

경상의료비 규모 및 재원 구조의 국제 비교

*Korea's current health expenditure and its financial composition:
A comparative study across the OECD countries*

신정우 한국보건사회연구원 부연구위원
정형선 연세대학교 보건행정학과 교수

1. 들어가며

지난 7월 7일 경제협력개발기구(OECD)는 'OECD Health Data 2015'를 발표하였다. 이는 건강상태, 의료질, 보건의료자원, 보건의료비용 등 보건 분야의 중요한 통계지표를 포함하고 있다. OECD는 매년 6월말을 전후해서 OECD Health Data를 발표하는데, 이를 위하여 WHO 및 EUROSTAT와 긴밀한 협력을 하고 있다. 회원국으로부터 수집된 자료인 만큼 각종 데이터는 통계 포털을 통해 누구든지 쉽게 이용할 수 있도록 하고 있다. 또한, 주요 지표를 선정하여 분석과 해설을 담은 간행물 'Health at a glance'를 2003년 이후 매 2년마다 발표하고 있는데, 11월 4일에는 2015년도 판이 발행된다.

이 중에서 '보건의료비용'에 해당하는 각종 데이터는 '보건계정체계(SHA: System of Health

Accounts)'라는 매뉴얼에 따라서 국가별로 가공, 산출하게 되어있다. 집계된 경상의료비(Current Health Expenditure)¹⁾ 총액과 하위 구성 항목이 그 내용을 이룬다. 경상의료비는 1년 간 국민 전체가 보건의료재화와 서비스를 구매하는데 지출한 최종소비를 의미하며, 크게는 개인의료비²⁾와 집합보건의료비³⁾로 구성된다. 본고에서는 'OECD Health Data 2015'에서 발표된 우리나라의 보건 의료지출 수준과 구성 그리고 그 변화 추이를 검토하고 이를 OECD 국가들과 비교함으로써 시사점을 찾아보고자 한다.

2. 2013년 경상의료비의 규모 및 재원 구성

2013년 우리나라의 경상의료비는 98.3조원으

1) 보건계정체계의 새로운 매뉴얼인 'SHA 2011'은 의료비 총량치의 대표 지표로 '국민의료비(Total Health Expenditure)' 대신에 '경상의료비(Current Health Expenditure)'를 사용하기로 정하고 있음. OECD는 Health Data 2015부터 이러한 방침을 국제비교 상에 부각시킴. 경상의료비는 국민의료비 중에서 자본형성을 제외한 것임.

2) 병원 등 의 의료기관이나 약국에서 이루어지는 서비스 내지 재화에 대한 지출

3) 예방 및 공중보건사업이나 보건행정관리비용

표 1. 2013년 경상의료비의 규모

| 구 분 | 규 모 | 비 중 |
|-----------|----------|-------|
| 경상의료비 | 98.3 조원 | 100% |
| - 개인의료비 | 90.7 조원 | 92.3% |
| - 집합보건의료비 | 7.5 조원 | 7.7% |
| 경상의료비/GDP | 6.9% | |
| 1인당 경상의료비 | 1,957 천원 | |

로, 이는 GDP의 6.9%⁴⁾에 해당한다. 경상의료비에서 예방 및 공중보건사업, 보건행정관리 등의 집합보건의료비를 제외한 '개인의료비'는 90.7조원으로 경상의료비의 92.3%에 해당한다.

경상의료비를 자원별로 살펴보면(그림 1), 공공재원 비중이 55.9%(54.9조원), 민간재원 비중이 44.1%(43.3조원)이다. 공공재원은 정부재원 11.1%(10.9조원)과 사회보장기금재원 44.8%(44.1조원)으로 구성된다. 민간재원은 민영보험재원⁵⁾

6.5%(6.4조원), 가계직접부담재원 36.9%(36.2조원), 민간비영리단체 및 기업재원 0.7%(0.7조원)로 구성된다.

3. 경상의료비의 추이 (1970~2013년)

경상의료비는 1970년 0.1조원에서 2013년

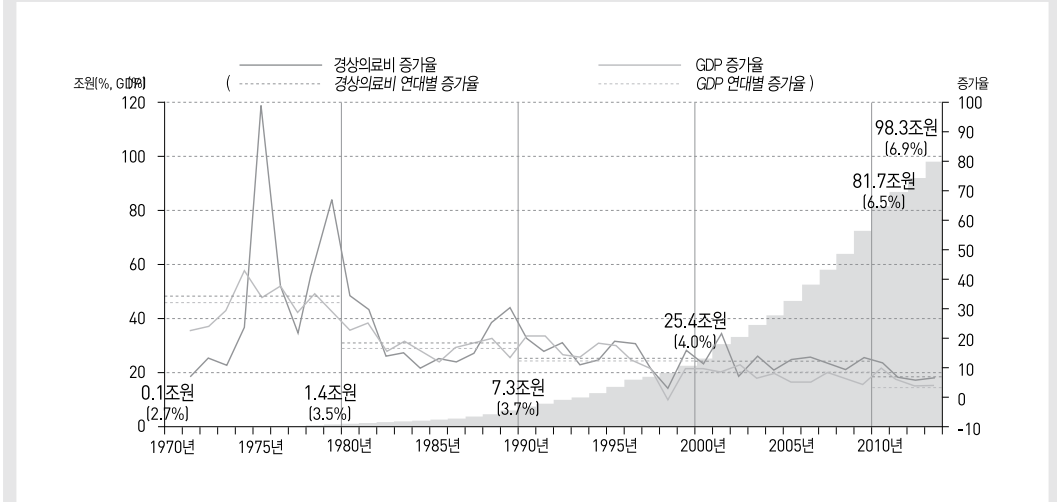
그림 1. 2013년 경상의료비의 자원 구성

| 경상의료비 98.3조원 | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 공공재원 54.9조원 (55.9%) | | 민간재원 43.3조원 (44.1%) | | |
| 정부 10.9조원 (11.1%) | 사회보장기금 44.1조원 (44.8%) | 민영보험 6.4조원 (6.5%) | 가계직접부담 36.2조원 (36.9%) | 민간비영리/ 기업 0.7조원 (0.7%) |
| * 공공재원 : 정부(중앙, 지방) + 사회보장기금(건강보험, 산재보험, 장기요양보험) | | | | |

4) 2010년 신계열 적용과 함께 산출기준 변경(SNA93→SNA08)으로 인하여 GDP의 규모가 늘어남에 따라 GDP에서 의료비가 차지하는 비중은 과거에 발표된 수치보다 전체적으로 하향 조정됨.

5) 실손형 보험만 해당함. 정액형 보험은 지급된 비용이 최종적으로 의료를 목적으로 지출되었는지의 여부가 불확실하기 때문에 보건계정의 포함 대상이 아님.

그림 2. 경상의료비의 증가율, 1970~2013년



자료: 보건복지부(2015), 「국민의료비 및 국민보건계정」

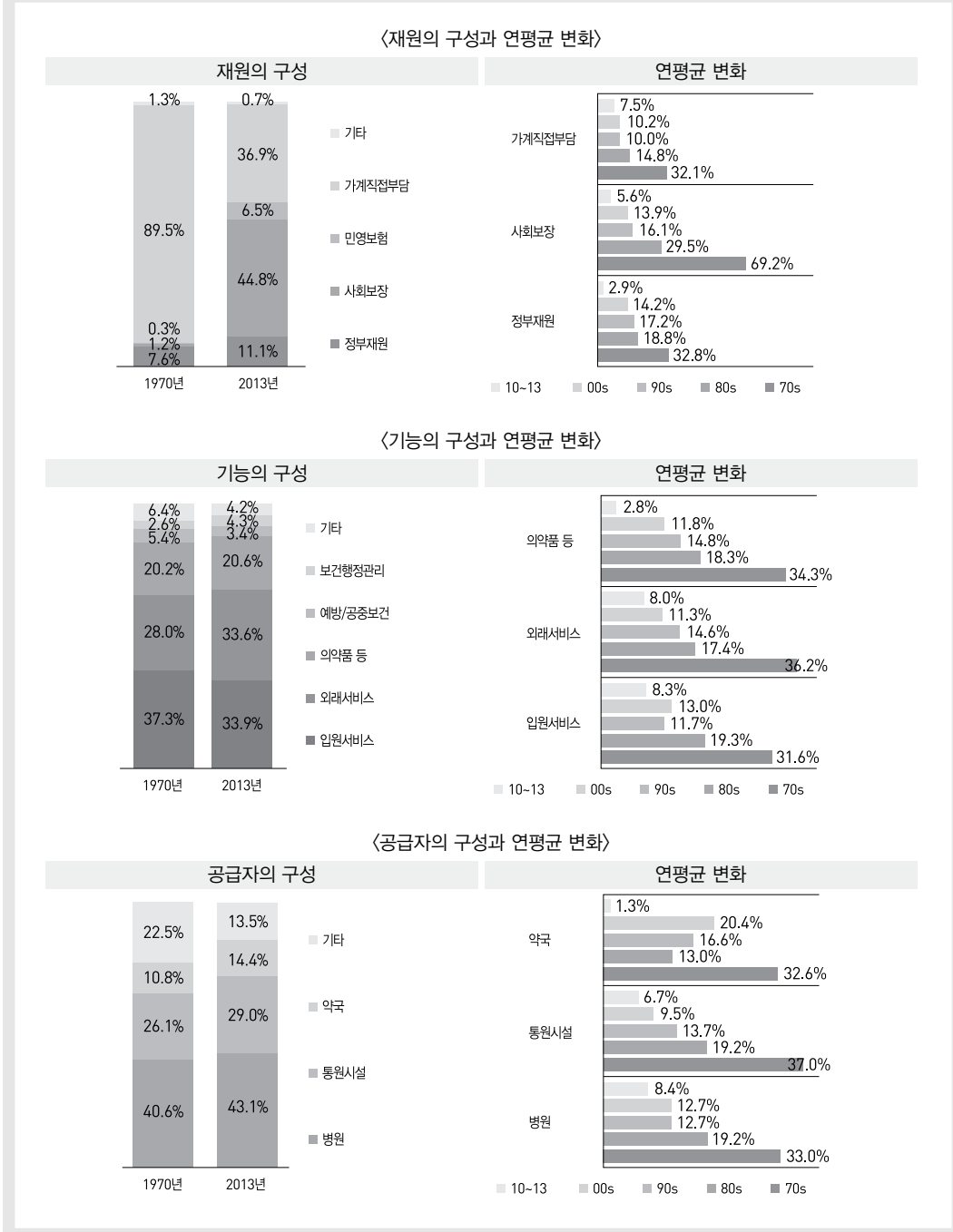
98.3조원으로 증가했다. 경상의료비의 증가 속도는 일반경제(GDP)의 증가 속도보다 훨씬 빨라서 ‘GDP 대비 경상의료비 비율’은 1970년 2.7%에서 2013년 6.9%로 급격히 상승했다. 경상의료비의 명목증가율은 1970년대 33.8%, 1980년대 18.2%, 1990년대 13.3%, 2000년대 12.4%, 2010~2013년 6.3%로 차츰 증가세가 둔화되었지만, 경제성장률보다 높은 수준을 유지하고 있다. 경제성장률은 2010~2013년 4.1%로 크게 완화된 반면 경상의료비의 증가세는 최근까지도 두 자리 수를 유지함에 따라 ‘GDP 대비 경상의료비 비율’이 급증하고 있다.

경상의료비의 추이를 재원별로 살펴보면, 의료보험이 도입되기 전인 1970년에는 대부분의 의료비를 가계가 직접 부담하였으나, 의료보장 적용 인구가 확대되고 보장성이 강화됨에 따라 2013년에는 경상의료비의 55.9%(정부재원 11.1%, 사회보

장재원 44.8%)가 공공재원으로 조달되게 되었다. 하지만 최근에는 그 증가세가 거의 멈추어져 있다. 가계직접부담재원은 1980년대~2000년대까지 지속적으로 두 자리 수의 증가율을 보였으며, 2010년 이후에도 연평균 7.5%의 높은 증가율을 기록했다. 특히 최근에는 가계직접부담재원의 증가율이 정부재원 및 사회보장재원의 증가율보다 더 커서 정부의 다양한 보장성 강화정책이 가시적인 성과로 나타나지 못하고 있다.

경상의료비의 추이를 기능별로 보면, 1970년에는 입원서비스의 비중이 절대적으로 높았으나, 그동안 외래의 비중이 크게 증가하여 2013년에는 입원서비스(33.9%)와 외래서비스(33.6%)의 비중이 비슷해졌다. 의약품 등의 비중은 의약분업 직후 급속히 증가하였으나, 2000년대 후반부터 다시 하강세로 돌아서 2013년에는 20.6%에 있다. 의약품비 비중이 감소한 것은 분모인 의료비의 규모가 크게

그림 3. 경상의료비 자원별, 기능별, 공급자별 구성의 변화



자료: 보건복지부(2015), 「국민의료비 및 국민보건계정」

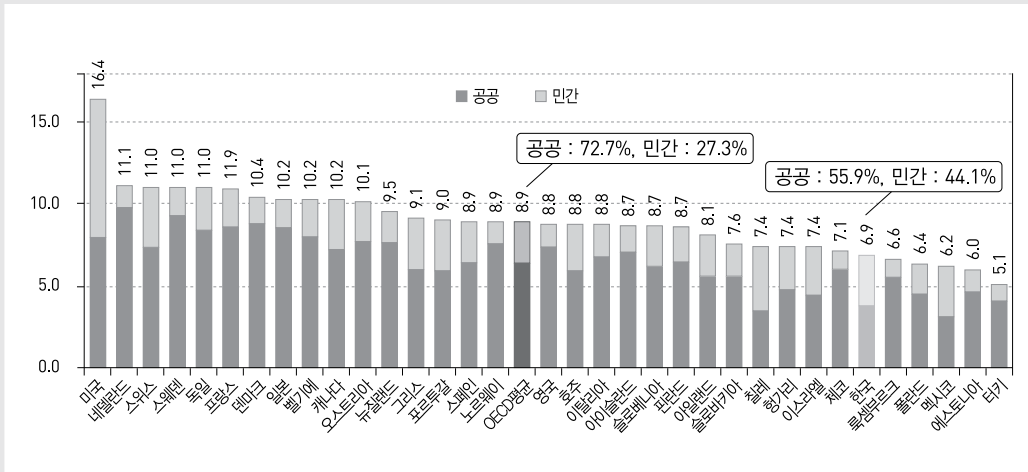
증가한 것과 분자인 의약품비가 정부의 잇따른 약 제비 인하 정책에 따라 증가세가 둔화된 데⁶⁾ 기인 한다.

공급자별 구성의 추이를 보면, 1970년부터 현재에 이르기까지 의료서비스의 제공에 있어서 병원이 절대적인 역할을 하고 있는 것을 알 수 있다. 약국의 의료비의 구성비도 10.8%에서 14.4%로 많이 증가하였다. 병원, 통원시설(의원, 치과의원, 한의원 등)은 1980년대부터는 증가속도가 확연히 줄어들었다. 한편 약국의 의료비는 1990년대까지 줄고 있었으나 실거래가상환제와 의약분업을 계기로 상황이 반전되면서 2000년대 초반 급속하게 증가하였다. 그러나 이후 다시 감소 경향을 보이고, 최근(2010~2013년 사이)에는 연평균 1.3%의 낮은 증가율을 기록하고 있다.

4. 의료비 규모의 국제비교

[그림 4]에서 보듯이, 우리의 2013년 'GDP 대비 경상의료비'는 6.9%로 OECD국가의 평균인 8.9%보다 2.0%p 낮다. 미국이 16.4%로 가장 높고, 10%대의 국가도 10개국을 넘어섰는데, 우리나라는 룩셈부르크, 폴란드, 멕시코, 에스토니아, 터키 등과 함께 가장 낮은 군에 속한다. 하지만, 우리나라의 의료비 증가속도는 매우 빠른 편이다. 2005년~2013년 사이 우리나라 국민의 '1인당 의료비'는 연평균 7.2%의 증가율을 보여 OECD평균(2.0%) 보다 세 배 이상 높았다. OECD(2015)⁷⁾는 한국의 빠른 의료비 증가의 원인을 건강보험제도와 장기요양보험제도의 확장, 의약품 지출의 증

그림 4. OECD 국가의 경상의료비의 규모 및 재원의 구성(2013년)



주: 2013년 기준. 단, 호주, 아일랜드, 룩셈부르크, 스페인은 2012년
 자료: OECD Health Data 2015(2015. 10)

6) OECD Health Statistics 2014: How does Korea compare? (OECD, 2014. 6)

7) How does health spending in KOREA compare? (OECD, 2015. 7)

표 2. OECD 국가 '공급자 유형별' 및 '서비스 유형별' 경상의료비의 공공재원 비중

(단위: %)

| 공급자 유형별 | | | | | | 서비스 유형별 | | | | | |
|---------|------|-----------------|------|--------|------|---------|------|-----------------|------|--------|------|
| 병원 | | 의원 (치과의원 제외) | | 약국 | | 입원 | | 외래 (치과의원 제외) | | 의약품 | |
| 네덜란드 | 99.7 | 체코 | 91.5 | 일본 | 84.3 | 네덜란드 | 99.3 | 벨기에 | 96.9 | 룩셈부르크 | 81.7 |
| 아이슬란드 | 99.1 | 캐나다 | 89.7 | 룩셈부르크 | 80.5 | 아이슬란드 | 99.2 | 체코 | 92.7 | 네덜란드 | 79.9 |
| 스웨덴 | 98.1 | 노르웨이 | 88.2 | 네덜란드 | 79.3 | 스웨덴 | 97.9 | 덴마크 | 92.6 | 독일 | 74.7 |
| 체코 | 97.8 | 룩셈부르크 | 86.5 | 독일 | 71.4 | 체코 | 96.5 | 네덜란드 | 89.0 | 일본 | 71.4 |
| 노르웨이 | 97.2 | 스웨덴 | 85.7 | 프랑스 | 68.8 | 폴란드 | 94.6 | 캐나다 | 86.8 | 프랑스 | 69.5 |
| 슬로바키아 | 95.7 | 일본 | 85.6 | 스페인 | 68.0 | 프랑스 | 94.5 | 핀란드 | 86.7 | 스페인 | 68.0 |
| 폴란드 | 95.6 | 덴마크 | 84.4 | 오스트리아 | 67.8 | 덴마크 | 94.2 | 에스토니아 | 85.8 | 오스트리아 | 67.9 |
| 덴마크 | 95.2 | 벨기에 | 82.9 | 한국 | 67.2 | 노르웨이 | 94.2 | 스웨덴 | 85.1 | 벨기에 | 66.4 |
| 에스토니아 | 94.4 | 에스토니아 | 81.9 | 슬로바키아 | 66.7 | 에스토니아 | 93.5 | 일본 | 84.0 | 스위스 | 65.1 |
| 스페인 | 94.0 | 독일 | 78.9 | 그리스 | 66.6 | 일본 | 91.1 | 노르웨이 | 84.0 | 체코 | 61.9 |
| 프랑스 | 93.6 | 프랑스 | 78.6 | 스위스 | 63.1 | 헝가리 | 88.9 | 아이슬란드 | 82.5 | OECD평균 | 57.6 |
| 핀란드 | 92.2 | 슬로바키아 | 76.4 | 스웨덴 | 60.2 | 슬로베니아 | 88.8 | 호주 | 82.1 | 노르웨이 | 57.5 |
| 룩셈부르크 | 91.3 | 아이슬란드 | 76.2 | 벨기에 | 59.3 | 핀란드 | 88.8 | 룩셈부르크 | 79.6 | 한국 | 54.6 |
| 오스트리아 | 90.9 | 네덜란드 | 76.0 | OECD평균 | 58.7 | OECD평균 | 88.0 | OECD평균 | 79.1 | 에스토니아 | 54.0 |
| 캐나다 | 90.6 | 호주 | 74.9 | 체코 | 57.4 | 캐나다 | 86.3 | 오스트리아 | 77.2 | 핀란드 | 52.9 |
| 일본 | 90.2 | 핀란드 | 74.7 | 호주 | 54.3 | 스페인 | 85.4 | 프랑스 | 76.9 | 스웨덴 | 52.2 |
| 헝가리 | 89.2 | OECD평균 | 74.0 | 에스토니아 | 54.0 | 룩셈부르크 | 84.4 | 독일 | 76.6 | 호주 | 49.4 |
| 독일 | 88.8 | 폴란드 | 71.4 | 핀란드 | 52.9 | 오스트리아 | 83.5 | 슬로베니아 | 75.0 | 슬로베니아 | 48.4 |
| OECD평균 | 88.4 | 슬로베니아 | 70.1 | 노르웨이 | 52.2 | 독일 | 80.9 | 스페인 | 73.5 | 헝가리 | 42.7 |
| 슬로베니아 | 86.6 | 오스트리아 | 68.1 | 덴마크 | 51.1 | 벨기에 | 80.3 | 폴란드 | 64.5 | 덴마크 | 42.5 |
| 스위스 | 83.5 | 스페인 | 64.5 | 슬로베니아 | 46.8 | 스위스 | 78.9 | 스위스 | 59.1 | 아이슬란드 | 37.9 |
| 벨기에 | 80.5 | 스위스 | 57.8 | 아이슬란드 | 46.3 | 호주 | 72.5 | 한국 | 55.4 | 캐나다 | 35.9 |
| 호주 | 78.8 | 헝가리 | 54.8 | 헝가리 | 42.7 | 한국 | 61.6 | 헝가리 | 54.9 | 폴란드 | 32.0 |
| 그리스 | 75.9 | 한국 | 53.3 | 미국 | 39.6 | | | | | | |
| 한국 | 58.8 | 그리스 | 50.6 | 캐나다 | 35.9 | | | | | | |
| 미국 | 53.2 | 미국 | 48.2 | 폴란드 | 32.0 | | | | | | |

주: 2013년 기준. 단, 호주, 일본, 룩셈부르크, 노르웨이(공급자 유형별만), 스페인은 2012년
 자료: OECD Health Data 2015 (2015, 10)

가에서 찾고 있다.

23.7%p가 낮았다. 입원서비스와 외래서비스에서의 공공재원 비중은 거의 최하위인 것에 반해, 의약품은 54.6%로 OECD 평균에 거의 근접하였다.

5. 공공재원 비중⁸⁾의 국제비교

[그림 4]에서 보듯이, 경상의료비에서의 공공재원 비중은 우리나라가 55.9%로 매우 낮다. OECD국가의 공공재원 평균은 72.7%이다. OECD(2015)도 거의 모든 회원국들이 공공 영역에서 재원을 충당하고 있는데 반해, 한국은 민간 영역의 비중이 큰 점을 특징으로 언급하고 있다.

<표 2>는 OECD 국가 경상의료비에 있어서의 공공재원 비중을 공급자 유형별(병원/의원/약국), 서비스 유형별(입원/외래/의약품)로 살펴본 것이다. 공급자 유형별로 보면, 우리나라는 병원과 의원에서의 공공재원 비중은 낮은 반면, 약국에서의 비중은 높게 나타났다. 2013년 우리나라 병원에서의 공공재원 비중은 58.8%로 OECD 평균 88.4%에 비해 29.6%p나 낮으며, 의원(치과의원 제외)의 경우도 53.3%로 OECD 평균 74.0%에 비해 20.7%p가 낮았다. 반면 약국에서의 공공재원 비중은 67.2%로 OECD 평균인 58.7%보다 높았다.

서비스 유형별로 보면, 우리나라는 입원서비스와 외래서비스에서의 공공재원 비중은 낮은 반면, 의약품에서는 상대적으로 높았다. 입원의 경우 공공재원 비중은 61.6%로 OECD 평균 88.0%에 비해 26.4%p가 낮고, 외래(치과서비스 제외)의 경우에는 55.4%로 OECD 평균 79.1%에 비해

6. 나가며

우리나라의 경제수준을 고려한 의료비 지출 수준은 OECD 평균보다는 낮게 나타나고 있다. 그러나 의료비가 낮은 점을 강조하거나 부담이 적음에 안주하기에는 상황이 녹록치 않다. 과거 수십 년간 우리의 의료비의 증가율은 OECD 국가의 평균 증가율을 훨씬 상회했으며, 특히 최근 계속되는 경제 위기 이후에는 상당수의 OECD 국가들에서 ‘GDP 대비 의료비’ 비중이 줄고 있는데 우리나라는 여전히 높은 증가율을 이어가고 있다. 이는 계속되고 있는 급속한 인구고령화에 일정 부분 기인한다. 향후에도 급속한 인구고령화는 계속될 것이나, 추가적으로 우리의 의료제도가 풀어야 할 가족간병의 문제는 의료비의 전망을 어둡게 한다. 가족간병이 공식간병으로 전환되면, 그동안 의료비 통계에 잡히지 않던 잠재적 의료비가 현재화하게 된다. 어찌 보면 지금의 낮은 의료비의 상당부분은 가족간병에 따른 착시현상일 수 있다.

성숙한 의료제도로의 전환을 위해서는 의료의 이용 단계에서 환자가 지불하는 금액을 줄이고 사전적으로 집적된 자금의 비중을 높이는 작업이 필요하다. 본문에서 확인되었듯이 우리나라의 의료

8) 국제 비교에서는 여기서의 공공재원의 비중을 보장 수준에 대한 근거로 사용할 수 있음. 국내의 시계열적 비교에서는 국민건강보험 공단의 건강보험보장률이 인용되어도 무리가 없지만, 건강보험보장률은 국내의 건강보험 급여를 전제로 한 지표이기 때문에 개인검진, 간병, 한약첨약 등이 분모에서 제외되는 등 국제 비교에는 한계가 있음.

제도는 공공재원에의 의존도가 낮은 편이다. 제공
체계 자체가 민간 영역에의 의존도가 큰 구도인
데 근본 원인이 있지만, 갈수록 늘어나고 있는 건
강보험 비급여 의료의 팽창은 그 심각성을 더하고
있다. WHO 등 국제기구가 강조하는 보편적 보장
(Universal Health Coverage)이 단순히 인구보장

만이 아닌 급여 수준의 보장을 개념화하고 있는 점
을 생각하면, 현재의 상황이 계속된다면 국제사회
에서 UHC의 모범국가로 자처하기가 무색해진다.
건강보험의 급여수준을 높이고 비급여 의료비의
팽창을 억제함으로써 성숙한 의료제도의 모습을
갖추는 노력이 요구된다. ■