

보건통계의 국제기구 요구동향과 대응

The trend of international agencies' request for health statistics and our response



장영식 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라의 보건통계에 대한 관심의 전환기는 우리나라가 OECD에 가입한 이후부터라고 말할 수 있다. 가입과 함께 갖게 된 통계 제출 의무는 우리의 통계생산 실태를 파악하게 되었고, 양적인 증대와 질적 향상을 위한 노력의 필요성에 대한 인식을 공유하게 되는 계기가 되었다.

OECD에서는 보건통계 뿐만 아니라 다른 분야의 통계도 회원국에게 제출을 요구하고 있으며, 제출요구시 OECD에서는 산출기준 등을 마련하여 제시하고 있고, 회원국은 통계자료 제출시 OECD 요구에 따라 회원국들의 정책활용이나 연구 등에 효율적으로 활용될 수 있도록 통계자료와 함께 산출방법, 자료원 등을 제출하고 있다.

OECD 뿐만 아니라 WHO에서도 보건통계에 대한 자료제출을 매년 요구해 오고 있다. 또한 ISO에서는 보건부문에 대한 표준화의 일환으로 현재 필요한 보건통계항목과 향후 생산이 필요한 통계항목을 정리 제시하였다.

이와 같은 국제기구의 통계요구 및 관심은 향후 더 다양하게 이루어질 것으로 예상되므로 국제기구의 요구에 부응하면서 우리나라의 정책에 효율적으로 활용할 수 있도록 하기 위하여 이에 대비해 보건통계체계의 확립 및 효율적인 통계생산방안을 모색하는 동시에 통계생산계획을 수립 추진하여 지속적인 생산이 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다.

1. 서 론

사회가 발전하고 복잡해짐에 따라 통계정보의 중요성은 날로 증가하고 있다. 통계는 현재 상태를 정확하게 파악할 수 있을 뿐만 아니라 미래를 예측할 수 있는 자료로 활용되기 때문이다.

정보화시대에 사는 우리들은 정보의 많은 부분이 통계로 이루어져 있음을 잘 인식하지 못하며 살고 있다. 실제로 정보의 많은 부분이 통계로 이루어져 있으며, 통계정보는 우리의 실생활

에서 매우 중요하게 활용되고 있다.

국가의 정책을 수립하는데 있어서도 과거와 같이 변화가 크지 않은 시기에는 통계를 이용한 정책판단의 요구가 지금보다 크지 않았으나 이제는 모든 정책결정 환경이 급변하고 있어, 정확한 통계에 근거하지 않는 정책은 실패의 위험이 그 만큼 커지게 되기 때문에 반드시 통계의 활용이 요구되고 있다. 또한 국민생활수준의 향상, 정보화의 발달로 국민의 건강에 대한 관심이 증대하면서 건강과 관련된 보다 많은 정보를

요구하고 있으며, 이를 충족시키기 위해서는 보다 세분화된 다양한 통계를 제공하여야 한다.

이와 같은 통계의 중요성은 국내의 인식뿐만 아니라 국제적인 공감대를 형성하고 있어 국제기구에서도 해를 거듭할수록 다양한 통계를 요구하고 있다. 즉, 우리나라가 1996년 가입한 경제협력개발기구(OECD: Organization for Economic Cooperation and Development)에서는 매년 보건분야를 포함한 각 분야의 다양한 통계를 요구하고 있으며, 세계보건기구(WHO: World Health Organization)에서도 매년 보건통계를 요구하고 있고, 국제표준화기구(ISO: International Organization for Standardization)에서는 보건통계의 표준설정을 위해 노력하고 있다.

이러한 국제기구의 요구에 효율적으로 대응하고 우리나라의 통계요구에도 충족할 수 있는 대응방안을 모색하는 것은 매우 중요하다고 생각된다. 여기서는 국제기구의 요구동향을 살펴보고, 이에 대한 대응방안을 살펴보고자 한다.

2. 보건통계의 요구동향

1) 경제협력개발기구(OECD)

우리나라는 OECD에 가입한 1996년 이후 OECD에서 요구하는 보건통계를 포함한 각종 통계를 제출하고 있다. OECD에서 요구하는 통계를 우리나라는 회원국으로서 제출하여야 할

의무를 가지고 있다.

보건통계의 요구분야는 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 보건비용, 재정 및 보수, 사회보장, 의약품시장, 보건의 비의료 결정요인 등 7개 분야로 되어 있으며, 이들 분야에 속하는 통계항목은 매년 변화하고 있다. 1995년 이후 연도별 요구 항목수의 변화를 보면 최대 1,421개 항목에서 최소 410개 항목의 통계를 요구한 것으로 나타났다.

최근에 OECD에서 요구하는 분야별 항목의 변화를 살펴보면 보건비용이 크게 감소한 반면 보건의료이용이 다시 크게 증가하였다. 보건비용분야의 항목이 감소하였다고 그 중요성이 감소한 것은 아니다. OECD에서는 다른 분야에 비하여 보건비용분야에 매우 큰 관심을 두고 있다. 그것은 OECD가 경제협력체라는 특성을 지니고 있기 때문일 수도 있을 것이다. 매년 OECD에서는 보건비용분야에 대한 검토를 위하여 별도의 전문가회의를 갖고 있으며, 이를 통하여 각국의 작성실태를 파악하는 동시에 개선할 점을 찾아 이를 반영시키고 있다.

향후 OECD에서 요구하는 보건통계는 조금씩 변화를 계속하여 갈 것으로 전망된다. 이는 경제사회의 변화에 따른 보건통계 분야에 대한 반영과 회원국의 작성능력 및 환경변화를 감안한 보건통계 항목의 변화가 지속될 것으로 예상되기 때문이다. 특히 평균수명의 연장에 따른 만성퇴행성 질환 등의 증가와 경제수준의 향상에 따른 식생활의 변화로 인한 비만인구의 증가, 삶의 질과 관련된 통계는 향후 더욱 관심이

높은 분야가 될 것으로 전망되고, 이와 관련된 통계의 요구는 점차 높아질 것으로 전망된다.

2) 세계보건기구(WHO)

WHO에서도 매년 회원국에 통계제출을 요구하고 있다. WHO에서 요구하는 보건통계는 다양한 통계항목 보다는 아직까지 기본적인 중요 통계를 중심으로 요구되고 있다.

WHO에서 요구하는 통계는 대부분이 기본적인 통계와 건강과 밀접한 관련이 있는 통계 항목들이다. 즉, 인구증가율 등 인구변동과 관련된 지표와 건강수명 등 건강관련 지표, 보건비용 등 보건지출 관련 지표, 보건종사자 등 보건인력 관련지표, 유병원인 등 유병률 관련지표와 그 밖에 상수도 보급률 등 기타 지표 등 총 54개 지표로 구성되어 있다.

WHO는 전세계를 대상으로 자료를 수집하

기 때문에 OECD와는 또 다른 성격을 지니고 있다. 즉, OECD가 주로 경제선진국을 회원국으로 하고 있어 다양한 통계 요구가 보다 용이하지만 WHO에서는 전세계의 다양한 사회환경에 있는 국가들을 대상으로 하기 때문에 자료수집에 많은 한계가 있을 것으로 생각되고, 따라서 수집 항목이 매우 제한적일 수 있을 것이다.

그럼에도 불구하고 각종 보건통계 정보에 대한 요구도가 높아지기 때문에 WHO에서도 점차 요구항목이 증가할 것으로 예상된다. 물론 WHO의 특성상 보건과 밀접한 관련이 있는 통계들을 우선하고 이후 점차 확대하여 갈 것으로 예상된다. 아직까지 각 분야의 요구통계 항목이 많지 않기 때문에 각 분야의 요구통계가 전반적으로 증가할 것으로 예상된다.

특성 등으로 구분하고 있으며, 건강상태는 다시 사망, 건강상태, 인간기능, 복지로 분류하여 총 26개 지표로 구성되어 있다. 보건의 비의료 결정요인은 건강행위, 생활 및 직업조건, 인적 자원, 환경요인으로 분류하여 총 19개 지표로 구성되어 있다. 그리고 보건제도이행은 만족도, 접근성, 적정성, 능력, 연속성, 유효성, 효율성, 안전성 등으로 분류하고 총 25개 지표를 그리고 지역 및 보건조직특성은 8개 지표를 포함하고 있어, 국제표준화기구에서 제시한 보건통계는 총 78개 지표를 포함하고 있다. 국제표준화기구에서는 각국에 통계제출을 요구하고 있지는 않지만 보건통계의 표준을 제시하고 향후 우리가 관심을 가지고 통계생산에 노력하여야 할 분야를 제시하고 있다는 점에서 우리가 주목하여야 할 것이다.

국제표준화기구에서 제시한 미래 개발되어야 할 통계지표로는 건강상태분야에서 흡연으로 인한 사망, 치매 이환율, 활동 제한 등 10개 지표를 제시하고 있으며, 보건의 비의료 결정요인분야에서는 안전벨트 사용, 노숙자, 공기 질 등 18개 지표를 보건제도이행분야에서는 암 생존율, 종업원 안전 등 16개 지표를 그리고 지역 및 보건조직특성분야에서는 문화 차이점 등 5개 지표를 제시하고 있다.

물론 ISO에서 제시한 지표들은 국가의 능력에 따라 지금 당장 생산이 가능한 국가가 있는 반면 생산이 어려운 국가도 있을 수 있고 또한 전체 국가가 아직은 생산이 어려운 지표도 있을 수 있다. 그러나 ISO에서 향후 생산되어야 할

표 1. OECD 보건부문의 제출요구 지표수 및 항목수

연 도	통계표수	항목수	연 도	통계표수	항목수
1995	28	588	2001	52	715
1996	40	686	2002	50	701
1997	46	996	2003	50	532
1998	66	1,421	2004	48	436
1999	47	986	2005	48	410
2000	49	708	2006	51	673

표 2. OECD 보건부문 통계의 부문별 제출요구 항목수 변화

분류명	항목수						
	2003	2004	2005		2006		전년대비
			항목수	전년대비	항목수	전년대비	
계	532	436	410	-26	673	(100.0)	263
건강상태	73	65	40	-25	40	(5.9)	
보건의료자원	21	21	27	6	27	(4.0)	
보건의료이용	146	139	139		353	(52.5)	214
보건비용	222	146	139	-7	152	(22.6)	13
재정 및 보수	7	-					
사회보장	8	8	8		18	(2.7)	10
의약품시장	40	42	42		68	(10.1)	26
보건의 비의료결정요인	15	15	15		15	(2.2)	

표 3. WHO 부문별 제출요구 지표수 : 2006

분류	지표수
계	54
인구관련 기본지표	8
건강상태	15
보건비용	4
보건인력	3
유병률	14
기타	10

3) 국제표준화기구(ISO)

국제표준화기구에서는 크게 4분야로 보건통계를 대분하고 있다. 즉, 건강상태, 보건의 비의료 결정요인, 보건제도이행, 지역 및 보건조직

지표들로 제시된 지표들은 향후 생산 필요성이 매우 높은 지표들로 우리가 관심을 가지고 생산 방안을 모색하여야 할 지표라는 점에서 그 의미를 찾을 수 있을 것이다.

표 4. ISO 선정 보건통계 항목수

분류	지표수
계	78
건강상태	26
보건의 비의료결정요인	19
보건제도이행	25
지역 및 보건조직특성	8

3. OECD 요구 통계 제출수준

1) 한국

2006년 우리나라의 OECD 요구 보건통계의 제출률은 74.6%로 전년도에 비하여 비교적 크게 증가하였으나 아직 OECD 회원국의 평균에 못 미치고 있는 실정이다.

분야별 제출수준은 건강상태 관련 통계가 85.0%의 제출률을 보였으며, 이들을 보다 세부 분야로 나누어 살펴보면 제출이 부진한 분야는 선천성이상 관련 통계분야였다. 보건의료자원 분야는 40.7%의 제출률을 보였으며, 이를 보다 세분화하여 살펴보면 보건부문종사자 관련 통계, 임직원대 병상비용 등이 제출이 부진하였다.

보건의료이용 분야는 92.3%의 제출률을 보여 높은 제출률을 보인 분야이다. 보건비용 관

련통계는 61.2%의 제출률을 보였으며, 보다 세분하여 보면 입원치료비용, 주간치료비용, 외래 치료비용, 재가진료비, 보조서비스, 물가지수 등과 관련된 통계의 제출이 부진하였다.

사회보장관련 통계는 44.4%의 부진한 제출률을 보였다. 의약품시장 관련 통계는 22.1%의 제출률을 보였으며, 의약품소비와 의약품 판매로 구분되는 통계 가운데 의약품소비와 관련된 통계의 제출이 극히 부진하였다.

보건의 비의료 결정요인과 관련된 분야의 통계는 사회보장관련 통계와 함께 100.0%의 제출률을 보인 분야이다.

이와 같이 우리나라는 그동안 많은 노력으로 제출률이 높아졌으나 아직까지 다른 회원국에 비하여 그 수준이 낮은 상태이다. 특히 의약품 시장분야나 보건의료자원분야 그리고 사회보장부문은 그 활용성이 높은 분야임에도 제출률이 낮아 우리가 더욱 노력을 기울여야 할 분야이다.

2) OECD 회원국의 제출수준

제출한 통계 중 OECD에서 제공하는 CD-ROM에 수록된 통계를 중심으로 수록수준을 살펴보면 2005년 회원국의 평균 수록률은 78.2%로 전년도와 비슷한 수준인 것으로 나타났다. 회원국별 수록률을 보면 호주가 97.0%로 가장 높고, 다음은 헝가리로 92.7%였으며, 3위는 노르웨이와 스위스로 90.8%의 수록률을 보였고, 우리나라는 67.9%로 평균보다 낮은 수록률을

표 5. 2006년 OECD 보건통계 제출현황(항목기준)

분류명	2006년					
	항목수	기존 자료	보완	신규 생산	계	제출률(%)
계	673	108	122	272	502	74.6
건강상태	40	16	18		34	85.0
보건의료자원	27		11		11	40.7
보건의료이용	353	63	7	256	326	92.3
보건비용	152		77	16	93	61.2
사회보장	18		8		8	44.4
의약품시장	68	15			15	22.1
보건의 비의료 결정요인	15	14	1		15	100.0

보였다.

분야별로 살펴보면 건강상태 관련 통계가 가장 많이 수록된 국가는 프랑스로 100.0%의 수록률을 보였으며, 그 외에 90% 이하의 수록률을 보인 국가는 그리스, 아일랜드, 룩셈부르크, 터키 등이고 그 외의 국가는 90% 이상의 수록률을 보였다.

보건의료자원분야에서 가장 많은 통계가 수록된 국가는 캐나다로 100.0%의 수록률을 보였으며, 그 외에 90%이상의 수록률을 보인 국가는 벨기에, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 헝가리, 이탈리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아, 스위스, 미국 등 13개국이다.

보건의료이용분야 관련 통계가 가장 많이 수록된 국가는 호주와 이탈리아, 스위스, 영국으로 100.0%의 수록률을 보였으며, 그 외에 90% 이상의 수록률을 보인 국가는 캐나다, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 아이슬란드, 아일랜드, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르

웨이, 포르투갈 등 12개국이며, 우리나라는 71.2%로 전체 평균 88.9%에 못 미치고 있다.

보건비용 관련 통계가 가장 많이 수록된 국가는 스위스로 96.2%의 수록률을 보였고, 그 외에 호주, 캐나다, 프랑스, 독일, 헝가리가 90% 이상의 수록률을 보였으며, 우리나라는 66.0%로 전체 평균 64.9% 보다는 약간 높은 것으로 나타났다.

사회보장분야 관련 통계는 이탈리아, 멕시코, 네덜란드, 폴란드, 슬로바키아, 스페인, 미국이 75%이하의 수록률을 보였고, 그 이외의 국가는 100.0%의 수록률을 보였다.

의약품시장분야 관련 통계가 가장 많이 수록된 국가는 덴마크와 독일, 헝가리, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴으로 100.0%의 수록률을 보였으며, 그 외에 90% 이상의 수록률을 보인 국가는 호주, 체코, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 룩셈부르크, 노르웨이, 슬로바키아 등 7개국이며, 우리나라는 35.7%로 전체 평균 55.5%에 못 미치고

있다.

보건의 비의료 결정요인분야 관련 통계가 가장 많이 수록된 국가는 한국, 호주, 캐나다, 덴마크, 프랑스, 독일, 헝가리, 아일랜드, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 스웨덴, 터키, 영국, 미국 등 17개국이 100.0%의 수록률을 보였으며, 전체 평균은 95.1%의 수록률을 보였다.

전반적으로 회원국의 OECD 요구 보건통계 수록률은 매년 높아지고 있으며, 제출률이 90% 이상의 통계선진국이 있는가 하면 70%에 못 미치는 회원국도 있다. OECD에서 요구하는 통계가 최근통계만이 아닌 1960년의 통계부터 요구하기 때문에 이들 통계를 어떻게 회원국이 작성

토록 할 수 있는가 하는 것도 OECD의 과제가 다. 우리나라는 통계수록률이 아직 다른 회원국에 비하여 낮을 뿐만 아니라 1960년부터의 제출 요구를 상당부분 충족하지 못하고 있다. 따라서 요구 통계항목에 대한 최근자료의 제출과 함께 이전 연도의 통계를 어떻게 작성하여야 하는가하는 것이 과제로 남아있다.

4. 맺는말

국제기구에서 요구하는 보건통계항목은 국제기구의 성격에 따라 차이를 보이고 있다. 국

제적인 보건통계의 체계 수립에 기여하고 있는 OECD 보건통계는 보건분야 전반에 걸친 통계항목을 요구하고 있지만 설립목적이 경제협력에 두고 있어, 경제분야인 의료비 등에 중점을 두는 경향을 보여주고 있다. WHO는 전세계 국가를 대상으로 하고 있는 만큼 아직까지는 요구통계가 많지 않으며, 현재 요구통계는 보건에서 기본적으로 가장 필요로 하는 통계를 요구하고 있다. 그리고 국제표준화기구(ISO)에서는 아직까지 각 국가에 요구하고 있지는 않지만 보건분야의 전체적인 통계체계 구축을 위해 노력하고 있다.

국제기구에서 요구하는 통계항목은 매년 일정하지 않고, 필요성이 낮아진 통계이거나 지금 당장은 작성에 어려움이거나 문제가 있다고 생각되는 통계는 제외되고, 새롭게 개발된 통계나 시대의 변화나 따라 필요성이 높아진 통계, 또 이전에 작성 능력 등의 문제로 제외되었던 통계가 작성 수준이 향상되어 이제 충분히 작성 가능성이 높아졌다고 판단되는 통계가 추가되고 있다.

따라서 우리는 국제기구에서 요구하는 현재의 요구들에 맞추어 제공률을 구축하는 것보다는 보다 폭 넓은 가능성을 가지고 대비하여야 어느 통계가 추가된다고 해도 빠르게 제공할 수 있을 것이다.

국제기구의 요구에 부응하기 위한 우리나라의 보건통계체계 구축 및 체계적인 생산을 위하여 다음과 같은 측면에서 보다 노력하여야 할 것이다.

첫째, 조직측면에서 보면 중앙조직 및 지방조직의 강화이다. 우선 중앙조직은 보건복지부에 다른 부처에 앞서 조사통계팀이 신설되어 보건복지통계 생산을 위한 새로운 기반이 구축되었으나, 이를 뒷받침해 줄 수 있는 조직이 미약한 편이다. 따라서 조사통계팀에서 기획된 각종 안들이 효율적으로 추진될 수 있도록 보건복지통계센터와 같은 실행조직을 설립하는 것이 바람직할 것이다. 지방조직은 지방자치제의 시행으로 지역통계의 생산 필요성은 더욱 높아졌으나 통계조직은 미약한 편이다. 이를 보다 강화할 수 있도록 인원의 보강 및 전문직으로서의 역할 수행을 위한 주기적인 교육 및 훈련 기능도 강화되어야 할 것이다.

둘째, 예산측면에서 보면 과거에 비하여 통계의 필요성에 대한 인식이 많이 높아져 통계생산을 위한 예산이 배려가 되고 있기는 하지만 아직까지 충분치 못한 실정이다. 특히 지역에서 필요로 하는 통계를 생산하기 위하여는 보다 많은 예산이 필요하나 이를 확보하지 못하고 있는 실정이다. 중앙과 지자체의 협조로 공동 생산을 위한 예산확보와 통계의 공동생산을 위한 노력이 요구된다.

셋째, 활용측면에서 보면 관련 정보의 공유가 아직은 미흡한 실정이다. 생산 활용 가능 자료나 생산통계에 대한 정보의 공유를 통하여 보다 다양한 통계생산과 활용 및 제공이 가능할 것이다. 최근들어 생산통계에 대한 메타데이터 제공이 확산되고 있어 바람직한 현상으로 생각되며, 이들을 통합관리 제공해 줄 수 있는 시스템의

표 6. OECD 회원국의 보건통계 부문별 제출률: 2005(CD-ROM 수록기준)

국 가	제출률	국 가	제출률
평균	78.2		
한국	67.9	일본	64.2
호주	97.0	룩셈부르크	86.3
오스트리아	68.7	멕시코	74.7
벨기에	70.6	네덜란드	86.8
캐나다	86.5	뉴질랜드	67.1
체코	83.3	노르웨이	90.8
덴마크	90.3	폴란드	49.1
핀란드	86.3	포르투갈	74.9
프랑스	89.8	슬로바키아	74.9
독일	90.3	스페인	75.5
그리스	60.4	스웨덴	73.3
헝가리	92.7	스위스	90.8
아이슬란드	83.8	터키	68.2
아일랜드	65.8	영국	85.2
이탈리아	71.2	미국	79.2

자료: OECD, OECD Health Data 2005, 2005.

구축도 요구된다.

우리나라의 보건통계생산이 국제기구에 제 공만을 위한 것이 아니라 우리나라의 보건정책 수행 및 국민의 알권리 충족을 위해서 꼭 필요 로 하는 통계인 만큼 우리나라는 국제기구와공 조하여 보건통계 지표체계를 구축하고, 중장기

생산계획을 수립하여 체계적이고 지속적인 생 산이 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다. 이 와 같은 과정을 통하여 생산되는 통계는 국가의 통계 필요성을 충족시킬 수 있을 뿐만 아니라 국제기구의 통계 요구에도 능동적으로 대응할 수 있을 것이다. **붙임**