지나지 않았으나, 2001년에는 전체 급여비의 17.9%로 증가하게 되었다. 이는 노인인구 구성비 6.9%의 약 2.6배에 해당하며, 특히 급여비 연평균 증가율이 무려 25.8%로 나타나 총 급여비 증가를 주도하고 있다.

<표 III-1> 年度別 老人人口와 給與費

(단위 : 만명, 억원, %)

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
노인인구	196	207	216	225	237	248	59	270	281	286	302	322
구 성 비	4.9	5.1	5.2	5.3	5.5	5.6	5.8	6.0	6.3	6.3	6.6	6.9
급 여 비	1,621	1,916	2,385	2,949	3,601	4,892	6,634	8,210	10,187	13,233	15,821	23,565
구성비	9.3	9.3	9.9	10.5	11.2	12.0	12.8	13.9	14.8	16.6	17.0	17.9

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

## 第 2 節 醫療技術發達에 따른 診療費 增加

예전에는 갑작스런 의식장애가 발생한 환자에 대하여 의사는 청진기를 대고 혈압을 측정해서 “혈압이 올라가 있습니다. 아마도 의식장애의 원인이겠죠”라는 설명과 함께, 혈압 강하제를 투여하는 것으로 치료가 끝났다. 그러나 현재는 CT(Computerized Tomography)검사를 하고 작은 뇌경색소를 의심할 수 있는 정상보다 약간 검게 나온 부분이 있으면 다음으로 MRI(Magnetic Resonance Imaging)검사를 의뢰하고 더욱이 초음파 도플러검사를 해서 경동맥의 동맥경화의 상태를 조사하고 심장 예코검사도 하게 될 것이다. 그리고 고혈압이면 혈압 강하제를 투여하고, 또한 동맥경화의 진행을 막기 위해서 고지혈증을 개선하는 약을 투여하고 정기적으로 경과를 관찰하게 된다. 이것이 현재의 의료수준에 맞는 치료형태이다. 환자는 그 때의 의료수준에 상당하는 치료를 받을 권리(기대권)가 있다. 따라서 만약에 이전과 같이 청진기와 혈압계만으로 치료를 행하고 경과를 관찰하는 중에 새로운 뇌경색이 발견되었을 때에는 의사는 환자의 기대권을 침해했다는 이유로 인해 소송이 일어날 가능성이 충분히 있다. 환자의 동의를 얻은 치료행위라고 할지라도 의료수준을 기준으로 한 주의 의무의 위반이 되기 때문이다.

과거의 의료는 말하자면 직감과 경험에 의존하는 의료였고, 부권주의에 의해서 의사가 부모와 같은 마음으로 환자를 대하는 의료였다. 그러나 현재의 의료는 고액의 검사기기를 사용해서 복잡한 혈액이나 생화학적 검사를 통하여 얻어진 환자의 생태정보를 분석하고 그 결과를 보고 질병을 판단하고 환자의 동의를 얻어서 치료를 하는 과학

적인 의료라고 정의할 수 있다.

물론 과거의 의료와는 비교도 할 수 없을 만큼의 비용이 발생하게 된다. 더욱이 치료기술이나 치료방법의 진보로 인해 지금까지는 알 수 없었던 질병의 발견이나 지금까지는 불치의 병으로 알려졌던 질병의 치료가 가능하게 되었고, 특별히 만성질환의 치료방법과 경과의 관찰방법이 확립되어 계속적으로 유효한 치료가 가능하게 되었다. 이것은 곧바로 환자수의 증가를 야기해 의료비가 매년 증가하는 원인이 되었다. 즉 의료비의 증가배경에는 의료기술의 혁신적인 변화가 있었다고 할 수 있다. 의학의 발달과 의료서비스 기술의 향상과 그것에 따른 환자의 기대권에 부응하기 위해서 의료비는 계속해서 증가해 왔던 것이다.

국민건강보험제도로 인해 부담이 적어진 환자측, 행위별 수가제도에 안주하고 있는 의료기관측, 어느 곳에서도 의료비를 억제하려고 하는 인센티브가 존재하지 않는다. 즉 환자측에도 의료기관측에도 쌍방에게 똑같이 도덕적 해이는 존재하고 있었다.

### 第 3 節 高級診療 選好

의료기관종별 내원일수와 진료비를 살펴보면 전국민의료보험제도가 도입된 이후 꾸준하게 증가추세를 보이고 있다. 1990년도의 총내원일수는 3억 1,025만일에서 2001년도에는 9억 9,948만일로 3.22배 증가하였다. 내원일수의 증가를 살펴보면 종합병원, 의원보다는 병원의 내원일수 증가가 현저하게 나타나고 있다. 또한 진료비의 증가도 병원이 종합병원 3.83배, 의원 4.52배와 비교해서 4.78배로 현저하게 증가한 것으로 나타나고 있다.

이와 같이 병원 이용률이 증가하는 이유는 병원의 신축에 따른 병원 의료공급 증가에도 있겠지만 전반적으로 대규모 요양기관을 이용하려는 고급진료 선호에 원인이 있는 것으로 보인다.

고급의료기관으로 의료서비스의 수요가 집중하는 현상은 그 자체가 소비자의 선호를 반영하는 것으로 파악될 수 있으나, 재정적 측면에서는 단위당 진료비의 증가 현상이기도 하다. 왜냐하면 종합병원에 대한 내원일수의 증가나 진료비의 증가는 병원의 증가에 비해 낮지만, 내원일당 진료비를 살펴보면 종합병원이 2001년도에 69,170원으로 병원의 34,120원으로 2배이상의 차이를 보이고 있고, 의원 14,060원보다도 6배 가까이 차이를 보이고 있다. 때문에 같은 질병으로 종합병원을 찾는다면 그만큼 내원일당 진료비가 높아지는 것이다.

<표 III-2> 醫療機關種別 利用率 增加

(단위: 천일, 억원)

구분	1990		1995		1998		2001		증가 (2001/1990)	
	내원 일수	진료비	내원 일수	진료비	내원 일수	진료비	내원 일수	진료비	내원 일수	진료 비
계	310,254	29,198	406,257	59,775	462,534	97,039	999,482	178,433	3.22	6.11
종합 병원	38,959	11,940	56,134	27,111	63,618	43,748	66,060	45,692	1.70	3.83
입 원	16,243	8,078	22,343	17,492	23,325	26,287	24,909	31,652	1.53	3.92
외 래	22,716	3,861	33,791	9,619	40,292	17,461	41,151	14,040	1.81	3.64
병원	16,160	2,174	21,018	4,609	24,841	8,060	29,038	10,401	1.80	4.78
의원	223,748	12,969	274,951	22,904	294,089	35,416	395,887	58,658	1.77	4.52

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

<표 III-3> 綜合病院 増加推移

(단위 : 기관, 병상)

구 분	1990	2001	증가율
기 관 수	228	262	1.15배
병 상 수	66,625	101,615	1.53배

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

진료의 고급화 현상은 경제성장으로 인한 국민소득의 증가와 교육 및 문화수준의 향상으로 인한 건강에 대한 인식의 변화, 그리고 국민 건강보험 실시이후 의료서비스의 질적 하락의 인식에서 고급의료를 선호하게 되었고 이로 인해 특정질병의 종합병원이상 대형 요양기관의 선호경향이 나타나고 있는 것으로 판단된다.

#### 第 4 節 醫療供給의 增加

일반적으로 완전경쟁시장의 경우 공급이 증가하면 공급자간의 경쟁으로 인해 균형가격이 하락하고 균형소비량이 증가하는 것으로 알려져 있다. 그러나 의료시장은 완전경쟁시장이 아니고, 수요자인 환자와 공급자인 의사간에는 정보의 비대칭성이 존재한다는 특징이 있다. 따라서 공급자인 의사는 정보의 비대칭성을 이용하여 환자의 수요를 유발시킬 수 있다는 것이 일반적으로 논의되고 있다. 물론 아직 까지 명확한 결론이 도출된 것은 아니지만, 의사의 유인수요(Supplier induced demand)가 존재한다고 하는 연구결과가 그렇지 않다는 연구보다 많은 것으로 나타나고 있다.

<표 III-4> 醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化推移

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
전체	기관수	21,077	22,799	24,468	26,148	27,622	29,308	30,722	32,283	34,164	36,431
	병상수	119,155	129,749	142,075	147,708	164,647	178,676	189,493	201,350	215,413	228,942
	의사수	38,928	41,832	45,584	49,392	52,664	56,166	60,781	64,521	66,499	72,217
종합병원	기관수	228	231	236	242	252	266	271	262	225	275
	병상수	66,625	71,275	76,619	81,911	91,172	96,865	100,828	101,615	101,137	108,729
	의사수	15,548	16,727	18,349	20,021	21,391	22,683	25,379	26,561	25,797	27,910
병원	기관수	367	373	396	421	452	479	516	575	655	708
	병상수	19,505	22,678	28,030	28,311	33,204	37,004	41,572	49,934	58,387	59,515
	의사수	2,321	2,466	2,660	2,861	3,139	3,350	3,641	4,251	4,786	6,169
의원	기관수	20,482	22,195	23,836	25,485	26,918	28,563	29,935	31,446	33,284	35,448
	병상수	33,025	35,796	37,426	37,486	39,971	44,807	47,093	49,801	55,889	60,698
	의사수	21,059	22,639	24,575	26,510	28,134	30,133	31,761	33,709	35,916	38,138

註: 1) 병원은 일반병원, 치과병원, 한방병원의 합입.

2) 의원은 일반의원, 치과의원, 한방의원의 합입.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

1999년 우리나라의 의료기관수는 36,431개소, 병상수는 228,942병상, 의사수는 72,217명에 이르고 있다. 이러한 공급요소들의 추이를 나타낸 것이 <표 III-4>이다. 의료기관수, 병상수, 의사수 모두 다 연차적으로 증가하여 왔던 것이다. 의료기관종별에 따라 증가추세에는 차이가 있었다. 종합병원의 증가율보다는 병원과 의원의 증가율이 현

저하게 높게 나타나고 있다. 물론 의료공급의 증가는 단지 수적인 증가만을 의미하지 않는다. 규모 면에서도 의료기관당 의사수나 병상수는 매년 증가해 왔다. 특히 종합병원의 경우 1990년 기관당 의사수가 68.2명이던 것이 1999년에는 101.5명으로 1.49배 증가하였다. 반면 병원은 기관당 의사수가 같은 기간 6.32명에서 8.71명으로 1.38배 증가하였다. 병상수에 있어서 종합병원은 1990년도에 292.2병상이던 것이 1999년도에는 395.4병상으로 1.35배 증가하였다. 병원은 상대적으로 더 큰 증가율을 보이고 있다. 1990년에 기관당 53.2병상이던 것이 1999년에는 84.1병상으로 1.58배 증가하였다. 의원에 대해서는 의원의 특성상 의사수 및 병상수의 변화가 거의 없었다.

<표 III-5> 診療費의 增加要因

수요측에서의 요인	인구구성의 요인	연령구성, 세대구성
	생활습관요인	대병원지향, 사회적입원, 식습관, 건강에 대한 국민의식
공급측에서의 요인	의료공급의 요인	의료기관수, 병상수, 의사수, 고도의료기기의 보급
	진료패턴관련 요인	약제의 사용상황, 검사실시횟수, 진료일수

<표 III-5>는 진료비의 증가요인을 수요측에서의 요인과 공급측에서의 요인으로 나누어서 각각의 요인들에 영향을 미치는 요소들을 나타낸 것이다. 수요측의 요인은 인구구성의 요인과 생활습관요인으로 나눌 수 있다. 생활습관요인은 식습관이라던가, 건강에 대한 국민의식 등 계량화하기 어려운 요소들도 많이 포함하고 있다. 그러나 이

러한 요소들이 진료비의 증가에 영향을 미치고 있다는 것은 직관적으로 알 수 있다.

공급측에서의 요인으로는 의료공급의 요인과 진료패턴과 관련된 요인이 있다. 의료공급의 요인은 공급량에 의한 진료비 증가이고 진료패턴에 관련된 요인은 공급자의 의료공급행태와 밀접한 관계가 있다. 이러한 모든 요인들이 직관적으로는 진료비의 증가에 영향을 미칠 것으로 생각되지만, 실제 데이터를 이용하여 검증하는 작업은 쉽지 않다. 이러한 요인들을 현실화하여 진료비를 측정하는 것이 앞으로 필요한 연구과제일 것이다.

## 第 IV 章 政策變化에 따른 診療費增加

### 第 1 節 酬價引上

현행 행위별 수가제 하에서 건당 진료비용에 가장 직접적인 영향을 미치는 것이 각 진료 행위당 단가인 진료 수가이다. 의료보험 진료수가는 1990년부터 2001년까지 총 15차례에 걸쳐 인상되었다. 1990년 기준 수가를 100으로 볼 때, 2001년에는 209 수준으로 11년 동안 약 2.09배 증가하였는데 이는 매년 6.9%씩 수가가 인상된 셈이다.

<표 IV-1> 酬價 引上率의 推移<sup>1)</sup>

시행일	인상률(%)	지수	시행일	인상률(%)	지수
1990.2.1	7.00	100	1997.1.6	5.0	163.6
1991.7.1	8.00	104.6	1997.9.1	9.0	
1992.4.1	5.98	112.9	1998.7.1	3.5	176.2
1993.3.1	5.00	119.9	1999.11.15	12.8	181.0
1994.8.1	5.80	123.8	2000.4.1	6.0	
1995.4.1	5.80		2000.7.1	9.2	
1995.12.10	11.82	134.8	2000.9.1	6.5	195.1
			2001.1.	7.08	208.9

註: 1) 시행 월을 반영하여 지수화 함.

수가인상을 소비자 물가지수와 비교할 때 1990년을 기준으로 비교하면 1995년까지는 비슷한 증가추세이지만, 1995년 이후에는 수가지수가 급격히 증가하기 시작하여 1996년에는 수가지수가 151.3으로 물가지수 141.8보다 앞서기 시작하여 2001년에는 수가지수가 208.9로 물가지수 171.6보다 약 121.7% 높게 나타났다. 따라서 적어도 지수상으로는 진료수가 일반적인 물가수준보다 높게 책정되어 적용되고 있는 것으로 판단할 수 있다.

<표 IV-2> 醫療保險酬價 및 消費者物價指數 比較

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
수가지수	100	104.6	112.9	119.9	123.8	134.8	151.3	163.6	176.2	181.0	195.1	208.9
물가지수	100	109.3	116.2	121.8	129.3	135.1	141.8	148.1	159.2	161.1	164.8	171.6

資料: 한국통계월보, 통계청, 2002.6

## 第 2 節 給與期間 延長

의료보험제도 초기부터 연간 요양급여 기간을 180일로 제한해 온 것은 소수의 장기 진료자들에 의한 과도한 보험재정 누수를 방지하고 대다수 피보험대상자들에게 공평한 급여를 실시하며 위급하지 않은 질병으로 인한 피보험대상자의 남수진을 막기 위해서였다.

그러나 1994년부터 악성 신생물, 갑상선질환, 당뇨병, 정신장애, 고혈압성 질환 등 만성퇴행성질환의 증가추세에 적극적으로 대처하고

장기 질환자를 국민건강보험의 제도권내에서 해결하기 위해 우선 노인층에 대해 급여기간을 30일 연장하였고, 1995년부터는 모든 의료보험대상자의 급여기간을 30일씩 연장하였으며, 1999년에는 연간 330일 급여를 실시하였으며, 2000년부터는 급여기간 제한을 폐지하고 연중 급여를 실시하고 있다. 그러나 2002년 다시 365일로 제한하였다.

<표 IV-3> 醫療保險의 適用期間 延長

	1993년	1994년	1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2002년
급여일수	180일	180일 <sup>1)</sup>	210일	240일 <sup>2)</sup>	270일	300일	330일	제한 폐지	365일
일수제한 없는 급여비	55만원	65만원 <sup>3)</sup>	120 만원	120 만원	150 만원	150 만원	150 만원	제한 폐지	

1) 65세이상 노인 인구에 대해서는 210일로 연장함.

2) 65세이상 장애인, 상이자 등은 급여기간 제한을 철폐함.

3) 65세 이상은 80만원, 장애인은 150만원으로 확대함.

연간 급여기간 연장에 따라 추가로 늘어나는 급여비 규모를 정확히 알 수는 없으나 최근 대상자 분석자료에 따르면 그 규모가 매우 큰 것으로 나타났으며, 앞으로 급여기간 제한이 폐지되어 심리적 잠재수요까지 가세하면 더 증가할 것으로 보인다.

<표 IV-4> 年度別 保險給與項目의 擴大

연도	급여항목 확대
1991년	- 만성신부전증, 혈우병환자의 외래진료시 본인부담률을 입원본인부담률로 적용 - 혈우병 환자의 진료권폐지
1992년	- 분만비 지급기준 상향 (초산54,000원→57,000원, 경산50,000→53,000원) - 골수이식의 보험급여적용
1993년	- 복강내 내시경하 수술포함 - 외용약 투약기준을 일일 4회에서 6회로 연장 - 분만비지급기준 인상: 59,800원(초산), 55,600원(경산) - 의료보험료 체납자에 대하여 입원 3일 이내 보험료 완납시 역급하여 보험급여를 적용하도록 허용함
1994년	- 피부양자 분만급여실시 - 장기하사 이상 현역군인 의료보험급여 실시 - 분만지급기준 인상: 62,000원(초산), 58,000원(경산) - 레이저 이용수술 급여항목에 포함
1995년	- 자격상실 후 요양기간 연장 3개월→6개월 - 분만비지급기준 인상: 66,000원(초산), 61,000원(경산) - 내시경하 미세추간판 수술급여화
1996년	- 분만비지급기준 인상: 70,000원(초산), 65,000원(경산) - 3자녀 이상 분만급여제한 철폐 - CT급여화 - 진단비용의 본인부담은 외래본인 부담률 적용 - 70세이상 인구에 대한 의원급 정액 본인부담금경감: 3,200원→2,100원
1997년	- 장애인 보장구 급여화: 지체장애인용 지팡이, 시각장애인용 안경, 청각장애인용 보청기, 인공후두 등
1998년	- 장애인 보장구 급여확대: 휠체어, 목발, 시각장애인용 지팡이 등
1999년	- 장애인용 상·하 의지, 보조기, 의안 등 - 콘택트렌즈
2000년	- 65세 이상 본인부담금 경감

또한 고가장비의 급여확대도 급여비를 증가시키는 주요한 요인이라고 할 수 있다. 우선 1996년 1월부터 CT(컴퓨터단층촬영)에 대해 보험급여를 시행하고 있고, 향후 MRI 등 고가장비 보험급여를 추가로 실시할 경우 고가장비를 이용하려는 잠재수요가 보험급여 적용으로 수요가 가시화될 경우 보험자가 부담하여야 할 급여비는 급증할 것으로 보인다. 공무원 및 사립학교 교직원의료보험관리공단과 직장 의료보험에 이미 시행해 오던 본인부담금보상제도를 1998년부터 지역의료보험에 확대하였으며, 이러한 지속적인 급여확대 정책으로 급여비는 더욱 증가하게 될 것이다.

## 第 V 章 給與費의 向後 展望 : 人口構造의 變化를 中心으로

### 第 1 節 診療費의 構成要素別 豫測

진료비와 급여비는 제 II장에서 살펴본 것과 같이 다음과 같은 식으로 나타낼 수 있다.

진료비= 일인당 내원일수×내원일당 진료비×인구구조(인구수)

급여비= 일인당 내원일수×내원일당 진료비×인구구조×급여율

이 식을 연령별로 나누어서 생각해 보면 다음과 같은 식으로 풀어서 정리할 수 있다. 즉 총진료비는 성별 연령별 인구수에 성별 연령별 인구일인당 진료비를 곱한 것의 합과 같다. 또한 성별 연령별 인구일인당 진료비는 성별 연령별 내원일당 진료비, 성별 연령별 일인당 내원일수를 곱한 것으로 나타낼 수 있다. 이것은 다시 이용형태별로 입원, 외래, 약국으로 나뉘고 성별 연령별 인구수와 성별 연령별 이용형태별 내원일당 진료비와 일인당 내원일수를 곱해서 전부 더한 것이 총진료비가 된다. 이를 수식으로 표현하면 다음과 같이 나타낼 수 있다.

$$\text{총진료비} = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^{16} n_{ij} \times m_{ij} \quad (1)$$

$n_{ij}$  :  $i$  성별  $j$  연령별 인구수

$m_{ij}$  :  $i$  성별  $j$  연령별 일인당 진료비

$$i = \begin{pmatrix} 1 : \text{남성} \\ 2 : \text{여성} \end{pmatrix} \quad j = \begin{pmatrix} 1 : 0 - 4 \text{세} \\ 2 : 5 - 9 \text{세} \\ 3 : 10 - 14 \text{세} \\ \vdots \\ 15 : 70 - 74 \text{세} \\ 16 : 75 \text{세 이상} \end{pmatrix}$$

$$\text{총진료비} = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^{16} n_{ij} \times e_{ij} \times u_{ij} \quad (2)$$

$n_{ij}$  :  $i$  성별  $j$  연령별 인구수

$e_{ij}$  :  $i$  성별  $j$  연령별 내원일당 진료비

$u_{ij}$  :  $i$  성별  $j$  연령별 일인당 내원일수

$$\text{총진료비} = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^{16} n_{ij} \times \{ e_{ij}^o u_{ij}^o + e_{ij}^I u_{ij}^I + e_{ij}^p u_{ij}^p \} \quad (3)$$

$$\begin{pmatrix} o : \text{외래} \\ I : \text{입원} \\ p : \text{약국} \end{pmatrix}$$

$m_{ij} = e_{ij} \times u_{ij} = e_{ij}^o u_{ij}^o + e_{ij}^I u_{ij}^I + e_{ij}^p u_{ij}^p$ 의 관계식이 성립한다.

## 가. 인구구성비율의 변화

고령화의 비율이 높아짐에 따라 일인당 진료비가 높아지는 것은 전장에서 분석했다. 고령자의 일인당 진료비가 높다라는 것이 변하지 않고 고령자의 비율이 증가하게 된다면 국민 일인당진료비는 당연히 증가하게 될 것으로 예상된다. 그러면 어느 정도 진료비는 증가하게 되는 것인가? 즉, 인구구성의 비율이 변화하여 고령자의 비율이 증가하는 것이 어느 정도 진료비에 영향을 미치겠는가를 예측하는 것이 필요하다. 인구구조의 변화에 의한 진료비의 증가를 알아보기 위해서 인구당 내원일수와 내원일당 진료비는 2001년 수준을 유지한다라고 하는 가정에서 인구의 고령화에 의한 진료비의 증가를 살펴본다. 이러한 추계는 지금까지 고령자의 진료비의 증가가 다른 연령계층보다도 높다는 사실에 있고, 앞으로도 이러한 경향이 계속된다면 연령계층에 의한 진료비의 차이의 동향을 고정하는 예측은 최소한의 추정치가 될 것이다. 현재의 연령별 성별 일인당 진료비수준이 향후 유지된다고 하는 가정 하에서 인구연령구조의 변화에 의한 진료비의 증가 수준을 살펴볼 수 있다.

<표 V-1>은 연령계층별 성별 일인당 진료비를 나타낸 표이다. 여기서 알 수 있듯이 연령계층에 따라 성별에 따라 일인당 진료비는 커다란 격차를 보이고 있다. 가장 낮은 연령계층은 남자의 경우 20~24세 계층으로 일인당 진료비는 123,345원이고 여성의 경우는 15~19세의 계층으로 일인당 진료비는 140,813원이다. 반면 일인당 진료비가 가장 높은 연령계층은 남자와 여자가 동일하게 70~74세의 연령계층으로 각각 1,119,778원, 1,074,096원으로 나타나고 있다. 이러한 연령별 성별 격차가 향후 진료비의 증가에 어떠한 영향을 미치는 가

를 분석하기 위한 방법으로 연령별 성별 일인당 진료비를 2001년 수준이 불변한다고 가정하고 인구연령구조의 변화만을 고려한 진료비를 추계하고자 한다.

<표 V-1> 年齡別 性別 一人當 診療費

연령	일인당 진료비	
	남	여
0-4세	649,234	570,754
5-9세	308,024	282,402
10-14세	170,870	144,675
15-19세	156,316	140,813
20-24세	123,345	199,838
25-29세	173,087	324,269
30-34세	206,055	311,731
35-39세	251,937	316,175
40-44세	292,856	345,622
45-49세	361,322	440,275
50-54세	493,526	623,704
55-59세	659,009	766,862
60-64세	802,887	874,216
65-69세	951,570	1,008,092
70-74세	1,119,778	1,074,096
75세 이상	1,016,569	832,902

資料: 국민건강보험공단, 『2001 건강보험통계연보』 2002.

이 분석은 인구의 고령화요인만을 고려해서 진료비 장기추계를 하는 것으로 성별 연령별에 따른 일인당 진료비가 상이하다는 점에 주목하여 그것을 조정하는 것이다. 즉 성별 연령계층별 진료비는 일정하다고 가정(2001년 수준)하고 인구연령구성의 변화에 의해서 발생하는 진료비의 변화만을 고려해서 추계하는 것이다.

<표 V-2> 人口構造의 變化만을 考慮한 경우(診療費)

연도	총진료비추계	평균 일인당 진료비
2003년	18,170,083,287천원	392,537원
2004년	18,440,115,051천원	396,268원
2005년	18,720,155,099천원	400,289원
2006년	19,009,302,433천원	404,577원
2007년	19,314,861,715천원	409,288원
2008년	19,623,274,318천원	414,108원
2009년	19,932,131,558천원	418,990원
2010년	20,240,188,530천원	423,915원

<표 V-2>는 인구구조의 고령화의 요인만을 고려하여 추계한 진료비이다. 연령별 성별 일인당 진료비가 2001년 수준으로 유지된다고 하더라도 향후 진료비는 증가하는 것으로 나타났고, 그 증가는 매년 약 3,000억 정도로 추계되었다. 즉 노인인구비율의 증가로 인한 인구구조의 변화로 인해 매년 3,000억 정도의 진료비가 증가하고 이는 평균 일인당 진료비로 바꾸어 생각하면, 매년 평균 일인당 진료비가

4,000원에서 5,000원정도 증가하는 것으로 나타나고 있다.

또한 <표 V-3>은 인구연령구조의 변화만을 고려한 진료비의 추계에 연령별 성별 진료형태별 급여율을 곱하여 구한 급여비의 추계이다. 연령별 성별 일인당 진료비가 불변한다고 해도 급여비는 계속하여 증가하는 것으로 나타났고, 그 규모는 연간 약 2,000억원 정도로 추계되었다. 이는 공단의 부담이 되고 진료비와의 격차 1,000억원은 환자의 본인부담이 된다. 또한 평균 일인당 급여비로 환산하여 생각하면 매년 2,000원에서 2,500정도 증가하는 것으로 나타나고 있다.

<표 V-3> 人口構造의 變化만을 考慮한 경우(給與費)

연도	총급여비추계	평균 일인당 급여비
2003년	13,180,143,509천원	284,737원
2004년	13,376,716,013천원	287,458원
2005년	13,580,229,251천원	290,383원
2006년	13,790,722,552천원	293,509원
2007년	14,013,595,498천원	296,952원
2008년	14,237,953,806천원	300,462원
2009년	14,462,038,998천원	304,004원
2010년	14,685,308,360천원	307,573원

## 나. 인구당 내원일수 예측

일반적으로 수진율과 건당 진료비를 통해서 진료비의 추계를 하는 것은 다른 선진국에서도 사용하고 있는 일반적인 지표이다. 그러나 우리나라에서는 수진건수라는 것이 그다지 커다란 의미를 지니고 있지 못한 것에 대해서 제 III장에서 설명하였다. 따라서 본 연구에서는 일인당 진료일수와 일당 진료비를 이용한 진료비의 추계를 하여 그 증가추세를 살펴보는 것을 하나의 목적으로 한다.

일인당 내원일수는 의료의 수요의 증가를 반영하는 지표로 생각할 수 있다. 물론 이것도 엄밀히 구분한다면 초진에 의한 내원일수 증가에 관해서는 수요측(환자)에 의한 수요의 증가이지만 재진에 의한 내원일수에 관해서는 공급측(의사)에 의한 수요라고 할 수 있다. 그러나 여기서는 이것을 나누어서 추계하지 않고 합하여서 추계하였다.

일인당 내원일수의 증가율과 내원일당 진료비의 증가율을 1996년부터 1999년까지의 연평균 증가율로 사용하는 이유는 1989년 전국민 의료보험이 도입된 후 초기에는 잠재되어 있던 의료수요가 현재화됨으로 인해 일인당 내원일수의 증가가 현저했고, 의료기술도 급속하게 발전하게 됨에 따라 내원일당 진료비도 급속하게 증가했기 때문에 1989년부터의 연평균 증가율을 적용하면 과대추계가 될 가능성이 있다. 또한 보험급여의 범위도 1989년 도입이래 지속적으로 확대되어 왔기 때문에 초기의 수진율과 건당 진료비를 그대로 사용하는 데는 문제가 있다. 특별히 1996년부터의 증가율과 건당 진료비의 연평균 증가율을 적용하는 이유는 급여범위의 확대에서도 확인했던 것과 같이 1996년에 급여의 범위확대가 어느 정도 달성되었다고 할 수 있기 때문이다. 또한 1996년부터 일인당 내원일수나 내원일당 진료비의 증가

율이 다소 완만해졌다고 하는 것도 하나의 이유였다. <표 V-4>과 <표 V-5>는 1996년부터 1999년까지의 입원 및 외래의 일인당 내원 일수 추이를 나타내고 있다.

<표 V-4> 一人當 來院日數 現況(入院)

(단위: 일, %)

	1996년		1997년		1998년		1999년		연평균증가율	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
0-4세	1.003	0.752	0.978	0.754	0.971	0.775	1.100	0.849	0.032	0.032
5-9세	0.250	0.160	0.309	0.204	0.254	0.167	0.260	0.170	0.003	0.003
10-14세	0.236	0.145	0.255	0.159	0.235	0.147	0.225	0.139	-0.003	-0.002
15-19세	0.436	0.231	0.445	0.234	0.421	0.233	0.418	0.232	-0.006	0.000
20-24세	0.528	0.620	0.526	0.599	0.534	0.600	0.480	0.532	-0.016	-0.029
25-29세	0.575	1.175	0.556	1.186	0.571	1.165	0.551	1.143	-0.008	-0.011
30-34세	0.641	0.776	0.653	0.806	0.613	0.774	0.638	0.820	-0.001	0.015
35-39세	0.720	0.582	0.728	0.613	0.734	0.611	0.770	0.648	0.016	0.022
40-44세	0.822	0.623	0.829	0.633	0.815	0.623	0.876	0.692	0.018	0.023
45-49세	1.044	0.808	1.030	0.806	1.057	0.804	1.095	0.849	0.017	0.014
50-54세	1.372	1.027	1.387	1.033	1.327	0.991	1.422	1.055	0.017	0.009
55-59세	1.716	1.205	1.711	1.201	1.811	1.255	1.942	1.354	0.075	0.050
60-64세	2.002	1.482	2.083	1.523	2.097	1.510	2.320	1.692	0.106	0.070
65-69세	2.514	1.834	2.554	1.912	2.608	1.912	2.893	2.146	0.126	0.104
70-74세	2.722	2.097	2.871	2.222	2.872	2.263	3.382	2.556	0.220	0.153
75이상	2.424	1.765	2.649	1.914	2.769	2.061	3.449	2.591	0.342	0.275

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

<표 V-5> 一人當 來院日數 現況(外來)

(단위: 일, %)

	1996년		1997년		1998년		1999년		연평균증가율	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
0-4세	26.466	23.596	27.254	24.494	27.425	25.221	29.434	26.706	0.989	1.037
5-9세	11.579	10659	13.918	12.180	12.040	11.375	13.268	12.629	0.563	0.657
10-14세	5.896	4.761	6.349	5.319	5.990	5.171	6.229	5.496	0.111	0.245
15-19세	4.167	3.470	4.160	3.635	4.374	3.930	4.521	4.285	0.118	0.272
20-24세	3.322	4.962	3.402	5.150	3.599	5.547	3.544	5.618	0.074	0.219
25-29세	3.982	6.246	4.109	6.627	4.362	6.794	4.578	7.428	0.199	0.394
30-34세	4.838	7.579	5.019	7.731	4.879	7.391	5.527	8.339	0.230	0.253
35-39세	5.428	7.962	5.573	8.262	5.743	8.297	6.374	9.084	0.315	0.374
40-44세	6.077	8.718	6.255	8.998	6.232	8.691	7.055	9.681	0.326	0.321
45-49세	7.313	11.030	7.431	11.245	7.592	11.191	8.356	12.172	0.348	0.381
50-54세	8.759	13.912	9.069	14.402	8.921	14.001	10.158	15.598	0.466	0.562
55-59세	10.085	14.902	10.367	15.528	11.362	16.628	13.092	19.025	1.002	1.374
60-64세	11.325	15.934	12.192	17.216	12.859	17.860	15.345	21.360	1.340	1.809
65-69세	12.992	16.592	13.917	18.015	14.829	19.334	18.386	24.128	1.798	2.512
70-74세	13.845	16.089	15.529	18.211	16.708	19.860	21.638	25.442	2.598	3.118
75이상	10.846	9.968	12.586	11.480	14.459	13.279	19.670	18.136	2.941	2.723

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

1996년부터 1999년까지의 일인당 내원일수의 추이를 보면 입원이 연령계층에 따라 -0.029에서 0.342의 범위에서 증가하였고 외래의 경우는 0.111에서 3.118의 범위에서 증가하고 있다. 외래가 상대적으로 높은 증가율을 나타내고 있다. 이는 소득의 증가와 건강에 대한 관심의 증가와 공급자의 유인수요 등에 복합적으로 작용했다고 추정할 수 있다. 특히 60세 이상의 고령자 연령계층에서의 내원일수 증가가 일인당 내원일수의 증가를 주도하고 있었다. 적용인구 중 고령자계층의 증가와 일인당 내원일수의 증가는 향후 진료비증가에 커다란 영향을 미칠 것으로 예측된다.

#### 다. 내원일당 진료비의 예측

내원일당 진료비는 의료 공급의 요인에 의한 증가를 반영하는 지표로 생각할 수 있다. 의료기술의 발달, 고가약처방의 증가나 의료수가가 높은 진료행위로의 이동 등을 반영하는 것이라고 생각할 수 있다. <표 V-6>와 <표 V-7>은 과거 1996년부터 1999년까지의 입원 및 외래의 내원일당 진료비 추이를 나타내고 있다. 내원일당 진료비는 대체적으로 연령계층이 높아지면 질수록 증가하는 것으로 나타나고 있다. 입원에 대해서는 연령계층에 따라 연평균 4,000원에서 10,000원 정도 증가하는 것으로 나타나고 있다. 또한 외래에 대해서는 연령계층에 따라 연평균 700원에서 1,400원정도 증가하는 것으로 나타나고 있다. 이러한 내원일당 진료비의 증가추이는 향후 지속적인 의료기술의 발달이 예상됨으로 지속적인 증가를 보일 가능성이 높다.

<표 V-6> 來院日當 診療費 現況(入院)

(단위: 원, %)

	1996년		1997년		1998년		1999년		연평균증가율	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
0-4세	62,069	59,252	67,235	64,026	75,146	71,720	74,239	71,372	4.057	4.040
5-9세	77,270	77,941	80,220	79,575	92,674	94,128	94,596	97,203	5.775	6.421
10-14세	77,656	81,756	81,597	85,301	96,045	100,049	98,746	102,593	7.030	6.946
15-19세	72,592	71,841	79,546	79,875	90,341	92,023	93,623	94,535	7.010	7.565
20-24세	63,871	75,726	69,643	81,547	79,288	92,830	83,352	96,872	6.494	7.049
25-29세	60,277	78,977	65,523	85,483	72,833	97,676	77,863	102,830	5.862	7.951
30-34세	62,433	75,320	66,242	82,879	73,635	94,283	77,660	99,316	5.075	7.999
35-39세	65,155	74,183	70,207	80,869	77,223	91,231	81,279	95,072	5.375	6.963
40-44세	70,867	77,365	75,922	83,707	83,037	92,556	86,988	96,414	5.374	6.350
45-49세	76,666	80,135	81,842	87,619	89,378	98,572	94,796	102,106	6.043	7.324
50-54세	80,865	80,881	87,113	89,888	95,445	100,676	101,165	106,540	6.767	8.553
55-59세	85,192	82,767	92,748	92,206	102,174	104,111	107,177	111,605	7.328	9.613
60-64세	88,014	83,060	95,319	92,946	106,811	105,759	113,561	113,207	8.516	10.049
65-69세	87,443	80,464	94,551	88,215	105,443	101,686	112,591	109,400	8.383	9.646
70-74세	88,040	77,713	96,544	86,198	107,315	96,730	112,977	104,997	8.312	9.095
75이상	86,064	77,396	95,281	84,228	105,763	93,392	112,352	97,908	8.763	6.837

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

<표 V-7> 來院日當 診療費 現況(外來)

(단위: 원, %)

	1996년		1997년		1998년		1999년		연평균증가율	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
0-4세	7,667	7,560	8,417	8,284	9,483	9,323	10,029	9,840	0.788	0.760
5-9세	9,538	9,344	10,217	9,967	11,563	11,255	12,043	11,697	0.835	0.784
10-14세	10,286	10,058	11,098	10,717	12,674	12,122	13,145	12,509	0.953	0.817
15-19세	12,046	11,421	13,241	12,397	14,800	13,803	15,469	14,211	1.141	0.930
20-24세	13,386	11,441	14,666	12,463	16,418	13,959	17,143	14,500	1.252	1.020
25-29세	13,438	11,337	14,644	12,315	16,316	13,732	16,915	14,320	1.159	0.994
30-34세	14,073	11,773	15,258	12,747	16,913	14,127	17,457	14,699	1.128	0.976
35-39세	14,565	12,316	15,845	13,376	17,455	14,871	17,984	15,474	1.140	1.053
40-44세	15,090	12,785	16,439	13,941	18,229	15,574	18,776	16,097	1.229	1.104
45-49세	15,502	13,399	17,054	14,630	18,932	16,357	19,389	16,870	1.296	1.157
50-54세	16,130	13,849	17,761	15,215	19,847	17,055	20,400	17,681	1.423	1.277
55-59세	16,742	14,186	18,535	15,549	20,646	17,458	21,005	17,996	1.421	1.270
60-64세	16,911	14,400	18,690	15,748	20,855	17,660	21,148	18,073	1.412	1.224
65-69세	17,024	14,388	18,924	15,703	21,048	17,435	20,775	17,642	1.250	1.084
70-74세	16,348	13,812	17,973	15,059	19,918	16,726	19,782	16,954	1.145	1.047
75이상	15,539	13,320	17,164	14,469	18,897	15,960	18,720	16,134	1.060	0.938

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』 각 연도.

## 第 2 節 給與費의 向後 展望

진료비는 입원진료비, 외래진료비, 약국진료비로 구분되어 있다. 우선 앞 절에서 살펴 본대로 진료비의 구성요소를 나타내는 식을 중심으로 장래의 진료비를 추정하고자 한다. 입원과 외래에 대해서는 각각 1996년부터 1999년까지의 연령계층별 성별 일인당 진료비의 연평균증가율을 적용하여 향후 이러한 연평균 증가율이 지속되어 진다는 가정 하에 진료비를 추정하였다. 약국에 대해서는 1996년부터 1999년까지의 연평균 증가율을 적용하기 어렵다. 왜냐하면 2000년 7월부터 시행된 의약분업의 영향으로 약국의 일인당 진료비는 의약분업이전과 비교해서 현격한 증가를 보이고 있기 때문이다. 따라서 약국의 일인당 진료비는 2000년 수준의 연령계층별 성별 일인당 약국 진료비가 향후 유지된다는 가정을 가지고 향후 진료비를 추정하였다. 또한 적용인구에 관해서는 2000년도의 연령별 의료보호인구비율을 각 연령계층에 곱하여 구한 인구를 통계청의 장래인구추계에서 향후 연령별 성별 인구수에서 제외하여, 건강보험적용인구로 추정했다. 여기에 외래와 입원에 대해서는 1996년부터 1999년까지의 연평균증가율을 곱하여 외래와 입원에 대한 진료비를 구하고, 약국에 대해서는 2000년도의 연령별 성별진료비를 그대로 적용하여 약국에 대한 진료비를 구하여 각각을 더함으로 진료비를 추정하였다.9)

9) **연령별 성별 건강보험적용인구추계** = 통계청의 각연도별 연령별 성별 인구추계 × 2000년도 의료보호 대비 연령별 성별 건강보험적용인구비율  
**2002년의 진료비추계** = 연령별 성별 건강보험적용인구수 × {(연령별 성별 입원진료비(2001)×연령별 성별 입원진료비의 연평균증가율) + (연령별 성별 외래진료비(2001)×연령별 성별 외래진료비의 연평균증가율) + 2001년도의 연령별 성별 약국진료비}

<표 V-8> 健康保險 適用人口 推定値

(단위: 천명)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
전체	46,289	46,534	46,767	46,986	47,191	47,387	47,572	47,746
0-4세	2,915	2,834	2,752	2,681	2,638	2,600	2,567	2,539
5-9세	3,334	3,242	3,150	3,055	2,946	2,858	2,779	2,697
10-14세	3,200	3,287	3,347	3,361	3,327	3,253	3,163	3,074
15-19세	3,068	2,966	2,935	2,966	3,042	3,131	3,216	3,276
20-24세	3,963	3,902	3,749	3,535	3,324	3,159	3,054	3,022
25-29세	3,876	3,795	3,792	3,868	3,948	3,976	3,915	3,762
30-34세	4,370	4,356	4,283	4,148	3,985	3,852	3,772	3,769
35-39세	4,048	4,071	4,131	4,198	4,273	4,308	4,294	4,223
40-44세	4,176	4,148	4,094	4,048	4,000	3,969	3,994	4,053
45-49세	3,456	3,683	3,834	3,955	4,060	4,114	4,088	4,036
50-54세	2,479	2,580	2,777	3,007	3,185	3,401	3,627	3,777
55-59세	2,034	2,129	2,218	2,272	2,345	2,407	2,508	2,703
60-64세	1,830	1,822	1,814	1,816	1,849	1,920	2,012	2,098
65-69세	1,465	1,516	1,548	1,586	1,631	1,651	1,646	1,640
70-74세	966	1,023	1,092	1,161	1,218	1,271	1,317	1,347
75이상	1,108	1,180	1,252	1,329	1,421	1,516	1,620	1,731

<표 V-9> 一人當 入院診療費 推定(男)

(단위: 원)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
0-4세	109,455	117,339	125,486	133,895	142,566	151,500	160,695	170,153
5-9세	31,344	33,358	35,408	37,495	39,617	41,775	43,969	46,199
10-14세	25,671	26,860	28,000	29,092	30,136	31,131	32,077	32,976
15-19세	43,548	45,558	47,484	49,328	51,088	52,766	54,360	55,872
20-24세	37,699	38,359	38,812	39,060	39,102	38,939	38,570	37,995
25-29세	48,648	50,821	52,901	54,887	56,781	58,580	60,287	61,900
30-34세	56,506	59,511	62,505	65,487	68,458	71,418	74,366	77,303
35-39세	75,149	81,045	87,118	93,369	99,796	106,401	113,183	120,143
40-44세	92,158	98,976	105,990	113,198	120,601	128,199	135,992	143,980
45-49세	119,736	128,297	137,063	146,033	155,207	164,586	174,170	183,957
50-54세	174,561	186,680	199,025	211,595	224,391	237,412	250,658	264,131
55-59세	264,943	290,426	317,012	344,702	373,495	403,392	434,392	466,495
60-64세	343,854	380,744	419,437	459,932	502,230	546,331	592,235	639,941
65-69세	422,783	467,023	513,381	561,857	612,452	665,165	719,996	776,946
70-74세	554,857	620,633	690,068	763,161	839,912	920,322	1,004,391	1,092,117
75이상	588,878	675,992	769,093	868,182	973,258	1,084,321	1,201,371	1,324,409

<표 V-10> 一人當 入院診療費 推定(女)

(단위: 원)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
0-4세	438,226	478,004	519,340	562,235	606,688	652,699	700,270	749,398
5-9세	239,894	262,052	285,150	309,189	334,167	360,085	386,944	414,742
10-14세	125,652	134,742	144,044	153,556	163,281	173,216	183,363	193,722
15-19세	103,401	111,870	120,608	129,615	138,891	148,437	158,251	168,335
20-24세	77,454	83,672	90,075	96,664	103,438	110,397	117,542	124,872
25-29세	114,823	125,623	136,884	148,605	160,786	173,427	186,529	200,091
30-34세	134,449	146,839	159,747	173,174	187,118	201,580	216,561	232,060
35-39세	159,928	175,668	192,127	209,306	227,203	245,820	265,156	285,211
40-44세	175,577	193,154	211,532	230,711	250,690	271,471	293,052	315,434
45-49세	203,295	223,598	244,801	266,905	289,910	313,815	338,622	364,330
50-54세	264,769	293,017	322,592	353,495	385,725	419,283	454,169	490,382
55-59세	349,763	395,858	444,802	496,595	551,236	608,726	669,064	732,252
60-64세	410,903	468,570	530,023	595,260	664,283	737,090	813,682	894,059
65-69세	475,244	543,070	615,393	692,213	773,530	859,343	949,653	1,044,459
70-74세	548,589	634,021	725,401	822,727	926,001	1,035,221	1,150,389	1,271,504
75이상	475,782	559,565	649,587	745,848	848,346	957,084	1,072,059	1,193,273

<표 V-9>과 <표 V-10>는 일인당 입원진료비를 연령계층별 성별로 나누어서 각각 추정한 결과를 나타내고 있다. 연령계층별로 살펴보면 남성과 여성 모두 고령자 연령계층에서 급격한 증가를 보이고

있다. 남성의 경우는 70세 이상의 연령계층에서 여성의 경우는 60세 이상의 연령계층에서 증가세가 뚜렷하게 나타나고 있다. 이는 고령인구의 증가에 있어서 남정보다는 여성이 많은 비율을 차지하고 있음에서 기인하고 있는 것으로 판단된다.

<표 V-11> 一人當 外來診療費 推定(男)

(단위: 원)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
0-4세	84,549	91,376	98,466	105,817	113,431	121,306	129,444	137,844
5-9세	22,952	24,681	26,455	28,273	30,137	32,045	33,998	35,996
10-14세	17,622	18,434	19,218	19,975	20,705	21,407	22,082	22,729
15-19세	28,801	30,716	32,632	34,549	36,467	38,387	40,307	42,229
20-24세	49,128	48,526	47,510	46,082	44,241	41,986	39,318	36,237
25-29세	133,455	140,567	147,508	154,280	160,881	167,312	173,574	179,665
30-34세	106,930	115,840	124,985	134,365	143,979	153,827	163,910	174,228
35-39세	82,338	89,977	97,920	106,167	114,718	123,573	132,732	142,194
40-44세	87,869	95,511	103,442	111,664	120,176	128,979	138,071	147,454
45-49세	107,625	115,957	124,486	133,214	142,139	151,263	160,585	170,104
50-54세	146,345	157,614	169,044	180,636	192,389	204,303	216,378	228,615
55-59세	207,042	229,218	252,351	276,441	301,490	327,495	354,459	382,379
60-64세	267,244	297,039	328,235	360,833	394,833	430,235	467,039	505,244
65-69세	341,598	380,957	422,324	465,700	511,083	558,475	607,874	659,282
70-74세	414,854	456,364	518,658	574,735	633,596	695,240	759,667	826,877
75이상	416,646	474,760	536,640	602,287	671,701	744,881	821,828	902,541

<표 V-12> 一人當 外來診療費 推定(女)

(단위: 원)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
0-4세	397,255	434,566	473,455	513,920	555,961	599,578	644,772	691,542
5-9세	227,243	249,500	272,787	297,104	322,451	348,828	376,235	404,672
10-14세	111,246	121,076	131,306	141,937	152,968	164,400	176,233	188,466
15-19세	104,813	115,376	126,445	138,018	150,097	162,681	175,770	189,363
20-24세	132,110	143,771	155,879	168,433	181,433	194,880	208,773	223,112
25-29세	182,476	200,196	218,699	237,985	258,055	278,908	300,544	322,964
30-34세	186,192	201,311	216,923	233,030	249,630	266,725	284,315	302,398
35-39세	211,133	230,557	250,769	271,769	293,556	316,132	339,495	363,647
40-44세	225,463	245,083	265,411	286,448	308,193	330,647	353,810	377,682
45-49세	276,300	300,714	326,009	352,186	379,244	407,184	436,005	465,707
50-54세	380,477	417,085	455,129	494,609	535,525	577,877	621,665	666,890
55-59세	473,688	533,137	596,077	662,507	732,427	805,838	882,740	963,132
60-64세	523,421	593,733	668,475	747,646	831,247	919,277	1,011,738	1,108,628
65-69세	593,299	676,842	765,832	860,270	960,156	1,065,489	1,176,270	1,292,498
70-74세	614,914	709,253	810,121	917,517	1,031,442	1,151,896	1,278,879	1,412,391
75이상	433,419	505,483	582,655	664,934	752,322	844,817	942,421	1,045,132

<표 V-11>과 <표 V-12>은 일인당 외래진료비를 연령계층별 성별로 나누어서 각각 추정한 것이다. 외래에 있어서도 입원과 마찬가지로 고령자 연령계층에서 증가추세가 뚜렷한 것으로 나타나고 있다.

<표 V-13> 一人當 來院日數, 來院日當 診療費를 考慮한 診療費 推計

연도	총진료비추계(천원)	평균 일인당 진료비(원)
2003년	21,342,055,148	461,062
2004년	23,414,617,120	503,167
2005년	25,654,227,378	548,559
2006년	28,071,017,690	597,439
2007년	30,695,754,328	650,452
2008년	33,511,105,984	707,181
2009년	36,525,075,271	767,787
2010년	39,751,024,509	832,555

<표 V-13>는 향후 총진료비의 추이를 나타내고 있는데, 2003년에는 총진료비가 21조 3,420억원에 이르고 2010년에는 1.86배 증가한 39조 7,510억원에 이를 것으로 추정되었다. 이를 평균 일인당 진료비로 바꾸어서 생각하면, 2003년도에는 461,062원으로 예상되는 평균 일인당 진료비가 2010년에는 1.81배 증가한 832,555원으로 예상되고 있다.

<표 V-14>은 총진료비를 연령별로 나누어서 나타낸 것이다. 35세 이상의 연령계층에서 증가세가 뚜렷하게 나타나고 있다. 특별히 75세 이상의 연령계층에서는 2003년에는 1조 2,777억원이었던 진료비가 2010년에는 3.23배 증가한 4조 1,225억원으로 증가하고 있다. 이는 75세 이상 연령계층의 인구가 증가한 것도 있지만, 이 연령층에서의 일인당 내원일수, 내원일당 진료비의 증가추세가 다른 연령계층보다 높게 나타나고 있음을 의미한다.

<표 V-14> 年齡別 總診療費의 推定

(단위: 억원)

	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
전체	213,421	234,146	256,542	280,710	306,958	335,111	365,251	397,510
0-4세	20,361	21,094	21,792	22,557	26,553	24,595	25,700	26,861
5-9세	11,371	11,837	12,291	12,716	13,063	13,478	13,913	14,322
10-14세	5,720	6,219	6,692	7,088	7,390	7,597	7,759	7,907
15-19세	5,240	5,405	5,694	6,113	6,648	7,243	7,860	8,445
20-24세	7,063	7,296	7,340	7,228	7,086	7,009	7,039	7,227
25-29세	10,938	11,416	12,143	13,159	14,227	15,142	15,723	15,909
30-34세	12,900	13,708	14,330	14,725	14,992	15,340	15,873	16,745
35-39세	13,299	14,369	15,628	16,992	18,466	19,835	21,025	21,939
40-44세	15,349	16,313	17,192	18,122	19,055	20,082	21,440	23,053
45-49세	15,847	18,032	19,993	21,930	23,898	25,671	26,983	28,137
50-54세	15,912	17,696	20,318	23,433	263,675	29,865	33,750	37,166
55-59세	17,362	19,797	22,421	24,904	27,794	30,782	34,517	39,951
60-64세	18,622	20,320	22,091	24,088	26,628	29,957	33,929	38,142
65-69세	17,531	19,923	22,276	24,917	27,883	30,638	33,050	35,546
70-74세	13,129	15,724	18,178	21,267	24,450	27,893	31,472	34,934
75이상	12,777	15,299	18,163	21,472	25,458	29,983	35,219	41,225

<표 V-15> 一人當 來院日數, 來院日當 診療費를 考慮한 給與費 推計

연도	총급여비추계(천원)	평균 일인당 급여비(원)
2003년	15,454,518,861	333,871
2004년	16,944,531,636	364,128
2005년	18,554,714,727	396,751
2006년	20,293,460,638	431,908
2007년	22,183,298,246	470,071
2008년	24,209,793,258	510,896
2009년	26,378,444,812	554,496
2010년	28,699,326,013	601,085

<표 V-15>는 <표 V-14>의 진료비 추계에 연령별 성별 진료형태별 급여율을 곱하여 구한 향후 급여비의 추계이다. 2003년에는 총급여비가 15조 4,545억원에 이르고, 2010년에는 1.86배 증가한 28조 6,993억원에 이를 것으로 추정되었다. 이는 총진료비의 증가율과 동일하다. 평균 일인당 급여비를 살펴보면 2003년도에는 333,871원으로 예상되고, 2010년에는 601,085원으로 증가할 것으로 예상된다. 이는 매년 평균 일인당 급여비가 30,000원에서 45,000원정도씩 증가하는 것을 의미한다. 또한 65세 이상의 연령계층이 차지하고 있는 진료비와 급여비의 비중은 매년 증가하는 것으로 예상된다. 2003년도의 노인진료비는 4조 3,437억원으로 예상되지만, 2010년도에는 2.57배 증가한 11조 1,705억에 이를 것으로 추계되었다. 이는 다른 연령계층과 비교하여 급속하게 증가하는 고령자의료비를 반영하고 있는 것으로 판단된다. 또한 2003년도의 총진료비 가운데 65세 이상의 연령계층이

차지하고 있는 진료비의 비중은 20.35%로 예상되지만, 2010년도에는 28.10%로 증가할 것으로 추계되었다. 또한 총급여비에 대해서는 2003년도에는 20.95%에서 2010년도에는 29.06%로 증가할 것으로 추계되었다. 향후 이러한 고령자의 진료비 증가에 대한 대책이 마련되어야 한다.

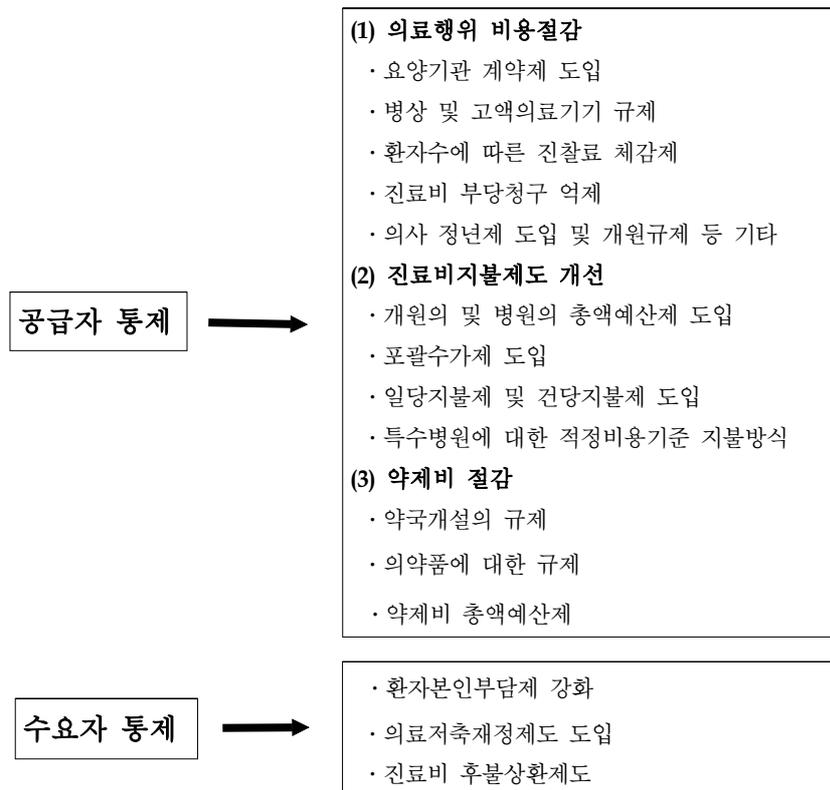
<표 V-16> 65歲以上 高齡者의 診療費와 給與費

연도	65세이상 노인진료비	총진료비에서 차지하는 비중	65세이상 노인급여비	총급여비에 차지하는 비중
2003년	4,343,705,267천원	20.35%	3,238,168,328천원	20.95%
2004년	5,064,516,262천원	21.63%	3,776,645,139천원	22.29%
2005년	5,861,749,084천원	22.85%	4,372,254,049천원	23.56%
2006년	6,765,675,901천원	24.10%	5,047,516,065천원	24.87%
2007년	7,779,117,880천원	25.34%	5,804,745,587천원	26.17%
2008년	8,851,366,047천원	26.41%	6,606,239,351천원	27.29%
2009년	9,974,045,099천원	27.31%	7,446,002,216천원	28.23%
2010년	11,170,477,488천원	28.10%	8,341,193,598천원	29.06%

## 第 VI 章 先進國의 診療費 抑制政策

건강보험의 역사가 오래된 선진국에서도 높아가는 생활수준과 증가하는 의료수요 속에서 진료비의 지속적인 급증현상이 주요한 사회경제적 문제로 자리잡고 있다. 인구고령화, 평균수명의 증가, 질병구조의 변화, 의료기술의 진보 등의 자연적인 증가요인과 의사수 및 의료공급주체의 증가, 소득향상 등으로 인한 수요증가 등에 의해 진료비가 급격히 증가하게 되었고 이는 건강보험의 재정을 악화시키는 것으로 나타나고 있다. 따라서 다양한 진료비의 억제를 위한 대책을 마련하는 데에 많은 노력을 하고 있는 것이 각 국의 일반적인 현상이다.

[그림 VI-1] 先進國의 診療費支出抑制



## 第 1 節 日本

일본에서는 의료보험제도의 재정불안을 해결하기 위하여 의료제도의 근본적인 개혁을 구상하고 있다. 이러한 의료보험제도의 개혁은 의료공급체계의 개혁과 재정측면에서의 개혁으로 나눌 수 있다. 일본은 2015년에 고령화율은 25%를 넘어 인구 4명 중 1명이 65세 이상의 노인이라고 하는 본격적인 고령화 사회가 도래할 것이 예상되고 있다. 이러한 인구의 고령화와 소자녀화, 의료기술의 고도화는 장래의 의료보험제도의 재정을 악화시킬 뿐만아니라 제도자체의 존속이 어려워 질수 있다. 이러한 위기에 대응하기 위하여 재정측면에서의 의료보험제도를 중점적으로 개혁하고, 의료공급체계의 개혁은 이를 지원하는 형태로 이루어지고 있다.

1997년 8월에 후생성이 제시한 개혁안은 질 높은 의료서비스의 효율적 제공, 급여와 부담의 공평, 의료비의 적정화란 원칙 하에 고령자에 대한 방안을 두 가지로 나누고 있다. 제 1 안은 건강보험과 국민건강보험을 통합하여 모든 국민이 가입하는 지역의료보험제도의 창설로서 정액본인부담과 정률본인부담 등이 고려되고 있고, 보험료는 피용자, 사업주가 동일하며, 국고보조는 본인의 보험료와 동액을 부담하는 것으로 되어 있다. 제 2 안은 현행대로 피용자보험과 국민건강보험의 2원 체제를 유지하면서 피용자보험의 보험료는 총보수제로 전환하고 국고보조는 폐지하는 것으로 되어 있다. 국민건강보험의 경우 보험료는 현행대로 하고 국고보조는 제 1 안과 동일하게 구성 되어 있다.

일본 국민의료비가 GDP에서 차지하는 비율은 다른 서구 유럽국가들과 비교하여 상대적으로 낮은 수준이다. 그러나 향후 급속한 고령화의 진전을 감안한다면 급속한 의료비증가는 피할 수 없을 것이다.

현재의 국민의료비는 계속해서 증가하고 있어서 후생성의 예측으로는 지금의 증가추세가 지속된다면, 2025년에는 104조엔에 이를 것으로 보여진다. 또 의료비의 증가에 의해 보험자의 재정은 어려워지고 재원조달대책으로써 환자본인부담의 증가 등으로 대처한다고 하더라도 한계가 있기 때문에 의료비억제를 위한 대책이 필요하다. 의료제도개혁은 단지 의료기관 등의 공급자측의 문제뿐만 아니라 수요자인 환자·보험자도 책임을 다하는 등 의료기관과 협력해서 개혁해야 하는 문제이다. 의료개혁의 국가정책으로는 ①진료수가체계의 개선: 현행 행위별 수가제도에서 정액지불제도에의 이행과 확대, ②약가 제도의 개선: 약가 차액의 해소를 위해 다소 문제가 있지만 급여 기준액 제로의 이행, ③고령자의료보험제도창설: 여러 가지 방안들이 있어서 앞으로 신중하게 검토해야 할 필요가 있다. 그렇지만 적어도 10%의 본인부담이 필요하다. 의료비 억제를 위해서는 이러한 공급자측을 중심으로 한 개혁이 반드시 필요하지만, 이와 함께 의료개혁을 비롯한 환자 측에 있어서도 지금까지 모든 것을 의사에게 맡기는 의료를 개선하여 환자주체의 의료로 의식을 전환하는 필요가 있다. 이를 위해서 환자 및 대리인인 보험자의 기능강화를 도모하는 것이 중요하게 대두되었다. 더욱이 보험자(환자)기능강화를 위해 ①의료정보의 공개: 진료행위의 적합함을 판단하기 위한 진료지침의 표준화를 추진, ②제3자 평가기관의 창설: 환자에게 의료기관을 선택하는 수단이 되는 객관적인 정보를 제공, ③심사지불기금의 기능강화: 전자매체로의 이행, 민간위탁 등에 의한 심사기능강화, ④심사기관의 창설: 문제의료기관에 실사를 실시, ⑤보험자의 보험의료기관지정·해제 권한 취득: 의료비의 지불자인 보험자가 권한을 행사하는 등이 제안되었다.

## 第 2 節 獨逸

독일의 의료보험 재정수지를 살펴보면 1989년 의료구조법에 의해 보험급여비가 전년도 대비 다소 하락하였으나, 1990년경부터는 의료비가 다시 현저하게 상승하기 시작하여 1991년에는 급여비 증가율이 10.6%로 피보험자의 임금상승률 5.0%의 2배 이상 증가하였다. 그 결과 1991년에는 의료보험 전체에서 약 56억 마르크의 적자를 기록하였고, 1992년에는 전 금고의 평균 보험료율이 12.74%에 이르렀다. 1995년에는 구 서독지역에서 약 50억 마르크의 적자가 발생하였다. 1996년의 평균보험료율도 서독지역에서는 13.2%에서 13.5%로, 동독지역에서는 12.8%에서 13.7%로 상승하였다. 특이할 만한 점으로는 의료보험의 재정이 구동독지역과 서독지역으로 양극화되어 있다는 점이다. 구서독지역은 1997년에 이에 1998년에도 약간의 흑자를 보이었으나, 구동독지역의 경우 지속적으로 적자를 기록하고 있다. 구서독지역의 흑자배경은 보험료율 인상이라 할 수 있다. 지출증가율정도의 수입증가율이 동반되어 약 11억마르크의 흑자를 나타낸 것이다. 반면, 구동독지역의 경우 수입은 1.5% 증가하였지만, 지출은 약 0.9% 증가하였다. 지출증가의 원인을 구체적으로 살펴보면 1990년대 초반의 경우 인구의 고령화와 그에 따른 질병구조의 변화, 의료기술의 진보 등에 원인이 있는 것으로 판단되었으나, 그 이외에도 의료수요 및 공급체계가 비효율적이고 공급구조의 비경제성 또한 개혁대상으로 지적되었다. 1996년 적자는 전과는 약간 다르게 택시이용에 따른 교통비, 건강증진급여, 가사원조 등에 적자의 원인이 돌려졌고 보험재정의 구조적인 비경제성이 제기되기에 이르렀다. 1998년의 경우는 병원부문에서 약 3.4%, 약제부문에서 약 4.8% 증가하였다. 치과보철은

약 30%의 감소를 가져왔는데, 급여의 질을 현저하게 저하시킨 것으로 간주되었다. 이러한 재정적자를 억제하기 위하여 다각적인 대책이 강구되어왔다.

<표 VI-1> 獨逸의 公的醫療保險 收支의 推移

구 서독	수입합계	지출				수지
		합계	현물급여	현금급여	관리비	
1989	139,682	129,927	112,426	10,815	6,572	9,755
1990	147,753	141,654	122,182	12,056	7,276	6,099
1991	154,221	159,814	137,904	13,730	7,927	-5,593
1992	167,778	176,876	153,207	14,643	8,680	-9,098
1993	184,420	175,362	151,519	14,573	8,773	9,058
1994	191,163	188,279	163,025	15,438	9,277	2,885
1995	196,625	201,588	172,680	17,609	9,672	-4,963
1996	202,241	207,578	179,031	17,361	10,350	-5,337
1997	205,037	203,340	177,929	14,202	10,296	1,697
1998	208,641	207,474	182,073	13,700	10,913	1,168
1999	214,818	213,245	186,844	13,989	11,526	1,573
2000	220,265	218,241	191,529	13,932	11,767	2,025
구 동독						
1991	26,003	23,230	20,476	1,457	1,290	2,773
1992	33,364	33,620	29,439	2,271	1,876	-256
1993	37,772	36,419	31,137	2,903	2,338	1,353
1994	41,176	41,319	35,425	3,347	2,447	-143
1995	38,752	40,945	34,877	3,649	2,331	-2,194
1996	41,004	42,614	36,275	3,756	2,452	-1,610
1997	41,699	41,713	36,066	3,153	2,328	-14
1998	41,215	41,841	36,226	2,936	2,422	-626
1999	41,792	42,809	37,344	2,798	2,499	-1,017
2000	41,441	43,495	38,225	2,637	2,502	-2,054

<표 VI-2> 疾病金庫種類別 保險料率 推移 (年間平均)

	공적의료 보험 합계	지구 질병금고	기업 질병금고	동업조합 질병금고	대채금고	
					노동자	직원
구서독						
1991년	12.20	12.75	10.84	11.94	11.01	12.04
1992년	12.74	13.46	11.33	12.54	11.10	12.37
1993년	13.41	14.05	11.86	13.27	12.39	13.18
1994년	13.23	13.62	12.00	12.89	12.43	13.30
1995년	13.24	13.57	12.20	12.71	13.18	13.29
1996년	13.47	13.83	12.59	13.11	12.97	13.45
1997년	13.50	13.66	12.70	12.98	13.00	13.73
1998년	13.54	13.66	12.80	13.01	13.03	13.82
1999년	13.54	13.66	12.73	13.39	13.43	13.76
2000년	13.51	13.74	12.55	13.66	13.63	13.71
2001년	13.50	13.86	12.48	13.73	13.65	13.70
구동독						
1991년	12.80	12.80	12.80	12.80	12.80	12.80
1992년	13.61	12.80	11.81	12.45	12.00	12.54
1993년	12.62	13.11	11.71	12.14	11.86	12.19
1994년	12.95	13.43	11.70	11.98	11.81	12.84
1995년	12.82	13.49	11.39	11.86	12.00	12.59
1996년	13.53	14.17	12.47	12.97	11.69	13.23
1997년	13.89	14.29	12.93	13.48	12.89	13.85
1998년	13.93	14.32	12.94	13.62	12.99	13.89
1999년	13.88	14.23	12.97	13.73	13.47	13.83
2000년	13.81	14.22	12.66	13.81	13.65	13.79
2001년	13.67	14.06	12.47	13.88	13.66	13.79

독일의 의료보험정책은 1977년 제 1차 의료보험비용억제법(KVKG)에 의해 확대에서 억제 방향으로 정책이 전환되었다. 그 내용은 보험의 진료수가인상규제, 환자부담의 강화, 질병금고간의 재정조정 등이 있다. 그 이러한 기능을 강화하기 위해서 1982년 제 2차 의료보험비용 억제법이 시행되어, 경미한 의약품을 보험급여의 대상에서 제

외하고, 의치 급여율을 인하하고 의약품의 투명화 리스트의 도입 등이 이루어졌다. 또한 동시에 의원의료비 억제법이 시행되어 약제비, 입원의 일부부담의 인상과 재택간호급여의 도입, 고액의료기기도입의 규제강화 등 강력한 의료비억제정책이 실시되었다.

이 이외에도 병원경영의 합리화를 추진하는 것을 목적으로 한 병원재정 개편법(1985년)과 보험의수의 조절을 목적으로 한 보험의 수요계획 개선법(1976년), 연방의사법의 개정(1985년)이 시행되고 의료공급조절정책이 나왔지만 병원에서 필요로 한 비용은 질병금고가 부담한다는 실비보상 원리가 유지되었기 때문에 병원비용의 억제정책으로써 유효한 기능을 하지 못했다. 따라서 비용억제의 효과는 단기 간만 유지되고 수 년 후에는 새로운 대응이 필요하게 된다.

이러한 상황가운데 근본적인 구조개혁을 해야 한다는 주장에 커지게 되어 1989년에 의료보험 개혁법(GRG)이 제정되었다. 그러나 GRG는 비용억제정책의 성격을 남겨두었고 구조개혁으로써 불충분했다는 비판이 계속되었다. 또 GRG의 제정이후에도 1991년과 1992년에는 다시 의료비가 급속하게 증가되었기 때문에 그 이후 1993년의 의료보험구조법(GSG), 1997년에는 제 3차 의료보험개혁으로써 일련의 구조개혁입법이 이어서 제정되었다. 더욱이 1998년 가을의 정권교체와 함께 1999년부터 환자의 본인부담을 개정한 것에 이어 2000년 1월부터는 의료보험개혁 2000이 시행되었다.

#### (1) 의료보험구조법(GSG)

의료공급구조의 개혁은 입원요양비제도의 근본적인 개혁과 보험의 수의 제한으로 이루어졌다. 입원요양비에 대해서는 실비보상원리에 기초하여 질병금고와의 협정에 의해 각 병원마다 질병의 종류나 치

료내용에 상관없이 환자 일인당 일당 정액의 형태로 규정되어 있다. 구체적인 금액은 병원에서 필요로 하는 경비와 이용상황의 예측에 기초한 예산에 따라 산정되어 예산과 실제 비용과의 차이가 발생할 경우에는 다음 연도의 예산을 조정하는 것으로 되어 있다. 이러한 시스템에서는 병원 측의 경비절감의 인센티브가 없는 것과 함께 과잉진료를 유도할 가능성도 내포하고 있다. 이 때문에 GSG는 특별히 외과부문을 중심으로 실비보상원칙을 폐지하고 한 건당 포괄지불 및 특별수가를 채용하고 있다.

또 보험의수의 제한에 대해서는 의사과잉지역에 있어서 보험의의 허가제한을 강화하는 것과 함께 68세에 보험의 허가가 종료하는 보험의 정년제가 1999년부터 도입되게 되었다.

또한 질병금고선택권의 확대 및 위험구조조정 등의 구조개혁과 함께 급등하는 의료비를 억제하기 위한 조치도 이루어졌다. 구체적으로는 입원의료비에 대한 고정예산제의 도입 및 약제와 각종 요법에 관한 예산제의 도입이다. 이러한 도입은 1993년~1996년까지 이어졌다.

## (2) 제 3차 의료보험개혁

의료보험구조법(GSG)는 다시 급등하기 시작한 의료비를 억제하는데 일단 성공을 거두었다. 그러나 그 효과는 GRG와 같이 오래 지속되지 못했다. 1995년에는 다시 의료비의 증가가 보험료수입의 기초가 되는 근로자의 평균임금상승률을 상회하여, 보험료의 인상이 불가피하게 되었다. 1995년~1996년에 걸쳐서 독일은 경기가 침체되는 가운데 실업자가 400만명에 달하게 되는 전후 최악의 실업률을 기록하였다. 그 대책으로써 1996년 연립여당에 의해 투자와 고용의 확보를 위해 50항목에 이르는 경제성장과 고용확대 프로그램이 책정되었다. 그

내용에는 규제완화와 세제개혁, 고용제도개혁과 함께 독일의 기업입지의 관점에서 임금이외의 비용의 삭감도 중요한 목표가 되어 연금보험, 의료보험 등의 보험료의 인하가 요구되었다. 이러한 배경 가운데 더욱 의료보험개혁이 필요하게 되어 1996년 11월에 보험료율 산정을 규정한 제 1차 재편법이, 그리고 이듬해 6월에는 제 2차 재편법이 성립하여 제 3차 의료보험개혁으로써 양법안도 함께 1997년 7월 1일부터 시행되게 되었다. 개정의 핵심은 (1) 보험료율 인상의 어려움, (2) 진료수가에 관한 변경, (3) 당사자 자치의 우선, (4) 치과보철의 보험진료상의 기본적 변경 등을 들수 있다.

### (3) 의료보험개혁 2000

#### ① 총액예산제

보험급여의 증대를 억제하고 보험료의 안정을 도모하기 위해 2000년 개혁까지의 잠정조치로써 보험의, 치과보험의, 병원 및 약제에 대한 지출에 대해서 각각 예산제에 의한 법적 규제가 강화되었다.

보험의의 1999년의 진료수가총액에 대해서는 1997년의 총수가액에 1998년의 기초임금(한국의 표준보수에 해당)의 증가율을 더한 금액으로 정해졌다. 이것은 의사의 수입을 일반의 소득의 증가율에 맞추는 생각에 기초하고 있다.

병원에 대해서는 1998년의 당초 예산을 기초로 하여 1999년의 기초임금증가율을 상한으로 규정하고 있다.

약제에 대해서는 1996년의 지출액의 7.5%로 되었다. 이것을 초과하는 경우에는 의사에 대해서 예산의 5%를 상한으로 상환청구가 이루어지도록 되어 있다. 같은 조치가 1993년의 GSG에도 설정되어 있었지만 그 후에 진료과목에 따라서 약제처방에 차이가 있는 등의 이유

로 주마다 진료과목별로 약제처방의 기준치를 규정하는 등의 변경이 이루어 졌다. 그러나 그것도 정보부족으로 인해 지연되었기 때문에 원래의 형태로 되돌아갔다. 즉 총지출의 증가를 종래의 국내총생산의 증가의 범위 내로 억제하려고 했던 방식에서 기준임금의 증가율에 맞추는 방식으로 변경되었다.

## ② 약제의 Positive List 작성

약효가 의심스러운 의약품에 약 60억 마르크 정도가 남용되는 것으로 판단하여 약제급여비를 억제하기 위해서 유통되는 약 12만종의 의약품을 선별하여 Positive List를 작성함으로써 List에 포함되지 않는 약품에 대해서는 질병금고가 부담하지 않게 하는 제도이다. 이 구상은 1993년의 GSG에도 포함되어 있었지만, 제약업계와 개업의의 반대로 실시가 연기되었다. 진료범위의 축소가 우려되지만, 재정보호에 우선점이 주어지고 있다.

## ③ 가정의의 강화

보험진료자격을 가지고 있는 의사라면 누구에게나 진료를 받을 수 있는 현행 제도 하에서는 진료쇼핑에 의해 중복검사나 불필요한 통원이 초래되는 등 외래진료에 의료남용의 여지가 있으므로 가정의 제도를 강화하여 피보험자는 우선적으로 가정의의 진료를 받고 필요하면 전문의의 소개를 받는 제도이다. 강제조항이 아니고 이러한 규정을 따르는 피보험자의 경우 보험료 할인 등 제도적인 인센티브를 부여함으로써 외래의 보험급여비를 줄이고자 하는 제도이다. 그러나 가정의를 통해 전문의에게 가는 것은 경제적, 시간적으로 이중의 부담을 내포하고 있기도 하다.

#### ④ 병원부문 재정시스템의 개혁

현재 병원은 이원화된 재정시스템으로 구성되어 있다. 경상비용은 질병금고가 부담하는 진료보수이며 투자비용은 주 정부로부터의 공적보조로 조달되는 시스템이다. 이것을 질병금고만이 부담하는 일원화된 재정시스템으로 전환하려고 하고 있다. 주의 부담경감을 교환조건으로 병원에 대한 주의 권한을 축소해서, 과잉병상을 초래하고 있는 주의 병원계획 등에 대한 질병금고의 관여를 강화해서 독일식의 DRG를 추진하기 위한 개혁이다.

#### ⑤ 그 외

외래의료와 입원의료의 연계강화, 외래의료에 있어서 과잉진료의 해소, 치과의 예방강화, 병원의 진료수가체계의 개혁, 재활의 강화, 피보험자의 건강증진활동의 강화, 공적의료보험과 민간의료보험의 경쟁에 의한 모순의 시정, 환자의 권리 및 환자보호의 강화 등이 있다.

### 第 3 節 프랑스

의료비억제대책에도 불구하고 1970년대에 1980년대 전반까지 프랑스의 의료비는 연평균 두 자리수 증가를 기록하였다. 의료공급측면의 억제대책이 1980년대 후반에 도입되어 의료비 증가율이 비로소 한자리수로 떨어지고 1994년 3%, 1995년 4.6%로 비로소 낮은 수준을 유지하였다. 그럼에도 불구하고 의료보험재정은 1990년대에 들어와 급격하게 악화되어 의료비 지불기금의 운영자금이 최저로 떨어져 차입금에 의존하는 형태가 지속되고 있다.

<표 VI-3> 總醫療費의 推移(1990년~2000년)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
시설병 원의료	249314	262091	279490	295263	306998	322112	331686	336011	343361	349765	362508
통원 진료	144801	154108	163589	171097	172380	180810	184341	187151	194058	200136	208994
이송	6891	7683	8480	8747	9165	9523	9448	9511	10373	11305	12288
약제	94585	103122	109017	117652	120230	127282	129251	133533	141549	150581	164445
그외 의료재	19304	22509	24290	26179	28069	28949	30365	31154	33750	37895	43114
의료재 소비 합계	514895	549513	584866	618938	636842	668676	685091	697360	723091	749681	791349
증가율		6.72	6.43	5.83	2.89	5.00	2.45	1.79	3.69	3.68	5.56

資料: Comptes nationaux de la santé 2000, DREES, p. 72

의료비 증가가 둔화되고 있음에도 불구하고 의료재정이 악화되고 있는 최대의 원인은 실업률의 증가이다. 1970년대 이후의 의료비억제 정책은 주로 수진억제에 초점을 맞추고 있었고, 1980년대는 의료공급에도 초점을 맞추었다. 1990년대에 이르러서는 새로운 재원의 창출로 비중이 옮겨지고 있다.

1970년대 의료비 급증원인은 의료기술의 혁신이외에도 입원의료비의 현저한 증가에 있었다. 이러한 병원지향형 의료형태에 제동을 걸 필요가 있어서 1985년부터 총액예산방식이 전면적으로 도입되었다. 그 이후 입원진료비가 현격하게 감소되었고 1970년대 약 25.9%를 차지하던 약제비 역시 1995년에는 약 18.5%로 감소되었다. 이러한 의료

비의 증가율 둔화는 목표치 설정, 준수 등의 의료비 억제대책이 가시적인 효과를 가져온 것으로 평가되었다. 1980년대 중반이후 정부의 의료비 억제정책은 다음의 표와 같다.

<표 VI-4> 프랑스의 醫療費 抑制對策

구분	의료비 억제대책
1985	· 특허약제 379개 품목의 상환율을 70%에서 40%로 인하
1986	· 장기질병의 환자 일부부담 면제를 특정질병으로 제한 · 보건약품의 100%상환에 대해서도 특정질병으로 제한
1987	· 피보험자 보험료를 0.4% 인상 · 약제의 부가가치세를 7%에서 5.5%로 인하 · 담배세를 2% 인상 · 정신병 부문의 부담을 국가의 부담으로 전환
1989	· 검사보수를 35% 인하함에 따라 검사센터의 매상을 18%삭감 · 수술실 요금 동결 · 약국조세 약품의 일부를 상환대상에서 제외
1990	· 제약회사의 광고세 5% 인상 · 약효가 확실치 않은 약품에 대해서는 상환대상에서 제외
1991	· 고액의료기기 사용의 억제 · 보험료 0.9%인상 · 면제대상자의 정액보험료를 33프랑에서 50프랑으로 인상 · 제약기업에 대해서 특허약제 매출의 2.5%를 자주적으로 삭감요구

구분	의료비 억제대책
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 약가는 약제별이 아니라 제약기업별로 결정하여 감독청은 제약기업의 제품가격의 증가에 상한을 설정- 증가율은 각 기업의 연구개발비와 투자액에 근거하여 산정</li> <li>· 약무청을 창설</li> </ul>
1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 개업의의 진료에 관한 상환율을 5%인하</li> <li>· 환자부담 면제자에 대한 입원정액부담을 50프랑에서 55프랑으로 인상</li> <li>· 입원의료비 억제를 위해 병원총액예산목표율을 1% 인하</li> </ul>
1995 취폐플랜	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료의 수요와 공급에 관한 분석을 통하여 지역의료계획에 반영</li> <li>· 개업의의 정보화시스템을 촉진하기 위한 근대화 기금창설</li> <li>· 2000년 IC카드의 사용을 목표로 1998년까지 진료서류의 컴퓨터화 및 전송화 실시</li> <li>· 의료비의 목표치를 정하여 목표가 지켜질 때는 진료보수 준비금이 의사에게 지불되고 초과될 때에는 정도에 따라 감액되거나 보수지불이 정지됨</li> <li>· 의료직종별로 진료행위와 약제에 관한 의료기준이 설정되어 기준초과 시 금전적인 벌칙이 적용됨</li> <li>· 의사 조기 퇴직에 대한 우대조치 강구</li> <li>· 전문의 지향을 개선하기 위하여 가정의료 네트워크에 관한 테스트 실시</li> <li>· 건강수첩의 교부와 수진시 제시를 의무화</li> <li>· 의료관리의 효율화와 강화를 도모</li> <li>· 특별분담금 부담조건으로 특허약제의 유사품을 의료보험 급여대상의 약제리스트로 등재</li> </ul>

資料: 국민건강보험공단, 『최근 의보 동향』 1998, 1999년을 발췌 요약한 것임

의료비를 억제하기 위한 대표적인 개혁으로 1993년의 바라들 개혁과 1995년 쥐페개혁을 들 수 있다. 바라들 개혁에서는 의사의 진료지침기준에 의거 위반시 벌금이 부과되도록 되어 있었다. 그러나 의사에 대한 심리적 효과만 있어 재정억제에는 큰 효과가 없었다. 따라서 쥐페개혁은 보다 강력한 정책으로 질병금고로부터의 연간 상환 상한액이 설정되어 있어서 이것을 초과한 경우에는 의사전원으로부터 균등한 과징금을 징수하도록 되어 있다.

의료비 억제정책과 함께 한편으로는 재원확대정책도 모색되었는데, 1990년 창설된 사회보장목적세 외에 1996년에는 지금까지의 사회보험 누적적자를 해소하기 위하여 동종의 목적세가 신설되었다. 또한 장기적인 관점에서 IC카드로의 전환이 결정되어 있는 건강수첩은 중복수진의 제거목적도 가지고 있다.

## 第 VII 章 結論 및 政策課題

본 보고서는 건강보험의 진료비의 증가요인을 검토하고, 정책변화가 진료비에 어떠한 영향을 미쳤는지를 분석하고 향후의 진료비의 증가가 어떻게 이루어 질 것인가를 전망하였다. 또한 이러한 진료비의 증가추세는 우리나라뿐만 아니라 다른 선진국에서도 경험하고 있는 것으로 진료비를 억제하기 위한 다양한 시도가 시행되고 있다. 이러한 선진국의 진료비억제정책을 참고로 하여 진료비억제를 위한 대안을 제시하고자 하였다.

본 보고서에서는 진료비의 구성요소를 일인당 내원일수와 내원일당 진료비로 분석하였다. 다른 연구에서는 진료비의 구성요소를 수진율과 건당 진료비로 하여 분석한 것과는 관점을 달리하고 있다. 인구당 내원일수와 내원일당 진료비를 이용하여 진료비를 분석하는 것을 통하여 청구패턴에 따라 변화하는 수진율과 건당 진료비의 단점을 극복할 수 있다. 이러한 진료비의 증가요인을 인구구조의 변화와 고급진료의 선호, 의료공급의 증가로 나누어서 각각을 분석하였다. 또한 이러한 자연적인 요인이외에 정책의 변화에 따른 진료비의 증가에 대해서는 수가인상, 급여기간의 연장, 고가장비의 보험급여 등으로 나누어서 분석하였다. 이러한 분석을 기본으로 하여 향후 진료비의 증가추이를 살펴보았다. 인구의 고령화로 인하여 연간 약 3,000억

원의 진료비가 증가하는 것으로 나타났고, 인구당 내원일수와 내원일당 진료비의 증가추세를 반영하여 추계한 향후 진료비는 연간 2조억의 진료비가 증가하는 것으로 나타났다. 급여비의 증가율로 살펴보면 인구구조의 고령화로 인하여 연간 약 2,000억원의 급여비가 증가하고 있고 평균 일인당 급여비로 환산하면 매년 2,000원에서 2,500원정도 증가하는 것으로 나타났다. 또한 연령별 성별 진료형태별 연평균 증가율을 반영한 추계에 있어서 총진료비는 연간 약 2조원에서 2조 5,000억원정도 증가하는 것으로 나타났다. 총급여비도 1조 5,000억원에서 2조원정도 증가하는 것으로 나타났다. 또한 총진료비와 총급여비중에서 차지하는 65세 이상의 연령계층의 비율은 2003년도에 20%에서 2010년에는 약 30%로 증가할 것으로 나타났다.

향후 증가가 예상되는 진료비를 억제하기 위해서는 우선 노령화에 따른 진료비의 증가에 대한 대책이 필요하다. 노령화에 따른 진료비는 급성질환이라기 보다는 만성퇴행성질환이 대부분이다. 이러한 만성퇴행성질환은 의료기관보다는 기본적으로 장기요양시설에서 서비스를 제공하는 것이 바람직하다. 따라서 향후 이러한 장기요양시설의 확충과 함께 만성퇴행성질환의 고령자에게 필요한 서비스를 제공하는 장기요양서비스제도가 체계적으로 운영하여 노령화에 따른 진료비 증가문제를 미리 대처해야 하겠다. 물론 장기요양서비스제도의 도입이 노령화에 따른 진료비 증가문제를 해결 할 수는 없다. 그러나 현재 의료치료와 요양이 혼돈되어 제공되고 있는 의료체계를 정비하여 의료치료는 의료기관에서 요양은 요양기관에서 제공하는 방향으로 개혁하기 위한 방안으로는 바람직한 제도라고 할 수 있다.

의료공급의 증가는 진료비증가의 구조적 원인으로 작용한다. 공급자에 의한 유인수요뿐만 아니라 의료의 접근도가 향상됨에 따라 수요의 증가가 예상되기 때문에 진료비는 증가할 것으로 예상된다. 따

라서 진료비통제를 위해서는 의료공급의 계획과 조절기능을 확보하는 것이 필요하다. 의료장비 또한 진료비의 증가와 밀접한 관계를 가지고 있으므로, 의료장비의 도입에 대하여 적극적인 관리가 필요하고 이를 위한 체계의 정비가 필요하다. 또한 총액예산제의 도입도 진료비의 증가를 억제하는 유효한 수단으로 판단된다. 이는 의료기관에서 연간 소비하는 진료비를 제한하는 것으로 의료서비스의 과소공급의 문제는 존재하나, 진료비 억제효과는 뛰어날 것으로 판단된다.

보다 근본적으로는 올바른 정책결정이 가능하도록 기초자료를 생산하고 제공하는 체계가 구축되어야 한다. 기초연구를 통해서 보다 장기적인 안목에서 정책을 결정하고 수행하는 것이 필요하다. 건강보험과 같이 전 국민을 대상으로 하는 제도에서 잘못된 정책의 수립과 실시는 모든 국민에게 영향을 주기 때문에 보다 신중하고 엄격한 정책의 결정이 필요하다고 생각된다.

## 參 考 文 獻

- 삼성경제연구소, 『의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책안 설계』, 1999.
- 이혜훈·이태수, 『건강보험 재정책중방안에 관한 연구』, 한국개발연구원, 2001.
- 신영석, 『의료보험 진료비 증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 서울대학교 의과대학, 『건강보험 재정설계연구』, 2002.
- 최병호·신현웅, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 최병호 외, 『국민건강보험 재정안정체계구축을 위한 제도 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 공단내부자료, 『건강보험재정추계』, 2001.
- 최병호, 「국민건강보험의 재정위기 원인분석과 평가」, 『사회보장연구』, 제18권, 제1호, 2002.
- 국민연금관리공단 연구센터, 『각국의 재정계산제도 비교연구보고서』, 1998.
- 국민연금관리공단 연구센터, 『공·사 연금 재정추계, 연구보고서』, 1999.
- 국민건강보험관리공단 사회보장연구센터 내부자료, 『급여비 증가요인 분석』, 2001.
- 국민건강보험관리공단 사회보장연구센터 내부자료, 『2000, 2001년 연간 급여비 증가원인 분석』, 2001.
- 전기홍 외, 「의료보험서비스 가격의 적절성에 관한 연구」, 『예방의학회지』, 제31권, 제3호, 1999.
- 사공진·김진영, 「의료보험 진료비의 결정요인에 대한 연구」, 『보건행정학회지』, 제11권, 제2호, 2001.

의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안- 제 2의 도약을 위한 준비』, 1998.

Cutler, David M. and Ellen Meara, "The Medical Costs of the Young and Old: A Forty-Year Perspective", in David A. Wise ed., *Frontiers in the Economics of Aging*, Chicago: The University of Chicago Press, pp. 215-242. 1998.

Cutler, David M. and Ellen Meara, "The Concentration of Medical Care Spending: An Update," NBER Working Paper No. 7279, 1999.

---

研究資料 2002-12

國民健康保險의 給與費 推移分析 -人口構造變化를 中心으로

---

2002年 12月 日 印刷

2002年 12月 日 發行

發行人 李相龍

編輯人 尹炳植

發行處 國民健康保險公團

健康保險研究센터

公團홈페이지 : [nhic.or.kr](http://nhic.or.kr)

서울特別市 麻浦區 鹽里洞 168-9

TEL : (대표)02-3270-9114 / FAX : 02-3270-9401

---

〈非賣品〉