

국민의료비 지출수준과 연관요인 분석: OECD 국가를 중심으로

박 인 화
국회예산정책처

<Abstract>

Analysis on the Level of National Health Expenditure and Associated Factors in the OECD Countries

Inhwa Park
National Assembly Budget Office

This study tried to find out the level of national health expenditure and associated factors in the OECD countries and then to derive lessons for Korea's health financing based on the cross-national comparison. As a result, Korea's health expenditure in 2010(7.1% of GDP) accounted for 74.7 percent of the OECD average and ranked as countries to spend less on health. At the same time, the socio-economic indicators such as GDP per capita, elderly population ratio and the total tax revenue to GDP also remained between 72 ~ 82 percent of the OECD average. The public share of health financing(58.2%) was relatively lower than those of other countries. However the health expenditure and the public share have grown 1.9 ~ 2.4 times higher than the OECD average over the past decade. According to the quantitative analysis,

* 접수 : 2012년 11월 30일, 최종수정 : 2012년 12월 3일, 게재확정 : 2012년 12월 10일
† 교신저자 : 박인화, 국회예산정책처 예산분석실, Tel : 010-2322-5611, E-mail : inhwa@nabo.go.kr

countries with relatively high income and elderly population turned out to have high health expenditure. Whereas, an inverse relationship was found between the total health expenditure and the public funding. It was estimated that the value of national health expenditure to GDP decreases 0.083 when the rate of public funding increases 1 percent point. Further, the share of public funding was affected positively by the total tax burden. Based on these findings, this study suggests that the sustainable spending on health and alleviating households' direct burden could be ensured by enhancing the share of public funding along with adjusting the tax burden of the people.

Key words: health expenditure, share of public funding, total tax burden, socio-economic indicator

I. 서 론

저출산과 저사망으로 특징 지워지는 인구구조의 전환(population transition)이 가속화되면서, 공적연금과 더불어 국민의료비 지출 증가는 재정의 지속가능성(fiscal sustainability)을 위협하는 주요 요인으로 주목된다(OECD; 2011a, Cottarelli, 2010). 출생에서 사망에 이르는 생애주기에서 개개인의 삶과 밀접하게 연관되는 보건 의료는 상당수준의 경제자원 투입을 필요로 하므로 국민경제의 중요한 부분이다(양봉민, 1999). 우리나라는 2010년 기준으로 국내총생산(GDP)의 7.1%인 83조 3,040억 원을 국민의료비(national health expenditure)¹⁾에 지출한 것으로 추정된다.²⁾ 국민보건 계정(연세대·보건복지부, 2012)에 의하면, 전국민 의료보험이 이루어진 이듬해인 1990년에 GDP의 4.5%인 7조 6,660억 원을 국민의료비에 지출하였으므로, 지난 20년 사이에 의료비 지출은 비중과 규모 모두 상당히 늘어났음을 알 수 있다.

OECD 국가들과 비교해 보면, 우리나라는 2010년 현재 국민의료비 지출 비중(GDP 대비)이 OECD 평균의 75% 정도로 비교적 낮은 편에 속한다. 그러나 2000년 이래 증가 속도는 슬로바키아 다음으로 빠르고, 이러한 추세는 보다 가속화될 전망이다. Merola와 Sutherland(2012)는 2005~2050년간 우리나라에서 의료비 지출 비중은 4.9%p, 노인장기요양 지출 비중은 3.8%p 증가하여, OECD 국가 중 그 속도가 가장

1) 또는 '의료비' 라고 한다.

2) 2010년 GDP 규모 1,173.3조원(한국은행, 2012)에 국민의료비 비중(OECD 추정치, 2012a)을 적용하여 산출하였다.

빠를 것으로 예측했다. 이에 따라 2050년까지 룩셈부르크 다음 가는 높은 공적연금 지출 증가와 더불어 한국 사회는 상당한 재정부담을 받게 될 것으로 우려된다(OECD, 2011a; Cottarelli, 2010).

국민의료비 증가는 다양한 경제 사회적 및 의학적 요인이 복합적으로 작용하여 나타난 결과이겠지만, 무엇보다 정책의 변화가 직·간접으로 미친 영향을 부인할 수 없을 것이다. 최병호(2002)는 2000년대 초에 발생한 건강보험 재정위기를 의약분업 도입과 동 과정의 수가인상, 의료보험 통합, 경제위기의 세 가지 악재에 따른 결과로 평가하였다. 이처럼 의료보장사에 획을 긋는 정책인 의약분업(2000. 7), 의료보험 조직통합(2000. 7), 건강보험 재정통합(2003. 7)이 2000년대 들어 연이어 시행되면서, 제도적으로나 재정적으로 상당한 변화가 뒤따랐다. ‘국민건강보험재정건전화특별법’(2002. 1)이 제정되었고, 이 법에 따라 건강보험에 대한 국고 지원이 명시화된 점도 이전과 차별화되는 정책 변화이다. 이후에도 건강보험 보장성 확대, 노인장기요양보험제도 도입 등으로 의료비 지출이나 부담양상에 상당한 변화가 초래되어 왔다. 의료보장의 근간인 건강보험재정은 2000년 의료대란 여파로 한동안 어려움을 겪었고 2005년경에 다소 안정되는 듯 했으나, 이후 등락을 거듭하여 2010년에 다시 적신호가 나타났다. 의료비 공공지출의 약 77%를 차지하는 건강보험에서 2010년 1조 2,994억원의 당기적자가 발생하였다(국민건강보험공단, 2012). 또한 공적부조인 의료급여재정은 2011년말 기준으로 미지급 진료비가 6,388억원³⁾에 이르는 것으로 나타났다. 정부는 이러한 문제를 완화하기 위해 2013년 예산안(대한민국정부, 2012)에서 의료보장 지출⁴⁾을 전년보다 14% 증가(1조 3,897억원 증액)시켜 총 11조 3,822억원으로 편성⁵⁾하였는데, 이는 그만큼 타 사업비 배분을 어렵게 함으로써 체감도 높은 복지정책 이행을 제약하게 된다.

이와 같은 재정현안에 관심을 두고, 본 연구는 OECD 국가의 국민의료비 지출수준과 연관요인을 분석하고, 유사한 유형의 국가들을 비교함으로써, 적정수준의 의료비 지출을 도모하기 위해 우리나라가 정책적으로 시사 받아야 할 과제를 도출하는데 목적을 둔다. 이를 위해 제2장은 국민의료비 지출구조와 선행연구를 검토하고, 제3장은 각국의 국민의료비 지출수준과 구조를 비교하여 우리나라 수준을 객관적으로 가늠하는 증거로 삼는다. 제4장에서는 OECD 34개국의 국민의료비 지출과 의료비 공공지출에 대한 다변량분석을 통해 연관요인을 규명한다. 제5장에서는 유형화시킨 국가군을 비교하면서 국민의료비 연관요인을 확인하며, 끝으로 국민의료비 지출의 적정성과 한정된 국가재원의 합리적 배분에 기여할 수 있는 정책 제언을 모색한다.

3) 국가 부담이 4,919억원(77.0%), 지방자치단체 부담이 1,469억원(23.0%)이다.

4) 국가재정통계시스템인 d-Brain의 분류기준에 따라, 기초생활보장 부문 중 의료급여비와 건강보험 부문(가입자지원, 공교법정부담금 등 포함)을 합한 것이다.

5) 동 예산안에 대한 국회 의결은 아직 이루어지지 않았다(2012. 12. 13. 기준).

II. 국민의료비 지출구조와 분석 틀

1. 국민의료비 지출구조

국민의료비는 한 나라 국민이 한 해 동안 보건의료를 위해 지불하는 화폐적 지출의 총합을 말한다. 국민의료비 통계는 UN 등 국제기구가 공동으로 마련한 국민계정체계(1993 SNA)에서 제시한 편제기준에 따라 작성된 ‘국민보건계정(National Health Accounts)’을 통해 제공⁶⁾되며, 지출구조는 <표 1>과 같다.

표 1. 국민의료비 지출구조: 자원조달과 기능별 분류

	공공지출(HF.1)		민간지출(HF.2)		
	정부(HF.1.1)		가계직접지출 (HF.2.3)		비영리 단체/ 기업
중 앙	지 방	사회 보장 기금		민영 보험	
(HF.1.1.1)	(HF.1.12-3)	(HF.1.2)		(HF.2.1-2)	(HF.2.3.1) (HF.2.32-5)
경상 지출(HC.1~9)		✓	✓	✓	✓
• 개인의료비(HC.1~5) personal health care expenditure (치료, 재활, 장기요양, 보조의료서비스, 외래용 의료재화)		✓	✓	✓	✓
• 예방/공중보건(HC.6) prevention & public health services		✓	✓	-	-
• 보건행정관리, 기타(HC7~9)		✓	✓	-	-
자본 지출(HC.R.1)		✓	-	-	✓

주 : ✓는 기능별 지출과목에 대한 자원 표시

자료 : 「국민보건계정」(연세대의료복지연구소·보건복지부, URL: www.healthaccount.kr)을 토대로 구성

국민의료비 지출은 기능에 따라 경상지출과 자본지출로 분류되며, 경상지출은 치료 등을 위한 개인의료비와 예방-공중보건 등의 집단대상 비용이다. 자본지출은 의료기관 설립 등의 비용인데, 서구 사회보험 국가에서는 전통적으로 병원에 대한 자본투자를 보험진료비와 별도로 정부가 지원한다. 다만 사회보험인 ‘노인장기요양보험’⁷⁾을 의료보장

6) 상세한 내용은 ‘한국의 국민보건계정(www.healthaccount.kr)’ 과 정형선 외(2008)를 참고한다.

7) 우리나라의 경우, 노인장기요양보험사업은 「노인장기요양보험법」에 근거를 두고 2008년 7월부터 도입되었다. 65세 이상 노인 또는 노인성질환자 중 거동불편 등으로 인해 요양인정자로 판정 받은 자에게 요양 및 수발서비스를 제공하며, 재원은 건강보험가입자에 부과되는 장기요양보험료 수입과 국가 및 지방자치단체의 부담으로 조달된다.

의 범주에 포함할 지는 논의를 필요로 한다. 이 문제는 OECD가 생산하는 국민의료비 통계에서도 회원국에 대한 일관된 기준 적용과 관련하여 아직 제약사항으로 남아있다(OECD, 2010).

의료비 경상지출을 재원별로 보면, 정부예산과 사회보장기금(건강보험재정, 산재보험재정 등)을 포괄하는 공공재원은 모든 유형의 경상의료비에 지출된다. 경제적 약자를 위한 공적부조인 의료급여 비용은 거의 전적으로 중앙 및 지방 정부가 예산회계로 조달하며, 자본지출은 주로 중앙정부가 조달한다. 민간재원을 보면, 가계 직접부담은 비급여에 대한 본인부담과 법정본인부담으로 지출된다. 비급여인 시력용품 등 의료용구는 대부분 가계부담이며, 일부 비급여 예방서비스도 가계부담에 속한다. 민영보험은 주로 개인의료비에 지출되며, 민간비영리단체나 기업 지출 의료비는 개인의료비와 자본지출에 보완적으로 충당된다.

2. 선행연구 검토

국민의료비 증가에 대응하여 일어나고 있는 보건의료개혁(health care reform)은 이미 OECD 국가에서 새로운 동향이나 특별한 일이 아니다(OECD, 1992, 1994; Jones, 2010). 최병호 외(2004)는 우리나라의 시계열자료를 이용한 의료비 결정요인 분석에서 의료비 증가가 국민소득 상승에 의해 주도된다고 밝혔다. 또한 OECD 국가를 대상으로 한 정영호 외(2002)의 연구결과에서도 시기에 따라 국민의료비의 58~67%가 국민소득 수준에 의해 설명되는 것으로 나타났다. 그런데 국민소득에서 의료비가 차지하는 비중이 지나치게 커지면 다른 영역이 위축될 수밖에 없어, 경제운용 측면에서 자원의 비효율적 활용 문제가 발생한다(양봉민, 1999). 이러한 맥락에서 국민의료비 지출의 적정화란 의료비용의 적절성과 형평 증진, 의료서비스의 경제적 효율 제고와 더불어 대부분의 국가에서 공통적인 보건의료 발전의 목표이다(OECD, 1992; 한달선, 2005). 세계보건기구(WHO, 2000)가 191개국을 대상으로 실시한 보건의료시스템 평가 연구에 따르면, 1997년 기준으로 세계에서 의료비 지출 비중이 가장 높은 국가는 민영보험 방식의 미국이며, 독일, 프랑스, 일본 등 사회보험방식 국가들은 당시 GDP의 7~10%를 의료비에 지출하였다. 조세방식의 영국은 의료비 지출이 미국의 절반에도 미치지 못했다. 그리고 국민 1인당 의료비 지출은 소득수준과 뚜렷한 정(正)의 관계가 있는 것으로 나타났다(정형선 외, 2008). 그렇지만 보건의료의 공급이 완전한 시장기능에 의해 결정되지 않는 만큼, 적정의료비 수준에 관한 해답을 구하기 어려운데, 이는 의료비 증가가 반드시 국민건강 향상과 비례하지 않기 때문이다(박인화, 2001; OECD, 2011c). 1997년 당시 의료비 지출이 세계 1위인 미국의 건강수명은 24위이지만, 건강수명 1위의 일본은 의료비 지출이 13위로 나타났다(WHO, 2000). 이로 인해 미국의 의료는

‘세계 최고’가 아니라, ‘세계 최고가’라는 비판도 제기되었다(Evans and Barer, 1990).

그러나 Abel-Smith(1969)는 의료정책이나 의료체계 분석에서 이념적 시각의 중요성이란 단순히 현재 나타난 것만이 아니라, 의료와 사회 전반의 발전과정에 대한 통찰을 포괄해야 함을 강조하였다. 미국의 의료공급체계나 재원조달이 다른 고소득 국가와 크게 다른 것은 장기간에 걸쳐 형성된 의료에 대한 태도 차이 때문으로, 영국에서는 당연히 여겨지는 무료진료가 미국에서는 예외적으로 받아들여지게 된다(한달선, 2005). 어쨌든 1980년대 후반부터 각국에서 보건의료개혁이 활발하게 일어났고, 이 과정에서 “미국은 유럽으로부터, 또 유럽은 미국으로부터 무엇을 배울 것인가”가 논의되었다(Enthoven 1990; Jonsson 1990; Meyer, 1990; Reinhardt, 1990). 이제 미국에서는 루즈벨트가 대선공약으로 전국민 건강보험을 주창한지 100여년만인 2010년 3월, ‘오바마 의료개혁(Obama's Health Care Reform)’으로 불리는 의료개혁 법안(bill)이 의회를 통과하여 법률(law)로 제정되는 성과를 거두었다(CBO, 2011; 최병호, 2011). 정리하면, Brown(1989)이 지적하였듯이 한 사회의 의료보장제도 유형과 보건의료에 대한 가치관 사이에는 깊은 역사적 관계가 있고, 특정 의료정책을 추구하는 정치적 과정은 나라마다 다르다. 그러나 건강을 공적재화(public goods)로 보는 베버리지형 국영의료나, 개인적 권리(individual rights)로 보는 비스마르크형 사회보험 중 어떤 제도를 실시하든 의료보장의 대원칙은 보편성(universalism)과 포괄성(comprehensiveness)에 바탕을 둔다.

다음으로, 의료비 공공지출을 살펴보면 OECD 국가들은 이미 2000년 이전부터 의료비의 70% 정도를 공적재원으로 조달해 왔다(WHO, 2000; OECD, 2012a). 대개 조세방식의 국가에서 동 비중이 압도적으로 높지만, 민영보험일지라도 미국처럼 국민의료비 규모 자체가 크면, 의료비 공공지출이 비중은 과소하더라도 규모는 상당하다. 그런데 의료비 공공재원 조달에서 주목할 점은 1990년대 이후 사회보험방식 국가들이 건강보험체도를 유지하면서 조세의 역할을 확대한 것인데, 고령화가 커다란 이유이다. 왜냐하면 재원조달을 보험료에 의존하면, 고령화에 따른 부담계층 감소가 경제활동인구의 부담 과중으로 이어져 제도 유지가 위협받을 수 있기 때문이다. 국가마다 시기는 다르지만 노인인구 비중이 약 11~13%에 이른 시점에서 재원 전환이 촉발되었다(이규식 외, 2010). OECD(2011a)도 고령사회에서 의료비 공공재원의 조달을 위해 보험료보다 조세의 역할을 강조하는데, 이것이 건강보험체도를 친성장적으로 운영하면서, 인구집단이나 소득계층 간의 부담배분을 보다 공평하게 실현한다고 보기 때문이다.

3. 분석 틀

이상의 선행연구를 바탕으로, 본 연구는 각국의 국민의료비 지출과 이를 둘러싼 경

제 사회적 요인의 관계를 <그림 1>과 같이 설정하고, OECD 국가의 국민의료비 지출 수준과 연관요인에 대한 분석을 시도한다. 이를 위해 본 연구는 ‘OECD Health Data 2012’⁸⁾를 주 자료로 사용한다. 추가적 정보가 필요한 우리나라에 대해서는 ‘보건복지부 보건복지통계연보(각년도)’와 ‘국민건강보험공단 건강보험통계연보(각년도)’를 보완적으로 사용한다.

먼저, 국민의료비 지출수준 비교는 국민의료비 지출비중(GDP 대비), 국민의료비 지출규모(1인당) 등의 지표를 사용하여 국가별로 상이한 지출수준과 구조를 검토하고, 이에 근거하여 우리나라의 수준을 상대적으로 가늠한다. 다음으로, 국민의료비 지출수준의 연관요인 분석에서는 2010년 기준으로 OECD 34개국의 의료비 지출 및 관련 경제·사회 변수를 가려 뽑아 계량분석을 시도한다. 분석은 2개의 종속변수에 대해 각각 2단계로 수행하는데, 먼저 국민의료비 지출분석은 경제수준, 인구구조, 국민부담, 의료비 재원조달구조를 대변하는 지표를 설명변수로 삼아 연관요인을 2단계로 분석한다.⁹⁾ 그 다음의 분석은 앞 모형에서 설명변수로 사용된 의료비 공공지출 비중을 종속변수로 설정하여, 연관요인을 2단계로 분석한다. 의료비 공공지출 비중은 한 국가의 의료비 지출 구조와 의료안전망 수준을 함축하는 대표적 지표이므로 이를 심층적으로 살펴보기 위함이다. 이상의 분석을 통해 도출된 결과는 우리나라 의료보장제도의 취약점을 보완하고 지속가능한 수준의 국민의료비 지출과 의료안전망의 내실화를 도모하기 위한 정책 제언 모색에 실증적 근거로 활용될 것이다.

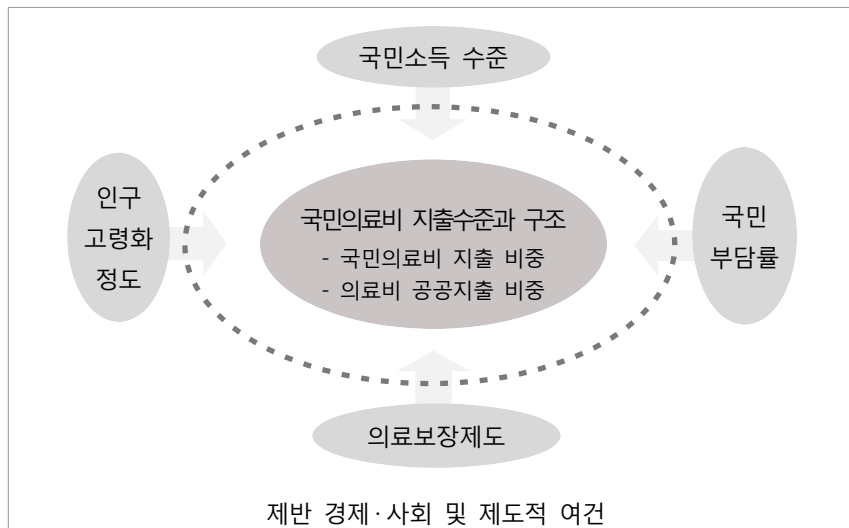


그림 1. 국민의료비 지출수준 분석의 개념적 틀

8) URL: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>(검색일: 2012. 7. 2).

9) 상세한 내용은 IV-1 ‘모형 설정과 적합도 진단’에서 기술한다.

Ⅲ. 국민의료비 지출수준 비교

우리나라가 전국민 의료보험을 이루어가던 1980년대부터 선진국들은 경제성장률을 상회하는 국민의료비 지출 증가로 고심해 왔다. 인구 고령화와 질병구조 전환, 고가의 료기술 개발, 의료에 대한 기대수준 상승 등 의료비 증가요인은 도처에 산재해 있지만, 자원제약과 불황 등의 여파로 해결책은 간단치 않다. 이러한 배경에서, 본장은 OECD 국가들의 국민의료비 지출수준과 특징을 비교하고, 이에 근거하여 우리나라 수준을 객관적으로 가늠하는데 초점을 둔다.

1. GDP 대비 국민의료비 지출

국민경제에서 의료비에 지출되는 재원이 얼마나 되는지를 말하는 대표적 지표가 ‘국민의료비 지출 비중(GDP 대비)’이다. 동 지출 비중은 OECD 국가에서 2000년에 평균 7.8% 수준이었으나 2010년에는 9.5%¹⁰⁾로, 10년 사이에 1.7%p 상승하였다. 2000년 이래 동 지출 비중이 가장 높은 나라는 미국이며, 하위권에 속한 나라는 우리나라와 터키 등이다(<표 2> 참조). 우리나라에서는 의료비 지출 비중이 2000년까지 4%대에 머물렀지만, 최근 10년간 지속적으로 증가하여 2010년에 처음으로 7%대로 접어들었다(OECD, 2012a). OECD 국가의 평균 수준과 비교하면 아직 낮은 편이더라도, 2000년 이래 증가속도는 슬로바키아 다음으로 빠르다. 2000~2009년간 우리나라의 의료비 증가율은 연평균 9.1%에 이르는데, 이는 OECD 국가의 1.94배 속도이다. 더욱이 2009~2010년 사이 OECD 국가에서는 의료비 증가율이 평균 0.4%로, 증가 일변도의 의료비 지출이 꺾이는 모습을 보였다. 이는 세계적인 경기침체와 재정위기에 따른 급여 축소 등에 기인하는 것으로 분석된다(OECD, 2012b). 다만 우리나라는 이러한 동향과 무관하게 같은 기간에 의료비 증가율이 8.5%로 나타나, OECD 국가 중 최고를 기록하였다. 이와 같이 의료비 지출이 지속적으로 증가하고 있지만, 우리나라의 ‘의료비 지출 규모(1인당)’는 2010년 현재 2,035 US달러(PPP)¹¹⁾로, OECD 평균의 62% 수준이다. 이로부터 우리나라의 국민의료비 지출은 비중이나 규모 공히 과소하게 보이지만, 동 지출과 연관성이 깊은 국민소득(1인당), 국민부담률, 노인인구 비중도 OECD 평균의 72~82% 정도임을 함께 고려해야 할 것이다.

10) 동 비중은 각국의 재정위기와 관련하여 2009년 9.6%보다 0.1%p 낮아졌다(OECD, 2012b).

11) 구매력 평가로 산정한 금액이다.

2. 의료비 공공지출

다음으로 주목되는 지표는 국가가 운영하는 의료보장제도를 통해 재원이 조달되는 정도를 일컫는 ‘의료비 공공지출(public expenditure on health) 비중’이다. <표 1>의 의료비 지출구조에서 보았듯이 동 지출은 정부예산(중앙정부, 지방정부)이나 사회보장 기금으로 조달된다. OECD 국가에서는 동 비중이 2010년 현재 국민의료비의 72.2%를 차지한다. 국가별로는 네덜란드(85.7%), 노르웨이(85.5%), 덴마크(85.1%), 영국(83.2%), 일본(80.5%) 등에서 의료비 공공지출 비중이 높고, 미국(48.2%)과 멕시코(47.3%)는 최하위권이다. 다만, 미국은 국민의료비 지출이 세계 최고 수준이므로, Medicare와 Medicaid¹²⁾로 대표되는 공공지출이 GDP에서 차지하는 비중은 8.5%에 이른다. OECD 국가가 GDP의 9.5%를 국민의료비에 지출하므로, 미국의 의료비 공공지출이 얼마나 큰 규모인지 가늠된다.

표 2. 국민의료비 지출수준과 주요 지표: 2000~2010년

	기준년도	OECD 국가			한 국		OECD 평균 대비 한국수준 (A/B)		
		최고	최저	평균(B)	수준(A)	순위			
국민의료비 지출 비중 (GDP대비, %)	2000	13.7	미 국	4.5	한 국	7.8	4.5	33위	57.7%
	2010	17.6	미 국	6.1	터 키	9.5	7.1	30위	74.7%
국민의료비 규모 (1인당, US\$ PPP)	2010	8,233	미 국	913	터 키	3,268	2,035	27위	62.3%
국민의료비 증가율 (연평균, %)	2000~09	10.9	슬로바키아	1.9	이탈리아	4.7	9.1	2위	1.94배
	2006~07	16.6	슬로바키아	-7.0	헝가리	4.4	9.5	5위	2.16배
	2007~08	14.3	폴란드	-3.8	룩셈부르크	4.2	4.8	11위	1.14배
	2008~09	11.7	체 코	-3.4	헝가리	4.1	7.5	7위	1.83배
	2009~10	8.5	한 국	-7.6	아일랜드	0.4	8.5	1위	21.25배
의료비 공공지출 비중(%)	2010	85.7	네덜란드	47.3	멕시코	72.2	58.2	31위	80.6%
의료비 공공지출 규모 (1인당, US\$ PPP)	2010	4,607	노르웨이	433	멕시코	2,378	1,185	28위	49.8%
공공지출 증가율 (연평균, %)	2000~09	11.3	한 국	1.6	독 일	4.8	11.3	1위	2.35배
	2008~09	22.5	칠 레	-5.3	헝가리	4.9	11.8	3위	2.41배
	2009~10	8.6	한 국	-10.8	아일랜드	-0.1	8.6	1위	-
의료비 중 가계직접지출 비중(%)	2010	49.0	멕시코	7.3	프랑스	20.1	32.1	4위	150.4%
의료비 가계직접지출 규모(1인당, US\$ PPP)	2010	1,325	스위스	167.4	터키(07년)	563.7	653.2	8위	115.9%
의료비 중 약제비 비중(%)	2010	27.1	멕시코(09년)	7.3	노르웨이	16.6	21.6	7위	130.1%
약제비 규모 (1인당, US\$ PPP)	2010	983	미 국	135	칠레(09년)	496	440	22위	88.7%
국민소득 (1인당, US\$ PPP)	2009	8,485	룩셈부르크	1,422	터 키	33,164	27,133	25위	81.8%
국민부담률(GDP 대비, %)	2009	48.2	덴마크	17.5	멕시코	33.9	25.6	30위	75.5%
65세 이상 인구비중(%)	2010	23.1	일 본	5.9	멕시코	15.1	10.9	30위	72.2%

자료: 1. OECD Health Data 2012(URL: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> 검색일: 2012. 7. 2),
2. OECD, *OECD Factbook 2011~2012*, 2011b.

12) 각각 노인 의료보장제도와 취약계층 의료보장제도이다(CBO, 2012).

우리나라 경우를 보면, 사회보험인 국민건강보험¹³⁾의 수입과 지출이 정부재정 외로 운용되므로, 동 재원은 다른 나라처럼 ‘사회보장기금’이 아니라 ‘국민건강보험공단 회계’로 운용된다. 다만 건강보험에 대한 국고 지원만 ‘정부 일반회계’와 ‘국민건강증진기금’에서 지출된다. 공적부조인 의료급여는 국고보조사업으로 수행되며, 중앙 및 지방정부가 비용을 분담¹⁴⁾한다. 산업재해보상보험 급여는 ‘산업재해보상보험및예방기금’으로 운용된다. 이와 같은 지출구조를 갖춘 우리나라에서는 의료비 공공지출 비중이 2010년 58.2%로, OECD 평균(72.2%)보다 14%p 정도 낮다. 물론 동 비중이 38.4%에 불과했던 20년 전(1990년)과 비교하면 크게 향상되었고(OECD, 2012a), 2000~2009년간 동 증가율은 우리나라가 연평균 11.3%로 OECD 국가 중 최고 수준이다. 특히 유럽 국가를 중심으로 의료비 공공지출이 축소된 것으로 나타나는 2009~2010년 사이(OECD 평균: 마이너스 0.1%)¹⁵⁾에도 우리나라는 8.6%의 증가율을 기록하여 공공지출이 계속 확대되고 있다(OECD, 2012b).

3. 민간지출 의료비 중 가계 직접지출

국민의료비 중 공공재원으로 조달되지 못한 비용은 민간지출로 충당된다. 이 중에서도 민영보험이나 비영리단체가 지불하는 비용을 제외하고, “환자 가계가 직접 부담하는 몫이 어느 정도인가”는 정책적 관심사이다. ‘국민의료비 중 가계 직접부담률(out-of-pocket payments)’로 불리는 이 지표는 살펴 본 의료비 공공지출 비중과 부(負)의 상관관계¹⁶⁾를 갖는다. OECD 국가에서는 2010년에 평균적으로 의료비의 20.1%를 가계가 직접 부담한다. 동 부담이 가장 낮은 국가는 프랑스로 7.3%이다. 세계보건기구가 최초로 실시하였던 각국의 보건의료시스템 평가에서 프랑스가 1위를 기록한 것도 이러한 요인을 반영한다(WHO, 2000).

우리나라는 가계의 의료비 직접부담 비중이 32.1%로, 멕시코, 그리스, 칠레에 이어 네 번째로 높다. 이에 따라 의료이용 시에 가계가 직접 지불해야 할 경제적 부담이 OECD 평균(20.1%)의 1.6배나 되므로, 제도적으로는 전국민 의료보장을 실현했지만 실제로는 의료안전망의 취약한 일면이 드러난다. 더욱이 의료는 사회의 다른 영역과 달리 기술발전이 오히려 의료비 증가를 가중시키므로, 적정수준의 가계 부담에 대한 관심이 필요하다. 미국은 비록 의료비 공공지출 비중이 낮더라도 민간재원 의료비의 대부분을 민영의료보험에서 지불하므로, 의료이용 시에 환자 본인이 직접 지불하는 의료비는 11.8%에 불과한 구조라는 점도 특징적이다.

13) 또는 ‘건강보험’이라 한다.

14) 부담률은 ‘보조금관리에 관한 법률 시행령’ 기준에 따른다.

15) 2008~2009년간 증가율이 4.9%이므로, 1년 사이에 5.0%p 감소되었다.

16) 의료비 공공지출 비중과 가계 직접지출 비중 간의 상관계수는 -0.690(유의확률 <0.001)이다.

4. 의료비 중 약제비

의료비 규모나 재원조달에 관한 지표 외에도, 국민의료비 성질을 나타내는 지표로 ‘약제비(pharmaceuticals and other medical non-durable) 비중’이 비교된다. 동 지표는 의료서비스 제공 시에 의약품이 어느 정도 사용되는지를 가늠토록 한다. OECD 국가는 2010년에 국민의료비 중 16.6%를 약제비로 지출하였다. 동 비중이 가장 낮은 나라는 노르웨이(7.3%)이다. 우리나라는 약제비 비중이 21.6%로, OECD 평균보다 5%p 정도 높으며, 순위로는 7번째로 높는데, 이 비중은 2004년 25.5%로 최고치를 기록한 이래 감소되는 양상을 띤다. 국민의료비 중 약제비 지출은 한 국가의 의료시스템이 공급자에게 어떤 방식의 지불보상제도를 채택하고 있는가에 따라 영향을 받는다. 우리나라와 같은 진료행위별수가제(fee-for-service) 하에서는 의약품 과다 사용이 우려될 수 있다. 한편, 신약개발에 따라 의약품 가격이 국제적으로 크게 차이 나지 않는 데 비해, 우리나라처럼 국민의료비 규모가 상대적으로 과소하면 약제비 비중이 높을 수 있음도 고려되어야 한다(박인화, 2008). 우리나라는 2010년에 약제비 비중으로 보면 OECD 평균의 130%에 이르지만, 약제비 규모(1인당)로는 OECD 평균의 88.7%에 그쳐 이러한 추론을 뒷받침한다.

IV. 국민의료비 지출의 연관요인 분석

OECD 국가의 국민의료비 지출은 2010년 기준으로 GDP 대비 최소 6.1%에서 최대 17.6%까지, 의료비 공공지출 비중은 최소 47.3%에서 최대 85.7%까지에 걸쳐 있다. 본장은 각국의 국민의료비 지출수준이 어떤 경제 사회적 요인과 연관되어 있는지를 규명함으로써, 다음 장에서 논의할 국가 간 비교분석의 근거로 삼을 것이다.

1. 모형 설정과 적합도 진단

본 연구는 OECD 34개국의 2010년 현재 국민의료비 지출 비중과 의료비 공공지출 비중을 종속변수로 삼고, 이를 두 단계로 나누어 회귀분석을 실시한다. 먼저, 국민의료비 지출비중 분석은 1단계에서 국민소득(1인당), 국민부담률(GDP 대비), 의료비 공공지출 비중, 노인인구 비중의 4개 독립변수를 사용하였다. 다음으로, 의료비 공공지출 비중¹⁷⁾ 분석은 국민소득(1인당), 국민부담률(GDP 대비), 노인인구 비중의 3개 독립변수를 사용하였다. 독립변수 선정은 OECD 34개국에서 공통의 척도를 적용하여 생산된 통계량 확보 여부, 이들 변수 간의 다중공선성 문제와 선행연구에서 보편적으로 수용되는

17) 국민의료비 지출 모형에서는 동 변수가 설명변수로 사용되었다.

정책적 함의를 고려하였다. 2단계에서는 1단계 분석결과를 다시 회귀분석(step-wise regression)하여 유의하지 않는 변수를 제거함으로써 모형을 단순화시켰다. 그 결과, 의료비 지출비중 분석에서는 국민부담률 변수가 제거되고, 국민소득, 의료비 공공지출 비중, 노인인구 비중의 3개 독립변수가 다중회귀모형에 채택되었다. 의료비 공공지출 비중 분석은 국민부담률을 독립변수로 하는 단순회귀모형이 설정되었다. 분석모형은 아래와 같다.

[제1단계]	[제2단계]
<p>[모형 1] $Y_{A1_i} = f(GDP_i, TTB_i, AGED_i, PHE_i, \varepsilon_i)$</p> <p>$Y_{A1}$, Y_{A2}: 국민의료비 지출 비중(GDP 대비) GDP: 국민소득(1인당, 1,000 US\$), TTB: 국민부담률(GDP 대비), AGED: 노인인구 비중(65세 이상), PHE: 의료비 공공지출 비중, ε: 오차항</p>	<p>$\rightarrow Y_{A2_i} = f(GDP_i, AGED_i, PHE_i, \varepsilon_i)$</p>
<p>[모형 2] $Y_{B1_i} = f(GDP_i, TTB_i, AGED_i, \varepsilon_i)$</p> <p>$Y_{B1}$, Y_{B2}: 의료비 공공지출 비중 GDP: 국민소득(1인당, 1,000 US\$), TTB: 국민부담률(GDP 대비), AGED: 노인인구 비중(65세 이상), ε: 오차항</p>	<p>$\rightarrow Y_{B2_i} = f(TTB_i, \varepsilon_i)$</p>

모형의 적합도에 대해서는 SPSS(14.0) 통계프로그램을 통해 OECD 국가의 통계량에 대한 독립변수 간 다중공선성, 잔차의 독립성, 정규성, 등분산성을 검토한 결과, 회귀분석 수행에 문제가 없는 것으로 나타났다. 첫째, 독립변수 간 상관관계가 존재할 때 나타나는데 다중공선성은 VIF(variance inflation factor) 검증 결과, 독립변수의 VIF 값이 모두 10보다 현저히 작아 문제시 되지 않았다.¹⁸⁾ 둘째, 자기상관과 관련되는 잔차의 독립성은 Durbin-Watson값을 통해 검증했는데, 상기 4개 모형의 DW값이 각각 1.27~2.20 사이에 있어 통계적으로 자기상관이 문제시 되지 않았다. 셋째, 잔차의 정규성에 대해서는 회귀표준화 잔차의 정규 P-P도표 검토 결과, 잔차가 대각선 형태로 분포되어 정규성에 위배되지 않았다. 마지막으로 잔차의 등분산성을 보면, 잔차의 산점도가 X-Y축의 0을 중심으로 특정한 추세를 보이지 않고 무작위적으로 나타나 등분산성에 위배되지 않았다.

2. 회귀분석 결과

이상 2종 모형에 대한 2단계 분석 결과, 수정된 R²값은 국민의료비 지출 비중에 대

18) VIF값은 먼저 제1단계 모형의 국민의료비 지출 비중 분석에서 국민소득(1인당) 1,201, 국민부담률 2,507, 의료비 공공지출 비중 2,118, 노인인구 비중 1,652이며, 의료비 공공지출 비중 분석에서는 국민소득(1인당) 1,316, 국민부담률 1,814, 노인인구 비중 1,814로 나타났다. 제2단계 모형에서는 국민의료비 지출 비중의 경우, 국민소득(1인당) 1,193, 의료비 공공지출 비중 1,471, 노인인구 비중 1,334이며, 의료비 공공지출 비중의 경우, 단일변수인 국민부담률은 1,000이다.

한 다중회귀분석에서 0.274로, 그리고 의료비 공공지출 비중에 대한 단순회귀분석에서 0.484로 나타났고 모두 통계적으로 유의하다. 이 결과는 OECD 국가의 국민의료비 지출 비중은 국민소득(1인당), 의료비 공공지출 비중, 노인인구 비중의 3개 변수를 통해, 그리고 의료비 공공지출 비중은 국민부담률이라는 단일변수를 통해 통계적으로 유의하게 설명됨을 말한다. 모형에 적용된 개별 독립변수를 중심으로 분석 결과를 살펴본다.

가. 국민의료비 지출(GDP 대비)

국민의료비 지출 비중에 대한 회귀분석 결과, 모형에 적용된 독립변수 중 국민소득(1인당)이 종속변수의 변동에 가장 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 이견직 외(2002)와 최병호 외(2004)의 연구 결과와도 맥을 같이 한다. 다른 변수값이 고정되었다고 가정하면, <표 3>에서와 같이 국민소득(1인당)이 1,000 US\$ 증가할 때, GDP 대비 국민의료비 지출 비중은 0.074(표준오차 0.027)만큼 늘어나는 것으로 추정된다. 다음으로 영향을 미치는 변수는 65세 이상 노인인구 비중이다. 다른 변수값이 고정되었다고 가정할 때, 노인인구 비중이 1%p 올라가면 의료비 지출 비중은 0.257(표준오차 0.100) 만큼 늘어나는 것으로 추정된다. 그런데 우리나라는 OECD 국가 중 가장 빠르게 고령화될 국가로 주목되어, 지금은 의료비 지출이 낮은 수준이더라도 노인인구 증가와 더불어 동 지출이 빠르게 늘어날 것으로 예상된다(Merola & Sutherland, 2012). 특히 의료비 지출에 미치는 영향은 특정 시점의 노인인구 비중 그 자체보다, 노인인구 비중이 증가해 온 속도에 의해 더 의미 있게 설명된다는 것이다(고민창, 2008).

표 3. 회귀분석 결과 요약

	비표준화계수		표준화계수	t	유의확률
	β	표준오차			
모형 1(종속변수: 국민의료비 지출 비중)					
국민소득(1인당)	.074	.027	.443	2.739	.010
노인인구 비중	.257	.100	.442	2.580	.015
의료비 공공지출 비중	-.083	.036	-.414	-2.303	.028
상 수	9.122	2.176	-	4.193	.000
모형 2(종속변수: 의료비 공공지출 비중)					
국민부담률(GDP 대비)	1.020	.180	.707	5.655	.000
상 수	37.539	6.268	-	5.989	.000

마지막으로, 의료비 공공지출 비중은 전체 국민의료비 지출 비중과 부(負)의 관계를 띠는 것으로 나타났다. 이는 선행연구 결과와도 같은 맥락인데, 이견직 외(2002)는 공공지출이 의료비에 미치는 부(負)의 영향력이 연구대상 기간(1985~1997년) 동안 점점 더 커졌음을 밝혔다. 본 연구에서는 다른 변수값이 고정되어 있다고 가정할 때, 의

료비 공공지출 비중이 1%p 상승하면 국민의료비 지출 비중은 0.083(표준오차 0.036)만큼 저하되는 것으로 추정된다. 이는 한 국가의 의료보장제도에서 의료비 공공지출 비중이 높아질수록 국민경제에서 차지하는 의료비 지출 비중은 오히려 낮아지게 됨을 의미한다.¹⁹⁾ 이러한 결과는 잘 설계된 의료보장정책을 통해 국민의료비 중 적정규모를 공공재원으로 조달한다면, 한정된 국가자원 내에서 의료비에 대한 적정배분이 도모될 수 있음을 시사한다.

나. 의료비 공공지출

공적인 의료보장제도를 통해 재원이 조달되는 정도를 말하는 ‘의료비 공공지출 비중’은 한 국가의 국민부담률 수준에 크게 영향을 받는 것으로 나타났다. 의료비 공공재원이란 국민건강보험과 산업재해보상보험 같은 사회보험제도와, 취약계층을 위한 의료비 공적부조제도를 통해 조달되는 비용을 말한다. 언급한 것처럼 의료비 공공지출 분석의 2단계 모형에서는 1단계에 포함되었던 국민소득(1인당)과 노인인구 비중 변수가 제외되면서, 국민부담률이 의료비 공공지출에 가장 영향력을 행사하는 변수로 선정되었다. 분석 결과에 따르면, 동 변수값이 1%p 증가하면 의료비 공공지출 비중은 1.020(표준오차 0.180)만큼 늘어나는 것으로 추정된다. 공적보장제도를 통해 의료비가 조달되는 비중이 높을수록 한 국가의 의료안전망은 탄탄하다고 볼 수 있는데, 이러한 충실도는 국민들의 조세 및 사회보장기여금 부담이 GDP에서 차지하는 비중을 일컫는 국민부담률과 양의 관계를 띠며, 통계적으로 유의하다. 즉, 적정한 의료비 공공지출은 적정한 국민부담이 전제되어야 함을 의미하므로, 사회정책의 영역에서 부담과 급여의 필연적 관계를 재확인시켜 준다.

V. 국가간 비교분석과 우리나라 사례

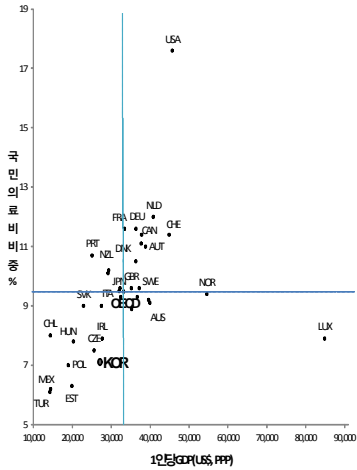
국민의료비 지출의 연관요인 분석을 근거로, 본장은 OECD 34개국을 유형별로 분류하고, 이러한 양상에 대비시키면서 우리나라의 국민의료비 지출과 이를 둘러싼 경제 사회적 여건을 고찰한다. 이를 위해 연관 지표와 국민의료비 비중(또는 의료비 공공지출 비중)을 짝지은 후, OECD 평균치를 기준으로 4분위 면을 설정하고 국가들을 해당 분위에 배치시킨다. 즉, 짝이 된 지표가 A, B라고 하면, 국가별로 A, B값이 모두 높으면 1/4분위 면(G1), A값은 높지만 B값이 낮으면 2/4분위 면(G2), A, B값이 모두 낮으면 3/4분위 면(G3), A값은 낮지만 B값이 높으면 4/4분위 면(G4)에 속한다. 이와

19) 특히 이러한 관계는 국민의료비 지출 비중이 일정수준을 초과한 국가에서 보다 유의할 것으로 생각되지만, 본 연구는 이러한 사례를 재분류하지는 않았다.

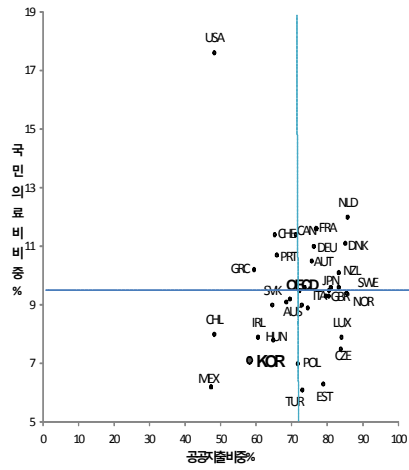
- 박인화 : 국민의료비 지출수준과 연관요인 분석: OECD 국가를 중심으로 -

같이 유형화시킨 OECD 34개국의 분포는 <그림 2>와 같다.

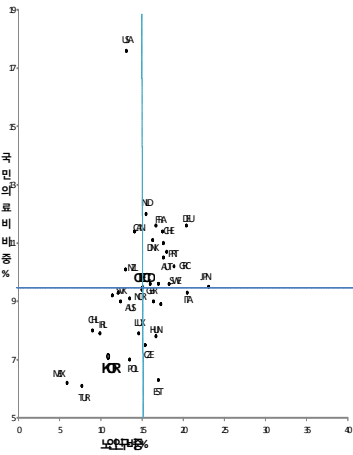
<1. 국민소득과 국민의료비 비중>



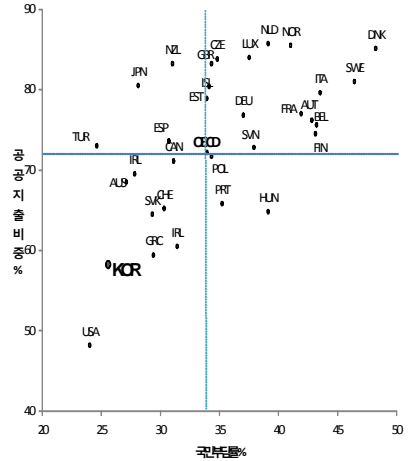
<2. 의료비 공공지출과 국민의료비 비중>



<3. 노인인구와 국민의료비 비중>



<4. 국민부담률과 의료비 공공지출 비중>



주: AUS(오스트레일리아), AUT(오스트리아), BEL(벨기에), CAN(캐나다), CHI(칠레), CZE(체코), DNK(덴마크), EST(에스토니아), FIN(핀란드), FRA(프랑스), DEU(독일), GRC(그리스), HUN(헝가리), ISL(아이슬란드), IRL(아일랜드), ISR(이스라엘), ITA(이탈리아), JPN(일본), KOR(대한민국), LUX(룩셈부르크), MEX(멕시코), NLD(네덜란드), NZL(뉴질랜드), NOR(노르웨이), POL(폴란드), PRT(포르투갈), SVK(슬로바키아), SVN(슬로베니아), ESP(스페인), SWE(스웨덴), CHE(스위스), TUR(터키), GBR(영국), USA(미국)

자료: OECD(2012a) 자료에 근거한 본 분석결과에 따름

그림 2. OECD 국가의 국민의료비 지출 유형별 비교

첫째, 국민소득(1인당)과 국민의료비 지출 간의 분포²⁰⁾에서 두 지표 모두 OECD 평균을 상회하는 영역(G1)에 미국, 네덜란드, 프랑스, 독일, 캐나다, 스위스, 덴마크, 오스트리아, 벨기에, 영국, 스웨덴의 11개국이 속한다. 이 중에서 영국과 스웨덴은 OECD 평균에 매우 가깝다. 타 영역에 속하지만 두 지표 모두 OECD 평균에 근접한 사례로는 일본, 노르웨이, 이탈리아, 아이슬란드가 꼽힌다. 의료보장에 관한 한 매우 예외적 국가(outlier)로 꼽히는 미국을 제외하면, 이들은 의료비 재원조달방식이 사회보험이나 국영 의료냐의 차이가 있지만, 의료보장의 역사가 깊고 국가 경제력 역시 상위에 속하는 선진국들이다. 우리나라는 국민소득과 국민의료비 지출 비중 모두 OECD 평균보다 낮은 영역(G3)에 속하며, 평균으로부터도 다소 떨어져 있다. 같은 영역에 터키, 칠레, 멕시코, 폴란드, 헝가리 등이 속하는데, 이들은 OECD 내에서 국민소득이 하위권에 속하며 사회안전망도 비교적 취약한 국가들이다(OECD, 2011b). 우리나라²¹⁾는 국민소득이 크게 차이 나지 않는 이스라엘²²⁾과 비교하더라도, 의료비 지출이 과소한 편이다. 이스라엘은 우리보다 노인인구 비중이 1.0%p 낮지만, 의료비 지출 비중은 0.8%p 정도 높은 점이 눈에 띈다.

둘째, 의료비 공공지출과 국민의료비 지출 간의 분포를 보면, 두 지표 모두 OECD 평균을 상회하는 영역(G1)에 네덜란드, 덴마크, 영국, 스웨덴, 일본, 프랑스, 독일, 오스트리아, 벨기에 등의 11개국이 속한다. 특히 네덜란드, 덴마크, 영국, 스웨덴, 일본은 의료비 공공지출 비중이 80%를 상회하며, 이어서 프랑스, 독일이 뒤따르고 있다. 의료비 공공지출 비중이 세계에서 두 번째로 높은 노르웨이는 국민의료비 지출이 OECD 평균을 0.1%p 하회하여 G4로 분류되지만, 보건의료정책 수행은 상당수의 G1 국가와 유사하다. 아이슬란드와 이탈리아도 G4에 속하는데 이들 국가는 의료비 공공지출 비중이 80% 내외이지만 국민의료비는 OECD 평균을 다소 하회한다. G2 영역에는 국민의료비 지출이 세계 최고 수준이지만 의료비 공공지출 비중은 최하위권인 미국이 위치한다. 같은 영역에 속한 그리스, 스위스도 국민의료비 지출 비중은 높지만, 의료비 공공지출 비중은 낮은 국가로 꼽힌다. 미국 사례는 선행연구에서 검토되었지만, 스위스도 국민의 1/4 정도가 보충적인 민간보험에 가입하고 있어서(이규식 외, 2010), 의료비 지출 비중은 상위권에 속하나 공공지출 비중은 낮은 편이다. 우리나라는 의료비 공공지출 비중이 58.2%로 칠레, 멕시코와 함께 최하위권에 속하여, 국민의료비와 공공지출 모두 OECD 평균보다 낮은 G3 국가군으로 분류된다.

셋째, 노인인구 비중과 국민의료비 지출 간의 분포를 보면, 통계적 유의성이 검증된

20) OECD 평균을 보면, 국민 1인당 GDP(PPP 기준)는 2009년 33,160 US\$, 국민의료비 지출비중은 2010년 9.5%이므로, 이를 중심으로 4분위 면을 구분한다.

21) 국민 1인당 GDP 27,133 US\$, 보건의료비 지출비중 7.1%이다.

22) 국민 1인당 GDP 27,661 US\$, 보건의료비 지출비중 7.9%이다.

것처럼 노인인구가 많을수록 의료비 지출 비중이 높음을 확인할 수 있다. 일본, 독일, 그리스, 스웨덴, 포르투갈, 스페인, 프랑스, 영국 등 13개국은 노인인구가 15% 이상이고, 의료비 지출도 9.5% 이상인 국가군이다. 최고령 국가로 노인인구 비중이 23.1%인 일본은 이들 13개국 중 의료비 지출 비중이 가장 낮다. 이외에도 G4 국가군에 속한 이탈리아가 노인인구 비중 20.5%로 일본 다음 가는 초고령국이지만, 의료비 지출은 OECD 평균을 다소 하회한다. 노인인구 비중 20% 이상인 3개국 중 의료비 지출 비중이 11%대인 독일을 제외하면, 일본과 이탈리아의 의료비 지출 비중이 9.3~9.5% 정도로 나타나, 동 국가의 의료보장 운영체제와 재원조달이 주목된다. 우리나라는 2010년 현재 칠레, 터키, 멕시코, 이스라엘과 함께 노인인구 비중 11% 이하인 상당히 젊은 국가군이며, 의료비 지출도 OECD 평균 미만인 G3 영역에 속한다. 그러나 통계청(2011)에 따르면, 고령화 속도가 매우 빨라 65세 이상 노인인구 비중이 2017년에 14%, 2025년에 20%, 2060년에 40%에 이를 것으로 추계된다. 이에 따라 OECD(2011a)는 우리나라의 의료비 부담 증가가 그 어느 나라보다 국민경제에 큰 파장을 미칠 것으로 전망한다. 고령사회의 의료비 문제에 대해서는 이미 고령사회나 초고령사회에 진입하였지만 의료비 지출은 OECD 평균 전후인 일본, 이탈리아, 스웨덴, 영국, 핀란드의 정책 경험을 고찰할 필요가 있을 것이다. 다만, 비용 측면에서 적절한 통제가 이루어지더라도, 의료이용의 접근성이나 의료의 질은 또 다른 문제임을 함께 감안토록 한다.

넷째, 국민부담률과 의료비 공공지출 비중에 관한 분포를 보면, 두 지표값이 모두 OECD 평균 이상인 영역(G1)에 북유럽의 덴마크, 스웨덴, 핀란드, 노르웨이를 위시한 17개 유럽 국가가 속한다. 그리고 국민부담률은 28~31%로 OECD 평균을 하회하지만, 의료비 공공지출 비중은 74~83%로 OECD 평균을 상회하는 나라(G2)로는 뉴질랜드, 일본, 스페인이 꼽힌다. 우리나라는 국민부담률과 의료비 공공지출 비중이 모두 낮은 G3 국가군인데, 같은 영역에 캐나다, 스위스, 미국, 멕시코, 칠레 등이 속한다. 국민부담률과 의료비 공공지출 비중이 우리나라보다 더 낮은 나라는 칠레, 멕시코, 미국의 3개국에 불과하다. OECD 국가 중 국민부담률이 가장 낮은 미국은 국민의료비의 48.2%만 공공재원에서 조달하므로, 멕시코를 제외하면 세계 최하위이다.²³⁾ 본 비교에서 미국, 캐나다, 스위스는 의료비 공공지출 비중이 각각 하위 3위, 9위, 13위로 낮게 평가되는데, 앞서 보았듯이 전체 국민의료비 지출은 각각 상위 1위, 5위, 6위로 높게 나타나, 양 변수 간 상반된 양상이 역력하다. 이러한 속성이 반영되어 의료비 공공지출 비중과 국민의료비 지출 비중 간에 내재하는 부(負)의 관계가 유의하게 확인되었다. 미국과 스위스 사례에서 보듯이, 민영보험의 분담정도가 의료비 규모와 재원조달구조에 영향을 미치지

23) 다만, 미국은 국민의료비 지출이 GDP의 17.6%에 이르러 세계 최고이므로, 의료비 공공지출 규모는 국민 1인당 3,967US\$(PPP)로, 노르웨이(4,607US\$ PPP), 룩셈부르크(4,021US\$ PPP) 다음으로 많다.

때문이다. 이상의 계량분석 결과와 국가 간 비교분석 결과를 종합할 때, G3 국가군인 우리나라는 적정수준의 국민부담에 대한 사회적 합의를 통해 확보된 재원을 의료보장에 투자하여 의료비 공공지출 비중을 제고시켜 나간다면, 늘어나는 국민의료비 지출을 제어하기 위한 효과적 정책수단이 될 수 있음을 시사 받는다.

VI. 결 론

1. 연구 결과

본 연구는 OECD 34개국의 국민의료비 지출수준과 구조를 살핀 후, 어떤 경제·사회 지표가 의료비 지출과 연관성이 깊고, 국가 간에는 어떤 양상이 관찰되는지를 비교분석하여 다음 결과를 얻었다. 먼저, OECD 각국은 2010년 현재 국민의료비에 GDP의 6.1%에서 17.6%까지 지출하여 차이가 상당하고, 평균 수준은 9.5%이다. 규모(1인당)로는 의료비를 가장 많이 지출하는 미국이 가장 적게 지출하는 터키의 9배에 이른다. 우리나라는 2010년에 처음으로 국민의료비 지출 비중이 7%대에 접어들었으나 OECD 평균에 비하면 75% 수준이고, 순위는 30위이며, 1인당 지출규모도 하위권이다. 그러나 이에 대해서는 동 지출과 연관성이 깊은 국민소득(1인당), 국민부담률, 노인인구 비중도 OECD 평균의 72~82% 정도임을 함께 고려해야 할 것이다. 2000년 이래 국민의료비 증가 속도를 보면, 국가에 따라 연평균 1.9%에서 10.9%에 이르며, 평균은 연 4.7%이다. 우리나라는 증가율이 연 9.1%로 슬로바키아 다음으로 높고, OECD 평균과 비교할 때 1.94배 속도이다. 특히 2009~2010년간 재정위기 여파로 유럽 국가를 중심으로 국민의료비 마이너스 증가라는 이례적 현상이 나타난 것과는 무관하게, 우리나라는 8.5%의 가장 높은 증가율을 보여 2010년까지는 의료비 증가세에 꺾임이 없다. OECD 국가의 의료비 공공지출 비중은 2010년 현재 47.3%에서 85.7%까지이며, 평균 72.2%이다. 우리나라는 동 비중이 58.2%로 멕시코, 칠레, 미국 다음으로 낮지만, 2000년 이래 증가율(연평균 11.3%)은 OECD 국가 중 최고이다. 특히 동 증가율은 같은 기간의 국민의료비 증가율(9.1%)을 2.2%p 상회하여, 공공지출이 더 빠르게 늘어남을 알 수 있다.

다음으로, 국민의료비 지출에 대한 계량분석에서는 국민소득(1인당)이 높을수록, 또 노인인구 비중이 높을수록 국민의료비 지출 비중이 높지만, 의료비 공공지출 비중이 높을수록 전체 국민의료비 지출은 오히려 줄어드는 경향이 관찰되었다. 다른 변수값이 고정되어 있다고 가정할 때, 의료비 공공지출 비중이 1%p 상승하면 국민의료비 지출 비중은 0.083 만큼 저하되는 것으로 추정된다. 국민의료비 지출과 역(逆)의 관계가 유의

한 의료비 공공지출은 국민부담률이 높을수록 그 비중이 높다. 특히 동 모형의 2단계 회귀분석에서 국민부담률이 공공지출에 유의한 영향을 미치는 단일변수로 선택되었다. 국민부담률이 1%p 상승하면, 의료비 공공지출 비중은 1.020 만큼 증가하는 것으로 추정된다. 국가 간 비교분석에서는 OECD 가입의 역사가 긴 네덜란드, 프랑스, 독일, 덴마크, 오스트리아, 벨기에, 영국, 스웨덴의 유럽 8개국이 국민의료비 지출 비중, 의료비 공공지출 비중, 국민소득(1인당), 국민부담률, 고령화율의 모든 지표에서 OECD 평균 이상인 G1 국가군으로 분류되었다. 반면, 후순위 가입국인 우리나라, 칠레, 멕시코는 동 지표 수준이 모두 낮은 G3 국가군에 속한다. 모든 분류에서 G1에 속한 8개국 외에도, 지표에 따라 OECD 평균에 근접하거나 그 이상인 국가로 캐나다, 스위스, 일본, 노르웨이, 호주, 핀란드, 이탈리아의 7개국이 꼽힌다. 고령화율이 높지만 의료비 지출은 과도하지 않는 사례로는 일본과 이탈리아가 주목되며, 국민부담률이 높지만 의료비 공공지출 비중 역시 높은 사례로는 덴마크, 스웨덴, 노르웨이, 네덜란드가 부각된다.

2. 정책 제언

이상의 결과에 근거하여, 적정수준의 국민의료비 지출과 가계 직접부담 경감을 위해 보건의료 분야에서 시사 받아야 할 과제를 제언한다. 첫째, 국민의료비 지출에 유의한 영향을 미치는 노인인구의 급속한 증가에 대처하여 의료보장 전반에 걸쳐 비용 효과적 접근을 도모하되, 중장기적으로 의료비 지출이 국민경제와 재정건전성을 저해시키지 않도록 해야 할 것이다. 우리나라는 아직 유년인구국(youngest population) 중 하나로 의료비 지출이 상대적으로 과소하지만, 2000년 이래 동 지출이 빠르게 늘어나고 있다. 따라서 정책 방향은 획일적 접근보다 건강위험요인이나 취약대상별 접근을 통해 필요한 의료이용이 충족되도록 하되, 초과 수요나 낭비적 이용은 억제하는 이중의 과제를 목표로 삼도록 한다(박인화, 2008). 또한 앞으로는 고령화가 빠르게 진행되어 2050년이면 일본 다음가는 고령인구국(oldest population)이 될 전망(OECD, 2011a)이므로, 노인들의 보건의료 수요에 효율적으로 대처하는 선별적이면서도 신중한 접근이 병행되도록 한다.

둘째, 우리나라 의료보장의 취약한 일면인 의료비 공공지출 비중이 낮은 문제에 대해서는, 동 비중이 제고되면 국민의료비 지출이 억제될 수 있다는 실증분석에 근거하여, 우선순위 높은 급여를 중심으로 의료안전망의 충실도를 제고시켜 나가도록 한다. 그런데 이러한 정책은 “의료보장에 어느 정도의 재원을 투입해야 할 것인가”라는 사회적 합의가 전제되어야 하므로, 건강과 의료의 가치를 사회가 높이 평가하도록 공감대를 넓혀 가는 것이 중요하다(한달선, 2005). 특히 국민부담률이 의료비 공공지출 비중과 양의 관계임은 의료보장 관리운영체계가 어떤 형태이던 공급체계가 어떤 구조이던 간에,

재원이 미흡하면 만족스러운 의료보장을 기대할 수 없음을 말하므로, 적정수준의 재원 조달이 효과적 정책 이행의 핵심이다. 그런데 다수의 유럽 국가가 고령사회 진입에 앞서 의료보장 재원을 사회보험료에서 조세 중심으로 전환한 점이 주목된다. 이탈리아는 1978년에 조세 중심으로 전환하였고, 고령화율이 일본 다음으로 높은 2010년 현재 국민의료비 지출이 OECD 평균보다 낮지만, 보건의료시스템의 종합 성과는 세계 2위로 평가되었다(WHO, 2000). 각국이 의료비 지출에 대처해 온 방식은 의료보장의 역사나 경제 사회 및 제도적 여건에 따라 상이할 수밖에 없지만, 먼저 고령화를 경험한 국가들로부터 비용부담과 정책 대안에 대한 통찰을 얻는 것은 우리의 몫이다. 끝으로, 본 연구가 특정시점에서의 국민의료비 지출에 관한 국가간 분석(cross-national analysis)을 넘어, 시계열 자료에 근거한 동적 변동을 탐색하지 못한 점은 한계로 여겨지는데, 이를 위한 자료 확보와 모형 설정은 다음 연구과제로 남긴다.

참 고 문 헌

- 고민창. 국민의료비 결정요인에 대한 연구. 사회보장연구 2008; 24(1): 123-148
- 국민건강보험공단. 2011회계년도 결산서. 서울: 국민건강보험공단; 2012.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 서울: 국민건강보험공단; 각년도.
- 대한민국정부. 2013년도 예산안. 2012. 10.
- 박인화. OECD 국가의 국민의료비와 보건시스템 성과비교. 보건복지포럼 제59호. 서울: 한국보건사회연구원; 2001. pp.76-83.
- 박인화. 의료보장 재정지출 증가에 따른 안정적 재정운용방안. NABO 재정브리프 제5호. 서울: 국회예산정책처; 2008. pp.29-53.
- 보건복지부. 보건복지통계연보. 서울: 보건복지부; 각년도.
- 양봉민. 보건경제학. 서울: 나남출판; 1999.
- 연세대의료복지연구소, 보건복지부. 국민보건계정. URL: www.healthaccount.kr. 2012 (검색일: 2012. 8. 28)
- 이규식 등. 건강보험 국고지원에 대한 해외사례 비교연구. 정책연구용역보고서. 서울: 국회예산정책처; 2010.
- 이건직, 정영호. 국민의료비 결정요인 및 영향력 분석. 보건행정학회지 2002; 12(3): 99-111
- 정형선, 이준협, 신정우, 송양민. OECD/WHO/EUROSTAT의 보건계정체계(SHA)에

따른 2006년 국민의료비의 규모 및 구조. 보건경제와 정책연구 2008; 14(1): 151-169.

최병호. 국민건강보험의 재정위기 원인분석과 평가. 사회보장연구 2002; 18(1): 37-66

최병호, 남상호, 신윤정. 국민의료비 결정요인분석. 보건행정학회지 2004 ; 14(2): 99- 116

최병호. 미국 의료개혁의 정책경제학. 보건경제와 정책연구 2011; 17(1): 71-101.

통계청. 장래인구추계: 2010~2060년. 대전: 통계청; 2011.

한국은행. 2010년 국민계정통계표(최종). URL: <http://www.bok.or.kr/contents/total/ko>. 2012(검색일: 2012. 9. 30).

한달선. 의료체계 탐색. 서울: 한학문화; 2005.

Abel-Smith B. Major patterns of financing and organization of medical care in countries other than the United States. In: Social Policy for Health Care. The New York Academy of Medicine 1969. pp 13-33.

Brown, ER. Principles for a national health program: A framework for analysis and development. The Millbank Quarterly 1989; 66: 573-617.

CBO. CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010(Testimony: Statement of Douglas W. Elmendorf, Director). Washington DC: CBO; 2011.

CBO. Fundamental fiscal challenge: Rising health care costs. URL: www.cbo.gov/publication. 2012(검색일 2012. 7. 10).

Cottarelli C. From stimulus to consolidation: Revenue and expenditure policies in advances and emerging economics. Washington DC: IMF; 2010.

Enthoven, AC. Discussion on Paper titled What can Europeans learn from Americans? In: Health Care Systems in transition - The search for efficiency, OECD Social Policy Studies No 7. Paris: OECD; 1990. pp 57-71.

Evans RG, Barer ML. Discussion on Paper titled What can Europeans learn from Americans? In: Health care systems in transition - The search for efficiency. OECD Social Policy Studies No 7. Paris: OECD; 1990. pp 80-85.

Jones RS. Health care reform in Korea. OECD Economic Department Working

Paper No 797 Paris: OECD; 2010.

Jonsson, JA. Discussion on Paper titled What can Americans learn from Europeans? In: Health care systems in transition – The search for efficiency, OECD Social Policy Studies No 7. Paris: OECD; 1990. pp 87–101.

Merola R, Sutherland D. Fiscal consolidation: Part 3. Long-run projections and fiscal gap calculations. OECD Economic Department Working Paper No. 934. Paris: OECD; 2012.

Meyer, JA. Discussion on Paper titled What can Americans learn from Europeans? In: Health care systems in transition – The search for efficiency, OECD Social Policy Studies No 7. Paris: OECD; 1990. pp 115–118.

OECD. OECD Health Data 2012. URL: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. 2012a(검색일: 2012. 7. 2).

OECD. Growth in health spending grinds to halt. In: OECD Health Data 2012. URL: <http://www.oecd.org/document>. 2012b(검색일: 2012. 7. 25).

OECD. The OECD's Social Policy Brochure for Korea. Paris: OECD; 2011a.

OECD. OECD Factbook 2011~2012. Paris: OECD; 2011b.

OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. URL: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata>. 2011c(검색일: 2012. 2. 28).

OECD. OECD Factbook 2010. Paris: OECD; 2010.

OECD. The reform of health care system: A review of seventeen OECD countries, Health Policy Studies No 5. Paris: OECD; 1994.

OECD. The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries, Health Policy Studies No. 2. Paris: OECD; 1992.

Reinhardt, UE. 1990, Discussion on Paper titled What can Americans learn from Europeans? In: Health care systems in transition – The search for efficiency, OECD Social Policy Studies No 7. Paris :OECD; 1990: 105–112.

WHO. The World Health Report 2000 – Health system: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.

- 박인화 : 국민의료비 지출수준과 연관요인 분석: OECD 국가를 중심으로 -

부록표. OECD 국가의 국민의료비 지출유형 분류

(1. 국민소득과 국민의료비 비중)

		국민의료비 지출 비중(GDP 대비)		국가 수
		9.5% 미만	9.5% 이상	
국민 소득 수준 (1인당, US\$, PPP)	33,164\$ 이상	노르웨이(9.4) 아이슬란드(9.3) 호주(9.1) 핀란드(8.9) 룩셈부르크(7.9)	미국(17.6) 네덜란드(12.0) 프랑스(11.6) <u>독일(11.6)</u> 캐나다(11.4) 스위스(11.4) 덴마크(11.1) 오스트리아(11.0) 벨기에(10.5) <u>영국(9.6)</u> 스웨덴(9.6)	16
	33,164\$ 미만	이탈리아(9.3) 아일랜드(9.2) 슬로베니아(9.0) 슬로바키아(9.0) 칠레(8.0) 이스라엘(7.9) 헝가리(7.8) 체코(7.5) <u>한국(7.1)</u> 폴란드(7.0) 에스토니아(6.3) 멕시코(6.2) 터키(6.1)	포르투갈(10.7) 그리스(10.2) 뉴질랜드(10.1) 스페인(9.6) 일본(9.5)	18
국가 수		18	16	34

괄호 내는 국민의료비 지출 비중

(2. 의료비 공공지출과 국민의료비 비중)

		국민의료비 지출 비중(GDP 대비)		국가 수
		9.5% 미만	9.5% 이상	
의료비 공공 지출 비중	72.8% 이상	노르웨이(85.5) 룩셈부르크(84.0) 체코(83.8) 아이슬란드(80.4) 이탈리아(79.6) 에스토니아(78.9) 핀란드(74.5) 터키(73.0) 슬로베니아(72.8)	<u>네덜란드(85.7)</u> <u>덴마크(85.1)</u> 영국(83.2) 뉴질랜드(83.2) 스웨덴(81.0) 일본(80.5) 프랑스(77.0) <u>독일(76.8)</u> <u>오스트리아(76.2)</u> <u>벨기에(75.6)</u> 스페인(73.6)	20
	72.8% 미만	폴란드(71.7) 아일랜드(69.5) 호주(68.5) 헝가리(64.8) 슬로바키아(64.5) 이스라엘(60.5) <u>한국(58.2)</u> <u>칠레(48.2)</u> <u>멕시코(47.3)</u>	캐나다(71.1) 포르투갈(65.8) 스위스(65.2) 그리스(59.4) 미국(48.2)	14
국가 수		18	16	34

괄호 내는 의료비 공공지출 비중

(3. 노인인구와 국민의료비 비중)

		국민의료비 지출 비중(GDP 대비)		국가 수
		9.5% 미만	9.5% 이상	
노인 인구 비중	15.1% 이상	이탈리아(20.5) 핀란드(17.3) 에스토니아(17.0) 헝가리(16.7) 슬로베니아(16.4) 체코(15.4)	일본(23.1) <u>독일(20.4)</u> 그리스(18.9) 스웨덴(18.3) 포르투갈(18.0) <u>벨기에(17.6)</u> <u>오스트리아(17.6)</u> 스위스(17.5) 스페인(17.0) 프랑스(16.7) <u>덴마크(16.3)</u> <u>영국(16.0)</u> <u>네덜란드(15.5)</u>	19
	15.1% 미만	노르웨이(15.0) 룩셈부르크(14.6) 호주(13.5) 폴란드(13.5) 슬로바키아(12.4) 아이슬란드(12.1) 아일랜드(11.4) <u>한국(10.9)</u> 이스라엘(9.9) <u>칠레(9.0)</u> <u>터키(7.7)</u> <u>멕시코(5.9)</u>	캐나다(14.1) 미국(13.1) 뉴질랜드(13.0)	15
국가 수		18	16	34

괄호 내는 노인인구 비중

주: 본문의 (그림 2)와 동일 내용이며, 밑줄 표시는 4가지 유형의 비교에서 모두 같은 그룹으로 분류된 국가임 (두 지표 모두 OECD 평균 이상인 국가 8개, 평균 미만인 국가 3개)

(4. 국민부담률과 의료비 공공지출 비중)

		의료비 공공지출 비중		국가 수
		72.8% 미만	72.8% 이상	
국민 부담률 (GDP 대비)	33.9% 이상	헝가리(39.1) 포르투갈(35.2)	<u>덴마크(48.2)</u> <u>스웨덴(46.4)</u> <u>벨기에(43.2)</u> <u>오스트리아(42.8)</u> <u>프랑스(41.9)</u> 이탈리아(43.5) 핀란드(43.1) 노르웨이(41.0) <u>네덜란드(39.1)</u> 슬로베니아(37.9) 룩셈부르크(37.5) <u>독일(37.0)</u> <u>체코(34.8)</u> 폴란드(34.3) <u>영국(34.3)</u> 아이슬란드(34.1) 에스토니아(33.9)	19
	33.9% 미만	이스라엘(31.4) 캐나다(31.1) 스위스(30.3) 그리스(29.4) 슬로바키아(29.3) 아일랜드(27.8) 호주(27.1) <u>한국(25.6)</u> 미국(24.0) <u>칠레(18.2)</u> <u>멕시코(17.5)</u>	뉴질랜드(31.0) 스페인(30.7) 일본(28.1) 터키(24.6)	15
국가 수		13	21	34

괄호 내는 국민부담률