
醫療保險 診療費 增加要因과
政策課題

研究報告書 99-03, 발간부수: 1,200부

ISBN 89-8187-183-3 93330

辛 泳 錫

申 鉉 雄

辛 宗 珏

韓國保健社會研究院

머 리 말

의료보험 재정안정의 필요성이 요즘처럼 절실하고, 중요한 현안으로 부상된 경우도 찾기 어렵다. 의료보험 통합법안이 난항을 겪고, 우여곡절 끝에 2002년까지의 시한을 두고 단계적으로 재정통합을 이루기로 한 이면에는 보험재정의 불균형과 불안정이라는 근본적 원인이 내재해 있다.

더욱이 국내총생산(GDP)이 0.83% 감소한 1998년, 국민 모두가 외환 위기로 IMF의 터널을 고통으로 지나고 있었음에도 의료보험 진료비는 10.87%, 보험급여비 지출은 14.36% 증가하였다. 이에 반해 보험료 수입은 7.71% 증가에 그쳤고, 보험재정의 불안이 심화되었다. 진료비의 증가는 보다 장기적 추세를 보인다. GDP가 1990년이래 1998년까지 연평균 12.21% 증가한 반면 진료비는 16.20%의 연평균증가율을 보이고 있는 것이다.

의료보험의 발전단계에 비추어볼 때, 이러한 진료비의 증가현상은 단순히 보험재정의 안정 측면뿐만 아니라, 의료보험 기전을 통해 국민에게 제공되는 의료의 적정성과 그 효과 그리고 나아가야 할 방향의 설정을 위해서도 원인이 규명되고, 문제의 실체가 파악되고, 그 해결의 정책적 실행방안이 제시되어야 할 것이다.

본 연구는 이러한 의도로 신영석 책임연구원의 책임하에 수행되었으며, 본원의 신현웅 주임연구원 그리고 세명대학교의 신종각 교수가 공동으로 참여하여 이루어졌다.

연구진은 보고서의 초고를 읽고 유익한 조언을 해준 본원의 홍석표, 정영호 책임연구원과 한양대학교 사공진 교수에게 깊이 감사하며,

연구내용의 오류는 연구진에게 전적으로 귀속됨을 밝히고 있다. 또한 자료수집 및 자료분석에 도움을 준 권성욱 연구원과 자료입력, 편집 및 교정에 도움을 준 박효숙 주임연구조원에게도 심심한 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 연구자의 개인적 의견이며 본원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

目 次

要 約	11
I. 序論	23
1. 研究의 背景 및 目的	23
2. 研究의 範圍 및 方法	24
II. 診療費 變化推移 分析	26
1. 診療費의 增加推移: 1990~1998年度	26
2. 診療費의 分解(1)	30
3. 診療費의 分解(2)	38
III. 診療費 決定要因 分析	46
1. 受診率 回歸分析	46
2. 醫療保險 酬價	52
3. 給與範圍의 擴大	69
4. 醫療供給	71
5. 醫療利用 行態	82
6. 疾病構造와 年齡構造	86
IV. 外國의 診療費 支出抑制을 위한 改革動向	96
1. 프랑스	96
2. 日本	99
3. 獨逸	104

V. 醫療保險 統合以後 給與費 推計	108
1. 向後 酬價 推移	108
2. 受診率 豫測	111
3. 件當診療費	118
4. 保險給與費	124
VI. 結論 및 政策建議	128
參考文獻	132
附 錄	133

表 目 次

〈表 II-1〉 年度別 診療費와 GDP	27
〈表 II-2〉 診療費(藥局除外), GDP, 關聯 價格變數들의 增加率	28
〈表 II-3〉 年度別 診療實積	30
〈表 II-4〉 年齡別 適用人口와 構成比 變化推移	32
〈表 II-5〉 適用人口 1人當 診療實積	34
〈表 II-6〉 適用人口 1人當 診療實積 增加率	36
〈表 II-7〉 適用人口 1人當 診療日數	36
〈表 II-8〉 適用人口 1人當 診療日數 增加率	38
〈表 II-9〉 受診率 및 增加率 推移	39

〈表 II-10〉	件當診療費 變化推移	41
〈表 II-11〉	件當診療費 增加率 推移	42
〈表 II-12〉	年齡別 受診率 變化推移	44
〈表 II-13〉	年齡別 件當診療費 變化推移	45
〈表 III- 1〉	年度別 非對稱係數	49
〈表 III- 2〉	年度別 本人負擔率	51
〈表 III- 3〉	診療酬價指數와 物價指數	52
〈表 III- 4〉	醫療保險 酬價關聯 結果值	53
〈表 III- 5〉	4大 分類 項目別 內譯	55
〈表 III- 6〉	4大 分類別 件當金額 및 增加率	56
〈表 III- 7〉	療養機關別 加算率	57
〈表 III- 8〉	4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(全體)	59
〈表 III- 9〉	4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(入院)	60
〈表 III-10〉	4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(外來)	61
〈表 III-11〉	年度別 件當診療日數	67
〈表 III-12〉	件當診療日數 增加率	69
〈表 III-13〉	主要 給與基準 調整內譯	70
〈表 III-14〉	醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化 推移	72
〈表 III-15〉	醫療機關當 醫師數와 病床數 變化	73
〈表 III-16〉	醫療機關當 診療件數	75
〈表 III-17〉	醫師 1人當 年間 診療件數	76
〈表 III-18〉	醫師 1人當 年間 診療費 收入	77
〈表 III-19〉	醫療裝備 保維 現況(申告基準)	78
〈表 III-20〉	10大 分類 診療項目別 內譯	80
〈表 III-21〉	10大 分類別 件當診療費와 構成比	81
〈表 III-22〉	醫療機關種別 件當診療費	82

〈表 III-23〉	醫療機關種別 診療費 變化推移	84
〈表 III-24〉	醫療機關種別 診療件數 變化推移	85
〈表 III-25〉	多發生傷病別 件當診療實積(外來)	88
〈表 III-26〉	多發生傷病別 件當診療實積(入院)	92
〈表 IV- 1〉	프랑스의 醫療費 抑制對策	97
〈表 IV- 2〉	政府管掌健康保險 財政收支	100
〈表 IV- 3〉	各 醫療保險制度의 財政現況(經常收支)	101
〈表 V- 1〉	醫療保險酬價, 消費者物價指數와 件當診療費指數 比較('90=100)	108
〈表 V- 2〉	醫師, 醫療機關, 病床數 등의 趨勢	109
〈表 V- 3〉	向後 酬價推移('90=100)	111
〈表 V- 4〉	受診率 現況(入院)	112
〈表 V- 5〉	受診率 現況(外來)	113
〈表 V- 6〉	受診率 現況(全體)	114
〈表 V- 7〉	受診率 推定(入院)	115
〈表 V- 8〉	受診率 推定(外來)	116
〈表 V- 9〉	受診率 推定(全體)	117
〈表 V-10〉	件當診療費(入院)	119
〈表 V-11〉	件當診療費(外來)	120
〈表 V-12〉	件當診療費(全體)	121
〈表 V-13〉	件當診療費 推定(入院)	122
〈表 V-14〉	件當診療費 推定(外來)	123
〈表 V-15〉	件當診療費 推定(全體)	124
〈表 V-16〉	適用人口 推定值	125
〈表 V-17〉	醫療機關 給與費 推計	126
〈表 V-18〉	總給與費 推計	127

그림 目次

[그림 II- 1]	診療費, GDP, 關聯 價格變數들의 增加率 推移	29
[그림 II- 2]	年齡別 適用人口 構成比 變化推移	33
[그림 II- 3]	適用人口 1人當 診療實積	35
[그림 II- 4]	適用人口 1人當 診療日數	37
[그림 II- 5]	受診率 推移	40
[그림 II- 6]	件當診療費 增加推移	42
[그림 III- 1]	年度別, 年齡區間別 受診率 變化	48
[그림 III- 2]	年度別, 年齡區間別 人口構成比 變化	50
[그림 III- 3]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(全體)	62
[그림 III- 4]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(入院)	63
[그림 III- 5]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(外來)	63
[그림 III- 6]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(3次機關)	64
[그림 III- 7]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(綜合病院)	65
[그림 III- 8]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(病院)	65
[그림 III- 9]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(醫院)	66
[그림 III-10]	件當診療日數 變化推移	68
[그림 III-11]	年齡別 1人當 診療費	95
[그림 III-12]	年齡別 件當診療費	95
[그림 IV- 1]	政府管掌健康保險	101
[그림 IV- 2]	組合管掌健康保險	102
[그림 IV- 3]	國民健康保險(市町村)	102

附表目次

〈附表 1〉	職場組合의 年度別 不當給與 還收實積	138
〈附表 2〉	受診內譯通報制度의 通報基準	139
〈附表 3〉	受診內譯通報制 申告處理 結果	141
〈附表 4〉	年度別 診療費審查 調整實積	142
〈附表 5〉	年度別 調整事由別 審查調整現況	143

要 約

I. 序論

1. 研究의 背景 및 目的

- 진료비의 연평균 증가율이 16.20%에 이르는 등 진료비가 급증하고 있고 GDP대비 점유율 또한 1990년에 1.65%이던 것이 1998년에 2.22%로 증대되었음.
- 해결책을 모색하는 경로 중 하나로 진료비 결정요인은 무엇이며, 증가한 진료비가 결과한 현상은 어떠한 것이며, 그러한 현상은 바람직한가, 만약 아니라면 무엇을 어떻게 고쳐나가야 원하는 목표 지점에 도달할 수 있는가를 추적하고자 함.

2. 研究의 範圍 및 方法

- 분석대상은 진료비에 한정
- 국민경제 차원에서 보험자종별 분석방식을 지양하고 거시적 내용으로 분석
- 계량경제학적, 통계적 방법을 이용하되 계량적 분석결과의 현실성이나 적합성의 부족은 해석과정에서 해결

II. 診療費 變化推移 分析

1. 診療費의 增加推移: 1990~1998年度

- 1990년도에 2조 9419억원이었던 진료비는 8년 후인 1998년도에 3.39배 증가한 9조 9650억원에 이릅니다.
 - 1990년도 GDP 대비 진료비의 비율이 1.65%에서 1998년도에 2.22%로 증가
 - 진료비의 8개년 연평균(기하평균) 증가율은 16.47%인데 비해 GDP의 연평균 증가율은 12.21%에 불과
 - 1998년도가 보여준 상대적인 진료비 증가율의 하락은 IMF영향으로 인한 일시적 현상이기보다는 4년여에 걸친 하락 경향의 연장선으로 해석될 수 있음.

2. 診療費의 分解(1)

$$\text{진료비} = \text{적용인구} \times \text{적용인구 1인당 진료비}$$

- 적용인구의 연령별 분포는 진료비 규모를 결정짓는 중요한 요인임.
 - 청소년층의 상대적 빈도 감소와 장노년층의 상대적 빈도 증가가 발견됨.
- 적용인구 1인당 진료비는 평균적 진료비 규모를 반영: 1990년도에 72,667원이었던 적용인구 1인당 진료비는 1998년도에는 218,202원으로 3배 증가
 - 입원의 경우에는 내원일수가 등락을 보이나 전반적으로는 감소 추세 - 투약일수는 증가
 - 외래에서 내원일수는 완만한 증가세를 보이는 반면 투약일수는

급격히 증가

- 수가구조의 불합리와 약가 및 재료대의 높은 마진율은 의사의 진료서비스가 투입되는 내원일수보다는 투약일수의 확대를 통해 공급자의 이윤추구 행위가 추구되고 있음.

3. 診療費의 分解(2)

진료비 = 적용인구 × 수진율 × 건당진료비

- 연평균 8.33%에 이르는 수진율의 증가는 4.08%인 입원에서보다는 8.40%에 달하는 외래에 의해 주도되고 있음.
- 감소추세로 돌아선 수진율 현상이 외환위기라는 악화된 경제상황의 산물인지는 향후의 시계열 자료의 확보를 통해서만 판단할 수 있음.
- 1990년도에 23,232원이었던 건당진료비는 1998년도에 1.8배인 41,756원으로 증가
- 진료비 억제 대책의 주안점이 공급자에게 주어져야 함: 건당진료비와 건당급여비가 원점에 대해 볼록(convex)

Ⅲ. 診療費 決定要因 分析

1. 受診率 回歸分析

- 수진율(f : frequency of utilization) :

$$f = \sum_{i=0}^k \frac{n_i}{p_i} \frac{p_i}{\sum_{i=0}^k p_i}$$

$$= \frac{\sum_{i=0}^k n_i}{\sum_{i=0}^k p_i} : \text{전체 수진율은 해당 연령계급}(i)\text{의 수진율}\left(\frac{n_i}{p_i}\right)$$

에 그 연령계급의 상대빈도($\frac{p_i}{\sum_{i=0}^k p_i}$)를 곱함.

- 비대칭계수(coefficient of skewness: C_s)가 점차 +값에서 -값을 갖게 됨.

$$C_s = \frac{3(\mu - M_e)}{\sigma},$$

이때, μ = 평균, M_e = 중앙값, σ = 표준편차

- 수진율(f)의 결정변수들, 즉 소득수준(GDP)과 인구분포의 비대칭계수(C_s)를 설명변수로 하여 얻은 회귀방정식 추정 결과

$$\text{Log}(f) = 0.092388\text{Log}(GDP) - 2.05734\text{Log}(C_s + 1); \quad R^2 = 0.9993$$

(48.16) (-11.098)

()는 t-값이며 모든 추정계수가 99% 신뢰도하에서 채택됨.

- 1998년도의 인구구조의 노령화 효과가 GDP감소 효과를 증가하여 수진율이 증가한 것으로 추론

2. 醫療保險 酬價

- 건당진료비(e)를 의료보험수가(p^a)가 적용되는 투입요소(q^a)로 구성되는 부분과 약가와 재료대 등 별도의 가격체계(p^b)가 적용

되는 투입요소(q^b)로 구성되는 부분으로 분해

즉, $e = p^a q^a + p^b q^b$

- ‘진료수가 적용범위(π)’는 $\frac{p^a q^a}{e}$ 로 정의
- 1990년도와 1998년도의 실제치에 표본조사 결과치인 π 를 적용하여 얻은 결과치

<表 1> 醫療保險 酬價關聯 結果值

구분	e	$p^a q^a$	p^a	q^a	π	$p^b q^b$
1990(A)	23,232	15,682	100.0	156.82	67.5	7,550
1998(B)	41,756	24,177	176.2	137.21	57.9	17,579
B-A	18,524	8,495	76.2	-19.6	-9.6	10,029
변화율(%)	79.7	54.2	76.2	-12.5	-	132.8

- 건당진료비의 통제방안으로서 약가 및 재료대 부분을 도외시한 진료수가 p^a 만의 조정은 그 효과가 제한적임.

3. 診療行態

- 진료행태의 변화는 수가를 통한 진료비의 통제노력이 제 기능을 발휘하지 못하게 하는 원인 중 하나로 작용

4. 醫療供給

- 의사수의 증가는 접근도를 높여 수진율을 증가시키기도 하지만, 늘어난 의사수에 대응하여 진료비를 증가시켜 설정된 목표소득을 달성하려 한다고 가설을 세울 수 있음.

- 의료기관수나 병상수의 증가는 의료기관당 혹은 병상당 설정된 목표소득을 달성하기 위해 진료비를 증가시키는 행동양식을 기대할 수 있음.
 - 전체적으로 의사수가 증가하였으므로 경제여건의 악화에도 불구하고 시장 진입의 유인(incentive)이 있었고, 나아가 의료공급의 증대 유인이 상존 하였음.
 - 연평균 8.9%에 이르는 종합병원의 진료건수 증가율은 -0.2%인 병원이나 1.57%에 그친 의원의 진료건수 증가율과 비교할 때, 대형 의료기관의 선호도가 심화되어 왔음.
- 의료장비의 보유가 사용증가 요인으로 작용하며, 그만큼의 진료비 증가요인으로 작용할 수 있음.

5. 醫療利用 行態

- 대형의료기관으로의 집중현상은 소비자의 선호를 반영: 재정적 측면에서는 단위당 진료비의 증가
- 건당진료비가 종합병원의 경우는 평균의 4배 이상, 병원은 2배, 의원은 평균의 2/3, 보건기관은 1/3, 약국은 1/10
- 1998년도를 기준으로, 종합병원이 전체 진료비의 43.9%, 의원이 44.2%, 병원이 8.6%, 약국이 2.6%, 나머지 0.7%가 보건기관임.
- 구성비에 있어서 종합병원은 점차 비중이 증가하는 추세를 보이고, 병원은 구성비 자체는 작으나 그 비중은 점차 증가하고 있음.
- 의료이용 행태의 대형화, 고급화
- 1998년도를 기준으로 전체 진료건수의 9.4%를 차지하고 있는 종합

병원이 진료비의 43.9%를 점하고 있고, 65.3%의 진료건수를 점하고 있는 의원은 진료비의 44.2%만을 점하고 있음.

6. 疾病構造와 年齡構造

- 악성신생물, 당뇨병, 정신장애, 고혈압성질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 만성간질환 및 경변 등 만성퇴행성질환의 건수 및 진료비의 연평균 증가율이 11.6%, 20.5%로 전체 평균치 7.4%, 16.3%보다 대단히 높음.
- 진료수가의 영향에 다빈도질환은 민감하고, 재정보전의 유인과 가능성 또한 높음.
- 청소년층을 넘어서면 1인당진료비는 지속적으로 연령과 함께 움직임.
 - 건당진료비의 크기도 연령과 정의 관계

IV. 外國의 診療費 支出抑制를 위한 改革動向

1. 프랑스

- 의료보험재정은 1990년대에 들어와 급격히 악화되어 의료비 지불기금의 운영자금이 최저로 떨어져 차입금에 의존하는 형태가 지속되고 있음.
 - 의료재정이 악화되고 있는 최대의 원인으로, 실업률 증가로 인한 수입증가의 정체가 주목되고 있음.
 - 1970년대 이후 의료비 억제대책은 수진억제에 주안점이 주어졌지만, 1980년대는 의료공급에도 타격을 맞추었고, 1990년대에 이르러 재원의 신규창출로 비중이 옮겨지고 있음.

- 의료비를 억제하기 위한 대표적인 개혁인 취폐개혁에서는 질병 금고로부터의 연간 상환 상한액이 설정되어 이것을 초과한 경우에는 의사전원으로부터 균등한 과징금을 징수하도록 되어 있음.

2. 日本

- 보험료수입의 경우 '93년 5조 4218억 엔에서 '97년에는 5조 9969억 엔이 되어 약 5751억엔이 증가
- 보험급여비는 '93년 4조 3179억엔에서 '97년 4조 5755억엔으로 증가
- 1997년 건강보험법 개정에 따라 피보험자 본인부담금이 10%에서 20%로 인상되었고 약제 일부부담 제도 도입
- 정부·여당의 개혁 구상
 - 재정측면에서의 의료보험제도 개혁이 중심이고 의료공급체계의 개혁은 이를 지원
 - 목표: 재정상황과 관계없이 필요한 지역의료로 계속 확보하면서 의료자원을 효율화하기 위한 방안으로서 환자의 입장에 선 의료, 보험자 기능의 강화, 정보공개의 추진, 의료기관의 기능 분담과 연계, 입원진료의 적정화, 의료종사자의 자질향상과 적정확보, 종합적인 보건의료시스템의 구축

3. 獨逸

- '91년에는 의료보험 전체에서 약 50억 마르크 이상의 적자를 기록하였고 '92년에는 전 금고의 평균 보험료율이 13.1%에 도달
- 지출증가의 원인
 - '90년대 초반의 경우 인구의 고령화와 그에 따른 질병구조의

변화, 의료기술의 진보 등

- 1996년 적자는 전과는 약간 다르게 택시이용에 따른 교통비, 건강증진급여, 가사원조 등 보험재정의 구조적인 비경제성

－ 최근의 개혁동향

- 의료보장 관련비용을 억제하기 위하여 1977년 의료보험 비용 억제법 시행
- ‘발전적인 성장과 고용을 위한 프로그램’에서는 2000년까지 사회보험료를 40% 이하로 억제한다고 하는 구체적 목표 설정
- 1993년의 의료보장구조법에서는 의료공급구조의 개혁을 위하여 예산의 설정, 입원진료보수제도의 개정, 보험의사수의 제한, 경쟁시스템이 도입
- 1996년 프로그램의 주안점은 피보험자의 질병금고 선택권 확대 및 리스크 구조조정의 도입

－ 보험료를 안정시키고 비용을 억제하기 위한 2000년 의료보장 개혁의 핵심사항

- 1) 총예산제, 2) 약품의 positive list, 3) 가정의의 강화, 4) 병원부문 재정시스템의 개혁

V. 醫療保險 統合以後 給與費 推計

1. 向後 酬價 推移

－ 향후 수가는 다음과 같은 몇 가지 조건하에서 조정되어야 함.

- 1) 보험재정 안정화
- 2) 의료자원 투입에 상응한 보상 - 의료의 질 확보

- 3) 의료보험의 공공성(사회보험)
- 4) 의료상품의 특수성(유인수요 창출 가능성)
- 수가의 인상폭은 소비자물가 인상폭을 **Ceiling**으로 하는 것이 타당

2. 受診率 豫測

- 정책변수를 예측할 수 없는 현실에서 수진율의 예측이란 현재의 추이를 수치상 미래에 연결시켜 보는 것에 불과
- 지난 9개년('90~'98)의 수진율 추이를 보면 입원이 연평균 4%, 외래가 약 7% 증가
- IMF로 인한 절대소득 감소가 수진율 증가를 둔화시킴.
- 2000년 이후 65세 이상 고령층은 10명 중 최소 2명 이상이 1년에 한 번 이상 입원하고 65세 이상 모두 연 10회 이상 외래진료를 받을 것으로 추정

3. 件當診療費

- 건당진료비는 수가, 수진강도, 진료일수 등에 영향을 받음.
 - 수가는 연평균 4.6% 인상되었고 진료일수는 약 10.9%(내원일수 5.1%) 증가
 - 건당진료비는 입원의 경우 약 10.2%, 외래의 경우 약 7.39% 증가
- 연평균 증가율을 이용 건당진료비 추정결과: '98년 약 41,800원이던 건당진료비가 2000년에는 50,000원을 초과할 전망이고 2004년에는 약 66,000원에 이를 것으로 추정

4. 保險給與費

- 약국 및 부가급여비가 총급여비의 약 5%를 점하고 있다는 가정을 하여 총급여비를 추정
 - 급여비는 적용대상인구에 수진율 및 진당진료비를 곱하고 급여율(67%)을 적용
 - 적용대상인구는 통계청 인구추계 자료를 토대로 5세단위당 구성비의 과거 10년 증가율을 이용하여 추정
 - 2004년에는 현재 급여비의 2배 이상 증가하여 약 16조 7천억에 이를 것으로 전망

VI. 結論 및 政策建議

- 진료비의 증가율은 GDP의 증가율을 상회하고 있으며, 對 GDP비 중도 점차 증가
- 소득수준의 감소에도 불구하고 진료비가 증가하였다는 것은 의료분야의 향상성과 공급자의 탄력적 대응양식을 보여줌.
- 진료수가에 영향을 받지 않는 부분이 거의 절반에 이르는 상황에서 진료수가에 매달려 가격통제를 통한 진료비 억제는 불합리함.
 - 약가마진이 존재하고, 투약량의 증가 혹은 고가약재, 신제품의 제공이 의료공급자에 의해 거의 전적으로 좌우되는 현실여건은 투약의 양적 확대로 이어지고, 결과적으로 부작용(side-effect)없는 약이 없다는 藥禍의 늪에 빠지게 됨.
- 수가통제를 통해 재정을 보호하고, 진료내용을 정상화하는 것은 기본진료나 진료행위의 절대투입량을 줄이고, 보다 열등한 진료내

용을 국민에게 제공하고, 그 반대급부로서 약이 오남용되도록 제도적으로 용인한 것과 같음.

- 수가정책의 실패는 의료보험정책의 기본선을 어떻게 설정하고, 제도참가자에게 어떠한 룰(rule)을 요구하며, 정해진 룰을 따를 때와 그렇지 않을 때를 어떻게 가리고, 그 대가는 어떻게 부여되는지를 명확히 하고, 집행해야 함을 가르쳐 주고 있음.
- 수가체계는 보다 단순화되어 공급자와 수요자 모두가 유연하게 대응할 수 있는 여지를 남겨두어야 함: DRG는 이러한 방향의 연장선
 - 수가구조의 유연함은 필연적으로 비용의 증가를 수반
 - 따라서 정부의 역할과 의식의 전환이 요구됨.
- 경영악화된 병원의 기능을 요양시설로 유도하여 나가는 것이 장기적으로 노령화에 따른 진료비 양등 문제에 대처하는 한 방안임.
- 진료비 통제를 위해서는 의료공급의 계획과 조절기능을 확보해야 함.
 - 의료장비 또한 진료비 증가와 연계되어 있으므로 의료장비의 도입·계획단계에서부터 적극적인 관리가 필요함.
- 근본적인 과제는 올바른 정책결정이 가능한 기초자료를 생산할 수 있는 기반체계를 구축해야 함.

I. 序論

1. 研究의 背景 및 目的

1990년도에 2조 9419억원이었던 의료보험 진료비는 1998년도에 3.39배가 증가한 9조 9650억원에 이르고 있다. 이 기간동안 진료비는 연평균 16.20%의 증가율을 보였다. 같은 기간 국내총생산(GDP)은 2.51배 증가하였는데 이는 연평균 12.21%의 증가율에 해당한다. 그 결과 1990년도에 GDP의 1.65%를 점하던 진료비의 비중은 1998년도에 2.22%로 증대되었다.

이처럼 진료비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적 추세로 파악될 수 있다. 그러나 어느 정도의 증가율이, 얼마만큼의 비중이 바람직한가에 관한 객관적이고 절대적인 근거나 의견의 일치를 기대하기는 어렵다. 자원배분의 우선순위에 관한 의사결정은 시대적 여건의 산물인 경우가 대부분이다.

의료보험진료비에 관한 관심의 고조는 보다 근린에서 출발한다. 외환위기로 국민경제가 파탄지경에 이르고, 경제성장률이 마이너스를 기록하는 동안에도 의료보험진료비의 증가행진은 멈추지 않았고, 이에 반해 보험료수입 증가율은 감소할 수 밖에 없었다. 당연한 결과로서 재정적자가 발생하였고, 의료보험제도의 안정에 대한 위기의식이 확산되었다.

1998년도는 국민경제로서도 크나큰 시련이었으나, 의료보험제도사에도 길이 기억될 한해였다. 소득수준이 떨어져 부담능력은 줄어들어도 진료비는 줄지 않는다는 사실을 확인한 한해였고, 그만큼 보험제

정관리가 난제임을 보여준 한해였다. 이 와중에서 진료비는 억제되어야 할 무엇이라는 인식이 확산되었다. 재정적 보전이 되지 않는 진료비 지출증가는 당위성 여부를 떠나 유지가 불가능하다는 경제적 원인에서 출발하지만, 내면에는 다양한 형태와 다방면에 걸친 문제의식들이 혼재되어 있다.

보다 크고, 보다 고급스러운 의료기관으로 몰려드는 현상에 대한 우려와 부정적 인식, 불필요한 수진, 무지나 관행적인 의약품의 오남용, 공급자에 의해 유도된 의료수요(supplier-induced-demand) 문제, 불합리한 수가체제로 인한 과행적 진료관행 그리고 그로 인한 국민건강의 불안, 병의원의 경영여건 악화에 대한 제도적 보상요구, 법정 혹은 임의 비급여로 인해 의료보험의 실질적 보상미흡에 관한 국민의 불만 등 제반 문제들이 진료비 증가억제라는 과제와 연계되어 제기되고, 그 해결책을 기다리고 있다.

우리의 연구는 그 해결책을 모색하는 경로 중 하나를 보여주게 된다. 진료비 결정요인은 무엇이며, 증가한 진료비가 결과한 현상은 어떠한 것이며, 그러한 현상은 바람직한가, 만약 아니라면 무엇을 어떻게 고쳐나가야 원하는 목표지점에 도달할 수 있는가를 추적하고자 한다.

2. 研究의 範圍 및 方法

우리의 분석대상은 진료비에 한정하기로 한다. 비급여를 포함한 의료비 개념보다 좁은 영역으로 한정된 것은 분석자료의 한계에 기인하기도 하지만, 보다 직접적인 이유는 보험재정과 관련하여 의료보험 기전을 통한 지출내용으로 분석범위를 한정시키고자 하는 의도에 있다.

그 동안 데이터의 한계 때문으로 판단되지만 진료비 증가요인 분석에 관한 선행연구가 거의 없어서 본 연구가 이 분야의 출발점이 됐으

면 하는 바램을 가지고 분석자료는 주로 거시적 내용으로 하고자 한다. 전통적으로 의료보험 분석에서 사용되는 보험자종별 분석방식을 지양하고, 진료비 문제를 국민경제 차원에서 다루고자 한다. 진료비를 환자와 의사간에 이루어진 거래의 사회적 집합체로 파악하고, 그로 인해 파생되는 문제해결은 국가정책적 차원에서 강구되어야 하기 때문이다. 그러나 보다 세밀한 분석을 위해서는, 특히 의료기관종별 진료내역 분석에서는 미시적 자료에 입각하여 분석을 시도하게 된다.

분석기간은 1990년부터 1998년까지로 한정하였다. 1989년 7월 도시 지역자영자 의료보험이 개시됨으로서 출발한 전국민의료보험 시대의 실질적 통계자료는 1990년도이며 1998년도는 가용한 분석자료의 완결성을 지닌 가장 최근 연도이기 때문이다.

또한 외국의 사례를 간단히 언급하기로 한다. 거의 모든 국가에서 의료보험재정은 국가적 문제로 대두되었고 이를 해결하기 위한 다각적인 방안들이 강구되고 있다. 외국의 경우를 소개함으로써 본 연구결과와 결들여 차기 연구에서는 정책적 시사점 또는 우리 나라에의 적용여부를 타진했으면 하는 바램이다.

진료비의 증가추이를 다양한 시각에서 조명하고, 증가원인을 규명하기 위해 계량경제학적, 통계적 방법이 동원되게 될 것이다. 다만 시계열적으로 8개년에 불과한 분석기간을 감안할 때, 계량적 분석결과의 현실성이나 적합성의 부족이 예상되며, 이러한 문제는 해석과정에서 해결되도록 할 것이다.

II. 診療費 變化推移 分析

1. 診療費의 增加推移: 1990~1998年度

진료비 증가에 관한 관심의 고조는 외환위기로 경제상황이 정점에 달했던 1998년도에도 꺾이지 않는 증가추세에서 출발하며, 가장 직접적인 원인은 의료보험 재정의 불안이라 할 수 있다. 즉, 1998년도 0.83%의 감소를 나타낸 국내총생산(GDP)에 비해 약국을 포함한 전체 진료비는 13.19%나 증가하였다(表 II-1 참조). 경제의 악화로 보험료의 인상이 용이하지 않았던 탓에 보험료의 인상률이 7.71%에 불과하였다. 이는 곧바로 보험재정의 불안을 의미하는 것이다. 본인부담구조의 변화가 없는 한 진료비와 급여비는 같은 추세를 유지하게 된다. 따라서 진료비 분석은 재정안정 정책이나 비용분담 구조에 관한 연구의 시발점이라 할 수 있다.

1990년도에 2조 9419억원이었던 진료비는 8년 후인 1998년도에 3.39배 증가한 9조 9650억원에 이르고 있다. 같은 기간 2.51배 증가한 GDP와 비교할 때 진료비의 증가속도는 일반 산업분야에 비해 상대적으로 높은 수치이다. 이는 <表 II-1>에서 1990년도 GDP 대비 진료비의 비율이 1.65%에서 1998년도에 2.22%로 증가하였다는 사실에서도 확인될 수 있다.

GDP 대비 진료비의 비율이 증가한다는 것은 진료비의 증가속도가 GDP의 증가속도보다 빠르다는 것을 의미하며 <表 II-2>가 이를 보여주고 있다. 즉 약국을 포함한 전체진료비의 8개년 연평균(기하평균) 증가율은 16.47%인데 비해 GDP의 연평균 증가율은 12.21%에 불과한 것으로 나타나고 있다.

〈表 II-1〉 年度別 診療費와 GDP

(단위: 억원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
GDP(a)	1,787,968	2,165,109	2,456,996	2,774,965	3,234,071	3,773,498	4,184,790	4,532,764	4,495,088
진료비(b)	29,419	32,010	37,331	43,482	48,972	61,442	76,240	88,039	99,650
b/a	1.65	1.48	1.52	1.57	1.51	1.63	1.82	1.94	2.22
국민 의료비(c)	90,990	106,526	127,920	143,466	163,830	188,385	-	-	311,091
b/c	32.3	30.0	29.2	30.3	29.9	32.6	-	-	32.0
c/a	5.08	4.92	5.20	5.17	5.07	4.99	-	-	6.92

資料: 통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999. 9.
 국민의료보험관리공단, 『최근 의보동향』, 1999. 7.
 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

경상 국내총생산의 크기가 물가수준에 영향을 받듯이 진료비의 크기도 가격수준에 의해 영향을 받게 된다. 국내총생산의 연평균 증가율에서 물가상승률 5.98%를 제하면 실질 성장률은 6.23%로 간주될 수 있다.1) 마찬가지로 진료비의 연평균 증가율에서 수가수준 증가율을 제하면 실질 진료비의 증가율은 8.86%로 간주될 수 있다.2) ‘기여율’ 개념으로 물가상승은 GDP상승의 49%를, 수가상승은 진료비 상승의 45%를 점한다.

1) 다음과 같은 논리구조가 적용된 결과이다.

$$E = PQ \text{에서}$$

$$\Rightarrow E + \Delta E = (P + \Delta P)(Q + \Delta Q) = PQ + Q\Delta P + Q\Delta Q + \Delta P\Delta Q$$

$$\Rightarrow \Delta E/E = \Delta P/P + \Delta Q/Q + \Delta P\Delta Q/E$$

여기에서 $\Delta P\Delta Q \approx 0$ 이라고 가정하면

$$\Rightarrow \Delta E/E \approx \Delta P/P + \Delta Q/Q$$

즉, 경상가격값(E)의 변화율은 가격변수(P)의 변화율과 실질변수(Q) 변화율의 합으로 간주할 수 있다.

2) 정확한 의미에서 의료보험 수가를 진료비에서의 가격수준으로 간주하기에는 무리가 따른다. 진료비를 구성하는 4대 요소인 기본진료료, 진료행위료, 약제비, 재료대 중 기본진료료와 진료행위료만이 수가의 영향을 받고, 약 40%를 상회하는 나머지 두 항목은 고시가와 협약가에 의해 영향을 받기 때문이다. 이러한 해석상의 제약을 염두에 두어야 한다.

〈表 II-2〉 診療費(藥局除外), GDP, 關聯 價格變數들의 增加率

연도	GDP	물가수준	진료비	수가수준	진료건수	급여비	보험료
1991	21.09	9.32	8.81	4.58	3.52	6.05	23.79
1992	13.48	6.30	16.59	7.99	8.44	16.47	14.01
1993	12.94	4.77	16.16	6.16	10.14	16.33	7.54
1994	16.54	6.22	11.68	3.24	5.42	12.80	11.50
1995	16.68	4.49	24.41	8.87	15.51	25.72	12.97
1996	10.90	4.90	24.20	12.25	11.82	25.71	15.96
1997	8.32	4.48	17.90	8.15	8.30	16.22	16.85
1998	-0.83	7.48	10.87	7.68	1.42	14.36	7.71
연평균 증가율	12.21	5.98	16.20	7.34	7.99	16.55	13.68

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.
통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999. 9.

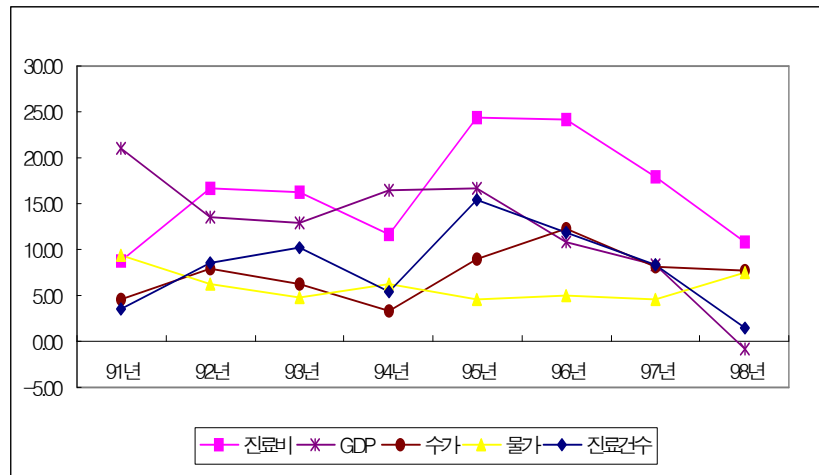
이는 실질적 자원의 배분에 있어서도 진료에 소요된 자원의 증가율이 국내총생산 규모의 증가를 앞지르고 있음을 말해준다. 수가수준의 변화와 진료비 변화간 상관관계에 관한 분석은 뒤에서 자세히 다루게 된다. 여기서는 명목가치와 실질가치 모두에서 진료비의 증가율은 GDP 성장률을 초과하고 있다는 사실을 확인하는 것에 그치기로 한다.

[그림 II-1]에서 발견되는 재미있는 사실 중 첫 번째는 1995년을 정점으로 진료비의 증가율이 하락하고 있다는 것이다(이는 GDP 상승률의 하락과도 일치하고 있다). 즉, 1998년도가 보여준 상대적인 진료비 증가율의 하락은 IMF영향으로 인한 일시적 현상이기보다는 4년여에 걸친 하락 경향의 연장선으로 해석될 수 있다는 점이다. 이는 향후 진료비의 추이를 예측하는 데 고려되어야 할 사안이며, 심층적 연구가 요구되는 사안이라 할 수 있다.

두 번째는 진료비 증가율의 변화는 진료건수의 증가율 변화와 일치한다는 것이다. 이는 진료비 통제에 첫 걸음은 수진율의 결정변수와 이에 대응하는 정책수단의 모색임을 시사하는 것이다.

[그림 II-1] 診療費, GDP, 關聯 價格變數들의 增加率 推移

(단위: %)



그러나 진료건수 증가율은 진료비 증가율과 같은 방향으로 움직임에도 불구하고, 연평균 증가율은 7.99%로 진료비의 연평균 증가율 16.20%에 비해 절반에도 못 미치고 있다(表 II-3 참조). 이는 진료비의 증가가 진료건수의 증가보다는 진료내용 즉, 건당진료비의 증가에 기인하는 것이었음을 말해주는 것이다. 또한 본인부담금의 연평균 증가율은 15.54%로 급여비의 16.55%에 다소 못 미치고 있다. 진료내용에 있어서 진료일수의 연평균 증가율은 10.91%인 반면 내원일수의 증가율은 5.12%에 불과해 진료비 증가의 상당부분은 투약일수의 증가에 기인했음을 추론할 수 있다.

〈表 II-3〉 年度別 診療實積

(단위: 백만원, 만건)

연도	진료비	급여비	본인부담금	진료건수	내원일수	진료일수
1990	291,977 (294,191)	188,217 (189,095)	103,760 (105,096)	12,568 (13,797)	31,025 (32,254)	61,566 (63,547)
1991	317,705 (320,100)	199,610 (200,608)	118,095 (119,492)	13,011 (14,129)	30,979 (32,097)	65,201 (67,189)
1992	370,398 (373,106)	232,488 (233,630)	137,910 (139,476)	14,109 (15,329)	32,318 (33,538)	73,236 (75,404)
1993	430,250 (434,820)	270,464 (273,043)	159,786 (161,777)	15,539 (17,524)	35,066 (37,051)	82,701 (86,124)
1994	480,483 (597,745)	305,077 (383,530)	175,406 (214,215)	16,382 (18,922)	36,100 (40,626)	89,441 (103,357)
1995	489,717 (614,422)	310,878 (393,942)	178,839 (220,480)	20,136 (24,941)	39,854 (46,997)	95,870 (114,379)
1996	742,372 (762,396)	482,139 (494,835)	260,233 (267,561)	21,158 (25,626)	43,346 (50,439)	118,115 (130,976)
1997	875,273 (880,389)	560,334 (575,036)	314,939 (305,353)	22,914 (28,052)	46,016 (53,811)	131,791 (146,342)
1998	970,391 (996,496)	640,800 (657,130)	329,591 (339,366)	23,239 (28,963)	46,253 (54,662)	140,965 (156,655)
연평균 증가율	16.20 (16.47)	16.55 (16.86)	15.54 (15.78)	7.99 (9.71)	5.12 (6.82)	10.91 (11.94)

註: ()는 약국을 포함한 전체 진료실적치임.
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

2. 診療費의 分解(1)

진료비는 다음과 같이 분해될 수 있다.

$$\text{진료비} = \text{적용인구} \times \text{적용인구 1인당 진료비}$$

2.1 適用人口

진료비 규모를 결정하는 첫 번째 요소는 적용인구수이다. 특히 의

료보험이 확대 일로에 있을 때에 적용 대상인구의 확대는 진료비 절대규모가 증가하게 되는 일차적 요인이 된다. 그러나 1989년도에 전국민 의료보험이 완성되었기 때문에 적용인구수의 급격한 증가는 기대하기 어렵다. 다만 의료보호 대상자의 변동과 연동되는 정도라 할 수 있다.

1999년 현재 진료비 분석에 있어서 적용인구가 갖는 의미는 절대인구수에 있기보다는 적용인구의 연령별 분포에 있다고 보아야 할 것이다. 개인별로 질병발생 위험요소(risk factor)를 계량화할 수 있는 기전이 없는 현 단계에서 연령은 질병발생 확률과 그에 소요되는 진료비 규모를 통계적으로 특징짓는 가장 설득력 있는 설명변수라 할 수 있다.

영·유아기의 빈번한 병원 출입과 그에 소요되는 상대적으로 낮은 진료비 규모, 노년기의 만성·퇴행성 질환의 다발과 그에 소요되는 상대적으로 높은 진료비 등을 감안할 때, 적용인구의 연령별 분포는 진료비 규모를 결정짓는 중요한 요인이라 할 수 있다. 특히 인구구조의 노령화 추이는 향후 진료비의 증가현상을 예측하는 결정적 근거가 될 수 있다.

<表 II-4>는 5세 단위로 구분된 연령군별 적용인구수 및 상대빈도를 보여주고 있다. 전체 적용인구의 점진적인 증가는 의료보호 대상자의 점진적 감소의 결과이다. 우리의 관심은 적용인구의 절대수 증가가 아니라 분포의 연차적 변화라 할 수 있다. 청소년층의 상대적 빈도 감소와 장노년층의 상대적 빈도 증가가 발견된다.

〈表 II-4〉 年 齡 別 適 用 人 口 와 構 成 比 變 化 推 移

(단위: 명, %)

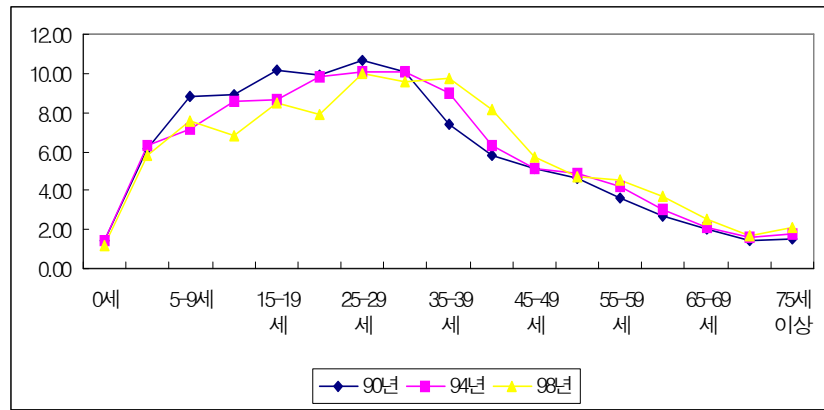
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
전체	40180023	40799149	41329394	42217000	43258063	44015900	44603316	44925068	44472127
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0세	577548	596197	619819	601376	601459	577043	604787	572611	525359
	1.44	1.46	1.50	1.42	1.39	1.31	1.36	1.27	1.18
1~4세	2470230	2440863	2581432	2614232	2739420	2836666	2815365	2748087	2564873
	6.15	5.98	6.25	6.19	6.33	6.44	6.31	6.12	5.77
5~9세	3535276	3333091	3158770	3042201	3094239	3085928	3170498	3275475	3345935
	8.80	8.17	7.64	7.21	7.15	7.01	7.11	7.29	7.52
10~14세	3568978	3676286	3718519	3782214	3705903	3543084	3368645	3174554	3029042
	8.88	9.01	9.00	8.96	8.57	8.05	7.55	7.07	6.81
15~19세	4067172	3962564	3789340	3735632	3726351	3783558	3866943	3887571	3763082
	10.12	9.71	9.17	8.85	8.61	8.60	8.67	8.65	8.46
20~24세	3966123	4118905	4124802	4205314	4251130	4155883	4010757	3842040	3506071
	9.87	10.10	9.98	9.96	9.83	9.44	8.99	8.55	7.88
25~29세	4273762	4128386	4065276	4209487	4354214	4454035	4590745	4600155	4430215
	10.64	10.12	9.84	9.97	10.07	10.12	10.29	10.24	9.96
25~29세	4273762	4128386	4065276	4209487	4354214	4454035	4590745	4600155	4430215
	10.64	10.12	9.84	9.97	10.07	10.12	10.29	10.24	9.96
30~34세	4032899	4220936	4324527	4361188	4366144	4291214	4188704	4155106	4263540
	10.04	10.35	10.46	10.33	10.09	9.75	9.39	9.25	9.59
35~39세	2951325	3201607	3380292	3649616	3885422	4104531	4279833	4374795	4321108
	7.35	7.85	8.18	8.64	8.98	9.33	9.60	9.74	9.72
40~44세	2319921	2371100	2469253	2571508	2726510	2989306	3230400	3416419	3618565
	5.77	5.81	5.97	6.09	6.30	6.79	7.24	7.60	8.14
45~49세	2061138	2037280	2030265	2130717	2226789	2346575	2393046	2494287	2523126
	5.13	4.99	4.91	5.05	5.15	5.33	5.37	5.55	5.67
50~54세	1866247	1947689	2070035	2109318	2097010	2082108	2075722	2041270	2088158
	4.64	4.77	5.01	5.00	4.85	4.73	4.65	4.54	4.70
55~59세	1462357	1570815	1649242	1728543	1815248	1866310	1934421	2063271	2032713
	3.64	3.85	3.99	4.09	4.20	4.24	4.34	4.59	4.57
60~64세	1070464	1126154	1184472	1229954	1309760	1416219	1508000	1585740	1651505
	2.66	2.76	2.87	2.91	3.03	3.22	3.38	3.53	3.71
65~69세	809952	837432	865812	870043	924815	977384	1022796	1074625	1122946
	2.02	2.05	2.09	2.06	2.14	2.22	2.29	2.39	2.53
70~74세	556383	584943	618408	660641	680368	703569	718007	727265	749340
	1.38	1.43	1.50	1.56	1.57	1.60	1.61	1.62	1.68
75세	590248	644908	679130	715007	764251	802487	850946	893797	936549
이상	1.47	1.58	1.64	1.69	1.77	1.82	1.91	1.99	2.11

註: 연령별 구간의 위는 적용인구이고, 아래는 구성비임.
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

이러한 적용인구의 연령별 분포 변화를 극명하게 보여주는 것이 4년마다의 연령별 적용인구 분포 변화를 담고있는 [그림 II-2]이다. 이 그림에서 알 수 있듯이 향후 적용인구의 분포는 점차 장노년층의 비중이 점증할 것임을 시사하고 있다.

[그림 II-2] 年齡別 適用人口 構成比 變化推移

(단위: %)



2.2 適用人口 1人當 診療費

적용인구 1인당 진료비는 평균적 진료비 규모를 반영하는 수치라 할 수 있다. <表 II-5>에 따르면, 1990년도에 72,667원이었던 적용인구 1인당 진료비는 1998년도에는 3배가되어 218,202원에 달하고 있다. 또한 급여비 및 법정 본인부담금도 거의 같은 정도로 증가하고 있다. 입원의 경우에는 25,750원에서 76,890원으로 2.99배 증가하였고, 외래의 경우에는 46,917원에서 141,312원으로 3.01배 증가하여 외래진료비의 증가가 입원진료비 증가를 약간 상회한 것으로 나타나고 있다.

〈表 II-5〉 適用人口 1人當 診療實積

(단위: 원)

연도	전체			입원			외래		
	진료비	급여비	본인 부담금	진료비	급여비	본인 부담금	진료비	급여비	본인 부담금
1990	72,667	46,843	25,824	25,750	20,608	5,143	46,917	26,235	20,681
1991	77,871	48,925	28,946	28,384	22,716	5,668	49,486	26,209	23,278
1992	89,621	56,253	33,369	33,306	26,653	6,652	56,316	29,599	26,716
1993	101,914	64,065	37,849	37,376	29,910	7,466	64,538	34,155	30,383
1994	111,074	70,525	40,549	41,076	32,873	8,203	69,997	37,652	32,346
1995	135,802	87,134	48,668	49,760	39,824	9,936	86,042	47,310	38,731
1996	166,439	108,095	58,344	60,326	48,001	12,324	106,113	60,093	46,019
1997	194,829	124,726	70,103	67,852	53,950	13,902	122,971	70,777	52,194
1998	218,202	144,090	74,112	76,890	61,160	15,730	141,312	82,931	58,381

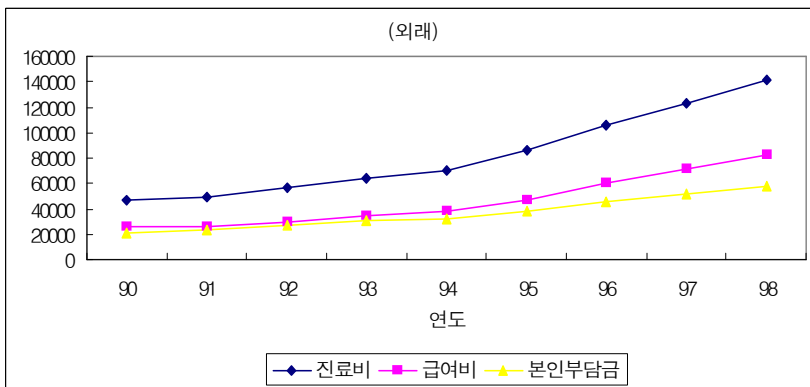
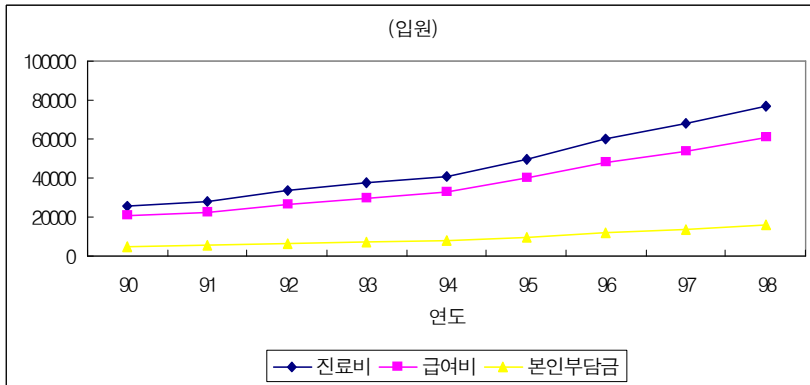
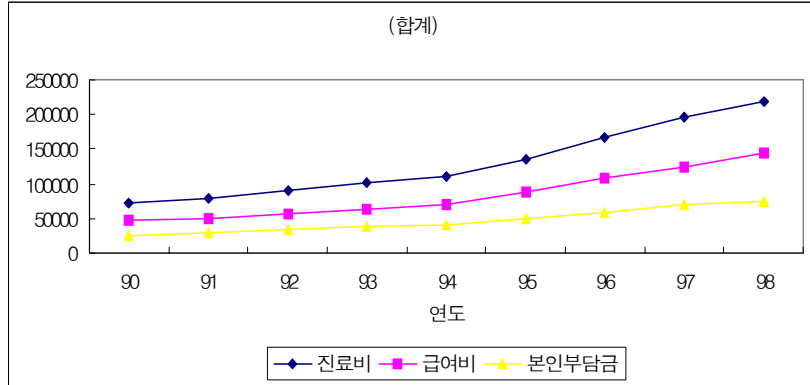
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

그림으로 살펴본 적용인구 1인당 진료실적에 의하면(그림 II-3 참조), 1995년을 기점으로 진료비의 궤적이 체증하는 것을 발견할 수 있다. 다각적인 급여범위의 확대가 그 해에 이루어졌다는 점을 감안하면 당연한 결과로 이해될 수 있다.

이점은 적용인구 1인당 진료실적 증가율을 나타내고 있는 <表 II-6>에서 재차 확인된다. 1991년도에 급격히 증가했으나 이해를 정점으로 1994년까지 점차 증가세가 둔화되던 적용인구 1인당 진료비는 1995년에 들어 급격히 증가하였다. 그러나 다시 증가율은 1996년에 최고치를 기록하고는 감소추세로 반전하여 둔화추세가 유지되고 있음을 알 수 있다.

이러한 현상은 입원·외래에서 공히 발견되는 현상이다. 따라서 적용인구 1인당 진료비의 증가는 입원이나 외래 모두에서 같은 방향으로, 같은 정도의 변화를 수반하게 된다는 것을 발견할 수 있다.

[그림 II-3] 適用人口 1人當 診療實積



〈表 II-6〉 適用人口 1人當 診療實積 增加率

	전 체			입 원			외 래		
	진료비	급여비	본 인 부담금	진료비	급여비	본 인 부담금	진료비	급여비	본 인 부담금
1991	7.16	4.44	12.09	10.23	10.23	10.21	5.48	-0.10	12.55
1992	15.09	14.98	15.28	17.34	17.33	17.37	13.80	12.94	14.77
1993	13.72	13.89	13.43	12.22	12.22	12.22	14.60	15.39	13.73
1994	8.99	10.08	7.13	9.90	9.91	9.88	8.46	10.24	6.46
1995	22.26	23.55	20.02	21.14	21.14	21.13	22.92	25.65	19.74
1996	22.56	24.06	19.88	21.23	20.53	24.03	23.33	27.02	18.82
1997	17.06	15.39	20.16	12.48	12.39	12.80	15.89	17.78	13.42
1998	12.00	15.53	5.72	13.32	13.36	13.15	14.92	17.17	11.85
연평균 증가율	14.73	15.08	14.09	14.65	14.57	15.00	14.78	15.47	13.85

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

적용인구 1인당 진료일수의 지속적인 증가세의 대부분은 투약일수에 의해 주도되고 있다(表 II-7 참조).

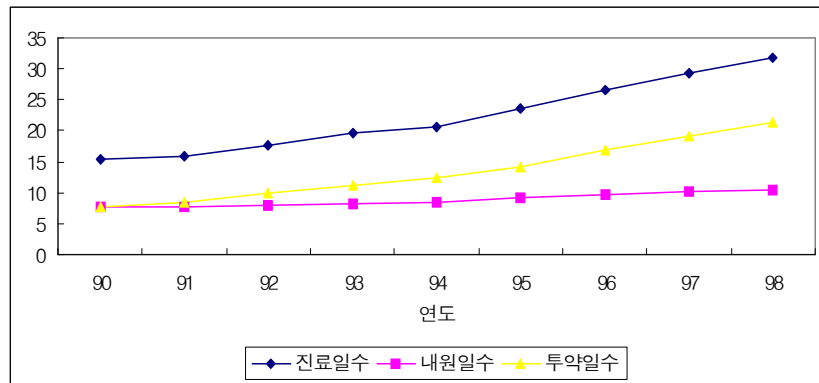
〈表 II-7〉 適用人口 1人當 診療日數

합계	전체			입원			외래		
	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수
1990	15.32	7.72	7.60	13.37	9.79	3.58	14.48	7.10	7.37
1991	15.98	7.59	8.39	13.72	9.94	3.78	15.09	6.95	8.14
1992	17.72	7.82	9.90	13.71	9.83	3.88	16.78	7.14	9.63
1993	19.59	8.31	11.28	13.84	9.82	4.02	18.62	7.62	11.00
1994	20.68	8.35	12.33	13.95	9.81	4.14	19.68	7.65	12.04
1995	23.48	9.23	14.25	14.22	9.84	4.38	22.39	8.47	13.91
1996	26.48	9.72	16.76	14.56	9.90	4.67	25.31	8.92	16.39
1997	29.34	10.24	19.09	14.43	9.64	4.79	28.10	9.42	18.68
1998	31.70	10.40	21.30	14.27	9.50	4.77	30.45	9.57	20.88

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

입원의 경우에는 내원일수가 등락을 보이거나 전반적으로는 감소추세에 있다고 볼 수 있다. 반면 투약일수는 증가추세를 보인다. 현격한 변화는 외래에서 발견된다. 즉, 내원일수는 완만한 증가세를 보이는 반면 투약일수는 급격히 증가하고 있다.

[그림 II-4] 適用人口 1人當 診療日數



資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

[그림 II-4]는 적용인구 1인당 진료일수의 연차적 증가가 대부분 투약일수의 증가에 의한 것임을 보여주고 있다. 이는 <表 II-8>에 나타난 연도별 증가율로써 다시 확인할 수 있다. 즉 연평균 9.51%에 이르는 적용인구 1인당 진료일수의 증가는 연평균 3.79%에 불과한 내원일수의 증가보다는 13.74%에 달하는 투약일수의 증가에 의한 것임을 알 수 있다.

〈表 II-8〉 適用人口 1人當 診療日數 增加率

(단위: %)

합계	전체			입원			외래		
	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수
1991	4.30	-1.67	10.36	2.64	1.57	5.54	4.26	-2.14	10.43
1992	10.88	2.98	18.03	-0.06	-1.09	2.64	11.16	2.79	18.30
1993	10.55	6.22	13.97	0.91	-0.17	3.66	11.01	6.68	14.21
1994	5.55	0.47	9.28	0.81	-0.06	2.96	5.70	0.35	9.40
1995	13.57	10.60	15.58	1.92	0.28	5.80	13.73	10.77	15.60
1996	12.77	5.29	17.62	2.42	0.64	6.43	13.04	5.28	17.77
1997	10.78	5.40	13.90	-0.92	-2.65	2.76	11.05	5.61	14.01
1998	8.05	1.54	11.54	-1.12	-1.42	-0.51	8.36	1.61	11.76
연평균 증가율	9.51	3.79	13.74	0.82	-0.37	3.64	9.74	3.80	13.90

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

이러한 현상은 진료비 증가요인 분석에 중요한 단초를 제공하게 된다. 즉 수가구조의 불합리와 약가 및 재료대의 높은 마진율은 의사의 진료서비스가 투입되는 내원일수보다는 투약일수의 확대를 통해 공급자의 이윤추구 행위가 추구되고 있다는 가설을 세울 수 있게 하기 때문이다.

3. 診療費의 分解(2)

진료비는 다음과 같이 보다 세분화할 수 있다.

$$\text{진료비} = \text{적용인구} \times \text{수진율} \times \text{건당진료비}$$

3.1 受診率

적용인구 1인당 진료건수를 의미하는 수진율은 일반적으로 의료보

험과 관련한 논의에서 자주 등장하는 용어로서 의료사고 발생 확률을 나타내는 것으로 해석될 수 있다. 물론 진료건수가 청구건으로 파악되고, 청구기간에 따라 동일 질환이 여러 건으로 나뉠 수 있다는 한계를 염두에 두고 해석되어야 한다.

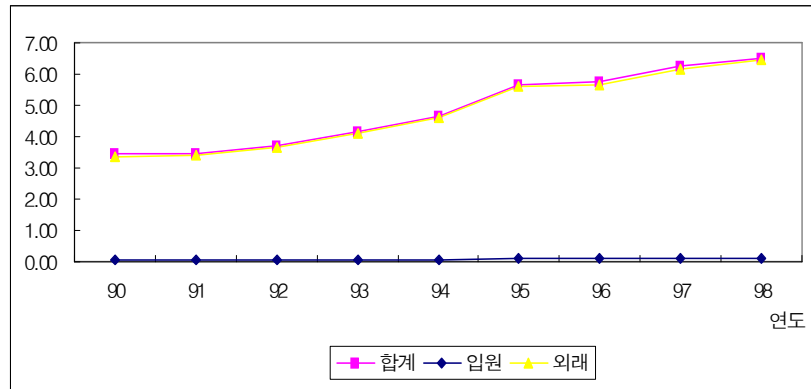
1990년부터 1998년까지 매년 수진율은 증가하고 있다. 연평균 8.33%에 이르는 수진율의 증가는 4.08%인 입원에서보다는 8.40%에 달하는 외래에 의해 주도된 것으로 보인다. 입원의 경우보다는 상대적으로 수진행위의 결정에 있어서 소비자의 의사가 반영되는 정도가 높은 외래의 수진율 증가가 더 크다는 사실은 수진율 관리에 있어서 소비자의 비중을 높여야 함을 시사하고 있다.

〈表 II-9〉 受診率 및 增加率 推移

연도	전체		입원		외래	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
1990	3.43	-	0.0634	-	3.37	-
1991	3.46	0.86	0.0647	2.18	3.40	0.83
1992	3.71	7.10	0.0687	6.19	3.64	7.12
1993	4.15	11.91	0.0698	1.52	4.08	12.11
1994	4.65	12.14	0.0711	1.83	4.58	12.32
1995	5.67	21.73	0.0770	8.38	5.59	21.94
1996	5.75	1.39	0.0807	4.76	5.66	1.35
1997	6.24	8.69	0.0855	5.91	6.16	8.73
1998	6.51	4.30	0.0873	2.12	6.43	4.33
연평균 증가율		8.33		4.08		8.40

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

[그림 II-5] 受診率 推移



수진율은 1995년도까지 체증하다가 1996년도에 현격히 증가율이 감소하였다. 그러나 이내 증가추세로 돌아섰던 수진율의 증가율은 1998년도에 들어 감소추세로 돌아선 것으로 보인다. 그러나 이러한 현상이 외환위기라는 악화된 경제상황의 산물인지는 향후의 시계열 자료의 확보를 통해서만이 판단될 수 있을 것으로 보인다.

3.2 件當診療費

수진율이 수요자의 의사에 상당부분 영향을 받는 것이라면 건당진료비는 주로 공급자의 영향을 받는 것이라 할 수 있다. <表 II-10>에 의하면 1990년도에 23,232원이었던 건당진료비는 1998년도에 1.8배인 41,756원으로 증가하였다. 같은 기간 입원의 경우에는 2.17배가 증가하였고, 외래의 경우에는 1.8배 증가하였다.

<表 II-10> 件當診療費 變化推移

(단위: 원)

	전체			입원			외래		
	진료비	급여비	본인 부담금	진료비	급여비	본인 부담금	진료비	급여비	본인 부담금
1990	23,232	14,976	8,256	406,430	325,263	81,166	15,310	8,561	6,749
1991	24,419	15,342	9,077	438,422	350,878	87,544	15,840	8,389	7,451
1992	26,253	16,478	9,775	484,454	387,690	96,765	16,836	8,849	7,987
1993	27,688	17,405	10,283	535,545	428,573	106,972	17,873	9,459	8,414
1994	29,330	18,623	10,707	577,993	473,301	104,692	18,837	10,132	8,704
1995	31,589	20,269	11,321	646,043	517,039	129,005	20,380	11,206	9,174
1996	35,087	22,787	12,299	747,596	594,864	152,732	22,757	12,887	9,869
1997	38,198	24,453	13,744	793,966	631,287	162,678	24,520	14,113	10,407
1998	41,756	27,574	14,182	881,020	700,779	180,241	27,502	16,140	11,362

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

<表 II-11>에서 알 수 있는 바와 같이 연평균 증가율을 기준으로 입원의 건당진료비 증가율이 외래의 경우를 훨씬 상회한다. 특기할 것은 외래의 경우 건당진료비의 연평균 증가율을 급여비의 연평균 증가율이 앞지르고 있다는 점이다. 반면, 입원의 경우에는 건당 진료비, 급여비, 본인부담액의 연평균 증가율이 거의 같은 수준을 보인다. 이는 외래의 경우 정액제의 실시로 인해 본인일부부담 체계가 건당진료비의 증가에 따라 점차 급여율이 높아지는 구조로 되어 있음을 확인시켜 주는 것이라 할 수 있다.

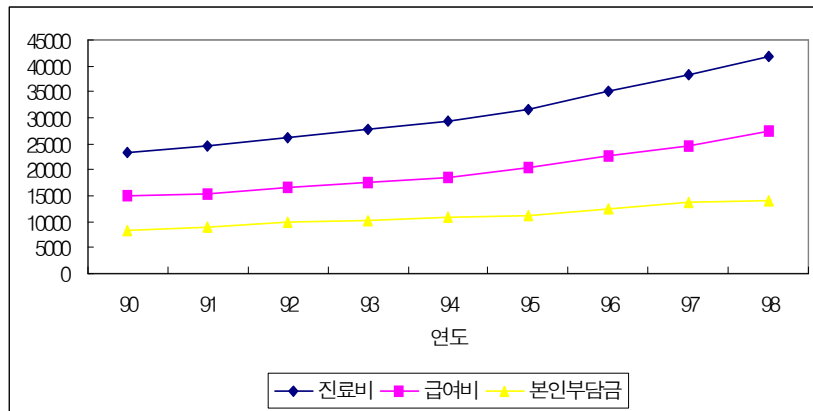
〈表 II-11〉 件當診療費 增加率 推移

	전체			입원			외래		
	진료비	급여비	본인부담금	진료비	급여비	본인부담금	진료비	급여비	본인부담금
1991	5.11	2.44	9.94	7.87	7.88	7.86	3.46	-2.01	10.40
1992	7.51	7.41	7.69	10.50	10.49	10.53	6.29	5.48	7.20
1993	5.47	5.63	5.20	10.55	10.55	10.55	6.16	6.89	5.35
1994	5.93	6.99	4.13	7.93	10.44	-2.13	5.39	7.12	3.45
1995	7.70	8.84	5.73	11.77	9.24	23.22	8.19	10.59	5.39
1996	11.07	12.43	8.64	15.72	15.05	18.39	11.66	15.01	7.58
1997	8.87	7.31	11.75	6.20	6.12	6.51	7.75	9.51	5.45
1998	9.32	12.76	3.19	10.96	11.01	10.80	12.16	14.36	9.17
연평균 증가율	7.60	7.93	7.00	10.15	10.07	10.49	7.60	8.25	6.73

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

[그림 II-6] 件當診療費 增加推移

(단위: 원)



[그림 II-6]은 지속적인 건당진료비의 증가추이를 보여준다. 그림으로 파악될 수 있는 중요한 사실은 연차적으로 건당진료비와 건당급여비가 원점에 대해 볼록(convex)한 형태를 취한다는 것이다. 이는 앞으

로 논의하게 될 진료비 억제 대책의 주안점이 공급자에게 주어져야 함을 시사하는 것이다.

3.3 年齡別 受診率 및 件當診療費 變化

연령별 수진율 및 건당진료비의 추이는 인구구조 변화에 따른 진료비의 변화를 예측하는데 필수불가결한 단계이다. 예상하는 바와 같이 수진율이 가장 높은 연령층은 0세와 1~4세의 영유아 집단으로 전체 평균의 2배를 상회하고 있다. 장노령층의 경우에도 상대적으로 평균값을 훨씬 웃도는 수진율을 보이고 있다(表 II-12 참조).

1998년도를 기준으로 할 때, 경미한 질환이 주종을 이루는 영유아의 질환 특성상 건당진료비는 평균값에 훨씬 못 미치고, 20세를 넘어서는 연령층부터 점차 평균값을 넘어서는 비율이 높아져 75세 이상 연령층에서는 가장 높게 나타나고 있다(表 II-13 참조).

진료비 증가현상과 관련하여 주목해야 할 것은 영아의 수진율의 연평균 증가율이 상대적으로 낮고, 노령층의 연평균 증가율이 매우 높다는 사실이다. 이러한 추세는 건당진료비의 연평균 증가율이 상대적으로 고른 분포를 보인다는 사실과 결합할 때, 향후 인구구조의 노령화와 맞물려 진료비의 양등요인으로 작용하게 될 것임을 시사하는 것이다.

〈表 II-12〉 年齡別 受診率 變化推移

(단위: 건/명)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
0세	10.87 (3.47)	10.54 (3.30)	11.64 (3.41)	13.03 (3.54)	12.63 (3.34)	14.03 (3.26)	14.11 (2.98)	14.26 (2.79)	13.74 (2.63)	2.97 <3.19>
1~4세	7.68 (2.46)	8.02 (2.52)	8.19 (2.40)	9.33 (2.53)	9.22 (2.43)	10.15 (2.36)	11.38 (2.40)	12.18 (2.39)	12.51 (2.39)	6.29 <2.43>
4~9세	4.04 (1.29)	4.24 (1.33)	4.54 (1.33)	5.18 (1.41)	5.20 (1.37)	5.95 (1.38)	6.41 (1.35)	7.27 (1.43)	7.04 (1.35)	7.18 <1.36>
10~14세	1.83 (0.58)	1.87 (0.59)	2.04 (0.60)	2.19 (0.60)	2.35 (0.62)	2.72 (0.63)	3.11 (0.65)	3.48 (0.68)	3.41 (0.65)	8.08 <0.62>
15~19세	1.48 (0.47)	1.51 (0.47)	1.63 (0.48)	1.64 (0.45)	1.68 (0.44)	1.97 (0.46)	2.21 (0.47)	2.32 (0.46)	2.50 (0.48)	6.77 <0.46>
20~24세	1.81 (0.58)	1.79 (0.56)	1.88 (0.55)	1.92 (0.52)	1.94 (0.51)	2.21 (0.51)	2.43 (0.51)	2.57 (0.50)	2.74 (0.52)	5.30 <0.53>
25~29세	2.47 (0.79)	2.45 (0.77)	2.51 (0.73)	2.49 (0.68)	2.56 (0.68)	2.82 (0.66)	3.00 (0.63)	3.21 (0.63)	3.36 (0.64)	3.93 <0.69>
30~34세	2.67 (0.85)	2.69 (0.84)	2.80 (0.82)	2.95 (0.80)	2.99 (0.79)	3.32 (0.77)	3.53 (0.74)	3.71 (0.73)	3.62 (0.69)	3.87 <0.78>
35~39세	2.77 (0.88)	2.77 (0.87)	2.94 (0.86)	3.02 (0.82)	3.09 (0.82)	3.41 (0.79)	3.70 (0.78)	3.91 (0.77)	4.01 (0.77)	4.75 <0.82>
40~44세	2.93 (0.94)	3.03 (0.95)	3.18 (0.93)	3.34 (0.91)	3.34 (0.88)	3.67 (0.85)	3.98 (0.84)	4.18 (0.82)	4.21 (0.81)	4.63 <0.88>
45~49세	3.38 (1.08)	3.43 (1.07)	3.65 (1.07)	3.73 (1.01)	3.84 (1.01)	4.31 (1.00)	4.81 (1.01)	4.99 (0.98)	5.19 (0.99)	5.48 <1.03>
50~54세	3.70 (1.18)	3.73 (1.17)	3.98 (1.17)	4.45 (1.21)	4.70 (1.24)	5.41 (1.26)	5.84 (1.23)	6.21 (1.22)	6.34 (1.21)	6.98 <1.21>
55~59세	3.78 (1.21)	3.94 (1.24)	4.36 (1.28)	4.78 (1.30)	5.08 (1.34)	5.93 (1.38)	6.51 (1.37)	6.85 (1.34)	7.84 (1.50)	9.56 <1.33>
60~64세	3.92 (1.25)	4.13 (1.29)	4.56 (1.34)	5.09 (1.38)	5.41 (1.43)	6.25 (1.45)	7.11 (1.50)	7.76 (1.52)	8.72 (1.67)	10.50 <1.43>
65~69세	3.86 (1.23)	4.13 (1.30)	4.58 (1.34)	5.20 (1.41)	5.64 (1.49)	6.69 (1.56)	7.67 (1.62)	8.40 (1.65)	9.85 (1.89)	12.43 <1.50>
70~74세	3.39 (1.08)	3.63 (1.14)	4.11 (1.20)	4.70 (1.28)	5.29 (1.40)	6.35 (1.48)	7.54 (1.59)	8.53 (1.67)	10.25 (1.96)	14.85 <1.42>
75세 이상	2.53 (0.81)	2.63 (0.82)	3.03 (0.89)	3.41 (0.93)	3.72 (0.98)	4.48 (1.04)	5.21 (1.10)	6.00 (1.18)	7.80 (1.49)	15.09 <1.03>
평균	3.13	3.19	3.41	3.68	3.79	4.30	4.74	5.10	5.23	6.63

註: ()는 평균에 대한 연령별 수진율의 비율, 단, 약국은 제외되어 있음.

< >는 ()의 평균값

〈表 II-13〉 年齢別 件當診療費 變化推移

(단위: 원)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
0세	17036 (0.73)	17800 (0.73)	19114 (0.73)	20455 (0.74)	21348 (0.73)	23489 (0.74)	26133 (0.74)	27804 (0.74)	30544 (0.73)	7.57 <0.74>
1~4세	12770 (0.55)	13497 (0.55)	14113 (0.54)	15347 (0.55)	15918 (0.54)	17486 (0.55)	19222 (0.55)	20444 (0.55)	22621 (0.54)	7.41 <0.55>
4~9세	13972 (0.60)	14260 (0.58)	15018 (0.57)	15957 (0.58)	16473 (0.56)	17232 (0.55)	18924 (0.54)	20330 (0.54)	22389 (0.54)	6.07 <0.56>
10~14세	16737 (0.72)	16945 (0.69)	17850 (0.68)	18730 (0.68)	19688 (0.67)	20449 (0.65)	22440 (0.64)	23386 (0.63)	26572 (0.64)	5.95 <0.67>
15~19세	22389 (0.96)	22972 (0.94)	24623 (0.94)	25800 (0.93)	27529 (0.94)	28771 (0.91)	31301 (0.89)	33324 (0.89)	36331 (0.87)	6.24 <0.92>
20~24세	26889 (1.16)	27774 (1.14)	30021 (1.14)	31302 (1.13)	32718 (1.12)	34641 (1.10)	37623 (1.07)	39033 (1.04)	42888 (1.03)	6.01 <1.10>
25~29세	27755 (1.19)	29364 (1.20)	32320 (1.23)	33933 (1.23)	35669 (1.22)	38244 (1.21)	41774 (1.19)	43311 (1.16)	47676 (1.14)	7.00 <1.20>
30~34세	24543 (1.06)	25416 (1.04)	27282 (1.04)	28670 (1.04)	30312 (1.03)	32453 (1.03)	36045 (1.03)	38299 (1.02)	42448 (1.02)	7.09 <1.03>
35~39세	25000 (1.08)	25943 (1.06)	27462 (1.05)	29062 (1.05)	30504 (1.04)	32510 (1.03)	36016 (1.03)	38289 (1.02)	42175 (1.01)	6.76 <1.04>
40~44세	26965 (1.16)	28074 (1.15)	29713 (1.13)	31172 (1.13)	32901 (1.12)	34885 (1.10)	38893 (1.11)	41100 (1.10)	45345 (1.09)	6.71 <1.12>
45~49세	29095 (1.25)	30506 (1.25)	32265 (1.23)	33739 (1.22)	35585 (1.21)	37999 (1.20)	42146 (1.20)	44683 (1.19)	49229 (1.18)	6.79 <1.22>
50~54세	31076 (1.34)	32711 (1.34)	34850 (1.33)	36435 (1.32)	38108 (1.30)	40530 (1.28)	44740 (1.28)	47823 (1.28)	52305 (1.25)	6.72 <1.30>
55~59세	33205 (1.43)	34912 (1.43)	37078 (1.41)	39153 (1.41)	40904 (1.39)	43542 (1.38)	48058 (1.37)	51343 (1.37)	55963 (1.34)	6.74 <1.39>
60~64세	35449 (1.53)	36610 (1.50)	39780 (1.52)	41358 (1.49)	43232 (1.47)	45861 (1.45)	50531 (1.44)	53926 (1.44)	58685 (1.41)	6.50 <1.47>
65~69세	36662 (1.58)	38869 (1.59)	41300 (1.57)	43328 (1.56)	45019 (1.53)	48123 (1.52)	53118 (1.51)	56377 (1.51)	60940 (1.46)	6.56 <1.54>
70~74세	36982 (1.59)	39953 (1.64)	42567 (1.62)	44471 (1.61)	46694 (1.59)	50177 (1.59)	55343 (1.58)	58791 (1.57)	62748 (1.50)	6.83 <1.59>
75세 이상	36710 (1.58)	39867 (1.63)	42213 (1.61)	45121 (1.63)	48440 (1.65)	52672 (1.67)	58613 (1.67)	62323 (1.67)	65813 (1.58)	7.57 <1.63>
평균	23232	24419	26253	27688	29330	31589	35087	37412	41756	7.60

註: ()는 평균에 대한 연령별 전체 건당진료비의 비율, 단, 약국은 제외되어 있음.

< >는 ()의 평균값

Ⅲ. 診療費 決定要因 分析

1. 受診率 回歸分析

1.1 所得水準

보험재정 악화의 원인에서 빠지지 않고 등장하는 것이 ‘수진율 증가’이다(여기에 보험급여의 확대, 수가인상 등이 보험료 인상의 필요성 내지 당위성을 뒷받침하는 주된 근거로 제시된다). 진료건수를 적용인구로 나누어 얻게 되는 수진율은 적용인구의 변동을 논외로 하면 진료건수에 의존하게 된다. 따라서 수진율의 상승은 진료건수의 상승과 맥을 같이 하게 된다.

일반적으로 진료건수와 소득수준은 정의 관계에 있는 것으로 인식되고 있다. 그러나 이러한 연구결과는 ‘여타조건이 일정(ceteris paribus)’한 경우에 진료건수와 소득수준을 비교하여 얻은 결과이며, 거시적으로 제반 여건을 통제할 수 없는 상황에서 얻은 결과와 반드시 일치하리라는 보장이 없다.

외환위기로 인해 GDP가 0.83%의 마이너스 성장을 기록한 1998년도에 진료건수는 1.42% 증가한 반면 적용인구는 1.01% 감소하였다. 그 결과 수진율은 4.3% 증가한 것으로 나타나고 있다(Ⅱ장 참조). 이는 수진율의 변화를 설명할 수 있는 변수가 소득수준뿐만이 아님을 보여주는 것이다.

소득수준이 현격히 떨어지고, 경제상황이 극도로 악화된 가운데에서도 증가하는 진료건수에 관한 설명은 중요한 의미를 지닌다. 수진

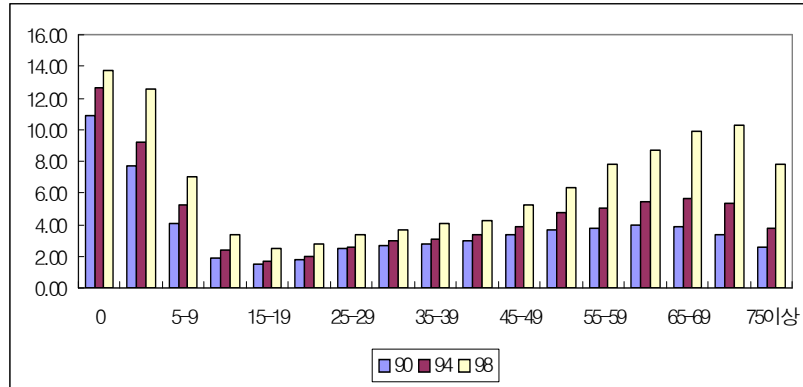
율은 특히나 피보험자에 의해 주도되는 의사결정 결과로 해석된다. 이러한 성격을 갖는 수진율의 변화를 소득수준의 변화와 무관하게 증가 경로를 따라 움직인다는 ‘자연적 증가’ 현상으로 간주한다면, 재정 불안 나아가 보험료 인상의 구조적 원인이 피보험자에게 귀착될 소지가 많기 때문이다.

1.2 人口構造

수진여부를 결정짓는 출발점은 질환의 발생(혹은 인지 내재 염려)에서 찾을 수 있다. 질병발생 확률의 차이는 연령별로 상이하다는 것을 앞장에서 살펴보았다. 즉, 소득수준으로 대변되는 지불능력의 차이를 논외로 하면 수진율의 변화를 설명할 수 있는 것은 적용인구의 연령별 분포상태의 변화라 할 수 있다. 예를 들어 상대적으로 질병발생 확률이 높은 노령층의 증가는 수진율의 증가로 이어지게 되는 것이다.

[그림 III-1]이 보여주는 바와 같이 모든 연령구간에 있어서 수진율은 연차적으로 증가하고 있다. 특히 노령층의 수진율 증가가 두드러지며 이러한 추세가 지속되면 60~70대의 수진율의 절대수준이 과거 가장 높았던 영유아의 수진율을 능가하는 현상으로 이어질 가능성마저 엿보인다. 상대적으로 10~40대는 완만한 수진율 증가를 보여주고 있다.

[그림 III-1] 年度別, 年齡區間別 受診率 變化



산술적으로 수진율(f : frequency of utilization)은 다음과 같이 나타낼 수 있다.

$$f = \sum_{i=0}^k \frac{n_i}{p_i} \frac{p_i}{\sum_{i=0}^k p_i}$$

$$= \frac{\sum_{i=0}^k n_i}{\sum_{i=0}^k p_i}$$

즉, 전체 수진율은 해당 연령계급(i)의 수진율($\frac{n_i}{p_i}$)에 그 연령계급의 상대빈도($\frac{p_i}{\sum_{i=0}^k p_i}$)를 곱하여 얻는다. 따라서 수진율이 높은 연령계층의 상대빈도 증가는 전체적인 수진율의 증가로 이어지게 되는 것이다.

앞에서 살펴본 바와 같이 인구구조는 점차 노령화되어 가는 추세에 있다. 인구구조의 노령화는 연령별 인구분포가 中央值(median)를 중심

으로 오른쪽으로 치우쳐 왼쪽으로 긴 꼬리를 갖는 것으로 파악될 수 있다. 즉 다음과 같이 정의되는 비대칭계수(coefficient of skewness: C_s)가 점차 +값에서 -값을 갖게 된다.

$$C_s = \frac{3(\mu - M_e)}{\sigma}$$

이때, μ = 평균, M_e = 중앙값, σ = 표준편차.

앞서 제시된 연령구간별 분포를 이용하여 비대칭계수를 구한 결과가 <表 III-1>이다. 이에 따르면, 1991년부터 인구분포는 오른쪽으로 치우치기 시작하여 점차 그 정도가 심화되고 있음을 알 수 있다.

<表 III-1> 年度別 非對稱係數

연도	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
SKEW	0.00772	-0.00963	-0.05172	-0.06123	-0.09497	-0.15141	-0.15657	-0.17761	-0.18761

이러한 연령별 인구분포의 변동현상은 [그림 II-2]에서 개략적으로 확인될 수 있고, 이를 [그림 III-2]에서 재확인할 수 있다.

위 추정식에서 발견할 수 있는, 적어도 경제학적 측면에서의 결함은 가격변수(price factors)가 포함되지 않았다는 사실이다. 즉 전통적인 미시경제학의 설명에 따르면, 소비자 입장에서 직접 지불하게 되는 가격(out-of-pocket money)인 본인부담금은 수진여부를 결정짓는데 영향을 미칠 수 있는 것으로 간주될 수 있기 때문이다.

그러나 진료는 同質的이지 않다. 입원과 외래, 의료기관 종별, 진료 과목과 질환의 중증 정도에 따라 각기 다른 진료비가 사후적으로 결정된다. 여기에 따라 각기 다르게 적용되는 본인부담금 체계에서 소비자의 의사결정에 유의한 실제 지불가격을 사전적으로, 회귀분석에 유용한 수준으로, 결정하기는 어렵다. 더욱이 정률의 본인부담체계를 기본구조로 하고 있기 때문에 진료비의 절대규모에 따라 본인부담금도 변화하게 된다. 다만 다음과 같은 사후적 본인부담률은 연차적으로 낮아지고 있음을 확인할 수 있다.

〈表 III-2〉 年度別 本人負擔率¹⁾

(단위: %)

연도	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
본인부담률	35.5	37.2	37.2	37.1	36.5	36.5	35.1	36.0	34.0

註: 1) 약국제외

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

연차적으로 낮아지고 있는 사후적 본인부담률이 수진을 증가의 가격효과로 해석되기는 어렵다. 따라서 가격변수를 회귀분석에 도입하기 위해서는 보다 미시적 자료를 토대로, 적어도 사안(case)별로 분석되어 전체적으로 재구성될 수 있는 패널데이터(panel data)가 요구되며 향후 이 분야의 연구가 절실히 요구된다 하겠다.

2. 醫療保險 酬價

2.1 診療酬價³⁾

행위별 수가제가 적용되고 현 상황에서 진료수가의 조정은 건당 진료비의 강력한 통제수단의 하나로 간주될 수 있다. 진료수가의 1990년 이래 1998년까지 진료수가는 전부 10회에 걸쳐 인상되었다.

〈表 III-3〉 診療酬價指數와 物價指數

(단위: %)

연도	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
시행월일	2.1	7.1	4.1	3.1	8.1	4.1 12.10	-	1.6 9.1	7.1
인상률	7.00	8.00	5.98	5.00	5.80	5.8 11.82	-	5.00 9.00	3.5
수가지수 ¹⁾	100.0	104.6	112.9	119.9	123.8	134.8	151.3	163.6	176.2
적용범위 ²⁾	67.5	66.2	65.0	64.4	63.8	63.4	63.1	61.4	57.9
물가지수 ³⁾	100.0	109.3	116.2	121.8	129.3	135.1	141.8	148.1	159.2

註: 1) 시행월을 감안하여 지수화 한 것임.

2) 진료비의 4대분류상 의료보험수가에 영향을 받는 '기본진료료'와 '진료행위료'의 비중을 의미하며, '91, '93, '95년도는 추정치임.

3) 소비자물가지수(CPI)를 의미함.

資料: 의료보험연합회, 『'98 의료보험통계연보』, 1999.

_____, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.

_____, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.

보건복지부, 내부자료, 1999.

통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999. 9.

수가지수는 1995년도까지는 물가지수에 미치지 못하였으나, 1996년도부터는 물가지수를 앞질러 1998년도에는 물가지수 159.2에 대하여 수가지수는 176.2에 이르고 있다. 따라서 적어도 지수상으로는 진료수

3) 여기서 '진료수가'는 '기본진료료'와 '진료행위료'에 적용되는 의료보험수가를 의미하며, 보다 넓은 의미의 '의료보험수가'는 약제비 및 재료대에 적용되는 가격체계 까지를 포함하는 개념으로 사용하기로 한다.

가가 일반적인 물가수준보다 높게 책정되어 적용되고 있는 것으로 간주될 수 있다.

그러나 진료수가 적용되는 범위는 건당진료비의 4대분류 항목 중 ‘기본진료료’와 ‘진료행위료’에 한정되고, 나머지 ‘약제비’와 ‘재료대’는 별도의 가격체계가 적용된다. 따라서 수가지수의 적용범위는 1990년도의 경우 67.5%로 볼 수 있고, 그 수치는 점차 낮아져 1998년도에 57.9%로 감소하고 있다.

이러한 사실은 물가수준을 능가하는 진료수가의 인상은 수가적용범위의 축소로 인해 건당진료비 인상효과에는 그리 큰 비중을 차지하지 않았으리라는 추론을 가능케 한다. 보다 세부적인 분석을 위해 건당진료비(e)를 의료보험수가(p^a)가 적용되는 투입요소(q^a)로 구성되는 부분과 약가와 재료대 등 별도의 가격체계(p^b)가 적용되는 투입요소(q^b)로 구성되는 부분으로 분해될 수 있다고 가정하자.

즉, $e = p^a q^a + p^b q^b$ 로 나타낼 수 있고, 따라서 ‘진료수가 적용범위(π)’는 $\frac{p^a q^a}{e}$ 로 정의될 수 있다. 1990년도와 1998년도의 실제치에 표본조사 결과치인 π 를 적용하여 다음과 같은 결과를 얻을 수 있다.

〈表 III-4〉 醫療保險 酬價關聯 結果值

구분	e	$p^a q^a$	p^a	q^a	π	$p^b q^b$
1990(A)	23,232	15,682	100.0	156.82	67.5	7,550
1998(B)	41,756	24,177	176.2	137.21	57.9	17,579
B-A	18,524	8,495	76.2	-19.6	-9.6	10,029
변화율(%)	79.7	54.2	76.2	-12.5	-	132.8

진료수가 적용범위 π 의 9.6% 포인트 감소는 수가지수의 76.2% 증

가에도 불구하고, 해당 투입요소량이 12.5% 감소하여 π 의 분자에 해당하는 $p^a q^a$ 가 54.2% 증가에 그친 반면 분모에 해당하는 건당진료비 e 는 이보다 훨씬 높은 79.7% 증가율을 보인 결과임을 확인할 수 있다.

특기할 것은 건당진료비 증가분 18,524원의 54.1%인 10,029원을 약가 및 재료대에 의해 결정되는 비용분 $p^b q^b$ 가 차지하고 있다는 것이다. 이러한 사실은 건당진료비의 통제방안으로서 약가 및 재료대 부분을 도외시한 진료수가 p^a 만의 조정은 그 효과가 제한적일 수 밖에 없음을 시사하는 것이다.

2.2 診療行態

약가 및 재료대의 가격구조를 지수화 할 수 있는 기초자료가 확보되지 않은 현시점에서 $p^b q^b$ 를 분해하고, 개별 변수의 연차적 변화를 살펴보고, 분석하기는 어렵다. 의료보험 수가를 총체적으로 분석할 수 있는 여건조성은 더더욱 정비되어 있지 않다. 다만 추론할 수 있는 것은 의료보험 수가체계에 의료공급자가 적응하여 나름대로의 진료행태를 보일 것이며, 이에 따라 진료비의 규모가 변화할 것이라는 사실이다.

앞서의 분석에서 우리는 진료수가가 적용되는 기본진료료와 진료행위료 부분에서의 투입요소의 감소현상과 약제비와 재료대의 비약적 비용 증가현상을 개략적으로 확인하였다. 이를 보다 세밀히 살펴보기 위해 먼저 진료내역의 4대 분류 항목별 내역을 다시 확인하기로 한다.

<表 III-5> 4大 分類 項目別 內譯

구 분		항 목 별 내 역
기 본 진료료	진료수가 기준 '가'항목	진찰료(초진료, 재진료, 응급의료관리료, 회송료, 타과진찰료), 입원료(일반병실료, 내·정신·소아과 병실료, 집중치료실료, 분만관련관리료, 무균치료실료, 기타)
진 료 행위료	진료수가 기준 '나'~'차'항목	처방·조제료, 주사수기료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 진단 및 치료료, CT수기료
약제비	약가기준액표의 등재약, 수입약, 원료·조제·제제약	경구·외용·주사 약제비
재료대	각 항목에서 별도 산정 가능한 각종 진료용 재료	주사항목의 특정재료, 마취제, 마취초빙료, 이학요법 약제료, 처치 및 수술재료, 수혈료, 검사약제·재료, 방사선진단 및 치료 재료, CT재료

資料: 의료보험연합회, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998, p.47의 <表 3-2>를 옮겨옴.

이와 같은 4대 분류에 따른 항목별 건당금액과 증가율은 다음과 같다.

〈表 III-6〉 4大 分類別 件當金額 및 增加率

(단위: 원, %)

	계	증가율	기 본 진료료	증가율	진 료 행위료	증가율	약제비	증가율	재료대	증가율	
계	'90	23,155	7,339		8,311		6,428		1,077		
	'91	25,058	8.22	7,682	4.67	8,916	7.27	7,319	13.86	1,142	6.04
	'92	26,961	7.59	8,024	4.46	9,520	6.78	8,210	12.17	1,207	5.69
	'93	28,637	6.22	8,228	2.54	10,210	7.24	8,926	8.71	1,274	5.55
	'94	30,312	5.85	8,432	2.48	10,899	6.75	9,641	8.02	1,341	5.26
	'95	33,651	11.01	9,304	10.34	12,034	10.41	10,576	9.69	1,737	29.53
	'96	36,988	9.92	10,176	9.37	13,169	9.43	11,510	8.84	2,133	22.80
	'97	37,683	1.88	10,637	4.53	12,506	-5.03	12,259	6.51	2,280	6.89
	'98	43,395	15.16	10,738	0.95	14,401	15.15	15,275	24.60	2,980	30.70
		(8.17)		(4.87)		(7.11)		(11.43)		(13.57)	
입 원	'90	387,179		83,299		156,939		115,440		31,501	
	'91	435,571	12.50	91,779	10.18	179,249	14.22	129,464	12.15	35,080	11.36
	'92	483,962	11.11	100,259	9.24	201,558	12.45	143,487	10.83	38,658	10.20
	'93	554,995	14.68	109,607	9.32	243,429	20.77	158,742	10.63	43,218	11.79
	'94	626,029	12.80	118,955	8.53	285,300	17.20	173,996	9.61	47,777	10.55
	'95	707,477	13.01	136,687	14.91	306,633	7.48	197,639	13.59	66,518	39.22
	'96	788,926	11.51	154,419	12.97	327,966	6.96	221,282	11.96	85,258	28.17
	'97	818,707	3.77	164,287	6.39	326,028	-0.59	232,263	4.96	96,129	12.75
	'98	863,040	5.42	165,046	0.46	339,832	4.23	246,856	6.28	111,306	15.79
		(10.54)		(8.92)		(10.14)		(9.97)		(17.09)	
외 래	'90	15,594		5,762		5,223		4,164		445	
	'91	16,560	6.19	5,940	3.08	5,387	3.14	4,789	15.01	444	-0.22
	'92	17,515	5.77	6,117	2.99	5,551	3.04	5,414	13.05	443	-0.23
	'93	18,477	5.49	6,265	2.42	5,719	3.02	6,026	11.30	468	5.53
	'94	19,429	5.15	6,413	2.36	5,886	2.93	6,638	10.16	492	5.24
	'95	21,358	9.93	6,980	8.84	6,660	13.15	7,163	7.90	556	12.91
	'96	23,284	9.02	7,547	8.12	7,434	11.62	7,687	7.32	619	11.43
	'97	23,592	1.32	7,865	4.21	6,850	-7.86	8,290	7.84	587	-5.17
	'98	27,708	17.45	7,785	-1.02	8,173	19.31	10,842	30.78	907	54.51
		(7.45)		(3.83)		(5.76)		(12.71)		(9.31)	

註: 1) '91, '93, '95년도는 추정치

2) 증가율은 전년대비 증가율, ()는 연평균 증가율

資料: 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.

『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.

보건복지부, 내부자료, 1999.

전체적인 연평균 건당진료비의 증가율이 8.17%인데 비해, 기본진료료는 4.87%, 진료행위료는 7.11%로 평균값보다 낮은 반면, 약제비는 11.43%, 재료대는 13.57%로서 평균값을 훨씬 능가하고 있다. 개별 항목별 가격과 투입량을 구분하기 어려운 진료의 특성상 항목별 비용의 변화가 반드시 요소간 투입비율의 변화에 의한 것이라 단정하기는 어렵다. 그러나 분기별 실구입가에 기초하는 약가나 고시가에 기초하는 재료대가 진료수가에 비해 인상률이 월등히 높았다고 보아야 할 이유는 쉽게 발견되지 않는다. 따라서 약제비와 재료대의 높은 증가율은 해당 항목의 요소투입량의 증가를 반영한다고 간주할 수 있을 것이다.

〈表 III-7〉療養機關別 加算率

(단위: %)

구분	가산율			
	'89. 7. 1	'94. 8. 1	'95. 12. 10	'98. 7. 1
3차기관	30	30	30	30
종합병원	23	23	23	23
병원	13	15	15	17
의원	7	9	10	13

資料: 의료보험연합회, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.
 _____, 내부자료.

한편 진료행위료에는 연차적으로 증가해 온 요양기관별 가산율이 적용되기 때문에 기본진료료에서 보다 더 높은 증가율을 나타내고 있다고 볼 수 있다. 따라서 앞서 살펴본 바와 같이 기본진료료와 진료행위료 모두에서 해당 가격수준의 상승에도 불구하고 투입요소량이 감소했다고 간주해도 큰 무리가 없을 것이다.

요소투입량의 가변성은 진료형태에 따라 다를 것이다. 즉 입원의 경우에는 재료대의 연평균 증가율이 17.09%로 가장 크게 나타나는 반면 나머지 항목은 입원 평균값에 근접하고 있어 입원치료에 소요되는

각종 재료의 투입빈도를 높이거나 고가재료의 투입 등 투입강도를 높일 수 있는 여지가 크다고 볼 수 있다. 외래의 경우 약제비 항목의 가변성이 가장 높을 것으로 예상할 수 있다. 투약량을 증가시키거나 고가약제를 투여할 수 있는 여지가 가장 높기 때문이다. 이러한 예상은 이 항목이 12.71%의 가장 높은 연평균 증가율을 나타낸다는 것으로 확인할 수 있다.

표본분석 결과이므로 요양기관별 진료항목별 변동이 대표성을 갖는 데는 한계가 있을 것이나, <表 III-8>, <表 III-9>, <表 III-10>은 요양기관별로도 약제비와 재료대 항목의 가변성이 높다는 우리의 결론을 뒷받침해 준다. 전체적으로 3차기관은 약제비에서, 종합병원과 병원 그리고 의원은 재료대에서 가장 높은 연평균 증가율을 보이고 있고(表 III-8 참조), 입원의 경우에는 모든 요양기관이 재료대의 연평균 증가율이 가장 높고(表 III-9 참조), 외래의 경우에는 병원만이 재료대 항목일 뿐 나머지 요양기관 모두에서 약제비 항목의 연평균 증가율이 가장 높게 나타나고 있는 것이다(表 III-10 참조).

〈表 III-8〉 4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(全體)¹⁾

(단위: 원, %)

계		계	증가율	기 본 진료료	증가율	진 료 행위료	증가율	약제비	증가율	재료대	증가율
3차 기관	'90	138,863		20,446		51,131		51,247		16,039	
	'91	149,749	7.84	21,628	5.78	55,260	8.08	56,314	9.89	16,548	3.17
	'92	160,635	7.27	22,809	5.46	59,389	7.47	61,380	9.00	17,057	3.08
	'93	157,756	-1.79	21,986	-3.61	60,607	2.05	59,626	-2.86	15,538	-8.91
	'94	154,877	-1.82	21,162	-3.75	61,825	2.01	57,871	-2.94	14,019	-9.78
	'95	172,583	11.43	23,095	9.13	67,432	9.07	64,626	11.67	17,432	24.34
	'96	190,288	10.26	25,027	8.37	73,038	8.31	71,380	10.45	20,844	19.58
	'97	182,385	-4.15	24,960	-0.27	70,472	-3.51	64,772	-9.26	22,181	6.41
	'98	208,504	14.32	25,179	0.88	70,883	0.58	88,155	36.10	24,287	9.49
		(5.21)		(2.64)		(4.17)		(7.02)		(5.32)	
종합 병원	'90	72,512		14,719		26,963		26,414		4,416	
	'91	74,403	2.61	14,419	-2.04	27,252	1.07	28,437	7.66	4,295	-2.74
	'92	76,294	2.54	14,119	-2.08	27,541	1.06	30,460	7.11	4,174	-2.82
	'93	84,717	11.04	15,029	6.45	32,016	16.25	33,118	8.72	4,555	9.13
	'94	93,140	9.94	15,939	6.05	36,490	13.98	35,775	8.02	4,936	8.36
	'95	101,970	9.48	17,977	12.78	38,738	6.16	38,960	8.90	6,296	27.54
	'96	110,798	8.66	20,014	11.33	40,986	5.80	42,145	8.18	7,655	21.59
	'97	115,687	4.41	21,742	8.63	39,993	-2.42	45,926	8.97	8,026	4.85
	'98	135,177	16.85	22,924	5.44	44,162	10.42	56,623	23.29	11,468	42.89
		(8.10)		(5.69)		(6.36)		(10.00)		(12.67)	
병원	'90	33,581		9,292		12,978		9,771		1,540	
	'91	38,393	14.33	10,463	12.60	14,083	8.51	12,244	25.31	1,604	4.12
	'92	43,204	12.53	11,633	11.19	15,187	7.84	14,717	20.20	1,667	3.96
	'93	52,011	20.38	12,615	8.44	19,527	28.58	17,865	21.39	2,004	20.22
	'94	60,817	16.93	13,597	7.78	23,867	22.23	21,012	17.62	2,341	16.82
	'95	65,027	6.92	15,473	13.79	25,622	7.35	20,526	-2.32	3,408	45.56
	'96	69,235	6.47	17,348	12.12	27,376	6.85	20,039	-2.37	4,474	31.30
	'97	73,263	5.82	19,262	11.03	26,567	-2.96	22,311	11.34	5,123	14.51
	'98	79,698	8.78	19,951	3.58	29,109	9.57	25,348	13.61	5,288	3.22
		(11.41)		(10.02)		(10.62)		(12.66)		(16.67)	
의원	'90	14,672		6,179		5,092		3,105		296	
	'91	15,113	3.01	6,382	3.28	5,212	2.36	3,236	4.22	284	-4.22
	'92	15,554	2.92	6,584	3.17	5,332	2.30	3,367	4.05	271	-4.41
	'93	16,119	3.63	6,707	1.87	5,321	-0.22	3,795	12.71	296	9.23
	'94	16,682	3.50	6,830	1.83	5,309	-0.22	4,223	11.28	321	8.45
	'95	18,141	8.74	7,426	8.73	5,849	10.17	4,492	6.37	374	16.36
	'96	19,597	8.03	8,022	8.03	6,389	9.23	4,761	5.99	426	14.06
	'97	19,627	0.15	8,265	3.03	5,633	-11.83	5,360	12.58	369	-13.38
	'98	22,349	13.87	8,181	-1.02	7,215	28.08	6,254	16.68	698	89.16
		(5.40)		(3.57)		(4.45)		(9.15)		(11.32)	

註: 1) '91, '93, '95년도는 추정치 임. 증가율은 전년대비 증가율, ()안은 연평균 증가율
 資料: 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.

『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.

보건복지부, 내부자료, 1999.

〈表 III-9〉 4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(入院)

(단위: 원, %)

입원		계	증가율	기 본 진료료	증가율	진 료 행위료	증가율	약제비	증가율	재료대	증가율
3 차 기 관	'90	750,657		128,236		276,627		252,357		93,647	
	'91	847,446	12.89	142,434	11.07	321,411	16.19	277,850	10.10	105,752	12.93
	'92	944,024	11.40	156,631	9.97	366,194	13.93	303,342	9.17	117,857	11.45
	'93	981,569	3.98	161,682	3.22	402,981	10.05	301,673	-0.55	115,233	-2.23
	'94	1,019,114	3.83	166,733	3.12	439,768	9.13	300,003	-0.55	112,609	-2.28
	'95	1,149,161	12.76	184,911	10.90	479,487	9.03	340,613	13.54	144,151	28.01
	'96	1,279,209	11.32	203,089	9.83	519,205	8.28	381,222	11.92	175,693	21.88
	'97	1,362,335	6.50	213,178	4.97	530,750	2.22	413,761	8.54	204,647	16.48
	'98	1,436,027	5.41	221,332	3.82	545,443	2.77	439,804	6.29	229,448	12.12
		(8.45)		(7.06)		(8.86)		(7.19)		(11.85)	
중 합 병 원	'90	404,749		91,309		160,074		128,121		25,246	
	'91	446,149	10.23	96,988	6.22	179,528	12.15	141,977	10.81	27,656	9.55
	'92	487,522	9.27	102,666	5.85	198,982	10.84	155,833	9.76	30,066	8.71
	'93	553,964	13.63	112,389	9.47	239,378	20.30	169,260	8.62	32,937	9.55
	'94	620,381	11.99	122,112	8.65	279,774	16.88	182,687	7.93	35,808	8.72
	'95	686,096	10.59	138,433	13.37	288,791	3.22	208,627	14.20	50,245	40.32
	'96	751,809	9.58	154,754	11.79	297,808	3.12	234,567	12.43	64,681	28.73
	'97	768,936	2.28	164,601	6.36	292,994	-1.62	240,379	2.48	70,962	9.71
	'98	874,830	13.77	177,053	7.56	326,981	11.60	271,559	12.97	99,236	39.84
		(10.11)		(8.63)		(9.34)		(9.85)		(18.66)	
병 원	'90	248,878		71,019		102,824		59,040		15,995	
	'91	288,238	15.81	83,375	17.40	116,850	13.64	71,455	21.03	16,558	3.52
	'92	327,597	13.66	95,731	14.82	130,876	12.00	83,870	17.37	17,120	3.40
	'93	409,465	24.99	103,547	8.16	177,242	35.43	109,695	30.79	18,981	10.87
	'94	491,334	19.99	111,363	7.55	223,608	26.16	135,520	23.54	20,842	9.80
	'95	531,707	8.22	129,752	16.51	231,650	3.60	133,315	-1.63	36,991	77.48
	'96	572,081	7.59	148,141	14.17	239,691	3.47	131,109	-1.65	53,139	43.66
	'97	576,940	0.85	164,113	10.78	217,181	-9.39	138,479	5.62	57,167	7.58
	'98	596,123	3.32	166,360	1.37	234,902	8.16	146,298	5.65	48,563	-15.05
		(11.54)		(11.23)		(10.88)		(12.01)		(14.89)	
의 원	'90	180,238		44,829		98,495		29,430		7,484	
	'91	200,010	10.97	49,313	10.00	111,726	13.43	31,322	6.43	7,650	2.22
	'92	219,782	9.89	53,796	9.09	124,957	11.84	33,213	6.04	7,816	2.17
	'93	247,992	12.84	57,338	6.58	143,633	14.95	35,046	5.52	11,975	53.21
	'94	276,201	11.38	60,880	6.18	162,309	13.00	36,878	5.23	16,134	34.73
	'95	323,274	17.04	75,023	23.23	182,878	12.67	41,664	12.98	23,710	46.95
	'96	370,350	14.56	89,165	18.85	203,447	11.25	46,450	11.49	31,285	31.95
	'97	363,137	-1.95	91,103	2.17	203,773	0.16	38,946	-16.16	29,315	-6.30
	'98	382,684	5.38	75,457	-17.17	203,853	0.04	60,269	54.75	43,105	47.04
		(9.87)		(6.73)		(9.52)		(9.37)		(24.47)	

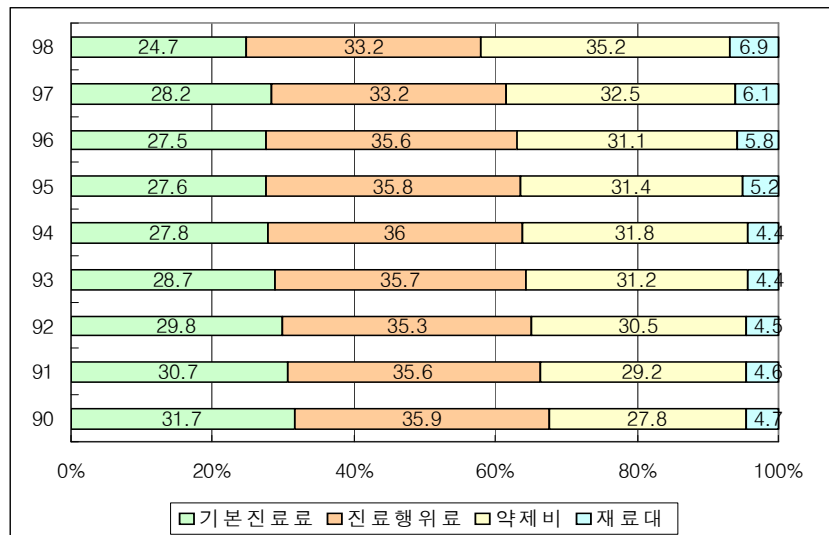
〈表 III-10〉 4大 分類 診療項目別 件當金額 및 增加率(外來)

(단위: 원, %)

외래		계	증가율	기 본 진료료	증가율	진 료 행위료	증가율	약제비	증가율	재료대	증가율
3 차 기 관	'90	43,663		3,671		16,084		19,948		3,960	
	'91	48,095	10.15	4,007	9.14	16,567	3.00	23,969	20.15	3,553	-10.28
	'92	52,526	9.21	4,342	8.37	17,049	2.91	27,989	16.77	3,146	-11.46
	'93	54,482	3.72	4,462	2.75	17,913	5.07	29,140	4.11	2,968	-5.67
	'94	56,438	3.59	4,581	2.68	18,777	4.82	30,291	3.95	2,789	-6.02
	'95	64,553	14.38	5,188	13.25	21,811	16.16	34,102	12.58	3,453	23.81
	'96	72,671	12.58	5,795	11.70	24,844	13.91	37,912	11.17	4,117	19.23
	'97	64,624	-11.07	6,175	6.56	24,536	-1.24	29,942	-21.02	3,971	-3.55
	'98	88,848	37.48	6,058	-1.89	24,625	0.36	53,877	79.94	4,288	7.98
		(9.29)		(6.46)		(5.47)		(13.22)		(1.00)	
중 합 병 원	'90	28,082		4,477		9,161		12,814		1,630	
	'91	30,775	9.59	4,688	4.70	9,425	2.88	15,109	17.91	1,554	-4.69
	'92	33,468	8.75	4,898	4.49	9,689	2.80	17,404	15.19	1,477	-4.92
	'93	36,806	9.97	5,083	3.77	10,862	12.11	19,206	10.35	1,655	12.05
	'94	40,142	9.07	5,267	3.63	12,035	10.80	21,008	9.38	1,833	10.76
	'95	43,700	8.86	5,962	13.20	13,782	14.51	22,039	4.91	1,917	4.58
	'96	47,258	8.14	6,657	11.66	15,528	12.67	23,070	4.68	2,001	4.38
	'97	51,929	9.88	7,799	17.15	15,300	-1.47	26,947	16.81	1,884	-5.85
	'98	62,639	20.62	7,809	0.13	16,426	7.36	35,544	31.90	2,861	51.86
		(10.55)		(7.20)		(7.57)		(13.60)		(7.29)	
병 원	'90	19,191		5,167		6,972		6,479		573	
	'91	21,121	10.06	5,421	4.91	6,980	0.11	8,148	25.76	573	-0.09
	'92	23,051	9.14	5,674	4.68	6,988	0.11	9,817	20.48	572	-0.09
	'93	25,631	11.19	5,933	4.56	7,864	12.53	11,079	12.85	756	32.17
	'94	28,210	10.06	6,192	4.37	8,739	11.13	12,340	11.39	940	24.34
	'95	29,974	6.25	6,893	11.32	10,141	16.04	12,048	-2.37	893	-5.05
	'96	31,735	5.88	7,594	10.17	11,543	13.83	11,755	-2.43	845	-5.32
	'97	34,600	9.03	8,143	7.23	11,935	3.40	13,394	13.94	1,128	33.49
	'98	38,673	11.77	8,321	2.19	12,762	6.93	15,740	17.52	1,851	64.10
		(9.15)		(6.14)		(7.85)		(11.73)		(15.79)	
의 원	'90	13,681		5,948		4,534		2,947		252	
	'91	14,058	2.75	6,137	3.17	4,605	1.57	3,075	4.34	241	-4.37
	'92	14,434	2.68	6,325	3.07	4,676	1.54	3,203	4.16	230	-4.56
	'93	15,012	4.00	6,464	2.19	4,662	-0.31	3,645	13.78	242	5.22
	'94	15,589	3.85	6,602	2.14	4,647	-0.31	4,086	12.11	254	4.96
	'95	16,923	8.55	7,157	8.40	5,141	10.63	4,344	6.31	281	10.63
	'96	18,255	7.87	7,711	7.75	5,635	9.61	4,602	5.94	308	9.61
	'97	18,331	0.42	7,852	1.83	4,885	-13.31	5,234	13.73	260	-15.58
	'98	20,618	12.48	7,858	0.08	6,271	28.37	5,995	14.54	495	90.38
		(5.26)		(3.54)		(4.14)		(9.28)		(8.81)	

진료항목별 금액의 구성비로써 요소투입비율을 가늠하기로 하자. 항목간 연평균 증가율의 차이는 항목간 금액구성비의 차이로 귀결될 것이다. 즉 상대적으로 증가율이 낮은 기본진료료와 진료행위료의 비중은 점차 낮아지고, 그 반대인 약제비와 재료대의 비중은 높아지게 된다. [그림 III-3]은 이를 확인시켜 준다. 전체적으로 기본진료료의 비중은 현저하게 줄어들고, 이에 대응하여 약제비와 재료대의 비중이 현저하게 증가하고 있음을 알 수 있다.

[그림 III-3] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(全體)¹⁾



註: 1) '91, '93, '95년도는 추정치임.

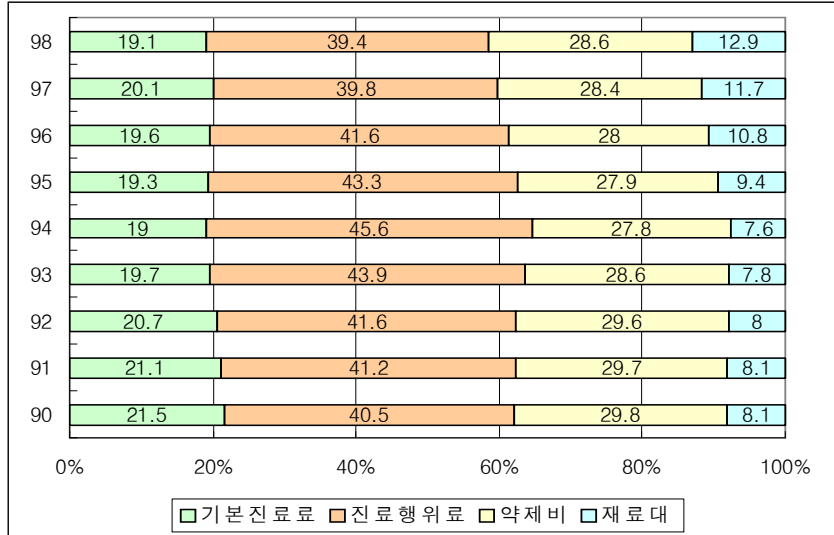
資料: 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.

_____, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.

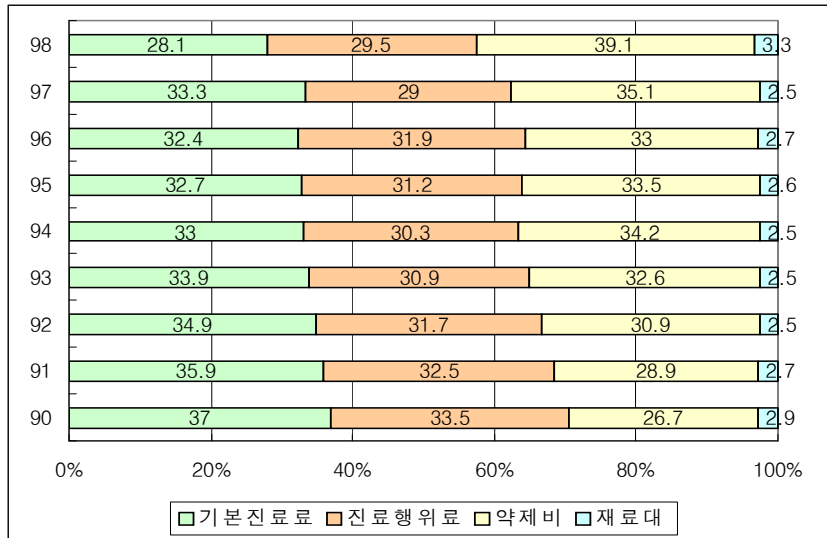
보건복지부, 내부자료, 1999.

입원의 경우에는 재료대의 비중 증가가 부각되고(그림 III-4 참조), 외래의 경우에는 약제비의 증가가 부각된다(그림 III-5 참조).

[그림 III-4] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(入院)

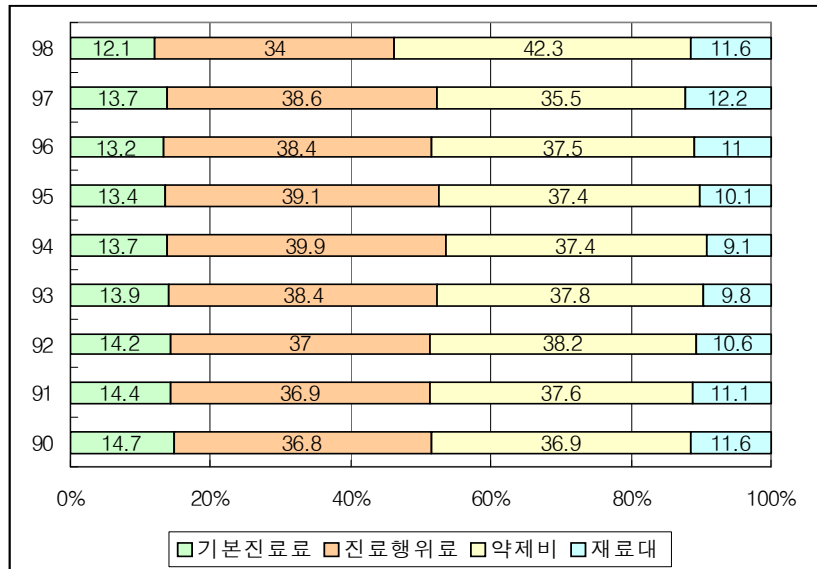


[그림 III-5] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(外來)

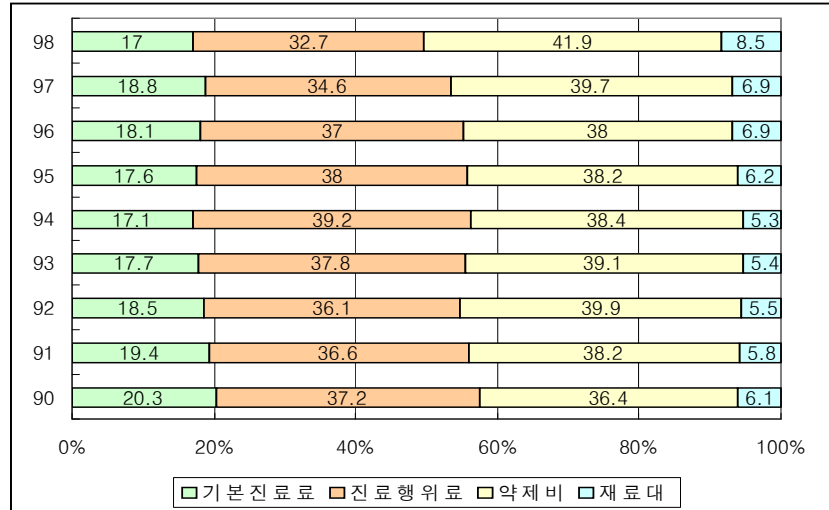


요양기관별로 3차진료기관과 종합병원의 경우에는 약제비의 비중 증가가(그림 III-6, 그림 III-7 참조), 병원의 경우에는 약제비와 재료대의 비중 증가가(그림 III-8 참조), 의원의 경우에는 약제비의 비중 증가가 현저하게 부각된다(그림 III-9 참조).

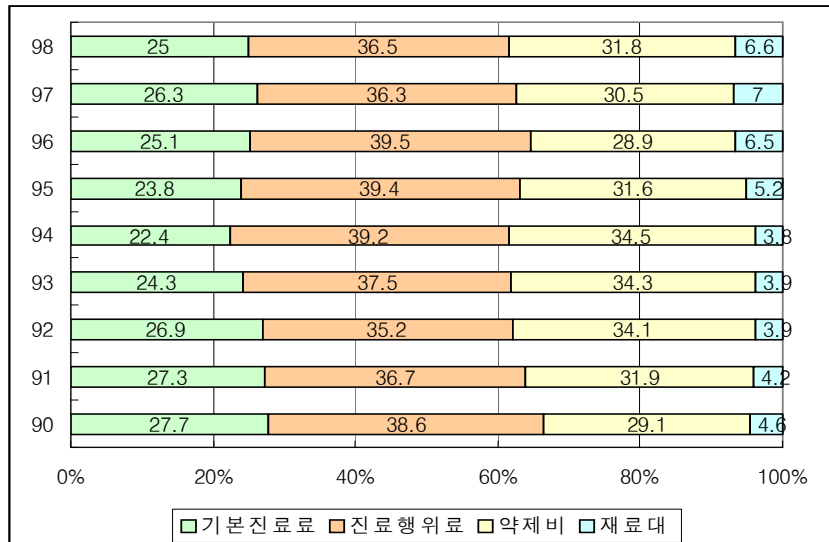
[그림 III-6] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(3次機關)



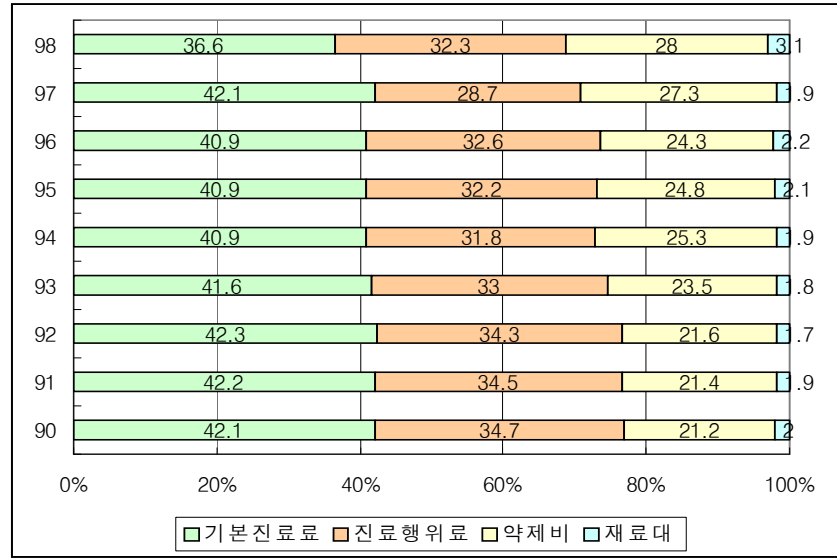
[그림 III-7] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(綜合病院)



[그림 III-8] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(病院)



[그림 III-9] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(醫院)



진료항목별 금액 구성비의 변화는 의료공급자가 의료보험 정책 특히 수가정책에 어떻게 대응하여 왔는가를 가늠할 수 있는 근거를 제공한다. 즉, 약제비와 재료대의 비중 증가는 이 분야의 투입량 및 투입강도(고가재 사용 등)를 높여 진료수가에 의해 통제되는 기본진료료와 진료행위료에서의 상대적으로 열악한 수입여건을 보전하려는 행동양식의 결과로 해석될 수 있을 것이다.

이러한 진료행태의 변화는 건당진료일수나 내원일수를 살펴보면 더욱 확실히 알 수 있다.

〈表 III-11〉 年度別 件當診療日數

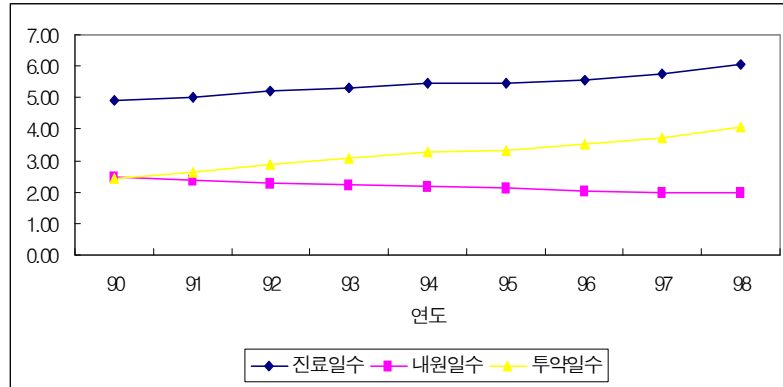
합계	전체			입원			외래		
	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수
1990	4.90	2.47	2.43	13.37	9.79	3.58	4.72	2.32	2.41
1991	5.01	2.38	2.63	13.72	9.94	3.78	4.83	2.22	2.61
1992	5.19	2.29	2.90	13.71	9.83	3.88	5.02	2.14	2.88
1993	5.32	2.26	3.07	13.84	9.82	4.02	5.16	2.11	3.05
1994	5.46	2.20	3.26	13.95	9.81	4.14	5.30	2.06	3.24
1995	5.46	2.15	3.32	14.22	9.84	4.38	5.30	2.01	3.30
1996	5.58	2.05	3.53	14.56	9.90	4.67	5.43	1.91	3.51
1997	5.75	2.01	3.74	14.43	9.64	4.79	5.60	1.88	3.73
1998	6.07	1.99	4.08	14.27	9.50	4.77	5.93	1.86	4.06

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

1990년도에 4.9일이던 건당진료일수는 1998년도에 6.07일로 증가하고 있다. 또한 상대적으로 건당진료일수의 증가는 외래에서 두드러지게 나타남을 확인할 수 있다.

건당진료일수의 증가는 내원일수에서 보다는 투약일수에 의해 주도됨을 [그림 III-10]이 보여준다. 이러한 현상은, 뒤에서 자세히 다루겠지만, 공급자의 직접적인 진료행위와 시간, 노력 등이 투입되어야 하는 내원을 줄이고, 보다 이익률이 높은 투약처방을 통해 수가체계에 대응해 온 의료공급자의 행동양식의 결과로 보여진다.

[그림 III-10] 件當診療日數 變化推移



건당진료일수의 증가는 내원일수의 연차적 감소에도 불구하고 투약일수의 비약적 증가에 의해 이루어졌다. 내원일수가 투약일수보다는 소비자의 시간, 지불능력 등에 의해 영향을 받을 수 있다는 점을 감안하면, 진료일수의 증가에 의한 수진율의 증가는 대부분 공급자에 의한 결과로 해석될 수 있다. 즉, 수진율의 증가를 일방적으로 소비자에 의한 결과로 해석할 수만은 없는 것이다.

〈表 III-12〉 件當診療日數 增加率

(단위: %)

합계	전체			입원			외래		
	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수	진료 일수	내원 일수	투약 일수
1990	2.30	-3.55	8.24	2.64	1.57	5.54	2.27	-4.01	8.32
1991	3.58	-3.80	10.26	-0.06	-1.09	2.64	3.82	-3.99	10.49
1992	2.53	-1.48	5.70	0.91	-0.17	3.66	2.83	-1.17	5.80
1993	2.58	-2.35	6.22	0.81	-0.06	2.96	2.71	-2.48	6.31
1994	0.05	-2.57	1.82	1.92	0.28	5.80	0.10	-2.50	1.75
1995	2.20	-4.58	6.60	2.42	0.64	6.43	2.35	-4.68	6.63
1996	3.03	-1.97	5.93	-0.92	-2.65	2.76	3.25	-1.81	6.01
1997	5.46	-0.89	8.87	-1.12	-1.42	-0.51	5.76	-0.82	9.08
1998	2.71	-2.66	6.68	0.82	-0.37	3.64	2.88	-2.69	6.77

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

이러한 진료행태의 변화는 수가를 통한 진료비의 통제노력이 제 기능을 발휘하지 못하게 하는 원인 중 하나로 작용하고 있으며, 이러한 사실은 향후 의료보험 정책의 설계에 있어서 반드시 숙고되어야 할 사안이다. 즉 평면적 구도에 입각한 정책의 결정과 그 효과에 대한 예측은 의료보험제도에 참가하고 있는 다양한 경제주체의 행동 양식의 변화와 상호작용의 결과로 이루어지는 실제적 현실과 동떨어진 것이 되기가 쉽다는 교훈을 안겨준다.

3. 給與範圍의 擴大

진료비는 의료보험의 기전을 통해 지급되는 진료비의 한 부분이기 때문에 보험급여의 범위 확대는 곧바로 진료비의 증가로 나타나게 된다. <表 III-13>은 주요 급여기준 조정내역을 보여준다. 그러나 조정내역이 명료하다 해도 보험급여의 확대에 의한 진료비의 증가는 단순하

게 파악되지 않는다. 예를 들어 CT의 급여화는 CT촬영 자체에 대한 잠재적 수요의 실효화로 이어질 뿐 아니라, 촬영 결과에 따른 진료 가능성 또한 증대될 것이기 때문에 진료비 증가에 미치는 파급효과는 훨씬 크게 보아야 할 것이다.

〈表 III-13〉 主要 給與基準 調整內譯

연도	내 용
1991	· 만성신부전증, 혈우병환자의 외래진료시 본인부담률을 입원 본인부담률로 적용 · 혈우병 환자의 진료권 폐지
1992	· 분만비 지급기준 상향 (초산 54,000원 → 57,000원, 경산 50,000원 → 53,000원) · 골수이식의 보험급여 적용 ¹⁾
1993	· 의료보험료 납부자 입원 3일내 보험료 완납시 遡及하여 보험급여 · 분만비 지급기준 상향: 초산 59,800원, 경산 55,600원 · 외용약 투약기준 1회 4일분 → 1회 6일분으로 연장 · 복강내 내시경하 수술 보험급여
1994	· 피부양자 분만급여 실시 · 장기하사 이상 현역군인 의료보험급여 실시 · 분만비지급 기준 상향: 초산 62,000원, 경산 58,000원 · 레이저 이용 수술
1995	· 자격상실후 요양급여기간 3개월 → 6개월로 연장 · 분만비 지급기준 상향: 초산 66,000원, 경산 61,000원 · 내시경하 미세주간관 절제술 ¹⁾
1996	· 분만비 지급기준 상향: 초산 70,000원, 경산 65,000원 · CT 보험급여 실시 ¹⁾ · 진단비용 본인부담금은 외래 본인부담률 적용 ※조영제 및 X-ray 필름은 별도 산정 · 3자녀 이상 분만급여제한 철폐 · 70세 이상 의원급 정액(12,000원 이하) 본인부담금 輕減(3,200→2,100)
1997	· 장애인 보장구급여 실시(지체장애인용 지팡이, 시각장애인 안경, 청각장애인 보청기, 인공후두)
1998	· 휠체어, 목발, 맹인용지팡이

註: 1) 고가장비 및 신기술로 분류

資料: 재정안정종합대책 Task Force, 『의료보험 재정안정방안 검토보고』, 1999. 9.

진료비 증가에 직접적인 영향에도 불구하고 급여확대 요구는 지속될 것이고, 보험료 인상이 용이하지 않은 여건에서는 정치적 부담으로 작용할 것이다. 특히 임의 비급여 부분의 축소는 공급자와 수요자 양측에서 제기되고 있는 문제이나 이를 적정한 수준으로 수용하기 위한 기초연구나 분석자료가 미비한 것이 현실이다.

4. 醫療供給

4.1 醫師數, 醫療機關數, 病床數

완전경쟁시장의 경우 공급이 증가하면 균형가격이 하락하고, 균형 소비량이 증가하는 것으로 알려져 있다. 그러나 의료시장은 완전경쟁 시장도 아니며, 수요자와 공급자간의 정보의 비대칭(asymmetric information)이 일반적 가정으로 받아들여지고 있다. 더욱이 공급자 유발수요(supplier induced demand)가 가능한 환자와 의사의 거래여건은 공급자의 행동양식이 목표소득(target income)을 달성하려고 한다는 가설을 세울 수 있게 한다.

의사수의 증가는 접근도를 높여 수진율을 증가시키기도 하지만, 늘어난 의사수에 대응하여 진료비를 증가시켜 설정된 목표소득을 달성하려 한다고 가설을 세울 수 있을 것이다. 같은 논리로 의료기관수나 병상수의 증가는 의료기관당 혹은 병상당 설정된 목표소득을 달성하기 위해 진료비를 증가시키는 행동양식을 기대할 수 있을 것이다.

1998년 현재 우리 나라의 의료기관수는 34,164개소, 병상수는 215,413병상, 의사는 66,499명에 이르고 있다. 이 3가지 요소를 우리나라 의료시장의 공급규모를 결정짓는 것으로 간주하기로 하면, <表 III-14>에 의해 의료공급 규모가 지속적으로 확대되어 왔다고 할 수

있다. 의료기관수, 병상수, 의사수 모두가 연차적으로 증가하여 왔던 것이다. 그러한 전반적 증가추세는 외환위기하에서도 이어져 1997년도 대비 1998년도에는 의료기관수가 1,881개소, 병상수가 14,063병상, 의사가 1,978명 증가하는 결과를 낳고 있다.

〈表 III-14〉 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	연평균 증가율	
전체	기관수	21,077	22,799 (8.17)	24,468 (7.32)	26,148 (6.87)	27,622 (5.64)	29,308 (6.10)	30,722 (4.82)	32,283 (5.08)	34,164 (5.83)	6.22
	병상수	119,155	129,749 (8.89)	142,075 (9.50)	147,708 (3.96)	164,347 (11.26)	178,676 (8.72)	189,493 (6.05)	201,350 (6.26)	215,413 (6.98)	7.68
	의사수	38,928	41,832 (7.46)	45,584 (8.97)	49,392 (8.35)	52,664 (6.62)	56,166 (6.65)	60,781 (8.22)	64,521 (6.15)	66,499 (3.07)	6.92
종합병원	기관수	228	231 (1.32)	236 (2.16)	242 (2.54)	252 (4.13)	266 (5.56)	271 (1.88)	262 (-3.32)	225 (-14.12)	-0.17
	병상수	66,625	71,275 (6.98)	76,619 (7.50)	81,911 (6.91)	91,172 (11.31)	96,865 (6.24)	100,828 (4.09)	101,615 (0.78)	101,137 (-0.47)	5.36
	의사수	15,548	16,727 (7.58)	18,349 (9.70)	20,021 (9.11)	21,391 (6.84)	22,683 (6.04)	25,379 (11.89)	26,561 (4.66)	25,797 (-2.88)	6.53
병원	기관수	367	373 (1.63)	396 (6.17)	421 (6.31)	452 (7.36)	479 (5.97)	516 (7.72)	575 (11.43)	655 (13.91)	7.51
	병상수	19,505	22,678 (16.27)	28,030 (23.60)	28,311 (1.00)	33,204 (17.28)	37,004 (11.44)	41,572 (12.34)	49,934 (20.11)	58,387 (16.93)	14.69
	의사수	2,321	2,466 (6.25)	2,660 (7.87)	2,861 (7.56)	3,139 (9.72)	3,350 (6.72)	3,641 (8.69)	4,251 (16.75)	4,786 (12.59)	9.47
의원	기관수	20,482	22,195 (8.36)	23,836 (7.39)	25,485 (6.92)	26,918 (5.62)	28,563 (6.11)	29,935 (4.80)	31,446 (5.05)	33,284 (5.84)	6.26
	병상수	33,025	35,796 (8.39)	37,426 (4.55)	37,486 (0.16)	39,971 (6.63)	44,807 (12.10)	47,093 (5.10)	49,801 (5.75)	55,889 (12.22)	6.80
	의사수	21,059	22,639 (7.50)	24,575 (8.55)	26,510 (7.87)	28,134 (6.13)	30,133 (7.11)	31,761 (5.40)	33,709 (6.13)	35,916 (6.55)	6.90

註: 병원은 일반병원, 치과병원, 한방병원의 합, 의원은 일반의원, 치과의원, 한방의원의 합임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

의료기관 종별로는 차이가 있다. 즉 의료장비의 리스비용 부담 등 외환위기에 보다 취약했던 종합병원의 경우에는 기관수, 병상수 및 의사수가 모두 감소하였다. 반면 병원과 의원의 경우에는 과거의 증

가추세를 유지하거나 웃도는 증가세를 1998년도에도 보이고 있는 것이다. 이러한 병원과 의원에서의 증가세가 종합병원의 감소세를 능가하여 전체적으로 의료공급이 증가하는 현상으로 나타나는 것이다.

종합병원 분야의 감소, 특히 의사수의 감소부분은 병원이나 개원을 통한 의원으로의 인력이동으로 흡수된 부분도 있으므로 전부가 시장에서 퇴장된 것으로 간주될 수 없다. 더욱이 전체적으로는 의사수가 증가하였으므로 경제여건의 악화에도 불구하고 시장 진입의 유인(incentive)이 있었고, 나아가 의료공급의 증대 유인이 상존 하였다고 볼 수 있다.

〈表 III-15〉 醫療機關當 醫師數와 病床數 變化

(단위: 개, 명)

구 분		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
의료기관당 병상수	종합병원	292.2	308.6	324.7	338.5	361.8	364.2	372.1	387.8	449.5
	병 원	53.2	60.8	70.8	67.3	73.5	77.3	80.6	86.8	89.1
	의 원	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7
의료기관당 의사수	종합병원	68.2	72.4	77.8	82.7	84.9	85.3	93.7	101.4	114.7
	병 원	6.3	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.1	7.4	7.3
	의 원	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

註: 병원은 일반병원, 치과병원, 한방병원의 합, 의원은 일반의원, 치과의원, 한방의원의 합임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

의료공급의 증가는 단순히 수적 증가뿐만 아니라 규모 면에서도 확대되어 왔다. 즉 의료기관당 의사수나 병상수가 증가하여 왔다. 특히 종합병원의 경우 1990년에 기관당 68.2명이던 것이 1998년에는 1.68배 증가한 114.7명을 보이고 있다. 반면 병원은 기관당 의사수에서 같은 기간 1.16배의 증가현상을 보이고 있다. 병상수에 있어서 종합병원은 1990년도에 292.2병상이던 것이 1998년도에는 1.54배 증가한 449.5병

상을 보이고 있다. 병원은 상대적으로는 더 큰 증가율을 보이고 있다. 즉 1990년에 기관당 53.2병상이던 것이 1998년에는 1.67배 증가한 89.1병상에 이르고 있다. 의원의 특성상 기관당 의사수 및 병상수의 변화가 거의 없다.

시장진입의 유인이 실효성을 갖으려면 환자의 확보 문제가 선결과제라 할 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이, 경제상황의 악화에도 불구하고, 연령구조의 변화 등으로 인한 진료건수의 자연적 증가가 충분하다면 증가된 의료공급은 건당진료비의 무리한 증가 없이 흡수할 수 있을 것이다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 1998년도 진료건수의 증가율은 1.42%에 불과하였다. 이는 5.83%에 달하는 의료기관수의 증가에 턱없이 부족한 수치이며, 당연한 결과로서 의료기관당 진료건수의 감소를 쉽게 예측할 수 있게 한다.

물론 기관수가 14.12% 감소한 종합병원의 경우는 <表 III-16>이 보여주고 있는 바와 같이 기관당 진료건수가 16.09%나 증가하고 있다. 반면 기관수가 각각 13.91%, 5.84% 증가한 병원과 의원은 각각 8.34%, 5.26%의 기관당 진료건수의 감소를 보여준다.

보다 근원적인 문제는 의료기관간 진료건수의 배분 즉 의료전달체계의 문제이다. 연평균 8.9%에 이르는 종합병원의 진료건수 증가율은 -0.2%인 병원이나 1.57%에 그친 의원의 진료건수 증가율과 비교할 때, 대형 의료기관의 선호도가 심화되어 왔음을 단적으로 말해준다.

〈表 III-16〉 醫療機關當 診療件數

(단위: 건, %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
총 계	중 합 병원	60,997 (-)	64,724 (6.11)	69,881 (7.97)	74,171 (6.14)	76,038 (2.52)	82,690 (8.75)	91,677 (10.87)	103,901 (13.33)	120,623 (16.09)	8.90
	병원	16,520 (-)	16,414 (-0.64)	16,295 (-0.73)	16,586 (1.79)	16,958 (2.24)	17,951 (5.86)	18,178 (1.26)	17,743 (-2.39)	16,264 (-8.34)	-0.20
	의원	5,013 (-)	4,834 (-3.56)	4,879 (0.93)	4,486 (-8.05)	5,007 (11.61)	5,466 (9.16)	5,830 (6.67)	5,994 (2.82)	5,679 (-5.26)	1.57
입 원	중 합 병원	6,570 (-)	6,862 (4.45)	7,378 (7.51)	7,630 (3.42)	7,697 (0.87)	8,193 (6.45)	8,564 (4.53)	9,359 (9.29)	10,593 (13.18)	6.15
	병원	1,166 (-)	1,215 (4.24)	1,166 (-4.05)	1,173 (0.63)	1,189 (1.32)	1,256 (5.65)	1,245 (-0.87)	1,241 (-0.31)	1,204 (-2.94)	0.41
	의원	29 (-)	26 (-9.64)	26 (-1.02)	23 (-11.15)	22 (-6.21)	21 (-3.65)	21 (-0.26)	21 (0.92)	21 (-0.36)	-4.02
외 래	중 합 병원	54,427 (-)	57,862 (6.31)	62,503 (8.02)	66,541 (6.46)	68,342 (2.71)	74,497 (9.01)	83,113 (11.57)	94,541 (13.75)	110,030 (16.38)	9.20
	병원	15,355 (-)	15,199 (-1.01)	15,129 (-0.46)	15,413 (1.87)	15,769 (2.31)	16,695 (5.87)	16,933 (1.42)	16,502 (-2.54)	15,059 (-8.74)	-0.24
	의원	4,984 (-)	4,808 (-3.53)	4,853 (0.94)	5,014 (3.32)	6,100 (21.66)	5,445 (-10.74)	5,809 (6.69)	5,973 (2.83)	5,658 (-5.28)	1.60

註: ()는 전년대비 증가율

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

지속적인 의사수의 증가는 수요증가를 전제로 하지 않는 한 ‘지속성’을 유지할 수 없고, 의료분야에 있어서의 수요는 진료건수가 일차적 의미를 갖는다. <表 III-17>에 따르면, 종합병원의 경우 의사 1인당 진료건수의 연평균 증가율이 2.05%이지만, 병원의 경우에는 1.98% 감소하고 있어 대조를 이룬다. 의원의 경우에는 0.96% 정도의 미미한 연평균 증가율을 보여준다.

병원의 경우 기관당 진료건수도 연평균 0.20% 감소하고 있는데, 의료기관당 의사수가 증가하였기 때문에 의사 1인당 진료건수가 더 많이 감소하고 있는 것이다. 그러나 종합병원과 의원의 경우에는, 적어도 진료건수를 기준으로 할 때, 목표소득 가설은 채택될 가능성이 높

다. 단순히 진료건수를 초진과 재진으로 구분할 때, 재진건수의 증가는 의사의 유도에 따른 결과인 경우가 많을 것이고, 종합병원과 의원 의 의사들은 목표된 진료건수를 달성하고 있다고 볼 수 있을 것이다. 한편 병원의 의사에게는 재진건수를 창출할 수 있는 시발점인 초진건수 자체가 임계치에 미달하여 진료건수 조절에 성공적이지 못했다고 볼 수 있을 것이다.

〈表 III-17〉 醫師 1人當 年間 診療件數

(단위: 건, %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
계	종합 병원	894 (-)	894 (-0.07)	899 (0.55)	897 (-0.25)	896 (-0.08)	970 (8.25)	979 (0.95)	1,025 (4.69)	1,052 (2.65)	2.05
	병원	2,612 (-)	2,483 (-4.95)	2,426 (-2.29)	2,441 (0.61)	2,442 (0.05)	2,567 (5.12)	2,576 (0.36)	2,400 (-6.84)	2,226 (-7.25)	-1.98
	의원	4,876 (-)	4,739 (-2.79)	4,732 (-0.15)	4,313 (-8.87)	4,791 (11.08)	5,181 (8.15)	5,495 (6.06)	5,592 (1.77)	5,263 (-5.89)	0.96
입 원	종합 병원	96 (-)	95 (-1.64)	104 (9.84)	92 (-11.40)	91 (-1.69)	96 (5.96)	91 (-4.82)	92 (0.96)	92 (0.08)	-0.52
	병원	184 (-)	184 (-0.28)	187 (1.87)	173 (-7.78)	171 (-0.85)	180 (4.91)	176 (-1.75)	168 (-4.86)	165 (-1.80)	-1.39
	의원	29 (-)	26 (-8.92)	28 (6.30)	22 (-18.87)	21 (-6.65)	20 (-4.54)	20 (-0.83)	20 (-0.11)	20 (-1.02)	-4.60
외 래	종합 병원	798 (-)	799 (0.12)	804 (0.60)	804 (0.05)	805 (0.10)	874 (8.51)	887 (1.59)	933 (5.08)	960 (2.91)	2.33
	병원	2,428 (-)	2,299 (-5.31)	2,252 (-2.03)	2,268 (0.70)	2,271 (0.12)	2,387 (5.13)	2,400 (0.52)	2,232 (-6.99)	2,061 (-7.67)	-2.03
	의원	4,847 (-)	4,713 (-2.76)	4,707 (-0.14)	4,820 (2.40)	5,836 (21.08)	5,161 (-11.57)	5,475 (6.09)	5,572 (1.77)	5,243 (-5.90)	0.99

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

의사 1인당 진료비 수입면에서는 흥미로운 결과를 보여준다. 즉 의사 1인당 진료건수가 감소하고 있는 병원의사의 경우에도 연평균 8.12%의 증가율을 보여주고 있는 것이다. 이는 진료건수에서 약간의

증가율을 보이는 의원의 의사보다 높은 수준으로 병원의 건당진료비 증가가 의원의 그것을 앞서고 있음을 시사한다.

〈表 III-18〉 醫師 1人當 年間 診療費 收入

(단위: 천원, %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
총 계	종합 병원	76,792 (-)	81,248 (5.80)	89,555 (10.22)	95,896 (7.08)	102,113 (6.48)	119,520 (17.05)	135,099 (13.03)	148,489 (9.91)	169,587 (14.28)	10.41
	병원	96,082 (-)	100,126 (4.21)	106,231 (6.10)	115,512 (8.74)	122,681 (6.21)	143,894 (17.29)	161,796 (12.44)	165,145 (2.07)	179,403 (8.63)	8.12
	의원	70,582 (-)	68,893 (-2.39)	71,833 (4.27)	76,819 (6.94)	78,839 (2.63)	91,636 (16.23)	106,270 (15.97)	115,356 (8.55)	122,598 (6.28)	7.15
입 원	종합 병원	51,957 (-)	54,502 (4.90)	65,205 (19.64)	62,751 (-3.76)	66,265 (5.60)	77,114 (16.37)	84,893 (10.09)	90,712 (6.85)	101,900 (12.33)	8.78
	병원	49,246 (-)	52,505 (6.62)	59,457 (13.24)	60,669 (2.04)	64,174 (5.78)	76,461 (19.15)	85,911 (12.36)	89,222 (3.85)	99,303 (11.30)	9.16
	의원	5,277 (-)	5,111 (-3.14)	6,090 (19.16)	5,532 (-9.17)	5,575 (0.77)	6,097 (9.37)	6,989 (14.64)	7,656 (9.54)	864 (-88.71)	-20.24
외 래	종합 병원	24,835 (-)	26,746 (7.70)	30,113 (12.59)	33,145 (10.07)	35,849 (8.16)	42,406 (18.29)	50,206 (18.39)	57,777 (15.08)	67,688 (17.15)	13.35
	병원	46,837 (-)	47,621 (1.67)	51,110 (7.33)	54,843 (7.30)	58,508 (6.68)	67,433 (15.25)	75,885 (12.53)	75,923 (0.05)	78,846 (3.85)	6.73
	의원	65,305 (-)	63,783 (-2.33)	66,223 (3.83)	71,287 (7.65)	73,265 (2.77)	85,539 (16.75)	99,280 (16.06)	107,700 (8.48)	114,021 (5.87)	7.21

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

이와 같은 종합병원 10.41%, 병원 8.12%, 의원 7.15%에 이르는 의사 1인당 연간 진료비 수입의 연평균 증가율은 같은 기간 물가수준이 연평균 5.98% 증가하였음을 감안할 때, 의사 1인당 명목가치뿐만 아니라 실질가치에서도 증가한 것으로 볼 수 있다.

4.2 醫療裝備

의료장비의 도입은 해당 장비의 단위당 이용횟수의 증가로 이어질 개연성이 충분하다. 즉 고정비용을 감안할 때, 높은 가동률이 고수의

을 보장하기 때문이다. 의료장비의 내용이나 성능 등은 논외로 하고, 단순히 수적인 면에서 보유현황을 살펴본 것이 <表 III-19>이다.⁴⁾

<表 III-19> 醫療裝備 保維 現況(申告基準)¹⁾

		1993 ²⁾	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
방 사 선 진 단 및 치 료 장 비	계	21,225 (-)	23,027 (8.49)	24,872 (8.01)	27,339 (9.92)	28,902 (5.72)	31,059 (7.46)	(7.91)
	3차	-	977 (-)	1,127 (15.35)	1,283 (13.84)	1,323 (3.12)	1,382 (4.46)	(9.06)
	종합병원	3,123 (-)	2,438 (-)	2,525 (3.57)	2,927 (15.92)	2,920 (-0.24)	3,064 (4.93)	(5.88)
	병원	1,424 (-)	1,700 (19.38)	1,874 (10.24)	2,280 (21.66)	2,500 (9.65)	2,774 (10.96)	(14.27)
	의원	15,998 (-)	17,228 (7.69)	18,708 (8.59)	20,136 (7.63)	21,440 (6.48)	23,100 (7.74)	(7.62)
	기타 ³⁾	680 (-)	684 (0.59)	638 (-6.73)	713 (11.76)	719 (0.84)	739 (2.78)	(1.68)
수 술 및 치 장 비	계	13,474 (-)	15,367 (14.05)	17,026 (10.80)	20,829 (22.34)	22,028 (5.76)	23,996 (8.93)	(12.24)
	3차	-	2,383 (-)	3,168 (32.94)	3,914 (23.55)	4,019 (2.68)	4,099 (1.99)	(14.52)
	종합병원	5,825 (-)	4,454 (-)	4,105 (-7.84)	5,714 (39.20)	5,698 (-0.28)	6,213 (9.04)	(8.68)
	병원	1,470 (-)	1,737 (18.16)	1,942 (11.80)	2,284 (17.61)	2,465 (7.92)	2,716 (10.18)	(13.06)
	의원	6,045 (-)	6,662 (10.21)	7,684 (15.34)	8,774 (14.19)	9,702 (10.58)	10,819 (11.51)	(12.35)
	기타 ³⁾	134 (-)	131 (-2.24)	127 (-3.05)	143 (12.60)	144 (0.70)	149 (3.47)	(2.14)

4) 이 표가 나타내는 보유상황은 요양기관 지정 신청시 신고된 장비현황이므로 그 이후 변경 내용이 고려되지 않았고, 따라서 연도별 보유장비 총수는 부정확할 수 있음에 유의해야 한다. 다만 여기서는 의료장비 보유상태와 진료행태간의 관계 그리고 그 그것이 진료비에 미치는 영향을 개략적으로 살펴보기 위한 것임을 밝혀둔다.

〈表 III-19〉 계속

		1993 ²⁾	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
이 학 요 법 장 비	계	25,063 (-)	27,457 (9.55)	29,837 (8.67)	36,275 (21.58)	38,659 (6.57)	42,545 (10.05)	(11.16)
	3차	-	1,878 (-)	2,078 (10.65)	2,256 (8.57)	2,299 (1.91)	2,244 (-2.39)	(4.55)
	종합병원	6,539	4,915 (-)	5,074 (3.23)	5,922 (16.71)	5,822 (-1.69)	6,132 (5.32)	(5.69)
	병원	3,890	4,158 (6.89)	4,382 (5.39)	5,088 (16.11)	5,534 (8.77)	5,574 (0.72)	(7.46)
	의원	14,980	16,286 (8.72)	18,175 (11.60)	22,412 (23.31)	24,374 (8.75)	27,820 (14.14)	(13.18)
	기타 ³⁾	194	223 (14.95)	228 (2.24)	597 (161.84)	630 (5.53)	775 (23.02)	(31.92)
	계	61,346 (-)	-	-	83,795 (10.95)	88,837 (6.02)	94,067 (5.89)	(8.93)
검 사 장 비 ⁴⁾	3차	-	-	-	6,723 (-)	6,939 (3.21)	6,872 (-0.97)	(1.10)
	종합병원	14,825 (-)	-	-	14,145 (-)	14,000 (-1.03)	14,865 (6.18)	(2.51)
	병원	6,439 (-)	-	-	9,114 (12.28)	9,985 (9.56)	10,710 (7.26)	(10.71)
	의원	37,339 (-)	-	-	51,029 (10.97)	55,103 (7.98)	59,586 (8.14)	(9.80)
	기타 ³⁾	2,743 (-)	-	-	2,784 (0.50)	2,810 (0.93)	2,634 (-6.26)	(-0.81)

註: 1) 요양기관지정 신청시 신고된 내역이므로 변동상황 등이 감안되지 않았고, 따라서 정확한 현재 보유상황을 나타낸다고 보기에는 다소 무리가 따름.

2) '93년도는 3차기관과 종합병원의 구분이 없어 종합병원으로 통합하여 제시되었음.

3) 기타는 조산원과 보건기관의 합임.

4) 검사장비의 '93년, '94년 data미비로 값이 제시되지 못하였음.

資料: 의료보험연합회, 내부자료, 각연도.

방사선 진단 및 치료 장비는 연평균 7.91%씩 수적으로 증가하였고, 특히 병원에서의 증가율이 높게 나타나고 있다. 수술 및 처치장비는 연평균 12.24% 증가하였고, 3차기관에서 가장 높은 증가율을 보여주

고 있다. 이학요법장비는 연평균 11.16% 증가하며, 의원에서의 증가율이 가장 높다. 검사장비는 8.93%의 연평균 증가율을 보이며, 병원에서의 증가율이 가장 높다.

이러한 개별 의료장비가 대응될 수 있는 진료내역을 구분한 것이 10대 분류이며, 그 항목별 구체적 내역은 다음과 같다.

〈表 III-20〉 10大 分類 診療項目別 內譯

구 분		항 목 별 내 역
1. 진찰료	진료수가 기준 '가' 항목	초진료, 재진료, 응급의료관리료, 회송료, 타과진찰료
2. 입원료	진료수가 기준 '가' 항목	일반병실료, 내·정신·소아과병실료, 집중치료실료, 격리병실료, 분만관련관리료, 무균치료실료, 기타
3. 투약 및 처방·조제료	진료수가 '라' 항목 및 약가기준액표의 등제약, 수입약, 원료·조제·제제약	처방·조제료, 경구·외용 약제비
4. 주사료	진료수가 '마' 항목 및 약가기준액표의 등제약, 수입약, 조제·제제약	주사료, 주사약제비, 특정재료대
5. 마취료	진료수가 '바' 항목 및 약가기준액표의 등제약, 마취약·재료	마취료, 마취초빙료, 마취제
6. 이학요법료	진료수가 '사' 항목 및 이학요법약제료	이학요법료, 이학요법 약제비
7. 정신요법료	진료수가 '아' 항목	정신요법료
8. 처치 및 수술료	진료수가 '자, 차, 파' 항목 및 처치 및 수술재료	처치 및 수술료, 처치 및 수술재료대, 수혈료
9. 검사료	진료수가 '나' 항목 및 검사재료	검사료, 검사 약제·재료대
10. 방사선진단 및 치료료 (CT료)	진료수가 '다' 항목 및 방사선진단 및 치료재료	방사선진단 및 치료료(CT료), 방사선진단 및 치료재료대(CT재료)

資料: 의료보험연합회, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998, p.57의 <表 4-1>을 옮겨옴.

<表 III-21>의 10대 분류별 건당진료비와 구성비를 살펴보면, 처치 및 수술료, 검사료, 방사선진단 및 치료료와 이학요법료의 건당진료비 연평균 증가율이 10대 분류별 연평균 증가율 중 대부분이 상위를 차지하고 있으며, 특히 4개 의료장비 중 가장 높은 보유증가율을 보인 수술 및 처치 장비의 건당금액 연평균 증가율이 8.79%로 가장 높게 나타나고 있다.

<表 III-21> 10대 分類別 件當診療費와 構成比

(단위: 원, %)

	1990		1992		1994		1996		1997		1998		연평균 증가율
	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	
계	23,155	100.0	26,961	100.0	30,312	100.0	36,988	100.0	37,683	100.0	43,395	100.0	8.17
진찰료	5,689	24.6	6,044	22.4	6,347	20.9	7,485	20.2	7,798	20.7	7,723	17.8	3.89
입원료	1,650	7.1	1,980	7.3	2,084	6.9	2,691	7.3	2,839	7.5	3,015	6.9	7.83
투약료	4,180	18.1	5,692	21.1	7,092	23.4	8,312	22.5	9,028	24.0	11,677	26.9	13.70
주사료	3,903	16.9	4,329	16.1	4,620	15.2	5,442	14.7	5,378	14.3	6,155	14.2	5.86
마취료	512	2.2	494	1.8	621	2.0	738	2.0	737	2.0	918	2.1	7.57
이학요법료	499	2.2	508	1.9	615	2.0	663	1.8	364	1.0	775	1.8	5.66
정신요법료	293	1.3	273	1.0	255	0.8	351	0.9	379	1.0	368	0.8	2.89
처치 및 수술료	3,343	14.4	3,862	14.3	4,276	14.1	5,854	15.8	5,857	15.5	6,557	15.1	8.79
(수혈료)	129	0.6	203	0.8	127	0.4	217	0.6	301	0.8	315	0.7	11.81
검사료	1,943	8.4	2,440	9.1	2,940	9.7	3,169	8.6	3,163	8.4	3,627	8.4	8.11
방사선진단 및 치료료	1,014	4.4	1,136	4.2	1,333	4.4	1,536	4.2	1,428	3.8	1,753	4.0	7.08
(CT료)	0	0.0	0	0.0	-	0.0	530	1.4	411	1.1	513	1.2	-1.62

資料: 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.
 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.
 보건복지부, 내부자료, 각연도.

이러한 사실은 의료장비의 보유가 사용증가 요인으로 작용하며, 그만큼의 진료비 증가요인으로 작용할 수 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

5. 醫療利用 行態

5.1 醫療機關種別 件當診療費

대형의료기관으로의 집중현상은 그 자체가 소비자의 선호를 반영하는 것으로 파악될 수 있으나, 재정적 측면에서는 단위당 진료비의 증가 현상이기도 하다. 건당진료비가 종합병원의 경우는 평균의 4배 이상, 병원은 2배정도, 의원은 평균의 2/3정도, 보건기관은 1/3정도, 약국은 1/10 정도이기 때문에 같은 질환으로 종합병원을 찾는다면 그만큼 건당진료비가 높아지는 것이다.

〈表 III-22〉 醫療機關種別 件當診療費

(단위: 원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
평균	21,323	22,655	24,353	24,813	24,321	24,635	29,751	31,384	34,406	
		(6.25)	(7.49)	(1.89)	(-1.98)	(1.29)	(20.77)	(5.49)	(9.63)	6.16
종합 병원	85,851	90,898	99,639	106,963	113,994	123,256	138,006	144,884	161,194	
	「4.03」	「4.01」	「4.09」	「4.31」	「4.69」	「5.00」	「4.64」	「4.62」	「4.69」	8.19
병원	36,782	40,328	43,790	47,327	50,241	56,060	62,806	68,813	80,601	
	「1.72」	「1.78」	「1.80」	「1.91」	「2.07」	「2.28」	「2.11」	「2.19」	「2.34」	10.30
계	14,477	14,536	15,179	15,864	16,457	17,687	19,340	20,629	23,295	
	「0.68」	「0.64」	「0.62」	「0.64」	「0.68」	「0.72」	「0.65」	「0.66」	「0.68」	6.13
보건 기관	5,415	6,580	6,965	7,465	7,841	9,170	10,821	11,836	12,042	
	「0.25」	「0.29」	「0.29」	「0.30」	「0.32」	「0.37」	「0.36」	「0.38」	「0.35」	10.51
약국	1,801	2,141	2,383	2,302	2,460	2,771	4,482	4,499	4,561	
	「0.08」	「0.09」	「0.10」	「0.09」	「0.10」	「0.11」	「0.15」	「0.14」	「0.13」	12.32
		(18.85)	(11.30)	(-3.36)	(6.84)	(12.64)	(61.77)	(0.38)	(1.38)	

〈表 III-22〉 계속

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
입원	평균	406,430	438,422	484,451	535,546	577,993	646,043	747,596	793,966	879,475	
			(7.87)	(10.50)	(10.55)	(7.93)	(11.77)	(15.72)	(6.20)	(10.77)	10.13
	종합 병원	539,261	575,102	626,391	680,365	730,828	802,648	928,349	982,573	1,102,928	
		「1.33」	「1.31」	「1.29」	「1.27」	「1.26」	「1.24」	「1.24」	「1.24」	「1.24」	「1.25」
		(6.65)	(8.92)	(8.62)	(7.42)	(9.83)	(15.66)	(5.84)	(12.25)		
	병원	267,194	285,691	317,583	351,408	374,912	425,804	486,954	531,537	602,425	
		「0.66」	「0.65」	「0.66」	「0.66」	「0.65」	「0.66」	「0.65」	「0.65」	「0.67」	「0.68」
		(6.92)	(11.16)	(10.65)	(6.69)	(13.57)	(14.36)	(9.16)	(13.34)		10.70
	의원	185,046	196,790	220,596	246,991	266,637	305,493	353,144	387,280	438,311	
		「0.46」	「0.45」	「0.46」	「0.46」	「0.46」	「0.47」	「0.47」	「0.49」	「0.50」	
		(6.35)	(12.10)	(11.96)	(7.95)	(14.57)	(15.60)	(9.67)	(13.18)		11.38
	보건 기관	72,321	80,267	97,066	111,088	123,397	150,185	193,321	208,225	235,112	
「0.18」		「0.18」	「0.20」	「0.21」	「0.21」	「0.23」	「0.26」	「0.26」	「0.27」		
	(10.99)	(20.93)	(14.45)	(11.08)	(21.71)	(28.72)	(7.71)	(12.91)		15.88	
외래	평균	14,084	14,735	15,650	16,079	15,736	16,072	19,525	20,802	22,907	
			(4.62)	(6.21)	(2.74)	(-2.13)	(2.13)	(21.49)	(6.54)	(10.12)	6.27
	종합 병원	31,116	33,471	37,459	41,210	44,526	48,541	56,570	61,955	70,532	
		「2.21」	「2.27」	「2.39」	「2.56」	「2.83」	「3.02」	「2.90」	「2.98」	「3.08」	
		(7.57)	(11.91)	(10.01)	(8.05)	(9.02)	(16.54)	(9.52)	(13.84)		10.77
	병원	19,291	20,714	22,692	24,181	25,767	28,248	31,623	34,015	38,257	
		「1.37」	「1.41」	「1.45」	「1.50」	「1.64」	「1.76」	「1.62」	「1.64」	「1.67」	
		(7.37)	(9.55)	(6.56)	(6.56)	(9.63)	(11.95)	(7.56)	(12.47)		8.94
	의원	13,473	13,532	14,070	14,790	15,360	16,575	18,133	19,328	21,746	
		「0.96」	「0.92」	「0.90」	「0.92」	「0.98」	「1.03」	「0.93」	「0.93」	「0.95」	
		(0.44)	(3.97)	(5.12)	(3.85)	(7.90)	(9.40)	(6.59)	(12.51)		6.17
	보건 기관	4,984	5,937	6,306	6,862	7,360	8,715	10,342	11,396	11,794	
「0.35」		「0.40」	「0.40」	「0.43」	「0.47」	「0.54」	「0.53」	「0.55」	「0.51」		
	(19.11)	(6.21)	(8.83)	(7.26)	(18.41)	(18.66)	(10.19)	(3.50)		11.37	
약국	1,801	2,141	2,383	2,302	2,460	2,771	4,482	4,499	4,561		
	「0.08」	「0.09」	「0.10」	「0.09」	「0.10」	「0.11」	「0.15」	「0.14」	「0.13」		
	(18.85)	(11.30)	(-3.36)	(6.84)	(12.64)	(61.77)	(0.38)	(1.38)		12.32	

註: ()는 전년대비 증가율, 「」는 평균건당진료비에 대한 종별건당진료비 비율.
 資料: 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」, 각연도.

5.2 醫療機關種別 診療實積

<表 III-23>은 의료기관 종류별로 배분된 진료비 규모를 보여주고 있다. 이에 따르면, 1998년도를 기준으로, 종합병원이 전체 진료비의 43.9%, 그 다음이 의원으로 44.2%, 병원이 8.6%, 약국이 2.6%, 나머지 0.7%가 보건기관에 각각 배분되고 있다. 즉 진료비의 대부분은 종합병원과 의원으로 배분되고 있는 것이다.

〈表 III-23〉 醫療機關種別 診療費 變化推移

(단위: 억원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
계	29,419	32,010	37,331	43,482	48,972	61,442	76,240	88,039	99,650	
증감률		8.8	16.6	16.4	12.6	25.4	24.0	15.4	13.1	16.5
구성비	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
종합병원	11,940	13,590	16,432	19,199	21,843	27,111	34,287	39,440	43,748	
증감률		13.8	20.9	16.8	13.7	24.1	26.4	15.0	10.9	17.6
구성비	40.6	42.5	44.0	44.2	44.6	44.1	45.0	44.8	43.9	
병원	2,230	2,469	2,826	3,305	3,851	4,820	5,891	7,020	8,586	
증감률		10.7	14.4	16.9	16.5	25.1	22.2	19.1	22.3	18.4
구성비	7.6	7.7	7.6	7.6	7.9	7.8	7.7	8.0	8.6	
의원	14,864	15,597	17,653	20,365	22,181	27,613	33,752	38,885	44,032	
증감률		4.9	13.1	15.3	8.9	24.4	22.2	15.2	13.2	14.5
구성비	50.5	48.7	47.3	46.8	45.3	44.9	44.3	44.2	44.2	
보건기관	164	114	129	156	174	231	307	381	672	
증감률		-30.4	12.6	21.3	11.1	32.8	33.1	24.2	76.2	19.3
구성비	0.6	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	
약국	221	239	291	457	923	1,668	2,002	2,312	2,610	
증감률		8.1	21.4	57.1	102.0	80.5	20.0	15.4	12.9	36.1
구성비	0.8	0.7	0.8	1.1	1.9	2.7	2.6	2.6	2.6	

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

구성비에 있어서 종합병원은 점차 비중이 증가하는 추세를 보이고, 병원은 구성비 자체는 작으나 그 비중은 점차 증가하고 있다. 의원의

경우에는 구성비가 점차 감소하여 1998년도에는 거의 종합병원 수준에 이르고 있다. 이는 의료이용 행태의 대형화, 고급화를 의미하며, 향후 진료비 증가 억제 대책으로서 의료전달체계의 재정립이 절실함을 말해주는 사안이다.

연평균 증가율로 살펴보면 36.1%에 이르는 약국과 19.3%를 보이는 보건기관의 비중이 주목해야 할 것이다. 상대적으로 낮은 종합병원과 의원의 연평균 증가율을 감안할 때 이는 더욱 중요한 의미로 떠오른다. 즉 진료비의 의료기관간 배분율이 향후 변화할 수 있다는 개연성을 나타내고 있으며, 이는 병의원 중심의 의료공급체계속에서 보건기관 및 약국의 역할이 증대될 수 있다는 가능성을 제시하는 것이기 때문이다.

〈表 III-24〉 醫療機關種別 診療件數 變化推移

(단위: 천건, %)

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
전체	137,966	141,291	153,293	175,240	201,359	249,410	256,255	280,522	289,626	
종합병원	13,907	14,951	16,492	17,949	19,162	21,995	24,845	27,222	27,140	
증가율		7.50	10.30	8.83	6.75	14.78	12.95	9.56	-0.30	8.72
구성비	10.1	10.6	10.8	11.1	9.5	8.8	9.7	9.7	9.4	
병원	6,063	6,123	6,453	6,983	7,665	8,599	9,380	10,202	10,653	
증가율		0.98	5.39	8.21	9.76	12.18	9.08	8.76	4.41	7.3
구성비	4.4	4.3	4.2	4.3	3.8	3.4	3.7	3.6	3.7	
의원	102,675	107,297	116,296	128,368	134,780	156,115	174,521	188,497	189,019	
증가율		4.50	8.38	10.38	4.99	15.82	11.79	8.00	0.27	7.93
구성비	74.4	75.9	75.9	70.9	66.9	62.6	68.1	67.2	65.3	
보건기관	3,032	1,736	1,847	2,092	2,214	2,515	2,837	3,222	5,583	
증가율		-42.75	6.43	13.21	5.83	13.58	12.84	13.55	73.26	7.93
구성비	2.2	1.2	1.2	1.3	1.1	1.0	1.1	1.1	1.9	
약국	12,288	11,185	12,205	19,848	37,539	60,187	44,673	51,379	57,232	
증가율		-8.97	9.12	62.62	89.13	60.33	-25.77	15.01	11.39	21.91
구성비	8.9	7.9	8.0	12.3	18.6	24.1	17.4	18.3	19.8	

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

<表 III-23>은 <表 III-24>와 연관지어 살펴볼 필요가 있다. 1998년도를 기준으로 전체 진료건수의 9.4%를 차지하고 있는 종합병원이 진료비의 43.9%를 점하고 있고, 65.3%의 진료건수를 점하고 있는 의원은 진료비의 44.2%만을 점하고 있다는 것은 의료기관간 건당진료비의 차이가 크다는 것을 나타내는 결과이다.

의료기관의 성격상 그러한 차이는 당연한 현상으로 받아들여 질 수 있다. 문제는 진료건수의 연평균 증가율에 있어서 종합병원이 8.72%로 가장 높다는 점이다. 이는 대형 의료기관을 선호하는 추세를 반영한 결과로서 적절한 의료전달체계 설계시 반드시 염두에 두어야 할 사안이다.

6. 疾病構造와 年齡構造

6.1 疾病構造

질병구조의 변화, 특히 고액의 진료비가 요구되는 만성퇴행성 질환의 증가는 진료비 상승의 한 원인으로 간주될 수 있다. 악성신생물, 당뇨병, 정신장애, 고혈압성질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 만성간질환 및 경변 등 만성퇴행성질환의 건수 및 진료비의 연평균 증가율은 공무원·교직원의 경우 각각 11.6%, 20.5%를 나타내고 있으며 이는 전체적 평균치인 7.4%, 16.3%보다 높은 수치라고 한다(국민의료보험관리공단, 1999).

물론 만성퇴행성질환의 증가추세와 상대적으로 높은 건당진료비를 감안할 때, 이에 대한 대처방안을 모색하고 준비하는 것이 진료비증가 억제대책에서 제외될 수는 없다. 그러나 진료비의 전체적 절대규모는 발생빈도가 높고, 항시적인 질환에 의해 주로 결정되고, 이들 질

환에 대한 비용억제 대책의 모색이 선결되어야 하는 것이다.⁵⁾

먼저 다발생순위가 20위 이내의 질환을 중심으로 외래의 경우를 살펴보면, 본태성고혈압을 제외하고는 8개년에 걸쳐 다발생순위에 큰 변화가 없다고 할 수 있다. 즉 일반적으로 감기증상으로 알려진 질환으로 병의원을 찾는 경우가 대부분이며, 썩은 이를 치료하거나, 뽑기 위해 치과를 찾는 경우가 대부분인 것이다.

<表 III-25>에서 발견될 수 있는 중요한 사실은 진료수가 인상률이 가장 높았던 1995년도의 건당진료비 증가율이 대부분의 질환에서 가장 높게 나타나며, 외환위기로 인해 대부분의 병의원이 재정적으로 곤란한 때인 1998년도의 증가율 또한 최고치를 기록하는 추세에 있다는 점이다.

이는 진료수가의 영향에 다빈도질환은 민감하고, 재정보전의 유인과 가능성 또한 이들 질환에서 높다는 사실을 말해준다. 이에 더하여 발견되는 것이 내원일수의 감소추세와 진료일수의 증가추세라 할 수 있다. 즉 다빈도질환은 질환 자체에 대한 소비자의 정보가 빈도가 낮은 특수질환보다 우월하고, 공급자에 의한 내원의 유도는 한계점을 넘어섰다는 것으로 해석될 수 있다. 더욱이 1998년도에는 대부분 진료일수마저 감소하는데 경제여건의 악화는 소비자의 수용성이 낮아져 공급자로서도 무리한 투약권유를 하지 않게 됨을 추론할 수 있게 한다.

이러한 사실은 진료비 증가억제를 위해서는 공급자에 의한 유발수요(과잉진료의 형태)를 통제하는 방안, 예를 들어 이들 질환을 행위별수가제에서 DRG로 전환 방안을 모색하는 것이 효과적일 수 있음을 시사한다.

5) 아마도 노인성질환에 대한 관심을 우선하는 것은 노인문제가 심각한 일본의 분식 흐름을 무의식적으로 수용한 결과로 보여진다.

〈表 III-25〉 多發生傷病別 件當診療實積(外來)

(단위: 원, %, 일)

연 도	순 위	상병명	진료비		내원일수		진료일수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	1	다발성 또는 부위불명의급성상기 도감염	9,476		2.11		3.13	
'91	1	다발성 또는 부위불명의급성상기 도감염	9,703	2.39	2.06	-2.39	3.16	1.10
'92	1	다발성 또는 부위불명의급성상기 도감염	10,021	3.28	2.00	-2.74	3.29	3.89
'93	1	다발성 또는 부위불명의급성상기 도감염	10,877	8.54	2.02	1.11	3.44	4.54
'94	1	다발성 또는 부위불명의급성상기 도감염	11,295	3.84	1.99	-1.62	3.48	1.16
'95	1	다발성 및 상세불명부위의급성상 기도감염	12,451	10.24	1.97	-0.87	3.54	1.84
'96	1	다발성 및 상세불명부위의급성상 기도감염	13,636	9.52	1.87	-5.08	3.49	-1.26
'97	2	다발성 및 상세불명부위의급성상 기도감염	14,561	6.78	1.81	-3.27	3.43	-1.78
'98	2	다발성 및 상세불명부위의급성상 기도감염	15,997	9.86	1.79	-1.37	3.49	1.66
연평균 증가율				6.76		-2.04		1.37
'90	2	급성기관지염 및 세기관지염	12,333		2.64		3.93	
'91	2	급성기관지염 및 세기관지염	12,330	-0.02	2.53	-4.34	3.90	-0.81
'92	2	급성기관지염 및 세기관지염	12,627	2.41	2.44	-3.34	4.01	2.84
'93	2	급성기관지염 및 세기관지염	13,460	6.60	2.43	-0.46	4.12	2.91
'94	2	급성기관지염 및 세기관지염	13,860	2.97	2.36	-3.05	4.12	-0.13
'95	2	급성기관지염	14,755	6.46	2.26	-4.20	4.03	-2.18
'96	2	급성기관지염	15,971	8.24	2.11	-6.31	3.97	-1.34
'97	1	급성기관지염	16,995	6.41	2.03	-3.95	3.92	-1.34
'98	1	급성기관지염	18,924	11.35	1.99	-1.83	3.99	1.83
연평균 증가율				5.50		-3.45		0.20

〈表 III-25〉 계속

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료건수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	3	급성비인두염	8,475		2.00		3.12	
'91	3	급성비인두염(감기)	9,006	6.27	1.98	-0.84	3.14	0.72
'92	4	급성비인두염(감기)	9,373	4.07	1.92	-2.89	3.25	3.71
'93	4	급성비인두염(감기)	10,071	7.45	1.92	-0.09	3.37	3.68
'94	4	급성비인두염(감기)	10,407	3.33	1.88	-2.09	3.40	0.85
'95	4	급성비인두염	11,615	11.61	1.86	-0.91	3.47	1.95
'96	3	급성비인두염	12,576	8.27	1.79	-3.87	3.42	-1.32
'97	3	급성비인두염	13,525	7.55	1.76	-1.79	3.42	-0.06
'98	5	급성비인두염	14,488	7.12	1.73	-1.85	3.53	3.32
연평균 증가율				6.93		-1.80		1.59
'90	5	급성편도염	10,664		2.17		3.02	
'91	5	급성편도염	10,863	1.87	2.11	-2.98	3.04	0.68
'92	5	급성편도염	11,260	3.65	2.03	-3.56	3.10	2.08
'93	5	급성편도염	11,962	6.23	2.04	0.22	3.21	3.65
'94	5	급성편도염	12,369	3.40	1.98	-2.88	3.22	0.06
'95	7	급성편도염	13,416	8.47	1.91	-3.40	3.21	-0.11
'96	6	급성편도염	14,267	6.34	1.82	-4.71	3.13	-2.61
'97	6	급성편도염	15,229	6.75	1.76	-3.55	3.10	-1.07
'98	6	급성편도염	16,942	11.25	1.74	-1.05	3.14	1.46
연평균 증가율				5.96		-2.75		0.50
'90	7	급성인두염	10,338		2.21		3.17	
'91	6	급성인두염	10,554	2.09	2.13	-3.63	3.19	0.87
'92	7	급성인두염	10,960	3.85	2.05	-3.50	3.28	2.72
'93	6	급성인두염	11,698	6.73	2.05	-0.16	3.38	2.93
'94	6	급성인두염	12,080	3.27	2.00	-2.66	3.37	-0.21
'95	8	급성인두염	13,106	8.49	1.92	-3.81	3.37	-0.04
'96	7	급성인두염	13,960	6.51	1.83	-4.76	3.31	-1.82
'97	7	급성인두염	14,930	6.95	1.78	-2.89	3.28	-0.76
'98	7	급성인두염	16,537	10.76	1.76	-0.70	3.33	1.42
연평균 증가율				6.05		-2.77		0.63

〈表 III-25〉 계속

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료건수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	8	치수 및 근단조직의질환	16,308		2.51		2.73	
'91	8	치수 및 근단조직의질환	16,501	1.19	2.37	-5.77	2.56	-6.44
'92	6	치수 및 근단조직의질환	16,780	1.69	2.21	-6.55	2.40	-6.25
'93	7	치수 및 근단조직의질환	18,237	8.68	2.28	2.92	2.47	3.01
'94	7	치수 및 근단조직의질환	19,035	4.38	2.28	-0.04	2.47	0.20
'95	5	치수 및 치근단주위조직의질환	19,554	2.73	2.12	-7.06	2.31	-6.78
'96	5	치수 및 치근단주위조직의질환	22,052	12.78	1.94	-8.32	2.11	-8.47
'97	5	치수 및 치근단주위조직의질환	23,438	6.29	1.95	0.30	2.11	-0.17
'98	4	치수 및 치근단주위조직의질환	26,531	13.20	1.99	2.48	2.16	2.32
연평균 증가율				6.27		-2.85		-2.92
'90	6	위염 및 십이지장염	15,218		1.92		5.75	
'91	7	위염 및 십이지장염	16,080	5.66	1.86	-3.27	5.97	3.88
'92	8	위염 및 십이지장염	17,090	6.28	1.79	-3.45	6.13	2.70
'93	8	위염 및 십이지장염	18,403	7.69	1.78	-0.84	6.32	3.04
'94	8	위염 및 십이지장염	19,150	4.06	1.74	-2.39	6.45	1.97
'95	6	위염 및 십이지장염	20,851	8.88	1.69	-2.48	6.56	1.73
'96	8	위염 및 십이지장염	22,249	6.70	1.63	-3.50	6.58	0.37
'97	8	위염 및 십이지장염	23,866	7.27	1.62	-0.99	6.79	3.10
'98	9	위염 및 십이지장염	26,436	10.77	1.61	-0.80	7.34	8.13
연평균 증가율				7.15		-2.22		3.09
'90	12	치은 및 치주질환	11,125		1.49		2.22	
'91	12	치은 및 치주질환	11,665	4.85	1.44	-3.46	2.13	-4.22
'92	12	치은 및 치주질환	12,182	4.43	1.40	-2.66	2.11	-1.06
'93	13	치은 및 치주질환	12,949	6.30	1.42	0.90	2.12	0.75
'94	13	치은 및 치주질환	13,611	5.11	1.42	0.55	2.14	0.77
'95	13	치은염 및 치주질환	14,639	7.55	1.39	-2.38	2.10	-2.09
'96	13	치은염 및 치주질환	16,294	11.30	1.37	-1.63	2.02	-3.60
'97	13	치은염 및 치주질환	17,409	6.84	1.37	0.54	2.00	-0.88
'98	10	치은염 및 치주질환	20,457	17.51	1.42	3.14	2.02	0.77
연평균 증가율				7.91		-0.65		-1.21

〈表 III-25〉 계속

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료건수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	17	급성후두염 및 기관염	11,191		2.38		3.43	
'91	15	급성후두염 및 기관지염	11,434	2.17	2.32	-2.61	3.48	1.43
'92	15	급성후두염 및 기관지염	11,790	3.12	2.25	-3.21	3.61	3.89
'93	14	급성후두염 및 기관지염	12,514	6.14	2.22	-1.01	3.69	2.12
'94	15	급성후두염 및 기관염	12,917	3.22	2.18	-1.96	3.69	0.01
'95	11	급성후두염 및 기관염	13,666	5.80	2.10	-3.66	3.64	-1.29
'96	11	급성후두염 및 기관염	14,628	7.04	1.97	-6.16	3.57	-2.09
'97	11	급성후두염 및 기관염	15,600	6.64	1.91	-3.35	3.53	-0.95
'98	12	급성후두염 및 기관염	17,373	11.37	1.89	-0.77	3.61	2.20
연평균 증가율				5.65		-2.85		0.65
'90	18	본태성고혈압	24,828		2.24		14.56	
'91	14	본태성고혈압	26,305	5.95	2.09	-6.70	15.00	3.06
'92	13	본태성고혈압	28,381	7.89	1.99	-4.80	15.79	5.28
'93	12	본태성고혈압	30,423	7.19	1.90	-4.35	16.48	4.34
'94	11	본태성고혈압	31,907	4.88	1.82	-4.07	17.20	4.37
'95	9	본태성고혈압	34,084	6.82	1.75	-4.14	17.73	3.07
'96	9	본태성고혈압	36,754	7.83	1.67	-4.46	18.97	7.04
'97	9	본태성고혈압	39,252	6.79	1.64	-1.89	20.30	6.99
'98	8	본태성고혈압	41,542	5.83	1.59	-3.24	21.26	4.74
연평균 증가율				6.65		-4.21		4.85
'90	13	위궤양	25,898		2.24		9.50	
'91	13	위궤양	27,141	4.80	2.11	-5.70	9.76	2.73
'92	14	위궤양	29,014	6.90	2.03	-3.85	10.09	3.46
'93	15	위궤양	30,764	6.03	1.95	-3.59	10.41	3.09
'94	16	위궤양	32,134	4.45	1.88	-3.71	10.49	0.84
'95	14	위궤양	35,584	10.74	1.84	-2.09	10.69	1.84
'96	14	위궤양	39,540	11.12	1.77	-3.94	11.01	3.08
'97	14	위궤양	43,667	10.44	1.76	-0.68	11.57	5.08
'98	17	위궤양	48,675	11.47	1.74	-1.00	12.12	4.70
연평균 증가율				8.21		-3.08		3.09

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

입원의 경우에도 다발생순위의 급격한 변동은 치핵의 경우를 제외하고는 발견되지 않는다. 다만 외래와는 달리 건당진료비가 진료수에 크게 영향을 받지 않으며, 1998년도의 급격한 건당진료비의 증가현상도 발견되지 않는다. 그러나 입원의 경우에도 내원일수의 감소, 진료일수의 증가현상이 발견된다.

〈表 III-26〉 多發生傷病別 件當診療實積(入院)

(단위: 원, %, 일)

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료일수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	2	급성충수염	387,412		7.91		9.39	
'91	2	급성충수염	409,346	5.66	7.87	-0.43	9.48	0.98
'92	2	급성충수염	454,848	11.12	7.75	-1.62	9.48	0.04
'93	2	급성충수염	505,074	11.04	7.72	-0.35	9.60	1.30
'94	2	급성충수염	542,332	7.38	7.59	-1.69	9.66	0.64
'95	2	급성충수염	608,112	12.13	7.51	-1.10	9.71	0.49
'96	3	급성충수염	693,713	14.08	7.43	-1.05	10.01	3.09
'97	3	급성충수염	743,968	7.24	7.33	-1.29	10.22	2.04
'98	3	급성충수염	835,920	12.36	7.17	-2.14	10.06	-1.50
연평균 증가율				10.09		-1.21		0.88
'90	6	상세불명의병원체에의한폐렴	300,154		8.75		12.24	
'91	9	상세불명의병원체에의한폐렴	312,143	3.99	8.64	-1.23	12.34	0.83
'92	12	상세불명의병원체에의한폐렴	350,257	12.21	8.70	0.72	12.59	2.04
'93	10	상세불명의병원체에의한폐렴	371,187	5.98	8.52	-2.08	12.47	-0.98
'94	9	상세불명의병원체에의한폐렴	394,677	6.33	8.30	-2.63	12.28	-1.48
'95	6	상세불명병원체의 폐렴	407,747	3.31	7.80	-6.06	11.79	-4.04
'96	4	상세불명병원체의 폐렴	456,909	12.06	7.72	-0.94	11.81	0.19
'97	4	상세불명병원체의 폐렴	493,179	7.94	7.54	-2.43	11.73	-0.70
'98	6	상세불명병원체의 폐렴	528,229	7.11	7.34	-2.56	11.51	-1.84
연평균 증가율				7.32		-2.17		-0.76

〈表 III-26〉 계속

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료일수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	4	정신분열성 정신병	425,608		30.70		33.00	
'91	4	정신분열성 정신병	395,851	-6.99	29.42	-4.17	31.69	-3.94
'92	5	정신분열성 정신병	412,693	4.25	28.54	-3.01	30.70	-3.15
'93	6	정신분열성 정신병	447,882	8.53	28.03	-1.77	30.35	-1.12
'94	6	정신분열성 정신병	455,921	1.79	27.97	-0.22	30.23	-0.41
'95	5	정신분열증	487,859	7.00	27.92	-0.20	30.52	0.96
'96	5	정신분열증	558,045	14.39	28.90	3.54	31.82	4.26
'97	5	정신분열증	621,232	11.32	28.06	-2.90	30.83	-3.12
'98	4	정신분열증	712,622	14.71	25.79	-8.12	28.26	-8.33
연평균 증가율				6.65		-2.16		-1.92
'90	11	위의 악성신생물	824,943		14.21		21.03	
'91	13	위의 악성신생물	877,760	6.40	14.42	1.47	21.57	2.58
'92	13	위의 악성신생물	954,815	8.78	14.30	-0.77	21.62	0.23
'93	14	위의 악성신생물	1,040,746	9.00	14.25	-0.35	21.84	1.02
'94	14	위의 악성신생물	1,147,954	10.30	14.39	0.93	21.89	0.21
'95	10	위의 악성신생물	1,226,508	6.84	14.33	-0.40	21.52	-1.68
'96	10	위의 악성신생물	1,422,102	15.95	14.52	1.33	22.55	4.77
'97	11	위의 악성신생물	1,490,339	4.80	14.19	-2.28	22.37	-0.78
'98	10	위의 악성신생물	1,556,953	4.47	13.29	-6.34	21.85	-2.33
연평균 증가율				8.26		-0.83		0.48
'90	16	천식	276,775		8.29		13.03	
'91	15	천식	301,248	8.84	8.15	-1.68	12.99	-0.32
'92	16	천식	329,630	9.42	8.17	0.29	13.23	1.86
'93	16	천식	364,522	10.58	8.07	-1.30	13.15	-0.59
'94	16	천식	391,380	7.37	7.92	-1.86	13.19	0.29
'95	12	천식	395,235	0.98	7.31	-7.63	12.45	-5.64
'96	12	천식	454,255	14.93	7.34	0.45	12.68	1.84
'97	13	천식	493,991	8.75	7.30	-0.60	12.86	1.45
'98	14	천식	513,267	3.90	6.99	-4.22	12.77	-0.68
연평균 증가율				8.03		-2.10		-0.25

〈表 III-26〉 계속

연도	순위	상병명	진료비		내원일수		진료일수	
			금액	증가율	일수	증가율	일수	증가율
'90	20	치핵	280,930		7.65		10.03	
'91	19	치핵	288,117	2.56	7.59	-0.80	10.07	0.40
'92	17	치핵	304,733	5.77	7.13	-5.97	9.81	-2.61
'93	15	치핵	318,075	4.38	6.71	-5.90	9.67	-1.39
'94	15	치핵	330,888	4.03	6.64	-1.10	9.64	-0.34
'95	9	치핵	356,666	7.79	6.41	-3.49	9.85	2.16
'96	7	치핵	398,167	11.64	6.06	-5.41	9.76	-0.94
'97	7	치핵	413,567	3.87	5.62	-7.36	9.48	-2.78
'98	5	치핵	454,237	9.83	5.35	-4.72	9.24	-2.60
연평균 증가율				6.19		-4.37		-1.02

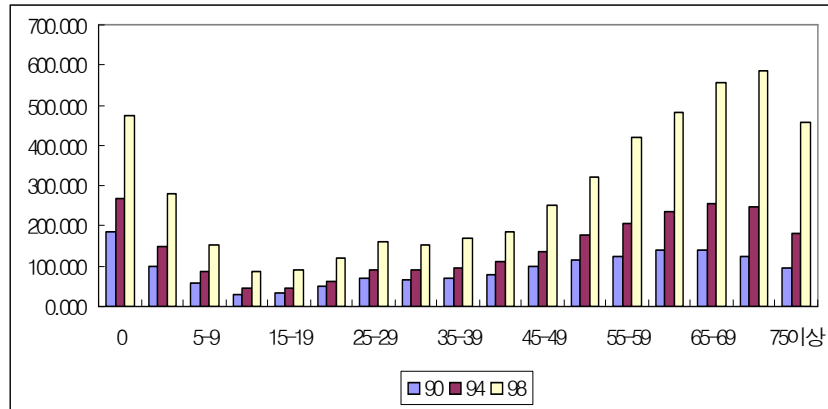
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

6.2 年齡構造

적용인구의 연령구조가 점차 노령화로 이행한다는 것은 이미 앞에서 살펴보았다. 진료비와 연관지어 살펴볼 것은 그러한 연령구조의 노령화가 필연적으로 진료비 증가를 불러오게 된다는 점이다. 1인당 진료비는 연령에 따라 일정한 성향을 유지하기 때문에 연령구조의 변화에 따라 진료비의 규모도 일정한 성향을 따라 움직이게 된다. 즉 청소년층을 넘어서면 1인당진료비는 지속적으로 연령과 함께 움직인다(그림 III-11 참조). 또한 건당진료비의 크기도 연령과 정의 관계를 보인다(그림 III-12 참조). 이는 나이가 들어감에 따라 만성퇴행성질환에 노출될 수밖에 없고, 급성질환에도 보다 취약한 건강상태가 불가피하기 때문이다. 다행히 연령구조의 변화는 충분히 예측될 수 있고, 따라서 적절한 대책의 수립에 필요한 시간적 여유가 있다.

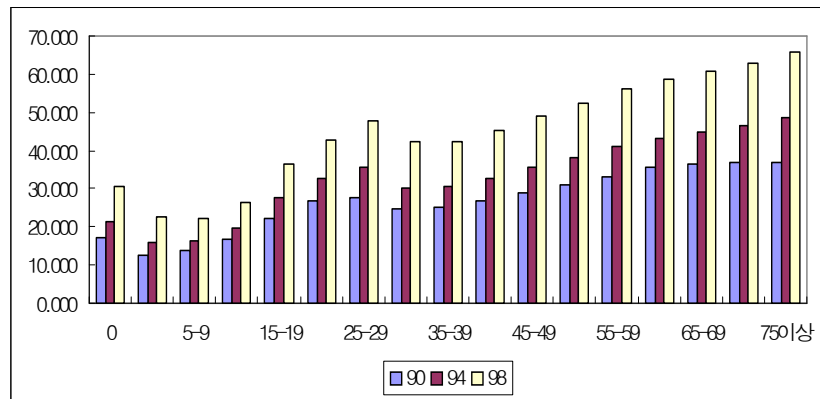
[그림 III-11] 年齢別 1人當 診療費

(단위: 원)



[그림 III-12] 年齢別 件當診療費

(단위: 원)



IV. 外國의 診療費 支出抑制를 위한 改革動向

1. 프랑스

의료억제 대책에도 불구하고 1970년대에서 1980년대 전반까지 프랑스의 의료비는 연평균 두 자리수 증가를 기록하였다. 의료공급측면의 억제대책(총액예산방식)이 '80년대 후반에 도입되어 의료비 증가율이 비로소 한자리수로 떨어지고, 1994년 3%, 1995년 4.6%로 비로소 낮은 수준을 유지하였다. 그럼에도 불구하고 의료보험재정은 1990년대에 들어와 급격히 악화되어 의료비 지불기금의 운영자금이 최저로 떨어져 차입금에 의존하는 형태가 지속되고 있다.

의료비 증가가 둔화되고 있음에도 의료재정이 악화되고 있는 최대의 원인으로, 실업률 증가로 인한 수입증가의 정체가 주목되고 있다. 1970년대 이후 의료비 억제대책은 수진억제에 주안점이 주어졌지만, 1980년대는 의료공급에도 타격을 맞추었고, 1990년대에 이르러 재원의 신규창출로 비중이 옮겨지고 있다.

1970년대 의료비 급증원인은 의료기술의 혁신이외에도 입원의료비의 현저한 증가에 있었다. 이러한 병원지향형 의료형태에 제동을 걸 필요가 제기되어 1985년부터 총액예산방식이 전면적으로 도입되었다. 그 이후 입원진료비가 현격히 감소되었고, 1970년대 약 25.9%를 점하던 약제비 역시 1995년에는 약 18.5%로 감소되었다. 이러한 의료비의 증가율 둔화는 목표치 설정, 준수 등의 의료비 억제대책이 가시적인 효과를 가져온 것으로 평가되었다.

그러나 다소의 효과는 1985년부터 총액예산제가 실시된 공립병원의

경우이고 일액(日額)방식을 채택하고 있는 사립병원의 경우 수술과 관련된 의료비 증가가 여전하였다(프랑스 병원의 대부분은 공립병원이고 사립병원은 외과 및 산부인과 등 전문분야에 한정되어 있음). 또한 외래진료는 성과불 방식으로서 직종별로 협약을 체결 진료행위의 상대가치별 계수에 따른 할당된 요금에 의해 지불된다. 이처럼 개업의에 대한 진료유발 가능성이 상존하고 있으면서 프랑스의 의료보험은 원칙적으로 진료제한을 하지 않고 의사의 자유재량권을 존중하고 있다는 점에서 의료비 억제가 정부의 큰 과제로 부각되었다. 1980년대 중반이후 정부의 의료비 억제대책은 아래 표와 같다.

〈表 IV-1〉 프랑스의 醫療費 抑制對策

구분	의료비 억제 대책
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 보험료율을 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 · 약국조제 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 삭감 요구

〈表 IV-1〉 계속

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

註: 국민의료보험공단, 『최근 의보동향』 '98, '99년을 발췌 요약한 것임.

1990년 협약된 의료비의 전국목표치는 진료행위 종별로 설정되고, 전국목표치를 근거로 하여 지역의 목표치를 설정하여, 역으로 전국목표치를 최종 조정한다. 지역단위별로 기능하고 있는 의사별 진료정보 시스템에 의해 목표치와 실적치의 점검이 이루어지고 의사에 대해서 정보를 제공한다. 이와 동시에 그 정보는 지역의사가 소속된 조합에 전달되어 정당하지 않은 진료에 대해서는 의료보험이 부담하는 사회보험료 부담을 정지하는 조치가 취해진다. 그러나 의료비 억제에 관한 협약이 1992년 7월 의사조합의 제소에 의해 파기 당했다. 1993년

개업의료에 관해서 107억 프랑의 절감을 포함하는 전국협약이 다시 조인되어 특정질병에 관한 의료기준이 설정되도록 하였다. 이에 따르면 의료기준, 지역특성, 인구고령화, 질병구조, 감염성질환, 의사의 구성, 의료기술의 진보 등을 고려하여 의료비 억제를 위한 목표치를 매년 12월 15일 까지 정하기로 되어있었다.

의료비를 억제하기 위한 대표적인 개혁으로 '93년 바라돌 개혁과 '95년 쥐페개혁을 들 수 있다. 바라돌개혁에서는 의사의 진료지침기준에 의거 위반시 벌금이 부과되도록 되어 있었다. 그러나 의사에 대한 심리적 효과만 있어 재정억제에는 큰 효과가 없었다. 따라서 쥐페개혁은 보다 강력하여 질병금고로부터의 연간 상환 상한액이 설정되어 이것을 초과한 경우에는 의사전원으로부터 균등한 과징금을 징수하도록 되어 있다.

의료비 억제대책과 함께 한편으로는 재원확대대책도 강구 되었는데 1990년 창설된 사회보장목적세 외에 '96년에는 지금까지의 사회보험 누적적자를 해소하기 위하여 동종의 목적세가 신설되었다. 또한 장기적인 관점에서 IC카드로의 전환이 결정되어 있는 건강수첩은 중복수진의 제거 목적도 가지고 있다.

2. 日本

1997년도 정부관장건강보험의 수지가 약 950억엔의 적자를 기록함으로써 '93년도 이후 5년 연속 적자결산이 되었다. '97년의 수지결산을 '96년도와 비교하면, 수입전체에 대해서는 '96년도 증가율이 2.2%인데 반해 '97년도 증가율은 2.6%로 이는 보험료율이 8.2%에서 8.5%로 인상되어 약 1,050억 엔의 수입증가가 있었다. 보험료율의 인상에도 불구하고 수입증가율의 상승률이 상대적으로 낮았던 이유는 버블

경제 붕괴이후의 장기불황으로 피보험자수 및 평균보수월액의 증가율이 각각 0.7%, 1.1% 증가에 머물렀기 때문이다. 한편 지출은 '96년의 4.1%증가에서 '97년에는 2.1%로 감소되었다. 이는 '97년 9월부터 시행된 건강보험법 개정에 의해 피보험자 본인에 대한 급여율이 10% 하락되어 1인당 의료급여비가 전년대비 5.3% 감소되었기 때문이다. 그 결과 '97년도 재정수지가 전년에 비해 약 3000억엔의 수지개선이 있었지만 적자를 벗어나지는 못했다.

재정수지의 연도별 추이를 살펴보면 보험료수입의 경우 '93년 5조 4218억 엔에서 '97년에는 5조 9969억 엔이 되어 약 5751억엔이 증가하였다. 보험급여비는 '93년 4조 3179억엔에서 '97년 4조 5755억엔으로 증가하였다. 정부관장 건강보험은 '92년도부터 5년간 수지를 조정할 목적으로 중기재정방식을 도입하여 1조 5000억엔을 원본으로 하는 사업운영안정자금을 도입하였다. 그러나 계속된 적자 때문에 '97년에 2년의 기간을 정하여 제2차 중기재정운영방식을 도입하였고 1999년부터 2000년까지에 대해서도 제3차 기금을 도입하여 재정위기에 대처할 것을 결정하였다

〈表 IV-2〉 政府管掌健康保險 財政收支

(단위: 억엔)

구분		1993년	1994년	1995년	1996년	1997년
수입	보험료수입	54,218	55,364	56,920	57,997	59,969
	국고보조	6,793	7,260	8,809	9,227	9,028
	계	61,828	63,339	66,082	67,509	69,257
지출	보험급여비	43,179	44,742	46,429	47,712	45,755
	계	62,753	66,148	68,865	71,702	70,207

註: 국민의료보험관공단, 『최근 의보동향』, 1999. 7.

1997년 건강보험법 개정에 따라 피보험자 본인부담금이 10%에서

20%로 인상되었고 약제 일부부담 제도 등이 도입되었다. 그 결과 적자액은 전년도에 비해 대폭 축소되었지만 건강보험조합의 적자는 5년 연속 지속되었고 적자조합도 1,814조합 중 1,001조합으로 여전히 전체의 약 60%를 차지하고 있다. 이러한 재정악화는 대폭적인 보험료율 인상(평균보험료율: 8.46%)을 가져왔고 건강보험조합 재정이 구조적으로 큰 문제가 있는 것으로 인식되었다. 조합관장건강보험이나 국민건강보험 역시 그 규모에 차이가 다소 있지만 '93년 이후 지속적인 적자를 보여 왔고 향후 단시간내 적자를 벗어날 가능성이 보이지 않는다.

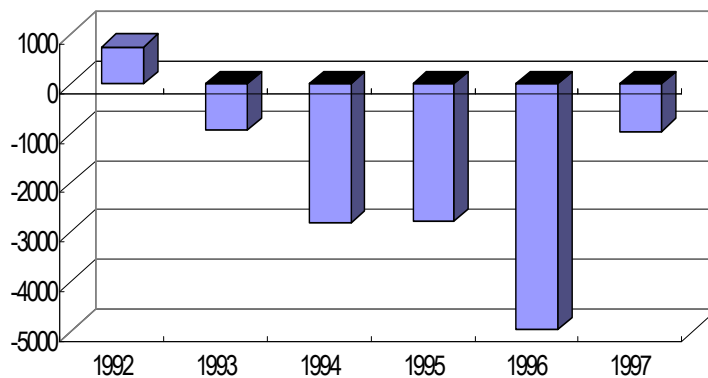
〈表 IV-3〉 各 醫療保險制度的 財政現況(經常收支)

(단위: 억엔)

구분	1992	1993	1994	1995	1996	1997
정부관장건강보험	746	-935	-2,809	-2,783	-4,969	-950
조합관장건강보험	2,133	1,174	-774	-1,222	-2,549	-742
국민건강보험(시정촌)	-658	-881	-1,370	-1,069	-	-

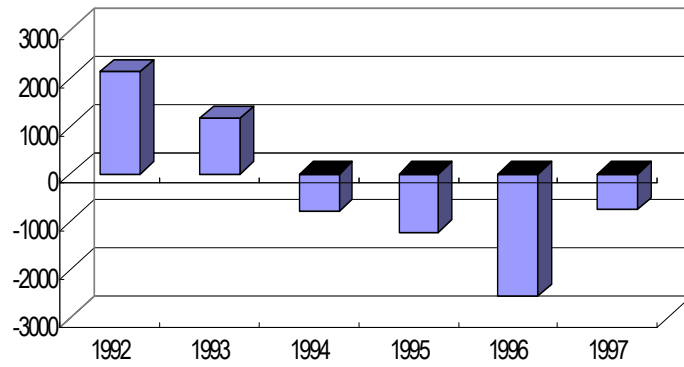
[그림 IV-1] 政府管掌健康保險

(단위: 억엔)



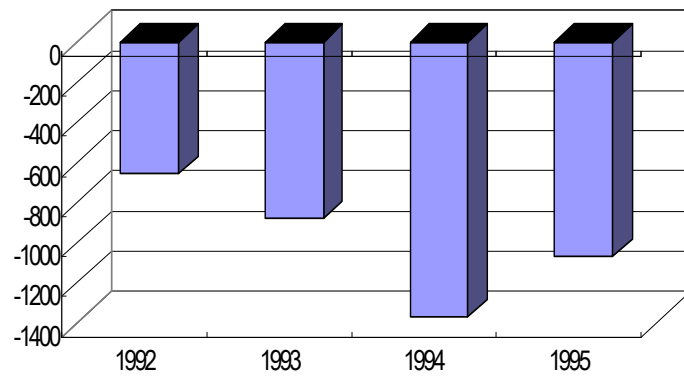
[그림 IV-2] 組合管掌健康保險

(단위: 억엔)



[그림 IV-3] 國民健康保險(市町村)

(단위: 억엔)



최근 정부·여당에서는 의료제도의 근본적인 개혁을 구상하고 있는 바 재정구조개혁법을 근거로 2000년 시행을 추진 중에 있는데 의료공급체계와 재정측면에서의 의료보험제도 개혁이 양 축을 이루고 있다. 장래의 저출생, 고령화 동향 및 의료의 고도화란 관점에서 현재 및

장래의 의료보험제도의 재정악화 및 제도존속의 위기에 대응하는 것으로 재정측면에서의 의료보험제도 개혁이 중심이고 의료공급체계의 개혁은 이를 지원하는 것으로 되어있다. 재정구조개혁회의의 안은 7대 과제로 구성되어 있다. 약가기준제도의 근원적 개혁, 정액제와 성과불제한 진료보수의 조화, 세대간 부담의 공평, 사회연대원리의 관점에서 노인보건제도의 개혁, 의사의 감소 등 공급체계의 합리화, 보험자기능의 강화, 급여부담의 공평화를 통한 환자부담의 재검토 등 거시적 관점에서의 제도개혁 방향이 주류를 이루고 있다.

1997년 8월에 제시된 후생성의 안은 질 높은 의료서비스의 효율적 제공, 급여와 부담의 공평, 의료비의 적정화란 원칙하에 고령자에 대한 방안을 두 가지로 나누고 있다. 제1안은 건강보험과 국민건강보험을 통합하여 모든 국민이 가입하는 지역의료보험제도의 창설로서 정액 본인부담과 정율 본인부담 등이 고려되고 있고 보험료는 피용자, 사업주가 동일하며 국고는 본인의 보험료와 동액을 부담하는 것으로 되어 있다. 제2안은 현행대로 피용자보험과 국민건강보험의 이원체제를 유지하면서 피용자보험의 보험료는 총보수제로 전환하고 국고보조는 폐지하는 것으로 되어 있다. 국민건강보험의 경우 보험료는 현행대로 하고 국고보조는 제1안과 동일하게 구성되어 있다.

1997년 8월에 발표된 여당협의회 최종안은 의료자원의 효율화, 약가체도의 개혁, 신진료보수체계의 구축, 고령자 의료보험제도의 창설로 요약된다. 재정상황과 관계없이 필요한 지역의료를 계속 확보하면서 의료자원을 효율화하기 위한 방안으로서 환자의 입장에 선 의료, 보험자 기능의 강화, 정보공개와 추진, 의료기관의 기능분담과 연계, 입원진료의 적정화, 의료종사자의 자질향상과 적정확보, 종합적인 보건의료시스템의 구축 등이 제시되었다. 질병예방, 건강증진에서 치료까지를 포함한 70세 이상의 고령자 의료보험제도의 창설은 고령자의

보험료와 정률의 본인부담, 약 30~40%의 국고보조, 세대간 지원 등으로 비용을 충당하기로 되어 있다.

3. 獨逸

독일의 의료보험 재정수지를 살펴보면 '89년 의료구조법에 의해 보험급여비가 전년도 대비 다소 하락하였으나 그 효과는 1년여밖에 지속되지 못했고 '90년경부터는 다시 의료비가 현저히 상승하여 '91년에는 급여비 증가율이 10.6%로 피보험자의 임금상승률 5.0%의 2배 이상 증가하였다. 그 결과 '91년에는 의료보험 전체에서 약 50억 마르크 이상의 적자를 기록하였고 '92년에는 전 금고의 평균 보험료율이 13.1%에 달하였다. 1995년에는 약 70억 마르크의 적자가 발생하였고 '96년의 평균보험료율도 서독지역에서는 13.2%에서 13.5%로, 동독지역에서는 12.8%에서 13.7%로 상승하였다. 특이할만한 점으로는 의료보험재정이 구동독지역과 서독지역으로 양극화되어 있다는 점이다. 구서독지역은 '97년에 이어 '98년에도 약간의 흑자를 보였으나 구동독지역의 경우 지속적으로 적자를 기록하고 있다. 서독의 흑자 배경에는 보험료율 인상이 존재한다. 지출증가율정도의 수입증가율이 동반되어 약 11억 마르크의 흑자를 나타낸 것이다. 반면, 구동독지역의 경우 수입은 0.5% 증가하였지만 지출은 약 0.9% 증가하였다. 지출증가의 원인을 구체적으로 살펴보면 '90년대 초반의 경우 인구의 고령화와 그에 따른 질병구조의 변화, 의료기술의 진보 등에 원인이 있는 것으로 판단되었으나, 그 이외에도 의료수요 및 공급시스템이 비효율적이고 공급구조의 비경제성 또한 개혁대상으로 지적되었다. 1996년 적자는 전과는 약간 다르게 택시이용에 따른 교통비, 건강증진급여, 가사원조 등에 적자의 원인이 돌려졌고 보험재정의 구조적인 비경제성이 제기

되기에 이르렀다. 1998년의 경우는 병원부문에서 약 3.4%, 약제부문에서 약 4.8% 증가하였다. 초과보철은 약 30%의 감소를 가져왔는데 급여의 질을 현저하게 저하시킨 것으로 간주되었다. 이러한 재정적자를 억제하기 위하여 다각적인 대책이 강구되어 왔는데 아래에서 최근의 동향을 소개하고자 한다.

의료보장 관련비용을 억제하기 위하여 1977년 의료보험 비용 억제법이 시행된 이후 1989년 의료보장 개혁법에서는 단순한 비용의 억제가 아닌 의료보장제도 자체를 근본적으로 개혁하기 위한 방향이 모색되었다. 1993년의 의료보장구조법이 그 연장선상에 있으며, 1996년의 '발전적인 성장과 고용을 위한 프로그램'에서는 2000년까지 사회보험료를 40% 이하로 억제한다고 하는 구체적 목표가 설정되었다.

1993년의 의료보장구조법에서는 의료공급구조의 개혁을 위하여 예산의 설정, 입원진료보수제도의 개정, 보험의사수의 제한 등이 이루어졌다. 또한 경쟁시스템을 도입하여 통제의 책임을 공적주체에서 당사자에게 위임하는 것으로 전환하였다. 경제효율을 제고하기 위하여 의약품의 정액급여제가 도입되었고, 비경제적인 의약품이나 치료수단의 보험급여제외, 보험의 자격제한, 진료비용과 급여의 투명화, 입원비용의 비교리스트 작성, 경제성에 관한 심사제도 등이 실시되었다. 또한 진료보수에 대한 건당 포괄수가제 및 특별보수제가 도입되었지만 병원진료보수총액의 25%로 제한되는 등 신중한 입장을 견지하고 있다. 1996년 프로그램의 주안점은 피보험자의 질병금고 선택권 확대 및 리스크 구조조정의 도입인데, 의료서비스의 시장메카니즘 도입이 적절한 지에 관한 논란이 되고 있다. 보험료를 안정시키고 비용을 억제하기 위한 2000년 의료보장 개혁의 핵심사항은 아래와 같은 4가지 관점에서 이루어졌다.

3.1 總豫算制

지출의 증가를 수입증가의 범위내로 억제하면서 예산을 시스템 전체 하나로 할 것인가 또는 질병금고의 종류별 4가지(지역질병금고, 기업질병금고, 동업질병금고, 보충질병금고)로 할 것인가 고려 중에 있다. 지출의 증가를 국내총생산의 증가 범위내로 할 것 인가도 고려되었지만 임금의 증가가 국내총생산의 증가에 미치지 못할 우려가 있기 때문에 적당하지 않은 것으로 판단되었다.

3.2 藥品의 Positive List

약효가 의심스러운 의약품에 약 60억 마르크 정도가 남용되는 것으로 판단하여 유통되는 약 12만종의 의약품을 선별하여 Positive List를 작성함으로써 list에 포함되지 않는 약품에 대해서는 질병금고가 부담하지 않게 하는 제도로 진료범위의 축소가 우려되지만 재정보호에 우선점이 주어지고 있다.

3.3 家庭醫의 強化

보험진료자격을 가지고 있는 의사라면 누구에게나 진료를 받을 수 있는 현행제도하에서는 진료shopping에 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 부담

을 내포하고 있기도 하다.

3.4 病院部門 財政시스템의 改革

현재 병원은 이원화된 재정시스템으로 구성되어 있다. 경상비용은 질병금고가 부담하는 진료보수이며, 투자비용은 주정부로부터의 공적 보조로 조달되는 시스템이다. 이것을 질병금고만이 부담하는 일원화된 재정시스템으로 전환하려고 하고 있다.

V. 醫療保險 統合以後 給與費 推計

1. 向後 酬價 推移

$$\text{적용대상자수} \times \text{수진율(총진료건수 / 적용대상자수)} \times \text{건당진료비 (수가, 진료강도, 진료일수)} = \text{의료보험 진료비} \quad \text{--- ①}$$

$$\text{의료보험진료비} \times \text{급여율} = \text{의료보험급여비} \quad \text{--- ②}$$

'90년대 이후 의료보험재정에 위기를 가져온 요인으로 크게 두 가지 측면이 부각되었다. 국민소득 증가에 따른 수요(수진율)의 급상승 그리고 보험공급측면에서의 건당진료비 급등이 그들이다. 위식 ①에서 보듯이 수가는 건당진료비에 직접적으로 그리고 결정적으로 영향을 미친다. 그리고 건당진료비의 상승정도와 의료보험 재정안정은 밀접하게 연관되어 있다. 그러므로 적정한 수가는 재정안정을 포함한 의료보험제도 전반에 상당한 영향을 미치게 된다.

〈表 V-1〉 醫療保險酬價, 消費者物價指數와 件當診療費指數 比較 ('90 = 100)

구분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
수가지수	100	108	114	120	127	150	150	172	178
물가지수	100	109	116	122	129	135	142	148	159
건당진료비 지수	100	105	113	119	126	136	151	161	180

어느 정도의 수가수준이 적정한지 판단하는 것은 현 시점에서 불명확하다. 의료를 공급하는 데 소요된 자원(인력, 시설, 기술투자 등)에 적합한 반대급부가 있어야 한다는 사실과 의료행위는 공공보험이라는 사실이 동시에 고려되어야 한다는 것은 명백하다. 일반 재화시장에서 초과이윤의 존재가 공급을 창출한다는 사실로부터 '90년대 이후 새로운 의료공급의 창출이 '90년대 이전보다 감소하지 않았다는 것은 최소한 시장의 원리에서만큼은 이윤발생 요인이 존재하고 있다는 것이다. 이는 의료시장의 경우 수요를 창출할 수 있다는 사실도 포함해서이다.

<表 V-2> 醫師, 醫療機關, 病床數 등의 趨勢

구분	1994	1998	증감(%)
의사수(명)	58,096	73,044	25.7
의료기관수(개소)	30,484	37,135	21.8
병상수(개)	194,531	253,705	30.4

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

또 한 가지 특이할만한 사실은 <表 V-1>에서 보듯이 '90년대 초반 건당진료비와 수가가 거의 같은 비율로 상승했다는 점이고 이 기간동안 의료보험의 재정은 대체로 안정적이었던 것이다. 1995년 2번에 걸친 수가 인상이후 보험재정이 갑자기 열악해졌다.

위에서 나열식으로 제기된 몇 가지 사실로 비추어 볼 때 향후 수가는 다음과 같은 몇 가지 조건하에서 조정되어야 한다

- 1) 보험재정 안정화
- 2) 의료자원 투입에 상응한 보상 - 의료의 질 확보
- 3) 의료보험의 공공성(사회보험)
- 4) 의료상품의 특수성(유인수요 창출 가능성)

'90년대 초 의료공급량의 증가, 재정의 상대적 안정성을 고려한다면 매년 수가의 상승률이 물가상승률을 초과하는 것은 곤란할 것으로 판단된다. 구조적으로 진료강도의 증가나 진료일수의 가감은 정책변수가 아니기 때문에 의료공급측면에서 정책변수가 초과이윤의 동기를 발생시킬 여지를 제도적으로 없애야 한다. 반면 의료종사자에게도 실질 GDP 성장률에 상응하는 만큼의 소득을 보장해야 한다. 이는 수요측면에서 도출될 수 있는데 제2장에서 논의된 바와 같이 GDP가 상승하면 수진율이 증가한다. 의료종사자들의 실질소득 증가를 담보할 수 있는 길이다. 수리적으로 보면 아래와 같다.

의료공급자의 적정이윤: $\Pi(t) = P \times Q$ ----- (*) (P: 수가를 포함한 의료가격지수, Q: 수진율 등을 포함한 진료빈도수)

위식 (*)이 어느 시점 t에서 의료공급자의 적정이윤을 보장하는 수와 수진율 등이라 가정할 때, t+1년의 이윤은 다음과 같다

$$\Pi(t+1) = P(1+p) \times Q(1+q) \text{ -----(**) (p, q는 단위기간 동안 증가율)}$$

식 (**)에서 t+1년에 q가 0이고 p가 물가인상률이라면 의료공급자의 실질소득은 t년의 그것과 같다. q가 0보다 크다면 QqP 만큼 실질소득이 증가한다. 실질소득의 증가는 그러므로 q의 크기에 달려있는 데 q가 우리 나라 GDP증가율보다 크다면 평균적으로 의료종사자들의 실질소득이 타직종 종사자들의 실질소득보다 더 많이 증가한다. 1998년의 경우 q(수진율 증가율)는 약 5.23이고 GDP는 감소하였다. 이는 1997년이 적정한 균형상태라면, 그리고 수가수준이 물가수준만큼 증가했다고 가정했을 때 의료종사자들의 실질소득은 타직종 종사자들의 소득이 감소한 데 반해 증가했다고 가정할 수 있다. 1996년의 경우 q

는 약 4.74이고 GDP성장률은 약 10.5%이므로 기타 변수가 같다고 가정하면 의료종사자들의 실질소득은 타직종에 비해 작았다고 할 수 있다. 그러나 위에서 지적했듯이 수가상승률은 물가상승률보다 크고 진료강도, 투약일수의 급증 등을 고려할 때 '96년도에도 의료종사자들의 실질소득 증가율이 타직종의 그것을 밑돌지는 않았을 것으로 추정된다.

따라서 수가는 매년 소비자물가지수 상승률 이상 인상되어서는 곤란하다. 진료강도와 진료일수에 대한 좀 더 정밀한 분석이 뒷받침되어야겠지만 수가의 인상폭은 소비자물가 인상폭을 Ceiling으로 하는 것이 타당하리라 여겨진다. 아래에서는 두 가지 방법, 물가지수 상승률(정부목표치 사용)과 과거 10개년의 평균상승률(약 6.8%)을 이용한 향후 5개년의 수가를 표시하고 있다.

〈表 V-3〉 向後 酬價推移('90=100)

구분	2000	2001	2002	2003	2004
물가연동 수가지수	201	210	218	227	236
연평균 증가율이용 수가지수	207	221	236	252	269

2. 受診率 豫測

OECD 가입국들의 1인당 GNP증가율과 의료비의 상관계수는 약 0.85정도이고, 총생산 증가율과 의료비의 상관계수는 약 0.96이다. 이로 미루어보아 소득증가율과 수진율은 밀접한 관계가 있을 것으로 추정되나 향후 우리 나라 수진율을 과학적으로 조명하는 데 시계열 자료의 수가 절대 부족하다. 이러한 한계 때문에 과거 자료를 이용한 산술 평균방식을 사용할 수밖에 없고 이 방법 또한 정책변수의 변화

에 영향을 받기 때문에 추정하는 데 한계가 있다. 예를 들어 1996년 이후 매년 급여기간이 30일씩 연장됨에 따라 또는 CT가 급여범위에 포함됨에 따라 수진율이 증가하리라는 것은 자명한 사실이다. 그러므로 이러한 정책변수를 예측할 수 없는 현실에서 수진율의 예측이란 현재의 추이를 수치상 미래에 연결시켜 보는 것에 불과 할 수 있다. 단지 평균증가율을 이용 추정하는 것은 현재를 거울삼아 미래의 문제점을 극소화하는 데 있을 것이다. 아래 <表 V-4>와 <表 V-5>는 과거 10년의 입원 및 외래의 수진율 추이를 보이고 있다.

<表 V-4> 受診率 現況(入院)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년평균 증가율(%)
전체	0.063	0.065	0.069	0.070	0.071	0.077	0.081	0.085	0.087	1.58	4.04
0세	0.303	0.298	0.331	0.345	0.340	0.371	0.356	0.347	0.349	0.57	1.92
1~4세	0.056	0.056	0.055	0.064	0.063	0.069	0.076	0.083	0.083	0.89	5.37
5~9세	0.029	0.026	0.026	0.031	0.031	0.029	0.031	0.043	0.035	-18.24	3.60
10~14세	0.019	0.018	0.019	0.019	0.021	0.021	0.023	0.028	0.025	-10.67	3.67
15~19세	0.025	0.025	0.027	0.026	0.027	0.030	0.032	0.035	0.035	0.14	4.23
20~24세	0.074	0.071	0.075	0.070	0.067	0.070	0.071	0.071	0.071	0.14	-0.46
25~29세	0.116	0.122	0.129	0.122	0.123	0.127	0.127	0.129	0.130	0.67	1.41
30~34세	0.058	0.061	0.066	0.067	0.070	0.075	0.080	0.087	0.085	-1.44	4.98
35~39세	0.044	0.045	0.048	0.049	0.051	0.055	0.059	0.063	0.065	3.43	5.03
40~44세	0.048	0.051	0.052	0.053	0.053	0.057	0.061	0.064	0.065	1.73	3.82
45~49세	0.061	0.062	0.064	0.062	0.063	0.070	0.075	0.076	0.079	3.79	3.45
50~54세	0.073	0.074	0.076	0.080	0.081	0.091	0.092	0.096	0.095	-0.73	3.53
55~59세	0.082	0.087	0.092	0.095	0.096	0.109	0.112	0.114	0.124	8.38	5.28
60~64세	0.097	0.102	0.107	0.111	0.113	0.125	0.132	0.140	0.147	4.86	5.29
65~69세	0.110	0.117	0.123	0.129	0.131	0.151	0.159	0.168	0.178	5.45	6.29
70~74세	0.110	0.120	0.128	0.136	0.146	0.169	0.184	0.197	0.207	4.93	8.30
75세 이상	0.096	0.102	0.110	0.119	0.127	0.153	0.163	0.182	0.201	10.50	9.81

〈表 V-5〉 受診率 現況(外來)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년평균 증가율(%)
전체	3.065	3.124	3.345	3.611	3.716	4.222	4.663	5.015	5.261	4.90	7.05
0세	10.564	10.241	11.299	12.684	12.292	13.662	13.758	13.909	15.162	9.01	4.80
1~4세	7.627	7.966	8.136	9.265	9.157	10.082	11.309	12.102	12.361	2.14	6.34
5~9세	4.016	4.215	4.512	5.150	5.172	5.925	6.376	7.227	7.008	-3.02	7.38
10~14세	1.809	1.857	2.018	2.172	2.331	2.701	3.083	3.449	3.380	-1.98	8.27
15~19세	1.455	1.483	1.600	1.614	1.648	1.935	2.180	2.289	2.466	7.74	6.95
20~24세	1.739	1.716	1.810	1.854	1.870	2.142	2.355	2.499	2.669	6.79	5.61
25~29세	2.349	2.327	2.377	2.372	2.436	2.691	2.872	3.081	3.226	4.71	4.11
30~34세	2.615	2.628	2.734	2.882	2.920	3.249	3.454	3.628	3.536	-2.53	3.92
35~39세	2.722	2.727	2.891	2.971	3.040	3.358	3.646	3.843	3.945	2.65	4.80
40~44세	2.884	2.976	3.123	3.292	3.290	3.617	3.898	4.120	4.145	0.60	4.69
45~49세	3.324	3.363	3.590	3.667	3.775	4.237	4.738	4.913	5.108	3.96	5.59
50~54세	3.624	3.659	3.903	4.365	4.618	5.315	5.747	6.116	6.246	2.13	7.13
55~59세	3.694	3.854	4.265	4.686	4.979	5.818	6.401	6.732	7.715	14.60	9.72
60~64세	3.825	4.025	4.455	4.980	5.295	6.124	6.983	7.624	8.571	12.42	10.66
65~69세	3.750	4.015	4.459	5.071	5.505	6.541	7.513	8.232	9.675	17.52	12.65
70~74세	3.277	3.509	3.979	4.567	5.146	6.179	7.354	8.329	10.045	20.60	15.11
75세 이상	2.437	2.527	2.924	3.288	3.589	4.325	5.046	5.823	7.595	30.43	15.50

〈表 V-6〉 受診率 現況(全體)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년평균 증가율(%)
전체	3.128	3.189	3.414	3.681	3.787	4.299	4.744	5.101	5.319	4.28	6.92
0세	10.867	10.539	11.638	13.029	12.631	14.033	14.115	14.256	15.541	9.02	4.75
1~4세	7.683	8.022	8.191	9.329	9.220	10.151	11.385	12.184	12.386	1.66	6.27
5~9세	4.045	4.241	4.539	5.181	5.203	5.954	6.407	7.270	6.870	-5.50	7.06
10~14세	1.829	1.875	2.036	2.191	2.351	2.722	3.106	3.476	3.327	-4.30	7.95
15~19세	1.481	1.508	1.627	1.640	1.676	1.966	2.212	2.324	2.468	6.19	6.72
20~24세	1.813	1.787	1.885	1.924	1.937	2.212	2.427	2.570	2.745	6.81	5.42
25~29세	2.466	2.449	2.506	2.494	2.559	2.818	2.999	3.210	3.350	4.38	3.97
30~34세	2.673	2.689	2.799	2.950	2.990	3.325	3.533	3.714	3.586	-3.46	3.82
35~39세	2.766	2.773	2.939	3.019	3.090	3.413	3.705	3.906	3.979	1.85	4.70
40~44세	2.932	3.026	3.175	3.345	3.344	3.675	3.977	4.184	4.124	-1.43	4.42
45~49세	3.384	3.425	3.654	3.729	3.838	4.306	4.813	4.989	5.080	1.82	5.29
50~54세	3.697	3.733	3.979	4.445	4.700	5.406	5.839	6.212	6.141	-1.15	6.66
55~59세	3.777	3.941	4.356	4.781	5.075	5.927	6.513	6.846	7.511	9.71	9.04
60~64세	3.922	4.128	4.562	5.091	5.409	6.249	7.115	7.764	8.230	5.99	9.76
65~69세	3.859	4.132	4.582	5.200	5.636	6.692	7.673	8.401	9.104	8.38	11.38
70~74세	3.387	3.630	4.106	4.703	5.291	6.348	7.537	8.526	9.342	9.56	13.59
75세 이상	2.533	2.628	3.034	3.406	3.716	4.478	5.210	6.005	6.960	15.91	13.57

지난 9개년('90~'98)의 수진율 추이를 보면 입원이 연평균 4%, 외래가 약 7% 증가하여 외래가 상대적으로 급격히 증가하였다. 이는 가벼운 질환의 경우에도 이전보다 진료기관 방문회수가 증가하였음을 의미한다. 소득의 증가, 건강에 대한 관심도 등이 수진율 증가에 기여했음을 추정할 수 있다. 특히 60세 이상 고령인구가 수진율 급증을 주도하고 있는 데 외래수진율은 연평균 10% 이상 입원은 5% 이상 증가하고 있다. 적용대상인구 중 고령인구의 상대적 비율 증가와 더불어 수진율 급등은 보험재정 안정화에 커다란 걸림돌이다. 이를 대비한 대책이 필요함은 물론이다. 아래에서는 적용인구 구성비 변화에

따른 수진율 변화를 과거 9개년의 산술평균을 이용 5세 연령별로 의
래와 입원을 구분하여 추정하였다.

〈表 V-7〉 受診率 推定(入院)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	0.094	0.099	0.103	0.106	0.109	0.113
0세	0.370	0.382	0.390	0.393	0.397	0.400
1~4세	0.091	0.097	0.103	0.107	0.112	0.117
5~9세	0.038	0.039	0.041	0.042	0.043	0.044
10~14세	0.027	0.028	0.029	0.030	0.031	0.032
15~19세	0.038	0.040	0.042	0.043	0.045	0.046
20~24세	0.073	0.074	0.074	0.073	0.072	0.071
25~29세	0.137	0.141	0.143	0.143	0.144	0.144
30~34세	0.093	0.099	0.104	0.108	0.112	0.117
35~39세	0.071	0.076	0.080	0.083	0.086	0.090
40~44세	0.070	0.073	0.076	0.078	0.081	0.083
45~49세	0.085	0.089	0.092	0.095	0.097	0.099
50~54세	0.103	0.108	0.112	0.114	0.117	0.120
55~59세	0.135	0.144	0.152	0.158	0.165	0.172
60~64세	0.161	0.171	0.180	0.188	0.196	0.205
65~69세	0.196	0.211	0.224	0.236	0.249	0.262
70~74세	0.233	0.255	0.277	0.297	0.318	0.342
75세 이상	0.229	0.255	0.280	0.304	0.331	0.360

〈表 V-8〉 受診率 推定(外來)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	5.806	6.298	6.737	7.139	7.564	8.016
0세	16.531	17.575	18.421	19.122	19.851	20.606
1~4세	13.568	14.623	15.541	16.361	17.225	18.134
5~9세	7.591	8.242	8.825	9.361	9.929	10.532
10~14세	3.698	4.048	4.371	4.676	5.002	5.351
15~19세	2.694	2.917	3.114	3.293	3.483	3.683
20~24세	2.930	3.138	3.312	3.463	3.620	3.785
25~29세	3.481	3.674	3.824	3.941	4.061	4.185
30~34세	3.773	3.973	4.124	4.239	4.357	4.479
35~39세	4.254	4.517	4.729	4.904	5.086	5.274
40~44세	4.401	4.662	4.868	5.035	5.208	5.386
45~49세	5.467	5.839	6.150	6.415	6.692	6.981
50~54세	6.693	7.242	7.728	8.169	8.635	9.128
55~59세	8.355	9.241	10.081	10.897	11.779	12.731
60~64세	9.202	10.246	11.254	12.248	13.330	14.507
65~69세	10.309	11.647	12.984	14.344	15.846	17.504
70~74세	10.752	12.387	14.084	15.872	17.886	20.155
75세 이상	7.954	9.162	10.415	11.735	13.222	14.897

〈表 V-9〉 受診率 推定(全體)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	5.900	6.397	6.840	7.245	7.674	8.128
0세	16.901	17.957	18.810	19.516	20.247	21.007
1~4세	13.659	14.721	15.644	16.469	17.337	18.251
5~9세	7.629	8.282	8.866	9.403	9.972	10.576
10~14세	3.725	4.076	4.400	4.706	5.033	5.382
15~19세	2.732	2.957	3.156	3.336	3.527	3.729
20~24세	3.004	3.212	3.386	3.536	3.692	3.856
25~29세	3.617	3.815	3.966	4.084	4.205	4.330
30~34세	3.866	4.072	4.228	4.347	4.469	4.595
35~39세	4.325	4.593	4.809	4.987	5.172	5.363
40~44세	4.471	4.735	4.944	5.113	5.288	5.469
45~49세	5.552	5.929	6.242	6.510	6.789	7.080
50~54세	6.795	7.350	7.840	8.283	8.752	9.248
55~59세	8.490	9.385	10.233	11.055	11.944	12.904
60~64세	9.362	10.417	11.434	12.436	13.526	14.712
65~69세	10.505	11.859	13.209	14.580	16.095	17.766
70~74세	10.985	12.643	14.361	16.169	18.204	20.496
75세 이상	8.183	9.417	10.695	12.040	13.554	15.258

'97년 대비 '98년의 증가율은 과거 9개년 평균증가율에 비하여 현저히 감소했다. 이는 IMF로 인한 절대소득 감소가 수진율 증가를 둔화시키는 데 일조 했으리라 판단된다. 1999년은 경기가 회복되어 연평균 경제성장률이 9%에 이를 것으로 전망되어 수진율 추정시 1999년과 2000년의 경우 이를 반영하였고 2000년 이후는 평균 5~6%의 성장을 할 것으로 예측하여 추정하였다. 추정결과에 따르면 2000년 이후 65세 이상 고령층은 10명 중 최소 2명 이상이 1년에 한번 이상 입원하고 65세 이상 모두 연 10회 이상 외래진료를 받을 것으로 추정된다.

3. 件當診療費

건당진료비는 수가, 수진강도, 진료일수 등에 영향을 받는다. 수가 수준은 정부의 정책판단에 의해서 결정되고 수진강도는 정확히 측정할 수 있는 방법이 없다. 대략 수가와 진료일수의 변화율 등 계량화할 수 있는 부분을 뺀 나머지를 수진강도의 변화를 추정하는 정도이다. 제2장 현황에서 보였듯이 수가와 진료일수는 명확하게 나타나 있다. 수가는 연평균 4.6% 인상되었고 진료일수는 약 10.9%(내원일수 5.1%) 증가하였다. 반면 건당진료비는 입원의 경우 약 10.2%, 외래의 경우 약 7.39% 증가하였다. 서울대 의료관리학교실의 『건강보험 재정 추계연구』에 따르면 건당진료비 상승분 중 수가비중이 약 62.9%, 수진강도의 증가율이 약 21.5% 그리고 진료일수의 증가가 약 15.6%를 차지하고 있다. 추정기법에 다소 무리가 있었다 하더라도 개괄적인 비중은 비슷하리라 추정된다. 즉 수가의 변화가 건당진료비에 결정적인 영향을 미칠 것으로 판단된다.

〈表 V-10〉 件當診療費(入院)

(단위: 천원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율	9개년평균 증가율
전체	406	438	484	536	578	646	748	794	881	10.94	10.18
0세	239	260	285	320	340	378	445	487	530	8.77	10.53
1~4세	270	319	315	336	348	366	414	415	457	10.06	6.94
5~9세	325	356	392	408	419	465	520	487	575	17.99	7.59
10~14세	385	410	454	496	526	579	656	624	745	19.45	8.80
15~19세	445	472	532	583	624	680	754	777	840	8.19	8.30
20~24세	294	318	353	399	437	499	570	607	679	11.89	11.06
25~29세	271	287	319	353	381	435	498	530	594	12.07	10.36
30~34세	386	398	429	468	496	549	616	634	690	8.85	7.58
35~39세	495	516	555	602	632	680	766	797	850	6.65	7.02
40~44세	557	583	630	680	721	771	876	912	968	6.09	7.18
45~49세	592	629	680	736	783	848	970	1018	1089	7.05	7.94
50~54세	608	648	715	780	834	906	1040	1110	1184	6.63	8.71
55~59세	623	661	728	804	866	943	1095	1174	1262	7.51	9.26
60~64세	623	671	747	814	874	959	1118	1196	1288	7.71	9.55
65~69세	593	645	718	793	861	944	1108	1180	1288	9.11	10.21
70~74세	554	606	683	746	811	898	1053	1141	1226	7.44	10.47
75세 이상	511	559	624	690	758	830	982	1052	1133	7.68	10.52

〈表 V-11〉 件當診療費(外來)

(단위: 천원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율	9개년평균 증가율
전체	15.3	15.8	16.8	17.9	18.8	20.4	22.8	24.5	27.0	10.21	7.39
0세	10.7	10.7	11.3	12.3	12.5	13.9	15.3	16.3	18.1	11.04	6.92
1~4세	10.9	11.4	12.1	13.1	13.6	15.1	16.6	17.7	19.8	11.27	7.76
5~9세	11.7	12.2	12.8	13.6	14.1	15.0	16.5	17.6	19.5	10.99	6.60
10~14세	12.8	13.2	13.8	14.6	15.2	16.0	17.7	18.5	20.7	11.56	6.19
15~19세	15.0	15.3	16.1	16.8	17.6	18.6	20.6	21.9	24.3	10.63	6.23
20~24세	15.5	15.8	16.6	17.3	18.2	19.5	21.6	22.9	25.5	10.96	6.43
25~29세	15.7	15.9	16.7	17.4	18.1	19.5	21.6	22.9	25.3	10.16	6.17
30~34세	16.5	16.8	17.6	18.4	19.2	20.5	22.7	24.1	26.4	9.52	6.06
35~39세	17.4	17.8	18.7	19.6	20.5	21.9	24.2	25.8	28.1	8.92	6.24
40~44세	18.1	18.7	19.7	20.8	21.7	23.2	24.5	27.6	30.1	8.90	6.58
45~49세	18.8	19.5	20.7	21.8	23.0	24.6	27.5	29.6	31.9	7.86	6.85
50~54세	19.5	20.3	21.5	22.9	24.1	25.8	28.8	31.1	33.5	7.68	7.01
55~59세	20.1	20.8	22.2	23.6	24.9	26.7	29.8	32.3	34.5	6.69	7.03
60~64세	20.5	20.5	22.8	24.1	25.5	27.2	30.4	32.9	34.9	6.05	6.96
65~69세	20.4	21.2	22.7	24.2	25.6	27.4	30.7	33.4	34.7	3.84	6.88
70~74세	19.7	20.6	22.0	23.6	25.1	26.9	30.4	33.2	34.3	3.37	7.23
75세 이상	18.1	19.0	20.3	21.8	23.3	25.2	28.7	31.4	32.1	2.42	7.48

〈表 V-12〉 件當診療費(全體)

(단위: 천원, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율	9개년평균 증가율
전체	23.2	24.4	26.3	27.7	29.3	31.6	35.1	37.4	41.8	11.61	7.63
0세	17.0	17.8	19.1	20.5	21.3	23.5	26.1	27.8	30.5	9.85	7.60
1~4세	12.8	13.5	14.1	15.3	15.9	17.5	19.2	20.4	22.6	10.65	7.44
5~9세	14.0	14.3	15.0	16.0	16.5	17.2	18.9	20.3	22.4	10.13	6.11
10~14세	16.7	16.9	17.8	18.7	19.7	20.4	22.4	23.4	26.6	13.62	6.01
15~19세	22.4	23.0	24.6	25.8	27.5	28.8	31.3	33.3	36.3	9.02	6.26
20~24세	26.9	27.8	30.0	31.3	32.7	34.6	37.6	39.0	42.9	9.88	6.04
25~29세	27.8	29.4	32.3	33.9	35.7	38.2	41.8	43.3	47.7	10.08	7.02
30~34세	24.5	25.4	27.3	28.7	30.3	32.5	36.0	38.3	42.4	10.83	7.12
35~39세	25.0	25.9	27.5	29.1	30.5	32.5	36.0	38.3	42.2	10.15	6.78
40~44세	27.0	28.1	29.7	31.2	32.9	34.9	38.9	41.1	45.3	10.33	6.74
45~49세	29.1	30.5	32.3	33.7	35.6	38.0	42.1	44.7	49.2	10.17	6.82
50~54세	31.1	32.7	34.8	36.4	38.1	40.5	44.7	47.8	52.3	9.37	6.74
55~59세	33.2	34.9	37.1	39.2	40.9	43.5	48.1	51.3	56.0	9.00	6.76
60~64세	35.4	36.6	39.8	41.4	43.2	45.9	50.5	53.9	58.7	8.82	6.53
65~69세	36.7	38.9	41.3	43.3	45.0	48.1	53.1	56.4	60.9	8.09	6.57
70~74세	37.0	40.0	42.6	44.5	46.7	50.2	55.3	58.8	62.7	6.73	6.85
75세 이상	36.7	39.9	42.2	45.1	48.4	52.7	58.6	62.3	65.8	5.60	7.58

수가 추이를 예측하면서 과거 연평균 증가율과 물가연동 방법 등 두 가지가 제시되었다. 당위성 차원에서 물가연동 방법이 제시되었으나 현실적인 측면에서 수가외에 수진강도, 진료일수 등을 고려할 때 연평균 증가율을 이용 추정하는 것이 타당하리라 여겨진다. 따라서 아래에서는 연평균 증가율을 이용 건당진료비를 추정하였다. 1999년 11월 15일 수가가 평균 9% 인상되었으므로 2000년 추정치는 연평균 증가율에 약 4%를 더하여 추정하였다. '98년 약 41,800원이던 건당진료비가 2000년에는 50,000원을 초과할 전망이고 2004년에는 약 66,000

원에 이를 것으로 추정된다.

〈表 V-13〉 件當診療費 推定(入院)

(단위: 천원)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	1005.7	1128.3	1231.9	1345.0	1468.6	1603.4
0세	607.0	683.0	737.9	797.1	861.2	930.3
1~4세	506.7	552.0	576.5	602.1	628.9	656.8
5~9세	641.2	702.7	738.5	776.1	815.7	857.2
10~14세	840.6	931.4	990.1	1052.4	1118.8	1189.2
15~19세	943.8	1041.0	1101.4	1165.3	1232.9	1304.4
20~24세	781.7	883.8	959.5	1041.7	1130.9	1227.7
25~29세	679.6	763.6	823.7	888.4	958.3	1033.6
30~34세	770.0	843.8	886.7	931.7	979.1	1028.9
35~39세	943.5	1028.6	1075.0	1123.6	1174.3	1227.3
40~44세	1076.0	1174.8	1229.8	1287.4	1347.7	1410.8
45~49세	1219.3	1340.5	1413.5	1490.4	1571.5	1657.0
50~54세	1334.5	1477.4	1569.2	1666.6	1770.1	1880.0
55~59세	1429.0	1589.9	1697.5	1812.3	1934.8	2065.7
60~64세	1462.9	1631.9	1746.9	1870.0	2001.8	2142.9
65~69세	1470.7	1650.3	1777.6	1914.7	2062.4	2221.5
70~74세	1402.9	1577.9	1703.6	1839.4	1985.9	2144.2
75세 이상	1297.8	1460.2	1577.3	1703.8	1840.5	1988.1

〈表 V-14〉 件當診療費 推定(外來)

(단위: 천원)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	30.103	32.930	35.034	37.273	39.654	42.188
0세	20.128	21.923	23.220	24.594	26.049	27.590
1~4세	22.072	24.225	25.862	27.609	29.474	31.465
5~9세	21.573	23.429	24.742	26.129	27.594	29.140
10~14세	22.801	24.669	25.951	27.298	28.716	30.208
15~19세	26.744	28.945	30.459	32.052	33.729	35.493
20~24세	28.106	30.476	32.131	33.876	35.716	37.656
25~29세	27.849	30.125	31.684	33.324	35.048	36.862
30~34세	29.043	31.385	32.974	34.643	36.397	38.240
35~39세	30.996	33.551	35.310	37.161	39.109	41.159
40~44세	33.293	36.150	38.168	40.298	42.547	44.921
45~49세	35.379	38.509	40.761	43.144	45.667	48.337
50~54세	37.214	40.568	43.008	45.595	48.337	51.244
55~59세	38.293	41.749	44.264	46.931	49.759	52.757
60~64세	38.759	42.230	44.745	47.410	50.233	53.225
65~69세	38.437	41.849	44.309	46.914	49.671	52.590
70~74세	38.121	41.640	44.234	46.990	49.918	53.028
75세 이상	35.827	39.222	41.763	44.469	47.350	50.417

〈表 V-15〉 件當診療費 推定(全體)

(단위: 천원)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	46.612	51.100	54.487	58.099	61.950	66.057
0세	34.087	37.358	39.823	42.451	45.252	48.237
1~4세	25.209	27.588	29.365	31.256	33.268	35.410
5~9세	24.651	26.650	28.010	29.440	30.943	32.523
10~14세	29.232	31.573	33.154	34.815	36.559	38.390
15~19세	40.058	43.366	45.647	48.047	50.573	53.233
20~24세	47.192	50.984	53.551	56.247	59.079	62.054
25~29세	52.930	57.706	61.181	64.865	68.771	72.912
30~34세	47.167	51.467	54.615	57.956	61.501	65.263
35~39세	46.721	50.823	53.760	56.868	60.154	63.631
40~44세	50.216	54.605	57.740	61.055	64.561	68.267
45~49세	54.555	59.365	62.819	66.474	70.342	74.435
50~54세	57.925	62.990	66.607	70.433	74.478	78.756
55~59세	61.984	67.413	71.295	75.401	79.742	84.334
60~64세	64.864	70.397	74.290	78.398	82.734	87.309
65~69세	67.383	73.161	77.238	81.543	86.088	90.887
70~74세	69.553	75.706	80.131	84.815	89.772	95.020
75세 이상	73.438	80.476	85.775	91.423	97.443	103.859

4. 保險給與費

급여비는 의료기관 급여비, 약국급여비, 그리고 부가급여에 따른 급여비 등 3항목으로 분류될 수 있다. 아래에서는 의료기관 급여비를 추정하고자 한다. '97년, '98년의 경우 총 급여비중 의료기관 급여비가 약 95%를 점하고 있고 약국급여비는 시행된 지 얼마 되지 않을 뿐만 아니라 시행이후 급격히 증가하고 있고 '99년 11월에는 약가가 31% 하락하여 예측이 용이하지 않다. 부가급여비 역시 의료보험통합이후

어느 수준으로 일치시킬 지 결정되지 않은 상황에서 예측하는 것은 무리라 판단된다. 약국 및 부가급여비가 총급여비의 약 5%를 점하고 있다는 가정을 하여 총급여비를 구할 수 있다.

아래에서는 의료기관 급여비를 급여비로 사용하고자 한다. 급여비는 적용대상인구에 수진율 및 건당진료비를 곱하고 급여율을 적용하면 구할 수 있다. 수진율과 건당진료비는 앞에서 이미 구하였고 급여율은 '98년 급여율 67%를 고정하기로 가정하였다. 적용대상인구는 통계청 인구추계 자료를 토대로 5세단위당 구성비의 과거 10년 증가율을 이용하여 추정하였다. 수진율, 건당진료비, 적용대상인구, 급여율을 곱하여 추정된 의료기관 급여비 추계 및 약국급여비 포함 기타급여비를 총급여비의 5%로 가정한 후 총급여비는 아래와 같다.

〈表 V-16〉 適用人口 推定値

(단위: 천명)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	44,882	45,281	46,571	46,948	47,309	47,654
0세	51,609	50,649	50,637	49,588	48,507	47,399
1~4세	256,073	255,408	259,511	258,278	256,769	254,999
5~9세	330,305	325,750	327,269	322,060	316,585	310,875
10~14세	294,876	286,776	284,119	275,720	267,275	258,815
15~19세	370,226	363,881	364,339	357,324	350,059	342,580
20~24세	343,067	335,357	333,955	325,747	317,391	308,923
25~29세	442,112	440,769	447,653	445,331	442,534	439,290
30~34세	426,566	426,357	434,123	432,975	431,355	429,288
35~39세	450,221	468,626	496,912	516,112	535,463	554,955
40~44세	380,041	398,744	426,198	446,210	466,647	487,506
45~49세	257,077	261,673	271,335	275,591	279,605	283,379
50~54세	210,418	211,823	217,229	218,208	218,951	219,465
55~59세	210,418	217,601	229,241	236,556	243,836	251,074
60~64세	173,179	181,419	193,607	202,381	211,320	220,422
65~69세	116,206	120,134	126,519	130,514	134,488	138,436
70~74세	77,258	79,576	83,498	85,817	88,104	90,357
75세 이상	98,554	103,607	110,958	116,395	121,965	127,667

〈表 V-17〉 醫療機關¹⁾ 給與費 推計

(단위: 억원)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	74,034	89,355	103,197	119,058	137,784	158,345
0세	2,229	2,680	3,111	3,338	3,692	3,918
1~4세	5,699	6,642	7,945	9,016	10,586	12,283
5~9세	4,455	4,929	5,256	5,643	6,397	7,112
10~14세	2,603	3,170	3,635	4,152	4,568	4,905
15~19세	2,982	3,404	3,657	4,012	4,454	5,032
20~24세	3,767	4,519	5,011	5,603	6,213	6,662
25~29세	5,482	6,089	6,610	7,471	8,437	9,421
30~34세	4,927	5,927	6,690	7,361	8,041	8,623
35~39세	3,996	5,007	5,856	6,935	8,099	9,385
40~44세	3,490	4,108	4,723	5,379	6,237	7,478
45~49세	4,183	4,804	5,334	6,178	7,125	8,286
50~54세	4,922	6,042	7,242	8,245	9,159	10,160
55~59세	5,156	6,658	8,062	9,654	11,584	13,607
60~64세	4,356	5,533	6,741	8,035	9,820	12,188
65~69세	3,841	4,868	5,918	6,931	8,585	10,574
70~74세	2,848	3,751	4,768	6,070	7,450	9,181
75세 이상	2,377	3,275	4,174	5,273	6,763	8,520

註: 1) 약국을 제외한 요양취급기관을 말함.

〈表 V-18〉 總給與費 推計

(단위: 억원)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전체	77,931	94,057	108,629	125,324	145,036	166,679
0세	2,347	2,821	3,275	3,514	3,887	4,124
1~4세	5,999	6,991	8,363	9,490	11,143	12,929
5~9세	4,689	5,188	5,532	5,939	6,734	7,486
10~14세	2,740	3,337	3,826	4,370	4,809	5,163
15~19세	3,139	3,584	3,850	4,223	4,688	5,297
20~24세	3,965	4,757	5,275	5,898	6,540	7,012
25~29세	5,771	6,410	6,957	7,865	8,881	9,917
30~34세	5,187	6,239	7,042	7,749	8,464	9,077
35~39세	4,206	5,271	6,164	7,300	8,525	9,879
40~44세	3,673	4,324	4,972	5,662	6,565	7,871
45~49세	4,403	5,057	5,615	6,503	7,500	8,722
50~54세	5,181	6,360	7,623	8,679	9,641	10,695
55~59세	5,428	7,009	8,486	10,162	12,193	14,324
60~64세	4,585	5,824	7,096	8,457	10,337	12,829
65~69세	4,044	5,124	6,230	7,295	9,037	11,130
70~74세	2,998	3,948	5,019	6,389	7,842	9,664
75세 이상	2,502	3,447	4,394	5,551	7,119	8,969

VI. 結論 및 政策建議

진료비의 증가율은 GDP의 증가율을 상회하고 있으며, 對 GDP비중도 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. 특히 1998년도 외환위기에도 불구하고 진료비의 증가추세는 지속되고 있는 것이 일시적 현상인지, 아니면 장기적 추세의 일환인지에 대한 확실한 판단은 향후의 연구결과에 의거해야 할 것이다.

문제는 소득수준의 감소에도 불구하고 진료비가 증가하였다는 현상론적 인식이다. 이는 경제학적 예측과 상반되는 것이고, 건당진료비의 증가율이 1998년도에, 평균적 수가인상에도 불구하고, 상대적으로 높았다는 사실은 의료분야의 항상성과 대응양식에 대한 경이로움을 일깨우기 충분하다. 진료수가를 통한 통제를 벗어나는 다양한 길이 열려있다는 사실을 확인시켜주는 것이기도 하다.

현실적으로 이러한 사실은 의료보험 수가정책의 제고를 촉구하는 것으로 받아들여져야 할 것이다. 진료수가에 영향을 받지 않는 부분이 거의 절반에 이르는 상황에서 진료수가에 매달려 가격통제를 통한 진료비 억제를 시도한다는 것은 시대착오적 발상이다. 더욱이 공공연하게 약가마진이 존재하고, 투약량의 증가 혹은 고가약재, 신제품의 제공이 의료공급자에 의해 거의 전적으로 좌우되는 현실여건은 투약의 양적 확대로 이어지고, 결과적으로 부작용(side-effect)없는 약이 없다는 藥禍의 늪에 국민을 세워둔 것이다.

항생제 사용빈도가 세계 수위에 달하고 있고, 내성이 가장 높다는 것은 藥禍의 일부분이며, 진전속도가 느리거나 쉽게 발현하지 않는 증상 등은 그대로 방기되어 있을지도 모른다. 아마도 그러한 약의 오

남용으로 인한 피해가 보고되기 시작하고, 경각심을 갖기 시작할 때는 이미 때가 늦게 될지도 모른다.

목표소득가설과 같이, 환자에 비해 거래상의 우위를 점하고, 그로 인해 소득의 향상성을 지켜낼 수 있는 의료공급자에게 가격변수를 통한 제어수단은 효과가 제한적일 수 밖에 없다. 어떤 측면에서 수가정책은 실패한 것으로 간주되어야 한다. 약제비와 재료대를 통해 우회할 수 있는 길을 터놓고 시도된 수가의 억제는 실효성에 의문을 낳을 수 밖에 없기 때문이다. 수가통제를 통해 재정을 보호하고, 진료내용을 정상화한다는 본래의 취지와는 정반대의 결과를 초래하였다. 즉 기본진료나 진료행위의 절대투입량은 줄고, 따라서 보다 열등한 진료내용을 국민에게 제공하고, 그 반대급부로서 약이 오남용되도록 제도적으로 용인한 것과 크게 다르지 않기 때문이다.

실제 약가마진이 최소 30.7%를 넘고, 이로써 수가의 부족분을 메워왔다는 것은 더더욱 중요한 사안이다. 의약분업 시행을 위해서 그러한 약가마진의 손실을 수가인상을 통해 메꾸어 주어야 한다는 현실은 과연 의료공급자의 소득은 향상성을 유지한다는 데 의심을 갖지 않게 한다.

수가의 통제만으로 재정을 보호할 수 없다는 사실은 많은 교훈을 남겼다. 수가구조의 난맥상으로 인해 산부인과의 입원실이 폐쇄되고, 제왕절개가 성행하고, 내과전문의 지망생이 없고, 투약만을 늘릴 뿐 친절은 간데 없다는 식의 단편적 사안만이 아니다. 보다 근본적으로는 의료보험정책의 기본선을 어떻게 설정하고, 제도참가자에게 어떠한 룰(rule)을 요구하며, 정해진 룰을 따를 때와 그렇지 않을 때를 어떻게 가리고, 그 대가는 어떻게 부여되는지를 명확히 하고, 집행해야 함을 가르쳐 주고 있는 것이다.

정교한 과학이라기보다는 과학과 예술의 중간에 놓여있는 의학의

현주소를 감안할 때, 정형화되고 표준화된 진료내역을 제시하기는 불가능에 가깝다. 심사라는 행정적 절차만으로는 감시와 통제기능을 다할 수 없는 이유가 여기서 시작된다. 빈틈없고 세세한 가격통제를 통하여 모든 진료를 각각의 틀 속에 가두겠다는 발상 자체를 포기해야 한다. 즉, 수가체계는 보다 단순화되어 공급자와 수요자 모두가 유연하게 대응할 수 있는 여지를 남겨두어야 한다. DRG는 이러한 방향의 연장선에 놓여있다.

그러나 수가구조의 유연함은 경우에 따라서 필연적으로 비용의 증가를 수반하게 될 것이다. 여기가 정부의 역할과 의식의 전환이 요구되는 시점이다. 사전적으로 면밀한 검토를 하고 내린 정책결정의 비용은 국민을 설득하여 조달해야 하는 것이다. 정치적 부담을 회피하고, 비용의 비정상적 보전이 현재의 수가체계이며, 약가마진이고, 저보험료, 저급여로 나타난 것임을 상기해야 한다.

연령구조가 노령화되리라는 것은 의심의 여지가 없다. 다만 그에 대처하는 방식과 절차상의 미비가 문제인 것이다. 만성퇴행성질환은 기본적으로 요양시설을 요구하고, 이에 대하여 경영상 악화 일로에 있는 병원이 해결의 실마리를 제공한다. 즉 본인부담 구조를 통한 전달체계의 유도정책이 성공적이지 못한 현실에서 병원의 기능을 요양시설로 유도하여 나가는 것이 장기적으로 노령화에 따른 진료비 양등 문제에 미리 대처하는 한 방안일 것이다.

의료공급의 증가는 진료비 증가의 구조적 원인으로 작용한다. 소득의 향상성을 위한 유발수요의 창출뿐만 아니라 접근도의 향상으로 인한 수요의 증가가 맞물려 진료비의 증가로 결과된다. 따라서 진료비 통제를 위해서는 의료공급의 계획과 조절기능을 확보해야 할 것이다. 의료장비 역시 진료비 증가와 연계되어 있으므로 의료장비의 도입 계획단계에서부터 적극적인 관리가 가능하도록 체계를 갖추어야 한다.

보다 근본적인 과제는 올바른 정책결정이 가능한 기초자료를 생산할 수 있는 기반체계를 구축해야 한다. 예를 들어 전달체계의 원활한 운영을 위해 본인부담금을 의료기관 유형별로 얼마만큼을 설정해야 하는가는 기관별 가격탄력도가 먼저 구해져야 하지만 그러한 자료를 제공할 수 있는 기초연구는 전무한 실정이다. 따라서 대개의 정책은 입안단계에서 결정단계에 이르기까지 평면적이고, 단순계산에 입각한 자료에 근거하여 이루어지고 있다. 이러한 정책결정 여건은 당연한 결과로서 잘못과 오류가 뒤따르고, 그것을 고치기 위해 도입된 정책이 또 다른 실패로 이어지는 악순환이 이어지고 있다. 이는 정책의 성숙도와 정확성, 시의성을 위해 반드시 척결되어야 하는 사안이다. 기초연구의 탄탄한 토대위에 긴 안목의 정책결정이 이루어질 수 있을 것이다. 의료보험과 같이 전국민을 대상으로 하는 정책사안은 단순한 실패나 오류에도 피해규모는 전국민에 이르고, 이러한 피해규모를 감안할 때, 기초연구에 투자되는 비용은 상대적으로 미미할 것이기 때문이다.

參考文獻

- 국민의료보험관리공단, 『국민의료보험 실무』, 1998. 9.
_____, 『업무처리요령』, 1998. 9.
_____, 『의료보험진료비 증가요인 분석자료집』, 1999. 12.
_____, 『최근 의보동향』, 1998, 1999.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.
- 삼성경제연구소, 『의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책대안의 설계』, 1999. 9.
- 서울대학교 의료관리학교실, 『건강보험 재정추계 연구』, 1999. 11.
- 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.
_____, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.
_____, 『의료보험의 발자취』, 1997. 7.
_____, 『의료보험통계연보』, 각연도.
- 의료개혁위원회, 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』, 1997. 12.
- 최병호 외, 『의료보험통합에 따른 진료비 지불제도 개편방안』, 한국 보건사회연구원, 1998.
- 통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999. 9.

附 錄

給與費의 漏水를 防止하기 위한 制度 / 135

1. 給與費 事後管理 實態分析 / 136

2. 療養機關에 대한 管理 實積 및 現況 / 138

給與費의 漏水를 防止하기 위한 制度

보험급여비가 급증하고 있는 현실에서 보험급여비의 자연적인 증가에 대한 대책이외에 보험재정의 누수를 방지할 수 있는 방안들이 다각도로 시행되고 있다. 이는 보험재정의 안정을 도모할 수 있는 첩경인 바, 급여비를 사전적으로나 사후적으로 관리하여야 할 것이다. 이러한 급여비를 관리하는 방법으로 크게 요양기관의 부당청구에 대한 관리와 피보험자들에 대한 부당급여 방지로 구분할 수 있다.

요양기관의 잘못된 청구 등을 관리하기 위한 방안들은 절차상으로 여러 단계를 거쳐 이루어지고 있다. 먼저 진료비를 요양기관이 심사기구에 청구하면 일단 심사기구에서 1차적으로 진료비심사를 통해 진료비가 잘못 청구되는 건에 대하여 조정을 해주고 있다. 그리고 심사에서 적발할 수 없는 부당청구의 경우 조합에서 수진내역통보제 등을 통하여 적발하고 있으며, 부당청구가 상습적이고 고의성이 들어나는 요양기관에 대하여는 1차적으로 자율시정명령을 내리고 그래도 시정되지 않을 경우 실사를 통하여 요양기관의 부정행위를 단속하고 있다. 하지만 위와 같은 절차를 거치더라도 실질적으로 요양기관의 부정행위를 막기에는 많은 허점을 가지고 있는 것이 사실이다.

피보험자의 부당급여에 대한 부분은 급여비를 보험자가 지급한 후 사후적으로 피보험자가 자격이 없을 때 급여를 받았거나, 제3자에 의한 가해행위를 당한 후 급여를 받은 경우 및 업무상 재해 등에 의한 급여를 받은 경우 등을 사후관리하고 있다.

1. 給與費 事後管理 實態分析

1.1 給與事後管理業務의 概念

급여비사후관리의 광의의 해석은 심사조정 후 요양기관에 지급된 급여비에 대하여 피보험자, 요양기관 및 보험자가 사후에 정산하는 것을 말한다. 즉 피보험자가 부당급여를 받았거나 요양기관이 부당청구 등에 대하여 보험자가 사후적으로 파악하여 부당한 금액에 대해서 환수하는 경우와 요양기관이 피보험자에게 과다하게 본인부담한 부분에 대하여 보험자가 요양기관으로부터 피보험자에 과다징수부분을 돌려주는 경우, 그리고 피보험자의 본인부담금이 과다하게 많은 경우(예를 들어, 진료 한 건에 100만원 이상 본인부담)에 보험자가 피보험자에게 본인부담금을 보상해주는 등의 관리를 말한다.

국가가 운영하는 사회보험으로서의 의료보험은 우연하게 발생하는 의료사고로 인하여 가정의 경제적인 위험이 발생할 때에 사회가 그 위험을 공동으로 책임을 지기 위한 제도이다. 따라서 범죄행위나 고의에 의한 의료사고와 제3자의 가해행위로 인한 보험사고 등은 사회가 공동으로 책임져야 할 부분이 아니며 수진자에게 지급되는 이러한 급여비는 보험자가 사후적으로 관리하여 보험재정의 누수를 방지하여야 한다. 또한 요양기관에서 진료사실이 없음에도 허위로 청구하거나, 똑같은 진료행위를 이중으로 청구하거나, 진료량을 늘려서 과다하게 청구하는 경우에도 보험자는 사후적으로 비용을 환수하는 등의 사후관리를 해야만 한다.

1.2 實積內譯

이 절에서 다루고자 하는 것은 보험자가 수진자가 이미 지급받은

보험급여의 적정여부를 사후에 재확인함으로써 보험급여의 형평성을 유지하고 보험재정의 누수를 방지하고자 하는 사후관리만을 다루고자 하며, 다음의 사후관리의 실적은 의료보험연합회에서 관리하는 직장조합의 실적을 보여주고 있다.

급여비 사후관리 실적은 '96년도에 직장조합 전체가 환수결정한 310억 중 환수한 금액이 258억이었고, '97년도에는 256억 환수 그리고 '98년도에는 218억을 환수하였다. 환수유형별로 볼 때 법정기간 초과진료에 의한 환수가 '96년도에 107억으로 41%에 달하고 있지만 실질적으로 보험급여 제한기간이 1년에 30일씩 줄어들고 있어 법정기간 초과진료에 의한 부당급여 환수실적이 '97년도에는 29.9%이고 '98년도에는 22.4%로 줄어들고 있으며 2000년에 완전히 없어지기 때문에 실질적으로 급여비 사후관리의 업무가 많이 줄어들게 된다.

반면 업무상 재해에 의한 보험급여 수급에 대한 환수 실적은 연도별로 '96년도 26억(12.74%)에서 '97년 37억(14.37%) 증가하였고 '98년도에 41억(19.06%)으로 증가하고 있는 추세를 보이고 있다.

〈附表 1〉 職場組合의 年度別 不當給與 還收實積

(단위: 백만원, %)

	1996		1997		1998		
	환수액	백분율	환수액	백분율	환수액	백분율	
부	계	25,838	100.00	25,626	100.00	21,775	100.00
당	구상합의후 수급	3,290	12.73	4,118	16.07	3,146	14.45
급	자격상실후 진료	4,555	17.63	4,292	16.75	4,339	19.93
여	법정기간 초과진료	10,752	41.61	7,665	29.91	4,886	22.44
대	비급여대상진료	1,227	4.75	1,796	7.01	1,604	7.37
상	현금급여이중수급	67	0.26	67	0.26	51	0.23
	업무상재해수급	2,657	10.28	3,683	14.37	4,151	19.06
	기타	3,292	12.74	4,005	15.63	3,599	16.53

資料: 의료보험연합회, 내부자료.

2. 療養機關에 대한 管理 實積 및 現況

2.1 受診內譯通報制에 의한 給與管理 實積

수진내역통보제란 의료보험연합회에서 조합에 매월 제공하는 피보험자별 수진내역을 본인에게 통보함으로서 본인에게 적정한 보험급여를 받았는지를 알려주고, 만일 그 내용에 상이점이 있을 때 조합에 신고케 함으로써 보험자가 요양기관을 적절히 견제하여 피보험자의 권익을 보호하고 적정진료 및 적정청구를 유도하여 의료보험재정의 안정도모를 위한 제도이다.

통보기준은 원래 수진자가 진료 받은 수진내역을 모두 통보함이 바람직하나 그 절대 물량이 많아 보험자의 업무량을 감안하여 일정비율만큼만 통보한다. 단, 수진자가 진료내역의 노출로 심리적 부담감이 예상되는 일부 특수 상병에 대해서는 통보 대상에서 제외한다.

〈附表 2〉 受診内譯通報制度의 通報基準

구분	국민공단
입원	총지급건 중 특수상병을 제외한 60%
외래	총지급건 중 특수상병 및 건당 15,000원 미만을 제외한 2.4%
한방	양방의 입원, 외래에 준함
약국	총지급건 중 내원일당 약제비 4,500원미만 건을 제외한 2.4%

資料: 국민의료보험관리공단, 내부자료, 1999.

수진내역통보제의 절차는 심사 후 보험자에게 넘어온 피보험자들의 수진내역을 위의 통보기준에 따라 통보한 후 수진자가 진료비 납부액이 과다하다고 신고한 경우에 보험자는 그 구체적인 내역을 해당 요양기관에 자료를 요청하며, 요양기관에서 과다하게 본인부담시킨 것으로 확인될 때는 해당 요양기관에서 반환받아 수진자에게 환불한다. 또한 수진 사실이 없거나 진료일수가 실제보다 많다고 신고한 경우도 신고사실을 해당 요양 기관에 확인 요청하여 확인된 부당진료 청구비를 환수한다.

수진내역통보제에 의해 적발된 요양기관이 수진자에게 부당하게 본인부담을 받은 사례들을 살펴보면 첫째로는 소정처치 및 수술료에 포함된 진료비를 별도징수하는 경우, 둘째로 보험급여대상 약제, 처치, 검사를 심사삭감이 우려되어 수진자에게 전액 본인부담시킨 경우, 셋째로 상급병실로 차액을 부당징수한 경우, 넷째 지정진료료를 부당징수하는 경우 등이며 기타사항으로 새로운 기술에 대하여 보건복지부장관의 승인을 받지 않고 수가적용 항목이 없다는 이유로 임의징수한 경우 등이 있다.

그리고 요양기관이 보험자에게 부당청구하는 경우는 진료사실이 없

는 허위청구와 진료사실은 있으나 진료한 일수나 금액 등을 증량청구한 경우 등으로 구분되어 진다.

'98년도 국민의료보험관리공단에서 실시한 수진내역통보제의 신고내역처리를 분석해본 결과 환불금의 처리 내역은 다음과 같다.

보험급여를 비급여처리하여 부당하게 청구한 건이 전체의 48.3%를 차지하고 있으며 이중 주사에 대한 건이 16.0%를 차지하고 있으며 다음으로는 부당징수가 26.9%로 나타났다.

요양기관종별로 살펴볼 때는 3차진료기관은 기타항목이 42.7%로 가장 많은 부분을 차지하고 있는데, 이는 새로운 기술에 대하여 보건복지부의 승인없이 임의징수하는 경우이며, 보험급여대상을 비급여처리한 경우가 31.7%, 부당징수가 25.1%를 차지하고 있다. 종합병원은 보험급여대상을 비급여처리한 경우가 50.0%를 차지하고 그 다음으로 부당징수가 30.0%로 나타났다. 병원과 의원도 보험급여대상에 대한 부당청구가 62.6%와 57.0%로 높게 나타났다. 특히 병원이나 의원은 보험급여대상 중에서 주사로 인한 부당청구가 20%를 상회하고 있다.

〈附表 3〉 受診內譯通報制 申告處理 結果

(단위: 천원, %)

구분	계	3차 진료	종합 병원	병원	의원	한방 병원	보건 기관	
총계	226,939 100.0	65,343 100.0	80,874 100.0	36,923 100.0	43,065 100.0	633 100.0	101 100.0	
식대	90 0.0	40 0.1	12 0.0	6 0.0	32 0.1	- 0.0	- 0.0	
병실차액	4,879 2.1	- 0.0	2,235 2.8	831 2.3	1,813 4.2	- 0.0	- 0.0	
지정진료	453 0.2	238 0.4	58 0.1	157 0.4	- 0.0	- 0.0	- 0.0	
부당징수	60,976 26.9	16,431 25.1	24,234 30.0	8,643 23.4	11,608 27.0	60 9.5	- 0.0	
보험급여대상	투약	7,417 3.3	917 1.4	3,875 4.8	1,179 3.2	1,446 3.4	- 0.0	- 0.0
	주사	36,238 16.0	6,930 10.6	12,452 15.4	7,515 20.4	9,253 21.5	- 0.0	88 87.1
	마취	13,051 5.8	1,354 2.1	3,691 4.6	2,774 7.5	5,232 12.1	- 0.0	- 0.0
	물리 치료	1,859 0.8	522 0.8	316 0.4	174 0.0	816 1.9	31 4.9	- 0.0
	수술	21,917 9.7	6,294 9.6	8,594 10.6	3,472 9.4	3,427 8.0	130 20.5	- 0.0
	검사	14,075 6.2	2,850 4.4	5,684 7.0	3,679 10.0	1,862 4.3	- 0.0	- 0.0
	방사선	14,517 6.4	1,655 2.5	5,711 7.1	4,337 11.7	2,521 5.9	293 46.3	- 0.0
	기타	301 0.1	187 0.3	104 0.1	- 0.0	10 0.0	- 0.0	- 0.0
	계	109,375 48.3	20,709 31.7	40,427 50.0	23,130 62.6	24,567 57.0	454 71.7	88 87.1
기타	51,166 22.5	27,925 42.7	13,908 17.2	4,156 11.3	5,045 11.7	119 18.8	13 12.9	

資料: 국민의료보험관리공단, 내부자료, 1999.

1.2 診療費 審査를 통한 給與調整實積

진료비 심사조정이란 요양기관이 수진자에게 진료한 비용을 보험자에게 청구할 때 진료가 적정하게 이루어졌고 또한 바르게 청구되었는

지를 평가하여 진료비를 조정하는 것으로 현재는 의료보험연합회에서 심사업무를 담당하고 있다.

〈附表 4〉 年度別 診療費審査 調整實積

(단위: 천건, 백만원, %)

		진료건수	진료비	조정건수	조정금액	조정건율	조정액률
1994	소계	201,359	495,469	17,315	5,752	8.60	1.16
	입원	3,074	180,787	1,248	3,099	40.61	1.71
	외래	198,285	314,682	16,067	2,652	8.10	0.84
1995	소계	249,409	622,829	19,231	8,407	7.71	1.35
	입원	3,390	223,067	1,363	4,242	40.20	1.90
	외래	246,019	399,562	17,868	4,165	7.26	1.04
1996	소계	256,258	774,682	19,097	12,284	7.45	1.59
	입원	3,599	274,444	1,336	5,370	37.12	1.96
	외래	252,659	500,239	17,761	6,914	7.03	1.38
1997	소계	280,522	891,490	21,848	11,100	7.79	1.25
	입원	3,839	310,319	1,373	5,493	35.76	1.77
	외래	276,682	581,171	20,475	5,608	7.40	0.96
1998	소계	289,626	1,008,660	24,722	12,164	8.54	1.21
	입원	3,881	347,748	1,336	5,802	34.43	1.67
	외래	285,744	660,912	23,385	6,362	8.18	0.96
1999 ¹⁾	소계	171,150	578,943	18,214	7,862	10.64	1.36
	입원	2,108	195,064	875	3,690	41.51	1.89
	외래	169,042	383,879	17,339	4,172	10.26	1.09

資料: 의료보험연합회, 내부자료, 1999.

연도별 심사조정실적을 살펴보면 전체 진료건수가 증가하는 만큼 심사조정건수도 상대적으로 상승하고 있는 것으로 나타났으며 심사조정건율도 '98년도 8.54%와 '99년 상반기에 10.64%로 급격히 증가하고 있는 것을 볼 수 있다. 그러나 심사조정건율은 상대적으로 증가하고 있는 반면 심사조정액률은 예전의 실적과 비슷하여 실질적인 심사의 강화를 통한 급여비 통제 효과는 예전과 같음을 알 수 있다.

연도별 조정사유별 심사조정현황을 보면 70% 이상을 요양급여기준 착오가 차지하고 있는데 요양급여기준착오란 진료내역과 상병명을 대조 분석한 결과 요양급여기준에 위배되는 청구를 한 경우로써 예를 들어 과잉진료, 과잉검사 또는 연구목적으로 하는 진료 검사인 경우와 과잉투약 및 주사, 엑스레이 촬영, 그리고 상병명을 참조하여 동일 제제의 중복투여 조정 및 투여량의 조정 등이 있다. 그 다음으로는 진료수가 적용착오가 20%를 넘고 있어 요양급여기준착오와 진료수가 적용착오가 전체 조정사유의 90%를 훨씬 상회하고 있다.

〈附表 5〉 年度別 調整事由別 審査調整現況

(단위: 백만원, %)

조정유형	1994년		1995년		1996년		1997년 ¹⁾		1998년 ¹⁾	
	금액	백분율	금액	백분율	금액	백분율	금액	백분율	금액	백분율
계	57,517	100.0	84,070	100.0	122,843	100.0	102,932	100.0	111,733	100.0
산정착오	1,288	2.2	875	1.0	1,246	1.0	1,338	1.3	2748	2.5
진료수가 적용착오	14,942	26.0	24,159	28.7	26,416	21.5	25,179	24.5	25886	23.2
요양급여 기준착오	38,886	67.6	55,482	66.0	91,284	74.3	73,606	71.5	79706	71.3
계산착오	35	0.1	41	0.1	112	0.1	95	0.1	115	0.1
기타	2366	4.1	3513	4.2	3785	3.1	2719	2.5	3278	2.9

註: 1) 약국과 한방을 제외한 수치임.
 資料: 의료보험연합회, 내부자료, 1999.

□ 著者 略歷 □

● 辛 泳 錫

美國 Syracuse University 經濟學 碩士
美國 Northern Illinois University 經濟學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『醫療保險 財政展望과 財政安定化 方案』, 韓國保健社會研究院,
1997.(共著)
『所得基準 醫療保險料 賦課體系 開發에 관한 研究』, 韓國保健社
會研究院, 1999.(共著)

● 申 鉉 雄

延世大學校 保健行政學 學士
高麗大學校 經營大學院 MIS 碩士課程
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

● 辛 宗 珪

成均館大學校 經濟學 學士
美國 卮魯市立大學校 經濟學 博士
現 世明大學校 國際通商學科 教授

研究報告書 99-03

醫療保險 診療費 增加要因과 政策課題

The Analysis of Health Care Expenditures and Policy Options

1999年 12月 日 印刷 價: 5,000원

1999年 12月 日 發行

著 者 辛 泳 錫 外

發行人 鄭 敬 培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 高麗文化社

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-183-3 93330