

# 한국의 보건통계와 지표

*Health Statistics and Indicators in Korea*



장영식 한국보건사회연구원 선임연구위원

경제사회수준의 향상으로 우리는 건강한 삶에 보다 많은 관심을 가지게 되었다. 국민들은 현재의 각종 보건수준과 미래의 전망에 대한 관심이 높아지고 있으며, 건강증진을 위한 보다 많은 과학적이고 객관적인 정보를 요구한다. 보건정책도 국민의 건강증진을 위해 정확한 통계에 근거한 정책수립 및 추진으로 목표 달성을 위해 노력하고 있다. 이와 같이 보건통계는 보건정책의 수립 및 수행뿐만 아니라 국민의 정보요구 충족을 위해서도 그리고 점차 증가하는 국제기구 요구에 능동적으로 대응하기 위해서도 필요성은 점차 높아지고 있다. 따라서 보건분야 필요지표의 체계적인 구축 및 통계생산을 위한 지속적인 노력이 요구된다.

## 1. 서론

보건수준은 그 나라의 경제사회발전과 밀접한 관련이 있다. 건강에 직접 영향을 미치는 식품의 섭취와 의료자원, 환경 등은 경제사회발전에 따라 크게 변화하기 때문이다. 우리나라의 보건수준은 경제사회발전에 따라 크게 향상되어 왔으며, 국민의 건강에 대한 인식도 크게 변화되어 왔다.

경제성장과 저출산이 지속되면서 자녀에 대한 관심증대, 건강에 대한 관심증대, 의료기술의 발달과 의료자원의 증가, 건강증진을 위한 정책의 지속 추진 등은 기대수명을 꾸준히 증가시켰다. 반면, 경제발전으로 인한 차량의 증가, 환경오염, 운동부족, 과잉영양섭취로 인한 비만

등은 건강을 해치는 요인으로 작용하여 만성질환 등 각종 질환 발생률의 증가, 교통사고로 인한 사상자의 증가 등 부정적인 영향을 미치기도 하였다.

이와 같은 현상을 보다 정확히 파악할 수 있는 것이 통계이다. 우리나라는 경제사회발전과 OECD 가입 등에 따라 보건통계의 중요성을 인식하고 보건통계의 양적 생산 확대 및 생산 통계의 질 향상을 위해 노력하여 왔다. 그러나 생산수준이 아직 선진국 수준에는 미치지 못하고 있다. 여기서는 우리나라의 보건통계 생산 현황, OECD 요구 통계 제출 수준 그리고 우리나라의 보건수준을 주요 지표를 통하여 알아보고자 한다.

## 2. 한국의 보건통계 생산현황

보건통계는 다양한 형태로 생산되고 있다. 우선 작성방법에 따라 조사통계, 보고통계(행정통계), 가공통계로 구분된다. 조사통계는 조사 대상을 조사원이 직접 만나 조사하는 면접조사, 우편으로 조사표를 송부하여 조사하는 우편조사, 인터넷을 통해 의견을 수렴하는 인터넷조사 등이 있다. 또한 조사통계는 조사대상 범위에 따라 대상 모집단 전체를 조사하는 전수조사와 모집단 가운데 일부 표본만을 선정하여 조사하는 표본조사로 구분된다.

보고통계는 법령이나 규정 등에 의한 개인 및 단체의 신고, 보고, 신청, 인허가 등과 같이 행정업무 등에 수반하여 수집된 자료로부터 통계를 작성하는 것을 말한다. 가공통계는 조사나 보고 자료를 통해 얻어진 통계에 어떠한 연산을 하여 얻어진 통계이다. 가공통계에는 집단 특성치의 평균, 산포도, 지수, 상관계수 등뿐만 아니라 국민소득통계와 같은 추계에 의한 통계도 있다.<sup>1)</sup>

국가의 통계생산형태는 국가의 특성에 따라 달라지고 있다. 통계제도는 크게 집중형과 분산형으로 구분되며, 집중형은 한 기관을 중심으로 국가에서 생산되는 모든 통계를 집중적으로 생산하는 형태이며, 분산형은 각 분야의 전문가들이 해당 분야의 통계를 분담하여 생산하는 형태이다. 우리나라의 통계제도는 분산형 통계제도로 각 관련기관에서 필요통계를 생산하는 형태를 취하고 있다. 그러나 통계의 양적

확산과 질적관리 등 총괄적인 관리를 위해 각 기관에서 국가통계를 생산하고자 할 때는 통계청의 승인을 득하도록 하고 있다. 지정통계와 일반통계의 구분은 통계 작성기관이 작성하는 통계 중 통계청장이 지정하여 고시하는 통계를 지정통계라고 말하며, 통계작성 기관이 작성하는 통계 중 지정통계 이외의 통계를 일반통계라 한다.

이와 같은 기준에 따라 국가승인통계 현황을 살펴보면 다음과 같다.

국가승인통계는 2011년 8월 1일 현재 376개 기관에서 845건에 이르고 있다. 정부기관이 299개 기관에서 694건 통계를 그리고 정부기관 이외의 77개 지정기관에서 151건의 통계를 작성하고 있다.

이를 통계종류별로 살펴보면 지정통계가 전체의 10.7% 정도인 90건, 일반통계가 755건이다. 작성방법별로 살펴보면 조사통계가 340건, 보고통계가 445건 그리고 가공통계가 60건을 차지하고 있다. 가장 많이 차지하고 있는 통계는 보고통계이고 다음이 조사통계, 가공통계의 순이다.

통계부문별 국가승인통계현황을 살펴보면 2011년 8월 1일 현재 국가승인통계는 845건이며, 이 가운데 보건·사회·복지통계가 135건으로 전체의 16.0%를 점하고 있어 가장 높은 점유율을 나타내고 있다. 다음은 경기·기업경영과 관련된 통계로 66건에 7.8%를 점하고 있다. 가장 높은 점유율을 나타내고 있는 보건·사회·복지통계 135건을 통계종류별로 구분하여

1) 통계청(2006). 통계용어 사용사례집.

표 1. 기관구분별 국가승인통계 현황

기관구분	작성 기관수	작성 통계수	통계종류별		작성형태별		
			지정	일반	조사	보고	가공
계	376	845	90	755	340	445	60
○ 정부기관	299	694	74	620	244	403	47
- 중앙행정기관	39	323	58	265	158	143	22
통계청	1	54	41	13	43	2	9
이외기관	38	269	17	252	115	141	13
- 지방자치단체	260	371	16	355	86	260	25
○ 지정기관	77	151(153)	16(17)	135(136)	96(97)	42(43)	13
금융기관	8	24(25)	7(8)	17	12(13)	6	6
공사/공단	23	42	3	39	18	22	2
연구기관	16	26	2	24	21	3	2
협회/조합	24	39	4	35	32	5	2
기타기관	6	20(21)	-	20(21)	13	6(7)	1

주: 2011. 8. 1일 현재

\* ( )는 복수기관 공동통계가 포함된 수치임.

자료: 통계청 국가통계포털, <http://kosis.kr>

보면 지정통계가 7건 일반통계가 128건으로 대부분이 일반통계로 이루어져 있다. 작성방법별로 구분하여 보면 조사통계 91건, 보고통계 41건, 가공통계 3건으로 구성되어 있다. 보건·사회·복지통계의 대부분은 보건복지부 및 관련 기관에서 생산되고 있는 통계다.

보건부문의 조사통계현황을 살펴보면 대부분이 보건복지부의 관장하에 생산되는 통계들이다. 즉, 보건복지부에서는 환자조사 등 11종의 조사통계를 수행하고 있으며, 질병관리본부에서는 국민건강영양조사, 퇴원손상심층조사 등을 그리고 한국보건사회연구원에서는 전국출산력 및 가족보건실태조사, 한국 의료패널조사 등을, 한국보건산업진흥원에서는 병원경영실태조사를, 국민건강보험공단에

서는 건강보험환자 진료비실태조사를 수행하고 있다.

보건부문의 보고통계로는 보건복지부에서 수행하는 암등록통계, 공중위생관련업소실태 보고 등이 있고, 식품의약품안전청의 수입식품 현황, 식품 및 식품첨가물생산실적 등의 통계가 있으며, 질병관리본부에서는 결핵관리현황, 한센병관리사업실적 등의 통계를 그리고 국민건강보험공단에서는 지역별의료통계, 건강보험통계 등을 생산하고 있다. 보고통계는 행정보고 체계를 통하여 생산되는 통계로 주로 행정적인 목적으로 이루어지는 경우가 대부분이지만 점차 조사통계생산 여건이 어려워지고 있는 점을 감안하면 보다 체계적인 통계 생산이 가능하도록 개선 발전시킬 필요가 있다.

가공통계는 보건복지부에서 생산하는 국민 의료비 및 국민보건계정이 그리고 통계청에서의 사망원인통계, 생명표 등이 있다.

### 3. 국제기구 보건통계요구 및 제출현황

#### 1) 국제기구 보건통계 요구현황

OECD에서는 매년 보건통계 등 각종 통계를 요구하고 있다. 모든 OECD 회원국은 OECD에서 요구하는 각종 통계를 제출할 의무가 OECD 가입과 함께 주어진다. 우리나라도 OECD에 가입하면서 갖게 된 의무의 충실한 이행을 위해 노력하고 있다. OECD 뿐만 아니라 WHO에서도 매년 보건통계를 요구하고 있다. OECD, WHO의 보건통계의 구성은 다음

과 같다.

OECD 요구 통계는 분야와 통계항목이 일정하지는 않다. 매년 분야나 통계항목이 필요에 따라 추가되거나 제외되고 있다. 2010년에 OECD에서 요구하고 있는 보건통계의 분야는 건강상태(Health status), 보건의료자원(Health care resources), 보건의료이용(Health care utilization), 장기요양(Long-term care), 보건비용(Expenditure on health), 사회보장(Social protection), 의약품시장(Pharmaceutical market), 보건에 영향을 미치는 비의료부문(Non-medical determinants of health) 등이 있으며, WHO, EU 등과 함께 요구하는 의료인력(Human Resources), 의료시설 및 장비(Physical and Technical Resources) 등이 있다.

WHO에서 요구하는 분야는 인구통계(Demographics), 사회경제지표(Socioeconomic indicators), 환경지표(Environmental indicators),

표 2. 보건통계생산현황

자료수집방법	통계명칭
조사통계	국민구강건강실태조사, 정신질환자실태조사, 국민보건의료실태조사, 영아모성사망조사 환자조사, 의약품소비 및 판매액통계, 선천성이상아통계, 지역사회건강조사, 인수공통전염병위험군의 감염실태조사, 흡연실태조사, 국민건강영양조사, 퇴원손상심층조사, 청소년건강행태온라인조사, 한국의료패널조사, 전국출산력 및 가족보건실태조사, 병원경영실태조사, 건강보험환자 진료비실태조사, 국민체력실태조사, 국민환경보건기초조사 한국인인체치수조사, 시민보건지표조사, 근로환경조사
보고통계	암등록통계, 공중위생관계업소실태보고, 의료기관실태보고, 보건소 및 보건지소운영현황, 수입식품현황, 식품수거검사실적, 식품 및 식품첨가물생산실적, 결핵관리현황, 한센병관리사업실적, 법정전염병발생보고, 지역별의료이용통계, 건강보험통계, 건강보험주요수술통계, 의료기관별급여적정성평가현황, 학생건강검사항목보고, 근로자건강진단실시상황보고
가공통계	국민의료비추계 및 국민보건계정, 사망원인통계, 생명표

자료: 통계청 국가통계포털, <http://kosis.kr>

전염병 및 비전염병 (Communicable and noncommunicable diseases), 사망의 주요 원인 및 이환율 (Leading causes of mortality and morbidity), 모성·영유아 질환 (Maternal, child and infant diseases), 보건시설 (Health facilities), 보건의료 재정 (Health care financing), 보건 인적 자원 (Human resources for health), 보건관련 새천년 개발 목표 (Health-related Millennium Development Goals (MDGs)) 등이다.

## 2) OECD 요구 보건통계 제출현황

OECD 요구통계 및 분야는 매년 약간의 변화를 가져왔다. 2010년에는 2009년에 비하여 약 88개의 통계항목이 증가하였으며, 이들 증가통계항목의 대부분은 2010년에 OECD가 WHO와 EU 합동으로 요구한 의료인력과 의료시설 및 장비 분야에서 증가하였다. 이와 같이 OECD 통계는 회원국의 생산능력, 도입 필요성 증대, 지속 필요성의 감소, 다른 국제기구에서 수집되고 있는 통계로 중복되는 통계 등의 경우

추가되거나 제외되어 왔다.

2010년에 OECD에서 요구한 보건통계의 분야별 분포를 보면 전체 837개 항목 중 보건의료이용이 42.9%로 가장 많았고, 다음은 보건비용 20.9%, 그리고 의료인력 8.6%, 의약품시장 6.9%였고, 그밖에 건강상태, 보건의료자원, 장기요양, 사회보장, 보건의 비의료결정요인, 의료시설 및 장비 등은 5% 미만의 항목을 요구하였다.

2010년 현재 OECD에서 요구한 통계항목 가운데 우리나라에서 제출한 통계 항목수는 714개로 85.3%의 제출률을 보였다. 분야별로는 건강상태 관련 통계가 95.1%의 제출률을 보였으며, 보건의료이용 분야 92.8%, 장기요양 분야 70.7%, 보건비용 관련통계 79.4%, 사회보장관련 통계 44.4%, 의약품시장 관련 통계 100.0%, 보건의 비의료 결정요인과 관련된 분야의 통계는 72.7%, 의료인력 통계 68.1%, 의료시설 및 장비 통계는 100.0%의 제출률을 보였다.<sup>2)</sup>

2010년 OECD 국가의 보건통계 제출률은 호

표 3. 국제기구의 보건통계 구성

	OECD	WHO
구성분야	건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 장기요양, 보건비용, 사회보장, 의약품시장, 보건에 영향을 미치는 비의료부문, 의료인력, 의료시설 및 장비	인구통계, 사회경제지표, 환경지표, 전염병 및 비전염병, 사망의 주요 원인 및 이환율, 모성, 영유아 질환, 보건시설, 보건의료 재정, 보건 인적자원, 보건관련 새천년 개발목표

자료: 장영식 외(2010). 2010년도 OECD 보건통계생산, 보건복지부·한국보건사회연구원.  
WHO, Republic of KOREA, Western Pacific Region Health Databank, 2011 Revision

2) 장영식 외(2010). 2010년도 OECD 보건통계생산, 보건복지부·한국보건사회연구원.

표 4. OECD 요구통계 제출실태

분류명	2010년		
	요구항목수	제출항목수	제출률(%)
계	837	714	85.3
건강상태	41	39	95.1
보건의료자원	5	0	0.0
보건의료이용	359	333	92.8
장기요양	41	29	70.7
보건비용	175	139	79.4
사회보장	18	8	44.4
의약품시장	58	58	100.0
보건의 비의료 결정요인(합동요구)	33	27	72.7
의료인력	72	49	68.1
의료시설 및 장비	35	35	100.0

자료: 장영식 외(2010), 2010년도 OECD 보건통계생산, 보건복지부·한국보건사회연구원.

주가 91.5%로 가장 높으며, 80% 이상의 제출률을 보인 국가는 우리나라를 비롯해 벨기에, 캐나다, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일 등 17

개국이며, 반면 60% 이하의 낮은 제출률을 보인 국가는 그리스, 일본 등이다. OECD 국가의 평균은 78.9%였다.

표 5. OECD 국가의 보건통계 제출률: 2010(CD-ROM 수록 기준)

국가	제출률	국가	제출률	국가	제출률
평균	78.9	그리스	57.8	폴란드	76.9
한국	86.1	헝가리	86.7	포르투갈	73.8
호주	91.5	아이슬란드	85.3	슬로바키아	81.8
오스트리아	75.2	아일랜드	66.5	스페인	86.1
벨기에	83.1	이탈리아	68.9	스웨덴	78.3
캐나다	82.5	일본	52.3	스위스	78.7
체코	86.7	룩셈부르크	81.4	터키	69.0
덴마크	88.7	멕시코	62.8	영국	74.5
핀란드	87.2	네덜란드	88.1	미국	74.9
프랑스	84.3	뉴질랜드	86.5		
독일	88.7	노르웨이	83.3		

자료: OECD(2010), OECD Health Data 2010.

## 4. 보건분야 주요지표

보건수준을 알아 볼 수 있는 각종 지표 가운데 국민의 건강수준을 대변하는 기대수명과 점차 관심이 높아지고 있는 암에 의한 사망률, 우리나라가 OECD 국가 중 가장 높은 율을 나타내는 자살에 의한 사망률, 의료비 지출 수준을 나타내는 국민의료비 수준, 의료자원 중 가장 주요한 활동의사수, 주관적인 건강수준을 나타내는 자신이 건강하다고 생각하는 비율, 모든 질환의 원인이 되는 과체중 혹은 비만 인구비율에 대한 우리나라 수준과 일부 OECD 국가를 중심으로 비교하여 보았다.

### 1) 기대수명

우리나라는 경제수준이 향상되면서 영양섭취의 개선, 의료자원의 증가에 따른 의료이용의

접근성 향상, 건강에 대한 관심 증대에 따른 건강관리개선 등으로 점차 기대수명이 증가하여 왔다. 1970년 기대수명은 61.9세였으나 2000년에는 76.0세로 그리고 2004년 78.0세로, 2009년에는 80세를 넘어 기대수명이 80.5세인 것으로 나타났다.

남녀의 기대수명은 여자가 남자보다 길어 1970년에는 6.9년의 차이를 보였으며, 1990년에는 8.2년까지 그 차이가 커졌으나 2009년에는 이보다 감소한 6.8년의 차이를 보이고 있다.

우리나라는 빠른 경제성장과 함께 기대수명도 빠르게 증가하여 왔다. OECD 국가의 평균 기대수명이 2004년 78.3세(남자 75.3세, 여자 81.2세)에서 2009년 79.5세(남자 76.7세, 여자 82.2세)로 증가한 것으로 나타나 우리나라의 기대수명이 OECD 국가의 평균보다 빠르게 증가하여 왔음을 알 수 있다. OECD 국가 중 기대수명이 가장 높은 국가는 일본으로 83.0세였으며,

표 6. 기대수명

(단위: 세)

구분	1970년	1980년	1990년	2000년	2004년	2006년	2009년
전체	61.9	65.7	71.3	76.0	78.0	79.2	80.5
남자	58.7	61.8	67.3	72.3	74.5	75.7	77.0
여자	65.6	70.0	75.5	79.6	81.4	82.4	83.8
남여차	6.9	8.2	8.2	7.3	6.9	6.7	6.8

  

구분	OECD평균 ('09)	일본 ('09)	호주 ('09)	프랑스 ('09)	헝가리 ('09)	스위스 ('09)	슬로바키아 ('09)	영국 ('09)	미국 ('09)
전체	79.5	83.0	81.6	81.0	74.0	82.3	75.0	80.4	78.2
남자	76.7	79.6	79.3	77.7	70.0	79.9	71.3	78.3	75.7
여자	82.2	86.4	83.9	84.4	77.9	84.6	78.7	82.5	80.6

자료: 통계청(2010). 생명표.

OECD(2011). 2011 OECD Health Data.

스위스가 82.3세, 호주가 81.6세의 기대수명을 나타냈다.

## 2) 암에 의한 사망률

경제사회가 발전하면서 우리의 식생활이 서구화되었고, 운동부족과 생활환경의 변화 등으로 암에 의한 사망률은 점차 증가하는 추세를 보여왔다.

1985년 암에 의한 사망률은 인구 10만명당 124.6이었으나 점차 증가하여 2009년에는 142.9까지 높아졌다. 남녀의 차이는 남자의 암에 의한 사망률이 훨씬 높아 1985년 남자 189.8, 여자 80.0이었으나 2009년에는 남자 220.6, 여자 91.1로 그 차이가 더 커졌다.

OECD 국가의 암에 의한 사망률은 2009년에 158.5(남자 208.1, 여자 123.8)로 남자는 우리나라보다 낮은 반면 여자는 우리나라 보다 높았다.

식생활의 서구화와 사회경제발전으로 인한

암에 의한 사망률을 감소시키기 위하여 우리의 올바른 식습관 개선 그리고 암의 조기검진을 통한 조기발견, 적절한 운동, 스트레스 해소 등 암에 의한 사망률 감소를 위한 정책의 추진과 함께 개개인의 노력이 요구된다.

## 3) 자살에 의한 사망률

우리 사회가 빠르게 변화하면서 우리는 치열한 경쟁사회속에서 살아가고 있고 이로 인해 육체적, 정신적으로 스트레스가 높아지면서 생을 포기하는 자살률도 높아지고 있다.

자살에 의한 사망률은 1985년 10.2명(인구 10만명당)이었으나 점차 증가하여 2000년에는 14.1명으로 그리고 2009년에는 28.4명으로 급격히 높아지고 있다. 남자의 자살률은 여자보다 높아 1985년 15.8명이었으나, 점차 높아져 2000년에는 21.1명으로 그리고 2009년에는 39.3명으로 높아졌다.

표 7. 암에 의한 사망률

(단위: %)

구분	1985년	1990년	1995년	2000년	2004년	2009년
전체	124.6	139.8	166.7	167.2	162.3	142.9
남자	189.8	212.9	261.6	265.5	256.8	220.6
여자	80.0	88.7	103.6	103.4	100.8	91.1

  

구분	OECD평균 ('09)	일본 ('09)	호주 ('06)	프랑스 ('08)	헝가리 ('09)	스위스 ('07)	슬로바키아 ('09)	영국 ('09)	미국 ('07)
전체	158.5	133.7	145.0	157.9	225.3	139.3	185.5	165.6	152.9
남자	208.1	188.8	184.2	221.4	316.1	179.7	262.7	198.6	184.7
여자	123.8	92.5	114.7	110.6	165.2	110.9	134.7	141.1	130.0

주: 연령표준화사망률임.

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.

여자의 자살률은 남자보다는 낮으나 역시 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 즉, 1985년에는 5.4명이었으나 점차 높아져 2000년에는 8.3명으로 그리고 2009년에는 19.7명으로 증가하여 남자와 여자의 차이가 커지지만 여자가 남자의 증가속도보다 빠르게 증가하고 있음을 보여주고 있다.

이와 같은 자살률은 OECD 국가 중 가장 높은 것으로 나타나 이를 낮추기 위한 사회 전체적인 노력이 요구된다.

#### 4) 국민의료비 수준

경제사회발전과 의료이용 환경의 개선 그리고 국민의 건강에 대한 관심이 높아지면서 의료 시설 이용 빈도는 높아지고 있으며, 이에 따라 국민의료비도 점차 증가하고 있다. 기대수명의 연장과 저출산으로 인한 인구구조의 노령화는 노인성 질환인 만성질환과 같은 비용 부담이 큰

질환이 증가하고 노인인구에서 의료비용이 증가할 것으로 예상되어 GDP대비 국민의료비는 점차 높아질 것으로 예상된다.

우리나라 국민의료비의 GDP에 대한 비중은 2001년 5.1%에서 2009년에는 6.9%로 증가하였다. 그러나 이 수준은 아직 OECD 국가의 평균(2009년 9.6%)에 못 미치는 수준이다. 국민의료비는 GDP 수준이 높아질수록 함께 높아지는 경향이 있어 우리나라도 경제수준의 향상과 국민의 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 점차 의료비는 증가할 것으로 예상된다.

#### 5) 활동의사수

의료의 질 향상을 위해 의료인력의 충분한 확보는 매우 중요하다. 특히 의사는 의료의 중추적인 역할을 하기 때문에 의사의 인력 확보 정도는 의료의 질을 크게 좌우하게 된다.

우리나라의 활동의사수는 1990년 인구

표 8. 자살에 의한 사망률

(단위: %)

구분	1985년	1990년	1995년	2000년	2002년	2004년	2006년	2009년	
전체	10.2	7.9	11.2	14.1	18.7	24.2	21.5	28.4	
남자	15.8	11.7	16.5	21.1	28.0	36.3	32.0	39.3	
여자	5.4	4.7	6.8	8.3	11.1	14.4	13.2	19.7	
구분	OECD평균 ('09)	일본 ('09)	호주 ('06)	프랑스 ('08)	헝가리 ('09)	스위스 ('07)	슬로바키아 ('09)	영국 ('09)	미국 ('07)
전체	11.2	19.7	7.5	13.8	19.8	14.3	9.3	6.2	10.5
남자	18.0	29.2	11.9	21.6	33.8	20.6	17.9	9.8	17.1
여자	5.0	10.5	3.3	6.8	8.0	8.7	1.7	2.6	4.3

주: 연령표준화사망률임.

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.

**표 9. 국민의료비**

(단위: %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
GDP 대비 국민의료비	5.1	4.9	5.2	5.3	5.7	6.0	6.3	6.5	6.9
공공지출비중(%)	52.3	51.3	52.4	52.6	52.9	55.3	55.8	55.9	58.2

  

구분	OECD평균 (’09)	호주 (’08)	캐나다 (’09)	프랑스 (’09)	일본 (’08)	노르웨이 (’09)	스위스 (’09)	영국 (’09)	미국 (’09)
GDP 대비 국민의료비	9.6	8.7	11.4	11.8	8.5	9.6	11.4	9.8	17.4
공공지출비중	71.8	68.0	70.6	77.9	80.8	84.1	59.7	84.1	47.7

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.

1,000명당 0.8명이었으나 2008년에는 1.9명으로 증가하여 1990년에 비하여 1.1명이 증가하였다. 의료인력이 아직 충분한 상태라고 보지는 않지만 OECD 다른 국가에 비하여 인구 1,000명당 활동의사수는 빠르게 증가하는 것으로 나타나고 있다. 일본의 경우는 1990년 1.7명에서 2008년에는 2.2명으로 0.5명이 증가하였으며, 영국은 1.6명에서 2.6명으로 1.0명이 증가하여 우리나라가 다른 나라에 비하여 빠르게 증가하였다.

### 6) 자신이 건강하다고 생각하는 비율

자신의 건강을 어떻게 생각하고 있느냐에 따라 정신적, 육체적으로 영향을 많이 받게 된다. 우리나라 국민들이 생각하고 있는 ‘자신의 건강이 좋다’고 생각하는 비율은 남자와 여자 모두 약간의 증가를 보이고 있으나 아직까지 낮은 상태이다. 남자들이 자신의 건강상태가 좋다고 생각하는 비율은 1995년 50.5%였으나, 2009년에는 48.9%로 1.6% 포인트의 감소를 보였다.

여자들은 1995년 37.2%가 자신의 건강이 좋다고 생각하였으나 2009년에는 40.7%로 3.5% 포인트의 증가를 보였다.

OECD 국가 중 미국은 남자의 경우 자신의 건강이 좋다고 생각하는 비율이 2009년에 90.7%로 매우 높게 나타났으며, 스웨덴 82.3%, 그리고 핀란드도 68.0%로 우리나라 보다 높았다. 그러나 일본의 경우는 남자 34.7%(2007년), 여자 30.9%(2007년)만이 자신의 건강이 좋다고 생각하고 있어, 가장 기대수명이 긴 국가지만 자신의 건강상태에 만족하는 비율은 매우 낮은 것으로 나타났다.

### 7) 과체중 혹은 비만 인구비율

비만은 만성질환의 증가 요인으로 작용하는 등 건강에 부정적인 영향을 미치기 때문에 적정체중을 유지하는 것은 매우 중요하다. 우리나라는 과체중(체질량지수 25이상 30미만) 혹은 비만(체질량지수 30이상)인 인구비율은 2005년 30.5%에서 2009년도에도 같은 수준을

표 10. 활동의사수(인구 1,000명당)

구분	1990년	1995년	2000년	2005년	2008년
한국	0.8	1.1	1.3	1.6	1.9
호주	2.2	2.5	2.5	2.8	3.0
일본	1.7	-	1.9	-	2.2
영국	1.6	1.8	2.0	2.4	2.6
미국	-	2.2	2.3	2.4	2.4

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.

표 11. 자신이 건강하다고 생각하는 비율

(단위: %)

구분		1995년	2000년	2005년	2009년
한국	남	50.5	50.7('01)	53.7	48.9
	여	37.2	41.3('01)	41.3	40.7
일본	남	52.0	40.7('01)	40.9('04)	34.7('07)
	여	46.3	35.9('01)	36.7('04)	30.9('07)
핀란드	남	70.7	65.8	64.2	68.0
	여	76.1	68.2	68.3	68.1
스웨덴	남	77.7	78.6	78.0	82.3
	여	73.6	72.5	71.8	77.4
미국	남	89.9	91.5	89.6	90.7
	여	87.9	90.1	87.8	89.4

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.

유지하고 있다. 여자는 2005년 27.1%에서 2009년에 26.4%로 감소한 반면 남자의 경우는 2005년 34.0%에서 2009년에는 34.5%로 약간 증가하였다.

OECD 국가와 비교해 보면 일본을 제외하면 가장 낮은 수준이며, 캐나다, 뉴질랜드, 영국, 미국 등은 50%이상이 과체중 혹은 비만인 것으로 나타났으며, 뉴질랜드, 영국, 미국 등의 경우는 60%이상이 과체중 혹은 비만인 것으로 나

타났다.

우리나라의 비만 혹은 과체중 인구비율은 유럽 등 선진국에 비하여 낮은 편이나 일본과 비교하면 높은 수준으로 적정수준 유지를 위한 국가의 보건정책 추진과 개인의 노력이 요구된다.

표 12. 과체중과 비만인구비율

(단위: %)

구분		2004년	2009년	구분		2004년	2009년
한국	전체	30.5('05)	30.5	뉴질랜드	전체	60.5('03)	62.6('07)
	남자	34.0('05)	34.5		남자	66.6('03)	67.7('07)
	여자	27.1('05)	26.4		여자	54.5('03)	57.6('07)
일본	전체	24.0	25.1	영국	전체	62.0	61.3
	남자	28.4	30.5		남자	66.6	65.8
	여자	20.6	20.8		여자	57.1	56.7
캐나다	전체	56.9	60.0('08)	미국	전체	66.3	68.0
	남자	62.7	66.1('08)		남자	70.8	72.3
	여자	51.7	54.0('08)		여자	61.8	64.1

자료: OECD(2011), 2011 OECD Health Data.  
 체질량지수(BMI): 체중/신장<sup>2</sup>  
 25 ≤ BMI < 30 과체중, 30 ≤ BMI 비만

## 5. 맺는말

우리나라의 보건통계는 그 동안 꾸준히 발전하여 왔다. 양적 확대와 질적 향상을 위한 노력은 지속되었고 특히 우리나라가 OECD에 가입한 이후 보건통계에 대한 관심은 급격히 증가하여 양적 확대와 질적 향상을 가져왔다. OECD 가입시만 하여도 우리나라의 보건통계 제출률은 OECD 국가 중 하위에 속하는 국가의 하나였으나 현재는 OECD 국가의 평균에 이를 정도로 높아졌다.

그러나 현재의 보건통계 생산수준이 만족할 만한 수준은 아니다. 정책활용 및 국민의 알권

리 충족을 위해 장단기생산계획을 수립하고 필요 통계를 체계적, 주기적, 지속적으로 생산하여 시계열 자료를 구축 그 활용성을 높여야 할 것이다.

보건분야의 주요지표를 통해 살펴 본 우리나라의 보건수준은 상당히 높아지고 개선되고 있음을 알 수 있다. 경제사회의 발전에 따라 우리나라의 보건수준도 더욱 발전될 것으로 전망된다. 보건통계 및 지표도 이와 같은 환경변화에 맞춰 보다 체계적이고 효율적으로 개발, 생산, 관리 될 수 있도록 정책적인 배려와 노력이 함께 하여야 할 것이다. 