

고령화 시대의 노인의료비

중·장기추이 전망 및 정책과제

김진수, 최인덕¹⁾

국민건강보험공단 연구센터

I. 서 언

1. 연구의 필요성

고령화란 한 국가의 전체 인구에서 노인인구(65세 이상)가 차지하는 구성비가 증가하는 현상을 의미하며 고령화에 대한 정의는 UN이 정한 기준에 따르고 있다. 이 기준에 따르면 전체 인구에서 노인인구 구성비가 7% 이상인 사회를 고령화 사회(Aging Society), 노인인구 구성비가 14% 이상인 사회를 고령사회(Aged Society), 그리고 노인인구 구성비가 20% 이상인 사회를 초 고령사회(Super-Aged Society)로 구분하고 있다.

우리나라의 경우는 1960년대 이후부터 급속하게 진행되고 있는 인구변동의 결과 선진외국에 비해 고령화가 빠르게 전개되고 있다. 통계청(2005)자료에 따르면 우리나라는 2005년 현재 65세 이상 노인인구가 438만명으로 전체인구의 9.1%를 차지하고 있어 이미 고령화사회(Aging Society)의 인구특성을 보이고 있다. 그리고 2018년에는 전체 인구에서 65세 이상 노인 인구가 차지하는 비중이 14.3%에 달해 불과 18년의 짧은 기간에 고령화사회(Aging Society)에서 고령사회(Aged Society)로 이행하게 되는데, 같은 비율의 변화가 프랑스에서는 115년, 미국에서는 75년에 걸쳐 이루어진 것과 비교할 때, 고령화가 우리사회에서 얼마나 빠르게 진전되고 있는지 가늠할 수 있다.

인구의 고령화는 국가의 경제조직과 사회복지체계에 새로운 적응 문제를 파생시킬

1 건강보험 연구센터 부연구위원, 건강보험연구센터 주임 연구원

으로써, 경제안정과 사회통합에 중요한 영향을 미치는 것으로 분석되고 있다. 일반적으로, 고령화는 인구구조를 변화시킬 뿐만 아니라 보건의료 분야에서는 노인의료비 증가에 큰 영향을 미치고 있다. 또한 국가 경제적 측면에서는 노동임금을 상승시키고 생산성을 저하시키며, 저축을 감소시키는 반면, 소비를 증가시켜 국가경제에 부정적으로 작용한다고 지적되고 있다.

그 동안 우리나라에서 고령화 관련 연구는 주로 현 노인의 실태분석과 노인복지 정책 수준의 논의로 이분화 되어 이루어져 왔다. 그러나 고령화 사회에 대비한 재정 측면의 연구는 상대적으로 취약하며 재정관련 연구도 주로 단기 측면에서 미시적으로 노인의료비 추이를 분석하는데 국한되어 온 것이 사실이다.

따라서 이와 같은 기존 연구결과로는 향후 우리나라의 노인의료비 수준이 중·장기적으로 어느 정도 수준에 이를지 파악하는데 어려움이 있을 뿐 아니라 국가재정운용을 수립하는 데에도 한계가 있는 것으로 판단된다. 즉, 고령화의 문제점을 인구, 경제, 노인의료비 체계의 유기적 연결 속에서 종합적으로 검토하고 분석하여, 고령사회를 대비한 노인의료비 지출관련 정책운용방안을 수립하는 것이 필요한 시점으로 보여진다.

2. 연구의 목적 및 내용

본 연구에서는 고령사회에 대비한 노인의료비 지출의 중·장기적 추이 및 적정 수준 여부를 다루고자 하며 그 구체적인 연구 내용은 다음과 같다.

첫째, 고령화의 사회·경제적 영향, 그리고 주요선진국의 고령화 관련 제도 및 노인 의료비 지출관련 개혁논의를 중심으로 분석한다.

둘째, 고령화의 경제적 영향, 특히 인구구조의 변화에 따른 GDP 및 국민의료비를 추계한다.

셋째, 고령화의 보건의료비 지출영향, 특히 인구구조의 변화에 따른 노인의료비 지출을 추정한다.

넷째, 인구학적, 경제학적 요소의 변화에 따른 노인의료비 sensitivity를 분석한다.

마지막으로, 추계결과 및 주요 선진주요국의 고령화 관련 정책분석결과를 바탕으로 노인의료비 관련 중·장기 재정운용방향을 제안하고자 한다.

3. 연구의 방법

고령화시대에 대비한 노인의료비 지출의 중·장기적 추이 및 적정수준여부를 고찰하기 위한 연구방법은 크게 두 가지로 분류할 수 있다. 첫째로, 고령화 관련 사회·경제적 영향 및 주요 국가별 대응방안은 기존 선행연구 및 문헌 고찰을 통해 분석하고자 한다. 두 번째로 추계와 관련해서는 다음의 4단계 방법을 거쳐 접근하고자 한다.

가. 1단계 : GDP추계

연구방법 <1 단계>에서는 여러 기관들에서 예측한 향후 2025년까지의 명목 경제성장률을 기초로 하여 명목국내총생산(GDP)을 추정하였다. 또한 추정한 명목 국내총생산(Nominal GDP)을 해당년도의 통계청 추계인구수로 나누어 국민 일인당 명목 국내총생산(Nominal GDP)을 산정하였다.

나. 2단계 : 국민의료비 추계

일반적으로 기존 연구에 따르면 국민의료비의 증가와 상관관계가 가장 큰 변수로는 국내총생산(GDP)이 많이 거론되고 있다. 이에 따라, 연구방법 <2 단계>에서는 우선 OECD Health Data를 이용하여 OECD 국가들의 GDP 대비 국민의료비의 비율을 분석하였다. 다음으로 <1 단계>에서 2025년까지 추정한 국내 GDP에 OECD 국가들의 GDP 대비 국민의료비 비율을 적용하여 국민의료비를 추계하였다. 또한 국민의료비추정의 오차범위를 고려하여 낙관안, 중립안, 보수안으로 구분하여 산정하였다.

다. 3단계 : 노인의료비 추계

연구방법 <3 단계>에서는 국민건강보험공단의 자료를 이용하여 노인의료비를 추계하였다. 본 연구에서의 노인의료비 추계는 국민건강보험공단에서 지급하는 급여비에만 한정하여 산정하였다. 일반적으로 급여비지출의 산식은 다음과 같이 표현된다.

$$\text{총 급여비} = \text{건강보험 적용인구} \times \text{1인당압내원일수} \times \text{압내원일당진료비} \times \text{급여율} \times \text{12월}$$

(1) 건강보험 적용인구

본 연구의 목적은 65세 이상 노인의료비를 추계하는 것이므로, 건강보험 적용인구는 65세 이상 노인인구가 된다. 따라서 통계청의 인구추계를 적용하여 성별, 연령별 건강보험 적용인구를 추계하였다.

(2) 1인당 입내원일수, 입내원일당 진료비 및 급여율

2025년까지의 1인당 입내원일수, 입내원일당진료비 및 급여율을 추정하기 위하여 2001년 7월부터 2005년 5월까지의 65세 이상 건강보험가입자의 1인당 입내원일수, 입내원일당진료비 및 급여율을 성별, 연령별로 구분한 자료를 이용하였다.

(3) 총 급여비

2025년까지 성별, 연령별로 구분하여 추정한 건강보험적용인구, 1인당 입내원일수, 입내원일당진료비 및 급여율을 이용하여 총 급여비를 산정하였다.

라. 4단계 : GDP, 국민의료비 및 노인의료비의 증가율 비교

연구방법 <4단계>에서는 이전까지 추정한 명목 국내총생산, 국민의료비 및 노인의료비의 증가율을 비교 분석하였다.

II. 고령화의 사회·경제적 영향

고령화는 사회통합과 경제조직에 중요한 영향을 미치는 것으로 분석되고 있다. OECD 각 국가들의 사회복지예산 규모의 변화를 살펴보면, 고령화가 진전됨에 따라 노인의 소득보장, 의료보장, 기타 사회복지를 위한 지출 규모가 총 국민생산(GDP)이나 국가예산에서 차지하는 비중이 점차 증가하는 현상을 보여주고 있다.

이와는 별도로 개인 가족의 수준에서도, 가계비 중 세금이나 의료비, 연금보험료 등 사회보험으로 소요되는 부분이 크게 인상되어 가계부담이 증가하는 것으로 나타나고 있다. 또한 노인인구의 증가는 여러 국가에서 사회보험 급여와 서비스 이용 증가를 초래하고 있고 이는 사회보험기금의 재정악화라는 심각한 사회문제를 야기 시키고 있는 실정이다.

이러한 가족과 사회수준에서의 부양부담의 가중화와, 사회보험재정의 불안정성은 소득재분배의 형평성을 둘러싼 세대간, 계층간 갈등을 심화시키고 있다. 특히 고령화와 함께 증가되는 사회적 부양부담은 그 사회의 사적, 공적 부양체계의 역할관계에 따라 그 부담이 집단별·계층별로 차등적으로 부과되는 경향이 크기 때문에 그 결과 사회통합에 부정적으로 작용할 개연성이 크다고 지적되고 있다. 특히, 우리나라와 같이 가족이나 기업에 의한 사적 보장체계의 역할이 큰 사회에서는 노인부양의 부담가중이 주로 가족이나 기업에 전가되어, 결국 세대간 갈등을 야기 할 수 있으며, 사회 안정망이 약화될 위험성이 매우 높다고 볼 수 있다.

이와 같은 점을 고려, 본장에서는 인구의 고령화가 사회·경제적으로 어떠한 영향을 줄 수 있는지를 기존 연구를 중심으로 분석해보고자 한다.

1. 고령화와 인구구조의 변화

<표 1>에 따르면 2005년 현재 우리나라는 65세 이상 노인인구가 438만명으로 전체 총인구의 9.1%를 차지하여 이미 고령화 사회(Aging Society)의 인구특성을 나타내고 있다. 이러한 노인인구 증가속도는 <표 1>에서 나타난바와 같이 향후 지속될 것으로 보여지며 이러한 증가추이가 지속될 경우 우리나라는 2018년에 65세 이상 노인인구의 비율이 전체 총인구의 14.3%에 달하여 불과 18년의 짧은 기간에 고령화 사회(Aging Society)에서 고령사회(Aged Society)로 이행하게 됨을 알 수 있다. 그리고 2025년경에는 전체 인구 중에서 65세 이상 노인인구가 차지하는 비중이 19.9%에 이르러 초 고령 사회(Super-aged Society)의 특징을 보이는 문턱에 다다르게 될 것으로 예상되고 있다.

표 1. 총인구 대비 65세 이상 노인인구 비율

(단위: 명, %)

연도	총인구	총 노인인구	노인인구 증가율	총 노인인구/총인구
2005	48,294,143	4,383,156		9.076
2010	49,219,537	5,354,200	3.119	10.878
2015	49,802,615	6,445,149	3.445	12.941
2020	49,956,093	7,820,996	4.928	15.656
2025	49,835,930	9,919,690	4.786	19.905

자료: 장래인구 특별추계결과, 통계청, 2005.

이렇게 빠르게 증가하고 있는 노인인구는 인구구조의 연령구간별 변화에 가장 큰 영향을 줄 것으로 보인다. 고령화에 따른 연령구조별 인구구조의 변화를 살펴보면 대체적으로 선진국에서와 같이 우리나라의 경우도 출산력 감소 및 평균수명의 연장에 따라 유년 및 청년층의 인구는 감소하고 노년층의 인구가 증가하는 현상을 보일 것으로 예상 할 수 있다.

이와 같이 출산율이 감소하고 노인인구가 증가함에 따라 가장 먼저 나타나는 현상은 젊은 세대가 부양해야 하는 노인인구의 증가이다. 이러한 현상을 노인부양비와 노령화 지수측면에서 분석하면 2005년 노년부양비율과 노령화 지수가 각각 12.6%, 47.4% 수준인데 반하여 2020년에는 각각 21.8%, 124.2%로 크게 증가 할 것으로 예상되고 있다(표 2 참조). 이와 같은 추세를 반영한다면 우리나라의 경우 2050년에는 생산가능 인구(15~64세) 1.4명당 노인 1명을 부양해야 하는 것으로 나타나 생산연령층 인구의 부담이 가중되고 있음을 보여주고 있다.

표 2. 노년부양비 및 노령화 지수의 증가 추이

구 분	2005	2010	2015	2020
전체인구(천명)	48,294	49,219	49,802	49,956
65세 이상인구(천명)	4,383	5,354	6,445	7,820
(구성비:%)	9.1	10.9	12.9	15.7
노년부양비1)	12.6	14.9	18.0	21.8
노령화지수2)	47.4	66.8	93.2	124.2

주: 1) 노년부양비 = (65세 이상 인구/15~64세 인구) × 100.

2) 노령화지수 = (65세 이상 인구/0~14세 인구) × 100.

자료: 장래인구특별추계결과, 통계청, 2005.

2. 고령화와 경제(GDP)의 변화

일반적으로 고령화는 연령구조의 고령화로 인한 생산가능 인구의 감소, 노인부양비의 증대로 인한 부담의 증가를 통하여 재정수지 등 수요 측면에 부정적 영향을 주는 것으로 분석되고 있다. 또한 노동공급인력의 감소, 그리고 고령화로 인한 생산성 저하 등으로 인하여 공급 측면에도 부정적 영향을 미침으로서 결국에는 1인당 실질 GDP에 부정적 결과(경제성장 둔화)를 초래한다고 예상되고 있다. 이러한 현상을 실증적으로 분석한 IMF 분석결과를 구체적으로 살펴보면 생산가능 인구가 1% 증가하면 GDP가 0.08%증가하는 것으로, 65세 이상 노인인구가 1% 증가하면 GDP는 0.041% 감소하는 것으로 분석하고 있어 인구의 고령화가 경제에 부정적 영향을 줄 수 있다는 이론적 검토를 뒷받침하고 있다.

이러한 분석결과를 바탕으로 OECD는 향후 고령화관련 획기적인 추가 대책이 마련되지 않는 한 고령화가 진행되고 있는 OECD국가와 이미 고령화가 크게 진행되어 더 이상 고령화에 의해 크게 영향을 받지 않는 미국과의 1인당 GDP 격차는 더욱 확대될 것으로 전망하고 있다. 그 구체적인 결과를 살펴보면 미국의 1인당 GDP를 100으로 보았을 때 현재 고령화가 급격하게 진행되고 있는 OECD 국가 1인당 GDP는 72~75수준에서 2050년에는 65수준으로 크게 떨어져 그 격차가 더욱 벌어질 것으로 전망하고 있다. 이와 같은 분석결과는 2050년경 선진국 중 일본과 한국 등이 가장 큰 타격을 받는 반면 미국은 상대적으로 타격이 작을 것으로 전망된다(표 3 참조).

표 3. 고령화와 주요국의 평균 성장률 전망 (2000~2050)

(단위: %)

한 국	독 일	미 국	프랑스	일 본	영 국
2.9	1.4	2.28	1.62	1.04	1.69

자료: Economic Outlook, OECD, 2001.

3. 고령화와 노인의료비 지출 변화

고령화가 노인의료비에 주는 영향을 국내와 국외 두 측면에서 살펴보고자 하며 먼저 우리나라의 건강보험 관련 노인의료비지출 현황을 건강보험통계연보를 이용하여 살펴보았다. 1999년 건강보험 의료비(본인부담포함)중에서 65세 이상 노인의료비가 차지하는 비중은 16.7%이며 2002년까지는 20% 이하수준으로 나타나고 있다. 그러나 2003년부터는 노인의료비가 전체의료비중에서 차지하는 비중이 20%를 상회하기 시작하였고 2004년에는 65세 이상 노인의료비 구성비가 24.4%로 나타나고 있어 노인의료비가 빠르게 증가하고 있음을 알 수 있다(표 4 참조).

표 4. 건강보험 관련 노인의료비 추이

(단위: 천원, %)

연 도	전체진료비	노인의료비 (65세 이상)	구성비	구성비(의료급여포함)
1999	11,521,631,013 (1,234,119,063)	1,923,056,209 (413,282,991)	16.7 (33.4)	18.3
2000	12,912,220,745 (1,497,740,486)	2,255,496,727 (508,015,080)	17.5 (33.9)	19.2
2001	17,843,327,120 (1,892,241,750)	3,162,734,331 (690,077,083)	17.7 (36.5)	19.5
2002	18,831,672,297 (2,031,275,921)	3,635,669,519 (752,531,144)	19.3 (37.0)	21.0
2003	20,741,996,730 (2,214,861,719)	4,400,753,493 (837,077,369)	21.2 (37.8)	22.8
2004	22,506,038,333 (2,611,144,315)	5,136,413,628 (994,493,821)	22.8 (38.0)	24.4

주: ()는 의료급여진료비 및 구성비를 의미.

자료: 1) 건강보험통계연보, 의료급여통계, 국민건강보험공단, 각 연도.

2) 건강보험주요통계, 국민건강보험공단, 2004.

노인계층의 연령구간별 1인당 진료비를 15~44세 계층의 1인당 진료비와 비교해보면 15~44세 연령계층의 1인당 진료비를 1로 가정 할 때 65세 노인계층의 1인당 진료비가 평균적으로 4배 이상 높은 것으로 분석되고 있으며 연도별로 점차 증가하는 현상을 보이고 있다. 이와 같은 현상은 노인인구수 증가에 따른 노인진료비의 증가뿐만 아

나라 노인의 질병특성상등에서 오는 진료량의 증가역시 노인진료비 증가에 큰 영향을 주고 있음을 암시하는 결과라 할 수 있다(표 5 참조).

표 5. 15~44세 대비 연령구간별 1인당 진료비

구분	2001	2002	2003	2004
15-44세	1	1	1	1
65-69세	4.09	4.35	4.57	4.73
70-74세	4.54	4.79	5.11	5.28
75세이상	3.72	4.09	4.48	4.83

증가하는 노인의료비와 관련해서 외국에서도 일찍 고령화가 진행된 영향으로 고령화에 따른 노인의료비 관련 연구가 많이 진행되어 왔다. OECD자료를 이용해 선진국가의 노인의료비 지출현황을 비교하면, 대략적으로 65세 이상의 1인당의료비가 65세 미만 1인당의료비의 3~5배 정도에 이르고 있음을 알 수 있다.

또한 대부분의 OECD국가에서는 1/3에서 1/2에 이르는 국민의료비를 65세 이상 노인들이 사용하고 있는 것으로 추정하고 있다. 일본은 GDP대비 국민의료비의 비율이 1997년 7.3%를 기록하여 영국의 6.7%에 이어 두 번째로 낮은 국가지만 1997년 기준으로 65세 이상 노인인구를 위해 전체국민의료비의 약 47%를 사용하고 있어 노인의 의료비지출이 가장 높은 국가 중에 하나로 분류되고 있다(표 6참조).

표 6. 주요국의 국민의료비대비 노인의료비의 비중(%), 1997

국가	노인의료비/국민의료비	국민의료비/GDP	노인의료비/GDP
일본	47	7.3	3.4
영국	43	6.7	2.8
캐나다	40	9.3	3.6
미국	38	13.6	5.0
호주	35	8.3	3.0
프랑스	35	9.6	3.4
뉴질랜드	34	7.6	2.5
독일	34	10.4	3.5

자료: Anderson, Health and Population Aging: A Multinational Comparison. The Commonwealth Fund, 1999.

4. 고령화와 국민의료비 변화

우리나라의 국민의료비 변화를 연도별로 보면 전체적으로 1995년까지는 GDP증가율이 높은 연도도 있고 이와는 반대로 국민의료비 증가율이 GDP증가율 보다 높은 연도도 있는 등 일정한 양상을 보이지는 않고 있다. 그러나 1995년 이후부터는 국민의료비 증가율이 GDP증가율을 상회하는 일정한 패턴을 보이고 있는데 일반적 원인으로는 2000년 의약분업도입으로 인한 수가인상, 구조적 원인으로는 행위별수가제에 따른 진료비 증가 등을 들 수 있을 것으로 보여진다.

고령화와 국가의 재정수지관계를 보면 다음과 같은 영향을 예상할 수 있다. 먼저 고령화 진전됨에 따라 국가수입이 되는 생산가능인구의 비중은 줄어드는 반면 연금, 각종 사회 보장 및 의료비 지출이 늘어나 재정수지에 부담을 가중시킨다는 점을 들 수 있을 것이다. IMF의 인구구성비의 변화에 따른 재정수지변화를 보면 재정수지(GDP 대비)가 생산가능 인구비율 1% 증가 시에는 0.06% 증가하지만, 노인인구 1% 증가 시에는 0.46% 감소되는 것으로 분석하고 있듯이 지속적으로 증가하고 있는 노인인구의 증가는 국가재정운용측면에서 적지 않은 부담으로 작용할 것이 분명하다. 즉, 정부의 노인복지예산 규모는 지속 증가하여 정부에 부담이 될 것이다.

국민부담률 및 부담액((사회보장부담금+조세)/GDP)은 1998년 22.9%, 102조원에서 2002년 28.0%, 167조원으로 급속히 증가하고 있는 것으로 나타나고 있으며, OECD 전망에 따르면 한국은 2050년 노인관련 재정지출의 증가로 7.7%의 적자를 기록할 것으로 추정하고 있다.

주요 선진국의 재정수지 변화를 살펴보면 2000년의 경우 이미 고령화가 급격하게 진행되고 있는 일본만이 재정수지가 적자를 기록한 것으로 나타나고 있다. 그러나 2050년에는 우리나라의 경우도 다른 국가와 비교할 때 재정수지변화가 적자일 뿐 아니라 일본이나 미국에 비교해서도 높을 것으로 예측되고 있는 실정이다(표 7 참조).

표 7. 고령화에 따른 주요국 재정수지의 변화

(단위: GDP대비 비중, %)

구분	2000년			2050년		
	재정수입	재정지출	수지	재정수입	재정지출	수지
한 국	28.1	25.6	2.5	26.3	34.0	-7.7
일 본	29.4	32.3	-2.9	29.5	35.3	-5.8
미 국	29.7	25.5	4.2	29.4	30.4	-1.0
스웨덴	56.5	52.2	4.3	53.2	55.8	-2.6

자료: Economic Outlook, OECD, 2001.

현재까지 고령화가 미칠 수 있는 사회·경제적 영향을 인구, 노인의료비, 국민의료비, 그리고 경제적 영향중심으로 살펴보았다. 분석결과에 따르면 기존선행연구에서도 제시되었듯이 고령화가 불러올 수 있는 사회·경제적 파장은 매우 크고 대체로 국가 재정측면에서 부정적 영향을 줄 것을 예상 할 수 있다.

다음 장에서는 이미 고령화가 진행되었거나 현재 고령화가 급속하게 진행되고 있는 국가들을 중심으로 제도측면에서 어떤 대책들을 수립하고 시행하였는지, 그리고 급증하고 있는 노인의료비 관련 어떤 개혁논의가 진행되고 있는지를 중점적으로 고찰해 보고자 한다.

III. 고령화와 주요 국가별 대응

이미 전장에서 기술한바와 같이 UN은 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비중에 따라 고령화 사회(Aging Society, 7~14%), 고령사회(Aged Society, 14~20%), 초 고령사회(Super-aged Society, 20% 이상)로 분류하여 정의하고 있다.

세계 각국의 고령화정도를 분석한 OECD(2005) 자료에 따르면 대체적으로 평균수명 증가(longevity)와 출산율(fertility rate) 감소에 따른 고령화는 유럽과 일본을 중심으로 진행되고 있음을 알 수 있다. 이와는 반대로 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등은 이민정책 시행에 따른 신규 인구 유입으로 고령화가 상대적으로 서서히 진행되고 있는 것으

로 나타나고 있다. 특히, 이들 국가의 경우 평균수명이 감소할 가능성은 거의 없어 영구적 효과(permanent effect)를 나타내는 것으로 분석됐으며, 2025년 선진국 평균수명은 82세, 개도국은 68세로 전망하고 있다(표 8 참조).

표 8. OECD 국가의 고령화 유형 (1960년과 2004년 비교)

1960 \ 2004	청장년 사회 (7% 미만)	고령화사회 (7~14%)	고령사회 (14~20%)
청장년사회 (7% 미만)	멕시코, 터키	한국, 폴란드, 슬로바키아	
고령화 사회 (7~14%)		미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드, 아일랜드, 네덜란드, 포르투갈	영국, 일본, 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 그리스, 헝가리, 이탈리, 룩셈부르크, 노르웨이, 스페인, 스웨덴, 스위스

자료: The Impact on Demand, Factor Market and Growth, OECD, 2005.

특히 OECD(2005) 자료에 따르면 우리나라를 포함한 주요 선진국의 경우 평균수명 증가에 따른 65세 이상 노년층 인구비중 증가와 출산력 감소 등에 따른 생산가능 인구 비중 감소로 고령화 현상은 더욱 심화될 것으로 전망하고 있다. OECD 국가의 고령화 진척속도를 비교분석하면 65세 이상 인구가 전체인구에서 차지하는 비중이 7%에서 14%에 도달하기 까지 한국은 18년 정도 걸린 것에 반하여 주요 외국의 경우 대체로 40년 정도 소요된 것으로 나타나고 있다. 이와 같은 현상은 14%에서 20%에 도달하는 기간에서도 마찬가지로 한국이 가장 빠르게 진행될 것으로 전망된다.

이와 같이 빠르게 진행되고 있는 고령화에 대비하기 위해 선진 주요 국가에서는 많은 정책을 이미 실행 중에 있거나 실행중인 정책의 변화를 추진 중이다. 본장에서는 고령화에 따른 주요 선진국의 국가별 대응방안을 비교 분석해보고자 한다. 분석 대상 국가는 이미 고령화가 1960년대부터 완만하게 시작되어 현재까지도 고령화 사회 수준에 머물고 있는 미국과 호주, 그리고 현재 고령화가 급속하게 진전되고 있어 이미 고령사회의 특징을 나타내고 있는 일본을 중심으로 살펴보고자 한다.

1. 미국

선진국에서의 인구구조가 고 출생·고 사망 수준에서 저 출생·저 사망 수준으로 변천하기까지는 우리나라에 비해 상당히 오랜 시간이 소요되었으며, 미국의 경우에 있어서도 인구구조가 고령화되기까지는 우리나라의 경우와는 다르게 상당히 오랜 시간이 소요되었음을 알 수 있다.

미국의 노인인구 고령화 추이를 살펴보면 <표 9>에서와 같이 65세 이상 노인인구가 전체인구에서 차지하는 비중이 1900년에는 4.1%를, 1920년에는 4.7%로 완만한 증가를 보인 것으로 나타난다. 그러나, 1930년대부터는 급속히 증가하기 시작하여 1950년대에는 이미 노인인구가 전체인구의 8.1%에 이르는 고령화 사회에 접어들었다. 이러한 노인인구의 증가가 지속되어 1990년에는 노인인구가 전체인구의 12.6%에 이르고 있으며, 2000년도에는 12.8%, 베이비붐세대(1946~1964년)가 65세에 진입하는 2010~2030년에는 노인인구가 차지하는 비중이 전체인구의 20%에 이를 것으로 전망되고 있다.

표 9. 미국의 노인인구 변화추이

(단위: %)

연도	노인인구비율	연도	노인인구비율
1900	4.1	1970	9.8
1910	4.3	1980	11.3
1920	4.7	1990	12.6
1930	5.4	2000	12.8
1940	6.8	2005	12.9
1950	8.1	2010	13.6
1960	9.2	2020	17.5

자료: 김진수 외, 고령화 사회의 상병별 노인의료비 추이분석, 건강보험연구센터, 2003에서 재인용.

미국의 노인의료비 지출 현황을 살펴보면 일찍 고령화가 진행된 이유로 전체의료비 중 노인의료비가 차지하는 비중이 아직 고령화가 실현중인 국가에 비해 상대적으로 매우 높음을 알 수 있다. <표 10>에서는 1999년 한 해 동안의 국민의료비 지출을 연령군별로 나누어 분석하였다. 분석 결과에 따르면 의료비 지출에 있어서 65세 이상 노인이 차지하는 비중이 36%정도로 상당히 높게 나타나고 있으며 이러한 결과는

Keehan et. al(2004)이 분석한 결과에서도 유사한 형태로 나타나고 있다. 1999년의 경우 65세 이상의 인구가 전체 인구에서 차지하는 비중이 13%수준임에도 불구하고 의료비 지출에서는 36%를 차지하고 있는 것으로 나타나 노인의료비 지출이 전체국민의료비 지출에 적지 않게 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

표 10. 미국의 연령군 별 의료비 지출현황(1999년)

(단위: 십억 U.S.달러)

구분	Hospital Care	Physician and Clinical Service	Prescription Drugs	Nursing Home	All other Service	Total
0~18세	47.9	43.9	8.9	1.1	29.2	131.0
19~64세	201.6	154.1	64.1	15.8	111.9	547.5
65세 이상	144.0 (37.0%)	72.9 (27.0%)	31.4 (30.0%)	72.7 (81.0%)	65.5 (32.0%)	386.5 (36.0%)
계	393.5	270.9	104.4	89.6	206.6	1065.0

주: ()는 65세 이상 노인이 차지하는 구성비.

자료: Health Care Financing Review/Web Exclusive/December 2, 2004/volume 1, Number 1.

미국에서는 일찍 고령화가 진행된 영향으로 다른 선진국가에 비해 일찍부터 다양한 정책을 마련하고 집행하는 과정을 거쳐 왔다. 현재까지 많은 정책이 집행되어왔고 개혁과정을 거쳐 왔지만 현재 가장 논의의 쟁점이 되고 있는 사항은 급증하고 있는 노인의료비 문제로 집약될 수 있다.

먼저 Medicare 와 Medicaid 두 프로그램의 지출현황을 살펴보면 2003년의 경우 두 프로그램의 지출이 GDP에서 차지하는 비중이 3.9%로 그리고 전체 국민의료비 지출이 GDP에서 차지하는 비중이 15.3%로 나타나고 있다. 그러나 노인의료비 지출 증가 등에 따른 영향으로 2050년에는 두 프로그램의 지출규모가 차지하는 비중이 GDP 대비 21.3%로 크게 증가할 것으로 예상되어 사회적 문제화 되고 있으며 이러한 지출증가를 제어할 수 있는 다양한 논의가 진행 중에 있다(Abate, 2004).²⁾

미국의 국민의료비 지출과 Medicare, Medicaid지출 관계를 살펴보면 Medicare의 경

2 Medicare의 경우 2003년 현재 65세 이상 노인 및 장애자를 대상으로 약 41백만 정도가 적용을 받고 있으며, Medicaid의 경우 51백만 정도(미가입자가 주로 여성이나 어린이가 75%를 차지)가 적용을 받고 있으며 지출 규모에서는 노인이나 장애자가 차지하는 지출 규모가 약 70%정도를 차지.

우 전체 국민의료비 지출에서 차지하는 비중이 Medicaid보다는 높고 대체적으로 15%에서 18%정도를 유지하고 있음을 보여주고 있다. Medicaid의 경우 국민의료비 지출에서 차지하는 비중은 Medicare에 비해 낮으나 GDP대비 Medicare 지출이 일정한 수준을 유지하고 있는 반면에 GDP대비 Medicaid지출은 전체적으로 증가하는 경향을 보이고 있다. 이를 연평균 증가율로 살펴보면 Medicare의 경우 2003년부터 2005년까지는 감소하는 경향을 보이다가 2013년에는 다시 7% 정도의 증가율을 보일 것으로 예상되고 있다. 반면에 Medicaid의 경우는 증가율 폭의 큰 변동이 없이 2013년에는 약 9%수준을 유지할 것으로 예측되어 연평균 증가율에서는 Medicare증가율 보다 높을 것으로 전망되고 있다.

이와 같이 두 프로그램의 지출증가가 크게 증가 할 것으로 예상되자 미국의 보건성을 중심으로 2006년 예산정책에 \$60 billion정도의 Medicaid 비용절감 책을 마련하고 추진 중인 것으로 Center on Budget and Policy Priorities(2005)에 보도되고 있다. 또한 향후 Medicare의 일부분을 Private Insurance Company 나 HMO를 통해 점차 민영화(Medicare+choice)하는 방안을 추진 중에 있다.

그러나 미국의 부시행정부하에서 43백만 정도가 보험적용을 받지 못하고 있으며 전체 의료비 지출에서 공공부분이 차지하는 비중이 민영부분보다 적은 상태에서 Medicare나 Medicaid의 일부프로그램에 대한 민영화를 통해 Medicare 및 Medicaid 지출 증가를 축소하려는 정책에 대해서는 논란이 제기되고 있는 실정이다.³⁾

이와는 반대로 Medicare 및 Medicaid 일부프로그램의 민영화를 통해 지출 증가를 억제시키려는 정책보다는 노인의료비 지출 증가를 축소시키고 중·장기적으로 재정안정을 유지하기 위해서는 premium과 deductible을 인상하고 고소득자에 대한 급여혜택 범위를 축소시키며, Medicare tax를 인상시키는 안에 대한 고려도 개혁안의 일환으로 논의가 진행 중이다.

2. 호주

먼저 호주의 노인인구 구성비를 연도별 연령구간별로 살펴보았으며 그 결과는 아래 <표 11>과 같다. 전체적으로 선진 주요국가에서 나타나는 현상과 같이 전체인구에서

3 전체 보건의료지출 중 민간과 공공이 차지하는 비중이 2005년을 기준으로 할 때 55.01%와 44.99%로 각각 나타남.

65세 이상 노인인구구성비가 점차 증가하고 있으며 기타 다른 연령층 인구구성비는 큰 변화가 없는 것으로 나타나고 있다. 그러나 노인인구 구성비의 증가추이를 한국, 일본과 비교해보면 증가추이나 증가속도에서 상당히 완만한 특징을 보여주고 있음을 알 수 있다.

표 11. 호주의 연령구간별 인구 변화추이

(단위: 백만, %)

연령구간 \ 연도	2002	2012	2022	2032	2042
65~84	2.2	2.7	3.8	4.7	5.1
85+	0.3	0.4	0.5	0.8	1.1
65세 이상 구성비(%)	13.0	14.0	19.0	22.0	25.0
총인구	19.6	21.5	23.2	24.5	25.3

자료: 2002~2003 Budget paper No 5, part II: Australia's Long term Demographic and Economic Prospects.

다음으로 연령구간별 보건의료비 지출 특성을 살펴보았다. 아래 <표 12>에서와 같이 전체적으로 65세 이상 노인 인구층을 제외하고는 국민의료비 지출이 감소하는 특성을 보이고 있는 것으로 나타나고 있다. 65세 이상 연령층의 의료비 지출 특성을 살펴보면 전체적으로 1995년에 이미 30%수준을 초과하였고 2036년 이후에는 40% 이상 수준으로 전망되고 있다. 그러나 이러한 증가추이 역시 일본과 비교해보면 일본이 이미 2002년에 40%를 초과한 것에서 보듯이 그 증가추이가 상당히 완만한 것으로 밝혀지고 있다.

표 12. 호주의 연령구간별 의료비지출 구성비

연도 \ 연령구분	0~4	5~19	20~44	45~64	65~74	75~84	85+
1995	5.0	11.0	29.4	23.0	15.1	11.9	4.5
2006	4.4	10.5	26.9	27.1	13.0	12.4	5.6
2021	3.7	9.2	23.1	27.0	17.6	12.8	6.6
2036	3.4	8.5	21.5	24.0	17.1	16.2	9.4
2051	3.2	8.2	20.8	23.6	15.8	16.4	11.9

자료: Richardson P, Robertson, Ageing and Cost of Health Services, Working paper 90, Center for Health Program Evaluation, 1999.

호주의 국민의료비 지출현황을 요양기관 종별로 GDP대비 지출구성비 측면에서 살펴보면 2002년, 2003년의 경우 전체적으로 병원의 지출구성비가 가장 높게 나타나고 있으며 약국의 지출구성비는 그리 높지 않음을 알 수 있다. 그러나 2044년 및 2045년의 경우 약국구성비가 상대적으로 크게 증가하는 현상을 보일 것으로 예상되고 있으며 전체 지출 면에서도 GDP 대비 의료비 지출이 2배 이상 증가하는 것으로 예상되고 있다.

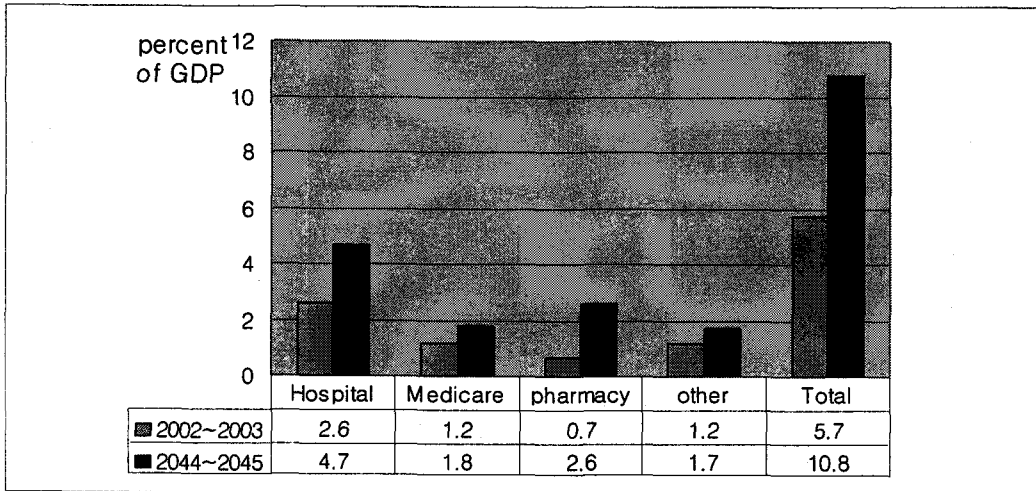


그림 1. 호주의 GDP 대비 의료비 지출

자료: Commission estimates, Health Expenditure, 2005.

그림 1. 호주의 GDP 대비 의료비 지출

전체적으로 호주의 경우 장기요양보호 서비스 지출에서 중앙이나 지방정부가 차지한 지출 구성비가 높은 구조적 한계점을 보이고 있다. 이와 관련하여 첫 번째로는 질 수준 측정 및 제고방안에 역점을 두고 이를 통하여 재정절감을 추구하고 있는데 1985년에 Home and Community Care Act를 도입하면서 많은 제도적 변화를 추구하였던 호주의 장기요양보호 서비스는 1997년에 The Aged care Act를 제정하여 시설별 서비스의 질에 기초한 인증제도를 도입하는 개혁조치를 단행 한 바 있다.

두 번째로는 위에서 제시된 바와 같이 중앙 정부 및 지방정부의 지출이 증가할 것으로 예상되자 정부의 보조를 줄이고 사용자의 부담을 증가시키려는 움직임을 보이고 있는데 특히 Residential Care의 사용자 부담을 증가시키려는 움직임을 보이고 있다 (Webster, 2002). 이와 병행하여 사용자가 Residential Care 보다는 Community Care를 이용하도록 하기위한 법적 강화방안을 고려중이다. 또한 재원조달에 있어 정부부담을 경감하기위해 정부 독자적으로 추진하여 부담을 가중시키기 보다는 민간지원을 병행하는 방향으로 개혁 논의가 진행 중이다.⁴⁾

3. 일본

일본은 세계최고의 장수국가로 고령화가 가장 빠르게 진전되고 있는 국가 중에 하나이며 평균 수명이 1995년을 기준으로 할 경우 남성은 76.4세, 여성은 82.8세로 나타나고 있다. 일본의 고령화 추이를 살펴보면 아래 <표 13>에서와 같이 1990년의 경우 전체 인구 중에서 65세 이상 노인인구가 차지하는 구성비가 12.1%로 나타나 이미 고령화 단계를 지나 고령사회로 접근하였음을 알 수 있다. 그리고 1995년에는 65세 노인 인구 구성비가 고령사회의 지표가 되는 14.0%를 초과한 것으로 밝혀져 고령화가 매우 빠르게 진행되는 현상을 보여주고 있다. 이와 같이 고령화가 진행될 경우 일본은 2015년경에는 전체인구에서 65세 노인인구가 차지하는 구성비가 25.0% 수준을 상회 할 것

4 참고로 미국, 그리고 호주등과 같이 일찍 고령화가 시작되었고 고령화 속도도 비슷하게 전개되고 있는 캐나다의 경우는 노인의료비 지출이 미국이나 호주에 비해 상대적으로 매우 높게 나타남. 미국의 경우 1999년에서 2000년 사이의 노인인구구성비는 12.6%에서 12.8%이며 노인의료비지출이 전체의료비 지출에서 차지하는 비중이 약 36%로 나타남. 호주의 경우는 2002년 노인인구구성비가 약 13%이며 노인의료비 지출 구성비는 약 30%에서 32%로 나타남. 이와는 반면에 캐나다의 경우 2002년 노인인구 구성비가 약 12.6%로 미국이나 호주와 비슷한 노인인구 구성비를 보이고 있으나 노인의료비가 차지하는 비중은 약 42.7%로 가장 높게 나타나고 있음(Lu, 2005).

으로 예상되고 있다.

표 13. 일본의 노인인구 변화추이

(단위: 천명)

연도	전체인구	65세 이상 인구	구성비(%)
1990	123,611	14,927	12.1
1995	125,570	18,276	14.6
2000	126,926	22,041	17.4
2005	127,708	25,392	19.9
2010	127,473	28,735	22.5
2015	126,266	32,772	25.9
2020	124,107	34,559	27.8

자료 1) 일본의 장래인구추계, 국립사회보장인구문제 연구소, 2004.
 2) 국가조사보고, 일본총무성 통계국, 2002.

이와 같이 빠르게 진행되고 있는 고령화의 영향으로 현재 일본에서 가장 큰 관심사로 부각되고 있는 문제점중 하나는 노인의료비 지출의 증가이다. 일본의 노인의료비는 매년 증가를 계속하고 있고 경제성장과 의료비 신장의 불균형은 계속 확대되고 있다. 이러한 문제와 관련하여 최근 일본 경제재정 자문회의는 중장기적으로 사회보장비용 증가율을 억제하기위해 관리지표를 도입하겠다는 뜻을 표명한 바 있다. 이는 경제성장률에 따라 사회보장 예산을 억제하겠다는 구상인데 이와 같은 구상은 이미 2001년 예산정책 편성 시 노인의료비를 경제상황과 연결시키자며 한차례 시도된바 있으나 후생노동성의 반발로 무산된바 있다.

일본의 노인의료비 지출 현황을 살펴보면 아래 <표 14>에 제시된바와 같이 전체 국민의료비중에서 65세 이상 노인의료비가 차지하는 비중이 1990년에 이미 30%를 초과하였고 2002년에는 약 40%수준으로 크게 증가한 것으로 나타났다.

표 14. 일본의 노인의료비 구성비⁵⁾

(단위: 억엔)

연도	국민의료비	노인의료비	구성비(%)
1990	183,795	57,331	31.2
1995	240,593	84,525	35.1
2000	260,062	103,469	39.8
2001	266,415	107,216	40.2
2002	262,749	107,125	40.8

자료: 일본의 장래인구추계, 국립사회보장인구문제 연구소, 2004.

일본에서는 현재 고령화 사회에 대비하기 위하여 의료체계의 개혁을 추진하고 있으며, 그 내용은 첫 번째로 질 높은 의료의 효율적 제공, 두 번째로는 의료보험의 제도개선, 그리고 마지막으로는 의료비의 적정화 추진 등에 정책의 기본방향을 맞추고 있다.

먼저 양질의 의료로 효율적으로 제공하는 방안과 관련하여 진료보수체계의 개선, 약가기준의 개선 및 의료제공체계의 개선 등의 과제를 제시하고 있다. 근본적으로 일본은 우리나라와 같이 행위별수가제를 전면적으로 채택하고 있으나 앞으로는 의료기관의 기능과 질환의 특성에 따라 평가체계를 구비해 나간다는데 역점을 둘 계획이다.

두 번째로 개호보험제도의 운영을 들 수 있을 것이다. 그러나 최근 일본에서는 개호제도 도입에도 불과하고 있는 노인의료비의 증가 등과 관련하여 개호보험제도의 지속성 여부와 관련한 문제가 제기되고 있고 이에 따른 개호제도에 대한 지속적인 개혁이 추진 중이며 2004년 12월 후생노동성 발표 자료에 따른 요지는 다음과 같다.

첫 번째로 개호서비스의 질을 적정히 보장하면서 증가되는 개호보험 비용을 효율화하는 방안을 적극적으로 검토하고 있는 방안을 들 수 있을 것이다. 이와 관련하여 요양보호대상자 범위를 축소 조정하는 안이 검토되고 있는데 이를 위하여 시설입소자의 본인부담 대폭 인상으로 가능한 한 재가서비스를 받도록 정책적으로 유도하는 방안을 검토 중이다.

다음으로 급격히 증가하는 개호인정자(요양보호대상자)에 적절히 대응하기 위해 새로운 「예방급여」 창설을 추진 중인 것으로 보도되고 있다. 이를 위하여 요지원 및

5 일본의 경우 현대와 같은 추세가 지속될 경우 2025년에는 전체의료비에서 노인의료비가 차지하는 비중이 약 50.3%에 이를 것으로 예상(<http://web-japan.org>)

개호 1등급(전체의 47%)의 약1/2이상을 개호 인정자에서 제외하여 「예방급여」 대상으로 전환하는 방안을 검토 중이다. 즉, 늘어나는 시설수요를 줄이기 위해 시설 입소자의 거주비, 식비를 개호보험급여에서 제외하는 방안을 검토 중인데 이에 따라 시설입소자의 본인부담이 현행 5~6만엔 수준에서 '05년 10월부터는 13~15만엔으로 대폭 인상될 전망이다.⁶⁾

이와 같은 정책 이외에 소규모 다기능 주택개호, 그룹홈 등 지역 밀착형 서비스를 다양하게 창설하고 현재 홈헬퍼 2급(130시간 양성교육)이 중심이 되고 있는 방문개호원을 장래적으로는 「개호복지사」 수준(전문대학 과정, 1년간 연수과정 수료)으로 상향 조정하여 추진할 예정이다. 또한, 지금까지 일률적으로 지원하던 특별양호노인홈(Nursing Home) 등의 신축비의 보조금을 폐지하는 대신 지역밀착형 서비스 시설 등의 정비나 특별양호노인홈 등의 「시설환경개선계획」이 후생성에서 정한 기본방침에 합당할 경우에만 교부금을 교부할 예정이다.

IV. 추계 및 분석

2장 및 3장에서는 인구의 고령화에 따른 사회·경제적 영향과 주요 선진국의 대응 방안을 제도적 측면과 재정운용측면에서 문제점 및 개혁방안을 중심으로 고찰 해보았다. 본장에서는 우리나라의 고령화에 따른 재정영향을 분석하여 중·장기적 시각에서 재정운용방안을 제시하고자 한다.

1. 명목 GDP추계

먼저 2장의 고령화의 사회·경제적 영향분석 결과에서 나타났듯이 인구의 고령화는 생산가능인구의 감소, 노인부양비율의 증대를 통하여 소비 및 투자, 경상수지, 재정수지 등 총수요 측면과 노동공급, 생산성 등 총공급 측면에 동시에 영향을 미침으로써 1인당 실질 GDP에 부정적 결과(경제성장 둔화)를 초래할 것으로 예상한바 있다.

이와 같은 전제를 근거로 본 장에서는 OECD Economic Outlook(2005)에서 산정한

6 1인실 사용 시 거주비 6만엔 + 식비 4.8만엔 부담(9만엔 정도 추가)

한국의 평균 성장률 전망에 따라 연평균 실질 GDP 성장률을 2.9%로, 그리고 연평균 물가상승률을 3%로 가정하여 향후 2025년까지의 최대 가능한 명목 GDP 성장률을 5.9%로 한정하였다. 이러한 가정 하에 추계된 명목 국내총생산(Nominal GDP)을 해당 년도의 통계청 추계인구수로 나누어 국민 일인당 명목 국내총생산(Nominal GDP)을 산정하였다.

2. 노인급여비 추계

일반적으로 의료비는 공단부담, 본인부담, 그리고 비 급여부분으로 나눌 수 있으며 비급여부분에 대한 추계는 자료이용의 한계로 인해 본 절에서는 제외하였다. 다음으로 본인부담을 포함한 노인 총 진료비 혹은 본인부담을 제외한 노인급여비를 추계하는 방안이 있을 수 있는데 본 연구에서는 추계의 정확도를 높이기 위해 노인급여비를 추계하기로 하였으며 추계결과를 이용하여 본인부담 포함 시, 비급여 포함 시까지 확장하는 방안을 모색하였다. 일반적으로 급여비지출의 산식은 다음과 같이 표현된다.

$$\text{총 급여비} = \text{건강보험 적용인구} \times \text{1인당입내원일수} \times \text{입내원일당진료비} \times \text{급여율} \times 12\text{월}$$

노인급여비의 추계에 사용된 자료는 건강보험공단에서 산출한 1인당 입내원일수 및 입내원일당 급여비로서 2002년부터 2004년까지의 월간 및 연간 자료를 이용하였다.⁷⁾ 또한 본 연구에서는 65~69세, 70~74세 및 75세 이상으로 노인급여비를 3개 연령군별로 구분하여 추계하였으며, 각 연령군별로 입원, 외래 및 약국으로 구분하였다. 추계결과에 대한 분석은 먼저 연령군별로 입원, 외래, 약국을 구분하여 항목별 노인급여비 추이 특성을 다음으로 항목별 즉, 입원, 외래, 약국별로 연령구간별 특성을 분석하였다.

가. 연령구간별 입원, 외래, 약국 노인 급여비 특성

1) 65~69세 노인급여비(입원, 외래, 약국)

7 2005년 8월까지의 월간 자료가 이용가능하나 불규칙한 추세로 본 연구에서는 배제함.

먼저 65~69세 사이의 노인급여비 추이를 입원, 외래, 약국을 구분하여 살펴보았다. 전체적으로 급여비 추이에 있어서는 약국급여비가 가장 높아 2009년부터는 입원, 외래보다 높을 것으로 예상되고 있다. 이를 좀더 구체적으로 보면 2010년에는 약국급여비가 입원보다는 1.18배, 외래보다는 1.10배 높게 나타나고 있으나 이후 입원, 외래보다 약국급여비 증가가 빠르게 나타나 2015년에는 약국급여비가 입원에 비해 1.14배, 외래에 비해 1.40배, 2020년에는 입원에 비해 1.75배 외래에 비해 1.90배, 그리고 2025년에는 입원에 비해 2.14배, 외래에 비해 2.49배 높을 것으로 예상되는데 이러한 현상은 입원, 외래에 비해 약국급여비가 얼마나 빠르게 증가하는지를 잘 보여주고 있다. 입원과 외래의 노인급여비 추이에 있어서는 2014년까지는 외래가 입원보다 높은 특징을 보이고 있으나 이와 같은 현상이 2015년 이후에는 입원급여비가 외래보다 상대적으로 많을 것으로 예상되고 있다.

이를 점유율 측면에서 보면 65~69세 총 노인 급여비중에서 입원, 외래, 약국급여비가 차지하는 비중이 2005년에는 외래가 차지하는 구성비가 약 37.2%로 가장 높고 입원과 약국급여비가 차지하는 비중이 각각 31.6%, 31.2%로 나타났다. 그러나 2010년에는 이와 같은 추세가 역전되어 약국이 차지하는 비중이 36.3%로 가장 높게 나타났으며 다음으로 외래, 입원이 각각 33.0%, 30.7%를 차지하고 있다. 이와 같은 경향이 지속되면서 2015년에는 입원이 외래급여비 보다 높게 나타나고 2025년에는 약국급여비가 65~69세 총 노인 급여비중에서 차지하는 비중이 50%를 초과하여 53.5%를 차지할 것으로 전망된다.

2) 70~74세 노인급여비(입원, 외래, 약국)

다음으로 70~74세 사이의 노인급여비 추이를 입원, 외래, 약국을 구분해서 보면 전체적으로 급여비 추이에 있어서는 입원이 외래보다 높게 나타나는 현상을 보이고 있는데 이러한 경향은 65~69세 노인급여비의 경우 2015년까지 외래급여비가 입원보다 높다가 2015년 이후 입원급여비가 외래보다 높은 것과 비교해 볼 때 다른 양상을 보이고 있음을 알 수 있다.

약국의 경우 입원, 외래의 급여비 추이를 65~69세 노인 급여비 추이와 비교하면 대체적으로 비슷한 변화를 보이고 있는데 약국의 경우도 2011년부터는 입원, 외래보다 급여비 지출이 높을 것으로 예상된다. 약국의 급여비 지출이 2015년에는 입원보다는 1.28배 외래와 비교해서는 1.47배, 2020년에는 입원보다 1.59배 외래보다는 1.93배 높

게 나타나고 있으며 2025년에는 입원과 비교해서는 1.98배, 외래와 비교해서는 2.54배 급여비 지출이 높을 것으로 추정된다. 즉 약국 급여비와 비교 할 때 외래는 점차감소하고 입원은 증가하는 현상을 반영한다고 할 수 있다.

다음은 70~74세의 노인급여비를 입원, 외래, 약국급여비로 구분하여 구성비변화를 연도별로 살펴보았다. 전체적으로 65~70세 구성비와 비교해볼 때 비슷한 연도별 구성비 변화를 보이고 있지만 65~69세와 비교해서 입원의 급여비 구성비가 약간 높게 나타나고 있는 점을 특징으로 들 수 있으며 그럼에도 불구하고 70~74세의 노인급여비 중에서 약국의 급여비가 차지하는 구성비가 2025년에는 50%를 넘을 것으로 예상된다.

3) 75세 이상 노인급여비(입원, 외래, 약국)

75세 이상 노인의 급여비 추이 변화를 살펴보았다. 분석결과에 의하면 전체적으로 급여비 추이에 있어서는 약국급여비가 가장 높아 2009년부터는 입원, 외래보다 높을 것으로 예상되고 있는데 이러한 현상은 75세 이하 노인의 급여비 추이와 크게 차이가 없는 것으로 보여진다.

75세 이상 노인의 급여비 추이 분석결과 75세 이하 노인의 분석결과와 다른 특이점은 65~70세의 경우 외래 급여비가 입원보다 높다가 연도가 진행되면서 입원이 높게 나타났고 70~74세의 경우는 2025년 까지 전체적으로 입원이 외래 급여비 보다 높은 특성을 보인 반면에 75세 이상 노인의 경우는 2019년까지는 입원이 외래보다 급여비 지출에서 높다가 2020년 이후 다시 외래급여비가 입원급여비를 상회하는 점을 특징으로 들 수 있을 것이다. 또 다른 특이점으로는 약국의 급여비 지출이 입원, 외래 급여비 지출보다 차지하는 비중이 높아져 2025년경에는 약국 진료비가 입원보다는 4.18배 외래보다는 3.61배 더 높게 나타날 것으로 예상되고 있다.

75세 이상 노인 급여비의 입원, 외래, 약국급여비별 구성비의 변화를 연도별로 보면 위에서 분석된 바와 같이 입원과 외래만을 단순 비교 할 경우 입원의 구성비가 2015년 경까지는 높다가 이후 외래 구성비가 높아지는 경향을 보일 것으로 예상되고 있다. 특이점으로는 약국의 급여비 구성비가 2020년에는 56%, 2025년에는 약 65%수준에 이르러 약국의 구성비가 75세 이상 노인급여비에서 차지하는 비중이 큰 폭으로 증가할 것으로 추정된다.

나. 입원, 외래, 약국진료비별 연령구간별 노인 급여비 특성

1) 입원

노인 급여비의 입원관련 특성을 파악하기 위해 연령구간별로 연도별로 살펴보았으며 그 결과는 아래와 같다. 노인 입원급여비를 연령구간별로 보면 전체적으로 2016년까지는 연령대가 높은 75세 이상 노인의 급여비 지출이 75세 이하 연령층에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타나고 있다. 그러나 인구의 고령화로 인한 연령별 인구변동으로 인구고령화가 한층 심화되어 우리사회가 전체 인구 중에서 노인인구가 차지하는 구성비가 14%수준에 이르는 2017년경부터는 65~69세의 입원비 지출이 75세 이상 노인의 입원지출보다 높을 것으로 예상되며 전체 노인 인구 중에서 노인인구가 차지하는 구성비가 16%를 초과 할 것으로 예상되는 2021년경에는 70~74세 노인인구의 입원 급여비 지출도 75세 이상 노인의 급여비 지출을 앞지를 것으로 예상된다. 65~69세의 노인의 입원 급여비 지출과 70~74세 노인의 입원 급여비 지출에 있어서는 연도변화에 관계없이 65~69세 연령군의 노인 입원 급여비 지출이 높을 것으로 추정된다.

2) 외래

노인 급여비의 외래 지출 관련 변화를 연령군별로 보면 입원 급여비 지출 변화와는 다른 양상을 보이고 있음을 알 수 있다. 전체적으로 입원의 경우 연령군별 변화가 연도가 진행됨에 따라 다른 특성을 보이고 있는 반면에 외래의 경우는 65~69세 연령군의 노인 외래 급여비 지출이 70세 이상 연령층에 비해 상대적으로 높게 나타날 것으로 예상되고 있다. 단지 노인인구 구성비가 10%수준을 초과하는 2010년경부터는 75세 이상 노인 외래지출이 70~74세 외래 급여비 지출 보다 높을 것으로 예상되는 점을 차이점으로 볼 수 있다.

3) 약국

노인 급여비의 약국급여비 추이를 연령구간별 연도별로 보면 전체적으로 75세 이상의 노인 약국급여비가 70~74세 노인의 약국 진료비 보다 높을 것으로 예상된다. 65~

69세와 70~74세의 노인 약국급여비를 비교하면 전체적으로 65~69세 약국급여비가 높을 것으로 전망된다. 약국급여비 관련 특이점으로는 75세 이상 노인의 약국급여비가 2010년부터는 65~69세 연령군의 약국 급여비를 상회할 것으로 예상되어 다른 연령군보다 지출이 상대적으로 높게 추정되는 점을 특징으로 들 수 있다.

다. 총 노인급여비

지금까지 노인급여비 추이를 연령구간별로 그리고 입원, 외래, 약국을 구분하여 특성을 분석하였다. 이를 종합하여 본 절에서는 연령구간별 구분 없이 입원, 외래, 약국을 구분하여 전체적인 노인급여비를 총괄적으로 분석하였다.

먼저 입원, 외래, 약국을 구분하여 노인급여비 지출 현황을 살펴보았다. 입원과 외래만을 볼 경우 연도별로 입원의 노인 급여비가 외래보다는 높은 특성을 보일 것으로 예상된다.

다음으로 입원 및 외래 급여비 지출을 약국과 구분하여 비교해보면 위 절 분석결과에서 제시되었듯이 2008년, 2009년을 기점으로 약국의 급여비 지출이 외래, 입원의 노인급여비 지출을 상회할 것으로 예상되고 있다. 2025년을 기준으로 할 때 입원보다 약 2.62배, 외래보다는 2.87배 정도 급여비 지출이 높을 것으로 예상된다. 총 급여비지출 증가율을 보면 2017년 이후부터는 증가율이 지속적으로 10%이상을 유지할 것으로 보여 지출 증가율의 변동에 따른 노인급여비 지출 영향이 매우 높을 것으로 예상된다.

표 15. 노인 총급여비 추계(2005~2025)

(단위: 억원, %)

연도	총급여비	증가율(%)	급여비		
			입원	외래	약국
2005	44,549		16,186	15,146	13,217
2006	44,042	(1.14)	15,441	14,879	13,723
2007	48,671	10.51	16,789	16,112	15,770
2008	53,410	9.74	18,115	17,308	17,986
2009	58,240	9.04	19,410	18,454	20,376
2010	63,347	8.77	20,716	19,611	23,019
2011	69,184	9.21	22,167	20,915	26,101
2012	76,088	9.98	23,851	22,455	29,783
2013	83,800	10.14	25,656	24,132	34,012
2014	92,153	9.97	27,518	25,876	38,759
2015	101,048	9.65	29,404	27,641	44,003
2016	110,527	9.38	31,312	29,414	49,802
2017	121,975	10.36	33,622	31,556	56,796
2018	134,665	10.40	36,123	33,845	64,697
2019	149,425	10.96	39,018	36,468	73,938
2020	167,436	12.05	42,577	39,676	85,184
2021	187,625	12.06	46,411	43,123	98,091
2022	209,902	11.87	50,445	46,718	112,739
2023	235,524	12.21	54,974	50,726	129,824
2024	265,120	12.57	60,142	55,216	149,761
2025	297,906	12.37	65,736	59,936	172,234

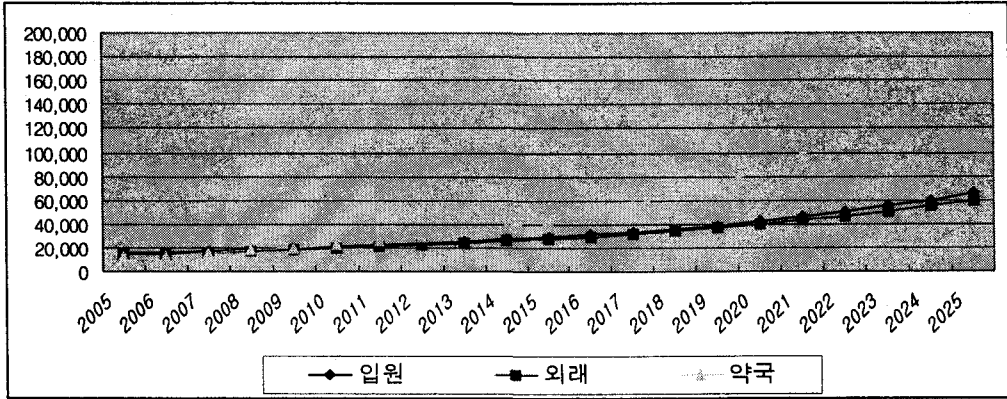


그림 2. 항목별 노인 급여비 추이

마지막으로 본 연구에서 추계된 65세 이상 노인에게 지급되는 급여비를 전체 급여비와 비교하기 위하여 수가인상율을 3%수준으로 유지한다는 가정 하에 적용인구, 1인당월 급여비, 1인당 급여비 증가율(수가 및 자연증가)을 이용하여 2025년까지의 현물급여비를 추계하였다. 전체 현물 급여비를 본 연구에서 추정된 65세 이상 노인급여비대비 구성비측면에서 보면 전체급여비에서 노인급여비가 차지하는 비중이 2010년에는 26.58%, 2015년에는 30.83%, 2020년에는 37.79%로 나타나고 있으며 2025년에는 50.22%에 이를 것으로 예상된다.⁸⁾

3. 명목 GDP와 노인의료비

노인급여비 증가추이가 다른 연령층에 비해 상대적으로 높아 향후 우리나라의 전체 국가재정 지출규모에서 노인급여비 지출이 차지하는 비중이 큰 폭으로 증가할 것이라는 사실은 이미 전절에서의 분석결과를 토대로 볼 때 분명한 사실이다. 이렇게 증가하고 있는 노인급여비 지출 규모에 대한 수준비교를 위해서 본절에서는 노인급여비 지출 대비 명목 GDP 규모의 추이를 분석하였다.

총 급여비 증가율에서도 나타나듯이 전체적으로 노인급여비 지출 증가율이 추계가 정에서의 GDP증가율보다 상대적으로 높게 나타나고 있으며 이러한 현상을 반영하듯

8 1인당 월급여비는 2001년 7월부터 2004년 12월까지의 월별자료를 이용한 회귀식을 이용하여 직장 및 지역의 1인당 월급여비 회귀식은 각각 23,769+13,812T, 22,152+11,615T로 나타남.

명목 노인급여비 대비 명목 GDP가 차지하는 비중이 점차 증가하는 경향을 보이고 있다. 2005 현재 명목 GDP 대비 노인 총급여비 지출이 차지하는 비중은 0.5%이지만 이후 빠르게 증가하여 2023년부터는 노인급여비 대비 명목 GDP가 차지하는 비중이 1%를 초과 하여 2025년에는 약 1.15%로 증가 할 것으로 예상된다(표 16참조).

4. 국민의료비 추계

본 절에서는 OECD Health Data 2005에 보고된 각 국가들의 GDP 대비 국민의료비 자료 중 우리나라의 자료를 기초로 2004년부터 2025년까지의 국민의료비를 추계하였다. 추계에 사용된 자료는 1983년부터 2003년까지의 연도별 GDP 대비 국민의료비 비율의 연도별 평균증가율을 이용하였으며 추계하였다.⁹⁾

우리나라의 GDP 대비 국민의료비 변동추이를 보면 2005년 5.78% 수준에서 2010년 6.25%, 2015년 6.77%, 2020년 7.32%, 그리고 2025년경에는 약 7.93% 규모로 증가할 것으로 예상된다. GDP나 국민의료비 규모의 각 나라별 차이를 고려하면 GDP대비 국민의료비 수준을 외국과 단순비교 하는 것에는 다소 무리가 있지만 우리나라의 GDP대비 국민의료비 추이를 OECD국가와 비교할 경우 우리나라의 2025년 수준은 2002년 일본(7.9%) 과 호주(7.6%), 2003년의 스웨덴(7.7%) 수준과 비슷한 것으로 추정된다.

이와 같이 단순 비교한 결과만을 놓고 보면 우리나라의 GDP대비 국민의료비 지출 증가 규모가 외국에 비해 상대적으로 낮지만 OECD국가의 GDP대비 국민의료비 지출 증가율과 비교해서 높게 나타나고 있어 점차 그 비중이 확대될 것은 명확한 사실로 보여진다.

다음은 전절에서 2025년 까지 추정된 노인 총급여비를 본 절에서 추계된 국민의료비 수준과 비교하였다. 아래 <표 17은 추정된 전체 국민의료비중 65세 이상 노인 총급여비가 차지하는 비중을 보여주고 있는데 2005년에는 8.59%, 2010년에는 9.22%, 2015년에는 10.21%, 2020년에는 11.74%, 그리고 2025년에는 14.49%수준에 이를 것으로 예상된다.

이를 역산하여 비급여 및 본인부담까지 포함하는 총 노인의료비 측면에서 보면 다

9 기존연구 결과를 보면 문형표(2001)는 보건의료비 추계 시 GDP와 노인 부양을 독립변수로, 유근춘 외(2003)연구에서는 GDP를 가장 설득력 있는 변수로 보는 등 약간의 차이는 있음. 본 연구에서도 GDP이외에 다른 변수를 고려한 결과와 큰 차이가 없어 가장 설득력이 있는 것으로 판단되는 OECD자료를 기초로 GDP대비 국민의료비를 추정함.

음과 같은 추정이 가능 할 것으로 보여진다. 먼저 요양기관종별 보험자부담을 및 본인 부담을 자료(김정희 외, 2005)를 근거로 볼 때 입원의 경우 보험자 부담은 종별 평균 54.9, 외래는 56.9로 나타났으며 이를 노인 총급여비에 적용 할 경우 입원은 보험자 부담 및 법정본인일부부담, 비급여진료비 및 전액본인부담을 포함하는 65세 노인 총 의 료비가 약 2006년을 기준으로 할 때 입원은 약 28,125억원, 외래는 약 26,149억원, 약국 은 약 18,798억원으로 추정되며 이러한 결과는 총 노인 의료비가 국민의료비에서 차지 하는 비중이 2006년을 기준으로 할 때 14%를 초과하는 것으로 보여진다.¹⁰⁾

그러나 2006년 이후 총노인의료비를 보험자 부담 및 비급여를 포함하는 본인부담의 변동을 예측하여 추계하는 것은 다소 무리가 있어 생략하였다. 그러나 2006년의 경우 65세 이상 노인 총의료비가 국민의료비에서 차지하는 비중이 약 14%로 나타나고 있고 노인급여비 평균증가 추이가 약 10%이상으로 나타나는 반면에 국민의료비 증가추이가 약 7.5%로 나타나는 점을 고려 할 때 향후 국민의료비에서 노인 총의료비가 차지하는 비중은 매우 빠르게 증가할 것으로 예상 할 수 있다.

10 약국의 경우 보험자부담은 건강보험공단의 내부자료를 근거로 73.0%적용

표 16. 국민의료비 및 GDP 대비 노인총급여비(2006~2025)

연도	명목 GDP(억원)	국민의료비 (억원)	총노인 급여비 (억원)	총노인급여비/ 국민의료비(%)	총노인급여비/ 명목GDP
2006	8,730,108	512,606	44,042	8.59	0.54
2007	9,245,185	551,491	48,671	8.83	0.50
2008	9,790,651	593,325	53,410	9.00	0.53
2009	10,368,299	638,333	58,240	9.12	0.55
2010	10,980,029	686,755	63,347	9.22	0.56
2011	11,627,850	738,850	69,184	9.36	0.58
2012	12,313,893	794,897	76,088	9.57	0.59
2013	13,040,413	855,196	83,800	9.80	0.62
2014	13,809,798	920,068	92,153	10.02	0.64
2015	14,624,576	989,862	101,048	10.21	0.63
2016	15,487,426	1,064,950	110,527	10.38	0.71
2017	16,401,184	1,145,734	121,975	10.65	0.74
2018	17,368,853	1,232,646	134,665	10.92	0.78
2019	18,393,616	1,326,151	149,425	11.27	0.81
2020	19,478,839	1,426,748	167,436	11.74	0.86
2021	20,628,091	1,534,977	187,625	12.22	0.91
2022	21,845,148	1,651,416	209,902	12.71	0.96
2023	23,134,012	1,776,688	235,524	13.26	1.02
2024	24,498,918	1,911,462	265,120	13.87	1.08
2025	25,944,355	2,056,460	297,906	14.49	1.15

V. 결론 및 정책제언

본 연구에서는 우리나라에서 빠르게 증가하고 있는 노인인구와 관련하여 가장 큰

문제점중 하나로 부각되고 있는 노인의료비 변화를 GDP 및 국민의료비 변화추이와 함께 유기적 관계 속에서 분석 하였다.

연령구간별 입원, 외래, 약국 노인 급여비 특성을 보면 65~69세까지의 노인급여비는 전체적으로 약국급여비가 증가가 가장 빠르게 나타나고 있으며 이러한 증가추이가 지속될 경우 2009년 이후부터는 약국급여비가 입원, 외래보다 높을 것으로 예상된다. 입원과 외래의 노인급여비 추이를 보면 2014년까지는 외래가 입원보다 높은 특징을 보이고 있으나 이와 같은 현상이 2015년 이후에는 역전되는 현상을 보일 것으로 추정된다.

점유율 측면에서 보면 65~69세 총 노인 급여비중에서 입원, 외래, 약국급여비가 차지하는 비중이 2005년에는 외래가 차지하는 구성비가 약 37.2%로 가장 높고 입원과 약국급여비가 차지하는 비중이 각각 31.6%, 31.2%로 나타났으나 2025년에는 약국급여비가 65~69세 총 노인 급여비중에서 차지하는 비중이 53.5%에 이를 것으로 예상되고 있다.

70~74세 사이의 노인급여비 추이는 전체적으로 입원이 외래보다 높게 나타나는 현상을 보이고 있어 65~69세 노인급여비 추이와는 다른 양상을 보이는 것으로 나타났다. 약국의 경우는 65~69세 노인 급여비 추이와 대체적으로 비슷한 변화를 보이고 있는데 약국의 경우도 2011년부터는 입원, 외래보다 급여비 지출이 높을 것으로 예상되며 약국의 급여비가 차지하는 구성비역시 2025년에는 50%를 넘을 것으로 분석된다.

75세 이상 노인의 급여비 추이역시 약국 급여비가 가장 높게 나타나고 있으며 2009년부터는 입원, 외래보다 높을 것으로 예상되고 있는데 이러한 현상은 75세 이하 노인의 급여비 추이와 크게 차이가 없는 것으로 보여진다. 약국의 급여비 구성비가 2020년에는 56%, 2025년에는 약 65%수준에 이르러 약국의 구성비가 큰 폭으로 증가하는 특성을 보이는 것으로 나타났다. 75세 이하 노인의 분석결과와 다른 특이점은 입원이 외래보다 급여비 지출에서 높다가 2020년 이후 다시 외래급여비가 입원급여비를 상회하는 점을 특징으로 들 수 있을 것이다.

노인급여비 추이를 입원, 외래, 약국을 중심으로 보면 전체적으로 2016년까지는 노인 인구 중 고 연령층의 입원급여비 지출이 높게 나타나고 있으나 인구고령화가 한층 심화되어 우리사회가 전체 인구 중에서 노인인구가 차지하는 구성비가 14%수준에 다다른 2017년부터는 65~69세의 입원비 지출이 75세 이상 노인의 입원지출보다 높을 것으로 예상된다. 또한 전체 노인인구 중에서 노인인구가 차지하는 구성비가 16%를 초과 할 것으로 예상되는 2021년경에는 70~74세 노인인구의 입원 급여비 지출도 75세

이상 노인의 급여비 지출을 앞지를 것으로 예상되어 고령화가 진행될 수록 연령이 낮은 노인층의 입원지출 비용이 상대적으로 고 연령층 노인보다 높은 것으로 나타났다.

외래의 경우는 입원 급여비 지출 변화와는 다른 양상을 보이고 있는데 전체적으로 65~69세 연령군의 노인 외래 급여비 지출이 70세 이상 연령층에 비해 상대적으로 높게 나타날 것으로 예상되고 있다. 단지 노인인구 구성비가 10%수준을 초과하는 2010년경부터는 75세 이상 노인 외래지출이 70~74세 외래 급여비 지출 보다 높을 것으로 예상되는 점을 차이점으로 볼 수 있다.

약국의 경우는 전체적으로 75세 이상의 노인 약국급여비가 70~74세 노인의 약국 진료비 보다 높을 것으로 예상되며 된다. 약국급여비 관련 특이점으로는 75세 이상 노인의 약국급여비가 2010년부터는 65~69세 연령군의 약국 급여비를 상회할 것으로 예상되어 다른 연령군보다 지출이 상대적으로 높을 것으로 예상된다.

노인급여비 분석결과를 종합해보면 입원과 외래만을 볼 경우 연도별로 입원의 노인 급여비가 외래보다는 높은 특성을 보일 것으로 예상된다. 그러나 약국의 급여비 지출을 포함할 경우 외국사례에서 분석된 바와 같이 2008년, 2009년을 기점으로 약국의 급여비 지출이 외래, 입원의 노인급여비 지출을 상회할 것으로 보여진다. 2025년을 기준으로 할 때 입원보다 약 2.62배, 외래보다는 2.87배 정도 급여비 지출이 높을 것으로 예상된다. 총 급여비지출 증가율을 보면 2017년 이후부터는 증가율이 지속적으로 10% 이상을 유지할 것으로 보여 지출 증가율의 변동에 따른 노인급여비 지출 영향이 매우 높을 것으로 예상된다.

노인급여비 추이를 GDP와 국민의료비 추이 변동과 함께 보면 먼저 2005 현재 명목 GDP 대비 노인 총 급여비 지출이 차지하는 비중이 0.5%로 나타나고 있으며 2023년부터는 노인급여비 대비 명목 GDP가 차지하는 비중이 1%를 초과 하고 2025년에는 약 1.15%로 증가 할 것으로 보여진다.

2025년 까지 추정된 노인 총급여비를 국민의료비 수준과 비교할 경우 전체 국민의료비중 65세 이상 노인 총 급여비가 차지하는 비중이 2005년에는 8.59%, 2010년에는 9.22%, 2015년에는 10.21%, 2020년에는 11.74%, 그리고 2025년에는 14.49%수준에 이를 것으로 추정된다.

이를 역산하여 비급여 및 본인부담까지 포함하는 총 노인의료비 측면에서 보면 현재의 요양기관종별 보험자부담을 및 본인부담을 자료를 근거로 할 경우 전체인구에서 65세 노인인구가 차지하는 비중이 9.5% 수준에 다다르는 2006년에는 65세이상 노인 의료비가 국민의료비에서 차지하는 비중은 14% 초과할 것으로 보여지며 GDP 대비

노인의료비는 약 0.84%정도로 추정되고 있다. 그리고 이러한 현재의 요양기관종별 보험자부담을 및 본인부담율이 향후 지속된다는 가정 하에 2025년까지의 노인 총의료비를 추정하면 2010년에는 국민의료비 대비 노인 총의료비가 15.1%, GDP대비 노인 총의료비가 0.94%, 2015년에는 국민의료비 대비 노인 총의료비가 16.4%, GDP대비 노인 총의료비가 1.11%, 2020년에는 국민의료비 대비 노인 총의료비가 18.5%, GDP대비 노인 총의료비가 1.36%, 그리고 2025년에는 국민의료비 대비 노인 총의료비가 22.4%, GDP 대비 노인 총의료비가 1.78%로 증가 할 것으로 추정된다.

추정된 우리나라의 노인 총 의료비 규모를 외국과 비교하면 어느 정도 수준인가에 대한 분석이 필요한데 우리나라의 경우에는 순수 총 노인의료비만 추정된 점, 그리고 외국의 경우는 노인장기요양보호에 사용되는 지출까지 포함되는 비교로 이루어져 있고, 또한 각국의 국민의료비와 GDP규모를 감안 할 경우 외국과 단순비교하기에는 무리가 있을 수 있다.

이러한 점을 감안 하더라도 선진주요국의 고령화 진행정도에 따른 단순비교를 통해 보면 외국의 경우 고령화 수준이 약 12%수준을 초과한 시점에서의 국민의료비 대비 노인의료비 수준이 일본은 31.2%, 미국은 38%, 호주는 31.5%수준으로 나타나고 있다. 그리고 일본의 경우 고령화 정도가 19%수준에 이른 2002년에 국민의료비 대비 노인의료비 수준이 약 40%를 초과하고 있어 우리나라의 고령화가 19%수준정도로 진행된 2025년과 비교해볼 경우 우리나라가 낮은 수준으로 보여질 수 있다.

그러나 OECD국가의 GDP대비 노인장기요양보호제도에 대한 지출 규모를 감안하여 우리나라의 GDP대비 노인장기요양보호제도 지출 규모를 0.5%를 적용하여 추정 할 경우 2015년에는 국민의료비 대비 노인의료비 비중이 26.3%, 2025년에는 31.8%로 나타날 것으로 추정된다. 그러나 GDP 노인장기요양보호제도 지출 규모를 1%적용하여 추정 할 경우 우리나라의 국민의료비 대비 노인 의료비 지출 규모는 2015년에 약 34.8%, 2025년에는 약 39.2% 수준에 이를 것으로 추정되는데 이와 같은 규모는 일본과 비슷한 것으로 나타나고 있음을 알 수 있다.¹¹⁾

우리나라의 현실을 보면 증가하고 있는 노인의료비문제와 관련해서 제도적 측면에서 노인장기요양보험제도 도입을 위한 시범사업을 추진 중에 있을 뿐 아직까지 향후 노인의료비가 전체지출 규모측면에서 어느 정도 일지, 지출증가와 관련하여 어떤 점이

11 김원중(2004)의 “OECD 선진국의 노인장기요양보호제도 운영실태연구”결과에 따르면 2000년 현재 OECD국가별 노인장기요양보호제도관련 GDP대비 지출규모는 스웨덴이 3%로 가장 높고, 헝가리가 0.15%로 가장 낮게 나타나고 있으며 대부분의 국가는 1%를 초과하는 지출 형태를 보임.

쟁점으로 부각될 가능성이 있는지, 그리고 노인의료비 증가와 관련하여 향후 점에 대한 제도적 개선이 필요한지 구체적 논의가 전개되지 못하고 있는 실정이다.

본 연구결과에 따르면 우리나라의 노인의료비도 상당히 빠르게 증가하는 것으로 나타나고 있으며 향후 이러한 증가추이가 지속 될 경우 우리나라의 고령화 정도에 따른 노인의료비 규모대비 국민의료비 수준도 외국의 수준과 비슷할 것으로 예상된다. 특히 우리나라는 노인요양보호제도 자체가 실시되고 있지 않는 상황에서 제도자체의 틀을 마련해야 하는 것과 아울러 노인의료비의 지출증가에 따른 지출규모의 적정관리라는 정책을 병행하여 추진해야 되는 점을 고려 할 때 선진국에 비해 여러 가지로 어려운 상황 속에서 정책을 추진하는 입장에 처해있다고 판단된다. 그러나 역설적으로 보면 노인의료비 증가와 관련해서 선진국에서 공통적으로 겪었거나 겪고 있는 문제점들을 우리가 먼저 분석하고 대비 할 수 있다는 측면에서는 그나마 다행스럽다고 할 수 있다.

우리나라의 노인의료비 지출 증가문제와 관련해서 어떻게 이 문제를 해결 할 수 있는가 하는 문제는 주요 선진외국의 경험을 토대로 볼 때 크게 다음의 세 가지 측면의 고려가 필요하다고 판단된다. 첫 번째는 제도적 측면의 문제로 증가하는 노인의료비를 절감할 수 있는 방안에 대한 고려가 필요한데 의료비지출 증가에는 의료체계의 구조적 모순이 가장 큰 영향을 미치고 있으므로 이를 구조적으로 개편하는 문제, 즉 진료비지불제도, 약가기준에 대한 합리적 개선방안 등에 대한 개편논의가 필요 할 것으로 보여진다.

또 다른 제도적 측면의 접근방안으로는 현재 선진국에서 주요 문제점으로 제기되고 있고 또한 제도개혁 대상의 초점이 되고 있는 노인장기요양보호제도 관련 문제점 및 개혁논의사항을 주의 깊게 살펴 볼 필요가 있을 것이다. 물론 우리나라에서는 시범사업으로 실시되고 있지만 주요선진국에서는 고령화에 따른 노인관련 의료비 지출증가 문제가 지속적으로 제기되자 이를 해결하기 위한 방안으로 노인장기 요양 보호제도의 질 수준 측정 및 제고방안, 대상자 범위의 축소를 통한 재정 절감방안 추진방안이 적극적으로 검토되고 있는 점 등을 우리나라에서 실시 예정인 노인장기 요양보호제도에 반영 할 수 있는 적극적 대안 마련이 필요 한 것으로 판단된다. 이와 더불어 일부국가에서는 재정절감 추진방안의 하나로 예방의 필요성을 강조하는 방안으로 예방급여창성을 추진하는 점 등을 주의 깊게 살펴볼 필요가 있을 것으로 보인다. 즉, 중장기적인 측면에서 예방의료에 대한 투자증대 등이 보험재정지출의 절감에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 점을 간과해서는 안 될 것이다

다음으로는 수입구조 확보방안의 지속적 확대방안인데 재원 확보 문제관련 주요 외국의 경향을 보면 주로 사용자의 부담을 증가시키는 premium 과 deductible을 인상시키는 방안으로 개혁 논의가 추진 중인 것으로 나타나고 있는데 이러한 방안 이외에 tax등을 활용한 재원확보방안도 충분한 논의가 마련되어야 할 것이다.

마지막으로 증가하는 노인의료비지출과 관련 주체 간 배분문제를 들 수 있을 것이다. 선진 외국의 경험을 보면 노인의료비 지출이 지속적으로 증가하면서 가장 많이 제기되고 있는 쟁점사항 중 하나가 어떻게 하면 공공부분과 민간부분의 지출을 효율적으로 배분 할 수 있는가? 지방정부 및 정부의 재정부담문제를 어떻게 하면 적정하게 배분 할 수 있는가? 를 중심으로 많은 논의가 전개되고 있다. 따라서 우리나라에서도 노인장기요양보호제도의 민간 및 공공부분에 대한 역할 분배문제, 그리고 지방 및 중앙정부의 역할 배분문제 등을 포함하는 주체간 배분 문제에 대한 중장기적 구상안이 먼저 확립되어야 할 것이며 그리고 이에 따른 지출 배분문제가 효율적인가 하는 문제에 대한 거시적 측면의 논의가 마련되어야 할 것이다.

현재까지 2025년까지의 우리나라의 노인의료비 증가 추이와 노인의료비 증가로 발생할 수 있는 문제점을 주요 선진외국의 경험을 토대로 분석하였다. 그러나 노인의료비를 포함하는 의료비 추계 시 비급여추이 및 급여확대에 따른 소요재정 등을 정확히 반영하지 못한 점을 아쉬움으로 남기며 이를 향후 연구과제로 남기고자 한다.

<참고문헌>

- 건강보험 심사평가원, 2001, 건강보험 심사평가원 내부자료.
- 국가 사회보장인구문제 연구소, 2004, 일본의 장래인구추계.
- 국민건강보험공단, 각년도, 건강보험통계연보.
- 국민건강보험공단, 2004, 건강보험주요통계.
- 국민건강보험공단, 각년도, 의료급여통계연보.
- 권순원, 2000, 일본의 노인의료비 현황과 대책.
- 김진수 외, 2003, 고령화 사회의 상병별 노인의료비 추이분석, 건강보험 연구센터, 국민건강보험공단.
- 김원중, 2004, OECD 선진국의 노인장기요양보호제도 운영실태, 대한병원협회지, pp. 40~52.
- 김창엽 외, 2004, 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구, 보건복지부.
- 마쓰다 마사노부 외, 2004, 세계의 개호사정, 중앙법규.
- 문성현, 2002, 국민건강보험의 급여비 추이분석, 건강보험 연구센터, 국민건강 보험공단.
- 문형표, 2001, 우리나라복지위상에 대한 평가와 개선과제, 한국사회보장학회 추계학술대회.
- 이원덕 외, 2002, 고령화 시대의 노동시장 정책, 한국노동연구원.
- 일본 총무성 통계국, 2002, 국가조사보고.
- 유한책임중간법인 일본재택개호협회, 2005, 개호보험제도의 논점.
- 정영호 외, 2003, 2001년 국민의료비 추계, 한국보건사회연구원.
- 정형선, 2005, 고령화 시대의 보건의료, 저출산 및 고령화사회 대책관련 의견수렴을 위한 공청회, 국회 저출산 및 고령화 사회대책 특별위원회.
- 한국은행, 2005, 2004년도 명목 GDP.
- 통계청, 2005, 장래인구 특별추계결과.
- 2002~2003 Budget paper No 5, part II: Australia's Long Term Demographic and Economic Prospects.
- Anderson, G. F., 1999, Health and Population Aging: A Multinational Comparison, The Commonwealth Fund.
- Anderson, S. J. 1993, Welfare Policy and Politics in Japan: Beyond the

Developmental State, Paragon House, New York.

Campbell, John. 1992. How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society, N. J.: Princeton University Press.

Commission Estimates, 2005, Health Expenditure.

Cutler, David M. and Ellen Meara, 1998, "The Medical Costs of the young and Old: A Forty-year Perspective", in David A. Wise ed., Frontiers in the Economics of Aging, Chicago: The University of Chicago Press, pp. 215~242.

Health Care Financing Review/Web Exclusive/December 2, 2004/ volume 1, Number 1.

Heffler et al., 2004, Health Spending Projections Through 2013, Health Affairs.

Jan, W., 2002, Options for Financing Long-Term Care for Older People in Australia.

Johnston, G. J. and Teasdale, A, 1999, "Population Ageing and health spending: 50-year projections, Ministry of Health, Wellington, New Zealand.

Keehan, S. P. et. al., 2004, 'Age Estimate in National Health Account?', Health Care Financing Review, vol.1, No.1. pp.1~16.

Meena, S., 2002, "Health Care Expenditures and Ageing: International Corporation, IAES Conference.

OECD Health Data, 각년도.

OECD, 2001, Economic Outlook.

OECD, 2005, The Impact on Demand, Factor Market and Growth.

Ministry of Health, 2001, Singapore.

Richardson, P. R., 1999, Ageing and Cost of Health Services, Working paper 90, Center for Health Program Evaluation.

U.S. Bureau of Census, 1987.

www. helptheaged.or.uk.2005.

Zweifel, P, Felder, S and Meiers, M. 1999. Ageing of population and health care expenditure: A Red Herring?, Health economics(8). pp. 485~496.