

연구보고서 2023-19

국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

신정우
오다은·고제이·하솔잎



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	신정우	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	오다은	한국보건사회연구원 전문연구원
	고제이	한국보건사회연구원 연구위원
	하솔잎	한국보건사회연구원 부연구위원

연구보고서 2023-19

국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

발행일 2023년 12월
발행인 이태수
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2023
ISBN 978-89-6827-973-7 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2023.19>

발|간|사

우리나라의 사회보장 지출 규모는 매우 가파르게 증가하고 있다. 이에 여러 동인이 있겠지만, 빠른 고령화 속도가 주요하게 영향을 준다. 국제 비교에 많이 인용되는 사회지출(SOCX)의 구성에 따르면, 노령과 건강 영역에 대한 지출이 큰 비중을 차지한다. 특히, 우리나라는 다른 OECD 국가와 비교했을 때, 건강 영역의 지출 규모가 큰 편이다.

국민보건계정은 건강 영역에 대한 지출 규모를 총망라하는 작업으로, 보건의료 정책을 구현하는 데 가장 근원적인 정보가 된다. 건강보험제도, 노인장기요양보험제도 등 굵직한 사회보험 지출뿐만 아니라, 가계가 직접 지출한 의료비, 실손형 민영보험의 보상금, 기업의 법정 외 복지 혜택까지 포괄하고 있기 때문이다. 국민보건계정 구축 작업은 지난 20여 년에 걸쳐 이루어져 왔으며, 관련 분야에서 우리나라의 활동과 역량은 국제기구에서도 높은 찬사를 받고 있다.

이 연구에서는 국내외적으로 귀중한 정보로 여겨지는 의료비 통계의 쓰임과 이를 작성하는 체계에 대해 진단해보았다. 이를 통해 지난 20여 년의 작업 성과가 무엇인지, 한편 향후 개선해야 할 사항이 무엇인지에 대해 확인할 수 있었다. 더불어, 의료비 정보의 활용성을 높이기 위하여 투입 자료원을 데이터베이스로 구축하였다. 이를 통해 통계 정보 구축 사업의 투명성을 확보하는 등 의료비 통계 관리의 새로운 지평을 여는 계기를 마련하였다.

이 연구는 본원의 신정우 연구위원이 책임을 맡아 수행하였으며, 고제이 연구위원, 하솔잎 부연구위원, 오다은 전문연구원이 참여하였다. 공동연구진의 사회재정 전반에 대한 전문적 식견이 의료비 관리의 방향성을 설정하는 데 큰 도움이 되었다. 또한 김희년 부연구위원(본원), 문승태 사

무관(통계청)의 소중한 의견으로 연구의 완결성을 높일 수 있었던 점에
깊은 감사의 말씀을 전한다. 더불어, 우리나라의 의료비 생산 체계의 성
숙도 평가에 도움을 주신 주요 보건의료 분야 학회의 관계자분들께 연구
자를 대신하여 감사의 말씀을 드린다. 마지막으로 이 보고서에서 다루어
진 내용과 제안은 연구진의 의견으로, 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝
힌다.

2023년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수





Abstract	1
요약	3
제1장 서론	5
제1절 연구의 배경 및 목적	7
제2절 연구의 구성	9
제2장 국가 의료비 생산 체계의 성숙도 평가	11
제1절 배경	13
제2절 보건계정 제도화의 성숙도 평가 틀	14
제3절 분석 및 평가	16
제4절 소결	35
제3장 국민보건계정 DB 구축	39
제1절 국민보건계정의 개념과 구조	41
제2절 국민보건계정의 분류 체계	43
제3절 국민보건계정의 작성 방법	55
제4절 국민보건계정 산출 기초 자료원	58
제4장 국가 의료비 데이터 제공 방안	65
제1절 기초 자료	67
제2절 최종 산출물	79
제3절 국제 비교 통계	80

제4절 소결: 의료비 데이터의 활용성 진단	82
제5장 결론	85
참고문헌	93

표 목차



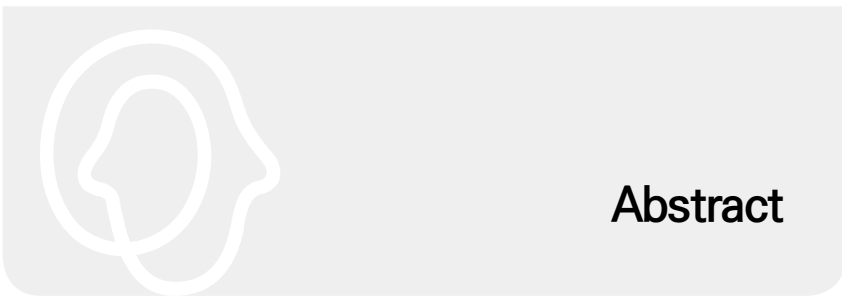
〈표 2-1〉 ‘수요’ 영역의 정량 평가 결과	18
〈표 2-2〉 보건의료 분야 주요 행정계획과 의료비 통계 활용 현황	21
〈표 2-3〉 ‘거버넌스와 재정 마련’ 영역의 정량 평가 결과	26
〈표 2-4〉 ‘기술 역량’ 영역의 정량 평가 결과	29
〈표 2-5〉 ‘데이터의 활용과 확산’ 영역의 정량 평가 결과	34
〈표 2-6〉 보건계정 제도화의 성숙도 평가 종합	37
〈표 3-1〉 기능별 분류	47
〈표 3-2〉 공급자별 분류	51
〈표 3-3〉 자원별 분류	55
〈표 3-4〉 영역별 제도와 자료원	58
〈표 3-5〉 정부 산출 자료원의 메타정보	60
〈표 3-6〉 의무가입건강보험 산출 자료원의 메타정보	61
〈표 3-7〉 의무가입민간건강보험 산출 자료원의 메타정보	62
〈표 3-8〉 민간비영리단체 산출 자료원의 메타정보	63
〈표 3-9〉 기업 산출 자료원의 메타정보	63
〈표 3-10〉 가계직접부담 산출 자료원의 메타정보	64
〈표 4-1〉 제공 가능한 기초 자료 DB 목록	68
〈표 4-2〉 제공 예정 테이블 목록(비교 빈도가 높은 통계 중심)	81

그림 목차

[그림 2-1] 보건계정 제도화의 성숙도 평가의 목적	14
[그림 2-2] 보건계정 제도화의 성숙도 평가 틀	16
[그림 2-3] 보건의료제도의 기능과 목표	19
[그림 2-4] 보건계정의 핵심 계정과 확장 계정	20
[그림 2-5] OECD 보건통계의 영역별 중요성 인지 수준(중복 응답 허용)	24
[그림 2-6] 국민보건계정 작성의 체계도	28
[그림 2-7] 국민보건계정 산출물의 제공 형태	31
[그림 2-8] 국민보건계정 홈페이지	32
[그림 2-9] 국민보건계정 ‘알림 공간’ 제공 인포그래픽	32
[그림 2-10] 정책 수립 과정에서의 요구도와 활용 현황 비교	36
[그림 3-1] 의료비의 구조	42
[그림 3-2] 기능 분류의 의사 결정 나무(decision tree)	46
[그림 3-3] 공급자 구분의 개요	51
[그림 3-4] 자원별 제도의 배치	53
[그림 3-5] 국민보건계정의 구축 틀	57
[그림 4-1] 데이터포털 DB 제공 구상도(예시)	67
[그림 4-2] 정부 DB 구축 설계서	70
[그림 4-3] 건강보험 DB 구축 설계서	72
[그림 4-4] 노인장기요양보험 DB 구축 설계서	73
[그림 4-5] 산재보험 DB 구축 설계서	74
[그림 4-6] 자동차보험 DB 구축 설계서	75
[그림 4-7] 민영보험 DB 구축 설계서	76
[그림 4-8] 비영리단체 DB 구축 설계서	76
[그림 4-9] 기업 DB 구축 설계서	77
[그림 4-10] 기타 항목 DB 구축 설계서	78
[그림 4-11] flat file 구성 예상 화면	80
[그림 4-12] 주요 광역자치단체의 예방 사업 집중도	83



[그림 4-13] 서비스 유형별, 공급자 유형별 의료보장률(2021)	84
[그림 5-1] WHO의 데이터 역량 진단(SCORE)	89



Abstract

A Study on the National Health Expenditure Database

Project Head: Shin, Jeongwoo

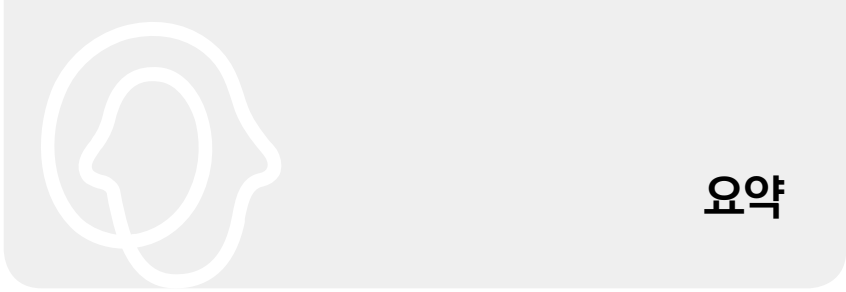
The purpose of this study is to assess the current status of health accounting in Korea and suggest ways to improve the utilization of health expenditure data. First, the maturity of the national health accounting system was examined according to the framework (A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization) proposed by WHO (2023). Our analysis found ‘governance and financing’ and ‘technical capacity’ to be in ‘good’ condition. ‘Demand’ was moderate to good, and the ‘data utilization and dissemination’ moderate. In terms of data utilization and dissemination, it is necessary to expand opportunities for communication based on statistical information, such as by diversifying information delivery methods and increasing familiarity.

Second, we collected the basic data of the National Health Accounts, prepared a database, and collected and categorized data mainly from official channels such as the National Statistics Portal (KOSIS). We hope that this study will increase the transparency of health expenditure data provision. We also hope that by diversifying the types and methods of data provi-

2 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

sion, the utilization of health expenditure data in terms of policy improvement and research will be strengthened.

Keyword : Health expenditure data, National Health Accounts, System of Health Accounts, Current Health Expenditure



요약

1. 연구의 배경 및 목적

국민보건계정(National Health Accounts)은 우리나라 국민이 한 해 동안 지출한 의료비가 얼마인지, 그리고 재원, 기능, 공급자의 유형에 따라 세부 구성이 어떻게 되는지를 정리한 정보이다. 이는 OECD와 WHO를 중심으로 한 국제기구의 공조로 수립된 지침인 보건계정체계(System of Health Accounts)에 따라 작성된바, 전 세계 표준이 되었다. 의료비 통계는 국민의 보건의료서비스 이용 양상을 지출의 관점에서 살펴봄으로써 자원 배분을 계획할 수 있도록 하고, 사업의 정책적 우선순위와 성과를 판단하는 데 기초 자료가 된다. 본 연구는 국민보건계정의 작성 체계를 진단하고, 의료비 통계의 활용성을 높이는 방안을 마련하는 것을 목적으로 한다.

2. 주요 연구 결과

우선, 국민보건계정 작성 체계의 성숙도를 WHO(2023)가 제안한 틀(A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization)에 따라 살펴보았다. 이는 ‘수요’, ‘거버넌스와 재정 마련’, ‘기술 역량’, ‘데이터 활용과 확산’의 네 개 영역으로 구분된다. 또한 보건계정의 제도화 수준을 살펴보기 위해서 보건의료 분야 세 개 학회로부터 8인의 평가위원(예방의학 2인, 보건학 2인, 약학 2인, 재정 및 경제학 2인)을 추천받아 정량 및 정성 평가를 하였다. 평가 의견을 종합해 보면, ‘거버넌스와 재정 마련’ 영역과 ‘기술 역량’ 영역은 양호한 편이다. ‘수요’ 영역은 양호와 보통의 중간 수준, ‘데이터의 활용과 확산’은 보통 수준으로 확인된다. 특히, 데이터의 활용과 확산 관점에서 정보 제공 방

4 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

식을 다양화하고 친숙도를 높이는 등 통계 정보를 기반으로 소통의 기회를 늘려갈 것이 제안되었다.

이러한 문제 인식을 바탕으로 본 연구는 국민보건계정 작성의 기초 자료를 수집하여 데이터베이스를 구축하였다. 국가통계포털(KOSIS) 등에 공개된 자료를 중심으로 자료를 수집하고 유형화하였다. 더불어, 의료비 통계의 쓰임을 강화하기 위한 자료 제공 방식에 대해서도 고민하였다. 그간의 데이터 제공 형태인 2차원 배열이 아닌 세 가지 정보(자원, 공급자, 기능)를 한 줄에 배열하는 flat file 형태의 데이터를 제공하여, 정책 당국과 연구자의 수요에 대응할 기반을 마련하였다.

3. 결론 및 시사점

의료비 통계는 지난 20여 년간 국내외 여러 논의를 바탕으로 산출되어 왔던바, 생산과 관리에 있어서 좋은 역량과 기반을 갖추었다. 본 연구를 시작점으로 하여 의료비 데이터 제공의 투명성을 높였으면 한다. 또한, 정책 개선과 연구 활성화 측면에서 활용성을 강화해 나가기를 바란다.

주요 용어 : 의료비 데이터, 국민보건계정, 보건계정체계, 경상의료비

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 구성

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

효율적이고 효과적인 사회보장정책을 구현하기 위해서는 다양한 데이터의 집적이 필요하다. 사회보장체계를 강건하게 하고, 복지국가로의 개혁을 이루기 위해서는 근거 기반 정책이 강조되어야 한다. 의료비 통계는 주요 사회보장 정책영역 중 하나인 보건의료제도의 자금 흐름을 이해할 수 있는 대표적인 정보이다. 이는 OECD와 WHO를 중심으로 한 국제기구의 공조로 체계화된 국민보건계정(National Health Accounts)의 산출물이다.

OECD는 2000년에 보건계정체계(A System of Health Accounts, SHA)라는 의료비 통계의 작성 지침을 마련하였다. 이후 2011년 세계보건기구(WHO), 유럽통계청(EUROSTAT)과 함께 작성 지침을 개정하여 의료비 정보의 전 세계 표준화를 추진하고 있다. 우리나라는 이 지침에 따라 국민보건계정을 작성하고, 자원별(정부, 의무가입제도, 임의가입제도, 가계직접부담 등), 공급자별(병원, 의원, 약국 등), 기능별(개인의료서비스, 집합보건의료서비스) 의료비 지출 정보를 2차원 테이블 형태(재원 및 공급자, 재원 및 기능, 기능 및 공급자)로 가공한다.

보건계정체계에 기반한 의료비 지출의 측정과 자원 모니터링은 보건의료 정책의 구상과 채택을 위한 귀중한 도구이다. 국민이 보건의료서비스를 이용하는 데 얼마나, 어디에서, 어떻게 지출하는지 살펴봄으로써 자원 배분을 계획할 수 있다. 그뿐만 아니라 정부가 어떤 사업에 정책적 우선순위를 두는지와 투입한 자원 대비 사업의 달성 정도를 확인할 수 있다.

한편, 지역이나 성·연령 등 인구학적 특성에 따라 지출 자료가 집계되면 각종 사업의 수혜 대상이 누구인지를 확인할 수 있다. 즉, 의료비 통계는 효율성, 형평성, 지속 가능성 등 여러 관점에서 보건의료제도의 목표 성취 여부, 진행 상황 정도를 점검할 수 있게 해준다.

우리나라는 국제 기준에 따라 2005년부터 연세대학교 의료복지연구소(OECD health accounts focal point)를 중심으로 한 국민보건계정팀의 주도하에 1970~2020년 의료비 통계를 산출하고, OECD에 보고해 왔다. 국민보건계정팀은 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 네 개 기관의 컨소시엄 및 협업체제로 구성된다. 이처럼 네 개 기관이 참여하는 구조는 2018년에 마련되었는데, 이는 의료비 통계가 여러 유형의 자료(행정자료, 조사자료, 분석자료 등)를 종합해야 함에서 비롯된 결과이다.

보건의료 분야의 각종 자료가 투입된 만큼 국민보건계정(의료비 통계)의 정확성을 높이고, 이에 기반한 정책을 수립하기 위해서는 투입 자료원(기초 자료)을 철저히 관리해야 한다. 그리고 산출된 결과물을 공적으로 서비스할 수 있도록 의료비 관련 데이터를 종합하는 작업이 필요하다. 보건복지부 등(2020a)에 따르면, 국민보건계정을 작성하는 데 약 25종의 통계가 투입된다. 여기에 배분과 추정을 위해 사용되는 자료를 더하면 그 수는 더 많아진다.

본 연구는 국민보건계정의 기초 자료와 최종 산출물을 데이터베이스(DB)화하고, 의료비 통계를 확장 제공하여 정책 수립의 기반을 다지도록 하는 것을 주목적으로 한다. 이를 위하여 국민보건계정 작성에 투입한 자료(기초 자료, 메타정보 등)를 종합 정리한다. 더불어, 의료비 통계의 3차원 정보(기능, 자원, 공급자)에 기초하여 데이터의 확장성(지역계정 등)과 활용성을 검토한다. 이에 앞서 우리나라의 의료비 통계 생산 체계의 성숙도를 판단한다.

제2절 연구의 구성

본 연구는 다음과 같이 구성된다. 제1장의 서론에 이어서 제2장에서는 우리나라의 의료비 생산 체계의 성숙도를 살펴본다. 본 연구 주제는 국가 의료비 데이터 구축 방안을 모색하는 것으로, 현재의 진단이 중요하다. 성숙도에 대한 평가는 최근 WHO가 제안한 틀¹⁾에 따른다.

제3장에서는 국민보건계정 DB(가칭)를 구축하기 위한 기반을 점검한다. 특히, 국민보건계정을 작성하는 방법과 이에 활용하는 자료원이 무엇인지를 세부적으로 살펴본다. 국민보건계정팀이 외부에 공개한 자료를 중심으로 살펴보고, 수집할 수 있는 범위(KOSIS, 통계 연보 등 공개된 수준)에서 최대한 기초 자료를 수집한다.

제4장에서는 국가 의료비 데이터 제공 방안을 검토한다. 국민보건계정을 작성하기 위해 투입한 자료원을 체계화하여 독자가 자료의 구조를 이해할 수 있도록 한다. 더불어, 2차원 또는 3차원 형태의 최종 산출물을 다른 OECD 국가의 의료비 통계와 함께 한국보건사회연구원의 통계 포털에서 제공함으로써 통계 이용의 편의성을 높이는 방안은 논의한다. 이와 함께 제공 자료의 활용성에 대해서도 예측해본다.

제5장은 본 연구를 종합하는 측면에서, 의료비의 체계적 관리의 필요성과 관리 주체의 역할을 고찰하고, 관련 활동의 제약 사항과 한계점을 살펴본다. 이와 더불어, 의료비 통계의 이용 활성화를 위해 앞으로 이루어져야 할 작업이 무엇인지에 대해서 제안한다.

1) 본 연구는 WHO의 2023년 8월 발표 자료(WHO, 2023a)를 참고하여 우리나라의 의료비 생산 체계의 성숙도를 평가하였으나, WHO는 발표 자료를 보완하여 2023년 12월에 보고서(<https://iris.who.int/handle/10665/373992>)를 발간했음. 본 연구의 종료 시점에 WHO의 보고서가 발행되나, 최종 버전에 제안된 평가 방식, 대상 등을 적용하여 분석하기 어려웠음. 평가 틀과 세부 영역(그림 2-2)은 같음.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

국가 의료비 생산 체계의 성숙도 평가

제1절 배경

제2절 보건계정 제도화의 성숙도 평가 틀

제3절 분석 및 평가

제4절 소결

제 2 장

국가 의료비 생산 체계의 성숙도 평가

제1절 배경

우리나라의 의료비 생산 체계의 성숙도는 어느 정도일까? 2023년 WHO는 보건계정 제도화(Health Accounts Institutionalize) 수준을 평가하는 틀(framework)을 제안하였다. 이는 보건계정의 제도화 측면에서 한 국가의 상황을 파악하고 개선할 점을 찾기 위한 것이다. 특히, 국제 기준에 따른 보건계정 작성을 정부가 주도하여 정기적으로 하고 있는지, 국가 고유의 데이터 생산 체계가 있는지, 정책 수립에 의료비 통계를 활용하는지 등에 대해서 확인하고자 하였다.

WHO(2023a)는 제18차 아시아태평양지역 보건계정 전문가 국제회의²⁾에서 분석 틀을 제안하고, 동남아시아 지역 7개 국가와 서태평양 지역 3개 국가를 대상으로 한 사전 평가³⁾ 결과도 공유하였다. 단, WHO는 평가 결과를 수치화하여 국가 간 순위를 매기는 것을 목표로 하지 않았으며, 개별 국가의 필요에 따라서 양적, 질적 척도를 개발하여 진행 상황을 추적할 것을 제안하였다.

표준화된 성숙도 평가를 통해 우리가 어느 단계에 있는지, 앞으로 무엇을 보강해야 하는지, 그리고 다른 나라로부터 배울 것은 없는지에 관해 확인할 수 있다. 이 평가가 현재 완성된 분석 틀이 아니어서 WHO의 사

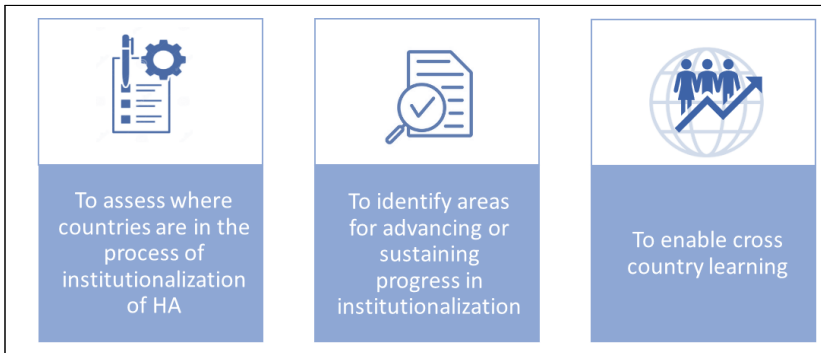
2) 18th Annual meeting of Asia Pacific Health Accounts experts(2023년 8월 29일~31일, 서울)은 OECD 대한민국 정책센터, WHO, OECD가 공동으로 개최하였음.

3) 동남아시아 지역은 방글라데시, 부탄, 인도네시아, 몰디브, 네팔, 스리랑카, 티모아, 서태평양 지역은 중국, 말레이시아, 필리핀이 사전 조사에 참여하였음.

14 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

전 평가에 참여한 국가와 비교하면서 시사점을 도출하기는 어렵지만, 우리 스스로에 대해 진단할 기회가 될 것으로 생각한다. 한편, 이 결과를 국제적으로 공유함으로써 우리의 의료비 통계 관리의 위상도 높일 수 있을 것으로 기대한다.

[그림 2-1] 보건계정 제도화의 성숙도 평가의 목적



자료: WHO. (2023a). A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization. 발표 자료 p.4. 재인용

제2절 보건계정 제도화의 성숙도 평가 틀

WHO(2023a)에 따르면, 보건계정 제도화의 성숙도 수준은 크게 수요(Demand), 거버넌스와 재정 마련(Governance and financing), 기술 역량(Institutional technical capacity), 데이터 활용과 확산(Dissemination and use of data)의 네 개 영역에서 살펴볼 수 있다.

우선, 수요의 관점에서는 ① 보건의료 계획, 예산, 정책의 개발, ② 투명성과 책무성, ③ 국가 간 비교 및 기증자(donor)의 수요를 살펴본다. 이는 WHO가 고유 사업을 이행⁴⁾하는 관점에서 필요한 사항을 고려하여

설계한 것으로 예상하는바, 국내적으로는 기증자의 수요는 확인할 필요가 없다. 특히, WHO는 국가의 특정 맥락을 반영하여 평가 항목을 조정하도록 안내한바, 세 번째 항목은 우리나라의 상황에 적합한 내용으로 달리 구성하여 살펴볼 수 있다.

둘째, 거버넌스와 재정 마련 영역에서는 ① 공식 임무, ② 조직 구조와 조정 메커니즘, ③ 재정 마련을 살펴본다. 이는 보건계정 사업(의료비 통계 산출)이 국가의 공식적인 업무로 자리매김하고 있는지, 이 업무를 위한 조직이 구성되어 있는지, 국가가 해당 업무에 재정을 투입하고 있는지를 평가하는 것이다.

셋째, 기술 역량은 ① 보건계정팀의 전문성, ② 정보체계, ③ 정기적 수행 정도를 확인하는 것으로, 통계 산출 인프라에 관한 것이다. 세부적으로 보면, 정보체계는 자료수집의 체계화 정도에 관한 내용이며, 정기적 수행 정도는 해당 사업이 주기적으로 이루어지는가를 확인하는 것이다. 만약 작업이 정기적으로 수행된다면 자료 제공에 관한 예측 가능성에 대한 기대를 충족할 수 있다.

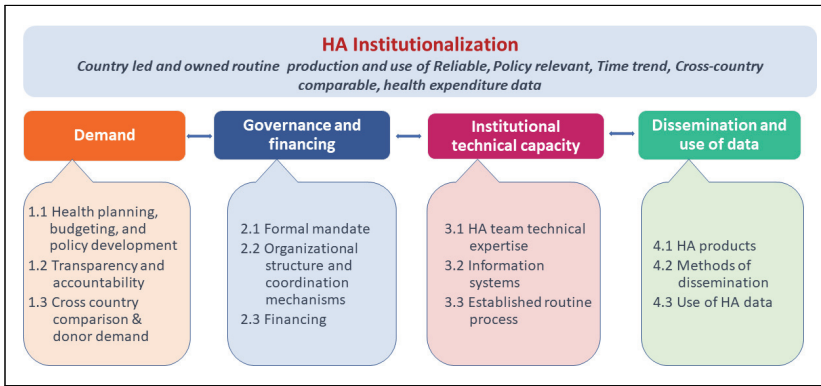
마지막으로 데이터 활용과 확산은 ① 보건계정 산출물, ② 정보의 확산 방법, ③ 보건계정 데이터의 사용에 관한 내용을 포함한다. 데이터 활용과 확산은 최근 국제기구가 강조하는 정책으로, 자료 산출 못지않게 중요한 활동이다. OECD는 데이터 확산과 데이터 이용의 편의성 향상을 위하여 기존의 통계 포털(<https://stats.oecd.org/>)을 OECD Data Explorer (<https://data-explorer.oecd.org/>)로 이관하는 사업을 진행하고 있다.⁵⁾ 한편, WHO는 The Global Health Observatory를 운영하며 지속

4) WHO가 회원국의 건강 향상, 질병 예방 등을 위한 고유 사업을 안정적으로 하기 위해서는 재원을 마련해야 하는 가운데, 재원은 회원국의 평가 분담금(Assessed contribution)과 기증자의 자발적 분담금(voluntary contributions)으로 구성됨. 특히, 기증자의 자발적 분담금 중 재량 재원 확보가 핵심 사안임.

5) OECD는 Data Explorer를 2023년 6월부터 시범 운영 중이며, 10~12월에 모든 데이터

가능개발목표(SDGs) 지표를 중심으로 다양한 데이터를 제공하고 있다. 의료비 데이터는 Global Health Expenditure Database(<https://apps.who.int/nha/database>)라는 별도의 사이트에서 제공한다.

[그림 2-2] 보건계정 제도화의 성숙도 평가 틀



자료: WHO. (2023a). A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization. 발표 자료 p.5. 재인용

제3절 분석 및 평가

여기에서는 수요, 거버넌스와 재정 마련, 기술 역량, 데이터 활용과 확산 영역을 구분하여, 우리나라 보건계정 제도화 수준을 살펴본다. WHO가 제시한 항목 중에서 우리의 상황과 맞지 않는 ‘기증자의 수요’는 ‘연구자의 수요’로 내용을 재해석하여 제시하였다.

객관적인 진단을 위하여 보건 분야의 세계 학회로부터 평가위원을 추

를 신규 사이트로 이관할 계획임. 2024년 1~3월에는 두 개의 사이트를 공동으로 운영하다가, 4월부터는 Data Explorer만 전면적으로 운영할 방침임.

천받았다. 각 학회에 3인씩 추천을 의뢰하였으나, 최종 8인이 평가에 참여하였다. 평가위원은 활동 분야에 따라 예방의학 2인, 보건학 2인, 약학 2인, 재정 및 경제학 2인으로 구성되었고, 소속에 따라서는 학계 6인, 연구기관 2인으로 구성되었다.

네 개 영역, 12개 항목에 대하여 정량 및 정성 평가를 하였다. 정량 평가는 12개 항목을 대상으로, 7점 척도(미흡~양호)로 점수화하였으며, 정성 평가는 네 개 영역에 대한 종합 의견을 요청하여 평가를 정리하였다. 평가위원이 판단하는 데 도움을 주기 위하여 국민보건계정 보고서와 통계정보 보고서를 배포하였다.

1. 수요

‘수요’ 영역에서는 보건의료 계획, 예산, 정책의 개발(㉗), 투명성과 책무성(㉘), 국가 간 비교 등 연구자의 수요(㉙)를 진단한다. ㉘ 항목은 WHO가 기증자의 수요를 평가한 것을 변경하여 설정한 사항으로, ㉗ 항목(정책적 수요)에 대비한 것이다.

가. 정량 평가

보건의료 계획, 예산, 정책의 개발(㉗)은 법정 계획 등 정부 정책의 입안 과정에서 의료비 통계가 얼마나 쓰이고 있는지, 경험적인 판단을 요청하였다. 평가 결과에 따르면, 보통 범주(㉓~㉕)에 4인이 응답하였고, 미흡 범주(㉑~㉒) 중에서 다소 미흡(㉒)에 2인, 양호 범주(㉖~㉗) 중에서 다소 양호(㉖)에 2인이 응답하였다. 통일된 결과를 얻지 못한바, 좀 더 객관적으로 의료비 통계의 정책 수요를 진단하기 위해서 법정 계획에서의 의료

18 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

비 통계의 인용 정도와 정책 입안자의 의료비 통계에 대한 요구도 수준을 살펴보았다(박스 1 참고).

투명성과 책무성(㉔)은 관련 정보(작성 기준, 절차 등)의 공유 요구에 대한 정도를 확인하는 항목으로, 다소 양호(⑥)에 4인, 매우 양호(⑦)에 1인이 응답한 것으로 보아, 관련 정보를 투명하게 안내해야 한다는 요구가 높음을 확인할 수 있었다.

국가 간 비교 등 연구자의 수요(㉕)는 의료비 통계에 대한 연구자의 수요 정도를 확인하였다. 다수의 평가위원이 양호 범주(⑥~⑦)에 응답하였으며, 매우 양호(⑦)에 1인이 응답하였다. 응답 분포에 따르면, 연구자 또한 의료비 통계에 높은 수요가 있음을 확인할 수 있다.

〈표 2-1〉 ‘수요’ 영역의 정량 평가 결과

항목	내용	점수						
		미흡	<	<	보통	<	<	양호
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
㉗ 보건의료 계획, 예산, 정책의 개발	법정 계획(5개년 계획) 등 정부 정책 입안 과정에서의 쓰임 정도		2		2	2	2	
㉔ 투명성과 책무성	관련 정보(작성 기준, 절차 등)의 공유 요구 정도			1	1	1	4	1
㉕ 국가 간 비교 등 연구자의 수요	의료비 통계에 대한 연구자의 수요 정도			1		2	4	1

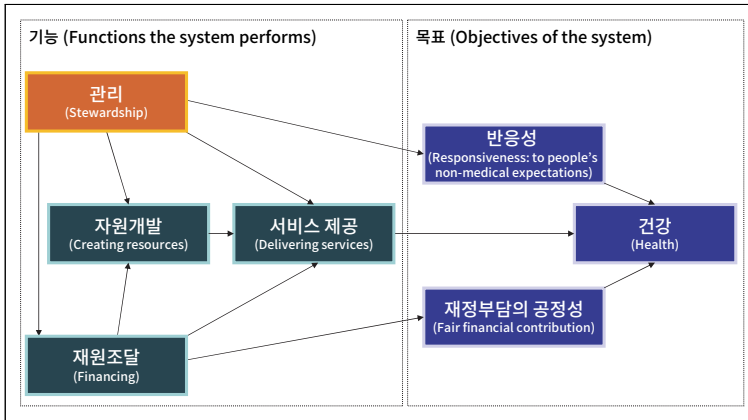
박스 1 의료비 통계의 정책 수요 진단

의료비 통계의 정책 수요의 진단은 세 가지 관점에서 살펴본다. 첫째, 의료비 통계가 정책 실행의 개념적 모형에서 실질적으로 유용한 정보인가 확인한다. 둘째, 국가의 법정 계획을 수립하는 과정에서 의료비 통계가 실제로 쓰이고 있는지, 쓰이고 있다면 어느 정도로 활용되는지 살펴본다. 셋째, 정책 입안자는 의료비 통계의 필요성을 어느 정도로 생각하고 있는지를 확인한다.

1. 정책 실행의 개념적 모형과 의료비 통계의 활용성

이를 확인하기 위해 보건의료제도의 기능과 목표를 묘사한 WHO(2000)의 틀을 인용한다. WHO(2000)는 재원조달을 보건의료제도의 주요한 기능의 하나로, 재정부담의 공정성을 보건의료제도의 목표로 간주했다.

[그림 2-3] 보건의료제도의 기능과 목표

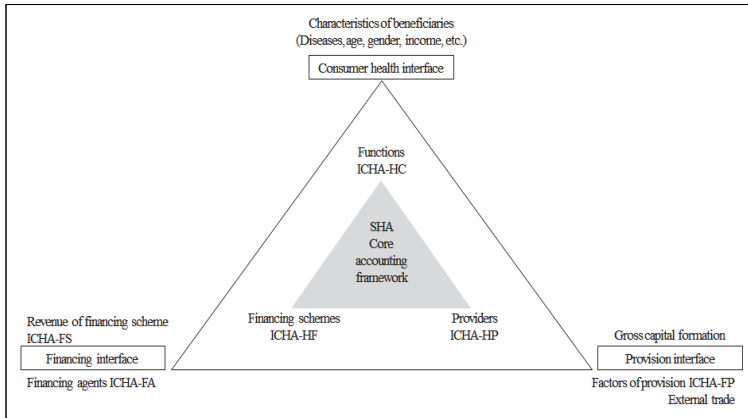


자료: WHO. (2000). Health Systems: Improving performance Geneva: World Health Organization. p.55.

우선, 재원조달과 관련해서는 크게 두 가지 관점에서 통계 정보를 살펴볼 수 있다. 거시적인 측면에서 보건의료제도를 운용하는 데 투입된 재정 총량이 얼마인지를 살펴볼 수 있는데, GDP 대비 경상의료비 규모 혹은 1인당 의료비 지출 규모 같은 지표가 이를 잘 보여준다. 한편, 세부적으로 재원별로 어느 제도(정부, 사회보험, 가계 등)가 재원을 마련했는지를 살펴봄으로써 해당 국가의 제도적 특성을 이해할 수 있다. 이러한 정보는 보건계정의 핵심 계정에서 확인된다.

둘째, 재정부담의 공정성은 보건의료제도를 운용하는 데 투입된 재원이 공평하게 마련되었는지를 확인하는 항목이다. 예를 들어서 보험료가 사회 구성원 간에 공평하게 부담되었는지, 특히 소득 수준에 따라 차등을 두고 각출된 것인지를 본다. 보건계정의 확장 계정은 재원을 수입별로도 구분해서 보여주는데, 이때는 건강보험통계의 보험료 자료 등이 기초 자료로 활용된다.

[그림 2-4] 보건계정의 핵심 계정과 확장 계정



자료: OECD, Eurostat, & WHO. (2017). A system of health accounts 2011 revised edition. Paris: OECD Publishing. p.55. 재인용

2. 보건의료 분야 법정 계획과 의료비 통계의 활용성

정책 입안 과정에서 의료비 통계의 쓰임을 확인하기 위하여 보건의료 분야의 29개 법정 계획을 검토하였다.⁶⁾ 법정 계획은 보건의료 관련 법령에서 정기적으로 수립할 것을 규정한 것으로, 이 중에서 의료비 통계를 통해 정책 환경을 진단하거나, 정책 목표를 제시한 경우가 얼마나 되는지 확인하였다.

의료비 통계는 공공보건의료기본계획, 구강보건사업에 관한 기본계획, 국민건강보험종합계획에서 확인할 수 있었다. 제2차 공공보건의료기본계획에서는 ‘GDP 대비 경상의료비’ 지표가, 제2차 구강보건사업에 관한 기본계획에서는 ‘가계직접부담금’과 ‘가계직접부담률’ 지표가, 제1차 국민건강보험종합계획에서는 ‘GDP 대비 경상의료비’, ‘가계직접본인부담비율’, ‘공공재원(정부 및 의무가입보험 재원)’ 지표가 쓰였다.

(표 2-2) 보건의료 분야 주요 행정계획과 의료비 통계 활용 현황

법령	소관부처	계획명	차수	인용 통계
건강검진기본법	보건복지부	국가건강검진종합계획	3차('21~'25)	-
검역법	질병관리청	검역관리기본계획	1차('23~'27)	
결핵예방법	질병관리청	결핵관리종합계획	3차('23~'27)	·조기사망
고독사 예방 및 관리에 관한 법률	보건복지부	고독사 예방 기본계획	1차('23~'27)	
공공보건의료에 관한 법률	보건복지부	공공보건의료 기본계획	2차('21~'25)	·GDP 대비 경상의료비, 공공의료 비중(기관 수, 병상 수)
구강보건법	보건복지부	구강보건사업에 관한 기본계획	2차('22~'26)	·가계직접부담금 ·가계직접부담률
국민건강보험법	보건복지부	국민건강보험종합계획	1차('19~'23)	·GDP 대비 경상의료비 ·가계직접본인부담 비율 ·공공재원(정부 및 의무가입보험 재원) ·기대수명 ·평균 재원 일수 ·보건의료 질 통계
국민건강증진법	보건복지부	국민건강증진종합계획	5차('21~'30)	·기대수명 ·주관적 건강상태 ·사망원인(자살)
국민영양관리법	보건복지부	국민영양관리기본계획	3차('22~'26)	-
노인장기요양보험법	보건복지부	장기요양기본계획	3차('23~'27)	·장기요양자원 및 이용

22 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

법령	소관부처	계획명	차수	인용 통계
				·재가·시설 간 서비스이용·급여비 비중
농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법	보건복지부	농어촌보건복지 기본계획	4차('20~'24)	-
모자보건법	보건복지부	모자보건사업에 관한 기본계획	-	-
병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률	질병관리청	병원체자원관리종합계획	1차('21~'25)	-
보건의료기본법	보건복지부	보건의료발전계획	-	-
보건의료 인력지원법	보건복지부	보건의료인력 종합계획	-	-
심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률	보건복지부	심뇌혈관질환관리종합계획	2차('23~'27)	-
암관리법	보건복지부	암관리종합계획	4차('21~'25)	·암 발생률
약사법	보건복지부 식품의약품 안전처	의약품·마약류 제조·유통관리 기본계획	2023년	-
응급의료에 관한 법률	보건복지부	응급의료기본계획	4차('23~'27)	-
의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률	보건복지부	의료 해외진출 및 외국인환자 유치지원종합계획	2차('22~'26)	-
의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법	보건복지부 식품의약품 안전처	의료기기산업 육성 및 지원을 위한 종합계획	1차('23~'27)	-
의료법	보건복지부	병상수급 기본시책	3기('23~'27)	·병상 수 ·평균 재원 일수
자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률	보건복지부	자살예방기본계획	5차('23~'27)	·사망원인(자살)
장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	보건복지부	장애인 건강보건관리종합계획	-	-
장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률	보건복지부	보조기기 지원과 활용촉진을 위한 기본계획	-	-
재난적의료비 지원에 관한 법률	보건복지부	재난적의료비 지원사업에 대한 계획	-	-
저출산·고령사회 기본법	보건복지부	저출산·고령사회기본 계획	4차('21~'25)	·주관적 건강상태 ·사망원인(자살)
전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률	보건복지부	전공의종합계획	-	-

법령	소관부처	계획명	차수	인용 통계
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	보건복지부	정신건강복지 기본계획	2차('21~'25)	·보건의료자원
제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법	보건복지부	제약바이오산업육성·지원종합계획,	3차('23~'27)	-
중증장애인생산품 우선구매 특별법	보건복지부	공공기관의 중증장애인생산품 우선구매 계획	-	-
지역보건법	보건복지부	지역보건의료계획 지침	8기('23~'26)	-
천연물신약 연구개발 촉진법	보건복지부	천연물신약 연구개발을 촉진하기 위한 계획	4차('20~'24)	-
치매관리법	보건복지부	치매관리에 관한 종합계획	4차('21~'25)	-
혈액관리법	보건복지부	혈액관리에 관한 기본계획	1차('21~'25)	-
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	보건복지부	호스피스와 연명의료 및 연명의료중단등결정에 관한 종합계획	1차('19~'23)	-
환자안전법	보건복지부	환자안전종합계획	1차('18~'22)	·보건의료 질 지표 ·환자안전지표(수술)
희귀질환관리법	보건복지부	희귀질환관리에 관한 종합계획	2차('22~'26)	-

- 주 1) 인용 통계 중 의료비 통계는 밑줄로 구분하여 표시함.
 2) 차수가 표기되지 않은 계획은 법령에 명시되었으나 현재까지 수립되지 않음.
 3) 관계부처합동으로 수립된 계획은 소관부처에 주관부처를 기재함.

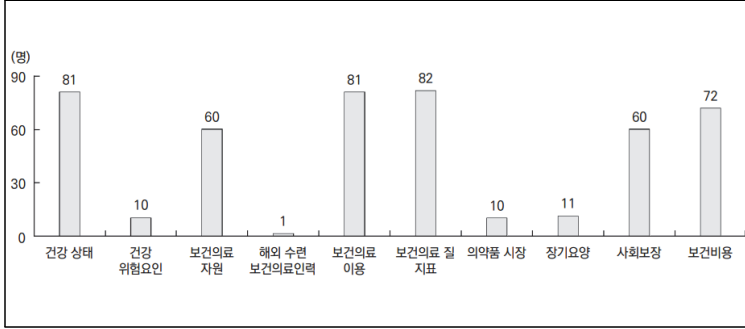
3. 정책 입안자의 의료비 통계 요구 수준

정책 입안자의 의료비 통계에 대한 수요 정도를 확인하기 위하여 신정우·정소희·홍혁원·천미경(2021)의 조사 내용을 인용한다. 해당 조사는 2021년에 보건복지부에 근무하고 있는 공무원을 대상으로 실시되었으며, 보건 부문에서 근무한 경험이 있는 156명이 응답에 참여하였다.

OECD 보건통계 중에서 중요하다고 생각하는 지표를 선정해 달라고 요청한바(중복 선택), 156명 중 72명이 의료비 통계(보건비용)가 중요하다고 응답했다. 가장 높은 응답률을 받은 지표는 보건의료 질 지표(82명)였으며, 이어서 건강 상태(81명), 보건의료이용(81명)이 높았다. 보건비용은 10개 영역 중에서 네 번째로 높은 응답을 받았다.

24 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

[그림 2-5] OECD 보건통계의 영역별 중요성 인지 수준(중복 응답 허용)



자료: 신정우 외. (2021). 보건 분야 국제기구 통계의 정책적 수요와 활용 현황. p. 44. 재인용

나. 정성 평가

의료비 통계는 보건의료 정책의 기획 및 평가, 학술 및 정책 연구, 국가 간 비교 등에서 폭넓게 활용되고 있음이 분명하다. 그리고 국가의 핵심 통계이자 정책 입안자에게 중요한 통계라는 점을 평가자 모두 인식하고 있었다. 하지만 정책 입안자들은 보건의료 계획, 예산, 정책 개발의 단계에서 포괄적 정보인 '경상의료비'보다 건강보험이나 산재보험 같은 제도별 세부 정보를 주로 요구하기 때문에, 활용도가 기대보다 미흡하다(한정적 정보)는 평가이다.

현재 활용 가능한 통계가 국가 단위(country-level)에 그치고 있다는 점도 아쉽다는 의견이 있었다. 급변하는 정책 환경과 시대적 요구에 대응하고, 국가 간 유효한 지식 공유를 위해서는 정교한 의료비 통계를 갖추어야 한다. 특히, 비급여, 민간보험, 장기요양서비스, 의약품 및 의료기

6) 보건의료 분야의 38개 법령이 기본계획(혹은 종합계획)을 수립하도록 명시하고 있는 가운데, 이를 이행하지 않는 9건을 제외한 29건을 살펴봄. 사회보장기본법과 같은 상위의 법령은 검토에서 제외함.

기, 질병별 지출 등 세분된 마이크로데이터에 대한 수요를 보건계정과 의료비 통계가 해소하지 못하고 있다는 것이 주요 의견이었다.

정책적 수요뿐만 아니라 연구자의 수요도 높은 가운데, 이를 해소하기 위해서는 관련 정보의 공유가 활성화되기를 희망하는 의견도 있었다.

2. 거버넌스와 재정 마련

‘거버넌스와 재정 마련’에서는 공식 임무(㉠), 조직 구성과 조정 메커니즘(㉡), 재정 마련(㉢)을 진단한다. 현재 국민보건계정 산출은 보건복지부 기획조정실 정보통계담당관실이 주관한다. 하지만 정부가 작성 기관으로 역할을 하기 어려운바, 실질적으로는 연세대학교 의료복지연구소를 비롯한 네 개의 기관이 공동 위탁하여 통계를 생산하고 있다. 이를 위한 연구 사업비는 2022년 기준으로 225.4백만 원이다. 사업비 중 50%가 총괄 주체인 연세대학교 의료복지연구소에 지출되고, 30%는 한국보건사회연구원으로 지출된다. 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원은 각각 10%씩 사업비를 배정받는다.

보건복지부는 국민보건계정 산출 작업을 2007년 9월 5일에 국가승인 통계로 승인하였다. 이 시점을 정부가 국민보건계정 산출을 공식적인 임무로 보기 시작한 것으로 간주할 수 있다. 한편, 국내적으로 의료비 통계를 산출하기 위한 시도는 1970년대부터 있었다. 박종기와 노인철(1976)이 한국개발연구원에서 국민보건의료비추계(1970~1974년)를 한 이후로 여러 학자가 의료비를 산출했다. 이러던 중 현재의 국민보건계정팀이 2003년 OECD의 시범 산출 작업에 참여한 후 지금까지 이어오고 있다.

가. 정량 평가

공식 임무(㉗)는 의료비 통계 산출이 국가의 공식적인 업무로 관리되고 있는지에 관한 판단이다. 평가위원 중 5인이 매우 양호(⑦)에 응답하였고, 미흡 범주(①~②) 중에서 다소 미흡(②)에 1인, 보통 범주(③~⑤) 중에서 보통(④)에 2인이 응답하였다. 대체로 국가의 공식 업무로 관리됨에 동의한 것으로 보인다.

조직 구조와 조정 메커니즘(㉘)은 통계 산출을 위한 조직이 적합하게 구성되었는지를 확인하는 것인데, 양호 범주(⑥~⑦)에 4인, 보통 범주(③~⑤)에 3인이 응답하였다. 평가위원 중 1인은 다소 미흡(②)으로 평가하였다.

재정 마련(㉙)은 의료비 통계 산출에 국가의 재정이 투입되고 있는가에 관한 것이다. 평가위원 중 6인이 양호 범주(⑥~⑦)에 응답한 가운데, 2인은 보통 범주(③~⑤)에 응답하였다.

〈표 2-3〉 ‘거버넌스와 재정 마련’ 영역의 정량 평가 결과

항목	내용	점수						
		미흡		보통			양호	
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
㉗ 공식 임무	국가의 공식적인 업무로 관리되는지		1		2			5
㉘ 조직 구조와 조정 메커니즘	통계 산출을 위한 조직이 적합하게 구성되었는지		1	1	2		3	1
㉙ 재정 마련	관련 작업에 국가 재정이 투입되고 있는지			2			1	5

나. 정성 평가

평가위원에게 예산 현황 등 통계 작성 기반이 설명된 「통계정보보고서」(보건복지부, 2020a)를 배포했음에도 불구하고, 정량 평가에서 응답이 갈린 이유가 무엇인지 살펴봤다. 평가위원 다수는 보건복지부가 공식적인 업무로 관리하고 있다고 객관적으로 판단했지만, 몇 가지 문제점을 제기하였다.

가장 크게 지적된 점은 상위의 컨트롤타워가 없고, 위원회 등을 통한 논의가 이루어지지 않는 등 통계의 질 관리에 문제가 있다는 것이다. 한편, 연구과제로 통계 산출이 이루어지는바(연구책임자의 전문성은 인정) 불안정성이 있으므로, 안정적 조직 구조를 마련하거나, 정부가 정기적인 업무로 직접 생산하기를 바라는 요청이 있었다.

3. 기술 역량

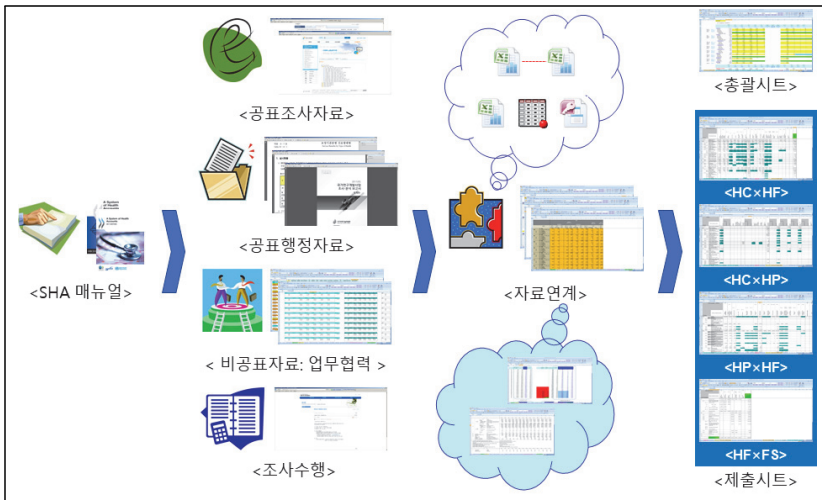
‘기술 역량’ 영역은 보건계정팀의 전문성(㉞), 정보체계(㉞), 정기적 수행 정도(㉞)를 진단한다. 전문성을 측정하는 대리 지표로 책임연구자의 근속연수를 살펴볼 수 있다. 보건복지부(2020a)에 따르면, 책임연구자는 20년 이상 근속하였으며, 의료비 통계가 국가승인통계로 지정된 2007년 이후 16회의 연구 책임을 맡았다.

정보체계는 자료 유형에 따라 다르다. 보건복지부(2020a)는 자료의 유형을 크게 공표자료, 조사자료, 관계 기관 협력 생산 자료, 공동 작성 기관 내부 자료로 나누고 있다. 첫째, 공표자료는 통계청을 비롯한 통계산출기관의 통계 제공 플랫폼을 통해 확보한 것으로, 2차 자료(한국의료패널조사, 의료서비스경험조사 등)와 행정자료(건강보험통계연보, 노인장

기요양보험통계연보 등)를 모두 포괄한다. 둘째, 조사자료는 연구팀이 전국 보건소를 대상으로 수집한 결산자료에 해당한다. 이 조사는 2007년부터 이루어지고 있으며, 수집한 자료는 모두 DB화하여 관리하고 있다. 보건소 회계담당자는 연구팀의 요청에 따라 이메일로 자료를 전송한다. 셋째, 관계 기관이 협력하여 생산하는 자료로 자동차보험과 실손형 민간보험 자료가 있다. 이는 보험개발원을 통해서 정보를 구축한다. 넷째, 공동연구기관만이 보유한 자료가 있다. 건강보험환자 진료비 실태조사(국민건강보험공단)와 의약품유통조사(건강보험심사평가원)가 대표적이다. 이들은 내부적으로 분석하여 투입 자료로 체계화한다.

이 작업의 최종 산물인 ‘경상의료비’는 OECD에 제출된다. OECD는 2006년부터 WHO, Eurostat과 공동으로 매년 자료수집을 하고 있는바, 우리나라도 OECD 회원국으로서 자료를 제출한다. OECD의 통계 정책에 따라 의료비 통계도 매년 산출된다.

[그림 2-6] 국민보건계정 작성의 체계도



가. 정량 평가

보건계정팀의 전문성(㉔)은 통계 산출의 전문성을 확보했는지에 대한 평가이다. 평가위원 중 5인이 양호 범주(⑥~⑦)에 응답하였고, 3인이 보통 범주(③~⑤) 중에서 ⑤번 선택지에 답하였다. 대체로 평가위원은 국민 보건계정팀의 전문성을 높게 평가한 것으로 보인다.

정보체계(㉕)는 자료수집 체계가 잘 갖추어져 있는지를 평가하는데, 양호 범주(⑥~⑦)에 5인, 보통 범주(③~⑤)에 3인이 응답하였다. 전문성 항목에 대한 평가와 유사한 판단을 한 것으로 해석된다.

정기적 수행 정도(㉖)는 관련 사업이 정기적으로 이루어지고 있는지를 보는 것이다. 평가위원 중 7인이 양호 범주(⑥~⑦)에 응답한 가운데, 1인은 보통 범주(③~⑤)에 응답하였다.

〈표 2-4〉 ‘기술 역량’ 영역의 정량 평가 결과

항목	내용	점수						
		미흡		보통			양호	
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
㉔ 보건계정팀의 전문성	통계 산출의 전문성을 확보했는지					3	3	2
㉕ 정보체계	자료수집체계가 갖추어져 있는지				1	2	3	2
㉖ 정기적 수행 정도	관련 사업이 정기적으로 진행되는지					1	2	5

나. 정성 평가

기술 역량 영역의 항목들은 대체로 양호한 평가를 받았다. 특히, 연구진이 다년간의 연구를 통해 통계 산출의 전문성을 확보했고, 자료수집체계를 체계화했다는 긍정적 평가가 있었다. 이러한 인프라를 바탕으로 산출된 통계의 정확성도 전 세계적으로 높은 편으로 판단하고 있었다.

하지만 한 가지 유념해야 할 의견이 있다. 절차적 관점에서 결과에 대한 외부 조언을 충분히 받고 있는지에 대한 의혹을 바탕으로 공정성 확보의 필요성이 제기되었다. 이는 비록 영역은 달리하지만, ‘거버넌스와 재정 마련’ 영역에서 언급된, 위원회 등에서 검토하는 과정이 있어야 한다는 요청과 맥을 같이 하는 의견으로 볼 수 있다.

4. 데이터의 활용과 확산

‘데이터의 활용과 확산’ 영역은 보건계정 산출물(㉓), 정보의 확산 방법(㉔), 보건계정 데이터의 사용(㉕)에 대해 평가한다. WHO(2023a)는 보건계정 정보를 온·오프라인에서 받아볼 수 있는지, 생산자와 이용자 사이에 소통의 창이 있는지, 정기적인 자료 보급 활동을 하는지 등을 살펴볼 것을 제안하고 있다.

보건계정 산출 결과는 기본적으로 「국민보건계정」 보고서를 통해 제공된다. 보건복지부는 OECD가 보건 통계를 공표(매년 7월 초)한 이후에 해당 보고서를 홈페이지에 게시한다.⁷⁾ 그리고 보고서에 담긴 수치는 승인통계 관리 지침에 따라 국가통계포털(<https://kosis.kr/index/index.do>)에 등록한다.

7) <http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301ls.jsp>

[그림 2-7] 국민보건계정 산출물의 제공 형태

The screenshot shows the '국민보건계정' (KNHA) website interface. The main content area displays a list of reports under the heading '연구/조사/발간자료'. The table below is a reproduction of the data shown in the image.

번호	제목	등록일	조회수
14	2020년 국민보건계정	2022-08-26	471
13	2019년 국민보건계정	2021-08-25	3507
12	2018년 국민보건계정	2021-04-29	1586
11	2017년 국민보건계정	2021-04-29	1382
10	2016년 국민보건계정 보고서	2016-11-12	1924
9	2015년 국민보건계정 보고서	2017-11-21	976
8	2014년 국민보건계정 보고서	2016-09-09	2405
7	2013년 기준 국민의료비 및 국민보건계정 보고서	2015-08-17	3174
6	2012년 국민의료비 및 국민보건계정	2014-07-23	7322

The sidebar on the left contains navigation links such as '정보', '정보공개', '민원', '참여', '정보', '알림', '소개', '정책', '이용안내'. The right side features a banner for '2021년 국민보건계정' (Korean National Health Accounts in 2021) with a background image of a stethoscope and a laptop.

자료: 보건복지부 홈페이지(<https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019>)

한편, 간행물 등 정부의 정보 제공 채널에 대한 국민의 접근성이 떨어질 수 있는바, 국민보건계정팀은 최근 새롭게 홈페이지(<http://health-account.kr/>)를 구축하여, 산출 방법, 분류 체계 등의 정보를 온라인에서 제공하기 시작했다. 홈페이지는 국민보건계정에 대한 기본적인 소개 외에 설명 공간, 알림 공간, 참여 공간을 제공하여 통계 이용자와의 소통 창구를 넓혔다.

국민보건계정 홈페이지의 '설명 공간'은 보건계정의 분류 체계를 소개한다. 기능, 자원, 공급자 차원별로 분류 구조와 각 항목의 정의를 살펴볼 수 있다. 그리고 보건계정의 산출 방법도 확인할 수 있다.

'알림 공간'은 보고서 등 정부 간행물보다 한 차원 가벼운 형태로 자료를 제공한다. 대표적으로 인포그래픽, 카드 뉴스 등 이미지 파일이 담겨 있으며, 국민보건계정을 소개하는 동영상 파일도 있다.

마지막으로 '참여 공간'은 두 가지로 나뉘는데, 일반 국민의 궁금증을 해소하기 위한 '자주 묻는 말'(Q&A 게시판)과 전문가들의 의견 교류의 장인 '국민보건계정 포럼'이 있다. 단, '국민보건계정 포럼'은 포럼에 등록된 회원에 한정해서 공개되는 공간이다.

32 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

[그림 2-8] 국민보건계정 홈페이지



자료: 국민보건계정 홈페이지(<http://healthaccount.kr/>)

[그림 2-9] 국민보건계정 '알림 공간' 제공 인포그래픽



자료: 국민보건계정 홈페이지(<http://healthaccount.kr/news/card/6>)

국민보건계정은 가공통계로 다양한 자료가 연계되어 생산되는 가운데, 구축에 사용된 원시정보(기초 자료)는 외부에 제공되지 않고 있다. 국민보건계정팀은 보고서에 주요 자료원이 무엇인지 소개하지만, 산출 작업에 투입한 기초 자료를 공유하지 않는다. 다만, 국민보건계정 구축의 최종 산물은 통계청의 국가통계포털(<https://kosis.kr/index/index.do>)과 OECD 통계포털(<https://stats.oecd.org/>)에서 확인할 수 있다.

가. 정량 평가

보건계정 산출물(㉓)은 경상의료비, 정부재원, 가계직접부담 등 주요한 국민보건계정 산출 작업의 결과물을 공유하는 채널이 있는지에 대한 평가이다. 평가위원 중 3인이 양호 범주(⑥~⑦)에 응답하였고, 4인이 보통 범주(③~⑤)에 응답하였다. 평가위원 중 1인은 다소 미흡(②)한 것으로 평가하였다.

정보의 확산 방법(㉔)은 보건계정 관련 정보의 확산 방법이 다양한지를 평가하는데, 양호 범주(⑥~⑦)에 1인, 보통 범주(③~⑤)에 4인이 응답하였다. 한편, 미흡 범주(①~②)에도 3인이 응답하였다.

보건계정 데이터의 사용(㉕)은 보건계정 데이터가 다양하게 사용되는지에 대한 평가이다. 모든 평가 항목 중에서 평가위원 8인의 응답 분포가 가장 다양했다는 특성이 있는 가운데, 양호 범주(⑥~⑦)에는 평가위원 1인만이 응답하였다. 그리고 보통 범주(③~⑤)에 4인, 미흡 범주(①~②)에 3인이 응답하였다.

34 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

〈표 2-5〉 ‘데이터의 활용과 확산’ 영역의 정량 평가 결과

항목	내용	점수						
		미흡	<	<	보통	<	<	양호
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
㉔ 보건계정 산출물	보건계정 산출 결과물(경상의료비, 정부재원, 가계직접부담 등)의 공유 채널이 있는지		1	1	1	2	3	
㉕ 정보의 확산 방법	보건계정 관련 정보의 확산 방법이 다양한지	1	2		2	2	1	
㉖ 보건계정 데이터의 사용	보건계정 데이터가 다양하게 사용되는지	1	2	1	1	2	1	

나. 정성 평가

데이터의 활용과 확산 영역의 항목들은 다른 영역과 비교해서 평가가 냉혹한 편이다. 평가위원은 전반적으로 데이터의 활용, 공유, 확산이 제한적이라고 판단하였다. 비록 보건계정의 작성 목적이 OECD 제국을 중심으로 한 국가 간 비교에 있다고 하더라도 국내 수요에 부합하는 통계 생산과 확산 정책이 필요하다고 평가하였다.

지표 구조가 복잡하고 방대한 만큼, 다양한 이해당사자(정책 실무자, 연구자, 일반 국민)의 수요에 적절히 대응하고, 이들이 데이터를 잘 사용할 수 있도록 지원하는 데이터 제공 정책을 수립할 필요가 있다고 보았다. 특히, 연구자가 분석에 활용할 수 있도록 자료의 시계열성을 확보해 주고, 표준화된 형태로 자료를 제공해줄 것이 요구되었다.

한편, 보건계정 포털서비스의 구축과 이를 통한 대국민 소통채널 확대에 대한 필요성도 제기되었다. 시각 정보를 활용하여 이해하기 쉬운 형태로 자료를 제공했으면 한다는 의견이 있었다. 소수의 의견이지만, 보건계정 데이터의 활용 실태와 환류 체계 전반에 대한 점검 요청도 있었다.

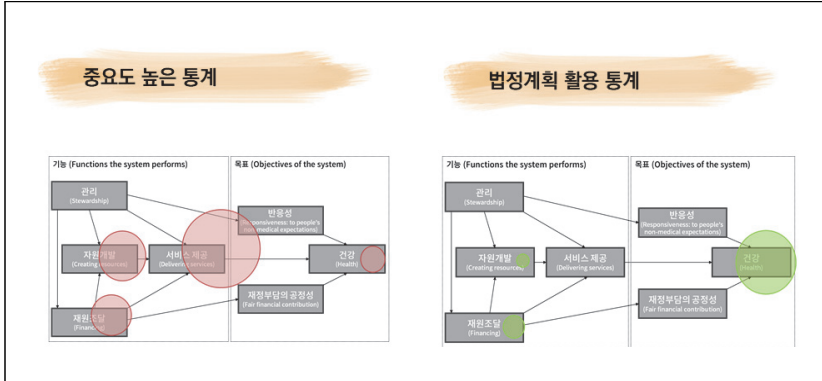
제4절 소결

WHO(2023a)의 보건계정 제도화 성숙도 평가 틀(A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization)에 따라 살펴본 우리나라 보건계정 작업의 성숙도 수준은 평가 영역별로 다소 차이가 있어 보인다. 보건의료 분야 학회를 대표한 전문가 8인의 평가 의견을 종합해보면, ‘거버넌스와 재정 마련’ 영역과 ‘기술 역량’ 영역은 양호한 편이다. 한편, ‘수요’ 영역은 양호와 보통의 중간 수준, ‘데이터의 활용과 확산’은 보통 수준으로 평가되었다. 이러한 결과를 통해 몇 가지 고려사항을 정리하고자 한다.

첫째, 보건계정 작업의 최종 산물인 의료비 통계의 수요자 유형과 쓰임에 대한 고민이 필요하다. 특히, 정책 입안자의 관점에서 활용도에 관한 검토가 정례적으로 이루어져야 한다. 신정우 외(2021)에 따르면, OECD 보건통계 인식 조사에 응한 정책 입안자의 50%가 의료비 통계를 중요하게 생각하고 있음에도 불구하고, 실제 정부가 법정 계획을 수립하는 과정에서는 거의 인용하지 않고 있다. 정책 입안자의 필요도를 반영하여 지표를 체계화하고 제공하여, 정책의 목표를 세우고, 모니터링할 수 있는 기반을 마련해야 한다.

특히, 의료비 통계가 보건의료제도를 조망할 수 있는 주요한 거시 지표라는 점을 고려했을 때, 정책적 활용이 부족한 점이 아쉽다. 이러한 배경에는 의료비 통계가 OECD 등 국제기구의 산출 가이드에 따라 생산되는 바, 건강보험, 노인장기요양보험 등 특정 제도가 필요로 하는 세부적인 정보를 담아내지 못한다는 한계 인식이 있다. 비록 OECD 통계일지라도, 정보를 확장하여 관리하고 제공한다면 국제기구에 제출 의무를 준수할 뿐 아니라 국내적인 쓰임도 넓힐 수 있을 것이다.

[그림 2-10] 정책 수립 과정에서의 요구도와 활용 현황 비교



자료: 저자 작성

둘째, 거버넌스 측면에서 통계의 품질 관리에 대한 우려가 있었던바, 대외적 신뢰를 쌓기 위한 노력이 필요하다. 2007년을 시작으로 오랜 기간 승인통계로 관리되어 온 만큼 정부의 공식 업무로 자리매김하기 위해서는 표상적인 관리 구조만을 유지할 것이 아니라, 정부가 더욱 실무적인 역할을 해야 한다. 예를 들어서 정부가 의료비 산출 작업을 직접 수행하거나, 위원회를 구성하여 산출 과정을 감독하고 결과의 타당성을 검증하는 등 컨트롤타워의 기능과 역할을 다하여 책무성을 강화할 필요가 있다.

셋째, 데이터의 확산과 사용(활용)을 위한 노력의 부족함에 대해서 생각해 봐야 한다. 앞에서 살펴본 것과 같이 의료비 통계는 현재 국가통계 포털과 OECD 통계 포털에서만 받아볼 수 있다. 한편, 두 사이트가 제공하는 자료 형태는 연구자 친화적이지 않다. 그뿐만 아니라 국민계정과 같이 회계적 관점에서 생산되다 보니 정책 입안자나 국민이 다소 어렵게 느낀다. 비단 최근 들어서 국민보건계정팀이 홈페이지를 새로 구축하고, 보고서 이외에 다양한 형태로 통계 정보를 제공하는 등 정보 확산과 소통을 위한 노력을 시작했지만, 일반 국민은 보건계정 내지 의료비 통계에 대해

어려움을 많이 느낀다. 향후 정보 제공 방식의 다양화, 친숙화 등 통계 정보를 기반으로 한 소통의 기회를 늘려가야 한다.

〈표 2-6〉 보건계정 제도화의 성숙도 평가 종합

항목		전반적 평가 (7점 척도)	
		다빈도 응답	평균
수요	보건의료 계획, 예산, 정책의 개발	-	4.3
	정책 수행자의 요구도	⑥	5.4
	투명성과 책무성	⑥	5.5
거버넌스와 재정 마련	공식 임무	⑦	5.6
	조직 구성과 조정 메커니즘	⑥	4.8
	재정 마련	⑦	5.9
기술 역량	보건계정팀의 전문성	⑥	5.9
	정보 체계	⑥	5.8
	정기적수행 정도	⑦	6.5
데이터의 활용과 확산	보건계정 산출물	⑥	4.6
	정보의 확산 방법	-	3.6
	보건계정 데이터의 사용	-	3.5

주: 보건의료 분야 주요 학회를 대표하는 8인의 평가로, 미흡~양호(①~⑦)의 응답 분포가 펼쳐진 응답은 다빈도 값을 제시하지 않음.



제3장

국민보건계정 DB 구축

제1절 국민보건계정의 개념과 구조

제2절 국민보건계정의 분류 체계

제3절 국민보건계정의 작성 방법

제4절 국민보건계정 산출 기초 자료원

제 3 장 국민보건계정 DB 구축

제1절 국민보건계정의 개념과 구조

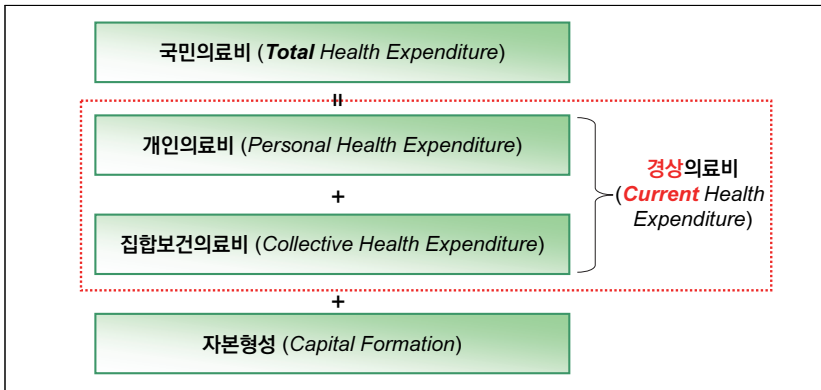
국민보건계정은 한 해 동안 국민이 지출한 의료비를 재원(financing schemes), 기능(function), 공급자(provider)의 특성에 따라서 정리한 표이다. 여기에서 의료비란 치료, 재활, 돌봄(장기요양), 건강 증진, 질병 예방 등을 우선적인 목적(primary purpose)으로 지출한 것이다. 국민보건계정은 최종 소비 단계에서 발생한 지출 정보를 집계한다. 경상의료비(Current Health Expenditure)는 이러한 비용을 총망라한 것으로 국민보건계정을 대표하는 산출물이다.

경상의료비는 의약품 구매를 포함하여 개인이 질병을 치료하는 데 지출한 ‘개인의료비(Personal Health Expenditure)’와 단체 또는 개인의 예방 활동과 보건의료 제도를 운영하는 데 투입한 행정관리비를 종합한 ‘집합보건의료비(Collective Health Expenditure)’로 구성된다. 경상의료비에 시설과 장비에 대한 투자 비용에 해당하는 ‘자본형성(Capital Formation)’ 지출을 더하면 국민의료비(Total Health Expenditure)가 된다.

OECD가 의료비 통계 수집 활동을 시작하던 2000년대에는 국민의료비를 국가 간 비교에 주되게 사용하였다. 한편, 2011년에 OECD, WHO, Eurostat(이후 OECD 등 국제기구)가 공조하여 작성 지침을 개정하면서 국민의료비를 대신하여 경상의료비를 주된 비교 지표로 변경하였다. OECD 등 국제기구는 의료비의 경상 지출(개인의료비와 집합보건의료비)과 자본형성 지출을 합산할 경우 오해가 발생한다고 판단하였다. 경상

지출은 가계, 정부, 비영리단체 등에 의한 의료서비스와 재화에 대한 현 시점에서의 최종 소비지만, 자본 형성은 공급자의 자본재(capital goods)에 대한 수요로 미래의 제공을 가능하게 하기 때문에 ‘소비 시기’에 차이가 있는바, 둘을 합산해서는 안 된다고 하였다.

[그림 3-1] 의료비의 구조



자료: 저자 작성

OECD 등 국제기구에는 포괄성(comprehensiveness), 일관성(consistency), 비교 가능성(compatibility), 시의성 및 정확성(timeliness and precision), 정책 민감성(policy sensitivity) 등 보건계정의 작성을 위한 몇 가지 원칙을 제시하였다. 그중에서 포괄성, 일관성, 비교 가능성은 보건 계정 작성 초기부터 계속해서 중요한 원칙으로 다루어져왔다.

첫째, 포괄성은 치료, 재활, 돌봄(장기요양), 건강 증진, 질병 예방 등을 위한 모든 활동을 보건의료서비스에 포함해야 한다는 것이다. 입원 중에 동반되는 간병서비스, 임플란트 시술 같은 치과서비스도 이러한 관점에서 모두 집계 대상이 된다. 둘째, 일관성은 시계열적으로 투입 자원과 산출 방법이 일관되어 시점 간 자료의 단절이 없어야 함을 의미한다. 셋

째, 비교 가능성은 국제 비교의 관점에서 설명되는 것으로, 같은 항목이라면 비록 다른 자료원에 기초하더라도 같은 내용에 대한 것이어야 함을 의미한다.

제2절 국민보건계정의 분류 체계⁸⁾

국민보건계정의 분류는 크게 세 가지 차원에서 이루어진다. 첫째, ‘기능별 분류’는 건강 필요(health needs)를 충족하기 위해 어떤 서비스를 이용한 것인지를 나타낸다. 둘째, ‘공급자별 분류’는 의료서비스와 재화가 어떤 곳에서 제공된 것인지를 나타낸다. 셋째, ‘자원별 분류’는 누가 최종 지불을 하는 주체를 나타내는 것으로, 의료 재정의 거래(흐름)와 구조를 명확하고 투명하게 보여주는 것을 목표로 한다. 각 차원은 항목의 특성에 따라서 두 자리 수준(세분류) 혹은 세 자리 수준(세세분류)까지도 세분된다.

1. 기능별 분류

기능별 분류(Classification of health care function; ICHA-HC)는 제공되는 서비스의 우선적인 목적에 따라서 지출액을 구분하는 것으로, 보건계정 분류의 가장 기본이다. 개인의료비, 집합보건의료비, 경상의료비 등 의료비의 외연이 서비스 기능을 기준으로 정해지기 때문이다. 회계적 의미에서 기능(function)은 ‘추구하는 목적의 종류나 거래가 충족하

8) 이 절의 일부는 ‘2022년 OECD 등 국제기구 통계 생산 및 관리(신정우 외, 2022)’를 재구조하여 정리함.

고자 하는 필요의 유형과 관계'된 것으로, 지출 측면에서의 거래는 “어떤 목적으로?”라는 질문을 다룬다.

기능 분류는 다음의 판단 과정(그림 3-2)을 거치며 갈래가 나뉜다. 우선 질병의 유무에 따라서 질병 진단(disease diagnosed)과 예방으로 구분되며, 질병 진단 이후 사망 혹은 치료, 재활, 돌봄(장기요양)의 흐름으로 진행한다. 예방은 1차 예방(primary prevention)으로부터 판단이 진행되는데, 성공 여부에 따라 평시 상태 혹은 치료의 과정을 겪게 된다. 이러한 순서에 따라서 총 46개의 항목으로 분류가 이루어진다.

치료서비스(HC.1)는 치료 과정에서 제공되는 의료서비스를 지칭한다. 치료 과정이란 의료 제공의 주된 목적인 생명 유지나 정상적인 기능에 위협이 되는 질병·상해 등의 증상을 줄이고, 합병증 유발을 방지하는 것으로 정의된다. 치료서비스는 입원서비스(HC1.1), 당일치료서비스(HC1.2), 외래서비스(HC1.3), 재가서비스(HC1.4)로 세분화된다.

재활서비스(HC.2)는 질병이나 부상으로 신체적 기능이 떨어진 환자의 기능 향상을 주된 목적으로 제공되는 서비스이다. 재활치료는 보통 급성 치료(acute curative care)와 간호시설케어(nursing facility care)의 중간 정도 단계에 속한다. 재활서비스는 입원재활서비스(HC2.1), 당일재활서비스(HC2.2), 외래재활서비스(HC2.3), 재가재활서비스(HC2.4)로 세분화된다.

장기요양서비스(HC.3)는 오랜 기간 의존 상태에 있는 환자의 통증과 고통을 줄이고, 건강 악화를 방지하는 것을 주된 목적으로 제공되는 서비스로, 의료적인 것만을 포함한다. OECD 등 국제기구는 장기요양서비스를 의료적 서비스와 사회적 서비스로 나누는데, 사회적 서비스는 46개 항목에는 포함하지 않지만, 장기요양서비스 규모에 대한 정확한 이해를 위하여 별도 항목에서 확인한다. 장기요양서비스도 입원서비스나 재활서비

스와 마찬가지로 네 개(입원, 주간, 외래, 재가)로 세분화된다.

보조서비스(HC.4)는 의료기사 등에 의해 수행되는 여러 가지 서비스를 지칭한다. 여기에는 임상검사서비스(HC.4.1), 영상진단(HC.4.2), 환자이송(HC.4.3) 항목이 포함된다. 단, 입원서비스 중에 함께 이루어지는 검사나 영상 촬영은 여기에 포함하지 않는다. OECD 등 국제기구는 이러한 이유로 이 항목을 non-specified by function이라고 규정하였다.

의료재화(HC.5)는 의료기관 외에서 조제되는 의약품 등의 의료재화 및 조제와 관련된 서비스를 지칭한다. 이는 크게 의약품·기타비내구재(HC.5.1)와 치료용구·기타의료재화(HC.5.2)로 나뉜다. 의약품·기타비내구재는 처방전의 유무에 따라 크게 처방의약품(HC.5.1.2)과 비처방의약품(HC.5.1.2)으로 분류된다. 한편, 반창고, 응급처치 키트, 무릎 지지대, 피임기구 등은 기타의료비내구재(HC.5.1.3)로 분류된다. 단, 보조의료서비스와 마찬가지로 입원서비스 중에 함께 제공된 의약품 등은 여기에 포함하지 않는다. OECD는 의약품 지출에 대한 명확한 이해를 위하여 입원 중에 발생한 의약품 지출을 포함하여 의약품 총지출액(total pharmaceutical expenditure)을 별도로 집계한다.

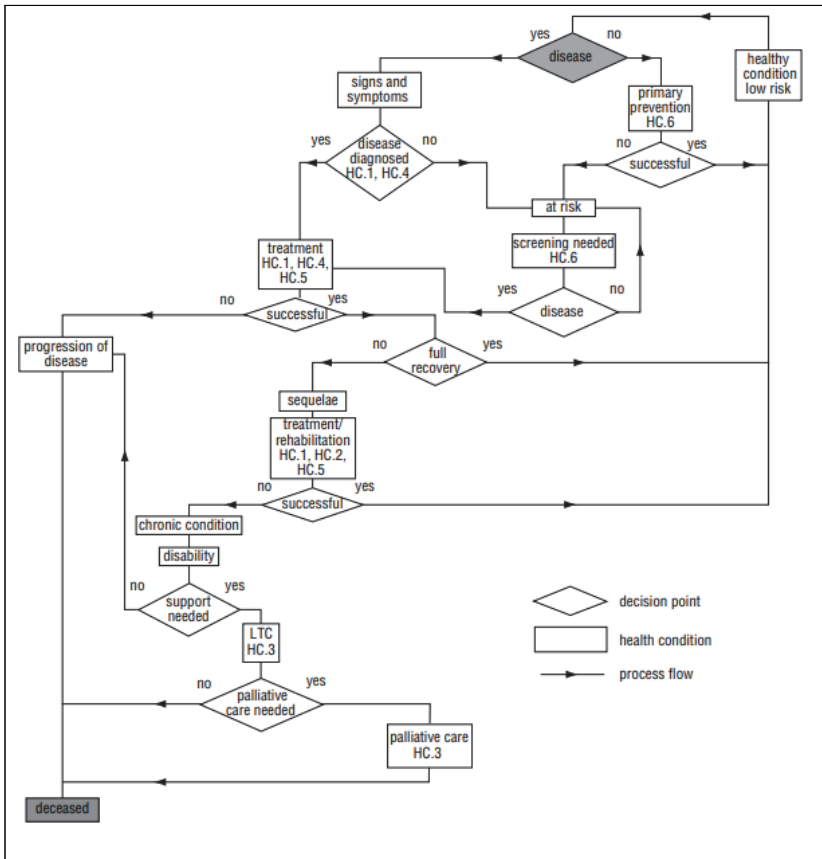
예방서비스(HC.6)는 건강의 증진을 위한 모든 활동을 포괄하되, 건강 불기능(health dysfunction)을 고치기 위한 치료서비스(curative)와는 구별된다. 예방서비스는 정보·교육·상담프로그램(HC.6.1), 면역프로그램(HC.6.2), 질병조기발견프로그램(HC.6.3), 건강모니터링프로그램(HC.6.4), 역학조사 및 위험·질병관리프로그램(HC.6.5), 재해·응급대응프로그램(HC.6.6)을 포함한다.

거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7)는 보건의료체계의 기능을 관리하고 지원하며, 보건의료체계의 효과성, 효율성, 형평성을 유지, 증가시키기 위한 집합 서비스를 의미한다. 하위 항목으로 거버넌스·보건체계관리

(HC.7.1)와 보건재정관리(HC.7.2)를 둔다.

그 밖에 기타보건의료서비스(HC.0)는 위 HC.1~HC.7에 해당하지 않는 서비스를 포함한다. OECD 등 국제기구는 가능한 한 이 항목에 분류하지 않도록 권고한다.

[그림 3-2] 기능 분류의 의사 결정 나무(decision tree)



자료: OECD, Eurostat & WHO. (2017). A system of health accounts 2011 revised edition. Paris: OECD Publishing. p.78. 재인용

자료: 신정우 외. (2022). 2022년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리, pp.131-132. 재구성

〈표 3-1〉 기능별 분류

OECD 코드	국문 명칭
HC.1 Curative care	치료서비스
HC.1.1 Inpatient curative care	입원치료서비스
HC.1.1.1 General inpatient curative care	일반입원서비스
HC.1.1.2 Specialised inpatient curative care	전문입원서비스
HC.1.2 Day curative care	당일치료서비스
HC.1.2.1 General day curative care	일반당일치료서비스
HC.1.2.2 Specialised day curative care	전문당일치료서비스
HC.1.3 Outpatient curative care	외래서비스
HC.1.3.1 General outpatient curative care	일반외래서비스
HC.1.3.2 Dental outpatient curative care	치과외래서비스
HC.1.3.3 Specialised outpatient curative care	전문외래서비스
HC.1.4 Home-based curative care	재가서비스
HC.2 Rehabilitative care	재활서비스
HC.2.1 Inpatient rehabilitative care	입원재활서비스
HC.2.2 Day rehabilitative care	당일재활서비스
HC.2.3 Outpatient rehabilitative care	외래재활서비스
HC.2.4 Home-based rehabilitative care	재가재활서비스
HC.3 Long-term care (health)	장기요양서비스 (보건)
HC.3.1 Inpatient long-term care (health)	입원장기요양서비스 (보건)
HC.3.2 Day long-term care (health)	주간장기요양서비스 (보건)
HC.3.3 Outpatient long-term care (health)	외래장기요양서비스 (보건)
HC.3.4 Home-based long-term care (health)	재가장기요양서비스 (보건)
HC.4 Ancillary services (non-specified by function)	보조서비스 (타 기능 미포함)
HC.4.1 Laboratory services	임상검사서비스
HC.4.2 Imaging services	영상진단
HC.4.3 Patient transportation	환자이송
HC.5 Medical goods (non-specified by function)	의료재화 (타기능 미포함)
HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durable goods	의약품·기타비내구재
HC.5.1.1 Prescribed medicines	처방의약품
HC.5.1.2 Over-the-counter medicines	비처방의약품
HC.5.1.3 Other medical non-durable goods	기타의료비내구재
HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical	치료용구·기타의료재화

OECD 코드	국문 명칭
durable goods	
HC.6 Preventive care	예방서비스
HC.6.1 Information, education and counseling programmes	정보·교육·상담프로그램
HC.6.2 Immunisation programmes	면역프로그램
HC.6.3 Early disease detection programmes	질병조기발견프로그램
HC.6.4 Healthy condition monitoring programmes	건강모니터링프로그램
HC.6.5 Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes	역학조사 및 위험·질병관리프로그램
HC.6.6 Preparing for disaster and emergency response programmes	재해·응급대응프로그램
HC.7 Governance and health system and financing administration	거버넌스·보건체계·재정관리
HC.7.1 Governance and health system administration	거버넌스·보건체계관리
HC.7.2 Administration of health financing	보건재정관리
HC.9 Other health care services unknown	기타보건의료서비스

2. 공급자별 분류

공급자별 분류(Classification of health care providers; ICHA-HP)는 의료재화와 서비스를 제공하는 조직을 통용되는 범주로 체계화한 것이다. 공급자는 국가마다 법적, 회계적, 조직 및 운영 구조가 다양하다. 이로 인해 비슷한 명칭을 사용하더라도 각 나라 의료제도에서 하는 역할이 다른 경우가 종종 있다. 예를 들어, 주요한 공급자에 해당하는 병원은 입원서비스를 제공하는 것이 일반적이지만, 외래 진료, 재활서비스, 장기 치료서비스를 제공하는 경우도 많다. OECD 등 국제기구는 보건계정체계 내에서 국가마다 천차만별인 공급자를 국제적으로 적용 가능한 공통 범주로 배열하고자 한다.

공급자는 병원, 의원, 약국 등과 같이 의료서비스의 제공을 주된 활동(principal activity)으로 하는 '1차 생산자(primary provider)'와 의료

서비스 제공이 주된 활동은 아니지만, 이차적인 활동으로서 의료서비스를 제공하는 '2차 생산자(secondary provider)'로 나뉜다. 2차 생산자의 예로는 가게에서 봉사하는 비영리단체, 예방서비스를 제공하는 민간단체 등을 들 수 있다. 공급자는 [그림 3-3]의 구분 가운데 34개 항목으로 분류한다.

병원(HP.1)은 의사, 간호사 등 의료인력이 환자에게 의료적, 진단적, 치료적 서비스를 제공하는 것을 주 기능으로 하는 곳이다. 병원은 일반병원(HP.1.1), 정신병원(HP.1.2), 전문병원(HP.1.3)으로 세분화된다.

거주형장기요양시설(HP.2)은 입소자에게 간호관리서비스 등과 함께 주거케어를 제공하는 것을 주된 기능으로 하는 곳이다. 이곳에서는 의료서비스와 사회서비스의 제공이 함께 이루어지는 가운데, 의료서비스는 간호서비스 수준에서 제공된다. 거주형장기요양시설은 장기요양간호시설(HP.2.1), 정신보건·약물남용치료시설(HP.2.2), 기타거주형장기요양시설(HP.2.3)로 세분화된다.

통원보건의료제공자(HP.3)는 외래서비스를 제공하는 것을 주된 기능으로 하는 시설이다. 이는 의원(HP.3.1), 치과의원(HP.3.2), 기타보건의료임상종사자(HP.3.3), 통원보건의료센터(HP.3.4), 재가보건의료제공자(HP.3.5)로 구성된다.

보조서비스제공자(HP.4)는 병원 등 치료 에피소드 내에서 다루어지지 않는 특정 보조 서비스를 보건의료 전문가의 감독하에 환자에게 제공하는 시설을 포함한다. 이들은 환자에게 직접 비용을 청구하며 서비스를 제공하기도 하고, 병의원 등 타 시설과의 계약 관계 속에서 환자에게 현물 서비스를 제공하기도 한다. 환자이송·응급구조제공자(HP.4.1), 의학·진단검사소(HP.4.2), 기타보조서비스제공자(HP.4.8)가 보조서비스제공자에 해당한다.

의료재화소매상·기타제공자(HP.5)는 의료재화를 일반 대중에게 소매하는 것을 주된 업무로 하는 시설이다. 약국(HP.5.1)을 비롯하여 의료내구재·의료용구의 소매업자·기타제공자(HP.5.2), 의약품·의료재화의 기타판매·제공자(HP.5.9)가 이에 해당한다.

예방서비스제공자(HP.6)는 특정 인구 집단 혹은 대규모 인구를 대상으로 집단 예방 프로그램, 예방 캠페인, 공중보건 프로그램 등의 제공을 주된 활동으로 하는 예방 관리 전문 기관이다. 건강증진기관 또는 공중보건기관 등이 이에 해당한다.

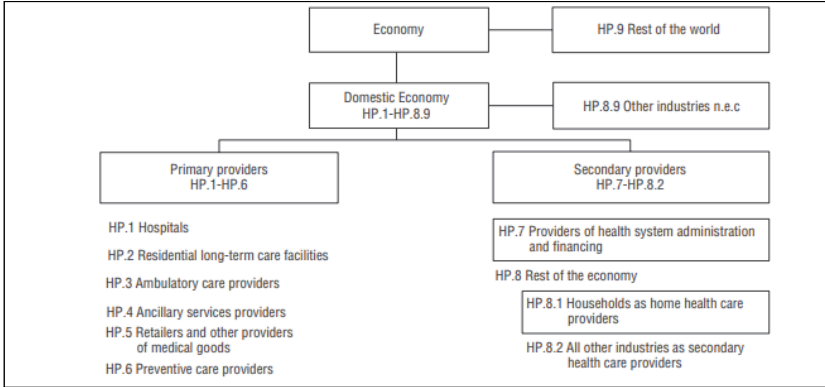
보건의료체계관리·재원제공자(HP.7)는 의료서비스를 제공하는 기관의 활동 규제와 의료 재정 관리를 포함한 의료 부문 전반의 행정에 종사하는 기관이다. 전자(보건의료체계관리)는 거버넌스를 다루는 곳으로 보건의료제도를 전반적으로 관리하는 정부보건행정기관(HP.7.1)이다. 후자(재원제공자)는 공공과 민간 영역에서 자금을 조달하고 구매하는 활동을 하는 곳으로 사회건강보험기관(HP.7.2)과 민간건강보험관리조직(HP.7.3)을 포함한다. 그밖에 기타관리기관(HP.7.9)이 있다.

국내기타부문(HP.8)은 크게 두 가지를 포함한다. 우선, 재가보건의료 제공자로서의 가계(HP.8.1)는 가족 구성원이 가구 내에서 돌봄 서비스를 제공하는 경우로, 사회 이전 급여(social transfer payments)를 받는다. 하지만 가족 구성원에 대한 무급 서비스는 포함하지 않는다. 2차적보건 의료제공자(HP.8.2)는 2차 활동으로 의료서비스를 제공하는 조직으로 기업 내에서 건강 관리 서비스를 제공하는 경우가 해당한다. 기타산업(HP.8.9)은 신체 또는 기능적 한계가 있는 사람의 사회적 고립을 예방하고 퇴치하는 것을 주목표로 사회서비스를 제공하는 기관 등이 포함된다.

해외부문(HP.9)은 국내 시설 이외에서 의료서비스와 재화를 이용한 경우이다. 예를 들어, 해외여행 중에 갑작스러운 질병·상해 등으로 그 국가

의 의료시설을 이용한 경우를 포함한다.

[그림 3-3] 공급자 구분의 개요



자료: OECD, Eurostat & WHO. (2017). A system of health accounts 2011 revised edition. Paris: OECD Publishing. p.124. 재인용

〈표 3-2〉 공급자별 분류

OECD 코드	국문 명칭
HP.1 Hospitals	병원
HP.1.1 General hospitals	일반병원
HP.1.2 Mental health hospitals	정신병원
HP.1.3 Specialised hospitals (other than mental health hospitals)	전문병원 (정신병원 이외)
HP.2 Residential long-term care facilities	거주형장기요양시설
HP.2.1 Long-term nursing care facilities	장기요양간호시설
HP.2.2 Mental health and substance abuse facilities	정신보건·약물남용치료시설
HP.2.9 Other residential long-term care facilities	기타거주형장기요양시설
HP.3 Providers of ambulatory health care	통원보건의료제공자
HP.3.1 Medical practices	의원
HP.3.2 Dental practices	치과의원
HP.3.3 Other health care practitioners	기타보건의료임상종사자
HP.3.4 Ambulatory health care centres	통원보건의료센터
HP.3.5 Providers of home health care services	재가보건의료제공자

52 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

OECD 코드	국문 명칭
HP.4 Providers of ancillary services	보조서비스제공자
HP.4.1 Providers of patient transportation and emergency rescue	환자이송·응급구조제공자
HP.4.2 Medical and diagnostic laboratories	의학·진단검사소
HP.4.9 Other providers of ancillary services	기타보조서비스제공자
HP.5 Retailers and other providers of medical goods	의료재화소매상·기타제공자
HP.5.1 Pharmacies	약국
HP.5.2 Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances	의료내구재·의료용구의 소매업자·기타제공자
HP.5.9 All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	의약품·의료재화의 기타판매·제공자
HP.6 Providers of preventive care	예방서비스제공자
HP.7 Providers of health care system administration and financing	보건의료체계관리·재원제공자
HP.7.1 Government health administration agencies	정부보건행정기관
HP.7.2 Social health insurance agencies	사회건강보험기관
HP.7.3 Private health insurance administration agencies	민간건강보험관리조직
HP.7.9 Other administration agencies	기타관리기관
HP.8 Rest of economy	국내기타부문
HP.8.1 Households as providers of home health care	재가보건의료의 제공자로서의 가계
HP.8.2 All other industries as secondary providers of health care	2차적보건의료제공자
HP.8.9 Other industries n.e.c.	기타산업
HP.9 Rest of the world	해외부문

자료: 신정우 외. (2022). 2022년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리, pp.128-129. 재구성

3. 자원별 분류

재원에 따른 의료비지출(Classification of health care financing schemes; ICHA-HF) 분류는 16개 항목이다. 크게 정부·의무가입제도, 민간부문(임의가입제도, 가계직접부담), 해외부문으로 구분되는데, 이는 기존의 분류 방식(SHA2011 적용 이전)인 공공재원, 민간재원, 해외부문을 대체한 것이다(그림 3-5). OECD 등 국제기구가 이러한 결정을 한 이유는 재원의 강제성 여부에 따른 재원 구분을 다수의 국가가 선호했기 때문이다. 건강보험 등 각 제도는 자원별로 다음과 같이 배치할 수 있다.

[그림 3-4] 자원별 제도의 배치

SHA1.0 기준	국내										해외 부문
SHA2011 기준 (자원별)	공공재원					민간재원				HF.3	HF.4
	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF1.2.1	HF1.2.2	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3		
	정부 의무가입제도	정부	의무 가입 건강보험	사회 건강보험	의무 가입 민간 건강보험	임의 가입 제도	임의 가입 건강보험	비영리 단체	기업	가계 직접부담	해외 부문
구분 (제도)		정부 (중앙, 지방)		사회 보험 (건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험)	민영 사회 보험 회사 (자동차 보험)		민영 보험 회사	민간 비영리 단체	기업	가계	
개인 의료비		①		②	③		④	⑤	⑥	⑦	
집합보건 의료비		⑧		⑨	⑩		⑪	⑫	⑬	⑭	

주: 개인의료비와 집합보건의료비에 표기한 숫자(①~⑭)는 제4절에서 자료원을 구분하여 기술하기 위함임.

정부·의무가입제도(HF1)는 사회 전체 구성원, 사회 구성원의 상당수, 혹은 적어도 일부 취약 계층이 기본적인 의료서비스에 대한 접근성을 보장 받는 것을 목표로 하는 모든 제도를 포함한다. 여기에는 정부 제도(HF1.1), 의무가입건강보험(HF1.2), 의무가입의료저축계좌(HF1.3)가 해당된다. 우리나라는 이 중에서 정부 제도와 의무가입건강보험만 있다. 의무가입건강보험을 구성하는 사회건강보험(HF1.2.1)은 건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험 등 사회보험제도를, 의무가입민간건강보험(HF1.2.2)은 민간이 운영하지만 강제 가입 성격을 띤 자동차보험을 포함한다.

임의가입제도(HF2)는 민간의 재량하에 제공되는 국내 모든 사전지불제도(pre-paid)를 포함하며, 임의가입건강보험(HF2.1), 비영리단체(HF2.2), 기업(HF2.3)으로 구성된다. 이 중에서 임의가입건강보험은 정부에 의해서 의무화되지 않는 보험 구매, 즉 민간보험회사에 해당한다.

가계직접부담(HF3)은 보건의료서비스와 재화를 이용할 때 사용자가 직접 부담하는 것으로, 급여 항목에 대한 분담분인 법정본인부담(HF3.2)과 비급여 항목에 대한 전액 부담인 비급여본인부담(HF3.1)을 포함한다. 비급여본인부담은 서비스 이용 시점에서 가구가 의료비를 직접 부담하여 지불하는 것으로, 모든 보건의료체계에서 중요한 요소로 간주되는 가운데, 저소득 국가에서 높은 재원 구성을 이루는 경우가 많다.

해외부문(HF4)은 해외에 있는 기관이 국내 기관을 대신하여 자원을 모으고 의료서비스를 제공하는 기관에 재원을 지불하는 형태로 운영된다. 구호기관 같은 것이 이에 해당한다. 해외에 설립된 이들 기관은 통상적으로 국내 정부나 비영리단체를 통해 자금을 조달하는 등 국제 원조 활동을 한다.

〈표 3-3〉 재원별 분류

OECD 코드	국문 명칭
HF.1 Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	정부·의무가입제도
HF.1.1 Government schemes	정부
HF.1.1.1 Central government schemes	중앙정부
HF.1.1.2 State/regional/local government schemes	지방정부
HF.1.2 Compulsory contributory health insurance schemes	의무가입건강보험
HF.1.2.1 Social health insurance schemes	사회(건강)보험
HF.1.2.2 Compulsory private insurance schemes	의무가입민간(건강)보험
HF.1.3 Compulsory Medical Savings Accounts	의무가입의료저축계좌
HF.2 Voluntary health care payment schemes	임의가입제도
HF.2.1 Voluntary health insurance schemes	임의가입건강보험
HF.2.2 NPISH financing schemes	비영리단체
HF.2.3 Enterprise financing schemes	기업
HF.3 Household out-of-pocket payment	가계직접부담
HF.3.1 Out-of-pocket excluding cost-sharing	비급여본인부담
HF.3.2 Cost-sharingwiththird-partypayers	법정본인부담
HF.4 Rest of the world financing schemes (non-resident)	해외부문

자료: 신정우 외. (2022). 2022년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리, p.126. 재구성

제3절 국민보건계정의 작성 방법

의료비 지출 집계 방식은 크게 정부, 사회건강보험을 중심으로 한 ‘정부·의무가입제도’와 임의가입건강보험, 비영리단체, 기업, 가계직접부담에 의한 ‘민간재원’이 다르다. 정부·의무가입제도에는 민간에 의해 운영되나 강제 가입방식을 취하고 있는 자동차보험의 책임보험 재원도 포함된다. 이들은 주로 행정자료에 기초하여 정리되는데, 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 「건강보험통계연보」, 국민건강보험공단의 「의료급여통계연보」 및 「노인장기요양보험통계연보」, 고용노동부의 「산재

보험 사업연보», 정부의 「결산자료」 등이 주된 자료원이 된다. 국민보건계정의 구축을 위해 별도로 실시하고 있는 「보건소집행내역조사」도 형태는 조사이지만 지방정부의 결산자료에 몇 가지 정보를 더한 것으로 행정자료에 가깝다.

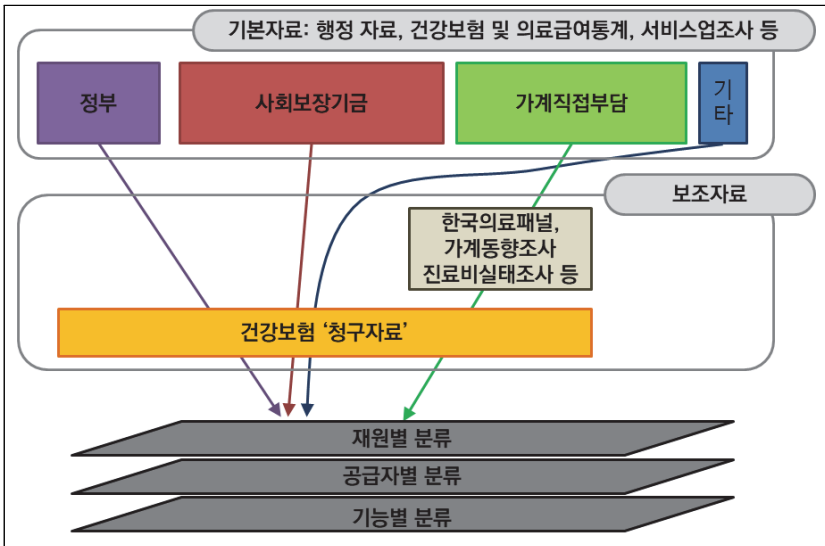
민간재원의 대부분을 차지하는 ‘가계직접부담’은 가계가 의료를 이용하는 단계에서 직접 부담하는 지불액을 의미하며, ‘보험급여 항목의 일부 부담분인’ 법정본인부담금과 비급여 항목에 대한 전액 부담분인 ‘비급여 본인부담’을 합한 것이다. 비급여본인부담 수치의 신뢰성이 전체 의료비 지출 규모의 정확성에 있어서 최대의 관건이나, 행정자료로 얻기 어려운바, 여러 자료(행정자료, 조사자료 등)를 조합하여 추정해야 한다. 현재는 「건강보험환자 진료비 실태조사」를 주된 자료로 놓고, 「한국의료패널조사」, 「가계동향조사」 등을 혼합하여 추정하고 있다.

그밖에 실손형 민영의료보험에 해당하는 ‘임의가입건강보험’, 가계에 무료 또는 적은 비용 부담으로 보건의료 재화와 서비스를 제공하는 ‘비영리단체’, 비법정 복지 혜택 등 기업이 피고용인을 위해 보건의료 재화와 서비스를 직접 제공하거나 자금을 대는 ‘기업’의 의료비 지출이 별도로 수집된다. 이 중에서 임의가입건강보험은 실손형 민영의료보험을 견인하는 보험연구원과의 협업에 의해서 자료를 확보한다. 비영리단체나 기업은 국가통계포털에 공개된 다수의 통계를 조합하여 지출 규모를 추정하는 등 최대한 공신력 있는 데이터를 활용하고 있다.

수집한 자료가 완벽성이 떨어질 때는 관련 정보를 활용하여 보충한다. 예를 들어, 건강보험통계연보는 보건계정체계가 요구하는 기능별 세부정보를 모두 담고 있지 않다(재활, 당일 입퇴원, 보조 의료서비스 등). 이 때는 통계연보 작성의 근간이 되는 건강보험 청구자료를 분석하여 정보를 세분화하는 과정에서 배분키로 활용하는 등 보조적으로 쓴다. 이처럼

조사자료 분석, 공표자료 인용, 행정자료 협조 등 다양한 방법으로 투입 자료를 생성하기 때문에, 여러 자료를 조합하는 과정에서 항목 간 정합성을 살펴보는 등 자료의 중복 문제가 발생하지 않도록 관리하고 있다.

[그림 3-5] 국민보건계정의 구축 틀



제4절 국민보건계정 산출 기초 자료원⁹⁾

국민보건계정 작성에 활용되는 자료는 [그림 3-5]에 입각하여, 재원(정부, 의무가입건강보험, 가계직접부담 등)과 기능(개인의료비, 집합보건의료비)을 큰 축으로 두고, 제도(지불 주체)별로 수집할 수 있다. <표 3-4>는 [그림 3-5]의 각 영역에 해당하는 기초 자료를 종합 정리한 것이다.

<표 3-4> 영역별 제도와 자료원

		구분	자료원	
개인 의료 비	정부 ①	의료급여	· 건강보험 청구자료 분석 결과 (건강보험심사평가원)	
		보건복지부	취약계층 지원	· 정부 결산자료 (DBrain)
			관련 사업 지원	· 정부 결산자료 (DBrain)
		타 부처	군병원	· 정부 결산자료 (DBrain)
			보훈 병원 (보훈 대상자)	· 진료비통계지표 (건강보험심사평가원) '보훈 심사실적'
			경찰 병원	· 경찰통계연보
			교정시설	· 교정통계연보
		소방청	· 소방청 통계연보 (추정)	
	의무가입 건강보험 ②	건강보험	· 건강보험통계연보 · 건강보험 청구자료 분석 결과 (건강보험심사평가원)	
		노인장기요양보험	· 노인장기요양보험통계연보	
		산재보험	· 산재보험 사업연보	
	의무가입 민간 건강보험 ③	자동차보험	· 진료비통계지표 (건강보험심사평가원) · 보험개발원 내부 자료	
	임의가입 건강보험 ④	민영의료보험	· 보험연구원 내부 자료	
	비영리	민간비영리단체	· 한국은행 '국민계정'	

9) 개인의료비와 집합보건의료비의 자료원은 유사한바, 중복 정리하지 않았다.

구분			자료원	
집 합 보 건 료 의 비	단체 (⑤)			
	기업 (⑥)	기업	· 기업체노동비용조사 '법정 외 복지비용 중 건강보건비용' · 사업체노동실태현황 '상용근로자 수'	
	가계직접 부담 (⑦)	법정본인 부담	의료급여	· 건강보험 청구자료 분석 결과 (건강보험심사평가원)
			건강보험	· 건강보험 청구자료 분석 결과 (건강보험심사평가원)
			노인장기요양보험	· 노인장기요양보험통계연보
		비급여 본인부담	모든 제도	· 건강보험환자 진료비 실태조사 · 한국의료패널조사 · 가계동향조사
	정부 (⑧)	예방 서비스 및 행정 비용	중앙정부	· 정부 결산자료 (DBrain)
			지방정부	· 보건소지출내역조사
		건강검진	의료급여	· 의료급여건강검진통계연보
			타부처	· 교육통계연보 (추정)
	의무가입 건강보험 (⑨)	건강검진	건강보험	· 건강보험통계연보 · 건강검진통계연보
			건강보험	· 건강보험통계연보
		행정 비용	노인장기요양보험	· 노인장기요양보험통계연보
			산재보험	· 근로복지공단 경영 공시 (추정)
의무가입 민간 건강보험 (⑩)	행정 비용	자동차보험	· 보험통계연감 (추정)	
임의가입 건강보험 (⑪)	행정 비용	민영의료보험	· 보험통계연감 (추정)	
비영리 단체 (⑫)	-	-	-	
기업 (⑬)	건강검진	기업	· 근로자 건강진단 실시 상황보고	
비영리 단체 (⑭)	건강검진	가계	· 한국의료패널조사 (추정)	

1. 정부

정부 지출의 대부분은 의료급여가 차지한다. 보건복지부가 취약계층을 대상으로 하는 사업을 비롯하여 군 병원 등이 지출한 금액은 정부 결산자료에 기초하여 파악한다. 보훈병원은 보훈 심사 실적에서, 그리고 경찰병원, 교정시설, 소방청의 지출 정보는 관련 통계 연보에서 확인한다.

〈표 3-5〉 정부 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
의료급여통계	작성 기관	국민건강보험공단 의료비지원실
	작성 유형	보고통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 11월
	법적 근거	「의료급여법」제33조(권한의 위임 및 위탁) 및 같은 법 「시행규칙」제20조의2
	승인 내역	900015 (2016.6.30.)
경찰통계	작성 기관	경찰청 혁신기획조정담당관실
	작성 유형	-
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 11월
	법적 근거	-
	승인 내역	-
교정통계	작성 기관	법무부 교정본부 교정기획과
	작성 유형	-
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 7월
	법적 근거	-
	승인 내역	-

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출.

경찰청. (2023). 경찰통계연보.

법무부 교정본부. (2023). 2023 교정통계연보.

2. 의무가입건강보험

국내 제도 구분에 따르면, 의무가입건강보험 지출의 대부분은 건강보험이 차지한다. 노인장기요양보험통계연보와 산재보험 사업연보가 추가로 투입된다.

〈표 3-6〉 의무가입건강보험 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
건강보험통계	작성 기관	국민건강보험공단 빅데이터전략본부 통계관리부
	작성 유형	보고통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 11월
	법적 근거	-
	승인 내역	920006 (1996.8.5.)
노인장기요양보험 통계	작성 기관	국민건강보험공단 빅데이터전략본부 통계관리부
	작성 유형	보고통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	조사기준 연도의 익년 8월
	법적 근거	노인장기요양보험법
	승인 내역	350006 (2011.12.15.)
산재보험사업연보	작성 기관	고용노동부 고용노동부 산재보상정책과
	작성 유형	보고통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 9월
	법적 근거	-
	승인 내역	118011 (1977.2.17.)

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출

3. 의무가입민간건강보험

의무가입민간건강보험으로는 국내 상황에서는 자동차보험이 있다. 개인의료비는 자동차보험진료비통계를 통해 집계되는데, 이 자료는 건강보험심사평가원이 관리한다.

〈표 3-7〉 의무가입민간건강보험 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
자동차보험진료비통계	작성 기관	건강보험심사평가원
	작성 유형	보고통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	작성기준 연도의 익년 6월
	법적 근거	-
	승인 내역	354005 (2017.2.27.)

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출

4. 민간비영리단체

비영리단체는 국민계정의 ‘가계에 봉사하는 비영리단체의 목적별 최종 소비지출’ 중에서 ‘의료보건’ 항목의 값이다. 한국은행이 제공하는 분류 체계에 따르면, ‘가계에 봉사하는 비영리단체’는 비영리 목적의 학교, 병원, 사회복지단체 등에서 무상(또는 저렴한 가격)으로 제공된 의료서비스와 재화를 의미한다.

〈표 3-8〉 민간비영리단체 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
국민계정	작성 기관	한국은행
	작성 유형	가공통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	-
	법적 근거	-
	승인 내역	301009

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출

5. 기업

기업의 개인의료비는 기업체노동비용조사의 ‘법정 외 복지비용 중 건강보건의료비용’과 사업체노동실태현황의 ‘상용근로자 수’를 활용하여 지출 규모가 산출된다.

〈표 3-9〉 기업 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
기업체노동비용조사	작성 기관	고용노동부 고용정책실 고용지원정책관 노동시장조사과
	작성 유형	조사통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	조사기준 연도의 익년 9월
	법적 근거	통계법 제17조 및 제18조
	승인 내역	118008 (1982-9-6)
사업체노동실태현황	작성 기관	고용노동부 고용정책실 노동시장조사과
	작성 유형	조사통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	-
	법적 근거	-
	승인 내역	-

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출

6. 가계직접부담

가계직접부담은 행정자료와 각종 조사자료(건강보험환자 진료비 실태조사, 한국의료패널조사, 가계동향조사 등)의 조합으로 산출된다. 가계직접부담은 법정본인부담과 비급여본인부담으로 나뉘는데, 법정본인부담은 건강보험통계연보 등 행정자료의 값을 사용한다. 비급여본인부담은 건강보험환자 진료비 실태조사를 분석하여 산출한다. 안경, 편의점 판매 의약품과 같이 건강보험환자 진료비 실태조사에서 나오지 않는 값은 가계동향조사, 한국의료패널조사 등을 참고하여 추정한다.

〈표 3-10〉 가계직접부담 산출 자료원의 메타정보

통계	항목	비고
가계동향조사	작성 기관	통계청 사회통계국 가계수지동향과
	작성 유형	조사통계
	공표 주기	분기
	공표 시기	- 소득(분기) - 지출(분기, 연간)
	법적 근거	-
	승인 내역	101006
건강보험환자 진료비 실태조사	작성 기관	국민건강보험공단 비급여관리실 보장성평가센터
	작성 유형	조사통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	조사기준 연도의 익년 12월
	법적 근거	국민건강보험법 제 96조(자료의 제공)
	승인 내역	350005 (2008.8.22.)
한국의료패널조사	작성 기관	한국보건사회연구원 보건정책연구실
	작성 유형	조사통계
	공표 주기	1년
	공표 시기	조사기준 연도의 익년 12월
	법적 근거	-
	승인 내역	920012 (2007.9.7.)

자료: 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <http://www.narastat.kr/pms/pub/scs/css/select/ConfmStatsList.do>에서 2023. 6. 30. 인출



제4장

국가 의료비 데이터 제공 방안

제1절 기초 자료

제2절 최종 산출물

제3절 국제 비교 통계

제4절 소결: 의료비 데이터의 활용성 진단

DB 구축은 여러 차원에서 고민해볼 수 있겠지만, 가장 시인성이 좋은 구분은 제도별로 구분하는 것이다. 앞 장에서 살펴본 제도 구분에 따라 국민보건계정 산출 기초 자료를 그룹화할 수 있다. 제도별 DB에는 치료 서비스 비용과 행정 비용 정보를 함께 적재한다.

〈표 4-1〉 제공 가능한 기초 자료 DB 목록

제도 구분	DB명	대상 연도
정부(중앙·지방)	행정 비용	1970-2021
	예방 지출	1970-2021
	보건소지출내역조사	2019-2021
	의료급여_요양급여 지출	1977-2021
	의료급여_비급여 지출	1977-2021
	의료급여_재정 수익	1977-2021
건강보험	건강보험_요양급여 지출	1977-2021
	건강보험_기타 요양비	1979-2021
	건강보험_비급여 지출	1977-2021
	간병비 (의료급여 포함)	1996-2021
	건강보험_행정 비용	1977-2021
	건강보험_재정 수익	1990-2021
노인장기요양보험	LCT 지출 종합	1995-2021
	장기요양_재정 수익	2008-2021
산재보험	산재보험_요양급여 지출	1967-2021
	산재보험_비급여 지출	1967-2021
	산재보험_행정 비용	1967-2021
자동차보험	자동차보험_요양급여 지출	1980-2021
	자동차보험_비급여 지출	1980-2021
	자동차보험_행정 비용	1980-2021
민영보험	민영보험_요양급여 지출	1998-2021
	민영보험_행정 비용	1998-2021
비영리단체	비영리단체	1970-2021
기업	기업	1970-2021
기타 (제도 구분이 안 되는 항목)	건강검진	1970-2021
	가계조사_종합정리	1970-2021
	환자이송료	1970-2021
	해외부문	1970-2021

1. 정부

정부 DB는 수집 대상에 따라 구분되는데, 대표적으로 중앙정부의 「결산자료」, 지방정부의 「보건소지출내역조사」, 국민건강보험공단의 「의료급여통계」가 있다. 한편, 「결산자료」에서 확인되더라도, 관련 통계 간행물에서 더 세세한 지출 정보를 확인할 수 있는 경찰병원, 교정시설, 소방청 등의 지출 정보는 간행물에 입각한다. 이는 해당 제도의 관계자들이 치료 서비스를 받는 데 지출한 개인의료비로, 중앙정부의 「결산자료」에서만 확인할 수 있는 군병원, 복지부 소관 병원의 결산액과 함께 하나의 테이블에 총괄하여 구축한다.

중앙정부와 지방정부의 결산 정보는 원자료 그대로를 외부에 제공할 수 없다. 하지만 이들 정보를 국민보건계정 산출에 투입되는 형태(예: 상담, 건강모니터링, 역학조사 등)로 가공한 것은 제공할 수 있다. 그리고 조사자료는 조사 목적에 벗어나서는 사용할 수 없으나, 국가 법령에 따라 법정 계획을 수립하는 목적으로 관련 자료를 요청할 시에는 수집한 자료를 그대로 제공할 수 있다. 이러한 측면에서 제공 여부를 예외적으로 검토할 수 있는 것이 「보건소지출내역조사」인데, 이는 ‘보건의료기본법’ 제 17조 및 제18조에 따라 지역보건의료계획의 수립과 시행을 위하여 자료를 요청받으면 제공해야 하는바, 정책적 활용성을 강화할 수 있다.

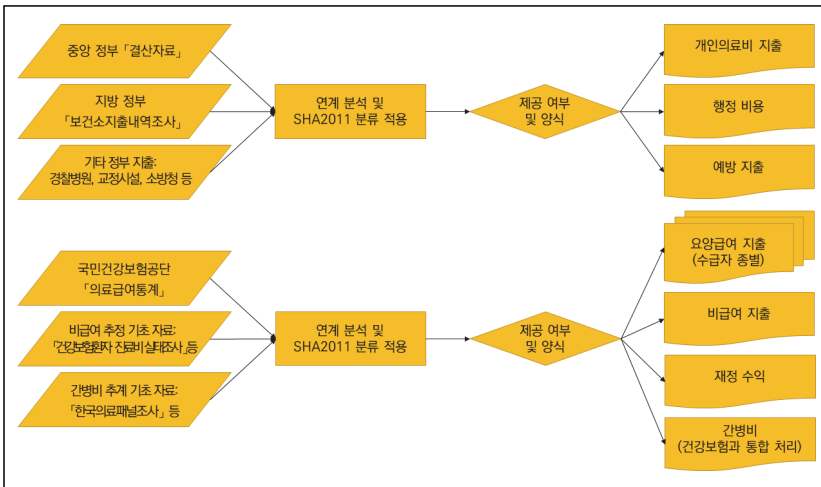
한편, 의료급여 재정은 중앙정부와 지방정부의 예산으로 형성되지만, 하나의 제도로 자리잡혀 있고, 특히 국민건강보험공단에서 「의료급여통계」 연보를 발행하고 있는바 별도의 DB로 구축하여 데이터 포털을 통해 제공할 수 있다. 세부적으로 기능(입원, 외래 등 진료형태별) 및 공급자(병원, 요양병원, 의원 등 의료급여기관종별) 형태에 따른 ‘요양급여 지출’과 기금수입원(국고, 지방비)을 보여주는 ‘재정 수익’ 부문을 나누어

자료를 구축한다. 의료급여는 운영 방식이 위탁일 뿐, 정부 사업이어서 행정 비용이 「결산자료」에 포함되어 있으므로, 제도 단위에서 행정 비용을 별도 테이블로 구성하지 않는다.

더불어, 「건강보험환자 진료비 실태조사」 등을 활용하여 의료급여 수급자의 ‘비급여 지출’ 규모를 추정한 값을 테이블로 생성한다. 그리고 「한국의료패널조사」, 「의료서비스경험조사」 등 조사에서 확인된 1인당 간병 지출 규모와 「건강보험통계」의 내원 일수 정보 등을 활용하여 간병비 지출액을 추정한다. 이는 비급여 지출 중 한 항목이다.

정부 DB는 최종적으로 개인의료비 관련 4개 테이블(정부 개인의료비 지출, 의료급여수급자 요양급여 지출, 간병비 외 비급여 지출, 간병비)을, 집합보건의료비 관련 3개 테이블(정부 행정 비용, 정부 예방 지출, 재정 수익)을 제공한다.

[그림 4-2] 정부 DB 구축 설계서



2. 건강보험

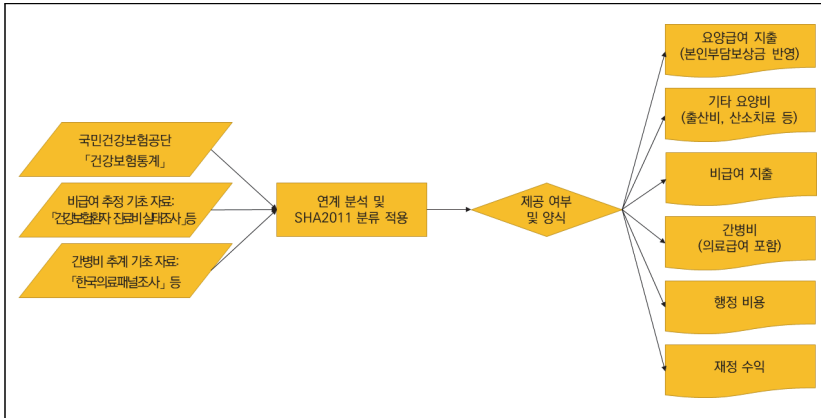
건강보험 DB는 주로 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 「건강보험통계」(통계 연보)에 기반한다. 통계 연보는 각 기관의 홈페이지에 등록되어 있으며, 이 중 일부 통계표는 국가통계포털(<https://kosis.kr/>)에서도 제공된다.

건강보험통계연보를 기반으로 ‘요양급여 지출’, ‘기타 요양비’, ‘행정 비용’, ‘재정 수익’ 테이블을 구축하여 데이터 포털에서 제공할 수 있다. 단, ‘요양급여 지출’ 테이블은 통계 연보의 값을 그대로 쓰지 않고, 본인 부담상한액 사후 환급금과 본인부담액 보상금을 반영한 실질보험자부담 및 실질법정본인부담을 입력한다. ‘기타 요양비’ 테이블에는 요양비, 장제비, 장애인보조기기, 임신출산진료비 등 현금 급여가 포함된다. ‘행정 비용’ 테이블에는 관리운영비가, ‘재정 수익’ 테이블에는 보험료 수익과 정부지원금(국고지원, 담배부담금), 기타 수익이 포함된다.

또한 의료급여와 마찬가지로 비급여 지출 정보를 구축한다. 「건강보험 환자 진료비 실태조사」 등을 활용하여 건강보험 환자의 ‘비급여 지출’ 규모를 추정한 값을 테이블로 생성한다. 그리고 「한국의료패널조사», 「의료서비스경험조사」 등 조사에서 확인된 1인당 간병 지출 규모와 「건강보험 통계」의 내원 일수 정보 등을 활용하여 간병비 지출액을 추정한다. ‘간병비’ 테이블은 의료급여 환자의 지출 정보와 함께 통합 DB로 관리한다.

건강보험 DB는 최종적으로 개인의료비 관련 4개 테이블(요양급여 지출, 기타 요양비, 간병비 외 비급여 지출, 간병비)을, 집합보건의료비 관련 2개 테이블(행정 비용, 재정 수익)을 제공한다.

[그림 4-3] 건강보험 DB 구축 설계서



3. 노인장기요양보험

노인장기요양보험 DB는 주로 국민건강보험공단의 「노인장기요양보험 통계」(통계 연보)에 기반한다. 통계 연보는 국민건강보험공단 홈페이지에 등록되어 있으며, 장기요양 급여 실적, 장기요양 재정 현황 정보 등을 제공한다. 이 중 일부 통계표를 국가통계포털에서도 제공 중이다.

본 과제에서 제공을 목표로 하는 ‘LTC 지출 종합’ 테이블은 OECD가 요청한 2차원 교차표(기능별×재원별)를 한 줄로 다시 배열한 것이다. OECD는 일상생활활동(Activities of daily living, ADL)의 제약 여부¹⁰⁾에 따라서 사회서비스 지출과 보건 지출로 구분하고, 장기요양서비스 지출을 항목화하였다. 아직 사회서비스 지출은 OECD가 요구하는 필수 정보가 아닌바, ‘LTC 지출 종합’ 테이블은 통계 연보를 활용하여 보건

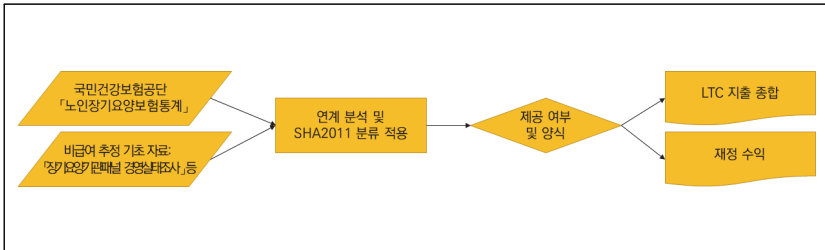
10) ADL 항목 중 하나라도 어려움이 있으면 의료적 수요가 있는 것으로 판단하여 보건 지출로 구분함.

지출을 중심으로 정리한다. 여기에는 시설과 재가에서 지출된 공단부담금과 본인부담금뿐만 아니라, 식대, 상급침실이용료 등 비급여 지출을 추계하여 포함한다. 비급여 지출은 「장기요양기관패널 경영실태조사」에 기초하여 추정한다.

한편, 장기요양 ‘재정 수익’은 통계 연보가 제공하는 장기요양 재정 현황 정보를 간략한 테이블로 정리한 것이다. 여기에는 보험료, 국고지원금, 의료급여 부담금(국가부담금, 지방자치단체부담금) 수익이 포함된다.

노인장기요양보험 DB는 최종적으로 2개 테이블을 제공한다. 하나는 ‘LTC 지출 종합’ 테이블로 개인의료비 지출 정보를 제공하고, 다른 하나는 ‘재정 수익’ 테이블로 집합보건의료비를 제공한다.

[그림 4-4] 노인장기요양보험 DB 구축 설계서



4. 산재보험

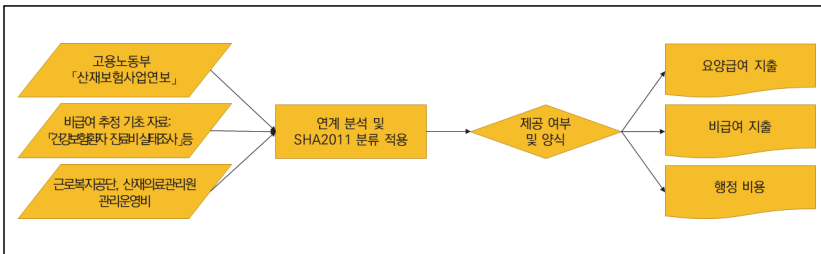
산재보험 DB의 핵심은 고용노동부의 「산재보험사업연보」이다. 해당 통계 간행물 중에서 의료기관등급별(종별) 진료비 지급 현황, 이종요양비 지급 현황 통계표를 DB 구축에 활용한다. 이종요양비에는 간병료, 의지 및 보조기, 이송료가 포함되어 있다. 더불어, 「건강보험환자 진료비 실태조사」에서 조사된 산재보험환자의 의료 이용 현황을 분석하여 비급여 지

출 규모를 추정한다. 「건강보험환자 진료비 실태조사」는 건강보험 대상자 이외의 분석 결과는 공표하지 않는바, 공동 연구를 통해 자료를 확보한다. 따라서 ‘비급여 지출’ 테이블의 공개 여부에 대한 별도의 판단이 요구된다.

‘행정 비용’은 근로복지공단과 산재의료관리원의 관리운영비를 기초 자료로 추정한다. 정형선 외(2021)는 노동부 세입세출 및 기금결산 자료에 있는 산재보험 운영 비율(2005년 기준 1.8%)을 적용하여 근로복지공단의 관리운영비를 산출했고, 산재의료관리원은 손익 계산서의 보조금 수익을 관리운영비로 간주했다.

산재보험 DB는 최종적으로 개인의료비 관련 2개 테이블(요양급여 지출, 비급여 지출), 집합보건의료비 관련 1개 테이블(행정 비용)을 제공한다.

[그림 4-5] 산재보험 DB 구축 설계서



5. 자동차보험

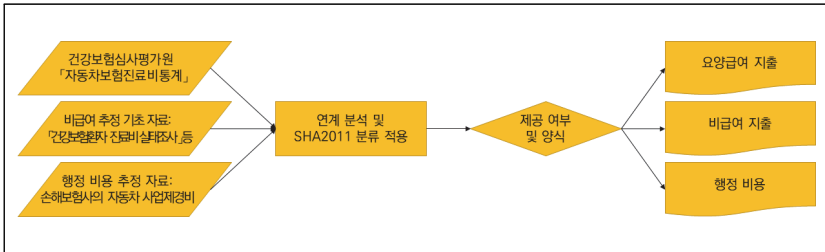
자동차보험 DB의 주된 정보원은 건강보험심사평가원이 발행하는 「자동차보험진료비통계」로, 이는 ‘요양급여 지출’ DB를 구축하는 데 쓰인다. 이와 더불어 ‘비급여 지출’은 「건강보험환자 진료비 실태조사」에서

조사된 자동차보험 환자의 의료 이용 현황을 분석하여 추정한다. 산재보험과 마찬가지로 공식적으로 발표된 자료가 아니기 때문에, ‘비급여 지출’ 테이블의 제공을 위해서는 별도의 판단이 필요하다.

‘행정 비용’은 손해보험사의 자동차 사업제경비 자료를 활용하여 추정한다. 정형선 외(2021)에 따르면, 한때 자동차 사업제경비 정보가 없어서 사업제경비를 인용하였으나 최근 자동차 분야에 한정한 사업제경비 정보가 제공되고 있다.

자동차보험 DB는 최종적으로 개인의료비 관련 2개 테이블(요양급여 지출, 비급여 지출), 집합보건의료비 관련 1개 테이블(행정 비용)을 제공한다.

[그림 4-6] 자동차보험 DB 구축 설계서



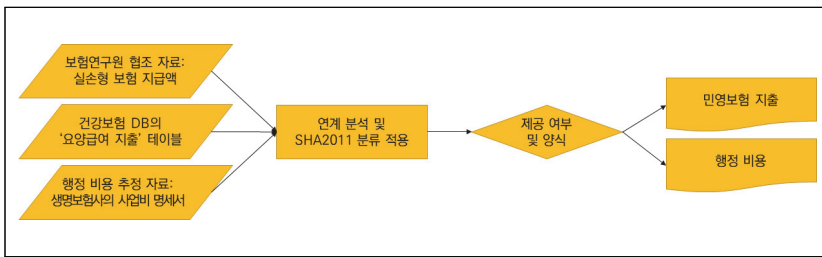
6. 민영보험

민영보험 DB는 보험연구원의 협조를 통해 산출한 ‘민영보험 지출’ 테이블과 생명보험회사의 사업비 명세표에 기초하여 추정한 ‘행정 비용’ 테이블로 구성된다. 보험연구원이 제공하는 자료는 실손형 민영보험 지출 총액으로 요양기관종별, 진료형태별 정보가 부족하다. 따라서 건강보험의 ‘요양급여 지출’ 정보와 연계하여 기능(입원, 외래 등 진료형태별) 및

공급자(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 등 요양기관종별) 유형에 따른 규모를 추정하여 테이블을 생성한다.

민영보험 DB는 최종적으로 2개 테이블을 제공한다. 하나는 ‘민영보험 지출’ 테이블로 개인의료비를 다루고, 다른 하나는 ‘행정 비용’ 테이블로 집합보건의료비를 다룬다.

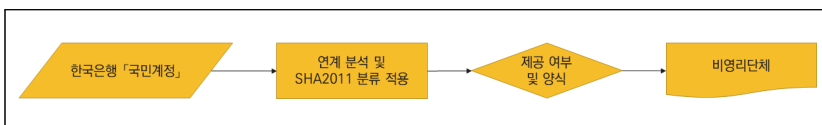
[그림 4-7] 민영보험 DB 구축 설계서



7. 비영리단체

비영리단체 DB는 한국은행의 「국민계정」에 기반하여 구축한다. 해당 통계 중 가계에 봉사하는 비영리단체의 목적별 최종소비지출의 의료 보건 항목을 가공 없이 그대로 활용하여 ‘비영리단체’ 테이블을 생성한다.

[그림 4-8] 비영리단체 DB 구축 설계서

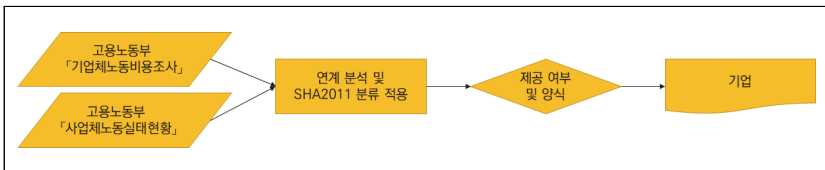


8. 기업

기업 DB는 고용노동부의 「기업체노동비용조사」와 「사업체노동실태현황」에 기반하여 구축한다. ‘기업’의 보건의료 지출 테이블은 법정의 복지비용 중 건강보건비용이 어느 정도 되는지를 추정하는 것이다. 여기에서 활용하는 「기업체노동비용조사」와 「사업체노동실태현황」은 모두 10차 산업분류에 따라 조사된 결과이다.

「기업체노동비용조사」는 상용근로자 규모에 따라 노동비용, 법정노동비용, 법정 외 복지비용을 조사한 것으로, 법정 외 복지비용에서 건강·보건비용을 포함한다. 한편, 「사업체노동실태현황」은 상용근로자 수를 기업의 규모(1~4인, 5~9인, …1,000인 이상)에 따라 파악한 것이다. 따라서 두 자료를 연계하여 기업이 지출한 보건의료비를 산출한다.

[그림 4-9] 기업 DB 구축 설계서



9. 기타 항목

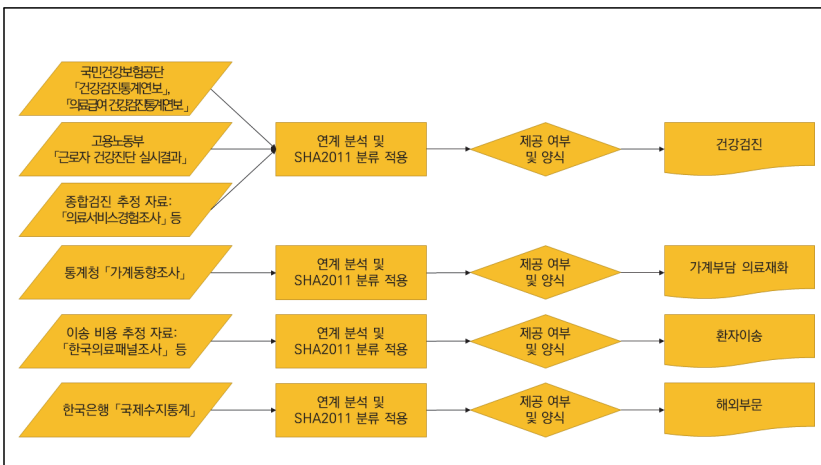
제도 구분 없이 관리해야 하는 자료는 건강검진, 가계부담 의료재화, 환자이송, 해외 부문이다. ‘건강검진’ 테이블은 세 가지 자료가 투입된다. 첫째, 정부·의무가입제도에 해당하는 「건강검진통계연보」와 「의료급여 건강검진통계연보」(2019년 이후 비공개)이다. 통계연보에 담긴 일반건강검진, 암검진, 영유아 건강검진, 구강검진 비용이 검진기관종별(종합병

원, 병원, 의원 등)로 입력된다. 둘째, 기업이 부담한 비용은 「근로자 건강진단 실시결과」에 기초하여 추정하며, 일반건강진단(1995년 이후는 직장건강검진으로 흡수)뿐만 아니라 특수건강진단, 진폐건강진단, 임시건강진단 정보를 포괄한다. 가계의 종합검진은 「의료서비스경험조사」 등의 조사자료로 추정한다.

‘가계부담 의료재화’ 테이블은 「가계동향조사」에서 조사된 한약재료, 약국 판매 한약, 보건의료용소모품, 시력보정용구 등의 지출을 포함한다. ‘환자이송’ 테이블은 공공이송(119구급대)과 민간이송 비용으로 구분되는 가운데, 이 값은 「한국의료패널조사」를 활용하여 추정한다.

한편, ‘해외부문’ 테이블은 한국은행의 「국제수지통계」에 기반한다. 그 중 서비스무역세분류통계의 여행지급 항목이 주된 자료원이 된다. 2016년까지는 여행지급의 하위 항목으로 건강 관련 지급 정보가 있었으나, 최근에는 공개되지 않는다. 따라서 2016년 이후는 2016년의 비율(일반 여행지급 대비 건강 관련 여행지급)을 적용하여 추정한다.

[그림 4-10] 기타 항목 DB 구축 설계서



제2절 최종 산출물

현재 국민보건계정 산출 결과는 두 곳에서 제공하고 있다. 하나는 OECD 통계 포털(<https://stats.oecd.org>)로 다른 OECD 국가의 데이터와 함께 제공한다. OECD의 통계 포털에서는 ‘Customise’ 기능을 통하여 항목을 선정(Selection)할 수 있고, 조회 양식(Layout)을 변경할 수 있다. 항목의 선정 과정에서 재원(Financing scheme), 기능(Function), 공급자(Provider) 영역별로 세부 항목을 선택하는데, 조회 양식이 2차원 배열까지만 가능하기 때문에, 두 개 영역에서 세부 항목을 선택하면 나머지 하나는 총액(All)만 선택해야 한다. OECD 제공 양식이 2차원이기 때문에 한 차원 더 확장된 결과가 조회되지 않음이 당연한 결과이기도 하다. 이후 단위(Measure), 국가(Country), 시점(Year)은 원하는 항목을 선택하면 된다.

다른 하나는 국내 자원인 국가통계포털(<https://kosis.kr/index/index.do>)이다. 여기에서는 공급자별-재원별, 기능별-공급자별, 기능별-재원별로 테이블을 2차원으로 구성한 가운데, 우리나라 데이터만을 제공한다. 물론, 이용자는 OECD 통계 포털에서와 같이 각 영역에서 원하는 세부 항목을 선택할 수 있다.

이러한 2차원 형태의 자료 구성은 정보를 확장하는 데 한계가 있다. 따라서 3개 차원(재원, 기능, 공급자)의 정보를 한 줄로 배열하여 데이터의 활용성을 강화해야 한다. OECD도 같은 문제 의식을 가지고 있다. 2022년 10월에 있었던 OECD 보건통계 작업반 회의에서 의료비 통계 수집 양식을 flat file(CSV)화하는 것에 대해 많은 국가의 지지(32개 국가 중 17개 국가가 긍정적으로 생각)를 받았으며, OECD는 flat file 수집을 위한 파일럿 조사도 착수하였다. 물론, 이를 위해서는 기술적인 노력이 필요한바 수집 형태를 바로 바꿀 수는 없지만, 빠른 시일에 많은 국가가 데

80 국가 의료비 데이터 구축 방안 연구

이터 구축 양식의 변화를 시도할 것으로 예상된다.

우리나라는 OECD의 파일럿 조사에 임한 만큼, 이미 3차원 정보를 한 줄로 배열한 자료를 확보하고 있다. 신정우 외(2018)는 이 정보에 기초하여 지역별 의료비 정보를 구축한 바 있다. OECD가 자료 제공 요청 양식을 변경하는 것과 무관하게, 의료비 통계의 의미 있는 분석과 정책적 활용을 위해서는 flat file 형태(그림 4-11)로 제공해야 한다.

[그림 4-11] flat file 구성 예상 화면

기호 코드	기능 구분	공급자 코드	공급자 구분	채원 코드	(채원)분류 구분	2019	2020	2021
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.1	건강보험_보통자부담	1,201,158	1,102,051	1,162,178
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	건강보험_보통본인부담	239,997	310,024	324,139
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	건강보험_비급여본인부담	100,798	139,209	146,911
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.1	의료급여_보통자부담(중단 및 지양)	171,403	186,171	143,999
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1.1	의료급여_보통본인부담	286	302	227
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.1	의료급여_비급여본인부담	10,919	13,973	14,016
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.1	산재보험_보통자부담	3,504	3,770	4,051
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	산재보험_보통본인부담	0	0	0
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	산재보험_비급여본인부담	291	369	395
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.2	자동차보험_보통자부담	2,306	1,505	1,821
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	자동차보험_보통본인부담	0	0	0
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	자동차보험_비급여본인부담	192	189	198
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1.2	인명보험_보통자부담	170,691	207,501	236,582
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.1	건강보험_보통자부담	913,213	933,975	984,255
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	건강보험_보통본인부담	20,397	216,786	235,128
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	건강보험_비급여본인부담	56,442	70,024	74,830
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.1	의료급여_보통자부담(중단 및 지양)	103,393	127,043	133,125
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	의료급여_비급여본인부담	630	705	692
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.1	의료급여_비급여본인부담	9,671	11,679	12,220
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	산재보험_보통자부담	1,527	1,814	1,915
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	산재보험_보통본인부담	0	0	0
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	산재보험_비급여본인부담	121	148	168
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.1.2.2	자동차보험_보통자부담	5,662	5,033	4,664
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.2.1	자동차보험_보통본인부담	0	0	0
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1	자동차보험_비급여본인부담	441	460	410
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	종합전문	HF.2.1.2	인명보험_보통자부담	92,393	113,016	128,975
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.1.2.1	건강보험_보통자부담	168,767	184,023	193,042
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.2.2.1	건강보험_보통본인부담	96,194	70,009	74,596
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.2.1	건강보험_비급여본인부담	6,698	103,703	115,745
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.1.1	의료급여_보통자부담(중단 및 지양)	46,156	50,595	53,980
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.2.2.1	의료급여_보통본인부담	397	349	394
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.2.1	의료급여_비급여본인부담	18,278	20,539	22,119
HC.G.1.1	전문약물 (Prescribed medicines)	HP.1	병원	HF.1.2.1	산재보험_보통자부담	291	291	344

제3절 국제 비교 통계

앞의 절에서 살펴본 것과 같이 국내에서 의료비 통계를 받아볼 수 있는 곳은 국가통계포털이 유일하다. 하지만 그마저도 OECD가 자료를 제공하는 것보다 범위가 협소하여 통계의 확산에 기여하지 못하고 있다. 따라서 국내 수요가 높고, 국제 비교에 자주 인용되는 자료를 정리하여 제공할 필요가 있다.

본 연구에서는 OECD가 사용 빈도가 높다고 판단한 10개 지표(표 4-2의 'A'열)와 보건복지부와 한국보건사회연구원이 매년 공동으로 발간하는 소책자¹¹⁾에 수록한 4개 지표('B'열)를 종합하여, 한국보건사회연구원의 보건복지데이터포털(<https://data.kihasa.re.kr/kihasa/>)에 등록하고자 한다.¹²⁾ 이 중에서 3개 지표는 양쪽에 모두 해당하는바, 최종적으로 11개 지표가 DB화되었다.

〈표 4-2〉 제공 예정 테이블 목록(비교 빈도가 높은 통계 중심)

통계 지표명	DB 구축 기간	OECD 다빈도 비교 지표 (A)	국내 발간 소책자 (B)
GDP 대비 경상의료비 규모	1970-2022P	○	○
1인당 경상의료비, US\$ PPP	1970-2022P	○	○
경상의료비 실질 증가율	1970-2022P	○	
정부/의무가입제도 비중	1970-2022P	○	○
1인당 정부/의무가입제도 지출, US\$ PPP	1970-2022P	○	
정부/의무가입제도 실질 증가율	1970-2022P	○	
가계직접부담 비중	1970-2021	○	
1인당 가계직접부담 지출, US\$ PPP	1970-2021	○	
의약품 지출 비중	1970-2021	○	
1인당 의약품 지출, US\$ PPP	1970-2021	○	
개인의료서비스 비중	1970-2021		○

11) OECD Health Statistics로 매년 8월 말~9월 초에 발간함.

12) 정리된 자료는 보건복지데이터포털 개편 일정에 맞추어 12월 말에 일괄 등록될 예정이다.

제4절 소결: 의료비 데이터의 활용성 진단

앞에서 제시한 세 가지 유형의 데이터 중에서 특히 효용성이 클 것으로 생각되는 데이터는 보건소지출내역조사(조사자료)와 보건계정 최종 산출물(CSV 파일)이다. 여기에서는 두 자료의 활용성을 사례로 살펴보고자 한다.

1. 기초 자료 분석 사례: 시도별 예방 사업의 집중도¹³⁾

보건소지출내역조사는 2007년부터 수행되었지만, 공식 채널을 통해 외부에 공개하지 않고 있다. 간혹 연구자가 우연한 기회에 알게 되어서 개별적으로 신청을 하는 경우는 있지만, 자료 수집 목적에 위배되지 않도록 관리하고 있다. 하지만 국가의 법정 계획 수립 등 정책적 활용을 위해서는 쓰일 수 있음이 법령에 규정된바, 지역보건의료기본계획 수립 등 지역 보건 정책을 개발·개선하기 위한 기초 자료로 활용할 수 있다.

이 자료는 전국 250여 개 보건소에서 어떤 사업이 이루어지고 있는지에 대한 정보를 제공한다. 특히, 2019년부터는 개별 사업(프로그램)의 재원이 무엇인지(국고보조금, 군특보조금, 기금보조금, 광역재원, 자체재원), 사업 운영 방식이 무엇인지(자체, 공모 위탁, 수의 계약 위탁)를 확인할 수 있도록 조사표를 개선하여 활용도가 더 높아진 것으로 보인다.

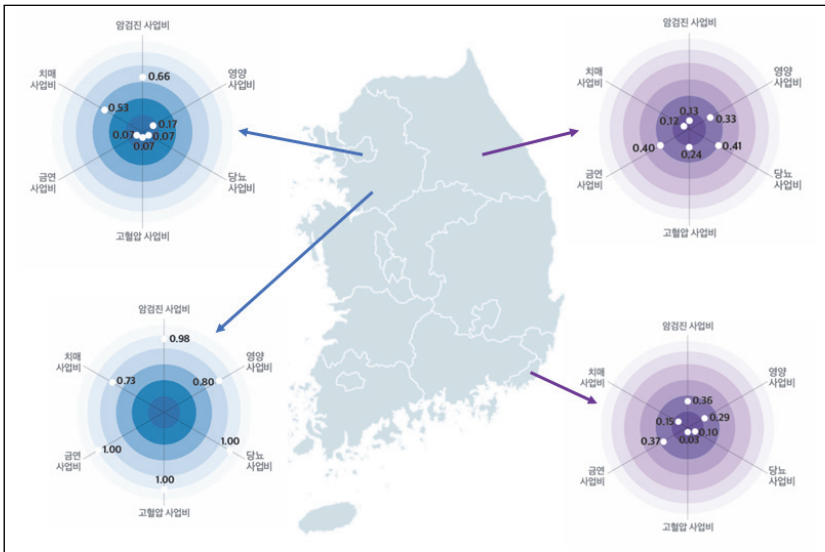
여기에서는 자료의 활용도를 점검하는 차원에서 네 개 지역을 대상으로 예방 사업의 지출 구조를 살펴보았다. [그림 4-12]에 제시한 것과 같이, 1인당 예방 사업비의 상대적 비교를 통해서 서울시는 암 검진 사업과 치매 사업에 집중하고 있음을 알 수 있다. 부산시는 금연 사업에 집중하고, 강원도는 당뇨 관리 사업에 집중하고 있다. 한편, 경기도는 모든 예방

13) 신정우 외(2018)의 분석 결과를 활용함.

활동에서 다른 지역에 비교해서 많은 지출을 하고 있음을 알 수 있다.

반드시 지출을 많이 한다고 해서 좋은 것은 아니다. 좀 더 분명히 평가하기 위해서는 관련 사업의 정책적 효과를 살펴볼 수 있는 다른 지표들과 함께 검토해야 한다. 예산 계획은 이러한 지표의 비교 분석 결과에 기초하여 이루어져야 한다.

[그림 4-12] 주요 광역자치단체의 예방 사업 집중도



자료: 신정우 외. (2018). 지역별 의료비 정보의 생산과 활용 강화 방안 연구. 그림 재구성.

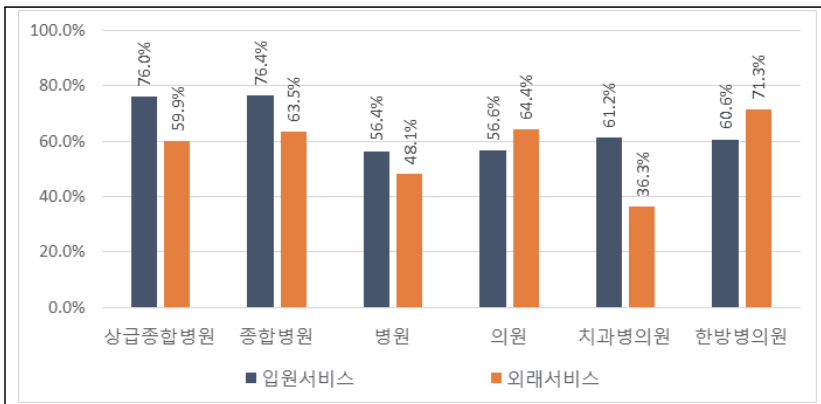
2. 최종 산출물 분석 사례: 서비스 유형별, 공급자 유형별 의료보장률

3차원으로 구축된 정보는 분석의 다양성을 확보해 준다. 의료보장률 분석을 예로 살펴보면, 2차원 정보는 기능 혹은 공급자 유형에 따른 보장률만 보여줄 수 있다. 하지만 3차원 정보는 특정 서비스(입원, 외래)의 의료보장률이 공급자 유형별로 어떤 차이를 보이는지, 제도별로 어떻게 다

른지를 분석할 수 있다. 이는 수가 정책의 완결성을 더해주고, 건강보험 종합계획 등 법정 계획을 세우는 데 중요한 참고 자료가 될 수 있다.

2021년 자료를 활용하여 의료보장률(비급여본인부담 포함)을 계산해 보았다. 입원서비스는 종합병원이 76.4%로 가장 높고, 병원이 56.4%로 가장 낮다. 한방병의원은 60.6%, 치과병의원은 61.2%이다. 한편, 외래 서비스는 한방병의원이 71.3%로 가장 높고, 치과병의원이 36.3%로 가장 낮다. 그리고 종합병원(63.5%)과 병원(48.1%)이 큰 차이를 보인다. 이러한 요양기관 간 의료보장률의 차이는 환산지수 계약 등 정책 수행 과정에서 참고할 수 있다.

[그림 4-13] 서비스 유형별, 공급자 유형별 의료보장률(2021)



자료: 저자가 작성함.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

결론

제 5 장 결론

전 세계적으로, 그리고 국내적으로 의료비 통계를 작성하기 위해 오랫동안 노력해왔다. 국내 연구자들은 1970년대부터 의료비 지출 규모를 파악하기 위해 고민해왔다. 프랑스와 네덜란드는 1950년대부터 관련 작업을 시작했으며, 국가에 따라서는 1920년대까지 역사를 거슬러 올라가기도 한다. 대부분의 OECD 국가가 1970년대 들어와서 의료비 통계 산출을 공식화한 가운데, 2000년에 OECD가 의료비 통계의 표준화를 구현하기 위하여 보건계정체계 작성 매뉴얼(SHA1.0)을 제시하였다. 얼마 후인 2003년에 WHO도 World Bank, USAID와 함께 중저소득 국가를 대상으로 의료비 작성 가이드인 'Producer Guide'를 배포하였다. 2005년에 들어서 OECD, WHO, Eurostat가 의료비 통계의 공동 수집 체계를 마련한 후, 우리나라를 비롯하여 전 세계 국가 대부분이 같은 기준으로 국가 의료비 통계를 생산하고 공유하고 있다.

그렇다면 왜 의료비 통계를 작성하는 것일까? OECD, Eurostat, and WHO(2017)는 의료비 통계가 보건의료서비스와 재화의 소비와 관련된 재정 흐름을 체계적으로 보여주므로, 지출 관점에서 보건의료제도를 이해하는 데 유용한 도구라고 판단하였다. 더불어, 다른 통계 정보와 함께 결합하여 의료제도의 성과를 모니터링하고 평가하는 데 중요한 근거 자료가 된다고 설명한다.

그동안 OECD와 WHO는 표준화된 의료비 통계를 작성할 수 있도록 국제회의를 통하여 기준을 논의하고, 경험을 공유하는 시간을 매년 가져왔다. OECD는 보건통계 작업반 회의를, WHO는 지역별로 보건계정 전

문가 회의를 오랜 시간 이어왔다. OECD의 보건통계 작업반 회의는 2017년까지 '보건계정 및 보건데이터 전문가 회의'라는 명칭으로 2023년까지 총 25차례 진행되었다. 1996년, 우리나라가 OECD에 가입한 직후 관련 회의체가 발족되었으므로, 우리나라도 전 세계적인 논의 과정에 줄곧 함께 해왔다고 볼 수 있다. 한편, WHO는 본부(제네바)에서 회원국 모두를 대상으로 간헐적인 회의를 하기도 하지만, 주로는 지역별로 모임을 해왔다. 우리나라가 속한 서태평양 지역은 동남아시아 지역 국가들과 함께 아시아태평양지역 보건계정 전문가 국제회의를 18차례 실시했다.

국제적으로 통용되는 기준을 세우고, 보건계정 산출을 위한 적합한 방법론과 자료원을 모색하고, 경험을 나누는 이러한 자리에서 국제기구 관계자와 많은 회원국은 우리나라의 자료 통계 생산 인프라와 역량에 높은 찬사를 보내왔다. 이러한 이유에서 OECD 보건통계 작업반 회의뿐만 아니라 의료질지표(HCQO) 작업반 회의에서 우리나라는 여러 차례 사례 발표를 했다. 특히, OECD는 코로나19 팬데믹 대응에 지출한 의료비의 규모를 파악하고자 했던 가운데, 관련 주제가 다루어진 모든 회의에서 우리나라에 발제를 요청했다.

이러한 우리나라의 통계 생산 능력은 WHO의 SCORE 평가(데이터 역량 진단)에서도 검증되었다. 물론 이 평가가 의료비 통계 산출에 한정해서 이루어진 것은 아니다. 이는 SDGs 건강 분야 전반에 대한 평가를 목적으로 개발된 것으로 Survey(인구의 건강과 위험 요인 관련 조사), Count(출생, 사망, 질병 원인 집계), Optimize(환자 모니터링을 포함한 일상적 보고 시스템의 최적화), Review(진행과 성과의 리뷰), Enable(정책 수립과 실행을 위한 데이터 사용 활성화)의 첫 글자를 따서 SCORE로 명명한 것이다. 이 평가에서 총괄적으로 우리나라는 88%를 달성한 것으로 보고된다. 5대 하위 영역의 점수도 소속 지역(서태평양), 유사 소득군,

세계 전체와 비교해서 우수하게 나와서, 통계 생산과 관리에 있어서 전반적으로 좋은 역량을 갖추고 있는 것으로 평가받았다.

[그림 5-1] WHO의 데이터 역량 진단(SCORE)



자료: WHO. (2023b). Score for Republic of Korea. <https://www.who.int/data/data-collection-tools/score/dashboard#/profile/KOR>에서 2023. 11. 29 인출

데이터의 생산과 관리에 대한 WHO의 관심은 다각도에서 이루어지고 있다. 비록 본 연구를 진행하는 과정에서는 WHO가 문서를 공식화하지는 않았지만, 2023년 아시아태평양 지역 국가를 대상으로 시범 조사한 ‘보건계정 제도화의 성숙도 평가 프레임워크’(A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization)는 국가의 보건계정 산출 체계, 즉 의료비 통계 생산 및 관리에 대한 역량을 진단하는 유용한 도구로 판단된다. 이에 본 연구에서도 WHO(2023a)의 도구를 우리나라에 적용하여 우리나라의 의료비 통계 생산 작업의 성숙화

정도에 대해 살펴보고, 개선이 필요한 사항을 도출해 보았다.

국내 전문가 그룹의 평가 결과를 종합해 보면, 의료비 통계는 정책 수립과 연구 목적의 활용에서는 높은 수요가 있지만, 데이터의 활용과 확산에서는 해결해야 할 과제가 여럿 있는 것으로 확인된다. 특히, 현재 제공되고 있는 자료마저도 활용성이 현저히 떨어지고 이용자 친화적이지 않은 부분이 확인된바, 더욱 섬세한 데이터 제공 정책을 마련해야 한다. 또, 국가 의료비 통계의 위상을 높이기 위해서는 데이터의 생산 과정과 기초 자료원에 대한 철저한 검증 등을 통해 투명성과 신뢰성을 확보해야 한다. 다음의 세 가지를 구체적 실천 방안으로 제시할 수 있다.

첫째, 이러한 문제점을 해결하기 위해서 본 과제에서는 국민보건계정 작성에 투입되는 자료를 데이터베이스(DB)로 구축하는 방안을 고민하고, 기초 자료를 수집하였다. 국민보건계정은 가공통계로서 다양한 통계 자료가 어우러져서 산출된다. 이 과정에서 공개되지 않은 통계 수치들은 기관 간 협력을 통해 생산·투입된다. 이와 같은 비공개 자료는 뼈터라도, 산산이 흩어져 있는 자료를 하나로 모아서 DB를 유형화하여(예: 제도별) 제공함으로써, 자료 관리의 투명성과 이용자의 이해도를 높일 수 있을 것으로 보인다.

둘째, 제공 데이터의 양식을 변경해야 한다. 통계 정보가 유용하게 쓰이기 위해서는 자료의 배열 방식을 바꿀 필요가 있다. 제4장에서 제안한 flat file 형태의 데이터는 연구자의 분석 욕구를 충족할 뿐만 아니라, 그간 해소하지 못했던 정책 당국의 수요도 해결할 수 있게 해준다. flat file 형태로 바꿀 경우, 특히 의료비 통계가 너무 포괄적이어서 건강보험, 산재보험 등 각 제도의 통계 수요를 뒷받침하지 못한다는 한계를 극복하는 계기가 될 것이다.

셋째, 의료비 통계 이용자는 정책 입안자와 연구자만 있는 것이 아닌

바, 일반 국민도 의료비 통계에 대해서 올바르게 이해할 수 있는 기반을 조성해야 한다. 신정우 외(2023)의 조사에 따르면, 일반 국민도 보건통계를 접한 경험이 44.6%에 이르고, 이 중 31.6%는 의료비 통계를 접했다고 답했다. 이들은 정부의 국가통계포털(13.0%)과 간행물(13.6%)보다는 대중매체(58.2%)나 인터넷 포털(59.9%) 등을 통해 통계 정보를 접하고 있는 바, 통계의 제공 창구를 넓힐 필요가 있다. 이러한 수요를 해소하기 위하여 국민보건계정팀은 지난해부터 국민보건계정 홈페이지를 제작하고, 카드 뉴스, 홍보 영상을 개발하여 배포하기 시작하였다.

본 연구의 목표는 국가 의료비 데이터를 체계적으로 구축하는 방안을 강구하는 것으로, 제3장에서 제시한 구조대로 데이터베이스(DB)를 쌓는 것이 핵심이다. 그간 의료비 통계가 견실한 전문성을 바탕으로 산출되어 왔던 만큼, 이제는 모두가 이해할 수 있는 형태로 자료를 구조화하고 결과물을 공유하는 체계를 만들어 가야 한다. 이 연구를 기회로 의료비 통계가 국가 간 비교뿐만 아니라 국내 정책 개선과 연구 활성화에 도움이 되었으면 한다.



- 경찰청. (2023). 2022 경찰통계연보.
- 관계부처합동. (2020a). 제4차 저출산·고령사회 기본계획.
- 관계부처합동. (2020b). 제4차 천연물신약 연구개발 촉진계획(2020~2024).
- 관계부처합동. (2021a). 제3차('21~'25년) 국가건강검진종합계획.
- 관계부처합동. (2021b). 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025).
- 관계부처합동. (2022a). 제2차 구강보건사업 기본계획.
- 관계부처합동. (2022b). 제3차 국민영양관리기본계획(2022~2026년).
- 관계부처합동. (2022c). 제2차(2022~2026) 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원 종합계획.
- 관계부처합동. (2023a). 제1차 고독사 예방 기본계획(2023~2027).
- 관계부처합동. (2023b). 2023~2027년 제2차 심뇌혈관질환관리 종합계획(안).
- 관계부처합동. (2023c). 제1차 의료기기산업 육성·지원 종합계획(2023~2027).
- 관계부처합동. (2023d). 제5차 자살예방기본계획(2023~2027).
- 관계부처합동. (2023e). 바이오헬스 글로벌 중심국가 도약을 위한 제3차 제약바이오산업 육성·지원 종합계획(안)(2023~2027).
- 박종기, 노인철. (1976). 한국의 국민보건의료비 추계, 1970~1974. 서울: 한국개발연구원.
- 법무부 교정본부. (2023). 2023 교정통계연보.
- 보건복지부. (2018). 제1차 환자안전종합계획(2018~2022).
- 보건복지부. (2019a). 제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023).
- 보건복지부. (2019b). 존엄하고 편안한 생애말기 보장을 위한 제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023).
- 보건복지부. (2020a). 국민보건계정 통계정보보고서. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2020b). 포용복지국가 실현을 위한 제4차 농어촌 보건복지 기본계획.
- 보건복지부. (2020c). 사회적 연대를 통한 치매포용국가 조성, 제4차('21~'25) 치매관리종합계획.

- 보건복지부. (2020d). (2021~2025). 제1차 혈액관리 기본계획.
- 보건복지부. (2021a). 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025).
- 보건복지부. (2021b). 제4차 암관리 종합계획(2021~2025).
- 보건복지부. (2023a). 제3차 장기요양기본계획(안)(2023~2027).
- 보건복지부. (2023b). 2023~2027년 응급의료 기본계획(안).
- 보건복지부. (2023c). 2023~2027 제3기 병상수급 기본시책.
- 보건복지부, 질병관리청. (2022). 제2차 희귀질환관리 종합계획(2022~2026).
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2022a). 제5차 국민건강증진종합계획.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2022b). 제8기 지역보건의료계획 수립 안내.
- 식품의약품안전처. (2022). 2023년 의약품·마약류 제조·유통관리 기본계획.
- 신정우, 김한성, 정승용, 천미경, 이유진, 신지영. (2018). 지역별 의료비 정보의 생산과 활용 강화 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 신정우, 정소희, 홍혁원, 천미경. (2021). 보건 분야 국제기구 통계의 정책적 수요와 활용 현황. 보건복지포럼, 통권(301), 38-51.
- 신정우, 천미경, 진재현, 정영철, 전예지, 안수인. (2022). 2022년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 신정우, 천미경, 조현경, 황안나, 조용찬, 안수인. (2023). 2023년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 정형신, 신정우, 김준호, 박영택, 김희년, 백세종, ...최용석. (2021). 2020년 국민보건계정. 세종: 보건복지부, 연세대학교 의료·복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원.
- 질병관리청. (2023.5.22.). 「제1차 검역관리기본계획」 발표. 보도자료.
- 질병관리청. (2023). 제3차 결핵관리 종합계획 2023년~2027년.
- 질병관리청 국립보건연구원. (2021). 제1차 병원체자원관리종합계획(2021~2025).
- 통계청. (2023). 국가승인통계현황. <https://www.kostat.go.kr/menu.es?mid=a10402010000> 에서 2023. 6. 30. 인출
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris.

WHO (2000). Health Systems: Improving performance, World Health Organization, Geneva.

WHO. (2023a). A Framework for Assessing Maturity of Health Accounts Institutionalization. (발표 자료)

WHO. (2023b). Score for Republic of Korea. <https://www.who.int/data/data-collection-tools/score/dashboard#/profile/KOR>에서 2023. 11. 29. 인출

웹사이트

보건복지부 <https://www.mohw.go.kr/kor/>

국민보건계정 <http://healthaccount.kr/>

법령

모자보건법, 법률 제3824호 (1986).

보건의료기본법, 법률 제6150호 (2000).

보건의료인력지원법, 법률 제16371호 (2019).

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 법률 제13661호 (2015).

장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률, 법률 제13662호 (2015).

재난적의료비 지원에 관한 법률, 법률 제15349호 (2018).

전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률, 법률 제13600호 (2015).

중증장애인생산물 우선구매 특별법, 법률 제8945호 (2008).