

## 先進諸國의 國民醫療費水準과 增加抑制方案

I. 序 論  
Ⅱ. 研究目的 및 方法  
Ⅲ. 先進諸國의 國民醫療費水準  
Ⅳ. 國民醫療費 增加要因  
Ⅴ. 先進諸國의 國民醫療費增加抑制策  
Ⅵ. 要約 및 結論

### I. 序 論

1970年代 前半까지의 高度經濟成長下에 따라 擴大된 醫療保障은 '73, '74年 이후 長期的인 世界經濟 침체하에서 各國의 醫療保障은 그 轉換期를 맞고 있다.<sup>1)</sup> 즉 醫療保障 擴大와 더불어 增大된 醫療費를 계속 增加하도록 두면 안되게 되었다. 이에 대해 先進諸國은 이미 1975, '76년부터 各種의 醫療費增加抑制策이 행해져 왔으며 80年代에 들어와서는 더욱 강화되었다.

우리나라에서는 최근에 겨우 醫療費增加抑制에 대한 인식이 높아지고 구체적인 政策에 관심을 갖게 되었다.<sup>2) 3) 4)</sup> 先進諸國과 우리나라와는 國民經濟水準이 다르고 醫療保障制度도 달라서 醫療費問題의 성격이 다르지만 共通點도 찾을 수 있으며 先進諸國의 醫療費抑制에 대한 諸對策이 우리나라 醫療費增加抑制策에 주는 영향도 크다고 하겠다.

따라서 醫療費增加要因에 대한 개략적인 설명과 1975年 이후 先進諸國의 醫療費現況과 展開되어온 醫療費增加抑制策을 살펴보는 것은 의미가 있다고 하겠다.

\*韓國人口保健研究院 研究員.

- 1) B. Abel-Smith, "Cost Cotainment in Health Care: A Study of 12 European Countries", *Bedford Square Press*, London, UK, 1984, pp. 1~2.
- 2) 韓國人口保健研究院, 醫療資源과 管理體系에 관한 調查研究, 1987. 12.
- 3) 權純源, 國民醫療費의 推移와 醫療費安定化 對策, 韓國開發研究院, 政策研究資料 88-03, 1988.
- 4) 韓國人口保健研究院, 醫療保險患者 診療費分析에 관한 研究, 1988.

## II. 研究目的 및 方法

### 1. 研究目的

本 研究目的은 첫째, 일반적인 醫療費增加要因에 대해 記述하고 둘째, 先進諸國의 醫療費動向을 파악하며 셋째, 先進諸國의 醫療費增加抑制策을 제시하는데 있다.

國民醫療費의 現況과 增加要因은 그 나라의 醫療保障制度 및 社會經濟的 條件을 반영한다고 하겠다. 따라서 그 增加抑制策도 醫療保障制度和 社會經濟的 條件과 結코 무관하지 않다.

따라서 制度和 狀況에 따른 각 對策을 제시하고 파악함으로써 우리나라의 保健醫療分野 政策方向決定에 중요한 의미가 있다고 하겠다.

### 2. 研究方法

최근(1975~1984年)의 先進諸國의 國民醫療費動向과 各國의 醫療費增加抑制策을 살펴보기 위하여 주로 OECD<sup>5)6)</sup>(Organization for Economic Co-operation and Development) 資料를 利用하였다.

國民醫療費(National Health Expenditure, NHE)를 어떻게 정의하고, 측정을 위한 資料 蒐集範圍와 方法을 어떻게 할 것인가가 국제적으로 활발히 논의되고 있으나 아직까지 學者들간에 일치된 견해는 내려지지 않은 상태이다. 따라서 한 나라의 國民醫療費가 어느 수준이며 그것을 國家間 比較하는데는 어려움이 많다.<sup>7)8)</sup>

여기서는 OECD의 추계방법과 GDP(or GNP)對比에 의한 比較分析을 수행하였다.

## III. 先進諸國의 國民醫療費水準

國民醫療費의 水準을 國家間에 比較한다는 것은 앞에서 논의된 바와같이 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 國民醫療費의 國際比較는 國家的 國民醫療費의 規模와 최근의

5) OECD, *Measuring Health Care 1960~1983*, Paris, 1985.

6) \_\_\_\_\_, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987.

7) 韓國人口保健研究院, 醫療保險患者診療費分析에 관한 研究, 1988, pp. 3.

8) B. Abel-Smith, *The Rising Cost of Health Care*, New York, 1980.

動向을 살펴봄으로써 保健醫療部門의 成長推移를 檢討해 볼 수 있다는 長點이 있다.

따라서 여기서는 比較可能 범위내에서 國民醫療費의 總支出額을 가지고 先進國(특히 OECD國家)을 중심으로 國際比較를 하고자 한다.

일반적으로 所得水準이 높을수록 GDP(Gross Domestic Product) 혹은 GNP(Gross National Product) 對比 國民醫療費의 比率이 증가하는 경향이 있다. <表 1>에서 보는 바와같이 先進諸國의 國民醫療費/GDP 比率은 1960년에 4.2퍼센트에서 1970년에 5.8퍼센트, 1980년에 7.2퍼센트, 1984년에는 7.5퍼센트로 增加해 왔다. 그러나 1982년에서 1984年間에는 7.5퍼센트에서 增加하지 않고 있다는 것이 주목된다. OECD國家中 주요 7個國(미국, 영국, 프랑스, 서독, 캐나다, 오스트렐리아, 일본)은 1960년에 4.4퍼센트에서 1970년에 5.8퍼센트, 1980년에 7.4퍼센트, 1982~1984年間에 8.0퍼센트였다. 公·私的 醫療保障擴大로 受惠者가 늘어나고 經濟的 與件이 좋은 1960年代와 1970年代 초반에 國民醫療費/GDP 比率의 급격한 增加를 볼 수 있다. 1973年の 油類波動과 70年代 後半의 經濟的 與件惡化로 政府의 保健醫療部門에 대한 資源調達이 어려워지므로 그 增加速度는 낮아졌다. 실로 1980年代에 들어와서는 어느 時期보다도 그 速度가 둔화되고 있음을 보여준다.

Table 1. Percentage of National Health Expenditure in GDP in OECD Countries and Korea

OECD 國家와 우리나라에 있어서의 國民醫療費 對 GDP 比率, 1960~1984

Unit : (%)

Year Country	1960	1965	1970	1975	1980	1982	1984
Australia	5.2	5.3	5.7	7.6	7.4	7.5	7.8
Austria	4.4	4.7	5.3	6.4	7.0	7.3	7.2
Belgium	3.4	3.9	4.0	5.4	6.1	6.1	6.2
Canada	5.5	6.1	7.2	7.4	7.3	8.2	8.4
Denmark	3.6	4.8	6.1	6.5	6.8	6.9	6.3
Finland	4.1	4.8	5.6	6.1	6.3	6.6	6.6
France	4.3	5.3	6.1	7.6	8.5	9.3	9.1
Germany	4.7	5.1	5.5	7.8	7.9	8.1	8.1
Greece	2.9	3.1	4.0	4.0	4.2	4.4	4.6
Iceland	5.7	5.9	8.5	11.0	6.9	7.7	7.9
Ireland	4.0	4.4	5.6	7.7	8.5	8.1	8.0

Table 1. Continued

Country \ Year	1960	1965	1970	1975	1980	1982	1984
Italy	3.9	4.6	5.5	6.7	6.8	7.2	7.2
Japan	3.0	4.3	4.4	5.5	6.4	6.8	6.6
Luxembourg			4.8	5.9	6.7	6.4	
Netherlands	3.9	4.4	6.0	7.7	8.2	8.6	8.6
New Zealand				5.2	5.7	5.7	5.6
Norway	3.3	3.9	5.0	6.7	6.8	6.8	6.3
Portugal				6.4	5.9	5.7	5.5
Spain		2.7	4.1	5.1	5.9	6.3	5.8
Sweden	4.7	5.6	7.2	8.0	9.5	9.7	9.4
Switzerland	3.3	3.8	5.2	7.1	7.2	7.8	
United Kingdom	3.9	4.1	4.5	5.6	5.6	5.7	5.9
United States	5.3	6.1	7.6	8.6	9.5	10.5	10.7
Korea <sup>1)</sup>				3.0	4.0	4.5	4.7
Mean <sup>2)</sup>	4.2	4.8	5.8	7.0	7.2	7.5	7.5
High / low <sup>2)</sup>	2.0	2.0	1.9	2.8	2.3	2.4	2.3
Standard deviation <sup>2)</sup>	0.8	0.8	1.2	1.5	1.3	1.5	1.5
Mean-Big Seven	4.4	5.1	5.8	7.0	7.4	8.0	8.0

Notes: 1) Percentage of GNP

2) Excludes Luxembourg, New Zealand, Portugal, Spain and Switzerland, Korea.

Sources: OECD, *Measuring Health Care 1960~1983*, Paris, 1985.

OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987.

그럼에도 불구하고 국민의료비/GDP비율은 국가에 따라 여전히 상당한 차이를 나타내고 있다. 1984년에 미국은 10.7퍼센트, 스웨덴 9.4퍼센트, 프랑스 9.1퍼센트로 높은 비율을 보인 반면에 그리스 4.6퍼센트, 포르투갈 5.5퍼센트, 뉴질랜드는 5.6퍼센트로 낮다. 1960년대와 1980년대 초반까지 모든 국가는 국민의료비/GDP 비율의 상당한 증가를 경험한 것으로 보이지만 그 증가율과 시기는 각각 달랐다. 1980년대前半까지 프랑스, 스웨덴, 스위스, 미국, 일본, 네덜란드, 스페인은 적어도 2배 정도의 증가를 경험한 반면, 오스트레일리아, 캐나다, 그리스, 아이슬란드 그리고 영국은 60퍼센트 이하의

増加를 보였다.

또한 1人當 國民醫療費 絶對支出水準도 國家間에 있어서 상당히 다르다. <表 2>는 1970年과 1984年의 1人當 國民醫療費와 GDP를 比較한 것이다. 1人當 國民醫療費에 있어서 1970年에 \$213에서 1984年에 \$917이 되어 이 期間동안 OECD 國家들은 年平均 11.0퍼센트 増加를 보였는데 이는 GDP 増加의 약 1.3倍 정도의 増加率을 나타낸 것이다.

Table 2. Per Capita Health Spending and GDP in OECD Countries and Korea, 1970 and 1984

OECD 國家와 우리나라의 1人當 國民醫療費 및 GDP, 1970, 1984

Country	1970		1984		Compound Annual Rate of Growth 1970~1984	
	Total Health Per Capita	GDP Per Capita	Total Health Per Capita	GDP Per Capita	Total Health Per Capita	GDP Per Capita
Australia	\$232	\$4,040	\$ 994	\$12,679	11.0	8.5
Austria	163	3,056	818	11,345	12.2	9.8
Belgium	147	3,652	777	12,439	12.6	9.1
Canada	322	4,452	1,275	15,198	10.3	9.2
Denmark	252	4,147	841	13,310	9.0	8.7
Finland	183	3,280	806	12,217	11.2	9.8
France	223	3,685	1,145	12,643	12.4	9.2
Germany	220	3,993	1,079	13,265	12.0	9.0
Greece	70	1,756	287	6,300	10.6	9.6
Iceland	288	3,382	1,045	13,238	9.6	10.2
Ireland	122	2,196	622	7,795	12.3	9.5
Italy	171	3,093	725	10,093	10.9	8.8
Japan	141	3,189	818	12,419	13.4	10.2
Netherlands	232	3,881	1,011	11,710	11.1	8.2
New Zealand	-	-	595	10,601	-	-
Norway	191	3,083	965	15,367	12.3	12.2
Portugal	-	-	275	5,021	-	-
Spain	102	2,473	476	8,279	11.6	9.0

Table 2. Continued

Country	1970		1984		Compound Annual Rate of Growth 1970~1984	
	Total Health Per Capita	GDP Per Capita	Total Health Per Capita	GDP Per Capita	Total Health Per Capita	GDP Per Capita
Sweden	359	4,976	1,445	15,434	10.5	8.4
United Kingdom	161	3,563	658	11,068	10.6	8.4
United States	366	4,826	1,637	15,357	11.3	8.6
Korea	17	590(75)	95	2,044	21.0	14.8
Mean	213	3,706	917(871)*	12,113(11,703)	11.0**	8.8**
High/low	5.2	2.8	5.7(6.0)	2.4 (3.1)		
Standard deviation	80.2	931	326(343)	2,577(2,904)		

Notes: \*The average based on dividing total health expenditure for all countries by total population(e. g. not country weighted) exceeds \$1, 050

\*\*Compound annual rates of growth of OECD average per capita health expenditures and GDP.

( ) Arithmetic average of 21 countries

Sources:OECD, *Measuring Health Care*, Paris, 1985

OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987, pp. 56

各國에 있어서 1984년에 1人當 國民醫療費가 캐나다, 스웨덴, 미국은 \$1,200를 넘어선 반면 그리스, 스페인, 포르투갈은 \$500이하였다. 1970년에 1人當 國民醫療費가 캐나다, 스웨덴, 미국은 \$300를 超過하였고, 벨기에, 아일랜드, 일본, 스페인은 \$150이하였다. 1人當 國民醫療費에 있어서 이 期間동안 가장 높은 增加率을 보인 國家는 벨기에, 일본, 노르웨이, 아일랜드였으며, 덴마크, 아이슬란드, 캐나다는 가장 낮은 增加率을 나타냈다. 그럼에도 國家間 1人當 國民醫療費支出規模 順位는 1970年 이후 크게 변하지 않았다.

한 나라에 있어서 保健醫療에 投入되는 實質資源의 변화는 實質GDP에 대한 實質國民醫療費의 相對的 變化를 分析함으로 比較될 수 있다.

〈表 3〉은 實質GDP에 대한 相對的 實質國民醫療費의 彈力度(Elasticity)를 보여준다. 실질국민의료비와 實質GDP는 각각 醫療價格指數(Medical Price Index)와 GDP 디플레이터로 나눔으로 계산된다.

Table 3. Real Elasticities of Total Health Expenditures to GDP, 1960~75, 1975~84, 1980~84,  
1960~84  
OECD諸國의 GDP에 대한 國民醫療費의 實質彈力度, 1960~75, 1975~84, 1980~84,  
1960~84

Country	1960~75	1975~84	1980~84	1960~84
Australia	0.8	0.6	1.0	0.9
Austria	0.7	0.7	0.5	0.8
Belgium	1.3	1.5	0.9	1.6
Canada	1.6	1.3	1.1	1.5
Denmark	1.9	1.4	0.3	1.8
Finland	2.0	0.9	0.5	1.8
France	1.6	2.6	0.4	1.9
Germany	1.2	0.9	0.1	1.3
Greece	1.8	1.8	3.4	1.7
Ireland(a)	2.3	0.9	1.5	2.0
Italy	0.9	1.3	1.1	1.1
Japan	1.3	1.6	1.1	1.4
Netherlands(a)	1.5	0.5	1.3	1.3
Norway	1.7	1.5	0.5	1.5
Spain(b)	1.7	2.1	0.4	1.9
Sweden	2.4	1.6	0.02	2.7
United Kingdom	2.1	1.0	0.4	2.1
United States	1.8	1.2	0.9	1.7
Mean	1.6	1.3	0.5	1.6
High / low	1.7	2.1	4.9	1.9
Standard deviation	0.5	0.5	1.1	0.5

Notes: a) 1975~83, 1960~83.

b) 1964~75, 1964~84.

Sources: OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1985.

油類波動(1973) 以前과 以後의 國民醫療費 增加를 比較하기 위해 1960~1984年間の 全期間은 물론 1960~1975年, 1975~1984年과 특히 1980年代만을 따로 보기 위하여 1980~1984年の 3期間으로 나누어 彈力度가 계산되었다. 1960~1984年間の OECD 國家의 平均彈力度가 1.6이었으며, 1960~1975년에는 1.6, 1975~1984년에는 1.3이었다. 이는 國民醫療費가 1960~1975年間에는 GDP보다 60퍼센트, 1975~1984年間에는 30퍼센트 더 빨리 增加했다는 것을 의미한다. 증가추세가 全期間에 걸쳐 급속하게 進行되었지만 1975年 이후는 그 以前보다 더 완만한 增加를 보였다.

사실 實質國民醫療費/GDP 比率增加는 1980年代에 들어와 낮아졌다. 1980~1984年間 彈力度가 0.5로 떨어졌는데 이것은 實質國民醫療費가 實質GDP보다 50퍼센트정도 낮게 增加하고 있음을 나타낸다. 이 期間동안 18個國中 13個國은 彈力度가 1.0이하였다. 相對的으로 낮은 GDP成長은 몇몇 國家에서 GDP에 대한 相對的 國民醫療費增加 比率이란 의미에서 國民醫療費 增加抑制策을 가져오게 했다고 하겠다. 그러나 1980~1984 年間이 너무 短期的이어서 이것이 短期的인 現象인지 長期的인 추세인지는 아직 판단하기 어렵다.

이상과 같이 先進諸國의 國民醫療費水準과 動向을 살펴 보았는데 이것을 우리나라의 경우와 比較하여 보면 우리나라 國民醫療費水準과 動向을 알 수 있을 것이다.

OECD平均値를 가지고 우리나라의 國民醫療費/GNP 比率과 1人當所得의 關係를 比較해 보면 우리의 1人當 GNP가 \$1,200선에 이른 1977~1978년에 國民의료비가 3.1퍼센트로 나타나 비슷한 所得水準을 보였던 1960年の OECD平均値 4.1퍼센트보다 훨씬 낮았으나 1人當 所得이 \$2,800을 넘어선 1987年の 同比率은 5퍼센트를 초과할 것으로 1970년 당시의 OECD 平均値인 5.6퍼센트(所得은 \$2,567)에 거의 육박할 것으로 생각된다.<sup>9)</sup> 따라서 우리나라의 國民醫療費增加速度가 相對的으로 빠르다는 점을 알 수 있다.

우리나라의 國民醫療費比重의 추세를 1人當 GNP와 比較하여 보면 國民醫療費高增加型인 미국과 유사한 傾向으로 나타나고 있는 반면 영국, 서독, 캐나다 등은 대체로 醫療費安定化를 보여주고 있어 대조적이라 할 수 있다.

9) 權純源, 國民醫療費의 推移와 醫療費安定化 對策, 韓國開發研究院, 政策研究資料 88-03, 1988. 4, pp. 37.

#### IV. 國民醫療費增加要因

앞에서 先進諸國과 우리나라의 國民醫療費水準과 推移를 살펴 본 바와같이 各國에서 國民醫療費의 增加速度는 빨랐으며, 우리나라의 國民의료비도 빠르게 上昇하고 있음을 알 수 있었다. 따라서 國民醫療費의 增加要因이 무엇인가를 理論的, 實證的으로 檢討하는 것은 國民醫療費增加要因에 대한 對策 마련이 가능할 수 있기 때문이다.

保健經濟學者들은 費用引上인플레이션(Cost-Push Inflation)과 超過需要인플레이션(Demandpull Inflation) 理論으로 國民醫療費增加要因에 접근하고있다.

費用引上인플레이션理論은 醫療機關의 生産性を 上廻하는 施設費用, 醫療人力の 賃金上昇이 醫療費를 上昇케 하는 主要因이라는 說이다. 超過需要인플레이션理論은 基價格하에서 어떤 財貨나 서비스 需要가 供給보다 많을 때 發生하는 것으로서 所得增加, 醫療保障의 확대등에 의하여 醫療需要가 供給보다 급속하게 확대될 때 發生한다는 것이다. 그러나 여기서는 위의 經濟學的인 理論에서 제시한 인플레이션理論을 바탕으로 하여 國民醫療費의 增加要因을 구체적으로 열거하고 그것에 대해 說明하고자 한다.

〈表 4〉는 社會保障 및 保健關聯機關, 學者가 제시한 國民醫療費增加要因을 나타내고 있다. 表에 나타난 共通的인 國民醫療費增加要因은 人口增加와 老齡化, 의료보장의 확대, 醫療施設의 增大, 醫療技術의 進歩, 醫療費支拂制度, 醫療人力の 相對的 高賃金, 疾病構造의 변화등을 들고 있으므로 이러한 要因別로 說明하고자 한다.

##### 1) 人口增加와 老齡化

人口增加 및 人口構造의 변화가 國民醫療費를 增加시킨다는 점에 대해서는 많은 학자들이 同意하고 있다. 人口增加나 人口構造變化는 서비스량이나 서비스패턴변화를 가져온다. 〈表 5〉는 우리나라의 경우 公·教와 직장의료보험대상자중 65세 이상 人口比率, 總件數中 65세 이상의 件數比率, 65세 이상 人口가 차지하는 診療費比率, 件當診療費, 件當診療日數 등이 人口의 老齡化에 따른 서비스량의 增加와 서비스패턴의 변화를 가져와 醫療費를 增加시키는 要因이 됨을 보여준다.

〈表 6〉은 OECD國家의 人口構造變化에 대한 醫療費推計를 보여주고 있다. OECD平均은 1980에서 2010년까지는 17퍼센트, 2010~2030年間에는 10퍼센트 增加를 나타내 人口의 老齡化는 필연적으로 醫療費增加를 가져온다는 사실을 뒷받침해 준다.

Table 4. Affecting Factors on National Health Expenditures

國民醫療費 增加要因

ISSA <sup>1)</sup>	ILO's Survey Data <sup>2)</sup>	Survey Data in EC <sup>3)</sup>	WHO <sup>4)</sup>	B. Abel-Smith <sup>5)</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increasing and Aging of Populations</li> <li>• Changes of Disease Patterns</li> <li>• Improvement of Income, Educational Level</li> <li>• Advancement and Complication of Medical Technologies</li> <li>• Changes of Living Condition</li> <li>• Prices Rising up</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlargement of Social Security</li> <li>• Preference for Inpatient Care</li> <li>• Payment System for Medical Care</li> <li>• Increasing Number of Physicians</li> <li>• Extending of Medical Fertilities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advancement of Medical Technologies</li> <li>• Enlargement of Health Care Coverage</li> <li>• Increasing No. of Physician</li> <li>• Extending of Medical Fertilities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increasing Demand Caused by Health Care Securities</li> <li>• Rapid Development of Medical Technologies</li> <li>• Changes of Disease Patterns</li> <li>• Increasing and Aging of Population</li> <li>• Inefficiency on Financing and Health Care System</li> <li>• Lackage of Consciousness for Health Care Expenditures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlargement of Health Care Security</li> <li>• Increasing and Changing Structure of Populations</li> <li>• Relatively High Wage of Health Personnel</li> <li>• Introduction of High Technologies in Health Fields</li> <li>• Induced Demand by Increasing No. of Physician</li> <li>• Inequable Distribution of Medical Fertilities</li> <li>• Limitations of Economies of Scale in Health Industry</li> </ul>

Sources: 1), 2), 3) 박종걸, "각국 의료비 동향과 그 과제", *의료보험*, 6:1(5), 1983. 1, pp. 53~54.

4) WHO, "Financing of Health Service", *Technical Report Series*, No. 625, 1978.

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

Table 5. Data on 65 Years Old and Over in Health Insurance Statistics

醫療保險對象者중 65세 이상人口에 대한 資料

Year	65 Years Old Over of Total Populations (%)	65 Years Old and Over of Total Medical Insurance Be- neficiary (%)	65 Years Old and Over of Total Cases (%)	65 Years Old and Over of Total Expenses (%)	Expenses Per Case(Won)	Expenses of 65 Years Old and Over Per Case(Won)	Chronical Diseases of Total Cases (%)	Treatment Days Per Case (Day)	Treatment Days of 65 Years Old and Over Per Case (Day)
1980									
1981									
1982	3.9								
1983	4.0	3.8	1.9	-	-	-	-	-	-
1984	4.1	3.9	2.7	-	-	-	11.1	-	-
1985	4.2	3.9	3.1	5.4	17,130	29,969	12.3	4.6	7.4
1986	4.3	4.0	3.5	6.0	17,931	31,006	13.7	4.6	7.3
1987	4.4	4.1	3.8	5.9	16,716	28,432	14.1	4.6	7.4

Note: Beneficiaries by Government Employees and Private School Teachers and Staff Industrial Establishment.

Sources: *Medical Insurance Statistical Yearbook*.

Table 6. Health Expenditures by Age and Growth in Spending by 2010 and 2030

OECD國家의 人口增加와 人口構造變化에 의한 醫療費推計, 2010~2030

Country	Ratio of Per Capita Health Spending on Those Age 65 and Over to Those Under 65	Percentage Increase in Spending(b)					
		1980~2010		2010~2030		1980~2030	
		Total	Per Capita	Total	Per Capita	Total	Per Capita
Australia	4.9	50	9	33	15	99	24
Belgium	1.7	-1	1	-1	3	-1	4
Canada	4.5	46	13	31	18	90	34
Denmark	4.1	-4	5	0	20	-4	17
Finland	5.5	18	14	11	18	30	35
France	2.4	11	3	5	6	16	9
Germany	2.6	-3	6	-8	7	-10	13
Ireland	4.5	22	1	16	9	41	10
Italy	2.2	1	4	-4	5	-3	9
Japan	4.8	40	27	-2	3	36	31
Netherlands	4.5	17	9	13	18	32	29
New Zealand	4.2	31	6	24	17	62	24
Sweden	5.5(a)	2	3	9	11	11	14
Switzerland	3.6(a)	16	13	4	12	20	26
United Kingdom	4.3	2	0	12	10	16	10
United States	3.9(a)	27	3	23	14	56	18
Average	4.0	17	7	10	12	31	19
Compound Annual Rate of Growth		0.52	0.22	0.48	0.57	0.54	0.35

Notes:a) Ratio of total health spending of those aged 65 and over to those below age 65. For other countries the ratio reflects public spending only.

b) Calculations are based on the assumption that the ratios of per capita total health spending of those aged 65 and over to those below 65 in 1980 are same as the ratios presented here.

Sources:The same as table 2.

2) 醫療保障의 확대와 醫療費支拂制度

醫療保險制度를 導入하는 目的 가운데 하나가 經濟的 장애로 인해 억압된 醫療需要를 有效需要로 연결시켜 國民保健을 向上시키는데 있다. 이것은 醫療保險의 適用人口擴大와 保險給與水準의 확대에 따른 需要者の 費用認識의 弱화에 起因하여 醫療利用을 필요이상으로 하게 되어 醫療需要가 增加함을 의미한다.

〈表 7〉은 우리나라의 경우 醫療保險에 의한 醫療서비스의 利用增大가 保險醫療費 增加에 기여를 1중보험의 경우 46.2퍼센트, 公·教保險의 경우 47.9퍼센트를 나타내고 있어 醫療保障擴大에 의한 需要增大가 醫療費增加를 가져옴을 시사한다.

또한 自由放任的 醫療體系下에서 醫療保險制度가 行爲當酬價制(Free-for-Service)의 診療費支拂方式을 택할 경우 의료기관은 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.<sup>10)</sup>

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

醫療保險 診療費 增加의 要因別 寄與率

Unit: %

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)

Sources: Kyu Sik Lee, "Cost Containment Policies in Health Care",

*Journal of Population and Health Studies*, Vol. 6, No. 2, 1986. 12, pp. 91.

3) 醫療人力, 施設의 增大

醫師數의 增加는 醫療需要를 創出하므로써 醫療費를 增加시킨다고 할 수 있다. 그

10) 李奎植, "國民醫療費增加와 그 抑制策", *人口保健論集*, Vol. 6, No. 2, 1986, pp. 92.

러나 물론 醫師數의 增加가 醫療需要創出로 연결된다는 점에 대해서는 또한 異論이 많이 제기되기도 한다.

또한, 病院은 勞動集約的인 産業이므로 規模의 經濟가 크지 않을 뿐만 아니라 技術開發과 施設增大 만큼 生産性은 增加하지 않으므로 費用上昇要因이 크다.<sup>11)</sup>

#### 4) 醫療技術의 進步

醫療技術의 發達は 醫療의 特性上 醫療費增加를 가져온 醫療技術 가운데 어떤 것은 費用을 절감할 수 있는 새로운 技術도 있지만 財政的 誘因이나 專門技術的 誘因등에 의하여 여러가지 檢査를 많이 받도록 하여 檢査當費用은 낮아져도 患者1人當 檢査費用은 오히려 높아진다는 점이다.

醫療技術發達이 醫療費增加에 얼마나 寄與하는지에 대한 精確한 資料는 없으나 <表 8>과 <表 9>는 尖端高額裝備인 CT의 國家別 現況과 日本의 경우 CT에 의한 診療

**Table 8. Transition of No. of CT in Developed Countries, 1978, 1982**

先進諸國의 CT대수 增加比較, 1978, 1982

Countries	1978. 3		1982. 12	
	No. of CT	Per 100 Thousands Persons	No. of CT	Per 100 Thousands Persons
Japan	292	2.6	2,120	18.5
United States	933	4.4	2,318	10.7
United Kingdom	52	0.9	115	2.1
Germany	93	1.5	230	5.4
France	12	0.2	80	1.5
Sweden	13	1.6	-	-
Italy	-	-	90	1.6
Netherland	-	-	80	5.7
Canada	-	-	72	3.1

Sources: 1) E. Johnson, et al: New Eng. J. Med. 299:665, 1978.

2) 江見康一, 醫療と經濟, 中央法規出版社, 1984, pp.149.

11) 李奎植, “國民醫療費增加抑制方案”, 의료보험, 1988. 6, pp. 61.

Table 9. Estimated Percentage of CT Expenses in Health Expenditures in Japan

日本の國民醫療中 CT 醫療費推計

Year	Treatment Expenses by Government Managed Health Insurance			Percentage of CT Expenses in National Health Expenditures (Es- timated) (Billion Yen)
	CT Expenses / X-ray Expenses	CT Expenses / Total Treatment Expenses	X-ray Expenses / Total Treatment Expenses	
	1978	2.83%	0.09%	
1979	6.39	0.22	3.49	216.6
1980	5.72	0.22	3.93	236.9
1981	8.31	0.30	3.66	342.5

Sources: Same as table 8

費動向을 보여주고 있다. 일본의 경우 무려 7배 이상 증가했으며 미국, 영국, 서독이 2~3배 정도 증가했다.

일본에 있어서 CT 醫療費가 차지하는 比率이 매년 증가하고 있어 81年の 경우 342.5억엔에 달하고 있다. 다른 國家의 경우도 비슷한 양상을 보일 것으로 생각되며 매우 단적인 資料이지만 醫療技術의 發達이 醫療費增加要因이 된다는 점을 시사할 수 있다.

5) 醫療人力의 相對的 高賃金

醫療人力의 高賃金은 醫療서비스生産에 있어서 費用의 增加를 낳는다는 것은 분명

Table 10. Physician Incomes in Developed Countries and Korea, 1970, 1981

先進諸國 醫師 相對所得, 1970, 1981

Countries	Relative to Average Employee Income		Absolute Amount (US \$ GDP PPPs)	
	1970	1981	1970	1981
	Australia	4.3	2.5	\$25,600
Belgium	-	1.8	-	35,500
Canada	5.1	4.1	37,800	72,700
Denmark	-	2.8(80)	-	38,400(80)

Table 10. Continued

Countries	Relative to Average		Absolute Amount	
	Employee Income		(US \$ GDP PPPs)	
	1970	1981	1970	1981
Finland	3.7	1.8	16,200	24,200
France	4.8	3.3(79)	26,600	46,800(79)
Germany	6.4(71)	4.9(80)	40,800(71)	76,300(80)
Ireland	1.5	1.2	14,200	18,200
Italy	1.4	1.1	8,600	19,600
Japan	-	4.7	-	68,200
New Zealand	-	2.5	21,400	33,300
Norway	2.4(71)	1.7	16,800(71)	28,500
Sweden	3.7	2.1	25,500	35,300
Switzerland	-	-	34,500	84,200
United Kingdom	-	2.4	-	32,300
United States	5.4	5.1	41,800	93,000
Korea	-	8.2	-	39,000
Average	3.5	2.8	25,800	46,800
High / low	3.9	4.6	4.9	5.1
Standard Deviation	1.7	1.3	11,000	24,100

Notes: PPPs(Purchasing Power Parities)

Sources: OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1985, pp. 76

하다. 醫療서비스生産單位當 費用에서 어느 정도 人件費가 차지하는지는 정확히 파악할 수 없으나 일반 고용인력에 대한 醫療人力の 相對的 高賃金이 醫療費增加와 무관하지는 않을 것이다.

〈表 10〉은 醫師의 相對的 所得을 나타내고 있는데 OECD平均値가 1970년에 3.5에서 1981년에 2.8로 相對的 賃金水準이 약간 낮아졌지만 아직도 일반고용소득자의 2.5배 이상을 유지하고 있어 여전히 상대적 임금수준은 높다고 하겠다. 그러나 우리나라의 경우는 先進諸國보다 훨씬 높은 8.2를 나타내 우리나라 國民醫療費增加와 관련

Table 11. Costs of Illness in Five OECD Countries(Percentage of Cost allocated by Disease Category)

## OECD 5個國의 疾病分類別 費用

	Finland(72)			Sweden(75)			United States(80)			Japan			Germany(80)		
	T	D	I	T	D	I	T	D	I	D(77)	D(80)	D(83)	T	D	I
1. Infective and Parasitic Diseases	3.0	7.6	2.4	2.0	1.5	2.2	2.3	2.0	2.4	4.8	3.5	3.2	2.7	3.0	2.4
2. Neoplasms	5.3	6.9	5.1	7.4	5.3	8.3	11.1	6.2	15.4	6.2	7.9	8.9	7.0	4.4	10.1
3. Endocrine and Metabolic Diseases	1.7	2.4	1.6	2.2	2.5	2.1	2.8	3.5	2.3	2.8	3.1	3.5	2.6	3.6	1.4
4. Diseases of the Blood	0.2	0.7	0.1	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	0.4	0.6	0.7	0.9	0.3	0.2	0.4
5. Mental Disorders	17.8	23.3	17.1	14.6	15.7	14.2	6.7	9.4	4.5	7.6	7.1	7.1	4.4	5.1	3.7
6. Diseases of the Nervous System	4.2	4.1	4.2	4.1	4.4	4.0	5.1	8.1	2.4	6.6	5.5	5.8	4.2	4.8	3.5
7. Diseases of the Circulatory System	24.2	17.1	25.0	15.3	13.7	16.0	18.7	15.4	21.5	19.7	21.2	22.8	15.2	15.0	15.4
8. Disease of the Respiratory System	4.7	5.3	4.6	7.9	5.1	9.1	7.3	7.9	6.8	10.6	10.6	8.9	8.0	5.6	10.8
9. Diseases of the Digestive System	2.2	6.3	1.7	7.9	13.7	5.3	9.3	14.7	4.7	14.2	13.1	13.0	19.9	28.6	9.7
10. Diseases of the Genito-urinary System	1.1	4.1	0.8	2.5	3.6	1.9	3.4	5.8	1.3	6.9	8.4	6.6	3.4	4.2	2.4
11. Complications of Pregnancy and Childbirth	0.7	5.9	0.2	1.0	2.6	0.4	-	-	-	1.4	1.2	1.2	2.2	3.3	0.8
12. Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue	0.4	1.0	0.4	1.0	1.5	0.8	1.5	2.8	0.3	3.0	2.2	2.1	1.6	1.9	1.3
13. Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	16.4	4.8	17.7	15.1	5.3	19.4	4.5	6.2	3.1	6.3	7.1	7.2	9.5	7.6	11.7
14. Congenital Anomalies	2.1	1.0	2.2	0.8	0.4	1.0	1.4	0.6	2.0	0.5	0.5	0.4	0.6	0.3	1.0
15. Certain Causes of Perinatal Morbidity and Mortality	1.8	0.5	2.0	0.5	0.3	0.5	-	-	-	0.2	0.2	0.3	0.6	0.3	1.0
16. Symptoms and Ill-defined Conditions	0.5	2.5	0.3	2.2	3.0	1.8	4.3	1.8*	2.8	1.1	0.6	0.8	3.2	2.8	3.6
17. Accidents, Poisoning and Violence	13.4	6.5	14.2	11.1	7.8	12.7	18.2	8.8	26.4	7.5	7.0	7.2	13.7	7.7	20.7
18. All Others and Unallocated	0.3	-	0.4	4.1	13.2	-	2.9	6.1	3.8	-	-	-	0.9	1.5	0.1
Total(100%)	(100%)			(100%)			(100%)			(100%)			(100%)		

Notes:T=Total Costs, D=Direct Costs, I=Indirect Costs.

\*Includes Categories 11 and 15.

( ) Year

Sources:OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1985, pp. 51

하여 시사하는 바가 크다고 하겠다.

#### 6) 疾病構造의 變化

人口構造와 生活패턴변화, 所得水準向上은 疾病構造의 變化를 가져오고 이로 인한 慢性疾患으로의 疾病構造變化는 서비스량과 패턴을 변화시켜 불가피하게 醫療費增加를 가져온다.

〈表 11〉은 OECD 5個國의 疾病分類에 따른 疾病費用을 보여주고 있다 표에서 볼 수 있듯이 慢性疾患系統의 순환기계질환(뇌혈관질환, 고혈압 등)과 소화기계질환, 新生物 등의 疾病費用이 높은 比率를 차지하고 있어 疾病構造變化가 醫療費增加의 한 要因임을 보여준다.

이상의 國民醫療費增加要因과 관련하여 개략적으로 주요한 몇가지 要因을 보았으나 그 밖에도 그 나라 국민의 所得水準, 교육·문화수준 등의 제반 社會環境要因과 傳達體系 및 財源調達 등 制度的 要因등이 重要的 役割을 하고 있다고 할 수 있다.

### V. 先進諸國의 國民醫療費增加抑制策

1970年代 後半이후 長期的인 世界經濟침체하에서 各國의 醫療保障은 그 전환기를 맞고 있다. 1970年代 전반까지의 高度經濟成長에 따라 확대된 醫療保障은 계속 확대 방향은 물론 현상유지조차 어렵게 되었다. 즉 醫療保障의 확대와 더불어 增大된 醫療費가 그대로 계속 增加하도록 두면 안되게 되었다. 이에 先進諸國은 이미 1975, '76년부터 各種의 醫療費增加抑制策이 행해져 왔으며 80年代에 들어서 더욱 강화되었다.

여기서는 1970年代 이후 전개되어 온 先進諸國의 各種 醫療費增加抑制策을 다루고자 한다.

#### 1) 프랑스의 醫療費增加抑制策

1975年 이후 醫療保險費用의 增大에 따른 財政問題에 대해 各 制度間 財政調整, 保險料引上 등의 財政對策과 各種의 醫療費增加抑制策이 행해졌다.

우선 1974年의 財政調整法에 의해 1975년부터 社會保險部門制度間 財政調整을 실시하여 醫療保險部門 赤字의 대폭적인 해소를 도모하려고 했지만 赤字는 그후 減少하지 않고 增大되어왔다. 이 때문에 1976年 이후 藥劑給付費의 抑制(약가인하, 영양제 상환율의 인상 등)와 保險料率의 연속적인 인상(1976년 16.9%, 1977년 17.95%, '79년

18.95%, '81년 17.95%, '82년 18.95%)이 특히 '79년부터 강력한 醫療費增加抑制策과 새로운 財源對策이 실시되고 있다.

1978年 이후 醫療費增加抑制策(1978年 12월과 79년 7월에 결정한 것임)의 주요한 것은 ① 病院醫療費의 抑制 ② 醫科大學生數의 制限 ③ 사회보장감시위원회의 설치 ④ 실질적 본인일부부담의 강화 ⑤ 질병보험금고 등 事務費의 절감 ⑥ 알콜중독, 담배중독 및 사고에 대한 豫防의 추진 ⑦ 검사료의 강화 ⑧ 顧問醫에 의한 病休暇中の 피보험자에 대한 의료감시의 강화 ⑨ 診療報酬의 동결 ⑩ 醫師 및 피보험자 책임감의 환기 ⑪ 보험자와 약사 단체, 제약기업단체, 검사기관단체와 협의제 도입 ⑫ 약가규제이다.

또한 財源對策(1978年 12월과 79년 7월에 결정된 것)의 주된 내용은 ① 醫療保險料의 인상 ② 노령연금에 대한 의료보험료의 부과(기초연금에 대하여 1%, 보조연금에 대하여 2%) ③ 자동차 사고에 의한 傷病의 醫療費를 支拂하기 위하여 종래의 자동차 보험특별세를 폐지하고 자동차 운전자를 위한 강제보험의 창설 ④ 알콜세, 담배세의 인상 ⑤ 약국에 대하여 연간순수입의 1.5퍼센트에 상당한 매상고에 대한 특별부과금(1회에 한함) ⑥ 제약회사 선전비의 2.5퍼센트에 상당한 특별세의 부과(1회 한함) ⑦ 특별국고부담의 지출이다.

1981년부터 「미테랑行政府下에서 새로운 정책이 진행되었다. 그것은 社會黨의 “社會主義 計劃(Project Socialiste)” 및 1981년 3월의 保健과 社會主義協會 제5회 大會에서 공표된 “보건정책대강”에 기초하고 있지만 기본적으로는 지금까지의 醫療保險財政政策 및 醫療費增加抑制策과 큰 차이가 없다. 그러나 그것은 위기에 있는 프랑스 醫療保障을 바로 세우고, 나아가기 위한 필사적인 政策으로 볼 수 있다.

그 대부분은 醫療保障에 관한 것으로서 그 골자는 다음과 같다.

① 지금까지 전년의 給與上昇率에 대응하여 개정되고 있는 病院스텝의 급여, 契約醫(保險醫) 등의 診療報酬, 社會保障의 再給付를 1983년부터는 당해년의 예측임금상승율에 대응하여 개정한다.

② 醫師의 診療報酬 및 病院經費의 억제를 도모한다.

③ 自營業者의 保險料를 인상한다.

④ 알콜 및 담배를 대상으로 한 稅(目的稅)를 창설한다.

⑤ 入院患者에 대하여 1日當 20프랑(약 3,000원)의 일률부담을 창설한다. 단 생활곤란자, 산업재해자 및 임신부의 경우는 일부부담을 면제한다.

⑥ 醫藥品 광고비에 대하여 4퍼센트의 稅를 과한다.

⑦ 이 밖에 藥劑費의 引下, 일부보험약 등 醫療保險에서 除外, 疾病豫防의 촉진 건강기록부의 배포등을 한다.

## 2) 스웨덴의 醫療費增加抑制策

스웨덴에서는 모든 國民이 醫療保障 혜택을 받으므로 醫療費의 增大도 당연한 것으로 생각되지만 그 財源에는 限界가 있어 効率化를 도모함으로써 醫療費增加抑制策을 취하고 있다. 현재 醫療供給面의 効率化, 合理化를 중심으로 본인일부부담의 增額등이 행해지고 있다.

醫療供給面에서의 醫療費增加抑制措置로는 ① 利用率이 낮고 費用이 높은 一般病床을 減少시키고 長期療養病床을 늘린다.(일반병상의 1日當 費用은 1,000크로네인데 장기요양병상은 500크로네이다) ② 精神病床을 감소시키고 Open Care를 실시한다. ③ 在家 Care를 확충한다.(在家 Care의 1日當 費用은 200~300크로네이다) ④ 豫防保健事業을 강화한다. ⑤ 各 地域의 保健센터기능을 확대, 강화하여 地域間의 연결을 강화한다. ⑥ 病院의 機械化를 억제하고 보다 人間的인 것으로 한다. ⑦ 醫師의 양성과 배치에 있어서 基準을 엄격히 한다 등이다.

이런 政策은 특히 1990年代를 향하고 있어 간단한 短期政策은 아니다. 현 상태로는 1990年代에 총의료비가 최대로 증대할 것이므로 効率化, 合理化를 진전시키지 못하면 안된다는 것이 行政當局의 생각이고 病院 등 醫療供給側의 일반적 인식과 다르다.

스웨덴은 이처럼 醫療費增大에 직접적 단기적인 政策이 취해지지 않고 어느 정도 長期的인 시안에 서서 施策이 취해지고 있다. 물론 본인 일부부담의 인상(본인일부부담을 외래진료시 1회당 25크로네에서 1982년에는 30크로네로 인상) 등이 조치도 취해지고 있지만 그 효과는 특별히 크지 않다. 약제의 본인 일부부담도 인상되었다.(1981년 7월에 최고 25크로네에서 30크로네로) 이런 본인 일부부담의 인상은 다른 社會保障政策에 대한 費用削減과 함께 國家財政支出削減計劃의 일환으로서 행해진 것이어서 國家醫療費에 대한 부담을 감소시키는 것에 있다. 1981년 7월의 醫療에 대한 國庫負擔削減, 年金의 自動引上中止, 주택수당 등의 지급제한 등을 포함한 國家財政支出削減計劃은 GNP의 10퍼센트 가까이 달하고 있는 財政赤字를 점차 감소시키기 위한 것이다. 또한 外來診療部門을 확대한 것과 관련하여 모든 病院建設에 대해 지방의회는 國家의 인가를 필요로 한다.(최근까지는 5,000만 크로네 이상의 病院建設이 國家의

인가를 필요로 했지만 그 이하도 인가를 요한 것으로 되었다) 또 醫師配置에 대해서 각 지방의회에서의 전문의 채용, 配分을 國家가 規制, 病院要員構成에 대해서도 數와 配分比率를 規制한 것으로 되어있다.

장기요양시설의 확대에 대해서는 1977년 41,800병상을 1984년에는 55,900 病床으로 계획하였다. 이와 함께 公的保健醫療서비스에 있어서 病院外受診이 발생한 만큼 늘리는 방향이 취해지고 있다. 특히 노인에 대해서는 長期療養施設을 확대하는 방법 등 Day Care System에 옮기는 방법이 취해지고 몇개 지방의회에 있어서 실험이 행해지고 있다.

### 3) 美國의 醫療費增加抑制策

#### (1) 聯邦, 州政府에 의한 抑制策

國家에서는 醫療費增大에 대처하기 위하여 病院醫療費의 伸張율을 9퍼센트 정도로 억제하려는 病院費抑制法案을 매년 의회에 제출하고 있다. 그러나 이 法案은 실질심의 회에도 들어가지 못한채 매회 發案만 되고 있다.

1979년의 病院費用抑制法案의 골자는 다음과 같다.

① 入院費上昇率에 대해서는 年間上限을 설정한다. 이 上昇率은 病院이 사용한 물품 및 서비스價格의 실제상승, 인구변동 및 病院서비스의 향상을 반영하도록 한다.

② 開設후 3년 이하의 病院, 또는 연방정부가 설립한 '보건관리조직(Health Maintenance Organization)에 加入하고 있는 患者를 가지고 있는 病院은 이 規制에서 제외한다.

③ 대략 임의의 목표에 합치하고 또는 강제비용억제프로그램을 승인한 州의 경우 州內의 모든 病院을 이 規制에서 除外한다.

④ 유사한 형태 및 유사한 장소의 病院을 비교하여 效率性面에서 보아 病院에 대한 인센티브 및 벌금제도를 규정한다.

⑤ 病院의 관리직원 이외의 직원 賃金引上的 調整을 행할 것 등이다.

한편 各 州는 病院醫療費抑制에 대해 投資法律을 제정하여 醫療供給面에서 規制를 도모하고 있다. 현재 강제병원비용억제법을 9個州가 제정하여 지침들을 만들어 병원 건설과 고액의료기기의 도입을 規制하고 있으나 그 効果는 현저하지 않다.

#### (2) 民間醫療保險團體에 의한 抑制策

한편 Blue Cross, Blue Shield 등의 민간의료보험단체도 독자적 醫療費增加抑制策을 실시하고 있다.

Blue Shield의 각 계획이 요구하는 費用抑制策은 다음과 같다. ① 부정 및 부당한 診療의 체크 및 배제 ② 과거의 支拂을 기초로 한 利用評價 ③ 가입자 및 진료담당자에 대한 診療費抑制問題에 대한 敎育 ④ 기타 保險者(支拂者)와의 給付支給調整 ⑤ 각 地區의 醫療費資料와 全國 것과 比較 ⑥ 醫療費의 사정에 대해서 널리 세간에 알리는 것이다. 이 외에도 각 事業에 따라 추가적인 抑制策이 행해지고 있다.

한편 Blue Cross의 각 사업에서 요구되고 있는 費用抑制策은 ① 醫療費資料의 分析 ② 効果性에 관한 적절한 권고 ③ Blue Cross 연합회에서 연구하는 보고서의 제출등이 있다. 즉 각 사업은 醫療費 및 利用에 관한 資料의 分析, 費用抑制設定, 그 목적달성을 위한 활동계획의 결과 및 활동의 평가에 관한 자료분석, 費用抑制目標의 설정, 그 목표달성을 위한 활동계획의 결과 및 활동의 평가에 관한 보고(매년)가 요구된다. 費用抑制活動은 Blue Shield의 경우와 대략 동일하다.

이런 費用抑制策이 加入者의 保健敎育 및 豫防과 함께 진행되고 있다. 또한 Blue Cross, Blue Shield는 1980년부터 入院時에 행하는 각종 검사를 제한하는 방침을 갖고 있다. 이것은 再檢査를 자동적으로 하지 않고 醫師의 특별지시를 얻어 하도록 한 것이다.

### (3) 醫療關聯團體에 의한 抑制策

美國病院協會, 美國醫師會, 미국병원연맹 등은 연방정부의 病院費用抑制法案에 강한 반대와 함께 이것에 저항하여 자주적인 病院費用抑制策(醫療費의 增加率을 物價上昇率까지 낮추는 것, 病床을 증가시키지 않는 것, 設備投資의 증가율을 연간 20%이하에서 抑制하는 것 등)을 1978년부터 실시하였다.

이와같이 美國에서는 州와 民間醫療保險團體, 病院團體가 독자적인 醫療費增加抑制策을 실시하고 거기에도 연방정부에 의한 본격적인 施策의 필요성이 인식됨에도 불구하고 강제적인 施策을 싫어하는 民間醫療保險團體의 강한 저항으로 그 시행에 어려움이 있다.

### (4) 醫療保險改革을 통한 抑制策

연방정부의 단계에서는 당초 노인·장해자의료보험(Medicare)과 의료보호(Medicaid)의 재정대책으로 보험료와 국고부담금인상, 진료보수심사의 강화 등이 행해지는데 불과했지만 최근 의료보험의 개혁으로 醫療費抑制策을 진진시키려는 움직임이 있었다. 즉 연방정부는 1982년도 예산에서 의료보험보조금(各 州가 실시하고 있는 醫療保險에 대하여 연방정부가 보조금을 교부한다)을 12억달러 삭감한 것을 시작으로 醫療費

를 억제하기 위한 醫療保險改革을 강력히 진행하고 있다.

이와 관련하여 1982년 9월에 Hospice Care를 의료보험급부에 편입시키도록 法이 개정되었다. 이것은 醫師에 의해 生存期間이 6개월미만으로 診斷된 患者를 대상으로 통상 평균입원비용의 40퍼센트이하에 상당한 Hospice Care를 30일 내지 90일 支給하는 것으로 末期患者에 대한 人道的인 Care의 提供과 더불어 醫療費抑制를 목적으로 하고 있다.

또한 醫療保險의 補助金削除와 함께 연방정부는 환자본인부담금의 인상, 醫療機關 診療報酬의 인하 및 새로운 財源의 創出이란 3가지 基本方針에 기초하여 여러 조치를 提案하고 이미 실시하고 있는 것도 있다. 예를들면 지금까지 地域의 適正酬價에 기초하여 病院과 醫師에게 診療報酬支拂이 행하여졌지만 1983年 3월에 이의 改定(社會保障法改定)이 행하여지고 入院費에 대하여서도 467個診斷(Diagnosis Related Groups, DRGs) 과 함께 미리 결정된 全國統一酬價(처음 3년간은 地域調査가 행해졌다)에 기초하여 支拂(Prospective Payment System)이 행해지도록 되었다(1983년 10월 1일 실시). 이것에 의해 만약 病院이 설정한 酬價以下로 費用을 抑制하면 그 差額은 病院의 收入으로 되어 費用을 引下하려는 경향이 생길 것으로 생각된다.

이 밖에 醫療保險의 適正對象者를 연방정부의 保證下에 민간의료보험에 加入할 수 있는 案이 提出되었다. 이것은 걱정대상자에게 다수의 민간의료보험중에서 給付와 醫療給付費에 상당한 額을 민간의료보험단체(사회 등)에 보증하려는 案이다.

#### 4) 英國의 醫療費增加抑制策

英國은 國民保健서비스의 費用增大에 대처하기 위해 1977年 이후 各種의 費用增加抑制策이 실시되어왔다. 그 주요한 것은 ① 投資의 抑制, ② 經常支出의 抑制 ③ 病院 시스템의 合理化 ④ 入院代替 保健醫療의 확대 ⑤ 患者負擔의 강화 ⑥ 약제서비스의 억제 ⑦ 예방사업의 촉진 등이다.

이러한 것들은 豫算의 效率적인 配分計劃에 기초하여 실시되고 있다. 投資의 억제와 병원시스템의 합리화는 醫療施設의 정리, 재정비계획에 기초하여 수행되고 있다. 入院代替保健醫療의 확대는 在家Care, 중간시설(Nursing Home 등 장기요양시설) Care, 病院外來部門에서의 Day Care, 단기 외래진료 등의 확대로 가능한 병원입원을 감소시키고, 入院費의 增加를 억제하자는 것이다.

환자부담의 강화(인상)는 치과서비스 약제 및 안경에 대해서 매년 행해지고 있다.

약제서비스의 억제에는 1977년 1월의 예산백서에서 운영관리비와 함께 약제비지출삭감 계획이 나왔다. 이것은 증가하는 약제비를 억제하기 위하여 의사가 처방한 약제의량을 충분히 이해하도록 지도하고, 보건사회보장성은 同種의 약제 가격표를 의사에게 송부하고 最低費用의 것을 처방하도록 촉구한다. 또한 약제가격의 간접통제방법으로서 ‘자유가격규제제도’를 1977년 4월 이후 ‘약제가격규제제도’로 개정하였다.

예방사업촉진은 疾病에 관한 홍보(홍보자료의 배포), 건강증진운동, 충치예방, 건강교육, 가족보건서비스상담 등이다.

한편 의료보험개혁안으로 ① 國民保健서비스의 受給을 기권한 者에 대하여 일정한 稅控除를 주고 그 控除部分에서 民間醫療保險에 가입하도록 하며 ② 勞動組合에 稅制上 우대조치를 주어 사용자 모두 민간의료보험에 가입하도록 장려하고 피용자의 보험료를 임금의 일부로서 사용자가 부담하도록 하는 案이 제시되고 있다. 1982년부터 ① 컨설턴트(병원상급전문직)가 私의診療에 종사하기 쉽도록 파트타임계약이 됨과 함께 ② 연간소득 8,500파운드이하의 사람에게 보험료의 稅額控除가 인정됨으로 서서히 民間醫療保險獎勵政策이 행해졌다.

최근의 움직임은 外國人에 대한 有料化, 國民保健서비스재산의 매각등이 있고 1983년 豫算에는 ① 병원스탯의 삭감 ② 병원건설의 2퍼센트 삭감 ③ 병원급식, 세탁 및 청소업무의 합리화가 있다. 이에 보건사회보장성은 ① 고액의료기 구입과 사용을 民間과 공동화 하고 ② 노인의 Care를 위한 민간 Nursinghome의 활용을 확대한다. ③ 국립 Nursinghome을 민영화하고 公立病院一部를 민영화한다.

이러한 영국의 醫療費增加抑制策이 금후 10年間の 醫療費增加率을 연 0.5퍼센트로 계획하고 있지만 老人人口增加에 대처할 수 없는 계획이라는 비판이 강하다.

##### 5) 西獨의 醫療費增加抑制策

약 100年の 歷史를 갖고 있는 西獨의 病院保險은 지금 중대한 전환기를 맞고 있다. 1970年代 後半以後 장기적인 經濟不況下에서 疾病保險財政은 극히 不安定한 상태에 있다. 1977년에 제정된 疾病保險費用抑制法에 따라 病院保險의 費用增加가 억제되고, 保險料도 거의 인상되지 않다가 1980年 이후 다시 費用의 增加率이 높은 경향으로 나타나 1981년 12월에 제2차 疾病保險費用抑制法이 제정 되었고, 이와 동시에 病院醫療費抑制法도 제정되었다.

##### (1) 第1次 疾病保險費用抑制法

1977년의 病院保險費用抑制法(제1차)는 ① 保險醫의 診療報酬引上率은 豫想된 賃金上昇率의 범위내에 억제한다. ② 처방약제비총액을 규제한다. ③ 年金受給者 疾病保險費用에 대해 全國的으로 財政調整을 한다. ④ 약제비, 치과보조비 등의 본인 일부부담을 引上한다. ⑤ 財政결핍, 疾病金庫의 費用에 대해서 동일 州內의 同種金庫間에 財政調整을 한다 등이다. 이에 따라 疾病保險費用의 增加率은 1977年 4.9퍼센트, 1978年 7.1퍼센트, 1979年 7.9퍼센트로 현저히 低下했다. 그러나 1980年부터 다시 增加率이 상승하는 징조가 보임과 함께 1976~80年에 있어서 변하지 않던 保險料率도 1981年부터 上昇하기 시작하였다. 따라서 보다 효과적인 醫療費抑制를 도모키 위하여 第2次疾病保險費用抑制法과 病院醫療費抑制法이 제정되었다. 第1次는 疾病保險面에서 가능한 醫療費抑制를 도모하려 한 것이며 第2次는 지금까지 醫療費抑制 대상중에서 病院醫療費의 억제를 도모하려는 것이다.

### (2) 第2次疾病保險費用抑制法

第2次疾病保險費用抑制法은 ① 診療券의 발급제한(3개월에 1매) ② 경미한 醫藥品의 保險藥劑에서 除外 ③ 보양급부의 제한(2년에 1회에서 3년에 1회로) ④ 의치급부율의 인하(80%에서 60%로), ⑤ 정상분만의 入院 단축(10일에서 6일로) ⑥ 保險醫의 診療報酬의 引上率制限 ⑦ 醫藥品의 價格과 效果를 나타낸 分類表 리스트를 작성 ⑧ 파라메디칼서비스의 年間總費用抑制 ⑨ 약국의 질병금고에 대한 의약품의 할인율인상(5%에서 7%)로 ⑩ 入院療養費의 引上率規制, ⑪ 藥劑費 본인일부부담인상과 치료용품, 안경비용의 본인일부부담인상등을 정하고, 피보험자의 자기부담의 인상을 중심으로 保險醫, 藥局, 病院, 제약회사 등의 새로운 規制가 더하여져 제1차질병보험비용억제법에 보강한 형태로 效果的인 醫療費抑制를 도모하는데 있다.

### (3) 病院醫療費抑制法

病院醫療費抑制法은 ① 病院需要計劃의 再評價(實際需要에 効率的으로 대처) ② 公共費用造成的 効率向上化(病院에 대한 연방, 州의 補助의 經濟効率性을 높인다) ③ 入院療養費算定方法의 改定 ④ 病院療養費日額決定手續의 改定(종래 州政府 주도인 決定方式에서 病院과 保險者間의 協議決定方式으로 개정) ⑤ 병원경영합리화를 위한 독립병원협회와 각종 질병금고연합회와 공동협력(經濟성과 診療體系에 관한 기준 및 原則을 내용으로 한 공동협력) ⑥ 在宅간호의 확대 ⑦ 고액의료기기도입규제(病院需要計劃에서 고려, 計劃外의 것은 病院間의 相互調整義務, 病院과 保險醫間의 設置·利

用に 관한 조정의무 등) ⑧ 入院診療에 대한 經濟性原則의 관철(각종 疾病金庫州聯合會와 病院과의 사이에서 사회복지적 Care와 治療의 제휴, 入院診療의 經濟性 심사, 각 州의 病院金庫聯合會, 保險醫協會 및 病院協會 사이에 保險醫의 診療와 入院診療와의 유기적 연휴) ⑨ 入院診療의 經濟姓에 대해서 심사위원회설치(각 州의 疾病金庫聯合會와 病院協會가 공동으로 설치) ⑩ 入院療養費(日額)의 引上率에 대해서도 保健醫療協助行動會議(질병금고, 保險醫, 病院, 노동단체, 사용자단체, 州 등의 대표로 구성된 심의회)가 권고, ⑪ 病院附設療養施設의 入院費用을 抑制對象으로 하고 종래 대상으로 된 入院費用을 억제함으로 醫療費抑制效果를 한층 높이는데 있다.

이런 일련의 立法에 기초하여 醫療費抑制策에 따라서 1981年 이후 疾病保險費用의 增加率은 저하하고(1981年 7%, 82年 0.8%) 赤字도 해소되어 保險料率은 거의 上昇하지 않았다(1982年 11.98%, 83年 11.93%). 그러나 지금까지의 措置는 거의 法에 의한 강제적, 단기적인 대책으로 연속적인 手段을 강구하지 않으면 안되는 성격의 것이다. 그러므로 장기적인 抑制效果를 갖인 對策을 모색하지 않으면 안되는 단계에 있다.

## VI. 要約 및 結論

이상에서 先進5個國(프랑스, 스웨덴, 미국, 영국, 서독)의 최근(75年-84年)의 醫療保障問題와 醫療費增加抑制策에 대하여 개괄적으로 보았다. 이들 國家들이 취하는 醫療保障方式이 각각 달라 問題解決方法도 다르게 나타나고 있음을 알 수 있다. 프랑스, 서독과 같은 醫療保險方式을 가진 國家는 醫療費增大抑制策으로 給付率의 引下, 본인 일부부담의 인상, 診療報酬의 동결과 인상규제, 財政調整, 약가인하와 인상규제, 의료기관증설규제, 고액의료기기도입규제, 의사인력배출통제등을 취하고 있으며, 國家保健서비스方式을 갖인 영국, 스웨덴은 예산증액의 규제와 삭감, 예산의 効率的인 分配, 入院費의 억제, Primary Care, Day Care, 在家 Care 등의 확충, 의료기관증설규제와 적정배치, 醫師人力の 양성규제, 약제비의 억제, 본인일부부담인상등으로 醫療費增大抑制를 하려고 한다.

우리나라도 급속한 醫療費增加問題는 先進諸國과 다를바가 없다. 우리나라의 경우 75年과 85年을 비교해 보면, 國民醫療費의 GNP對比는 3.0퍼센트에서 4.8퍼센트, 1人當國民醫療費는 8,446원에서 85,749원이었으며, 國民醫療費 年平均增加率은 76년에

32.0퍼센트, 78년에 53.4퍼센트, 80년에 30.6퍼센트, 83년이 20.2퍼센트, 85년에 13.0퍼센트로 70年代 後半의 급속한 증가에 비해 최근에 상대적으로 다소 낮아졌지만 아직도 매우 높은 상태이다.<sup>12)</sup> 그러나 아직까지 國民醫療保障擴大에 치중한 나머지 醫療費增加抑制策에 대해서는 너무 미약하다.

적절한 國民醫療保障側面과 資源의 効率的인 分配面에서도 醫療費問題를 심각하게 인식하고 支拂補償制度, 醫療供給側面 등 先進諸國의 각종 政策을 우리에게 맞게 개발함으로써 長短期 國民保健醫療費增大問題를 지속적으로 해결해 나가는 것이 바람직할 것이다.

### 參 考 文 獻

- 權純源, 國民醫療費의 推移와 醫療費 安定化 對策, 한국개발연구원, 정책연구자료 88-03, 4, 1988.
- 權純源, 國民醫療費研究 : 推計와 分析, 한림대학 사회의학연구소, 1986. 7.
- 李奎植, “國民醫療費增加와 그 抑制策”, 인구보건논집, 제6권 제2호, 1986.
- 李奎植, “國民醫療費增加抑制方案”, 의료보협, 1988. 6.
- 韓國人口保健研究院, 醫療資源과 管理體系에 관한 調查研究, 1987. 12.
- 韓國人口保健研究院, 醫療保險患者診療費分析에 관한 研究, 1988. 12.
- 江見康一, 醫療と經濟, 明日の醫療(4), 中央法規出版社, 1982.
- B, Abel-Smith, “Cost Containment in Health Care: A Study of 12 European Countries”, *Bedford Square Press*, London, UK, 1984.
- B. Abel-Smith, “Cost Containment in 12 European Countries”, *World Health Statistics*, Vol. 27, No. 4, WHO, 1984.
- B. Abel-Smith, *The Rising Cost of Health Care*, New York, 1980.
- OECD, *Measuring Health Care 1960-1983*, Paris, 1985.
- OECD, “Financing and Delivering Health Care”, *Social Policy Studies*, No. 4, 1985.

---

12) 韓國人口保健研究院, 醫療資源와 管理體系에 관한 調查研究, 1987, pp. 420.

## Abstract

### National Health Expenditures and Cost Containment Policies in Developed Countries

Chi Keun Yoon\*

Health Care Expenditures have been one of the largest and fastestgrowing social expenditure items in all the OECD countries. But much of the growth occurred in the expansive economic climate of the 1960s, as many countries implemented national health insurance systems, provided public coverage to specific population groups, or enhanced already established national health system. Following the high inflation and low economic growth engendered by the oil shocks of the 1970s, most OECD countries began to face serious health care financing problems. These problems will be continued in the future as changing medical technologies and ageing of populations place substantial new cost pressures on both the public and private health care financing system of OECD countries.

This study describes the policies taken in 5 developed countries(France, Sweden, United States, United Kingdom, Germany) to restrict the health care expenditures in period 1975 up to 1984.

The summary of this study is as follows;

From the mid 1970s, most developed countries began attempts to restrict the growth of health care expenditures through various intervention programs. The intervention programs have varied from country to country, in line with the institutional framework. The object of these policies, however, has been identical;to restrict the growth of national health expenditures to the growth of GDP. Policies to restrict expenditures on health care have been aimed at various combinations of controlling (1) nation budget (2) changes of financial system (3) utili-

---

\* Researcher, Korea Institute for Population and Health.

zation of health services (4) prices of health service (5) premiums of health insurance (6) payment system for medical services.

Especially speaking, 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.