

國民醫療費增加와 그抑制策

目次	I. 主要國家의 醫療費 增加趨勢
	II. 우리나라의 醫療費 增加趨勢
	III. 醫療費 增加要因의 理論的 分析
	IV. 醫療費 增加의 要因別 寄與度
	V. 醫療費 增加의 抑制方案

I. 主要國家의 醫療費 增加趨勢

오늘날 世界 各國은 經濟成長率을 上廻하는 醫療費 增加率로 인해 많은 고민들을 하고 있다. 醫療費 支出의 急速한 增加는 醫療産業의 伸張을 뜻하는 것으로써 經濟分野에 있어서 成長은 매우 바람직스러운 것으로 받아 들여지는 것이 一般的인 現象임에도 불구하고 醫療産業의 持續的인 成長 記錄에 대해서는 이를 「問題」로 간주하는 點에 留意해야 할 것이다. 醫療産業이 아닌 分野의 産業이 醫療産業에서 처럼 經濟成長率을 증가하는 伸張率을 記錄하여 國民總生産에 대한 占有率이 每年 높아진다면 이는 매우 바람직한 發展으로 看做했을 것이나 醫療産業만은 그렇지 못한 것이다. 즉 醫療産業의 놀라운 伸張은 그만큼 엄청난 醫療費支出을 惹起시키고 특히 醫療費上昇은 급속히 發展해온 醫療科學技術과 診療費支拂方法間의 相互作用에 의해 惹起되었다는 點에서 問題가 있는 것이다.¹⁾ 우리가 비록 높은 水準의 醫療서비스를 받아 어떤 便益을 얻는 다해도 그 보다는 費用이 훨씬 높다는데 問題가 있는 것이다.²⁾ 특히 醫療費支出의 增加와 死亡率(=保健水準의 指標로 代用)과는 큰 關係가 없음이 많은 學者에 의해 指摘

* 韓國人口保健研究院 首席研究員

- 1) H. J. Aaron and W. B. Schwartz, "Hospital Cost Control : A Bitter Pill to Swallow", *Havard Business Review*, March-April 1985, pp.160~167.
- 2) *Ibid.*
- 3) B. Abel-Smith, "Economic Efficiency in Health Care Delivery", *International Social Security Review*, 2/83, pp.165~179.
J. C. Goodman, *National Health Care in Great Britain : Lessons for the USA*, A Fisher Institute Publication, 1980, p.45 등에서 指摘.

Table 1. Percent Changes in U.S. Age-Specific Mortality Rates Resulting From A 10 Percent Increase in Several Variables

死亡率 變化에 影響을 주는 要因別 彈力度

	10% Increase In :			
	Income	Education	Cigarette Consumption	Per capita Health Expeuditure
% Change in Mortality	+2.0	-2.2	+1.0	-0.65

Source : R. Auster, I. Leveson, and D. Sarachek, "The Production of Health : An Exploratory Study", in victor Fuchs, ed., *Essays in the Economics of Health and Medical Care* (New York : National Bureau of Economic Research-Columbia University Press, 1972), Table 8. 3, p.145.

Table 2. Annual Percentage Increase in Consumer Price Index (CPI), Wage Index (WI), Health Care Expeuditure, Gross National Product (GNP), and Population 1960~76

消費者物價, 賃金, 醫療費, 國民總生產 및 人口의 年平均 增加率 比較

Country	Unit : %									
	CPI		WI		Health Care Expeuditure		GNP		Population	
	1960 ~76	1969 ~76	1960 ~76	1969 ~76	1960 ~76	1969 ~76	1960 ~76	1969 ~76	1960 ~76	1969 ~76
Australia	5.62	9.87	9.03	13.74	14.15	20.46	11.18	15.37	1.78	1.54
United Kingdom	7.63	13.77	10.60	15.72	13.00	18.15	10.42	15.00	0.41	0.17
Finland	7.72	10.90	11.90	16.48	16.58	18.92	12.81	15.79	0.41	0.34
United States	4.21	6.52	5.34	7.11	10.86	12.64	7.92	8.99	1.10	0.86
Netherland	5.80	7.94	10.57	12.46	17.35	18.37	11.33	12.73	1.14	0.97
Sweden	6.21	7.82	10.20	11.59	14.42	14.63	9.71	10.98	0.58	0.45
France	5.89	8.51	11.12	15.08	14.84	16.53	11.30	12.43	0.92	0.72
West Germany	3.81	5.78	8.90	10.53	14.45	17.74	9.15	11.00	0.73	0.50
Canada	4.46	6.76	7.67	10.95	12.18	14.29	10.58	13.25	1.61	1.37

Source : J. G. Simanis and J. R. Coleman, "Health Care Expeuditures in Nine Industrialized countries, 1960~76", *Social Security Bulletin*, Vol.43, No.1, January 1980, p.6.

되고 있으며,³⁾ 「오스터」(R. Auster) 등은 1人當 保健醫療費支出을 10퍼센트 增加시킬경우 死亡率은 불과 0.65퍼센트 밖에 減少하지 않는다는 實證의인 分析을 表1에서와 같이 提示하면서 醫療費支出의 過度한 增加現象을 憂慮하고 있다.

Table 3. Health Care Expenditures as Percent of Gross National Product 1960~80

主要國家의 GNP 對比 醫療費比率

Country	1960 ¹⁾	1970 ¹⁾	1975 ¹⁾	1980 ²⁾
Australia	5.0	5.6	7.0	-
United Kingdom	3.8	4.5	5.6	5.8
Finland	4.2	5.9	6.8	-
United States	5.3	7.2	8.4	9.4
Netherland	4.4 ¹⁹⁶²⁾	6.3	8.6	-
Sweden	3.5	7.5	8.7	9.7
France	5.0	6.6	8.1	8.9
West Germany	4.4	6.1	9.7	9.6
Canada	5.6	7.1	7.1	7.4
Japan ³⁾	2.5	3.3	4.3	5.0
Korea ⁴⁾	-	2.7	3.2	4.6

Source : 1) J. G. Simanis and J. R. Coleman, op. cit.

2) R. J. Maxwell, *Health and Wealth ; An International Study of Health Care. Financing*, Lexington: 1981.

3) The Ministry of Economic Planning, Japan.

4) C. K. Park, *Health Care Finance and Health Insurance in Korea*, KDI, 1979.

C. K. Park, "Health Insurance and National Economy", *Medical Insurance*, Federation of Korean Medical Insurance Societies, July 1982, pp.18~22.

이와같이 國民保健水準의 向上과는 큰 相關性이 없는 醫療費 支出의 增加가 오늘날 世界 各國이 當面하고 있는 問題點으로 各國의 醫療費 增加趨勢를 보면 다음 表2와 같다. 英國, 美國등을 위시한 9個先進國의 경우를 보면 國民醫療費支出의 增加率이 消費者物價나 賃金의 上昇率을 능가하고 있으며 經濟成長率을 또한 능가하고 있다. 특히 國民醫療費의 支出이 1960年代에 비해 1970年代에 들어와서 더욱 급격하게 昂騰하고 있음을 볼 수 있다.

上記와 같은 醫療費支出의 급속한 上昇率은 결국 國民總生産에서 차지하는 醫療費의 比重을 每年 增大시키는 結果를 招來하고 있어 世界 各國이 增加하는 醫療費를 어떻게 効果의으로 抑制할 것인가를 苦心하도록 하고 있다. 즉 表3을 통해서 主要國家들의 國民醫療費가 國民總生産에서 차지하는 比重을 살펴보면 各國이 1960년에는 4~5퍼센트 水準에 머물던 것이 1970년에는 6~7퍼센트 水準으로 그리고 1980년에는 거의 9퍼센트

水準으로 國民醫療費의 比重이 높아지고 있다. 이러한 現象은 醫療서비스의 生産과 消費를 增大시켜 他部門의 희생을 強要하게 하는 것으로써 國民經濟 全體的인 立場에서 볼 때 資源活用上의 問題를 惹起시킨다고 하겠다.

II. 우리나라의 醫療費 增加趨勢

醫療費支出의 增加問題는 우리나라의 경우에 있어서도 例外는 아니라 하겠다. 즉 表 4에서 1966年에서 1984年까지 消費者物價, 家計醫療費 그리고 家計所得의 年平均 增加率을 期間別로 分析해 보면 醫療費가 消費者物價나 家計所得에 비해 훨씬 빠른 速度로 增加해 왔음을 볼 수 있다. 특히 이러한 趨勢는 1975年 以後에 더욱 급격하게 이루어 졌음을 볼 수 있다. 즉 1975~84年間에 消費者物價는 年平均 13.2퍼센트, 家計所得은 都市勤勞者가 23.0퍼센트, 農村家口가 22.8퍼센트 增加한데 反해 家計醫療費는 都市에서 年平均 26.2퍼센트, 農村에서 28.4퍼센트 各各 增加했으며, 注目할 만한 事實은 農村에서의 家計醫療費 增加率이 都市地域을 앞지르고 있는 点이다.

이처럼 빠른 速度의 家計醫療費 增加는 國民總生産에서 차지하는 醫療費의 比重을 毎年 높이도록 하고 있다. 前述한 表3에서 우리나라의 國民醫療費가 國民總生産에서 차지하는 比重을 보면 1970年에는 2.7퍼센트에 지나지 않던 것이 1975年에는 3.2퍼센트로 1980年에는 4.6퍼센트로 急激히 늘어나고 있어 만약 이러한 醫療費 增加趨勢를 向後에도 持續한다면 우리나라는 西紀 2000年이 되기 以前에 國民醫療費가 國民總生産

Table 4. Annual Percentage Increase in Consumer Price Index (CPI), Household Health Expenditures and household Income 1966~84

消費者物價, 家計醫療 및 家計所得의 年平均增加率 比率

Period	CPI	Household Health Expenditures		Household Income	
		Urban	Rural	Urban	Rural
1966~70	12.4	30.0	17.4	24.0	18.4
1970~75	15.3	23.2	27.1	17.7	27.8
1975~80	17.2	34.1	32.9	30.1	25.3
1980~84	8.3	16.9	23.0	14.7	19.8
1966~75	14.0	26.2	22.7	20.4	23.6
1975~84	13.2	26.2	28.4	23.7	22.8

Source : Economic Planning Board, *Social Indicators in Korea*, 1985.

Table 5. Annual Percentage Increase in Medical Care Expenditures in Medical Insurance : 1981~85

年平均 醫療保險 診療費 增加率

(Unit : %)

Items	Industrial Establishment		Gov't Employee and School Teachers'		Regional
	Medical	Insurance	Medical	Insurance	Medical Insurance
Total Expenditures	18.54		20.07		41.05
Utilization Rate	8.21		9.18		11.72
Expenditure per case	9.55		9.97		26.25
Medical Fee	3.60		3.60		3.60
Visit days per case	—		—		9.19
Service amount per visit	5.74		6.15		11.60

Note : Assume that number of the covered person by insurance is fixed.

에서 차지하는 比重이 10퍼센트 線을 突破할 것으로 보인다. 우리나라에서 醫療費의 增加가 最近으로 올수록 급속해지는 理由中의 하나는 1977년에 導入된 醫療保險에 影響을 받은 바가 크기 때문에 醫療保險에서의 診療費增加現象을 分析함으로써 醫療費 增加趨勢의 다른 한 面을 살펴 보기로 한다.

表5에서 1981~85年間の 醫療保險 種類別로 診療費의 年平均 增加率을 살펴보면 地域醫療保險(6個 示範地域平均)이 年平均 41.1퍼센트로 가장 급속한 增加率을 記錄하고 있으며, 다음으로 公教醫療保險이 年平均 20.1퍼센트, 그리고 職場醫療保險이 年平均 18.5퍼센트의 增加率을 記錄하여 表4의 家計醫療費 增加率보다도 保險加入者들의 醫療費支出 增加率이 더욱 높음을 알 수 있다. 특히 1981~85年 期間中 消費者物價가 年平均 3.9퍼센트, 그리고 醫療保險酬價가 年平均 3.6퍼센트 밖에 上昇되지 않았음에도 불구하고 醫療保險 診療費가 20퍼센트를 훨씬 上廻하는 速度로 增加하고 있음은 全國民 醫療保險化를 目前에 두고 醫療保險擴大를 沮害하는 큰 要因이 된다고 하겠다. 특히 保險種類別로 보아 地域醫療保險이 年平均 41.1퍼센트라는 놀라운 增加率을 기록하고 있음을 볼 때 우리나라도 先進諸國과 같이 醫療費 抑制에 관한 어렵고도 힘든 論爭을 시작해야 할 時點에 왔다고 하겠다.

Ⅲ. 醫療費增加의 理論的 分析

1. 理論的 分析模型

保健經濟學者들은 一般的으로 經濟學의 正統的인 인플레이션 理論에 立脚하여 費用引上 인플레이션 (cost-push inflation)과 超過需要 인플레이션 (demand-pull inflation) 理論에 따라 醫療費 上昇要因을 分析하고 있다.⁴⁾

먼저 費用引上 인플레이션 理論은 病院의 生産性を 上廻하는 醫療人力の 賃金引上이 醫療費를 上昇케 하는 主要因이라는 說이다. 특히 醫療産業은 他産業에 비해서 勞動集約的이기 때문에 賃金引上이 醫療費上昇을 主導한다는 것이다. 그런데 醫療産業의 勞動生産性を 他産業과 比較하면 相對的으로 낮아 從事人力の 賃金도 他産業에 비해 적었지만 賃金の 屬性이 生産性的의 向上없이도 他産業을 따라잡으려는데 있으며 (wage catching-up hypothesis) 이러한 現象이 實際 醫療産業에서 일어나게 되어 生産성을 上廻하는 賃金引上으로 인해 醫療費 인플레이션이 發生케 되었다는 것이다.⁵⁾ 이러한 生産性的의 向上없이 賃金水準만 他産業을 따라갈려는 現象 (catching-up phenomenon)을 「마틴·펠트스타인」은 1957年에서 1972年間의 美國勞動廳 資料로서 實證 分析하였다⁶⁾. 1957年에는 醫療産業從事人力の 賃금이 他産業에 비해 約 20퍼센트以上이 적었으나, 1964年 傾에 이르러서는 거의 비슷한 水準이거나 오히려 醫療産業이 높은 分野도 있었음을 밝혔다. 그 以後에도 醫療産業의 從事者들의 賃金引上率은 他分野보다 빨라서 이것이 醫療費 인플레이션을 낳게 했다는 것이다. 「혹스」도 「펠트스타인」과 같은 觀點에서 實證的인 分析을 하여 1954年에는 醫療産業의 從事人力 賃금이 他産業에 비해 낮았으나 1960年代에 他産業의 賃金を 따라잡기(catching-up) 시작하여 1969年에는 他産業과 거의 같은 水準에 이르게 되었음을 立證시키고 있다.⁷⁾ 그러나 賃金引上내지는 賃金따라잡기(wage catching-up)理論은 몇가지 脆弱性を 지니고 있다. 그 첫째는 賃金隔차가

4) P. J. Feldstein, *Health Care Economics*, John Wiley and Sons, 1979, pp.207~216.

알란 L. 솔킨(유승흠 역), 의료경제학, 흥성사, 1985, p.32.

5) P. J. Feldstein, *op. cit.* p.207.

6) M. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care*, Washington : Information Resources Press, 1971, Chapter 5.

7) V. Fuchs, "The Earnings of Allied Health Personnel—Are Health Workers Underpaid", *Explorations in Economic Research*, Vol.3, Summer 1976, pp.408~431.

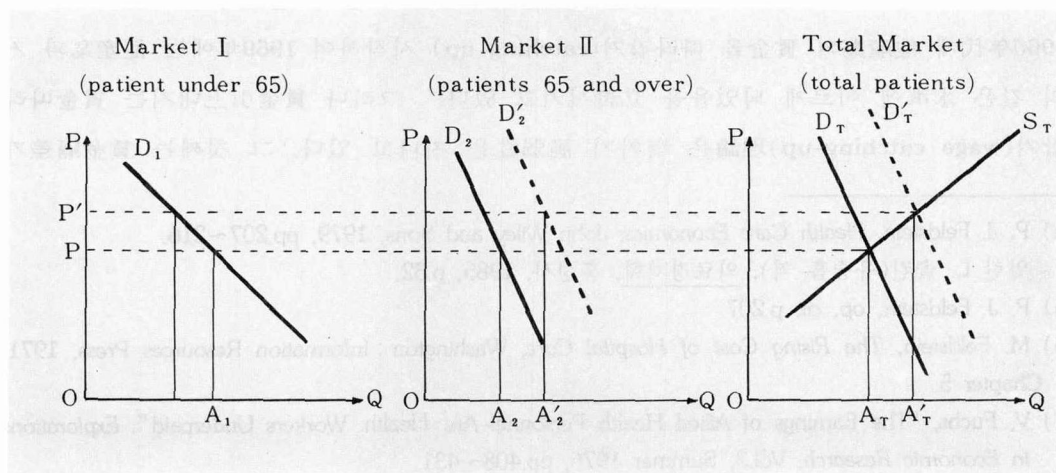
初期에 왜 發生했는지 그리고 賃金を 他産業水準으로 따라잡은 以後에도 어떻게 해서 계속 增加했는지에 대한 說明이 없다는 點이며, 둘째는 診療時에 單位當 人的 및 物的 資源投入 이 늘어나서 醫療費가 增加한 點에 대한 說明이 없다는 點이다. 이點에 대해서는 需要構造의 變化에서 그 原因을 찾으며, 이러한 需要構造의 變化를 發生시킨 原因의 하나로 人口의 老齡化를 들기도 한다. 그리고 세번째의 脆弱點은 醫療技術의 急速的인 發展에 기인한 醫療費 引上에 대한 說明이 어렵다는 點이다. 따라서 費用側面에서 醫療費上昇要因을 把握하기 위해서는 賃金引上要因 以外에 人口構造變化에 따른 單位當 資源投入量의 增加, 새로운 醫學技術의 導入에 따른 醫療費引上도 包括하도록 해야 한다는 것이다.

超過需要 인플레이션(demand-pull inflation)理論은 기존 價格下에서 어떤 財貨나 서비스의 需要가 供給보다 많을 때에 發生하는 것으로서 醫療서비스에 있어서도 醫療保險의 擴大나 零細民에 대한 醫療서비스 擴充을 위한 政府支援등과 같은 第3者 支拂方法에 기인하여 醫療需要가 서비스의 供給보다 急速하게 擴大될 때 發生되는 것으로 分析하고 있다. 第3者支拂方法의 擴大로 인한 需要增加가 醫療費 인플레이션을 招來시킨다는데 관하여는 2가지의 다른 理論이 介在한다. 먼저 첫째 理論은 「라프티」나 「마틴·펠트스타인」과 같은 學者에 의해 提示된 理論이다.

먼저 「라프티」가 美國의 「메디케어」制度를 對象으로 하여 超過需要 인플레이션 現象

Figure 1. The Effects of Medicare on Price Increase

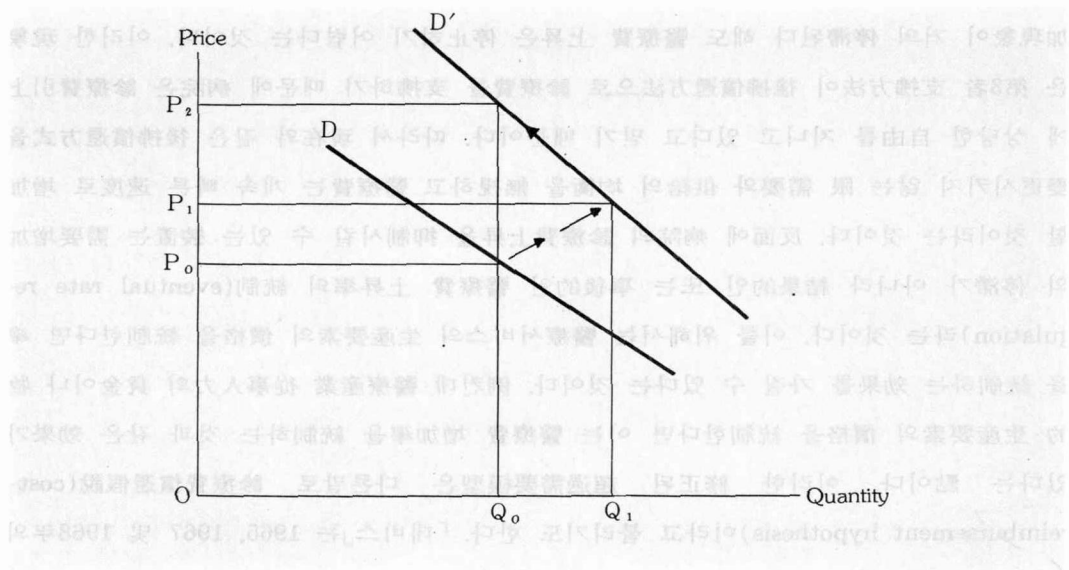
「메디케어」制度가 酬價引上에 미친 效果



을 분석한 理論模型은 圖1과 같다.⁸⁾ 圖1에서 「라프티」는 醫療市場을 2個로 區分하여 「메디케어」의 혜택을 받는 사람들의 醫療市場(market II)과 그렇지 않은 사람들의 醫療市場(market I)에 있어서 需要曲線을 分離하여 提示하면서 「메디케어」制度가 受要者の 需要曲線을 移動(shift)시켜 이것이 全體市場(total market)에서의 需要曲線을 移動시킴으로써 醫療費가 上昇하는 過程을 說明하고 있다. 즉 「메디케어」制度의 導入으로 인해 Market II에서 需要曲線이 D_2 에서 D_2' 로 移動하며 이것이 全體醫療市場의 需要曲線 D_1' 로 移動케 하여 醫療費는 P 에서 P' 로 上昇되며 「메디케어」를 받지않는 階層에게는 醫療利用量도 A_1 에서 A_1' 로 減少시키는 逆效果를 나타낸다는 것이다. 이러한 現象을 「라프티」는 995個 病院을 對象으로 하여 「메디케어」가 導入되기 前 18個月과 導入된 以後의 18個月間의 醫療利用量分析을 土台로 하여 實證的인 檢證을 하였다. 「펠트스타인」도 類似한 研究을 한 바 그의 理論的 模型은 圖2에 나타나 있다.⁹⁾ 「펠트스타인」도 類似한 研究을 한 바 그의 理論的 模型은 圖2에 나타나 있다.⁹⁾ 「펠트스타인」도 類似한 研究을 한 바 그의 理論的 模型은 圖2에 나타나 있다.⁹⁾

Figure 2. A Demand-Pull Model of Hospital Cost Inflation

超過需要「인플레이션」模型



- 8) J. Raftery, "Enfranchisement and Rationing Effects of Medicare on Discretionary Hospital Use", *Health Services Research*, Vol.10, No.1, Spring 1975, pp.51~62.
- 9) M. Feldstein, "Quality Change and the Demand for Hospital Care", *Econometrica*, Vol.45, No.7, October 1977, pp.1681~1701.

인」은 圖2에서 醫療保險의 擴大가 需要者の 需要曲線을 D에서 D'로 移動시키게 하며 初期에는 醫療保險이 주어진 施設을 초과운영하는 등의 調整을 하여 公供給이 늘어나기 때문에 醫療費는 P_0 에서 P_1 으로 上昇하지만 醫療施設의 增加가 이루어지지 않는다면 供給調整이 持續하기 어려워져, 價格은 P_2 로 되어 需要增加가 醫療費 인플레이션의 要因이 됨을 說明하고 이를 實證的 分析을 통해 檢證을 하였다. 以上の 두가지 超過需要 인플레이션 理論은 「메디케어」制度가 導入된 直後나 醫療保險制度가 擴大되는 初期段階의 醫療費上昇要因을 說明하는데는 잘 適用이 되지만 오늘날의 美國에서와 같이 「메디케어」나 醫療保險이 거의 全國民에게 適用되고 있어 새로운 需要創出에 의한 超過需要가 거의 發生치 않고 있음에도 불구하고 醫療費 인플레이션이 繼續적으로 일어나고 있는 現象에 대해서는 충분한 說明力이 되지 못하고 있는 點이 指摘되고 있다.

上記와 같은 批判에 대해 超過需要 인플레이션의 修正된 理論이 提示되고 있다. 修正된 理論도 基本的으로는 超過需要理論의 模型위에서 출발하고 있으나 醫療서비스의 價格上昇이나 費用增加가 반드시 需要와 供給의 均衡點을 따라서 움직이지는 않는다는 것이다. 특히 第三者支拂方法이 거의 모든 國民을 受容하고 있는 경우에 있어서 需要增加現象이 거의 停滯된다 해도 醫療費 上昇은 停止하기 어렵다는 것이다. 이러한 現象은 第三者 支拂方法이 後拂償還方法으로 診療費를 支拂하기 때문에 病院은 診療費引上에 상당한 自由를 지니고 있다고 믿기 때문이다. 따라서 現在와 같은 後拂償還方式을 變更시키지 않는 限 需要와 供給의 均衡을 無視하고 醫療費는 계속 빠른 速度로 增加할 것이라는 것이다. 反面에 病院의 診療費上昇을 抑制시킬 수 있는 裝置는 需要增加의 停滯가 아니라 結果의인 또는 事後的인 醫療費 上昇率의 統制(eventual rate regulation)라는 것이다. 이를 위해서는 醫療서비스의 生産要素의 價格을 統制한다면 率을 統制하는 效果를 가질 수 있다는 것이다. 例컨데 醫療産業 從事人力의 賃金이나 物的 生産要素의 價格을 統制한다면 이는 醫療費 增加率을 統制하는 것과 같은 效果가 있다는 點이다. 이러한 修正된 超過需要模型은 다른말로 診療費償還假說(cost-reimbursement hypothesis)이라고 불리기도 한다. 「데비스」는 1965, 1967 및 1968年の 美國 各州의 入院當 平均 費用資料를 使用하여 診療費償還假說을 檢證코자 實證的인 研究를 試圖했으나 診療費償還制度가 다른 支拂方法에 비해 인플레이션을 誘發하는 정도가 크다는 것을 立證시키지 못했다.¹⁰⁾ 비록 診療費償還假說이 實證적으로 立證되는

10) K. Davis, "Theories of Hospital Inflation : Some Empirical Evidence", *Journal of Human Resources*, Vol.8, Spring 1973, pp.181~201.

데는 脆弱點이 있지만 「메디케어」制度가 導入된 以後 美國의 病院들이 經營收支를 改善하고 있다는 點에서¹¹⁾ 診療費償還制度가 醫療費上昇에 多少 寄與하고 있으며 특히 第3者支拂方式이 普遍화된 以後의 醫療費 上昇이 그치지 않는데 대한 說明要因의 하나가 될 수 있겠다.

2. 인플레이션 理論의 應用

醫療産業이 갖는 特性을 勘案하여 앞에서 提示한 正統的 인플레이션 理論을 應用한 國民醫療費의 增加要因에 대한 分析이 學者들에 따라 여러가지 角度에서 이루어지고 있는 바 本稿에서는 重要的 몇가지 理論만을 紹介키로 한다.¹²⁾

먼저 「아벨·스미스」가 指摘한 醫療費의 增加要因을 보면 다음과 같다.

첫째, 醫療保險 適用人口의 擴大와 함께 保險給與水準의 擴大

둘째, 老人人口比重의 增加와 같은 人口構造의 變化

셋째, 醫療人의 利益集團化 趨勢와 男女間의 平等給與에 기인하는 醫療産業 從事人力의 相對的인 높은 報酬

네째, 高價醫療裝備를 使用토록 하는 새로운 醫學技術의 導入

다섯째, 醫師人力의 增加에 기인하는 過多서비스의 提供

여섯째, 病床數의 增設이나 新規 病院建立에 따른 供給側面의 限界要因 除去

일곱째, 患者當 더 많은 醫療資源을 使用해도 좋을 財政的인 誘因등으로 나누어서 說明하면서 費用引上 인플레이션理論과 超過需要 인플레이션을 包括하여 그 原因을 보다 詳細히 分析하고 있다.

「깁슨」등에 의한 醫療費 上昇要因의 分析은 「아벨·스미스」와는 약간의 差異가 있는 것으로써 費用引上이나 超過需要理論에 追加하여 經濟發展論的인 視角에서의 醫療費 上昇이나 消費習性の 變化에 따른 醫療費 上昇問題까지 分析範圍에 넣었다. 「깁슨」의 分析은 다음과 같다.¹³⁾

11) P. J. Feldstein and S. Waldman, "Financial Position of Hospitals in the Early Medicare Period", *Social Security Bulletin*, Vol.31, October 1968, pp.18~23.

12) B. Abel-Smith, "Cost Containment in 12 European Countries", *World Health Statistics*, Vol.37, No.4, WHO, 1984, pp.351~363.

13) R. M. Gibson, D. R. Waldo and K. R. Levit, "National Health Expenditures, 1982", *Health Care Financing Review*, Vol.5, No.1, 1983, pp.1~31.

첫째, 경제가成熟됨에 따라 一般的으로 國民들이 서비스産業(旅行, 外食, 醫療서비스 등)에 대한 消費欲求가 늘어나는 경향이 있다.

둘째, 「보몰」과 같은 學者의 經濟成長理論에 따른다면 生産性이 낮은 産業이 다른 産業에 비해 더욱 빠른 價格 인플레이션을 겪게 되며¹⁴⁾, 醫療産業은 勞動集約的 産業이 되어 醫療技術의 發展에도 불구하고 他産業에 비해 낮은 生産性を 記錄하고 있다.

세째, 醫療技術의 發達로 인해 治療가 보다 깊이있고 範圍가 擴大됨에 따라 1人當 醫療서비스의 消費가 增加하고 있다.

네째, 人口老齡化와 같은 人口構造의 變化가 醫療費支出을 增加 시키고 있다.

다섯째, 醫療保險의 擴大나 醫療서비스 利用에 대한 政府協調의 擴大에 따른 醫療費 認識의 弱化등을 들고 있다.

「아론」등이 分析한 醫療費 上昇要因은 다음과 같다.¹⁵⁾

첫째, 醫療保險이나 醫療保護의 擴大에 따른 醫療費 認識의 弱化, 특히 醫療保險料에 대한 所得稅 賦課對象에서의 控除나 特殊人口層에 대한 醫療費 解決을 위한 公共프로그램의 開發등으로 患者나 醫療供給者가 共히 費用認識이 鈍感해져 醫療費의 昂騰을 부채질 하는 點

둘째, 醫學의 發達로 인한 施術節次의 複雜化로 醫療費를 上昇시킬 素地를 發生시켰으며, 醫療費支拂方法이 施術點數制(fee-for-services)로 되어 있어 서비스 提供量이 過多해 지는 點등을 들고 있으며 특히 「아론」등은 醫療保障制度下의 施術點數制와 醫學技術間의 相互作用으로 醫療費가 增加한다는 側面을 重視하고 있다.

「엔토벤」은 다른 學者들에 비해 보다 具體的으로 醫療費 增加原因을 다음과 같이 分析提示하고 있다.¹⁶⁾

첫째, 醫療保險의 適用人口擴大와 保險給與水準의 擴大에 따른 需要者の 費用認識의 弱化에 기인하는 超過需要에서 原因을 찾고 있다. 특히 「엔토벤」은 「필트스타인」과 「테일러」가 實證分析한 病院醫療費에 대한 費用分析을 土台로 醫療保險이 需要者の 費用負擔을 減少시킨 點을 實例로 提示하고 있다. 즉 表6에서 1950年과 1975年の 病院

14) W. J. Baumol, "Macroeconomics of Unbalanced Growth", *American Economic Review*, Vol.57, No.3, June 1967, pp.415~426.

15) H. J. Aaron and W. B. Schwartz, op. cit.

16) A. C. Enthoven, *Health Plan : The Only Practical Solution To The Soaring Cost of Medical Care*, Addison-Wesley Publishing Co., 1981, pp.16~32.

Table 6. Insurance and the Net Cost of Hospital Care

醫療保險이 病院醫療費用에 미친 效果

Cost	1950	1975
Average Cost per Patient Day in Current Dollars	\$ 15.62	\$ 151.33
Average Cost per Patient Day in 1967 Dollars	21.66	94.00
Percent Paid by consumers	49.6%	11.9%
Net Cost per Patient Day in 1967 Dollars	\$ 10.75	\$ 11.19

Source : M. S. Feldstein and A. Taylor, *The Rapid Rise of Hospital Costs*, Staff Report, Washington D.C. : Council on Wage and Price Stability, January 1977.

費用을 比較하면 入院 1日當費用이 1967年價格으로 1950年에 21.66달러이던 것이 1975년에는 94.00달러로 4.33倍 增加한데 반해 患者가 支拂한 純費用은 10.75달러에서 11.19달러로 불과 1.04倍의 增加에 그치고 있어 이것이 超過需要를 發生시켜 醫療費 増加를 誘發한다는 것이다.

둘째, 使用者나 被傭者가 支拂하는 醫療保險料 만큼을 課稅對象에서 除外시키는 租稅政策이 醫療保險의 適用人口를 擴大시키고, 保險給與水準을 높히는데 寄與한다는 點이다.

세째, 施術點數制(fee-for-services)라는 診療行爲別 酬價制가 醫療供給者로 하여금 過剩서비스를 提供할 誘因을 준다는 點이다. 施術點數制下에서 醫師는 患者에게는 無視할만큼 작은 利益(a negligible benefit)을 준대해도 追加의인 서비스를 提供할 誘因을 가지며 可能하면 값비싼 서비스를 提供할 誘因을 갖는다는 點이다.

네째, 病院에서의 醫療는 診療費를 上昇시키는데 主役을 擔當한다는 것이다. 患者의 疾患에 대해 1次的인 決定權은 醫師가 갖고 있는데 反해 오늘날의 醫療體系는 醫師가 入院費나 藥價, 其他 治療費의 價格을 알 수 없도록 하여 最少費用으로 治療를 해 줄 수 있는 體系가 되어 있지 않다는 點이다. 따라서 醫師는 費用의 輕減보다는 費用이 많이 들어가도 자신의 便宜性を 찾아 診療行爲가 이루어진다는 點이다.

다섯째, 病院診療費償還制度가 病院으로 하여금 費用節減 努力을 게을리하게 만든다는 點이다. 이는 修正된 超過需要理論과 一致하는 見解라 하겠다.

여섯째, 保險者와 같은 第3의 支拂者(third-party payor)가 醫療서비스의 提供體系內에서 受動的인 役割을 하기 때문에 醫療費 上昇을 積極的으로 統制할 수 없다는 點이다. 第3의 支拂者로 그 大宗은 保險者가 되겠으나 醫療保護의 경우는 政府도 第3의 支

拂者の範疇에 屬하는데 이들은 醫療서비스 提供體系內에서 아무런 役割도 못하고 다만 病醫院에서 청구한 診療費만 償還해주는 受動的 役割만 하는 것이다. 勿論 이들은 病醫院이 請求한 診療費를 審査하여 統制를 하는 機能도 수행하지만 醫療費統制에는 이러한 機能만으로 弱하다는 點이다. 醫療費 統制의 實證的인 힘은 酬價가 높을 때 醫療利用을 앓는 것인데 第3의 支拂者는 그러한機能은 없고 患者가 利用한 후에 請求된 診療費를 受動的으로 審査하는 機能만 있기 때문에 醫療費 増加를 效果的으로 抑制키 어렵다는 것이다.

일곱째, 醫師數의 増加와 供給者의 需要 創出에 따른 醫療費 増加現象을 들 수 있다. 醫師가 増加하면 그만큼 需要創出을 한다는 理論에 대해서는 經濟學者間의 贊反論爭이 있으나 1973年 「혹스」와 「크라머」는 醫師數의 増加가 醫療費 増加를 抑制시키는 效果가 없다는 點을 實證分析했으며,¹⁷⁾ 「혹스」는 1978年 外科醫師의 供給과 外科手術의 需要量間의 研究를 통해 外科醫師數가 10퍼센트 増加할 때 1人當 外科醫療利用量이 3퍼센트 増加함을 立證하였다.¹⁸⁾

여덟째, 醫療技術의 發達로 인한 醫療費 上昇이다. 醫療技術가운데 어떤것은 費用을 節減할 수 있는 새로운 技術도 있지만 財政的 誘因이나 專門技術的 誘因등에 의해서 여러가지 檢査를 많이 하도록 하여 비록 檢査當 費用은 낮아져도 患者 1人當 檢査費用은 오히려 높아진다는 點이다.

아홉째, 人口増加와 人口의 老齡化로 인한 醫療費 上昇이다.

열째, 醫療事故 紛爭을 우려하는 醫師들의 자기 防衛的 診療(defensive medicine)가 診療費를 上昇시키는 要因이 된다는 것이다.

열한째, 不必要한 病醫院 訪問이 醫療費를 上昇시킨다는 것이다. 이는 醫療體系가 不合理하여 醫師를 찾기 이전에는 患者들이 자신의 病이 별것이 아닌지를 모른다는 點에 緣由되는 것이다.

17) V. R. Fuchs and M. J. Kramer, *Determinants of Expenditures for Physicians' Services in the United States, 1948~68*, New York : National Bureau of Economic Research, 1973.

18) V. R. Fuchs, "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations," *Journal of Human Resources*, Vol.13, Supplement 1978, pp.35~56.

IV. 醫療費 增加의 要因別 寄與度

앞章에서 醫療費 增加의 要因을 超過需要理論과 費用引上理論에 立脚하여 各各 살펴 보았다. 그렇다면 우리나라의 경우 이러한 兩理論이 어떻게 實際 適用되고 있는지를 表7을 중심으로 살펴 보기로 한다. 上記表에서는 醫療保險의 種類別로 1981~85年間 診療費總額의 增加에 대한 寄與率을 計算하여 보았다. 물론 表7을 中心으로 說明을 하기에는 資料上의 限界가 있다. 왜냐하면 國民醫療費 增加는 醫療保險 適用者에만 일어나는 것이 아니라 一般國民에게도 일어나고 또 診療分野에만 發生하는 것이 아니라 公衆保健分野와 같은데서도 發生하고 있으나 醫療保險分野를 除外하고는 資料를 求하기가 어려워 부득이하게 醫療保險 統計를 중심으로 醫療費 增加의 要因別 寄與率을 살펴 보기로 하였다.

먼저 醫療費 增加를 需要側面의 要因과 費用側面의 要因으로 나누어서 보면 職場, 公教, 地域醫療保險 할것없이 모두 件當診療費 增加라는 費用側面이 總醫療費 增加에 寄與하는 몫이 50퍼센트를 上廻하고 있음을 볼 수 있다. 즉 職場醫療保險에서는 53.8퍼센트, 公教醫療保險에서는 52.1퍼센트, 그리고 地域醫療保險에서는 件當診療費의 寄與率이 69.1퍼센트를 차지하고 있다. 醫療保險制度를 導入하는 目的 가운데 하나가 所得障壁으로 인해 억압된 醫療需要를 有效需要로 連結시켜 國民의 健康을 增進시키고자

Table 7. Contribution Rate of Various Factors in the Increase of Medical Care Expenditures in Medical Insurance : 1981~85

醫療保險 診療費 增加의 要因別 寄與率

Items	Industrial Establishment Medical Insurance	Gov't Employee and school Teachers' Medical Insurance	Regional Medical Insurance
Total Expenditure	100.0	100.0 -	100.0 -
Demand Increase	46.2	47.9 -	20.9 -
Expenditure per Case	53.8(100.0)	52.1(100.0)	69.1(100.0)
Medical Fee	20.7(38.5)	19.2(36.9)	9.7(14.1)
Visit days per case	-	-	26.3(38.0)
Service Amount per visit	33.1(61.5)	32.9(63.1)	33.1(47.9)

Source : Calculated From <Table 5>

하는 면도 있다는 것을念頭に 둔다면 1981年에서 1985年까지의 期間이라는 醫療保險制度導入의 初期段階에 있어서 受診率 増加로 인한 醫療費 増加는 불가피하다고 하겠다. 물론 향후에도 受診率 増加가 이와같은 速度로 急激히 이루어진다면 問題로 擡頭될 수 있겠다.

上記와 같은 角度에서 볼 경우 우리나라 醫療費 増加는 주로 「費用引上」要因(cost-push factor)에 의해 左右되었다고 볼 수 있겠다.

이제 費用引上要因의 代變數가 된 件當診療費의 構成要因을 살펴보면 이는 醫療酬價와 件當訪問回數 그리고 訪問時의 서비스量の 곱에 의해 決定되는 것이라 볼 수 있다. 이를 上記 表7에서 各 要因別로 寄與率을 보면 職場, 公教, 地域醫療保險 區分없이 訪問當 서비스量の 増加가 費用引上의 主要因이었음을 나타낸다. 즉 職場醫療保險에서는 訪問當 서비스量 増加가 件當診療費 増加에 대한 寄與率이 61.5퍼센트로 나타났으며 公教醫療保險에서는 63.1퍼센트, 그리고 地域醫療保險에서는 47.9퍼센트로 나타났다.

件當診療費를 決定하는 한 要因이 되는 件當診療回數 혹은 件當訪問回數는 職場이나 公教는 지난 4年間 큰 變動이 없었는데 反해 地域醫療保險은 件當診療費 増加에 寄與하는 몫이 38.0퍼센트나 되었다. 따라서 地域醫療保險의 경우 診療單位當 서비스量 또는 件當 서비스量の 増加가 件當診療費 増加에 寄與한 몫이 85.9퍼센트에 이르고 있어 結果的으로 醫療機關이나 醫療人에 의한 서비스量 増加行爲나 患者들의 서비스 過多要求 또는 奢侈性 서비스要求와 같은 行爲가 診療費 増加의 主要因이 됨을 나타낸다. 地域醫療保險의 85.9퍼센트에 비해 그 比重이 多少 떨어지기는 하지만 職場 및 公教醫療保險에 있어서도 醫療人에 의한 서비스量 増加나 患者들의 要求增加 行爲로 인한 件當診療費 増加에 寄與하는 몫이 60퍼센트를 넘고 있어 結果的으로 診療費 또는 國民醫療費 増加의 主要因이 됨을 上記表는 나타내고 있다. 다시 말하면 우리나라의 診療費 増加의 要因으로는 「費用引上」(cost-push)要因이 強하며, 그 가운데서도 醫療機關이나 醫師에 의한 서비스量 増加나 患者들의 奢侈性需要나 過多서비스 要求行爲가 가장 큰 作用을 한다고 볼 수 있다.

上記와 같은 現象은 우리나라의 現行 醫療體系나 診療費 支拂制度下에서는 불가피하게 發生할 수 있는 點이라 하겠다. 즉 自由放任의 醫療體系下에서 醫療保險制度가 施術點數制 또는 行爲別酬價制(fee-for-services)의 診療費支拂方式을 擇할 경우 醫療機關은 患者들이 모두 醫療保險 患者이기 때문에 診療費支拂能力을 考慮할 必要性이 없게 되어 過多서비스의 可能性을 갖고 있는데 여기에 대하여 診療費支拂方法이 施術點數制

로 되어 있어 서비스량을 늘릴수록 자신의 收入이 增大되기 때문에 單位當 資源投入量이 늘어날 뿐 아니라 件當訪問日數를 增加시키게 된다. 특히 醫療서비스는 그 性質上 診療나 疾病에 관련되는 모든 情報를 醫療서비스 供給者인 醫師가 獨占하기 때문에 上記와 같은 行爲가 있다해도 어느 누구도 막을 수가 없는 것이다. 한편 患者는 醫療保險制下에서 자신의 호주머니 사정을 생각하지 않아도 되기 때문에 可能하면 醫院 보다는 病院, 病院보다는 綜合病院을 選好하게 되고 또 醫師에게 여러가지 檢査나 서비스를 要求하게 된다. 특히 醫療서비스는 그 質을 患者들이 把握할 수 없기 때문에 高價 서비스나 奢侈性서비스를 提供할수록 質이 높은 것으로 評價하여 醫療機關 利用樣相이 바뀌고 單位當 資源投入이 많은 것을 選好하는 등으로 하여 醫療費를 上昇시키는 要因이 되고 있다.

V. 醫療費 增加의 抑制方案

우리나라 醫療保險에서의 診療費 增加를 需要超過要因과 費用引上要因으로 區分해 볼 때 職場醫療保險은 前者가 46.2퍼센트, 後者가 53.8퍼센트로 나타나고 있으며, 公·敎 醫療保險에서는 前者가 47.9퍼센트, 後者인 費用引上要因이 52.1퍼센트로 나타났다. 그리고 地域醫療保險에서는 前者가 30.9퍼센트, 後者가 69.1퍼센트로 각기 나타나고 있다. 그런데 醫療保險의 實施 目的의 하나가 國民들의 醫療서비스에 대한 接近度を 提高시킨다는 點을 念頭に 둔다면 醫療保險制度의 導入 初期段階에서의 超過需要로 인한 醫療費 增加는 큰 문제가 아닐 수 있겠다.

따라서 醫療費 增加의 抑制는 주로 費用引上의 抑制에 焦點이 주어질 수 밖에 없으며 費用引上의 抑制는 醫療保險側面의 再認識을 통한 効率化로 이루어진다. 여기에 대해 「아벨·스미스」는 西歐 12個國의 經驗을 土台로 長短期的인 對處方案을 다음과 같이 提示하고 있다¹⁹⁾.

〈短期的인 醫療費直接統制 方案〉

- ① 病院豫算에 上限線을 設定하고 그 範圍內에서 患者를 診療하는 行爲로 가장 直接的인 醫療費 統制方法이다. 이는 國民醫療서비스制度(National Health Service)를 採

19) B, Able-Smith, "Cost Containment in 12 European Countries", *World Health Statistics*, Vol.37, No.4, WHO, 1984, pp.351~363.

擇하고 있는 國家에서만 可能한 것으로 英國, 「카나다」, 「스페인」등에서 實施되고 있는 것으로 一種의 醫療配給制(rationing system)에 該當한다.

- ② 病院이나 醫院의 從事人員數를 統制하여 醫療費 支出의 上限을 定하는 것으로 이것 역시 NHS制限下에서 實施 可能한 方法이라 하겠다.
- ③ 診療報酬水準을 統制하여 醫療費總額을 直接 制限하는 制度이다. 이 方法은 NHS制度를 實施하는 國家나 總額契約制를 採擇하는 國家에서 實施可能한 것으로서 大部分의 西歐諸國에서는 診療報酬水準을 統制하고 있다.
- ④ 醫療酬價의 統制를 위해 藥品價格을 公示하거나, 酬價를 物價上昇率水準에서 抑制하고 있는 制度로써 診療行爲別酬價制를 診療報酬支拂制度로 擇하고 있는 國家들이 取하고 있는 方法으로서 現在 우리나라는 이 方法에 의해 醫療費를 統制하고 있다. 그러나 이 方法은 「엔토벤」이 앞에서 指摘한 바와같이²⁰⁾ 醫療供給者로 하여금 過剩서비스를 提供할 誘因을 주기 때문에 醫療費 統制에는 限界가 있다.
- ⑤ 診療單位當 投入 資料量을 制限하는 方法으로서 역시 診療行爲別酬價制를 實施하는 國家에서 採擇될 수 있는 制度로서 現在 우리나라에서도 이러한 方法에 의해 醫療費 增加를 抑制하고 있으나 큰 效果를 얻고 있지는 못하다.

〈短期的인 醫療費 間接 統制方案〉

- ① 酬價算定 方法의 變更을 통해 費用增加率이 높은 例컨데 醫師報酬項目과 같은 項目에 대해 加重値를 낮추도록 함으로써 醫療費를 抑制하는 方案이 있다.
- ② 藥効能이 類似한 醫藥品들이 있다면 醫師들로 하여금 相對的인 高價醫藥品의 處方を 抑制시키도록 하는 것으로 現在의 우리나라 診療費支拂制度가 이를 誘導하고 있다.
- ③ 醫師들에게 調劑를 增進시키게 誘導할 目的으로 行해지는 製藥會社나 醫藥品 都賣商 등의 醫藥品 販賣促進活動을 制限하는 措置를 講究해야 할 것이다.
- ④ 藥効能이 類似한 여러가지 醫藥品에 대한 相對價格에 관한 情報를 醫師들에게 提供 함으로서 값싼 醫藥品의 使用을 통한 醫療費 節減이 이루어 질 수 있다.
- ⑤ 過剩서비스를 提供하거나 單位當 資源을 過多使用하는 醫師에 대해서는 本人이 是認하던 否認하던 管理臺帳을 作成·管理함으로써 醫療費 增加를 抑制할 수 있다.

20) A. C. Enthoven, *op. cit.*

〈中期的 醫療費 統制方案〉

- ① 病院의 新設이나 増設에 관한 統制措置를 講究함으로써 서비스 供給量을 制限하는 方案으로서 우리나라의 경우 大都市地域에서는 該當할 수 있으나 中小都市와 農漁村地域은 醫療資源이 오히려 不足한 實情이기 때문에 適用困難한 方案이다.
- ② 高價 醫療裝備의 設備을 制限함으로써 서비스의 高級化를 防止코자 하는 措置로서 우리나라의 경우는 이러한 制限의 講究는 時急히 이루어져야 한다.
- ③ 傳統的인 病院醫療를 代身할 수 있는 醫療方法의 開發로써 醫院級 醫療機關의 機能強化등이 檢討될 수 있다. 그러나 우리나라의 경우는 從來 醫院 中心의 診療體系 내지는 醫院 患者分擔率이 相對적으로 높던 것이 醫療保險制度의 導入 後 病院 中心의 醫療體系 내지는 病院의 患者分擔率이 높아지는 「費用引上型」으로 變化하고 있어 오히려 醫療費 增加를 促進시키고 있기 때문에 이에 대한 適切한 對應策이 必要하다고 하겠다.

〈長期的인 醫療費 統制方案〉

長期的인 醫療費 統制는 醫療人力에 대한 統制로 「아벨·스미스」는 規定하고 있다. 醫療人力에 대한 統制로 醫療費 統制를 說明함은 醫療産業이 勞動集約的이라는 點과 醫療需要가 醫師에 의해 創出 可能하다는 點 등의 要因에 기인한다고 볼 수 있다. 長期的인 醫療人力 統制의 內容은 다음과 같다.

- ① 醫科大學 入學人員에 대해 制限을 加하는 方案으로서 우리나라는 當分間은 醫師人力의 不足問題가 提起되기 때문에 入學人員의 抑制는 不必要할 것이다. 그러나 2000年代에 들어가면 醫師人力의 過剩問題가 提起될 수 있어 醫科大學 入學人員의 再調整問題는 1990年代에 들어서면 檢討되어야 할 課題라 하겠다.
- ② 專門醫 訓練課程 人員數의 制限으로 費用節減型 서비스供給方案을 擴大하는 것이다. 이는 우리나라의 경우 당장에도 檢討되어야 할 課程이다. 이와함께 專門科目의 細分化 問題도 醫療費 增加問題와 決付되어 檢討해야 할 課題라 하겠다.

以上の 「아벨·스미스」가 提示한 醫療費 節減方案을 살펴보면 相當數는 現在 우리나라에서도 實踐中인 것이며, 어떤것은 實踐에 옮겨야할 課題도 있었다. 上記 方案들을 念頭에 두고 우리나라가 앞으로 擇해야 할 醫療費 抑制方案을 다음 몇가지 角度에서 살펴 보기로 한다.

첫째, 從來까지의 自由放任의인 醫療體系에서 벗어나 政府가 長期的인 次元에서 計劃性있는 政策을 樹立하여 資源節約의이고 費用節減의인 醫療體系로 改編해야 한다.

醫療서비스와 같이 個人의 所得水準에도 불구하고 누구나 享有할 權利를 가진 社會的 商品들(socialized commodities)에 대해서 傳統的인 市場價格機構가 支配하는 自由放任 醫療體系를 維持한다는데 대해 이미 많은 政策家들이 회의를 지녀 왔으며, 獨逸의 경우에는 準市場體系(new quasi markets)로 轉換했으며 캐나다나 프랑스는 보다 強度있는 中央計劃體系로 轉換하고 있는 점²¹⁾을 念頭에 두어야 할 것이다.

둘째, 上記의 醫療體系의 改編과 關聯하여 診療費支拂制度 改編이 並行하여 推進되어야 한다. 앞서서도 簡略히 言及된 바와같이 現行의 行爲別酬價制를 擇하고 있으면서 醫療費 増加를 抑制한다는 것은 相當한 限界가 있다. 그리고 醫療體系를 自由放任型에의 計劃體系 또는 準市場體系로 轉換코자 할 때도 醫師에 대한 醫療費支拂制度를 現行과 같이 그대로 둘 경우 醫師들의 醫療서비스 供給 樣相이 變更되지 않기 때문에 새로운 體系로의 轉換은 不可能해지는것이다. 따라서 診療費支拂制度의 改善을 통해서 供給者의 行動 樣相을 새로운 醫療體系와 結付되도록 留意해야 한다. 診療費支拂制度로 새롭게 생각될 수 있는 方案은 醫院級에 대해서는 人頭制나 總額契約制가 있으며 病院級에 대해서는 豫算割當制(budget rationing system)가 있으며, 캐나다에서와 같이 醫院級은 行爲別酬價制를 두고 病院級에 대해서만 豫算割當制를 擇할 수도 있겠다.

세째, 地域間的 醫療資源分布상의 過疎·過密問題의 解決이 醫療體系와 診療費支拂制度의 改編과 함께 이루어져야 한다. 물론 이 問題는 診療費支拂問題와 關係없이 解決되어져야 할 課題이나 診療費支拂制度를 改善할 경우에는 반드시 解決되어져야 할 事項이다. 人頭制나 總額契約制 導入은 地域單位로 이루어질 수 밖에 없으며 또한 地域內 人口數에 比例하는 醫療資源의 分布가 이루어져야만 可能할 것이기 때문이다.

네째, 以上の 主要政策의 推進이 法的인 뒷받침을 받을 수 있게 假稱「國民醫療費節減法」과 같은 法律을 制定하는 方案도 考慮될 수 있겠다. 獨逸의 경우는 이미 1977년에 聯邦 保健醫療費 抑制法을 制定하여 國民醫療費 増加를 防止키 위해 努力하였다²²⁾

앞서도 言及하였지만 醫療서비스의 特性이나 醫療産業이 갖는 市場失敗(market failure)의 要因을 勘案할 때 自由競爭原理가 制約될 수 밖에 없으며 이러한 制約行爲가 法的인 뒷받침을 받지 못할 경우 醫療體系改編등 여러가지 政策措置는 利害集團의 反對에 봉착하여 實行에 옮기는 것이 거의 不可能해 질 것이다.

21) U. E. Reinhardt, "Health Insurance and Cost-Containment Policies : The Experience Abroad", *American Economic Review*, Vol.70, No.2, May 1980, pp.149~156.

22) H. E. Reinhardt, *op. cit.*

다섯째, 保健醫療서비스 供給에 効率化가 이루어져야 한다. 먼저 醫藥分業制度의 實施를 위시해서 地域單位로 醫療資源의 共同活用이나 Attending System 또는 Open Step System의 導入, 患者後送依賴體系의 確立, 病醫院 經營合理化, 人力養成의 合理化등의 여러가지 方案이 醫療費用을 節減시키는 方向에서 實踐되어져야 할 것이다.

Reference

- Aaron, H. J. and W. B. Schwartz, "Hospital Cost Control ; A Bitter Pill to Swallow", *Harvard Business Review*, March-April 1985.
- Abel-Smith, B., "Economic Efficiency in Health Care Delivery", *International Social Security Review*, 1983. 2.
- _____, "Cost Containment in 12 European Countries", *World Health Statistics*, Vol. 37, No.4, WHO, 1984.
- Auster, R. D., I. Leveson and D. Sarachek, "The Production of Health ; An Exploratory Study", in Victor Fuchs, ed., *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau of Economic Research, Colombia University Press, 1972.
- Baumol, W. J., "Macroeconomics of Unbalanced Growth", *American Economic Review*, Vol. 57, No.3, June 1967.
- Davis, K., "Theories of Hospital Inflation ; Some Empirical Evidence", *Journal of Human Resources*, Vol.8, Spring 1973.
- Enthoven, A. C., *Health Plan ; The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Addison-Wesley Publishing Co., 1981.
- Feldstein, M. S., *The Rising Cost of Hospital Care*, Washington, Information Resources Press, 1971.
- _____, "Quality Change and the Demand for Hospital Care", *Econometrica*, Vol. 45, No.7, October 1977.
- Feldstein, M. S. and A. Taylor, *The Rapid Rise of Hospital Costs*, Staff Report, Washington D. C. ; Council on Wage and Price Stability, January 1977.
- Feldstein, P. J., *Health Care Economics*, John Wiley and Sons, 1979.

- Feldstein, P. J. and S. Waldman, "Financial Position of Hospitals in the Early Medicare Period", *Social Security Bulletin*, Vol.31, October 1968.
- Fuchs, V. R., "The Earnings of Allied Health Personnel—Are Health Workers Underpaid", *Explorations in Economic Research*, Vol.3, Summer 1976.
- _____, "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations", *Journal of Human Resources*, Vol.13, Supplement 1978.
- Fuchs, V. R. and M. J. Kramer, *Determinants of Expenditures for Physicians' Services in the United-States, 1948-1968*, New York, National Bureau of Economic Research, 1973.
- Gibson, R. M., D. R. Waldo and K. P. Levit, "National Health Expenditures, 1982" *Health Care Financing Review*, Vol.5, No.1, 1983.
- Goodman, J. C., *National Health Care in Great Britain ; Lessons for the USA*, A Fisher Institute Publication, 1980.
- Maxwell, R. J., *Health and Wealth : An International Study of Health Care Financing*, Lexington, 1981.
- Simanis, J. C. and J. R. Coleman, "Health Care Expenditures in Nine Industrialized Countries, 1960-1976", *Social Security Bulletin*, Vol.43, No.1, January 1980.
- Raflerty, J., "Enfranchisement and Rationing Effects of Medicare on Discretionary Hospital Use", *Health Services Research*, Vol.10, No.1, Spring 1975.
- Reinhardt, U. E., "Health Insurance and Cost-Containment Policies : The Experience Abroad", *American Economic Review*, Vol.70, No.2, May 1980.

Abstract

Cost Containment Policies in Health Care

Kyu Sik Lee *

Over the past 30 years expenditure on health care has been rising faster than Gross National Product in nearly all industrialized countries. To call the sustained record of growth achieved by the health care industry a "problem" may seem peculiar in an economy where growth ordinary is a sign of success.

The rapid growth of outlays for health care industry has become a problem, however, because of the interaction between the method we have developed to pay for it and the extraordinary rate of scientific advance. There is a sense that even if the high level of services provides some benefits, they cost more than they are worth. Finding a solution is difficult, for it will require something unfamiliar: the denial of some beneficial care to many accustomed to receiving it.

Table 3 indicates that the rapid secular growth in aggregate health care expenditures during the 1970's is not a uniquely Korean phenomenon. The experience has been shared by most other industrialized countries—certainly by America, Sweden, France, West Germany and Japan.

From the mid 1970's, most nations began attempts to curb the growth in expenditures through overt public intervention. The form of this intervention has varied from country to country, in line with the institutional framework through which such intervention must work. The explicit or implicit goal of these policies, however, has been identical: to peg the growth of national health expenditures to the growth of gross national product, at least over the long run. Policies to reduce aggregate expenditure on health care have been aimed

* Senior Fellow, Korea Institute for Population and Health.

at various combinations of controlling (a) total health-care expenditure, (b) utilization of health services, (c) prices of health service, and (d) premiums of health insurance.

Policy makers in many countries seem to have despaired long ago of the feasibility of preserving classical market mechanisms for socialized commodities, that is, commodities to which individuals have a right regardless of income. West Germany has actually introduced a formal cost-containment law—the Federal Health Care Cost Containment Act of 1977. From the experience of the abroad, we can take considerable lessons.