

1996年 國民醫療費 推計와  
支出構造 分析

鄭 永 虎  
姜 聲 鎬

韓國保健社會研究院



## 머 리 말

所得水準의 향상, 건강에 대한 관심의 증대, 의료보험의 확대실시, 그리고 고령화사회의 진전 등으로 우리나라의 國民醫療費 지출규모는 매년 확대되고 있다. 공공의료비 과다 지출, 고령화 사회에 따른 의료비 부담 가중 등 국민의료비의 과다한 팽창으로 국가 재원 및 자원배분의 왜곡과 국가 경제 전체의 非效率를 먼저 경험한 선진국들은 의료비 지출의 절감을 위한 정책적 노력을 계속하여 추진하고 있다.

우리나라도 의료비 증가에 대한 재원확보 및 자원의 효율적 배분의 필요성이 증가하고 있으며, 이를 위하여 주어진 보건의료자원을 效率적으로 활용하여 국민건강 향상이라는 합리적인 보건정책 입안을 위한 基礎資料로서 국민의료비 지출규모를 파악하는 것은 매우 필요하다 하겠다.

한편, 경제협력개발기구(OECD)는 의료자원 배분의 국제비교를 위하여 국제적으로 통일된 保健計定體系(System of Health Accounts)를 개발하는 작업을 진행중에 있으며 우리나라도 앞으로 국제적으로 기준이 될 OECD 방식에 맞는 의료비 관련 통계를 생산할 필요가 있을 것이다.

본 연구는 이와 같은 必要性에 입각하여 보건정책 입안에 필요한 기초자료를 마련하고자 국민의료비 및 의료기관별 의료비 지출 현황을 파악하는 데 目的을 두었으며, 향후 국가간의 비교를 위하여 OECD에서 제안하고 있는 보건계정체계(SHA)를 소개하여 이후 연구에 도움이 될 수 있도록 하였다.

본 보고서가 국민의료비와 관련된 연구자, 전문가, 관련 부처의 정

책 결정자와 기타 관계자들에게 參考資料로 활용되기를 기대한다.

본 보고서는 본원의 鄭永虎 책임연구원과 姜聲鎬 연구원에 의하여 완성되었다. 연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 많은 도움을 준 보건복지부의 홍정기 사무관, 한국은행의 황인용 조사역, 세명대학교의 신종각 교수, 보험개발원의 임주혁님께 감사하고 있다. 그리고 본 보고서를 읽고 귀중한 논평을 해 준 본원의 장영식 부연구위원, 이견직 책임연구원께 감사한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 저자들의 個人的 見解이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀 둔다.

1998年 12月  
韓國保健社會研究院  
院長 鄭 敬 培

# 目 次

要 約 .....	9
I. 序 論 .....	18
II. 既存研究 考察 .....	20
1. 上向方式(Bottom-Up)에 의한 推計 .....	21
2. 下向方式(Top-Down)에 의한 推計 .....	23
III. 國民醫療費 推計 .....	30
1. 國民醫療費 定義 .....	30
2. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 檢討 .....	35
3. 國民醫療費 推計結果 .....	42
4. 國民醫療費의 國際間 比較 .....	51
IV. 醫療機關別 醫療費 推計 .....	54
1. 醫療機關別 醫療費 計定 .....	54
2. 醫療機關別 醫療費 推計資料 및 推計方法 .....	57
3. 1996年度 醫療機關別 醫療費 推計結果 .....	59
V. OECD 方式 保健計定體系 .....	71
1. 導入背景 및 目的 .....	71
2. 機能別 分類(ICHA-HC) .....	74
3. 機關別 分類(ICHA-HI) .....	78

4. 財源別 分類(ICA-HF) .....	86
VI. 結論 及 政策建議 .....	89
參 考 文 獻 .....	92
附 錄 .....	99

## 表目次

〈表 II-1〉 上向方式 國民醫療費 推計 .....	22
〈表 II-2〉 國民計定에 의한 國民醫療費 推計 .....	25
〈表 II-3〉 下向方式 國民醫療費 推計 .....	28
〈表 II-4〉 既存의 國民醫療費 推計結果 比較 .....	29
〈表 III-1〉 國民醫療費 定義 .....	32
〈表 III-2〉 國民醫療費(NEH)의 範圍 .....	34
〈表 III-3〉 財源別 分類(International Classification of Medical Care Financing)에 의한 國民醫療費 計定 .....	36
〈表 III-4〉 國民醫療費 推計 資料源 .....	37
〈表 III-5〉 國民醫療費 財源別 支出現況(1970~1996年度) .....	44
〈表 III-6〉 經常 및 實質 國民醫療費 및 1人當 國民醫療費 增加率 .....	46
〈表 III-7〉 國內總生產(GDP) 對比 國民醫療費 推移 .....	49
〈表 III-8〉 OECD國家의 國內總生產 對比 國民醫療費 比率 .....	53
〈表 IV-1〉 醫療機關別 醫療費 計定 .....	56
〈表 IV-2〉 醫療機關別 醫療費 推計(1996年) .....	60
〈表 IV-3〉 醫療機關別 保險者負擔 및 本人負擔 .....	62
〈表 IV-4〉 年度別·醫療機關別 醫療費 支出比較 .....	64
〈表 IV-5〉 年度別·醫療機關別 病院醫療費 .....	67
〈表 V-1〉 機能別 分類 .....	76
〈表 V-2〉 機關別 分類 .....	80
〈表 V-3〉 財源別 分類 .....	86

## 圖目次

[圖 III-1]	公共 및 民間部門 醫療費 推移 .....	45
[圖 III-2]	公共 및 民間部門 醫療費 比重 推移 .....	45
[圖 III-3]	經常 및 實質 國民醫療費 推移 .....	47
[圖 III-4]	經常 및 實質 國民醫療費 增加率 推移 .....	48
[圖 III-5]	國內總生產(GDP) 및 國民醫療費 推移 .....	50
[圖 III-6]	國內總生產(GDP) 對比 國民醫療費 增加率 推移 .....	50
[圖 IV-1]	1995年과 1996年 醫療機關別 總醫療費 比較 .....	65
[圖 IV-2]	1995年과 1996年 醫療機關別 入院醫療費 比較 .....	65
[圖 IV-3]	1995年과 1996年 醫療機關別 外來醫療費 比較 .....	66
[圖 IV-4]	病院級 醫療機關의 醫療費 推移 .....	68
[圖 IV-5]	病院級 醫療機關의 醫療費 增加率 推移 .....	69

## 附表目次

<附表 1>	機能別 分類 .....	101
<附表 2>	機關別 分類 .....	102
<附表 3>	財源別 分類 .....	104



# 要約

## 1. 序論

- 전체 국민이 일정 기간 동안 보건의료관련 재화와 서비스에 대하여 지불한 총지출액인 國民醫療費는 국민의 의료수요 및 소비행태의 추이는 물론 보건의료부문의 위치 및 비중과 국민경제에 미치는 영향을 파악하는 중요한 情報를 제공해 줌.
- 소득수준의 향상, 건강에 대한 관심의 증대, 의료보험의 확대실시, 그리고 고령화사회의 진전 등으로 보건의료에 대한 수요 역시 매년 확대되고 있으며 국민의료비 支出規模도 증대되고 있음.
- 따라서, 의료비 증가에 대한 재원확보 및 주어진 보건의료자원을 효율적으로 활용하여 국민건강 향상이라는 합리적인 保健政策 입안을 위한 기초자료로서 국민의료비 지출규모의 파악은 선결과제라 할 수 있음.
- OECD에서는 국민의료비의 체계적 추계와 국제적 비교를 가능케 하기 위하여 통일된 保健計定體系(SHA: System of Health Accounts)를 개발하는 작업을 진행중에 있음.
  - 이러한 보건계정체계는 통계보고에 있어 개념적인 기본틀과 새로운 국제적 보건계정 분류(ICHIA: International Classification for Health Accounts)를 제공해 줄 것임.
  - 우리나라도 OECD가 제안한 보건계정체계(SHA)의 구축을 통해 의료비 정보체계를 정비하여 국제비교를 가능하게 하고 이를 토대로 보건의료부문의 건전한 발전을 위한 방안을 마련하여야 함.

## 2. 既存研究 考察

- 국민의료비에 관한 기존의 연구들은 연구자의 研究目的에 따라 나름대로 추계되어 추계방법이 서로 다르고 자료항목도 일치하지 않아 연구의 一貫性이 부족함.
- 上向方式으로 국민의료비를 추계한 명재일(1995, 1996, 1997)의 연구에 의하면 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비 수준이 1985년에 4.56%, 1990년 5.07%, 1995년에는 5.35%로 나타남.
- 下向方式으로 국민의료비를 추계한 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구에 의하면 1985년에 4.38%, 1990년 4.63%, 1995년에는 4.68%로 나타남.

## 3. 國民醫療費 推計

- 국민의료비의 財源別 구성요소에 따라 공공부문과 민간부문으로 분류하고 공공부문은 정부 및 사회보장, 민간부문은 민간보험 및 가계본인부담 그리고 기타 민간부담으로 구성함.
  - 본 연구의 재원별 推計方法은 OECD에서 제안한 보건계정체계에 보다 접근하고자 하는 시도임.
- 국민의료비 추계를 위한 자료원으로 정부기관 및 유관기관의 공식 자료를 주자료원으로 이용했으며, 부분적으로 내부자료를 사용함.
- 1970년부터 1996년까지의 재원별 분류에 의한 국민의료비를 추계한 結果 우리나라의 1996년 국민의료비는 약 22조 9천억원 정도로 나타남. 이는 1995년 19조 1천억원에 비하면 약 3조 8천억원이 증가한 것으로 1995년대비 19.9% 상승함.
  - 공공부문과 민간부문의 醫療費를 比較해 보면, 1996년 국민의료비 22조 9천억원 중에서 공공부문 의료비는 10조원 정도로

약 45%정도차지하고 민간부문은 12조 6천억원으로 약 55%를 차지하는 것으로 나타남.

- 공공부문 의료비 중에는 社會保障部門 의료비가 공공부문 의료비의 약 65%로 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타남.
  - 민간부문의 의료비 중에는 家計本人負擔이 민간부문 의료비의 82%를 차지하는 것으로 나타났는데 이것은 국민의료비 전체 구성항목면에서 볼 때도 전체의 45%로 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타남.
  - 민간부문에 비해 公共部門의 의료비 증가율은 지속적으로 증가해왔고 이는 의료보험 등 사회보장의 지속적인 확대에 기인한 것으로 파악될 수 있음.
- 1990년 가격기준 GDP 디플레이터로 조정된 실질국민의료비는 1996년에 약 16조 2천억원이었으며, 이것은 1972년의 9천억원에 비해 약 18배 정도 증가한 것임.
  - 1996년 1인당 경상 국민의료비는 약 50만원이었으며 1995년에 비해 18.7% 정도 증가한 것임. 1990년 가격기준 GDP 디플레이터로 조정된 1인당 실질 국민의료비는 약 35만 6천원으로 추계됨.
  - GDP 對比 國民醫療費가 1970년대에 약 2% 정도였던 것이 1980년대에는 3%에서 4%대로 진입했으며, 1990년대에 들어와서는 5%대로 나타남. 1996년의 GDP 대비 국민의료비 비율은 5.89%임.
  - OECD Health Data File에 따르면 1990년에서 1996년까지 OECD국가의 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비 비율의 평균은 1990년 7.2%, 1996년 7.9%였음.
    - 미국, 독일, 스위스, 캐나다는 이미 국내총생산(GDP) 대비 국민 의료비 비율이 10%선을 넘고 있음.
    - 본 연구의 推計結果 우리나라의 1996년 현재 국내총생산 대비

국민의료비는 5.89%로 29개 OECD 가입국 중 터키, 멕시코, 폴란드와 함께 국내총생산 대비 국민의료비 지출이 상대적으로 적은 국가군에 속함.

#### 4. 醫療機關別 醫療費 推計

- 의료비를 의료기관별로 분류하여 추계하는 것은 제한된 의료재원의 效率的 配分을 위해서나 의료정책의 효과적인 실현을 위해서 선행되어야 할 과제임.
  - 의료기관별 의료비 支出構造의 파악은 향후 국민의료비 부계정 (Satellite Accounts)을 구축할 수 있을 것임.
  - 본 연구에서는 의료기관별 의료비를 추계하기 위해 신종각 외 (1997)의 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』에서 이용한 모형을 바탕으로 의료기관별 의료비를 추계함.
- 본 연구에서는 醫療機關을 종합병원, 병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원과 약국으로 대별하고, 재원별로는 크게 보험자부담과 본인부담으로 분류하여 추계함.
  - 재원별 구성항목 중 보험자부담은 의료보험, 산재보험, 의료보호 및 자동차보험으로 구성되며, 본인부담은 법정본인부담과 비급여 본인부담으로 분류됨.
  - 保險者負擔으로 의료보험연합회의 『의료보험통계연보』를 이용하여 의료보험부문의 보험자부담분을 분류해 내었고, 의료보험관리공단의 『'96 의료보호통계』를 이용하여 의료보호부문의 보험자부담분을 구해냄. 산재보험부문은 노동부가 발간한 『산재보험사업연보』의 '96 의료기관등급별 진료비지급현황에 나오는 지급총액을 이용함. 또한 자동차보험 대인치료비는 보험개발원

의 『자동차보험 의료비 통계자료집』의 의료기관별 총진료비의 구성비를 이용하여 자동차보험 대인치료비 총액을 기관별 의료비 비율에 맞게 분산하여 추계함.

- 本人負擔의 의료기관별 의료비 지출 자료원을 살펴보면 보험처리되는 부문 즉, 법정본인부담분과 순수하게 개인이 직접적으로 비용처리하는 비급여부문으로 구분함. 법정본인부담분은 보험자부담부문에서 사용한 의료보험통계연보, 의료보호통계에 나오는 본인부담자료를 이용하였으며, 비급여부문은 총의료비에서 보험자부담분과 법정본인부담분을 제한 나머지를 비급여 본인부담으로 이용함.
  - 기타 의료기관별 의료비 추계자료는 대한병원협회의 『전국병원 명부』, 3차진료기관 및 특수병원자료를 이용함.
- 1996년도 우리나라의 醫療機關別 의료비를 총의료비, 보험자부담분, 본인부담으로 분류하여 추계한 결과 1996년 의료기관별로 지출된 의료비 총액은 16조 2100억원으로 추계되었으며, 1995년 추계치보다 약 3조원 증가한 것으로 나타남.
- 의료기관별 의료비를 보험자부담부문과 본인부담부문으로 구분할 경우 1996년에 보험자부담은 6조 6970억원, 본인부담은 9조 5130억원으로 추계되어 각각 의료기관별 총의료비의 41.5%와 58.5%를 차지함.
  - 의료기관별로 볼 때, 한방병·의원의 경우는 90% 이상이, 치과병·의원의 경우 80% 이상이 본인부담인 것으로 나타났으며, 병원과 의원의 경우는 다른 기관에 비해 본인부담이 상대적으로 낮았음.
  - 본인부담 중 법정 대비 비급여 본인부담이 약 2.5배 정도로 나타났으며 특히, 한방병·의원과 치과병·의원의 법정 대비 비급여

여 본인부담 비율은 각각 20배, 7.5배 정도로 나타나 한방병·의원과 치과병·의원의 경우 보험처리되지 못하는 본인부담 의료비가 다른 의료기관에 비해 매우 높았음.

- 의료기관별로는 綜合病院이 총의료비 소계기준으로 39.1%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 의원이 23.5%, 한방병원 10.8%, 치과병·의원 10.3% 순으로 나타남. 전체 입원환자 의료비 중 종합병원의 입원의료비가 74.1%로 나타나 예상한 바와 같이 입원환자의 대부분이 종합병원 등 대형병원에서 치료를 받고 있음.
- － 병원급 의료기관의 의료비 增加推移를 살펴보면, 1993년부터 1996년까지 병원급 의료기관 전체 의료비 증가율은 소폭에 그쳤음.
- 한방병원의 경우 '95년에서 '96년 한 해 동안 의료비증가율이 큰 폭으로 상승했는데 보약조제 등 건강예방적 서비스 기능을 갖춘 한방의료의 특성으로 볼 때 소득 및 생활수준의 향상으로 인한 국민의 한방서비스를 선호하고 있는 추세를 반영한다고 볼 수 있음.

## 5. OECD 方式 保健計定體系(SHA)

- － 經濟協力開發機構(OECD) 사무국에서는 최근 국민의료비의 체계적 추계와 국제 비교가능한 의료비 자료를 확보하기 위해 새로운 보건계정체계(System of Health Accounts)를 개발하는 작업을 추진 중에 있음.
- OECD 방식 保健計定體系(SHA)는 모든 범주의 의료행위를 포함하는 종합적인 보건계정체계의 틀을 형성하고 국제적 보건계정체계를 정립하는 목적하에서 추진중에 있음.
  - 보건계정체계(SHA)는 다음의 3차원적 분류체계를 취하고 있음.

- 機能別(Functions) 分類
- 機關別(Institutions) 分類
- 財源別(Financing) 分類
- 보건계정체계(SHA)는 국민계정체계(SNA)와 추계방법상 일치하도록 제안하고 있으며 궁극적으로는 국민계정의 보건분야 부계정(Health Satellite Accounts)으로 발전되도록 제안하고 있음.
- 우리나라도 OECD 기준에 맞는 보건계정을 설정하고 이에 맞추어 국민의료비 추계방법의 새로운 동향에 적극적으로 對應할 필요성이 있음.
- 그러나 우리나라의 경우 OECD 기준에 맞는 보건통계의 기초자료가 부족할 뿐 아니라 기존의 보건통계자료도 OECD에서 요구하는 항목과 많은 차이가 있으므로 현재로서는 OECD 방식에 의한 추계가 어려운 실정임.
- OECD방식 보건계정체계는 종합성(Comprehensive), 일관성(Consistent), 국제비교가능성(Comparable), 호환성(Compatibility), 적기성(Timeliness) 및 정확성(Precision)을 가짐.

#### 가. 機能別 分類

- OECD에서 제안하고 있는 의료비의 기능별 분류는 의료 재화 및 서비스와 保健關聯 機能으로 크게 두 가지로 분류됨.
  - 의료재화 및 서비스는 다시 개개인에게 공급되는 개인의료서비스와 건강증진, 질병예방과 같은 공공보건의 집단 의료서비스, 보건프로그램과 의료보험 관리 및 행정으로 구성됨.
  - 의료의 핵심기능과 구별되는 보건관련 기능으로는 교육 및 훈련, 보건관련 연구개발, 식품, 위생 및 먹는 물 관리, 환경보건, 질병 및 장애에 대한 사회서비스로서의 현물급여 행정 및 지급, 보건관

런 현금급여 행정 및 지급이 있음.

#### 나. 機關別 分類

- 기관별 분류는 기본적으로 國際標準產業分類體系와 동일한 체계를 가지고 있음.
  - 기관별 분류에 의한 의료기관으로 병원, 요양원 및 거주진료기관, 외래진료기관, 의료용 재화의 소매 및 기타 공급자, 공중보건프로그램 제공 및 관리기관, 보건행정 및 보험기관, 기타 보건기관의 7개 기관으로 구분함.

#### 다. 財源別 分類

- 재원별 분류체계는 財源을 크게 공공부문과 민간부문으로 분류하고 이를 다시 정부부문, 사회보장부문, 민간보험부문, 가계본인부담, 기타로 분류함.
  - 公共部門은 정부부문과 사회보장부문으로 구분됨. 정부부문은 중앙정부와 지방정부로 분류됨.
  - 民間部門은 민간보험부문과 민간비보험부문으로 구분할 수 있는데 민간보험부문은 민간사회보험부문과 일반민간보험부문으로 분류되며, 민간비보험부문은 가계본인부담과 기타로 분류됨.

## 6. 結論 및 政策建議

- 보건의료자원을 효율적으로 활용하여 國民健康 향상이라는 합리적인 보건정책을 입안하기 위한 기초자료로서 국민의료비 지출규모 파악은 선결과제임.
  - 우리나라에서는 보건의료분야의 선진화 달성이라는 목표와 지



속적으로 증가하는 국민의료비에 대한 사전적 대비라는 2가지 문제에 직면해 있음.

- 본 연구에서는 보건의료부문 先進化를 위한 방법으로 OECD 방식 보건계정체계(SHA) 구축을 목표로 두고, 국민의료비의 재원별 분류에 의한 추계와 의료기관별 의료비를 추계함.
  - 1970년부터 1996년까지 우리나라의 국민의료비 추계 결과 매년 국민의료비는 평균 15% 정도 지속적으로 증가해 왔으며, 공공 부문 의료비 비중이 점차 증가하는 추세임.
  - 의료기관별 의료비 분석에서는 종합병원(2차, 3차기관)의 의료비 비중이 높은 것으로 나타남.
  - 의료기관별 의료비를 보험자부담과 본인부담으로 구분했을 때 본인부담이 전체의 58.7%로 환자의 직접부담이 상당히 높은 것으로 나타남.
- 保健醫療의 국제적 비교 및 통일된 보건계정체계 구축을 위한 전제조건으로 보건통계자료가 종합성, 일관성, 국제비교가능성, 호환성, 적기성 및 정확성을 갖출 수 있도록 해야함.
  - 이를 위해 OECD 기준에 부합하는 통계생산과 자료원의 확보가 선행되어야 할 것이며, 이와 함께 의료비 분석 및 의료자원의 효율적 관리를 위한 의료비정보통합관리시스템을 개발하고, 합리적인 보건의료정책을 위한 데이터베이스를 구축하여야 함.
  - 각종 보건의료관련 데이터베이스를 네트워크로 연결하여 의료비 분석에 필요한 모든 정보의 교환이 신속하고 정확하게 이루어질 수 있도록 하여야 할 것임.

## I. 序論

경제발전에 따른 전반적인 生活水準의 향상은 건강하게 오래 살고 싶은 욕구를 증가시키고 있다. 이러한 건강에 대한 욕구의 증대는 필연적으로 의료수요를 증대시켜 왔으며, 현대 국가에서는 확대된 보건 의료서비스를 충족시키기 위한 노력이 뒤따르고 있다. 그 결과 국민의 건강한 삶을 위한 國民保健政策의 실시는 의료제도를 다각적으로 개선시켰으며 보건의료에 대한 개념도 확대시키게 되었고 따라서 의료수요도 양적·질적으로 크게 증대되었다.

우리나라도 소득수준의 향상, 건강에 대한 관심의 증대, 醫療保險의 확대실시, 그리고 고령화사회의 진전 등으로 보건의료에 대한 수요 역시 매년 확대되고 있으며 이에 따라 보건의료 재화 및 서비스에 대한 지출규모도 증대되고 있다. 따라서, 전체 국민이 특정 기간 동안 보건의료관련 재화와 서비스에 대해 지불한 총지출액인 國民醫療費의 파악은 국민의 의료수요 및 소비행태의 추이뿐만 아니라 보건의료부분의 위치 및 비중, 그리고 국민경제에 미치는 영향을 파악하는 중요한 정보를 제공한다.

우리나라 국민의료비의 支出規模는 앞에서 언급한 요인 등으로 매년 확대되고 있어 의료비 증가에 대한 재원확보 및 자원의 효율적 배분의 필요성이 증가하고 있다. 이를 위하여 주어진 보건의료자원을 효율적으로 활용하여 국민건강 향상이라는 합리적인 보건정책 입안을 위한 기초자료로서 국민의료비 지출규모의 파악은 선결과제라 할 수 있다.

한편, 경제협력개발기구(OECD: Organization for Economic Corporation and

Development)의 대부분 국가들은 공공의료비 과다 지출, 고령화 사회에 따른 의료비 부담 가중 등 국민의료비의 과다한 팽창으로 국가 재원 및 자원배분의 왜곡과 국가 경제 전체의 非效率를 경험하였고, 이에 대부분의 선진국들은 의료비 지출의 절감을 위한 정책적 노력을 계속하여 추진하고 있다. 이러한 노력의 일환으로 OECD에서는 국민의료비의 체계적 추계와 國際的 比較可能性을 가능케 하기 위하여 통일된 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)를 개발하는 작업을 진행중에 있다. 이러한 보건계정체계는 통계보고에 있어 개념적인 기본틀과 새로운 보건계정을 위한 국제분류(ICHIA: International Classification for Health Accounts)를 제공해 줄 것이다. 따라서, 우리나라도 OECD가 제안할 보건계정체계(SHA)의 구축을 통하여 의료비에 대한 정보체계를 정비하여 국제비교를 가능하게 하고 이를 토대로 保健醫療部門의 건전한 발전을 위한 방안을 마련할 필요가 있을 것이다.

본 연구는 한국보건사회연구원에서 추계해 온 방식을 수정·보완하여 우리나라 국민의료비 및 의료기관별 의료비 지출에 대한 추계를 시도하였다. 그리고, 현재 진행중에 있지만 OECD에서 제안하고 있는 보건계정체계에 대한 소개를 하고자 한다.

본 보고서는 다음과 같이 構成되었다. 第I章 서론에 이어 第II章에서는 국민의료비 정의와 의료비 추계를 위한 기존 연구를 고찰하였다. 第III章과 第IV章에서는 우리나라 국민의료비와 의료기관별 의료비를 추계하였다. 第V章에서는 현재 OECD에서 추진중에 있는 국제비교가 가능한 국제표준의 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)를 소개하였다. 마지막으로 第VI章에서는 본 연구의 결론 및 정책건의를 제시하였다.

## Ⅱ. 既存研究 考察

본 장에서는 既存研究들의 국민의료비 추계에 대한 방법론을 살펴보고 이를 바탕으로 국민의료비를 추계하고자 한다. 우리나라 국민의료비에 관한 연구는 최초로 박종기·노인철(1976)에 의해 실시된 이후 여러 연구자에 의해 지속적으로 연구되었다. 이러한 국민의료비에 관한 추계들은 나름대로의 의미를 가지면서 의료현실을 반영하였지만 연구과정에 있어 추계방법이 서로 달랐고 자료구득의 가능성에 따라서로 상이한 계정구조하에서 추계된 경우가 많아서 一貫性있는 시계열 자료의 축적이 이루어지지 못하였다. 따라서 지금까지 하나로 통일된 추계가 실현되지 못하고 있는 실정이다.

본 절에서는 국민의료비 추계 방식 중 상향방식과 하향방식에 의한 국민의료비 추계를 比較하여 살펴보고자 한다.

上向方式(Bottom-Up)은 전체 규모뿐 아니라 그 구성항목에 대한 수치가 일관성있게 제시된다는 장점이 있으나, 그 구성항목을 확인해 줄 기본자료가 충분하지 않고, 상이한 성격의 여러 자료를 활용함에 있어 중복 또는 누락이 생길 가능성이 크며, 특히 의료체계가 다르고 의료의 각 구성부문의 범위의 내용이 다른 국가들을 비교함에 있어서 그러한 가능성이 더욱 커진다는 문제점이 있다.

下向方式(Top-Down)은 국민계정체계(SNA: System of National Accounts)의 각 항목이 어느 정도 국제적으로 공통적인 추계방식을 가지고 있어 국제비교에 유리하며 전체 경제의 관점에서 접근하기 때문에 총계치 추계과정에서 중복추계가 배제될 수 있다는 장점은 있으나, 개별항목의 추계과정에서 사용되는 기본데이터의 한계가 상존하고, 보건의료분야 자

체가 전체 경제로 보아서는 특정한 일부 분야라는 점에서 국민계정 산출담당자들에게 이 부분만의 전문적인 접근을 기대하기 어려우며 그만큼 추계결과의 신뢰성이 의문시될 수 있다.

### 1. 上向方式(Bottom-Up)에 의한 推計

최근의 국민의료비 연구에는 상향방식으로 추계한 명재일·홍상진(1994), 명재일(1995, 1997)의 연구와 하향방식으로 추계한 홍정기(1995), 신종각 외(1997)의 연구가 있다.

먼저 명재일·홍상진(1994)의 연구는 이전 연구들의 하향(Top-Down) 방식에 의한 국민의료비 총액을 구하는 방식과 달리 1985~1991년 사이의 국민의료비를 추계하는데 있어 상향(Bottom-Up)방식으로 국민의료비 계정에 적합한 자료원을 발굴하여 계정을 합하는 방식을 채택하여 이전의 연구와 차별된다. 또한 명재일(1995, 1997)의 연구는 동일한 계정과 기초자료를 토대로 이전의 자료를 갱신해 나감으로써 상향방식에 의한 시계열자료를 축적하는 출발점이 되었다.

上向方式에 의한 국민의료비 추계는 국민의료비 항목을 개인보건의료, 공중보건, 행정 및 관리, 연구 및 교육, 시설 및 장비로 하향방식에 의한 추계방법에 비해 개념적으로는 보다 구체적인 자료항목으로 구성하여 추계하고 있다. 또한 財源別로는 크게 공공부문과 민간부문으로 구분했으며, 公共部門에는 중앙정부, 지방정부, 의료보험 및 산재보험으로 그리고 민간부문에는 가계, 민간보험, 기타로 구분하여 추계하였다.

<表 II-1>은 미국의 보건재정청(Health Care Financing Administration)에서 채택하고 있는 보건의료계정과 매우 유사한 형태를 가지고 추계된 것으로 이것에 따르면 우리나라 국민의료비는 해마다 평균 15%

이상의 증가율로 상승해 왔음을 보여준다.

〈表 II-1〉 上向方式 國民醫療費 推計

(단위: 억원, %)

연도	국민의료비	GDP대비	증가율
1985	38,145	4.65	
1986	42,574	4.45	11.61
1987	48,118	4.29	13.02
1988	59,391	4.46	23.43
1989	75,531	5.06	27.18
1990	90,990	5.07	20.47
1991	106,526	4.94	17.07
1992	127,920	5.32	20.08
1993	143,466	5.37	12.15
1994	163,386	5.34	13.88
1995	188,385	5.35	15.30

資料: 명재일, 『국민의료비의 지출동향: 1985~1995』, 한국보건의료관리연구원, 1998.

보다 구체적으로 보면 소비지출의 경우에는 매우 유사하나, 個人保健醫療支出의 경우 미국은 병원의료, 의사서비스, 치과의료서비스, 기타 전문서비스, 재택의료, 약품 및 기타 내구성 재화, 안과용 재화 및 기타 비내구성 재화와 기타 개인보건의료로 세분되어 추계되지만 명재일의 경우 자료구득상 보건의료 서비스, 의약품 및 의료용품, 안경 및 의료용구로만 구분시켜 추계하고 있는 점이 다르다. 명재일에 의한 국민의료비 추계는 국민의료비를 구성하는 요소를 세분화하여 이론적으로 定義에 附合하려고 하였으나, 우리나라의 공식적인 보건통계의 기초자료의 미흡으로 내부자료를 많이 사용한 점에 있어서는 자료의 대외적 신뢰성과 향후 持續的인 推計에 문제점이 있을 것으로 사료된다. 또한 경제협력개발기구(OECD)나 미국의 보건재정청과 유사하기는 하나 추계항목 중 보건의료서비스에 대한 분류가 세분되어 있

지 못하여 병원, 의원, 치과병·의원, 한방병·의원, 기타 의료기관별 의료비용과 입원 및 외래환자의 의료비용이 구분되고 있지 못하다.

## 2. 下向方式(Top-Down)에 의한 推計

### 가. 國民計定에 의한 國民醫療費 推計

國民計定을 이용하여 국민의료비 추계를 위한 자료원을 살펴보면, 『가계의 목적별 최종소비지출』<sup>1)</sup>에서의 보건의료항목, 『민간비영리단체의 목적별 최종소비지출』에서의 보건의료항목, 『정부의 목적별 최종소비지출』<sup>2)</sup>에서의 보건항목이 국민계정상 국민의료비 관련 항목으로 계상되어 있다. 따라서 이것을 이용하여 의료소비지출을 구성하는 가계(민간비영리단체 포함)의 최종의료소비지출(HCH: Household final Consumption on medical care and Health expenses)과 정부의 최종의료지출(GCH: Government final Consumption on Health)의 파악은 가능하다.

의료보험, 의료보호, 산재보험 등에 대한 政府支出은 정부의 최종소비지출에는 빠져있으나, 사회보장수혜금 및 사회부조금으로 민간에

- 
- 1) 가계의 최종소비지출은 통상 가계가 소비를 목적으로 구입한 재화와 용역의 가격을 의미한다. 그러나 가계가 구입한 것 중에서도 중고품 구입이나 주택구입은 가계최종소비지출에 계상하지 않는다.
  - 2) 정부와 민간비영리단체의 최종소비지출은 소비지출의 대상이 비상품이라는 점에서 가계최종소비지출과는 성격상 차이가 있다. 즉, 생산주체를 겸하고 있는 정부나 민간비영리단체가 구입한 재화와 용역은 최종소비지출에 계상하지 않으며 정부서비스 및 민간비영리서비스의 생산을 위한 중간소비로 처리한다. 따라서 정부와 민간비영리단체의 최종소비지출은 이들이 생산한 서비스의 자가소비를 의미하는데 이는 투입경비 중 서비스 판매수입으로 충당되지 못하는 부분이다. 즉, ‘총투입비용-판매수입’을 자신이 생산한 서비스의 최종소비지출로 계상함으로써 가계최종소비지출과의 중복을 피하고 있다.

경상이전되어 가계의 최종소비지출 의료보건항목에 계상되고 있으므로 전체 국민의료비 규모를 산출하는 데는 영향을 주지 않는다.<sup>3)</sup>

醫療投資支出과 관련하여서는 『일반정부의 목적별 주요지출』에 보건항목의 총고정자본형성<sup>4)</sup>이 나와 있어 정부의 보건의료투자지출(GIH: Government Investment in Hospitals, Dispensaries, etc)은 구할 수 있으나, 민간투자지출(PIH: Private Investment in Clinics, Laboratories, X-rays Centres, etc)은 『일반정부의 목적별 주요지출』에서 보건항목 자본이전 규모를 통해 그 일부만 파악할 수 있는데 불과하다.<sup>5)</sup>

『국민계정』(한국은행)을 이용한 국민의료비(NEH) 推計結果를 살펴보면 <表 II-2>와 같다.

그러나, 국민계정을 이용한 국민의료비 추계에는 일정한 限界가 있다. 우선 국민계정의 의료보건이나 보건항목이 포함하고 있는 내용이 OECD에서 규정하여 각국이 국민의료비 산출의 기본으로 하고 있는 내용보다 훨씬 적을 것이다. 예를 들어, 안경과 같이 국내에서는 광학기기로 분류되어 있는 품목이라든가, 의학연구개발비나 보건교육비,

- 3) 국민계정과 OECD방식과의 차이를 보여주는데 OECD에서는 사회보장부문을 공공 부문으로 따로 분리하여 추계하고 있다. 이것은 사회보장부문으로 처리되어야 할 것이 민간부문으로 처리되고 있다는 문제가 있기는 하나 결과적으로는 전체 국민의료비를 추계하는데 있어서는 동일하다고 할 수 있다.
- 4) 장비의 구입이나 병원의 신축 등과 같이 당해기간에 소진되지 않고 여러 회계연도에 걸쳐 생산에 이용되는 재화를 자본재라고 하며 생산주체에 의한 자본재 구입을 “총고정자본형성”이라고 한다. 이것은 산업, 정부 및 민간비영리서비스생산자가 고정자산에 추가한 상품에 대한 지출액을 의미하는데 토지나 중고품의 구입은 이들이 새로 생산된 재화가 아니므로 제외한다.
- 5) 의료투자부문의 경우, 국민계정을 이용하여 정부투자와 민간투자의 일부뿐만 아니라 할 수 있는데 이것은 보건부문의 투자지출이라고 할 수 있는 보건의료관련 병·의원의 신증축과 의료장비구입에 대한 자본지출 등의 항목이 통계자료로 파악되지 못하고 있을 뿐 아니라 현재 우리나라 보건통계자료의 보건투자항목이 따로 분류되어 있지 않기 때문이다. 일부 민간보건의료 투자지출 중에는 투자로 분류되어야 할 것이 의료기관에서 임의로 의료시설 및 용구에 대한 지출비용을 진료비에 포함시키기 때문에 투자항목이 아니라 소비항목으로 잡히고 있는 경우도 있다.



위생모니터링과 관련한 비용 등 OECD의 ‘기타의료비’로 분류된 항목은 우리나라의 국민계정에는 보건항목으로 잡히고 있지 못하므로 국민醫療費 概念보다 훨씬 적을 것이다. 또한 군진의료, 학교보건, 교도소보건과 관련한 비용이 어떻게 처리되고 있는지도 불확실하다.

〈表 II-2〉 국민計定에 의한 국민醫療費 推計

(단위: 백만원, %)

연도	국민의료비	GDP 대비 비율	연도	국민의료비	GDP 대비 비율
1970	58,100	2.1	1984	2,781,600	3.8
1971	72,400	2.1	1985	3,232,800	3.9
1972	101,800	2.4	1986	3,655,500	3.8
1973	127,900	2.4	1987	4,221,200	3.8
1974	201,900	2.6	1988	4,958,900	3.7
1975	260,400	2.5	1989	5,831,700	3.9
1976	334,900	2.4	1990	7,015,100	3.9
1977	424,800	2.4	1991	8,254,700	3.8
1978	617,300	2.5	1992	9,292,900	3.9
1979	840,600	2.7	1993	10,364,200	3.9
1980	1,117,100	2.9	1994	11,766,800	3.9
1981	1,471,900	3.1	1995	13,585,900	3.9
1982	1,880,400	3.4	1996	15,428,100	4.0
1983	2,333,500	3.6			

資料: 한국은행, 『국민계정』, 각년도.

한국보건사회연구원, 『OECD 보건통계 생산방법에 관한 연구』, 1998.

또한, 의료분야의 專門性이 부족할 수밖에 없는 국민계정 담당자들이 보건의료와 관련된 가계 및 정부의 최종소비지출을 산출해 내는 과정에서 병원이나 의원 등 의료세계의 현실 내지 의료보험의 흐름을 반영하는데 어느 정도 한계가 있었을 것으로 판단된다. 아울러 보건 의료계에서 구축되어 온 각종 자료들이 최대한으로 활용되고 있는지도 의문시된다(정형선, 1997).

우리나라 국민의료비의 공식통계로서 OECD에 제출한 우리나라 國民醫療費는 1980년대에 들어와 GDP대비 3%를 상회하기 시작하여 1990년대에는 약 4% 정도로 나타났다. 이것은 OECD 선진국과 비교할 경우 매우 낮은 것이다. OECD 국가들의 1970년에 GDP 대비 국민의료비 비율이 5%를 상회하는데 우리나라의 경우 1990년대에도 겨우 4% 정도라는 것은 우리나라의 보건의료분야의 脆弱性이라는 문제도 있겠지만 국민계정에 의한 국민의료비 추계가 상당히 저추계되었을 가능성도 배제할 수 없다. OECD 국가 중 터키는 GDP 대비 국민의료비 비율이 낮은 것으로 나타났다. 하지만 우리의 경우 국민계정에 의한 국민의료비 추계를 공식적인 통계로 삼아 왔는데 국민계정의 보건통계항목이 실제로 低推計되었다는 것을 감안한다면 현재 OECD에 보고된 통계보다 실제 국민의료비는 높을 것으로 사료된다. 이에 대해서는 다음 장에서 언급하고자 한다.

#### 나. 洪程基(1995)와 辛宗珩 外(1997)의 研究

홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구의 경우 下向(Top-Down)方式에 의해 추계된 경우로 분류될 수 있는데 이들의 연구는 국민계정이 가지고 있는 저추계의 문제점을 보완하여 추계하였다. 국민계정의 자료를 기본으로 하고 여러 補助資料를 활용하여 보충하는 방식을 취하여 장기간에 걸친 시계열자료를 확보가능하게 하는 데 중점을 두었다. 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 국민의료비 추계는 크게 공공부문과 민간부문으로, 다시 公共部門은 중앙정부, 지방자치단체, 의료보험부문으로, 民間部門은 가계, 민간비영리단체로 구분하였다. 자료원은 국민계정을 중심으로 공식자료를 이용하여 추계하고 있다. 중앙정부는 『한국의 재정통계』(구 재경원)의 ‘중앙정부의 기능적 분류에서의 보건항목,’ 『세입세출결산자료』(대한민국정부)의 ‘보건복지부와 노동부

의 의료보호항목, 『의료보험통계연보』(의료보험연합회)의 ‘국고부담금 및 정부부담금, 『국민계정』(한국은행)의 ‘일반정부의 목적별 주요지출 중 보건부문의 총고정자본형성’으로 구성되었다. 지방정부의 경우 『경제통계연보』(한국은행)의 ‘지방자치단체 세출의 기능적 분류에서 보건항목의 지출총액’을 이용하였으며, 의료보험부문은 『의료보험통계연보』의 ‘보건부문 지출액에서 국고부담금과 정부부담금을 제외한 지출액’을 이용하였다. 민간부문의 가계는 『국민계정』의 가계의 목적별 최종소비지출 중 의료보건항목에서 『의료보험통계연보』의 요양급여와 분담급여를 차감한 것을 말하며, 민간비영리단체는 『국민계정』의 민간비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료비 항목을 이용하여 추계하였다.

다음 <表 II-3>은 하향방식에 기초한 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 國民醫療費 推計이다. 이 방식으로 추계된 국민의료비는 국민계정상에 나타난 국민의료비에 비해 훨씬 크게 나타났다. GDP 대비 국민의료비는 1983년에 이미 4% 이상이었으며 1990년에 4.63%, 1996년에는 4.68%에 이르고 있다.

홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구는 명재일(1997)의 상향방식과 비교할 때 추계된 국민의료비가 재원과 지출용으로 구분되지 못하여 세항으로 분류하여 분석할 수 없는 단점이 있다. 또한 공식자료에만 의존하기 때문에 공식적 통계에서 포함되지 못하지만 주요한 자료원이 될 수 있는 항목에 대한 추계를 하지 못하는 단점도 있다. 하지만 무엇보다도 정부의 공식자료에 이중계상(Double Counting)이 있을 수 있으므로 이에 대한 問題點도 있다고 할 것이다.

〈表 II-3〉 下向方式 國民醫療費 推計

(단위: 십억원, %)

연도	국민의료비	GDP 대비 비율	연도	국민의료비	GDP 대비 비율
1972	111.5	2.65	1984	3,057.9	4.15
1973	138.2	2.55	1985	3,596.2	4.38
1974	211.4	2.76	1986	4,072.0	4.25
1975	271.5	2.64	1987	4,902.5	4.37
1976	350.8	2.49	1988	5,806.2	4.36
1977	467.9	2.59	1989	6,937.5	4.65
1978	706.0	2.89	1990	8,318.0	4.63
1979	921.0	2.93	1991	9,859.3	4.57
1980	1,223.8	3.21	1992	10,927.9	4.55
1981	1,616.3	3.39	1993	12,396.0	4.64
1982	2,105.6	3.85	1994	14,063.8	4.60
1983	2,623.8	4.09	1995	16,482.7	4.68

資料: 신종각 외, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 1997.

본 장에서는 기존의 국민의료비 추계결과를 상향방식과 하향방식으로 대분류하여 설명하였다. 물론 국민의료비 추계치는 연구자의 연구 목적과 추계방식에 의해 차이가 있었으며 명재일의 연구가 다른 연구자 의한 추계치보다 크게 나타났다. 이것을 <表 II-4>로 要約·整理하면 다음과 같다.

〈表 II-4〉 既存의 國民醫療費 推計結果 比較

(단위: 억원)

연도	명재일의 추계치	홍정기, 신종각의 추계치	국민계정에 의한 추계치
1980	-	12,238	11,171
1981	-	16,163	14,719
1982	-	21,056	18,804
1983	-	26,238	23,335
1984	-	30,579	27,816
1985	38,145	35,962	32,328
1986	42,574	40,720	36,555
1987	48,118	49,025	42,212
1988	59,391	58,062	49,589
1989	75,531	69,375	58,317
1990	90,990	83,180	70,151
1991	106,526	98,593	82,547
1992	127,920	109,279	92,929
1993	143,466	123,960	103,642
1994	163,386	140,638	117,668
1995	188,385	164,827	135,859
1996	-	-	154,281

### Ⅲ. 國民醫療費 推計

#### 1. 國民醫療費 定義

국민의료비 추계에 있어 考慮해야 할 것으로 첫째, 국민의료비 概念을 바르게 설정함으로써 국민경제에서 보건의료가 차지하는 비중과 의미가 시계열적인 변화를 중심으로 파악될 수 있도록 해야 한다는 점이며, 둘째, 각국의 국민의료비가 국제적으로 공통의 개념과 기준을 가지고 추계됨으로써 횡단면적으로 國際的 比較가 가능하도록 해야 한다는 것이다.

이러한 점에서 국민의료비와 관련하여 선진국들은 공통의 기준을 논의해 왔으며 이에 OECD 국가의 국민의료비 개념과 기준은 국제적으로 통용이 되고 있는 실정이다.<sup>6)</sup> 따라서, 우리나라의 경우도 국민의료비를 산출해 냄에 있어 이 概念에 맞추어야 할 것이다.<sup>7)</sup>

지금까지 국민의료비에 대한 定義는 연구자에 따라 조금씩 달랐던 것이 사실이다. 이는 국민의료비 정의에 대한 연구자의 기본시각에 차이가 있어 왔다는 것뿐만 아니라 그 만큼 국민의료비의 정의에 대한 논란이 많았음을 간접적으로나마 보여주고 있다고 할 것이다.

그 개념과 範圍에 있어서 어디까지를 국민의료비로 보아야 할 것인가

---

6) OECD는 비교적 각종 통계데이터가 정비되어 있는 선진국들의 모임이기 때문에 상대적으로 난이도가 있는 국민의료비의 추계가 가능했다.

7) 일본의 경우 후생성에서는 의료보험을 중심으로 한 국민의료비의 개념을 정하고 이미 40여 년전부터 하위 항목까지 정확한 자료를 발표해 오고 있으나, 이 국민의료비의 개념은 OECD의 국민의료비 개념과는 전혀 달라 양자간에 매년 30% 이상의 차이가 나고 이로 인해 일반인은 물론이고 학자들 사이에서도 국민의료비를 논함에 있어 다양한 혼란상을 보이고 있다.

지에 대한 의문이 있을 수 있다. 즉, 일반적으로 국민의료비를 건강의 회복을 위해 지출되는 모든 비용이라고 정의할 때 비교적 그 의미가 명백하나 건강의 유지·증진을 위해 지출되는 비용까지도 의료비로 보아야 할 것인가라는 점에서는 연구자의 관점에 따라 서로 다른 시각을 보이고 있다. 왜냐하면, 건강의 유지·증진을 위한 비용도 의료비로 볼 경우 생존을 위해 소비되는 대부분의 재화 및 서비스가 의료비에 속한다고 볼 수 있어 국민의료비에 대한 구체적인 定義가 불가능해지기 때문이다.

따라서, 본 연구에서는 국내·외 연구자들에 의한 국민의료비 定義를 살펴본 다음 본 연구의 취지에 맞추어 OECD에서 제시하고 있는 국민의료비 範圍를 살펴보고자 한다.

국내·외 연구자에 의한 국민의료비에 대한 정의를 정리하면 다음 <表 III-1>과 같다.

<表 III-1>을 綜合하면 국민의료비의 포함범위와 개념은 직접적으로 건강회복·유지 및 증진에 필요한 보건의료관련 재화와 서비스에 대한 總支出額이라고 정의내릴 수 있으며, 구체적으로 질병 진료, 치료 및 예방, 재활 등에 지출된 소비지출뿐 아니라 의료인력의 교육훈련 등의 투자지출도 포함하고 있다. 하지만 건강증진에 목적이 있다고 하더라도 間接적으로 영향을 미치는 체육, 환경 및 위생 등에 관련된 지출은 제외시키고 있는 것이 공통된 견해이다.

〈表 III-1〉 國民醫療費 定義

연구자	정 의
Maxwell(1981)	어느 특정 기간에 있어서 전체 국민이 제반 의료 서비스에 지출한 비용, 자가진단(Self-Care), 공중보건, 보건의료관련 연구, 기존 의료인력의 훈련비용, 의료시설·기계·장비에 대한 자본지출, 의약품 등의 재고 증가 및 의료시설·기계장비의 감가상각 등의 총합계액
Gibson(1983)	개인의 보건의료 서비스 이용비용, 정부나 비영리기관의 보건프로그램 관리·운영비용, 의료이용 순비용, 일반적인 국민건강증진에 쓰여진 정부지출, 비상업적 보건의료 관련연구 및 의료시설에 투입된 제반 비용
권순원(1988)	어느 특정 기간에 있어 전체 국민이 제반 보건의료서비스에 지출한 비용의 총액
양봉민·이태진(1989)	국민이 건강과 직·간접적으로 관련된 재화와 서비스를 구입하기 위하여 가계나 기업 또는 정부가 지출하는 모든 화폐적 비용
명재일·홍상진(1994)	일정 기간 중의 의료 소비자 또는 제3자가 건강의 회복, 유지 및 증진을 위하여 보건의료분야의 재화 및 서비스를 구입하는데 지출한 직접비용과 미래의 의료 서비스의 공급확대를 위한 투자에 지출한 비용
홍정기(1995)	건강의 회복, 유지 및 증진을 위하여 구입한 보건의료 재화와 서비스에 대하여 일정 기간 동안 국내에서 거주하는 국민이 지불한 직접비용과 미래의 보건의료 서비스의 공급능력확대를 위하여 지출한 투자비용의 합계

한편 OECD에서 정의하고 있는 醫療行爲(韓國保健社會研究院, 1997)에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 의료서비스가 필요한 사람들에게 모든 서비스가 제공되지 않는다 할지라도 질환, 불구 또는 심신상의 제약으로 인한 고통을 제거 또는 경감할 目的으로 이루어지는 모든 행위를 의료행위라고 할 수 있다.



둘째, 모든 사업과 활동이 포함되지는 않지만 豫防活動의 경우처럼 그 상당부분이 다른 활동의 한 결과 또는 부산물로서 상담, 예방 및 보호조치, 진단, 치료 및 간호 등의 활동도 이에 속한다.

셋째, 전문적인 수련과정을 거쳐 면허를 취득한 專門人力이 앞에서 열거한 특정한 목적을 달성하기 위해 설립된 기관에서 행하는 전문의 료행위 등을 말한다. 따라서 의료비는 이러한 의료행위와 관련하여 지출한 비용을 말한다고 할 것이다.

이러한 의료행위에 대한 정의를 바탕으로 OECD에 따른 국민의료비(NEH)의 포함 範圍를 살펴보면 다음 <表 III-2>와 같다.

<表 III-2>에서 보는 바와 같이 OECD 국민의료비(NEH: National Expenditure on Health)의 개념은 아주 광범위하고 포괄적이어서 보건 의료와 관련된 모든 費用을 포함한다고 할 수 있다. 특히, 개인보건의 료비와 기타 의료비를 구분한다든지 하는 것은 미국 보건재정청(HCFA)이 매년 발표하고 있는 미국 국민의료비의 개념과 매우 비슷하다.

다만, 상실된 임금에 대한 보상, 장애수당, 장제비 등은 소득유지지 출로 분류되어 의료비의 개념에 넣고 있지 않으며, 공인된 의료업을 통한 것이 아니고 사회복지서비스 제공차원에서 이루어지는 지역지원 서비스도 醫療費에 포함되지 않는다.

〈表 III-2〉 國民醫療費(NEH)의 範圍

총의료비			
개인보건의료			기타의료비
입원의료 (In-Patient Care)	통원의료 (Ambulatory Care)	의료용구 (Medical Goods)	
급성질환, 정신질환, 요양원진료(Nursing Home), 재택진료, 기타 장기요양진료(환자후송)	의사진료, 치과진료, 치과보철, 기타 전문보건진료, 병원외래진료, 임상검사, 방사선(X선)진단, 의족·의안 등	의약품, 치료용기기	보건의료 투자(공공, 민간), 보건행정·관리비용, 의학연구개발비, 모자보건, 건강증진 및 예방사업, 식품 및 위생, 지역보건, 보건교육 <sup>1)</sup> , 환경보건 <sup>2)</sup> 산업보건, 군진의료·학교보건·교도소보건서비스

- 註: 1) 완전한 비용산출을 위해서는 의과대학에서의 학사교육까지도 포함시킬 것을 권하고 있음.  
2) 공기정화를 위한 지출, 주로 보건을 위해 수행되는 수질관리 프로그램 등을 지칭함.

巨視的 측면의 국민의료비(NEH)개념은 최종의료소비지출과 의료투자지출의 합으로 구성된다. 최종의료소비지출(NCH: National Final Consumption on Medical Care and Health Expenses)은 가계(민간비영리단체 포함)의 최종의료소비지출(HCH: Household Final Consumption on Medical Care and Health Expenses)과 정부의 최종의료지출(GCH: Government Final Consumption on Health)로 구성되며, 마찬가지로 의료투자지출도 민간투자지출<sup>8)</sup>과 정부의 직접의료투자지출<sup>9)</sup>로 구성된다. 이것을 公式化하면 다음과 같다.

8) 임상병리실험실 및 방사선 실험실 등의 설립에 대한 민간투자 등이 있다.

9) 병원이나 약국, 양호실(Dispensaries) 등의 설립에 대한 정부 투자를 말한다.

〈國民醫療費 算出法〉

國民의료비(NEH) = 국가 최종의료소비지출(NCH) + 국가 최종의료투자지출(NIH) = 가계의 최종의료소비지출(HCH) + 정부의 최종의료지출(GCH) + 정부의 직접의료투자지출(GIH) + 민간투자지출(PIH)
---

2. 國民醫療費 推計方法 및 資料源 檢討

일반적으로 국민의료비 산출방식은 크게 上向方式(Bottom-Up)과 下向方式(Top-Down)으로 나눌 수 있다. 전자는 국민의료비를 구성요소들의 지출규모를 먼저 확보하고 이를 합하여 전체 지출규모를 산출하는 방식임에 비해, 후자는 국민계정과 같이 총계치(Aggregate Data)중 관련항목을 활용하여 구하는 방식이라고 전술하였다. OECD에서는 국민의료비 산출방식에 대해서 어느 한 쪽만으로 규정하고 있지는 않으나 대체적으로 국민계정 접근방식이 가지고 있는 국제비교상의 장점을 강조하고 있다.<sup>10)</sup> 하지만 향후 보건계정체계(SHA)에 따라 보건통계 분야의 국제적인 틀을 구축하는 것을 장기적 목표로 삼고 있다.<sup>11)</sup>

保健計定과 國民計定은 상호 연계되어 있으므로 국민계정 입장에서 볼 때 이러한 작업은 국민계정체계의 성숙을 가져올 것으로 기대된다.<sup>12)</sup>

10) 향후 각국이 OECD가 제시하는 국민의료비의 각 부분항목별로 의료비 지출 규모를 정확히 파악할 수 있고 이에 따라 전체 국민의료비의 규모를 산출해 낼 수 있을 때까지는 잠정적으로 국민계정을 중심으로 추계하고 필요에 따라 보충적으로 여타 자료를 활용하자는 입장이다.

11) 보건계정체계(SNA)에 대해서는 제IV장에서 언급하고 있다.

12) SNA분류 1993년 개정안은 부계정에 관한 기본적 개념틀을 기술하고 있으며 보건부문은 잠재적인 부계정 확보가능 분야로 분류되어 있다.

국민의료비 추계는 客觀的이고 信賴性있는 자료를 기준으로 지속적인 추계가 가능하여야 한다. 또한 우리나라는 OECD가입으로 말미암아 향후 국민의료비 추계에 있어 국제기준에 맞는 방식으로 추계할 필요성이 대두되고 있다. 기존의 연구들은 국제적 기준을 무시하고 연구자의 연구목적에 따라서 수행한 경우가 대부분이어서 국민의료비의 국제적 비교가 어려웠다.

〈表 III-3〉 財源別 分類(International Classification of Medical Care Financing)  
에 의한 國民醫療費 計定

구 분
공공부문(General Government Financing of Medical Care)
정부(Territorial Government)
중앙정부(Central Government)
주/지역/도(State/Regional/Provincial Government)
지방/시정부(Local/Municipal Government)
사회보장(Social Security Schemes)
민간부문(Private Sector Financing of Medical Care)
민간사회보험(Private Social Insurance Schemes)
기타민간보험(Other Private Insurance)
가계본인부담(Private Households' Out-of-Pocket Payment)
기타(Other Private Financing Agents n.e.c.)

資料: OECD, *PRINCIPLES OF HEALTH ACCOUNTING FOR INTERNATIONAL DATA COLLECTIONS*, 1997. 3.

본 연구에서는 한국보건사회연구원에서 수행되어 온 방식을 일부 수정·보완하였으며, 또한 국제비교가 가능하도록 OECD가 제안하고 있는 보건계정체계 중 자원별 분류에 의한 의료비 추계를 시도하였다.<sup>13)</sup>

- 
- 13) OECD방식에 의한 의료비 추계는 크게 3가지로 분류하여 분석할 수 있는데, 재원별 분류에 의한 추계, 기관별 분류에 의한 추계, 기능별 분류에 의한 추계가 그것이다.

<表 III-3>은 OECD에서 제시하고 있는 재원별 분류에 의한 국민의  
료비 체계이며, <表 III-4>는 이 방식에 따른 추계를 위한 資料源이다.

<表 III-4> 國民醫療費 推計 資料源

항목		자료원	내 용	
공 공 부 문	정 부 부 문	중 앙 정 부	한국의 재정통계 (재무부)	중앙정부 세출 및 순융자의 기능적 분류 중 보 건항목
			국민계정 (한국은행)	일반정부의 목적별 주요지출 중 보건부문 총고 정자본형성 항목
			의료보험통계연보 (의료보험연합회)	지역의료보험의 국고부담금 공교의료보험의 정부부담금 직종의료보험의 국고부담금 임의지역의료보험의 국고부담금
			세입세출결산 (정부)	국·공립병원 수입
	사 회 보 장	지 방 정 부	경제통계연보 (한국은행)	지방정부세출의 기능적 분류 중 보건항목
			의료보험통계연보 (의료보험연합회)	의료보험의 실지출(보험실급여비+공동부담+기타) 에서 국고부담 및 정부부담분을 제외한 금액
			산재보험사업 연보(노동부)	연도별·보험급여별 지급현황 중 요양급여 항목
			세입세출결산 의료보호통계	보건복지부와 노동부의 의료보호 항목, 진료기관종별 진료실적 <sup>1)</sup>

註: 1) 1992년부터는 의료보호통계자료의 의료보호항목을 이용하였다.

<表 III-4> 계속

항목		자료원	내 용
민 간 보 험	민간사 회보험	보험개발원 내부자료	자동차보험 대인치료비
	기타민 간보험	보험통계 연감	생명보험보험금 지급내역 중 환급금의 입원 항목 <sup>2)</sup>
민 간 부 문	가계 본인부담	도시가계 연보	도시가구당 의료비
		농가경제 통계	농가가구당 의료비
		어가경제 통계	어가가구당 의료비
		수산업통계연 보	전체 어가가구수
		농림통계 연보	전체 농가가구수
민간 비영리단체	국민계정 (한국은행)	민간비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료 비 항목	

註: 2) 『보험통계연감』에는 생명보험의 외래항목이 없는데 정확한 추계를 위해선 생  
명보험 외래항목도 생산되어야 함.

<表 III-4>에 따르면 공공부문 재원별 분류에 의한 자료원은 政府部  
門과 社會保障部門으로 크게 2대별하여 설명할 수 있다. 그리고 정부  
부문은 다시 중앙정부부문과 지방정부부문으로 나눌 수 있는데 우선  
中央政府部門의 자료원부터 살펴보면 다음과 같다. 중앙정부부문의  
추계를 위한 자료원으로 재경원(현 재정부)의 『한국의 재정통계』, 한  
국은행의 『국민계정』, 의료보험연합회의 『의료보험통계연보』, 대한민  
국정부에서 발간한 『세입세출결산』을 사용하였다. 『한국의 재정통계』  
에서는 중앙정부 세출 및 순융자의 기능적 분류 중 보건항목을 이용  
하였는데 이 자료는 보건복지부, 교육부, 내무부, 국가보훈처에서 지

출된 보건관련 항목에 대한 지출을 합친 총액으로 구해진다(홍정기, 1995). 하지만 홍정기(1995)의 연구와 달리 의료보호에 대한 지출이 포함되어 있지 않다. OECD방식에 의한 의료비 추계모형을 기본 틀로 하는 본 연구의 취지에 따라 의료보호항목은 따로 공공부문의 사회보장부문으로 항목을 구분하였기 때문이다. 『국민계정』<sup>14)</sup>에서는 일반정부의 목적별 주요지출에 나와 있는 보건부문의 총고정자본형성 항목을 사용하였는데 이 항목은 정부의 보건의료부문에 대한 투자지출의 의미를 가지고 있다.

『의료보험통계연보』에서는 지역의료보험의 국고부담금, 공·교의료보험의 정부부담금, 직종의료보험의 국고부담금<sup>15)</sup>, 임의지역의료보험<sup>16)</sup>의 국고부담금 항목을 사용하였다. 하지만 중앙정부의 의료보험관련 지출엔 지역의료보험의 국고부담금만을 사용하였는데 이는 지역의료보험에 대한 국고보조금은 공·교의료보험의 정부부담금<sup>17)</sup>처럼 정부가 피보험자로서 납부하는 보험료와 성격이 다르므로 사회보장보험부문이 아닌 중앙정부의 보건지출로 집계하였다.

『세입세출결산』에서는 국·공립병원수입을 이용하였는데 이는 정부의 수입부문이므로 정부의 총의료비지출에서 차감하였다. 또한 병원

14) 국민계정에서 구할 수 있는 보건관련 지출로는 목적별 최종소비지출을 들 수 있는데 정부의 목적별 최종소비지출의 경우 보건항목은 주로 보건복지부의 지출에 의존하고 있으며, 교육부, 국방부, 내무부 등에서 지출되는 보건의료관련 지출은 교육, 문화, 오락, 국방, 공공질서 및 안전 등에 중간소비형태로 포함되어 있으므로 본 연구에서 정의하는 국민의료비에 부합하는 의료비를 구할 수 없다. 따라서 여기서는 투자지출 부문이라고 할 수 있는 일반정부의 목적별 주요지출 중 보건부문 총고정자본형성 항목과 기타항목으로 분류된 민간비영리단체의 목적별 최종소비지출 중 보건의료항목을 이용하였다.

15) 우리나라의 직종의료보험은 1982년부터 1989년까지 시행되었음.

16) 우리나라의 임의지역 의료보험은 1983년부터 1989년까지 실시되었음.

17) 정부가 공무원 및 교육공무원의 사용자로서의 역할을 하고 있으므로 피보험자로서 의료보험료를 납부하는 것으로 이해할 수 있다. 따라서 사회보장부문의 의료보험으로 분류하였다.



수입은 가계의 최종소비지출에 포함되어 있으므로 이중계산을 피하기 위해서도 중앙정부 지출에서 제외하는 것이 바람직 할 것이다.

다음으로 地方政府의 資料源을 살펴보면, 한국은행에서 발행하고 있는 『경제통계연보』의 지방정부세출의 기능적 분류 중 보건항목<sup>18)</sup>을 이용하였다.

공공부문 중 社會保障部門은 의료보험, 산재보험, 의료보호의 세 가지 항목으로 구분하였다.

醫療保險의 경우, 의료보험연합회에서 매년 발간하고 있는 『의료보험통계연보』의 연도별 재정수지부문의 실제지출에서 국고부담 및 정부부담분을 제외한 금액을 의료보험지출액으로 집계하였다. 국고부담 및 정부부담은 정부부담으로 집계되어 있으므로 이중계산을 피하기 위해 의료보험부문에서 제외하였다.

產災保險의 경우, 노동부에서 매년 발간하고 있는 『산재보험사업연보』의 연도별·보험급여별 지급현황 중 요양급여항목을 사용하였다. 醫療保護의 경우, 보건복지부·의료보험관리공단에서 매년 발간하고 있는 『의료보호통계』<sup>19)</sup>의 진료기관종별 진료실적 중 의료보호항목을 이용하였다.

민간부문의 재원별 분류에 의한 자료원은 민간사회보험(PSIS: Private Social Insurance Schemes), 기타 민간보험, 가계본인부담, 기타 민간부문 부담으로 구분하여 설명할 수 있다.

民間社會保險(PSIS)은 사회보험처럼 강제성을 가지는 민간보험을 의미한다고 볼 수 있다. 따라서, 우리나라의 경우 자동차보험이 민간사

18) 이 항목에는 의료보험 및 의료보호에 대한 지출이 제외된 자료이므로 지방정부의 보건의료 지출항목으로 사회보장부문의 의료보험 및 의료보호 항목에서의 이중계산이라는 우려는 없다.

19) 의료보호통계자료는 1992년부터 집계되고 있으며 이전자료는 세입세출결산(정부)자료에 나오는 보건복지부와 노동부의 의료보호항목을 이용하였다.

회보험으로 분류될 수 있을 것이다. 이 부분의 추계를 위해 보험개발원의 내부자료인 자동차보험 대인치료비를 구득하여 이용하였다.<sup>20)</sup>

其他 民間保險(Other Private Insurance)은 민간보험 중에서 민간 강제보험으로 분류되는 민간사회보험(PSIS)을 제외한 순수민간보험을 의미한다. 한 예로 생명보험을 들 수 있는데 본 연구에서는 보험감독원에서 매년 발간하는 『보험통계연감』의 생명보험보험금 지급내역의 환급금 중 입원항목을 사용하였다.<sup>21)</sup>

가계의 본인부담에 대한 의료비 추계는 도시가계, 농촌가계, 어촌가계의 의료비로 가계를 크게 3대별하여 분류하였다.

都市家計의 의료비는 통계청에서 매년 발간하는 『도시가계연보』를 이용하여 도시가구당의료비를 구하고 여기에 도시가구수를 곱하여 도시가계의 의료비를 추계하였다.<sup>22)</sup>

農家家計의 의료비는 농림부에서 매년 발간하는 『농가경제통계』를 이용하여 도시가구의료비를 구하는 방식과 같이 농가가구당 의료비에 농가가구수를 곱하여 농가가계의 의료비를 추계하였다.

漁家家計의 의료비는 해양수산부에서 발간하는 『어가경제통계』를 이용하여 어가가구의 의료비를 추계하였다.

『농가경제통계』와 『어가경제통계』에 나오는 가구당 의료비에는 의

20) 향후 연구의 신뢰성·객관성·지속성을 확보하기 위해 미흡한 기초자료를 관련 기관에서 생산할 수 있도록 정부기관이나 공공기관에서 지원하여야 할 것이며, 또한 원활하고 연속성있는 연구를 수행하기 위해 사용가치 있는 내부자료는 공개하여야 할 것이다.

21) 『보험통계연감』의 생명보험보험금 환급금에는 외래부문이 집계되지 못하고 입원항목만 조사되고 있어 기초자료의 미흡으로 정확한 집계가 어려운 실정이다.

22) 도시가구수는 수산업통계연보와 농림통계연보를 이용하여 전체인구수를 구하여 농가인구수와 어가인구수를 뺀 나머지를 도시가구 인구수로 가정하였다. 여기에 도시가구당 인구수를 나누어 도시가구수를 추계하였다. 우리나라의 경우 농가가구와 어가가구의 경우 전수조사 하여 발표하지만 전도시가구수를 조사하는 경우는 없으므로 인구를 이용하여 도시가구수를 추계하였다.

료보험이 집계되어 작성되었으나 『도시가계연보』의 도시가구당 의료비에는 의료보험료가 집계되어 있지 않다. 따라서 분류원칙에 따른 차이와 가구당 월평균 의료보험료 만큼의 차이가 존재하고 있음을 유의하여야 할 것이다.

其他 民間部門負擔의 경우, 『국민계정』의 민간비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료비 항목을 이용하였다.

### 3. 國民醫療費 推計結果

앞에서 언급한 자료원을 기초로 1970년부터 1996년까지의 재원별 분류에 의한 국민의료비를 추계한 결과는 다음 <表 III-5>와 같다.

우리나라의 1996年 國民醫療費는 약 22조 9천억원 정도로 나타났다. 이는 1995년 19조 1천억원에 비하면 약 3조 8천억원이 증가하여 1995년대비 19.9% 상승한 것이다. 이는 선행연구인 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구결과와 차이가 있는데 이는 推計資料源 및 推計方法의 차이때문이다.

홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구에서는 민간부문에서 생명보험과 자동차보험 대인치료비<sup>23)</sup> 항목이 빠져 있을 뿐 아니라 가계본인 부담부문에 있어 기본적으로 資料源 및 推計方法이 달라서 추계값이 다르게 나타났다.<sup>24)</sup> 또한 사회보장부문의 산재보험 요양급여는 선행

23) 민간사회보험부문으로 자동차보험 대인치료비는 책임보험과 종합보험으로 구성되어 있는데 책임보험은 성격상 민간사회보험이나 종합보험은 개인의 선택적 사항이므로 엄격히 말해서는 민간사회보험에서 제외되어야 한다고 볼 수 있다. 하지만 본 연구에서는 구독자료의 한계로 분리시키지 못하여 민간사회보험부문으로 처리하였다.

24) 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구에서의 가계본인부담은 한국은행의 『국민계정』의 가계 및 민간 비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료비항목을 사용하였다. 하지만 본 연구에서는 『국민계정』이 병원의 결산서를 토대로 작성되었으나 1

연구에서는 빠져있었기 때문에 본 연구의 추계치가 先行研究보다 높게 나타났다.

공공부문과 민간부문의 의료비를 비교해 보면, 1996년 국민의료비 22조 9천억원 중에서 공공부문 의료비는 10조원 정도로 약 45% 정도 차지하고 민간부문은 12조 6천억원으로 약 55%를 차지하는 것으로 나타났다.

공공부문 의료비 중에는 社會保障部門 의료비가 공공부문 의료비의 약 65%로 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 민간부문의 의료비 중에는 家計本人負擔이 민간부문 의료비의 82%를 차지하는 것으로 나타났는데 국민의료비 전체 구성항목면에서 볼 때도 전체의 45%로 가장 큰 比重을 차지하는 것으로 나타났다.

연도별로 비교해 보면 공공부문 및 민간부문의 의료비는 지속적으로 增加趨勢를 보이고 있으며(圖 III-1 참조), 특히 공공부문의 의료비 비중이 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이는 의료보험의 확대 실시 등 사회보장부문의 지출비중이 높아지는 데에 기인한 것으로 보여진다(圖 III-2 참조).<sup>25)</sup>

---

차 자료의 미비로 저추계될 가능성이 있어 가계를 도시·농촌·어가가구로 3대별하여 보다 구체적으로 접근하였다. 도시가계, 농가가계, 어가가계의 의료비를 구하여 추계한 결과는 『국민계정』의 가계부문 최종소비지출의 보건의료비보다 높게 나타났다.

25) 사회보장부문 의료비 증가추세로 보아 2000년대에는 보건부문 공공부문 의료비 비중이 오히려 민간부문을 초과할 것으로 예상된다.

〈表 III-5〉 國民醫療費 財源別 支出現況(1970~1996年度)

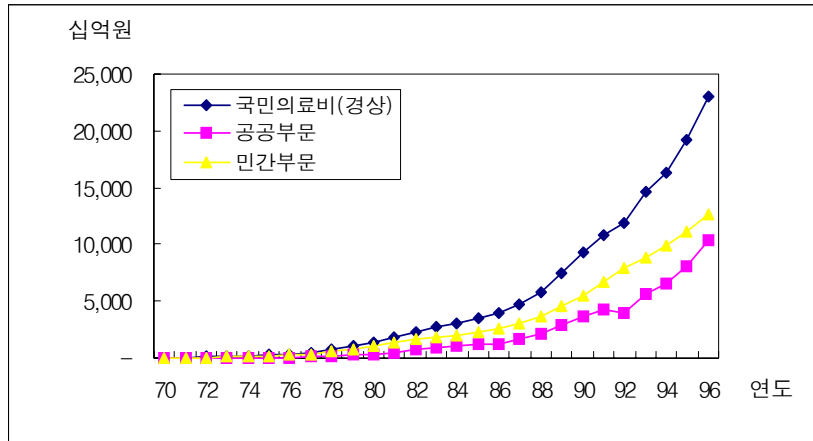
(단위: 10억원)

연도	전체	공공부문			민간부문			
		중앙 정부	지방 정부	사회 보장	민간보험		가계본 인부담	기타민 간부담
					민간사회 보험 <sup>1)</sup>	기타민간 보험 <sup>2)</sup>		
1970	64.9	5.3	-	-	-	-	56.5	3.0
1971	71.9	8.4	-	-	-	-	59.5	4.0
1972	92.6	7.4	9.6	-	-	-	70.8	4.8
1973	107.2	7.2	10.9	-	-	-	83.4	5.7
1974	137.2	10.1	13.2	-	-	-	105.2	8.8
1975	235.0	12.0	19.0	-	-	-	192.2	11.9
1976	320.2	21.3	25.0	-	-	-	260.0	13.9
1977	451.4	44.7	40.0	10.2	-	-	341.0	15.5
1978	717.6	74.7	66.6	42.5	-	-	511.6	22.3
1979	1,068.8	62.0	94.8	106.4	-	-	771.1	34.6
1980	1,421.6	106.7	117.8	151.6	-	-	1,002.0	43.6
1981	1,881.6	144.6	148.3	212.9	-	-	1,310.4	65.4
1982	2,326.7	191.0	176.8	329.9	-	-	1,532.9	96.2
1983	2,762.2	221.3	202.9	455.6	-	-	1,759.6	122.7
1984	3,029.3	217.7	202.7	584.3	-	-	1,863.2	161.5
1985	3,492.8	247.1	253.7	710.9	-	2.0	2,076.3	202.8
1986	3,906.5	303.1	276.6	710.5	-	3.6	2,390.6	222.2
1987	4,667.8	467.0	364.1	845.7	-	6.1	2,731.8	253.2
1988	5,808.5	578.0	462.5	1,145.2	-	11.7	3,305.0	306.1
1989	7,395.8	760.1	545.3	1,535.0	-	23.9	4,169.0	362.6
1990	9,254.6	997.5	601.3	2,133.2	383.2	29.0	4,676.7	433.7
1991	10,893.3	1,366.0	590.7	2,239.9	479.2	34.6	5,680.1	502.8
1992	11,885.4	1,091.5	831.2	2,090.3	538.9	56.8	6,678.1	578.7
1993	14,600.4	1,189.1	1,076.1	3,444.5	677.6	93.4	7,462.0	657.7
1994	16,377.5	1,253.2	1,262.9	3,976.9	737.7	154.1	8,243.9	748.8
1995	19,153.1	1,549.8	1,231.0	5,281.9	795.0	229.6	9,216.7	849.1
1996	22,954.9	1,919.2	1,664.3	6,724.4	939.1	350.8	10,391.8	965.3

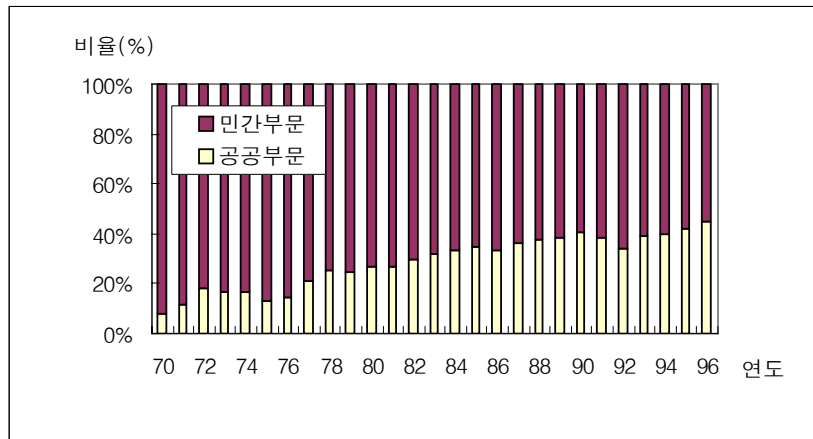
註: 1) 보험개발원의 자동차보험 대인치료비(종합보험, 책임보험)항목을 사용하였으며, 이 자료는 1990년 이후부터 생산되고 있어 1990년 이전의 자료는 구득하기 힘든 실정이다. 따라서 시계열 자료의 축적을 위해 1990년 이전의 자료도 생산할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다.

2) 순수 민간보험 형태를 띠는 것으로 여기서는 보험감독원발간 『보험통계연감』의 생명보험급 환급급 중 입원항목을 이용하였다. 자료의 생산연도가 1985년부터여서 시계열 자료의 축적을 위해 이전의 자료를 생산할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다.

[圖 III-1] 公共 및 民間部門 醫療費 推移



[圖 III-2] 公共 및 民間部門 醫療費 比重 推移



〈表 III-6〉 經常 및 實質 國民醫療費 및 1인당 國民醫療費 增加率  
(단위: 십억원, 원, %)

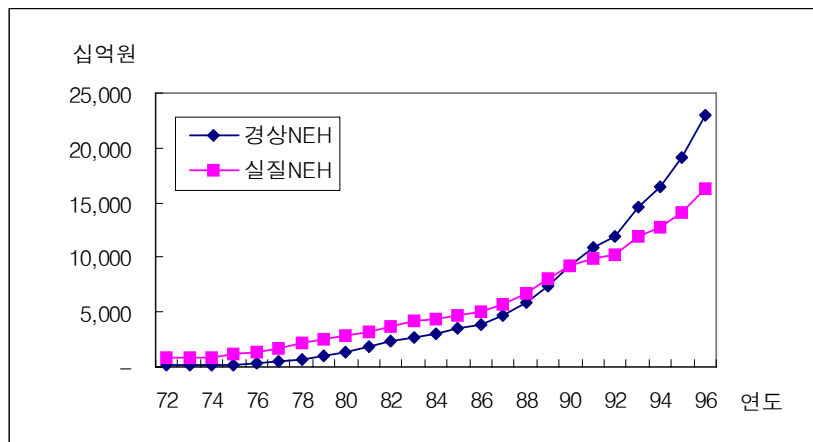
연도	국민의료비				1인당 국민의료비			
	경상	증가율	실질 <sup>1)</sup>	증가율	경상	증가율	실질 <sup>1)</sup>	증가율
1972	92.6	28.8	907.3	-	2,762	26.4	27,080	
1973	107.2	15.8	920.9	1.5	3,143	13.8	27,003	-0.3
1974	137.2	28.0	901.0	-2.2	3,956	25.9	25,972	-3.8
1975	235.0	71.3	1,225.4	36.0	6,662	68.4	34,733	33.7
1976	320.2	36.2	1,362.9	11.2	8,931	34.1	38,019	9.5
1977	451.4	41.0	1,653.5	21.3	12,398	38.8	45,412	19.4
1978	717.6	59.0	2,130.1	28.8	19,412	56.6	57,619	26.9
1979	1,068.8	48.9	2,437.3	14.4	28,475	46.7	64,936	12.7
1980	1,421.6	33.0	2,812.3	15.4	37,289	31.0	73,766	13.6
1981	1,881.6	32.4	3,164.5	12.5	48,591	30.3	81,720	10.8
1982	2,326.7	23.7	3,666.4	15.9	59,164	21.8	93,230	14.1
1983	2,762.2	18.7	4,136.8	12.8	69,209	17.0	103,653	11.2
1984	3,029.3	9.7	4,300.5	4.0	74,972	8.3	106,433	2.7
1985	3,492.8	15.3	4,738.5	10.2	85,595	14.2	116,124	9.1
1986	3,906.5	11.8	5,067.5	6.9	94,855	10.8	123,045	6.0
1987	4,667.8	19.5	5,765.6	13.8	112,275	18.4	138,680	12.7
1988	5,808.5	24.4	6,723.5	16.6	138,380	23.3	160,181	15.5
1989	7,395.8	27.3	8,129.1	20.9	174,511	26.1	191,813	19.8
1990	9,254.6	25.1	9,254.6	13.9	215,880	23.7	215,880	12.6
1991	10,893.3	17.7	9,894.0	6.9	251,762	16.6	228,666	5.9
1992	11,865.4	8.9	10,161.4	2.7	271,747	7.9	232,720	1.8
1993	14,600.4	23.1	11,898.3	17.1	331,405	22.0	270,071	16.1
1994	16,377.5	12.2	12,668.3	6.5	368,422	11.2	284,980	5.5
1995	19,153.1	16.9	14,011.0	10.6	424,746	15.3	310,714	9.0
1996	22,955.0	19.9	16,234.1	15.9	504,003	18.7	356,438	14.7

註: 1) 실질국민의료비 =  $\frac{\text{경상국민의료비}}{\text{GDP디플레이터}} \times 100$

<表 III-6>은 國民醫療費와 1인당 國民의료비를 경상 및 실질의료비로 구분하여 나타내었다. 1990년 가격기준 GDP 디플레이터로 조정된 실질국민의료비는 1996년에 약 16조 2천억원이었으며, 이것은 1972년의 9천억에 비해 18배 정도 늘어난 것이다.

1996년 1인당 經常 國民醫療費는 약 50만원이었으며 1995년에 비해 18.7% 정도 증가한 것으로 나타났다. 또한 1990년 가격기준 GDP 디플레이터로 조정된 1인당 實質 國民醫療費는 약 35만 6천원으로 추계되었다.<sup>26)</sup> 또한 1인당 실질 國民의료비를 시계열적으로 보면 1972년 2만 7천원이던 것이 1996년에 35만 6천원으로 약 13배 증가한 것으로 나타났다.

[圖 III-3] 經常 및 實質 國民醫療費 推移

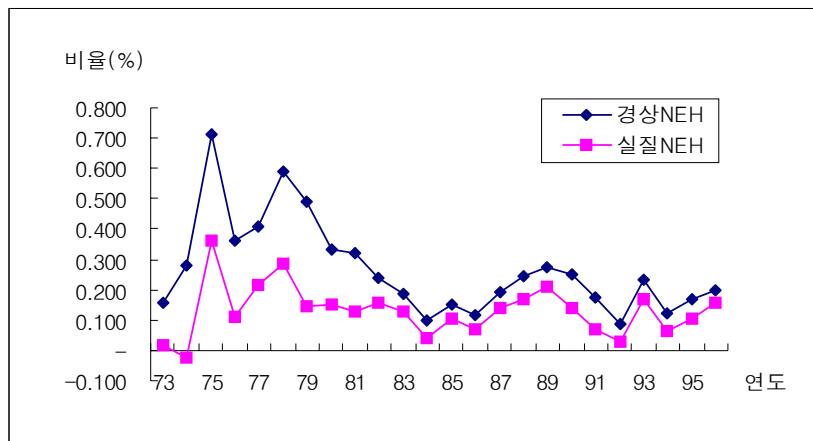


26) 1995년 1인당 경상 및 실질 國民의료비는 각각 42만 4천원, 31만원으로서 신종각 외 (1997)의 추계치(각각 36만 5천원, 26만 8천원)보다 높게 나왔는데 이것은 민간부담 중 민간보험과 가계본인부담의 자료원의 차이에서 오는 결과이다.



경상 및 실질 국민의료비 增加率을 比較해보면 경상 국민의료비 증가율이 매년 실질 국민의료비 증가율보다 높게 나타났으며, 증가율 추세는 경상국민의료비의 경우 1970년대 후반 40~50% 정도로 증가하다가 1980년대 초반에 하향추세를 보인 이후 경상·실질 국민의료비 모두 증가율 20%를 중심으로 安定趨勢에 있다. 또한 1인당 경상 및 실질 국민의료비 증가율 추세의 경우도 전체 국민의료비와 비슷한 추세를 보였다.

[圖 III-4] 經常 및 實質 國民醫療費 增加率 推移



<表 III-7>은 1972년부터 1996년까지 우리나라의 國內總生産(GDP) 대비 국민의료비 수준을 나타내고 있다. 이에 따르면 1970년대 GDP 대비 국민의료비가 약 2% 정도였던 것이 1980년대에는 3%에서 4%대로 진입했으며, 1990년대에 들어와서는 5%대로 나타났다. 특히, 1996년에는 GDP 對比 국민의료비 比率이 5.89%로 6%선에 근접하고 있다. 국민계정에 의한 GDP 대비 국민의료비 비율과 비교해 볼 때 상당히 높은 것이다(表 II-3 참조).<sup>27)</sup> 이것은 앞에서도 언급하였듯이 國民計

정에 의한 국민의료비 추계자료원과 본 연구에서의 추계자료원에서의 차이에서 오는데 특히 民間部門의 경우 본 연구에서의 추계가 국민계정에 의한 추계치보다 매우 크게 나타났기 때문이다.

〈表 III-7〉 國內總生産(GDP) 對比 國民醫療費 推移

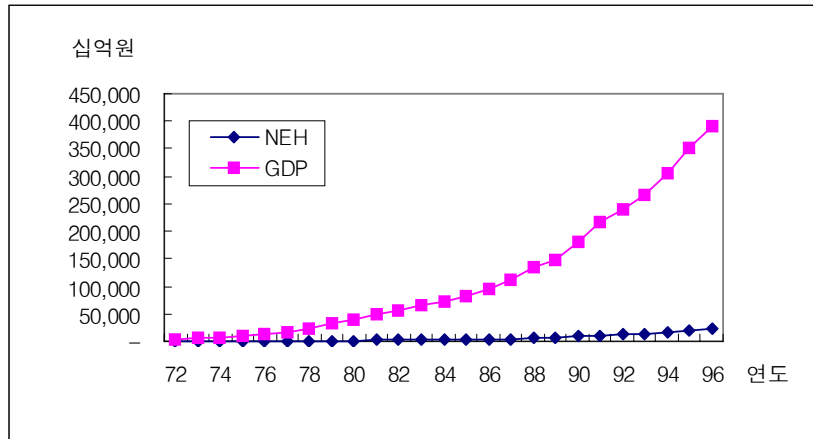
(단위: 십억원, %)

연도	국민의료비		GDP <sup>1)</sup>	GDP 대비 비율
	경상	실질		
1972	92.6	907.3	4,212	2.20
1973	107.2	920.9	5,422	1.98
1974	137.2	901.0	7,664	1.79
1975	235.0	1,225.4	10,296	2.28
1976	320.2	1,362.9	14,088	2.27
1977	451.4	1,653.5	18,063	2.50
1978	717.6	2,130.1	24,388	2.94
1979	1,068.8	2,437.3	31,393	3.40
1980	1,421.6	2,812.3	38,148	3.73
1981	1,881.6	3,164.5	47,657	3.95
1982	2,326.7	3,666.4	54,721	4.25
1983	2,762.2	4,136.8	64,197	4.30
1984	3,029.3	4,300.5	73,605	4.12
1985	3,492.8	4,738.5	82,062	4.26
1986	3,906.5	5,067.5	95,736	4.08
1987	4,667.8	5,765.6	112,130	4.16
1988	5,808.5	6,723.5	133,134	4.36
1989	7,395.8	8,129.1	149,165	4.96
1990	9,254.6	9,254.6	179,539	5.15
1991	10,893.3	9,894.0	215,734	5.05
1992	11,865.4	10,161.4	240,392	4.94
1993	14,600.4	11,898.3	267,146	5.47
1994	16,377.5	12,668.3	305,970	5.35
1995	19,153.1	14,011.0	351,975	5.44
1996	22,955.0	16,234.1	389,979	5.89

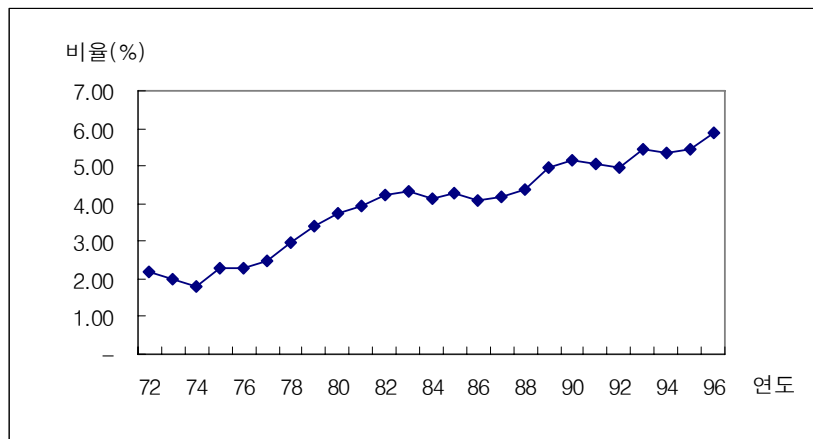
註: 1) 통계청, 『한국통계연감』, 각년도.

27) 국민계정에 의한 GDP 대비 국민의료비 비율은 1996년에 약 4.0%로 본 연구의 5.89%와 비교하면 상당한 차이가 있다.

[圖 III-5] 國內總生產(GDP) 및 國民醫療費 推移



[圖 III-6] 國內總生產(GDP) 對比 國民醫療費 增加率 推移



#### 4. 國民醫療費의 國際間 比較

국민의료비의 國際的 比較를 위해 OECD에서는 매년 국민의료비의 동향과 구조 및 추이에 대한 자료를 OECD Health Data File로 발간하고 있다. 이 資料는 OECD가 정하는 개념과 포함범위를 만족시키는 保健計定(The Health Account)을 가지고 있는 일부 회원국을 제외하고 OECD 사무국에서 국민소득과 국민총생산 계정과 같은 표준화된 巨視的인 자료에 微視的인 자료들을 첨가시키는 방법을 사용하고 있다.

그러나 OECD Health Data File은 각국이 행정보고 목적과 자국의 보건의료재정현황과 전달체계의 특별한 構造的인 特徵에 의거하고 있기 때문에 국제 비교의 어려움은 상존하고 있다. 이 자료가 가지고 있는 내부적 애로점으로는 첫째, 상이한 보건의료체계로 인해 각국간의 보건의료 統計資料의 불호환성을 들 수 있으며 둘째, 보건의료체계 실시 성과인 國民健康水準의 결과가 측정될 수 없기 때문에 쉽게 비교될 수 없으며 셋째, 각국간의 사회·문화·인구구성별 경제적인 요인과 의료환경 등의 차이를 측정 및 조정하기 어렵고 넷째, 각국간의 정책의 전이성의 問題點을 내포하고 있다.

또한 이러한 국제비교의 어려움을 극복한다고 하더라도 나라마다 의료비를 측정하는 指數가 다르다는 문제가 있다. 이를 해결하는 수단으로 일반적으로 換率(Exchange Rate)과 購買力評價指數(Purchasing Power Parity)를 이용하여 국제적 비교 단위를 일치시키는 방법을 사용한다. 하지만 환율은 외환수급에 따라 영향을 많이 받으므로 비교역 서비스상품을 반영하지 못할 뿐 아니라 國內物價水準의 영향으로 비교상의 어려움을 내포하고 있다. 한편 구매력평가지수는 재화나 서비스를 구매할 수 있는 능력을 지수화한 것으로 자국통화와 외국환과의 교환비율이 아닌 동일한 재화나 서비스에 대한 각국간의 구매력의

차이에 의거하여 구해지므로 환율로 환산하여 비교하는 것보다 유리하다고 볼 수 있다. OECD에서는 Health Data File에 환율뿐 아니라 구매력평가지수로 환산한 의료비자료를 발간하고 있다.

국제비교의 또다른 방법으로 國民總生産(GNP)이나 國內總生産(GDP) 대비 國民의료비 비율을 이용하는 방법이 있다. 하지만 이러한 방법은 국민소득규모에 대한 의료비 규모를 比率로만 파악할 수밖에 없는 문제점이 있다.

<表 III-8>은 1990년부터 1996년까지 OECD국가의 국내총생산 대비 國民의료비 比率를 比較하고 있다. 이에 따르면 1990년 이후 OECD국가의 국내총생산 대비 國民의료비의 평균비율은 1990년 7.2%에서 1996년 7.9%였으며 국가별로 보면 미국, 독일, 스위스, 캐나다는 이미 국내총생산 대비 國民의료비 비율이 10%선을 넘고 있다. 이러한 국가들은 이미 오래전부터 國民의료비의 급격한 成長에 대비하여 醫療費 抑制方案 마련에 고심하고 있다. 이에 반해 우리나라의 경우 현재 29개 OECD 가입국 중 터키, 멕시코, 폴란드와 함께 국내총생산 대비 國民의료비 지출이 가장 적은 나라로 분류되고 있다. 우리나라의 의료비 비율이 선진국 수준보다 낮은 이유로 보건의료분야의 후진성에 근본적인 이유가 있겠지만 기초자료수집의 문제와 정립되지 못한 保健統計計定에도 그 이유가 있다고 할 것이다.

〈表 III-8〉 OECD國家의 國內總生産 對比 國民醫療費 比率

(단위: %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
오스트레일리아	8.3	8.6	8.6	8.5	8.5	8.4	8.5
오스트리아	7.2	7.2	7.6	8.0	8.0	8.0	8.0
벨기에	7.5	7.9	8.0	8.1	8.0	7.9	7.8
캐나다	9.2	9.9	10.3	10.2	9.9	9.7	9.6
체첸공화국	5.4	5.3	5.4	7.3	7.6	7.5	7.2
덴마크	8.2	8.2	8.2	8.4	8.2	8.0	8.0
핀란드	8.0	9.1	9.3	8.4	7.9	7.6	7.4
프랑스	8.9	9.1	9.4	9.8	9.7	9.9	9.7
독일	8.7	9.4	9.9	10.0	10.0	10.4	10.5
그리스	4.2	4.2	4.5	5.0	5.4	5.8	6.8
헝가리	6.1	6.6	7.2	6.8	7.3	7.1	6.7
아이슬랜드	7.9	8.1	8.2	8.3	8.1	8.2	8.2
아일랜드	6.7	7.0	7.3	7.3	7.2	7.0	7.0
이태리	8.1	8.4	8.5	8.6	8.4	7.7	7.8
일본	6.0	6.0	6.4	6.6	7.0	7.2	7.2
룩셈부르크	6.6	6.5	6.6	6.7	6.5	6.7	6.8
멕시코	3.6	4.2	4.4	4.5	4.7	4.9	4.6
네덜란드	8.3	8.6	8.8	9.0	8.8	8.8	8.6
뉴질랜드	7.0	7.5	7.6	7.3	7.3	7.3	7.3
노르웨이	7.8	8.1	8.2	8.1	7.8	8.0	7.9
폴란드	4.4	5.1	5.3	4.9	4.4	4.5	5.0
포르투갈	6.5	7.2	7.4	7.7	7.8	8.2	8.3
스페인	6.9	7.0	7.3	7.5	7.4	7.3	7.4
스웨덴	8.8	8.7	8.8	8.9	8.7	8.5	8.6
스위스	8.3	8.9	9.3	9.4	9.5	9.6	10.2
터키	3.6	3.8	3.8	3.7	3.6	3.3	3.8
영국	6.0	6.5	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9
미국	12.6	13.4	13.9	14.1	14.1	14.1	14.0
한국 <sup>1)</sup>	5.2	5.1	4.9	5.5	5.4	5.4	5.9
평균	7.2	7.5	7.8	7.9	7.8	7.8	7.9

註: 1) 본 연구에서 추계한 자료임.

資料: OECD Health Data File, 1998.

## IV. 醫療機關別 醫療費 推計

### 1. 醫療機關別 醫療費 計定

의료비를 醫療機關別로 분류하여 추계하는 것은 제한된 의료재원의 效率的 配分을 위해서나 의료정책의 효과적인 실현을 위해서 선행되어야 할 과제이다. 그러나, 지금까지 대부분의 경우 의료기관별 의료비 추계에 대한 구체적인 연구는 미진한 실정이었으며 이는 국내 보건통계자료의 제약 등 현실적인 制限에 기인한다.

의료기관별 의료비 추계는 OECD에서 제안하고 있는 방식에 따라 추계하는 것이 바람직 할 것이나 OECD 방식의 기관별 항목은 매우 세분화되어 있을 뿐 아니라 항목에 맞는 국내 보건통계자료를 求得하기란 쉽지 않은 실정이다. 따라서 본 연구에서는 의료기관별 의료비를 추계하기 위해 신종각 외(1997)의 『國民醫療費 및 醫療機關別 醫療費 推計』에서 이용한 모형을 바탕으로 의료기관별 의료비를 추계하고자 한다.

본 연구에서 이용한 의료기관별 醫療費 計定은 미국 보건의료재정청(Health Care Financing Administration)의 국민의료비 계정 구성항목 중 개인보건의료비(Personal Health Care Expenditure)의 계정구조를 기본적 모형으로 삼고 의료기관별로 의료서비스를 설정하였다. 미국의 경우 보건의료비 계정의 개인보건의료비 항목의 추계는 標準産業分類(Standard Industrial Classification: SIC)의 기관별 구조(establishment-based structure)에 기초하고 있다.

우리나라의 韓國標準産業分類는 의료기관을 크게 병원, 의원, 기타

의료기관으로 구분하고 있다. 病院은 일반병원, 치과병원, 한방병원, 달리 분류되지 않는 병원으로 나누어지며, 醫院은 일반의원, 치과의원, 한의원으로 분류하고 있다. 기타 의료기관으로는 조산소, 유사 의료업, 병리시험 서비스업, 달리 분류되지 않는 其他 醫療機關이 있다. 유사 의료업은 물리요법사, 치과보조원, 검안사, 수족병치료사, 척추지압요법사, 언어장애교정사, 가정치료사, 정공요법사, 침구사 등의 유사 의료원의 감독하에 유사 의료행위를 하는 산업활동을 지칭한다. 달리 분류되지 않는 기타 의료업에는 혈액 서비스, 식품위생검사 서비스, 구급차 서비스, 산소공급 서비스, 의료기록 서비스 등을 행하는 활동 등이 포함된다.

그러나 본 연구에서는 醫療機關을 종합병원, 병원, 의원, 한방병·의원, 치과병·의원과 약국으로 대별하고, 財源別로는 크게 보험자부담과 본인부담으로 분류하였다. 한국표준산업분류의 의료업 분류에는 병원과 의원의 구성항목만 포함하나 본 연구에서는 구성항목을 재조정하여 보건기관 및 조산소와 약국을 분류항목으로 포함시켰다.

의료기관을 구체적으로 살펴보면, 병원을 종합병원과 일반병원으로 구분하였으며, 綜合病院은 2차기관과 3차기관으로 구분하지 않았다. 그러나 병원급 의료기관만 분리하여 연도별로 의료비를 분석한 경우는 종합병원을 2차 의료기관과 3차 의료기관으로 분리하였다. 病院에는 일반병원과 결핵 및 정신병원도 포함하고 있다. 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산소를 단일항목으로 보건기관 및 조산소라고 하였다.

재원별 구성항목 중 保險者負擔은 의료보험, 산재보험, 의료보호 및 자동차보험으로 구성되며, 本人負擔에는 법정본인부담과 비급여 본인부담이 포함된다. 보험자 부담에는 현금급여를 제외한 의료보험 급여비의 보험자부담, 산재보험 진료비 지급액, 의료보호 진료실적의 기관



부담과 자동차보험 대인 치료비가 포함된다. 本人負擔은 보험처리되는 법정본인부담과 보험처리되지 않는 비급여 본인부담으로 구분되어 있다. <表 IV-1>은 이상의 본 연구에서의 의료기관별 의료비 계정을 나타낸다.

<表 IV-1> 醫療機關別 醫療費 計定

구분	총의료비	보험자부담				본인부담	
		의료 보험	의료 보호	산재 보험	자동차 보험	법정 본인부담	비급여
의료기관 전체	소계						
	입원						
	외래						
종합 병원	소계						
	입원						
	외래						
병원	소계						
	입원						
	외래						
의원	소계						
	입원						
	외래						
치과병 ·의원	소계						
	입원						
	외래						
보건기관 및 조산소	소계						
	입원						
	외래						
한방병 ·의원	소계						
	입원						
	외래						
약국							

## 2. 醫療機關別 醫療費 推計資料 및 推計方法

醫療機關別 醫療費는 <表 IV-1>의 의료기관별 의료비 계정에서와 같이 종합병원, 병원, 의원, 치과병·의원, 보건기관 및 조산소, 한방병·의원, 약국으로 구분하여 추계하였다. 본 절에서는 1996년 의료기관별 의료비의 推計資料源과 推計方法을 살펴보고 추계결과를 도출하고자 한다. 또한 그 결과를 1995년도 의료기관별 의료비와 의료비지출 동향과 비교하고자 한다.

### 가. 推計資料源

본고에서는 의료기관별<sup>28)</sup> 의료비를 추계하기 위해 다양한 資料源을 이용하였다. 우선 의료기관별 대분류인 의료기관별 의료비 계정에서 재원 및 의료기관별로 구분하였다. 이것을 기관별 總醫療費와 保險者負擔 및 本人負擔으로 대별하여 설명하면 다음과 같다.

總醫療費는 한국의료관리연구원에서 발간하는 『'96 병원경영분석』 자료를 이용하여 병원급 이상의 의료기관 의료비를 이용하였으며, 의원, 치과의원, 한방의원, 보건기관 및 조산원은 신종각 외(1997)의 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』에 나오는 기관별 총의료비부문에 『'96 의료보험통계연보』의 의료기관별 의료비의 의료보험증가율을 이용하여 추계하였다.<sup>29)</sup>

保險者負擔으로 의료보험연합회의 『의료보험통계연보』를 이용하여

28) 본고의 의료기관별 의료비 추계에서는 OECD에서 제안하고 있는 기관별 분류체계와는 다름을 지적한다.

29) 신종각 외(1997)의 연구에서는 민간부담을 한국보건사회연구원, 『국민건강 및 보건 의식행태조사』(1995)를 이용하였으나, 본 연구는 『국민건강 및 보건 의식행태조사』가 3년마다 조사되는 한계점이 있어 이를 수정하여 의료보험 증가율을 이용하여 추계하였다.

의료보험부문의 보험자부담분을 분류해 내었고, 의료보험관리공단의 『'96의료보호통계』를 이용하여 의료보호부문의 보험자부담분을 구해 내었다. 산재보험부문은 노동부의 『산재보험사업연보』에서 '96의료기관등급별 진료비지급현황에 나오는 지급총액을 이용하였다. 또한 자동차보험 대인치료비는 보험개발원의 『자동차보험 의료비 통계자료집』의 의료기관별 총진료비의 구성비를 이용하여 자동차보험 대인치료비 총액을 기관별 의료비 비율에 맞게 분산하여 추계했다. 단, 自動車保險 대인치료비의 의료기관별 입원 및 외래진료비는 의료보험·의료보호·산재보험 보험자부담의 입원 및 외래 비율을 각각의 의료기관별로 적용하여 추계하였다.

民間部門의 의료기관별 의료비지출 자료원을 살펴보면 다음과 같다. 本人負擔 중 보험처리되는 부문 즉, 법정본인부담분과 순수하게 개인이 직접비용처리하는 비급여부문으로 나뉘볼 수 있다. 법정본인부담분은 보험자부담부문에서 사용한 의료보험통계연보, 의료보호통계에 나오는 본인부담자료를 이용하였으며, 비급여부문은 총의료비에서 보험자부담분과 법정본인부담분을 제한 나머지를 비급여 본인부담으로 이용하였다.

其他 의료기관별 의료비 推計資料源은 대한병원협회의 『전국병원명부』, 3차진료기관 및 특수병원자료를 이용하였다. 『전국병원명부』를 이용하여 등급별로 의료기관을 분류해내고 각각의 의료기관의 병상수를 구하였다.

#### 나. 推計方法

의료기관별 의료비를 추계하기 위하여 본 연구에서는 財源別로 총 의료비, 보험자부담, 본인부담으로 분리하고 의료기관의 경우는 약국을 포함하여 병·의원으로 각각 구분하였다.

자료원에서 설명한 바와 같이 각각의 資料源에 基礎하여 의료기관별 의료비를 작성하였고, 또한 작성된 계정의 각 항목별 기초자료를 수정보완하여 해당항목을 추계하였으며 구체적으로 관련 항목을 추계할 수 없는 경우에는 會計學的으로 일반적으로 인정된 회계원리 (Generally Accepted Accounting Principles)하의 비용배부방식(Cost Appropriation)에 의거하여 추계하였다.

구체적으로 보면 『病院經營分析』 자료와 신종각 외(1997)에서의 기초자료를 이용하여 의료기관별 총의료비를 구하였으며, 保險者負擔은 의료보험·의료보호·산재보험에서의 보험자부담분을 구하였다. 本人負擔은 총의료비에서 보험자부담 의료비를 뺀 나머지를 본인부담 의료비지출로 추계하였다.<sup>30)</sup>

### 3. 1996年度 醫療機關別 醫療費 推計結果

본고의 의료기관별 의료비계정에 따라 1996년도 의료기관별 의료비를 推計한 結果는 다음 <表 IV-2>, <表 IV-3>과 같다.

<表 IV-2>는 1996년도 우리나라의 의료기관별 의료비를 총의료비, 보험자부담분, 본인부담으로 분류한 추계결과를 보여주고 있다. 이에 따르면 1996년 의료기관별로 支出된 醫療費總額은 16조 2100억원으로 추계되었으며, 1995년 추계치보다 약 3조원 증가한 것으로 나타났다.

30) 민간부담의 경우, 신종각 외(1997)의 연구와 다른데, 이것은 신종각 외의 경우는 국민건강조사(1995)를 이용하여 민간부담을 따로 추계하였고 이 때 보험자부담과 민간부담 의료비의 합계와 국민의료비와의 차이분을 기타 항(오차항)으로 분류하여 행정비용 등으로 보았다는 것이 다르다.

〈表 IV-2〉 醫療機關別 醫療費 推計(1996年)

(단위: 십억원,%)

구분	총의료비	보험자부담		본인부담		
			비중		비중	
의료기관별 전체(a+b)	소계	16,210	6,697	41.3	9,513	58.7
	입원	5,538	3,108	56.1	2,430	43.9
	외래	10,672	3,589	33.6	7,083	66.4
병·의원(a)	소계	15,124	6,570	43.4	8,553	56.6
	입원	5,539	3,108	56.1	2,430	43.9
	외래	9,585	3,462	36.1	6,123	63.9
종합병원	소계	6,341	3,113	49.1	3,228	50.9
	입원	4,107	2,346	57.1	1,761	42.9
	외래	2,234	767	34.3	1,467	65.7
병원	소계	1,470	751	51.1	719	48.9
	입원	896	538	60.0	358	39.9
	외래	574	213	37.1	361	62.9
의원	소계	3,808	2,203	57.9	1,605	42.1
	입원	490	276	56.3	214	43.7
	외래	3,318	1,927	58.1	1,391	41.9
치과병 ·의원	소계	1,668.3	328.6	19.7	1,339.7	80.3
	입원	5.6	0.8	14.8	4.8	85.2
	외래	1,662.7	327.8	19.7	1,334.9	80.3
보건기관 및 조산소	소계	82.5	37.0	44.9	45.5	55.1
	입원	1.4	1.1	80.1	0.3	19.9
	외래	81.1	35.9	44.3	45.2	55.7
한방병 ·의원	소계	1,755	137.4	7.8	1,616.6	92.2
	입원	39	9.8	25.5	28.7	74.5
	외래	1,716	127.6	7.4	1,587.9	92.6
약국(b)		1,087	127	11.7	960	88.3

資料: 한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석』, 1997.  
 대한병원협회, 『전국병원명부』, 1996, 1997.  
 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996~1997.  
 의료보험연합회, 『'96의료보험통계연보』, 1997.  
 의료보험관리공단, 『'96의료보호통계』, 1997.  
 노동부, 『산재보험사업연보』, 1997.  
 신종각 외, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 1997.

의료기관별 의료비를 재원별 및 의료기관별로 구분하여 살펴보면 다음과 같다. 財源別로는 보험자부담부<sup>31)</sup>과 본인부담부<sup>32)</sup>으로 나누어 1996년 의료기관별 의료비를 추계한 결과 保險者負擔은 6조 6970억원, 本人負擔은 9조 5130억원으로 추계되어 각각 의료기관별 총의료비의 41.3%와 58.7%를 차지하는 것으로 나타나 본인부담이 보험자부담에 비해 상당히 높은 것으로 조사되었다. 이것을 入院 및 外來 比率로 구분하여 살펴보면 入院의 경우는 보험자부담이 56.1%로 본인부담 43.9%보다 높게 나타났으며, 外來의 경우는 본인부담이 66.4%로 보험자부담 33.6%보다 오히려 높게 나타났다. 이것은 의료기관별로 본 의료비는 전체의료비의 약 58.7%를 차지하는 본인부담 중에서 외래부문 의료비가 66.4%를 차지하여 본인부담 중 외래부문의 비중이 높음을 알 수 있다.

醫療機關別로 볼 때, 한방병·의원의 경우는 90% 이상이, 치과병·의원의 경우 80% 이상이 本人負擔인 것으로 나타났으며, 병원과 의원의 경우는 다른 기관에 비해 본인부담이 상대적으로 낮은 것으로 조사되었다.

<表 IV-3>에서는 의료기관별 의료비를 보험자부담과 본인부담으로 구분하였는데 保險者負擔 의료비는 의료보험 비중이 전체의 73.9%(4조 9천4백억원)를 차지했고 자동차보험이 14%(9천3백억원) 정도 비중을 차지했다.

31) 의료보험, 의료보호, 산재보험 및 자동차보험 대인치료비로 구성됨.

32) 법정 본인부담과 비급여 본인부담으로 구성됨.

〈表 IV-3〉 醫療機關別 保險者負擔 및 本人負擔(1996年度)

(단위: 십억원)

구분		보험자부담				본인부담	
		의료보험	의료보호	산재보험	자보 <sup>1)</sup>	법정	비급여
의료기관 전체(a+b)	소계	4,948	501	309.2	939.1	2,711	6,715
	입원	2,141	259	264.6	444.3	569	1,795
	외래	2,807	242	44.6	494.8	2,142	4,920
병·의원(a)	소계	4,821	501	309.2	939.1	2,638	5,829
	입원	2,141	259	264.6	444.3	569	1,795
	외래	2,680	242	44.6	494.8	2,069	4,034
종합병원	소계	2,262	239	170.7	441.4	1,186	2,042
	입원	1,712	149	152.0	332.6	456	1,305
	외래	550	90	18.7	108.8	730	737
병원	소계	367	127	61.4	196.3	200	519
	입원	240	105	53.0	140.7	66	292
	외래	127	22	8.4	55.6	134	227
의원	소계	1,737	111.3	76.7	277.9	1,011	594
	입원	178	4.2	59.5	34.8	45	169
	외래	1,559	107.1	17.2	243.1	966	425
치과병 ·의원	소계	299.9	4.93	0.306	23.48	158.0	1,181.7
	입원	0.7	0.04	0.003	0.06	0.2	4.6
	외래	299.2	4.89	0.303	23.42	157.8	1,177.1
보건기관 및 조산소	소계	23.4	13.596	-	-	7.3	38.2
	입원	1.1	0.001	-	-	0.3	0.00
	외래	22.3	13.596	-	-	7.0	38.2
한방병 ·의원	소계	131.8	5.56	0.052	-	76.2	1,540.5
	입원	9.2	0.58	0.042	-	2.4	26.4
	외래	122.6	4.98	0.010	-	73.8	1,514.1
약국(b)		127			-	73	887

註: 1) 자동차보험 대인치료비

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996~1997.

의료보험연합회, 『'96의료보험통계연보』, 1997.

의료보험관리공단, 『'96의료보호통계』, 1997.

노동부, 『산재보험사업연보』, 1997.

신종각 외, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 1997..

보험개발원 내부자료, 『'96 교통사고 의료비 통계』, 1997.

本人負擔의 경우 법정 대비 비급여 본인부담이 약 2.5배 정도로 나타났으며 특히, 한방병·의원과 치과병·의원의 법정대비 비급여 본인부담 비율은 각각 20배, 7.5배 정도로 나타나 한방병·의원과 치과병·의원의 경우 보험처리되지 않는 본인부담 의료비가 다른 의료기관에 비해 매우 높은 것으로 조사되었다. 이것은 醫療保險 體系上 그리고 醫療機關의 性格上 비보험처리되는 의료서비스가 이들 기관에 많기 때문인 것으로 설명할 수 있다. 그러나 본 연구의 추계결과에 의하면 의원의 경우 유일하게 본인부담 중 법정 본인부담이 비급여 본인부담보다 높은 것으로 나타났다.

全體 醫療費를 의료기관별로 구분하여 살펴보면, 종합병원<sup>33)</sup>이 총 의료비 소계기준으로 39.1%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 의원이 23.5%, 한방병원 10.8%, 치과병·의원 10.3% 순으로 나타났다. 전체 입원환자 의료비 중 종합병원의 입원의료비가 74.1%로 나타나 입원환자 대부분이 종합병원 등 대형병원 위주로 입원하고 있음을 알 수 있다.

<表 IV-4>는 1995년과 1996년도의 의료기관별 의료비지출을 보여주고 있다. 총의료비의 경우, 의료기관별 전체 의료비는 1995년 대비 1996년에 24.7%의 증가율을 보였으며, 이를 入院과 外來로 구분하였을 때 각각 20.8%, 26.7%로 나타났다. 保險者負擔의 경우, 의료기관별 전체 의료비는 45% 증가한 것으로 나타났으며, 입원 및 외래는 각각 42.1%, 47.6% 증가한 것으로 나타나 보험자부담이 총의료비보다 빠르게 상승했다고 볼 수 있다.

33) 3차진료기관과 2차진료기관을 모두 포함하고 있음.



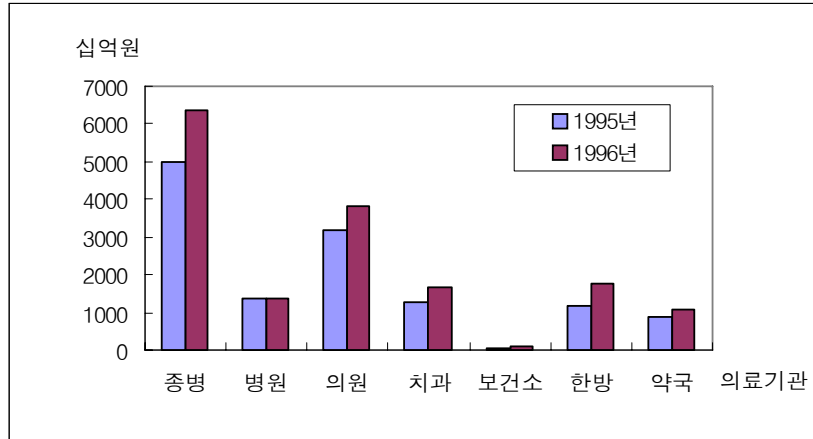
〈表 IV-4〉 年度別·醫療機關別 醫療費 支出比較

(단위: 10억원, %)

구분	총의료비			보험자부담			
	1995년	1996년	증가율	1995년	1996년	증가율	
의료기관 전체(a+b)	소계	13,004	16,210	24.7	4,618	6,697	45.0
	입원	4,584	5,538	20.8	2,187	3,108	42.1
	외래	8,420	10,672	26.7	2,431	3,589	47.6
병·의원(a)	소계	12,099	15,124	25.0	4,514	6,570	45.6
	입원	4,584	5,538	20.8	2,187	3,108	42.1
	외래	7,514	9,585	27.6	2,327	3,462	48.8
종합병원	소계	5,014	6,341	26.5	2,152	3,113	44.6
	입원	3,293	4,107	24.7	1,647	2,346	42.4
	외래	1,721	2,234	29.8	505	767	51.9
병원	소계	1,364	1,470	7.8	462	751	62.7
	입원	852	896	5.2	331	538	62.6
	외래	512	574	12.1	131	213	63.1
의원	소계	3,181	3,808	19.7	1,552	2,203	41.9
	입원	405	490	20.8	199	276	38.5
	외래	2,776	3,318	19.5	1,353	1,927	42.4
치과병· 의원	소계	1,293	1,668	29.0	228.8	328.6	43.7
	입원	1.6	5.6	244.2	0.7	0.8	27.6
	외래	1,291.4	1,663	28.8	228.1	327.8	43.7
보건기관 및 조산소	소계	61.7	82.5	33.7	29.7	37.0	24.7
	입원	1.2	1.4	18.3	1.0	1.1	18.2
	외래	60.5	81.1	34.0	28.7	35.9	24.9
한방병· 의원	소계	1,185	1,755	48.0	88.9	137.4	54.6
	입원	31	39	24.6	7.1	9.8	37.4
	외래	1,154	1,716	48.6	81.8	127.6	56.1
약국(b)		905	1,087	20.1	104	127	21.9

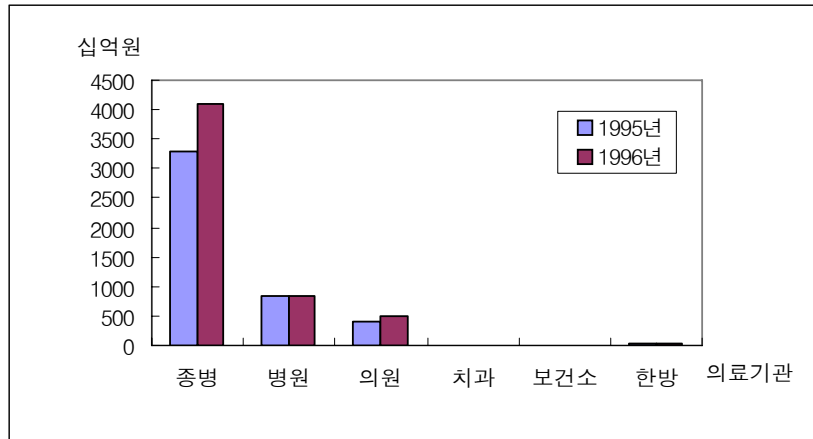
註: 1995년 추계치는 신종각 외(1997), 『국민의료비 추계 및 의료기관별 의료비 분석』을 이용함.

[圖 IV-1] 1995年과 1996年 醫療機關別 總醫療費 比較



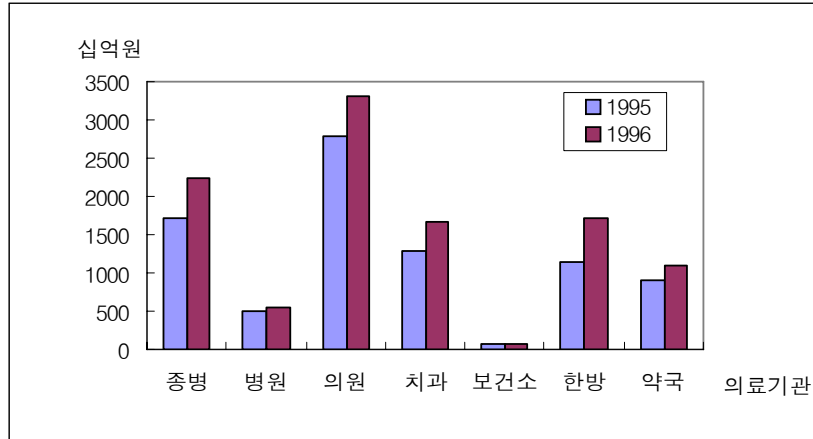
註: 종합은 2차, 3차 종합병원을 말함.

[圖 IV-2] 1995年과 1996年 醫療機關別 入院醫療費 比較



註: 종합은 2차, 3차 종합병원을 말함.

[圖 IV-3] 1995年과 1996年 醫療機關別 外來醫療費 比較



醫療機關別로 살펴보면, 韓方病·醫院의 총의료비가 다른 의료기관에 비해 1995년 대비 1996년의 한방의료비 증가율이 48%로 나타나 상대적으로 가장 높았다.<sup>34)</sup> 또한 보험자부담 증가율도 54.6%로 병원을 제외한 다른 의료기관보다 높게 나타났다. 病院<sup>35)</sup>의 경우는 의료기관별 총의료비 측면에서 보면 다른 의료기관에 비해 의료비 증가율이 7.8%로 가장 낮게 나타났지만 보험자부담 측면에서 본 의료비 증가율은 62.7%로 다른 의료기관에 비해 가장 높아진 것으로 나타났다.

<表 IV-5>에서는 병원급 의료기관을 중심으로 1992년부터 1996년까지 醫療費 增加 推移를 분석한 표이다.

34) 치과병·의원의 입원의료비가 두 배 이상으로 증가한 것으로 나타나 있는데, 이는 병원경영분석자료에 따르면 1996년 치과병원의 병상당 입원의료비가 1995년에 비해 2 배 이상 증가하였고, 병상수도 전년도에 비해 증가했기 때문인 것으로 볼 수 있다. 하지만 전체의료기관별로 볼 때 한방병·의원의 의료비 증가율이 가장 크다고 할 수 있다.

35) 병원의 경우, 종합병원(3차병원 포함)과 치과병원을 제외한 일반병원으로 정신병원, 전문성병원(나환자, 결핵)을 포함하고 있음.

〈表 IV-5〉 年度別·醫療機關別 病院醫療費

(단위: 십억원, %)

의료기관	연도	1992년		1993년		1994년		1995년		1996년		연평균 증가율
		총계	입원	외래	전년대비 증가율	전년대비 증가율	전년대비 증가율	전년대비 증가율	전년대비 증가율	전년대비 증가율		
전체	총계	3,767	4,423	17	5,341	21	6,479	21	7,860	21	20.2	
	입원	2,508	2,878	15	3,468	21	4,178	20	4,981	19	18.7	
	외래	1,259	1,545	23	1,873	21	2,301	23	2,879	25	23.0	
3차의료 기관 지정병원	소계	1,219	1,578	29	1,781	13	2,095	18	3,163	519	27.7	
	입원	845	1,070	27	1,211	13	1,415	17	2,087	48	26.0	
	외래	374	508	36	570	12	680	19	1,076	58	31.4	
종합 병원	소계	1,765	1,866	6	2,346	26	2,919	24	3,178	9	16.2	
	입원	1,193	1,236	4	1,542	25	1,878	22	2,019	8	14.4	
	외래	572	630	10	804	28	1,041	29	1,159	11	19.6	
일반 병원	소계	526	653	24	856	31	1,122	31	1,190	6	23.1	
	입원	287	344	20	484	41	660	24	680	3	25.0	
	외래	239	309	30	372	20	462	36	510	11	21.1	
정신 병원	소계	90.5	129.3	43	139	7	152.2	10	194	27	21.8	
	입원	69.6	96.5	39	110	14	121.0	10	151	25	21.8	
	외래	20.9	32.8	57	29	-10	31.2	6	43	38	22.8	
전업성 병원 <sup>1)</sup>	소계	105.5	122.2	16	115.8	-5	89.9	-22	86.3	-4.0	-3.75	
	입원	94.8	110.2	16	91.1	-17	71.1	-22	65.6	-1.7	-6.2	
	외래	10.7	12.0	13	24.7	105	18.8	-24	20.7	10	26.0	
한방 병원	소계	42.9	51.6	20	69.7	35	80.4	15	125.9	57	31.8	
	입원	14.8	17.8	20	25.4	43	30.8	22	38.5	25	27.3	
	외래	28.1	33.8	21	44.3	31	49.6	12	87.4	76	34.9	
치과 병원 <sup>2)</sup>	소계	18.4	21.9	19	33.6	53	20.3	-40	26.8	32	16.0	
	입원	2.8	2.9	5	5.8	97	1.6	-72	2.0	25	13.8	
	외래	15.6	19.0	21	27.8	47	18.7	-33	24.8	33	16.9	

註: 1) 『'96 병원경영분석』에 전업성병원의 병상당 의료비가 없어서 연평균증가율을 이용하여 1996년도 전업성병원에 대한 의료비를 추계하였음. 감소하는 추세로 보아서는 추계치보다 더 낮을 것으로 예상할 수도 있으나 통계처리의 합리성을 고려하여 단순히 연평균 증가율을 이용하였음.

2) 치과병원의 의료비도 전업성병원의 경우와 마찬가지로 연평균 증가율을 이용하여 1996년 치과병원의 의료비를 추계하였음.

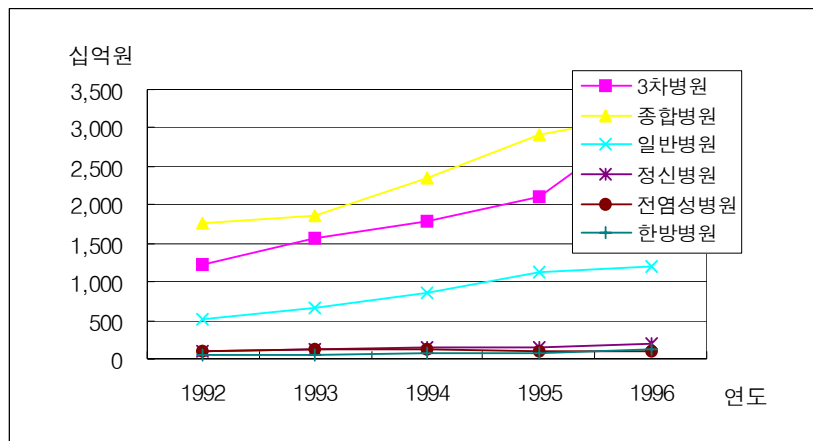
資料: 한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석』, 1994~1997.

대한병원협회, 『전국병원명부』, 1993~1997.

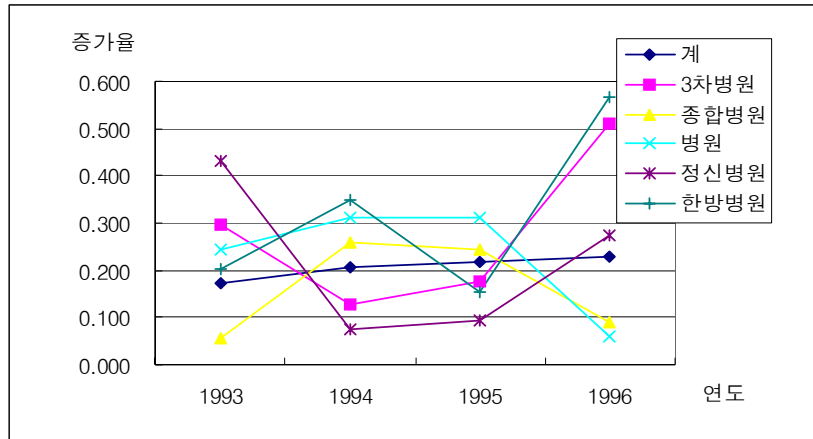
보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1993~1997.

병원급 의료기관의 醫療費 增加 推移를 살펴보면, 1993년부터 1996년까지 병원급 의료기관 전체 의료비 증가율은 조금씩 增加하는 추세를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 1995년에서 1996년 동안 3차진료기관에 의한 의료비 증가가 큰 폭으로 증가하고 있는데 이는 환자들의 3次 診療機關 선호를 반영한다고 할 수 있지만, 1995년에서 1996년 사이에 2次 診療機關이었던 의료기관이 3차진료기관이 되면서 단순히 3차 기관의료비 증가로 전환된 부분도 있다고 할 수 있다. 즉, 1996년 3차 진료기관의 의료비증가는 환자의 3차진료기관 선호라는 이유뿐 아니라 1995년에 37개였던 3차진료기관이 1996년 42개로 늘어났다는 데도 그 原因이 있다. 따라서 2차진료기관인 綜合病院의 의료비 증가율 추이는 상대적으로 減少하는 형태를 보이고 있다(圖 IV-4, 圖 IV-5 참조). 특히, 韓方病院의 경우 1995년에서 1996년 한 해 동안 의료비증가율이 큰 폭으로 상승했는데 이는 사후적 치료라기보다 健康豫防的 의료의 성격이 강한 한방의료의 특성으로 볼 때 생활수준의 향상으로 인한 국민의 한방서비스를 선호하고 있는 추세를 반영하고 있다.

[圖 IV-4] 病院級 醫療機關의 醫療費 推移



〔圖 IV-5〕 病院級 醫療機關의 醫療費 增加率 推移



中小病院의 경우 환자들의 대형병원 선호로 인한 의료비 증가율이 1993년에서 1996년 사이에 약간 증가하다가 감소하는 경향을 보이고 있는데 이는 다른 연구문헌에서도 지적하고 있듯이 중소병원의 경영 악화를 초래하는 원인과 일맥상통한다고 할 것이다.

한편 精神病院 의료비의 경우 1994년부터 증가하는 추세에 있는데 이는 정신병원의 병상수 증가에 따른 의료비 증가에 기인한다고 할 수 있다. 傳染性病院의 의료비는 본고의 연구기간 동안 지속적으로 감소하고 있는 추세를 보이고 있다.<sup>36)</sup>

齒科病院 의료비의 경우 보건복지통계연보에 따르면 병상수가 103

36) 본고의 기초자료원으로 이용한 『병원경영분석』에 1996년도 전염성병원 병상당의 료비가 구해져 있지 않아 연평균 증가율을 이용하여 1996년 전염성병원의 의료비를 구하였다. 이에 따르면 1996년 전염성병원의 의료비 증가율이 1995년 전염성병원 의료비 증가율보다 높게 나타나는데 실제로는 의과학의 발전에 따른 전염성병에 대한 치료기술이 향상되고 있기 때문에 전염성병원 의료비 증가율이 감소했을 것으로 추측된다. 하지만 본고에서는 주관적 판단보다 객관적인 자료에 기초하여 일반적으로 사용하는 연평균 증가율을 이용하였다.

개(1996년 현재) 정도로 집계되고 또한 『병원경영분석』의 치과병원 병상당의료비가 1996년 현재 너무 낮게 잡혀 자료의 신뢰성이 떨어지는 이유로 생략하였다.<sup>37)</sup>

---

37) 『병원경영분석』의 자료가 치과병원과 전업성병원의 자료가 취약한 면이 있다는 지적이 있으나, 본 연구에서 이들 의료기관의 의료비가 전체 의료기관 의료비에 차지하는 비중이 크지 않고 또한 전체 의료기관 의료비의 흐름을 판단하는 데도 영향을 주지 않을 것으로 판단하여 전체의료기관 의료비를 추계하는 데만 이용하였다.

## V. OECD 方式 保健計定體系

### 1. 導入背景 및 目的

經濟協力開發機構(OECD) 사무국에서는 최근 국민의료비의 체계적 추계와 국제비교 가능한 의료비 자료를 확보하기 위해 새로운 保健計定體系(System of Health Accounts)를 추진하고 있다. 이러한 체계는 국민의료비에 대한 분류를 機能別(Functions), 機關別(Institutions), 財源別(Financing)로 분류하여 추계방법상 국민계정체계(System of National Accounts)와 일치하도록 제안하고 있으며 궁극적으로는 국민계정의 보건분야 부계정(Health Satellite Accounts)으로 발전되도록 제안하고 있다. 또한 우리나라는 경제협력개발기구(OECD)의 회원국이 된지 3년째를 맞는 현시점에서 국가적 차원의 保健計定을 설정하고 이에 맞추어 국민의료비 추계방법의 새로운 동향에 적극적으로 대응할 必要性이 제기되고 있는 실정이다.

OECD 方式 保健計定體系(SHA)는 모든 범주의 의료행위를 포함하는 종합적인 보건계정체계의 틀을 형성하고 국제적 보건계정체계를 정립하고자 하는 데 目的이 있다. 보건계정체계의 목적은 구체적으로 다음과 같다.



## 〈保健計定體系(System of Health Account)의 目的〉

- 표준화된 체계하에서 국제비교가능한 보건계정을 제공
- 의료서비스체계의 일관성 확보
- 보건의료개혁과 보건정책의 경제적 효과에 대한 모니터링
- 국민계정 원칙과의 일치성 추구 및 이에 따른 경제적 측면에서의 보건의료체계 분석
- 의료자원의 분류와 이의 이용에 관련한 명확한 분류체계 제공
- 보건의료산업(Medical Care Industries)의 고용에 관한 자료를 보건계정과 연결
- 국제비교가 가능하도록 의료의 범위 및 기초적인 분류에 대한 정의 제공
- 미시적 접근을 통한 의료관련 비교연구의 기본적인 틀 제공
- 주요 보건의료 기능과 보건의료 관련 기능과의 구분을 위한 목적과 사회·경제정책의 공동관심사인 보건의 각 부문을 강조하기 위한 목적
- 보건계정체계내에서 일관된 방식으로 의료서비스의 포함 및 정의를 내리기 위한 목적
- 보건의료재정의 흐름을 분석하기 위한 계정표 제공
- 의료서비스의 생산과 의료서비스 이용에 대한 경제적 모델 제공

資料: OECD, *PRINCIPLES OF HEALTH ACCOUNTING FOR INTERNATIONAL DATA COLLECTIONS*, 1997.3

既存의 國民保健計定(NHA: National Health Accounts)은 의료서비스 산업(의료공급자)별과 자원별로 구분한 2次元的 行列構造를 취하고 있었다. 그러나 나라마다 의료체계가 달랐으므로 OECD 각국에서는 서로 다른 기준에 따라 기관별 및 기능별로 혼합하여 의료공급자(의료기관)를 분류하여 동일한 체계를 갖추지 못하였다. 그러므로 항목에

따라서 나라마다 서로 다른 내용을 포함하고 있어 의료지출 항목을 국제적으로 비교하는 데 어려움이 많았다.

따라서 OECD에서는 보건계정의 國際比較를 위해서 의료서비스를 기관별, 기능별, 재원별의 3次元的인 分類體系를 기본적 원칙으로 채택하였다.<sup>38)</sup>

OECD 보건계정체계는 다음과 같은 문제를 다루고 있다. 保健醫療財源은 어디에서 오는가라는 문제, 의료서비스 및 재화의 공급기관에 의해 확보된 보건의료 재원은 어디에 使用되는 가라는 문제, 그리고 어떤 종류의 의료서비스가 행해졌고 어떤 형태의 재화가 購買되었는가에 대한 문제를 다루고 있다.

이와 같이 OECD에서는 국제표준의료비 분류(ICHE: International Classification for Health Expenditure)에 따라 보건계정체계를 기능별 분류, 기관별 분류, 재원별 분류의 3가지 부문으로 분류하여 각국의 保健醫療體系를 定立하도록 제안하고 있다.

OECD 방식 보건계정체계에서 제안하고 있는 의료산업내 모든 자료는 국내·외를 막론하고 相互連繫性(互換性)을 가져야 할 뿐 아니라 이러한 연계성은 보건계정체계(SHA)내에서 재원의 유용한 활용을 위해 화폐적, 비화폐적 자료가 유연하게 결합될 수 있도록 되어야 할 것이다. 이를 위해서는 보건의료통계 자료는 綜合性(Comprehensive)<sup>39)</sup>, 一貫性(Consistent), 國際比較可能性(Comparable), 互換性(Compatibility), 適期性(Timeliness) 및 正確性(Precision)의 조건을 충족해야 한다.

향후 OECD 방식 보건계정체계(SHA)를 구축하기 위해서는 기존의

38) 이러한 원칙은 보건계정에 있어서는 최근에 도입되었으나 교육, 연구개발분야에서의 자료수집에 있어서는 이미 오래전부터 적용되어 오고 있다.

39) 보건계정체계는 의료행위 전분야가 포함되는 종합적인 회계적 틀을 제공해 줄 뿐만 아니라 특정한 영역의 공공 및 민간부문의 의료행위 모두를 포함해야 한다는 의미이다.

國民保健計定(NHA: National Health Accounts)과 保健情報體系(HIS: Health Information System)의 연계방안을 모색하여야 할 것으로 사료된다. 국민보건계정의 개념적 토대를 확장하여 보건항목이 細分化·綜合化·統合化를 달성할 때 보건계정의 구축은 장기적으로 보아 국민의료비추계 등 보건분야 통계를 생산하는 데 있어 비용절감효과를 가져올 것으로 기대된다.

## 2. 機能別 分類(ICHA-HC)

의료의 각 부문은 빠른 속도로 發展·革新·變化되어 왔으며<sup>40)</sup> 보건계정은 이러한 혁신과 새로운 관점들을 포괄적으로 포함하여야 할 것이다. 그러나, 국민보건계정(National Health Accounts)은 이러한 영역들을 동일한 방식에 의하여 포함하고 있지 못하다. 機能的 定義에 의한 보고체계에 있어 ‘정부의 기능적 분류(COFOG: Classification of the Functions of Government)’ 중 의료, ‘개인소비의 목적별 분류(COICOP: Classification of Individual Consumption by Purpose)’ 중 의료 등은 국제적으로 합의를 이루고 있지만 충분한 설명의 부족과 실행을 위한 가이드라인의 부재 등으로 동일한 방식에 의해서 적용이 되고 있지 않는 실정이다.

그런데, 현재 OECD가 提案한 보건의 機能的 分類(ICHA-HC)<sup>41)</sup>는 상대적으로 동일한 범위를 도출하기 위하여 보다 자세하고 정확한 가이드라인을 제공해주고 있으며 보다 많은 하위범주에 대한 보고를 위

40) 의료부문에서 이루어진 주요한 변화로는 건강증진과 질병예방에 있어서의 혁신, 재활과정(Process)에 있어서의 새로운 인식, 지역활동과 일차의료의 강화, 노인진료를 위한 통합적 의료서비스, 정신진료의 의료체계로의 향상된 통합, 보건과 복지서비스에 있어서 조화를 이룰 수 있는 일관된 정책 등이 있다.

41) International Classification for Health Account - Commodity Component(Functions)

한 체계를 마련해 주고 있다.

본 절에서는 의료에 있어서의 기본적인 기능에 대하여 간략하게 논의하고 기능적 분류의 구성 항목들을 概括적으로 소개하고자 한다.

기능적으로 정의된 의료체계의 범위는 보건계정의 영역을 설정해 준다고 할 수 있다. 의료의 機能은 질병예방, 건강증진, 재활 등 의료가 추구하는 목적을 의미한다고 할 수 있으며 다음은 의료의 기본적인 정의와 범위에 관한 기준을 제시하고 있다.

#### 〈保健醫療體系의 定義와 範圍〉

보건의료체계는 의료지식 및 의료기술의 활용을 통하여 아래와 같은 목적을 수행 또는 추구하는 의료기관과 개인의료서비스로 구성된다.

- 건강증진 및 질병예방
- 질병 치료
- 만성질환에 의하여 고통받는 환자들에 대한 삶의 질 향상
- 신체지체자 또는 장애인들에 대한 삶의 질 향상
- 조기사망률(premature mortality)의 감소
- 인간의 존엄성을 잃지 않고 생을 마칠 수 있도록 환자들에 대한 도움(Assisting Patients to Die in Dignity)
- 공중보건 관리행정
- 보건 프로그램, 의료보험 및 기타 재원에 대한 관리 행정

資料: OECD, *PRINCIPLES OF HEALTH ACCOUNTING FOR INTERNATIONAL DATA COLLECTIONS*, 1997. 3.

이러한 보건의 機能的 範圍와 定義는 보건계정체계(SHA)의 기본적인 틀을 설정해 줄 수 있는 몇 가지 기본적 규칙들을 마련해 준다고 할 수 있다. 예를 들어 기술적 기준감시, 도로안전 등과 같은 것들은 의료기술을 적용하는 것이 아니므로 보건기능에서 제외되어야 한다. 그

러나, 식품과 위생감시, 먹는 물의 감시 등은 안전과 보건기능이 중복되어 있어 保健計定(Health Accounts)에 종종 포함되어지고 있으며 OECD에서는 별도의 항목으로 보고할 것을 권고하고 있다.

OECD에서 제안하고 있는 의료의 機能別 分類는 <表 V-1><sup>42)</sup>에 나와 있는데 의료 재화 및 서비스(HC.1~7)와 보건관련 기능(HC.R)으로 크게 두 분류로 나누어진다.

<表 V-1> 機能別 分類

ICHA-HC	구 분
HC.1~7	기능에 따른 의료재화 및 서비스
HC.1~HC.5	개인의료서비스 및 재화
HC.1	진료 서비스
HC.2	재활서비스
HC.3	장기요양서비스
HC.4	부수적 의료서비스
HC.5	외래환자들에 대한 의료용품
HC.6	예방 및 공공보건서비스
HC.7	보건프로그램 행정 및 의료보험
HC.R1~R6	보건관련기능
HC.R.1	교육 및 훈련
HC.R.2	보건에 대한 연구 및 개발
HC.R.3	식품, 위생 및 먹는물 관리
HC.R.4	환경보건
HC.R.5	질병 및 장애에 대한 사회서비스로서의 현물급여 행정 및 지급
HC.R.6	보건관련 현금급여 행정 및 지급

資料: OECD, A System of accounts for international data collection, 1998.

42) 1-digit 수준에 의한 기능별 분류이며 보다 세분류된 2-digit, 3-digit 수준에 의한 확장표는 부록에 나와 있다.

HC.1에서 HC.7까지의 機能에 의한 分類는 다시 개개인에게 공급되는 개인의료서비스(HC.1~HC.5)와 건강증진, 질병예방과 같은 공공보건의 집단 의료서비스(HC.6), 보건프로그램과 의료보험 관리 및 행정(HC.7)으로 구성된다. 그리고, 개인의료서비스(HC.1~HC.5)는 다시 치료를 위한 진료(HC.1), 재활진료(HC.2), 영양진료 서비스(HC.3), 기타 부수적인 의료서비스(HC.4), 그리고 외래환자들에게 투여된 의약품을 포함한 의료용품(HC.5)<sup>43)</sup> 등으로 다시 세분화된다. 이와 같이 保健計定體系(SHA)는 종합적인 방법으로 보건의료의 범위를 도출할 수 있도록 의료 서비스를 체계적으로 분류하고 있다.

醫療의 機能은 의료의 목적을 추구함에 있어 재화 및 서비스의 最終需要를 의미한다. 이는 병원에서의 치료, 준의료 전문인들에 의한 가정방문, 또는 백신캠페인뿐 아니라 의료서비스를 생산하고 공급하는 것과 직접적으로 관련되어 있는 지원행위들을 포함하는데 이러한 것들에는 의사들의 사무 및 행정 업무, 병원에서의 청소나 세탁같은 것들이 있다.

個人醫療 서비스(HC.1~HC.5)에 대한 최종소비는 OECD 국가들의 경우 총 보건부문 지출액의 4/5 이상을 차지하고 있다. 이러한 재화 및 서비스는 지역보건센터에서의 의료 및 준의료서비스, 시립의무실, 병원 및 기타 유사기관의 외래부 등과 같이 비록 집단적인 환경에 의하여 제공된다 하더라도 개인의 지출 항목에 속한다.

公共保健 서비스는 주로 예방적인 성격을 갖고 있는데 전염병 감시, 건강증진 및 질병예방, 그리고 일반적인 공공보건과 관련한 사업으로 구성되는데 혈액은행 운영, 공공보건 병리검사서비스, 가족계획 서비스 등이 포함된다. 그런데, 여기서 유의해야 할 것은 학교보건서

43) 자가투약 및 전문의료인에 의한 처방전에 관계없이 가게에 의해 소비된 의료재화가 포함된다.

비스는 공공보건서비스에 포함되지만 교도소내 보건서비스는 재가진료, 의무실, 그리고 병원진료로서 개인의료서비스 중 각각 해당되는 항목으로 포함되어져야 한다. 공공보건서비스에는 또한, 산업보건의료, 산업 및 행정내에서 기타 부수적 활동 등이 포함된다.

保健프로그램 및 醫療保險은 민간보험과 중앙, 지역 및 지방당국과 사회보장기금에 의해 수행된 사업이며 여기에는 계획, 경영, 조정, 지불청구액에 대한 취급 등이 있다.

保健關聯機能은 의료와 종종 밀접하게 관련되지만 의료의 핵심적 기능에 포함되어서는 안되며 핵심적 기능과 구별되어야 한다. OECD가 제안하고 있는 보건관련기능은 다음의 여섯 가지 항목으로 구성된다.<sup>44)</sup>

### 3. 機關別 分類(ICHA-HI)

의료서비스 組織體系는 국가간의 특수한 노동력 형태에 따라 나누어지므로 국가마다 의료서비스 조직체계는 다르게 나타난다. 따라서 보건계정체계(SHA)상의 기관별 분류는 나라마다 서로 다르게 분류되어 있는 의료기관을 보건계정체계에 따라서 국제적 및 일반적으로 통용될 수 있도록 하는데 그 意義가 있으며, 또한 국가간의 보건관련자료를 서로 연계할 수 있는 수단을 만드는 데 있다. 또한 세계경제전체 모델의 시스템화를 위해 보건계정체계에 의한 의료기관별 분류는 필수적이다.

일반적인 의료서비스는 病院이나 기타 療養施設에서 제공된다. 기타 의료서비스기관으로는 환자수송 및 구조, 실험실과 같은 부차적인

44) 교육 및 훈련(HC.R.1), 보건관련 연구개발(HC.R.2), 식품, 위생 및 먹는 물 관리(HC.R.3) 환경보건(HC.R.4), 질병 및 장애에 대한 사회서비스로서의 현물급여 행정 및 지급(HC.R.5), 보건관련 현금급여 행정 및 지급(HC.R.6)으로 구성된다.

의료행위를 하는 다양한 형태의 준의료서비스기관이 있다. 또한 조제 및 기타 의료용 재화는 조제사나 인공보철·안경·OTC형태의 다양한 의료용 재화 공급자에 의해 제공되고 있다.

다양한 형태의 의료기관과 복잡한 醫療技術의 出現으로 의료기관 형태가 복잡화·다양화되고 있는 추세이다. 이러한 추세로 인해 지역 보건센터(Community Health Centres), 위험관리센터(Crisis Intervention Centres), 낮치료센터(Day-Care Centres), 회복기요양원(Convalescence Homes)과 같은 사회적 기능도 담당하는 專門醫療機關이 생성되고 있다. 이런 복잡한 형태의 의료기관은 나라마다 혹은 지역마다 의료체계 형태가 서로 다르게 나타나고 있다. 특히 일반병원, 급성질환병원, 정신질환 병원과 같은 의료기관은 국가간·지역간 서로 다른 의료체계를 가지고 있어 같은 의료기관일지라도 동일한 역할을 수행하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

機關別 分類는 기본적으로 국제표준산업분류체계(ISIC: International Standard Industrial Classification of All Economic Activities)와 동일한 체계를 가지고 있다고 볼 수 있다.

<表 V-2>의 機關別 分類表는 OECD 국민계정 전문가회의에서 제안하고 있는 보건의료분야 기관 1-digit 수준에 의한 분류안이다. OECD에서는 보건의료제공기관을 병원, 요양원 및 거주진료 기관, 외래진료 기관, 의료용 재화의 소매 및 기타 공급기관, 공공 보건프로그램 제공 및 관리행정 기관, 보건행정 및 보험기관, 기타 보건기관 등 7개 기관으로 區分하고 있다.



〈表 V-2〉 機關別 分類

ICHA-HI	구 분
HI.1	병원
HI.2	요양원 및 거주진료 기관
HI.3	외래진료 기관
HI.4	의료용 재화의 소매 및 기타 공급 기관
HI.5	공공 보건프로그램 제공 및 관리행정 기관
HI.6	보건행정 및 보험기관
HI.9	기타 보건기관

資料: OECD, A System of accounts for international data collection, 1998.

7개 기관으로 분류하여 각각의 기관의 性格과 役割을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, ‘病院’은 입원환자에 대해 의사 및 간호사가 제공하는 의료서비스와 입원환자가 요구하는 특별한 편의서비스를 포함하는 건강진단, 검진(Diagnostic), 진료서비스를 제공하는 공식적인 기관을 말한다. 또한 외래환자에 대해 부수적인 의료행위를 하며, 입원환자에 대해 특수 의료기기 및 장비를 사용하는 의료서비스도 제공한다. 일부국가에서는 병원으로 등록되기 위해 최소병상수를 필요로 하는 경우도 있다.

병원의 범주에 속하는 기관으로 一般病院, 精神疾患 및 藥物治療病院, 特殊病院 등이 있다. 一般病院은 내·외과를 막론하고 입원환자의 증상에 따라 다양한 진단과 진료를 제공하는 기관을 말한다. 제공하는 서비스로는 외래서비스, 해부학적 병리서비스(Anatomical Pathology Service), 영상진단, 임상병리, 수술, 조제서비스가 있다. 일반병원으로는 일반급성질환병원, 일반지역병원, 민간비영리병원<sup>45)</sup>, 대학병원, 군

45) 적십자와 같은 비영리병원을 말한다.

인·퇴역군인 및 경찰병원, 교도시설내 병원 등을 들 수 있다.

精神疾患 및 藥物治療病院은 정신병이나 약물오남용(Substance Abuse Disorders)에 대한 진단·진료, 입원환자에 대한 의료상담하는 기관으로 입원시설 및 영양급식에 대한 시설이 갖추어져야 한다. 부가 의료서비스로는 외래진료, 임상병리 검사, 영상진단, 뇌파전위서비스(Electroencephalography Service)가 있다. 외래환자에 대한 정신질환이나 약물오남용치료는 ‘외래환자 정신질환 및 약물치료센터’로 분류될 수 있다. 또한 정신질환치료보다 정신질환에 대한 상담을 강조하는 입원환자에 대한 精神疾患 및 誤濫用治療는 ‘정신장애, 정신질환 및 약물오남용 진료시설’로 분류된다. 정신박약이나 저능아(Mental Retardation)에 대한 거주치료(Residential Care)는 ‘정신장애, 정신질환 및 약물오남용 진료시설’로 분류된다.

特殊病院은 특수한 질병이나 일반정신질환이나 오남용에 의한 정신질환이 아닌 특수정신질환의 입원환자에게 진단이나 치료를 하는 기관으로서, 만성질환에 대한 장기간 진료를 제공하는 병원, 신체불구자에게 재활 및 교정서비스를 제공하는 병원 등이 이에 포함된다. 특수병원에서 행하는 附加 醫療서비스로는 외래서비스, 영상진단, 임상병리, 수술, 물리치료(Physical Therapy Service), 일반교육 및 직업교육서비스, 정신 및 사회교육서비스(Psychological and Social Work Services)가 있다. 예를 들면, 특수 급성질환 병원, 특수응급센터, 정형외과병원, 특수요양소(정신질환, 재활 및 예방서비스 제공), 전염성 특수병원<sup>46)</sup>이 있다.

둘째, ‘療養院 및 居住診療 機關’은 일정한 구역에 수용된 환자의 요구에 따라 간호, 감시 혹은 여러 형태의 진료를 수행하는 의료기관으로서 주요한 역할로는 醫療서비스 및 社會適應 서비스를 제공한다

46) 결핵병원, 열대병 치료기관(Hospital for Tropical Disease) 등

는 것이다. 요양원, 정신장애, 정신질환 및 약물오남용진료시설, 노인 지역진료시설, 기타 거주치료 시설 등과 같은 형태의 기관별 분류는 나라마다 특수한 진료행위에 따라 다르게 분류될 수 있다.

일반적으로 보건계정에 있어 이러한 기관이 수행하는 업무로는 一般醫療行爲와 療養院 診療 등이며, ‘요양원’, ‘정신장애, 정신질환 및 약물남용 치료기관’, ‘노인 지역진료 기관’, ‘기타 거주진료기관’으로 구성된다. ‘요양원’은 입원환자에 대한 간호 및 재활서비스를 제공하며 전문간호사들이 있다. 주로 장기간 진료를 제공하지만 경우에 따라서는 급성질환자의 치료 및 요양서비스도 제공한다. 또한 일상생활을 보조하거나 독립생활을 할 수 있도록 보조하는 역할을 한다. 요양원에서는 입원치료기관에 있는 만성질환자, 병약자, 불구자, 회복기 환자, 노인환자에게 정기적으로 기본적인 요양원진료와 관련된 진료를 행한다. 그러나 투약에 따른 감독과 같은 제한된 의료보조행위를 행하는 기관은 제외된다.

療養院에 속하는 機關으로는 정신질환 및 약물오남용 진료기관을 제외한 회복을 목적으로 수용하는 요양원과 병원, 노인간호를 요양원, 입원진료 호스피스(Hospices)<sup>47)</sup>, 요양원, 간호진료 휴식처(Rest Homes), 미국의 Skilled Nursing Facilities, Teaching Nursing Homes 등이 있다.

生活補助施設은 노인 지역진료 시설로 분류되고, 정신질환회복 요양원은 정신장애, 정신질환 및 약물오남용 진료기관으로 분류된다.

‘精神障礙, 精神疾患 및 藥物濫用 治療機關’은 정신장애자에 대한 입원환자 주거서비스를 제공한다. 주요한 업무는 환자에 대한 하숙기능, 보호감호, 의료상담이지만 일부 건강진단도 한다. 의료서비스는 이러한 기관에서 주요한 기능이지만 의료상담이나 정신장애회복 등에서 부수적으로 발생한다. 또한 의료상담뿐 아니라 다양한 사회적응서

47) 말기환자를 위한 병원

비스도 제공하고 있다. 이러한 기관으로는 알코올중독이나 약물중독을 치료하는 기관(허가된 병원과는 다름), 미국의 사회복귀훈련시설(Mental Health Halfway Houses(USA)), 정신질환 회복시설 및 병원(Mental Health Convalescent Homes or Hospitals), 스웨덴 멘케어(MENCARE) 등이 있다.

外來患者에 대한 정신질환 및 약물오남용 치료기관은 외래환자 정신질환 및 약물오남용센터로 분류된다. 정신치료 및 모니터링을 강조하는 정신질환 및 오남용 입원환자를 치료하는 기관은 정신질환 및 약물치료병원으로 분류된다.

‘老人 地域診療 機關’은 노인이나 자활할 수 없는, 그리고 독립적으로 살아갈 수 없는 사람에 대한 거주진료나 개인진료서비스를 제공하는 기관으로 가정에서와 같은 서비스를 제공하며, 전문 요양원진료를 제공한다. 생활보조 시설(Assisted-Living Facilities), 지속적인 진료 은퇴 지역시설(Continuing Retirement Communities), 재택진료를 제공하지 않는 노인요양원(Home for Elderly Without Nursing Care) 등이 여기에 포함된다.

‘其他 居住診療 機關’은 간호 및 개인진료서비스를 수행하는 거주진료 서비스를 제공하는 기관으로 청각 및 시각장애자를 위한 집단 거주, 요양원진료를 하지 않는 신체장애자용 집단거주 시설 등이 여기에 속한다. 입원환자에 대한 간호나 재활서비스를 제공하는 기관은 요양원에 포함된다.

셋째, 外來診療機關으로는 의사진료기관, 치과진료기관, 준의료 개업의 진료기관, 외래진료센터 등이 있다. ‘의사진료기관’은 일반 혹은 특수 의약품을 독자적으로 제조하거나 수술할 수 있는 수준의 자격을 가진 전문의사<sup>48)</sup>를 보유하고 있는 기관을 의미한다. 사고나 재난으로

48) 이러한 전문의사들은 개인적으로 혹은 집단적으로 의료기관(예: 센터, 의원 등)

인한 환자를 위한 응급진료를 제공하는 독립의료센터와 독립외래의과 센터는 외래진료센터로 분류된다.

‘齒科診療機關’은 의치, 인공치아, 치교정기기를 생산하는 치과시험실과 의료기기의 소매 및 기타 공급기관으로 분류된다. 치위생사 및 의치를 교정하는 것과 관련된 기관은 준의료 개업의 진료에 포함된다.

‘준의료 개업의 진료기관’은 의사나 치과의사를 제외한 독립 전문의로 구성된 기관으로 지압사, 검안사, 정신병원 전문의, 물리치료사 등의 전문의료사로 구성된 기관을 포함한다. 의사면허없이 전통적 의료기술(Traditional Medicine)로 의료행위를 하는 준의료 의사를 말한다. 준의료의사로 간주되기 위해 어떠한 형태의 공식적인 登錄과 許可가 있어야 할 것이다. 경우에 따라서 의사진료, 치과의사진료, 재택진료 서비스로 분류되는 경우가 있다.

‘外來診療센터’로는 가족계획센터<sup>49)</sup>가 있는데 피임, 유전 및 태아상담을 해주고 있으며, 불임 및 임신에 대한 서비스를 제공한다.

넷째, ‘醫療財貨의 小賣 및 其他 供給機關’의 주요한 활동은 개인 혹은 가계의 소비나 사용을 위해 일반적이고 공개적으로 의료재화의 소매활동을 하는 것이다. 또한 판매와 함께 교정 및 치료뿐 아니라 판매용 의료재화를 제조하는 활동도 포함한다.

이러한 활동을 하는 기관으로는 조제사(Dispensing Chemists)를 둔 藥局(Public Pharmacies), 광학안경 및 기타 시각용 제품의 소매판매를 하는 광학제품 판매소(Optical Goods Stores), 보청기 등의 소매판매소, 광학제품이나 보청기 판매가 아닌 의료기기 소매판매소로 치과제품제조소<sup>50)</sup>, 기타 의료재화의 소매 및 공급기관<sup>51)</sup> 등이 있다.

을 운영할 수 있고 또한 병원이나 HMO형태의 의료센터에서 일할 수 있다.

49) Family planning centres(가족계획센터)로는 Pregnancy Counselling Centres, Birth Control Clinics, Childbirth Preparation Classes, Fertility Clinics 등이 있다.

50) 광학제품이나 보청기를 제외한 의료기기의 판매뿐 아니라 의료기기 등을 제조하

다섯째, ‘公共 保健프로그램 提供 및 管理行政 機關’에는 건강증진과 예방프로그램과 관련된 보건프로그램제공과 정부 및 민간행정관리와 관련된 것이 속한다. 미국 지역보건 기관인 공공보건성(Public Health Department/district)이 있다.

여섯째, ‘保健行政 및 保險機關’은 전반적인 보건행정 및 의료보험 등 보건의료 담당 보건당국의 규제와 관련된 업무를 수행한다. 정부 보건관리(Government Administration of Health)<sup>52)</sup>는 정부부문에서의 보건정책에 대한 행정관리 및 규제, 보건서비스기관의 면허 등과 관련된 업무를 수행한다. 특히, 감시 및 위생에 관한 공공보건서비스를 담당하는 정부보건국(Government Health Agencies)은 공중보건프로그램 제공 및 관리(HI.5)로 분류된다. 강제적 사회보장프로그램의 관리(Administration of Compulsory Social Security Programmes)는 질병으로 인한 소득 및 근로능력 감소에 대한 보상책으로 정부의 강제적 사회보장프로그램을 관리하는 것과 관련된다. 기타 사회보험(Other Social Insurance)은 질병으로 인한 소득상실이나 근로능력감소를 보상해 주기 위한 사회보험의 재원확보 및 관리와 관련된 것으로 여기에는 정부의 강제적 사회보장프로그램은 제외된다. 또한 기타 민간보험(Other private insurance)이 있다.

일곱째, ‘其他 保健機關’은 부차적 행위로서 의료서비스나 공공보건 서비스를 수행하는 기관이라고 할 수 있다. 일반 의료기관에서 공급하지 않는 산업보건의료 서비스, 군진의료서비스, 교도소내 보건서비스, 학교보건서비스 등이 여기에 속한다.

---

는 일도 한다.

- 51) 기타 다른 기관에서 취급하지 않는 의료재화 및 약품을 취급하며, 여기에는 혈액판매소, 전자쇼핑 및 우편주문판매소 등이 있다.
- 52) 여기에는 보건성(Ministry of Health), 보건위원회(Board of Health), 식품의약품규제국(Food and Drug Regulation Agencies), 안전관리규제국(Agencies for Regulation of Safety on the Workplace)등이 있다.

#### 4. 財源別 分類(ICHA-HF)

의료비의 財源別 分類에 따르면 <表 V-3>과 같이 크게 公共部門과 民間部門으로 구분할 수 있다. 公共部門은 다시 정부부문(Territorial Government)과 사회보장부문으로 구분되는데 공공부문의 의료비를 구성하는 항목으로는 중앙정부(Central Government)와 지방정부인 주/지역/도(State/Regional/Provincial government) 및 지방/시정부(Local/Municipal Government)가 있다. 民間部門은 보험부문과 비보험부문으로 구분할 수 있는데 보험부문은 다시 민간사회보험부문과 일반민간보험부문으로 나눌 수 있다. 비보험부문은 가계본인부담과 기타로 구분하고 있다.

<表 V-3> 財源別 分類

ICHE-code	구 분
HF.1	공공부문(General Government Financing of Medical Care)
HF.1.1	정부(Territorial Government)
HF.1.1.1	중앙정부(Central Government)
HF.1.1.2	주/지역/도(State/Regional/Provincial Government)
HF.1.1.3	지방/시정부(Local/Municipal Government)
HF.1.2	사회보장(Social Security Schemes)
HF.2	민간부문(Private Sector Financing of Medical Care)
HF.2.1	민간사회보험(Private social Insurance Schemes)
HF.2.2	일반민간보험(Other Private Insurance)
HF.2.3	가계본인부담(Private Households' Out-of-pocket Payment)
HF.2.9	기타(Other Private Financing Agents n.e.c.)

資料: OECD, A System of accounts for international data collection, 1998.

OECD 방식 保健計定體系에 따르면 현재 재원별 분류 항목은 기능별 및 기관별 분류체계보다는 OECD 회원국간에 보건통계항목에 대해 잘 정립되어 있다고 할 수 있다. 특히, 機能別 및 機關別 分類體系는 OECD에서 계속하여 항목 수정을 하고 있는 실정인데 재원별 분류에 의한 의료비 항목은 항목수정 없이 잘 정립되어 있다.

OECD에서는 政府가 특수집단(노인, 실업자, 연금수혜자, 생활보호대상자 등)에 대한 보건의료재원확보 및 의료행위에 책임이 있음을 지적하고 있다. 또한 資本形成을 통한 많은 공공의료기관에 대한 보조금을 주는 등 보건의료부문에 대한 역할을 강조하고 있다.

社會保障體系(Social Security Schemes)는 정부와 같은 공공기관에 의한 지역사회의 의료보험체계로서 일반적으로 근로자, 사용자의 강제적인 기부행위와 관련된다. 또한 수혜자에 대한 수혜조건은 정부에 의해 결정된다. 따라서 사용자와 근로자 사이의 자율계약에 의해 결정되는 一般保險體系와는 구별되어야 한다.

민간부문의 본인부담부문은 다음과 같이 몇 가지로 구분하고 있다.

#### 〈本人負擔 및 民間費用分擔〉

- 본인부담(Out-of-pocket Payments): 환자가 직접 부담한 금액으로 의료기관에 대한 비용분담 및 비공식적 지불을 포함하고 있다.
- 비용분담(Cost-Sharing): 의료수혜를 받거나 받지않거나에 관계없이 지불하는 의료보험료(Health Insurance Premium), 기부금(Contribution) 및 조세와는 다르다. 비용분담에는 정액분담(Co-payment), 정률분담(Co-insurance), 공제(Deductibles)가 있다.

資料: OECD, *PRINCIPLES OF HEALTH ACCOUNTING FOR INTERNATIONAL DATA COLLECTIONS*, 1997. 3.



특히, 民間部門의 財源은 의료서비스공급기관(약국 포함)에 대한 본인부담의 측정이 불확실하기 때문에 의료비 추계에 있어 문제시되는 부문이라고 볼 수 있다. 그러므로 민간부문 의료비에 대한 정확한 추계를 위해 OECD에서는 보다 자세한 家計調査가 이루어 질 수 있도록 권고하고 있다.

## VI. 結論 및 政策建議

生活水準 向上 및 건강에 대한 關心의 증대로 보건부문 역할이 더욱 중요시되고 있을 뿐 아니라 보험급여수준의 확대, 노령화에 따른 질병구조의 변화, OECD 가입 및 세계화에 따른 경제·사회적 변화는 보건의료서비스의 需要를 확대시키는 요인으로 작용하고 있다.

보건의료자원을 效率的으로 활용하여 국민건강 향상이라는 합리적인 보건정책을 입안하기 위한 기초자료로서 국민의료비 지출규모 파악은 先決課題라고 할 수 있다. 이미 선진국에서는 오래 전부터 국민건강 향상을 이룩하기 위해 보건정책수립을 위한 기초자료로서 국민의료비의 재원조달과 용도별 지출구조를 파악하는 추계작업을 지속적으로 하고 있다. 이와 더불어 국민의료비 계정에 대한 보완 및 수정, 國民所得計定과 連繫方案 構築 및 보건의료부문의 산업연관표(Input-Output Table) 작성을 위한 연구 등도 동시에 진행하고 있다.

우리나라에서는 보건의료분야의 先進化 달성이라는 목표와 지속적으로 증가하는 국민의료비에 대한 사전적 대비라는 두 가지의 문제에 직면해 있다.

이에 본 연구에서는 이러한 점을 염두에 두고 보건의료분야 선진화를 위한 방법으로 OECD 方式 保健計定體系(SHA) 構築을 연구목표로 두고, 국민의료비의 재원별 분류에 의한 추계와 의료기관별 분류에 의한 의료비 추계를 하였다. 물론 OECD 방식 국민의료비 추계방식으로 機能別·機關別·財源別 分類體系가 있지만 본 연구에서는 국민의료비의 財源別 分類에 의한 추계를 기본모형으로 하여 추계하였고, 기관별 분류는 우리나라 보건통계 기초자료의 제한성 및 구득의 어려움

으로 인해 OECD가 제안하고 있는 기관별 분류가 아닌 기존에 본 연구원에서 수행한 방법으로 추계하였다.

먼저 財源別 推計에 의하면 1970년부터 1996년까지 우리나라의 국민의료비 추계 결과 매년 국민의료비는 평균 15% 정도 지속적으로 증가해 왔으며, 공공부문 의료비 비중은 민간부문에 비해 상대적으로 증가하는 趨勢였다. 하지만 1996년 국민의료비 22조 9천억원 중 55%는 민간부문의 부담이었으며 나머지 45%가 공공부문 의료비여서 1996년 현재까지는 民間部門이 차지하는 비중이 더 컸다고 할 것이다. 하지만 공공부문 중 사회보장부문의 의료비의 증대는 우리나라의 의료비 지출구조를 변화시킬 것으로 예상되며 이러한 추세가 지속된다면 2000년대에는 국민의료비 중에서 公共部門의 비중이 민간부문보다 높아질 것으로 생각된다.

민간부문 家計本人負擔(Out-of-pocket-money)이 10조 3918억원으로 전체 국민의료비의 45% 수준으로 의료비에 대한 본인부담의 비중이 높았는데 이는 우리나라 의료비가 환자본인의 직접부담이 대부분이었다는 것을 반영한다. 향후 醫療保險을 포함한 사회보장의 확대로 본인부담이 줄어들 것으로 전망되나 양적인 사회보장 확대와 함께 질적인 면에서의 형평성 제고도 병행하여야 할 것이다.

國內總生産(GDP) 對比 國民醫療費 比率을 보면 1972년 2.2%였던 것이 1970년대 후반에 3%선으로 진입하였고 1980년대 초에 4%선, 1990년에는 5%선으로 상승하여 1996년 현재 5.89%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 국내총생산 대비 국민의료비 비율이 지속적으로 상승하고 있지만 OECD 국가에 비해서는 매우 낮은 수치를 보이고 있다. 이는 근본적으로 우리나라의 의료보장제도의 미비로 인한 절대적 규모가 적을 뿐 아니라 자료이용의 한계에서 오는 推計上의 問題도 있을 것이다.

다음으로 醫療機關別 推計에 의하면 의료기관별 의료비를 보험자부담과 본인부담으로 구분했을 때 本人負擔이 전체의 58.7%로 나타나 국민의료비의 추계 결과와 같이 환자가 직접 부담하는 비중이 큰 것으로 나타났다.

본 연구의 의료기관별 의료비 추계는 자료확보의 한계상 공식적 자료를 사용한 것이라기 보다 會計學的 一般原則(Generally Accepted Accounting Principles)하에서 추계한 부분이 많아 향후 지속적이고 보다 신뢰성 있는 추계를 위해 基礎資料의 확보가 시급하다 하겠다.

OECD에서는 향후 보건의료의 國際的 比較 및 統一된 保健計定體系 構築을 위해서 종합성, 일관성, 국제비교가능성, 호환성, 적기성 및 정확성을 갖출 수 있는 보건계정체계(SHA)를 개발하는 작업을 진행중에 있다. 우리나라도 국제적으로 통용될 OECD 방식에 맞는 의료비 관련 통계를 생산할 必要性이 제기되고 있으며 또한 국제화 추세와 OECD 가입에 따른 會員國의 義務事項의 준수라는 면에서도 보건계정체계(SHA)에 따른 기관별 및 기능별 추계도 가능하도록 보건통계 기반을 확보하여야 할 것이다.

기초자료를 확보 및 보건통계확보의 기반을 마련하고 향후 연구의 信賴性·客觀性·持續性을 보장하기 위해 미흡한 기초자료를 관련 기관에서 생산할 수 있도록 정부기관이나 공공기관에서 지원하여야 할 것이며, 또한 원활하고 연속성있는 연구를 수행하기 위해 사용가치 있는 內部資料는 公開하여야 할 것이다.

이를 위해 의료비 분석 및 의료자원의 효율적 관리를 위한 醫療費 情報統合管理시스템을 개발하고, 합리적인 보건의료정책을 위한 데이터베이스를 構築하며 각종 보건의료관련 데이터베이스를 네트워크로 연결하여 의료비의 분석에 필요한 모든 정보의 교환이 迅速하고 正確하게 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다.

## 參 考 文 獻

- 계훈방, 도세록, 『OECD의 보건통계 작성기준에 관한 연구』, 한국보건  
사회연구원, 1995.
- 권순원, 『국민의료비 연구: 추계와 분석』, 한림대학교 사회과학연구소, 1986.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비동향』, 의료자원과 관리체계에 관한 워크숍 토의  
자료, 한국인구보건연구원, 1987.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비: 의료자원과 관리체계에 관한 기초연구』, 한국인  
구보건연구원, 1987.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비의 추계와 의료비 안정화 대책』, 한국개발연구원, 1988.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비 증가추이와 안정화 방안』, 한국개발연구원, 1993.
- 내무부, 『지방재정연감』, 각년도.
- 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.
- 농림수산부, 『농가경제통계』, 각년도.
- 해양수산부, 『어가경제통계』, 각년도.
- 대한민국정부, 『세입세출결산보고서』, 각년도.
- 대한병원협회, 『전국병원명부』, 각년도.
- 대한통계협회, 『한국표준산업분류』, 1991.
- 명재일, 「한국의 국민의료비 추계결과: 1985~1992」, 『보건경제연구』,  
제1권, 1995.
- 명재일·박광훈·사공진, 『국민의료비 추계에 관한 기초연구』, 보건사회

- 부 제출자료, 한국의료관리연구원, 1992.
- 명재일·이규식·홍상진·김세라, 『국민의료비와 의료비 억제정책』, 한국의료관리연구원, 1995.
- 명재일·홍상진, 『국민의료비의 동향과 구조: 1985~1991』, 한국의료관리연구원, 1994.
- 박종기, 『한국의 보건재정과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.
- 박종기·노인철, 『국민보건의료비추계: 1970~1974』, 한국개발연구원, 1976.
- 백화중·홍정기, 『국민의료비 계정의 구조와 개선방향』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『의료보호통계연보』, 각년도.
- 보험감독원, 『보험통계연감』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『보험통계연보』, 각년도.
- 보험개발원, 자동차보험대인치료비 내부자료., 1998.
- 신종각·임재영·강성호, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 양봉민·이태진, 『국민의료비 억제방안에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1989.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.
- 재무부(현 재정경제원), 『결산개요』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『한국의 재정통계』, 각년도.

- 재정경제원, 『한국의 재정통계』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『한국통합재정수지』, 1995, 1996.
- 정영호, 『1994년의 우리나라 국민의료비와 부문별 구성비 변화』, 『보건복지포럼』 11월호, 한국보건사회연구원, 1996.
- 정형선, 『OECD의 NEH와 한국의 국민의료비』, 『의료보장』 8월호, 의료보험연합회, 1997.
- 주학중·박명호 편저, 『무질서의 경제적 비용에 관한 연구』, 한국개발연구원, 1995.
- 통계청, 『1991 가구소비실태조사보고서』, 제1권 가계수지편, 1993.
- \_\_\_\_\_, 『도시가계연보』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『한국통계연감』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『한국통계연보』, 1995.
- 한국보건사회연구원, 『국민건강조사 및 보건意識행태조사』, 1995.
- \_\_\_\_\_, 『OECD의 1998년도 보건부문 통계제출 요구현황』, 1997.
- \_\_\_\_\_, 『OECD 보건통계 생산방법에 관한 연구』, 1998.
- 한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석』, 각년도.
- 한국은행, 『1990년 산업연관표』, 1993.
- \_\_\_\_\_, 『경제통계연보』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『국민계정』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『한국통계연보』, 1995.
- 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회

연구원, 1996.

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

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

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

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.
- \_\_\_\_\_, *PRINCIPLES OF HEALTH ACCOUNTING FOR INTERNATIONAL DATA COLLECTIONS*, 1997. 3.
- \_\_\_\_\_, *Health Data File*, 1998.
- \_\_\_\_\_, *A System of accounts for international data collection*, 1998.

- 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.
- Peter A. Berman, "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications", *Health Economics*. Vol. 6, 1997, pp.11~30.
- Poullierm Jean-Pierre, "Compendium: Health Care Expenditure and Other Data", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, pp.111~120.
- Ruble, 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.

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.

\_\_\_\_\_, "U. S. Health Expenditure Performance: An  
International Comparison and Data Update", *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〉 機能別 分類

ICHA-HC	구 분
HC.1-7	Services and goods of medical care by function
HC.1-HC.5	Personal medical services and goods
HC.1	Services of curative care
HC.2	Services of rehabilitative care
HC.3	Services of long-term nursing care
HC.4	Acillary services to medical goods to out-patients
HC.5	Dispensing medical goods to out-patients
HC.6	Services of prevention and public health
HC.7	Health programme administration and health insurance
HC.R	Health-related functions
HC.R.1	Education and training of health personnel
HC.R.2	Research and development in health
HC.R.3	Food, hygiene and drinking water control
HC.R.4	Environmental health
HC.R.5	Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment
HC.R.6	Administration and provision of health-related cash-benefits

資料: OECD, *A System of Accounts For international Data Collection*, 1998.

## 〈附表 2〉 機關別 分類

ICHA-HI	구 분
HI.1	Hospitals
HI.1.1	General hospitals
HI.1.2	Mental health and substance abuse hospital
HI.1.3	Speciality(other than mental health and substance abuse) hospitals
HI.2	Nursing and residential care facilities
HI.2.1	Nursing care facilities
HI.2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities
HI.2.3	Community care facilities for the elderly
HI.2.9	All other residential care facilities
HI.3	Ambulatory health care
HI.3.1	Offices of physicians
HI.3.2	Offices of dentists
HI.3.3	Offices of paramedical practitioners
HI.3.4	Out-patient care centres
HI.3.4.1	Family planning centres
HI.3.4.2	Out-patient mental health and substance abuse centres
HI.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres
HI.3.4.4	Dialysis care centres
HI.3.4.9	All other out-patient community and other integrated care centres
HI.3.5	Medical and diagnostic laboratories
HI.3.6	Home health care services
HI.3.9	All other ambulatory health care
HI.3.9.1	Ambulance services
HI.3.9.2	Blood and organ banks
HI.3.9.9	All other ambulatory health care services

資料: OECD, *A System of Accounts For international Data Collection*, 1998.

〈附表 2〉 계속

ICHA-HI	구 분
HI.4	Retail sale and other providers of medical goods
HI.4.1	Dispensing chemists
HI.4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products
HI.4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids
HI.4.4	Retail sale and other suppliers of medical appliances (other than optical glasses and hearing aids)
HI.4.9	All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods
HI.5	Provision and administration of public health programmes
HI.6	Health administration and insurance
HI.6.1	Government administration of health
HI.6.2	Social security funds
HI.6.3	Other social insurance
HI.6.4	Other (private) insurance
HI.6.9	All other health administration
HI.9	All other industries

〈附表 3〉 財源別 分類

ICHE-HF	내 용
HF.1	General government financing of medical care
HF.1.1	Territorial government
HF.1.1.1	Central government
HF.1.1.2	State/regional/provincial government
HF.1.1.3	Local/municipal government
HF.1.2	Social security schemes
HF.2	Private sector financing of medical care
HF.2.1	Private social insurance schemes
HF.2.2	Other private insurance
HF.2.3	Private households' out-of-pocket payment
HF.2.3.1	Cost-sharing: social insurance
HF.2.3.2	Cost-sharing: private social insurance
HF.2.3.4	Cost-sharing: other private insurance
HF.2.3.9	Other out-of-pocket payment n.e.c.
HF.2.9	Other private financing agents n.e.c.

資料: OECD, *A System of Accounts For international Data Collection*, 1998.



## 著者 略歷

• 鄭永虎

美國 New York University 經濟學 碩士  
美國 New York University 經濟學 博士  
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

• 姜聲鎬

成均館大學校 經濟學科 卒業  
成均館大學校 經濟學 碩士  
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

政策研究資料 98-06

---

# 1996年 國民醫療費 推計와 支出構造 分析

---

1998年 12月 日 印刷 畝: 4,000원  
1998年 12月 日 發行  
著者 鄭永虎·姜聲鎬  
發行人 鄭敬培  
發行處 韓國保健社會研究院  
서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14  
代表電話 : 02) 355-8003  
登錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)  
印刷 東苑文化社  
© 韓國保健社會研究院 1998

---

ISBN 89-8187-151-5 93510