



『근거중심 보건의료정책』을 위한 보건계정체계

SHA

‘근거중심의학(Evidence-Based Medicine: EBM)’의 대표적 주창자인 Sackett은 EBM을 “개개 환자의 케어에 관하여 결단을 내릴 때에 임상연구에서 얻은 현시점에서의 최고의 증거(best research evidence)를 세심하고 사려 깊게 사용하는 것”으로 정의한 바 있다. 최근에는 EBM이 진료행위에 국한된 개념에 머물지 않고 의학 전반의 분야에 다양한 용도로 사용되고 있다. ‘근거’에 대한 강조는 더 나아가 ‘근거중심 정책결정(Evidence-Based Policy-making: EBPM)’으로까지 발전되어 있다. 보건의료정책에서는 의료비에 관한 각종 데이터와 통계 그리고 이에 대한 분석 결과가 중요한 판단 근거(evidence) 중의 하나가 될 것이다.

화폐경제가 실물경제를 좌우하기도 하듯이, 의료비의 흐름이 의료서비스의 흐름을 결정하는 경우를 흔히 본다. 보통 의사결정단위(Decision-making unit: DMU)의 성과를 평가할 때 투입물과 산출물을 비교하게 된다. 의료제도의 성과 평가를 함에 있어서는 국가가 의사결정단위(DMU)가 된다. 국가 단위로 보건의료에 투입되는 자원의 양과 이러한 투입의 산출물이 되는 국민건강수준의 향상을 비교하여 판단하게 된다. 이 때 투입물의 수가 복수가 되면 이를 적절한 가중치를 주어서 하나의 측정단위로 묶어 내야 한다. 하지만 의사, 간호사, 병상, 의약품 등 다양한 투입 자원을 적절한 가중치를 통해 하나의 단위로 묶는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 의료제도의 성과 평가에 관한 종합판이라고 할 수 있는 ‘World Health Report 2000(WHO)’는 한 국가의 ‘1인당 의료비’를 투입의 가중합(weighted sum)으로 사용하고 있다.

한 국가 전체의 의료비 흐름을 일관성 있게 정리하기 위한 틀을 보건계정체계(System of Health Accounts: SHA)라고 부른다. 현재 보건계정체계는 경제협력개발기구(OECD), 세계보건기구(WHO), 유럽통계청(EUROSTAT) 세 기관이 주도하여 표준을 정하고 통계를 수집하고 있다. 국제기구가 나서서 것은, 만일 각국이 자국의 상황에 맞게 각자 의료비의 개념을 정하고 결과를 산출한다면 그러한 산출 결과는 국제 비교에는 적합하지 못하게 될 것이기 때문이다. 하지만 실제로 오랜 기간 이러한 잘못된 국제비교가 흔히 있어왔다. 미국에서는 공식적으로 매년 국민의료비(National health expenditure)가 산출되어 발표된다. 미국의 국민의료비에는 다른 국가와는 달리 연구개발비(R&D)가 포함되어 있다.





일본에서는 1950년대부터 매년 'kokuminiryohi(국민의료비)'를 산출해서 책자로 발간하고 있다. 여기에는 건강보험진료비만이 포함된다. 예를 들어 보험에서 급여하지 않은 일반의약품 등은 포함되지 않는다. 서구 국가들은 전통적으로 일상생활동작(Activity of daily living)이 어려운 사람들에 대한 서비스(소위 personal care)를 위한 지출을 의료비에 포함해왔다. 따라서 이를 포함하지 않는 국가에 비해서는 그만큼 의료비의 규모가 높게 처리될 수 있다. 만일 이렇게 서로 다른 외연을 가진 산출물을 그대로 국가 간의 비교에 사용한다면 어떤 결과가 생길 것인지는 쉽게 짐작할 수 있을 것이다. 필자가 1990년대 초 일본에서 박사과정을 하던 시절에 일본학자들이 자국의 'kokuminiryohi(국민의료비)'를 그대로 서구 국가들의 'Total Health Expenditure'와 비교하는 오류를 범하는 것을 자주 보았다. 심지어는 보건의료정책 분야에서 자타 공인하는 일본 내의 석학 중의 한 사람이 세계적인 유명 저널에서 이러한 잘못을 범한 적도 있다.

전체 경제를 대상으로 한 '국민계정(National accounts)'을 작성하기 위한 기준의 국제기준은 'SNA93' 방식이다. EUROSTAT, OECD, IMF(국제통화기금), UN, World Bank는 2008년 공동으로 국민계정의 새로운 국제기준인 '2008 SNA'를 확정하고 가능한 빠른 시간 내에 이를 적용하도록 각국에 권고하고 있다.¹⁾ 보건계정을 작성하기 위한 국제기준이라 할 수 있는 보건계정체계(SHA)는 2000년에 OECD에 의해 제시되었다. 이것이 'SHA 1.0'이다. 그 뒤 WHO 및 EUROSTAT가 이를 보완한 자체의 매뉴얼을 발간한 바 있고, 2005년부터는 아예 3개 국제기구가 보건계정 수집 작업을 공동으로 수행하기 시작했다. 2007년부터는 3개 기구가 작업팀(International health accounts team)을 만들어 개정작업을 시작했다. 동 작업에는 각 국가의 보건계정 총괄책임자 및 다양한 전문가들이 다양한 방식으로 참여했고, 마침내 2011년 소위 'SHA 2011'이 발간되게 되었다. 보건계정을 직접 담당하는 사람이 아니면 보통의 경우 'SHA 1.0'과 'SHA 2011'의 차이의 세부내용까지는 알 필요가 없다. 그렇더라도 의료비의 규모나 내용에 대해서 국제비교를 하는 경우에는 보건계정의 내용을 어느 정도 알아둘 필요가 있다.

보건계정에서의 의료비는 첫째, '지출' 개념이다. '공급자가 제공하는 의료서비스나 재화의 대가로 구매자가 지불하는 것의 가치를 화폐적으로 측정된 것이다. 둘째, 의료비에는 '거주자가 지출한 것만을 포

**한국가 전체의 의료비 흐름을
일관성 있게 정리하기 위한 틀을
보건계정체계(System of Health
Accounts: SHA)라고 부른다.**

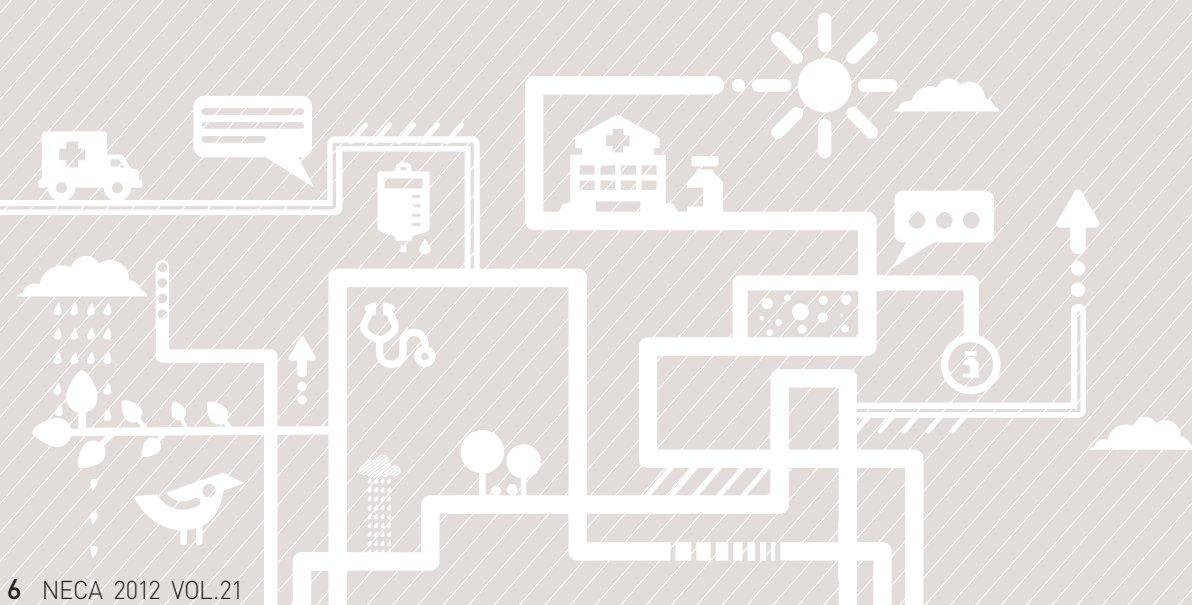
1. 우리나라도 현재 'SNA93'을 적용해서 산출하고 있다. 국민계정의 산출부서인 한국은행은 2014년까지 '2008 SNA'를 적용한 국민계정 의산출을 목표로 하고 있다.

함한다. '거주자'는 국제수지의 규정에 따라 '경제의 중심'이 1년 이상 그 국가에 있는 경우로 정의된다. 예를 들어, 중국인이 암치료를 위해 세브란스병원에 와서 치료받고 지불한 돈은 중국의 의료비에 속하지 한국의 의료비로 분류되지 않는다. 사업을 하느라 중국에 장기 체류하고 있는 한국인이 세브란스에서 치료를 받아도 이는 중국의 의료비에 속한다. 셋째, 의료비는 '보건의료(health care)'를 위한 지출이라고 할 때 이에 대한 판단은 기본적으로 '기능'에 따른다. 그러한 서비스나 재화를 누가 제공했는지(공급자)나 누가 지불했는지(재원) 보다는 어떠한 목적을 위한 지출인지(기능)를 우선적인 판단기준으로 한다.

'기능'에 따라 분류한다고 했지만 사실 의료비의 경계 부근에서는 무엇을 의료비에 넣고 무엇을 제외할 것인가에 대한 판단이 쉬운 일은 아니다. 예를 들어서, 장기요양서비스에 있어서 어디까지를 보건의료(health care or nursing care)의 영역으로 볼 것이며, 어디까지를 사회서비스(social care)로 볼 것인가는 아직도 완전한 합의를 보지 못하고 있다. 현재까지는 일상생활동작(ADL)에 대한 지원은 보건의료 서비스로, 도구적 일상생활동작(Instrumental activities of daily living)에 대한 지원은 사회서비스로 분류하는 것이 다수안으로 되어 있다. 우리나라의 경우도 이러한 다수안을 따라서 장기요양보험과 관련한 지출은 거의 대부분 보건계정 상의 의료비에 포함시키고 있다.

국가의 전체 의료비 규모는 의료서비스/재화의 '생산 규모'로 해석될 수도 있고, 국가 의료제도의 유지 내지 성과를 위한 '투입 내지 비용의 크기'로 해석될 수도 있다. 전체 의료비 규모가 작은 편에 속하는 우리의 경우, 전자의 관점에서는 더 키워야 할 대상이 될 것이고, 후자의 관점에서는 너무 늘어나지 않게 관리해야 할 대상일 것이다. 보건계정체계(SHA)에서는 한 국가의 의료비 총량을 'Total Health Expenditure'로 명명한다. 이는 축자적으로 번역하면 '총의료비'가 된다. 하지만 전체 의료비를 지칭하는 용어로 '국민의료비'가 오랜 기간 사용되어왔다는 점을 고려하여, 그동안은 'Total Health Expenditure'를 '국민의료비'로 번역해왔다. 한국의 'GDP 대비 국민의료비'가 7.1%라고 할 때의 분자에는 바로 'Total Health Expenditure'가 사용된 것이다. 일본에서는 1950년대부터 건강보험진료비를

**근대 경제학에서 가치는
교환가치를 의미하며
이는 곧 가격을 의미한다.
가치의 개념은 교환을
따라서는 존재할 수가 없다.**



'kokuminiryohi(국민의료비)'로 명명해왔고, 보건계정의 'Total Health Expenditure'는 별도로 산출되며, '총보건의료비'로 소개되고 있다.

'Total Health Expenditure'는 우리가 흔히 생각하는 보건의료서비스나 재화를 소비하기 위한 지출 즉, 경상의료비(Current health expenditure)뿐만 아니라 보건의료시설이나 장비를 구입하기 위한 지출 즉, 자본형성(Capital Formation)²⁾ 부분을 포함한다. 이는 거시경제학에서의 「Y(국민소득) = C(소비) + I(투자)」에 해당하는 개념이다. 그런데 우리나라는 고정자본에 대한 투자비용이 수가에 포함되어 지불되기 때문에 경상의료비에 상당부분 포함되어 있다. 경상의료비에 의한 수입에서 일정 부분이 유보되어 미래의 일정 시점에서 시설과 장비의 구입을 위해 지출되고, 금년의 투자지출은 과거에 투자지출에 대한 대가를 포함한 경상의료비 중에서 유보되어 넘어온 자금을 소비하여 이루어진다. 반면에 독일을 포함한 상당수의 유럽국가들은 국가 등의 공적 섹터에서 세금 등을 통해 마련한 예산으로 병원을 짓고 장비를 구입한다. 경상의료비(Current health expenditure)에 자본형성(Capital formation)을 더한 'Total Health Expenditure'로 비교하게 되면 한국의 의료비 규모가 과장되게 됨을 알 수 있다. 하지만 한국이라고 해서 모든 투자지출이 경상의료비에서 유보된 자금만으로 이루어지지 않으며, 독일이라고 해서 모든 투자지출을 공공 예산으로 충당하는 것은 아니다. 이러한 복잡한 상황들을 고려하여 향후 적용될 국제기준인 'SHA 2011'은 국가 의료비 총량 규모의 비교에 'Total Health Expenditure' 대신에 경상의료비를 사용하는 것으로 바꾸었다. 향후 몇 년간, 약간의 혼선은 있겠지만, 총량 지표의 변화를 보게 될 것이다. '경상의료비'에는 개인에게 제공되는 서비스 내지 재화에 대한 지출인 '개인의료비'만이 아니고, 공중을 대상으로 한 예방·공중보건사업이나 보건행정관리를 위한 지출도 포함된다.

보건계정은 이러한 의료비를 기능별로 세분화하고 각각의 기능별 지출이 어떠한 재원에서 와서 어떠한 공급자에게 흘러 들어가는지를 일목요연하게 정리하게 된다. 80조 원이 넘는 전체 의료비를 이러한 다차원의 구조로 엮는 것은 쉬운 작업이 아니다. 하지만 보건계정체계에서 요구되는 기준에 맞추어서 산출된 각종 통계는 국가 간의 의료비 비교와 이를 통한 정책적 시사점 도출에 풍부한 근거를 제공하고 있다.

의료비에 대한 정의를 내리고 통계를 산출하는 작업은 기준에 존재하는 것의 실체를 규명해 내는 작업에 머물지 않고, 국제적 비교 가능성 및 시계열적 일관성의 관점에서 판단하여 적절한 대상을 형성해 가는 작업을 포함한다. 의료비를 어떻게 규정하고 외연을 어디까지 할지는 절대적인 기준이라기보다는 국제비교를 위한 국가 간의 약속이다. 이러한 약속을 정함에 있어서 기준에 사용되고 있는 상이한 지표의 존재, 분류를 위한 정보의 부재 등 다양한 이유로 국가 간에 의견이 통일되지 않는 경우가 발생한다. 그럼에도 국제기구는 개별적인 차이를 최소화한 공통의 기준을 마련해야 하고, 각국은 이에 맞추어 통계를 산출해서 제출하도록 노력해야 한다.³⁾



SHA

2. 자본형성은 공장, 기계, 건물 등 고정자본과 원료재고품 등을 포함한 자본의 합계가 사회적으로 증가하는 것을 말한다. 특히 건물 등 고정자본의 증가만을 가리켜 '고정자본형성'이라고 부르며, 보건의료관련 신규건물(병원, 보건소 등)의 건설 또는 증축, 대형장비의 구입 등이 이에 해당된다.

3. 우리나라에서는 '국민의료비 및 국민보건계정통계'가 통계청의 지정통계로 되어 있고, 보건복지부 정책통계담당관실이 산출부서가 되어 있으며, 연세대학교 의료복지연구소가 구축을 위한 실무작업을 진행하고 있다. 현재 1980-2011년의 32년에 해당하는 보건계정 데이터가 구축되어 국제기구에 보고되어 있다.