

# 한국 “국민의료비의 국내총생산 비중” OECD 평균을 넘어서다

정형선<sup>1</sup> · 신정우<sup>2</sup> · 김승희<sup>3</sup> · 김명화<sup>4</sup> · 김희년<sup>2</sup> · 천미경<sup>2</sup> · 박지혜<sup>3</sup> · 김상현<sup>4</sup> · 백세종<sup>5</sup>

<sup>1</sup>연세대학교 소프트웨어디지털헬스케어융합대학 보건행정학부, <sup>2</sup>한국보건사회연구원, <sup>3</sup>국민건강보험공단, <sup>4</sup>건강보험심사평가원, <sup>5</sup>연세대학교 대학원 보건행정학과

## Korea's Health Expenditures as a Share of Gross Domestic Product Over-Passing the OECD Average

Hyoung-Sun Jeong<sup>1</sup>, Jeongwoo Shin<sup>2</sup>, Seunghye Kim<sup>3</sup>, Myunghwa Kim<sup>4</sup>, Heenyun Kim<sup>2</sup>, Mikyung Cheon<sup>2</sup>, Jihye Park<sup>3</sup>, Sang-Hyun Kim<sup>4</sup>, Sei-Jong Baek<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Division of Health Administration, College of Software and Digital Health Care Convergence, Yonsei University; <sup>2</sup>Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong; <sup>3</sup>National Health Insurance Service; <sup>4</sup>Health Insurance Review and Assessment Service; <sup>5</sup>Department of Health Administration, Yonsei University Graduate School, Wonju, Korea

This paper aims to introduce Korea's total current health expenditure (CHE) and National Health Accounts of the year 2021 and their 2022 preliminary figures constructed on the basis of the System of Health Accounts 2011. As CHE includes expenditures for prevention, tracking, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and compensation for losses to medical institutions from 2020, the details are also introduced. Korea's total CHE in 2021 is 193.3 trillion won, which is 9.3% of gross domestic product (GDP). The preliminary figure in 2022, 209.0 trillion won, exceeded the 200 trillion won line for the first time, and its “ratio to GDP” of 9.7% is expected to exceed the average of Organisation for Economic Co-Operation and Development member countries for the first time. Korea's health expenditures, which were well controlled until the end of the 20th century, have increased at an alarming rate since the beginning of the 21st century, threatening the sustainability of national health insurance. The increase in health expenditure after 2020 is partly due to a temporary increase in response to COVID-19. However, when considering the structure of Korea's health insurance price hike, where the ratchet effect of increased medical expenses works particularly strongly, it is unlikely that the accelerating growth trend that has lasted for more than 20 years will stop easily. More aggressive policies to control medical expenses are required in the national health insurance which not only constitutes the main financing sources of the Korean health system but also has the most powerful policy means in effect for changes in the health care provision.

**Keywords:** Current health expenditure; System of Health Accounts; SHA 2011; Share of gross domestic product; Organisation for Economic Co-Operation and Development

### 서론

오늘날 세계 각국의 의료비가 국제 공통의 기준에 따라 산출되고 표준화된 지표를 통해 국제 비교의 공신력을 갖게 된 것은 2000년에

들어서서 경제협력개발기구(Organisation for Economic Co-Operation and Development, OECD)를 중심으로 구축된 보건계정체계(System of Health Accounts, SHA)에 힘입은 바 크다[1-3]. 한국도 초기부터 SHA를 수용하여 국제기준에 부합한 의료비 통계 구축에 참여해왔다

Correspondence to: Sei-Jong Baek  
Department of Health Administration, Yonsei University Graduate School, 1 Yeonsedae-gil, Wonju 26493, Korea  
Tel: +82-33-760-2469, Fax: +82-33-760-2519, E-mail: seijong0727@yonsei.ac.kr  
Received: August 21, 2023, Revised: September 11, 2023, Accepted after revision: September 15, 2023

© 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.

[4. 본 원고<sup>1)</sup>에서는 2023년 1/4분기까지 입수 가능했던 공식, 비공식 정보를 활용하여 구축하고, OECD를 포함한 국제보건계정팀(International Health Accounts Team)이 공인(validation) 절차를 통해 발표한 2021년 국민보건계정 확정치 및 2022년 잠정치<sup>2)</sup>를 소개하고 그 내용을 분석한다. 업데이트된 1970년부터 2022년(잠정치)까지의 보건계정 시계열은 우리나라 의료제공체제와 의료보장제도의 변화를 반영한다. 최근의 변화는 특히 코로나바이러스감염증-19(코로나19)의 영향을 반영하고 있다. 본 원고는 국민의료비 규모의 변화 추이와 그 세부 내용에 중점을 두고, 재원의 공사혼합 등 전통적인 관심 사항은 간단히 다룬다. 국제 비교에 의미가 있는 통계인 만큼 OECD 국가들과의 비교를 통해 한국의 위치를 확인하는 작업이 병행된다.

## 국민보건계정의 자료원 및 구축방법

### 1. 자료원 및 구축방법<sup>2)</sup>

국제 비교의 시의성(timeliness) 차원에서 매년의 OECD health statistics는 공표 시점 직전 연도(t-1)의 국민의료비(전체 경상의료비)<sup>3)</sup> 및 그 하위항목을 잠정치로 발표하고, 특히 국민의료비 및 그것의 '국내총생산(gross domestic product, GDP) 대비 비율' 지표의 국제 비교에는 이 연도(t-1)의 잠정치를 주로 사용하고 있다[5]. 2023년 7월의 시점에서 발표된 OECD health statistics 2023에 제출된 한국 국민보건계정의 구축을 위한 자료원은 대부분 2021년 통계를 확정, 공표한 상태에 있고, 2022년 통계는 집계 중이거나 발표를 위한 절차를 진행하는 단계에 있었다. 따라서 공식 발표된 통계연보에 수록된 2021년 확정치는 물론이고, 집계 중간 수치나 집계 완료된 통계가 있는 경우는 각 기관의 협조를 받아 이를 입수하여 2022년 국민보건계정 잠정치의 산출에 활용하였다. 따라서 본 연구의 국민보건계정 결과치에는, 가계본인부담 지출과 같이 최근 수치를 확보하기 어려운 것을 제외하고는, 건강보험, 의료급여 등 주요 공공재원의 2022년 통계가 비교적 정확히 반영되어 있다.

국민보건계정을 구축함에 있어서는 '가계의 비급여본인부담'을 재원으로 하는 의료비의 기능별 및 공급자별 규모를 산출하는 것이 최

대의 관건이고, 한국의 국민보건계정에서는 이를 위한 기초 자료로 국민건강보험공단의 '건강보험환자 진료비실태조사'(2005-2021) 결과를 활용한다. 본 연구의 국민보건계정 구축 시점에서는 '2021년도 건강보험환자 진료비실태조사'까지 발표되어 있었기 때문에 이를 정확히 반영하고 있지만, 2022년의 국민보건계정 잠정치는 과거 연도의 확정치에 근거한 추정치를 사용했다. Jeong 등[6]에 따르면, 병원 및 의원 의료비의 '가계의 비급여본인부담'을 산출함에 있어서는 '건강보험환자 진료비실태조사'가 제시한 병원 및 의원의 보장률 수준을 활용하여 산출한 병원 및 의원의 전체 의료비와 경제총조사/서비스업 조사에서 산출된 병원 및 의원의 전체 의료수입을 비교하여 큰 쪽으로 총액(top)을 정한 뒤 '보험자 부담'을 차감하였고, 한방병원, 한방의원, 치과병원, 치과의원은 '건강보험환자 진료비실태조사'의 결과(보장률)를 활용하여 산출한 수치를 그대로 사용하였다. 하지만 그 뒤로 '건강보험환자 진료비실태조사'가 안정적인 결과를 보이고 있는 것이 확인되어 경제총조사/서비스업 조사의 결과는 사용하고 있지 않다.

의약품에 대한 지출은 2009년부터 산출되고 있는 '의약품 소비량 및 판매액 통계'와 건강보험 청구데이터를 활용하여 구축된 보건계정 용도의 정보를 건강보험심사평가원으로부터 확보하여 활용한다(Appendix 1).

### 2. 코로나19 의료비 계정의 구축

2019년 12월에 최초 보고되어 2020년부터 전 세계적으로 확산된 코로나19는 국가별 의료비의 규모와 구성에 큰 영향을 미쳤다. OECD를 포함한 국제보건계정팀은 코로나19 의료비의 규모 및 구성 그리고 이를 포함한 보건계정을 구축하기 위한 매뉴얼을 제공하면서 [7], 이에 따라 산출된 데이터를 제출해줄 것을 각국에 요청했다. 동 매뉴얼은 SHA 2011에서 제시된 보건계정의 작성원칙을 따르고 있다[3].

코로나19 지출은 기능별로 크게 7가지 항목으로 구성되는데, 이중 '국민의료비'에 포함되는 항목은 코로나19 환자의 치료에 지출된 비용(HC.CO.V.1), 코로나19 진단 및 검사, 그리고 접촉자 추적을 위한 역학조사에 지출된 비용(HC.CO.V.2), 코로나19 예방접종을 위해 지출된 비용(HC.CO.V.3), 코로나19 관련 의료재화(보건용 마스크, 손소독제 등 방역용품)에 지출된 비용(HC.CO.V.4), 코로나19 관련 기타

1) 이 연구는 국민보건계정팀(연세대학교 의료복지연구소 · 한국보건사회연구원 · 국민건강보험공단-건강보험심사평가원)에서 수행한 "2021년 국민보건계정"(2023.08.) 연구보고서(발주처: 보건복지부)의 결과를 토대로 작성되었다.  
 2) 국민보건계정 구축을 위한 자료원 및 구축방법은 최근 연도의 자료원이라는 점 외에는 Jeong 등[6]과 대동소이하므로 여기서는 변화된 내용이나 특기사항 중심으로 다룬다(자료원은 Appendix 1 참조).  
 3) 구 보건계정체계(SHA 1.0)에서는 total health expenditure를 '전체 경상의료비(total current health expenditure)'와 '전체 고정자본형성(total fixed capital formation)'의 합을 지칭하는 용어로 하여 국가 단위의 의료비 전체 규모를 비교할 때 사용했다. 신규 보건계정체계(SHA 2011)의 적용부터는 국가 단위 의료비 전체 규모를 비교할 때 fixed capital formation이 포함되지 않은 '(total) current health expenditure'를 사용하기로 합의함에 따라, 이에 대한 국내의 번역어로 '전체 경상의료비', '총경상의료비', '경상의료비' 등의 용어를 사용해왔다[5]. 하지만 다수 이용자의 이해를 확보하는 차원에서 본 원고에서는 '국민의료비'를 '전체 경상의료비(total current health expenditure)'를 지칭하는 용어로 병용한다.

의료비(HC.CO.V.5)의 다섯이다. 의료기관에 대한 손실보상액은 HC.CO.V.5에 포함된다.

우리나라에서 코로나19 예방과 치료에 드는 비용은 대부분 정부가 부담하였다. 따라서 자료원으로는 보건복지부와 질병관리청, 국민건강보험공단에서 제공하는 코로나19 관련 각종 결산 및 지급 자료를 주로 활용했다. 방역용 마스크 등 개인이 지출한 비용에 대한 추계는 통계청 가계동향조사 등을 기초로 추정하였다.

## 국민의료비의 규모와 구성

### 1. 국민의료비의 규모

2021년 국민의료비(전체 경상의료비)는 193.3조 원으로 GDP의 9.3%이고, 2022년 잠정치는 209.0조 원으로 GDP의 9.7%이다. 2021년 국민의료비는 전년 대비 31.3조 원 증가한바, 이에 따른 연간 증가율

19.3%는 의약분업 시행 직후 재정 파탄을 겪은 2001년의 증가율 20.9%에 맞먹는 높은 수치이다. 그 결과 2021년 ‘GDP 대비 국민의료비 비율’도 전년도와 비교하면 0.9%p 증가했다.

2000년대까지 두 자릿수를 유지하던 국민의료비의 연평균 증가율은 2010년대(2010-2019년)에 평균 8.7%로 약간 둔화되었다가, 최근 다시 두 자릿수 증가율을 보이고 있다(2018-2022년의 5년간 연평균 증가율은 10.1%). 2022년 국민의료비 잠정치는 2012년 86.9조 원의 2.4배에 해당하고, GDP 대비 국민의료비 비율은 10년 이전인 2012년의 6.0%에서 3.6%p나 올랐다(Table 1).

국내 코로나19 환자가 발생한 첫해인 2020년의 코로나19 의료비 규모는 3.0조 원으로, 이는 국민의료비 162.0조 원의 1.9%에 해당한다. 코로나19 관련 마스크 등 방역용품 구입비, 의료기관 손실보상 비용, 치료 비용, 진단 및 추적 비용이 주된 항목이었다. 2021년에는 코로나19 의료비 규모가 13.6조 원으로 국민의료비 193.3조 원의 7.0%로 급증했다. 백신 도입(구입 및 유통)과 접종 시행을 위한 지출이 포

Table 1. Trends in current health expenditure in 1970-2022(p)

Variable	CHE (nominal, trillion won)	Annual growth rate of CHE (%)		GDP (nominal, trillion won)	Annual growth rate of GDP (%)		CHE/GDP (%)	CHE per capita (thousand won)
		Nominal	Real*		Nominal	Real*		
Year								
1970	0.07			2.8	22.9	10.6	2.6	2
1980	1.4	35.2	8.5	39.7	22.6	-1.6	3.4	36
1990	7.2	19.1	8.2	200.6	21.0	9.9	3.6	169
2000	25.1	11.2	10.1	651.6	10.2	9.1	3.9	534
2010	77.0	12.8	9.8	1,322.6	9.7	6.8	5.8	1,553
2011	82.1	6.7	5.4	1,388.9	5.0	3.7	5.9	1,645
2012	86.9	5.8	4.4	1,440.1	3.7	2.4	6.0	1,731
2013	92.3	6.3	5.2	1,500.8	4.2	3.2	6.2	1,831
2014	100.1	8.4	7.5	1,562.9	4.1	3.2	6.4	1,972
2015	109.3	9.1	5.8	1,658.0	6.1	2.8	6.6	2,142
2016	119.6	9.5	7.3	1,740.8	5.0	3.0	6.9	2,335
2017	129.4	8.2	5.8	1,835.7	5.5	3.2	7.0	2,519
2018	142.2	9.9	9.4	1,898.2	3.4	2.9	7.5	2,757
2019	157.3	10.6	11.6	1,924.5	1.4	2.2	8.2	3,039
2020	162.0	3.0	1.4	1,940.7	0.8	-0.7	8.4	3,126
2021	193.3	19.3	16.1	2,080.2	7.2	4.3	9.3	3,736
2022 (p) <sup>†</sup>	209.0	8.1	6.8	2,161.8	3.9	2.6	9.7	4,049
Annual AGR <sup>‡</sup>								
1970s (71-79)		33.8	12.7		31.3	10.6	1.9	
1980s (80-89)		19.7	10.6		17.7	8.8	1.6	
1990s (90-99)		14.0	7.6		13.6	7.2	0.4	
2000s (00-09)		11.7	9.1		7.4	4.9	4.0	
2010s (10-19)		8.7	7.2		4.8	3.3	3.7	
2018-2022		10.1	8.9		3.3	2.3	6.6	

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

\*Base year for CHE and GDP in real terms is 2020 (GDP price level is applied). <sup>†</sup>Figures for the year 2022 (p) are preliminary in that some data sources of that year are not yet finally published. <sup>‡</sup>Annual AGR is geometric mean.

함되어 급격히 늘어났다. 2022년의 코로나19 의료비 규모는, 잠정 집계치이기는 하나, 16.8조 원으로 국민의료비 잠정치 209.0조 원의 8.0%를 차지한다(Table 2). 2022년에는 백신 관련 비용이 줄어든 반면 손실보상 비용, 치료 비용, 진단 비용이 고르게 증가했다.

**Table 2. COVID-19 expenditures and their share of CHE in 2000-2022(p)**

Variable	Year		
	2020	2021	2022 (p)
CHE on COVID-19 (trillion won)	3.0	13.6	16.8
Governmental/compulsory schemes	1.9	12.8	15.5
Household out-of-pocket payment	1.1	0.8	1.3
Share of CHE (%)	1.9	7.0	8.0

COVID-19, coronavirus disease 2019; CHE, current health expenditure; GDP, gross domestic product; Governmental/compulsory schemes, governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes.

Table 2는 코로나19 의료비의 재원 구성도 보여준다. 코로나19의 진단과 치료, 예방에 드는 비용은, 가계에서 직접 구입한 마스크 등 코로나19 방역용품 외에는 국가가 대부분을 부담했다. 따라서 코로나19에 대한 검사와 치료에 대한 지출이 증가하고 전 국민 백신접종이 시행된 2021년에는 ‘정부·의무가입제도’ 재원이 코로나19 의료비의 90%를 상회한다.

## 2. 국민의료비의 구성

### 1) 기능, 재원 및 공급자별 구성

Table 3과 Table 4에서 보듯이, 2021년 ‘입원 의료비’는 66.5조 원으로 국민의료비의 34.4%, ‘외래의료비’는 55.3조 원으로 28.6%, ‘의약품비 등’은 34.2조 원으로 17.7%였다. ‘의약품비 등’은 보건계정에서 국제 비교의 단위로 쓰이는 HC.5.1 (pharmaceuticals and other medical non durable goods)을 지칭하는 것으로, 여기에는 의약품 자체를 위한 지출 외에 ‘조제료’도 포함되고, ‘소모품’도 포함된다. 한국의 수치에는 한방첩약 지출도 포함되어 있다[6]. 예방서비스 지출은 2010년대 중후반 이후 4%대에 있던 것이 2021년에는 코로나19 백신접종이 시행되면서 9.0%로(17.4조 원) 급증했다.

Table 3과 Table 5에서 보듯이, 2021년 ‘정부·의무가입제도’ 재원은 120.5조 원으로 국민의료비의 62.3%(의무가입건강보험 45.6%+정부 16.7%)다. 이것이 흔히 ‘공공(재원)의료비’로 불리는 것으로 국민 의료비에서 ‘보장률’에 해당하는 지표가 된다[6]. OECD 회원국의 2021년 평균은 76.0%로, 한국이 14%p 가까이 낮다. 다만, 이는 코로나19 의료비의 영향으로, OECD 회원국의 2022년 평균은 73% 수준으로 복귀하는 것으로 예상된다[8]. ‘정부’ 재원은 2019년 10.1%까지 매년 감소 추세를 보였으나, 2020년부터 코로나19에 대한 대응을 위한

정부 지출이 늘어남에 따라 2020년 12.3% (19.9조 원), 2021년 16.7% (32.3조 원)로 급증했다. ‘가계직접부담’ 재원은 56.3조 원으로 국민의료비의 29.1%를 차지하며, 우리의 실손보험에 해당하는 ‘임의가입건강보험(HF.2.1: voluntary health insurance schemes)’ 재원은 14.6조 원으로 국민의료비의 7.6% 수준이다.

Table 4와 Table 5에서 보듯이, 2021년 ‘병원 의료비’는 82.9조 원으로 국민의료비의 42.9%, ‘의원 의료비’는 38.9조 원으로 20.1%, ‘약국 의료비’는 25.0조 원으로 13.0%였다.

### 2) 교차 구성

Table 3의 재원-기능 교차테이블에서 보듯이, 2021년의 입원 의료비 66.5조 원은 정부·의무가입제도 67.2%(의무가입건강보험 52.0% 및 정부 15.2%), 가계직접부담 22.2%, 임의보건의료지불제도 10.6%를 재원으로 하고, 외래의료비 55.3조 원은 정부·의무가입제도 52.8%(의무가입건강보험 47.7% 및 정부 5.1%), 가계직접부담 34.3%, 임의보건의료지불제도 12.9%를 재원으로 하며, 의약품 등(한방첩약 및 소모품 포함) 지출 34.2조 원은 정부·의무가입제도 49.3%(의무가입건강보험 43.3% 및 정부 6.0%), 가계직접부담 49.0%를 재원으로 한다.

역으로 정부재원 32.3조 원 중 51.3%는 개인의료비(입원 31.2%, 외래 8.7%, 의약품 등 6.4% 등)에, 나머지 48.7%는 집합보건의료비(예방서비스 40.9%, 거버넌스·보건체계·재정관리 7.8%)에 쓰였고, 의무가입건강보험재원 88.1조 원 중 94.3%는 개인의료비(입원 39.2%, 외래 29.9%, 의약품 등 16.8% 등)에, 나머지 5.7%는 집합보건의료비(예방서비스 3.2%, 거버넌스·보건체계·재정관리 2.5%)에 쓰였으며, 가계직접부담재원 56.3조 원의 대부분은 개인의료비(입원 26.2%, 외래 33.7%, 의약품 등 29.8% 등)에 쓰였다.

Table 4의 공급자-기능 테이블에서 보듯이, 2021년 입원 의료비 66.5조 원은 86.3%가 병원에서, 5.6%가 의원에서 지출되었고, 외래의료비 55.3조 원은 44.1%가 의원에서, 32.4%가 병원에서 지출되었다. 역으로 병원 의료비 82.9조 원은 입원 의료비 69.2%, 외래의료비 21.6%, 의약품비 5.1%, 집합보건의료비(예방) 3.2%로 구성되고, 의원 (HP.3.1) 의료비 38.9조 원은 외래의료비 62.8%, 의약품비(한의원 한방첩약 포함) 8.1%, 입원 의료비 9.5% 등으로 구성된다.

Table 5의 재원-공급자 테이블에서 보듯이, 2021년의 정부재원 (governmental schemes) 32.3조 원은 36.0%가 병원에, 18.3%가 의원에, 4.8%가 약국에 지불되었고, 의무가입건강보험재원 88.1조 원은 48.3%가 병원에, 20.7%가 의원에, 13.3%가 약국에 지불되었으며, 가계직접부담재원 56.3조 원은 35.1%가 병원에, 20.4%가 의원에, 20.9%가 약국에 지불되었다. 역으로 병원 의료비 82.9조 원은 정부·의무가입제도 65.3%(의무가입건강보험 51.3% 및 정부 14.0%), 가계직접부담

Table 3. Current health expenditure by financing scheme and function (mode of production) in 2021 (unit: trillion won [%])

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes						Voluntary health care payment schemes						Total				
	Sub-total (62.3%)		Governmental schemes (16.7%)		Compulsory contributory HIS (45.6%)		Sub-total (8.6%)		Voluntary HIS (7.6%)		NPISHs financing schemes (0.9%)			Enterprises financing schemes (0.1%)		Household out-of-pocket payment (29.1%)	
	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)		No. (%)	(%)	No. (%)	(%)
Personal health expenditure																	
In-patient services (34.4%)	44.7 (67.2)	(37.1)	10.1 (15.2)	(31.2)	34.6 (52.0)	(39.2)	7.0 (10.6)	(42.4)	7.0 (10.6)	(48.2)	-	-	-	-	14.8 (22.2)	(26.2)	66.5 (100.0)
Out-patient services (28.6%)	29.2 (52.8)	(24.2)	2.8 (5.1)	(8.7)	26.4 (47.7)	(29.9)	5.2 (9.4)	(42.8)	5.2 (9.4)	(35.7)	1.7 (3.2)	(100.0)	0.2 (0.3)	(61.6)	19.0 (34.3)	(33.7)	55.3 (100.0)
Other services (5.4%)	8.6 (82.4)	(7.2)	1.6 (14.9)	(4.8)	7.1 (67.6)	(8.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	1.8 (17.6)	(3.3)	10.5 (100.0)
Medical goods (19.2%)	17.2 (46.2)	(14.3)	2.1 (5.7)	(6.6)	15.1 (40.5)	(17.1)	0.6 (1.5)	(3.4)	0.6 (1.5)	(3.8)	-	0.0	-	-	19.4 (52.3)	(34.6)	37.2 (100.0)
Pharmaceutical and other medical non-durables (17.7%)	16.9 (49.3)	(14.0)	2.1 (6.0)	(6.4)	14.8 (43.3)	(16.8)	0.6 (1.6)	(3.4)	0.6 (1.6)	(3.8)	-	0.0	-	-	16.7 (49.0)	(29.8)	34.2 (100.0)
Sub-total (87.6%)	99.7 (58.3)	(82.8)	16.6 (9.8)	(51.3)	83.1 (49.1)	(94.3)	14.7 (8.7)	(88.6)	12.8 (7.6)	(87.7)	1.7 (1.0)	(100.0)	0.2 (0.1)	(61.6)	55.0 (32.5)	(97.8)	169.4 (100.0)
Collective health expenditure																	
Preventive care (9.0%)	16.1 (92.3)	(13.3)	13.2 (76.0)	(40.9)	2.8 (16.3)	(3.2)	0.1 (0.5)	(0.6)	-	-	-	-	0.1 (0.5)	(38.4)	1.3 (7.2)	(2.2)	17.4 (100.0)
Governance, health system and financing administration (3.4%)	4.7 (72.3)	(3.9)	2.5 (38.8)	(7.8)	2.2 (33.5)	(2.5)	1.8 (27.7)	(10.8)	1.8 (27.7)	(12.3)	-	-	-	-	-	-	6.5 (100.0)
Sub-total (12.4%)	20.8 (66.8)	(17.2)	15.8 (65.9)	(48.7)	5.0 (21.0)	(5.7)	1.9 (7.9)	(11.4)	1.8 (7.5)	(12.3)	-	-	0.1 (0.4)	(38.4)	1.3 (5.3)	(2.2)	23.9 (100.0)
Total	120.5		32.3		88.1		16.6		14.6		1.7		0.2		56.3		193.3

Values are presented as number or (%) which indicates the proportion of the number in the total of each row or column. HIS, health insurance schemes; NPISHs, non-profit institutions serving households.

Table 4. Current health expenditure by provider and function (mode of production) in 2021 (unit: trillion won, [%])

Variable	Providers of ambulatory health care						Retailers and other providers of medical goods				Providers of preventive care		Providers of health care system administration and financing		Total		
	Hospitals (42.9%)		Residential long-term care facilities (2.5%)		Sub-total (29.2%)		Medical practices (20.1%)		Sub-total (15.3%)		Pharmacies (13.0%)		Others (3.2%)				
	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)		No. (%)	(%)
Personal health expenditure																	
In-patient services (34.4%)	57.4 (86.3)	(69.2)	4.8 (7.3)	(100.0)	3.7 (5.6)	(6.6)	3.7 (5.6)	(9.5)	-	-	-	-	0.4 (0.5)	(3.8)	0.2 (0.3)	(2.8)	66.5 (100.0)
Out-patient services (28.6%)	17.9 (32.4)	(21.6)	-	-	35.3 (64.0)	(62.6)	24.4 (44.1)	(62.8)	-	-	-	-	-	-	1.9 (3.5)	(30.7)	55.3 (100.0)
Other services (5.4%)	0.7 (6.6)	(0.8)	-	-	7.2 (68.2)	(12.7)	0.6 (5.6)	(1.5)	-	-	-	-	-	-	2.6 (25.2)	(42.2)	10.5 (100.0)
Medical goods (19.2%)	4.2 (11.4)	(5.1)	-	-	3.2 (8.5)	(5.6)	3.1 (8.4)	(8.1)	29.5 (79.4)	(100.0)	25.0 (67.3)	(100.0)	0.2 (0.6)	(5.4)	0.1 (0.1)	(0.8)	37.2 (100.0)
Pharmaceutical and other medical non-durables (17.7%)	4.2 (12.4)	(5.1)	-	-	3.2 (9.2)	(5.6)	3.1 (9.2)	(8.1)	26.5 (77.6)	(89.8)	25.0 (73.3)	(100.0)	0.2 (0.6)	(5.4)	0.1 (0.1)	(0.8)	34.2 (100.0)
Sub-total (87.6%)	80.2 (47.4)	(96.8)	4.8 (2.9)	(100.0)	49.4 (29.1)	(87.4)	31.8 (18.8)	(81.9)	29.5 (17.4)	(100.0)	25.0 (14.8)	(100.0)	0.3 (0.2)	(7.6)	4.8 (2.8)	(76.5)	169.4 (100.0)
Collective health expenditure																	
Preventive care (9.0%)	2.7 (15.3)	(3.2)	-	-	7.1 (40.7)	(12.6)	7.1 (40.5)	(18.1)	-	-	-	-	3.7 (21.0)	(92.4)	2.5 (14.5)	(27.0)	17.4 (100.0)
Governance, health system and financing administration (3.4%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5 (100.0)	(69.2)	6.5 (100.0)
Sub-total (12.4%)	2.7 (11.2)	(3.2)	-	-	7.1 (29.6)	(12.6)	7.1 (29.5)	(18.1)	-	-	-	-	3.7 (15.3)	(92.4)	9.0 (37.7)	(96.2)	23.9 (100.0)
Total	82.9		4.8		56.4		38.9		29.5		25.0		4.0		6.3		193.3

Values are presented as number or (%) which indicates the proportion of the number in the total of each row or column.

Table 5. Current health expenditure by financing scheme and provider in 2021 (unit: trillion won, [%])

Variable	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes						Voluntary health care payment schemes						Household out-of-pocket payment (29.1%)		Total		
	Sub-total (62.3%)		Governmental schemes (16.7%)		Compulsory contributory HIS (45.6%)		Sub-total (8.6%)		Voluntary HIS (7.6%)		NPIsHs financing schemes (0.9%)		Enterprises financing schemes (0.1%)			No. (%)	No. (%)
	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)	No. (%)	(%)			
Hospitals (42.9%)	54.2 (65.3)	(45.0)	11.6 (14.0)	(36.0)	42.5 (51.3)	(46.3)	9.0 (10.8)	(54.1)	8.9 (10.8)	(61.2)	-	-	-	(14.2)	198 (23.8)	(35.1)	82.9 (100.0)
Residential long-term care facilities (2.5%)	3.9 (80.7)	(3.2)	0.9 (18.8)	(2.8)	3.0 (62.0)	(3.4)	-	-	-	-	-	-	-	-	0.9 (19.3)	(1.7)	4.8 (100.0)
Providers of ambulatory health care (29.2%)	33.9 (60.0)	(28.1)	7.3 (12.9)	(22.5)	26.6 (47.1)	(30.2)	3.9 (7.0)	(23.6)	3.9 (6.8)	(26.4)	-	-	0.1 (0.1)	(24.2)	18.7 (33.1)	(33.2)	56.4 (100.0)
Medical practices (20.1%)	24.2 (62.2)	(20.1)	5.9 (15.2)	(18.3)	18.2 (46.9)	(20.7)	3.3 (8.4)	(19.6)	3.2 (8.2)	(21.9)	-	-	0.1 (0.2)	(24.2)	11.5 (29.5)	(20.4)	36.9 (100.0)
Retail sale and other providers of medical goods (15.3%)	13.8 (46.8)	(11.5)	1.6 (5.4)	(5.0)	12.2 (41.4)	(13.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	15.7 (53.2)	(27.9)	29.5 (100.0)
Pharmacies (13.0%)	13.3 (53.0)	(11.0)	1.5 (6.2)	(4.8)	11.7 (46.8)	(13.3)	-	-	-	-	-	-	-	-	11.8 (47.0)	(20.9)	25.0 (100.0)
Providers of preventive care (2.1%)	3.8 (95.4)	(3.1)	3.7 (93.1)	(11.4)	0.1 (2.4)	(0.1)	-	-	-	-	-	-	0.0 (0.0)	(0.1)	0.2 (4.6)	(0.3)	4.0 (100.0)
Providers of health care system administration and financing (4.9%)	7.6 (80.8)	(6.3)	5.4 (57.7)	(16.7)	2.2 (23.1)	(2.5)	1.8 (19.2)	(10.8)	1.8 (19.2)	(12.3)	-	-	-	-	-	-	9.4 (100.0)
Others (3.2%)	3.4 (53.5)	(2.8)	1.8 (29.0)	(5.6)	1.5 (24.6)	(1.7)	1.9 (30.2)	(11.4)	-	-	1.7 (27.8)	(100.0)	0.2 (2.4)	(61.6)	1.0 (16.3)	(1.8)	6.3 (100.0)
Total	120.5		32.3		88.1		16.6		14.6		1.7		0.2		56.3		193.3

Values are presented as number or (%) which indicates the proportion of the number in the total of each row or column. HIS, health insurance schemes; NPIsHs, non-profit institutions serving households.

23.8%, 임의보건의료지불제도 10.8%로 구성되며, 의원 의료비 38.9 조 원은 정부·의무가입제도 62.2%(의무가입건강보험 46.9%, 정부 15.2%), 가계직접부담 29.5%, 임의보건의료지불제도 8.4%로 구성된다.

### 의료비의 국제 비교

2022년 한국의 'GDP 대비 국민의료비 비율'(잠정치)은 9.7%로 OECD 38개 국가 중 상위 17번째이고(Figure 1) [9], '1인당 의료비' 4,570 US dollars purchasing power parity는 38개 국가 중 20번째다. 주목할 점은 2022년 한국의 'GDP 대비 국민의료비 비율'은 OECD 회원국의 평균(2022년 9.3%)을 처음으로 넘어서고 있다는 점이다(Figure 2) [9].

앞에서 살펴본 한국 국민의료비 규모의 시계열적 특징은 국제 비교에서 더욱 뚜렷해진다. OECD 회원국의 'GDP 대비 국민의료비 비율' 평균이 1980년 6.1%일 때 한국은 3.4%로 절반을 약간 넘는 수준이었고, 이러한 격차는 1990년에는 각각 6.5%, 3.6%, 2000년에는 각각 7.1%, 3.9%로 오히려 벌어졌다. 하지만 2000년대에 들어서면서 한국의 의료비는 급증하기 시작하여, 2002년 4.0%에서 2007년 5.0%, 2012년 6.0%, 2017년 7.0%로 5년에 1%p씩 늘어나다가, 급기야 2019년에는 8.2%로 2년 만에 1.2%p가 증가하는 기록을 세웠다. 한국의 'GDP 대비 국민의료비 비율'이 높은 증가를 계속하고 있는 것은 OECD 회원국 사이에서도 독보적인 특이 사례로 인용되고 있다[8]. 21세기에 들어서면서 인구 고령화와 소득안정에 따른 의료수요의 증가를 배경으로, 2002년경부터 고착화된 상대가치점수와 환산지수계약의 건강보험수가 결정구조에 얽히게 되어 건강보험 지출은 급격히 늘어났고, 한편으로 실손보험의 확대와 맞물린 비급여 지출은 급팽창했다[10].

반면, OECD 회원국의 'GDP 대비 국민의료비 비율' 평균은 2000년 7.1%에서 2009년 8.8%까지 꾸준히 상승한 이후 10년간 거의 같은 수준을 유지했다. 하지만 코로나19의 발생은 대부분의 OECD 회원국에 큰 충격을 주었고, 이는 발생 첫해인 2020년부터, 초기에 잠시 봉쇄 조치(lock-down)에 따른 의료이용의 감소가 있는 국가도 있었지만, 의료비 급등을 초래했다. OECD 회원국의 'GDP 대비 국민의료비 비율' 평균은 2019년 8.8%에서 2020년 9.6%로 급증했고, 2021년에는 이러한 의료이용과 의료비 지출이 유지되어 9.7%가 되었다. 하지만 2022년부터는 코로나19 지출 자체가 줄어들면서 'GDP 대비 국민의료비 비율'도 9.3%로 낮아지는 것으로 나타나고 있다[8].

한국은 다른 나라에 비해서 코로나19에 대한 초기 대응을 잘해서 2020년에는 코로나19 환자의 발생과 사망률이 상대적으로 적었고 [11], 코로나19 이외의 치료행위는 억제되어서 2019년까지 계속되던

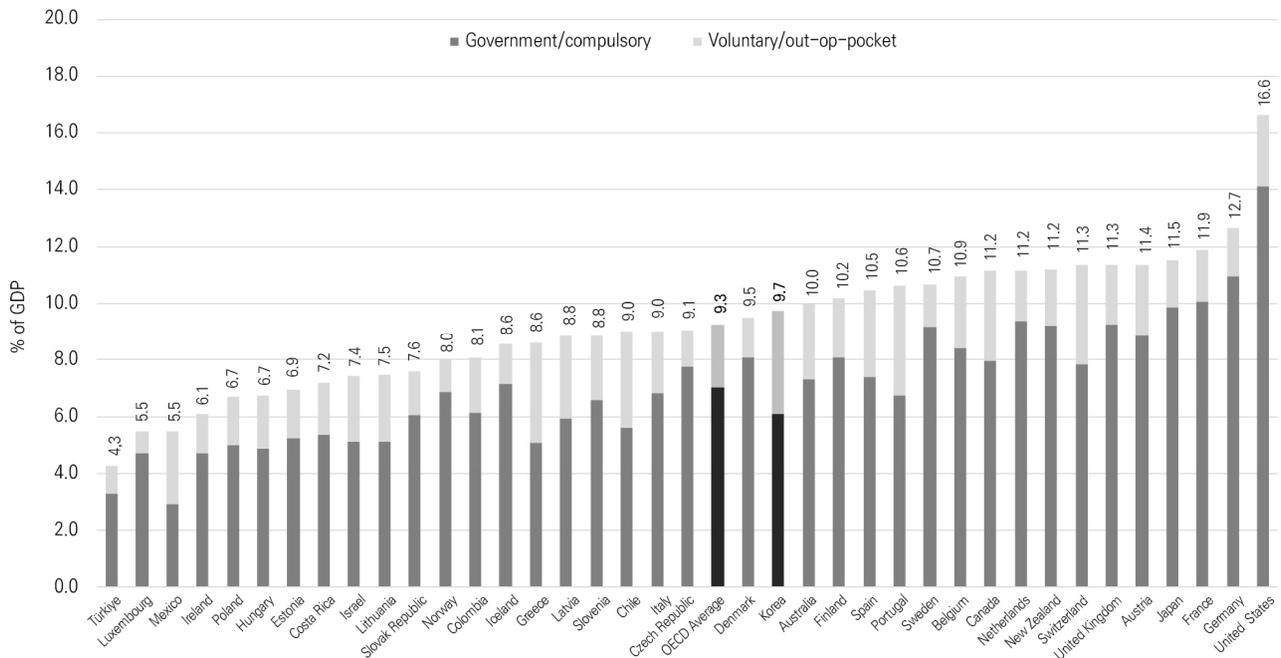


Figure 1. Current health expenditure as a share of gross domestic product (GDP), 2022 (or nearest year). From Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD health statistics 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [9].

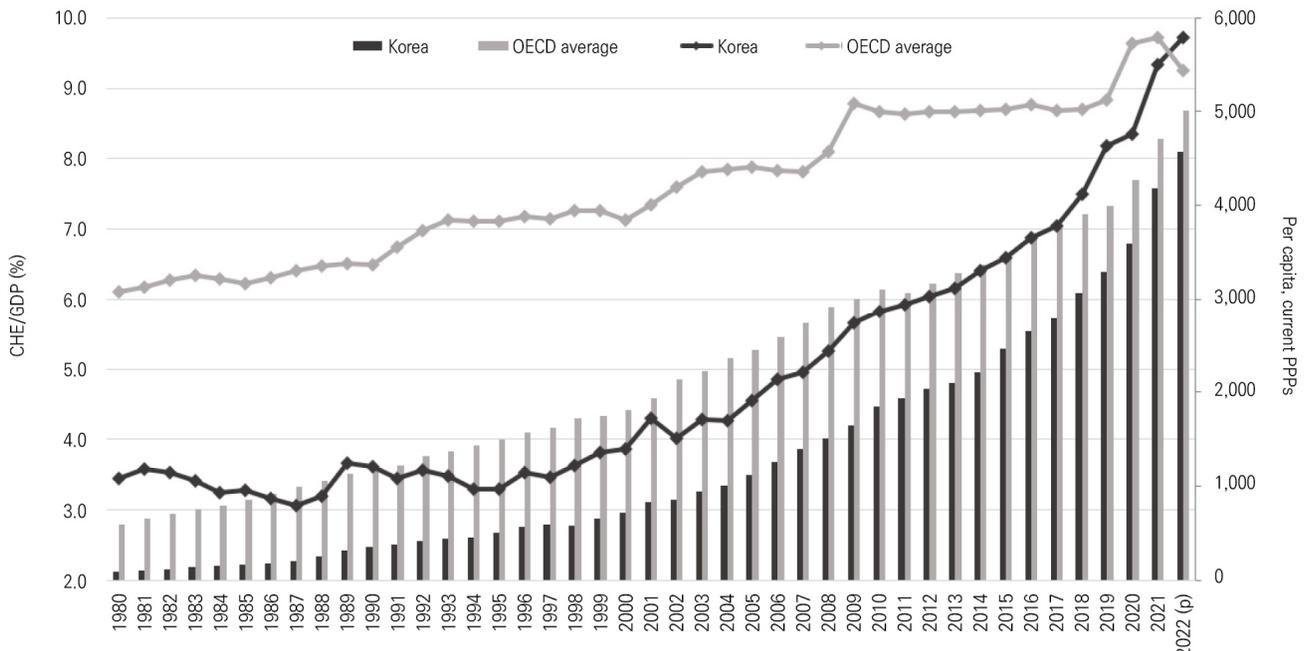


Figure 2. Trends in current health expenditure (CHE) in a share of gross domestic product (GDP) and per capita, 1980-2022, Korea and Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) average. From Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD health statistics 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [9]. PPP, purchasing power parity. \*Figures for the year 2022 (p) are preliminary in that some data sources of that year are not yet finally published.

의료비 증가세가 2020년 일시 둔화하기도 했다[12]. 하지만 2021년부터는 잠시 억제되었던 의료이용이 본격적으로 재개되었고, 확산되는 코로나19에 대한 치료 및 검사, 손실보상 비용 그리고 백신을 위한 정부 지출이 늘어남에 따라 'GDP 대비 국민의료비 비율'은 2021년 9.3%로 2년 사이에 1.1%p나 늘어났다. 더욱이 OECD 여타 국가들과 달리, 이 증가 추세는 2022년에도 계속되었다. 한국의 'GDP 대비 국민의료비 비율'이 2022년에 OECD 회원국의 평균을 넘어서게 된 것은 한국의 이러한 이상적인(outlier) 의료비 추이를 반영한다.

## 결론

본고는 보건계정체계(SHA 2011)에 따라 구축된 2021년 국민의료비 확정치 및 2022년 국민의료비 잠정치를 소개하고 있다. 2020년 국민의료비부터는 코로나19의 예방, 추적, 치료 등을 위한 지출 및 의료기관에 대한 손실보상비용이 국민의료비에 추가된 주요한 구성요소가 됨에 따라 그 산출결과도 제시하고 있다.

SHA 2011에 따라 구축된 한국의 2021년 국민의료비, 즉 전체 국민의료비는 193.3조 원으로 GDP의 9.3%다[3]. 2022년 잠정치(209.0조 원)는 처음으로 2백조 원을 넘어섰고, 'GDP 대비 비율' 9.7%는 처음으로 OECD 회원국 평균을 넘어섰다. OECD 평균을 넘어선 시점은 Jeong 등[6]의 예상과 일치한다.

인구고령화가 수반하는 암 등 만성질환의 증가에 대한 적절한 의료적 대응과 이를 위한 일정한 의료비 증가는 우리 사회가 감내할 몫이다. 하지만 20세기 말까지 조절되던 한국의 의료비는 21세기에 들어선 이후 무서운 속도로 증가하여 이제 보건 의료제도의 지속 가능성을 위협하는 단계에 이르렀다. 2020년 이후의 의료비 증가에는 코로나 19에 대한 대응을 위한 일시적인 증가 부분도 있지만, 의료비 증가의 톱니효과(ratchet effect)가 특히 강하게 작동하는 한국의 건강보험수가 인상구조를 생각할 때, 지난 20여 년 지속되어온 가속적 증가 추세가 쉽게 멈출 것 같지 않다. 우리 보건 의료제도의 주된 재원을 구성하고 의료제공체계의 변화에 사실상 가장 강력한 정책수단을 가진 건강보험제도에서부터 환산지수 계약방식의 재검토 등의 적극적인 의료비 억제정책을 강구해야 할 시점이다.

보건계정의 장기 시계열은 실손보험 의료비가 여타 어느 재원보다도 증가 속도가 빠름을 확인해주었다. 실손보험은 그 자체가 국민의 부담일 뿐 아니라 공보험의 통제를 벗어난 비급여에 대한 지출을 부추겨서 전체 국민의료비를 키운다. 공보험의 법정본인부담에 대한 실손보험의 개입을 제한하는 정책이 시급하다.

## 이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 지원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

## ORCID

Hyoung-Sun Jeong: <https://orcid.org/0000-0001-9866-0389>;  
 Jeongwoo Shin: <https://orcid.org/0000-0001-6555-8572>;  
 Seunghee Kim: <https://orcid.org/0009-0004-1895-6411>;  
 Myunghwa Kim: <https://orcid.org/0000-0001-7674-0249>;  
 Heenyun Kim: <https://orcid.org/0000-0002-7013-6267>;  
 Mikyung Cheon: <https://orcid.org/0009-0001-7136-6814>;  
 Jihye Park: <https://orcid.org/0009-0007-0595-1090>;  
 Sang-Hyun Kim: <https://orcid.org/0000-0002-5548-6496>;  
 Sei-Jong Baek: <https://orcid.org/0000-0003-4043-261X>

## REFERENCES

1. Organisation for Economic Co-Operation and Development. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publishing; 2000.
2. Organisation for Economic Co-Operation and Development; Eurostat; World Health Organization. A System of Health Accounts: 2011 edition. Paris: OECD Publishing; 2011.
3. Organisation for Economic Co-Operation and Development; Eurostat; World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017.
4. Orosz E, Morgan D. SHA-based National Health Accounts in thirteen OECD countries: a comparative analysis. Paris: OECD Publishing; 2004.
5. Shin JW, Jeong HS. Korea's current health expenditure and its financial composition: a comparative study across the OECD countries. Health Welf Policy Forum 2015;(229):74-81. DOI: <https://doi.org/10.23062/2015.11.8>
6. Jeong HS, Shin JW, Moon SW, Choi JS, Kim H. 2018 Current health expenditures and National Health Accounts in Korea. Health Policy Manag 2019;29(2):206-219. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.2.206>

7. Organisation for Economic Co-Operation and Development, Eurostat, World Health Organization. 2021 Joint OECD, Eurostat and WHO health accounts (SHA 2011) data collection: electronic questionnaire, explanatory notes version January 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
8. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023 (forthcoming).
9. Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD health statistics 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
10. Jeong HS. Direction of reform of payment system of national health insurance to rationalize health insurance spending. Proceedings of Policy Discussion to Reform the Payment System of National Health Insurance; 2023 Mar 15; Seoul, Korea. Wonju: National Health Insurance Service; 2023.
11. Oh J, Lee JK, Schwarz D, Ratcliffe HL, Markuns JF, Hirschhorn LR. National response to COVID-19 in the Republic of Korea and lessons learned for other countries. *Health Syst Reform* 2020;6(1): e1753464. DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1753464>
12. Kim JI. Changes in health insurance medical expenses before and after COVID-19 and their implications. *NABO Focus* [Internet] 2020 [cited 2023 Aug 1];(26):1-4. Available from: <https://viewer.nabo.go.kr/streamdocs/view/sd;streamdocsId=72059289159360589>

**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"> <li>- 중앙정부 결산자료(1999-2021)</li> <li>- 지방정부 결산자료(2017-2021)</li> <li>- 지방재정연감(2007-2017)</li> <li>- 의료급여 통계연보 및 내부자료, 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(1977-2022)</li> <li>- 건강보험 통계연보 및 내부자료, 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(1977-2022)</li> <li>- 장기요양보험 통계연보, 국민건강보험공단(2008-2021)</li> <li>- 산재보험 사업연보, 고용노동부(1970-2021)</li> <li>- 의약품 소비량 및 판매액 통계 및 내부자료, 건강보험심사평가원(2014-2021)</li> <li>- 자동차보험 진료비 통계, 건강보험심사평가원(2015-2021)</li> <li>- 건강검진 통계연보, 국민건강보험공단(2008-2021)</li> <li>- 의료급여 건강검진 통계연보, 국민건강보험공단(2013-2021)</li> <li>- 근로자 건강진단 실시결과, 고용노동부(1992-2021)</li> <li>- 보건소지출내역조사, 연세대학교 의료복지연구소(2007-2021)</li> </ul>
Voluntary health care payment schemes (HF.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보험개발원 내부 자료(1998-2021)</li> <li>- 기업체 노동비용조사, 고용노동부(1998-2021)</li> <li>- 고용형태별 근로실태조사, 고용노동부(1998-2021)</li> </ul>
Household out-of-pocket payment (HF.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2005-2021)</li> <li>- 경제총조사 및 서비스업조사, 통계청(2005-2020)</li> <li>- 가계동향조사, 통계청(1970-2022)</li> <li>- 한국의료패널, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단(2008-2021)</li> <li>- 국민건강영양조사, 질병관리청(1992, 1995, 1998, 2001, 2005, 2007-2021)</li> </ul>