

國民醫療費 計定の 構造와 改善方向

白 和 宗 · 洪 程 基

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

머 리 말

급격한 社會·經濟的 變化로 말미암은 保健醫療서비스 需要의 증대는 國民醫療費 支出規模에 대한 精確한 자료를 필요로 하게 되었고, 이를 위하여 國民醫療費의 推計에 대한 연구가 요구되고 있다.

추계를 위해서는 國民醫療費 計定에 대한 연구가 선행되어야 하며, 計定作成時 資料求得의 容易性和 社會·經濟的 變化를 수용할 수 있는 計定構造의 柔軟性 등이 고려되어야 한다. 이와 더불어 특정의료분야의 긴급한 情報要求에 대비한 특정분야의 副計定이 개발되어야 하고 나아가서 保健醫療 全分野의 情報源으로서 國民保健計定の 작성이 이루어져야 할 것이다. 이를 통해 일관성있고 지속적인 時系列 資料의 축적은 미래의 醫療費 支出에 대한 豫測과 政策樹立에 필요한 기초자료를 제공하게 될 것이다.

그동안 우리나라에서 수행된 國民醫療費 推計는 상이한 計定構造下에서 서로 다른 여러 종류의 資料源을 토대로 이루어져 왔기 때문에 일시적인 연구로 그치고 있다. 최근에서야 비로소 求得可能한 資料를 활용하여 國際比較가 가능하며 우리나라 여건에 부합된 計定을 작성하려는 시도가 이루어지고 있는 실정이다.

本 報告書에서는 國民醫療費 推計에 관한 國內外 研究들을 검토하여 계정이 지니고 있어야 할 일반적인 성격을 정리하고 기존의 財源別 및 支出別 二次元 行列形式을 갖춘 國民醫療費 計定の 기본틀을 그대로 유지하면서 項目의 再構成을 실시하고자 한다. 또한 이를 토대로 단기적으로는 求得可能한 資料源을 활용하여 國民醫療費 支出 規模를 추계할 수 밖에 없지만, 장기적으로 計定의 目的과 形式에 따른 새로운 資料源이 확보되어야 하므로 이를 위한 改善方向을 제시하고자 한다. 本 研究가 國民의료와 관련된 研究者, 專門家, 關聯 部處의 政策決定者는 물론, 국민보건에 관심있는 모든 사람에게 參考資料가 되기를 바란다.

本 報告書는 本院의 白和宗 責任研究員과 洪程基 責任研究員에 의하여 집필
되었다. 研究陣들은 이 자료를 읽고 귀중한 論評을 해 준 本院의 曹在國 博士,
金贊鎭 博士 그리고 金元重 博士에게 심심한 感謝를 표하고 있다.

끝으로 本 資料에 수록된 모든 내용은 어디까지나 著者들의 個人的인 意見
이며 本 研究院의 公式 見解가 아님을 밝혀둔다.

1994年 12月

韓國保健社會研究院
院長 延 河 清

目 次

I. 序 論	7
II. 外國의 國民醫療費 推計動向	9
1. 國民醫療費의 定義와 分類	10
2. 國民醫療費의 範圍	13
3. 國民醫療費 計定	15
가. 美國의 國民醫療費 計定	15
나. 日本의 國民醫療費 計定	18
III. 國內의 國民醫療費 推計에 관한 研究	22
1. 國民醫療費의 定義와 範圍	23
2. 國民醫療費 計定	26
가. 基本構造 및 特徵	26
나. 우리나라와 美國의 計定比較	29
IV. 國民醫療費計定 및 推計方法의 改善方向	32
1. 社會·經濟的 變化와 國民醫療費	32
2. 計定上의 改善點	34
3. 資料求得上의 限界와 改善方向	36
V. 結 論	41
參考文獻	43
附 錄	47

表 目 次

<表 2-1>	美國의 國民醫療費計定: 財源別 및 支出 項目別 計定	17
<表 2-2>	日本의 國民醫療費 推計方法: 國民醫療費의 範圍	19
<表 2-3>	日本 國民醫療費의 財源別 區分	20
<表 2-4>	日本 國民醫療費의 負擔區分別 區分	21
<表 2-5>	日本 國民醫療費의 負擔區分別·診斷狀況別 區分	21
<表 3-1>	國民醫療費計定 (명재일·홍상진, 1994)	31
<表 4-1>	修正·補完된 國民醫療費 計定	37

附 表 目 次

<附表 1>	Maxwell의 附錄 A: Health Expenditure Analysis: Standard Chart of Accounts Used in the Study	49
<附表 2>	캐나다의 國民保健計定の 表와 包含項目別 分類	51
<附表 3>	캐나다 國民保健計定の 綜合的인 基本構造	53
<附表 4>	캐나다의 運營費用別 國民保健計定	55

I. 序 論

경제발전에 따라 生活水準이 전반적으로 개선되면 健康하게 오래 살고 싶다는 욕구도 증가하게 된다. 이러한 健康에 대한 욕구의 증대는 필연적으로 醫療需要를 증대시켜 왔으며, 현대 국가에서는 확대된 保健醫療서비스를 충족시키기 위한 노력이 뒤따르고 있다. 그 결과 국민의 건강한 삶을 위한 國民保健政策의 실시는 醫療制度를 다각적으로 개선시켰으며 保健醫療에 대한 개념도 확대시키게 되었다. 이에 따라 의료수요도 量的·質的으로 크게 증대되었다.

이러한 醫療需要의 증가는 곧 醫療서비스 및 財貨에 대한 支出의 증가를 초래하였다. 의료비지출과 관련된 연구는 첫째, 희소한 자원의 효율적인 配分問題, 둘째, 의료비 지출의 증가만큼 國民健康水準이 향상되는가에 관한 投資의 效率性問題, 셋째, 경제성장에 따라 의료서비스를 기본권으로 인식하는 개념의 변화에 따른 衡平性의 提高 問題 등에 중점을 두게 되었다.

이와 같은 연구들이 수행되기 위해서는 醫療産業部門내의 醫療費에 관한 자료가 一貫性 있고 連續性 있게 축적되는 것이 선결과제이나 우리나라의 경우 그렇지 못한 것이 현실이다.

1960년대 이후 經濟社會開發 5個年 計劃의 지속적인 추진에 힘입어 빠른 경제성장을 해온 우리나라의 경우 국민소득의 증대로 전반적인 생활여건이 개선되었고, 그 결과 醫療需要는 계속적으로 증가하였다. 70년대 중반까지는 國民醫療費에 대한 관심이 그리 크지 않았지만 社會開發政策의 일환으로 醫療保險制度의 도입을 앞두고 보건의료분야의 投資資源 費用規模 把握을 위한 국민의료비 추계가 박종기·노인철(1976)에 의하여 최초로 이루어졌다. 더욱이 1977년 7월 1일부터 부분적이거나 醫療保險制度가 500인 이상의 사업장을 중심으로 도입되고, 적용대상인구가 점차 확대되어감에 따라 保險財政의 推移와 이의 안정이 연구의 관심이 되었다. 이에 따라 國民醫療費의 규모에 대한 연구가 70년대와 80년대의 일정기간에 대해 박종기(1979), 권순원(1986, 1987), 양봉민·이태진(1989) 등에 의하여 실시되었다. 이 연구들은 상이한 계정체계하에서 國民所得資料와 産業聯關表 및

기타 補助資料를 사용하여 국민의료비를 추계하였다.

이처럼 保健醫療産業의 기초자료로서 국민의료비 연구가 수행되기는 하였으나 국민의료비 추계가 주목적이 아니라 보건의료 관련 연구상 필요에 따라 추계가 이루어졌으며 본격적인 국민의료비의 추계를 위한 연구는 명재일·홍상진(1994)의 『國民醫療費의 動向과 構造: 1985~1991』가 처음이라고 할 수 있다.

앞으로의 국민의료비 추계는 지속적으로 동일한 기본구조하에서 수행되어야 할 것이며, 經濟·社會的 環境의 變化와 技術發展 등에 의한 계정항목별 중요성의 변화와 새로운 영역의 醫療서비스 및 裝備 등의 출현을 반영한 항목의 添削이 이루어져야 할 것이다. 다시 말해서 所得의 增大, 人口의 老齡化, 疾病構造의 變化 및 地方自治制의 실시 등 다양한 변화들을 고려한 국민의료비 계정의 修正·補完이 지속적으로 이루어져야 한다는 의미이다.

본 보고서는 國民醫療費 推計에 관한 기존의 연구들을 고찰하여, 계정이 지니고 있어야 할 일반적이고 공통적인 성격을 파악하여 정리하고 기존 國民醫療費 計定 項目과 推計方法의 개선방안을 제시하는데 목적을 두고 있다. 따라서 연구의 범위는 國民醫療費의 定義, 이에 따른 각종 항목의 國民醫療費 포함 여부와 推計方法 및 基礎統計資料 등에 대한 검토 등으로 한정하고자 한다. 序論에 이어 第2章에서는 외국의 國民醫療費 計定 및 推計方法을 소개·비교하고 第3章에서는 국내 기존연구에서 제시하고 있는 國民醫療費의 定義 및 範圍, 國民醫療費 項目別 分類方法 및 國際比較를 실시하고자 한다. 第4章에서는 앞장들에서 논의된 것을 기초로 社會·經濟的 變化에 따른 고려사항들을 서술하고 國民醫療費 計定 및 推計方法의 改善方向에 대해 논의하고 이를 종합하여 結論을 맺기로 한다.

II. 外國의 國民醫療費 推計動向

국민의료비의 추계에 관한 한 美國은 醫療費 支出 및 財源別 項目으로 가장 세분화된 國民保健計定(National Health Account: NHA)을 가지고 있다. 1964년부터 미국의 保健厚生省(Department of Health and Human Services: 1978년 이전에는 Department of Health, Education, and Welfare)산하의 Health Care Financing Administration(HCFA)에서는 지속적으로 醫療費 支出과 財源에 관한 연도별 추계치를 작성해 오고 있다. 또한 國民保健計定の 定義와 醫療費支出 推計方法論의 개정을 지속적으로 추진해 오고 있다.¹⁾

프랑스의 경우에는 CREDOC(Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie: 生活條件에 관한 研究所)에서 保健醫療支出 統計를 발간해 오고 있으나 최근 OECD 사무국에서는 保健局(Ministère de la Santé)에서 발간한 國民保健計定(Comptes nationaux de la Santé)을 기초로 保健醫療費를 산출해 내고 있다.

캐나다는 Health and Welfare Canada에서 미국과 유사한 회계 분류방법을 통해 國民醫療費에 관한 統計資料(National Health Expenditure in Canada)를 1960년부터 발간해 오고 있다. 캐나다의 國民醫療費에는 병원 및 의료기관의 진료비, 공공부문의 앰블런스서비스, 의사서비스, 치과서비스, 기타 전문의료서비스, 처방 및 비처방 의약품, 안경, 보청기, 보건용품 및 보철, 의료보험의 행정비용, 공중보건, 자본지출, 연구 및 기타 보건지출 등이 포함되어 있다.

日本은 厚生省(Ministry of Health and Welfare)에서 매년 國民醫療費를 발표해오고 있는데 추계의 범위가 대부분의 국가들이 채택하고 있는 범위보다 제한적이다. 病院과 一般診療所의 一般診療費, 齒科診療費, 및 藥劑費만이 추계범위에 포함되고 있다.²⁾

-
- 1) 미국의 國民保健計定과 包含範圍에 관해서는 제2절에 좀 더 자세히 언급하기로 한다.
 - 2) 日本의 厚生省에서 발표하고 있는 國民醫療費의 包含範圍에 대해서도 제2절에서 보다 자세하게 언급하기로 한다. 다만 여기서 먼저 언급할 것은 OECD에서 발표하는 日本의 國民醫療費는 厚生省이 발표한 統計資料가 아닌 OECD事務局에서 自體的으

기타 OECD국가들의 國民醫療費 計定에 관하여 간략하게 언급하면 다음과 같다. 오스트레일리아는 오스트레일리아 保健研究所(Australia Institute of Health)에서 『오스트레일리아의 保健支出(Australian Health Expenditures)』을 발간해오고 있다. 英國에서는 保健社會保障部(Department of Health and Social Security)에서 보건관련통계를 발표해 오고 있으며, 스웨덴과 네덜란드도 체계적이지 않지만 보건의료의 주요 항목에 대한 추계치를 발표하고 있다. 한편 뉴질랜드와 스페인에서도 保健省(Ministry of Health)에서 國民醫療費에 대한 통계자료를 발간하고 있으며 스위스는 정부차원의 資料源 확보가 이루어지지 않고 개인적인 차원에서 연구결과를 발표해 오고 있고 1985년부터 聯邦統計局(The Federal Statistical Office)에서 보건계정 작성에 관한 연구를 해 오고 있다. 핀란드와 노르웨이에서도 시험적으로 副計定(Satellite Account)을 개발해 오고 있다.

그 외의 대부분의 국가들은 國民醫療費 計定을 가지고 있지 않을 뿐더러 國民計定 내에 보건계정 항목조차 없는 실정이다.

1. 國民醫療費의 定義와 分類

본격적으로 국가간의 國民醫療費를 비교하기 위한 연구로는 1959년 國際勞動機構(International Labor Office: ILO)에서 발표된 *The Cost of Medical Care*를 들 수 있다. 이 연구는 1945년에서 1955년 사이의 미국을 포함한 서방 15개국들의 社會保障體系나 民間保險下에서 지출된 의료비를 비교하였다. 이 연구는 각국간의 通貨單位의 差異, 推計包含範圍 및 國民醫療費 자체의 구조적 차이로 인해 각국의 국민의료비를 비교하는 데 많은 어려움을 겪었다.

1963년 世界保健機構(World Health Organization: WHO)의 Abel-Smith에 의해 발간된 *Paying for Health Services*에서 스리랑카, 칠레, 체코슬로바키아, 이스라엘, 스웨덴, 미국 등 6개국의 保健醫療費에 대한 연구가 이루어졌다. 이 보고서는 상이한 보건의료재정체계와 생활수준하에 있는 이들 국가간의 國民醫療費 支出記錄을 위한 표준분류를 시도하였고 이와 같은 분류를 위하여 보건의료에 관한 비용들과 보건서비스에 대한 구체적인 定義를 내리고 있다. 그는 이 보고서

로 日本의 國民計定을 토대로 作成한다는 점이다.

에서 保健醫療體系의 運營費用(Operating Costs)을 人力費用(Payment of Personnel), 供給費用(Payment for Provisions), 醫藥品費 및 醫療用品 費用(Payment for Pharmaceuticals and Medical Supplies), 그리고 기타 醫療 財貨와 用役に 대한 비용(Payment for Other Goods and Services)으로 구분하여 상기 6개국의 國民醫療費를 추계하였다.

1967년 WHO의 두번째 보고서인 *An International Study of Health Expenditure*에서 Abel-Smith는 첫번째 보고서의 분류방법을 발전시키고 분석대상국가를 6개국에서 29개국으로 확대하였다. 하지만 첫번째 보고서에서 4가지로 분류되었던 保健醫療費用의 항목을 16가지로 확대 분류한 결과 대부분의 국가들이 이와같이 세분화된 항목을 충족시키는 資料源을 제시하지 못하였다.

Maxwell(1981)은 *Health and Wealth*에서 國民醫療費를 “특정기간에 전체 국민이 제반 保健醫療서비스에 지출한 비용”이라고 정의하고 이를 뒷받침해 주는 國民醫療費의 標準計定을 제시하였으며 1974년과 1975년의 미국, 영국, 프랑스 등 서방 10개국의 國民醫療費는 이 계정을 기준으로 하여 추계하였다. Maxwell의 國民醫療費 標準計定은 財源別, 機關別, 서비스別, 그리고 醫療資源別 構成要素들로 구성되어 있다(附表 1의 Maxwell, 1981, pp.115~117)

Maxwell의 보고서에서도 밝혔듯이 이전의 연구들이 동일하게 직면했던 각국간의 保健醫療費 適用範圍 및 計定の 定義 등에 대한 차이로 인한 문제점들이 해결되지 못했다. 따라서 이 보고서에서도 각국간의 國民醫療費를 비교분석하는데 많은 어려움을 겪고 있다.

Maxwell의 연구와 같이 보건계정에 관한 국제적인 틀을 마련하기 위한 연구로 經濟協力開發機構(Organization of Economic Cooperation and Development: OECD)에서 발간된 일련의 보고서들을 들 수 있다. 이 보고서들은 각 연도별 24개 회원국³⁾의 國民醫療費의 動向과 構造 및 推移에 대한 자료들을 발표해 오고 있다. 각국의 醫療費支出 統計는 國民所得計定の 일부로서 공공부문과 민간부문의 소비 및 투자 정보를 내포하고 있기 때문에, 國民所得과 國民總生産 計定과 같은 표준화된 거시적인 자료에 미시적인 자료들을 모아 첨가시키는 방법으로 얻어진다. 즉 각국이 行政報告를 목적으로 발간하고 있는 자료들을 OECD 사무국

3) 보고서 발간 당시는 會員國이 24개국이었으나, 현재는 멕시코가 가입되었다.

에서 수집하여 자체의 項目分類方式으로 재편성하고 있는 것이다. OECD는 첫 번째 보고서인 *Measuring Health Care; 1963~1980* (1985)에서 國民醫療費에 대한 표준분류방식을 정하여 이를 근간으로 24개 회원국의 國民醫療費를 작성하였고, 최근 발간된 보고서 *OECD Health System Vol. I & II* (1993)는 保健醫療分野에 대한 제반 지출항목이 더욱 세분되었다.

保健醫療費는 個人消費支出 측면에서 네 가지의 항목으로 분류되며, 이는 入院診療(Inpatient Care), 通院診療(Ambulatory Care), 醫藥品(Pharmaceutical Expenditures), 그리고 治療用具(Therapeutic Appliances) 등이다. 여기에 각종 診療機關과 醫療裝備에 대한 投資支出, 一般行政費用(Administration Costs), 製藥會社들의 지출분이 포함되지 않은 研究開發費, 軍·矯導所·學校의 진료에 대한 지출, 그리고 각종 공공보건 프로그램에 대한 지출을 합하여 總保健醫療費를 산출한다.

이 중 入院診療費에는 급성질환, 만성질환 및 요양을 위한 공공 및 민간의료기관들의 입원진료에 사용된 모든 지출부분이 포함되는데 예를 들어 입원기간에 투약된 醫藥品에 대한 지출, 入院室 管理費用, 病院의 간호진료에 대한 비용도 이 항목에 포함된다. 특별히 急性疾患 病院診療(Acute Hospital Care), 精神病院 診療(Psychiatric Hospital Care) 및 看護養老院(Nursing Home) 등의 지출항목을 따로 분류해 놓고 있다. 통원진료비의 경우에는 醫師診療, 齒科診療 및 기타 醫療서비스에 대한 지출이 포함되어 있으며, 세부항목으로 醫療診療費, 齒科診療費, 病理檢査 및 實驗室서비스에 대한 지출, 방사선 및 診斷映像裝備(Radiology and Diagnostic Imaging)에 대한 지출, 그리고 通院診療時 구입된 의약품에 대한 지출항목으로 세분화되어 있다. 여기에 眼科裝備, 補聽器와 患者用 補助椅子 등과 같은 치료장치 및 용품(Therapeutic Appliances and Materials)에 대한 지출항목도 별도로 분류하고 있다.

하지만 OECD 가맹국 중 일부 국가만이 OECD 統計分類基準보다 세분화된 분류체계를 가지고 있고, 이들을 제외한 대부분의 국가들은 그렇지 못한 실정일 뿐만 아니라 각 나라들의 保健醫療診療別 자료를 구득하는 것 자체의 어려움이 존재한다. 더구나 각국의 계정분류에 관한 범위의 차이로 인하여 일관성이 있는 자료의 구득이 매우 어려운 것이 현실이다. 앞에서 언급한 미국, 캐나다, 프랑스

등 몇몇 선진국들을 제외한 대부분의 국가들은 國民醫療費 계정 자체를 가지고 있지 않다. 비록 각국이 U.N.의 SNA/COFOG(Standard National Accounts Systems /Classification of the Functions of Government)의 표준화된 통계지침에 따라 國民計定을 발표한다 하더라도, 保健醫療財政 현황과 전달체계의 구조적인 특징이 각 국가별로 상이한 실정에서 國民醫療費의 國際比較를 하는 데는 어려움이 따르는 것이 현실이다. 또한 保健醫療의 실시 성과인 國民健康水準이 측정될 수 없기 때문에 國民醫療費의 지출규모에 대한 비교만으로는 각국의 保健醫療體系에 대한 평가를 쉽게 할 수 없는 것도 사실이다.

2. 國民醫療費의 範圍⁴⁾

醫療費 支出對象에서 대부분의 국가들은 자국민이 保健醫療서비스에 지출한 비용을 모두 포함하고 있는 반면 캐나다의 경우에는 외국 주둔 自國軍隊의 지출분은 제외하고 있으며 獨逸의 경우에는 軍과 矯導所 내에서의 醫療活動은 제외시키고 있다. 그러나 오스트레일리아, 영국 그리고 벨기에의 경우에는 軍, 學校 및 矯導所에서 실시되는 의료진료의 지출부분을 모두 포함시키지 않는다.

教育費의 包含基準은 일반적으로 醫學 및 看護學 등의 학교 교육비는 제외되나 의료기관에서 실시되는 專門醫療人力의 교육비는 포함된다. 하지만 독일, 이탈리아, 스위스, 영국에서는 의사 교육비는 제외시키고 간호사 교육비는 포함시키고 있으며, 오스트레일리아의 경우는 醫大 1년의 의사교육비를 제외하고 의사 및 간호사 교육비가 保健醫療支出에 포함된다. 반면에 캐나다의 경우에는 보건인력의 교육 및 훈련비용도 포함되지 않는다.

社會福祉分野의 범위는 일반적으로 醫療診療性格을 가지고 있는 기관들의 지출이 모두 포함되는데 養老院이나 心身障礙者들에 대한 서비스는 포함되지 않는다. 하지만 이에 대한 범위도 각국마다 서로 상이하다. 미국의 경우에는 이들 기관들의 서비스를 포괄적으로 의료비에 포함하고 있으나, 네덜란드와 캐나다는 看護養

4) 각국간의 국민의료비추계의 포함범위의 차이는 Maxwell의 *Health and Wealth*의 表 2-1과 *OECD Health System Vol. II*의 Annex 4 “Expenditures and Financing”에서 참조하였다. 두 연구에서 나타난 바와 같이 推計範圍의 차이로 말미암아 國民醫療費의 國際比較를 하는데 어려움이 존재한다.

老院(Nursing Home), 養老院(Home for the aged), 心身障礙者, 알콜中毒者, 麻藥中毒者 등의 수용시설이 포함되어 있는 반면에 이탈리아는 알콜중독자나 마약중독자들을 위한 수용시설은 社會費用으로 간주하고 있다. 오스트레일리아의 경우에는 急性疾患 診療病院(Acute Care Hospital), 精神病院(Psychiatric Hospital), 看護養老院(Nursing Home)을 제외한 福祉施設의 비용이 포함되지 않으며, 아이슬랜드는 養老院과 같이 단발성 의료서비스가 제공되는 기관은 포함되지 않고 老齡者들을 위한 의료시설의 비용만이 포함된다. 英國의 경우 看護養老院은 포함되지 않지만 뉴질랜드는 養老院의 보조금과 老齡者를 위한 私設機關은 포함되지 않으나, 공공시설에 속해 있는 老齡者들의 基本生計費는 국민의료비에 포함된다.

병원과 기타 의료기관의 구분도 역시 각국마다 서로 상이하여 미국, 오스트레일리아, 네덜란드의 경우는 開業醫의 病院施設 利用費는 별도로 집계하고 病院의 外來診療費를 병원비용에 포함시키지만 프랑스와 독일의 경우는 病院의 外來診療費를 병원비용에서 제외시키고 있다. 스웨덴, 영국, 캐나다, 이탈리아, 스위스는 開業醫의 病院施設 利用費는 별도로 집계하고 病院의 外來診療費는 병원비용에서 제외시키고 있다.

환자들의 의료이용시 일반적으로 개인별 交通費는 제외되지만 환자가 이용하는 앰블런스 비용과 醫療診療要員들의 交通費는 포함시키고 있다. 단, 독일과 프랑스의 경우에는 個人 交通費는 환급되기 때문에 포함시키고 있으며 네덜란드의 경우에는 의사확인시 交通費는 포함된다. 스위스의 경우는 앰블런스 비용도 포함되지 않는다.

행정비용에는 일반적으로 病院, 醫療關聯機關, 政府의 保健關聯部署 및 醫療保險管理機關의 행정비용이 포함된다. 단, 醫療保險 이외의 기능을 가지고 있는 社會保障 및 그 關聯 機關의 행정비용은 일정한 비율로 나뉘어져 포함되지만 保健分野 이외의 政府部處들의 행정비용은 제외된다. 각 나라마다 이 항목의 包含範圍도 차이를 나타내고 있다.

醫療關聯 研究費는 모두 포함되지만 製藥會社나 醫療器機會社들의 研究費用은 製品價格에 포함되므로 중복계산을 막기 위하여 제외된다. 그러나 핀란드의 경우에는 연구개발비 자체가 포함되지 않는다.

또한 아일랜드의 경우에는 1975년 이후부터 보건에 관련된 公共投資는 물론 民

間投資도 국민의료비에 포함되고 있으며 프랑스는 公共病院의 純減價償却分이, 룩셈부르크는 의료기관의 減價償却分뿐만 아니라 자본재 사용에 따른 利子도 포함시키고 있다.

3. 國民醫療費 計定

앞에서는 각국간의 國民醫療費 包含範圍의 차이로 인한 國際比較의 어려움에 관해 서술하였다. 이런 범위의 차이에도 불구하고 대부분의 국가들은 國民醫療費를 보건의료에 관련된 經常的 支出뿐만 아니라 資本的 支出과 公衆保健活動 등을 포함시키고 있다.

이들 국가 중 美國의 경우는 民間醫療保險을 근간으로 하는 재정체계를 가지고 있으며, 가장 세분화된 國民保健計定을 통해 國民醫療費를 추계하고 있다. 한편 日本의 財政體系는 사회보험을 기초로 이루어지고 있으나, 포함범위는 개인의 의료서비스에 대한 經常的 支出에 국한된 매우 제한된 國民醫療費를 추계하고 있다.

물론 이외의 몇몇 국가들도 각국의 保健醫療體系나 財政體系 특성을 고려한 국민계정이나 보건계정을 보유하고 있다. 하지만 본 절에서는 우리나라의 財政體系나 의료제도가 유사한 日本과 포함범위와 분류방식이 가장 잘 정비된 美國의 國民醫療費 計定에 대해서만 살펴보기로 한다.

가. 美國의 國民醫療費 計定⁵⁾

美國의 경우 國民保健計定(National Health Account: NHA)을 통해 국민의료비를 추계하는 주된 목적은 “보건의료에 관련된 모든 財貨와 用役을 규정하고 이들 財貨와 用役을 구매하는 데 지출된 總貨幣金額을 결정하기 위함”이다(Rice, Cooper and Gibson, 1982).

國民保健計定은 保健醫療 財源과 이를 통해 구입하는 보건의료서비스를 지출별

5) Lanzenby, H. C. et al “National Health Accounts: Lessons from the U.S. Experience”, *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No. 4, 1992, pp. 89~103 참조.

로 정의하고, 분류된 항목별 요소들을 行列形式으로 구성하고 있다. 財源別로는 公共部門과 民間部門으로 구분되어 있으며 공공부문은 聯邦, 州 및 地方政府로 나뉘어져 있고 민간부문은 民間醫療保險과 消費者支出로 나뉘어져 있다. 지출별 구성으로는 消費支出과 投資支出로 나뉘어져 있고 소비지출은 個人消費支出(Personal Health Care), 政府의 公共保健活動支出(Government Public Health Activities), 政府 保健프로그램 運營費 및 民間醫療保險 純費用(Program Administration and Net Cost of Private Health Insurance), 그리고 研究 및 建築費用(Research and Construction)으로 구성되어 있다. 이 중 개인소비지출은 病院醫療(Hospital Care), 醫師서비스(Physician Services), 齒科醫師서비스(Dental Services), 기타 專門서비스(Other Professional Services), 居宅醫療(Home Health Care), 藥品 및 기타 非耐久財(Drugs and Other Medical Non-durables), 眼科用 財貨와 기타 醫療耐久財(Vision Products and Other Medical Durables), 療養院 醫療(Nursing Home Care), 그리고 기타 個人保健醫療(Other Personal Health Care) 등 9가지 항목으로 구성되어 있다(表 2-1 참조).

그러면 미국의 국민의료비 계정상의 지출항목들의 범위를 살펴보자. 먼저 個人消費支出 중 病院醫療는 미국 본토 및 자치령내의 모든 병원에 의하여 환자에게 제공되는 모든 서비스를 포함하는데 入院室, 食事費用 및 手術室 費用 등 補助費用과 병원에 상주하는 修鍊醫(Intern)와 專攻醫(Resident) 비용도 이에 포함된다. 의사 및 치과의사 서비스는 醫院 및 個人診療事務室을 열고 있는 醫師와 齒科醫師들이 제공하는 모든 서비스와 의료실험실비용이 포함된다. 단 齒科의 경우 실험서비스비용은 제외된다.

기타 專門서비스는 의사와 치과의사를 제외한 免許所持 醫療人の 서비스에 대한 비용으로 私設看護師(Private-duty Nurses), 脊椎指壓士(Chiropractor), 足病治療師(Podiatrists), 檢眼士(Optometrists) 등에 의한 서비스가 이 항목에 포함된다. 단 검안사들의 眼鏡處方費用은 眼鏡 및 기타 醫療耐久財를 위한 지출에 포함되므로 여기서 제외된다.

居宅醫療支出은 미국의 의료시설 중 1987년부터 標準產業分類 (Standard Industrial Classification: SIC) 중 의사감독하에 속련된 간호 또는 의료진료를 가정에서 제공하는 居宅醫療機關 (Non-facility-based Home Health Agencies:

HHAs)들에 의한 의료서비스의 지출액이다. 단 자격 있는 醫療專門家에 의한 Medicaid로 지출되는 거택의료지출은 기타 個人保健醫療費로 분류된다.

藥品 및 기타 非耐久財에 대한 지출에는 病院, 療養院 및 기타 의료기관에서 종사하는 보건의료 종사자들이 환자에게 제공하는 각종 處方藥, OTC藥品 및 醫療用品등 소매상으로부터 구입한 재화에 대한 總支出을 의미한다. 眼科用 財貨와 기타 醫療耐久財는 眼鏡, 補聽器, 手術用 器機, 산소, 그리고 醫療裝備 등에 관한 지출을 포함하고 있다.

<表 2-1> 美國의 國民醫療費計定 (National Health Account: NHA):
財源別 및 支出項目別 計定

	總額	民間部門			公共部門		
		모든 民間 資源	消費者		總額	聯邦 政府	州 및 地方 政府
			總額	本人 支出			
國民의료비 1. 보건의료서비스와 의료용품 개인소비지출 ① 병원의료 ② 의사서비스 ③ 치과의료서비스 ④ 기타 전문서비스 ⑤ 거택의료 ⑥ 약품 및 기타 비내구재 ⑦ 안과용 재화 및 기타 내구재 ⑧ 영양원의료 ⑨ 기타 개인보건의료 정부 공공보건활동 정부 보건프로그램 운영비 및 민간의료보험 준비용 2. 연구 및 건축 ① 연구 ② 건축							

資 料: Health Care Financing Administration, Office of the Actuary

療養院 醫療는 숙련된 看護機關(Skilled Nursing Facilities: SNF) 및 中級醫療

機關(Intermediate Care Facilities: ICF) 이외에 在郷軍人部(Department of Veterans Affairs: DVA)에서 운영하는 간호기관에서 제공되는 의료서비스를 포함한다. 또한 Medicaid 프로그램하의 精神薄弱兒를 위한 中級醫療施設에서 행하는 요양원 의료서비스에 대한 정부의 지출도 이에 포함된다.

기타 個人保健醫療 項目에는 고용주 부담으로 사업장내에서 제공되는 의료서비스와 보건의료에 사용되었지만 목적이 불분명하거나 구분이 되지 않는 모든 보건의료에 대한 지출이 포함된다.

정부의 公共保健活動에는 聯邦, 州 및 地方政府의 일반적인 保健醫療, 治療問題에 관한 예방 및 통제, 그리고 기타 여러 부문에서 보건의료를 조직하고 관여하는 활동에 지출되는 비용이 포함된다.

정부 프로그램의 운영에 대한 지출은 다양한 정부의 보건 프로그램에 대한 運營費 및 保險料 收入과 民間醫療保險給與額의 차이인 民間醫療保險 純費用이 포함된다.

研究 및 建築費用에는 비영리기관 또는 정부기관에 의해 행해지는 비상업적인 生·醫學 研究 및 病院과 療養院 등의 보건의료시설 건축에 투자된 비용이 포함된다. 제약회사의 研究開發費 지출은 國民所得計定에서 中間財 購入費用으로 처리되기 때문에 제외된다. 建築費用으로는 신규 건축분에 한하여 의사 및 간호사 숙소를 제외한 보건의료기관의 施設物, 靜養所, 回復 및 休息室, 療養院, 孤兒院, 그리고 長期醫療機關에 대한 건축비용이 포함된다. 단 維持 및 補修費用은 제외되며 X-ray 기계 및 침대와 같은 비구조물도 제외된다.

나. 日本의 國民醫療費 計定

日本 厚生省에서 발표되는 國民醫療費의 추계범위는 “일정기간 동안 의료기관에서 傷病의 치료를 위해 지불된 비용의 總額”으로 한정되어 있다. 따라서 병원과 일반진료소에서의 입원 및 입원외의 診療報酬額과 치과진료소에서의 齒科診療費用이 포함되어 있으며, 處方箋에 따라 조제된 藥劑費, 건강보험에서 지급되는 按摩, 鍼術, 뜸 施術院 및 接骨院 등에서의 診療費, 그리고 看護費와 移送費 등이 포함되어 있다.

그러나 醫療費의 範圍를 상병 치료에 드는 비용에만 한정하고 있기 때문에 정

상적인 妊娠이나 分娩 등에 드는 비용, 健康의 유지 및 증진을 목적으로 한 健康 診斷, 豫防接種에 소요되는 비용, 그리고 身體障碍로 인한 義眼이나 義指 등의 비용 등은 포함되지 않는다. 또한 환자가 부담하는 入院室 差額과 齒科材料差額 등도 國民의료비에서 제외된다(表 2-2 참조).

<表 2-2> 日本의 國民醫療費 推計方法: 國民醫療費의 範圍

기 관	國民의료비에 포함되는 항목	國民의료비에 포함되지 않는 항목
병 원 일반진료소 치과진료소	진료비 ◦ 일반진료 입원 입원의(외래) ◦ 치과진료	◦ 정상적인 임신, 분만, 산욕비용 ◦ 입원실 차액 ◦ 치과재료 차액 ◦ 미용성형비 ◦ 집단검진비 ◦ 정밀검사비 ◦ 기 타
조 산 소		◦ 정상적인 임신, 분만, 산욕비용
약 국	◦ 처방전 약제비 (의료보험, 공비부담제도분)	◦ 매약비용
안마, 침술, 뜸 시술소, 접골원	◦ 유도정복사, 안마사 등에 의한 치료비 (건강보험적용 부문)	◦ 의사지시이외의 안마, 맞사지 (건강보험적용외 부문)
기 타	◦ 간호비, 이송비 (건강보험 적용부문) ◦ 보장구(건강보험적용부문)	◦ 간접치료비: 부침비, 교통비, 물품비 ◦ 보장구: 안경 등 (건강보험 외 부문)

資 料: 1) 日本 厚生統計協會

2) 權純源, 『國民醫療費研究: 推計와 分析』, 翰林大學校 社會醫學研究所, 1986, pp.53~55

國民醫療費를 財源別로 구분을 할 경우에는 公費, 保險料, 그리고 患者負擔金으로 나누어진다. 公費는 각종 법에서 정한 의료비의 國庫負擔額과 地方公共團體負擔金, 政府 管轄 醫療保險 등 정부나 지방공공단체가 지불하는 일정액이며 이는 국고와 지방재정에서 지불된 금액으로 구분된다. 保險料는 의료보험, 勞働者 재해보험 등에서 사업주나 피보험자, 국민건강보험에서 세대주가 부담하는 保險料를 일컫으며 患者負擔金은 의료기관에서 진료 후 가계가 직접 지불하는 비용을

뜻한다(表 2-3 참조).

<表 2-3> 日本 國民醫療費의 財源別 區分

	1993		對 前 年 度		
	推 計 額 (億 円)	百 分 率 (%)	增 加 額		增 加 率 (%)
			推 計 額 (億 円)	寄 與 率 (%)	
國 民 醫 療 費					
公 費					
國 庫					
地 方					
保 險 料					
其 他					
(再掲) 患者負擔					

資 料: 厚生省 大臣官房統計情報部, 『國民醫療費: 昭和 63年度』 ISSN 0911-839X,
財團法人 厚生統計協會

국민의료비를 負擔區分制度別로 나누어 재편성해서 발표하는데 公費負擔制度負擔分, 保險者負擔分, 老人保險制度負擔分, 患者負擔分으로 구분된다. 공비부담제도 부담분은 生活保護法, 結核豫防法, 老人福祉法 및 기타 法에 의거해서 정부 또는 지방공공단체가 부담하는 비용으로 세분화해서 집계된다. 보험자부담분은 醫療保險, 被傭者保險, 國民健康保險, 그리고 기타로 나뉘어져 있다. 이 중 기타는 勞働者 災害報償保險과 기타로 다시 구분된다. 또한 환자부담분에는 被傭者保險의 피보험자와 피부양자의 일부 부담분과 國民健康保險의 일부 부담분, 公費負擔制度에 따른 일부 부담분 및 의료보험 未加入者, 보험의료기관 이외에서의 診療費와 제3자에 의한 事故治療費인 전액자비를 합하여 얻어진다(表 2-4 참조).

診斷狀況別 國民醫療費에 따른 분류는 一般診療醫療費, 齒科診療醫療費 그리고 藥局調劑醫療費로 나누어지며 일반진료의료비는 病院과 一般診療所로 나누어져 入院과 入院外로 각각 구분된다(表 2-5 참조).

또한 1977년 이후부터 年齡階級別 및 傷病大分類別 일반진료의료비도 추계 된다. 年齡階級別 一般診療醫療費는 0~14세, 15~44세, 45~64세, 65세 이상으로 나누어 구해진다. 傷病大分類別 一般診療醫療費는 기본적으로 上位 5傷病別로

구분되며 그 항목으로는 循環系疾患, 消化系疾患, 新生物, 呼吸系疾患 그리고 精神障碍로 나누어진다. 또한 傷病大分類를 더욱 세분화하여 17가지 상병별로 구분하여 각 年齡別로 入院 및 入院外로 나누어 일반진료의료비를 추계한다.

하지만 이와 같이 구해진 日本의 國民醫療費는 그 包含範圍와 概念이 매우 제한적이어서 국제비교의 대상으로는 적합하지 못하다.

<表 2-4> 日本 國民醫療費의 負擔區分別 區分

	1993		對 前 年 度		
	推 計 額 (億 円)	百 分 率 (%)	增 加 額		增 加 率 (%)
			推 計 額 (億 円)	寄 與 率 (%)	
國 民 醫 療 費 公費負擔制度負擔分 保險者等 負擔分 醫療保險 被用者保險 被保險者 被 扶 養 者 國民健康保險 其 他 老人保健制度負擔分 患者 負擔分					

資 料: 厚生省 大臣官房統計情報部, 『國民醫療費: 昭和 63年度』 ISSN 0911-839X, 財團法人 厚生統計協會

<表 2-5> 日本 國民醫療費의 負擔區分別 · 診斷狀況別 區分

	總 數	一般診療醫療費			齒科診療 醫 療 費	藥局調劑 醫 療 費
		總 數	入 院	入院外		
總 數 (推 計 額: 億円) 公費負擔制度負擔分 保險者等 負擔分 老人保健制度負擔分						

資 料: 厚生省 大臣官房統計情報部, 『國民醫療費: 昭和 63年度』 ISSN 0911-839X, 財團法人 厚生統計協會

III. 國內의 國民醫療費 推計에 관한 研究

우리나라에서 수행되었던 國民醫療費에 관한 연구를 年度別로 살펴보면, 최초의 國民의료비 추계는 박종기·노인철(1976)에 의해 시도되었다. 이 연구는 사회개발계획의 일환으로 의료보험제도의 실시를 제안한 第4次 經濟社會開發 5個年計劃의 수립에 즈음하여 기초연구로서 수행되었다. 여기서는 國民醫療費를 財源別로 公共, 民間, 기타로 분류하였고, 추계를 위한 자료원으로 공공부문 의료비는 歲入歲出報告書와 地方財政年鑑을 민간부문 의료비는 國民所得資料를 사용하였다. 박종기(1979)는 이를 보완하여 國民의료비를 다시 추계하였는데 여기서는 國民醫療費의 範圍가 확장되었고, 한편으로는 産業聯關表를 이용한 國民의료비 추계도 실시하여 두 추계치를 비교하였다. 권순원(1986)은 國民의료비의 범위를 앞서의 연구들보다 분명하고 포괄적으로 제시하여 본격적인 國民醫療費 推計를 시도하였다. 즉 産業聯關表를 이용하여 U.N.이 제시한 '新國民計定'에 준하여 國民의료비를 추계하고 있다. 하지만 이 연구의 경우는 産業聯關表가 매년 발표되고 있지 않으므로 연속적으로 國民의료비 추계를 실시하는 데 문제가 있다. 그 결과 保健醫療政策의 決定이나 評價에 기초가 되는 장래의 國民醫療費 豫測에 한계점을 가지고 있다. 이의 보완을 위하여 권순원(1987a, 1987b, 1988)은 國民所得計定외에도 行政統計를 이용하는 등 자료원을 달리하여 1975년부터 1985년까지의 國民의료비를 추계하였다. 양봉민·이태진(1989)은 國民醫療費 抑制方案에 관한 연구에서 권순원(1986)과 마찬가지로의 방법으로 産業聯關表를 주자료원으로 하여 國民의료비를 추계하고 있다. 이외에도 世界銀行은 韓國의 醫療保險制度에 관한 내부분건에서 우리나라의 國民의료비 추계치를 포함시키고 있다.

명재일·홍상진(1994)은 위의 國民醫療費 推計에 관한 연구들의 단점을 修正·補完하여 1985년부터 1991년까지의 추계치를 산출하였다. 그들의 연구는 선행연구인 韓國醫療管理研究院(1992)의 『國民醫療費推計에 관한 基礎研究』를 토대로 하고 있다. 이 연구는 선행연구자들이 행한 추계방법의 長·短點을 고려하여 國民醫療費의 範圍, 計定の 分類, 資料源 및 推計方法을 제시하고 있다.

本章에서는 우선 국내외의 기존연구들에서 사용된 國民醫療費의 定義와 그 範圍에 대해 알아보고, 둘째로 國民醫療費 計定の 基本構造 및 特徵을 고찰해 보고 기존의 國民醫療費 計定과 미국의 國民保健計定과의 유사점 및 차이점에 대해 서술하기로 한다.

1. 國民醫療費의 定義 및 範圍

國民醫療費에 대한 定義는 보건의료서비스 부문의 전반적인 支出構造를 파악하기 위한 基本領域을 정하는 것으로 그 概念과 範圍에 대한 결정이 용이하지 않다. 더욱이 보건의료서비스의 경우에는 핵심대상인 健康과 이와 관련된 것으로 健康 回復의 개념은 비교적 명백하나, 健康 維持 및 增進 등의 개념의 경우는 環境, 體育, 衛生 등의 분야와 관련되어 그 경계가 불분명하므로 範圍와 概念을 정하는 것이 더욱 어렵다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 국민의료비에 대한 개념의 정립을 위하여 국내외 기존 연구들에 있어서의 定義를 우선 살펴보기로 한다.

먼저 外國의 定義들을 살펴보면, Rice, Cooper and Gibson(1982)은 국민의료비를 “保健醫療와 관련이 있다고 볼 수 있는 모든 財貨와 用役을 구매하는데 지출된 總貨幣金額”으로 정의하고 있으며, Griffiths and Mills(1984)는 의료비의 기준을 健康增進을 주된 목적으로 하는 활동에 대한 資本的·經常的 支出이라고 간주하지만 설령 健康增進에는 전혀 효과가 없다 해도 이를 위한 지출이라면 이를 國民醫療費에 포함시키고 있다. 일반적으로 罹患, 不具, 傷害 등과 관련하여 疾病의 診療, 治療 및 豫防, 健康增進, 再活 등을 목적으로 지출된 비용은 모두 의료비로 간주된다. 따라서 이 경우는 모든 의료기관 및 보건의료인력이 생산한 서비스에 대한 지출뿐만 아니라, 의료인력의 教育訓練費用, 醫療分野의 研究開發費도 포함된다. Maxwell(1981)의 경우는 국민의료비를 “어느 特定期間에 있어서 전체 국민이 제반 保健醫療서비스에 지출한 비용, 自家診療(self-care), 公衆保健, 保健醫療 關聯研究, 既存 醫療人力의 訓練費用, 資本支出(醫療施設, 機械 및 裝備에 대한), 醫藥品 등의 在庫增加 및 醫療施設 機械·裝備의 減價償却 등의 總合計額”으로 정의하고 있으며, 미국에서 가장 보편

적으로 사용되고 있는 Gibson(1983)의 정의에서는 “국민의료비는 個人的 保健醫療서비스 利用費用, 政府나 非營利機關의 保健프로그램 管理·運營費用, 醫療利用 純費用, 일반적인 國民健康 增進에 쓰여진 政府支出, 非商業的 保健醫療 關聯 研究 및 醫療施設에 투입된 제한 비용”을 포함한다고 되어 있다. 단, 관련 분야에 대한 지출이지만 環境改善에 사용된 비용은 제외하고 있다.

우리나라에서의 國民醫療費에 대한 定義로는 권순원(1986, 1988)이 “어느 特定 期間에 있어 전체 국민이 제한 保健醫療서비스에 지출한 비용의 總額”이라는 Maxwell(1981)의 국민의료비에 대한 정의를 사용하고 있으며, 양봉민·이태진(1989)의 연구에서는 “國民醫療費는 국민이 健康과 直·間接적으로 관련된 財貨와 用役을 구입하기 위하여 家計나 企業 또는 政府가 지출하는 모든 貨幣的 費用”이라고 정의하고 있다. 명재일·홍상진(1994)은 “일정기간 중에 醫療消費者 또는 第三者가 健康의 回復, 維持 및 增進을 위해 국내에서 保健醫療分野의 用役 및 財貨를 구입하는데 지출한 費用”이라고 정의하고 있다.

명재일·홍상진의 定義에는 의료소비자뿐만 아니라 제3자도 포함되므로 의료서비스 消費者負擔分과 더불어 支拂主體가 다른 保險負擔分의 증가를 반영하고 있다. 또한 健康에 대한 국민의 인식전환에 따른 概念 및 支出對象도 포괄적으로 표현하고 있다. 즉 1977년 부분적으로 실시된 醫療保險制度가 1989년부터 전국민을 대상으로 확대됨에 따라 의료보험에 의한 醫療費負擔이 늘어나고, 公共部門에서도 醫療保護制度를 통하여 의료비분담이 이루어지고 있고, 그 分擔比率이 증가하는 현실을 반영하고 있다. 또한 양봉민·이태진의 定義에서의 “國民健康과 直·間接적으로 관련된”이라는 표현보다는 구체적이고 포괄적인 概念으로 “健康의 回復, 維持 및 增進”이라고 표현하고 있다. 이러한 국민의료비 개념은 보건의료와 관련된 隣接分野인 環境, 衛生, 體育 및 産業災害防止 등과의 경계를 모호하게 만들므로 뒷부분에서 “保健醫療分野”라고 그 범위를 제한하고 있다. 그러나 保健醫療分野에 대한 定義도 명확한 것이 아니기 때문에 국민의료비에 대한 추계 범위도 확연히 규정지을 수 없는 것이다.⁶⁾

6) 명재일·홍상진(1994)도 『國民醫療費의 動向과 構造: 1985~1991』에서 國民醫療費 概念의 모호성을 지적하고 있다.

國民醫療費에 대한 定義上의 어려움은 불가피한 문제이지만 國民總生産(Gross National Product)의 개념을 도입해보면 國民醫療費는 “일정기간 동안 국내에서 거주하는 자들이 健康의 回復, 維持 및 增進을 위하여 구입한 保健醫療産業部門 내의 보건의료서비스 및 재화에 대하여 소비자 또는 제3자가 지불한 直接費用과 미래의 保健醫療서비스의 供給能力 확대를 위한 投資費用의 合計”라고 정의할 수 있다.

위의 정의는 국민의료비가 流量(flow)의 개념임을 ‘一定期間’이라는 용어를 사용하여 나타내고 있으며 全國民醫療保險 및 國民들의 의료서비스에 대한 認識의 變化, 이에 따른 需要의 增加로 말미암아 醫療保護의 擴大 등으로 각 부문별로 의료비의 부담이 증가하고 있는 것을 반영하여 ‘제3자’라는 支拂主體를 정의에 포함하고 있다. 支出對象인 醫療서비스와 財貨의 範圍는 健康에 관련된 개념의 포괄성으로 인하여 保健醫療産業이라는 제약을 하였으나 保健醫療産業의 경계의 애매함은 탈피하지 못하였다. 하지만 위의 정의는 外國勞働者들의 流入 增加 및 정부의 ‘世界化’ 등의 정책에 따른 國內居住 外國人들의 증가에 따라 이들이 소비하는 의료서비스에 대한 지출을 반영하기 위하여 保健醫療費 支出主體를 명시적으로 自國 國民 및 自國內의 外國人으로 정하였다. 반면에 우리나라 국민이 외국에서 의료서비스 구입시 사용한 지출은 醫療費 推計에서 제외되고, 외국인이 우리나라에서 지출한 醫療費用은 國民醫療費에 포함되게 된다. 그리고 國民醫療費 定義에는 진료시 소요된 直·間接 交通費, 病·醫院에서의 待機時間 등의 間接費用은 의료서비스 수요자들의 각각의 所得水準 또는 時間에 대한 選好度の 差異에 따라 다르고, 이에 대한 일관성있고 합리적인 측정이 용이하지 않기 때문에 國民醫療費에서 제외된다.

하지만 醫療需要의 증가, 특히 우리나라의 경우 환자들의 3次 診療機關 선호로 인해 ‘3시간 대기 3분 진료’와 같은 현상이 일어나고, 交通混雜으로 병·의원 방문소요시간의 증가로 인해 이러한 間接費用은 급증하고 있다. 따라서 이러한 間接費用에 대한 연구가 필요하다. 그러나 자료나 추계방법상의 문제점들로 인하여 間接費用에 관한 연구는 매우 주관적이 될 수 있다. 그러므로 의료비의 間接費用에 관한 연구는 지속적인 공식통계보다는 국가전체의 개략적인 수준으로 조사되어 醫療利用行態나 傳達體系의 效率性 등의 점검을 위한 基礎資料로 이용되

어지는 것이 좋을 것이다.

2. 國民醫療費 計定

本節에서는 國民醫療費 計定이 가져야 하는 基本構造와 特徵에 관하여 서술하고, 이를 바탕으로 財源과 支出項目의 二次元的인 行列로 표시되는 계정의 형태를 갖고 있는 명재일·홍상진(1994)의 國民醫療費 計定과 같은 형태의 미국의 國民保健計定(NHA)을 비교하여 그 차이점을 살펴보고자 한다.

가. 基本構造 및 特徵

위에서 언급한 국민의료비에 대한 정의를 간략하게 정리하면 “일정기간 동안 保健醫療部門 내에서 수요·공급주체들의 意思決定에 따른 去來活動의 결과를 貨幣額으로 나타낸 것”이라 할 수 있다. 保健醫療部門 내의 經濟主體들의 경제활동의 결과인 국민의료비를 체계적으로 조직하여 살펴보기 위해서 일정한 基本構造를 갖춘 會計의 틀이 필요하게 된다. 예를 들면 한 家計의 支出構造의 파악을 위하여는 家計支出을 支出項目別로 잘 분류한 家計簿가 필요할 것이고 국가수준에 있어서는 국가 전체로서의 지출을 支出項目이나 財源 등으로 구분한 國民所得計定이 필요하다. 保健醫療部門의 경우에 있어서도 체계적인 국민의료비의 추계를 위하여는 일정한 형식을 갖춘 國民醫療費 計定이 필요하다. 計定形式은 국민의료비의 정의에 따라 그 範圍 및 分類項目이 결정되어 진다.

먼저 국민의료비 계정이 갖추어야 할 基本構造는 보건의료부문의 지출을 그 對象과 財源에 따라 분류할 뿐만 아니라 國民醫療費의 總額도 나타내주는 기본틀이 되어야 한다. 즉 國民醫療費 計定은 보건의료부문을 구성하고 있는 하부구조들간의 상호관계를 명시적으로 보여줄 수 있는 구조를 갖추어야 한다. 이러한 기본구조 하에 계정의 기본틀을 짜는 데 있어 고려해야 할 條件들로서 첫째, 既存研究와의 連繫可能性 및 외국과의 比較可能性을, 둘째, 보건의료분야 전체 및 부문을 모두 고려할 수 있는 會計體系의 有機性을, 마지막으로 국민의료비 자료원의 發掘과 變更에 따라 이에 적응할 수 있는 會計體系의 柔軟性을 들 수 있다.

이들 조건들은 保健醫療部門에 대한 기초자료 제공을 위한 資料의 蒐集·生産에 필요한 조건들이라 할 수 있지만, 既存研究結果와의 連繫可能性은 조금 무리가 있다고 할 수 있다. 왜냐 하면 國民의료비에 관한 선행연구들 대부분이 國民醫療費 推計 자체를 목적으로 하였다기보다는 다른 목적을 위한 연구의 일환으로 수행되었으며 資料源 및 推計方法이 연구에 따라 상이하기 때문이다. 따라서 추계의 틀과 방법이 개선되면 이를 가능한 한 과거의 推計值들에게도 적용하여 수정을 하여야 할 것이다.⁷⁾

위에서 언급된 바가 되풀이되어 서술되지만 基本構造와 條件들을 고려한 國民醫療費 計定은 한 국가경제내에서 保健經濟部門을 구성하고 있는 요소들간의 因果關係를 연구하고, 保健經濟部門 전체의 움직임을 이해하는 데 이용할 수 있는 基礎資料를 제공하는 데 의의가 있다. 여기서 가장 보편적으로 사용되고 있는 財源別 支出項目別 行列形式의 國民의료비 계정의 특성에 대하여 살펴보기로 한다.

이러한 형식의 國民의료비 계정하에서 國民醫療費 總額은 한 국가가 희소한 資源을 얼마만큼 保健醫療部門에 투입하고 있는가를 나타내고 있다. 즉 보건 의료 서비스 부문 이외의 다른 産業部門에 투입될 수 있는 人的·物的 資源을 사회적 선택의 결과로 保健醫療産業部門에 투입된 總量을 貨幣額으로 표시한 것이다. 國內總生産(GDP)이나 國民總生産(GNP)에 대한 國民醫療費 總額이 차지하는 比重은 국내에서 保健醫療部門이 한 國家經濟를 구성하는 산업으로서의 위치를 여타 산업들과 비교하여 보여주며, 이를 다른 국가들과 비교하여 현재 우리나라의 保健醫療部門에 대한 상대적인 支出程度를 비교할 수도 있다. 더욱이 GDP(혹은 GNP) 對比 國民醫療費 比重의 변화는 保健醫療産業部門이 국민경제 전체에서 그 成長程度의 개략적인 적정성 여부를 판단하는 척도가 될 수 있다. 예를 들면 國民醫療費의 對 GDP 比重이 經濟成長率과 같은 크기로 증가한다는 것은 國民醫療費의 增加率이 經濟成長率에 비해 빠른 속도로 증가하고 있는 것이므로 保健醫

7) 과거의 推計值를 개선된 방법으로 修正推計하는 데는 적지 않은 어려움이 따를 것이라고 생각된다. 예를 들면 關聯資料가 紛失되었다든가, 研究者가 원하는 정도로 細分化 되어 있지 않다든가, 擔當者가 바뀌었다든가 하는 사정으로 過去의 推計值에 대한 修正推計가 불가능할 수 있다.

療部門의 변화가 매우 급격하게 이루어지고 있다는 신호가 될 수 있다.

國民醫療費 計定 行列 중 列은 의료비의 지출재원에 따라 분류되어 있으므로 財源別 支出額의 크기를 알 수 있을 뿐만 아니라 支出財源別 時系列 資料를 통하여는 동태적인 재원의 변화를 분석하여 保健醫療部門에 있어서의 財源別 支出構造의 변화를 파악할 수도 있다. 예를 들면 우리나라의 경우는 앞서 논의되었던 바와 같이 우리 의료제도의 특성에 따라 재원이 公共部門, 保險部門, 民間部門으로 나뉘어져 있으므로 각각에 대한 醫療費 支出의 財源調達の 크기와 그 몫을 볼 수 있다. 각 부문의 財源別 醫療費支出負擔의 比重은 각 부문의 役割調整과 保健醫療政策決定을 위한 기초자료로 이용될 수 있다. 한편 동태적인 각 財源別 醫療費支出 比重의 변화는 의료산업내에서의 基礎技術, 制度 및 人口構造의 變化 등이 반영된 결과라고 해석될 수 있다. 예를 들면, 명재일·홍상진(1994)에 의하면 우리나라의 자원별 의료비분담 비중 중 保險部門은 1985년에서 1991년까지 23% 안팎의 수준을 유지하고 있는 것으로 나타나고 있다. 반면에 政府部門의 비중은 1985년 8.5%에서 1991년 12%로 증가하였으며 그 결과 民間部門의 비중은 감소하고 있다. 이런 변화는 醫療保障의 확충으로 인한 醫療制度上的의 변화가 반영된 것이라 할 수 있다.

위와 같은 분석은 支出項目도 동시에 고려하여 시도될 수 있다. 즉 지출형태와 재원을 동시에 고려한 분석도 가능하다는 것이다. 消費支出과 投資支出은 그 경제적 성격이 매우 상이하므로 이를 구분하여 消費支出 및 投資支出의 각 財源別 分擔比重 變化에 대한 분석을 하는 것이 경우에 따라서는 정책의 입안과 보완을 하는데 보다 적합한 방법이 될 수 있다. 예로서 정부의 醫療部門 중 의료시설에 대한 정책 수립은 政府部門의 投資支出에 대한 분석을 통해 이루어질 수 있다.

국민의료비 계정이 제공하는 각 支出項目에 대한 정보로는 어느 한 시점에서 供給者에 의하여 제공된 보건의료서비스별 支出額을 통하여 保健醫療體系의 구조를 보여 줄 수 있다. 支出項目別 支出額의 크기는 保健醫療서비스가 효과적인 균형을 이루고 있는지 혹은 더 나은 대안이 있는지의 여부에 대한 判別資料가 될 수 있다. 더욱이 이러한 지출구조의 動態的 變化를 분석하여 保健醫療產業내의 각 부문의 성장을 제어하거나 전반적인 醫療產業의 方向轉換을 위한 政策을 서비

스 항목별 또는 그 재원의 代替效果나 相殺效果를 통하여 평가할 수 있다. 예를 들면 入院診療의 확대를 억제하게 되면 상대적으로 外來診療의 成長이 촉진될 것이다.

國民醫療費 計定을 통한 일관성있는 時系列 資料의 축적은 미래의 醫療費支出에 대한 예측의 근간이 될 수 있다. 물론 미래의 예측치를 구하기 위해서는 일반적으로 國民醫療費의 推計值뿐만 아니라 人口增加率과 物價上昇率 등과 같은 經濟的 變數들에 대한 가정도 필요하게 된다.⁸⁾ 이러한 外生變數들에 대한 가정을 통하여 현재 국민의료비 증가추세를 예측하여 봄으로써 推定模型들의 바람직하지 못한 결과들에 대하여 또는 政策代案들에 대하여 경각심을 가질 수 있다.

마지막으로 國民醫療費 計定은 다양한 목적에 따라 작성되는 副計定들의 推定值들을 연결시키는 母基地의 역할을 한다는 것이다. 때에 따라 어느 특정 의료 분야에 대한 긴급한 情報의 要求가 있는 경우는 이러한 특정분야에 대한 副計定을 작성하는 것이 바람직하다. 예를 들면 年齡別 保健醫療費 副計定을 작성함으로써 政策立案者들은 특정 연령그룹의 보건의료서비스에 대한 支出, 利用度, 接近度 및 財政調達 方法 등의 차이점에 관한 분석을 하는 데 편리할 수 있을 것이다. 또 다른 예로서는 保健醫療費의 最終支拂者에 대한 保健醫療費支出 副計定은 政府, 家計, 企業 등으로 분류되어 각각 작성될 수 있을 것이다. 특히 地方政府 단위의 保健計定은 支出額, 醫療서비스, 財源 등과 이들의 변화에 대한 지역적 차이를 보여줄 수 있다. 특히 地方化에 따라 지방정부에 의하여 더 많은 保健醫療改革이 시행되면 그 결과에 대한 地方政府의 評價 및 檢査에 대한 중요성은 증가할 것이므로 地方政府 單位의 保健計定作成의 필요성도 증대될 것이다.

나. 우리나라와 美國의 計定比較

명재일·홍상진(1994)은 미국의 國民保健計定의 기본틀을 우리나라 의료제도의 특성을 고려한 國民醫療費 計定을 제시하고 있다. 예를 들면 미국의 경우는 의

8) 時系列模型을 사용하는 경우에는 外生變數들에 대한 假定이 필요하지 않을 수도 있다. 그러나 현실적으로 年度別 推定을 하는 경우에는 資料의 크기가 매우 작다는 制約을 받게 된다.

료보험을 營利民間醫療保險이 주로 담당하고 있으나 우리나라의 경우는 공익을 목적으로 비영리단체인 醫療保險管理公團과 醫療保險聯合會에서 醫療保險의 運營을 담당하고 있다. 이와 같은 차이로 인해 미국의 계정 중 財源別 分類에는 民間醫療保險 項目을 포함하고 있으나, 우리나라의 경우는 民間醫療保險 項目은 제외되어 있다.⁹⁾ 우리나라의 경우에는 1989년 全國民醫療保險의 실시와 더불어 재원을 民間部門, 政府部門, 保險部門으로 분류함으로써 醫療保險制度上의 차이를 반영하고 있다. 그러나 우리나라의 國民醫療費 計定도 財源을 列로 하고 支出項目을 行으로 하는 二次元的 行列을 취하고 있어 美國의 國民保健計定과 동일한 基本構造를 갖고 있다고 할 수 있다.

미국의 國民保健計定을 좀 더 구체적으로 살펴보면 앞서의 <表 2-1>에서처럼 列의 構成要素는 크게 民間部門과 公共部門으로 구분되어 있다. 민간부문은 다시 民間醫療保險과 本人支出로 구분되어 있으며, 공공부문은 聯邦政府和 州 및 地方政府로 분류되어 있다. 한편 醫療費 支出項目은 보건의료비 지출의 경제적 성격에 따라 消費支出과 投資支出로 나뉘어져 있다. 個人支出은 지출대상의 성격에 따라 病院醫療, 醫師서비스, 齒科醫療서비스, 기타 專門서비스와 在宅醫療, 療養院醫療, 기타 個人保健醫療 등으로 서비스 공급 주체에 따른 분류와 藥品 및 기타 耐久性 財貨, 眼科用 財貨 및 기타 非耐久性 財貨 등의 消費財로 구분되어 있다. 그리고 保健프로그램 運營 및 民間醫療保險純費用으로 구성된 運營·行政管理費用과 政府의 公共保健 活動에 대한 지출로 분류되어 있다. 한편 投資支出은 研究와 建築으로 구분되어 있는데 醫·科學 分野에 있어서의 연구비와 의료시설에 대한 지출은 最終消費財나 用役に 대한 지출이 아니며 미래의 의료서비스 생산을 위한 투자로 人的·物的 資本의 蓄積을 위한 지출로 구성된다.

<表 3-1>의 경우 각종 傷病治療를 위한 의료서비스 및 재화의 구입에 지출된 비용을 포함한 個人保健醫療 항목, 정부의 公衆保健 活動에 관련된 지출항목인

9) 우리나라의 경우에도 일부이긴 하지만 國民醫療保險으로 支拂되지 않는 치료 및 비용에 대하여 民間醫療保險이 (예를 들면 生命保險과 연계된 癌保險) 도입되고 있다. 비록 현 시점에서의 그 規模가 미미하여 推計에서 제외되고 있지만, 향후 保健醫療서비스를 主目的으로 하는 民間醫療保險이 확대되면 계정항목에 이 부분이 추가로 삽입되어야 된다.

公衆保健, 醫療體系를 監督, 維持, 管理하는 데 필요한 保健행정비용과 의료보험 관리에 드는 비용들을 함께 묶은 행정 및 관리 항목, 연구 및 교육 항목과 의료 시설 및 장비에 대한 지출을 나타내는 투자지출 항목으로 구분되고 있다.¹⁰⁾

<表 3-1> 國民醫療費計定 (명재일·홍상진,1994)

총 계	공공부문		보험부문			민간부문			
	계	중앙 정부	지방 정부	계	의보 산재	기타	계	가계	기타
국민의료비									
개인보건의료									
보건의료서비스									
의약 및 의료용품									
안경 및 의료용구									
공중보건									
행정 및 관리									
보건행정									
의보관리운영									
연구 및 교육									
연구									
교육									
시설 및 장비									
시설									
장비									

資 料: 명재일·홍상진, 『國民醫療費의 動向과 構造: 1985~1991』, 韓國醫療管理研究院, 1994, pp.14.

10) 이 支出項目別 구분은 선행연구인 『國民醫療費 推計에 관한 基礎研究』에서 제시된 計定構造와 약간의 차이가 있다.

IV. 國民醫療費 計定 및 推計方法의 改善方向

保險給與水準의 확대, 人口老齡化에 따른 疾病構造의 변화, 地方自治制의 실시, OECD 가입, 및 世界化 추진에 따른 經濟構造의 다변화 등의 經濟·社會的 變化는 保健醫療서비스의 需要를 보다 확대시키는 요인들로서 작용할 것이다. 이와 같은 변화에도 불구하고 앞서 연구에서 제시된 기본틀인 國民醫療費 計定項目들이나 財源別 分類에는 많은 수정이 필요할 것 같지는 않다. 다만 부분적인 計定項目의 修正 및 補完은 이루어져야 할 것이다. 즉 計定項目 자체의 變更보다는 이들에 대한 進行狀況이나 그 效果 등의 분석을 위한 기초자료로서 副計定 (satellite account)을 작성하여 궁극적으로는 이를 國民醫療費 本計定과 연계하여 이용할 수 있는 방안을 세우는 것이 바람직할 듯 싶다.

따라서 本章에서는 社會·經濟的 變化에 따른 國民의료비 추계시 고려할 사항을 기술하고, 기존 國民醫療費 計定과 그 推計方法上的 限界點¹¹⁾들에 대하여 간략하게 지적하며 그 改善方向¹²⁾을 제시하고자 한다.

1. 社會·經濟的 變化와 國民醫療費

國民醫療費 推計에 있어 앞서 논의된 바처럼 계정설정의 원칙이나 계정항목의 분류는 研究目的에 따라 구체적이고 유기적인 틀로 구성될 수는 있다. 하지만 실제 추계에 있어 현실적으로 직면하게 되는 문제는 이용가능한 資料의 求得이라는 문제이다. 따라서 좋은 國民醫療費 計定이라고 하는 것은 구득가능한 資料 範圍내에서 얼마나 효과적으로 國民醫療費의 總額 및 部門別 支出과 그 財源 등을 서로 유기적으로 파악할 수 있느냐에 달려 있다고 할 수 있다. 國民醫療費

11) 여기서 언급되는 많은 限界點들은 『國民醫療費 推計에 관한 基礎研究』에서도 지적되고 있다.

12) 여기서 改善方向이 의미하는 바는 國民醫療費 推計에 필요한 國民醫療費計定이나 추계방법의 경우는 단기간 내에 修正·補完할 수 있으나, 資料求得의 문제는 단시일 내에 해결될 수 없는 문제이므로 시간을 두고 점진적으로 개선되어야 할 사항이다.

推計에 드는 비용도 고려해야 함은 물론이다. 왜냐 하면 資料의 求得 과정상 일반적으로 조사비용이 많이 들면 들수록 조사자료의 정확도는 향상되기 때문이다.

이런 資料求得 容易性和 計定構造의 連繫性 등을 고려하여 앞서 언급되었던 바와 같이 國民醫療費 計定은 社會·經濟的 變化를 수용할 수 있는 유연한 構造를 갖고 있어야 할 것이다. 따라서 우리나라가 겪고 있는 社會·經濟的 變化와 이에 관련하여 國民醫療費 推計時에 고려되어야 할 점들에 대하여 논의하고자 한다.

첫째로 경제발전과 의료기술의 발달로 영아사망률이 하락하고 平均壽命이 늘어감에 따라 우리나라 국민의 人口構造가 변화하게 되었다. 그 결과 年齡別 人口構成面에서는 과거보다 老齡人口가 점차 증가하고 있다. 더욱이 老齡人口 增加率이 總人口의 增加率을 훨씬 상회하여 2020년에는 전체인구 중 老齡人口가 차지하는 비율이 선진국 수준인 12.5%에 달할 것으로 예상되어지고 있다. 老人의 疾病에는 慢性退行性疾患이 많고 치료가 장기적이며 그 효과가 즉시 나타나지 않는 경우가 일반적이다. 더욱이 이들 老人階層의 所得水準이 經濟活動階層에 비하여 상대적으로 낮아 醫療費 負擔이 높아지게 된다. 다시 말하면 老齡人口의 증가에 따른 疾病構造의 變化는 給與費의 支出要因을 증가시키며 또한 診療期間이 길어져 平均診療費를 상승시킨다. 그 결과로 國民醫療費 上昇에 미치는 영향 또한 적지 않을 것이다. 한편 老人疾病의 경우에는 현재의 의료서비스제도에 의한 치료보다는 환자를 돌보는 성격의 의료서비스가 필요하지만 이런 성격의 制度나 機關은 거의 없는 상태이다. 따라서 「醫療保障改革委員會」에서는 호스피스 制度의 도입을 건의하였고 이 제도는 몇 개의 시범지역에서 실시되고 있다. 이 제도의 도입은 앞으로 臨終段階의 환자들은 물론 그 가족들의 고통을 경감시켜 福祉水準을 향상시키고 나아가서는 生産活動에의 寄與度를 진작시킬 수 있을 것이다. 이처럼 의료서비스 제도의 변화로 인하여 현재에는 국민의료비 추계에 포함되지 않고 있는 의료서비스들이 국민의료비 계정에 추가되어야 하며 적절한 자료원의 개발이 동시에 이루어져야 할 것이다.

둘째로 또 하나 중요한 社會的 變化로서, 1995년의 地方自治制 실시를 들 수 있다. 이에 따라 中央政府와 地方政府의 保健醫療서비스 및 行政機能의 분담이 이루어지게 될 것이다. 특히 地方自治制의 실시 취지에 따라 公衆保健프로그램, 豫防次元의 教育프로그램, 健康增進프로그램 등은 地域的 特性을 고려하여 지역

주민들을 적극 참여시킬 수 있는 프로그램들이 개발될 것이다. 따라서 지역마다 이러한 프로그램들에 대한 支出內譯이나 項目 및 會計方法들의 차이가 있을 수 있으므로 전국적으로 일관된 公衆保健支出額 및 그 자세한 내용을 파악하기 힘들 수도 있다. 따라서 사전에 체계화된 醫療費計定の 分類가 요구된다.

셋째로 국제사회에서의 우리나라의 位相에 대한 변화를 들 수 있다. 우리나라는 1996년에 經濟協力開發機構(OECD)에 가입할 예정이다. 이 경우 우리나라는 OECD에서 요구하는 각종 經濟·社會指標에 대한 통계자료를 제출하여야 한다. 특히 第2章에서도 언급된 바와 같은 保健醫療分野의 각종 支出 및 財源 項目을 충족시켜주는 통계치를 생산하기 위해서는 각 부문의 적절한 資料源의 發掘이 시급하며 이와 더불어 國民醫療費 計定은 OECD 및 WHO 등이 권고하는 바를 반영하여 國際比較가 용이한 형태로 개선되어야 한다.

마지막으로 1994년도 醫療保障改革委員會의 건의로 국민의 醫療需要 增加에 부합할 수 있도록 保險給與 수준이 향상되어 家計의 醫療費 負擔이 경감되게 하였다. 이에 따라 1995년도에는 慢性疾患患者의 醫療保險 適用期間이 연장되어 入院日數가 연간 180일에서 210일로 늘어나고, CT, MRI 등의 高價醫療裝備를 이용한 診療行爲들에 대해서도 보험급여가 지급될 것이다. 이러한 조치들로 인해 高價醫療裝備가 과잉으로 사용될 수 있으므로 의료비의 급격한 증가를 야기할 수 있을 것이다. 이러한 醫療費의 變化에 대한 原因 分析도 앞으로는 이루어져야 할 것이다. 만일 醫療費가 항목별로 잘 분류되어 있다면 이러한 의료비 상승의 원인 분석이 매우 용이하게 이루어질 수 있으며, 高價裝備 購入에서 사용에 이르기까지 이에 관련된 政策立案에 기본적인 자료로 활용될 수 있다.

2. 計定上의 改善點

<表 4-1>에서 잠정적으로 제시된 계정은 그 형식에 있어서는 앞 章에서 논의되었던 支出別 및 財源別 項目들로 구성된 二次元的인 行列形式을 취하고 있다. 즉 이는 명재일·홍상진(1994)의 계정을 일부 修正補完한 것으로서 차이점은 財源別 분류 중 保險部門과 支出項目 중 個人保健醫療를 세부항목들로 구분하여 재구성한 것이다.

財源別 分類項目 중 보험부문의 차이점은 기존 계정상 自動車 保險과 生命保險으로 구성되었던 기타 項目을 民間保險과 기타로 다시 분류하고 있다는 것이다. 民間保險을 기타 項目에서 분리시킨 것은 民間保險會社들이 健康關聯 보험상품들을 증가시키고 있는 것을 반영한 것이다. 최근 들어 生命保險會社들은 癌保險의 급여범위를 확대하여 癌治療까지도 보험급여 지급대상으로 하고 있다. 또한 疾病構造의 變化와 새로운 高價醫療裝備의 사용, 費用無意識的(cost unconscious)인 治療技術의 開發 등과 健康에 대한 욕구의 증대로 인해 國民醫療保險 급여의 범위를 초과하는 의료서비스가 증가될 것이다. 이로 인해 국내의 보험사들과 保險市場 開放에 따른 외국 보험사들의 진입으로 여러 형태의 健康關聯 保險商品들이 개발될 가능성을 반영한 것이다. 반면에 민간보험의 대표적인 것 중 하나인 自動車保險은 기타 項目으로 존속시켰다. 이는 自動車保險의 경우 보험의 목적이 健康回復, 增進, 維持라기보다는 自動車 事故를 대비한 것으로 건강을 목적으로 하는 민간보험회사들이 제공하는 健康關聯保險들과는 그 성격이 상이하기 때문이다.

支出項目別 分類는 個人保健醫療 항목을 入院診療, 通院診療, 醫藥品, 眼鏡 및 醫療用具로 구분하였다. 또한 入院診療와 通院診療는 각각 一般, 齒科, 韓方으로 세분하였다. 이전의 연구자들도 이 項目의 細分化를 추구하였으나 자료의 미비로 말미암아 더 이상의 분류는 하지 못했음을 인지하지 못하는 바는 아니지만, 앞으로의 計定の 補完에 꼭 필요하다고 여겨지기 때문에 가능한 부분만이라도 세분화해야 한다는 취지에서 이와 같은 구분을 시도하였다. 그 외의 項目들은 그대로 유지하였다.

이와 더불어 國民醫療費 計定の 補助資料로서 副計定(Satellite Account)의 개발도 고려해야 할 것이다. 예를 들면 人口構造의 變化로 老齡人口가 증가되고 이로 인한 老人疾病의 治療問題가 사회적 문제로 대두될 것이다. 이런 문제들의 대책 마련에 필수적인 연구자료의 제공을 위하여는 保健醫療費에 대한 傷病別 및 年齡別 副計定을 작성하여 활용하는 것이 바람직하다. 또한 疾病構造의 변화에 따른 대책의 일환으로 새로운 醫療施設 및 制度의 시행에 따른 波及效果의 分析 및 成功與否의 評價를 위한 자료의 확보를 위해서도 새로운 支出項目別 副計定을 작성하는 것이 좋을 것이다. 예를 들면 醫療施設 및 制度 (一般 및 特別

病院, 精神病院과 호스피스, 在宅醫療機關 및 家庭看護 등과 같은 醫療制度)의 支出別 副計定이 작성될 수 있을 것이다.

또한 地方自治制에 따른 國民醫療費 計定뿐만 아니라 國民所得計定에도 반영될 수 있는 일관성 있는 지방정부의 統計資料分類 및 作成方案이 마련되어야 한다. 예를 들면 地方自治制의 실시로 인해 상당부분의 公衆保健關聯事業이 지방정부로 이관되어짐에 따라 지방정부가 이런 사업에 지출한 내역을 별도로 집계한 다든가, 市·道別 醫療費 支出에 대한 집계를 하여 國民醫療費 本計定과 연계시키는 것이 現況分析이나 政策立案을 위하여 많은 보탬이 될 것이다.

궁극적으로는 국민의료비 추계뿐만 아니라 保健醫療産業의 경제구조와 재정에 관련된 정보원을 확보한다는 의미에서 總支出, 總收入, 目的別 支出, 財源 및 財源의 活用 등을 포함하고 있는 國民保健計定(Health Care Account)과 保健醫療部門 産業關聯表(Input-Output Table)를 작성하는 것이 바람직하다.¹³⁾

3. 資料求得上의 限界와 改善方向

위에서 언급된 國民醫療費 推計項目 분류에 가장 큰 걸림돌이 되는 것이 바로 資料求得의 문제이다. 우선 國民醫療費 計定の 形態나 推計方法은 자료원의 확보를 전제로 하고 있다. 그러나 일반적으로 모든 推計는 계정의 기본틀이나 추계의 목적에 맞게 자료가 준비되어 있기보다는 기존의 求得possible한 자료들을 최대한으로 활용하여 추계를 수행하게 된다. 따라서 短期的으로는 資料의 求得이라는 제약조건을 고려한 추계가 이루어져야 하나, 長期的으로는 주어진 目的과 計定の 形式에 따라 資料源을 확보해 나가는 것도 중요한 일이라 하겠다. 이와 같은 動態的인 관점에서 자료구득과 관계되는 資料源, 資料蒐集經路 등에 대하여 언급을 하고자 한다.

우리나라의 기존 國民醫療費 推計에 사용된 대표적인 자료원들을 살펴보면 國民所得計定, 産業關聯表와 다수의 家計調查資料 등이 있다. 이 중 U.N.에서 제안된 新國民計定體系(A System of National Account: SNA) 틀 속에서 작성되어오

13) 副計定이 아닌 國民所得計定과 같은 형식의 類型別 保健計定(Health Care Account)을 작성하고 있는 예로서 캐나다 사례가 附錄에 제시되어 있다.

<表 4-1> 修正・補完된 國民醫療費 計定

	총계	공공부문		보험부문			민간부문				
		계	중앙 정부	지방 정부	계	의보 산재	민간 보험	기타	계	가계	기타
국민의료비											
개인보건의료											
보건의료서비스											
입원진료											
일 반											
치 과											
한 방											
외래진료											
일 반											
치 과											
한 방											
의 약 품											
안경 및 의료용구											
공중보건											
행정 및 관리											
보건행정											
의보관리운영											
연구 및 교육											
연 구											
교 육											
시설 및 장비											
시 설											
장 비											

고 있는 國民所得計定은 目的別 最終消費支出에서 保健醫療費와 관련된 부분을 포함하고 있다. 그리고 국민경제를 구성하고 있는 모든 산업부문의 재화와 용역의 거래를 나타내는 産業聯關表에는 보건의료산업에 관련된 부분이 포함되어 있고, 都市家計調査, 農家經濟調査 및 漁家經濟調査 등의 가계조사들도 보건의료비 항목이 별도로 구성되어 있다. 이들 자료들은 국민의료비를 집계하는 데 있어

중요한 자료원이 될 수 있으나 項目細分이나 지속적인 統計資料發表 未備 등 단점들로 인하여 계정을 추계 하는 데 충분한 정보를 제공해주지 못하고 있는 실정이다.

그러면 위에 제시한 계정의 財源別 資料의 求得可能性을 살펴보기로 하자. 公共部門이나 民間部門의 경우는 <表 4-1>에 제시된 것과 같이 個人保健醫療 항목을 세분할 수 없다. 하지만 보험부문에서는 醫療保險聯合會나 醫療保險管理公團에서 발표되는 통계자료는 위의 계정항목으로 분류되어 있으므로 부분적으로나마 위와 같은 세분화가 가능하다. 민간부문의 경우는 가계 또는 환자 개인의 可處分所得을 재원으로 醫療서비스나 關聯財貨에 직접 지출된 비용을 나타내는데 주로 都市家計調査, 農家經濟調査와 漁家經濟調査를 통해 추계되어진다. 그러나 都市家計調査의 경우에는 病院診療費, 入院費, 韓方診療費 및 기타 保健醫療서비스로 대별되어 있을 뿐이고 農家 및 漁家經濟調査를 통해서는 家計雜費 중 보건의료비가 단일항목으로 분류되어 있기 때문에 앞서의 항목분류가 사실상 불가능하다. 하지만 이들 조사의 家計簿 記帳式 項目에는 의료서비스 공급자별로 구분이 되어있을 가능성이 높고, 그렇지 않다 하더라도 記帳項目의 一部 修正을 통해 쉽게 이루어 질 수 있을 것이다. 따라서 비록 소관부처가 다르더라도 都市家計調査나 農·漁家經濟調査 時에 統計資料의 일관성을 위하여 조사실시 부처인 統計廳과 農林水産部가 주무부처인 保健福祉部와 협의를 거쳐 보건의료비 항목을 개선하는 것이 필요하다.

한편 醫藥品은 보건의료산업내에서 차지하는 역할의 중요성으로 보아 醫療用品과 별도로 독립된 分類項目으로 분리하였다. 실질적인 의약품에 대한 지출액을 살펴보기 위해서는 약국뿐만 아니라 병·의원에서 사용된 의약품에 대해서도 總額이 집계되어야 한다. 그러나 資料求得上의 한계점으로 醫藥品 支出은 藥局에서 거래되는 약품만을 포함할 수밖에 없다. 醫療保險管理公團이나 醫療保險聯合會가 발간하는 통계자료에는 병·의원에서 사용된 醫藥品이 入院診療와 通院診療에 포함되어, 이를 통해 醫藥品費만을 분리하여 추계하기가 사실상 어려운 실정이다. 하지만 보험청구시에는 技術料, 檢査料 등과 같이 藥劑費도 별도로 구분되어 청구되므로, 세분된 項目費用의 總額이 집계되어 발표된다면 醫藥品에 대한 總支出額 규모를 밝히는 데 많은 도움이 될 것이다.

眼鏡 및 醫療用具에 대한 지출은 대부분이 민간부문에서 지출되고 있다. 앞서의 언급에서와 같이 農家 및 漁家經濟統計年報에서의 자료구득이 불가능하고 都市家計年報의 자료에서만 이용이 가능한 실정이다. 이전의 연구에서는 의료용품은 醫療關聯 非耐久財로, 醫療用具는 醫療關聯 耐久財로 분류하고 있는데, <表 4-1>의 의료용구에는 醫療關聯 耐久財 및 非耐久財를 모두 포함시키고 있다. 이러한 분류는 이 항목의 기초자료원인 都市家計調查 자료의 활용을 전제로 한다. 도시가계년보는 보건의료항목을 醫藥品, 保健醫療用品器具, 保健醫療서비스로 구분하고 있으며, 이 중 보건의료용품기구는 保健醫療用品, 眼鏡 및 기타 保健醫療器具로 구성되어 있다. 보건의료용품은 반창고, 탈지면, 위생대 등 非耐久性財貨인 保健醫療用品을 뜻하며, 기타 보건의료기구는 보청기, 체온계, 의족 등 耐久性財貨를 지칭한다. 즉 의료용구는 이전 연구의 醫療用品과 醫療用具를 모두 포함한 개념이다.

기존의 국민의료비에 관한 연구들은 醫療費支出의 상당부분을 관련기관들의 內部資料로 추계하고 있다. 예를 들면 개인보건의료비의 공공부문은 公共醫療機關의 내부자료를, 보험부문은 韓國自動車保險의 내부자료를, 民間部門은 民間團體 內部資料인 保健醫療事業費를 이용하였다. 공공부문 및 민간부문의 시설 및 장비의 추계를 위하여는 醫療用具協同組合의 내부자료를 사용하였으며, 민간부문의 公衆保健事業費의 추계는 민간단체의 내부자료를, 研究 및 教育項目지출의 추계는 각 醫療人 團體別 中央會 내부자료 및 각 醫療技士 團體別 중앙회 내부자료를 사용하고 있다. 醫療裝備 및 施設費 추계의 자료원으로 韓國貿易協會에서 발간하는 무역통계를 기초로 하고 있다.

이처럼 자료구득의 일환으로 關聯團體들의 내부자료를 이용하면 資料確保가 일시적이 될 수 있다는 데 문제가 있다. 즉 그 자료의 擔當者가 바뀌거나 蒐集者가 바뀌는 경우에는 동일한 자료원을 확보하는 것이 사실상 불가능하다. 따라서 개별적인 차원의 협조를 통한 內部資料를 구득하기보다는 공식적인 기관의 협조를 얻어 지속적으로 資料源를 확보할 수 있는 방안을 강구하여야 할 것이다.

한편 地方自治制의 실시와 관련하여서도 資料求得의 문제는 중요한 사안이다. 이전 연구들에서 지방정부의 醫療保護에 대한 지출과 公衆保健關聯活動에 소요된 지출을 추계하기 위해 사용된 地方財政年鑑의 경우 計定分類上의 문제나 일부 항

목 推計數値의 불일치 등으로 추계에 사용되지 못하였다. 따라서 中央政府의 保健福祉部 所管事業關聯 國庫補助金에 대한 지방정부부담분만을 사용해 이를 계상함으로써 지방정부의 公衆保健關聯事業 總支出部分은 추계에 포함되지 않고 있다. 이처럼 현재 地方政府에서 집계되는 통계치들이 그 分類項目이나 集計過程에서의 상이성으로 總括統計의 자료원으로 활용되지 못하고 있는 실정이다. 그러나 地方自治制가 실시되면 中央政府의 機能과 役割 및 財政調達이 상당부분 지방정부로 이전되므로 지방정부의 통계자료들이 中央政府의 總括統計에서 차지하는 비중도 중요한 위치를 차지하게 될 것이다. 그러므로 計定分類의 不一致나 集計方式의 相異性으로 인한 혼란의 야기나 자료의 死藏을 막고 지방정부의 自治權은 보호하는 범위에서 이들 각 기관의 고유업무수행의 결과인 統計值들의 分類 및 集計方式을 단일화하여 總括統計의 자료원으로 활용할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 물론 이를 위해서는 각 地方政府와 中央政府의 關聯部處가 협의하여 형식 및 집계방식 등을 결정해야 할 것이다.

이처럼 세분화된 계정을 충족시키는 완벽한 資料源을 갖춘다는 것은 사실상 불가능한 일이며, 따라서 부족한 資料를 메우기 위하여 外插法이나 內插法등의 추계방법을 이용하는 것은 불가피하다. 그리고 특히 標本調査를 통하여 확보된 자료를 이용하는 경우에도 이 調査結果를 기초로 하여 전체의 통계치를 추정하는 것 역시 피할 수 없다. 그러므로 앞으로 既存 資料들의 修正 및 補完뿐만 아니라 지속적으로 새로운 資料源의 개발이 절실히 필요하다.

V. 結 論

경제발전에 따라 所得水準의 향상과 아울러 전국민 醫療保險의 확대 실시는 보건의료에 대한 관심을 증가시켰으며, 이에 따라 保健醫療에 대한 지출규모 파악이 연구의 초점이 되었다. 본 연구에서는 國內·외의 國民醫療費에 대한 既存研究들을 비교하여 추계동향에 대해서 살펴본 후, 이를 토대로 하여 기존 計定研究의 改善點을 고려한 補完策을 통하여 앞으로 추계될 國民醫療費 計定을 제시하였다.

기존의 國內·외 연구들을 토대로 計定項目을 가능한 한 세분화하여 분류하는 것은 그리 어려운 작업이 아니다. 하지만 이보다 先決되어야 하는 것이 바로 資料源의 確保이다. 그 동안 우리나라에서 수행된 國民醫療費 推計에서는 國民所得計定 및 기타 補助資料를 利用하거나 産業聯關表를 이용하여 왔다. 이 자료들은 각기 서로 다른 장점을 가지고 있기는 하나, 통계작성기관의 고유목적에 따라 분류 작성되어 國民醫療費 推計時 項目別 세분화를 충족시켜 줄 자료를 제공하지 못하거나, 매년 작성되지 않는 등의 문제점이 있다. 하지만 이를 개선하고 구득 가능한 자료를 활용하여 國際比較가 가능하며 우리나라 여건에 부합된 계정을 작성하려는 시도가 최근 이루어지고 있다.

기존의 財源別 및 支出別 二次元 行列 形式의 國民醫療費 計定 기본틀을 그대로 유지하면서 항목의 재분류를 실시하고, 이를 토대로 새로운 자료원의 확보를 위한 改善方向을 제시하였다. 좀 더 구체적으로는 기존의 연구에서 분류된 財源別 區分의 기본골격은 유지하면서 保險部門의 기타 項目을 民間保險과 기타로 재분류하였다. 이는 비록 현 시점에서의 지출규모가 그리 크지는 않지만 앞으로 의료서비스 市場開放과 더불어 國內 民間保險會社들이 개발하기 시작하고 있는 각종 健康關聯 保險商品이 國民醫療費 支出의 한 財源으로서 차지할 중요성을 염두에 둔 분류인 것이다. 支出項目別 구분 중에는 個人保健醫療를 제외하고는 항목구분에 차이가 없다. 단 個人保健醫療의 경우 保健醫療서비스를 入院診療와 外來診療로 나누고 이를 다시 一般, 齒科 및 韓方으로 나누었다. 이와 같은 세분

화는 기존의 연구자들도 시도하였으나 資料求得上의 문제로 이루어지지 못하고 있다. 특히 公共部門과 民間部門의 경우 이와 같은 항목의 세분은 자료원이 전무한 상황에서 무리인 것은 틀림없으나 앞으로 그 비중이 점점 확대되어가고 있는 保險部門에서만이라도 이런 項目細分이 가능하여 이를 시도하였다.

既存研究에서 醫藥品과 非耐久財인 醫療用品으로 함께 묶여 있던 항목을 醫藥品은 단일항목으로 두고, 醫療用品을 眼鏡 및 醫療用具에 포함시켜 醫療用具에 耐久財 및 非耐久財를 함께 묶었다. 醫藥品은 현 시점에서는 藥局에서 판매된 醫藥品의 규모만을 파악하는데 그치고 있지만 의료보험에서 청구된 藥劑費의 규모만이라도 파악 가능하게 될 경우, 醫藥品에 관한 政策立案에 많은 도움이 될 것이라 사료되어 이와 같은 분류를 시도하였다.

앞서 언급된 바와 같이 항목의 세분을 위해서는 우선적으로 資料源이 확보되어야 한다. 國民醫療費에서 차지하는 財源別 比重으로 보아 民間部門이 가장 중요하다 할 수 있다. 이 부문 支出規模의 파악을 위해 사용되는 자료들은 都市家計調査, 農家 및 漁家經濟調査 등이며, 이들의 記帳項目을 세분화하기 위하여는 關聯部處들간의 협의가 필수적이다. 또한 內部資料가 어떠한 경로를 통해서든 추계에 이용되었다면 그 내부자료는 關聯機關의 기밀유지를 이유로 자료가 비공개되어야 한다고 볼 수 없다. 따라서 資料求得의 安定性을 저해하는 내부자료의 사용을 가급적 줄이기 위한 방안으로 이런 종류의 內部統計資料들의 公開化를 추진하여야 한다. 다른 한편으로는 地方自治制하에서 각 지방정부의 통계도 一元化가 이루어져야 할 것이다.

이와 아울러 保險給與水準의 확대, 人口老齡化에 따른 疾病構造의 변화 및 經濟構造의 다변화 등 經濟·社會的 變化를 집중적으로 수용할 수 있는 副計定(Satellite Account)의 작성이 시도되어야 할 것이다. 그리고 궁극적으로는 保健醫療産業의 전반적인 구조분석 및 이를 위한 재정지출에 관한 자료원의 확보를 위하여 國民保健計定(Health Care Account)과 保健醫療部門의 産業關聯表의 작성이 이루어져야 할 것이다. 그러나 이런 작업은 基礎資料調査에 투입되는 비용과 인력의 규모가 방대하여 당분간 이루어지기 어려울 것으로 보인다. 하지만 持續的인 연구와 방법론의 개발이 이루어져 장기적으로는 이들 통계표들이 保健醫療分野의 政策樹立에 초석이 되어야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 권순원, 『國民醫療費 研究: 推計와 分析』, 翰林大學校 社會醫學研究所, 1986.
- 권순원, 『國民醫療費動向』, 醫療資源과 管理體系에 관한 워크숍 討議資料, 韓國人口保健研究院, 1987a.
- 권순원, 『國民醫療費: 醫療資源과 管理體系에 관한 基礎研究』 韓國人口保健研究院, 1987b.
- 권순원, 『國民醫療費의 推計와 醫療費 安定化對策』, 韓國開發研究院, 1988.
- 권순원, 『國民醫療費 增加推移와 安定化 方案』, 韓國開發研究院, 1993.
- 명재일·박광훈·사공진, 『國民醫療費 推計에 관한 基礎研究』, 保健社會部提出 資料, 韓國醫療管理研究院, 1992.
- 명재일·홍상진, 『國民醫療費의 動向과 構造: 1985~1991』, 1993년 基礎資料 報告書, 韓國醫療管理研究院, 1994.
- 박종기, 『韓國의 保健財政과 醫療保險』, 韓國開發研究院, 1979.
- 박종기·노인철, 『國民保健醫療費推計: 1970~1974』, 韓國開發研究院, 1976.
- 양봉민·이대진, 『國民醫療費 抑制方案에 관한 研究』, 醫療保險管理公團, 1989.
- 연하청·박종기·민재성·홍종덕·박재용·김일순·한달선·김학수, 『醫療保險의 政策 課題와 發展方案』, 韓國開發研究院, 1983.
- 의료보장개혁위원회, 『醫療保障改革課題와 政策方向』, 醫療保障改革委員會, 1994.
- Abel-Smith, Brian, "Paying for Health Services", *Public Health Papers No. 17*, Geneva, World Health Organization, 1963.
- Abel-Smith, Brian, "An International Study of Health Expenditure", *Public Health Papers, No. 32*, Geneva, World Health Organization, 1967.
- Griffiths, A. and M. Mills, "Health Sector Financing and Expenditure Survey", in *The Economics of Health in Developing Countries*, edited by K. Lee and A. Mills, Oxford, Oxford University Press, 1984.

- Haber, Susan G. and Joseph P. Newhouse, "Recent Revisions to and Recommendations for National Health Expenditures Accounting", *Health Care Financing Review*, Vol.13, No.1, Fall, 1991, pp.111~116.
- Ikegame, Naoki, "Japanese Health Care: Low Cost through Regulated Fees", *Health Affairs*, Vol.10, No.3, Fall, 1991, pp.87~109.
- International Labor Office, *The Cost of Medical Care*, Geneva, International Labor Office, 1959.
- Lazenby H. C., Katharine R. Levit, Daniel R. Waldo, Gerald S. Adler, Suzanne W. Letsch, and Cathy A. Cowan, "National Health Accounts: Lessons from the U. S. Experience", *Health Care Financing Review*, Summer, Vol.13, No.4, 1992 pp.89~103.
- Maxwell, R. J., *Health and Wealth*, Massachusetts, Lexington Books, 1981.
- OECD, *Measuring Health Care: 1960~1983*, Social Policy Studies, No.2, Paris, OECD, 1985.
- OECD, *OECD Health Systems: Facts and Trends: 1960~1991, Vol. I*, Health Policy Studies, No.3, Paris, OECD, 1993a.
- OECD, *OECD Health Systems: The Socio-economic Environment Statistical Reference, Vol. II*, Health Policy Studies, No.3, OECD, 1993b.
- OECD Secretariat, "Health Care Expenditure and Other Data: An International Compendium from the Organization for Economic Cooperation and Development", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.111~194.
- Rice, D., B. Cooper and R. Gibson, "U.S. National Health Accounts: Historical Perspectives, Current Issues, and Future Projections", edited by E. Levy, *La Sante Fait Ses Comptes* (Accounting for Health), Paris, Economica, 1982.
- Poullier, Jean-Pierre, "Compendium: Health Care Expenditure and Other Data", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.111~120.
- Poullier, Jean-Pierre, "Administrative Costs in Selected Industrialized Countries", *Health Care Financing Review*, Vol.13, No.4, 1992, pp.167~172.
- Schieber, George J., and Jean-Pierre Poullier, "Advancing the Debate on

- International Spending Comparisons”, *Health Affairs*, Vol.10, No.3, 1991, pp.119~201.
- Schieber, George J., and Jean-Pierre Poullier, “International Health Spending: Issues and Trends”, *Health Affairs*, Vol. 10, No. 1, 1991, pp.106~116.
- Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier, and Leslie M. Greenwald, “Health Care Systems in Twenty-Four Countries”, *Health Affairs*, Vol.10, No.3, 1991, pp.22~38.
- Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier, and Leslie M. Greenwald, “U. S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Update”, *Health Care Financing Review*, Summer, Vol.13, No.4, 1992, pp.1~15.
- Sunga, Preetom and Janet L. Swinamer, “Health Care Accounts - A Conceptual Framework and An Illustrative Example”, *Review of Income and Wealth*, Vol.32, No.3, 1986, pp.277~298.
- Rublee, Dale A.,and Markus Schneider, “International Health Spending Comparison with OECD”, *Health Affairs*, Vol.10, No.3, 1991, pp.187~198.
- 厚生統計協會『昭和 63年度 國民醫療費』, 日本 厚生省大臣官房統計情報部 編, 財團法人 厚生統計協會, 1991, ISSN 0911-839X

附 錄

<附表 1> Maxwell의 附錄 A: Health Expenditure Analysis: Standard Chart of Accounts Used in the Study

	1974	1975
Basic data		
1. Population (thousands)		
2. GNP		
3. GNP per capita		
Health Expenditure by source of finance		
4. Public		
(a) General Taxation		
(b) Compulsory Insurance/social security		
(c) Other (specify)		
5. Consumers		
(a) Voluntary insurance		
(b) Direct payment		
(c) Other (specify)		
6. Other (specify)		
7. Total Expenditure		
(a) Total		
(b) Per capita		
(c) Percentage of GNP		
(d) Percentage of GDP		
Health expenditure by ownership/administration of channel of provision		
8. Government institutions (State-owned and -run)		
9. Nongovernment, not for profit		
10. Private, for-profit institutions and contractors		
11. Other (specify)		
12. Total		
Health expenditure by service		
13. Hospitals (current, excluding amortization)		
(a) Inpatient		
(b) Outpatient		
14. Hospitals (capital)		
15. Care outside hospitals		
(a) Primary care		
(b) Specialists care		
(c) Capital expenditure		
16. Self-care		

<附表 1> 계 속

	1974	1975
17. Other services		
(a) Public health		
(b) Research		
(c) Education		
(d) Other		
18. Administration		
19. Other		
20. Total		
Health expenditure by resource		
Manpower		
21. Doctors		
(a) General Practice		
(b) All other		
Dentists		
(a) General Practice		
(b) All other		
22. Nurses (qualified)		
23. Nurses (other)		
Total nursing		
24. Professional and technical		
25. Administrative and clerical and auxilliary		
26. Total manpower		
27. Pharmaceuticals		
(a) Prescribed		
(b) OTC drugs		
28. Equipment and supplies		
29. Buildings		
Other		
Total		

資 料: Maxwell, *Health and Wealth Appendix A*, 1981, pp. 115~117.

<附表 2> 캐나다의 국민保健計定の 表와 包含項目別 分類

No.	Title	Major Categories	Comment
1.	Health care delivery and administrative structure	Direct health care delivery administrative structure Direct health care delivery Institutional units Professional Services Drugs and appliances distributed through retail outlets Private nonprofit health organization Community and other health clinics Health care funding programmes Federal Provincial Municipal Other Health research organization Medical education institutions Medical and paramedical education	Contains main organizing categories of the health care accounts designed to:(1) organize expenditure informations according to the unit or organization providing direct health care delivery or related to this delivery and (ii)facilitate the cross-categorization of this information with categories of the other tabulations.
2.	Current operating expenditure	Labour Salaries and wages Employee benefits Net professional income Intermediate consumption Medical and surgical supplies Drugs Food Contract services Other intermediate products Cost of capital use Interest paid Depreciation Operating surplus	Details the categories of current expenditure. Because of transfers between delivery units and form health care programmes to delivery units, there is some duplication of expenditures in the total of expenditures. To make this total more meaningful, two sub-categories, total direct expenditures and total transfers, are included.

<附表 2> 계 속

No.	Title	Major Categories	Comment
		Current transfers Total expenditures Total direct expenditures Total transfers	
3.	Expenditure by purpose	Direct treatment and care Institutional care Ambulatory care Collective preventive and promotion Health promotion Disease prevention Health regulation Medical research Medical and paramedical education Current transfer Total expenditures Total direct expenditures Total transfers	Organizes expenditures according to purpose of spending. Purpose categories related to areas of concern for policy-makers.
4.	Gross income originating	Wages, salaries, and supplementary labor income Unincorporated net business income Corporation profit Business interest paid Less: Interest and dividends received Depreciation charged Total gross income originating	Serves as a basis for deriving gross income originating from health care delivery to enable an assessment of its relative contribution on a consistent basis with other gross domestic product industry components
5.	Current operating	Monies received directly from: Government Federal Provincial Local	Details the sources of current operating revenue

<附表 2> 계 속

No.	Title	Major Categories	Comment
		Private Persons Unincorporated business Investment income Total	
6.	Macro-economic categories	Primary inputs Labour Capital use cost Intermediate consumption Current transfers Total expenditures Total direct expenditures Total transfers	A summary table which organizes current expenditures by macro-economic categories to facilitate analyses on a National Accounts basis.
7.	Sources of funds	Surplus (deficit) for the year Appropriations or transfers Capital income (grants and donation) Sale of non-current assets Non-current borrowing Other Total	Details the sources of funds in the health care delivery sector.
8.	Application of funds	Funds applied Appropriations or transfers Acquisition of fixed assets Increases in non-current assets Repayment of non-current liabilities Total funds applied Reconciliation of changes in working funds increase (decrease) in current assets increase (decrease) in capital assets decrease (increase) in current liabilities decrease (increase) in capital liabilities increase (decrease) in working funds	Summarizes the allocation of funds and provides a reconciliation statement of changes in working funds.

<附表 3> 캐나다 국민保健計定の 綜合的인 基本構造

Purpose Allocation							Macroeconomic Allocation							
Transfer payments	Funds not allocated -operating surplus	medical research	Medical Education	Collective Prevention and Promotion	Direct cure and care		Total expenditures	Primary Inputs			Intermediate Consumption	Transfer payment	Operating Surplus	
								Labour	Net Unincorp-Business income	Interest paid Depreciation				
						HEALTH CARE DELIVERY Institutional Units Hospitals Home for Special Care Professional Services Physicians Dentists Other Professionals Drugs and Appliance distributed through Retail Outlets Drug Stores Other Retail outlets Private Non-profit Health Organization Disease and Disability Mental Health General Health Community and Other Health Clinics Public Health Units Occupational Health Units Health Care Programs Federal Health Care Program Provincial Health Programs Municipal Health Program								
						TOTAL - Direct Transfers								

資料: Sunga, P. S. and J. Swinamer “Health Care Accounts - A Conceptual Framework and An Illustrative Example”, *Review of Income and Wealth*, 1986, pp. 291.

<附表 4> 계 속

Health Care Delivery and Administrative Structure	Labour		Net Unincorp Business Income	Purchases for Intermediate consumption					Capital Factor Cost		Auxiliary Categories		Total Expenditure	
	Salaries and Wages			Employee Benefits	Drugs	Food	Medical and Surgical Supplies	Contract Services	Other	Interest Paid	Depreciation	Current Transfers		Operating Surplus
	Medical Staff	Other												
Municipal Health Program Local Health Agencies General Welfare Assistance Children's Aid Societies Nurses Services Municipal Ambulance Services Municipal Hospitals Municipal Homes for the Aged														
Total Health Expenditures														

資 料: Sunga, P. S. and J. Swinamer "Health Care Accounts - A Conceptual Framework and An Illustrative Example", *Review of Income and Wealth*, 1986, pp.291.