

1970-2014년 경상의료비 및 국민보건계정: SHA2011의 적용

정형선¹ · 신정우²¹연세대학교 보건행정학과, ²한국보건사회연구원

1970-2014 Current Health Expenditures and National Health Accounts in Korea: Application of SHA2011

Hyoung-Sun Jeong¹, Jeong-Woo Shin²¹Department of Health Administration, Yonsei University, Wonju; ²Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, Korea

A new manual of System of Health Accounts (SHA) 2011, was published jointly by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Eurostat, and World Health Organization in 2011. This offers more complete coverage than the previous version, SHA 1.0, within the functional classification in areas such as prevention and a precise approach for tracking financing in the health care sector using the new classification of financing schemes. This paper aims to demonstrate current health expenditure (CHE) and National Health Accounts of the years 1970-2014 constructed according to the SHA2011. Data sources for public financing include budget and settlement documents of the government, various statistics from the National Health Insurance, and others. In the case of private financing, an estimation of total revenue by provider groups is made from the Economic Census data and the household income and expenditure survey, Korean healthcare panel study, etc. are used to allocate those totals into functional classifications. CHE was 105 trillion won in 2014, which accounts for 7.1% of Korea's gross domestic product. It was a big increase of 7.7 trillion won, 7.9%, from the previous year. Public share (government and compulsory schemes) accounting for 56.5% of the CHE in 2014 was still much lower than the OECD average of about 73%. With these estimates, it is possible to compare health expenditures of Korea and other countries better. Awareness and appreciation of the need and gains from applying SHA2011 for the health expenditure classification are expected to increase as OECD health expenditure figures get more frequently quoted among health policy makers.

Keywords: System of Health Accounts; SHA2011; Current health expenditure; Cross-tables

서론

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)는 보건계정에 관한 기존의 논의를 집약하여 처음으로 보건계정 구축을 위한 매뉴얼을 발간하고 이를 '보건계정체계(System of Health Accounts, SHA)'로 명명했다[1]. 이는 '국민계정(System of National Accounts, SNA)'을 참고로 한 것이다. 2005년 OECD, Eurostat 및 World Health Organization (WHO)는 협약을 맺고 보건계정의 구축, 수집 및 확산을 위한 공동작업을 진행하기 시작했다.

2011년에는 새로운 버전의 매뉴얼인 'SHA2011'이 발간되었는데

[2], 이는 이전의 버전인 'SHA 1.0'이 국가 보건의료지출의 총계치로 사용했던 '국민의료비(total health expenditure)' 대신 '경상의료비(current health expenditure, CHE)'를 사용한다. 본 연구는 'SHA2011'에 따라 구축된 1970-2014년 국민보건계정을 제시하여, 그 총계치인 경상의료비와 각종 하위항목의 국제 비교 기반을 마련하는 것을 목적으로 한다.

본 연구에서 제시된 1970년 이후의 시계열은 건강보험의 도입을 전후한 보건의료지출의 변화는 물론이고 의료보장 전반의 발전, 성숙과정에서의 보건의료 재원의 흐름을 파악하는 데 도움이 된다. 본 연구는 또한 OECD 국가들 중에서 SHA를 통해 공통의 척도를 가진 경상의료비와 그 하위항목을 구축하는 작업을 진행해왔

Correspondence to: Jeong-Woo Shin

Korea Institute for Health and Social Affairs, Building D, 370 Sicheong-daero, Sejong 30147, Korea
Tel: +82-44-287-8391, Fax: +82-44-287-8062, E-mail: shinje@kihasa.re.kr

*이 논문은 보건복지부(정책통계담당관실)의 연구지원으로 이루어졌다.

Received: June 20, 2016 / Revised: June 30, 2016 / Accepted after revision: July 7, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management

It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

고 SHA에 따른 교차테이블을 제출하고 있는 국가들과의 비교분석 결과도 제시한다. 보건계정을 구축하는 것은 결국 국제비교를 통해 제도 유형별 특징을 찾는다든지, 국가 간의 차이를 확인하고 시사점을 얻기 위한 것이다. OECD 국가를 중심으로 20년 가까이 걸쳐 계속되어 온 보건계정의 구축 및 발전작업은 WHO를 통해 전 세계 국가로 확산되고 지금은 보건의료지출의 세계표준이 되어있다.¹⁾

이제는 이러한 국제적 성과를 현실 정책에 활용할 방안을 모색할 시점이다.

SHA2011에 따른 국민보건계정의 구축

1. SHA2011

본 연구에서 제시하는 데이터는 ‘SHA2011’에 따른 구축결과다. SHA2011에 대한 논의는 2007년 OECD의 보건계정전문가회의(Health Accounts Expert Meeting)에서 본격적으로 시작되었고, OECD, WHO 및 Eurostat가 공동으로 참여하는 작업반(International Health Accounts Team)이 실무작업을 담당했다. ‘SHA2011’의 발간 이후, 동 매뉴얼의 축약버전 발간, SHA2011 적용 확산을 위한 파일럿 연구의 시행, 하위 항목별 추계 방법론의 개발, WHO를 중심으로 한 OECD 비회원국에의 확산 등 일련의 작업이 진행되어 왔다. 2014년 제출(JHAQ 2014)부터는 기존의 SHA 1.0 외에 신규의 SHA2011이 병용되기 시작하였으며, 2016년 제출(JHAQ 2016)부터는 SHA2011만을 제출하는 것을 원칙으로 하였다. 2016년 6월 현재 OECD 국가를 비롯한 주요 국가들²⁾ 중에서 SHA2011에 따른 보건계정데이터를 제출하고 있는 국가는 38개 국가인 것으로 확인되고 있다.

SHA2011은 SHA 1.0과의 연속성을 갖지만 훨씬 포괄적이고, 아울러 다양한 발전적 변화를 담고 있다.

첫째, SHA2011은 기존의 세 가지 핵심 계정(기능별, 공급자별, 재원별)을 유지하면서도 그 하위분류기준을 보다 정교화하고 있다. 기능별 분류 중에서 가장 큰 변화를 보인 예방서비스(HC.6)를 보면, SHA2011은 기존버전의 문제점이었던 항목 간의 중복문제를 정리하여 정보·교육·상담 프로그램(HC.6.1), 면역 프로그램(HC.6.2), 질병조기발견 프로그램(HC.6.3), 건강모니터링 프로그램(HC.6.4), 역학조사·위험·질병관리 프로그램(HC.6.5), 재해·응급 대응 프로그램(HC.6.6)으로 구분하고 각각에 관한 상세한 개념정의와 사례를 제시하고 있다.

재원별 분류에 있어서는 공사혼합(public-private mix)의 구분선으로 그동안 차용했던 SNA상의 ‘일반정부(general government)’

의 개념을 사용하지 않고, ‘의무가입(compulsoriness) 여부’를 사용하게 된 것이 가장 큰 변화다. 이에 따라 재원별 분류는 정부(HF.1.1), 의무가입건강보험(HF.1.2), 임의가입건강보험(HF.2.1), 비영리단체(HF.2.2), 기업재원(HF.2.3)과 가계직접부담(HF.3)으로 구성된다. 이 중 ‘정부’와 ‘의무가입건강보험’은 같은 HF.1로 묶여 있기 때문에 이것이 ‘공공’ 재원으로 간주되고, 나머지만 HF.2 및 HF.3은 ‘민간’ 재원으로 해석될 가능성이 커졌다. 한국의 보건계정 상에서의 변화를 보면, SHA 1.0에서는 민간재원(HF.2 private sector)로 분류되던 ‘자동차보험 책임보험’ 재원의 의료비가 SHA2011 상에서는 의무가입건강보험(HF.1.2)에 속하게 되어 결국 ‘공공’ 재원으로 간주될 공산이 크다.³⁾

둘째, SHA2011은 보건계정의 외연을 확장하고 있다. 수급자 측면에서의 상병별·성별·연령별 계정과 공급자 측면에서의 공급요소(factors of provision) 계정을 공식화했다. SHA2011의 발간 이전에도 이들 계정을 구축하기 위한 시험적 시도는 있어왔지만, SHA2011은 이것을 본격적인 작업과제로 올려놓았다. OECD는 상병별·성별·연령별 계정이 보건의료정책의 설계에 있어서 활용도가 높다고 보고, 그 구축을 위한 준비를 2000년대 중반부터 한 바 있다. 한국은 네덜란드, 독일 등과 함께 2008년에 OECD의 시범연구에 참여하여 동 계정을 구축한 바 있다[3]. 최근에는 아시아·태평양지역과 남아프리카지역의 국가 등 개도국으로 동 계정의 구축작업이 급속히 확산되고 있다.

2. 국민보건계정의 구축

Jeong 등[4,5]은 ‘SHA 버전 1.0’에 따라 산출된 2006년 및 2009년의 국민보건계정과 국민의료비 통계를 제시한 바 있다. 본 연구에서는 SHA2011에 따라 산출된 1970-2014년의 국민보건계정과 경상의료비 통계를 제시한다.

개인에게 제공되는 의료서비스와 재화에 대한 지출을 가리키는 ‘개인의료비(personal health expenditure)’ 중 ‘공공재원’(HF.1.1 정부’와 ‘HF.1.2 의무가입건강보험’)은 건강보험통계, 의료급여통계 등 주로 공식 행정통계를 기초로 하여 구축한다. 자동차보험은 보건계정의 작성에 필요한 책임보험 의료비지출에 관한 공식 통계가 없는 바, 이를 위해 필요한 데이터를 보건복지부의 요청 공문에 근거하여 보험개발원으로부터 입수하여 사용한다.

민간재원 중에서 임의가입건강보험(HF.2.1)은 보험연구원이 민영보험회사들로부터 집계한 실손보험 데이터 제공받아 작성한다. 비영리단체(HF.2.2)는 국민계정(SNA)의 자료 등을 참조하고, 기업(HF.2.3) 재원은 기업체노동비용조사보고서(노동부)의 ‘건강·

1) OECD 대한민국의정센터가 OECD, WHO와 함께 2005년 이후 지금까지 계속하고 있는 아시아·태평양 보건계정전문가 회의(Meeting of Asia-Pacific Health Accounts Experts)는 이러한 확산작업의 하나다. 2016년 6월 16-17일 서울에서 개최된 제12차 회의에는 22개 국가로부터 50여 명의 보건계정전문가가 참석하였다.

2) OECD 및 EU 회원국을 비롯하여, 브라질, 중국(중화인민공화국), 콜롬비아, 코스타리카, 인도, 인도네시아, 라트비아, 리투아니아, 러시아, 남아프리카공화국

3) SHA2011은 소유자나 운영자가 ‘공공’인지 여부는 ‘public’의 경계가 유동적이기 때문에 이를 주된 분류기준으로 하지 않고, 가입의 강제성(compulsoriness or mandatoriness) 여부를 주된 기준으로 하여 ‘의무민간보험(compulsory private insurance schemes)’을 HF.1으로 분류하는 것이다.

보건에 관한 비용' 등을 이용하여 산출한다. 보건계정 구축의 최대 관건은 가계직접부담(HF.3)의 규모를 어떻게 잡아내는지 하는 것이다. 이는 행정통계에 의해서 뒷받침되지 않기 때문에 가능한 한 공신력 있는 데이터를 활용한 추정이 요구된다. 본 연구에서는 5년 주기의 센서스인 경제총조사와 인구주택총조사를 기본으로 하고, 다양한 서베이 정보를 결합해서 이를 보건의료의 하위항목에 배분했다. 예를 들어 '경제총조사'(2010년 기준 조사, 2005년은 서비스업총조사)에서 확인된 공급자별 의료수익을 공급자별 총액치로 놓고, 가계(동향)조사의 변화율을 적용하여 중간 연도는 내삽(interpolation)을 하고, 5년 후의 센서스 데이터까지는 외삽(extrapolation)

tion)을 하여 산출하는 것이다. 기능별 배분과 재원별 배분을 위해서는 가계(동향)조사, 한국의료패널 및 국민건강·영양조사를 보충적으로 활용했다.

사회구성원 다중을 대상으로 제공되는 '집합보건의료비(collective health expenditure)'는 예방서비스(HC.6)와 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7)에 대한 지출을 포함한다. 이를 산출하기 위해서 정부결산자료를 보건계정의 하위분류에 맞추어 재배정하는 작업을 하게 된다. 지방정부의 보건의료지출은 대부분 보건소에서 이루어지게 되는데, 연구진이 작성한 일정한 양식에 따라 매년 전국 250여 개 보건소의 결산내역이 수집된다. 고용노동부의 근로자건

Table 1. Main sources for Korean Health Accounts

Classification	Sources
Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (HF.1)	Settlement of Government Accounts; reports from central government (1999-2014) Settlement of Government Accounts; reports from local government (2002-2014) Medical Aid statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2014) National Health Insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2014) Long term care insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2014) Yearbook of industrial accident compensation insurance, Ministry of Labor (1970-1999) Unpublished data on car accident insurance obtained from Korea Insurance Development Institute (1992-2014) National health screening statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2014) Report on health screening of labourers, Ministry of Labour (1992-2014) Survey on expenditures by regional health Centres nation-wide (2007-2014)
Voluntary health care payment schemes (HF.2)	Unpublished data on private health insurance obtained from Korea Insurance Development Institute (1998-2014) Survey report on labor cost of enterprises, Ministry of Labor (1998-2014) Survey report on establishment labor conditions, Ministry of Labor (1998-2014)
Household out-of-pocket payment (HF.3)	Economic census 2010 and service industry census 2005, National Statistical Office (2005, 2010) Family income and expenditure survey, National Statistical Office (1970-2014) Korean healthcare panel study, Korean Institute for Health and Social Affairs and National Health Insurance Service (2008-2012) National health and nutrition survey, Ministry of Health and welfare (1992, 1995, 1998, 2001, 2005)

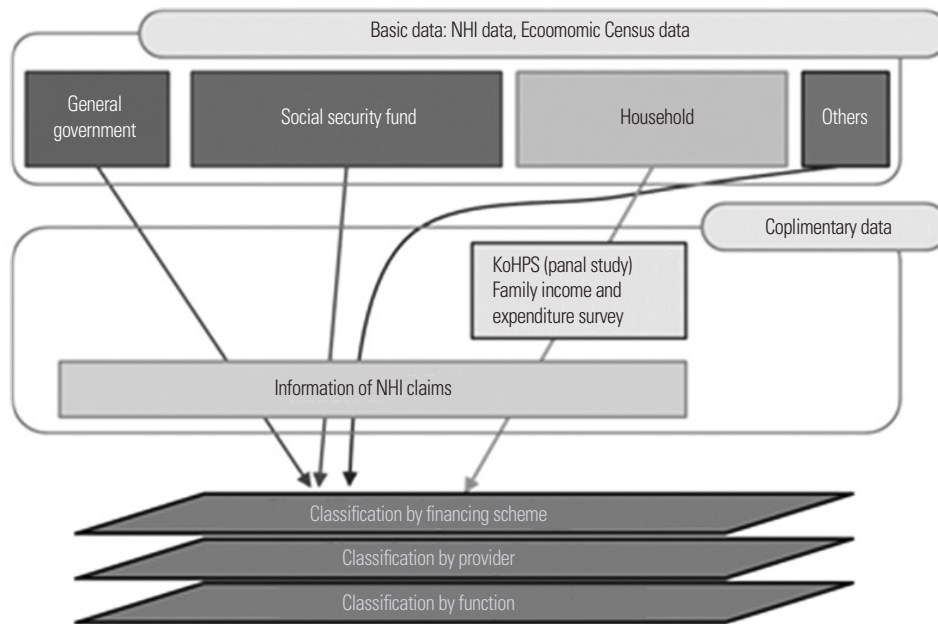


Figure 1. Construction framework of Korean Health Accounts. NHI, National Health Insurance.

강검진, 건강보험공단의 건강검진, 가계의 종합검진 비용도 예방서비스 지출에 포함된다.

1970년부터 2014년까지의 45년에 걸친 보건계정을 구축하기 위해서는 방대한 자료를 바탕으로 3차원 보건계정의 입체(cubic)를 구성하는 다양한 작업이 뒷받침되어야 한다. 기본 데이터와 자료원은 Table 1과 같다. 보다 구체적인 산출과정은 지면상 Ministry of Health and Welfare [6]를 참조하는 것으로 하고, 여기서는 이를 도식화한 Figure 1을 제시하는 데 그친다.

경상의료비의 규모 및 경시적 변화

1. 2014년 경상의료비 규모

2014년의 경상의료비는 105.0조 원으로 국내총생산(gross domestic product, GDP)의 7.1%(Table 2). 경상의료비에서 ‘집합보건의료비’를 제외한 ‘개인의료비’는 97.5조 원으로 경상의료비의 대부분(92.8%)을 차지한다.

한국의 ‘GDP 대비 경상의료비 비율’ 7.1%는 OECD 34개 국가 중 28번째에 해당한다[7] (Figure 2). 한국보다 낮은 국가는 터키(5.1%),

Table 2. Current health expenditure in 2014

	Amount	Share
CHE	105.0 trillion won	7.1% of GDP
Personal health expenditure	97.5 trillion won	92.8% of CHE
Collective health expenditure	7.5 trillion won	7.2% of CHE

CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product.

멕시코(5.8%), 에스토니아(6.1%), 룩셈부르크(6.3%), 폴란드(6.4%), 슬로바키아(7.0%) 등 도시국가인 룩셈부르크를 빼고는 상대적으로 저소득 국가다. 경제규모에 대한 상대적 크기가 아닌 절대적인 지출수준을 보여주는 1인당 경상의료비를 보아도 한국은 2,361 US\$ purchasing power parity (PPP, 구매력지수)로 34개 국가 중 26번째다.

OECD 34개 국가의 평균은 각각 9.1% 및 3,689 US\$ PPP이었다. 미국은 각각 16.6%와 9,024 US\$ PPP로 부동의 선두를 유지하고 있다. ‘GDP 대비 경상의료비 비율’이 10% 이상인 국가는 미국 외에도 스위스(11.4%), 일본(10.4%), 스웨덴(11.2%), 프랑스(11.1%), 독일(11.0%), 네덜란드(10.9%), 덴마크(10.6%), 벨기에(10.4%), 오스트리아(10.3%), 아일랜드(10.1%), 캐나다(10.0%) 등 12개 국가이다. 2001년까지만 해도 10%를 초과하는 국가는 미국(13.2%)뿐이었고, 2010년에는 상기 12개 국가 중 벨기에, 스웨덴, 일본을 제외한 9개 국가가 10%를 초과했다.

2. 경상의료비의 경시적 변화(1970-2014)

경상의료비의 규모(경상의료비의 對 GDP 비율)는 1970년 0.1조 원(2.7%)에서 1980년 1.4조 원(3.5%), 1990년 7.3조 원(3.7%), 2000년 25.4조 원(4.0%), 2010년 81.0조 원(6.4%), 2014년 105.0조 원(7.1%)으로 가히 기하급수적으로 증가해왔다(Table 3). 시기별로 보면 경상의료비의 연평균 증가율(명목) 자체는 1970년대 33.8%, 1980년대 18.2%, 1990년대 13.3%, 2000년대 12.3%, 2011-2014년 6.7%로 둔화되어 왔다.

이러한 일반적인 증가율 둔화과정 속에서도 금융위기의 영향을

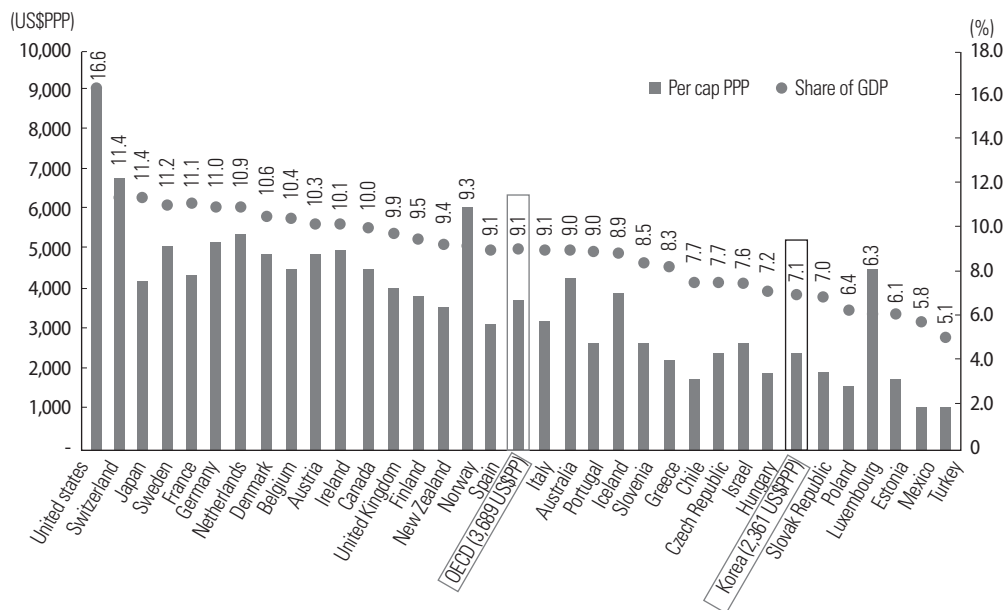


Figure 2. Current health expenditure as per capita US\$ PPP and share of GDP, 2014. Data from Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2016 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm> [7]. PPP, purchasing power parity; GDP, gross domestic product.

받아 2.7%의 낮은 증가율을 보인 1998년, 의약분업에 수반된 수가 인상 등의 결과로 21.6%의 높은 증가율을 보인 2001년과 바로 뒤이은 보험진료비 억제책에 따라 7.2%로 증가율이 둔화된 2002년 등

이 특기할만한 시기로 기록된다. 그 외에도 보장성 강화대책이 강력히 추진되면서 2005년과 2006년에는 각각 12.3%와 13.4%의 높은 증가율을 기록했고, 2008년 말의 금융위기 이후에는 경상의료

Table 3. Trend in health expenditure 1970-2014

Variable	CHE		CHE growth rate (%)		GDP		GDP growth rate (%)		CHE/GDP	CHE per capita (thousand won)
	(nominal, trillion won)		Nominal	Real*	(nominal, trillion won)		Nominal	Real*		
Year										
1970	0.075	-	-	-	2.8	-	-	2.7	2	
1971	0.080	6.9	-3.9	-	3.4	22.8	10.4	2.3	2	
1972	0.090	13.1	-2.4	-	4.3	24.1	7.2	2.1	3	
1973	0.100	11.0	-1.5	-	5.5	29.4	14.8	1.8	3	
1974	0.124	23.9	-5.1	-	7.9	42.9	9.5	1.6	4	
1975	0.248	99.3	61.3	-	10.5	33.3	7.9	2.4	7	
1976	0.342	38.2	13.9	-	14.4	37.2	13.1	2.4	10	
1977	0.417	21.9	6.5	-	18.5	28.5	12.3	2.3	11	
1978	0.611	46.5	20.1	-	25.0	35.1	10.8	2.4	17	
1979	1.022	67.2	41.1	-	32.2	28.8	8.6	3.2	27	
1980	1.4	34.4	7.9	-	39.5	22.5	-1.7	3.5	36	
1981	1.8	29.8	11.3	-	49.3	25.0	7.2	3.6	46	
1982	2.0	13.9	7.0	-	56.9	15.3	8.3	3.6	52	
1983	2.3	15.2	9.8	-	67.5	18.7	13.2	3.5	59	
1984	2.6	9.6	5.0	-	77.9	15.3	10.4	3.3	64	
1985	2.9	13.3	9.0	-	87.2	12.1	7.7	3.3	71	
1986	3.3	12.4	7.1	-	101.8	16.7	11.2	3.2	79	
1987	3.8	15.0	9.5	-	120.2	18.0	12.5	3.1	90	
1988	4.7	25.0	16.7	-	144.1	19.9	11.9	3.3	112	
1989	6.1	30.1	22.7	-	163.5	13.5	7.0	3.7	144	
1990	7.3	19.2	8.3	-	197.7	20.9	9.8	3.7	170	
1991	8.4	15.6	5.6	-	238.9	20.8	10.4	3.5	194	
1992	10.0	18.4	9.9	-	273.3	14.4	6.2	3.6	228	
1993	11.0	10.8	4.3	-	310.1	13.5	6.8	3.6	250	
1994	12.4	12.4	4.0	-	366.1	18.1	9.2	3.4	278	
1995	14.8	19.0	11.3	-	428.9	17.2	9.6	3.4	328	
1996	17.5	18.2	13.4	-	481.1	12.2	7.6	3.6	384	
1997	19.2	9.7	5.4	-	530.3	10.2	5.9	3.6	417	
1998	19.7	2.7	-1.9	-	524.5	-1.1	-5.5	3.8	425	
1999	22.8	15.8	17.2	-	576.9	10.0	11.3	4.0	489	
2000	25.4	11.6	10.4	-	635.2	10.1	8.9	4.0	541	
2001	30.9	21.6	17.3	-	688.2	8.3	4.6	4.5	653	
2002	33.1	7.2	3.9	-	761.9	10.7	7.4	4.4	696	
2003	37.8	14.1	10.4	-	810.9	6.4	2.9	4.7	790	
2004	41.2	9.1	6.0	-	876.0	8.0	5.0	4.7	859	
2005	46.3	12.3	11.2	-	919.8	5.0	3.9	5.0	963	
2006	52.5	13.4	13.5	-	966.1	5.0	5.1	5.4	1,086	
2007	58.6	11.6	9.0	-	1,043.3	8.0	5.5	5.6	1,207	
2008	64.0	9.1	5.9	-	1,104.5	5.9	2.8	5.8	1,307	
2009	72.7	13.6	9.7	-	1,151.7	4.3	0.7	6.3	1,477	
2010	81.0	11.5	8.1	-	1,265.3	9.9	6.5	6.4	1,640	
2011	86.3	6.5	4.9	-	1,332.7	5.3	3.7	6.5	1,735	
2012	91.1	5.6	4.5	-	1,377.5	3.4	2.4	6.6	1,823	
2013	97.4	6.8	5.9	-	1,429.4	3.8	2.9	6.8	1,939	
2014	105.0	7.9	7.2	-	1,486.1	4.0	3.4	7.1	2,083	
Annual average growth rate ¹										
1970s (70-79)	-	33.8	12.1	-	-	30.3	9.2	2.7	31.6	
1980s (80-89)	-	18.2	10.5	-	-	17.5	9.9	0.6	16.8	
1990s (90-99)	-	13.3	7.8	-	-	12.4	6.9	0.8	12.3	
2000s (00-09)	-	12.3	9.4	-	-	7.1	4.4	4.8	11.7	
After 2010 (10-14)	-	6.7	5.6	-	-	4.1	3.1	2.5	6.2	

CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product.

*Base year for CHE and GDP in real terms is 2010 (GDP price level is applied). ¹Annual average growth rate is geometric mean.

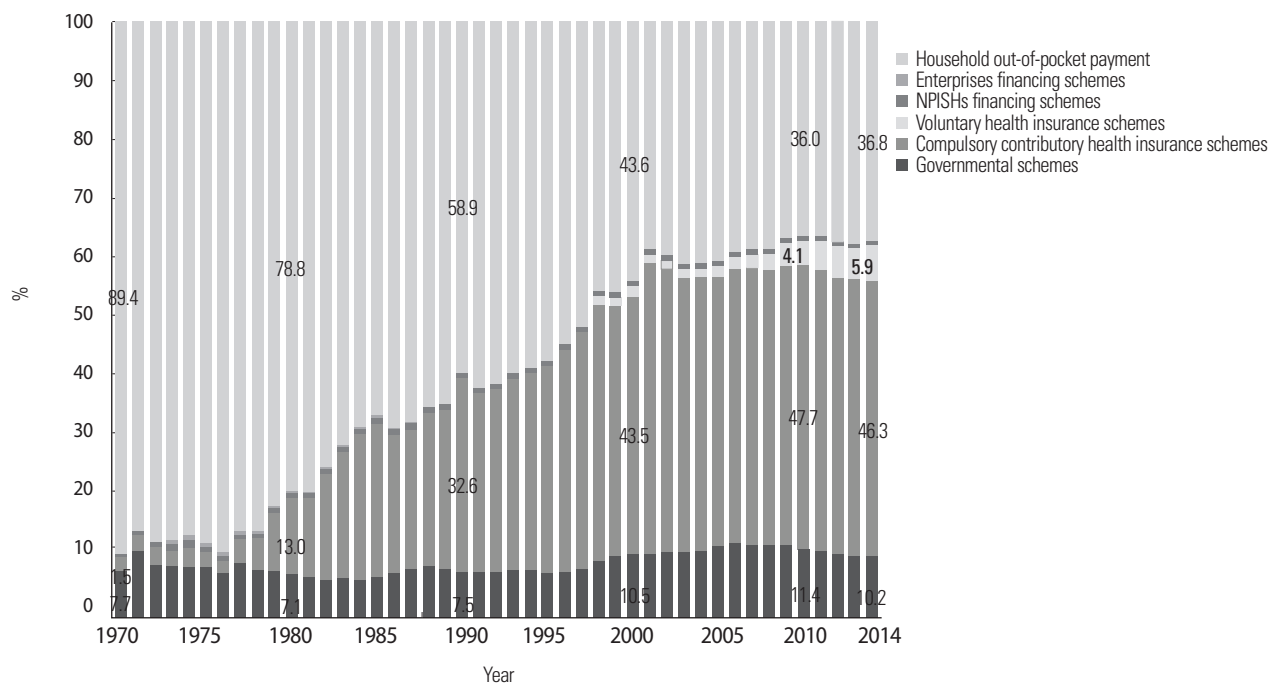


Figure 3. Share of current health expenditure by financing scheme. NPISHs, nonprofit institutions serving households.

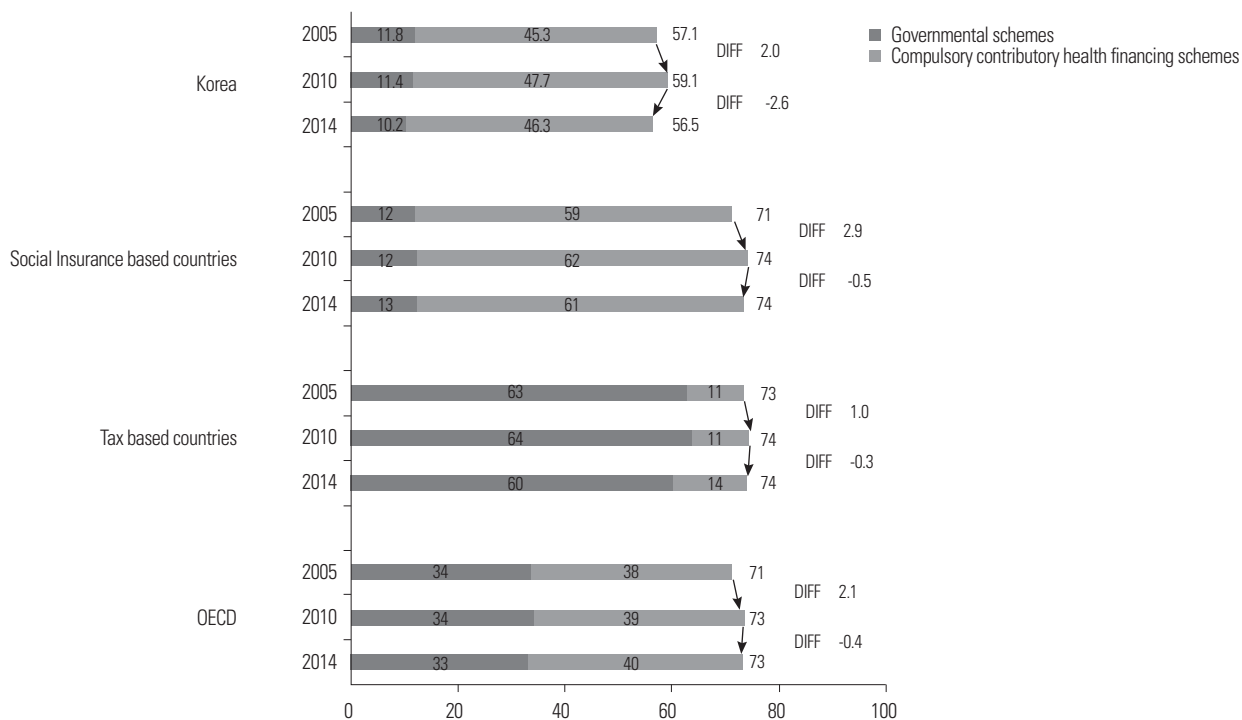


Figure 4. Change in public financing (both governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes) as a share of current health expenditure. Social Insurance based countries (n = 18): Austria, Belgium, Czech Republic, Estonia, France, Germany, Greece, Hungary, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Netherlands, Poland, Slovak Republic, Slovenia, Switzerland, Turkey. Tax based countries (n = 15): Australia, Canada, Chile, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Israel, Italy, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom. OECD average indicates that of all 34 OECD member countries. Data from Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2016 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm> [7]. OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; DIFF, difference.

비도 증가해서 2009년 13.6%, 2010년 11.5%의 증가율을 보이면서 의료제도의 지속가능성이 집중 논의되기도 했다. 2010년대 들어서서 증가율 둔화 경향이 뚜렷한데, 2014년에는 7.9%의 증가율을 기록하였다.

과거 개발연대에는 경제규모의 성장률도 두 자리 수를 기록하고 있었기 때문에 1990년대까지만 해도 ‘경상의료비의 對 GDP 비율’은 3%대에 머물렀다. 하지만 2000년대에 들어서면서 GDP의 증가율은 한 자리 수로 떨어졌으나 경상의료비는 두 자리 수의 증가를 계속하면서, ‘경상의료비의 對 GDP 비율’은 2000년대 전반 4%대, 2000년대 후반 5%대를 거쳐 2009년에는 6%대에 들어서게 되었고 마침내 2014년에 7%를 넘어서서 OECD 국가 평균인 9.1%에 더 다가서게 되었다.

1) 재원별 구성

2014년 경상의료비 중 공공재원에 해당하는 ‘정부·의무가입제도(HF.1)’는 56.5% (정부 10.2%, 의무가입건강보험 46.3%), ‘입의가입제도(HF.2)’는 6.7% (입의가입건강보험 5.9%, 비영리단체 및 기업 0.7%), ‘가계직접부담(HF.3)’은 36.8%이었다(Figure 3).

경상의료비에서 차지하는 ‘정부·의무가입제도’의 비중은 1970년대 초반 해도 10%를 갓 넘는 수준이었으나 계속되는 보장인구의 증가와 급여의 확대에 1980년 20.2%, 1990년 40.2%, 2000년 54.0%, 2010년 59.1%까지 높아졌다. 다만 2010년대에 들어서서 2011년 58.3%, 2012년 57.0%, 2013년 56.6%, 2014년 56.5%로 미미한 하향 추세를 보이고 있다.

‘가계직접부담’의 비중은 1970년대의 80%대에서 1980년 78.8%, 1990년 58.9%, 2000년 43.6%, 2010년 36.0%, 2014년 36.8%로 낮아

져 왔다. 의료보장 확대의 성과라고 할 것이다.

Figure 4에서 보듯이 한국의 정부·의무가입제도 비중(2014년 56.5%)은 OECD 평균(2013년 73%)보다 훨씬 낮다[7]. 조세형 국가(tax-based type: 호주, 캐나다, 칠레, 덴마크, 핀란드, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 영국의 15개 국가)를 제외하고 사회보험형 국가(contribution-based type: 오스트리아, 벨기에, 체코, 에스토니아, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 폴란드, 슬로바키아, 슬로베니아, 스위스, 터키의 18개 국가)만을 보아도 마찬가지다.⁴⁾ 조세형 국가의 정부재원(HF.1.1) 비중(60%)과 사회보험형 국가의 의무가입건강보험(사회보장기금재원) 비중(61%)도 거의 같았고, 조세형 국가의 의무가입건강보험 비중(14%)과 사회보험형 국가의 정부재원 비중(13%)도 거의 같았다. 우리의 정부재원 비중 10.2%는 사회보험형 국가의 평균보다 낮았다.

2) 기능별 구성

2014년 경상의료비 중 ‘입원의료비’의 비중은 33.2%, ‘외래의료비’의 비중은 36.3%, ‘의약품비 등(소모품 포함)’의 비중은 20.6%이었다(Figure 5).

‘입원의료비’의 비중은 1980년 21.2%, 1990년 26.8%, 1999년 33.4%까지 증가해오다가 2000년대 초 의약품비가 실시되면서 2001년 27.3%, 2002년 27.1%, 2003년 27.0%로 급감했다. 2003년 이후에는 입원수가의 상승, 요양병원 및 대형병원의 증가의 영향[8]으로 2010년 32.1%, 2014년 33.2%까지 급증했다.

‘외래의료비’의 비중은 1977년 공보험이 시작된 초기에는 45% 수준이었었는데 공보험이 확대됨에 따라 1980년 44.7%, 1990년 39.3%,

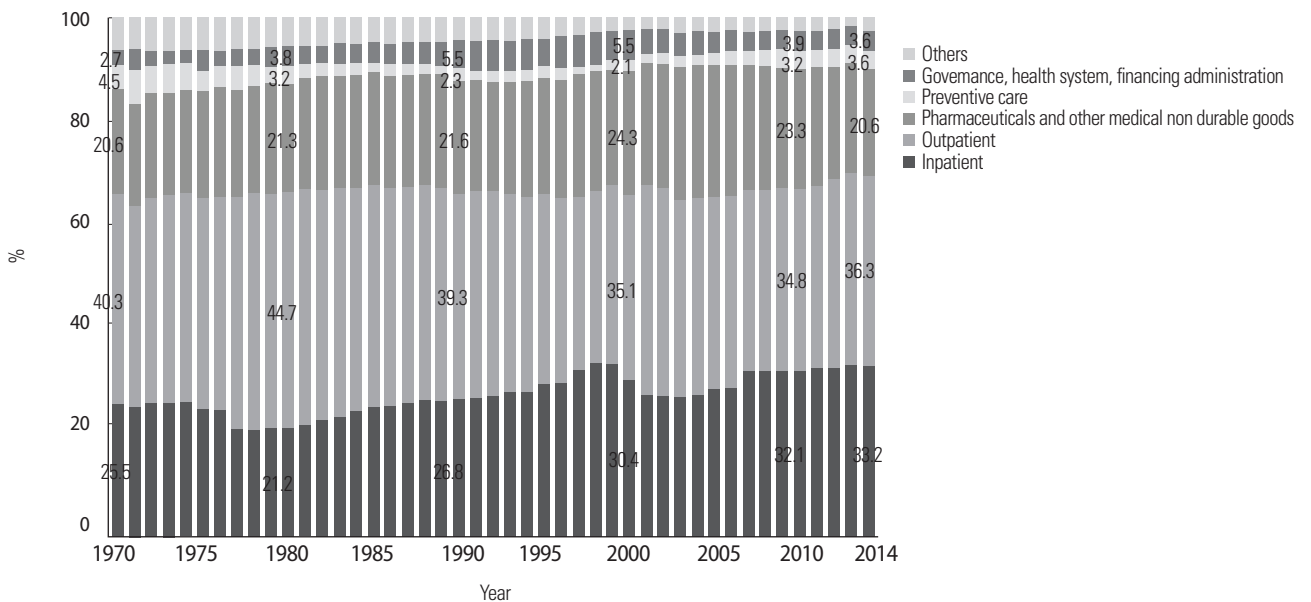


Figure 5. Share of current health expenditure by function.

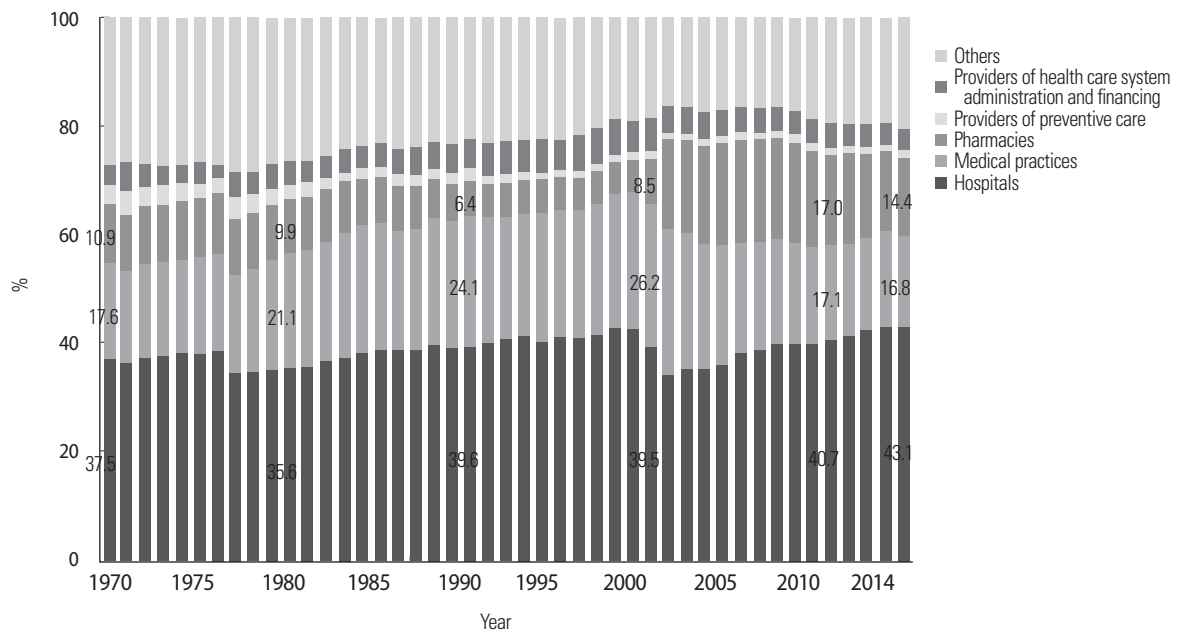


Figure 6. Share of current health expenditure by provider.

2000년 35.1%로 상대적인 축소 경향을 보였다. 의약분업 실시의 반대급부로 외래 수가 크게 인상되면서 2001년 40.4%, 2002년 40.2%로 반등하기도 하였으나 2003년부터는 입원의료비의 증가추세에 따라 외래의료비의 상대적인 비중이 2010년 34.8%까지 계속 하향 추세를 보였다. 2012년 이후에는 건강보험 환산지수의 상대적 상승 등의 영향으로 다소 증가세를 보여 2014년 36.3%를 접하고 있다.

‘의약품비등’의 비중은 1990년대까지는 20%대의 초반 수준을 유지했으나, 1999년 말의 실거래가상환제와 2000년 후반의 의약분업의 영향으로 2000년 24.3%, 2003년 25.6%로 증가했다. 하지만 2000년대 중반 이후로는 입원의료비의 급증에 비해 의약품비의 상대적인 비중이 지속적으로 감소하여 2014년 20.6%까지 낮아졌다.

3) 공급자별 구성

2014년 경상의료비 중 ‘병원의료비’의 비중은 43.1%, ‘의원의료비’의 비중은 16.8%, ‘약국의료비’의 비중은 14.4%이었다(Figure 6).

‘병원의료비’의 비중은 1980년대 말까지는 30%대의 중후반 수준을 유지하다가 1990년 39.6%에 이른 뒤 1990년대에는 40%대 전반을 유지하여 1999년에는 42.8%이었다. 2000년 의약분업 실시 이후에는 이 비중이 급격히 감소하여 2001년 34.4%대로 내려갔다가 이에 대한 보전책으로 마련된 입원료 수가 인상의 영향, 요양병원을 중심으로 한 병상수 폭증 등의 결과로 그 뒤로는 지금까지 증가 추세를 이어오고 있다.

‘의원의료비’의 비중은 공보협이 시작된 1977년 18.1%에 불과했으나 공보협의 확대에 따라 1980년 21.1%, 1990년 24.1%, 2000년

26.2%로 증가했다. 의약분업 실시 직후에는 일시적인 환산지수 인상으로 2001년 26.5%, 2002년 25.2%로 이전의 점유율을 유지했으나, 그 이후에는 의약분업의 영향에 따른 약국의료비의 증가, 요양병상의 증가와 대형병원의 성장에 따른 병원의료비의 증가에 따라 의원의료비의 상대적인 비중은 계속 낮아져서 2010년 17.1%, 2014년 16.8%에 머물고 있다

‘약국의료비’의 비중은 공보협이 시작된 1977년 10.7%이었으나, 1980년 9.9%, 1990년 6.4%로 계속 낮아졌고 의약분업 직전인 1999년에는 5.9%까지 내려갔다. 하지만 실거래가상환제와 의약분업을 계기로 상황이 반전되어 2000년 8.5%, 2001년 16.7%로 급격히 증가하였고, 이후로 17-19% 선을 유지하여왔다. 최근에는 2010년 17.0%, 2012년 15.6%, 2014년 14.4%로 하향 추세를 계속하고 있다.

2014년 국민보건계정 교차테이블

보건계정은 자원, 기능, 공급자의 3가지 핵심 차원(3 core dimensions)을 가진 입체(cubic) 구조다. 이는 개별적 1차원(line) 구성의 단순집합을 넘어선다. 3차원 입체의 보건계정은 2차원 평면(area)에 구현할 수도 있고, 실제로 보건계정의 구축과정은 이러한 작업으로 이루어진다. 하지만 이는 지면으로 제시하기에는 너무 긴 평면으로 구성되어 있기 때문에 보통은 1개의 차원을 생략한 2차원 교차테이블 3가지(자원-기능별, 기능-공급자별 및 자원-공급자별)를 제시하게 된다. 2차원 교차테이블만 해도 앞에서 살펴본 1차원 구조에서는 알 수 없는 다양한 정보를 제공한다.

4) 사실, 정부-의무가입제도의 비중은 두 유형이 거의 비슷했다(조세형 국가 74.1% 및 사회보험형 73.6%).

1. 국민보건계정의 구축결과

재원-기능별 테이블(Table 4)⁵⁾은 경상의료비의 기능별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 기능에 쓰이는지를 동시에 보여준다.

입원의료비 34.8조 원은 정부·의무가입제도 64.4% (정부 11.4%, 의무가입건강보험 53.0%), 가계직접부담 25.1%, 임의가입제도 10.6%를, 외래의료비 35.7조 원은 정부·의무가입제도 46.2% (정부 5.4%, 의무가입건강보험 40.7%), 가계직접부담 47.5%, 임의가입제도 6.3%를, 의약품지출이 대부분인 의료재화지출 23.5조 원은 정부·의무가입제도 50.5% (정부 5.5%, 의무가입건강보험 45.0%), 가계직접부담 48.7%, 임의가입제도 0.9%를 재원으로 한다.

역으로, 정부재원 10.8조 원 중 71.9%는 개인의료비(입원 36.7%, 외래 18.0%, 의료재화 11.9% 등)에, 나머지 28.1%는 집합보건의료비(예방서비스 14.7%, 거버넌스·보건체계·재정관리 13.4%)에 쓰였고, 의무가입건강보험재원 48.6조 원 중 94.2%는 개인의료비(입원 38.0%, 외래 29.9%, 의료재화 21.8% 등)에, 나머지 5.8%는 집합보건의료비(예방서비스 2.8%, 거버넌스·보건체계·재정관리 3.1%)에 쓰였으며, 가계직접부담재원 38.7조 원의 대부분은 개인의료비(입원 12.4%, 외래 43.9%, 의료재화 29.6% 등)에 쓰였다.

기능-공급자별 테이블(Table 5)은 각각의 기능별 지출이 어떤 공급자의 서비스에 대한 대가로 이루어지는지, 역으로 각각의 공급자별 지출이 어떤 기능 구성을 이루는지를 보여준다.

입원의료비 34.8조 원은 85.8%가 병원에서, 6.7%가 의원에서 지출되었고, 외래의료비 35.7조 원은 36.0%가 의원, 31.9%가 병원에서 지출되었다. 역으로, 병원의료비 45.3조 원은 개인의료비(입원의료비 66.0%, 외래의료비 25.2%, 의료재화 5.5% 등) 97.4%와 집합보건의료비(예방) 2.6%로 구성되고, 의원의료비(HP.3.1) 17.6조 원은 외래의료비 73.1%, 입원의료비 13.3%, 의료재화 6.9% 등으로 구성되었다.

재원-공급자별 테이블(Table 6)은 각각의 공급자별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 공급자에게 지출되는지를 보여준다.

정부재원 10.8조 원은 43.4%가 병원에, 8.5%가 통원보건의료제 공자(의원 6.7%)에, 10.4%가 약국 등에 유입되거나 쓰였고, 의무가입건강보험재원 48.6조 원은 45.9%가 병원에, 25.5%가 통원보건의료제공자(의원 19.0%)에, 18.6%가 약국 등에 지출되었으며, 가계직접부담재원 38.7조 원은 36.6%가 병원에, 39.6%가 통원보건의료제 공자(의원 16.5%)에, 12.8%가 약국 등에 쓰였다. 역으로, 병원의료비 45.3조 원은 정부·의무가입제도 59.5% (정부 10.3%, 의무가입건강보험 49.2%), 임의가입제도 9.3%, 가계직접부담 31.2%로 구성되며, 의원의료비 17.6조 원은 정부·의무가입제도 56.6% (정부 4.1%, 의무가입건강보험 52.5%), 임의가입제도 7.3%, 가계직접부담 36.2%로 구성된다.

5) 지면상 여기서는 2자리 분류까지의 2014년 요약 교차테이블을 제시한다.

Table 4. Current health expenditure by financing scheme and function (mode of production); unit: trillion won, (%)

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (56.5%)		Voluntary health care payment schemes (6.7%)		Household out-of-pocket payment (36.8%)	
	Total	Governmental health financing schemes (10.2%)	Compulsory contributory health insurance schemes (46.3%)	Total	Voluntary health insurance schemes (5.9%)	NPISHs financing schemes (0.6%)
Personal health expenditure	22.4 (64.4)	4 (11.4)	18.5 (53.0)	3.7 (10.6)	3.7 (10.6)	8.7 (25.1)
In-patient services (33.2%)	16.5 (46.2)	1.9 (5.4)	14.5 (40.7)	2.3 (6.3)	1.5 (4.3)	17.0 (47.5)
Out-patient services (34.0%)	2.7 (7.89)	0.6 (1.65)	2.1 (6.24)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.7 (2.11)
Other services (3.3%)	11.9 (50.5)	1.3 (5.5)	10.6 (45.0)	0.2 (0.9)	0.2 (0.9)	11.4 (48.7)
Medical goods (22.4%)	11.8 (54.6)	1.3 (5.9)	10.5 (48.7)	0.2 (0.9)	0.2 (0.9)	9.6 (44.5)
Pharmaceutical and other medical non-durables (20.6%)	53.5 (54.9)	7.7 (7.9)	45.7 (46.9)	6.1 (6.3)	5.4 (5.6)	37.9 (38.8)
Sub-total (92.8%)	2.9 (4.9)	1.6 (4.9)	1.3 (3.54)	0.1 (0.9)	-	0.1 (42.1)
Collective health expenditure	77.3 (77.9)	2.9 (4.9)	74.4 (73.0)	0.8 (11.9)	0.8 (13.3)	0.1 (1.6)
Preventive care (3.6%)	5.9 (77.6)	3 (9.9)	2.8 (39.6)	0.9 (12.7)	0.8 (13.3)	0.1 (42.1)
Governance, health system and financing administration (3.6%)	59.3 (77.6)	10.8 (40.0)	48.6 (37.5)	7 (11.9)	6.2 (11.0)	0.8 (10.6)
Total	59.3 (77.6)	10.8 (40.0)	48.6 (37.5)	7 (11.9)	6.2 (11.0)	0.1 (0.8)
Total	105.0	38.7	66.3	105.0	38.7	105.0

NPISHs, nonprofit institutions serving households.

Table 5. Current health expenditure by provider and function (mode of production); unit: trillion won, (%)

Variable	Hospitals (43.1%)	Residential long-term care facilities (4.0%)	Providers of ambulatory health care (28.5%)	Medical practices (16.8%)	Retailers and other providers of medical goods (17.3%)	Pharmacies (14.4%)	Providers of preventive care (1.5%)	Providers of health care system administration and financing (3.8%)	Others (1.9%)	Total
Personal health expenditure										
In-patient services (32.2%)	29.9 (85.8)	2.4 (6.9)	2.4 (7.9)	2.3 (6.7)	-	-	0.0 (0.0)	-	0.2 (0.5)	34.8
Out-patient services (34.0%)	11.4 (31.9)	-	23.3 (77.8)	12.9 (36.0)	-	-	0.3 (0.8)	0.0 (0.0)	0.7 (2.0)	35.7
Other services (3.3%)	0.4 (10.2)	1.8 (51.3)	0.2 (0.8)	0.2 (0.5)	0.1 (3.1)	0.1 (0.6)	0.0 (0.0)	-	1.0 (28.4)	3.4
Medical goods (22.4%)	2.5 (10.5)	-	3.0 (10.0)	1.2 (6.9)	18.0 (76.7)	15.1 (99.4)	0.0 (0.0)	-	0.0 (0.0)	23.5
Pharmaceutical and other medical non-durables (20.6%)	2.5 (11.4)	-	3.0 (10.0)	1.2 (6.9)	16.2 (74.7)	15.1 (89.3)	0.0 (0.0)	-	0.0 (0.0)	21.7
Sub-total (62.8%)	44.1 (45.3)	4.2 (4.3)	28.9 (29.6)	16.6 (17.0)	18.1 (18.6)	15.1 (15.5)	0.3 (0.3)	0.0 (0.0)	1.9 (1.9)	97.5
Collective health expenditure										
Preventive care (3.6%)	1.2 (30.6)	-	1.0 (27.4)	1.0 (26.7)	-	-	1.2 (32.4)	0.3 (6.7)	0.1 (2.9)	3.8
Governance, health system and financing administration (3.6%)	-	-	-	-	-	-	-	3.8 (100.0)	-	3.8
Sub-total (7.2%)	1.2 (15.3)	-	1.0 (13.7)	1.0 (13.4)	-	-	1.2 (16.3)	4.0 (53.2)	0.1 (1.4)	7.5
Total	45.3	4.2	29.9	17.6	18.1	15.1	1.5	4.0	2.0	105.0

Table 6. Current health expenditure by financing scheme and Provider; unit: trillion won, (%)

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (56.2%)			Voluntary health care payment schemes (6.7%)			Household out-of-pocket payment (36.8%)	Total
	Total	Compulsory contributory health insurance schemes (46.3%)		Total	Voluntary health insurance schemes (5.9%)			
		Governmental schemes (10.2%)	Compulsory contributory health insurance schemes (36.1%)		Voluntary health insurance schemes (5.9%)	Enterprises financing schemes (0.1%)		
Hospitals (43.1%)	26.9 (59.5)	4.7 (10.3)	22.3 (49.2)	4.2 (9.3)	4.2 (66.7)	0.0 (0.1)	14.1 (31.2)	45.3
Residential long-term care facilities (4.0%)	3.4 (81.8)	0.8 (18.2)	2.6 (63.6)	-	-	-	0.8 (18.2)	4.2
Providers of ambulatory health care (28.5%)	13.3 (44.5)	0.9 (3.1)	12.4 (41.4)	1.3 (4.3)	1.2 (4.2)	0.0 (0.1)	15.3 (51.2)	29.9
Medical practices (16.8%)	10.0 (56.6)	0.7 (4.1)	9.2 (52.5)	1.3 (7.3)	1.2 (7.1)	0.0 (0.2)	6.4 (36.2)	17.6
Retail sale and other providers of medical goods (17.3%)	10.3 (56.9)	1.1 (6.3)	9.2 (50.6)	-	-	-	7.8 (43.1)	18.1
Pharmacies (14.4%)	10.2 (67.3)	1.1 (7.4)	9.1 (60.0)	-	-	-	4.9 (32.7)	15.1
Providers of preventive care (1.5%)	1.4 (89.6)	1.2 (80.6)	0.1 (8.9)	-	-	-	0.2 (10.4)	1.5
Providers of health care system administration and financing (3.8%)	3.2 (79.3)	1.7 (42.3)	1.5 (37.0)	0.8 (20.7)	0.8 (20.7)	-	-	4.0
Others (1.9%)	0.8 (40.2)	0.4 (17.7)	0.4 (22.4)	0.7 (36.2)	0.6 (31.9)	0.1 (4.3)	0.5 (23.7)	2.0
Total	59.3	10.8	48.6	7.0	6.2	0.6	38.7	105.0

NPIHs, nonprofit institutions serving households.

Table 7. Share of current health expenditure by financing agent and function (mode of production), Organization for Economic Cooperation and Development average, 2014; unit: share of CHE, (%)

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (72.7%)			Voluntary health care payment schemes (7.7%)			Household out-of-pocket payment (20.0%)	Total	
	Total	Governmental schemes (29.8%)	Compulsory contributory health insurance schemes (42.9%)	Total	Voluntary health insurance schemes (5.4%)	NPISHs financing schemes (1.0%)			Enterprises financing schemes (1.3%)
Personal health expenditure									
In-patient services (35.6%)	30.4 (85.2)	12.8 (36.0)	17.6 (49.3)	1.8 (5.1)	1.2 (3.3)	0.3 (0.8)	0.3 (0.9)	3.4 (9.7)	35.6
Out-patient services (28.0%)	19.0 (67.7)	7.7 (27.4)	11.3 (40.2)	1.8 (6.6)	1.2 (4.4)	0.2 (0.8)	0.4 (1.3)	7.2 (25.8)	28.0
Other services (10.0%)	8.1 (81.4)	4.4 (43.7)	3.8 (37.7)	1.3 (12.6)	1.1 (10.9)	0.2 (2.2)	0.0 (0.0)	0.6 (6.0)	10.0
Medical goods (20.5%)	10.8 (52.6)	2.6 (12.7)	8.2 (39.9)	1.2 (6.1)	1.0 (4.9)	0.1 (0.6)	0.1 (0.6)	8.5 (41.3)	20.5
Pharmaceutical and other medical non-durables (17.5%)	9.8 (56.0)	2.6 (15.0)	7.2 (41.0)	1.0 (6.0)	0.8 (4.6)	0.1 (0.8)	0.1 (0.6)	6.6 (38.0)	17.5
Sub-total (94.2%)	68.3 (72.5)	27.5 (29.2)	40.8 (43.3)	6.1 (6.5)	4.5 (4.8)	0.9 (0.9)	0.8 (0.9)	19.8 (21.0)	94.2
Collective health expenditure									
Preventive care (2.8%)	2.1 (76.0)	1.5 (52.3)	0.7 (23.6)	0.5 (19.1)	0 (0.6)	0.1 (3.6)	0.4 (14.9)	0.1 (5.0)	2.8
Governance, health system and financing administration (3.4%)	2.3 (68.4)	0.8 (25.0)	1.5 (43.5)	1.0 (29.1)	0.9 (25.7)	0.1 (2.3)	0.0 (1.1)	0.1 (2.5)	3.4
Sub-total (6.2%)	4.4 (71.8)	2.3 (37.4)	2.1 (34.5)	1.5 (24.5)	0.9 (14.3)	0.2 (2.9)	0.5 (7.4)	0.2 (3.6)	6.2
Total	72.7	29.8	42.9	7.7	5.4	1.0	1.3	20.0	100.0

Austria, Belgium, Canada, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Korea, Luxembourg, Mexico, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, United States (2014) and Australia, Japan (2013) and Israel (2012). Data from Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2016 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm> [7].

CHE, current health expenditure; NPISHs, nonprofit institutions serving households.

2. 보건계정의 국제비교

Table 7은 현재 SHA에 따라 보건계정을 작성하고 있는 OECD 국가 중에서 자원-기능별 교차테이블을 제공하고 있는 31개 국가를 취합한 것이다[7]. 이는 OECD 국가의 평균적인 자원 및 기능 구성을 보여준다. 우리나라의 교차테이블인 Table 4와 OECD 평균 교차테이블인 Table 7을 비교함으로써 우리나라의 의료비의 규모, 구성을 중심으로 한 특징을 확인할 수 있다(여기서는 지면 관계상 제시하지 못하지만, 이들 국가의 집약된 자원-공급자별 교차테이블과 기능-공급자별 교차테이블도 비교가 가능함).

우리나라의 경상의료비에서의 정부·의무가입제도 비중이 OECD 평균에 비해 낮은 것은 앞에서 살펴본 바와 같이 1차원 구성의 비교만으로도 가능하지만, 교차테이블을 통해서 우리의 외래 의료비 정부·의무가입제도 비중(Table 4에서 46.2%)이 OECD 평균(Table 7에서 67.7%)에 비해 아주 낮고, 입원의료비 정부·의무가입제도 비중(64.4%)도 OECD 평균(85.2%)에 비해서 낮은 편이지만, 의약품 정부·의무가입제도 비중(54.6%)은 OECD 평균(56.0%)과 같은 수준에 있음을 알 수 있다. 이는 공공 자원 투입의 우선순위를 검토함에 있어서 중요한 시사점을 제공한다. 또한 병원이 주로 입원 기능에 치중하는 서구국가의 경우와 병원에서도 상당 규모의 외래 기능이 수행되고 의원에서도 어느 정도의 입원 기능이 수행되는 한국이나 일본의 특징은 이러한 기능-공급자 교차테이블을 통해서 정확한 상대적 위치가 확인될 수 있다.

결 론

본 연구에서는 보건계정의 신규 메뉴얼인 SHA2011에 따라 구축된 우리의 1970-2014년 경상의료비 및 그 하위항목으로 구성된 보건계정을 제시했다. 지난 40여 년의 자원별, 기능별, 제공자별 의료비의 흐름을 건강보험을 중심으로 한 우리 보건료제도의 흐름과 연결해서 해석하고자 했다. 아울러 OECD 국가의 보건계정을 취합하여 제시함으로써 국제 비교 가능성을 확인하고 있다.

2014년 우리의 경상의료비는 105조 원으로 GDP 대비 비율은 7.1%다. 2013년에 비해 7.7조 원, 즉 7.9%가 증가했다. 2000년대까지의 두 자리 수 증가에 비해서는 둔화된 것이지만 여타 경제부문의 성장률에 비해서는 아직도 높은 편이다. 공공(정부·의무가입제도) 재원의 비중은 2014년 56.5%로 OECD 34개 국가의 평균 73%에 비

해 많이 낮다. 교차테이블을 통해 공공 재원의 비중은 입원과 외래 부문에서는 아주 낮은 반면, 의약품에서는 OECD 국가의 평균 수준인 것도 확인되었다.

짧은 지면에 방대한 보건계정 테이블과 이들에 대한 데이터와 분석결과를 제시하는 데는 한계가 있어서 본 연구에서는 그 중 일부만을 제시하는 데 그친다. 본 연구에서 제시한 부분적인 분석 사례는 다양한 주제에 대해 다양한 관점에서 확장 가능할 것이다. 이러한 자료와 분석결과는 보건의료정책 담당자들이 개혁의 방향을 정함에 있어서 중요한 증거(evidence)로 활용될 수 있다. Ministry of Health and Welfare [6]에 수록된 보다 세부적인 교차테이블과 OECD 등 국제기구를 통해 제시되는 각국의 보건계정데이터[7]를 결합함으로써 보건계정이 제공하는 정책적 시사점이 추가적으로 모색되기를 기대한다.

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2000.
2. Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization, Eurostat. A system of health accounts 2011. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2011.
3. Jeong H, Kim J, Kim M. Estimating expenditures by disease, age, and gender under the framework of system of health accounts: Korean case. Wonju: Yonsei Institute of Health and Welfare; 2008.
4. Jeong H, Lee J, Shin J, Song Y. Scale and structure of 2006 total health expenditure in Korea constructed according to OECD/WHO/EUROSTAT's SHA (System of Health Accounts). Korean J Health Econ Policy 2008;14(1):151-169.
5. Jeong HS, Shin JW. Trend in scale and structure of Korea's health expenditure over last three decades (1980-2009): financing, functions and providers. J Korean Med Sci 2012;27(Suppl):S13-S20. DOI: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2012.27.s.s13>.
6. Ministry of Health and Welfare. National health accounts and health expenditure in 2014. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2015.
7. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2016 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm>.
8. National Health Insurance Service, Health Insurance Review and Assessment Service. 2014 National Health Insurance statistical yearbook. Seoul: National Health Insurance Service; 2015.