

보건경제와 정책연구 제15권 제1호

The Korean Journal of Health Economics and Policy

Vol.15, No.1, 1~19, 2009

2007년 국민의료비 및 국민보건계정

정형선*[†] · 이준협** · 신정우*

(*연세대학교 보건행정학과, **고려대학교 보건행정학과)

(2009년 5월 8일 논문접수, 2009년 5월 22일 최종 수정, 2009년 6월 16일 게재확정)

<국문초록>

본고는 OECD의 '보건계정체계(SHA)'에 따라 구축된 우리의 2007년 국민의료비 및 국민보건계정을 제시하는 것을 목적으로 한다. 2007 국민보건계정의 자료원 및 구축방법에 있어서의 특징은 가계직접부담 의료비를 산출함에 있어서 통계청의 가계조사 자료 중 가구원수별 데이터를 활용한 점과 국민건강보험공단의 본인부담실태조사 결과가 가계직접부담 병원의료비의 산출에 추가적으로 사용된 점이다.

2007년 국민의료비는 61.3조원으로 GDP의 6.8%(신규기준 GDP 적용시 6.3%)에 해당한다. 2006년에 비해 6.6조원, 즉 12.0%가 늘어난 규모다. 2005년과 2006년에 이어 계속 두 자리 수의 상승폭을 보이고 있으며, 증가율 자체도 높아지고 있다. '공공재원'의 비중은 54.9%로 SHA를 따르고 있는 24개 국가의 평균 74.0%(조세형 국가 76.5%, 사회보험료형 국가 75.1%, 미국 45.1%)에 비해 낮는데, 외래부문에서 특히 낮고(OECD 평균 84.1% 대비 48.9%), 입원의 경우도 낮은 편이며(OECD 평균 76.4% 대비 65.8%), 의료재화(의약품)에서의 공공재원의 비중은 상대적으로 덜 낮은(OECD 평균 56.9% 대비 51.0%) 편이다. 조세를 중심으로 한 '정부재원'의 비중만을 놓고 보면, 우리나라의 정부재원은 12.3%로 24개 국가의 평균 40.5%는 물론이고, 사회보험료형 국가의 평균 13.3%에도 못 미친다. 또한, '입원서비스의 비중'은 OECD국가의 평균에 비해 낮은 반면(OECD 평균 55.3% 대비 27.9%), 외래서비스의 비중(OECD 평균 12.4% 대비 33.6%)과 의료재화의 비중(OECD 평균 17.6% 대비 26.4%)은 높은 편이다. 우리나라의 공공재원의 우선순위 설정과 의료의 기능적 배분이 적절히 이루어지고 있는 것인지 점검할 필요성을 시사한다.

핵심용어: 보건계정체계(SHA), 국민의료비, 교차테이블, 사회보험형(Contribution-based type)

[†] 교신저자: 정형선, 연락처: 033)760-2343, jeonghs@yonsei.kr

주소: 강원도 원주시 흥업면 매지리 234

주. 이 논문은 보건복지부(정책통계담당관실)의 연구지원에 의한 보고서(정형선, 2009)를 중심으로 OECD Health Data 2009를 업데이트하고 있음.

I. 머리말

정형선·이준협·신정우·송양민(2008)은 국민보건계정과 국민의료비의 개념 및 논의배경을 소개하고 OECD(2000)의 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts; 이하 SHA)에 따라 산출된 2006년 국민보건계정과 국민의료비 통계를 제시한 바 있다. 본고는 새로이 구축된 2007년 국민의료비와 국민보건계정 구축 결과를 제시하는 것을 목적으로 한다. 다만, OECD(2008)에서 제시된 권고안에 따라 민간의료비의 산출에 있어서 일부 자료원을 보충하였고, 가계조사 자료를 활용하여 가계직접부담 의료비를 구축함에 있어서 가구원수별 의료비의 차이를 고려한 바 이러한 변화에 대해서도 기술한다.

본고에서는 1980년부터 2007년까지의 국민의료비 시계열도 제시한다. 이를 통해 건강보험의 확대 과정에서 국민의료비가 어떠한 변화를 보여 왔는지를 확연히 알 수 있다. 또한 OECD 국가들 중에서 SHA를 통해 공통의 척도를 가진 국민의료비와 그 하위항목을 구축하는 작업을 진행해왔고 SHA에 따른 교차테이블을 제출하고 있는 국가들을 특히 조세형(Tax-based type) 국가와 사회보험료형(Contribution-based type) 국가로 구분하여 비교분석한 결과를 제시한다. 보건계정을 구축하는 것은 결국 본고에서 시도하고 있는 것과 같이 국제비교를 통해 제도 유형별 특징을 찾는다는지, 국가 간의 차이를 확인하고 시사점을 얻기 위한 것이다. OECD 국가를 중심으로 지난 10년 가까이 계속되어 온 보건계정 구축 및 확산 작업은 이제 어느 정도 진척을 보이고 있다. 본고의 비교분석은 그 가시적 성과의 하나로 간주될 수 있을 것이다.

II. 자료원 및 구축방법

전체 국민보건계정의 구축에 있어 최대의 관건은 가계직접부담지출, 그 중에서도 비급여본인부담의 기능별 및 공급자별 규모를 산출하는 것이다 (정형선·이준협·신정우·송양민, 2008). 그 동안은 본인부담의 산출에 있어서 통계청에서 산출한 각 연도의 가계조사를 기본 자료로 하고, 국민건강·영양조사의 의료이용조사 자료를 보충적으로 활용해왔다. 금번 연구에서도 이들 자료를 활용하는 것은 마찬가지이지만, 기존의 연구와의 차이점은 OECD의 권고안(OECD, 2008)을 고려하여, 그리고 자료의 상호 비교 결과, 2005년 이후의 병원급 비급여본인부담의 산출에 건강보험공단의 본인부담실태조사의 자료를 활용하게 되었다는 점이다. 또 하

나의 차이점은 가구원수별로 가구당 의료비 규모가 차이가 있다는 점을 고려했다는 것이다. 여기서는 정형선·이준협·신정우·송양민(2008)과 달라진 부분을 중심으로 기술한다 [자료원 및 구축방법에 대한 상세한 내용은 정형선(2009) 참조].

1. 추가자료원으로서 건강보험공단의 본인부담실태조사의 결과 활용

본인부담을 파악하는 방법은 ‘이용자 내지 가구원’에게 확인하는 방법과 요양기관에게 확인하는 방법으로 대별된다. ‘이용자 내지 가구원’에게 직접 본인부담을 확인하는 방법은 조사샘플의 선정, 면접/설문/전화 방식의 선택, 회상기간, 영수증 활용여부, 조사인센티브 등 조사방법에 크게 의존하게 된다. 가장 정확한 방법은 내원환자나 퇴원환자의 영수증을 수집하고 직접 면접조사를 하는 것이나, 요양기관 종별로 대표성을 가질 정도의 환자 샘플을 구하기가 어려운 점이 한계이다. ‘요양기관’으로부터 본인부담을 확인하는 방법은 이를 통해 신뢰성 있는 자료가 확보될 수 있다면 보건계정을 위해서는 최선의 자료원이 될 것이다 (OECD, 2008). 하지만, ‘비급여본인부담’은 요양기관의 입장에서는 공개되지 않은 수입에 해당되기 때문에 이를 정확히 밝히기를 꺼리게 된다. 향후 영수증이 세액 공제 등으로 적극 활용되어 대부분의 환자에게 영수증이 발급되거나, 비급여본인부담의 규모에 대한 보고가 법적으로 강제되는 경우는 요양기관으로부터의 자료가 훨씬 신뢰성이 높아지게 될 것이다.

건강보험환자 본인부담조사는 건강보험공단에서 정책수립의 기초자료를 확보하기 위해 요양기관을 대상으로 2004년부터 수행하고 있는 것으로, 그 동안 조사기법이 발전하고 조사의 신뢰성이 높아져왔다. 본 연구에서는 이러한 변화를 반영하여 동 조사의 병원부문에 대한 조사결과 등 자료의 신뢰성이 확인되고 보건계정의 개념에서 벗어나지 않은 부분을 활용한다. 김정희·이호용·정현진(2008)에 따르면, 동 조사에 사용된 모집단은 62,462개의 요양기관으로, 특히 병원급 이상은 전수를 모집단으로 한다. 표본기관은 모집단을 요양기관종별, 지역별(종합전문병원 및 치과병원 이외의 요양기관), 병상규모별(종합병원), 특성별(병원), 진료과목별(의원) 등을 기준으로 총 34개 층으로 세분하고, 전체 표본수를 층별로 배분하는 층화계통추출법을 사용하고 있다. 2007년도 조사의 샘플수는 770 개였으며(표본추출률 1.2%), 이중 자료제출기관은 587개였고, 일부 부실 응답 기관을 제외하고 실제로 분석에 사용된 것은 541개 기관의 1,346,338 건이었다.

다만, 본 조사는 이러한 의료기관의 모든 진료내역을 대상으로 한 것이 아니고 표 1에서 보듯이 “전액 비급여 본인부담에 해당하는 부분은 상당부분 조사에서 제외”하고 있는데, 이는 보건계정의 구축을 위해 동 자료를 사용함에 있어 결정적인 한계점으로 남게 된다. 특히 치과의 경우는 전자차트를 사용하는 기관이 적어 표본 수가 작고 조사에서 아예 제외된 항목이 많고, 약국의 경우 일반매약비용을 제외하고 있으며, 의원의 경우도 개설기관수가 적거나 비급여 환자가 많은 일부 진료과목은 조사에서 제외하고 있다. 이러한 제반 상황을 고려하여 보건계정에서는 동 조사의 병원급 이상 의료기관에 관한 결과를 주로 활용하고, 침약을 제외한 한방 의료기관의 자료 등을 보충적으로 활용하는 것으로 한다.

4 보건경제와 정책연구 제15권 제1호

<표 1> 건강보험공단 본인부담실태조사의 조사대상 제외 항목

진료부문	조사대상 외
병원, 의원	-미용성형수술비 -집단검진비 -개별검진비 -시력교정술 -예방접종 -기타 예방진료
치과	- 임플란트 - 보철치료 - 교정치료
한방	- 침약
약국	- 일반매약비용 • 드링크류 • 비타민제, 강장제 등 본인 희망에 의한 건강증진제

출처: 김정희·이호용·정현진(2008)

종합하면, 병원급 이상에서의 본인부담 내역, 한방병원의 본인부담 내역(침약 제외)은 공단의 본인부담조사 결과를 활용하고, 병원 이외의 공급자별 규모 추정을 위해서는 가계조사자료 및 건강영양조사자료를 사용하며, 비급여본인부담의 전체 규모의 시계열적 변화를 추정하는데는 가계조사를 활용하는 것이다. 다만, 본인부담조사 자료 중에서 본 연구에 필요한 것은 비급여본인부담의 규모이므로 동 조사의 원시데이터를 입수할 필요 없이, 김정희·이호용·정현진(2008)에 수록된 의료기관별, 기능별 비급여본인부담 비율을 본 연구의 보험자부담분 및 법정 비급여본인부담분에 적용하여 비급여본인부담의 규모를 산출한다.

2. 가구원수별 의료비의 차이를 고려한 산출

정형선·이준협·신정우·송양민(2008)에서는 가계조사에서 제시된 항목별 월 평균치를 사용하였으나, 이는 결국 가구원수별 의료비 지출이 크게 다르다는 점을 무시하게 되는 한계가 있었다. 본 연구에서는 정형선(2007)에서와 마찬가지로 가구원수별 추계치를 사용했다. 전국 규모의 연간 가계본인부담 총액을 산출함에 있어서, 가구단위 보건의료지출에 대한 유의한 영향변수 중 '가구원수' 변수가 가장 강력하고(신정우·정형선, 2007) 더욱이 가구원수별 가구수에 대한 연간 단위 공식 자료와 가구원수별 가계조사 자료가 있다는 점이 고려되었다.

이 방식은 중분류항목별 총액을 구하여 그 합이 대분류항목의 총액이 되는 상향식(bottom-up method)과 전체 가구의 보건의료항목 총액을 정하고 이를 통해 재구성한 중분류수치를 다시 세분류 항목에 배분하는 하향식(top-to-down method)을 병행하는 혼합방식(mixed approach)이다.

작업 순서에 따라 기술하면, 가계(동향)조사의 결과로 발표되는 다양한 시계열 자료를 활용

하여 가구원수별 중분류(보건의료서비스 비용, 의약품비, 보건의료용품기구 비용)의 연간 월평균액을 추정하는 작업이 우선적으로 이루어진다. 2006년과 2007년의 경우 『가계동향조사 - 1인 이상 非농어가가구』의 가구원수별 중분류의 연간 월평균액을 그대로 사용하나, 2003-2005년의 경우는 『가계동향조사 - 1인 이상 非농어가가구』를 기본으로 하지만, 『가계동향조사 - 2인 이상 非농어가가구』의 중분류별 연간 월평균액의 가중평균치도 추가적으로 활용한다. 1982-2002년의 경우는 『도시가계조사 - 2인 이상 도시·非농어가가구』의 1982-2002년도 자료와 위에서 구한 2003년도 가구원수별 중분류별 연간 월평균액을 결합하여 추정한다. 1981년 이전은 『도시가계조사 - 2인 이상 도시·非농어가가구』에서 가구원수별 자료가 대분류 수치만 제공되고 있으므로 중분류 수치를 같은 자료의 1982년도의 가구원수별 중분류별 비율을 적용하여 추정한다.

<표 2> 가구원수별 월평균 보건의료비 지출 (농가제외)

		이전 연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
[1인가구]	보건의료비	...	33,839	35,609	38,847	42,969	45,626	49,882	53,832	57,991
	보건의료서비스	...	20,833	21,923	23,917	26,454	28,090	30,710	33,142	36,313
	의약품	...	11,157	11,741	12,808	14,167	15,043	16,447	17,749	17,718
	보건의료용품기구	...	1,849	1,945	2,122	2,348	2,493	2,725	2,941	3,960
[2인가구]	보건의료비	...	63,903	67,247	73,362	81,146	92,125	100,723	113,951	116,148
	보건의료서비스	...	35,597	37,460	40,866	45,202	53,677	64,124	77,240	77,663
	의약품	...	22,576	23,757	25,917	28,667	31,756	30,082	30,365	30,772
	보건의료용품기구	...	5,731	6,031	6,579	7,277	6,694	6,517	6,347	7,714
.....										
[6인 이상 가구]	보건의료비	...	96,758	101,821	111,081	122,866	136,999	128,778	144,627	179,778
	보건의료서비스	...	60,829	64,012	69,833	77,242	88,079	81,966	90,934	127,633
	의약품	...	25,163	26,479	28,887	31,952	35,314	34,114	36,441	35,768
	보건의료용품기구	...	10,767	11,330	12,361	13,672	13,607	12,699	17,252	16,377

위의 결과에는 '농가가구'의 자료가 포함되어 있지 않다. 이를 반영하기 위해 2003-2007년의 전체 가구의 전체 보건의료비 월평균액을 구하고 이를 위의 자료와 결합하여 농가가구를 포함한 가구원수별 중분류별 월평균액을 산출한다. 2002년 이전은 2003년의 비율을 일률적으로 적용한다.

보건의료항목 총액 =

「2인 이상 非농어가가구(그림 1의 A+B)의 보건의료항목 총액」

× 「1인 이상 非농어가가구(그림 1의 A+B+D)의 보건의료항목 총액」 / 「2인 이상 도시 및 비농어가가구(그림 1의 A+B)의 보건의료항목 총액」

× 「2인 이상 非어가가구(그림 1의 A+B+C) 보건의료항목 총액」 / 「2인 이상 非농어가가구(그림 1의 A+B) 보건의료항목 총액」



[그림 1] 가계조사의 대상별 구분

위의 자료와 가구원수별(1인가구, 2인가구, 3인가구... 등) 가구의 규모를 조합하면, 보건의료 서비스 비용, 의약품비, 보건의료용품기구 비용 각각에 대하여 전체 가구(어가가구 제외)의 가구원수별 월평균 가계부담 규모를 얻을 수 있다 (표 3). 이는 가구당 월별 지출액의 연평균 금액이므로, 앞에서 구한 가구원수별 월평균 보건의료비 지출액에 가구수 및 12(개월)를 곱하여 세부 항목별 연간 가계본인부담액을 추정한다. 이렇게 구해진 총액을 후술하는 바와 같이 다시 기능별로 재편하고 공급자별로 배분한다.

<표 3> 전체 가구(어가가구 제외)의 가구원수별 월평균 가계부담

		이전 연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
[1인가구]	보건의료비	...	75,595	85,394	100,004	118,740	135,345	158,840	171,984	185,882
	보건의료서비스	...	46,541	52,574	61,568	73,103	83,326	97,791	105,883	116,396
	의약품	...	24,925	28,155	32,972	39,150	44,625	52,371	56,705	56,793
	보건의료용품기구	...	4,130	4,665	5,464	6,487	7,394	8,678	9,396	12,693
[2인가구]	보건의료비	...	175,242	194,025	222,705	259,177	309,591	356,125	404,230	413,381
	보건의료서비스	...	97,618	108,081	124,057	144,373	180,380	226,722	273,999	276,407
	의약품	...	61,909	68,544	78,677	91,561	106,715	106,360	107,716	109,519
	보건의료용품기구	...	15,715	17,400	19,972	23,242	22,495	23,042	22,515	27,455
.....										
[6인 이상 가구]	보건의료비	...	46,581	46,279	47,667	49,778	52,403	46,506	52,402	65,353
	보건의료서비스	...	29,284	29,094	29,967	31,294	33,691	29,600	32,948	46,397
	의약품	...	12,114	12,035	12,396	12,945	13,508	12,320	13,203	13,002
	보건의료용품기구	...	5,183	5,150	5,304	5,539	5,205	4,586	6,251	5,953

III. 2007년 국민의료비 및 경시적 변화

1. 2007년 국민의료비 규모

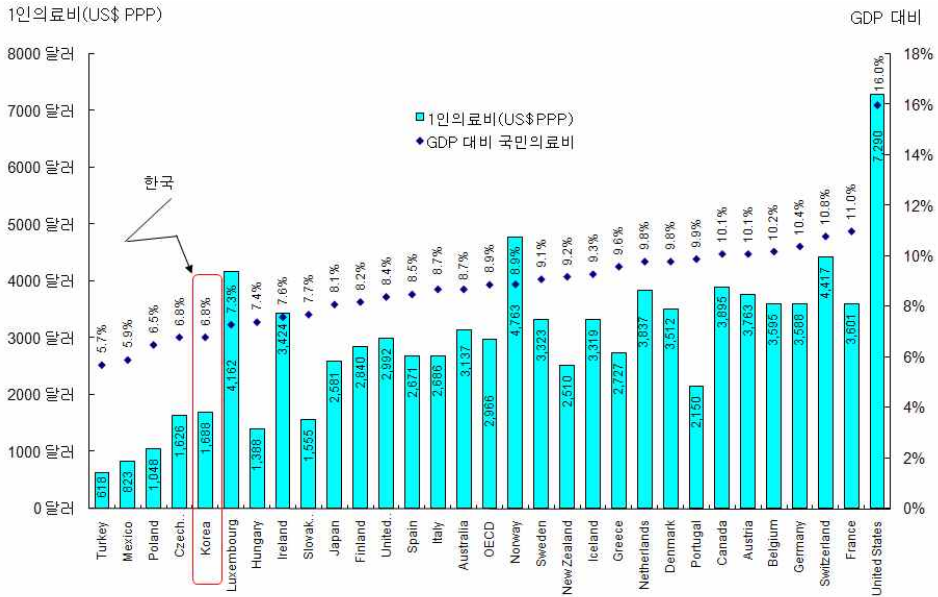
표 4에서 보듯이 2007년의 국민의료비는 61.3조원으로 GDP의 6.8%(신규 기준 GDP 대비 6.3%)에 해당한다. 국민의료비에서 자본형성(capital formation)을 제외한 '경상의료비(current health expenditure)'는 57.6조원으로 국민의료비의 93.8%에 해당한다. 경상의료비에서 예방/공중보건, 보건행정관리 등의 집단의료비를 제외한 '개인의료비(personal health expenditure)'는 54.1조원으로 국민의료비의 88.2%에 해당한다.

<표 4> 2007년 국민의료비의 규모

구 분	규 모	비 고
국민의료비	61.3 조원	GDP 대비 6.8%
경상의료비	57.6 조원	국민의료비의 93.8%
개인의료비	54.1 조원	국민의료비의 88.2%

그림 2에서 보듯이 한국의 'GDP 대비 국민의료비 비율' 6.8%는 OECD 30개 국가 중 26번째에 해당한다. 터키, 멕시코, 폴란드, 체코가 각각 5.7%, 5.9%, 6.5%, 6.8%로 우리와 함께 낮은 비율의 국가군을 이룬다. 구매력지수로 환산한 한국의 1인당 국민의료비는 1,688 US\$PPP로 30개 국가 중 26번째이다.

8 보건경제와 정책연구 제15권 제1호



주 : 2007년 수치임. 단, 호주 2006/07년; 룩셈부르크, 일본, 포르투갈 2006년; 터키 2005년.
출처: OECD Health Data 2009 (June version).

[그림 2] OECD 국가의 '1인당 국민의료비' 및 'GDP 대비 국민의료비' 비교

OECD 30개 국가의 평균은 각각 8.9% 및 2,966 US\$PPP이었다. 미국은 각각 16.0%와 7,290 US\$PPP로 의료비 규모에 관한 한 선두의 입장을 오래 유지하고 있다. 10% 이상인 국가는 미국 외에도 프랑스(11.0%), 스위스(10.8%), 독일(10.4%), 벨기에(10.2%), 오스트리아(10.1%), 캐나다(10.1%) 등 모두 7개 국가이다. 1994년까지만 해도 10%를 초과하는 국가는 미국(13.1%) 뿐이었고, 2000년에는 미국(13.2%), 스위스(10.3%), 독일(10.3%), 프랑스(10.1%)의 4개 국가만이 10%를 초과했다(OECD Health Data 2008 December version).

2. 국민의료비의 경시적 변화

표 5에서 보듯이, 국민의료비의 규모는 1980년 1.6조원에서 2007년에 61.3조원으로 증가해왔다. 이에 따라 국민의료비의 GDP 비율도 높게 상승했다. 국민의료비는 매년 꾸준히 증가하고 있으나, 증가율 자체는 1980년대 평균 19.1% (전반 19.7%, 후반 18.5%), 1990년대 평균 13.6% (전반 16.4%, 후반 10.9%), 2000-2007년 평균 12.4%로 둔화되어 왔다. 하지만 2000년대에도 계속되는 이러한 두 자리 증가율은 다른 여타 경제부문에서 보기 힘든 높은 증가율에 해당한다.

1998년에는 1997년 말에 시작된 금융위기로 인해 국민의료비가 증가를 멈추었고(0.2%), 2001년에는 2000년 후반에 시행된 의약분업제도와 이에 수반된 수가인상 등의 영향으로 국민의료

비 규모가 가파른 상승세를 보인 바 있다(19.8%). 그 뒤로 계속되는 보험진료비 억제책으로 증가세는 2002년과 2004년에 각각 7.1% 및 8.4%로 약간 완화되었으나, 보장성 강화대책이 적극적으로 시행된 2005년 이후 다시 급증세를 보이고 있는 점이 주목된다. 2005년 증가율은 11.7%, 2006년 증가율은 11.3%, 2007년 증가율은 12.0%로 두 자리 증가율이 계속되고 있다.

<표 5> 국민의료비 규모의 추이

연도	국민의료비 (조원)	국민의료비 증가율	GDP (조원)		GDP 증가율		THE/GDP		1인당 료비 (천원)	1인당GDP (천원)	
			기존	신규	기존	신규	기존	신규		기존	신규
1980	1.6	33.8%	38.8		22.2%		4.1%		41	1,017	
1981	2.0	29.4%	48.7		25.5%		4.2%		53	1,257	
1982	2.3	15.1%	55.7		14.5%		4.2%		60	1,417	
1983	2.7	13.4%	65.6		17.7%		4.1%		67	1,643	
1984	2.9	8.8%	75.1		14.6%		3.9%		72	1,859	
1985	3.3	12.7%	84.1		11.9%		3.9%		80	2,060	
1986	3.6	11.7%	98.1		16.7%		3.7%		88	2,381	
1987	4.2	14.5%	115.2		17.4%		3.6%		100	2,767	
1988	5.2	25.2%	137.1		19.1%		3.8%		124	3,262	
1989	6.8	29.6%	154.8		12.9%		4.4%		159	3,646	
1990	8.1	19.9%	186.7		20.6%		4.3%		189	4,355	
1991	9.5	17.0%	226.0		21.1%		4.2%		219	5,220	
1992	11.3	19.5%	257.5		13.9%		4.4%		259	5,887	
1993	12.4	9.5%	290.7		12.9%		4.3%		281	6,577	
1994	14.4	16.3%	340.2		17.0%		4.2%		323	7,621	
1995	16.3	13.2%	398.8		17.2%		4.1%		363	8,845	
1996	19.2	17.5%	448.6		12.5%		4.3%		422	9,854	
1997	21.0	9.3%	491.1		9.5%		4.3%		457	10,688	
1998	21.0	0.2%	484.1		-1.4%		4.3%		454	10,459	
1999	24.3	15.4%	529.5		9.4%		4.6%		521	11,359	
2000	28.5	17.3%	578.7	603.2	9.3%		4.9%	4.7%	606	12,310	12,833
2001	34.1	19.8%	622.1	651.4	7.5%	8.0%	5.5%	5.2%	720	13,137	13,755
2002	36.5	7.1%	684.3	720.5	10.0%	10.6%	5.3%	5.1%	767	14,369	15,130
2003	40.7	11.3%	724.7	767.1	5.9%	6.5%	5.6%	5.3%	849	15,142	16,029
2004	44.1	8.4%	779.4	826.9	7.5%	7.8%	5.7%	5.3%	917	16,224	17,213
2005	49.2	11.7%	810.5	865.2	4.0%	4.6%	6.1%	5.7%	1,023	16,837	17,974
2006	54.8	11.3%	847.0	908.7	4.5%	5.0%	6.5%	6.0%	1,134	17,538	18,816
2007	61.3	12.0%	901.2	975.0	6.4%	7.3%	6.8%	6.3%	1,266	18,598	20,121

연평균 증가율**

80년대	19.1%	17.2%	1.7%	17.7%	15.7%
90년대	13.6%	13.1%	0.5%	12.6%	12.0%
2000년대	12.4%	6.9% (7.4%)	5.2% (4.7%)	11.9%	6.4% (6.9%)

** 매년의 추계 과정에서 미세 조정이 되므로 여기서의 수치와 과거에 발표된 같은 연도의 수치 사이에 조금씩 차이가 날 수 있음. 2009년 4월 한국은행이 2000년 이후의 GDP 수치를 상향조정하여 새로이 발표함에 따라 여기서는 두 가지 시계열을 함께 제시함.

** 연평균 증가율은 기하평균치. () 속은 신규 GDP 적용 시의 증가율임.

IV. 2007년 국민보건계정 및 국제비교

국민의료비의 구조는 국민보건계정의 3가지 교차테이블(재원-기능별, 기능-공급자별 및 재원-공급자별)을 통해서 일목요연하게 파악할 수 있다. 재원-기능별 테이블(표 6)은 보건의료의 각각의 기능별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 기능에 쓰이는지를, 기능-공급자별 테이블(표 7)은 각각의 기능별 지출이 어떤 공급자에서 이루어지는지, 역으로 각각의 공급자별 지출이 어떤 기능구성을 이루는지를, 재원-공급자별 테이블(표 8)은 각각의 공급자별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 공급자에게 지출되는지를 보여준다. 다만, 분류코드 3 자리 내지 4 자리까지 제시하는 테이블(정형선, 2009)은 지면에 한계가 있으므로 여기서는 2 자리 분류까지의 요약 교차테이블을 제시하고 의미를 고찰한다.

1. 국민보건계정의 구축결과

국민의료비는 기능별로 외래서비스 33.6%(20.6조원), 입원서비스 27.9%(17.1조원), 의약품/소모품지출 26.4%(16.2조원), 자본형성 6.2%(3.8조원), 보건행정관리 3.7%(2.3조원), 예방/공중보건 1.9%(1.1조원)로 나누어진다. 공급자별로는 병원 43.2%(26.5조원), 통원의료기관 29.6%(18.2조원), 의료재화소매상/기타공급자 21.4%(13.2조원)로 구성되어 있다. 재원별로는 공공재원 54.9%(33.7조원), 민간재원 45.1%(27.6조원)로 구성된다. 공공재원은 다시 사회보장기금재원 42.7%(26.2조원)와 정부재원 12.3%(7.5조원)로, 민간재원은 다시 가계직접부담재원 35.7%(21.9조원)와 기업 4.8%(2.9조원), 민영보험재원 4.1%(2.5조원), 민간비영리단체 0.4%(0.3조원)로 구분된다.

교차테이블은 전체 국민의료비의 이러한 1차원 구조만이 아니고, 기능, 재원 또는 공급자별 의료비지출이 어떤 기능, 재원 또는 공급자로 구성되었는지를 보여주는 2차원 구조의 정보를 제공한다. 재원-기능별 교차테이블인 표 6은 입원서비스 17.1조원이 공공재원 65.8%(사회보장기금재원 51.9%, 정부재원 13.9%)와 민간재원 34.2%(가계직접부담 25.2%, 민영보험 9.0%)로, 외래서비스 20.6조원이 공공재원 48.9%(사회보장기금재원 42.2%, 정부재원 6.7%)와 민간재원 51.1%(가계직접부담 46.9%, 민영보험 2.7%, 민간비영리단체 1.2%, 기업 0.2%)로, 의약품지출이 대부분인 의료재화지출 16.2조원이 공공재원 51.0%(사회보장기금재원 44.7%, 정부재원 6.3%)와 민간재원 49.0%(가계직접부담 48.6%, 민영보험 0.4%)로 구성되어 있음을 보여 준다.

같은 표 6은 역으로 정부재원 7.5조원 중 64.8%는 개인의료서비스·재화(입원 31.5%, 외래 18.3%, 의료재화 13.5% 등)에, 나머지 35.2%는 집단보건서비스 등(보건행정관리 13.8%, 자본형

성 12.3%, 예방·공중보건 9.1%)에 쓰였고, 사회보장기금채원 26.2조원 중 95.0%는 개인의료서비스·재화(외래 33.9%, 입원 33.3%, 의료재화 27.7%)에, 나머지 5.0%는 집단보건서비스 등(보건행정관리 3.4%, 예방·공중보건 1.6%)에 쓰였으며, 가계직접부담채원(HF.2.3) 21.9조원은 전부 개인의료서비스·재화(외래 44.2%, 의료재화 36.0%, 입원 19.7% 등)에 쓰인 것을 보여 준다.

<표 6> 자원-기능별 교차테이블

	공공자원 (54.9%)			민간자원 (45.8%)					전체 (100%)
	소계 (54.9%)	정부 (12.3%)	사회보장기금 (42.7%)	소계 (45.1%)	민영보험 (4.1%)	가계직접부담 (35.7%)	민간비영리단체 (0.4%)	기업 (4.8%)	
입원서비스 (27.9%)	11.2조 33.4%	2.4조 31.5%	8.9조 33.9%	5.9조 21.2%	1.5조 60.6%	4.3조 19.7%	0.0조 2.4%		17.1조 100%
외래서비스 (33.6%)	10.1조 29.9%	1.4조 18.3%	8.7조 33.3%	10.5조 38.1%	0.6조 22.3%	9.7조 44.2%	0.3조 96.8%	0.0조 1.6%	20.6조 100%
기타서비스 (0.3%)	0.2조 0.5%	0.1조 1.5%	0.0조 0.1%	0.0조 0.1%		0.0조 0.2%	0.0조 0.8%		0.2조 100%
의료재화 (26.4%)	8.3조 24.5%	1.0조 13.5%	7.2조 27.7%	7.9조 28.7%	0.1조 2.7%	7.9조 36.0%			16.2조 100%
의약/소모품 (24.7%)	8.3조 24.5%	1.0조 13.5%	7.2조 27.7%	6.9조 24.9%	0.1조 2.7%	6.8조 31.1%			15.1조 100%
예방/공중보건 (1.9%)	1.1조 3.3%	0.7조 9.1%	0.4조 1.6%	0.0조 0.1%			0.0조 1.1%		1.1조 100%
보건행정관리 (3.7%)	1.9조 5.7%	1.0조 13.8%	0.9조 3.4%	0.4조 1.3%	0.4조 14.5%				2.3조 100%
자본형성 (6.2%)	0.9조 2.7%	0.9조 12.3%		2.9조 10.4%			2.9조 97.3%		3.8조 100%
전체 (100%)	33.7조 100%	7.5조 100%	26.2조 100%	27.6조 100%	2.5조 100%	21.9조 100%	0.3조 100%	2.9조 100%	61.3조

표 7은 기능-공급자별 교차테이블이다. 이를 통해 입원서비스 17.1조원은 87.7%가 병원에서, 11.0%가 통원시설에서 지출되었고, 외래서비스 20.6조원은 68.3%가 통원시설(의원 37.6%)에서, 30.3%가 병원에서 지출되었음을 알 수 있다. 역으로, 병원의료비(HP.1) 26.5조원은 개인의료비·재화(입원서비스 56.7%, 외래서비스 23.6%, 의료재화 4.5% 등) 84.7%와, 자본형성(HC.R.1) 14.3%, 집단보건의료비(예방·공중보건서비스) 0.9%로 구성되고, 의원의료비(HP.3.1) 10.2조원은 외래서비스 76.2%, 입원서비스 18.5%, 의료재화 3.3% 등으로 구성되었다.

<표 7> 기능-공급자별 교차테이블

병원 (43.2%)	간호/주 거케어시 설 (0.2%)	통원 서비스 제공기관 (29.6%)	의원 (16.6%)	의료재화 소매상/ 기타 공급자 (21.4%)	약국 (19.3%)	공중보건 /관리 (1.1%)	일반 보건행정 (3.7%)	기타 (0.8%)	전체 (100%)	
입원서비스 (27.9%)	15.0조 56.7%	0.1조 90.5%	1.9조 10.4%	1.9조 18.5%				0.1조 27.0%	17.1조 100%	
87.7%	0.5%	11.0%	11.0%					0.7%		
외래서비스 (33.6%)	6.2조 23.6%		14.1조 77.5%	7.8조 76.2%				0.3조 64.1%	20.6조 100%	
30.3%		68.3%	37.6%					1.5%		
기타서비스 (0.3%)	0.0조 0.0%	0.0조 9.5%	0.2조 0.9%					0.0조 5.6%	0.2조 100%	
0.6%	4.9%	80.7%						13.9%		
의료재화 (26.4%)	1.2조 4.5%		1.8조 10.1%	0.3조 3.3%	13.2조 100.0%	11.9조 100.0%		0.0 3.3%	16.2 100%	
7.4%			11.4%	2.1%	81.2%	73.1%		0.1%		
의약/소 모품 (24.7%)	1.2조 4.5%		1.8조 10.1%	0.3조 3.3%	12.1조 91.8%	11.9조 100.0%		0.0 3.3%	15.1 100%	
7.9%			12.2%	2.2%	79.8%	78.4%		0.1%		
예방/공중 보건 (1.9%)	0.2조 0.9%		0.2조 1.2%	0.2조 2.0%		0.7조 100.0%			1.1 100%	
21.5%			18.5%	18.1%		59.9%				
보건행정 관리 (3.7%)							2.3조 100.0%		2.3 100%	
							100.0%			
자본형성 (6.2%)	3.8조 14.3%								3.8 100%	
100.0%										
전체 (100%)	26.5조 100%	0.1조 100%	18.2조 100%	10.2조 100%	13.2조 100%	11.9조 100%	0.7조 100%	2.3조 100%	0.5조 100%	61.3조

표 8은 재원-공급자별 교차테이블이다. 이를 통해 정부재원 7.5조원은 52.6%가 병원에, 12.0%가 통원시설(의원 9.0%)에, 13.8%가 보건행정관리기관에, 11.7%가 약국등에, 9.1%가 예방·공중보건기관에 유입되거나 쓰였고, 사회보장기금재원 26.2조원은 41.3%가 병원에, 30.5%가 통원시설(의원 23.6%)에, 24.6%가 약국등에 지출되었으며, 가계직접부담재원 21.9조원은 38.5%가 통원시설(의원 11.3%)에, 34.2%가 병원에, 26.6%가 의료재화소매상·기타공급자(약국 20.7% 등)에 쓰였음을 알 수 있다. 역으로, 병원의료비 26.5조원은 공공재원 55.8%(사회보장기금 40.9%, 정부 15.0%), 민간재원 44.2%(가계직접부담 28.2%, 기업 10.9%, 민영보험 5.0%)로 구성되며, 의원의료비 10.2조원은 공공재원 67.3%(사회보장기금 60.7%, 정부 6.7%), 민간재원 32.7%(가계직접부담 24.3%, 민영보험 8.2%)로 구성된다.

<표 8> 재원-공급자별 교차테이블

	공공재원 (54.9%)						민간재원 (45.1%)						전체 (100%)
	소계 (54.9%)	정부 (12.3%)	사회보장기금 (42.7%)	소계 (45.1%)	민영보험 (4.1%)	가계직접부담 (35.7%)	민간비영리단체 (0.4%)	기업 (4.8%)					
병원(43.2%)	14.8조 43.9%	4.0조 52.6%	10.8조 41.3%	11.7조 42.3%	1.3조 52.6%	7.5조 34.2%		2.9조 97.9%	26.5조				
	55.8%	15.0%	40.9%	44.2%	5.0%	28.2%		10.9%	100%				
간호/주거 케어시설(0.2%)	0.1조 0.2%	0.1조 0.8%		0.0조 0.1%		0.0조 0.2%	0.0조 2.8%		0.1조				
	58.0%	58.0%		42.0%		34.6%	7.5%		100%				
통원서비스 제공기관(29.6%)	8.9조 26.4%	0.9조 12.0%	8.0조 30.5%	9.3조 33.6%	0.8조 33.0%	8.4조 38.5%	0.0조 0.4%	0.0조 0.5%	18.2조				
	48.9%	5.0%	44.0%	51.1%	4.6%	46.4%	0.0%	0.1%	100%				
의원 (16.6%)	6.9조 20.4%	0.7조 9.0%	6.2조 23.6%	3.3조 12.0%	0.8조 33.0%	2.5조 11.3%		0.0조 0.5%	10.2조				
	67.3%	6.7%	60.7%	32.7%	8.2%	24.3%		0.1%	100%				
의료재화소매상 등(21.4%)	7.3조 21.7%	0.9조 11.7%	6.4조 24.6%	5.8조 21.1%		5.8조 26.6%			13.2조				
	55.7%	6.7%	49.0%	44.3%		44.3%			100%				
약국 (19.3%)	7.3조 21.7%	0.9조 11.7%	6.4조 24.6%	4.5조 16.4%		4.5조 20.7%			11.9조				
	61.8%	7.4%	54.4%	38.2%		38.2%			100%				
공중보건/관리 (1.1%)	0.7조 2.0%	0.7조 9.1%							0.7조				
	100.0%	100.0%							100%				
일반보건행정 (3.7%)	1.9조 5.7%	1.0조 13.8%	0.9조 3.4%	0.4조 1.3%	0.4조 14.5%				2.3조				
	84.0%	45.5%	38.5%	16.0%	16.0%				100%				
기타(0.8%)	0.0조 0.1%		0.0조 0.2%	0.4조 1.6%		0.1조 0.6%	0.3조 96.8%	0.0조 1.6%	0.5조				
	9.0%		9.0%	91.0%		27.0%	54.0%	10.1%	100%				
전체(100%)	33.7조 100%	7.5조 100%	26.2조 100%	27.6조 100%	2.5조 100%	21.9조 100%	0.3조 100%	2.9조 100%	61.3조				

2. 보건계정의 국제비교

표 9는 현재 SHA에 따라 보건계정을 작성하고 있는 OECD 국가 중에서 재원-기능별 교차테이블을 제공하고 있는 24개 국가를 취합한 것이다. 이는 OECD 국가의 평균적인 재원 및 기능 구성을 보여준다. 우리나라의 교차테이블인 표 6과 OECD 평균 교차테이블인 표 9를 비교함으로써 우리나라의 의료비의 규모, 구성을 중심으로 한 특징을 확인할 수 있다. (여기서는 지면 관계상 제시하지 못하지만, 이들 국가의 집약된 재원-공급자별 교차테이블과 기능-공급자별 교차테이블도 비교가 가능함)

우리나라의 공공재원 비중(54.9%)은 표 9에 포함된 국가의 평균수준(74.0%)에 비해 전체적으로 낮은 편이지만 외래부문에서 특히 낮고(OECD 평균 84.1% 대비 48.9%), 입원의 경우도 낮은 편이며(OECD 평균 76.4% 대비 65.8%), 의료재화(의약품)에서의 공공재원의 비중은 상대적으로 덜 낮다(OECD 평균 56.9% 대비 51.0%). 또한, '국민의료비 중 입원서비스의 비중'은 OECD 국가의 평균에 비해 낮은 편이고(OECD 평균 55.3% 대비 27.9%), 반면에 외래서비스의 비중(OECD 평균 12.4% 대비 33.6%)과 의료재화의 비중(OECD 평균 17.6% 대비 26.4%)은 높은 편임을 알 수 있다.

<표 9> OECD 24개 국가의 자원-기능별 교차테이블 종합 (1인당 의료비 평균 및 점유율)

	공공자원 (74.0%)						민간자원 (26.0%)						전체 (100%)				
	소계 (74.0%)		정부 (40.5%)		사회보장기금 (33.5%)		소계 (26.0%)		민영보험 (7.4%)		가계직접부담 (16.4%)			민간비영리단체 (1.0%)		기업 (1.2%)	
입원서비스 (55.3%)	1284	57.1	707	57.5	576	56.7	395	50.1	145	64.6	229	45.8	14	45.9	8	22.2	1679
	76.4		42.1		34.3		23.6		8.6		13.6		0.8		0.5		100
외래서비스 (12.4%)	317	14.1	203	16.5	115	11.3	60	7.6	5	2.2	51	10.2	4	12.7	0	0.7	377
	84.1		53.8		30.4		15.9		1.3		13.5		1.0		0.1		100
기타서비스 (3.8%)	95	4.2	53	4.3	42	4.1	21	2.7	4	2.0	12	2.3	5	15.3	1	1.7	116
	81.6		45.7		35.9		18.4		3.8		10.0		4.0		0.5		100
의료재화 (17.6%)	304	13.5	90	7.3	214	21.1	230	29.2	37	16.3	192	38.5	1	4.5	0	0.5	535
	56.9		16.8		40.1		43.1		6.8		35.9		0.3		0.0		100
예방/공중보건 (2.9%)	73	3.2	60	4.9	13	1.3	16	2.1	1	0.5	3	0.5	5	15.3	8	21.6	89
	81.8		67.3		14.4		18.2		1.3		2.9		5.2		8.8		100
보건행정관리 (4.3%)	92	4.1	47	3.8	45	4.5	37	4.7	32	14.2	3	0.6	1	4.0	1	4.1	130
	71.1		36.1		35.0		28.9		24.5		2.3		0.9		1.1		100
분류 외 (0.1%)	1	0.1	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.2	0	0.5	0	0.0	2
	59.0		51.4		7.6		41.0		2.7		32.2		6.0		0.1		100
자본형성 (3.6%)	81	3.6	69	5.6	11	1.1	28	3.5	0	0.1	9	1.8	1	1.9	18	49.2	108
	74.4		64.1		10.3		25.6		0.2		8.5		0.5		16.3		100
전체(100%)	2,247	100	1,231	100	1,017	100	789	100	224	100	499	100	30	100	36	100	3,037

주 : 자원-기능별 SHA 교차테이블을 산출하고 있는 OECD 24개국(호주, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 오스트리아, 벨기에, 체코, 프랑스, 독일, 헝가리, 일본, 한국, 룩셈부르크, 네덜란드, 폴란드, 슬로박, 스위스, 미국)의 1인당 의료비의 평균 및 점유율임. 대부분 2006년 의료비.

출처: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx>에서 각 국가의 SHA 교차테이블을 추출하여 분석함.

표 9와 같은 교차테이블은 어찌 보면 각국의 특징을 중화시키고 있어 해석에 한계가 있다. 또한 미국과 같이 1인당 의료비가 큰 국가의 영향이 더 크게 나타나는 점이 단점이다. 공공재원의 구성이 정부재원과 사회보장기금 사이에 어떻게 되어 있는지, 민간자원이나 가계직접부담의 비중이 어떻게 되어 있는지를 보는 데는 전체 국가의 평균을 보는 것보다는 의료제도의 유형별로 구성내용을 확인할 필요가 있다. 제도 유형에 따라서 주된 재원이 달라지기 때문이다.

표 10 및 표 11은 상기 24개 국가 중 미국을 제외한 23개 국가를 조세형(Tax-based type) 국가와 사회보험료형(Contribution-based type) 국가로 나눈 뒤 각국의 점유율을 두 유형별로 평균한 결과이다. 국가보건서비스(NHS)형 의료제도, 즉, 베버리지형 의료제도라도 명명되고 의료보장에 있어 조세를 주된 재원으로 하는 국가에는 호주, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴의 10개 국가가 해당된다. 반면에 비스마르크형 의료제도라도 불리는 사회보험을 주된 재원으로 하는 국가에는 오스트리아, 벨기에, 체코, 프랑스, 독일, 헝가리, 일본, 한국, 룩셈부르크, 네덜란드, 폴란드, 슬로박, 스위스의 13개 국가가 해

당된다.

조세형 국가와 사회보험료형 국가 사이에 공공재원(HF.1)의 비중은 거의 비슷했으며(각각 76.5% 및 75.1%), 다만 전자는 정부재원(HF.1.1)의 비중이 높고(70.0%), 후자는 사회보장기금재원(HF.1.2)의 비중이 높았다(61.8%). 두 유형 모두 조세나 사회보험 한 쪽에 전적으로 의존하기보다는 재원의 혼합을 보여준다는 점이 주목된다. 조세형 국가의 경우도 사회보장기금재원이 6.4%이었고, 사회보험료형 국가의 경우도 정부재원이 13.3%를 차지했다. 사회보험료형 국가의 정부재원 비중이 13.3%로 나타난 것은 사회보험제도를 근간으로 하는 경우에도 국가가 세금을 재원으로 직접 개입하는 영역이 존재할 수밖에 없고, 대부분의 국가가 이를 제도화하고 있음을 시사한다. 표 8에서 본 바 우리의 정부재원 비중 11.9%는 사회보험료형 국가의 평균보다 작음을 알 수 있다.

조세형 국가의 정부재원 의료비의 기능별 구성을 보면, 입원서비스에 57.6%, 외래서비스에 14.6%, 의료재화(의약품)에 12.1%를 지불했고, 사회보험료형 국가의 사회보장기금재원 의료비는 입원서비스에 59.8%, 외래서비스에 8.2%, 의료재화(의약품)에 21.9%를 지불했다. 표 8에서 본 바 우리의 사회보장기금재원 의료비는 각각 33.9%, 33.3%, 27.7%이었다. 입원의 비중이 낮고, 외래 및 의약품의 비중이 높은 우리의 지출 구조가 분명히 드러난다.

외국의 구성과 다른 것 자체가 문제가 되는 것은 아니다. 하지만, 의료보장이 제대로 이루어지기 위해서는 중증질환 고부담의료비를 공공재원이 부담해주어야 한다. 이러한 관점에서 볼 때 외래와 의약품에 치중하는 우리의 공공재원 구성은 분명히 문제를 안고 있다. 공공재원의 효과적 배분 차원에서 현행 지원방식에 대한 정책 점검이 요구된다.

<표 10> 조세형(Tax-based type) 국가의 자원-기능별 교차테이블 종합 (점유율 평균, %)

	공공자원						민간자원						전체				
	소계		정부		사회보장기금		소계		민영보험		가계직접부담			민간비영리단체		기업	
입원서비스	44.0	57.6	42.4	60.4	1.7	26.6	11.3	43.6	2.4	62.6	8.1	46.0	0.2	47.2	0.5	32.6	55.3
	79.6		76.6		3.1		20.4		4.4		14.7		0.4		0.9		100
외래서비스	11.2	14.6	9.8	14.0	1.4	21.3	1.5	5.7	0.0	0.6	1.4	7.8	0.1	10.5	0.0	1.0	12.7
	88.4		77.8		10.7		11.6		0.2		10.8		0.4		0.1		100
기타서비스	4.1	5.4	3.7	5.3	0.4	6.2	0.8	3.2	0.1	3.5	0.7	3.7	0.0	2.2	0.0	1.9	5.0
	83.4		75.5		7.9		16.6		2.7		13.1		0.2		0.5		100
의료재화	9.2	12.1	6.7	9.5	2.5	40.1	8.1	31.4	0.8	20.0	7.3	41.0	0.1	13.8	0.0	0.8	17.3
	53.2		38.5		14.7		46.8		4.5		41.9		0.4		0.1		100
예방/공중보건	2.8	3.7	2.6	3.8	0.2	2.7	0.5	1.8	0.0	0.1	0.1	0.6	0.1	17.2	0.2	17.2	3.3
	86.1		80.9		5.2		13.9		0.1		3.5		2.7		7.6		100
보건행정관리	1.8	2.4	1.6	2.3	0.2	2.8	0.5	1.9	0.5	12.9			0.0	0.4			2.3
	78.4		70.8		7.7		21.6		21.4				0.1				100
분류 외	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.3					0.1
	49.1		45.2		3.9		50.9		3.6		47.3						100
자본형성	3.2	4.2	3.2	4.5	0.0	0.3	3.2	12.2	0.0	0.1	0.1	0.6	0.0	8.7	0.7	46.5	4.0
	79.5		79.1		0.5		78.4		0.1		2.6		1.1		16.7		100
전체	76.5	100	70.1	100	6.4	100	25.8	100	3.9	100	17.7	100	0.5	100	1.4	100	100

주 : 호주, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴

<표 11> 사회보험료형(Contribution-based type) 국가의 자원-기능별 교차테이블 종합 (점유율 평균)

	공공자원						민간자원						전체				
	소계		정부		사회보장기금		소계		민영보험		가계직접부담			민간비영리단체		기업	
입원서비스	42.0	55.9	5.0	38.0	36.9	59.8	11.0	44.0	2.6	59.7	8.1	44.2	0.2	18.3	0.1	9.7	53.0
	79.3		9.5		69.8		20.7		4.9		15.2		0.4		0.2		100
외래서비스	8.2	10.9	3.1	23.5	5.0	8.2	1.7	6.9	0.2	4.6	1.4	7.4	0.2	16.7	0.0	0.1	9.9
	82.5		31.6		50.9		17.5		2.0		13.7		1.7		0.0		100
기타서비스	2.8	3.7	0.4	2.7	2.4	3.9	0.8	3.1	0.2	3.6	0.4	2.0	0.2	23.6	0.0	1.5	3.6
	78.1		10.1		68.1		21.9		4.4		10.1		6.9		0.5		100
의료재화	13.9	18.5	0.4	2.9	13.5	21.9	8.6	34.5	0.7	15.6	7.9	43.3	0.0	2.4	0.0	0.1	22.5
	61.8		1.7		60.1		38.2		3.0		35.1		0.1		0.0		100
예방/공중보건	1.9	2.5	1.1	8.6	0.7	1.2	0.9	3.5	0.1	1.7	0.1	0.3	0.3	31.3	0.4	31.1	2.8
	68.6		41.4		27.2		31.4		2.6		1.9		11.8		15.1		100
보건행정관리	3.6	4.9	1.2	8.8	2.5	4.0	0.8	3.4	0.6	14.5	0.1	0.6	0.0	3.5	0.1	5.7	4.5
	81.2		25.9		55.3		18.8		14.0		2.3		0.8		1.7		100
분류 외	0.1	0.1	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1					0.0	1.7	0.0	0.0	0.1
	80.0		64.6		15.4		20.0						19.8		0.3		100
자본형성	2.6	3.5	2.0	15.0	0.6	1.0	1.1	4.6	0.0	0.3	0.4	2.3	0.0	2.4	0.7	51.7	3.8
	69.7		53.1		16.6		30.3		0.3		11.0		0.7		18.3		100
전체	75.1	100	13.3	100	61.8	100	24.9	100	4.3	100	18.2	100	1.0	100	1.3	100	100

주 : 오스트리아, 벨기에, 체코, 프랑스, 독일, 헝가리, 일본, 한국, 룩셈부르크, 네덜란드, 폴란드, 슬로바키아, 스위스

V. 맺는말

본고에서는 OECD의 '보건계정체계(SHA)'에 따라 구축된 우리의 2007년 국민의료비 및 국민보건계정을 제시했다. 2007 국민보건계정의 자료원 및 구축방법에 있어서의 특징은 가계직접부담 의료비를 산출함에 있어서 통계청의 가계조사 자료 중 가구원수별 데이터를 활용한 점과 국민건강보험공단의 본인부담실태조사 자료가 가계직접부담 병원의료비의 산출에 추가적으로 사용된 점이다. OECD 각국에서 OECD/SHA를 통해 공통의 척도를 가진 국민의료비와 그 하위항목을 구축하는 작업이 진행됨에 따라, 의료비는 물론 의료제도의 국제비교가 한층 수준을 높이고 있다. 본고에서는 그 동안의 성과를 활용하는 차원에서 OECD 국가 중에서 SHA에 따른 교차테이블을 제출하고 있는 국가들을 특히 조세형 국가와 사회보험료형 국가로 구분하여 비교분석한 결과를 제시했다. 핵심적 결과는 다음과 같다.

2007년 국민의료비는 61.3조원으로 GDP의 6.8%(신규기준 GDP 적용시 6.3%)에 해당한다. 2006년에 비해 6.6조원, 즉 12.0%가 늘어난 규모다. 2005년과 2006년에 이어 계속 두 자리 수의 상승폭을 보이고 있으며, 증가율 자체도 높아지고 있다. '공공재원'의 비중은 54.9%로 SHA를 따르고 있는 24개 국가의 평균 74.0%(조세형 국가 76.5%, 사회보험료형 국가 75.1%, 미국 45.1%)에 비해 낮은데, 외래부문에서 특히 낮고(OECD 평균 84.1% 대비 48.9%), 입원의 경우도 낮은 편이며(OECD 평균 76.4% 대비 65.8%), 의료재화(의약품)에서의 공공재원의 비중은 상대적으로 덜 낮은(평균 56.9% 대비 51.0%) 편이다. 공공재원의 효과적 배분을 위한 의료보장 우선순위의 재검토가 요구된다.

조세를 중심으로 한 '정부재원'의 비중만을 놓고 보면, 우리나라의 정부재원은 12.3%로 24개 국가의 평균인 40.5%는 물론이고, 사회보험료형 국가의 평균 13.3%에 못 미친다. 또한, '국민의료비 중 입원서비스의 비중'은 OECD 국가의 평균에 비해 낮은 반면(OECD 평균 55.3% 대비 27.9%), 외래서비스의 비중(OECD 평균 12.4% 대비 33.6%)과 의료재화의 비중(OECD 평균 17.6% 대비 26.4%)은 높은 편이다. 우리의 사회보장기금재원 의료비는 입원, 외래 및 의약품에 각각 33.9%, 33.3%, 27.7%가 사용되었다. SHA 교차테이블을 산출하고 있는 OECD 국가들과 비교할 때 입원의 비중이 낮고, 외래 및 의약품의 비중이 높았다.

참고문헌

- 김정희 · 이호용 · 정현진, 『2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사』, 서울 : 국민건강보험공단, 2008.
- 신정우 · 정형선, 가계 의료비 지출의 결정 요인 분석, 보건경제 · 정책연구, Vol.13 No.2, 97-118, 2007.
- 정형선, 『2007년도 국민의료비 및 국민보건계정』, 보건복지부 · 연세대학교의료복지연구소, 2009.
- 정형선 · 이준협 · 신정우 · 송양민, “OECD/WHO/EUROSTAT의 보건계정체계(SHA)에 따른 2006년 국민의료비의 규모 및 구조”, 보건경제 · 정책연구(보건경제정책학회지), Vol.14 No.1., 151-169, 2008.
- OECD, System of Health Accounts. Paris: OECD, 2000.
- OECD, Report on project for the development of guidelines for private expenditures, DELSA/HEA/HA(2008)4, 2008.

<Abstract>

2007 Total Health Expenditure and National Health Accounts in Korea

Hyoung-Sun Jeong^{*†} · Jun Hyup Lee^{**} · Jeong-Woo Shin^{*}

(*Yonsei University, **Korea University)

This paper is to demonstrate Total Health Expenditure (THE) and National Health Account constructed based on the System of Health Accounts (SHA) of the OECD. Health expenditures by heading and by the number of household members that are made public in the household survey data, and the number of households by the number of household members are used for the estimation of household health expenditure. Data from the Out-of-Pocket Expenditure Survey by the National Health Insurance Corporation were additionally used for the estimation of expenditure at hospitals.

Total Health Expenditure was 61.3 trillion won in 2007, which accounts for 6.8 percent (6.3% when new GDP figure applies) of Korea's Gross Domestic Product. It was a big increase of 6.6 trillion won, 12.0 percent, from the previous year. Public share which accounts for 54.9% of the THE is lower than the average of the 24 OECD countries which produce SHA cross-tables, 74.0% (76.5%, 75.1% and 45.1% in the case of Tax-based countries, Contribution-based countries and the USA, respectively). When it comes to general government except social security funds, 12.3% of Korea is lower than the average of the Contribution-based countries, 13.3%. While the share by inpatient care expenditure in Korea, 27.9%, is lower than the OECD average, 55.3%, those by expenditures for outpatient care and medical goods are higher (33.6% compared to OECD average of 12.4% and 26.4% to 17.6%, respectively).

Key Words: system of health accounts(SHA), total health expenditure, cross-table

[†] Corresponding author: Hyoung-Sun Jeong, Tel: +82-33-760-2343, e-mail: jeonghs@yonsei.kr
Address: Yonsei Univ. Wonju Campus, Heungeop-myeon, Wonju-si, Gangwon-do, 220-710, Korea