

OECD 국가의 코로나19 의료비 지출 현황과 남겨진 과제

COVID-19 Healthcare Spending and Challenges in OECD Countries

신정우*

한국보건사회연구원

Jeongwoo Shin*

Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong 30147, Korea

[요약]

OECD 국가의 GDP 대비 경상의료비 비중은 코로나19 팬데믹 지출로 인해 9%대에 진입하였다. 우리나라도 2022년 9.4%에 이르러, OECD 가입 이후 처음으로 OECD 평균(9.2%)을 뛰어넘어 섰다. 전체 의료비 중에서 코로나19 관련 의료비 지출이 차지하는 비중은 7.8%로 OECD 평균(5.1%)을 훨씬 상회하는 가운데, 의료비 지출 구조와 변동 패턴이 사뭇 다른 OECD 국가와 차이를 보여 보건의료제도적 관점에서 두 가지 시사점을 남긴다. 첫째, 보건 위기라는 특수한 상황을 전제하고라도 가파른 의료비 증가세가 제도의 지속 가능성에 미칠 수 있는 영향력을 검토해야 한다. 둘째, 보건 위기에 맞선 다양한 보건의료적 중재 중에서 우리나라의 상황에 적합한 대응 방안을 모색하여 보건의료제도의 회복탄력성을 높여야 한다.

[Abstract]

OECD countries' Current Health Expenditure has reached the 9% of GDP, driven by high growth in response to the COVID-19 pandemic. Korea marked 9.4% in 2022, surpassing the OECD average (9.2%) for the first time since joining the OECD. While the share of COVID-19-related health expenditures in total health spending is 7.8 percent, well above the OECD average (5.1 percent), the structure and fluctuation patterns of health expenditures are different from other OECD countries, which has two implications from a health system perspective. First, even in the unique context of a health crisis, it is important to examine the impact that steep health spending growth can have on sustainability of the healthcare system. Second, among the various healthcare interventions to combat the health crisis, we should explore responses that are appropriate to the Korean context to increase the resilience of the healthcare system.

Key Words: Current Health expenditure, COVID-19, Health spending, Health system, OECD

<http://dx.doi.org/10.14702/JPEE.2024.635>



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Received 30 September 2024; **Revised** 10 October 2024

Accepted 21 October 2024

***Corresponding Author**

E-mail: shinje@kihasa.re.kr

I. 서론

2020년 초, 갑작스럽고 빠른 코로나19의 확산으로 예방적, 치료적 부분에서 예측하지 못했던 각종 의료비 지출이 발생하였다. 또한 확진자의 동선 파악과 추적 관리를 위한 역학조사 비용도 발생하는 등 코로나19로 인해 감염병 진단검사, 치료, 백신, 개인보호장비, 의료기기 관련 공공부문 지출이 늘어났다[1]. 이러한 현상은 전 세계적인 것으로 국제사회는 코로나19 팬데믹으로 인한 의료비 지출 동향에 관심을 두게 되었다. 특히 경제협력개발기구(OECD)는 코로나19의 시작과 함께 회원국을 대상으로 코로나19 대응에 지출한 치료비용, 의료재화 구매 비용, 정부 지원금 등을 조사하기 시작했다.

비록 2023년 8월 세계보건기구(WHO)가 국제적 공중 보건 비상사태(PHEIC)를 해제하였지만, 2024년까지도 코로나19의 위협은 지속되고 있다[2]. 이처럼 장기간 이어지는 감염병은 치료 비용을 중심으로 한 건강보험 재정만이 아닌, 정부의 보건의료 예산을 비롯한 총의료비 지출 규모(경상의료비)에 영향을 미친다. OECD는 감염병 확산 시 백신을 통한 예방 활동, 환자의 진단과 치료를 위한 인력 동원, 장비 보급, 병상 확보 등 다양한 공공보건 정책을 실행해야 함을 설명한다[3]. 이러한 조치는 정부의 의료비 지출 부담 증가로 이어진다. 이에 이 연구에서는 2024년 7월 OECD가 발표한 자료에 기반하여[4], 코로나19로 인한 의료비 지출 규모와 구성의 변화를 국가 간 비교 속에서 살펴보고자 한다. OECD 회원국(2024년 현재 38개 국가)은 모두 표준화된 OECD의 작성 지침에 따라 의료비 지출 정보를 생산·제공한다. 국가 간 비교 가능한 코로나19 의료비 정보는 이 자료가 유일한 가운데, 국가의 데이터 구축 역량의 차이로 인해 23개 국가만이 수치를 보고하고 있다. 비록 이러한 한계는 있지만, 이 연구는 보건 의료제도를 운용하는데 필수적으로 동반되는 재정 정보에 입각하여 갑작스럽게 발생한 보건 위기에 우리나라가 어떤 정책적 중재를 했는지 살펴보고자 한다. 더불어, 다른 제도적 인프라에 기반한 OECD 국가와의 비교를 통해 향후 발생 가능한 보건 위기에 대응하기 위한 시사점을 도출한다.

II. 연구방법

A. OECD의 의료비 정의

OECD는 1990년대 후반에 들어서 의료비 규모를 파악하

고, 회원국 간 정합성 있는 비교를 하기 위한 노력을 시작하였다. 이로써 2000년 의료비 산출의 표준 정의서라고 할 수 있는 보건계정체계(System of Health Accounts)를 발간하였다[5]. 이후 2011년 WHO, 유럽통계청(Eurostat)과 함께 전 세계가 같은 기준으로 의료비를 산출할 수 있도록 공동의 기준서인 보건계정체계 2011(System of Health Accounts 2011)을 발간하였다[6]. 이 기준서에서 가장 대표적으로 제시된 경상 의료비(Current Health Expenditure)는 국민 전체가 1년간 보건의료서비스와 재화를 이용하는데 지출한 총액이다. 보건의료의 범위는 기능(function)에 따라 정의되는데, 수행되는 목적이 질병 예방, 건강 증진, 치료, 재활, 돌봄 등에 해당하는데 따라서 포함 여부가 판단된다. 여기에는 개인이 병의원 및 약국에서 직접적으로 지출한 비용뿐만 아니라, 정부 행정기관이 예방 및 공중보건, 거버넌스 활동을 위하여 지출한 비용도 해당된다. 다만, 이는 경상 지출만을 포함하도록 하므로, 시설과 장비 등 자본형성을 위한 투자 지출은 제외한다.

한편, OECD는 코로나19의 발생과 함께 관련 지출 규모를 파악하기 위한 작성 지침을 배포하고, 2020년부터 2022년까지의 의료비 정보를 한시적으로 수집하였다. 수집 항목은 치료 비용, 검사 및 역학 추적 비용, 백신 비용, 마스크 등 의료재화 구매 비용, 기타(정부 행정 관리 등) 비용으로 구분하였다.

B. 국내 의료비 산출

국내에서는 2004년부터 OECD의 정의에 따른 의료비 통계가 작성되었다. 물론 이전에도 의료비 규모를 산출하기 위한 여러 시도가 있었지만[7-12], 2004년에 들어서 재원, 기능, 공급자별 지출 정보가 일관되게 완성되면서 OECD 기준에 부합한 의료비 산출이 본격화되었다[13]. 산출 방법과 기초 자료원은 지난 20여 년간 많은 변화가 있었지만, 현재는 건강보험통계연보, 의료급여통계연보, 노인장기요양보험통계연보, 정부결산자료 등 행정자료, 건강보험환자 진료비 실태조사, 기업체 노동비용조사 등 조사자료, 건강보험 청구자료, 실손형 민영보험 자료 등 관계 기관 내부자료가 복합적으로 투입되어 통계가 산출된다[14]. 의료비 통계는 최종 단계에서의 지출액을 집계한 것이기 때문에 재원의 흐름을 면밀히 파악해야 한다. 예를 들어서, 실손형 민영보험회사가 가계에 일정 비용을 환급해주는 경우에는 해당 금액을 가계직접 부담에서 차감하여 지불 주체 간 비용을 중복하여 계상하지 않도록 한다.

C. 연구 설계

본 연구는 OECD Data Explorer(<https://data-explorer.oecd.org/>)가 제공하는 경상의료비 정보를 활용하여[4], 국가 간 비교 혹은 시계열적 흐름을 살펴보는 것으로 설계하였다. 코로나19 발생 전후의 의료비 지출 변화를 살펴보기 위해서 2015년~2022년의 데이터를 다운로드하였다. 한편, 우리나라 의료비 지출 흐름을 보다 장기적으로 살펴보기 위하여 현재의 건강보험제도 체계가 갖춰진 1998년부터 데이터를 구축하였다. 각 국가의 데이터가 OECD에 제공되기까지는 개별 국가의 내부적인 검토와 OECD와의 상호 검증 과정을 거치는 바, 공개 및 활용된 데이터는 국내외적으로 공신력을 확보한다.

III. 연구결과

A. 경상의료비 추이

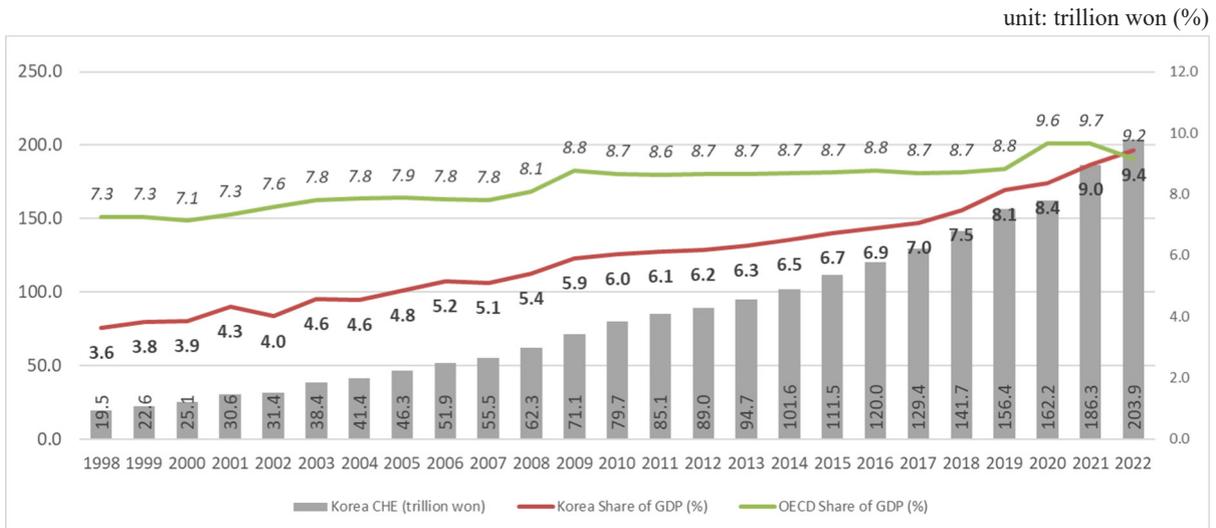
2022년 경상의료비는 203.9조 원으로 GDP 대비 9.4%를 차지한다. 이는 20년 전인 2002년(31.4조 원, GDP 대비 4.0%)과 비교하여 5배 이상 늘어난 것이며, 10년 전인 2012년(89.0조 원, 6.0%)의 두 배를 넘어선 것이다. 특히, 경상의료비는 최근 5년간(2018년~2022년) 매우 가파르게 증가하며, 2022

년 OECD 가입 이후 처음으로 OECD 평균을 넘어섰다. 비록 코로나19 발생으로 의료서비스 이용 행태에 다소간의 변화는 있었지만, 2018년~2022년 우리나라 의료비의 연평균 증가율은 9.5%이다(그림 1).

B. 우리나라 코로나19 의료비 규모와 구성

코로나19 의료비는 2020년 2.6조 원, 2021년 13.6조 원, 2022년 15.9조 원으로, 경상의료비 대비 각각 1.6%, 7.1%, 7.8%이다. 2022년 지출액을 세부 항목별로 살펴보면, 정부 행정 관리 비용이 4.6조 원으로 가장 많고, 확진자 치료 비용 3.9조 원, 검사 및 역학 추적 비용 3.4조 원, 백신 비용 3.3조 원, 의료재화(마스크, 손 소독제 등 방역용품) 0.7조 원이다. 정부 행정 관리 비용의 상당 부분은 의료기관의 경영 손실을 보전해 주기 위해 지급한 손실보상금에 해당하며, 이는 2020년 1.1조 원, 2021년 3.1조 원에 이어서 2022년 4.6조 원으로 가파르게 증가하였다. 2021년에 도입된 백신은 6.2조 원에서 2022년 3.3조 원으로 감소하였다(표 1).

재원에 따른 지출 규모를 살펴보면, 방역용 마스크 등 의료재화에 대한 지출 이외의 비용은 대부분 정부가 부담하였다. 백신 접종 비용은 모두 정부 지출이며, 검사 및 역학 추적 비용도 코로나19 확산세가 둔화하면서 일부 가계로 부담이 전가되었지만, 정부 지출이 주를 이룬다(표 2).



Source: OECD Data Explorer (2024.10.1.)

그림 1. 한국과 OECD 국가의 의료비 지출 추이

Fig. 1. Health spending trends in Korea and OECD.

표 1. 코로나19 의료비의 세부 항목별 규모

Table 1. COVID-19 spending by sub-items

	2020		2021		2022	
	Trillion Won	Share of CHE (%)	Trillion Won	Share of CHE (%)	Trillion Won	Share of CHE (%)
Treatment costs	0.4	(0.2)	1.7	(0.9)	3.9	(1.9)
Testing and contact tracing	0.3	(0.2)	1.8	(1.0)	3.4	(1.7)
Vaccination	-	-	6.2	(3.3)	3.3	(1.6)
Medical goods	0.8	(0.5)	0.5	(0.3)	0.7	(0.3)
Others (administrative cost, etc.)	1.1	(0.7)	3.1	(1.6)	4.6	(2.3)
Total	2.6	(1.6)	13.3	(7.1)	15.9	(7.8)

Source: OECD Data Explorer (2024.10.1.)

표 2. 코로나19 의료비의 재원 구성

Table 2. COVID-19 spending by financing scheme

unit: trillion won (%)

	2020		2021		2022	
	Government/ compulsory schemes	Household out-of-pocket payments	Government/ compulsory schemes	Household out-of-pocket payments	Government/ compulsory schemes	Household out-of-pocket payments
Treatment costs	0.4 (13.5)	-	1.7 (12.8)	-	3.9 (24.2)	-
Testing and contact tracing	0.3 (13.0)	0.0 (0.1)	1.8 (13.5)	0.0 (0.3)	3.4 (21.3)	0.0 (0.2)
Vaccination	-	-	6.2 (46.4)	-	3.3 (20.9)	-
Medical goods	0.1 (5.0)	0.7 (26.2)	0.0 (0.2)	0.5 (3.7)	0.0 (0.1)	0.7 (4.2)
Others (administrative cost, etc.)	1.1 (42.3)	-	3.1 (23.0)	-	4.6 (29.2)	-
Total	1.9 (73.7)	0.7 (26.3)	12.8 (96.0)	0.5 (4.0)	15.2 (95.7)	0.7 (4.3)

Source: OECD Data Explorer (2024.10.1.)

C. 코로나19 의료비의 국제 비교

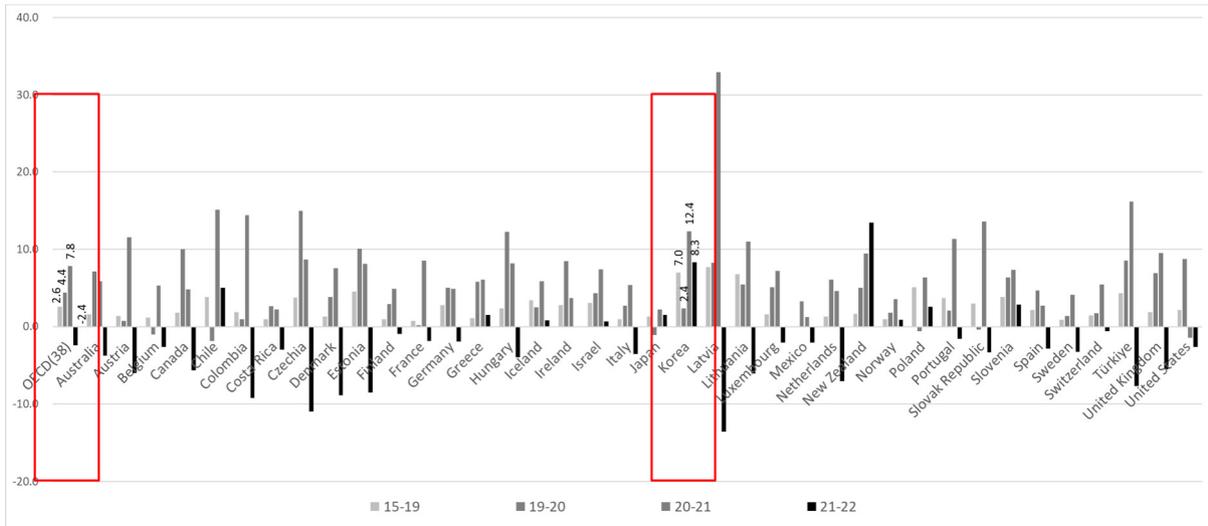
코로나19 전후로 OECD 국가의 실질 의료비 증가 추이를 살펴보면, OECD 38개 국가는 2015년~2019년에 연평균 2.6%의 비교적 완만한 증가세를 보이던 중, 코로나19의 확산과 함께 2020년 4.4%, 2021년 7.8%로 증가세가 커졌다. 하지만 2022년에는 2.4% 감소하였다. 한편, 우리나라는 코로나19 이전 연평균 7.0%의 높은 증가세를 보이다가 2020년 2.4%로 증가 폭이 크게 둔화하였지만, 다시 2021년 12.4%, 2022년 8.3%의 높은 증가세로 돌아섰다. 이러한 변화는 국민의 의료 이용 행태 변화와 연관지어 볼 수 있는데, 코로나19 감염에 대한 우려 등으로 가벼운 질환의 진료와 치료는 기피하거나, 시급하지 않은 의료서비스는 이용 시점을 뒤로 미룬 것으로

해석된다[15]. 이러한 가운데 오스트리아, 벨기에, 칠레, 콜롬비아, 프랑스, 아이슬란드, 일본, 리투아니아, 폴란드, 슬로바키아는 우리나라와 같이 2020년에 지출 증가세를 줄였다가, 2021년에 다시 지출을 늘렸다. 하지만 이들 국가는 대부분 2022년에 의료비 지출을 억제하였다. 한편, 칠레만이 2022년도 우리나라와 같이 5%대의 높은 증가세를 이어갔다(그림 2).

2022년 기준 OECD 23개 국가¹는 경상의료비 중 5.1%를 코로나19 의료비로 지출하였다. 폴란드가 14.3%로 지출 비중이 가장 높은 가운데 우리나라를 비롯한 라트비아, 독일이 그 뒤를 이어 7%대의 지출을 하였다. 코로나19 의료비

¹2022년 코로나19 의료비 정보는 OECD 38개 국가 중에서 호주, 핀란드, 헝가리, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 멕시코, 뉴질랜드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스위스, 튀르키예, 미국을 제외한 23개 국가만 존재함.

unit: %

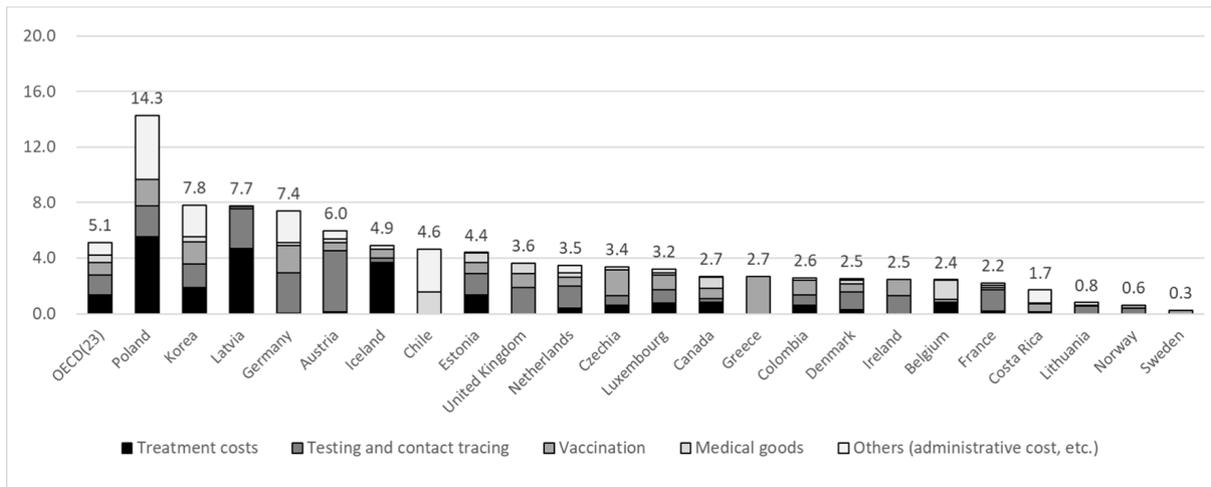


Source: OECD Data Explorer (2024.10.1.)

그림 2. OECD 국가의 경상의료비 실질 증가율, 2015~2022년

Fig. 2. Growth in health spending in OECD (real term), 2015-2022.

unit: %



Note: data is available for 23 countries with COVID-19 healthcare spending.

Source: OECD Data Explorer (2024.10.1.)

그림 3. 2022년 OECD 국가의 코로나19 의료비 규모 및 세부 항목 구성

Fig. 3. OECD countries COVID-19 spending by sub-item in 2022.

지출 수준은 감염병에 대응하는 정부의 역량을 가늠하게 하는바, 우리나라는 보건의료체계에 대한 투자를 늘려서 강력한 대응체계를 유지했음을 알 수 있다. 코로나19 지출의 세부 구성 항목은 정부가 어떤 정책 영역에 보다 중점을 두는

지를 시사하는 가운데, 우리나라는 치료, 검사 및 역학 추적, 백신, 예방 프로그램 및 의료기관 손실보상 등 여러 정책을 균형 있게 운용했다(표 1 및 그림 3). 치료 비용을 중심으로 지출한 국가는 아이슬란드(3.7%), 라트비아(4.7%), 폴란

드(5.5%)이고, 검사 및 역학 추적 비용의 구성이 높은 국가는 오스트리아(4.4%), 덴마크(1.2%), 에스토니아(1.5%), 프랑스(1.5%), 독일(3.0%), 리투아니아(0.6%), 네덜란드(1.6%), 노르웨이(0.4%), 영국(1.9%)이다. 의료기관 손실보상금 지급, 코로나19 예방 프로그램 운영, 감염병 관리 비용 등을 비롯한 기타 지출이 많은 국가는 우리나라(2.3%)를 비롯한 칠레(3.1%)와 코스타리카(1.0%)이다(그림 3).

IV. 결론 및 제언

코로나19 팬데믹은 비교적 짧은 기간에 의료비 지출 행태에 큰 영향을 미친 결과, 오랜 기간 GDP의 약 8% 중후반대에 머물던 OECD 국가의 의료비 평균 지출을 한순간에 10% 가까이 끌어올렸다. 코로나19는 전 세계의 경제 활동을 둔화시켰지만, 의료비 지출은 증가시킨 결과, 갑작스러운 보건 위기가 보건의료체계의 지속가능성과 재정 건전성에 미칠 수 있는 영향력에 대한 우려를 낳았다. 이러한 상황에서 우리나라의 의료비 지출 추이 역시 주목을 받는다, 2022년 경상 의료비는 GDP의 9.4%에 이르러, OECD 가입 이래 최초로 OECD 평균(9.2%)을 넘어섰다. 의료비 지출 증가는 코로나19 발생에 의한 것만은 아니고, 빠른 인구 고령화, 의료 수요의 증가, 보장성 강화 정책에 따른 급여 서비스의 확대, 민간 보험의 팽창 등 여러 요인이 복합된 결과이다. 특히, 우리나라는 문지기 기능(GP)을 두지 않고, 발생하는 행위 마다 진료비를 보상하는 바, 늘어나는 의료 수요와 공급을 억제하는데 한계가 있다. 한편, 스페인, 이탈리아, 포르투갈, 노르웨이, 덴마크, 핀란드 등 다수의 유럽국가와 뉴질랜드, 아일랜드, 영국 등 영미권 국가는 GP 제도에 기반하고 묶음 지불체계(bundled payment)를 굳건히 하여 의료비 지출 증가를 억제하고 있다[16].

이 연구는 OECD가 제공하는 데이터에 기반하여 국내의 코로나19 의료비 지출 수준과 구성을 확인하였다. 앞서 언급한 바와 같이 국가의 데이터 생산 역량에 따라 세부 정보가 제공되지 않아서 비교가 어려운 국가가 있었지만, 표준화된 기준에 따라 수집된 23개 국가의 데이터는 제한적으로나마 의료비 지출 관리에 관한 시사점을 던진다. 코로나19 발생 이전 5년간(2015~2019년) 7.0%대의 높은 증가율을 보이던 의료비는 2020년 2.4%로 증가세가 일시적으로 둔화하였으나, 2021년 12.4%의 급등을 초래한 것은 보건의료체계의 회복탄력성(resilience)에 대한 고민을 남긴다. 코로나19 관련 비용(2021년 13.3조 원, 2022년 15.9조 원)을 제외하더라도, 의료비 지출이 여전히 10%대의 높은 증가세를 유지하는 것

은 늘어난 의료 수요를 잠시 봉쇄할 수는 있지만, 제도적 변화를 모색하지 않고는 장기적으로 억제하기 어려움을 보여준다. 2022년 코로나19가 소강 국면에 들어서며, 대부분의 OECD국가에서 의료비 지출이 감소 추세로 돌아선 것에 반해, 우리나라는 여전히 8.3%의 높은 증가세를 유지하는 점 또한 눈여겨봐야 할 부분이다. 빠른 의료비 증가 속도만을 놓고 보건의료체계의 지속가능성을 논의할 것은 아니지만, 저출산·고령화의 심화, 의료 이용 욕구의 다양화, 노동시장의 구조변화, 정보통신 기술 발전, 보건 위기 등 각종 사회 환경 변화가 의료비 지출 증가세를 더욱 가속할 수 있음에 대한 위기의식을 바탕으로, 사회보장제도의 지속가능성 확보라는 더 큰 틀에서 의제를 다루어야 할 것이다.

한편, OECD의 기준에 따라 수집된 코로나19 의료비 정보는 팬데믹에 대응하는 각 국가의 제도적 특성과 인프라의 차이를 보여주는 가운데, 여러 중재 효과에 대한 평가가 선행되어야 향후 코로나19 팬데믹에 버금가는 보건 위기가 왔을 때, 어떤 방식으로 대응할 것인지에 대한 제도적 방향 모색이 가능할 것이다. 국가별로 재정 여력과 제도 운용 방식이 차이가 있겠지만, 코로나19라는 공통의 사안을 놓고 어떤 국가는 치료 서비스 제공에, 어떤 국가는 검사 및 역학 추적 관리에, 어떤 국가는 백신 제공에 집중하는 등 다른 대응 방식을 취했다. 이 가운데 우리나라는 치료, 검사 및 역학 추적 관리뿐만 아니라 의료기관의 경영 손실을 보상하기 위한 노력에도 집중했다. 이처럼 다른 OECD 국가와 차별적이었던 손실보상금 지원 정책 등 특성 있는 정책이 향후에도 유효하기 위해서는 정책의 합리성, 의료기관의 수용성, 유사 사례 국가와의 비교 등 종합 점검을 실시하여, 다음 보건 위기에 즉각 적용할 수 있도록 정책을 정비해야 한다.

참고문헌

- [1] E. K. Lee, "How COVID-19 is impacting the mid- to long-term outlook for minor healthcare spending," *Monthly Public Finance Forum*, vol. 319, pp. 8-31, 2023.
- [2] KDCA, COVID-19 Outbreak Status: Korea Proton Specimen Surveillance System Weekly Reporting Status [Internet]. Available: <https://dportal.kdca.go.kr/pot/cv/trend/dmstc/selectMntrgSttus.do>.
- [3] OECD, *Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*, OECD Publishing, Paris, 2020.
- [4] OECD, OECD Data Explorer [Internet]. Available: <https://data-explorer.oecd.org>.

- [5] OECD, *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris, 2000.
- [6] OECD, Eurostat, WHO, *A System of Health Accounts 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris, 2011.
- [7] J. K. Park and I. C. No, *Estimates of National Health Expenditure in South Korea, 1970-1974*, Korea Development Institute, Seoul, 1976.
- [8] S. W. Kwon, *Trends in national health expenditure and measures to stabilize national health expenditure*, Korea Development Institute, Seoul, 1988.
- [9] B. M. Yang and T. J. Lee, *Study on ways to contain national health expenditure*, Korea Medical Insurance Corporation, Seoul, 1989.
- [10] J. G. Hong, "Time series of national health expenditures and estimates of indirect healthcare costs," *Health and Welfare Policy Forum* vol. 1, pp. 53-56, 1996.
- [11] J. K. Shin, "Analyzing health insurance coverage and out-of-pocket costs," *Health and Welfare Policy Forum*, vol. 9, pp. 17-27, 1997.
- [12] Y. H. Jeong, *Korea's national health expenditure account*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, 2000.
- [13] H. S. Jeong, *Estimating the 2003-2004 National Health Expenditure and Establishing the National Health Account*, Ministry of Health and Welfare, Seoul, 2006.
- [14] MOHW, YIHW, KIHASA, NHIS, & HIRA, *Korean National Health Accounts in 2021*, Ministry of Health and Welfare, Sejong, 2021.
- [15] J. W. Shin, S. J. Moon, and S. H. Jung, "Covid-19 and Health Care Utilization," *Research in Brief*, no. 75, pp. 1-7, 2021.
- [16] OECD, *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing, Paris, 2020.



신 정 우 (Jeongwoo Shin) _정회원

2007년 8월 : 연세대학교 보건학석사
 2014년 2월 : 연세대학교 보건학박사
 2014년 1월 ~ 현재 : 한국보건사회연구원 연구위원
 <관심분야> 보건재정, 보건통계, 사회보장재정, 보건정책