

정책보고서 2000-04

---

國民健康保險 財政安定化  
方案 研究

---

辛 泳 錫

韓國保健社會研究院

## 머 리 말

건강보험의 재정안정화 문제가 요즘처럼 심각한 적은 없었다. 2000년말 이미 지역조합의 재정이 바닥났고 2001년 말이면 직장조합(공·교포함)의 적립금도 소진될 것이라 한다. 더욱이 보험급여비의 급증은 경제위기하에서도 멈출 줄 모르고 반면 수입원은 지극히 제한적이다. 또한 2000년 7월에 시작된 의약분업은 건강보험재정에 주름살을 더할 것이다. 현행 건강보험 시스템하에서는 돌파구가 없는 듯하다.

이러한 인식을 토대로 본 보고서는 장·단기로 나누어 건강보험 재정안정화 방안에 대하여 논하고 있다. 단기적으로는 지불방법의 변화, 의료서비스 공급량의 통제, 수진율 연계 보험료 부과 방안, 목적세 도입, 피부양자 중 소득이 있는자에게 부과할 수 있는 제도의 도입 등 다양한 방안을 제시하고 있고 장기적 안으로 건강보험제도의 틀 자체를 바꾸는 의료저축제도(MSA)의 도입방안을 논하고 있다. MSA는 도덕적 해이를 줄이고, 비용의 효율성을 제고하며, 노령화에 대비할 수 있는 제도로 인식되고 있다. 아직 싱가포르를 제외하고 구체적 검증을 받은 것은 아니지만, 또 각국마다 사회문화적 환경의 차이에 의해 제도자체가 다를 수밖에 없지만, 의료저축제도는 많은 시사점을 내포하고 있다. 본 보고서는 싱가포르 및 미국의 경험을 토대로 우리나라에 의료저축제도를 도입하기 위한 제반 전제조건 및 실행시 모형, 모형에 따른 추정결과들을 보이고 있고 동시에 문제점 해소방안 및 도입시 기대효과에 대해서도 적시하고 있다. 즉, 건강보험의 재정문제를 본인의 선택과 책임을 통하여 근원적으로 해결하고자 한다는 측면에서 상당히 획기적인 일이다.

따라서 본 보고서가 국민건강보험의 정책 및 기초자료로 널리 활용될 수 있을 것으로 기대하면서 의료 및 사회정책에 관심있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신영석 책임연구원에 의해 완성되었다. 연구자는 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 본 연구원의 정경배 원장, 최병호 부연구위원, 박순일 연구위원 그리고 자료협조를 아끼지 않으신 국민건강보험 관계자에게 심심한 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 아끼지 않으신 최병호 부연구위원, 박능후 부연구위원, 그리고 본 보고서가 발간되기까지 자료정리 및 보고서 편집을 도와준 박효숙 주임연구조원에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자의 의견이며, 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2000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 .....	34
1. 研究의 背景 및 目的 .....	34
2. 研究의 範圍 및 方法 .....	36
II. 先行研究 檢討 .....	39
III. 財政收支 分析 .....	47
1. 財政收支 現況 .....	47
2. 項目別 增加寄與度 分析 .....	49
IV. 保險給與費 增加要因 分析 .....	54
1. 診療費 增加推移 分析 .....	54
2. 給與費 增加要因 分析 .....	64
V. 外國의 醫療費 抑制 對策 .....	84
1. 프랑스 .....	84
2. 日本 .....	87
3. 獨逸 .....	93
4. 네덜란드 .....	96

5. 外國의 制度로부터 示唆點 .....	98
VI. 財政推計에 따른 財政展望 .....	100
1. 向後 酬價 推移 .....	100
2. 受診率 豫測 .....	104
3. 件當診療費 .....	108
4. 保險給與費 .....	113
5. 總支出 및 必要 保險料 推定 .....	115
VII. 財政安定化 方案 .....	118
1. 短期方案 .....	118
2. 中長期 方案 .....	124
VIII. 結 論 .....	145
參考文獻 .....	148

## 表目次

〈表 III-1〉	財政收支 現況	49
〈表 III-2〉	對象者 増加	50
〈表 III-3〉	受診率 増加	51
〈表 III-4〉	件當診療費 増加	51
〈表 III-5〉	給與費 増加	52
〈表 III-6〉	保險給與費 増加 寄與度	53
〈表 IV-1〉	年度別 診療費斗 GDP	55
〈表 IV-2〉	診療費(藥局除外), GDP, 關聯 價格變數들의 増加率	56
〈表 IV-3〉	適用人口 1人當 診療實績	58
〈表 IV-4〉	適用人口 1人當 診療實績 増加率	59
〈表 IV-5〉	適用人口 1人當 診療日數	59
〈表 IV-6〉	適用人口 1人當 診療日數 増加率	60
〈表 IV-7〉	受診率 및 増加率 推移	61
〈表 IV-8〉	件當診療費 變化推移	62
〈表 IV-9〉	件當診療費의 構成項目別 増加率 推移	63
〈表 IV-10〉	年度別 非對稱係數	65
〈表 IV-11〉	年度別 本人負擔率	66
〈表 IV-12〉	診療酬價指數斗 物價指數	67
〈表 IV-13〉	醫療保險 酬價關聯 結果值	68
〈表 IV-14〉	4大 分類 項目別 內譯	69
〈表 IV-15〉	4大 分類別 件當金額 및 増加率	70
〈表 IV-16〉	年度別 件當診療日數	73

〈表 IV-17〉	件當診療日數 增加率	74
〈表 IV-18〉	主要 給與基準 調整內譯	75
〈表 IV-19〉	醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化 推移	77
〈表 IV-20〉	醫療機關當 醫師數와 病床數 變化	78
〈表 IV-21〉	醫療機關當 診療件數	80
〈表 IV-22〉	醫師 1人當 年間 診療件數	81
〈表 IV-23〉	醫師 1人當 年間 診療費 收入	82
〈表 V- 1〉	프랑스의 醫療費 抑制對策	85
〈表 V- 2〉	政府管掌健康保險 財政收支	88
〈表 V- 3〉	各 醫療保險制度의 財政現況(經常收支)	89
〈表 V- 4〉	病院 서비스 豫算 및 病院支出	97
〈表 VI- 1〉	酬價指數와 物價指數	101
〈表 VI- 2〉	醫師, 醫療機關, 病床數 등의 趨勢	101
〈表 VI- 3〉	向後 酬價推移(*90=100)	103
〈表 VI- 4〉	受診率 現況(入院)	105
〈表 VI- 5〉	受診率 現況(外來)	105
〈表 VI- 6〉	受診率 現況(全體)	106
〈表 VI- 7〉	受診率 推定(入院)	107
〈表 VI- 8〉	受診率 推定(外來)	107
〈表 VI- 9〉	受診率 推定(全體)	108
〈表 VI-10〉	件當診療費(入院)	109
〈表 VI-11〉	件當診療費(外來)	110
〈表 VI-12〉	件當診療費(全體)	110
〈表 VI-13〉	件當診療費 推定(入院)	111
〈表 VI-14〉	件當診療費 推定(外來)	112
〈表 VI-15〉	件當診療費 推定(全體)	112

〈表 VI-16〉	適用人口 推定値	114
〈表 VI-17〉	醫療機關 給與費 推計	114
〈表 VI-18〉	總給與費 推計	115
〈表 VI-19〉	總支出	115
〈表 VI-20〉	適用人口 推計	116
〈表 VI-21〉	保險者別 財政分擔額	116
〈表 VI-22〉	國庫支援 規模	117
〈表 VI-23〉	被保險者當·世帶當 推定保險料	117
〈表 VII- 1〉	支出 増加要因	120
〈表 VII- 2〉	4個國의 醫療費 抑制 對策	121
〈表 VII- 3〉	件當診療費 크기別 頻度(外來)	123
〈表 VII- 4〉	件當診療費 크기別 累積 診療費 規模(外來)	124
〈表 VII- 5〉	1998年 件當診療費 크기別 頻度(入院)	135
〈表 VII- 6〉	件當診療費 크기別 累積 診療費 規模(入院)	136
〈表 VII- 7〉	MSA 導入 後(外來)	138
〈表 VII- 8〉	MSA 導入 後(入院)	139
〈表 VII- 9〉	總 節減額	139
〈表 VII-10〉	MSA와 現行시스템 對比	140
〈表 VII-11〉	資料	141
〈表 VII-12〉	日當 診察患者數에 따라 收入變化	142
〈表 VII-13〉	日當 診察患者數에 따른 診察料 및 處方料 削減率	143
〈表 VII-14〉	日當 患者數에 따른 削減後 診察料 및 處方料	143



## 圖目次

[圖 IV-1]	年齡別 適用人口 構成比 變化推移 .....	57
[圖 IV-2]	4大 分類 診療項目別 金額構成比(全體) .....	72
[圖 V-1]	政府管掌健康保險 .....	90
[圖 V-2]	組合管掌健康保險 .....	90
[圖 V-3]	國民健康保險(市政村) .....	91

# 要 約

## I. 序 論

### 1. 研究의 背景 및 目的

- 1990년도에 2조 9419억원이었던 의료보험 진료비는 1998년도에 3.39배가 증가한 9조 9650억원에 이르는 등 이 기간동안 진료비는 연평균 16.20%의 증가율을 보이고 있고 GDP대비 점유율 또한 1990년도에 GDP의 1.65%를 점하던 진료비의 비중은 1998년도에 2.22%로 증대되었음.
- 향후 우리나라 국민건강보험의 재정안정에 초점을 맞추어 21세기 의료보장체계가 성공적으로 정착할 수 있는 재정안정화 방안에 대해서 논의 하고자 함.

### 2. 研究의 範圍 및 方法

- 건강보험의 재정수지 분석을 통하여 재정악화 요인을 우선적으로 파악하고 급여비 구성 항목별 증가기여도 및 급여비 증가요인 분석
- 분석자료는 보험자종별 분석방식을 지양하고, 진료비 문제를 국민 경제 차원에서 다루고자 함.
- 분석된 증가요인에 따라 증가속도를 완화 또는 억제할 수 있는 그래서 보험재정의 안정을 기할 수 있는 방안 도출
  - 단기적인 방안은 미시적 관점에서 살펴보고, 구조적인 틀에서

파생하는 문제점들은 중·장기적 관점에서 방안 모색

- 외국의 재정지출 억제를 위한 제반 사례 언급
- 진료비의 증가추이의 조명 및 원인분석 그리고 재정안정화 방안 도출을 위하여 계량경제학적, 통계적 방법, 재정추계를 위한 시뮬레이션 및 장기방안 제시에는 구조적인 변화를 위하여 개략적인 산술 추정 방법 등을 사용 - 시계열적으로 8개년에 불과한 분석기간을 감안 계량적 분석결과의 현실성이나 적합성의 부족은 해석과정에서 해결

## II. 先行研究 檢討

- 대부분의 선행연구들은 수입과 지출의 불균형으로부터 보험재정의 취약성을 파악하고 있으며 그 결과로 근본적인 개혁 없이는 이러한 상황이 지속될 것으로 예상
- 『의료보험통합추진기획단』의 재정안정화 방안
  - 보험급여비의 억제방안: 보험급여비를 억제하기 위해 진료비 심사 및 지불체계의 개편, 보험급여비의 사후관리를 위한 실사 기능 강화, 진료비총액계약제 도입방안 검토, 본인 부담률 조정을 통한 도덕적 해이 방지, 1일 환자진료건수당 진찰료 제한
  - 보험료 수입의 증대방안: 수입 지출 연계모형을 개발하여 보험료 수입의 자동증대 방안 강구, 부양가족 중 유소득자에게 보험료 부과
- 삼성경제연구소의 『의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책대안의 설계』의 재정안정화 방안

- 보험료의 인상, 징수율 제고, 진료비 심사기능의 강화, 관리운영비의 절감, 그리고 지역의료보험의 국고지원 확대 등 현실적으로 활용 가능한 정책수단 이용
  - 중장기적으로는 급여지불체계의 재설계와 연결되는 의료비 억제에 초점을 맞추어야 함
- － 이충섭의 『의료보험 재정안정 운영체계에 관한 시론』
- 급여율의 변화, 소득의 변동, 수가인상, 국고지원 규모의 변화, 관리운영비의 변동 등이 보험료율과 어떻게 연동되어야 하는가를 사전적으로 설계할 수 있도록 재정안정체계 개발
- － 위에서 제시된 3개의 선행연구는 궁극적인 해결방안 결여 - 수요자와 공급자의 모럴 해저드를 줄이면서 동시에 의료서비스의 질을 높이는 그리고 동시에 재정안정을 도모할 수 있는 궁극적 방안 결여

### Ⅲ. 財政收支 分析

#### 1. 財政收支 現況

- － 직장조합은 2조원을 상회하던 누적적립금이 2000년말 현재 약 1조 8200억원으로 감소
- － 보험급여비는 실질소득의 감소와 상관없이 지속적 증가를 보여 과거 5개년 평균 약 18.3% 증가
- － 지역조합은 1999년말 현재 누적적립금이 331억원에 불과
- － 공교공단은 2000년 말 현재 누적적립금이 382억원에 불과

〈表 1〉 財政收支 現況

(단위: 10억원, %)

구 분	'95	'96	'97	'98	'99	증가율	
총수입	5,614	6,631	7,440	7,995	8,300	0.10	
총지출	5,076	6,464	7,681	8,552	9,167	0.16	
직 장	수입	2,337	2,704	2,884	3,038	3,121	0.07
	보험료수입	1,802	2,085	2,299	2,220	2,501	0.08
	지출	1,992	2,555	3,112	3,425	3,696	0.17
	보험급여비	1,494	1,879	2,143	2,426	2,920	0.18
	잉여금	345	149	-227	-383	-575	-0.47
	누적적립금	2,450	2,608	2,503	2,262	1,745	-0.07
지 역	수입	2,498	2,983	3,732	4,204	4,078	0.13
	보험료수입	1,324	1,576	2,023	2,155	2,527	0.17
	국고지원	755	872	995	1,076	1,166	0.11
	지출	2,365	3,017	3,602	4,077	4,406	0.17
	보험급여비	2,025	2,545	2,936	3,401	3,927	0.18
	잉여금	133	-34	129	-157	-328	-1.79
공 교	수입	779	944	824	753	1,101	0.11
	보험료수입	474	514	556	633	1,078	0.25
	지출	719	892	967	1,050	1,065	0.10
	보험급여비	503	652	734	929	992	0.18
	잉여금	60	52	-143	-320	36	-0.93
	누적적립금	702	580	397	77	113	-0.20
잉여금합	538	167	-241	-860	-867	-0.13	
누적적립금합	4,119	4,005	3,786	3,067	2,257	-0.13	

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

## 2. 項目別 增加寄與度 分析

- '99년 현재 우리나라 건강보험대상자는 4517만명으로 연평균 약 0.65%씩 증가
- '95년부터 '99년까지 건강보험대상자의 수진율은 연평균 8.7%씩 증가하였는데 입원이 5.8%, 외래가 8.79%씩 증가하여 외래 수진율이 수진율 증가 주도

- 건당진료비는 지난 5년간 연평균 9.58% 증가
- 급여비 증가요인 기여도
  - 1) 건강보험대상자가 매년 0.65%씩 증가하여 급여비 증가에 2.68% 기여
  - 2) 수진율이 매년 8.7%씩 증가하여 급여비 증가에 35.89% 기여
  - 3) 수가가 매년 5.07% 인상되어 급여비 증가에 22.68% 기여
  - 4) 기타 요인 역시 8.45% 발생하여 급여비 증가에 38.75% 기여

〈表 2〉 保險給與費 增加 寄與度

(단위: %)

항 목	기여도
수 가	22.68
대상자	2.68
수진율	35.89
기 타	38.75
계	100.00

#### IV. 保險給與費 增加要因 分析

##### 1. 診療費 增加推移 分析

- 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.
- 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 보이거나 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 추구하고 있음.
- 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

2. 給與費 増加要因 分析

가. 受診率

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

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.

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

이 때,  $\mu$  = 평균,  $M_e$  = 중앙값,  $\sigma$  = 표준편차

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

$$\begin{aligned} \text{Log}(f) &= 0.092388\text{Log}(GDP) - 2.05734\text{Log}(C_s + 1); & R^2 \\ = 0.9993 & & (-11.098) \end{aligned} \quad (48.16)$$

( )는 t-값이며 모든 추정계수가 99% 신뢰도하에서 채택됨.

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

나. 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 적용되는 투입요소(  $q^b$  )로 구성되는 부분으로 분해

$$\text{즉, } e = p^a q^a + p^b q^b$$

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

〈表 3〉 醫療保險 酬價關聯 結果值

구분	$e$	$p^a q^a$	$p^a$	$q^a$	$\pi$	$p^b q^b$
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.

#### 다. 給與範圍의 擴大

#### 라. 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 기

대할 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.

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

## 바. 疾病構造

- 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

## V. 外國의 醫療費 抑制 對策

### 1. 프랑스

- 의료보험재정은 1990년대에 들어와 급격히 악화되어 의료비 지불 기금의 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 쥐페개혁에서는 질병금고로부터의 연간 상환 상한액이 설정되어 이것을 초과한 경우

에는 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

－ 보험료율을 안정시키고 비용을 억제하기 위한 2000년 의료보장 개혁의 핵심사항

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

#### 4. 네덜란드

- － 1994~1998년간 전체의료비 성장률은 연평균 1.3%로 억제
- － 의료총비용을 억제하기 위하여 병원별 예산제도 도입
- － 재정안정을 도모하고자 서비스 제외(안경과 렌즈, 치과서비스, 미용성형수술, 대체의료 등)
- － 의료보조기, 구급차 서비스, 의약품처방 등에 본인부담제 도입
- － 지출목표 설정
- － 의약품에 대한 지출 통제

### 5. 外國의 制度로부터 示唆

- 위 4개국 모두 행위별 수가제에서 총액예산제로 변화를 했거나 변화를 모색중임.
- 미시적 정책은 그 효과가 제한적임.

## VI. 財政推計에 따른 財政展望

### 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 Ceiling으로 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 12회 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 2001년에는 59,000원을 초과할 전망이고 2005년에는 약 80,000원에 이를 것으로 추정

### 4. 保險給與費

- 약국 및 부가급여비가 총급여비의 약 5%를 점하고 있다는 가정을 하여 총급여비를 추정
  - 급여비는 적용대상인구에 수진을 및 건당진료비를 곱하고 급여율(67%)을 적용
  - 적용대상인구는 통계청 인구추계 자료를 토대로 5세단위당 구성비의 과거 10년 증가율을 이용하여 추정
  - 2005년에는 현재 급여비의 2배 이상 증가하여 약 22조에 이를 것으로 전망





## VII. 財政安定化 方案

### 1. 短期方案

- 의료의 남용을 억제하기 위하여 보험료 부과체계를 가계별 수진율과 연계하여 의료의 과잉수요를 억제
- 의료이용행태의 고급화를 억제하기 위하여 1, 2, 3차 진료기관간 3차기관 집중현상을 방지하고 의료전달체계를 정상화
- 구조적으로 비용 상승적인 행위별 수가제를 개편함으로써 공급자의 수진유발요인 및 의료의 과다 공급 동기 억제
- 의료공급을 적정수준으로 유지 및 별도의 고가의료기기 전문센터를 설립하여 의료기기의 효율적 이용 도모
- 현행 국민건강보험법 제1조에 충실함으로써 장기적인 관점에서 보험재정의 안정화 도모
- 국고지원을 증액하여 국고지원비율이 총재정의 일정률(예: 전체재정의 약 20%)이 되도록 법적으로 제도화
- 담배, 주류, 휘발유 등 건강위해 요소에 목적세 부과
- 직장가입자의 피부양자로 자영 소득이 있는 자에게 소득정도에 따라 보험료 부과
- 관리운영의 효율화를 통한 운영비 절감

### 2. 中長期 方案

- 재정부담을 주지 않는 공적의료보험 설계의 필요성 제기
- 예산자원(budget resources)을 비예산제도(Non budget resources)로(권

오성, 1999), 전환시키는 비용-효율적인 시스템의 필요성 제기

- 의료저축제도(Medical Saving Accounts; MSA)는 이러한 문제를 효과적으로 해결해 줄 수 있는 의료비용 분산방식임.

가. 싱가포르의 의료저축계정(Medical Saving Account)

1) MSA 태동 배경

- 국영병원체계의 비효율성, 저생산성, 관료주의적 폐단, 그리고 과도한 의사위주의 의료환경 등의 문제들을 불식시키고자 80년대 초 아래의 4가지 원칙을 토대로 Medisave 출범
  - ① 의료이용자 들에게 자유로운 선택권 보장
  - ② 자기책임과 자기 신뢰성 강조
  - ③ 자유로운 시장경제체제 도입
  - ④ 정부는 꼭 필요한 사람들에게 최소한의 의료보장

2) MSA 主要内容

가) Medisave

- Medisave는 중증 및 장기질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원 및 외래진료비용을 조달하기 위하여 개인별 계좌에 일정금액 적립

나) Medishield와 Medishild Plus

- 장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비하는 것이 Medishield와 Medishield Plus제도임.

다) Medifund

- Medifund는 공적부조의 성격으로 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 그들의 진료비를 보조해주기 위하여 별도의 기금으로 운영되는 일종의 사회안전망

3) 싱가포르 MSA평가

- 싱가포르의 성공요인
  - 의료기관의 공공화 - 정부는 국공립 의료기관에 보조금을 지급하고 있고, 진료 받는 사람의 여건에 따라 차등적으로 국고보조 실시
  - Medisave 도입이래 높은 경제 성장 지속
  - 정보체계가 잘 발달되어 있어 모든 업무 신속히 처리

4) MSA로부터 시사점

- 비용의 효율적 분산과 도덕적 해이의 방지
- MSA는 소득재분배 기능 포기
- 노령화에 대비

나. MSA에 대한 Pros and Cons

1) Pros

- 의료비용에 대한 효과
  - 소비자가 서비스에 대한 비용을 직접 지불하기 때문에 보다 신중하게 서비스를 이용하므로 의료비 지출 감소

- 따라서 보험료 인하
- 의료비를 지출하지 않으면 플러스 개인 계정을 갖을 수 있음.
- 접근성에 대한 효과
  - 예방이나, 현재 급여가 되지 않은 비급여 부문에 대한 접근 용이 - 다만 일부 저소득층의 경우 잔고를 증가시키기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려 있음.
  - 고용관계가 변하더라도 개인계정은 계속 유지
- 의료의 질에 대한 효과
  - 소비자가 의료서비스에 대한 구입을 직접 자기비용으로 선택함으로써 정보를 갖춘 소비자군이 늘어나게 되고 이로 인하여 의료기관간 경쟁체계가 도입되면 의료의 질과 효율성 개선
  - 보험자의 역할이 제한됨으로써 소비자와 공급자간 관계가 직접적이어서 소비자의 권익 증진
- 관리비용에 대한 효과
  - 소비자가 서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 의사들의 청구 및 행정에 따른 비용 감소
  - 의료소비자가 의료서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 부당청구 감소

## 2) Cons

- 의료비용에 대한 효과
  - 불필요하고 비효율적인 서비스를 구입하여 의료비 절감효과가 미미할 가능성 상존

- 개인계정에 잔고가 많게되면 의료서비스를 구매하는데 훨씬 덜 비용의식적이 될 수 있음.
  - MSA의 도입은 세금감면을 수반함으로 세수의 손실이 발생하여 국고지원 감축의 원인 제공
- － 접근성에 대한 효과
- 잔고가 부족한 사람들은 의료서비스에 대한 접근이 줄어들 수 밖에 없음.
- － 의료의 질에 대한 효과
- 의료소비자들의 정보는 제한적일 수밖에 없기 때문에 MSA의 도입이 보다 나은 의료의 질을 제공하는 것은 어려움
  - 소비자들이 의료의 질보다는 가격에 민감하게 반영할 것이기 때문에 질의 제고와 상관이 없음.
- － 관리운영 비용에 대한 효과
- 공급자들이 Deductible에 해당하는 비용을 보험자에게 증명해야 하므로 운영비 절감에 한계
  - 소비자들은 Deductible의 내역을 증명하는 정확한 기록을 보관하고 있어야 함.

#### 다. MSA의 우리나라 適用方案

##### 1) 前提 條件

- 가) 저소득층에 대한 보호체계 확대
- 나) 노인 및 만성질환보유자에 대한 재원지원체계 마련
- 다) MSA 적립기금을 초과사용하는 계층에 대한 재원체계 마련

- 라) 소득재분배 기능의 보완
- 마) 공급자의 유인수요 방지 대책 필요

2) 運營 模型

구분	적용내용	재원 체계
외래	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 2만원 이하: 전액 본인부담</li> <li>· 2만원 초과~10만원 이하: MSA</li> <li>· 10만원 초과: 사회보험(본인부담률: 20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 소득의 일정율을 MSA개인계좌 및 사회보험료로 징수</li> <li>· MSA 적립금중 일정율(예:10%)를 공동계좌로 관리</li> </ul>
입원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 100만원 이하: MSA</li> <li>· 100만원 이상: 사회보험(본인부담률: 10%)</li> </ul>	

3) 模型適用 細部 事項

- 적용대상: 전국민
- 부과방법: 임금근로자(현행제도와 마찬가지로 소득액 대비 일정률, 단, 고용주와 근로자가 반씩 부담), 자영자(전액 본인부담)
- 경제적 동기를 부여하기 위해 기여금에 대해 세제 혜택 부여
- 적용범위: 총 진료비중 전액 본인부담 원칙이 적용되는 진료비를 뺀 나머지 금액에 한하여 MSA에서 인출되도록 하고 MSA가 적용되는 진료비를 뺀 나머지 금액에 한하여 사회보험 적용
- 본인부담: 외래의 2만원 이하는 전액본인부담하고, 사회보험이 적용되는 외래 10만원 이상의 금액 중 20%, 입원 100만원 이상 금액 중 10%를 본인부담으로 함(deductible과 co-payment제도 병용)

- 기여금 인출: 의료비 외에는 70세까지 인출 제한

#### 4) 模型에 따른 시뮬레이션 結果

- 외래의 경우 본인부담이 약 2조원, msa부담액은 약 3조 1천억원, 그리고 건강보험부담은 약 2조원으로 분담율은 31.8%, 50.4%, 그리고 17.8%임.
  - 싱가포르와 미국의 경험을 토대로 약 20%가 절감된다면 약 9천 7백억, 50%가 절감된다면 약 2조 4천억의 의료비 절감 가능
- 입원의 경우 각각의 부담액이 2천억원, 1조 3600억원, 그리고 1조 8500억원으로 분담률은 6%, 39.9% 그리고 54%
  - 100만원 이하의 건에서 약 20%가 절감된다면 2700억원, 50%가 절감된다면 약 6800억의 의료비가 감소
- 입원과 외래를 합하면 20%절감시 약 1조 2천억원, 50%절감시 총 급여비의 약 47.6% 절감
- MSA도입 후 입원, 외래 모두 본인부담분이 줄어드는 것처럼 보이거나 저비용 다빈도 질환자들은 본인부담이 늘어나는 대신 고비용 만성질환자들의 본인부담은 줄어들게 되어 보험 본래의 의도에 근접

#### 5) 適用에 따른 期待效果 및 問題點

- 기대효과:
  - 위험분산 기능을 강화할 수 있음(고비용 진료까지 위험분산 확대).
  - 이용자들의 비용의식적 태도 고취(의료비 절감 및 건강한 생활 습관 유도)

- 소액 진료비에 대한 청구작업의 축소로 행정비용 절감(제도운영상의 효율성 제고)
- 다년간의 위험분산으로 앞으로 노인의료비에 대한 효율적 대비책
- 고비용 서비스에 대한 위험분산 기능 확대로 의료제도권외의 의료비 절감

－ 문제점:

- 소득 재분배 기능이 약하여 형평문제 제기
- 건강권리가 개인의 책임으로 전가됨으로써 한계계층에 대한 공공부문의 강화 및 확대 필요
- 공급자측 비용상승을 억제할 제도적 기전이 없음.
- 적립금이 많은 경우 외래의 3차기관 이용이 빈번해질 우려: 1, 2차 외래 이용시 가격보조를 하여 의료전달체계를 바로잡아야 함.

6) 供給者側 費用上昇 抑制 方案

- － 공급자측의 유인수요 억제를 위하여 그리고 진료의 질을 확보하기 위하여 1일당 진찰건수에 따른 진찰료 및 처방료를 차등화 할 수 있는 방안 제시

〈表 4〉 日當 患者數에 따른 削減後 診察料 및 處方料

(단위: 원, %)

환자수	삭감률	초진료	재진료	처방료
60~80	6.37	7,865	4,963	3,427
80~100	14.17	7,210	4,549	3,141
100~120	20.24	6,700	4,227	2,919
120~140	25.09	6,292	3,970	2,742
140~160	29.07	5,958	3,760	2,596
160~180	32.38	5,680	3,584	2,475

주: 현행은 환자수 관계없이 초진료 8,400원, 재진료 5,300원, 처방료 3,660원임.



## VII. 結論

- 21C를 시작하는 시점에서 건강보험제도는 우리나라에 의료보험 도입 이래 가장 큰 시련에 봉착하게 될 예정임.
  - 급여비는 매년 20%이상씩 증가한 데 반해 수입원은 한계를 보이고 있음.
- 보험자 통합이후 보험료 인상은 전국민의 관심사로 부상
- 우리나라 건강보험은 재정의 총체적 위기국면에 진입
  - 따라서 단기적, 미시적인 재정안정화 방안보다 제도의 틀 자체를 전면적으로 재검토해야 함.
- 급속한 노령화 및 급여비 증가를 근원적으로 해결하기 위해 MSA 도입 필요
  - 의료저축제도는 개인의 선택과 책임 강조
  - 도덕적 해이가 제거되지 않으면 제도가 성공하기 어려움.
- 따라서 적용에 따른 문제점을 극소화하면서 노후를 대비하기 위해 각 개인별 의료저축을 실시하는 것이 수혜자 부담의 원칙과도 일치하고, 도덕적 해이 현상을 약화시키면서 고위험을 분산하는 보험 고유의 목적과도 일치

# I. 序論

## 1. 研究의 背景 및 目的

전국민의료보험이 실현된지 10여 년이 지난 오늘날 우리나라 의료보험체계는 일대 전환기에 놓여 있다. 2000년 7월부터 지금까지 개별적으로 분리 운영되어오던 직장조합이 공무원·교직원 및 지역가입자와 통합되어 완전히 하나의 거대 보험자 집단으로 거듭나게 되었다. 동시에 의약분업 또한 2000년 7월부터 시행되게 됨으로써 20여년 우리나라 의료보험 역사상 그 유래를 찾아보기 힘든 일대 변혁이 일어나고 있다. 통합에 따른 논란이 지속되고 있고, 의약분업 또한 진료권의 확보, 수가 인상 등 여러 가지 면에서 첨예하게 대립되어있다. 이런 제반문제의 근저에 보험재정안정화 문제가 핵심으로 자리잡고 있다는 것은 주지의 사실이다.

통합의 합당한 근거로서 조합간 재정력 격차, 부과의 불형평성, 관리운영의 비효율성 등을 들고 있으나, 이를 극복하고자 하나의 보험자로 묶는다는 것이 과연 옳은 선택인가에 대해서는 지금까지도 논란이 계속되고 있다. 특히 직장조합에서는 재정이 통합될 경우 소득과 약율의 차이 때문에 보험료부담이 자영자 집단으로부터 근로자 집단에 전가되는 것이 아닌지 우려하고 있다. 재정통합이 2002년까지 유보되어 있지만 과연 그 이전까지 현재 직장조합의 우려를 불식시킬 수 있는 방안이 마련 될 수 있는 지는 향후 우리나라 의료보험의 중차대한 과제이다. 의약분업 역시 약사의 대체조제 및 임의조제의 금지, 적정수가 보장 등의 문제가 의약분업 출발의 걸림돌로 작용하고

있는 바, 적정수가 보장은 의료보험 재정의 불안을 증폭시켜 궁극적으로는 국민부담의 증가로 귀결되게 되어있다.

주위 환경변화와 달리 1990년대 이후 최근까지의 재정상황을 살펴보면 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 접하던 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.

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

IMF 경제위기이후 우리나라는 국민경제로서도 크나큰 시련이었으나, 의료보험제도사에도 길이 기억될 기간이다. 소득수준이 떨어져 부담능력은 줄어들어도 진료비는 줄지 않는다는 사실을 확인할 수 있었고, 그만큼 보험재정관리가 난제임을 보여준 기간이었다. 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 다방면

에 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 파행적 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.

따라서 본 연구는 그 해결책을 모색하는 경로를 추적하여 궁극적으로 해결 가능한 방법이 있는 지, 있다면 그것은 무엇인지에 대하여 논의하고자 한다. 즉, 의약분업의 쟁점이나 의료보험에 대한 통합주의와 조합주의의 논란은 논외로 하고 향후 우리나라 국민건강보험의 재정안정에 초점을 맞추어 21세기 의료보장체계가 성공적으로 정착할 수 있는 재정안정화 방안에 대해서 논의하고자 한다.

## 2. 研究의 範圍 및 方法

건강보험의 재정수지 분석을 통하여 재정악화 요인을 우선적으로 파악하고자 한다. 우리나라 전체 국민의료비의 분석에 목적이 있는 것이 아니기 때문에 비급여를 포함한 의료비 개념보다 좁은 영역으로 한정하고자 하는 데 이는 분석자료의 한계에 기인하기도 하지만, 보다 직접적인 이유는 보험재정과 관련하여 의료보험 기전을 통한 지출내용으로 분석범위를 한정시키고자 하는 의도에 있다.

급여비 구성 항목별 증가기여도를 분석하고, 구체적으로 급여비 증가요인을 분석하고자 한다. 분석자료는 주로 거시적 내용으로 하되

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 시도하고자 한다. 분석된 증가요인에 따라 증가속도를 완화 또는 억제할 수 있는 그래서 보험재정의 안정을 기할 수 있는 방안을 도출하고자 한다. 단기적인 방안은 미시적 관점에서 살펴보고, 구조적인 틀에서 파생하는 문제점들은 중·장기적 관점에서 방안을 모색해 보고자 한다.

분석기간은 1990년부터 1998년까지로 하였는데 1999년 자료가 분석시점까지 이용 가능하지 못했기 때문이다. 부분적으로 이용 가능한 자료나 정보는 2000년 것도 사용되었다.

또한 외국의 재정지출 억제를 위한 제반 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 증가추이의 조명 및 원인분석 그리고 재정안정화 방안 도출을 위하여 계량경제학적, 통계적 방법, 재정추계를 위한 시뮬레이션 및 장기방안 제시에는 구조적인 변화를 위하여 개략적인 산술 추정 방법 등이 동원 될 것이다. 다만 시계열적으로 8개년에 불과한 분석기간을 감안할 때, 계량적 분석결과의 현실성이나 적합성의 부족이 예상되며, 이러한 문제는 해석과정에서 해결되도록 할 것이다.

본 보고서는 제2장에서 과거의 선행연구 결과들을 검토해보고 시사점을 찾을 것이다. 3장 및 4장에서는 보험재정수지 분석과 이를 토대

로한 진료비 상승요인 분석이 다루어질 것이다. 외국의 의료비 억제 대책이 5장에서 논의되고, 제반 변수를 고려한 보험재정추계 및 재정 안정화 방안이 7장에서 보여질 것이다. 마지막으로 8장에서는 결론의 도출 및 연구의 한계에 대하여 논하고자 한다.

## II. 先行研究 檢討

1977년 우리나라에 의료보험이 도입된 이래 의료보험의 재정안정이 제도운영의 목적이자 목표인 것처럼 정책담당자뿐 아니라 많은 연구자들의 주된 관심사였다. 그러나 그 동안 제도자체가 확대되었고 내용 또한 많이 변화하여 왔기 때문에 선행연구들로부터 많은 시사점을 얻기는 어렵다. 다만 최근 들어 의료보험의 통합이 결정된 이후 몇 개의 보고서들이 새로운 환경하에서 건강보험의 재정안정화 발안을 논하였다. 이들에게 논의된 내용을 살펴보고 이들의 현실적용 가능성 등 시사점을 얻고자 한다.

대부분의 선행연구들은 수입과 지출의 불균형으로부터 보험재정의 취약성을 파악하고 있으며 그 결과로 근본적인 개혁 없이는 이러한 상황이 지속될 것으로 예상하고 있다.

우선 의료보험통합을 위해서 1998년 발족된 「의료보험통합추진기획단」에서는 『의료보험제도의 통합 방안』이라는 보고서를 냈는데 이 보고서에서는 향후 재정전망을 토대로 재정안정대책을 강구하고 있다. 보험료의 재정안정화에 대하여 다음과 같은 의견을 제시하고 있다.

본 보고서는 적용인구, 통합의료보험 재정, 2000년 이후 보험료율 및 세대당 보험료로 구분하여 재정 추계를 하였는데 재정추계시 가정은 다음과 같이 하였다. 직장과 공교 가입자의 표준보수월액을 IMF사태를 고려하여 1997년 실적치로 고정하고 1999년 이후는 물가인상률과 자연증가율을 반영하고 직장조합의 보험료율(1997년 3.14%)은 전 5개년 보험료율 연평균 증가율을 적용하였다. 또한 1999년 국고지원은 예산치를 사용하였고 2000년 이후의 국고지원은 보험료수입 증가

을만큼 인상하는 것으로 가정하고 재정수지를 추계하였다. 1999년까지의 재정추계 결과는 IMF경제위기 이후 소득의 감소가 예상되어 수진율의 절대감소 등 보험급여비 증가율이 다소 완만해지는 것과 동시에 보험료 수입 또한 과거 증가율에 미치지 못할 것으로 예상되어 전체적인 재정규모가 과거 5년의 증가율에 미치지 못할 것으로 보였다. 이에 따라 통합전 의료보험 전체의 누적적립금은 약 2조 5400억원으로 추정되었다. 또한 2000년 이후의 재정추계는 재정운용 계획을 밝힌 것으로 국고지원 규모가 보험료 수입 증가율만큼 증가하는 것으로 가정하고 나머지는 직장가입자와 지역가입자의 적용인구 비율(49:51)에 따라 배분하였다. 결과는 2000년에 당기 3천억원 적자, 2001년에 당기 1500억원 적자 그리고 2002년에 재정수지가 균형을 이루도록 하였다. 다음으로 2000년 이후 보험료율 및 세대당 보험료를 Top Down 방식으로 계산하였는데 직장가입자의 2000년 본인부담 보험료는 약 22,585원이며 지역가입자는 약 30,549원으로 나타났다. 이러한 추계를 바탕으로 보험급여비 증가와 관련된 요인 변화와 국민의료비 추이를 살펴봄으로써 통합 의료보험의 재정안정을 위한 정책적 과제를 제안하였다. 보험급여비 증가에 가장 큰 기여를 한 요인을 수진율 증가로 보았으며 건당진료비 역시 수가인상으로 인하여 보험급여비 증가에 상당한 기여를 한 것으로 보였다. 다음으로 국민의료비의 추이를 보았는데 국민의료비 대비 의료보험 비중은 매년 증가하고 있으며 GDP 대비 국민의료비 비중 또한 약 3.21%(1980)에서 4.96%(1995)로 증가하고 있다는 결과를 얻었다. 이를 토대로 의료보험의 재정안정을 위하여 보험급여비의 억제방안과 보험료 수입의 증대방안의 두 가지 방법을 검토하였다. 첫째, 보험급여비를 억제하기 위해 진료비 심사 및 지불체계의 개편을 검토하였는데 단기적으로는 비효율성을 최소화 할 방안을 마련하고, 보험급여비의 사후관리를 위한 실사 기능을 강화할



것을 제안하였다. 장기적으로는 다양한 진료비 지불제도를 적극적으로 개발·활용하되 현행 행위별수가제의 수가구조조정 노력을 지속하고, 2000년부터 질병단위별지불제의 도입을 추진함과 동시에 보험진료비의 총액을 관리하는 ‘진료비총액계약제’ 도입방안을 적극 검토하도록 했다. 또한 급여관리를 강화함으로써 보험재정지출을 효과적으로 관리하는데 중점을 두도록 하였고 본인 부담률을 조정함으로써 도덕적 해이를 방지하거나 불필요한 의료이용 현상을 억제하여 급여비 절감을 도모하였다. 그리고 이 연구에서는 1일 환자진료건수당 진찰료를 제한하여 의료공급자 측면의 과잉진료를 방지할 것을 제안하였다. 둘째, 보험료 수입의 증대 방안으로 보험급여비를 결정하는 주요인별(보험수가, 건당진료비 및 수진율) 상관관계를 도출하면서 동시에 보험료 인상률과 급여비 인상률의 상관관계를 도출하여 보험료가 결정될 수 있도록 하여 급여범위 확대시 보험료도 인상될 수 있는 제도적 장치 마련을 제시하였다. 그리고 직장가입자의 부양가족 중 유소득자에게 보험료를 부과함으로써 보험료 수입의 원천을 확대하도록 하였다. 끝으로 외국의 예를 들며 국고지원 방식에 대한 3가지 대안을 마련하였다. 첫째, 농어촌 주민 및 저소득층 지역가입자를 대상으로 보험료 보조형태로 소득수준에 따라 차등 지원하는 방법, 둘째, 1인당 국고지원액을 농어촌 주민 및 저소득층 지역가입자를 대상으로 소득수준에 상관없이 정률로 지원하는 방법, 셋째, 현행지원 방식대로 관리운영비 및 보험급여비에 보조하는 방법을 제시하였다.

삼성경제연구소의 『의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책대안의 설계』에서는 급여비의 증가율이 보험료의 증가율을 크게 앞지르고 있음을 지적하고 이러한 급여비의 급격한 증가가 보험재정의 불안정성을 초래하며 이로 인한 재정의 악화는 보험료 인상에 대한 압력으로 작용하고 있다고 하였다. 이러한 상황에서 보험재정의 안정화를

위한 정책개발시 재정의 안정화가 국민의료비 문제와 직접적으로 연계되어 있다는 사실에 유의해야 한다고 지적하였다. 다시 말해서 보험재정의 불안정성의 원인은 국민의료비의 급격한 증가원인과 동일한 맥락에서 논의해야 할 것이라고 하였다.

이 연구보고서는 1999년 당시의 의료보험환경과 제도가 변하지 않는다는 가정하에서 향후 5년간의 재정수지를 추계하였는데 적용인구 추계, 수입추계, 지출추계의 크게 3부분의 모형으로 나누어 재정추계를 하였다. 적용인구의 추계는 크게 인구학적 분석(인구연령구조, 도시-농촌간의 인구분포), 거시경제적 분석과 전망(경제활동가가율, 실업률, 사업체 규모별 취업형태, 산업구조의 변화)으로 나누었다. 인구구조상의 변동 분석 결과, 국민의료비 부담 인구계층이 감소하고 있어 1인당 의료보험료는 증가할 수밖에 없고 이로 인하여 노인진료비 비중 증가, 유년진료비 하락세 감소 등의 현상이 나타날 것이라고 보았다. 재정수입은 피보험자의 소득과 재산상태에 의존하기 때문에 보험료율 결정과 같은 정책적 변수를 상수로 간주하여 소득을 결정하는 거시경제적 분석을 하였다. 재정지출은 국민의 의료서비스 이용행태와 의료 서비스 공급체계 분석을 바탕으로 하고 여기에 물가상승률과 같은 경제적 변수를 고려했다. 전체적 의료보험 재정수지 추계 결과 의료보험의 총 재정규모(지출기준)은 1999년에 8조 9062억원에서 2004년에 15조 9755억원이 되므로 연평균 12.4%씩 증가할 것으로 예상하였다. 이는 같은 기간 1인당 명목국민소득 증가율인 6~7%의 두배 가까운 증가율을 보였으나 1999년 전체 의료보험 재정적자는 1조 2749억원이고, 2004년에는 3조 5007억원에 달할 것이라고 예상하였다. 이는 기술적으로는 같은 기간 동안 의료보험 수입의 증가율이 연평균 10.3%에 그쳐 의료보험지출액의 증가율을 크게 밑돈다는 점에서 쉽게 확인할 수 있다고 하였다. 이렇듯 이 연구 보고서는 의료보험의 재정

상황은 지속적으로 악화될 것으로 보았는데 이유로는 기본적으로 보험료 수입에 비하여 급여 지출이 급격하게 증가하기 때문이라고 하였다. 일반적으로 국민 의료비 지출 증가에 따라 의료보험 재정지출이 경제성장을 초과하여 증가하고 있으며 이는 의료보험 재정과 관련해서 향후 보험재정이 지속적으로 악화될 가능성이 있음을 시사하는 것이라고 하였다. 의료보험의 재정 적자가 발생하는 근본적인 원인으로 급여비의 급격한 상승을 지적하였는데 이것은 일시적인 현상이라기 보다는 구조적이고 장기적인 문제가 원인이라고 하였다. 그러나 단기적인 노력도 배제 할 수 없으므로 재정 안정화를 위하여 보험료의 인상, 징수율 제고, 진료비 심사기능의 강화, 관리운영비의 절감, 그리고 지역의료보험의 국고지원 확대 등 현실적으로 활용 가능한 정책수단을 이용해야 한다고 하였다. 중장기적으로는 의료보험제도가 사회에서 가지는 의미를 생각하고 그것의 재정 안정이란 의료보험제도에서 하나의 수단임을 이해하고 의료보험제도의 지속가능성을 보장하는 기능을 하도록 해야 할 것이라고 하였다. 구체적으로 중장기적으로는 급여지불체계의 재설계와 연결되는 의료비 억제에 초점을 맞추어야 할 것이라고 하였다.

한국보건경제학회 학술발표회에서 발표된 이충섭의 『의료보험 재정 안정 운영체계에 관한 시론』에서는 Cobb-Douglas 함수로써 효용함수를 정의하고 적정급여 수준을 추정하였다. 또한 재정안정운영체계를 Mathematica를 이용하여 설계하였는데 이는 재정안정을 위해 급여율의 변화, 소득의 변동, 수가인상, 국고지원 규모의 변화, 관리운영비의 변동 등이 보험료율과 어떻게 연동되어야 하는가를 사전적으로 설계할 수 있도록 해 준다고 하였다. 급여비의 추계결과는 모든 추정결과가 그렇듯이 실제보다 연도별로 과소 혹은 과대추정되었으나 중요한 것은 추정모형이 갖는 의료보험의 구조적 변화에 대한 상대적 민감성

부족이라고 하였다. 이 연구에서 재정안정운영체계의 주요 관심사는 재정수지상의 흑·적자 여부나 규모에 있는 것이 아니라 재정안정체계의 운영결과와 실제 재정운영결과를 비교하여 재정운영의 안정성 정도를 비교·분석하는 것이었다고 한다. 또한 ‘재정안정지수’(SI: solvency index)라는 상대적 개념으로서 16년간 보험운명을 통해 목표로 한 재정안정의 달성정도를 나타내었다.

이 재정안정지수로 비교하여 보면, 재정안정체계에 의한 재정운영은 재정 안정성을 크게 향상시켜 주는 것을 보여준다고 하였다. 실제 운영결과에 따른 재정안정지수는 1.6079인 반면 재정안정체계를 적용한 경우는 0.2513의 결과를 얻었다.

재정안정운영체계의 활용성은 재정의 안정성 달성에만 국한되지 않고 예를 들면 국고지원액 감소시 재정 안정을 위한 보험료율의 수준이 어떠한가에 대해서도 답을 제시해 준다고 하였다. 분석 결과에 따르면 97년도에 국고지원액을 1% 감소시키려면 보험료율을 0.1889% 증가시켜야 재정이 안정이 되며 또한 같은 해에 관리운영비 등 보험급여비의 지출을 1%감소시키면 보험료율은 0.2337% 감소시키고도 재정이 안정될 수 있다고 하였다. 감소추세이긴 하지만 급여율에 대한 재정안정 보험료율의 탄력도가 가장 커서 거의 단위탄력도에 가깝다는 것을 발견하였다. 이는 재정안정을 위해서는 급여의 확대가 반드시 그에 상응하는 보험료율의 인상으로 이어져야 한다는 것을 보여주는 것이라고 하였다. 그러므로 일방적인 급여율의 제고는 가장 큰 재정불안의 요인임을 다시 한번 확인하게 된 것이라고 하였다. 소득의 증가는 보험료수입의 절대수준의 상승을 의미하므로 재정안정보험료율의 인하로 이어지며 수가인상 역시 내원확률을 감소시켜 급여비 발생자체를 억제하여 재정안정 보험료율의 인하로 나타난다고 하였다. 결정변수별 탄력도 자체는 연도별로 일정하지 않지만 탄력도가

가장 큰 것은 보험급여율이며 절대값이 가장 작은 것은 수가인상률로 나타났기 때문에 피보험자의 보험료 부담을 경감시키는 데에는 급여율의 조정이 보다 효과적이라는 결론을 얻었다고 하였다.

마지막으로 정책제안에서 재정 운영 측면을 보면 급여의 확대가 반드시 보험료의 인상으로 이어진다는 보험원리는 국고지원 형태의 국가개입으로 약화되었으므로 비용의식 없는 급여확대의 요구는 무의미해질 것으로 보았다. 또한 의료공급자들은 자신들의 이익을 위해 국민건강 향상을 위해 필요하다는 논리로 급여확대를 요구하기도 할 것이므로 보험자나 정책당국의 분명한 대응논리와 근거가 필요하다고 지적하였다. 그러므로 이들이 보험수요에 관한 실증적 계측사업을 수행하여, 적정급여 수준을 결정하고 이에 입각하여 제반 사업을 계획·수립·집행하는 체계를 구축할 것을 촉구하였다. 특히 이 연구보고서에서 제시한 재정균형식에 입각한 보험료 설계를 통해, 재정운영의 과학화와 함께 재정운영의 투명성을 확보해야 할 것이라고 하였다.

위에서 살펴본 3개의 선행연구 중 의료보험통합추진 기획단 보고서와 삼성경제연구소의 제안은 수입과 지출의 균형을 유지할 수 있는 선에서 안정화방안을 도모하고 있다. 최근의 급격한 수지악화 요인을 급여비의 급증 즉, 지출의 수입에 대한 상대적 압도로부터 찾고 있다. 그 해법 또는 비슷하여 수입증대 또는 지출억제에 초점이 맞추어져 있다. 반면 이충섭에서는 재정지출과의 변화가 동반할 수 있는 재정균형모형으로부터 방안을 도출하고 있다. 즉, 급여비 증가는 그에 상응한 보험료 수입증가를 수치적으로 보여주고 있다. 앞에 두 개의 연구는 단기적이면서 즉시 사용가능한 법안인데 반해 후자는 장기적 모형구축을 통한 중·장기 방안을 모색하고 있다.

즉, 위에서 제시된 3개의 선행연구는 궁극적인 해결방안을 결여하고 있다. 지출증가에 따라 수입은 증대해야 하거나 지출자체의 억제

를 통하여 또는 변수간 상관관계를 통하여 그 해법을 구하고자 하였다. 그러나 최근의 재정수지 상황은 이렇게 낙관적이지 못하다. IMF 경제위기 이후 실소득이 감소했음에도 급여비의 증가는 멈출 줄 모르고 있다. 그리고 지난 7년간 급여비는 연평균 20%이상 급증하고 있다. 제도적인, 전면적인 재검토 없이는 건강보험제도 자체의 존립에 문제가 생길 수 있다.

선행연구의 제안들은 단기적으로 적용 가능한 방안들을 보여주고 있을 뿐이다. 근원적 해결 가능한 방안은 찾는 것이 본 보고서의 목적이다. 수요자와 공급자의 모럴 해저드를 줄이면서 동시에 의료서비스의 질을 높이는 그리고 동시에 재정안정을 도모할 수 있는 방안이 있는지 여부를 살펴보고자 한다.

### Ⅲ. 財政收支 分析

#### 1. 財政收支 現況

1995년 이후 최근까지 재정수지 현황을 살펴보고자 한다. 직장조합은 1997년 경제위기전까지 비교적 안정적 재정상태를 유지하였다. 그러나 1997년을 기점으로 매년 당기적자로 돌아서 2조원을 상회하던 누적적립금이 2000년말 현재 약 1조 8200억원으로 감소하였다. 경제위기 때문에 많은 사람이 실직으로 인한 지역조합으로의 이동이 있었고 실소득의 감소로 보험료 수입의 증가 속도가 둔화되었다. 지난 5년간 보험료수입의 증가율은 약 7.6%에 머무르고 있다. 보험료수입 둔화의 이면에는 건강보험의 완전통합이 존재한다. 상대적으로 안정적이던 직장의 각 개별 조합이 통합을 대비하여 보험료 인상을 주저하였던 것이다. 반면에 보험급여비는 실질소득의 감소와 상관없이 지속적 증가를 보여 과거 5개년 평균 약 18.3% 증가를 보여왔다. 총지출과 수입의 약 75%를 차지하는 보험급여비와 보험료수입의 증가율이 현격한 격차를 보였기 때문에 1997년 이후 당기 적자로 돌아선 것이다.

지역조합은 지속적으로 재정불안상태를 유지해오고 있다. 지난 5개년 수입의 평균증가율이 13.5%인데 반해 총지출은 년 평균 약 17% 증가하였다. 지역의 경우 보험료수입은 약 17.7% 증가한데 반해 총수입의 한 부분을 담당하는 국고지원 규모가 연평균 11% 증가하는 데 그쳐 재정불안의 원인을 제공하고 있다. 급여비 역시 직장조합과 비슷하게 연평균 18% 증가하여 왔다. 1997년 보험료의 대폭인상에 따라

당기흑자를 보이기도 했으나 지속적으로 적자를 보이고 있어 1999년 말 현재 누적적립금이 331억원에 불과해 겨우 1달 급여비에도 못미치는 실정이다.

공교공단 또한 재정상태가 매우 불안한 데 보험료수입 증가율이 보험급여비 증가율에 미치지 못하기 때문이다. 1999년 보험료를 대폭 65% 인상하여 당기 적자를 간신히 면하였으나 2000년 말 현재 누적적립금은 382억원에 불과하여 1달 급여비에도 미달하고 있다.

한가지 흥미로운 사실은 IMF 경제위기이후 그 동안 급격한 증가를 보이던 보험급여비가 다소 완만한 상승세로 돌아섰다는 것이다. 이는 경제위기 이후 직장가입자들의 실직위험에 대비한 준비 및 실임금의 감소, 지역가입자들의 전반적인 소득감소와 밀접한 관련이 있는 것으로 추정된다. 다만 '98년 공·교공단의 경우 과거에 비해 다소 높은 증가율을 보이고 있는데 이는 공·교공단의 특성상 직업의 상대적인 안정성, 타 조합으로부터 부양가족 형태로의 편입 등이 주된 이유로 여겨진다.

'98년 이후 보험급여비 증가세가 다소 완화되었다고 하나 이러한 추세가 유지될 경우 2000년말에는 건강보험의 총 누적적립금이 1조 원에도 못 미치어 2달간 보험급여비에도 미달할 만큼 보험재정이 극도로 불안정한 상태에 도달할 것으로 추정된다.



〈表 III-1〉 財政收支 現況

(단위: 10억원, %)

구 분	'95	'96	'97	'98	'99	증가율	
총수입	5,614	6,631	7,440	7,995	8,300	0.10	
총지출	5,076	6,464	7,681	8,552	9,167	0.16	
직 장	수입	2,337	2,704	2,884	3,038	3,121	0.07
	보험료수입	1,802	2,085	2,299	2,220	2,501	0.08
	지출	1,992	2,555	3,112	3,425	3,696	0.17
	보험급여비	1,494	1,879	2,143	2,426	2,920	0.18
	잉여금	345	149	-227	-383	-575	-0.47
	누적적립금	2,450	2,608	2,503	2,262	1,745	-0.07
지 역	수입	2,498	2,983	3,732	4,204	4,078	0.13
	보험료수입	1,324	1,576	2,023	2,155	2,527	0.17
	국고지원	755	872	995	1,076	1,166	0.11
	지출	2,365	3,017	3,602	4,077	4,406	0.17
	보험급여비	2,025	2,545	2,936	3,401	3,927	0.18
	잉여금	133	-34	129	-157	-328	-1.79
공 교	누적적립금	967	817	886	728	400	-0.17
	수입	779	944	824	753	1,101	0.11
	보험료수입	474	514	556	633	1,078	0.25
	지출	719	892	967	1,050	1,065	0.10
	보험급여비	503	652	734	929	992	0.18
	잉여금	60	52	-143	-320	36	-0.93
누적적립금	702	580	397	77	113	-0.20	
잉여금합	538	167	-241	-860	-867	-0.13	
누적적립금합	4,119	4,005	3,786	3,067	2,257	-0.13	

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

## 2. 項目別 增加寄與度 分析

앞 절 재정수지 현황에서 지적했듯이 재정수지 악화요인은 보험급여비의 급증이다. 따라서 아래에서는 급여비를 구성하는 적용대상자 수, 수진율, 건당진료비 등을 항목별로 구분하여 각각이 급여비 증가에 미치는 정도를 검토하고자 한다.

보험급여비 증가요인 중 건강보험 대상자 증가는 직접적인 영향을 미치는 요인이다. '99년 현재 우리나라 건강보험대상자는 4517만명으로 연평균 약 0.65%씩 증가한 것으로 나타났다. 건강보험대상자의 종별구성은 '99년 기준으로 공무원·교직원이 486만명으로 10.76%를 차지하며, 지역가입자가 2347만명으로 51.96%, 직장가입자가 1685만명으로 37.3%를 차지하고 있다. 특히 최근의 경제위기 이후 직장가입자의 수가 상대적으로 줄어들었다. 건강보험대상자는 정부에서 책정하는 국민기초생활보장법 수급대상자 및 인간문화재 등 의료보호대상자의 수에 영향을 받겠으나 인구증가율이 1% 이내로 억제되고 있는 상황 이므로 앞으로 급여비 증가에 크게 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 다만 적용인구 구성 중 노인인구의 비율이 급증하고 있는데 이는 보험급여비 증가와 밀접한 관련이 있다. 이에 대한 구체적인 분석은 다음 장에서 하기로 한다.

〈表 III-2〉 對象者 增加

(단위: 천명, %)

	1995	1996	1997	1998	1999	증가율
공 교	482	488	494	495	486( 10.76)	0.20
지 역	2,246	2,269	2,289	2,380	2,347( 51.96)	1.124
직 장	1,674	1,703	1,710	1,579	1,685( 37.30)	0.16
계	4,402	4,460	4,493	4,454	4,517(100.00)	0.65

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

'95년부터 '99년까지 건강보험대상자의 수진율은 연평균 8.7%씩 증가하였는데 입원이 5.8%, 외래가 8.79%씩 증가하여 외래 수진율이 수진율증가를 주도하고 있다. '95년에 비해 '96년에 수진율이 급격히 증가한 후 IMF경제위기 이후 수진율의 증가속도가 다소 감소하는 듯 하였으나 '99년에는 전년대비 15.41%가 증가하여 다시 급격히 증가하

는 경향을 보이고 있다. '95년에 비해 '96년에 급격히 증가한 것은 급여기간의 연장과 노인, 장애인에 대한 급여제한 철폐 등 급여정책의 변화 등에 기인한 것으로 판단된다.

〈表 III-3〉 受診率 増加

(단위: 회, %)

	1995	1996	1997	1998	1999	증가율
입원	0.08	0.08( 5.19)	0.09(4.94)	0.09(2.35)	0.09( 9.20)	5.84
외래	4.38	4.88(11.34)	5.11(4.77)	5.13(0.31)	5.93(15.52)	8.79
계	4.46	4.96(11.23)	5.20(4.78)	5.22(0.35)	6.02(15.41)	8.74

註: ( )안은 전년대비 증가율

건당진료비는 지난 5년간 연평균 9.58% 증가한 것으로 나타났다. 이처럼 건당진료비가 급격히 증가한 이유도 외부적인 정책적 요인과 자연증가요인이 작용한 결과로 보인다. 즉, 보험수가의 인상에 의한 내원일당 진료비 증가와 만성질환의 증가 등으로 인한 자연증가 등에 기인한 것으로 판단된다. 진료형태별로 살펴보면 입원이 '95년 64만원에서 '99년 91만원으로 증가하여 연평균 10% 이상을 증가하였고 외래는 약 9.18% 증가하였다. 입원증가율이 외래증가율보다 높은 이유는 수가인상이 외래보다 입원에 더 큰 영향을 미치고 수가항목과 가중치 또한 입원에 더 큰 영향을 미치는 것으로 판단된다.

〈表 III-4〉 件當診療費 増加

(단위: 원, %)

	1995	1996	1997	1998	1999	증가율
입원	646,043(100)	747,596(116)	793,966(123)	881,020(136)	911,099(141)	10.25
외래	20,380(100)	22,757(112)	24,520(120)	27,502(135)	27,865(137)	9.18
계	31,589(100)	35,087(111)	37,412(118)	41,756(132)	42,434(134)	9.58

註: ( )안은 '95년 100기준 상대지수

〈表 III-5〉 給與費 增加

(단위: 10억원, %)

1995	1996	1997	1998	1999	증가율
39,394	49,484(25.61)	57,504(16.21)	65,713(14.28)	77,783(18.37)	24.362%

註: ( )안은 전년대비 증가율

보험급여비 증가 기여도를 파악하는 데 중요한 것은 각 요인을 상호 독립적인 상태에서 파악해야하나 급여기간의 연장, 고가장비 보험 급여, 노인의료비 증가, 만성퇴행성 질환의 증가 등은 상호 독립적이지 못하기 때문에 각 요인별로 세분화 하여 급여비 증가 기여도를 파악하기 어렵다. 따라서 본 보고서에서는 급여비 증가에 영향을 미치는 직접적이고 상호 독립적인(각 요인간에 관련이 없는) 변수로 1) 건강보험대상자 증가, 2) 수진율 증가, 3) 수가 인상, 4) 기타요인으로 구분하여 증가 기여도를 파악하였다.

'95년 이후 보험급여비 연평균 증가율 24.36%의 요인별 기여도를 분석한 결과는 아래와 같다.

- ① 건강보험대상자가 매년 0.65%씩 증가하여 급여비 증가에 2.68% 기여
- ② 수진율이 매년 8.7%씩 증가하여 급여비 증가에 35.89% 기여
- ③ 수가가 매년 5.07% 인상되어 급여비 증가에 22.68% 기여
- ④ 기타 요인 역시 8.45% 발생하여 급여비 증가에 38.75% 기여

국민건강보험공단의 보고서에 의하면 지난 10년간 분석에서 기타요인이 약 4.7%를 구성하고 있었으나 이번 분석에서는 8.45%로서 거의 배가 증가하였다. 이는 보험급여비 증가요인으로 눈에 보이지 않는 것들의 영향력이 증대하고 있음을 보여주는 것이라 하겠다. 즉, 수진 강도가 높아졌다거나 약제비 등의 원인이 계속 증대하고 있음을 보여

주고 있다.

〈表 III-6〉 保險給與費 增加 寄與度

(단위: %)

항 목	기여도
수 가	22.68
대상자	2.68
수진율	35.89
기 타	38.75
계	100.00

## IV. 保險給與費 增加要因 分析

### 1. 診療費 增加推移 分析

우리나라에 의료보험이 도입된 이래 재정의 건전화 정도가 의료보험의 성패를 가르는 지침처럼 간주되어 왔다. 모든 문제의 근거에는 재정의 안정성 여부가 자리잡고 있는 것이다. 특히 1990년대 중반 이후 감당키 어려운 만큼의 재정압박은 그 핵심요인인 진료비 급증원인이 어디에 있는지 분석의 시급함을 보여주고 있다. 따라서 아래에서는 최근의 진료비 급증추이를 타지표와 함께 비교하여 분석하기로 한다.

외환위기로 경제상황이 최악의 상태에 달했던 1998년도에도 진료비 증가추세는 꺾이지 않았다. 1998년도 0.83%의 감소를 나타낸 국내총생산(GDP)에 비해 약국을 포함한 전체진료비는 13.19%나 증가하였다. 반면 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 GDP과 비교할 때 진료비의 증가속도는 일반 산업분야에 비해 상대적으로 높은 수치이다.

〈表 IV-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
국민의료비(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』, 각 연도.

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. 마찬가지로 진료비의 연평균 증가율에서 수가수준 증가율을 제하면 실질 진료비의 증가율은 8.86%로 간주될 수 있다.<sup>1)</sup> ‘기여율’ 개념으로 물가상승은 GDP상승의 49%를, 수가상승은 진료비 상승의 45%를 점한다.

1) 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 IV-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』, 각 연도.  
 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 증가율이 GDP 성장률을 초과하고 있다는 사실을 확인하는 것에 그치기로 한다.

진료비 규모를 결정하는 첫 번째 요소는 적용인구수이다. 특히 건강보험이 확대 일로에 있을 때에 적용 대상인구의 확대는 진료비 절대규모가 증가하게 되는 일차적 요인이 된다. 그러나 1989년도에 전 국민 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



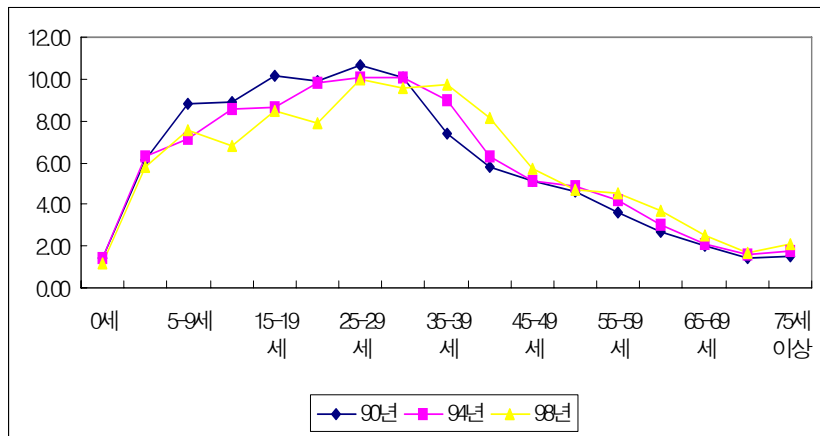
없는 현 단계에서 연령은 질병발생 확률과 그에 소요되는 진료비 규모를 통계적으로 특징짓는 가장 설득력 있는 설명변수라 할 수 있다.

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.

아래 그림은 4년마다의 연령별 적용인구 분포 변화를 보여주고 있다. 이 그림에서 알 수 있듯이 향후 적용인구의 분포는 점차 장노년층의 비중이 점증할 것임을 시사하고 있다.

[圖 IV-1] 年 齡 別 適 用 人 口 構 成 比 變 化 推 移

(단위: %)



1990년도에 72,667원이었던 적용인구 1인당 진료비는 1998년도에는 3배가되어 218,202원에 달하고 있다. 또한 급여비 및 법정 본인부담금

도 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 IV-3〉 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』, 각 연도.

적용인구 1인당 진료실적에 의하면 1995년을 기점으로 진료비의 궤적이 체증하는 것을 발견할 수 있다. 다각적인 급여범위의 확대가 그 해에 이루어졌다는 점을 감안하면 당연한 결과로 이해될 수 있다. 1991년도에 급격히 증가했으나 이해를 정점으로 1994년까지 점차 증가세가 둔화되던 적용인구 1인당 진료비는 1995년에 들어 급격히 증가하였다. 그러나 다시 증가율은 1996년에 최고치를 기록하고는 감소 추세로 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.

〈表 IV-4〉 適用人口 1人當 診療實績 增加率

(단위: %)

연도	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』, 각 연도.

적용인구 1인당 진료일수의 지속적인 증가세의 대부분은 투약일수에 의해 주도되고 있다.

〈表 IV-5〉 適用人口 1人當 診療日數

연도	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』, 각 연도.

입원의 경우에는 내원일수가 등락을 보이거나 전반적으로는 감소추세

에 있다고 볼 수 있다. 반면 투약일수는 증가추세를 보인다. 현격한 변화는 외래에서 발견된다. 즉, 내원일수는 완만한 증가세를 보이는 반면 투약일수는 급격히 증가하고 있다.

〈表 IV-6〉 適用人口 1人當 診療日數 増加率

(단위: %)

연도	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』, 각 연도.

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

진료비는 적용인구, 건당진료비 그리고 수진율의 곱으로 보다 세분화할 수 있다. 적용인구는 앞에서 논의하였고 수진율 및 건당진료비에 대하여 세부적으로 검토하고자 한다. 적용인구 1인당 진료건수를 의미하는 수진율은 일반적으로 의료보험과 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 IV-7〉 受診率 및 增加率 推移

(단위: %)

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』, 각 연도.

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 자료

의 확보를 통해서만이 판단될 수 있을 것으로 보인다.

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

〈表 IV-8〉 件當診療費 變化推移

(단위: 원)

연도	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』, 각 연도.

위 표에서 보듯이 연평균 증가율을 기준으로 입원의 건당진료비 증가율이 외래의 경우를 훨씬 상회한다. 특이한 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 IV-9〉 件當診療費의 構成項目別 增加率 推移

(단위: %)

연도	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』, 각 연도.

연령별 수진율 및 건당진료비의 추이는 인구구조 변화에 따른 진료비의 변화를 예측하는 데 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. 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. 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.

## 2. 給與費 增加要因 分析

### 가. 受診率

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

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

(단,  $\sum_{i=0}^k n_i$ ; 총진료건수,  $\sum_{i=0}^k p_i$ ; 총인구수,  
 $n_i$ ; 진료건수,  $p_i$ ; 인구수)

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 중심으로 오른쪽으로 치우쳐 왼쪽으로 긴 꼬리를 갖는 것으로 파악될 수 있다. 즉, 다음과 같이 정의되는 비대칭계수(coefficient of skewness:  $C_s$ )의 값이 점차 감소한다.

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

이 때,  $\mu$  = 평균,  $M_e$  = 중앙값,  $\sigma$  = 표준편차.





주될 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 IV-11〉 年度別 本人負擔率<sup>1)</sup>

(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) 약국 제외  
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

연차적으로 낮아지고 있는 사후적 본인부담률이 수진율 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.

#### 나. 醫療保險 酬價

행위별 수가제가 적용되고 현 상황에서 진료수가의 조정은 건당 진료비의 강력한 통제수단의 하나로 간주될 수 있다. 1990년이래 1998

년까지 진료수가는 전부 10회에 걸쳐 인상되었다.

〈表 IV-12〉 診療酬價指數와 物價指數

(단위: %)

연도	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000				
시행월일	2.1	7.1	4.1	3.1	8.1	4.1	12.10	-	1.6	9.1	7.1	11.15	4.1	7.1	9.1
인상률	7.00	8.00	5.98	5.00	5.80	5.8	11.82	-	5.0	9.0	3.5	12.8	6.0	9.2	6.5
수가지수 <sup>1)</sup>	100.0	104.6	112.9	119.9	123.8	134.8	151.3	163.6	176.2	181.0	195.1				
적용범위 <sup>2)</sup>	67.5	66.2	65.0	64.4	63.8	63.4	63.1	61.4	57.9	57.6					
물가지수 <sup>3)</sup>	100.0	109.3	116.2	121.8	129.3	135.1	141.8	148.1	159.2	161.1					

註: 1) 시행월을 감안하여 지수화 한 것임.

2) 진료비의 4대 분류상 의료보험수가에 영향을 받는 '기본진료료'와 '진료행위료'의 비중을 의미하며, '91, '93, '95, '99년도는 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 진료수가 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 수가적용범

위의 축소로 인해 건당진료비 인상효과에는 그리 큰 비중을 차지하지 않았으리라는 추론을 가능케 한다. 보다 세부적인 분석을 위해 건당 진료비( $e$ )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( $\pi$ )’는  $\frac{p^a q^a}{e}$ 로 정의될 수 있다. 1990년도와 1998년도의 실제치에 표본조사 결과치인  $\pi$ 를 적용하여 다음과 같은 결과를 얻을 수 있다.

〈表 IV-13〉 醫療保險 酬價關聯 結果值

구분	$e$	$p^a q^a$	$p^a$	$q^a$	$\pi$	$p^b q^b$
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  $\pi$ 의 9.6% 포인트 감소는 수가지수의 76.2% 증가에도 불구하고, 해당 투입요소량이 12.5% 감소하여  $\pi$ 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 수밖에 없음을 시사하는 것이다.

약가 및 재료대의 가격구조를 지수화 할 수 있는 기초자료가 확보되지 않은 현실점에서  $p^b q^b$ 를 분해하고, 개별 변수의 연차적 변화를 살펴보고, 분석하기는 어렵다. 의료보험 수가를 총체적으로 분석할 수 있는 여건조성은 더욱더욱 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 IV-14〉 4대 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 IV-15〉 4大 分類別 件當金額 및 增加率

(단위: 원, %)

연도	계	증가율	기 본 진료료	증가율	진 료 행위료	증가율	약제비	증가율	재료대	증가율
1990	23,155		7,339		8,311		6,428		1,077	
1991	25,058	8.22	7,682	4.67	8,916	7.27	7,319	13.86	1,142	6.04
1992	26,961	7.59	8,024	4.46	9,520	6.78	8,210	12.17	1,207	5.69
1993	28,637	6.22	8,228	2.54	10,210	7.24	8,926	8.71	1,274	5.55
1994	30,312	5.85	8,432	2.48	10,899	6.75	9,641	8.02	1,341	5.26
1995	33,651	11.01	9,304	10.34	12,034	10.41	10,576	9.69	1,737	29.53
1996	36,988	9.92	10,176	9.37	13,169	9.43	11,510	8.84	2,133	22.80
1997	37,683	1.88	10,637	4.53	12,506	-5.03	12,259	6.51	2,280	6.89
1998	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)

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 해

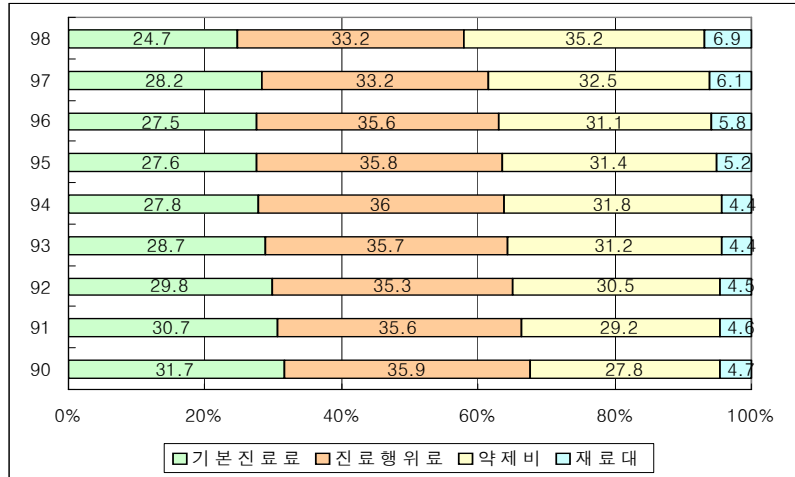
당 항목의 요소투입량의 증가를 반영한다고 간주할 수 있을 것이다.

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.

진료항목별 금액의 구성비로써 요소투입비율을 가늠할 수 있다. 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. 아래 그림은 이를 확인시켜 준다. 전체적으로 기본진료료의 비중은 현저하게 줄어들고, 이에 대응하여 약제비와 재료대의 비중이 현저하게 증가하고 있음을 알 수 있다.

[圖 IV-2] 4大 分類 診療項目別 金額構成比(全體)<sup>1)</sup>



註: 1) '91, '93, '95년도는 추정치임.  
 資料: 의료보험연합회, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.  
 \_\_\_\_\_, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.  
 보건복지부, 내부자료, 1999.

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 IV-16〉 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』, 각 연도.

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 주도되고 있다. 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.

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 IV-17〉 件當診療日數 増加率

(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』, 각 연도.

이러한 진료행태의 변화는 수가를 통한 진료비의 통제노력이 제 기능을 발휘하지 못하게 하는 원인 중 하나로 작용하고 있으며, 이러한 사실은 향후 건강보험 정책의 설계에 있어서 반드시 숙고되어야 할 사안이다.

#### 다. 給與範圍의 擴大

진료비는 의료보험의 기전을 통해 지급되는 의료비의 한 부분이기 때문에 보험급여의 범위 확대는 곧바로 진료비의 증가로 나타나게 된다. 아래표는 주요 급여기준 조정내역을 보여준다. 그러나 조정내역이 명료하다 해도 보험급여의 확대에 의한 진료비의 증가는 단순하게 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 과급효과는 훨씬 크게 보아야 할 것이다.

〈表 IV-18〉 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 <sup>1)</sup>
1993	· 의료보험료 납부자 입원 3일 이내 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	· 자격상실 후 요양급여기간 3개월 → 6개월로 연장 · 분만비 지급기준 상향: 초산 66,000원, 경산 61,000원 · 내시경하 미세추간판 절제술 <sup>1)</sup>
1996	· 분만비 지급기준 상향: 초산 70,000원, 경산 65,000원 · CT 보험급여 실시 <sup>1)</sup> · 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(지체장애이용 지팡이, 시각장애인 안경, 청각장애인 보청기, 인공후두)
1998	· 휠체어, 목발, 맹인용지팡이
1999	· 의수족, 보조기, 상하의지, 의안
2000	· 급여기간 제한 완전철폐(365일 가능)

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.

#### 라. 醫療供給

완전경쟁시장의 경우 공급이 증가하면 균형가격이 하락하고, 균형소비량이 증가하는 것으로 알려져 있다. 그러나 의료시장은 완전경쟁시장도 아니며, 수요자와 공급자간의 정보의 비대칭(asymmetric information)이 일반적 가정으로 받아들여지고 있다. 더욱이 의료시장은 공급자유인수요(supplier induced demand)가 가능하기 때문에 공급자들이 목표소득(target income)을 달성하려고 한다는 가설을 세울 수 있게 한다.

의사수의 증가는 소비자들의 의료서비스 접근도를 높여 수진율을 증가시키기도 하지만, 개별의사들은 목표 소득을 달성하기 위하여 공급자 수의 확대에 상응한 행동양식 즉, 이윤동기적 진료행태를 보일 것이다 라는 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 우리 나라 의료시장의 공급규모를 결정짓는 것으로 간주하기로 하면, 아래표로부터 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 IV-19〉 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
병 <sup>1)</sup> 원	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
의 <sup>1)</sup> 원	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: 1) 병원은 일반병원, 치과병원, 한방병원의 합, 의원은 일반의원, 치과의원, 한방의원의 합임.  
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

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 증가추세를 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 IV-20〉 醫療機關當 醫師數와 病床數 變化

(단위: 개소, 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』, 각 연도.

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 449.5병상을 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 아래표가 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, 의료전달체계상의 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 IV-21〉 醫療機關當 診療件數

(단위: 건, %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	연평균 증가율
총 계	종합 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	종합 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	종합 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: ( )안은 전년대비 증가율

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

지속적인 의사수의 증가는 수요증가를 전제로 하지 않는 한 ‘지속성’을 유지할 수 없고, 의료분야에 있어서의 수요는 진료건수가 일차적 의미를 갖는다. 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 보여 준다.

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, 적어



도 진료건수를 기준으로 할 때, 목표소득 가설은 채택될 가능성이 높다. 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 IV-22〉 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』, 각 연도.

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 IV-23〉 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』, 각 연도.

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.

#### 마. 醫療利用 行態

대형 의료기관의 집중현상은 그 자체가 소비자의 선호를 반영하나 재정적 측면에서는 단위당 진료비 증가 현상이기도 하다. 1998년도를 기준으로 전체 진료건수의 9.4%를 차지하고 있는 종합병원이 진료비의 43.9%를 점하고 있다는 것은 의료기관당 건당진료비의 차이를 말해 주는 것이나 문제는 진료건수의 연평균 증가율에 있어서 종합병원이 8.72%로 가장 높다는 사실이다. 이는 대형의료기관을 선호하는 추세를 반영한 결과로서 의료전달체계를 전면적으로 재검토해야 할 것이다.

#### 바. 疾病構造

악성신생물, 당뇨병, 정신장애 등 만성퇴행성 질환의 건수 및 진료비의 연평균 증가율이 각 11.6%, 20.5%로서 전체 평균인 7.4%, 16.3%를 상회하고 있다. 중요한 사실은 수가인상률이 가장 높았던 1995년도와 외환위기 직후인 1998년의 건당진료비 증가율이 만성퇴행성 대부분 질환에서 가장 높게 나타났다. 이는 진료수가의 영향에 다빈도 질환은 민감하고, 재정보전의 유인과 가능성 또한 이들 질환에서 높다는 사실을 말해준다.

## V. 外國의 醫療費 抑制 對策<sup>2)</sup>

### 1. 프랑스

의료억제 대책에도 불구하고 1970년대에서 1980년대 전반까지 프랑스의 의료비는 연평균 두자리수 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, '80년대는 의료공급에도 타격을 맞추었고, '90년대에 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 점하

2) 외국의 의료비 억제 대책은 「외국의 건강보험제도 비교조사」, 국민건강보험공단, 2000, 「Missoc-Social Protection in the Member states of the European Union」, European Commission, 1998, 문명순 「주요국의 건강보험동향」, 국민건강보험공단, 2000, 「건강보험재정설계 연구」, 국민의료보험관리공단, 서울대학교 의과대학, 2000년을 발췌·요약한 것임.

던 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 일액방식을 채택하고 있는 사립병원의 경우 수술과 관련된 의료비 증가가 여전하였다(프랑스 병원의 대부분은 공립병원이고 사립병원은 외과 및 산부인과 등 전문분야에 한정되어 있음). 또한 외래 진료는 성과불 방식으로서 직종별로 협약을 체결 진료행위의 상대가 차별 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 중반 이후 정부의 의료비 억제대책은 아래 표와 같다.

〈表 V-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 V-1〉 계속

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

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 관

한 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 바라들 개혁과 '95년 쥐폐개혁을 들 수 있다. 바라들개혁에서는 의사의 진료지침기준에 의거 위반시 벌금이 부과되도록 되어 있었다. 그러나 의사에 대한 심리적 효과만 있어 재정억제에는 큰 효과가 없었다. 따라서 쥐폐개혁은 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. 목적세의 종류로 알콜소비세, 담배소비세, 의약품광고세, 자동차보험세, 소득에 대한 1% 추가세 등이 도입되었다. 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. 수입전체에 대해서는 총 수입면에서 '96년도 증가율이 2.2%인데 반해 '97년은 2.6%이었

다. 이는 보험료율이 8.2%에서 8.5%로 인상되어 약 1,050억 엔의 추가 수입에 있었기 때문이었다. 보험료율의 인상에도 불구하고 수입증가율의 상승률이 상대적으로 낮았던 이유는 버블경제 붕괴이후의 장기 불황으로 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 개정 에 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 4218억엔에서 '97년에는 5조 9969억 엔이 되어 약 5751억엔이 증가하였다. 보험급여비는 '93년 4조 3179억엔에서 '97년 4조 5755억엔으로 증가하였다. 정부관장 건강보험은 1992년도부터 5년간 수지를 조정할 목적으로 중기재정방식을 도입하여 1조 5000억엔을 원본으로 하는 사업운영안정자금을 도입하였다. 그러나 계속된 적자 때문에 '97년에 2년의 기간을 정하여 제2차 중기재정운영방식을 도입하였고 '99년부터 2000년까지에 대해서도 제3차 기금을 도입하여 재정위기에 대처할 것을 결정하였다.

〈表 V-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
	국 고 보 조	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



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.

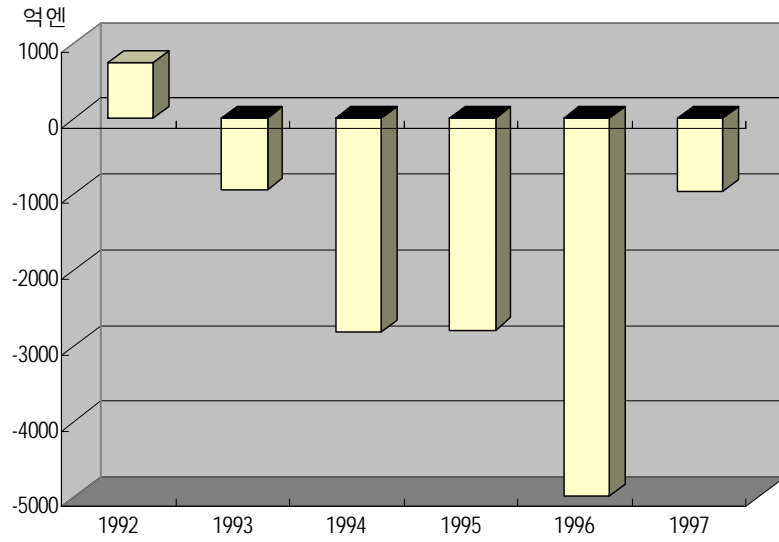
이러한 재정불안의 요인으로 첫째 인구의 고령화 문제가 제기되고 있다. 1995년기준 진료일수 및 약가기준 개정에 따른 영향은 총재정의 0.8%의 증가효과를 갖는 반면 인구고령화에 의한 영향은 1.5%에 이르는 것으로 추정되었다. 둘째, 의료제도 자체로부터 파생되는 문제점이다. 행위별 수가제하의 과잉공급, 부당청구에 의한 낭비, 중복수진 등 의료수요의 남용, 생활의 일부로서 병원·입원, 부정적 의약분업 때문에 파생하는 고가약품의 남용 등이 의료제도 자체로부터 야기되는 재정불안 요인들로 간주되고 있다. 셋째 경제성장의 정체로 말미암은 수입증가의 둔화 문제이다.

〈表 V-3〉 各 醫療保險制度의 財政現況(經常收支)

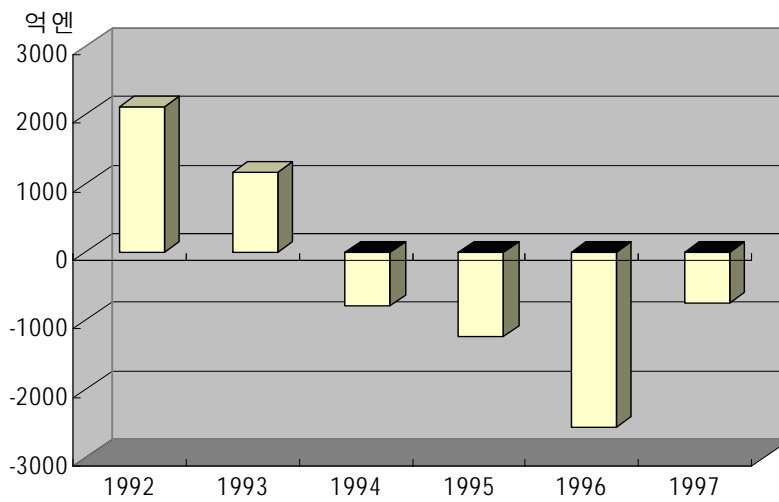
(단위: 억엔)

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		

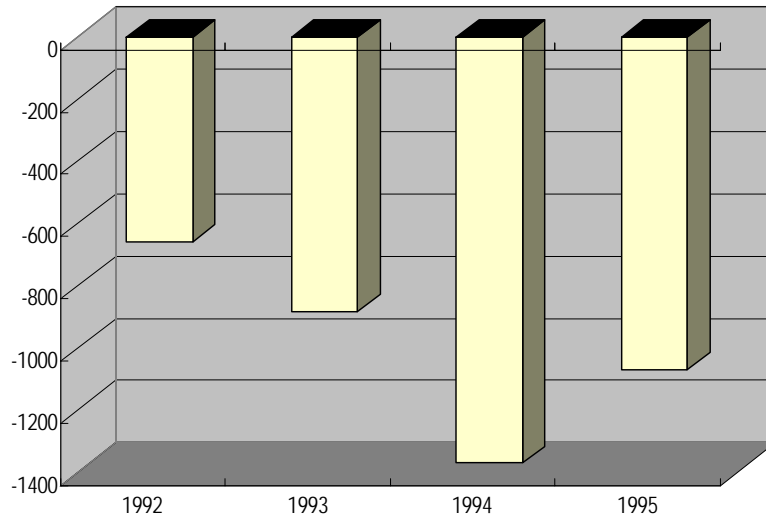
[圖 V-1] 政府管掌健康保險



[圖 V-2] 組合管掌健康保險



[圖 V-3] 國民健康保險(市政村)



이런 재정불안문제를 타파하고자 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 감소등 공급체계의 합리화, 보험자기능의 강화, 급여부담의 공평화를 통한 환자부담의 재검토 등 거시적 관점에서의 제도개혁 방향이 주류를 이루고 있다.

1997년 8월에 제시된 후생성의 안은 질높은 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 정률 본인부담 등이 고려되고 있고 보험료는 피용자, 사업주가 동일하며 국고는 본인의 보험료와 동액을 부담하는 것으로 되어 있다. 제2안은 현행대로 피용자보험과 국민건강보험의 2원체제를 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, 약가제도의 개혁, 신진료보수체계의 구축, 고령자의료보험제도의 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 보건 의료시스템의 구축 등이 제시되었다. 질병예방, 건강증진에서 치료까지를 포함한 70세 이상의 고령자 의료보험제도의 창설은 고령자의 보험료와 정률의 본인부담, 약 30~40%의 국고보조, 세대간 지원 등으로 비용충당하기로 되어 있다. 1998년 의료비 억제 대책으로 급여범위의 축소와 본인부담금의 인상, 약가의 본인부담금 인상을 들 수 있다. 둘째, 진료보수 지불방식을 재검토하여 2000년부터 포괄수가제의 도입을 검토하고 있다. 셋째, 장기적으로는 총예산제를 도입하여 의료비용의 총량규제를 계획하고 있다. 세부적으로 증상안정기에 정액 지불제도 도입, 고액 요양내의 보수지불 제한, 약가차익 해소를 위한 참가가격제도 등을 검토하고 있다. 끝으로 새로운 고령자 의료제도를

확립하여 고령자에게도 보험료를 소득에 따라 10~20% 정률 부담하도록 했다.

### 3. 獨逸

독일의 의료보험 재정수지를 살펴보면 '89년 의료구조법에 의해 보험급여비가 전년도 대비 다소 하락하였으나 그 효과는 1년여 밖에 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. 의료비 억제를 위한 구체적 내용으로 고가의의료장비 수의 억제, 개원의 수의 억제, 서비스양에 따른 본인 부담금의 비율인상, 초과부문의 급여제외 등이 도입되었다. 보험료를 안정시키고 비용을 억제하기 위한 2000년 의료보장 개혁의 핵심사

항은 아래와 같은 4가지 관점에서 이루어졌다.

#### 가. 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.

#### 나. 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.

#### 다. 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 가

정의를 통해 전문의에게 가는 것은 경제적, 시간적으로 이중의 부담을 내포하고 있기도 하다.

#### 라. 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.

### 4. 네덜란드

최근 네덜란드의 보건의료비 지출은 지속적으로 성장되었다. 그러나 비교적 양호한 편으로 1994~1998년간 전체 의료비 성장률은 연평균 1.3%로 억제하여 왔다. 매년 지출 상한선을 설정하였으나 법적 구속력이 없어 강제 적용될 수는 없었다. 질병기금 예산제는 나이, 성, 지역 및 고용상태 기준을 포함한 인두제 형식이었다. 구체적 비용 절감 내용에 대해서 알아보기로 한다.

#### 가. 病院 豫算制

의료 총비용을 억제하기 위하여 병원별 예산제도가 1983년 도입되었는데 이 예산제도의 핵심은 똑같은 과업을 수행한데 대해서 똑같은 예산을 배정 받아야 한다는 것이다. 이러한 제도의 시행으로 병원간 예산의 이동은 일어났으나 최종지출은 비교적 예산에 준하는 정도로 억제되었다.



〈表 V-4〉 病院 서비스 豫算 및 病院支出

(단위: 백만 NLG)

	병원서비스 예산	병원지출
1983	8,812	8,874
1988	9,457	9,439
1990	10,434	10,660
1992	11,778	12,148

## 나. 서비스 제외(delisting of services)

1990년대 초반 네덜란드 정부는 보험재정의 안정을 도모하고자 몇 가지 서비스를 제외하였는데 미용성형수술, 대체의료, 17세 이상 성인의 치과서비스, 안경과 렌즈, 물리치료, 생체공학요법, 그리고 몇 가지 내과적 치료<sup>3)</sup>등이 포함되었다.

## 다. 본인일부 부담제도

가정요양, 요양원서비스, 양로원 거주 등에 대한 공동지불 외에는 네덜란드에서 본인일부부담제도가 중요한 요소가 되지 못하였다. 그러나 보험재정 보호를 위하여 의료보조기, 구급차 서비스, 의약품처방과 모성 보건서비스에 대하여 본인부담제가 도입되었고 1996년 이후부터는 가정요양에 대하여 50NLG, ZFW/WTZ 보험에서는 연간 200NLG, 기타 민간보험의 공제 등 공식적으로 본인부담제가 시행되었다.

## 라. 지불방법의 변화

1989년 의료전문직, 병원, 보험자 대표는 협정(FPA)에 합의하였는데 재정과 관련된 FPA의 내용의 혁신은 지출목표(target expenditure) 설정

3) 위암의 광범위한 수술, 하지 혈액순환 정지를 위한 전기자극, 관동맥차단을 위한 엑시머 레이저, 중성구 결핍증 및 발열 환자에서의 호르몬 성장치료, 자살시도 환자

이다. 지출이 일정수준을 넘어서면 과다 지출분야의 수가가 이듬해 삭감하게 된다. 이러한 방식은 서비스 증가가 소득증가와 직결되지 않으므로 의료공급을 임의적으로 증가시킬 유인을 제거하는 것이다. 그러나 지출목표 설정은 실제로 성공을 하지 못했다. FPA가 0성장을 목표로 한 반면 전문과목 서비스량이 전문의 숫자 증가와 더불어 연평균 6.3% 증가하였기 때문이다.

따라서 정부는 1995년 전문의와 병원에 대한 통합자본제도를 목표로 새로운 실험을 실시하는데 동의하였다.

#### 마. 의약품에 대한 지출통제

국가는 핵심의약품 목록을 가격과 함께 고시하고 지불되지 않는 목록도 함께 제시하여 가격경쟁을 통하여 가격을 낮추고 몇몇 의약품을 보험급여 범주에서 제외시켜 의약품에 대한 지출을 낮추는데 목표를 두었다. 그러나 처방당 의약품의 종류가 늘어나 정부는 이 제도를 철회하였다.

#### 바. 입원서비스의 외래서비스로의 대체

보건성은 병원입원을 제한하기 위하여 외래서비스와 가정요양서비스에 대한 재정을 확대하였다. 이러한 노력의 열매로 지난 10년간 입원서비스가 급속히 감소하였다. 병원평균 재원기간도 같은 기간동안 12.5에서 10.1로 떨어졌는데 이는 정부정책의 효과와 함께 의료기술의 변화를 반영하는 것이다.

### 5. 外國의 制度로부터 示唆點

위에서 언급된 4개국(프랑스, 일본, 독일, 네덜란드)은 우리나라와 유

사한 사회보험방식의 건강보험을 시행중인 나라이다. 따라서 정책의 시행이나 시행으로부터의 교훈 등이 우리나라와 많이 비슷할 것이다. 위 4개국은 공통적으로 심각한 재정문제에 봉착해 있다. 이는 NHS나 민간보험방식과 비교되어 논할 수 있는 것은 아니다. 다른 형태의 건강보험제도를 가지고 있는 국가도 재정문제에 직면하기는 마찬가지이기 때문이다.

위 4개국이 재정문제 해결을 위해 시도하는 정책은 여러 부문에서 공통점을 가지고 있다. 크게 나누어 지출의 억제를 위하여 소비자와 공급자들을 통제하는 또는 유인하는 정책을 실행하고 동시에 수입의 증가를 도모하고 있다. 소비자의 의료남용을 막기위하여 본인부담률을 도입하거나 그 비율을 높이고 있고 특히 일부서비스를 보험급여 대상에서 제외시키고 있다. 공급자측을 통제하기 위하여 예산제를 부분적으로 또는 전면적으로 도입하고 또는 진료지불수단에 변화를 모색하고 있다. 목적세의 도입도 수입원 확대를 위한 제도이며 의약품에 대한 통제는 지출억제를 위한 것이다. 이미 시행중인 제도들로 실패로 끝난 제도도 있고 일부 성공적으로 시행중인 것도 있다. 위 국가의 경험으로부터 분명한 시사점은 현재 우리나라의 지불방식인 행위별 수가제를 전면적으로 재검토해야 한다는 점이다. 위 4개국 모두 행위별 수가 방식하에서 총액예산제로 변화를 했거나 변화모색 중에 있다. 비용조장적인 행위별수가방식도 공급자들의 유인수요를 조장하고 있기 때문이다.

또 다른 시사점으로 현행방식에서 미시적 억제 정책은 그 효과가 제한적일 수밖에 없다는 점이다. 계속해서 새로운 방안들을 시행하고 있으나 뚜렷한 성과가 눈에 띄는 방안이 없다는 점이다. 즉, 건강보험체계의 전면적인 재검토가 요구되고 있다는 것이다.

## VI. 財政推計에 따른 財政展望

### 1. 向後 酬價 推移

$\text{적용대상자수} \times \text{수진율(총진료건수 / 적용대상자수)} \times \text{건당진료비}$ $(\text{수가, 진료강도, 진료일수}) = \text{의료보험 진료비} \dots\dots\dots ①$
$\text{의료보험진료비} \times \text{급여율} = \text{의료보험 급여비} \dots\dots\dots ②$

'90년대 이후 의료보험재정에 위기를 가져온 요인으로 크게 두 가지 측면이 부각되었다. 국민소득 증가에 따른 수요(수진율)의 급상승 그리고 보험공급측면에서의 건당진료비 급등이 그들이다. 위식 ① 에서 보듯이 수가는 건당진료비에 직접적으로 그리고 결정적으로 영향을 미친다. 그리고 건당진료비의 상승정도와 의료보험 재정안정은 밀접하게 연관되어 있다. 물론 수가의 통제가 총 급여비를 억제할 수 있지 않음을 앞에서 이미 검증하였지만 역으로 수가의 수준이 건당진료비에 결정적 영향을 미침은 부인할 수 없다. 그러므로 적정한 수가는 재정안정을 포함한 의료보험제도 전반에 상당한 영향을 미치게 된다.

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.

〈表 VI-1〉 酬價指數와 物價指數

(단위: %)

연도	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000				
시행월일	2.1	7.1	4.1	3.1	8.1	4.1	12.10	-	1.6	9.1	7.1	11.15	4.1	7.1	9.1
인상률	7.00	8.00	5.98	5.00	5.80	5.8	11.82	-	5.00	9.00	3.5	12.8	6.0	9.2	6.5
수가지수 <sup>1)</sup>	100.0	104.6	112.9	119.9	123.8	134.8	151.3	163.6	176.2	181.0	195.1				
물가지수	100.0	109.3	116.2	121.8	129.3	135.1	141.8	148.1	159.2	161.1					
건당진료비지수	100	105	113	119	126	136	151	161	180						

註: 1) 시행월을 감안하여 지수화한 것임.  
 2) 물가지수는 소비자물가지수(CPI)를 의미함.  
 3) 1999년 수가인상 분에서 의약품 관리료를 삭제할 경우 9%  
 資料: 의료보험연합회, 『'98 의료보험통계연보』, 1999.  
 \_\_\_\_\_, 『'94 진료행위별 청구경향조사』, 1995.  
 \_\_\_\_\_, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.  
 보건복지부, 내부자료, 1999.  
 통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999. 9.

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 포함해서 이다.

〈表 VI-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 '90년대 초반 건당진료비와 수가가 거의 같은 비율로 상승했다는 점이고 이 기간동안 의료보험의 재정은

대체로 안정적이었다는 것이다. 1995년 2번에 걸친 수가 인상 이후 보험재정이 갑자기 열악해졌다.

위에서 나열식으로 제기된 몇 가지 사실로 비추어 볼 때 향후 수는 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 초과이익의 동기를 발생시킬 여지를 제도적으로 없애야 한다. 반면 의료종사자에게도 실질 GDP 성장률에 상응하는 만큼의 소득을 보장해야 한다. 이는 수요측면에서 도출될 수 있는데 GDP가 상승하면 수진율이 증가한다. 의료종사자들의 실질소득 증가를 담보할 수 있는 길이다. 수리적으로 보면 아래와 같다.

$$\text{의료공급자의 적정이윤: } \Pi(t) = P \times Q \text{ ----- (1)}$$

(P: 수가를 포함한 의료가격지수, Q: 수진율 등을 포함한 진료빈도수)

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

$$\Pi(t+1) = P(1+p) \times Q(1+q) \text{ ----- (2)}$$

(p, q는 단위기간 동안 증가율)

식 (2)에서  $t+1$ 년에  $q$ 가 0이고  $p$ 가 물가인상률이라면 의료공급자의 실질소득은  $t$ 년의 그것과 같다.  $q$ 가 0보다 크다면  $QqP$ 만큼 실질소득이 증가한다. 실질소득의 증가는 그러므로  $q$ 의 크기에 달려있는 데  $q$ 가 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 VI-3〉 向後 酬價推移('90=100)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005
물가연동 수가지수	201	210	218	227	236	247
연평균 증가율이용 수가지수	207	255	272	290	310	331

## 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. 또한 앞에서 분석되었듯이 노령화 정도가 수진율에 절대적 영향을 미친다. 그러나 이러한 분석은 사후적 결과치고 미래의 값을 추정하는데 bias가 많이 나타난다. 이것은 우리나라 건강보험의 변수들은 일반적인 경향 이외에도 정책변수에 의해 다시 말하면 수진율이 공급자들에 의해 많은 영향을 받을 것이란 사실이다. 따라서 이러한 한계 때문에 과거 자료를 이용한 산술 평균방식을 사용할 수밖에 없고 이 방법 또한 정책변수의 변화에 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.



〈表 VI-4〉 受診率 現況(入院)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	0.303	0.298	0.331	0.345	0.34	0.371	0.356	0.347	0.349	0.58	1.78
1~4세	0.056	0.056	0.055	0.064	0.063	0.069	0.076	0.083	0.083	0.00	5.04
5~9세	0.029	0.026	0.026	0.031	0.031	0.029	0.031	0.043	0.035	-18.60	2.38
10~14세	0.019	0.018	0.019	0.019	0.021	0.021	0.023	0.028	0.025	-10.71	3.49
15~19세	0.025	0.025	0.027	0.026	0.027	0.03	0.032	0.035	0.035	0.00	4.30
20~24세	0.074	0.071	0.075	0.07	0.067	0.07	0.071	0.071	0.071	0.00	-0.52
25~29세	0.116	0.122	0.129	0.122	0.123	0.127	0.127	0.129	0.13	0.78	1.43
30~34세	0.058	0.061	0.066	0.067	0.07	0.075	0.08	0.087	0.085	-2.30	4.89
35~39세	0.044	0.045	0.048	0.049	0.051	0.055	0.059	0.063	0.065	3.17	5.00
40~44세	0.048	0.051	0.052	0.053	0.053	0.057	0.061	0.064	0.065	1.56	3.86
45~49세	0.061	0.062	0.064	0.062	0.063	0.07	0.075	0.076	0.079	3.95	3.28
50~54세	0.073	0.074	0.076	0.08	0.081	0.091	0.092	0.096	0.095	-1.04	3.35
55~59세	0.082	0.087	0.092	0.095	0.096	0.109	0.112	0.114	0.124	8.77	5.31
60~64세	0.097	0.102	0.107	0.111	0.113	0.125	0.132	0.14	0.147	5.00	5.33
65~69세	0.11	0.117	0.123	0.129	0.131	0.151	0.159	0.168	0.178	5.95	6.20
70~74세	0.11	0.12	0.128	0.136	0.146	0.169	0.184	0.197	0.207	5.08	8.22
75세 이상	0.096	0.102	0.11	0.119	0.127	0.153	0.163	0.182	0.201	10.44	9.68
전체	0.063	0.065	0.069	0.07	0.071	0.077	0.081	0.085	0.087	2.35	4.12

〈表 VI-5〉 受診率 現況(外來)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	10.564	10.241	11.299	12.684	12.292	13.662	13.758	13.909	15.162	9.01	4.62
1~4세	7.627	7.966	8.136	9.265	9.157	10.082	11.309	12.102	12.361	2.14	6.22
5~9세	4.016	4.215	4.512	5.15	5.172	5.925	6.376	7.227	7.008	-3.03	7.21
10~14세	1.809	1.857	2.018	2.172	2.331	2.701	3.083	3.449	3.38	-2.00	8.13
15~19세	1.455	1.483	1.6	1.614	1.648	1.935	2.18	2.289	2.466	7.73	6.82
20~24세	1.739	1.716	1.81	1.854	1.87	2.142	2.355	2.499	2.669	6.80	5.50
25~29세	2.349	2.327	2.377	2.372	2.436	2.691	2.872	3.081	3.226	4.71	4.05
30~34세	2.615	2.628	2.734	2.882	2.92	3.249	3.454	3.628	3.536	-2.54	3.84
35~39세	2.722	2.727	2.891	2.971	3.04	3.358	3.646	3.843	3.945	2.65	4.75
40~44세	2.884	2.976	3.123	3.292	3.29	3.617	3.898	4.12	4.145	0.61	4.64
45~49세	3.324	3.363	3.59	3.667	3.775	4.237	4.738	4.913	5.108	3.97	5.52
50~54세	3.624	3.659	3.903	4.365	4.618	5.315	5.747	6.116	6.246	2.13	7.04
55~59세	3.694	3.854	4.265	4.686	4.979	5.818	6.401	6.732	7.715	14.60	9.64
60~64세	3.825	4.025	4.455	4.98	5.295	6.124	6.983	7.624	8.571	12.42	10.61
65~69세	3.75	4.015	4.459	5.071	5.505	6.541	7.513	8.232	9.675	17.53	12.58
70~74세	3.277	3.509	3.979	4.567	5.146	6.179	7.354	8.329	10.045	20.60	15.03
75세 이상	2.437	2.527	2.924	3.288	3.589	4.325	5.046	5.823	7.595	30.43	15.27
전체	3.065	3.124	3.345	3.611	3.716	4.222	4.663	5.015	5.261	4.91	6.99

〈表 VI-6〉 受診率 現況(全體)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	10.867	10.539	11.638	13.029	12.631	14.033	14.115	14.256	15.541	9.01	4.57
1~4세	7.683	8.022	8.191	9.329	9.22	10.151	11.385	12.184	12.386	1.66	6.15
5~9세	4.045	4.241	4.539	5.181	5.203	5.954	6.407	7.27	6.87	-5.50	6.85
10~14세	1.829	1.875	2.036	2.191	2.351	2.722	3.106	3.476	3.327	-4.29	7.77
15~19세	1.481	1.508	1.627	1.64	1.676	1.966	2.212	2.324	2.468	6.20	6.59
20~24세	1.813	1.787	1.885	1.924	1.937	2.212	2.427	2.57	2.745	6.81	5.32
25~29세	2.466	2.449	2.506	2.494	2.559	2.818	2.999	3.21	3.35	4.36	3.90
30~34세	2.673	2.689	2.799	2.95	2.99	3.325	3.533	3.714	3.586	-3.45	3.74
35~39세	2.766	2.773	2.939	3.019	3.09	3.413	3.705	3.906	3.979	1.87	4.65
40~44세	2.932	3.026	3.175	3.345	3.344	3.675	3.977	4.184	4.124	-1.43	4.36
45~49세	3.384	3.425	3.654	3.729	3.838	4.306	4.813	4.989	5.08	1.82	5.21
50~54세	3.697	3.733	3.979	4.445	4.7	5.406	5.839	6.212	6.141	-1.14	6.55
55~59세	3.777	3.941	4.356	4.781	5.075	5.927	6.513	6.846	7.511	9.71	8.97
60~64세	3.922	4.128	4.562	5.091	5.409	6.249	7.115	7.764	8.23	6.00	9.71
65~69세	3.859	4.132	4.582	5.2	5.636	6.692	7.673	8.401	9.104	8.37	11.33
70~74세	3.387	3.63	4.106	4.703	5.291	6.348	7.537	8.526	9.342	9.57	13.52
75세 이상	2.533	2.628	3.034	3.406	3.716	4.478	5.21	6.005	6.96	15.90	13.47
전체	3.128	3.189	3.414	3.681	3.787	4.299	4.744	5.101	5.319	4.27	6.86

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 외래와 입원을 구분하여 추정하였다.4)

4) 장기추계는 log함수가 더 타당하리라 여겨지나 단기추계이므로 산술평균을 이용하

〈表 VI-7〉 受診率 推定(入院)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	0.362	0.368	0.375	0.381	0.388	0.395
1~4세	0.092	0.096	0.101	0.106	0.111	0.117
5~9세	0.037	0.038	0.038	0.039	0.040	0.041
10~14세	0.027	0.028	0.029	0.030	0.031	0.032
15~19세	0.038	0.040	0.041	0.043	0.045	0.047
20~24세	0.070	0.070	0.070	0.069	0.069	0.068
25~29세	0.134	0.136	0.138	0.140	0.142	0.144
30~34세	0.094	0.098	0.103	0.108	0.113	0.119
35~39세	0.072	0.075	0.079	0.083	0.087	0.091
40~44세	0.070	0.073	0.076	0.079	0.082	0.085
45~49세	0.084	0.087	0.090	0.093	0.096	0.099
50~54세	0.101	0.105	0.108	0.112	0.116	0.120
55~59세	0.138	0.145	0.152	0.161	0.169	0.178
60~64세	0.163	0.172	0.181	0.191	0.201	0.211
65~69세	0.201	0.213	0.226	0.240	0.255	0.271
70~74세	0.242	0.262	0.284	0.307	0.333	0.360
75세 이상	0.242	0.265	0.291	0.319	0.350	0.384
전체	0.094	0.098	0.102	0.106	0.111	0.115

〈表 VI-8〉 受診率 推定(外來)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	16.595	17.362	18.164	19.004	19.882	20.800
1~4세	13.947	14.815	15.736	16.715	17.755	18.860
5~9세	8.055	8.635	9.258	9.925	10.640	11.407
10~14세	3.952	4.273	4.620	4.996	5.402	5.841
15~19세	2.814	3.006	3.210	3.429	3.663	3.913
20~24세	2.971	3.134	3.307	3.488	3.680	3.883
25~29세	3.492	3.634	3.781	3.933	4.093	4.258
30~34세	3.813	3.960	4.112	4.270	4.434	4.604
35~39세	4.328	4.534	4.749	4.975	5.211	5.458
40~44세	4.538	4.749	4.969	5.200	5.441	5.693
45~49세	5.687	6.001	6.332	6.681	7.050	7.439
50~54세	7.157	7.661	8.200	8.777	9.395	10.057
55~59세	9.275	10.169	11.150	12.225	13.403	14.696
60~64세	10.487	11.599	12.830	14.192	15.698	17.363
65~69세	12.262	13.804	15.540	17.495	19.695	22.173
70~74세	13.291	15.289	17.587	20.230	23.270	26.768
75세 이상	10.091	11.632	13.408	15.455	17.815	20.535
전체	6.022	6.443	6.893	7.374	7.889	8.441

있음. 또한 지난 5년간의 실적치는 산술평균선에 더 근접하고 있음.

〈表 VI-9〉 受診率 推定(全體)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	16.957	17.730	18.539	19.385	20.270	21.195
1~4세	14.039	14.911	15.837	16.822	17.867	18.977
5~9세	8.091	8.673	9.296	9.964	10.680	11.448
10~14세	3.978	4.301	4.649	5.025	5.432	5.872
15~19세	2.852	3.045	3.252	3.472	3.708	3.960
20~24세	3.041	3.204	3.376	3.558	3.749	3.951
25~29세	3.626	3.769	3.918	4.073	4.234	4.402
30~34세	3.907	4.058	4.215	4.378	4.547	4.723
35~39세	4.400	4.609	4.828	5.058	5.298	5.550
40~44세	4.609	4.822	5.045	5.278	5.523	5.778
45~49세	5.771	6.088	6.422	6.774	7.146	7.538
50~54세	7.258	7.765	8.308	8.889	9.511	10.177
55~59세	9.412	10.314	11.302	12.385	13.573	14.874
60~64세	10.650	11.771	13.011	14.382	15.898	17.575
65~69세	12.463	14.017	15.767	17.735	19.951	22.444
70~74세	13.534	15.551	17.871	20.537	23.603	27.128
75세 이상	10.333	11.897	13.699	15.774	18.165	20.919
전 체	6.116	6.541	6.995	7.481	8.000	8.556

'97년 대비 '98년의 증가율은 과거 9개년 평균증가율에 비하여 현저히 감소했다. 이는 IMF로 인한 절대소득 감소가 수진율 증가를 둔화시키는 데 일조 했으리라 판단된다. 2000년 이후 평균 5~6%의 성장을 할 것으로 예측하여 추정하였다. 추정결과에 따르면 2000년 이후 65세 이상 고령층은 10명 중 최소 2명 이상이 1년에 한 번 이상 입원하고 65세 이상 모두 연 10회 이상 외래진료를 받을 것으로 추정된다.

### 3. 件當診療費

진당진료비는 수가, 수진강도, 진료일수 등에 영향을 받는다. 수가 수준은 정부의 정책판단에 의해서 결정되고 수진강도는 정확히 측정할 수 있는 방법이 없다. 대략 수가와 진료일수의 변화율 등 계량화

할 수 있는 부분을 뺀 나머지를 수진강도의 변화로 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 VI-10〉 件當診療費(入院)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	239	260	285	320	340	378	445	487	530	8.83	10.47
1~4세	270	319	315	336	348	366	414	415	457	10.12	6.80
5~9세	325	356	392	408	419	465	520	487	575	18.07	7.39
10~14세	385	410	454	496	526	579	656	624	745	19.39	8.60
15~19세	445	472	532	583	624	680	754	777	840	8.11	8.27
20~24세	294	318	353	399	437	499	570	607	679	11.86	11.03
25~29세	271	287	319	353	381	435	498	530	594	12.08	10.31
30~34세	386	398	429	468	496	549	616	634	690	8.83	7.53
35~39세	495	516	555	602	632	680	766	797	850	6.65	6.99
40~44세	557	583	630	680	721	771	876	912	968	6.14	7.15
45~49세	592	629	680	736	783	848	970	1,018	1,089	6.97	7.92
50~54세	608	648	715	780	834	906	1,040	1,110	1,184	6.67	8.69
55~59세	623	661	728	804	866	943	1,095	1,174	1,262	7.50	9.22
60~64세	623	671	747	814	874	959	1,118	1,196	1,288	7.69	9.50
65~69세	593	645	718	793	861	944	1,108	1,180	1,288	9.15	10.18
70~74세	554	606	683	746	811	898	1,053	1,141	1,226	7.45	10.44
75세 이상	511	559	624	690	758	830	982	1,052	1,133	7.70	10.47
전체	406	438	484	536	578	646	748	794	881	10.96	10.17

〈表 VI-11〉 件當診療費(外來)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	10.7	10.7	11.3	12.3	12.5	13.9	15.3	16.3	18.1	11.04	6.79
1~4세	10.9	11.4	12.1	13.1	13.6	15.1	16.6	17.7	19.8	11.86	7.75
5~9세	11.7	12.2	12.8	13.6	14.1	15	16.5	17.6	19.5	10.80	6.59
10~14세	12.8	13.2	13.8	14.6	15.2	16	17.7	18.5	20.7	11.89	6.19
15~19세	15	15.3	16.1	16.8	17.6	18.6	20.6	21.9	24.3	10.96	6.22
20~24세	15.5	15.8	16.6	17.3	18.2	19.5	21.6	22.9	25.5	11.35	6.42
25~29세	15.7	15.9	16.7	17.4	18.1	19.5	21.6	22.9	25.3	10.48	6.15
30~34세	16.5	16.8	17.6	18.4	19.2	20.5	22.7	24.1	26.4	9.54	6.05
35~39세	17.4	17.8	18.7	19.6	20.5	21.9	24.2	25.8	28.1	8.91	6.17
40~44세	18.1	18.7	19.7	20.8	21.7	23.2	24.5	27.6	30.1	9.06	6.56
45~49세	18.8	19.5	20.7	21.8	23	24.6	27.5	29.6	31.9	7.77	6.83
50~54세	19.5	20.3	21.5	22.9	24.1	25.8	28.8	31.1	33.5	7.72	7.00
55~59세	20.1	20.8	22.2	23.6	24.9	26.7	29.8	32.3	34.5	6.81	6.99
60~64세	20.5	20.5	22.8	24.1	25.5	27.2	30.4	32.9	34.9	6.08	6.88
65~69세	20.4	21.2	22.7	24.2	25.6	27.4	30.7	33.4	34.7	3.89	6.87
70~74세	19.7	20.6	22	23.6	25.1	26.9	30.4	33.2	34.3	3.31	7.18
75세 이상	18.1	19	20.3	21.8	23.3	25.2	28.7	31.4	32.1	2.23	7.42
전체	15.3	15.8	16.8	17.9	18.8	20.4	22.8	24.5	27	10.20	7.36

〈表 VI-12〉 件當診療費(全體)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	'97대비 '98증가율 (%)	9개년 평균증가율 (%)
0세	17	17.8	19.1	20.5	21.3	23.5	26.1	27.8	30.5	9.71	7.58
1~4세	12.8	13.5	14.1	15.3	15.9	17.5	19.2	20.4	22.6	10.78	7.36
5~9세	14	14.3	15	16	16.5	17.2	18.9	20.3	22.4	10.34	6.05
10~14세	16.7	16.9	17.8	18.7	19.7	20.4	22.4	23.4	26.6	13.68	5.99
15~19세	22.4	23	24.6	25.8	27.5	28.8	31.3	33.3	36.3	9.01	6.22
20~24세	26.9	27.8	30	31.3	32.7	34.6	37.6	39	42.9	10.00	6.01
25~29세	27.8	29.4	32.3	33.9	35.7	38.2	41.8	43.3	47.7	10.16	6.98
30~34세	24.5	25.4	27.3	28.7	30.3	32.5	36	38.3	42.4	10.70	7.10
35~39세	25	25.9	27.5	29.1	30.5	32.5	36	38.3	42.2	10.18	6.76
40~44세	27	28.1	29.7	31.2	32.9	34.9	38.9	41.1	45.3	10.22	6.68
45~49세	29.1	30.5	32.3	33.7	35.6	38	42.1	44.7	49.2	10.07	6.78
50~54세	31.1	32.7	34.8	36.4	38.1	40.5	44.7	47.8	52.3	9.41	6.71
55~59세	33.2	34.9	37.1	39.2	40.9	43.5	48.1	51.3	56	9.16	6.75
60~64세	35.4	36.6	39.8	41.4	43.2	45.9	50.5	53.9	58.7	8.91	6.53
65~69세	36.7	38.9	41.3	43.3	45	48.1	53.1	56.4	60.9	7.98	6.54
70~74세	37	40	42.6	44.5	46.7	50.2	55.3	58.8	62.7	6.63	6.82
75세 이상	36.7	39.9	42.2	45.1	48.4	52.7	58.6	62.3	65.8	5.62	7.57
전체	23.2	24.4	26.3	27.7	29.3	31.6	35.1	37.4	41.8	11.76	7.64

수가 추이를 예측하면서 과거 연평균 증가율과 물가연동 방법 등 두 가지가 제시되었다. 당위성 차원에서 물가연동 방법이 제시되었으나 현실적인 측면에서 수가 외에 수진강도, 진료일수 등을 고려할 때 연평균 증가율을 이용 추정하는 것이 타당하리라 여겨진다. 따라서 아래에서는 연평균 증가율을 이용 건당진료비를 추정하였다. 2000년에 수가가 3차례에 걸쳐 대폭 인상되어 이를 2001년 추계에 반영하였고 그 이후는 다시 연평균 증가율을 이용 추정하였다. '98년 약 41,800원이던 건당진료비가 2001년에는 60,000원에 이를 전망이고 2005년에는 약 80,000원에 이를 것으로 추정된다.

〈表 VI-13〉 件當診療費 推定(入院)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	647	796	879	971	1,072	1,185
1~4세	521	641	685	731	781	834
5~9세	663	816	876	941	1,010	1,085
10~14세	879	1,081	1,174	1,275	1,384	1,503
15~19세	985	1,211	1,311	1,420	1,537	1,664
20~24세	837	1,030	1,143	1,269	1,409	1,565
25~29세	723	889	981	1,082	1,193	1,316
30~34세	798	981	1,055	1,135	1,220	1,312
35~39세	973	1,197	1,280	1,370	1,466	1,568
40~44세	1,111	1,367	1,465	1,570	1,682	1,802
45~49세	1,268	1,560	1,683	1,817	1,961	2,116
50~54세	1,399	1,720	1,870	2,032	2,209	2,401
55~59세	1,506	1,852	2,023	2,209	2,413	2,636
60~64세	1,544	1,900	2,080	2,278	2,494	2,731
65~69세	1,564	1,923	2,119	2,335	2,573	2,834
70~74세	1,495	1,839	2,031	2,243	2,477	2,736
75세 이상	1,383	1,701	1,879	2,075	2,292	2,532
전체	1,069	1,315	1,449	1,596	1,759	1,937

〈表 VI-14〉 件當診療費 推定(外來)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	20.6	25.4	27.1	29.0	30.9	33.0
1~4세	23.0	28.3	30.5	32.8	35.4	38.1
5~9세	22.2	27.3	29.0	31.0	33.0	35.2
10~14세	23.3	28.7	30.5	32.4	34.4	36.5
15~19세	27.4	33.7	35.8	38.0	40.4	42.9
20~24세	28.9	35.5	37.8	40.2	42.8	45.6
25~29세	28.5	35.1	37.2	39.5	41.9	44.5
30~34세	29.7	36.5	38.7	41.1	43.6	46.2
35~39세	31.7	39.0	41.4	43.9	46.6	49.5
40~44세	34.2	42.0	44.8	47.7	50.9	54.2
45~49세	36.4	44.8	47.8	51.1	54.6	58.3
50~54세	38.4	47.2	50.5	54.0	57.8	61.8
55~59세	39.5	48.6	52.0	55.6	59.5	63.6
60~64세	39.9	49.0	52.4	56.0	59.9	64.0
65~69세	39.6	48.7	52.1	55.7	59.5	63.6
70~74세	39.4	48.5	51.9	55.7	59.7	63.9
75세 이상	37.0	45.6	48.9	52.6	56.5	60.7
전체	31.1	38.3	41.1	44.1	47.4	50.8

〈表 VI-15〉 件當診療費 推定(全體)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	35.3	43.4	46.7	50.2	54.1	58.2
1~4세	26.1	32.0	34.4	36.9	39.7	42.6
5~9세	25.2	31.0	32.9	34.9	37.0	39.2
10~14세	29.9	36.8	39.0	41.3	43.8	46.4
15~19세	41.0	50.4	53.5	56.8	60.4	64.1
20~24세	48.2	59.3	62.9	66.6	70.6	74.9
25~29세	54.6	67.1	71.8	76.9	82.2	88.0
30~34세	48.6	59.8	64.1	68.6	73.5	78.7
35~39세	48.1	59.2	63.2	67.4	72.0	76.9
40~44세	51.6	63.4	67.7	72.2	77.0	82.1
45~49세	56.1	69.0	73.7	78.7	84.0	89.7
50~54세	59.6	73.3	78.2	83.4	89.0	95.0
55~59세	63.8	78.5	83.8	89.5	95.5	101.9
60~64세	66.6	81.9	87.3	93.0	99.0	105.5
65~69세	69.1	85.0	90.6	96.5	102.8	109.5
70~74세	71.5	88.0	94.0	100.4	107.2	114.5
75세 이상	76.1	93.7	100.7	108.4	116.6	125.4
전체	48.4	59.6	64.1	69.0	74.3	80.0



#### 4. 保險給與費

급여비는 의료기관 급여비, 약국급여비, 그리고 부가급여에 따른 급여비 등 3항목으로 분류될 수 있다. 의약분업 후 의료기관 급여비 중 약제비가 약국으로 이동되었다. 그러나 의약분업 결과가 아직 나오지 않았기 때문에 아래에서는 종래의 방식으로 가정하여 의료기관 급여비를 추정하고자 한다. 다만 의약분업 후 예측치를 의료기관 급여비에 반영하였다. '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. 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 5세 단위당 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 다음과 같다.

〈表 VI-16〉 適用人口 推定値

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	증가율
0세	530	519	507	496	485	475	-0.0218
1~4세	2,628	2,612	2,597	2,582	2,567	2,552	-0.00584
5~9세	3,330	3,274	3,218	3,163	3,110	3,057	-0.017
10~14세	2,896	2,807	2,721	2,638	2,557	2,478	-0.03063
15~19세	3,600	3,527	3,455	3,385	3,316	3,249	-0.02033
20~24세	3,578	3,486	3,397	3,310	3,225	3,142	-0.02565
25~29세	4,486	4,457	4,429	4,402	4,374	4,347	-0.00628
30~34세	4,292	4,276	4,260	4,244	4,228	4,212	-0.00374
35~39세	4,430	4,595	4,767	4,946	5,130	5,322	0.0374
40~44세	3,949	4,130	4,319	4,517	4,724	4,940	0.0458
45~49세	2,676	2,715	2,755	2,795	2,836	2,877	0.01456
50~54세	2,179	2,187	2,194	2,202	2,209	2,217	0.0034
55~59세	2,092	2,157	2,223	2,292	2,362	2,435	0.030775
60~64세	1,774	1,852	1,934	2,020	2,109	2,202	0.044169
65~69세	1,189	1,225	1,263	1,301	1,341	1,382	0.030449
70~74세	788	809	831	853	876	899	0.02665
75세 이상	981	1,028	1,077	1,128	1,182	1,239	0.047854
전체	45,399	45,657	45,948	46,272	46,631	47,024	

〈表 VI-17〉 醫療機關 給與費 推計<sup>1)</sup>

(단위: 억원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	2,126	2,675	2,943	3,239	3,564	3,922
1~4세	6,438	8,362	9,480	10,748	12,185	13,814
5~9세	4,548	5,895	6,587	7,360	8,224	9,190
10~14세	2,306	2,973	3,302	3,667	4,073	4,524
15~19세	2,817	3,625	4,028	4,476	4,974	5,528
20~24세	3,514	4,438	4,830	5,257	5,722	6,229
25~29세	5,949	7,559	8,353	9,232	10,202	11,275
30~34세	5,463	6,953	7,706	8,540	9,465	10,489
35~39세	6,282	8,396	9,741	11,302	13,112	15,213
40~44세	6,286	8,461	9,876	11,528	13,457	15,708
45~49세	5,806	7,643	8,735	9,982	11,408	13,038
50~54세	6,312	8,335	9,548	10,939	12,532	14,358
55~59세	8,421	11,700	14,108	17,012	20,514	24,738
60~64세	8,432	11,970	14,716	18,094	22,248	27,356
65~69세	6,863	9,784	12,081	14,919	18,423	22,752
70~74세	5,115	7,421	9,352	11,786	14,854	18,722
75세 이상	5,170	7,672	9,958	12,924	16,776	21,776
전체	90,093	119,183	138,066	160,052	185,669	215,534

註: 약제비를 의료기관 급여비에 포함되는 것으로 가정하여 추계하였음.

〈表 VI-18〉 總給與費 推計

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0세	2,233	2,809	3,091	3,401	3,742	4,118
1~4세	6,760	8,780	9,954	11,285	12,794	14,505
5~9세	4,776	6,189	6,916	7,728	8,636	9,650
10~14세	2,422	3,121	3,467	3,850	4,276	4,750
15~19세	2,958	3,806	4,230	4,700	5,223	5,804
20~24세	3,690	4,659	5,071	5,520	6,008	6,540
25~29세	6,247	7,937	8,771	9,693	10,712	11,839
30~34세	5,736	7,301	8,091	8,967	9,938	11,014
35~39세	6,596	8,816	10,228	11,867	13,768	15,973
40~44세	6,601	8,884	10,370	12,105	14,130	16,494
45~49세	6,097	8,025	9,171	10,481	11,979	13,690
50~54세	6,628	8,751	10,026	11,486	13,159	15,076
55~59세	8,842	12,285	14,813	17,862	21,540	25,975
60~64세	8,853	12,568	15,452	18,999	23,360	28,724
65~69세	7,206	10,273	12,685	15,664	19,344	23,890
70~74세	5,370	7,792	9,820	12,376	15,597	19,658
75세 이상	5,429	8,056	10,455	13,571	17,615	22,865
전체	94,598	125,142	144,970	168,055	194,952	226,311

## 5. 總支出 및 必要 保險料 推定

관리운영비등 기타 지출이 총급여비의 약 20%를 점함으로('98년 이전 경향 반영), 이를 토대로 2000년 이후의 총지출을 추계 하였다. 2000년의 총지출은 10조원을 초과하여 의약분업의 효과가 본격적으로 나타날 것으로 예상되는 2001년에는 약 14조에 육박하여 2005년에는 24조원에 이를 것으로 추정된다.

〈表 VI-19〉 總支出

(단위: 억원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
총지출	108,583	139,127	158,955	182,040	208,937	240,296

위에서 추정된 총지출을 조달하기 위하여 직장가입자의 피보험자당 및 지역가입자의 세대당 보험료를 추계하기 위하여 우선 해당 집단별로 적용인구 추계를 한 결과가 <表 VI-20>에 나타나 있다.

<表 VI-20> 適用人口 推計

(단위: 천명)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
적용인구	45,399	45,657	45,948	46,272	46,631	47,024
직 장	21,814	21,938	22,078	22,234	22,406	22,595
피보험자	6,834	6,873	6,917	6,966	7,020	7,079
지 역	23,584	23,719	23,870	24,038	24,224	24,429
세 대 수	8,045	8,091	8,142	8,200	8,263	8,333

적용인구 구성비를 배분하는 것으로 가정하여 보험자별 재정분담분을 추계하면 <表 VI-21>과 같다. '98년 이전 경향을 반영하여 총지출의 80%가 보험료수입 및 국고지원으로 충당되는 것을 전제로 추계하였다.

<表 VI-21> 保險者別 財政分擔額

(단위: 억원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
직장	41740	53481	61103	69977	80316	92371
지역	45127	57820	66061	75655	86833	99866

정부는 2005년까지 지역재정의 40%를 충당할 수 있을 만큼의 국고를 확보할 것을 약속하였다. 따라서 국고지원 규모를 추계할 때 2001년까지는 실적치 및 예산치를 반영하였고, 그 이후는 2005년 40% 확보가 가능하도록 매년 20.4%가 증액되는 것으로 가정하였다. <表 VI-22>는 그 구체적인 규모를 연도별로 보여주고 있다. 2005년 지역재정

의 40%를 확보하기 위해서는 국고지원 규모가 약 4조원에 이를 것으로 추정되었다.

〈表 VI-22〉 國庫支援 規模

(단위: 억원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
국고지원	15,529	19,009	22,887	27,556	33,178	39,946

위의 자료들을 토대로 직장가입자 피보험자당, 지역가입자 세대당 보험료를 추계하면 <표 VI-23>과 같다. 2005년에 이르면 현재 부담분의 2배 이상 증가하여 직장의 경우 10만원을 초과하고 지역의 경우도 6만원에 이를 전망이다

〈表 VI-23〉 被保險者當·世帶當 推定保險料

(단위: 원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
직장	50,894	64,841	73,612	83,713	95,343	108,735
지역	30,658	39,975	44,186	48,882	54,110	59,921

## Ⅶ. 財政安定化 方案

우리나라 건강보험 재정이 극도로 열악하다는 것은 위에서 이미 언급하였다. 더욱이 현행시스템을 그대로 유지하면서 의약분업의 효과가 본격적으로 나타나게 되면 향후 5년 이내에 보험료부담이 2배 이상 폭증할 것으로 예상되었다. 2000년 7월 이후 건강보험이 하나로 통합되면서 보험료인상 이나 수가인상 등의 문제가 국가적 관심사가 되었다. 지출은 급등하는데 이에 필요한 재원 조달 방안은 지극히 제한적인 상황이 되어가고 있다. 즉, 건강보험체계를 근본적으로 바꾸지 않으면 제도 존립 자체가 붕괴될 우려가 있다. 그러나 단기적으로 제도적 변혁을 가져오는 것은 쉽지 않다. 그 동안 우리나라 및 세계 여러나라에서 의료보험의 재정안정을 도모하기 위하여 수 많은 제안과 시도들이 있어 왔으나 성공적으로 보고된 사례는 별로 없다. 그 중에서도 싱가포르에서 시행중인 의료저축계정(MSA)가 비교적 성공적인 사례로 인용되어 미국을 비롯한 여러나라에서 검토 중에 있다. 본 보고서에서는 단기간내에 치유가 가능한 또 재원확보가 가능한 방안들을 간단히 살펴보고 중장기적으로 싱가포르의 경험을 토대로 우리나라 건강보험의 재정안정의 기틀이 마련될 수 있는 방안에 대해 논의해 보고자 한다.

### 1. 短期方案

앞에서 급여비 증가 요인을 구체적으로 살펴 보았다. 또한 우리나라

라와 유사한 건강보험제도를 실시하는 4개국의 의료비 억제 대책에 관해서 살펴보았다. 이를 토대로 아래에서는 단기적으로 적용가능한 급여비 지출억제 대책과 동시에 수입증대 방안 그리고 기타 제도적 또는 구조적 효율화를 통한 단기적 재정안정화 방안을 모색해 보고자 한다. 표에서 보듯이 수요측면의 지출증가요인으로 소득증가나 노령화 진전에 따른 수진율의 증가 그리고 의료이용행태의 고급화 등을 들 수 있다. 의료의 남용을 억제하기 위하여 첫째, 보험료 부과체계를 가계별 수진율과 연계하여 의료의 과잉수요를 억제 할 필요가 있다. 예를 들어 소득비례 보험료로 전체 보험금의 80%, 수진율 비례보험료로 나머지 20%를 충당하면 이는 수요자 부담의 원칙과 부합하고 의료쇼핑 등 의료의 오·남용을 상당부분 방지할 수 있다. 수진율 비례 보험료는 전년도 또는 지난 수년간의 수진율에 비례하여 가구당 가·감을 함으로써 적용할 수 있을 것이다. 수진율의 증가가 수요자뿐 아니라 공급자에 의해서도 영향을 받지만 여기에서 제기하는 방안은 수요자측면에 초점을 맞춘 것이다. 둘째 의료이용행태의 고급화를 억제하기 위하여 1, 2, 3차 진료기관간 3차기관 집중현상을 방지하고 의료 전달체계를 정상화하여야 한다. 3차기관 진찰료 및 진료비에 대한 본인부담금을 인상하고 상대적으로 1차기관의 1만원 이상 진료비에 대한 본인부담금을 대폭 축소하여 의료자원 이용의 효율성을 극대화하여야 한다.

공급측면의 급여비 증가요인으로 투약일수의 증가, 요소투입량의 증가, 의료공급량의 증가, 그리고 수입보전 또는 증대를 위한 공급자들의 행동양식 등이 언급되었다. 투약일수의 증가, 요소투입량의 증가, 공급자들의 이윤창출을 위한 행동양식 등은 현행 진료비 지불방식인 행위별 수가제와 밀접하게 관련되어 있다. 따라서 구조적으로 비용 상승적인 행위별 수가제를 개편함으로써 공급자의 수진유발요인

및 의료의 과다 공급 동기를 억제할 필요가 있다. 따라서 일당 진료 환자수에 따라 진찰료 및 처방료를 차등화하여 유인수요를 억제하고 (제7장 후반부에 구체적 내용이 언급됨) 진료비 지불제도를 전면적으로 재검토할 필요가 있다. 선진 4개국의 경험은 최종 목적지로 총액 예산제를 제시하고 있다. 예산목표를 설정하여 의료재정의 한계를 정해야 하는 것이다.

다음은 의료공급을 적정수준으로 유지해야 한다. 향후 의료인력을 수급이 균형되는 수준으로 유지하여 공급자에 의한 유인수요를 방지 하며 의료기기의 과도한 도입을 막고 거기에 따른 과다 이용을 억제 하기 위하여 별도의 고가의의료기기 전문센터를 설립하여 의료기기의 효율적 이용을 도모해야 한다. 또한 지방의 유희병원을 장기 요양시설로 전환하여 노령화 욕구를 충족시킴으로써 최근 176% 이상 급증하고 있는 노인진료비를 다소 완화할 수 있어야 하겠다.

〈表 VII-1〉 支出 増加要因

	원인	대책
수요측면	수진율 증가 (소득증가, 노령화 진전)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소득과 연계한 보험료 부과, 경질환에 대한</li> <li>• 경질환에 대한 본인부담률 인상</li> <li>• 장기요양 시설</li> </ul>
공급측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 투약일수 증가</li> <li>• 요소투입량 증가</li> <li>• 다빈도 질환이 진료수가에 대해 민감</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 총액예산제 등 지불제도 검토</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료공급량의 증가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공급량의 제도적 통제</li> </ul>
정책적 또는 구조적 요인측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급여범위의 확대</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 예방 및 건강증진 급여포함</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 수가인상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 적정수가 보상</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 적용인구 증가</li> </ul>	



〈表 VII-2〉 4個國의 醫療費 抑制 對策

	대책
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 총액예산제, 목적제</li> </ul>
일본	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급여범위 축소, 본인부담인상, 약가의 본인부담 인상, 총괄규제를 위한 총액예산제 도입 검토</li> <li>• 증상안정기에 정액지불제도 도입, 고액요양비의 보수지불제한, 약가 차액 해소를 위한 참조가격제도, 고령자에게 10~20%의 보험료 부과</li> </ul>
독일	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 고가의료장비 수의제한, 개원의 수의 억제, 본인부담금의 비율인상, 치과부분급여제외</li> <li>• 총액예산제 약품 positive list 가정의 강화(중복수진 억제)</li> </ul>
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원예산제, 서비스제외, 본인일부부담제도, 지불방법의 변화 목표설정, 의약품 지출 통제, 핵심의약품 목록과 가격, 입원서비스의 외래 서비스로의 대체</li> </ul>

정책적 또는 구조적 요인으로 급여범위의 확대, 수가인상, 적용인구의 증가 등이 언급되었는데 이러한 요인들의 제어는 불가능하다. 다만 급여확대의 범주도 보험재정과 연관해서 결정되어야 한다는 것이다. 예를 들어 현행 국민건강보험법 제1조에 충실함으로써 장기적인 관점에서 보험재정의 안정화를 꾀해야 한다. 제1조에 따르면 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하고 있다. 지금까지 우리나라 의료보험은 예방 및 건강증진에 대하여 상대적으로 소홀히 해왔다. 미래의 질환을 예방하고 중증 및 만성화 가능성을 사전에 차단할 수 있는 예방 및 건강증진 프로그램을 확충하여 보험급여의 범주에 포함시켜야 한다. 또한 음주·흡연 등 건강 위해 식품에 대한 홍보를 강화하고 국민건강지표를 개발하여 필요한 운동 및 섭생프로그램을 통한 국민보건 향상을 도모해야 한다. 이는 단기적으로 보험재정에 부담을 가져올 수 있으나 장기적으로는 재정안정화에 크게 기여할 수 있을 것이다. 또한 수

가인상이 급여비 증가 원인의 상당부분을 차지하는데 적정한 수가에 대한 검토가 필요하다. 저수가 정책은 자원의 왜곡분배를 초래할 뿐이다. 다만 수가인상의 한계로 적정수가로부터 물가인상률의 연계방안을 이미 앞장에서 언급하였다.

다음은 수입증대방안에 대해서 논하고자 한다. 국고지원을 증액하여 국고지원비율이 총재정의 일정률(예: 전체 재정의 약 20%)이 되도록 법적으로 제도화해야 하겠다. 담배, 주류, 휘발유 등 건강위해 요소에 목적세를 부과하여 재원을 확보해야 한다. 1998년 기준으로 주세, 교육세, 담배소비세의 세수입은 약 11조이므로 여기에 20% 정도의 추가적인 부가세를 부과한다면 약 2조 2천억을 확보할 수 있다. 그리고 약 50만으로 추정되는 직장가입자의 피부양자로 자영 소득이 있는 자에게 소득정도에 따라 보험료를 부과함으로써 부과차원의 형평성을 높이는 한편 보험료 수입도 증대시켜야 하겠다. 국민건강보험 공단의 내부자료에 따르면 약 890억원의 재정기여를 예상할 수 있다.<sup>5)</sup>

끝으로 관리운영의 효율화를 통한 운영비 절감 부문이다. 의료공급자와 보험자의 전국 전산화를 통하여 청구 및 지급절차를 간단히 하고 정보를 공유함으로써 서로의 이해의 폭을 넓힌다. 또한 단일 거대보험자가 됨으로서 관료화할 수 있는 여지를 불식시켜야 하겠다. 일상적인 업무에 대해서는 Out-Sourcing을 하고 부과 및 징수에 관한 업무를 국민연금과 통합하는 방안도 검토할 필요가 있다. 지사별 경쟁시스템 및 업무성과에 대한 Merit시스템을 제도화함으로써 징수율을 제고하고 진료비 부당·과잉청구를 억제해야 한다. 현행 약 92%인 징수율을 통합 후 1996년 이전 징수율인 97%까지 제고해야 하겠다. 수진자 내역통보를 최소분기당 1회로 확대하고, 수진자 조회결과 부당청구 혐의기관에 대해서는 사전심사 등 제재를 강화하고 부당청구판정

5) 보험재정 안정대책 관련 검토자료, 국민건강보험공단, 2001. 1.

시 해당기관에 대한 처벌을 엄격히 해야 한다. 또한 통합과 동시에 설립예정인 건강보험심의조정위원회, 재정운영위원회, 심사평가원의 역할을 견제와 균형(Check and Balance)이 유지되도록 정립해야 하겠다.

〈表 VII-3〉 件當診療費 크기別 頻度(外來)

(단위: 천원, 천건, %)

	진료건수	비율	누적건수	누적건수 비율
0~5	4,192	1.83	4,192	1.83
5~6	3,171	1.39	7,363	3.22
6~7	5,123	2.24	12,486	5.46
7~8	6,472	2.83	18,958	8.30
8~9	10,944	4.79	29,902	13.09
9~10	13,243	5.80	43,145	18.88
10~11	13,158	5.76	56,303	24.64
11~12	13,198	5.78	69,501	30.41
12~13	14,243	6.23	83,744	36.65
13~15	20,634	9.03	104,378	45.68
15~20	36,169	15.83	140,547	61.51
20~30	33,901	14.84	174,448	76.34
30~50	28,067	12.28	202,515	88.62
50~100	18,520	8.10	221,035	96.73
100~200	5,961	2.61	226,996	99.34
200~500	1,285	0.56	228,281	99.90
500~700	70	0.03	228,351	99.93
700~1,000	46	0.02	228,397	99.95
1,000 이상	113	0.05	228,510	100.00
계	228,512	100.0		

〈表 VII-4〉 件當診療費 크기別 累積 診療費 規模(外來)

(단위: 백만원, %)

	진료비	보험자부담	본인부담	누적진료비	비율
0~5	17,012	7,472	9,540	17,012	0.27
5~6	17,522	7,777	9,745	34,534	0.55
6~7	33,627	16,972	16,655	68,161	1.08
7~8	48,722	27,127	21,595	116,883	1.86
8~9	93,635	56,342	37,293	210,518	3.35
9~10	126,018	80,022	45,996	336,536	5.36
10~11	138,207	91,227	46,980	474,743	7.55
11~12	152,005	103,539	48,466	626,748	9.97
12~13	177,768	117,036	60,732	804,516	12.80
13~15	288,376	184,068	104,308	1,092,892	17.39
15~20	625,422	391,624	233,798	1,718,314	27.34
20~30	829,097	504,813	324,284	2,547,411	40.54
30~50	1,073,996	640,142	433,854	3,621,407	57.62
50~100	1,263,470	711,554	551,916	4,884,877	77.73
100~200	794,158	403,763	390,395	5,679,035	90.37
200~500	351,625	166,791	184,834	6,030,660	95.96
500~700	40,895	22,561	18,334	6,071,555	96.61
700~1,000	38,928	23,412	15,516	6,110,483	97.23
1,000 이상	173,971	131,865	42,106	6,284,454	100.00
계	6,284,454	3,688,108	2,596,346		

## 2. 中長期 方案

선진국의 경험에서 보았듯이 위에서 논의된 재정안정을 위한 단기 대책은 한계가 있다. 대부분 정책들이 수년 안에 그 한계를 보이고 있다. 총액예산제의 변형인 목표예산제도가 프랑스에서 의사들의 헌법소원에 의해 위헌결정을 받았다는 것이 좋은 예이다. 그 동안 우리나라에서도 재정안정을 위한 다각적인 처방이 제시되었으나 재정상태

는 점점 악화일로를 걷고 있다. 재정안정화와 관련하여 구조적인 틀의 변화가 모색된다 하겠다. 공적의료보험의 영역이 크고 소득수준이 상대적으로 낮은 우리나라를 포함한 대부분의 나라들은 노령화 등으로 인한 의료비용의 증가가 정부의 재정에 직접적인 부담을 주고 있다. 따라서 재정부담을 주지 않는 공적의료보험 설계의 필요성이 제기되고 있다. 즉, 예산자원(budget resources)을 비예산제도(Non budget resources)로(권오성, 1999), 전환시키는 비용-효율적인 시스템의 필요성이 제기되고 있다. 의료저축제도(Medical Saving Accounts; MSA)는 이러한 문제를 효과적으로 해결해 줄 수 있는 의료비용 분산방식의 하나이다. 1980년대 초반 싱가포르에서 처음 도입된 이 제도는 미국, 중국, 말레이시아 등에서도 의료보험의 개혁방안으로 실험 중에 있거나 논의중이다. 아직 시험단계인 의료저축제도의 효과를 입증할 충분한 자료는 없지만 싱가포르와 미국의 경험을 통해서 이 제도의 도입이 한국의 건강보험 재정문제를 치유할 효과적인 의료비용 분산방식이 될 수 있다는 점을 확인할 수 있다.

#### ▶ 의료저축제도란

전통적인 의미의 의료보험제도가 해결하지 못하던 도덕적 해이(Moral Hazard)의 방지를 위해 도입된 제도이다. 전통적인 의미의 의료보험제도는 의료비용을 주어진 기간 동안 보험가입자 간에 횡단면(Cross-Sectional)으로 분산시켰다. 이러한 제도하에서는 큰비용이 발생하는 경우에는 대비할 수 있지만 가입자들의 도덕적 해이에 대처할 수 없다. 이러한 문제의식을 바탕으로 비용을 개인 또는 가족별로 다년간 시점간(Inter Temporal)로 분산시키는 방법을 고안해 낸 것이 의료저축제도이다. 즉, 노령화에 대비해 노후의 의료비를 각자의 저축으로 해결하도록 유도하는 것이다. 그러나 시점간 위험분산은 “현금흐름의 불확실성”이라는 단점이 있다. 적립금이 부족한 상태에서 고비용이 소요되는 질병에 걸린다면 비용분산을 제대로 할 수 없게 된다.

따라서 아래에서는 싱가포르의 MSA에 대한 전반적인 내용에 대해서 검토하고 이를 우리나라에 적용할 수 있는 방안을 모색해보고자 한다.

가. 싱가포르의 의료저축계정(Medical Saving Account)<sup>6)</sup>

1) MSA 태동 배경

싱가포르는 1984년 Medisave가 도입되기 이전까지 일반조세에 의한 영국식 보건체계를 유지하고 있었다. 1970년대에 다른 선진국과 마찬가지로 급격한 의료비지출증가를 경험한 싱가포르는 국영병원체계의 비효율성, 저생산성, 관료주의적 폐단, 그리고 과도한 의사위주의 의료환경 등의 문제들을 불식시키고자 80년대 초 아래의 4가지 원칙을 토대로 Medisave를 출범시켰다.

- ① 의료이용자 들에게 자유로운 선택권 보장
- ② 자기책임과 자기 신뢰성 강조
- ③ 자유로운 시장경제체제 도입
- ④ 정부는 꼭 필요한 사람들에게 최소한의 의료보장

위의 4가지 원칙은 크게 두가지 철학적 토대를 형성하는데, 첫째, 보건의료에 있어 1차적 책임은 환자본인과 가족에게 있고, 공동체와 정부는 보충적인 역할을 한다.

둘째, 본인일부부담제를 강화한다. 중증질환에 대비하기 위한 Medishield에서는 deductible(일정액 본인부담제)과 co-payment(본인일부 부담금제)가 동시에 존재하여 전통적인 사회보험에서 초래되기 쉬운 과도한 의료이용을 억제하고 있다.

---

6) 싱가포르의 MSA에 대한 내용은 국민건강보험공단이 발행한 「특집: 의료저축계정(MSA)」와 Ministry of Health Singapore에서 발행한 State of Health '98을 발췌 요약 정리한 것임.

## 2) MSA 主要內容

싱가포르의 의료보장은 크게 Medisave, Medishield, Medifund로 구분되어 진다.

### 가) Medisave

Medisave는 중증 및 장기질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원 및 외래진료비용을 조달하기 위하여 개인별 계좌에 일정 금액을 적립하는 것을 말한다. 전통적인 사회보험과는 달리 집단적인 위험분산(Risk-diverse)이나 재정통합(financial pooling)기능이 전혀 없이 개인별 혹은 가족단위의 Intertemporal risk pooling 방법이 적용되고 있다. 국가적 강제저축으로 개인 의료비를 담당하기 위하여 소득의 6~8%를 매월 개인의 저축계정에 적립한다. 적립금이 상한을 넘을 경우에도 보험료는 매월 납부하여야 하고 55세에 이르면 적립액을 인출할 수 있다.

국공립병원과 요양기관으로 인정받은 기관으로부터 급여를 받을 수 있고 가입자와 부양가족까지 적립액을 진료비로 사용할 수 있다. 진료를 받고 난 뒤 병원에서는 청구서를 환자와 CPF(Central Provident Fund)에 통보하고 CPF에서는 심사 후 본인의 Medisave 계좌에서 인출하면서 지급내역서를 가입자에게 통보한다. 한편 저축계좌의 잔고가 부족할 때에는 가입자가 향후 적립할 금액을 감안하여 용자의 형태로 현재의 진료비를 부담하는 방식을 취하고 있다.

### 나) Medishield와 Medishild Plus

장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비하는 것이 Medishield와 Medishield Plus제도이다.

임의가입으로 보험료는 연간 \$12(30세 이하)에서 \$1,200(75세 이상)까지 연령에 따라 다르다. 보험방식이지만 연령에 따른 위험을 고려하여 소득에 관계없이 확실적인 금액을 부담하도록 하고 있다. 보험료는 Medisave에서 \$660까지 자동인출되고 초과하는 보험료는 현금으로 직접 납부해야 한다.

특이한 사항은 현재 질병치료를 받고 있으면 가입할 수 없다는 점과 과거 질병 경력에 따라 급여에 제한을 받기도 한다.

급여가능 항목을 선정하여 급여금액을 고시하되 deductible과 co-insurance제도를 병행하고 있다. 본인부담금은 Medisave나 민간보험으로 해결하고 부족하면 직접 현금으로 부담한다.

#### 다) Medifund

Medifund는 공적부조의 성격으로 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 그들의 진료비를 보조해주기 위하여 별도의 기금으로 운영되는 일종의 사회안전망 이다. Medisave에 가입하여야 한다는 점과 대상자를 미리 선정하지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적부조와는 약간 다르다.

보조금의 규모는 환자의 개인별 재정상태와 진료비의 규모에 따라 다르고 국립병원과 공공진료기관에서 진료를 받아야 한다. 지급대상자는 병원에 상주하는 의료복지요원들이 신청자들의 요구를 고려하여 “병원 Medifund 위원회”에 상정하여 결정한다.

#### 3) 싱가포르 MSA평가

개인저축을 통한 재원조달 시스템으로 MSA는 사회보험방식이 안고 있는 도덕적 해이 문제를 차단하면서 개인과 가족단위로 의료를 해결하도록 하는 유인을 제공하고 있다. 그 결과로 국민전체의 의료비가



GDP의 3%대로 유지되고 있고 연평균 의료비 증가율이 2% 이하이다. 또한 국민의 제도에 대한 만족도가 97%에 달할 만큼 높다. 이와 같은 성공은 다음과 같은 몇 가지 요인 때문으로 판단된다.

첫째, 의료기관의 80% 이상이 공공의료기관 이어서 수가통제가 용이하고 의료비 억제가 효과적이다. 또한 정부는 국공립 의료기관에 보조금을 지급하고 있고, 진료 받는 사람의 여건에 따라 차등적으로 국고 보조를 실시하고 있다. 비영리 복지기관에 관리운영비, 기관의 자본출자 등을 지원하고 있다. 의료기관을 지원할 때도 의료기술 향상, 입원기간 단축 등 자원사용의 효율성을 평가하여 차등 지원하고 있다.

둘째, Medisave 도입이래 높은 경제 성장을 지속하고 있고 가입자의 90%이상이 근로자로서 보험료 징수가 안정적인 수 있는 여건을 마련하고 있다.

셋째, 정보체계가 잘 발달되어 있어 모든 업무가 신속히 처리될 수 있다. Medisave 이용시 진료에서 심사·지급까지 3일 이내에 모든 처리가 종료된다.

#### 4) MSA로부터 시사점

##### 가) 비용의 효율적 분산과 도덕적 해이의 방지

현재 우리나라의 건강보험은 큰 비용의 질병에 걸리면 본인이 스스로 부담해야 하는 몫이 크지만 작은 비용의 질병들은 대부분 보험으로 해결이 된다. 그러나 이러한 형태는 보험 본래의 의도와 상반된다. MSA는 비용부담이 큰 질환은 보험으로 해결하지만 비용부담이 상대적으로 작은 질환에 대해서는 도덕적 해이를 방지하기 위하여 본인이 직접 지불하게 하거나 개인의 저축으로 해결하도록 함으로써 전통적인 사회보험에 비해 비용이 훨씬 효율적으로 분산될 수 있다.

나) 소득재분배 문제

우리나라 의료보험 제도의 가장 큰 특징은 소득재분배 기능이 매우 강하다는 것이다. 그러나 사회보장제도가 소득재분배 기능을 감당할 필요가 있는 지는 의심스럽다. 공적부조나 조세제도를 통하여 충분하게 소득재분배를 할 수 있다. 즉, 건강보험제도가 추가적으로 소득재분배 기능을 해야 할 이유는 없다. MSA는 소득재분배 기능을 사실상 포기한다. 그러나 우리나라 정서상 형평성의 원리를 내세워 소득재분배 기능을 강조하기 때문에 MSA 도입시 전환기에는 소득재분배 기능을 일부 포함시킬 필요가 있다.

다) 노령화에 대비

의료저축제도의 가장 큰 장점은 현행 건강보험제도가 안고 있는 노령화 문제에 적절하게 대비할 수 있다는 것이다. 즉, 현행 횡단면 위험분산(Cross-Section Risk Pooling) 보험의 경우 노령화에 의해 의료비용이 증가하면 보험재정에 치명적인 타격을 줄 수 있다는 단점이 있다. 그러나 MSA제도하에서는 개개인이 자신의 노후를 대비해 의료비용을 저축하고, 저축금으로 노후의 의료비를 감당함으로써 문제를 해결할 수 있다. 싱가포르가 MSA를 도입한 가장 큰 이유는 노령화에 대비하기 위해서 였다.

나. MSA에 대한 Pros and Cons

1) Pros

MSA는 크게 4가지 측면에서 효과적인 것으로 찬성론자들은 주장한다. 의료서비스에 대한 접근을 용이하게 하고, 의료의 질을 개선하

며, 행정비용을 절감시키고, 소비자들로 하여금 의료비용에 대한 Incentive를 제공하여 궁극적으로 의료비용을 감축시키는 효과가 있는 것으로 믿어진다. 구체적으로 효과를 적시하면 아래와 같다.

**【의료비용에 대한 효과】**

- 소비자가 서비스에 대한 비용을 직접지불하기 때문에 보다 신중하게 서비스를 이용하므로 의료비 지출이 줄어든다.
- 따라서 보험료가 인하될 수 있다.
- 의료비를 지출하지 않으면 플러스 개인 계정을 갖을 수 있다. 즉, 젊고 건강한 사람들은 미래의 위험을 대비해서 기금을 적립할 수 있다.

**【접근성에 대한 효과】**

- 예방이나, 현재 급여가 되지 않은 비급여 부문에 대한 접근이 늘어 날 수 있다. 다만 일부 저소득층의 경우 잔고를 증가시키기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려가 있다.

**【의료의 질에 대한 효과】**

- 소비자가 의료서비스에 대한 구입을 직접 자기비용으로 선택함으로써 정보를 갖춘 소비자군이 늘어나게 되고 이로 인하여 의료기관간 경쟁체계가 도입되면 의료의 질과 효율성이 개선된다.
- 보험자의 역할이 제한됨으로써 소비자와 공급자간 관계가 직접적이어서 소비자의 권익을 증진시킬 수 있다.

**【관리비용에 대한 효과】**

- 소비자가 서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 의사들의 청구 및 행정에 따른 비용이 감소한다.

- 의료소비자가 의료서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 부당청구를 감소시킬 수 있다.

## 2) Cons

MSA는 젊고 건강한 사람 그리고 부유층에 혜택을 줄 것이기 때문에 근본적으로 사회보험의 원리와 상반되는 것으로 비평받는다. 즉, 고액이 필요한 중병을 앓고 있는 사람들이 자신의 MSA계정에 충분한 기금을 적립하지 못했을 경우 감당할 수 없는 비용지불에 직면하게 될 것으로 예상된다. 세부적으로 아래에서 검토하기로 한다.

### 【의료비용에 대한 효과】

- 불필요하고 비효율적인 서비스를 구입하여 의료비 절감효과가 크지 않을 것이다.
- 개인계정에 잔고가 많게되면 의료서비스를 구매하는데 훨씬 덜 비용의식적이 될 것이다.
- MSA의 도입은 세금감면을 수반함으로써 세수의 손실이 발생하여 국고지원 감축의 원인을 제공할 수 있다.

### 【접근성에 대한 효과】

- 잔고가 부족한 사람들은 의료서비스에 대한 접근이 줄어들 수밖에 없다.

### 【의료의 질에 대한 효과】

- 의료소비자들의 정보는 제한적일 수밖에 없기 때문에 MSA의 도입이 보다 나은 의료의 질을 제공하는 것은 어렵다.
- 소비자들이 의료의 질보다는 가격에 민감하게 반영할 것이기 때문에 질의 제고와 상관이 없다.

【관리운영 비용에 대한 효과】

- 공급자들이 Deductible에 해당하는 비용을 보험자에게 증명해야 하므로 운영비 절감에 한계가 있다.
- 소비자들은 Deductible의 내역을 증명하는 정확한 기록을 보관하고 있어야 한다.

다. MSA의 우리나라 適用方案

1) 前提 條件

가) 저소득층에 대한 보호체계가 확대되어야 한다

일정수준 이하의 소득층에 대해서는 전액 본인이 부담하는 소액 외래 및 MSA가 적용되는 중저가액의 서비스에 대해 정부가 차별적으로 가격 보조를 하는 등의 방법을 이용하여 비용 부담을 줄여주는 방안을 모색해야 한다. 또한 소액이라 할지라도 비용을 부담할 경제적 능력이 없는 저소득층에 대해 국가의 공공부조 예산을 확대하여 필요한 의료서비스를 적절하게 이용할 수 있어야 한다.

나) 노인 및 만성질환보유자에 대한 재원지원체계 마련

우리나라의 65세 이상 노령인구는 다른 선진국에 비해 매우 빠른 속도로 증가하고 있다. 또한 이 연령층이 소모하는 의료비는 총 의료비의 상당액을 점하고 있기 때문에 노령인구의 급증에 대한 의료재원 마련이 절실하다. 더욱이 현재 만성질환을 보유하고 있어 보험체계가 *intertemporal risk pooling*으로 바뀔 경우 상대적 불이익을 당할 뿐 아니라 경제적 손실의 폭이 큰 계층에게는 변환 과정에서 이러한 불이익을 해결할 수 있는 제도적 기전이 마련되어야 한다.

다) MSA 적립기금을 초과 사용하는 계층에 대한 지원체계 마련

MSA 적립기금을 초과하여 사용하는 계층에게는 MSA제도내에서 재원을 마련할 수 있는 틀을 마련해야한다. MSA 개인계정의 일정부분(예: 10%)을 전체가입자를 위한 공동재원으로 확보하여 Means Test 를 통한 저소득층 지원 체계를 구축해야 한다.

라) 소득재분배 기능의 보완

MSA는 소득재분배 기능이 없으므로 이를 보완할 제도적 기전을 마련해야 한다. 사회보험에 충실해 있는 우리나라의 현실상 새로운 제도가 소득재분배 기능이 전무할 때 사회적 공감대를 형성하기 어렵다. 따라서 MSA 고유의 intertemporal risk pooling 기능에 crosssection risk pooling 기능을 첨가할 필요가 있다.

마) 공급자의 유인수요 방지 대책 필요

소비자의 비용의식적 태도가 고취되더라도 MSA자체만으로는 비용 억제에 한계가 있으므로 공급자측 비용상승 억제를 위한 추가적인 장치가 필요하다

## 2) 運營 模型

건강보험의 재정안정화를 도모하기 위한 방안의 하나로 싱가포르의 MSA를 우리나라에 도입할 수 있는 모형은 다음과 같다.

구분	적용내용	재원 체계
외래	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 2만원 이하: 전액 본인부담</li> <li>· 2만원 초과~10만원 이하: MSA</li> <li>· 10만원 초과: 사회보험(본인부담률: 20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 소득의 일정율을 MSA개인계좌 및 사회보험료로 징수</li> <li>· MSA 적립금중 일정율(예:10%)를 공동계좌로 관리</li> </ul>
입원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 100만원 이하: MSA</li> <li>· 100만원 이상: 사회보험(본인부담률: 10%)</li> </ul>	

'98년 현재 환자 본인부담분이 정액으로 적용되는 1만 2천원 이하의 진료비에 해당하는 건은 외래 총진료비의 약 10%를 차지하고 있고, 10만원 이하의 진료비에 해당하는 건은 외래 총진료비의 약 77.7%를 차지하고 있다. 즉, 외래에서 제공되는 서비스의 약 78%가 10만원 이하의 소액 서비스라는 것을 알 수 있다. 또한 2만원 이하의 진료비에 해당하는 건은 외래 총 진료건수의 61.5%를 차지하고, 총진료비중 27.34%를 차지한다. 따라서 외래에서는 건당진료비가 10만원을 초과하는 경우를 고비용 저빈도에 해당한다고 간주하여, 위 모형에서 MSA와 사회보험의 한계를 10만원으로 결정하였다. 사회보험에 해당하는 부문은 20%의 본인부담률이 적용되는 것으로 하였다.

〈表 VII-5〉 1998年 件當診療費 크기別 頻度(入院)

(단위: 천건, 천원, %)

	진료건수	비율	누적건수	누적건수 비율
0~20	11	0.28	11	0.28
20~40	27	0.70	38	0.98
40~60	33	0.85	71	1.83
60~80	47	1.21	118	3.04
80~100	57	1.47	175	4.51
100~150	165	4.25	340	8.76
150~200	208	5.36	548	14.12
200~250	264	6.80	812	20.92
250~300	274	7.06	1,086	27.98
300~350	241	6.21	1,327	34.18
350~400	213	5.49	1,540	39.67
400~500	345	8.89	1,885	48.56
500~700	562	14.48	2,447	63.03
700~1,000	617	15.90	3,064	78.93
1,000~2,000	517	13.32	3,581	92.25
2,000~3,000	129	3.32	3,710	95.57
3,000~5,000	89	2.29	3,799	97.86
5,000~7,000	38	0.98	3,837	98.84
7,000 이상	45	1.16	3,882	100.00
계	3,881	100.00		

입원의 경우는 1백만원 이상인 경우 진료비의 60%, 진료건수의 21%를 차지하고 있다. '98년 도시근로자가구의 평균 가계소득이 213만 3천원이고, 2001년 보험료율이 3.4%로 결정되었기 때문에 만약 월급여의 3.4%를 MSA 기여금으로 설정한다고 하면 연간 약 87만원이 적립될 수 있다. 그래서 건당 1백만원 이하의 입원 진료비에 대해서는 MSA를 적용하더라도 큰 무리는 없을 것으로 판단된다.

〈表 VII-6〉 件當診療費 크기別 累積 診療費 規模(入院)

(단위: 백만원, %)

	진료비(계)	보험자 부담	본인부담	누적진료비	비율
0~20	121	97	24	121	0.00
20~40	801	641	160	922	0.03
40~60	1,670	1,336	334	2,592	0.08
60~80	3,333	2,667	666	5,925	0.17
80~100	5,100	4,081	1,019	11,025	0.32
100~150	20,755	16,602	4,153	31,780	0.93
150~200	36,739	29,382	7,357	68,519	2.00
200~250	59,507	47,553	11,954	128,026	3.74
250~300	75,135	59,987	15,148	203,161	5.94
300~350	78,032	62,251	15,781	281,193	8.22
350~400	79,907	63,827	16,080	361,100	10.56
400~500	153,698	122,554	31,144	514,798	15.05
500~700	337,753	268,943	68,810	852,551	24.93
700~1,000	514,059	409,594	104,465	1,366,610	39.97
1,000~2,000	692,357	550,032	142,325	2,058,967	60.21
2,000~3,000	312,162	247,235	64,927	2,371,129	69.34
3,000~5,000	338,874	268,496	70,378	2,710,003	79.25
5,000~7,000	224,477	178,378	46,099	2,934,480	85.82
7,000 이상	484,975	386,237	98,738	3,419,455	100.00
계	3,419,457	2,719,896	699,561		

3) 模型適用 細部 事項

- ① 적용대상: 전국민
- ② 부과방법: 임금근로자(현행제도와 마찬가지로 소득액 대비 일정



를, 단, 고용주와 근로자가 반씩 부담), 자영자(전액 본인부담)

- ③ 재원배분: 총 부과액 중 60%는 MSA에 적립하고 40%는 사회보험료로 징수(단, MSA 적립액의 10%는 MSA 공동기금으로 관리하되, 공동기금은 개인별 기금을 초과하여 사용하는 계층 중 Means Test를 통과한 저소득층 지원에 사용).
- ④ 경제적 동기를 부여하기 위해 기여금에 대해 세제 혜택 부여
- ⑤ 적용범위: 총 진료비중 전액 본인부담 원칙이 적용되는 진료비를 뺀 나머지 금액에 한하여 MSA에서 인출되도록 하고 MSA가 적용되는 진료비를 뺀 나머지 금액에 한하여 사회보험 적용
- ⑥ 본인부담: 외래의 2만원 이하는 전액본인부담하고, 사회보험이 적용되는 외래 10만원 이상의 금액중 20%, 입원 100만원 이상 금액중 10%를 본인부담으로 함(deductible과 co-payment제도 병용).
- ⑦ 기여금 인출: 의료비 외에는 70세까지 인출 제한

#### 4) 모델에 따른 시뮬레이션 결과

앞에서 제시한 모형에 따라 MSA를 도입하면 1998년 자료를 기준으로 외래의 경우 본인부담액은 약 2조원, MSA 부담액은 약 3조 1천 6백억원, 그리고 건강보험부담은 약 1조 1천억원이다. 각각의 부담률은 31.8%, 50.4% 그리고 17.8%이다. 현행 시스템 하에서는 본인부담분이 41.3%, 건강보험이 58.7%이다. 즉, 본인부담분과 건강보험분이 MSA로 이동하는 결과를 보인다. MSA제도로부터 우리가 기대하는 것은 도덕적 해이의 약화로 의료비가 절감된다는 것이다. 미국과 싱가포르의

경험을 토대로 최소 20%에서 최대 50%까지 절감<sup>7)</sup>될 수 있을 것으로 기대한다. 20%가 절감된다면 약 9007억, 50%가 절감된다면 약 2조 4400억이다. 10만원 이상 건은 Moral Hazard가 없는 것으로 가정하여 그 이하의 건에 대해서만 절감되는 것으로 간주하였다.

〈表 VII-7〉 MSA 導入 後(外來)

(단위: 백만원, %)

		본인부담	MSA	건강보험
2만원까지 전액 본인부담		1,718,314		
2~10만원까지 MSA			3,166,563	
10만원 이상 건강보험(본인부담률: 20%)		279,915		1,119,662
각 영역별 부담률		31.80	50.39	17.82
20% 절감 가능시 절감액		976,975		
50% 절감 가능시 절감액		2,442,438.5		
현행 시스템	부담액	2,596,346		3,688,108
	부담률	41.31		58.69

입원의 경우 본인부담, MSA, 보험자 부담분이 각각 2천억, 1조 3600백억 그리고 1조 8500억원으로 6%, 39.9% 그리고 54%의 부담율을 구성한다. 외래와 마찬가지로 20:80으로 구성되어 있는 본인부담과 보험자부담분이 MSA 적립기금으로 옮겨짐을 알 수 있다. 100만원 이하의 건에서 약 20%가 절감된다면 2700백억 그리고 50%가 절감된다면 6800억의 의료비가 줄어든다.

7) Tanner, Michael, Medical Saving Accounts; Answering the Critics, Policy Analysis No.228, Cato Institute, 1995.

〈表 VII-8〉 MSA 導入 後(入院)

(단위: 백만원, %)

		본인부담	MSA	건강보험
100만원까지 MSA			1,366,610	
100만원 이상 건강보험 (본인부담률 10%)		205,285		1,847,561
각 영역별 부담률		6.00	39.97	54.03
20% 절감 가능시 절감액		273,322		
50% 절감 가능시 절감액		683,305		
현행 시스템	부담액	699,561		2,719,896
	부담률	20.46		79.54

〈表 VII-9〉 總 節減額

(단위: 백만원)

가 정	절감액
20% 절감 가능시	1,250,297
50% 절감 가능시	3,125,744

입원과 외래를 합하면 20% 절감의 경우 약 1조 2천억으로 1998년 총 급여비의 18.5%가 절감되고 50% 절감의 경우 총 급여비의 약 47.6%가 절감된다. 위에서 총 진료비의 20%나 50% 절감을 가정하지 않고 외래의 10만원 이하건, 입원의 100만원 이하의 건에서만 절감되는 것으로 가정하였기 때문에, MSA 도입시 실제 절감액이 총 급여비의 최소 20%이상 절감이 가능할 것으로 판단된다.

MSA도입후 입원·외래 모두 본인부담분이 줄어드는 것처럼 보이나 저비용 다빈도 질환자들의 본인부담은 늘어나는 대신 고비용 만성질환자들의 본인부담은 줄어들게 된다. 즉, 보험본래의 의도에 근접하게

되는 것이다.

〈表 VII-10〉 MSA와 現行시스템 對比

(단위: 백만원, %)

	총진료비	보험자부담	MSA	본인부담
MSA	9,703,911	2,967,222.1	4,533,173	2,203,514
	100.00	30.58	46.71	22.71
현행	9,703,911	6,408,004		3,295,907
	100.00	66.04		33.96

5) 適用에 따른 期待效果 및 問題點

가) 기대효과

- ① 위험분산 기능을 강화할 수 있다(고비용 진료까지 위험분산 확대)
- ② 이용자들의 비용의식적 태도 고취(의료비 절감 및 건강한 생활 습관 유도)
- ③ 소액 진료비에 대한 청구작업의 축소로 행정비용 절감(제도운영상의 효율성 제고)
- ④ 다년간의 위험분산으로 앞으로 노인의료비에 대한 효율적 대비책
- ⑤ 고비용 서비스에 대한 위험분산 기능 확대로 의료제도권외의 의료비 절감
- ⑥ 예산자원에서 비예산자원으로 의료자원의 이동
- ⑦ 의료공급시장에 경쟁원리 조성
- ⑧ 기금운영으로 경제적 효과

나) 문제점

- ① 소득 재분배 기능이 약하여 형평문제 제기

- ② 건강권리가 개인의 책임으로 전가됨으로써 한계계층에 대한 공공부문의 강화 및 확대 필요
- ③ 공급자측 비용상승을 억제할 제도적 기전이 없음
- ④ 적립금이 많은 경우 외래의 3차기관 이용이 빈번해질 우려: 1, 2차 외래 이용시 가격보조를 하여 의료전달체계를 바로잡아야 함

#### 6) 供給者側 費用上昇 抑制 方案

공급자측의 유인수요 억제를 위하여 그리고 진료의 질을 확보하기 위하여 1일당 진찰건수에 따른 진찰료 및 처방료를 차등화 할 수 있는 방안을 제시하고자 한다.

현행 시스템에서 의사 1인당 보장 월수입 6백만원을 적정수준으로 놓고 진료건수가 증가함에 따라 진찰료 및 처방료의 조정이 필요함을 보여주고 있다. 월수입 6백만원을 얻기 위해서는 하루에 41건의 진료를 보아야 한다. 이 경우 진료건당 10분에서 15분 소요되는 것으로 판단되나 환자가 일정하게 오지 않기 때문에 실질적으로는 건당 진료시간이 더 적게 될 것이다. 의사가 주 5일 근무하는 것으로 하여 시뮬레이션 한 결과가 아래 표에 나와 있다.

〈表 VII-11〉 資料

(단위: 원, %)

초진료	재진료	처방료
8,400	5,300	3,660
초진율	재진율	처방전 발행률
0.34	0.66	0.98

초진률·재진률 및 처방전 발행률은 1998년 자료를 이용하였고 초진

료·재진료 및 처방료는 2000년 12월 현재 가격을 사용하였다. 아래표에서 진료건당 수입 중 보험자와 환자의 부담비율은 6:4로 가정하였다. 본인부담비율이 연구결과에 따라 상당한 차이를 보이거나 상대적으로 적은 40%를 사용하였다. 한달 진찰일수는 20일로 그리고 총의원수입중 의사수입과 관리비등 기타 지출의 비율을 36:64(한국보건 의료관리연구원, 1998)로 하였다.

<表 VII-12>는 1일당 진찰환자수에 따라 추정된 의사수입이다. 약 40명의 환자는 보았을 때 의사 1인당 수입이 약 6백만원이 된다. 이를 토대로 60명까지는 현재 진찰료 및 처방료 수준을 유지하는 것으로 가정하고 60명 이상 매 20명씩 증가할 때마다 추가수입 허용률을 5%로 할 경우, 70명의 환자를 본다면 진찰료 및 처방료의 삭감률이 약 6.37%, 150명을 본다면 약 29.07%에 이른다.

따라서 진찰환자수에 따라 진찰료 및 처방료 조정내역이 아래에 나와 있다. 110명의 환자를 볼 경우 현재 8,400원의 초진료가 6,700원으로 재진료는 5,300원에서 4,227원으로 그리고 처방료는 3,660원에서 2,919원으로 삭감된다.

<表 VII-12> 日當 診察患者數에 따라 收入變化

(단위: 원)

	30	35	40	41	45	50	60
1	306,180	357,210	408,240	418,446	459,270	510,300	612,360
2	204,120	238,140	272,160	278,964	306,180	340,200	408,240
3	10,206,000	14,288,400	16,329,600	16,737,840	18,370,800	20,412,000	24,494,400
4	6,531,840	9,144,576	10,450,944	10,712,218	11,757,312	13,063,680	15,676,416
5	3,674,160	5,143,824	5,878,656	6,025,622	6,613,488	7,348,320	8,817,984

註: 1: 보험자로부터 수입, 2: 환자로부터 수입(보험자와 환자의 본인부담 60:40)  
 3: 의원수입(한달 20일 진찰 가정), 4: 관리비등(의사수입과 관리비 등 기타 36:64)  
 5: 의사수입

〈表 VII-13〉 日當 診察患者數에 따른 診察料 및 處方料 削減率

(단위: 원, 명, %)

	60인 기준 추가수입 허용률	의사수입	환자평균	의원수입	진찰료 및 처방료 삭감률
60~80	5	9,258,883	70	25,719,120	6.37
80~100	10	9,699,782	80	26,943,840	14.17
100~120	15	10,140,682	90	28,168,560	20.24
120~140	20	10,581,581	100	29,393,280	25.09
140~160	25	11,022,480	110	30,618,000	29.07
160~180	30	11,463,379	120	31,842,720	32.38

〈表 VII-14〉 日當 患者數에 따른 削減後 診察料 및 處方料

(단위: 원, %)

환자수	삭감률	초진료	재진료	처방료
60~80	6.37	7,865	4,963	3,427
80~100	14.17	7,210	4,549	3,141
100~120	20.24	6,700	4,227	2,919
120~140	25.09	6,292	3,970	2,742
140~160	29.07	5,958	3,760	2,596
160~180	32.38	5,680	3,584	2,475

주: 현행은 환자수 관계없이 초진료 8,400원, 재진료 5,300원, 처방료 3,660원임.

이처럼 공급자측의 유인수요를 억제하기 위하여 일당 환자수에 따라 진찰료 및 처방료를 조정하면 다음과 같은 효과를 기대할 수 있다. 첫째, 공급자의 입장에서 내원일수나 투약일수를 증가시킬 유인이 없어지므로 건당진료일수가 감소할 것이다. 진료건수 및 수진율이 월당 청구형태로부터 계산되므로 동시에 수진율 또한 감소할 것으로 기대된다. 둘째, 공급자의 입장에서 많은 환자를 볼 유인이 줄어들므로 신규 개원의들이 개원에 따른 위험부담이 감소한다. 즉, 신규개원의들

이 이전에 비해 많은 기회를 갖게 되는 것이다. 셋째, 진료건당 진찰 시간이 길어지게 되므로 수진자의 입장에서 진료의 질을 확보할 수 있다. 넷째, 의사들의 진료일수가 줄어들어(예: 현재 주 6일에서 5일로) 고용창출의 효과가 발생한다. 예를 들어 이전에 1명의 의사와 2명의 간호사가 일당 100의 환자를 진찰했다면, 제도 개편 후 똑같은 인력이 100명 보다 작은 환자를 진찰하게 되므로 고용창출 효과가 발생하는 것이다.

무엇보다 유인수요를 제도적으로 억제함으로써 공급자측 Moral Hazard(도덕적 해이)를 줄일 수 있게 된다.



## VIII. 結 論

21세기를 출발하는 시점에서 건강보험제도는 우리나라에 의료보험 도입 이래 가장 큰 시련에 봉착하게 될 것이다. 그 동안 전국민 적용 확대를 비롯 급여범위의 지속적 확대, 제도개선의 꾸준한 노력 등 건강보험 발전을 위한 제반 노력이 강구되어 왔지만 해를 거듭할수록 점점 더 어려워지고 있는 것이 건강보험의 재정안정화이다. 2000년 말에 이미 지역조합의 재정이 바닥이고 2001년 말이면 하나로 통합되어 모든 제도의 변화에 전국민이 영향을 받기 때문에 보험료 인상은 전국민의 관심사가 되었다. 서구의 경험을 비추어 보면 건강보험의 보험료 조정은 정권의 향방을 좌우할 정도의 핵심 이슈로 자리잡았다. 우리나라도 예외일 수 없어 보험료의 인상은 정치권에 커다란 부담을 안겨줄 것이다. 더욱이 2000년 7월에 의약분업이 실시됨에 따라 이로부터 파생하는 재정부담 또한 만만치 않다.

사회보험 방식의 의료보험제도를 채택하고 있는 국가들의 경험이 말해주듯이 예외없이 모든 나라가 재정불안에 시달리고 있다. 더욱이 우려되는 것은 이러한 문제를 해결코자 시도된 여러 가지 방안들이 (지불방법의 변화, 본인부담률 인상, 공급의 제한, 급여범위의 축소, 의약품 통제 등) 성공적으로 정착하지 못하고 있다는 사실이다. 우리나라 역시 재정안정을 도모코자 여러 가지 방안들이 시도되어 왔지만 눈에 두드러진 효과를 보이지 못하고 있다. 건당진료비, 수진율 등이 매년 급등하여 급여비 증가는 매년 평균 20%에 육박한데 반해 수입원은 한계를 보이고 있다. 또한 현재까지 제시된 방안들도 이미 선진국에서 실패했거나, 별로 기대할 만한 내용이 없다. 즉, 총체적인 건

강보험의 위기국면이다.

2001년의 보험급여비는 의약분업의 효과가 본격적으로 나타나 약 12조 5천억원에 이를 것으로 추정된다. 현재 구도하에서 이를 맞추기 위해서는 국고지원의 현격한 증가가 없는 한 약 40%의 보험료 인상이 뒤따라야 한다. 그러나 이것은 현실적으로 불가능하다. IMF 경제위기이후 회복세를 보이던 경제가 다시 위기국면으로 접어들어 실업자가 점증하는 상황에서 보험료의 획기적 증가는 기대할 수 없다. 이를 해결하기 위하여 피부양자 중 소득이 있는 자에게 부과할 수 있는 제도의 도입이나 수진율 연계 보험료 부과 방안, 지불방법의 변화, 공급량의 통제 등 여러 가지 방안들이 제시되었으나 이는 지극히 미봉책일 뿐이라는 사실이다. 또한 우리나라는 다른 선진국에 비해 노령화의 속도가 훨씬 빨라 이미 노령화 사회에 진입하였다. 현행과 같은 부과방식에서는 생산인구 1인당 부담해야할 금액이 급격히 증가할 수밖에 없다. 즉, 우리나라 건강보험은 재정의 총체적 위기국면에서 돌파구 수단이 없다는 것이다. 그렇다면 건강보험제도 틀 자체를 전면적으로 재검토해야 한다.

급속한 노령화 및 급격한 급여비의 증가로 인해 현행제도의 유지가 불가능하다. 이를 타개하기 위해 싱가포르에서 MSA(의료저축제도)가 도입되었고, 약 15년 MSA 역사는 MSA라는 제도를 한 번쯤 고려해봄직하게 한다. 각국의 사회환경이 다르고 그에 따른 절박한 문제 역시 다르기 때문에 각국에 적합한 제도는 다를 수밖에 없다. 즉, 의료저축제도가 우리나라에 적합한지는 사전적(ex-ante)으로 알 수 없다. 그럼에도 불구하고 의료저축제도가 상징하는 개인의 선택과 책임의 원칙은 값진 교훈을 준다. 국가가 국민의 건강을 책임지는 것보다 국민들 스스로 건강에 대비하도록 하는 것이 국민들에게도 더 낫는 방법이 될 수 있다. 즉, 사회보험인 건강보험을 운영하더라도 본인의 선택

과 책임을 동반하지 않는 즉, 도덕적 해이(수요자측 및 공급자측의 Moral Hazard)가 제기되지 않으면 제도가 성공하기 힘들다.

본고에서는 위와 같은 인식하에 우리나라에 장기적 관점에서 의료저축제도(MSA)를 도입할 방안을 제시하였다. 적용에 따른 문제점을 극소화하면서 노후를 대비하기 위하여 각 개인별 또는 가구별로 의료저축을 실시하는 것은 수혜자 부담의 원칙과도 일치하고, 도덕적 해이 현상을 약화시키면서 고위험을 분산하는 보험고유의 목적도 달성할 수 있다. 즉, 재정안정화의 근원적 해결책이 될 수 있다. 21세기를 출발하는 이 시점에서 우리나라 건강보험에 MSA의 도입을 강력히 권하고자 한다.

## 參 考 文 獻

- 국민건강보험공단, 「특집: 의료저축계정(MSAs)」, 『건강보험동향』, 2000.  
\_\_\_\_\_, 「외국의 건강보험제도 비교조사」, 2000.
- 국민의료보험관리공단, 『의료보험 진료비 증가요인 분석자료집』, 1999.  
\_\_\_\_\_, 『최근 의보동향』, 1999. 7.
- 권순원, 「의료저축계정 도입가능성에 대한 소고」, 『한국보건경제학회』, 1998.
- 권오성, 『의료비용 분산의 새로운 패러다임: 의료저축제도』, 자유기업센터, 1999.
- 김용익 외, 『건강보험 재정 설계 연구』, 국민의료보험관리공단, 서울대학교 의과대학, 2000.
- 노인철 외, 『소득기준 의료보험료 부과체계 개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 문명순, 「주요국의 건강보험동향」, 『건강보험동향』, 국민건강보험공단, 2000.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.
- 삼성경제연구소, 『의료보험 재정 안정성 확보를 위한 정책대안의 설계』, 1999.
- 서울대학교 의료관리학 교실, 『건강보험 재정추계 연구』, 1999.
- 서울대학교 의과대학, 국민건강보험공단, 「건강보험재정설계 연구」, 2000.

신영석 외, 『의료보험 진료비 증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.

의료보험 연합회, 『의료보험 통계연보』, 각 연도.

\_\_\_\_\_, 『'94 진료행위별 청구 경향조사』, 1995.

\_\_\_\_\_, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.

의료보험통합추진기획단, 『의료보험 제도의 통합방안』, 한국보건사회연구원, 1998.

이충섭, 『의료보험 재정안정 운영체계에 관한 시론』, 한국보건경제학회, 1998.

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

최병호 외, 『의료보장 강화를 위한 의료보험 진료비 부담의 재편성 방안』, 한국보건사회연구원, 2000.

통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999.

한국보건의료관리연구원, 『'97병원 경영분석』, 1998.

European Commission, *Missoc-Social Protection in the Member States of the European Union*, European Commission, 1998.

Ferrara, Peter J., *More Than a Theory: Medical Savings Accounts at Work*, Polity Analysis No.220, Cato Institute, 1995.

Hsiao, William C., *Medical Savings Accounts; Lessons from Singapore*, Health affairs 14(2): 1995, pp.260~266.

Mossaro, T. and Y-N. Wong, *Positive experience with Medical Savings Accounts in Singapore*, Health affairs 14(2): 1995, pp.267~272.

Nen M. Nicholas, Nicholas Prescott, N. & Kai Hong Phua, *Medical Savings Accounts for Developing Countries*, in Schievber, George

ed., Innovations in Health Care Financing; Proceedings of World Bank Conference, March 10~11, World Bank Discussion Paper No.365, 1997.

Nicholas Prescott, Nen M. Nicholas, *International Comparison of Medical Savings Accounts*, Conference on Financing Health Care and Old Age Security, 8. November, 1997.

Tanner, Michael, *Medical Savings Accounts: Answering the Critics*, Policy Analysis No.228, Cato Institute, 1995.

William G.Manning et al., *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*, the American Economic Review, Vol.77, No.3, June, 1987.