

건강보험 재정과 효율화방안에 관한 연구

2015. 12.

최 성 은

서 언

건강보험 진료비 지출은 지난 10여년간 빠르게 증가하여 왔다. 2014년 건강보험 진료비 지출은 55조원에 달하고 있다. 건강보험 지출은 중앙정부 총 지출에는 전액 포함되지 않고, 국고보조분인 보험료의 20%만이 포함되고 있기 때문에 정부의 복지지출 증가 내역에 포함되지 않고 운영되고 있다. 건강보험료에 부가되고 있는 장기요양보험 지출의 급증까지 고려하면, 건강보험 지출과 장기요양보험 지출의 증가에 따른 국민부담률의 증가는 상당할 것으로 보인다. 최근 정부의 장기재정 전망결과에 따르면 2060년 우리나라 복지지출은 2015년 GDP 대비 약 10.6%p 수준에서 28.9%p 수준으로 약 18%p 증가할 것인바, 이 중 건강보험 지출 증가분이 약 8%p로 전체 복지지출 증가분의 절반 가까이 차지하고 있다.

이러한 건강보험 급여비 지출의 장기적 증가 예측은 인구 고령화로 인한 고령인구의 의료비 지출의 급속한 증가가 예견되고 있기 때문이기도 하다. 건강보험 대상자의 약 12%인 고령인구가 전체 진료비의 약 36%를 쓰고 있다. 19세 이상 성인 진료비 지출은 연령대가 증가할수록 증가하는 패턴을 보이고 있다. 예전에는 80대 이상 연령대부터는 연령대별 1인당 진료비 지출이 다시 감소하는 패턴을 보였으나, 기대수명의 연장과 함께 최근에는 80대 이후까지도 연령대별 1인당 진료비가 연령의 증가와 함께 증가하고 있는 것을 볼 수 있다. 우리나라의 인구 고령화 속도는 향후 급속하게 빨라질 것으로 예견되고 있기 때문에, 다른 요인은 제쳐 놓고서라도 고령화는 자연적인 의료비 지출의 증가로 이어질 것이다. 고령화 요인 이외에도 보장성 강화를 위한 지속적인 급여 확대 요구는 건강보험 급여비 지출의 증가요인으로 작용할 것이다. 우리나라 건강보험의 보장성은 낮은 것으로 평가되고 있어, 희귀난치성 질환 및 중증질환 등에 대한 급여 확대는 지속되어 왔고, 또 향후에도 지속될 것으로 예측할 수 있다. 최근의 4대 중증질환에 대한 보장

성 강화 등은 향후 1인당 진료비의 증가를 예고하고 있다. 한편, 의료계의 지속적인 수가 인상요구도 진료비 지출의 증가를 가져올 수 있는 요인으로 작용하고 있다.

중증질환에 대한 보장성 강화로 인한 건강보험 진료비 지출의 증가는 사회적으로 분명 필요한 부분이다. 그러나 인구 고령화와 더불어 건강보험지출의 급속한 증가는 여전히 국민부담률의 증가에 많은 압박을 주는 요인이 되고 있다. 그럼에도 불구하고 건강보험 급여비 지출의 증가는 중앙정부 총지출 수준에도 20%만 반영되고, 관리대상수지에도 포함이 되지 않아서 국가채무 수준에는 많은 영향을 미치지 못하기 때문에, 재정건전성에 미치는 위험도는 작다고 볼 수 있다. 생각하기에 따라서는 건강보험 지출에 관한 관리가 상대적으로 소홀해질 수 있는 가능성도 있다.

건강보험 진료비 지출의 급속한 증가와 함께, 건강보험 보험료는 거의 매년 지속적으로 인상되어 왔다. 보험료 부과를 용이하게 하기 위하여 보다 최근에는 보험료 부과기반이 되는 소득의 범위를 보다 확대하기 시작하였으며, 부과기반 소득의 범위는 향후에도 확대될 것으로 보인다. 건강보험 보험료율의 인상은 세율 인상보다는 용이한 측면이 있기 때문에, 그간의 보험료율 인상은 거센 조세저항 없이도 잘 이루어져 왔다고 볼 수 있다. 그러나, 보험료 수입 인상을 통한 건강보험 재정의 안정화를 도모하기에 앞서, 건강보험 진료비 지출에 대한 효율화와 통제는 선행되어야 할 과제로 보인다. 건강보험제도 내에 과도한 의료서비스를 이용하게 하는 유인이 내재한 것으로 판단되는 현실에 있어서는 더욱 그러하다.

본 연구는 건강보험 진료비 지출에 어느 정도의 효율화가 필요함을 인식하고, 그 필요성을 진단하고자 하였다. 전반적인 수가가 통제되는 시스템하에서 건강보험 진료비 지출의 증가는 결국 의료서비스 이용량의 증가와 직결되어 있는 경우가 많다. 의료서비스 이용량의 증가는 그 자체로는 바람직하다거나 바람직하지 않다는 가치평가를 할 수는 없으나, 불필요한 의료서비스의 과다 이용은 제도 내에서 통제할 필요가 있다. 의료서비스 과다 이용 유인을 제공할 수 있는 제도적 요인은 수요 측 요인과 공급 측 요인으로 나누어 볼 수 있다. 공급 측면에서는 주로 진료비 지불제도와 수가결정방식

등이 공급자 유인 수요를 창출하는 원인이 될 수 있고, 수요 측면에서는 본인부담금제도가 의료서비스 과다 이용의 유인을 제공하는 주요한 요인으로 작용할 수 있다. 이외에도 실손형 등의 민간의료보험은 이용자의 본인부담금을 낮추는 효과가 있어, 공급자와 수요자 모두에게 의료서비스 이용을 제고하게 하는 유인을 발생시킬 수 있다. 본 연구에서는 수요 측면의 본인부담금의 문제와 보완형 민간의료보험의 문제를 중심으로 건강보험의 지출효율화 방안에 대한 시사점을 제시하고자 하였다. 민간의료보험의 의료서비스 이용 제고 효과와 의료서비스 수요 및 본인부담금 인상의 의료서비스 이용 제고효과의 분석을 통해 의료서비스 이용을 합리화할 수 있는 본인부담금 제도의 개편과 민간의료보험과의 관계 설정에 대한 정책적 대안을 제시하고자 하였다.

본 연구는 본원의 최성은 박사의 책임하에 수행되었다. 저자는 보고서 작성 과정과 심사과정을 통하여 다양한 조언을 제공하여준 평가자들에게 감사의 말씀을 드리고 있다. 중간보고, 최종보고와 외부심사 과정을 통해 많은 유익한 조언을 제공하여준 검토자와 평가자에 대한 감사의 말씀을 드린다. 또한 자료의 수집과 연구과정에 많은 도움을 준 김규현 연구원과 장광남 연구원에게 감사의 마음을 전한다. 끝으로 본 보고서는 한국조세재정연구원의 공식의견이 아니라 저자의 개인의견임을 밝힌다.

2015년 12월

한국조세재정연구원

원장 박 형 수

요약 및 정책시사점

건강보험 지출은 현재 50조원에 달하는 막대한 규모로, 향후 지출 증가속도에 따른 보험료 수입 증가 필요에 따른 재정안정화와 재정관리가 요구되는 부문이다. 건강보험 진료비 지출 재정의 위험요인의 근간이 되는 것은 전반적인 우리나라의 의료비 지출 수준, 즉 국민의료비 지출의 증가이다. 국민의료비는 인구 고령화, 소득증가, 의료기술의 발달과 더불어 향후에도 빠른 속도의 증가세가 지속될 것으로 전망되고 있다. 인구 고령화가 빠르게 진행되고 있는 우리나라로서는, 향후 고령화율 증가에 따른 노인의료비 지출의 급증이 국민의료비 지출의 증가를 가져올 것은 명약관화하다.

건강보험의 연령대별 진료비 추이를 살펴보면, 연령대별 1인당 진료비는 역U자형 패턴에 가깝다. 1인당 영유아 진료비는 청소년층의 1인당 진료비에 비해 현저히 높고, 이후 청년층에서 고령층으로 갈수록 현저한 진료비 증가 패턴을 보인다. 건강보험 전체 대상자의 1인당 진료비는 약 109만원(2014년)이다. 55~59세 연령대의 1인당 진료비는 약 145만원, 65~69세는 약 244만원, 75~79세는 약 383만원, 85세 이상은 약 514만원으로, 고령인구의 진료비 비중이 높다. 65세 이상 고령인구는 건강보험 대상자의 11.9%인 600만명(2014년)인데, 이들 11.9%가 전체 건강보험 진료비의 약 36%를 쓰고 있다. 65세 이상 고령인구의 1인당 진료비는 전체 건강보험 대상자의 1인당 진료비의 약 3배(2014년)에 달한다. 전체 건강보험 진료비에서는 외래비중이 큰 것에 비해, 고령인구의 진료비는 입원비와 약제비가 외래비에 비해 크게 나타난다. 고령인구의 1인당 입·내원일수는 약 50.5일로(2014년), 전체 건강보험 대상자의 약 2.6배에 해당한다. 입원일수는 전체 건강보험 대상자의 약 4.3배에 달하며, 외래일수는 약 2.3배에 달하는 등 입원의 의료 강도가 크다.

의료비 증가요인과 함께, 건강보험제도의 보장성 강화요구들은 중단기적

으로 건강보험 진료건강보험 진료비 지출을 급증시키는 요인으로 작용할 것이다. 건강보험 진료비 지출전망에 대한 기존 연구들에서는 건강보험 진료비가 2050년 GDP의 약 5.1~10.9%까지 증가하는 것으로 전망되고 있다(박형수·전병목, 2009; 박형수·송호신, 2011; 보사연, 2013). 보다 최근의 정부 장기재정전망에서는 GDP 대비 건강보험 지출이 2060년에는 현 수준보다 약 8%p 증가할 것으로 보도하였다.

건강보험 진료비 지출의 급속한 증가는 의료 이용량과 의료 이용단가의 증가에 따른 건강보험 진료비 지출의 증가로 분해하여 볼 수 있다. 건강보험 진료비는 2004~2014년간의 기간 동안 연평균 9.3%의 증가율로 증가하였다. 적용인구의 증가율은 동 기간 동안 연평균 0.6%, 1인당 입·내원일수 증가율은 연평균 2.86%로 증가하였다. 이로 미루어 보건대 진료비의 증가는 대상자 증가라기보다는 1인당 진료비의 증가에 의거하고 있으며, 1인당 의료 이용량의 증가도 1인당 진료비 증가에 상당한 영향을 미치고 있음을 시사한다.

진료비 유형별로는 외래진료비가 전체 진료비의 약 42%, 입원진료비는 약 35.1%, 약제비는 전체 진료비의 약 22.9%를 차지하고 있다. 진료비 증가의 주요 측 요인으로는 건강보험 대상자의 증가, 인구 고령화로 인한 고령 인구 비중 증가, 1인당 의료 사용량의 증가를 들 수 있다. 진료비 증가의 공급측 요인으로는 수가 인상, 병상 수 및 의료인력 등의 증가를 들 수 있다. 우리나라는 국제적으로도 높은 1인당 병상 수, 입원일 위주의 병상 수 증가를 보이고 있다. 이는 공급자원의 불균형한 확대가 진료비 증가를 가져오면서, 반면에 진료비 증가에도 불구하고 의료서비스의 접근성 및 서비스 질 악화로 이어질 가능성이 농후하다는 것을 시사한다. 이외에 건강보험 급여 항목 확대, 중증질환 보장성 확대정책 등은 제도적인 측면에서 진료비 증가를 가져오는 요인들로 작용하고 있다.

진료비 증가는 재정적 측면에서 우려할 만한 일이지는 않지만, 진료비 증가로 인해 국민건강이 증진되고 인적자본의 질적인 면에 영향을 미친다면, 반드시 소모적 지출로 볼 수만은 없는 것도 사실이다. 그럼에도 불구하고, 불필요한 의료서비스의 과다 이용은 특히 경증질환의 경우, 불필요한 급여

비 지출의 증가라는 비용이 국민건강증진 기여라는 편익에 비해 크게 되는 문제점이 있을 수 있다. 불필요한 의료서비스의 과다 이용은 공급 측면과 수요 측면에서 모두 발생할 수 있다. 공급 측면에서는 주로 건강보험 지불 제도와 수가결정방식에 기인한 의료서비스 과다 이용을 유도하게 하는 유인이 발생한다. 수요 측면에서는 본인부담금 부과방식과 관련된 의료서비스 과다 이용 유인이 발생한다. 한편, 민간의료보험은 제도의 설계에 따라 수요자와 공급자 모두에게 과다한 의료 이용의 유인을 제공할 수 있다. 의료서비스 이용자 측면에서는 민간보험에 가입한 경우 본인부담금이 낮아져 의료서비스의 가격이 낮아지는 효과가 있기 때문에 바람직한 수준의 의료서비스 이용량보다 서비스를 많이 이용할 유인이 발생한다. 수가통제와 행위별 수가제하에 있는 공급자 측면에서는, 민간보험 가입자의 서비스 이용가격이 낮음을 알기 때문에 민간보험 가입자를 상대로 서비스 이용을 유도할 유인이 발생한다.

본 연구에서는 수요자 측면의 의료서비스 과다 이용 유인과 민영보험의 의료서비스 과다 이용 유인을 중심으로, 본인부담금과 민간보험의 의료서비스 과다 이용 유인을 분석하였다. 구체적으로 2009년 7월 상급종합병원에 대한 외래본인부담금 인상정책의 효과를 분석하였다. 외래본인부담금 정책의 효과는 주로 경증질환의 의료 이용에 영향을 미칠 것이기 때문에, 상급병원에 대한 외래 본인부담금 인상이 상급병원 경증외래 이용률을 감소시켰는지를 분석하였다. 2007년에서 2010년의 건강보험 표본 코호트 자료로 패널 고정효과 모형(fixed effect)을 분석하여, 외래본인부담금 인상 효과를 추정하였다. 분석결과는 2009년 이후 경증질환 여부 더미변수는 상급병원 외래 이용률과 음(-)의 상관관계를 보였다. 이는 상급병원 외래 본인부담금 인상이 경증질환의 이용률을 감소시켰음을 시사한다. 소득계층별로는 소득 1분위에서 경증질환의 상급병원 외래이용률 감소 효과가 상대적으로 다른 분위에 비해 매우 큰 것으로 추정되었다. 이러한 결과는 본인부담금 인상정책이 의료서비스 이용률에 효과적이며, 특히 경증질환의 외래 이용률에 상당한 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

이러한 분석에 의거하여 본고에서는 경증질환의 외래 본인부담금에 대해

서는 향후 보다 정교한 본인부담금 정책을 시행하여야 함을 제안하였다. 그런데 본인부담금 정책의 효과의 크기는 의료서비스의 본인부담금 탄력성에 좌우되므로, 본인부담금 정책의 효과를 알아보기 위해 본 연구에서는 의료서비스 이용에 대한 본인부담률 탄력성을 추정하였다. 분석에 활용한 자료는 2013년 건강보험 표본 코호트 DB자료이다. 추정결과, 외래와 입원을 통틀어 전체 의료서비스의 가격탄력성(본인부담률 탄력성)은 -0.4 , 외래서비스의 가격탄력성은 -0.13 , 경증질환 외래서비스 이용의 가격탄력성은 -0.311 로 추정되었다.

이러한 결과는 본인부담금 정책이 외래서비스, 특히 경증질환 외래서비스 이용에 효과가 크다는 것을 시사한다. 즉, 본인부담금 정책은 입원보다는 외래에, 그리고 중증질환보다는 경증질환 위주로 설계되어야 함을 시사하고 있다. 그러나 소득계층별로는 저소득층이 본인부담금의 변화에 민감할 수 있으므로, 저소득층의 의료 이용에 너무 영향을 주지는 않으면서도 적절한 의료 이용을 유도할 수 있는 세심한 제도 설계가 필요하다.

다음으로 민영보험이 의료서비스 과다 이용을 유인하는지 살펴보기 위해, 본 연구에서는 2011년 의료패널을 활용하여 민간보험 가입 여부가 진료비에 미치는 효과를 분석하였다. 분석 결과 실손형 보험가입은 외래횟수, 외래진료비, 입원횟수, 입원일수를 증가시키는 요인으로 나타났다. 정액형 보험은 외래진료비, 입원횟수, 입원일수를 증가시키는 요인으로 나타났다. 이는 민간의료보험, 특히 실손형 의료보험의 가입은 의료 이용과 진료비를 증가시킨다는 것을 시사하고 있다. 본 연구에서는 향후 실손형 의료보험에 대한 정책방향은 새로이 정립할 필요가 있다는 입장을 밝히고 있다. 적어도 경증질환에 대해서는 건강보험의 보장영역과 겹치는 부분에 대한 민간의료보험의 보장에 대한 규제도 필요하다.

본 연구에서는 건강보험 지출의 효과적 통제를 위하여 다음의 세 가지 방향을 제시하고자 한다. 먼저 수요자 측면에서의 본인부담금 제도를 세밀하게 개선해 나가야 할 필요가 있다. 경증질환 외래방문은 본인부담을 강화하고, 중증질환에 대한 본인부담은 완화한다는 기본적인 방향하에, 저소득층에 대한 배려 등을 포함하여 세심하게 조정해야 한다. 둘째, 공급 측면에서의

포괄수가제 적용 개선과 주치의 제도 도입도 필요하다. 기존의 행위별 수가제의 문제를 교정하기 위한 포괄수가제 적용 대상이 확대되어 가고 있지만, 현 구조하에서는 한쪽을 누르면 한쪽이 부풀어 오르는 풍선효과처럼 비용들이 다르게 전가되는 양상이 나타나고 있기 때문이다. 따라서 부분적인 포괄수가제 적용의 부작용이 최소화될 수 있도록 포괄수가제 적용에 있어서 보다 세밀한 제도의 개선이 필요하다. 이를 위해, 프랑스 등에서 지출 효율화를 위한 조치로 도입되었던 주치의 제도 도입을 고려해볼 수 있을 것이다. 셋째, 민간보험으로 인한 과다 의료서비스 이용의 유인을 없앨 수 있도록 민간보험과 공적보험의 관계를 재정립하여 제도를 재설계하는 방안을 제안한다. 보완형 민간의료보험이 과다한 의료서비스 이용을 초래하고 궁극적으로는 의료비 지출을 증가시킬 가능성이 있음을 염두에 두고, 민간의료보험 정책의 방향을 점검하는 것이 필요하다. 민간의료보험의 정책방향은 공적의료보험이 보장하지 못하는 비급여 항목을 보충하는 보충형 위주로 설정될 필요가 있다. 공적의료보험의 본인부담금을 일부 보장하는 실손형 민간의료보험의 확대는 신중하게 이루어져야 한다. 특히, 경증질환에 대한 보완형 민간의료보험에 대한 제도 개선이 필요하다.

지출 측면의 효율화와 더불어 건강보험 지출의 부담주체에 관한 고민과 건강보험 관리운용체계에 대한 고민도 필요하다. 건강보험 지출의 부담주체와 관련하여, 건강보험 부담의 형평성을 제고할 수 있는 건강보험 피부양자 제도 개선 역시 필요하다. 또한 건강보험 재정통계 및 재정관리의 투명화와 심의절차를 강화할 필요도 있다. 건강보험 지출은 현재 보험료 수입의 20%인 국고지원분만 중앙정부 지출에 포함되어, 건강보험 재정의 적자 여부는 국가채무 수준에 영향을 미치지 못하는 등, 건강보험 지출의 증가에 대한 인식이 상대적으로 용이하지 않은 측면이 있다. 건강보험 보험료 수입에 연동된 노인장기요양보험지출도 건강보험 지출과 같이 중앙정부 지출에는 포함되고 있지 않다. 건강보험과 노인장기요양보험의 통계가 국가통계가 아닌 건강보험공단 통계로 볼 수 있기 때문에, 통계에의 접근도 상대적으로 어렵고, 통계의 투명성도 상대적으로 낮다.

한편, 건강보험과 관련된 수가 및 보험료에 관한 주요 의사결정도 심의절

차 강화의 필요성이 제기되고 있다. 건강보험을 기금화하지는 논의는 예전부터 있어 왔는데, 기금화로 인한 문제나 단점도 없는 것은 아니지만, 기금화를 하게 되면 건강보험 통계의 문제나 의사결정에 대한 심의과정의 문제는 개선될 수 있다고 보여진다. 마지막으로 건강보험 재정안정화를 위한 건강보험 부과기반에 관하여서는, 본격적 부과체계 개편에 앞서 담배에 부과되는 제세부담금을 건강보험 재원으로 적극 활용하는 것도 고려해볼 수 있다. 즉, 건강보험 재정안정화를 위한 수입원으로서 최근 담배가격 인상으로 증가한 담배부담금 재원을 확대 편입하는 것이다. 흡연의 건강위해도를 생각할 때 담배부담금 재원을 건강보험 지출에 활용하는 것도 적절한 연계 방안이 될 수 있다.

목 차

| | |
|--------------------------------|----|
| I. 서론 | 19 |
| II. 건강보험 재정현황과 전망 | 22 |
| 1. 건강보험 재정 추이와 현황 | 22 |
| 가. 건강보험 지출 추이 및 현황 | 26 |
| 나. 건강보험 수입 추이 및 현황 | 29 |
| 2. 건강보험 재정전망과 재정위험요인 | 32 |
| III. 건강보험 진료비 추이와 진료비 증가 요인 | 36 |
| 1. 건강보험 진료비 지출 현황 | 36 |
| 가. 연령대별 건강보험 진료비의 특징 | 36 |
| 나. 65세 이상 고령인구의 건강보험 진료비 | 42 |
| 2. 건강보험 진료비 지출 증가요인 | 49 |
| 가. 건강보험 대상자와 1인당 진료비 | 52 |
| 나. 의료서비스 이용량의 증가 | 56 |
| 다. 의료수가 | 59 |
| 라. 의료서비스 공급자원의 증가 | 65 |
| 마. 제도적 변화요인 | 69 |
| VI. 의료서비스 수요와 의료서비스 이용의 도덕적 해이 | 73 |
| 1. 본인부담금과 의료서비스 수요 | 78 |
| 가. 건강보험 본인부담금 제도 개요 | 79 |
| 나. 선행연구 | 81 |
| 다. 상급종합병원 외래본인부담금 인상 효과 | 82 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| 라. 의료서비스 수요의 가격탄력성과 본인부담금 | 87 |
| 2. 민간의료보험과 의료서비스 수요 | 90 |
| 가. 민간의료보험 현황 | 90 |
| 나. 민간의료보험의 유형과 역할 | 92 |
| 다. 민간의료보험과 의료서비스 수요증가 | 95 |
| | |
| V. 결론: 건강보험 효율화를 위한 정책제언 | 104 |
| | |
| 참고문헌 | 108 |
| | |
| 부 록 | 111 |

표목차

| | |
|--|----|
| 〈표 II-1〉 건강보험 재정현황 | 24 |
| 〈표 II-2〉 건강보험 지출 추이 | 27 |
| 〈표 II-3〉 건강보험 보험급여비 추이 | 28 |
| 〈표 II-4〉 건강보험 수입 추이 | 30 |
| 〈표 III-1〉 연령별 총 진료비 및 연령그룹별 구성 비중(2005~2014) | 37 |
| 〈표 III-2〉 연령별 1인당 진료비 및 연령그룹별 구성 비중(2005~2014) | 40 |
| 〈표 III-3〉 65세 이상 건강보험 진료비 및 급여비 현황 비교 | 43 |
| 〈표 III-4〉 65세 이상 건강보험 1인당 진료비 및 급여비 현황 비교 | 44 |
| 〈표 III-5〉 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 진료비 및 급여비 비교 | 46 |
| 〈표 III-6〉 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이 | 48 |
| 〈표 III-7〉 진료비 증가요인 분해 분석 | 49 |
| 〈표 III-8〉 건강보험 진료형태별 진료비 및 급여비 추이 | 50 |
| 〈표 III-9〉 가입유형별 건강보험 적용인구 | 53 |
| 〈표 III-10〉 건강보험 적용인구 1인당 진료형태별 진료비 및 급여비 추이 | 55 |
| 〈표 III-11〉 건강보험 내원일수 추이 | 57 |
| 〈표 III-12〉 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이 | 58 |
| 〈표 III-13〉 건강보험 수가제도 변천과정 | 60 |
| 〈표 III-14〉 건강보험 수가 인상 추이 | 61 |
| 〈표 III-15〉 요양기관 유형별 환산지수 | 64 |
| 〈표 III-16〉 병원 시설 현황(병상 및 병실) | 67 |
| 〈표 III-17〉 요양기관 현황 | 68 |
| 〈표 III-18〉 건강보험 수가, 본인부담금 및 급여확대 변천과정 | 71 |
| 〈표 IV-1〉 건강보험 진료비 본인부담금 | 80 |

| | |
|--|-----|
| 〈표 IV-2〉 상급병원 본인부담금 인상효과(고정효과모형) | 85 |
| 〈표 IV-3〉 소득분위별 고정효과모형 | 86 |
| 〈표 IV-4〉 의료서비스 이용의 본인부담률 탄력성 | 87 |
| 〈표 IV-5〉 경증질환 의료서비스 이용의 본인부담률 탄력성 | 89 |
| 〈표 IV-6〉 민간의료보험 가입가구, 가입률 및 월평균 납입료 | 91 |
| 〈표 IV-7〉 공적의료보험과의 관계에 따른 민간의료보험의 유형 | 93 |
| 〈표 IV-8〉 기초통계량(2011, 전체) | 97 |
| 〈표 IV-9〉 기초통계량(2011, 20세 이상 65세 미만) | 99 |
| 〈표 IV-10〉 민간보험/형태별 민간보험 가입에 미치는 영향(Probit) | 102 |
| 〈표 IV-11〉 민간의료보험이 의료서비스 이용과 의료비에 미치는 영향 | 103 |

그림목차

| | |
|--|----|
| [그림 II-1] 건강보험 재정현황(2000~2014) | 26 |
| [그림 II-2] 건강보험 지출추이 | 29 |
| [그림 II-3] 건강보험 수입 추이 | 31 |
| [그림 II-4] GDP 대비 국민의료비 비중(2013년 혹은 최근 년도) | 32 |
| [그림 II-5] 1인당 국민의료비 지출(2013 혹은 최근 년도, USD ppp) | 33 |
| [그림 II-6] 1인당 실질 국민의료비 연평균 증가율(2005~2013) | 33 |
| [그림 II-7] 건강보험 지출 전망 | 35 |
| | |
| [그림 III-1] 연령별 총 진료비 현황(2005~2014) | 39 |
| [그림 III-2] 연령별 1인당 진료비 현황(2005~2014) | 42 |
| [그림 III-3] 65세 이상 건강보험 적용인구 현황 | 44 |
| [그림 III-4] 65세 이상 건강보험 총 진료비 및 급여비 현황 | 45 |
| [그림 III-5] 65세 이상 건강보험 1인당 진료비 및 급여비 현황 | 45 |
| [그림 III-6] 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 진료비 비교 | 47 |
| [그림 III-7] 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 급여비 비교 | 47 |
| [그림 III-8] 건강보험 총 진료비 및 급여비 추이 | 51 |
| [그림 III-9] 건강보험 진료형태별 진료비 추이 | 51 |
| [그림 III-10] 건강보험 진료형태별 급여비 추이 | 52 |
| [그림 III-11] 가입유형별 건강보험 적용인구 | 54 |
| [그림 III-12] 적용인구 1인당 진료형태별 진료비 추이 | 55 |
| [그림 III-13] 적용인구 1인당 진료형태별 급여비 추이 | 56 |
| [그림 III-14] 건강보험 내원일수 추이 | 57 |
| [그림 III-15] 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이 | 58 |
| [그림 III-16] 건강보험 적용인구 1인당 내원일수 추이 | 59 |
| [그림 III-17] 건강보험 수가 인상 추이 | 63 |

CONTENTS

| | |
|--|----|
| [그림 III-18] 건강보험 수가 증가율 추이 | 63 |
| [그림 III-19] 인구 1,000명당 병상수(2000년 vs 2013년) | 66 |
| [그림 III-20] 병상유형(2013년) | 66 |
| [그림 III-21] 요양기관 현황 | 69 |
| | |
| [그림 IV-1] 의료서비스 이용의 결정요인 | 74 |
| [그림 IV-2] 보건의료시스템 | 75 |
| [그림 IV-3] 의료서비스 이용의 분류 | 76 |
| [그림 IV-4] 민영보험의 규모와 비중 추이(1980~2013년) | 91 |

I. 서론

우리나라의 건강보험 진료비는 국제적으로도 매우 높은 수준의 증가율을 보이면서 2014년 55조원에 달하는 수준으로 증가하였다. 진료비 증가와 함께 건강보험 지출도 2014년 약 44.8조원으로 지속적인 증가를 계속하고 있다. 건강보험 지출의 지속적 증가와 더불어 건강보험 재정수입 확충을 위한 보험료율 인상도 거의 매년 보험료율 인상으로 이어져 와 2015년 직장가입자의 건강보험료율은 6.07%로 인상되었다. 소득세 공제 축소에 따른 연말 환급금 정산과 관련하여서는 사회적 파장을 가져올 정도로 큰 조세 저항을 보이고 있으나, 상대적으로 매년 이루어지고 있는 건강보험료 인상에 대하여서는 인지도가 낮아 보인다. 건강보험 지출의 지속적 확대에도 불구하고 건강보험 보장성은 여전히 낮은 수준이라는 평가와 함께 건강보험 보장성 확대를 위한 비급여 항목의 급여화가 건강보험 보장성 강화계획에 의해 추진되어 오고 있다. 올해에도 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 항목의 급여화 등 건강보험 보장성 확대를 위한 비급여 항목의 급여화가 추진되었다. 더불어 의료계의 수가 인상 요구도 지속되고 있어 2015년에도 수가가 평균 2.2% 인상되었다.

건강보험을 포함한 우리나라의 1인당 국민의료비는 \$2,275(2013 ppp 반영)로 OECD 국가 평균 \$3,453에 비해 낮은 수준으로 나타나고 있고¹⁾, 2013년 GDP 대비 국민의료비도 6.9%로 OECD 평균 8.9%에 비해 낮은 수준으로 나타나고 있다(OECD, 2015a).²⁾³⁾ 그럼에도 불구하고 1인당 국민의료비

1) OECD(2015a), Health at a Glance, p.165.

2) 위의 책, p.167.

3) 총국민의료비는 의료 재화와 서비스의 최종소비(경상 국민의료비)와 보건의료 인프라에 대한 자본투자를 합한 것으로, 공공과 민간의 의료서비스와 재화, 공공보건 예방 프로그램, 행정비용이 모두 포함된다(OECD, 2013, p.154).

와 GDP 대비 국민의료비의 증가율은 OECD 국가들 중에서도 급속히 빠른 속도로 증가하고 있다. 의료비의 많은 부분을 차지하는 것이 노인인구 의료비임을 감안하면, 이미 고령사회에 접어든 OECD 국가들과는 달리 고령화가 가속화되고 있는 우리 사회에서 향후에도 노인 의료비의 증가 등 건강보험 지출은 지속적으로 증가할 것임을 쉽게 예측할 수 있다. 또한 재정위기를 겪어온 남유럽 국가를 포함하여, 독일, 프랑스, 네덜란드 등 의료비 지출이 높은 서유럽 국가들과 중앙정부 주도하의 NHS 시스템을 운영하고 있는 영국에서도 건강보험 지출 통제를 위한 다양한 개혁들이 진행되고 있다. 이들 서유럽 국가들의 건강보험 진료비 및 의료비 지출 관련 개혁들은 대부분 의료서비스의 질을 향상시키면서도 지출 효율화를 할 수 있는 제도상의 개혁들과, 민영보험의 역할 강화 및 NHS 시스템하에서의 의료서비스에의 민간 참여 확대 등으로 이어지고 있는 것을 볼 수 있다. 남유럽 국가들의 경우는 재정위기로 인한 연금 및 복지 전반의 일괄적인 지출 삭감 움직임과 더불어 건강보험 진료비 및 의료비 관련 지출도 총액을 전반적으로 삭감하고 있다. 이러한 외국의 사례를 비추어 보아도, 고령화와 더불어 급속하게 증가하고 있는 건강보험 진료비 지출에 대한 선제적인 대응이 향후 재정건전성 유지와 재정여력 확보를 위해 선결되어야 할 과제라고 보인다.

근래에 들어서는 노인장기요양보험의 도입으로 인해 건강보험의 노인 진료비의 일부가 요양보험 지출의 증가로 상쇄되는 부분이 발생하여 노인 진료비의 증가율은 상승세가 조금 누그러지는 것으로 나타나고 있는 있으나, 이는 노인장기요양보험지출 증가율에 반영되고 있는 것이기 때문에 여전히 관리가 필요한 부분이다. 최근 들어 발생하고 있는 건강보험 누적수지 흑자도 노인장기요양보험료가 추가적으로 징수되고 있기 때문에 발생하고 있는 측면도 있으므로, 이러한 흑자가 언제까지 지속되리라고는 기대할 수 없다. 향후 국민부담률의 증가는 주로 건강보험료 부분에서 발생할 것으로 예측할 수 있기 때문에, 건강보험 재정의 효과적 관리와 지출 효율화는 국민과 국가가 부담할 수 있는 지속가능한 건강보험체제를 유지하기 위해 반드시 선결되어야 할 과제로 보인다. 본고에서는 이러한 관점에서 건강보험 재정의

현황과 전망을 살펴보고, 건강보험 재정의 수입과 지출의 두 축 중 선행적으로 관리되어야 할 필요가 있는 지출 측면을 살펴보고, 건강보험 진료비 지출의 증가추이와 그 요인을 살펴보고자 한다. 진료비 지출의 대상별로 보았을 때 건강보험 진료비의 많은 부분을 차지하는 부분이 노인 진료비임을 감안하여, 본고에서는 연령별 건강보험 진료비의 추이와 함께 65세 이상 노인인구 진료비의 추이를 보다 면밀히 살펴보았다. 전반적인 수가가 통제되는 시스템하에서 건강보험 진료비 지출의 증가는 결국 의로서비스 이용량의 증가와 직결되어 있는 경우가 많다. 의로서비스 이용량의 증가는 그 자체로는 바람직하다거나 바람직하지 않다는 가치평가를 할 수는 없으나, 불필요한 의로서비스의 과다 이용은 제도 내에서 통제할 필요가 있다. 의로서비스 과다 이용 유인을 제공할 수 있는 제도적 요인은 수요 측 요인과 공급 측 요인으로 나누어 볼 수 있다. 공급 측면에서는 주로 진료비 지불제도와 수가결정방식 등이 공급자 유인 수요를 창출하는 원인이 될 수 있고, 수요 측면에서는 본인부담금제도가 의로서비스 과다 이용의 유인을 제공하는 주요한 요인으로 작용할 수 있다. 이외에도 실손형 등의 민간의료보험은 이용자의 본인부담금을 낮추는 효과가 있어, 공급자와 수요자 모두에게 의로서비스 이용을 제고하게 하는 유인을 발생시킬 수 있다. 본 연구에서는 수요 측면의 본인부담금의 문제와 보완형 민간의료보험의 문제를 중심으로 건강보험의 지출 효율화 방안에 대한 시사점을 제시하고자 한다. 민간의료보험의 의로서비스 이용 제고 효과와 의로서비스 수요 및 본인부담금 인상의 의로서비스 이용 제고 효과의 분석을 통해 의로서비스 이용을 합리화할 수 있는 본인부담금 제도의 개편과 민간의료보험과의 관계 설정에 대한 정책적 대안을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 건강보험 재정 현황과 전망

1. 건강보험 재정 추이와 현황

1977년 「의료보험법」의 개정과 함께 본격적으로 도입된 의료보험제도는, 상시 500인 이상 사업장의 근로자를 대상으로 시작하여 점차 그 대상을 군인, 공무원 및 사립학교 교직원 등으로 확대하였고, 농어촌 지역의료보험을 시작으로 1989년에는 자영업자와 5인 미만 사업장까지를 포함한 도시지역의료보험을 실시함에 따라 본격적인 전 국민 의료보험제도로서의 기틀을 마련하였다. 독자적인 운영방식하에서 지역의료보험의 재정적자 문제들이 부각됨에 따라 발생하기 시작한 건강보험 통합논의는 1990년대 중반부터 본격화되기 시작하여, 1997년 통합 법안이 통과되었다. 이에 1998년 지역조합이, 2000년에 직장·지역을 모두 통합되어 지금의 통합화된 국민건강보험공단이 설립되었다. 그리고 2003년에는 각 지역조합들의 재정까지 모두 통합되어 지금과 같은 건강보험의 형태로 운영되기 시작하였다.

건강보험 통합 이후 보험급여는 본격적으로 확대되기 시작하였다. 건강보험 지출은 1977년 의료보험이 본격적으로 도입된 때만 해도 51억원 수준이었으나, 전 국민 건강보험제도로 시행된 1990년에는 약 2조원 수준으로 증가하였고, 건강보험의 통합과 더불어 2000년에는 건강보험 총지출이 약 10조원 수준으로 증가하였으며, 이후 1년 만에 총지출은 전년 대비 4조원이 증가한 14조원에 달하게 되었다. 반면, 지역조합별로 상이한 보험료부과 체계와 상이한 재정여건을 가진 지역조합들의 통합 과정에서 보험료 부과체계가 동일하게 통합되면서, 심한 적자를 겪고 있던 지역조합들의 재정까지 떠안게 됨에 따라 건강보험의 당기 재정수지는 2000년에 약 1조원의 당기 재정적자를 기록하게 되었고, 이듬해 2001년에는 약 2.5조원까지 당기 재정적

자가 확대됨에 따라 건강보험 재정 상황이 극도로 악화되기 시작하였다.

악화된 건강보험 재정 상황에 대처하기 위하여 2002년 「국민건강보험 재정건전화 특별법」이 제정됨과 동시에, 건강보험에 대하여 일반회계 외에 국민건강증진기금으로부터 건강보험 보험료를 지원하는 방식으로 국고지원을 강화하였다. 국민건강증진기금은 담배에 부과되는 국민건강증진부담금을 재원으로 하는데, 2002년 이전 국민건강증진부담금은 한갑당 2원에 불과하였으나, 2002년부터 한갑당 150원으로 인상되었다. 2002년 특별법 제정 당시의 국고지원 규모는 통합된 지역보험재정의 50%를 지원하는 것으로, 일반회계가 35%를 부담하고 나머지 15%는 국민건강증진기금에서 부담하도록 하였다. 이후 2006년 법 시한이 만료됨에 따라 「건강보험법」을 개정하여 현재와 같이 건강보험 보험료 수입의 20%를 국고에서 지원하고, 이중 60%는 일반회계에서 나머지 40%는 국민건강증진기금에서 부담하는 형태로 변경되었다.

2002년의 국고지원 강화와 더불어 건강보험 당기 재정적자는 2002년 약 7,600억원 수준으로 큰 폭으로 줄어들었고, 2011년 이후부터는 당기 흑자를 지속적으로 기록하는 등 재정 상황이 호전되었다. 재정누적수지도 2004년부터 흑자로 전환되면서 점차 호전되어 2014년에는 누적수지만도 12.8조원에 이르게 되었다. 건강보험 누적수지의 증가에도 불구하고 건강보험 보험료는 2009년을 제외하고는 매년 인상되어 왔다. 건강보험 지출소요에 대비한 지속적 보험료 인상과 더불어 지출 측면에서는 2008년 노인장기요양보험이 도입됨에 따라 노인 진료비가 요양진료비로 대체되어 노인 의료비 증가율이 둔해진 것과 수가 인상률의 통제 등으로 인한 요인이 작용하여 건강보험 누적수지는 지속적으로 증가할 수 있었던 것으로 보인다. 그러나 2014년 누적수지가 이미 12조원대 규모에 달함에 따라 일각에서는 건강보험료 인하 요구 논의도 일어나고 있고, 의료계에서는 그간의 수가 통제에 따른 수가 인상 요구 등도 있으며, 2016년 건강보험 국고지원의 법적 시한이 만료됨에 따라 국고보조 조정에 대한 논의도 발생하고 있다. 건강보험 누적수지에도 불구하고 보험료를 인상하여 수지 상황을 유지하였던 것은 향후 의료보장성

확대 등의 경우를 염두에 둔 재정건전성 확보를 위한 것이었다고 해도, 건강보험이 적립성 기금으로 운영되는 것이 아닌 상황에서 향후에는 보험료의 인하가 있어야 할 것으로 보인다.

〈표 II-1〉 건강보험 재정현황

(단위: 억원, %)

| 구분 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | |
|------------------------|------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------|
| 총수입 | 89,934 | 116,423 | 138,903 | 168,231 | 185,722 | 203,325 | 223,876 | 252,697 | |
| - 보험료수입 | 71,846 (17.7) | 88,516 (23.2) | 106,466 (20.3) | 131,807 (23.8) | 148,745 (12.9) | 163,864 (10.2) | 182,567 (11.4) | 212,530 (16.4) | |
| - 정부지원금 | 15,527 | 26,250 | 30,139 | 34,238 | 34,830 | 36,948 | 38,362 | 36,718 | |
| - 기타수입 ¹⁾ | 2,561 | 1,657 | 2,298 | 2,186 | 2,147 | 2,513 | 2,947 | 3,449 | |
| 총지출(A) | 100,024 | 140,511 | 146,510 | 157,437 | 170,043 | 191,537 | 224,623 | 255,544 | |
| - 보험급여비 | 90,321 (15.2) | 132,447 (46.6) | 138,993 (4.9) | 149,522 (7.6) | 161,311 (7.9) | 182,622 (13.2) | 214,893 (17.7) | 245,614 (14.3) | |
| - 관리운영비등 ²⁾ | 9,703 | 8,064 | 7,517 | 7,915 | 8,732 | 8,915 | 9,730 | 9,930 | |
| 수지 | 당기 | -10,090 | -24,088 | -7,607 | 10,794 | 15,679 | 11,788 | -747 | -2,847 |
| | 누적(B) | 5,979 | -18,109 | -25,716 | -14,922 | 757 | 12,545 | 11,798 | 8,951 |
| | (B/A) | 6 | -12.9 | -17.6 | -9.5 | 0.4 | 6.5 | 5.3 | 3.6 |
| 인상률 | 보험료 | 지역15% (12월) | 직장20% (1월) | 6.7% (3월) | 8.50% | 6.75% | 2.38% | 3.90% | 6.50% |
| | 수가 | 9.0% ³⁾ 6.0% ⁴⁾ 9.2% ⁵⁾ 6.5% ⁶⁾ | 7.08% | -2.90% (4월) | 2.97% | 2.65% | 2.99% | 3.50% | 2.30% |

〈표 II-1〉의 계속

(단위: 억원, %)

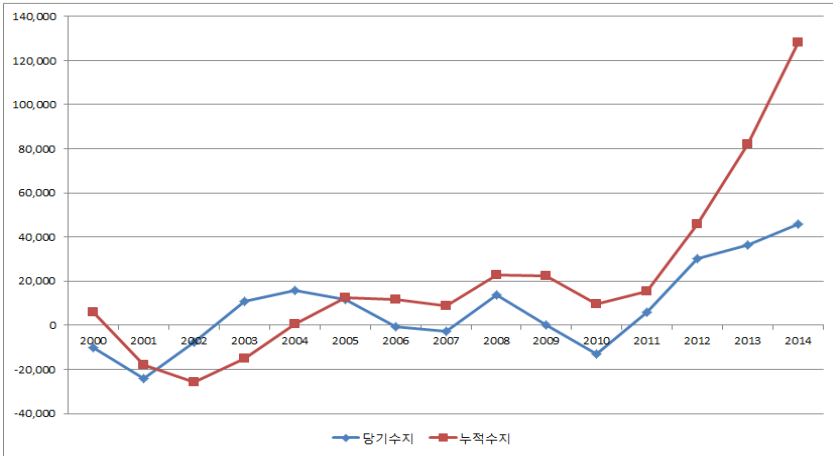
| 구분 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|---------|
| 총수입 | 289,079 | 311,817 | 335,605 | 379,774 | 418,192 | 451,733 | 485,024 | |
| - 보험료수입 | 244,384 (15.0) | 259,352 (6.1) | 281,650 (8.6) | 323,995 (15.0) | 358,535 (10.7) | 386,117 (7.7) | 412,404 (6.8) | |
| - 정부지원금 | 40,779 | 48,100 | 49,753 | 51,697 | 55,053 | 60,179 | 65,956 | |
| - 기타수입 ¹⁾ | 3,916 | 4,365 | 4,202 | 4,082 | 4,604 | 5,437 | 6,664 | |
| 총지출(A) | 275,412 | 311,849 | 348,599 | 373,766 | 388,035 | 415,287 | 439,155 | |
| - 보험급여비 | 264,948 (7.9) | 301,461 (13.8) | 336,835 (11.7) | 361,890 (7.4) | 376,318 (4.0) | 402,723 (7.0) | 424,939 (5.5) | |
| - 관리운영비 등 ²⁾ | 10,464 | 10,388 | 11,764 | 11,876 | 11,717 | 12,564 | 14,216 | |
| 수지 | 당기 | 13,667 | -32 | -12,994 | 6,008 | 30,157 | 36,446 | 45,869 |
| | 누적(B) | 22,618 | 22,586 | 9,592 | 15,600 | 45,757 | 82,203 | 128,072 |
| | (B/A) | 8.2 | 7.2 | 2.8 | 4.2 | -1.8 | 7.6 | 18.6 |
| 인상률 | 보험료 | 6.40% | 0% | 4.90% | 5.90% | 2.80% | 1.60% | 1.70% |
| | 수가 | 1.94% (평균) | 2.2% (평균) | 2.05% (평균) | 1.64% (평균) | 2.20% | 2.36% | 2.36% |

- 주: 1) 기타수입은 이자수입, 연체금, 기타징수금 등
 2) 관리운영비 등은 인건비, 경상경비, 심사평가원부담금 등
 3) 1999.12월
 4) 2000.04월
 5) 2000.07월
 6) 2000.09월
 7) 2012년부터 누적수지는 국제회계기준에 따라 보험급여 총당부채 적용
 1. () 안은 비중임

자료: 현경래(2015), 『건강보험 재정현황과 재정전망』, pp.2~3, 재인용

[그림 II-1] 건강보험 재정 현황(2000~2014)

(단위: 억원)



주: 2012년부터 누적수지는 국제회계기준에 따라 보험급여 총당부채 적용
 자료: 현경래(2015), 『건강보험 재정현황과 재정전망』, pp.2~3, 재구성

가. 건강보험 지출 추이 및 현황

건강보험 지출은 전 국민 건강보험으로 확대되기 시작한 1990년 약 2.2조원에서 2014년에는 약 44.8조원에 이르기까지 급속한 증가를 보였다. 건강보험 지출의 본격적 증가는 의료보험 보험자 조합의 통합과 의약분업으로 건강보험 급여의 본격적 확대기에 들어선 2000년 이후에 시작되었다고 볼 수 있다. 건강보험 지출은 2000년 약 10조원에서 단 1년만인 2001년 약 31% 증가한 14조원 규모로 증가하였는데, 이후 지속적인 증가를 계속하여 2014년에는 약 44.8조원에 달하고 있다. 건강보험 지출은 의료보험 통합이 가동되기 시작한 2001년 전년 대비 31.3%로 크게 증가하였고, 이후 증가율이 조금 둔해졌다가 2005년에서 2007년까지 약 13~15%의 증가율로 증가하다가 다시 둔화되기 시작하였다. 2009~2010년 금융위기 기간에는 다시 10%대의 증가율로 진료비 증가율이 2008년에 비해 증가하였다가 2011년부터 5~8%대의 증가율로 증가율이 둔화되었다. 2000~2014년의 15년간 건강보험 지출 연평균 증가율은 약 10.7%로, 동 기간의 경제성장률보다 높은 속도로 증가하였다.

〈표 II-2〉 건강보험 지출 추이

(단위: 십억원, %)

| | 계 | (전년 대비 증가율) | 보험 급여비 | 관리 운영비 | 기타 | | | | |
|---------------------|--------|-------------|--------|--------|-------|--------|---------|-----|-----|
| | | | | | 사업 경비 | 사육 관리비 | 타기관 부담금 | 기타 | |
| 1990 | 2,164 | - | 1,803 | 192 | 169 | - | - | - | - |
| 1995 | 5,076 | - | 3,628 | 385 | 1,064 | - | - | - | - |
| 2000 | 10,744 | - | 9,286 | 696 | 763 | - | - | - | - |
| 2001 | 14,106 | 31.3 | 13,196 | 629 | 281 | 0 | 0 | 86 | 195 |
| 2002 | 14,798 | 4.9 | 13,824 | 598 | 377 | 0 | 0 | 79 | 298 |
| 2003 | 15,972 | 7.9 | 14,893 | 634 | 445 | 0 | 0 | 92 | 353 |
| 2004 | 17,331 | 8.5 | 16,265 | 693 | 372 | 0 | 0 | 96 | 276 |
| 2005 | 19,980 | 15.3 | 18,394 | 759 | 827 | 0 | 0 | 107 | 721 |
| 2006 | 22,818 | 14.2 | 21,588 | 779 | 451 | 0 | 0 | 114 | 337 |
| 2007 | 25,889 | 13.5 | 24,560 | 720 | 609 | 117 | 0 | 136 | 355 |
| 2008 | 28,273 | 9.2 | 26,654 | 672 | 947 | 122 | 0 | 160 | 665 |
| 2009 | 31,189 | 10.3 | 30,041 | 660 | 489 | 134 | 18 | 165 | 172 |
| 2010 | 34,926 | 12.0 | 33,749 | 675 | 502 | 150 | 19 | 212 | 120 |
| 2011 | 37,259 | 6.7 | 35,830 | 611 | 817 | 94 | 22 | 179 | 522 |
| 2012 | 39,152 | 5.1 | 37,581 | 614 | 956 | 99 | 24 | 190 | 644 |
| 2013 | 41,265 | 5.4 | 39,674 | 631 | 960 | 105 | 27 | 227 | 601 |
| 2014 | 44,753 | 8.5 | 42,828 | 642 | 1,283 | 137 | 29 | 262 | 855 |
| 연평균 증가율 (2000~2014) | 10.7% | | | | | | | | |

주: 연도말 기준

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

건강보험 지출의 대부분은 보험급여비 지출이라고 볼 수 있는데, 보험급여비 지출은 1990년 약 1.8조원에서 2014년에는 약 42.8조원으로 빠르게 증가하였다. 2000~2014년간의 보험급여비 지출은 연평균 약 11.5%의 증가율로 증가하였다. 건강보험급여비 지출 증가율은 점차 둔화되는 추세에 있으나, 2013년과 2014년에는 소폭 증가추세에 있는 것으로 보인다. 건강보험급여비는 요양급여비, 장애인, 본인부담금 상한 초과액에 대한 보상금, 건강검진비, 임신출산진료비로 구성된다. 보험급여비의 대부분이 요양급여비이

지만, 최근에는 건강검진비의 증가가 눈에 띄는 부분이다. 2000년에 970억 원 수준이던 건강검진비는 2014년에는 약 1.1조원에 달하고 있다. 2009년부터는 임신출산진료비가 지원되기 시작하여 2014년에는 약 2,300억원이 임신출산진료비로 지출되었다.

〈표 II-3〉 건강보험 보험급여비 추이

(단위: 십억원, %)

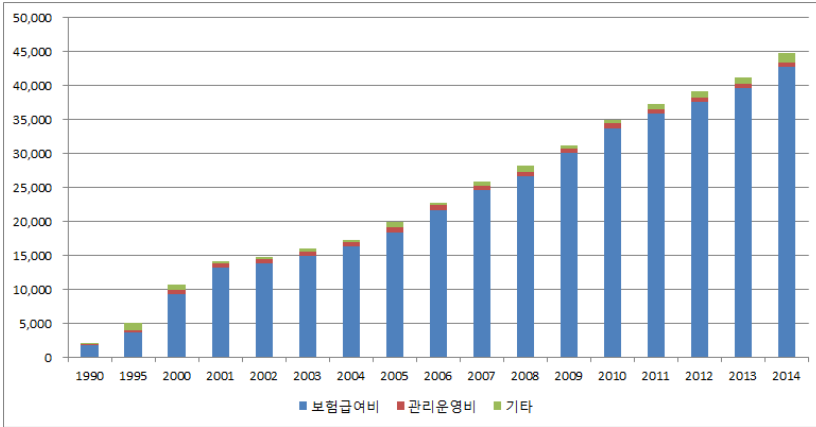
| | 보험 급여비 | (전년 대비 증가율) | 실급여비 | | | | | | |
|------------------------|-----------|-------------------|-----------|---------------------|---------|----------------------|-----------|------------------|-----|
| | | | 요양 급여비 | 요양 급여비 (실급여비) | 장제 비 | 본인 부담 액보 상금 | 건강 검진비 | 임신· 출산진 료비 | |
| 1990 | 1,803 | - | 1,947 | 1,765 | 1,909 | 11 | 0 | 27 | 0 |
| 1995 | 3,628 | - | 4,068 | 3,537 | 3,977 | 35 | 5 | 51 | 0 |
| 2000 | 9,286 | - | 9,286 | 9,081 | 9,081 | 47 | 61 | 97 | 0 |
| 2001 | 13,196 | 42.1 | 13,196 | 13,007 | 13,007 | 50 | 41 | 97 | 0 |
| 2002 | 13,824 | 4.8 | 13,824 | 13,621 | 13,621 | 52 | 32 | 118 | 0 |
| 2003 | 14,893 | 7.7 | 14,893 | 14,654 | 14,654 | 51 | 26 | 163 | 0 |
| 2004 | 16,265 | 9.2 | 16,265 | 16,006 | 16,006 | 50 | 28 | 181 | 0 |
| 2005 | 18,394 | 13.1 | 18,394 | 18,056 | 18,056 | 49 | 54 | 235 | 0 |
| 2006 | 21,588 | 17.4 | 21,588 | 21,125 | 21,125 | 46 | 59 | 357 | 0 |
| 2007 | 24,560 | 13.8 | 24,560 | 24,018 | 24,018 | 49 | 65 | 427 | 0 |
| 2008 | 26,654 | 8.5 | 26,654 | 25,918 | 25,918 | 4 | 148 | 585 | 0 |
| 2009 | 30,041 | 12.7 | 30,041 | 29,228 | 29,228 | 0 | 1 | 709 | 103 |
| 2010 | 33,749 | 12.3 | 33,749 | 32,828 | 32,828 | 0 | 0 | 801 | 119 |
| 2011 | 35,830 | 6.2 | 35,830 | 34,783 | 34,783 | 0 | 0 | 881 | 166 |
| 2012 | 37,581 | 4.9 | 37,581 | 36,412 | 36,412 | 0 | 0 | 959 | 210 |
| 2013 | 39,674 | 5.6 | 39,674 | 38,440 | 38,440 | - | 0 | 997 | 238 |
| 2014 | 42,828 | 7.9 | 42,828 | 41,491 | 41,491 | - | 0 | 1,101 | 235 |
| 연평균 증가율 (2000~2014) | | | 11.5% | | | | | | |

주: 연도말 기준

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 II-2] 건강보험 지출추이

(단위: 백만원)



주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(재정현황), 2015.10.10.검색

나. 건강보험 수입 추이 및 현황

건강보험은 사회보험의 형태로 도입되어 보험료 수입을 통해 재원을 조달하고 있다. 우리나라는 보험료 수입 외에 건강보험 수입의 안정적 확보를 위한 재정안정화 대책으로서 국고지원이 법제화되어, 현재는 보험료 수입의 20%를(일반회계 60%, 국민건강증진기금 40%) 국고에서 지원하고 있다. 건강보험료는 건강보험 통합 이전부터 지역가입자와 직장가입자에 대하여 별도의 보험료 부과체계를 적용하여 징수되고 있다. 직장가입자의 경우는 소득에 대한 보험료율이 적용되는 방식이지만, 지역가입자의 경우 건강보험료는 재산, 소득, 자동차 등을 점수화하여 보험료 부과 표준소득을 산출한 후 이에 단위보험료 금액을 적용하여 산출되는 다소 복잡한 방식으로 부과되고 있다. 건강보험급여 지출의 증가로 인해 피보험자의 보험료율은 2009년을 제외하고는 매년 인상되어 왔다. 건강보험 보험료율은 2006년 4.48%에서 2015년 6.07%까지 인상되었다. 건강보험 수입은 2000~2014년 기간 동안 연평균 12.4% 증가하여, 2014년에는 약 50조원에 이르고 있다. 이 중 보험료 수입은 2014년 약 42조원, 정부지원금이 약 5.3조원, 국민건강증진기금이 약

1조원, 그리고 기타 수입이 약 2.6조원으로 구성되고 있다. 보험료 수입은 2000년 약 7.3조원에서 2014년 약 42조원으로 증가하였다. 담배부담금과 국고지원도 2000년 약 1.6조원에서 2014년에는 약 6.3조원으로 증가하였다.

〈표 II-4〉 건강보험 수입 추이

(단위: 십억원, %)

| | 계 | (전년 대비 증가율) | 보험료 | 정부지원금 | | | 기타 | |
|------|-------------------|-------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------|----------------|-----------------|
| | | | | 보험재정 국고지원금 | 관리재정 국고지원금 | 담배 부담금 | | |
| 1990 | 2,432 (100.0) | - | 1,884 (77.4) | 364 (15.0) | 246 (10.1) | 118 (4.8) | 0 (0.0) | 185 (7.6) |
| 1995 | 5,614 (100.0) | - | 3,601 (64.1) | 755 (13.5) | 562 (10.0) | 193 (3.4) | 0 (0.0) | 1,258 (22.4) |
| 2000 | 9,828 (100.0) | - | 7,229 (73.6) | 1,553 (15.8) | 1,381 (14.1) | 172 (1.7) | 0 (0.0) | 1,046 (10.6) |
| 2001 | 11,928 (100.0) | 21.4 | 8,856 (74.2) | 2,625 (22.0) | 2,467 (20.7) | 158 (1.3) | 0 (0.0) | 447 (3.7) |
| 2002 | 14,305 (100.0) | 19.9 | 10,928 (76.4) | 3,014 (21.1) | 2,445 (17.1) | 130 (0.9) | 439 (3.1) | 364 (2.5) |
| 2003 | 17,467 (100.0) | 22.1 | 13,741 (78.7) | 3,424 (19.6) | 2,643 (15.1) | 136 (0.8) | 645 (3.7) | 302 (1.7) |
| 2004 | 19,408 (100.0) | 11.1 | 15,579 (80.3) | 3,483 (17.9) | 2,716 (14.0) | 140 (0.7) | 626 (3.2) | 347 (1.8) |
| 2005 | 21,091 (100.0) | 8.7 | 16,928 (80.3) | 3,695 (17.5) | 2,643 (12.5) | 127 (0.6) | 925 (4.4) | 469 (2.2) |
| 2006 | 23,263 (100.0) | 10.3 | 18,811 (80.9) | 3,836 (16.5) | 2,757 (11.8) | 113 (0.5) | 966 (4.2) | 616 (2.6) |
| 2007 | 26,050 (100.0) | 12.0 | 21,729 (83.4) | 3,672 (14.1) | 2,704 (10.4) | 0 (0.0) | 968 (3.7) | 649 (2.5) |
| 2008 | 29,787 (100.0) | 14.3 | 24,973 (83.8) | 4,026 (13.5) | 3,002 (10.1) | 0 (0.0) | 1,024 (3.4) | 788 (2.6) |
| 2009 | 31,500 (100.0) | 5.8 | 26,166 (83.1) | 4,683 (14.9) | 3,657 (11.6) | 0 (0.0) | 1,026 (3.3) | 651 (2.1) |

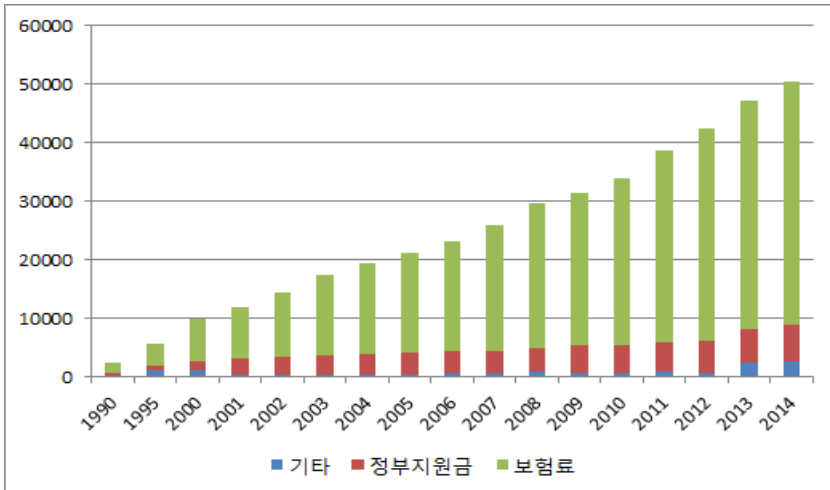
〈표 II-4〉의 계속

| | 계 | (전년비 증가율) | 보험료 | 정부지원금 | | | 기타 | |
|------------------------|-------------------|--------------|------------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|----------------|
| | | | | 보험재정국 고지원금 | 관리재정국 고지원금 | 담배 부담금 | | |
| 2010 | 33,949 (100.0) | 7.8 | 28,458 (83.8) | 4,856 (14.3) | 3,793 (11.2) | 0 (0.0) | 1,063 (3.1) | 635 (1.9) |
| 2011 | 38,761 (100.0) | 14.2 | 32,922 (84.9) | 5,028 (13.0) | 4,072 (10.5) | 0 (0.0) | 957 (2.5) | 811 (2.1) |
| 2012 | 42,474 (100.0) | 9.6 | 36,390 (85.7) | 5,343 (12.6) | 4,336 (10.2) | 0 (0.0) | 1,007 (2.4) | 741 (1.7) |
| 2013 | 47,206 (100.0) | 11.1 | 39,032 (82.7) | 5,799 (12.3) | 4,801 (10.2) | 0 (0.0) | 999 (2.1) | 2,375 (5.0) |
| 2014 | 50,516 (100.0) | 7.0 | 41,594 (82.3) | 6,315 (12.5) | 5,296 (10.5) | 0 (0.0) | 1,019 (2.0) | 2,607 (5.2) |
| 연평균 증가율 (2000~2014) | | 12.4% | | | | | | |

주: 연도말 기준 () 안 수치는 전체 수입에서 차지하는 비중을 의미함
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 II-3] 건강보험 수입 추이

(단위: 십억원)

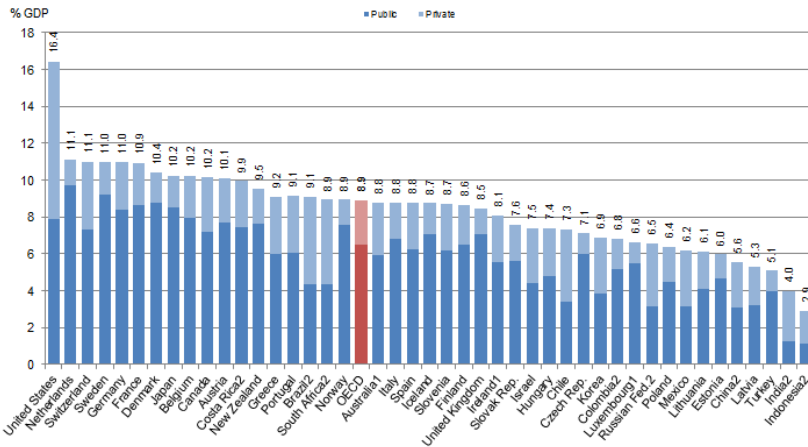


주: 연도말 기준
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

2. 건강보험 재정전망과 재정위험요인

건강보험 지출은 빠른 증가율과 50조원에 달하는 막대한 규모로 향후 지출 증가속도에 따른 보험료 수입 증가 필요에 따른 재정안정화와 재정관리가 요구되는 부문이다. 건강보험 진료비 지출 재정의 위험요인의 근간이 되는 것은 전반적인 우리나라의 의료비 지출 수준, 즉 국민의료비 지출의 증가이다. 우리나라의 국민의료비는 2013년의 경우 GDP 대비 6.9%로 OECD 평균 8.9%보다는 낮은 수준으로 나타나고 있다. 1인당 국민의료비 지출도 2,275달러로 OECD 평균 3,453달러에 비해 낮은 수준으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 국민의료비 지출의 증가율은 OECD 국가 중 가장 높아서, 2005~2009년 기간 동안 1인당 국민의료비 지출 증가율은 9%로 OECD 국가 평균 3.4%에 비해 매우 빠른 속도의 증가율을 보이고 있다. 금융위기 이후 2009~2014년 기간 동안의 국민의료비 지출 증가율은 5.4%로 OECD 국가의 평균 증가율 0.6%에 비해 높은 증가율을 보이고 있다.

[그림 II-4] GDP 대비 국민의료비 비중(2013년 혹은 최근 년도)



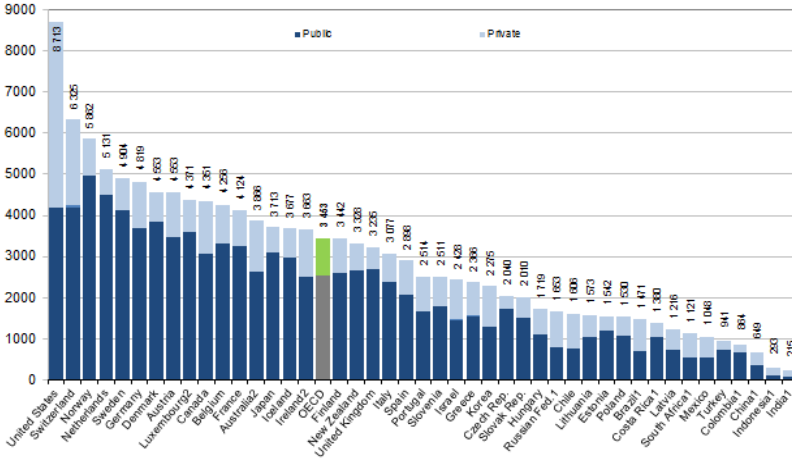
주: 투자는 제외. 1. 2012년 자료임. 2. 투자포함

출처: OECD(2015a), Health at a Glance 2015, p.169, 재인용

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

[그림 II-5] 1인당 국민의료비 지출(2013 혹은 최근 년도)

(단위: ppp)

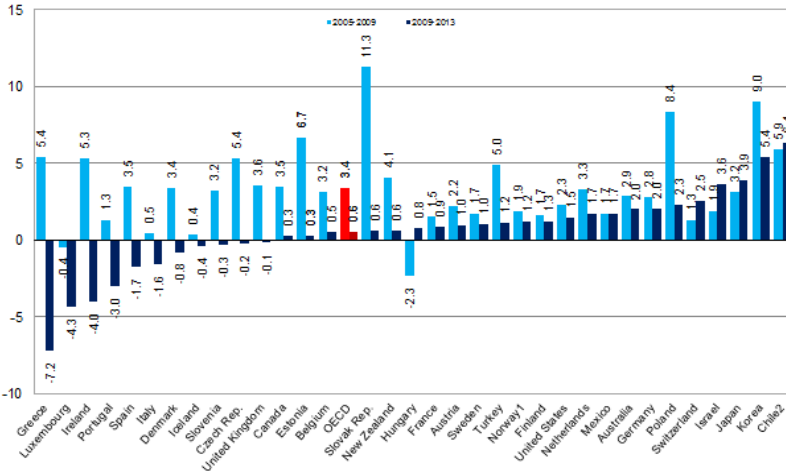


주: 투자는 제외. 1. 2012년 자료임. 2. 투자포함

출처: OECD(2015a), Health at a Glance 2015, p.167, 재인용

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

[그림 II-6] 1인당 실질 국민의료비 연평균 증가율(2005~2013)



주: 1. 노르웨이 가격지수가 디플레이터로 사용되었음

2. CPI가 디플레이터로 사용되었음.

출처: OECD(2015a), Health at a Glance 2015, p.167, 재인용

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

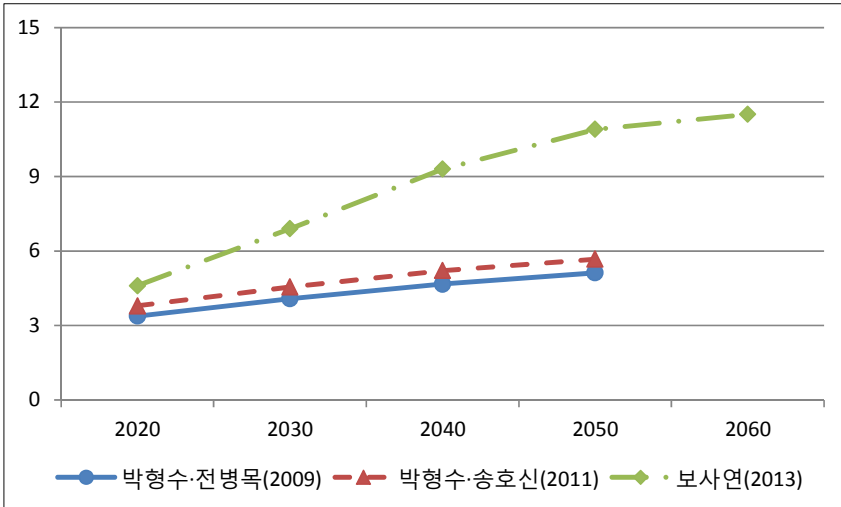
국민의료비는 인구 고령화, 소득 증가, 의료기술의 발달과 더불어 향후에도 빠른 속도의 증가세가 지속될 것으로 전망되고 있다. 인구 고령화가 빠르게 진행되고 있는 우리나라로서는, 향후 고령화율 증가에 따른 노인 의료비 지출의 급증이 국민 의료비 지출의 증가를 가져올 것은 명약관화하게 예견되는 부분이다. 물론 건강검진의 확대와 의료기술의 발달은 건강한 노령층을 증가시켜 진료비 지출의 감소요인으로 작용할 수도 있지만, 사망 직전 의료비에는 크게 영향을 미치지 못할 수도 있으므로 의료비 지출은 향후에도 지속적인 증가세를 보일 것으로 예측할 수 있다. 소득의 증가는 고급의 의료기술과 의료서비스에 대한 수요를 높이면서 국민의료비의 증가요인이 될 것이다. 이러한 의료비 증가요인은 건강보험 진료비의 증가요인으로 작용하여, 장기적으로 건강보험 진료비 지출을 증가시킬 것이다.

의료비 증가요인과 함께, 건강보험제도의 보장성 강화요구들은 중단기적으로 건강보험 진료건강보험 진료비 지출을 급증시키는 요인으로 작용할 것이다. 건강보험 진료비 지출전망에 대한 기존 연구들에서는 건강보험 진료비가 2050년 GDP의 약 5.1~10.9%까지 증가하는 것으로 전망되고 있다(박형수·전병목, 2009; 박형수·송호신, 2011; 보사연, 2013). 건강보험 지출의 증가에 따른 보험료 증가분을 감안할 때, 건강보험료의 20%를 지원하는 국고지원금은 2014년 GDP의 0.58% 수준에서 2060년에는 1.09%(약 94조원)까지 증가하는 것으로 전망되고 있다.⁴⁾ 건강보험 진료비 지출의 증가는 건강보험 보험료율의 인상과 더불어 국민부담의 증가를 필요로 한다는 측면에서, 건강보험 수입 측면의 재정확보 방안에 선행한 건강보험 지출의 효율적 관리가 매우 절실함을 다시 한번 되짚어 볼 수 있다. 특별히 4대 중증질환에 대한 급여항목의 확대와 더불어 건강보험 보장성 확대 필요성이 여전히 제기되고 있고, 의료계의 수가 인상요구도 빈번히 일어나고 있는 시점이므로, 건강보험 지출 효율화와 건강보험 구조 개편이 절실히 요구되고 있는 시점으로 보인다.

4) 국회예산정책처(2014), 「2014~2060년 장기 재정전망」, p.41.

[그림 II-7] 건강보험 지출 전망

(단위: 조원)



주: GDP 대비 건강보험 지출.

- 자료: 1. 박형수·전병목(2009), 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, p.8.
 2. 박형수·송호신(2011), 『장기재정전망』, p.5.
 3. 보건사회연구원(2013); 원종욱(2015), 「사회보장재정의 현황과 과제」, 『보건복지포럼』, p.52. 재인용.

Ⅲ. 건강보험 진료비 추이와 진료비 증가 요인

1. 건강보험 진료비 지출 현황

가. 연령대별 건강보험 진료비의 특징

의료 이용은 건강상태와 발병에 의해 사용량이 주로 결정되므로, 연령대별로 진료비의 특성이 다르게 나타나는 것이 일반적이다. 연령대별 건강보험 진료비는 지난 10여 년간 크게 변하지 않고 유사한 패턴을 보이고 있다. 즉, 청소년보다는 영유아의 의료비가 높고, 청년층보다는 중장년층의 의료비가 높으며, 고령층으로 갈수록 진료비가 전반적으로 높은 패턴을 보이고 있음을 알 수 있다. 특이한 점은 50대의 진료비가 60대의 진료비에 비해 높다는 점이다. 70대의 진료비는 50대 진료비와 유사한 수준으로 높고 80대 진료비는 현저히 낮은 것을 볼 수 있다. 그런데 이는 연령대별 대상자 수에 영향을 받은 것으로 보이며, 연령대별 대상자를 고려한 1인당 진료비는 보다 역U자형 패턴에 가까운 것을 볼 수 있다. 1인당 영유아 진료비는 청소년층의 1인당 진료비에 비해 현저히 높고, 이후 청년층에서 고령층으로 갈수록 현저한 진료비 증가 패턴을 보이고 있다. 2014년의 경우 전체 대상자의 1인당 진료비는 약 109만원으로 나타나고 있는데, 55~59세 연령대의 1인당 진료비는 약 145만원, 65~69세는 약 244만원, 75~79세는 약 383만원, 85세 이상은 약 514만원으로 나타나고 있다.

〈표 III-1〉 연령별 총진료비 및 연령그룹별 구성 비중(2005~2014)

(단위: 억원, %)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 전체 | 248,615.2 (100.0) | 284,102.7 (100.0) | 323,891.9 (100.0) | 348,689.6 (100.0) | 393,389.7 (100.0) |
| 0세 | 3,440.1 (1.4) | 3,868.9 (1.4) | 4,310.1 (1.3) | 2,999.1 (0.9) | 2,395.3 (0.6) |
| 1~4세 | 11,746.4 (4.7) | 12,110.7 (4.3) | 12,671.6 (3.9) | 14,000.6 (4.0) | 15,087.1 (3.8) |
| 5~9세 | 10,126.9 (4.1) | 11,017.1 (3.9) | 10,874.2 (3.4) | 11,344.1 (3.3) | 12,806.2 (3.3) |
| 10~14세 | 6,380.8 (2.6) | 7,333.6 (2.6) | 7,608.5 (2.3) | 7,839.8 (2.2) | 9,538.8 (2.4) |
| 15~19세 | 5,608.0 (2.3) | 6,390.2 (2.2) | 7,190.5 (2.2) | 7,648.1 (2.2) | 9,432.8 (2.4) |
| 20~24세 | 7,849.9 (3.2) | 8,441.1 (3.0) | 8,737.5 (2.7) | 8,198.1 (2.4) | 8,975.7 (2.3) |
| 25~29세 | 11,028.2 (4.4) | 12,287.7 (4.3) | 13,849.8 (4.3) | 14,059.5 (4.0) | 14,805.8 (3.8) |
| 30~34세 | 14,076.1 (5.7) | 14,947.6 (5.3) | 16,152.9 (5.0) | 16,054.9 (4.6) | 17,459.5 (4.4) |
| 35~39세 | 14,692.7 (5.9) | 16,438.3 (5.8) | 18,290.6 (5.6) | 18,841.5 (5.4) | 20,498.2 (5.2) |
| 40~44세 | 17,456.1 (7.0) | 18,640.6 (6.6) | 20,119.1 (6.2) | 20,614.4 (5.9) | 23,064.7 (5.9) |
| 45~49세 | 20,921.1 (8.4) | 24,473.0 (8.6) | 27,639.5 (8.5) | 28,133.3 (8.1) | 30,385.9 (7.7) |
| 50~54세 | 20,349.9 (8.2) | 24,538.4 (8.6) | 28,838.0 (8.9) | 31,933.7 (9.2) | 36,932.2 (9.4) |
| 55~59세 | 20,787.6 (8.4) | 24,369.9 (8.6) | 27,770.2 (8.6) | 29,532.1 (8.5) | 33,585.5 (8.5) |
| 60~64세 | 23,420.6 (9.4) | 25,741.5 (9.1) | 28,649.6 (8.8) | 30,119.4 (8.6) | 34,185.5 (8.7) |
| 65~69세 | 23,641.9 (9.5) | 27,405.3 (9.6) | 32,677.4 (10.1) | 36,000.8 (10.3) | 39,004.6 (9.9) |
| 70~74세 | 17,772.5 (7.1) | 21,891.5 (7.7) | 27,115.0 (8.4) | 31,399.0 (9.0) | 36,537.9 (9.3) |
| 75~79세 | 11,259.6 (4.5) | 13,848.8 (4.9) | 17,433.0 (5.4) | 21,069.8 (6.0) | 25,287.3 (6.4) |
| 80~85세 | 5,674.0 (2.3) | 7,121.3 (2.5) | 9,227.7 (2.8) | 11,749.9 (3.4) | 14,560.0 (3.7) |
| 85세 이상 | 2,382.8 (1.0) | 3,237.0 (1.1) | 4,736.9 (1.5) | 7,151.5 (2.1) | 8,846.6 (2.2) |

〈표 III-1〉의 계속

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 계 | 436,283.2 (100.0) | 462,379.1 (100.0) | 478,391.8 (100.0) | 509,262.2 (100.0) | 549,639.2 (100.0) |
| 0세 | 2,882.2 (0.7) | 3,128.2 (0.7) | 3,335.5 (0.7) | 4,469.5 (0.9) | 6,107.3 (1.1) |
| 1~4세 | 17,484.8 (4.0) | 17,905.4 (3.9) | 17,917.3 (3.7) | 17,695.7 (3.5) | 18,377.8 (3.3) |
| 5~9세 | 13,006.6 (3.0) | 13,004.8 (2.8) | 13,208.7 (2.8) | 13,026.6 (2.6) | 13,898.7 (2.5) |
| 10~14세 | 10,001.6 (2.3) | 9,819.5 (2.1) | 9,488.1 (2.0) | 9,339.2 (1.8) | 9,849.8 (1.8) |
| 15~19세 | 10,178.6 (2.3) | 10,044.7 (2.2) | 9,940.0 (2.1) | 10,280.2 (2.0) | 10,984.8 (2.0) |
| 20~24세 | 9,581.4 (2.2) | 10,109.1 (2.2) | 10,697.4 (2.2) | 11,432.5 (2.2) | 12,627.8 (2.3) |
| 25~29세 | 15,228.9 (3.5) | 14,768.4 (3.2) | 14,104.6 (2.9) | 14,215.7 (2.8) | 15,192.2 (2.8) |
| 30~34세 | 19,286.5 (4.4) | 20,399.8 (4.4) | 21,157.0 (4.4) | 22,400.2 (4.4) | 23,123.4 (4.2) |
| 35~39세 | 21,532.8 (4.9) | 21,648.1 (4.7) | 21,666.6 (4.5) | 22,056.4 (4.3) | 23,585.0 (4.3) |
| 40~44세 | 24,839.9 (5.7) | 26,427.6 (5.7) | 26,899.6 (5.6) | 28,198.8 (5.5) | 29,520.5 (5.4) |
| 45~49세 | 31,787.7 (7.3) | 31,797.7 (6.9) | 31,719.3 (6.6) | 33,799.8 (6.6) | 35,855.6 (6.5) |
| 50~54세 | 41,167.1 (9.4) | 44,512.4 (9.6) | 45,488.5 (9.5) | 46,928.1 (9.2) | 48,093.1 (8.7) |
| 55~59세 | 39,197.5 (9.0) | 43,966.9 (9.5) | 45,822.1 (9.6) | 49,973.5 (9.8) | 54,531.6 (9.9) |
| 60~64세 | 38,757.9 (8.9) | 40,953.9 (8.9) | 42,453.3 (8.9) | 44,594.1 (8.8) | 48,204.3 (8.8) |
| 65~69세 | 41,784.9 (9.6) | 42,570.1 (9.2) | 41,908.6 (8.8) | 44,742.4 (8.8) | 48,271.3 (8.8) |
| 70~74세 | 40,635.2 (9.3) | 43,829.9 (9.5) | 47,325.1 (9.9) | 49,641.4 (9.7) | 51,454.9 (9.4) |
| 75~79세 | 30,228.6 (6.9) | 34,146.8 (7.4) | 37,061.7 (7.7) | 41,702.8 (8.2) | 47,192.7 (8.6) |
| 80~85세 | 17,587.7 (4.0) | 20,073.7 (4.3) | 22,625.9 (4.7) | 26,116.3 (5.1) | 30,333.7 (5.5) |
| 85세 이상 | 11,113.4 (2.5) | 13,272.3 (2.9) | 15,572.6 (3.3) | 18,649.1 (3.7) | 22,434.8 (4.1) |

주: 1. 연도말 기준

2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함

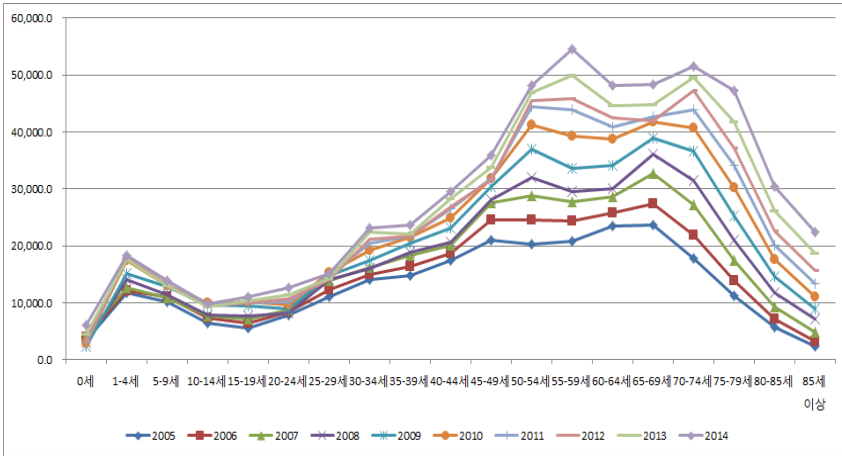
3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

4. () 안은 비중임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-1] 연령별 총진료비 현황(2005~2014)

(단위: 억원)



- 주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

〈표 III-2〉 연령별 1인당 진료비 및 연령그룹별 구성 비중(2005~2014)

(단위: 만원/명, %)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 전체 | 52.5 (100.0) | 59.9 (100.0) | 67.7 (100.0) | 72.4 (100.0) | 80.9 (100.0) |
| 0세 | 86.6 (165.1) | 95.8 (159.9) | 94.0 (138.7) | 69.1 (95.5) | 57.2 (70.7) |
| 1~4세 | 60.4 (115.0) | 66.0 (110.2) | 70.7 (104.3) | 77.8 (107.5) | 83.2 (102.8) |
| 5~9세 | 32.5 (61.9) | 36.8 (61.5) | 38.7 (57.1) | 42.4 (58.5) | 49.5 (61.2) |
| 10~14세 | 18.8 (35.8) | 21.8 (36.4) | 23.0 (34.0) | 24.3 (33.5) | 30.0 (37.1) |
| 15~19세 | 18.9 (36.0) | 21.1 (35.3) | 22.9 (33.9) | 23.8 (32.9) | 28.6 (35.3) |
| 20~24세 | 21.4 (40.7) | 24.2 (40.4) | 26.7 (39.4) | 26.0 (35.9) | 28.8 (35.6) |
| 25~29세 | 28.0 (53.4) | 30.5 (50.9) | 33.9 (50.0) | 34.1 (47.1) | 37.3 (46.1) |
| 30~34세 | 32.1 (61.3) | 35.6 (59.5) | 39.4 (58.2) | 40.8 (56.3) | 44.6 (55.1) |
| 35~39세 | 33.4 (63.6) | 36.3 (60.6) | 40.0 (59.1) | 41.4 (57.2) | 45.6 (56.4) |
| 40~44세 | 41.5 (79.2) | 45.8 (76.4) | 49.4 (73.0) | 49.0 (67.7) | 53.6 (66.2) |
| 45~49세 | 52.6 (100.2) | 58.9 (98.2) | 64.9 (95.8) | 65.8 (90.9) | 71.4 (88.2) |
| 50~54세 | 70.4 (134.2) | 78.9 (131.7) | 87.4 (129.0) | 90.3 (124.7) | 98.0 (121.2) |
| 55~59세 | 92.3 (176.0) | 107.2 (178.9) | 116.2 (171.6) | 120.4 (166.3) | 129.2 (159.7) |
| 60~64세 | 122.2 (232.9) | 136.8 (228.3) | 152.3 (224.8) | 152.8 (211.1) | 165.1 (204.1) |
| 65~69세 | 148.6 (283.2) | 167.5 (279.5) | 184.0 (271.7) | 199.1 (275.0) | 215.3 (266.0) |
| 70~74세 | 163.0 (310.7) | 189.7 (316.5) | 220.1 (324.9) | 239.3 (330.5) | 260.9 (322.4) |
| 75~79세 | 172.1 (328.0) | 203.6 (339.7) | 238.1 (351.6) | 269.5 (372.2) | 296.1 (365.9) |
| 80~85세 | 153.8 (293.2) | 189.4 (316.0) | 232.4 (343.2) | 278.5 (384.7) | 313.1 (386.9) |
| 85세 이상 | 111.0 (211.6) | 143.1 (238.9) | 189.3 (279.4) | 259.6 (358.6) | 300.0 (370.7) |

〈표 III-2〉의 계속

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 계 | 89.2 (100.0) | 93.8 (100.0) | 96.3 (100.0) | 101.9 (100.0) | 109.2 (100.0) |
| 0세 | 65.3 (73.2) | 70.1 (74.7) | 72.8 (75.6) | 107.5 (105.6) | 146.4 (134.1) |
| 1~4세 | 95.7 (107.3) | 96.6 (103.0) | 97.5 (101.2) | 95.0 (93.3) | 98.8 (90.4) |
| 5~9세 | 54.4 (60.9) | 56.8 (60.5) | 57.4 (59.6) | 57.1 (56.1) | 61.5 (56.3) |
| 10~14세 | 32.1 (36.0) | 32.7 (34.8) | 33.3 (34.6) | 34.4 (33.8) | 38.2 (34.9) |
| 15~19세 | 30.2 (33.9) | 29.9 (31.9) | 29.9 (31.0) | 31.5 (30.9) | 34.5 (31.6) |
| 20~24세 | 30.9 (34.6) | 31.7 (33.8) | 32.4 (33.7) | 33.8 (33.1) | 36.4 (33.3) |
| 25~29세 | 40.2 (45.0) | 41.2 (43.9) | 41.6 (43.2) | 43.4 (42.6) | 46.6 (42.6) |
| 30~34세 | 48.6 (54.4) | 50.2 (53.6) | 51.5 (53.5) | 54.0 (53.1) | 57.9 (53.0) |
| 35~39세 | 49.2 (55.2) | 51.5 (54.9) | 53.0 (55.0) | 56.1 (55.1) | 60.3 (55.2) |
| 40~44세 | 56.8 (63.6) | 58.5 (62.4) | 59.1 (61.3) | 62.2 (61.1) | 65.9 (60.3) |
| 45~49세 | 76.0 (85.2) | 77.6 (82.7) | 77.7 (80.6) | 80.1 (78.6) | 83.1 (76.1) |
| 50~54세 | 104.1 (116.7) | 106.9 (113.9) | 106.5 (110.5) | 109.5 (107.5) | 112.6 (103.1) |
| 55~59세 | 137.6 (154.2) | 141.4 (150.8) | 139.4 (144.7) | 141.9 (139.3) | 145.4 (133.1) |
| 60~64세 | 177.7 (199.2) | 183.7 (195.9) | 181.0 (187.9) | 185.0 (181.6) | 188.7 (172.7) |
| 65~69세 | 232.7 (260.9) | 238.4 (254.2) | 233.3 (242.2) | 237.5 (233.1) | 244.1 (223.4) |
| 70~74세 | 282.4 (316.6) | 289.7 (308.9) | 287.7 (298.7) | 296.0 (290.5) | 306.6 (280.7) |
| 75~79세 | 324.6 (363.8) | 336.8 (359.1) | 342.4 (355.4) | 360.7 (354.0) | 383.3 (350.9) |
| 80~85세 | 352.6 (395.3) | 374.7 (399.5) | 390.4 (405.2) | 418.7 (411.0) | 446.0 (408.2) |
| 85세 이상 | 353.6 (396.4) | 394.9 (421.0) | 426.9 (443.1) | 467.9 (459.3) | 513.5 (470.1) |

주: 1. 연도말 기준

2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함

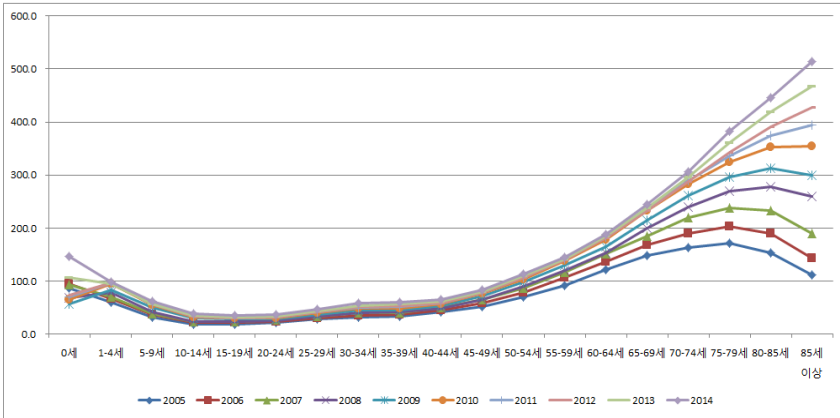
3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

4. () 안은 비중임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-2] 연령별 1인당 진료비 현황(2005~2014)

(단위: 만원/명)



주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

나. 65세 이상 고령인구의 건강보험 진료비

고령화 속도가 빨라지면서 고령화 사회로 진입하고 있는 우리나라로서는 향후 고령화의 가속화로 인한 건강보험 진료비의 증가를 우려할 수밖에 없다. 건강보험 대상자의 11.9%인 600만명(2014년)이 65세 고령인구인데, 이들의 진료비 지출은 전체 건강보험 진료비의 약 36%를 차지하고 있다. 65세 고령인구 대상자 비중은 2004년 7.9%에서 2014년 11.9%로 지속적으로 증가하고 있는데, 고령화 속도의 증가와 기대수명의 연장 등 고령인구 대상자 비중의 증가요인은 지속적으로 내재하고 있다고 볼 수 있다. 65세 이상 고령인구의 1인당 진료비를 보면, 전체 건강보험 대상자의 1인당 진료비의 약 3배(2014년)에 달하고 있음을 볼 수 있다. 유형별로는 전체 건강보험 진료비 중 외래비중이 큰 것에 비해 고령인구의 진료비는 입원비와 약제비가 외래비에 비해 큰 것을 볼 수 있다. 고령인구의 1인당 진료비는 2004년 약 137만원에서 2014년 약 333만원으로 증가하였으나, 최근 들어서는 전체 건강보험 1인당 진료비 증가율의 증가 속도를 밑도는 추세로 변화하고 있는

것을 볼 수 있다. 이는 노인 의료비의 일부가 노인장기요양보험의 도입으로
요양서비스 비용으로 전환된 것에서도 이유를 찾을 수 있을 것이다.

〈표 III-3〉 65세 이상 건강보험 진료비 및 급여비 현황 비교

(단위: 명, %)

| | 65세 이상 적용인구 (전체 적용인구 대비 비중) | | 65세 이상 진료비 (전체 진료비 대비 비중) | 65세 이상 급여비 (전체 급여비 대비 비중) |
|------|--------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | 전체인구 | 건강보험 | 건강보험 | 건강보험 |
| 2004 | 4,165,974 (8.7) | 3,747,875 (7.9) | 5.1 (22.8) | 3.8 (23.8) |
| 2005 | 4,366,642 (9.1) | 3,919,404 (8.3) | 6.1 (24.4) | 4.6 (25.3) |
| 2006 | 4,592,367 (9.5) | 4,073,135 (8.6) | 7.4 (25.9) | 5.6 (26.7) |
| 2007 | 4,827,514 (9.9) | 4,387,064 (9.2) | 9.1 (28.2) | 7.0 (29.0) |
| 2008 | 5,052,155 (10.3) | 4,599,562 (9.6) | 10.7 (30.8) | 8.1 (31.6) |
| 2009 | 5,255,835 (10.7) | 4,826,440 (9.9) | 12.4 (31.6) | 9.4 (32.5) |
| 2010 | 5,452,490 (11.0) | 4,978,757 (10.2) | 14.1 (32.4) | 10.8 (33.4) |
| 2011 | 5,655,990 (11.4) | 5,184,387 (10.5) | 15.4 (33.3) | 11.8 (34.2) |
| 2012 | 5,889,675 (11.8) | 5,467,861 (11.0) | 16.4 (34.4) | 12.6 (35.3) |
| 2013 | 6,137,702 (12.2) | 5,739,679 (11.5) | 18.1 (35.5) | 13.8 (36.3) |
| 2014 | 6,385,559 (12.7) | 6,004,652 (11.9) | 20.0 (36.3) | 15.3 (37.0) |

주: 1. 연도말 기준

2. () 안은 비중임

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

〈표 III-4〉 65세 이상 건강보험 1인당 진료비 및 급여비 현황 비교

(단위: 만원/명, %)

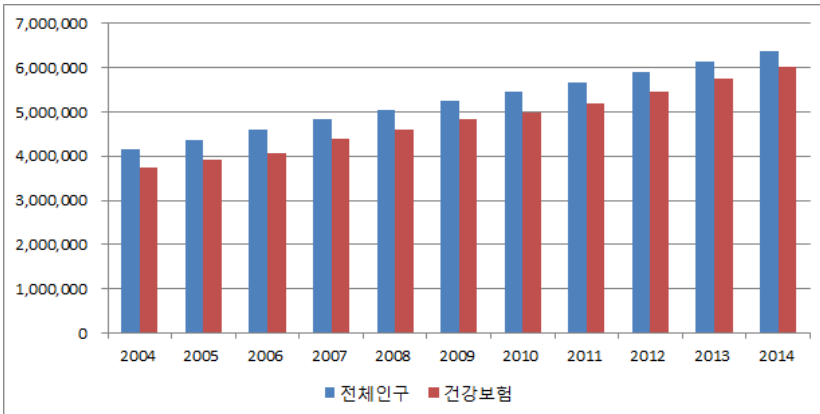
| | 65세 이상 1인당 진료비 (전체 1인당 진료비 대비 비중) | 65세 이상 1인당 급여비 (전체 1인당 급여비 대비 비중) |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 2004 | 137.0 (288.5) | 102.5 (301.0) |
| 2005 | 154.9 (295.4) | 116.3 (306.4) |
| 2006 | 180.5 (301.1) | 137.5 (311.3) |
| 2007 | 207.9 (306.9) | 158.5 (316.4) |
| 2008 | 233.4 (322.4) | 176.1 (331.4) |
| 2009 | 257.4 (318.1) | 194.7 (327.3) |
| 2010 | 283.9 (318.3) | 217.7 (327.7) |
| 2011 | 296.8 (316.5) | 227.8 (324.9) |
| 2012 | 300.8 (312.3) | 230.3 (320.3) |
| 2013 | 315.1 (309.3) | 240.9 (316.2) |
| 2014 | 332.6 (304.4) | 254.2 (310.3) |

주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

[그림 III-3] 65세 이상 건강보험 적용인구 현황

(단위: 명)

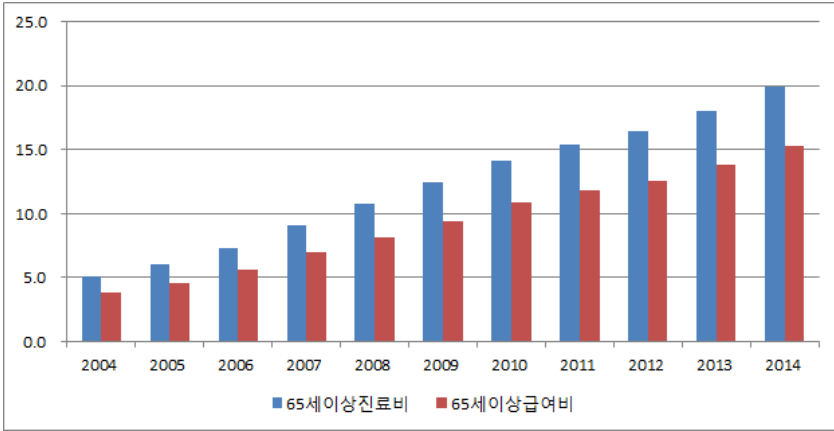


주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

[그림 III-4] 65세 이상 건강보험 총진료비 및 급여비 현황

(단위: 조원)

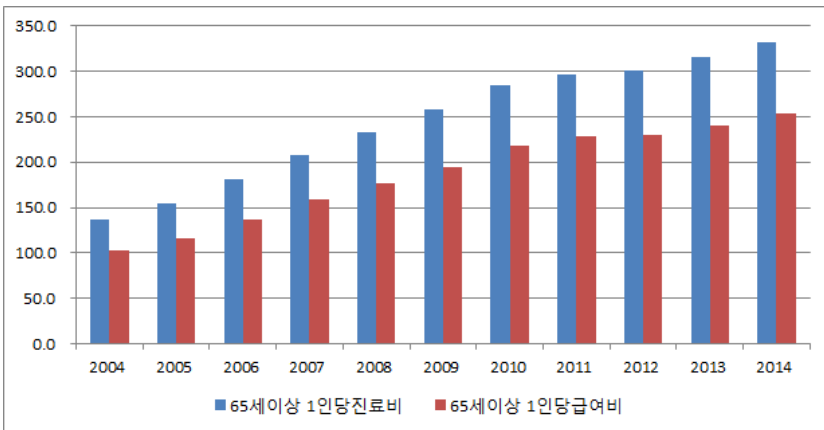


주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

[그림 III-5] 65세 이상 건강보험 1인당 진료비 및 급여비 현황

(단위: 만원/명)



주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

〈표 III-5〉 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 진료비 및 급여비 비교

(단위: 만원, %)

| | | 입원 | | 외래 | | 약국 | | 합계 | | |
|-----------|------|-------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|------|
| | | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 급여율 |
| 65세 이상 | 2004 | 47.4 | 37.6 | 48.1 | 35.1 | 41.6 | 29.8 | 137.0 | 102.5 | 74.8 |
| | 2005 | 53.5 | 42.5 | 53.4 | 39.3 | 48.0 | 34.5 | 154.9 | 116.3 | 75.0 |
| | 2006 | 64.8 | 52.7 | 60.1 | 44.8 | 55.6 | 39.9 | 180.5 | 137.5 | 76.2 |
| | 2007 | 81.7 | 66.2 | 65.2 | 48.5 | 60.9 | 43.8 | 207.9 | 158.5 | 76.3 |
| | 2008 | 93.7 | 73.9 | 72.3 | 53.8 | 67.4 | 48.5 | 233.4 | 176.1 | 75.5 |
| | 2009 | 103.7 | 81.8 | 80.1 | 59.7 | 73.7 | 53.1 | 257.4 | 194.7 | 75.6 |
| | 2010 | 120.1 | 96.6 | 85.4 | 64.2 | 78.4 | 56.9 | 283.9 | 217.7 | 76.7 |
| | 2011 | 126.6 | 101.9 | 89.6 | 67.4 | 80.6 | 58.5 | 296.8 | 227.8 | 76.7 |
| | 2012 | 130.7 | 104.8 | 93.7 | 70.3 | 76.4 | 55.3 | 300.8 | 230.3 | 76.6 |
| | 2013 | 140.0 | 112.1 | 99.4 | 73.9 | 75.7 | 54.9 | 315.1 | 240.9 | 76.5 |
| | 2014 | 148.1 | 118.8 | 106.3 | 78.7 | 78.1 | 56.6 | 332.6 | 254.2 | 76.4 |
| 전체 | 2004 | 12.6 | 10.0 | 21.8 | 14.6 | 13.1 | 9.5 | 47.5 | 34.1 | 71.7 |
| | 2005 | 13.9 | 11.1 | 23.7 | 16.1 | 14.8 | 10.7 | 52.5 | 38.0 | 72.4 |
| | 2006 | 16.6 | 13.7 | 26.4 | 18.2 | 16.9 | 12.3 | 59.9 | 44.2 | 73.7 |
| | 2007 | 20.6 | 17.0 | 28.5 | 19.7 | 18.6 | 13.4 | 67.7 | 50.1 | 74.0 |
| | 2008 | 22.6 | 18.2 | 30.0 | 20.8 | 19.8 | 14.2 | 72.4 | 53.2 | 73.4 |
| | 2009 | 25.5 | 20.5 | 33.4 | 23.2 | 22.0 | 15.8 | 80.9 | 59.5 | 73.5 |
| | 2010 | 29.5 | 24.2 | 36.2 | 25.3 | 23.5 | 17.0 | 89.2 | 66.4 | 74.5 |
| | 2011 | 31.3 | 25.7 | 37.9 | 26.7 | 24.5 | 17.8 | 93.8 | 70.1 | 74.8 |
| | 2012 | 32.6 | 26.6 | 40.0 | 28.1 | 23.8 | 17.1 | 96.3 | 71.9 | 74.7 |
| | 2013 | 35.4 | 29.0 | 42.6 | 30.0 | 23.9 | 17.3 | 101.9 | 76.2 | 74.8 |
| | 2014 | 38.3 | 31.4 | 45.9 | 32.4 | 25.0 | 18.1 | 109.2 | 81.9 | 75.0 |

주: 1. 연도말 기준

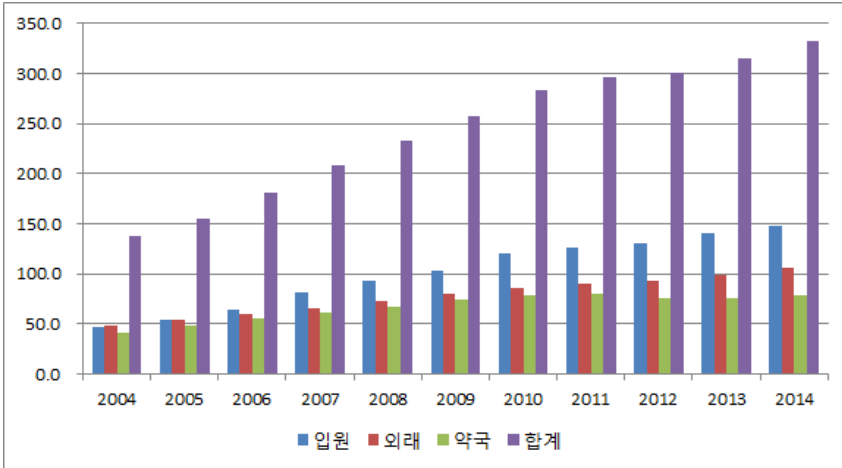
2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함

3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-6] 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 진료비 비교

(단위: 만원)

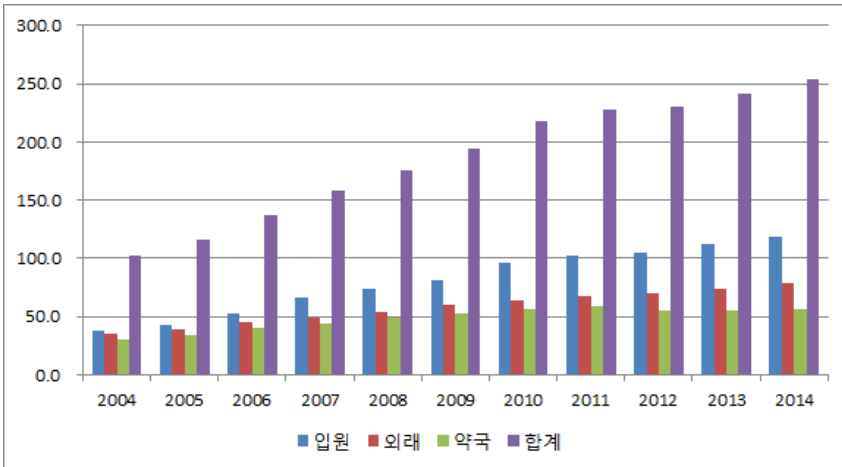


- 주: 1. 연도말 기준
- 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
- 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-7] 65세 이상 건강보험 1인당 진료형태별 급여비 비교

(단위: 만원)



- 주: 1. 연도말 기준
- 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
- 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

고령인구의 1인당 입내원일수는 2014년의 경우 약 50.5일로 전체 건강보험 대상자의 약 2.6배에 해당하고 있다. 입원일수는 전체 건강보험 대상자의 약 4.3배에 달하고 외래일수는 약 2.3배에 달하는 등 입원의 의료 강도가 큼을 알 수 있다.

〈표 III-6〉 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이

(단위: 일/명)

| | | 의료기관 | | | 약국 | 총계 |
|--------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 소계 | 입원 | 외래 | | |
| 전체 | 2004 | 14.86 | 1.13 | 13.74 | 8.21 | 14.89 |
| | 2005 | 15.33 | 1.19 | 14.13 | 8.43 | 15.35 |
| | 2006 | 16.01 | 1.32 | 14.69 | 8.78 | 16.04 |
| | 2007 | 16.53 | 1.57 | 14.96 | 8.80 | 16.56 |
| | 2008 | 16.78 | 1.74 | 15.03 | 8.82 | 16.81 |
| | 2009 | 17.91 | 1.91 | 16.00 | 9.38 | 17.94 |
| | 2010 | 18.51 | 2.12 | 16.39 | 9.51 | 18.54 |
| | 2011 | 18.76 | 2.20 | 16.56 | 9.61 | 18.79 |
| | 2012 | 19.14 | 2.30 | 16.84 | 9.83 | 19.17 |
| | 2013 | 19.31 | 2.45 | 16.86 | 9.65 | 19.33 |
| | 2014 | 19.72 | 2.60 | 17.12 | 9.77 | 19.74 |
| 65세 이상 | 2004 | 34.61 | 4.19 | 30.42 | 16.37 | 34.65 |
| | 2005 | 36.53 | 4.61 | 31.92 | 17.33 | 36.57 |
| | 2006 | 38.49 | 5.26 | 33.24 | 18.18 | 38.55 |
| | 2007 | 40.60 | 6.59 | 34.00 | 18.47 | 40.65 |
| | 2008 | 43.92 | 7.78 | 36.14 | 19.35 | 43.97 |
| | 2009 | 46.43 | 8.20 | 38.23 | 20.10 | 46.48 |
| | 2010 | 48.31 | 9.14 | 39.17 | 20.53 | 48.35 |
| | 2011 | 48.86 | 9.58 | 39.28 | 20.55 | 48.90 |
| | 2012 | 49.51 | 10.04 | 39.46 | 20.79 | 49.54 |
| | 2013 | 50.03 | 10.78 | 39.24 | 20.35 | 50.06 |
| | 2014 | 50.49 | 11.25 | 39.24 | 20.29 | 50.52 |

주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려하고 있음

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

2. 건강보험 진료비 지출 증가요인

건강보험 지출의 급격한 증가는 의료 이용량과 의료 이용 단가의 증가에 따른 건강보험 진료비 지출의 증가에 의한 것이다. 건강보험 진료비 중 환자가 부담하는 본인부담의 비중은 2014년 기준 25.0%이고, 건강보험 급여비가 75.0%를 차지하고 있다. 건강보험 진료비는 2004년 약 22.5조원에서 2014년 약 55.0조원까지 연평균 9.3%의 증가율을 보이며 급속히 증가하였다. 건강보험 진료비의 증가율을 시기별로 나누어 보면, 2004~2007년에는 연평균 증가율이 12.9%, 2007년~2011년의 기간 동안에는 연평균 증가율이 9.31%로 나타나고 있고, 최근 2011~2014년 기간 동안은 연평균 증가율이 5.93%로 줄어드는 것으로 나타나고 있어, 진료비 지출의 증가율은 최근 누그러지고 있는 것을 볼 수 있다. 적용인구의 증가율은 2004~2014년의 기간 동안 연평균 0.6%로 변동요인이 작게 나타나고 있다. 1인당 진료비의 동 기간 동안 연평균 증가율은 8.68%로 총진료비 증가율 9.3% 중 인구증가요인에 의한 부분이 감안된 것으로 해석할 수 있다. 동 기간 동안 1인당 입내원일수 증가율은 연평균 2.86%로, 총진료비의 상당부분이 의료 이용의 증가로 인한 것임을 시사하고 있다. 진료건수에 대한 집계자료가 부재하여 1인당 의료서비스 이용횟수가 증가한 부분은 살펴보지 못하였으나, 입내원일수 증가율은 상당부분 진료비 증가에 영향을 미치고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 III-7〉 진료비 증가요인 분해 분석

(단위: %)

| | 2004~ 2014 | 2004~ 2007 | 2007~ 2011 | 2011~ 2014 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 총진료비 증가율 | 9.34 | 12.90 | 9.31 | 5.93 |
| 적용인구 증가율 | 0.60 | 0.31 | 0.76 | 0.68 |
| 적용인구당 진료비 증가율 | 8.68 | 12.55 | 8.48 | 5.21 |
| 적용인구당 입내원일수 증가율 | 2.86 | 3.61 | 3.20 | 1.67 |
| 입내원일당 진료비 증가율 | 5.66 | 8.63 | 5.12 | 3.49 |

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도를 기반으로 분석하였음

진료비 유형별로는 외래진료비가 2014년 약 23.1조원으로 전체 진료비의 약 42.0%를 차지하며 입원진료비보다 높은 비중이다. 입원진료비는 2014년 약 19.3조원으로 전체 진료비의 약 35.1%를 차지하고 있으며, 약제비도 12.6조원으로 전체 진료비의 약 22.9%를 차지하고 있다. 외래와 약제비의 비중이 입원진료비에 비해 상대적으로 높은 것을 보면 경증진료비 지출도 상당할 수 있음을 미루어 짐작할 수 있다.

〈표 III-8〉 건강보험 진료형태별 진료비 및 급여비 추이

(단위: 조원, %)

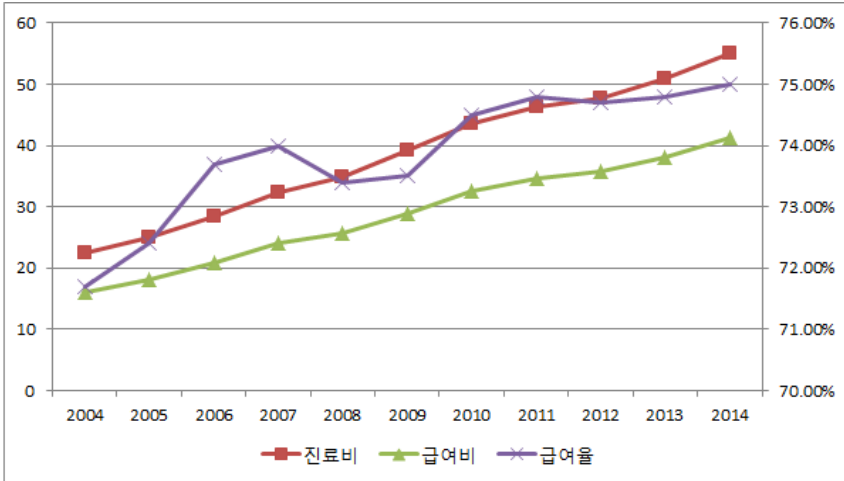
| | 입원 | | 외래 | | 약국 | | 합계 | | | |
|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-----------------|---------|-----------------|------|
| | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 진료비 증가율 | 급여비 | 급여율 |
| 2004 | 6.0 (26.5) | 4.7 (29.4) | 10.3 (46.0) | 6.9 (42.8) | 6.2 (27.5) | 4.5 (27.8) | 22.5 (100.0) | - | 16.1 (100.0) | 71.7 |
| 2005 | 6.6 (26.5) | 5.3 (29.3) | 11.3 (45.3) | 7.6 (42.4) | 7.0 (28.2) | 5.1 (28.3) | 24.9 (100.0) | 10.5 | 18.0 (100.0) | 72.4 |
| 2006 | 7.9 (27.6) | 6.5 (31.0) | 12.5 (44.1) | 8.6 (41.1) | 8.0 (28.3) | 5.8 (27.9) | 28.4 (100.0) | 14.3 | 20.9 (100.0) | 73.7 |
| 2007 | 9.9 (30.4) | 8.1 (33.9) | 13.6 (42.1) | 9.4 (39.3) | 8.9 (27.5) | 6.4 (26.8) | 32.4 (100.0) | 14.0 | 24.0 (100.0) | 74.0 |
| 2008 | 10.9 (31.2) | 8.8 (34.2) | 14.4 (41.4) | 10.0 (39.0) | 9.5 (27.4) | 6.8 (26.7) | 34.9 (100.0) | 7.7 | 25.6 (100.0) | 73.4 |
| 2009 | 12.4 (31.5) | 10.0 (34.4) | 16.3 (41.3) | 11.3 (38.9) | 10.7 (27.2) | 7.7 (26.6) | 39.3 (100.0) | 12.8 | 28.9 (100.0) | 73.5 |
| 2010 | 14.4 (33.1) | 11.8 (36.4) | 17.7 (40.6) | 12.4 (38.0) | 11.5 (26.3) | 8.3 (25.6) | 43.6 (100.0) | 10.9 | 32.5 (100.0) | 74.5 |
| 2011 | 15.4 (33.4) | 12.7 (36.6) | 18.7 (40.5) | 13.1 (38.0) | 12.1 (26.2) | 8.8 (25.3) | 46.2 (100.0) | 6.0 | 34.6 (100.0) | 74.8 |
| 2012 | 16.2 (33.8) | 13.2 (37.0) | 19.9 (41.5) | 14.0 (39.1) | 11.8 (24.7) | 8.5 (23.8) | 47.8 (100.0) | 3.5 | 35.7 (100.0) | 74.7 |
| 2013 | 17.7 (34.7) | 14.5 (38.0) | 21.3 (41.8) | 15.0 (39.3) | 11.9 (23.5) | 8.6 (22.7) | 50.9 (100.0) | 6.5 | 38.1 (100.0) | 74.8 |
| 2014 | 19.3 (35.1) | 15.8 (38.3) | 23.1 (42.0) | 16.3 (39.6) | 12.6 (22.9) | 9.1 (22.1) | 55.0 (100.0) | 7.9 | 41.2 (100.0) | 75.0 |

- 주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임
 4. () 안은 비중임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-8] 건강보험 총진료비 및 급여비 추이

(단위: 조원, %)

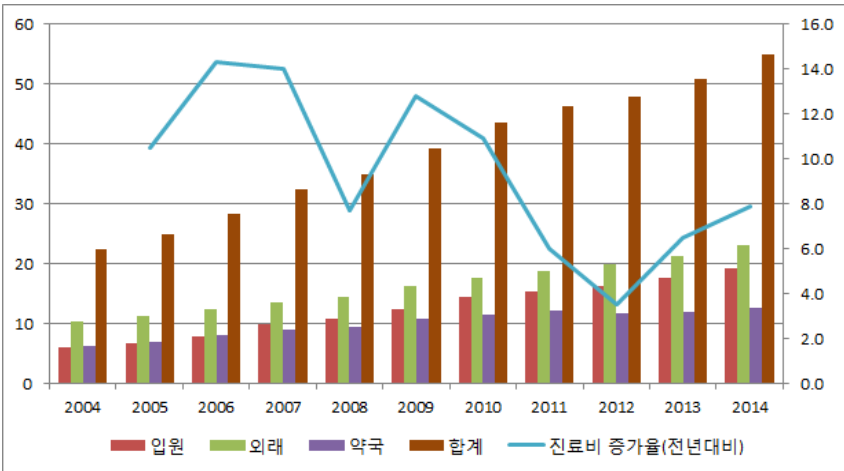


- 주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-9] 건강보험 진료형태별 진료비 추이

(단위: 조원, %)

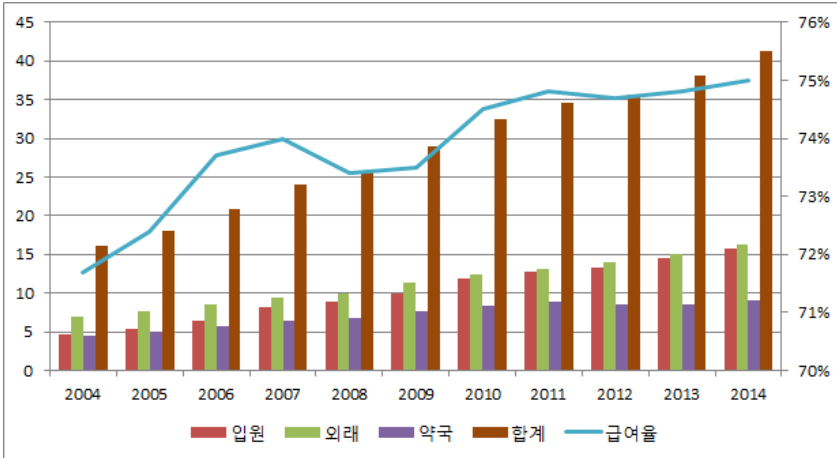


- 주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-10] 건강보험 진료형태별 급여비 추이

(단위: 조원, %)



주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

가. 건강보험 대상자와 1인당 진료비

건강보험 진료비 증가는 대상자의 증가, 대상자의 의료 이용 증가, 의료이용 단가의 증가로 나누어 그 원인을 파악해 볼 수 있을 것이다. 먼저 건강보험 대상자 추이를 살펴보면 건강보험 대상자는 2004년 약 4,700만명에서 2014년 약 5,000만명으로 연평균 약 0.6% 증가하였다. 건강보험 대상자 구성에서 눈에 띄는 부분은 높은 피부양자의 비중이다. 피부양자는 최근 들어 가입자 증가에 비해 증가속도가 떨어지는 경향을 보이고 있기는 하지만, 여전히 가입자에 비해 높은 비중을 차지하고 있다. 직장가입자가 2014년 약 1,500만명인데 피부양자 수는 약 2,000만명에 이르고 있다. 지역가입자는 2004년 전체 건보대상자의 45.2%를 차지하고 있었으나, 2014년에는 전체 건보대상자의 약 29.2%로 감소하고 있다. 반면, 직장가입자는 2004년 54.8%에서 2014년 전체 건보대상자의 약 70.8%로 증가하고 있다.

〈표 III-9〉 가입유형별 건강보험 적용인구

(단위: 명, %)

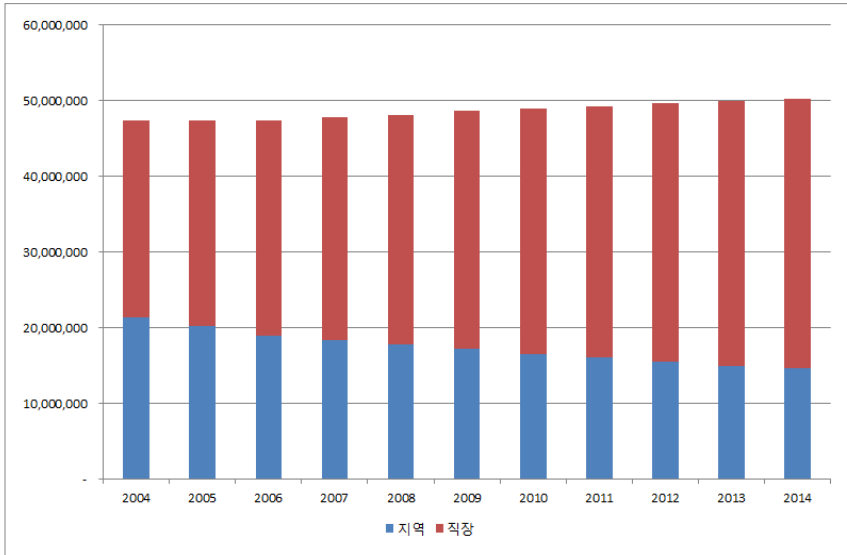
| | 건보적용인구 | 직장 | | | 지역 가입자 |
|------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | 소계 | 가입자 | 피부양자 | |
| 2004 | 47,371,992 (100.0) | 25,979,308 (54.8) | 9,282,739 (19.6) | 16,696,569 (35.2) | 21,392,684 (45.2) |
| 2005 | 47,392,052 (100.0) | 27,233,298 (57.5) | 9,745,597 (20.6) | 17,487,701 (36.9) | 20,158,754 (42.5) |
| 2006 | 47,409,600 (100.0) | 28,445,033 (60.0) | 10,415,340 (22.0) | 18,029,693 (38.0) | 18,964,567 (40.0) |
| 2007 | 47,819,674 (100.0) | 29,424,424 (61.5) | 11,174,872 (23.4) | 18,249,552 (38.2) | 18,395,250 (38.5) |
| 2008 | 48,159,718 (100.0) | 30,416,577 (63.2) | 11,616,958 (24.1) | 18,799,619 (39.0) | 17,743,141 (36.8) |
| 2009 | 48,613,534 (100.0%) | 31,412,740 (64.6) | 12,145,781 (25.0) | 19,266,959 (39.6) | 17,200,794 (35.4) |
| 2010 | 48,906,795 (100.0%) | 32,383,526 (66.2) | 12,763,729 (26.1) | 19,619,797 (40.1) | 16,523,269 (33.8) |
| 2011 | 49,299,165 (100.0) | 33,256,574 (67.5) | 13,396,713 (27.2) | 19,859,861 (40.3) | 16,042,591 (32.5) |
| 2012 | 49,662,097 (100.0) | 34,106,034 (68.7) | 13,990,644 (28.2) | 20,115,390 (40.5) | 15,556,063 (31.3) |
| 2013 | 49,989,620 (100.0) | 35,005,695 (70.0) | 14,606,113 (29.2) | 20,399,582 (40.8) | 14,983,925 (30.0) |
| 2014 | 50,316,384 (100.0) | 35,601,802 (70.8) | 15,140,804 (30.1) | 20,460,998 (40.7) | 14,714,582 (29.2) |

- 주: 1. 연도말 기준
- 2. 2014년 수치는 잠정수치임
- 3. () 안은 비중임

자료: 1. 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도
 2. 국민건강보험공단(2015), 『2014 건강보험주요통계』, p.2.

[그림 III-11] 가입유형별 건강보험 적용인구

(단위: 명)



주: 1. 연도말 기준
2. 2014년 수치는 잠정수치임

자료: 1. 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도
2. 국민건강보험공단(2015), 『2014 건강보험주요통계』, p.2

건강보험 1인당 진료비는 2004년 약 48만원에서 2014년 약 109만원으로 연평균 8.7%로 증가하여 왔다. 1인당 진료비는 2011년부터 증가율이 감소하는 추세에 있는 것으로 보여지고 있다. 이러한 추세가 단기적 추세인지 향후에도 지속될 추세인지에 대하여서는 쉽게 판단할 수 없는 문제이다. 어쨌든 대상자와 1인당 진료비를 놓고 보면, 건강보험 진료비 지출증가는 대상자 증가요인보다는 대상자 1인당 의료 사용량의 증가나 수가 인상으로 인한 결과로 보인다. 그런데 의료수가 인상이 물가상승률 이하로 통제되어 왔음을 고려한다면 1인당 의료 사용량 증가가 전체 건강보험 진료비 상승의 주요 원인이 됨을 미루어 짐작할 수 있다.

〈표 III-10〉 건강보험 적용인구 1인당 진료형태별 진료비 및 급여비 추이

(단위: 만원, %)

| | 입원 | | 외래 | | 약국 | | 합계 | | |
|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|
| | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 진료비 | 급여비 | 급여율 |
| 2004 | 12.6 | 10.0 | 21.8 | 14.6 | 13.1 | 9.5 | 47.5 | 34.1 | 71.7 |
| 2005 | 13.9 | 11.1 | 23.7 | 16.1 | 14.8 | 10.7 | 52.5 | 38.0 | 72.4 |
| 2006 | 16.6 | 13.7 | 26.4 | 18.2 | 16.9 | 12.3 | 59.9 | 44.2 | 73.7 |
| 2007 | 20.6 | 17.0 | 28.5 | 19.7 | 18.6 | 13.4 | 67.7 | 50.1 | 74.0 |
| 2008 | 22.6 | 18.2 | 30.0 | 20.8 | 19.8 | 14.2 | 72.4 | 53.2 | 73.4 |
| 2009 | 25.5 | 20.5 | 33.4 | 23.2 | 22.0 | 15.8 | 80.9 | 59.5 | 73.5 |
| 2010 | 29.5 | 24.2 | 36.2 | 25.3 | 23.5 | 17.0 | 89.2 | 66.4 | 74.5 |
| 2011 | 31.3 | 25.7 | 37.9 | 26.7 | 24.5 | 17.8 | 93.8 | 70.1 | 74.8 |
| 2012 | 32.6 | 26.6 | 40.0 | 28.1 | 23.8 | 17.1 | 96.3 | 71.9 | 74.7 |
| 2013 | 35.4 | 29.0 | 42.6 | 30.0 | 23.9 | 17.3 | 101.9 | 76.2 | 74.8 |
| 2014 | 38.4 | 31.4 | 45.9 | 32.4 | 25.0 | 18.1 | 109.3 | 81.9 | 75.0 |

주: 1. 연도말 기준

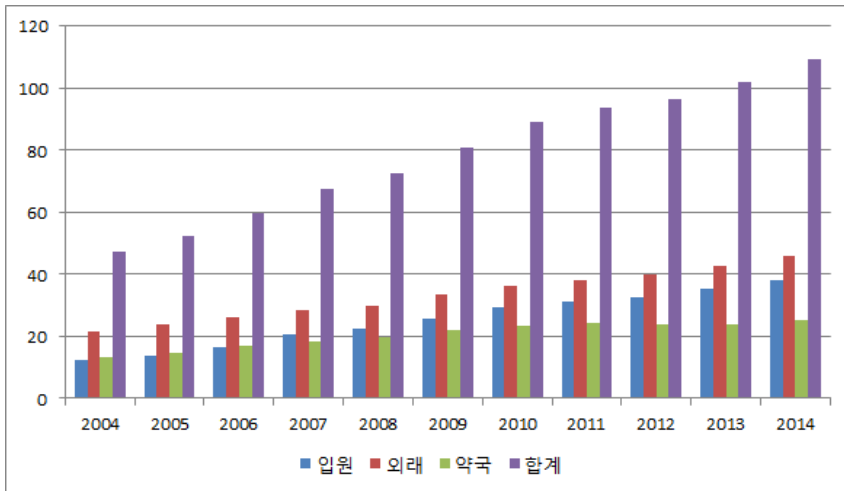
2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함

3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-12] 적용인구 1인당 진료형태별 진료비 추이

(단위: 만원)



주: 1. 연도말 기준

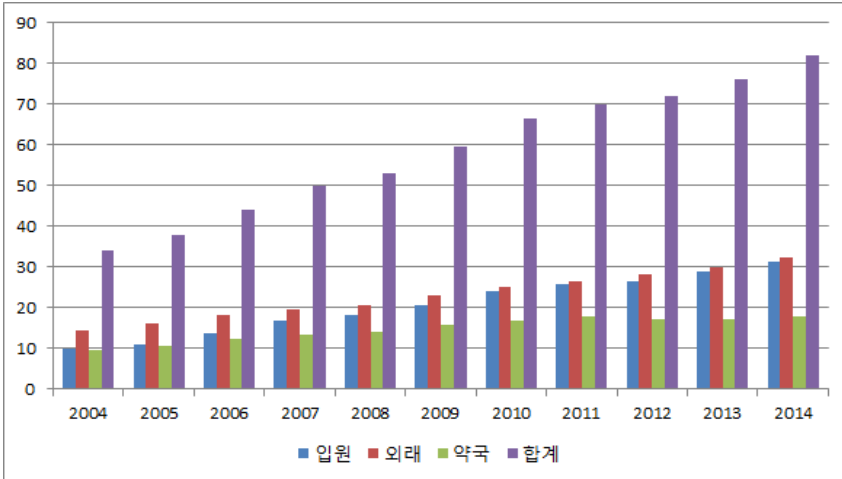
2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함

3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-13] 적용인구 1인당 진료형태별 급여비 추이

(단위: 만원)



주: 1. 연도말 기준
 2. 입원과 외래의 진료비는 약국을 제외한 의료기관의 진료비를 의미함
 3. 약국은 처방조제와 직접조제 진료비 합계임
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

나. 의료서비스 이용량의 증가

의료서비스 이용량의 증가는 입·내원일수와 진료건수를 통해 살펴볼 수 있으나, 진료건수 자료가 연속적으로 존재하지 않기 때문에, 입·내원일수의 추이를 살펴보기로 한다. 건강보험 입·내원일수는 지속적 증가를 보이고 있기는 하지만 큰 증가를 보이고 있지는 않다. 1인당 입·내원일수는 2004년 약 15일에서 2014년 약 20일로 연평균 2.86% 증가하였다. 입원은 2004년 약 1.1일에서 2014년 약 2.6일로, 외래는 약 14일에서 17일로 증가하여, 외래서비스 이용의 증가가 두드러지고 있다.

〈표 III-11〉 건강보험 내원일수 추이

(단위: 일)

| | 의료기관 | | | 약국 | 총계 |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 소계 | 입원 | 외래 | | |
| 2004 | 704,120,946 | 53,374,553 | 650,746,393 | 389,088,124 | 705,423,576 |
| 2005 | 726,321,778 | 56,538,690 | 669,783,088 | 399,521,048 | 727,693,921 |
| 2006 | 758,999,613 | 62,735,518 | 696,264,095 | 416,420,620 | 760,564,708 |
| 2007 | 790,515,434 | 74,979,885 | 715,535,549 | 420,905,325 | 792,065,683 |
| 2008 | 807,959,272 | 83,920,448 | 724,038,824 | 424,564,265 | 809,416,984 |
| 2009 | 870,614,760 | 92,626,318 | 777,988,442 | 455,833,886 | 872,084,585 |
| 2010 | 905,242,813 | 103,638,285 | 801,604,528 | 465,278,855 | 906,561,153 |
| 2011 | 924,874,901 | 108,486,888 | 816,388,013 | 473,760,403 | 926,100,038 |
| 2012 | 950,615,487 | 114,280,728 | 836,334,759 | 488,002,623 | 951,794,129 |
| 2013 | 965,384,633 | 122,658,224 | 842,726,409 | 482,500,801 | 966,427,292 |
| 2014 | 992,164,424 | 130,659,394 | 861,505,030 | 491,392,890 | 993,212,876 |

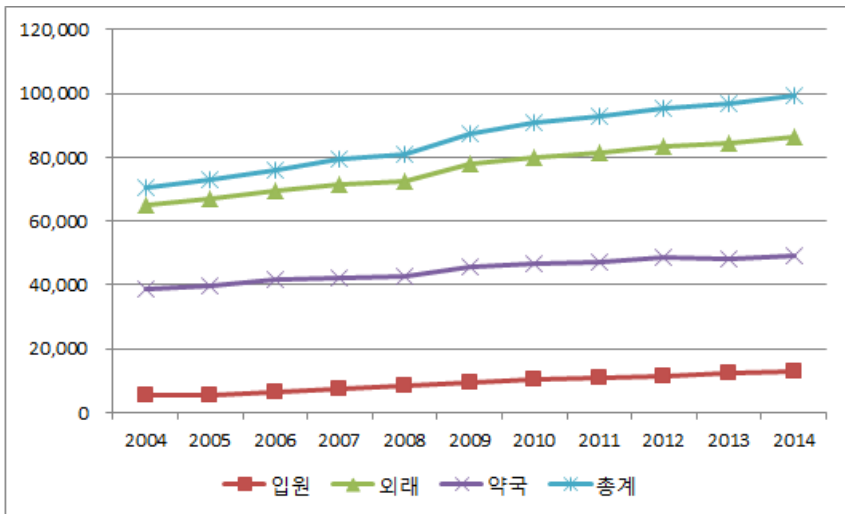
주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려하고 있음

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-14] 건강보험 내원일수 추이

(단위: 만일)



주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

〈표 III-12〉 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이

(단위: 일/명)

| | 의료기관 | | | 약국 | 총계 |
|----------------|-------|------|-------|------|-------|
| | 소계 | 입원 | 외래 | | |
| 2004 | 14.86 | 1.13 | 13.74 | 8.21 | 14.89 |
| 2005 | 15.33 | 1.19 | 14.13 | 8.43 | 15.35 |
| 2006 | 16.01 | 1.32 | 14.69 | 8.78 | 16.04 |
| 2007 | 16.53 | 1.57 | 14.96 | 8.80 | 16.56 |
| 2008 | 16.78 | 1.74 | 15.03 | 8.82 | 16.81 |
| 2009 | 17.91 | 1.91 | 16.00 | 9.38 | 17.94 |
| 2010 | 18.51 | 2.12 | 16.39 | 9.51 | 18.54 |
| 2011 | 18.76 | 2.20 | 16.56 | 9.61 | 18.79 |
| 2012 | 19.14 | 2.30 | 16.84 | 9.83 | 19.17 |
| 2013 | 19.31 | 2.45 | 16.86 | 9.65 | 19.33 |
| 2014 | 19.72 | 2.60 | 17.12 | 9.77 | 19.74 |
| 연평균 증가율(총계 기준) | | | | | 2.86% |

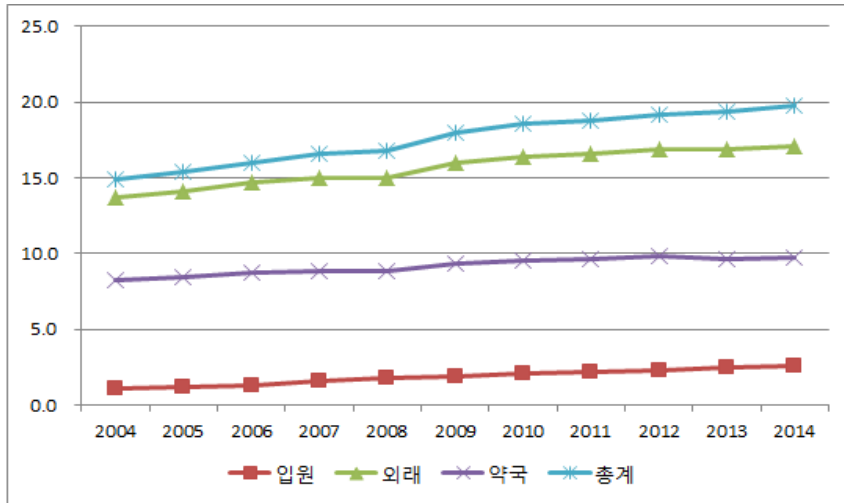
주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려하고 있음

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-15] 건강보험 적용인구 1인당 평균 내원일수 추이

(단위: 일/명)

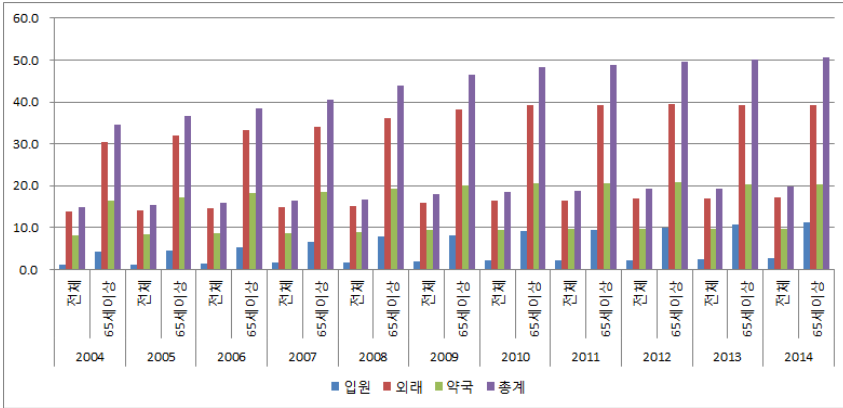


주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려하고 있음

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

[그림 III-16] 건강보험 적용인구 1인당 내원일수 추이



주: 1. 연도말 기준

2. 약국은 처방조제와 직접조제로 분류되고 있으며, 내원일수 총계 계산 시에는 직접조제만 고려하고 있음

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황, 급여실적), 2015.10.10.검색

다. 의료수가

우리나라의 지불제도는 행위별 수가제(fee for service)를 기본적으로 채택하고 있기 때문에 전반적으로 의료수가의 변화에 의해 의료서비스 이용량이 상대적으로 많은 영향을 받을 수 있는 구조라고 할 수 있다. 의료수는 의료서비스 이용에 직·간접적인 많은 영향을 미치게 되는데, 행위별 수가제하에서는 일반적으로 의료서비스 이용량이 높게 되는 문제점이 지적되어 왔다. 이에 1997년부터 시범사업 기간을 거쳐, 2002년부터 8개 질병군을 대상으로 요양기관 선택참여방식의 포괄수가제가 도입되었다. 이후 8개 질병군 중 질병분만을 제외한 7개 질병군으로 대상 질병을 축소한 이후, 2009년에는 신포괄수가제가 도입되었다. 2012년 이후부터는 7개 질병군에 대해서는 모든 의료기관에 의무적으로 적용하게 하였고, 553개 신포괄수가제도를 40개 공공기관에 확대 적용하게 하였다.

의료수는 2008년부터 의료기관 종별로 수가 책정을 위한 환산지수를 달리 적용하게 됨에 따라 의료기관 유형별로 수가 인상률이 다르게 적용되

게 되었다. 한편, 15개군 요양병원의 수가에 대해서는 일당 정액수가제가 2008년 도입되었다. 요양병원에 대한 일당 정액수가제는 자원 이용량에 따라 분류된 환자군(ADL)별로 일당 정액수를 적용하는 제도이다. 2010년에는 수가 변이가 큰 항목에 대해서는 서비스 질 유지를 위해 행위별 수가를 병행하여 차등수가제를 적용하도록 하고 있다. 건강보험 수가의 연도별 추이를 살펴보면 2000년 이후에는 대체로 소비자물가 상승률을 밑도는 수준에서 인상되어 왔음을 볼 수 있다.

〈표 III-13〉 건강보험 수가제도 변천과정

| 연도 | 행위별 수가제 | 포괄수가제 | 일당 정액수가제 |
|-----------|--|---|---|
| 1977~2007 | (1977) 행위별점수제 기반 행위별수가제 채택 (1981) 점수제에서 금액제로 전환 (2001) 자원기준 상대가치점수제 환산지수 계약방식 도입 | (1997~2001) 시범사업 실시 (2002) 영양기관 선택참여 방식의 포괄수가제 도입 - 8개 질병군 대상 (2003) 진료변이문제로 '질식분만'은 제외하고 7개 질병군으로 변경 | (1989) 의료급여 정신건강의학과 입원에 적용 |
| 2008~2012 | (2008) 신상대가치제도입 (2012) 신상대가치제 100% 반영된 상태 | (2009) 신포괄수가제시범사업 실시 ¹⁾ (2012) 7개 질병군 포괄수가제에 대해 단계적으로 적용기관을 확대·시행 | (2008) 15개 수가군 요양병원 일당 정액수가제 시행 (2010) 요양병원 의료서비스 질 향상을 위해 차등수가 개편 등 수가 개편 |

주: 1) 7개 질병군 포괄수가제와는 별개로 기존 7개 질병군 포괄수가 모형과는 차별적인 신포괄수가 모형을 개발하고 시범사업 실시

자료: 국민건강보험공단(2013), 『실천적 건강복지 플랜 II』, p.42~44, 발췌 및 요약

〈표 III-14〉 건강보험 수가 인상 추이

(단위: %)

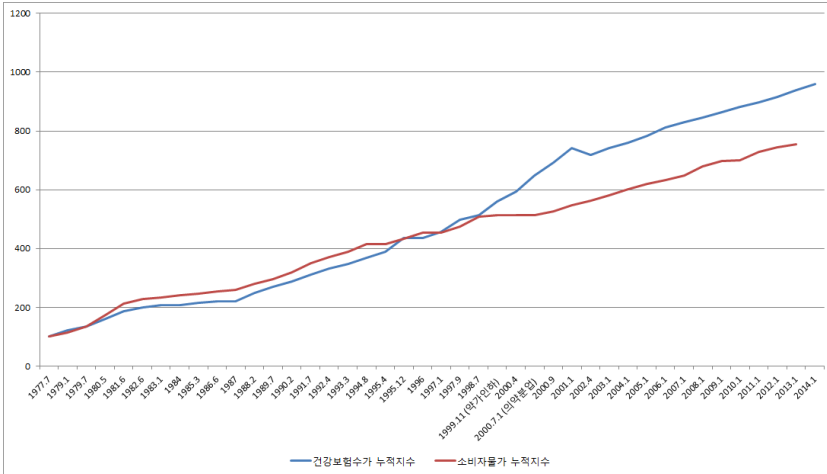
| 인상 년월 | 건강보험수가 | | 소비자물가 | |
|---------|--------|--------|-------|--------|
| | 증가율 | 누적지수 | 증가율 | 누적지수 |
| 1977.7 | — | 100.00 | — | 100.00 |
| 1979.1 | 20.75 | 120.75 | 14.50 | 114.50 |
| 1979.7 | 11.14 | 134.20 | 18.30 | 135.45 |
| 1980.5 | 19.38 | 160.21 | 28.70 | 174.33 |
| 1981.6 | 16.60 | 186.80 | 21.40 | 211.63 |
| 1982.6 | 7.10 | 200.06 | 7.20 | 226.87 |
| 1983.1 | 4.00 | 208.06 | 3.40 | 234.59 |
| 1984 | 0.00 | 208.06 | 2.30 | 239.98 |
| 1985.3 | 3.00 | 214.30 | 2.50 | 245.98 |
| 1986.6 | 3.00 | 220.73 | 2.80 | 252.87 |
| 1987 | 0.00 | 220.73 | 3.00 | 260.45 |
| 1988.2 | 12.20 | 247.66 | 7.10 | 278.95 |
| 1989.7 | 9.00 | 269.95 | 5.70 | 294.85 |
| 1990.2 | 7.00 | 288.85 | 8.60 | 320.20 |
| 1991.7 | 8.00 | 311.96 | 9.30 | 349.98 |
| 1992.4 | 5.98 | 330.62 | 6.20 | 371.68 |
| 1993.3 | 5.00 | 347.15 | 4.80 | 389.52 |
| 1994.8 | 5.80 | 367.28 | 6.30 | 414.06 |
| 1995.4 | 5.80 | 388.58 | — | 414.06 |
| 1995.12 | 11.82 | 434.51 | 4.50 | 432.69 |
| 1996 | 0.00 | 434.51 | 4.90 | 453.89 |
| 1997.1 | 5.00 | 456.24 | — | 453.89 |
| 1997.9 | 9.00 | 497.30 | 4.40 | 473.86 |
| 1998.7 | 3.50 | 514.71 | 7.50 | 509.40 |

〈표 III-14〉의 계속

| 인상 년월 | 건강보험수가 | | 소비자물가 | |
|----------------------|------------|--------|-------|--------|
| | 증가율 | 누적지수 | 증가율 | 누적지수 |
| 1999.11 (약가인하) | 9.00 | 561.03 | 0.80 | 513.48 |
| 2000.4 | 6.00 | 594.70 | — | 513.48 |
| 2000.7.1 (의약분업실시) | 9.20 | 649.41 | — | 513.48 |
| 2000.9 | 6.50 | 691.62 | 2.30 | 525.29 |
| 2001.1 | 7.08 | 740.59 | 4.10 | 546.82 |
| 2002.4 | △ 2.90(인하) | 719.12 | 2.80 | 562.13 |
| 2003.1 | 2.97 | 740.48 | 3.50 | 581.81 |
| 2004.1 | 2.65 | 760.11 | 3.60 | 602.75 |
| 2005.1 | 2.99 | 782.83 | 2.80 | 619.63 |
| 2006.1 | 3.58 | 810.86 | 2.20 | 633.26 |
| 2007.1 | 2.30 | 829.50 | 2.50 | 649.09 |
| 2008.1 | 1.94 | 845.60 | 4.70 | 679.60 |
| 2009.1 | 2.22 | 864.37 | 2.80 | 698.63 |
| 2010.1 | 2.05 | 882.09 | 3.00 | 699.99 |
| 2011.1 | 1.64 | 896.56 | 4.00 | 727.99 |
| 2012.1 | 2.20 | 916.28 | 2.20 | 744.00 |
| 2013.1 | 2.36 | 937.90 | 1.30 | 753.68 |
| 2014.1 | 2.36 | 960.04 | — | — |

주: 1. 2008년 이후의 수가인상률은 유형별 수가인상률의 평균 추정치임
 2. 소비자물가 지수는 연도말 기준임, 원출처: 소비자물가조사(통계청)
 자료: 국민건강보험공단(2014), 『2014년 3분기 건강보험주요통계』, p.33, 재인용

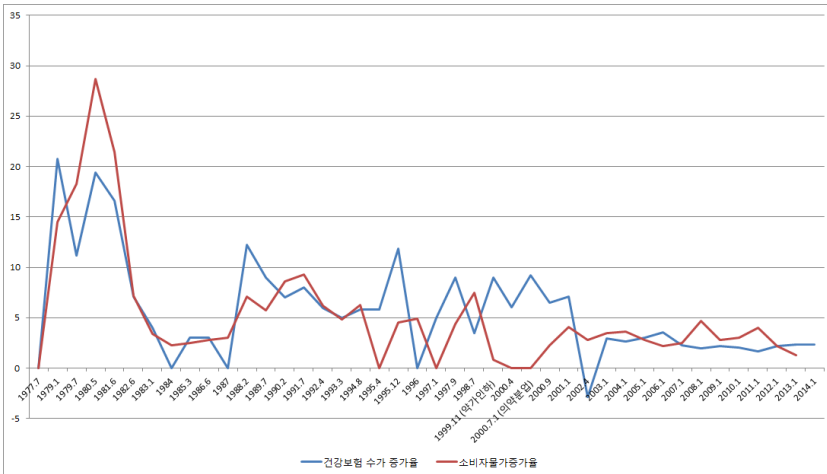
[그림 III-17] 건강보험 수가 인상 추이



주: 1. 2008년 이후의 수가인상률은 유형별 수가인상률의 평균 추정치임
 2. 소비자물가 지수는 연도말 기준임, 원출처: 소비자물가조사(통계청)
 자료: 국민건강보험공단(2014), 『2014년 3분기 건강보험주요통계』, p.33, 재구성

[그림 III-18] 건강보험 수가 증가율 추이

(단위: %)



주: 1. 2008년 이후의 수가인상률은 유형별 수가인상률의 평균 추정치임
 2. 소비자물가 지수는 연도말 기준임, 원출처: 소비자물가조사(통계청)
 자료: 국민건강보험공단(2014), 『2014년 3분기 건강보험주요통계』, p.33, 재구성

〈표 III-15〉 요양기관 유형별 환산지수

(단위: %, 원)

| 시행일 | 유형 | 병원 | 의원 | 치과 | 한방 | 약국 | 보건기관 | 조산원 |
|---------|------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 2008.1. | 인상 (평균 1.94%) | 1.5 | 2.3 | 2.9 | 2.9 | 1.7 | 2.3 | 30.0 |
| | 환산지수 | 62.2 | 62.1 | 63.6 | 63.3 | 63.1 | 62.1 | 80.7 |
| 2009.1. | 인상 (평균 2.22%) | 2.0 | 2.1 | 3.5 | 3.7 | 2.2 | 2.6 | 9.3 |
| | 환산지수 | 63.4 | 63.4 | 65.8 | 65.6 | 64.5 | 63.7 | 88.2 |
| 2010.1. | 인상 (평균 2.05%) | 1.4 | 3.0 | 2.9 | 1.9 | 1.9 | 1.8 | 6.0 |
| | 환산지수 | 64.3 | 65.3 | 67.7 | 66.8 | 65.7 | 64.8 | 93.5 |
| 2011.1. | 인상 (평균 1.64%) | 1.0 | 2.0 | 3.5 | 3.0 | 2.2 | 2.5 | 7.0 |
| | 환산지수 | 64.9 | 66.6 | 70.1 | 68.8 | 67.1 | 66.4 | 100.0 |
| 2012.1. | 인상 (평균 2.20%) | 1.7 | 2.8 | 2.6 | 2.6 | 2.6 | 2.0 | 4.2 |
| | 환산지수 | 66.0 | 68.5 | 71.9 | 70.6 | 68.8 | 67.7 | 104.2 |
| 2013.1. | 인상 (평균 2.36%) | 2.2 | 2.4 | 2.7 | 2.7 | 2.9 | 2.1 | 2.6 |
| | 환산지수 | 67.5 | 70.1 | 73.8 | 72.5 | 70.8 | 69.1 | 106.9 |
| 2014.1. | 인상 (평균 2.36%) | 1.9 | 3.0 | 2.7 | 2.6 | 2.8 | 2.7 | 2.9 |
| | 환산지수 | 68.8 | 72.2 | 75.8 | 74.4 | 72.8 | 71.0 | 110.0 |

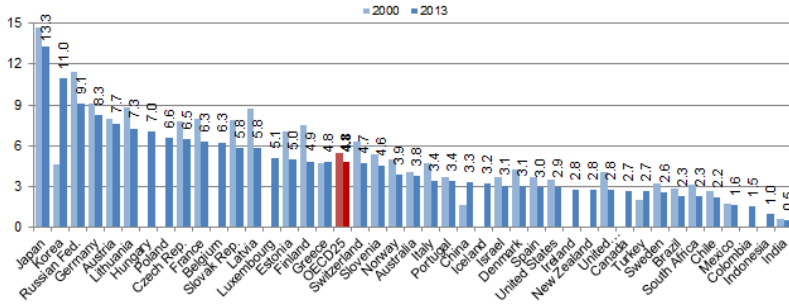
주: 2008년 이후 요양기관 유형별 환산지수 계약 실시
 자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(2014), 『건강보험통계연보』, p.89.

라. 의료서비스 공급자원의 증가

건강보험 진료비에 영향을 미치는 공급측 요인으로서 병원 수, 병상 수, 의사 수 등 의료서비스 공급 측면의 증가를 꼽을 수 있다. 의료인력의 수나 병상 및 병원 수는 건강보험 진료비의 증가와 상당한 관계가 있다. 의료인력의 수나 병상 및 병원 수의 증가는 의료서비스의 질적인 면을 증가시킬 것으로 기대할 수는 있지만, 지역별 분포와 접근성에서의 균질한 분포가 확보되지 않은 상태에서는 공급자원이거나 공급인력의 증가가 의료서비스의 질적 향상을 의미하기보다는 불필요한 경쟁에 의한 과다 의료서비스 제공 유인을 주도하기 때문에 적절한 자원관리가 필요한 부분이기도 하다.

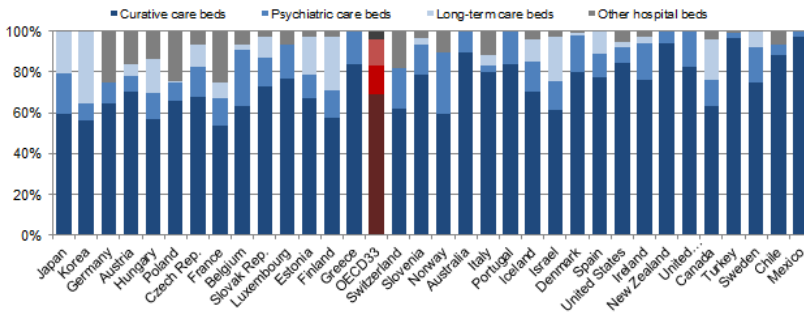
우리나라는 1인당 병상 수(hospital beds)가 OECD 국가 중 일본 다음으로 많은 국가이다. 우리나라의 인구 천명당 병상 수는 2013년 11.9개로 OECD 평균 4.8개를 훨씬 초과하는 숫자이다. 인구 천명당 병상 수는 2000년 불과 4.7개이었던 것이, 2013년에는 11.9개로 급증한 것을 볼 수 있다. 우리나라와 일본의 1인당 병상수가 높은 이유는 장기요양보험으로 인한 요양병상의 증가 때문인데, 2008년 노인장기요양보험이 도입된 이후로 우리나라의 병상 수는 급증한 것으로 보인다. 병상유형을 보아도 우리나라의 요양병상의 비중은 다른 해외국가나 일본보다도 높은 것을 볼 수 있다. 반면 치료병상(curative care beds)의 비중은 OECD 국가들 중에서도 낮기 때문에, 병상 수준은 여전히 개선의 여지가 있는 것을 볼 수 있다. 건강보험 진료비와는 분리되었으나, 노인 진료비의 일부가 요양보험 급여비로 이동해 가는 형국이기 때문에, 본고의 주된 초점은 아니지만 건강보험 재정의 관리와 더불어 노인장기요양보험 진료비도 효율화와 통제가 필요한 부분이다.

[그림 III-19] 인구 1,000명당 병상 수(2000년 vs 2013년)



자료: OECD(2015b), Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

[그림 III-20] 병상유형(2013년)



주: 인구 천명당 병상 수가 높은 국가에서 낮은 국가 순으로 나열되었음
 자료: OECD(2015b), Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

2005년에서 2014년까지의 병상 수 추이를 보면, 병상 수의 증가는 주로 입원실 위주로 나타나고 있는 것을 볼 수 있다. 그러나 중환자실, 응급실, 무균치료실 등 실제 의료서비스의 질과 밀접한 관련이 있는 병상 수는 감소하거나 변동이 없는 것으로 나타나고 있다. 병상자원의 증가가 진료비의 많은 부분을 차지하는 입원병상을 위주로 발생하고 있는 것을 확인할 수 있어, 공급자원의 증가가 진료비 증가로 이어지고 있음을 알 수 있다. 이러한 현상은 병실 수에서도 동일하게 나타나고 있다. 병실 수도 진료비 증가에 기여하는 입원실 위주로 증가하여 왔고, 중환자실, 무균실, 격리실, 응급실

수 등은 감소하고 있는 것을 볼 수 있다. 이는 공급자원의 불균형한 확대가 진료비 증가를 가져오면서, 반면에 진료비 증가에도 불구하고 의료서비스의 접근성 및 서비스 질 악화로 이어질 가능성이 농후하다는 것을 시사한다.

〈표 III-16〉 병원시설 현황(병상 및 병실)

(단위: 천개)

| 구분 | 병원시설별 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | |
|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 병상 수 | 입원실 | 소계 | 376.4 | 405.6 | 442.7 | 472.3 | 495.7 | 528.3 | 560.8 | 589.2 | 617.5 | 647.6 |
| | | 상급 | 80.7 | 83.3 | 86.7 | 86.7 | 88.8 | 92.6 | 96.5 | 99.9 | 102.8 | 87.6 |
| | | 일반 | 295.7 | 322.3 | 355.9 | 353.7 | 367.2 | 389.3 | 411.3 | 432.4 | 456.5 | 496.7 |
| | | 정신과 폐쇄 | - | - | - | 31.9 | 39.7 | 46.4 | 53.0 | 56.8 | 58.2 | 63.3 |
| | 중환자실 | 소계 | 12.7 | 13.3 | 12.6 | 10.9 | 10.4 | 10.5 | 10.6 | 10.3 | 10.4 | 10.2 |
| | | 성인소아 | 10.7 | 11.2 | 11.2 | 9.6 | 9.2 | 9.2 | 9.2 | 8.9 | 8.9 | 8.5 |
| | | 신생아 | 1.6 | 1.5 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.4 | 1.4 | 1.6 | 1.7 |
| | | 기타 | 0.4 | 0.5 | 0.2 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 격리병실 | 소계 | 1.8 | 2.0 | 2.0 | 1.9 | 1.9 | 2.0 | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 1.9 |
| | 무균치료실 | 소계 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| | 강내치료실 | 소계 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | 방사성실 | 소계 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| | 응급실 | 소계 | 9.7 | 9.8 | 9.9 | 9.8 | 9.9 | 9.9 | 9.9 | 9.8 | 9.8 | 9.7 |
| 병실 수 | 입원실 | 소계 | 106.2 | 111.1 | 117.5 | 122.9 | 127.7 | 134.2 | 140.4 | 145.8 | 150.7 | 156.1 |
| | | 상급 | 45.3 | 46.5 | 47.9 | 48.1 | 49.2 | 50.9 | 52.9 | 54.6 | 55.8 | 53.5 |
| | | 일반 | 60.9 | 64.7 | 69.6 | 69.9 | 72.4 | 76.1 | 79.2 | 82.4 | 85.9 | 92.9 |
| | | 정신과 폐쇄 | - | - | - | 4.9 | 6.1 | 7.1 | 8.3 | 8.8 | 9.0 | 9.7 |
| | 중환자실 | 소계 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.0 | 1.0 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.8 |
| | | 성인소아 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.7 |
| | | 신생아 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| | | 기타 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 격리병실 | 소계 | 0.8 | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 1.0 | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 1.0 |
| | 무균치료실 | 소계 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| | 강내치료실 | 소계 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | 방사성실 | 소계 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| | 응급실 | 소계 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |

주: 연도말 기준

자료: 통계청(kosis.kr), 건강보험통계(일반현황), 2015.10.10.검색

병원유형별로는 상급병원보다는 병원과 의원의 수가 급증하였고, 최근 장기요양보험의 도입으로 요양병원 수가 급증하고 있다. 요양병원 수는 2004년에는 불과 113개소였던 것이 2005년부터의 시범사업을 통해 점차 증가하여 장기요양보험이 본격적으로 도입된 2008년에는 690개소로 증가하였다가 불과 6년 만에 두 배 이상인 1,337개소로 증가하였다.

〈표 III-17〉 요양기관 현황

(단위: 개소)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 상급종합병원 | 42 | 42 | 43 | 43 | 43 | 44 | 44 | 44 | 44 | 43 | 43 |
| 종합병원 | 241 | 249 | 253 | 261 | 269 | 269 | 274 | 275 | 278 | 281 | 287 |
| 병원 | 857 | 909 | 961 | 1,048 | 1,193 | 1,262 | 1,315 | 1,375 | 1,421 | 1,451 | 1,474 |
| 요양병원 | 113 | 203 | 361 | 591 | 690 | 777 | 867 | 988 | 1,103 | 1,232 | 1,337 |
| 의원 | 24,301 | 25,166 | 25,789 | 26,141 | 26,528 | 27,027 | 27,469 | 27,837 | 28,033 | 28,328 | 28,883 |
| 치과병원 | 108 | 124 | 136 | 153 | 168 | 183 | 191 | 199 | 201 | 203 | 205 |
| 치과의원 | 12,083 | 12,548 | 13,002 | 13,339 | 13,750 | 14,242 | 14,681 | 15,058 | 15,365 | 15,727 | 16,172 |
| 한방병원 | 156 | 149 | 145 | 142 | 146 | 158 | 168 | 184 | 201 | 212 | 231 |
| 한방의원 | 9,176 | 9,761 | 10,297 | 10,859 | 11,334 | 11,782 | 12,061 | 12,401 | 12,705 | 13,100 | 13,423 |
| 조산원 | 63 | 52 | 51 | 51 | 51 | 49 | 46 | 40 | 33 | 34 | 35 |
| 보건기관 | 3,416 | 3,422 | 3,437 | 3,445 | 3,456 | 3,462 | 3,469 | 3,468 | 3,469 | 3,470 | 3,481 |
| 약국 | 19,838 | 20,296 | 20,633 | 20,730 | 20,833 | 21,015 | 21,096 | 21,079 | 20,958 | 20,890 | 21,058 |

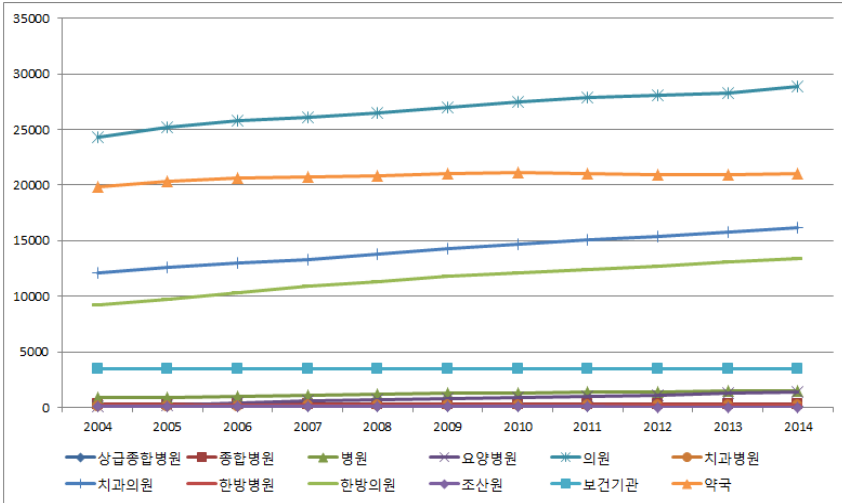
주: 1. 연도말 기준

2. 2014년 수치는 잠정수치임

자료: 국민건강보험공단(2015), 『2014 건강보험주요통계』, p.37.

[그림 III-21] 요양기관 현황

(단위: 개소)



주: 1. 연도말 기준
 2. 2014년 수치는 잠정수치임
 자료: 국민건강보험공단(2015), 『2014 건강보험주요통계』, p.3.

마. 제도적 변화요인

건강보험의 수가, 본인부담금, 급여체계에 대한 세세한 제도는 상당히 빈번하게 바뀌어 왔다. 이러한 제도적 변화는 크게는 건강보험 진료비 증가 억제를 위한 공급 측면과 수요자 측면에서의 제도개선이었고, 다른 하나는 건강보험 보장성 확대를 위한 급여 측면의 확대와 관련된 것이라고 볼 수 있다. 진료비 억제를 위한 공급 측면의 제도개선은 수가결정방식에 대한 제도와 진료비 지불제도와 관련된 것이며, 수요자 측면의 관련 제도는 본인부담금 제도이다. 제도적 변화는 수요자와 공급자의 의료서비스 이용에 상당한 유인을 제공할 수 있기 때문에, 진료비에도 직접·간접적으로 많은 영향을 미칠 수 있다.

공급 측면에서는 진료비 억제를 위해 전반적인 수가를 통제하고 있는데, 건강보험 수가의 결정방식에서도 많은 변화가 있었다. 우리나라의 수가는 행위별 수가제인데, 수가를 결정하는 방식에 있어서 상대가치점수제 환산지

수 방식이 2001년에 도입되었고, 2012년 신상대가치제를 100% 적용하도록 하였다. 한편, 수가가 통제된 행위별 수가제하에서는 의료서비스 공급기관들이 서비스량을 늘리려는 유인을 제공할 수밖에 없기 때문에, 공급자 유인 수요에 대한 우려가 있었다. 이에 행위별 수가제를 DRG방식으로 개선하려는 일련의 시도로서 포괄수가제가 일부 도입되기 시작하였다. 1997년부터 시범사업을 시작한 포괄수가제는 7개 질병군 40개 공공의료기관을 대상으로 2012년부터 확대 시행되었다. 요양병원에 대한 수가제는 일당 정액수가제가 2008년 도입되었다가 2010년 부분적으로 행위별 수가제를 인정하는 차등수가제가 도입되었다.

수요 측면에서 불필요한 의료서비스 이용을 유도하여 진료비를 증가시킬 수 있는 제도적 요인은 본인부담금 제도이다. 수요측 진료비 증가 억제 측면에서 본인부담금 제도에도 상당한 제도적 변화가 있었다. 지나치게 낮은 본인부담금은 경증의료의 과다 의료서비스 이용을 초래하는 도덕적 해이의 문제를 발생시킬 수 있으나, 의료비 부담이 본인부담 상한액보다 많은 경우 본인부담금의 일부를 돌려주는 본인부담금 상한제가 도입·시행되었고, 의료비 부담이 많은 희귀난치성, 뇌질환, 심장질환에 대한 본인부담금 완화조치가 이어져 왔다. 본인부담금 상한제는 이후 소득계층별로 차등화된 상한제가 적용되고 있다.

한편, 비급여 항목의 급여화는 건강보험 보장성 확대와 맞물려 지속적으로 확대되어 왔으며, 보다 최근에는 4대 중증질환 보장성 강화를 위한 비급여 항목들의 급여화가 진행되고 있다. 2000년 이후 확대된 급여항목은 다음의 표와 같다.

〈표 III-18〉 건강보험 수가, 본인부담금 및 급여 확대 변천과정

| 연도 | 내용 |
|------|--|
| 2001 | <ul style="list-style-type: none"> • (행위별 수가제) 자원기준 상대가치점수제 환산지수 계약방식 도입 |
| 2002 | <ul style="list-style-type: none"> • (포괄수가제) 요양기관 선택참여 방식의 포괄수가제 도입-8개 질병군 대상 • 만성질환관리료 신설 |
| 2003 | <ul style="list-style-type: none"> • (포괄수가제) 진료변이문제로 '질식분만'은 제외하고 7개 질병군으로 변경 |
| 2004 | <ul style="list-style-type: none"> • 암환자, 희귀난치성 질환자 외래진료비 경감, 감마나이프 수술 • 현역병 등 병역의무자 적용, 진료비 본인부담금상한제 실시 |
| 2005 | <ul style="list-style-type: none"> • MR(자기공명영상), 자연분만 본인부담 면제 • 정신질환 외래본인부담 경감, 희귀난치성질환 경감대상 확대 • 미숙아 지원, 인도사이아닌그린검사, 두개강내신경자극기, 미주신경자극기, 인공와우, 조혈모세포수집용KIT, 성장호르몬주사제, 장애인보장구 확대 • 만성신부전환자 조절제 기준 완화 • 골다공증치료제 급여기간급여기준 확대(1차) • 100/100 급여전환(1차), 암환자 본인부담 경감 • 급여기준 확대(2차), 뇌혈관, 심장질환자 본인부담 경감 • 의약분업 예외 경감, 희귀난치성 약제 급여 확대 • 엔브렐주사제 급여 확대, 만성B형간염치료제 기준 확대 |
| 2006 | <ul style="list-style-type: none"> • 희귀난치성질환 경감대상 확대, 100/100 보험급여(2차) • 뇌혈관, 심장질환자 본인부담 경감, 6세 미만 입원 본인부담 • 특정암검진 본인부담 경감, 장기이식수술 급여전환 • 소이·무이증, 식대 보험급여, PET(양전자단층촬영) 신설 • 내시경수술 재료대, 가정에서의 산소치료, 출산요양비 인상 |
| 2007 | <ul style="list-style-type: none"> • 희귀난치성질환 경감대상 확대, 본인부담상한제 확대 • 만6세 미만 외래본인부담 경감, 영·유아 건강검진, 생애전환기건강진단 |
| 2008 | <ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 신상대가치제도입 • (일당 정액수가제) 15개 수가군 요양병원 일 당정액수가제시행 • 희귀난치성질환 경감대상 확대, 백혈병 골수이식 급여기준 확대 • 의료행위 및 치료재료 급여 확대, 출산 전 진료비 지원 |
| 2009 | <ul style="list-style-type: none"> • (포괄수가제) 신포괄수가제시범사업 실시¹⁾ • 신생아 중환자실 입원치료기준 확대, 안면화상 급여 확대 • 본인부담상한제 소득수준별 차등실시 • B형 간염치료제 급여 확대, C형 간염치료제 급여 확대 • 항암제 급여 확대, 희귀난치성질환 경감대상 확대 • 희귀난치성질환 본인부담 경감, 암환자 본인부담 경감 • 치아홈메우기(치면열구전색술), 한방물리요법 |

〈표 III-18〉의 계속

| 연도 | 내용 |
|------|--|
| 2010 | <ul style="list-style-type: none"> • (일당 정액수가제) 요양병원 의료서비스 질 향상을 위해 차등수가 개편 등 수가개편 • 심장질환·뇌혈관질환 본인부담 경감, 치료재료 급여전환 • 결핵환자 본인부담률 경감, 출산진료비 지원 확대 • 중증화상 본인부담 경감, MRI 보험급여 확대 • 항암제 보험급여 확대, 희귀난치치료제 보험급여 • 장애인보장구 및 소모품 보험급여 확대 |
| 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • 폐계면활성제 급여 확대 • 항암제(간암치료제:넥사바정) 보험급여 확대 • 항암제(다발성골수종치료제:벨케이드) 보험급여 확대 • 출산진료비 지원 확대, 양성자치료 급여화 • 세기변조 방사선 치료 급여, 당뇨치료제 급여 확대 • 소아당뇨 관리 소모품 지원, 최신 암수술 급여화 • 장루·요루환자 재료대 요양비 지원, 골다공증치료제 급여 확대 |
| 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 신상대가치제 100% 반영 • (포괄수가제) 7개 질병군 포괄수가제에 대해 단계적으로 적용기관을 확대·시행 |
| 2013 | <ul style="list-style-type: none"> • 4대 중증질환의 필요한 의료서비스 건강보험 확대 적용(초음파 검사 등 25개 항목) • 재난적 의료비 한시적 지원(중증질환자가 있는 저소득 가구의 본인부담액 일부 지원) |
| 2014 | <ul style="list-style-type: none"> • 4대 중증질환 보장 강화 지속 및 선별급여 도입 • 3대 비급여 제도(선택 진료비·상급병실료·간병비) 개선 • 노인 임플란트 건강보험 적용(75세 이상) • 본인부담 상한제 개선(상한액을 3단계에서 7단계로 세분화) |

주: 1) 7개 질병군 포괄수가제와는 별개로 기존 7개 질병군 포괄수가 모형과는 차별적인 신포괄수가 모형을 개발하고 시범사업 실시

- 자료: 1. 국민건강보험공단(2013), 『실천적 건강복지 플랜 II』, p.22 재인용, p.42~44, 발췌 및 요약
 2. 보건복지부 보도자료(2015.2.3), 「건강보험 중기보장성 강화계획 수립」, pp.2~6. 발췌
 3. 보건복지부 홈페이지, 2013년 업무보고 & 주요 국정과제, 2015.10.15. 검색
 (<http://www.mohw.go.kr/sotong/index2013.jsp>)
 4. 보건복지부 홈페이지, 2014년 업무보고 & 주요 국정과제, 2015.10.15. 검색
 (<http://www.mohw.go.kr/sotong/index2014.jsp>)

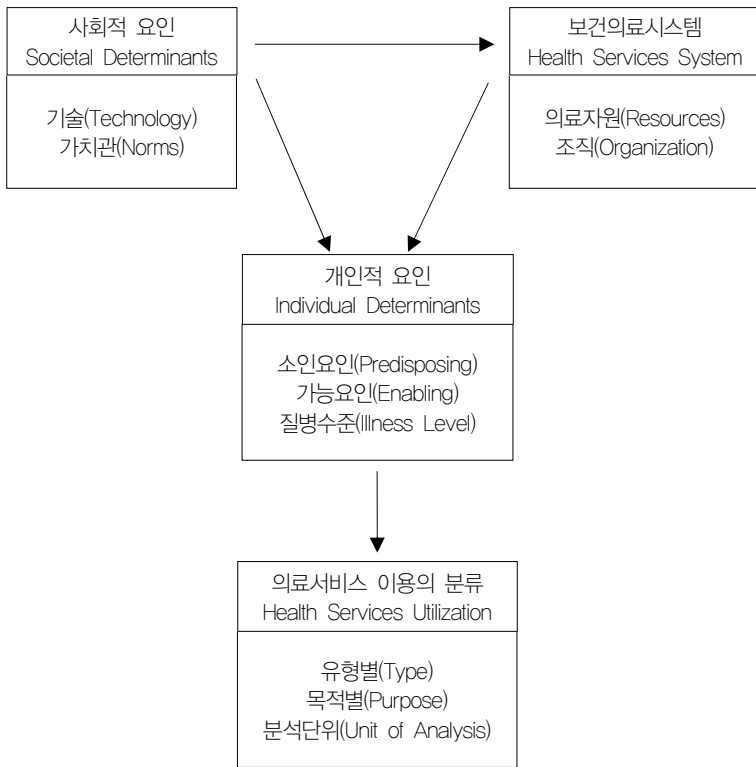
VI. 의료서비스 수요와 의료서비스 이용의 도덕적 해이

앞 장에서 우리는 의료서비스 이용량 증가율이 매우 높고, 의료서비스 이용량 증가가 건강보험 진료비 증가에 매우 지대한 영향을 미치고 있음을 볼 수 있었다. 의료서비스 이용량에 영향을 미치는 요인은 매우 다양하다. 의료서비스 수요에 관한 Anderson & Newman의 이론적 모형(2005)에서는 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 크게 사회적 결정요인(social determinants), 보건의료시스템적 요인(Health Services System)과 개인적 요인(individual determinants)로 보고 있다(그림 IV-1). 사회적 결정요인은 의료기술의 발달, 사회적 가치관(norm)과 같은 요인들인데, 개인의 의사결정과 보건의료시스템에 영향을 미칠 수 있다. 보건의료시스템은 의료자원이거나 보건의료시스템의 조직을 일컫는데, 의료자원과 조직과 같은 시스템은 의료서비스 이용에 대한 개인의 의사결정 과정에 영향을 줄 수 있다. Anderson & Newman(2005)에 의하면 보건의료시스템은 [그림 IV-2]에서와 같이 의료자원과 보건의료시스템으로 나누어 볼 수 있는데, 의료자원은 의료산업 종사자, 의료기관의 구조, 의사양성 시스템, 의료기구 등을 공급하는 의료산업 등을 모두 포함할 수 있다. 이러한 의료자원들이 어떻게 구성되어 있는가 하는 것은 보건의료시스템의 조직적 측면이다. 의료자원은 다시 적용인구 대비 의료자원의 수라는 규모(volume)적 요소와 이러한 의료자원들의 지역적 분포(distribution)이라는 요인으로 나누어 볼 수 있다. 보건의료조직은 개인이 의료기관을 방문하는 과정을 의미하는 접근성(access)이라는 요인과, 의료기관 방문 이후 치료과정의 시스템이 어떻게 이루어지는지를 의미하는 구조(structure)적 요인으로 나누어 볼 수 있다.

Anderson & Newman(2005)에서의 개인의 의사결정은 다시 소인요인(pre-

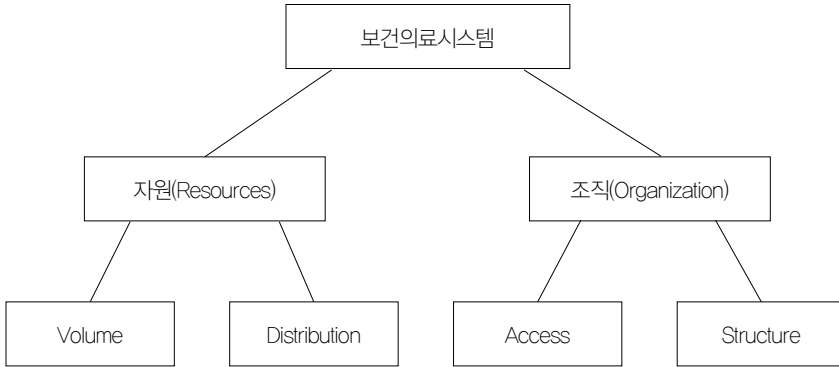
disposing), 가능요인(enabling), 질병수준(illness level)의 3가지 요인에 의해 영향을 받는 것으로 보고 있다. 소인요인은 가족구성, 사회적 구조, 건강에 대한 가치 등의 요인을 포함하며, 가능요인은 소득, 보험 여부 등 가족내 자원과 커뮤니티 내에 의료공급시설자원 요인을 말하고, 질병수준은 질병 등으로 인하여 발생한 의료서비스 이용 필요 요인을 일컫는다.

[그림 IV-1] 의료서비스 이용의 결정요인



자료: Ronald Andersen, John F. Newman, "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States," *The Milbank Quarterly*, Vol. 83 No. 4, 2005, p.4.

[그림 IV-2] 보건의료시스템



자료: Ronald Andersen, John F. Newman, "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States," *The Milbank Quarterly*, Vol. 83 No. 4, 2005, p.6.

사회적 요인과 보건의료시스템적 요인은 개인적 요인에도 영향을 미치며, 이러한 모든 총체적 요인들이 개인의 의료서비스 이용에 영향을 미치게 된다. Anderson & Newman(2005)에서는 의료서비스 수요의 특징을 의료서비스의 유형, 목적, 분석의 단위로 나누어 설명하고 있다. 의료서비스 수요는 병원, 의원, 약국, 치과, 요양시설과 같은 의료서비스 유형에 따라 특징지어질 수도 있고, 1차진료, 2차진료, 3차진료 등과 같은 의료서비스 이용의 목적에 따라 특징지어질 수도 있으며, 의료기관이나 의사의 방문과 횟수, 특정 질환을 위한 진료에 따라 분류될 수도 있다. 이러한 의료서비스 수요의 다양한 측면은 의료서비스 수요를 추정하는 데 있어서 매우 다양한 dimension이 존재함을 보여준다. 즉, 일반적인 재화나 서비스의 수요와 달리 의료서비스 수요를 실증적으로 분석하고 가격탄력성 및 수요탄력성을 추정하는 것은 매우 다양한 dimension에서 수행될 수 있다는 것을 암시하고 있다. 따라서 총체적인 의미에서 의료서비스 수요를 실증적으로 추정하는 것은 사실상 시사하는 바가 매우 적다고 할 수도 있다.

[그림 IV-3] 의료서비스 이용의 분류

| 유형(Type) | 목적(Purpose) | 분석의 단위 (Unit of Analysis) |
|---|---|--|
| 병원(Hospital) 의원(Physician) 약국 (Drugs and Medications) 치과(Dentist) 요양시설 (Nursing Home) 기타 | 일차의료(Primary Care) 이차진료 (Secondary Care) 3차진료(Tertiary Care) 관찰간호(Custodial Care) | 방문(Contact) 횟수(Volume) 특정진료(Episodic Care) |

자료: Ronald Andersen, John F. Newman, "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States," *The Milbank Quarterly*, Vol. 83 No. 4, 2005, p.5. pp.1~28.

요약하면, 의료서비스 이용은 일차적으로는 질병 등 의료서비스 이용 필요에 의해 발생하지만, 여기에 소득 등의 경제적 능력과 의료자원, 서비스 공급자의 진단 및 처방, 건강보험의 커버리지 등 제도적 요인, 사회적 구조, 개인의 의료에 대한 선호 등 여러 가지 요인이 복잡하게 얽혀있다. 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인은 수요 측면에서 보면 질병, 소득, 의료서비스 이용 가격(본인부담금), 의료기관의 접근성 등이 있겠다. 공급 측면에서는 가격적 측면에서 건강보험의 진료비 지불제도와 수가가 주요한 요인이 될 것이고, 전반적인 의료자원의 분포나 병상수 의료자원 등이 주요한 결정요인이 될 수 있다. 의료서비스 공급기관은 대부분의 나라에서 비영리기관으로 운영되는 경우가 많은데, 의료서비스 제공과 관련하여 대체로 정보의 비대칭성이 존재하기 때문에, 공급자 유인 수요가 발생할 가능성이 매우 큰 부분이기도 하다.

앞 절에서 살펴보았듯이 우리나라의 의료서비스 이용량은 높은 증가율로 증가하고 있고, 이에 따라 국민의료비 및 건강보험 진료비도 높은 증가율로 증가하고 있다고 해석할 수 있다. 그렇다면 의료서비스 이용량의 증가는 진료비 증가와 더불어 통제할 필요가 있는 것인가? 이 질문에 대한 답변은 아마도 경우에 따라 다를 수 있을 것이다. 일반적으로 불필요하게 과도한 의

료서비스의 이용은 낭비적 요소임에는 확실하지만, 빈번한 의료서비스 이용이 더 심각한 중증질환으로의 이행을 미연에 방지할 수도 있는 것이다. 만약 그러하다면 어느 정도 과도한 의료서비스의 이용은 간과할 필요도 있는 것인가? 우리는 소득의 증가와 의료기술의 발달로 인한 질병의 감소와 수명 연장을 바람직한 현상으로 받아들이고 있다. 그러나 질병의 감소는 진료비와 의료서비스 이용을 감소시킴과 동시에 수명 연장에 따른 노인의료비의 증가와 의료서비스 이용의 증가가 발생할 수 있다. 우리나라는 아직까지는 국민의료비가 GDP에서 차지하는 비중이 7.4%로 OECD 국가의 평균 9.3%에 비해 낮은 수준이지만, 급속한 고령화 속도와 건강보험보장성 강화 요구에 따라 건강보험 진료비의 증가율이 빠른 속도로 증가하고 있기 때문에 진료비의 통제는 어느 수준에서는 불가피할 것으로 전망할 수 있다. 그러한 측면에서 경증질환에 대한 불필요한 의료서비스의 이용은 우선적으로 통제할 필요는 있다고 생각된다.

불필요한 의료서비스의 이용, 즉 건강보험하의 도덕적 해이 현상은 앞서 기술한 바와 같이 수요측 요인과 공급측 요인이 모두 존재한다. 공급 측면에서는 주로 건강보험 지불제도와 수가결정방식에 기인하는 바 크고, 수요 측면에서는 본인부담금 부과방식과 연관된 것이 가장 크다. 반면, 민간의료보험의 여부는 공급 측과 수요 측에 모두 의료서비스 과다이용 유인을 유발시킬 수 있다. 의료서비스 이용자 측면에서는 민간보험에 가입한 경우 본인부담금이 낮아져 의료서비스의 가격이 낮아지는 효과가 있기 때문에 바람직한 수준의 의료서비스 이용량보다 많이 서비스를 이용할 유인이 생기게 된다. 공급자 측면에서는 민간보험 가입자의 서비스 이용가격이 낮음을 알기 때문에, 수가통제와 행위별 수가제하에서 민간보험 가입자를 상대로 서비스 이용을 유도할 유인이 생기게 된다. 본 장에서는 수요 측면에서 본인부담금 제도가 의료서비스 이용에 미치는 효과와 의료서비스 가격탄력성 추정을 통해 본인부담금 제도의 효과를 가늠해 보고자 한다. 또한 의료서비스 이용에 영향을 미치는 제도적 요인으로서 공적의료보험을 보충하고 있는 민간의료보험의 효과에 대해 살펴보기로 한다.

1. 본인부담금과 의료서비스 수요

건강보험의 본인부담금은 수요자 측면에서 의료서비스 이용량과 의료서비스 기관 선택 등에 지대한 영향을 미치는 가격 측면의 요인으로 작용한다. 본인부담금 수준과 의료서비스 수요의 가격탄력성은 수요자 측면의 불필요한 의료이용이라는 도덕적 해이의 크기를 결정하는 주요한 요인들이다. 건강보험제도의 설계에 있어서 적절한 본인부담금의 설정은 수요자 측면에서 불필요한 의료서비스 남용을 방지하여 건강보험에 따른 수요자 측면의 도덕적 해이를 방지한다는 측면에서 매우 주요한 과제이다. 그러나 진료비 통제를 위한 본인부담금 정책으로 인한 바람직하지 못한 현상들에 대한 우려도 있다. 예컨대, 높은 본인부담금으로 경증질환의 과다 의료이용을 방지하는 것이 예방적 측면의 선제적 의료비용을 줄이고 이후 중증이나 만성질환으로 건강이 악화되는 요인들을 제공하여 장기적으로는 진료비 인상을 가져올 수도 있다. 특히 본인부담금 정책에 민감한 집단이 고소득층보다는 저소득층이라는 점에서, 저소득층의 의료이용과 건강에 보다 악영향을 미칠 수 있다는 형평성 측면이 제기되기도 한다.

전반적으로 본인부담금 정책은 불필요한 의료이용과 진료비 통제라는 측면에서 필요하지만, 이에 따른 건강증진 효과의 감소라는 상쇄관계에 대한 논쟁의 여지가 존재하는 것은 사실이다. 그럼에도 불구하고, 제도적으로 적절한 본인부담금 설계와 필요한 부분에서의 본인부담금 강화는 여전히 필요한 요소이다. 예컨대 경증질환의 본인부담금은 강화하고, 중증질환의 본인부담금은 감소시키는 방향으로 본인부담금을 설계하여 수요 측면의 도덕적 해이에 의한 불필요한 의료서비스 이용을 억제하고 총량적인 측면에서의 본인부담금 비중 감소에도 기여할 것을 기대할 수 있다. 본 절에서는 우리나라 건강보험 본인부담금 제도를 개관하여 보고, 본인부담금 인상의 의료서비스 이용에 미치는 효과를 2009년의 상급종합병원 외래진료 본인부담금 인상효과를 통해 살펴보고, 의료수요의 본인부담금 탄력성 추정을 통해 본인부담금 정책의 효과성과 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

가. 건강보험 본인부담금 제도 개요

본인부담금은 진료비의 정액형(copayment) 혹은 정률형(coinsurance)으로 책정되거나, 일정 상한선까지의 의료비까지는 전액 본인이 부담하는 공제제(deductibles) 형태로 설계될 수 있다. 현재 우리나라의 본인부담금은 일반적으로 정률형의 형태로 설계되어 있으며, 가계의 과도한 의료비 부담을 경감시킨다는 취지하에 본인부담금 총액이 일정 금액을 초과하는 경우 초과금을 환급하여 주는 본인부담금 상한제가 시행되고 있다. 본인부담금 상한액은 소득계층별로 차등화 되어 7단계로 설계되어 있다. 입원의 경우 총진료비의 20%가 본인부담금이며, 외래진료의 경우 본인부담금은 의료기관의 유형, 읍면동 지역에 따라 차등화되어 있다. 외래진료 본인부담금은 상급병원이 의원급에 비해 높게 책정되어 있으며, 도시지역 상급병원은 농어촌 지역에 비해 더 높은 본인부담금이 부과되도록 설계되었다. 외래진료의 본인부담금은 2007년 이전에는 정액형이었으나, 정액형 본인부담금에 따른 외래진료 이용과다와 진료비 증가에 대한 개선책으로 2007년 8월부터 정률형으로 전환되었다. 상급종합병원에 경증질환 외래진료자의 쏠림현상이 발생하는 등 경증질환자의 불필요한 대형병원 선호현상 등을 방지하기 위해 2009년 7월에는 상급종합병원 외래진료에 대한 본인부담금이 50%에서 60%로 10%p 인상되었다. 약제비 본인부담금은 2011년 이전에는 30%였으나, 경증질환자의 대형병원 선호현상 방지 차원에서 2011년 10월부터는 상급병원에 본인부담금이 강화되어, 상급종합병원은 본인부담금이 50%로 20%p 인상하였고, 종합병원은 40%로 10%p 인상되었다. 6세 미만 아동의 본인부담금은 성인에 비해 낮은 본인부담금이 적용되고 있다. 이외에도 암환자 본인부담금 경감(2005년), 노인 외래진료비 본인부담금 경감(2000년 7월) 등 본인부담금 정책에서의 빈번한 정책 변화가 있었다.

〈표 IV-1〉 건강보험 진료비 본인부담금

| 유형 | 본인부담금 | |
|-----------|--|---|
| 입원 | • 총진료비의 20% | |
| 외래 | 상급종합병원 | • 진찰료 총액+나머지 진료비의 60% |
| | 종합병원 | • 요양급여비용 총액의 45%(읍, 면지역), 50%(동지역) |
| | 병원 | • 요양급여비용 총액의 35%(읍, 면지역), 40%(동지역) |
| | 의원 | • 요양급여비용 총액의 30% - 65세 이상 요양급여비용 총액이 15,000원 이하이면 1,500원 • 보건소, 보건지소, 보건진료소: - 요양급여비용이 12,000원 초과 시 총액의 30% - 요양급여비용이 12,000원 이하 시 정액제 적용 |
| | 약국 | • 요양급여비용 총액의 30% - 65세 이상 요양급여비용 총액이 10,000원 이하이면 1,200원 • 경증질환(52개)으로 대형병원 외래 진료 시 처방약제비 본인부담률 차등적용('11.10.1) - 감기 등 경증질환(52개)으로 외래진료 후 약국 요양급여비용 본인부담률은 상급종합병원 30% → 50%, 종합병원 30% → 40% - 경증질환(52개) 처방약제비 본인부담 차등적용은 상급종합병원 또는 종합병원 외래 진료 시 발급된 원외처방에 의한 약국 조제 시에만 적용하며, 입원환자나 의약분업 예외환자에 대해서는 적용하지 않음 |
| 6세미만 아동 | • 외래: 성인 본인부담률의 70% 적용 - 단, 보건소·보건지소·보건진료소 정액제 및 약국 직접조제는 경감 대상 아님 • 입원: 요양급여비용의 10%('08.1.1) | |
| 산정특례자 | • 암·희귀난치질환 등록자: 입원·외래·약국 불문하고 등록일부터 5년간 본인부담 경감 적용 - 등록 암환자 및 등록 중증화상환자: 총진료비의 5% - 미등록 암환자 외래 시: 총진료비의 20% • 뇌혈관질환자 및 심장질환자 입원하여 정해진 수술 진료 시: 수술 당 최대 30일 동안 총진료비의 5% - 등록 희귀난치성질환자: 총진료비의 10% - 미등록 희귀난치성질환자 외래 시: 총진료비의 30~60% | |
| 본인부담액 상한제 | • 연간 환자가 부담한 본인부담액이 상한액 기준(121~506만원)을 초과할 경우 초과분을 가입자에게 환급(소득수준에 따라 7단계 차등 적용) | |

자료: 국민건강보험공단, <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B2260>, 2015.11.20, 검색

나. 선행연구

본인부담금 정책 변화의 효과에 대한 선행연구들에서는 본인부담금의 정책효과에 대하여 상당히 다양한 연구결과들이 제시되고 있다. 2009년 이후 상급종합병원 외래진료비의 본인부담금 인상효과에 대한 연구들에서는, 이 정책의 변화로 인해 상급종합병원 외래건수와 진료비를 줄이는 효과가 있음을 보이고 있다(변진옥 외, 2014; 정채림·이태진, 2015). 이외에도 2006년의 6세 미만 아동의 입원 본인부담금 면제정책의 효과(전경수 외, 2008; 안이수, 2013), 2005년 암환자 본인부담금 경감정책의 효과(이용재, 2009; 배지영, 2010), 2000년 노인 외래본인부담금 정책 변화의 효과(김명화·권순만, 2010) 등 다양한 본인부담금 정책 변화의 효과에 대한 연구들이 해당 정책들이 상당한 의료수요의 변화를 유도하였음을 실증적으로 분석하고 있다.

본인부담금 인상을 통한 의료이용 통제의 효과는 의료수요의 가격탄력성과 밀접한 관계가 있다. 일반적으로 고소득층에 비해서는 저소득층의 가격탄력성이 크고, 중증환자보다는 경증환자의 가격탄력성이 크며, 입원보다는 외래의 가격탄력성이 클 것이라고 예측할 수 있다. 본인부담금 인상을 통한 의료이용 통제는 불필요한 의료서비스 이용도 줄이지만, 동시에 보다 의료의 질이 낮은 혹은 가격이 낮은 서비스로의 이동을 유도하기도 한다. 그러하기에 본인부담금 정책을 저소득층이나 노인, 혹은 만성질환자나 중증질환자에게 사용하는 경우 이들 그룹의 건강에 대한 효과도 충분히 고려할 필요가 있다. Tamblyn et al.(2014)에서는 노인과 저소득층에 대한 약제비에 대한 본인부담금 인상정책이 필수적인 약품 사용의 억제를 유도하였고, 결과적으로 저소득층과 노인들의 건강에 심각한 부작용을 초래하였다고 분석하고 있다.⁵⁾ Subramanian(2011)은 미국 메디케이드의 본인부담금 인상정책이 전반적인 의료비 절감을 유도하지도 못하면서, 암환자들의 건강에 부정적인 영향을 미쳤다고 분석하고 있다.⁶⁾ Gibson et al.(2005)에서는 미국 메디케이드의 약제비 본인부담금 인상이 단기적으로는 약품 사용을 줄이고 의료비 지출을 감소

5) Tamblyn et al.(2014), pp.441~450. 참고

6) Subramanian(2011), pp.842~847. 참고

시켰으나, 이러한 효과가 지속되지는 못하였고, 만성질환자의 경우는 본인부담금의 감소에 대해 비탄력적인 반응을 보였다고 분석하고 있다.⁷⁾ Wallace et al.(2008)은 오레곤 주에서 저소득층 메디케이드 대상자들에 대한 본인부담금 인상정책으로 인해 의료서비스 이용 패턴의 이동과 변화를 유도했을 뿐, 의료비 지출절감에는 그다지 효과적이지 못했다고 분석하고 있다.⁸⁾ Helms et al.(1978)에서도 캘리포니아 주의 메디케이드 대상자에 대한 외래 본인부담금 인상이 외래수요는 줄였으나 입원수요를 늘려서 전반적인 의료비 지출을 증가시켰다고 분석하고 있다.⁹⁾ 이들 연구들의 결과를 보면 저소득층, 노인, 만성질환자, 중증질환자들에 대한 본인부담금 정책은 득보다는 실이 더 많은 것으로 추측할 수 있다. 그렇다면 본인부담금 정책은 경증환자의 과다 의료이용에 보다 효과적이고, 적절하다고 볼 수 있을 것이다.

다. 상급종합병원 외래본인부담금 인상 효과

본고에서는 2009년 7월의 상급병원에 대한 외래 본인부담금 인상이 상급병원 경증외래 이용률에 어떠한 영향을 미쳤는지를 실증적으로 분석하고자 하였다. 2009년 상급병원 외래본인부담금 인상은 경증질환자의 상급병원 외래 이용을 억제하여 의료자원의 효율적 이용을 유도하기 위한 정책으로, 외래본인부담금의 인상은 경증질환자의 경우 상급병원보다는 병원이나 의원 외래를 이용하려는 유인을 보다 분명하게 제공한다고 할 수 있다.

상급종합병원 외래본인부담금 인상효과에 관한 최근의 연구로는 변진옥 외(2014)와 정채림·이태진(2015)의 연구가 있다. 정채림·이태진(2015)의 연구에서는 2008~2010년의 의료패널 자료를 활용하여 2009년 본인부담금 정책 변화의 효과를 소득수준별 차이를 중심으로 분석하였다. 정채림 외(2015)의 연구에서는 개인의 의료기관 선택에 있어 의료기관 유형별 선택이라는 측면에서 분석을 수행하였는데, 각각의 의료기관 유형의 선택에 대해

7) Gibson et al.(2005), pp.730~740. 참고

8) Wallace et al.(2008), pp.525~526. 참고

9) Helms et al.(1978), p.16. 참고

다항로짓분석을 시행하였다. 이들의 연구에서는 소득계층 간의 정책효과가 저소득층에서 크게 나타났다고 결론짓고 있으나, 저소득분위별 효과는 통계적으로 유의미하게 나타나지는 않았기에 추정치의 규모는 신뢰성을 확보할 수 없다. 변진옥 외(2014)의 연구에서는 2008~2012년까지의 건강보험 외래진료 자료를 가지고 2009년과 2011년의 종별 외래본인부담금 인상 효과를 분석하였다는 점에서, 서베이 자료와 달리 실제 진료비 자료에 의거한 분석의 의의를 보여주고 있다. 그러나 풍부한 개인별 진료비 자료에도 불구하고, 의료기관 유형별 전체 의료이용량과 진료비 수준에서 거시모형을 활용하여 분석하였다. 분석결과는 2009년 본인부담금 정책이 상급종합병원 전체 외래실수진자 수와 총진료비를 감소시키고, 의원급 외래실수진자 수와 진료비는 증가시킨 것으로 분석하고 있다. 그런데 2009년과 2011년의 정책효과를 동시에 분석함으로써, 각각의 개별 정책의 효과가 혼재된 분석 결과를 제시하는 한계점을 보이고 있다.

본고에서는 2009년도 본인부담금 정책의 변화가 개인의 의료기관 유형 선택에 미치는 효과를, 서베이 자료 대신 2007~2010년의 건강보험 표본 코호트 DB 자료를 활용하여 분석하였다. 본인부담금 정책의 변화가 개인의 의료기관 선택유형에 미치는 효과는 경증질환의 경우 더욱 차별화될 것으로 보이므로, 경증질환에 미치는 효과를 분석하였다. 본고에서 사용한 건강보험 표본 코호트 DB자료는 2002년 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자 약 100만명을 대상으로 대상자가 각종 한방, 치과를 포함한 각종 의료기관에 방문한 진료내역에 대해 의료기관이 심평원에 급여를 청구한 자료로, 현재 2002년에서 2013년까지의 자료가 제공되고 있다. 급여청구자료이기 때문에 각 대상자의 해당 연도의 진료내역이 청구건별로 제공되는 장점이 있는 반면, 대상자 신원보호를 위하여 연령, 소득수준과 같은 자료가 그룹화되어 제공되는 등 대상자 특성을 파악할 수 있는 사회경제적 변수가 충분하지 않다는 단점이 있다.

본인부담금 제도를 비롯한 건강보험 급여관련 제도는 상당히 빈번히 바뀌어 왔기 때문에 연도별 효과가 상당할 수 있는바, 분석기간은 2009년 이전

의 2개년도와 2009년 이후 1개년도를 잡았다. 의료서비스 이용에는 개인의 건강상태나 질병과 같은 개별 요인과 더불어 unobserved individual heterogeneity가 존재할 수 있다. 따라서 본고에서는 패널 고정효과(fixed effect)모형을 활용하여 이러한 개별적 요인들을 제거하여 외래본인부담금 인상 효과를 추정하였다. 종속변수로서는 개인의 외래이용 중 상급병원 외래 이용률을 활용하였다. 진료비와 더불어 외래 이용량에 있어서도 시계열 추세가 존재할 가능성이 크기 때문에 설명변수에 시계열 추세를 반영하여 시계열 추세를 제거한 외래 이용률의 변화를 식별하려고 하였다. 그밖의 설명변수로서는 상급병원 외래의 본인부담률의 의원급 외래 본인부담률에 대한 상대가격과, 2009년 이후 터미변수, 경증질환 여부 터미 변수, 2009년 이후 경증질환 여부의 터미변수를 활용하였다. 경증질환은 경증질환 본인부담금 제도에 2009년 이후 적용되고 있는 52개 경증질환군을 식별하여 각 진료내역의 주된 상병요인 중 52개 경증질환군에 포함된 질병군을 식별하여 터미변수화하였다.¹⁰⁾

〈표 IV-2〉의 추정결과를 보면, 2009년 이후 경증질환여부 터미 변수는 상급병원 외래 이용률과 음(-)의 상관관계를 보임으로써, 상급병원 외래 본인부담금 인상은 경증질환의 이용률을 감소시켰음을 시사하고 있다. 상급병원 외래 본인부담률의 상대가격은 상급병원 이용률과 음(-)의 관계를 보이고 있다. 또한 도나 시지역에 비해 대도시의 상급병원 외래 이용률이 높으며, 소득분위가 높을수록 상급병원 외래 이용률은 높아짐을 볼 수 있다. 이러한 결과는 본인부담금 인상정책은 의료서비스 이용률에 효과적일 수 있음을 시사하고 있다. 특히 외래 본인부담금 인상정책은 경증질환의 외래 이용률에는 상당한 영향을 미칠수 있다고 추론할 수 있다.

아마도 이러한 효과는 고소득층보다는 저소득층에서 보다 민감할 수 있을 것이다. 소득분위별로 외래본인부담금 인상효과를 추정한 결과(표 IV-2), 소

10) 52개 경증질환은 의원과 병원에서 진료나 처방이 가능한 질병군으로 2011년 10월부터 경증질환 약제비 조정을 시작한 이후로 2015년에는 의료급여에도 52개 경증질환 외래 이용에 대한 약제비 본인부담 조정을 적용하도록 하고 있다. 52개 경증질환군 목록은 부록에 제시하였다.

득 1분위에서 경증질환의 상급병원 외래 이용률 감소 효과가 상대적으로 다른 분위에 비해 매우 큰 것으로 나타났다. 그러나 소득 2, 3분위에서는 소득 4, 5분위에 비해 경증질환의 외래 이용률 감소 효과가 상대적으로 작은 것으로 나타나, 소득분위별 효과는 예측한 것만큼 일관성을 띠지는 않고 있다. 다만 소득 1분위 저소득층의 경우에는 확실히 경증질환 외래 이용률 감소 효과가 있고, 가격 변화에도 다른 소득계층에 비해 민감함을 알 수 있었다.

〈표 IV-2〉 상급병원 본인부담금 인상효과(고정효과모형)

| 변수 | 추정치 |
|---------------|--------------------------------|
| 2009년 이후 | 0.020*** (0.003) |
| 경증질환 | -0.024*** (0.000) |
| 경증질환*2009년 이후 | -0.043** (0.004) |
| 시지역거주 | -0.004** (0.002) |
| 도지역거주 | -0.005*** (0.002) |
| 소득분위 | 0.0003*** (0.000) |
| 상대가격 | -0.0000004*** (0.000000003) |
| 시계열 추세 | 0.006*** (0.000) |
| 상수 | 0.122*** (0.001) |
| sigma_u | 0.221 |
| sigma_e | 0.153 |
| rho | 0.675 |
| F(8,758,805) | 2,482.89 |
| Prob.>F | 0.000 |
| N | 2,569,170 |
| # of Groups | 1,810,357 |

주: ()는 표준오차임. ***, **, *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄
 자료: 국민건강보험공단 표준코호트 DB자료를 분석함

〈표 IV-3〉 소득분위별 고정효과모형

| 변수 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 |
|------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2009년이후 | 0.018 (0.019) | 0.010 (0.015) | 0.001 (0.013) | 0.033*** (0.011) | 0.011 (0.008) |
| 경증질환 | -0.023*** (0.001) | -0.023*** (0.021) | -0.024*** (0.001) | -0.022*** (0.001) | -0.025*** (0.001) |
| 경증질환* 2009년이후 | -0.081*** (0.027) | -0.031 (0.001) | -0.021 (0.018) | -0.056*** (0.015) | -0.047*** (0.011) |
| 소득분위 | -0.003 (0.002) | -0.002 (0.002) | 0.001 (0.001) | -0.002 (0.001) | -0.002 (0.001) |
| 시지역거주 | -0.006 (0.009) | -0.002 (0.008) | -0.011* (0.007) | -0.011* (0.006) | -0.003 (0.005) |
| 도지역거주 | -0.009 (0.008) | 0.005 (0.007) | -0.014** (0.006) | -0.005 (0.006) | -0.004 (0.005) |
| 상대가격 | -0.0000004*** (0.00000001) | -0.0000004*** (0.00000001) | -0.0000004*** (0.00000001) | -0.0000003*** (0.00000001) | -0.0000004*** (0.00000001) |
| 시계열추세 | 0.007*** (0.001) | 0.007*** (0.001) | 0.004*** (0.001) | 0.005*** (0.001) | 0.005*** (0.001) |
| 상수 | 0.122*** (0.007) | 0.115*** (0.008) | 0.121*** (0.009) | 0.133*** (0.010) | 0.158*** (0.013) |
| sigma_u | 0.217 | 0.215 | 0.218 | 0.222 | 0.230 |
| sigma_e | 0.146 | 0.179 | 0.149 | 0.150 | 0.155 |
| rho | 0.689 | 0.675 | 0.683 | 0.687 | 0.688 |
| N | 334,758 | 384,800 | 482,192 | 599,817 | 738,120 |
| # of Groups | 274,427 | 321,634 | 395,389 | 478,035 | 550,751 |
| Prob.>F | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

주: ()는 표준오차임. ***, **, *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄
 자료: 국민건강보험공단 표본코호트 DB자료를 분석함

라. 의료서비스 수요의 가격탄력성과 본인부담금

이제 본인부담금 정책의 효과를 알아보기 위하여 의료서비스 이용에 대한 본인부담률 탄력성을 추정해 보았다. 추정을 위해 2013년 건강보험 표본 코호트 DB자료를 활용하였다. 의료서비스 이용에는 치과와 한방병원, 그리고 약국 이용은 포함하지 않았고, 외래와 입원 진료의 입내원일수만 포함하였다. <표 IV-4>는 의료서비스 수요추정식과 의료서비스 이용의 가격탄력성을 보여주고 있다. 외래와 입원을 통틀어 전체 의료서비스의 가격탄력성(본인부담률 탄력성)은 -0.4로 나타났다. 외래서비스의 가격탄력성은 -0.13으로 추정되었다. 특이한 것은, 입원의 경우는 가격탄력성이 양(+)의 부호를 가지는 것으로 추정되고 있다. 이러한 점은 본인부담금 정책은 외래서비스에서는 효과가 크지만, 중증질환을 수반하는 입원이용에 있어서는 그 효과가 크지 않을 수 있다는 점을 의미한다고 생각한다.

<표 IV-4> 의료서비스 이용의 본인부담률 탄력성

| | 전체 의료서비스 | 외래 | 입원 |
|-------|---------------------|---------------------|----------------------|
| 여성 | 0.252*** (0.002) | 0.260*** (0.002) | -0.006 (0.007) |
| 시지역거주 | 0.039*** (0.003) | 0.029*** (0.003) | 0.214*** (0.009) |
| 도지역거주 | 0.061*** (0.003) | 0.026*** (0.003) | 0.247*** (0.008) |
| 아동 | 0.021*** (0.003) | 0.095*** (0.003) | -0.216*** (0.011) |
| 노인 | 0.928*** (0.004) | 0.863*** (0.004) | 0.437*** (0.009) |
| 소득분위 | 0.008*** (0.000) | 0.008*** (0.000) | -0.025*** (0.001) |
| 장애여부 | 0.462*** (0.006) | 0.357*** (0.006) | 0.629*** (0.012) |
| 지역가입자 | 0.074*** (0.003) | 0.046*** (0.003) | 0.394*** (0.010) |

〈표 IV-4〉의 계속

| | 전체 의료서비스 | 외래 | 입원 |
|--------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 피부양자 | 0.151*** (0.003) | 0.121*** (0.003) | 0.371*** (0.010) |
| ln 본인부담률 (전체) | -0.400*** (0.003) | - | - |
| ln 본인부담률 (외래) | - | -0.130*** (0.003) | - |
| ln 본인부담률 (입원) | - | - | 0.064*** (0.005) |
| 상수 | 1,299*** (0.005) | 1,580*** (0.005) | 1,673*** (0.015) |
| F-value | 15,921.78 | 10,948.71 | 1,368.12 |
| Prob.>F | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| adj R ² | 0.1529 | 0.1109 | 0.1063 |
| N | 881,971 | 877,263 | 114,977 |

주: ()는 표준오차임. ***, **, *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄
 자료: 국민건강보험공단 표본코호트 DB자료를 분석함

그렇다면 경증질환의 경우는 외래 서비스 이용의 가격탄력성이 클 것이라고 예측할 수 있다. 경증질환의 경우 의료서비스 이용의 가격탄력성이 어느 정도 차이를 가지는지를 보기 위해, 동일한 분석을 52개 경증질환군에 해당하는 의료서비스 이용량을 가지고 수행해 보았다. 〈표 IV-5〉는 경증질환 의료서비스 수요 추정식과 의료서비스 이용의 가격탄력성을 보여준다. 경증질환 외래서비스 이용의 가격탄력성은 -0.311로 전체 외래 서비스 이용의 가격탄력성에 비해 상당히 높은 것을 볼 수 있다. 이러한 결과는 본인부담금 정책은 입원보다는 외래에, 그리고 중증질환보다는 경증질환 위주로 설계되어야 함을 시사한다고 사료된다. 그러나 소득계층별로는 저소득층이 본인부담금의 변화에 민감할 수 있으므로, 저소득층의 의료 이용에 너무 영향을 주지는 않으면서도 적절한 의료 이용을 유도할 수 있는 세심한 제도설계가 필요하다.

〈표 IV-5〉 경증질환 의료서비스 이용의 본인부담률 탄력성

| 변수 | 전체 의료서비스 | 외래 | 입원 |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 여성 | 0.162*** (0.002) | 0.162*** (0.002) | 0.092*** (0.014) |
| 시지역거주 | 0.032*** (0.003) | 0.029*** (0.003) | 0.196*** (0.018) |
| 도지역거주 | 0.028*** (0.003) | -0.001 (0.003) | 0.267*** (0.016) |
| 아동 | 0.256*** (0.003) | 0.276*** (0.003) | 0.149*** (0.021) |
| 노인 | 0.661*** (0.004) | 0.586*** (0.004) | -0.350*** (0.018) |
| 소득분위 | 0.004*** (0.000) | 0.005*** (0.000) | -0.032*** (0.002) |
| 장애여부 | 0.155*** (0.006) | 0.132*** (0.006) | 0.284*** (0.024) |
| 지역가입자 | 0.055*** (0.003) | 0.042*** (0.003) | 0.383*** (0.022) |
| 피부양자 | 0.115*** (0.003) | 0.099*** (0.003) | 0.296*** (0.023) |
| ln 본인부담률(전체) | -0.332*** (0.004) | - | - |
| ln 본인부담률 (외래) | - | -0.311*** (0.004) | - |
| ln 본인부담률 (입원) | - | - | 0.593*** (0.021) |
| 상수 | 0.840*** (0.006) | 0.855*** (0.006) | 2.142*** (0.040) |
| F-value | 8,686.89 | 7,251.09 | 205.19 |
| Prob.) F | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| adj R ² | 0.1008 | 0.0862 | 0.0879 |
| N | 775,173 | 768,834 | 21,188 |

주: ()는 표준오차임. ***, **, *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄
 자료: 국민건강보험공단 표본코호트 DB자료를 분석함

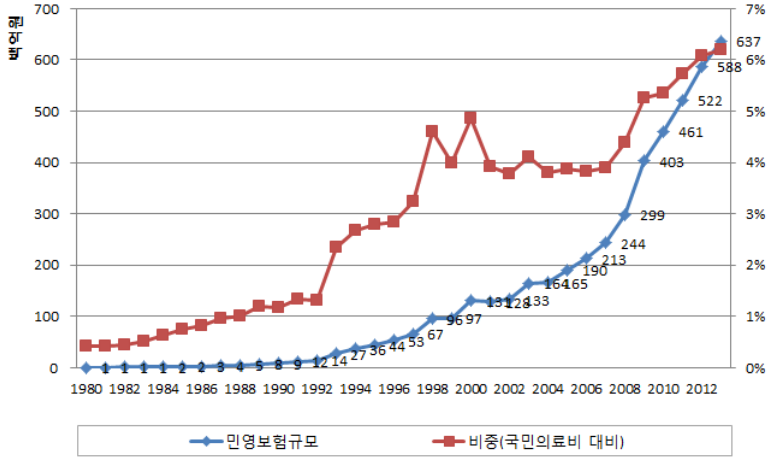
2. 민간의료보험과 의료서비스 수요

가. 민간의료보험 현황

민간의료보험은 최근 들어 가입자가 전체 국민의 46.8%¹¹⁾에 달하고, 국민의료비에서 민간의료보험이 차지하는 규모도 전체 국민의료비 지출의 약 6%(OECD, 2015a)에 달하게 되는 등 의료비 가입자와 규모가 증가하고 있다. 민간의료보험은 2000년에는 약 1.3조원의 규모에서 2013년 약 6.4조원 규모로 성장하였다(통계청, KOSIS). 우리나라의 민간의료보험은 1979년 손해보험사가 상해보험과 질병보험상품의 판매를 개시하면서 본격적으로 도입되기 시작하여, 1980년대에는 생명보험사의 암보험이 판매되기 시작하였다. 생명보험사의 암보험 등은 정액형 보험으로 판매되었는데, 이때는 손해보험사만이 실손형 보험의 판매가 허용되었기 때문이었다. 암보험 출시 이후 생명보험사 상품들은 암 외의 중증질환까지 상품을 다양화하여 판매하기 시작하였다. 2007년 9월에는 실손형 민간의료보험이 생명보험사에도 허용됨에 따라 실손형 민간의료보험의 가입이 증가하였고, 이후 2013년 1월부터 실손형 상품 가입이 이전의 특별약관의 형태에서 주계약의 형태로 판매가 가능해짐에 따라 더욱 가입 증가추세에 있다.

11) 김대환(2014), 「실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향」, p.64.(보험개발원, 2011에서 재인용)

[그림 IV-4] 민영보험의 규모와 비중 추이(1980~2013년)



- 주: 1. 민영보험은 민영사회보험, 민영보험회사, 가계직접부담, 민간비영리단체, 기업으로 구성되며, 실손형 보험을 포함하고 있음
- 2. 민영사회보험에는 자동차보험이 있으며, 우리나라에서는 거의 유일한 민영사회보험이라 할 수 있음 (2012년 국민의료비 추계 및 국민보건계정 보고서, p.27.)

자료: 통계청(<http://kosis.kr>), 국민의료비 추계 및 국민보건계정, 2015.9.30.검색

<표 IV-6> 민간의료보험 가입가구, 가입률 및 월평균 납입료

(단위: 가구, %, 개, 원)

| 구분별 | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | 가구 | 비중 | 가구 | 비중 | 가구 | 비중 | 가구 | 비중 | 가구 | 비중 |
| 가입 | 5,021 | 71.6 | 4,718 | 74.7 | 4,540 | 76.2 | 4,473 | 77.9 | 4,368 | 80.4 |
| 미가입 | 1,988 | 28.4 | 1,596 | 25.3 | 1,416 | 23.8 | 1,268 | 22.1 | 1,066 | 19.6 |
| 총 가구수 | 7,009 | 100.0 | 6,314 | 100.0 | 5,956 | 100.0 | 5,741 | 100.0 | 5,434 | 100.0 |
| 평균 가입개수 | 4.09 | | 4.22 | | 4.45 | | 4.69 | | 5.78 | |
| 월평균 납입료 | 245,108 | | 250,160 | | 259,577 | | 270,891 | | 343,488 | |

주: 평균 가입개수, 월평균 납입료는 가입가구 기준으로 산출된 값임

자료: 통계청(<http://kosis.kr>), 한국의료패널조사, 2015.9.30.검색

나. 민간의료보험의 유형과 역할

민간의료보험은 공적의료보험의 재정문제가 심각하게 대두된 일부 유럽 국가들의 의료보험개혁의 대안으로 활용되기도 하는 등, 공적재원 투입의 부담을 완화하면서도 의료비 부담을 경감시키기 위한 대안이 될 수도 있다. 물론 국민의료비의 재원이라는 측면에서의 민간의료보험의 역할은 민간의료보험의 성격과 유형, 그리고 의료보장시스템의 차이에 따라 매우 다양할 수 있다. 민간의료보험은 가입의 강제성 여부, 보험자의 유형 등에 있어서도 다양하게 설계될 수 있다. 대부분의 국가에서 민간의료보험은 선택적인 가입이 이루어지고 있지만, 민간의료보험에 대한 의무가입이 요구되는 국가도 있다. 예컨대, 스위스에서는 민간의료보험에 대한 가입이 의무화되어 있고, 독일은 장기요양서비스의 민간의료보험 가입이 의무화되어 있다. 또 대부분의 경우 민간보험회사(생명보험회사나 손해보험회사 등)가 보험자가 되지만, 예외적으로 아일랜드의 VHI나 호주의 Medibank와 같이 정부 소유의 공공 부문이 민간의료보험의 보험자가 되는 국가도 있다.

공적의료보험과의 관계에 있어서 민간의료보험은 다양한 양상을 띠 수 있다. OECD(2004)에서는 민간의료보험을 크게 일차적 민간의료보험(primary PHI), 중복형 민간의료보험(duplicate PHI), 보완형 민간의료보험(complementary PHI), 보충형 민간의료보험(supplementary PHI)의 4가지 유형으로 나누고 있다. 일차적 민간의료보험은 공적의료보험 미가입자에게 주된 보험으로서의 역할을 하는 민간의료보험의 유형이다. 공적의료보험이 저소득층을 제외하고는 전무한 미국의 경우는 전체 국민의 72%가 일차적 민간의료보험 가입자이다. 사회보험 형태의 공적의료보험이 도입된 유럽국가에서도 특정 집단에 대해서는 민간보험이 일차적 보험이 되는 국가가 있는데, 네덜란드의 경우 인구의 28%가 일차적 민간의료보험 가입자이고, 독일도 인구의 9%가 일차적 민간의료보험 가입자이다. 중복형 민간의료보험은 공적의료보험과 중복적인 커버리지가 제공되는 것으로, 호주, 아일랜드, 뉴질랜드, 영국과 같은 국가의 민간의료보험의 형태이다. 중복형 민간의료보험은 공적의료보장시스템의 부족한 부분에 대한 대안을 제공하는 역할을 한다.

보완형 민간의료보험은 공적의료보험의 본인부담금 부문을 보장하는 것으로, 우리나라의 실손형 민간보험은 보완형 민간의료보험에 속한다고 할 수 있다. 보완형 민간의료보험은 국민의료비의 공적부분의 부담을 경감시켜 주는 형태로 간주되기도 하지만, 민간의료보험은 의료서비스 부문의 양적 확대를 유도할 수 있기 때문에, OECD(2004)에 의하면 민간의료보험은 국민의료비를 경감시키기보다는 국민의료비를 증가시키는 사례들을 종종 관찰할 수 있다. 보완형 민간의료보험은 프랑스를 비롯한 많은 국가에서 관찰되는 민간의료보험의 형태이다. 보충형 민간의료보험은 기본적으로 공적의료보장의 영역에서 지원하지 않는 비급여항목의 서비스에 대한 보장을 제공하는 민간의료보험의 형태이다. 캐나다, 스위스, 네덜란드와 같은 국가의 민간의료보험은 보충형 민간의료보험의 형태를 띠고 있다. 우리나라의 경우도 1980년대 초창기의 암보험과 같은 정액형 보험은 보충형의 형태로 분류할 수 있고, 치과 등 건강보험의 비급여 항목에 대한 보험들은 보충형 민간의료보험으로 분류할 수 있다.

〈표 IV-7〉 공적의료보험과의 관계에 따른 민간의료보험의 유형

| | | 공적의료보험 가입 여부 | |
|---------------|---|---------------------------|--|
| | | 공적의료보험 가입 | 공적의료보험 미가입 |
| 민간의료보험의 보장서비스 | 공적의료보험이 커버하는 의학적으로 필요한 서비스(curative services) | 중복형 민간의료보험(Duplicate PHI) | 일차적 민간의료보험(Primary PHI) - 대체형 보험 (Substitute) |
| | 공적의료보험의 본인부담금을 보장 | 보완형 민간의료보험(Complementary) | - 주보험 (Principal) |
| | 공적의료보험의 비급여항목과 일차적 민간의료보험 보장영역 포함 | 보충형 민간의료보험(Supplementary) | |

자료: OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004, p.30.에서 재인용

국가의 의료보장시스템하에서 민간의료보험의 역할은 결국 공적의료보험과의 관계에 따라 매우 다양하게 된다. 민간의료보험이 의료서비스 이용량, 의료서비스 시장, 의료서비스의 질 및 국민의료비에 미치는 효과는 공적의료보험과의 관계와 각종 정부규제에 달려있다고 볼 수 있다. 그러나 OECD (2004)에 의하면 많은 국가들에서 민간의료보험에 대한 적절한 정책의 부재로 인해 민간의료보험이 의료서비스의 질적인 측면을 향상시키는 것에는 기여를 하지 못하였다고 보고 있다. 또한 민간의료보험은 대부분의 국가에서 국민의료비를 증가시키는 것으로 보고되고 있다. 민간의료보험 위주의 대표적 국가인 미국이 GDP 대비 국민의료비 지출이 OECD 국가 1위인 것이 대표적 사례이다. 민간의료보험이 보충적으로 제공되는 국가에서는 공적의료보험이 보장되는 서비스 영역에 대한 의료 이용이 크게 늘어나, 민간의료보험에 의해 유인된 수요가 존재하는 것으로 알려지고 있다. 이와 같은 이유로 많은 해외국가에서도 민간의료보험시장을 효과적으로 활용하여 바람직한 효과와 성과를 달성하기 위하여 다양한 규제나 지원을 하고 있다.

우리나라의 실손형 민간의료보험은 건강보험이 보장하는 영역에 대해 본인부담금의 일부를 보장하는 보완형 의료보험으로 분류할 수 있고, 건강보험 비급여 항목에 대한 일부 정액형 민간의료보험은 보충형 의료보험으로 분류할 수 있기 때문에, 보충형과 보완형의 민간의료보험이 혼재한 형태라고 볼 수 있다. 건강보험의 보장성이 OECD 국가들에 비해 낮다고 평가되고 있는 우리나라에서 민간의료보험이 보완형인 실손형으로 확대되고 있는 현재의 민간의료보험은 국민의료비에서 공적부문의 부담을 경감하는 역할을 한다기보다는 국민의료비를 증대시키는 역할을 하게 되기 쉽다. 우리나라의 국민의료비는 2005년 약 49조원에서 2013년에는 약 103조원으로 급속히 증가하고 있고, 향후 인구 고령화의 가속화와 함께 국민의료비 증가도 가속화될 것으로 예측할 수 있다. 국민의료비에서 공공의료비가 차지하는 비중은 2008년 36.2%에서 2013년 약 55.9%로 증가하였으나, 건강보험의 보장성은 여전히 OECD 국가 중 낮은 것으로 파악되고 있다. 향후에도 중증질환에 대한 보장성 강화의 측면에서 급여항목이 증가하는 등 건강보험 보장성 강화

계획이 추진되고 있는 만큼, 공적 의료비의 규모는 증가할 것으로 전망할 수 있다.

이러한 공적부문의 의료비 증가는 추가적 보험료 인상과 국민부담률의 증대를 필요로 한다. 그러므로 우리나라의 민간의료보험은 건강보험이 보장하지 않는 영역을 중심으로 보완형 민간의료보험 시장을 키워나가되, 총의료비를 증가시키고 건강보험 급여와 중복적인 급여가 제공될 수 있는 영역들에 대한 보완형 보험은 줄여나갈 필요가 있다. 그런데, 최근 몇 년간의 우리나라 민간의료보험 정책은 실손형 보험에 대한 규제를 완화해가면서, 보완적 민간의료보험을 확대해가는 방향으로 나아가고 있는 것으로 보인다. 이러한 정책방향은 민간의료보험 시장과 의료서비스 시장에 어떠한 영향을 미치는지, 의료서비스 이용량과 의료비에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 면밀한 검토가 필요한 시점이라고 보여진다. 특히 경증질환에 대한 보완적 민간의료보험에 대해서는 건강보험과의 적절한 관계설정을 위한 정책이 필요하다고 판단된다. 여기서는 민간의료보험과 의료서비스 수요에 대한 실증분석을 통해, 민간의료보험이 의료서비스 이용량을 증가시켰는지를 살펴보고자 한다.

다. 민간의료보험과 의료서비스 수요증가

우리나라의 민간의료보험은 실손형 의료보험의 상당히 폭넓은 보장범위로 인해 의료서비스, 특히 경증의료서비스의 과다 이용이 증가할 수 있고, 공급자 측면에서도 과다 의료서비스 이용을 유도할 수 있는 유인을 제공할 수 있다는 점들이 지적되어 왔다. 그러나 이 부문에 대한 실증연구에서는 민간의료보험의 의료서비스 이용 촉진 유인에 대하여 일치된 결론을 제시하고 있지는 않다. 강성욱 외(2010)는 고령화패널 1,2차 설문자료(2006년, 2008년 자료)를 사용하여 민간의료보험 가입이 의료서비스 이용에 미치는 영향을 분석하였다. 평균적으로는 민간의료보험 비가입자가 가입자에 비해 의료서비스 이용량이 더 많은 것으로 나타나고 있는데, 이는 2008년의 자료에서는 민간의료 비가입자의 비중이 월등히 높았기 때문일 수도 있기 때문에, 민간의료보험시장이 보다 확대된 최근의 자료를 통해 분석을 할 필요가

있다. 강성욱 외(2010)의 연구에서는 실증모형에 따라 민간의료보험 가입의 효과가 다르게 나타나고 있는데, 선택편의를 제거한 이단계 추정모형에서는 민간의료보험이 입원과 외래 방문횟수에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 추정되었다. 윤희숙(2008)은 건강보험공단, 심사평가원, 민간보험사 등의 자료를 연결하여 2004~2006년을 대상기간으로 민간보험 가입의 효과를 분석하였다. 이 시기는 거의 대부분의 민간보험이 정액형이었던 시기로 볼 수 있으므로, 윤희숙(2008)의 연구에서도 민간의료보험 미가입자의 평균 의료 이용량은 민간의료보험 가입자에 비해 높게 나타나고 있으며, 민간의료보험 가입이 의료서비스 이용량에 미치는 효과도 입원과 외래 모두 음(-)의 효과를 가지는 것으로 분석되었다. 김대환(2014)에서는 실손형 보험에 대한 정책규제가 완화되기 시작한 2008~2011년의 한국의료패널을 사용하여 실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향을 분석하였다. 분석 결과 실손의료보험은 단기적으로는 외래방문횟수, 입원일수를 증가시키는 효과가 있으나, 장기적으로는 이러한 효과가 없는 것으로 분석하고 있다.¹²⁾

본고에서는 2011년 의료패널을 활용하여 민간보험 가입여부가 진료비에 미치는 효과를 분석하였다. 다음의 <표 IV-8>~<표 IV-9>에서는 민간보험가입자와 미가입자의 기초통계량을 제시하고 있다. 기존 연구들에서 분석되는 바와 같이 민간보험가입자는 평균적으로 미가입자에 비해 의료비 지출이 낮은 것으로 나타나고 있다. 그런데 65세 이상 고령자를 제외하고 65세 미만 20세 이상만 살펴보면, 민간보험가입자의 평균 의료비 지출이 미가입자에 비해 높게 나타남을 볼 수 있다. 반면 65세 이상의 경우는 미가입자의 의료비 지출이 평균적으로 높게 나타나고 있음을 볼 수 있다. 65세 이상의 경우 민간보험 가입률은 65세 미만에 비해 상당히 작은 것에 기인하는 것으로 보이는데, 65세 이상의 경우는 비교적 최근에 확대된 실손형 보험에 가입 기회가 없었거나, 보험 사정에서 제외되었을 가능성이 크다. 본 연구의 분석에서는 민간보험 가입기회가 적었을 65세 이상을 제외하고, 분석대상을 20세 이상 65세 미만의 경우로 한정하여 분석하였다.

12) 김대환(2014), 「실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향」, pp.71~85를 요약 정리

〈표 IV-8〉 기초통계량(2011, 전체)

| 변수 | 전체 | 민간보험가입 | | | | 민간보험 미가입 |
|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | 전체 | 정액형만 | 실손형만 | 정액형+ 실손형 | |
| 민간보험 가입여부 | 1.68 (11.73) | 1.27 (9.11) | 1.31 (9.71) | 0.93 (4.89) | 1.33 (8.77) | 2.81 (16.94) |
| 정액형 | 38.36 (20.42) | 35.30 (18.18) | 37.47 (18.12) | 26.03 (18.03) | 33.05 (16.60) | 46.87 (23.64) |
| 실손형 | 1,888.84 (1,688.95) | 1,576.18 (1,316.39) | 1,732.21 (1,367.44) | 1,002.35 (1,189.70) | 1,367.87 (1,079.06) | 2,755.43 (2,221.46) |
| 외래방문횟수 | 0.32 (0.47) | 0.31 (0.46) | 0.34 (0.47) | 0.19 (0.39) | 0.30 (0.46) | 0.34 (0.47) |
| 외래비용 | 0.25 (0.44) | 0.27 (0.44) | 0.28 (0.45) | 0.17 (0.38) | 0.30 (0.46) | 0.21 (0.41) |
| 입원횟수 | 0.39 (0.49) | 0.40 (0.49) | 0.37 (0.48) | 0.62 (0.49) | 0.39 (0.49) | 0.35 (0.48) |
| 입원비용 | 0.01 (0.12) | 0.01 (0.09) | 0.01 (0.09) | 0.02 (0.13) | 0.00 (0.07) | 0.03 (0.17) |
| 입원일수 | 0.68 (0.47) | 0.69 (0.46) | 0.66 (0.47) | 0.81 (0.39) | 0.70 (0.46) | 0.66 (0.47) |
| 연령 | 0.52 (0.50) | 0.54 (0.50) | 0.57 (0.50) | 0.33 (0.47) | 0.57 (0.50) | 0.46 (0.50) |
| 연령제곱 | 0.02 (0.15) | 0.02 (0.14) | 0.02 (0.14) | 0.01 (0.10) | 0.02 (0.14) | 0.04 (0.19) |
| 가구주 | 0.05 (0.22) | 0.02 (0.16) | 0.03 (0.17) | 0.01 (0.11) | 0.01 (0.11) | 0.12 (0.32) |
| 가구주배우자 | 0.41 (0.49) | 0.41 (0.49) | 0.38 (0.49) | 0.64 (0.48) | 0.40 (0.49) | 0.38 (0.49) |
| 가구주자녀 및 자녀의 배우자 | 0.16 (0.36) | 0.15 (0.36) | 0.13 (0.33) | 0.28 (0.45) | 0.17 (0.37) | 0.17 (0.37) |
| 가구주손자녀 | 0.13 (0.34) | 0.11 (0.31) | 0.12 (0.33) | 0.09 (0.28) | 0.06 (0.24) | 0.20 (0.40) |
| 가구주기타가족 | 0.12 (0.32) | 0.11 (0.32) | 0.12 (0.33) | 0.10 (0.30) | 0.09 (0.29) | 0.14 (0.34) |

〈표 IV-8〉의 계속

| 변수 | 전체 | 민간보험가입 | | | | 민간보험 미가입 |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | 전체 | 정액형만 | 실손형만 | 정액형+ 실손형 | |
| 혼인 및 사실혼 | 0.33 (0.47) | 0.33 (0.47) | 0.34 (0.47) | 0.31 (0.46) | 0.34 (0.48) | 0.31 (0.46) |
| 이혼 및 별거 | 0.27 (0.44) | 0.29 (0.46) | 0.29 (0.46) | 0.22 (0.41) | 0.33 (0.47) | 0.19 (0.39) |
| 사별 | 0.05 (0.22) | 0.03 (0.16) | 0.04 (0.18) | 0.01 (0.11) | 0.01 (0.11) | 0.11 (0.31) |
| 미혼 | 0.48 (0.50) | 0.51 (0.50) | 0.53 (0.50) | 0.35 (0.48) | 0.52 (0.50) | 0.40 (0.49) |
| 초졸미만 | 0.49 (0.50) | 0.46 (0.50) | 0.48 (0.50) | 0.35 (0.48) | 0.44 (0.50) | 0.57 (0.49) |
| 초졸 | 0.07 (0.26) | 0.07 (0.25) | 0.06 (0.24) | 0.09 (0.29) | 0.08 (0.27) | 0.09 (0.28) |
| 중졸 | 0.50 (0.50) | 0.50 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.52 (0.50) | 0.50 (0.50) |
| 고졸 | 0.01 (0.09) | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.09) | 0.02 (0.13) | 0.00 (0.06) |
| 대졸이상 | 0.02 (0.13) | 0.02 (0.15) | 0.02 (0.14) | 0.02 (0.13) | 0.03 (0.17) | 0.01 (0.08) |
| 장애인 | 4,367.00 (2,708.40) | 4,763.97 (2,673.91) | 4,718.71 (2,744.04) | 4,462.62 (2,439.03) | 5,064.57 (2,530.42) | 3,266.71 (2,490.77) |
| 여성 | 0.50 (0.50) | 0.50 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.52 (0.50) | 0.50 (0.50) |
| 출산 여부 (전체 남녀대상) | 0.01 (0.09) | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.09) | 0.02 (0.13) | 0.00 (0.06) |
| 출산 여부 (여성대상) | 0.02 (0.13) | 0.02 (0.15) | 0.02 (0.14) | 0.02 (0.13) | 0.03 (0.17) | 0.01 (0.08) |
| 가구소득 | 4,367.00 (2,708.40) | 4,763.97 (2,673.91) | 4,718.71 (2,744.04) | 4,462.62 (2,439.03) | 5,064.57 (2,530.42) | 3,266.71 (2,490.77) |
| 의료비지출 | 437,940.50 (1,245,819) | 417,253.80 (1,045,112) | 421,312.00 (1,055,081) | 310,850.90 (758,329.60) | 458,800.20 (1,132,899) | 495,331.90 (1,680,390) |
| n | 17030 | 12076 | 8311 | 1298 | 2467 | 4954 |

주: 1. ()는 표준오차임

2. 전 연령 대상

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

〈표 IV-9〉 기초통계량(2011, 20세 이상 65세 미만)

| 변수 | 전체 | 민간보험가입 | | | | 민간보험 미가입 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | 전체 | 정액형만 | 실손형만 | 정액형+ 실손형 | |
| 민간보험 가입여부 | 0.79 (0.41) | 1.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 정액형 | 0.72 (0.45) | 0.92 (0.27) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 실손형 | 0.24 (0.42) | 0.30 (0.46) | 0.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 외래방문횟수 | 9.84 (15.33) | 9.85 (14.36) | 9.99 (14.48) | 7.85 (11.91) | 10.15 (14.76) | 9.81 (18.50) |
| 외래비용 | 269396.70 (658822.4) | 286006.00 (684357.30) | 279500.60 (684815.00) | 205142.20 (463629.30) | 337704.80 (746732.40) | 207322.50 (548761.70) |
| 입원횟수 | 0.12 (0.59) | 0.13 (0.61) | 0.12 (0.51) | 0.11 (0.40) | 0.16 (0.92) | 0.10 (0.51) |
| 입원비용 | 108308.80 (1043617.0) | 109043.90 (685019.60) | 101595.90 (631240.10) | 95481.91 (534890.70) | 138260.10 (875781.20) | 105561.60 (1845848.00) |
| 입원일수 | 1.40 (10.95) | 1.36 (10.05) | 1.34 (10.44) | 1.05 (5.76) | 1.54 (10.03) | 1.56 (13.83) |
| 연령 | 41.24 (11.95) | 41.40 (11.55) | 42.23 (11.74) | 36.48 (11.27) | 40.58 (10.46) | 40.64 (13.33) |
| 연령제곱 | 1843.71 (999.60) | 1847.48 (966.12) | 1921.50 (993.83) | 1457.53 (882.16) | 1756.16 (856.67) | 1829.63 (1116.02) |
| 가구주 | 0.38 (0.49) | 0.40 (0.49) | 0.41 (0.49) | 0.31 (0.46) | 0.41 (0.49) | 0.31 (0.46) |
| 가구주배우자 | 0.33 (0.47) | 0.36 (0.48) | 0.35 (0.48) | 0.30 (0.46) | 0.41 (0.49) | 0.24 (0.43) |
| 가구주자녀 및 자녀의 배우자 | 0.27 (0.44) | 0.23 (0.42) | 0.23 (0.42) | 0.39 (0.49) | 0.18 (0.39) | 0.41 (0.49) |
| 가구주손자녀 | 0.00 (0.06) | 0.00 (0.03) | 0.00 (0.04) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) | 0.02 (0.12) |
| 가구주기타가족 | 0.62 (0.49) | 0.60 (0.49) | 0.59 (0.49) | 0.69 (0.46) | 0.59 (0.49) | 0.69 (0.46) |
| 혼인 및 사실혼 | 0.67 (0.47) | 0.71 (0.45) | 0.71 (0.45) | 0.57 (0.50) | 0.77 (0.42) | 0.49 (0.50) |
| 이혼 및 별거 | 0.03 (0.18) | 0.02 (0.16) | 0.02 (0.16) | 0.02 (0.14) | 0.03 (0.16) | 0.06 (0.24) |
| 사별 | 0.02 (0.14) | 0.02 (0.14) | 0.02 (0.14) | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.12) | 0.02 (0.15) |
| 미혼 | 0.28 (0.45) | 0.24 (0.43) | 0.24 (0.43) | 0.40 (0.49) | 0.19 (0.39) | 0.43 (0.49) |

〈표 IV-9〉의 계속

| 변수 | 전체 | 민간보험가입 | | | | 민간보험 미가입 |
|--------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| | | 전체 | 정액형만 | 실손형만 | 정액형+ 실손형 | |
| 초졸미만 | 0.01 (0.10) | 0.01 (0.08) | 0.01 (0.09) | 0.00 (0.04) | 0.00 (0.05) | 0.02 (0.14) |
| 초졸 | 0.07 (0.26) | 0.06 (0.24) | 0.08 (0.26) | 0.03 (0.17) | 0.03 (0.18) | 0.10 (0.30) |
| 중졸 | 0.09 (0.28) | 0.08 (0.28) | 0.10 (0.29) | 0.05 (0.21) | 0.06 (0.24) | 0.10 (0.31) |
| 고졸 | 0.44 (0.50) | 0.44 (0.50) | 0.43 (0.49) | 0.53 (0.50) | 0.45 (0.50) | 0.46 (0.50) |
| 대졸이상 | 0.39 (0.49) | 0.41 (0.49) | 0.40 (0.49) | 0.39 (0.49) | 0.45 (0.50) | 0.32 (0.47) |
| 장애인 | 0.04 (0.20) | 0.03 (0.17) | 0.03 (0.18) | 0.02 (0.13) | 0.01 (0.11) | 0.09 (0.29) |
| 경제활동유무 | 0.67 (0.47) | 0.69 (0.46) | 0.68 (0.46) | 0.63 (0.48) | 0.71 (0.45) | 0.59 (0.49) |
| 만성질환 여부 | 0.47 (0.50) | 0.48 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.36 (0.48) | 0.47 (0.50) | 0.45 (0.50) |
| 응급이용 여부 | 0.06 (0.23) | 0.06 (0.24) | 0.05 (0.23) | 0.07 (0.25) | 0.07 (0.26) | 0.05 (0.23) |
| 여성 | 0.49 (0.50) | 0.50 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.51 (0.50) | 0.54 (0.50) | 0.45 (0.50) |
| 출산 여부 (전체 남녀대상) | 0.01 (0.12) | 0.02 (0.12) | 0.01 (0.11) | 0.02 (0.12) | 0.02 (0.15) | 0.01 (0.08) |
| 출산 여부 (여성대상) | 0.03 (0.16) | 0.03 (0.17) | 0.03 (0.16) | 0.03 (0.17) | 0.04 (0.20) | 0.02 (0.12) |
| 가구소득 | 4668.59 (2720.50) | 4914.60 (2724.70) | 4872.21 (2770.33) | 4571.03 (2544.87) | 5181.93 (2618.98) | 3749.20 (2499.47) |
| 의료비지출 | 412349.00 (1284556) | 433461.50 (1038474) | 423098.60 (998063) | 328071.30 (791334) | 506925.90 (1227673) | 333453.40 (1944207) |
| n | 10019 | 7907 | 5611 | 615 | 1681 | 2112 |

주: 1. ()는 표준오차임
2. 20세 이상 65세 미만

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

민간의료보험의 가입은 대체로 질병에 대한 염려가 강한, 위험기피성향(risk-averse)의 집단에서 가입률이 높거나, 자신의 건강상태에 대한 자신이 없는 사람들이 향후 자신의 의료비 지출이 클 것을 예상하여 가입할 확률이 많다. 강성욱 외(2010)에서는 대체로 소득이 높고, 교육수준이 높은 집단의 민간의료보험 가입률이 높다고 분석하고 있으나, 윤희숙(2008)에서는 고소득층과 저소득층의 민간보험 가입률 차이가 없다고 분석하고 있다. 여기서는 먼저 민간의료보험 가입 여부에 영향을 미치는 요인들을 probit 모형으로 분석하였다. <표 IV-10>의 추정결과를 보면, 민간의료보험 가입에 연령의 영향이나 성별 영향, 출산 전후의 영향은 없는 것으로 나타나고 있다. 고학력, 고소득일수록 민간의료보험 가입 경향이 높고, 만성질환자의 경우 특히 정액형 의료보험 가입경향이 높은 것으로 나타나고 있다.

민간의료보험이 외래방문횟수, 외래진료비, 입원횟수, 입원진료비, 입원일수로 본 의료이용에 미치는 영향을 추정한 결과는 <표 IV-11>과 같다. 먼저 실손형 보험가입은 외래횟수, 외래진료비, 입원횟수, 입원일수를 증가시키는 요인으로 나타나고 있다. 정액형 보험은 외래진료비, 입원횟수, 입원일수를 증가시키는 요인으로 나타나고 있다. 만성질환자, 응급실환자, 장애인 여부는 외래와 입원의 횟수와 진료비에 모두 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 경제활동참가자의 경우 의료이용이 외래와 입원의 횟수, 진료비에 모두 부정적인 영향을 미치는 것은, 경제활동참가자의 병원 이용이 시간상의 이유로 용이하지 못함을 보여주고 있다. 이러한 추정결과는 민간의료보험, 특히 실손형 의료보험의 가입은 의료 이용과 진료비를 증가시킨다는 것을 시사하고 있다. 이러한 맥락에서는 향후 실손형 의료보험에 대한 정책방향을 새로이 정립할 필요가 있다. 적어도 경증질환에 대해서는 건강보험의 보장영역과 겹치는 부분에 대한 민간의료보험의 보장에 대한 규제도 필요하다고 보여진다.

〈표 IV-10〉 민간보험/형태별 민간보험 가입에 미치는 영향(Probit)

| | 민간보험 | 정액형 | 실손형 |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 연령 | -0.005 (0.012) | 0.011 (0.011) | -0.018 (0.012) |
| 연령 제곱 | 0.000 (0.000) | -0.000** (0.000) | 0.000 (0.000) |
| 가구주 | 0.782*** (0.074) | 0.638*** (0.072) | 0.412*** (0.079) |
| 가구주의 배우자 | 0.743*** (0.089) | 0.592*** (0.086) | 0.349*** (0.094) |
| 혼인중 및 사실혼중 | 0.195** (0.080) | 0.170** (0.076) | 0.167** (0.082) |
| 이혼 및 별거중 | -0.128 (0.101) | -0.109 (0.098) | 0.109 (0.110) |
| 사별 | 0.447*** (0.128) | 0.397*** (0.122) | 0.215 (0.136) |
| 초졸 | 0.240* (0.131) | 0.237* (0.129) | 0.120 (0.200) |
| 중졸 | 0.268** (0.131) | 0.268** (0.129) | 0.235 (0.199) |
| 고졸 | 0.329** (0.129) | 0.260** (0.127) | 0.456** (0.196) |
| 대졸 이상 | 0.376*** (0.132) | 0.328** (0.130) | 0.420** (0.199) |
| 장애인 | -0.492*** (0.070) | -0.417*** (0.069) | -0.466*** (0.094) |
| 경제활동 | 0.102*** (0.039) | 0.071* (0.036) | 0.107*** (0.037) |
| 만성질환 | 0.062* (0.037) | 0.081** (0.034) | -0.006 (0.033) |
| 응급이용 | 0.031 (0.066) | -0.022 (0.062) | 0.168*** (0.061) |
| 여성 | 0.079 (0.051) | 0.053 (0.049) | 0.170*** (0.054) |
| 출산여부(전체 대비) | -0.034 (0.166) | 0.016 (0.138) | 0.015 (0.125) |
| 가구 소득 | 0.000*** (0.000) | 0.000*** (0.000) | 0.000*** (0.000) |
| 상수항 | -0.199 (0.254) | -0.717*** (0.242) | -1.009*** (0.289) |
| N | 10019,000 | 10019,000 | 10019,000 |
| Log pseudolikelihood | -5206.521 | -6092.929 | -5896.079 |
| Prob > chi2 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Pseudo R ² | 0.101 | 0.080 | 0.040 |

주: 1. ()는 표준오차임. ***, **, *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄

2. 만 20세 이상 65세 미만 기준

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

〈표 IV-11〉 민간의료보험이 의료서비스 이용과 의료비에 미치는 영향

| | 외래횟수 | 외래비용 | 입원횟수 | 입원비용 | 입원일수 |
|-----------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| 정액형 | 0.099 (0.310) | 59633.072*** (15039,206) | 0.029** (0.013) | 3661.065 (24336,927) | 0.438* (0,250) |
| 실손형 | 0.848*** (0.317) | 52292.068*** (15392,219) | 0.041*** (0.014) | 33310.228 (24908,184) | 0.442* (0,256) |
| 연령 | -0.435*** (0.105) | -22963.772*** (5080,092) | 0.001 (0.005) | 3942.894 (8220,768) | 0.156* (0,084) |
| 연령 제곱 | 0.008*** (0.001) | 312.722*** (57,721) | 0.000 (0.000) | -17.530 (93,405) | -0.002 (0,001) |
| 가구주 | 2.050*** (0.653) | 129759.227*** (31686,617) | 0.027 (0.028) | 75292.797 (51276,304) | 0.044 (0,526) |
| 가구주의 배우자 | 3.621*** (0.783) | 137519.337*** (37978,596) | 0.000 (0.034) | 45142.304 (61458,187) | -0.311 (0,631) |
| 혼인중 사실혼중 | -0.223 (0.672) | -69315.261** (32623,396) | 0.038 (0.029) | -28947.920 (52792,230) | -0.120 (0,542) |
| 이혼 및 별거중 | 1.602* (0.937) | 29012.377 (45466,602) | 0.106*** (0.041) | 41781.106 (73575,519) | 3.959*** (0,755) |
| 사별 | 1.987* (1.191) | -65203.200 (57805,942) | 0.168*** (0.052) | 65816.902 (93543,436) | 1.815* (0,960) |
| 초졸 | 2.863* (1.468) | 102258.688 (71226,216) | 0.102 (0.064) | 143648.174 (115260,556) | 3.070*** (1,183) |
| 중졸 | -0.137 (1.462) | 55001.022 (70943,040) | 0.107* (0.064) | 96186.033 (114802,311) | 2.549** (1,178) |
| 고졸 | -2.607* (1.439) | 63616.598 (69814,676) | 0.072 (0.063) | 98580.671 (112976,357) | 1.698 (1,159) |
| 대졸이상 | -2.863** (1.459) | 80016.657 (70796,163) | 0.068 (0.063) | 83076.662 (114564,631) | 1.499 (1,175) |
| 장애인 | 5.552*** (0.690) | 50066.846 (33460,216) | 0.247*** (0.030) | 120895.667** (54146,399) | 6.071*** (0,556) |
| 경제활동 | -1.937*** (0.327) | -38878.859** (15846,596) | -0.063*** (0.014) | -96418.801*** (25643,472) | -1.481*** (0,263) |
| 만성질환 | 7.657*** (0.298) | 167984.031*** (14476,402) | 0.070*** (0.013) | 56994.081** (23426,179) | 0.848*** (0,240) |
| 응급이용 | 5.640*** (0.567) | 123863.160*** (27500,980) | 0.512*** (0.025) | 378168.891*** (44502,972) | 7.079*** (0,457) |
| 여성 | 2.853*** (0.443) | 87596.165*** (21489,295) | 0.035* (0.019) | 38547.839 (34774,670) | -0.368 (0,357) |
| 출산여부 (전체 대비) | -0.576 (1.187) | -13214.465 (57578,214) | -0.072 (0.052) | -89017.393 (93174,920) | -0.276 (0,956) |
| 가구 소득 | 0.000 (0.000) | 11.449*** (2,559) | 0.000 (0.000) | 2.472 (4,141) | 0.000 (0,000) |
| 상수항 | 9.804*** (2.375) | 305348.291*** (115238,830) | -0.076 (0.103) | -173153.394 (186483,185) | -3.971** (1,913) |
| N | 10019 | 10019 | 10019 | 10019 | 10019 |
| adj. R square | 0.258 | 0.055 | 0.068 | 0.013 | 0.057 |

주: 1. ()는 표준오차임. ***, ** *는 1%, 5%, 10%에서 통계적으로 유의함을 나타냄

2. 만 20세 이상 65세 미만 기준

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

V. 결론: 건강보험 효율화를 위한 정책제언

본고에서는 최근 논란이 되고 있는 건강보험 재정의 현황과 건강보험 재정의 근본적 위험요소인 건강보험 진료비 증가요인을 살펴보고, 수요 측면에서의 본인부담금 제도의 문제, 보완형 민간보험의 의료서비스 이용량 유도효과와 의료비 지출에의 함의 등을 살펴보았다. 건강보험 지출은 지속적 증가를 계속하였고, 1인당 의료이용과 의료비 지출도 빠른 속도로 증가하여 왔다. 우리나라 1인당 의료비 증가율은 OECD 국가에서도 매우 빠른 속도로 증가하는 것으로 나타나고 있다. 건강보험 지출이 빠른 늘어남에도 불구하고 우리나라 건강보험의 보장성은 낮은 것으로 나타나고 있는 것은, 건강보험 진료비 중 외래와 약제비 비중이 높은 점과 무관하지 않다고 생각된다. 경증질환의 높은 의료서비스 이용률, 불필요한 검사료 및 약제비 남용 등은 의료 이용의 도덕적 해이 유인을 발생시키고 공급자 측면에서의 유인 수요를 창출하는 제도적 요인과의 연관성이 있다.

건강보험은 11%의 노인 대상자가 약 35%의 의료비를 지출하는 등 노인 의료비가 매우 주요한 요소인데, 고령화가 가속화되고 있는 우리나라에서는 향후 노인인구 증가에 따른 건강보험 지출 증가압박 요인도 상당히 내재해 있는 실정이다. 건강보험 지출의 증가는 보험료 증가와 국고지원의 증가 등 국민부담률의 증가를 수반하여야 하는 것이므로, 건강보험 지출의 효과적 통제는 향후 우리나라 건강보험 제도가 추구해야 할 한 가지 큰 목표로 보인다. 지출 측면에서 건강보험 진료비 지출의 효율화를 위하여 수요자 측면에서는 본인부담금 제도를 세밀하게 개선해 나가야 할 필요가 있다. 경증질환의 상급병원의 외래이용을 조정하는 방향으로 본인부담금 제도가 개선되고 있기는 하지만, 보다 세밀한 개선의 여지가 있다고 보여진다. 본인부담금 정책은 경증질환 외래방문은 본인부담을 강화하고, 중증질환에 대한 본인부

담은 완화한다는 기본적인 방향하에, 저소득층에 대한 배려 등을 포함하여 세심하게 조정되어 나갈 필요가 있다. 공급 측면에서는 기존의 행위별 수가제의 문제를 교정하기 위한 포괄수가제 적용 대상이 확대되고 있지만, 현 구조하에서는 한쪽을 누르면 한쪽이 부풀어 오르는 풍선효과처럼 비용들이 다르게 전가되는 양상이 나타나고 있어, 부분적인 포괄수가제 적용의 부작용으로 나타나고 있다. 포괄수가제 적용에 있어서 보다 세밀한 제도의 개선들이 이후에도 지속되어야 할 것으로 보인다. 프랑스 등에서 지출효율화를 위한 조치로 도입되었던 주치의 제도도 도입을 고려해 볼 필요가 있다. 한편, 민간보험으로 인한 과다 의료서비스 이용의 유인을 없앨 수 있도록 민간보험과 공적보험의 관계를 재정립하여 제도를 재설계할 필요도 있다. 보완형 민간의료보험이 과다한 의료서비스 이용을 초래하고 궁극적으로는 의료비 지출을 증가시킬 가능성이 있음을 염두에 두고, 민간의료보험정책의 방향을 점검할 필요가 있다. 건강보험 보장성이 낮은 것으로 평가되면서 보장성 강화정책이 계획되고 있는 시점에서, 민간의료보험의 정책방향은 공적 의료보험이 보장하지 못하는 비급여 항목을 보충하는 보충형 위주로 설정될 필요도 있다. 그러한 측면에서는 공적의료보험의 본인부담금을 일부 보장하는 실손형 민간의료보험의 확대는 신중하게 이루어져야 할 필요도 있다. 특히 경증질환에 대한 보완형 민간의료보험에 대한 제도개선은 필요하다고 보여진다.

지출 효율화 대책과 더불어 건강보험 피부양자 제도의 개선, 건강보험 재정통계 공개 확대, 담배부담금의 건강보험 재원으로서의 역할 강화, 건강보험 관리운영체계의 개선도 필요하다. 첫째, 건강보험 지출의 부담주체라는 측면에서, 현행과 같은 피부양자 구조를 계속하여 가지고 갈 것인가에 대한 고민도 부담의 형평성 측면에서 필요하다고 보여진다. 건강보험 피부양자 수가 지속적으로 증가하고 있고, 지역가입자들의 피부양자 편입 현상들이 나타나는 것을 볼 때 현행의 피부양자 제도는 개선의 여지가 있다. 둘째, 건강보험 재정통계의 투명성 강화를 위한 정보공개 확대가 필요하다. 건강보험 재정은 최근 누적수지가 상당량에 달하는 것으로 알려짐에 따라, 누적수

지의 정확한 규모를 놓고서도 진위 여부에 대한 시시비비가 늘어나고 있고, 누적수지를 바라보는 시각도 이해당사자에 따라 매우 다양하여 시비거리가 늘어나고 있다. 50조원 규모의 건강보험 재정을 파악하기 힘들다는 것은 국가적으로 볼 때 매우 문제가 되는 상황이 아닐 수 없다. 또 건강보험 재정과 함께 건강보험 보험료 수입에 연동된 노인장기요양보험지출도 파악이 힘든 사각지대에 놓여져 국가통계에서 제외되고 있다는 것도 문제가 있다. 장기요양보험의 도입과 더불어 요양병원 등이 급증하는 등 장기요양보험부문의 지출 효율화 문제도 커지고 있다는 점에서 현행의 건강보험 통계의 공개 범위의 확대와 투명화가 필요하다.

셋째, 건강보험 재원으로서 담배부담금의 적극적 활용이 필요하다. 건강보험료는 건강보험 누적수지의 증가에도 불구하고 해마다 인상되고 있다. 건강보험료 수입의 20%는 국고에서 지원되고 있는데, 보다 최근에는 이 국고지원의 법적 만료가 도래하고 있어 건강보험에 대한 국고지원의 적정성에 대한 논의도 이루어 지고 있다. 이러한 배경에는 건강보험 누적수지의 증가와 담배가격 인상에 따른 재원의 증가가 있었기 때문이기도 하다. 건강보험 재정 안정화를 위한 수입원로서는 최근 담배가격 인상으로 증가한 담배부담금 재원을 확대 편입할 필요가 있다. 담배에 부과되는 세금은 해외국가들에서도 건강보험의 재원으로 활용되는 경우가 많다. 흡연의 건강위해도를 생각할 때 담배부담금 재원을 건강보험지출에 활용하는 것도 적절한 연계로 볼 수 있다.

마지막으로 건강보험 재정관리의 투명화와 심의절차의 강화가 필요하다. 수가, 보험료 등의 주요 사항들이 국회의결 등의 절차를 거치지 않고, 이해당사자 그룹 소수로 구성된 건강보험정책심의위원회에서 결정되는 현재의 건강보험 재정관리 거버넌스는 보험 가입자와 보험자, 서비스 공급자 간의 협의를 통한 사회적 합의를 도출하는 구도라고 보기 어려우며, 건강보험 관리운영체계의 획기적 개선을 필요로 한다. 올초 연말정산 소득세환급액이 줄어들어 따라 야기된 사회적 저항에 비교하여 보면, 해마다 인상되는 건강보험료율과 건강보험에 부가되는 노인장기요양보험료율의 인상은 상대적으

로 너무 쉽게 이루어지고 있다. 이러한 맥락에서는 건강보험 통계방식의 개선, 재정운용의 투명성 등을 위한 건강보험기금화 논의를 재조명할 필요도 있다고 판단된다.

참고문헌

- 강성욱 외, 「민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가: 내생성 통제를 이용한 검증」, 『보건경제와 정책연구』, 제16권 제1호, 한국보건경제정책학회, 2010, pp.139~159.
- 국민건강보험공단, 『2014년 3분기 건강보험주요통계』, 2014.
- _____, 『2014 건강보험주요통계』, 2015.
- _____, 『건강보험통계』, 각 연도.
- _____, 『실천적 건강복지 플랜 II』, 2013.
- _____, 건강보험 표본 코호트 DB 자료, 2007~2010.
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『건강보험통계연보』, 2014.
- 국회예산정책처, 『2014~2060년 장기 재정전망』, 2014.
- 김대환, 「실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향」, 『한국보험학회지』, 제98집, 한국보험학회, 2014, pp.61~90.
- 김명화·권순만, 「노인의 외래본인부담제도에 따른 의료이용의 변화」, 『Journal of Preventive Medicine and Public Health』 43(6), 한국예방의학회, 2010, pp.496~504.
- 박형수·송호신, 『장기재정전망』, 기획재정부·한국조세연구원, 2011.
- 박형수·전병목, 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, 한국조세재정연구원, 2009.
- 배지영, 「건강보험 보장성 확대가 의료이용 및 건강수준에 미치는 영향」, 『사회복지연구』, 제4권 제2호, 한국사회복지연구회, 2010, pp.35~65.
- 변진옥 외, 「요양기관 종별 외래본인부담 차등정책의 효과분석」, 『한국사회정책』, 제21집 제2호, 한국사회정책학회, 2014, pp.35~55.
- 보건복지부, “52개 경증질환으로 대형병원 진료시 약값 조정 등 의료급여 제도

- 개선”, 2015.6.26.일자 보도자료.
- _____, 「건강보험 중기보장성 강화계획 수립», 2015.2.3.일자 보도자료.
- 안이수, 「이중차이모델에 의한 건강보험 외래본인부담금 경감제도의 영향 분석」, 『한국콘텐츠학회논문집』, 제13권 제11호, 한국콘텐츠학회, 2013, pp.187~197.
- 윤희숙, 「민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향」, 『한국개발연구』, 제30권 제2호, 한국개발연구원, 2008, pp.99~128.
- 이용재, 「본인부담경감이 암 환자의 건강보험 이용에 미친 영향」, 『재정정책논집』, 제11권 제1호, 한국재정정책학회, 2009.
- 원종욱, 「사회보장재정의 현황과 과제」, 한국보건사회연구원, 『보건복지포럼』, 2015. 1.
- 전경수 외, 「6세 미만 입원 법정본인부담금 면제정책이 의료이용에 미치는 영향」, 『예방의학회지』, 제41권 제5호, 대한예방의학회, 2008, pp.295~299.
- 정채림 · 이태진, 「상급종합병원 외래진료비 본인부담률 인상이 의료기관 유형 선택에 미치는 영향: 소득수준 차이를 중심으로」, 『보건경제와 정책연구』, 제21권 제1호, 한국보건경제정책학회, 2015, pp.103~124.
- 한국보건사회연구원, 한국의료패널, 2011.
- 현경래, 『건강보험 재정현황과 재정전망』, 2015.
- Andersen, R., and John F. Newman, “Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States,” *The Milbank Quarterly*, 83(4), 2005, pp.1~28.
- Gibson, T.B., R.J. Ozminkowski, and R.Z. Goetzel, “The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence,” *American Journal of Managed Care*, 11(11), 2005, pp.730~740.
- Helms, L. J., Joseph P. Newhouse, and Charles E. Phelps, *Copayments and Demand for Medical Care : The California Medicaid Experience*, Santa Monica: RAND Corporation, 1978.

OECD, Health at a glance, 2013.

_____, Health at a glance, 2015a.

_____, OECD Health Statistics, 2015b.

_____, *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004.

Subramanian, S., “Impact of Medicaid Copayments on Patients with Cancer : Lessons for Medicaid Expansion under Health Reform,” *Med Care*, 49(9), 2011, pp.842~847.

Tamblyn, R., T. Egale, A. Huang, N. Winslade, and P. Doran, “The Incidence and Determinants of Primary Nonadherence with Prescribed Medication in Primary Care: A Cohort Study,” *Ann Intern Med*, 160(7), 2014, pp.441~450.

Wallace, N.T., John K. McConnell, Charles A. Gallia, and Jeanene A. Smith, “How Effective are Copayments in Reducing Expenditures for Low-Income Adult Medicaid Beneficiaries? Experience from the Oregon Health Plan,” *Health Services Research* 43(2), 2008, pp.515~530.

〈웹사이트〉

국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)

보건복지부 홈페이지(www.mw.go.kr)

통계청 홈페이지(kosis.kr)

부 록

〈부표 1〉 52개 경증질환 상병명

| 구분 | 대 상 | 특정기호 |
|----|--|------|
| 1 | 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09.0~A09.9) | V252 |
| 2 | 손 백선(B35.2) | V252 |
| | 발 백선(B35.3) | |
| | 체부 백선(B35.4) | |
| | 와상 백선(B35.5) | |
| | 사타구니 백선증(B35.6) | |
| 3 | 기타 피부사상균증(B35.8) | V252 |
| | 상세불명의 피부사상균증(B35.9) | |
| | 신장 합병증 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.2) | |
| | 눈 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.3) | |
| 3 | 신경학적 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.4) | V252 |
| | 순환기계 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.5) | |
| | 기타 명시된 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.6) | |
| | 다발성 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.7) | |
| | 상세불명의 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병(E11.8) | |
| 3 | 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병(E11.9) | |
| 4 | 지질단백질대사장애 및 기타 지질증(E78.0~E78.9) | V252 |
| 5 | 다래끼 및 콩다래끼(H00.0~H00.1) | V252 |
| 6 | 눈물계통의 장애(H04.0~H04.9) | V252 |
| 7 | 결막염(H10.0~H10.9) | V252 |
| 8 | 노년성 백내장(H25.0~H25.9) | V252 |
| 9 | 굴절 및 조절의 장애(H52.0~H52.7) | V252 |
| 10 | 외이의 연조직염(H60.1) | V252 |
| | 기타 감염성 외이도염(H60.3) | |
| | 비감염성 급성 외이도염(H60.5) | |
| | 기타 외이도염(H60.8) | |
| | 상세불명의 외이도염(H60.9) | |

〈부표 1〉의 계속

| 구분 | 대 상 | 특정기호 |
|----|---|------|
| 11 | 양성 고혈압(I10.0) | V252 |
| | 상세불명의 고혈압(I10.9) | |
| 12 | 급성 비인두염[감기](J00) | V252 |
| 13 | 급성 부비동염(J01.0~J01.9) | V252 |
| 14 | 급성 인두염(J02.0~J02.9) | V252 |
| 15 | 급성 편도염(J03.0~J03.9) | V252 |
| 16 | 급성 후두염 및 기관염(J04.0~J04.2) | V252 |
| 17 | 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염(J06.0~J06.9) | V252 |
| 18 | 상세불명의 급성 기관지염(J20.9) | V252 |
| 19 | 혈관운동성 및 알레르기성 비염(J30.0~J30.4) | V252 |
| 20 | 만성 비인두염(J31.1) | V252 |
| | 만성 인두염(J31.2) | |
| 21 | 만성 부비동염(J32.0~J32.9) | V252 |
| 22 | 천식(J45.0~J45.9) | V252 |
| 23 | 위-식도역류병(K21.0~K21.9) | V252 |
| 24 | 출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양(K25.3) | V252 |
| | 출혈 또는 천공이 없는 만성위궤양(K25.7) | |
| | 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위궤양(K25.9) | |
| 25 | 출혈 또는 천공이 없는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.3) | V252 |
| | 출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.7) | |
| | 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.9) | |
| 26 | 위염 및 십이지장염(K29.0~K29.9) | V252 |
| 27 | 소화불량(K30) | V252 |
| 28 | 알레르기성 또는 식사성의 위장염 및 결장염(K52.2) | V252 |
| | 불확정 결장염(K52.3) | |
| | 기타 명시된 비감염성 위장염 및 결장염(K52.8) | |
| | 상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염(K52.9) | |
| 29 | 자극성 장 증후군(K58.0~K58.9) | V252 |

〈부표 1〉의 계속

| 구분 | 대 상 | 특정기호 |
|----|------------------------------|------|
| 30 | 변비(K59.0) | V252 |
| | 기능성 설사(K59.1) | |
| | 달리 분류되지 않은 신경성 장(K59.2) | |
| | 항문연축(K59.4) | |
| | 기타 명시된 기능성 장장애(K59.8) | |
| | 상세불명의 기능성 장장애(K59.9) | |
| 31 | 달리 분류되지 않은 지방간(K76.0) | V252 |
| | 상세불명의 간질환(K76.9) | |
| 32 | 기타 아토피피부염(L20.8) | V252 |
| | 상세불명의 아토피피부염(L20.9) | |
| 33 | 기타 요인에 의한 알레르기성 접촉피부염(L23.8) | V252 |
| | 상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염(L23.9) | |
| 34 | 두드러기(L50.0~L50.9) | V252 |
| 35 | 기타 관절염(M13.0~M13.9) | V252 |
| 36 | 기타 척추증(M47.8) | V252 |
| | 상세불명의 척추증(M47.9) | |
| 37 | 상세불명의 경추간판장애(M50.9) | V252 |
| 38 | 기타 명시된 추간판변성(M51.3) | V252 |
| | 쉬물결절(M51.4) | |
| | 기타 명시된 추간판 장애(M51.8) | |
| | 상세불명의 추간판 장애(M51.9) | |
| 39 | 기타 등통증(M54.8) | V252 |
| | 상세불명의 등통증(M54.9) | |
| 40 | 석회성 힘줄염(M65.2) | V252 |
| | 방아쇠 손가락(M65.3) | |
| | 기타 윤행막염 및 힘줄윤행막염(M65.8) | |
| | 상세불명의 윤행막염 및 힘줄윤행막염(M65.9) | |
| 41 | 어깨의 유착성 피막염(M75.0) | V252 |
| | 이두근 힘줄염(M75.2) | |
| | 상세불명의 어깨병변(M75.9) | |

〈부표 1〉의 계속

| 구분 | 대 상 | 특정기호 |
|----|--------------------------------------|------|
| 42 | 달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8) | V252 |
| | 상세불명의 골부착부병증(M77.9) | |
| 43 | 근통(M79.1) | V252 |
| | 지방대의 비대(M79.4) | |
| | 사지의 통증(M79.6) | |
| | 기타 명시된 연조직 장애(M79.8) | |
| | 상세불명의 연조직 장애(M79.9) | |
| 44 | 병적골절이 없는 골다공증(M81.0~M81.9) | V252 |
| 45 | 급성 방광염(N30.0) | V252 |
| | 상세불명의 방광염(N30.9) | |
| 46 | 만성전립선염(N41.1) | V252 |
| 47 | 급성 질염(N76.0) | V252 |
| | 급성 외음염(N76.2) | |
| 48 | 폐경기 및 여성의 갱년기 상태(N95.1) | V252 |
| | 폐경기후 위축성 질염(N95.2) | |
| | 상세불명의 폐경기 및 폐경기전후 장애(N95.9) | |
| 49 | 요추의 염좌 및 긴장(S33.5) | V252 |
| | 천골장골관절의 염좌 및 긴장(S33.6) | |
| | 기타 및 상세불명의 요추 및 골반부분의 염좌 및 긴장(S33.7) | |
| 50 | 손가락의 염좌 및 긴장(S63.6) | V252 |
| | 기타 및 상세불명의 손 부분의 염좌 및 긴장(S63.7) | |
| 51 | 기타 및 상세불명의 무릎 부분의 염좌 및 긴장(S83.6) | V252 |
| 52 | 발가락의 염좌 및 긴장(S93.5) | V252 |
| | 기타 및 상세불명의 발 부분의 염좌 및 긴장(S93.6) | |

자료: 보건복지부 보도자료, “52개 경증질환으로 대학병원 진료시 약값 조정 등 의료급여 제도 개선.” 2015.06.26.

〈부표 2〉 병실 추이

(단위: 개)

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병 원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|------|-------|-------|---------|------------|----------|--------|--------|-------|
| 2005 | 입원실 | 소계 | 106,206 | 9,646 | 21,089 | 32,397 | 39,921 | 3,153 |
| | | 상급 | 45,346 | 6,003 | 10,834 | 11,442 | 15,441 | 1,626 |
| | | 일반 | 60,860 | 3,643 | 10,255 | 20,955 | 24,480 | 1,527 |
| | 중환자실 | 소계 | 1,301 | 208 | 453 | 497 | 83 | 60 |
| | | 성인소아 | 1,082 | 161 | 374 | 458 | 45 | 44 |
| | | 신생아 | 140 | 42 | 73 | 13 | 12 | 0 |
| | | 기타 | 79 | 5 | 6 | 26 | 26 | 16 |
| | 격리병실 | 소계 | 780 | 117 | 335 | 294 | 33 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 172 | 120 | 49 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 58 | 15 | 6 | 21 | 16 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 42 | 25 | 10 | 0 | 7 | 0 |
| 응급실 | 소계 | 1,214 | 56 | 267 | 473 | 410 | 8 | |
| 2006 | 입원실 | 소계 | 111,115 | 9,959 | 21,233 | 36,852 | 39,985 | 3,086 |
| | | 상급 | 46,461 | 6,123 | 10,858 | 12,380 | 15,507 | 1,593 |
| | | 일반 | 64,654 | 3,836 | 10,375 | 24,472 | 24,478 | 1,493 |
| | 중환자실 | 소계 | 1,328 | 213 | 459 | 527 | 74 | 55 |
| | | 성인소아 | 1,100 | 165 | 375 | 484 | 36 | 40 |
| | | 신생아 | 139 | 43 | 74 | 15 | 7 | 0 |
| | | 기타 | 89 | 5 | 10 | 28 | 31 | 15 |
| | 격리병실 | 소계 | 839 | 108 | 366 | 321 | 43 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 182 | 134 | 46 | 2 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 40 | 15 | 4 | 2 | 19 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 88 | 29 | 15 | 4 | 40 | 0 |
| 응급실 | 소계 | 1,227 | 58 | 289 | 491 | 381 | 8 | |
| 2007 | 입원실 | 소계 | 117,527 | 9,916 | 21,666 | 43,571 | 39,418 | 2,956 |
| | | 상급 | 47,922 | 6,068 | 11,314 | 13,631 | 15,431 | 1,478 |
| | | 일반 | 69,605 | 3,848 | 10,352 | 29,940 | 23,987 | 1,478 |
| | 중환자실 | 소계 | 1,250 | 218 | 464 | 489 | 43 | 36 |
| | | 성인소아 | 1,104 | 173 | 395 | 463 | 37 | 36 |
| | | 신생아 | 133 | 45 | 69 | 15 | 4 | 0 |
| | | 기타 | 13 | 0 | 0 | 11 | 2 | 0 |

〈부표 2〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병 원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|------|-------|-------|---------|------------|----------|--------|--------|-------|
| | 격리병실 | 소계 | 861 | 106 | 349 | 360 | 45 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 184 | 132 | 49 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 43 | 14 | 8 | 1 | 20 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 149 | 38 | 25 | 16 | 70 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,245 | 63 | 302 | 503 | 367 | 10 |
| 2008 | 입원실 | 소계 | 122,855 | 10,287 | 22,087 | 48,580 | 38,903 | 2,998 |
| | | 상급 | 48,056 | 6,118 | 11,321 | 13,918 | 15,266 | 1,433 |
| | | 일반 | 69,930 | 3,944 | 10,269 | 30,974 | 23,178 | 1,565 |
| | | 정신과폐쇄 | 4,869 | 225 | 497 | 3,688 | 459 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 1,035 | 218 | 420 | 347 | 23 | 27 |
| | | 성인소아 | 915 | 175 | 361 | 332 | 20 | 27 |
| | | 신생아 | 120 | 43 | 59 | 15 | 3 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 867 | 129 | 304 | 382 | 51 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 205 | 151 | 51 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 21 | 13 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 77 | 47 | 30 | 0 | 0 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,192 | 56 | 291 | 499 | 336 | 10 |
| 2009 | 입원실 | 소계 | 127,680 | 10,978 | 22,132 | 52,785 | 38,452 | 3,333 |
| | | 상급 | 49,162 | 6,577 | 11,289 | 14,550 | 15,219 | 1,527 |
| | | 일반 | 72,419 | 4,153 | 10,334 | 33,458 | 22,668 | 1,806 |
| | | 정신과폐쇄 | 6,099 | 248 | 509 | 4,777 | 565 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 975 | 241 | 404 | 283 | 21 | 26 |
| | | 성인소아 | 857 | 194 | 352 | 268 | 17 | 26 |
| | | 신생아 | 118 | 47 | 52 | 15 | 4 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 879 | 155 | 306 | 381 | 36 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 197 | 149 | 45 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 22 | 14 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 98 | 62 | 36 | 0 | 0 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,175 | 54 | 292 | 495 | 323 | 11 |

〈부표 2〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병 원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|------|-------|-------|---------|------------|----------|--------|--------|-------|
| 2010 | 입원실 | 소계 | 134,163 | 10,947 | 22,831 | 58,351 | 38,392 | 3,642 |
| | | 상급 | 50,939 | 6,589 | 11,696 | 15,609 | 15,436 | 1,609 |
| | | 일반 | 76,131 | 4,133 | 10,650 | 37,011 | 22,304 | 2,033 |
| | | 정신과폐쇄 | 7,093 | 225 | 485 | 5,731 | 652 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 945 | 237 | 413 | 258 | 17 | 20 |
| | | 성인소아 | 829 | 189 | 361 | 242 | 17 | 20 |
| | | 신생아 | 116 | 48 | 52 | 16 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 987 | 154 | 323 | 473 | 35 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 208 | 163 | 43 | 2 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 22 | 14 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 127 | 70 | 53 | 0 | 4 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,148 | 54 | 297 | 491 | 295 | 11 |
| 2011 | 입원실 | 소계 | 140,441 | 11,071 | 23,389 | 64,473 | 37,565 | 3,943 |
| | | 상급 | 52,936 | 6,601 | 12,053 | 17,340 | 15,284 | 1,658 |
| | | 일반 | 79,231 | 4,212 | 10,737 | 40,466 | 21,536 | 2,280 |
| | | 정신과폐쇄 | 8,274 | 258 | 599 | 6,667 | 745 | 5 |
| | 중환자실 | 소계 | 924 | 243 | 406 | 247 | 13 | 15 |
| | | 성인소아 | 810 | 195 | 358 | 230 | 12 | 15 |
| | | 신생아 | 114 | 48 | 48 | 17 | 1 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 854 | 129 | 315 | 379 | 30 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 223 | 168 | 52 | 2 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 16 | 11 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 146 | 76 | 65 | 0 | 5 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,144 | 59 | 310 | 482 | 280 | 13 |
| 2012 | 입원실 | 소계 | 145,764 | 11,330 | 23,503 | 69,877 | 36,723 | 4,331 |
| | | 상급 | 54,616 | 6,785 | 12,087 | 18,659 | 15,304 | 1,781 |
| | | 일반 | 82,396 | 4,291 | 10,831 | 43,990 | 20,742 | 2,542 |
| | | 정신과폐쇄 | 8,752 | 254 | 585 | 7,228 | 677 | 8 |
| | 중환자실 | 소계 | 877 | 246 | 405 | 205 | 10 | 11 |
| | | 성인소아 | 764 | 197 | 354 | 192 | 10 | 11 |
| 신생아 | | 113 | 49 | 51 | 13 | 0 | 0 | |

〈부표 2〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병 원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|-------|-------|-------|---------|------------|----------|--------|--------|--------|
| | 격리병실 | 소계 | 827 | 133 | 316 | 361 | 16 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 215 | 168 | 46 | 0 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 14 | 9 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| | 방사성실 | 소계 | 157 | 88 | 65 | 0 | 4 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,119 | 58 | 314 | 468 | 263 | 16 |
| 2013 | 입원실 | 소계 | 150,718 | 11,266 | 23,899 | 75,243 | 35,739 | 4,571 |
| | | 상급 | 55,840 | 6,682 | 12,143 | 20,025 | 15,123 | 1,867 |
| | | 일반 | 85,898 | 4,340 | 11,192 | 47,696 | 19,971 | 2,699 |
| | | 정신과폐쇄 | 8,980 | 244 | 564 | 7,522 | 645 | 5 |
| | 중환자실 | 소계 | 887 | 259 | 426 | 184 | 8 | 10 |
| | | 성인소아 | 765 | 203 | 372 | 172 | 8 | 10 |
| | | 신생아 | 122 | 56 | 54 | 12 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 844 | 133 | 325 | 372 | 13 | 1 |
| | 무균치료실 | 소계 | 221 | 170 | 50 | 0 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 14 | 9 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 170 | 91 | 71 | 4 | 4 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 1,089 | 63 | 321 | 444 | 245 | 16 |
| | 2014 | 입원실 | 소계 | 156,103 | 11,594 | 24,529 | 80,322 | 34,546 |
| 상급 | | | 53,524 | 5,985 | 10,302 | 20,291 | 15,071 | 1,875 |
| 일반 | | | 92,905 | 5,346 | 13,565 | 51,918 | 18,839 | 3,237 |
| 정신과폐쇄 | | | 9,674 | 263 | 662 | 8,113 | 636 | 0 |
| 중환자실 | | 소계 | 838 | 272 | 436 | 116 | 7 | 7 |
| | | 성인소아 | 720 | 216 | 382 | 108 | 7 | 7 |
| | | 신생아 | 118 | 56 | 54 | 8 | 0 | 0 |
| 격리병실 | | 소계 | 971 | 163 | 438 | 358 | 11 | 1 |
| 무균치료실 | | 소계 | 213 | 175 | 38 | 0 | 0 | 0 |
| 강내치료실 | | 소계 | 14 | 9 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | | 소계 | 180 | 96 | 76 | 4 | 4 | 0 |
| 응급실 | | 소계 | 1,061 | 69 | 331 | 419 | 228 | 14 |

주: 기타 - 치과병원, 치과의원, 조산원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 한방병원, 한의원
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

〈부표 3〉 병상 추이

(단위: 개)

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|------|-------|-------|---------|------------|--------|---------|--------|--------|
| 2005 | 입원실 | 소계 | 376,364 | 34,335 | 81,362 | 151,819 | 97,883 | 10,965 |
| | | 상급 | 80,681 | 11,851 | 21,685 | 22,336 | 21,343 | 3,466 |
| | | 일반 | 295,683 | 22,484 | 59,677 | 129,483 | 76,540 | 7,499 |
| | 중환자실 | 소계 | 12,723 | 2,856 | 5,695 | 3,720 | 165 | 287 |
| | | 성인소아 | 10,697 | 2,179 | 4,766 | 3,454 | 97 | 201 |
| | | 신생아 | 1,599 | 636 | 879 | 65 | 19 | 0 |
| | | 기타 | 427 | 41 | 50 | 201 | 49 | 86 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,807 | 251 | 843 | 649 | 62 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 294 | 198 | 90 | 6 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 114 | 15 | 18 | 62 | 19 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 50 | 26 | 10 | 0 | 14 | 0 |
| 응급실 | 소계 | 9,700 | 1,531 | 4,162 | 3,283 | 698 | 26 | |
| 2006 | 입원실 | 소계 | 405,592 | 35,539 | 82,577 | 176,912 | 99,724 | 10,840 |
| | | 상급 | 83,282 | 12,073 | 21,879 | 24,447 | 21,453 | 3,430 |
| | | 일반 | 322,310 | 23,466 | 60,698 | 152,465 | 78,271 | 7,410 |
| | 중환자실 | 소계 | 13,295 | 2,877 | 5,729 | 4,265 | 168 | 256 |
| | | 성인소아 | 11,223 | 2,225 | 4,804 | 3,936 | 87 | 171 |
| | | 신생아 | 1,544 | 611 | 844 | 79 | 10 | 0 |
| | | 기타 | 528 | 41 | 81 | 250 | 71 | 85 |
| | 격리병실 | 소계 | 2,003 | 268 | 944 | 686 | 103 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 304 | 224 | 78 | 2 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 57 | 15 | 14 | 2 | 26 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 110 | 29 | 15 | 5 | 61 | 0 |
| 응급실 | 소계 | 9,780 | 1,531 | 4,200 | 3,378 | 645 | 26 | |
| 2007 | 입원실 | 소계 | 442,650 | 35,180 | 82,961 | 214,292 | 99,719 | 10,498 |
| | | 상급 | 86,705 | 12,038 | 22,706 | 27,294 | 21,536 | 3,131 |
| | | 일반 | 355,945 | 23,142 | 60,255 | 186,998 | 78,183 | 7,367 |
| | 중환자실 | 소계 | 12,633 | 2,768 | 5,487 | 4,132 | 97 | 149 |
| | | 성인소아 | 11,180 | 2,215 | 4,821 | 3,907 | 88 | 149 |
| | | 신생아 | 1,297 | 553 | 666 | 73 | 5 | 0 |
| | | 기타 | 156 | 0 | 0 | 152 | 4 | 0 |

〈부표 3〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | | 계 | 상급 종합병원 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 기타 |
|-------|-------|-------|---------|------------|--------|---------|---------|--------|
| | 격리병실 | 소계 | 1,951 | 267 | 889 | 687 | 106 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 308 | 224 | 81 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 60 | 14 | 18 | 1 | 27 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 174 | 39 | 25 | 17 | 93 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 9,857 | 1,547 | 4,291 | 3,414 | 578 | 27 |
| 2008 | 입원실 | 소계 | 472,297 | 36,168 | 85,376 | 240,919 | 99,108 | 10,726 |
| | | 상급 | 86,710 | 11,894 | 22,755 | 27,627 | 21,351 | 3,083 |
| | | 일반 | 353,713 | 23,359 | 59,332 | 188,241 | 75,138 | 7,643 |
| | | 정신과폐쇄 | 31,874 | 915 | 3,289 | 25,051 | 2,619 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,920 | 2,813 | 5,113 | 2,831 | 61 | 102 |
| | | 성인소아 | 9,649 | 2,236 | 4,530 | 2,723 | 58 | 102 |
| | | 신생아 | 1,271 | 577 | 583 | 108 | 3 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,858 | 292 | 725 | 730 | 109 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 337 | 251 | 83 | 3 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 22 | 13 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | 방사성실 | 소계 | 84 | 49 | 35 | 0 | 0 | 0 |
| | 응급실 | 소계 | 9,827 | 1,489 | 4,374 | 3,383 | 553 | 28 |
| | 2009 | 입원실 | 소계 | 495,701 | 37,868 | 85,354 | 262,805 | 97,892 |
| 상급 | | | 88,772 | 12,573 | 22,784 | 28,860 | 21,358 | 3,197 |
| 일반 | | | 367,235 | 24,317 | 59,488 | 201,419 | 73,426 | 8,585 |
| 정신과폐쇄 | | | 39,694 | 978 | 3,082 | 32,526 | 3,108 | 0 |
| 중환자실 | | 소계 | 10,446 | 3,119 | 5,043 | 2,135 | 51 | 98 |
| | | 성인소아 | 9,151 | 2,430 | 4,531 | 2,052 | 40 | 98 |
| | | 신생아 | 1,295 | 689 | 512 | 83 | 11 | 0 |
| 격리병실 | | 소계 | 1,899 | 377 | 743 | 705 | 72 | 2 |
| 무균치료실 | | 소계 | 327 | 244 | 80 | 3 | 0 | 0 |
| 강내치료실 | | 소계 | 23 | 14 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | | 소계 | 103 | 62 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| 응급실 | | 소계 | 9,886 | 1,602 | 4,371 | 3,317 | 567 | 29 |

〈부표 3〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | 계 | 상급 종합병원 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 기타 | |
|------|-------|-------|------------|--------|--------|---------|--------|--------|
| 2010 | 입원실 | 소계 | 528,288 | 37,788 | 87,703 | 292,070 | 97,709 | 13,018 |
| | | 상급 | 92,568 | 12,715 | 23,579 | 31,130 | 21,728 | 3,416 |
| | | 일반 | 389,299 | 24,149 | 61,189 | 222,076 | 72,283 | 9,602 |
| | | 정신과폐쇄 | 46,421 | 924 | 2,935 | 38,864 | 3,698 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,547 | 3,187 | 5,247 | 1,981 | 40 | 92 |
| | | 성인소아 | 9,199 | 2,467 | 4,712 | 1,888 | 40 | 92 |
| | | 신생아 | 1,348 | 720 | 535 | 93 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 2,037 | 365 | 749 | 846 | 74 | 3 |
| | 무균치료실 | 소계 | 333 | 256 | 75 | 2 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 23 | 14 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | 소계 | 133 | 71 | 58 | 0 | 4 | 0 | |
| 응급실 | 소계 | 9,942 | 1,606 | 4,442 | 3,372 | 493 | 29 | |
| 2011 | 입원실 | 소계 | 560,796 | 38,381 | 89,090 | 323,514 | 95,603 | 14,208 |
| | | 상급 | 96,461 | 12,785 | 24,037 | 34,549 | 21,555 | 3,535 |
| | | 일반 | 411,297 | 24,575 | 61,506 | 244,538 | 70,023 | 10,655 |
| | | 정신과폐쇄 | 53,038 | 1,021 | 3,547 | 44,427 | 4,025 | 18 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,587 | 3,284 | 5,264 | 1,915 | 63 | 61 |
| | | 성인소아 | 9,188 | 2,524 | 4,750 | 1,820 | 33 | 61 |
| | | 신생아 | 1,399 | 760 | 514 | 95 | 30 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,841 | 343 | 691 | 754 | 51 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 342 | 262 | 77 | 2 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 17 | 11 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | 소계 | 149 | 78 | 65 | 0 | 6 | 0 | |
| 응급실 | 소계 | 9,863 | 1,599 | 4,448 | 3,311 | 446 | 59 | |
| 2012 | 입원실 | 소계 | 589,167 | 38,728 | 89,847 | 352,201 | 92,624 | 15,767 |
| | | 상급 | 99,947 | 12,987 | 24,460 | 37,201 | 21,540 | 3,759 |
| | | 일반 | 432,381 | 24,747 | 61,917 | 266,366 | 67,371 | 11,980 |
| | | 정신과폐쇄 | 56,839 | 994 | 3,470 | 48,634 | 3,713 | 28 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,309 | 3,340 | 5,292 | 1,605 | 26 | 46 |
| | | 성인소아 | 8,905 | 2,541 | 4,740 | 1,552 | 26 | 46 |
| | | 신생아 | 1,404 | 799 | 552 | 53 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,782 | 351 | 669 | 728 | 32 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 330 | 268 | 61 | 0 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 15 | 9 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| 방사성실 | 소계 | 164 | 92 | 68 | 0 | 4 | 0 | |
| 응급실 | 소계 | 9,837 | 1,575 | 4,547 | 3,207 | 416 | 92 | |

〈부표 3〉의 계속

| 시점 | 병원시설 | 계 | 상급 종합병원 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 기타 | |
|------|-------|-------|------------|--------|--------|---------|--------|--------|
| 2013 | 입원실 | 소계 | 617,532 | 38,779 | 91,355 | 381,038 | 89,588 | 16,772 |
| | | 상급 | 102,830 | 12,875 | 24,348 | 40,374 | 21,227 | 4,006 |
| | | 일반 | 456,515 | 24,945 | 63,560 | 290,399 | 64,866 | 12,745 |
| | | 정신과폐쇄 | 58,187 | 959 | 3,447 | 50,265 | 3,495 | 21 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,423 | 3,469 | 5,411 | 1,482 | 19 | 42 |
| | | 성인소아 | 8,861 | 2,532 | 4,836 | 1,432 | 19 | 42 |
| | | 신생아 | 1,562 | 937 | 575 | 50 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,815 | 355 | 672 | 757 | 29 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 344 | 277 | 66 | 0 | 1 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 15 | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | 소계 | 178 | 95 | 74 | 5 | 4 | 0 | |
| 응급실 | 소계 | 9,752 | 1,553 | 4,667 | 3,042 | 388 | 102 | |
| 2014 | 입원실 | 소계 | 647,643 | 40,024 | 93,811 | 408,460 | 86,666 | 18,682 |
| | | 상급 | 87,591 | 9,667 | 16,107 | 37,071 | 21,058 | 3,688 |
| | | 일반 | 496,728 | 29,377 | 73,696 | 316,663 | 61,998 | 14,994 |
| | | 정신과폐쇄 | 63,324 | 980 | 4,008 | 54,726 | 3,610 | 0 |
| | 중환자실 | 소계 | 10,165 | 3,571 | 5,536 | 1,024 | 10 | 24 |
| | | 성인소아 | 8,511 | 2,603 | 4,894 | 980 | 10 | 24 |
| | | 신생아 | 1,654 | 968 | 642 | 44 | 0 | 0 |
| | 격리병실 | 소계 | 1,949 | 383 | 771 | 781 | 12 | 2 |
| | 무균치료실 | 소계 | 342 | 286 | 56 | 0 | 0 | 0 |
| | 강내치료실 | 소계 | 15 | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 방사성실 | 소계 | 183 | 99 | 76 | 4 | 4 | 0 | |
| 응급실 | 소계 | 9,720 | 1,592 | 4,871 | 2,783 | 369 | 105 | |

주: 기타 - 치과병원, 치과의원, 조산원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 한방병원, 한의원
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

〈부표 4〉 의료 인력 현황

(단위: 명)

| 시점 | 구분 | | 의료기관 | 약국 | 계 |
|------|------|-----|---------|--------|---------|
| 2005 | 계 | 소계 | 99,034 | 27,679 | 126,713 |
| | 의사 | 소계 | 65,534 | 0 | 65,534 |
| | | 일반의 | 4,989 | 0 | 4,989 |
| | | 전문의 | 48,554 | 0 | 48,554 |
| | 치과의사 | 소계 | 17,771 | 0 | 17,771 |
| | 한의사 | 소계 | 12,808 | 0 | 12,808 |
| | | 일반의 | 11,741 | 0 | 11,741 |
| | | 전문의 | 542 | 0 | 542 |
| | 약사 | 소계 | 2,921 | 27,679 | 30,600 |
| 2006 | 계 | 소계 | 103,184 | 28,234 | 131,418 |
| | 의사 | 소계 | 68,143 | 0 | 68,143 |
| | | 일반의 | 4,925 | 0 | 4,925 |
| | | 전문의 | 50,959 | 0 | 50,959 |
| | 치과의사 | 소계 | 18,515 | 0 | 18,515 |
| | 한의사 | 소계 | 13,523 | 0 | 13,523 |
| | | 일반의 | 12,177 | 0 | 12,177 |
| | | 전문의 | 742 | 0 | 742 |
| | 약사 | 소계 | 3,003 | 28,234 | 31,237 |
| 2007 | 계 | 소계 | 106,722 | 28,099 | 134,821 |
| | 의사 | 소계 | 70,355 | 0 | 70,355 |
| | | 일반의 | 4,972 | 0 | 4,972 |
| | | 전문의 | 53,206 | 0 | 53,206 |
| | 치과의사 | 소계 | 19,092 | 0 | 19,092 |
| | 한의사 | 소계 | 14,109 | 0 | 14,109 |
| | | 일반의 | 12,590 | 0 | 12,590 |
| | | 전문의 | 953 | 0 | 953 |
| | 약사 | 소계 | 3,166 | 28,099 | 31,265 |
| 2008 | 계 | 소계 | 113,602 | 28,316 | 141,918 |
| | 의사 | 소계 | 75,714 | 0 | 75,714 |
| | | 일반의 | 5,187 | 0 | 5,187 |
| | | 전문의 | 56,505 | 0 | 56,505 |
| | 치과의사 | 소계 | 19,751 | 0 | 19,751 |
| | 한의사 | 소계 | 14,818 | 0 | 14,818 |
| | | 일반의 | 13,089 | 0 | 13,089 |
| | | 전문의 | 1,126 | 0 | 1,126 |
| | 약사 | 소계 | 3,319 | 28,316 | 31,635 |

〈부표 4〉의 계속

| 시점 | 구분 | | 의료기관 | 약국 | 계 |
|------|------|-----|---------|---------|---------|
| 2009 | 계 | 소계 | 118,683 | 28,398 | 147,081 |
| | 의사 | 소계 | 79,046 | 0 | 79,046 |
| | | 일반의 | 5,565 | 0 | 5,565 |
| | | 전문의 | 59,142 | 0 | 59,142 |
| | 치과의사 | 소계 | 20,415 | 0 | 20,415 |
| | 한의사 | 소계 | 15,626 | 0 | 15,626 |
| | | 일반의 | 13,711 | 0 | 13,711 |
| | | 전문의 | 1,259 | 0 | 1,259 |
| | 약사 | 소계 | 3,596 | 28,398 | 31,994 |
| | 2010 | 계 | 소계 | 239,040 | 28,412 |
| 의사 | | 소계 | 82,137 | 0 | 82,137 |
| | | 일반의 | 5,695 | 0 | 5,695 |
| | | 전문의 | 61,846 | 0 | 61,846 |
| 치과의사 | | 소계 | 20,936 | 0 | 20,936 |
| 한의사 | | 소계 | 16,156 | 0 | 16,156 |
| | | 일반의 | 14,178 | 0 | 14,178 |
| | | 전문의 | 1,376 | 0 | 1,376 |
| 약사 | | 소계 | 3,740 | 28,412 | 32,152 |
| 간호사 | | 소계 | 116,071 | 0 | 116,071 |
| 2011 | 계 | 소계 | 245,849 | 29,345 | 275,194 |
| | 의사 | 소계 | 84,544 | 0 | 84,544 |
| | | 일반의 | 5,646 | 0 | 5,646 |
| | | 전문의 | 64,461 | 0 | 64,461 |
| | 치과의사 | 소계 | 21,410 | 0 | 21,410 |
| | 한의사 | 소계 | 16,826 | 0 | 16,826 |
| | | 일반의 | 14,649 | 0 | 14,649 |
| | | 전문의 | 1,527 | 0 | 1,527 |
| | 약사 | 소계 | 4,298 | 29,345 | 33,643 |
| | 간호사 | 소계 | 118,771 | 0 | 118,771 |

〈부표 4〉의 계속

| 시점 | 구분 | | 의료기관 | 약국 | 계 |
|------|------|-----|---------|--------|---------|
| 2012 | 계 | 소계 | 250,914 | 28,139 | 279,053 |
| | 의사 | 소계 | 86,761 | 0 | 86,761 |
| | | 일반의 | 4,934 | 0 | 4,934 |
| | | 전문의 | 67,574 | 0 | 67,574 |
| | 치과의사 | 소계 | 21,888 | 0 | 21,888 |
| | 한의사 | 소계 | 17,353 | 0 | 17,353 |
| | | 일반의 | 15,120 | 0 | 15,120 |
| | | 전문의 | 1,591 | 0 | 1,591 |
| | 약사 | 소계 | 4,421 | 28,139 | 32,560 |
| | 간호사 | 소계 | 120,491 | 0 | 120,491 |
| 2013 | 계 | 소계 | 270,627 | 28,049 | 298,676 |
| | 의사 | 소계 | 90,710 | 0 | 90,710 |
| | | 일반의 | 4,899 | 0 | 4,899 |
| | | 전문의 | 70,609 | 0 | 70,609 |
| | 치과의사 | 소계 | 22,482 | 0 | 22,482 |
| | 한의사 | 소계 | 17,564 | 0 | 17,564 |
| | | 일반의 | 15,614 | 0 | 15,614 |
| | | 전문의 | 1,950 | 0 | 1,950 |
| | 약사 | 소계 | 4,488 | 28,049 | 32,537 |
| | 간호사 | 소계 | 134,748 | 0 | 134,748 |
| 2014 | 계 | 소계 | 296,413 | 28,088 | 314,501 |
| | 의사 | 소계 | 92,927 | 0 | 92,927 |
| | | 일반의 | 4,854 | 0 | 4,854 |
| | | 전문의 | 73,110 | 0 | 73,110 |
| | 치과의사 | 소계 | 22,952 | 0 | 22,952 |
| | 한의사 | 소계 | 18,206 | 0 | 18,206 |
| | | 일반의 | 16,108 | 0 | 16,108 |
| | | 전문의 | 2,098 | 0 | 2,098 |
| | 약사 | 소계 | 4,557 | 28,088 | 32,645 |
| | 간호사 | 소계 | 147,210 | 0 | 147,210 |

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계』, 각 연도

〈부표 5〉 의료패널 기초통계량 2(2011, 전체)

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 민간보험 가입 여부 | 0.73 (0.44) | 1.00 (0.00) | 0.65 (0.48) |
| 정액형 | 0.66 (0.48) | 0.66 (0.47) | 0.65 (0.48) |
| 실손형 | 0.23 (0.42) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 외래방문횟수 | 13.10 (20.21) | 11.33 (15.37) | 13.64 (21.45) |
| 외래비용 | 275,958.30 (648,647.00) | 273,461.30 (634,390.70) | 276,724.40 (652,982.20) |
| 입원횟수 | 0.14 (0.63) | 0.13 (0.70) | 0.15 (0.61) |
| 입원비용 | 123,227.20 (981,951.80) | 105,693.80 (701,945.60) | 128,607.30 (1,053,013.00) |
| 입원일수 | 1.68 (11.73) | 1.20 (7.68) | 1.83 (12.71) |
| 연령 | 38.36 (20.42) | 30.67 (17.42) | 40.73 (20.69) |
| 연령제곱 | 1,888.84 (1,688.95) | 1,243.87 (1,130.99) | 2,086.74 (1,780.08) |
| 가구주 | 0.32 (0.47) | 0.26 (0.44) | 0.34 (0.47) |
| 가구주배우자 | 0.25 (0.44) | 0.26 (0.44) | 0.25 (0.43) |
| 가구주자녀 및 자녀의배우자 | 0.39 (0.49) | 0.47 (0.50) | 0.36 (0.48) |
| 가구주손자녀 | 0.01 (0.12) | 0.01 (0.09) | 0.02 (0.12) |
| 가구주기타가족 | 0.68 (0.47) | 0.74 (0.44) | 0.66 (0.47) |
| 혼인 및 사실혼 | 0.52 (0.50) | 0.49 (0.50) | 0.53 (0.50) |
| 이혼 및 별거 | 0.02 (0.15) | 0.02 (0.13) | 0.03 (0.16) |
| 사별 | 0.05 (0.22) | 0.01 (0.11) | 0.06 (0.24) |

〈부표 5〉의 계속

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 미혼 | 0.41 (0.49) | 0.48 (0.50) | 0.38 (0.49) |
| 초졸미만 | 0.16 (0.36) | 0.21 (0.40) | 0.14 (0.35) |
| 초졸 | 0.13 (0.34) | 0.07 (0.26) | 0.15 (0.36) |
| 중졸 | 0.12 (0.32) | 0.09 (0.29) | 0.13 (0.33) |
| 고졸 | 0.33 (0.47) | 0.33 (0.47) | 0.33 (0.47) |
| 대졸이상 | 0.27 (0.44) | 0.29 (0.46) | 0.26 (0.44) |
| 장애인 | 0.05 (0.22) | 0.01 (0.11) | 0.06 (0.24) |
| 경제활동 유무 | 0.48 (0.50) | 0.47 (0.50) | 0.48 (0.50) |
| 만성질환 여부 | 0.49 (0.50) | 0.41 (0.49) | 0.51 (0.50) |
| 응급이용 여부 | 0.07 (0.26) | 0.08 (0.28) | 0.07 (0.26) |
| 여성 | 0.50 (0.50) | 0.51 (0.50) | 0.49 (0.50) |
| 출산 여부(전체남녀대상) | 0.01 (0.09) | 0.01 (0.12) | 0.01 (0.09) |
| 출산 여부(여성대상) | 0.02 (0.13) | 0.03 (0.16) | 0.01 (0.12) |
| 가구소득 | 4,367.00 (2,708.40) | 4,860.38 (2,515.67) | 4,215.61 (2,747.24) |
| 의료지출비용 1 | 437,940.50 (1,245,819.00) | 408,611.80 (1,023,642.00) | 446,943.80 (1,306,370.00) |
| 의료지출비용 2 | 449,482.80 (1,273,913.00) | 414,787.80 (1,033,999.00) | 460,133.50 (1,338,822.00) |
| n | 17030 | 3765 | 13265 |

주: 1. ()는 표준오차임

2. 65세 이상

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

〈부표 6〉 기초통계량 2(2011, 65세 이상)

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 민간보험 가입 여부 | 0.30 (0.46) | 1.00 (0.00) | 0.27 (0.44) |
| 정책형 | 0.27 (0.45) | 0.41 (0.49) | 0.27 (0.44) |
| 실손형 | 0.04 (0.19) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 외래방문횟수 | 33.22 (36.04) | 25.87 (26.31) | 33.51 (36.34) |
| 외래비용 | 466,242.80 (779,272.10) | 456,538.00 (826,382.00) | 466,621.00 (777,541.40) |
| 입원횟수 | 0.39 (1.05) | 0.35 (0.80) | 0.40 (1.05) |
| 입원비용 | 351,333.90 (1,246,642.00) | 420,641.40 (1,392,334.00) | 348,633.50 (1,240,834.00) |
| 입원일수 | 5.39 (21.42) | 3.56 (9.66) | 5.47 (21.75) |
| 연령 | 72.86 (5.92) | 69.38 (4.00) | 72.99 (5.94) |
| 연령제곱 | 5,343.27 (897.33) | 4,828.92 (571.32) | 5,363.31 (901.81) |
| 가구주 | 0.58 (0.49) | 0.61 (0.49) | 0.58 (0.49) |
| 가구주배우자 | 0.28 (0.45) | 0.35 (0.48) | 0.28 (0.45) |
| 가구주자녀 및 자녀의 배우자 | 0.00 (0.02) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.02) |
| 가구주손자녀 | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 가구주기타가족 | 0.42 (0.49) | 0.39 (0.49) | 0.42 (0.49) |
| 혼인 및 사실혼 | 0.67 (0.47) | 0.79 (0.41) | 0.66 (0.47) |
| 이혼 및 별거 | 0.02 (0.15) | 0.03 (0.16) | 0.02 (0.15) |
| 사별 | 0.31 (0.46) | 0.18 (0.39) | 0.31 (0.46) |

〈부표 6〉의 계속

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|---------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 미혼 | 0.00 (0.05) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.05) |
| 초졸미만 | 0.25 (0.43) | 0.13 (0.34) | 0.26 (0.44) |
| 초졸 | 0.38 (0.49) | 0.36 (0.48) | 0.38 (0.49) |
| 중졸 | 0.14 (0.35) | 0.15 (0.36) | 0.14 (0.35) |
| 고졸 | 0.16 (0.37) | 0.21 (0.41) | 0.16 (0.37) |
| 대졸이상 | 0.07 (0.25) | 0.15 (0.36) | 0.06 (0.24) |
| 장애인 | 0.17 (0.37) | 0.08 (0.28) | 0.17 (0.38) |
| 경제활동 유무 | 0.32 (0.47) | 0.39 (0.49) | 0.32 (0.47) |
| 만성질환 여부 | 0.94 (0.24) | 0.88 (0.32) | 0.94 (0.24) |
| 응급이용 여부 | 0.13 (0.33) | 0.13 (0.34) | 0.13 (0.33) |
| 여성 | 0.58 (0.49) | 0.56 (0.50) | 0.59 (0.49) |
| 출산 여부(전체남녀대상) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 출산 여부(여성대상) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 가구소득 | 2,256.43 (2,135.23) | 2,575.44 (1,983.88) | 2,244.00 (2,140.30) |
| 의료지출비용 1 | 918,379.80 (1,547,828.00) | 1,018,831.00 (1,852,995.00) | 914,459.00 (1,534,972.00) |
| 의료지출비용 2 | 961,937.10 (1,626,314.00) | 1,071,619.00 (1,955,058.00) | 957,656.00 (1,612,416.00) |
| n | 2967 | 103 | 2864 |

주: 1. ()는 표준오차임

2. 65세 이상

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

〈부표 7〉 기초통계량 2(2011, 65세 미만)

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 민간보험 가입 여부 | 0.79 (0.40) | 1.00 (0.00) | 0.72 (0.45) |
| 정책형 | 0.71 (0.46) | 0.67 (0.47) | 0.72 (0.45) |
| 실손형 | 0.26 (0.44) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 외래방문횟수 | 10.36 (15.00) | 11.05 (14.94) | 10.12 (15.02) |
| 외래비용 | 250,123.00 (624,389.60) | 269,897.90 (629,647.40) | 243,117.50 (622,396.20) |
| 입원횟수 | 0.11 (0.54) | 0.13 (0.70) | 0.10 (0.47) |
| 입원비용 | 92,256.68 (936,047.30) | 99,563.52 (680,423.30) | 89,668.17 (1,011,237.00) |
| 입원일수 | 1.18 (9.58) | 1.15 (7.63) | 1.18 (10.18) |
| 연령 | 33.68 (16.89) | 29.92 (16.71) | 35.02 (16.76) |
| 연령제곱 | 1,419.82 (1,135.92) | 1,174.09 (1,021.10) | 1,506.87 (1,161.55) |
| 가구주 | 0.29 (0.45) | 0.26 (0.44) | 0.30 (0.46) |
| 가구주배우자 | 0.25 (0.43) | 0.25 (0.44) | 0.25 (0.43) |
| 가구주자녀 및 자녀의 배우자 | 0.44 (0.50) | 0.48 (0.50) | 0.42 (0.49) |
| 가구주손자녀 | 0.02 (0.12) | 0.01 (0.09) | 0.02 (0.13) |
| 가구주기타가족 | 0.71 (0.45) | 0.74 (0.44) | 0.70 (0.46) |
| 혼인 및 사실혼 | 0.50 (0.50) | 0.48 (0.50) | 0.51 (0.50) |
| 이혼 및 별거 | 0.02 (0.15) | 0.02 (0.13) | 0.03 (0.16) |

〈부표 7〉의 계속

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 사별 | 0,01 (0,12) | 0,01 (0,09) | 0,02 (0,13) |
| 미혼 | 0,46 (0,50) | 0,49 (0,50) | 0,45 (0,50) |
| 초졸미만 | 0,14 (0,35) | 0,21 (0,41) | 0,12 (0,33) |
| 초졸 | 0,10 (0,30) | 0,07 (0,25) | 0,11 (0,31) |
| 중졸 | 0,12 (0,32) | 0,09 (0,29) | 0,12 (0,33) |
| 고졸 | 0,35 (0,48) | 0,34 (0,47) | 0,35 (0,48) |
| 대졸 이상 | 0,29 (0,45) | 0,30 (0,46) | 0,29 (0,45) |
| 장애인 | 0,03 (0,18) | 0,01 (0,10) | 0,04 (0,20) |
| 경제활동 유무 | 0,50 (0,50) | 0,47 (0,50) | 0,51 (0,50) |
| 만성질환 여부 | 0,43 (0,49) | 0,40 (0,49) | 0,44 (0,50) |
| 응급이용 여부 | 0,07 (0,25) | 0,08 (0,28) | 0,06 (0,24) |
| 여성 | 0,49 (0,50) | 0,51 (0,50) | 0,48 (0,50) |
| 출산 여부(전체남녀대상) | 0,01 (0,10) | 0,01 (0,12) | 0,01 (0,09) |
| 출산 여부(여성대상) | 0,02 (0,14) | 0,03 (0,16) | 0,02 (0,13) |
| 가구소득 | 4,653,56 (2,650,60) | 4,904,85 (2,504,46) | 4,564,54 (2,694,98) |
| 의료지출비용 1 | 372,812,70 (1,184,174,00) | 396,734,30 (997,323,80) | 364,336,70 (1,243,596,00) |
| 의료지출비용 2 | 380,015,10 (1,201,665,00) | 402,003,00 (1,003,849,00) | 372,224,30 (1,264,304,00) |
| n | 14063 | 3662 | 10401 |

주: 1. ()는 표준오차임

2. 65세 미만

자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

〈부표 8〉 기초통계량 2(2011, 20세 이상 65세 미만)

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|-------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 민간보험 가입 여부 | 0.79 (0.41) | 1.00 (0.00) | 0.72 (0.45) |
| 정액형 | 0.72 (0.45) | 0.72 (0.45) | 0.72 (0.45) |
| 실손형 | 0.24 (0.42) | 1.00 (0.00) | 0.00 (0.00) |
| 외래방문횟수 | 9.84 (15.33) | 9.51 (14.07) | 9.94 (15.69) |
| 외래비용 | 269,396.70 (658,822.40) | 301,249.00 (683,188.20) | 259,558.70 (650,844.30) |
| 입원횟수 | 0.12 (0.59) | 0.15 (0.81) | 0.11 (0.51) |
| 입원비용 | 108,308.80 (1,043,617.00) | 126,495.70 (796,823.90) | 102,691.60 (1,108,780.00) |
| 입원일수 | 1.40 (10.95) | 1.40 (9.06) | 1.40 (11.47) |
| 연령 | 41.24 (11.95) | 39.45 (10.84) | 41.79 (12.22) |
| 연령제곱 | 1,843.71 (999.60) | 1,674.04 (873.80) | 1,896.12 (1,029.79) |
| 가구주 | 0.38 (0.49) | 0.38 (0.49) | 0.38 (0.49) |
| 가구주배우자 | 0.33 (0.47) | 0.38 (0.48) | 0.32 (0.47) |
| 가구주자녀 및 자녀의배우자 | 0.27 (0.44) | 0.24 (0.43) | 0.28 (0.45) |
| 가구주손자녀 | 0.00 (0.06) | 0.00 (0.00) | 0.01 (0.07) |
| 가구주기타가족 | 0.62 (0.49) | 0.62 (0.49) | 0.62 (0.49) |
| 혼인 및 사실혼 | 0.67 (0.47) | 0.71 (0.45) | 0.65 (0.48) |
| 이혼 및 별거 | 0.03 (0.18) | 0.02 (0.16) | 0.03 (0.18) |
| 사별 | 0.02 (0.14) | 0.01 (0.11) | 0.02 (0.14) |

〈부표 8〉의 계속

| 변수 | 전체 | 실손형 가입 | 실손형 미가입 |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 미혼 | 0.28 (0.45) | 0.25 (0.43) | 0.29 (0.45) |
| 초졸미만 | 0.01 (0.10) | 0.00 (0.05) | 0.01 (0.11) |
| 초졸 | 0.07 (0.26) | 0.03 (0.18) | 0.08 (0.27) |
| 중졸 | 0.09 (0.28) | 0.06 (0.23) | 0.10 (0.30) |
| 고졸 | 0.44 (0.50) | 0.47 (0.50) | 0.43 (0.50) |
| 대졸이상 | 0.39 (0.49) | 0.44 (0.50) | 0.37 (0.48) |
| 장애인 | 0.04 (0.20) | 0.01 (0.12) | 0.05 (0.22) |
| 경제활동 유무 | 0.67 (0.47) | 0.69 (0.46) | 0.66 (0.47) |
| 만성질환 여부 | 0.47 (0.50) | 0.44 (0.50) | 0.48 (0.50) |
| 응급이용 여부 | 0.06 (0.23) | 0.07 (0.26) | 0.05 (0.23) |
| 여성 | 0.49 (0.50) | 0.53 (0.50) | 0.48 (0.50) |
| 출산 여부(전체남녀대상) | 0.01 (0.12) | 0.02 (0.14) | 0.01 (0.11) |
| 출산 여부(여성대상) | 0.03 (0.16) | 0.04 (0.19) | 0.02 (0.15) |
| 가구소득 | 4,668.59 (2,720.50) | 5,013.93 (2,612.53) | 4,561.93 (2,744.40) |
| 의료지출비용 1 | 412,349.00 (1,284,556.00) | 457,739.50 (1,127,346.00) | 398,327.90 (1,329,121.00) |
| 의료지출비용 2 | 420,568.60 (1,305,080.00) | 463,458.80 (1,134,591.00) | 407,319.80 (1,353,203.00) |
| n | 10019 | 2296 | 7723 |

주: 1. ()는 표준오차임
 2. 20세 이상 65세 미만
 자료: 한국의료패널조사 자료를 분석함

건강보험 재정과 효율화방안에 관한 연구

최 성 은

건강보험 진료비 지출은 2000년대 이후 급속히 증가하여 2014년에는 약 50조원에 달하고 있다. 건강보험 진료비 지출의 급속한 증가는 인구 고령화의 가속화로 인한 노인 의료비 증가, 병상 수 및 의료인력의 증가 등 의료 서비스 공급 측면의 증가 및 소득 및 의료기술의 발달, 공급 측면의 증가에 따른 의료서비스 이용량의 증가에 기인한다고 볼 수 있다. 최근 정부의 장기재정전망에서는 건강보험 급여비 지출이 2060년에는 현재보다 약 8%p 증가하는 것으로 전망하고 있다. 건강보험 진료비 부담의 증가는 국민 건강증진에 도움을 주는 측면도 있겠으나, 불필요한 의료서비스 이용과 관련된 과도한 서비스 이용, 특히 경증질환의 과다 서비스 이용에 있어서는 그 편익에 비해 비용의 측면이 클 수도 있다. 본 연구는 불필요한 의료서비스 이용과 관련한 도덕적 해이가 발생하는 수요 측면과 민간보험에 초점을 맞추어, 본인부담금과 민간보험이 의료서비스 과다 이용을 발생시키는지에 대한 분석을 수행하였다. 본 연구의 실증분석에서는 본인부담금의 증가는 개인의 의료서비스 이용행태, 특히 경증질환의 의료서비스 이용행태에 영향을 미칠 수 있음을 보이고 있다. 의료서비스 이용의 가격탄력성은 전체 의료서비스 보다는 외래서비스 이용의 경우 탄력적으로 추정되었고, 외래서비스 이용에서도 경증질환의 외래서비스 이용이 보다 본인부담금의 변화에 탄력적으로 반응하는 것을 볼 수 있었다. 소득계층별로는 고소득층보다는 저소득층에서

본인부담금에 대한 의료이용 행태의 변화가 더 두드러지게 나타나고 있어, 본인부담금 정책은 저소득층의 의료 이용행태에 더 많은 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있다. 이러한 결과는 경증질환에 대한 본인부담금 정책을 강화한다고 하더라도, 저소득층에 대한 세심한 배려가 필요함을 시사하고 있다. 민간의료보험의 경우는 보완형 민간의료보험이 과도한 의료서비스 이용을 초래하고 궁극적으로는 의료비 지출을 증가시킬 가능성이 있음을 염두에 두고, 민간의료보험정책의 방향을 점검하는 것이 필요하다. 민간의료보험은 공적 건강보험이 보장하지 못하는 비급여 항목을 보충하는 형태로 재구도가 필요하며, 향후 실손형 의료보험에 대한 정책방향은 새로이 정립할 필요가 있다. 적어도 경증질환에 대해서는 건강보험의 보장영역과 겹치는 부분에 대해서는 민간의료보험의 보장에 대한 제도개선도 필요하다. 공적의료보험의 본인부담금을 일부 보장하는 실손형 민간의료보험의 확대는 신중하게 이루어져야 한다.

A Study on the Efficiency of National Health Expenditure

Seng Eun, Choi

National health insurance expenditure rapidly increased since 2000, reaching 5 trillion won in 2014. The rapid increases in health expenditure rises from rapid aging population, increases in health service utilization, increases in hospital beds and service providers, and increases in health insurance coverage. Health expenditure is expected to rise further. According to the recent government's long-term forecasting on the national health insurance expenditure, health expenditure per GDP would increase by 8%p by 2060. Increases in health expenditure put financial burdens, but at the same time, it may promote national health, enhancing quality of human capital. Nevertheless, moral hazard in service utilization, especially for non-critical diseases, needs to be watched out, since the cost utilization may excel the benefit for such service utilization. This study focuses on demand side moral hazard in service utilization, examining the effect of cost-sharing on the service utilization and the effect of private health insurance on the service utilization. The empirical models in this study shows that the increases in cost-sharing do affect individual choice of service utilization, especially for the service utilization of non-critical diseases. The estimated price elasticity of service utilization is larger for outpatient service than

total health service utilization, and larger for outpatient service of non-critical diseases. The effect is larger for the lower income group than higher income group, suggesting that the lower income people is more keen to cost-sharing. The effect of private health insurance is positively correlated to both hospital visits and expenditures. The results of this study suggests that policy on cost-sharing needs to be delicately amended to reduce non-necessary hospital utilization, especially for non-critical diseases. In addition, policies on private health insurance needs to be redirected to promoting supplementary private health insurance which offers coverage for that national health insurance does not offer coverage.

■ 저자약력

최 성 은

서울대학교 농과대학 졸업
미국 Syracuse University 경제학 박사
현, 한국조세재정연구원 연구위원

자료 수집 및 정리

김규현 한국조세재정연구원 연구원
장광남 한국조세재정연구원 연구원

연구보고서 15-15

건강보험 재정과 효율화방안에 관한 연구

| | | |
|---------|---|--------------------------|
| 발행 | 행 | 2015년 12월 31일 |
| 저자 | 자 | 최성은 |
| 발행인 | 인 | 박형수 |
| 발행처 | 처 | 한국조세재정연구원 |
| 주소 | 소 | 30147 세종특별자치시 한누리대로 1924 |
| 전화 | 화 | (044)414-2114(代) |
| 홈페이지 | 지 | www.kipf.re.kr |
| 등록 | 록 | 1993. 7. 15. 제2014-24호 |
| 정가 | 가 | 6,000원 |
| 조판 및 인쇄 | 쇄 | 고려씨엔피 (02)2277-1508/9 |
| I S B N | | 978-89-8191-801-9 93320 |

© 한국조세재정연구원 2015

* 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.