

보건계정체계(SHA)의 한국 적용 및 국민의료비 산출

정 형 선

연세대학교 보건행정학과 교수

1. 국민보건계정의 개념 및 발전

가. 개념

○ 국민보건계정(National Health Accounts)이란 국민의료비의 재원, 기능, 공급자별 흐름을 일목요연하게 보여주는 국가 단위 의료비 지출의 종합표로 OECD에서 제시하고 있는 매뉴얼 "System of Health Accounts"(2000)를 중심으로 작성되고 있음.

○ OECD(Organization for Economic Cooperation and Development: 이하 OECD) 회원국은 국내의 시계열적 일관성은 물론 국가간의 횡단면적 비교가능성을 높이기 위해 OECD에서 제시한 保健計定體系(SHA: Syetem of Health Accounts)를 중심으로 국민의료비 총액과 그 하위 부문의 데이터를 구축하는 작업을 진행 중임

- 국가 단위의 의료비 규모를 나타내는 지표는 국가마다 다양하나, 국제비교를 위해서는 같은 내용, 같은 항목을 포괄하는 지표를 비교해야 보다 정책적인 의미가 커지게 됨. 여기서 국제적으로 통일된 기준이 필요해지는데, 결국 통일된 기준은 국내적 적절성과 국제적 비교가능성 사이의 갈등(trade-off)을 조화하는 작업임.

나. 발전 과정

(1) OECD를 중심으로 한 작업의 진행

○ OECD에서는 Public Expenditure on Health(OECD, 1977) 및 Measuring Health Care 1960-1983(OECD, 1985)에서 출발하여 OECD Health Systems (OECD, 1993)로 집대성되었고, 1990년대에도 매년 CD-Rom의 형태로 일련의 보건의료자료집을 발표하

여 음. 국민의료비는 이를 대표하는 상징적인 항목으로 많은 지표들 중에서도 가장 비중 있게 다루어졌음.

- 이러한 통계는 학계는 물론 정책담당자들 사이에서도 국제비교를 위한 표준으로서 기능하여 음.

○ 1990년대 후반에 들어서 OECD 국가들 사이에서 자국 내의 보건계정체계를 재검토하는 국가들이 늘어가면서 국내의 시계열적인 일관성뿐만이 아니라 국제비교의 정합성을 유지하는 국민의료비 데이터와 이를 위한 공통 기준에 대한 요구가 계속되어 음.

- 이러한 작업을 국제기구 단위에서 처음으로 주도한 것이 OECD임. 특히 2000년 발간된 매뉴얼 A System of Health Accounts(OECD, 2000: 이하 OECD/SHA)는 당시까지의 논의를 집대성하면서도 의료비 추계방식의 획기적인 전환을 도모하기 위한 지침 내지 제안서라고 할 수 있음.

○ OECD에서는 OECD 보건계정전문가회의 등을 통해 OECD/SHA(version 1.0) 발행 이후의 회원국별 보건계정 구축 작업을 모니터하고 서로의 경험을 향후 발간될 새로운 버전의 SHA에 발전적으로 흡수하기 위한 작업을 진행함.

- 2002년 10월의 OECD 보건계정전문가회의에서는 이러한 작업 진행을 객관화하고 다양한 경험을 보다 분명히 공유하는 차원에서 OECD/SHA의 방법론에 입각한 보건계정을 국가 간에 비교하는 'SHA실행프로젝트(SHA implementation project)'를 수행할 것을 결정함. 이에 따라 한국을 포함한 OECD 13개국이 참가한 프로젝트가 진행됨.

- 2004년 9월29-10월1일 개최된 OECD 보건데이터 및 보건계정 전문가회의(Meeting of Experts in Health Accounts)에서는 그 동안의 작업을 집대성한 OECD Health Working Paper "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis"가 보고됨(Orosz, 2004).

○ OECD/SHA가 OECD 회원국별로 진행되고 있는 수준은 다양함

- 2004년 5월 현재 OECD/SHA가 전혀 구축되지 못하거나 동 작업을 위한 자금 배당 등의 구체적인 움직임을 보이고 않고 있는 국가는 이태리, 노르웨이, 그리스, 아일랜드의 4개국에 불과함(OECD, 2004).

- 한국은 동 매뉴얼에 따른 국민보건계정이 정규적으로 구축되고 있거나 동 작업을 위한 OECD/SHA 실행프로젝트를 완료한 16개 국가의 하나로 분류되어 있음.

(2) WHO의 추가적 기여

○ 국제보건기구(World Health Organization: 이하 WHO)에서도 World Health Report 2000(WHO, 2000)의 발간을 계기로, 이 보고서에서 시도하고 있는 회원국이 의료제도 수행성과의 평가를 위한 가장 필수적이고 기본적인 데이터가 의료비 데이터라는 점에서 보건계정의 구축을 강조하고 있음.

○ WHO는 OECD/SHA가 비교적 선진국인 OECD 회원국을 위한 것이므로 WHO 전체 회원국을 대상으로 하는 보건계정 가이드가 별도로 필요하다고 보고 이를 위한 NHA Producers Guide(WHO, 2003, 이하 WHO/PG) 초안을 제시하고 의견 수렴 작업을 벌이고 있음.

2. 한국의 국민보건계정과 국민의료비 산출

가. 경과

○ 한국의 경우 2003년도에 수행된 연구작업을 통해 공급부문을 포함한 세 가지의 2차원 보건계정(재원-기능별, 재원-공급자별, 공급자-기능별)이 처음으로 구축되기 시작함 (정형선 외, 2004).

- 한국은 2003-2004년에 걸쳐 수행된 OECD의 'SHA실행프로젝트(SHA implementation project)'에 참가함. 한국의 연구진(연세대학교 정형선 교수)은 2002년 10월에 개최된 OECD 보건데이터 및 보건계정 전문가회의 (Meeting of Experts in Health Accounts)에서 중간 작업결과를 발표하고 2004년에는 이를 요약한 논문이 OECD Technical Paper로 발간됨. (첨부 논문 참조)

○ 2004년 보건복지부 보건의료기술연구용역으로 '재원, 기능, 공급부문별 국민보건계정을 위한 시계열데이터의 구축(1차년도)' 작업이 이루어짐 (책임연구자: 정형선)

- 1984-2002년도 국민의료비 및 하위 통계만이 아니라 2003년도의 가추계 결과도

함께 제출되어 'OECD Health Data 2005(2005.6 배포된 1st edition 및 2005.10 인터넷 업데이트된 2nd edition)'에 수록됨

○ 현재 2003년 국민의료비 추계 확정 및 2004년 국민의료비의 가추계 작업을 위한 연구용역(2003년 국민의료비 추계 및 국민보건계정 구축, 책임연구자: 정형선)이 진행 중이며, 그 결과는 OECD Health Data 2006에 반영될 예정임

나. 구축방법

○ 여기서는 국민의료비 중 핵심에 해당하는 개인의료비(personal health expenditure)의 구축방법을 살펴봄. 개인의료비는 국민의료비 중에서 집단의료비나 고정부본형성에 해당하는 의료비를 제외한 부분임.

○ 설명의 편의를 위해 개인의료비의 구축방법을 재원별로 기술함 (표 1 참조).

표 1. 개인의료비의 재원구분 및 추계 자료원

기능별 구분	재원별 구분	자료원
개인의료	HF.1.1 정부	“의료급여통계연보” (보건복지부) 의료급여통계관련 보충자료 (보건복지부)
	HF.1.2 사회보장금고	“건강보험통계연보” (국민건강보험공단) “산재보험통계연보” (노동부)
	HF.2.1 민영사회보험	보험개발원의 자동차보험 진료비 자료 민영건강보험회사 및 보험개발원의 자료
	HF.2.3 가계본인부담지출	“가계조사” (통계청) “국민건강·영양조사” (보건복지부)
	HF.2.4 민간비영리단체	“국민계정” (한국은행)
	HF.2.5 기업	“기업체 노동비용조사보고서” (노동부) “사업체노동실태조사보고서” (노동부)

(1) 정부 (General Government Excluding Social Security Funds) 재원

○ 정부재원 개인의료비의 대부분은 의료급여제도(구 의료보호제도)에서의 급여지출이 차지하고 있으며, 의료급여제도의 급여지출은 대부분 정부 재원에 의한 지출로 구성되어 있음.

○ 병원, 의원, 약국 등 공급자별 지출 규모는 의료급여통계연보의 자료를 사용함.

- 2000년 이후 건강보험통계, 산재통계, 자보통계 등의 공급자별 구분에서 종합전문

요양병원에서의 지출이 구분되어 있는 점을 고려하여, 의료급여통계연보에는 나와 있지 않은 2000년 이후 종합전문요양병원과 종합병원이 구분된 의료급여 통계를 추가적으로 구축하여 사용함.

(2) 사회보장금고(Social Security Funds) 재원

○ 우리나라에서 사회보장금고 재원 개인의료비는 건강보험과 산재보험에서의 급여 지출로 구성됨. 4대 의료보장 중에서 의료급여는 정부 재원에, 자동차보험은 민영사회보험 재원에 속하기 때문임.

- 정부의 지역의료보험에 대한 지원은 의료기관에 대한 지불단계의 단면에서의 지원을 취합하는 국민의료비 추계원칙에 따라 정부 재원이 아니고 사회보장금고 재원에 포함됨.

○ 병원, 의원, 약국 등 공급자별 사회보장금고 재원에 의한 지출은 건강보험통계연보와 산재보험통계연보의 요양기관별 보험자부담분 데이터를 사용함.

(3) 민영보험(Private Insurance) 재원

○ 우리나라에서 민영사회보험(Private Social Insurance)에 해당하는 대표적인 것으로는 자동차보험이 있음. 책임보험은 민영으로 운영된다고 할지라도 일정한 사회적 목적을 가지고 법에 의해 가입이 강제되기 때문임.

- 자동차보험 재원의 병원, 의원 등 공급자별 지출은 보험개발원의 내부자료를 활용함. 여기에는 보험회사에서 의료기관에 실제 지급된 과실상계전 결정금액이 집계되어 있으며 피해자가 의료기관에 직접 지불한 치료비 및 향후치료비는 제외됨.

- 다만 동 수치는 자동차보험 대인배상건으로 한정되어 있기 때문에 자기신체사고는 누락되어 있음. 따라서 자차운전 및 자차탑승중 피보험자의 상해에 따른 보험회사의 지출분 만큼 과소평가되어 있는 점에 주의할 필요가 있음.

○ 우리나라에서 민영보험회사(Private Insurance Enterprises)에 의한 건강관련 보험은 암이나 질환의 발생에 대해 일정 보험금을 지불하는 선불방식이 대부분이고 보험자와 의료기관 간의 계약 등에 의해 의료서비스 등의 발생 정도가 의료비 지출에 연계되는 후불방식 내지 손실보상방식은 드물다는 점에서 일반 보험 상품과 크게 다르

지 않음.

- 이러한 선불방식에 의한 보험금을 별도로 의료비 지출로 계상할 경우 가계가 공급자에게 지불하는 단계에서 추계되는 가계지출 의료비와 중복이 되게 됨. 이는 '사회보장'이라는 최초 자원(source of funding)으로부터 나와서 '가계의 본인부담'이라는 의료기관에 대한 중간재원(financing agent: 또는 지불대리자)을 통해 지불되는 것이므로 OECD/SHA의 기준상의 가계본인부담에 해당함(정형선 외, 2003).

- 우리나라에 아직은 현물급여 형태의 민영건강보험이 드물고 보험급여의 지불형태별 구분이 불분명해서 과거에는 선불상환식 현물급여 부분이 민영보험 재원으로 구분되어 계상되지 못하고 가계 재원에 포함되어 있었으나 2005년의 작업에서는 이를 민영건강보험 특히, 민영보험회사 부분으로 재분류하는 작업이 이루어짐.

(4) 가계본인부담(Private Household Out-of-pocket Expenditure) 재원

○ 가계의 본인부담 총액은 가계조사자료를 활용함으로써 누락의 가능성을 최소화하면서 공급자별 본인부담 구성과 기능별 본인부담 구성은 국민건강조사의 의료이용조사자료를 이용함으로써 면접조사의 정보를 최대한 활용함.

- 국민건강조사의 의료이용조사는 전국단위를 표본으로 하여 추출된 가구를 대상으로 조사원이 직접 방문하여 면접조사를 시행하는 것으로 약 4만명을 대상으로 함.

○ 비급여본인부담 비중이 큰 한방병의원과 약국의 본인부담 규모는 가계조사 결과를 이용하여 파악한 한방병의원과 약국의 본인부담 규모를 사용함. 1990-2002의 각 연도 도시가계조사 자료를 기본으로 하고 2003 도시가계조사에서 정비되어 집계된 의약품비의 하위 항목 구성을 활용하여 기술료 중심의 본인부담지출과 한방보약 중심의 본인부담지출을 추정하여 구분함.

- 한방병의원과 약국을 제외한 나머지 공급자별 본인부담 규모는 가계조사의 전체 의료비에서 한방병의원과 약국을 제외한 금액을 의료이용조사에서 얻어진 요양기관별 구성비로 배분함. 다만 2003년부터는 가계조사자료에 초과진료비가 구분되어 제시되게 됨에 따라 2003년 이후의 초과병의원의 본인부담 규모는 가계조사 수치를 그대로 사용함.

(5) 개인의료비의 기타 재원

○ 민간비영리단체를 재원으로 하는 의료비 지출은 국민계정에서 비영리단체의 목적별 소비지출 중 보건의료 항목을 이용함.

○ 기업을 재원으로 하는 의료비 지출은 "기업체노동비용조사보고서"(노동부)에서 기업이 법정외 복리비로 보건의료에 지출하는 비용을 이용함.

- 1인당 '월평균 노동비용' 중 '현금급여 이외의 노동비용' 중 '법정외 복리비' 중 '의료보전에 관한 비용'과 "사업체노동실태조사보고서"(노동부)의 상용종사자수를 활용하여 산출함. 다만, 근로자건강진단을 위해 소요된 비용은 집단보건의료비에 속하므로 이곳에서는 차감함.

3. SHA의 구축결과 및 국민의료비

가. 세 가지 2차원 계정 (Cross-tabulation)

(1) 기능-재원별 계정 (2002년 예시)

계정의 명칭	계정 코드	HF.1		HF.11	HF.12	HF.2		HF.21 + HF.22				HF.23				HF.24	HF.25	기업별 통계	중요율
		공공계열	정부			민간계열	민간보험	HF.21	HF.22	기업보유부담	HF.231	HF.232	기업보유부담	기업보유부담	민간비영리단체	기업			
개인회계자산	HC1-HC3	11,485,374	1,581,494	9,993,878	9,442,894	690,467	690,467	-	6,153,913	4,294,888	3,941,045	150,300	468,215	20,898,288	62.2%				
영원자산		4,950,285	670,210	4,080,718	2,460,239	648,337	648,337	-	1,817,893	844,348	967,545	-	7,411,155	21.0%					
영원회계자산		6,544,448	891,285	5,953,183	6,982,885	42,130	42,130	-	6,324,021	3,450,520	2,873,500	150,300	468,215	13,927,113	68.2%				
개인회계자산	HC4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
영원회계자산	HC5	4,418,314	420,896	3,997,418	6,157,093	3,823	3,823	-	6,153,288	4,539,289	1,614,978	-	-	10,575,408	29.9%				
영원회계자산	HC.51	4,418,314	420,896	3,997,418	5,219,451	3,823	3,823	-	5,215,628	3,600,851	1,614,978	-	-	9,637,785	27.2%				
영원회계자산	HC.511 & 2	4,288,789	401,524	3,987,265	4,303,584	2,815	2,815	-	4,300,738	2,786,985	1,533,753	-	-	8,572,123	24.2%				
기업회계자산	HC.52	149,544	-	130,172	916,888	1,208	1,208	-	914,890	833,885	81,224	-	-	1,085,942	3.0%				
기업회계자산	HC.52	-	-	-	937,841	-	-	-	937,841	837,841	-	-	-	937,841	2.7%				
개인회계자산	HC1-HC5	15,913,887	1,992,390	13,921,297	15,599,987	894,290	894,290	-	14,298,182	8,839,180	5,458,022	150,300	468,215	31,519,874	89.1%				
영원/영원회계자산	HC6	420,880	286,134	124,346	9,582	-	-	-	-	-	-	-	9,582	430,042	1.2%				
영원회계자산	HC7	1,344,881	667,451	677,231	-	-	-	-	-	-	-	-	1,344,881	3.8%					
영원회계자산	HC6-HC7	1,765,161	953,584	801,577	9,582	-	-	-	-	-	-	-	9,582	1,774,723	6.0%				
영원회계자산	HC1-HC7	17,678,848	2,945,974	14,732,874	15,605,549	894,290	894,290	-	14,298,182	8,839,180	5,458,022	150,300	475,777	33,298,388	94.1%				
고정자산	HC.R1	517,493	517,493	-	1,583,208	-	-	-	-	-	-	-	1,583,208	2,080,871	6.9%				
고정자산	HC.R1	10,186,311	3,483,437	14,732,874	17,172,753	894,290	894,290	-	14,298,182	8,839,180	5,458,022	150,300	2,080,885	35,289,089	100.0%				
중요율		51.4%	8.8%	41.7%	48.8%	2.0%	2.0%	0.0%	40.4%	26.0%	16.4%	0.4%	6.0%	100.0%					

THE/GDP 5.2%
GDP 884,283,500

(2) 기금-영급자별 계정 (2002년 예시)

계정구분	영급자구분	영급자명	계정구분	영급자명	2002년 예산액		2001년 실적액		잔액	비율	비율	비율	비율	비율	비율	비율	비율	비율	비율	비율				
					예산액	잔액	실적액	잔액																
기타영급자	기타영급자	기타영급자	기타영급자	기타영급자	11,452,343	11,452,343	12,200,116	12,200,116	12,200,116	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%			
					1,952,300	1,952,300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
					1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
					1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
기타영급자	기타영급자	기타영급자	기타영급자	기타영급자	11,452,343	11,452,343	12,200,116	12,200,116	12,200,116	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%	107.1%			
					1,952,300	1,952,300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
					1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
					1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	1,952,300	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

11,452,343

57%

57%

(3) 공급자-재원별 계정 (2002년 예시)

공급자별 계정의 명칭 및 약칭	HP 1	HP 11	HP 12	HP 2	HP 21 + HP 22		HP 23	HP 24	HP 25	공급자별 계정의 명칭	공급자별 계정의 명칭			
					HP 21	HP 22								
공공기관	5,805,431	1,121,250	4,684,181	4,065,604	390,685	390,685	3,614,819	1,172,290	1,922,059	9,872,085	29.7%	27.9%		
지방자치단체	HP 2													
지방자치단체	HP 3	6,101,595	494,248	5,607,348	5,617,601	303,606	5,699,905	3,759,530	2,154,465	12,299,185	36.9%	44.8%		
지방자치단체	HP 31	4,775,917	417,257	4,358,660	2,696,132	295,717	2,400,415	708,689	1,691,726	7,471,149	22.4%	21.1%		
지방자치단체	HP 32	947,195	23,934	923,261	2,314,535	-	2,314,535	2,046,796	267,739	2,967,720	8.9%	8.4%		
지방자치단체	HP 33	573,672	37,907	535,765	1,143,411	7,899	1,151,310	113,072	1,038,238	1,717,002	6.2%	4.9%		
지방자치단체	HP 34	105,711	16,089	89,622	43,523	-	43,523	21,825	21,698	140,234	0.4%	0.4%		
지방자치단체	HP 35													
지방자치단체	HP 36													
지방자치단체	HP 39													
지방자치단체	HP 4	4,005,671	369,194	3,636,477	4,729,298		4,729,298	3,320,711	1,399,489	9,725,940	26.2%	34.7%		
지방자치단체	HP 41	4,005,671	369,194	3,636,477	3,782,627		3,782,627	2,563,729	1,299,498	7,069,290	23.4%	22.0%		
지방자치단체	HP 42				937,641		937,641			937,641	2.8%	2.7%		
지방자치단체	HP 43													
지방자치단체	HP 44													
지방자치단체	HP 1-4	15,819,687	1,882,290	13,937,397	14,993,472	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	30,087,190	92.8%	87.4%		
지방자치단체	HP 1-4	15,819,687	1,882,290	13,937,397	14,993,472	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	30,087,190	92.8%	87.4%		
지방자치단체	HP 5	420,490	289,134	131,356	-					420,490	1.3%	1.7%		
지방자치단체	HP 6	1,344,651	667,451	677,201						1,344,651	4.0%	3.5%		
지방자치단체	HP 61	667,451	667,451							667,451	2.0%	1.9%		
지방자치단체	HP 62	677,201		677,201						677,201	2.0%	1.9%		
지방자치단체	HP 63													
지방자치단체	HP 64													
지방자치단체	HP 69													
지방자치단체	HP 7				626,077					626,077	1.9%	1.8%		
지방자치단체	HP 71				475,777					475,777	1.4%	1.3%		
지방자치단체	HP 72													
지방자치단체	HP 79				150,300					150,300	0.6%	0.4%		
지방자치단체	HP 9													
지방자치단체	HP 91	17,079,848	2,345,974	14,732,874	15,699,519	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	150,300	475,777	35,299,398	100.0%	94.4%
지방자치단체	HP 91	17,079,848	2,345,974	14,732,874	15,699,519	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	150,300	475,777	35,299,398	100.0%	94.4%
지방자치단체	HP 91	517,463	517,463		1,293,298					1,293,298	4.1%	6.3%		
지방자치단체	HP 91	517,463	517,463		1,293,298					1,293,298	4.1%	6.3%		
지방자치단체	HP 91	18,196,911	3,463,437	14,732,874	17,172,759	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	150,300	475,777	35,299,398	100.0%	94.4%
지방자치단체	HP 91	18,196,911	3,463,437	14,732,874	17,172,759	694,290	14,299,182	9,653,160	5,459,022	150,300	475,777	35,299,398	100.0%	94.4%
지방자치단체	HP 91	61,458	9,638	41,795	46,625	2,095	46,625			61,458	0.2%	0.2%		
지방자치단체	HP 91	61,458	9,638	41,795	46,625	2,095	46,625			61,458	0.2%	0.2%		

HP/GDP 5.2%

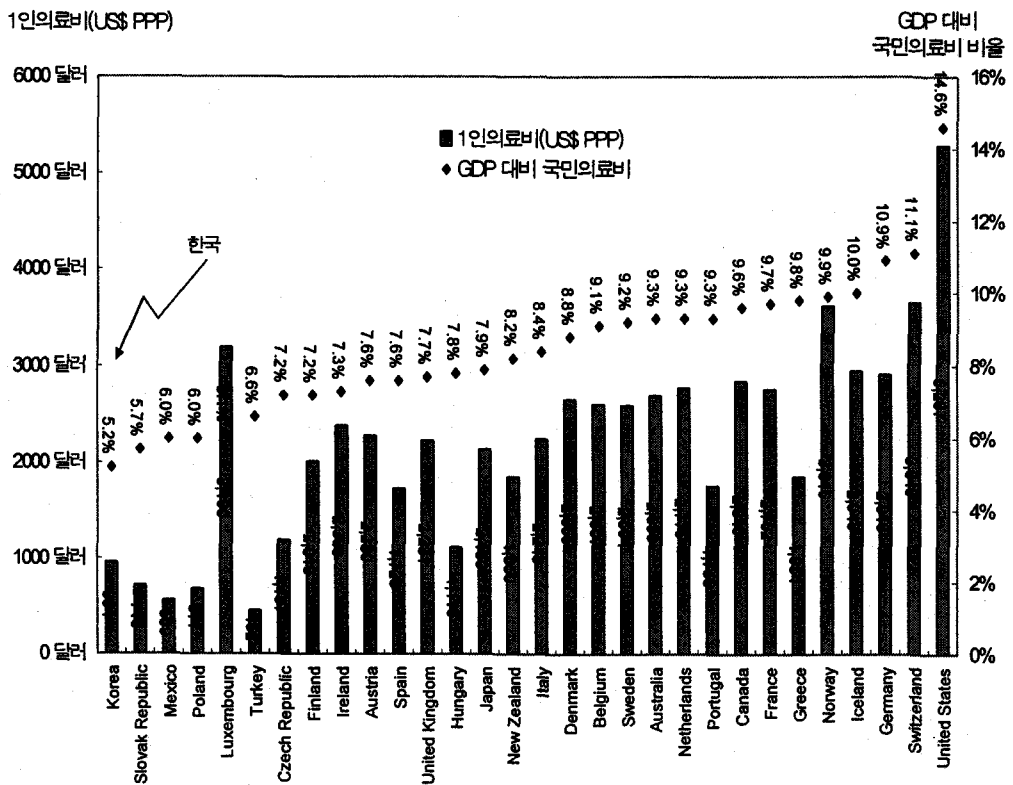
GDP 89,289,300

나. 국민의료비

표 2. 2002년 국민의료비의 규모

구분	규모	비중
국민의료비	35.4 조원	100.0%
中 경상의료비	33.3 조원	국민의료비의 94.1%
中 개인의료비	31.5 조원	국민의료비의 89.1% 경상의료비의 94.7%
국민의료비/GDP		5.2%

주:여기서의 수치는 OECD Health Data 2005 발간 후 추가적인 자료보완 과정에서 이루어진 수정 결과를 반영한 것으로, OECD Health Data 2005의 수치와 미세한 차이가 있음. OECD Health Data 2006에서는 수정된 결과가 반영될 예정임



출처: 한국 이외의 국가는 OECD Health Data 2005 (2nd edition)

그림 1. OECD 국가의 의료비 수준 비교

4. 성과, 한계점 및 향후 작업

가. 성과

○ 그간의 작업을 통해 국제적 표준에 부합하는 재원-기능별, 재원-공급자별, 공급자-기능별 국민보건계정이 1984년부터 2003년까지 20년의 시계열 데이터로 구축되게 됨

○ 동일한 기준에 의해 산출된 데이터의 국제 비교를 통해 국가별로 국민의료비의 기능별, 재원별, 공급자별 구조상의 특징이 분명해지는 성과를 얻었으며, 국민보건계정의 광범위한 활용 가능성을 확인할 수 있었음.

- 국가 의료제도의 특징이 국민의료비의 규모는 물론 하위 항목 구조의 차이를 가져오는 기전을 그릴 수 있게 됨.

- 국민보건계정이 중장기적인 시계열 데이터로 구축된다면 그러한 정보가 제시할 정책적 시사점은 대단히 클 것임.

○ 보건계정은 의료제도의 핵심행위자(key actors)로서의 보건의료공급자별 의료비 점유율을 보여줌. 이러한 공급자별 의료비를 기능별 의료비와 결합하고 교차 분류해 봄으로써 의료제도의 구조를 더 잘 기술할 수 있게 됨.

- 보건의료의 제공에 있어서 여러 공급자들이 수행하는 역할은 국가마다 상이할 수 있지만, 공급자 유형별 의료비를 파악함으로써 국가-특이적 의료기관을 공통의 항목, 국제적으로 적용 가능한 항목으로 조정해서 비교분석할 수 있도록 해야 할 것임,

나. 한계점

○ 각국 공히 민간재원, 특히 민영보험, 민간비영리, 기업재원의 의료비를 추계하기 위한 자료원의 확보에 어려움을 보이고 있으며, 가계조사자료를 통해 추계된 민간재원은 대체로 저추계의 경향을 보이고 있음.

○ 보건계정의 정교화를 위해 우선적으로 해야 할 것은 공급자 조직²⁷⁾ 내의, 특히

병원 내의 '생산양식별' 및 '질병치료의 에피소드별' 기능을 구분해 내는 것이나 의료제도에 따라 이 두 가지 데이터의 수집이 어려운 경우가 많음.

- OECD의 SHA실행프로젝트에 참여한 다수 국가들은 SHA(ICHА-HC)의 기능별 분류에 자국의 국내 분류를 맞추어 내는데 상당히 어려움을 겪었는데, 장기요양케어비용의 측정, 입원서비스에서 보조서비스의 분리, 생산양식별 구분의 이행 특히, 당일입원서비스(day care)와 입원/외래서비스의 분리 등이 주된 이슈이었음. 이들 대부분은 의료비 구조의 국가간 비교에만 영향을 미치지만, 장기요양케어에 대한 측정은 국민의료비의 크기와 구조 모두에 영향을 미침.

다. 향후 작업

○ 본 연구에서는 우리나라의 보건계정 구축에 있어서 OECD/SHA에서 제시하고 있는 기능별 분류 중 생산양식에 의한 기능별 분류만을 하고 있는 바, 향후 장기적으로 질병치료의 에피소드에 의한 기능별 분류에 필요한 데이터를 구축해 가야 할 것임.

○ 입원서비스 내에서도 치료·재활서비스와 장기요양간호서비스가 분리될 수 있으면 국제비교에 있어서 훨씬 더 실제적으로 도움이 되는 그림을 얻을 수 있는 바, 우리나라도 장기요양부분에 대한 분명한 통계 구축을 시도할 필요가 있음.

- 우리나라는 아직도 이러한 장기요양관련 시설이 발달되어 있지 못하고 따라서 의료기관에서 이러한 장기요양간호케어를 받거나 집에서의 가족 수발에 의존하는 것이 일반화되어 있는 상황이므로 외국과의 비교에 한계가 있는 것은 사실임. 국민의료비 내지 보건계정의 내용은 향후 장기요양서비스의 공급 및 재원조달체계가 어떠한 모습을 가지게 되는지에 따라 크게 영향을 받게 될 것임.

○ 집단보건의료(collective health care) 및 고정자본형성 항목과 그 하위 항목의 통계를 위한 정보 수집에 노력을 배가할 필요가 있으며, 이를 통해 갈수록 정책적 의미가 커지고 있는 건강증진사업에 대한 증거중심 보건정책(Evidence-based Health Policy: EBHP)이 가능해질 수 있을 것임.

- 이를 위해서는 우리의 노력과 함께 OECD에서도 OECD/SHA 자체의 개선을 위한

27 의료비 데이터는 대개 의료의 제공(delivery)과 재원조달(financing)을 중심으로 한 의료제도의 구조에 따라 생산되며, 의료제도의 구조는 대체로 공급자(providers) 조직을 의미함.

작업이 병행되어야 할 것임

<참고문헌>

정형선 · 진기남 · 이준협 · 김창보, 공급부문 국민보건계정의 구축을 위한 기반조사 및 활용, 보건복지부, 2004.

정형선 · 이준협, 재원, 기능, 공급부문별 국민보건계정을 위한 시계열데이터의 구축 (1차년도), 보건복지부, 2005.

Jeong, H.S., SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies - Korea, OECD Health Technical Papers, OECD, 2004.

Orosz E, Morgan D, SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis, OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)7, 2004

OECD, Public Expenditure on Health, Paris : OECD, 1977.

OECD, Measuring Health Care, Paris : OECD, 1985.

OECD, OECD Health Systems (I): Facts and Trends 1960-1991 & OECD Health Systems (II): The Socio-economic Environment Statistical References, Paris : OECD, 1993.

OECD, System of Health Accounts, OECD, 2000.

WHO, World Health Report 2000, WHO, 2000.

WHO, NHA Producers Guide, WHO, 2003.