

건강 영역 통계 프레임워크 작성
최종보고서

2016. 11. 17.

통 계 개 발 원

제 출 문

통계개발원장 귀하

본 보고서를 「건강 영역 통계 프레임워크 작성」 연구용역 과제
의 최종보고 결과물로 제출합니다.

2016년 11월 17일

연구책임자 조 병 희

연구책임자 조병희 (서울대학교 보건대학원 보건학과 교수)

공동연구자 변종석 (한신대학교 응용통계학과 교수)
심재만 (서울시립대학교 도시사회학과 교수)
신정우 (한국보건사회연구원 부연구위원)
서주희 (통계개발원 사무관)
남상민 (통계개발원 주무관)

연구보조원 양준용 (서울대학교 보건대학원 보건학 박사과정)
김수아 (서울시립대학교 도시사회학 석사과정)
임재우 (연세대학교 보건행정학 석사과정)
김경민 (연세대학교 의학전산통계학 석사과정)

연구수행기관 서울대학교 산학협력단

목 차

보고서 요약	viii
제1장 서론	1
제1절 연구의 배경과 목적	1
제2절 연구방법 및 범위	4
제2장 건강 통계 프레임워크 작성	8
제1절 건강의 개념	8
제2절 건강과 개인적·사회적 웰빙	10
제3절 건강 관련 사회문제	12
1. 사회문제와 정책관심	12
2. 범영역 쟁점	14
제4절 건강취약 인구집단	15
제5절 건강 통계 프레임워크	17
1. 국제기구 및 해외사례	17
가. OECD	17
나. 미국	20
다. EU	28
라. 캐나다	33
마. 호주	43
2. 한국 건강통계 프레임워크 제안	46

제3장 건강 통계 작성 현황 분석 6

제1절 건강 통계 작성 현황 및 평가 50

- 1. 건강상태 통계 작성 현황 50
 - 가. 건강상태 국가승인통계 작성 현황 50
 - 나. 건강통계 프레임워크의 지표별 작성 현황 76
 - 다. 건강통계 프레임워크의 건강상태 지표별 국가승인통계 현황 81
- 2. 보건의료체계 통계 작성 현황 85
 - 가. 개요 85
 - 나. 보건의료체계 통계 현황 87
- 3. 건강영향요인 통계 작성 현황 111
 - 가. 개요 111
 - 나. 사회·경제·물리조건 하위영역 통계 현황 114
 - 다. 건강행동·라이프스타일 하위영역 통계 현황 144

제2절 건강 프레임워크와 작성통계의 비교분석 156

- 1. 하위영역별 통계 작성 현황 156
- 2. 주요지표별 통계 작성 현황 160
 - 가. 건강상태 하위영역 주요지표 통계 작성 현황 161
 - 나. 보건의료체계 하위영역 주요지표 통계 작성 현황 161
 - 다. 건강영향요인 하위영역 주요지표 통계 작성 현황 162

제4장 개선방안 및 실행계획 16

제1절 문제점 및 개선사항 165

- 1. 문제점 165
 - 가. 생산 영역의 지엽성 166
 - 나. 지표별 중복 통계 생산 관점에 대하여 170
 - 다. 지표별 대표 통계의 부재 171
 - 라. 국내 통계와 국제 통계의 연계성 향상 172

다. 영역별 통계의 편중과 부재	173
2. 개선방안	174
가. 지표별 통계 인용에 대하여	174
나. 지표별 대표 통계의 부재	175
다. 건강 통계 생산 범위 확대	175
라. 통계 생산 및 관리의 거버넌스 확립	182
제2절 건강통계 개선을 위한 실행계획	184
1. 단기과제의 실행계획	184
가. 건강통계 활용도 제고	184
2. 중장기과제의 실행계획	185
가. 건강통계 생산의 전문성 향상	185
나. 건강통계 용어의 표준화	186
다. 건강통계 빅데이터 연계	187
제3절 국가주요지표 개선방안	188
1. 현 지표체계 평가 및 개선방안	188
가. 하위 영역의 구성	188
나. 건강 상태의 주요지표	189
다. 건강 행태의 주요지표	191
라. 보건의료서비스의 주요지표	192
2. 영역별 필요지표 제안	194
가. 건강상태	194
나. 건강행태	195
다. 보건의료서비스	196
참고문헌	199

표 목차

<표 1-1> 건강통계조사의 종류와 주관부처	2
<표 2-1> OECD Health Statistics에서 제공하는 주요 영역 및 지표	18
<표 2-2> 건강증진 2020(Healthy People 2020)의 핵심지표	22
<표 2-3> IOM의 건강지표	27
<표 2-4> European Core Health Indicators (ECHI) 건강지표	30
<표 2-5> 캐나다의 건강통계 프레임워크 개발 회의	33
<표 2-6> 2009년 캐나다 건강지표체계	34
<표 2-7> 2016년 CIHI Indicator Library에 보고된 건강통계 프레임워크 및 지표	40
<표 2-8> 캐나다 프레임워크 영역별로 개발 제안된 하위영역 및 지표예시	42
<표 2-9> 호주 건강지표체계	44
<표 2-10> 건강 영역 관련 한국의 특수성 및 해외 사례 시사점	46
<표 2-11> 건강통계 프레임워크 하위영역 및 측정대상	48
<표 2-12> 건강통계 프레임워크 대상 취약집단	49
<표 3-1> 국민건강영양조사	51
<표 3-2> 지역사회건강조사	53
<표 3-3> 전국출산력및가족보존복지실태조사	54
<표 3-4> 아동구강건강실태조사	56
<표 3-5> 전국민장내기생충감염실태조사	57
<표 3-6> 정신질환자실태조사	59
<표 3-7> 법정감염병발생보고	60
<표 3-8> 학생건강검사통계보고	61
<표 3-9> 사회조사	63
<표 3-10> 사망원인통계	65
<표 3-11> 생명표	66
<표 3-12> 환자조사	68
<표 3-13> 암등록통계	69
<표 3-14> 건강검진통계	71
<표 3-15> 한국의료폐널조사	72

<표 3-16> 흡연실태조사	74
<표 3-17> 자살실태조사	75
<표 3-18> 승인통계별 건강통계프레임워크 작성 지표 현황	77
<표 3-19> 건강상태 영역의 지표별 국가승인통계 현황	82
<표 3-20> 승인통계별 건강프레임워크의 작성 현황	84
<표 3-21> 보건소 및 보건지소 운영현황	88
<표 3-22> 국민보건의료실태조사	89
<표 3-23> 전국예방접종률조사	90
<표 3-24> 건강보험통계	92
<표 3-25> 노인장기요양보험통계	93
<표 3-26> 지역별의료이용통계	95
<표 3-27> 응급의료현황통계	96
<표 3-28> 건강보험 주요수술통계	98
<표 3-29> 급여의약품 청구 현황	99
<표 3-30> 의약품 소비량 및 판매액 통계	101
<표 3-31> 한방의료이용 및 한약소비실태	102
<표 3-32> 산재보험통계	104
<표 3-33> 건강보험환자 진료비 실태조사	105
<표 3-34> 국민보건계정	107
<표 3-35> 의료기관별 급여적정성평가	109
<표 3-36> 건강결정요인 관련 승인통계 목록	111
<표 3-37> 국민환경보건기초조사	114
<표 3-38> 한국복지패널조사	117
<표 3-39> 고령화연구패널조사	120
<표 3-40> 국민노후보장패널조사	122
<표 3-41> 근로자건강진단실시상황보고	123
<표 3-42> 근로환경조사	125
<표 3-43> 노인실태조사	127
<표 3-44> 농업인의업무상질병및손상조사	129
<표 3-45> 서울특별시복지실태조사	131
<표 3-46> 아동종합실태조사	133
<표 3-47> 장애인실태조사	135

<표 3-48> 청소년건강행태온라인조사	136
<표 3-49> 청소년유해환경접촉종합실태조사	138
<표 3-50> 청소년종합실태조사	140
<표 3-51> 충청남도민생활체육참여실태조사	141
<표 3-52> 한국아동청소년패널조사	143
<표 3-53> 어린이식생활안전지수	152
<표 3-54> 하위영역별 통계 작성 현황	157
<표 3-55> 보건의료체계 주요지표 통계 작성 현황	161
<표 3-56> 건강영향요인 주요지표 통계 작성 현황	163
<표 4-1> 국가승인통계의 우리나라 2014년 흡연율 비교	166
<표 4-2> OECD HCQI 환자경험	180
<표 4-3> 호주와 한국의 건강상태 지표 비교	190
<표 4-4> 호주와 한국의 건강행태 지표 비교	192
<표 4-5> 호주와 한국의 보건의료서비스 지표 비교	194
<표 4-6> 건강영역 지표체계 개선안	198

그림 목차

<그림 2-1> A model of the determinants of health	21
<그림 2-2> Framework for health and health care indicator development	27
<그림 2-3> EU 건강지표의 이론적 모형	9 2
<그림 2-4> 2013년 수정된 캐나다 보건의료체계 성과측정 프레임워크	9 3
<그림 2-5> 호주 건강영역 프레임워크 이론 모형	6 4
<그림 2-6> 웰빙으로서의 건강 프레임워크	7 4
<그림 3-1> 개념들에 따른 보건의료체계 관련 통계현황	6 8
<그림 3-2> 분석단위와 포괄범위에 따른 의료비 통계현황	6 8
<그림 4-1> OECD Health Care Quality Indicator(HCQI) 프로젝트의 개념적 틀	9
<그림 4-2> 현 건강관련 국가주요지표 현황	9

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 목적

- 경제성장이 고도화되고 국민의 삶의 질이 높아지면서 건강에 대한 사회적 관심이 급격하게 상승하고 있다. 예를 들어 평균수명이 길어지고 노령화가 빠르게 진행되면서 건강하게 장수하는 것이 사회적 관심사가 되고 있다. 또한 신체건강은 전반적으로 좋아졌으나 정신건강의 문제가 새롭게 제기되고 있다. 스트레스와 우울은 점차 일상화 되고 있고, 자살이 매우 많으며, 분노조절을 잘 못하고 사회적 불행에 대한 공감능력이 떨어지는 등 과거와는 다른 양상의 건강관련 사회문제들이 제기되고 있다.
- 건강에 대한 국민적 관심의 증대는 곧 국가 정책적 측면에서도 건강이 중요해졌음을 의미한다. 보건정책이나 환경정책에서 건강문제를 직접 다루게 되었음은 물론이고 노동정책에서도 비정규직의 건강문제나 특정 산업체의 건강문제를 중요하게 다루어야 하게 되었고, 교육정책에서도 청소년건강문제에 대한 관심이 높아지고 있다. 경제정책에서도 그 성과를 궁극적으로 삶의 질의 향상이나 국민건강과 행복감의 증대에서 정당성을 찾을 수 있게 되었기 때문에 건강은 모든 정책부서에서 관심을 갖지 않을 수 없게 되었다.
- 건강이 정책적으로도 중요한 이슈가 되면서 건강 관련 통계의 생산도 양적으로 증가하였다. 출생과 사망 등 기본인구통계도 있고, 국민건강영양조사 같은 조사통계도 있으며, 의료이용지표와 같이 건강보

2 건강 영역 통계 프레임워크 작성 중간보고서

협 데이터베이스를 기초로 산출되는 통계도 있고, 감염병 발생통계와 같이 행정자료에 근거한 통계도 있다. 건강분야의 경우에는 통계산출의 기반이 되는 각종의 조사(survey)나 패널(panel) 조사들이 많고, 국민건강보험제도에 의하여 구축된 지난 수십년간의 국민들의 의료이용 기록이 수록된 초대형의 빅데이터도 갖추고 있다. <표 1-1>에서 볼 수 있는 것처럼 정부의 여러 부처와 기관들에 의하여 다수의 건강통계가 산출되고 있다.

<표 1-1> 건강통계조사의 종류와 주관부처

조사명	운영주체(작성기관)
한국인인체치수조사	산업통상자원부
국민건강영양조사	보건복지부
환자조사	보건복지부
정신질환실태조사	보건복지부
국민구강건강실태조사	보건복지부
청소년건강행태온라인조사	보건복지부
지역사회건강조사	보건복지부
전국민장내기생충감염실태조사	보건복지부
자살실태조사	보건복지부
어린이식생활안전지수	식품의약품안전처
한국의료패널조사	한국보건사회연구원 국민건강보험공단

□ 그런데 이러한 통계들이 각 기관의 고유한 필요에 따라 생산되고 있기 때문에 어떤 세부분야에는 중복된 지표들이 많기도 하고, 또 다

른 분야에서는 부족함이 있다. 또한 건강통계의 생산이 급속한 시대 변화를 따라가지 못하여 새로운 현상에 대한 측정을 못하는 경우도 있다. 예를 들어 과거에는 건강의 지표로 사망률이나 유병률과 같이 객관적 지표만을 측정하였으나 후기산업사회에서는 주관성이 중요해지면서 건강의 경우에도 주관적 건강인식이 새롭게 측정되고 있다. 아울러 질병의 발생정도(유병률)에 대응하여 질병에 대한 공포감이나 위험인식의 측정이 필요해졌다. 또한 의사나 병원의 공급수준에 대응하여 제공된 보건의료서비스에 대한 주관적 만족이나 질적 성과를 다루는 지표가 측정되어야 할 필요성은 증대하였으나 실제 측정은 미흡한 수준이다.

- 사회통계는 또한 시대적 과제를 담아내는 역할을 수행한다. 호주의 경우 베이비부머들이 은퇴하면서 복지수요가 급증하게 되자 이들의 욕구를 담아내고 정책적 개입의 효과를 측정할 수 있는 통계의 정비 가 필요했고, 이에 부응하여 사회통계의 프레임워크 작업을 실시한 바 있다. 우리나라에서도 최근 생활수준 향상과 만성질환 급증 등 여러 사회적 변화가 건강통계에 대한 수요를 높이고 있기 때문에 이에 대한 전반적인 검토가 필요하다. 현재 건강통계를 전체적으로 총괄하고 조정하는 기전이 존재하지 않는다. 따라서 다양한 건강통계의 생산체계를 하나의 프레임워크에서 조정하고 검토하는 체계를 만들 필요가 있다.
- 따라서 이 연구는 건강통계 전체를 아우를 수 있는 개념적 틀인 건강통계 프레임워크를 만드는 것을 목적으로 한다. 세부적으로는 첫째, 최근의 사회학 또는 보건학 이론을 원용하여 건강을 규정하고 건강을 측정할 수 있는 프레임워크를 개발하고, 둘째, 외국의 유사사례에 대한 수집과 분석을 통하여 건강통계 프레임워크를 보완하여 완성시키며, 셋째, 개발된 건강통계 프레임워크에 근거하여 기존의 건강통계들에 대한 비교분석을 실시하여 건강통계의 분포와 특성 및 보완점들을 파악하며, 넷째, 향후 건강통계를 어떻게 발전시킬 것인지에 대한 전략을 수립하는 것을 목적으로 한다.
- 건강통계 프레임워크는 건강에 대한 개념 및 인과관계의 이론 및 보건정책의 주요 과제와 목표들을 바탕으로 구성될 수 있을 것이다. 여

기서 건강 관련 이론이나 정책적 관심사가 시대적 상황이나 학문적 관심사에 따라 구체적인 건강통계 프레임워크의 모습이 달라질 수도 있을 것이다. 그동안 국내적으로는 건강통계 프레임워크에 대한 논의가 별반 진행되지 못한 상황인 점을 고려하여 이론적으로 매우 정교한 개념을 담아내기보다는 다수가 동의할 수 있는 핵심적 개념을 도출하여 이들 간의 기본적 관계를 설정하는 정도로 작업을 진행하는 전략을 사용하였다. 이 과정에서 해외의 유사사례에 대한 분석을 통하여 공통적 요소를 추출하여 건강통계 프레임워크의 핵심 개념으로 발전시켰다. 향후 건강통계 프레임워크에 대한 학계의 논의가 진행된다면 프레임워크의 구성요소나 요소들간의 (인과)관계가 더욱 정교해 질 것으로 생각되며 이번의 작업이 시금석으로의 역할을 할 수 있을 것이다.

제2절 연구방법 및 범위

- 통계 프레임워크 구축 절차
- 문헌검토와 이론 리뷰에 의한 프레임워크 초안 작성
 - 보건학 또는 사회학에서 이론적 수준에서 건강과 웰빙을 어떻게 개념화하고 있는지 파악
- 국제기구 및 선진국의 사례수집 분석
 - 국제기구 및 주요 선진국에서 건강통계를 어떤 근거 또는 프레임워크를 사용하여 개발하고 작성하는지 사례연구를 수행
 - 국제기구로는 OECD, Eurostat 등 포함
 - 외국사례로는 호주, 캐나다, 미국 등 포함
- 국내의 정책적 관심과 통계작성 실태 분석
 - 건강정책 관련 부처의 의견 반영
 - 건강에 대한 사회적 관심과 쟁점 반영
 - 국내에서 작성되는 건강통계에 대한 실태분석
- 프레임워크 초안에 대한 전문가 그룹의 검토
 - 관련 학회 등에서 초안을 발표하고 토의하여 미비점 보완

- 전문가 자문을 통한 검토작업
- 건강통계 프레임워크 확정
- 건강통계 및 관련 국가주요지표의 개선방안 도출

- 건강통계 작성현황 분석평가와 개선방안 도출
 - 프레임워크에 근거하여 현재 생산되고 있는 52개 건강통계에 대한 적합성, 중복여부, 추가 발굴의 필요성 등에 대한 분석
 - 국민건강영양조사 등 12가지 승인조사통계 과정에 대한 검토
 - 국민건강보험진료실적 등 데이터베이스에 의한 통계생산과정 검토
 - 추가보완이 필요한 통계 발굴 및 관계부처와 협의, 의견반영, 이행 방안 마련

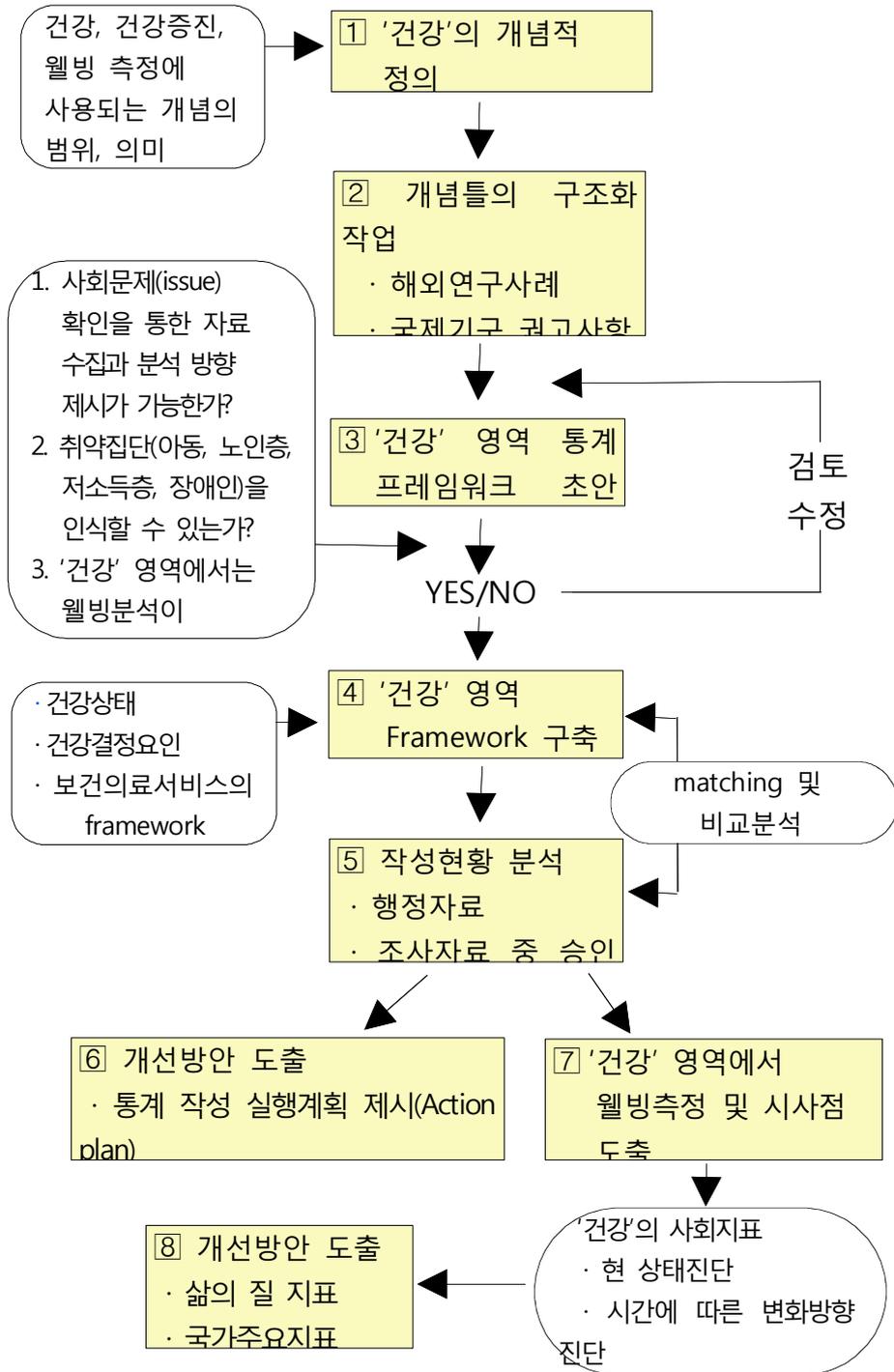
- 웰빙으로서의 건강 측정
 - 향후 건강통계는 단순히 건강상태의 파악 수준을 넘어서 웰빙으로서의 의미가 중요해졌다. 건강은 단순히 신체적 상태를 의미하는 것을 넘어서 신체적 정신적 사회적 웰빙 상태로 규정할 수 있다. 사망이나 유병, 비만과 운동 등 건강통계들이 웰빙과 어떠한 관계를 갖고 있는지 규명하여 프레임워크의 이론적 근거를 확충한다.
 - 건강영역의 주요 사회지표를 작성하여 현재의 상태를 진단하고 시간에 따른 변화방향을 진단한다.
 - 건강관련 삶의 질 지표 및 국가주요지표에 대한 개선방안 제시. 지표명, 작성방법, 주기, 자료출처, 산식 등을 명확하게 제시한다.

- 건강통계 프레임워크 구축의 방향
 - 건강통계 프레임워크 구축에서 가장 우선적인 과업은 건강이 무엇인지 분명하게 개념화하고 정의하는 것이고, 둘째는 건강의 주요 관심영역과 하위영역을 구성하는 것이며, 셋째는 관심대상의 인구집단을 설정하는 것이다.
 - 건강은 과거에는 질병이 부재하면 건강한 것으로 파악하였다. 그러나 이제 건강은 신체적, 정신적, 사회적 웰빙을 포괄하는 개념으로 규정되며, 또한 신체적 웰빙도 질병의 부재만이 아니라 신체적 기능의 작동, 일상과업의 수행능력 등을 포괄적으로 규정하고

있다.

- 건강의 영역도 건강상태를 파악하는 차원을 넘어서 건강의 원인요인과 건강상태를 향상시키기 위한 보건의료사업 요인도 포괄하게 되었다. 보건학에서 일반적으로 사용하는 개념모형은 [건강영향요인] - [건강상태] - [보건의료체계]의 세 요인의 관계로 구성된다. 즉, 건강영향요인의 작용에 의하여 건강상태가 형성된다고 할 때, 여기에 정책적 개입으로 보건의료서비스를 제공함으로써 건강상태가 더욱 향상되는 효과를 갖게 되는 것으로 개념화할 수 있다.
- 인구집단에 대한 고려: 모든 건강통계는 인구집단에 따라 그 특성이 달라지기 때문에 통계를 제시할 때는 어떤 인구집단별로 세분화하여 제시하면 좋을지에 대한 고려가 필요하다. 통상적으로 성과 연령에 따라서 인구집단을 구분하는 것이 가장 기본적인 방식이지만 경우에 따라서는 학력, 직업, 지역, 소득 등에 따른 구분이 필요할 수도 있다.
- 취약집단에 대한 고려: 건강이 특별히 문제가 되는 인구집단들이 있고 이에 대한 정책적 개입이 필요할 수 있기 때문에 이에 대한 고려가 필요하다. 예를 들어 장애인들은 일반인과 다른 건강욕구(health needs)를 가지고 있고, 보건의료서비스의 제공도 보다 세심한 배려가 필요할 수 있다. 노인들의 경우에도 복합적인 건강욕구를 갖고 있고, 의료서비스에 대한 수요가 매우 높지만 지불능력이 부족하기 때문에 대표적인 취약집단으로 볼 수 있다.
- 통합영역에 대한 고려: 건강은 단지 건강영역에서만 영향이 한정되지 않고 안전, 복지, 인권, 사회적 불평등 등 여러 영역에 걸쳐 그 영향이 확대되고 있다. 이제 감염병 확산은 건강안보(health security) 차원에서 다루어질 필요가 있고, 복지수요가 많은 계층이 동시에 보건서비스 수요도 많으며, 감염병 확산방지 과정에서 이동의 차단과 격리 등 인권 문제가 발생할 수 있고, 사회적 불평등이 건강불평등으로 이어질 수 있기 때문에 건강은 여러 국정과제에 두루 관련되는 통합적 이슈이고 이런 측면에 대한 고려가 필요하다.
- 연구의 전체적인 추진절차는 다음과 같다.

< 연구 추진 흐름도 >



제2장

건강 통계 프레임워크 작성

제1절 건강의 개념

20세기 들어와 의학이 발전하면서 건강의 개념 역시 의학적 관점에서 규정되기 시작하였다. 즉 근대의학의 병리학 체계에서는 세균이나 바이러스 같은 미생물이 인체를 감염시켜 신체기능을 훼손한 상태를 질병으로 파악하였다. 대증은 일단 질병으로 진단되면 불건강한 것이고, 질병이 없으면 건강한 것으로 인식하게 되었다. 최근에는 의학적 관점이 확대되면서 세포수준의 병인론이 유전체 수준으로 발전하였다. 또한 독성이나 기후변화 등 외부 환경적 요인에 의한 질병 영향도 일정하게 인정하게 되었다.

그런데 최근에는 사회학이나 보건학 분야에서 건강에 대한 다양한 관점을 제시하고 있다. 사회학 분야에서 건강의 개념을 최초로 제시해준 것은 미국의 사회학자 파슨즈(T. Parsons)이다. 그는 구조적 기능과 심리적 동기 사이의 통합을 꾀했는데, 건강은 개인이나 집단에게 부여된 - 혹은 개인이나 집단이 인지한 - 사회적 기능을 수행할 수 있는 물리적·심리적 정상상태(normalcy)로 정의된다. 반면, 질병은 이러한 정상상태로부터 벗어난 상태를 의미한다. 즉 우리가 사회적 역할을 수행할 수 있는 상태가 건강이고, 몸이 아프거나 불편하여 역할 수행이 어렵게 된 상태가 질병인 것이다. 보건과 의료는 비정상상태(질병)에서 정상상태(건강)로 되돌아가는 것을 돕는 일체의 노력과 자원을 의미한다.

건강과 질병이 정상과 비정상 간 경계 짓기에서 비롯된다는 점

은 이미 자연과학 및 사회과학 내에서 폭넓게 받아들여지고 있다. 나아가 사회적 행위자로서 개인의 정상성을 어떻게 구성할 것인지는 사회문화적·역사적·과학적 맥락에 따라 유동적이라는 점 역시 널리 공유되고 있다. 우선 동일한 행위(가령, 성장기 아동의 부산한 행동)를 정상 혹은 비정상으로 이해하는 정도는 국가별·문화권별로 상이하다. 한 사회 내에서도 시대별로 상이하다. 이와 같은 상이한 발전과정에는 문화적 요인뿐 아니라 정치적 요인 역시 개입하는 점이 밝혀져 왔다. 이처럼 문화적·정치적 인식들이 역사적인 것과 마찬가지로, 과학적 지식 역시 역사적으로 변동한다. 과학 역시 문화적 인식들의 하나인 점에서 문화로서의 과학이 진화·변동한다는 점은 문화적 변동에 열려 있는 시각에서 새로울 것이 없다. 또 과학 활동 역시 정치적 행위원리로부터 자유롭지 못하다는 점에서도 과학적 지식의 변동은 새롭지 않다. 지난 두어 세기 의학의 역사도 이와 궤를 같이 한다. 요약하자면 건강과 질병의 구분은 사회적 발전이나 사회적 요인들의 영향을 받으면서 형성되기 마련이다. 과거에는 미생물에 의한 감염이 건강과 질병을 가르는 핵심적 요인이 되었지만 이제는 사회의 구성이 변화하면서 사회경제적 요인이나 환경적 요인, 또는 주관적 인식까지도 건강과 질병의 규정에 영향을 주게 되었다.

건강과 관련하여 그동안 세균, 박테리아, 바이러스 등 외부의 생물학적 요인들에 대한 이해가 있었다. 나아가 이와 같은 생물학적 요인들이 자라고 확산되는 생태적 환경에 대한 관심, 즉 주거환경·작업환경에 대한 위생학적 이해가 있었다. 주거환경·작업환경은 다시 국가적·지구적 차원의 생태학적 요인들(화석연료 급증과 지구온난화)의 영향을 받는다는 점이 알려졌다. 더불어 주거, 노동, 생산, 재생산 등 개인의 생활환경은 경제적 자원과 부를 통해 해결될 수 있음이 밝혀지기도 했다. 생물학적 요인들에 대한 기존 관심에 뒤이어 최근 유전학적 요인에 대한 관심이 급격히 확산되고 있음은 주지의 사실이다. 건강은 물리적 차원뿐 아니라 심리적 동기 차원의 정상상태로 이해된다는 파슨스의 구조주의적 해안을 귀를 기울일 경우, 개인과 집단이 갖는 사회적 관계 및 상호작용상의 특성이 중요하다는 발견들은 쉽사리 이해된다. 나아가 물리적·심리적 상태가 상호 간섭한다고 보았던 시각에서 보면, 사회관계의 중요성은 더욱 커진다.

요컨대, 건강을 “사회적 기능을 수행할 수 있는 물리적·심리적 정상상태”라고 정의할 때, 건강의 의미는 다양하고 복합적인 수준에서 구체화된다. 정상상태로의 복귀를 위한 갖가지 노력과 자원으로 이해되는 의료와 보건의 의미 역시 다양한 수준에서 구체화된다. 생물학적 의료, 유전학적 의료, 위생학적 의료, 생태학적 의료, 사회학적 의료, 경제학적 의료, 심리학적 의료 등이 몇 가지 예이다. 파슨즈가 일찍이 피했던 통합적 사회이론의 한 모습이 최근 건강에 관한 생물학-사회학 통합 모델(biosocial model), 유전자-사회 상호작용 모델(gene-society interaction model), 생물-심리-사회 모델(biopsychosocial model) 등으로 구체화하고 있는 점이 던지는 함의는 뚜렷하다. 다양한 건강관들을 통합해내는 다원적 건강 프레임워크를 마련함으로써 다원적 의료·보건 실천의 토대를 마련해야 한다는 점이다. 세계보건기구(WHO)는 건강이 신체적(physical), 정신적(mental), 사회적(social)인 특성을 지닌다고 규정하여 건강의 복합적 성격을 강조한 바 있다(조병희, 2006). 다원적 건강 프레임워크를 제안하는 과정에서 제2절-제5절의 논의를 거친다.

제2절 건강과 개인적·사회적 웰빙

유전자 등 생물학적 요인이 개인과 사회의 건강에 영향력을 행사한다는 점은 주지하는 바와 같다. 건강에 관한 사회과학적·보건학적 시각 역시 이와 같은 생물학적 요인의 중요성을 인정한다. 나아가 사회과학적·보건학적 시각은 생물학적 요인이 구체적인 건강상태로 발현·차별화하는 데에 개입하는 다양한 개인적·사회적 요인의 영향력을 확인함으로써 사회정책적 개입의 근거를 마련하고자 한다. 이러한 관점에서 볼 때, 다원적 건강 프레임워크를 개발한다는 것은 건강을 본원적(distal; fundamental)·매개적(intermediate)·결과적(proximate) 웰빙의 관점에서 측정하는 방안을 마련한다는 것을 의미한다. 다원적 관점을 취함으로써 다양한 사회정책적 개입의 지점들을 구체화해내는 실익이 있기 때문이다.

결과적 웰빙은 개인적 차원에서 나타나는 주관적·객관적 건강상태를 이른다. 여러 가지 개인적·사회적 영향 요인이 개입하여 개인들에게서 나타난 결과를 웰빙으로서의 건강으로 보는 것이다. 이를 사회적 수준에서 정리하면 결과적 관점에서의 사회적 웰빙으로 이해될 수 있다. 한편 본원적 웰빙으로서의 건강 개념은 주관적·객관적 건강상태가 나타나기까지 개입하는 건강영향요인들에 주목하는 개념이다. 사회적·경제적 여건뿐 아니라 물리적·환경적 요인과 같이 거시적·구조적 맥락에서 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 의미한다(Link and Phelan 1995; Farmer et al 2006). 이는 개인들에게서 나타나는 개인적 웰빙을 결정하는 구조적 맥락으로서 사회적 웰빙으로 이해될 수 있다. 한편 구조적 조건 속에서 나타나는 신체적·심리적 스트레스 및 건강행위 등은 개인적 웰빙의 지표일 뿐 아니라 건강상태에 영향을 미치는 요인으로도 작용한다. 마지막으로, 또 다른 사회적 웰빙으로 이해될 수 있는 중범위 수준(middle range; meso-level)의 요인으로 보건의료체계의 중요성을 들 수 있다. 보건의료체계는 개인과 사회 수준의 웰빙에 영향을 미치는 사

회정책적 요인이기 때문이다. 더불어, 본원적 웰빙 요인들이 결과적 웰빙 요인들로 이어지는 과정에 매개요인으로 작용한다는 점에서 매개적 웰빙으로 정의될 수 있다.

주관적 웰빙의 개념에서 하나의 논점은 건강이 “사회적으로 구성된다”는 관점이다. 과학적·의학적 개념을 엄격하게 따르면 건강요인들은 지구적 차원에서 동일한 속성을 갖는다. 반면 사회과학자들은 질병의 개념규정도 사회에 따라 다를 수 있다고 본다. 예를 들어 자폐의 기본 개념은 미국이나 한국에서 유사할 수 있지만 구체적인 정책적 판단기준은 다를 수 있다. 비만의 경우에도 키와 몸무게의 비로 개념 규정하는 것은 동일하지만 구체적인 비만의 수준에 대한 판단은 국내기준과 국제기준에서 차이가 있다. 이러한 차이들은 의학적 차이라기보다는 상황을 인식하는데 사회경제적 또는 문화적 요인들이 배경에서 작동하는 것으로 이해할 수 있다. 따라서 지표의 국가간 비교에서는 사회문화적 배경의 차이에 대한 이해가 필요할 수 있다.

그동안 보건학 분야에서도 건강과 관련된 다양한 논의들이 있었다. 사회역학 분야에서 전개된 건강결정요인(determinants of health) 또는 건강영향요인 이론이 대표적인 사례이다. 1970년대 이후 사회정책 또는 보건정책 분야에서는 집단간 계층간 국가간 건강불평등의 심화가 주요한 관심사가 되었고, 그에 따라 건강불평등을 초래하는 사회경제적 요인들을 밝혀서 정책적으로 대응하고자 하였다(Wilkinson and Marmot, 2003). 대표적인 건강영향요인들로는 수입 분포, 교육수준, 실업, 고용상태, 주거, 사회적지지, 음식과 영양, 스트레스, 사회적 배제, 의료서비스, 젠더, 인종 등이었다. 건강결정요인은 세계보건기구 차원에서 논의되고 있으며, 2011년 125개국 보건부 장관들이 회의를 열고 건강불평등 해소를 위한 리오정치선언을 발표하기도 하였다(World Conference on Social Determinants of Health, 2011). 건강결정인자에 대한 논의는 교육-직업-수입-주거 조건의 개선을 통한 건강불평등 해소를 의도하는 것으로 삶의 질 향상이란 측면에서 앞서 설명한 개인적·사회적 웰빙의 개념과 서로 상통한다고 볼 수 있다.

보건학 분야에서 발전한 건강증진의 개념도 건강 개념을 확대하는데 기여하였다. 과거에 개인의 위생적 행동습관의 습득을 위한 보건

교육의 관점에서 벗어나 최근에는 개인-그룹-조직-지역사회-국가 등 건강에 영향을 미치는 모든 주체를 아우르는 생태학적 모형으로 발전하였다(Green and Kreuter, 2005). 즉 건강증진은 개인의 노력과 함께 지역사회의 모든 주체들의 협력적 연대에 의하여 추진될 필요가 있다는 관점이다. 건강증진 관점이 중요한 것은 국가가 건강증진의 목표를 정하고 이를 달성하기 위하여 건강지표들을 설정하여 관리한다는 것이다. 예를 들어 미국의 경우에 2020년 건강증진 목표(Health People 2020) 정책을 수립하였는데 그 내용을 살펴보면 의료접근성, 사고와 폭력, 모자보건, 정신보건 등 12개 세부분야를 정하고 각 분야별로 핵심지표를 규정하고 각 지표별로 현재의 수준과 2020년까지 달성할 목표치를 정하여 정책적 추진을 하고 있다.¹⁾ 즉 건강증진의 관점에서는 현재의 대표적인 건강문제들을 통계지표로 파악하고 있기 때문에 건강영역의 이론적 구성에 중요한 시사점을 제공하는 것으로 볼 수 있다.

보건학 분야의 또 다른 중요한 흐름은 환자의 만족을 중요시하게 되었다는 것이다. 과거에는 보건의료체계의 관심사는 의사나 병원 등 공급을 확대하는 것이었고 따라서 인구대비 의사수와 같은 지표가 중요시되었다. 그런데 의사나 병원의 공급문제가 어느 정도 해결된 상태이고, 또 포스트모던 사회가 전개되면서 개인의 경험과 만족을 중시하게 되면서 보건의료체계에서도 환자의 만족이나 환자의 경험을 중시하게 되었다. 따라서 의료기관의 평가의 기준도 의사의 전문성을 파악하기 보다는 환자를 우선시 하면서 환자의 니즈에 맞게 진료가 이루어졌는지를 살펴보게 되었다. 아울러 의료기술의 효과도 단순히 의료의 이용여부나 기술의 제공여부보다는 궁극적으로 환자의 건강상태가 향상되었는지에 초점을 맞추는 질 평가 중심으로 변화하였다(조병희, 김홍수, 2012). 이러한 변화는 건강상태 측정에서 질병유무를 확인하던 과거의 방식에서 벗어나 ‘주관적 건강상태’를 측정하게 된 것과 맥을 같이 한다. 즉 환자의 주관적 평가가 중요시 되게 된 것이다. 이것은 행복하려면 객관적인 물질 조건의 충족만으로는 부족하고 주관적으로 만족감을 느낄 수 있어야 하는 것과도 유사하다. 즉 건강이란 신체적인 객관적 상태에서뿐만

1) <https://www.healthypeople.gov/>

14 건강 영역 통계 프레임워크 작성 중간보고서

아니라 주관적인 만족까지도 포괄하는 웰빙의 개념으로 표현될 수 있다.

제3절 건강 관련 사회문제

1. 사회문제와 정책관심

응급의료 및 치료의료 중심의 현대의학과 보건의료체계의 발전에 힘입어 인구의 절대적 기대수명이 늘어났다. 그 가운데 인구의 고령화 과정은 불가피한 귀결들 중 하나이다. 인구 고령화가 건강 영역에 던지는 함의는 분명하다. 치매 등의 신경정신질환과 근골격계질환 등 노인성 질환에 대한 사회적 수요가 증가하게 된다는 점이다. 한국에서 개인이 일생에 지출하는 의료비의 절대적 비중이 생애 마지막 10년 동안에 지출된다는 사실이 이를 예시한다. 또 노인성 질환 환자의 경우 본인 외에 가족, 친지, 의료인력 등 제삼자가 요양과 부양을 장기간 책임져야 하는 점에서 국가통계적 관점에서 꾸준한 관찰이 필요할 것으로 보인다.

사회경제적 발전과 함께 건강영역에서의 관심사가, 질병으로부터의 자유에서 보다 보편적인 삶의 질(well-being; quality of life)에 대한 관심으로 확장되어 왔다. 이는 한편으로 급성 질환에 대한 현대의학의 성과에 따른 것이기도 하다. 그런데 주목해야 할 점은 다양한 생명연장 의학의 발전은 더 나아가 죽음의 질(well-dying; quality of death/dying)에 대한 관심을 불러일으키기도 한다는 점이다. 암이나 불치병을 다뤄야 하는 경우, 고통스럽거나 불편한 연명치료 대신 편안하고 존엄한 호스피스 등 완화의료에 대한 관심이 늘어가고 있는 것이다. 건강영역 통계가 건강, 수명 등과 같은 비교적 객관적인 지표 외에 삶의 질, 죽음의 질 등과 같은 주관적 지표에 관심을 가져야 하는 이유이다. 같은 맥락에서, 의료전문가의 진단에 근거하는 건강 지표 외에 일반인의 주관적 판단에 근거하는 주관적 건강상태 등과 같은 지표에 대한 관심이 필요하다.

세계보건기구 및 최근 연구결과들에 따르면, 만성질환과 관련한 중요한 시사점이 발견된다. 감염성 질환의 경우, 경제발전 수준 및 의료 체계 발전 수준이 낮은 나라에서 유병률 및 이환율이 높은 것은 주지의 사실이다. 재밌는 사실은, 비감염성 만성 질환의 유병률과 이환율에서는 국가 간 차이가 크게 나타나지 않는다는 점이다. 즉, 비만, 고혈압 등과 같은 만성질환은 전세계 모든 나라에게 동일하게 심각한 위협으로 존재한다는 것이다. 저발전국이나 개발도상국가라고 예외가 아니라는 점이다. 이는 흡연, 식습관 등 서구식 문화의 세계화가 가져온 결과이기도 하고, 농식품산업 분야 주요 기업들이 생산과 소비의 지구적 네트워크를 확장한 결과로 보여지기도 한다. 즉, 생활습관과 관련한 만성질환의 경우, 문화와 생산의 세계화에 따른 건강 영역 사회문제로 갈수록 국가통계적 관심이 필요할 것으로 보인다.

초국가적 과정이 일국의 건강에 미치는 영향력은, 사스, 메르스, 치카바이러스 등 감염성 질환에 대한 최근 논의에서도 확인된다. 초국가적 인구 이동과 이를 통한 감염원인균의 확산 가능성은, 감염성 질환에 대한 국가통계적 관심이 여전히 중요함을 보여준다 하겠다. 특히 메르스의 경우, 세계보건기구 등이 권고하는 국제적 기준 외에 각국이 국가적 수준에서 감염병 관리에 적합한 기준을 주도적으로 마련해야 할 필요성을 역설하고 있다(예. 병원인증제). 이를 고려할 때, 보건의료체계 이용자의 관점에서 의료체계에 대한 안전성, 신뢰도, 만족도 등에 대한 관심이 필요하다.

급격한 사회변화에 따른 적응의 어려움과 경제성장의 지체로 인한 직업의 불안정성 증대, 성취지향적 사회에서의 지나친 경쟁구조와 경쟁탈락자들의 좌절과 분노 등 최근 한국사회는 정신건강에 상당한 위기상황이 도래하고 있다. 대중이 느끼는 스트레스와 우울감이 높고, 자살률은 세계 최고수준에 이르고 있다. 정신건강의 상태를 국가적으로 모니터링 해야 할 필요성이 커진 것이다.

사회과학적 관점에서 건조환경 및 자연환경이 건강에 미치는

영향력에 대한 인식이 또한 높아지고 있다. 거주지역의 소음, 대기오염, 보행/운동공간 등이 육체적·심리적 건강에 미치는 영향력을 꾸준히 모니터링할 필요가 있다. 또 미세먼지와 이로 인한 건강문제에 대한 경각심이 높아지고 있다.

2. 범영역 쟁점

앞서 살펴본 바, 건강 영역은 고령화, 세계화, 안전, 공공복지 등 범영역 쟁점(cross-cutting issues)과 밀접한 관계를 맺고 있다. 이러한 범영역 쟁점에 대한 관심을 건강 영역에서 구체화할 경우, 앞서 살펴본 건강 지표들에 대한 관심으로 나타날 수 있을 것이다.

건강 영역에서 모니터링되어야 할 인권과 차별, 그리고 사회적 약자와 불평등이라는 범영역 쟁점은 건강권에 대한 관심으로 구체화될 수 있을 것이다. 복지국가가 제도화해야 할 권리들 중 사회권에 건강권이 필수적 요건으로 내재함은 이미 많은 이론가들이 역설해온 바이다. 여러 사회계층이 보건의료체계에 어느 정도 접근성을 확보하고 있는지 살펴야 할 이유이다. 가치와 규범이라는 범영역 쟁점에 주목할 경우, 건강이라는 궁극적 가치·규범을 누가 어떻게 정의하고 추구하는지를 되짚어볼 필요가 있음을 알 수 있다. 객관적·물리적 건강 지표 외에 주관적·심리적 건강 지표에 관심을 가져야 하는 이유이다. 삶의 질이나 웰빙에 대한 관심이 동시에 죽음의 질과 웰다잉에 대한 관심을 동반해야 할 것이다. 지속가능성의 범영역 쟁점은 건조환경 및 자연환경에 대한 꾸준한 관심으로 구체화되어야 할 것이다.

제4절 건강취약 인구집단

형평성과 불평등의 관점에서 여성, 아동, 노인 등은 전통적인 건강취약집단이다. 여성의 경우, 우리나라뿐 아니라 전세계 대부분의 국가에서 남성에 비해 유병율이 높은 사회집단으로 이해되고 있다. 사망률과 기대수명에서 드러나는 패턴과는 정반대 현상인 것이다. 다양한 경쟁가설들이 존재하는데, 어떤 경우에서건 여성에 대한 관심이 필요한 것은 불변의 사실이다. 여성 건강의 경우 자녀 출산·양육과 직접적으로 연관되어 아동 및 청소년 건강에도 영향을 미치는 중요한 지점이다. 또 아동과 청소년은 성인과 달리 외적 위협요인에 더욱 쉽게 영향받을 수 있는 점에서, 또 이 시기 건강이 향후 생애과정에 지속적인 영향을 미친다는 점(cumulative disadvantage)에서 특별한 관심을 필요로 한다. 여성건강의 많은 부분은 여성의 성역할과 결부되어 있다. 사랑과 성의 문제에서 여성에게 주어지는 사회적 규범들 때문에(예를 들어 피임에 대한 과부담) 여성들이 건강위험을 더 많이 감수하게 되기도 하고, 남편이나 파트너들에 의한 성병감염을 경험하는 경우도 많고, 출산 및 생식과 관련하여 광범위한 건강위험에 노출될 수 있고, 일상사에서도 여성적인 것이 쉽게 정신적 취약함으로 연결되기도 한다.

노인의 경우 신체적 능력이 감소하는 것은 물론 노후대책의 불비한 상황에서 경제적 문제에 노출되는 경우가 많고, 준비되지 않은 노후로 인한 역할의 상실과 삶의 질의 전반적 하락을 경험하는 경우가 많다. 보건학적 측면에서도 노인들은 여러 가지 질환이 동시에 진행되는 경우가 많고 심리적·정서적 요양까지 필요로 하는 점에서 특별한 관심이 필요하다. 노인들은 특히 자살률을 비롯한 사고사망률도 높다.

건강 수준의 사회적 결정인자에 관해 수십 년 동안 축적된 연구결과에 따르면, 소득, 직업, 교육 수준이 낮은 사람일수록 건강불평등을 겪을 확률이 높다. 한국의 경우, **건강수준에 유의미한 영향을 미치는 대졸 및 고졸 비중이 상당히 높기 때문에 교육수준 대신 저소득층과 고용지위상 불리한 지위에 있는 이들(실업자, 은퇴자, 감정노동자, 비정규**

직)에 대한 관심이 필요하다. 일반적인 사회적 관계가 부족하거나 의료 자원이 부족한 농촌지역 거주자 역시 건강취약집단으로 주목해야 한다.

건강행위에 대한 문화론적·복지국가론적 관점에서 볼 때, 국제적 이주 현상과 관련해 탈북자와 다문화가정을 취약집단으로 이해하는 관심이 필요하다. 우선, 의료 및 건강과 관련한 행위는 기술적 행위인 것에서 더 나아가 문화적 행위로 이해된다. 무엇을 건강으로 이해할 것인지 그리고 건강을 위해 어떤 행위를 취할 것인지는 다분히 문화적인 영역이다. 이주자들이 새로운 문화적 환경에서 적절한 건강 관련 행위를 취하기 쉽지 않을 수 있으므로 이에 대한 관심이 필요하다. 복지국가론적 관점에서 볼 때, 건강권 등 사회적 권리는 시민권에 기반해 제한적으로 보장된다. 보편적 의료보험제도 아래에서도 시민권을 부여받지 못하는 이주자들은 의료자원에 대한 접근 자체가 쉽지 않은 점에 주목해야 한다.

제5절 건강 통계 프레임워크

1. 국제기구 및 해외사례

가. OECD²⁾

OECD iLibrary를 통해 제공되는 건강 분야 통계인 OECD Health Statistics는 영역별로 데이터셋을 구축해 주요 지표들을 제공하고 있다. 아래 제시한 <표 2-1>은 이를 요약한 것이다 (www.oecd-ilibrary.org; 2016년 7월 접속). 건강상태가 건강통계 프레임워크의 주된 영역을 이루고 있으며, 이는 다시 사망과 질병의 하위영역으로 이뤄져 있다. 30여 가지 주요 질병(군)별로 사망률, 유병률, 발병률 등을 지표로 삼고, 또 주요 감염병 및 주요 암에 대한 유병률, 발병률 등을 지표로 삼음으로써 특정 분야에서의 건강상태 파악에 주목하는 것으로 보인다. 더불어, 주관적 건강상태 및 질병으로 인한 결근 일수 등을 지표로 삼아 건강상태를 파악하는 점에서는 보다 일반적·포괄적인 접근을 함께 취하고 있는 것으로 보인다.

건강상태에 영향을 미치는 거시적·미시적 조건에 대한 고려는 우선 비의료적 건강영향요인과 인구경제구조 두 영역을 통계 프레임워크에 담은 것에서 확인된다. 다만 물리적·환경적 조건이 포괄되지 않은 점이 눈에 띈다.

의료자원, 의료이용, 의료질, 의약품 시장, 재정지출, 사회안전망 등의 영역은 보건의료체계에 대한 관심이 반영된 것으로 해석된다. 이 중 특히 의료질에 대한 관심이 눈에 띄는데, 의료를 일차(예방)의료, 응급의료, 정신의료, 암치료 등의 유형으로 구분한 후 각 유형별로 구체적인 질 지표를 갖추고 있다. 또 환자안전이라는 하위영역을 통해 의료

2) 기존에는 “OECD Health DATA 2012 Frequently Requested Data” (2012)에 국한해 분석되었던 것을 이 원고에서는 OECD Health Statistics 전체로 확대해 분석하였음.

서비스의 안전성을 의료질의 한 부분으로 포괄하고 있다. 환자경험이라는 하위영역을 두어 미충족의료 및 의료서비스에 대한 이용자의 주관적 만족도를 의료질의 차원에서 파악하고 있는 점도 특징적이다.

<표 2-1> OECD Health Statistics에서 제공하는 주요 영역 및 지표

영역	하위영역	지표
건강상태	사망	기대여명 태아/신생아/영아/산모 사망률 주요 원인별(a) 사망률 주요 원인별(a) 조속사망률(potential years of (premature = pre-70) life loss)
	질병	주관적 건강상태(연령/성/계층지위별) 저체중아비율 12세아동 부실치아수 주요 감염병별(b) 유병률 주요 암(c) 발병률 교통사고상해 발생률 질환결근일수
비의료적 건강영향요인	생활습관	흡연 음주
	영양	지방섭취/소비 칼로리섭취/소비 단백질섭취/소비 설탕섭취/소비 채소섭취/소비 과일섭취/소비
	체중	비만인구 과체중인구
	인구경제구조	성별구조 연령별구조 노동력구조 경제생산력
의료자원	고용인력	남성/여성 비율 65세 이상 비율 80세 이상 비율 취업인구
	보상병원시설	1인당국민총생산 보건사회분야 취업자수 주요 의료전문인(d) 수 주요 의료전문인 졸업생수 주요 의료전문인 연간 소득수준
	장비	운영형태별(e) 병원수 운영형태별(e)/유형별(f) 병상수
		주요장비 보유정도

의료이용	진료	진료수
	예방접종	예방접종률(g)
	검진	검진률(h)
	입원	입원환자 퇴원수
		평균입원일수 병상이용율(occupancy rate)
진단	진단장비 이용수	
수술	주요 수술별 시술수	
	주요 수술별 대기시간	
의료질	일차의료 질	주요 질병별(i) 입원수
	응급의료 질	질병별(j) 입원후 30일 사망률 입원후 2일내 고관절골절 수술률
	정신의료 질	정신질환자 입원 중 자살률
		정신병력자 퇴원 1년내/30일내 자살률 정신질환자 자살율
	환자안전	수술 중 수술장비 봉합사고건수 수술 후 폐색전증 건수 수술 후 정맥혈전증 건수 수술 후 패혈증
암치료질 환자경험	암(k) 진단 후 5년 생존률 미충족의료률(l) 의료서비스 만족도(m)	
의약품 시장	소비	약품별 소비량
	생산	약품별 생산량
재정지출	보건지출	의료서비스 유형별(f) 지출액
사회안전망	공공의료 보험	공공의료보험가입율
	민간의료 보험	민간의료보험가입율

(a) 결핵, 에이즈, 암, 혈관계질환, 당뇨, 치매, 알콜중독, 약물중독, 파킨슨병, 알쯔하이머 병, 급성심근경색, 뇌혈관질환, 인플루엔자, 폐렴, 만성폐쇄폐질환(COPD), 천식, 소화궤양, 만성간질환, 피부질환, 근골격질환, 비뇨기질환, 임신출산합병질환, 선천성질환, 교통사고, 추락사고, 중독사고, 자해, 가해; (b) 에이즈, 백일해, 홍역, b형간염; (c) 대장암, 폐암, 유방암, 자궁암, 전립선암; (d) 의사, 간호사, 조산사, 간병인, 치과의사, 물리치료사, 약사; (e) 공공, 민간영리, 민간비영리; (f) 단기응급치료, 장기요양(시설/재가), 재활치료, 정신치료; (g) 디프테리아, 파상풍, 백일해, 홍역, b형간염, 인플루엔자; (h) 자궁암, 유방암; (i) 천식, 만성폐쇄폐질환(COPD), 심부전증, 고혈압, 당뇨; (j) 급성심근경색, 뇌출혈; (k) 유방암, 자궁암, 대장암; (l) 진료, 검사, 약처방; (m) 진료시간, 의사 설명의 용이성, 치료 관련 의사결정과정 참여;

나. 미국³⁾

건강증진을 국가적 의제로 삼아 1979년부터 10년 단위로 미래에 달성할 목표 건강지표를 제시하고 있다. Healthy People 1990을 시작으로 Health People 2020에 이르기까지 지금까지 모두 네 차례 건강증진과 관련한 목표 지표들이 발표되었다 (<https://www.healthypeople.gov/>). 이들을 통해 건강통계 프레임워크가 어떻게 마련되어 있는지 엿볼 수 있다.

<Healthy People 1990 핵심목표>

- 1) 영아사망률을 35% 낮춘다
- 2) 1세에서 14세 사이의 어린이 사망자 수를 20% 감소시켜 사망률을 인구 10만명당 34명 이하로 만든다.
- 3) 24세까지 청소년 및 젊은 성인층의 사망자 수를 20% 감소시켜 사망률을 인구10만명 93명 이하로 만든다.
- 4) 25세에서 65세 사이의 성인의 사망자 수를 25% 감소시킨다.
- 5) 65세 이상 노인의 와병일수를 20% 감소시킨다.

이와 같이 최초의 건강증진 계획에서는 영아사망률, 청소년사망률, 성인사망률, 와병일수 등을 핵심지표로 사용하였다. 10년 후 건강증진 2000에는 달성목표가 다음과 같이 변화한다.

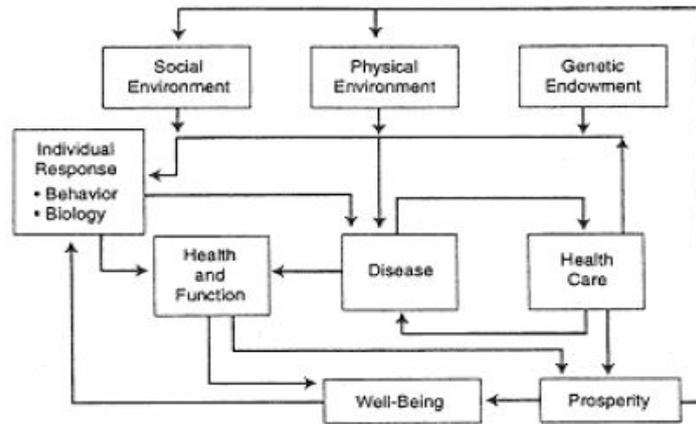
<Health People 2000 핵심목표>

- 1) 미국인의 건강수명을 연장시킨다
- 2) 미국인의 건강불평등을 감소시킨다
- 3) 모든 미국인이 예방서비스에 접근할 수 있게 한다

2000년 건강증진계획에서는 사망률의 감소보다는 ‘건강수명’의 확보를 더 중요하게 생각하게 되었음을 알 수 있다. 즉 와병상태로 수명만 연장하는 삶보다는 정상적인 일상생활이 가능한 건강한 상태에서

3) Healthy People 2020 이후 업데이트된 내용 없음.

의 수명연장을 지향하는 것으로 건강의 관념이 변화한 것이다. 아울러 건강불평등의 개선이나 예방서비스 제공 등이 중요한 목표가 되었다.



출처: Reprinted from R.G. Evans and G.L. Stoddart, 1990, Predicting Health, Consuming Health Care, Social Science Medicine 31:1347-1363, with permission from Elsevier Science Ltd., Kidlington, United Kingdom.

<그림 2-1> A model of the determinants of health

1990년대에는 건강증진의 이론이 발전되고 과학적 증거들이 축적되면서 건강증진의 목표도 변화되었다. 2010 건강증진 계획에서는 건강증진의 구성영역을 건강결정인자 및 건강상태, 생애과정인자, 예방 등 3가지를 설정하고 각 영역별로 지표를 <그림 2-2>와 같이 제시하고 있다. 각 영역은 건강증진의 각 부문에 관련된 이론들을 집약하면서 만들어진 것이다. 예를 들어 건강결정인자는 다음 그림과 같은 인과도식에 근거하여 만들어졌다.

건강결정인자

- 물리적 환경: 대기와 수질 기준을 충족시키는 지역에 거주하는 미국인의 %
- 빈곤: 연방의 빈곤선 100에 미달하는 가구소득을 가진 인구의 %

- 고교졸업: 18세에서 24세 인구 중 고교졸업 학력자의 %
- 흡연: 17세까지 청소년중 어떤 형태의 담배제품이라도 사용하는 비율
- 체중: 당해 연령과 성별의 BMI(신장-체중비) 권고치에서 20% 이상 높지도 않고 20% 이상 낮지도 않은 인구의 %
- 신체활동: 주당 운동회수와 시간 권고치를 충족하거나 초과하여 신체 활동을 한 인구의 %
- 의료보험: 65세 이하 인구 중 의료보험 가입자의 %
- 암 조기검진: 자궁경부암, 대장암, 유방암을 조기에 발견한 %
- 사고로 인한 예방가능 했던 죽음: 의도했던 사고와 의도하지 않았던 사고를 모두 포함한 예방가능 했던 죽음의 %
- 장애(disability): 해당 집단이 각각 학교 결석, 직장 결근, 가정사나 다른 사회적 역할을 수행할 수 없었던 날 수

한국상황과 비교해 보면 물리적 환경, 흡연, 체중, 신체활동, 조기검진 등은 양국이 공유하는 지표일 수 있다. 그런데 한국에서는 빈곤이나 고교졸업 여부 같은 사회적 조건을 건강지표로 사용하지는 않는다. 또한 결근일수의 경우 단순한 유병율보다 유용한 점이 있다. 사회학적으로 볼 때 질병의 이환 그 자체보다는 질병 때문에 주어진 사회적 역할의 수행을 제약받는지 중요한 관심사가 된다. 즉 질병으로 인한 생리적, 심리적, 사회적 역량의 감소여부에 초점을 맞춘다. 만성질환이 많은 경우에 제대로 관리하면 일상생활에 큰 지장을 주지 않기 때문에 사회 지표의 측면에서 생각할 때는 단순한 유병률보다는 결근일수가 더 나올 수도 있다. 다만 생활고에 시달릴 경우 아픈데도 불구하고 쉬지 못하고 출근할 수 있기 때문에 결근일수의 해석에서는 상당한 주의가 필요하다.

생애과정 결정인자

생애과정이론은 건강결정인자의 영향이 인생의 각 시기에 차별적으로 영향을 미칠 수 있다는 관점을 제시한다. 예를 들어 어린이 건강에서는 가족의 영향력이 크다. 또한 중년의 건강관리를 잘 해야 건강한 노년기를 맞을 수 있다는 것도 생애과정론의 관점에서 도출된 명제이다. 또한 동일한 요인도 인생의 시점이나 단계에 따라 영향이 다를

수 있다. 생애과정 결정인자로는 다음 지표들이 제시되었다.

- 흡연가구: 가족 중 한명 이상이 흡연을 하는 가구의 %
- 의료접근도: 일차의료를 지속적으로 이용가능한 인구의 %
- 저체중출산: 2.5kg 미만의 체중을 가진 출생아의 %
- 신체활동: 1주일에 5일 이상, 1회 30분 이상 지속적인 신체활동을 실행하는 12세 이상 인구의 %
- 빈곤: 연방의 빈곤기준선보다 적은 소득을 가진 가구에 사는 18세 이하 청소년의 %
- 인지발달: Head Start⁴⁾ 프로그램에 등록된 어린이의 %
- 약물중독: 12세에서 17세의 청소년 중에서 지난 1년 사이에 음주를 하였거나 불법 약물을 복용한 적이 있는 경우의 %
- 폭력: 12세에서 24세 사이의 청소년과 젊은 성인중에서 신체적 폭력의 발생을
- 무능력: 신체적, 정신적 요인 또는 발달단계적 조건(developmental condition)으로 인하여 일상생활의 제약을 받는 인구의 %

예방

예방영역에는 현재의 건강상태와 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방 지표들을 포함하고 있다. 1차 예방은 질병발생 이전 단계에서의 예방활동을 의미한다. 2차 예방이란 질병증상이 발생한 이후에 조기에 검진하여 발견하여 질병의 발전을 차단하는 것을 의미한다. 3차 예방이란 질병 진단 이후 적절한 의료서비스를 제공하여 조기에 치료하여 건강상태의 악화를 방지함을 의미한다. 즉 여기에서의 예방이란 예방을 위한 공공과 지역사회 활동, 개인의 예방활동, 그리고 고전적인 예방업무는 물론 임상적 치료까지 포괄하는 개념으로 사용되고 있다. 예방영역에 제시된 지표는 다음과 같다.

- 무능력: 신체적, 정신적, 발달단계적 조건으로 인한 일상활동의 제약을

4) 미국에서 빈곤층 아동의 학습부진을 개선하기 위해 실시되는 보충학습 프로그램

받는 인구의 %

- 사고로 인한 예방 가능했던 죽음: 의도했던 사고와 의도하지 않았던 사고를 모두 포함한 예방 가능했던 죽음의 %
- 빈곤: 연방 빈곤기준선보다 낮은 소득을 가진 가구의 %
- 흡연: 상시적으로 흡연하는 사람의 비율
- 어린이 예방접종: 2세 이하 어린이중 권고된 예방접종을 모두 접종한 %
- 암 검진: 자궁암 검진, 유방암 검진, 분변혈액검사, 결장검사를 포함한 연령에 부합되는 암 선별검사 수검자의 비율
- 고혈압 검진: 지난 2년간 고혈압 검사 수검자 %
- 당뇨 검진: 지난 12개월 사이에 망막검사를 받은 당뇨환자의 %
- 의료접근도: 의료보험에 가입되어 의료서비스를 받을 수 있는 인구의 %

이상의 여러 지표 중에서 Healthy People 2010에서 중점적으로 추진했던 핵심지표(leading health indicators)는 다음과 같다(US Department of Health and Human Services, 2011).

- 신체활동
- 영양과 비만
- 흡연
- 마약복용
- 책임 있는 성 행동: 콘돔 사용
- 정신건강: 자살과 우울증
- 사고와 폭력
- 환경의 질
- 예방접종
- 의료서비스 접근성

2011년부터 시작된 ‘Healthy People 2020’의 핵심지표는 다음과 같다. 2010년 지표와 큰 차이는 없으나 지표의 내용이 보다 구체적

으로 만들어진 특징이 있다. 예를 들어 “2세 이상 인구의 야채 섭취율” 처럼 보건사업의 대상인구 집단을 보다 분명하게 규정함으로써 이 지표가 보건사업의 목표와 성취를 보여주게 된다. 흡연의 경우에도 성인과는 별도로 청소년 흡연을 별도지표로 제시하였고, 그 내용도 한달간 (한번이라도) 흡연한 적이 있는지의 여부를 기준으로 설정함으로써 청소년 금연사업의 정책적 목표를 분명하게 제시하고 있다.

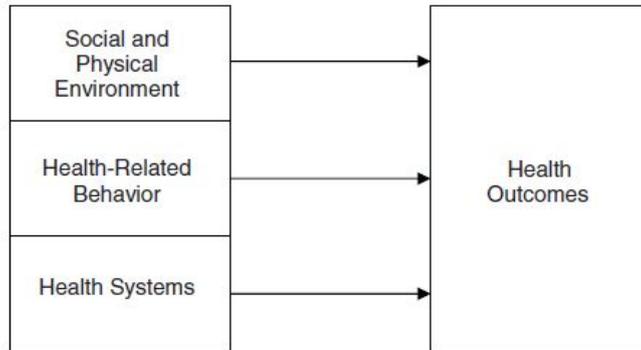
<표 2-2> 건강증진 2020(Healthy People 2020)의 핵심지표

의료접근성	의료보험자 가입 일상적인 1차의료 주치의가 있는 사람
임상적 예방서비스	대장암 선별검사를 받은 성인 혈압이 조절되고 있는 성인 고혈압 환자 A1c 값이 9% 이상인 당뇨병 환자 권고된 예방접종을 맞춘 19개월에서 35개월 사이 어린이
환경의 질	대기의 질 지수(Air Quality Index)가 100 초과 간접흡연에 노출된 3-11세 어린이
사고와 폭력	치명적 사고 타살(살인)
모자보건	영아사망 조산
정신보건	자살 우울증을 겪는 청소년
영양, 신체활동, 비만	연방신체활동 기준을 충족하는 성인 성인 비만 어린이와 청소년 비만 2세 이상 인구의 야채 섭취
치아건강	최근 1년 사이에 치과검진을 받은 2세 이상의 인구
성 건강	15세에서 44세의 성 생활을 하는 여성 중에서 최근 12개월 사이에 생식건강 서비스를 받은 경우 자신의 HIV 감염사실을 알고 있는 감염인
사회적 결정인자	고교졸업자
약물남용	최근 30일 사이에 알코올이나 불법 마약을 사용한 청소년 최근 30일 사이에 폭음을 한 성인

흡연	현재 성인 흡연자 최근 30일 사이에 흡연한 적이 있는 청소년
----	---------------------------------------

보건의료 전반을 고려한 건강지표는 미국 학술원 산하 의학원(Institute of Medicine of the National Academies, IOM)에서 2008년에 작성한 건강지표 보고서가 있다(IOM, 2008). 건강의 결정인자 개념은 Lalonde(1974)가 유전적 생물학적 요인, 개인습관 요인, 사회적 물리적 환경요인, 보건의료 요인의 4요소로 구성된다는 주장을 전개하였다. 이후 Evans and Stoddart(1990)가 질병(disease), 건강(health), 기능(functioning), 웰빙(wellbeing)을 나누어서 건강상태를 측정해야 할 필요성을 제기하였다. 또한 Kaplan 등(2000)은 건강결정인자들이 다차원적으로 구성되어 있고 여기에는 생리적 요소, 유전적 요소, 개인적 위험 요소, 사회적 관계, 생활조건, 이웃과 공동체, 제도, 사회적 경제적 정책 등이 포함된다고 주장하였다. Kindig 등(2008)은 보건체계가 건강상태(health outcome), 건강결정인자(보건의료, 건강행동, 사회경제적 요인, 물리적 환경요인), 보건정책과 개입 등을 제시하였다.

이러한 이론들에 기초하여 IOM은 <그림 2-2>와 같은 개념도식을 만들고 이에 기초하여 <표 2-3>과 같은 건강지표를 구성하였다. 이것은 생물학적 요인들이 빠져 있기 때문에 건강결정인자에 대한 완전한 인과적 모형은 아니고 건강지표 개발을 위한 개념도구로서만 사용되었다. 즉 사회적 물리적 환경, 건강행동, 보건체계가 건강상태에 영향을 미치는 것으로 규정하면서 이 4요소를 건강지표의 영역으로 설정한 것이다. 이것은 생물학적 요인들이 빠져 있기 때문에 건강결정인자에 대한 완전한 인과적 모형은 아니다.



<그림 2-2> Framework for health and health care indicator development

출처: IOM. 2008. State of the USA Health Indicators, p.5

<표 2-3> IOM의 건강지표

건강상태	사망률	기대여명
		영아사망률
		65세 인구의 기대여명
	건강 관련 삶의 질 (유병률)	사망률: 의도적 사고와 비의도적 사고를 포함한 사고 사망률
		주관적 건강상태: 자신의 건강상태를 '보통'(fair)이나 '나쁨'(poor)으로 응답한 성인의 % 불건강 일수: 지난 30일간 신체적으로나 정신적으로 불편했던(unhealthy) 날짜
	조건적 건강상태	만성질환 유병률: 6개 만성증상(당뇨, 심장병, 천식, 만성기관지염, 암, 관절염)중 하나 이상을 가진 성인의 % 중증 심리적 스트레스: K6 진단도구에서 13점 이상을 받은 성인의 %
건강행동	흡연: 평생 100개비 이상 흡연하였고 현재도 매일 또는 자주 흡연하는 자의 %	
	신체활동: 일주일에 5일 이상, 하루 30이상 중간 강도의 활동을 하는 자의 %	
	과도한 음주: 지난 30일간 하루 평균 2잔 이상, 또는 한번에 5잔 이상 술을 마신 남성, 또는 하루 1잔 이상, 한번에 4잔 이상 술을 마신 여성의 %	
	영양: Healthy Eating Index에서 80점 이상을 받은 성인의 %	
	비만: BMI가 30이상인 성인의 %	
	콘돔사용: 9-12학년 학생 중 성교를 하면서 콘돔을 사용하지 않는 학생의 %	

	비용	의료비: 1인당 의료비
보건 시스템	접근성	보험 가입: 보험에 가입하지 못한 성인의 %
		미충족 의료: 필요한 의료서비스(치과, 약품조제 포함)를 받지 못한 사람의 %
	효과성	예방서비스: 연령대에 따른 선별검사와 독감예방접종을 받은 성인의 %
어린이 예방접종: 19-35개월 사이의 어린이 중 예방접종 권고대로 받은 %		
		불필요한 입원: 적절한 외래 진료나 조기 관리를 받으면 입원까지 가지 않을 수 있는 증상(ambulatory-care-sensitive conditions, ACSC) 중에서 입원을

출처: IOM. 2008. State of the USA Health Indicators, pp.56-57

IOM의 건강지표는 비교적 적은 수의 지표로서 미국인의 건강상태와 그에 대응하는 보건시스템의 성과를 잘 요약하여 보여준다. 이것은 보건통계집과 같은 수준으로 많은 지표를 나열하는 일부의 나라와는 다른 모습이다.

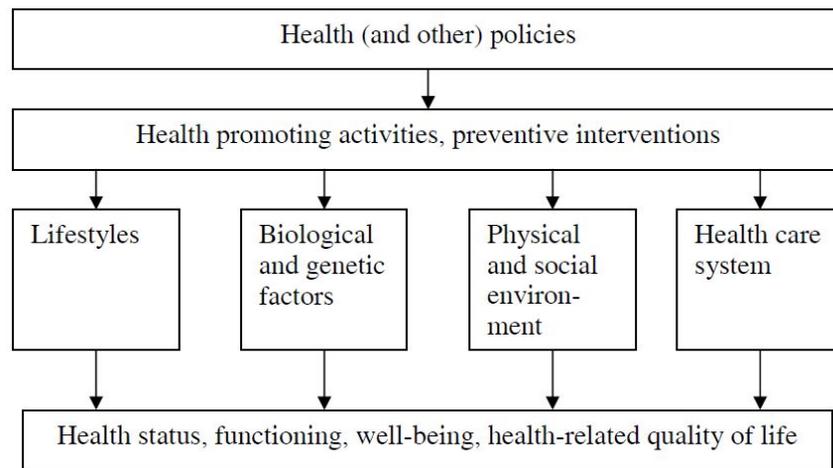
다. EU⁵⁾

유럽국가들은 EU로의 통합과 함께 다양하게 존재하던 보건정보 체계들을 하나로 통합하는 작업을 1990년대에 착수하였다. 건강지표와 관련해서는 European Core Health Indicators(ECHI)를 만들기 위한 작업단이 구성되어 2001년부터 3차에 걸쳐 작업이 진행되었고 2007년에 “건강을 위하여 다 함께”(Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013)라는 전략 하에 건강지표체계를 만들어서 발표하였다. ECHI 건강지표는 a) ECHI 축소판을 근거로 건강지표를 개발하고, b) 모든 EU가입국가에서 실행하며, c) 유럽의 항구적인 Health Monitoring System으로 발전시키는 것을 목적으로 하고 있다 (Kilpelainen, 2008).

EU의 건강지표 역시 미국의 건강증진 건강지표와 마찬가지로

5) ECHI 업데이트 관련 특이사항 없음. ECHI Data Tool (http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm) 에 접속해 살펴보면 프레임워크 중 다섯 번째 영역인 “보건사업: 건강증진”을 제외한 나머지 4개 영역의 지표들이 보고되고 있음.

아래 <그림 2-1>과 같은 건강에 관한 이론적 모형에 기초하고 있다. 즉 건강습관, 생물학적 요인, 자연환경과 사회환경, 보건의료체계 등이 건강상태에 궁극적으로 영향을 미치는 것이고 이러한 4가지 조건들은 보건정책 및 보건사업의 영향을 받아 변화될 수 있는 것으로 볼 수 있다.



<그림 2-3> EU 건강지표의 이론적 모형

출처: ECHI Project team. 2005. Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition.

그런데 이 개념모형은 1974년 캐나다의 보건부장관 Lalonde에 의해 제창된 보건장이론(Health field model)에 근거하고 있는 것으로 현대 보건학의 기초를 제시한 개념틀임에는 분명하지만 미국의 건강증진 이론처럼 2000년대에 발전된 최신이론을 반영한 것은 아니다. 즉 EU의 건강지표는 보건 분야의 주요지표를 포괄하여 보여주는데 목적이 있기 때문에 미국처럼 10여개의 핵심지표를 제시해주지는 않는다. ECHI에서는 인구학적-사회경제적 요인, 건강상태, 건강결정인자, 보건사업: 의료 서비스, 보건사업: 건강증진 등 5개 영역에 총 88개 지표를 제시하고 있다.

<표 2-4> European Core Health Indicators (ECHI) 건강 지표

A) 인구학적 - 사회경제적 요인 Demographic and socio-economic factors(9)	1. 성별연령별인구 (Population by sex/age)
	2. 조출생률 (Birth rate, crude)
	3. 산모의연령분포 (Mother's age distribution)
	4. 합계출산률 (Total fertility rate)
	5. 인구예측 (Population projections)
	6. 교육수준별인구 (Population by education)
	7. 직업별인구 (Population by occupation)
	8. 총실업 (Total unemployment)
	9. 빈곤선이하인구수 (Population below poverty line and income inequality)
B) 건강상태 Health status(32)	10. 기대여명 (Life expectancy)
	11. 영아사망률 (Infant mortality)
	12. 주산기사망률 (Perinatal mortality)
	13. 65개 원인질병별사망률 (Disease-specific mortality; Eurostat, 65 causes)
	14. 마약중독관련사망 (Drug-related deaths)
	15. 흡연관련사망 (Smoking-related deaths)
	16. 알코올관련사망 (Alcohol-related deaths)
	17. 폭염에의한초과사망 (Excess mortality by heatwaves)
	18. 주요감염성질병 (Selected communicable diseases)
	19. 에이즈 (HIV/AIDS)
	20. 암발생률 (Cancer incidence)
	21. 당뇨병 (Diabetes)
	22. 치매 (Dementia)
	23. 우울증 (Depression)
	24. 급성심근경색 (AMI)
	25. 뇌졸중 (Stroke)
	26. 천식 (Asthma)
	27. 만성폐색성폐질환 (COPD)
	28. 저체중출산 (Low birth weight)
	29. 가정및여가중사고와폭력 (Injuries: home/leisure, violence)
	30. 교통사고 (Injuries: road traffic)
	31. 산업재해 (Injuries: workplace)
	32. 자살시도 (Suicide attempt)
	33. 주관적건강상태 (Self-perceived health)
	34. 주관적만성질환이환 (Self-reported chronic morbidity)
	35. 장기적신체활동제한 (Long-term activity limitations)
	36. 신체적감각적기능장애 (Physical and sensory functional limitations)
	37. 근골격계통증 (General musculoskeletal pain)
	38. 심리적스트레스 (Psychological distress)
	39. 심리적행복감 (Psychological well-being)
	40. 건강수명:HLY (Health expectancy: Healthy Life Years, HLY)

C) 건강 결정인자 Determinants of health(14)	41. 건강수명:기타 (Health expectancy, others)
	42. 신장체중비,BMI (Body mass index)
	43. 혈압 (Blood pressure)
	44. 매일흡연자 (Regular smokers)
	45. 흡연임산부 (Pregnant women smoking)
	46. 총알코올소비량 (Total alcohol consumption)
	47. 위험음주 (Hazardous alcohol consumption)
	48. 불법마약복용 (Use of illicit drugs)
	49. 과일소비량 (Consumption/availability of fruit)
	50. 야채소비량 (Consumption/availability of vegetables)
	51. 모유수유 (Breast feeding)
	52. 신체활동 (Physical activity)
	53. 직업성건강위험 (Work-related health risks)
	54. 사회적지지 (Social support)
D) 보건사업: 의료 서비스 Health interventions: health services (29)	55. 미세먼지노출 (PM10 (particulate matter) exposure)
	56. 어린이예방접종률 (Vaccination coverage in children)
	57. 노인독감예방접종률 (Influenza vaccination rate in elderly)
	58. 유방암선별검사율 (Breast cancer screening)
	59. 자궁암선별검사율 (Cervical cancer screening)
	60. 대장암선별검사율 (Colon cancer screening)
	61. 임신부최초산전검진일 (Timing of first antenatal visits among pregnant women)
	62. 병상수 (Hospital beds)
	63. 활동의사수 (Physicians employed)
	64. 활동간호사수 (Nurses employed)
	65. 의료인이동성 (Mobility of professionals)
	66. 의료신기술 (Medical technologies: MRI and CT)
	67. 퇴원율 (Hospital in-patient discharges)
	68. 1일입원율 (Hospital daycases)
	69. 퇴원환자수대비1일입원율의비 (Hospital daycase/in-patient discharge ratio)
	70. 재원일수 (Average length of stay)
	71. 일반의이용률 (General practitioner (GP) utilisation)
	72. 외래방문율 (Other outpatient visits)
	73. 관동맥혈관재건술, 고관절수술, 백내장수술률 (Surgeries: PTCA, hip, cataract)
	74. 의약품복용 (Medicine use, selected groups)
	75. 환자이동성 (Patient mobility)
	76. 보험가입률 (Insurance coverage)
	77. 국민의료비 (Expenditures on health)
	78. 암생존율 (Survival rates cancer)
	79. 급성심근경색과뇌졸중30일입원사망률 (30-day in-hospital case-fatality AMI and stroke)
	80. 의료서비스접근도의형평성 (Equity of access to health care)

	services)
	81. 수술대기일수 (Waiting times for elective surgeries)
	82. 외과적감염 (Surgical wound infections)
	83. 암치료수준 (Cancer treatment quality)
	84. 당뇨관리율 (Diabetes control)
E) 보건사업: 건강증진	85. 공공장소흡연규제정책 (Policies on environmental tobacco smoke (ETS) exposure)
H e a l t h interventions:	86. 건강증진영양정책 (Policies on healthy nutrition)
h e a l t h promotion(4)	87. 건강생활습관정책 (Policies and practices on healthy lifestyles)
	88. 생활장별건강증진정책 (Integrated programmes in settings, including work places, schools, hospitals)

EU의 건강지표는 가용한 보건데이터베이스를 근거로 모든 가입 국가의 관심사를 담아내는 포괄적인 리스트를 구축하는 것을 목적으로 하고 있다. 각국의 관심사가 같지 않고, 데이터의 가용성도 다르기 때문에 현재 제시된 건강지표 리스트는 개념과 측정방법이 완전하게 규정된 것이 아니라 향후 지속적으로 개발되어 나가는 과정적인 리스트로 볼 수 있다 (Kramers, 2003). 또한 미국의 건강지표와는 달리 영역구성 자체가 상당히 거시적 차원의 개념들이고 따라서 여기에 포함된 세부지표들이 상당히 수가 많은 점이 특징이다. 그렇지만 각 지표는 현재 보건학계나 선진국 보건정책 당국이 관심을 갖는 지표들을 포괄하고 있기 때문에 좋은 참고자료가 될 수 있다.

EU 건강지표에서 눈에 띄는 사항은 우선 ‘건강상태’에서 기대여명과 영아사망률과 함께 각종 주요 질환별 사망률을 제시한 것은 관행적인 차원에서 이해된다. 그런데 “폭염에 의한 사망”이나 기능장애, 활동제한, 자살시도, 행복감 등을 건강상태 지표로 포함하고 있는 것은 유럽사회의 건강문제 관심사가 새롭게 확대된 측면을 보여준다. 건강결정인자에서도 흡연이나 음주와 같은 전통적인 건강위험요소와 함께 미세먼지, 모유수유, 사회적지지 등을 새롭게 포함시킨 것이 이채롭다. 아울러 미국의 건강증진 지표에서는 영양을 포함하지 않았지만 여기서는 과일과 야채 소비를 포함한 것도 중요한 차이로 생각된다. 다음으로 의료서비스에서 의사수, 병원수, 의료이용회수, 국민의료비, 어린이 예방접

종률과 같은 전통적 지표와 함께 각종 암의 선별검사율, 암생존율, 급성 심근경색 30일 입원 사망률, 암치료수준 등 주요 사인으로 등장한 암에 대한 예방과 치료에 대한 새로운 지표를 포함시킨 점이 주목된다. 그리고 흡연규제정책이나 영양정책 등과 같이 보건정책을 건강지표에 포함시킨 것도 중요한 논점이라고 할 수 있다.

라. 캐나다⁶⁾

캐나다는 1999년에 건강지표체계 구축을 위한 회의(Consensus conference on health indicators) 제1차 회의를 개최한 이래 현재까지 모두 4차에 걸친 회의를 통해 건강통계 프레임워크에 대한 작업을 지속하고 있다.

<표 2-5> 캐나다의 건강통계 프레임워크 개발 회의

회의	회의주제
제1차회의 1999년	건강지표 프레임워크 초안(즉시보고 및 향후개발 지표) 작성 및 채택
제2차회의 2004년	지표 평가 및 우선순위 설정
제3차회의 2009년	지표 평가 및 6개 우선영역 설정
제4차회의 2014년	2013년 새로운 프레임워크 기반 신개발 지표 우선영역 설정

출처: Statistics Canada & Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2015. *Rethink, Renew, Retire: Report From the Fourth Consensus Conference on Evaluating Priorities for Canada's Health Indicators.* (https://secure.cihi.ca/free_products/Rethink_Renew_Retire.pdf)

1999년에 채택된 프레임워크인 Canadian Health Indicators Framework은 네 가지 주요 영역으로 구성되었으며, 각각을 구성하고 있는 하위영역 및 지표들은 아래 표와 같다.

6) 2014년에 있는 제4차 회의(Consensus conference on health indicators) 직전인 2013년에 새로운 프레임워크가 제안되어 이 내용을 업데이트하였음. 또 새 프레임워크에 맞춰 제4차 회의에서 새롭게 하위영역 및 지표들에 대한 논의를 보충하였음.

< 표 2-6 > 2009년 캐나다 건강 지표 체계

건강상태	웰빙 (well-being)	주관적 건강상태 주관적 정신건강상태 주관적 스트레스
	건강조건	비만: 성인 BMI 비만: 청소년 BMI 관절염 당뇨병 천식 고혈압 일상 활동을 제약하는 통증이나 불편 우울 저체중 출산 암 발생률 손상-사고로 인한 입원 손상-사고 뇌졸중 입원률 심근경색 입원률
	인간기능	기능적 건강(functional health) 2주간 신체장애 일수(two-week disability days) 참여와 활동제한 기대여명 신체무능력이 없는 기대여명 신체무능력이 고려된 기대여명 건강이 고려된 기대여명
	사망	영아사망률 주산기 사망률 기대여명 총사망률과 주요 사인 주요 원인별 잠재수명손실
건강결정인자	건강행동	흡연 과도한 음주 여가시간의 신체활동 모유수유 과일과 야채 소비
	주거 및 노동조건	고교졸업자 수 고등교육 이수자 수 실업률 장기실업률 저소득층 비율 저소득가구 어린이 비율 평균 개인소득 소득 중위평균 정부 이전소득 주택소유 범죄발생률 형사기소된 성인 및 청소년 수 식품안전

	개인적 자원	지역사회 소속감 생활만족도
	환경적 요인	가정내 간접흡연 노출 자동차 및 공공장소 간접흡연 노출
보건체계 성취도	수용성(acceptability)	
	접근성(accessibility)	독감 예방접종 유방조영촬영 자궁암 검진 정기적 의사 방문 고관절 수술 대기시간 대장암 선별검사
	적합성(appropriateness)	제왕절개수술
	숙련성(Competence)	
	지속성(continuity)	
	효과성(effectiveness)	백일해 홍역 에이즈(HIV) 클라미디아(성병) 폐렴과 독감 입원 의학적 치료가 필요한 원인증상들 응급처치가 필요한 증상들 급성심근경색 30일 입원 사망률 급성심근경색 재입원률 천식 재입원률 자궁적출술 재입원 전립선암 재입원 폐렴 재입원
	효율성(efficiency)	허리골절 입원 허리골절 입원률(hospitalized hip fracture event rate)
	안전성(safety)	
지역사회 보건	지역사회	인구수 인구밀도 부양비 도시와 농촌 인구수 원주민(aboriginal) 인구수 이민 인구수 내부 이동 인구수 거대도시 지역 단독 부모 가족 소수집단 인구수 청소년 임신
	보건체계	유입/유출 비(inflow/outflow ratio) 관상동맥우회이식술 Percutaneous coronary intervention Cardiac revascularization 고관절 이식술 무릎 이식술

		자궁절제술 대체의료 이용 의사 이용 정신보건 전문가 이용 치과 의사 이용
	자원	의사수 간호사수 의료기사수 의료비

출처: Canadian Institute for Health Information. 2009. The Health Indicators Project: Report from the 3rd Consensus Conference on Health Indicators, pp.7-8

캐나다 건강지표의 경우 건강상태, 건강결정요인, 보건의료체계 등을 주요 영역으로 설정한 것은 다른 국가들의 경우와 거의 동일하다. 그런데 지역사회보건 영역을 별도로 설정한 것은 눈에 띄는 차이로 생각된다. 그런데 지역사회보건의 하위영역 중 ‘지역사회’는 주로 인구집단에 대한 것으로 다른 국가에서 잘 다루지 않는 변수들이 포함되었다. 반면 보건의료체계나 자원 세부영역은 앞의 보건의료영역에 포함될 수 있는 것이기 때문에 별도 구분의 의미는 크지 않을 것으로 생각된다. 아마도 캐나다에서 지역보건을 강조하기 때문에 이런 구분이 필요했던 것으로 생각된다.

건강상태 영역은 다시 주관적 평가, 증상 평가, 기능 평가, 사망 등 4가지 세부영역으로 나누고 있다. 주관적 건강 평가는 ‘웰빙’이란 세부영역 제목이 붙여져 있다. 증상 평가는 비만, 당뇨, 천식, 고혈압, 우울 등 신체정신적 증상 여부로 측정된다. 기능 평가는 신체적 무능력이나 활동제한 여부, 또 활동제한 없는 건강수명 등의 지표로 측정된다. 사망은 기대여명, 영아사망, 주산기 사망 등 전형적인 사망지표로 구성된다. 즉 건강이 매우 추상적이고 복합적인 영역인데 캐나다 건강지표에서는 다른 어느 나라 건강지표보다 명쾌하게 세부영역을 나누어 측정하는 것으로 생각된다.

건강조건에서 비만, 당뇨, 천식, 고혈압, 우울 등과 함께 활동제한, 손상-사고 등을 포함하였다. 아울러 뇌졸중 및 심근경색에 대하여

상당히 중요하게 다루는 것이 주목된다. 캐나다에서는 최근 “회피할 수 있는 죽음”에 대하여 관심을 갖고 있고(Canadian Institute for Health Information, 2012), 여기서 뇌졸중이나 심근경색 같이 위중한 질환이지만 조기에 병원에 후송하면 충분히 살릴 수 있는 증상을 가진 환자를 보건정책적 과제로 설정하는 것으로 보인다.

건강결정인자에서는 유럽에서와 유사하게 사회경제적 조건에 주목하면서 고교졸업자수, 실업률, 이전소득, 빈곤가구수, 범죄발생률 등을 측정하고 있다.

보건체계 성취도에서는 수용성, 접근성, 적합성 등 이론적으로 도출된 보건체계 속성지표들을 8개나 제시하였지만 실제로 지표가 개발된 경우는 매우 제한적이었다. 즉 효과성이나 접근성 지표는 많이 개발되었지만 다른 속성의 지표들은 전혀 제시되지 못한 경우들도 많았다. 접근성 지표로 제시된 독감예방접종률이나 주요 암 선별검사율 같은 것은 우리나라 보건통계에서도 사용되고 있다. 효과성 지표로 제시된 각종의 재입원지표는 의료의 질 단적으로 나타내는 성과지표(outcome measure)이다. 수술을 한 이후 재수술을 하는 것은 이전의 수술이 불완전했음을 암시하는 것처럼 수술을 위한 재입원율이 높을수록 의료의 질은 낮은 것으로 볼 수 있다. 현재 한국에서도 심사평가원 등에서 성과지표를 연구개발하고 있다.

제3차 회의에서는 향후 중요하게 고려해야 할 건강지표 영역으로 다음 6가지를 제시하였다 (Canadian Institute for Health Information, 2009).

- 보건의료의 성과(health care outcome)
- 청소년 건강
- 정신 건강
- 건강의 사회적 결정인자
- 건강한 환경

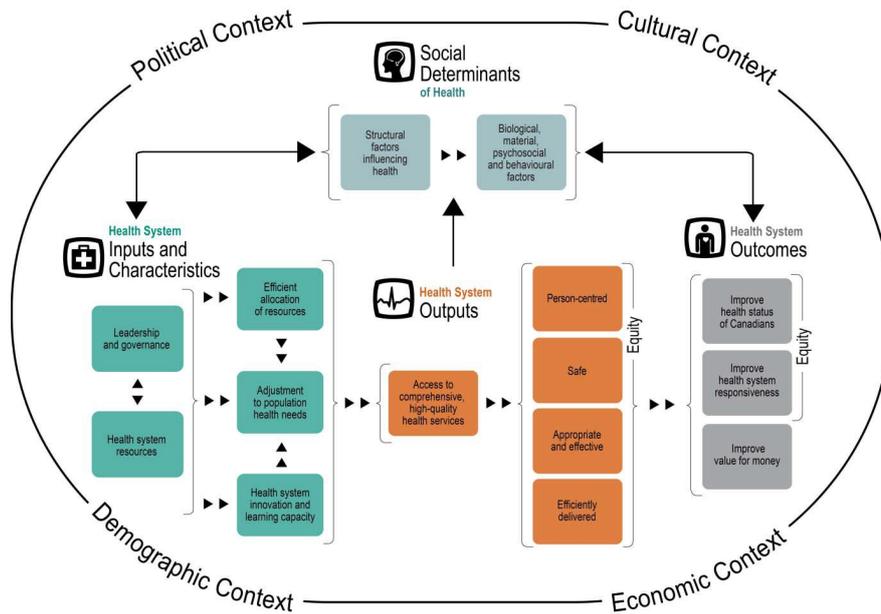
· 원주민 건강

‘보건의료 성과’는 앞서 언급한 보건의료성취도 8개 하위영역 개념에 부합되는 지표들을 말한다. 향후 환자안전, 효율성, 적합성 등에 대한 지표들이 개발될 것으로 보인다. 우리나라에서는 거의 관심의 사각지대처럼 되어 있는 청소년 건강이 캐나다인의 주목을 받는 것도 흥미롭다. 아울러 소위 ‘인디언’으로 불렸던 원주민의 건강을 별도의 독립된 영역으로 구축할 필요가 있다는 것도 눈에 띄는 점이다.

한편 2014년에 열린 제4차 회의가 있기 전인 2013년에 CIHI는 1999년에 채택되었던 Canadian Health Indicators Framework를 Health System Performance Measurement Framework로 개정하였다(CIHI 2013; https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf). 개정의 주된 사유는 기존의 프레임워크가 보건의료체계의 비용효율성(value for money)과 환자중심적(patient-centered) 의료 및 의료서비스 안전성(safety)에 대한 관심을 담는 데에 부족하다고 보았기 때문이다. 새 프레임워크는, 사회적 건강영향요인, 보건의료체계 투입·특성, 보건의료체계 산출, 보건의료체계 성과 등 네 가지 영역으로 재구성된 특징을 갖는다. 기존 프레임워크에 비해 보건의료체계에 대한 강조가 두드러진다는 점이 새롭다. 기존 프레임워크 내에 있던 하위영역들과 구체적 지표들을 새로운 프레임워크 맞춰 재분류하는 작업이 진행 중이다. 온라인으로 구축되어 있는 CIHI’s Indicator Library에 따르면, 현재 분류체계는 아래 표와 같다 (<http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true>). 건강통계 프레임워크를 보건의료체계 중심을 재정의하고자 한다는 점이 무엇보다 특징적이다. 먼저, 기존 프레임워크 및 다른 사례들의 프레임워크에 있던 건강상태가 보건의료체계 성과 중 하위영역의 하나로 재설정되었다. 다음으로, 보건의료체계 산출 영역에서는 안전성, 환자중심성 등의 하위영역이 강조되는 것이 특징이다. 그 외

효과성과 관련해서도 다수의 지표들이 제시되어 있다. 이와 같이 보건 의료체계와 관련된 지표들이 많은 것에 비해, 사회적 건강영향요인 영역의 지표들이 부족한 것이 또 다른 특징이다.

또 이 온라인 프레임워크는 의료서비스 소요(areas of need)를 몇 가지로 분류하고 있는데, 건강유지(staying healthy), 치료(getting better), 질병/장애 중 삶(living with illness and disability), 생애 마감 준비(coping with end of life) 등 네 가지 범주를 인정하고 있다. 건강통계 프레임워크를 구성하는 과정에 단순한 치료 동기 외에 건강유지 동기, 질병/장애 중 삶 지속, 생애 마감 준비 등 다양한 동기가 고려될 수도 있다는 점을 시사하는 것이 흥미롭다.



<그림 2-4> 2013년 수정된 캐나다 보건의료체계 성과측정 프레임워크

<표 2-7> 2016년 CIHI Indicator Library에 보고된 건강통계 프레임워크 및 지표

영역	하위영역	지표	
사회적 건강영향 요인	구조적 요인	(없음)	
	생물학적/물질적/심리적/ 행태적 요인	폭음 비만 여가 중 신체활동 흡연	
보건의료체계 투입/특성	리더십/거버넌스 자원	(없음)	
		1인당 보건의료재정 지출액 의사1인당 총의료지출 심장동맥우회수술 수 관상동맥수술 수 고관절 교체수술 수 자궁적출술 수 무릎관절교체술 수 정신병원입원수 조산사 수 정신병 퇴원자 및 사망자 수 정신병 입원일수 조제약가 중 정부지원분 의사수(전공별, 지역별) 1인당 조제약 지출액 장기이식수(장기별)	
	효율성	행정비용 의약품(generic) 약가 중 공공지원분 의약품(generic) 약가 공공지원 청구액 중 지원액 비율	
	적응성/반응성	질(식)분만 중 분만지원(assisted delivery) 비율 질(식)분만 중 에피듀랄(epidural) 사용 비율	
	혁신성	노년층 약가청구분 중 공공지원분	
	보건의료체계 산출	포괄적 고품질 의료서비스 접근성	재활치료용 입원 대기일수 응급환자의 일반병실 대기시간 응급환자에 대한 의사진료까지 대기시간 응급환자 퇴근까지 대기시간 응급실 체류시간

		주치의 보유인구
		48시간 고관절 골절 수술 비율
		주요 의료서비스(a) 대기시간
환자 중심성 (person-centered)	성	정신병 환자 30일내 재입원율
		정신병 입원율
		정신병 입원일수
		부적절한 항정신병제 사용
안전성		장기요양 환자 중 결박 환자 수
		최근1달간 장기요양 중 낙상 수
		병원내 패혈증
		인공분만 중 트라우마성 파열 (laceration)
효과성		장기요양 환자 중 귀양을 앓는 수
		급성심근경색 30일내 사망률
		급성심근경색 30일내 재입원률
		뇌졸중 30일내 사망률
		재입원율
		응급환자 (불필요) 입원율
		천식환자 응급실 이용율
		모유수유 산모 수
		제왕절개 수
		장기요양 중 통증 발생/악화 수
		병원내 사망자 수
		입원 중 고관절 골절 수
		장기요양 중 신체기능 향상
		노년층 인플루엔자 접종률
효율성		입원당 비용
		입원당 입원일수
보건의료체계 성과	건강증진	기대여명
		주관적 건강상태
		저체중아수
		피할 수 있었던(예방가능 혹은 치료 가능) 사망수
		입원 중 심장마비
		입원 중 뇌졸중
		말기 신장질환
		자해 입원수
	보건의료체계 반응성	(없음)
	비용효율성(value for	(없음)

money)

(a) 전문의진료, 방사선치료, 관절교체수술, 심장동맥우회수술, 백내장수술, CT 검사, MRI 검사, 고관절 골절 치료, 무릎관절 교체

이상과 같은 현재의 지표체계와 관련해 2015년에 있었던 제4차 회의는 다음과 같은 영역별 하위영역 및 지표 개발을 제안하였다 (<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC1379>) . 개발 제안된 지표의 정의 및 구체성에서는 아직 미흡한 점이 발견되지만, 수명 연장과 노령화에 따라 보건의료체계의 중점 과제가 이용자들의 건강소요 다양화 및 장기화에 대응해 구성되어야 함을 강조하는 것이 특징이다. 환자중심적 성과, 환자경험, 웰빙, 포괄성, 생애말기치료 및 완화의료 등이 그 예이다. 그 외 의료조직문화, 사회적 지지, 지역사회환경 등을 강조하는 것이 눈에 띈다.

<표 2-8> 캐나다 프레임워크 영역별로 개발 제안된 하위영역 및 지표예시

영역	미래 하위영역	개발 제안된 지표	
보건의료체계 성과	환자중심 성과	환자가 보고한 치료 중 부작용수 환자가 보고한 치료효과(주요 질병별 혹은 주요 치료별) 삶의질 개선과 무관한 치료	
	치료계획적	의료단계간 환자이동 속도 장기요양 배정을 위한 대기 중 건강악화 장기입원 빈도	
	반응성	보건의료체계 미이용일수	
	비용효율성	(없음)	
	생애말기치료 및 완화의료	(없음)	
보건의료체계 산출	기타	건강문해율 관련 결과	
	환자경험	비응급의료 의료전문인에 대한 환자 만족도/신뢰도 의료전문인에 대한 일반인 만족도/신뢰도	
	포괄성	환자의 치료계획적 및 소요에 적합한 의료 포괄적 제공 여부	
	웰빙	공중보건 성과 직장상해	
보건의료체계 입/성격	투	지역사회 기반성	의료단계별 협력성/연계성

사회적 요인	건강결정 인자	자원반응성	기타 지표
		의료조직문화	의료자원의 단계별 분포가 환자소요에 상응하는 정도
			종사자 태도
			환자중심적 문화
	아동건강	혁신역량	의료질 개선 노력
		과학적 모니터링 역량	
	사회적 지지	초기발달장애	아동정신건강
	지역사회	아동비만	아동비만
		사회적 지지에 대한 접근성	사회적 지지에 대한 접근성
		사법체계와의 연계성	사법체계와의 연계성
		건조환경특성(보행성, 녹지율)	건조환경특성(보행성, 녹지율)
		지역사회 단위 건강습관	지역사회 단위 건강습관

마. 호주⁷⁾

호주의 건강통계 프레임워크는 2001년 제정된 이후 2009년에 개정되었다. 이후 가장 최근 보고서인 2014년도 Australia's Health 2014

(
<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129548150>)를 작성하는 데에도 이 프레임워크를 사용하였다. 호주 프레임워크는 건강영역을 건강상태, 건강결정인자, 보건시스템 성취도의 3영역으로 나누었고 각 영역별로 하위영역을 구성하였다 (Australian Institute of Health and Welfare, 2010). 이러한 방식은 2009년판 캐나다의 건강지표체계와 매우 흡사한 구조를 갖고 있음을 알 수 있다. 우선 '건강상태'는 건강조건, 인간기능, 웰빙, 사망의 4가지 하위요소로 구성되어 있고 이것은 캐나다의 '건강상태' 영역과 동일한 구조이다. '건강결정인자'는 환경요인, 사회경제적 요인, 건강행동의 세 하위영역을 포함하고 있고 캐나다의 건강결정인자 영역과 동일하다. 보건시스템 성

7) 2009년 개정된 프레임워크가 현재까지 그대로 사용되는 것으로 확인됨. 건강결정에 관한 이론적 모형을 추가함.

취도의 경우에는 캐나다의 경우에는 수용성, 접근성, 적합성, 효과성, 안전성 등의 하위영역으로 구성되어 있었는데 호주의 경우에는 효과성, 안전성, 지속성, 접근성, 효율성과 지속가능성 등으로 구성되었다. 보건시스템의 성취도를 측정하는 가치개념에서는 약간의 차이가 있지만 기본적으로는 주요 가치를 중심으로 성취도를 측정하려는 방식은 매우 유사함을 알 수 있다. 그리고 캐나다에서 ‘지역사회보건’과 같은 성격이 분명하지 않은 영역이 호주에서는 제외되어 있다. 전반적으로 캐나다의 건강지표체계보다 단순명료한 모습을 보여준다.

<표 2-9> 호주 건강지표체계

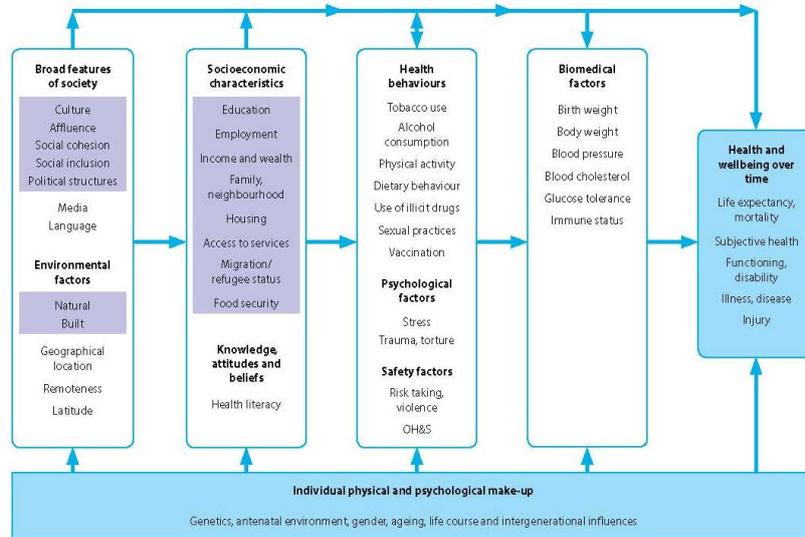
건강상태	건강 조건(증상)	심장마비 발생률 주요 암 발생률: 장암, melanoma, 폐암, 여성유방암, 자궁암 성병 및 혈액전파 바이러스: 에이즈, 매독, B형간염, C형간염, 클라미디아, 임질 말기신장병: 신장이식 환자 + 신장병 사망자 사고와 중독으로 인한 입원
	인간 기능	활동제한
	웰빙	주관적 건강상태 심리적 스트레스
	사망	영아사망률 기대여명
건강결정인자	환경적 요인	가정에서 간접흡연에 노출된 어린이의 % 수질: 상수도를 공급받는 가정의 %
	지역사회와 사회경제적 요인	저소득 가구수 % 저체중 출생아수 % 건강문해율(health literacy) 교육성취도: 비정규학교 학위나 자격 소지 %
	건강행동	매일흡연자 비율 장기 폭음으로 인하여 건강위험에 처한 사람의 비율 과일과 야채 섭취: 매일 충분한 과일 야채 섭취자 비율 신체적 비활성: 주당 150분 미만 걷기 과체중이거나 비만인 성인의 비율
보건시스템 성취도	효과성	안전하지 않은 주사기 공유: 마약중독자 중 주사기 공유자 % 예방접종률: 국가기준에 따라 모든 예방접종을 완료한 5세 이하 아동의 % 불필요한 입원: 입원하지 않고 처치될 수 있는 입원의 사례수 심장마비 생존률 암 5년 생존률 잠재적으로 회피할 수 있는 죽음
	안전성	입원 부작용 원내 부상: 의료기관에서 넘어져서(떨어져서) 다친 경우

	반응성	
의료의 지속성	당뇨환자 중 GP의 연중 치료주기에 속한 % 천식 환자 중 문서화된 치료계획을 갖고 있는 환자 % 정신질환 중 GP의 치료계획을 갖고 있는 환자 %	
접근성	bulk-billing for non-referred GP attendances GP 서비스로 감당할 수 있는 불필요한 응급실 이용 비응급 수술의 대기시간 응급실에서의 대기시간 암 선별검사율 임신초기 산전검사를 받은 출산의 % 병원시설의 차별적 접근성	
효율성과 지속가능성	의료인력의 순증가 급성질환 당 비용 (cost per casemix-adjusted separation for acute care episode)	

출처: Australian Institute of Health and Welfare. 2010. Australia's Health 2010: The twelfth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare, p.468

이 프레임워크를 작성하는 데에 밑바탕을 이룬 것은 아래 <그림 2-5>와 같은 이론적 모형이다⁸⁾.

8) 2014년에 있는 제4차 회의(Consensus conference on health indicators) 직전인 2013년에 새로운 프레임워크가 제안되어 이 내용을 업데이트하였음. 또 새 프레임워크에 맞춰 제4차 회의에서 새롭게 하위영역 및 지표들에 대한 논의를 보충하였음.



Note: Purple shading highlights selected social determinants of health.

A framework for the determinants of health

<그림 2-5> 호주 건강영역 프레임워크 이론 모형

출처: Australia's Health 2014: 5

2. 한국 건강통계 프레임워크 제안

위 제5절의 내용 분석을 통해, 해외의 주요 사례는 제1절부터 제4절까지에서 검토한 이론적 성과물을 실천적 수준에서 적극적으로 반영하고 있는 점을 확인할 수 있었다. 따라서 이들 사례들은 한국의 프레임워크를 구축하는 데에 적합한 실용적 예로 사용될 수 있을 것이라는 판단이다. 이와 같은 맥락에서 한국 건강통계 프레임워크 제안 건강 분야 관련 국내 주요 관심사 및 해외 사례의 주요 시사점을 도출하면 아래 표와 같다.

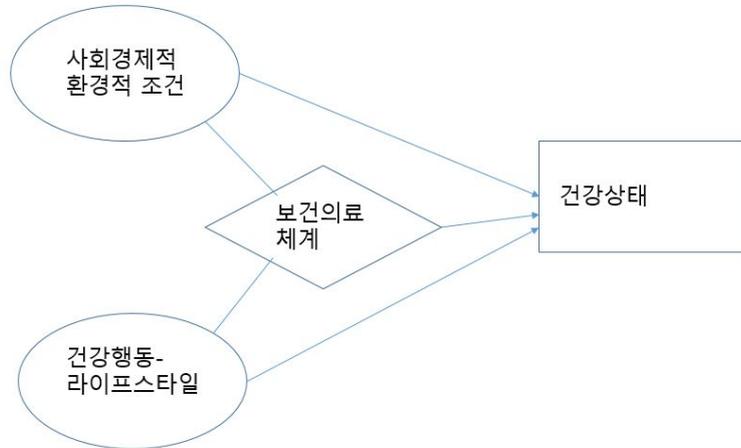
<표 2-10> 건강 영역 관련 한국의 특수성 및 해외 사례 시사점

한국적 특수성	<ul style="list-style-type: none"> - 인구고령화로 노인성 질환에 대한 사회적 수요가 증가하면서 영양과 부양의 부담방안에 대한 논의 반영 필요. - 갈수록 주관적 건강상태, 질병/치료과정 중 환자경험(의료의
---------	--

		질), 죽음의 질(호스피스) 등에 대한 관심 반영 필요. - 감염병 관리체계 등 의료체계의 안전성과 신뢰도에 대한 관심 반영 필요. - 좁은 국토와 과밀한 도시화에 따라 물리적/자연적 환경이 건강에 미치는 영향력에 대한 관심 반영 필요.
해외 사례 시사점	공통점	- 영향요인, 개입요인, 결과 등 대체로 3단계 모형(건강의 사회적 결정 모형)을 따라 프레임워크 구축. - 건강과 질병의 객관적 지표 외에 주관적 지표 반영.
	OECD	- 의료의 질 및 환자경험이 강조됨. - 물리적/자연적 환경에 대한 관심은 결여. 대신 비의료적 사회경제환경에 주목. - 보건의료체계상 자원 및 접근성에 대한 지표 다수.
	미국	- 연령, 인종, 경제수준 등에 따른 인구집단 간 형평성에 주목. 시장 주도 보건의료체계의 특성에 따른 것으로 보임. - 건강영향요인 중 개인 수준 건강(위험)행위에 대한 관심 많음.
	EU	- 개인건강행위 외에 사회경제환경에 대한 포괄적 관심. - 보건의료체계에 대한 지표가 포괄적으로 제시됨. 유럽의 국가 주도 보건의료체계 특성 반영.
	캐나다	- 갈수록 웰빙, 환자경험, 생애마감의료 등 주관적 건강/질병 지표 강화됨. - 아메리칸 인디언 등 문화적 소수자에 대한 관심 반영. - 보건의료체계를 구성하는 하위영역을 세분화하고 이들에 대한 포괄적 지표들을 마련하는 작업 추진.
	호주	- 보건의료체계 성취도 평가 위해 그 하위영역들 세분화함. - 웰빙과 일상적 삶의 기능 등 주관적 지표를 포괄.

앞서의 건강에 관한 이론적 검토, 국내 주요 관심사 및 건강분야 특수성, 해외 사례 등을 바탕으로, 국가 수준의 건강을 이해하는 데에 기본적인 요소들은 아래와 같이 도식화될 수 있다. 사회·경제·물리 조건, 건강행위·라이프스타일 등 건강영향요인은 본원적 웰빙으로, 보건의료체계는 이와 같은 건강영향요인이 구체적인 건강상태로 발현하는 과정에 개입하는 매개적 웰빙으로, 마지막으로 건강상태는 건강 분야의 결과적 웰빙으로 개념화될 수 있겠다.

이 프레임워크는 건강의 개념을 웰빙으로 확장하고 건강을 결정하는 사회적, 환경적, 물리적 조건들을 포괄하는 한편 건강인권과 형평성, 공정성, 안전과 복지와의 연결고리까지 측정할 수 있는 통계프레임으로서 의미를 갖는다. 건강상태, 보건의료체계, 건강영향요인 등 주요 세 영역 각각을 구성하는 하위영역, 측정대상 및 사례지표는 다음과 같다.



<그림 2-6> 웰빙으로서의 건강 프레임워크
 <표 2-11> 건강통계 프레임워크 하위영역 및 측정대상

영역	하위영역	측정대상	지표예 (밑줄은 10개 대표지표)
건강상태	사망	주요 원인별(a) 사망 수 사망의 질(Quality of Death/Dying)	기대수명, 건강수명, 사망률, 사고 사망률 완화의료(호스피스) 이용 사망비율
	질병	주요 질병별 질병부담	만성질환유병률(a), 유병일수, 결근일수
	장애 / 신체기능	주요 유형별 장애부담	유형별 장애율, 장애일수, 결근일수, 활동제한일수
	주관적 웰빙	주관적 건강상태 및 정신건강	주관적 건강상태, 삶의 만족도, 우울감, 스트레스, 자살률
보건의료 체계	접근성	의료목적별(b) 의료종사자, 의료조직, 의료서비스에 대한 접근성	이용횟수, 의료종사자수, 미충족 의료경험률, 암 선별검사율 및 조기검진율, 예방접종율
	효과성	의료목적별 의료종사자, 의료조직, 의료서비스에 대한 효과성	예방가능 질병의 입원율, 질병별·치료기간별 생존율(암5년생존율)·사망율, 회피가능 사망율
	효율성	의료목적별 의료종사자, 의료조직, 의료서비스에 대한 효율성	본인(가계)부담 의료비 비율, GDP대비 의료비 비율
	안전성	의료목적별 의료종사자, 의료조직, 의료서비스에 대한 안전성	병원 내 감염·골절·낙상
	만족도	의료목적별 의료종사자, 의료조직, 의료서비스에 대한 신뢰도	이용자 신뢰도 및 만족도, 의료 의사결정 참여도
건강영향 요인	사회·경제·물리·환경	사회자본	사회단체참여수, 비공식·공식 사회관계에서 얻는 지지감
		경제·인적자본	빈곤가구수, GDP, 소득불평등도,

		직업구조, 실업률, 교육수준
	물리환경	수질, 대기질, 녹지면적, 공원면적, 여가환경
건강행동·라이프스타일	버릇, 생활양식, 문화자본, 주요 원인별(c) 건강 위험인식	흡연율, 음주율, 신체활동참가율, 영양(채소/과일 섭취량), 비만율, 수면시간, 건강문해율, 암, 당뇨병, 인플루엔자, 결핵, 에이즈 등에 대한 감염위험 및 사망위험 인식

(a) 당뇨, 심장병, 천식, 만성기관지염, 암, 관절염 중 하나 이상을 가진 성인의 %; (b) 예방의료, 응급(치료)의료, 완화의료; (c)감염병, 비감염병, 사고 등 3개 대분류 혹은 감염질환, 호흡기감염, 호흡기질환, 임신출산질환, 영양결핍질환, 피부질환, 우발적 사고, 의도적 사고, 비노기질환, 소화계질환, 감각기관질환, 심혈관질환, 내분비질환, 구강질환, 신경정신질환, 근골격계질환, 암 등 17개 중분류; *10개 대표지표 선정은 EU, 호주, 캐나다 등 복수의 해외 사례에서 공통적으로 강조되는 지표들 중심으로 이뤄졌음.

덧붙여, 각 영역별·하위영역별 지표들에서 인구사회집단 간 형평성, 특히 취약집단이 겪는 건강영역 불평등성에 대한 관심이 필수적이다. 현재 프레임워크 아래 형평성에 대한 통계 작성실태 검토 및 추가 제안은 아래의 표에 제시된 취약집단별로 이뤄질 수 있다.

<표 2-12> 건강통계 프레임워크 대상 취약집단

범주화 기준	취약집단	총괄체계보고서(2014)상 취약집단 해당	건강 영역 취	우리 보고서 제안
성별	여성			○
연령	아동	○		○
	청소년			○
	청년층			
	노인층	○		○
혼인상태	이혼자			
가구구성	1인가구			
	한부모가구			
거주지	농촌			○
학력	학업중단자			
소득	저소득층	○		○
직업	실업자			○
	은퇴자	○		○
	감정노동자	○		○
	비정규직/임시일용직			○
주거유형	비주거용 건			

54 건강 영역 통계 프레임워크 작성 중간보고서

	물 거주		
	무주택		
	전월세		
이주	탈북자	0	0
	다문화가정	0	0
장애	장애인	0	0
범죄피해자		0	0

제3장

건강 통계 작성현황 분석

제1절 건강 통계 작성 현황 및 평가

1. 건강상태 통계 작성 현황

가. 건강상태 국가승인통계 작성 현황

건강통계 작성을 위한 건강프레임워크는 2장에서 논의한 바와 같이 건강상태, 보건의료체계, 건강영향요인의 3개 영역으로 구성하고 있다. 본 절에서는 사망, 질병, 장애/신체기능, 주관적 웰빙 및 건강위험인식의 하위 영역을 포괄하는 건강상태 영역의 통계 지표를 생산하는 국가승인통계를 살펴보고자 한다.

1) 국민건강영양조사

「국민건강영양조사」는 국내 일반 가구에 거주하는 가구원을 대상으로 국민의 건강행태, 건강검진 및 영양수준에 대한 통계를 생산하고, 국민건강증진종합계획 등 보건정책 목표수립 및 평가를 위한 근거자료로 제공하기 위해 수행하는 조사이다.

국민건강영양조사는 순환표본조사(rolling sample survey)방식으로 추출하여 매년 전국단위의 통계를 생산하고, 3년 주기를 통합한 기별 통계를

생산하고 있으며, 기본적으로 모든 표본 대상은 건강설문조사를 수행하고, 이동 검진 차량에서 검진조사를 하고, 영양사가 가구를 재방문하여 영양에 대한 조사로 진행하고 있다. 주요 조사항목은 건강설문조사, 검진조사 및 영양조사의 3개 부분 36개 영역, 526항목, 581개 지표의 통계 항목을 측정하여 제공하고 있다.

국민건강영양조사는 국내 일반 가구의 가구원에 대한 건강상태 및 건강영향요인에 대한 종합적인 지표를 생산한다. 일반 국민에 대한 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙, 정신 및 주관적 건강, 흡연 및 음주 등 건강 상태 및 행태뿐만 아니라 검진을 통한 비만, 고혈압, 당뇨병 및 고콜레스테롤혈증 유병률, 건강과 관련된 영양 섭취행태, 식생활행태 등을 파악함으로써 건강 상태 영역의 장애/신체 기능, 질병, 주관적 웰빙에 대한 지표를 파악할 수 있으며, 생산된 통계는 OECD, WHO 등 국제기구에 관련 통계를 제공하고 있다. 또한 흡연, 음주, 운동 및 여가활용시간, 영양, 비만상태 등 건강영향요인의 건강행동 및 라이프스타일에 대한 지표도 생산하고 있다.

〈표 3-1〉 국민건강영양조사

통계명 (승인번호)	국민건강영양조사 (11702)	비고
작성기관	보건복지부 질병관리본부 건강영양조사과	
통계분류	지정통계-조사통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 국가 및 시도 단위 통계산출 만성질환 및 관련 위험요인의 시계열 추이 파악 국민건강증진종합계획 정책목표 수립 및 평가, 건강증진 프로그램 개발 등 보건정책 근거자료 제공 	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	국내 일반가구 거주자	
표본수	3개년도 순환표본조사방식으로 576조사구, 11,520가구 (2013-2015)/(연간 192조사구, 3,840가구)	
자료수집방법	면접조사, 검진조사	
작성체계	조사원(설문, 검진 및 계측) → 보건복지부(질병관리본부)	
작성사항	<p><3개부분,37개영역,525항목,646개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 건강설문조사(15개영역, 290항목, 329지표) - 질병이환, 의료이용, 활동제한 및 삶의 질, 손상(사고) 	

	중독), 예방접종 및 건강검진/흡연, 음주, 비만 및 체중조절, 신체활동, 정신건강, 안전의식, 가구조사, 교육 및 경제활동, 여성건강, 구강건강 • 검진조사(14개 영역, 67항목, 120지표) - 비만, 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증, 간질환, 신장질환, 빈혈, 중금속, 결핵, 폐질환, 구강질환, 시력검사, 소음노출, 약력검사 • 영양조사(8개 영역, 168항목, 197지표) - 음식 및 식품섭취내용, 식생활태도, 영양지식, 식이보충제, 식품안전성, 수유현황, 이유보충식, 음식항목별 섭취빈도 및 섭취량 • 인구집단별 세분화	
	대분류	변수명
	인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태, 가구구성
	지리적변수	- 동읍면부
사회경제적변수	교육정도, 소득, 경제활동, 직업, 종사상지위, 주거형태	
통계간행물명	국민건강통계	

2) 지역사회건강조사

「지역사회건강조사」는 국내 일반 가구에 거주하는 가구원 중 만 19세 이상 성인 가구원을 대상으로 건강수준 및 관련 요인 현황을 파악하여 지역보건의료계획 수립 및 평가의 기초자료로 활용하고 있다.

지역사회건강조사는 표본을 보건소단위로 약 900명의 표본(전국기준 약 23만여명)을 추출하여 보건소 및 조건소 관할 동읍면단위에서의 지역건강 및 지역사회건강 수준을 파악하도록 하고 있다. 조사는 매년 수행되며, 주요 문항은 지역건강 및 지역사회의 건강 수준을 파악하기 위해 흡연(43), 음주(8), 안전의식(12), 운동 및 신체활동(10), 식생활(7), 비만 및 체중조절(4), 구강건강(13), 정신건강(5), 예방접종 및 검진(3), 이환(38), 의료이용(2), 사고 및 중독(6), 활동제한 및 삶의 질(11), 보건기관 이용(1), 사회 물리적 환경(16), 개인위생(6), 여성건강(1), 교육 및 경제활동(6), 가구조사(6) 등 약 200여개 문항으로 구성되어 있다.

우리나라의 지역사회에 대한 건강 수준과 정도를 파악하기 위해 일반

국민 중 만 19세 이상 가구원의 개인위생, 흡연 및 음주, 운동실천율, 비만율과 영양섭취 등 건강 상태, 건강 행태 및 라이프스타일, 구강건강, 이환 등의 질병 이환, 의료 및 보건기관 이용, 주관적 건강상태 및 스트레스 인식 정도, 활동 제한 및 삶의 질 등을 종합적으로 파악함으로써 건강 상태 영역의 장애/신체 기능, 질병, 주관적 웰빙, 주관적 웰빙 및 건강행동/라이프스타일에 대한 통계를 보건소 및 동읍면 단위별로 작성하고 있다.

지역사회건강조사에서는 지역사회 단위의 건강상태 및 행동에 대한 질병, 주관적 웰빙, 사회적 건강 및 건강 행동, 인적/경제자본 상태, 환경 상태, 의료기관 이용 행태 등 건강 상태, 건강영향요인 및 보건의료체계 등과 관련된 다양한 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-2〉 지역사회건강조사

통계명 (승인번호)	지역사회건강조사 (11775)	비고
작성기관	보건복지부 질병관리본부 건강영양조사과	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	시·군·구 단위 주민 건강수준 및 관련 요인 현황을 파악하여 지역보건의료계획 수립 및 평가의 기초자료로 활용	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	표본가구 가구원 중 19세 이상 성인	
표본수	19세 이상 성인, 보건소당 평균 900명(전국 227,700명)	
자료수집방법	면접조사	
작성체계	읍·면·동→시·군·구(보건소)→지역거점 대학(소권역 대표대학)→보건복지부(질병관리본부)	
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> 주요 조사내용 <3개부문,37개영역,525항목,646개 지표작성> 기존 168문항에서 198문항으로 문항 추가 흡연(43), 음주(8), 안전의식(12), 운동 및 신체활동(10), 식생활(7), 비만 및 체중조절(4), 구강건강(13), 정신건강(5), 예방접종 및 검진(3), 이환(38), 의료이용(2), 사고 및 중독(6), 활동제한 및 삶의 질(11), 보건기관 이용(1), 사회 물리적 환경(16), 개인위생(6), 여성건강(1), 교육 및 경제활동(6), 가구조사(6) 인구집단별 세분화 	

	대분류	변수명
	인구학적변수	성별, 연령,
	지리적변수	- 시군구, 시도
	사회경제적 변수	교육정도, 결혼여부, 소득, 경제활동, 직업, 종사상지위, 세대유형, 빈곤가구
통계간행물명	지역사회건강통계	

3) 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사

「전국 출산력 및 가족보건복지실태조사」는 국내 일반 가구에 거주하는 가구원 중 만 15~59세의 기혼부인을 대상으로 출산력 변화에 따른 가족관계 및 가족부양 변화양상 파악 및 관련 대책 수립을 위한 자료를 생산할 목적으로 수행되고 있다.

조사는 3년 주기로 수행되며, 주요 문항은 가구부문, 부인조사부문 및 미혼자조사로 구성되어 있는 데, 부인조사는 임신 및 출산, 피임, 모자보건, 가족복지, 가족 가치관 등으로, 미혼자조사는 학력, 직업, 결혼관 등으로 구성되어 있다.

일반 가구에서 출산력 변화에 따른 가족관계 및 가족부양 변화양상을 파악하기 위해 산전수진을, 산후수진을, 시설편만율, 연령별 인공임신중절률, 인공임신중절경험률, 연령별출산율, 가족생활만족도, 배우자만족도, 자녀관계 만족도, 가족부양비 등을 파악함으로써 모자 보건 및 건강, 가족관계 및 변화에 대한 통계를 작성하고 있다.

전국 출산력 및 가족보건복지실태조사에서는 건강프레임워크의 영역 중 모자 보건 및 여성에 대한 건강 상태, 주관적 웰빙, 경제적 상태 및 의료서비스 이용 실태 등에 대한 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-3〉 전국출산력및가족보건복지실태조사

통계명 (승인번호)	전국출산력및가족보건복지실태조사 (33101)	비고
작성기관	한국보건사회연구원 복지서비스연구실	
통계분류	지정통계-조사통계	
작성목적	출산력 변화에 따른 가족관계 및 가족부양 변화양상 파악 및 관련대책 수립을 위한 자료 생산	

60 건강 영역 통계 프레임워크 작성 중간보고서

작성주기	3년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	국내 일반 가구 (출산력 :국내 일반 가구의 15~59세의 기혼부인)									
표본수	표본조사수를 273개 조사구, 조사구 당 가구수는 60가 구로 하여 약 16,380가구를 조사대상 가구로 함									
자료수집방법	직접면접조사(조사원이 직접 방문해 면접/ 어려울 시엔 조사원이 전화로 직접 설문)									
작성체계	조사대상→조사원→한국보건사회연구원									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 주요 조사내용 <ul style="list-style-type: none"> - 가구조사: 가구원 사항, 출생에 관한 사항, 가구에 관 한 사항 등 - 부인조사: 임신 및 출산, 피임, 모자보건, 가족복지, 가족 가치관 등 - 미혼자조사: 학력, 직업, 결혼관 등 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">대분류</th> <th style="width: 70%;">변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령, 혼인상태별</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>- 동읍면부</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>교육정도, 취업여부, 맞벌이여부</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태별	지리적변수	- 동읍면부	사회경제적 변수	교육정도, 취업여부, 맞벌이여부	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태별									
지리적변수	- 동읍면부									
사회경제적 변수	교육정도, 취업여부, 맞벌이여부									
통계간행물명	전국출산력및가족보건복지실태조사									

4) 아동(국민)구강건강실태조사

「아동(국민)구강건강실태조사」는 국민의 구강건강 수준과 구강보건의
식 등을 파악하여 관련정책 및 구강보건사업 우선순위 결정 등에 필요한
기초자료로 활용하기 위해 국내 만 18세 이하의 학력기 청소년 및 아동을
대상으로 수행되고 있다.

조사는 3년 주기로 수행되며, 주요 문항은 구강건강 상태조사지표부문
(유치우식실태, 영구치우식실태, 유치치료필요, 영구치치료필요, 치주조직
건강실태)과 구강건강 의식조사지표(일반사항, 구강건강 인식 및 구강진료
기관 이용실태, 구강보건 의식행태, 기타)로 구성되어 있다.

국내 일반 학력기 청소년 및 아동에 대한 영구치우식 경험률 및 유병
률, 우식 영구치 경험률 및 유치지수 등 구강 건강에 대해 파악하여 만 18

세 이하의 학령기를 고려한 연령대별 구강 건강에 대한 통계를 작성하고 있다.

아동(국민)구강건강실태조사에서는 구강 건강과 관련하여 영구치우식 유병률 등의 질병과 구강보건 의식 행태 등의 건강 상태와 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-4〉 아동구강건강실태조사

통계명 (승인번호)	아동구강건강실태조사 (11751)	비고
작성기관	보건복지부 건강정책국 구강생활건강과	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	국민의 구강건강 수준과 구강보건의식 등을 파악하여 관련정책 및 구강보건사업 우선순위 결정 등에 필요한 기초자료로 활용	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	학령기 학생(5세, 8세, 12세 및 15세의 모든 아동)	
표본수	<ul style="list-style-type: none"> ○ 190개의 조사구, 각 조사구내에서는 4개 조사대상 연령 층별로 30명씩을 조사하므로 각 조사구별로 전체 인원은 120명을 조사 ○ 전국 조사학교수는 760개소(어린이집, 유치원 각 95개, 초등학교, 중학교, 고등학교 각 190개소) 총 조사학생수는 22800명이며, 각 조사연령층별로는 5700명 조사 	
자료수집방법	조사방법 : ○ 구강검사, 설문조사 - 설문조사 : 방문조사 일주일 전 조사대상 기관으로 설문지 발송후 사전 작성요청, 조사당일 미리 작성된 조사지로 구강검진 진행 - 구강검진 : 구강검진 기준은 세계보건기구(WHO)에서 권장하는 기준을 우리나라의 실정에 맞게 사용. 구강검진 조사지침에 따라 구강검진 조사자를 교육하고 훈련시킨 후에, 예비조사를 실시한다. 예비조사결과 나타난 문제점을 보완하여, 구강 검진 조사자가 치경과 치주탐침기를 이용하여 조사자의 사진을 통해 구강검진을 실시	
작성체계	조사원(치대대 교수팀)→보건복지부	
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 주요 조사내용 ○ 구강건강 상태조사지표 <ul style="list-style-type: none"> - 유치우식실태(12개), 영구치우식실태(17개), 유치치료 	

	필요(10개), 영구치치료필요(11개), 치주조직 건강상태(2개) ○ 구강건강 의식조사지표 - 일반사항(4개), 구강건강 인식 및 구강진료기관 이용 실태(3개), 구강보건 의식행태(2개), 기타(9개) • 인구집단별 세분화									
	<table border="1"> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>행정구역, 지역규모</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>해당없음</td> </tr> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	행정구역, 지역규모	사회경제적변수	해당없음	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	행정구역, 지역규모									
사회경제적변수	해당없음									
통계간행물명	국민구강건강실태조사									

5) 전국민 장내기생충감염실태조사

「전국민 장내기생충실태조사」는 우리나라 전국의 장내 기생충 감염 실태 현황을 파악하여 국가기생충관리사업의 방향설정 및 계획수립을 위한 자료를 제공하기 위해 영아(생후 6개월 미만)를 제외한 대한민국에 거주하는 전국민을 대상으로 수행되고 있다.

조사는 5년 주기로 수행되며, 기생충 감염 현황을 파악하여 지역별 기생충 감염현황, 연령별 및 성별 기생충 감염현황, 직업별 및 학력별 기생충 감염현황, 주거형태별 기생충 감염현황에 대한 통계를 작성하고 있다.

전국민 장내기생충실태조사에서는 장내 기생충 감염 현황을 파악하여 유병률, 이환률 및 인수공통감염증 등의 질병 통계를 제공하므로 건강 상태와 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-5〉 전국민장내기생충감염실태조사

통계명 (승인번호)	전국민장내기생충감염실태조사 (11790)	비고
작성기관	보건복지부 국립보건연구원 말라리아기생충과	
통계분류	일반통계·조사통계	
작성목적	우리나라 전국의 장내 기생충 감염 실태 현황을 파악하여 국가기생충관리사업의 방향설정 및 계획수립을 위한 자료로 제공	
작성주기	5년	

조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	영아(생후 6개월 미만)를 제외한 대한민국 거주 전 국민									
표본수	전국 600개 조사구, 9,000가구 내 가구원 25,000여명									
자료수집방법	면접조사									
작성체계	검체(대변)수거 및 설문조사(보건소 및 읍면동 사무소)→검체진단(한국건강관리협회)→보건복지부									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> 주요 조사 및 작성 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 지역별 기생충 감염현황 - 연령별 및 성별 기생충 감염현황 - 직업별 및 학력별 기생충 감염현황 - 주거형태별 기생충 감염현황 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>지역</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>교육수준, 직업 주거형태</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	지역	사회경제적 변수	교육수준, 직업 주거형태	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	지역									
사회경제적 변수	교육수준, 직업 주거형태									
통계간행물명	전국장내기생충 실태조사									

6) 정신질환자실태조사

「정신질환자실태조사」는 주요 정신질환의 유병율을 산출하여 관련 위험요인을 분석하고, 정신질환 유병율의 시간적 추이를 조사하고, 정신질환 이환자의 정신의료서비스 이용도를 파악하기 위해 일반 가구의 가구원 중 만 18세 이상 74세 이하의 가구원을 대상으로 수행되고 있다.

조사는 5년 주기로 수행되며, 주요 문항은 알코올사용장애, 기분장애, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 정신병적 장애 등 주요 정신질환의 유병율 및 관련 요인을 측정하는 문항과 정신의료서비스 이용실태 파악을 위한 문항 등으로 구성되어 있다.

국내 일반 가구의 만 18세 이상 74세 미만에 대한 인터넷/도박 중독, 주요 우울 장애, 니코틴 금단 등 정신분열병 등 정신질환별 유병율과 불안장애, 외상후 스트레스 등 동반이환율에 대한 통계를 작성하고 있다.

정신질환자실태조사에서는 정신 질환과 관련하여 중독, 알코올사용장

에, 정신분열증 등 주요 정신질환의 유병률과 기분장애, 불안 장애, 외상후 스트레스 등 관련 요인 및 동반이환율 등 질병 등의 건강 상태와 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-6〉 정신질환자실태조사

통계명 (승인번호)	정신질환자실태조사 (11750)	비고								
작성기관	보건복지부 건강정책국 정신건강정책과									
통계분류	일반통계·조사통계									
작성목적	-주요 정신질환의 유병율을 산출하고 관련 위험요인 분석 -정신질환 유병율의 시간적 추이 조사 -정신질환 이환자의 정신의료서비스 이용도 조사									
작성주기	5년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	일반 가구의 만 18세 이상 74세 이하의 가구원									
표본수	일반 가구의 만 18세 이상 74세 이하 13,895명									
자료수집방법	면접조사(자계식)									
작성체계	조사원 ->서울대학교 의과대학 ->보건복지부									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> 주요 조사내용 <ul style="list-style-type: none"> 정신질환의 유병율 및 관련요인(알코올사용 장애, 기분장애, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 정신병적 장애 등) 정신의료서비스 이용실태 등 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령, 결혼상태</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>거주지역(도/농)</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>교육수준, 취업상태, 소득수준</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 결혼상태	지리적변수	거주지역(도/농)	사회경제적 변수	교육수준, 취업상태, 소득수준	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령, 결혼상태									
지리적변수	거주지역(도/농)									
사회경제적 변수	교육수준, 취업상태, 소득수준									
통계간행물명	정신질환자실태역학조사									

7) 법정감염병발생보고

「법정감염병발생보고」는 법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수를 파악하여 관련 정책수립 및 예방의 기초자료로 활용하고 있다.

통계는 보고통계로 매년 작성되며, 보고 사항은 의료기관에서 제1군감염병, 제2군감염병, 제3군감염병, 제4군감염병의 감염병환자 및 감염병의 사환자, 병원체보유자수 및 발생건수를 신고한다.

법정감염병발생보고는 의료기관에서 신고한 자료를 이용하여 법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수 등에 대한 통계를 작성하고 있으며, 건강 통계 관련 영역 및 지표로는 법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수 등의 질병과 관련된 지표를 파악할 수 있다.

법정감염병발생보고는 WHO, OIE, OECD에 관련 통계를 국제기구 및 기관에 제공하고 있다.

〈표 3-7〉 법정감염병발생보고

통계명 (승인번호)	법정감염병발생보고 (11752)		비고								
작성기관	보건복지부 질병관리본부 감염병관리과										
통계분류	일반통계-보고통계										
작성목적	법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수를 파악하여 관련 정책수립 및 예방의 기초자료로 활용										
작성주기	1년										
조사범위	전국										
모집단 (보고대상)	개인										
표본수	해당없음										
자료수집방법	전국 법정감염병 발생보고 집계: 감염병웹보고(http://cdc.go.kr/surv)를 통해 수집 및 집계										
작성체계 (보고체계)	병·의원→시·군·구→시·도→보건복지부(질병관리본부)										
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보고항목 <ul style="list-style-type: none"> - 법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>해당없음</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시군구</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>해당없음</td> </tr> </tbody> </table> 		대분류	변수명	인구학적변수	해당없음	지리적변수	시군구	사회경제적 변수	해당없음	
대분류	변수명										
인구학적변수	해당없음										
지리적변수	시군구										
사회경제적 변수	해당없음										
통계간행물명	감염병감시연보										

8) 학생건강검사통계보고

「학생건강검사통계보고」는 어린이집 이상의 고등학생까지 학력기 아동을 대상으로 실시된 학교건강검사통계 결과를 보고하여 작성되는 보고통계이다. 학생건강검사통계의 목적은 학생의 신체발달상황, 질병이환 등 학생건강 실태분석을 통한 체계적이고 신뢰성 있는 학생건강지표 생성으로 과학적 근거기반의 학생건강증진정책 수립·추진하는 데 활용하기 위해 학생들을 대상으로 수행되고 있다.

보고주기는 매년 주기로 수행되며, 주요 보고 항목은 신체발달상황검사(키, 몸무게 등), 건강검진(눈, 귀, 코 및 목, 구강상태 등), 신체능력검사(심폐지구력, 근력근지구력, 유연성, 순발력, 비만 5개 체력요인 5종목) 등 3개 부분으로 구분하여 구성되어 있다. 참고로 「학교건강검사통계」의 주요 검사항목은 신체발달상황(키, 몸무게, 비만도), 건강조사(식생활, 수면 및 신체활동, 개인위생, 안전, 음주·흡연, 가정 및 학교생활, 심리정서, TV시청·인터넷 사용, 상담희망 등 9개 영역), 건강검진(근골격 및 척추, 눈(시력·색각·눈병), 귀(청력·귓병), 콧병, 목병, 피부병, 구강(치아우식·치주질환·부정교합), 혈압, 기관능력(호흡기·순환기·비뇨기·소화기·신경계·기타기관능력), 소변(요단백·요잠혈), 혈액검사(혈당·총콜레스테롤·간기능·혈색소), B형간염항원, 흉부방사선검사 등 13개 영역)으로 구성되어 있다.

본 보고통계를 통해 국내 청소년 중 학교에 재학 중인 학생들에 대한 기본 체격, 질병이환뿐만 아니라 비만을, 건강실천율, 영양 및 식습관 지표 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

학생건강검사통계보고에서는 학교건강검사통계에 대한 결과를 보고통계로 작성하는 통계로 기본적인 건강검진을 통한 질병, 건강 실천율, 영양 섭취 및 비만을 등의 건강 행동/라이프스타일과 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-8〉 학생건강검사통계보고

통계명 (승인번호)	학생건강검사통계보고 (11202)	비고
작성기관	교육부 학교지원국 학생건강총괄과	
통계분류	일반통계-보고통계	
작성목적	학생들의 건강검사를 실시, 분석하여 학생건	

	<p>강지표 생성 및 관련 정책 수립의 기초자료로 활용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 학생건강검사항목의 목적 : 학생 신체발달상황, 질병이환 등 학생건강 실태분석을 통한 체계적이고 신뢰성 있는 학생건강지표 생성으로 과학적 근거기반의 학생건강증진정책 수립 · 추진하는 데 활용 							
작성주기	1년							
조사범위	전국							
모집단 (보고대상)	<p>개인(국내 초·중·고 재학생) (참고) 학교건강검사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신체발달 상황 및 건강조사 : 초·중·고등학교 전학년 - 건강검진 : 초1·4학년, 중·고 1학년 							
표본수	<p>해당없음 (참고) 학교건강검사</p> <p>전국 초·중·고등학교 756개교, 82,581명 대상 표본조사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신체발달 상황 및 건강조사 : 초·중·고등학교 전학년 중 82,581명 - 건강검진 : 초1·4학년, 중·고 1학년 중 27,333명 							
자료수집방법	학교건강검사항목을 통해 수집한 자료를 보고							
작성체계 (보고체계)	<p>조사대상→지역교육청→시도교육청→교육부 (참고) 학교건강검사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신체발달 상황 및 건강조사 → 학교(담당교사) - 건강검진 → 검진기관(병·의원) 							
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보고항목 - 신체발달상황검사 : 키, 몸무게 등 - 건강검진 : 눈, 귀, 코 및 목, 구강상태 등 - 신체능력검사 : 심폐지구력, 근력근지구력, 유연성, 순발력, 비만 5개 체력요인 5종목 • (참고) 학교건강검사의 검사항목 - 신체발달상황 : 키, 몸무게, 비만도 - 건강조사 : 9개 영역 (식생활, 수면 및 신체활동, 개인위생, 안전, 음주·흡연, 가정 및 학교생활, 심리정서, TV 시청·인터넷 사용, 상담희망) - 건강검진 : 13개 영역 (근·골격 및 척추, 눈(시력·색각·눈병), 귀(청력·귓병), 콧병, 목병, 피부병, 구강(치아우식·치주질환·부정교합), 혈압, 기관능력(호흡기·순환기·비뇨기·소화기·신경계·기타 기관능력), 소변(요단백·요잠혈), 혈액검사(혈당·총콜레스테롤·간기능·혈색소), B형간염항원, 흉부방사선검사) • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">대분류</th> <th style="text-align: center;">변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 학교급별, 학년별</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>해당없음</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 학교급별, 학년별	지리적변수	해당없음	
대분류	변수명							
인구학적변수	성별, 학교급별, 학년별							
지리적변수	해당없음							

	사회경제적 변수	해당없음
통계간행물명	교육통계연보	

9) 사회조사

통계청에서 수행하는 「사회조사」는 국내 일반 가구에 거주하는 가구원(약 18~19천가구) 중 만13세 이상 가구원을 대상으로 사회적 관심사항, 삶의 질에 관한 사항 등 사회구성원의 주관적 관심사를 파악하여 사회개발정책의 기초 자료로 제공하고 있다.

사회조사는 가족, 보건, 복지, 교육, 사회참여, 노동, 문화와여가, 소득과소비, 환경, 안전 등 10개 부문을 2년 주기로 5개 부문씩 선정하여 조사를 수행하고 있다. 특히 보건분야를 보면, 흡연, 음주, 유병률, 와병기간, 주관적 건강평가, 스트레스 인식정도 등에 대한 내용을 포함하고 있다.

보건분야의 측정 문항에서 국내 일반 국민 중 만 13세 이상 가구원의 흡연 및 음주 등 건강 상태 및 행태와 주요 질병에 대한 유병률과 와병기간, 주관적 건강상태 및 스트레스 인식 정도를 파악함으로써 건강 상태 및 행동 영역의 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙 및 건강행동/라이프스타일에 대한 지표를 파악할 수 있다.

특히 최근에서 시군구 단위(약 90여개)에서도 시군구단위의 사회조사를 수행하여 시군구 단위의 통계를 작성하고 있으므로 시군구단위에서도 건강 상태 영역의 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙 및 건강 행동에 대한 지표도 파악할 수 있다.

〈표 3-9〉 사회조사

통계명 (승인번호)	사회조사 (10118)	비고
작성기관	통계청 사회통계기획과	
통계분류	지정통계-조사통계	
작성목적	사회적 관심사항, 삶의 질에 관한 사항 등 사회구성원의 주관적 관심사를 파악하여 사회개발정책의 기초 자료로 제공	
작성주기	1년	

조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국에 거주하는 만 13세 이상 모든 가구원									
표본수	18,576가구의 만 13세 이상 가구원 전체									
자료수집방법	면접조사									
작성체계	조사대상→지방통계청→통계청									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 조사항목(가구주, 가구원, 청소년용) <ul style="list-style-type: none"> - 기본항목(성별, 연령, 교육정도 등) - 가족, 보건, 복지, 교육, 사회참여, 노동, 문화와여가, 소득과소비, 환경, 안전 등 10개 부문을 2년 주기로 5개 부문씩 선정하여 조사 - 보건분야 : 흡연, 음주, 유병률, 와병기간, 주관적 건강평가, 스트레스 인식정도 등에 대한 내용 • 인구집단별 세분화 <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령별, 혼인상태</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>광역시도, 동읍면부</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>교육정도, 경제활동, 산업, 직업, 종사상지위, 가구소득</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령별, 혼인상태	지리적변수	광역시도, 동읍면부	사회경제적 변수	교육정도, 경제활동, 산업, 직업, 종사상지위, 가구소득	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령별, 혼인상태									
지리적변수	광역시도, 동읍면부									
사회경제적 변수	교육정도, 경제활동, 산업, 직업, 종사상지위, 가구소득									
통계간행물명	사회조사보고서									

10) 사망원인통계

「사망원인통계」는 국민의 정확한 사망원인 구조를 파악하여 국민복지 및 보건의료 정책 수립을 위한 기초자료를 제공하기 위해 일반 개인을 대상으로 작성되고 있다. 특히, 영아사망, 모성사망, 출생전후기사망의 수준과 특성 및 추세를 파악하여 모자보건정책의 기초 자료를 제공하는 데도 활용하고 있다.

작성주기는 매년 작성되며, 주요 작성 사항은 사망신고서식에 의해 작성되는 데, 사망자 성별, 주민등록번호, 주소, 사망일시, 사망장소, 사망원인, 진단자, 사망종류, 국적, 교육정도, 직업, 혼인상태 등으로 구성되어 있다.

사망원인통계는 가공통계로 국내 개인 기준의 성별, 연령대 등의 인구통계학적 변수 관점에서 질병사인에 대한 통계를 작성하고 있다.

특히, 영아사망, 모성사망, 출생전후기사망 등의 자료를 통해 영아사망 추이와 관련된 통계를 작성하고 있으며, 각종 암, 대사성질환(당뇨병), 순환기계통의 질환(고혈압성, 심장, 뇌혈관 질환), 호흡기계통, 소화기계통의 질환 등의 주요 사망원인별 사망률 추이와 관련된 통계를 작성하고 있다.

사망원인통계에서는 영아사망률, 모성 사망비, 알코올 사망, 악성사망률, 암 및 질병사인별 통계를 작성함으로써 사망에 대한 지표를 파악할 수 있다. 또한 사망원인통계는 WHO에 사망원인별 통계를 국제기구에 제출하고 있다.

〈표 3-10〉 사망원인통계

통계명 (승인 번호)	사망원인통계 (10154)		비고								
작성기관	통계청 인구동향과										
통계분류	지정통계-가공통계										
작성목적	우리국민의 정확한 사망원인 구조를 파악하여 국민복지 및 보건으로 정책 수립을 위한 기초 자료 제공										
작성주기	1년										
조사범위	전국										
모집단 (보고대상)	개인										
표본수	해당없음										
자료수집방법	사망신고서식에 의한 행정 자료										
작성체계	가공분석: 가족관계의 등록등에 관한 법과 통계법에 따라 전국 읍면동에서 신고된 사망신고서로 작성										
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보고항목 <ul style="list-style-type: none"> - 사망신고서식에 의함(사망자 성별, 주민등록번호, 주소, 사망일시, 사망장소, 사망원인, 진단자, 사망종류, 국적, 교육정도, 직업, 혼인상태 등) • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령, 혼인상태</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>광역시도, 시군구</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>직업, 질병사인별</td> </tr> </tbody> </table> 		대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태	지리적변수	광역시도, 시군구	사회경제적 변수	직업, 질병사인별	
대분류	변수명										
인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태										
지리적변수	광역시도, 시군구										
사회경제적 변수	직업, 질병사인별										
통계간행물명	사망원인통계연보										

11) 생명표

「생명표」는 국민의 정확한 사망원인 구조를 파악하여 국민복지 및 보건의료 정책 수립을 위한 기초자료를 제공하기 위해 일반 개인을 대상으로 작성되고 있다. 특히, 영아사망, 모성사망, 출생전후기사망의 수준과 특성 및 추세를 파악하여 모자보건정책의 기초 자료를 제공하는 데도 활용하고 있다.

작성주기는 매년 작성되며, 생명표 작성을 위한 자료수집범위는 생명표 작성 항목에 따라 사망자수 및 주민등록 연앙인구, 유병일수와 주관적 건강상태와 같은 사회조사 결과를 이용하고 있다. 전국 생명표는 성 및 연령별 사망자수, 주민등록연앙인구를 기준으로, 시도별 생명표는 17개 시도별 사망자수, 주민등록연앙인구를 기준으로, 건강수준별 기대여명은 사회조사 결과인 유병일수, 주관적 건강 평가 항목등을 참고하여 작성하고 있다.

생명표는 가공통계로 국내 개인 기준의 성별, 연령대 등의 인구통계학적 변수 관점에서 사망확률, 특정 사인에 의한 사망확률, 사망자수와 생존자 수 및 성별 및 연령별 기대여명과 기대수명, 특정 사인 제거시 증가 기대여명, 건강수준별 기대여명 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

생명표에서는 사망확률, 기대 수명과 기대여명 등의 통계를 작성함으로써 사망에 대한 지표를 파악할 수 있다. 또한 생명표는 UN, OECD, WHO의 국제기구에 관련 통계를 제공하고 있다.

〈표 3-11〉 생명표

통계명 (승인번호)	생명표 (10135)	비고
작성기관	통계청 인구동향과	
통계분류	일반통계-가공통계	
작성목적	현재의 연령별 사망수준이 그대로 지속된다는 가정하에 장래의 기대여명을 산출하여 보건·의료정책수립, 보험료율, 인명피해 보상비 산정의 기초자료 및 장래인구 추계작성, 국가간 경제·사회·보건 수준비교를 위한 기초자료로 활용	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (적용대상)	개인 ○ 전국 생명표 : 성 및 연령별 사망자수, 주민등록연앙	

	인구 ○ 시도별 생명표 : 17개 시도별 사망자수, 주민등록연앙인구 ○ 건강수준별 기대여명 : 사회조사 결과(유병일수, 주관적 건강평가 항목)									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료(사망원인통계, 주민등록연앙인구, 사망자수, 주민등록인구수 등)									
작성체계	기초자료수집→인구동태신고자료보정→연령별 사망률산출→연령별사망확률산출→정지인구산출→생존률산출→총생존자수산출→기대여명산출									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> 작성항목 <ul style="list-style-type: none"> - 연령별 사망확률.기대여명 - 특정사인에 의한 사망확률 - 특정사인 제거시 증가 기대여명 - 건강수준별 기대여명 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령, 출생아</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>광역시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>직업, 건강수준별, 사망원인별</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 출생아	지리적변수	광역시도	사회경제적 변수	직업, 건강수준별, 사망원인별	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령, 출생아									
지리적변수	광역시도									
사회경제적 변수	직업, 건강수준별, 사망원인별									
통계간행물명	생명표									

12) 환자조사

「환자조사」는 전국 의료기관을 대상으로 일정 시점에서의 의료기관 현황과 일정 기간동안에 이들 의료기관을 이용한 환자를 조사하여 국민들의 질병·상해 양상과 의료이용실태를 파악하기 위해 수행되고 있다.

조사는 매년 주기로 수행되며, 주요 문항은 기관설립구분, 가동병상수, 정신과병상, 종사자(상근, 비상근)등의 기관조사표, 방문 사유, 수술분류, 한국표준질병·사인·상병분류(KCD-6, 2011년) 등의 외래조사표, 퇴원율, 외래수진율, 입원일수, 비용 등의 퇴원환자조사표 등 3개 부문으로 구성되어 있다.

환자조사에서는 전국 의료기관을 이용한 입원 및 퇴원 환자의 DB로부터 의료기관을 이용한 환자를 조사하여 성별·연령별·의료기관 종별 및 상

병별 환자수, 수진율, 진료비 지불방법 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

환자조사에서는 암 발병률 등 질환별 발생률의 질병, 입원일수 등으로 인한 장애/신체기능의 건강상태 영역뿐만 아니라 암 선별 검사율, 의료이용횟수, 의사수, 간호사수와 같은 의료서비스의 접근성, 의료비 증가율, 의료비의 의료비 효율성, 암 5년 생존율 등의 효과성, 재수술률 등의 안전성 등 보건의료체계와 관련된 지표를 파악할 수 있다. 또한 환자조사는 OECD에 관련 통계를 제공하고 있다.

〈표 3-12〉 환자조사

통계명 (승인번호)	환자조사 (11730)	비고						
작성기관	보건복지부 기획조정실 정책통계담당관							
통계분류	일반통계-조사통계							
작성목적	전국 의료기관을 대상으로 일정 시점에서의 의료기관 현황과 일정 기간동안에 이들 의료기관을 이용한 환자를 조사하여 국민들의 질병·상해 양상과 의료이용실태를 파악							
작성주기	1년							
조사범위	전국							
모집단 (조사대상)	전국 의료기관 - 병원, 보건의료원, 보건소, 모자보건센터 - 의원, 한방의원, 보건지소, 조산소							
표본수	약 8800개소 - 병원, 보건의료원, 보건소, 모자보건센터 : 전수조사 - 의원, 한방의원, 보건지소, 조산소							
자료수집방법	표본기관의 입원 및 퇴원환자 DB 자료							
작성체계	병·의원→구·시·군→시·도, 한국보건사회연구원 →보건복지부							
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 조사항목 <ul style="list-style-type: none"> - 기관조사표 : 설립구분, 가동병상수, 정신과 병상, 종사자(상근, 비상근) - 외래조사표 : 방문 이유, 초/재진여부, 수술 분류, 한국표준질병·사인/상병분류(KCD-6, 2011년) 등 - 퇴원환자조사표 : 퇴원율, 외래수진율, 입원일수, 비용 등 - 참고 : (외래 및 입원환자 : 1일간, 퇴원환자 : 1개월간) • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>해당없음</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	해당없음	
대분류	변수명							
인구학적변수	성별, 연령							
지리적변수	해당없음							

	사회경제적 변수	의료기간종별, 상병분류별	
통계간행물명	환자조사보고서		

13) 암등록통계

「암등록통계」는 매년 새롭게 발생하여 보고되는 암환자를 대상으로 암등록자료를 수집, 질관리, 분석하여 국가암관리 정책 및 암연구에 중요한 근거 자료가 되는 국가등록통계(암발생, 암생존, 암유병)자료를 체계적으로 제공하기 위함이다.

조사는 매년 주기로 수행되며, 보고 사항은 주민등록번호, 성명, 주소, 직업, 초진연월일, 초진당시 연령, 진단명, 치료방법, 병기분류, 세계표준인구를 이용한 연령표준화발생률, 암유병률, 진단경로, 편측성, 분화도 등으로 구성되어 있다.

암등록통계에서는 새로 발병한 암환자를 파악하여 성별·연령별 등 암발병률, 암생존율, 연령표준화발생률, 5년 암유병자수, 상대생존율 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

암등록통계에서는 발병사인별 암 발병률 등 질환별 발생률의 질병, 입원일수 등으로 인한 장애/신체기능의 건강상태 영역뿐만 아니라 암 선별검사율과 같은 의료서비스의 접근성, 암 5년 생존율의 효과성, 재수술률의 안전성 등 보건의료체계와 관련된 지표를 파악할 수 있다. 또한 암등록통계는 국제암연구소(IARC), 경제협력개발기구(OECD)에 관련 통계를 제공하고 있다.

〈표 3-13〉 암등록통계

통계명 (승인번호)	암등록통계 (11744)	비고
작성기관	보건복지부 보건의료정책실 질병정책과	
통계분류	일반통계·보고통계	
작성목적	암등록통계자료를 수집, 질관리, 분석하여 국가암관리 정책 및 암연구에 중요한 근거 자료가 되는 국가등록통계(암발생, 암생존, 암유병)자료를 체계적으로 제공하기 위함	
작성주기	1년	

조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국 의료기관(병원에서 새롭게 발생한 암환자)									
표본수	해당없음									
자료수집방법	표본기관의 신규 암환자 등록 DB 자료									
작성체계 (보고체계)	의료기관(암환자 등록) → 중앙암등록본부(접수) → 중앙·지역암등록본부(보고 누락자에 대한 의무기록조사, 자료 정제 및 분석) → 중앙암등록본부(취합) → 보건복지부									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보고항목 <ul style="list-style-type: none"> - 주민등록번호, 성명, 주소, 직업, 초진연월일, 초진당시 연령, 진단명, 치료방법, 병기분류, 세계표준인구를 이용한 연령표준화발생률, 암유병률, 진단경로, 편측성, 분화도 등 • 인구집단별 세분화 <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>해당없음</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>암종(24개, 61개), 소아암 기준 암종</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	해당없음	사회경제적변수	암종(24개, 61개), 소아암 기준 암종	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	해당없음									
사회경제적변수	암종(24개, 61개), 소아암 기준 암종									
통계간행물명	국가암등록사업 연례 보고서									

14) 건강검진통계

「건강검진통계」는 보건의료 및 건강보험 정책수립의 기초자료로서 건강검진 사후관리, 질병예방 등 지역보건의료 향상을 위한 국가 정책 방향을 제시하고, -검진별 수검율 파악, 검사항목별 성적 분포 등을 통하여 발전된 건강검진제도를 올바르게 파악하고, 국민 건강증진을 위한 제도 발전에 기여할 목적으로 작성되고 있다.

건강검진통계는 검진기관에서 건강검진정보시스템에 수검자의 정보와 검진 내용 및 결과를 입력한 DB로부터 작성되는 보고통계로 매년 주기로 수행되며, 보고 사항은 문진 자료, 일반건강검진, 암 검진, 생애전환기건강진단, 영유아건강검진, 구강검진 내용과 결과 등의 검진 자료, 검진항목별 성적, 대사증후군 위험요인 분포 현황 관련 검진관련 자료 등으로 구성되어 있다.

건강검진통계에서는 의료기관에서 입력한 수검자 DB를 통해 검진기관, 지역별 성별 검진 대상, 일반건강검진, 암검진, 생애전환기건강진단, 영유아건강검진 수검인원 현황 통계, 검진 판정 결과 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

건강검진통계에서 문진자료를 통한 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 우울감 경험률 등의 주관적 웰빙, 주요 질병의 판정 결과에 따른 질병 등의 건강 상태와 흡연율, 문제 음주율, 운동 실천율, 비만율 및 영양섭취 등의 건강행동/라이프스타일 등과 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-14〉 건강검진통계

통계명 (승인번호)	건강검진통계 (35007)		비고
작성기관	국민건강보험공단 빅데이터운영실		
통계분류	일반통계-보고통계		
작성목적	○ 보건의료 및 건강보험 정책수립의 기초자료로서, 건강검진 사후관리, 질병예방 등 지역보건의료 향상을 위한 국가 정책 방향 제시 ○ 검진별 수검율 파악, 검사항목별 성적 분포 등을 통하여 발전된 건강검진제도를 올바르게 파악하고, 국민 건강증진을 위한 제도 발전에 기여		
작성주기	1년		
조사범위	전국		
모집단 (조사대상)	개인(검진 대상자 : 2014년 기준 16,456,214명)		
표본수	해당없음 - 개인/수검자 : 12,301,581명(2014년 일반건강검진 기준)		
자료수집방법	검진기관 및 공단지사에서 검진 통합정보시스템에 입력한 수검자 DB		
작성체계 (보고체계)	전국 건강검진기관 및 공단 지사(건강검진 통합정보시스템에 자료입력)→공단 정보관리실(데이터 관리)→정책연구원 통계분석팀 데이터 발체 및 작성		
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보고항목 <ul style="list-style-type: none"> - 일반건강검진(16), 암 검진(17), 생애전환기 건강진단(17), 영유아건강검진(4), 구강검진(7), 문진(14), 검진항목별 성적(47), 대사증후군 위험요인 분포현황(6) • 인구집단별 세분화 		
	대분류	변수명	
	인구학적변수	성별, 연령, 생애전환기	
	지리적변수	광역시도, 시군구	

	사회경제적 변수	직역별(직장/지역/공교, 가업자/피부양자), 암종,	
통계간행물명	건강검진통계연보		

15) 한국의료패널조사

「한국의료패널조사」는 보건의료 이용과 비용지출의 수준 및 배분을 추정하고, 의료전달시스템 및 보험체계의 동태적 변화에 대한 데이터베이스를 구축하여, 의료이용 및 의료비에 대한 실증자료를 바탕으로 한 보건의료정책의 수립·시행의 기초자료로 활용하고 있다.

조사는 고정된 표본을 장기 추적하는 패널조사로 매년 주기로 수행되며, 주요 문항은 가구 및 가구원 일반사항, 경제활동, 소득, 의료이용(입원, 응급, 외래), 만성질환, 임신 및 출산, 민간보험, 부가조사부문으로 구분하여 인구사회경제적 특성, 사회보험 및 연금, 민간보험, 건강의식 및 행태, 보건의료 접근성 및 만족도, 의료이용 및 지출(입원/응급/외래/한방/장기요양/의약품/임신 및 출산)부문으로 구성되어 있다.

한국의료패널조사에서는 성별·연령별·경제활동여부별·소득분위별로 구분하여 의료이용 유형별 의료서비스 이용자의 이용건수, 본인부담액, 입원건수, 외래이용건수, 요양비, 만성질환율, 민간보험 가입률 및 금액 등에 대한 통계를 작성하고 있다.

한국의료패널조사에서는 기본적으로 건강의식과 행태를 통해 장애/신체기능, 주관적 웰빙 및 질병의 건강 상태와 흡연률, 비만률 등의 건강행동/라이프스타일 지표뿐만 아니라 의료서비스의 접근성, 효율성, 효과성 및 신뢰와 만족과 관련된 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-15〉 한국의료패널조사

통계명 (승인번호)	한국의료패널조사 (92012)		비고
작성기관	한국보건사회연구원 통계정보연구실		
통계분류	일반통계-조사통계		
작성목적	보건의료 이용과 비용지출의 수준 및 배분을 추정하고, 의료전달시스템 및 보험체계의 동태적 변화에 대한 데이터베이스를 구축하여, 의료이용 및 의료비에 대한 실증자료를 바탕으로		

78 건강 영역 통계 프레임워크 작성 중간보고서

	으로 한 보건의료정책의 수립·시행									
작성주기	1년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국 일반 가구 및 가구원									
표본수(패널)	약 7,000~8,000 패널 가구 (예비조사 2,000가구 포함)									
자료수집방법	면접조사									
작성체계	조사원교육(연구원 원내) → 7개 조사팀(지도원급) 순회조사 → 한국보건사회연구원									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 조사항목 <ul style="list-style-type: none"> - 인구사회경제적 특성(22항목) - 사회보험 및 연금(6항목) - 민간보험(14항목) - 건강의식 및 행태(47항목) - 보건의료 접근성 및 만족도(27항목) - 의료이용 및 지출(입원: 20항목/ 응급: 14항목/ 외래: 40항목/ 한방: 31항목/ 장기요양:40항목/ 의약품:16항목/ 임신및출산: 16항목) - 가구 및 가구원 일반사항, 경제활동, 소득, 의료이용(입원, 응급, 외래), 만성질환, 임신 및 출산, 민간보험, - 부가조사 : 매년 설계 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령, 혼인상태</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>광역시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>거주형태, 학력, 경제활동여부, 주택소유형태, 의료보장형태, 민간의료보험가입여부</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태	지리적변수	광역시도	사회경제적 변수	거주형태, 학력, 경제활동여부, 주택소유형태, 의료보장형태, 민간의료보험가입여부	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태									
지리적변수	광역시도									
사회경제적 변수	거주형태, 학력, 경제활동여부, 주택소유형태, 의료보장형태, 민간의료보험가입여부									
통계간행물명	한국의료패널조사보고서									

16) 흡연실태조사

「흡연실태조사」는 국내 만 19세 이상의 성인에 대한 흡연실태 및 흡연 예방환경 조성 등의 의견을 수렴하여 체계적인 국가 금연 정책 전략 수립을 위한 기초 자료로 활용하기 위해 수행되었으나 2011년 통계 작성이 중지된 상황으로 현재는 국민건강영양조사와 통합한 상황이다.

조사는 만 19세 이상 성인을 대상으로 반기마다 수행되었으며, 전화조

사로 자료를 수집하는 데 주요 문항은 흡연여부, 흡연동기, 최초 흡연 연령, 규칙적 흡연 연령, 금연시도 및 이유, 금연 실패 이유, 향후 금연 계획, 간접흡연 경험, 금연정책, 담배가격, 전자담배 인식 등으로 구성되어 있었다.

흡연실태조사에서는 성별·연령별 흡연율, 최초 흡연 시기, 금연 정책 평가, 전자담배 인식 등에 대한 통계를 작성하고 있었으며, 흡연실태조사에서는 흡연과 관련된 건강행동/라이프스타일 지표를 파악할 수 있었다.

〈표 3-16〉 흡연실태조사

통계명 (승인번호)	흡연실태조사(11759, 2011.12.8 작성 중지)	비고								
작성기관	보건복지부 건강정책국 건강증진과									
통계분류	일반통계·조사통계									
작성목적	국내 성인에 대한 흡연실태 및 흡연예방환경 조성 등의 의견을 수렴하여 체계적인 국가 금연 정책 전략 수립을 위한 기초 자료로 활용									
작성주기	반기									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	국내 만 19세 이상의 성인									
표본수	3,000명(2011년 기준)/1500명(2007년, 성인기준)	청소년 제외(2010년)								
자료수집방법	전화조사									
작성체계	외부용역기관→ 보건복지부									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 조사항목 <ul style="list-style-type: none"> - 흡연율, 흡연동기, 최초 흡연 연령, 규칙적 흡연 연령, 금연시도 및 이유, 금연 실패 이유, 향후 금연 계획, 간접흡연 경험, 금연정책, 담배가격, 전자담배 인식 등 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>광역시도, 지역규모</td> </tr> <tr> <td>사회경제적 변수</td> <td>학력, 직업, 가구소득 흡연여부</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	광역시도, 지역규모	사회경제적 변수	학력, 직업, 가구소득 흡연여부	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	광역시도, 지역규모									
사회경제적 변수	학력, 직업, 가구소득 흡연여부									
통계간행물명	성인 흡연실태 조사보고서(2011년)									

17) 자살실태조사

「자살실태조사」는 자살예방을 위한 서비스 욕구와 수요를 파악하고 자료에 근거기반한 자살예방정책 수립에 활용하고 있다.

조사는 의료기관을 방문한 자살시도자(전수조사) 및 국내 만 19세 이상 75세미만의 성인(표본조사)을 대상으로 5년마다 작성되며, 면접조사로 자료를 수집하는 데 주요 문항은 의료기관 방문 자살시도자 실태조사는 응급실내원정보, 의학적병력정보, 자살시도 과거력, 현재자살시도 상황 평가, 자살평가, 자살의도검사, 정신과적 평가 및 조치, 응급진료결과, 인구학적 특성 등이고, 자살에 대한 국민 인식조사는 자살에 대한 의견, 대상자 생활관련, 미디어관련, 기본 인구학적 정보 등으로 구성되어 있다.

자살실태조사에서는 자살시도자실태조사는 심리적부검, 성별·연령별·결혼상태별·교육수준별·소득별·지역별 자살률, 자살 기도 방법, 자살사망자의 의료이용행태, 자살 1년전 진료과별 의료 이용 행태 및 의료합 총합, 우울증 관련 약물 이용행태, 암진단 후 자살률 및 자살위험도 등에 대한 통계를 작성하고, 국민의식조사에서는 자살에 대한 인식 및 태도, 자살 생각여부 등에 대한 통계를 작성하고 있다. 자살실태조사에서는 자살률을 통해 건강위험인식영역과 관련된 사회적 건강 지표를 파악할 수 있다.

〈표 3-17〉 자살실태조사

통계명 (승인번호)	자살실태조사(11794)	비고
작성기관	보건복지부 건강정책국 건강증진과	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	자살예방을 위한 서비스 욕구와 수요를 파악하고 근거기반 자살예방정책 수립에 활용	
작성주기	5년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 응급의료 기관 방문 자살시도자 및 국내 일반 가구의 만 19세부터 75세 이하의 성인	
표본수	<ul style="list-style-type: none"> ○ 전국 응급의료기관 방문 자살시도자 실태조사(전수): 약 1,500명 ○ 자살에 대한 국민인식조사(표본): 만 19세부터 75세 이하의 성인 1,500명 	

자료수집방법	면접조사									
작성체계	외부용역기관→ 보건복지부									
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> • 조사항목 <ul style="list-style-type: none"> ○ 의료기관 방문 자살시도자 실태조사 <ul style="list-style-type: none"> - 응급실내원정보, 의학적병력정보, 자살시도 과거력, 현재자살시도 상황 평가, 자살평가, 자살의도검사, 정신과적 평가 및 조치, 응급진료결과, 인구학적 특성 등 ○ 자살에 대한 국민 인식조사 <ul style="list-style-type: none"> - 자살에 대한 의견, 대상자 생활관련, 미디어관련, 기본 인구학적 정보 등 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">대분류</th> <th style="text-align: center;">변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">인구학적변수</td> <td style="text-align: center;">성별, 연령, 혼인상태, 종교</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">지리적변수</td> <td style="text-align: center;">도농</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">사회경제적 변수</td> <td style="text-align: center;">최종학력, 거주형태, 자살생각유무</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태, 종교	지리적변수	도농	사회경제적 변수	최종학력, 거주형태, 자살생각유무	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령, 혼인상태, 종교									
지리적변수	도농									
사회경제적 변수	최종학력, 거주형태, 자살생각유무									
통계간행물명	자살실태조사(2013년)									

나. 건강통계 프레임워크의 지표별 작성 현황

건강통계영역의 통계를 작성하는 많은 국가승인통계의 조사 및 통계 작성 목적은 상이하지만 건강통계 프레임워크의 건강상태, 건강영향요인 및 보건의료체계의 3개 영역에 대한 하위지표의 주요 지표와 관련된 통계를 작성해 제공하고 있다. 이에 본 절에서는 국가승인통계별로 사망, 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙, 건강위험인식 및 사회적 건강 등의 영역을 포괄하는 건강상태영역과 관련된 세부 지표 관점에서 통계 작성 현황을 요약해 보고자 한다.

「국민건강영양조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 장애/신체기능영역의 지표로는 활동제한율, 손상(사고 및 중독)을, 질병영역의 지표로는 고혈압, 당뇨병, 천식, 아토피피부염 등의 유병률을, 주관적웰빙 및 정신건강영역으로는 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 우울

감 경험률 등의 통계를 작성하고 있다.

「지역사회건강조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 질병과 주관적 웰빙에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 질병 영역의 지표로는 고혈압과 당뇨의 발생률을, 주관적웰빙 및 정신건강영역으로는 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 우울감 경험률 등의 통계를 작성하고 있다.

「전국 출산력 및 가족보건복지실태조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 질병에 대한 통계를 작성하고 있다. 참고로 건강상태의 사망영역에 대한 보조 지표인 출생관련 지표를 확인할 수 있다. 건강상태의 질병영역의 지표로는 인공임신중절을, 난임경험률 등의 통계를, 주관적웰빙영역의 지표로는 모자 보건 및 여성에 대한 건강 상태 관련 통계를 작성하고 있다. 건강상태영역의 기본적인 영역인 출생에 대한 출생아율, 모유수유율 등의 지표에 대한 통계를 작성하고 있다.

「아동(국민)구강건강실태조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 질병, 주관적 웰빙에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 질병영역의 지표로는 치통경험률과 치은출혈률을, 주관적웰빙 및 정신건강영역으로는 주관적 구강건강상태 등의 통계를 작성하고 있다.

<표 3-18> 승인통계별 건강통계프레임워크 작성 지표 현황

승인 통계	하위지표	공표통계목록	작성방법
국민건강영양조사	장애/신체기능	활동제한율 손상 (사고 및 중독)	조사통계
	질병	천식 유병률 아토피피부염 유병률 고혈압 유병률 당뇨 유병률	
	주관적 웰빙 (정신건강)	주관적 건강상태	
		스트레스인지율	

		우울감 경험률	
지역사회건강조사	질병	고혈압 발생률 당뇨 발생률	조사통계
	주관적 웰빙 (정신건강)	주관적 건강상태	
		스트레스 인지율 우울감 경험률	
전국출산력및가족 보건복지실태조사	질병	인공임신중절을 난임경험률	조사통계
아동구강건강실태 조사	질병	치통경험률 치은출혈률	조사통계
	주관적 웰빙	주관적 구강 건강상태	
전국민장내기생충 감염실태조사	질병	기생충질환 유병률 (회충,요충,구충,편충,간흡충, 장흡충,폐흡충,참굴,큰입흡 충,광절열두조충,유/무구조 충,동양모양선충)	조사통계
정신질환자실태조 사	질병	정신질환 유병률	조사통계
법정감염병발생보 고	질병	결핵발생률	보고통계
학생건강검사통계 보고	주관적 웰빙 (정신건강)	무기력과 우울감 경험률	보고통계
사회조사	장애/신체기능	와병일수(=유병일수)	조사통계
	주관적 웰빙 (정신건강)	주관적 건강상태	
		스트레스인지율	
사망원인통계	사망	영아사망률, 모성사망률 암 사망률, 순환기계통질환사망률 (고혈압성,심장,뇌혈관질환)	가공통계
영아모성사망조사	사망	영아사망률 모성사망률	조사통계
생명표	사망	기대수명, 기대여명 건강수준별기대여명	가공통계
환자조사	장애/신체기능	병상입원일수	조사통계
암등록통계	사망	암사망률	보고통계
	질병	암유병률	
건강검진통계	질병	암발생률	보고통계
한국의료패널조사	장애/신체기능	와병률 활동제한율	조사통계
	주관적 웰빙 (정신건강)	주관적 건강상태	
		우울감 경험률	
자살실태조사	건강위험인식	자살시도률	조사통계

	(사회적 건강)		
--	----------	--	--

「전국민장내기생충감염실태조사」는 건강상태의 질병영역에 대한 지표로 기생충질환(회충, 요충, 구충, 편충 등 12종) 유병률의 통계를 작성하고 있으며, 「정신질환자조사」는 건강상태의 질병영역에 대한 지표로 알코올사용장애, 기분장애, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 정신병적 장애 등 주요 정신질환 유병률과 기분장애, 불안 장애, 외상후스트레스 등 관련 요인을 이용한 동반이환율 및 건강상태관련 통계를 작성하고 있다.

「법정감염병발생보고」에서는 건강상태의 질병영역에 대한 지표를 작성하고 있다. 법정감염병보고는 보고통계로 작성되는 데, 의료기관에서 신고한 자료를 이용하여 법정감염병 종류별 발생건수 및 사망자수 등의 통계를 작성하고 있다.

「학생건강검진통계보고」는 표본조사로 수행된 학생건강검진통계 결과에 대한 보고통계로 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 질병과 주관적 웰빙(정신건강)에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태의 주관적웰빙(정신건강)의 지표로는 무기력과 우울감 경험률 등의 통계를 작성하고 있다.

「사회조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 장애/신체기능과 주관적 웰빙에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 장애/신체기능의 지표로는 와병일수(유병일수)를, 주관적웰빙 및 정신건강영역에는 주관적 건강상태, 수면시간, 스트레스 인지율 등의 통계를 작성하고 있다.

「사망원인통계」와 「영아모성사망조사」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 건강상태의 사망과 사회적 건강영역에 대한 통계를 작성하고 있다. 사망원인통계에서 작성되는 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 사망의 지표로는 영아사망

를, 모성사망률, 암사망률, 순환기계통질환 사망률을, 사회적 건강의 지표로는 저체중아출생률 등의 통계를 작성하고 있다. 영아모성사망조사에서는 영아사망률, 모성사망률의 사망영역의 지표를 작성하고 있다.

「생명표」는 건강상태의 사망에 대한 지표로 기대수명, 기대여명, 건강수준별 기대여명 등의 통계를 작성하고 있다.

「암등록통계」는 새로 등록된 암환자를 등록DB를 이용하여 건강상태의 사망과 질병 관련 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 사망의 지표로는 질환별 암사망률을, 질병영역의 지표로는 암 유병률과 발생률 등의 통계를 작성하고 있다.

「건강검진통계」에서 작성되는 지표를 건강프레임워크의 영역 및 지표관점에서 살펴보면, 검진기관에서 검진한 수검자 DB를 이용하여 건강상태의 질병과 주관적 웰빙에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태의 질병 지표로는 암발생률 등의 고혈압과 당뇨의 발생률을, 주관적웰빙 및 정신건강영역으로는 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 우울감 경험률 등의 통계를 작성하고 있다.

「한국의료패널조사」는 패널을 추적하여 건강 관련한 통계를 종단적으로 작성하여 시계열 변화등의 차이를 파악하도록 제공되는 조사로 건강상태의 장애/신체기능과 주관적 웰빙(정신건강)에 대한 통계를 작성하고 있다. 건강상태에 대한 하위영역별 지표 현황을 보면, 장애/신체기능 지표로는 와병률과 활동제한율을, 주관적웰빙 및 정신건강영역으로는 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 우울감 경험률 등의 통계를 작성하고 있다.

「흡연실태조사」, 「자살실태조사」 및 「사회통합실태조사」에서는 건강상태의 사회적 건강과 주관적 웰빙(정신건강)에 대한 통계를 작성하고 있다. 자살실태조사에서 건강상태의 사회적 건강 지표로 자살시도률, 자살률 등의 통계를 작성하고 있다.

다. 건강통계 프레임워크의 건강상태 지표별 국가승인통계 현황

본 절에서는 지금까지 살펴본 국가승인통계와 건강 상태의 사망, 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙 및 정신건강, 건강위험인식(사회적 건강 포함) 등의 하위영역의 세부 지표로 작성되는 통계 관점에서 작성되는 국가승인통계 현황을 살펴보고자 한다. 건강영역 통계의 세부 지표에 대한 작성 및 포괄 범위 등에 대한 검토를 통해 통계의 중복성, 대표 통계 선정, 신규통계의 개발 등 향후 건강통계에 대한 프레임워크 작성 및 통계 품질 제고에 도움을 줄 것으로 기대한다.

1) 지표별 국가승인통계작성 현황

첫번째로, 건강 상태의 사망, 장애/신체기능, 질병, 주관적 웰빙 및 정신건강, 사회적 건강 등의 하위영역에 대한 세부 지표별 작성 통계의 목록과 승인통계를 비교해 보면,

1) 사망 지표 중 영아사망률과 모성사망률은 사망원인통계와 영아모성 사망조사에서, 암사망률은 사망원인통계와 암등록통계에서 작성되고 있다.

2) 장애/신체기능 지표 중 활동제한율은 국민건강영양조사와 한국의료패널조사에서 작성되고 있다.

3) 질병 지표 중 암유병률과 발생율은 암등록통계와 건강검진통계, 고혈압과 당뇨의 유병률과 발생율은 국민건강영양조사와 지역사회건강조사에서 작성되고 있다.

4) 주관적 웰빙 지표 중 주관적 건강상태는 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 사회조사, 한국의료패널조사 등에서 작성되고 있으며, 스트레스인지율은 국민건강영양조사, 지역사회건강조사와 사회조사, 우울감 경험률은 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국의료패널조사, 학생건강검진통계보고 등에서 작성되고 있다.

5) 건강위험인식에 포함되는 사회적 건강 지표의 자살시도률은 자살실태조사에서 작성되고 있다. 그러나 사회적 건강 영역의 지표로 검토되는

질병공포감 및 건강 불평등 등과 관련된 통계는 국가승인통계에서 작성되는 지표가 많지 않음을 확인했으며, 향후 건강프레임워크를 통해 신규 개발이 필요한 통계로 사회적 건강에 대한 지표를 보여주는 통계 작성이 필요하다.

<표 3-19> 건강상태 영역의 지표별 국가승인통계 현황

중분류	하위지표	승인통계	작성방법	작성 주기	공표통계목록	
건강상태	사망	사망원인통계	가공통계	1년	영아사망률	
		영아모성사망조사	조사통계	2년		
		사망원인통계	가공통계	1년	모성사망률	
		영아모성사망	조사통계	2년		
		사망원인통계조사	가공통계	1년	암사망률	
		암등록통계	보고통계	1년		
	장애/신체기능	국민건강영양조사	조사통계	1년	활동제한율	
		한국의료패널조사	조사통계	1년		
	질병	암등록통계	보고통계	1년	암유병률	
		건강검진통계	보고통계	1년	암발생률	
		국민건강영양조사	조사통계	1년	고혈압유병률	
		지역사회건강조사	조사통계	1년	고혈압발생률	
		국민건강영양조사	조사통계	1년	당뇨유병률	
		지역사회건강조사	조사통계	1년	당뇨발생률	
	주관적웰빙	국민건강영양조사	조사통계	1년	주관적 건강상태 (정신건강)	
		사회조사	조사통계	1년		
		한국의료패널조사	조사통계	1년		
		지역사회건강조사	조사통계	1년		
		국민건강영양조사	조사통계	1년	수면시간	
		사회조사	조사통계	1년		
		국민건강영양조사	조사통계	1년	스트레스인지 율	
		사회조사	조사통계	1년		
		지역사회건강조사	조사통계	1년		
		국민건강영양조사	조사통계	1년	우울감 경험률	
한국의료패널조사		조사통계	1년			
사회통합실태조사		조사통계	1년			
지역사회건강조사	조사통계	1년				
학생건강검사통계 보고	보고통계	1년				

	건강위험인식 (사회적건강)	자살실태조사	보고통계	5년	자살시도률
--	-------------------	--------	------	----	-------

2) 건강프레임워크 작성을 위한 영역별 작성 현황

먼저, 건강프레임워크 작성을 위한 건강영역의 하위영역별 작성 현황을 요약해 살펴보고자 한다. 본 과정을 통해 건강프레임워크의 영역별 작성 비중 및 현황을 살펴볼 수 있으며, 건강프레임워크에서 건강상태 중 통계 작성이 미흡한 영역의 탐색을 통해 개발이 요구되는 영역 및 새로운 신규 통계의 작성을 확인할 수 있을 것이다.

첫째, 현재 작성된 건강 영역의 통계를 살펴보면, 건강상태의 질병, 주관적 웰빙(정신건강 포함)이 가장 많음을 확인할 수 있다. 기본적으로 질병의 종류가 다양하고, 웰빙에 대한 관심이 높기 때문이지만 건강 프레임워크의 평가 및 체계를 위한 기본 요소이기 때문이기도 하다. 주요 질병의 이환 및 유병률, 주관적 건강상태, 우울증 및 정신건강 등의 주관적 웰빙에 대한 지표가 다양하게 작성되고 있다. 하지만 자아효능감, 삶의 만족도 등 일부 지표에 대한 통계는 충분하지 않은 것으로 나타났다.

둘째, 장애 및 신체기능은 사회적 혹은 질병 관점에서 작성되고 있음을 확인할 수 있다. 종합적인 장애일 수 등의 활동 제한에 대한 지표는 작성되지만 유형별 장애율 등에 대한 지표는 충분하지 않은 것으로 나타났다.

셋째, 사망은 행정자료 기반의 보고 및 가공통계로 주로 작성되고 있음을 알 수 있다. 주요 질병의 사망률, 생명표를 통한 기대여명 등의 통계는 작성되고 있지만 건강수명 혹은 완화의료에 대한 통계 작성은 미흡한 것으로 나타났다.

넷째, 감염병에 대한 인식분만 아니라 자살률과 같은 사회적 건강을 포함하는 건강위험인식에 대한 지표 작성은 매우 미흡한 것으로 나타났다.

다. 기본적으로 현재 작성되는 국가승인통계에서는 감염 및 비감염에 의한 위험인식관련 지표를 확인할 수 없었다. 하지만 자살률, 생활안전 등과 같은 사회적 건강에 대한 지표는 일부 조사에서 확인할 수 있는 정도이다. 향후 건강프레임워크 영역의 통계 생산이 건강위험인식을 나타낼 수 있는 통계 작성이 필요하다고 생각된다.

< 표 3-20 > 승인통계별 건강프레임워크의 작성 현황

승인통계	건강상태				
	사망	질병	장애/ 신체 기능	주관적 웰빙	건강 위험인식
국민건강영양조사		○	○	○	
지역사회건강조사		○		○	
전국출산력및가족보건복지 실태조사		○			
아동구강건강실태조사		○		○	
전국민장내기생충감염실태 조사					
정신질환자실태조사		○			
법정감염병발생보고		○			
학생건강검사통계보고				○	
사회조사			○	○	
사망원인통계	○				
영아모성사망조사	○				
생명표	○				
환자조사			○		
암등록통계	○	○			
건강검진통계		○			
한국의료패널조사			○	○	
흡연실태조사					
자살실태조사					○

2. 보건의료체계 통계 작성 현황

가. 개요

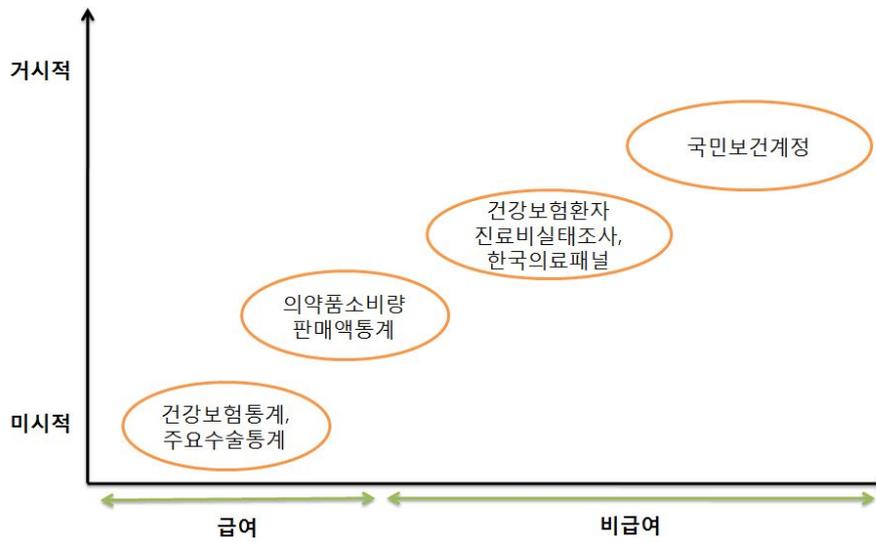
국가 건강통계의 개념적 틀(frame)에서는 국민의 건강상태를 개선하여 삶의 질 향상을 목표로 한다. 이를 위해 외국에서는 보건의료체계의 성과를 측정하고 있으며, 이때 성과는 투입(input), 산출(output), 결과(outcome) 측면으로 구성할 수 있다. 이 장에서는 본 연구에서 개발한 건강통계의 개념적 틀에 따라 우리나라의 보건의료체계를 평가할 수 있는 국가승인통계 현황을 분석한다. 보건의료체계의 개념적 틀에 따라 접근성, 효율성, 안전성, 만족도, 효과성으로 구분한 관련 국가승인통계는 그림과 같다.

보건의료체계 개념적 틀							
		input		output		outcome	
	국가승인통계	접근성		효율성	안전성	만족도	효과성
		의료자원	의료이용	의료비			
1	보건소 및 보건지소 운영현황	○					
2	국민보건의료실태조사	○	○				
3	전국예방접종률조사		○				
4	건강보험통계	○	○	○			
5	노인장기요양보험통계	○	○	○			
6	지역별의료이용통계		○	○			
7	응급의료현황통계	○	○				
8	주요수술통계		○	○			
9	급여의약품청구현황		○	○			
10	의약품소비량 판매액 통계		○	○			
11	한방의료이용 및 한약소비실태조		○				

사						
12	산재보험통계		○	○		
13	한국의료패널		○	○		
14	건강보험환자 진료비실태조사			○		
15	국민보건계정			○		
16	의료기관별 급여적정성평가 현황				○	○

<그림 3-1> 개념들에 따른 보건의료체계 관련 통계현황

우리나라의 의료비 통계는 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 등에서 산출되고 있다. 각 기관으로부터 산출되는 의료비는 분석 단위(개인별, 가구별, 질병별)와 포괄범위(급여서비스, 비급여서비스)에서 차이가 있다.



<그림 3-2> 분석단위와 포괄범위에 따른 의료비 통계현황

나. 보건의료체계 통계 현황

1) 보건소 및 보건지소 운영현황

보건복지부는 지역보건법에 의해 설립 운영되는 보건기관(보건소, 보건의료기관, 보건지소, 보건진료소)의 각종 현황을 파악하여 이들의 시설을 보완하고, 전문인력의 수급계획을 수립하는데 필요한 기초자료를 마련하고자 「보건소 및 보건지소 운영 현황」에 대한 확인을 하고 있다. 건강보험제도의 확대와 함께 보건소의 역할이 강조되면서 1981년부터 보고방식에 의해서 시작되었으며, 1년을 주기로 자료가 축적되고 있다. 보고는 주로 인력에 초점을 두고 있는데, 2012년에 들어서면서 인력의 구성을 남자와 여자로 구분하고, 의사의 직분을 의무직, 계약직, 공중보건 의사로 구분하여 내용을 세분화 하였다.

우리나라에 의료제도가 기틀을 잡아가던 시절, 보건소는 국민들에게 치료서비스를 제공하며 국민의 건강을 향상시키는데 큰 기여를 하였다. 하지만 점차 의료 인프라가 갖춰지고, 의원과 병원이 늘어가면서 의료기관에 대한 물리적 접근성이 개선되었고, 결과적으로 치료영역에서 보건기관의 역할은 축소되었다. 하지만 아직까지도 오백지, 의료취약지 등에서 보건소의 활동이 매우 중요하다.

보건기관의 주요한 역할을 공중보건서비스의 제공이다. 예방활동을 통해 지역사회주민의 건강을 관리하는 것의 중요성에 대해서는 누구나 공감할 것이다. 이에 더하여, 보건기관은 의료서비스의 제공이 이루어지는 최전선에서 의료기관, 지역주민들과 밀접한 접촉을 하면서 이들의 수요와 필요(need)를 파악하는데 많은 역할을 하고 있다.

보건소를 중심으로 한 보건기관들이 재원의 규모 측면에서는 크지 않지만, 의료제도 내에서의 역할은 상당하다. 이들이 충분한 역할을 할 수 있도록 정부의 지속적인 관심이 필요하며, 이것의 일환으로 현황을 파악하는 것이 우선시 되어야 한다.

〈표 3-21〉 보건소 및 보건지소 운영현황

통계명 (승인번호)	보건소 및 보건지소 운영현황(11719)	비고								
작성기관	보건소(보건의료원 포함), 보건지소, 보건진료소									
통계분류	일반통계-보고통계									
작성목적	• 보건기관의 시설 개선과 인력 수급계획의 수립을 위한 현황 파악									
작성주기	1년									
조사범위	전국	전국, 시도								
모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	자기기입식 보고									
작성체계	• 보건기관 → 시도 → 보건복지부									
작성사항	<2개 부문, 개 지표작성> • 보건기관 개수 • 보건기관 인력 현황(면허 및 자격, 종류, 직렬별) • 인구집단별 세분화 <table border="1" data-bbox="539 1211 1027 1332"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td></td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수		지리적변수	시도	사회경제적변수		
대분류	변수명									
인구학적변수										
지리적변수	시도									
사회경제적변수										
통계간행물명	보건복지통계연보									

2) 국민보건의료실태조사

지역보건의료계획수립을 위한 기초자료로 활용되고 있는 「국민보건 의료실태조사」는 지방자치단체가 능동적인 지역보건의료계획 및 보건 정책을 수립할 수 있고, OECD 등 국제기구의 보건자원과 의료이용 관련 통계요구 자료를 제시하기 위한 목적에서 5년마다 생산하는 통계이다.

한국보건사회연구원에 의해 조사 방식으로 작성되고 있다. 전국의 지역별 보건의료 자원 현황을 조사하기 위해 보건소가 관할지역의 보건의

료기관에게 조사 내용을 우편으로 설명하고, 조사대상 보건의료기관에서 인력, 시설, 장비현황을 자기기입방법으로 웹(web)⁹⁾에 작성한다. 이때 조사결과의 정확성과 신뢰성을 확보하기 위해 전체 조사기관의 10% 의료기관을 전화 또는 방문하여 확인하고 있다. 의료이용 현황은 건강보험공단의 의료이용 자료를 사용하여 층화계통추출법으로 전국민 중 2%를 표본으로 추출하여 의료이용 환자수, 입원일수, 방문횟수, 총 진료비, 자가지역 보건의료기관 이용현황 등을 분석한다.

국민보건의료실태조사는 우리나라 전국의 의료자원인 의료기관수, 의료기관의 설립형태(국공립, 학교법인, 사단법인, 재단법인 등), 병상수, 보건의료인력, 고가장비¹⁰⁾ 현황을 파악할 수 있다. 그리고 16개 시도별 의료이용률, 자가지역 의료기관 이용 비율 현황 등을 파악할 수 있다. 이를 통해 간헐적이긴 하나 의료의 접근성 파악이 가능한 보건통계이다.

〈표 3-22〉 국민보건의료실태조사

통계명 (승인번호)	국민보건의료실태조사()	비고
작성기관	보건복지부, 보건사회연구원	
통계분류	일반통계·조사통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 지역의 의료자원 및 의료이용 관련 신뢰성 있는 통계자료 산출하여 지역보건의료계획 수립에 활용 국제기구의 보건의료자원과 의료이용 관련 통계 요구자료 제공 	
작성주기	5년	
조사범위	전국	전국, 시도
모집단 (조사대상)	전국 의료기관, 전국민	
표본수	전국민의 2%(2011년 기준 명)	
자료수집방법	행정자료 분석	
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 보건소에서 조사대상 의료기관 공지 → 의료기관 Web 기입 → 한국보건사회연구원 분석 → 보건복지부 	

9) 보건의료자원조사관리 시스템(www.hrsic.go.kr)

10) 전산화단층촬영장치(CT), 자기공명영상촬영장치(MRI), 체외충격파쇄석기(ES지), 방사선 치료장비(Radiation Therapy Equipment), 유방촬영장치, 감마카메라(Gamma Camera), 양전자단층촬영기(PET), 혈관조영장치(ANGIO)

작성사항	<2개 부문, 7개 영역, 182개 지표작성> • 의료자원 - 의료기관수, 보건의료인력, 고가의료장비 현황 • 의료이용 - 의료이용률, 입원일수, 방문횟수, 총진료비 현황 • 인구집단별 세분화								
	<table border="1"> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>보험료 수준, 의료보장유형</td> </tr> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	시도	사회경제적변수	보험료 수준, 의료보장유형
대분류	변수명								
인구학적변수	성별, 연령								
지리적변수	시도								
사회경제적변수	보험료 수준, 의료보장유형								
통계간행물명	건강보험통계연보								

3) 전국예방접종률조사

국가 예방접종 사업의 개선을 위한 기초자료로 활용되는 「전국 예방접종률 조사」는 국가 예방접종률 현황을 파악할 있다. 만3세 국가예방접종률과 시리즈별 완전접종률을 매 2년마다 조사하고 있다. 2015년 이전에는 위탁용역을 통해 일부 표본을 선정하여 조사하는 조사통계였으나, 2015년부터는 예방접종 의료기관에서 ‘예방접종 등록관리 정보관리 시스템’에 직접 작성하는 것으로 변경되었고, 예방접종률 공표 단위도 시도별에서 시군구로 변경되었다. 2016년 8월 현재 통계작성 변경내용을 적용한 결과가 발표되지 않았다.

〈표 3-23〉 전국 예방접종률 조사

통계명 (승인번호)	전국 예방접종률 조사()	비고
작성기관	의료기관	
통계분류	일반통계-보고통계	
작성목적	• 국가예방접종 정책의 기초자료로 활용	
작성주기	2년	
조사범위	전국	전국, 시군구

모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	자기기입식 보고									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 예방접종 의료기관 보고 → 보건복지부 									
작성사항	<2개 부문, 개 지표작성> <ul style="list-style-type: none"> 국가예방접종률 시리즈 완전접종률 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시군구</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별	지리적변수	시군구	사회경제적변수		
대분류	변수명									
인구학적변수	성별									
지리적변수	시군구									
사회경제적변수										
통계간행물명	전국 예방접종률 조사									

4) 건강보험통계연보

「건강보험통계연보」는 우리나라 전체의 보건의료인력, 시설, 장비 등 의료자원 현황과 의료기관 방문일수, 입원일수 등 의료이용 현황을 확인할 수 있는 대표적인 통계이다.

건강보험통계는 개별 의료기관이 환자를 진료하는데 발생한 비용을 상환받기 위한 목적으로 제출한 청구자료와 이 내용이 급여기준의 적합 여부에 대한 심사를 거쳐 최종 결정된 지급자료(이하, 행정자료)에 기초하여 작성된다. 이는 보건복지부 산하의 두 기관인 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에 의해 매년 생산·보고된다.

세부적으로 의료보장 적용인구수, 건강보험 재정현황, 진료실적 부문은 건강보험공단에서, 요양기관현황, 건강보험 심사 및 요양급여비용 적정성평가 결과 부문은 건강보험심사평가원에서 작성을 한다. 건강보험 통계의 자료 제공 단위는 의료기관유형별, 지역별, 서비스유형별(입원, 외래), 질병별¹¹⁾ 환자 수, 이용일수(입내원 일수), 요양급여비용(급여, 법

11) 질병분류는 한국표준질병·사인분류(KCD-6)에 따라 298개(Classification of 298 Diseases)

정본인부담) 등이다.

〈표 3-24〉 건강보험통계

통계명 (승인번호)	건강보험통계(92006)	비고								
작성기관	건강보험공단, 건강보험심사평가원									
통계분류	일반통계·보고통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험제도와 사회보장분야의 정책자료 도출을 위한 기초자료로 활용 									
작성주기	1년									
조사범위	전국	전국, 시도, 시군구								
모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 적용인구, 보험료 현황: 국민건강보험공단 시군구 지사 → 국민건강보험공단 보험급여, 진료실적 등: 요양기관 → 건강보험심사평가원 → 국민건강보험공단 지급 									
작성사항	<p><6개 부문, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 적용인구 및 요양기관 현황 재정현황 급여실적 건강보험 심사실적 요양급여비용 적정성 평가 질병통계 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>보험료 수준</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	시도	사회경제적변수	보험료 수준	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	시도									
사회경제적변수	보험료 수준									
통계간행물명	건강보험통계연보									

또는 3단 상병으로 이루어진다.

5) 노인장기요양보험통계

건강보험공단에서는 노인장기요양보험 정책 수립의 기초자료 제공을 목적으로 노인장기요양보험 제도가 도입된 2008년 이후부터 현재까지 매년 「노인장기요양보험통계」를 발간하고 있다.

노인장기요양보험통계는 우리나라 전국의 노인장기요양보험 신청자와 등급판정을 받은 대상자, 장기요양기관과 인력(요양보호사, 사회복지사, 간호사 등), 급여일수, 급여비 등을 주요 내용이 수록되어 있다. 2015년 통계연보의 OECD 기준에 맞춘 장기요양 근무인력 현황 지표를 통해 우리나라 장기요양 근무인력의 국제적 수준도 비교 가능하다.

우리나라 전국민 중 65세 이상 노인 또는 65세 미만의 노인성 질병을 가진 자가 혼자서 일상생활이 어려운 경우 장기요양인정 신청을 하여 장기요양급여 이용자로 선정될 경우 노인장기요양보험 대상자가 된다. 노인장기요양보험 대상자가 장기요양 재가 급여와 시설 급여를 받을 경우 장기요양기관에서 급여비를 지급받기 위해 국민건강보험공단에 청구한 자료를 기초로 노인장기요양보험통계가 작성된다.

〈표 3-25〉 노인장기요양보험통계

통계명 (승인번호)	노인장기요양보험통계()	비고
작성기관	건강보험공단	
통계분류	일반통계·보고통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 노인인구 복지 증진에 기여할 수 있는 정책 수립의 근거자료 제공 및 국민의 알권리 충족 	
작성주기	1년	
조사범위	전국	전국, 시도, 시군구
모집단 (조사대상)	노인장기요양보험 대상자	
표본수	해당없음	
자료수집방법	행정자료 분석	
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 등급판정 대상: 공단 장기요양보험운영센터 등록 → 정보관리실 데이터 관리 → 정책연구원 분석 장기요양급여: 장기요양기관 청구 → 공단 정보관리 	

	실 심사 및 지급 DB 구축 → 정책연구원 분석									
작성사항	<p><6개 부문, 27개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> • 적용인구, 장기요양 신청·인정 현황 • 장기요양급여실적 • 장기요양기관수 및 인력현황 • 장기요양 재정 현황 <p>• 인구집단별 세분화</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도, 시군구</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>의료급여</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	시도, 시군구	사회경제적변수	의료급여	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	시도, 시군구									
사회경제적변수	의료급여									
통계간행물명	노인장기요양보험통계연보									

6) 지역별의료이용통계

「지역별의료이용통계」는 각 지방자치단체가 요구하는 지자체별 의료이용현황과 치료 실태를 제공함으로써 통계수요자에 대한 시의적절한 대응을 함에 목적을 둔다. 이는 2007년 시작되어 매년 국민건강보험공단에 의해서 건강보험 및 의료급여 가입자의 진료 정보(약국 포함)를 바탕으로 작성된다.

세부적으로 적용인구, 요양기관 시설 및 장비, 의료인력 등 일반 현황, 1인당 연간진료비, 주요 질환의 진료인원과 진료비 현황이 시도별로 작성된다.¹²⁾ 지역별 분석을 통해 어느 지역이 1인당 연간진료비가 높고 낮은지, 입내원일수가 길고 짧은지를 비교함으로써 지역 간 의료이용의 형평성 수준을 확인할 수 있다. 또 환자의 실거주지와 방문 의료기관의 위치를 연계함으로써 관내 의료기관 이용 현황 분석도 가능하다. 이를 통해 우리나라 의료체계를 전반적으로 검토할 수 있을 것이다.

12) 질병통계는 해당질환이 의심되어 진료 받은 1차 진단명으로, 요양기관의 청구 자료 중 주상병을 기초함

〈표 3-26〉 지역별의료이용통계

통계명 (승인번호)	지역별의료이용통계()	비고								
작성기관	건강보험공단									
통계분류	일반통계·보고통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 지방자치단체의 지자체별 의료이용, 질병치료 실태 등의 요구 충족 									
작성주기	1년									
조사범위	전국	전국, 시도, 시군구								
모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 적용인구, 보험료 현황: 국민건강보험공단 시군구 지사(건강보험) 및 지자체(의료급여)→ 국민건강보험공단 보험급여, 진료실적 등: 요양기관 → 건강보험심사평가원 심사 → 국민건강보험공단 지급 									
작성사항	<p><6개 부문, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 일반현황 <ul style="list-style-type: none"> 적용인구, 요양기관, 의료인력, 주요시설, 주요의료장비, 보험료 진료실적 급여현황 <ul style="list-style-type: none"> 주요 암질환, 만성질환, 다빈도 상병 등 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>보험료 수준</td> </tr> </tbody> </table> 	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	시도	사회경제적변수	보험료 수준	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	시도									
사회경제적변수	보험료 수준									
통계간행물명	지역별의료이용통계									

7) 응급의료현황통계

「응급의료현황통계」는 응급환자 진료 정보를 수집 분석하여 응급 의료 관련 보건 지표를 산출하고자함에 1차적인 목적이 있다. 이와 함께 중증응급질환분석을 통해 생존율 향상을 위한 방안을 강구하고자 한다. 최종적으로는 응급환자의 진료체계를 개선하고, 선진응급의료체계를 구축함으로써 국민의 건강을 보호하는 것에 최종 목표를 둔다.

전국의 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관에 국가응급진료정보망을 구축하여 이들 기관에 방문한 환자의 특성을 파악한다. 더불어, 응급의료 자원 현황(등록 구급차, 활동 응급의학전문의 등)도 함께 확인한다. 세부적으로 응급실 내원수단, 발병 후 응급실 도착 소요시간, 응급실 재실시간, 응급진료 결과와 급성 심근 경색, 뇌졸중, 중증외상 등 주요 응급질환 관련 통계를 확인할 수 있다.

응급의료현황통계의 작성은 2002년부터 시작되었지만, 국가승인통계로 지정된 것은 2012년이다. 이로 인해 응급의료 관련 정보에 대한 공신력이 높아진 것으로 판단된다. 통계가 산출에만 그치지 않고 정책 설계로 이어져 응급의료서비스의 질적 향상과 응급의료체계의 발전에 기여하기를 기대한다.

〈표 3-27〉 응급의료현황통계

통계명 (승인번호)	응급의료현황통계()	비고
작성기관	국립중앙의료원	
통계분류	일반통계-보고통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 중증응급질환분석을 통한 생존율 향상, 응급환자 진료체계 개선 및 선진응급의료체계 구축을 위한 국가 정책의 기초자료 제공 	
작성주기	1년	
조사범위	전국	전국, 시도, 시군구
모집단 (조사대상)	해당없음	
표본수	해당없음	

자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> • 시군구(응급의료 관련과) → 시도(응급의료 관련과) → 국립중앙의료원 중앙응급의료센터 • NEDIS가 구축된 병원 → 국립중앙의료원 중앙응급의료센터 내 NEDIS 통계분석 									
작성사항	<p><4개 부문, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급의료 주요통계 • 주요 응급질환자수 현황 • 3대 응급질환(급성심근경색, 뇌졸중, 증중외상) 통계 • 응급의료 자원 현황 • 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도, 시군구</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별	지리적변수	시도, 시군구	사회경제적변수	-	
대분류	변수명									
인구학적변수	성별									
지리적변수	시도, 시군구									
사회경제적변수	-									
통계간행물명	응급의료 현황통계									

8) 주요수술통계

국민건강보험공단에서 발간하는 「주요수술통계」는 우리나라 국민의 연간 수술건수, 수술 진료비 등 전국수준의 연간 수술현황 파악이 가능하여 보건의료 정책수립의 기초자료로 활용되고 있다.

수술통계에서는 우리나라 국민의 인구 10만명 수술건수, 수술 1인당 입원일수, 건당 입원일수 등 수술현황에 대한 시계열적 변화도 파악 가능하다. 또한 지역 의료기관에 해당 지역 거주자 및 타지역 거주자의 수술현황을 확인할 수 있어 주요수술별 의료의 접근성 파악 가능하다. 특히 경제적 취약계층에 해당하는 의료급여 환자의 수술현황과 주요수술별 접근성 파악도 가능하다.

주요수술통계는 건강보험 지급자료를 활용하여 백내장수술, 편도절제술, 일반 척추수술 등 국제비교를 위해 OECD 수술 코드와 국내 실정을 고려한 33개 수술항목에 대해 산출하고 있다.

〈표 3-28〉 건강보험 주요수술통계

통계명 (승인번호)	건강보험주요수술통계()									
작성기관	국민건강보험공단									
통계분류	일반통계-보고통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 국민에게 수술관련 정보를 제공하고 보건의료 정책 수립의 기초자료로 활용 									
작성주기	1년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 요양기관에서 수술 후 건강보험 청구 → 건강보험심사평가원 심사 → 국민건강보험공단 지급 → 건강보험공단 주요수술 통계 산출 									
작성사항	<p><6개 항목, 41개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 수술환자수, 수술건수 입원일수, 진료비 의료기관종별 수술현황 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>저소득층(의료급여)</td> </tr> </tbody> </table>		대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	시도	사회경제적변수	저소득층(의료급여)
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	시도									
사회경제적변수	저소득층(의료급여)									
통계간행물명	주요수술통계연보									

9) 급여의약품청구현황

건강보험심사평가원에서 발간하는 「급여의약품청구현황」은 우리나라 국민에게 보장되는 급여의약품 내역과 주요 약품별 약품비를 파악할 수 있어 약제관리 체계의 기초자료로 활용되고 있다.

급여의약품 청구 현황 통계로 우리나라 약품에 대한 접근성을 확인할

수 있으며, 일반약품 뿐만 아니라 한약제제 사용현황까지 파악가능하다. 무엇보다 약품의 효능군, 단일제, 복합제, 투여경로 등 세부적인 사용현황 파악이 가능하다는 장점이 있다.

〈표 3-29〉 급여의약품 청구 현황

통계명 (승인번호)	급여의약품 청구 현황()									
작성기관	건강보험심사평가원									
통계분류	일반통계·보고통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 급여의약품 사용현황 파악을 통한 약제관리 체계 강화 									
작성주기	1년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	해당없음									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 요양기관 전산 청구 → 건강보험심사평가원 									
작성사항	<p><2개부문, 13개항목, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 약가제도(2개 항목) 의료보장별 급여의약품 청구현황(11개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험, 의료급여, 보훈 인구집단별 세분화 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>의료급여</td> </tr> </tbody> </table> 		대분류	변수명	인구학적변수	성, 연령	지리적변수	시도	사회경제적변수	의료급여
대분류	변수명									
인구학적변수	성, 연령									
지리적변수	시도									
사회경제적변수	의료급여									
통계간행물명	급여의약품 청구 현황									

10) 의약품소비량 및 판매액 통계¹³⁾

「의약품소비량 및 판매액 통계」는 우리나라 국민의 약제 소비 현황을 파악하고, OECD 국가와의 비교를 위해서 2008년부터 생산되기 시작하였다. 2008년부터 2013년까지는 한국보건사회연구원에 의해 조사 방식으로 운영되었으나, 2014년부터는 건강보험심사평가원(이하, 심평원)의 행정자료를 기반으로 하고 있다.

특정한 상황을 제외하고는 공급량과 사용량이 같다는 가정 하에, 연간 급여 및 비급여 의약품의 소비량과 판매액을 파악한다. 이때, 급여 의약품은 건강보험 청구자료와 산업재해보험 지급자료(근로복지공단) 등을 기초로 한다.¹⁴⁾ 한편, 비급여 의약품은 청구자료, 의약품 생산, 수입, 공급내역 자료와 약국 의약품처방·조제지원서비스(Drug Utilization Review, DUR)¹⁵⁾ 자료 등을 토대로 추정된다.

의약품 소비량은 의약품 주성분 함량을 의약품의 일일사용량(Defined Daily Dose, DDD) 단위로 환산한 것으로, 데이터마이닝 기법을 적용하여 추정된다. 이는 다른 나라와의 비교를 목적으로 하고 있기 때문이며, WHO의 Anatomical Therapeutic Chemical classification(ATC) 분류 기준에 따른다.

의약품 판매액은 복지부 주관 하에 시군구별 보건소에 의해서 조사된다. 다소비 일반의약품의 소비자 가격 자료, 안전상비의약품의 편의점 판매가격 자료, 개별 의료기관 홈페이지에 고시된 비급여 의약품 가격 자료 등이 기초자료로 활용된다.

의약품소비량 및 판매액 통계를 통해 우리나라 국민의 의약품소비량에 대한 추세 파악 가능하고, 제외국과 의약품 소비량 수준을 비교 가능하다. 또한 국민1인당 의약품 부담수준을 파악할 수 있는 통계가 수록되어 있다.

13) 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2013년 의약품 소비량 및 판매액 통계 생산. 2015.

14) 의료급여, 보훈, 자동차보험에서의 청구 분도 포함한다. 산업재해보험의 경우에도 요양 급여 및 후유증 치료에 대한 의약품 지급자료 전수를 대상으로 한다.

15) 의약품 처방조제 시 병용금지 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간 제공하는 서비스임. [건강보험심사평가원. 안전하고 적절한 의약품 사용을 위한 의약품 처방조제 지원서비스(DUR). 2014 재인용]

〈표 3-30〉 의약품 소비량 및 판매액 통계

통계명 (승인번호)	의약품 소비량 및 판매액 통계 (11781)	비고								
작성기관	보건복지부									
통계분류	일반통계-가공통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 의약품 소비 및 판매실태를 파악하여 보건정책 수립 및 추진에 중요한 기초자료로 활용 OECD에서 요구하는 의약품 통계 제출 									
작성주기	1년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	해당없음									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	위탁기관(건강보험심사평가원) → 보건복지부	2008-2013년은 조사통계로 진행 (한국보건사회연구원)								
작성사항	<p><4개 부문, ??개 항목 작성></p> <ul style="list-style-type: none"> ATC 분류별 의약품 판매액 ATC 그룹별 의약품 판매액 ATC 분류별 의약품 소비량 ATC 그룹별 의약품 소비량(DDD 단위) <p>인구집단 별 세분화</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>전국</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	-	지리적변수	전국	사회경제적변수	-	
대분류	변수명									
인구학적변수	-									
지리적변수	전국									
사회경제적변수	-									
통계간행물명	미발간	전산망 제공								

11) 한방의료이용 및 한약소비실태조사

「한방의료이용 및 한약소비실태조사」는 고령화 현상의 심화와 만성퇴행성 질환의 증가로 인해 한방서비스와 한약에 있어서 늘어난 수요에 적절하게 대응하기 위하여 이루어지고 있다. 건강보험 영역에서 파악

되지 않는 서비스와 재화의 집계에 있어서 정확도를 높이고, 공신력 있는 국가통계를 생산하는 것에 1차적인 목적을 두고 있다.

조사는 3년을 주기로 실시되며, 한약소비실태와 한방의료이용실태에 대한 확인이 함께 이루어진다. 2014년 조사의 경우, 조사수행 주체(한국보건사회연구원→한국보건산업진흥원)와 조사 방법(환자 대상 조사, 대국민 조사, 한약소비실태 및 한방기관조사→대국민 조사, 한약소비(유통) 실태, 한방기관조사, 한의약 정책 AHP조사)에 있어서 기존(2008년, 2011년)과 차이를 보인다.

이와 같은 조사를 통해 한약 유통 통계의 생산이 가능해졌다. 뿐만 아니라, 한방 의료에 대한 국민의 수요와 해당 서비스를 이용한 사람들의 주관적인 만족도에 대한 확인이 가능하게 되었으며, 이는 향후 의료체계를 점검하고 개선해 나가는데 많은 도움이 될 것으로 기대된다.

〈표 3-31〉 한방의료이용 및 한약소비실태

통계명 (승인번호)	한방의료이용 및 한약소비실태조사()	비고
작성기관	보건복지부	한국보건산업진흥원에 위탁(2014년 기준)
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 한방의료에 대한 공신력 있는 국가통계자료를 생산하고 한방의료 육성에 대한 정책적 근거를 제시함 	
작성주기	3년	
조사범위	전국	전국
모집단 (조사대상)	<ul style="list-style-type: none"> 한방의료이용 실태: 전국민 한약소비(유통) 실태: 한약(재)제조업체, 한약도매상 한방의료기관 실태: 한방의료기관 	
표본수	<ul style="list-style-type: none"> 한방의료이용 실태: 5,000명(20세 이상 일반국민), 입원환자 300명 한약소비(유통) 실태: 전수 1,143개(한약제조업체 237개, 한약도매상 906개) 한방의료기관 실태: 한방병원 전수, 한의원 1,000개 	2014년 기준
자료수집방법	면접조사	
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 한국보건산업진흥원 - 보건복지부 한의약정책과 	이전 조사까지는 한국보건사회연구

		원								
작성사항	<p><3개 부문, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> • 한방의료실태조사 • 한약 소비(유통)실태조사 • 한방의료기관실태조사 <p>• 인구집단별 세분화</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>학력, 혼인상태</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>소득수준, 직업</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	학력, 혼인상태	지리적변수	시도	사회경제적변수	소득수준, 직업	
대분류	변수명									
인구학적변수	학력, 혼인상태									
지리적변수	시도									
사회경제적변수	소득수준, 직업									
통계간행물명	한방의료이용 및 한약소비 실태조사 (보고서)									

12) 산재보험통계

「산재보험통계」는 산재근로자의 보험급여지급현황을 파악하여 각종 제도 개선을 위한 근거자료로 활용된다. 특히, 보험료 징수와 보상기준을 마련하는데 활용성이 크다. 단, 산재보험통계는 보건의료분야만을 대상으로 한 것이 아니기 때문에 의료제도와 관련된 정보는 다소 제약적이다.

통계의 최초 작성은 1977년에 이루어졌으며, 근로자를 대상으로 시작된 직장건강보험통계와 유사한 역사를 가지고 있다. 다만, 현재 전국민을 포괄하고 있는 건강보험과 달리, 산업재해 대상 사업체 중에서 산재급여를 청구하여 승인을 받은 경우만을 보고 대상으로 삼고 있기 때문에 우리나라 전 산업의 산업재해를 포괄하지는 못한다.

수집 정보를 보건의료분야에 한정시켜 살펴볼 경우, 의료기관종류별(의료기관등급별) 진료비 지급 현황을 확인할 수 있다. 건강보험통계에서 잡히지 않는 간병급여 현황을 담고 있다는 점에서 특수성을 찾을 수 있다.

〈표 3-32〉 산재보험통계

통계명 (승인번호)	산재보험통계(11811)	비고								
작성기관	고용노동부									
통계분류	일반통계-보고통계									
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 산재근로자의 보험급여지급현황을 파악하여 보험료 징수 및 보상기준 등 제도개선의 기초자료로 활용하고자 함 									
작성주기	1년									
조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국민									
표본수	해당없음									
자료수집방법	행정자료 분석									
작성체계	<ul style="list-style-type: none"> 근로복지공단 → 고용노동부 									
작성사항	<p><1개 부문, 개 지표작성></p> <ul style="list-style-type: none"> 의료기관등급별 진료비 지급현황 인구집단별 세분화 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td></td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td></td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수		지리적변수		사회경제적변수		보건의료분야로 한정시킬 경우
대분류	변수명									
인구학적변수										
지리적변수										
사회경제적변수										
통계간행물명	산재보험사업연보									

13) 한국의료패널

「한국의료패널조사」의 통계 생산과정에 대한 설명은 앞선 가. 건강상태 국가승인통계 작성 현황에서 이루어졌으며, <표 3-17>에 그 개요가 제시되어 있으므로 본 절에서는 생략한다.

「한국의료패널조사」를 통해서 우리나라 국민의 사회경제적 위치, 건강행태, 건강결정인자 등에 대한 파악이 가능하게 되었다. 또한 의료이용과 의료비 지출과 관련된 정보를 통해 미치료율과 만성질환 약물순응

도, 상용치료원과 같은 의료제도적 특성에 대한 분석도 가능해졌다. 단, 조사 결과가 늦게 발표된다는 측면에서 데이터의 시의성 문제가 제기되고 있다. 예를 들어, 2013년 기준 조사 결과가 2016년에 최종 발표되었다.

14) 건강보험환자 진료비 실태조사

국민건강보험공단에서 발간하는 「건강보험환자 진료비 실태조사」는 건강보험환자의 특성(성, 연령 등)에 따른 건강보험 보장수준을 확인할 수 있다. 표본 요양기관을 대상으로 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비를 조사하여 건강보험환자가 부담하는 진료비 수준을 파악하고, 건강보험의 보장률을 제시한다.

자료의 수집과정은 요양기관의 유형과 특성을 기준으로 층화집락표본추출을 통해 전체 요양기관의 약 1.7%(2014년 기준 1,413개소)를 표본으로 선정한다. 선정된 요양기관에 조사표를 발송하여, 대상 기관으로부터 세부 진료내역을 전산형태(txt file)로 제출받고 있다.

1개월 동안 조사된 내용에 조정계수를 적용하여 건강보험 보장률과 비급여본인부담률을 추정한다. 건강보험환자의 특성별(성, 연령별, 소득계층), 요양기관종별, 의료서비스 유형별, 진료과목별, 상병별로 지표들이 상세하게 제시되어 건강보험 정책 설계에 유용한 근거 자료로 활용되고 있다. 다만, 요양기관의 참여의지와 보고에의 성실성 여부에 의해 조사 결과가 영향을 받을 수 있다는 우려가 있다. 또한 조사 주기(1회)와 조사 시점(12월 기준) 측면에서 대표성 확보에 어려움이 있다는 한계도 있다.

〈표 3-33〉 건강보험환자 진료비 실태조사

통계명 (승인번호)	건강보험환자진료비실태조사(35005)	비고
작성기관	국민건강보험공단	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험의 보장성 실태 파악 건강보험 보장성 강화 정책 수립의 기초자료 및 정책평가 자료로 활용 	
작성주기	1년	

조사범위	전국									
모집단 (조사대상)	전국의 요양기관 (보건지소, 조산원 제외)	2014년 12월 기준 등록 요양기관 중 10~12월 진료 실적에 있는 경우								
표본수	1,413기관 (2014년 기준)									
자료수집방법	조사표 발송 후 대상 의료기관에 협조 부탁 및 안내 전화 실시									
작성체계	국민건강보험공단(표본기관 선정 및 공문발송)→요양기관(자료 작성, 이메일송부)→국민건강보험공단(자료 정리 및 분석)									
작성사항	<p><3개 부문, 40개 항목 작성></p> <ul style="list-style-type: none"> • 일반 항목(1개 영역, 15개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 요양기관기호, 종별, 서식, 환자성명, 주민등록번호, 입원/내원 일자, 퇴원일자, 야간(공휴일) 진료, 환자구분, 질병군 번호, 진료과목, 주상병명, 부상병명, 주수술코드, 산정특례 진료여부 • 진료비 세부 항목(2개 영역, 24개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 급여: 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료 등 - 비급여: 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료 등 • 추가조사(2개 영역) <ul style="list-style-type: none"> - 한방침약 이용 목적, 치과 보철, 교정료 등 <p>인구집단별 세분화</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>성별, 연령</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>소득</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	성별, 연령	지리적변수	-	사회경제적변수	소득	조사표(의료기관, 치과, 한방, 약국)에 따라서 항목 수 상이
대분류	변수명									
인구학적변수	성별, 연령									
지리적변수	-									
사회경제적변수	소득									
통계간행물명	건강보험환자 진료비 실태조사									

15) 국민보건계정

「국민보건계정」은 우리나라의 보건의료비용을 SHA2011(System of Health Accounts, OECD-WHO-Eurostat)에 따라 기능별, 공급자별, 재원별로

구축한다. 기능별 분류는 제공되는 서비스 유형에 따라 지출액을 구분하고, 공급자별 분류는 어떤 공급자에게 의료비가 지출이 되는지를 구분한 것이다. 자원별 분류는 공급자에게 지불되는 단계의 재원을 구분한 것이다.

국민보건계정에 의해서 산출된 보건의료비용 총계치를 경상의료비(Current Health Expenditure)라고 한다. 이는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 전국민의 1년간 지출 총액으로 정의되는데(정형선, 신정우, 2016 재인용)¹⁶⁾, 경상의료비는 개인의료비(personal health expenditure)와 집합보건의료비(collective health expenditure)의 합으로 구성된다.

기존의 자료를 최대한 엮어서 정보를 구축하는데, 정부재원이나 사회보험재원으로 충당되는 보건의료비용은 건강보험통계, 의료급여통계 등 주로 공식 행정통계에 기초한다. 민영보험, 기업 및 비영리단체의 재원은 관련 기관이 제공하는 자료를 인용하며, 가계직접부담재원은 경제총조사와 인구주택총조사를 기본으로 하고, 가계(동향)조사, 한국의료패널, 국민건강영양조사 등 조사자료를 결합하여 추정한다.

국민보건계정은 국제비교를 통해 우리나라 국민의 의료비 지출 수준과 의료제도의 보장 수준을 확인할 수 있다는 측면에서 활용성이 높다.

〈표 3-34〉 국민보건계정

통계명 (승인번호)	국민보건계정 (11768)	비고
작성기관	보건복지부	
통계분류	일반통계-가공통계	
작성목적	• 우리나라 국민이 지출한 의료비를 기능별, 공급자별, 자원별로 파악하기 위함	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	해당없음	
표본수	해당없음	

16) 2014년 국민의료비 및 국민보건계정 (보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 2016.7.)

자료수집방법	가공									
작성체계	기존의 통계를 활용한 추계연구기관 용역 → 보건복지부									
작성사항	<p><3개 부문, 96개 항목 작성></p> <ul style="list-style-type: none"> • 재원별 분류(1개 영역, 15개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 정부·의무가입제도(정부, 의무가입건강보험, 의무가입의료저축계좌), 임의가입제도(임의가입건강보험, 비영리단체, 기업), 가계직접부담, 해외부문 등 • 공급자별 분류(1개 영역, 35개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 병원, 거주형장기요양시설, 통원보건의료제공자, 보조서비스제공자, 의료재화소매상·기타제공자(약국 등), 예방서비스제공자, 보건의료체계관리·재원제공자, 국내기타부문, 해외부문 등 • 기능별 분류(1개 영역, 46개 항목) <ul style="list-style-type: none"> - 입원서비스, 외래서비스, 의약품 등, 예방서비스, 거버넌스·보건의체계·재정관리 등 <p>인구집단별 세분화</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대분류</th> <th>변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수	-	지리적변수	-	사회경제적변수	-	우리나라의 보건 의료비용을 기능별, 재원별 및 공급자별로 구축하고, 이를 조합하여 기능별-재원별, 기능별-공급자별, 공급자별-재원별 2차원 테이블을 작성
대분류	변수명									
인구학적변수	-									
지리적변수	-									
사회경제적변수	-									
통계간행물명	국민보건계정									

16) 의료기관별 급여적정성평가 현황

의료기관별 급여적정성평가는 2000년 7월에 도입되어 건강보험심사평가원에서 우리나라 의료의 질을 평가하고, OECD 회원국간 의료의 질을 비교를 위해 일부 평가결과가 보고되고 있다.

의료의 질은 급성기 뇌졸중, 대표적인 만성질환 고혈압과 혈액투석, 폐암, 위암, 간암 등 주요 암 질병단위로 평가하거나, 중환자실, 정신 및 요양병원을 대상으로 효과성(Effective), 효율성(Efficient), 적시성(Timely)을 평가하고 있다.

자료수집 방법은 건강보험심사평가원의 청구자료와 요양기관현황자료, 행정자치부의 주민등록전산 자료 등 행정자료와 조사자료(의료기관의

의무기록자료)를 활용하여 의료의 질을 평가한다. 이때 조사자료는 건강보험심사평가원에서 개발한 조사표에 근거해 의료기관에서 의무기록자료 등을 근거로 직접 작성하여 제출한다.

평가결과는 요양기관단위로 평가지표별 결과를 산출하고, 각 평가지표별 가중치를 고려한 종합점수를 산출하여 최종 평가대상기관을 5개 등급으로 구분하여 건강보험심사평가원 홈페이지에 공개하고 있다. 현재 「의료기관별 급여성정성평가」에서는 재입원율, 암질환의 5년 생존율 등 보건의료체계의 효과성에 대한 일부 지표를 포함하고 있으나 우리나라 보건의료체계의 전반적인 효과성을 평가하기에 부족한 상황이다. 피할수 있는 입원, 피할수 있는 사망률 등 추가 지표 개발이 필요하다.

〈표 3-35〉 의료기관별 급여성정성평가

통계명 (승인번호)	의료기관별 급여성정성평가 ()	비고
작성기관	건강보험심사평가원	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	<ul style="list-style-type: none"> 국민에게 의료기관 선택 정보 제공, 의료공급자에게 요양급여의 적정화 유도 	
작성주기	부분별 상이	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	해당없음	
표본수	해당없음	
자료수집방법	가공	
작성체계	심평원에서 대상자 선정 → 의료기관에 평가대상자 통보 → 의료기관에서 자료작성 및 제출 → 심평원에서 조사자료 수집 및 신뢰도 점검 → 심평원에서 급여성정성평가 결과 공개	
작성사항	<14개 부문, 개 항목 작성> <ul style="list-style-type: none"> 급성기 뇌졸중(1개 영역, 11개 항목) 수술의 예방적 항생제 사용(12개 지표) 혈액투석(16개 지표) 급성기 뇌졸중(개 지표) 요양병원(43개 지표) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 정신과(25개 지표) • 대장암(23개 지표) • 유방암(20개 지표) • 폐암(22개 지표) • 위암(19개 지표) • 간암(1개 지표) • 관상동맥우회술(6개 지표) • 폐렴(15개 지표) • 약제평가 • 중환자실(13개 지표) <p>인구집단 별 세분화</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">대분류</th> <th style="width: 50%;">변수명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>인구학적변수</td> <td></td> </tr> <tr> <td>지리적변수</td> <td>시도</td> </tr> <tr> <td>사회경제적변수</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	대분류	변수명	인구학적변수		지리적변수	시도	사회경제적변수	-	
대분류	변수명									
인구학적변수										
지리적변수	시도									
사회경제적변수	-									
통계간행물명	미발간									

3. 건강영향요인 통계 작성 현황

가. 개요

건강결정요인을 크게 사회·경제·물리조건과 건강행동·라이프스타일의 2개 세부분야로 분류하였을 때, 인구의 건강 수준 측정을 직·간접적 목표로 삼고 있는 법정승인통계 중 건강결정요인 관련 변수를 포함하는 대표적 통계는 24종으로 압축된다. 이는 현재 실시되고 있는 통계만을 대상으로 한 수치이다.

24종의 통계는 각각 조사통계 21종, 보고통계 2종, 가공통계 1종으로 대부분이 조사통계이다. 한편 그 중 3종이 지정통계이며, 나머지 21종은 일반통계이다. 또한 총 24종의 통계 중 패널조사는 5종이며 나머지는 일반적인 시계열 조사이다.

24종의 통계를 크게 전체 인구 일반을 조사 대상으로 한 통계와 특수한 일부 집단을 조사 대상으로 한 경우의 두 가지로 분류 가능

하다. 특수집단의 경우 연령에 따른 특수집단으로 노인, 아동·청소년 관련 통계가 있다. 그 외 근로자·농업인과 장애인 건강 관련 통계 또한 특수집단에 따른 통계로 볼 수 있다. 지자체에서 지역민을 대상으로 실시 중인 조사도 2종이 존재한다.

<표 3-36> 건강결정요인 관련 승인통계 목록

일반인구	특수집단	
	집단명	통계명
건강검진통계	고령인구	고령화연구패널조사
국민건강영양조사		국민노후보장패널조사
국민환경보건기초조사		노인실태조사
사회조사	근로자·농업인	근로자건강진단실시상황보고
자살실태조사		근로환경조사
지역사회건강조사		농업인의업무상질병및손상조사
한국복지패널조사	지역민	서울특별시복지실태조사
한국의료패널조사		충청남도 민생활체육참여실태조사
	아동·청소년	아동구강건강실태조사
		아동종합실태조사
		어린이식생활안전지수
		청소년건강행태온라인조사
		청소년유해환경접촉종합실태조사
		청소년종합실태조사
		한국아동청소년패널조사
	장애인	장애인실태조사

나. 사회·경제·물리조건 하위영역 통계 현황

사회·경제·물리조건의 측정은 영역을 가리지 않고 일반적인 조사통계의 실시 목적 중 하나로서, 실제로는 생산된 전체 통계 중 절대 다수가 사회·경제·물리조건 관련 문항을 포함하고 있다고 판단할 수 있

다. 따라서 본 연구에서는 그 중에서도 건강 수준 측정을 직·간접 목표로 하는 법정승인통계들 중 사회·경제·물리조건에 대한 측정 변수를 포함한 경우만을 분석 대상으로 선정하였다.

건강에 대한 사회·경제·물리조건 자료를 수집하는 일반인구를 대상으로 한 승인통계는 7종, 특수집단을 대상으로 한 경우는 12종이 있었으며, 측정되는 변수들의 성격은 크게 세 가지로 분류할 수 있다.

(A) 사회조건 관련 변수

혼인여부, 가구원수, 부모/이웃 및 친지와 의 교류 등 사회적 연결망
 도움 교환, 고민 상담 등 사회적지지 및 지원망
 사회적 신뢰 및 관계 만족도
 각종 사회단체 참여
 기부 및 자원봉사활동
 그 외 다문화가정 여부 등

(B) 경제조건 관련 변수

각종 소득 수준 및 박탈 지표
 각종 자산 및 부채 수준
 각종 소비지출 수준
 근로여부, 근로조건, 종사상 지위 등 직업 관련 변수
 소득 만족도 등 주관적인 경제상황 인식
 그 외 학력 등

(C) 물리조건 관련 변수

주거형태, 누수 여부 등 주거 환경 관련 변수
 위험물 노출 등 산업보건 관련 변수
 주변 환경에 대한 주관적 인식
 그 외 교통 편리성 등

1) 국민건강영양조사

국민건강영양조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-1>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

최신 조사 기준으로 국민건강영양조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 세대동거인수, 세대유형, 기초생활수급자 여부, 주택소유여부, 현거주지 주택형태, 가구소득, 결혼유무, 현재혼인상태, 건강보험종류, 민간의료보험가입여부, 학력, 경제활동상태, 미취업사유, 취업자 직업근로형태 및 지위, 부모교육수준, 주당평균근로시간, 주근로시간대 등이 있다.

2) 국민환경보건기초조사

국민환경보건기초조사는 『환경보건법』 제14조에 의거하여 실시되고 있다. 국민환경보건기초조사의 목표는 모든 국민을 대상으로 유해물질 노출수준의 공간적 분포 및 시간적 변화를 조사하여, 그에 영향을 미치는 요인을 체계적·지속적으로 추적하고 확인함으로써, 환경보건정책의 수립을 위한 기초자료로 제공하고 국민건강보호에 기여하는 데 있다.

국민환경보건기초조사는 조사대상자의 인구·사회·경제학적 특성과 실내외 환경 및 생활습관요인 등 오염원과 오염경로 파악을 위한 설문조사를 실시하는 한편으로, 신체계측과 혈액 및 요 중 환경오염물질 영향과 건강상태 파악을 위한 16종의 임상검사 및 혈액 및 요 중 환경오염물질 26종에 대한 농도 분석 또한 실시중이다(2015년 기준). 설문조사와 임상조사를 병행하며, 3년간 조사한다.

국민환경보건기초조사의 조사대상자가 만3세 이상으로 광범위한 까닭에, 표본 추출 방식을 연구대상에 따라 다르게 적용하고 있다. 성인의 경우 인구주택총조사 결과를 고려하여 표본추출틀을 마련하였으며 신축아파트 정보를 추가로 고려하여 조사모집단을 결정 및 추출한 반면, 어린이 및 청소년 대상 조사의 경우 기관의 협조를 받아 진행 중

이다.

국민환경보건기초조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 학력, 결혼상태, 직업, 가구소득, 주관적 가구소득정도, 거주건물 형태, 거주건물 수리경험 및 새 가구 구입, 난방 및 환기방법 등이 있다(09~11 조사 기준).

〈표 3-37〉 국민환경보건기초조사

통계명 (승인번호)	국민환경보건기초조사 (10627)	비고
작성기관	환경부 환경보건정책관실 환경보건정책과	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	국민의 유해오염물질 노출수준을 지속적으로 평가하고, 그 시공간적 분포 및 변화에 영향을 주는 노출요인을 분석할 수 있는 한국형 국가인체노출평가체계를 구축하기 위한 기반을 마련	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	만3세 이상 인구	
표본수	5500명	
자료수집방법	확률표본-기타: 설문조사 및 임상검사	
작성체계	개인 → 조사원 → 조사전문기관(용역) → 환경부	
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> ○ 환경노출력 파악을 위한 설문(조사 대상별 상이), 혈액 및 요중 유해물질 25종 농도 - 주거 및 실내외 환경의 유해오염물질 노출 현황, 생체 내 유해오염물질 농도 파악 ○ 조사 대상별 설문문항 -(영유아) 총 155개 문항(가구공통 18문항, 개인설문 137문항) -(어린이) 총 177개 문항(가구공통 18문항, 개인설문 159문항) -(청소년) 총 171개 문항(가구공통 32문항, 개인설문 139문항) -(성인) 총 163개 문항(가구공통 18문항, 개인설문 145문항) -설문조사(작성항목) : 노출관련설문, 	

	환경보건인식도조사 -임상검사(16종) : 혈액학 검사, 혈장단백검사 등 -환경유해인자(26종) : 혈 중 납 등	
통계간행물명	미발간	

3) 사회조사

사회조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-9>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

사회조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 교육 정도, 혼인상태, 지난 1주간 경제활동 상태, 직업, 종사상의 지위, 거처의 종류, 점유형태, 배우자의 지난 1주간 경제활동 상태, 가구소득, 부모 생존 여부, 부모 동거 여부, 가사노동 배분, 가족 관계 만족도, 분거 가족, 가족 분거 이유 및 기간, 현재 체감 환경, 환경 상황 변화(5년전), 환경 상황 변화(5년후), 사회적 관계망, 단체참여, 기부경험, 기부경로 및 횟수, 자원봉사활동 참여 현황, 계층의식, 계층이동, 소득만족도, 소득과 부채의 변화, 내년 가구의 재정상태, 고용의 안정성, 여성 취업에 대한 견해, 다른 사람들의 준법 수준, 자신의 준법 수준 등이다.

4) 자살실태조사

자살실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-17>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

자살실태조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 학력, 혼인상태, 종교, 직업, 가구소득, 자살 기도자 지원가능인식, 자살 기도자 정신질환자 인식, 자살 기도자 지원 의무 인식, 자살 기도자 지원 준비 태도, 주변인 자살 여부 등이다(13년 조사, 일반인구 기준).

5) 지역사회건강조사

지역사회건강조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-2>에 관련사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 근로 여부, 직업, 학력, 혼인상태, 사회적 신뢰, 이웃과 교류 여부, 거주지 자연환경 만족도, 거주지 생활환경 만족도, 친척 접촉 빈도, 이웃 접촉 빈도 등이 있다(15년 조사 기준).

6) 한국복지패널조사

한국복지패널조사는 우리 사회의 경제·사회적 발달과 함께 국민들의 복지 욕구가 가지는 중요성이 증대되어 복지 정책수립 및 평가를 위한 실증적인 근거 마련 또한 중요해졌으나, 기존 조사들은 횡단면 연구에 그치는 한계가 명확하여 패널 자료를 구축하게 되었다. 2006년 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소가 컨소시엄을 구성하여 차상위·빈곤패널, 자활패널, 복지패널을 통합하였고, 한국복지패널조사를 실시하게 된다.

최초 원표본 가구는 7072가구로, 2006년 국민생활실태조사를 활용하였으며 복지욕구의 효과적 측정을 위해 저소득층을 표본 가구의 절반 수준으로 과대 표집하였다. 조사대상은 표본가구와 표본가구에 속하는 15세 이상 가구원 및 부가조사 대상으로 구분하였다. 2011년 복지욕구 실태조사 결과를 기초로 신규표본 1800가구를 추가, 10차 조사 기준 원표본 유지율은 67.31% 정도에 그치고 있다.

설문은 가구용 설문, 가구원용 설문, 부가조사 설문으로 구성되어 복지에 대한 인식, 건강 상태, 가정 상황 등을 확인한다. 부가조사를 아동, 복지인식, 장애인에 대한 조사를 각각 3년 주기로 반복하여 실시하고 있다. 매 년도 조사의 기준시점은 전년도이며, 유량은 전년도 1년을, 저량은 전년도 마지막 날을 기준으로 한다. 조사방법은 조사원이 조사대상 패널가구를 직접 방문하여 타계식 면접조사를 실시하고 있다.

한국복지패널조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 가구원 수, 가구형태, 기초보장 및 의료급여 수급 형태, 취업

자 고용관계, 근로시간형태, 근로계약기간 설정여부, 근로업종 및 직종/사업장 규모, 미취업 여부, 4대보험 가입 여부, 주택 유형 및 주거위치, 주거점유형태, 주택비용 마련 방법, 주택관련 총부채원금 상환액, 주택 구조/성능/환경, 주거시설 종류 및 사용형태, 주거복지사업 이용경험, 비목별 생활비, 총생활비, 가구원 근로소득, 원천별 가구소득, 부채, 이자, 자산 보유, 각종 박탈 지표(공과금 등 미납), 경제적 어려움으로 인한 식생활 보장 어려움, 가족 갈등 초래 문제, 가족 갈등 대처 방법, 사회적 신뢰, 이웃에 대한 도움 의사, 비선호시설 수용(장애인), 기부 혹은 자원봉사 활동 여부, 연간 기부액, 자원봉사활동 연간 횟수, 부모님과과의 접촉 정도, 성역할에 대한 인식, 부부폭력 경험, 가족 구성원들과의 관계, 자녀들 사이의 관계에 대한 만족도, 아동기 성장지역, 아동기 경제생활상태, 조실부모 등 아동기 스트레스 경험, 부모님 교육수준, 부모로부터 경제적 도움 정도, 직업이력, 보유 직업기술, 다문화가정 여부 등 이다(15년 가구 및 가구원 조사 기준).

〈표 3-38〉 한국복지패널조사

통계명 (승인번호)	한국복지패널조사 (33109)	비고
작성기관	한국보건사회연구원 사회통계연구실 사회조사팀	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	전 국민의 삶의 질 현황과 변화를 지역별·연령별·계층별로 파악하여 종단적 자료를 통한 계층별 소득변화 등을 장기간에 걸쳐 역동적으로 분석할 수 있는 토대 마련	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	국내 일반 가구	
표본수	7072가구	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상→조사원→한국보건사회연구원	
작성사항	- 가구조사표 : 가구일반사항, 건강 및 의료,	

	<p>경제활동상태, 사회보험·퇴직(연)금·개인연금 가입, 주거, 생활비, 소득, 부채·이자, 재산, 생활여건, 국민기초생활보장, 근로(자녀)장려세제, 복지서비스 이용(가구, 노인가구, 아동가구, 장애인가구), 가족</p> <p>- 가구원조사표 : 사회보험·퇴직금·개인연금 수급, 근로, 생활실태·만족 및 의식, 사회적환경에 대한 의식, 생활습관·가족관계 및 정신건강, 교육, 개인사 등</p> <p>- 부가조사표(복지인식) : 사회·정치적 인식과 태도, 복지재원 및 대상범위, 정치참여와 성향</p> <p>※ 부가조사(아동, 복지인식, 장애인) 3년 주기 순환조사 실시</p>	
통계간행물명	한국복지패널기초분석보고서	

7) 한국의료패널조사

한국의료패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-15>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

한국의료패널조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 기초생활보장수급 여부, 다문화 가구 여부, 학력, 혼인상태, 부부 동거 유무, 사회보험 가입여부, 연금 및 종신보험 가입여부, 경제활동 유무, 비경제활동 이유, 직업 유형, 직종 분류, 직장 규모, 종사상 지위, 근무시간 형태, 근무지속 가능여부, 고용관계, 근로계약 기간유무, 각종 가구소득, 각종 자산소득, 부채 총액, 주택 소유 여부, 주택 시세, 주택 보증금, 주거형태, 주거위치, 현 주택 거주년도 등이다(15년 조사 기준).

8) 고령화연구패널조사

고령화연구패널조사는 향후 초고령사회로 변화해 가는 과정에서 효과적인 사회경제정책을 수립하고 시행하는 데에 활용될 기초자료를 생산하는 데 기본적인 목적이 있다. 한국고용정보원에서는 급속한 고

령화 진행에 따라 횡단면 조사로 파악하기 어려운 고령자의 노동공급 및 은퇴, 소득 소비행태, 건강 및 사회보장제도 수혜 등에 관한 미시자료를 패널로 확보하여 정부의 중고령층 고용정책 수립을 지원하도록 종단면 자료 생산 및 제공하는 데 고령화연구패널조사의 목표가 있다고 밝힌 바 있다.

고령화연구패널조사의 모집단은 제주도를 제외한 전국에 거주하는 45세 이상 국민이며, 표본표집틀(sampling frame)은 2005년 인구주택총조사의 조사구로, 전체 조사구 가운데 섬지역 조사구와 시설단위 조사구를 제외한 261,237개 보통조사구 및 아파트조사구를 추출단위 조사구로 설정하였다. 이후 모집단을 지역과 주거형태별로 층화하여 이용하고 있다. 1000개의 표본조사구 중 15개 시도별로 15개 조사구를 우선 할당한 후, 나머지 775개는 인구수를 기준으로 15개 시도에 할당하는 방법을 택하고 있으며, 이를 통해 저인구지역 조사결과의 신뢰성을 확보하고 있다.

그 후 표집틀로부터 지역 및 주거형태별로 층화된 모집단 조사구를 행정코드 순서대로 정렬한 후 계통추출법을 적용하여 할당된 수만큼 추출한다. 표본조사구가 변동되었을 상황을 대비하여 20%의 예비표본조사구를 합하여 추출하였다. 추출된 표본조사구 가운데 20%에 해당하는 예비표본조사구는 다시 계통표집법으로 본표본조사구와 예비표본조사구를 분류했다. 1000개의 표본조사구를 확정된 후, 2005년 인구주택총조사의 가구명부를 이용하여 서울 조사구는 15개 가구, 광역시 및 경기도는 13개, 나머지 도 지역은 12개 가구를 단순무작위 방식으로 표본가구를 추출하였다.

추출한 표본가구를 면접원이 정해진 순서대로 선정한 가구를 방문하여 가구원 가운데 만 45세 이상인 사람이 1명 이상 거주시 조사대상 적격가구로 판정하여 그 가구에 거주하는 모든 만 45세 이상가구원에 대하여 면접조사를 실시하였다. 기타의 경우 부적격가구로 판정하고 다음 표본가구를 방문하여 패널가구 및 패널을 구축했다. 이렇게 수집된 표본수는 일만 여개이다.

고령화연구패널조사는 2006년부터 실시하였으며 짝수 연도에는 동일한 조사 항목을 중심으로 기본조사를 수행한다. 2007년부터 홀수

연도에는 기본조사에 포함되지 않은 내용을 중심으로 특정 주제를 정하여 조사를 실시하고 있다. 그 중 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 경제활동상태, 주된 일자리, 고용형태, 근로시간형태, 근로계약기간, 노동지속가능성, 종사상 지위, 평균 근로일수 및 근로시간, 근무환경에 대한 만족도, 일의 내용에 대한 만족도, 학력, 손자녀수 및 손자녀 보살핌 여부, 연평균 소득 및 소득구성, 평균 월소비, 각종 보유자산 수준, 자산 상속 및 증여 비율, 사회부조 수급여부, 빈곤율, 거주형태, 자녀 동거 여부, 부모 수발 여부, 세대간 소득이전, 경제상태에 대한 만족도, 배우자와의 관계에 대한 만족도, 자녀와의 관계에 대한 만족도 등이다(15년 조사 기준).

〈표 3-39〉 고령화연구패널조사

통계명 (승인 번호)	고령화연구패널조사 (33602)	비고
작성기관	한국고용정보원 연구개발본부 고용조사분석센터	
통계분류	일반통계·조사통계	
작성목적	고령사회로 변화해 가는 과정에서 개인의 행동예측, 중고령자 사회경제정책의 수립 및 시행의 기초 자료로 활용	
작성주기	2년	
조사범위	전국(제주도 제외)	
모집단 (조사대상)	만 45세 이상 개인	
표본수	1만개	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상 → 조사전문기관(TNS) → 한국고용정보원	
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기본조사(짝수년도) : 가구원정보, 인구, 가족, 건강, 고용, 소득·소비, 자산, 주관적 기대감 및 삶의 질 등 ○ 특별조사(홀수년도) : 기본조사에 포함되지 않은 주제를 정하여 실시 ○ 부가조사 : 생애직업력조사(2014년 1회한 '62 ~ 63년생 추가패널) 	

통계간행물명	미발간	
--------	-----	--

8) 국민노후보장패널조사

국민노후보장패널조사는 국민연금공단에서 작성중이며, 중·고령층의 노후준비 및 노후생활을 지속적으로 파악하여 노후소득보장과 관련된 정책을 위한 체계적인 자료를 구축하는 데 그 목표가 있다. 국민노후보장패널조사의 조사대상자는 만 50세 이상 가구원이 있는 가구 및 해당 가구에 속한 개인과 그 배우자이며, 배우자의 경우 50세 미만인 경우에도 개인조사대상으로 포함하고 있다.

원표본은 2000년 인구주택총조사 10% 표본조사구 중 섬조사구와 시설단위조사구를 제외한 24995개의 일반조사구를 부차모집단으로 하여 표본 추출하였다. 2005년에 신축아파트들 대상으로 표본을 보정하였으며, 조사 시작 시점에 비해 50대 연구대상자가 줄어들었으므로 2013년 50-57세 가구원이 포함된 가구 1201개를 표본추가하여 통합표본을 구축하였다. 13년 5차조사시 원표본 유지율은 73.4% 수준이다.

본조사는 격년 주기로 실시하고 있으며, 본조사의 사이마다 부가조사를 진행하고 있다. 1차년도 본조사는 2005년 10월부터 2006년 1월 사이에 수행되었다. 국민노후보장패널조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 혼인상태, 가구원 동거여부, 가구원 비동거사유, 학력, 종교유무, 종교유형, 종교집회 참여빈도, 작년 및 현재 경제활동상태, 주택 종류, 주택 점유 형태, 주택 면적 및 현재가격, 주택 보증금, 유형별 가구 지출, 부족한 생활비 마련 방법, 유형별 가구 소득, 유형별 가구 자산 및 부채 수준, 고용형태, 종사상 지위, 근무시간 형태, 계약된 근로 기간, 근로기간 연장 가능성, 임금 수준, 퇴직급여 수준, 해당된 퇴직급여제도, 정년제 적용 여부, 퇴직시점 예상, 근로 내용, 4대보험 적용 여부, 이직활동 및 은퇴계획, 구직활동 여부, 희망 구직 직업, 희망 월평균 소득, 은퇴여부 및 은퇴 태도, 은퇴 원인, 노후 용돈 및 생활비 마련 방안, 각종 보험 및 연금 납부 수준, 주거환경 만족도, 경제상태 만족도, 이웃관계 만족도, 친구관계 만족도, 가족관계 만족도, 배우자 관

계 만족도, 자녀 관계 만족도, 형제자매관계 만족도, 현재업무 만족도, 일상생활 조력자 여부 등이다(13년 조사 기준).

〈표 3-40〉 국민노후보장패널조사

통계명 (승인번호)	국민노후보장패널조사 (32201)	비고
작성기관	국민연금공단 국민연금연구원 연금제도연구실 패널조사팀	
통계분류	일반통계-조사통계	
작성목적	고령화 등 급격히 변화하는 사회 환경 속에서 증가하고 있는 노후소득보장의 욕구와 중요도를 파악하고, 이에 걸맞은 연금 및 고령화 정책을 수립하기 위한 중요한 기초자료를 수집하고자 함.	
작성주기	2년	
조사범위	전국(제주도 제외)	
모집단 (조사대상)	만 50세 이상 개인 및 소속 가구	
표본수	24995 가구	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사원 → 전담 조사기관 → 국민연금연구원	
작성사항	○ 본조사(2015년 기준) - 가구 : 가구원 인적사항, 주거현황, 가구지출, 가구 소득 및 저축, 가구자산 및 부채 - 개인 : 현 경제활동상태, 근로활동(현재 일자리, 퇴직급여, 이직활동 및 은퇴계획, 구직활동, 은퇴여부 및 은퇴태도), 노후준비 및 노후생활, 공적연금, 개인연금, 건강보험, 소득 및 이전지출, 자산 및 부채, 상속 및 증여, 돌봄노동, 건강, 삶의 만족도, 직업력 등 ○ 부가조사(2016년기준): 여가 및 사회참여, 대인관계, 건강 및 기타 ※ 본조사(홀수년도)는 동일 항목을 반복적으로 조사하는 반면, 부가조사(짝수년도)는 년도마다 분야를 달리함	
통계간행물명	국민노후보장패널조사 분석보고서	

9) 근로자건강진단실시상황보고

근로자건강진단실시상황보고는 특수건강진단, 임시건강진단 등 근로자 건강진단 결과자료를 통계 처리하여 근로자 직업병 예방 등 산업보건 정책 수립의 기초 자료를 수집하기 위해 실시되고 있다. 근로자 건강진단실시상황보고는 『산업안전보건법』 제43조 및 시행규칙 제105조에 의거하여 실시하고 있으며, 통계청 승인 일반통계(11809호)이다.

사업주가 실시한 특수건강진단, 임시건강진단 등 근로자 건강진단 결과를 한국산업안전보건공단에 보고하여 이를 정리한 자료이다. 특수건강진단이라 함은 작업장에서 유해인자에 노출되는 근로자를 대상으로 물질에 따라 6개월 또는 2년마다 실시하는 건강진단이며, 임시건강진단은 특수건강진단대상 유해인자 기타 유해인자에 의한 중독 여부 등 증상 발생 및 심각한 피해 우려 시에 지방노동관서의 장의 명령에 따라 실시하는 건강진단을 말한다. 정기적으로 실시되는 일반건강진단의 경우 별도의 보고체계를 가지고 있다.

따라서 근로자건강진단실시상황보고는 상대적으로 고위험에 노출된 근로자들의 건강 수준을 파악한다는 데 의의가 있다. 본 통계에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 종사 사업장 규모, 종사 산업, 각종 질환 이환의심자의 산업 및 직력별 발생현황 등이다(15년 조사 기준).

〈표 3-41〉 근로자건강진단실시상황보고

통계명 (승인번호)	국민노후보장패널조사 (11809)	비고
작성기관	고용노동부 산재예방보상정책국 산업보건과	
통계분류	일반통계 - 보고통계	
작성목적	특수건강진단, 진폐건강진단 등 근로자 건강진단 결과자료를 심층분석하여 근로자 직업병 예방을 위한 산업보건 정책수립의 기초자료로 활용	
작성주기	1년	
조사범위	전국	

모집단 (조사대상)	사업체	
표본수	해당없음	
자료수집방법	해당없음-기타	
작성체계	특수건강진단기관→한국산업안전보건공단→고용노동부	
작성사항	- 일반항목 : 업종, 규모, 관할 노동사무소, 수진 근로자 수, 실시 사업장 수, 성별, 직력, 연령 등 - 정밀분석항목 : 직업병(질병) 유소견자, 직업병(질병) 요관찰자, 해당 유해인자, 사후관리 내역 등	
통계간행물명	근로자 건강진단 실시결과	

10) 근로환경조사

근로환경조사는 전국의 취업자를 대상으로 근로환경을 조사하여 근로자들이 작업관련위험요인에 노출되는 정도를 파악하고, 성별, 연령별, 직업별, 업종별 및 고용형태별 작업관련 위험요인에의 노출 등을 살펴보기 위하여 실시되고 있다. 『산업안전보건법』 제4조의 1항 1호 및 1항 8호에 의거하여 실시되고 있으며, 통계청 승인 일반통계(38002호)이다.

전국 만 15세 이상 취업자를 대상으로 개별면접조사방식으로 수행하는데, 목표 모집단은 조사시점 현재 대한민국에 거주하는 모든 가구 내 만 15세 이상 취업자로, 조사 모집단은 2014년 조사 기준으로 2010년 인구주택총조사 기준 아파트 조사구 및 일반조사구 내 가구에 거주하는 만 15세 이상 취업자이다. 적격조사대상자는 조사대상 시점 기준 지난 1주간 수입을 목적으로 일한 자이다.

층화 방식은 행정구역에 따라 7개 특별·광역시와 9개 도 지역으로 1차로 층화하고, 9개 도 지역에 대해 동부 및 읍·면부로 세부 층화한다. 이후 조사구 특성에 따라 2차 층화하여 총 56개 층으로 세분화했다. 표본 크기는 대략 50000개 이상으로 각 표본 조사구에서 10가구의 표본 가구를 조사하는 것을 원칙으로 하여, 선정된 가구 내에서 만 15세 이상 취업자 한 명을 선정하여 조사를 진행했다.

근로환경조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 가구원수, 근로직종, 학업년수, 종사상지위, 근로기간 계약여부, 계약된 근로기간, 근로형태, 근로 안정성, 파견 근로자 여부, 주 업무 내용, 직장 형태, 직장 종사자수, 근로조건 변화 여부, 희망 근로시간, 근로일수, 부업 여부, 부업 근로 시간, 진동, 소음, 온도 등 각종 근로 환경, 방문 근로 여부, 건강 및 안전 관련 정보 제공 여부, 주말 근로 일수, 장시간 근로 일수, 근무시간으로 인한 기타 활동 침해 여부, 반복 노동, 근로 속도 자율성, 근무 형태 특징, 직장 동료들의 지지, 직장 상사의 지지, 순환 작업 여부, 근로기술 재교육 여부, 노조 및 노사협의회 결성 여부, 각종 근로 관련 차별 경험, 주관적 근로환경 만족, 자원봉사/자선활동 참여, 정치/노조활동 참여, 주관적 소득 만족도, 직장 내 친구 여부, 각종 차별 및 성희롱 경험 여부 등이다(14년 조사 기준).

〈표 3-42〉 근로환경조사

통계명 (승인번호)	근로환경조사 (38002)	비고
작성기관	한국산업안전보건공단 산업안전보건연구원 정책제도연구팀	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	근로환경 중 건강위험요인실태 파악하여 작업 관련성질환 건강위험이 높은 업종과 직종에 대해 안전보건정책을 수립하며 근로환경변화 추이를 밝혀 안전보건정책 기초자료로 활용	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	만 15세 이상 취업자	
표본수	5만 여명	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상→조사전문기관(현대리서치)→한국산업안전보건공단	
작성사항	가구현황(4), 노동력구조(28), 작업시간(5), 작업환경(8), 근무패턴(13), 작업속도(5), 작업특징(12), 교육훈련(4), 조직의 의사소통(5), 폭력/차별(5), 건강영향지표(27), 직업만족도(3), 응	

	답자 특성(13) 총 13개 부문 132개 항목	
통계간행물명	미발간	

11) 노인실태조사

노인실태조사는 『노인복지법』 제5조에 근거하여 실시하고 있으며, 통계청 승인 일반통계(11771호). 법정 조사가 되기 이전인 94년부터 시작되었다. 2004년에 법적 근거를 확보하였다.

노인실태조사는 노인에 대한 심층적 이해를 위한 경험적 기반을 마련하여 노인정책수립에 필요한 기초자료를 제공하는 목표를 가지고 실시된다. 한국 노인의 다각적인 생활 현황과 욕구를 파악하고 노인 특성의 변화추이 예측하는 데 의의가 있다.

목표모집단은 전국 16개 시·도의 일반주거시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인이다. 조사모집단은 2010년 인구주택 총조사 결과 만 61세 이상인 노인으로, 표본추출틀은 2010년 인구주택 총조사 90% 자료의 전국 아파트조사구 및 보통조사구 리스트로 일반주거시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 한다. 층화 방법은 16개 시·도별로 1차 층화 후 7개 특별·광역시를 제외한 9개 도 지역은 동부와 읍·면부로 나누어 2차 층화하여 25개 층으로 구분한다. 각 층별로 노인인구수에 따라 제곱근 비례 배분하여 표본수를 산출했다. 표본추출은 층화 2단계 집락추출로 최종 조사 단위는 가구 내에 거주하는 만 65세 이상 노인 전부이다. 조사모집단의 노인가구 수는 5059178개, 모집단 조사구 수는 299902개, 총 표본 조사구는 866개이며, 전체 표본 노인 수는 10451명이다. 개인 가중치의 전체 평균은 610.9로 노인 한 명이 610.9명을 대표한다.

노인실태조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 혼인상태, 학력, 교육연수, 취업여부, 가구원 수 및 증감 여부, 동거자녀수, 비동거자녀와의 왕래 및 연락빈도, 비동거자녀 중 가장 자주 접촉한 자녀, 자녀와의 갈등 경험 여부, 자녀와의 갈등 원인, 비동거손자녀 존재 여부 및 수, 비동거손자녀 왕래 및 연락빈도, 배우자와 동반

외출 빈도, 배우자와의 고민상담 교환, 배우자와의 도구적 도움 교환, 배우자와의 간병 등 도움 교환, 경제적 도움 상호도움 여부, 배우자에 대한 생각, 배우자와의 갈등 경험 여부, 배우자와의 갈등 원인, 단독가구 시작 시점, 단독가구 형성 이유, 단독가구 생활상 힘든 점, 기혼자녀와 함께 사는 이유, 부모 및 배우자 부모 생존여부, 부모 및 배우자 부모 건강상태, 형제자매 생존여부, 비동거 형제자매를 포함한 친인척과의 왕래 및 연락빈도, 가깝게 지내는 친인척 수, 친구·이웃·지인과의 왕래 및 연락빈도/수/고민상담 교환/도구적 도움 교환/간병 등 도움 교환/경제적 도움 교환/관계만족도, 동거가족 외 사람이 찾아오는 빈도, 동거자녀/비동거자녀/부모/손자녀의 각종 상호도움 여부 및 관계 만족도, 경제상태 만족도, 각종 사회관계 만족도, 노인 차별 경험 여부 및 내용, 노인 학대 경험 유무 및 행위자, 보호 전문기관 인지 여부, 주관적 생활 수준, 월평균 소비지출액, 생활비 중 부담 항목, 각종 소득 유무 및 금액, 각종 자산 유무 및 금액, 각종 보험 및 연금 급여 유무 및 금액, 경제활동 상태, 직업 종류, 일의 내용, 종사상 지위, 근무기관 유형, 지속 가능 여부, 평균 근무일수 및 근로시간, 종사기간, 경제활동 이유, 직업 만족도, 근로 지속 의향, 희망근로시간, 희망근로소득, 동호회/친목단체/정치사회단체 참여 여부 및 빈도, 기부 및 자원봉사활동 참여여부, 신앙 여부, 주택거주유형, 주거위치, 주택편리성, 이용 교통수단, 주요기관과의 도보이동 거리 등이다(14년 조사 기준).

〈표 3-43〉 노인실태조사

통계명 (승인번호)	노인실태조사 (11771)	비고
작성기관	보건복지부 노인정책과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	노인보건복지정책 수립에 필요한 기초자료 및 기본지표 생산을 위함	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	만 65세 이상 노인	

표본수	10451명	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사원 → 한국보건사회연구원(용역) → 보건복지부	
작성사항	노인정책활용도 높은 항목 추가 -노인가구소득항목추가 : 노인빈곤해소정책 -노인경제 및 사회활동 항목 추가 : 노인소득활동 정책 -노인 치매 및 보호현황 : 노인장기요양보험 및 보호정책	
통계간행물명	노인실태조사	

12) 농업인의업무상질병및손상조사

농업인의업무상질병및손상조사는 농업인에게 발생된 사고, 질병, 손상 등에 대한 실태를 파악하고 분석하여, 농업활동으로 인한 재해를 예방하고 관리하기 위한 정책 수립 등에 필요한 기초자료를 마련하기 위해 실시된다. 『농업·농촌 식품산업기본법』 제10조, 35조, 39조 및 『농림어업인 삶의 질 향상 및 농어촌지역 개발촉진에 관한 특별법』 제14조와 그 시행령 제9조에 근거하여 실시하고 있으며, 통계청 승인 일반통계(14303호)이다.

최초작성년도는 2009년으로 6000개의 표본 농가를 대상으로 조사를 실시하던 것을, 2012년 10020개로 표본 농가를 확장하여 개편하였다. 모집단이 되는 농가는 조사기준 시점에 10a(1,000㎡) 이상 직접 경작하는 가구로서, 조사 전년도 마지막 날까지 연간 농축산물의 판매 금액이 120만 원 이상으로 농업을 계속하는 가구에 한한다. 단, 판매금액이 120만원 미만이라도 120만 원 이상의 가축을 사육하는 가구는 포함한다. 또한 자기 소유의 경지뿐만 아니라 남의 경지를 빌려서 농업활동을 수행하는 경우에도 해당되나, 가구원 중 농업을 직접 경영하는 사람은 없고 농업고용인만 있는 가구는 조사대상에서 제외하였다.

목표 모집단은 일부 섬지역 및 도시형 동읍면에 속한 농가를 제외한 농가로서, 일부 섬지역 및 도시형 동읍면 농가는 조사모집단에서

제외하였다. 2010년 농림어업 총조사와 2012년 농림수산물식품부 동읍면별 농가자료를 표본추출틀로 삼아 층화집락추출하였다.

농업인의업무상질병및손상조사는 격년으로 짝수 해에는 질병영역, 홀수 해에는 손상 영역을 조사한다. 그 중 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 조사가구/가구원의 농업활동 특성, 업무상 질병 관련 특성, 각종 위험요인 노출 특성 등이 있다(14년 조사 기준).

〈표 3-44〉 농업인의업무상질병및손상조사

통계명 (승인번호)	농업인의업무상질병및손상조사 (14303)	비고
작성기관	농촌진흥청 국립농업과학원/농업공학부 재해 예방공학과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	농업인에게 발생한 사고, 질병, 손상 등에 대한 실태를 파악하고 분석하여, 농업활동으로 인한 재해를 예방하고 관리하기 위한 정책 수립 등에 필요한 기초자료 제공	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 농가(일부 섬지역 및 도시형 농읍면 제외)	
표본수	10020개	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	가구→조사전문기관(용역)→농촌진흥청	
작성사항	○ 질병과 손상영역의 문항 분리하여 조사 (2016년은 질병영역 조사) - 연도 끝자리가 '짝수'로 끝나는 해에는 질병영역 조사(2016년 59항목) (조사가구의 농업활동 특성 4, 가구원 특성 10, 가구원의 농업활동 특성 4, 의료이용 4, 농작업관련 증상 6, 업무상 질병관련 특성 7, 위험요인 노출 특성 15, 농업인의 애로사항 9 등) - 연도 끝자리가 '홀수'로 끝나는 해에는 손상영역 조사(2015년 34항목) (조사가구의 농업활동 특성 3, 조사가구의 가구원 특성 6, 가구	

	원의 농업활동 특성 3, 가구원의 농기계 및 농약사용 특성 3, 가구원의 농업안전 활동 7, 업무상 손상 12 등)	
통계간행물명	미발간	

13) 서울특별시복지실태조사

서울특별시복지실태조사는 서울시가 추진하고 있는 다양한 복지정책의 효과성 및 효율성을 평가하고, 정책설계와 성과지표에 대한 모니터링을 실시하기 위한 실증적인 통계자료를 만드는 데 목표를 두고 있다. 또한 서울시민복지기준과 연계하여 서울시 전체 및 권역별 핵심성과 지표를 생산하고 서울시민의 생활실태와 복지욕구에 대한 조사결과를 기초분석하는 데 그 의의가 있다.

서울복지실태조사의 목표모집단은 조사 기준시점 현재 서울에 거주하고 있는 모든 가구의 만 19세 이상 전체 국민으로, 표본추출틀은 2010년 인구주택총조사의 서울지역 아파트 조사구와 일반 조사구 리스트로 총 60529 조사구 중 400여개 조사구를 지역별 조사구 규모에 따라 층화확률비례 추출했다. 서울시 25개 자치구를 층화한 후 조사구를 1차 추출단위, 만 19세 이상의 가구원을 2차 추출단위로 두고, 각 층별 표본조사구의 추출은 확률비례 계통추출법을 사용했다. 표본으로 추출된 조사구에서 9가구를 계통추출하여 조사하는 것을 원칙으로 한다.

표본규모는 최초 400개 조사구, 3600가구였으며 통계의 표본오차 수준을 검토하여 420개 조사구, 3780 가구로 확대하였다. 최종적으로 조사가 완료된 가구는 422개 조사구 3798 가구였다.

서울복지실태조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 가구원수, 교육수준, 혼인상태, 종교, 동거여부, 가구형태, 기초보장수급형태, 의료급여수급형태, 근로능력정도, 경제활동참여상태, 취업자 일자리 특성, 비경제활동 사유, 사회보험/퇴직연금/개인연금/건강보험 가입 여부, 의료급여 수급 여부, 주택 유형 및 주거 위치, 주거 점유 형태, 주택 구입, 주택 구조/성능/환경, 주거시설, 비목별 생활비, 사적이전지출, 총생활비, 주관적 최저생활비, 주관적 적정생활비, 중사상 지위

별 가구원 근로소득, 원천별 가구소득, 부채 및 이자, 각종 자산 보유 현황, 박탈지표, 식생활 보장, 급여 수급 이력 및 탈락, 근로장려세제 수급여부, 가족 갈등 초래 문제, 가족 갈등 대처 방법 등이 포함된다(13년 조사 기준).

〈표 3-45〉 서울특별시복지실태조사

통계명 (승인번호)	서울특별시복지실태조사 (20113)	비고
작성기관	서울특별시 복지정책관 복지정책과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	서울시민의 삶의 질적 수준, 복지 수요, 복지 서비스 이용실태 등을 파악하여 서울시 복지 정책수립을 위한 기초자료 제공	
작성주기	2년	
조사범위	서울특별시	
모집단 (조사대상)	만 19세 이상 서울 거주자	
표본수	3798개	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상-닐슨코리아컴퍼니-서울연구원-서울 시청	
작성사항	A. 가구일반사항, B. 경제활동, C. 건강과 의료 이용, D. 가족생활, 여가 및 사회활동, E. 복지 서비스 이용, F. 복지의식 및 욕구 가구용 210 문항	
통계간행물명	서울복지실태조사 기초분석 보고서	

13) 아동종합실태조사

아동종합실태조사는 『아동복지법』 제11조에 근거하여 실시하고 있으며, 2012년 이후 통계청 승인 일반통계(11774호)이다.

아동종합실태조사의 세부 목표는 크게 다음과 같다. 첫째, 아동의 연령대별 발달욕구와 아동이 처한 환경에 대한 실태를 파악한다. 둘째, 아동의 생활실태와 복지욕구 및 정책수요를 정확하게 진단한다. 셋

째, 아동에 대한 적극적, 선제적 투자를 위해 필요한 아동의 연령별, 계층별 욕구 등의 기초자료를 구축한다. 넷째, 요보호아동 중심의 정책에서 벗어나 일반아동에 대한 정책으로 나아가기 위한 근거자료를 제공한다. 다섯째, 실증적 자료에 입각한 중장기 아동정책의 비전과 목표를 개발하고, 아동정책기본계획 수립의 기초자료를 제공한다.

아동종합실태조사의 목표모집단은 조사 시점 한국에 거주하는 0세부터 만 18세 미만의 아동이 있는 가구이며, 저소득층 가구는 기초생활보장 수급자와 차상위계층에 속하는 가구에 거주하는 0세부터 18세 미만의 아동이 있는 가구로 정의했다. 조사의 목표를 위해 저소득층 아동이 과대 대표되도록 인위적으로 조정하였다.

2010년 인구주택총조사의 전국 아파트조사구와 보통조사구 리스트를 표본추출틀로 이용하였다. 600여개의 조사구를 지역별 조사구 규모에 따라 층화확률비례 추출하였고, 모집단을 대도시, 중소도시, 농어촌의 3개 층으로 층화했다. 최초 표본크기는 600개 조사구, 4000가구였으며 표본오차수준을 검토하여 600개 조사구, 4002 가구로 설정했다. 각 층별 표본조사구는 권역별 통계작성의 정확성을 검토하여 제곱근 비례배분법을 적용하였으며, 표본으로 추출된 조사구 클러스터에서는 27가구를 계통추출하여 조사하는 것을 원칙으로 했다. 최종적으로 600개 조사구의 4007 가구를 조사하였다. 0세부터 9세 미만인 아동은 부모가 대신 응답하게 하였고, 9세 이상 18세 미만의 아동의 경우 자기기입식 설문지를 작성하도록 하였다.

아동종합실태조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용엔 가구원수, 보호자 교육수준/혼인상태/근로능력/경제활동 참여, 보호자 및 아동 애착관계, 아동 또래 및 대인관계, 보호자 배우자 동거여부, 보호자 결혼생활 만족도, 보호자 부부갈등, 보호자에 대한 사회적 지원, 각종 물질적 박탈 수준, 보호자의 양육 시간, 훈육 방법, 용돈 금액, 부모 감독 방식, 양육 방식, 부모 교육 참여, 주관적 경제수준, 가정 유형, 아동 주말 및 방학 중 함께 지내는 사람, 각종 아동 학대 관련 문항, 부모-자녀 갈등에 대한 자녀 행동, 지출 및 소득, 주거 점유형태, 주거지 방수, 주택의 구조 성능 및 환경, 지역 내 생활환경, 아동 부모 자녀 유대감, 아동의 부모에 대한 생각, 부모와의 관계, 부모와의 대화,

친한 친구 수, 이성친구 유무, 학교에서 경험한 각종 폭력 수준, 방입 경험, 동아리 활동 경험, 종교 활동 경험, 각종 아동 물질적 박탈 체감, 아르바이트 근로시간, 아르바이트 임금수준 등(13년 조사 기준)이 있다.

〈표 3-46〉 아동종합실태조사

통계명 (승인번호)	아동종합실태조사 (11774)	비고
작성기관	보건복지부 인구정책실 아동복지정책과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	아동에 대한 전국적 실태조사를 통해 아동의 건강한 성장 여건 조성을 위한 아동정책 개발에 활용, 실증적 자료에 입각한 중장기 아동정책의 비전과 목표 개발 및 수요자 중심의 사업 수립 도모	
작성주기	5년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	만 18세 미만 아동	
표본수	4007개	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사원→전담조사기관→용역기관(한국보건사회연구원)→보건복지부	
작성사항	<ul style="list-style-type: none"> ○ 가구 일반사항 : 가구원수, 가구원 일반사항, 근로능력, 경제활동 참여상태 ○ 사회성 및 정서 : 애착, 기질, 친한 친구 수, 또래 및 대인관계, 정서지능, 스트레스, 행복감 등 ○ 가정환경(가정생활) : 부부관계, 사회적 지원, 기대교육 수준, 영양 및 섭식, 가족기능, 양육스트레스, 부모-자녀 유대감 등 ○ 인지 및 언어생활 : 언어사용(언어사용에 대한 생각 등) ○ 학교생활 : 업성적, 사교육 유형, 향후 학교생활 계획, 학교생활의 즐거움, 또래관계, 학교폭력 등 ○ 방과후 생활 : 일 방과 후 생활, 주말 및 방 	

	<p>학 중 생활, 나홀로 여부, 동아리 활동 경험 및 종교생활, 아동권리</p> <p>○건강 및 안전 : 임신과 출산, 아동건강특성, 수면, 부모건강 특성, 아동학대, 부모자녀 갈등, 아동실종여부 등</p> <p>○사교육 및 특별활동 : 보육 및 사교육, 방과 후 거처, 방과후 주양육자, 복지서비스</p> <p>○진로 및 아르바이트 : 진로(원하는 직업, 진로계획), 아르바이트 경험 여부 등</p> <p>○주거 : 주거일반, 주택의 구조·성능 및 환경, 지역 내 생활환경</p> <p>○지출(월평균 세금 및 사회보장부담금, 월평균 총 생활비), 소득(월평균 총 소득)</p>	
통계간행물명	한국 아동종합실태조사	

14) 장애인실태조사

장애인실태조사는 보건복지부 장애인정책과의 주관 하에 한국보건사회연구원에서 위탁을 받아 진행하고 있다. 『장애인 복지법』 제31조 및 해당 법 시행령 제18조와 제19조에 근거하여 3년마다 실시하고 있으며, 통계청 승인 지정통계(11732호)이다. 장애인실태조사의 목표는 장애 인구 규모에 대한 추정, 장애발생원인 및 발생시기 분석, 장애인 발생억제 대책에 필요한 기초자료 마련, 장애인의 인구·사회·경제적 특성 및 복지욕구 파악 등이다.

2014년 기준 조사의 표본추출틀은 2010년도 인구주택총조사의 조사구를 활용하여 마련하였으며, 38560 가구를 조사하였다. 층화 방법은 전국을 16개 시도별로 층화한 후, 7개 특별·광역시를 제외한 9개 도 지역은 동부와 읍·면부로 나누어 2차 층화하였다.

조사 방법은 조사원이 직접 가구 방문하는 직접면접조사이다. 장애인 실태조사의 장애범주는 15개 유형으로 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체, 뇌병변장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 안면장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애, 뇌전증장애 등이다.

조사내용은 가구 및 장애판별조사와 장애인 심층조사로 구성된

다. 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 도와주는 사람 여부, 도와주는 사람 유형, 주요 장애인보조기구 필요 및 소지 현황, 혼인 상태, 배우자 장애 여부, 사회적 차별 경험, 가구소득 및 지출액, 차량 소유 여부, 장애로 인한 추가 지출, 취업 상태, 비경제활동 이유, 임금 수준, 장애 차별인식 정도, 직장에서의 지위, 평균 근속기간, 일한 총 시간, 업무 만족도, 자녀 수, 자녀 장애 여부, 가족 내 차별 및 폭력 유형, 가족 내 차별 및 폭력의 주 가해자, 수입에 대한 만족, 각종 대상으로부터의 사회적 차별 정도, 각종 주거 환경, 주관적 소속 계층, 도와주는 사람과의 동거 여부, 투표 여부 등(14년 조사 기준)이 있다.

〈표 3-47〉 장애인실태조사

통계명 (승인번호)	장애인실태조사 (11732)	비고
작성기관	보건복지부 장애인정책국 장애인정책과	
통계분류	지정통계 - 조사통계	
작성목적	장애유형별 장애원인 및 장애특성을 파악하고, 장애인의 복지욕구·복지서비스 수혜 실태 등을 파악함으로써 장애인복지정책 수립의 기초자료로 활용	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 장애인 가구	
표본수	38560개	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사원 및 시설→한국보건사회연구원→보건복지부	
작성사항	장애인의 일반특성, 장애특성, 보건의료, 일상생활지원, 장애인보조기구, 보육·교육, 취업 및 직업생활, 사회 및 여가활동, 결혼생활, 여성장애인, 생활만족도 및 폭력차별경험, 주거, 복지서비스, 경제상태	
통계간행물명	장애인실태조사	

15) 청소년건강행태온라인조사

청소년건강행태온라인조사는 우리나라 청소년의 건강행태 현황을 파악하고, 청소년 건강증진사업 기획 및 평가에 필요한 보건지표를 산출하며, 국가 간 비교 가능한 청소년 보건지표를 산출함을 목표로 한다.

목표 모집단은 전국 중학교 1학년~고등학교 3학년에 재학중인 학생으로 모집단은 17개 시도를 대도시/중소도시/군지역으로 분류한 뒤 인구에 따라 17개 시도를 44개 지역군으로 분류하는 이단계 층화 방법으로 층화하였다. 표본은 중학생과 고등학생을 일대일 비율로 배분하였으며, 다시 도시규모, 지역군, 학교구분, 남/여/공학에 따라 배분하여 결과적으로 중학교 400개교 1200개 학급, 고등학교 400개교 1200개 학급을 최종 표본으로 확정하였다. 조사방법은 익명성 자기기입식 온라인 조사로 대상 학급의 학생 전원이 학교 컴퓨터실을 이용 일괄 조사하게 하였다.

청소년건강행태온라인조사에서 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 가족구성원, 친부모/양부모와의 거주여부, 친부모 학력, 친부모 태어난 나라, 주관적 경제적 상태, 현재 거주형태, 가족/친구/선생님과의 관계, 아르바이트 경험, 일주일 평균용돈, 학년 등이 있다(15년 조사 기준).

〈표 3-48〉 청소년건강행태온라인조사

통계명 (승인번호)	청소년건강행태온라인조사 (11758)	비고
작성기관	보건복지부 질병관리본부 건강영양조사과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	우리나라 청소년(중·고등학생)의 건강행태에 대한 현황파악을 통해 청소년 건강증진사업 계획 및 평가를 위한 기초자료 제공, 국제비교를 위한 청소년 보건지표 제공 및 관련분야의 기초 연구자료 제공	
작성주기	1년	

조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 중·고교 재학생	
표본수	중·고교 각각 1200개 학급	
자료수집방법	확률표본-인터넷조사	
작성체계	표본학교 → 보건복지부(질병관리본부) - 학교컴퓨터실에서 일괄조사 - 조사수행협조 : 교육과학기술부, 교육청	
작성사항	흡연, 음주, 비만 및 체중조절, 신체활동, 식생활, 손상 및 안전의식, 폭력, 성행태, 정신건강, 구강건강, 아토피 천식, 개인위생, 인터넷중독, 약물, 건강형평성 15개 영역, 총 117개 문항	
통계간행물명	청소년건강행태온라인조사 통계	

16) 청소년유해환경접촉종합실태조사

청소년유해환경접촉종합실태조사는 유해환경으로부터의 청소년 보호를 목표로 한다. 현행 『청소년보호법』 제2조 8항에 근거하여 청소년유해환경을 “청소년유해매체물, 청소년유해약물등, 청소년유해업소 및 청소년폭력·학대”로 정의하고, 이를 기준으로 청소년 유해환경을 매체, 업소, 약물, 행동(유해환경 관련 행동)의 네 가지 영역으로 구분하여 조사를 실시하고 있다.

조사대상인 “청소년”은 일반적인 사회적 통념을 반영하여 중·고교생(조사 시점 현재 전국의 중·고등학교에 재학 중인 19세 미만의 학생)을 대상으로 조사하였다. 위기청소년은 청소년 센터에 등록된 청소년, 소년원학교에 재학 중인 청소년, 보호관찰대상 청소년을 대상으로 조사했다.

목표 표본은 중·고교생 15000개, 초등학생 1500개, 위기청소년 1500개이다. 중·고교생 조사는 전국을 서울, 광역시, 시·군부의 3개 권역으로 층화한 뒤 권역별 모집단 인구구성에 따라 교급 계열(중학교, 일반계/전문계 고등학교)별로 조사대상 학교 수를 할당했다. 집락단위인 학교 수 배정은 제곱근비례할당 방식을 활용하였다. 3개 권역별로 할당

된 학교 수를 다시 권역 내 시·도 인구구성에 따라 재할당하였고, 전문계 고등학교 시·도별 2개교 이상 반영되도록 조정했다. 마지막으로 학교당 3개학급을 무작위 추출 방식으로 선정하여 최종 조사대상을 선정하였으며, 169개교 507 학급이 선정됐다.

초등학생 조사는 모집단을 6개 지역(서울 강남, 서울 강북, 인천/경기/강원, 부산/울산/경남, 광주/호남/제주, 대전/충청)으로 층화한 후 층화단위별 모집단 인구를 기준 제곱근 비례할당하여 표본 인원을 배분하였다. 이후 지역별로 할당된 표본 인원을 기준으로 조사대상 학교 수 결정 및 난수를 활용하여 조사대상 학교를 선정하였다. 최종적으로 조사대상 학교별로 2개 학급을 무작위로 선정하여 최종 조사대상 27개교 54개 학급이 선정되었다.

청소년유해환경접촉종합실태조사는 자기기입식으로 조사가 이뤄졌으며, 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 유해환경 생애경험률, 유해환경 연간 이용 빈도, 유해환경 처음 이용 시기, 업소(만화방, 전자오락실, PC방, 비디오방 등) 이용 생애 경험률, 청소년 고용 금지 업소 아르바이트 경험, 성인용 업소 이용 시도 및 종사자 태도, 가정생활 만족도, 학교생활 만족도, 부모님과의 관계, 고민거리 상담상대 유무 등이 있다(14년 조사 기준).

〈표 3-49〉 청소년유해환경접촉종합실태조사

통계명 (승인번호)	청소년유해환경접촉종합실태조사 (16701)	비고
작성기관	여성가족부 청소년가족정책실 청소년보호과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	청소년의 유해환경접촉 등을 파악하여 각종 유해환경에 대한 종합적·과학적인 분석을 통해 청소년정책의 기초자료로 활용	
작성주기	2년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 초·중·고교 재학생 및 위기청소년	
표본수	중·고교생 15000개, 초등학생 1500개, 위기청소년 1500개	

자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상→위탁기관(매트릭스)→여성가족부	
작성사항	일반배경(성별, 학년, 거주자, 부모직업, 가정 생활만족, 성적수준 등), 매체이용, 유해약물이용, 업소이용, 학교폭력, 성, 가출 등	
통계간행물명	청소년유해환경 접촉 종합실태조사	

17) 청소년종합실태조사

청소년종합실태조사는 『청소년기본법』 제49조 1항에 근거하여 여성가족부가 주관하는 국가승인통계(제15413호)이다. 청소년 현황 및 상태를 실증적이고 체계적으로 파악하여 청소년 정책의 목표 수립 및 시행의 기초자료로 활용하는 것을 조사 목적으로 한다. 2008년에 아동·청소년종합실태조사로 시작하였으나 청소년을 분리하여 2011년부터 3년 주기로 실시하고 있다.

목표 모집단은 대한민국 거주중인 만9~24세 청소년 및 주양육자로, 표본추출틀은 2010년 인구주택총조사 결과를 행정자료로 보완한 보통조사구 및 아파트조사구에 거주하는 만9~24세 청소년 및 주양육자이다. 전국의 대상 가구 수는 5257000 가구이다. 표본규모는 2000가구에 가구당 평균 청소년 수인 1.6을 곱하여 3200명이며, 전국을 3개 권역으로 구분하여 상대표준오차를 이용 권역별 표본 크기를 결정하였다. 전체 조사구는 17개 시도와 동·읍면부의 26개 층으로 구분하고 2000가구를 권역별로 1차배분 후, 권역 내에서 층별로 비례배분하여 조사구당 동부 11가구, 읍면부 5가구 기준으로 조사구를 배정했다. 층화다단집락 추출 방법을 통해 표본을 추출하였으며, 2014년 기준 최종적으로 3000명의 청소년과, 2000명의 양육자가 조사에 참여하였다.

기본적으로 면접원의 방문면접조사 방식을 중심으로 자료를 수집하였으나, 필요시 자기기입식을 병행하였다. 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 청소년의 경우 봉사활동 필요도 및 참여도, 참여나 의견제시 활동의 필요도 및 참여도, 정책수립과정 참여 및 의견제시 필요도와 참여도, 사이버단체 활동 여부 및 개수, 기타 단체나 동아리 가

입 여부 및 개수, 청소년 참여활동 및 자원봉사활동 프로그램 인지도, 부모와의 각종 주제 대화 여부, 주중 부모님과 대화 시간, 가정생활만족도, 학교생활만족도, 생애 아르바이트 경험, 아르바이트 직종, 아르바이트 근무 기간, 아르바이트 근무시간 등이며, 주양육자의 경우 경제/정서/생활 도움 경험, 각종 양육 관련 만족도, 주택 유형, 점유형태, 월평균 소득, 월평균 생활비 및 교육비 지출, 본인 및 배우자 교육정도, 혼인상태, 장애인 복지카드 유무, 본인/배우자 경제활동, 본인/배우자 근로시간 등이다(14년 조사 기준).

〈표 3-50〉 청소년종합실태조사

통계명 (승인번호)	청소년종합실태조사 (15413)	비고
작성기관	여성가족부 청소년가족정책실 청소년정책과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	청소년의 현황과 상태를 실증적·체계적으로 파악하여 중장기 청소년정책의 비전과 목표수립의 기초자료로 활용	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	전국 만 9~24세 청소년 및 주양육자	
표본수	청소년 3000명, 주양육자 2000명	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	조사대상→위탁기관(통계청)→여성가족부	
작성사항	가구정보, 가정생활 및 양육정보, 생활환경, 청소년의 건강, 사회문화(참여, 활동, 미디어인터넷), 학교생활 및 방과 후, 진로 및 아르바이트 등 종합적인 실태	
통계간행물명	청소년종합실태조사 결과보고서	

18) 충청남도민생활체육참여실태조사

충청남도민생활체육참여실태조사는 『국민체육진흥법』 제8조에 근거하는 국가승인통계(제21310호)이다. 충청남도민의 생활체육활동 참여 현황 및 요구를 파악하고, 생활체육 참여율 제고 및 체육 정책 기초자료 확보를 목표로 한다.

조사 내용은 크게 건강과 체력 및 체육활동에 대한 인식, 여가 및 체육활동 여건, 체육활동에 대한 효과, 과학적 체력관리, 현재 체육활동 정도, 체육활동 참여 행태, 체육 비활동자 행태, 충남 생활체육 인식 등 8개 분야로 구성되어 있다.

조사 대상의 목표 모집단은 충청남도 내 만 10세 이상 도민으로, 2015년 연구의 표본추출틀은 2014년 9월 기준 행정자치부 공고 행정동 207개 읍면동이다. 조사 표본 크기는 1100가구의 1100명이며, 조사 주관 기관은 충청남도이다. 표본 층화는 제곱근 비례할당을 적용한 층화집락추출 방법을 이용하였고, 층화지표는 지역(21개), 성(2개), 연령(7개) 분류를 활용하였다. 선정 가구에서 가구원 1인을 뽑아 조사를 실시하였다. 조사 방법은 가구방문을 통한 일대일 개별 면접조사이다.

사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 학력, 직업, 월평균 소득, 결혼여부, 가구원 수, 집 주변 체육시설 유형, 설립이 필요한 체육시설 등이다(14년 조사 기준).

<표 3-51> 충청남도민생활체육참여실태조사

통계명 (승인번호)	충청남도민생활체육참여실태조사 (21310)	비고
작성기관	충청남도 문화체육관광국 체육진흥과	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	도민의 생활체육활동 참여실태와 욕구를 분석, 체육정책 기초자료로 활용하고, 중장기 계획과 연계, 도민의 생활체육 참여율 제고를 위한 통계자료 확보	
작성주기	2년	
조사범위	충청남도 동읍면	

모집단 (조사대상)	만 10세 이상 충청남도민	
표본수	1100가구 1100명	
자료수집방법	확률표본-면접조사	
작성체계	충청남도청 →(주) 리서치플러스(용역) → 충청남도청	
작성사항	기본 사항, 건강과 체력 및 체육활동에 대한 인식, 여가 및 체육활동 여건, 체육활동 효과, 과학적 체력관리, 현재 체육활동, 현재 체육활동 참여 행태(참여집단), 체육활동 참여 행태(비참여집단), 충남 생활체육에 대한 인식	
통계간행물명	충청남도민생활체육참여실태조사	

19) 한국아동청소년패널조사

한국아동청소년패널조사는 기존 아동·청소년의 성장 및 발달 연구가 지닌 횡단적 연구의 한계를 극복하고자 시작되었다. 아동·청소년 성장과 발달의 다양한 양상을 종합적으로 파악하는 것을 목표로 하고 있다.

한국아동청소년패널조사의 표본은 2010년 기준 전국의 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년 재학생을 모집단으로 하여 다단계층화집락표집 방식으로 추출되었다. 한국 아동·청소년 데이터 아카이브는 그 추출 방식을 다음의 4단계로 제시하고 있다.

목표표본 할당 : 목표표본을 6,600명으로 설정하고 2010년 16개 광역시·도의 초1, 초4, 중1의 학생 수에 비례하여 지역별 표본 수 할당. 조사대상 학교 수는 한 학교 당 한 학급씩, 학급 학생 전원을 조사하되 조사성공률을 80%로 예상하여 산출

표본학교 추출 : 16개 광역시·도와 도시규모(대도시/중소도시/군지역)를 교차하여 추출한 27개 집락별로 확률비례추출법(PPS)에 의거하여 조사대상 학교 선정

표본학급 추출 : 학교별 해당 학년의 학급 수와 학급별 학생 수에 대한 정보를 확인한 뒤 무작위로 표본학급 선정

대체표본 추출 : 협조요청 공문을 통해 조사대상 학교 확정. 조사를 거

절한 학교에 대해서는 학교 목록상의 인접한 다른 학교로 대체

원표본은 271개 학급 7071명으로 각 학년 집단별로 2350여명이다. 5차 조사인 2014년 시점에서 원표본 유지율은 87.3%로 양호하다. 조사표는 청소년용과 보호자용의 두 가지로 구분되며, 문항별 특성과 중요도에 따라 매년, 격년, 3년, 특정시점 조사로 조사주기를 구분하여 실시하고 있다.

한국아동청소년패널조사에 포함된 사회·경제·물리조건에 해당되는 조사 내용은 크게 주관적 가정형편, 보호자 최종학력, 보호자 근로여부, 보호자 근로일수, 보호자 근로시간, 보호자 직업분류, 보호자 종사상 지위, 가구 연간 소득, 종교활동, 지역사회 인식, 공동체 의식, 다문화 수용도, 또래 애착, 부모-친구관계, 부모와의 애정, 이성친구 유무 등이다(15년 조사 기준).

〈표 3-52〉 한국아동청소년패널조사

통계명 (승인번호)	한국아동청소년패널조사 (40202)	비고
작성기관	한국청소년정책연구원 통계조사연구 통계기초연구실	
통계분류	일반통계 - 조사통계	
작성목적	우리나라 아동·청소년들의 전반적인 성장·발달의 변화를 시간의 흐름 속에서 다각도로 포착하여 아동청소년정책 수립에 실효성 있는 기초자료로 활용	
작성주기	1년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	초등학교 1·4학년, 중학교 1학년 재학생	
표본수	7071명	
자료수집방법	확률표본-기타	
작성체계	조사대상→전문조사기관(미디어리서치)→한국청소년정책연구원	
작성사항	○ 개인발달 : 신체발달, 지적발달, 사회정서 발달, 진로계획, 비행, 생활시간	

	○ 발달환경 : 가정환경, 친구관계, 교육환경, 지역사회환경, 매체환경, 활동·문화환경	
	○ 배경변인	
통계간행물명	한국아동청소년패널조사	

다. 건강행동·라이프스타일 하위영역 통계 현황

건강통계 프레임워크의 건강영향요인 영역 중 건강행동·라이프스타일 하위영역의 지표를 포함하고 있는 대표적인 승인통계는 총 20종이다. 그 중 6종은 일반인구를 대상으로 조사를 실시하고 있으며, 14종은 특수집단을 대상으로 조사하고 있다. 해당 생산된 통계들에서 조사하고 있는 건강행동·라이프스타일 변수들을 분류하자면 크게 다음과 같이 구분할 수 있다.

- (A) 음주 관련 변수
음주율, 금주 시도, 음주량 등
- (B) 흡연 관련 변수
흡연율, 현재 흡연율, 금연 시도, 담뱃값 인상으로 인한 흡연 영향 등
- (C) 비만 관련 변수
비만 여부, 체중 조절 시도 여부, 무리한 체중 조절 등
- (D) 운동 관련 변수
걷기 횟수, 중등도 이상 운동 횟수, 격렬한 운동 횟수 등
- (E) 식이 관련 변수
채소 및 과일 섭취, 우유 섭취, 고열량 식품 섭취 등
- (F) 위생 관련 변수
손씻기 여부, 잇솔질 여부 등
- (G) 여가 관련 변수
주요 여가 향유 방법, 문화/예술 시설 이용, 여행 횟수 등
- (H) 건강 검진 관련 변수
암 검진 여부, 구강 검진 여부 등

(I) 기타 안전행동 및 중독 위험 행동

불필요한 스마트폰 및 컴퓨터 이용, 성인물 이용, 위험 지역 근로 등

1) 건강검진통계

건강검진통계의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-14>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

건강검진통계에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 흡연율, 주류 소비량, 음주율, 비만율, 과체중 또는 비만인구 비율, 운동실천율, 중등도 이상 운동 여부 등이 있다(15년 조사 기준).

2) 국민건강영양조사

국민건강영양조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-1>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

국민건강영양조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용에는 인플루엔자 예방접종 여부·횟수·시기·장소, 최근 2년간 암 검진 여부, 본인인지체형, 최근 1년 본인의지 체중조절 노력 여부, 체중조절방법, 최근 1년간 체중변화여부, 체중감소정도, 체중증가정도, 평생음주 여부, 음주시작 연령, 1년간 음주빈도, 한 번에 마시는 음주량, 고위험음주 빈도, 음주 자제 실패 빈도, 음주로 인한 일상생활 지장 빈도, 음주후 익일 오전 해장술 빈도, 음주 후 후회 빈도, 음주후 취중 일어난 일 망각 빈도, 음주로 인한 상해 여부, 가족/의사의 절주 권고 여부, 1년간 음주문제 상담 여부, 1년간 타인의 음주로 인한 피해 여부, 오토바이·자동차 음주운전 횟수, 연간 음주운전차량 동승 횟수, 하루평균수면시간, 평생흡연여부, 흡연시작연령, 매일흡연시작연령, 현재흡연여부, 하루평균흡연량, 지난 1달간 흡연일수, 흡연한 날 하루 평균 흡연량, 과거

흡연자의 과거흡연기간, 과거흡연자의 하루평균흡연량, 금연이유, 금연기간, 금연방법, 직장내 간접흡연 노출여부, 가정내 간접흡연 노출여부, 공공기간내 간접흡연 노출여부, 평생전자담배흡연여부, 최근 1달간 전자담배 흡연여부, 전자담배 흡연이유, 평생 담배종류별 흡연여부, 최근 1달간 담배종류별 흡연여부, 담뱃값 인상이후 흡연습관 변화여부, 청소년 평생흡연시도여부, 청소년 흡연시도시작연령, 청소년 최근 1달간 흡연일수, 청소년 최근 1달 흡연량, 걷기일수, 걷기시간, 근력운동일수, 유연성운동일수, 일과 관련된 중등도 이상 신체활동 여부/주당 일수/하루 시간, 이동 중 걷기 및 자전거 이용 여부/주당 일수/하루 시간, 여가 중 중등도 이상 신체활동 여부/주당 일수/하루 시간, 앉아서 하는 활동 하루 시간, 아침/점심/저녁식사 여부, 아침/점심/저녁식사 빈도, 아침/점심/저녁 동반식사 여부, 아침/점심/저녁 동반식사 대상, 최근 1년간 2주 이상 식이보충제 복용 여부, 영양표시 인지 및 이용 여부, 영양표시 관심영양소, 식품구매시 영양표시 영향 여부, 영양 교육 및 상담 경험 여부, 식생활형편, 식품안전성, 식이요법 여부, 물 섭취량, 1일 각종 영양소 섭취량, 각종 식품 및 음료 섭취빈도 및 섭취량 등이 있다(최신 조사 기준).

3) 사회조사

사회조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-9>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

사회조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 건강관리, 흡연, 금연시도, 금연이 어려운 이유, 음주, 절주·금주 시도, 절주·금주가 어려운 이유, 신문 및 독서 인구, 레저시설 이용, 문화 및 예술 관람, 여가활용, 여가활용 만족 여부, 여행 빈도 등이다(14~15 조사 기준).

4) 지역사회건강조사

지역사회건강조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-2>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

지역사회건강조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 크게 흡연자 여부, 흡연 시작 시기, 현재 흡연 여부, 금연 시도 여부, 금연 방법, 금연 계획 여부, 금연 이유, 전문직 금연 조언 여부, 담뱃값 인상 금연 영향, 가정 내 간접흡연자 및 간접흡연 여부, 직장 내 간접흡연자 및 간접흡연 여부, 공공장소 간접흡연 여부, 금연캠페인 접촉 여부, 금연 교육 여부, 전자담배 흡연 여부, 기타 담배 종류 흡연 여부, 음주 경험, 현재 음주 여부, 음주량, 금주 시도, 타인의 음주로 인한 피해 여부, 음주 운전(차량, 오토바이, 자전거) 여부, 격렬한 신체활동 일수, 중등도 이상 신체활동 일수, 하루 걷기 시간, 유연성 운동 일수, 근력 운동 일수, 앉아서 보낸 시간(주중/주말), 1주일 중 아침식사 횟수, 식사시 짜게 먹는 정도, 영양표시 인지 여부, 본인 체형 인식, 몸무게 조절 시도 여부, 칫솔질 여부, 일일 수면시간, 치과 방문 여부, 예방 접종 여부, 압 검진 여부, 손 씻기 효용감, 손 씻기 빈도(식사전, 화장실 후, 외출 후, 비누 이용), 손 씻기 교육 여부 등이 있다(15년 조사 기준).

5) 한국복지패널조사

한국복지패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-38>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

한국복지패널조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 여가생활 만족도, 유해환경 근로경험, 흡연 여부, 음주 여부, 음주로 인한 문제 경험 여부, 출산 경험 여부 등이다(15년 가구 및 가구원 조사 기준).

6) 한국의료패널조사

한국의료패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-15>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

한국의료패널조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 자녀 모유 수유 기간, 산전 진찰 여부, 흡연 여부, 현재 흡연 여부, 음주 빈도, 음주 시작 연령, 음주량, 과음횟수, 문제음주, 격렬한 신체활동 횟수, 격렬한 신체활동량, 중등도 신체활동 횟수, 중등도 신체활동량, 걷기 횟수, 걷기 지속시간, 앉아서 보낸시간, 자기관리 등이 있다(15년 조사 기준).

7) 고령화연구패널조사

고령화연구패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-39>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

고령화연구패널조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 크게 소일거리 참여형태, 현재 및 과거 흡연율, 현재 및 과거 음주율, 규칙적 운동 실천율, 규칙적 식사율 등이다(15년 조사 기준).

8) 국민노후보장패널조사

국민노후보장패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-40>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

국민노후보장패널조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 여가활동 만족도 등이 있다(13년 조사 기준).

9) 근로환경조사

근로환경조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-42>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

근로환경조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 개인보호구 상시 착용 여부 등이 있다(14년 조사 기준).

10) 노인실태조사

노인실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-43>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

노인실태조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 사회·여가·문화활동 만족도, 현재 흡연 여부, 음주 빈도, 1회 음주량, 평소 운동 수행 여부, 일주일간 운동 횟수, 1회당 운동 시간, 주로 하는 운동 종류, 건강검진 수진 여부, 여가·문화 활동 여부, 주로 하는 여가·문화 활동 3순위, 1년간 여행 경험 여부, 여행 횟수, 평생학습 참여 여부, 평생학습 참여 교육 종류, 교육 장소 및 참여 횟수, 컴퓨터·인터넷 이용 능력 수준, 핸드폰 기능 및 서비스 활용 능력, 취미·여가 활동 희망 정도, 경로당/노인복지관 이용 여부/빈도, 공공 및 민간 문화시설 이용경험 및 이용 빈도 등이 있다(14년 조사 기준).

11) 농업인의업무상질병및손상조사

농업인의업무상질병및손상조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-44>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

농업인의업무상질병및손상조사에서 조사하는 내용 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 내용은 흡연 수준, 손 위생 요인 및 수준, 보호장구 및 복장 착용, 음주 및 일몰 후 농기계 등 사용, 경사진 곳에서 사다리 이용 등이다(14년 조사 기준).

12) 아동구강건강실태조사

아동구강건강실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 1.건강상태의 건강상태 국가승인통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-4>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

아동구강건강실태조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 지난 1년간 구강진료 경험률, 직전일 평균 잇솔질 횟수 및 잇솔질 시기 분포, 직전일 점심식사 후 잇솔질 실천자율, 잇솔을 제외한 구강위생용품 사용도, 치아우식증 유발식품 섭취 빈도, 치아부식증 유발 음료 섭취 빈도 등이다(15년 조사 기준).

13) 아동종합실태조사

아동종합실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-46>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

아동종합실태조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용에는 부모의 가구 내 식생활 경험, 하루 세 끼 섭취, 육류 및 생선 섭취, 과일 및 채소 섭취, 부모의 교육 참여, 매체 이용시간, 매체 이용시간 제한 여부, 자녀와의 놀이 및 신체활동, 자극을 위한 장난감 및 자료 소지, 아동용 교재 및 책 소지, 신문 정기구독, 악기 소지, 아동 건강검진 여부, 아동 치과 검진 여부, 아동 안경 착용 여부, 아동 기상 및 취침시간, 아동 수면습관, 아동 신체활동 일수, 부모 음주, 부모 흡연, 부모 산전관리, 부모 일상안전에 대한 태도 및 행동, 아동 흡연, 아동

음주, 아동 성관계, 아동 임신, 아동 각종 취미 및 문화활동 참여 경험, 아동 아침식사 여부, 아동 다이어트 여부 등이 있다(13년 조사 기준).

14) 어린이식생활안전지수

어린이식생활안전지수는 가공통계로 어린이 식생활 안전 정책 지표 평가점수 40점, 어린이 식생활 영양 정책지표 평가점수 40점, 어린이 식생활 인지·실천수준 정책평가 20점을 합산하여 100점 만점으로 점수를 도출한 후, 전국 지자체 123개를 해당 지수를 가지고 평가한다.

어린이 식생활 안전 분야는 각각 식생활 안전관리 지원, 기호식품 안전관리, 단체급식 안전관리 세 개 영역으로 분류된다. 다시 어린이 식생활 영양 분야는 결식 및 비만관리, 기호식품 영양관리, 단체급식 영양관리의 세 개 하위 영역으로 구분됐다. 어린이 식생활 인지·실천 분야는 식생활 안전 및 영양제도 인지수준, 식생활안전관리 인지실천수준, 식생활영양관리 인지실천수준 3개 영역으로 세분화했다. 각 영역의 가중치는 각기 다르다.

세부평가지표는 다음의 20가지이다: 기호식품 우수판매업소 지정 및 재정 지원율, 어린이 급식관리지원센터 설치 관리율, 식품안전보호구역 지정율, 식품보호구역 지정학교수 대비 기호식품 전담관리원 비율, 어린이 급식시설 식품위생법 위반율, 어린이 급식시설 식중독 발생율, 지자체 아동급식 지원금액, 비만율, 외식업소 영양성분표시 실시율, 품질인증을 받은 식품 건수와 건강친화기업 지정수, 지자체의 영양교육 및 홍보 노력 정도, 식생활지도 및 상담 정도, 지자체별 학교급식지원조례 제정 여부, 고열량·저영양 식품 인지도, 영양성분표시 인지 실천수준, 개인위생관리 인지 실천수준, 올바른 식품구매 인지 실천수준, 세끼식사 섭취수준, 과일·채소 및 흰우유 섭취수준, 패스트푸드·탄산음료 및 과자 섭취수준.

세부평가지표들은 표본학교로 선정된 초등학교 5학년 학생 10000여명에 대한 구조화된 설문지 조사를 실시하여 평가하였다.

해당 지표를 구성하고 있는 세부평가지표들 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용에는 크게 비만율, 고열량·저영양 식품 인

지도, 영양성분표시 인지 실천수준, 개인위생관리 인지 실천수준, 올바른 식품구매 인지 실천수준, 세끼식사 섭취수준, 과일·채소 및 흰우유 섭취수준, 패스트푸드·탄산음료 및 과자 섭취수준 등이 있다(12년 조사 기준).

〈표 3-53〉 어린이식생활안전지수

통계명 (승인번호)	어린이식생활안전지수 (14507)	비고
작성기관	식품의약품안전처 식품영양안전국 식생활안전과	
통계분류	일반통계 - 가공통계	
작성목적	시군구 어린이 식생활 안전 영양수준을 객관적으로 확인, 평가하여 어린이 식생활의 안전한 환경기반을 확산하기 위함	
작성주기	3년	
조사범위	전국	
모집단 (조사대상)	초등학교 5학년 학생	
표본수	10000명	
자료수집방법	확률표본-기타	
작성체계	조사대상 및 조사방법 계획 수립 및 통보(6월) -> 인지실천 면접조사(5월~7월), 계획 설명회(7월~8월) -> 지자체 실적 제출(10월15일까지) -> 안전, 영양, 인지실천분야 통합 연계분석 -> 어린이식생활안전관리위원회 심의 -> 다음해 3월 공표	
작성사항	어린이 식생활 안전 분야, 어린이 식생활 영양 분야, 어린이 식생활 인지실천 분야	
통계간행물명	미발간	

15) 장애인실태조사

장애인실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-49>에 관련 사항을 제시하고

있으므로 생략한다.

장애인실태조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 정보통신기기 사용 여부, 문화 및 여가생활에 대한 만족도, 암검진 및 구강검진 여부, 현재 흡연 여부, 금연시도 여부, 음주 빈도, 평균 음주량, 정기적 운동 여부, 운동 횟수, 매회 당 운동 시간, 운동 장소, 운동 종목, 운동하지 않는 이유, 일정한 시간에 식사, 칫솔질 횟수, 본인 체형에 대한 생각, 운동 정보 획득 경로, 평생교육 참여 여부, 평생교육 참여프로그램 수, 혼자 외출 여부, 외출 빈도, 문화 및 여가활동 참여 여부, 문화 및 여가활동 만족도, 문화 및 여가활동 불만족 이유, 문화예술행사 관람 실태, 문화예술행사 정보 획득 방법, 예술관람시 중요기준 등이다(14년 조사 기준).

16) 청소년건강행태온라인조사

청소년건강행태온라인조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-48>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

청소년건강행태온라인조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용엔 평생/월간 흡연 경험, 평생/월간 전자담배 경험, 처음 흡연 이유, 처음 흡연 경험 연령, 매일 흡연 시작 연령, 월간 흡연량, 담배피는 장소, 담배구매방법, 담배구매용이성, 금연시도경험, 금연이유, 간접흡연, 금연홍보인지, 흡연예방교육, 담뱃값인상으로 흡연습관변화, 전자담배경험시기, 전자담배사용이유, 평생 음주 경험, 현재 음주, 처음 음주 경험 연령, 월간음주량, 문제음주, 주류 구매방법, 주류구매용이성, 음주예방교육, 신체활동 여부, 격렬한 신체활동, 근력강화운동, 걷기일수/시간, 주중/주말 앞서 보내는 시간, 체육시간 준수, 스포츠팀 활동, 아침 결식, 과일/채소/우유 섭취, 고열량식품 섭취, 영양교육, 체중조절, 부적절한 체중감소방법 시도, 칫솔질 횟수, 점심 후 칫솔질 실천, 칫솔질 미실천 이유, 구강용품 사용, 스케일링 경험, 손씻기 실천, 개인위생교육, 성관계 경험, 음주후 성관계 경험, 성관계 시작 연령 등이 있다 (15년 조사 기준).

17) 청소년유해환경접촉종합실태조사

청소년유해환경접촉종합실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3. 건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-49>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

청소년유해환경접촉종합실태조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 크게 성교육 연간 경험률, 성관계 경험자의 피임 실천율, 주로 사용하는 피임 방법, 성문제 경험률, 금연시도율, 약물 예방교육 경험률, 약물 사용 이유, 음주상태에서 문제행동, 간접흡연 노출률, 약물 평균이용량, 음주율 및 흡연율, 음주 및 흡연 평균 이용일수, 약물 첫 이용시기, 음주 및 흡연 생애경험률, 약물 이용 생애경험률 등이다(14년 조사 기준).

18) 청소년종합실태조사

청소년종합실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3. 건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-50>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

청소년종합실태조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 청소년의 경우 평소 기상 및 취침 시간, 하루 식사 습관, 1주일간 운동 및 야외활동 여부 및 시간, 최근 1년간 신체활동, 여가문화행사의 기획/실행 필요도 및 참여도, 문화/예술 등 각종 개인활동 참여 여부 및 횟수, 각종 시설이용 경험 및 횟수, 각종 미디어 및 인터넷 사용 시간 및 활용 방식, 방과 후 활동 등이며, 주양육자의 경우 텔레비전/영화/인터넷/스마트폰 사용 시간 및 종류, 자녀와 함께 한 여가활동 종류, 본인 및 배우자 만취경험, 본인 및 배우자 흡연정도 등이다(14년 조사 기준).

19) 충청남도민생활체육참여실태조사

충청남도민생활체육참여실태조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.

건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-51>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

충청남도민생활체육참여실태조사 중 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용은 건강 유지 방법, 체력 유지 방법, 평일 및 휴일 여가시간, 여가시간 활용 방법, 생활체육 지도 받은 경험, 지도 종목, 지도 기간, 생활체육 정보 획득 경로, 체육활동 삶에 미친 효과, 체육고활동 건강 및 체력유지 효과, 체육활동 정신건강 유지 효과, 체육활동 일상생활 도움 효과, 체육활동 의료비 절감 효과, 과학적 체력관리 필요 정도, 과학적 체력관리 여부, 과학적 관리 방법, 체력관리 프로그램 만족도, 체력관리 프로그램 불만족 이유, 체력관리 하지 않는 이유, 규칙적 체육활동 참여 여부 및 빈도, 초중고교생 체육활동 참여 현황, 종목별 체육활동 참여 빈도, 주 체육활동 현황, 체육활동 참여 이유, 체육활동 참여 영향 주체, 체육활동 동반자, 월 평균 체육활동 경비, 체육활동 참여 변화, 체육활동 증감 이유, 체육활동 참여 촉진 조건, 참여 의향 있는 운동종목, 비규칙적 체육활동 참여 유무, 비규칙적 체육활동 이유, 체육 비활동 이유, 비참여자의 체육활동 참여 촉진 선행조건, 비참여자가 참여 희망 운동종목 등이 있다(14년 조사 기준).

20) 한국아동청소년패널조사

한국아동청소년패널조사의 개략적 설명은 3장 1절 3.건강영향요인 통계 작성현황에서 이미 다루고 있으며, <표 3-52>에 관련 사항을 제시하고 있으므로 생략한다.

한국아동청소년패널조사에서 건강행동·라이프스타일에 해당되는 조사 내용에는 체육시간 중 운동시간, 취침 시간, 기상 시간, 독서 시간, 각종 오락 시간, 영상매체 시청 시간, 친구들과 노는 시간, 컴퓨터 사용 여부/시간/장소 등, 휴대전화 이용빈도 및 의존도, 사이버비행 경험 여부 및 횟수, 성인매체 이용빈도 및 몰입도, 체험활동 만족도 및 참여시간, 여행/문화활동 경험횟수 등이 있다(15년 조사 기준).

제2절 건강 프레임워크와 작성통계의 비교분석

1. 하위영역별 통계 작성 현황

본 연구에서 분석한 건강관련 승인통계는 모두 51종이다. 여기에는 HIV/AIDS 신고현황, 감전재해조사 등 몇몇 특수한 목적을 지닌 통계가 제외되어 있으나, 인구의 건강상태를 확인하기 위해 생산되고 있는 대표적인 통계 대다수가 포함되어 있다.

현재 생산되고 있는 국가승인통계가 본 연구에서 제안하고 있는 건강 프레임워크의 하위영역에 어떻게 대응되는지를 살펴보았다(<표 3-56> 참조). 그 결과 한국에서 생산되는 건강 관련 통계 지표들의 특징이 뚜렷하게 드러났다.

건강상태 관련 지표를 포함하고 있는 승인통계는 31종이었다. 그 중 24종에서 질병과 관련한 통계를 생산하고 있었다. 반면 장애 및 신체기능과 관련된 통계는 4종에 불과하였으며, 주관적 웰빙 통계를 생산하는 경우가 14종, 사망 통계는 3종에 그쳤다. 특히 건강위험인식의 경우 관련 통계를 생산중인 승인통계는 어린이식생활안전지수와 자살실태조사의 2종에 지나지 않았으며 그나마도 조사주기가 길거나 일반인구를 대상으로 하기 어렵다는 등의 한계가 있었다.

보건의료체계 관련 지표를 포함하고 있는 승인통계는 18종이었는데, 생산되는 통계 하위영역의 쏠림 현상이 건강상태 영역보다도 더 크게 나타났다. 하위영역별로 살펴볼 때 접근성 관련 통계 15종, 효율성 관련 통계가 10종으로 나타난 반면, 효과성과 안전성의 경우 관련 통계를 생산중인 승인통계는 의료기관별 급여성정성평가의 1종에 그쳤으며, 만족도는 단 하나의 승인통계도 다루고 있지 않았다. 환자를 의료서비스의 소비자 혹은 고객으로 보는 관점이 전혀 통계생산에 반영되지 못하

통계명	건강상태					보건의료체계					건강영향 요인	
	사망	질병	장애/ 신체기능	주관적 웰빙	건강영양지수	접근성	효과성	효율성	안전성	만족도	사회·경제·물리조건	건강행동·라이프스타일
급여의약품 청구 현황						√		√				
노인실태조사		√		√							√	√
노인장기요양 보험통계						√		√				
농업인의업무 상질병및손상 조사		√									√	√
법정감염병발 생보고		√										
보건소 및 보 건지소 운영현 황						√						
사망원인통계	√											
사회조사			√	√							√	√
산재보험통계		√				√		√				
생명표	√											
서울특별시복 지실태조사		√		√							√	
시민보건지표 조사		√	√	√								
아동구강건강 실태조사		√		√								√
아동종합실태 조사		√		√		√					√	√
암등록통계	√	√										
어린이식생활 안전지수					√							√
응급의료현황 통계						√						

통계명	건강상태					보건의료체계					건강영향 요인	
	사망	질병	장애/ 신체기능	주관적웰빙	건강여건인식	접근성	효과성	효율성	안전성	만족도	사회경제·물리조건	건강행동·라이프스타일
청소년종합실태조사											√	√
충청남도민생활체육참여실태조사				√							√	√
학생건강검사통계보고				√								
한국복지패널조사		√		√	√						√	√
한국아동청소년패널조사				√							√	√
한국의료패널조사			√	√		√		√			√	√
한방의료이용 및 한약소비실태						√						
환자조사			√	√								
흡연실태조사											√	√

2. 주요지표별 통계 작성 현황

건강영역 통계의 세부 지표에 대한 작성 및 포괄 범위 등에 대한 검토를 통해 통계의 중복성, 대표 통계 선정, 신규통계의 개발 등 향후 건강통계에 대한 프레임워크 작성 및 통계 품질 제고에 도움을 줄 것으로 기대한다.

가. 건강상태 하위영역 주요지표 통계 작성 현황

건강상태 하위영역의 주요지표와 관련된 승인통계 작성 현황의 경우 본 장 1절의 다항인 건강통계 프레임워크의 건강상태 지표별 국가승인통계 현황에서 상세히 다루고 있다(<표 3-19> 참조).

나. 보건의료체계 하위영역 주요지표 통계 작성 현황

보건의료체계 하위영역의 주요지표와 관련된 국가승인통계 작성 현황을 살펴보았다(<표 3-55>). 현재 생산되는 국가승인통계는 대부분 보건의료체계의 접근성과 효율성 영역이 다수였다. 효과성과 안정성 영역에는 1개의 국가승인통계가 존재 하나, 접근성과 효율성을 측정하는 승인통계에 비해 부족한 실정이다. 반면 보건의료체계의 만족도를 확인할 수 있는 국가승인통계는 전무한 상황이다.

<표 3-55> 보건의료체계 주요지표 통계 작성 현황

하위지표	승인통계	작성방법	작성주기	공표통계목록
접근성	국민보건의료실태조사	보고통계	1년	의료인력 수, 의료이용률, 입원일수, 외래방문횟수
접근성	전국예방접종률조사	보고통계	2년	국가예방접종률
접근성	응급의료현황통계	보고통계	1년	응급질환자수 등
접근성	한방의료이용 및 한약소비실태조사	조사통계	1년	한방의료기관 수, 한약 소비(유통) 실태
접근성 효율성	건강보험통계	보고통계	1년	의료기관 수, 입원일수, 외래방문횟수, 진료비
접근성 효율성	노인장기요양보험통계	보고통계	1년	장기요양 적용대상자 수, 장기요양기관수, 장기요양 재정
접근성 효율성	지역별의료이용통계	보고통계	1년	시도별 의료기관 수, 시도별 입원일수, 시도별 외래방문횟수, 시도별 진료비
접근성 효율성	주요수술통계	보고통계	1년	수술환자수, 수술건수, 수술진료비

접근성 효율성	급여의약품청구현황	보고통계	1년	급여의약품 사용 내역 및 진료비
접근성 효율성	의약품소비량 판매액 통계	가공통계	1년	의약품 소비량, 판매액
접근성 효율성	산재보험통계	보고통계	1년	의료기관종류별 산재 진료비
접근성 효율성	한국의료패널	조사통계	1년	의료이용 횟수, 진료비
효율성	건강보험환자 진료비실태조사	조사통계	1년	비급여 진료비
효율성	국민보건계정	가공통계	1년	GDP 대비 의료비
효과성 안정성	의료기관별 급여적정성평가 현황	조사통계	비정기	재입원율, 사망률 등

다. 건강영향요인 하위영역 주요지표 통계 작성 현황

건강영향요인 하위영역의 몇몇 주요지표와 관련된 승인통계 작성 현황을 살펴보았다(<표 3-56> 참고). 먼저 사회조건의 대표적인 변수로서 사회자본 관련 지표들이 건강영역에서 측정되는 방식을 확인했다. 그 결과 사회조사, 한국복지패널조사 등의 조사통계에서 사회적 신뢰, 각종 단체 및 봉사활동 참여, 사회적 연결망에 대한 측정을 실시하고 있었다. 그러나 정서적지지 등 지지감과 관련된 통계 생산은 부족한 편이었다.

경제조건과 관련된 지표 중 학력, 가구소득, 주거형태, 고용형태 등 등장빈도가 잦은 변수들은 표에 따로 표기하지 않았다. 이 변수들은 기초자료로 활용하기 위해 대부분의 조사통계에 포함되어 있다. 경제 상황에 대한 만족감 및 가구의 주관적 경제상황 등의 변수들 또한 측정 방식만 약간씩 차이를 보일 뿐 다수의 통계조사에 포함되어 있었다.

환경조건 관련 지표 중에서는 거주지에 대한 평가 지표가 다수의 승인통계에서 확인되었으나, 그 외의 환경조건 관련 변수들은 그다지 측정되지 못하고 있었다. 근로환경조사, 청소년유해환경접촉실태조사의 경우는 각각 근로환경과 청소년 집단을 대상으로 한 유해환경에 초점을

맞추고 있어 일반적인 환경 변수로 판단하기 어렵다. 한편 국민환경보건 기초조사의 경우에는 주로 인체에 영향을 미친 화학적 요인을 파악하는데 관심을 두고 있어, 여타의 조사와는 다른 특징을 나타냈다.

건강행동 및 라이프스타일 관련 지표들의 경우 흡연, 음주, 비만, 영양섭취 등 다수의 변수가 다수의 승인통계에서 발견되었다. 특히 흡연, 음주, 운동실천 등의 경우에는 동일한 측정방식을 이용하여 대상만 바꾼 조사가 이뤄지고 있었다. 건강영향요인 지표들이 풍부하게 측정되는 것은, 우선 건강행동과 라이프스타일 관련 지표가 건강상태를 파악하는 기본요소이기 때문으로 보인다. 다른 한편으로 이는 임상검사가 아닌 사회조사를 통해 파악하기에 적합한 요인들을 갖추고 있기 때문이기도 하다.

〈표 3-56〉 건강영향요인 주요지표 통계 작성 현황

하위지표	승인통계	작성방법	작성주기	공표통계목록
사회·경제·물리조건	지역사회건강조사	조사통계	1년	사회적 신뢰
	한국복지패널조사	조사통계	1년	
	사회조사	조사통계	1년	단체참여
	노인실태조사	조사통계	3년	
	한국복지패널조사	조사통계	1년	정치참여
	근로환경조사	조사통계	3년	
	국민노후보장패널조사	조사통계	2년	종교집회참여
	한국아동청소년패널조사	조사통계	1년	
	사회조사	조사통계	1년	봉사활동참여
	청소년종합실태조사	조사통계	3년	
	사회조사	조사통계	1년	사회적 관계망
	지역사회건강조사	조사통계	1년	친척·이웃 접촉빈도
	한국복지패널조사	조사통계	1년	부모 접촉빈도
	고령화연구패널조사	조사통계	2년	빈곤율
	아동종합실태조사	조사통계	5년	경제적 박탈 경험
	서울특별시복지실태조사	조사통계	2년	박탈지수
	한국복지패널조사	조사통계	1년	
	사회조사	조사통계	1년	소득만족도
	근로환경조사	조사통계	3년	
	고령화연구패널조사	조사통계	2년	경제상태 만족도
국민노후보장패널조사	조사통계	2년		
국민환경보건기초조사	조사통계	3년	주관적 가구소득	

	노인실태조사	조사통계	3년	주관적 생활수준	
	아동종합실태조사	조사통계	5년	주관적 경제수준	
	청소년건강행태온라인조사	조사통계	1년		
	한국아동청소년패널조사	조사통계	1년	주관적 가정형편	
	지역사회건강조사	조사통계	1년	거주지 자연·생활환경 만족도	
	국민노후보장패널조사	조사통계	2년	거주지 생활환경 만족도	
	한국복지패널조사	조사통계	1년	주관적 거주 환경 평가	
	서울특별시복지실태조사	조사통계	2년		
	아동종합실태조사	조사통계	5년		
	장애인실태조사	조사통계	3년		
건강 행동·라이프스타일	국민건강영양조사	조사통계	1년	흡연율	
	사회조사	조사통계	1년		
	한국의료패널조사	조사통계	1년		
	건강검진통계	보고통계	1년		
	흡연실태조사	조사통계	반기		
	지역사회건강조사	조사통계	1년		
	시민보건지표조사	조사통계	4년		
	아동구강건강실태조사	조사통계	3년		
	국민건강영양조사	조사통계	1년		유해한(고위험)음주율
	한국의료패널조사	조사통계	1년		유해한 음주율
	사회조사	조사통계	1년	음주율	
	건강검진통계	보고통계	1년		
	지역사회건강조사	조사통계	1년		
	시민보건지표조사	조사통계	4년		
	국민건강영양조사	조사통계	1년		운동실천율
	한국의료패널조사	조사통계	1년		
	건강검진통계	보고통계	1년		
	지역사회건강조사	조사통계	1년		
	시민보건지표조사	조사통계	4년	비만율	
	학생건강검사통계보고	보고통계	1년		
	국민건강영양조사	조사통계	1년		
	건강검진통계	보고통계	1년		
	지역사회건강조사	조사통계	1년	영양섭취율	
	시민보건지표조사	조사통계	4년		
	학생건강검사통계보고	보고통계	1년		
	국민건강영양조사	조사통계	1년		
학생건강검사통계보고	보고통계	1년			

제4장

개선방안 및 실행계획

제1절 문제점 및 개선사항

1. 문제점

가. 건강통계의 편중과 부재

우리나라 건강관련 승인통계에서는 질병의 유병률, 발생률, 주관적 건강상태, 우울감 및 정신건강 등 주관적 웰빙 등과 같이 인구의 건강상태를 확인할 수 있는 건강통계는 다수이다.

반면, 건강에 대한 국민의 수요가 건강한 삶, 보편적 의료보장, 질 좋은 의료로 변화하면서, 기존에 생산되지 않은 건강수명, 효과성, 환자경험 등 새로운 건강통계에 대한 관심이 증가하고 있다. 그러나 우리나라 건강관련 국가 승인통계 현황에서 확인할 수 있듯이 장애/신체 기능 요인에 포함되는 장애로 유발되는 다양한 통계들과 건강수명, 완화의료와 같이 최근 사회적 관심이 증가하는 통계지표, 감염, 자살 뿐만 아니라 사회 및 생활 안전에 대한 지표는 거의 작성되지 않는 상황이다.

생활환경의 개선, 의료기술 발전으로 우리국민의 삶의 질이 향상된 만큼 건강에 대한 지역, 소득계층, 세대 간 불평등이 심화되고 있다고 지적되고 있으며, 미래 보건의료에서도 불평등 심화는 지속될 것으

로 전망되고 있다. 그러나 우리나라에서는 저소득층의 과부담 의료비 수준 등 일부 형평성과 관련된 통계들이 생산되기는 하나, 정보가 제한적이기 때문에 국가수준의 형평성 문제를 파악하고 통계의 대표성을 갖기에 많은 한계가 있다.

또한 국민의 관심이 높아지는 ‘효율성’, ‘효과성’, ‘환자경험’과 관련된 건강통계의 생산이 부족하다. 최근 국제적으로 보건의료체계의 성과에 대한 관심이 증가하면서 국내에서 몇몇 지표 산출이 시도되고 있으나 국가통계로 대표될 만큼 체계적으로 생산되고 있지 못한 상황이다. 무엇보다 효율성과 효과성을 파악할 수 있는 세부 통계지표가 합의되지 않은 문제가 크기 때문일 것이다.

환자경험의 측정에 대한 관심은 전 세계적으로 매우 높다. OECD를 중심으로 한 국제기구들은 환자경험을 측정하고, 이를 국가 간 비교함으로써 각국의 의료제도를 평가하고자 하는 노력을 1990년대 후반부터 이어오고 있다. 비단 국제기구뿐만 아니라 OECD 회원국들은 국가 단위에서 표준화된 조사를 하고 있다. 조사의 목적은 개별 국가마다 차이가 있지만, 환자경험조사를 통해 얻고자 하는 바는 각 국가마다 명확하다. 미국에서는 가치기반 지불보상을 위해서, 프랑스와 네덜란드의 경우에는 의료제도의 투명성 향상을 목적으로 환자의 경험을 측정하고 있다. 목적이 무엇이 되었든 환자경험은 이미 국제 사회의 주요 관심사가 되었다고 볼 수 있다.

최근 OECD는 환자가 보고하는 치료 결과의 측정(PROMS)과 경험의 측정(PREMS)을 통해 의료제도의 성과를 향상시키고자 목표하고 있다. 2016년 10월 현재, OECD 국가 중 18개국이 환자의 경험을 확인¹⁷⁾하고 있다. OECD는 이 자료의 수집을 보다 체계화시키기 위해서 2017년

17) 호주, 벨기에, 캐나다, 에스토니아, 프랑스, 독일, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국, 미국에서 조사가 이루어지고 있음. 대부분의 국가가 국가 단위에서 개발된 설문 문항을 토대로 대면조사, 전화조사, 이메일조사 등의 다양한 방법을 활용하여 조사에 임하고 있으며, 동 결과를 OECD에 보고하고 있음. 국가에 따라서 2-3년, 또는 5년에 한 번씩 실시하기도 함

OECD 보건장관회의(2017년 1월)의 안건으로 논의할 예정이며, 회원국으로 하여금 환자의 경험을 확인하는 작업을 강화해줄 것을 지속적으로 요구할 계획이다.

우리나라에서 환자의 경험은 조사에 대한 부담으로 생산되지 않고 있다. 이는 표본의 대표성, 조사에 대한 낮은 참여율과 조사결과에 대한 낮은 활용도 및 신뢰성 문제에서 기인한다. 물론, 개별 병원이 의료의 질을 관리한다는 명목 하에 실시하고 있지만, 이들의 조사는 표준화된 것이 아니다.

비교적 최근의 일이지만, 국내에서도 환자의 경험을 측정하고자 하는 노력들이 이어지고 있다. 하지만 아직까지 이들이 국가 표준이라고 보기에는 미흡하다. 또 조사가 실시되었다고 하더라도 국가의 대표 지표로 제시되지 못하고 있다. 2012년 국민건강보험공단은 범국가적인 측면에서 조사를 설계하였으나, 실행까지는 이르지 못했다. 2015년 건강보험심사평가원 또한 10개의 의료기관을 선별하여 경험 조사를 실시하였으나, 역시 표본의 대표성 확보에는 실패하였다. 더욱이 건강보험심사평가원의 조사는 급여성정성평가를 주요 목적으로 두고 있어 합의하는 바가 제한적이다. 또 국민건강영양조사에서 최근 6개 문항을 조사하였으나, 환자의 경험을 확인하기에는 총체적이지 못하였을 뿐만 아니라, 국민건강영양조사라는 조사의 취지와 어긋난다는 측면에서 지적을 받았다. 국민건강영양조사는 국민의 건강상태와 영양상태에 대한 조사가 중심이 되어야 한다는 주장이 많다.

나. 지표의 다양성과 대표통계 부재

우리나라 국가통계제도는 각종 통계기관에서 독자적인 통계활동을 수행할 수 있는 분산형 통계제도를 운영하고 있다. 기본적으로 국가 승인통계에서 작성되는 대부분의 통계는 작성기관마다 통계 작성 목적, 모집단 정의 및 조사대상, 지역 범위, 측정 방법 등에 차이가

있는 다양한 통계가 생산되고 있다. 3장에서 살펴본 바와 같이 현재 작성되고 있는 건강관련 승인통계는 모두 51종으로 다양하다. 우리나라 국민들은 흡연율, 암사망률 등과 같은 지표를 활용하는데 있어 다양한 승인통계들에서 동일한 지표명의 건강통계를 확인할 수 있다. 예를 들어, 암사망률은 사망원인통계와 암등록통계에서 작성되며, 우울감 경험률은 국민건강영양조사, 한국의료패널조사, 사회통합실태조사, 지역사회건강조사, 학생건강검사통계보고에서 작성된다. 흡연율은 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태온라인조사, 한국의료패널조사, 국민검진통계 등에서 작성되고 있다.

이러한 상황에서 국민들은 하나의 건강지표들이 여러 건강관련 승인통계들에서 중복적으로 많은 통계가 생산되고 있는 것처럼 인식할 수도 있고, 유사중복이라 판단하기도 한다. 이승욱 등(2010)¹⁸⁾은 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 유사 중복성 논란을 검토한 결과, 조사목적, 조사시점, 표본크기 및 조사범위에 차별성이 있으나, 조사항목과 관리체계에서 유사성이 높았다고 밝히고 있다.

18) 이승욱 등. 「지역사회건강조사」 2010년 정기통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 서울대학교, 통계청. 2010.

< 표 4-1 > 지역사회건강조사와 국민건강영양조사 비교

영역	지역사회건강조사	국민건강영양조사
조사시점	매년 정해진 한 시점에서 조사 (Snapshot)	계절적 차이를 상쇄시키기 위해서 연중 조사(Flow)
조사목적	지방정부를 위한 지표생산	중앙정부(광역지방정부 포함할 수도 있음)를 위한 지표생산
조사범위	건강설문조사(건강행태 및 보건 의료서비스 이용 등)	건강설문조사(건강행태 및 보건 의료서비스 이용 등), 건강검진 조사, 영양조사를 모두 포함하는 하나의 package로 구성됨
조사항목	건강설문 300개	건강설문항목 627개 검진조사항목 79개 영양조사항목 1323개
표본크기	22만(지역당 평균 900명)	약 12,000명/년
관리체계	질병관리본부가 대학에 위탁하여 관리	질병관리본부 전담조사반 주관

자료: 이승욱 등. 「지역사회건강조사」 2010년 정기통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 서울대학교, 통계청. 2010. p56 재인용

< 표 4-2 > 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 2014년 흡연을 비교

승인통계	지표명	2014년 흡연율	법적근거
국민건강영양조사 ¹⁾	19세 이상 현재 흡연율 (2005년 추계인구로 연령표준화)	24.2%	국민건강증진법 제16조
지역사회건강조사 ²⁾	성인 흡연율 (평생 5갑 이상 흡연한 사람으로 현재 흡연하는 사람)	24.0%	지역보건법 제4조 시행령 제5조

자료: 1) 국가통계포털(www.kosis.kr)

2) 보건복지부 보도자료. 지역사회건강조사 2014년 지역건강통계 결과발표. 2015.

그러나 동일한 지표명으로 다양한 건강관련 승인통계가 생산되고 있다고 해서 이를 중복통계라고 판단하기 어렵다. 각 승인통계는 조사목적에 따라 조사대상, 측정방법 및 작성 기준 등에 차이가 있기 때문이다.

중요한 점은 국민들이 생산된 다양한 건강통계 중 어떤 승인통계를 활용해야 할지를 고민하게 된다는 것이다. 비단, 보건영역의 전문가 또는 정책결정자 역시도 무엇을 국가 대표 통계로 활용할지 혼란스러워 하고 있다. 이는 건강영역에 산재하는 통계에 대한 종합적인 고찰이 부족하고, 대표 통계를 선정하고자 하는 과정이 없었기 때문에 나타난 결과이다.

예를 들어 질병, 장애와 관련 통계는 조사 대상 및 측정 기준 등에 따라 다양한 통계의 생산이 가능하다. 질병 혹은 장애는 건강보험 통계를 기준으로 작성하는 지, 국민건강영양조사나 지역사회건강조사 등 일반 국민을 통한 설문 혹은 검진의 자료를 수집해 작성되는 지에 따라 통계 결과가 상이해진다. 즉, 행정통계와 조사통계의 결과는 다를 것이다. 관련 정책을 수립할 경우 지표별 대표 통계가 부재한 상황에서 어떤 자료를 인용하는지에 따라 편향된 계획이 수립될 가능성이 있다.

이처럼 건강영역에서는 지표별로 다양한 통계가 작성되는 긍정적인 효과도 있지만 반대로 대표 통계가 부재하여 유발되는 부정적인 상황이 존재함을 인지할 필요가 있다.

건강통계의 부적절한 활용으로 인한 오류를 범하지 않기 위해서는 국민뿐만 아니라 전문가, 정책결정자 모두가 다양한 건강관련 국가승인통계들 간의 유사성과 차별성을 이해하고, 목적에 맞게 활용할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

다. 승인통계의 품질 차이

전통적으로 품질 좋은 통계란 ‘정확하고 신속한 통계’를 강조하였고, 현대에는 ‘통계가 얼마나 이용자에게 이용하기 적합하게 작성 및 제공되고 있는가를 나타내는 특성’을 의미한다(통계청, 2016 재인용)¹⁹⁾.

통계청에서는 국가 승인통계의 품질수준을 향상시키기 위해 건강관련 국가승인통계에 대해 품질진단을 실시하고 있다. 대상 통계는 통계작성 기획, 통계설계, 자료수집, 자료입력 및 처리, 자료분석 및 품질평가, 문서화 및 자료제공 등 작성절차별 체계 진단과 자료수집의 정확성, 시의성 및 정시성, 비교성, 일관성, 접근성과 명확성 등에 있어서 종합적으로 진단이 이루어지고 점수화된다. 국내 건강관련 국가승인통계는 정확성이 높은 반면, 접근성과 명확성은 낮은 편이며, 승인통계별로 질적 수준이 차이를 보인다.

<표 4-2> 건강관련 정기통계의 품질차원별 점수 예시

구분	관련성	정확성	시의성/ 정시성	비교성	일관성	접근성/ 명확성
국민건강영양조사	5.0	4.9	4.0	4.5	4.0	4.8
건강보험통계 ¹⁾	4.0	4.35	5.0	4.0	-	4.2
국민의료비추계 및 국민보건계정	5.0	4.8	5.0	5.0	5.0	4.67
의료기관별 급여 적정성평가	4.0	4.2	4.0	4.0	4.5	3.8

주: 1) 외부평가 점수이다.

자료: 1) 통계청. 「국민건강영양조사」 2015년 정기통계품질진단 결과보고서. 2015.

2) 정관희, 강민아. 「건강보험통계」 국가통계 품질진단 연구용역 최종결과보고서. 중소기업기술정보진흥원. 통계청. 2006.

3) 김경태 등. 「국민의료비추계 및 국민보건계정」 2013년 정기통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 통계청, 한국통계진흥원. 2013.

3) 통계청. 「의료기관별 급여적정성평가현황」 2010년 정기통계품질진단 최종결

19) 통계청. 2016년 국가통계 품질관리 매뉴얼. 2016.

과보고서, 2010.

통계의 조사·작성에서 발표까지 $t-1$ 년을 이상적이라고 보는 가운데, 대부분의 조사가 이를 준수하고 있지 못하는 실정이다. 국민건강보험공단의 건강보험환자 진료비 실태조사는 통계정책시스템에 등록된 공표시기를 매년 12월로 하고 있지만, 실제 공표일은 매년 일정하지 않아 정시성이 부족(이태진 등, 2011 재인용)²⁰⁾ 하다는 지적이 있다. 한국의료패널은 데이터 검수 과정이 길어져서 공표가 늦춰져온 바, 2016년 11월 말 현재 2014년 조사 결과도 확정적으로 발표되지 않고 있다. 그리고 국민건강영조사의 경우 표준화의 과정에서 기준 년도를 2005년 추계인구를 표준화 인구로 사용하고 있어 현재의 인구 구조를 반영하는데 제한점이 있다. 이처럼 데이터의 시의성 내지 정시성이 지켜지지 않음으로써 이용자는 자료 활용에 불편함이 겪고 있다.

라. 국내 통계와 국제 통계의 연계성 부족

최근 강조되고 있는 것이 정책과 통계의 연계성을 향상시키는 것이다. 이는 건강통계에 근거해 정책적 의사 결정을 한다는 의미에서 일 것이다. 많은 정책들이 국민을 대상으로 설계되어 왔기 때문에, 반드시 국제적인 기준을 따라 생산될 필요는 없다. 하지만, 국내 건강수준을 확인하고, 국제적인 비교가 동시에 가능할 때 건강통계 정보의 가치가 더 높아질 수 있다. 예를 들어 비만율은 키와 몸무게의 비로 계산되는 체질량지수(BMI=Body Mass Index)로 판단하는 국제적으로는 30일 경우 비만으로 규정하는데 반해 국내 의학계에서는 25 이상을 비만기준으로 삼고 있다. 이로 인해 국제기준을 적용하면 우리나라의 비만율은 2.6%(2014년 기준)로 매우 낮지만, 국내기준을 적용하면 30.9%로 매우

20) 이태진 등. 「건강보험환자진료비실태조사」 2011년 수시통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 통계청, 서울대학교, 2011.

높은 것으로 분석된다. 이러한 이중기준(기준의 차이)은 사회적으로나 정책적으로 큰 혼란을 초래할 수 있기 때문에 기준을 통일할 필요가 있다. 특별한 경우가 아니면, 국제기준을 따르는 것이 비교 가능성 측면에서 권장된다.

국제 통계생산 기준과 국내 기준의 일치가 주는 장점은 또 있다. 국제기구의 통계 생산과 공유가 활발해짐에 따라 건강통계에 대한 접근성이 향상되어 활용성 또한 높아졌다. 이로 인해 국내의 많은 언론들이 자유롭게 OECD와 같은 국제기구의 통계를 인용하여 국민에게 정보를 전달하고 있다. 국내에 알려진 것과 국제기구에서 발표된 통계에 차이가 존재할 경우 언론은 정부 통계에 대한 의혹을 가감 없이 제기한다. 이로 인해 정부가 발표한 통계에 대한 불신과 국민의 의혹은 커지게 된다. 물론, 보조 설명을 통해 차이점을 알려주고 있으나, 대부분의 독자는 통계 수준에만 관심을 둘뿐, 상세한 분석대상, 통계 산출 기준 등의 내용에 대해 확인하지 않거나 차이점을 이해하기 어려운 경향이 있다.

따라서 국제 통계 생산기준과 국내 기준의 일치화 내지 통계자료 연계의 중요성은 의사 결정력의 향상과 정부에 대한 신뢰 측면에서 매우 중요한 문제이다.

2. 개선방안

가. 건강통계의 중복 평가와 조정

우리나라의 건강관련 국가승인통계는 실태조사에 기반을 둔 것이 많다. 이러한 결과 각 조사마다 본연의 취지가 다름에도 불구하고, 조사의 세부 항목에 있어서는 중복이 발생할 수밖에 없다.

이는 여러 건강관련 실태조사가 이루어지는 시점의 차이뿐 아니라 조사기관의 다양성에 기인한 결과이기도 하다. 조사자는 다양한 내용에 대한 관심으로 접근하지만, 기준에 생산되고 있는 건강통계와의 중복

성에 대한 고려 없이 진행함으로써 이러한 문제를 발생시킨다. 그러나 한 번 설계된 조사는 조사 문항을 추가하거나 바꿈으로써 응답자의 부담을 키우고, 또 그러한 과정에서 절차적 타당성도 확보해야 하기 때문에 변경이 쉽지 않다.

이로 인해 다수의 건강관련 승인통계들에서 유사한 지표명으로 공표되고 있다. 예를 들어, 국민건강영양조사와 지역사회건강조사 등에서 생산되는 흡연율, 비만율, 고혈압과 당뇨병 유병률 등의 건강통계가 대표적인 것이다.

유사성을 띄는 통계지표에 대해서는 다소 이견이 있다. 이를 단순히 중복통계로 보는 경우도 있고, 한편 개별 조사의 목적, 모집단 정의 및 조사대상, 생산 범위 등의 차이를 인정하여 중복통계로 판단하지 않은 경우도 있다. 일부 지표는 다른 목적의 통계 생산을 위한 중간과정에서 산출되거나, 변수들의 인과관계 분석에 투입되기 때문에 중복통계로 보지 않는 경우도 있다.

조사 통계이기 때문에 결과가 다를 수밖에 없는데, 이러한 결과에 대해서 여러 가지 결과가 있어야 비교 가능하다는 긍정적인 해석이 있는 반면, 중복적인 결과에 의해서 낭비적이라는 부정적인 해석도 있다. 두 가지 의견 중 무엇이 더 타당하다는 결론을 내리기는 어려움이 있으나, 혼란을 초래한다는 것은 분명하다. 왜냐하면, 통계 결과를 접하는 수요자에게는 통계수치 자체가 중요한 것이지, 그러한 통계결과가 산출되기까지의 과정(조사 대상, 조사 시점, 문항 구성)에는 관심이 적어 상세히 확인하지 않기 때문이다.

이러한 문제를 개선하기 위해서는 국가 수준에서 중복통계에 대한 정의가 필요하고, 건강관련 통계생산의 불필요한 중복이 발생하는지 분석하여 조정해야 할 필요가 있다. 또한 국민들로 하여금 중복통계의 혼란을 겪지 않게 하기 위해서는 동일한 지표명으로 생산되는 다양한 건강통계의 차이점을 비교해서 보여주는 정보 제공 체계를 마련해야 한

다. 이때 조사대상, 측정 기준 및 문항 등 통계에 대한 중복 작성 여부의 검토 과정을 통해 지표별로 하나의 통계를 작성하도록 권고하는 것이 바람직하다.

나. 지표별 대표통계 설정

실제 조사 등을 통한 자료는 해당 국가의 문화 및 기준을 고려하여 작성하고 있는 데, 지표별로 작성되는 통계를 보면 국제 표준을 적용한 자료 수집 과정을 통해 작성되는 통계들이 있으므로 이를 고려하여 지표별 대표 통계를 선정하는 것이 바람직하다.

예를 들어 건강보험통계를 기준으로 작성하는 지, 국민건강영양조사나 지역사회건강조사 등 일반 국민을 통한 설문 혹은 검진의 자료를 수집해 작성되는 지에 따라 통계 결과는 상이하다. 건강보험통계는 신고된 자료 중에서 개별 질병이나 장애에 대한 통계가 작성되지만 일반 국민의 질병이나 장애에 대해서는 편향된 결과를 제공하게 되므로 건강보험자료 기반의 통계는 제한적으로 사용하는 것이 필요하다. 하지만 국민건강영양조사나 지역사회건강조사와 같이 설문 및 검진을 통한 자료는 의학계의 엄밀한 기준 적용이 미흡하다면 과대 추정되는 경향이 나타날 수도 있을 것이다.

이처럼 건강관련 영역에서는 지표별로 다양한 통계가 작성되므로 지표별 대표 통계는 일반 국민을 대상으로 선정하고, 특정 대상에 대한 통계는 추가적으로 인용하도록 대표 통계를 선정하는 것이 바람직하다.

다. 건강통계 생산 범위 확대

건강관련 통계는 사회적 건강, 정신적 건강, 신체적 건강 등 사

회, 보건의료 및 건강 등 사회영역에서 기본이 되는 중요한 영역이다. 사망, 질병, 장애/신체 기능, 주관적 웰빙 영역은 사회적 관심 혹은 건강 상태를 측정하는 지표를 포함하므로 다양한 건강통계들이 작성되고 있지만 건강상태 측정 기준이 모호하거나 건강영역의 주된 관심사가 아닌 건강 위험인식에 대한 통계가 부재하므로 이에 대한 통계 작성이 필요하다. 또한 일부 영역에서는 주요 지표에 대한 통계만을 작성하므로 건강관련 요인들을 표현하는 지표들에 대해서도 다양한 통계를 작성하는 방안의 검토가 필요하다.

국가가 추구하고자 하는 가치를 세우고, 정책의 방향성을 올바르게 정립하기 위해서는 근거자료에 해당하는 건강통계의 생산 범위를 확대해야 한다. 정책 판단을 위한 근거자료는 특정 영역에 치우치지 않고 균형이 있어야 함이 마땅하다. 또한 새로운 신규 통계를 작성할 때는 모집단, 조사대상, 측정 방법과 기준, 공표 단위 등 조사설계 전반에 대해 기존 통계와의 중복 여부뿐만 아니라 국제 표준의 측정 방법과 작성 과정을 면밀히 검토하여 작성해야 한다.

앞서 우리나라의 보건의료 통계현황을 분석한 결과, 흡연, 음주, 비만 등의 건강행동을 파악할 수 있는 통계는 다수인 반면, 보건의료체계의 형평성과 효율성과 관련된 통계는 부족하고, 환자의 경험을 보여주는 통계는 전무한 것을 확인하였다. 먼저 건강상태 요인에서는 관련된 지표 중 장애/신체 기능 요인에 포함되는 장애로 유발되는 다양한 지표들과 건강 수명, 완화의료와 같이 최근 사회적 관심이 증가하는 지표, 감염, 질병, 자살뿐만 아니라 사회 및 생활 안전에 대한 지표에 대한 생산이 필요하다. 주관적 웰빙 요인에서도 우울감의 원인 혹은 영향을 측정하는 삶의 만족도 혹은 효능감 등 우울감과 관련된 주관적 웰빙 지표의 통계는 작성되지 않으므로 주요 지표와 관련된 보조 지표들에 대한 통계 작성도 필요하다.

보건의료체계에서 부족한 형평성과 효율성 관련 지표의 문제는 더욱 까다롭다. 형평성과 효율성과 관련된 건강통계 생산은 단순히 조사로만 해결되는 것이 아니다. 두 가지 통계를 생산하기 위해서는 형평

성과 효율성에 대한 정의와 측정 방식에 대한 국내적 합의가 선행되어야 한다. 이러한 과정에 국제 기준이나 국제 논의 동향을 참고할 수 있겠다. 기존에 제시된 내용을 수용하되, 비판 의식을 바탕으로 충분한 검토를 해야만 조사의 설계가 가능하고, 구체적인 산출식 제시가 가능할 것이다.

첫째, 건강의 형평성에 대한 정의와 형평성 정도를 설명할 수 있는 통계지표의 선정이 필요하다. 형평성을 논의 할 때, 가장 기본적인 기준이 수급자의 사회·경제·인구학적 특성이다. 성별, 연령, 교육수준, 직업, 소득 등이 대표적이라고 할 수 있다. 이 중에서 성별, 연령, 교육수준, 소득은 대부분의 설문조사에서 확인이 이루어지고 있다. 다만, 소득수준은 조사자와 피조사자 모두에게 부담이 되는 항목으로 조사가 되지 않는 경향이 크며, 조사된다 하더라도 정확성을 담보하기 어려운 측면이 있다. 이러한 이유로 소득수준별 건강수준, 질병 발생률, 사망률, 미치료를 등의 통계생산이 어렵게 된다. 즉, 소득수준은 국가 단위에서 형평성을 분석하는데 가장 필수적이면서도 객관적인 측정에 어려움이 있다. 건강통계에서 형평성을 논의할 때 가장 빈번하게 활용되는 ‘과부담 의료비’ 역시 소득에 대한 정보가 없다면 직접적인 비교가 어렵다. 특히, 과부담 의료비의 경우 정의에 대한 합의도 이루어져야 하는 문제가 있다.

따라서 조사를 통해 소득 정보의 획득을 위한 노력이 이루어져야 한다. 만약 조사를 통해 얻을 수 없다면 사후적으로라도 행정자료(국세청, 국민건강보험공단)와의 연계를 통해 파악이 이루어져야 할 것이다. 이때, 행정자료와 연계하기 위해서는 개인의 동의 또는 개인정보 보호라는 기술적인 문제를 선결해야 한다.

둘째, 보건의료체계의 효과성에 관한 지표를 생산하기 위해서는 효과성이 무엇인지에 대한 합의가 우선 시 되어야 한다. 보건의료제도가 건강의 향상에 미치는 영향력이 크지 않다는 것이 보편적인 시각이다. 보건의료체계가 건강의 향상에 직접적인 영향을 미쳤는지, 혹은

그렇지 않았는지에 대한 판단을 위해서는 무엇을 가지고 이것을 측정할 것인지에 대한 합의가 우선적으로 이루어져야 한다. 무엇보다도 보건 의료서비스의 중재가 효과적이었는지를 판단할 수 있는 측정 대상의 선정이 중요한데, 최근 국제 사회에서 논의되고 있는 것이 ‘피할 수 있는 사망(amenable mortality)’과 ‘예방 가능한 사망(preventable mortality)’이다(OECD, 2015). 두 지표는 의료서비스를 제공받았다면 죽음까지 이르지 않았을 사망, 백신 접종과 같은 예방 활동이 충분히 제공되었다면 죽음에 이르지 않았을 사망을 의미하는 것으로 특정 질병을 대상으로 사망률을 측정함으로써 확인이 가능하다.

현재 OECD는 피할 수 있는 사망에 대한 정의를 내리기 위해 활발한 작업을 진행 중이다. 2015~2016년 OECD 보건데이터 회의(2015년 10월 8~9일, 2016년 10월 13~14일)에서는 피할 수 있는 사망에 대한 논의가 본격적으로 시작되었고, 의료제도의 효율성을 평가하는데 동 지표를 활용할 것이 제안되었다. OECD는 기존의 연구(Nolte & Mckee 리스트, 2008, 2011; 캐나다 리스트, 2012; EU 통계국, 2014)를 집대성하여 OECD 회원국을 대표할 수 있는 목록을 작성하고자 한다(OECD, 2015). 이 자료는 향후 병원의 성과(outcome)을 측정하는데 활용되고, 국가 간 비교에도 쓰일 것이다. 우리나라도 다른 회원국에 뒤지지 않고, 관련 작업에 조기에 합류할 수 있도록 지금부터 준비해 나가야 한다.

이러한 개념에 대해서는 1950년대부터 논의가 되어왔지만, 2000년대 후반에 이르러서 유럽 국가를 중심으로 개념 정립이 이루어졌고, 2006년 OECD에서도 관련 프로젝트를 진행하였다. 구체적인 OECD HCQI 프로젝트의 개념적 틀은 그림과 같다.

국내에서도 관련 연구를 진행하고 국내 전문가 간 합의, 국제 수준에서의 논의 등을 거쳐 건강통계의 개념적 틀 내에서 해당 지표들을 산출해야 할 것이다. 우리나라는 외국에 비해 비교적 장기간의 행정 및 조사자료가 구축되고 있어 건강통계 자료가 잘 갖추어져 있는 상황이기

때문에, 측정 대상(질병)만 합의되면 지표 산출이 불가능한 것도 아니다.

셋째, 환자경험에 대한 조사를 국가 단위에서 시작해야 한다. 환자의 경험을 확인함으로써 얻을 수 있는 가치가 무엇인지를 검토하고, 국가 수준에서의 조사가 실시될 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 조사 과정에 있어서 국민이 이용한 의료서비스를 평가하는 것은 국민으로 하여금 의료제도의 주체로서 역할을 할 수 있는 기회를 제공하는 것이고, 다른 한편으로 조사 결과를 공유함으로써 의료 공급자에게 제공하는 의료서비스를 스스로 관리할 수 있는 기회를 부여하는 것이 된다.

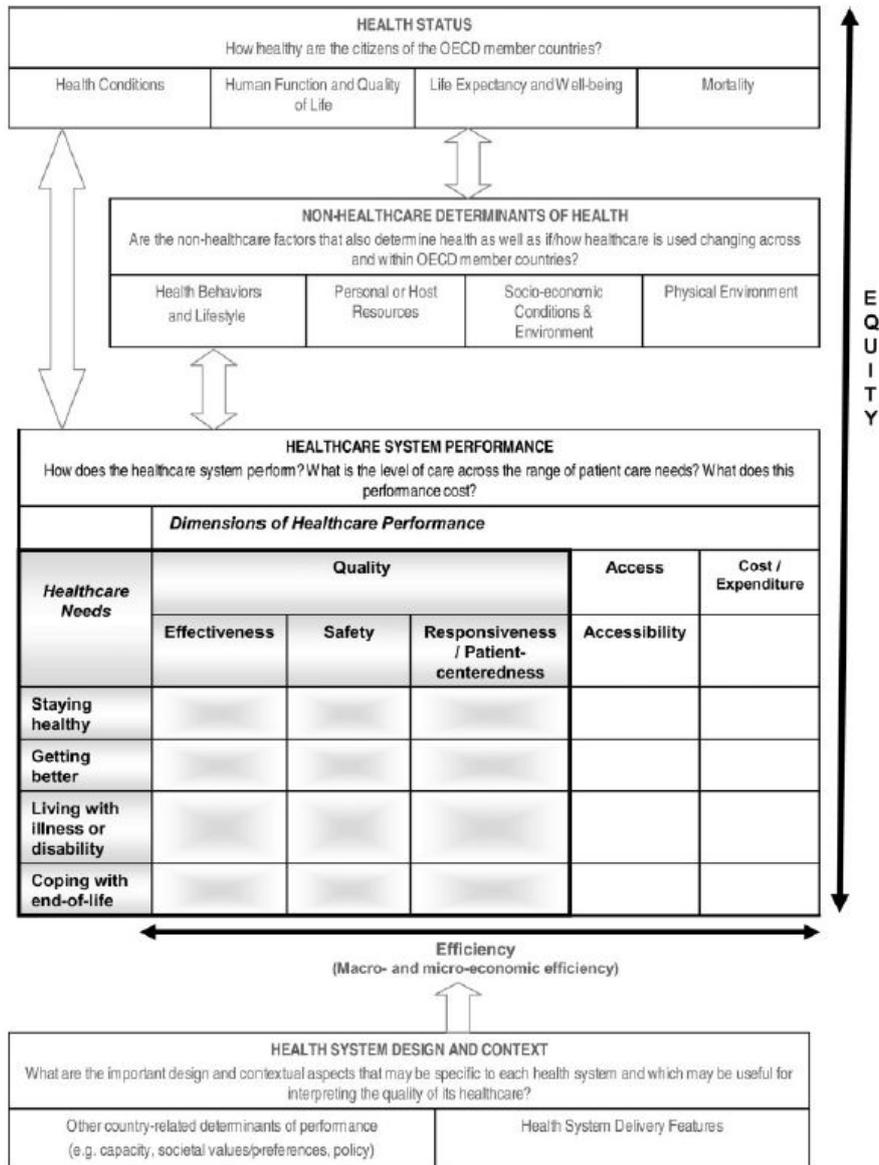
2012년 11월 HCQI 전문가회의에서 환자경험 영역을 진료연계와 환자안전(integrated care and patient safety) 측면에서의 환자경험까지 확장하기로 논의되었고, 구체적인 문항은 다음과 같다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2013 재인용)²¹⁾

<그림 4-1> OECD Health Care Quality Indicator(HCQI) 프로젝트의 개념적 틀

주: 회색으로 표시된 부분이 최근 HCQI 프로젝트에서 관심을 두는 부분이다.

자료: Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Quality Health Care. 2006: 5-13

21) 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2011년 기준 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발. 2013.



< 표 4-2 > OECD HCQI 환자경험

구분	환자경험 문항
진료 연계	Q1. 당신이 지난 12개월간 받았던 치료에 대하여 생각해 보시오. 당신이 받았던 주요 의로서비스의 유형을 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까?
	당신이 지난 12개월간 받았던 의로서비스의 대해 아래의 질문에 답하십시오.

	Q2. 진료한 사람이 최근 당신의 의학적 과거력을 알고 있습니까?
	Q3. 진료한 사람이 당신의 최근 검사와 진단 결과를 알 수 있습니까?
	Q4. 당신의 의료기록에 있어야 하는 반복정보(repeat information)를 가지고 있습니까?
	Q5. 다른 직원으로부터 상충된 정보를 받은 적이 있습니까?
	Q6. 당신이 의료기관이나 의사의 사무실 또는 병원을 떠나기 전에 병원 직원이 당신에게 다음 번에 무슨 일이 발생할 것이라고 이야기 해주었습니까?
	Q7. 직원이 당신에게 병원이나 의사의 사무실을 떠날 때, 무슨 징후나 건강문제를 조심해야 한다는 정보를 준 적이 있습니까?
	Q8. 당신이 진료실이나 병원을 나간 후, 만약 증상이나 치료에 대해 의문이 있을 때 누구에게 연락해야 하는지를 알려주었습니까?
	Q9. 당신이 병원을 떠난 뒤, 어떠한 징후와 증상을 조심해야 하는지에 대한 정보가 쓰여진 것을 준 적이 있습니까?
	Q10. 당신이 병원을 떠날 때, 당신이 도움을 필요로 하는지 아닌지를 직원이 물어본 적이 있습니까?
	Q11. 당신이 병원을 떠날 때, 어떠한 건강 관리가 필요한지 결정하는데 있어 당신의 가족이나 돌보는 사람 혹은 당신의 선호도가 고려되었습니까?
	Q12. 당신을 돌보는데 있어 도움이 되는 모든 정보를 당신의 가족이나 당신과 가까운 사람에게 직원이 알려준 적이 있습니까?
	Q13. 당신이 병원을 떠날 때, 병원 예약 약속을 하거나, 의사 또는 다른 건강 관리 전문가와 추후 관리를 확인하였습니까?
	Q14. 당신이 병원을 떠난 후에, 병원에서 당신이 받았던 치료에 대해 설명을 듣거나, 당신이 주로 받았던 의학적 lfy에 대한 정보를 받은 적이 있습니까?
	Q15. 병원서비스가 당신의 단골의사와 기타 병원 외부의 서비스와 협력이 잘 이루어졌습니까?
	Q16. 당신이 병원을 떠난 후에, 건강 및 사회적 서비스로부터 충분한 돌봄과 관리를 받았습니까?
	Q17. 당신의 단골의사가 당신이 전문의에게 받았던 의학적 치료(care)에 대한 정보를 받은 적이 있습니까? 당신이 받았던 주요 의료서비스 중에 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까?
환자 안전	Q1. 당신이 지난 12개월간 받았던 치료에 대하여 생각해 보시오.
	Q2. 당신이 복용하는 약에 대해 기록되거나 출력된 명확한 정보를 받았습니까?
	Q3.당신이 집에서 복용해야 하는 약의 용도에 대해 당신이 이해할 수 있는 수준으로 직원이 설명해 주었습니까?
	Q4. 새롭게 복용해야 하는 약을 어떻게 복용해야 하는지 대해 직원이 설명해 주었습니까?
	Q5. 당신이 복용해야 하는 약의 부작용에 대해 직원이 설명해 주었습
	Q6. 당신이 아는 한, 환자와 접촉하는 동안 의료진이 손을 씻거나 청결하게 하였습니까?
	다음의 질문은 지난 12개월간 입원을 한 사람에게 묻는 질문입니다.
	Q7. Hand - wash - gel을 환자와 방문객이 이용 가능하였습니까?
	Q8. 당신이 병원에 머무는 동안 감염된 적이 있습니까?
Q9. 직원이 당신에게 약을 주기 전에 당신의 신원을 확인하였습니까?	

Q10. 직원이 당신에게 처치/수술 전에 당신의 신원을 확인하였습니까?
Q11. 당신이 병원에 입원하고 있는 동안 실수 또는 불필요한 문제를 경험하였다면, 직원이 당신이 만족할 만한 수준으로 문제를 해결해 주었습니까?
다음의 질문은 지난 12개월간 경험에 대한 내용입니다.
Q12. 당신의 치료 및 돌봄 중에 의학적 실수가 있었습니까?
Q13. 진단의 결과 및 검사의 결과가 부정확한 경우가 있었던 적이 있습니까?
Q14. 비정상적인 검사결과를 알려주는 데 지연된 경험이 있습니까?
Q15. 당신은 의사, 병원 또는 약사로부터 잘못된 약을 처방 받거나 잘못된 복용량을 처방 받은 적이 있습니까?
Q16. 당신은 행정 오류를 경험한 적이 있습니까?
Q17. 의사나 병원에 소속된 직원이 당신의 치료 중에 발생한 의학적 오류에 대해 말해준 적이 있습니까?

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2011년 기준 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발. 2013 재인용

2015년 국민건강영양조사에서는 OECD HCQI 지표에 제출할 환자경험 관련 진료시간, 쉬운 설명, 질문기회 제공, 의사결정 참여에 대한 조사가 시행되어 2016년 결과가 공개될 예정에 있다. 국제비교를 위해 조사가 시작되긴 하였으나 국가 수준에서 관심을 두고 조사범위가 확대될 필요가 있다.

라. 지표의 품질개선

건강통계의 활용성을 강화하기 위해서는 관련 국가승인통계가 시의 적절하게 생산·보고되어야 할 것이다.

그리고 건강지표의 측정 도구를 표현하여 인용하도록 권유해야 한다. 예를 들면, 우울감을 측정하는 표준화된 설문 유형이 다양하므로 우울감 지표 통계 인용 시 측정 도구를 표현하여 인용하도록 권유해야 한다. 미국의학원(IOM)의 건강지표에서는 ‘중증 심리적 스트레스’ 지표를 ‘K6 진단도구에서 13점 이상을 받은 성인의 %’로 구체적 측정기준을 규정하고 있다. 주관적 웰빙 또는 심리적 주관적 지표들의 경우에는

측정방식이 다양할 수밖에 없기 때문에 신뢰성과 타당성이 보장되는 측정방법을 규정하여 제시하는 것이 필요할 것이다.

마. 통계생산 및 관리의 거버넌스 확립

건강통계는 영역과 지표에 따라서 중복성을 보이는 것도 있고, 전혀 생산되지 않은 통계도 있다. 또한 때로는 품질관리가 되지 않아 정확성이 떨어지는 지표도 있다. 이는 관련 통계를 통합적으로 관리하고 있지 않기 때문이다. 물론, 모든 통계를 한 부처 내지 한 기관에서 전문적으로 관리할 수도 없다. 그리고 같은 부처(또는 기관)에서 생산하더라도 소관 부서의 관심과 업무의 특성에 따라 생산되기 때문에 전체적인 관리도 용이하지 않다.

더불어, 국내 정책적 수요와 국제 사회의 관심이 일치될 필요가 있다. 일례로 비만이라고 하면, 비만이 무엇인지에 대한 정의는 국내외적으로 다를 이유가 없다. 우리나라 통계인데, 굳이 국제기준을 따라가는 것이 맞느냐와 같은 사대주의적 사관에 대한 비판도 있다. 통계의 생산은 감정적인 관점보다는 비교가능성(comparability)이라는 관점에서 이루어지는 것이 보다 타당하다. 국제 비교를 통해 살펴보았을 때, 우리나라 국민의 흡연이 심각한 수준이고, 우리나라 내에서도 특정 지역(또는 특정 집단)의 흡연이 매우 심각한 수준에 있음을 확인할 수 있다면, 해당 지역 또는 해당 집단에 대한 정책적 중재가 근거에 입각하여 이루어질 수 있을 것이다.

국내 통계와 국제 통계의 조화를 위해서는 무엇보다 국제기준에 대한 검토가 우선적이다. 대체적으로는 이견의 여지가 없겠으나, 지표에 따라서는 합의가 필요한 경우가 있을 수 있다. 반드시 국제기준이 국내기준보다 우선하지는 않더라도 국제기준을 고려할 필요는 있다. 물론 우리나라의 상황을 반영해야 하는 경우에는 다양한 논의 등을 거쳐 정해 나갈 필요도 있다.

제2절 건강통계 개선을 위한 실행계획

1. 단기과제의 실행계획

가. 통계청 역할 강화

앞서 기술된 바와 같이 우리나라의 통계 생산은 분산형 체계 하에서 이루어진다. 물론 통계청이 통계 설계 및 조사 지원, 품질진단 등 전반적인 영역에서 국가중앙통계기관으로서의 역할을 하고 있지만, 대부분의 통계가 분야별 전문성과 특수성을 바탕으로 개별 부처 또는 유관 연구기관에서 독자적으로 생산되고 있다. 특히, 건강관련 통계는 더욱 그러하다. 현재 많은 건강통계가 보건복지부가 실시하고 있는 실태조사를 통해서 생산되고 있다.

통계청이 통계의 중복 생산을 막고, 신뢰성을 향상시키기 위해서 많은 노력을 하고 있지만 인력과 예산 측면에서 생산에 대한 책임까지 다하기는 한계가 있다. 이러한 현실을 고려했을 때, 통계청은 1차적으로 통계 전문 인력을 집중적으로 활용하여 건강관련 국가 승인통계가 지표별로 중복되지 않도록 모니터링하고, 산발적으로 흩어져 있는 여러 자료들을 하나의 플랫폼에서 통합 관리할 수 있도록 '종합정보 제공체계'를 마련해야 한다.

이를 통해 영역별로 대표가 될 수 있는 지표가 무엇인지, 그리고 보조적으로 살펴볼 수 있는 지표가 무엇인지를 함께 제시해주어야 한다. 이용자들이 하여금 연관지표들을 한 눈에 비교할 수 있게 해줌으로써 지표에 대한 이해를 넓힐 수 있을 것이다. 더 나아가, 국제비교가 가능한 지표들은 국내외 기준과 결과를 함께 제공해 줌으로써 통계의 활용 가치를 보다 높이고, 오해를 줄일 수 있다.

2차적으로는 이러한 과정에서 중복성을 띄는 것들을 조율해주

고, 부족한 영역이 발견되었을 시에는 관련 기관과의 유기적인 협력을 통해 신규 통계가 생산될 수 있게 해야 한다. 필요에 따라서는 개념 정립을 주도할 수도 있을 것이다. 이와 같은 과정에 지속적으로 관여함으로써 통계의 균형적인 발전을 도모할 수 있을 것이다.

통계청은 건강영역 통계의 직접적인 생산보다는 정보 제공과 관리에 초점을 두어 역량을 강화해 나갈 필요가 있다. 건강영역 통계의 전반을 거시적인 관점에서 들여다보면서, 통계 생산의 기초적 지원에서부터 사후 관리까지 일련의 프로세스 안에서 관리 주체(agency)로서의 능력을 발휘해야 한다.

나. 건강통계 활용도 제고

국가통계포탈에 제공되는 건강통계는 사용자 편의적으로 정보를 제공하지 않는다. 건강통계의 활용도를 높이기 위해서는 현재 발간되고 있는 다양한 건강통계 책자들에 대한 구성이 보다 간단하게 표현될 필요가 있다. 예를 들어, 건강보험통계연보의 경우 우리나라 전체 건강보험 적용인구 수, 요양기관수, 지역(시도, 시군구)별 진료실인원, 내원일수, 급여일수, 진료비 등 다수의 통계를 제공하고 있으나 모든 독자가 건강보험통계연보에서 제공하는 건강통계 지표 전체를 활용하지는 않는다. 최근 국민들은 많은 정보와 빅데이터를 접하고 있는 상황에서 단순화되고 시각화한 정보를 요구하고 있다. 우리나라 국가수준의 건강통계 또한 간결하고 단순화하여 정보를 제공하여야 건강통계의 활용도가 높아질 것이다.

현재 국가통계포탈에서 제공하고 있는 건강관련 국가주요지표 현황은 그림과 같다. 각 하위영역의 주요지표별 우리나라의 수준과 국제 수준과 비교는 가능하나 각 지표가 의미하는 설명이 부족한 실정이다. 예를 들어, “경상의료비 대비 공공의료비 비율이 높을수록 국가 보건의료의 보장성이 좋은 것을 의미한다”는 방식으로 국민이 쉽게 이해할 수 있도록 통계지표의 의미를 제시해야 한다.

하위영역	주요지표	보조지표	국제비교지표
건강상태	기대수명	• 성별 건강수명	• 주요국의 기대수명 • 주요국의 건강수명
	주관적 건강상태		• OECD 주요국의 주관적 건강상태
	үүлүзүшүтүлүмү	• 성별 자살생각률(구) • 성별 자살생각률	
건강행태	흡연율	• 성별 청소년 흡연율 • 성별 가정 내 간접 흡연율	• OECD 주요국의 흡연율
	음주율	• 1인당 알코올소비량	• OECD 주요국의 1인당 알코올소비량
	신체활동실천율	• 성별 걷기실천율	• 주요국의 신체활동실천율
	비만율	• 아동·청소년 비만율	• OECD 주요국의 성별 비만율
보건의료서비스	의사수	• 인구 1,000명당 간호사수	• OECD 주요국의 인구 1,000명당 간호사수 • OECD 주요국의 인구 1,000명당 의사수
	국민의료비 비율	• 국민의료비 대비 공공의료비 비율 • 건강보험보장률	• OECD 주요국의 GDP 대비 국민의료비 비율 • OECD 주요국의 국민의료비 대비 공공의료비 비율
	암 생존율	• 유방암 5년 생존율 • 성별 대장암 5년 생존율	• OECD 주요국의 유방암 5년 생존율 • OECD 주요국의 대장암 5년 생존율
	DPT 예방접종률	• 성별 노인 인플루엔자 예방접종률	• OECD 주요국의 DPT 예방접종률 • OECD 주요국의 노인 인플루엔자 예방접종률

< 그림 4-2 > 현 건강관련 국가주요지표 현황

자료: 국가통계포털(www.kosis.kr)

2. 중장기과제의 실행계획

가. 건강통계 생산의 전문성 향상

건강통계를 발전시키기 위해서는 보다 적극적으로 건강통계 관련 분야의 전문가를 양성해야 하며, 국제사회에서 우리의 입장을 관철시키는 노력도 필요하다. 국제통계는 경계(boundary) 이슈가 발생할 수밖에 없다. 이때, 어느 쪽을 따를 것이냐는 원탁(round table)에서 다수결에 따르지만, 다수를 움직일 수 있는 힘은 전문성이다.

따라서 관련 분야의 전문성을 갖춘 인재를 양성하고, 관련 국

제회의에 참가하려는 노력도 이어가야 한다.

현재 보건복지부내에서는 기획조정실 산하의 정책통계담당관 부서에서 국내외 보건복지통계를 담당하고 있고, OECD 대한민국 정책 센터를 설치하여 국제사회에서 요구하는 건강관련 통계생산을 총괄하고 있다. 또한 실제 생산되는 다수의 건강통계가 주로 행정기관에서 산출되고 있다.

이는 건강통계 총괄 및 생산 담당자의 잦은 변경으로 통계생산 업무의 비연속성 문제로 이어지며, 이로 인해 업무의 연속성을 갖추기 어렵다. 이는 행정기관 내부적으로 통계생산 및 관리를 담당하는 업무의 중요성이 높다고 인식하지 못하고 있기 때문일 것이다. 건강통계는 개인의 삶의 질과 관련되었기 때문에 실생활과 밀접한 반면, 높은 전문성이 요구되기 때문에 통계생산 및 관리에 많은 시간이 요구된다. 건강통계 생산 및 관리 담당자의 업무의 연속성을 높이는 것이 통계의 질을 향상시키는 기본적인 방법이다.

따라서 보건복지부, 통계청 등 관련부처에 건강통계를 총괄하는 전담 부서와 건강통계 생산의 전문 인력 양성이 우선 필요하다. 이를 통해 건강통계를 관리하는 총괄 부처와 유기적으로 연결되어 건강통계 업무를 포괄적이고 총괄적으로 판단하게 되는 능력이 향상될 수 있을 것이다.

나. 건강통계 용어의 표준화

현재 발간되고 있는 통계책자들의 내용에 대한 개선이 필요하다. 부문별하게 발간되고 있는 행정통계들은 건강통계의 개념적 틀 (framework)에 따라 간소화 하거나 정리가 필요한 시점이다. 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단이 제공하는 다양한 행정통계들은 같은 내용을 다른 용어로 표현하는 것, 다른 내용을 같은 내용으로 오해시키는 표기 등에 대해서 표준화가 필요하다.

예를 들어, 국민건강보험공단은 건강보험통계연보와 의료급여통계연보를 모두 관리하면서도, 같은 내용을 건강보험통계연보에서는 급여일수, 진료비, 급여비라는 용어로 표현하고 있고, 의료급여통계연보에서는 진료일수, 총진료비, 기관부담금이라는 용어로 표현하고 있다. 또, 건강보험통계연보에서의 ‘건강검진비’ 지출(제Ⅱ-1표, 연도별 건강보험 재정현황: 2014년 기준 1,101,394백만원)과 건강검진통계연보 상의 건강진단비 총액 규모(부록1표, 검진기관종별 건강검진비 지급현황: 2014년 기준 1,126,952백만원)를 일치 시키지 못하는 등, 같은 내용이어야 하는 정보를 다른 값으로 제시하고 있다. 만약, 두 가지 연보의 정보를 일치시킬 수 없다면, 값이 달라지는 것에 대한 원인 분석을 제대로 하고, 이에 대한 공지도 명확히 해야 할 것이다. 가장 이상적으로는 사후적으로라도 두 수치를 맞추어야 할 것이다.

한편, 입원 병상수의 경우 보건복지부(의료자원정책과)는 허가 병상을, 건강보험심사평가원은 신고병상을 기반으로 각각 보건복지통계연보와 건강보험통계연보를 발행하고 있다. 이로 인해 미미한 숫자의 차이를 보이고 있음에도 불구하고, 두 연보 모두 어떤 데이터를 기반으로 하고 있는지 다루고 있지 않다. 이에 반해, 같은 연보 내에서 다루는 병원 종사 의료 인력 수는 두 기관이 수치를 맞춰서 발표하고 있다.

이처럼 같은 내용을 다른 방식으로 표현하고, 다른 내용을 같은 용어로 표기함으로써 이용자로 하여금 혼란을 초래하고 있다. 이는 비단, 기관 간의 문제가 아니라 같은 기관 내에서 발생할 수도 있는 문제라고 봤을 때, 통계의 총괄적인 관리가 요구된다.

다. 건강통계 빅데이터 연계

건강통계는 다른 분야에 비해 다년간의 빅데이터(Big Data)를 보유하고 있고, 활용도 또한 다양하다. 특히 진료비청구를 위해 구축된 행

정자료는 건강통계의 기본자료로써 활용 가치가 높다. 그러나 진료비 청구자료는 건강행태, 건강상태에 대한 정보가 없고, 소득과 같은 형평성을 측정하기 위한 정보가 부족하다. 보다 발전된 건강통계를 생산하기 위해서는 건강관련 조사통계와 행정통계간의 연계가 필요하다. 예를 들어, 한국의료패널조사 대상자의 소득자료와 진료비청구자료의 의료기관 방문횟수, 진료비 등의 의료이용 자료를 연계할 경우 저소득층의 의료이용 현황과 의료비 부담수준에 대해 파악 가능할 것이다. 이를 통해 우리나라 소득계층별 의료이용의 형평성에 대한 판단이 가능하게 될 것이다.

제3절 국가주요지표 개선방안

1. 현 지표체계 평가 및 개선방안

가. 하위 영역의 구성

2012년에 통계청에서 실시한 사회지표체계 개편작업에서 건강영역에서 큰 변화가 있었다. 가장 중요한 변화는 하위영역의 구성을 건강상태, 건강행태, 보건의료서비스로 구분한 것이었다. 과거의 건강영역은 이름도 ‘보건’으로 규정되었고, 하위 영역은 건강상태 및 행태, 사망-질병-장애, 보건의료이용, 보건의료자원 등으로 구성되어 주로 질병과 의료이용 중심의 체제로 구성되어 있었다. 이것은 의료공급과 의료서비스 접근성을 중요하게 생각하던 당시의 상황을 반영한 것으로 생각된다. 현재도 OECD의 보건지표체계에서는 이와 유사한 방식으로 보건의료인력과 시설 및 의료비를 강조하는 경향이 있다. 그런데 국가나 의료공급자 중심의 보건이란 개념이 점차 이용자들의 건강실천을 강조하는 방향으로 변화하는 실정을 감안하여 영역의 이름도 ‘건강’으로 바꾸고, 하위영역도 건강상태, 건강행태, 보건의료서비스로 규정하고 그에 부합되는 지표들로 구성하였다. 건강부문의 지표체계에서 하위영역을 이와 같이 3요소로 규정하는 것은 앞서 OECD를 제외한 다른 선진국들의 사례에서도 취하고 있는 방식이다. 즉 선진국의 건강분야 지표체계는 결과로서의 건강과 그 원인으로 간주되는 건강행태, 그리고 이러한 원인-결과와 인과관계에 제도적으로 개입하여 국민의 건강상태의 개선을 지향하는 보건의료서비스의 세 요소의 유기적 관계를 반영하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 현재의 국가주요지표에서 건강분야의 하위영역을 건강상태, 건강행태, 보건의료서비스로 구성하는 것은 타당하다고 볼 수 있다.

다만 건강행태에 대해서는 추가적인 설명이 필요할 것으로 보인다. 원래 건강의 원인으로 ‘건강결정요인’(determinants of health)

에는 건강행태(health behavior) 이외에도 기후조건, 대기와 수질오염, 공원녹지 등과 같은 자연환경 요인과 경제적 불평등, 인적 자본, 사회적 자본, 건강문해력 등과 같은 사회적 요인들의 영향을 고려해야 한다. 따라서 건강행태보다는 건강결정요인을 하위영역으로 설정하는 것이 이론적으로는 부합된다. 다만 자연환경 요인이나 사회환경 요인들이 사회지표체계의 다른 영역에서 다루어질 것이기 때문에 이를 제외할 경우 건강행태 요인만 남게 된 관계로 하위영역을 건강행태로 규정한 것으로 생각된다.

다음으로 하위영역별 주요지표에 대한 검토를 하되 이번 연구작업에서 시사점을 많이 제공한 호주의 사례와 비교하여 검토하기로 한다.

나. 건강 상태의 주요지표

호주의 건강상태를 구성하는 지표들은 건강조건, 인간기능, 웰빙, 사망 등 네가지 세부영역별로 나누고, 건강조건에는 심장마비 발생률, 주요 암 발생률, 성병 및 혈액 전파 바이러스, 말기신장병, 사고와 중독으로 인한 입원 등을 포함하였다. 또 인간기능에는 활동제한을 포함하였고, 웰빙에는 주관적 건강상태와 심리적 스트레스를, 사망에는 영아사망률과 기대여명을 포함하였다. 반면 우리나라의 경우에는 건강상태에 기대수명, 주관적 건강상태, 우울증상경험률이 포함되었고 보조지표로 건강수명과 자살생각률이 포함되었다. 호주의 경우에는 건강지표체계가 하위영역 밑에 세부영역으로까지 나누고 각 세부영역별로 여러 개의 대표지표들을 제시하고 있다. 반면 우리나라의 경우에는 하위영역까지만 분류하고 하위영역별 대표지표를 제시하고 있기 때문에 애당초 건강지표체계가 목적하는 분류의 수준에서 차이가 있다.

호주의 경우와 비교할 때 눈에 띄는 차이는 우리나라 건강지표 체계에는 질병발생과 관련된 지표들이 부재하다는 점이다. 호주에서는 심장마비, 암, 성병, 신장병 등에 주목하면서 주요지표로 추세를 파악하

고 있는데 우리나라에서는 의학적으로나 사회적으로 관심을 받을 만한 질병들에 대한 고려가 부재한 것은 개선되어야 할 것으로 생각된다. 암과 심장병은 양국에서 공통적인 건강문제로 생각되지만 성병의 경우에는 호주를 포함한 서구국가들은 사회적 관심이 높은 질병이지만 한국에서는 상대적으로 관심이 저조한 편이다. 신장병의 경우도 비슷한 처지에 있는 것으로 생각된다. 사고로 인한 사망이나 입원은 선진사회에서는 주요한 국가적 관리대상이 되고 있으나 우리나라에서는 아직 사회적 대응이 부족한 실정이다. 교통사고 사망이나 자살률이 매우 높은 실정을 감안하여 이를 국가지표로 포함시키는 것을 고려해볼 만하다.

사망지표로는 호주에서는 영아사망률과 기대수명을 포함하였고 우리나라에서는 기대수명과 건강수명을 사용하였다. 영아사망률은 대부분의 나라에서 보편적으로 사용하는 사망지표이기 때문에 포함하는 것이 바람직해 보인다. 건강수명은 기대수명에서 질병과 장애기간을 제외하고 계산한 것이기 때문에 논리적으로 생각하면 질병관련 지표들을 새로 포함시키면 제외하여도 무방할 것으로 생각되지만 사회적으로는 관심도가 비교적 높은 지표라는 점을 고려할 필요가 있다.

정신건강 지표로 호주는 심리적 스트레스를 포함하였고 우리나라는 우울증상 경험률을 사용하였다. 심리적 스트레스는 보다 많은 사람들이 증상을 호소하지만 상대적으로 경미한 상태의 정신건강 문제를 다루고, 우울증상 경험률은 상대적으로 심각한 정신건강 문제를 다루는 차이가 있다. 측정과정에서 보다 구체적인 기준에 의하여 우울 여부를 다루기 때문에 지표의 신뢰도가 더 높다고 할 수 있다. 보조지표로 사용한 자살생각률은 다른 나라에서 사용한 전례가 없는 점을 고려할 때 생략하는 것이 적절해 보인다.

<표 4-3> 호주와 한국의 건강상태 지표 비교

호주	한국
영아사망률, 기대수명 심장마비 발생률 주요 암 발생률 성병 및 혈액전파 바이러스 말기신장병 사고와 중독으로 인한 입원 활동제한 주관적 건강상태 심리적 스트레스	기대수명, 건강수명 주관적 건강상태 우울증상 경험률, 자살생각률

다. 건강 행태의 주요지표

건강행태 지표의 경우 호주에서는 앞서의 설명대로 건강결정요인이라는 보다 포괄적인 관점에서 지표를 구성하고 있다. 환경적-생물학적 요인으로 상수도 보급률과 간접흡연 노출 어린이 비율을 설정하고 있고, 사회경제적 요인으로 저소득가구수 비율, 저체중 출생아 비율, 건강문해율, 교육성취도 등을 포함하고 있다. 우리나라의 건강지표체계에서는 사회적 환경적 요인 지표들을 배제하고 있다. 그런데 사회지표의 다른 영역과 중복되지 않는 것이라면 일부 지표들은 포함하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 예를 들어 간접흡연률은 기존의 흡연률 하위지표로 포함하고 있기 때문에 이를 계속 유지하는 것이 필요할 것으로 보인다. 또한 사회경제적 요인이 건강에 미치는 영향이 크다는 것은 이미 잘 알려져 있고 특히 빈곤이나 경제적 불평등에 따른 건강영향이 크기 때문에 이를 고려하여 저소득 가구수 비율이나 저체중 출생아수 비율 등은 포함시키는 것이 바람직해 보인다. 건강문해력은 측정의 표준화가 되어 있지 못한 실정이고 교육성취도는 보통 고교졸업자 비율로 측정하는데 우리나라는 고교졸업률이나 대학진학률이 매우 높은 국내 현실을 감안할 때 비교의 측면에서 지표의 적합도가 떨어지는 것으로 생각된다.

건강행태 지표들의 경우에 측정방식에서는 약간의 차이가 있으나 대체로 양국의 지표가 유사한 것으로 생각된다. 흡연의 경우 호주는

매일 흡연 여부를 측정하고 우리나라는 현재 흡연여부를 측정한다. 음주의 경우 호주는 장기 폭음을 측정하고 우리나라는 고위험 음주(짙은 빈도의 과음)를 측정한다. 신체활동의 경우에도 호주는 ‘신체적 비활동’을 측정하는 반면 우리는 일정빈도 이상의 신체적 활동 여부를 측정한다. 비만의 경우는 양국이 동일하다. 호주는 영양요인(과일과 야채 섭취여부)을 포함하고 있으나 우리나라는 제외하였다. 측정방식의 차이는 큰 이슈는 아니기 때문에 결론적으로 건강행태 측면에서는 양국이 유사한 구성을 갖추고 있는 것으로 볼 수 있고, 지표구성에서 특별한 문제점은 보이지 않는다.

<표 4-4> 호주와 한국의 건강행태 지표 비교

호주	한국
가정에서 간접흡연에 노출된 어린이의 % 수질: 상수도를 공급받는 가정의 % 저소득 가구수 % 저체중 출생아수 % 건강문해율(health literacy) 교육성취도: 비정규학교 학위나 자격 소지 % 매일흡연자 비율 장기 폭음으로 인하여 건강위험에 처한 사람의 비율 과일과 야채 섭취: 매일 충분한 과일 야채 섭취자 비율 신체적 비활성: 주당 150분 미만 걷기 과체중이거나 비만인 성인의 비율	흡연률, 간접흡연률 고위험음주율, 알코올소비량 신체활동실천률, 걷기실천률 비만률

라. 보건의료서비스의 주요지표

보건의료서비스 하위영역의 지표구성이 양국간에 상당한 차이를 보여주고 있다. 호주는 이 영역을 ‘보건시스템 성취도’로 명명하고 세부영역으로 효과성, 안전성, 반응성, 지속성, 접근성, 효율성과 지속가능성을 설정하여 보조지표들을 구성하고 있다. 이 기준에 따르면 우리의 건강지표체계는 의료인력과 의료비 지표들로 구성되는 효율성 영역과 암생존률과 예방접종률을 포함하는 효과성 지표로만 구성되어 있는 셈이다. 즉 안전성, 지속성, 접근성을 다루는 지표들은 아직 지표체계에

포함되지 않고 있다.

먼저 호주의 효과성 지표 중에서 ‘주사기 공유 비율’은 마약중독이 범죄로 다스려지는 상황에서 통계 자체가 구하기 어렵고, 사회적 관심의 대상도 되지 않는다. 불필요한 입원이나 회피할 수 있는 죽음에 대한 지표는 국내에서도 전문가들 사이에 심각성이 인식되고는 있으나 지표생산이 수월하지 않다. 안전성 지표로 원내부상이나 원내감염이 사용될 수 있으나 지표생산이 수월치 않은 상황이다. 지속성의 경우에는 의료체계가 달라서 국내에서는 아직 개념화조차 명확하지 않은 실정으로 생각된다. 접근성 지표에서 불필요한 병원이용의 경우에는 국내에서도 문제의 심각성이 잘 알려져 있다. 다만 지표생산을 어떻게 할 것인가의 문제가 남아 있다. 응급 또는 비응급 환자의 대기시간은 사회조사에서 부분적으로 측정되고 있으나 별도의 환자조사에서 체계적으로 측정되어 지표화하면 좋을 것으로 생각된다. 암선별 검사율은 국내에서도 측정되고 있다. 산전검사와 출산은 거의 100% 수준에서 실천되고 있기 때문에 지표로서의 부합성이 낮다. 병원시술의 차별성은 개념적 추상성으로 측정이 쉽지 않아 보인다. 의료인력 및 의료비의 경우에 우리나라에서는 의사수나 간호사수 및 GDP대비 국민의료비의 비율을 주로 사용하는데 비해 호주에서는 인력의 순증가나 급성질환당 의료비 등으로 측정하고 있는 차이를 보인다.

보건의료서비스 영역은 국가의 의료체계의 특성 및 의료제도와 정책의 차이가 크게 작용하는 부분이다. 선진국들의 건강부문 지표구성에서도 보건의료서비스 영역에서 유독 차이가 크게 나는 것도 국가별로 의료제도와 정책이 상당히 차이가 있기 때문이다. 국내에서 의료공급이 강조되어 온 현실 때문에 의료인력 및 의료비의 증가추세를 파악하는 것은 아직도 정책적 의미가 크다고 볼 수 있다. 반면 양적 측면 이외에 질적 측면의 지표들을 보완해야 할 필요는 있는 것으로 생각된다. 예를 들어 공급의 측면에서 의사수를 측정하는 것 이외에 의료이용의 측면에서 1인당 연간 의료이용 횟수를 측정하는 것도 의미가 있는 것으로 보인다. 또한 미충족 의료의 문제를 측정하는 것도 중요해 보인다. 건강보

험 보장률은 국민의료비의 지출수준과 관련되는 지표이기는 하지만 사회보장 지표로서도 중요하기 때문에 사회통합 부문의 지표로 이관하는 것도 생각해 볼 수 있을 것이다.

<표 4-5> 호주와 한국의 보건의료서비스 지표 비교

호주	한국
마약중독자 중 주사기 공유자 % 예방접종률: 모든 예방접종을 완료한 5세 이하 아동의 % 불필요한 입원: 입원하지 않고 처치될 수 있는 입원의 사례 수 심장마비 생존률 암 5년 생존률 잠재적으로 회피할 수 있는 죽음 입원 부작용 원내 부상: 의료기관에서 넘어져서(떨어져서) 다친 경우 당노환자 중 GP의 연중 치료주기에 속한 % 천식 환자 중 문서화된 치료계획을 갖고 있는 환자 % 정신질환 중 GP의 치료계획을 갖고 있는 환자 % bulk-billing for non-referred GP attendances GP 서비스로 감당할 수 있는 불필요한 응급실 이용 비용급 수술의 대기시간 응급실에서의 대기시간 암 선별검사율 임신초기 산전검사를 받은 출산의 % 병원시술의 차별적 접근성 의료인력의 순증가 급성질환 당 비용	의사수, 간호사수 GDP 대비 국민의료비 비율 국민의료비 대비 공공의료비 % 건강보험보장률 암 5년 생존률 DPT 예방접종률 노인 인플루엔자 예방접종률

2. 영역별 필요지표 제안

가. 건강상태

건강상태의 주요지표는 기대수명, 주관적 건강상태, 정신건강으로 정하여 현재의 주요지표체계를 유지한다. 기대수명의 보조지표로 되어 있던 건강수명은 과거에는 측정시기가 일정하지 않았으나 최근에는 2년 주기로 측정되기 시작했고, 사회적 관심이 비교적 높은 점을 반영

하여 존속도록 한다. 국제비교 지표로는 기대수명과 건강수명을 사용하면 될 것이다. 그리고 질병 지표가 없는 점을 감안하여 장기적으로는 ‘주요 만성질환 유병률’을 새로 보조지표로 추가할 것을 권고한다. 만성질환 유병률은 미국 IOM 지표 등에서 사용된 것으로 당뇨, 심장병, 천식, 만성기관지염, 암, 관절염 중 하나 이상을 가진 성인의 비율로서 규정된다. 그런데 만성질환의 대표질환의 범주에 어떤 것을 포함할지에 대한 보건 의료계의 논의가 필요할 것으로 보이고, 또한 암 등 일부 지표는 유병률 계산에 필요한 데이터 확보가 별도로 필요한 문제가 있어서 이러한 해결된 이후에 만성질환 유병률을 포함시키는 것이 좋을 것으로 사료된다.

나. 건강행태

건강행태는 성인흡연률, 위험음주율, 신체활동을 및 비만을 그대로 사용해도 무방할 것으로 생각된다. 그런데 흡연률의 세부지부로 청소년 흡연률을 설정하였는데 이것은 성인흡연률을 표시할 때 세부 통계표에서 연령별 분포에서 19세 미만 그룹의 흡연률로 표시해도 무방할 것으로 생각된다. 또 다른 보조지표인 가정내 간접흡연률은 서구의 경우에는 건강행태의 주요지표가 아니라 어린이에게 특정된 환경요인 지표로 규정하고 있다. 즉 그 성격의 규정에 약간의 논란이 있을 수 있기 때문에 보조지표에서 당분간 제외시켜도 무방할 것으로 생각된다.

음주율을 측정하는 대표지표로는 위험음주율이 사용되었다. 국제적으로는 알코올소비량을 많이 사용하는데 이 지표는 인구의 평균적 소비수준을 알려준다. 세계보건기구(WHO)에서는 알코올의 소비패턴을 측정하는 지표로 월간폭음율을 사용한다. 이 지표는 한달동안 적어도 1회 이상, 한번음주에 60그램 이상의 음주를 하는 성인의 비율을 의미한다. 이 지표는 국제적 비교가 가능한 장점이 있다. 한국처럼 과음 또는 폭음자가 많은 현실에서는 일반적인 알코올소비량 지표보다는 폭음 지표가 정책적으로 더 유용할 것으로 생각된다. 따라서 음주율의 대표지표로는 월간폭음율을 제안한다.

비만율은 현행대로 사용하면 될 것이다. 다만 보조지표로 사용하던 아동청소년 비만율은 비만률 지표의 세부통계표의 항목으로 통합하는 것이 좋을 것이다. 국제지표로 성인비만율을 사용하는 것도 특별한 문제가 없다.

신체활동실천률의 경우에 지표 자체로는 큰 문제가 없으나 신체활동실천률이 영양요인과 함께 비만에 영향을 많이 주고 있기 때문에 주요지표보다는 비만률의 보조지표로 설정하면 좋을 것이다.

만일 사회경제적 요인을 건강상태의 원인으로 추가할 경우에는 저소득가구수 비율과 저체중출생아수 비율을 추가하면 좋을 것이다.

다. 보건의료서비스

보건의료서비스 영역에서는 그동안 의사수, 국민의료비 비율, 암생존율, 예방접종률을 주요지표로 사용하였다. 그런데 의사수는 대표적인 공급지표이며 병원수와 함께 정책적으로 중요한 접근성 지표로 알려져 있다. 최근에는 국제적으로 의료의 공급보다는 의료 이용을 정책적으로 관리하는 방향으로 변화하고 있기 때문에 의료이용(1인당 연간 의료기관 방문횟수)를 주요지표로 정하고 의사수를 보조지표로 돌리도록 개선하면 좋을 것이다. 이럴 경우 기존에 보조지표로 사용하던 간호사수는 그 의미가 많이 축소되기 때문에 생략하도록 한다. 국제비교지표로는 OECD에서 사용하는 1인당 연간 의료기관 방문횟수를 사용토록 한다.

효과성을 나타내는 지표로 암5년 생존률을 사용하였는데 이 지표는 다른 나라에서도 많이 사용하는 지표이기 때문에 계속 유지하도록 한다. 다만 보조지표로 대장암과 유방암 5년 생존률을 사용하였는데 이 지표들은 암5년 생존률과 그 의미상 크게 다른 것이 아니기 때문에 보조지표로서의 특성이 부족한 것으로 생각되어 생략하도록 한다.

의료비 지표로는 그동안 GDP 대비 국민의료비를 사용하였는데 특별한 문제가 없기 때문에 계속 사용토록 한다.

기존의 지표체계에서는 DPT 예방접종률을 주요지표로 삼았는데 여러 나라에서 예방접종률을 주요지표에 포함하는 것은 사실이나 한국에서는 오래전부터 대부분의 신생아가 예방접종을 실천하기 때문에 지표로서 변화의 추이를 살펴보는 의미가 사실상 없다. 따라서 이것은 지표체계에서 제외해도 무방할 것으로 생각된다.

그리고 보건의료 서비스에 대한 소비자 만족도가 중요하게 고려되어야 할 지표로 생각된다. 현재까지는 국가수준에서 의료만족도를 조사, 측정하지 않고 있다. 향후 가장 시급하게 보완되어야 할 지표라고 할 수 있다.

<표 4-6> 건강영역 지표체계 개선안

하위 영역	주요 지표	지표통계명			주요 개편 사항
		주요 지표	보조 지표	국제 비교 지표	
건강 상태	· 기대수명	· 기대수명	· 건강수명 · 만성 질환 유병률	· 기대수명 · 건강수명	- 만성 질환 유병률은 향 후 추가를 권고함
	· 주관적 건강상태	· 주관적 건강상태		· 주관적 건강상태	
	· 정신건강	· 우울 증상 경험률			
건강 행태	· 흡연율	· 흡연율		· 흡연율	- 저소득 가구율과 저체중 출생아율은 향후 추가를 권고함
	· 음주율	· 월간 폭음율		· 월간 폭음율	
	· 비만율	· 비만율	· 신체 활동 실천률	· 비만율	
	· 사회경제요인	· 저소득 가구%	· 저체중 출생아%		
보건의료 서비스	· 의료이용	· 1인당 연간 의료기관 방문 횟수	· 인구 1,000명 당 의사수	· 1인당 연간 의료기관 방문 횟수	- 공급(의사수)보다 이용(방문회수)을 주요 지표로 설정 - 'DPT예방접종률' 제외 - 주요 지표의 대표 이 름을 의료이용, 치료 효과, 의료비 등으로 명명 - 이용자 만족도는 향 후 추가를 권고함
	· 치료효과	· 암 5년 생존율			
	· 의료비	· GDP대비 국민 의료비		· GDP대비 국민 의료비	
	· 의료만족도	· 의료서비스 이용자 만족도			

참고문헌

- Wilkinson, Richard; Marmot, Michael, eds. (2003). The Social Determinants of Health: The Solid Facts (PDF) (2nd ed.). World Health Organization Europe. ISBN 978-92-890-1371-0
- World Conference on Social Determinants of Health (2011). "Rio Political Declaration on Social Determinants of Health" (PDF). World Health Organization. Retrieved 2013-03-27.
- Green, L., Kreuter, M. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach. 4th edition. New York, NY: McGraw-Hill
- 조병희, 김홍수. 2012. 대국민의료서비스 만족도 조사도구 개발연구. 연구보고서
- 김경태 등. 「국민의료비추계 및 국민보건계정」 2013년 정기통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 통계청, 한국통계진흥원. 2013.
- 보건복지부 보도자료. 지역사회건강조사 2014년 지역건강통계 결과발표. 2015.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2011년 기준 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발. 2013.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2013년 의약품 소비량 및 판매액 통계 생산. 2015.
- 보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원. 2014년 국민의료비 및 국민보건계정. 2016.
- 이승욱 등. 「지역사회건강조사」 2010년 정기통계품질진단 연구용역 최종결과보고서. 서울대학교, 통계청. 2010.
- 정관희, 강민아. 「건강보험통계」 국가통계 품질진단 연구용역 최종결과보고서. 중소기업기술정보진흥원. 통계청. 2006.
- 통계청. 국가통계포털(www.kosis.kr)
- 통계청. 「국민건강영양조사」 2015년 정기통계품질진단 결과보고서. 2015.
- 통계청. 「의료기관별 급여적정성평가현황」 2010년 정기통계품질진단 최

종결과보고서. 2010.

통계청. 2014년 사회조사 결과(가족·교육·보건·안전·환경). 2014.

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Quality Health Care*. 2006: 5-13

Nolte E., Mckee C.M. (2008). Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs*, 27(1), pp.58-71.

OECD (2015). *Avoidable mortality: Comparisons of lists currently used in Europe and outside Europe (DELSA/HEA/HD(2015)7)*. Paris: OECD.