

『국민보건계정』 통계정보보고서

2020. 12.

본 이용자용 통계정보보고서는 정기통계품질진단 수행과정에서 통계작성기관이 작성한
보고서로 작성기준 시점에 따라 현재의 통계작성 정보와 다소 차이가 날 수 있습니다.

작성일자: 2022.03.11.



〈차 례〉

I . 통계개요	1
II . 통계의 작성목적 및 이용	4
III . 통계설계	5
IV . 자료수집	10
V . 통계처리 및 분석	16
VI . 통계공표, 관리 및 이용자 서비스	36
VII . 통계기반 및 개선	41
VIII . 참고문헌	44

◆ 보고서 개요 ◆

이 보고서는 국민보건계정 통계를 생산하기 위하여 보건복지부에서 수행하는 업무를 설명한 것이다. 보고서의 작성목적은 통계작성 배경, 연혁, 이용자 및 용도와 통계에서 이용되는 개념과 방법론에 대하여 심층적으로 알고자 하는 통계작성 담당자(통계 전문이용자, 품질진단자 또는 승인담당자)에게 통계과정 전반에 대하여 포괄적이고 상세한 정보를 제공하는 것이다. 여기에는 통계개요, 통계설계, 자료수집, 자료입력 및 처리, 통계 결과 및 공표, 이용자서비스, 통계 기반 및 개선 등에 대한 설명이 수록되어 있다.

I. 통계개요

1. 통 계 명

- 국민보건계정

2. 법적근거

- 「통계법」 제18조에 의해 승인통계 제117068호로 승인

3. 통계작성방법

- 보건의료정책 수행의 기초자료로 활용 및 국제기구(OECD)에서 요구하는 통계를 제출하기 위하여 작성
- 국제기준인 「SHA2011 (System of Health Accounts 2011, Revised 2017)」 매뉴얼에 따라 최종 소비단계에서 지불한 의료비용의 총규모를 기능별, 공급자별, 자원별로 분류하여 산출

4. 통계작성기관/부서명

- 보건복지부/기획조정실 정보통계담당관

5. 작성 및 공표주기

- 작성 및 공표주기 : 1년

6. 통계작성과정 개관

☐ 국민보건계정 통계 산출 과정

- 본 통계의 산출 과정은 다음과 같음
 - 첫째, OECD 매뉴얼 「SHA2011 (System of Health Accounts 2011, Revised 2017)」 및 OECD, WHO, Eurostat의 국제보건계정팀(IHAT)에서 매년 보내오는 공통 보건계정 설문서(JHAQ) 검토
 - 둘째, 투입자료원의 수집 및 적합성 검토
 - 셋째, 해당 연도 보건계정 구축
 - 넷째, 과거 시계열 자료 및 산출결과 검토

☐ 일정별 수행업무

- 통계생산계획 수립 및 전문연구기관 통계작성 위탁
 - 국민보건계정 관련 국제기구(OECD) 요구통계 지표 산출을 위한 국민보건계정 통계 생산계획 수립

- 국민보건계정 통계의 적정 산출을 위한 전문기관과 용역 계약체결
- OECD 매뉴얼 검토
 - 「SHA2011 (System of Health Accounts 2011)」에서 합의된 의료비(Harmonized boundary of health expenditure)의 정의 검토
 - 기준서에 따른 기능별, 재원별, 공급자별 분류체계 검토
- 투입자료원의 수집 및 적합성 검토
 - 건강보험통계연보, 산재보험사업연보, 장기요양보험통계연보 의료급여통계연보, 건강검진통계연보, 의료급여건강검진통계연보, 건강보험환자진료비실태조사 등 국민보건계정 구축을 위한 공표자료 수집
 - 자동차보험진료비, 실손형민영보험자료, 보건복지부 결산자료, 국민건강증진기금 결산자료, 응급의료기금결산자료 등 유관기관의 협조를 통해 자료 수집
 - 가계동향조사, 한국의료패널, 국민건강영양조사 등 이차자료원을 분석하여 자료수집
 - 통계전문가 및 해당 자료원 관련 전문가의 자문을 통해 투입자료원의 활용방안 및 투입자료원으로서의 적합성 검토
- 투입자료원을 가공하여 기능별, 재원별, 공급자별 분류체계 구축
 - 투입자료원의 보고된 수치를 활용 및 가공하여 국민보건계정 통계 기초자료 구축
 - OECD의 요청으로, 2020년 제출자료부터 COVID-19 관련 의료비 통계(기능별 × 재원별, 기능별 × 공급자별)를 추가로 구축
- 국민보건계정 자료 산출 및 검토
 - 기능별x재원별, 기능별x공급자별, 재원별x공급자별 통계자료의 정합성을 검토함. 이때, 기능별, 재원별, 공급자별 경상의료비의 총계는 일치
 - 보건의료 관련 전문가 대상 자문단 구성 및 산출된 보건계정 자료 검토회의 수행
- 과거 시계열 자료 검증
 - 시계열 자료 검증은 1970년 자료부터 수행
 - 통계 산출방식의 변화가 있을 시 이를 소급 적용하여 통계를 수정 보고
- 국민보건계정 통계 공표
 - 보건복지부 홈페이지(<http://www.mohw.go.kr>), 통계청 국가통계포털(<http://kosis.kr>), OECD Statistics 사이트(<http://stats.oecd.org>)에 통계 공표

7. 통계연혁

□ 개발 배경

- OECD(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 OECD) 회원국은 국내의 시계열적 일관성은 물론 국가 간의 횡단면적 비교가능성을 높이기 위해 OECD에서 제시한 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)를 중심으로 경상의료비 총액과 그 하위 부문의 데이터를 구축 진행
- OECD는 Public Expenditure on Health(OECD, 1977) 및 Measuring Health Care

1960-1983(OECD, 1985)에서 출발하여 OECD Health Systems(OECD, 1993)로 보건의료 데이터를 집대성했고, 1990년대에도 매년 CD-ROM의 형태로 일련의 보건의료자료집을 발표해 옴. ‘Total Health Expenditure’ 또는 ‘Total Expenditure on Health’는 이를 대표하는 상징적인 항목에 해당

- 1990년대 후반에 들어서 OECD 국가들 사이에서 자국 내의 보건계정체계를 재검토하는 국가들이 늘어가면서 국내의 시계열적인 일관성뿐만이 아니라 국제비교의 정합성을 유지하는 국민의료비 데이터와 이를 위한 공통 기준에 대한 요구가 계속되어 옴. 이러한 과정을 OECD가 주도
- 2006년부터는 OECD, Eurostat 및 WHO가 2005년에 맺은 협약에 따라 3개 기관 공동의 보건계정 데이터 수집 작업을 진행
- 국민의료비의 규모를 산출하기 위한 국내의 시도는 박종기 외(1976), 권순원(1986, 1988, 1993), 양봉민 외(1989), 이성규(1988), 이태진(1990), 명재일·홍상진(1994, 1997, 1998), 홍정기(1995), 신종각(1997), 정영호 외(1998, 2000), 장영식 외(2002, 2003) 등에서 계속되어 왔으며, 이러한 축적된 경험은 우리의 국민보건계정 구축에 밑거름이 됨
- 2003년도에 수행된 연구 보고서인 정형선 외(2004)에서 공급부문을 포함한 3차원 보건계정이 처음으로 구축되었고, 결과물로는 세 가지 2차원 보건계정이 제시되기 시작

□ 최초 개발 및 변경

- 2007년에는 「국민의료비 추계 및 국민보건계정」이 국가승인통계로 지정 [통계법 제 18조, 승인번호: 11768 (2007.09.05)]
 - ‘2007 기준 국민의료비 및 국민보건계정’보고서(2009.06)
 - 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013년 각 연도 기준의“국민의료비 및 국민보건계정” 보고서 (2010.07~2015.07)
- 2016년부터 SHA2011의 본격적인 실행과 함께 의료비 총량과 분류 기준이 변경됨에 따라 통계명이 「국민보건계정」으로 승인 변경 (2016.06.30)
 - ※ OECD는 Health Statistics 2016년도부터 SHA2011에 따라 구축된 결과를 발표
 - ‘2014년 국민보건계정’ 보고서 (2016.07)
 - ‘2015년 국민보건계정’ 보고서 (2017.07)
 - ‘2016년 국민보건계정’ 보고서 (2018.07)
 - ‘2017년 국민보건계정’ 보고서 (2019.07)
 - ‘2018년 국민보건계정’ 보고서 (2020.07)
 - ‘2019년 국민보건계정’ 보고서 (2021.07)
 - ‘2020년 국민보건계정’ 보고서 (2022.07)

II. 통계의 작성목적 및 이용

1. 통계의 작성목적

□ 통계의 작성목적

- 국민보건계정은 의료비의 재원, 기능, 공급자별 흐름을 일목요연하게 보여주는 국가 단위 의료비 지출의 종합표인 바, 이 통계의 작성은 우리나라 보건의료정책의 수립 및 평가에 필요한 기초자료 제공을 목적으로 함
- 우리나라가 가입한 국제기구(OECD)에 제출할 목적으로 작성하며, 따라서 우리나라의 의료비와 OECD 회원국 간의 국제비교를 가능하게 함

□ 주된 활용 분야

- 보건의료 및 건강보장 분야의 정책적 의사결정 및 판단을 위한 근거자료로 활용함
- 정부기관, 연구기관 등에서 국내 의료비 지출 규모 및 시계열적 변이 파악을 위한 기초 자료로 활용함
- OECD 등 국제기구의 회원국 간 의료비 규모 및 재원별, 공급자별, 기능별 지출 규모를 비교하는 자료로 활용함

2. 주요 이용자 및 용도

- 정부 및 정책 의사결정권자
 - － 국내 의료비 지출의 규모 및 시계열적 변이를 파악함으로써 새로운 정책 수립시 기초 자료로 활용
- 국내 연구자
 - － 국내 의료비 지출 규모 및 시계열적 변화, 공급자 지출 비중 활용
- 국제기구 및 국외 연구자
 - － 회원국 간 의료비 지출 규모 및 기능별, 재원별, 공급자별 지출 규모 및 비중 비교

3. 이용자 의견수렴

- 국민보건계정 통계 이용자들의 의견수렴을 위한 회의를 개최함
 - － 국민보건계정의 이용자 확보 방안, 홍보의 필요성에 관한 의견 및 국제기준인 System of Health Account (SHA2011)의 이해가능성 증진 방안 등을 논의함
- 국민보건계정 통계 산출 과정 전반에 대한 전문가 회의를 개최함
 - － 국민보건계정 기준서 변경과 현재 산출되고 있는 국민보건계정 통계자료 관련 교육 및 논의를 수행함
 - － 국민보건계정 통계자료 이용을 위한 홍보 및 교육기관 교육방안을 논의함

Ⅲ. 통계설계

1. 통계작성 기획

□ 통계작성대상

- 기준년도 1년간 보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 국민 전체의 지출 총액
 - － (개관) 국민보건계정 자료는 OECD에서 제공하는 2차원 Table 양식에 따라 보고
 - － 기능별x재원별(HCxHF) 분류 : 필수
 - － 기능별x공급자별(HCxHP) 분류 : 필수
 - － 공급자별x재원별(HPxHF) 분류 : 필수
 - － 재원별x재원수입별 (HF×FS)
 - － 공급자별x공급요소별 (HP×FP)
 - － 자본형태별x공급요소별 (HK×FP)

□ 통계작성에 필요한 자료의 시의성 및 수집가능성

- 국민보건계정 구축을 위한 자료원의 시의성 및 수집가능성이 충분히 확보되어 있음
 - － 국민보건계정자료는 t-2년을 기준으로 산출된 자료를 확정하여 OECD로 보고함. 다만, OECD에서 t-1년 기준 잠정수치 또한 요구하고 있음
 - － 국민보건계정 구축을 위한 주요 자료원인 건강보험통계연보, 의료급여통계연보 등은 t-1년 수치를 t년 10월에서 11월에 공표함. 따라서 익년(翌年) 3월 말 OECD에 보고하는 국민보건계정의 경우 그 자료원의 확보가 현실적으로 용이함

2. 수집자료의 포괄성 및 타당성

□ 수집자료의 포괄성 검토

- 정부 재원과 관련한 자료는 정부의 결산서를 분석하여 포괄하며, 보건소의 지출자료는 자체적으로 “보건소지출내역조사”를 수행하여 우리나라 보건소 전수에 대한 자료를 매년 확보하고 있음
 - － 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원은 의료급여환자들에 대한 급여실적 등의 정보를 의료급여통계연보를 통해 제공함
 - － 매년 250여 개의 보건소 및 보건의료원의 협조를 통해 집합보건의료비 자료를 수집함
- 의무가입보험과 관련하여 건강보험, 장기요양보험, 산재보험, 자동차보험 등 각 재원의 자료를 활용하며, 각 자료원은 가입자 전수에 대한 정보를 포괄함
 - － 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원은 국민건강보험법에 의거 제도 운영과정에서 획득한 가입자의 자격 보험료, 보험재정, 보험급여실적 및 심사실적, 요양급여비용의 적정성 평가, 질병에 대한 통계를 작성하여“건강보험통계연보”(국가통계 승인번호

제920006호)를 보고하고 있음

- 노인장기요양보험과 관련하여 국민건강보험공단이 “노인장기요양보험통계연보”(국가통계 승인번호 제350006호)를 발간함
- 산재보험과 관련하여 근로복지공단에서는 “근로복지공단 통계연보”(고용노동부 승인번호 제118011호)를 발간하며, 고용노동부에서는 “산재보험통계연보”(국가통계 승인번호 제118011호)를 발간함
- 자동차보험과 관련하여 건강보험심사평가원이 “자동차보험 진료비 통계”(국가통계 승인번호 제354005호)를 2016년부터 매년 발간하고 있음
- 민간재원과 관련한 자료는 유관기관과의 협력을 통해 자료를 수집함
 - 민간보험과 관련한 정보는 보험개발원과의 협력을 통해 해당 정보를 파악하고 있음
 - 가계지출과 관련한 정보는 국민건강보험공단에서 조사하는 “건강보험환자진료비실태조사”(국가통계 승인번호 제350005호)를 기관과의 협력을 통해 활용하고 있으며, 민간지출을 파악하기 위해 “가계동향조사”(국가통계 승인번호 제101006호) 및 “한국의료패널조사”(국가통계 승인번호 제920012호) 자료를 비교 검토하여 활용함
- 그 외 기타자료원들 또한 공신력 있는 자료원을 활용하거나 기관 간 협력을 통해 자료를 확보하고 있어 포괄성이 확보되고 있음

□ 타당성 및 신뢰성 검토

- 정부 지출과 관련된 자료원의 타당성 및 신뢰성
 - 정부 지출과 관련된 자료는 중앙부처 결산서를 활용하여 타당성 및 신뢰성이 확보됨
 - 보건소지출과 관련한 자료는 보건계정팀이 제시한 포맷 및 매뉴얼에 따라 조사대상인 각 보건소의 회계담당자가 결산서를 근거로 지출을 분류 보고하고 있는바 그 타당성과 신뢰성이 확보됨
 - 경찰청, 법무부 등의 기타 의료비 지출내역은 해당 기관과의 협력을 통해 공신력 있는 자료를 확보함
- 의무가입 건강보험 및 의무가입 민간건강보험 관련 자료원의 타당성 및 신뢰성
 - 투입자료원은 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 및 근로복지공단이 공표한 행정자료를 활용함. 해당 자료원들은 공신력 있는 자료로, 매년 주기적으로 산출·보고함
 - 이와 같은 행정자료는 가입자 전원의 정보 및 급여 규모를 파악할 수 있는 공식자료임
- 민간재원 관련 자료원의 타당성 및 신뢰성
 - 민간보험과 관련한 정보는 보험개발원과의 협력을 통해 그 정보를 파악하고 있음

□ 투입 자료의 문제점 및 한계점

- 건강보험환자 진료비실태조사 자료로의 변경의 한계점 및 개선 노력
 - 건강보험환자 진료비실태조사 자료는 국민건강보험공단에서 수집한 자료로 6월·12월만을 기준으로 추출한 표본자료임. 이러한 한계에 대해 연구진의 직접적인 개입이 어려움
 - 하지만 현재 한국의료패널 등 여타 자료에 비해 규모가 크고 세부 항목들을 광범위하게

포함(상병과 같이)하고 있음. 정책과 통계의 일관성을 확보할 수 있으며, 보다 대표성 있는 자료원을 활용할 수 있다는 장점이 있음

- 자료의 산출기관인 국민건강보험공단과의 협업으로 자료원의 한계를 극복할 수 있는 방안을 모색하고 자료 활용의 정교성을 가하기 위해 노력함

3. 주요 개념 및 용어

□ 개인의료비

- 정부(HF.1.1; Governmental schemes)
 - 중앙정부와 지방정부(시·도 및 시·군·구)로 나눌 수 있으나(SHA 1.0에서는 이를 구분하고 있었음) SHA2011에서는 이를 구분하지 않음
- 의무가입(건강)보험(HF.1.2; Compulsory contributory health insurance schemes)
 - 가입이 법적으로 강제되어 있는 건강보험제도를 의미함. 사회(건강)보험(HF.1.2.1; Social health insurance schemes) 및 의무가입민간(건강)보험(HF.1.2.2; Compulsory private insurance schemes)을 포함함
- 의무가입민간(건강)보험(HF.1.2.2; Compulsory private insurance schemes)
 - ‘사회(건강)보험 이외의 모든 의무가입(건강)보험’으로, 우리나라에서 여기에 해당하는 것으로는 민간에 의해 운영되거나 강제가입방식을 취하고 있는 ‘자동차보험의 책임보험’의 의료비 지출이 있음
- 임의가입건강보험(HF.2.1; Voluntary health insurance schemes)
 - 영리와 비영리를 불문하고 사회보험 이외의 모든 민영보험을 포함함
- 비영리단체(HF.2.2; NPISHs(Non-profit Institutions Serving Households) financing schemes)
 - 가계에 무료 또는 저렴한 가격으로 재화와 서비스를 제공하는 단체로, 보통 빈곤한 가구에 비시장적 의료를 제공함. 특히 자선, 구호, 원조단체 등이 해당되며, 재원은 주로 일반대중, 기업, 정부의 기부금임. 외국 소재 비영리기관을 포함한 비거주자로부터의 이전도 포함됨
- 기업(HF.2.3; Enterprises financing schemes)
 - 시장의 재화와 서비스를 생산하는 것을 주 활동(principal activity)으로 하는 기업 또는 유사기업을 포함함
- 가계직접부담(HF.3; Household out-of-pocket payment)
 - 가계가 의료 이용 단계에서 직접 부담하는 지불액으로, ‘보험급여가 되는 항목에 대한 급여본인부담금’과 ‘비급여항목에 대한 본인부담금’을 합한 것임. 사실상 이 부분에 대한 통계치의 신뢰성이 전체 경상의료비의 정확성에 있어 최대의 관건임. 국민보건계정에서는 가계직접부담(HF.3)을 비급여본인부담(HF.3.1. Out-of-pocket excluding cost sharing)과 법정본인부담(HF.3.2 Cost sharing with third-party payers)으로 구분하여 제시함

□ 집합보건의료비

※ 집합보건의료는 개인 의료와 대비되는 개념으로 사회 구성원 다수를 대상으로 제공되는 보건의료서비스를 지칭하며 예방서비스(HC.6; Preventive care)와 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7; Governance, and health system and financing administration)로 구성됨

○ 예방서비스(HC.6; Preventive care)

- 건강상태를 증진하기 위한 서비스를 포괄하며, 건강 불기능(health dysfunction)을 고치기 위한 치료서비스(curative services)와는 구분됨. 예방서비스(HC.6)는 다시, 정보·교육·상담프로그램(HC.6.1), 면역프로그램(HC.6.2), 질병조기발견프로그램(HC.6.3), 건강모니터링 프로그램(HC.6.4), 역학조사 및 위험·질병관리프로그램(HC.6.5), 재해·응급대응프로그램(HC.6.6)으로 세분류됨. 이와 같은 하위 구분은 항목분류 상 배타성(exclusivity)의 원칙에 어긋나는 부분이 있으나, 본 연구 작업을 통해서 동일한 내용이 두 개 이상의 항목에 중복되지 않도록 배분함

○ 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7; Governance, and health system and financing administration)

- 중앙정부, 지방정부, 의무가입(건강)보험, 민영보험 등에서 행하는 기획, 관리, 규제, 징수, 청구서 관리 등 보건관리와 보험 관련 업무를 의미함. 또한, 보건의료 공급자의 관리 업무도 해당 서비스 기능에 포함됨

4. 적용 분류체계

□ System of Health Account 2011(SHA2011)에 따른 주요 분류체계

- 경상의료비(Current Health Expenditure)는 ‘보건의료재화와 서비스의 최종 소비’를 의미하며, Total Health Expenditure에서 ‘보건의료의 하부구조에 대한 자본투자’가 차감된 것임
 - 의료서비스 및 재화, 공중보건 및 예방프로그램, 그리고 행정에 대한 공공재원 및 민간 재원(가구 포함) 지출을 포함함
 - 교육훈련, 연구 및 환경보건과 같은 보건 관련 지출은 제외함
- 기능별 분류
 - 기능분류는 주민이 건강니즈의 충족을 위해 행하는 보건의료체계와의 접촉을 다룸
- 공급자별 분류
 - 병원, 거주형장기요양시설, 통원보건의료공급자 등 보건의료서비스 전달을 수행하는 서비스 제공자의 분류임
- 보건의료의 재원(스킴)별 분류
 - 보건재원체계가 보건의료체계 내에서 가지는 역할은 주민의 현재의 보건니즈를 충족시키기 위하여, 예상되는 미래 니즈의 관점에서, 자금을 동원하고 배분하는 것임
 - 보건의료재원은 정부·의무가입(건강)보험, 민간재원 등으로 분류됨

5. 통계개편의 적절성

□ 통계산출의 주요 개편 내역

○ 비급여 추계방식의 개편

- 2018년 제출자료부터 국민건강보험공단에서 제공하는 건강보험환자진료비실태조사를 비급여 금액 추계의 기초자료로 활용하는 개편이 있었음. 이를 위해 통계전문가 및 실무진과의 자문 회의를 수행하였으며, 수 차례의 연구진 내 논의 및 회의를 진행함
- 비급여 추계방식의 개편은 2018년 OECD 보고 자료(2016년 확정치)부터 적용되었으며 2001년까지의 자료에 소급 적용하여 자료를 구축함

○ 보건소 지출내역 조사방식의 개편

- 2023년 제출자료부터 각 보건소 및 보건의료원에서 제출하는 지출내역 조사방식의 개편이 진행되고 있음. 보건소 담당자 대상 파일럿 조사(2019년)를 통하여 개편의 방향성을 결정하여, 분류체계를 이원화(1차: 보건소, 2차: 사업팀)하고 조사표를 개선함
- 보건소지출내역조사의 개편은 최종 전환 검토 후에 2023년 OECD 보고 자료(2021년 확정치)부터 적용될 예정임

IV. 자료수집

1. 수집자료

□ 수집자료 목록 및 관련 정보

- 국민보건계정구축을 위해 활용되는 통계자료의 명칭 및 특성은 다음과 같음
 - － “건강보험통계연보”(국민건강보험공단·건강보험심사평가원)의 작성대상은 우리나라 건강보험가입자 전수이며 작성주기는 1년임. 보고통계의 형식으로 매년 당해 자료를 추가 작성하여 보고함
 - － “의료급여통계연보”(국민건강보험공단·건강보험심사평가원)의 작성대상은 우리나라 의료급여수급권자 전체이며 작성주기는 1년임. 보고통계의 형태로 작성되며 매년 당해 자료를 작성하여 보고함
 - － “노인장기요양보험통계”(국민건강보험공단)의 작성대상은 우리나라 노인장기요양보험 가입자 전수이며 작성주기는 1년임. 보고통계의 형식으로 매년 당해 자료를 추가 작성하여 보고함
 - － “산재보험사업연보”(고용노동부)의 작성대상은 대상 월에 산업재해보상보험법에 의해 보험급여가 지급된 산재근로자, 상시근로자수 1인 이상을 사용하는 사업 또는 사업장이며 작성주기는 1년임. 보고통계(행정집계)의 형태로 작성되며 매년 당해 자료를 작성하여 보고함
 - － “자동차보험진료비통계”(건강보험심사평가원)의 작성대상은 자동차보험 가입자 전수이며 작성주기는 1년임. 보고통계 형식으로 매년 당해 자료를 추가 작성하여 보고함
 - － “건강보험 건강검진통계”(국민건강보험공단)의 작성대상은 당해연도 일반건강검진 대상자와 수검자이며, 작성주기는 1년임. 연보의 형식으로 매년 당해 자료를 작성하여 보고함
 - － “의료급여 건강검진통계”(국민건강보험공단)의 작성대상은 익년도 의료급여 건강검진 대상자와 수검자이며, 작성주기는 1년임. 연보의 형식으로 매년 당해 자료를 작성하여 보고함
 - － “근로자 건강진단실시결과”(고용노동부)의 작성대상은 산업안전보호법 및 진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률이 적용되는 상시근로자 1인 이상의 전국 사업체이며 작성주기는 1년임. 보고통계의 형식으로 매년 작성되며 특수건강진단기관에서 한국산업안전보건공단으로 보고하고 한국산업안전보건공단은 다시 고용노동부로 보고함
 - － “기업체 노동비용조사”(고용노동부)의 작성대상은 통계적 방법에 의하여 추출된 전국의 상용근로자 10인이상 약 3,500개 표본기업체(회사법인)이며 작성주기는 1년임. 조사통계의 형식으로 매 회계연도에 조사한 뒤 작성함
 - － “고용형태별근로실태조사”(고용노동부)의 작성대상은 전국의 사업체이며 작성주기는

- 1년임. 조사통계의 형식으로 매년 당해 자료를 추가 작성함
- “국민계정”(한국은행)의 작성대상은 국내의 가계, 기업, 정부 등 경제활동을 수행하는 모든 경제주체이며 분기별로 작성됨. 가공통계의 형식으로 매 분기에 해당하는 자료를 추가 작성함. 단, 국민보건계정 구축을 위해서는 연간 자료를 사용함
 - “서비스업조사/경제총조사”(통계청)의 작성대상은 한국표준산업분류 21개 대분류(A~U) 중 T(자가소비), U(외국기관)를 제외한 모든 산업(약 340만 개)의 사업체이며 작성주기는 5년임. 조사통계의 형식으로 조사 기준시점(1년간)에 해당하는 자료를 조사한 뒤 작성함
 - “가계동향조사”(통계청)의 작성대상은 전국에 거주하는 일반 가구이며 분기별로 작성됨. 조사통계의 형식으로 매년 당해 자료를 작성함. 국민보건계정 구축을 위한 자료는 1년을 대상으로 함
 - “건강보험환자진료비실태조사”(국민건강보험공단)의 작성대상은 전국 요양기관 (보건기관 및 조산소 제외)중 조사시점 기준 최근 3개월간 진료비 청구실적이 있는 기관이며 작성주기는 1년임. 조사통계의 형식으로 매년 당해 자료를 추가 작성함
 - “국민건강영양조사”(보건복지부)의 작성대상은 전국 1만 4천여 가구(제8기 기준) 내 만 1세 이상 가구원이며 작성주기는 1년임. 조사통계의 형식으로 매년 당해 자료를 작성함
 - “한국의료패널조사”(한국보건사회연구원·국민건강보험공단)의 작성대상은 거주유형, 학력, 성별, 주택소유형태 등의 분포를 파악하고, 조사의 현실성을 반영하여 조사구 유형 중에서 섬, 특수시설, 기숙시설 등의 특별조사구를 제외한 일반조사구와 아파트조사구 (약 5,000~6,000가구)이며, 작성주기는 1년임. 조사통계의 형식으로 매년 당해 자료를 작성함
 - “보건소지출내역조사”(연세대학교 의료복지연구소)는 조사통계이며, 조사대상은 전국의 보건소 및 보건의료원임. 각 보건소의 결산자료를 국민보건계정 구축을 위한 분류체계에 맞게 재분류함. 연세대학교 의료복지연구소에서 조사양식을 개발하고 보건복지부에서 조사를 시행함. 각 보건소 회계담당자가 작성하여 보고함

보건계정 기초자료 명칭 및 특성

자료명칭	작성기관	작성대상	작성주기	작성형태
건강보험통계	국민건강보험공단, 건강보험심사평가원	전국 건강보험 가입자 전체	1년	보고
의료급여통계	국민건강보험공단, 건강보험심사평가원	전국 의료급여 수급자 전체	"	"
노인장기요양보험통계	국민건강보험공단	전국 노인장기요양보험 가입자 전체	"	"
자동차보험 진료비통계	건강보험심사평가원	전국 자동차보험 가입자 전체	"	"

산재보험통계	고용노동부	산업재해보상보험법에 의해 보험급여가 지급된 산재근로자	"	"
건강보험 건강검진통계	국민건강보험공단	전국 일반건강검진 대상자	"	"
의료급여 건강검진통계	국민건강보험공단	전국 의료급여 건강검진 대상자	"	"
근로자 건강진단실시결과	고용노동부	전국 사업체 전체	"	"
국민계정	한국은행	국내 경제주체의 경제활동 전체	분기	가공
기업체 노동비용조사	고용노동부	전국 상용근로자 10인 이상 기업체	1년	조사
고용형태별 근로자실태조사	고용노동부	전국 사업체 전체	"	"
건강보험환자 진료비실태조사	국민건강보험공단	전국 요양기관(보건기관 및 조산소 제외) 중 조사시점 기준 최근 3개월간 진료비 청구실적이 있는 기관	"	"
서비스업조사 (경제총조사)	통계청	한국표준산업분류 21개 대분류 중 T (자가소비), U(외국기관)을 제외한 모든 산업(약340만개)	1년 (5년)	"
가계동향조사	통계청	전국 1인 이상 일반가구	분기	"
국민건강영양조사	보건복지부	전국 가구	1년	"
한국의료패널조사	한국보건사회연구원	2016년 등록센서스	"	"
보건소 지출내역조사	연세대학교 의료복지연구소	전국 보건소	"	"
고용노동부 결산자료	고용노동부	고용노동부 결산	"	결산 자료
보건복지부 결산자료	보건복지부	보건복지부 결산	"	"
국민건강증진기금 결산자료	보건복지부	국민건강증진기금 결산	"	"
응급의료기금 결산자료	보건복지부	응급의료기금 결산	"	"

□ 수집자료의 합목적성 및 한계

- 국민보건계정 산출에서는 공식통계 및 공식통계의 자료원을 수집하여 활용하는 것을 원칙으로 함
 - － 건강보험통계연보와 같이 국민 전체를 대상으로 하는 행정자료 등
- 가계의 비급여 지출과 같은 민간재원에서는 이러한 공식통계 및 자료원에 한계가 있는바, 이런 경우에는 여러 자료원 중에서 건강보험진료비실태조사자료, 경제총조사 자료 등 보건계정 산출의 합목적성에 비추어 타당한 것으로 판단되는 자료원을 최대한 활용하고 있음

2. 자료수집체계

□ 자료 수집과정 및 방법

- 공표자료의 수집
 - － 매년 주기적으로 공표되고 있는 자료원은 통계청 포털 및 각 통계산출기관의 공표자료를 활용함
- 보건소 지출내역조사
 - － 보건소 지출내역의 경우, 각 보건소 및 보건의료원 회계담당자와 사업부서의 도움으로 국민보건계정구축을 위한 조사를 수행함
 - － 조사는 2007년부터 수행하였으며, 2021년 기준 전국 250여 개 보건소 전수를 조사하였음. 조사표는 엑셀형태이며, 각 보건소에 양식을 송부하고, 각 담당자들이 결산 총액과 합치하도록 지출항목을 1차적으로 분류하여 제출하고, 사업팀에서 최종 분류 및 검증함
- 유관기관협력을 통한 자료 확보
 - － 정부 재원의 규모를 추계하기 위해 필요한 경찰병원, 군병원, 교도소 등의 의료비 지출 규모와 관련하여 경찰청, 국방부 및 법무부와의 협력을 통해 자료 수집함
 - － 민영보험사 지출과 관련하여 보험연구원과의 협력체계를 구축하여 자료를 확보함
 - － 자동차보험의 지출과 관련하여 보험개발원의 협력을 통해 자료를 수집함
- 공동 및 위탁연구를 통한 자료 확보
 - － 국민건강보험공단과의 공동연구를 수행함. “건강보험환자진료비실태조사” 자료를 가공 분석하여 비급여 규모를 파악함. 또한 상병별 정보를 활용하여 상병별 경상의료비의 규모를 추계함
 - － 건강보험심사평가원과의 위탁연구를 수행함. 건강보험심사평가원의 청구자료를 활용하여 SHA2011에서 제시하는 기능별 지출 분류를 위한 자료원을 확보함. 또한 심사평가원의 의약품 현황자료를 활용하여 일반의약품 및 전문의약품의 지출현황을 파악함

3. 수집자료 처리

□ 수집자료의 처리 과정

- 수집된 자료의 시계열적 특이사항 확인
 - 수집된 자료의 시계열적 특이점이 있는 경우, 정책적·사회적 원인 분석을 수행함
 - 수집된 자료원에 오류 내포 가능성이 있는 경우, 해당 통계자료 담당자와의 협의를 통해 그 원인을 규명하고 개선을 수행함

□ 미수집자료의 처리 과정

- 자료수집에 장애가 있을 시 그 원인을 파악하고 대처방안을 해당 통계산출 기관과 협의함
- 결과적으로 자료수집이 어려운 경우 시계열적 일관성을 확보하기 위한 보간법을 통해 미수집 자료의 규모를 추정함

4. 현장조사

□ 보건소 지출내역조사

- 조사대상 및 조사항목
 - 조사대상은 전국 보건소 및 보건의료원임
 - 조사항목은 전년도 보건소 및 보건의료원 결산금액임
- 조사항목별 작성 요령 및 기입시 유의사항은 보건소 조사 수행 시 담당자에게 교육함
 - 각 보건소 예산/회계담당자가 사업부서 담당자의 도움을 받아 1차 작성함
 - 1차 작성된 자료를 사업팀에서 일괄 취합하여, 통일된 분류 기준으로 최종 분류함
 - 단위는 백만 원으로 하되, 십만 원 자리에서 반올림하여 작성함
 - 결산액은 당해 1월-12월 사이의 최종 집행액으로 작성함
 - 항목 간에 중복이 없어야 하며, 항목별 총합은 당해 보건소 결산총액과 일치하여야 함
 - 시·군·구 총무과에서 일괄 관리하고 있는 인건비의 경우, 보건기관직원의 인건비만을 계산 또는 추정하여 작성함
 - 보건사업의 경우 가능한 한 제시된 사업을 중심으로 기입하도록 하되, 제시된 사업과 연관이 없는 경우에는 기타란에 사업명을 작성하여 기입함
 - 사업명칭이나 대상자가 다양해도 프로그램의 목적이 동일한 경우 제시된 항목으로 분류함
 - 예산이 사업 단위별로 통합되어 집행된 경우(예, 건강행태개선사업, 맞춤형 방문 보건사업 등), 제시된 서식에 맞게 항목별로 적절한 기준에 따라 배분하되 중복해서 계상되지 않도록 함

□ 수집 자료의 검토

○ 이상치 검토 및 수정

- 각 보건소에서 제출한 수치의 단위를 검토함. 각 보건소 내 예산이 특이하게 많이 지출되거나 적게 지출되었다고 보고된 사례를 찾아 검토함
- 각 보건소의 이전 년도 제출 자료와의 시계열적 특성을 검토함. 이상치 등 수집자료에서 오류를 발견하였을 시 각 보건소 담당자에게 유선 혹은 메일로 문의하여 원인을 규명하고 수정함

V. 통계처리 및 분석

1. 통계작성 결과

□ 분류체계

○ 재원별 분류

- 재원별 분류는 의료서비스 및 재화의 공급자(의료기관)에게 의료비를 지불하는 단계에서 구분

재원별 분류

1차 분류	2차 분류	3차 분류
정부.의무가입제도	정부	
	의무가입(건강)보험	
민간재원	임의가입제도	임의가입(건강)보험
		비영리단체
	가계직접부담	기업
합계(경상의료비)		

○ 기능별 분류

- 기능별 분류는 경상의료비를 제공되는 서비스 유형에 따라 구분

기능별 분류

1차 분류	2차 분류	비고
개인의료비	입원서비스	입원환자의 원내처방과 보조서비스(임상병리 검사, 영상진단, 환자이송 등이 포함됨) 포함
	외래서비스	
	의약품 등	
	기타서비스	재가서비스, 당일서비스, 주간장기요양서비스와 보조의료서비스 포함
집합보건의료비	예방서비스	
	거버넌스.보건체계.재정관리	
합계(경상의료비)		

○ 공급자별 분류

- 공급자별 분류는 의료서비스 및 재화를 공급하는 주체에 따라 구분

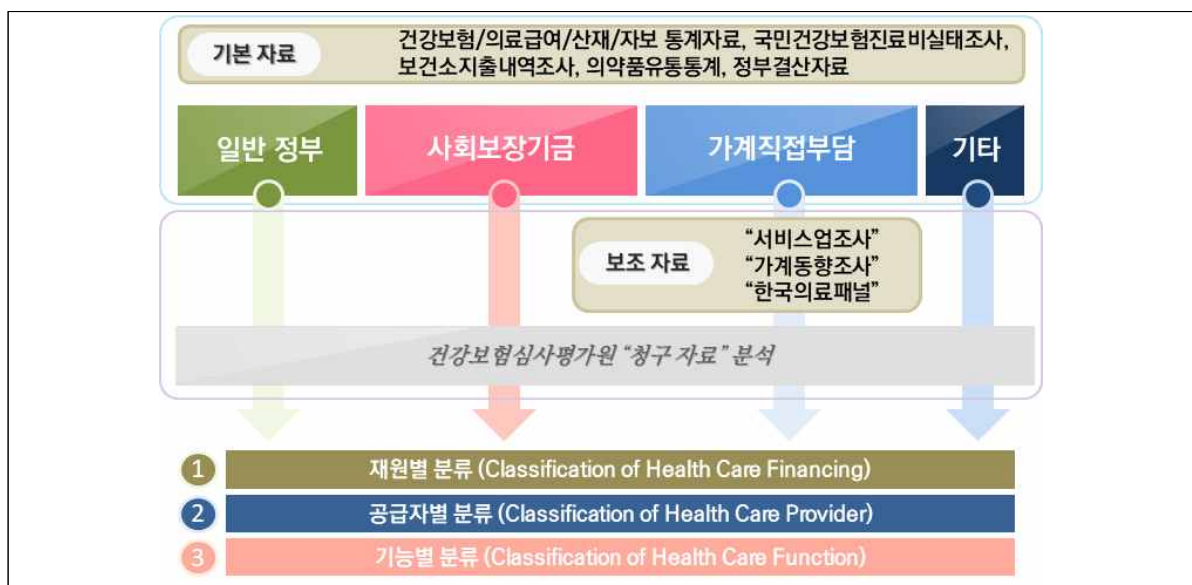
공급자별 분류

1차 분류	2차 분류	비고
병원		일반병원 외에도 치과병원, 한방병원 등 모든 병원 포함
통원보건의료제공자	의원	
	기타	치과 의원, 한의원 등 포함
약국		
기타		거주형장기요양시설, 보조서비스제공자(환자이송응급구조제공자, 의학진단검사소), 의료내구재.의료용구의 소매업자.기타제공자, 의약품.의료재화의 기타판매.제공자, 예방서비스제공자, 보건의료체계관리.재원공급자, 국내기타부문과 해외부문 포함
합계(경상의료비)		

□ 국민보건계정 구축 개요

- 경상의료비의 하위 부문을 기능에 따라 개인의료비, 집합보건의료비로 나누어 그 개념과 추계방법을 소개함
 - 기능별 분류는 제공되는 서비스 유형에 따라서 지출액을 구분하는 것으로, 세 가지 분류 기준 중 가장 기본이 됨
- 개인의료비와 집합보건의료비의 구축을 위하여 재원에 따라 자료를 수집함
 - 재원별 분류는 공급자에게 지불하는 단계의 재원을 구분하는 것임. 국민보건계정의 구축을 위한 자료원은 재원 구분에 따른 수집이 용이한 편임

국민보건계정 구축의 틀



□ 개인의료비 산출방법

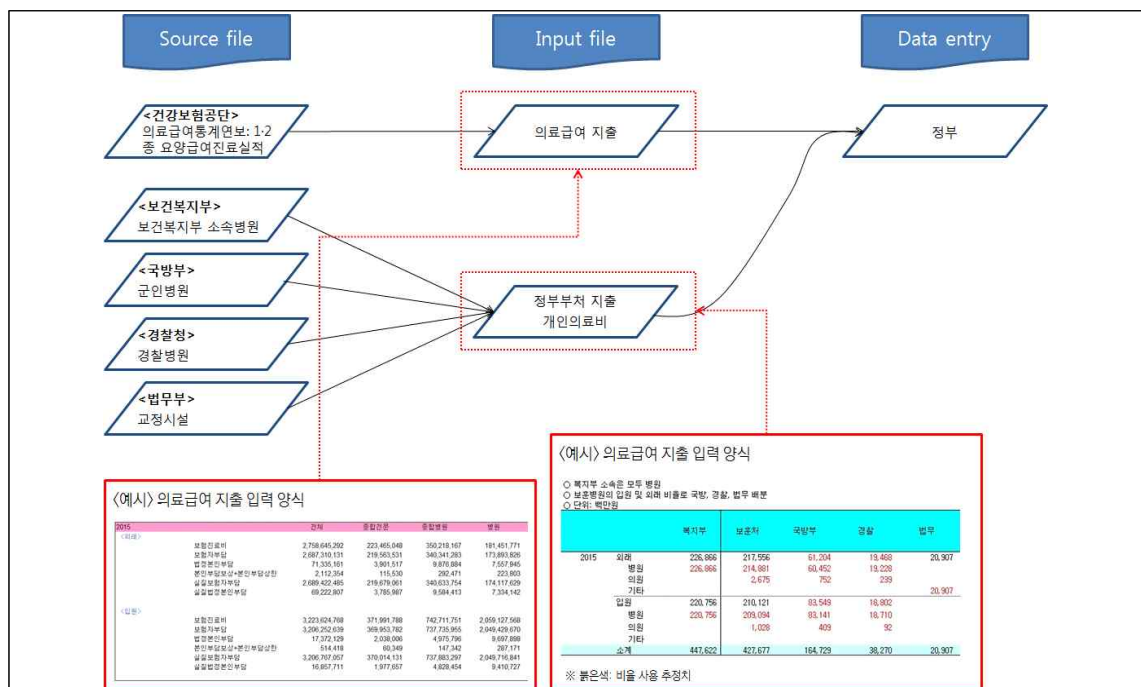
- 개인의료비 산출 방법을 SHA2011의 분류체계에 따라 정부, 의무가입건강보험, 임의가입건강보험, 비영리단체, 기업, 가계직접부담 순으로 기술함

1. 정부·의무가입제도(HF.1; Governmental schemes and compulsory contributory health care financing scheme)

1.1 정부(HF.1.1; Governmental scheme)

- 개인의료비 중 정부재원은 대부분 의료급여제도(구 의료보호제도)에서의 급여지출이 차지하고 있음. 역으로 의료급여제도의 급여지출은 정부재원이 대부분임
- 병원, 의원, 약국 등 공급자별 정부의 지출 부분은 의료급여통계연보의 자료를 사용함. 통계연보가 나와 있지 않은 1991년 이전은 의료보호기금 결산자료를 활용하여 추산함. 본인부담보상금과 본인부담상한액 초과 환급금 등의 자료도 건강보험공단으로부터 입수하여 보충함
- 보건복지부 소속병원, 군인병원, 경찰청의 경찰병원, 법무부의 교정시설 등 각종 국공립병원에서 이루어지는 의료비 지출 중에서 정부재원으로 충당되는 부분은 정부재원 개인의료비에 반영함
- 관련 데이터는 보건복지부의 협조를 통해 각 부처의 결산 자료를 입수해서 추산함
- 국방예산상의 '현역병 건강보험료 납입금'은 의무가입건강보험 재원으로 흡수되게 되므로 별도의 가산을 하지 않음

정부 개인의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



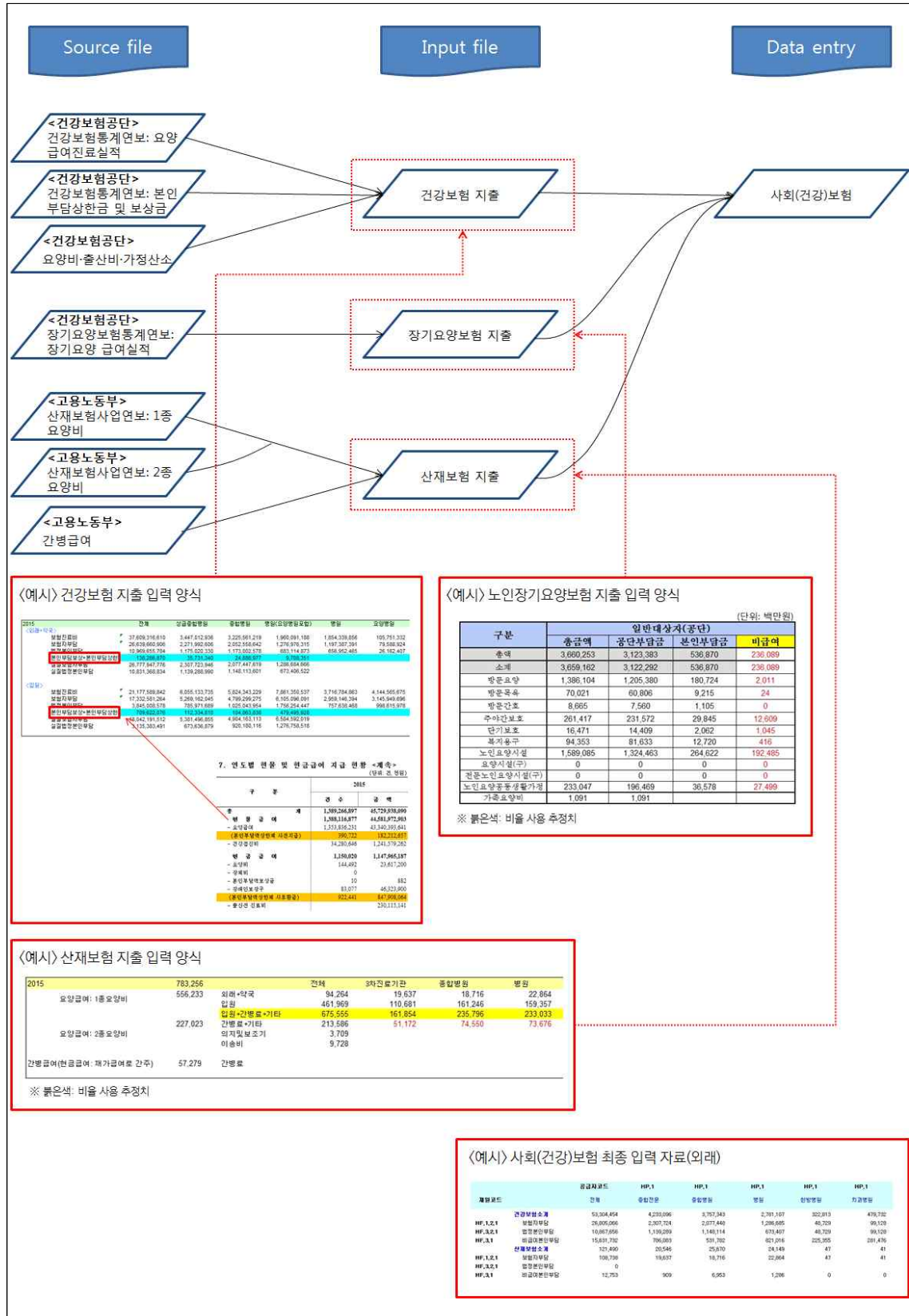
1.2 의무가입건강보험 (HF.1.2; Compulsory contributory health insurance schemes)

- 의무가입건강보험은 강제 가입 방식이 적용되는 보험으로, 사회건강보험과 의무가입민간 건강보험으로 이루어지며 주로 행정 자료를 기반으로 구축됨

1.2.1 사회건강보험 (HF.1.2.1; Social health insurance schemes)

- 우리나라의 경우 사회건강보험 재원은 건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험의 급여지출로 구성되며, 주로 개인의료비를 충당함
- 4대 의료보장제도 중에서 의료급여제도는 정부의 예산에서 지불되므로 ‘의무가입건강보험’이 아닌 ‘정부’재원에 속하며, 자동차보험은 민간재원이면서 강제(mandatory) 가입 방식이라는 점에서 ‘의무가입민간건강보험’재원에 속함
- 정부의 지역의료보험에 대한 지원은 공급자에게 지불되는 단계에서는 이미 정부 예산이 아니고 건강보험제도(financing scheme)에 속하는 재원이므로 정부 재원이 아닌 ‘사회 건강보험’ 재원에 포함시킴
- 병원, 의원, 약국 등 공급자별 배분을 위해서는 건강보험통계연보, 노인장기요양보험통계연보, 산재보험통계연보의 요양기관별 보험자부담분 데이터를 사용함
- 건강보험의 경우 건강보험통계연보의 ‘요양기관종별 진료형태별 요양급여실적표’를 기본으로 함. 현금급여가 이루어진 경우(본인부담보상금, 본인부담상한액 초과금 환급금)는 추가적으로 조정함
- 노인장기요양보험은 노인장기요양보험통계연보의 ‘연령별 자격별 급여종류별 장기요양 급여실적’을 기본으로 함
- 산재보험은 산재보험통계연보의 ‘의료기관등급별 진료비지급현황’을 사용함. 현금급여가 이루어진 경우(2종 요양비, 간병비)는 추가적으로 조정함

사회건강보험 개인의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



- 우리나라에서 의무가입민간건강보험에 해당하는 것으로는 자동차보험이 유일함
- 자동차보험의 책임보험은 민간회사가 운영하더라도 일정한 사회적 목적을 가지고 법에 의해 가입이 강제되기 때문에 의무가입건강보험으로 분류됨
- 자동차보험 재원의 병원, 의원 등 공급자별 지출은 건강보험심사평가원의 ‘자동차보험 진료비’의 심사 실적과 보험개발원의 내부자료를 활용하여 추산함
- 보험개발원의 내부자료는 책임보험 배상과 임의가입 배상으로 나누어지는 바, 이를 활용하여 진료비 실적 중에서 책임보험 배상에 해당되는 금액만큼을 의무가입건강보험 재원(HF.1.2.2)에 포함시킴
- 임의가입 배상에 해당되는 금액은 임의가입(건강)보험(HF.2.1)으로 처리함

[illegible]

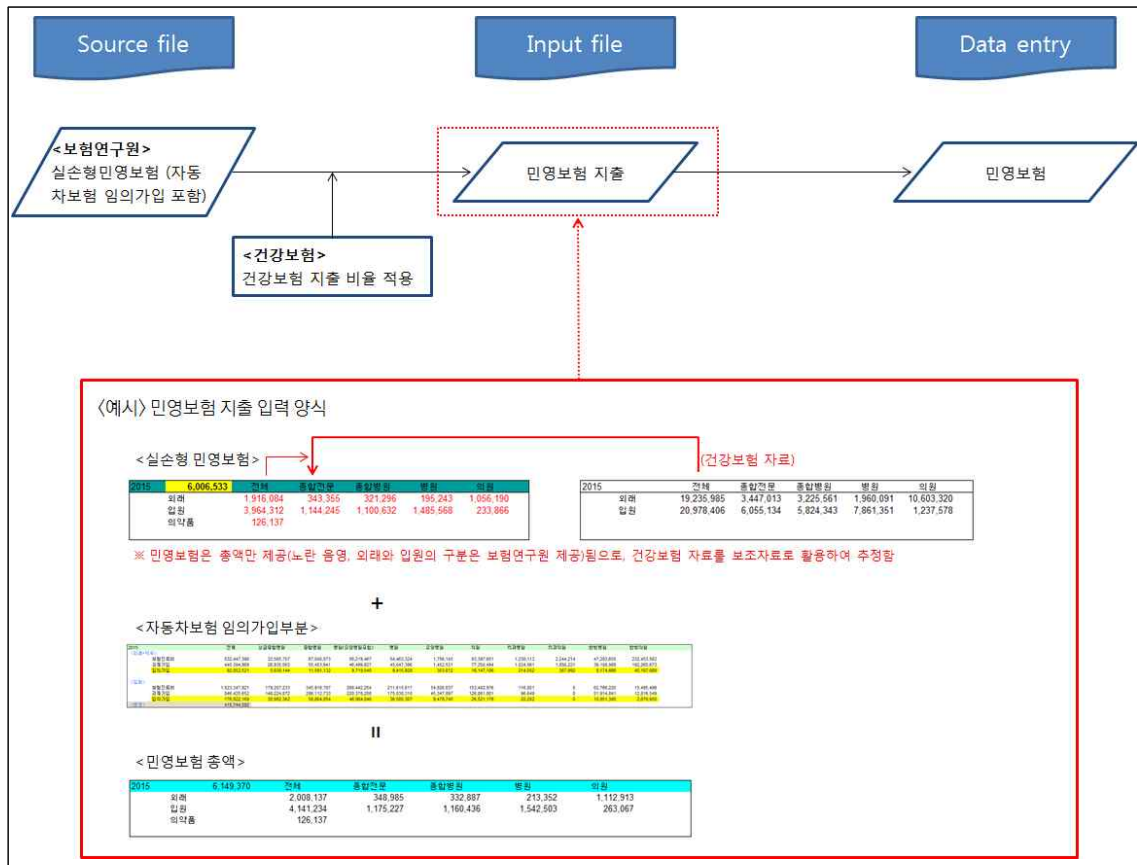
2.1 임의가입건강보험(HF.2.1; Voluntary health insurance schemes)

- 보건복지부의 협조 요청에 의거하여 보험연구원을 통해 입수한 자료를 사용함. ‘임의가입건강보험’재원에는 민영의료보험 중에서 영수증 등을 통해 실제의 의료비 지출이 확인되고 지불이 이루어진 실손형 보험만을 포함함
- 가계직접부담 재원의 산출 시 이 부분을 차감하여 중복추계를 피함. 「가계(동향)조사」의

의료비 지출은 실손형 민영보험에 따라 지불되는 의료비 지출액을 구분하지 않고 조사된 것이므로 이 부분을 차감하지 않으면 ‘임의가입건강보험’과 중복 계산되기 때문임

- 민영보험회사에 의한 건강관련 보험 중에서 암 등 질환의 발생에 대해 약정된 보험금을 지불하는 정액형 민영의료보험은 국민보건계정에서 별도로 구분되어 표시되지 않음. 국민 보건계정에서는 최종재원인 가계직접부담 속에 포함되어 있기 때문임
- 이러한 정액보험금을 별도로 의료비 지출로 계상하면 가계가 공급자에게 지불하는 단계에서 추계되는 가계지출 의료비와 중복이 될 위험이 있음. ‘민영보험회사’로부터 돈이 나왔지만 의료기관에 지불하는 단계에서는 ‘가계’라는 중간재원(SHA2011에서의 financing scheme)에서 지불되는 것이므로 ‘가계직접부담’에 포함됨
- 입원 일당 일정 금액을 지불하는 상품도 업계에서는 ‘정액형’ 민영보험으로 불리고 있지만 이는 위에서 말한 정액형 민영의료보험(질환의 발생에 대해 약정된 보험금을 지불하는 방식)과 실손형 민영의료보험(질환의 치료비를 보전해주는 방식)의 중간적 성격을 지닌 것으로 보건계정에서는 실손형 민영보험과 같이 처리됨
- ‘민영보험’의 규모에 관한 논의 시 함께 거론되는 ‘민영의료보험료’의 규모는 본 보건계정에서의 ‘민영보험 재원’의 규모와는 다른 외연을 가지고 있으므로 해석에 주의를 요함. ‘민영의료보험료’에는 일반 민영보험상품 내지 저축성보험료가 포함되는 경우가 많음
- 자동차보험 재원 중에서 임의가입 배상에 해당되는 금액은 여기에 포함됨
- 건강보험심사평가원의 ‘자동차보험 진료비’의 심사 실적 중에서, 보험개발원의 내부 자료에서 확보함 책임보험 배상과 임의가입 배상의 구성 비율을 활용하여, 임의가입 배상 부분을 추정함

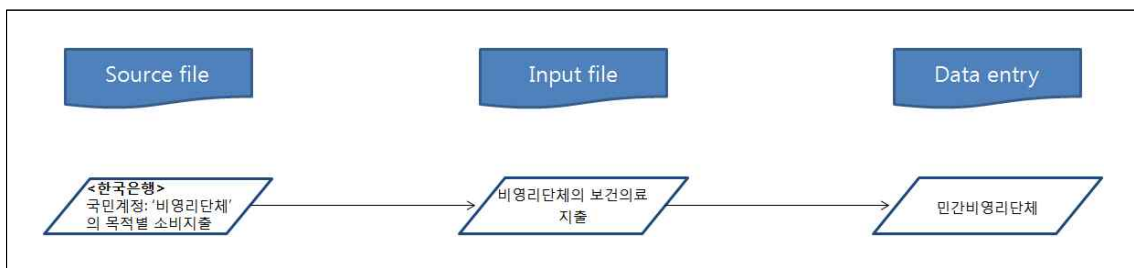
임의가입건강보험 개인의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



2.2 비영리단체 (HF.2.2; NPISHs financing schemes)

- 비영리단체를 재원으로 하는 의료비 지출은 국민계정(National Accounts)에서 '비영리단체'의 목적별 최종소비지출 중 '의료보건' 항목을 이용함. 그렇지만, 국민계정에서 이 항목에 무슨 자료원의 무엇을 포함하고 있는지는 확인되지 않음
- 노인장기요양보험 도입(2008년) 이전에 요양시설이 자체적으로 마련한 재원 또는 후원금으로 조성한 재원을 추가적으로 포함함. 이 부분은 국민계정의 '비영리단체의 의료보건 지출' 항목에 포함되어 있지 않을 것으로 보기 때문임

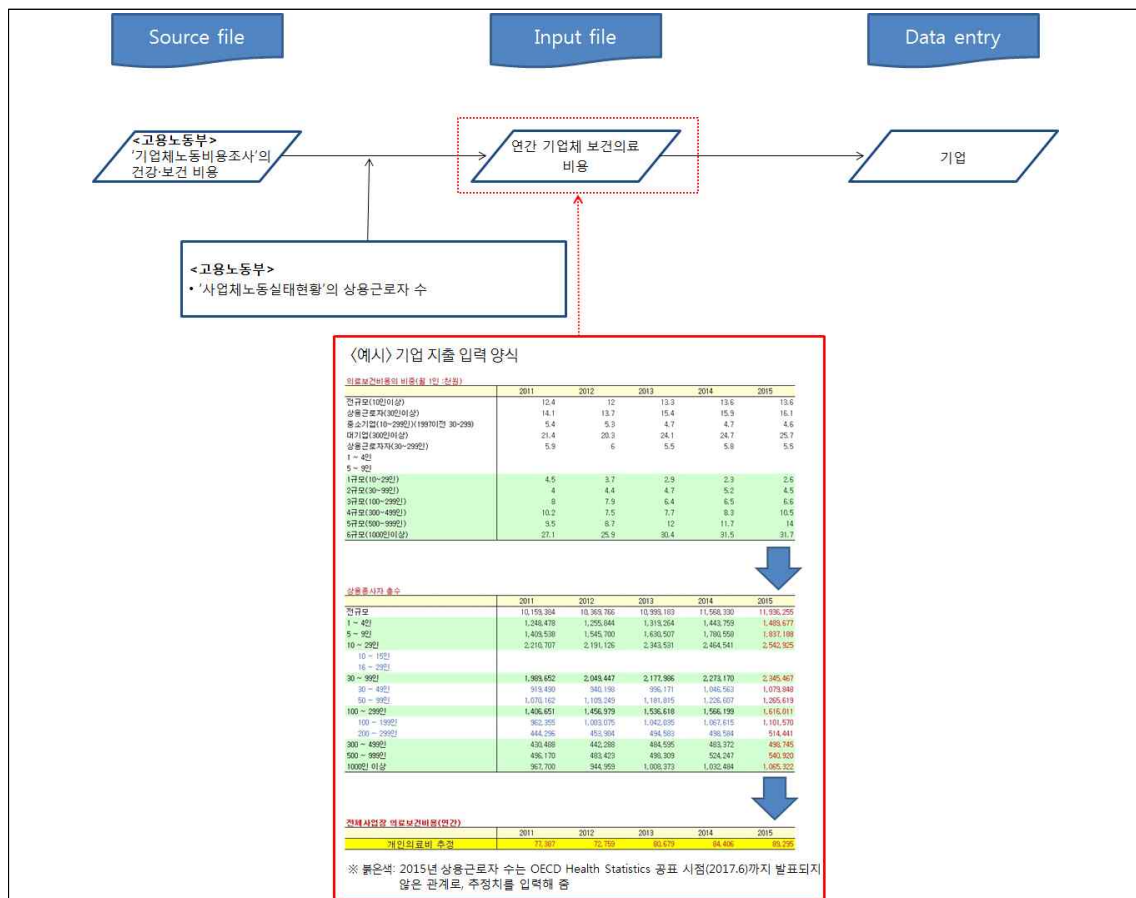
비영리단체 개인의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



2.3 기업(HF.2.3; Enterprises financing schemes)

- 「기업체노동비용조사」(고용노동부)에서 기업이 법정 외 복지비로 ‘건강·보건’에 지출하는 비용을 적용하여 기업재원 의료비로 활용함
- 「기업체노동비용조사」(고용노동부)의 ‘기업체 노동비용 조사표’(2008)에 따르면 ‘건강·보건에 관한 비용’은 시설유지비용(기업이 근로자만을 대상으로 직접 운영하는 병원, 의원, 진료소 등 시설·장비비용, 유지보수비용, 관리비용 등), 의약품구입비용, 건강진료비용지원(근로자가 자율적으로 실시한 각종 건강진료, 질병치료 등에 대하여 기업이 지원한 비용)을 말함
- 위의 ‘건강·보건’에 관한 비용에 근로자 수를 곱하여 기업에서의 의료비 지출을 산출하는데, 여기에서는 「사업체노동실태현황」(고용노동부)의 상용근로자수를 사용함
- 「사업체노동실태현황」은 「전국사업체조사」(통계청) 결과를 노동행정 기준에 맞게 가공·집계한 통계자료임
- 사업체노동실태현황 보고서(고용노동부)에 따르면, 상용근로자란 고용계약기간이 1년 이상인 근로자 또는 고용계약기간이 정해지지 않고 정규직원으로 일하는 자로서 사업체에서 급여를 지급하는 자를 의미함

기업 개인의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



3. 가계직접부담(HF.3; Household out-of-pocket payment)

- 가계직접부담 중 비급여본인부담의 기능별 및 공급자별 규모를 제대로 산출하는 것이 전체 국민보건계정의 성공적 구축을 위한 최대의 관건인 바, 본인부담의 산출을 위해 건보공단‘진료비실태조사’의 법정본인부담 및 비급여본인부담의 비율을 기본 자료로 사용하고 통계청의 ‘서비스업조사’의 수치를 보조 자료로 활용함
 - 병원 및 의원의 경우 진료비실태조사 자료를 통해 추정된‘병원 및 의원’의 전체 진료비와 서비스업조사의‘병원 및 의원’의 총 의료수입을 비교하여 총액(top)을 결정한 뒤, 이를 진료비실태조사에서 추정한 ‘병원(상급종합병원, 종합병원 및 병원) 및 의원’의 보험종별(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험) 및 재원구성별(보험자부담분, 법정본인부담분, 비급여부담분) 구성 비율에 따라 배분함
 - 한방병원, 한방의원, 치과병원, 치과의원의 경우 진료비실태조사의 결과(비율)를 활용하여 보험종별(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험) 및 재원구성별(보험자부담분, 법정본인부담분, 비급여부담분) 수치를 산출하여 사용함
 - 치과병의원의 경우 ‘미용 목적의 치과보철’을 제외한 진료비실태조사의 보장률 지표를 그대로 활용하여 산출하였고, 한방의 경우 진료비실태조사의 보장률 지표에는 ‘건강증진 목적의 한방첩약’을 포함되어있지 않으므로 보건계정을 위해서 이를 추가함
 - 약국의 경우 심평원의 의약품유통조사 통계에서 산출된 수치를 기본으로 하여 건강보험 등의 자료를 추가적으로 활용함
 - 기타 안경점, 의료용구점과 같이 구분되어 조사되어 있지 않은 경우는 ‘가계동향조사’ 항목별 수치에서 추정된 값을 활용함
- 적용 연도를 보면 진료비실태조사는 요양기관 종별, 기능별(입원, 외래) 재원 비율을 발표하고 있는바, 이를 활용함
 - 2018-2019년의 보건계정에서는 각각 당해년도의 비율자료를 그대로 적용함
 - 2013-2016년의 경우, 공표되어 있는 건강보험환자에 대한 보장률 통계 이외에도, 의료급여, 산재보험, 자동차보험환자의 재원비율 자료도 건보공단의 원시자료를 재분석하여 활용함. 특히, 치과병의원의 ‘미용 목적의 치과보철’에 대한 구분 및 한방의 ‘건강증진 목적의 한방첩약’에 대한 구분도 원시자료를 재분석하여 활용함
 - 2004-2012년의 경우, 공표되어 있는 건강보험환자에 대한 보장률 통계는 그대로 사용하고, 의료급여, 산재보험, 자동차보험환자의 재원비율 자료는 2013년의 비율자료를 활용함. (원래는 2005년부터 조사가 시작되었으나, 과거의 보고서를 검토하는 과정에서 2005년 실태조사 보고서가 2004년의 보장률 통계도 포함하고 있는 것이 확인되어

2004년도 사용함)

- 2001-2003년은 2004년의 비율자료에 2005년의 비율자료를 보충적으로 결합한 비율자료를 사용하여 시계열의 단절(break)을 최소화함
- 2000년 이전은 의약분업, 건보통합 등의 상황 변화가 생기기 이전이기 때문에 그 이후의 수치들과는 시계열의 단절이 있다고 보고 진료비실태조사자료를 사용하지 않고, 가계동향조사, 국민건강영양조사 등을 활용하여 산출했던 기존의 수치를 사용함

□ 집합보건의료비

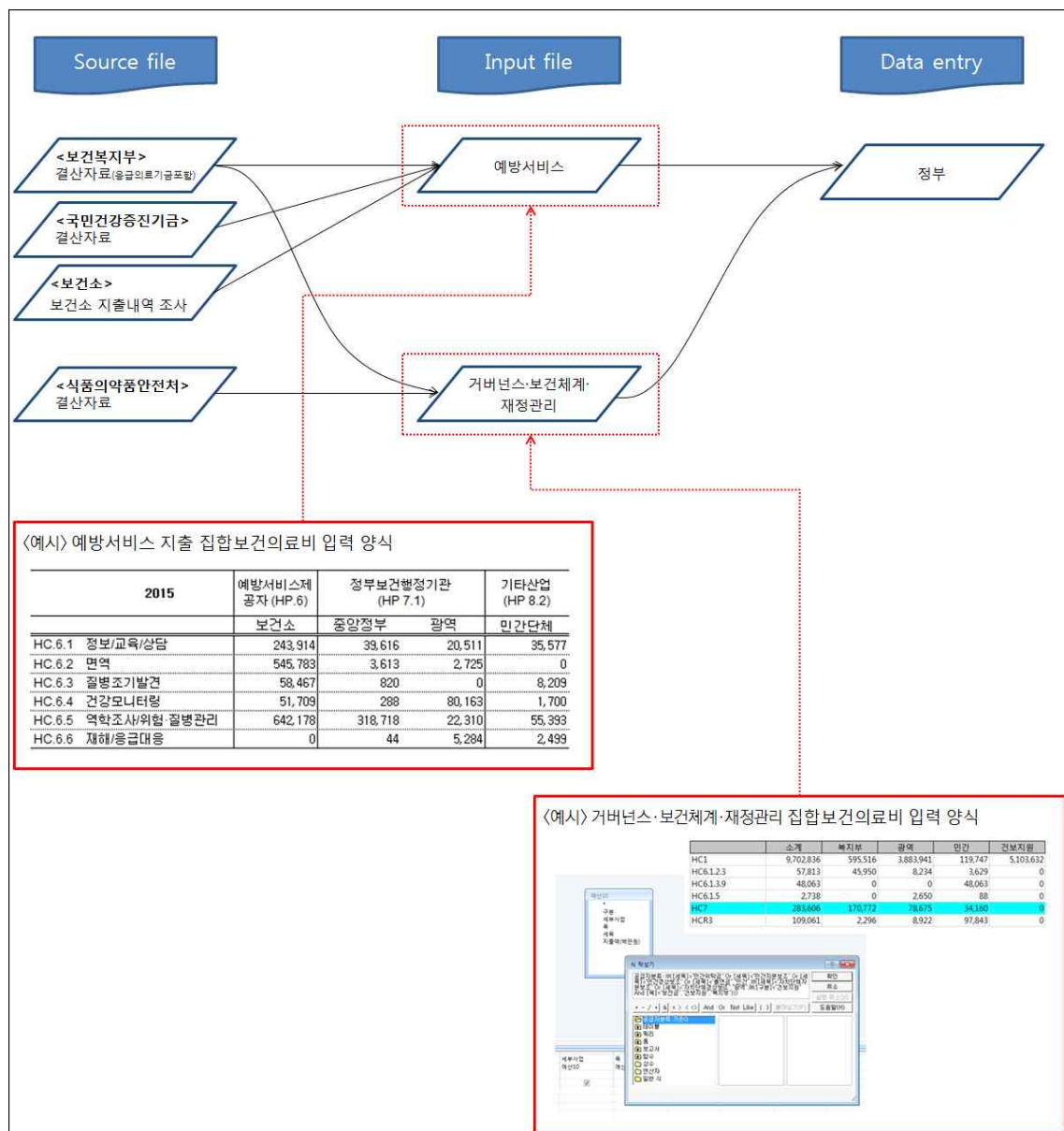
- 집합보건의료비 산출 방법을 SHA2011의 분류체계에 따라 정부, 의무가입건강보험, 임의가입건강보험, 기업, 가계직접부담 순으로 기술함

1.1 정부(HF.1.1; Governmental scheme)

- 정부재원의 예방서비스(HC.6) 지출은 보건복지부 결산자료(국민건강증진기금, 응급의료기금 포함), 식품의약품안전처 결산자료, 보건소사업 결산자료 등을 사용하여, 정보·교육·상담프로그램(HC.6.1), 면역프로그램(HC.6.2), 질병조기발견프로그램(HC.6.3), 건강모니터링프로그램(HC.6.4), 역학조사·위험·질병관리프로그램(HC.6.5), 재해·응급대응프로그램(HC.6.6)을 구분함
 - 보건복지부의 예산을 재원으로 하는 사업을 프로그램의 성격에 따라 구분함. 1999년부터 2015년까지는 보건복지부 결산서의 장·관·항·목을(또는 사업 및 프로그램명) 같은 기준으로 분류, 배분하였으며, 1998년 이전 과거 연도는 보건사회백서/보건복지백서 등을 통해 파악된 보건의료부문 예산 총액을 1999년 분류 비율을 적용하여 추정함
 - 국민건강증진기금과 응급의료기금을 재원으로 하는 사업은 각 기금사업의 결산자료를 분석하여 재구성함
 - 식품의약품안전처의 사업 수행비 중에서는 농림수산 분야에 해당되는 것은 모두 제외하고, 보건분야 중에서 화장품사업이나 식품사업과 관련된 것은 제외함
 - 보건소 사업은 보건소 지출내역조사 자료를 근거로 함. 보건소 지출내역조사는 2007년에 최초로 시작되어 매년 실시되어오고 있음. 전국 250여 개의 보건소를 대상으로 기준년도 1월 1일-12월 31일 사이의 결산액을 사업별로 수집함
 - 의료급여수급자를 대상으로 실시되는 건강검진과 초·중·고등학생을 대상으로 실시되는 학생 검진사업도 포함함. 초등학교 1학년, 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 대상 검진비용이 추정되어 입력
- 정부재원의 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7) 지출은 보건복지부 결산자료(응급의료기금, 국민건강증진기금 포함), 식품의약품안전처 결산자료, 보건소사업 결산자료 등을 근거로 산출함
 - 개별 사업 내역이 구분 가능한 경우는 개별 사업별로 지출액을 파악하고, 이러한 구분이 어렵거나 전체 조직의 지속적이고 반복적인 행정비용으로 판정되는 경우에는 '거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7)'로 분류함
 - 정부결산자료의 분야, 부문, 프로그램 및 단위사업에 따라서 포함여부를 결정함. 분야가

‘보건’인 경우는 대부분을 포함하며, ‘사회복지’인 경우는 일정한 기준에 따라서 보건과 관련되어 있다고 판단된 것만을 포함함. 한편, 인건비, 경비 등 분야의 구분이 명확하지 않은 경우에는 총지출의 일부를 보건분야로 배당함. 단위사업이 건강보험 및 노인장기요양보험 지원, 공무원사립학교교직원 국가부담금, 의료급여경상보조, 취약계층 의료비지원 등에 해당하면 집합보건의료비에서 제외함. 단, 제도의 운영을 위한 사업 관리비(운영비, 여비, 업무추진비 등)는 행정비용으로 간주함. 세부사업이 시설 또는 장비를 확충하기 위한 경우와 목이 건설비, 토지매입비, 연구개발비, 유형자산, 무형자산에 해당하는 경우는 제외함

정부 집합보건의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀

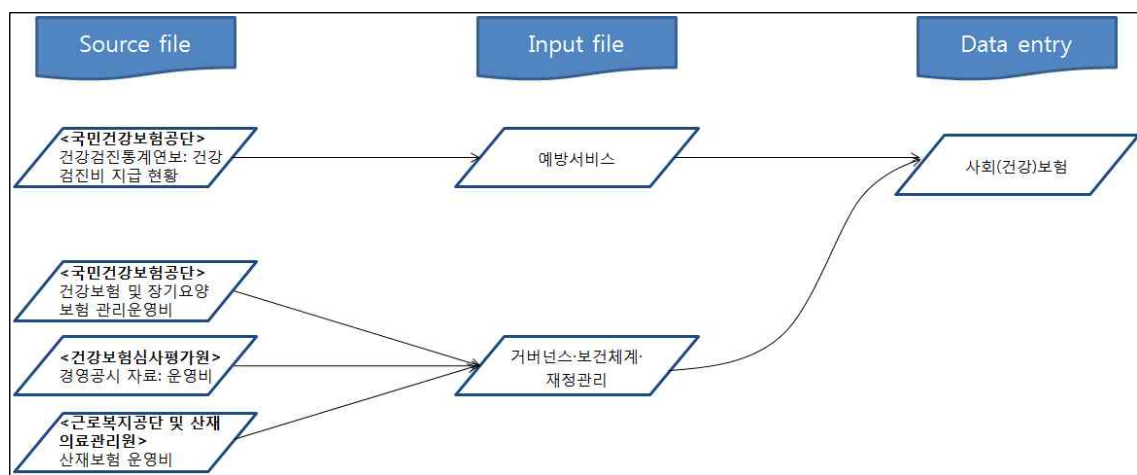


1.2 의무가입건강보험(HF.1.2; Compulsory contributory health insurance schemes)

1.2.1 사회건강보험 (HF.1.2.1; Social health insurance schemes)

- 예방을 위한 사회건강보험 재원은 국민건강보험공단의 건강검진비가 있음
- 건강검진비는 국민건강보험공단의 건강보험통계연보를 근거로 함
- 사회(건강)보험 재원의 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7)에는 건강보험의 관리운영비(건강보험심사평가원 포함)와 산재보험의 관리운영비를 포함함
- 국민건강보험공단의 관리운영비[국민건강보험공단(2003)의 관리운영비(B)에 해당]는 인건비와 경비를 합한 것으로 건강보험통계연보의 관리운영비 항목을 참조함. 건강보험의 관리운영을 위한 국고보조가 그 주된 재원임
- 건강보험심사평가원의 관리운영비는 경영공시 결산자료 등을 활용함. 이는 건강보험공단의 ‘심사비회비’와 대동소이하므로 결국 건강보험공단의 관리운영비(B)와 이를 합하면 국민건강보험공단(2003)의 관리운영비(E)의 개념에 해당함
- 산재보험의 관리운영비로는 근로복지공단 및 산재의료관리원의 관리운영비를 근거로 추정함. 근로복지공단의 경우 노동부의 세입세출 및 기금결산 자료의 산재보험운영비율(2005년 기준 근로복지공단 운영비용의 1.8%)을 적용하였고, 산재의료관리원의 경우 산재의료관리원 손익계산서 상의‘보조금 수익’항목을 사용함

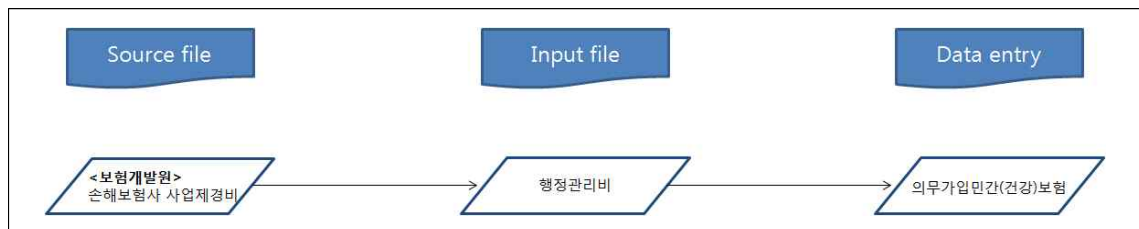
사회(건강)보험 집합보건의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



1.2.2 의무가입민간(건강)보험 (HF.1.2.2; Compulsory private insurance schemes)

- 의무가입민간(건강)보험의 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7) 비용은 손해보험사의 사업제경비(Operating expenses) 자료를 활용하여 추정함

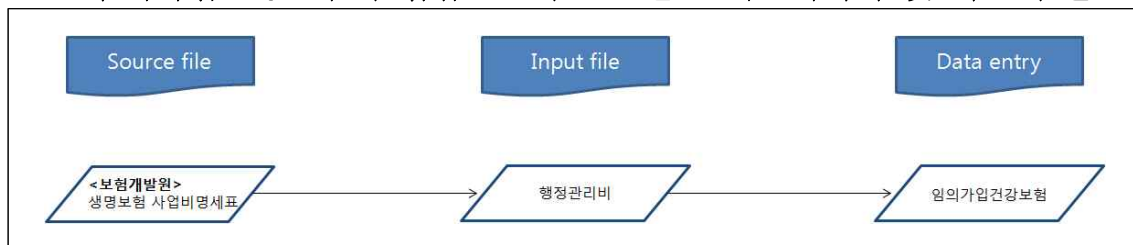
의무가입민간건강보험의 집합보건의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



2.1 임의가입건강보험(HF.2.1; Voluntary health insurance schemes)

- 임의가입건강보험의 거버넌스·보건체계·재정관리(HC.7) 비용은 생명보험회사의 사업비 명세표(실제 사업비 내역)를 활용하여 추정함

임의가입건강보험의 집합보건의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀

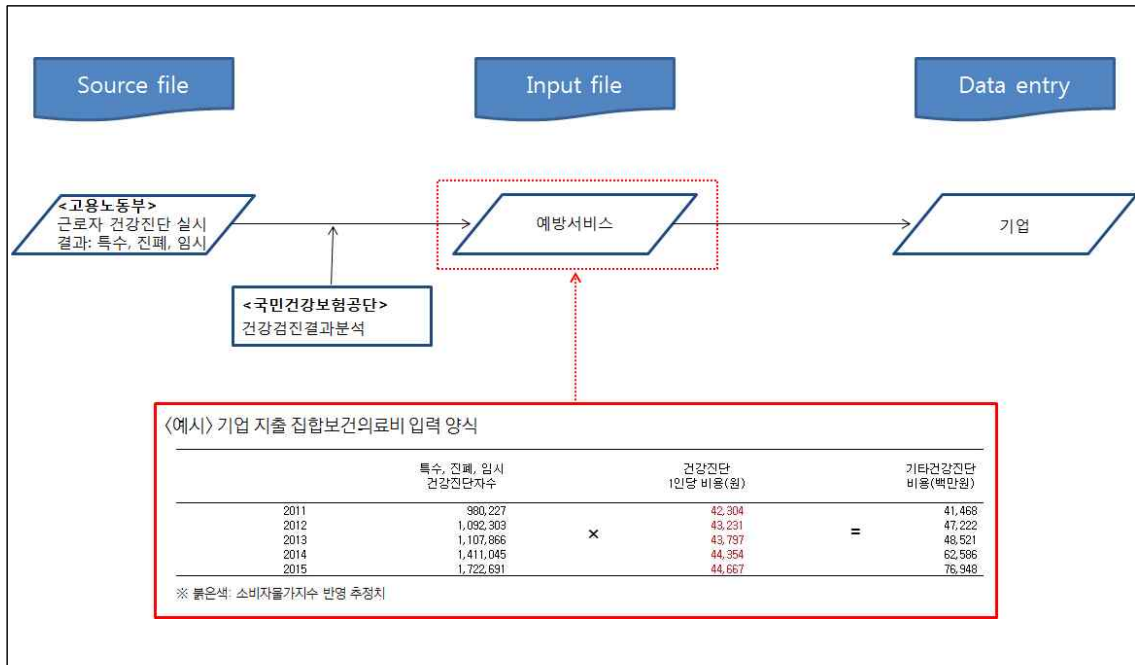


2.3 기업(HF.2.3; Enterprises financing schemes)

- 기업 재원의 집합보건의료비로 파악 가능한 것으로는 기업이 근로자의 건강검진을 위해 지출하는 부분이 있음. 이는 예방서비스(HC.6) 지출에 해당함
- 「근로자 건강진단 실시결과」(노동부)에 수록된 건강진단근로자수와 특수건강진단 비용을 활용하여 추정함
 - 근로자건강진단에는 일반건강진단, 특수건강진단, 진폐건강진단, 임신건강진단 등이 있는데 1995년부터는 근로자의 일반건강진단의 경우 직장건강보험에서 지출이 되므로 특수건강진단 등에 대하여 기업이 부담하는 비용만 포함함
 - 특수건강진단은 유기용제 등 유해 화학물질 취급근로자에 대한 건강진단이고, 진폐 건강진단은 광업의 분진작업에 종사하는 근로자에 대한 건강진단이며, 임신건강진단은 직업병이나 작업 관련성 질병으로부터 근로자의 건강을 긴급히 보호할 필요가 있을 때

- 실시하는 건강진단임. 일반건강진단과 특수건강진단은 1972년부터 구분하여 실시하였음
- 병원, 의원, 보건기관 등의 공급자별 배분은 국민건강보험공단의 「건강검진결과분석」에서 공표하는 ‘검진기관 종별 검진비용지급현황’의 비율을 준용함

기업 집합보건의료비 산출 기초데이터 및 가공의 틀



3. 가계직접부담(HF.3; Household out-of-pocket payment)

- 가계에서 발생된 예방서비스(HC.6) 지출로는 개인이 실시한 종합검진 비용이 있음
 - － 한국의료패널조사를 활용하여 추정함

□ 주요 통계의 목록 및 분석 결과

1. 경상의료비의 규모 및 추이

- 2020년 경상의료비는 161.7조 원이었음. 이는 GDP의 8.4%에 해당함
 - － 경상의료비에서 집합보건의료비를 제외한 ‘개인의료비’는 148.7조 원으로 경상의료비의 92.0%에 해당함
 - － 예방서비스와 거버넌스·보건체계·재정관리를 위한 지출인 ‘집합보건의료비’는 13.0조 원으로 경상의료비의 8.0%에 해당함
- 2020년 국민 1인당 경상의료비 지출 규모는 311.9만 원임

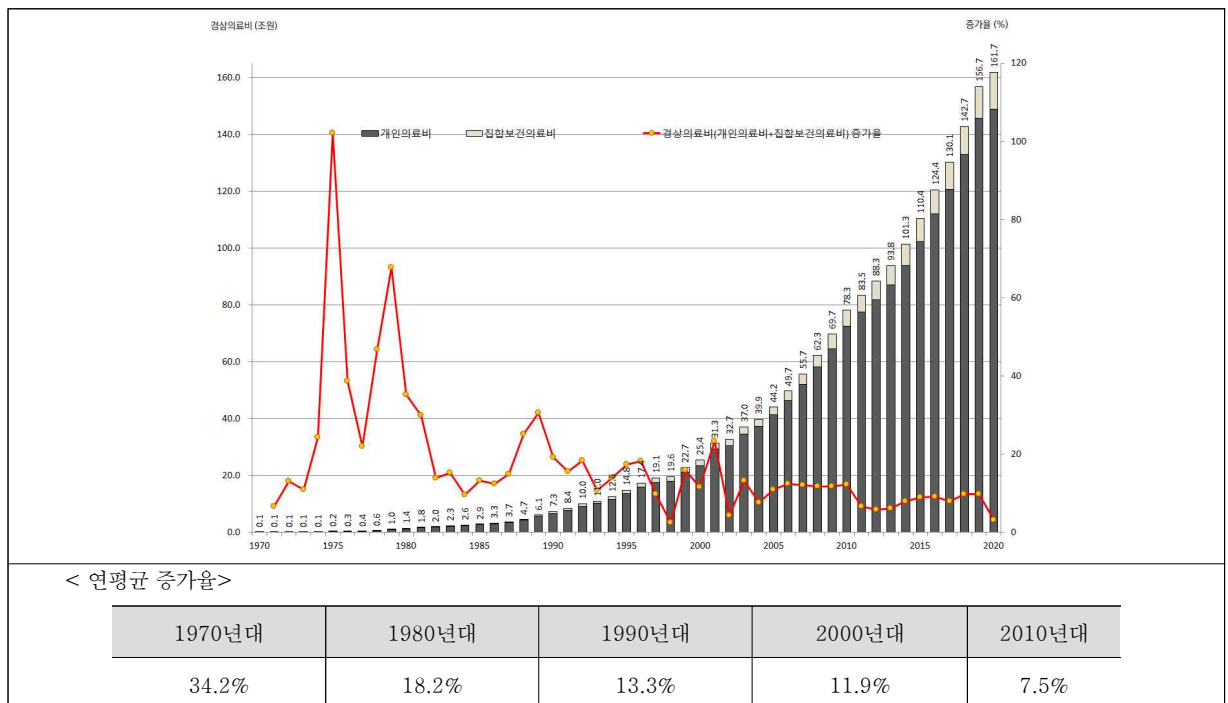
2020년 경상의료비의 규모

구 분	규 모	비 중
경상의료비	161.7조 원	100%
개인의료비	148.7조 원	92.0%
집합보건의료비	13.0조 원	8.0%
경상의료비/GDP	8.4%	
1인당 경상의료비	311.9만 원	

○ 경상의료비의 추이(1970-2020년)

- － 경상의료비의 규모는 1970년 약 0.1조 원이던 것이 급격히 증가하여 2020년에는 161.7조 원에 달하게 됨
- － 연평균 증가율은 1970년대 34.2%, 1980년대 18.2%, 1990년대 13.3%, 2000년대 11.9%를 기록함. 비록 최근(2010년대) 7.5%로 한 자릿수의 연평균 증가율을 기록했으나, 이와 같은 증가율은 아직도 다른 여타 경제 부문에서 보기 힘든 높은 증가율임

경상의료비 규모의 추이

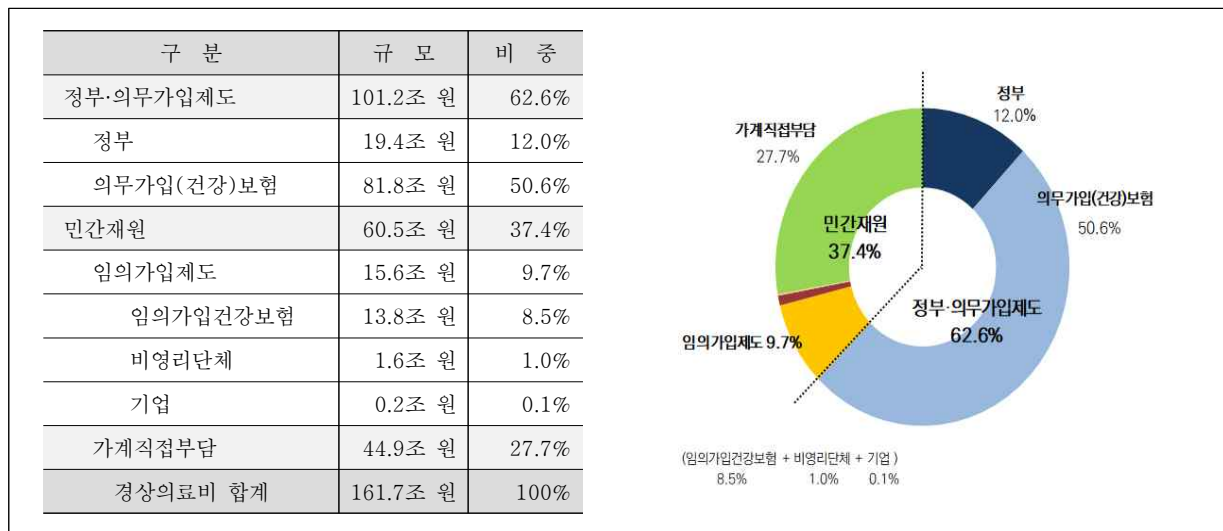


주) 증가율은 명목증가율이며, 연평균은 기하 평균치임.

2. 재원별 구성

- 2020년 정부·의무가입제도의 비중(규모)은 62.6%(101.2조 원)이었고, 민간재원은 37.4%(60.5조 원)이었음
- 정부·의무가입제도는 정부 12.0%(19.4조 원)와 의무가입(건강)보험 50.6%(81.8조 원)로 구성됨
- 민간재원은 임의가입제도 9.7%(15.6조 원), 가계직접부담 27.7%(44.9조 원)로 구성됨

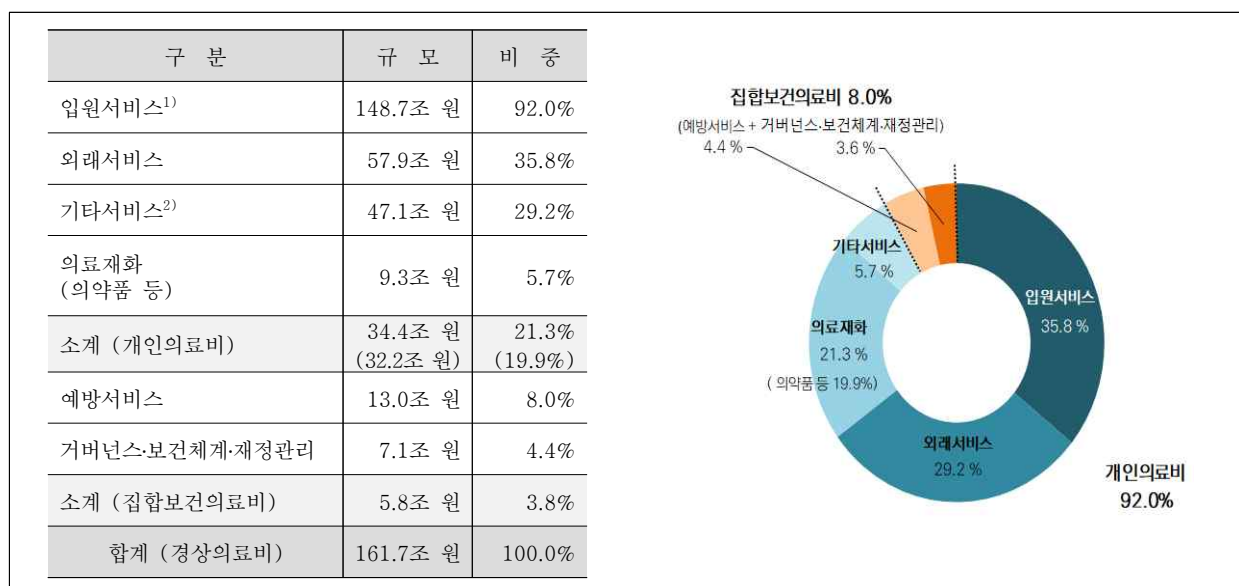
2020년 경상의료비 재원별 구성



3. 기능별 구성

- 2020년 경상의료비는 입원서비스 35.8%(57.9조 원), 외래서비스 29.2%(47.1조 원), 의약품 등(소모품 포함) 21.3%(34.4조 원), 예방서비스 4.4%(7.1조 원), 거버넌스·보건체계·재정관리 3.8%(5.8조 원)로 구성됨

2020년 경상의료비 기능별 구성



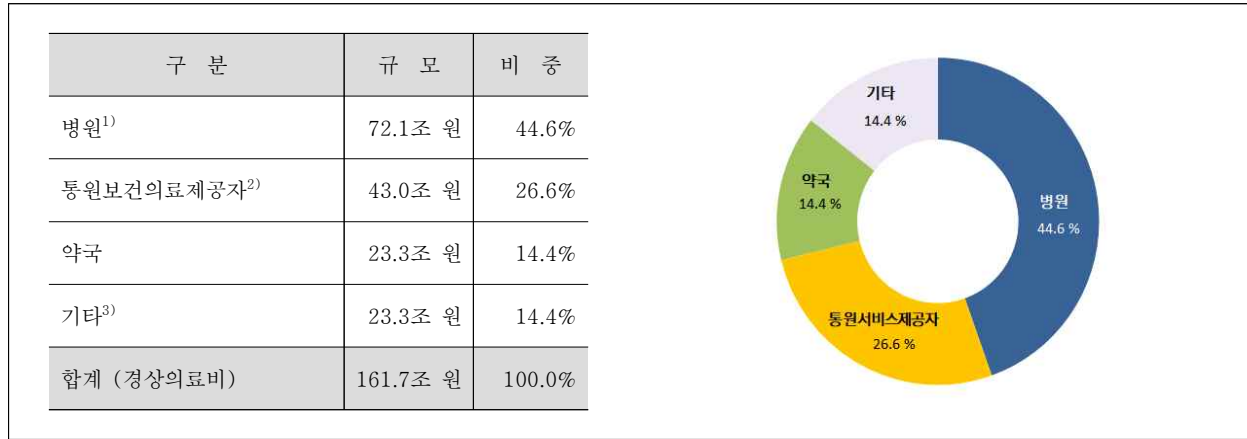
주 1) 입원의료비에는 입원환자의 원내처방과 보조서비스(임상병리검사, 영상진단, 환자이송 등)가 포함됨.

2) 기타서비스에는 재가서비스, 당일서비스, 주간장기요양서비스와 보조의료서비스가 포함됨.

4. 공급자별 구성

- 2019년 경상의료비는 병원 44.6%(72.1조 원), 통원보건의료제공자 26.6%(43.0조 원), 약국 14.4%(23.3조 원), 기타 14.4%(23.3조 원)로 구성됨

2020년 경상의료비 기능별 구성



주 1) 일반병원 외에도 치과병원, 한방병원 등 모든 병원이 포함됨.

2) 의원, 치과의원, 한의원 등이 포함됨.

3) 기타에는 거주형장기요양시설, 보조서비스제공자(환자이송·응급구조제공자, 의학진단검사소), 의료내구재·의료용구의 소매업자·기타제공자, 의약품·의료재화의 기타판매·제공자, 예방서비스제공자, 보건의료체계관리·재원공급자, 국내기타부문과 해외부문이 포함됨.

2. 결과의 적절성

□ 최종 산출 통계 적절성 검증 체계

○ 연구 수행 내 검증체계

- 기능(HC), 재원(HF), 공급자(HP) 분류별 경상의료비 총액의 일치여부 검증
- 2차원 Table 각 차원의 총액 합치 여부의 검증
- 시계열적 변화의 이상치 검증

○ OECD 보고 양식 및 검증체계

- OECD에서 송부한 보고양식 내 각 차원의 합계 일치 여부 및 논리적 검증체계를 갖추고 있음
- OECD 자체적인 통계검증체계를 통해 시계열적으로 특이한 변화가 있거나, 분류체계 등에 대한 의문이 있을 시, 연구진에게 관련 내용에 대한 검토를 요청함. 연구자는 해당 질문에 대한 의견 및 수정사항을 확인하여 대응함

Ⅶ. 통계공표, 관리 및 이용자 서비스

1. 공표통계 및 해석방법

□ 공표되는 주요 분류 수준

○ SHA2011에 따라 기능별, 재원별 및 공급자별 국내 의료비 지출 규모를 분류하여 2차원 Table로 제시함. 또한 상병별, 성별 자료를 추가적으로 분류 산출하여 결과보고서에 수록하고 있음

－ 재원별 분류는 의료서비스 및 재화의 공급자(의료기관)에게 의료비를 지불하는 단계에서 구분

1차 분류	2차 분류	3차 분류
정부.의무가입제도	정부	
	의무가입(건강)보험	
민간재원	임의가입제도	임의가입(건강)보험
		비영리단체
	가계직접부담	기업
합계(경상의료비)		

－ 기능별 분류는 경상의료비를 제공되는 서비스 유형에 따라 구분

1차 분류	2차 분류	비고
개인의료비	입원서비스	입원환자의 원내처방과 보조서비스(임상병리 검사, 영상진단, 환자이송 등이 포함됨) 포함
	외래서비스	
	의약품 등	
	기타서비스	재가서비스, 당일서비스, 주간장기요양서비스와 보조의료서비스 포함
집합보건의료비	예방서비스	
	거버넌스.보건체계.재정관리	
합계(경상의료비)		

－ 공급자별 분류는 의료서비스 및 재화를 공급하는 주체에 따라 구분

1차 분류	2차 분류	비고
병원		일반병원 외에도 치과병원, 한방병원 등 모든 병원 포함
통원보건의료제공자	의원	
	기타	치과의원, 한의원 등 포함
약국		
기타		거주형장기요양시설, 보조서비스제공자(환자이송응급 구조제공자, 의학진단검사소), 의료내구재.의료용구의 소매업자.기타제공자, 의약품.의료재화의 기타판매.제공자, 예방서비스제공자, 보건의료체계관리.재원공급자, 국내기타부문과 해외부문 포함
합계(경상의료비)		

□ 통계의 이용시 유의사항

- 2016년 국민보건계정부터 적용된 「SHA2011」의 작성기준은 종전의 「SHA1.0」과는 의료비 총합 범위 및 의료비 재원별 분류 등에 차이가 있음
 - 의료비의 총합 개념이 ‘국민의료비(경상의료비+자본형성)’에서 자본형성을 제외한 ‘경상의료비’로 변경되었음
 - 또한, 재원별 분류기준인 ‘공공재원(정부+사회보장기금)’이 ‘정부·의무가입제도 [정부 + 의무가입(건강)보험]’로 변경되었음
- OECD는 t-1년 자료의 생산을 강조하며 회원국이 자료를 제출하지 않아도 OECD가 기존의 자료를 근거로 자체적으로 추정하여 OECD Statistics에 제시하는 바, 우리나라는 t-1년 잠정치를 t-2년까지의 보건계정과 같은 수준으로 자세히 작성하여 자발적으로 OECD에 제출하고 있음
- 통계표의 수치는 사사오입으로 인해 항목별 합계와 총계가 일치하지 않을 수 있음

□ 성인지와 관련한 통계 항목

- 2020년 한국의 국민보건계정에서는 성별 경상의료비 지출을 상병, 재원, 기능, 공급자, 연령별로 아래와 같이 분류한 자료를 생산하고 있음
 - 상병별(ICD-10) × 재원별 × 성별
 - 상병별(ICD-10) × 기능별 × 성별
 - 상병별(ICD-10) × 공급자별 × 성별
 - 상병별(ICD-10) × 연령별(5세 단위) × 성별

2. 시의성 및 정시성

2-1. 통계 작성 시점과 공표 시기

□ 통계 작성 시점 및 공표 시기

- 통계작성 시점
 - 국민보건계정통계는 제출 시점의 전전년(t-2년) 1월 1일부터 당해 12월 31일까지 지출된 의료비를 대상으로 하여 산출함. t-1년 해당 지출분은 잠정치로서 작성함
 - 통계의 작성은 당해 3월 말까지 수행되며 3월 말일까지 OECD에 산출된 통계를 제출함. OECD는 검증과정을 거쳐 당해 6월 말일에 공표함
 - 공표된 수치는 국내 보고서를 작성하여 배포하며, 통계청 데이터 포털에 산출결과를 공표함

2-2. 공표일정

□ OECD 공표 일정

- 국민보건계정 통계의 산출결과는 OECD 통계 포털인 OECD.Stat(<https://stats.oecd.org>)에서 다른 회원국 통계와 함께 매년 6월 30일에 확정 공표됨
 - 우리나라의 경우 매년 3월 31일까지 OECD에 자료를 제출함

□ 우리나라 공표 일정 및 방법

- 보건복지부 홈페이지 : 정보 > 통계 > 승인통계(보건복지부 통계)
- 통계청 홈페이지 : 통계설명자료 > 국민보건계정
 - 공표시기 : 작성기준년도 익익년 8월

3. 비교성 및 일관성

3-1. 통계 작성방법의 비교성

□ 비교성 검토

- 국민보건계정 통계는 기준서인 SHA2011에 기초해 산출하고 있음
 - 다만, 국제적으로 그 기준에 관한 논의가 지속되고 있음
 - OECD에서 분류기준 SHA1.0에서 SHA2011로 변경하였음. 이에 따라 국민보건계정 산출의 형식이 수정되었으며 이는 기존 연도 자료까지 소급하여 적용함

3-2. 시계열 비교성

□ 시계열적 단절

- 국민보건계정 관련 세부항목 산출체계 개편시, 이전 자료원까지 소급하여 적용함으로써 시계열적 단절을 최소화함
 - 가공통계의 성격상, 그리고 보건계정 구축 수준의 발전이 동시에 이루어지고 있는 현실적인 이유로, 과거 연도의 수치변동이 빈번히 이루어지는바, 과거 연도의 수정치도 함께 제출해서 산출방식의 단절이 생기지 않게 하는 조치가 계속되어옴
- 2005년부터 시작된 건강보험진료비실태조사처럼 자료원에 따른 시계열적 단절이 생기는 경우도 제3의 정보에서 제공되는 비율을 활용하여 배분하는 방식(triangulation) 등을 통해 단절을 최소화함

3-3. 국가간 비교가능성

□ 국민보건계정의 비교가능성

- 국민보건계정의 산출 기준인 SHA2011의 목적이 비교가능한 의료지출에 관한 정보 산출 방법을 구축하는 것임
 - 2022년 기준 OECD 38개국이 통계를 산출하여 보고하고 있으며 WHO의 회원국들 또한 해당 기준을 적용하고자 노력중임

□ OECD 제출 자료

- SHA2011에 따른 교차테이블과 설명자료(Sources and Methods)
 - 기능별×재원별 (HC×HF): 필수
 - 기능별×공급자별 (HC×HP): 필수
 - 공급자별×재원별 (HP×HF): 필수
 - 재원별×재원수입별 (HF×FS)
 - 공급자별×공급요소별 (HP×FP)
 - 자본형태별×공급요소별 (HK×FP)
 - COVID-19 관련 기능별×재원별 (HC×HF)
 - COVID-19 관련 기능별×공급자별 (HC×HP)

3-4. 잠정치와 확정치의 일관성

□ 잠정치와 확정치 비교

- 기존에 제출된 잠정치와 확정치를 비교 분석한 결과 추정결과가 안정적임
 - 제출된 잠정치 대비 확정치는 5년간 최소 0.6조 원(확정치 대비 0.5%)에서 최대 1.2조 원(확정치 대비 0.8%)이었음
 - 통계 산출 대상의 규모 및 그 포괄 범위가 광범위한 통계인 특성을 가지고 있음에도 불구하고 잠정치의 추정결과가 안정적인 것으로 판단됨

4. 접근성 및 명확성

4-1. 통계의 이용자 서비스

□ 통계이용 경로

- 보건복지부 홈페이지
 - 국민보건계정 보고서

○ 국가통계포털(KOSIS)

- 국민보건계정: GDP 대비 경상의료비 비율
- 국민보건계정: 공급자별 - 재원별 의료비 지출규모
- 국민보건계정: 기능별 - 공급자별 의료비 지출규모
- 국민보건계정: 기능별 - 재원별 의료비 지출규모

○ 국가지표체계

- GDP 대비 경상의료비 추이 및 경상의료비 내 정부·의무가입제도, 민간의료비 비중
- 경상의료비는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위하여 국민 전체가 1년간 지출한 총액
- 정부·의무가입제도는 정부(중앙·지방), 의무가입(건강보험, 산재보험, 장기요양보험, 자동차책임보험)에 의해 지출된 보건의료비
- 민간의료비는 임의가입(민영보험, 비영리단체, 기업), 가계직접부담(법정본인부담, 비급여 본인부담)에 의해 지출된 보건의료비

○ OECD Health Statistic

- Health → Health Expenditure → Health Expenditure and Financing

4-2. 연락처 정보

☐ 통계 담당자 및 이용관련 문의

- 보건복지부 기획조정실 정보통계담당 : 044-202-2205/2206
- 연세대학교 의료복지연구소 : 033-760-2469

4-3. 통계설명자료 제공

☐ 국민보건계정 통계 설명 자료

- 국가통계포털(KOSIS) : <http://kosis.kr>
- 보건복지부 홈페이지
 - 연구결과 보고서는 보건복지부 홈페이지 연구/조사/발간자료에서 공개하고 있음
 - https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301ls.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032902

Ⅶ. 통계기반 및 개선

1. 기획 및 분석 인력

□ 업무 담당 부서 및 업무별 담당인력 구성

- 보건복지부 기획조정실 정보통계담당관실

작성기관 인력

정보통계담당관 1명, 담당 사무관 1명, 담당 주무관 1명

□ 위탁기관의 인력구성 및 근속년수

연세대학교 의료복지연구소(위탁용역기관) 인력 및 업무

구 분		근속년수	수 행 업 무
책임연구원		20년 이상	<ul style="list-style-type: none"> - 연구 총괄 관리 - OECD/WHO/EUROSTAT 공조체계 유지 - 국내 보건계정 확산과 정책적 활용을 위한 지원 - 보건계정 교차표 산출 및 검토
연구원	연구원1	20년 이상	<ul style="list-style-type: none"> - 결과에 대한 분석 및 피드백
	연구원2	5년	<ul style="list-style-type: none"> - 데이터 처리 과정의 개량 방안 강구 - 결과에 대한 분석 및 피드백 - 연구자료 수집, 관리 등 자료원 정비 및 결과 산출
연구보조원		5년 이하	<ul style="list-style-type: none"> - 연구자료 수집 및 관리 - 의약품 통계관련 검토 및 투입자료관리 - 경상의료비 추계 검토 및 결과정리 - 자료원 투입 정리 및 최종 결과물 산출 - 건강보험 관련 자료 검토 및 관리 - 연보 정리 - 자동차보험 자료 검토 - 국민계정 데이터 검토 - 공동연구기관 및 위탁연구기관 공조체계 - 상병별 계정 분석 - 기능별 분류 자료용 심평원 심결자료 검토 - 기능별 재정 분류 적용 - 보건소지출내역 조사 관리 - 보건계정 통계를 위한 조사자료 정리 - 정부 결산서 분류 및 검토 - 지방재정연감 등 자료 중앙정부 자료의 가공 - 미래추계 방안 검토 및 기초자료 가공 - 자료원 정비

☐ 통계작성 담당자 변경에 따른 업무 인계인수 지침

- 작성기관 담당자의 변경으로 인한 업무인수인계서의 내역에 국민보건계정 통계의 인수인계 내용도 포함하고 있음

2. 사업예산

☐ 2022년 연구개발비 : 225.4백만 원

- 공동연구 약 67.6백만 원 (한국보건사회연구원)
- 공동연구 약 22.5백만 원 (국민건강보험공단)
- 위탁연구 약 22.5백만 원 (건강보험심사평가원)

3. 통계위탁

☐ 통계작성을 위한 위탁 업무

- 위탁형 연구용역(연세대학교 의료복지연구소)으로 추진
 - OECD에서 요구하는 기준에 부합한 국민보건계정 교차표 통계 산출

☐ 위탁기관으로부터 제출받고 있는 자료 목록

- 사업계획서(제안서)
- 사업신청서 및 소요경비
- 청렴이행서약서
- 보안확약서
- 착수계
- 선금지급각서
- 착수·중간·최종보고회 자료
- 국민보건계정 생산 결과보고서
- 조사원 교육관련 지침서
- 현장조사 평가보고서
- 보건소지출내역 조사표 원본
- 보건소지출내역 결과보고서
- 예산 집행실적 등

4. 자료처리 시스템

□ 자료 수집

- 자료 수집을 위해 엑셀(Excel), 액세스(Access) 및 통계패키지(SAS Enterprise Guide 4.3) 활용

□ 자료 집계 및 분석

- 가공을 위해 엑셀(Excel), 액세스(Access) 및 통계패키지(SAS Enterprise Guide 4.3) 활용하며, 분석결과는 엑셀(Excel)의 형태로 구축

5. 통계 품질관리 및 개선

- 매년 자체 품질 진단을 실시
 - － 통계 작성과정에 대한 검토 및 개선 : 통계작성을 위한 데이터 관리 체계 개선
 - － 상병별 자료 구축 결과에 대한 체계적 검토 및 개선안 도출
 - － 심사결과자료를 활용한 통계 분류 세분화 가능성 검토(HP의 세분류 가능성 고려)
- 통계 작성 시 정도 높은 통계생산을 위해 전문가 자문 및 검증 강화(매년)
 - － 정책 변화 및 신설에 관한 지속적인 자문 및 검토
 - － 산출된 국민보건계정 결과물의 전문가 검토 및 자문을 위한 자문단 구성 및 운영
- 미래추계 방안을 위한 전문가 자문 및 개선
 - － 시계열 분석 전문가의 자문을 통한 미래추계의 방법론적 개선

6. 외부 개선의견 및 조치사례

- 투입자료원 전문가 의견 수렴을 통한 통계 산출방법 개선
 - － 자료의 수집 및 처리 과정에서 의문이 발생하는 자료에 대하여 통계자료원의 전문가의 의견을 청취하여 통계작성 방법을 개선
 - － 경제총조사, 서비스업조사, 국민건강보험진료비실태조사 등 각 통계자료원의 전문가들의 의견을 수렴하여 통계 산출 개선방안 도출(비급여 추계를 위한 자료원 재검토)
- 이용자 의견조사를 반영한 통계 홍보 및 확산
 - － 이용자 의견 청취를 위한 보건학 석·박사, 보건정책 전문가 및 대학 교수 등의 자문회의 개최
 - － 이용자 의견조사 결과 통계에 대한 홍보 및 교육을 통한 통계이용확산이 필요하다는 견해 도출
 - － 보건분야 전문가 및 교수들을 대상으로 국민보건계정통계에 대한 소개 및 교육을 수행
 - － 이에 따라 통계 이용에 대한 확산 가능성 증대

VIII. 참고문헌

1. 국제기준 또는 권고안

- ☐ System of Health Account 2011

(<http://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>)

2. 동일통계 외국자료

- ☐ OECD Health Expenditure

(<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>)

3. 기타 문헌

- ☐ 국민보건계정 보고서

- 연도별 국민보건계정 보고서

(https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301ls.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032902&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EA%B3%84%EC%A0%95&page=1)

- ☐ 국민보건계정통계 관련 보고서

- 2004-2014년 『국민의료비 추계 및 국민보건계정 구축』 (정형선, 2006-2016)
 - 상병별·연령별·성별 보건계정 비교분석: 아태지역국가 한국과 일본(정형선·신정우·문성웅, 2018)
 - 국민의료비 미래추계 구축 방안 (정형선·신정우·이준협·정완교, 2015)
 - OECD 신보건계정체계(SHA2011) 적용을 위한 국민의료비 시범추계 (정형선, 2012)
 - Trends in Scale and Structure of Korea's Health Expenditure over Last Three Decades (1980-2009): Financing, Functions and Providers (Jeong Hyoun-Sun & Shin Jeong-Woo, 2012)
 - Estimating Expenditures by disease, age and gender under the framework of System of Health Accounts(SHA): Korean Case (Jeong Hyoun-Sun, 2008)