

財源別 分類에 의한 國民醫療費 推計

鄭永虎 / 姜聲鎬

전체 국민이 특정 기간 동안 보건의료관련 재화와 서비스에 대해 지불한 총지출액인 國民醫療費의 파악은 국민의 의료수요 및 소비행태의 추이뿐만 아니라 보건의료부문의 위치 및 비중, 그리고 국민경제에 미치는 영향을 파악하는 중요한 정보를 제공한다. 우리 나라 국민의료비의 支出規模는 소득수준의 향상, 건강에 대한 관심의 증대, 醫療保險의 확대 실시, 그리고 고령화사회의 진전 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.

현재, OECD에서는 國民醫療費 계정과 관련하여 체계적 추계와 국제 조화를 위한 통일된 보건계정체계를 개발중에 있다.

본고는 OECD가 제안한 보건계정체계 중 財源別 分類에 의해 우리나라의 國民醫療費 推計를 시도하였으며, 주요 推計結果는 다음과 같다. 첫째, 1996년도의 국민의료비 지출규모는 약 22조 9천억원 정도며, 1인당 국민의료비로 환산하면 약 50만원 정도로 추계된다. 이는 1995년도의 19조 1천억원에 비해 19.9% 증가한 것이다. 둘째, 1990년 가격기준 GDP 디플레이터로 조정된 實質國民醫療費는 1996년에 약 16조 2천억원으로 1972년의 9천억원과 비교하면 약 18배 정도 증가하였다. 1인당 실질 국민의료비의 경우 약 35만 6천원으로 추계되었다. 셋째, 전체 국민의료비에서 공공부문이 차지하는 비중은 약 45%인 10조 3천억원 정도이며, 민간부문은 55%인 12조 6천억원으로 나타났다. 분석기간(1970~1996년) 동안 공공부문이 차지하는 의료비 비중은 지속적으로 증가하고 있는데, 이는 醫療保險의 확대실시 등 사회보장부문의 지출비중이 높아지는 데에 기인한 것으로 분석되었다. 넷째, GDP 대비 국민의료비는 1970년대에 약 2%, 1980년대에는 4%, 1996년에는 5.89%로 국민의료비가 전체 경제에서 차지하는 비중이 점차 증대되고 있음을 알 수 있다.

주요용어 : 국민의료비, OECD 보건계정체계, 재원별 분류

筆者: 본고는 鄭永虎 責任研究員과 姜聲鎬 主任研究員에 의해 수행된 『1996년 국민의료비 추계와 지출구조분석』(1998)의 내용 일부를 수정·보완한 것임.

▶ 원고를 검독하여 주신 元鍾旭 副研究委員과 吳泳昊 責任研究員께 감사드립니다.

I. 序 論

經濟發展에 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 보건의료서비스를 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.

우리 나라도 所得水準의 향상, 건강에 대한 관심의 증대, 醫療保險의 확대실시, 그리고 高齡化社會의 진전 등으로 보건의료에 대한 수요 역시 매년 확대되고 있으며 이에 따라 보건의료 재화 및 서비스에 대한 지출 규모도 증대되고 있다. 따라서 전체 국민이 특정 기간 동안 보건의료관련 재화와 서비스에 대해 지불한 총지출액인 國民醫療費¹⁾의 파악은 국민의 의료수요 및 소비행태의 추이뿐만 아니라 보건의료부문의 위치 및 비중, 그리고 국민경제에 미치는 영향을 파악하는 중요한 정보를 제공한다.

우리 나라 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 기초

1) 거시적 측면의 국민의료비 개념은 최종의료소비지출과 의료투자지출의 합으로 구성됨. 최종의료소비지출은 가계(민간비영리단체 포함)의 최종의료소비지출과 정부의 최종의료지출로 구성되며, 마찬가지로 의료투자지출도 민간투자지출과 정부의 직접의료투자지출로 구성됨. 보다 구체적인 국민의료비 정의와 관련된 내용은 정영호·강성호, 『1996년 국민의료비 추계와 지출 구조분석』, 한국보건사회연구원, 1998, pp.30~35를 참조하기 바람.

자료로서 국민의료비 지출규모의 파악은 선결과제라 할 수 있다.

OECD에서는 국민의료비의 체계적 추계와 國際的 比較可能性을 가능케 하기 위하여 통일된 보건계정체계(System of Health Accounts: SHA)를 개발하는 작업을 진행 중에 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 우리 나라는 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.

본고는 이러한 필요성에 따라 OECD가 제안한 보건계정체계 구축을 위한 첫 단계로서 財源別 分類에 의한 우리 나라의 國民醫療費 推計를 시도하였으며, 다음과 같이 구성되어 있다. 서론인 I에 이어 II에서는 기존의 국민의료비 추계와 관련된 연구를 고찰한다. III에서는 국민의료비 계정 및 자료원을 검토하고, 이를 토대로 IV에서는 재원별 분류에 의한 국민의료비를 추계하여 그 결과를 분석하였다. 그리고 마지막으로 V에서는 결론 및 정책건의를 제시하였다.

II. 既存研究 考察

우리 나라 國民醫療費에 관한 研究는 최초로 박종기·노인철(1976)에 의해 실시된 이후 여러 연구자에 의해 지속적으로 연구되었다. 기존의 국민의료비 추계 연구들은 나름대로의 의미를 가지면서 의료현실을 반영하였지만, 연구과정에 있어 추계방법과 사용 자료원이 상이한 계정구조하에서 추계된 경우가 많아서 一貫性있는 時計列 資料의 축적이 이루

어지지 못하였다. 본 장에서는 기존의 연구 중 최근의 결과를 중심으로 논의하고자 한다.

명재일·홍상진(1994, 1998), 명재일(1995)의 연구는 국민의료비를 추계하는 데 있어 국민의료비 계정에 적합한 자료원을 발굴하여 계정을 합하는 방식을 채택하고 있다. 즉, 국민의료비 항목을 개인보건의료, 공중보건, 행정 및 관리, 연구 및 교육, 시설 및 장비의 지출용도로 구분하여 개념적으로는 보다 구체적인 자료항목으로 구성하여 추계하고 있다. 이와 함께 지출용도를 財源別로 구분하여 분류하였는데, 재원별 분류는 크게 공공부문과 민간부문으로 구분했으며, 公共部門에는 중앙정부, 지방정부, 의료보험 및 산재보험으로 그리고 民間部門에는 가계, 민간보험, 기타로 구분하여 추계하고 있다. 이의 推計結果에 따르면 우리 나라 국민의료비는 1985년 이후 연평균 약 15% 이상의 증가율로 상승해 왔음을 보여준다²⁾. 이와 같은 국민의료비 추계는 국민의료비를 구성하는 요소를 세분화하고, 또한 국민의료비 定義에 附合하려고 하였으나, 우리나라의 공식적인 보건통계 기초자료의 미흡으로 내부자료를 많이 사용한 점에 있어서는 자료의 신뢰성과 향후 持續的인 推計에 문제점이 있다는 지적이 있다.

한편, 국민의료비 추계에 있어 국민계정을 활용한 추계와 국민계정을 주자료원으로 활용하고 부분적으로 보조자료를 활용한 방식에 의한 연구들이 있다. 첫째, 國民計定을 이용한 국민의료비 지출규모는 국민계정상의 『가계의 목적별 최종소비지출』에서의 보건의료항목, 『민간비영리단체의 목적별 최종소비지출』에서의 보건의료항목, 『정부의 목적별 최종소비지출』에서의 保健項目 등 국민의료비 관련 항목으로 파악할 수 있다. 따라서 이것을 이용하여 의료소비지출을 구성하는 가계(민간비영리단체 포함)의 최종의료소비지출과 정부의 최종의료지출의 파악은 가능하다. 의료보험, 의료보호, 산재보험 등에 대한 政府支出은 정부의 최종소비지

2) 미국의 보건재정청(Health Care Financing Administration)에서 채택하고 있는 보건의료계정과 매우 유사한 형태로 추계됨.

출에는 빠져 있으나, 사회보장수혜금 및 사회부조금으로 민간에 경상이 전되어 가계의 최종소비지출 의료보건항목에 계상되고 있으므로 전체 국민의료비 규모를 산출하는 데는 영향을 주지 않을 것이다. 국민계정을 활용하여 추계한 결과에 따르면, 우리 나라 國民醫療費는 1980년대에 들어와 GDP대비 3%를 상회하기 시작하여 1990년대에는 약 4% 정도로 나타났다. 이러한 수치는 OECD 선진국과 비교하면 매우 낮다. OECD 국가들의 경우 1970년에 GDP 대비 국민의료비 비율이 5%를 상회하는데 우리 나라의 경우 1990년대에도 4% 정도라는 것은 보건의료분야의 脆弱性이라는 문제도 있겠지만 국민계정에 의한 국민의료비 추계가 상당히 저추계되었을 가능성도 배제할 수 없다.

둘째, 국민계정상의 저추계에 대한 문제점을 보완하기 위한 시도로 洪程基(1995)와 辛宗珪 外(1997)의 연구가 있다. 이와 같은 연구들은 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. 세부항목을 보면 중앙정부항목에 『한국의 재정통계』(구 재경원)의 '중앙정부의 기능적 분류에서의 보건항목,' 『세입세출결산자료』(대한민국정부)의 '보건복지부와 노동부의 의료보호항목,' 『의료보험통계연보』(의료보험연합회)의 '국고부담금 및 정부부담금,' 『국민계정』(한국은행)의 '일반정부의 목적별 주요지출 중 보건부문의 총고정자본형성'으로 구성되었다. 지방정부항목에는 『경제통계연보』(한국은행)의 '지방자치단체 세출의 기능적 분류에서 保健項目의 지출총액'을 이용하였으며, 의료보험부문은 『의료보험통계연보』의 '보건부문 지출액에서 국고부담금과 정부부담금을 제외한 지출액'을 이용하였다. 민간부문항목에는 가계부문과 민간비영리단체 항목으로 구성하여 추계하였다. 이러한 연구들은 국민계정을 중심으로 공식적 자료원을 활용함으로써 내부자료의 사용으로 인한 제한점 및 한계점을

개선하고자 하였다.

이 방식으로 推計된 국민의료비는 국민계정상에 나타난 국민의료비에 비해 훨씬 크게 나타났으며, GDP 대비 국민의료비는 1983년에 이미 4% 이상이었으며 1990년에 4.63%, 1995년에는 4.68%에 이르고 있다.

그러나 홍정기(1995)와 신종각 외(1997)의 연구는 명재일·홍상진(1998)의 연구와 비교할 때 추계된 국민의료비가 재원과 지출용도로 구분되지 못하여 세항으로 分類하여 분석할 수 없는 단점이 있다. 또한 공식자료에만 의존하기 때문에 공식적 통계에서 포함되지 못하지만 주요한 자료원이 될 수 있는 항목에 대한 추계를 하지 못하는 단점도 지적되고 있다.³⁾ 한편, 본 장에서 논의한 기존의 국민의료비 推計研究結果는 다음 <表 1>에 整理되어 있다.

<表 1> 既存의 國民醫療費 推計結果 比較

(단위: 억원, %)

연도	명재일			국민계정상 보건부문 지출규모	홍정기, 신종각 외	GDP 대비 비율
		GDP대비 비율	증가율			
1980	-	-	-	11,171	12,238	3.21
1981	-	-	-	14,719	16,163	3.39
1982	-	-	-	18,804	21,056	3.85
1983	-	-	-	23,335	26,238	4.09
1984	-	-	-	27,816	30,579	4.15
1985	38,145	4.65	-	32,328	35,962	4.38
1986	42,574	4.45	11.61	36,555	40,720	4.25
1987	48,118	4.29	13.02	42,212	49,025	4.37
1988	59,391	4.46	23.43	49,589	58,062	4.36
1989	75,531	5.06	27.18	58,317	69,375	4.65
1990	90,990	5.07	20.47	70,151	83,180	4.63
1991	106,526	4.94	17.07	82,547	98,593	4.57
1992	127,920	5.32	20.08	92,929	109,279	4.55
1993	143,466	5.37	12.15	103,642	123,960	4.64
1994	163,386	5.34	13.88	117,668	140,638	4.60
1995	188,385	5.35	15.30	135,859	164,827	4.68
1996	-	-	-	154,281	-	-

3) 예를 들어, 민간보험부문에 대한 자료원의 미확보로 이 부문에 대한 의료비 지출이 누락되어 있음.

Ⅲ. 推計 資料 및 方法

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

〈表 2〉 財源別 分類(International Classification of Medical Care Financing)에 의한 國民醫療費 計定

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

資料: OECD, *Principles of Health Accounting for International Data Collections*, 1997. 3.

본 연구에서는 韓國保健社會研究院에서 수행되어 온 방식⁴⁾을 일부 수정·보완하였으며, 또한 國際比較가 가능하도록 OECD가 제안하고 있는 보건계정체계 중 재원별 분류에 의한 의료비 추계를 시도하였다.⁵⁾ 본

4) 홍정기(1996), 신종각 외(1997)를 참조하기 바람.

5) OECD방식에 의한 의료비 추계는 재원별 분류에 의한 추계, 기관별 분류에 의한 추계, 기능별 분류에 의한 추계 등 3가지로 분류하여 분석할 수 있음.

연구와 기존 방식과의 주요한 차이는 다음과 같다. 첫째, 공공부문에 있어 기존의 연구는 중앙정부, 지방정부, 의료보험으로 구분하였으나, 본 연구에서는 중앙정부, 지방정부, 그리고 사회보장(의료보험, 의료보호, 산재보험)으로 분류하였다. 둘째, 민간부문에 있어 기존의 연구는 민간보험이 누락되어 있지만 본 연구에서는 이를 추가하여 보완하였으며, 민간부문 중 가계의 의료비 지출의 추계를 위한 자료원에 있어 차이가 있다.

<表 2>는 OECD에서 제시하고 있는 재원별 분류에 의한 국민의료비 체계이며, <表 3>은 이 방식에 따른 추계를 위한 資料源을 정리한 것이다.

<表 3> 國民醫療費 推計 資料源

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

〈表 3〉 계속

항목		자료원	내 용
민 간 보 험	민간사회 보험	보험개발원 내부자료	자동차보험 대인치료비
	기타민간 보험	보험통계 연감	생명보험보험금 지급내역 중 환급금의 입원 항목 ²⁾
	가계 본인부담	도시가계 연보	도시가구당 의료비
		농가경제 통계	농가가구당 의료비
		어가경제 통계	어가가구당 의료비
		수산업통계 연보	전체 어가가구수
	농림통계 연보	전체 농가가구수	
민간 비영리단체	국민계정 (한국은행)	민간비영리단체 목적별 최종소비지출 중 보건의료비 항목	

註: 1) 1992년부터는 의료보호통계자료의 의료보호항목을 이용함.
 2) 『보험통계연감』에는 생명보험의 외래항목이 없는데 정확한 추계를 위해선 생명보험 외래항목도 생산되어야 함.

〈表 3〉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 정부부문은 다시 중앙정부부문과 지방정부부문으로 나눌 수 있는데 우선 中央政府部門의 자료원부터 살펴보면 다음과 같다. 중앙정부부문의 추계를 위한 자료원으로 재무부(현 재정원)의 『한국의 재정통계』, 한국은행의 『국민계정』, 의료보험연합회의 『의료보험통계연보』, 대한민국정부에서 발간한 『세입세출결산』을 사용하였다. 『한국의 재정통계』에서는 중앙정부 세출 및 순융자의 기능적 분류 중 보건항목을 이용하였는데, 이 자료는 보건복지부, 교육부, 내무부, 국가보훈처에서 지출된 보건관련 항목에 대한 지출을 합친 총액으로 구해진다(홍정기, 1995). 하지만 홍정기(1995)의

연구와 달리 醫療保護에 대한 지출이 포함되어 있지 않다. OECD방식에 의한 의료비 추계모형을 기본 틀로 하는 본 연구의 취지에 따라 의료보호항목은 따로 공공부문의 사회보장부문으로 항목을 구분하였기 때문이다. 『국민계정』⁶⁾에서는 일반정부의 목적별 주요지출에 나와 있는 보건부문의 총고정자본형성 항목을 사용하였는데 이 항목은 정부의 보건의료부문에 대한 投資支出의 의미를 가지고 있다.

『의료보험통계연보』에서는 지역의료보험의 국고부담금, 공·교의료보험의 정부부담금, 직종의료보험의 국고부담금⁷⁾, 임의지역의료보험⁸⁾의 국고부담금 항목을 사용하였다. 하지만 중앙정부의 의료보험관련 지출엔 지역의료보험의 國庫負擔金만을 사용하였는데 이는 지역의료보험에 대한 국고보조금은 공·교의료보험의 정부부담금⁹⁾처럼 정부가 피보험자로서 납부하는 보험료와 성격이 다르므로 사회보장보험부문이 아닌 중앙정부의 보건지출로 집계하였다.

『歲入歲出決算』에서는 국·공립병원 수입을 이용하였는데 이는 정부의 수입부문이므로 정부의 총의료비지출에서 차감하였다. 또한 병원수입은 가계의 최종소비지출에 포함되어 있으므로 이중계산을 피하기 위해서도 중앙정부 지출에서 제외하는 것이 바람직 할 것이다.

6) 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 없음. 따라서 여기서는 투자지출 부문이라고 할 수 있는 일반정부의 목적별 주요지출 중 보건부문 총고정자본형성 항목과 기타항목으로 분류된 민간비영리단체의 목적별 최종소비지출 중 보건의료항목을 이용하였음.

7) 우리 나라의 직종의료보험은 1982년부터 1989년까지 시행되었음.

8) 우리 나라의 임의지역 의료보험은 1983년부터 1989년까지 실시되었음.

9) 정부가 공무원 및 교육공무원 사용자로서의 역할을 하고 있으므로 피보험자로서 의료보험료를 납부하는 것으로 이해할 수 있음. 따라서 사회보장부문의 의료보험으로 분류하였음.

다음으로 地方政府의 資料源을 살펴보면, 한국은행에서 발행하고 있는 『경제통계연보』의 지방정부세출의 기능적 분류 중 보건항목¹⁰⁾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 『의료보험 통계연보』의 연도별 재정수지부문의 실제지출에서 국고부담 및 정부부담분을 제외한 금액을 의료보험지출액으로 집계하였다. 국고부담 및 정부부담은 정부부문으로 집계되어 있으므로 이중계산을 피하기 위해 의료보험부문에서 제외하였다.

産災保險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』¹¹⁾의 진료기관종별 진료실적 중 의료보호항목을 이용하였다.

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

民間社會保險(PSIS)은 사회보험처럼 강제성을 가지는 민간보험을 의미한다고 볼 수 있다. 따라서, 우리 나라의 경우 자동차보험이 민간사회보험으로 분류될 수 있을 것이다. 이 부문의 추계를 위해 보험개발원의 내부자료인 자동차보험 대인치료비를 求得하여 이용하였다.¹²⁾

10) 이 항목에는 의료보험 및 의료보호에 대한 지출이 제외된 자료이므로 지방정부의 보건의료 지출항목으로 사회보장부문의 의료보험 및 의료보호 항목에서의 이중계산이라는 우려는 없음. 그러나 동 자료원의 활용시 『국민계정』과 함께 지방정부에 대한 자본지출이 포함되어 과다계상의 가능성이 있음.

11) 의료보호통계자료는 1992년부터 집계되고 있으며, 이전자료는 세입세출결산(정부)자료에 나오는 보건복지부와 노동부의 의료보호항목을 이용하였음.

12) 향후 연구의 신뢰성·객관성·지속성을 확보하기 위해 미흡한 기초자료를 관련 기관에서 생산할 수 있도록 정부기관이나 공공기관에서 지원하여야

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.¹³⁾

家計의 本人負擔에 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.¹⁴⁾

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

할 것이며, 또한 원활하고 연속성 있는 연구를 수행하기 위해 사용가치 있는 내부자료는 공개하여야 할 것임.

- 13) 『보험통계연감』의 생명보험보험금 환급금에는 외래부문이 집계되지 못하고 입원항목만 조사되고 있어 기초자료의 미흡으로 정확한 집계가 어려운 실정임.
- 14) 도시가구수는 수산업통계연보와 농림통계연보를 이용하여 전체인구수를 구하여 농가인구수와 어가인구수를 뺀 나머지를 도시가구 인구수로 가정하였다. 여기에 도시가구당 인구수를 나누어 도시가구수를 추계하였음. 우리 나라의 경우 농가가구와 어가가구의 경우 전수조사 하여 발표하지 만 전도시가구수를 조사하는 경우는 없으므로 인구를 이용하여 도시가구수를 추계하였음.

할 것이다.

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

IV. 國民醫療費 推計 結果

Ⅲ장에서 논의한 자료원을 기초로 1970년부터 1996년까지의 재원별 분류에 의한 국민의료비를 추계한 결과는 <表 4>에 나와 있다. 우리나라의 1996년 經常 國民醫療費는 약 22조 9천억원으로 나타났는데, 이는 1995년의 19조 1천억원에 비하면 약 3조 8천억원이 증가한 것으로 1995년 대비 19.9% 상승한 것이다.

公共部門과 民間部門의 의료비를 비교해 보면, 1996년 국민의료비 22조 9천억원 중에서 공공부문 의료비는 약 10조원 3천억원 정도로 약 45% 정도를, 그리고 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(그림 1 참조), 특히 공공부문의 의료비 비중이 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이는 의료보험의 확대 실시 등 사회보장부문의 지출비중이 높아지는 데에 기인한 것으로 보여진다(그림 2 참조).¹⁵⁾

15) 사회보장부문 의료비 증가추세로 보아 2000년대에는 보건부문 공공부문

〈表 4〉 國民醫療費 財源別 支出現況(1970~1996年)

(단위: 10억원)

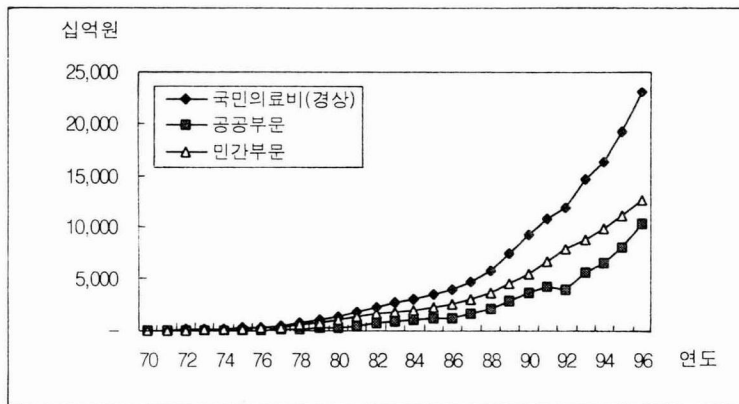
연도	전체	공공부문			민간부문			
		중앙 정부	지방 정부	사회 보장	민간보험		가계본인 부담	기타민간 부담
					민간사회 보험 ¹⁾	기타민간 보험 ²⁾		
1970	64.9	5.3	-	-	-	-	56.5	3.0
1971	71.9	8.4	-	-	-	-	59.5	4.0
1972	92.6	7.4	9.6	-	-	-	70.8	4.8
1973	107.2	7.2	10.9	-	-	-	83.4	5.7
1974	137.2	10.1	13.2	-	-	-	105.2	8.8
1975	235.0	12.0	19.0	-	-	-	192.2	11.9
1976	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 실정임. 따라서 시계열 자료의 축적을 위해 1990년 이전의 자료도 생산할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것임.

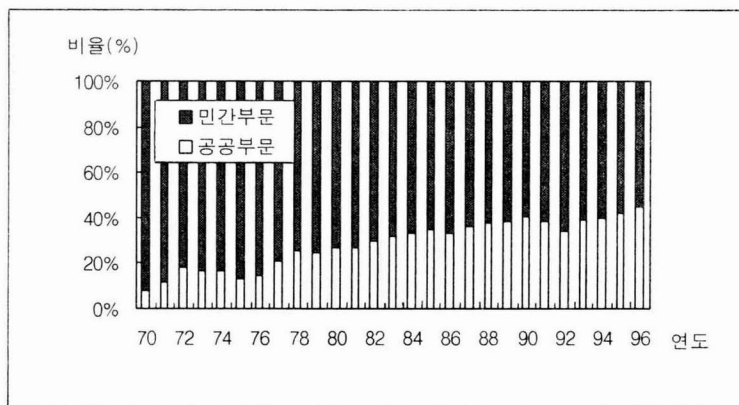
2) 순수 민간보험 형태를 띠는 것으로 여기서는 보험감독원발간 『보험통계연감』의 생명보험금 환급금 중 입원항목을 이용하였음. 자료의 생산연도가 1985년부터여서 시계열 자료의 축적을 위해 이전의 자료를 생산할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것임.

의료비 비중이 오히려 민간부문을 초과할 것으로 예상됨.

[그림 1] 公共 및 民間部門 醫療費 推移



[그림 2] 公共 및 民間部門 醫療費 比重 推移



<表 5>는 國民醫療費와 1인당 國民의료비를 경상 및 실질의료비로 구분하여 나타낸 것이다. 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. 이를 1990년 가격기준 GDP 디플

레이터로 조정된 1인당 實質 國民醫療費로 계산하면 약 35만 6천원인 것으로 추계된다.¹⁶⁾ 또한 1인당 실질 국민의료비를 시계열적으로 보면 1972년 2만 7천원이던 것이 1996년에 35만 6천원으로 약 13배 증가한 것으로 나타났다.

〈表 5〉 經常 및 實質 國民醫療費 및 1人當 國民醫療費 增加率

(단위: 십억원, 원, %)

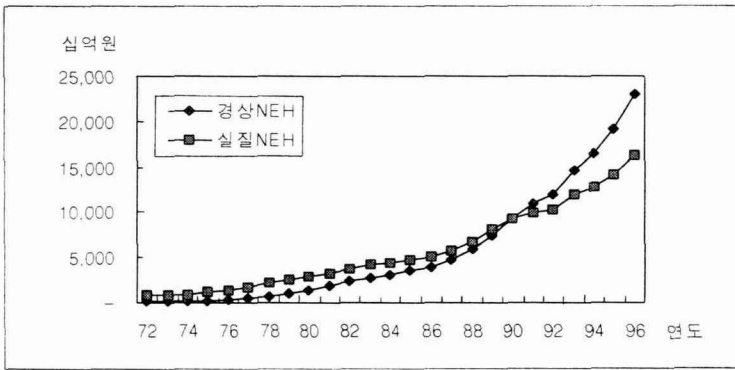
연도	국민의료비				1인당 국민의료비			
	경상	증가율	실질 ¹⁾	증가율	경상	증가율	실질 ¹⁾	증가율
1972	92.6	28.8	907.3	-	2,762	26.4	27,080	
1973	107.2	15.8	920.9	1.5	3,143	13.8	27,003	-0.3
1974	137.2	28.0	901.0	-2.2	3,956	25.9	25,972	-3.8
1975	235.0	71.3	1,225.4	36.0	6,662	68.4	34,733	33.7
1976	320.2	36.2	1,362.9	11.2	8,931	34.1	38,019	9.5
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	22,954.9	19.9	16,234.1	15.9	504,003	18.7	356,438	14.7

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

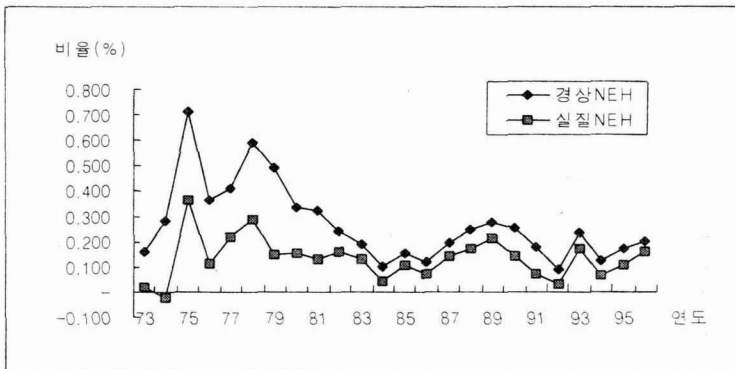
16) 1995년 1인당 경상 및 실질 국민의료비는 각각 42만 4천원, 31만원으로서 신중각 외(1997)의 추계치(각각 36만 5천원, 26만 8천원)보다 높게 나왔는데 이것은 민간부담 중 민간보험과 가계본인부담 자료원의 차이에서 오는 결과임.

경상 및 실질 국민의료비 증가율을 比較해 보면, 경상 국민의료비 증가율이 매년 실질 국민의료비 증가율보다 높게 나타났으며, 증가율추세는 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.

[그림 3] 經常 및 實質 國民醫療費 推移



[그림 4] 經常 및 實質 國民醫療費 增加率 推移



<表 6>은 1972년부터 1996년까지 우리 나라의 國內總生産(GDP) 대비 國民의료비 수준을 나타내고 있다. 이에 따르면 1970년대 GDP 대비 國民의료비가 약 2% 정도였던 것이 1980년대에는 3%에서 4%대로 진입했으며, 1990년대에 들어와서는 5%대로 나타났다. 특히, 1996년에는 GDP 對比 國民醫療費 比率이 5.89%로 6%선에 근접하고 있다.

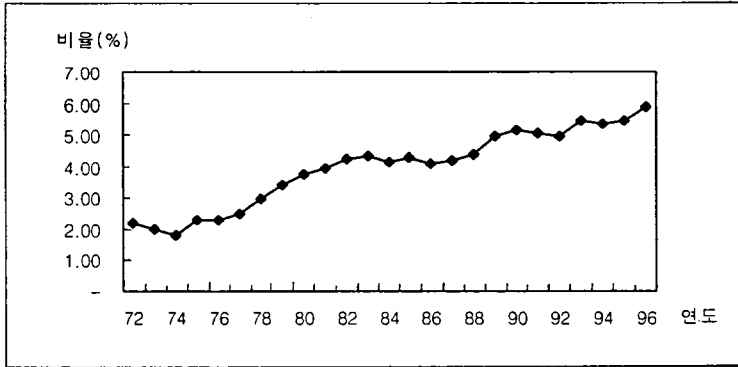
<表 6> 國內總生産(GDP) 對比 國民醫療費 推移

(단위: 십억원, %)

연도	國民의료비		GDP ¹⁾	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』, 각 연도.

[그림 5] 國內總生産(GDP) 對比 國民醫療費 增加率 推移



V. 結論

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 보건의료 서비스의 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.

우리 나라에서는 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의 재원별 분류를 기본 모형으로 하여 국민의료비 추계를 시도하였다.¹⁷⁾

推計 結果에 의하면 1970년부터 1996년까지 우리 나라의 국민의료비는 평균 약 15% 증가 추세를 보이고 있으며, 의료보험 등 사회보장부문의 확대 실시 등으로 공공부문 의료비 비중이 민간부문에 비해 상대적으로 높은 增加勢를 나타내고 있다. 그러나 1996년 국민의료비 22조 9천억원 중 55%는 민간부문의 부담이었으며 나머지 45%가 공공부문 의료비여서 1996년 현재까지는 民間部門이 차지하는 비중이 더 큰 것으로 나타났다. 하지만 공공부문 중 사회보장부문의 의료비 증대는 우리 나라의 의료비 지출구조를 변화시킬 것으로 예상되며, 이러한 추세가 지속된다면 2000년대에는 국민의료비 중에서 公共部門의 비중이 민간부문보다 높아질 것으로 사료된다.

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

한편, 國內總生産(GDP) 對比 國民醫療費 比率를 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.

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. 우리 나라도 국제적으로 통용될 OECD 방식에 맞는 의료비 관련 통

17) 참고로 OECD 방식 국민의료비 추계방식에는 機能別·機關別·財源別 分類體系가 있지만, 본 연구에서는 이중 財源別 分類에 의한 추계를 시도하였음.

계를 생산할 必要性이 제기되고 있으며, 또한 국제화 추세와 OECD 가입에 따른 會員國의 義務事項 준수라는 면에서도 보건계정체계(SHA)에 따른 기관별 및 기능별 추계도 가능하도록 보건통계 기반을 확보하여야 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

- 권순원, 『국민의료비 증가추이와 안정화 방안』, 한국개발연구원, 1993.
- 내무부, 『지방재정연감』, 각 연도.
- 노동부, 『산재보험사업연보』, 각 연도.
- 농림수산부, 『농가경제통계』, 각 연도.
- 해양수산부, 『어가경제통계』, 각 연도.
- 대한민국정부, 『세입세출결산보고서』, 각 연도.
- 명재일, 「한국의 국민의료비 추계결과: 1985~1992」, 『보건경제연구』 제1권, 1995.
- 명재일·홍상진, 『국민의료비의 지출동향: 1985~1995』, 한국의료관리연구원, 1998.
- _____, 『국민의료비의 구조와 동향: 1985~1991』, 한국의료관리연구원, 1994.
- 박종기, 『한국의 보건재정과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.

- 박종기·노인철, 『국민보건의료비추계: 1970~1974』, 한국개발연구원, 1976.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.
- _____, 『의료보호통계연보』, 각 연도.
- 보험감독원, 『보험통계연감』, 각 연도.
- _____, 『보험통계연보』, 각 연도.
- 보험개발원, 자동차보험대인치료비 내부자료, 1998.
- 신종각·임재영·강성호, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.
- 재무부(현 재정경제원), 『결산개요』, 각 연도.
- _____, 『한국의 재정통계』, 각 연도.
- 재정경제원, 『한국의 재정통계』, 각 연도.
- _____, 『한국통합재정수지』, 각 연도.
- 정영호, 「1994년의 우리나라 국민의료비와 부문별 구성비 변화」, 『보건복지포럼』 11월호, 한국보건사회연구원, 1996.
- 정영호·강성호, 「1996년 국민의료비 추계와 지출구조 분석」, 한국보건사회연구원, 1998.
- 정형선, 「OECD의 NEH와 한국의 국민의료비」, 『의료보장』 8월호, 의료보험연합회, 1997.
- 통계청, 「1991 가구소비실태조사보고서」, 제1권 가계수지편, 1993.
- _____, 『도시가계연보』, 각 연도.
- _____, 『한국통계연감』, 각 연도.
- _____, 『한국통계연보』, 1995.
- 한국보건사회연구원, 『OECD 보건통계 생산방법에 관한 연구』, 1998.
- 한국은행, 『경제통계연보』, 각 연도.
- _____, 『국민계정』, 각 연도.
- _____, 『한국통계연보』, 1995.

- 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 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.
- Maxwell, Robert J., *Health and Wealth: An International Study of Health-Care Spending*, Lexington Books, 1981.
- 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," *Health Policy Studies*, Vol. I, No.3, Paris, OECD, 1993a.
- _____, "OECD Health Systems: The Socio-economic Environment Statistica Reference," *Health Policy Studies*, Vol. II, No.3, OECD, 1993b.
- _____, *Principles of Health Accounting for International Data Collections*, 1997. 3.
- _____, *A System of Accounts for International Data Collection*, 1998.
- Poullier 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, "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.

Summary

**Estimation of National Health Expenditures
in Korea: Sources of Funding Category***Young-Ho Jung / Sung-Ho Kang*

It has been well recognized that better information on the financing of the health sector is an essential basis for wise policy change in the area of health sector reform. Analysis of health care financing should begin with sound estimates of National Health Expenditure (NHE).

This study estimates NHE in Korea by source of funding, adapting newly developed OECD's System of Health Accounts (SHA). We have the following main results. First, the estimated nominal NHE in 1996 (22trillion and 954.9billion won) increased by 19.9% relative to the year of 1995. Second, per capita NHE in 1995 and 1996 were 424,746 won and 504,003 won respectively. Third, the public share of NHE has increased over the estimation period (1970~1996), making up 55% of NHE in 1996. Fourth, the breakdown of the public expenditures shows that the share of medical insurance accounts for 65% of total public expenditures. Finally, NHE-to-GDP ratio more than doubled over the period 1970 ~ 1996, from 2% to just under 6%, implying that the growth of health sector has outpaced the average growth rate of the economy.

This study attempts to estimate the NHE by adapting OECD's SHA. The SHA is organized around tri-axial system, by means of a International Classification for Health Account(ICHA), defining: health care by function, by provider and by sources of funding. For the next step, we propose to construct other health expenditure accounts, including health care function and provider category, to enhance the comprehensiveness and consistency of National Health Expenditure Account.