

이달의 초점

사회복지지출의 현황과 과제

OECD SOCX 2025를 통해 본 사회복지지출 현황과 정책 과제

|신정우|

사회복지지출과 재정 부담 지표: 인구 고령화 관점에서 본 국제 비교와 시사점

|이영숙|

보건 분야 사회복지지출(SOCX)의 규모 및 구성: 의료보장제도와의 관계

|김희년·정형선|

OECD 사회복지지출 중 가족 영역 분석 및 재정추계

|나원희|

OECD 주요국의 공·사 연금 구조 변화

– OECD 사회복지지출(SOCX) 데이터베이스를 활용한 비교와 진단 –

|이다미|

순사회복지지출과 순조세효과로 본 복지국가의 실질 규모와 재분배:

OECD 사회복지지출(SOCX)을 중심으로

|최혜진|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

보건 분야 사회복지지출(SOCX)의 규모 및 구성: 의료보장제도와의 관계

The Scale and Composition of Social Expenditure on Health: In Relation to Publicly Financed Health Coverage

김희년 한국보건사회연구원 보건의료정책연구실 부연구위원

정형선 국민의료복지연구원 원장

한국의 2023년 보건 분야 ‘사회복지지출’은 총량치 지표에 따라 120조 1000억~140조 원 규모이다. 이는 국내총생산(GDP)의 5.0~5.8%에 불과한 것으로 경제협력개발기구(OECD) 평균(6.5~7.5%) 보다 낮다. ‘국민의료비의 크기’도 OECD 평균보다 낮는데(한국 8.5% vs. OECD 평균 9.3%), 이는 ‘공공재원의 비중’이 크게 낮기 때문이다(한국 60% vs. OECD 평균 73%). 의료보장제도 전체의 규모는 2001년 16조 3000억 원에서 2023년 113조 1000억 원으로 연평균 9.3%의 증가율을 보였다. 건강보험제도는 연평균 9.0%, 의료급여제도는 연평균 8.4%의 증가율이었다. 2008년부터 시작한 노인장기요양보험제도는 급속한 인구 고령화를 반영하여 제도 도입 이후 연평균 15% 이상 증가했다. ‘국민의료비 급증’은 ‘가계와 국가·공공의 재정 부담’을 의미하므로 억제 대상이지만, ‘보장성 강화’를 위한 국가·공공 재원의 투입은 ‘사회복지의 증진’을 위한 장려 사항이다. 그만큼 보건 분야 사회복지지출의 크기는 양면성을 가진다.

1 들어가며

사회복지지출(SOCX: Social Expenditure database)의 보건 항목(이하 ‘사회복지지출(보건)’) 수치는 보건계정(Health Accounts) 통계의 항목 별 수치를 그대로 사용한다. 따라서 사회복지지출

(보건)을 이해하기 위해서는 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)에 대한 이해가 선행되어야 한다. ‘국민보건계정(National Health Accounts)’은 ‘한 국가의 전체 의료비의 재원, 기능, 공급자별 흐름을 일목요연하게 보여 주기 위한 국가 단위 의료비 지출의 종합표’다. 여기서의 ‘전

체 의료비'는 보건계정체계에서 사용하는 'Total Current Health Expenditure'를 가리키는데, 이는 '국민의료비'로 번역되고 있다(보건복지부, 2024). 경제협력개발기구(OECD), 세계보건기구(WHO), 유럽통계청(Eurostat)은 공통의 국제보건계정팀(IHAT: International Health Account Team)을 두고 현행 보건계정 매뉴얼 'SHA2011'(OECD, Eurostat & WHO, 2011)이 제시하는 기준에 따라 각국에서 구축한 국민보건계정 통계를 국가별 책임자(focal point)를 통해 취합하여 매년 7월에 공표한다. 사회복지지출(보건)은 이 통계에서 산출된 각국의 자원별 수치를 그대로 활용하여 '공공(Public)', '의무가입민간(Mandatory Private)', '자발적민간(Voluntary Private)' 사회복지지출(보건)의 조합으로 발표된다(신정우, 2024).

이 글에서는 2025년 7월에 발표된 한국의 2001~2023년 확정치 국민보건계정 수치를 근거로 사회복지지출(보건)을 업데이트하고, 이를 OECD 회원국과 비교하며, 국민보건계정 구축 과정에서 확보한 건강보험제도, 의료급여제도, 노인장기요양보험제도, 산재보험제도, 자동차보험제도(책임) 등 개별 의료보장제도의 재정 흐름과 연계하여 그 의미를 살펴본다.

2 사회복지지출, 보건계정 및 의료보장제도의 관계

가. 사회복지지출과 보건계정의 관계

사회복지지출(보건)의 자원별 구분은 그에 해당하는 SHA의 '보건' 항목을 포함하고 있다(표 1). 사회복지지출 총계치(Social Expenditure Aggregates) 중 국제 비교에 흔히 사용되는 것은 '공공 사회복지지출(Public Social Expenditure)'이다(Herwig Immervoll, 2024). '공공 사회복지지출(보건)'은 보건계정(SHA2011)의 정부재원(HF1.1: Governmental schemes)과 '사회보험(HF1.2.1: Social health insurance schemes)'의 합을 사용한다.

또 하나의 '사회복지지출 총계치'인 '공공·의무가입 민간 사회복지지출(Public and mandatory private social expenditure)'은 '공공 사회복지지출'과 '의무가입민간 사회복지지출'의 합인데,¹⁾ '공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)'은 보건계정의 정부·의무가입제도(HF1: Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes)를 사용한다. 결국은 '공공 사회복지지출(보건)'에 의무가입민간보험(HF1.2.2: Compulsory private insurance schemes)이 추가된 것이다.²⁾ 한국의 경우 모든 자동차 소유자가 가입하게 되어 있는 '자동차보험 책임보험'이 여기(HF1.2.2)

1) OECD(2019)는 'public-private' 및 'social 여부'의 두 가지 판단 기준을 주로 사용하고, 'social 여부'의 판단 기준으로 다시 'compulsion 여부, 즉 mandatory-voluntary' 또는 'Inter-personal redistribution 여부'를 제시하고 있다.

[표 1] 사회복지지출의 보건 항목과 국민의료비 자원 구성

SOCX	전체 사회복지지출 (Total Social Expenditure) 조사회복지지출(Gross Social Expenditure) = 순사회복지지출(Net Social Expenditure) + 세금감면(TBSPs: Tax Breaks for Social Purposes)			순수 민간 프로그램 (Exclusively Private Programmes)	
	공공·의무가입민간 사회복지지출 (Public and Mandatory Private Social Expenditure)			자발적민간 사회복지지출 (Voluntary Private Social Expenditure)	순수 민간 프로그램 (Exclusively Private Programmes)
	공공 사회복지지출 (Public Social Expenditure)			의무가입민간 사회복지지출 (Mandatory Private Social Expenditure)	자발적민간 사회복지지출 (Voluntary Private Social Expenditure)
SHA 2011	정부·의무가입자원(HF.1)			임의가입제도 (HF.2)	가계직접부담 (HF.3)
	정부 (HF.1.1)	사회보험 (HF.1.2.1)	민간의무보험 (HF.1.2.2)		

출처: 저자 작성.

에 포함된다. 하지만 ‘GDP 대비 비율’로 논하는 거시 정책의 논의에서는 한국의 경우 ‘공공 사회복지지출(보건)’과 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’의 차이가 거의 없다.

‘전체 사회복지지출(Total Social Expenditure)’은 이상의 모두를 포괄하는 ‘사회지출 총계치’로, ‘공공·의무가입민간 사회복지지출’과 ‘자발적민간 사회복지지출(Voluntary Private Social Expenditure)’

의 합이다. ‘자발적민간 사회복지지출’에 해당하는 보건계정의 항목은 임의가입제도자원(HF2: Voluntary health care payment schemes)이다. 그 하위 항목에는 민영보험회사자원(HF2.1), 민간비영리단체자원(HF2.2: NPISHs financing schemes), 기업자원(HF.2.3: Enterprises financing schemes)이 있다. 한국의 ‘실손형 민영보험’은 보건계정의 민영보험회사(HF2.1)에 속한다. ‘가계직접부담(HF.3)’

2) 이는 스위스, 네덜란드처럼 의무가입 방식의 사회보험을 ‘민간기구·기관’이 운영하는 시스템을 갖는 국가의 상황을 반영하기 위한 것이다. 사실상 이전 버전의 보건계정체계(SHA 1.0)에서 민간재원으로 분류되었던 미국 민간보험의 상당 부분을 오바마 개혁을 통해 ‘의무가입(mandate)’ 조항이 적용된다는 것을 이유로, ‘SHA2011’ 버전에서 정부·의무가입제도자원(HF1)의 의무가입(건강)보험자원(HF1.2)으로 이동하는 데 활용된 측면이 있다.

은 ‘개인간재분배(inter-personal redistribution)’나 ‘의무가입(compulsory participation)’의 조건을 충족시키지 못하기 때문에 순수민간(Exclusively Private) 재원으로 분류되어 사회복지지출에서 빠진다(OECD, 2019).

SOCX는 세금감면(TBSPs: Tax Breaks for Social Purposes)까지 감안한 순사회복지지출(Net Social Expenditure)과 조(粗)사회복지지출(Gross Social Expenditure)을 구분해서 발표하고 있다. 하지만 ‘보건’ 등 하위 항목에 대한 순사회복지지출은 구분해서 발표하고 있지 않다.³⁾ OECD (2007) 및 OECD(2019)는 자료 수집 등의 현실적인 이유로 자체의 기준과 수집체계를 가지고 있는 보건계정 데이터베이스나 적극적노동시장(ALMP) 데이터베이스는 해당 항목을 해당 데이터베이스에서 그대로 가져와 사회복지지출(SOCX) 통계에 반

영하는바 이에 따른 한계도 지적된다(고경환 외, 2011). 보건계정의 ‘SHA2011’ 버전부터는 ‘전체 경상의료비(Total Current Health Expenditure)’를 국민의료비 총계치로 사용하고 있는데, 여기에는 고정자본 형성(capital formation)이 포함되지 않는다. 따라서 보건계정의 통계치를 그대로 사용하는 사회복지지출(보건)에는 병원에 대한 정부로부터의 자본이전지출(capital transfers)이 포함되어 있지 않다.

나. 사회복지지출과 의료보장제도의 관계

한국의 개별 의료보장제도가 사회복지지출의 보건 항목과 어떤 관계에 있는지(표 2)에 대한 확인과 이해는 현실 제도의 개선과 정책 방향의 수립에 도움이 된다. 개별 의료보장제도가 국가마다 다르

[표 2] 사회(복지)지출의 보건 항목과 의료보장제도의 비교

총계치	보건계정의 자원 구분		의료보장제도
사회복지지출 (보건)	정부· 의무가입제도 (HF.1)	정부 (HF.1.1)	보건행정·건강증진 등
			의료급여 수급자
		의무가입제도 (HF.1.2)	의료급여제도
			노인장기요양보험제도(일부)
			건강보험제도
		사회보험 (HF.1.2.1)	노인장기요양보험제도
			산재보험제도
		의무가입민간보험(HF.1.2.2):	자동차보험(책임)

출처: 저자 작성.

3) ‘Gross Social Expenditure’를 ‘총사회복지지출’로 번역해서 이 글에서 사용한 ‘전체 사회복지지출(Total Social Expenditure)’과 혼동하는 경우가 있으나, 전자는 조세감면을 감안하는지를 구분하기 위한 것이고, 후자는 자원의 포괄 범위에 대한 것으로 상이한 차원을 주의해야 한다.

로 국제 비교를 통한 정책적 시사점 확보에 한계가 있는 것이 보통인데, 국가 단위 통계의 일관성을 확보한 사회복지지출 통계를 통해 의료보장제도의 국제 비교를 위한 정보의 수준을 높일 수 있게 되기 때문이다.

보건계정의 사회보험(HF.1.2.1) 재원은 '의무가입 방식의 공공 운영 건강보험'을 가리키는바 한국의 건강보험제도, 장기요양보험제도, 산재보험제도가 여기에 해당한다. 한국의 의료급여제도는 보건계정의 정부(HF.1.1) 재원에 해당한다. 수치는 크지 않지만 의료급여 수급자에 대한 노인장기요양보험 급여는 보건계정에서 정부(HF.1.1) 재원에 포함되어 있으므로 장기요양보험제도의 규모를 산출하기 위해서는 이를 구분하여 사회보험(HF.1.2.1)하의 장기요양보험제도 재원과 합해야 한다. 자동차 보유 시 의무적으로 가입해야 하는 '자동차보험 책임보험'은 의무가입민간보험(HF.1.2.2)

에 해당하며 '공공·의무가입민간 사회복지지출'에 포함되나 '공공 사회복지지출'에는 포함되지 않는다. 이 글에서는 자동차책임보험도 의료보장제도의 하나로 다루고 있다.

3 사회복지지출(보건)의 산출 및 국제 비교

가. 국민보건계정 구축 및 국민 의료비 산출 과정

국내 SOCX의 보건 항목은 보건계정의 매뉴얼 'SHA2011'이 제시하는 분류(OECD, 2011)에 따라 구축한 국민 의료비 및 그 구성 항목의 지출 규모를 활용하여 작성한다. 국민 의료비는 기능별(개인 의료(입원, 외래, 의약품 등 / 치료, 재활 등), 집합 보건 등), 공급자별(병원, 의원, 약국 등), 재원별(정

[표 3] 국민의료비 및 재원 구성(2023년)

(단위: 원)

국민 의료비 203조 4000억(100.0%)				
정부·의무가입제도(HF.1) 122조 9000억(60.4%)			임의가입제도 (HF.2)	가계직접부담(HF.3)
정부 (HF.1.1)	의무가입제도(HF.1.2) 99조 6000억(49.0%)			
	23조 3000억 (11.5%)	사회보험(HF.1.2.1) 96조 8000억 (47.6%)		
			17조 (8.4%)	63조 5000억 (31.2%)

출처: 저자 작성.

부·의무가입제도, 임의가입제도, 가계직접부담 등)의 핵심 3차원으로 이루어진다. 이 3차원의 분류 중 사회복지지출과 관련해 특히 중요한 것은 ‘재원’ 구분이다.

개인 의료비 중 정부 재원, 사회보험 등 소위 ‘공공재원’은 정부 결산자료나 건강보험통계 등 주로 행정통계를 기초로 산출한다. ‘민간재원’은 건강보험 진료비 실태조사를 기본으로 하고 경제총조사, 가계(동향)조사, 한국의료패널 등 다양한 조사 데이터를 보충적으로 활용해 산출한다(세부적인 자료 원 및 산출 방식은 보건복지부(2024) 참조).

나. 사회복지지출(보건)의 산출 결과

〈표 3〉에서 보듯이 2023년 국민 의료비는 203조 4000억 원으로 GDP의 8.5%다. 이는 정부·의무가입제도(HF.1) 122조 9000억 원(60.4%), 임의가입제도(HF.2) 17조 원(8.4%), 가계직접부담(HF.3) 63조 5000억 원(31.2%)으로 구성된다. ‘사회복지지출(SOCX) 통계의 보건 항목’과의 관계를 중심으로 보면 한국의 ‘공공 사회복지지출(보건)’은 2022년 128조 원(GDP의 5.5%)에서 2023년 120조 1000억 원(GDP의 5.0%)으로, ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’은 2022년 130조 6000억 원(GDP의 5.6%)에서 2023년 122조 9000억 원(GDP의 5.1%)으로, ‘전체 사회

복지지출(보건)’은 2022년 145조 2000억 원(GDP의 6.2%)에서 2023년 140조 원(GDP의 5.8%)으로 줄었다.

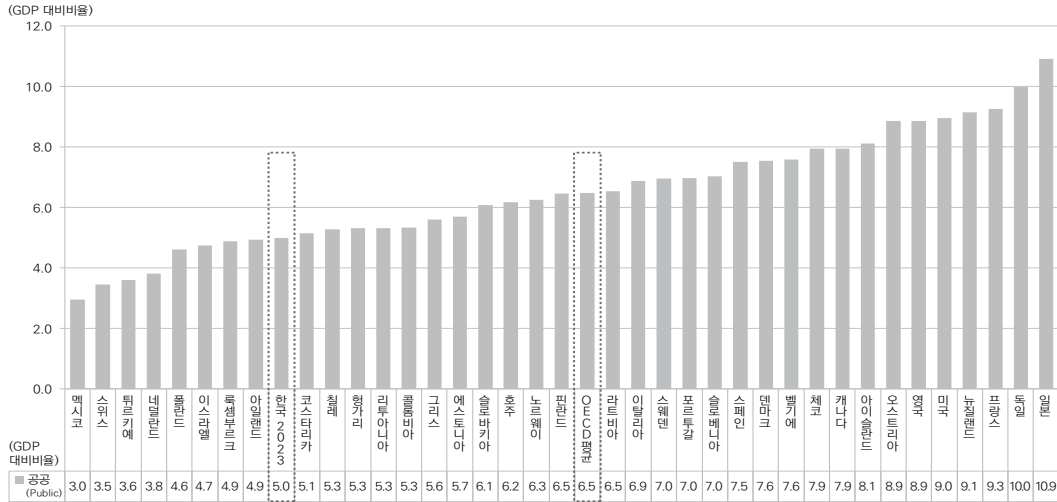
[그림 1]은 OECD 회원국 ‘공공 사회복지지출(보건)’의 ‘GDP 대비 비율’을 보여 준다. 한국(2023년)은 5.0%로 OECD 평균(2022년)인 6.5%보다 1.5%포인트 낮다. 일본은 10.9%로 가장 높았고, 독일 10.0%, 프랑스 9.3%, 뉴질랜드 9.1%, 미국 9.0% 순이다. 한국은 38개 회원국 중 30번째다. ‘공공 사회복지지출(보건)’의 크기는 ‘국민 의료비’의 크기와 ‘공공재원 비중’의 크기가 동시에 작용한다. 한국의 ‘공공 사회복지지출(보건)’이 적은 것은 국민 의료비의 크기가 작기 때문(2023년 한국 8.5% vs. OECD 평균 9.3%)이기도 하지만 ‘낮은 공공재원 비중’(2023년 한국 60% vs. OECD 평균 73%)이 주된 이유다.

[그림 2]는 OECD 회원국 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’의 ‘GDP 대비 비율’이다. 한국(2023년)은 5.1%로 OECD 평균(2022년)인 7.0%에 한참 못 미친다. 미국이 사회복지지출(보건의) ‘GDP 대비 비율’이 14.1%로 가장 높았고, 일본 10.9%, 독일 10.8%, 프랑스 10.0%의 순이다. 미국이 가장 높은 국가가 된 것은⁴⁾ 첫째, ‘국민 의료비’의 GDP 비중이 높은 것이 기본적인 이유이지만, 둘째, 미국의 민영 건강보험이 오바마케어하에서 ‘의무가입(mandate)’의 적용을 받는다는 점

4) 전체 사회복지지출(SOCX)의 경우 미국의 2022년 GDP 비중은 24.2%로 OECD 평균 22.8%와 큰 차이가 없다.

[그림 1] OECD 회원국의 ‘공공 사회복지지출(보건)’ 비교

(단위: 조 원)

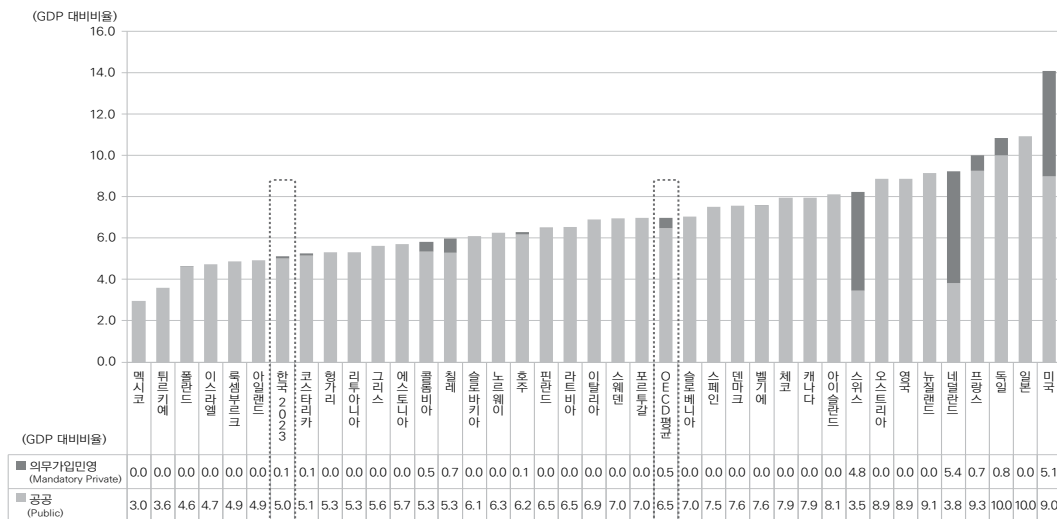


주: 한국은 2023년 수치, 나머지 국가는 2022년 수치, 일부 2022년 미발표 국가는 2021년 수치임.

출처: 저자 작성, OECD Data Explorer, <https://data-explorer.oecd.org/>

[그림 2] OECD 회원국의 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’ 비교

(단위: 조 원)



주: 한국은 2023년 수치, 나머지 국가는 2022년 수치, 일부 2022년 미발표 국가는 2021년 수치임.

출처: 저자 작성, OECD Data Explorer, <https://data-explorer.oecd.org/>

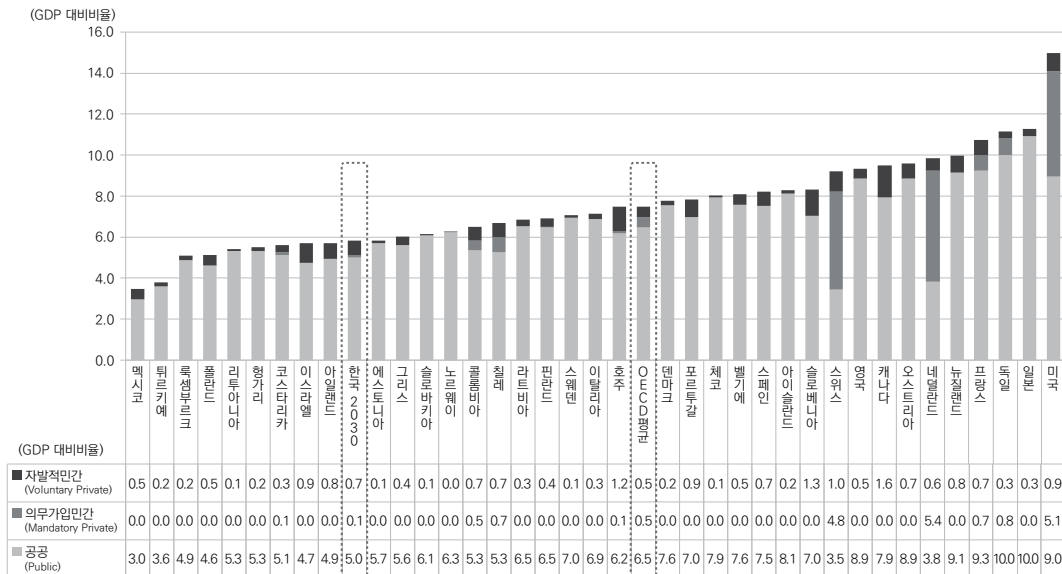
을 이유로 의무가입민영(Mandatory Private) 재원(그림 2에서의 진회색 부분)으로 분류되어 사회복지지출(보건)에 포함된 것도 상당히 작음했다. [그림 2]에서 진회색 부분은 네덜란드, 스위스와 같이 공공보험을 민간 조직이 운영하는 국가의 '의무가입민간' 재원의 비중을 보여 주고, 한편으로는 독일처럼 일정 소득 이상의 계층에 대해 민영보험이 적용되는 국가, 프랑스처럼 보충형 민영보험이 보편화된 국가의 특징도 확인해 준다.

[그림 3]은 OECD 회원국 '전체 사회복지지출(보건)'의 'GDP 대비 비율'이다. 전체 항목에 대한 '전체 사회복지지출'은 이론적으로만 논의되고 국

제 비교에 사용되는 경우는 드물지만, 보건 항목에 대한 '전체 사회복지지출(보건)'은 [그림 3]이 보여주듯이 국제 비교에 손색이 없다. 보건계정 통계가 오랜 기간 OECD 회원국 사이의 국제 비교성을 높여 왔고, 특히 재원(HF) 구분 한 자릿수는 모든 회원국이 제출하고 있기 때문에 이를 그대로 사용하는 사회복지지출(보건) 통계는 자체 완결적이기 때문이다. [그림 1]이나 [그림 2]와 비교할 때 각국의 규모나 순위에 미세한 변화가 있음을 알 수 있다. 한국(2023년) '전체 사회복지지출(보건)'의 'GDP 대비 비율'은 5.8%로 OECD 평균(2022년)인 7.5%보다 1.7%포인트 낮다.

[그림 3] OECD 회원국의 '전체 사회복지지출(보건)' 비교

(단위: 조 원)



주: 한국은 2023년 수치, 나머지 국가는 2022년 수치, 일부 2022년 미발표 국가는 2021년 수치임.

자료: 저자 작성, OECD Data Explorer, <https://data-explorer.oecd.org/>

4 사회복지지출(보건) 및 의료보장제도 지출의 추이(2001~2023)

보건계정 재원 구분과의 관계, 그리고 이들과 건강보험제도, 의료급여제도, 노인장기요양보험제도, 산재보험제도, 자동차책임보험 등 개별 의료보장제도의 관계를 2001~2023년에 걸쳐 보여 주고 있

〈표 4〉는 사회복지지출(보건)의 3가지 총계치와

[표 4] 사회복지지출(보건) 및 의료보장제도 지출의 추이(2001~2023)

(단위: 조 원)

연도	전체 사회복지지출(보건) = 정부·의무가입제도(HF.1) + 임의가입제도(HF.2)															
	소계	공공/의무가입민간 사회복지지출(보건) = 정부·의무가입제도(HF.1)														임의가입 제도 (HF.2)
		소계	공공 사회복지지출(보건) = 정부(HF.1.1) + 의무가입제도(HF.1.2.1)													
			소계	정부(HF.1.1)				〈참고〉 노인 장기 요양 보험 (A+B)	의무가입제도(HF.1.2)					HF.1.2.2		
				소계	보건 행정/ 건강 증진 등	의료 급여	노인 장기 요양 보험 (A)		소계	사회보험(HF.1.2.1)			자동차 책임 보험			
2001	17.9	17.3	16.5	2.8	0.9	1.8	1.8			14.5	13.7	13.2		0.5	0.8	0.5
2002	18.8	18.2	17.3	3.2	1.2	1.9	1.9			15.0	14.2	13.7		0.5	0.8	0.6
2003	21.2	20.4	19.4	3.6	1.3	2.2	2.2			16.8	15.9	15.3		0.6	1.0	0.8
2004	23.0	22.1	21.2	3.9	1.3	2.5	2.5			18.2	17.2	16.6		0.7	1.0	0.9
2005	25.7	24.7	23.7	4.7	1.5	2.9	2.9			20.0	19.0	18.4		0.6	1.0	1.0
2006	29.7	28.6	27.5	5.4	1.7	3.4	3.4			23.2	22.1	21.4		0.7	1.1	1.1
2007	33.5	32.0	30.9	5.9	1.9	3.6	3.6		0.1	26.1	25.1	24.3	0.1	0.6	1.1	1.4
2008	36.8	34.8	33.7	6.6	2.4	4.2	4.1	0.2	0.5	28.2	27.1	26.1	0.4	0.7	1.1	2.0
2009	43.4	40.4	39.2	7.8	2.9	5.0	4.4	0.6	1.9	32.6	31.4	29.4	1.3	0.6	1.2	3.0
2010	48.9	45.4	44.2	8.3	3.0	5.3	4.7	0.6	2.5	37.1	35.9	33.3	1.9	0.6	1.2	3.5
2011	52.2	47.8	46.6	8.5	2.9	5.5	4.9	0.6	2.7	39.4	38.1	35.4	2.1	0.6	1.2	4.3
2012	54.9	50.0	48.7	8.8	3.1	5.7	5.0	0.6	2.9	41.2	39.9	37.1	2.2	0.6	1.3	5.0
2013	58.8	53.3	52.1	9.4	3.5	5.9	5.2	0.7	3.3	43.9	42.7	39.6	2.6	0.6	1.2	5.5
2014	63.9	57.3	55.8	10.2	3.9	6.3	5.5	0.8	3.7	47.2	45.6	42.1	2.9	0.6	1.5	6.5
2015	70.0	62.7	61.0	11.3	4.6	6.7	5.9	0.9	4.2	51.4	49.7	45.8	3.3	0.6	1.7	7.3
2016	77.2	68.7	66.9	12.0	4.4	7.5	6.6	1.0	4.6	56.8	54.9	50.6	3.7	0.7	1.8	8.5
2017	84.4	75.2	73.2	13.2	5.2	8.0	7.0	1.1	5.3	61.9	60.0	55.1	4.3	0.6	2.0	9.2
2018	93.6	83.1	81.0	14.0	5.0	8.9	7.6	1.3	6.6	69.2	67.0	61.0	5.2	0.8	2.1	10.5
2019	105.4	92.8	90.4	15.5	5.6	9.9	8.3	1.6	8.0	77.2	74.9	67.6	6.4	0.8	2.4	12.6
2020	112.7	98.6	96.1	19.5	8.8	10.6	8.8	1.9	9.2	79.1	76.6	68.3	7.3	1.0	2.5	14.1
2021	129.9	115.0	112.4	29.5	17.9	11.6	9.4	2.1	10.4	85.5	82.9	73.6	8.3	1.0	2.6	14.9
2022	145.2	130.6	128.0	36.0	23.7	12.3	10.0	2.3	11.8	94.6	91.9	81.6	9.4	0.9	2.7	14.6
2023	140.0	122.9	120.1	23.3	9.8	13.5	10.8	2.7	13.5	99.6	96.8	84.9	10.8	1.0	2.8	17.0

출처: 보건복지부, 「2023년 국민보건계정」의 산출 과정 중 내부자료를 활용하여 저자 작성.

다. 이를 통해 지난 21세기 첫 사반세기에 한국의 사회복지지출(보건) 규모가 어떻게 변화해 왔는지, 한국의 개별 의료보장제도가 사회복지지출(보건)에 어떻게 반영되고 어느 정도의 비중을 차지하면서 변해 왔는지를 알 수 있다. 한국의 사회복지지출

(보건)은 규모가 작은 만큼 증가 속도가 빠르다. 전체 의료보장제도의 지출 규모는 2001년 16조 3000억 원에서 2022년 113조 1000억 원으로 지난 20년간 9.3%의 연평균 증가율을 보였다. 사회복지지출(보건)의 증가 속도를 약간 상회한다. 그러

[표 5] '공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)'에서 차지하는 의료보장제도 지출의 비중(2001~2023)

(단위: %)

연도	공공·의무가입민간 사회복지지출(보건) = 정부·의무가입제도(HF.1)												
	소계	정부(HF.1.1)					〈참고〉 노인 장기 요양 보험 (A+B)	의무가입제도(HF.1.2)					
		소계	보건 행정/ 건강 증진 등	의료급여 수급자				사회보험(HF.1.2.1)				HF.1.2.2	
				소계	의료 급여	노인 장기 요양 보험 (A)		소계	소계	건강 보험	노인 장기 요양 보험 (B)		산재 보험
2001	100.0	16.3	5.5	10.5	10.5			83.7	78.8	76.1		2.7	4.8
2002	100.0	17.4	6.3	10.7	10.7			82.6	78.1	75.2		2.8	4.5
2003	100.0	17.5	6.4	10.5	10.5			82.5	77.8	74.8		2.9	4.8
2004	100.0	17.7	5.8	11.2	11.2			82.3	78.0	75.0		3.0	4.4
2005	100.0	18.8	6.1	11.9	11.9			81.2	77.0	74.5		2.5	4.2
2006	100.0	19.0	6.1	12.0	12.0			81.0	77.1	74.8		2.3	3.9
2007	100.0	18.3	5.9	11.2	11.2		0.4	81.7	78.3	75.9	0.4	2.0	3.4
2008	100.0	19.0	6.8	12.2	11.7	0.5	1.5	81.0	77.8	74.9	1.0	1.9	3.2
2009	100.0	19.4	7.1	12.3	10.9	1.4	4.6	80.6	77.7	72.8	3.3	1.6	2.9
2010	100.0	18.2	6.6	11.7	10.3	1.4	5.6	81.8	79.1	73.5	4.3	1.4	2.7
2011	100.0	17.7	6.1	11.5	10.2	1.3	5.7	82.3	79.8	74.1	4.4	1.3	2.6
2012	100.0	17.6	6.2	11.4	10.1	1.3	5.8	82.4	79.8	74.2	4.5	1.1	2.6
2013	100.0	17.6	6.6	11.0	9.7	1.3	6.1	82.4	80.1	74.3	4.8	1.1	2.3
2014	100.0	17.7	6.8	11.0	9.6	1.4	6.4	82.3	79.6	73.5	5.1	1.0	2.7
2015	100.0	18.1	7.4	10.7	9.3	1.4	6.7	81.9	79.2	72.9	5.3	1.0	2.7
2016	100.0	17.4	6.5	10.9	9.6	1.4	6.7	82.6	79.9	73.6	5.4	1.0	2.7
2017	100.0	17.6	6.9	10.7	9.3	1.4	7.1	82.4	79.8	73.3	5.7	0.9	2.6
2018	100.0	16.8	6.1	10.7	9.1	1.6	7.9	83.2	80.6	73.4	6.3	0.9	2.6
2019	100.0	16.7	6.0	10.7	9.0	1.7	8.7	83.3	80.7	72.9	6.9	0.9	2.6
2020	100.0	19.7	9.0	10.8	8.9	1.9	9.3	80.3	77.7	69.3	7.4	1.0	2.5
2021	100.0	25.7	15.6	10.1	8.2	1.8	9.0	74.3	72.1	64.1	7.2	0.9	2.2
2022	100.0	27.6	18.1	9.4	7.7	1.8	9.0	72.4	70.4	62.4	7.2	0.7	2.0
2023	100.0	19.0	8.0	11.0	8.8	2.2	11.0	81.0	78.7	69.1	8.8	0.8	2.3

출처: 보건복지부, 「2023년 국민보건계정」의 산출 과정 중 내부자료를 활용하여 저자 작성.

한 증가의 중심에는 건강보험료를 재원으로 하는 건강보험제도가 있다(지난 20년간 연평균 9.0%). 취약계층에 대한 보장성을 계속하려는 정책 기조에 따라 의료급여제도의 증가 속도도 이와 비슷했다(지난 20년간 연평균 8.4%). 더욱이 2008년부터 시작한 노인장기요양보험제도는 급속한 인구 고령화를 반영하여 가장 빠른 증가 속도(제도 도입 이후 연평균 15% 이상)를 보인 바 2023년에는 노인장기요양보험제도의 지출 규모가 13조 5000억 원으로 의료급여제도 10조 8000억 원을 훨씬 넘어서었다. 이에 비해 산재보험제도의 지출 규모는 2023년 현재 1조 원으로 절대 규모나 증가 속도(지난 20년간 연평균 2.7%)가 미미하다. 자동차책임보험은 2001년 8000억 원에서 2023년 2조 8000억 원으로 연평균 5.5%의 꾸준한 증가율을 보였다.

이러한 증가 속도의 차이는 의료보장제도의 구성 비중 변화를 불러왔다(표 5). 2001년에는 건강보험제도가 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’의 76.1%, 의료급여제도가 10.5%, 자동차책임보험이 4.8%, 산재보험이 2.7%를 차지했다. 2010년에는 건강보험제도 73.5%, 의료급여제도 10.3%, 노인장기요양보험제도 5.6%, 자동차책임보험 2.7%, 산재보험 1.4%로, 여타 의료보장제도의 비중이 모두 감소할 정도로 노인장기요양보험제도의 비중이 커졌음이 확인된다. 2023년에는 건강보험제도 69.1%, 노인장기요양보험제도 11.0%, 의료급여제도 8.8%, 자동차책임보험 2.3%, 산재보험 0.8%로 의료보장제도 간 비중의 순위가 바뀌

었다.

5 나가며

사회복지지출 ‘총계치’는 재원의 포함 범위에 따라 ‘공공 사회복지지출’, ‘공공·의무가입민간 사회복지지출’, ‘전체 사회복지지출’의 세 가지로 구분할 수 있다. 한국의 ‘공공 사회복지지출(보건)’은 2022년 128조 원(GDP의 5.5%)에서 2023년 120조 1000억 원(GDP의 5.0%)으로, ‘공공·의무가입민간 사회복지지출(보건)’은 2022년 130조 6000억 원(GDP의 5.6%)에서 2023년 122조 9000억 원(GDP의 5.1%)으로, ‘전체 사회복지지출(보건)’은 2022년 145조 2000억 원(GDP의 6.2%)에서 2023년 140조 원(GDP의 5.8%)으로 줄었다.

한국의 사회복지지출(보건)의 GDP 비중은 OECD 평균에 한참 못 미치고 OECD 회원국 중에서도 낮은 편에 속하는데, 이는 ‘국민 의료비의 크기’도 OECD 평균보다 낮지만(한국 8.5% vs. OECD 평균 9.3%), ‘공공재원의 비중’이 크게 낮기 때문이다(한국 60% vs. OECD 평균 73%). 한국의 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출’은 2001년 17조 3000억 원에 불과했으나 2023년에는 7배 이상인 122조 9000억 원으로 늘었고, 그 결과 같은 기간 GDP의 2.4%에서 5.1%로 빠르게 증가했다.

의료보장제도 전체의 규모는 2001년 16조 3000억 원에서 2023년 113조 1000억 원으로 지

난 20년간 9.3%의 연평균 증가율을 보였다. 건강 보험제도는 연평균 9.0%, 의료급여제도는 연평균 8.4%의 증가율이었다. 더욱이 2008년부터 시작한 노인장기요양보험제도는 급속한 인구 고령화를 반영하여 제도 도입 이후 연평균 15% 이상 증가했고, 그 결과 2023년에는 노인장기요양보험제도의 지출 규모가 13조 5000억 원으로 의료급여제도 10조 8000억 원을 훨씬 넘어섰다. 이러한 증가 속도의 차이는 개별 의료보장제도의 구성 비중의 변화를 가져왔다. 2023년 건강보험제도가 ‘공공·의무가입민간 사회복지지출’의 69.1%로 절대적인 위치에 있는 것은 여전하지만, 노인장기요양보험제도는 11.0%로 두 자릿수에 올라와 있고 앞으로도 계속 높아질 전망이다.

사회복지지출(보건)의 크기는 양면성을 가진다. ‘국민 의료비 급증’은 ‘가계의 부담 또는 국가·공공의 재정 투입’을 의미하므로 조정 대상이다. ‘보장성 강화’를 위한 국가·공공 재원의 투입은 ‘사회복지의 증진’에 긍정적으로 작동하므로 장려 사항이다. 미국이 사회복지지출(보건)의 GDP 비중이 가장 높은 국가인데, 그 이유가 ‘국민 의료비’의 GDP 비중이 16.7%로 단연 세계 최고이기 때문이라는 점은 우리에게 시사점을 준다. 한국은 의료제공자 대부분이 민간이다. 이 점에서 미국과 닮아 있다. 반면에 사회보험 기반 전 국민 의료보장제도를 통해 국민의 의료비 부담을 덜어 주고 의료 접근성을 높이고 있다. 이 점에서 미국과 크게 다르다.

한국의 의료보장 수준이 충분하지 않다는 것은

21세기 들어서서 진보, 보수 정부를 불문하고 모두 ‘보장성 강화’를 목표로 설정하고 노력하고 있는 사실이 입증한다. 보장성의 확대는 의료비 지불 단계에서의 가계 부담을 낮추어 왔다. 하지만 인구 고령화에 따른 폭발적 의료수요 증가와 실손보험과 맞물린 의료 과용은 전체 국민 의료비의 급등을 초래하고 있다. 더욱이 21세기 들어서서 심화한 보건 의료 인력의 임금 상승과 더불어 각종 정책적 이유로 인상된 건강보험수가 등으로 국민 의료비는 더욱 빠르게 상승하고 있다. 지난 백 년 가까이 실패한 의료제도로 전체 국민에게 고통을 안기고 있는 미국의 전철을 밟지 않기 위해서는 민간에게 전적으로 의존하는 의료 제공 체계에 대한 반성과 적절한 공공 개입 방안의 강구, 의료의 가격과 본인 부담 구조를 조합한 정교한 지불 보상 방식의 의료보장 체계 재정비가 필요하다. 정부는 공공의료의 기능과 역할을 확대해 최근 가시화하고 있는 필수의료와 지역의료 문제를 해결하기 위한 정책 대안 마련에 속도를 붙여야 한다. 국민의 의료비 부담과 관련하여 보장성 측면에서는 고령사회에 커져 가는 요양병원 등의 간병비 부담을 경감하기 위한 보장성 확대의 신속한 논의와 더불어 국민이 필요에 따라 합리적으로 의료서비스를 이용할 수 있는 의료전달 체계 정상화가 필요하다. 국민의 의료비 부담을 가중하는 비급여 관리체계를 강화하고 건강보험·민간보험·본인부담 구조를 조정해 불필요한 의료 이용으로 인한 비효율적 재정지출이 이루어지지 않도록 의료체계를 정교하게 설계해 나가야 한다. ■

참고문헌

- 고경환, 장영식, 강지원, 정형선, 최성용, 정영애. (2011). **2010년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 보건부문 지출비교. 보건복지부, 한국보건사회연구원.**
- 보건복지부. (2024). **2023년 국민보건계정 (2024 가추계치 포함).** 보건복지부, 연세대학교의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원.
- 신정우. (2024). 2024년 사회보장재정 데이터 관리 정책 현안과 과제. **보건복지포럼 통권 제327호**, pp. 55-63.
- Herwig Immervoll. (2024). *Financing social protection in OECD countries_Role and uses of revenue earmarking* (OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 312). OECD Publishing.
- OECD. (2007). *The Social Expenditure database: An Interpretative Guide: SOCX 1980-2003*.
- OECD, Eurostat & WHO. (2011). *A System of Health Accounts 2011 Edition*. OECD Publishing.
- OECD. (2019). *The OECD SOCX Manual 2019 Edition_A guide to the OECD Social Expenditure Database*.

The Scale and Composition of Social Expenditure on Health: In Relation to Publicly Financed Health Coverage

Kim, Heenyun

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Jeong, Hyongsun

(Korean Institute for Health and Welbeing)

In 2023, Korea's social welfare spending on health totaled an estimated KRW 120.1–140.0 trillion, equivalent to 5.0–5.8 percent of GDP, below the OECD average of 6.5–7.5 percent. This is partly because Korea's national health expenditure as a share of GDP is lower than the OECD average (8.5 percent vs. 9.3 percent), but mainly because public financing accounts for a much smaller portion (60 percent vs. 73 percent) of total spending. Publicly financed health spending grew at an average annual rate of 9.3 percent between 2001 and 2023, rising from KRW 16.3 trillion to KRW 113.1 trillion. Breaking this down, the National Health Insurance expanded by 9.0 percent per year, Medical Aid by 8.4 percent, and Long-Term Care Insurance for the Elderly—introduced in 2008—by over 15 percent, reflecting Korea's rapidly aging population. While rapid growth in national health expenditure increases the burden on households and the government and thus requires control, investing public resources remains essential to expand health coverage and promote social welfare. The scale of health-related social expenditure is by nature determined by these two imperatives in tension with one another.