정책연구자료 97-05, 1,000부, 95쪽

國民醫療費 및 醫療機關別 醫療費 推計

辛 宗 珏
林 栽 永
姜 聲 鎬

韓國保健社會硏究院

머 리 말

健康하게 오래살고 싶은 慾望은 우리 모두의 바램이다. 國民健康은 의료서비스의 발전, 생활수준의 향상, 교육수준의 증가, 건강 인식적인 생활양식, 공중보건의 역할증대 등을 통하여 向上되어 왔다. 하지만, 治療 및 豫防을 위한 의료(Medical Care)서비스는 무엇보다도 지대한 影響을 미쳤다고 볼 수 있다. 國民健康의 回復, 維持 및 增進을 위하여 구매한 保健醫療의 재화와 용역을 파악하는 것은 보건의료정책의 立案과 展開에 緊要하다.

國民醫療費를 연구하는 대부분의 연구자들은 醫療需要의 增大와 醫療費 抑制問題를 거론하고 있지만 우리나라의 경우에는 아직 國民醫療費 負擔의 適切性에 대한 연구가 되지 않고 있는 실정이다. 醫療資源의 적절한 消費는 의료의 접근성 제고와 의료의 질적 향상에 기여할 것이다. 醫療資源의 지나친 消費는 한정적인 資源의 浪費를 招來하여 가계와 국가재정에 과도한 부담을 지우게 된다. 따라서, 국민의료비 부담의 적절성에 대한 고찰을 위해 먼저 國民醫療費에 대한 推計가 정확히 이루어져야 할 것이다.

本 報告書는 國民醫療費의 體系的이고 科學的인 推計를 통하여 한정적인 保健醫療資源을 效率的이고 效果的으로 사용하기 위한 정책의 기초자료를 제공한다는 목적과 경제협력개발기구(OECD) 가입이후 그 필요성이 증대되고 있는 국민의료비의 국가간 비교를 위한 자료생산이라는 목적하에 완성되었다. 本 硏究의 國民醫療費 및 醫療機關別 醫療費 推計結果가 보건의료 정책결정자, 연구자, 전문가와 기타 관계자들에게 유용한 자료로 활용될 수 있도록 一讀을 권하고 싶다.

本 報告書는 本院의 辛宗珏 責任硏究員의 責任下에 林栽永 主任硏究員, 姜聲鎬 硏究員 등의 硏究陣에 의하여 완성되었다. 硏究陣들은 本 報告書를 作成함에 있어 많은 도움을 준 本院의 魯仁喆 室長, 南貞子 副硏究委員, 보건복지부의 李榮浩 서기관, 丁炯先 서기관께 感謝하고 있다. 그리고 本 報告書를 읽고 귀중한 論評을 해 준 本院의 辛泳錫 責任硏究員, 鄭永虎 責任硏究員께 感謝한다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 內容은 著者들의 個人的 見解이며 本 硏究院의 公式 見解가 아님을 밝혀 둔다.

1997年 12月

韓國保健社會硏究院

院 長 延 河 淸

目 次

要 約 ····· 9

Ⅰ. 序論 ····· 24

Ⅱ. 1995年度 國民醫療費 推計 및 推移分析 ····· 26
1. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 考察 ····· 26
2. 推計結果 ····· 30
3. 國民醫療費 推移分析(1972～1995年) ····· 35
4. 國民醫療費의 增加要因 分析 ····· 39
5. 國民醫療費와 所得과의 關係 ····· 44

Ⅲ. 醫療機關別 醫療費 推計 ····· 48
1. 醫療機關別 醫療費 計定 ····· 48
2. 醫療機關別 醫療費 推計 ····· 51

Ⅳ. 結論 및 政策建議 ····· 75

參考文獻 ····· 83

附錄 ····· 91

表 目 次

〈表 Ⅱ-1〉 國民醫療費 推計 資料源 ····· 31
〈表 Ⅱ-2〉 國民醫療費의 財源別 支出現況(1972～1995年) ····· 33
〈表 Ⅱ-3〉 國民醫療費 部門別 總額 및 構成比 ····· 34
〈表 Ⅱ-4〉 經常 및 實質 國民醫療費 및 1人當 國民醫療費 增加率 ·· 36
〈表 Ⅱ-5〉 國民醫療費 增加 寄與度 分析 ····· 41
〈表 Ⅱ-6〉 年度別 國民醫療費 增加要因 寄與度 分析 ····· 44
〈表 Ⅱ-7〉 經常 國民醫療費와 經常所得과의 關係 ····· 46
〈表 Ⅱ-8〉 實質 國民醫療費와 實質所得과의 關係 ····· 46
〈表 Ⅲ-1〉 醫療機關別 醫療費 計定 ····· 51
〈表 Ⅲ-2〉 醫療機關別 醫療費 推計(1995年) ····· 57
〈表 Ⅲ-3〉 保險者負擔 醫療費 計定(1995년) ····· 58
〈表 Ⅲ-4〉 年度別·醫療機關別 病院醫療費 ····· 71

圖 目 次

［圖 Ⅱ- 1］ 國民醫療費 增加率의 推移 ····· 35
［圖 Ⅱ- 2］ 國內總生産 對比 國民醫療費 比率 ····· 37
［圖 Ⅱ- 3］ 國民醫療費의 各 部門別 推移 ····· 38
［圖 Ⅱ- 4］ 國民醫療費 各 部門의 比重 推移 ····· 38
［圖 Ⅲ- 1］ 1995年 全體 醫療機關 醫療費의 入院, 外來比率 ····· 59

〔圖 Ⅲ- 2〕 1995年 全體 醫療機關 醫療費의 機關別 支出比率 ····· 60
〔圖 Ⅲ- 3〕 綜合病院 醫療費의 財源別 構成比 ····· 61
〔圖 Ⅲ- 4〕 綜合病院 醫療費 中 入院, 外來比率 ····· 61
〔圖 Ⅲ- 5〕 病院醫療費 中 入院, 外來比率 ····· 62
〔圖 Ⅲ- 6〕 醫院醫療費의 財源別 構成比 ····· 63
〔圖 Ⅲ- 7〕 醫院醫療費 中 入院, 外來比率 ····· 63
〔圖 Ⅲ- 8〕 齒科病·醫院의 財源別 構成比 ····· 64
〔圖 Ⅲ- 9〕 韓方病·醫院의 財源別 構成比 ····· 65
〔圖 Ⅲ-10〕 全體 醫療機關 醫療費의 財源別 構成比 ····· 66
〔圖 Ⅲ-11〕 諸病院 入院醫療費의 財源別 構成比 ····· 67
〔圖 Ⅲ-12〕 諸病院 外來醫療費의 財源別 構成比 ····· 68
〔圖 Ⅲ-13〕 年度別 病院醫療費의 推移 ····· 70
〔圖 Ⅲ-14〕 年度別 病院醫療費 中 醫療機關別 醫療費가 차지하는
比重의 推移 ····· 74

附 表 目 次

〈附表 1〉 醫療機關別·財源別 醫療費 比率 分析 ····· 92
〈附表 2〉 醫療機關別·財源別 入院醫療費 比率 分析 ····· 92
〈附表 3〉 醫療機關別·財源別 外來醫療費 比率 分析 ····· 93
〈附表 4〉 綜合病院의 病床數基準 醫療費 推計 ····· 93
〈附表 5〉 年度別·醫療機關別 諸病院 醫療費 比重 ····· 94
〈附表 6〉 年度別·醫療機關別 諸病院 入院醫療費 比重 ····· 94
〈附表 7〉 年度別·醫療機關別 諸病院 外來醫療費 比重 ····· 95

要 約

1. 序論

- 한 나라의 保健醫療 體系의 財政的 側面을 理解하는 것은 保健醫療政策의 展開에 緊要함.
  - OECD국가를 중심으로한 先進國들은 오래전부터 體系的인 方法으로 國民醫療費를 推計해 오고 있음.
  - 우리나라도 1996년 OECD회원국이 된 이후 국민의료비 통계의 공식적 추계의 필요성이 크게 대두되고 있는 실정임.
  - 國民醫療費의 體系的 推計는 國民의 醫療費 支出에 대한 財政的 負擔 정도뿐만 아니라 의료비 지출의 국민보건 향상에 대한 효과를 측정하는 중요한 수단임.

- 우리나라에서는 몇몇 연구자들에 의하여 국민의료비가 추계되어 왔으나 기존 연구들은 아직 정부의 공식추계자료로서 인증을 받지 못하고 있는 실정임.
  - 연구자간 추계결과가 상이한 실정이며 추계치의 신뢰성을 의심받는 바 이는 각기 상이한 추계방법과 계정구조 및 신뢰성이 낮은 기초 추계자료에 기인하고 있다고 할 수 있음.

- 本 硏究는 1995년 이래로 韓國保健社會硏究院에서 推計해 온 方式(홍정기, 1995)대로 우리나라의 국민의료비를 추계하고 아울러 국민보건진료를 실질적으로 담당하는 각급 의료기관의 의료비를 지출재원별, 지출형태별로 추계하여 분석함.

- 政府의 공식자료인 국민계정을 주자료원으로 사용하고 아울러 기타 정부의 공식자료를 이용하여 추계결과의 신뢰성을 높였으며 추계결과 또한 이전의 연구보다 장기간에 걸쳐 제공함.
- 醫療機關別(종합병원, 일반병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원, 약국 등) 醫療費는 국민의료비 계정의 부계정(Satellite Accounts) 중의 한 역할을 담당할 뿐만 아니라, 의료기관별 의료비는 우리나라에서는 본 연구가 처음으로 추계하는 것으로 추계의 결과뿐만 아니라 구체적 연구의 시발점이라는 데서 그 연구의 意義를 찾을 수 있음.

– 第II章에서는 국민의료비의 추계와 연도별 추이분석 및 증가요인에 대한 심층적 분석을 하였음.

– 第III章에서는 1995년도 우리나라의 의료기관별 의료비를 지출기관별, 재원별로 추계하였으며 1992년에서 1995년까지의 병원급 의료기관에 대한 의료비 지출규모를 추계하였음.

2. 1995年度 國民醫療費 推計 및 推移分析

가. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 考察

– 國民醫療費에 대한 定義는 보건의료부문과 관련된 재화와 서비스에 대한 개괄적인 지출구조를 파악하기 위한 基本領域을 정하는 것으로, 본고에서는 國民醫療費 槪念을 “健康의 回復, 維持 및 增進을 위하여 구입한 保健醫療 財貨와 서비스에 대하여 일정 기간 동안 국내에 거주하는 국민이 지불한 直接費用과 미래의 보건의료서비스 공급능력 확대를 위하여 지출한 投資費用의 合計”라고 정의함.

– 1995年度 國民醫療費 推計를 위해 사용된 主資料源은 한국은행에서 발간되는 國民計定이며 미진한 부분은 공식적으로 발간되는 보조자료를 사용하여 추계함.
  • 국민의료비 추계를 위한 各 財源別 지출금액의 區分方式은 公共部門을 中央政府, 地方自治團體 및 醫療保險으로 구분하고 民間部門은 家計 및 民間 非營利團體로 구분하여 추계함.

나. 推計結果

– 國民醫療費의 전체규모를 살펴보면, 우선 經常 國民醫療費의 경우 1995年 현재 16조 4827억원 규모로 전년 대비 17.2% 증가한 것으로 나타났으며, 1990年 基準價格 GDP 디플레이터로 조정된 實質 國民醫療費의 경우에는 1995년 현재 12조 833억원에 이르러 전년 대비 11.1% 증가한 것으로 추계되었음.
  • 國內總生産(GDP) 대비 國民醫療費 비율도 1972년 2.65%이었던 것이 1990년에는 4.63%로 상승하였으며 1995년 현재 4.69%로 4.6%대의 안정적인 추세를 나타내고 있음.
  • 1人當 經常 國民醫療費의 경우에는 1972년에 3,328원이었던 것이 1990년에는 194,092원으로 대폭 증가하였고 1995년 현재에는 365,526원에 이르고 있음.

– 1995년도 경상 국민의료비를 各 財源別로 살펴보면, 公共部門의 경우 中央政府, 地方自治團體, 醫療保險에서 각각 1조 8494억원, 1조 2310억원, 4조 5461억원으로 全體 醫療費 支出 中 46.27%를 차지하고 있으며, 民間部門의 경우 家計에서 8조 70억원, 民間非營利團體에서 8,492억원을 지출하여 전체 국민의료비의 53.73%를 차지한 것으로 추계됨.

다. 國民醫療費 推移分析(1972～1995年)

- 1972年부터 1995年까지 推計된 國民醫療費 推移에서 國民醫療費 增加率의 경우,
  - 經常 國民醫療費의 趨勢는 醫療保險制度가 도입되기 이전에 20～30%정도로 상승하는 모습을 보였으나 의료보험제도를 도입한 1977년 이후에는 30% 이상 상승하였으며 1990년대에 들어서는 20% 미만으로 상승하여 1992년에 最低의 上昇率을 보인 이후, 다시 소폭 상승하는 양상을 나타냄.
  - 實質 國民醫療費의 경우에도 의료보험이 도입된 이듬해인 1978년에 최고의 상승률을 보이다가 1980년대 중반 이후 10%대의 상승률을 나타냈으며 1990년 이후에는 10% 미만의 소폭상승률을 나타내다 1995년에 다시 10%를 상회하는 상승률을 나타내고 있음.
  - 國內總生産 대비 國民醫療費의 比率은 1972년 2.65%이었던 것이 1980년에는 3.21%로 상승하였고 1990년에는 4.63%에 이르렀으며 그 후 안정세를 유지하며 1995년 현재 4.69%를 보이고 있음.

- 國民醫療費의 各 部門別 支出比重의 推移를 考察해보면,
  - 國民醫療費에 대한 公共部門의 比重은 醫療保險制度를 도입하기 이전의 13.20% 수준에서 의료보험의 지출 상승으로 말미암아 1977년부터 20%를 넘기 시작하여 1995년 현재 46.27%를 보이고 있음.
  - 또한 國民醫療費에 대한 民間部門 比重의 경우에는 의료보험 도입 이전시기에는 85%를 상회하던 것이 의료보험의 도입 이후 그 비중이 감소하기 시작하여 1980년에 71.25%, 1990년에 57.31%를 보이며 1995년 현재 53.73% 수준을 보이고 있음.

- 본고의 分析에 있어 民間部門의 比重이 기존의 연구에 비해 다소 적게 나타나고 있는 것은 公共部門의 경우 그 지출규모가 어느정도 정확히 파악되고 있는 반면, 家計部門의 경우 보건의료비 항목으로 지출된 가계의 보건의료부문 最終消費支出이 상당부분 漏落되어 低推計되었을 가능성에 그 이유가 있다고 할 수 있을 것임.

라. 國民醫療費의 增加要因 分析

- 본고에서는 經常 國民醫療費(NHE)의 增加率에 영향을 미치는 변수의 範圍를 人口增加率(POP), 保健醫療物價指數(MCPI) 및 醫療利用量과 서비스 强度 增加率(HSV)로 한정하여 분석함.

- 國民醫療費의 연도별 상승률 분석에서 보면 1975～1995년 사이의 초과보건의료물가지수 인플레이션이 연평균 2.82% 감소하였고, 1975～1980년 사이에는 연평균 6.55%씩 감소하여 감소폭이 가장 컸으며, 이 감소폭은 이후 지속적으로 감소하다가 1991～1995년 사이에는 감소폭이 완화되는 추세를 보였다.
  - 최근의 감소폭 완화추세는 낮은 의료보험수가의 현실화를 위한 노력의 일부가 반영되고 있기 때문이라고 본다.

- 人口 增加率은 1970년대에 2% 미만의 지속적인 감소세를 보이다가 1985년에는 0.99%에 이르렀고 1986년에 다시 1%로 상승한 이후 1990년대 초반에 다시 소폭 증가한 후 최근에는 1%를 약간 상회한 정도의 安定的인 推移를 보이고 있어 國民醫療費 增加에 寄與하는 人口增加의 效果는 미미하다고 할 수 있음.

- 國民醫療費 增加에 가장 커다란 영향을 미치는 主要 要因은 醫療利用量과 서비스 强度의 增加라고 할 수 있으며 이러한 결과는 醫

療保險의 導入과 所得의 增大로 인한 의료서비스 수요의 증대가 국민의료비의 상승을 主導하고 있음을 나타냄.

마. 國民醫療費와 所得과의 關係

- 어느 국가에서든지 醫療費 支出은 所得과 깊은 관련을 맺는 것으로 확인되고 있으며 실제로 의료비 수준의 변화는 거의 대부분 소득 수준의 변화에 의해 설명되는 것으로 나타남.

- 경상 및 실질개념의 국민의료비와 소득간의 관계를 線形模型으로 알아본 결과, 國民總生産 및 國內總生産에 대한 계수값은 경상가격의 경우 0.0475~0.0478, 실질가격의 경우 0.0529~0.0534로 陽의 相關關係가 있음이 檢定되었음.
  - 1人當 國民醫療費에 대한 1人當 國民所得의 경우에도 비슷한 결과가 나타남.

- 經常 및 實質槪念下의 國民醫療費와 所得間의 log線形模型을 통해 추계된 계수값은 곧 國民醫療費에 대한 所得彈力性을 나타내는데, 이 값은 경상가격의 경우 1.1724~1.1729로 추계되었으며, 실질가격의 경우 1.4017~1.4060으로 추계되었으며, 1인당 국민소득에 대한 소득탄력성은 경상가격의 경우 1.1848~1.1852, 실질가격의 경우 1.4731~1.4750으로 추계됨.
  - 이 結果는 先行硏究에서도 알려진 바와 같이 국민소득 변화에 대한 國民醫療費의 所得彈力性이 매우 彈力的임을 나타내 준다고 할 수 있음.

3. 醫療機關別 醫療費 推計

가. 醫療機關別 醫療費 計定

- 우리나라에서는 지금까지 韓國保健社會硏究院을 비롯한 몇몇 硏究機關들과 個人 硏究者들에 의하여 國民醫療費를 推計하여 왔으나 자료사정상 혹은 醫療費 推計를 위한 계정구조상의 제약으로 인해 보건의료 서비스 제공의 기본 구성단위인 醫療機關別 醫療費를 推計하지 못해온 실정임.

- 本 硏究에서는 個人 保健醫療費를 細分化하여 醫療機關別 醫療費, 醫療機關別 入院 및 外來 醫療費를 推計하여 각 醫療機關別 醫療費의 支出實態를 파악하고 向後 保健醫療政策 立案을 위한 基礎資料를 제공하고자 함.

- 醫療機關別 醫療費의 推計는 국민의료비 계정의 부계정으로 취급될 수 있는 보건의료서비스에 대한 醫療機關別 醫療費計定을 통하여 推計하고자 하며, 醫療機關別 醫療費 計定은 미국 보건의료재정청(Health Care Financing Administration)의 국민의료비 계정 구성항목 중 개인보건의료비(Personal Health Care Expenditures)의 구조와 한국표준산업분류표를 이용하여 설정하였음.
  - 醫療機關別 醫療費 計定의 機關別(Establishment) 構成要素로서 크게 종합병원, 일반병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원, 약국으로 대별하고, 財源別 構成要素로서 의료이용자의 직접부담분을 나타내는 민간부문, 의료보험·의료보호 및 산재보험을 포함한 부험부문, 기타부문 등으로 대별하였음.

나. 醫療機關別 醫療費 推計

1) 推計를 위한 資料 및 推計方法

- 主要 推計資料로서 本 硏究院에서 실시하는『국민건강 및 국민의 식행태조사』, 韓國保健醫療管理硏究院의『병원경영분석』, 醫療保險聯合會의『의료보험통계연보』를 이용하였으며, 其他 推計資料로서 醫療機關別 醫療費 推計에 사용된 자료로는 보건복지부의『보건복지통계연보』와 『의료보호통계』, 대한병원협회의 『전국병원명부』, 노동부의『산재보험사업연보』, 보험감독원의『보험통계연감』, 保險開發院의 內部資料인『자동차보험 대인치료비』, 統計廳의『도시가계연보』, 농림수산부의 『농가경제조사』와 『어가경제조사 결과보고』등임.

- 醫療機關別 醫療費를 推計하기 위하여 本 硏究에서는 推計를 위한 關聯 基礎資料의 수집 및 분석에 의거하여 먼저 醫療機關別 醫療費 부계정을 작성한 다음, 작성된 계정의 각 항목별로 기초자료를 수정보완하여 해당 항목을 추계하였으며 구체적으로 관련항목을 추계할 수 없는 경우에는 會計學에서 일반적으로 인정된 會計原則(Generally Accepted Accounting Principles)하의 비용배부방식(Cost Appropriation)에 의거하여 推計하였음.

2) 1995年度 醫療機關別 醫療費 推計

- 1995年度 우리나라의 국민의료비 중 의료이용자가 의료기관에서 지출한 총의료비는 총 13조 42억원으로 추계된 바, 이는 1995년도의 국민의료비 총액인 16조 4827억원의 78.9%에 해당함.
  - 이를 국민 1인당 부담액으로 환산하면 약 29만원으로 이는 국

민들이 실제 의료기관을 통하여 지출한 의료비를 나타냄.

- 醫療機關別 醫療費 總額을 財源別로 살펴보면 총액의 56%인 7조 3540억원은 민간의 직접적인 부담으로 충당되었으며 총액의 36%인 4조 6181억원은 의료보험, 의료보호, 산재보험 등의 보험자 부담을 통하여 충당되었음.
- 全體 醫療機關別 醫療費 中 入院으로 인한 醫療費는 4조 5843억이며 외래의료비용(약국제외)은 7조 5149억원으로 기관별 總醫療費에 대한 비율은 각각 37.89%와 62.11%를 차지하고 있음.

– 의료기관을 종합병원, 일반병원, 의원, 치과병·의원, 제보건소 및 조산소, 한방병·의원을 포함하는 제병원과 약국으로 구분하여 추계하여 보았는데 諸病院에서의 의료서비스에 대한 지출규모는 약 12조 991억원으로 全體 醫療機關別 醫療費의 93%를 차지하고 있으며 약국에서의 지출규모는 약 9051억원으로 추계되어 全體 醫療機關別 醫療費의 약 7%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

- 諸病院의 醫療費 지출규모 측면에서 살펴볼 때 종합병원과 의원의 비중이 상대적으로 높은 반면, 일반병원에서의 醫療費 支出比重이 낮은 것으로 나타나 의료기관의 양극화 현상을 기관별 의료비지출 측면에서도 확인할 수 있음.

– 1995년도 우리나라 전체의료기관 醫療費 中 綜合病院 醫療費가 차지하는 비중은 약 38.6%(약 5조 140억원)정도이며 병원은 10.5%(약 1조 3600억원), 의원은 24.5%(약 3조 1800억원), 치과병의원은 9.94%(약 1조 2928억원), 한방병의원 9.1%(약 1조 1854억원), 약국 6.96%(약 9050억원), 제보건소 및 조산소 0.47%(약 617억원)를 차지하고 있음.

- 綜合病院 醫療費의 재원별 지출구조를 민간부담과 보험자부담,

기타로 구분하여 보면, 종합병원 의료비 소계기준으로 민간부담의 경우 45%(약 2조 2600억원), 보험자부담의 경우 43%(약 2조 1500억원), 기타는 12%(약 5988억원)정도인 것으로 나타났으며, 종합병원 의료비를 입원 및 외래의료비로 구분해보면 입원비율이 65.67%(3조 2928억원), 외래비율이 34.33%(1조 7213억원)으로 입원비율이 약 2배정도 높게 나타나고 있음.

- 病院 醫療費를 入院과 外來로 구분해보면 입원 대 외래의료비의 비율이 각각 62.5%(8522억), 37.5%(5115억원)이며, 병원의료비의 재원별 부담비율을 살펴보면 민간부담비율이 37.8%(약 5150억원)를, 보험자부담 33.8%(약 4616억원), 기타가 28.4%(약 3871억원)로 나타나고 있어 제3자 부담비율이 62.2%를 차지하고 있음.
- 醫院 醫療費의 入院 및 外來比率은 각각 12.7%(4055억원), 87.3%(2조 7758억원)정도이며, 재원별 부담비율을 살펴보면 민간부담과 보험자부담은 의원의료비 소계기준으로 볼 때, 각각 51%(1조 6217억원), 48.8%(1조 5525억원)로 나타나고 있어 보험자 부담부문과 기타부문을 포함하는 제3자의 의원의료비 부담비율은 약 49%를 차지함.
- 齒科病·醫院의 경우는 전체 醫療機關別 醫療費 中 약 9.9%(약 1조 2928억원)를 차지하며, 입원, 외래비율이 각각 0.13%(16억원), 99.87%(1조 2912억원)를 차지하여 외래의료비 비중이 다른 의료기관에 비해 가장 높게 나타났으며, 치과병·의원의 재원별 부담비율은 의료이용자 민간부담이 81.8%(약 1조원), 보험자부담이 17.7%(약 2288억원), 기타가 0.5%(약 65억원)로 나타나고 있음. 醫療費의 제3자 부담비율이 18%에만 이르고 있어 치과진료비의 절대액을 이용환자 본인이 부담하고 있음.

- 韓方病·醫院 醫療費에 대한 入院, 外來比率은 각각 2.6%(309억원), 97.4%(1조 1545억원)를 차지하고 있으며 외래의료비를 볼 때, 치과병·의원에서와 같이 외래의료비의 비중이 높게 나타나고 있고 재원별 부담비율을 살펴보면, 민간부담이 한방병·의원 의료비 중 89.8%(약 1조 643억원), 보험자부담이 7.5%(약 889억원), 기타 2.7%(약 322억원)을 차지하고 있음.
- 諸保健所 및 조산소는 총의료비 대비 0.5%(약 617억원)로 전체 의료기관 醫療費에서 차지하는 비중이 가장 낮게 나타나고 있으며, 또한 외래비율이 98%(605억원)로 입원의료비의 비중(2%)이 극히 낮고, 민간부담과 보험자부담의 관계(소계기준)에서는 민간부담이 51.9%(약 320억원), 보험자부담이 48.1%(약 297억원)로 나타나 민간부담과 보험자부담비율이 거의 비슷하게 나타남.
- 藥局은 전체 醫療機關別 醫療費 대비 7%(약 9천억원)로 나타났으며 이중 민간부담이 88.5%(약 8009억원), 보험자부담이 11.5%(약 1041억원)으로 추산되는데, 약국의료비의 경우 추계자료의 한계로 상당부분 저추계 되었을 가능성이 높음.

– 醫療機關別 醫療費의 재원별 지출 구성비를 살펴보면, 전체 의료기관 醫療費 支出額 中 의료기관 이용자가 직접부담하는 비중은 56.6%를 차지하고 그중 의료기관 입원의 경우 이용자 직접부담비중은 35.5%, 외래의 경우 68%임.
  - 全國民 醫療保險을 실시 중인 우리나라의 보건의료체계를 고려할 때 비교적 높은 환자 직접부담비율은 아직 우리나라 의료보험의 불충분함을 나타내는데 이는 보험급여확충을 통한 의료이용자의 직접부담비율을 낮춤으로서 보충될 것임.

- 藥局을 포함한 全醫療機關 中에서 이용자의 직접부담비율이 가장 높은 의료기관으로 한방병·의원(89.8%), 약국(88.5%), 치과병·의원(81.8%) 순으로 나타난 바, 이러한 추계결과는 상기 의료기관들에 대한 의료보험급여 확충이 매우 시급하다는 것을 나타낸다고 할 수 있음.

3) 年度別 病院醫療費의 推計

- 1995年度 우리나라 전체 병원급 의료기관의 의료비는 6조 4786억원으로 推計되어 全體 醫療機關別 醫療費의 약 50%를 차지하고 있어 이에 대한 구체적 추계 및 추세파악은 매우 중요함.

- 1992년에서 1995년까지 추계된 병원급 의료기관들을 열거하면, 3차의료기관지정병원(3차병원), 종합병원, 일반병원, 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원임.

- 우리나라 全體 病院 醫療費는 1992년에는 3조 7670억원으로 추계되었고 1995년에는 6조 4786억원으로 추계되어 3년간 전년대비 연평균 20%의 증가율을 보이고 있고 그 중 외래의료비는 연평균 23%의 증가율을 보이고 있음.
  - 3차병원의 의료비는 1992년에 1조 2192조원, 1993년에 1조 5782억원, 1994년에 1조 7813억원, 1995년에 2조 954억원으로 추계되어 1993년도에는 전년대비 29% 증가하여 가장 높은 증가율을 보였고 1994년도에는 13% 증가하였으며 1995년도에는 18% 증가한 것으로 나타남.
  - 綜合病院의 醫療費는 1992년에 1조 7649억원으로 추계되었는데 1993년에는(1조 8664억) 전년대비 6% 증가하였고, 1994년에는(2

조 3459억) 26%증가, 1995년에는(2조 9187억) 24% 증가하여 근년에 들어 급격한 증가추세를 보이고 있으며, 종합병원 중 300병상 이상의 병원의료비는 1992년에 1조 2269억원으로 추계되었으며 1995년에는 2조 599억원으로 추계되어 연평균 19%의 증가율을 보였으며, 종합병원 중 병상수가 160이상 299 이하의 병원의 연도별 추계액은 각각 3299억원(1992), 3417억원(1993), 4144억원(1994), 6172억원(1995)임. 160병상 미만의 종합병원의료비는 1992년에 2080억원으로 추계되었는데 1993년에는 1897억원으로 추계되어 전년대비 9%감소한 것으로 나타났으며 1994년(2073억원)에는 1992년 수준을 거의 회복하였고 1995년에는 전년대비 17%증가하여 2416억원으로 추계되었고, 160병상 미만의 종합병원의료비 추세를 살펴본 바 그 증가추세가 답보상태를 면하지 못하고 있는데 이는 중소병원의 경영악화 현실을 의료비 지출측면에서 나타내 주어 시사하는 바가 크다고 할 수 있음.

- 一般病院에서의 醫療費(정신병원과 전염성병원제외)는 1992년도에 5256억원, 1993년도에는 6532억원으로 추계되어 전년대비 24%증가하였고, 1994년도에 8562억원, 1995년도에는 1조 1217억원으로 추계되어 전년대비 각각 24%(1993), 31%(1994), 31%(1995)의 증가 추세를 나타내어 각급 의료기관에서의 의료비 중 가장 큰 증가율을 보이고 있음.
- 精神病院과 傳染性病院의 醫療費는 1992년에 각각 905억원과 1055억원, 1993년에는 각각 1293억원과 1222억원, 1994년도에는 각각 1390억원과 1158억원, 1995년도에는 각각 1522억원과 899억원으로 추계되어 정신병원의 의료비는 안정적인 추세를 보이고 있으나 전염성병원의 의료비는 감소 추세를 보임.

- 年度別 韓方病院 醫療費는 각각 429억원(1992), 516억원(1993), 697억원(1994), 804억원(1995)으로 추계되어 전년대비 연평균 24%의 증가율을 보이고 있는 바, 한방병원의 의료비 증가는 입원의료비 증가에 의해 주도되고 있는데 한방병원 입원의료비는 1993년에 전년대비 20%, 1994년에 43%, 1995년에 22% 증가하였음.
- 齒科病院의 醫療費는 1992년에 184억원, 1993년에 219억원(전년대비 19%증가), 1994년에는 336억원(53%증가)으로 추계되었으나 1995년도에는 203억원으로 추계되어 전년대비 40% 감소한 것으로 추계되었는데, 치과병원의료비의 이러한 급격한 감소는 치과병원 병상수의 감소와 입원의료비와 급격한 감소에 기인한다고 볼 수 있음.

- 病院 醫療費가 全體 病院 醫療費에서 차지하는 비중이 지속적으로 상승한 바, 病院 醫療費의 전년대비 증가율은 연평균 29%로 나타났는데 이는 의료전달체계상 1차진료기관인 병원의 부담비율이 연차적으로 증가하여 바람직한 의료전달체계의 확립이라는 긍정적인 측면과 급격한 병원의료비의 상승으로 인한 과중한 의료비 부담의 문제를 동시에 내포하고 있다고 할 수 있음.

- 1995년의 경우 3차병원과 종합병원 의료비의 합은 5조 141억원이며 병원과 의원의료비의 합은 4조 3030억원으로 비율로는 1.17 : 1로 나타났는데, 의료비지출 측면만을 고려할 경우 종합병원급 이상의 대형의료기관으로의 集中現狀을 확인할 수 있음.

4. 結論 및 政策建議

- 국민의료비의 체계적 추계는 신뢰성있는 기초자료원의 발굴과 이의적절한 이용이 전제됨. 기초자료에 대한 우리나라의 생산 수준은 다른 선진국들에 비하여 미약한 수준임.

- 기초통계자료의 확보를 위한 연구단체, 학계, 정책당국의 노력이 절실함. 첫째, 국민의료비 추계 및 의료이용실태조사를 위한 가계 및 의료공급자를 연계한 종합적 실태조사가 필요함. 둘째, 기존 정부의 가계조사상의 보건의료항목을 의료비추계에 적합하도록 관계부처와 업무협조가 필요함. 셋째, 각급보건의료단체의 기초통계자료 생산을 위한 노력과 인식의 변화가 필요함. 넷째, 보건의료부문 정부공식통계자료의 개선 및 확충이 필요함.

Ⅰ. 序 論

한 나라의 保健醫療 體系의 財政的 側面을 理解하는 것은 保健醫療 政策의 展開에 緊要하다. OECD국가를 중심으로한 先進國들은 오래전부터 體系的인 方法으로 國民醫療費를 推計해 오고 있다. 특히, 대부분의 OECD국가들의 경우 보건의료부문의 지출규모는 사회부문지출항목 중 가장 크고 급속히 증가하는 항목의 하나로서 이에 대한 국가적 관심은 심대하다. 우리나라도 1996年 OECD회원국이 된 이후 國民醫療費 統計의 공식적 추계의 필요성이 크게 대두되고 있는 실정이다.

國民醫療費의 體系的 推計는 국민의 의료비 지출에 대한 재정적 부담 정도뿐만 아니라 의료비 지출의 국민보건향상에 대한 효과를 측정하는 중요한 수단이다. 예를들면, 국민의료비의 증가에 대비하여 기대수명 증가율이 감소한다는 사실을 추적하거나 의료비 증가의 주요원인이 무엇인가 혹은 국민의료비의 최적지출규모를 산출하는 데 유용한 자료를 제공한다. 또한 국민의료비의 체계적 추계는 의료비 지출의 국제적 비교를 위한 전제가 된다.

이러한 국민의료비 추계의 중요성을 인식하여 우리나라에서도 여러 연구자들에 의하여 국민의료비가 추계되어온 바, 박종기·노인철(1976), 권순원(1987a, 1987b, 1988, 1993), 양봉민·이태진(1989), 명재일 외(1994, 1995, 1996), 홍정기(1995) 등이 있다. 하지만 이러한 연구들은 아직 정부의 공식추계자료로서 인증을 받지 못하고 있는 실정이다. 연구자간 추계결과가 상이한 실정이며 추계치의 신뢰성을 의심받는 바 이는 각기 상이한 추계방법과 계정구조 및 신뢰성이 낮은 기초추계자료에 기인하고 있다. 국민의료비의 추계를 위한 전담 연구인력과

기초자료의 부족에도 불구하고 최근의 명재일 외(1994, 1995, 1996)와 홍정기(1995)의 연구는 주목받을 만하다. 명재일의 연구는 국민의료비의 재원 및 지출형태가 포함된 계정구조하에 각 계정에 적합한 자료원을 발굴하여 합하는 상향방식의 추계를 하여 이전의 연구와 차별하고 있으나 비공식 가계조사 자료와 기관별 내부자료에 의존하여 추계결과의 신뢰성을 의심받고 있다. 홍정기의 연구는 정부의 공식자료인 국민계정을 주자료원으로 사용하고 아울러 기타 정부의 공식자료를 이용하여 국민의료비의 총액을 추계하는 하향방식을 선택하여 추계결과의 신뢰성을 높였으며 추계결과 또한 이전의 연구보다 장기간에 걸쳐 제공하고 있다.

本 硏究는 1995年 이래로 한국보건사회연구원에서 추계해 온 방식(홍정기, 1995)대로 우리나라의 국민의료비를 추계하고 아울러 국민보건진료를 실질적으로 담당하는 각급 의료기관의 의료비를 지출재원별, 지출형태별로 추계하여 분석하고자 한다. 醫療機關別(종합병원, 일반병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원, 약국 등) 醫療費는 현재 本 硏究에서 사용중인 국민의료비 계정이 재원별 지출구조로만 구분되어 있는 한계점을 개선하기 위한 단계적 조치의 일환으로 국민의료비 계정의 부계정(Satellite Accounts) 중의 한 역할을 담당한다. 醫療機關別 醫療費는 우리나라에서는 本 硏究가 처음으로 推計하는 것으로 추계의 결과뿐만 아니라 구체적 연구의 시발점이라는 데서 그 연구의의를 찾을 수 있다. 本 硏究의 構成을 살펴보면, 第Ⅰ章의 序論에 이어 第II章에서는 國民醫療費의 推計와 年度別 推移分析 및 增加要因에 대한 심층적 분석을 하였다. 第III章에서는 1995年度 우리나라의 의료기관별 의료비를 支出機關別, 財源別로 推計하였으며 1992年에서 1995年까지의 병원급 의료기관에 대한 醫療費 支出規模를 推計하였다. 본 연구의 마지막인 제Ⅳ장에서는 결론 및 정책적 제안을 제시하였다.

Ⅱ. 1995年度 國民醫療費 推計 및 推移分析

1. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 考察

가. 國民醫療費의 定義

國民醫療費에 대한 定義는 보건의료부문과 관련된 재화와 서비스에 대한 개괄적인 지출구조를 파악하기 위한 基本領域을 정하는 것으로 그 개념과 범위에 대한 결정이 용이하지 않다고 할 수 있다. 특히 국민의료비는 무엇보다 건강을 위한 지출을 나타내는 개념으로 이 때 질병 및 상해로 인해 상실한 건강을 回復하기 위해 지출되는 비용은 비교적 그 의미가 명백한데 반해 건강의 維持 및 增進을 위해 지출되는 비용은 매우 애매하기 때문에 그 범위가 문제될 수밖에 없다. 즉 일상생활의 모든 활동이 건강의 유지 및 증진에 직·간접으로 영향을 미치기 때문이다.

국민의료비에 대한 정의 중, 외국에서 대표적으로 사용되고 있는 국민의료비의 정의를 살펴보면 그 포함범위와 개념을 보다 쉽게 이해할 수 있을 것이다. 현재 미국에서 가장 보편적으로 사용되고 있는 Gibson R. M.(1983)외의 정의에 따르면 “국민의료비는 個人의 보건의료 서비스 이용비용, 政府나 非營利機關의 보건프로그램 관리 및 운영비용, 의료이용 순비용, 일반적인 국민건강증진에 쓰여진 정부지출, 비상업적 보건의료 관련연구 및 의료시설에 투입된 제반 비용”을 포함하고 있다고 밝히고 있으며, Maxwell(1981)은 국민의료비를 “어느 특정 기간에 있어서 全體 國民이 제반 의료 서비스에 지출한 비용, 자가

진단, 공중보건, 보건의료관련 연구, 기존 의료인력의 훈련비용, 의료시설·기계·장비에 대한 자본지출, 의약품 등의 재고증가 및 의료시설·기계·장비의 감가상각 등의 총합계액"이라고 정의하였다. 따라서 질병의 진료, 치료 및 예방, 재활 등에 지출된 消費支出 뿐 아니라 의료인력의 교육훈련비용과 의료분야의 연구개발비 및 설비투자비용 등의 投資支出도 모두 포함시키고 있는 것이다. 하지만 비록 건강증진에 목적이 있다고 하더라도 간접적으로 영향을 끼치는 교육, 환경 및 위생 등과 관련된 지출은 제외되고 있는 것이 통례라고 할 수 있다.

본고에서는 이러한 면을 감안하여 本 硏究院의 先行硏究(홍정기, 1996)에서 정의한대로 國民醫療費의 槪念을 "健康의 回復, 維持 및 增進을 위하여 구입한 保健醫療 財貨와 서비스에 대하여 일정 기간 동안 국내에서 거주하는 국민이 지불한 直接費用과 미래의 보건의료 서비스의 공급능력 확대를 위하여 지출한 投資費用의 合計"라고 定義하기로 한다.

나. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 檢討

국민의료비 추계는 지속적인 時系列 資料를 작성하기 위해 동일한 구조하에서 정기적, 공식적으로 발표되는 자료원들을 사용하여 추계되는 것이 바람직하다. 이는 몇몇 선진국의 경우와 같이 다양한 기초자료가 완비되어 있는 상황에서 이러한 기초자료를 토대로 財源別, 支出用度別 국민의료비가 추계 되어져야 한다는 것을 의미한다. 하지만 우리나라의 경우, 기초자료의 미흡으로 인해 재원별, 지출용도별 추계 작업에 많은 한계가 있다. 따라서 동일한 구조하에서 발간되고 있는 기초자료를 통해 국민의료비의 지속적인 시계열 자료를 구할 수 있다는 판단아래 여러 자료들을 검토한 결과 國民計定을 主資料源으로 하고 미진한 부분은 공식적으로 발간되는 보조자료를 사용하여 추

계한 선행연구(홍정기, 1996)의 추계방법을 이용하였다.

본고에서 1995년도 국민의료비의 추계를 위해 이용된 자료원은 아래와 같다.

우선 公共部門의 경우, 國民計定은 推計目的上 지출용도별 구성에는 미흡한 점이 있어 각 재원별로 어떤 항목에 얼마나 지출되었는지를 파악하는데 매우 어렵다는 단점이 있다. 또한 국민계정에서 구할 수 있는 보건관련 지출로 目的別 最終消費支出을 들 수 있는데 정부의 목적별 최종소비지출의 경우 保健項目은 주로 保健福祉部의 지출에 의존하고 있으며, 敎育部, 國防部, 內務部 등에서 지출되는 보건의료관련 지출은 교육, 문화, 오락, 국방, 공공질서 및 안전등에 중간소비형태로 포함되어 있으므로 위에서 정의한 국민의료비의 정의에 부합되는 총액을 구할 수 없다는 단점이 있다. 여기에 덧붙여 우리나라에서 실시 중인 醫療保護 및 醫療保險의 지출분은 사회보장 및 복지항목에 포함되어 있으므로 이 부분도 별도로 국민의료비에 포함되어져야 한다. 따라서 일반정부의 보건지출 규모를 파악하기 위해서 일반정부의 목적별 최종소비지출의 보건항목을 사용하기보다 별도의 자료원을 고려하였다. 우선 中央政府部門은 財政經濟院에서 발간되는 韓國의 財政統計를 자료원으로 하여 중앙정부의 기능적 분류에서의 보건항목을 사용하였는데 이 수치는 보건복지부에서 지출된 의료비 관련 지출과 교육부, 내무부 및 국가보훈처에서 지출된 보건관련 항목에 대한 지출을 합친 총액으로 구해진다. 그리고 정부의 歲入歲出決算資料를 이용하여 보건복지부와 노동부의 의료보호항목에 해당하는 부분과 의료보험연합회에서 발간되는 醫療保險統計年報를 이용하여 지역의료보험의 국고부담금, 공교의료보험의 정부부담금과 한국은행에서 발간되는 국민계정에서 일반정부의 목적별 주요지출에 포함되어 있는 보건부문의 총고정자본형성을 합산한 수치에서 국·공립병원

의 수입부분을 제하여 중앙정부부문의 국민의료비 지출액을 구하였다. 단 국·공립병원의 수입부분을 제한 이유는 이 부분의 경우 이미 가계부문에 포함되어 있으므로 二重計算을 피하기 위해서였다.

다음으로 地方政府部門은 한국은행에서 발간되는 經濟統計年報를 이용하여 지방자치단체 세출결산의 기능적 분류에 나온 보건항목의 지출총액으로 구하였다.

醫療保險部門은 의료보험연합회에서 발간되는 醫療保險統計年報를 통해 지출규모를 파악하였다. 단, 의료보험의 국고 부담금의 경우는 중앙정부 지출에 포함되어 있으므로 제외되었다.

다음으로 民間部門 支出의 경우 이전 연구들에서 가장 많이 사용되어 온 한국은행의 민간계정에서 가계 및 민간 비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료비 항목을 통해 구해졌다. 家計部門 最終消費支出의 保健醫療費는 한국은행에서 각 부문의 病院 決算書를 토대로 추정되었다고 밝히고 있으며 그 세부항목으로는 1968년 국제연합(U.N.)이 신국민계정에서 규정한 의약품 및 의료부문 연구, 치료용 기구 및 기기, 기타 의료서비스, 병원치료비 등의 네 가지 항목이 포함되어 있다. 그러나 세부적인 항목별 최종소비지출에 관련된 자료를 얻기는 어려우므로 총액규모로 파악하는데 그치고 있다. 단 병원의 결산서를 통해 추정된 최종소비지출의 경우 醫療保險의 保險給與費가 포함되어 있으므로 이 부분은 이중계산을 피하기 위하여 차감하였다. 또한 국민계정을 주자료원으로 사용하고 있는 몇몇 선행연구에 포함되어 있는 醫療保險의 本人負擔金이나 産災保險의 療養給與費, 公務員年金 및 私立敎員年金의 業務上 療養費 및 自動車保險의 對人治療費 등도 병원의 수입자료에 의거하여 추계된 最終消費支出에 포함되어 있을 것으로 추측되어 본 추계에서는 이중계산을 피하기 위해 추계과정에 포함시키지 않았다. 그렇지만 가계부문의 최종소비지출의

경우 각 부문별 병원 결산서를 사용하여 최종소비지출을 구하고 있지만 모든 병원의 결산서를 사용하는 것이 아니고 一部 病院의 收入資料를 이용하여 한국은행의 국민계정 담당자들이 연장 추정한다는 점에서 低推計될 가능성이 있다고 할 수 있을 것이다.

家計部門은 한국은행에서 발간되는 國民計定에서 家計의 目的別 最終消費支出 중 醫療保健의 항목을 통해 추계 하였고 이 수치에서 이미 의료보험부문에 포함된 요양급여와 분만급여부분을 차감하여 구하였는데 요양급여와 분만급여부분은 의료보험연합회에서 발간된 醫療保險統計年報를 이용하였다.

民間非營利團體의 경우 한국은행에서 발간되는 國民計定의 民間非營利團體 目的別 最終消費支出 중 보건의료비항목을 통해 구하였다.

投資支出의 경우 의료장비 및 시설에 대한 지출을 들 수 있는데 국민의료비를 추계 함에 있어 공공부문과 민간부문의 투자지출은 향후 보건관련 정책수립 및 보건의료산업의 기반구축이라는 점에서 그 의미가 매우 크다고 할 수 있으나 投資支出部門에 대한 關聯統計의 未備로 그 규모를 파악할 수 없었다. 다만 한국은행에서 발간되는 국민계정에서 일반정부의 목적별 주요지출에 포함되어 있는 보건부문의 總固定資本形成 부분만을 추계하였는 바, 따라서 본 부분은 상당히 低推計되었을 가능성이 있다고 할 수 있을 것이다.

위에서 설명한 각 부문의 1995년도 국민의료비 추계에 이용된 자료원에 대한 내용을 정리하면 〈表 Ⅱ-1〉과 같다.

2. 推計結果

위에서 언급한 資料源을 기초로 1972년부터 1995년도 까지의 국민의료비의 재원별 지출현황을 살펴보면 〈表 Ⅱ-2〉와 같다. 국민의

〈表 II-1〉 國民醫療費 推計 資料源

부문	내 용	자료원
중앙정부 =①+②-③+ ④+⑤ ※ ③ 가계 부문에 포함 되어 있음.	① 한국의 재정통계(재정경제원): 중앙정부의 기능적 분류에서의 보건항목 ② 세입세출결산자료: 보건복지부와 노동부의 의료보호항목 ③ 세입세출결산자료: 국·공립병원수입 ④ 의료보험통계연보(의료보험연합회): 지역의료보험의 국고부담금, 공·교의료보험의 정부부담금 ⑤ 국민계정(한국은행): 일반정부의 목적별 주요지출에 포함되어 있는 보건부문의 총고정자본형성	한국의 재정통계 (재정경제원) 세입세출결산자료 (정부) 세입세출결산자료 (정부) 의료보험통계연보 (의료보험연합회) 국민계정 (한국은행)
지방정부	지방자치단체 세출결산의 기능적 분류에서 보건항목의 지출총액	경제통계연보 (한국은행)
의료보험부문 = ①-② ※ ②는 중앙 정부부문에 포함되어 있음.	① 지출액 ② 지역의료보험의 국고부담금, 공·교의료보험의 정부부담금	의료보험통계연보 (의료보험연합회)
가계부문 = ①-② ※ ②는 의료 보험에 포함 되어 있음.	① 가계의 목적별 최종소비지출중, 의료보건항목 ② 요양급여와 분만급여	국민계정 (한국은행) 의료보험통계연보 (의료보험연합회)
민간 비영리단체	민간비영리단체 목적별 최종소비지출 중, 보건의료비 항목	국민계정 (한국은행)

료비 財源別 支出金額은 先行硏究(홍정기, 1995)의 區分方式을 동일하게 적용하여 公共部門을 中央政府와 地方自治團體 및 醫療保險으로 구분하고 民間部門을 家計 및 民間 非營利團體로 구분하여 추계 하였다.

이렇게 추계된 國民醫療費의 전체규모를 살펴보면, 우선 經常 國民醫療費의 경우 1972년 연간 1115억원 규모였던 국민의료비 수준이, 지역의료보험이 도입되어 全國民醫療保險이 시작된 이듬해인 1990년에는 연간 8조 3180억원으로 증가하였고 1995년 현재 16조 4827억원 규모로 전년 대비 17.2% 증가한 것으로 나타났다.

그리고 1990년 基準價格 GDP 디플레이터로 조정된 實質 國民醫療費의 경우에는 1972년 연간 1조 931억원이었던 것이 1990년에는 연간 8조 3180억원으로 증가하였고 1995년 현재, 12조 833억원에 이르러 전년대비 11.1% 증가한 것으로 나타났다(表 Ⅱ-4 참조). 그리고 國內總生産(GDP) 대비 國民醫療費 비율도 1972년 2.65%이었던 것이 1990년에는 4.63%로 상승하였으며 1995년 현재 4.69% 수준을 유지하고 있다(圖 Ⅱ-2참조).

1人當 經常 國民醫療費의 경우에는 1972년에 3328원이었던 것이 1990년에는 194,032원으로 대폭 증가하였고 1995년 현재에는 365,526원에 이르고 있다(表 Ⅱ-4 참조).

1995년도의 경상 국민의료비를 각 財源別로 살펴보면, 公共部門의 경우 中央政府, 地方自治團體, 醫療保險에서 각각 1조 8494억원, 1조 2310억원, 4조 5461억원으로 全體 醫療費 支出 중 46.27%를 차지하고 있으며, 民間部門의 경우 家計에서 8조 70억원, 民間非營利團體에서 8492억원을 지출하여 전체 국민의료비의 53.73%를 차지한 것으로 추계 되었다(表 Ⅱ-2 참조).

〈表 II-2〉 國民醫療費의 財源別 支出現況(1972～1995年)

(단위: 10억원)

연도	공공부문			민간부문		총계	GDP대비 비율 (%)	1인당 국민의료비 (원)
	중앙 정부	지방 자치단체	의료 보험	가계	민간 비영리단체			
1972	7.4	9.6	-	89.7	4.8	111.5	2.65	3,328
1973	7.2	10.9	-	114.4	5.7	138.2	2.55	4,052
1974	10.1	13.2	-	179.3	8.8	211.4	2.76	6,094
1975	12.0	19.0	-	228.6	11.9	271.5	2.64	7,695
1976	21.3	25.0	-	290.6	13.9	350.8	2.49	9,786
1977	49.2	40.0	4.8	358.4	15.5	467.9	2.59	12,850
1978	81.4	66.6	24.3	511.4	22.3	706.0	2.89	19,097
1979	88.3	94.8	60.1	643.2	34.6	921.0	2.93	24,538
1980	114.8	117.8	119.3	828.3	43.6	1,223.8	3.21	32,101
1981	161.8	148.3	167.1	1,073.7	65.4	1,616.3	3.39	41,740
1982	215.4	176.8	265.8	1,351.4	96.2	2,105.6	3.85	53,542
1983	251.8	202.9	378.2	1,668.2	122.7	2,623.8	4.09	65,742
1984	249.6	202.7	496.6	1,947.5	161.5	3,057.9	4.15	75,679
1985	291.7	253.7	582.9	2,265.1	202.8	3,596.2	4.38	88,130
1986	359.8	276.6	555.1	2,658.3	222.2	4,072.0	4.25	98,873
1987	547.7	364.1	658.8	3,078.7	253.2	4,902.5	4.37	117,920
1988	707.2	462.5	889.7	3,440.7	306.1	5,806.2	4.36	138,326
1989	915.4	545.3	1,243.3	3,870.9	362.6	6,937.5	4.65	163,697
1990	1,148.9	601.3	1,801.1	4,333.0	433.7	8,318.0	4.63	194,032
1991	1,539.1	590.7	1,901.7	5,325.0	502.8	9,859.3	4.57	227,864
1992	1,285.2	831.2	2,384.1	5,848.7	578.7	10,927.9	4.55	250,276
1993	1,425.8	1,076.1	2,865.3	6,371.1	657.7	12,396.0	4.64	281,369
1994	1,530.7	1,262.9	3,338.2	7,183.2	748.8	14,063.8	4.61	316,374
1995	1,849.4	1,231.0	4,546.1	8,007.0	849.2	16,482.7	4.69	365,526

資料: 洪程基, 『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推計』, 韓國保健社會硏究院, 硏究報告書 95-38, 1995.
鄭永虎, 『1994年의 우리나라 國民醫療費와 部門別 構成比 變化』, 保健福祉포럼 11月號, 通卷 第2號, 韓國保健社會硏究院, 1996.
韓國銀行, 『國民計定』, 各年度.
_____, 『經濟統計年報』, 各年度.
財政經濟院(舊 財務部), 『韓國의 財政統計』, 各年度.
_____, 『決算槪要』, 各年度.
統計廳, 『韓國統計年鑑』, 各年度.
醫療保險聯合會, 『醫療保險統計年報』, 各年度.
大韓民國 政府, 『歲入歲出決算書』, 各年度.

〈表 II-3〉 國民醫療費 部門別 總額 및 構成比

(단위: 10억원, %)

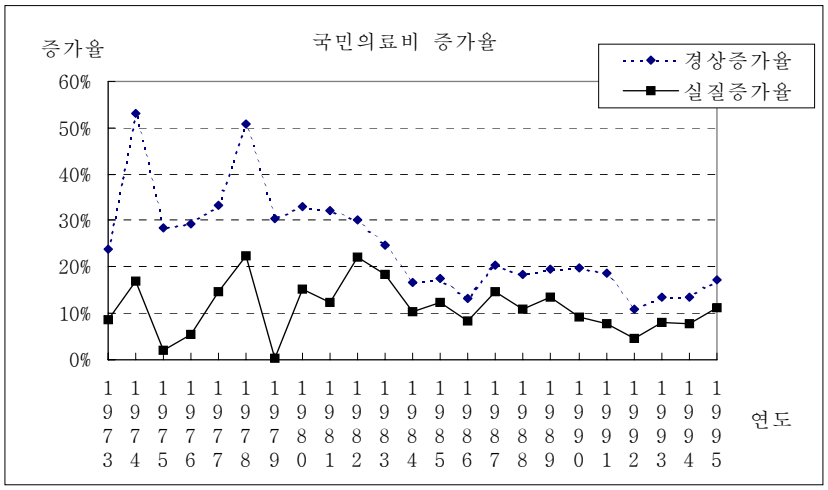
연도	공공부문			민간부문	총계
	정부부문	의료보험	소계		
1972	17.0(15.25)	-	17.0(15.25)	94.5(84.75)	111.5(100.0)
1973	18.1(13.10)	-	18.1(13.10)	120.1(86.90)	138.2(100.0)
1974	23.3(11.02)	-	23.3(11.02)	188.1(88.98)	211.4(100.0)
1975	31.0(11.42)	-	31.0(11.42)	240.5(88.58)	271.5(100.0)
1976	46.3(13.20)	-	46.3(13.20)	304.5(86.80)	350.8(100.0)
1977	89.2(19.06)	4.8(1.03)	94.0(20.09)	373.9(79.91)	467.9(100.0)
1978	148.0(20.96)	24.3(3.44)	172.3(24.41)	533.7(75.59)	706.0(100.0)
1979	183.1(19.88)	60.1(6.53)	243.2(26.41)	677.8(73.59)	921.0(100.0)
1980	232.6(19.01)	119.3(9.75)	351.9(28.75)	871.9(71.25)	1,223.8(100.0)
1981	310.1(19.19)	167.1(10.34)	477.2(29.52)	1,139.1(70.48)	1,616.3(100.0)
1982	392.2(18.63)	265.8(12.62)	658.0(31.25)	1,447.6(68.75)	2,105.6(100.0)
1983	454.3(17.33)	378.2(14.41)	832.9(31.74)	1,790.9(68.26)	2,623.8(100.0)
1984	452.3(14.79)	496.6(16.24)	948.9(31.03)	2,109.0(68.97)	3,057.9(100.0)
1985	545.4(15.17)	582.9(16.21)	1,128.3(31.37)	2,467.9(68.63)	3,576.2(100.0)
1986	636.4(15.63)	555.1(13.63)	1,191.5(29.26)	2,880.5(70.74)	4,072.0(100.0)
1987	911.8(18.60)	658.8(13.44)	1,570.6(32.04)	3,331.9(67.96)	4,902.5(100.0)
1988	1,169.7(20.15)	889.7(15.32)	2,059.4(35.47)	3,746.8(64.53)	5,806.2(100.0)
1989	1,460.7(21.06)	1,243.3(17.92)	2,704.0(38.98)	4,233.5(61.02)	6,937.5(100.0)
1990	1,750.2(21.04)	1,801.1(21.65)	3,551.3(42.69)	4,766.7(57.31)	8,318.0(100.0)
1991	2,129.8(21.60)	1,901.7(19.29)	4,031.5(40.89)	5,827.8(59.11)	9,859.3(100.0)
1992	2,116.4(19.37)	2,384.1(21.82)	4,500.5(41.18)	6,427.4(58.82)	10,927.9(100.0)
1993	2,501.9(20.18)	2,865.3(23.11)	5,367.2(43.30)	7,028.8(56.70)	12,396.0(100.0)
1994	2,793.6(19.86)	3,338.2(23.74)	6,131.8(43.60)	7,932.0(56.40)	14,063.8(100.0)
1995	3,080.4(18.69)	4,546.1(27.58)	7,626.4(46.27)	8,856.2(53.73)	16,482.7(100.0)

註: ( ) 部門別 構成比

3. 國民醫療費 推移分析(1972～1995年)

1972년부터 1995년까지 추계된 國民醫療費의 推移를 고찰해보면, 우선 國民醫療費 增加率의 경우, 경상 국민의료비는 醫療保險制度가 도입되기 이전에 20～30%정도로 상승하던 추세가 의료보험제도를 도입한 1977년 이후에는 30% 이상 상승하였으며 1990년대에 들어서는 20%미만으로 상승하여 1992년에 最低의 상승률을 보인 이후, 다시 소폭 상승하는 추세를 보이고 있다. 실질 국민의료비의 경우에도 의료보험이 도입된 이듬해인 1978년에 최고의 상승률을 보이다가 1980년대 중반 이후 10%대의 상승률을 나타냈으며 1990년 이후에는 10% 미만의 소폭상승률을 나타내다 1995년에 다시 10%를 상회하는 상승률을 나타내고 있다(圖 Ⅱ-1 참조).

〔圖 Ⅱ-1〕 國民醫療費 增加率의 推移



〈表 II-4〉 經常 및 實質 國民醫療費 및 1人當 國民醫療費 增加率

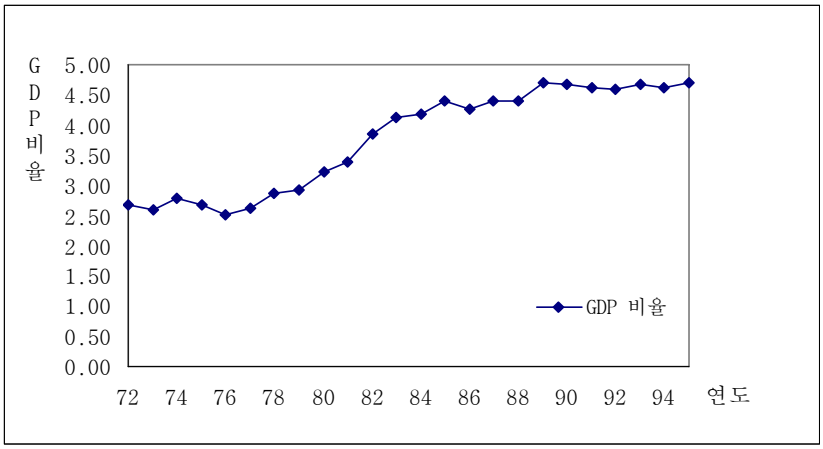
연도	국민의료비				1인당 국민의료비			
	경 상 (10억)	증가율 (%)	실 질[1] (10억)	증가율 (%)	경상 (원)	증가율 (%)	실 질[1] (원)	증가율 (%)
1972	111.5	-	1,093.1	-	3,328	-	32,626	-
1973	138.2	23.9	1,187.3	8.6	4,052	21.8	34,815	6.7
1974	211.4	53.0	1,388.1	16.9	6,094	50.4	40,010	14.9
1975	271.5	28.4	1,415.5	2.0	7,695	26.3	40,122	0.2
1976	350.8	29.2	1,493.4	5.5	9,786	27.2	41,659	3.8
1977	467.9	33.4	1,713.9	14.8	12,850	31.3	47,070	13.0
1978	706.0	50.9	2,095.6	22.3	19,097	48.6	56,684	20.4
1979	921.0	30.5	2,100.3	0.2	24,538	28.5	55,958	-1.2
1980	1,223.8	32.9	2,421.0	15.3	32,101	30.8	63,503	13.5
1981	1,616.3	32.1	2,718.3	12.3	41,740	30.0	70,198	10.5
1982	2,105.6	30.2	3,318.0	22.1	53,542	28.3	84,371	20.2
1983	2,623.8	24.6	3,929.6	18.4	65,742	22.8	98,461	16.7
1984	3,057.9	16.5	4,341.1	10.5	75,679	15.1	107,438	9.1
1985	3,596.2	17.6	4,878.9	12.4	88,130	16.5	119,563	11.3
1986	4,072.0	13.2	5,282.1	8.3	98,873	12.2	128,257	7.3
1987	4,902.5	20.4	6,055.5	14.6	117,920	19.3	145,652	13.6
1988	5,806.2	18.4	6,720.9	11.0	138,326	17.3	160,119	9.9
1989	6,937.5	19.5	7,625.3	13.5	163,697	18.3	179,926	12.4
1990	8,318.0	19.9	8,318.0	9.1	194,032	17.4	194,032	7.8
1991	9,859.3	18.5	8,954.9	7.7	227,864	9.8	206,961	6.7
1992	10,927.9	10.8	9,358.5	4.5	250,276	12.4	214,332	3.6
1993	12,396.0	13.4	10,101.9	7.9	281,369	12.4	229,296	7.0
1994	14,063.8	13.5	10,878.6	7.7	316,374	12.4	244,720	6.7
1995	16,482.7	17.2	12,083.3	11.1	365,526	15.5	267,961	9.5

註: 1) 實質 國民醫療費 $= \left(\frac{\text{經常 國民醫療費}}{\text{GDP Deflator}} \right) \times 100$

資料: 洪程基, 『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推計』, 韓國保健社會硏究院, 1995.
鄭永虎, 「1994年의 우리나라 國民醫療費와 部門別 構成比 變化」, 『보건복지포럼』 通卷 第2號, 韓國保健社會硏究院, 1996.

한편, 國內總生産(GDP) 대비 國民醫療費의 比率은 1972년 2.65%이었던 것이 1980년에는 3.21%로 상승하였고 1990년에는 4.63%에 이르렀으며 그 후 안정세를 유지하며 1995년 현재 4.69%를 보이고 있다(圖 Ⅱ-2 참조).

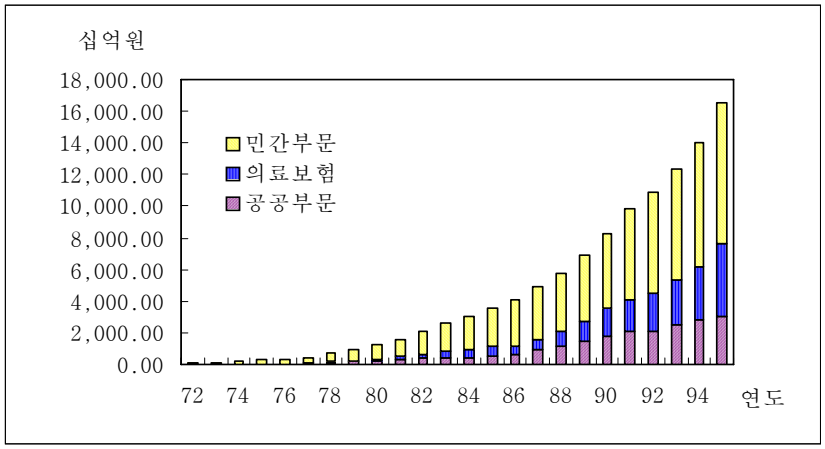
〔圖 II-2〕 國內總生産 對比 國民醫療費 比率



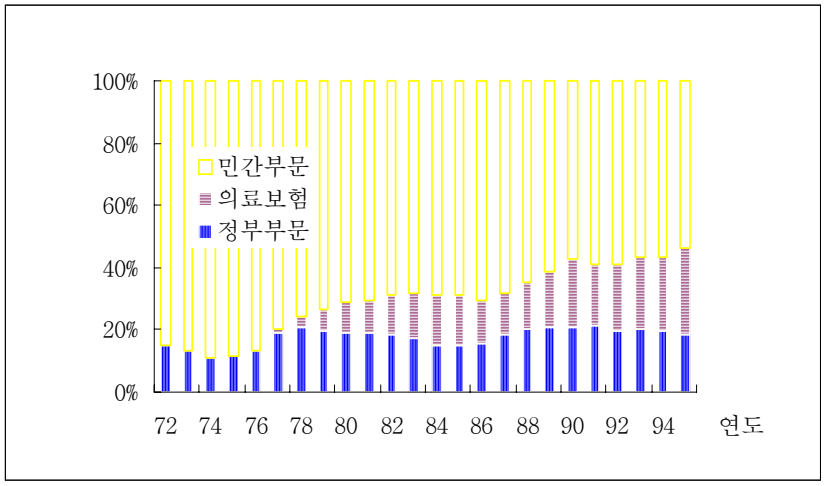
國民醫療費의 각 部門別 支出比重의 推移를 고찰해보면, 일반정부의 보건관련 지출과 의료보험 지출의 합을 국민의료비의 공공부문으로 구분한 바 國民醫療費에 대한 公共部門의 比重은 醫療保險을 도입하기 이전의 13.20% 수준에서 의료보험의 지출 상승으로 말미암아 1977년부터 20%를 넘기 시작하여 1980년에는 28.75%로 상승하였고 1990년에 42.69%에 이르렀으며 1991년에는 의료보험부문의 지출 증가폭의 둔화로 인해 그 비중이 감소하였다가 다시 상승하는 모습을 보이며 1995년 현재 46.27%를 보이고 있다. 또한 國民醫療費에 대한 民間部門 比重의 경우에는 의료보험 도입 이전에는 85%를 상회하던 것이 의료보험의 도입 이후 그 비중이 감소하기 시작하여 1980년에

71.25%, 1990년에 57.31%를 보이며 1995년 현재 53.73% 수준을 보이고 있다(圖 Ⅱ-3 및 圖 Ⅱ-4 참조).

〔圖 Ⅱ-3〕 國民醫療費의 各 部門別 推移



〔圖 Ⅱ-4〕 國民醫療費 各 部門의 比重 推移



본고의 分析에 있어서 민간부문의 비중이 기존의 연구에 비해 다소 적게 나타나고 있는 것은 公共部門의 경우 그 지출규모가 어느 정도 정확히 파악되고 있는 반면, 家計部門의 지출로 이용된 가계의 보건부문 最終消費支出이 低推計되었을 가능성에 그 이유가 있다고 할 수 있을 것이다.

4. 國民醫療費의 增加要因 分析

國民醫療費의 增加率에 영향을 미치는 변수로 여러 변수가 고려될 수 있으나 본 연구에서는 經常 國民醫療費의 增加率에 영향을 미치는 변수의 範圍를 人口增加率, 保健醫療物價指數 및 醫療利用量과 서비스 强度 增加率로 한정하여 분석하였다.

국민의료비의 증가율은 아래 式 (Ⅱ-1)에 나타나 있듯이 인구증가율(POP), 보건의료물가지수(MCPI), 의료이용량과 서비스 강도 증가율(HSV)의 곱으로 결정되어진다. 하지만 資料 把握이 가능한 변수는 국민의료비, 보건의료물가 및 인구증가율이므로 의료이용량과 서비스 강도의 증가율은 국민의료비 증가율을 기타 다른 변수의 곱으로 나누어 구하였고 이러한 過程은 式 (Ⅱ-2)에 제시되어 있다.

$$NHE = POP \times MCPI \times HSV \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots (Ⅱ\text{-}1)^{1)}$$

$$HSV = \frac{NHE}{POP \times MCPI} \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots (Ⅱ\text{-}2)$$

---

1) 본 식에서 NHE=1+국민의료비 증가율, POP=1+인구증가율, MCPI=1+보건의료물가지수 증가율, HSV=1+의료이용량과 서비스 강도 증가율을 의마한다.

또한 一般物價水準[2]과 비교하여 保健醫療部門의 인플레이션 추이를 살펴보기 위해서는 保健醫療物價의 상승과 GDP 디플레이터의 상승을 비교함으로써 분석되어 질 수 있는 바, 만약 GDP 디플레이터로 측정된 전체 물가의 상승분과 동일한 비율로 보건의료부문의 물가상승이 이루어진다고 가정한다면 保健醫療物價의 超過上昇分을 超過保健醫療物價인플레이션이라고 정의할 수 있을 것이다. 이는 式 (Ⅱ-3)에 제시되어 있으며 式 (Ⅱ-3)을 式 (Ⅱ-1)에 대입하여 도출한 式 (Ⅱ-4)는 경상 국민의료비의 증가에 인구증가율, 초과보건의료물가 인플레이션, 일반물가수준 및 의료이용량과 서비스 강도의 증가가 미치는 영향을 나타낸다고 할 수 있다.

$$EI = \frac{MCPI}{P\ (\text{일반물가수준})} \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots (Ⅱ\text{-}3)^{3)}$$

$$NHE = POP \times MCPI \times HSV$$
$$= POP \times EI \times P \times HSV \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots (Ⅱ\text{-}4)$$

다음 〈表 Ⅱ-5〉는 위 분석에 의거 1973년부터 1995년까지 國民醫療費 增加率에 各 變數가 寄與한 정도를 나타내는 表이다.

〈表 Ⅱ-5〉에서 국민의료비 증가요인을 살펴보면, 국민의료비는 기본적으로 보건의료서비스 및 재화의 양과 단위당 가격의 곱으로 구성되므로 국민의료비의 변화는 보건의료서비스의 양과 단위당 가격의 변화에 의하여 결정된다. 구체적으로 보건의료서비스의 양과 단위당 가격의 변화에 영향을 미치는 요인으로 여러 변수가 고려될 수 있으

2) 본고에서는 消費者物價指數(CPI)로 一般物價水準을 나타내었다.
3) 본 식에서 EI=1+초과보건의료물가 인플레이션, P=1+GDP 디플레이터의 증가율을 의미한다.

나 본고에서는 양적 요인으로 인구증가율 및 의료이용량과 서비스 강도 증가율, 가격요인으로 일반 소비자물가수준의 증가율 및 보건의료부문 소비자물가수준 증가율로 한정하여 분석하였다.

〈表 II-5〉 國民醫療費 增加 寄與度 分析

(단위: %)

연도	NHE	POP	P	MCPI	EI	HSV
1973	23.95(100.0)	1.78	14.11	-		
1974	52.97(100.0)	1.72	30.80	-		
1975	28.43(100.0)	1.70	25.98	-		
1976	29.21(100.0)	1.61(5.51)	22.44(76.83)	6.58(22.53)	-15.86(-54.30)	21.02(71.96)
1977	33.38(100.0)	1.57(4.70)	16.23(48.62)	4.32(12.93)	-11.91(-35.69)	27.49(82.37)
1978	50.89(100.0)	1.53(3.01)	23.43(46.04)	11.24(22.09)	-12.19(-23.95)	38.11(74.90)
1979	30.45(100.0)	1.53(5.02)	20.15(66.17)	24.47(80.37)	4.32(14.20)	4.45(14.61)
1980	32.88(100.0)	1.57(4.78)	24.87(75.64)	27.78(84.48)	2.91(8.84)	3.53(10.74)
1981	32.07(100.0)	1.57(4.90)	17.62(54.94)	16.05(50.06)	-1.57(-4.88)	14.45(45.05)
1982	30.27(100.0)	1.56(5.15)	6.73(22.23)	8.79(29.04)	2.06(6.81)	19.92(65.81)
1983	24.61(100.0)	1.49(6.05)	5.22(21.21)	4.24(17.21)	-0.98(-4.00)	18.88(76.73)
1984	16.54(100.0)	1.24(7.49)	5.50(33.24)	1.02(6.14)	-4.48(-27.10)	14.29(86.36)
1985	17.60(100.0)	0.99(5.62)	4.64(26.36)	-0.13(-0.72)	-4.77(-27.08)	16.74(95.09)
1986	13.23(100.0)	1.00(7.56)	4.58(34.62)	3.78(28.56)	-0.80(-6.05)	8.45(63.88)
1987	20.40(100.0)	0.99(4.85)	5.03(24.66)	3.52(17.26)	-1.51(-7.41)	15.89(77.89)
1988	18.43(100.0)	0.98(5.32)	6.70(36.35)	6.56(35.61)	-0.14(-0.73)	10.89(59.07)
1989	19.48(100.0)	0.99(5.08)	5.32(27.30)	2.64(13.56)	-2.68(-13.74)	15.85(81.36)
1990	19.90(100.0)	0.99(4.98)	9.91(49.80)	7.18(36.09)	-2.73(-13.71)	11.73(58.94)
1991	18.53(100.0)	0.99(5.34)	10.10(54.51)	6.60(35.62)	-3.50(-18.89)	10.94(59.04)
1992	10.84(100.0)	1.04(9.60)	6.06(55.91)	4.31(39.81)	-1.75(-16.10)	5.48(50.60)
1993	13.43(100.0)	1.02(7.59)	5.09(37.89)	2.79(20.76)	-2.30(-17.13)	9.63(71.65)
1994	13.45(100.0)	1.01(7.51)	5.35(39.76)	3.24(24.06)	-2.11(-15.71)	9.21(68.44)
1995	17.20(100.0)	1.01(5.87)	5.52(32.09)	6.27(36.46)	0.75(4.36)	9.92(57.67)

註: ( )의 수치는 전체 부문에 대한 부문별 구성비임. 단, 保健醫療物價指數는 1975년부터 작성되고 있는 바, 상승률 비교시 1976년 이전 자료는 존재하지 않음.

〈表 II-5〉에서 국민의료비의 증가율은 인구증가율, 일반 소비자물가수준 증가율, 의료이용량과 서비스강도 증가율, 초과 보건의료부문 소비자물가수준 증가율의 합으로 설명된다. 초과 보건의료부문 소비

자물가수준 증가율이란 일반 소비자물가수준 증가율 대비 보건의료부문 소비자물가수준 증가율의 초과상승분으로 정의한다.

〈表 Ⅱ-5〉에 제시된 결과를 통해, 국민의료비의 증가요인을 고찰해 보면, 우선 현행 醫療保險酬價의 낮은 증가율로 인해 보건의료물가수준이 일반물가수준에 비해 낮게 증가한 것을 알 수 있다. 즉 1979～1980년, 1982년 및 1995년을 제외하고는 일반물가수준이 보건의료물가수준보다 급속히 증가하였음을 알 수 있다. 이는 의료보험 진료수가의 통제로 말미암은 것으로 負의 초과 보건의료부문 소비자물가수준 증가율로 〈表 Ⅱ-5〉에 나타나 있다. 따라서 보건의료부문 소비자물가수준은 국민의료비 증가 원인이라기보다는 억제 원인의 일부를 차지하고 있는 반면에 일반 소비자물가수준 증가율은 국민의료비 증가율에 상대적으로 크게 기여하고 있다고 볼 수 있다.

또한 〈表 Ⅱ-6〉에 제시되어 있는 연도별 상승률에서는 1975～1995년 사이의 초과보건의료물가지수 인플레이션이 연평균 2.82% 감소하고 있고 1975～1980년 사이에 연평균 6.55%씩 감소하여 감소폭이 가장 컸으며, 이 감소폭은 이후 지속적으로 감소하다가 1991～1995년 사이에는 감소폭이 완화되는 추세를 보이고 있음을 알 수 있다. 최근의 감소폭 완화추세는 낮은 의료보험수가의 현실화를 위한 노력의 일부가 반영되고 있기 때문이라고 본다.

人口 增加率은 1970년대에 2% 미만의 지속적인 감소세를 보이다가 1985년에는 0.99%에 이르렀고 1986년에 다시 1%로 상승한 이후 1990년대 초반에 다시 소폭 증가한 후 최근에는 1%를 약간 상회한 정도의 安定的인 推移를 보이고 있다. 따라서 國民醫療費 增加에 寄與하는 人口增加의 效果는 미미하다고 할 수 있다. 그렇지만 본고의 분석에 사용된 인구증가율은 全體人口를 대상으로 조사된 것으로 만일 65세 이상 老齡人口의 增加率을 전체 인구 증가율에서 分離하여 독립적

으로 고찰한다면 보다 의미 있는 결과가 나오리라 예견된다.

위에서 고찰한 내용을 종합해보았을 때, 국민의료비 증가에 가장 커다란 영향을 미치는 主要 要因은 醫療利用量과 서비스 强度의 增加라고 할 수 있을 것이다. 즉 이는 醫療保險의 導入과 所得의 增大로 인한 의료서비스 수요의 증대가 국민의료비의 상승을 主導하고 있음을 나타내는 것으로, 醫療利用量과 서비스 强度 增加率의 연평균 증가율을 살펴보면 1975～1995년 사이에 13.66%로 보건의료물가의 상승률인 7.20%를 상회하고 있다. 즉 연평균 국민의료비 증가율인 23.39% 가운데 의료이용량과 서비스 강도 증가율이 차지하는 비중이 분석대상 변수가운데 가장 큰 것으로 나타나고 있다. 또한 각 변수간 年度別 增加率을 비교해 보더라도 의료이용량과 서비스 강도의 증가율이 가장 높은 것으로 〈表 Ⅱ-6〉에 나타나 있다. 그렇지만, 의료이용량과 서비스 강도 증가율의 연평균 증가율이 점점 하락하는 추이를 보이고 있으므로 이에 대해 보다 신중하고 다각적인 검토가 요망된다. 따라서 이러한 분석결과를 고찰함에 있어 향후 연구·검토되어야 할 사항은, 保健醫療物價의 增加率을 排除한 실제적인 의미의 의료이용량 및 서비스 강도의 증가율을 나타낼 수 있는 代理變數(Proxy Variable)의 存在有無에 대한 고찰과, 만일 그러한 변수가 존재한다면 어떠한 변수가 위에서 언급한 대리변수 기능을 수행할 수 있는가의 문제와, 이러한 대리변수에 어떠한 요인들이 영향을 미치고 있는가에 대한 분석 등이라고 할 수 있을 것이다. 즉 실제적인 의미의 의료이용량 및 서비스 강도의 증가율이 어떤 變數에 의해 주도적으로 이루어지고 있는가에 대한 고찰을 통해 향후 保健醫療政策의 基本方向과 政策手段 및 政策目標가 설정될 수 있으리라 사료된다.

〈表 II-6〉 年度別 國民醫療費 增加要因 寄與度 分析

(단위: %)

연도		1975 ~1980	1981 ~1985	1986 ~1990	1991 ~1995	1975 ~1995
연 평 균 증가율 (1975 ~1995)	경상의료비 증가율	35.36	24.22	18.29	14.69	23.39
	실질의료비 증가율	11.61	15.13	11.29	7.77	11.00
	GDP디플레이터 증가율	21.42	7.94	6.31	6.42	11.26
	초과보건의료 물가 인플레이션 증가율	-6.55	-1.95	-1.57	-1.78	-2.82
	보건의료 물가지수 증가율	14.88	5.99	4.74	4.64	7.20
	인구증가율	1.56	1.37	0.99	1.01	1.26
	의료이용량 및 서비스강도 증가율	18.92	16.86	12.56	9.04	13.66

5. 國民醫療費와 所得과의 關係

어느 국가에서든지 醫療費 支出은 所得과 깊은 관련을 맺는 것으로 확인되고 있으며 실제로 의료비 수준의 변화는 거의 대부분 소득 수준의 변화에 의해 설명되는 것으로 나타나고 있다.

많은 국내외의 연구결과에서도 나타난 바와 같이 國民醫療費는 所得이 向上될 경우 增加한다고 밝혀지고 있다. 이를 규명하기 위해 國民醫療費와 所得間의 回歸分析을 수행해 보았을 때, 그 결과에서도 의료비의 증가는 소득의 증가에 영향을 받고 있는 사실을 알 수 있다.

외국의 연구결과를 살펴보면, Newhouse(1975)는 1970년대 초반 13개 국가들의 1人當 國內總生産에 대한 1人當 保健醫療費의 所得彈力性이 1 이상으로 매우 탄력적인 것으로 밝혔으며, Culyer(1989)의 연구결과에서도 OECD국가들의 1960년에서 1982년 사이의 소득탄력성이

Newhouse의 연구결과와 동일한 결과를 보이고 있다.

국내의 연구결과에서도 박종기·노인철(1976)의 연구에서 1970～1974년 사이의 1인당 의료비지출에 대한 소득탄력성이 1.03으로 탄력적이라는 연구결과가 있으며, 권순원(1988)은 1975～1985년 사이에 미화로 환산한 1인당 의료비에 대한 소득탄력성을 구한 결과 1.63으로 매우 탄력적임을 보였다. 또한 명재일·홍상진(1994)은 1985～1991년간 소득탄력성을 구한 결과 경상 국민의료비에 대한 소득탄력성은 국내총생산을 설명변수로 사용한 결과 1.14이며 국민총생산을 설명변수로 사용했을 경우 1.10으로 모두 탄력적인 결과를 보이고 있다. 그리고 홍정기(1996)는 국내총생산을 설명변수로 사용했을 때 1.09, 국민총생산을 설명변수로 사용했을 때 1.06을 보이고 있으며, 1990년 가격을 불변가격으로 추계한 실질 국민의료비와 실질 국내총생산 및 실질 국민총생산간 관계에서 실질 국내총생산을 설명변수로 했을 경우 1.15, 실질 국민총생산을 설명변수로 했을 경우 1.10으로 경상 국민의료비와 경상 국내총생산 및 경상 국민총생산의 관계에서보다 다소 높은 탄력성을 보이는 것으로 밝히고 있다. 또한 1인당 국민소득에 대한 소득탄력성은 경상가격의 경우 1.06～1.10이었으며, 실질가격의 경우에는 1.11～1.16으로 나타났다. 이 결과는 선행연구에서 밝혀진 바와 같이 소득탄력성이 1 이상으로 나타나 소득탄력성이 매우 탄력적임을 나타내 주고 있다. 이는 所得이 10% 上昇할 때 醫療費 支出은 10% 이상 上昇하는 것을 의미하는 것이다.

본고에서 추계한 1995년의 국민의료비의 추계방식이 時系列資料의 확보라는 目的下에 선행연구의 방법을 그대로 사용하였으므로 國民醫療費와 所得間의 關係 또한 선행연구의 방법(홍정기, 1996)을 사용하여 1994년과 1995년의 자료가 추가되었을 때 그 결과가 어떻게 나타났는지를 알아보았다.

回歸分析 結果를 통해 구해진 醫療費에 대한 所得彈力性의 結果를 살펴보면 아래 〈表 Ⅱ-7〉과 〈表 Ⅱ-8〉과 같다. 본 연구에서는 국민의료비를 經常槪念과 實質槪念으로 나누어 각각의 소득탄력도를 구하였다.

〈表 Ⅱ-7〉 經常 國民醫療費와 經常所得과의 關係

독립변수	종속변수	계수값	t-값	R^2
GDP	NHE	0.0475	62.77	0.998
GNP	NHE	0.0478	66.41	0.997
lnGDP	lnNHE	1.1729	31.63	0.998
lnGNP	lnNHE	1.1724	31.57	0.999
GDPI	NHEI	0.0478	56.35	0.999
GNPI	NHEI	0.0480	60.41	0.998
lnGDPI	lnNHEI	1.1852	29.37	0.998
lnGNPI	lnNHEI	1.1848	28.79	0.998

註: GDP: 국내총생산; GNP: 국민총생산; lnGDP: 국내총생산의 자연로그값; lnGNP: 국민총생산의 자연로그값; GDPI: 1인당 국내총생산; GNPI: 1인당 국민총생산; lnGDPI: 1인당 국내총생산의 자연로그값; lnGNPI: 1인당 국민총생산의 자연로그값; NHE: 경상국민의료비증가율; lnNHE: 경상국민의료비증가율의 자연로그값; NHEI: 1인당 경상국민의료비증가율; lnNHEI: 1인당 경상국민의료비증가율의 자연로그값

〈表 Ⅱ-8〉 實質 國民醫療費와 實質所得과의 關係

독립변수	종속변수	계수값	t-값	R^2
RGDP	RNHE	0.0529	33.70	0.998
RGNP	RNHE	0.0534	35.59	0.997
lnRGDP	lnRNHE	1.4017	24.36	0.996
lnRGNP	lnRNHE	1.4060	23.26	0.995
RGDPI	RNHEI	0.5505	30.57	0.998
RGNPI	RNHEI	0.5560	31.56	0.999
lnRGDPI	lnRNHEI	1.4731	21.46	0.994
lnRGNPI	lnRNHEI	1.4750	20.79	0.994

註: RGDP: 실질 국내총생산; RGNP: 실질 국민총생산; lnRGDP: 실질국내총생산의 자연로그값; lnRGNP: 실질국민총생산의 자연로그값; RGDPI: 1인당 실질 국내총생산; RGNPI: 1인당 실질 국민총생산; lnRGDPI: 1인당 실질 국내총생산의 자연로그값; lnRGNPI: 1인당 실질 국민총생산의 자연로그값; RNHE: 실질국민의료비증가율; lnRNHE: 실질국민의료비증가율의 자연로그값; RNHEI: 1인당 실질국민의료비증가율; lnRNHEI: 1인당 실질국민의료비증가율의 자연로그값

경상 및 실질개념의 국민의료비와 소득간의 관계를 線形模型으로 알아본 결과, 선행연구에서와 같이 國民總生産 및 國內總生産에 대한 계수값은 경상가격의 경우 0.0475～0.0478, 실질가격의 경우 0.0529～0.0534로 陽의 相關關係가 있음이 檢定되었으며, 1人當 國民醫療費에 대한 1人當 國民所得의 경우에도 비슷한 결과가 나타났다.

경상 및 실질개념하의 국민의료비와 소득간의 log線形模型을 통한 계수값은 곧 國民醫療費에 대한 所得彈力性을 나타내는데 이 값은 경상가격의 경우 1.1724～1.1729로 나타났으며, 실질가격의 경우 1.4017～1.4060으로 나타났다. 또한 1인당 국민소득에 대한 소득탄력성은 경상가격의 경우 1.1848～1.1852, 실질가격의 경우 1.4731～1.4750으로 나타났다.

이 결과는 선행연구에서 알려진 바와 같이 소득탄력성이 1 이상으로 나타나 국민소득의 변화에 의한 국민의료비의 소득탄력성이 매우 彈力的임을 나타내 준다고 할 수 있다.

그리고, 위 결과를 고찰해보면, 實質所得의 彈力度가 經常所得의 彈力度보다 높게 나타나고 있는데 이는 곧 실질 의료비의 경우 경상 의료비에 비해 소득보다 훨씬 빠른 속도로 증가해 왔다는 것으로, 이와 같은 사실은 實質醫療費, 즉 醫療利用量 및 서비스 强度의 증가가 名目上의 增加보다 컸음을 의미하며, 만일 의료비의 증가가 가격요인에 의해 주도되었다면 반대의 결과가 나왔을 것이라고 類推해 볼 수 있을 것이다. 또한 이러한 결과는 앞서 國民醫療費의 增加 要因分析에서 導出된 결과와도 一脈相通한다 할 수 있을 것이다.

III. 醫療機關別 醫療費 推計

1. 醫療機關別 醫療費 計定

우리나라에서는 지금까지 韓國保健社會硏究院을 비롯한 몇몇 硏究機關들과 個人 硏究者들에 의하여 國民醫療費를 推計하여 왔으나 자료사정상 혹은 醫療費 推計를 위한 계정구조상의 제약으로 보건의료서비스 제공의 기본 구성단위인 醫療機關別 醫療費를 추계하지 못해 온 실정이다. 더욱이 주요 의료기관인 병원과 의원의 총의료비 지출 추계뿐만 아니라 입원 및 외래의료비의 구분조차 되지 못하고 있다. 醫療機關別 醫療費 推計는 醫療資源의 效率的 配分과 保健醫療 서비스 제공 기관별 의료비지출 추세의 파악에 필수불가결하다. 따라서 本 硏究에서는 個人 保健醫療費를 細分化하여 醫療機關別 醫療費, 醫療機關別 入院 및 外來 醫療費를 推計하여 각 醫療機關別 醫療費의 지출 실태를 파악하고 向後 保健醫療政策 立案을 위한 基礎資料를 제공하고자 한다.

本 硏究의 目的인 醫療機關別 醫療費의 推計는 국민의료비 계정의 부계정(Satellite Accounts)으로 취급될 수 있는 보건의료서비스에 대한 醫療機關別 醫療費計定을 통하여 推計하고자 한다. 醫療機關別 醫療費 計定은 미국 보건의료재정청(Health Care Financing Administration)의 국민의료비 계정 구성항목 중 개인보건의료비(Personal Health Care Expenditures)의 계정구조와 유사하게 설정하였다. 이 계정구조는 보건의료서비스를 제공하는 醫療機關別로 보건의료서비스를 집계하고 있다. 醫療機關別 계정구조는 의료기관의 진료수입을 의료서비스 제공 유형

에 따라 구체적으로 분류할 필요가 없으므로 자료수집이 비교적 용이한 장점이 있다. 미국의 경우 보건의료비 계정의 개인 보건의료비 항목의 추계는 표준산업분류표(SIC Manual)의 기관별 구조(establishment-based structure)에 기초하고 있다.

우리나라의 韓國標準産業分類는 醫療業을 다음과 같이 분류하고 있다. 具體的으로 韓國標準産業分類上의 醫療業 項目은 病院, 醫院 및 其他 醫療機關으로 나누어진다. 病院은 일반병원, 치과병원, 한방병원, 달리 분류되지 않는 병원으로 나누어지며, 醫院은 일반의원, 치과의원, 한의원으로 분류된다. 其他 醫療業에는 조산소, 유사의료업, 병리실험 서비스업, 달리 분류되지 않는 기타 의료업이 포함된다. 類似 醫療業은 물리요법사, 치과보조원, 검안사, 수족병치료사, 척추지압요법사, 언어장애교정사, 가정치료사, 정골요법사, 침구사 등의 유사 의료원의 감독하에 유사 의료행위를 하는 산업활동을 말하며, 달리 분류되지 않는 기타 의료업에는 혈액 서비스, 식품위생검사 서비스, 구급차 서비스, 산소공급 서비스, 의료기록 서비스 등을 행하는 의료활동 등이 포함된다.

그러나, 本 硏究에서는 醫療機關別 醫療費 計定의 機關別(Establishment) 構成要素로서 크게 종합병원, 일반병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원, 약국으로 대별하고, 財源別 構成要素로서 의료소비자의 본인부담부문을 나타내는 민간부문, 의료보험·의료보호 및 산재보험을 포함한 부험부문, 기타부문 등으로 대별하였다. 즉, 醫療機關別 醫療費 計定에는 韓國標準産業分類의 의료업 분류에서 병원과 의원의 구성항목만 포함하나 本 硏究에서는 그 구성항목을 再調整 하였고 우리나라의 특수한 사정을 고려하여 제보건소 및 조산소와 약국을 의료기관에 포함하였다. 의료기관의 구성항목을 구체적으로 살펴보면, 우선 病院을 종합병원 및 일반병원으로 구분하고, 醫院에는 일

반의원이 포함되고, 韓方病·醫院에는 한방병원과 한방의원이 齒科病·醫院에는 치과병원과 치과의원이 각각 포함되어 있다. 諸保健所 및 助産所는 보건의료원, 보건지소, 보건소, 보건진료소, 조산소 등을 포함하는 단일항목으로 구성하였다. 財源別 構成要素로서 民間部門은 의료기관 이용에 따른 의료 소비자의 본인부담부문(Out-of-pocket Money)이며, 여기에는 비용화 되지 않은 보험료(Insurance Premium)는 포함되지 않았다. 保險部門은 현금급여를 제외한 의료보험 급여비의 보험자 부담부문, 의료보호 진료실적의 기관부담부문, 산재보험 진료비지급액 등을 포함하고 있다. 保險部門에는 정부의 지역의료보험에 대한 국고보조금 및 의료보호비 등 국민의료비계정에서 정부부문에 포함된 항목들이 醫療機關別 醫療費 計定에서는 보험부문에 포함되도록 하였다. 이는 地域醫療保險과 의료보호비에 대한 國庫補助金을 醫療機關別 지출경로로 추적하기가 불가능하기 때문이다. 其他 項目은 자동차보험 대인치료비, 생명보험 지급액 등과 같이 이용자료의 한계로 재원별 지출의료기관으로 구별하기 힘든 경우와 기타 계수조정항목이 포함된다.

〈表 Ⅲ-1〉은 이상에서 설명된 醫療機關別 醫療費計定을 제시하고 있다. 또한 〈表 Ⅲ-2〉와 〈表 Ⅲ-3〉은 醫療費 計定을 이용하여 具體的 推計結果를 제시하고 있는데, 〈表 Ⅲ-2〉는 1995年 醫療機關別 醫療費를 支出機關別로 대별하였고, 이들 각각의 의료기관 의료비를 재원별로 다시 민간부담, 보험자부담, 기타로 구분하였다. 또한 각 의료기관 의료비를 總醫療費에 대한 比重을 구하여 全體 醫療費에서 차지하는 各 醫療機關의 醫療費를 살펴보고자 하였다. 〈表 Ⅲ-3〉는 保險者負擔部門을 의료보험, 의료보호, 산재보험으로 구분하여 醫療機關別로 보험자부담분을 具體化하였다. 다음 第2節에서는 이러한 醫療機關別 醫療費 推計에 대해 그 推計方法 및 分析을 제시하고자 한다.

〈表 III-1〉 醫療機關別 醫療費 計定

구 분			총의료비	민간부담	보험자부담			기타
					의료보험	의료보호	산재보험	
의료기관별 의료비		입원 외래						
	종합병원	입원 외래						
	병원	입원 외래						
	의원	입원 외래						
	치과병·의원	입원 외래						
	제보건소 및 조산소	입원 외래						
	한방병·의원	입원 외래						
	약국							

2. 醫療機關別 醫療費 推計

本 節에서는 먼저 醫療機關別 醫療費 推計를 위한 主要 資料源에 대한 檢討와 推計方法에 대하여 기술하고, 다음으로는 1995年度의 우리나라 主要 醫療機關別 醫療費를 財源과 支出機關別로 추계하여 분석하였다. 또한 醫療機關別 醫療費 중 가장 큰 비중을 차지하는 병원 의료비의 연도별 추계(1992～1995)와 동향을 분석하였다.

가. 推計를 위한 資料 및 推計方法

醫療機關別 醫療費를 推計하기 위하여 本 硏究에서는 다양한 추계자료를 이용하였다. 主要 推計資料로서 本 硏究院에서 실시하는『국민건강 및 보건의식행태조사』, 韓國保健醫療管理硏究院의『병원경영분석』, 醫療保險聯合會의『의료보험통계연보』를 이용하였다.『국민건강 및 보건의식행태조사』는 本 硏究院에서 3년마다 실시하는 전국 표본가구조사로서 건강면접조사의 실시와 이환 및 의료이용에 관한 지표산출과 정책수립에 필요한 기초정보를 수집하는 統計廳의 지정통계이다. 醫療機關別 醫療費를 추계하기 위하여『국민건강 및 보건의식행태조사』의 여러 조사항목 중 의료이용조사의 결과를 이용하였는데 의료이용조사는 환자의 치료를 목적으로 한 의료이용과 그 외 예방접종이나 검진, 진료권별 의료이용을 위한 진료의뢰서 발급, 성형술, 분만에 따른 의료이용 등 의료기관을 이용한 모든 경우를 대상으로 하고 있다.『病院經營分析』은 1982년 이후 매년 韓國保健醫療管理硏究院이 保健福祉部와 공동으로 전국 시·도 보건과를 통하여 조사표를 배포하여 전국 병원급이상 의료기관 중에서 평균 80%에 가까운 경영실적자료를 회수하여 분석한 자료이다. 醫療保險聯合會의『의료보험통계연보』는 의료보험과 관련된 基礎統計로서 의료보험 실시이후 각 연도별 적용인구, 급여, 재정 등의 主要 統計를 제공하며 本 硏究에서 사용되는 資料 중 統計의 信賴性이 가장 높다고 볼 수 있다.

其他 推計資料로서 醫療機關別 醫療費 推計에 사용된 자료로는 보건복지부의『보건복지통계연보』와『의료보호통계』, 대한병원협회의『전국병원명부』, 노동부의『산재보험사업연보』, 보험감독원의『보험통계연감』, 保險開發院의 內部資料인『자동차보험 대인치료비』, 統計廳의『도시가계연보』, 농림수산부의『농가경제조사』와『어가경제조사

결과보고』 등이다.

醫療機關別 醫療費를 推計하기 위하여 本 硏究에서는 推計를 위한 관련기초자료의 수집 및 분석에 기초하여 먼저 醫療機關別 醫療費 부계정을 작성하였다. 다음으로 작성된 계정의 각 항목별로 기초자료를 수정보완하여 해당 항목을 추계하였으며 구체적으로 관련항목을 추계할 수 없는 경우에는 會計學에서 일반적으로 인정된 會計原則(Generally Accepted Accounting Principles)하의 비용배부방식(Cost Appropriation)에 의거하여 推計하였다. 前障의 國民醫療費의 推計에서는 國民計定을 비롯한 기타 정부의 거시적 공식추계자료를 財源別 構成項目別 下向方式(Top-Down)으로 區分하여 推計하였으나 本障의 醫療機關別 醫療費 推計에서는 지출 기관별 재원별 기초항목을 먼저 추계한 후 上向方式(Bottom-Up)으로 전체 항목을 구성하는 추계방식을 선택하였다. 비록 本 硏究의 國民醫療費 推計에서 지출기관별로 국민의료비가 구분되지 않았으나 醫療機關別 醫療費의 경우를 포함하여 국민의료비 추계시 이론적으로는 上向方式으로 추계하든 下向方式으로 추계하든 추계결과가 같아야 한다. 하지만 실제 추계시에는 각각의 추계방식에 따른 결과는 다르게 나타나는데 이는 실제 기초 이용자료의 차이와 연구자가 추계에 사용한 가정들(Assumptions)이 다르기 때문이다.

醫療機關別 醫療費 계정의 각 항목별 구체적 추계방법은 다음과 같다. 本 硏究에서는 먼저 各 醫療機關別 醫療費 總額을 推計한 후 이를 다시 재원별로 분리하는 방법으로 추계하였다. 各 醫療機關別 醫療費의 推計는 의료기관 형식에 따라 추계자료원 및 추계방법을 달리하였는데 종합병원과 병원의 경우에는 병원경영분석의 병상별 및 醫療機關別 재무제표를 기본자료로 이용하였는데 연도별 우리나라 전체의 醫療機關別 病床數를 고려하여 추계하였다. 의원, 치과병·의원, 한

방병·의원, 제보건소 및 조산소, 약국의 醫療費 推計는 국민건강조사의 醫療機關別 醫療費, 의료보험통계연보의 요양기관종별 진료실적 중 보험자부담분, 산재보험사업연보의 진료비지급액, 보험개발원내부자료, 보험감독원 보험통계연보, 통계청과 농림수산부의 가계조사자료의 부문별 해당항목(재원별 부문의료비)을 합하여 총액을 구하였으며, 그 중 치과병·의원과 한방병·의원의 경우에는 병원경영분석을 이용한 치과병원과 한방병원의 醫療費 추계치를 계수조정을 거쳐 반영하였다. 醫療機關別 醫療費에 대한 재원별 구분은 다음과 같다.

保險者 負擔部門은 의료보험부문과 산재보험부문 그리고 의료보호부문으로 구성되는데 의료보험부문은 의료보험연합회에서 발간하는 의료보험통계연보의 요양기관종별 진료실적 중 보험자부담분을 이용하였다. 의료보험급여 중에는 지역의료보험에 대한 국고보조금이 포함되어 있을 것이나 국고보조금이 구체적으로 어떤 의료기관에 어떠한 의료서비스로 사용되는 지는 불분명하므로 정부부문과 보험자 부담분을 별도로 분리하지 않았다. 醫療保護項目의 醫療機關別 醫療費는 보건복지부의 연도별 의료보호통계의 의료보호종별 및 진료기관종별 진료실적 중 기관부담금 항목을 계상하였다. 의료보호항목의 기관부담분 역시 정부부문으로 별도 분리가 가능한 항목이나 지역의료보험의 국고보조금에 대한 계정분류와 일관성을 이루기 위하여 보험 및 정부부문에 합산하였다. 의료보호종별 및 진료기관종별 진료실적 중 총진료비 항목에서 기관부담금 항목을 除한 부문은 의료보호환자의 본인부담금으로 처리하여 민간부문에 계상하였다. 産災保險部門은 산업재해보상보험법에 따라 산재지정 의료기관에 지급되는 진료비로서 노동부의 산재보험사업연보의 진료비지급액 항목을 인용하여 계상하였다.

民間部門은 각급 보건의료기관에서 진료를 받은 국민들의 전체진료비 중 본인부담부문의 합계로 계상된다. 민간부문 항목의 추계를 위

하여 本 硏究院의 국민건강조사와 통계청의 도시가계연보, 농림수산부의 농가경제조사 및 어가경제조사 결과보고를 인용하여 추계하였다. 國民健康調査는 조사의 표본이 전국적이고 醫療費 支出項目이 각급 醫療機關別로 잘 분리가 되어 있으나 외래의료기관 이용의 경우에는 2주간 의료비만 사후적인 면접조사방식으로 조사하였으므로 추계를 위한 보정조치 없이 단순히 조사결과를 1년 단위로 확대할 경우 심각한 오차가 발생할 우려가 있다. 통계청과 농림수산부의 가계조사의 경우 표본가구가 가계의 소득과 지출을 년간 계속하여 기입하여 가계부식 기장방식의 장점이 있으나 각 조사들의 표본이 지역적으로 한정되어 있고 표본간에 중복되는 지역과 표본조사가 빠진 지역이 존재하여 조사 결과의 대표성에 문제점이 야기되며 또한 醫療費 支出項目들이 醫療機關別 및 서비스유형별로 구분이 되지 못하고 있다. 이에 本 硏究에서는 民間部門의 醫療費 推計를 위하여 먼저 국민건강조사를 이용하여 醫療機關別 醫療費를 推計하고 이러한 일차적 추계결과의 근본적 한계점을 보완하는 조치로서 기타 가계조사에 의한 추계치와 의료보험통계연보상의 월별, 연도별, 진료기관별 진료실적을 보정자료로 이용하는 회계학적 테크닉을 적용하여 추계하였다.

醫療機關別 醫療費 計定의 기타부문은 자동차보험의 대인치료비, 생명보험의 입원비, 그리고 기타 계수조정항목등을 포함하고 있다. 자동차보험의 대인치료비의 경우 보험개발원의 내부자료를 이용하여 총액을 추계할 수 있으나 지출 醫療機關別로 分離하기 어려우며, 생명보험의 입원비의 경우도 보험감독원의 보험통계연감은 總額만을 제시하고 있다. 따라서 本 硏究에서는 자동차보험과 생명보험의 醫療機關別 醫療費 부담부문을 무리하여 추계하기 보다는 기타항목으로 분류하였다. 其他 項目은 또한 醫療機關別 醫療費에서 보험자 부담부문, 민간부문, 자동차 보험과 생명보험의 의료비 부담분을 제외한 계수조

정항목을 포함하고 있다.

나. 1995年度 醫療機關別 醫療費 推計

醫療機關別 醫療費의 推計는 보건의료정책의 입안과 분석을 위한 중요한 礎石이다. 國民醫療費計定의 부계정으로서 醫療機關別 醫療費 계정은 우리나라 각급 의료기관의 의료서비스제공에 대한 지출규모와 이러한 비용지출의 재원 추계를 위한 기본적 하부구조이다. 醫療機關別 醫療費 計定은 또한 醫療機關別 支出形態의 變化와 보건의료서비스의 제공자와 부담자의 정책변환에 대한 반응을 기록하며 장래 醫療機關別 醫療費의 추계에도 이용될 수 있다.

本節에서는 前節에서 제안한 醫療機關別 醫療費 計定에 기초하여 추계한 1995年度 우리나라 각급 醫療機關別 醫療費를 기관별, 재원별, 서비스유형별로 살펴보고 분석하고자 한다.

〈表 Ⅲ-2〉와 〈表 Ⅲ-3〉은 1995年度 우리나라의 醫療機關別 醫療費의 추계결과를 나타내고 있는데, 이에 따르면 1995년도 우리나라의 국민의료비 중 의료기관에서 지출한 총의료비는 13조 42억원으로 추계되었다. 이는 1995년도의 국민의료비 총액인 16조 4827억원의 79%를 차지하고 있다.

이를 국민 1인당 부담액으로 換算하면 약 29만원으로 이는 국민들이 실제 의료기관을 통하여 지출한 의료비를 나타낸다. 醫療機關別 醫療費 總額을 財源別로 살펴보면 總額의 56%인 7조 3543억원은 민간의 직접적인 부담으로 충당되었으며 總額의 36%인 4조 6181억원은 의료보험, 의료보호, 산재보험 등의 보험자 부담을 통하여 충당되었다. 全體 醫療機關別 醫療費의 總額(藥局除外) 중 入院으로 인한 醫療費는 4조 5843억이며 외래의료비용(약국제외)은 7조 5149억원으로 機關別 醫療費에 대한 비율은 각각 37.89%와 62.11%를 차지하고 있다.[4)]

〈表 III-2〉 醫療機關別 醫療費 推計(1995年)

(단위: 십억원, %)

	구분	총의료비[1]	민간부담		보험자부담		기타[2]	
		(A)	(B)	비율 (B/A)	(C)	비율 (C/A)	(D)	비율 (D/A)
전체	총계	13,004	7,354	56.6	4,618	35.5	1,032	7.9
	입원	4,584	1,625	35.5	2,187	47.7	772	16.8
	외래	8,420	5,729	68.0	2,431	28.9	260	3.1
제병원	소계	12,099	6,553	54.2	4,514	37.3	1,032	8.5
	입원	4,584	1,625	35.5	2,187	47.7	772	16.8
	외래	7,514	4,928	65.6	2,327	31.0	260	3.5
종합병원	소계	5,014	2,263	45.1	2,152	42.9	599	11.9
	입원	3,293	1,168	35.5	1,647	50.0	478	14.5
	외래	1,721	1,095	63.6	505	29.3	121	7.0
병원	소계	1,364	515	37.8	462	33.8	387	28.4
	입원	852	244	28.6	331	38.9	277	32.5
	외래	512	271	53.0	131	25.5	110	21.5
의원	소계	3,181	1,622	51.0	1,552	48.8	7.1	0.2
	입원	405	206	50.8	199	49.1	0.2	0.1
	외래	2,776	1,416	51.0	1,353	48.8	6.9	0.2
치과 병·의원	소계	1,293	1,057.5	81.8	228.8	17.7	6.53	0.5
	입원	1.6	0.9	54.9	0.7	39.9	0.09	5.2
	외래	1,291.4	1,056.6	81.8	228.1	17.7	6.44	0.5
제보건소 및 조산소	소계	61.7	32	51.9	29.7	48.1	0.003	0.01
	입원	1.2	0.2	19.9	1.0	80.1	0	0.00
	외래	60,5	31.8	52.4	28.7	47.5	0.003	0.01
한방 병·의원	소계	1,185	1,064	89.8	88.9	7.5	32	2.7
	입원	31	7	22.4	7.1	23.1	17	54.5
	외래	1,154	1,057	91.6	81.8	7.1	15	1.3
약국		905	801	88.5	104	11.5		

註: 1) 총의료비는 병원경영분석의 총의료비를 사용하였고 의원, 치과의원, 제보건소 및 조산소, 한방의원의 의료비는 의료보호통계를 이용함.

2) 기타의료비는 총의료비에서 민간부담과 보험자부담분을 뺀 오차항을 의미함.

資料: 한국보건의료관리연구원,『병원경영분석』, 1996.

의료보험관리공단,『의료보호통계』, 1996.

————————,『의료보험통계연보』, 1996.

대한병원협회,『전국병원명부』, 1996.

---

4) 전체 외래의료비에는 약국의료비가 포함되었다.

〈表 III-3〉 保險者負擔 醫療費 計定(1995年)

(단위: 백만원)

	구분	보험자부담			
		계	의료보험	의료보호	산재보험
전 체	총계	4,618,093	3,939,420	423,840	254,833
	입원	2,186,737	1,752,893	218,778	215,066
	외래	2,431,356	2,186,527	205,062	39,767
제병원	소계	4,513,967	3,835,296	423,840	254,833
	입원	2,186,736	1,752,893	218,778	215,066
	외래	2,327,231	2,082,403	205,062	39,767
종합병원	소계	2,152,449	1,814,671	196,312	141,466
	입원	1,647,454	1,399,911	123,241	124,303
	외래	504,994	414,760	73,071	17,163
병원	소계	461,617	301,765	110,647	49,205
	입원	331,222	197,690	91,713	41,819
	외래	130,395	104,075	18,934	7,386
의원	소계	1,552,524	1,391,587	96,943	63,994
	입원	199,299	146,983	3,373	48,943
	외래	1,353,225	1,244,604	93,570	15,051
치과 병·의원	소계	228,754	224,324	4,253	167.9
	입원	652	600	50	1.3
	외래	228,093	223,723	4,203	166.6
제보건소 및 조산소	소계	29,721	17,618	12,104.1	
	입원	971	971	0.9	
	외래	28,749	16,646	12,103.2	
한방 병·의원	소계	88,911	85,331	3,581	
	입원	7,137	6,737	400	
	외래	81,774	78,594	3,180	
약 국		104,125	104,125		

註: 〈表 III-2〉의 보험자부담부분만 따로 분리하여 작성한 것임.

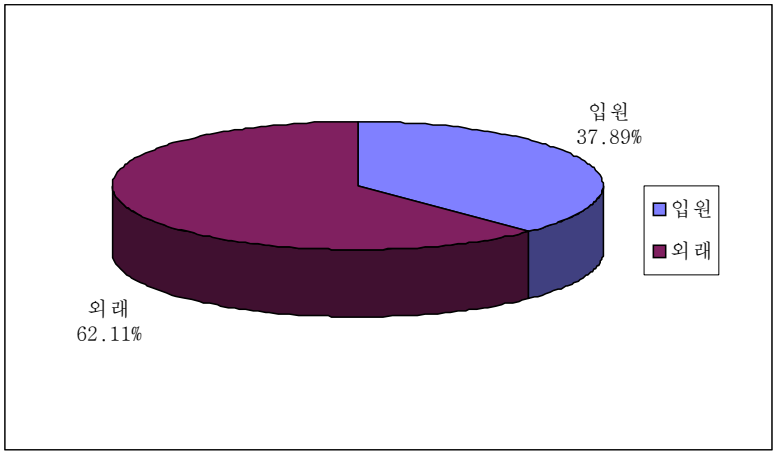
資料: 의료보험관리공단, 『의료보험 통계연보』, 1996.

————————, 『의료보호 통계』, 1996.

노동부, 『산재보험사업연보』, 1996.

本 硏究에서는 醫療機關을 종합병원, 일반병원, 의원, 치과병·의원, 제보건소 및 조산소, 한방병·의원을 포함하는 제병원과 약국으로 구분하여 推計하여 보았는데 諸病院에서의 의료서비스에 대한 지출규모는 약 12조 991억원으로 全體 醫療機關別 醫療費의 93%를 차지하고 있으며 약국에서의 지출규모는 약 9051억원으로 추계되어 全體 醫療機關別 醫療費의 약 7%를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

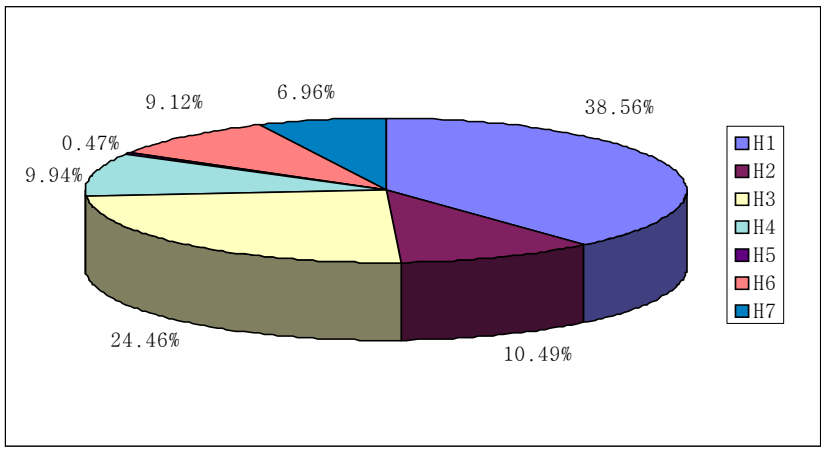
〔圖 III-1〕 1995年 全體 醫療機關 醫療費의 入院, 外來比率



全體 醫療機關別 醫療費 중 각각의 의료기관 醫療費(소계기준)가 차지하는 비중을 살펴보면, 우리나라 全體 醫療機關 醫療費 中 綜合病院 醫療費가 차지하는 비중은 약 38.56%(약 5조 140억원)정도이며 병원은 10.49%(약 1조 3600억원), 의원은 24.46%(약 3조 1800억원), 치과병의원은 9.94%(약 1조 2928억원), 한방병의원 9.12%(약 1조 1854억원), 약국 6.96%(약 9050억원), 제보건소 및 조산소 0.47%(약 617억원)를 차지하고 있다(圖 Ⅲ-2 참조). 諸病院의 醫療費 支出規模 측면에서 살펴볼 때 綜合病院과 醫院의 比重이 상대적으로 높은 반면, 病院

에서의 醫療費 지출비중이 낮은 것으로 나타나 의료기관의 兩極化 현상을 기관별 의료비지출 측면에서도 확인할 수 있다.

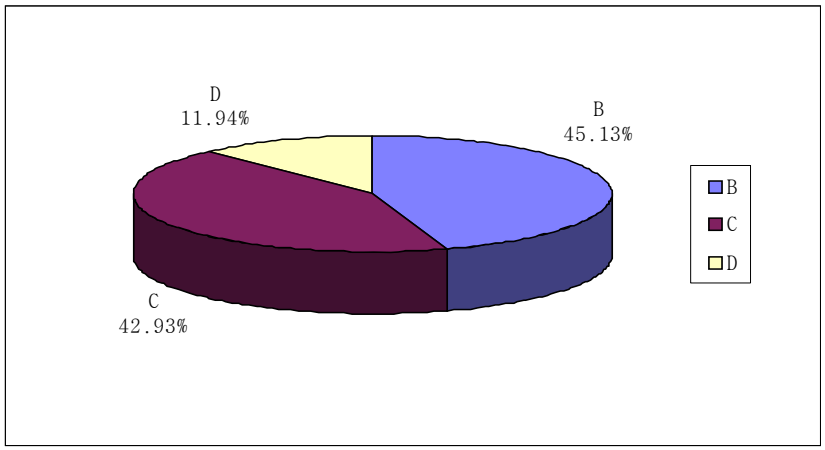
〔圖 III-2〕 1995年 全體 醫療機關 醫療費의 機關別 支出比率



註: H1: 종합병원; H2: 일반병원; H3: 의원; H4: 치과병의원; H5: 제보건소; H6: 한방병의원; H7: 약국

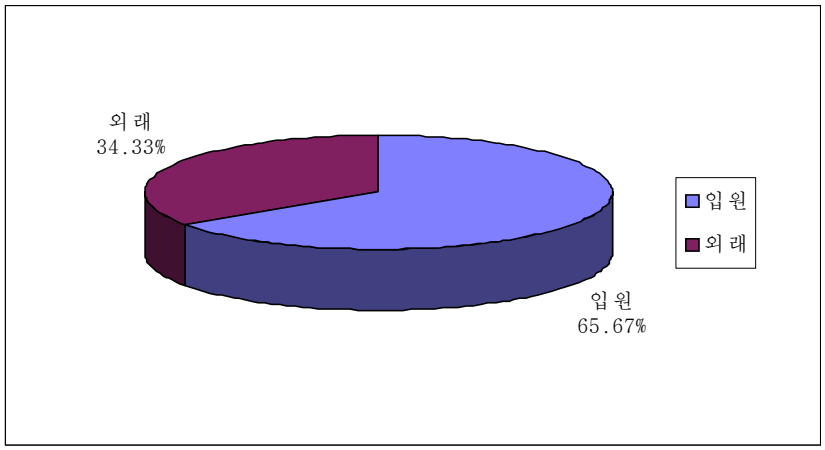
各 醫療機關別 醫療費의 구성내역을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 綜合病院은 全體 醫療機關 醫療費에서 차지하는 比重이 [圖 III-2]에서 보는 바와 같이 38.56%로 나타나고 있는데 그 중, 입원의료비(약 3조 3천억원)의 비중은 전체 의료기관 입원의료비(약 4조 6천억원)의 70% 이상으로 추정되고 있다. 따라서, 綜合病院은 전체의료기관 입원의료비의 絶對的 位置를 차지하고 있다고 할 수 있다. 또한 綜合病院醫療費의 財源別 支出構造를 민간부담과 보험자부담, 기타로 구분하여 보면, 종합병원의료비 소계기준으로 민간부담의 경우 45%(약 2조 2600억원), 보험자부담의 경우 43%(약 2조 1500억원), 기타는 12%(약 5900억원)정도인 것으로 나타났다.

〔圖 III-3〕 綜合病院 醫療費의 財源別 構成比



註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

〔圖 III-4〕 綜合病院 醫療費 中 入院, 外來比率

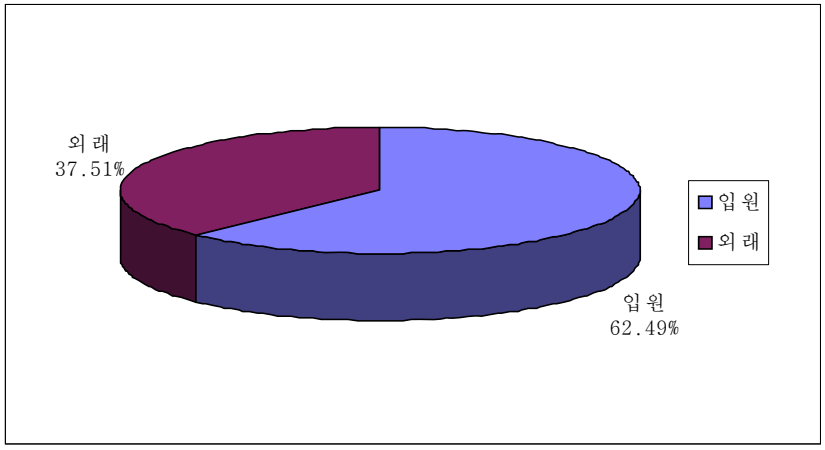


따라서 患者의 직접부담분을 제외한 제3자(third party payer)에 의한 지불비율이 55%를 차지하고 있으며 이중 입원의료비의 경우 제3자

지불비율이 64.5%를 차지하고 있다. 綜合病院醫療費를 입원 및 외래 의료비로 구분해보면 입원비율이 65.67%(3조 3천억원), 외래비율이 34.33%(1조 7천억원)으로 입원비율이 약 2배정도 높게 나타나고 있다.

病院은 全體 醫療機關別 醫療費에서 약 10.5%(약 1조 3600억원)정도를 차지하고 있는데, 病院 醫療費를 입원과 외래로 구분해보면 입원 대 외래의료비의 비율이 각각 62.5%(8500억), 37.5%(5100억원)이다. 병원의료비의 재원별 부담비율을 살펴보면 민간부담비율이 37.8%(약 5150억원)를, 보험자부담 33.8%(약 4600억원), 기타가 28.4%(약 3800억원)로 나타나고 있어 제3자 부담비율이 62.2%를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

〔圖 Ⅲ-5〕 病院醫療費 中 入院, 外來比率

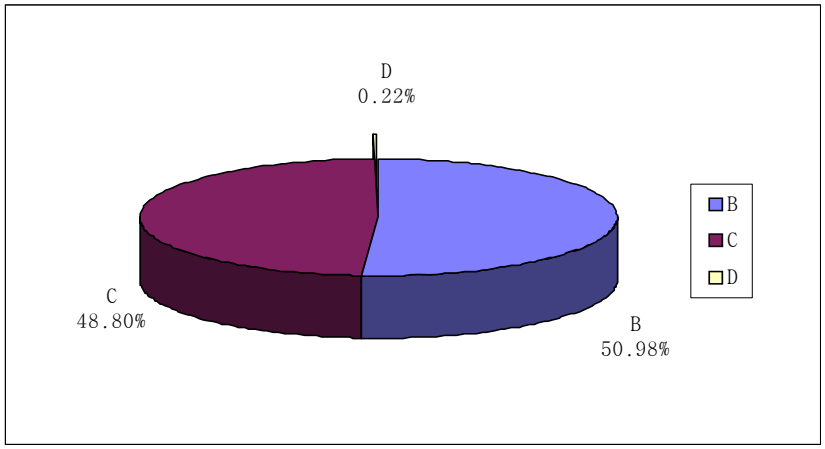


醫院은 全體 醫療機關別 醫療費 中 24.5%(약 3조 2천억원)를 차지하고 입원 및 외래의료비 비율이 각각 12.7%(4천억원), 87.3%(2조 8천억원)정도이다.

재원별 부담비율을 살펴보면 민간부담과 보험자부담은 의원의료비

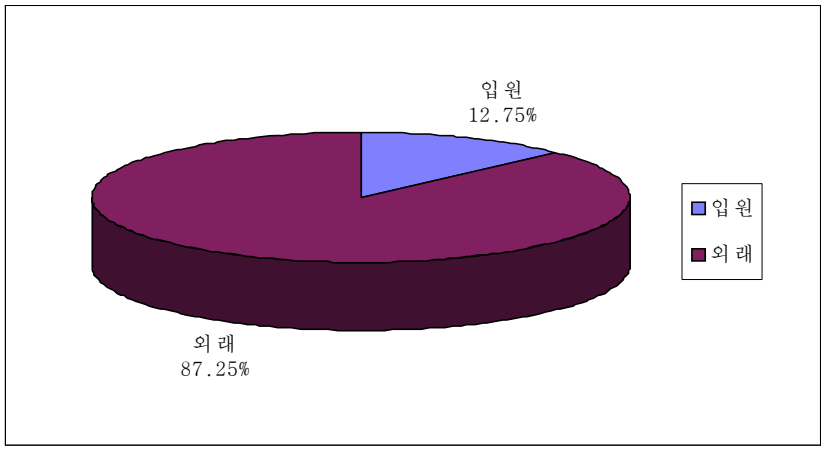
소계기준으로 볼 때, 각각 51%(1조 6천억원), 48.8%(1조 5500억원)로 나타나고 있다. 보험자 부담부문과 기타부문을 포함하는 제3자의 의원의료비 부담비율은 약49%를 차지하고 있다.

〔圖 III-6〕 醫院醫療費의 財源別 構成比



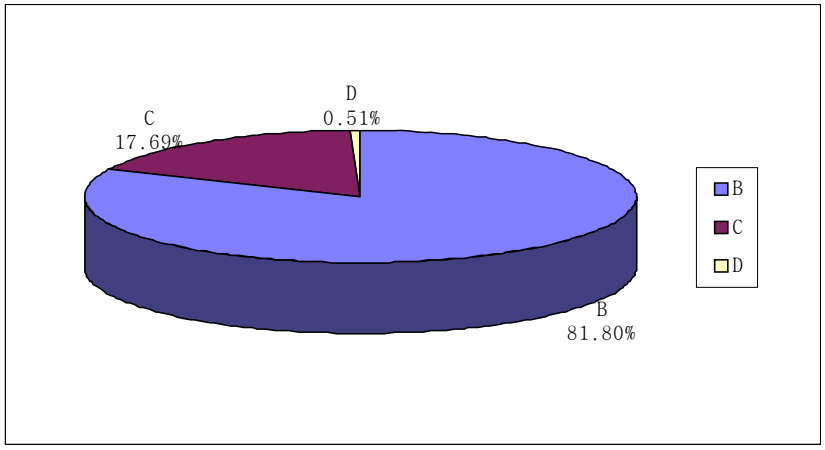
註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

〔圖 III-7〕 醫院醫療費 中 入院, 外來比率



齒科病·醫院의 경우는 1조 2928억원으로 推計되어 全體 醫療機關別 醫療費 中 약 9.9%를 차지하며, 입원, 외래비율이 각각 0.13%(16억원), 99.87%(1조 2911억원)를 차지하여 외래의료비 비중이 다른 의료기관에 비해 가장 높게 나타나고 있다. 齒科病·醫院의 재원별 부담비율은 의료이용자의 직접부담이 81.8%(약 1조원), 보험자부담이 17.7%(약 2300억원), 기타가 0.5%(약 65억원)로 나타나고 있다.

〔圖 Ⅲ-8〕 齒科病·醫院의 財源別 構成比

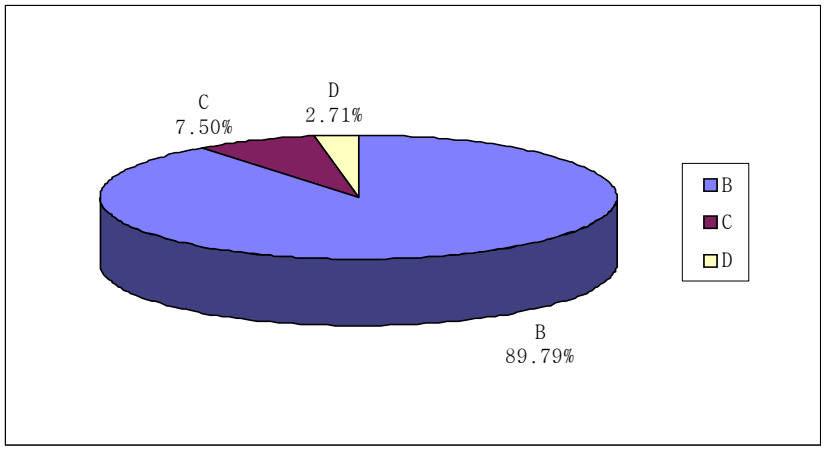


註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

醫療費의 제3자 부담비율이 18%에만 이르고 있어 치과진료비의 절대액을 이용환자 본인이 부담하고 있는 것으로 나타났다. 치과병·의원의 醫療費 推計에서 종합병원 및 병원내 치과에서의 醫療費는 각각 종합병원 및 병원의료비에 포함되어 있다. 따라서 本 硏究에서의 齒科病·醫院 推計에서는 독립적 전문치과병원과 치과의원에서의 의료비만이 포함되어 있을 뿐이다.

韓方病·醫院에서 지출한 의료비는 약 1조 1854억원으로 추계되어 全體 醫療機關別 醫療費 中 9.1%를 차지하고 있으며, 입원, 외래비율은 각각 2.6%(309억원), 97.4%(1조 1500억원)를 차지한다. 또한 외래의료비의 비중을 살펴보면, 치과병·의원에서와 같이 외래의료비의 비중이 높게 나타나고 있다. 한방병·의원 의료비의 재원별 부담비율을 살펴보면, 의료이용자 직접부담(민간부담)이 한방병·의원의료비 중 89.8%(약 1조 6백억원), 보험자부담이 7.5%(약 889억원), 기타 2.7%(약 322억원)을 차지하고 있다.

〔圖 III-9〕 韓方病·醫院의 財源別 構成比



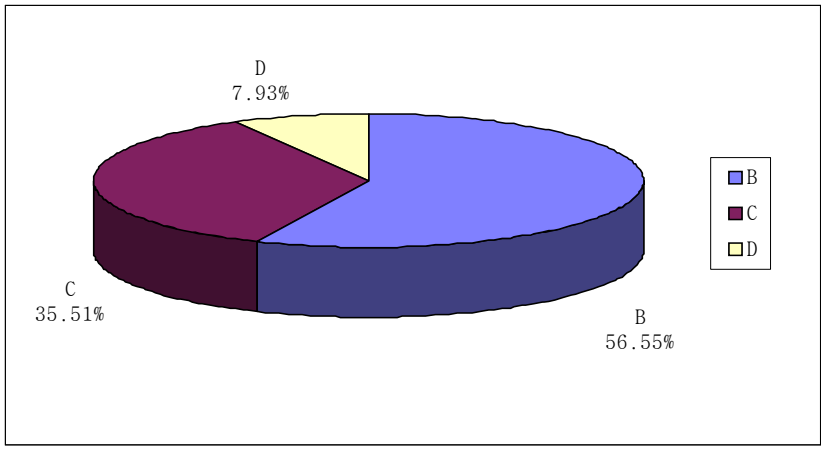
註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D : 기타

韓方病·醫院 醫療費를 韓方病院과 韓方醫院으로 분리하면 韓方醫院의 醫療費가 대부분을 차지하고 있다. 한방의원의 경우 한방의원 의료비 소계기준 민간부담과 보험자부담이 차지하는 비중을 비교해 볼 때, 민간부담이 약 90%를 차지하고 있어 어떠한 의료기관보다도 의료비 대비 민간부담 비중이 높다고 할 수 있다.

諸保健所 및 助産所는 總醫療費 대비 0.5%(약 617억원)로 全體 醫療機關 醫療費에서 차지하는 비중이 가장 낮게 나타나고 있다. 또한 외래비율이 98%로 입원의료비는 거의 없다고 할 것이다. 재원별 부담 정도를 살펴보면, 민간 직접부담이 51.9%(약 320억원), 보험자부담이 48.1%(약 297억원), 기타가 0.005%로 나타나 민간부담과 보험자부담비율이 거의 비슷하게 나타나고 있다.

藥局 醫療費는 약 9051억원으로 추계되어 全體 醫療機關別 醫療費 대비 7%로 나타났으며 이중 이용자 직접부담(민간부담)분이 88.5%(약 8천억원), 보험자부담이 11.5%(약 1041억원)으로 추산되고 있다. 약국 의료비의 경우 추계지료의 한계로 상당부분 低推計 되었을 가능성이 높다.

〔圖 III-10〕 全體 醫療機關 醫療費의 財源別 構成比



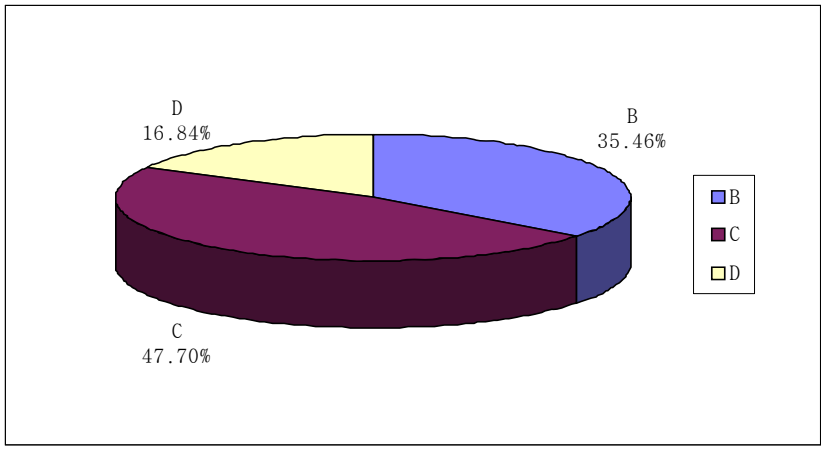
註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

이상에서 살펴본 각급 醫療機關別 醫療費 推計結果에 追加로 언급해야할 사항은 醫療機關別 醫療費의 재원별 지출구성비이다. 全體 醫

療機關 醫療費 支出額 中 의료기관 이용자가 직접부담하는 비중은 56%를 차지하고 그 중 의료기관 입원의 경우 이용자 직접부담비중은 35.5%, 외래의 경우 68%이다.

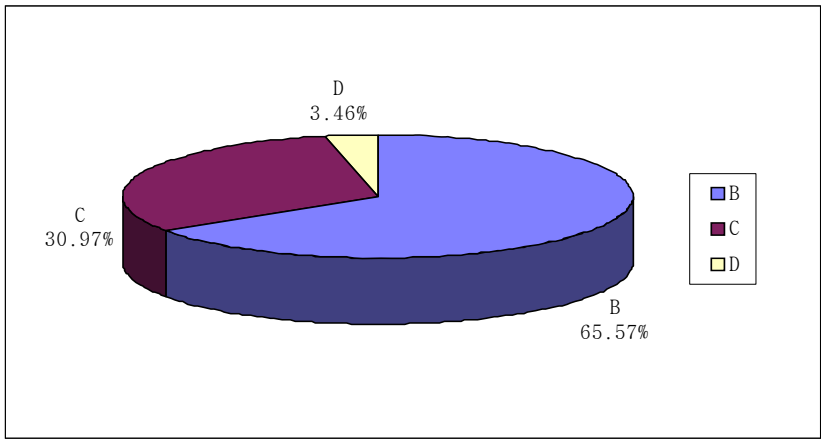
全國民 醫療保險을 실시 중인 우리나라의 보건의료체계를 고려할 때 비교적 높은 환자 직접부담비율은 아직 우리나라 의료보험의 불충분함을 나타내는 바 이는 보험급여확충을 통한 의료이용자의 직접부담비율을 낮춤으로서 보충될 것이다. 藥局을 포함한 全 醫療機關 중에서 이용자의 직접부담비율이 가장 높은 의료기관은 한방병·의원(89.8%)으로 나타났으며 그 다음으로는 약국(88.5%), 치과병·의원(81.8%) 순으로 나타났다. 이러한 추계결과는 상기 의료기관들에 대한 의료보험급여 확충이 매우 시급함을 엿볼 수 있다.

〔圖 III-11〕 諸病院 入院醫療費의 財源別 構成比



註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

〔圖 III-12〕 諸病院 外來醫療費의 財源別 構成比



註: B: 민간부담; C: 보험자부담; D: 기타

한편 우리나라 제병원의 입원의료비에 대한 이용자의 직접부담비율은 35.5%로 비교적 낮은 부담비율을 보이고 있으나 외래의 경우 65.6%를 부담하는 것으로 나타나 보험급여 확대 등을 통한 적절한 대책이 요구된다고 할 것이다. 종합병원, 병원, 의원의 이용자 직접(민간)부담비율을 살펴보면 각각 45%, 38%, 51%로 나타났으며, 그 중 병원의 경우 이용자 직접부담율이 과거 연구결과(신종각, 1997) 보다 비교적 낮게 나타났다.

다. 年度別 病院醫療費의 推計

本 節에서는 1992年 이후 1995年까지 4년동안의 연도별 우리나라 병원급 의료기관 의료비 추계 결과를 제시하고자 한다. 1995년의 경우 제병원에서 의원, 치과의원, 한방의원을 제외한 전체 병원급 의료기관의 의료비는 6조 4786억원으로 추계되어 전체 의료기관별 의료비의 약 50%를 차지하고 있어 이에 대한 구체적 추계 및 추세파악은

매우 중요하다.

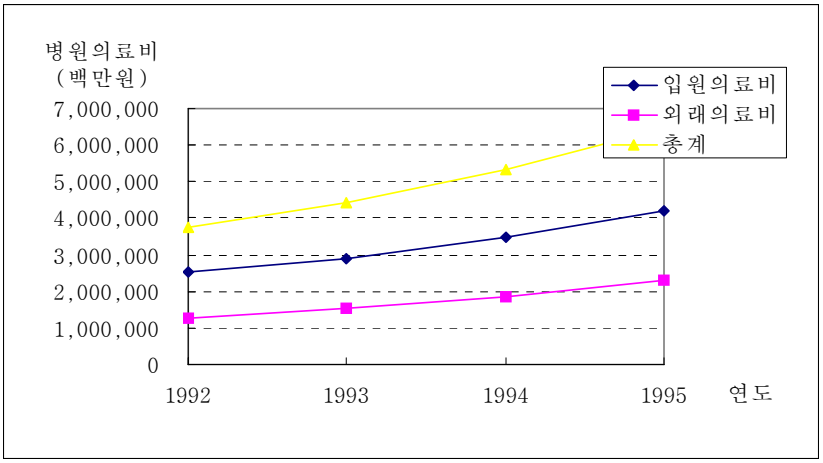
推計를 위하여 병원급 의료기관을 다음과 같이 분류하였다. 종합병원의 경우 3차의료기관지정병원을 별도로 분리한 다음 종합병원의 병상수별로 분리하였는데 300병상 이상, 160~299병상, 160병상 미만으로 3등분 하였다. 3차의료기관지정병원과 종합병원을 재외한 병원의 경우에는 특수병원을 별도로 분리하여 병원, 정신병원, 전염성병원으로 분리하였다. 한방병원과 치과병원의 경우에도 별도로 추계를 하였다. 따라서 본절에서 추계한 병원급 의료기관들을 열거하면, 3차의료기관지정병원(3차병원), 종합병원, 병원, 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원 등이다.

추계를 위한 기초자료로서 대한병원협회의 『전국병원명부』, 한국보건의료관리연구원의 『병원경영분석』, 보건복지부의 『보건복지통계연보』를 이용하였다. 추계방법으로는 『병원경영분석』의 병원유형별 병상기준 재무제표와 전국병원의 연도별 병상수를 이용하여 본 연구에서 규정된 각 병원유형별 입원 및 외래의료비를 추계한 다음, 분류병원별 전체의료비를 추계하였다.

〈表 Ⅲ-4〉는 우리나라 병원급 의료기관의 진료행위에 대한 의료소비자의 연도별 의료비지출액 추계결과를 나타내고 있다. 전절과는 달리 본절에서는 기관별 지출 의료비만을 추계하고 기초자료상의 한계로 의료이용자의 직접부담(본인부담, Out-of-pocket Money)과 제3자부담 등의 재원별 분류는 되지 않고 있다. 구체적 추계결과는 다음과 같다.

우리나라 전체 병원의료비는 1992년에는 3조 7670억원으로 추계되었고 1995년에는 6조 4786억원으로 추계되어 3년간 전년대비 연평균 20%의 증가율을 보이고 있고 그 중 외래의료비는 연평균 23%의 증가율을 보이고 있다. [圖 Ⅲ-13]은 병원급의료기관의 연도별 입원 및 외래의료비의 추이를 나타내고 있다.

〔圖 III-13〕 年度別 病院醫療費의 推移



類型別 病院醫療費 中 3차병원의 의료비는 1992년에 1조 2192억원, 1993년에 1조 5782억원, 1994년에 1조 7813억원, 1995년에 2조 954억원으로 추계되었다. 연평균 증가율을 살펴보면, 1993년도에는 전년대비 29% 증가하여 가장 높은 증가율을 보였고 1994년도에는 13%, 1995년도에는 18%증가한 것으로 나타났다.

綜合病院의 醫療費는 1992년에 1조 7649억원으로 추계되었는데 1993년에는(1조 8664억) 전년대비 6% 증가하였고, 1994년에는(2조 3459억) 26% 증가, 1995년에는(2조 9187억) 24% 증가하여 근년에 들어 급격한 증가추세를 나타내 보이고 있다. 종합병원 중 300병상 이상의 병원의료비는 1992년에 1조 2270억원으로 추계되었으며 1995년에는 2조 599억원으로 추계되어 연평균 19%의 증가율을 보였다. 종합병원 중 병상수가 160병상 이상 299병상 이하의 병원의 연도별 추계액은 각각 3299억원(1992), 3417억원(1993), 4144억원(1994), 6172억원(1995)이였다. 160병상 미만의 종합병원의료비는 1992년에 2080억원으

로 추계되었는데 1993년에는 1898억원으로 추계되어 전년대비 9% 감소한 것으로 나타났으며, 1994년(2073억원)에는 1992년 의료비 수준과 거의 비슷하였고 1995년에는 전년대비 17% 증가하여 2416억원으로 추계되었다.

〈表 III-4〉 年度別·醫療機關別 病院醫療費

(단위 : 백만원, %)

		1992년	1993년		1994년		1995년		연평균 증가율
				전년 대비 증가율		전년 대비 증가율		전년 대비 증가율	
전체	총계	3,767,031	4,422,958	17	5,341,434	21	6,478,599	21	20
	입원	2,507,553	2,877,765	15	3,468,657	21	4,177,498	20	19
	외래	1,259,478	1,545,192	23	1,872,777	21	2,301,101	23	22
3차의료 기관 지정병원	소계	1,219,228	1,578,224	29	1,781,318	13	2,095,405	18	20
	입원	845,504	1,070,146	27	1,210,950	13	1,415,301	17	19
	외래	373,724	508,078	36	570,368	12	680,104	19	22
종합 병원	소계	1,764,884	1,866,439	6	2,345,892	26	2,918,717	24	19
	입원	1,193,009	1,236,545	4	1,541,578	25	1,877,487	22	17
	외래	571,874	629,895	10	804,341	28	1,041,230	29	22
일반 병원	소계	525,620	653,164	24	856,219	31	1,121,677	31	29
	입원	287,029	343,662	20	484,285	41	660,160	24	28
	외래	238,591	309,501	30	371,934	20	461,518	36	29
정신 병원	소계	90,462	129,348	43	138,973	7	152,202	10	20
	입원	69,572	96,475	39	109,524	14	120,976	10	21
	외래	20,889	32,873	57	29,449	-10	31,226	6	18
전염성 병원	소계	105,493	122,234	16	115,751	-5	89,865	-22	-4
	입원	94,825	110,227	16	91,099	-17	71,072	-22	-8
	외래	10,668	12,006	13	24,651	105	18,793	-24	31
한방 병원	소계	42,930	51,644	20	69,670	35	80,436	15	24
	입원	14,814	17,763	20	25,402	43	30,867	22	28
	외래	28,116	33,880	21	44,269	31	49,570	12	21
치과 병원	소계	18,413	21,906	19	33,610	53	20,297	-40	11
	입원	2,799	2,947	5	5,818	97	1,635	-72	10
	외래	15,614	18,959	21	27,791	47	18,662	-33	12

資料: 한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석』, 1994～1996.
대한병원협회, 『전국병원명부』, 1993～1996.
보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1993～1996.

160병상 미만의 종합병원의료비 추세를 살펴본 바 그 증가추세가 답보상태에 있는데 이는 현실적으로 의료비 지출측면에서 중소병원의 경영이 악화상태에 있음을 나타내 주어 시사하는 바가 크다고 할 것이다.

본 절의 병원급 의료기관 분류단위의 하나인 일반병원에서의 의료비는 1992년도에 5256억원, 1993년도에는 6532억원으로 추계되어 전년대비 24%증가하였고, 1994년도에 8562억원, 1995년도에는 1조 1217억원으로 추계되어 전년대비 각각 31%(1994), 31%(1995)의 증가 추세를 나타내어 각급 의료기관에서의 의료비 중 가장 큰 증가율을 보이고 있다.

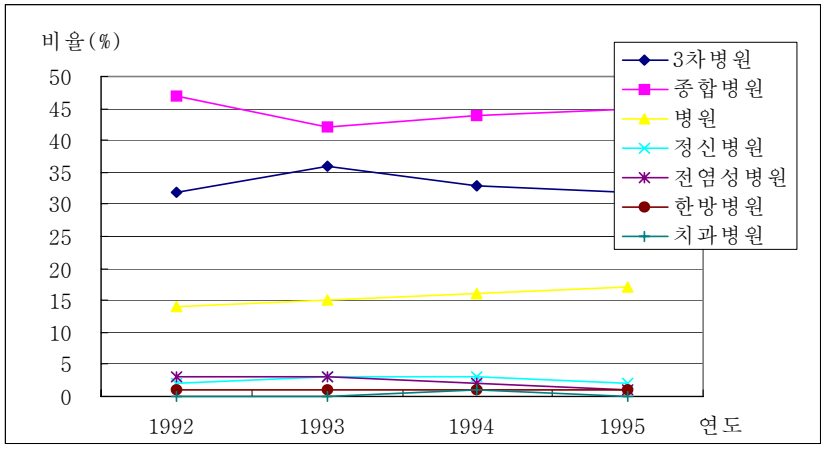
한편 정신병원과 전염성병원의 의료비는 1992년도에 각각 905억원과 1055억원으로 추계되었으며, 1993년도에는 각각 1293억원과 1222억원, 1994년도에는 각각 1390억원과 1158억원, 1995년도에는 각각 1522억원과 899억원으로 추계되어 정신병원 의료비는 안정적인 추세를 보이고 있으나 전염성병원의 의료비는 감소 추세에 있다.

1992년에서 1995년까지의 연도별 한방병원 의료비는 각각 429억원(1992), 516억원(1993), 697억원(1994), 804억원(1995)으로 추계되어 전년대비 연평균 24%의 증가율을 보이고 있다. 한방병원의 의료비 증가는 입원의료비의 증가에 의하여 주도되고 있는데 한방병원 입원의료비는 1993년에 전년대비 20%, 1994년에 43%, 1995년에 22% 증가하였다. 치과병원의 의료비는 1992년에 1841억원, 1993년에 2191억원(전년대비 19%증가), 1994년에는 3361억원(전년대비 53%증가)으로 추계되었으나 1995년도에는 2030억원으로 추계되어 전년대비 40%감소한 것으로 추계되었다. 치과병원의료비의 이러한 급격한 감소는 치과병원 병상수의 감소와 입원의료비와 급격한 감소에 기인한다고 할 것이다.

전체 병원급의료기관의 의료비 중 상대적으로 비중이 높은 3차병

원, 종합병원, 일반병원의 의료비가 전체 병원의료비에서 차지하는 비중을 살펴보면 1992년에는 각각 32.4%, 46.9%, 14.0%였으며 1993년에는 3차병원의 비중이 조금 상승하고 종합병원의 비중이 하락하였는데 그 비율은 각각 35.7%, 42.2%, 14.8%였다. 1994년과 1995년의 3차의료기관지정병원, 종합병원, 일반병원 의료비가 전체 병원의료비에서 차지하는 비중은 1994년에는 각각 33.3%, 43.9%, 16%였으며 1995년에는 각각 32.3%, 45%, 17.3%로 나타났다. 이상에서와 같이 주요 병원급 의료기관 의료비가 전체병원의료비에서 차지하는 비중을 살펴보면 몇 가지 주목할 사실을 발견할 수 있는데, 첫째로는 3차병원과 종합병원을 제외한 병원의료비가 전체병원의료비에서 차지하는 비중의 지속적 상승을 들 수 있다. 즉, 병원의료비의 전년대비 증가율은 연평균 29%로 나타났는데 이는 의료전달 체계상 1차진료기관인 병원의 부담비율이 연차적으로 증가하여 바람직한 의료전달 체계의 확립이라는 긍정적인 측면과 급격한 병원의료비의 상승으로 인한 과중한 의료비부담의 문제를 동시에 내포하고 있다. 다음으로는 3차병원과 종합병원 의료비의 합과 병원과 전절에서 추계된 의원의료비의 합을 비교함으로서 대형의료기관에로의 집중이라는 의료전달체계 왜곡의 정도를 살펴볼 수 있다. 1995년의 경우 3차병원과 종합병원의료비의 합은 5조 141억원이며 일반병원과 의원의료비의 합은 4조 3030억원으로 비율로는 1.17 : 1로 나타났다. 따라서 의료비지출 측면만을 고려할 경우 종합병원급 이상의 대형의료기관으로의 의료비지출 집중현상을 확인할 수 있다.

〔圖 III-14〕 年度別 病院醫療費 中 醫療機關別 醫療費가 차지하는 比率의 推移



Ⅳ. 結論 및 政策建議

우리나라 保健醫療體制의 財政的 側面을 理解하는 것은 國民保健向上을 위한 政策施行의 基礎가 된다. 특히 國民醫療費의 體系的 推計는 국민의 의료비 지출에 대한 재정적 부담 정도뿐만 아니라 醫療費 支出의 국민보건향상에 대한 효과를 측정하는 중요한 수단이 된다. 본 연구는 1995년 이래로 한국보건사회연구원의 주요 연구과제인 연도별 우리나라 국민의료비 推計의 일환으로 1995년도의 국민의료비 추계결과와 국민의료비의 주요 구성요소인 의료기관별 醫療費의 추계결과를 제시하고 있다. 추계결과를 살펴보면 다음과 같다.

國民醫療費의 전체규모를 살펴보면, 우선 經常 國民醫療費의 경우 1995년 현재 16조 4827억원 규모로 전년 대비 17.2% 증가한 것으로 나타났으며, 1990년 基準價格 GDP 디플레이터로 조정된 實質 國民醫療費의 경우에는 1995년 현재 12조 833억원에 이르러 전년대비 11.1% 증가한 것으로 推計되었다. 國內總生産(GDP) 대비 國民醫療費 비율도 1972년 2.65%이었던 것이 1990년에는 4.63%로 상승하였으며 1995년 현재 4.69%로 4.6%대의 안정적인 추세를 나타내고 있다. 1人當 經常 國民醫療費의 경우에는 1972년에 3328원이었던 것이 1990년에는 194,092원으로 대폭 증가하였고 1995년 현재에는 365,526원에 이르고 있다.

1995년도 경상 국민의료비를 각 財源別로 살펴보면, 公共部門의 경우 中央政府, 地方自治團體, 醫療保險에서 각각 1조 8494억원, 1조 2310억원, 4조 5461억원으로 全體 醫療費 支出 중 46.27%를 차지하고 있으며, 民間部門의 경우 家計에서 8조 70억원, 民間非營利團體에서 8492억원을 지출하여 전체 국민의료비의 53.73%를 차지한 것으로 推

計되었다.

國民醫療費의 각 部門別 支出比重의 推移를 고찰해보면, 國民醫療費에 대한 公共部門의 比重은 醫療保險制度를 도입하기 이전의 13.20% 수준에서 의료보험의 지출 상승으로 말미암아 1977년부터 20%를 넘기 시작하여 1995년 현재 46.27%를 보이고 있다. 또한 國民醫療費에 대한 民間部門 比重의 경우에는 의료보험 도입 이전시기에는 85%를 상회하던 것이 의료보험의 도입 이후 그 비중이 감소하기 시작하여 1980년에 71.25%, 1990년에 57.31%를 보이며 1995년 현재 53.73% 수준을 보이고 있다.

본 연구에서는 국민의료비 증가에 가장 커다란 영향을 미치는 主要要因으로서 醫療利用量과 서비스 强度의 增加로 분석되었는데 이러한 결과는 醫療保險의 導入과 所得의 增大로 인한 의료서비스 수요의 증대가 국민의료비의 상승을 主導하고 있음을 나타내 준다.

우리나라에서는 지금까지 韓國保健社會硏究院을 비롯한 몇몇 硏究機關들과 個人 硏究者들에 의하여 國民醫療費를 推計하여 왔으나 자료사정상 혹은 醫療費 推計를 위한 계정구조상의 제약으로 인해 보건의료 서비스 제공의 기본 구성단위인 醫療機關에서의 지출醫療費를 推計하지 못해온 실정이다. 본 연구에서는 醫療機關別 醫療費, 醫療機關別 入院 및 外來 醫療費를 推計하여 각 醫療機關別 醫療費의 지출 실태를 파악하고 向後 保健醫療政策 立案을 위한 基礎資料를 제공하고자 하였다. 醫療機關別 醫療費 計定의 機關別(Establishment) 構成要素로서 크게 종합병원, 일반병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원, 약국으로 대별하고, 財源別 構成要素로서 의료이용자의 직접부담분을 나타내는 민간부문, 의료보험·의료보호 및 산재보험을 포함한 보험부문, 기타부문 등으로 대별하였다.

1995년도 우리나라의 國民醫療費 중 의료이용자가 의료기관에서 지

출한 총의료비는 총 13조 39억원으로 推計된 바, 이는 1995년도의 國民醫療費 총액인 16조 4827억원의 78.9%에 해당한다. 이를 국민 1인당 부담액으로 환산하면 약 28만 9천원으로 이는 국민들이 실제 의료기관을 통하여 지출한 醫療費를 나타낸다. 전체 의료기관별 의료비 중 입원으로 인한 醫療費는 4조 5840억이며 외래의료비용은 7조 5149억원으로 기관별 총 醫療費에 대한 비율은 각각 37.89%와 62.11%를 차지하고 있다.

우리나라 전체의료기관 醫療費 중 종합병원 醫療費가 차지하는 비중은 약 38.6%(약 5조 100억원)정도이며 병원은 10.5%(약 1조 4000억원), 의원은 24.5%(약 3조 2000억원), 치과병의원은 9.9%(약 1조 3000억원), 한방병의원 9.1%(약 1조 4000억원), 약국 7.0%(약 9000억원), 제 보건소 및 조산소 0.5%(약 615억원)를 차지하고 있다.

醫療機關別 醫療費의 재원별 지출 구성비를 살펴보면, 전체 의료기관 醫療費 支出額 중 의료기관 이용자가 직접부담하는 비중은 56%를 차지하고 그중 의료기관 입원의 경우 이용자 직접부담비중은 35.5%, 외래의 경우 68%로 나타났다. 전국민 의료보험을 실시 중인 우리나라의 보건의료체계를 고려할 때 비교적 높은 환자직접부담비율은 아직 우리나라 의료보험의 불충분함을 나타내는데 이는 보험급여확충을 통한 의료이용자의 직접부담비율을 낮춤으로서 보충될 것이다. 약국을 포함한 전 의료기관 중에서 이용자의 직접부담비율이 가장 높은 의료기관으로 한방병·의원(89.8%), 약국(88.5%), 치과병·의원(81.8%) 순으로 나타난 바, 이러한 추계결과는 상기 의료기관들에 대한 의료보험 급여 확충이 매우 시급하다는 것을 나타낸다고 할 수 있다.

우리나라 전체 병원의료비(의원의료비 제외)는 1992년에는 3조 7640억원으로 推計되었고 1995년에는 6조 4786억원으로 推計되어 3년간 전년대비 연평균 20%의 증가율을 보이고 있고 그 중 외래의료비는

연평균 23%의 증가율을 보이고 있다. 3차병원의 醫療費는 1992년에 1조 2192조원, 1993년에 1조 5782억원, 1994년에 1조 7813억원, 1995년에 2조 954억원으로 推計되어 1993년도에는 전년대비 29% 증가하여 가장 높은 증가율을 보였고 1994년도에는 13% 증가하였으며 1995년도에는 18% 증가한 것으로 나타났다. 종합병원의 醫療費는 1992년에 1조 7649억원으로 推計되었는데 1993년에는(1조 8664억) 전년대비 6% 증가하였고, 1994년에는(2조 3459억) 26%증가, 1995년에는(2조 9187억) 24% 증가하여 근년에 들어 급격한 증가추세를 보이고 있다. 병원(3차병원 및 종합병원제외)에서의 醫療費는 1992년도에 5256억원, 1993년도에는 6531억원으로 推計되어 전년대비 24%증가하였고, 1994년도에 8562억원, 1995년도에는 1조 1217억원으로 推計되어 전년대비 각각 24%(1993), 31%(1994), 31%(1995)의 증가 추세를 나타내어 각급 의료기관에서의 醫療費 중 가장 큰 증가율을 보이고 있다.

연도별 한방병원 의료비는 각각 429억원(1992), 516억원(1993), 697억원(1994), 804억원(1995)으로 推計되어 전년대비 연평균 24%의 증가율을 보이고 있는 바, 한방병원의 의료비 증가는 입원의료비 증가에 의해 주도되고 있는데 한방병원 입원의료비는 1993년에 전년대비 20%, 1994년에 43%, 1995년에 22% 증가하였다. 치과병원의 의료비는 1992년에 1841억원, 1993년에 2191억원(전년대비 19%증가), 1994년에는 3361억원(53%증가)으로 推計되었으나 1995년도에는 2030억원으로 推計되어 전년대비 40% 감소한 것으로 推計되었는데, 치과병원의료비의 이러한 급격한 감소는 치과병원 병상수의 감소와 입원의료비와 급격한 감소에 기인한다고 볼 수 있다.

병원의료비가 전체병원의료비에서 차지하는 비중이 지속적으로 상승한 바, 병원의료비의 전년대비 증가율은 연평균 29%로 나타났는데 이는 의료전달체계상 1차진료기관인 병원의 부담비율이 연차적으로

증가하여 바람직한 의료전달체계의 확립이라는 긍정적인 측면과 급격한 병원의료비의 상승으로 인한 과중한 醫療費 부담의 문제를 동시에 내포하고 있다고 할 수 있다. 1995년의 경우 3차병원과 종합병원의료비의 합은 5조 141억원이며 병원과 의원의료비의 합은 4조 3030억원으로 비율로는 1.17 : 1로 나타났는데, 의료비지출 측면만을 고려할 경우 종합병원급 이상의 대형의료기관으로의 집중현상을 확인할 수 있다.

本 硏究에서 推計된 1995年度 우리나라 國民醫療費 지출수준인 국내총생산(GDP) 대비 4.69%는 미국(14.2%), 영국(6.95%), 일본(7.2%), 독일(10.4%), 프랑스(9.9%) 등에 비하여 상대적으로 낮은 수준을 보이고 있다. 아직 우리나라의 醫療費 支出水準의 적정여부에 대한 분석이 이루어 지지는 않았지만 선진국에서와 같이 국민경제에 과도한 부담을 주는 수준은 아닌 것은 분명한 실정이다. 오히려 현 수준의 國民醫療費에서 얼마간의 증가가 있더라도 現行 醫療保險體系의 주요 문제점인『저부담·저급여』체계에서 벗어나 급여확대를 위한『적정부담·적정급여』체제로 이행하여야 할 단계로 판단된다. 적정수준의 國民醫療費 부담은 국민들의 의료에 대한 접근성의 제고와 불필요한 의료이용량과 서비스강도를 줄여 의료의 낭비를 방지하게 되다.

國民醫療費의 體系的 推計는 신뢰성있는 기초자료원의 발굴과 이의 적절한 이용이 전제된다. 기초자료에 대한 우리나라의 생산 수준은 경제협력개발기구(OECD)국가를 비롯한 다른 선진국들에 비하여 극히 미약한 수준이다. 기초통계자료의 확보를 위한 硏究團體, 學界, 정책당국의 노력이 절실하므로 향후 우선적으로 고려해야할 몇가지 정책적 제안을 제시하고자 한다. 첫째, 國民醫療費 推計와 의료이용실태조사를 위한 가계 및 의료공급자에 대한 실태조사가 필요하다. 현행의『국민건강 및 보건의식행태조사』는 국민가계의 의료비지출조사가 조

사의 주목적이 아닌 관계로 외래이용의 경우 2주동안의 의료이용 양태를 조사하며, 입원의료이용의 경우 1년간의 내역을 조사하나 조사방법상 1회성 사후적 면접조사방식에 의존하여 피조사자의 기억에만 의존하고 짧은 조사기간 및 이용실태에 대한 공급자 검증이 되지 않아 의료비추계의 기초자료서 한계점을 나타내고 있다. 따라서 家系의 醫療費 推計와 의료이용실태조사를 위한 조사는 충분한 기간(1년) 동안에 가계부식 기장식으로 하며 또한 각각의 의료이용건수에 대한 공급자의 확인을 거치는 과정을 포함하여 조사의 信賴性과 正確性을 提高하여야 할 것이다. 둘째, 기존의 『도시가계조사』, 『농가경제조사』, 『어가경제조사』 등의 가계조사상의 보건의료비 항목을 보다 세분화하여 醫療費推計에 적합하도록 관계 정부부처와 업무협조를 할 필요성이 제기된다. 예를들면, 도시가계연보상의 보건의료비 항목은 의약품, 보건의료용품기구, 보건의료서비스 등의 항목을 포함하고 있으나 분류기준이 애매모호하고 크므로 보다 세분화 되어야 하며 총청구비용과 본인직접부담부문 등의 재원별 부담정도 또한 구분되어야 할 것이다. 셋째, 우리나라에서는 아직 각급 의료공급자(의료기관) 단체 및 약사회, 의료기기 및 의료용품 공급자 단체, 의약품생산 및 공급자 단체 등의 공식적 세부발표자료가 미진하거나 공표가 되지못하고 있는 실정이므로 이에 대한 각급 보건의료단체의 기초통계자료 생산을 위한 노력과 인식의 변화가 요청된다. 넷째, 보건의료부문 정부공식통계자료의 개선 및 확충이 필요하다. 중앙정부중 보건복지부의 세입세출 결산내역은 비교적 잘 발표되고 있으나 내무부, 노동부, 국방부, 교육부 국가보훈처 등의 보건의료관련 지출의 구체적 내역은 파악하기 힘든 실정이며, 지방자치단체의 보건의료관련 지출 항목의 구체적 파악도 힘든 실정에 있다. 한편 보건복지부에서는 우리나라의 경제협력개발기구(OECD)가입을 계기로 보건의료통계의 중요성을 인식하고

『OECD 요구 보건통계 생산을 위한 실무작업반』을 편성하고 國民醫療費 관련 통계를 포함하여 우리나라 보건의료통계 전반에 걸친 검토와 생산계획을 수립하고 있어 그 귀추가 주목되고 있다.

國民醫療費 推計에 있어 기초자료원의 확보와 더불어 고려해야할 사항으로는 推計를 위한 계정의 설정과 추계방법의 선정이다. 한국보건사회연구원에서는 기초연구(백화종·홍정기, 1994)를 통하여 國民醫療費 계정을 설정하였으며 본 연구에서도 國民醫療費 계정의 기본구조에 맞추어 推計를 하였다. 하지만 실제추계에서는 國民醫療費 계정에서 설정된 모든항목을 모두 채울수는 없는 실정이다. 이는 현 시점에서 이용가능한 기초자료의 한계점이 주요 원인이나 계정구조의 일부 수정도 필요하다고 본다. 國民醫療費 추계방법으로는 국민계정을 이용한 하향방식(top-down)의 추계방식이 國民醫療費의 국가간 비교에 용이할 뿐만 아니라 중복추계가 배제될 수 있는 가능성이 높아 적절한 방법이라고 보며 이러한 관점에서 본 연구도 국민계정을 기본자료로 이용하는 하향방식으로 推計하고 있다. 국민계정을 이용한 國民醫療費 推計의 신뢰성을 제고하기 위해서는 계정상의 보건의료비 항목 산출과정에 대한 정확한 전문가적 이해를 전제로 하므로 한국은행의 국민계정 담당부서와 추계담당자와의 협조를 해 나가야 한다고 본다. 한편 경제협력개발기구(OECD)사무국에서는 최근에 國民醫療費의 체계적 추계와 국제적 비교가능성을 가능케하기 위하여 새로이 보건계정체계(System of Health Account)를 제안하고 있는데, 國民醫療費에 대한 분류를 기능과 행위별(Functions and Activities), 보건의료공급 기관별(Institutions of Health Care Providers), 재원별(Sources of Health Funding)로 분류하여 국민계정체계(System of National Accounts 93)와 추계방법상 일치하도록 제안하고 있으며 궁극적으로는 국민계정의 보건위성계정(Health Satellite Account)으로 발전되도록 제안하고 있다.

우리나라도 경제협력개발기구(OECD) 회원국이 된지 2년째를 맞는 현시점에서 국가적 차원의 보건계정을 설정하고 이에 맞추어 國民醫療費 推計 방법의 새로운 동향에 적극적으로 대응할 필요성이 제기된다고 본다.

參 考 文 獻

과학기술처,『과학기술년감』, 각년도.

_____,『과학기술활동조사보고서』, 각년도.

권순원,『국민의료비동향』, 의료자원과 관리체계에 관한 웍크샵 토의 자료, 한국인구보건연구원, 1987a.

_____,『국민의료비 연구: 추계와 분석』, 한림대학교 사회과학연구소.

_____,『국민의료비: 의료자원과 관리체계에 관한 기초연구』, 한국인구보건연구원, 1987b.

_____,『국민의료비의 추계와 의료비 안정화 대책』, 한국개발연구원, 1988.

_____,『국민의료비 증가추이와 안정화 방안』, 한국개발연구원, 1993.

내무부,『지방재정년감』, 각년도.

노동부,『매월노동통계조사』, 1~11월, 1995.

_____,『산재보험사업연보』, 각년도.

농림수산부,『농가경제통계』, 각년도.

_____,『어가경제통계』, 각년도.

대한민국정부,『세입세출결산보고서』, 각년도.

대한병원협회,『전국병원명부』, 1992~1996년도.

대한통계협회,『한국표준산업분류』, 1991.

명재일, 「韓國의 國民醫療費 推計結果: 1985～1992」, 『保健經濟硏究』 第1卷, 1995.

명재일·박광훈·사공진, 『국민의료비 추계에 관한 기초연구』, 보건사회부 제출자료, 한국의료관리연구원, 1992.

명재일·이규식·홍상진·김세라, 『국민의료비와 의료비 억제정책』, 1994년 기초사업 연구보고서, 한국의료관리연구원, 1995.

명재일·홍상진, 『국민의료비의 동향과 구조: 1985～1991』, 1993년 기초사업 연구보고서, 한국의료관리연구원, 1994.

박종기, 『한국의 보건재정과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.

박종기·노인철, 『국민보건의료비추계: 1970～1974』, 한국개발연구원, 1976.

백화종·홍정기, 『국민의료비 계정의 구조와 개선방향』, 한국보건사회연구원, 1994.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.

_____, 『의료보호통계연보』』, 각년도.

보험감독원, 『보험통계연감』, 각년도.

_____, 『보험통계연보』, 각년도.

보험개발원, 자동차보험대인치료비 내부자료.

양봉민·이태진, 『국민의료비 억제방안에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1989.

의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 의료보장개혁의원회, 1994.

의료보험연합회,『의료보험통계연보』, 각년도.

재무부(현 재정경제원),『결산개요』, 각년도.

_____,『한국의 재정통계』, 각년도.

재정경제원,『韓國의 財政統計』, 各年度.

정영호,「1994年의 우리나라 國民醫療費와 部門別 構成比 變化」,『보건복지포럼』11月號, 韓國保健社會硏究院, 1996.

주학중·박명호 편저,『무질서의 경제적 비용에 관한 연구』, 한국개발연구원 국민경제교육연구원, 1995.

통계청,『1991 가구소비실태조사보고서』, 제1권 가계수지편, 1993.

_____,『도시가계연보』, 각년도.

_____,『한국통계연감』, 각년도.

_____,『한국통계연보』, 1995.

한국보건사회연구원,『국민건강조사 및 보건의식행태조사』, 1995.

한국보건의료관리연구원,『병원경영분석』, 각년도.

한국은행,『1990년 산업연관표』, 1993.

_____,『경제통계연보』, 각년도.

_____,『국민계정』, 1994, 1995.

_____,『한국통계연보』, 1995.

홍정기,『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推計』, 韓國保健社會硏究院, 1996.

Australian Institute of Health, *Australian Health Expenditure: 1971～72 to 1984～85*. 1988.

Abel-Smith, B., *An International Study of Health Expenditure*, Public Health Papers, No.32, Geneva, WHO, 1967.

Culyer, A. J., "Cost Containment in Europe", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.21～32.

Gerdthan, U., F. Andersson, J. Soggaard, and B. Jonsson, "Econometric Analysis of Health Expenditures", Report 1988: 9, Linkoping, Sweden, *Center for Medical Technology Assessment*, Linkoping University, 1988.

Gibson R. M., et al., "National Health Expenditures 1982", *Health Care Financing Review*, Vol.5, No.1, 1983, pp.1～31.

Griffiths, A. and M. Mills, "Health Sector Financing and Expenditure Survey", *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.

Health Canada, "National Health Expenditures in Canada: 1975～1993", *Policy and Consultation Branch*, June, 1994.

International Labor Office, *The Cost of Medical Care,* Geneva, International Labor Office, 1959.

Johnston, J., *Econometric Methods*, 3rd ed., McGraw Hill, 1984.

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.

Leu, Robert E., "The Public-Private Mix and International Health Care Costs", In Culyer, A. J., and B. Jonsson edited, *Public and Private Health Services: Complementarities and Conflicts*, Oxford, England, Basil, Blackwell, 1986, pp.41～63.

Maxwell, Robert J., Health and Wealth: An International Study of Health-Care Spending, Lexington Books, 1981.

Muthumala, D., and P. S. Howard, "Health Expenditure Trends in New Zealand: 1980～1994", Ministry of Health, *performance Monitoring and Review Unit*, 1995.

Newhouse, J. P., "Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey", *Journal of Human Resources*, Vol.12, No.1, Winter, 1975. pp.115～125.

OECD, Measuring Health Care: 1960～1983, *Social Policy Studies*, No.2, Paris, OECD, 1985.

_____, OECD Health Systems: Facts and Trends: 1960～1991, Vol.Ⅰ, *Health Policy Studies*, No.3, Paris, OECD, 1993a.

_____, OECD Health Systems: The Socio-economic Environment Statistica Reference, Vol.Ⅱ, *Health Policy Studies*, No.3, OECD, 1993b.

_____, *Health Data: Comparative Analysis of Health Systems*, 1995.

OECD Secretariat, "Health Care Expenditure and Other Data: An International Compendium from the Organization for Economic Corporation and Development", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.111～194.

Parkin, D., A. McGuire, and B. Yule, "Aggregate Health Care Expenditures and National Income: Is Health Care a Luxury Good?", *Journal of Health Economics*, Vol.6 No.2, 1987, pp.109～128.

Poullierm Jean-Pierre, "Compendium: Health Care Expenditure and Other Data", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.111～120.

Rublee, Dale A., and Markus Schneider, "International Health Spending Comparison with OECD", *Health Affairs*, Vol.10, No.3, 1991, pp.187～198.

Schieber, George J., and Jean-Pierre Poullier, "Advancing the Debate on International Spending Comparisons", *Health Affairs*, Vol.10, No.3, 1991, pp.119～201.

_____, "International Health Spending: Issues and Trends", *Health Affairs*, Vol.10, No.1, 1991, pp.106～116.

_____, "Overview of International Comparisons of health Care expenditures", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.1～7.

_____, 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., "U. S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Updata", *Health Care Financing Review*, Summer, Vol.13, No.4, 1992, pp.1～15.

World Bank, *Korea Health Insurance and Health Sector*, Report No.7412-KO, June 1989.

附 錄

〈附表 1〉 醫療機關別·財源別 醫療費 比率 分析

(단위: %)

	총의료비	민간부담	보험자부담	기타
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
제병원	93.0	89.1	97.7	100.0
종합병원	38.6	30.8	46.6	58.0
병원	10.5	7.0	10.0	37.5
의원	24.5	22.1	33.6	0.7
치과병·의원	9.9	14.4	5.0	0.6
제보건소 및 조산소	0.5	0.4	0.6	0.0
한방병·의원	9.1	14.5	1.9	3.1
약국	7.0	10.9	2.3	

註: 〈表 Ⅲ-2〉를 의료비(입원과 외래의 합) 항목을 이용하여 구함.
비율은 의료비를 재원별로 구분하고 각각의 의료기관 의료비(입원과 외래의 합)를 전체 의료기관의 의료비로 나누어 구함.

〈附表 2〉 醫療機關別·財源別 入院醫療費 比率 分析

(단위: %)

	입원의료비	민간부담	보험자부담	기타
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
종합병원	71.8	71.8	75.3	61.9
병원	18.6	15.0	15.1	35.9
의원	8.8	12.7	9.1	0.03
치과병·의원	0.04	0.10	0.03	0.01
제보건소및 조산소	0.03	0.02	0.04	0.00
한방병·의원	0.7	0.40	0.30	2.20

註: 〈表 Ⅲ-2〉의 입원의료비 항목을 이용하여 구함.
비율은 의료비를 재원별로 구분하고 각각의 의료기관 입원의료비를 전체 의료기관의 입원의료비로 나누어서 구함.

〈附表 3〉 醫療機關別·財源別 外來醫療費 比率 分析

(단위: %)

	외래의료비	민간부담	보험자부담	기타
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
제병원	89.3	86.0	95.7	100.0
종합병원	20.4	19.1	20.8	46.6
병원	6.1	4.7	5.4	42.4
의원	33.0	24.7	55.7	2.6
치과병·의원	15.3	18.4	9.4	2.5
제보건소 및 조산소	0.7	0.6	1.2	0.0
한방병·의원	13.7	18.5	3.4	5.9
약국	7.0	10.9	2.3	

註: 〈表 Ⅲ-2〉의 외래의료비를 이용하여 구함.
비율은 의료비를 재원별로 구분하고 의료기관 외래의료비를 전체 의료기관의 외래의료비로 나누어서 구함.

〈附表 4〉 綜合病院의 病床數基準 醫療費 推計

(단위: 백만원)

		3차의료기관 지정병원	종합병원			
				300병상 이상	160~299 병상	160병상 미만
1992년	총계	1,219,228	1,764,884	1,226,984	329,868	208,032
	입원	845,504	1,193,009	80,838	220,509	131,663
	외래	373,724	571,875	386,147	109,359	76,369
1993년	총계	1,578,224	1,866,439	1,334,997	341,674	189,769
	입원	1,070,146	1,236,544	898,103	223,330	115,111
	외래	508,078	629,895	436,894	118,343	74,658
1994년	총계	1,781,318	2,345,892	1,724,138	414,428	207,326
	입원	1,210,950	1,541,578	1,144,131	268,999	128,449
	외래	570,368	804,314	580,007	145,430	78,877
1995년	총계	2,095,405	2,918,717	2,059,936	617,214	241,567
	입원	1,415,301	1,877,487	717,357	382,558	152,351
	외래	680,104	1,041,230	1,342,579	234,656	89,217

註: 연도별 의료비는 『전국병원명부』의 병원들을 병상별로 구분하고 『병원경영분석』의 100병상당 의료비를 이용하여 구함.

資料: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 1993~1996
한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석』, 1994~1997.

〈附表 5〉 年度別·醫療機關別 諸病院 醫療費 比重

(단위: %)

	1992년	1993년	1994년	1995년
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
3차의료기관 지정병원	32.4	35.7	33.3	32.3
종합병원	46.9	42.2	43.9	45.0
일반병원	14.0	14.8	16.0	17.3
정신병원	2.4	2.9	2.6	2.3
전염성병원	2.8	2.8	2.2	1.4
한방병원	1.1	1.2	1.3	1.2
치과병원	0.5	0.5	0.6	0.3

註: 3차의료기관 지정병원과 종합병원 의료비는『전국병원명부』와『병원경영분석』에서 병상별 의료비를 구해내고 일반병원이외 기타병원들은『보건복지통계연보』상의 통계자료를 이용하여 구한 후 전체의료비에 대해 각 의료기관별 의료비를 나누어 비중을 구함.

資料: 대한병원협회,『전국병원명부』, 1993～1996.
한국보건의료관리연구원,『병원경영분석』, 1994～1997.
보건복지부,『보건복지통계연보』, 1993～1996.

〈附表 6〉 年度別·醫療機關別 諸病院 入院醫療費 比重

(단위: %)

	1992년	1993년	1994년	1995년
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
3차의료기관 지정병원	33.7	37.2	34.9	33.9
종합병원	47.6	43.0	44.4	44.9
일반병원	11.4	11.9	14.0	15.8
정신병원	2.8	3.4	3.2	2.9
전염성 병원	3.8	3.8	2.6	1.7
한방병원	0.6	0.6	0.7	0.7
치과병원	0.1	0.1	0.2	0.04

註: 〈附表 5〉의 총의료비를 입원과 외래의료비 부분으로 구분할 경우 전체 입원의료비에서 각 의료기관별 입원의료비 비중을 구한 것임.

〈附表 7〉 年度別·醫療機關別 諸病院 外來醫療費 比重

(단위: %)

	1992년	1993년	1994년	1995년
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
3차의료기관 지정병원	29.7	32.9	30.5	29.6
종합병원	45.4	40.8	42.9	45.2
일반병원	18.9	20.0	19.9	20.1
정신병원	1.7	2.1	1.6	1.4
전염성 병원	0.8	0.8	1.3	0.8
한방병원	2.2	2.2	2.4	2.2
치과병원	1.2	1.2	1.5	0.8

註: 〈附表 5〉의 총의료비를 입원과 외래의료비 부분으로 구분할 경우 전체 외래의료비에서 각 의료기관별 외래의료비 비중을 구한 것임.