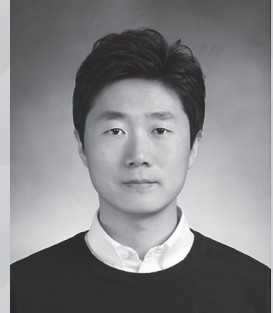


국민 중심 보건의료체계 구축을 위한 통계 생산 과제



The Challenge of Generating Statistics for a People-Centered Health Care System

신정우 | 한국보건사회연구원 부연구위원

국민을 보건의료체계의 중심에 세우는 것이 전 세계적인 가치로 받아들여지고 있다. 이러한 가치를 실현하기 위해서는 보건의료제도에 대한 국민의 기대가 무엇인지, 의료서비스와 관련한 국민의 재정적 부담이 공정한지, 국민의 건강 수준이 어느 정도인지에 대한 이해가 우선되어야 한다. 그리고 이러한 정보가 국가 전체적인 수준에서, 관심 대상 집단별로, 개인별로 축적되어야 현재를 정확히 진단할 수 있고 가치 지향적인 미래를 구상할 수 있다. 즉, 보건의료제도의 변화와 개혁을 위해서는 통계가 체계적으로 갖추어져 있어야 한다는 것이다. 한편, 통계 생산 과정에서, 보건의료정책 수립 과정에서 국민의 참여가 확대됨으로써 보건의료제도는 더욱 투명해지고 책임성이 더 강화될 것으로 기대된다.

1. 들어가며

지난 몇 세기 동안 세계 각국은 국민의 건강 향상을 보편적 가치¹⁾이자 사회적 목표²⁾로 받아들이고, 이를 향상시키기 위하여 보건의료제도를

를 체계화하고자 노력해 왔다. 더불어 보건의료제도가 추구해야 할 가치가 무엇인지, 나아가야 할 방향이 무엇인지에 대해서도 끊임없이 탐색해 왔다. 최근 들어서는 보건의료제도 내에서 국민의 위치가 어떻게 되느냐를 중요한 문제

1) 국제연합(UN)은 세계인권선언(Universal Declaration of Human Right)을 통해 건강에 대한 권리를 보편적인 가치로 내세움(제25조).

2) 1978년 알마티에서 세계보건기구(WHO)는 '전 세계 모든 사람에게 건강을(Health for All)'이라는 선언을 함으로써 건강을 기본적 인권이자 사회적 목표로 제안하였음.

로 보기 시작하였다. 이러한 분위기 속에서 경제협력개발기구(OECD)는 2017년 1월 16~17일에 ‘국민(환자)이 중심이 되는 의료(People at the center)’를 주제로 정책 포럼(프랑스 파리)을 개최하였다. 기조연설에서 앙헬 구리아 OECD 사무총장은 환자가 사랑받고 환자가 자신의 건강과 치료 과정에 관여할 수 있는 것이 환자 중심적인 의료이며, 우리는 이들의 의료서비스 이용 경험과 건강 수준을 잘 이해해야 한다고 강조하였다. 이와 함께 코먼웰스 펀드(The Commonwealth Fund)의 데이비드 블루먼솔 박사는 환자 중심적인 보건의료제도를 만들기 위해서는 환자의 다양한 욕구(needs)³⁾를 잘 알아야 하고, 매크로시스템(지불정책, 문화, 인력 등의 제도적인 요소)과 마이크로시스템(의료서비스가 제공되는 접점이 되는 의료시설에서 의료진과 환자가 함께 하는 의사 결정, 위험도가 높은 환자 식별 등)의 각 요소를 조화롭게 작동시켜야 한다고 주장하였다.

이러한 세계적인 논의에 대응하여 보건의료제도의 가치를 향상시키기 위한 국내의 움직임도 활발하다. 보건복지부는 2017년 국민 중심 보건의료체계를 기반으로 수요자 중심의 서비스를 제공하겠다는 목표를 제시하였다.⁴⁾

이와 함께 환자 중심의 의료서비스 강화, 필수·공공의료 및 감염병 대응 강화, 예방적 건강증진 강화를 세부 추진 계획으로 내세웠다. 이는 모두 국민 내지 환자의 건강을 최우선으로 생각

하는 것에서 비롯되었으나 구체적인 실행 방안은 주로 공급자 중심으로 짜였다. 국민을 보건의료제도의 중심에 세우는 것을 필수 가치로 보면서도 국민 중심의 보건의료제도가 무엇인지, 이를 위해 무엇을 해야 하는지에 대해서는 아직까지 검토가 부족해 보인다.

국민이 중심이 되는 보건의료제도를 만든다는 것은 보건의료제도의 목표적 관점에서, 기능적 측면에서 항상 국민을 염두에 둔다는 것이다. WHO(2000)가 제안하는 보건의료체계의 궁극적인 목표는 국민의 ‘건강’ 향상이며, 그 과정에서 ‘반응성’과 ‘재정 부담의 공정성’을 동시에 높이는 것이다.⁵⁾ 이를 위해서는 자원을 개발하고, 재원을 마련하고, 서비스를 제공하는 등 기능적인 면에서 정부의 관리 역량 또한 강화해야 한다.

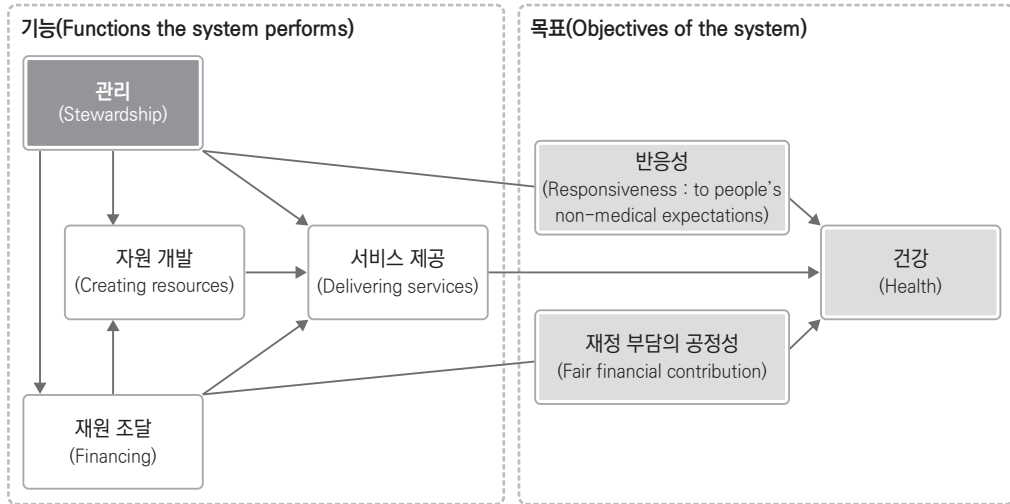
한편, 목표와 기능 요소를 측정하지 못하고 확인할 수 없다면 관리는 가능하지 않다. 제공된 의료서비스로 인해 국민의 건강 수준이 어느 정도 향상되었는지, 국민이 보건의료제도에 어떻게 반응하고 있는지, 보건의료제도가 얼마나 공정하게 작동하고 있는지 그리고 보건의료제도의 운영 기반이 어느 정도 되는지를 확인하는 것이 정부의 첫째 과업이다. 여기에서는 보건의료제도가 추구하는 궁극적인 목표에 해당하는 국민의 건강 수준, 반응성, 재정 부담의 공정성확인과 관련해 우리나라의 통계 기반이 어떠한지, 앞으로 해결해야 할 과제는 무엇인지를 다루고자 한다.

3) 의료적 욕구(medical needs), 정서적 욕구(emotional needs), 기능적 욕구(functional needs), 개인적 욕구(personal needs).

4) 보건복지부 보도자료(2017. 1. 5.), 읍면동 복지허브 980개에서 2100개로 대폭 확대.

5) WHO(2000). Health Systems: Improving performance(World Health report 2000).

그림 1. 보건의료체계의 기능과 목표



자료: WHO(2000). Health Systems: Improving performance. p.25.

2. 건강 수준

우리나라 국민의 건강 수준을 보여 주는 자료는 많다. 기대수명, 조사사망률, 저체중아 발생률, 자살률, 10대 다빈도 상병과 같은 지표들이 국가 전체적인 관점에서 국민의 건강 수준을 보여 준다.⁶⁾ 최근에는 건강수명과 장애보정수명에 대한 관심도 높아졌다.⁷⁾ 이 중에서 상당수의 지표가 국제적으로 인용되기도 하고 국내적으로 인구 특성(성, 연령, 거주 지역 등)로 비교되면서 시사점을 던져 준다.

대표적인 예로, 우리나라 국민의 기대수명(Life expectancy)은 1970년대 62.3세에서 2015년 82.1세로 약 32% 증가하였다. 한편 OECD 국가의 평균은 같은 기간 동안 불과 약 15% 증가하였다.⁸⁾

이는 우리나라 국민의 건강 수준이 빠르게 향상되었음을 보여 줌과 동시에 보건의료제도를 비롯한 다양한 영역에서 이러한 성과의 원인을 찾아보게끔 한다. 온전히 건강한 상태로 살아갈 수 있는 평균수명을 의미하는 건강수명(HALE: healthy life expectancy)은 2015년 기준 73.2

6) 보건복지부·한국보건사회연구원(2016). 통계로 보는 사회보장 2016. pp.342-368.

7) 특히 WHO는 2016~2017년 전략적 예산 공간 배분(strategic budget space allocation)에서 의료적 욕구에 근거하기 위하여 장애보정수명(disability-adjusted life year)을 기초 자료로 활용하고자 하였음. 한편, 현재 각국의 건강수명을 산출하여 WHO의 데이터베이스(WHO Global Health Observatory Data Repository)에 공표하고 있음.

8) OECD Health Statistics 2017. <http://stats.oecd.org>에서 2017. 7. 12. 인출.

세로 일본에 이어 OECD 국가(평균 71.1세) 중에서 두 번째로 높다.⁹⁾

한편, 사망 관련 지표 중에서 대표적으로 인용되는 영아사망률(Infant Mortality Rate)은 2015년 기준 출생 천 명당 2.7명으로, OECD 평균인 3.9명보다 낮은 상황이다.¹⁰⁾ 이와 같은 자료들이 우리나라 국민의 건강 수준이 양호함을 보여 준다.

하지만 앞서 언급한 자료들은 모두 국가 단위에서 건강 수준을 측정한 것으로 국민 개개인의 건강 상태를 보여 주지 못한다. 보건의료제도가 더욱 국민 중심적인 제도가 되기 위해서는 개인 단위에서 국민 한 사람 한 사람의 건강 정보가 축적되어야 한다. 국민이 어떤 의료서비스를 받고 있는지, 그리고 어떻게 건강 상태가 변화되어 가는지 관찰할 수 있는 환자의 건강 정보가 수집되어야 한다. 수집된 자료는 진료 정보 교류의 플랫폼을 마련하고 의료서비스 전달체계를 개선하는 단초가 될 것이다.

우리는 정보기술(IT)에 힘입어 무수히 많은 의료 정보가 건강보험심사평가원에 축적되고 있음을 국내외에 자랑한다. 물론 전 세계적으로 이와 같은 시스템을 갖추고 있는 국가도 드물다. 하지

만 건강보험심사평가원이 의료기관으로부터 보고받는 자료는 비용 정보에만 편중되어 있는 듯해 아쉬움이 있다. 개별 의료기관이 보유하고 있는 ‘의무기록 자료’에서 확인할 수 있는 환자 질병 이력, 치료 결과 등의 임상 정보가 함께 축적된다면 국민의 건강 상태를 더 잘 이해할 수 있을 것이다. 현재로서는 의료기관으로 하여금 의무기록 자료를 제출하도록 강요할 수 없지만 정부는 관련 제도를 개선하여 의무기록 자료의 관리가 체계적으로 이루어질 수 있게 해야 한다. 이를 통해 국민의 건강 수준을 제대로 이해하고 의료서비스의 질도 향상시켜야 한다.

3. 반응성

반응성은 다소 개념적인 것으로 단편적인 정의와 측정이 쉽지 않다. WHO(2000)는 제도에 대한 국민의 기대를 정당한 것으로 보고, 여기에 반응하는 것이 사회적 목표라고 하였다. 더불어 이를 확인하기 위하여 ‘치료 중에 존중을 받았는지’, ‘치료나 검사 전에 환자의 동의가 이루어졌는지’, ‘전문의를 만날 기회가 있었는지’ 등을 측정한 바 있다.¹¹⁾

9) WHO Global Health Observatory Data Repository. <http://www.who.int>에서 2017. 7. 12. 인출.

10) OECD Health Statistics 2017. <http://stats.oecd.org>에서 2017. 7. 12. 인출.

11) WHO는 건강 수준과 같은 의료적 욕구 이외의 비의료적인 영역에 대한 환자의 기대를 ‘반응성’으로 보고 존엄성, 자주성, 시설의 질, 비밀 보장, 즉각적 대응, 공급자의 선택, 의료제도에 대한 종합 평가를 조사 영역으로 선정하였음. 영역별 세부 문항의 구성은 반응성 측정 보고서(Measuring responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries)를 참고하기 바람.

Amala de silva and Nicole valentine(2000). Measuring responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries. WHO. pp.2-6.

이와 같은 관심이 발전한 것이 '환자경험조사'이다. OECD는 환자경험조사를 통해 의료제도에 대한 반응성을 점검하고, 보건의료체계의 전반적인 질을 향상시킬 수 있다고 보고 회원국으로 하여금 환자의 경험을 확인해 줄 것을 독려하고 있다. 이와 함께 2017년 1월에 개최된 OECD 보건장관회의에서는 각 국가에 환자 경험 측정을 다시금 촉구했다. 최근에는 코먼웰스 펀드와 같은 민간단체도 관련 작업에 적극성을 보이면서 환자경험조사는 전 세계적으로 빠르게 확산되는 추세이다.¹²⁾

이에 반해 환자경험조사에 대한 국내의 논의는 뒤쳐진 편이다. 최초의 검토¹³⁾는 2012년에 이루어졌으나 실행에 이르지 못했다. 2014년에는 건강보험심사평가원이 소비자 관점에서 의료 질 향상을 유도하고 환자 중심 의료 문화를 조성하기 위하여 '환자경험평가'를 개발하였으나(2017년 도입 예정),¹⁴⁾ 조사 대상자를 500명 이상의 종합병원에 입원한 환자로 한정함으로써 우리나라 의료서비스에 대한 전반적인 이해에서 한계를 남겼다. 그 밖에 보건의료 분야에서 반응성을 확인할 수 있는 통계 자료는 제한적인 것으로 확인된다.¹⁵⁾ 다행스러운 점은 2017년 하반기

부터 보건복지부가 국민의 의료서비스 이용 경험을 확인하고 우리나라 보건의료제도에 대한 국민의 의견을 듣고자 '의료서비스경험조사'를 한다는 것이다. 이를 위해 2016년 11월에는 한국보건사회연구원과 함께 환자 600여 명을 대상으로 시험 조사를 한 바 있다.¹⁶⁾

현재까지 알려진 내용에 따르면, 조사원이 전국 5000여 가구(약 1만 1000명 대상)에 직접 방문하여 가장 최근에 이용한 의료서비스의 유형을 묻고, 이와 관련된 의사 서비스, 간호사 서비스, 의료기관 서비스, 안전, 대기 시간 등 의료서비스 이용 전반의 경험을 확인한다. 더불어 보건 의료제도에 대한 인식, 건강 수준, 비용 부담 인지에 대해서도 확인할 예정이다. 보건복지부는 이를 통해 국내 의료기관의 의료서비스 수준을 점검하고, 조사 결과에 근거하여 보건의료정책을 수립하고자 한다.

'의료서비스경험조사'에서 얻게 될 정보는 균형 있는 통계 발전에도 기여할 것으로 보인다. 앞서 언급하였듯이 현재 우리나라에는 국가 전체적인 측면에서 개인 단위에 이르기까지 의료제도의 반응성을 총괄적으로 들여다볼 수 있는 자료가 많지 않다.¹⁷⁾

12) 신정우, 박금령(2016). 환자경험조사의 국제 동향: 프랑스, 네덜란드의 사례 중심으로. 보건복지포럼 제236호. p.114.

13) 조병희, 김홍수, 김지은, 성문희, 신지영, 김소은 등(2012). 대국민 의료서비스 만족도 조사 도구 개발 연구. 국민건강보험공단·서울대학교 보건대학원.

14) 도영경, 김정은, 이건용, 이희영, 조민우, 김은나 등(2015). 환자중심성 평가모형 개발 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교 산학협력단.

15) 조병희, 변홍석, 심재만, 신정우, 서주희, 남상민 등(2016). 건강 영역 통계 프레임워크 작성. 통계청. pp.161-165.

16) 신정우(2017). 사람 중심 보건의료제도와 환자의 의료서비스 이용 경험. 보건복지 Issue & Focus 제330호. p.3.

17) 2015년 국민건강영양조사(질병관리본부)에서 시험적으로 의사 서비스에 관한 4개 문항(상담 시간, 설명, 질문 기회, 의견 반영 여부)이 조사되었으나 2016년에서 다시 제외됨.

표 1. 의료서비스경험조사

		외래 서비스	입원 서비스
의료서비스 이용 경험	의사 서비스	태도, 상담 시간, 설명, 질문 기회, 의견 반영 여부, 만족도	태도, 상담 시간, 설명, 질문 기회, 의견 반영 여부, 만족도
	간호사 서비스	태도, 설명	태도, 설명(진료 절차, 퇴원 이후 조치 사항), 즉각적 응대
	의료기관 서비스	청결, 분위기, 행정 부서 응대, 사생활 보호, 추천 의향	청결, 분위기, 행정 부서 응대, 사생활 보호, 추천 의향, 희망 병상 입원 여부
	안전	신분 확인, 약 부작용 경험, 감염 불안감, 안전 시설물 배치	신분 확인, 약 부작용 경험, 감염 불안감, 안전 시설물 배치, 낙상 목격
	대기 시간	당일 대기 시간, 예약 대기 기간, 대기 시간과 대기 기간에 대한 주관적 판단	예약 대기 기간, 대기 사유, 대기 기간에 대한 주관적 판단
	기본 정보	의료기관 종류와 진료과, 방문 사유	
보건의료제도 인식		<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료제도에 대한 신뢰, 변화의 필요성, 만족도 - 보건의료정책의 중요도(타 정책 대비) - 의료비 부담의 형평성, 보험료 추가 지불 의향 	
건강 수준 및 비용 부담 인지		<ul style="list-style-type: none"> - 주관적 건강 수준, 만성질환 보유 여부 - 비용 부담에 따른 의료기관 미방문, 치료 제약, 의약품 구매 제약 	

조사 결과는 국제 비교를 가능하게 하여¹⁸⁾ 우리나라 의료서비스 수준에 대한 이해를 한층 더 높일 것으로 보인다.

4. 재정 부담의 공정성

공정성(fairness)이란 무엇인가. 일반적으로 시장 거래에서는 ‘낸 만큼 받았느냐’에 따라 공정성을 결정하지만, 이 잣대를 보건의료 영역에 그대로 적용하기에는 무리가 있다(WHO, 2000). 이것 대신 보건의료제도를 운영하기 위해 각출한 금액(조세, 보험료 등의 사전 지불 재원)이 그룹 또는

개인 간에 공평했는지 혹은 의료서비스를 이용하는 데 지불한 비용(가계직접부담: out-of-pocket expenditure)에 개인 간 차이가 없었는지를 통해 공정성을 판단해 볼 수 있다. WHO(2000)는 이 두 가지 재원이 소득에서 차지하는 비중을 통해 재정 부담의 공정성을 살펴보았다.

우리나라의 경우 국민건강보험공단이 단일 보험자로서 2003년부터 건강보험 재정을 통합 운영하고 있기 때문에 보험료 지불 정보가 잘 구축되어 있다. 이로 인해 보험료 부담의 공정성을 쉽게 확인할 수 있다. 국민건강보험공단은 보험료와 관련된 주요 자료를 정리하여 ‘건강보험통계

18) 분석 결과의 일부는 2018년부터 OECD Health Statistics에 수록되어 국제 비교를 하게 될 예정이다.

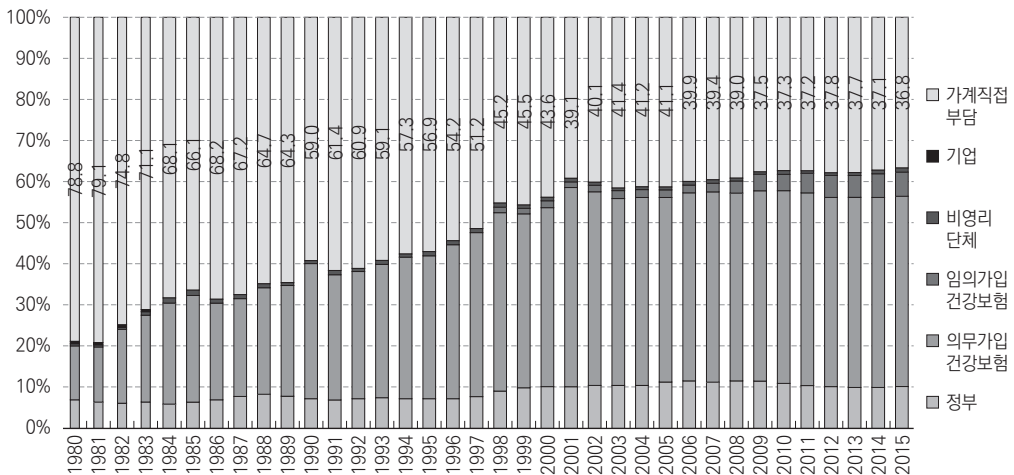
연보'의 '제Ⅱ편 건강보험 재정 현황'에 시도별, 소득(또는 재산) 수준별, 가입 유형별(직장/지역)로 공표하고 있다. 이와 같은 체계적인 통계 관리는 보험료 부담의 형평성에 대한 논의를 가능하게 하였고, 건강보험료 부과체계의 개편을 이끌었다.

이에 반해 지출 통계는 기반이 약한 편이다. 물론 각종 통계연보를 통해 진료비 지급 정보가 공개되고 있지만 의료비 전체를 아우르지는 못한다. 우리나라 국민이 보건의료 분야에 지출한 비용을 가장 포괄적으로 보여 주는 자료는 OECD의 개념에 따라 산출되는 경상의료비(Current Health Expenditure)¹⁹⁾이다. 경상의

료비는 국민이 1년 동안 의료서비스와 의료재화를 구매하고, 정부가 국민을 위해 예방서비스를 제공하고 보건의료제도를 운영하는 데 투입한 비용 전체를 의미한다. 경상의료비는 정부·의무가입제도 자원(정부, 의무가입건강보험)뿐만 아니라 민간자원(임의가입건강보험, 비영리단체, 기업, 가계직접부담) 정보도 담고 있는바, 국가 전체적인 수준에서 국민이 의료를 이용하는 데 직접 부담하는 규모(가계직접부담)가 어느 정도 인지를 보여 준다.

우리나라의 가계직접부담은 보건의료제도가 막 기틀을 잡아 가던 1980년대 초반 전체 의

그림 2. 자원별 경상의료비의 흐름, 1980~2015년



자료: OECD Health Statistics 2017. <http://stats.oecd.org>에서 2017. 7. 12. 인출.

19) OECD는 2016년부터 국제 비교의 정확성을 높이기 위해서 국민의료비(Total Health Expenditure) 대신 경상의료비를 의료비 통계의 대표 지표로 사용함. 경상의료비는 국민의료비에서 자본 형성(Capital Formation) 부분을 제외한 것임.

료비의 78.8%에 달했으나 보장 인구가 확대되고 보장성이 강화되면서 비중이 점차 줄어들어 2015년 36.8%에 이르렀다. 반면, 건강보험제도를 필두로 한 의무가입건강보험²⁰⁾은 같은 기간 동안 그 비중이 확연히 증가하였다. 이처럼 경상 의료비는 거시적인 수준에서 우리나라 국민 전체가 지출한 의료비를 일목요연하게 보여 주지만 그룹 단위별, 국민 개개인별 정보를 세세하게 보여 주지는 못한다.

WHO가 제안한 보건의료제도의 세 번째 목표인 '재정 부담의 공정성'을 제대로 확인하기 위해서는 이보다 한 단계 발전된 통계가 필요하다. 예를 들어 수급자의 특성에 따라 구축된 의료비 정보가 있어야 한다. OECD도 최근 이 작업을 강조하고 있다. 기존에 시범적으로 실시되었던 성별·연령별·상병별 의료비 구축²¹⁾과 지역별 의료비 구축²²⁾ 작업이 더욱 심화되어야 한다. 이 결과는 의료 취약 인구 집단, 의료 취약지에 대한 정의를 가능하게 할 것으로 기대된다. 더 나아가 '수급자 특성에 따른 의료비 지출 정보'와 '수급자 특성에 따른 보험료 지불 정보'를 함께 검토함으로써 재정 부담의 공정성을 더욱 면밀히 들여다볼 수 있어야 한다.

한편, 이와 같은 정교한 통계를 생산하기 위해서는 우선적으로 비급여 지출에 관한 자료를 수집해야 한다. 정부는 비급여 지출 관리의 중요성을 강하게 인식하면서도 비급여와 관련된 정보를 수집하는 데 어려움을 보이고 있다. 대표적으로 국민건강보험공단이 전체 요양기관(8만 5552개) 중 1825개 기관을 대상으로 비급여 자료를 수집하고 있지만,²³⁾ 자료는 제한적으로 활용될 뿐이다. 어렵게 조사된 자료이니만큼 국가 통계의 발전과 정책 구상을 목적으로 적극 활용할 필요가 있다. 만약 2.1% 수준의 표본이 문제라면 대표성을 확보할 수 있는 수준으로 조사를 확대하는 것도 고려해 봐야 한다.

5. 나가며

국민 중심의 의료제도, 환자 중심의 의료란 무엇인가. 바로, 국민의 요구를 제대로 파악하는 의료제도, 환자의 건강 상태를 잘 이해하고 있는 의료이다. 이를 위해서는 보건의료제도에 대한 국민의 기대가 무엇인지를 확인하고, 국민이 의료 서비스를 이용하는 데 재정적으로 공정한 부담을 하고 있는지를 파악해야 한다. 무엇보다도 국

20) OECD는 2016년부터 제도의 성격(Compulsory/Non-compulsory)에 따라 재원을 구분하기 시작했다. 이에 따라 건강보험, 산재보험, 노인 장기요양보험, 자동차보험은 '의무가입건강보험(Compulsory contributory health insurance schemes)'이라는 하나의 범주에 포함됨.

21) OECD는 2007~2008년 '보건계정의 개념에 따른 성별·연령별·상병별 의료비 구축(Estimating expenditure by disease, age, and gender under the System of Health Accounts Framework)' 프로젝트를 수행하였고, 우리나라는 호주, 독일, 헝가리, 슬로베니아, 스웨덴과 함께 이 작업에 참여하였음. 우리나라는 이 프로젝트의 산출물로 2006년과 2009년의 성별·연령별·상병별 의료비를 OECD에 보고함.

22) 신정우(2014)는 '치료를 통해 회피할 수 있는 사망(amenable mortality)'에 해당하는 개인의료비를 227개 시·군·구별로 산출하여 사망률 지표와 비교 분석함. 자세한 내용은 보건복지 Issue & Focus 제266호를 참고하기 바람. p.126.

23) 국민건강보험공단(2016). 2015년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

민의 건강 수준을 정확히 알고 있어야 한다.

2017년 하반기 본격적인 시행을 앞둔 '의료서비스경험조사'는 국민의 눈으로 우리나라 보건 의료제도와 의료서비스의 현주소를 바라보게 할 것이다. 또 국민 모두가 자신이 제공받는 의료서비스에 대해 감독하고 보건의료제도에 대한 의견을 제시함으로써 의료제도의 능동적인 주체로 발돋움하는 계기가 될 것이다. 이러한 과정을 통해 보건의료제도가 더욱 투명해지고 책임이 더 강화될 것이라는 점은 의심할 여지가 없다.

이를 시작으로 다른 노력들도 뒤따라야 한다. 국민의 의료비 부담이 적정한지, 건강 상태가 개선되고 있는지를 함께 확인할 수 있는 자료를 집적해 나가야 한다. 쉬운 일은 아니겠지만 의료기관에 보상하는 것을 목적으로 수집되는 '청구 자료'의 범위를 다각화할 필요가 있다. 비급여 지출을 포함한 '비용 정보'와 임상 결과, 치료 결과와 같은 '건강 정보'를 포괄한 형태로 수집하거나 사후적으로 결합할 수 있어야 한다. 수집된 자료는

2차적으로 수급자 특성별(성, 연령, 상병, 지역 등) 의료비 통계, 건강 수준 통계로 생산되어 각 영역(국가 전체-그룹 단위-개인 단위)에 따라 제시되어야 한다.

그동안 보건의료제도가 많은 성과를 이루었음에도 불구하고 우리는 여전히 보건의료제도의 변화와 개혁을 논의하고 있다. 보건의료제도의 미래에 대한 구상은 현재에 대한 정확한 진단으로부터 시작되어야 한다. 이를 위해서는 체계적인 통계를 기반으로 보건의료제도가 목표한 바들이 잘 실현되고 있는지 끊임없이 확인해야 한다. 우리나라는 다른 어떤 국가보다도 IT 기반과 제도적 여건이 좋기 때문에 정부가 관리 능력만 잘 발휘한다면 가치 있는 통계를 생산할 수 있고, 이에 근거하여 보건의료제도를 한 단계 더 도약시킬 수 있다. 하지만 다시 한번 명심할 것은 진정한 의미의 가치 창출, 제도 발전은 그 중심에 국민을 두었을 때 가능하다는 것이다. ■

표 2. 보건의료제도의 목표별·영역별 생산 가능 통계

	국가 전체	그룹 단위	개인 단위
반응성	의료서비스경험조사(2017년 하반기 예정)		
재정 부담의 공정성	경상의료비	성, 연령, 질병, 지역별 의료비	비용(급여, 비급여)
건강	기대여명, 영아사망률	성, 연령, 질병, 지역별 건강 수준	임상, 치료 결과 (의무기록 자료 기초)

주: 1) 음영 부분은 현재까지의 비급여 영역을 측정, 관리하는 데 어려움이 있는 영역임.

2) 빛살 부분은 '급여'는 파악이 잘 되고 있으나, '비급여'는 파악에 어려움이 많음.