

2018년 경상의료비 및 국민보건계정

정형선¹ · 신정우² · 문성웅³ · 최지숙⁴ · 김희년⁵

¹연세대학교 보건과학대학 보건행정학과, ²한국보건사회연구원, ³국민건강보험공단 건강보험정책연구원, ⁴건강보험심사평가원 심사평가연구소, ⁵연세대학교 대학원 보건행정학과

2018 Current Health Expenditures and National Health Accounts in Korea

Hyoung-Sun Jeong¹, Jeong-Woo Shin², Sung-Woong Moon³, Ji-Sook Choi⁴, Heenyun Kim⁵

¹Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Science, Wonju; ²Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong; ³Health Insurance Policy Research Institute, National Health Insurance Service; ⁴Health Insurance Review and Assessment Research Institute, Health Insurance Review and Assessment Service; ⁵Department of Health Administration, Yonsei University Graduate School, Wonju, Korea

This paper aims to demonstrate current health expenditure (CHE) and National Health Accounts of the years 2018 constructed according to the SHA2011, which is a manual for System of Health Accounts (SHA) that was published jointly by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Eurostat, and World Health Organization in 2011. Comparison is made with international trends by collecting and analyzing health accounts of OECD member countries. Particularly, scale and trends of the total CHE financing as well as public-private mix are parsed in depth. In the case of private financing, estimation of total expenditures for (revenues by) provider groups (HP) is made from both survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance (by National Health Insurance Service) and Economic Census and Service Industry Census (by National Statistical Office); and other pieces of information from Korean Health Panel Study, etc. are supplementarily used to allocate those totals into functional classifications. CHE was 144.4 trillion won in 2018, which accounts for 8.1% of Korea's gross domestic product (GDP). It was a big increase of 12.8 trillion won, or 9.7%, from the previous year. GDP share of Korean CHE has already been close to the average of OECD member countries. Government and compulsory schemes' share (or public share), 59.8% of the CHE in 2018, is much lower than the OECD average of 73.6%. 'Transfers from government domestic revenue' share of total revenue of health financing was 16.9% in Korea, lower than the other social insurance countries. When it comes to 'compulsory contributory health financing schemes,' 'transfers from government domestic revenue' share of 13.5% was again much lower compared to Japan (43.0%) and Belgium (30.1%) with social insurance scheme.

Keywords: 2018 Health Accounts; System of Health Accounts(SHA); SHA2011; Current Health Expenditure(CHE); Public-private mix

서론

보건계정체계(System of Health Accounts, SHA)는 국가단위 의료비 데이터의 산출을 위한 세계 표준이다. 지금 전 세계 국가들은 경제개발 협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development,

OECD), 유럽연합(European Union) 및 세계보건기구(World Health Organization)가 공동으로 구축한 보건계정 매뉴얼인 'SHA2011'에 따라 자국의 의료비 통계를 작성해서 발표하고 있다[1].

본 연구에서는 'SHA2011'¹⁾에 따라 구축된 우리나라의 2018년 국민보건계정과 그 총계치인 경상의료비 및 각종 하위항목의 수치를 제

1) 'SHA2011'은 기능별(classification of health care function [HC]), 재원별(classification of health financing [HF]), 공급자별(classification of health care providers [HP])로 의료비를 분류하고, 분류기준을 제시하고 있다.

Correspondence to: Heenyun Kim
Department of Health Administration, Institute of Health and Welfare, Yonsei University, 1 Yonseidaegil, Wonju 26493, Korea
Tel: +82-33-760-2471, Fax: +82-33-760-2519, E-mail: heenyunk@yonsei.ac.kr
*2018년 경상의료비는 잠정치이며 확정치는 2020년 산출된다.
Received: May 14, 2019 / Revised: May 27, 2019 / Accepted after revision: June 5, 2019

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

시한다. 이와 함께 업데이트된 1970-2018년의 보건계정 시계열은 우리나라 의료제공체계의 의료보장제도의 발전과정에서 있었던 보건 의료서비스의 제공(delivery) 수준 및 이를 위한 자원(financing) 흐름의 변화를 반영한다.

이 원고는 특히 경상의료비 규모의 변화 추이와 자원의 공사혼합을 중점적으로 고찰하고, OECD 국가들과의 비교를 통해 한국의 위치를 확인한다.

방 법

국민보건계정 구축을 위한 자료원은 Table 1과 같다. 자료원의 성격이나 구축방법에 관한 세부내용은 Jeong과 Shin [2] 및 Ministry of Health and Welfare [3]를 참고하고, 여기서는 자료원과 산출방식의 핵심에 해당하는 민간자원, 특히 기계직접부담 의료비 부분을 중심으로 기술한다.

한국의 보건계정을 구축함에 있어서 공공재원은 공식통계자료를 자료원으로 하여 보건계정의 틀에 맞게 엮는 작업만으로 대부분 완성된다. 따라서 민간자원 중에서 기계직접부담, 특히 비급여본인부담의 기능별 및 공급자별 규모를 제대로 산출하는 것이 최대의 관건이다. 한국의 보건계정에서는 국민건강보험공단(건보공단)의 ‘건강보험환자 진료비실태조사’ 보고서에서 발표된 공급자별/기능별 법정본

인부담 비율 및 비급여본인부담 비율을 기본자료로 사용하고 통계청의 ‘서비스업조사’의 수치를 보조자료로 활용하여 해당 부분의 의료비를 구성한다. 건보공단의 ‘건강보험환자 진료비실태조사’는 조사 대상 요양기관의 모든 환자의 진료비를 조사하므로 공식적으로 발표되는 건강보험환자의 진료비 외에도, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 환자의 진료비에 관한 정보도 활용할 수 있다(Appendix 1).

1. 공급자별 기계직접부담 의료비

1) 병원 및 의원

의료비의 대부분을 차지하는 병·의원의 경우에는 ‘건강보험환자 진료비실태조사’ 자료를 통해 추정된 병원 및 의원의 전체 진료비와 경제총조사/서비스업조사에서 산출된 ‘병원’ 및 ‘의원’의 총 의료수입을 비교하여 큰 쪽으로 총액(top)을 결정한 뒤, 이를 진료비실태조사에서 추정한 ‘병원(상급종합병원, 종합병원 및 병원) 및 의원’의 보험종별(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험) 및 재원구성별(보험자부담분, 법정본인부담분, 비급여부담분) 구성비율에 따라 배분한다.

2) 한방병원, 한방의원, 치과병원, 치과의원

한방병원, 한방의원, 치과병원, 치과의원의 경우는 ‘건강보험환자 진료비실태조사’의 결과(비율)를 활용하여 보험종별(건강보험, 의료

Table 1. Main sources for Korean Health Accounts

Classification	Sources
Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (HF.1)	<ul style="list-style-type: none"> - Settlement of government accounts; reports from central government (1999-2017) - Settlement of government accounts; reports from local government (2017) - Medical aid statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2017) - National Health Insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (1977-2017) - Long-term care insurance statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2017) - Yearbook of industrial accident compensation insurance, Ministry of Labor (1970-2017) - Korea pharmaceutical information service, Health Insurance Review & Assessment Service (2014-2017) - Auto insurance medical expenses statistical indicators, Health Insurance Review & Assessment Service (2015-2017) - National health screening statistical yearbook, National Health Insurance Service (2008-2017) - Report on health screening of labourers, Ministry of Labour (1992-2017) - Survey on expenditures by regional health centers nationwide (2007-2017)
Voluntary health care payment schemes (HF.2)	<ul style="list-style-type: none"> - Unpublished data on private health insurance obtained from Korea Insurance Development Institute (1998-2017) - Survey report on labor cost of enterprises, Ministry of Labor (1998-2017) - Survey report on establishment labor conditions, Ministry of Labor (1998-2017)
Household out-of-pocket payment (HF.3)	<ul style="list-style-type: none"> - Survey on patients health expenditure, National Health Insurance Service (2005-2017) - Economic census and service industry census, National Statistical Office (2005, 2010, 2015) - Family income and expenditure survey, National Statistical Office (1970-2017) - Korean healthcare panel study, Korean Institute for Health and Social Affairs and National Health Insurance Service (2008-2017) - National health and nutrition survey, Ministry of Health and Welfare (1992, 1995, 1998, 2001, 2005)

급여, 산재보험, 자동차보험) 및 재원구성별(보험자부담분, 법정본인 부담분, 비급여부담분) 수치를 산출한다.

치과병·의원의 경우 ‘건강보험환자 진료비실태조사’의 보장률 지표에는 ‘미용 목적의 치과보철’이 제외되어 있어 보건계정이 요구하는 의료비의 포괄개념에 부합하므로 제외한 그대로 활용하여 산출하였다. 반면, 한방의 경우 진료비실태조사의 보장률 지표에는 ‘건강증진 목적의 침약’에 대한 지출은 포함되어 있지 않으며, 보건계정에서는 이를 추가하여 포함하기 위한 보정작업을 한다.

3) 약국 및 기타

약국은 건강보험심사평가원의 의약품유통조사 통계에서 산출된 수치를 기본으로 하고 건강보험 등의 자료를 추가적으로 활용하여 산출한다[2]. 기타 안경점, 의료용구점과 같이 ‘건강보험환자 진료비실태조사’에서 확보하기 어려운 공급자의 경우에는 ‘가계(동향)조사’ 항목별 수치에서 추정된 값을 활용한다.

2. 적용 연도

1) 2017년 이전

건강보험환자 진료비실태조사에서는 2019년 전반기 현재 2005-2017년의 의료기관별, 기능별(입원, 외래) 보장률이 발표되고 있는 바, 이를 활용한다. 그리고 2013-2017년 보건계정의 경우, 공표되어 있는 건강보험환자에 대한 보장률 통계 이외에도 의료급여, 산재보험, 자동차보험환자의 재원부담비율 자료도 ‘건강보험환자 진료비실태조사’의 공표되지 않은 원시자료를 재분석하여 활용한다. 특히 치과병·의원의 ‘미용 목적의 치과보철’에 대한 구분 및 한방의 ‘건강증진 목적의 침약’에 대한 구분도 원시자료를 재분석하여 활용한다. 2004-2012년의 경우 공표되어있는 건강보험환자에 대한 보장률 통계는 그대로 사용하고, 의료급여, 산재보험, 자동차보험환자의 재원비율 자료는 2013년의 비율자료를 활용한다. 원래는 2005년부터 조사가 시작되었으나, 2005년 실태조사 보고서가 2004년의 보장률 통계도 포함하고 있어 2004년도는 이 수치를 사용한다. 2001-2003년은 2004년의 비율자료에 2005년의 비율자료를 보충적으로 결합한 비율자료를 사용하여 시계열의 단절(break)을 최소화한다. 2000년 이전은 의약분업, 건보통합 등의 상황 변화가 생기기 이전이기 때문에 그 이후의 수치들과는 시계열의 단절이 어차피 크므로 건강보험환자 진료비실태조사 자료를 사용하지 않고, 가계동향조사, 국민건강영양조사 등을 활용하여 산출했던 기존의 수치를 사용한다.

2) 2018년

2018년(t-1)의 가추계 보건계정에서는 2017년의 건강보험보장률에서 1%p 증가된 비율을 적용하여 산출한다. 2018년부터 보장성강화 대책(소위 문재인케어)이 본격적으로 시행됨에 따라 보장률이 올라갔다고 가정하는 것이다. 1%p라는 보장률 증가의 크기는 급여 확대에 따른 과거의 보장률 증가 정도를 참작했다.

2018년 경상의료비의 규모 및 구성

1. 규모

2018년의 경상의료비는 144.4조 원으로 gross domestic product (GDP)의 8.1%(신규 기준 GDP 적용시 7.6%)다(Table 2). 이 중 ‘개인 의료비’는 134.2조 원으로 경상의료비의 대부분(93.0%)을 차지한다.

Table 2. CHE in 2018

	Amount (trillion won)	Share
CHE	144.4	8.1% (7.6%) of GDP
Personal health expenditure	134.2	93.0% of CHE
Collective health expenditure	10.2	7.0% of CHE

CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product.

경상의료비의 규모(GDP 대비 경상의료비)는 1970년 0.1조 원(2.6%)에서 1980년 1.4조 원(3.5%), 1990년 7.3조 원(3.7%), 2000년 25.4조 원(4.0%), 2010년 78.7조 원(6.2%), 2018년 144.4조 원(8.1%)으로 급속히 증가해왔다(Table 3). 하지만 경상의료비의 증가율(명목) 자체는 1970년대 평균 34.1%, 1980년대 평균 18.1%, 1990년대 평균 13.5%, 2000년대 평균 11.9%, 2011-2018년 평균 7.9%로 둔화했다. 전체 의료비의 증가율이 둔화함에도 ‘GDP 대비 경상의료비’가 급격히 늘어나는 것은 GDP의 증가율이 급격히 줄어드는 반면 경상의료비 증가율은 더디게 줄어들고 있기 때문이다.

‘GDP 대비 경상의료비’가 2017년 7.6%에서 2018년 8.1%로 1년 사이 0.5%p 증가한 것은 건강보험 재정 위기를 초래했던 2001년에 0.7%p 증가했던 예외적인 상황 외에는 역대 가장 높은 수치다. 2010년까지 두 자릿수이던 증가율이 2011년 6.5%, 2012년 5.7%로 둔화하는 듯하더니, 2013년 이후 다시 반전하여 2018년 9.7%까지 증가율 자체가 증가하고 있다.

Table 3. Trend in health expenditure in 1970-2018

Variable	CHE (nominal, trillion won)	CHE growth rate (%)		GDP (nominal, trillion won)	GDP growth rate (%)		CHE/GDP (%)	CHE per capita (thousand won) or AGR (%)
		Nominal	Real [†]		Nominal	Real [†]		
Year								
1970	0.1	-	-	2.8	-	-	2.6	2
1975	0.2	102.1	63.5	10.5	33.3	7.9	2.3	7
1980	1.4	35.2	8.5	39.5	22.5	-1.7	3.5	36
1985	2.9	13.3	9.0	87.2	12.1	7.7	3.3	71
1990	7.3	19.2	8.3	197.7	20.9	9.8	3.7	170
1995	14.8	17.4	9.8	428.9	17.2	9.6	3.4	327
2000	25.4	11.7	10.5	635.2	10.1	8.9	4.0 (4.0)	540
2005	44.5	10.9	9.8	919.8	5.0	3.9	4.8 (4.6)	923
2010	78.7	12.2	8.8	1,265.3	9.9	6.5	6.2 (6.0)	1,589
2015	110.2	8.7	6.2	1,564.1	5.3	2.8	7.0 (6.6)	2,160
2016	120.3	9.1	7.0	1,641.8	5.0	2.9	7.3 (6.9)	2,347
2017	131.6	9.4	7.0	1,730.4	5.4	3.1	7.6 (7.2)	2,563
2018 [†]	144.4	9.7	7.3	1,808.9	5.0	2.7	8.1 (7.6)	2,802
Annual AGR [‡]								
1970s (70-79)	-	34.1	12.9	-	31.2	10.5	2.2	31.9
1980s (80-89)	-	18.1	10.9	-	17.1	9.9	0.9	16.7
1990s (90-99)	-	13.5	7.5	-	12.6	6.7	0.8	12.5
2000s (00-09)	-	11.9	9.2	-	6.8	4.2	4.8	11.4
2010s (10-18)	-	7.9	6.2	-	4.6	3.0	3.4	7.3

Figures in the bracket show CHE/GDP when GDP figures of the years 2000-2018 in the new version are used as denominators which were published by the Korea Bank in June 4th 2019 and thus are not yet reflected in the June version of OECD Health Data 2019.

CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product; AGR, average growth rate.

[†]Base year for CHE and GDP in real terms is 2015 (GDP price level is applied). [‡]Figures for the year 2018 are preliminary in that some data sources of 2018 are not yet finally published.

[‡]Annual average growth rate is geometric mean.

Table 4. Share of CHE by financing scheme

Year	Total (CHE)	Governmental & compulsory contributory HIS			Voluntary health care payment schemes				Household out-of-pocket payment (HF.3)
		Sub-total (HF.1)	Governmental schemes (HF.1.1)	Compulsory contributory HIS (HF.1.2)	Sub-total (HF.2)	Voluntary HIS (HF.2.1)	NPISHs financing schemes (HF.2.2)	Enterprises financing schemes (HF.2.3)	
2000	25,398 (100.0)	13,687 (53.9)	2,624 (10.3)	11,064 (43.6)	628 (2.5)	400 (1.6)	190 (0.7)	38 (0.1)	11,083 (43.6)
2005	44,495 (100.0)	26,255 (59.0)	5,265 (11.8)	20,990 (47.2)	1,273 (2.9)	860 (1.9)	349 (0.8)	64 (0.1)	16,966 (38.1)
2010	78,727 (100.0)	47,682 (60.6)	9,042 (11.5)	38,640 (49.1)	3,956 (5.0)	3,343 (4.2)	519 (0.7)	94 (0.1)	27,088 (34.4)
2015	110,193 (100.0)	64,866 (58.9)	11,736 (10.7)	53,130 (48.2)	7,832 (7.1)	7,014 (6.4)	650 (0.6)	168 (0.2)	37,495 (34.0)
2018	144,392 (100.0)	86,301 (59.8)	14,965 (10.4)	71,336 (49.4)	10,656 (7.4)	9,679 (6.7)	783 (0.5)	194 (0.1)	47,435 (32.9)

Values are presented as number (%).

CHE, current health expenditure; HIS, health insurance schemes; HF, health financing; NPISHs, non-profit institutions serving households.

2. 구성

1) 재원제도(financing scheme)별

2018년 경상의료비 중 ‘정부·의무가입제도(HF.1 governmental

schemes and compulsory contributory health financing schemes)’는

59.8%(의무가입건강보험 49.4%+정부 10.4%)이다. 이것이 흔히 ‘공공(재원)의료비’로 불리는 것으로 소위 말하는 ‘보장률’에 해당하는

Table 5. Share of CHE by function

Year	Total (CHE)	Personal health expenditure					Collective health expenditure			
		Sub-total	In-patient services	Out-patient services	Drugs	Others	Sub-total	Preventive care system	Governance, health system and financing administration	
2000	25,398 (100.0)	23,500 (92.5)	7,531 (29.7)	9,083 (35.8)	6,211 (24.5)	675 (2.7)	1,898 (7.5)	539 (2.1)	1,359 (5.4)	
2005	44,495 (100.0)	41,575 (93.4)	14,116 (31.7)	12,978 (29.2)	12,577 (28.3)	1,904 (4.3)	2,919 (6.6)	1,060 (2.4)	1,859 (4.2)	
2010	78,727 (100.0)	72,956 (92.7)	26,986 (34.3)	21,099 (26.8)	20,280 (25.8)	4,591 (5.8)	5,770 (7.3)	2,632 (3.3)	3,138 (4.0)	
2015	110,193 (100.0)	102,022 (92.6)	39,534 (35.9)	32,002 (29.0)	23,817 (21.6)	6,669 (6.1)	8,172 (7.4)	4,365 (4.0)	3,807 (3.5)	
2018	144,392 (100.0)	134,239 (93.0)	51,852 (35.9)	43,129 (29.9)	29,863 (20.7)	9,395 (6.5)	10,153 (7.0)	5,521 (3.8)	4,633 (3.2)	

Values are presented as number (%).
CHE, current health expenditure.

Table 6. Share of CHE by provider

Year	Total (CHE)	Hospitals (HP.1)	Providers of ambulatory health care		Pharmacies (HP.5)	Others
			Sub-total (HP.3)	Medical practices (HP.3.1)		
2000	25,398 (100.0)	10,158 (40.0)	9,307 (36.6)	7,461 (29.4)	2,166 (8.5)	3,767 (14.8)
2005	44,495 (100.0)	17,742 (39.9)	11,850 (26.6)	10,277 (23.1)	9,302 (20.9)	5,602 (12.6)
2010	78,727 (100.0)	34,008 (43.2)	19,125 (24.3)	14,944 (19.0)	15,093 (19.2)	10,501 (13.3)
2015	110,193 (100.0)	50,111 (45.5)	27,724 (25.2)	19,697 (17.9)	17,363 (15.8)	14,996 (13.6)
2018	144,392 (100.0)	66,437 (46.0)	37,810 (26.2)	25,645 (17.8)	21,601 (15.0)	18,544 (12.8)

Values are presented as number (%).
CHE, current health expenditure; HP, health care providers.

지표가 된다. OECD 국가들의 평균은 73% 전후로, 한국은 이에 비해 낮은 편에 속함을 알 수 있다. 나머지는 대부분 ‘가계직접부담(HF.3 household out-of-pocket payment)’으로 경상의료비의 32.9%를 차지하며, 민영보험 중에서 자동차보험 책임보험을 제외한 임의가입건강보험(HF.2.1 voluntary health insurance schemes)이 6.7%에 해당한다 (Table 4).

2) 기능(function)별

2018년 ‘입원의료비’는 51.9조 원으로 경상의료비의 35.9%, ‘외래의료비’는 43.1조 원으로 경상의료비의 29.9%, ‘의약품비 등(소모품 포함)’은 29.9조 원으로 경상의료비의 20.7%였다(Table 5). 여기서의 ‘의약품비 등(소모품 포함)’은 보건계정의 HC.5.1 (pharmaceuticals and other medical non durable goods)에 해당하는 것으로 여기에는 ‘조제료’도 포함되어 있고, 의약품 외의 ‘소모품’도 포함되어 있다. 소모품을 제외한 금액은 27.3조 원이다. 하지만 이 또한 약국에서의 의약품비만을 포함하고 입원환자가 소비하는 의약품은 포함하고 있지 않다. 입원에서의 의약품 소비는 입원서비스의 중간투입물로 간주되어 독립적으로 기록되지 않기 때문이다[1]. 이러한 지표의 한계를 보완하고자 보건계정은 입원, 외래, 약국 등 구분 없이 모든 의약품비(조제료

포함)를 포함한 총 의약품비[HC.RI.1 total pharmaceutical expenditure] 항목을 수집하고 있다. 우리나라의 2018년 총 의약품비는 32.2조 원이고, 이 중 입원에서의 의약품비는 4.5조 원에 해당한다.

3) 공급자(provider)별

2018년 경상의료비 중 ‘병원의료비’의 비중은 46.0%, ‘의원 의료비’의 비중은 17.8%, ‘약국의료비’의 비중은 15.0%이었다(Table 6). ‘병원의료비’의 비중은 2000년 40.0%에서 꾸준히 증가하고 있다. ‘의원의료비’의 비중은 2000년 29.4%이던 것이 2018년 17.8%로 줄었다. ‘약국의료비’의 비중은 의약분업 직후에 20% 가까이 증가한 이후 하향 추세를 계속하여 2018년 15.0%까지 내려갔다.

Table 7. Current health expenditure by financing scheme and function (mode of production) in 2018 (unit: trillion won [%])

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes			Voluntary health care payment schemes				Household out-of-pocket payment (32.9%)	Total
	Sub-total (59.8%)	Governmental schemes (10.4%)	Compulsory contributory HIS (49.4%)	Sub-total (7.4%)	Voluntary HIS (6.7%)	NPISHs financing schemes (0.5%)	Enterprises financing schemes (0.1%)		
Personal health expenditure									
In-patient services (35.9%)	33.8 (65.1)	5.3 (10.3)	28.4 (54.8)	5.8 (11.1)	5.8 (11.1)	-	-	12.3 (23.8)	51.9
Out-patient services (29.9%)	23.1 (53.6)	2.3 (5.3)	20.8 (48.3)	3.4 (8.0)	2.5 (5.9)	0.8 (1.8)	0.1 (0.2)	16.6 (38.5)	43.1
Other services (4.2%)	4.8 (9.1)	1.0 (15.8)	3.8 (63.4)	-	-	-	-	1.3 (20.9)	6.1
Medical goods (23.0%)	16.4 (49.4)	1.8 (5.6)	14.6 (43.8)	0.3 (0.8)	0.3 (0.8)	2.7	-	16.5 (49.8)	33.2
Pharmaceutical and other medical non-durables (20.7%)	16.1 (54.0)	1.8 (6.1)	14.3 (47.9)	0.3 (0.9)	0.3 (0.9)	2.7	-	13.5 (45.1)	29.9
Sub-total (93.0%)	78.1 (58.2)	10.4 (7.7)	67.7 (50.4)	9.5 (7.0)	8.6 (6.4)	0.8 (0.6)	0.1 (0.1)	46.7 (34.8)	134.2
Collective health expenditure									
Preventive care (3.8%)	4.7 (85.3)	3.0 (53.7)	1.7 (31.6)	0.1 (1.7)	0.9	-	0.1 (1.7)	0.7 (13.0)	5.5
Governance, health system and financing administration (3.2%)	3.5 (76.2)	4.1 (10.7)	1.9 (41.5)	1.1 (23.8)	1.1 (23.8)	-	-	-	4.6
Sub-total (7.0%)	8.2 (81.1)	4.9 (45.0)	3.7 (36.2)	1.2 (11.8)	1.1 (10.9)	-	0.1 (0.9)	0.7 (7.1)	10.2
Total	86.3	15.0	71.3	10.7	9.7	0.8	0.2	47.4	144.4

Values are presented as number (%).
HIS, health insurance schemes; NPISHs, non-profit institutions serving households.

Table 8. Current health expenditure by provider and function (mode of production) in 2018 (unit: trillion won, [%])

Variable	Hospitals (46.0%)		Residential long-term care facilities (2.7%)		Providers of ambulatory health care		Retailers and other providers of medical goods		Providers of preventive care (1.8%)		Providers of health care system administration and financing (3.5%)		Total	
	Hospitals (46.0%)	Residential long-term care facilities (2.7%)	Sub-total (26.2%)	Medical practices (17.8%)	Sub-total (18.2%)	Pharmacies (15.0%)	Providers of preventive care (1.8%)	Providers of health care system administration and financing (3.5%)	Others (1.7%)	Total				
Personal health expenditure														
In-patient services (35.9%)	45.3 (87.3)	3.9 (7.5)	2.5 (4.8)	2.5 (4.7)	(9.6)	-	-	0	(0.1)	-	0.2 (0.4)	(8.5)	51.9 (100.0)	
Out-patient services (29.9%)	15.8 (66.7)	-	26.3 (60.9)	17.7 (41.1)	(69.0)	-	-	0.1 (0.3)	(4.6)	-	0.9 (2.1)	(38.3)	43.1 (100.0)	
Other services (4.2%)	0.4 (7.0)	-	4.5 (74.1)	1.0 (16.1)	(3.8)	-	-	-	-	-	1.1 (18.9)	(48.1)	6.1 (100.0)	
Medical goods (23.0%)	3.7 (11.0)	-	3.1 (9.4)	3.1 (9.3)	(12.1)	26.3 (79.1)	21.6 (65.1)	0.2 (0.5)	(6.3)	-	-	-	33.2 (100.0)	
Pharmaceutical and other medical non-durables (20.7%)	3.7 (12.2)	-	3.1 (10.5)	3.1 (10.4)	(12.1)	22.9 (76.8)	87.3 (216.3)	0.2 (0.6)	(6.3)	-	-	-	29.9 (100.0)	
Sub-total (93.0%)	65.2 (48.5)	3.9 (2.9)	36.4 (27.1)	24.2 (18.1)	(94.5)	26.3 (19.6)	21.6 (16.1)	0.3 (0.2)	(11.1)	-	2.3 (1.7)	(94.9)	134.2 (100.0)	
Collective health expenditure														
Preventive care (3.8%)	1.3 (23.2)	-	1.4 (26.1)	1.4 (25.5)	(5.5)	-	-	2.3 (41.9)	(88.9)	0.4 (6.6)	(7.2)	0.1 (2.2)	(5.1)	5.5 (100.0)
Governance, health system and financing administration (3.2%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.6 (100.0)	(92.8)	-	-	4.6 (100.0)
Sub-total (7.0%)	1.3 (12.6)	-	1.4 (14.2)	1.4 (13.9)	(5.5)	-	-	2.3 (22.8)	(88.9)	5.0 (49.2)	(100.0)	0.1 (1.2)	(5.1)	10.2 (100.0)
Total	66.4	3.9	37.8	25.6	-	26.3	21.6	2.6	-	5.0	-	2.4	144.4	

Values are presented as number (%).

Table 9. Current health expenditure by financing scheme and provider in 2018 (unit: trillion won, [%])

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes				Voluntary health care payment schemes				Household out-of-pocket payment (32.9%)	Total
	Sub-total (59.8%)	Governmental schemes (10.4%)	Compulsory contributory HIS (49.4%)	Sub-total (7.4%)	Voluntary HIS (6.7%)	NPIs financing schemes (0.5%)	Enterprises financing schemes (0.1%)			
Hospitals (46.0%)	40.6 (61.1) (47.1)	6.1 (9.2) (40.8)	34.5 (51.9) (48.4)	6.6 (9.9) (61.8)	6.5 (9.8) (67.6)	-	0.0 (0.1) (23.2)	19.2 (29.0) (40.6)	66.4 (100.0)	
Residential long-term care facilities (2.7%)	3.0 (78.0) (3.5)	0.7 (18.8) (4.9)	2.3 (59.2) (3.2)	-	-	-	-	0.9 (22.0) (1.8)	3.9 (100.0)	
Providers of ambulatory health care (26.2%)	21.9 (57.9) (25.4)	2.0 (5.2) (13.1)	19.9 (52.7) (28.0)	2.1 (5.5) (19.6)	2.0 (5.4) (21.0)	-	0.1 (0.1) (25.8)	13.8 (36.5) (29.1)	37.8 (100.0)	
Medical practices (17.8%)	15.8 (61.8) (18.4)	1.2 (4.8) (8.3)	14.6 (57.0) (20.5)	1.8 (6.9) (16.5)	1.7 (6.7) (17.7)	-	0.1 (0.2) (25.8)	8.0 (31.4) (17.0)	25.6 (100.0)	
Retail sale and other providers of medical goods (18.2%)	13.6 (61.8) (15.8)	1.4 (5.4) (9.5)	12.2 (46.4) (17.1)	-	-	-	-	12.7 (48.2) (26.7)	26.3 (100.0)	
Pharmacies (15.0%)	13.2 (61.1) (15.3)	1.4 (6.4) (9.3)	11.8 (54.7) (16.6)	-	-	-	-	8.4 (38.9) (17.7)	21.6 (100.0)	
Providers of preventive care (1.8%)	2.4 (94.1) (2.8)	2.3 (89.0) (15.5)	0.1 (5.0) (0.2)	-	-	-	0	0.2 (5.9) (0.3)	2.6 (100.0)	
Providers of health care system administration and financing (3.5%)	3.9 (77.9) (4.5)	2.0 (39.4) (13.1)	1.9 (38.5) (2.7)	1.1 (22.1) (10.3)	1.1 (22.1) (11.4)	-	-	-	5.0 (100.0)	
Others (1.7%)	0.8 (33.1) (0.9)	0.5 (19.5) (3.1)	0.3 (13.6) (0.5)	0.9 (36.9) (8.3)	-	0.8 (32.8) (100.0)	0.1 (4.1) (50.8)	0.7 (30.0) (1.5)	2.4 (100.0)	
Total	86.3	15.0	71.3	10.7	9.7	0.8	0.2	47.4	144.4	

Values are presented as number (%).
HIS, health insurance schemes; NPIs, non-profit institutions serving households.

2018년 보건계정 교차테이블

Table 7의 재원-기능 테이블은 2018년 경상의료비의 기능별 지출이 어떤 재원(제도)에서 나오는지, 그리고 역으로 각각의 재원이 어떤 기능에 쓰이는지를 동시에 보여준다. 지면상 2자릿수 분류기호까지만 제시한다.

입원의료비 51.9조 원은 정부·의무가입제도 65.1%(의무가입건강보험 54.8% 및 정부 10.3%), 가계직접부담 23.8%, 임의보건의료지불제도 11.1%를, 외래의료비 43.1조 원은 정부·의무가입제도 53.6%(의무가입건강보험 48.3% 및 정부 5.3%), 가계직접부담 38.5%, 임의보건의료지불제도 8.0%를, 의약품 지출 29.9조 원은 정부·의무가입제도 54.0%(의무가입건강보험 47.9% 및 정부 6.1%), 가계직접부담 45.1%, 임의보건의료지불제도 0.9%를 재원으로 한다.

역으로 정부재원 15.0조 원 중 69.5%는 개인의료비(입원 35.6%, 외래 15.2%, 의약품 12.1% 등)에, 나머지 30.5%는 집합보건의료비(예방서비스 19.8%, 거버넌스·보건체계·재정관리 10.7%)에 쓰였고, 의무가입건강보험재원 71.3조 원 중 94.9%는 개인의료비(입원 39.8%, 외래 29.2%, 의약품 20.1% 등)에, 나머지 5.1%는 집합보건의료비(예방서비스 2.4%, 거버넌스·보건체계·재정관리 2.7%)에 쓰였으며, 가계직접부담재원 47.4조 원의 대부분은 개인의료비(입원 26.0%, 외래 35.0%, 의약품 28.4% 등)에 쓰였다.

공급자-기능 테이블은 각각의 기능별 지출이 어떤 공급자의 서비스에 대한 대가로 이루어지는지, 그리고 역으로 각각의 공급자별 지출이 어떤 기능 구성을 이루는지를 보여준다(Table 8). 입원의료비 51.9조 원은 87.3%가 병원에서, 4.7%가 의원에서 지출되었고, 외래의료비 43.1조 원은 41.1%가 의원에서, 36.7%가 병원에서 지출되었다. 역으로 병원의료비 66.4조 원은 입원의료비 68.1%, 외래의료비 23.8%, 의약품비 5.5%, 집합보건의료비(예방) 1.9%로 구성되고, 의원(HP.3.1)의료비 25.6조 원은 외래의료비 69.0%, 의약품비(한의원외 한방침약 포함) 12.1%, 입원의료비 9.6% 등으로 구성되었다.

재원-공급자 테이블은 각각의 공급자별 지출이 어떤 재원에서 나오는지, 역으로 각각의 재원이 어떤 공급자에게 지출되는지를 보여준다(Table 9). 정부재원(governmental schemes) 15.0조 원은 40.8%가 병원에, 13.1%가 통원서비스제공자(의원 8.3% 등)에, 9.5%가 약국 등에 유입되거나 쓰였고, 의무가입건강보험재원(compulsory contributory health insurance schemes) 71.3조 원은 48.4%가 병원에, 28.0%가 통원서비스제공자(의원 20.5% 등)에, 17.1%가 약국 등에 지출되었으며, 가계직접부담재원 47.4조 원은 40.6%가 병원에, 29.1%가 통원서비스제공자(의원 17.0% 등)에, 26.7%가 약국 등에 쓰였다.

역으로 병원의료비 66.4조 원은 정부·의무가입제도 61.1%(의무가입건강보험 51.9% 및 정부 9.2%), 가계직접부담 29.0%, 임의보건의료지불제도 9.9%로 구성되며, 의원의료비 25.6조 원은 정부·의무가입제도 61.8%(의무가입건강보험 57.0%, 정부 4.8%), 가계직접부담 31.4%, 임의보건의료지불제도 6.9%로 구성된다.

보건계정의 국제비교

1. 의료비 지출규모

한국의 'GDP 대비 경상의료비 비율'은 OECD 36개 국가 중 22번째에 해당한다(Figure 1). 한국보다 낮은 국가는 도시국가인 룩셈부르크를 빼고는 상대적으로 저소득 국가다. 절대적인 지출수준을 보여주는 '1인당 경상의료비'를 보아도 한국의 3,192 US\$ purchasing power parity (PPP)는 36개 국가 중 22번째에 해당한다.

OECD 36개 국가의 'GDP 대비 경상의료비 비율' 및 '1인당 경상의료비' 평균은 각각 8.8% 및 3,992 US\$PPP였다. 미국은 각각 16.9%와 10,586 US\$PPP로 부동의 선두를 유지하고 있다. 'GDP 대비 경상의료비 비율'이 10% 이상인 국가는 미국 외에도 스위스(12.2%), 프랑스(11.2%), 독일(11.2%), 스웨덴(11.0%), 일본(10.9%), 캐나다(10.7%), 덴마크(10.5%), 벨기에(10.4%), 오스트리아(10.3%), 노르웨이(10.2%) 등 11개 국가다.

한국의 'GDP 대비 경상의료비 비율'이 갈수록 가파른 상승을 보임은 국제비교에서 더욱 극명하게 나타난다. OECD 국가 평균은 1980년 6.1%였고, 이때 한국은 3.5%로 절반을 약간 넘는 수준이었다. 1990년에는 각각 6.5%, 3.7%, 2000년에는 각각 7.2%, 4.0%로 그 차이는 오히려 벌어졌다. 하지만 OECD 국가 평균이 2008년에 8% 선을 넘은 뒤 2009년에 8.8%까지 상승한 이후 10년간 같은 수준을 유지하고 있는데 비해, 한국은 2005년 4.8%에서 2006년 5.2%로 급격히 증가하면서 5% 선을 넘어섰고, 다시 3년 만인 2009년 6% 선을 넘었으며, 5년 후인 2015년 7% 선을 넘었고, 이번에는 다시 3년 만인 2018년 8% 선을 넘어서서 OECD 평균에 근접하게 된 것이다. 최근의 추세가 계속된다면 Figure 2의 점선에서 보듯이 몇 년 내로 OECD 평균을 넘어설게 된다.

벨기에, 프랑스, 독일, 일본, 네덜란드는 한국과 마찬가지로 사회보험방식으로 의료비를 보장하고 있는 국가(사회보험형 국가)다. 한국을 제외한 이들 '사회보험형 국가'는 상대적으로 고소득국가로 2018년 'GDP 대비 경상의료비 비율'이 평균 10.7%로 높다.

한국의 1980년 'GDP 대비 경상의료비 비율' 3.5%는 다른 '사회보험형 국가'들의 평균 6.8%의 절반 수준이었는데, 2018년은 거의 5분의 4에 해당하는 수준으로 증가했다. 특히 2010년대에 들어서는 최근까

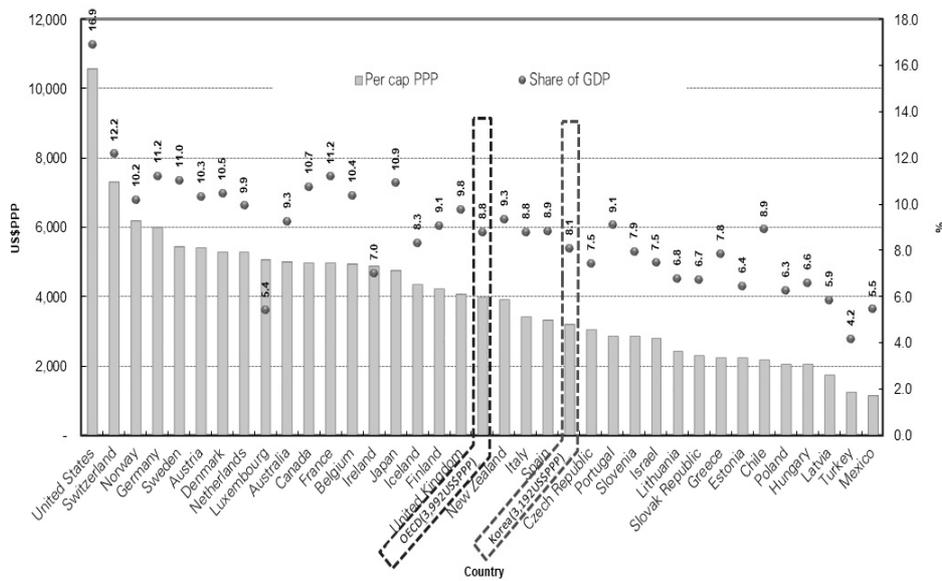


Figure 1. Current health expenditure as per capita US\$PPP and share of GDP. Base year is 2018 (preliminary). From OECD health statistics 2019 [4]. PPP, purchasing power parity; GDP, gross domestic product.

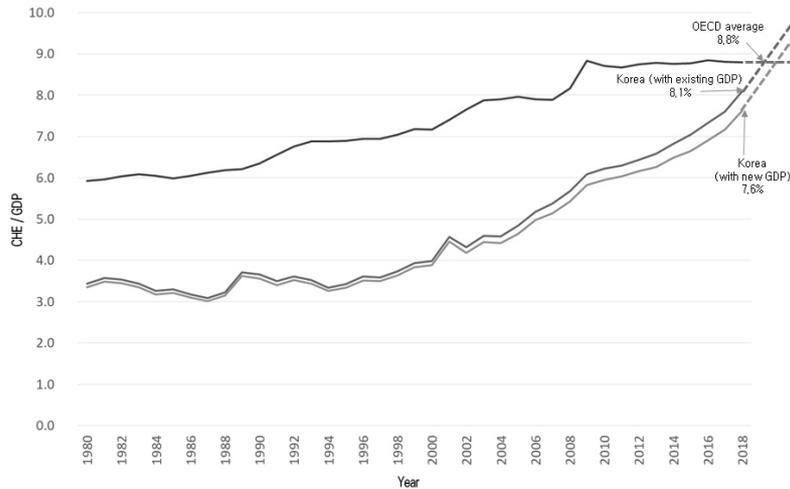


Figure 2. Trends of 'CHE in the share of GDP' of Korea in comparison with trends of OECD average. From OECD health statistics 2019 [4]. CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product; OECD, Organization for Economic Cooperation and Development. Bottom line of Korea shows CHE/GDP when GDP figures of the years 2000–2018 in the new version are used as denominators which were published by the Korea Bank in June 4th 2019 and thus are not yet reflected in the June version of OECD health data 2019.

지 다른 '사회보험형 국가'들의 평균이 거의 정체상태인데, 한국은 2010년 6.2%에서 2018년 8.1%로 무려 1.9%p나 상승했다. 다른 '사회보험형 국가'들이 6%에서 8%까지 상승하는데 20년 가까이 소요되었는데, 한국은 2009년 6%를 넘어선 뒤 10년도 안 되어서 8%를 넘어서게 된 것이다(Table 10).

2. 재원의 공사혼합

SHA2011에서는 재원의 공사혼합(public-private mix)을 '가입의 강제성(compulsoriness or mandatoriness)' 여부에 따라 판단한다. 재원별 분류상의 정부(HF.1.1) 및 의무가입건강보험(HF.1.2)을 같은 HF.1로 묶어서 '공공' 재원으로 간주하는 것이다. 과거에 사용되었던

Table 10. Current health expenditure in the share of GDP of major SHI countries

Year	Belgium	France	Germany	Japan	Netherlands	Average of 5 SHI countries	Korea
1980	6.1	6.8	8.1	6.2	6.5	6.8	3.5
1990	7.1	8.0	8.0	5.8	7.0	7.2	3.7
2000	7.9	9.6	9.8	7.2	7.7	8.4	4.0 (4.0)
2010	10.0	11.2	11.0	9.2	10.2	10.3	6.2 (6.0)
2018	10.4	11.2	11.2	10.9	9.9	10.7	8.1 (7.6)

Values are presented as %. From OECD health statistics 2019 [4].
GDP, gross domestic product; SHI, social health insurance.

Table 11. FS (financing sources: revenues of HF) in 2017

Country	Transfers from government domestic revenue (FS.1)	Social insurance contributions (FS.3)	Compulsory prepayment (other than FS.3) (FS.4)	Voluntary prepayment (FS.5)	Other domestic revenues (FS.6)	Direct foreign transfers (FS.7)	Transfers distributed by government from foreign origin (FS.2)	Sum
Norway	85.5	-	-	-	14.5	-	-	100.0
Denmark	84.0	-	-	2.2	13.8	-	-	100.0
Sweden	83.7	-	-	0.6	15.7	-	-	100.0
Iceland	81.8	-	-	-	18.2	-	-	100.0
United Kingdom	79.4	-	-	3.1	17.5	0.0	-	100.0
Finland	73.9	2.9	1.2	1.8	20.2	-	0.0	100.0
Canada	71.5	1.4	-	10.0	17.1	-	-	100.0
Spain	67.3	3.3	-	5.4	23.9	-	-	100.0
Latvia	57.3	-	-	0.6	42.1	-	-	100.0
Hungary	49.9	18.8	-	2.0	29.2	-	-	100.0
Japan	41.0	43.0	-	2.2	13.7	-	-	100.0
United States	39.9	10.3	34.4	4.5	11.0	-	-	100.0
Israel	39.1	24.5	-	11.2	23.4	1.8	-	100.0
Belgium	38.1	39.2	0.0	5.1	17.6	-	-	100.0
Turkey	37.4	40.3	-	-	22.3	-	-	100.0
Luxembourg	37.2	47.4	-	3.1	10.9	1.4	-	100.0
Chile	35.0	15.1	9.8	6.3	33.8	-	-	100.0
Switzerland	29.2	1.2	33.1	6.5	29.9	-	-	100.0
Mexico	28.4	22.9	-	5.7	43.0	-	-	100.0
Lithuania	25.2	40.2	-	1.1	33.3	0.1	0.1	100.0
Korea	16.9 (16.3)	40.2 (42.0)	1.1 (1.4)	6.8 (6.7)	34.4 (33.5)	-	-	100.0
Germany	14.2	63.4	6.8	1.4	14.1	-	-	100.0
Estonia	13.2	61.5	-	0.3	25.0	0.0	-	100.0
Poland	11.4	57.5	0.5	5.7	24.8	0.0	0.2	100.0
Slovenia	5.7	66.1	-	14.3	14.0	-	-	100.0

Values are presented as %. Mainly 2017 figures; Korean figures in the bracket are those of 2018; Japan 2016. From OECD health statistics 2019 [4].

Table 12. Revenue (financing sources) of compulsory contributory health insurance schemes (HF.1.2) in 2017

Country	Transfers from government domestic revenue (FS.1)	Social insurance contributions (FS.3)	Compulsory prepayment (FS.4)
Poland	1.7	97.2	0.8
Slovenia	3.2	96.1	-
Estonia	4.3	95.5	-
Germany	9.6	81.3	8.8
Korea	13.5	83.5	3.1
Mexico	16.1	83.2	-
Switzerland	17.9	3.0	79.1
Spain	19.2	80.8	-
United States	23.3	17.7	59.0
Turkey	27.5	72.5	-
Lithuania	28.3	70.0	-
Belgium	30.1	69.8	0.1
Luxembourg	40.0	60.0	-
Japan	43.0	57.0	-
Israel	48.7	51.3	-
Chile	57.0	26.1	17.0
Hungary	68.5	30.8	-
Finland	70.1	21.2	8.7

Values are presented as %. Mainly 2017 figures; Japan 2016. From OECD health statistics 2019 [4].
FS, financing schemes.

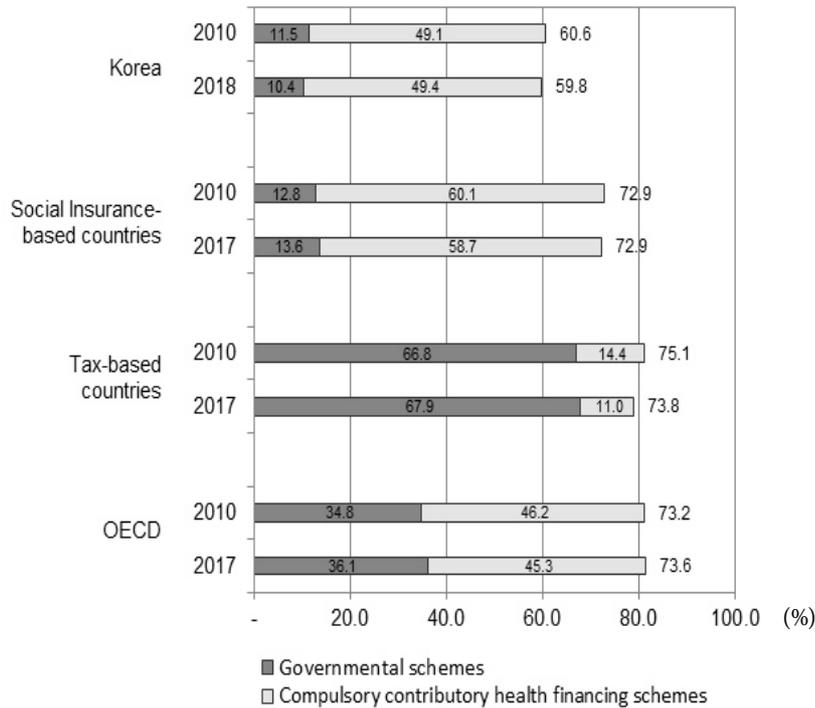


Figure 3. Change in public financing (both governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes) as a share of CHE. Social Insurance based countries (n=20): Austria, Belgium, Czech Republic, Estonia, France, Germany, Greece, Hungary, Israel, Japan, Korea, Luxembourg, Lithuania, Mexico, Netherlands, Poland, Slovak Republic, Slovenia, Switzerland, and Turkey. Tax based countries (n=15): Australia, Canada, Chile, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, and United Kingdom. OECD average indicates that of all 36 OECD member countries. From OECD health statistics 2019 [4]. CHE, current health expenditure; OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

‘일반정부(general government)’ 내지 ‘공공(public)’의 구분을 재원별 분류에서 더는 사용하지 않기로 한 것은 소유자나 운영자가 ‘공공’인지 여부에 따라 ‘공공’과 ‘민간’을 나누는 것은 각 국가의 제도의 차이로 인해 국제비교의 실익을 줄이기 때문이다. 그러다 보니 한국의 경우 ‘자동차보험 책임보험’은 민영보험회사에 의해서 운영됨에도 불구하고, 의무가입건강보험(HF.1.2)에 속하게 된다[2].

한국의 정부·의무가입제도(HF.1) 비중은 2018년 59.8%로, OECD 평균 73.6%나 ‘사회보험형 국가’의 평균 72.9%보다 아주 낮다. 그 중에서 정부(HF.1.1) 재원의 비중은 10.4%로 OECD 평균 36.1%보다는 물론 ‘사회보험형 국가’의 평균 13.6%에 비해서도 낮다. 시계열적 추이를 보면 사회보험형 국가들은 평균적으로 정부(HF.1.1) 재원이 2010년 12.8%에서 13.6%로 늘고 의무가입건강보험(HF.1.2)의 비중은 2010년 60.1%에서 58.7%로 감소했다(Figure 3).

Table 11은 financing source (FS)²⁾ 데이터를 제공하고 있는 21개

국가의 2017년 FS 구성을 OECD health statistics 2019에서 추출한 것이다[4]. 노르웨이, 덴마크, 스웨덴, 아이슬란드, 영국 등 국가보건서비스(National Health Service)형 국가는 80% 이상의 수입이 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1 transfers from government domestic revenue)’을 재원으로 하고 있다.

사회보험형 국가는 당연히 사회보험료가 주된 재원이지만, 그 외에도 상당한 수입을 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1)’에 의존하고 있다. 한국은 ‘정부 국내 수입으로부터의 이전(FS.1)’이 16.9%로 낮은 편에 속한다. 하지만 독일 14.2%보다는 높다. 구공산국가인 슬로베니아, 폴란드, 에스토니아는 각각 5.7%, 11.4%, 13.2%로 가장 낮다. 과거의 세마스코 체제하에서 높았던 정부 부담을 줄이기 위해 공산주의 붕괴와 함께 사회보험제도를 적극 활용한 것이 확인된다.

Table 12는 사회보험제도(HF.1.2)가 어떤 FS 항목을 수입원으로 하는지에 초점을 맞추고 있다³⁾. 한국의 정부이전수입(FS.1) 비중 13.5%

2) 정부(HF.1.1) 재원은 보건의료에 대한 정부의 관심이 어느 정도인지를 보여준다. 하지만 사회보험에 대한 정부의 보조금은 의무가입건강보험(HF.1.2)으로 분류되기 때문에 엄밀히 보면 그리 해석하는 데는 무리가 있다. FS 분류는 제도(HF)별 수입(revenue) 구분이기 때문에 이와 같은 문제에 대한 해법을 제시한다[2].
3) OECD health statistics 2018의 FS-HF 교차테이블에서 뽑은 것이다[4].

는 구공산국을 제외하고는 낮은 편에 속하는 것이 확인된다. 일본은 43.0%에 달하며, 벨기에도 30.1%나 된다. 미국의 수치는 노인을 대상으로 한 건강보험제도인 메디케어의 재원구성을 보여주는데, 정부가 전수입(FS.1) 비중이 23.3%로 한국의 건강보험보다 높음을 알 수 있다. 이는 건강보험에 대한 정부 지원금의 법정 의무비율인 20%에 못 미치는 13%대에 머물러 있는 상황에 대한 국내의 공방과 관련해서 시사점을 준다.

결론

이 글은 보건계정체계(SHA2011)에 따라 구축된 2018년 경상의료비 및 하위항목에 대한 분석결과를 제시하기 위한 것이다. 2016년 기준 보건계정부터는 건보공단의 '건강보험환자 진료비실태조사'를 민간/가계 재원 의료비의 주된 자료원으로 활용하고 있는데, 이를 비교적 자세히 다루었다. 또한 OECD 국가의 보건계정을 분석하여 한국 보건의료지출의 규모와 구성을 파악하는 데 활용했다.

한국의 2018년 경상의료비는 144.4조원으로 GDP의 8.1%(신규 기준 GDP 적용시 7.6%)다. 2017년에 비해 12.8조 원, 즉 9.7%가 증가했다. 2012년 5.7%까지 둔화했던 증가율이 2013년 이후 2018년까지 점점 커지고 있다. 그 결과 한국의 'GDP 대비 경상의료비'는 OECD 회원국 평균인 8.8%에 근접하게 되었다.

'경상의료비에서 공공재원(정부·의무가입제도)'의 비중은 2018년 59.8%로 OECD 국가의 평균 73.6%에 비해 낮다. 2017년 '전체 경상의료비' 중 '정부로부터의 이전'의 비중인 16.9%나 '건강보험(의무가입제도) 재원' 중 '정부로부터의 이전'의 비중인 13.5%는 OECD 국가의 평균은 물론이고 다른 사회보험형 국가보다도 아주 낮다.

ORCID

Hyung-Sun Jeong: <https://orcid.org/0000-001-9866-0389>; Jeong-Woo Shin: <https://orcid.org/0000-0001-6555-8572>; Sung-woong Moon: <https://orcid.org/0000-0003-4165-0459>; Ji-Sook Choi: <https://orcid.org/0000-0002-1427-6468>; Heenyun Kim: <https://orcid.org/0000-0002-7013-6267>

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization, Eurostat. A system of health accounts 2011. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2011.
2. Jeong HS, Shin JW. 2015 National Health Accounts and current health expenditures in Korea. *Health Policy Manag* 2017; 7(3):199-210. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.3.199>.
3. Ministry of Health and Welfare. National Health Accounts in 2016. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018.
4. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development [cited 2019 Jun 27]. Available from: <http://stats.oecd.org/>.

Appendix 1. Main sources for Korean Health Accounts

Classification	Sources
Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (HF.1)	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙정부결산자료(1999-2017) - 지방정부결산자료(2017) - 지방재정연감(2007-2017) - 의료급여통계연보, 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(1977-2017) - 건강보험통계연보, 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(1977-2017) - 장기요양보험통계연보, 국민건강보험공단(2008-2017) - 산재보험사업연보, 고용노동부(1970-2017) - 의약품 통계, 건강보험심사평가원(2014-2017) - 자동차보험 진료비 통계, 건강보험심사평가원(2015-2017) - 건강검진통계연보, 국민건강보험공단(2008-2017) - 근로자 건강진단 실시결과, 고용노동부(1992-2017) - 전국 보건소 지출 조사(2007-2017)
Voluntary health care payment schemes (HF.2)	<ul style="list-style-type: none"> - 보험개발원 내부 자료(1998-2017) - 기업체노동비용조사, 고용노동부(1998-2017) - 고용형태별 근로실태조사, 고용노동부(1998-2017)
Household out-of-pocket payment (HF.3)	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2005-2017) - 경제총조사 및 서비스업조사, 통계청(2005-2017) - 가계동향조사, 통계청(1970-2017) - 한국의료패널, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단(2008-2017) - 국민건강영양조사, 보건복지부(1992, 1995, 1998, 2001, 2005)