

2010-2015년 건강보험 노인진료비의 추이 및 증가요인



정형선 교수
연세대학교 보건행정학과

1. 들어가며

우리의 노인과 고령화에 관한 거의 모든 문헌이 연령별 인구 구성의 구조와 급속한 변화에 관한 통계테이블을 제시하고 있으므로 본고에서는 이를 생략한다. 하지만, 이에 관한 언급은 하지 않을 수 없다. 통계청 KOSIS가 제공하는 장래인구추계(중위)에 따르면, 우리의 전체 인구는 2030년 5,216만명을 정점으로 감소하기 시작하고, 생산가능인구는 올해(2016년)부터 3,704만명을 정점으로 감소하며, 내년(2017년)에는 고령인구가 유소년인구를 초과하게 된다. 고령화가 수반하는 고령인구층의 증가 그리고 이에 따른 만성질환의 증가는 모든 국가에게 도전으로 다가오고 있다. 더욱이 우리의 경우 고령화의 속도가 세계적으로 가장 빠른 편에 속해서 그 도전의 크기 또한 크다.

우리나라 65세 이상의 인구층은 2020년까지 연평균 약 4%대의 성장을 하고, 베이비부머가 고령층에 접어드는 2020년대에는 연평균 5%대로 급증한 후 2020년대 말부터 증가세가 둔화된다. 2020년대에 급증하는 연령층은 65~74세 인구층, 즉 상대적으로 젊은 노인들이다. 이들 세대의 건강 수준이 그 앞선 연령층의 같은 연령 시기의 건강 수준에 머물러 있어야 할 이유는 없다. '건강한 고령화(healthy aging)'의 가능성은 항상 열려있고, 정책적으로도 시현 가능하다.

건강을 관리해 나가는 노력은 개인과 사회와 국가의 노력이 동시에 이루어져야 그 시너지를 발휘한다. 우리의 의료 현장은 이러한 점을 제대로 반영하지 못하고 있다. 현행 의료제도와 건강보험제도는 아직까지 치료 위주의 틀에서 벗어나지 못하고 있으며 노인장기요양보험도 수발서비스 중심으로 짜여 있다. 우리의 건강보험은 예방과 건강증진의 장기적인 효과를 제도 내에 흡수하고 있지 못하고 있다. 현행 노인장기요양보험법에는 예방서비스의 정신이 포함되어 있으나 '노인 기능상태'에 대한 예방서비스는 충분치 못하다. 만성질환자와 고령자는 결과적으로 상당기간 질병에 시달리고 이들 개인은 물론 사회적으로도 이들에 대한 부담이 커지고 있다.

고령화와 관련된 이슈는 보건의료 분야만 해도 수없이 많다. 본고는 이 중에서 건강보험 노인진료비에 논의를 국한한다. 보험자인 공단이 고령가입자를 위해서 지불하는 ‘보험자부담분’과 어르신들이 ‘법정보인부담’으로 지불하는 돈의 합을 ‘건강보험 노인진료비’로 규정하고, 이것이 어떠한 추이를 보이고 있으며, 주된 변화 요인은 무엇인지를 분석하는데 초점을 맞춘다.

2. 인구고령화, 만성질환의 증가, 의료비

인구고령화는 여러 가지 사회문제를 야기한다. 그 중 하나로 고령인구가 가지고 있는 높은 유병률 수준 그리고 이것이 수반하는 의료비의 부담을 들 수 있다. 만성질환이 최초로 발견되는 시기는 주로 50대 이후이며 대개 10년 이상 경과 후에 합병증을 가지게 된다. 따라서 만성질환 유병률은 노년층에서 높게 나타나게 되며, 노년층이 의료의 주된 수요층이 되는 것이다.

만성질환과 관련해서 주목할 점은 대부분의 만성질환이 그 주요 기전인 고혈압, 당뇨병, 고지혈증을 관리함으로써 적절한 대처가 가능하다는 점, 그럼에도 불구하고 아직까지 이러한 관리를 위한 노력이 제대로 이루어지고 있지 못하다는 점이다. 2011년에 경제인문사회연구원 에서 수행한 백세시대 설문조사에서는 조사대상 전체의 33.1%가 노후건강을 위한 준비를 전혀 하고 있지 않으며, 44.8%는 규칙적인 운동을 하지 않는 것으로 나타난 바 있다(전홍택 외, 2011).

대부분의 사람들이 생애의료비의 대부분을 고령기에 부담한다. 후기고령기 내지 생의 마지막 단계에서는 요양병원이나 요양원 등 보건의료 및 사회서비스에 대한 요구도 커진다. 인구고령화가 어느 정도의 전체 의료비 내지 건강보험 노인의료비의 증가를 가져올 것인지는 계속되는 관심 사항이다. 인구고령화가 65세 이상의 고령인구층의 크기만큼 기계적으로 증가하지 않는 점은 이미 많은 연구 문헌이 밝히고 있다¹⁾. ‘건강한 고령화’가 진행되기 때문이다. 그렇다고 해서 ‘건강한 고령화’의 크기 자체를 구분하여 예측하는 것은 쉽지 않다. 그리고 이를 구분해내지 못한다고 노인의료비의 크기를 예측할 수 없는 것도 아니다. ‘건강한 고령화’의 진행이 계속적인 과정 이고 일정한 시계열적인 추세를 가진다면 이를 잔차에 포함한 노인의료비의 시계열 분석을 통해서 향후의 전망을 할 수 있기 때문이다.

본고의 분석은 최근의 건강보험 노인의료비의 변화를 어떤 요인이 주도하고 있는지를 밝혀냄으로써 인구고령화에 대비한 정책 판단에 도움을 주기 위한 것이다. 이를 통해서 최근의 건강보험 흑자의 원인의 일단을 이해하고 향후의 건강보험진료비의 흐름을 예측할 수도 있을 것이다.

1) 의료비 지출 결정요인에 관한 연구는 대체로 소득, 고령화, 사망관련 비용(또는 사망까지의 시간: proximity to death), 그리고 의료기술 발전 등을 분석한다. 소득 요인에 관한 연구는 1980년대와 1990년대에, 고령화와 사망 관련 비용에 관한 연구는 1990년대 중반부터 많이 나왔다. 소득에 관한 대표적인 연구로는 Newhouse(1977), Leu(1986), Hitiris와 Posnett(1992), Barros(1998) 등이, 사망관련 비용에 관한 대표적 연구로는 Zweifel 외 (1999), Spillmann과 Lubitz(2000), Hogan *et al.*(2001), Seshamani와 Gray(2004), Sterns와 Norton(2004) 등이 있다(정형선·송양민, 2013).

3. 건강보험 노인의료비의 추이 및 증가요인

본고에서의 ‘노인의료비’는 ‘노인인구층’의 의료비 지출을 가리킨다. 즉, 연령적으로 노인 인구층에 속하는 사람들이 지출한 의료비를 가리키는 것이며, 노인성질환에 대한 의료비라든가 노인병원에서의 의료비와는 외연을 달리 한다. ‘건강보험 노인진료비’는 재원별로는 건강보험 공단이 지불하는 ‘보험자부담분’과 환자가 건강보험 급여항목에 대해서 지불하는 ‘법정본인 부담금’을 포함하는 개념임은 앞에서 밝힌 바와 같다. 환자가 건강보험 급여 외의 항목에 대해서 지불하는 ‘비급여본인부담금’은 포함하지 않는다. 그 규모가 정확히 통계에 잡히지 않아서 정교한 분석이 어렵기 때문이다. 연령층은 기본적으로 ‘65세 이상’을 대상으로 하지만, 인구고령화의 진전에 따라 더 높은 연령층의 의료비의 정책적 의미가 커질 것이므로 ‘75세 이상 인구의 지출’도 함께 살펴본다. 분석방법은 정형선·송양민(2013)와 같으며 분석데이터는 건강보험통계연보의 확정치(2015년의 경우는 ‘2015 건강보험 주요통계’)의 공식자료를 기본으로 한다.

가. 분석 방법

분석방법을 간단히 제시하면 다음과 같다. (박스 1)은 건강보험 지출을 그 구성요소의 항등식으로 표시한 것이다(정형선·송양민, 2013). ‘1인진료비’의 변화는 ‘노인1인진료일수’의 변화와 ‘노인1일진료비’의 변화로 분해되고, ‘노인1일진료비’의 변화는 다시 ‘노인1일진료강도’의 변화와 ‘수가’의 변화로 분해된다. 이러한 ‘노인1인진료일수’와 ‘노인1일진료강도’의 변화를 합한 것이 ‘노인1인진료량’의 변화가 된다. ‘수가’의 변화는 ‘상대가치점수’의 변화와 ‘환산지수’의 변화로 구성된다. ‘상대가치점수’는 행위코드별 점수의 ‘단순합’이 아니라 행위코드별 빈도를 고려한 ‘가중합’이 되어야 하기 때문에 건강보험심사평가원의 건강보험청구 DW(Data Warehouse)에서 구축한 행위 코드별 빈도 및 지출 자료를 분석한 정형선·강길원·신정우(2015)의 결과를 활용한다. 따라서, 잔차에 의해 산출되는 ‘1일진료강도’의 변화에는, ‘상대가치점수’와 ‘환산지수’의 변화를 제외한, 1인의 환자에게 1일 동안 제공되는 서비스의 ‘종류’의 변화와 ‘빈도’의 변화가 포함된다.

[박스 1] 건강보험 급여지출의 항등식

$$\begin{aligned}
 B &= \text{Pop} \times B_p \\
 &= \text{Pop} \times V \times \bar{P} \\
 &= \text{Pop} \times (D \times I) \times (\bar{R} \times C)
 \end{aligned}$$

[여기서, B: 급여지출 (Bp: 1인급여지출), Pop: 적용인구수 (여기서는 건보대상 인구수),
 V: 1인진료량, \bar{P} : 평균가격, D: 입내원일수, I: 1일진료강도 (여기서는 잔차로 구함),
 \bar{R} : 평균상대가치점수 (= $\sum Q_i \cdot R_i / \sum Q_i$), C: 환산지수]

출처: 정형선·송양민(2013)

‘기여도 분석’이란 전체 지출을 구성요소별로 분해하여 증가율에 대한 구성요소별 기여 정도를 알아보는 것이다. 분석방법은 정형선·송양민(2013)의 설명을 참조하기로 한다. 의료비 증가의 기여도분석은 미래 의료비의 예측에 유용한 정보를 제공한다. 특히, 구성요소별 기여도가 크게 변하지 않을 것으로 기대되는 단기 전망에 적합하다. ‘건강보험 노인진료비’ 증가의 기여요인 중에서 일반물가수준과 노인가입자수는 단기적으로는 정책적 통제가 가능하지 않은 환경변수로, 건강보험수가(상대가치점수 및 환산지수)는 정책적 개입에 의한 조절이 가능한 정책변수로, 1인진료량(1인진료일수 및 1일진료강도)은 그 중간에 위치하는 것으로 간주할 수 있는데, 이러한 구성요소들의 미래전망치를 알 수 있으면 ‘건강보험 노인진료비’의 보다 정교한 단기 미래예측이 가능하게 된다. 하지만, 미래예측 자체는 본고의 범위를 벗어나므로 이러한 활용가능성을 언급하는 것에 머문다.

나. 건강보험 노인진료비의 구성요소별 증가율 및 기여도

(표 1)에서 보듯이 65세 이상 인구의 ‘건강보험 진료비’는 2015년 21.9조원으로 전체 ‘건강보험진료비’ 58.0조원의 37.8%를 차지한다. 21.9조원은 2000년 2.3조원의 9.7배에 해당하며, 전체 건강보험진료비에서의 점유율 37.8%도 2000년 17.5%에서 크게 증가한 것이다. 75세 이상 인구의 2015년 ‘건강보험 진료비’는 11.3조원으로 전체 ‘건강보험진료비’의 19.5%를 차지했다. 65세 이상 인구보다 증가속도가 훨씬 빠르다.

표 1. 전체 건강보험진료비

(단위: 십억원)

연도	건강보험 진료비		건강보험 노인진료비		노인진료비 점유율 B/A	노인진료비		노인진료비 점유율 C/A
	전체인구(A)	(증가지수 2000=1.0)	65세 이상(B)	(증가지수 2000=1.0)		75세 이상(C)	(증가지수 2000=1.0)	
2000	12,912	1.0	2,255	1.0	17.5%	670	1.0	5.2%
2005	24,862	1.9	6,073	2.7	24.4%	1,932	2.9	7.8%
2010	43,628	3.4	15,389	6.8	35.3%	5,893	8.8	13.5%
2015	57,959	4.5	21,921	9.7	37.8%	11,290	16.9	19.5%

주: 정형선·송양민(2013)에서는 불변가격치를 제시했으나, 여기서는 명목가격치를 제시하였다.

1인당 진료비의 변화를 본 것이 (표 2)다. 2015년 1인당 건강보험 (65세이상) 노인진료비는 331만원으로 전체인구의 1인당 건강보험진료비 115만원의 2.9배에 달했다. 1인당 진료비의 증가속도는 (표 1)의 전체 진료비만큼은 빠르지 않지만 명목가격으로 2000년의 5.0배에 달하게 되었다. 2015년 ‘노인인구의 1인당 건강보험진료비’는 ‘전체인구의 1인당 건강보험진료비’의 2.9배다. 2000년 2.4배에서 2015년 2.9배로 증가한 것을 볼 때 노인진료비 증가는 인구고령화에 따른 고령

인구층의 증가만이 아니고 노인 개개인의 의료비 지출 자체의 증가에도 기인함을 알 수 있다.

2006년 이전에는 ‘65세 이상의 1인당 건강보험진료비’가 ‘75세 이상의 1인당 건강보험진료비’보다 높았지만 차이가 줄어들다가 2007년부터는 역전되기 시작해서 2015년에는 ‘65세 이상’이 331만원, ‘75세 이상’이 406만원으로 차이가 벌어졌다(다만, 지면 관계상 (표 2)에서는 5년 간격의 수치만 제시함). 이는 인구고령화에 따라 높은 의료비를 수반하는 생애말기의 연령대가 점차 높아지고, 반면에 기존의 생애말기 연령대는 더 이상 생애말기가 아닌 초기 고령층에 속하게 되고 있음을 보여준다. 이들 연령대의 건강수준은 기존의 같은 연령대의 건강수준보다 높아졌기 때문에 생기는 현상이라는 점에서, 이는 우리의 인구고령화가 ‘건강한 고령화’를 수반하고 있음을 보여주는 것으로 해석된 바 있다(정형선·송양민·이규식, 2007; 정형선·송양민, 2013).

표 2. 1인당 건강보험진료비

(단위: 천원)

연도	건강보험 진료비		건강보험 노인진료비		전체1인당 대비노인 1인당(B/A)	노인진료비		전체1인당 대비노인 1인당(C/A)
	전체인구(A)	(증가지수 2000=1.0)	65세 이상(B)	(증가지수 2000=1.0)		75세 이상(C)	(증가지수 2000=1.0)	
2000	275	1.0	664	1.0	2.4	613	1.0	2.2
2005	516	1.9	1,391	2.1	2.7	1,343	2.2	2.6
2010	883	3.2	2,592	3.9	2.9	2,878	4.7	3.3
2015	1,145	4.2	3,309	5.0	2.9	4,058	6.6	3.5

주: 정형선·송양민(2013)에서는 불변가격치를 제시했으나, 여기서는 명목가격치를 제시하였다.

(표 3)은 2010년 이후의 ‘건강보험 노인진료비’ 증가율을 그 구성요소별로 분해한 결과다. ‘건강보험 노인진료비’는 2010년대(2010-2015년)에 연평균 9.9% 증가했다. 이는 2000년대(2002-2009년)의 연평균 증가율 18.7%에 비해 많이 줄어든 것이다. 노인가입자수는 2010년대에 연평균 4.3% 증가한 반면, 노인1인진료비는 연평균 5.4% 증가했다²⁾. 2000년대에는 ‘노인가입자수의 증가’보다는 ‘노인1인진료비의 증가’가 ‘건강보험 노인진료비’의 변화를 주도했던 것(정형선·송양민, 2013)에 비하면, ‘노인1인진료비의 증가’ 폭이 줄어들어서, ‘노인가입자수의 증가’의 영향이 상대적으로 커졌음이 확인된다.

여기서 노인1인진료비 증가의 내용을 더 살펴볼 필요가 있다. 노인1인진료비의 연평균 증가율 5.4%는 노인1인진료일수의 증가율 1.4%와 노인1일진료비의 증가율 3.9%로 구성되어 있다. 즉, 노인1인진료비의 연평균 증가는 노인1인진료일수보다는 노인1일진료비의 증가가 주도하고 있음이 확인된다. 노인1일진료비의 증가(증가율 3.9%)를 다시 분해해 보면 환산지수의 증가(증가율 2.1%)나 상대가치점수의 증가(증가율 0.5%)로는 설명되지 않는 부분이 있음을 알 수 있다(증가율 1.3%). 이 잔차 부분은 ‘1일진료강도’, ‘급여확대’ 등 다양한 요인을 포함한다.

2) 모든 증가율 분해에서 마찬가지로이지만, 이는 $(1+9.9\%) = (1+4.3\%) \times (1+5.4\%)$ 임을 의미한다.

표 3. 건강보험 노인진료비 증가율의 분해

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균* (2010-15)	
진료비증가율		13.8%	8.9%	6.9%	9.9%	10.4%	9.8%	9.9%	
노인가입자수 증가율		3.2%	4.1%	5.5%	5.0%	4.6%	3.6%	4.3%	
노인1인 진료비 증가율	전체	10.3%	4.6%	1.3%	4.7%	5.5%	5.9%	5.4%	
	노인1인 진료일수 증가율(A)	4.0%	1.1%	1.3%	1.0%	0.9%	-0.2%	1.4%	
	노인1일 진료비 증가율	전체	6.0%	3.4%	0.0%	3.7%	4.6%	6.1%	3.9%
		상대가치점수	0.5%	0.3%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
		환산지수	2.1%	0.6%	2.2%	2.4%	2.4%	2.2%	2.1%
		1일진료강도 등(B)	3.4%	1.4%	-4.3%	1.3%	2.2%	3.8%	1.3%

* 연평균은 기하평균

표 4. 건강보험 노인진료비 증가에 대한 구성요소별 기여도

(단위: 십억원)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균* (2010-15)
건강보험 노인진료비	14,135	15,389	16,449	18,085	19,969	21,921	17,658
증가액	1,711 100%	1,245 100%	1,060 100%	1,636 100%	1,884 100%	1,952 100%	1,583 100%
노인가입자수변화 (기여율)	412 24.1%	597 47.6%	847 79.9%	837 51.2%	858 45.6%	747 38.3%	716 47.8%
1인진료비변화 (기여율)	1,299 75.9%	657 52.4%	213 20.1%	799 48.8%	1,026 54.4%	1,205 61.7%	866 52.2%
수가변화 (기여율)	329 19.2%	286 22.8%	703 66.3%	400 24.4%	441 23.4%	452 23.2%	435 29.9%
- 상대가치점수 (기여율)	60 3.5%	46 3.7%	357 33.7%	-3 -0.2%	-3 -0.2%	-3 -0.2%	76 6.7%
- 환산지수 (기여율)	269 15.7%	240 19.1%	346 32.7%	402 24.6%	443 23.5%	455 23.3%	359 23.2%
1인진료량변화 (기여율)	970 56.7%	371 29.6%	-490 -46.3%	399 24.4%	585 31.1%	753 38.6%	431 22.3%
- 1인진료일수 (기여율)	523 30.6%	165 13.2%	210 19.8%	179 11.0%	173 9.2%	-37 -1.9%	202 13.6%
- 1일진료강도등 (기여율)	447 26.1%	206 16.4%	-700 -66.0%	220 13.4%	412 21.9%	790 40.5%	229 8.7%

* 연평균은 산술평균

(표 4)는 (표 3)에서 제시된 증가율을 활용하여 '건강보험 노인진료비'의 변화에 대한 구성요소별 기여도를 분석한 것이다. (표 3)에서 제시된 구성을 약간 변형하여 '진료비 = 수가(\bar{P}) x 진료량(V)'의 관계를 보다 분명히 보여주도록 구성한 것이다.

2010년대(2010-2015년)의 '건강보험 노인진료비'의 연평균 증가액 1조5,830억원 중에서,

8,660억원은 1인진료비의 증가에 의한 것이었고(기여도 52.2%), 7,160억원은 노인가입자수의 증가에 의한 것(기여도 47.8%)이었다. 1인진료비의 증가에 의한 부분은 다시 수가의 증가에 기인한 4,350억원(기여도 29.9%)과 1인진료량의 증가에 기인한 4,310억원(기여도 22.3%)으로 비슷하게 나뉜다. 2000년대(2002-2009년)에 비해, 인구고령화에 따른 노인가입자수의 증가의 영향이 상대적으로 커졌고, 그 외에도 수가의 증가와 진료량의 증가가 다양하게 증가에 기여하고 있음을 알 수 있다.

가장 최근 연도인 2015년의 경우를 보면, 전년 대비 '건강보험 노인진료비'의 증가액 1조 9,520억원 중 1조2,050억원은 1인진료비의 증가에 의한 것이었고(기여도 61.7%), 7,470억원은 노인가입자수의 증가에 의한 것(기여도 38.3%)이었다. 2011년 이후 약화되었던 1인진료비 증가의 영향이 커졌음이 확인된다. 1인진료비의 증가에 의한 부분 중에서 1인진료량의 증가에 기인한 7,530억원(기여도 38.6%)이 수가의 증가에 기인한 4,520억원(기여도 23.2%)보다 컸다.

4. 나가며

만성질환 유병률이 높은 고령인구층의 건강은 질병에 대한 관리도 중요하지만 운동, 영양 등의 건강증진 노력도 중요하다. 이는 개인과 국가의 노력이 동시에 이루어져야 그 시너지를 발휘한다. 우리의 의료 현상이 이러한 점을 제대로 반영하고 있는지는 의문이다. 건강보험제도는 아직까지 치료 위주의 틀에서 벗어나지 못하고 있으며 예방과 건강증진의 장기적인 효과를 제도 내에 흡수하고 있지 못하고 있다. 노인장기요양보험도 수발서비스 중심으로 짜였다. 만성 질환자와 고령자가 장기간을 질병에 시달리다가 죽음을 맞게 되는 것은 개인적인 불행 일뿐 아니라 사회적으로도 의료비의 부담을 초래하는 것이다.

본고는 이러한 인구고령화의 이슈 중에서 건강보험 진료비에 초점을 맞추었다. 최근(2010-2015년)의 건강보험 자료를 분석하여 건강보험 노인의료비의 추이를 살펴보고, 노인의료비의 증가를 구성하고 있는 요소별 기여도를 분석했다. '노인의료비 중에서 건강보험수급노인과 관련된 지출'을 '건강보험노인의료비'라고 한다면, 본고는 이 중에서 정확한 행정데이터가 확보되는 '보험자 지불액'과 '법정부담'만을 '건강보험 노인진료비'로 지칭하고 이를 분석대상으로 했다.

주요 분석 결과를 보면, 첫째, 65세 기준 '건강보험 노인진료비'는 2015년 21.9조원으로 전체 '건강보험진료비' 58.0조원의 37.8%를 차지한다. 이는 2000년 2.3조원의 9.7배에 해당한다. '1인당 건강보험 노인진료비'는 2015년 331만원으로 '전체인구의 1인당 건강보험진료비' 115만원의 2.9배에 달했다. 2000년 2.4배에서 2015년 2.9배로 증가한 것을 볼 때 노인진료비 증가는 인구고령화에 따른 고령인구층의 증가만이 아니고 노인 개개인의 의료비 지출 자체의 증가에도 기인함을 알 수 있었다.

둘째, 2010년대(2010-2015년)의 '건강보험 노인진료비' 증가율은 연평균 9.9%이었다.

2000년대(2002-2009년)에는 ‘노인1인진료비의 증가’가 ‘건강보험 노인진료비’의 변화를 주도했던 것에 비해, ‘노인가입자수의 증가’의 영향이 커졌다(단, 2015년에는 다시 ‘노인1인진료비’의 영향이 커짐). 노인1인진료비의 연평균 증가율 5.4%는 노인1인진료일수보다는 노인1일진료비의 증가가 주도하고 있음이 확인되었다.

셋째, 2015년의 전년 대비 ‘건강보험 노인진료비’의 증가액은 1조9,520억원이었다. 이 중 1조2,050억원은 1인진료비의 증가에 의한 것이었고(기여도 61.7%), 7,470억원은 노인가입자수의 증가에 의한 것(기여도 38.3%)이었다. 1인진료비의 증가의 영향이 커졌다. 1인진료비의 증가에 의한 부분 중에서 1인진료량의 증가에 기인한 7,530억원(기여도 38.6%)이 수가의 증가에 기인한 4,520억원(기여도 23.2%)보다 컸다.

본고를 통해 건강보험 노인진료비의 증가는 노인인구의 자체의 증가뿐 아니라 상대가치 점수나 환산지수를 포함한 수가의 증가 그리고 진료의 강도나 급여의 확대 등 다양한 요인의 영향을 받고 있음이 확인되었고, 세부적인 분석 수치가 제시되었다. 이러한 기여도 분석은 더 세분화된 하위 항목별로도 가능하다. 예를 들어서 입원과 외래 그리고 의약품에 대한 지출을 구분해서 각각 어떠한 증가요인의 기여도가 큰 지를 알아볼 수도 있고, 병원, 의원, 약국 별로 그러한 기여도를 살펴볼 수도 있다. 이러한 분석은 특정 정책이 의료비의 변화로 연결되는 기전과 크기를 가능하게 한다는 점에서 활용도가 크다. ❧

참고문헌

-
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. 건강보험통계연보, 각 연도 (2014년까지).
 국민건강보험공단. 2015 건강보험 주요통계, 2016.
 전홍택·박명호·윤석명·송양민·방하남·한주형. 100세 시대: 어떻게 행복하게 살 것인가?, 경제·인문사회연구회, 2011.
 정형선·송양민. “건강보험노인의료비증가요인분석및향후전망”, 보건경제와 정책연구 19(2), pp.21-38, 2013.
 정형선·강길원·신정우. “상대가치 총점관리 모형개발 및 관리체계 구축방안 (2단계)”, 건강보험심사평가원, 2015.
 Barros P.P., “The Black-Box of Health Care Expenditure Growth Determinants”, Health Economics 7, 1998, pp.533-544.
 Hitiris T., J. Posnett, “The determinants of effects of Health expenditure in developed countries”, Journal of Health Economics 11, 1992, pp.173-181.
 Hogan C., J. Lunney, J. Gabel, J. Lynn, “Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life”, Health Affairs 20, 2001, pp.188-195.
 Leu R.E., “The public-private mix and international health care costs”, in: A.J. Culyer and B. Jonsson(eds) Public and Private Health Service, Basil Blackwell, Oxford, 1986.
 Newhouse J.P., “Medical care expenditure: a cross-national survey”, Journal of Human Resources 12, 1977, pp.115-125.
 Sechamani M., A. Gray, “Aging and health care expenditure: the red herring argument revisited”, Health Economics 13, 2004, pp.303-314.
 Spillman B.C., J. Lubitz, “The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care”, New England Journal of Medicine 342, 2000, pp.1409-1415.
 Stearns S.C., Norton E.C., “Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions”, Health Economics 13(4), 2004, pp.315-327.
 Zwiefel P., S. Felder, M. Meirs, “Aging of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?”, Health Economics 8, 1999, pp.485-496.