보건통계의 생산현황과 과제

- OECD 요구 통계를 중심으로 -

Current Status of OECD Health Data Production and Related Issues

張 英 植

한국보건사회연구원 부연구위원

I. OECD 요구 보건통계 제공의 의미

우리나라는 1996년 12월 경제협력개발기구(OECD: Organization for Economic Cooperation and Development) 가입과 함께 OECD에서 요구하는 각종 통계의 제출 의무를 갖게 되었으며, 보건통계는 우리 나라가 1997년부터 OECD에 제공하고 있는 60여 종의 통계 중 하나이다.

OECD 등 국제기구에서 요구하고 있는 보건통계는 회원국의 보건실태를 파악하고 회원국의 보건정책수립 및 수행에 참고할 수 있는 통계를 우선하고 있다. OECD 요구 통계는 국제기구 제출 필요성뿐만 아니라 우리나라의 보건정책 수립 및 추진에 중요한 자료로 활용될 수 있기 때문에 요구통계에 대한 생산노력을 기울일 필요성이 있다.

보건정책 및 각국의 보건수준을 비교하기 위하여는 현재뿐만 아니라 과거의 수준을 파악하여 미래를 예측해 보는 것은 매우 중요한 일이기 때문에 OECD에서는 1960년부터 최근까지의 통계자료 제출을 요구하고 있으나, 우리나라의 경우 과거의 통계생산이 부진하였기 때

문에 작성에 많은 어려움을 겪고 있다.

OECD에서는 각 회원국으로부터 수집된 자료를 매년 CD-ROM으로 제작 회원국에 제공하여 각국의 보건수준 비교를 용이하게 하고 있으며, 이는 각종 정책 및 연구자료로 활용되고, 회원국간의 비교를 통하여 우리나라의 보건통계 생산수준 및 보건수준을 파악하는 등 매우 유익한 자료로 활용되고 있다. OECD 가입 이전까지는 우리나라의 보건통계 생산수준을 정확히 알지 못하였으나 OECD 가입후 OECD 회원국과의 비교를 통하여 우리나라의 보건통계 생산수준이 매우 저조함을 알게 되었고, 이를 계기로 보건통계생산 필요성에 대한 인식이 확산된 것은 보건통계의 발전을 위하여 바람직한 일이라 하겠다.

OECD 보건통계는 보건정책의 수립 및 수행에 있어 목표설정 및 평가 등에 매우 중요한 자료로 활용될 뿐만 아니라 점차 세부적이고 심층적인 통계생산 요구의 증대에 부응할 수 있기 때문에 지속적인 생산노력 및 대안마련을 위해 관심을 기울여야 할 것이다. 여기서는 우리나라의 제출수준을 외국의 제출수준과 비교하여 살펴보고 향후 대안을 모색해 보고자 한다.

OECD 요구 통계는 국제기구 제출 필요성뿐만 아니라 우리나라의 보건정책 수립 및 추진에 중요한 자료로 활용될 수 있기 때문에 요구통계에 대한 생산노력을 기울일 필요성이 있다.

2. OECD 요구 보건통계항목의 변화

OECD에서 요구하는 통계 항목수는 매년 일정하지 않으며, 각국의 보건수준 파악과 정책수립 및 수행에 활용할 수 있는 통계항목을 중심으로 회원국의 의견을 반영하여 변화하여 왔다. 통계항목수는 1995년 이후 1998년까지 계속 증가하였으나 1999년과 2000년에는 크게 감소하는 등 변화를 보여왔다. 그러나 2001년에는 2000년보다 약간 증가한 715개 항목의 통계를 요구하였다. OECD 요구 통계항목수는 확대 그리고 감소기를 거쳐 점차 안정기에 접어든 것으로 생각된다. 따라서 이후에는 과거와 같은 큰 폭의 변화는 없을 것으로 예상된다.

표 1. OECD 보건부문 통계의 제출요구 통계표 및 항목수

(단위: 개)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
통계표수	28	40	46	66	47	49	52
항 목 수	588	686	996	1,421	986	708	715

1) OECD 보건통계 부문별 요구동향

2001년 OECD에서 요구한 분야별 항목수의 변동은 전년도에 비하여 매우 적었다. 가장 큰 변화를 보인 분야는 보건비용분야이지만 20개 항목의 증가에 그쳤을 뿐으로 예년의 변화에 비하면 매우 적은 수준이다.

2001년 OECD 요구 보건통계는 8개 분야에 52개표로 구성되어 있다. 각 분야별 구성을 살펴보면, 건강상태분야는 기대여명, 모성 및 영아사망, 인지하고 있는 건강상태, 건강기대여명, 영아건강, 선천성이상, 치아건강, 전염병, 암, 상해, 결근으로 구성되어 있고, 보건의료자원분야는 병상수, 첨단의료장비, 보건부문 종사자 등이며, 보건의료이용분야는 입원시설, 입원 및 급성질환 평균입원기간, 진단범주별 평균입원기간, 혼합예별 평균입원기간, 진단범주별 퇴원율, 혼합예별 퇴원율, 외과수술, ICD-CM별 외과수술, DRG별 외과수술, 이식, 외래진료활동, 기타의료활동 등으로 구성되어 있다.

그리고 보건비용분야는 보건부문 총지출, 개인보건진료비, 집단 보건진료비, 예방 및 공중보건, 사업운영 및 의료보험, 보건관련비용, 의료서비스 총지출, 입원치료비용, 외래치료비용, 보건서비스 및 재가보건의료, 재가진료비, 총의료용품비, 의약품, 치료기기 및 의료장비, 질환의 직접비용, 물가지수 등으로 구성되어 있고, 재정 및 보수분야는 재원별 보건의료비, 민간보건의료비, 보건부문 종사자의 수입, 의료수가 등이며, 사회보장분야는 적용범위 그리고 의약품시장분야는 의약품소비, 의약품 판매 등이고, 보건에 영향을 미치는 비의료부문분야는 알코올소비, 담배소비, 체중 및 체형으로 구성되어 있다.

요구분야별 통계항목의 분포를 보면 보건의료이용분야가 331개 항목(46.3%)으로 가장 많고, 다음은 보건비용으로 192개 항목(26.8%)이었으며, 건강상태는 76개 항목(10.6%)이었고, 그밖에 의약품시장, 재정 및 보수, 보건의료자원, 보건의 비의료 결정요인, 사회보장 등은 10% 미만의 항목으로 구성되어 있다.

표 2. OECD 요구 보건통계의 부문별 제출요구 항목수 변화(1999~2001년)

(단위: 개, %)

분 야	1999	2000		2001	
		항목수	전년대비	항목수	전년대비
계	986	708	-278	715 (100.0)	7
건강상태	85	77	-8	76 (10.6)	-1
보건의료자원	23	20	-3	20 (2.8)	-
보건의료이용	561	329	-232	331 (46.3)	2
보건비용	171	172	1	192 (26.8)	20
재정 및 보수	31	30	-1	27 (3.8)	-3
사회보장	15	15	-	8 (1.1)	-7
의약품시장	53	53	-	52 (7.3)	-1
보건의 비의료 결정요인	47	12	-35	9 (1.3)	-3

2) OECD 요구 중요 통계항목

OECD에서는 2001년의 보건통계 항목 중 51개 항목을 주요 통계지표로 선정하고 이들 항목에 대해서는 다른 항목에 우선하여 생산 제공될 수 있도록 노력하여 줄 것을 당부하였다.

이들 51개 항목을 분야별로 살펴보면 건강상태분야에서는 여성의 출생시 기대여명, 남성의 출생시 기대여명, 65세 여성의 기대여명, 65세 남성의 기대여명, 15세 이상 여성 중 건강이 좋다고 생각하는 비율, 15세 이상 남성 중 건강이 좋다고 생각하는 비율, 영아사망률 등 7개 항목, 보건의료자원 분야에서는 활동의사수, 활동 일반의사수, 활동 전문의 수, 활동 간호사수, 입원 진료병상수, 급성 진료병상수 등 6개 항목, 보건의료이용 분야에서는 국민 1인당 평균입원일수, 국민 1인당 급성질환 입원일수, 입원, 급성질환입원, 평균입원기간, 급성질환 평균입원기간, 총 당일시술건수, 백내장수술, 관상동맥 혈관성형술, 관상동맥 바이패스, 제왕절개, 인공고관절 치환술, 의사의 진료, 예방접종률 등 14개 항목, 보건비용 분야에서는 보건부문 총지출, 보건부문 공공지출, 보건부문 민간지출, 개인보건진료 총지출, 개인보건진료에 대한 공공지출, 개인보건진료에 대한 민간지출, 집단적 보건진료 총비용, 총입원(환자)

요구분야별 통계항목의 분포를 보면 보건의료이용분야가 331개 항목으로 가장 많고, 다음은 보건비용으로 192개 항목이었으며, 건강상태는 76개 항목이었다.

진료비, 총외래(환자) 진료비, 의약품 구입에 대한 총지출, 의약품 구입에 대한 공공지출, 의약품 구입에 대한 민간지출, 총의료비 물가지수 등 13개 항목, 재정 및 보수분야에서는 일반정부 보건의료비, 사회보장비, 가계부담 보건의료비, 민간보험, 기타 모든 민간재원, 의사의 수입 등 6개 항목, 사회보장분야에서는 총의료보호 그리고 의약품시장분야에서는 의약품 총판매액, 보건의 비의료 결정요인분야에서는 주류 소비량, 담배소비량, 매일 흡연자 비율 등 3개 항목에 대한 통계를 다른 항목에 우선하여 생산 제출될 수 있도록 노력하여 줄 것을 당부하였다.

3. 우리나라의 OECD 요구 보건통계 제출실태

2001년 OECD에서 요구한 통계항목은 715개 항목이며, 우리나라에서 제출한 통계항목수는 349개로 전년도에 비하여 14.2% 포인트가 증가한 48.8%의 제출률을 보였다. 〈표 3〉은 2001년에 제출된 통계를 대분류로 나누어 통계제출 현황을 살펴본 것이다. 이 표를 보면 분야별 제출률에 커다란 차이를 보이고 있음을 쉽게 알 수 있다.

- 건강상태분야 통계는 76개 항목 중 53개 항목에 대한 통계를 제출하여 69.7%의 제출률을 보였다. 이들을 세부분야로 살펴보면 제출이 부진한 분야는 선천성 이상, 치아건강, 암 관련 통계분야이다.
- 보건의료자원분야는 20개 항목에 12개 항목을 제출하여 60.0%의 제출률을 보였다. 이를 보다 세분화하여 살펴보면 보건부문종사자 관련 통계가 11개 항목 중 4개 항목만을 제출하여 가장 부진함을 보였다.
- 가장 많은 통계항목으로 구성되어 있는 보건의료이용분야는 총 331개 항목 중 137개 항목을 제출하여 41.4%의 제출률을 보였다. 전년도에 비하여 제출률이 크게 높아졌지만 아직도 혼합예별 평균입원기간, 혼합예별 퇴원율, 외과수술, ICD-CM별 외과수술, DRG별 외과수술, 이식, 외래진료활동, 기타의료활동 등에 대한 통계를 전혀 제출하지 못하고 있다.
- 보건비용 관련통계는 192개 항목으로 구성되어 있으며, 이 가운데 98개 항목을 제출하여 51.0%의 제출률을 보였다. 보다 세분하여 제출이 부진한 분야를 살펴보면 외래치료비용, 보건서비스 및 재가보건서비스, 재가진료비, 물가지수와 관련된 통계의 제출이 부진하였다.
- 재정 및 보수관련 통계는 모두 27개 항목으로 구성되어 있으며, 이 가운데 20

개 항목에 대한 통계를 제출하여 74.1%의 비교적 높은 제출률을 보인 분야이다. 이를 보다 세분화하여 살펴보면 제출이 부진한 분야는 민간보건의료비, 보건부문 종사자의 수입관련 통계의 제출이 부진하였다.

- 사회보장관련 통계는 모두 8개 항목으로 구성되어 있으며, 우리나라는 이들 모두를 제출하여 100.0%의 제출률을 보였다.
- 의약품시장 관련 통계는 모두 52개의 항목으로 이루어져 있으며, 이 가운데 12개 항목만을 제출하여 23.1%의 제출률을 보였다. 의약품소비와 의약품 판매로 대분되는 통계 가운데 의약품소비와 관련된 통계의 제출이 극히 부진하였다.
- 보건의 비의료 결정요인과 관련된 분야의 통계는 모두 9개 항목으로 구성되어 있다. 우리나라는 이들 통계를 모두 제출하여 사회보장관련 통계와 함께 100.0%의 제출률을 보인 분야이다.

2001년 OECD에서 요구한 통계항목은 715개 항목이며, 우리나라에서 제출한 통계 항목수는 349개로 전년도에 비하여 14.2%가 증가한 48.8%의 제출률을 보였다.

4. OECD 회원국의 보건통계 제출실태

2001년판 *OECD Health Data* CD-ROM에서 각국의 1990~

표 3. 2001년 OECD 보건통계 제출현황(항목기준)

(단위: 개, %)

분류명	항목수	2000년[1]		2001년				
		생산	제출률	기존자료	보완	신규생산	계	제출률
계	715	242	33.8	90	152	107	349	48.8
건강상태	76	49	64.5	47	2	4	53	69.7
보건의료자원	20	11	55.0	–	11	1	12	60.0
보건의료이용	331	59	17.8	3	56	78	137	41.4
보건비용	192	74	38.5	17	57	24	98	51.0
재정 및 보수	27	20	74.1	2	18	–	20	74.1
사회보장	8	8	100.0	–	8	–	8	100.0
의약품시장	52	12	23.1	12	–	–	12	23.1
보건의 비의료 결정요인	9	9	100.0	9	–	–	9	100.0

주: 1) 2001년 요구항목 715개를 기준으로 한 것임.

1999년도 통계 수록현황을 기초로 산출한 회원국의 제출률은 〈표 4〉와 같다. 제출률을 보면 호주가 제출 요구 통계의 95.0%를 제출하여 가장 높은 제출률을 보이고 있으며, 미국 78.6%, 그리고 덴마크가 78.5%로 3위의 제출률을 보이고 있다. 우리나라는 전년도에 비하여 크게 높아진 48.8%의 제출률을 보이고 있으며, 이는 회원국 중 21위로 전년도에 비하여 높아지기는 하였지만 아직까지 OECD 회원국의 평균인 56.0%에 못 미치는 제출률이 낮은 국가에 속한다.

표 4. OECD 회원국의 보건통계 제출률(2001년)

(단위: %)

국 가	제출률	국 가	제출률	국 가	제출률
한 국	48.8	그 리 스	28.1	노 르 웨 이	62.8
호 주	95.0	헝 가 리	64.3	폴 란 드	14.1
오스트리아	43.1	아이슬란드	46.0	포 르 투 갈	63.4
벨 기 에	55.9	아 일 랜 드	64.2	스로바키아	33.3
캐 나 다	77.9	이 탈 리 아	66.0	스 페 인	56.6
체 코	55.0	일 본	49.0	스 웨 덴	71.9
덴 마 크	78.5	룩셈부르크	41.1	스 위 스	31.2
핀 란 드	77.2	멕 시 코	51.7	터 키	39.2
프 랑 스	55.2	네 덜 란 드	66.2	영 국	48.4
독 일	57.8	뉴 질 랜 드	60.7	미 국	78.6

자료: OECD, *OECD Health Data* 2001, 2001.

5. OECD 요구 보건통계 중 미제출통계의 대응방안

OECD에서 요구하는 통계의 대부분은 우리나라의 보건정책 수립 및 수행에 기초자료로 활용될 수 있는 자료이기 때문에 적극적인 생산노력이 요구되는 항목들이다. 그러나 미생산통계를 일시에 모두 생산하기는 불가능한 만큼 필요도, 소요예산 정도, 생산가능성 등을 감안하여 우선순위에 따라 생산을 시도하여야 할 것이다.

우선 검토대상은 전체요구 통계보다는 OECD에서 요구하는 51개항목의 주요통계로 하였다. 이들 항목은 회원국의 의견 및 OECD의 판단에 따라 생산필요성이 우선된다고 판단한 항목들이기 때문이다. 따라서 다른 미생산 통계항목에 우선하여 이들 주요 통계항목 가운데 아직 제출하지 못하고 있는 통계에 대한 생산계획을 수립하고 추진할 필요성이 있다.

우리나라는 OECD 요구 주요통계 51개 항목 중 37개 항목에 대해서는 자료를 제출하였으나, 14개 항목에 대해서는 아직 제출하지 못하고 있다. 이들 통계항목은 활동 일반 의사수, 활동 전문의수, 국민 1인당 급성질환 입원일수, 입원수, 급성질환 입원수, 당일 시술건수, 백내장 수술건수, 관상동맥 혈관성형술 수술건수, 관상동맥바이패스 수술건수, 제왕절개 수술건수, 인공고관절 수술건수, 의사진료수, 의약품 총판매액, 의사의 수입 등이다. 이들 지표는 의료자원 및 의료의 질, 그리고 질환 발생정도 등을 파악할 수 있는 주요 항목들로 다른 미생산항목에 우선하여 생산이 요구되는 항목들이라고 하겠다.

이들 자료의 생산을 위하여는 별도의 조사계획을 마련할 수도 있으나 우선은 기존자료의 활용이나 많은 예산이 투입되지 않고도 생산될 수 있는 방안이 시도되어야 할 것이다. 보고서식의 개선이나 환자조사, 의료자원조사 등의 주기적인 자료를 활용하여 활동일반 의사수, 활동전문의수, 의사진료수 등이 파악될 수 있을 것으로 예상되며, 건강보험자료 및 퇴원환자표준자료세트(KUHDDS) 등을 활용하여 당일 시술건수, 백내장 수술건수, 관상동맥 혈관성형술 수술건수, 관상동맥바이패스 수술건수, 제왕절개 수술건수, 인공고관절 수술건수 등이 파악될 수 있을 것으로 예상된다. 물론 이들 자료를 활용한 통계생산을 위해서는 별도의 생산방안이 검토되어야 할 것이다.

향후 OECD 요구 보건통계의 적절한 대응을 위하여 다음과 같은 분야에 대한 관심도 증대되어야 할 것이다.

OECD에서 요구하는 통계 중 미생산통계를 일시에 모두 생산하기는 불가능한 만큼 필요도, 소요예산 정도, 생산가능성 등을 감안하여 우선순위에 따라 생산을 시도하여야 할 것이다.

1) 통계생산 인력 및 조직의 보강

우리 나라의 경우 보건통계생산 및 관리를 담당하고 있는 인원이 매우 적어 체계적인 생산이나 관리보다는 직면한 문제 해결에 급급한 실정이다.

일본의 경우 후생노동성은 통계정보부에 인구 보건통계과, 사회통계과, 고용통계과, 임금복지통계과, 기획과 등을 두고 449명의 인력이 통계 및 정보관련 업무를 수행하고 있다. 그밖에 후생통계협회 그리고 의

료정보시스템 개발센터 등에서 각종 통계생산 및 관리 그리고 정보화를 추진함으로써 상호 유기적인 협조체제하에 질 높은 통계생산에 주력하고 있다. 따라서 우리나라도 보건통계의 양적 증가와 질적 향상을 위해 통계생산기반의 확충에 주력하여야 할 것이다.

2) 통계생산의 효율화를 위한 법 및 제도개선

자료제공의 원활화 및 개인정보의 보호와 관련된 법 및 제도의 정비가 요구된다. 기초자료의 수집을 위해 기관과 가구(개인포함)에 대한 접근이 용이하여야 하나 그 접근이 점차 더 어려워지고 있는 것이 현실이다. 호주의 경우와 같이 병·의원 설립 인가시부터 통계제출 의무를 인가조건으로 하여 원활한 자료수집이 가능하도록 한다면 가장 바람직할 것이다. 그러나 이는 단기간내에 전환을 기대하기는 어려운 만큼 점진적인 개선이 가능하도록 노력하여야 할 것이다.

3) 통계생산 정보망 및 관련 자료의 DB 구축

보건복지통계생산을 위하여는 각종 기초자료의 연계가 중요한 만큼 이를 위하여 기관간 기초자료를 공유할 수 있도록 하여야 한다. 관련 기관간의 정보를 공유하기 위하여 관련 기관간 긴밀한 협조체제 및 정보망을 구축하여야 한다.

또한 모든 통계생산은 자료의 확보가 선행되어야 분석이 가능할 것이다. 병·의원 관련 통계의 원활한 생산을 위하여는 관련 자료의 DB 구축은 필수적이다. 이는 표준화가 전제되어야 보다 효율적으로 이루어질 수 있을 것이다. 그러나 현재 전문종합요양기관에서 이루어지고 있는 퇴원환자에 대한 전산입력은 자체의 필요성에 의해 개발되어 추진되어 왔기 때문에 이를 활용한 통계생산은 효율적이지 못하다. 따라서 표준화를 위한 노력이 요구된다.

자료의 DB 구축 및 조사의 원활화를 위하여 이의 제도화와 함께 가능한 조사의 중복을 피할 수 있도록 하여 의료기관의 부담을 경감시킬 수 있는 방안도 강구되어야 할 것이다.

4) 지역 단위의 통계생산 및 관리 기능 강화

최근 지방자치단체의 실시와 함께 지역단위 통계의 필요성은 날로 증가하고 있다. 이는 정확한 통계에 근거하지 않은 지역정책의 수립 및 추진은 명확한 목표의 제시 미흡 및 추진실적의 정확한 평가가 어려워 정책추진의 효율성을 떨어뜨리기 때문이다. 따라서 지역단위 기초자료의 DB 구축 및 생산통계의 DB 구축을 위한 방안이 강구되어야 할 것이다. 특히 보건관련 통계자료의 생산은 보건소를 중심으로 DB 구축이 이루어져야 할 것이다.

또한 점차 통계가 세분화·전문화되어감에 따라 이를 전담할 전문인력의 양성 및 배치의 필요성은 점증하고 있다. 지역단위에서는 통계의 생산 및 관리를 전담할 수 있는 인력을 자체적으로 양성하기 어려운 만큼 각종 교육 및 훈련과정에 적극 참여토록 하여 전문인력의 확보에 노력하여야 할 것이다.

지역단위에서는 통계의 생산 및 관리를 전담할 수 있는 인력을 자체적으로 양성하기 어려운 만큼 각종 교육 및 훈련과정에 적극 참여토록 하여 전문인력의 확보에 노력하여야 할 것이다.

통계 생산은 보고에 의한 것과 조사에 의한 것이 근간을 이루고 있다. 보고통계에 있어서 보건소의 역할은 현장의 자료를 수집하여 서식에 정리하는 업무를 수행하기 때문에 신뢰성 있는 통계생산에 가장 중요한 역할을 담당하고 있다. 중간과정이나 최종분석과정이 올바르게 수행된다고 하여도 처음에 잘못 정리된 자료라면 분석결과의 신뢰성은 매우 낮을 수밖에 없기 때문이다. 따라서 최초단계에서 정확한 자료의 수집 및 입력이 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다. 이와 같은 지역단위통계생산의 활성화는 국가통계의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다.

5) 생산통계의 관리 체계 구축

생산통계는 각 분야별로 관리하는 동시에 이를 취합, 관리하면서 필요에 따라 제공할 수 있도록 관리 체계를 구축하여야 한다. 통계생산을 위한 기획 및 생산 그리고 생산된 통계가 효율적으로 관리될 수 있도록 보건통계 전반에 걸친 통제 기능을 가진 기구를 운영할 필요가 있다.

또한 작성된 통계가 가장 최근 자료로 유지될 수 있도록 제공기관에서는 자료의 수정 및 보완의무를 갖도록 하여 지속적인 관리가 이루어질 수 있도록 하여야 한다.

6) 국제기구의 보건통계 동향분석 및 대응시스템 구축

국제기구에서는 점차 보건통계에 관심이 높아지고 있으며, 각종 보건통계지표를 개발 각국에 자료를 요구하고 있다. 이와 관련하여 우리나라는 국제기구의 통계 요구 동향을 분석하고 이에 대처하는 한편, 우리나라 고유의 통계도 개발하여 국제통계화 할 수 있도록 노력하여야 한다. 국제적인 추세에 맞춰 새로운 통계생산이 이루어질 수 있도록 통계항목 및 자료수집 방법에 대하여 국제기구 및 외국과의 교류를 확대하여 나가야 한다.

6. 맺는 말

사회가 발전하고 복잡해질수록 정확한 현황파악이나 미래에 대한 예측의 중요성은 날로 증가하고 있다. 이를 해결해 줄 수 있는 통계에 대한 의존도는 그 만큼 커지게 마련이다. 보건정책이 국민의 다양하고 세분화되는 욕구를 만족시키기 위하여 이에 활용할 수 있는 보건통계도 다양하고 세분화될 필요성이 있다. 그러나 아직 우리나라의 보건통계 생산수준은 세부 정책수립에 활용할 수 있을 정도의 다양한 지표가 없는 초보적인 수준에 머물고 있는 것이 현실이다.

또한 국민의 건강에 대한 관심이 증대됨에 따라 이와 관련된 각종 보건지표에 대한 관심이 증대되고 있으나 이를 충족할 만한 통계가 생산되지 못하고 있는 것이 현실이다. 필요통계의 생산이 일시에 이루지기는 매우 힘들기 때문에 꾸준한 노력이 요구된다. 이를 위해 필요 인력의 확보, 예산의 지원 등 필요한 조치가 뒤따라야 할 것이다. 현대는 정보의 사회이며, 정보의 많은 부분은 통계로 이루어져 있다. 통계의 선진화는 정보의 선진화를 의미하며, 이는 국가의 선진화를 의미하는 것이다. 우리 모두 통계선진국 구현을 위해 다함께 노력하여야 할 것이다.