

2015년 국민보건계정과 경상의료비

정형선¹ · 신정우²

¹연세대학교 보건행정학과, ²한국보건사회연구원

2015 National Health Accounts and Current Health Expenditures in Korea

Hyung-Sun Jeong¹, Jeong-Woo Shin²

¹Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Science, Wonju; ²Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, Korea

Background: This paper aims to demonstrate current health expenditure (CHE) and National Health Accounts of the years 2015 constructed according to the SHA2011, which is a new manual of System of Health Accounts (SHA) that was published jointly by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Eurostat, and World Health Organization in 2011. Comparison is made with international trends by collecting and analysing health accounts of OECD member countries. Particularly, financing public-private mix is parsed in depth using SHA data of both HF as financing schemes as well as FS (financing source) as their revenue types.

Methods: Data sources such as Health Insurance Review and Assessment Service's publications of both motor insurance and drugs are newly used to construct the 2015 National Health Accounts. In the case of private financing, an estimation of total expenditures for revenues 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.

Results: CHE was 115.2 trillion won in 2015, which accounts for 7.4 percent of Korea's gross domestic product. It was a big increase of 9.3 trillion won, 8.8 percent, from the previous year. Government and compulsory schemes's share (or public share) of 56.4% of the CHE in 2015 was much lower than the OECD average of 72.6%. 'Transfers from government domestic revenue' share of total revenue of HF was 17.8% in Korea, lower than the other contribution-based countries. When it comes to 'compulsory contributory health financing schemes,' 'Transfers from government domestic revenue' share of 14.9% was again much lower compared to Japan (44.7%) and Belgium (34.8%) as contribution-based countries.

Conclusion: Considering relatively lower public financing share in the inpatient care as well as overall low public financing share of total CHE, priorities in health insurance coverage need to be repositioned among inpatient care, outpatient care and drugs.

Keywords: 2015 Health accounts; System of Health Accounts; SHA2011; Current health expenditure; Pubic-private mix

서론

경제개발협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD), 유럽연합(European Union) 및 세계보건기구(World Health Organization)는 보건계정(Health Accounts)을 구축하기 위한 공통의 매뉴얼인 'SHA2011'을 제시한 바

있다[1]. 동 매뉴얼에 기반을 둔 보건계정체계(System of Health Accounts, SHA)는 국가 단위 의료비 데이터 산출을 위한 세계 표준이 되어 있다.

본 연구에서는 'SHA2011'에 따라 구축된 우리나라의 2015년 국민보건계정과 그 총계치인 경상의료비 및 각종 하위항목의 수치를 제시한다. 이와 함께 업데이트된 1970-2015년의 보건계정 시계열은

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@khasa.re.kr

*이 논문은 보건복지부(정책통계담당관실)의 연구지원에 의해 산출되어 OECD Health Statistics로 발표되고 있는 한국의 "국민보건계정 통계"의 주요 지표인 경상의료비와 그 구성항목에 대한 이해를 높이고 활용을 장려하는 차원에서 그 핵심 내용과 국제비교 분석결과를 제시하는 것이다.

Received: August 30, 2017 / Revised: September 15, 2017 /

Accepted after revision: September 15, 2017

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

우리나라 의료제공체계 및 의료보장제도의 발전과정에서 있어왔던 보건의료서비스 제공(delivery) 및 이를 위한 자원(financing) 흐름의 변화를 반영한다.

이 연구는 특히 공공-민간 자원의 구성(public-private mix)에 대해 보다 상세히 다룬다. 이와 관련해서는 OECD에 SHA에 따른 교차테이블(cross-table)을 제출하고 있는 국가들과의 비교분석결과도 제시한다. 보건계정을 구축하는 것은 결국 국제비교를 통해 각국의 위치를 확인하고 시사점을 얻기 위한 것임을 고려할 때, 자원 구성 외에 기능 구성과 공급자 구성 등에서도 국제비교를 통해 보건계정의 활용도를 높일 수 있을 것이다.

방 법

2015년의 국민보건계정 구축을 위한 자료원은 Table 1과 같다. 자료원의 성격이나 구축방법에 관한 세부내용은 Jeong과 Shin [2] 및 Ministry of Health and Welfare [3]를 참고하는 것으로 하고, 여기서는 자료원과 산출방식에 있어서 예년과 달라진 부분, 그리고 이 연구에서 주된 대상으로 하고 있는 자원의 공사혼합분석을 위해서 필요한 ‘제도별 수입(revenue of schemes),’ 즉 financing source (FS)의 개념에 대해 중점적으로 언급한다.

1. 자동차보험 자원

자동차보험(특히, 책임보험)을 재원으로 하는 의료비의 내역은 그동안 보건복지부의 요청 공문에 근거하여 보험개발원으로부터 입수한 자료에 전적으로 의존해왔지만, 이번 보건계정 작업부터는 건강보험심사평가원의 자동차보험 진료비 심사실적 자료를 기본으로 하되 보험개발원으로부터 입수한 자료는 보충적으로 활용하는 것으로 바뀌었다.

건강보험심사평가원은 2013년 7월부터 자동차보험 진료비를 심사하기 시작했지만, ‘자동차보험 진료비 통계지표’를 발표하기 시작한 것은 2016년 3월부터다. 따라서 이번 국민보건계정의 구축에서부터 기본자료로 활용할 수 있게 되었다. 특히 동 자료는 자동차보험 환자 전체를 대상으로 구축되었고, 기능별(입원, 외래), 요양기관 종별 구분이 제시되어 있기 때문에 보건계정의 목적을 위해서 소중한 자료원이 되어 있다.

동 자료의 한계 중의 하나는 이는 의료기관으로부터 접수된 진료비청구서를 심사, 결정된 금액으로, 보험회사가 사후적으로 의료기관으로부터 환수한 금액을 반영하고 있지 않다는 점이다. 개별 보험회사의 환수조치 실적이 집계된다면 정확한 금액을 알 수 있겠으나, 환수금액이 전체 지불액에서 차지하는 비중은 미미할 것으로 보인다. 한편, 보험회사의 입장에서는 향후진료비가 중요한 보험금 항목이 되지만, 보건계정의 관점에서는 향후진료비를 재원으로 하는 의료비 지출은 미래의 지불 시점에 가계지출 등에 포함되어 파악되기 때문에 향후진료비의 규모는 별도로 확인할 필요는 없다는 점도 언급해 두고자 한다.

동 자료의 또 다른 한계는 ‘SHA2011’이 제도(HF, financing schemes)별 구분의 준거로 삼고 있는 ‘강제성(compulsoriness)’ 여부를 적용하기 위해서는 자동차보험 중에서도 책임보험과 임의보험을 구분할 필요가 있는데, 동 자료에서는 이에 관한 정보가 제공되지 않는다는 점이다. 이 연구의 작업에서는 보험개발원으로부터 입수된 자손(自損)담보 임의보험에서의 지출규모를 보조적으로 활용하여 책임보험과 임의보험에 해당되는 금액을 추정했다. 자동차보험을 운영하는데 투입된 행정비용은 보험통계연감에서 발표되는 손해보험 사업계경비와 민영보험 행정비용 자료를 근거로 추정한다.

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 (1999-2015) Settlement of Government Accounts; reports from local government (2002-2015) Medical Aid statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2015) National Health Insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2015) Long-term care insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2015) Yearbook of industrial accident compensation insurance, Ministry of Labor (1970-2015) Korea pharmaceutical information service, Health Insurance Review and Assessment Service (2014-2015) Auto insurance medical expenses statistical indicators, Health Insurance Review and Assessment Service (2015) National health screening statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2015) Report on health screening of labourers, Ministry of Labour (1992-2015) Survey on expenditures by regional health centres nationwide (2007-2015)
Voluntary health care payment schemes (HF.2)	Unpublished data on private health insurance obtained from Korea Insurance Development Institute (1998-2015) Survey report on labor cost of enterprises, Ministry of Labor (1998-2015) Survey report on establishment labor conditions, Ministry of Labor (1998-2015)
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 (1970-2015) Korean healthcare panel study, Korean Institute for Health and Social Affairs and National Health Insurance Service (2008-2014) National health and nutrition survey, Ministry of Health and Welfare (1992, 1995, 1998, 2001, 2005)

2. 의약품 지출

이번 국민보건계정부터는 의약품 지출에 관한 자료원으로 건강보험심사평가원의 의약품관리종합정보센터 자료를 기본자료로 활용했다. 그동안은 건강보험제도와 의료급여제도를 재원으로 하는 의약품 지출만 기능별, 공급자별 세부내역을 반영할 수 있었으나, 이번부터는 국방예산, 보훈예산, 산재보험, 자동차보험을 재원으로 하는 의약품 지출도 그러한 세부내역을 반영할 수 있게 되었다. 또한 건강보험심사평가원이 OECD에 제출하고 있는 ‘의약품소비량 및 판매액통계’¹⁾와도 정확성을 높일 수 있게 되었다.

건강보험심사평가원에 따르면 건강보험, 의료급여, 보훈, 자동차보험의 의약품비는 대부분 보험청구자료를 기반으로 추계한다. 청구자료를 통해 ‘급여비’와 ‘법정보인부담금’의 구분과 기능별(입원, 외래), 의료기관별 구분이 가능해진다. 국방 의약품비는 의약품관리종합정보센터에 제출된 완제의약품 공급실적에 기초하여 파악하며, 산재보험 의약품비는 근로복지공단의 협조를 얻어 파악한다. 약국에서 판매된 의약품비는 완제의약품 공급실적을 기본으로 하되, 보험청구자료의 분석을 통해 확인된 조제료를 포함하여 전체 규모를 구한다.

건강보험, 의료급여, 보훈, 자동차보험의 의약품 지출 중에서 ‘비급여본인부담금’의 규모는 의약품관리종합정보센터 자료, 보험청구자료 등을 활용하여 추정한다. 비급여본인부담금의 기능별, 의료기관 종별 세부분류는 ‘급여비와 법정보인부담액’의 기능별, 의료기관 종별 비율에 준한다. 의약품비(HC.5.1)는 전문의약품(HC.5.1.1)과 일반의약품(HC.5.1.2)을 구분할 필요가 있는 바, 이를 위해서는 보험청구자료를 활용한다.

건강보험심사평가원의 의약품관리종합정보센터 자료를 활용한 이상의 작업은 2014년 자료부터 가능하므로, 그 이전 연도의 경우에는 기존 방식에 따라 추정되었던 의약품비 총액²⁾을 2014년 자료에서의 변화(기존 방식 대비 신규 방식)에 근거하여 신규 방식에 따른 규모로 변환한 후, 여기에 2014년의 의약품 하위항목별 구성 비율을 일괄 적용하여 산출한다.

3. 제도별 수입

이 연구의 보건계정 산출결과에 대한 분석에서는 특히 재원의 ‘공사혼합’에 중점을 둔다. 재원의 공사혼합을 정확히 분석하기 위해서는 제도(HF)별 지출규모 외에도 각 제도가 어떤 자금을 수입원으로 하고 있는지를 파악할 필요가 있다. ‘SHA2011’은 이를 위한 분류기준을 ‘FS’로 명명한다. 즉 FS는 ‘HF의 수입(revenue)’을 보여준다. 수입은 ‘HF의 자금의 증가를 가져오는 거래(transaction)유

형’으로 정의되며, FS.1(정부 국내 수입으로부터의 이전), FS.2(정부 경유 해외 이전), FS.3(사회보험료), FS.4(의무사전지불), FS.5(임의사전지불), FS.6(기타 국내 수입), FS.7(직접 해외 이전)으로 대별된다. FS.1은 다시 내부 이전/교부금, 보조금 등으로, FS.3은 피고용인 사회보험료, 고용주 사회보험료, 자영업자 사회보험료로 나눌 수 있다.

HF 총액의 수입원인 FS 구성 못지않게 중요한 것이 HF 하위항목별 수입원(FS) 구성이다. 사회보험을 주된 재원으로 하는 국가에서는 사회보험제도에 대한 정부 지원이 일반화되어 있다. 특히 우리나라에서는 정부지원의 규모를 어느 정도로 할지가 정치적으로 중요한 관심사가 되어있기 때문에, HF1.2(의무가입제도)에서 FS.1(정부 국내 수입으로부터의 이전), FS.3(사회보험료), FS.4(의무사전지불) 등이 차지하는 비중은 중요한 정보를 제공한다. 본 연구에서는 건강보험통계연보 등에서 제시된 국고지원 및 보험료 자료를 취합해서 이를 FS-HF 2차원 교차테이블에 적합(mapping)했다. 주의할 것은 여러 HF 하위항목별 수입의 합은 이들 항목별 지출의 합³⁾과 다를 수 있으며, 이 경우 그러한 차액은 잉여 또는 결손을 의미한다는 점이다.

결 과

1. 경상의료비의 규모 및 구성

2015년의 경상의료비는 115.2조 원으로 국내총생산(gross domestic product, GDP)의 7.4%다. 경상의료비에서 ‘집합보건의료비’를 제외한 ‘개인의료비’는 107.0조 원으로 경상의료비의 대부분(92.9%)을 차지한다. 이의 재원제도별(financing scheme), 기능(function)별, 공급자(provider)별 구성을 보면 다음과 같다.

1) 재원제도별

2015년 경상의료비 중 ‘정부·의무가입제도(HF.1)’는 56.4%(정부 10.3%, 의무가입건강보험 46.1%), ‘임의가입제도(HF.2)’는 6.8%(임의가입건강보험 6.1%, 비영리단체 및 기업 0.7%), ‘가계직접부담(HF.3)’은 36.8%였다(Table 2).

경상의료비에서 차지하는 ‘정부·의무가입제도’의 비중은 1970년대 초의 10% 수준에서 2010년 57.9%까지 계속 높아져 왔지만, 비급여 지출의 확대로 2010년대에 들어서서 미미한 하향 추세를 보이다가 2015년 56.4%를 기록하였다. 반면에 ‘가계직접부담’의 비중은 1970년대의 80%대에서 2015년 36.8%까지 계속 낮아져 왔다. 2000년 중반까지 ‘가계직접부담’ 비중이 줄어든 것은 의료보장의 확대

1) 보건계정과는 별도의 트랙을 통해서 OECD에 제출되는 ‘의약품소비량 및 판매액통계’는 한약 및 한약재를 포함하지 않는 등 국민보건계정이 정의하는 의약품(HC.5.1)보다 범위가 좁다. 한편, 국민보건계정에서는 입원 중에 지출된 의약품비는 의약품지출(HC.5.1)이 아닌 서비스지출(HC.1)에 포함하고 있다. 두 가지가 서로 상쇄되어서인지 ‘의약품소비량 및 판매액통계’에서의 의약품비 총액(2014년 기준 23.7조 원)과 ‘국민보건계정’의 의약품비(HC.5.1, 2014년 기준 24.2조 원)는 거의 비슷하게 나타난다.

2) 각 제도별 통계연보(건강보험, 의료급여, 산재보험)와 가계동향조사, 한국의료패널조사를 조합하여 추정할 수지이다.

3) 이 경우 ‘FS의 총액≠HF의 총액=HC의 총액=HP의 총액’이 성립된다.

Table 2. Current health expenditure by financing scheme

Year	Total (current health expenditure)	Governmental schemes and compulsory contributory health insurance schemes (HF.1)				Voluntary health care payment schemes (HF.2)				Household out-of-pocket payment (HF.3)
		Sub-total	Governmental schemes	Compulsory contributory health insurance schemes	Sub-total of HF.2 and HF.3	Sub-total	Voluntary health insurance schemes	NPISHs financing schemes	Enterprises financing schemes	
1970	72 (100.0)	7 (9.1)	6 (7.8)	1 (1.3)	65 (90.9)	1 (1.4)	-	1 (0.8)	0 (0.6)	64 (89.5)
1975	242 (100.0)	25 (10.5)	20 (8.3)	5 (2.2)	217 (89.5)	4 (1.5)	-	2 (0.9)	2 (0.6)	213 (88.0)
1980	1,365 (100.0)	275 (20.2)	96 (7.0)	179 (13.1)	1,090 (79.8)	14 (1.0)	-	8 (0.6)	6 (0.4)	1,076 (78.8)
1985	2,893 (100.0)	943 (32.6)	188 (6.5)	754 (26.1)	1,950 (67.4)	37 (1.3)	-	28 (1.0)	9 (0.3)	1,913 (66.1)
1990	7,275 (100.0)	2,917 (40.1)	540 (7.4)	2,377 (32.7)	4,359 (59.9)	67 (0.9)	-	48 (0.7)	19 (0.3)	4,292 (59.0)
1995	14,758 (100.0)	6,215 (42.1)	1,075 (7.3)	5,140 (34.8)	8,542 (57.9)	140 (1.0)	-	106 (0.7)	34 (0.2)	8,402 (56.9)
2000	25,398 (100.0)	13,687 (53.9)	2,624 (10.3)	11,064 (43.6)	11,711 (46.1)	628 (2.5)	400 (1.6)	190 (0.7)	38 (0.1)	11,083 (43.6)
2005	46,748 (100.0)	26,251 (56.2)	5,261 (11.3)	20,990 (44.9)	20,497 (43.8)	1,273 (2.7)	860 (1.8)	349 (0.7)	64 (0.1)	19,224 (41.1)
2010	82,306 (100.0)	47,673 (57.9)	9,033 (11.0)	38,640 (46.9)	34,633 (42.1)	3,931 (4.8)	3,343 (4.1)	494 (0.6)	94 (0.1)	30,702 (37.3)
2011	87,403 (100.0)	50,088 (57.3)	9,144 (10.5)	40,944 (46.8)	37,315 (42.7)	4,779 (5.5)	4,136 (4.7)	525 (0.6)	118 (0.1)	32,536 (37.2)
2012	92,669 (100.0)	52,207 (56.3)	9,432 (10.2)	42,775 (46.2)	40,461 (43.7)	5,453 (5.9)	4,766 (5.1)	567 (0.6)	119 (0.1)	35,009 (37.8)
2013	98,702 (100.0)	55,432 (56.2)	9,914 (10.0)	45,518 (46.1)	43,270 (43.8)	6,037 (6.1)	5,310 (5.4)	598 (0.6)	128 (0.1)	37,233 (37.7)
2014	105,882 (100.0)	59,548 (56.2)	10,708 (10.1)	48,840 (46.1)	46,334 (43.8)	7,063 (6.7)	6,286 (5.9)	631 (0.6)	146 (0.1)	39,272 (37.1)
2015	115,188 (100.0)	64,962 (56.4)	11,810 (10.3)	53,152 (46.1)	50,226 (43.6)	7,845 (6.8)	7,014 (6.1)	666 (0.6)	165 (0.1)	42,381 (36.8)

Values are presented as number (%).
Billion won (%)
NPISH, non-profit institutions serving households.

Table 3. Current health expenditure by function

Year	Total (current health expenditure)	Personal health expenditure					Collective health expenditure		
		Sub-total	In-patient services	Out-patient services	Drugs, etc.	Others	Sub-total	Preventive care	Governance, health system and financing administration
1970	72 (100.0)	67 (92.7)	16 (22.9)	30 (41.8)	15 (21.4)	5 (6.7)	5 (7.3)	3 (4.7)	2 (2.6)
1975	242 (100.0)	224 (92.3)	56 (23.3)	100 (41.4)	51 (21.1)	16 (6.6)	19 (7.7)	9 (3.9)	9 (3.8)
1980	1,365 (100.0)	1,271 (93.1)	283 (20.7)	615 (45.1)	293 (21.5)	79 (5.8)	94 (6.9)	45 (3.3)	50 (3.6)
1985	2,893 (100.0)	2,728 (94.3)	708 (24.5)	1,248 (43.1)	630 (21.8)	141 (4.9)	165 (5.7)	53 (1.8)	112 (3.9)
1990	7,275 (100.0)	6,718 (92.3)	1,940 (26.7)	2,877 (39.5)	1,574 (21.6)	327 (4.5)	557 (7.7)	165 (2.3)	393 (5.4)
1995	14,758 (100.0)	13,687 (92.7)	4,315 (29.2)	5,382 (36.5)	3,370 (22.8)	620 (4.2)	1,071 (7.3)	312 (2.1)	759 (5.1)
2000	25,398 (100.0)	23,500 (92.5)	7,531 (29.7)	9,083 (35.8)	6,211 (24.5)	675 (2.7)	1,898 (7.5)	539 (2.1)	1,359 (5.4)
2005	46,748 (100.0)	43,828 (93.8)	13,008 (27.8)	15,975 (34.2)	13,277 (28.4)	1,567 (3.4)	2,920 (6.2)	1,061 (2.3)	1,859 (4.0)
2010	82,306 (100.0)	76,536 (93.0)	25,838 (31.4)	25,024 (30.4)	21,568 (26.2)	4,105 (5.0)	5,770 (7.0)	2,632 (3.2)	3,138 (3.8)
2011	87,403 (100.0)	81,473 (93.2)	27,970 (32.0)	26,701 (30.5)	22,511 (25.8)	4,291 (4.9)	5,930 (6.8)	2,795 (3.2)	3,135 (3.6)
2012	92,669 (100.0)	86,252 (93.1)	29,433 (31.8)	29,491 (31.8)	22,990 (24.8)	4,337 (4.7)	6,416 (6.9)	3,138 (3.4)	3,278 (3.5)
2013	98,702 (100.0)	92,064 (93.3)	32,112 (32.5)	31,671 (32.1)	23,316 (23.6)	4,966 (5.0)	6,638 (6.7)	3,397 (3.4)	3,241 (3.3)
2014	105,882 (100.0)	98,517 (93.0)	35,164 (33.2)	33,936 (32.1)	24,215 (22.9)	5,201 (4.9)	7,365 (7.0)	3,646 (3.4)	3,720 (3.5)
2015	115,188 (100.0)	106,995 (92.9)	38,917 (33.8)	37,050 (32.2)	24,681 (21.4)	6,347 (5.5)	8,193 (7.1)	4,364 (3.8)	3,829 (3.3)

Values are presented as number (%).
Billion won (%)

에 따른 결과임이 분명하나, 2000년대 중반 이후에는 보장성 강화 대책이 계속되었음에도 불구하고 공공재원의 비중이 정체상태를 보이고 있다. 임의가입제도(HF.2.1)의 비중이 2010년을 전후하여 늘어나는 속도를 보면 민영보험의 확대가 보건계정상의 ‘가계직접 부담’의 비중을 줄이는 역할을 한 것으로 분석된다. 하지만 민영보

험료를 포함한 가계의 부담은 더 커졌을 가능성이 있다.

2) 기능별

2015년 경상의료비 중 ‘입원의료비’의 비중은 33.8%, ‘외래의료비’의 비중은 32.2%, ‘의약품비 등(소모품 포함)’의 비중은 21.4%였

Table 4. Current health expenditure by provider

Year	Total (current health expenditure)	Hospitals	Providers of ambulatory health care		Pharmacies	Others
			Sub-total	Medical practices		
1970	72 (100.0)	28 (38.8)	22 (29.9)	16 (22.7)	8 (11.3)	14 (20.0)
1975	242 (100.0)	94 (38.9)	72 (29.7)	55 (22.6)	27 (11.2)	49 (20.3)
1980	1,365 (100.0)	490 (35.9)	489 (35.8)	345 (25.2)	136 (10.0)	250 (18.3)
1985	2,893 (100.0)	1,130 (39.1)	1,053 (36.4)	775 (26.8)	246 (8.5)	464 (16.0)
1990	7,275 (100.0)	2,887 (39.7)	2,750 (37.8)	2,084 (28.6)	467 (6.4)	1,172 (16.1)
1995	14,758 (100.0)	6,075 (41.2)	5,399 (36.6)	4,141 (28.1)	925 (6.3)	2,359 (16.0)
2000	25,398 (100.0)	10,158 (40.0)	9,307 (36.6)	7,461 (29.4)	2,166 (8.5)	3,767 (14.8)
2005	46,748 (100.0)	17,858 (38.2)	14,369 (30.7)	11,147 (23.8)	9,282 (19.9)	5,238 (11.2)
2010	82,306 (100.0)	32,994 (40.1)	24,337 (29.6)	16,920 (20.6)	15,059 (18.3)	9,916 (12.0)
2011	87,403 (100.0)	35,557 (40.7)	25,895 (29.6)	17,760 (20.3)	15,771 (18.0)	10,181 (11.6)
2012	92,669 (100.0)	38,373 (41.4)	27,388 (29.6)	18,962 (20.5)	16,031 (17.3)	10,877 (11.7)
2013	98,702 (100.0)	41,990 (42.5)	29,038 (29.4)	19,896 (20.2)	16,081 (16.3)	11,593 (11.7)
2014	105,882 (100.0)	44,889 (42.4)	31,474 (29.7)	21,294 (20.1)	16,648 (15.7)	12,871 (12.2)
2015	115,188 (100.0)	49,549 (43.0)	33,644 (29.2)	22,492 (19.5)	17,330 (15.0)	14,665 (12.7)

Values are presented as number (%).
Billion won (%)

다(Table 3).

공보험이 시작된 1970년대 후반에는 ‘입원의료비’의 비중은 20% 대 초반 수준이었는데, 2015년 33.8%까지 급증했다. 반면에 ‘외래의료비’의 비중은 초기의 45% 수준에서 2015년 32.2%까지 감소했다. ‘의약품비 등’의 비중은 공보험 초기에는 20%를 갓 넘는 수준이었고, 의약분업 이후 20%대의 중반 수준까지 높아지기도 하였지만 2015년 21.4%까지 다시 낮아졌다.

3) 공급자별

2015년 경상의료비 중 ‘병원의료비’의 비중은 43.0%, ‘의원의료비’의 비중은 19.5%, ‘약국의료비’의 비중은 15.0%였다(Table 4). 기능별 구성에서 입원, 외래, 의약품 비중과의 차이를 보면, 병원에서의 외래 기능, 의원에서의 입원 기능, 의약품의 판매에서의 약국의 역할 등 한국의료제도의 특징을 엿볼 수 있다.

‘병원의료비’의 비중은 건강보험 초기의 30%대 중후반 수준에서 부분적인 등락을 거듭하다 현재는 43% 수준까지 높아졌다. ‘의원 의료비’의 비중은 초기에는 20% 초반이었는데 의약분업 실시 직후 20%대 중반까지 올랐다가 2015년 19.5%로 줄었다. ‘약국의료비’의 비중은 초기에는 10% 초반에 불과했지만, 의약분업 후에 20% 가까이 증가했다가 2015년 15.0%까지 하향 추세를 계속하고 있다.

2. 2015년 보건계정 교차테이블

우리의 보건계정에서는 4개의 2차원 교차테이블(재원-기능별, 기능-공급자별, 재원-공급자별, 수입-재원별)을 산출하고 있다. 교

차테이블은 앞에서 살펴본 1차원 구조 이상의 정보를 제공한다⁴⁾. Table 5의 재원-기능별 테이블은 2015년 경상의료비의 기능별 지출이 어떤 재원제도에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 기능에 쓰이는지를 동시에 보여준다.

입원의료비 38.9조 원은 정부·의무가입제도 64.3%(정부 10.9%, 의무가입건강보험 53.4%), 가계직접부담 25.1%, 임의가입제도 10.6%를, 외래의료비 37.0조 원은 정부·의무가입제도 46.9%(정부 5.1%, 의무가입건강보험 41.7%), 가계직접부담 46.3%, 임의가입제도 6.8%를, 의약품 지출 24.7조 원은 정부·의무가입제도 51.6%(정부 5.9%, 의무가입건강보험 45.7%), 가계직접부담 47.4%, 임의가입제도 1.0%를 재원으로 한다.

역으로, 정부재원 11.8조 원 중 69.8%는 개인의료비(입원 35.8%, 외래 16.1%, 의약품 12.4% 등)에, 나머지 30.2%는 집합보건 의료비(예방서비스 18.3%, 거버넌스·보건체계·재정관리 11.9%)에 쓰였고, 의무가입건강보험재원 53.2조 원 중 94.3%는 개인의료비(입원 39.1%, 외래 29.1%, 의약품 21.2% 등)에, 나머지 5.7%는 집합보건 의료비(예방서비스 2.8%, 거버넌스·보건체계·재정관리 2.9%)에 쓰였으며, 가계직접부담재원 42.4조 원의 대부분은 개인의료비(입원 23.1%, 외래 40.5%, 의약품 27.6% 등)에 쓰였다.

기능-공급자별 테이블은 각각의 기능별 지출이 어떤 공급자의 서비스에 대한 대가로 이루어지는지, 역으로 각각의 공급자별 지출이 어떤 기능 구성을 이루는지를 보여준다(Table 6). 입원의료비 38.9조 원은 87.0%가 병원에서, 5.6%가 의원에서 지출되었고, 외래 의료비 37.0조 원은 43.0%가 의원에서, 30.3%가 병원에서 지출되었

4) 보건계정은 재원, 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 보건계정은 이러한 작업을 거쳐 구축된다. 하지만 이는 지면으로 제시하기에는 너무 긴 행을 가진 평면으로 구성되어 있다[2].

Table 5. Current health expenditure by financing scheme and function (mode of production) (unit: trillion won)

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes				Voluntary health care payment schemes				Household out-of-pocket payment (36.8%)	Total
	Sub-total (59.4%)	Governmental schemes (10.3%)	Compulsory contributory health insurance schemes (46.1%)	Sub-total (6.8%)	Voluntary health insurance schemes (6.1%)	NPSHs financing schemes (0.6%)	Enterprises financing schemes (0.1%)	Household out-of-pocket payment (36.8%)		
Personal health expenditure										
In-patient services (33.8%)	25.0 (64.3)	4.2 (10.9)	20.8 (53.4)	39.1	4.1 (10.6)	(59.0)	-	9.8 (25.1)	(23.1)	38.9
Out-patient services (32.2%)	17.4 (46.9)	1.9 (5.1)	15.5 (41.7)	29.1	1.8 (4.7)	(25.1)	0.7 (1.8)	17.2 (46.3)	(40.5)	37
Other services (3.5%)	3.2 (79.8)	0.6 (16.2)	2.5 (63.6)	4.8	0.0 (0.0)	(0.0)	-	0.8 (20.2)	(1.9)	4
Medical goods (23.5%)	12.8 (47.3)	1.5 (5.4)	11.3 (41.9)	21.3	0.3 (0.9)	(3.2)	0.3 (0.9)	14.0 (51.7)	(33.0)	27
Pharmaceutical and other medical non-durables (21.4%)	12.7 (51.6)	1.5 (5.9)	11.3 (45.7)	21.2	0.3 (1.0)	(3.2)	0.3 (1.0)	11.7 (47.4)	(27.6)	24.7
Sub-total (92.9%)	58.4 (54.5)	8.2 (7.7)	50.1 (46.8)	94.3	6.1 (5.7)	(87.7)	0.7 (0.6)	41.7 (39.0)	(98.5)	107
Collective health expenditure										
Preventive care (3.8%)	3.6 (83.3)	2.2 (49.5)	1.5 (33.7)	2.8	0.1 (1.7)	(1.0)	-	0.7 (15.0)	(1.5)	4.4
Governance, health system and financing administration (3.3%)	3.0 (77.4)	1.4 (36.8)	1.6 (40.6)	2.9	0.9 (22.6)	(11.0)	-	-	-	3.8
Sub-total (7.1%)	6.6 (80.5)	3.6 (43.6)	3.0 (36.9)	5.7	0.9 (11.5)	(12.0)	-	0.7 (8.0)	(1.5)	8.2
Total	65	11.8	53.2	78	7	0.7	0.2	42.4	115.2	

Values are presented as number (%) or (%).
NPSH, non-profit institutions serving households.

Table 6. Current health expenditure by provider and function (mode of production) (unit: trillion won)

Variable	Residential long-term care facilities (2.3%)		Providers of ambulatory health care (19.5%)		Retailers and other providers of medical goods (15.0%)		Providers of health care (1.6%)		Others (2.0%)	Total	
	Hospitals (43.0%)	Sub-total (29.2%)	Medical practices (19.5%)	Sub-total (18.1%)	Pharmacies (15.0%)	Sub-total (1.6%)	Providers of health care system administration and financing (3.8%)				
Personal health expenditure											
In-patient services (33.8%)	33.9 (87.0)	2.6 (6.8)	100.0	2.2 (5.6)	(6.5)	2.2 (5.6)	(9.6)	-	0.2 (0.5)	(8.8)	38.9
Out-patient services (32.2%)	11.2 (30.3)	(22.6)	-	25.0 (67.4)	(74.2)	15.9 (43.0)	(70.8)	-	0.8 (2.0)	(33.4)	37.0
Other services (3.5%)	0.4 (11.0)	(0.9)	-	2.2 (56.0)	(6.7)	0.2 (4.7)	(0.8)	0.1 (2.9)	(0.6)	(53.3)	4.0
Medical goods (23.5%)	3.0 (11.1)	(6.1)	-	3.1 (11.4)	(9.2)	3.1 (11.3)	(13.6)	17.3 (64.1)	(100.0)	27.0	27.0
Pharmaceutical and other medical non-durables (21.4%)	3.0 (12.1)	(6.1)	-	3.1 (12.5)	(9.2)	3.1 (12.4)	(13.6)	17.3 (70.2)	(100.0)	24.7	24.7
Sub-total (92.9%)	48.5 (45.3)	(97.9)	2.6 (2.5)	32.5 (30.3)	(96.5)	21.3 (20.0)	(94.9)	20.9 (19.5)	(100.0)	0.3 (0.3)	107.0
Collective health expenditure											
Preventive care (3.8%)	1.0 (24.0)	(2.1)	-	1.2 (26.9)	(3.5)	1.1 (26.3)	(5.1)	-	1.5 (35.4)	(83.1)	4.4
Governance, health system and financing administration (3.3%)	-	-	-	-	-	-	-	-	3.8 (100.0)	(88.1)	3.8
Sub-total (7.1%)	1.0 (12.8)	(2.1)	-	1.2 (14.3)	(3.5)	1.1 (14.0)	(5.1)	-	1.5 (18.9)	(83.1)	4.3 (52.8)
Total	49.5	2.6	33.6	22.5	20.9	17.3	4.3	2.3	115.2		

Values are presented as number (%) or (%).

Table 7. Current health expenditure by financing scheme and provider (unit: trillion won)

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes			Voluntary health care payment schemes			Household out-of-pocket payment (36.8%)	Total		
	Sub-total (56.4%)	Governmental schemes (10.3%)	Compulsory contributory health insurance schemes (46.1%)	Sub-total (6.8%)	Voluntary health insurance schemes (6.1%)	NPIs financing schemes (0.6%)			Enterprises financing schemes (0.1%)	
Hospitals (43.0%)	30.1 (60.7)	5.0 (10.1)	25.1 (50.6)	4.8 (9.7)	4.8 (9.6)	-	0.0 (0.1)	14.6 (29.6)	(34.6)	49.5
Residential long-term care facilities (2.3%)	2.0 (77.3)	0.5 (19.8)	1.5 (57.5)	-	-	-	-	0.6 (22.7)	(1.4)	2.6
Providers of ambulatory health care (29.2%)	15.9 (47.2)	1.3 (3.9)	14.6 (43.4)	1.4 (4.2)	1.4 (4.1)	-	0.0 (0.1)	16.3 (48.5)	(38.5)	33.6
Medical practices (19.5%)	12.1 (53.8)	0.9 (4.0)	11.2 (49.8)	1.4 (6.3)	1.4 (6.1)	-	0.0 (0.2)	9.0 (39.9)	(21.2)	22.5
Retail sale and other providers of medical goods (18.1%)	10.8 (51.8)	1.1 (5.4)	9.7 (46.4)	-	-	-	-	10.1 (48.2)	(23.7)	20.9
Pharmacies (15.0%)	10.6 (61.4)	1.1 (6.4)	9.5 (55.1)	-	-	-	-	6.7 (38.6)	(15.8)	17.3
Providers of preventive care (1.6%)	1.7 (90.4)	1.6 (83.3)	0.1 (7.2)	0.0 (0.0)	-	-	0.0 (0.0)	0.2 (9.6)	(0.4)	1.9
Providers of health care system administration and financing (3.8%)	3.5 (80.1)	1.9 (44.3)	1.6 (35.8)	0.9 (19.9)	0.9 (19.9)	-	-	-	-	4.3
Others (2.0%)	0.9 (41.6)	0.4 (16.6)	0.6 (25.1)	0.8 (33.4)	-	0.7 (29.4)	0.1 (3.9)	0.6 (25.0)	(1.3)	2.3
Total	65	11.8	53.2	7.8	7	0.7	0.2	42.4		115.2

Values are presented as number (%) or (%). NPIsH, non-profit institutions serving households.

다. 역으로, 병원의료비 49.5조 원은 개인의료비(입원의료비 68.3%, 외래의료비 22.6%, 의약품비 6.1% 등) 97.9%와 집합보건의료비(예방) 2.1%로 구성되고, 의원(HP.3.1)의료비 22.5조 원은 외래의료비 70.8%, 입원의료비 9.6%, 의약품비 13.6% 등으로 구성되었다.

재원-공급자별 테이블은 각각의 공급자별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 공급자에게 지출되는지를 보여준다(Table 7). 정부재원 11.8조 원은 42.4%가 병원에, 11.0%가 통원서비스제공자(의원 7.6% 등)에, 9.4%가 약국 등에 유입되거나 쓰였고, 의무가입건강보험재원 53.2조 원은 47.2%가 병원에, 27.5%가 통원서비스제공자(의원 21.1% 등)에, 18.0%가 약국 등에 지출되었으며, 가계직접부담재원 42.4조 원은 34.6%가 병원에, 38.5%가 통원서비스제공자(의원 21.2% 등)에, 15.8%가 약국 등에 쓰였다. 역으로, 병원의료비 49.5조 원은 정부·의무가입제도 60.7%(정부 10.1%, 의무가입건강보험 50.6%), 임의가입제도 9.7%, 가계직접부담 29.6%로 구성되며, 의원의료비 22.5조 원은 정부·의무가입제도 53.8%(정부 4.0%, 의무가입건강보험 49.8%), 임의가입제도 6.3%, 가계직접부담 39.9%로 구성된다.

3. 보건계정의 국제비교

1) 의료비 지출규모

한국의 'GDP 대비 경상의료비 비율'은 OECD 35개 국가 중 26번째에 해당한다(Figure 1). 한국보다 낮은 국가는 터키(4.1%), 라트비아(5.8%), 멕시코(5.9%), 룩셈부르크(6.0%), 폴란드(6.3%), 에스토니아(6.5%)로 도시국가인 룩셈부르크를 빼고는 상대적으로 저소득 국가다. 절대적인 지출수준을 보여주는 '인당 경상의료비'를 보아도 한국의 2,535 US\$ purchasing power parity (PPP)는 34개 국가 중 25번째에 해당한다.

OECD 35개 국가의 'GDP 대비 경상의료비 비율' 및 '인당 경상의료비' 평균은 각각 8.9% 및 3,848 US\$ PPP였다. 미국은 각각 16.9%와 9,507 US\$ PPP로 부동의 선두를 유지하고 있다. 'GDP 대비 경상의료비 비율'이 10% 이상인 국가는 미국 외에도 스위스(12.1%), 독일(11.2%), 프랑스(11.1%), 스웨덴(11.0%), 일본(10.9%), 네덜란드(10.7%), 벨기에(10.5%), 덴마크(10.3%), 오스트리아(10.3%), 캐나다(10.3%), 노르웨이(10.0%) 등 12개국이다. 2001년까지만 해도 10%를 초과하는 국가는 미국(13.2%)뿐이었고, 2010년에는 8개국이었지만, 그 뒤로 스웨덴, 일본, 벨기에, 노르웨이가 합류했다. 선진국들 사이에 국민경제에서 차지하는 의료비의 비중이 커지고 있음이 확인된다.

경상의료비의 규모(경상의료비의 對 GDP 비율)는 1970년 0.1조 원(2.6%)에서 1980년 1.4조 원(3.5%), 1990년 7.3조 원(3.7%), 2000년 25.4조 원(4.0%), 2010년 82.3조 원(6.5%), 2015년 115.2조 원(7.4%)으로 급속히 증가해왔다(Table 8). 시기별로 보면 경상의료비의 증가율(명목) 자체는 1970년대 평균 34.1%, 1980년대 평균

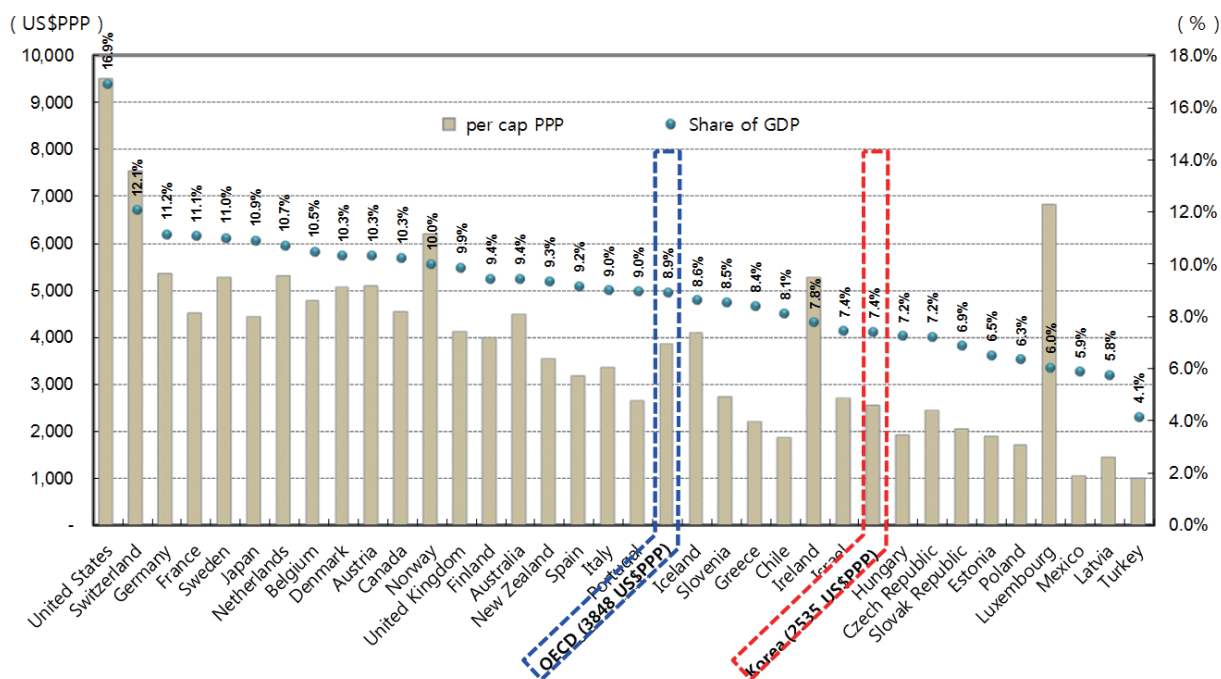


Figure 1. Current health expenditure as per capita US\$ PPP and share of GDP. Base year is 2015. From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/> [4]. PPP, purchasing power parity; GDP, gross domestic product.

Table 8. Trend in health expenditure, 1970-2015

Variable	CHE (nominal, trillion won)	CHE growth rate (%)		GDP (nominal, trillion won)	GDP growth rate (%)		CHE/GDP (%)	CHE per capita (thousand won or %)
		Nominal	Real*		Nominal	Real*		
Year								
1970	0.1	-	-	2.8	-	-	2.6	2
1975	0.2	102.1	63.5	10.5	33.3	7.9	2.3	7
1980	1.4	35.2	8.5	39.5	22.5	-1.7	3.5	36
1985	2.9	13.3	9.0	87.2	12.1	7.7	3.3	71
1990	7.3	19.2	8.3	197.7	20.9	9.8	3.7	170
1995	14.8	17.4	9.8	428.9	17.2	9.6	3.4	327
2000	25.4	11.7	10.4	635.2	10.1	8.9	4.0	540
2005	46.7	11.7	10.6	919.8	5.0	3.9	5.1	970
2010	82.3	12.3	8.8	1,265.3	9.9	6.5	6.5	1,661
2011	87.4	6.2	4.5	1,332.7	5.3	1.3	6.6	1,750
2012	92.7	6.0	5.0	1,377.5	3.4	1.1	6.7	1,846
2013	98.7	6.5	5.6	1,429.4	3.8	2.4	6.9	1,957
2014	105.9	7.3	6.7	1,486.1	4.0	2.7	7.1	2,086
2015	115.2	8.8	6.4	1,558.6	4.9	2.6	7.4	2,258
Annual average growth rate†								
1970s (70-79)	-	34.1	12.9	-	31.2	10.5	2.2	31.9
1980s (80-89)	-	18.1	10.9	-	17.1	9.9	0.9	16.7
1990s (90-99)	-	13.5	7.5	-	12.6	6.7	0.8	12.5
2000s (00-09)	-	12.5	9.7	-	6.8	4.2	5.3	11.9
After 2010 (10-15)	-	7.0	5.6	-	4.3	3.0	2.6	6.3

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

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

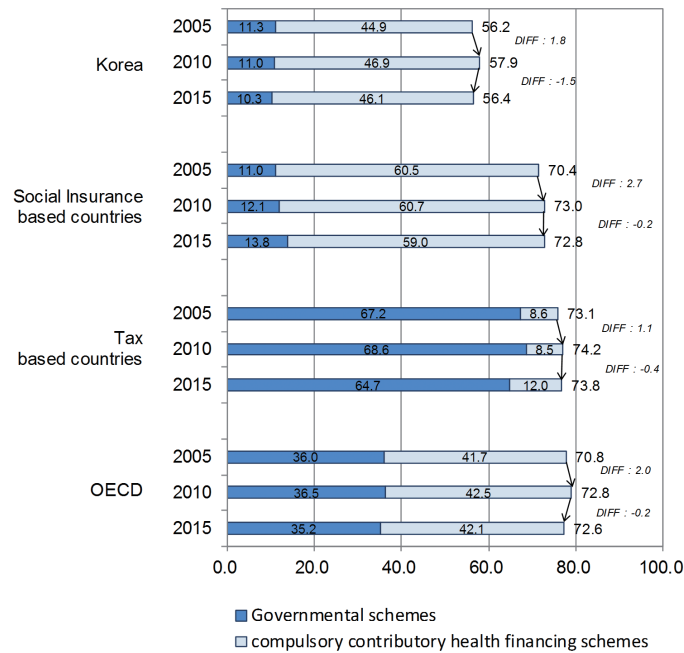


Figure 2. Change in public financing (both governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes) as a share of current health expenditure. Social insurance based countries (19): Austria, Belgium, Czech Republic, Estonia, France, Germany, Greece, Hungary, Israel, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Netherlands, Poland, Slovak Republic, Slovenia, Switzerland, Turkey; (2) tax based countries (15): Australia, Canada, Chile, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom. OECD average indicates that of all 35 OECD member countries. From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/> [4]. DIFF, difference; OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

Table 9. Revenues of financing schemes in 2015 (unit: %)

Variable	Transfers from government domestic revenue	Social insurance contributions	Compulsory prepayment (other than FS.3)	Voluntary prepayment	Other domestic revenues n.e.c.	Total
Denmark	84.1			2.1	13.8	100
Sweden	83.7			0.6	15.7	100
Iceland	81.3	0.3			18.5	100
United Kingdom	80.2		0.1	3.4	16.2	100
Canada	71.9	1.4		10.0	16.6	100
Finland	67.2	10.2		2.3	20.3	100
Japan	42.4	41.7		2.2	13.7	100
United States	40.6	9.8		34.1	15.5	100
Belgium	39.0	43.4			17.6	100
Chile	29.9	19.8	11.1	6.7	32.6	100
Switzerland	29.8	5.5	35.4	5.4	23.9	100
Mexico	20.6	24.6		4.2	50.6	100
Korea	17.8	39.3	1.4	5.8	35.7	100
Estonia	13.5	62.0		0.3	24.2	100
Poland	10.7	58.9	0.4	5.0	24.9	100
Slovenia	4.8	66.5		14.5	14.2	100
Luxembourg	0.7	0.9		0.1	98.4	100

From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/> [4]. FS, financing source.

Table 10. Compulsory contributory health insurance schemes/compulsory medical saving accounts in 2015 (unit: %)

Variable	Transfers from government domestic revenue	Social insurance contributions+compulsory prepayment	Social insurance contributions	Compulsory prepayment (other than FS.3)
Poland	2.3	97.4	96.8	0.7
Slovenia	2.5	96.8	96.8	
Estonia	4.4	95.4	95.4	
Korea	14.9	85.1	82.2	2.9
Switzerland	18.0	82.0	10.0	72.1
Belgium	34.8	65.2	65.2	
Luxembourg	37.5	61.7	61.7	
Finland	44.4	55.6	55.6	
Japan	44.7	55.3	55.3	
Chile	47.3	52.7	33.7	19.0
United States	57.0	43.0	43.0	

From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/> [4]. FS, financing source.

18.1%, 1990년대 평균 13.5%, 2000년대 평균 12.5%, 2011-2015년 평균 7.0%로 둔화되어 왔다. 전체 의료비의 증가율이 둔화됨에도 ‘경상의료비의 對 GDP 비율’이 급격히 늘어나는 것은 GDP의 증가율 둔화보다 경상의료비의 증가율 둔화가 더디게 진행되고 있기 때문이다.

2) 재원의 공사혼합

SHA2011에서는 공사혼합(public-private mix)의 구분선으로 사용되던 SNA (System of National Account)상의 ‘일반정부(general government)’ 내지 ‘공공(public)’의 구분을 재원별 분류에서 더는 사용하지 않고 있다. 소유자나 운영자가 ‘공공’인지 여부는 ‘공공’과 ‘민간’의 경계가 유동적이기 때문에 사용하지 않고, ‘가입의 강제성(compulsoriness or mandatoriness)’ 여부를 주된 기준으로 삼는다[1]. 재원별 분류상의 정부(HF.1.1) 및 의무가입건강보험(HF.1.2)을 같은 HF.1로 묶어서 비교적 동질적이 성격의 재원으로 간주하고 있다. 한국의 경우 ‘자동차보험 책임보험’ 재원의 의료비도 민영보험회사에 의해서 운영됨에도 불구하고 의무가입건강보험(HF.1.2)에 속하게 된다.

한국의 정부·의무가입제도(HF.1) 비중은 2015년 56.4%로, 이는 OECD 평균 72.6%나 사회보험료형 국가(contribution-based type)의 평균 72.8%보다 아주 낮다. 사회보험료형 국가에 있어서 정부(HF.1.1) 재원의 비중은 평균 13.8%인데, 우리는 10.3%로 그에 못 미친다. 사회보험료형 국가들은 평균적으로 정부(HF.1.1) 재원이 늘고 의무가입건강보험(HF.1.2)의 비중은 감소했으며, 조세형 국가들은 반대로 정부(HF.1.1) 재원의 비중이 줄고 의무가입건강보험(HF.1.2)의 비중이 커졌다(Figure 2).

정부(HF.1.1) 재원은 보건의료에 대한 정부의 관심이 어느 정도 인지를 보여준다. 하지만 사회보험에 대한 정부의 보조금은 의무가

입건강보험(HF.1.2)으로 분류되기 때문에 엄밀히 보면 그리 해석하는 데는 무리가 있다. 앞의 ‘자료원 및 구축방법’에서 언급한 바와 같이 제도(HF)별 수입(revenue) 구분, 즉 FS 분류는 이와 같은 문제에 대한 해법을 제시한다.

Table 9는 FS 데이터를 제공하고 있는 17개 국가의 FS 구성을 OECD health statistics 2017에서 추출한 것이다[4]. 덴마크, 스웨덴, 아이슬란드, 영국 등 국가보건서비스(National Health Service)형 국가는 80% 이상의 수입이 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1: transfers from government domestic revenue)’을 재원으로 하고 있다. 핀란드는 북구 국가 중에는 예외적으로 이 재원(FS.1)이 67.2%로 낮고 사회보험료(FS.3) 수입이 10.2%나 된다. 자유시장경제적 접근을 하고 있는 미국은 임의사전지불(FS.5)의 비중이 34.1%로 단연 높다.

슬로베니아, 폴란드, 에스토니아 등의 구 공산 사회보험국가는 사회보험료(FS.3) 수입이 60% 전후다. 사회보험형 국가는 사회보험료 외에도 상당한 수입을 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1)’에 의존하고 있다. 일본의 경우는 그 비중이 42.4%로 사회보험료의 비중 41.7%보다도 오히려 높다. 벨기에도 39.0%로 사회보험료 43.4%와 비슷한 수준이다. 한국은 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1)’이 17.8%에 불과하다. 구공산국가인 슬로베니아, 폴란드, 에스토니아는 각각 4.8%, 10.7%, 13.5%로 과거의 세마스코 체제하에서 높았던 정부 부담을 줄이기 위해 공산주의 붕괴와 함께 사회보험제도를 적극 활용한 것이 확인된다.

OECD health statistics 2017의 FS-HF 교차테이블에서 생성된 Table 10은 사회보험제도(HF.1.2)가 어떤 FS 항목을 수입원으로 하는지를 보다 명확히 보여준다[4]. 사회보험제도(HF.1.2)의 지출(또는 수입)에서 차지하는 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1)’의 비중에 대한 각국의 자료는 최근 건강보험에 대한 정부 지원금 20%

Table 11. Share of CHE by provider and function (mode of production), Organization for Economic Cooperation and Development average, 2015 (unit: share of CHE)

Variable	Hospitals (37.9%)		Residential long-term care facilities (8.8%)		Providers of ambulatory health care		Retailers and other providers of medical goods		Providers of preventive care (1.7%)	Providers of health care system administration and financing (4.2%)	Others (7.2%)	Total
	Hospitals (37.9%)	Sub-total (26.5%)	Sub-total (26.5%)	Medical practices (10.4%)	Sub-total (17.8%)	Pharmacies (15.1%)						
Personal health expenditure												
In-patient services (34.8%)	26.6 (76.4)	8.2 (23.6)	8.2 (23.6)	1.0 (2.8)	9.3	0.0 (0.1)	0.2	0.0 (0.1)	1.4	0.0 (0.1)	1.1 (3.0)	34.8
Out-patient services (27.6%)	7.7 (27.7)	0.3 (1.2)	7.7 (27.7)	8.8 (31.7)	84.2	0.1 (0.5)	0.8	0.1 (0.2)	2.2	0.1 (0.2)	1.9 (7.0)	27.6
Other services (12.4%)	1.9 (15.4)	0.2 (1.6)	2.2 (17.6)	0.5 (4.0)	4.8	0.0 (0.0)	0.0	0.0 (0.0)	5.9	0.5 (4.1)	1.9 (15.6)	12.4
Medical goods (19.3%)	1.4 (7.3)	0.0 (0.0)	1.4 (7.3)	1.0 (5.4)	10.1	17.8 (91.9)	99.8	15.1 (78.1)	9.1	0.1 (0.4)	1.0 (5.2)	19.3
Pharmaceutical and other medical non-durables (16.2%)	1.4 (8.4)	-	1.4 (8.4)	1.3 (8.0)	12.5	14.8 (91.1)	98.9	14.9 (91.9)	9.1	0.1 (0.8)	1.0 (6.2)	16.2
Sub-total (94.2%)	37.6 (39.9)	8.7 (9.3)	37.6 (39.9)	9.8 (10.4)	94.0	17.8 (18.9)	99.9	15.1 (16.0)	18.6	0.7 (0.7)	6.0 (6.3)	94.2
Collective health expenditure												
Preventive care (2.8%)	0.3 (9.5)	0.0 (1.3)	0.3 (9.5)	0.4 (15.2)	4.0	0.0 (0.5)	0.1	0.0 (0.5)	1.3 (48.1)	0.5 (16.9)	1.1 (40.0)	2.8
Governance, health system and financing administration (3.0%)	0.1 (1.9)	0.2	0.1 (1.9)	0.2 (7.0)	2.0	-	-	-	0.0 (0.7)	3.0 (99.3)	0.1 (3.1)	3
Sub-total (5.8%)	0.3 (5.5)	0.8	0.3 (5.5)	0.6 (10.9)	6.0	0.0 (0.2)	0.1	0.0 (0.2)	1.4 (23.4)	3.5 (59.9)	1.2 (20.7)	5.8
Total	37.9	8.8	26.5	10.4	17.8	15.1	17.2	4.2	7.2	7.2	100	

Values are presented as number (%) or (%). Austria, Belgium, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Korea, Latvia, Luxembourg, Mexico, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, United States (2015), Australia, Canada, Japan (2014), and Israel (2013). From Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/>. CHE, current health expenditure.

충족 여부를 놓고 벌어지고 있는 한국 내에서의 정치적 공방과 관련해서 중요한 정보를 제공한다. 한국의 14.9%는 구공산국을 제외하고는 낮은 편에 속하는 것이 확인된다. 일본은 정부 이전 수입 (FS.1)이 44.7%에 달하며, 벨기에도 34.8%나 된다. 미국은 노인을 대상으로 한 건강보험제도인 메디케어를 예외적으로 운영하고 있는 바, 여기서는 메디케어의 수입 구성이기 때문에 정부 지원금의 비중이 57.0%로 높다.

3) 교차테이블의 국제비교

Table 11은 현재 SHA에 따라 보건계정을 작성하고 있는 OECD 국가 중에서 기능-공급별 교차테이블을 제공하고 있는 32개 국가를 취합한 것이다⁵⁾. 이는 OECD 국가의 평균적인 기능 및 공급자 구성을 보여준다. 우리나라의 교차테이블인 앞에서의 Table 6과 OECD 평균 교차테이블인 Table 11을 비교함으로써 우리나라의 의료공체계의 특징을 살펴볼 수 있다.

우리나라에서는 병원(에서의) 지출의 22.6%가 외래서비스를 위한 것이어서 OECD 평균(Table 11에서 20.2%)에 비해 높고, 의원지출의 9.6%가 입원서비스에 이루어지고 있어 OECD 평균(Table 11에서 9.3%)에 비해 높다. 이러한 교차테이블을 개별 국가별로 비교해보면 각국의 의료전달체계의 현황과 의료서비스 생산양식(mode of production)의 관계에 대한 시사점을 확인할 수 있을 것이다. 병원이 외래 수입에 크게 의존하는 형태는 일본의 의료공체제 그리고 제도 형성과정에서 그 영향을 받은 한국의 의료제도의 공통된 특징이다. 하지만, 특히 1차 의료에서의 만성질환관리의 중요성이 강조되는 고령사회에서는 지양해야 할 현상이다. 의료전달체계의 정비가 요구되는 이유다.

Jeong과 Shin [2]에서도 살펴본 바와 같이, 기능-재원별 교차테이블의 국제비교를 통해서⁶⁾, 우리나라 외래의료비에 있어서의 정부·의무가입제도 재원 비중(46.9%)이 OECD 평균(66.7%)에 비해 아주 낮고, 입원의료비의 경우(64.3%)도 OECD 평균(85.7%)에 비해 아주 낮은 편이지만, 의약품(51.6%)은 OECD 평균(55.0%)에 비교적 근접해 있음을 파악할 수 있다. 서구국가의 자원배분이 반드시 옳다고는 할 수 없지만, 우리나라에서 한정된 공공재원의 투입을 입원과 외래서비스보다는 의약품 지출에 상대적으로 더 투입하고 있는 것은 우선순위에 대한 엄밀한 검토 후에 확보한 결과로 보기 힘들며, 향후에는 이러한 관행적 지출의 방향을 재검토할 필요가 있는 것으로 판단된다.

5) 이들 국가 중에서 하위항목의 작성이 안 되어 있는 칠레, 뉴질랜드, 터키는 분석에서 제외하였다.

6) 이들 국가의 집약된 재원-공급자별 교차테이블과 기능-공급자별 교차테이블도 비교가 가능하지만, 여기서는 지면 관계상 제시하지 않는다.

고 찰

본 연구에서는 보건계정체계 SHA2011에 따라 구축된 2015년 보건계정과 그 계정이 포함하는 경상의료비 및 하위항목에 대한 기본적인 분석결과를 제시했다. Jeong과 Shin [2]에서 제시된 지난 40여 년의 보건계정을 업데이트하고 신규연도인 2015년을 추가한 것이다. 특히 건강보험심사평가원이 자동차보험통계와 의약품지출 통계를 공식적으로 공표함에 따라 이번 2015년 기준 보건계정 구축부터는 이를 추가적으로 활용하되, 본 연구에서는 이를 비교적 자세히 다루었다. 본 연구는 또한 OECD 국가의 2015년 보건계정을 취합하여 우리 보건의료지출의 모습을 이러한 국제적 경향과 비교해보았다. 특히 재원의 공사혼합을 제도(scheme) 분류인 HF와 그러한 제도별 수입(revenue) 분류인 FS를 활용하여 심층적으로 살펴보았다.

2015년 우리의 경상의료비는 115.2조 원으로 GDP 대비 7.4%다. 2014년에 비해 9.3조 원, 즉 8.8%가 증가했다. 2010년 12.3%이던 증가율이 2011년 6.2%, 2012년 6.0%, 2013년 6.5%로 둔화되는 듯하더니, 2014년 7.3%, 2015년 8.8%로 다시 높아지는 경향을 보인다. 재원의 공사혼합에 있어서 '정부·의무가입제도'의 비중은 2015년 56.4%로 OECD 국가의 평균 72.6%에 비해 많이 낮다. 전체 재원 중 '정부로부터의 이전'의 비중은 17.8%로 다른 사회보험형 국가들에 비해 낮은 편이다. '의무가입제도'만을 놓고 보아도 '정부로부터의 이전'

수입의 비중 14.9%는 사회보험형 국가 중에서 자료가 확보된 국가인 일본(44.7%)이나 벨기에(34.8%)같은 국가에 비해 아주 낮다.

교차테이블의 국제비교를 통해 병원에서 외래지출이, 그리고 의원에서 입원지출이 상대적으로 높은 것이 확인된 바, 이는 1차 의료에서의 만성질환관리의 중요성이 강조되는 고령사회에서 의료전달체계 정비의 필요성을 보여준다. 또한 우리나라의 공공재원 비중은 의약품에 대한 지출에서는 상대적으로 선진국 수준을 유지하고 있으나, 입원과 외래부문에서는 아주 낮은 것이 확인된 바, 이는 물량에 대한 지불보다는 기술에 대한 지불로 재원 사용의 우선순위를 재조정할 필요성이 있음을 시사한다.

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization, Eurostat. A system of health accounts 2011. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2011.
2. Jeong HS, Shin JW. 1970-2014 Current health expenditures and national health accounts in Korea: application of SHA2011. *Health Policy Manag* 2016;26(2):95-106. DOI: <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2016.26.2.95>.
3. Ministry of Health and Welfare. National health accounts in 2015. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2017.
4. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://stats.oecd.org/>.