

OECD 기준에 따른 국민의료비 산출실태 및 OECD 아시아 사회정책센터의 역할

Status of the Production of Total Expenditure on Health
by the OECD Guidelines and the Role of the OECD Regional Centre
on Health and Social Policy

1. SHA의 필요성

OECD Health Data 2005¹⁾에 따르면 최근 10년 동안 대부분의 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development: 이하 OECD) 회원국들에서 실질 국민의료비 증가율이 실질 경제성장률 보다 높다는 사실을 보여준다. 더딘 경제성장과 비교하여 혁신적인 의료기술 진보와 처방약의 증가로 인한 급속한 국민의료비의 증가는 OECD 주요 국가들에서 국내총생산(Gross Domestic Product: 이하 GDP) 대비 국민의료비의 증가로 나타나게 되었다.

이에 따라 특정 국가에 대한 보건의료지출의 추이를 이해하고 의료 개혁 정책을 평가하기 위한 국내 및 국가 간 비교를 통한 보건의료지출 추이 분석이 대내외적으로 지속적인 관심을 끌고 있다. 즉, 보건정책에 대한 평가와 발전을 위해서는 보건의료지출에 대한 세밀한 분석이 필수적이며, 이러한 분석을 위해서는 시차별로 그리고 국가 간



배 성 일

OECD아시아사회정책센터 책임연구원

1) OECD, OECD Health Data 2005, Paris : OECD, 2005.

에 유사한 적시의 신뢰성 있는 자료가 기초되어야 한다.

현재 보건의료시스템의 성과를 평가하고 보건개혁 정책의 효과를 관리하기 위해서 많은 국가들이 보건의료지출에 대한 산출 방법을 향상시키는데 많은 투자를 하고 있다. 보건의료지출의 증가와 관련된 요인들에 대한 폭넓은 이해와 노령화, 의료기술, 예상되는 인구증가 등과 같은 특별한 요인들에 대한 더 나은 추정이 보건의료정책에서는 핵심이 된다. 이러한 이유로, 좀 더 세부적이고 표준화된 보건계정을 통하여 “누가 무엇을 어디서 어떻게 제공받는가(who gets what where and how)”라는 질문에 대한 적절한 해답이 요구된다. 즉, 보건의료지출이 서로 다른 종류의 의료서비스 및 의료서비스 제공자들 사이에 어떻게 분배되는가에 대한 해답이다. 당연히 전반적인 보건의료지출을 추정하기 위한 신뢰성 있는 방법들이 이러한 기본적인 질문에 대한 올바른 해답을 얻기 위한 기본전제가 된다고 할 수 있다.

본고에서는 이러한 필요성 하에 실행되고 있는 OECD의 보건계정체계(System of Health Account: 이하 SHA)의 실행현황, 국민의료비(Total Expenditure on Health: THE)에 대한 개요 및 우리나라의 국민의료비 추정에 대한 정책적 제언을 살펴보고, 향후 OECD 아시아 사회정책센터에서 중점적으로 실행할 아시아 지역의 OECD 비회원국들에 대한 SHA 교육에 대한 향후 추진 방향에 대하여 논의할 것이다.

2. OECD의 SHA 실행 현황

OECD에서는 Public Expenditure on Health²⁾ 및 Measuring Health Care 1960~1983³⁾을 시작으로 1993년에 발행된 OECD Health Systems⁴⁾로 총괄되었다. 이후 1990년대에도 매년 보건의료자료가 CD의 형태로서 발표되었는데, 발표된 자료들 중 국민의료비는 대표적인 항목으로서 가장 중요하게 다루어졌다.

1990년대 후반에는 OECD 국가들 사이에서 자국 내의 SHA를 재검토하는 국

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

3) OECD, Measuring Health Care : OECD, 1985.

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

가들이 증가하였으며, 이에 따라 자국 내의 시계열적인 일관성뿐만 아니라 국가 간 비교의 정합성을 유지하는 국민의료비 자료와 이를 위한 공통기준에 대한 요구가 계속되어 왔다. 이러한 점을 해결하기 위해 OECD는 회원국들의 전문가들을 통한 협조를 바탕으로 안내서(Manual)인 A System of Health Accounts를 개발시켜왔으며 2000년에 1.0판⁵⁾을 발행하였다. 이와 더불어, OECD는 회원국들에게 SHA의 시험적 적용(Pilot implementation)을 권고하였다.

한편, 국제보건기구(World Health Organization: 이하 WHO)에서도 World Health Report 2000⁶⁾이 출간된 이후에 보건의료시스템의 성과를 측정하는데 대한 흥미가 급속하게 증가해왔다. WHO의 보고서는 국가보건의료시스템의 묘사에 대한 좋은 정보와 정확한 자료에 대한 접근의 중요성을 지적하였으며, 국가보건계정(National Health Account: 이하 NHA)이 그러한 도구라고 지적하였다. 이에 따라, WHO는 OECD의 SHA가 OECD 회원국을 대상으로 한 것이므로 WHO 전체 회원국을 대상으로 하는 별도의 보건계정 안내서가 필요하다고 인지하고 이를 위한 NHA Producers Guide 초안⁷⁾을 2003년도에 출간하였다.

현재 OECD에서는 OECD 보건계정전문가회의 등을 통하여 OECD의 SHA 1.0판 발행 이후의 회원국별 보건계정 구축작업을 모니터링하고 서로의 경험을 향후 발간될 새로운 판의 SHA에 발전적으로 흡수하기 위한 작업을 진행하고 있다. 2002년 10월의 OECD 보건계정전문가회의에서는 이러한 작업 진행을 객관화하고 다양한 경험을 보다 분명히 공유하는 차원에서 OECD의 SHA 방법론에 입각한 보건계정을 국가 간 비교하는 “SHA 실행프로젝트(SHA Implementation Project)”를 수행할 것을 결정하였다. 이에 따라 한국을 포함한 OECD 13개 회원국들이 참가한 프로젝트가 진행되었다. 그 결과로서 2004년 9월 29일에서 10월 1일까지 개최된 “OECD 보건데이터 및 보건계정 전문가회의(Meeting of Experts in Health Accounts)”에서는 그동안의 작업을 집대성한 OECD Health Working Paper “SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis⁸⁾”가 보고되었다. 참고

5) OECD, A System of Accounts for International Data Collection Version 1.0, OECD, 2000.

6) WHO, World Health Report 2000, WHO, 2000.

7) WHO, NHA Producers Guide, WHO, 2003.

8) Orosz E, Morgan D, SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD

로 우리나라의 경우에는 2003년도에 수행된 정형선 등의 연구⁹⁾로 공급부문을 포함한 세 가지 2차원 보건계정이 1998~2001년에 걸쳐 처음으로 구축되기 시작하였다.

현재 OECD 각 회원국은 국민의료비 통계의 생산과 SHA 안내서(Manual)를 실행하는데 있어서 서로 다른 단계에 속하여 있다. 몇몇 국가들은 OECD SHA 안내서가 출판되기 이전에 이미 포괄적이고 세부적으로 보건계정을 생산하였다. 호주, 캐나다, 프랑스, 독일, 뉴질랜드, 미국의 경우가 이러한 범주에 속한다고 할 수 있다.

다른 나라들은 과거에 국민의료비를 추정하기위해 국내계정에 주로 의지하였으며 이들 중 몇몇 국가들의 경우에 자금배당, SHA 안내서(Manual)의 해석, 국민의료비 추정을 위한 작업팀의 구성, 자료 이용 가능여부 판단에 대한 초기 단계에 있다.

한국은 SHA 안내서에 따른 국민보건계정이 정기적으로 구축되고 있거나 SHA 구축작업을 위한 OECD의 SHA 실행프로젝트를 완료한 16개 국가의 하나로 분류되어 있다. 아래 <표 1>은 OECD의 SHA 이행현황을 보여준다.

표 1. OECD 회원국들의 SHA 이행 현황(2004년 5월 기준)

구분	국 가	SHA에 기초된 보건계정을 정기적으로 생산하거나 SHA 실행프로젝트를 완료	SHA 실행프로젝트 또는 그것을 위한 준비작업 진행중	SHA 실행 구 상중: 자금 배당 미실행	SHA 실행을 위한 단기 계획 부재
1	호 주	○			
2	오스트리아		○		
3	벨 기 에		○		
4	캐 나 다	○			
5	체 코		○		
6	덴 마 크	○			
7	핀 란 드	○			
8	프 랑 스		○		

Countries: A Comparative Analysis, OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)7, 2004.

9) 정형선 · 진기남 · 이준협 · 김창보, 「공급부문 국민보건계정의 구축을 위한 기반조사 및 활용」, 국민건강보험공단 연세대학교보건행정학과, 2004.

<표 1> 계속

구분	국 가	SHA에 기초된 보건계정을 정기적으로 생산하거나 SHA 실행프로젝트를 완료	SHA 실행프로젝트 또는 그것을 위한 준비작업 진행중	SHA 실행 구 상중: 자금 배당 미실행	SHA 실행을 위한 단기 계획 부재
9	독 일	○			
10	그 리 스			○	
11	헝 가 리	○			
12	아이슬란드			○	
13	아 일 랜 드		○		
14	이 태 리				○
15	일 본	○			
16	한 국	○			
17	룩셈부르크		○		
18	멕 시 코	○			
19	네 덜 란 드	○			
20	뉴 질 랜 드				○
21	노 르 웨 이		○		
22	폴 란 드	○			
23	포 르 투 갈		○		
24	슬로바키아		○		
25	스 페 인	○			
26	스 웨 덴		○		
27	스 위 스	○			
28	터 키	○			
29	영 국	○			
30	미 국	○			

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

3. 국민의료비

1) 국민의료비에 대한 개요

OECD의 SHA는 기능적 분류를 기반으로 보건의료비의 개념을 정의하고 있으며, 이를 통하여 국민계정체계와 일관성을 유지하면서 국가 간 비교를 가능하게 하는 기초가 마련되게 된다. OECD의 SHA는 흔히 국가들 사이의 비교 단위가

되고 있으며, 국내에서 “국민의료비”로 명명되고 있는 Total Expenditure on Health (THE)를 보건의료비 총량규모로서 제시해왔다. 현재 국민의료비는 OECD 회원국들 사이에서 보건의료비 비교에 가장 널리 쓰이는 의료비 총량이며, OECD의 국민의료비 개념은 WHO나 세계은행(World Bank)에서도 일반적으로 받아들이는 개념이다. 아래의 <표 2>는 국민의료비를 산출하기 위한 보건의료의 기능적 범주와 등식을 보여준다.

표 2. OECD 보건계정의 국제분류(International Classification for Health Accounts: ICHA)

ICHA 코드	분 류
HC.1-4	개인보건의료
HC.1	진료서비스
HC.2	재활서비스
HC.3	장기요양서비스
HC.4	부수적 의료서비스
HC.5	외래환자에 분배된 의료용품
TPHE	총 개인보건의료비(=HC.1 + ... + HC.5)
HC.6	예방 및 공공보건
HC.7	보건사업 행정 및 건강보험
TCHE	경상국민의료비(=HC.1 + ... + HC.7)
Invest	고정자본형성
THE	국민의료비

자료: OECD, A system of Health Accounts, Version 1.0, 2000.

경상국민의료비로 번역되는 Total Current Expenditure on Health(TCHE)는 국민의료비에서 요양기관의 고정자본형성을 제외한 총량이다. 여기에서 고정자본형성은 민간부문의 투자지출 자료의 수집이 가능한 경우 총투자를 의미하며, 그렇지 않은 경우에는 공공부문 투자만을 포함한다.

공공의료비(Public Expenditure on Health)는 공공 및 민간을 모두 포함한 요양기관의 서비스 제공 및 물품구입에 지출된 총금액 중 공공부문으로부터만 지출된 금액이다. 여기에서 공공부문은 중앙 및 지방정부, 공보험 체계를 의미한다. 공공 경상의료비(Public Current Expenditure on Health)는 경상국민의료비의 개념에서와 마찬가지로 공공의료비에서 공공부문 고정자본형성을 제외한 지출

이다. 여기에서 공공부문 고정자본형성은 요양기관 시설에 대한 공공부문 투자와 민간부문의 병원 신·증축 및 장비구입을 위한 공공부문의 자본이전을 포함한다.

총 개인보건의료비(Total Expenditure on Personal Health Care)는 보건의료범주 중 ICHA에 정의된 HC.1-4 개인보건의료와 HC.5의 외래환자에 제공된 의료용품의 범주에 해당되는 부문에 대한 지출이다. 이것은 공공보건을 위해 제공된 서비스(HC.6, 예방 및 공공보건서비스; HC.7, 보건행정 및 건강보험)가 아닌 개인들에게 직접 제공된 서비스 및 물품구입에 지출된 비용이다.

개인보건의료에 대한 공공의료비(Public Expenditure on Personal Health Care)은 공공보건을 위해 제공된 서비스를 제외한 개인들에게 직접 제공된 의료진료 중 공공부문에서 지출된 비용이다. 즉, 총 개인보건의료비 중 공공부문으로만 지출된 금액을 의미한다.

2) 한국의 국민의료비 추정에 대한 정책적 제언

최근 우리나라의 계정 구축과 관련한 정책적 제언으로는 아래의 내용과 같은 국민의료비 추계 과정에서 도출된 정책적 제언¹⁰⁾이 주목해야할 부분이라고 판단된다.

첫째, 국민의료비 추계 시 민간재원, 특히 민영보험, 민간비영리, 기업재원의 의료비를 추계하기 위한 자료원의 확보에 어려움을 보이고 있으며, 가계조사 자료와 국민건강영양조사의 의료이용조사 자료를 통해 추계된 민간재원은 대체로 저추계의 경향을 보이고 있다. 국민의료비의 추계를 목적으로 한 자료원의 추가적 보충이 필요하다.

둘째, 국민의료비 추계 시 우리나라의 보건계정 구축에 있어서 OECD의 SHA에서 제시하고 있는 기능별 분류 중 생산양식에 의한 기능별 분류만을 시도하고 있다. 보다 정책적 함의가 큰 국제비교를 위해서는 질병치료의 에피소드에 의한 기능별 분류에 필요한 데이터의 구축이 충분히 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

셋째, 입원서비스 내에서도 치료·재활서비스와 장기요양간호서비스가 분리될

10) 장영식·도세록·고경환·서진숙·서순원·부유경, 「OECD 요구 보건통계 생산방식에 관한 연구」, 한국보건사회연구원, 2002.
정형선, 「재원, 기능 및 공급부문별 국민보건계정을 위한 시계열데이터의 구축(1차년도)」, 연세대학교, 2005.

수 있으면 국제비교에 있어서 훨씬 더 실제적으로 도움이 될 것이다. 우리나라는 아직도 이러한 장기요양관련 시설이 발달되어 있지 못하고 따라서 의료기관에서 이러한 장기요양간호케어를 받거나 집에서의 가족 수발에 의존하는 것이 일반화되어 있는 상황이므로 외국과의 비교에 한계가 있다. 향후 장기요양서비스의 공급 및 재원조달체계가 어떠한 모습을 가지게 되는지에 따라 보건계정의 내용은 영향을 받게 될 것이다.

넷째, 국가마다 의료제도의 특징상 어떤 서비스들을 OECD SHA 상의 공급자 기준(ICHA-HP)에 따라 분류하기 어려운 경우가 있다. 예를 들어 한국의 한의원은 ICHA-HP에 따르면 'HP.3.3 기타 의료인력의 사무소'에 분류하도록 되어 있어서 본 국민의료비 추계에서는 이를 HP.3.3에 포함시켰다. 향후 'HP.3.1 의원'의 세부항목으로 분류하는 것이 적합한지 여부에 대한 검토를 해야 할 것이다.

다섯째, 대부분의 OECD 국가에서 국민보건계정의 구축작업에 있어서 중점을 두고 있는 항목은 경상의료비 그 중에서도 개인의료비 부분이다. 집단보건의료비를 구성하는 예방/공중보건서비스(HC.6)와 보건행정관리(HC.7) 항목과 경상의료비와 대비되는 고정자본형성 항목은 상대적으로 소홀히 다루어지고 있다. 향후의 작업에서 집단보건의료 항목과 고정자본형성 항목에 대한 보충이 이루어져야 할 것이다.

여섯째, 통계자료를 효율적으로 수집 관리할 수 있도록 표준화가 이루어질 필요가 있다. 표준화는 체계적인 정보수집을 가능하게 하며 시간과 예산을 절감하는 효과를 가져올 수 있을 것이다.

마지막으로, 우리나라의 보건통계는 실적위주의 보고로 내용에 대한 신뢰성이 낮고, 최근에는 전산시스템에 의한 방식이 일반화되었으나 아직 정착되지 못하고 있다. 따라서 서식의 개선 등을 통하여 추가 통계의 생산이 가능함에도 불구하고 개선의 노력이 미흡한 실정이다. 일반적으로 통계자료의 질은 적합성(relevance), 정확성(accuracy), 시의성(timeliness), 접근성(accessibility), 비교성(comparability), 효율성(efficiency)에 의하여 평가되며, 향후 보건통계의 생산 및 관리가 이러한 개념에서 이루어져야 할 것이다.

이와 같은 지적은 실제적으로 연구자가 국민의료비를 추계하는 가운데 경험에서 우러나온 문제들에 대한 제안들이며, 향후 SHA 안내서에 따라 국민보건계정을 구축할 아시아의 OECD 비회원국들도 동일한 문제에 부딪치게 될 것이다. 예

를 들어서, 네 번째로 지적한 한국에서의 한의원에 대한 분류와 같은 문제점이 대부분의 아시아 국가들에서 널리 이용되는 전통의학을 분류할 때도 동일하게 발생할 것은 명약관화하다.

이러한 지적들과 관련하여, 우리나라에서도 많은 관심과 노력을 통한 선도적인 SHA 구축 작업을 행하여 국제적으로 질 높은 통계를 생산하는 것이 선행되어야 한다. 이에 더하여, 향후 우리나라가 SHA 구축작업을 행하면서 축적된 방법과 교훈을 SHA 구축작업에 어려움을 겪고 있는 국가들에 전파한다면 국제사회에 많은 기여와 공헌을 할 수 있으리라 믿는다.

4. OECD 아시아 사회정책센터의 향후 방향

OECD는 그 설립이 경제협력에 있는 만큼 전체 경제체계에서 보건 및 사회정책분야에 자원이 얼마나 그리고 어떻게 배분되는지에 대한 관심이 매우 높다. 이를 위하여 OECD에서는 보건의료부문의 대표적인 통계지표로 SHA를 생산하고 있다.

OECD 아시아 사회정책센터에서는 이러한 SHA가 아시아 지역 비회원국에서 OECD와 동일한 기준으로 생산되어 보건의료부문에 관한 지출수준 및 지출내역에 대한 국가 간 비교 등이 가능하도록 통계생산 교육훈련 프로그램을 마련하여 운영할 계획이다.

우선 SHA 교육에서는 국민의료비 추계방법으로 국민의료비 및 국민보건계정의 개념, OECD의 보건계정체계, OECD 회원국 및 우리나라 보건계정 구축과정, OECD SHA의 적용 등을 대상으로 할 계획이다. 이를 위하여 우선 아시아 지역에서 WHO와 함께 국민의료비 추계를 위한 네트워크를 형성해 온 아시아·태평양 국민보건계정 네트워크(Asia Pacific National Health Account Network: 이하 APNHAN)와 아시아 선도국가들이 참여하는 국제회의를 개최하여 아시아 지역의 교육훈련 수요를 파악하고, 이를 바탕으로 2006년부터 본격적인 교육훈련을 실시할 계획이다.

먼저 2005년 12월 초에 양 이들에 걸쳐 OECD 본부와 OECD 아시아 사회정책센터 공동 주최로 서울에서 국제회의를 개최할 것이다. 여기에는 OECD 본부, OECD 아시아 사회정책센터, WHO, APNHAN, Ellison Institute 등의 국제기

관과 우리나라를 포함한 중국, 일본, 몽고, 홍콩 등과 같은 아시아 국가들로부터의 전문가들이 대거 참여할 예정이다. 회의에서 주로 토의할 내용으로는 첫째로 아시아·태평양 지역에서 OECD 회원국과 비회원국들의 보건계정 현황을 검토하고, 둘째로는, WHO, Ellison Institute와 같은 국제기구들의 현재 활동상황과 계획 등을 토의하고, 셋째로는, 아시아·태평양 지역에서 참석한 각 국가 전문가의 이 지역에서의 향후 기술적 협력에 대한 중점 사항들을 토의할 예정이다. 마지막으로 OECD, Eurostat 및 WHO의 자료 수집에 대한 공동의 노력과 아시아·태평양 지역에서도 같은 내용의 질의를 통해 이 지역의 자료 수집에 관한 일관성과 효율성을 접목할 것이다.

이번에 개최될 국제회의는 OECD 아시아 사회정책센터가 설립된 후 치르게 되는 SHA에 관한 첫 번째 행사이며, 향후 아시아의 OECD 비회원국에 대한 SHA 교육훈련 사업의 방향을 제시하게 될 것이다.

이미 전 장에서 설명하였듯이 OECD 회원국뿐만 아니라 비회원국에서도 SHA의 구축은 국내적으로나 국제적으로도 중요한 사안이며, 비회원국에 대한 SHA 구축사업에 한국의 OECD 아시아 사회정책센터가 앞으로 OECD와 비회원국들 사이에서 가교 역할을 행해야 한다는 측면에서 국제사회에 크게 기여할 것이라고 판단된다. 이와 더불어, 이러한 중대한 역할에서 OECD 아시아 사회정책센터의 단지 몇몇 연구원들에 의한 연구나 교육으로 마감하는 것이 아니라 각 학계나 연구기관들로부터의 협조가 전반적으로 이루어진다면 향후 우리나라의 SHA 체계 발전에도 많은 도움이 될 뿐만 아니라 국제적으로도 많은 기여가 이루어지리라 믿는다. 