



주간 건강과 질병

PHWR

Public Health Weekly Report

Vol. 19, No. 16, April 30, 2026

Content

조사/감시 보고

693 2025년 결핵환자 발생 및 추이 분석

정책 보고

711 국가건강조사 활용도 제고 방안

735 「백신도입 범정부 협의체 설치 및 운영에 관한 규정(총리훈령)」
제정 결과

질병 통계

744 나트륨 섭취량 추이, 2016-2024년



KDCA

Korea Disease Control and
Prevention Agency

Aims and Scope

Public Health Weekly Report (Abbreviation: *Public Health Wkly Rep*, PHWR)는 질병관리청의 공식 학술지이다.

PHWR은 국가 공중보건 관련 조사·감시·연구 결과에 대한 근거 기반의 실용적이며 권위있는 정보를 보건의료인, 공중보건 종사자, 역학자, 국민 등에게 신속하고 정확하게 제공하는 목적으로 발행된다.

PHWR은 신속한 전문가 심사를 거쳐 감염병과 비감염성 질병, 손상과 중독, 건강증진 등과 관련된 조사/감시 보고, 집단발병 보고, 현장 보고, 연구 논문, 리뷰와 전망, 권고 보고와 정책 보고 등의 원고를 게재한다. PHWR은 주로 국내의 공중보건 관련 정보를 제공하지만 전 세계 연구자들의 투고를 환영한다.

About the Journal

PHWR (eISSN: 3092-491X)은 질병관리청에서 발간하는 학술지이다.

PHWR은 연간 50호의 주간 발간 학술지로 매주 목요일에 발행되며, 신속한 전문가 심사 과정을 통해 정보를 적시에 공유한다. 또한, PHWR은 오픈 액세스(Open Access) 학술지로, 저작물 이용 약관(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)에 따라 원본이 적절히 인용되는 조건하에 제한없이 사용이 가능하다.

Submission and Subscription Information

PHWR에 투고하고자 하는 모든 논문의 접수는 온라인 투고시스템(<https://www.phwr.org/submission>)을 통해서 가능하며 논문투고 시 필요한 모든 내용은 원고 투고 규정과 보고 지침을 참고한다. PHWR은 학술지 홈페이지(<https://phwr.org> 또는 <https://eng.phwr.org>)를 통해 주간 단위로 게시되고 있으며, 무료로 구독 가능하다. 정기적 구독을 원하시는 분은 이메일(phwrcdc@korea.kr)로 신청할 수 있다.

기타 모든 문의는 전화(+82-43-719-7557, 7552, 7561, 7562), 팩스(+82-43-719-7569) 또는 이메일(phwrcdc@korea.kr)을 통해 가능하다.

발행일: 2026년 4월 30일

발행인: 임승관

발행처: 질병관리청

편집사무국: 질병관리청 질병감시전략담당관
(28159) 충북 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운
전화. +82-43-719-7557, 7552, 7561, 7562, 팩스. +82-43-719-7569
이메일. phwrcdc@korea.kr
홈페이지. (국문) <https://phwr.org> (영문) <https://eng.phwr.org>

편집제작: ㈜메드랑
(04521) 서울시 중구 무교로 32, 효령빌딩 2층
전화. +82-2-325-2093, 팩스. +82-2-325-2095
이메일. info@medrang.co.kr
홈페이지. <http://www.medrang.co.kr>

Copyright © Korea Disease Control and Prevention Agency

This is an Open Access journal distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits unrestricted distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

편집위원장

최보울

한양대학교 의과대학

부편집인

곽진

전북대학교 의과대학

손현진

동아대학교 의과대학

류소연

조선대학교 의과대학

염준섭

연세대학교 의과대학

박지혁

동국대학교 의과대학

하미나

단국대학교 의과대학

편집위원

고현선

가톨릭대학교 의과대학 서울성모병원

권윤형

질병관리청

김동현

한림대학교 의과대학

김성순

질병관리청

김수영

한림대학교 의과대학

김용우

질병관리청 국립보건연구원

김윤희

인하대학교 의과대학

김은진

질병관리청

김중곤

서울의료원

김호

서울대학교 보건대학원

박영준

질병관리청

백선경

질병관리청

송경준

서울대학교병원운영 서울특별시보라매병원

송진수

서울대학교 의과대학

신다연

인하대학교 자연과학대학

안정훈

이화여자대학교 신산업융합대학

엄중식

가천대학교 의과대학

오경원

질병관리청

오주환

서울대학교 의과대학

유석현

가톨릭대학교 의과대학

유영

고려대학교 의과대학

유효순

질병관리청

이경주

동작구 건강관리청

이선희

부산대학교 의과대학

이윤환

아주대학교 의과대학

이재갑

한림대학교 의과대학

이혁민

연세대학교 의과대학

이형민

질병관리청

전경만

삼성서울병원

정은옥

건국대학교 이과대학

정재훈

고려대학교 보건대학원

최선화

국가수리과학연구소

최원석

고려대학교 의과대학

최은화

서울대학교어린이병원

허미나

건국대학교 의과대학

사무국

권정민

질병관리청

김시우

질병관리청

김재홍

질병관리청

박희빈

질병관리청

이희재

질병관리청

원고편집인

이문주

(주)메드랑

2025년 결핵환자 발생 및 추이 분석

신은정[†] , 이혜원[†] , 김지은 , 이승은* , 정혜란 , 김현규 , 서순려 , 김재태

질병관리청 감염병정책국 결핵정책과

초 록

목적: 결핵은 예방 가능하며 적절한 항결핵제 치료를 통해 완치 가능한 감염성 질환이다. 2025년에 신고 및 보고된 결핵환자 현황을 분석하여 국내 결핵 발생 특성을 파악하고 국가결핵관리정책의 수립 및 평가의 기초자료를 제공하고자 한다.

방법: 우리나라 결핵 발생 현황은 「2024년 결핵환자 신고현황 연보」와 2025년 질병관리청 질병보건통합관리시스템을 통해 신고 및 보고된 결핵(의사)환자 원시자료를 바탕으로 작성하였다. 결핵 발생률은 주민등록연앙인구, 체류외국인 수를 활용하여 인구 10만 명당 결핵환자 수로 산출하였다.

결과: 2025년에 신고 및 보고된 결핵환자 수는 17,070명(10만 명당 33.5명)으로, 2024년(17,944명, 10만 명당 35.2명) 대비 4.9%(874명) 감소하였다. 반면 65세 이상 결핵환자 수는 10,669명(10만 명당 101.5명)으로 2024년(10,534명, 10만 명당 105.8명) 대비 1.3%(135명) 증가하였다. 외국인 결핵환자 수는 1,049명으로 2024년(1,077명) 대비 2.6%(28명) 감소하였다.

결론: 2011년(50,941명) 최고치를 기록한 후 연평균 7.5%씩 감소 추세이며, 2011년(50,941명) 대비 66.2% 감소한 수준이다. 결핵 발생률은 지속적으로 감소하고 있음에도 불구하고 제3차 결핵관리종합계획 목표(2027년까지 결핵 발생률을 인구 10만 명당 20명 이하로 감소) 대비하여 여전히 높은 수준이다. 따라서 목표 달성을 위해 고령층, 외국인 등 취약집단을 대상으로 한 선제적 검진을 확대하고, 조기 진단 및 치료 연계를 강화하며, 결핵관리체계를 고도화할 필요가 있다.

주요 검색어: 결핵; 발생; 역학

서 론

결핵은 결핵균(*Mycobacterium tuberculosis* complex)이 원인균으로 결핵에 걸린 사람이 기침 등으로 공기 중에 결핵균을 배출할 때 전파된다[1]. 결핵은 적절한 항결핵제 치료를 통해 완치가 가능하다. 결핵은 주로 폐(폐결핵)에 영향을 미치

지만, 다른 부위(폐외결핵)에도 영향을 줄 수 있다[2]. 또한 결핵은 항결핵제 내성 여부에 따라 감수성결핵(신속감수성검사 혹은 통상감수성검사에서 이소니아지드와 리팜핀에 대한 감수성이 확인 되는 경우)과 한 가지 이상의 항결핵제에 내성을 가진 결핵균에 의해 발생한 약제내성결핵으로 구분할 수 있다[3].

Received February 20, 2026 Revised March 28, 2026 Accepted March 30, 2026

*Corresponding author: 이승은, Tel: +82-43-719-7310, E-mail: lse1004@korea.kr

[†]이 저자들은 본 연구에서 공동 제1저자로 기여하였음.

Copyright © Korea Disease Control and Prevention Agency



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits unrestricted distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



KDCA
Korea Disease Control and Prevention Agency

핵심요약**① 이전에 알려진 내용은?**

2024년에 신고된 결핵환자 수는 17,944명(10만 명당 35.2명)으로, 2023년(19,540명, 10만 명당 38.2명) 대비 8.2%(1,596명) 감소하였다.

② 새로이 알게 된 내용은?

2025년에 신고된 결핵환자 수는 17,070명(10만 명당 33.5명)으로, 2024년(17,944명, 10만 명당 35.2명) 대비 4.9%(874명) 감소하였다.

③ 시사점은?

질병관리청은 제3차 결핵관리종합계획의 목표(2027년까지 결핵 발생률을 인구 10만 명당 20명 이하로 감소)를 달성하기 위하여 2026년 시행계획을 체계적으로 추진하고, 고위험군 중심의 조기발견과 치료 연계 강화를 통해 국가 결핵 관리의 효과성을 지속적으로 제고해 나갈 것이다.

세계보건기구의 보고에 따르면, 2024년 전 세계 결핵 발생 규모는 약 1,070만 명으로 추정되었고 결핵 사망은 약 123만 명으로 보고되었다. 코로나바이러스감염증-19(코로나 19) 유행의 영향으로 2020-2023년 증가 추세를 보이던 전 세계 결핵 발생이 2024년에는 전년 대비 약 1% 감소하였다[4]. 우리나라는 경제협력개발기구 회원 38개국 중 결핵 발생률(10만 명당 35.0명)이 두 번째로 높고, 사망률(10만 명당 3.0명)은 세 번째로 높은 수준을 보이고 있다[5].

우리나라는 2020년 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정에 따라 결핵을 제3군 감염병에서 제2급 법정감염병으로 지정하고, 국가결핵감시체계를 기반으로 결핵환자 신고 및 관리체계를 구축하여 운영하고 있다. 질병관리청은 ‘결핵으로부터 안전한 사회’를 비전으로 수립하여, 결핵 발생률 및 사망률의 지속적 감소, 결핵 전주기(예방-진단-치료-관리) 국가 책임강화, 취약계층 보호 및 지역사회 전파차단을 핵심목표로 하는 「제3차 결핵관리종합계획(2023-2027)」을 추진하고 있다[6]. 이에 본 연구는 2025년에 신고된 결핵환자 현황을 분

석하여 국내 결핵 발생 양상과 역학적 특성을 기술하고, 국가 결핵관리정책의 수립 및 평가를 위한 기초 근거자료를 제공하고자 한다.

방 법

2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지 질병관리청 질병보건통합관리시스템을 통해 전국 보건소 및 병원에서 결핵을 의심 또는 진단하여 신고 및 보고한 결핵(의사)환자 24,591명을 분석 대상으로 하였다. 이 중 신고서의 ‘치료결과 보고’ 항목에서 ‘진단변경’으로 분류된 자료를 제외한 후, 자료 정제 및 분류와 가공 과정을 거쳐 최종적으로 2025년에 신고된 결핵환자 17,070명을 분석에 포함하였다. 또한 2025년 이전 결핵 발생 현황 자료는 「2025년 결핵환자 신고현황 연보」를 활용하여 수집하였다[7]. 결핵 발생률은 해당 연도 결핵환자 수를 분자로 하고, 통계청 「국내인구이동통계」의 2025년 주민등록연앙인구를 분모로 하여 인구 10만 명당 결핵환자 수로 산출하였다[8]. 결핵 신환자율은 신규 결핵환자 수(과거에 결핵치료를 한 적이 없는 경우)를 분자로 하고, 동일한 주민등록연앙인구를 분모로 적용하여 인구 10만 명당 신환자 수로 산출하였다.

결핵환자의 역학적 및 임상적 특성을 파악하기 위하여 결핵환자를 신규 결핵환자와 재치료자(재발자, 치료 실패 후 재치료자, 치료 중단 후 재치료자, 이전 치료결과 불명확자, 기타 환자)로 세분화하여 환자 수를 산출하였다. 또한 성별, 연령별, 결핵 종류별, 시도별 결핵환자 발생을 분석하였다. 추가적으로 고위험군의 특성을 파악하기 위해 65세 이상 고령층, 외국인, 다제내성/리팜핀내성 결핵환자(광범위약제내성결핵, 광범위약제내성 전 단계 결핵, 다제내성결핵, 리팜핀단독내성결핵)로 구분하여 분석하였다. 본 연구의 데이터 정리 및 통계 분석은 Microsoft Excel 2024 (Microsoft Corp.) 프로그램을 활용하였다.

결 과

2025년에 신고된 결핵환자 수는 17,070명(10만 명당 33.5명)으로, 2024년(17,944명, 10만 명당 35.2명) 대비 4.9%(874명) 감소하였다. 2025년 결핵환자 중 남성이

63.2%(10,787명, 10만 명당 42.6명), 여성이 36.8%(6,283명, 10만 명당 24.5명)를 차지하였다. 결핵환자의 이전 치료력 기준으로 분류한 결과, 결핵환자 중 신규 결핵환자 수는 13,713명(10만 명당 26.9명)으로 2024년(14,412명, 10만 명당 28.2명) 대비 4.9%(699명) 감소하였으며, 전체 결핵환

표 1. 결핵환자의 역학적 특성(2023~2025년)

구분	2023년		2024년		증감		2025년		증감	
	환자 수	[발생률]/ (구성비)	환자 수	[발생률]/ (구성비)	증감		환자 수	[발생률]/ (구성비)	증감	
					수	율(비) ^{a)}			수	율(비) ^{a)}
결핵환자	19,540	[38.2]	17,944	[35.2]	-1,596	△(8.2)	17,070	[33.5]	-874	△(4.9)
성별										
남	12,078	[47.4]	11,210	[44.1]	-868	△(7.2)	10,787	[42.6]	-423	△(3.8)
여	7,462	[29.1]	6,734	[26.3]	-728	△(9.8)	6,283	[24.5]	-451	△(6.7)
연령										
0-4세	1	[0.1]	4	[0.3]	3	(300.0)	6	[0.5]	2	(50.0)
5-19세	115	[1.7]	128	[2.0]	13	(11.3)	87	[1.4]	-41	△(32.0)
20-49세	3,414	[16.4]	2,907	[14.2]	-507	△(14.9)	2,561	[12.8]	-346	△(11.9)
50-64세	4,701	[36.8]	4,371	[34.1]	-330	△(7.0)	3,747	[29.4]	-624	△(14.3)
65세 미만	8,231	[19.7]	7,410	[18.0]	-821	△(10.0)	6,401	[15.8]	-1,009	△(13.6)
65세 이상	11,309	[119.5]	10,534	[105.8]	-775	△(6.9)	10,669	[101.5]	135	(1.3)
시도										
서울특별시	3,351	[35.9]	3,012	[32.4]	-339	△(10.1)	2,853	[30.9]	-159	△(5.3)
부산광역시	1,285	[39.0]	1,141	[34.9]	-144	△(11.2)	1,087	[33.5]	-54	△(4.7)
대구광역시	953	[40.2]	899	[38.1]	-54	△(5.7)	811	[34.5]	-88	△(9.8)
인천광역시	1,017	[34.3]	950	[31.7]	-67	△(6.6)	928	[30.7]	-22	△(2.3)
광주광역시	453	[31.9]	404	[28.7]	-49	△(10.8)	368	[26.4]	-36	△(8.9)
대전광역시	407	[28.3]	369	[25.7]	-38	△(9.3)	384	[26.8]	15	(4.1)
울산광역시	317	[28.7]	366	[33.3]	49	(15.5)	362	[33.2]	-4	△(1.1)
세종특별자치시	82	[21.3]	58	[15.0]	-24	△(29.3)	61	[15.6]	3	(5.2)
경기도	4,339	[32.0]	4,073	[30.0]	-266	△(6.1)	3,732	[27.3]	-341	△(8.4)
강원특별자치도	788	[51.6]	728	[48.0]	-60	△(7.6)	703	[46.6]	-25	△(3.4)
충청북도	651	[41.0]	605	[38.1]	-46	△(7.1)	578	[36.4]	-27	△(4.5)
충청남도	1,017	[48.0]	873	[41.1]	-144	△(14.2)	919	[43.1]	46	(5.3)
전북특별자치도	788	[44.8]	731	[42.0]	-57	△(7.2)	741	[42.9]	10	(1.4)
전라남도	1,047	[57.9]	1,007	[56.2]	-40	△(3.8)	957	[53.8]	-50	△(5.0)
경상북도	1,554	[60.7]	1,403	[55.3]	-151	△(9.7)	1,289	[51.3]	-114	△(8.1)
경상남도	1,254	[38.5]	1,087	[33.7]	-167	△(13.3)	1,076	[33.5]	-11	△(1.0)
제주특별자치도	237	[35.2]	238	[35.6]	1	(0.4)	221	[33.3]	-17	△(7.1)
결핵 종류										
폐결핵	15,391	(78.8)	14,095	(78.5)	-1,296	△(8.4)	13,371	(78.3)	-724	△(5.1)
도말양성 ^{b)}	5,305	(27.1)	4,740	(26.4)	-565	△(10.7)	4,332	(25.4)	-408	△(8.6)
폐외결핵	4,149	(21.2)	3,849	(21.5)	-300	△(7.2)	3,699	(21.7)	-150	△(3.9)

단위: 명 혹은 %. 발생률=인구 10만 명당 결핵 발생률; △=감소. ^{a)}전년 대비 증감율. ^{b)}폐결핵환자 중 가래도말검사상 양성인 환자.

자 중 80.3%를 차지하였다(표 1, 그림 1).

2025년 연령군별 0~4세, 65세 이상 연령군을 제외한 모든 연령군에서 전년 대비 환자 수가 감소하였다. 65세 이상 결핵환자 수는 10,669명(10만 명당 101.5명)으로 2024년(10,534명, 10만 명당 105.8명) 대비 1.3%(135명) 증가하였다. 65세 이상 결핵환자 수(10,669명, 10만 명당 101.5명)는 65세 미만 결핵환자 수(6,401명, 10만 명당 15.8명)보다 약 1.7배 많았으며, 결핵 발생률은 약 6.4배 높았다(표 1). 전체 결핵환자 중 65세 이상 연령군이 차지하는 비중은 2021년 51.0%로 처음 절반을 초과한 이후 2023년 57.9%, 2024년 58.7%, 2025년 62.5%로 지속적인 증가 추세를 보였다(그림 2).

2025년 시도별 결핵환자 수는 대전광역시, 세종특별자치시, 충청남도, 전북특별자치도를 제외한 대부분 지역에서

2024년 대비 감소하였다. 17개 시도 중 충청남도는 919명(10만 명당 43.1명)으로 2024년 873명(10만 명당 41.4명) 대비 46명 증가하여 전년 대비 결핵환자 수의 증가 규모가 가장 컸다. 2025년 결핵 발생률은 전라남도(10만 명당 53.8명), 경상북도(10만 명당 51.3명), 강원특별자치도(10만 명당 46.6명) 순으로 높았다(표 1).

2025년 폐결핵환자 수는 13,371명으로 결핵환자 중 78.3%를 차지하며 2024년(14,095명) 대비 5.1%(724명) 감소하였고, 폐결핵환자 중 도말양성 폐결핵환자 수는 4,332명(25.4%)으로 2024년 4,740명(26.4%) 대비 1.0%p 감소하였다. 폐외결핵환자 수는 3,699명으로 전체 결핵환자 중 21.7%를 차지하였으며, 2024년 3,849명 대비 3.9%(150명) 감소하

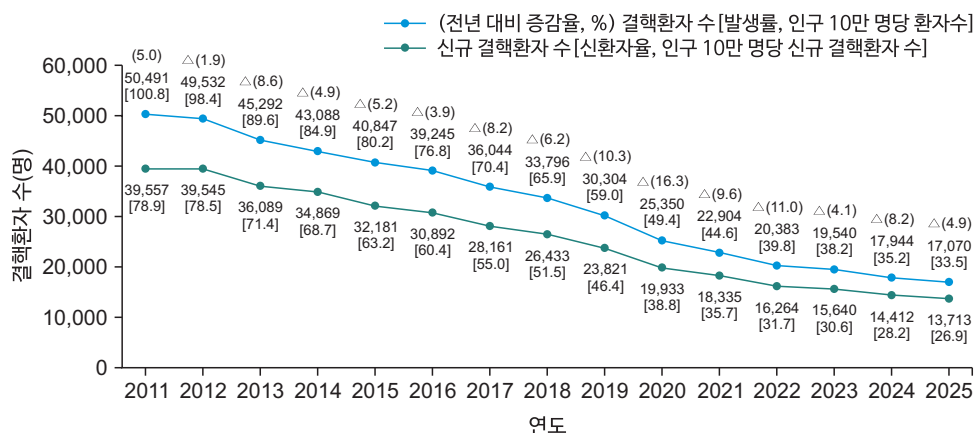


그림 1. 연도별 결핵환자 수 및 발생률, 신규 결핵환자 수 및 신환자율 (2011~2025년)
△=감소.

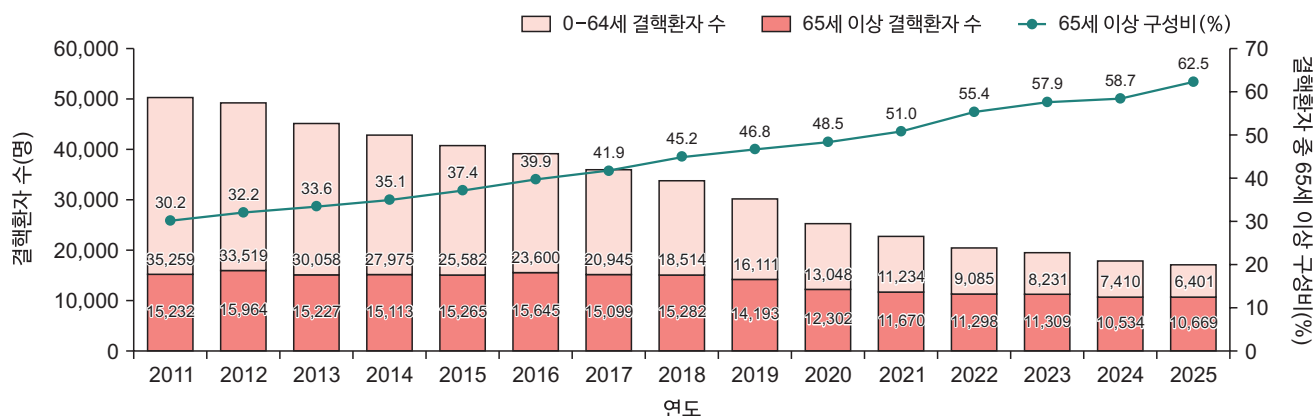


그림 2. 65세 이상/미만 결핵환자 수 및 65세 이상 결핵환자 비율(2011~2025년)

였다.

2025년 외국인 결핵환자 수는 1,049명(10만 명당 37.7명)으로 2024년(1,077명, 10만 명당 40.6명) 대비 2.6%(28명) 감소하였다. 외국인 결핵환자 중 남성이 63.9%(670명)이며, 여성이 36.1%(379명)를 차지하였다. 연령군별로는 20-29세(264명)에서 가장 많은 결핵환자가 발생하였고, 다

음으로 60세 이상(237명), 30-39세(227명) 순이었다. 또한 20대와 40대의 외국인 결핵환자 수가 2024년 대비 36명(15.8%), 41명(34.5%)이 증가하였다. 2025년 외국인 폐결핵환자 수는 774명으로 외국인 결핵환자 중 73.8%를 차지하며, 2024년(788명) 대비 1.8%(14명) 감소하였고 폐결핵환자 중 도말양성 폐결핵환자 수는 253명(24.1%)으로 2024

표 2. 외국인 결핵환자의 역학적 특성(2023-2025년)

구분	2023년		2024년		증감		2025년		증감	
	환자 수	[발생률]/ (구성비)	환자 수	[발생률]/ (구성비)	증감		환자 수	[발생률]/ (구성비)	증감	
					수	율(비) ^{a)}			수	율(비) ^{a)}
외국인	1,107	[44.1]	1,077	[40.6]	-30	△(2.7)	1,049	[37.7]	-28	△(2.6)
성별										
남	666	(60.2)	688	(63.9)	22	(3.3)	670	(63.9)	-18	△(2.6)
여	441	(39.8)	389	(36.1)	-52	△(11.8)	379	(36.1)	-10	△(2.6)
연령										
0-19세	13	[6.2]	19	[8.0]	6	(46.2)	17	[7.2]	-2	△(10.5)
20-29세	245	[41.5]	228	[35.9]	-17	△(6.9)	264	[41.6]	36	(15.8)
30-39세	258	[39.0]	249	[36.4]	-9	△(3.5)	227	[33.2]	-22	△(8.8)
40-49세	167	[41.8]	119	[28.3]	-48	△(28.7)	160	[38.0]	41	(34.5)
50-59세	160	[47.8]	192	[57.4]	32	(20.0)	144	[43.1]	-48	△(25.0)
60세 이상	264	[85.0]	270	[79.2]	6	(2.3)	237	[69.5]	-33	△(12.2)
결핵 종류										
폐결핵	852	(77.0)	788	(73.2)	-64	△(7.5)	774	(73.8)	-14	△(1.8)
도말양성 ^{b)}	258	(23.3)	242	(22.5)	-16	△(6.2)	253	(24.1)	11	(4.5)
폐외결핵	255	(23.0)	289	(26.8)	34	(13.3)	275	(26.2)	-14	△(4.8)

단위: 명 혹은 %. 발생률=인구 10만 명당 결핵환자 발생률; △=감소. ^{a)}전년 대비 증감율. ^{b)}폐결핵환자 중 가래도말검사상 양성인 환자. ※외국인 결핵 발생률은 당해연도 체류외국인 수를 기준인구로 산출하였으나, 2025년 연령별 체류외국인 수가 미공개된 상태(2026년 7월 법무부 공표예정)로, 2025년 결핵 발생률은 2024년 연령별 체류외국인 수를 기준인구로 산출함.

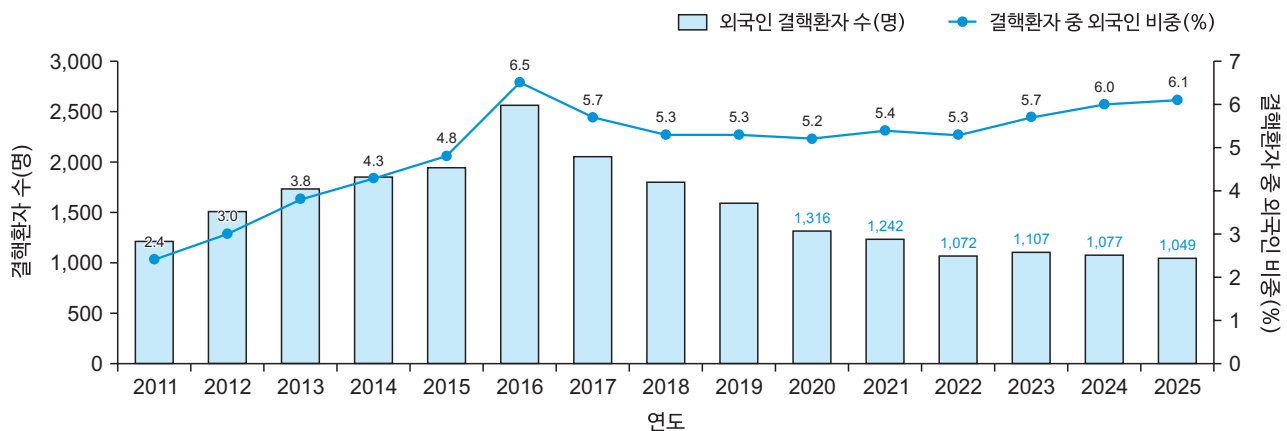


그림 3. 외국인 결핵환자 수 및 결핵환자 중 외국인 비중(2011-2025년)

년 242명(22.5%) 대비 4.5% 증가하였다. 폐외결핵환자 수는 275명으로 전체 결핵환자 중 26.2%를 차지하였으며, 2024년 289명(26.8%) 대비 4.8%(14명) 감소하였다(표 2). 전체 결핵환자 중 외국인이 차지하는 비중은 6.1%로 전년(6.0%)보다 0.1%p 증가하였다(그림 3).

2025년 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 수는 445명으로 전체 결핵환자의 2.6%를 차지하였으며, 2024년(2.6%)과 동일한 수준이다. 이전 치료력 기준으로 신규 결핵환자군의 다제내성/리팜핀내성 결핵 비중이 1.9%인 반면, 재치료자에서는 5.5%로 약 2.9배 높게 나타났다. 신규 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 수는 259명으로 2024년(261명) 대비 0.8%(2명) 감소하였고, 재치료자에서의 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 수는 186명으로 2024년(200명) 대비 7.0%(14명) 감소하였다(표 3).

결론

2025년 우리나라 결핵환자 수는 17,070명(10만 명당 33.5명)으로 2024년(17,944명, 10만 명당 35.2명) 대비 4.9% 감소하였다. 이는 2011년(50,491명) 최고치를 기록한 이후, 연평균 7.5% 감소하여 누적 기준으로 66.2% 감소한 수준이다[7]. 전 세계 결핵 발생은 코로나19 유행의 영향으로 2020-2023년에 증가 추세를 보였으나 2024년에는 전년 대비 약 1% 감소하였다[4]. 반면 우리나라 결핵환자 수는 2011년 최고치 이후 14년 연속 감소 추세를 유지하고 있다.

연령군으로 살펴보면, 2025년 0-64세 연령군의 결핵환자 발생률은 인구 10만 명당 15.8명으로 낮은 수준이다. 반면 65세 이상 연령군의 결핵환자 수는 10,669명(10만 명당 101.5명)으로 2024년(10,534명, 10만 명당 105.8명) 대비 1.3%(135명) 증가하였으며, 인구 10만 명당 101.5명으로

표 3. 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 수 및 항결핵제 내성 종류별 결핵 현황(2023-2025년)

구분(년)		계	다제내성/리팜핀 내성결핵 ^{c)+d)+e)+f)}		항결핵제 내성 종류별			
			환자 수	구성비 ^{b)}	광범위 약제 내성 결핵 ^{c)}	광범위 약제 내성 전 단계 결핵 ^{d)}	다제내성 결핵 ^{e)}	리팜핀 단독 내성 결핵 ^{f)}
계	2023	19,540	551	(2.8)	1	71	296	183
	2024	17,944	461	(2.6)	2	66	245	148
	2025	17,070	445	(2.6)	2	60	247	136
	전년대비증감(% ^{a)}	△(4.9)	△(3.5)	-	-	△(9.1)	(0.8)	△(8.1)
신규환자	2023	15,640	284	(1.8)	0	28	146	110
	2024	14,412	261	(1.8)	0	32	139	90
	2025	13,713	259	(1.9)	0	36	142	81
	전년대비증감(% ^{a)}	△(4.9)	△(0.8)	-	-	(12.5)	(2.2)	△(10.0)
재치료자 등 ^{b)}	2023	3,900	267	(6.8)	1	43	150	73
	2024	3,532	200	(5.7)	2	34	106	58
	2025	3,357	186	(5.5)	2	24	105	55
	전년대비증감(% ^{a)}	△(5.0)	△(7.0)	-	-	△(29.4)	△(0.9)	△(5.2)

단위: 명 혹은 %. △=감소. ^{a)}전년(2024년) 대비 증감율. ^{b)}당해 결핵환자 중 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 비율. ^{c)}리팜핀내성결핵 또는 다제내성결핵 이면서 한 가지 이상의 퀴놀론계 약제(레보플록사신[Lfx], 목시플록사신[Mfx], 오픈플록사신[Ofx], 가티플록사신[Gfx])에 내성이고, 그 외 A군 약제(베 다퀼린[Bdq], 리네졸리드[Lzd]) 한 가지 이상에 내성을 보이는 결핵. ^{d)}리팜핀내성결핵 또는 다제내성결핵이면서 한 가지 이상의 퀴놀론계 약제에 내성을 보이는 결핵. ^{e)}리팜핀과 이소니아지드 약제에 모두 내성을 보이는 결핵. ^{f)}리팜핀 약제에 내성이며, 이소니아지드 약제에 감수성이거나 감수성을 확인할 수 없는 결핵. ^{g)}재발자, 실패 후 재치료자, 중단 후 재치료자, 이전 치료결과 불명확, 과거 치료여부 불명확, 기타환자.

0-64세 연령군보다 약 6.4배 높다. 65세 이상 연령군의 결핵 환자 수는 증가한 반면 결핵 발생률은 전년 대비 4.1% 감소하였으며, 이는 고령층 인구 증가가 환자 수 증가에도 영향을 미친 결과로 해석된다[8]. 2025년 시도별 결핵 발생률은 전라남도, 경상북도, 강원특별자치시도 순으로 높았으며, 이는 시도별 전체 인구 대비 65세 이상 인구가 차지하는 비율의 영향으로 판단된다[8].

2025년 외국인 결핵환자 수는 1,049명(인구 10만 명당 37.7명)으로 2024년(1,077명, 인구 10만 명당 40.6명) 대비 28명(2.6%) 감소하였다. 그러나 연령군별로는 20대와 40대의 결핵환자 수가 36명(15.8%), 41명(34.5%) 증가하였고, 이는 학업 및 취업 등의 목적으로 입국한 젊은 연령층 체류외국인의 증가와 관련된 것으로 보인다[9]. 외국인 유학생 및 근로자는 강의실 및 기숙사 등에서 빈번하게 접촉하고 일상생활도 함께하여 결핵환자 발생 시에 대규모 유행으로 이어질 수 있다. 또한 건강보험 미가입, 경제적 부담, 언어적 차이 등으로 결핵의 조기 진단 및 치료 접근성이 제한될 수 있다. 이에 외국인 대상 결핵 교육 및 결핵상담, 외국인 통합 검진 등의 외국인 대상 결핵 관리 전략을 보다 강화할 필요가 있다.

항결핵제 내성이 있는 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 수는 445명으로 전체 결핵환자의 2.6%를 차지하였으며, 2024년(2.6%)과 동일한 수준이다. 다제내성/리팜핀내성 결핵환자 비중은 신규 결핵환자(1.9%)보다 재치료자(5.5%)에서 약 2.9배 높게 나타났다. 이는 결핵 재치료자 등에서는 초기 진단 단계에서의 신속감수성검사 적극 적용의 필요성을 시사하며, Xpert MTB/RIF 검사 등 분자진단 기반 신속 감수성검사의 활용 확대를 위한 임상 현장 대상 교육 및 안내를 지속적으로 강화할 필요가 있다.

본 연구는 보건소 및 의료기관 등이 국가결핵감시체계를 통하여 해당 연도에 결핵환자 발생 신고 및 보고한 「결핵환자 등 신고·보고서」 자료를 기반으로 산출된 결과이다, 일부 미신고 사례가 존재할 가능성이 있어, 실제 발생 규모와는 다소

차이가 있을 수 있다. 또한 제한된 변수에 기반한 기술적 분석으로 결핵 발생에 영향을 미치는 다양한 요인을 충분히 반영하지 못했을 가능성이 있어 이러한 제한점을 고려하여 해석할 필요가 있다.

우리나라는 2025년 65세 이상 인구 비중이 20.6%로 초고령사회(65세 이상 인구 비중이 20% 이상)로 진입하였다. 또한 외국인 유학생 유입 증가와 외국인 이민 및 정착 지원 확대, 고용 규제 완화에 따라 체류외국인 규모도 증가할 것으로 전망된다. 65세 이상 연령군 및 체류외국인에서의 결핵 발생은 결핵 퇴치 목표 달성에 있어 주요한 도전 과제로 작용할 가능성이 높다. 질병관리청은 이러한 인구학적, 사회학적 환경 변화에 대응하여 고위험군 및 취약계층을 중심으로 한 결핵 감시 및 관리 전략을 강화하고 있다. ‘찾아가는 결핵 검진사업’은 2026년부터 노인 검진 대상 범위를 기존 장기요양등급 일부 대상자(3-5등급)에서 전체 등급(1-5등급)으로 확대하여, 의료접근성이 낮은 취약 노인층에 대한 조기발견을 강화할 계획이다[10]. 또한 외국인 대상 입국 전 및 체류 중 결핵 검진을 지속 강화하고, 2025년 외국인 통합검진(결핵, HIV [human immunodeficiency virus], 한센병) 시범사업을 도입한 데 이어 2026년에는 전국 단위로 확대 실시할 예정이다 [11]. 아울러 취약계층의 결핵 치료 중단 및 지연을 예방하기 위한 결핵 안심벨트 참여기관도 지속 확대할 계획이다.

결핵 발생률은 지속적으로 감소하고 있음에도 불구하고 제3차 결핵관리종합계획의 목표(2027년까지 결핵 발생률을 인구 10만 명당 20명 이하로 감소) 수준에 비해 여전히 높은 수준이다. 따라서 목표 달성을 위해 고령층, 외국인 등 취약집단을 대상으로 한 선제적 검진을 확대하고, 조기 진단 및 치료 연계를 강화하며, 결핵관리체계를 고도화할 필요가 있다.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: EJS, HWL. Data curation: EJS, HWL, HRJ, HGK, JTK. Formal analysis: EJS, HWL. Investigation: EJS, HWL. Methodology: EJS, HWL, HRJ, HGK, JTK. Supervision: JEK, SEL. Visualization: EJS, HWL. Writing – original draft: EJS, HWL. Writing – review & editing: HRJ, HGK, JTK, SRS.

References

1. Sakula A. Robert Koch: Centenary of the discovery of the tubercle bacillus, 1882. *Thorax* 1982;37:246–51.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2025. WHO; 2025. p. 43.
3. Joint Committee for the Revision of Korean Guidelines for Tuberculosis, Korea Centers for Disease Control and Prevention. Korean guidelines for tuberculosis. 5th ed. The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases; 2024. p. 78.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2025. WHO; 2025. p. 6.
5. World Health Organization (WHO). Tuberculosis data [Internet]. WHO [cited 2025 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/data>
6. Korea Disease Control and Prevention Agency Press Release (March 24, 2023). Let's once again move forward the fight against TB in the next five years. [cited 2025 Dec 30]. Available from: <https://tbzero.kdca.go.kr/tbzero/board/boardView.do?leftMenuId=7¶mMenuId=71&boardSeq=7618>
7. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Annual report on the notified TB in the Republic of Korea, 2025. KDCA; 2026. p. 14. Available from: <https://tbzero.kdca.go.kr/tbzero/board/boardView.do?leftMenuId=3¶mMenuId=34&boardSeq=9425>
8. Domestic migration statistics [Internet]. Statistics Korea, Republic of Korea; 2026 [cited 2026 Jan 9]. Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Flist_id%3DA_7%26obj_var_id%3D%26seqNo%3D%26tblId%3DDDT_1B040M5_1%26vw_cd%3DDMT_ZTITLE%26orgId%3D101%26path%3D%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do%26conn_path%3DDMT_ZTITLE%26itm_id%3D%26lang_mode%3Dko%26scrId%3D%26
9. Immigration and foreigners policy statistics monthly report, December 2025 [Internet]. Ministry of Justice, Republic of Korea; 2026 [cited 2026 Jan 21]. p. 20. Available from: <https://www.immigration.go.kr/immigration/1569/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGaW1taWdyYXRpb24lMkYyMjclMkY2MDI2OTklMkZhcjRjbFZpZXcuZG8lM0ZwYXNzd29yZCUzRCUyNnJnc0JnbmRlU3RyJTNEJTl2YmJzQ2xTZXElM0QlMjZyZ3NFbmRkZ-VN0ciUzRCUyNmlzVmllld01pbmUIM0RmYWxzZSUyNnBhZ2UIM0QxJTl2YmJzT3BlbldyZFNlcSUzRCUyNnNyY2hDb2x1bW4lM0QlMjZzcmNoV3JkJTNEJTl2>
10. Korea Disease Control and Prevention Agency Press Release (January 13 2026). Expansion of free tuberculosis screening services for elderly people with limited access to healthcare. [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/kdca/2848/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGa2RjYSUyRjQyJTJGMzA5Njc3JTJGYXJ0Y2xWaWV3LmRvJTNGcGFzc3dvcmlM0QlMjZyZ3NCZ25kZVN0ciUzRCUyNmZpbmRlPcG53cmQlM0QlMjZmaW5kV29yZCUzRCVfQyU5RCU5OCVfQyVBMjU4QyVFQyVBMjU5MS-VFQSVcNyVCQyVFQyU4NCVCMSSlRUMlQjclQTglRUMlOTU1QkQrJUVCJTg1JU14JUVDJTl2YmJzVFQyU4QyU4MjZyZ3NFbmRkZ-VN0ciUzRCUyNmlzVmllld01pbmUIM0RmYWxzZSUyNnBhZ2UIM0QxJTl2YmJzT3BlbldyZFNlcSUzRCUyNnNyY2hDb2x1bW4lM0QlMjZzcmNoV3JkJTNEJTl2>
11. Cho Y. Free integrated screening pilot program expanded nationwide to tackle rising TB cases among foreign reside [Internet]. 2025 Nov 7 [cited 2026 Jan 20]; Bio. Available from: <https://www.news1.kr/bio/general/5967835>

Surveillance Report

Analysis of Tuberculosis Case Incidence and Trends in 2025

Eunjeong Shin[†] , Hyewon Lee[†] , Jieun Kim , Seungeun Lee^{*} , Hyeran Jeong , Hyeongyu Kim , Soonryu Seo ,
Jaetae Kim 

Division of Tuberculosis Policy, Department of Infectious Disease Policy, Korea Disease Control and Prevention Agency, Cheongju, Korea

ABSTRACT

Objectives: Tuberculosis (TB) is a preventable infectious disease that can be effectively cured with appropriate antituberculosis treatment. This study aimed to describe the epidemiological characteristics of TB cases notified in 2025 and to provide evidence to support national TB control policy development and evaluation.

Methods: The epidemiological status of TB in the Republic of Korea (ROK) was assessed using raw data on notified TB cases obtained from the “Annual Report on the Notified Tuberculosis in the ROK, 2024” and the 2025 Integrated Infectious Disease Control Information System of the Korea Disease Control and Prevention Agency. TB incidence rates were calculated using the mid-year resident population, with foreign residents included as appropriate denominators.

Results: In 2025, a total of 17,070 TB cases were notified (33.5 cases per 100,000 population), representing a 4.9% decrease (874 cases) compared with 2024 (17,944 cases; 35.2 cases per 100,000 population). Despite this decline, the disease burden remained concentrated among older adults, with 10,669 cases reported in individuals aged ≥65 years. Among TB cases, the number of foreign residents decreased by 2.6% to 1,049 in 2025, from 1,077 in 2024.

Conclusions: Since the peak in 2011 (50,941 TB cases), TB notifications have declined by 66.2%, with an average annual reduction of 7.5%. However, the current incidence remains above the target established in the Third National Strategic Plan for Tuberculosis Control. Achieving this target will require expanded proactive screening among high-risk populations, including older adults and foreign residents, strengthened early detection and linkage to treatment, and further optimization of the TB control system. These efforts are expected to enhance the effectiveness and long-term sustainability of national TB control strategies.

Key words: Tuberculosis; Epidemiology; Incidence

***Corresponding author:** Seungeun Lee, Tel: +82-43-719-7310, E-mail: lse1004@korea.kr

[†]These authors contributed equally to this study as co-first authors.

Introduction

Tuberculosis (TB) is transmitted when a person with TB expels *Mycobacterium tuberculosis* complex into the air through coughing or other respiratory activities [1]. TB can

be fully cured with appropriate anti-TB medication. It primarily affects the lungs (pulmonary TB) but can also affect other parts of the body (extrapulmonary TB) [2]. In addition, TB can be classified according to drug resistance as drug-susceptible TB (cases in which susceptibility to isoniazid and rifampicin is

Key messages

① What is known previously?

In 2024, the number of notified tuberculosis (TB) cases was 17,944 (35.2 per 100,000 population), representing an 8.2% decrease (1,596 cases) compared with 2023 (19,540; 38.2 per 100,000 population).

② What new information is presented?

In 2025, the number of notified TB cases was 17,070 (33.5 per 100,000 population), a 4.9% decrease (874 cases) compared with 2024 (17,944; 35.2 per 100,000).

③ What are implications?

To achieve the target of the Third National Strategic Plan for TB Control (reducing the TB incidence rate to ≤ 20 per 100,000 population by 2027), it is necessary to systematically implement the 2026 action plan and strengthen early case detection and linkage to treatment, focusing on high-risk populations, thereby continuously improving the effectiveness of national TB control.

confirmed by rapid drug susceptibility testing or conventional drug susceptibility testing) and drug-resistant TB caused by strains resistant to one or more anti-TB medications [3].

According to a World Health Organization report, approximately 10.7 million TB cases and 1.23 million TB-related deaths were reported globally in 2024. After the global TB incidence rate increased worldwide from 2020 to 2023 under the influence of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, it declined by about 1% in 2024 compared with the previous year [4]. Among the 38 member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development, the Republic of Korea (ROK) had the second-highest TB incidence rate (35.0 per 100,000 population) and the third-highest TB mortality rate (3.0 per 100,000 population) [5].

In the ROK, following the 2020 revision of the “Infectious

Disease Control and Prevention Act”, TB was reclassified from a Class 3 infectious disease to a Class 2 notifiable infectious disease, and a TB case notification and management system has been established and operated based on the national TB surveillance system. Under the vision of “a society safe from TB,” the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA) is implementing the “Third National Strategic Plan for Tuberculosis Control (2023–2027),” with core objectives as the continuous reduction of TB incidence and mortality, stronger state responsibility across the full continuum of TB care (prevention, diagnosis, treatment, and management), protection of vulnerable groups, and interruption of community transmission [6]. This study aimed to analyze the status of TB cases notified in 2025, describe the patterns and epidemiological characteristics of TB incidence in the ROK, and provide baseline evidence for the development and evaluation of national TB control policy.

Methods

This study analyzed 24,591 TB cases (including suspected cases) that were suspected or diagnosed with TB and subsequently notified or reported by public health centers and medical institutions nationwide through the KDCA Integrated Disease and Health Management System between January 1 and December 31, 2025. Among these cases, after excluding records classified as “change in diagnosis” under the “treatment outcome report” item of the notification form and after data cleaning, classification, and processing, a total of 17,070 TB cases notified in 2025 were included in the analysis. Data on TB incidence before 2025 were also collected from the “Annual Report on the Notified Tuberculosis in the Republic of Korea,

2025” [7]. The TB incidence rate was calculated using the number of TB cases in the relevant year as the numerator and the 2025 mid-year resident population registered in Statistics Korea’s Internal Migration Statistics as the denominator, and was expressed as per 100,000 population [8]. The new TB case

rate was calculated using the number of new TB cases (those without a history of TB treatment) as the numerator and the same mid-year resident population as the denominator, and was expressed as per 100,000 population.

To identify the epidemiological and clinical characteristics

Table 1. Characteristics of TB incidence cases (2023–2025)

Category	2023		2024				2025			
	Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Change		Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Change	
					Cases	Rate (proportion) ^{a)}			Cases	Rate (proportion) ^{a)}
TB cases	19,540	[38.2]	17,944	[35.2]	-1,596	△(8.2)	17,070	[33.5]	-874	△(4.9)
Sex										
Male	12,078	[47.4]	11,210	[44.1]	-868	△(7.2)	10,787	[42.6]	-423	△(3.8)
Female	7,462	[29.1]	6,734	[26.3]	-728	△(9.8)	6,283	[24.5]	-451	△(6.7)
Age (yr)										
0–4	1	[0.1]	4	[0.3]	3	(300.0)	6	[0.5]	2	(50.0)
5–19	115	[1.7]	128	[2.0]	13	(11.3)	87	[1.4]	-41	△(32.0)
20–49	3,414	[16.4]	2,907	[14.2]	-507	△(14.9)	2,561	[12.8]	-346	△(11.9)
50–64	4,701	[36.8]	4,371	[34.1]	-330	△(7.0)	3,747	[29.4]	-624	△(14.3)
<65	8,231	[19.7]	7,410	[18.0]	-821	△(10.0)	6,401	[15.8]	-1,009	△(13.6)
≥65	11,309	[119.5]	10,534	[105.8]	-775	△(6.9)	10,669	[101.5]	135	(1.3)
Province										
Seoul Metropolitan City	3,351	[35.9]	3,012	[32.4]	-339	△(10.1)	2,853	[30.9]	-159	△(5.3)
Busan Metropolitan City	1,285	[39.0]	1,141	[34.9]	-144	△(11.2)	1,087	[33.5]	-54	△(4.7)
Daegu Metropolitan City	953	[40.2]	899	[38.1]	-54	△(5.7)	811	[34.5]	-88	△(9.8)
Incheon Metropolitan City	1,017	[34.3]	950	[31.7]	-67	△(6.6)	928	[30.7]	-22	△(2.3)
Gwangju Metropolitan City	453	[31.9]	404	[28.7]	-49	△(10.8)	368	[26.4]	-36	△(8.9)
Daejeon Metropolitan City	407	[28.3]	369	[25.7]	-38	△(9.3)	384	[26.8]	15	(4.1)
Ulsan Metropolitan City	317	[28.7]	366	[33.3]	49	(15.5)	362	[33.2]	-4	△(1.1)
Sejong Special Self-Governing City	82	[21.3]	58	[15.0]	-24	△(29.3)	61	[15.6]	3	(5.2)
Gyeonggi-do	4,339	[32.0]	4,073	[30.0]	-266	△(6.1)	3,732	[27.3]	-341	△(8.4)
Gangwon Special Self-Governing Province	788	[51.6]	728	[48.0]	-60	△(7.6)	703	[46.6]	-25	△(3.4)
Chungcheongbuk-do	651	[41.0]	605	[38.1]	-46	△(7.1)	578	[36.4]	-27	△(4.5)
Chungcheongnam-do	1,017	[48.0]	873	[41.1]	-144	△(14.2)	919	[43.1]	46	(5.3)
Jeonbuk Special Self-Governing Province	788	[44.8]	731	[42.0]	-57	△(7.2)	741	[42.9]	10	(1.4)
Jeollanam-do	1,047	[57.9]	1,007	[56.2]	-40	△(3.8)	957	[53.8]	-50	△(5.0)
Gyeongsangbuk-do	1,554	[60.7]	1,403	[55.3]	-151	△(9.7)	1,289	[51.3]	-114	△(8.1)
Gyeongsangnam-do	1,254	[38.5]	1,087	[33.7]	-167	△(13.3)	1,076	[33.5]	-11	△(1.0)
Jeju-do	237	[35.2]	238	[35.6]	1	(0.4)	221	[33.3]	-17	△(7.1)
Pathological location										
Pulmonary TB	15,391	(78.8)	14,095	(78.5)	-1,296	△(8.4)	13,371	(78.3)	-724	△(5.1)
Smear positive ^{b)}	5,305	(27.1)	4,740	(26.4)	-565	△(10.7)	4,332	(25.4)	-408	△(8.6)
Extra-pulmonary TB	4,149	(21.2)	3,849	(21.5)	-300	△(7.2)	3,699	(21.7)	-150	△(3.9)

Unit: case or %. TB=tuberculosis; Incidence rate=cases per 100,000 population; △=decrease. ^{a)}Change compared with the previous year.

^{b)}Smear-positive cases in pulmonary TB.

of TB cases, they were subdivided into new TB cases and previously treated TB cases (relapse cases, cases retreated after treatment failure, cases retreated after treatment interruption, cases with unclear prior treatment outcomes, and other cases), and the number of cases in each category was calculated. In addition, TB incidence was analyzed by sex, age group, type of TB, and province/metropolitan city. Additionally, to identify the characteristics of high-risk groups, analyses were conducted by categorizing cases into older adults aged 65 years and older, foreign residents, and multidrug-/rifampicin-resistant TB cases (extensively drug-resistant TB [XDR-TB], pre-XDR-TB, multidrug-resistant TB, and rifampicin-monoresistant TB). Data management and statistical analysis for this study were performed using Microsoft Excel 2024 (Microsoft Corp.).

Results

In 2025, the number of notified TB cases was 17,070 (33.5 per 100,000 population), representing a decrease of 4.9% from 2024 (17,944 cases, 35.2 per 100,000 population). Among TB cases in 2025, men accounted for 63.2% (10,787 cases, 42.6 per 100,000 population) and women for 36.8% of the patients (6,283 cases, 24.5 per 100,000 population).

When TB cases were classified by treatment history, the number of new TB cases was 13,713 (26.9 per 100,000 population), which was 4.9% lower than the number in 2024 (14,412 cases, 28.2 per 100,000 population), and these cases accounted for 80.3% of all TB cases (Table 1, Figure 1).

In 2025, the number of cases declined from the previous year in all age groups except those aged 0–4 years and those aged 65 years and older. The number of TB cases among those aged 65 years and older was 10,669 (101.5 per 100,000 population), representing an increase of 1.3% from 2024 (10,534 cases, 105.8 per 100,000 population). The number of TB cases among those aged 65 years and older (10,669 cases, 101.5 per 100,000 population) was approximately 1.7 times higher than that among those aged under 65 years (6,401 cases, 15.8 per 100,000 population), with the TB incidence rate approximately 6.4 times higher (Table 1). The proportion of TB cases accounted for by those aged 65 years and older first increased in 2021 at 51.0%, and then continued to rise, reaching 57.9% in 2023, 58.7% in 2024, and 62.5% in 2025 (Figure 2).

By province/metropolitan city, the number of TB cases in 2025 decreased from 2024 in most regions except Daejeon Metropolitan City, Sejong Special Self-Governing City, Chungcheongnam-do, and Jeonbuk Special Self-Governing

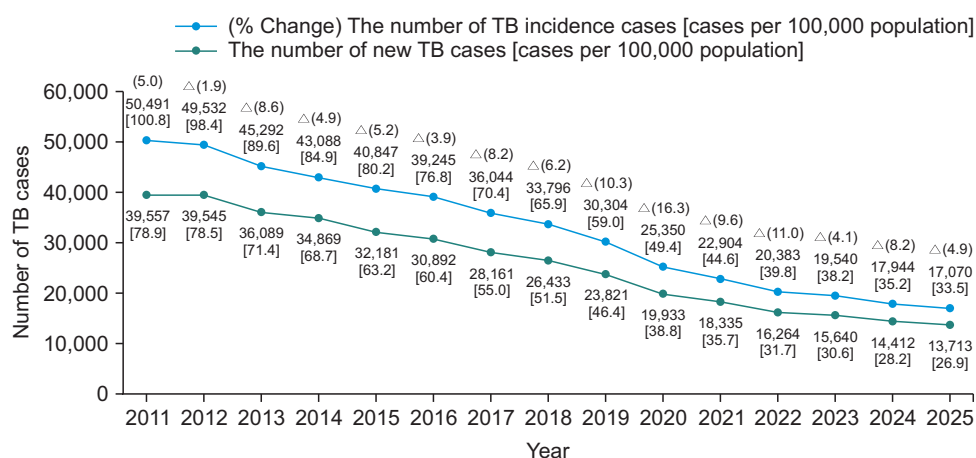


Figure 1. (New) TB cases and incidence rates (2011–2025)
TB=tuberculosis; △=decrease.

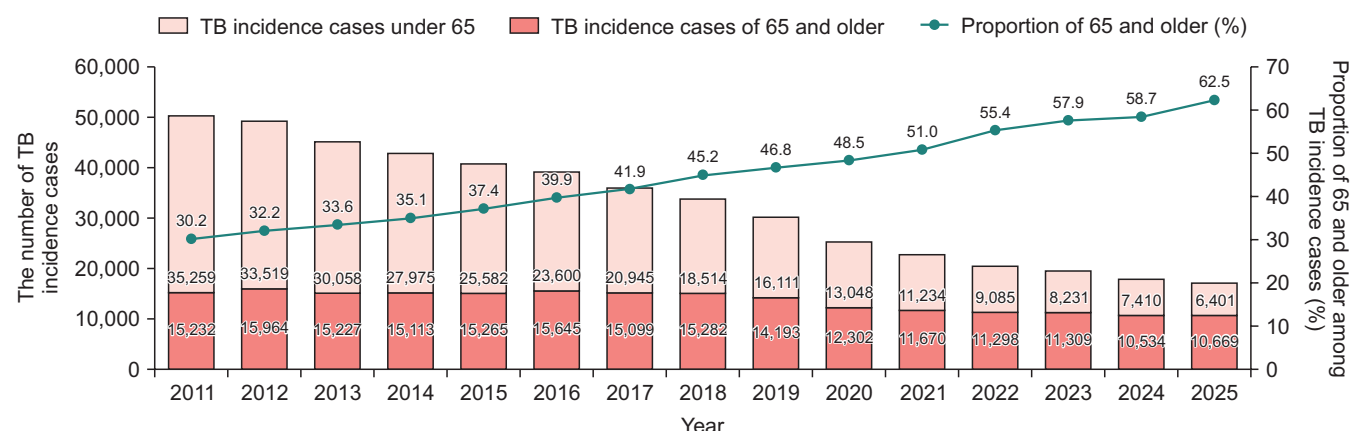


Figure 2. Number and proportion of TB cases among individuals aged ≥65 years (2011–2025)

TB=tuberculosis.

Table 2. Characteristics of TB among foreign residents (2023–2025)

Category	2023		2024		Change		2025		Change	
	Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Cases	Rate (proportion) ^{a)}	Cases	[Incidence rate]/ (proportion)	Cases	Rate (proportion) ^{a)}
TB cases	1,107	[44.1]	1,077	[40.6]	–30	Δ(2.7)	1,049	[37.7]	–28	Δ(2.6)
Sex										
Male	666	(60.2)	688	(63.9)	22	(3.3)	670	(63.9)	–18	Δ(2.6)
Female	441	(39.8)	389	(36.1)	–52	Δ(11.8)	379	(36.1)	–10	Δ(2.6)
Age (yr)										
0–19	13	[6.2]	19	[8.0]	6	(46.2)	17	[7.2]	–2	Δ(10.5)
20–29	245	[41.5]	228	[35.9]	–17	Δ(6.9)	264	[41.6]	36	(15.8)
30–39	258	[39.0]	249	[36.4]	–9	Δ(3.5)	227	[33.2]	–22	Δ(8.8)
40–49	167	[41.8]	119	[28.3]	–48	Δ(28.7)	160	[38.0]	41	(34.5)
50–59	160	[47.8]	192	[57.4]	32	(20.0)	144	[43.1]	–48	Δ(25.0)
≥60	264	[85.0]	270	[79.2]	6	(2.3)	237	[69.5]	–33	Δ(12.2)
Pathological location										
Pulmonary TB	852	(77.0)	788	(71.2)	–64	Δ(7.5)	774	(73.8)	–14	Δ(1.8)
Smear positive ^{b)}	258	(23.3)	242	(22.5)	–16	Δ(6.2)	253	(24.1)	11	(4.5)
Extrapulmonary TB	255	(23.0)	289	(26.1)	34	(13.3)	275	(26.2)	–14	Δ(4.8)

Unit: case or %. TB=tuberculosis; Incidence rate=cases per 100,000 population; Δ=decrease. ^{a)}Change compared with the previous year.

^{b)}Smear-positive cases in Pulmonary TB. ※Foreign TB incidence rates were calculated using the number of registered foreign residents as denominators in the corresponding year. However, the number of foreign residents has not been published. TB incidence rates in 2025 were calculated using the population in 2024.

Province. Among the 17 provinces and metropolitan cities, Chungcheongnam-do recorded 919 cases (43.1 per 100,000 population), an increase of 46 cases from 2024 (873 cases, 41.4 per 100,000 population), representing the largest

year-on-year increase in the number of TB cases. In 2025, TB incidence rates were highest in Jeollanam-do (53.8 per 100,000 population), followed by Gyeongsangbuk-do (51.3 per 100,000 population) and Gangwon Special Self-Governing

Province (46.6 per 100,000 population) (Table 1).

In 2025, the number of pulmonary TB cases was 13,371, accounting for 78.3% of all TB cases, which represented a decrease of 5.1% from 2024 (14,095 cases). Among pulmonary TB cases, 4,332 (25.4%) were smear-positive pulmonary TB cases, which was 1.0% lower than the number in 2024 (4,740 cases). The number of extrapulmonary TB cases in 2025 was 3,699, accounting for 21.7% of all TB cases, representing a decrease of 3.9% from 2024 (3,849 cases).

In 2025, the number of TB cases among foreign residents was 1,049 (37.7 per 100,000 population), representing a decrease of 2.6% from 2024 (1,077 cases, 40.6 per 100,000 population). Among foreign national TB cases, men accounted for 63.9% (670 cases) and women for 36.1% of the patients (379 cases). By age group, the largest number of TB cases occurred among those aged 20–29 years (264 cases), followed by those aged 60 years and older (237 cases) and 30–39 years (227 cases). Moreover, the number of foreign national TB cases increased by 36 cases (15.8%) among those in their 20s and by 41 cases (34.5%) among those in their 40s compared with 2024. In 2025, the number of pulmonary TB cases among foreign residents was 774, accounting for 73.8% of all foreign

national TB cases, representing a decrease of 1.8% from 2024 (788 cases). Among pulmonary TB cases, 253 (24.1%) were smear-positive pulmonary TB cases, representing an increase of 4.5% from 2024 (242 cases). The number of extrapulmonary TB cases was 275, accounting for 26.2% of all foreign TB cases, representing a decrease of 4.8% from 2024 (289 cases) (Table 2). The proportion of foreign residents among all TB cases was 6.1%, representing an increase of 0.1% from the previous year (Figure 3).

In 2025, the number of multidrug-/rifampicin-resistant TB cases was 445, accounting for 2.6% of all TB cases, which was similar to the corresponding proportion in 2024 (2.6%). By treatment history, the proportion of multidrug-/rifampicin-resistant TB cases was 1.9% among new TB cases, whereas it was 5.5% among previously treated cases (approximately 2.9 times higher). The number of new multidrug-/rifampicin-resistant TB cases was 259, representing a decrease of 0.8% from 2024 (261 cases), and the number of multidrug-/rifampicin-resistant TB cases among previously treated cases was 186, representing a decrease of 7.0% from 2024 (200 cases) (Table 3).

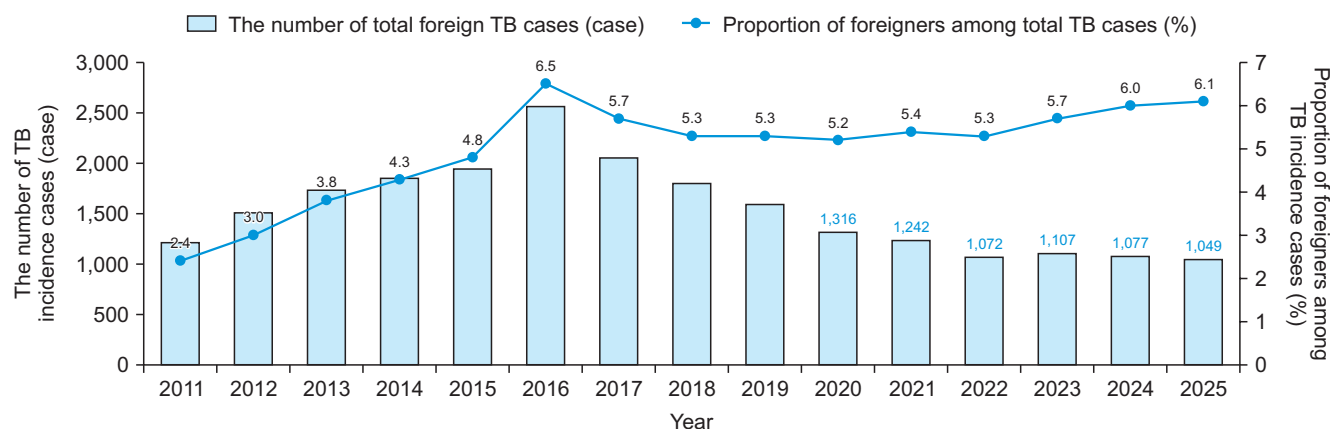


Figure 3. Number and proportion of TB cases among foreign residents (2011–2025)
TB=tuberculosis.

Table 3. Multidrug/rifampicin-resistant TB cases by treatment history and type of drug-resistant TB (2023–2025)

		Total	MDR-RR-TB ^{(c)+(d)+(e)+(f)}		Types of drug-resistant TB			
			TB cases	Proportion ^(b)	XDR-TB ^(c)	Pre-XDR-TB ^(d)	Multidrug-resistant TB ^(e)	Rifampicin-resistant TB ^(f)
Total	2023	19,540	551	(2.8)	1	71	296	183
	2024	17,944	461	(2.6)	2	66	245	148
	2025	17,070	445	(2.6)	2	60	247	136
% Change ^(a) (%)		Δ(4.9)	Δ(3.5)		-	Δ(9.1)	(0.8)	Δ(8.1)
New cases	2023	15,640	284	(1.8)	0	28	146	110
	2024	14,412	261	(1.8)	0	32	139	90
	2025	13,713	259	(1.9)	0	36	142	81
% Change ^(a) (%)		Δ(4.9)	Δ(0.8)		-	(12.5)	(2.2)	Δ(10.0)
Previously treated cases, etc. ^(g)	2023	3,900	267	(6.8)	1	43	150	73
	2024	3,532	200	(5.7)	2	34	106	58
	2025	3,357	186	(5.5)	2	24	105	55
% Change ^(a) (%)		Δ(5.0)	Δ(7.0)		-	Δ(29.4)	Δ(0.9)	Δ(5.2)

Unit: case or %. TB=tuberculosis; MDR-RR=multidrug/rifampicin resistant; XDR=extensively drug-resistant; Δ=decrease. ^(a)% Change compared with the previous year (2024). ^(b)Proportion of MDR/RR-TB cases among total TB cases (%). ^(c)TB is caused by *Mycobacterium tuberculosis* strains that fulfill the definition of multidrug-resistant or rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB) and are also resistant to any fluoroquinolone (levofloxacin, moxifloxacin, ofloxacin, and gatifloxacin) and at least one additional Group A drug (bedaquiline and linezolid) (XDR-TB). ^(d)TB is caused by *M. tuberculosis* strains that fulfill the definition of MDR/RR-TB and are also resistant to any fluoroquinolone (pre-XDR-TB). ^(e)TB is caused by *M. tuberculosis* strains that are resistant to at least both rifampicin and isoniazid (MDR-TB). ^(f)TB is caused by *M. tuberculosis* strains resistant to rifampicin. These strains may be susceptible or resistant to isoniazid. ^(g)Relapse patients, treatment after failure patients, treatment after loss to follow-up patients, other previously treated patients, patients with unknown previous TB treatment history, other patients.

Conclusion

In 2025, the number of TB cases in the ROK was 17,070 (33.5 per 100,000 population), which was 4.9% lower than the number in 2024 (17,944 cases, 35.2 per 100,000 population). Since reaching a peak in 2011 (50,491 cases), the number has decreased by an average of 7.5% annually, corresponding to a cumulative reduction of 66.2% [7]. Globally, TB incidence increased from 2020 to 2023 during the COVID-19 pandemic but declined by about 1% in 2024 compared with 2023 [4]. On the other hand, the number of TB cases in the ROK has continued to decline for 14 consecutive years since its peak in 2011.

By age group, the TB incidence rate among those aged 0–64 years in 2025 was low (15.8 per 100,000 population). In contrast, the number of TB cases among those aged 65 years and older was 10,669 (101.5 per 100,000 population), representing an increase of 1.3% from 2024 (10,534 cases, 105.8 per 100,000 population). Furthermore, the incidence rate among those aged 65 years and older was approximately 6.4 times higher than that among those in the 0–64-year age group. Although the number of TB cases increased among those aged 65 years and older, the TB incidence rate in this age group decreased by 4.1% from the previous year, suggesting that the increase in the older adult population contributed to the rise in case numbers [8]. In 2025, TB incidence rates

by province/metropolitan city were the highest in Jeollanam-do, Gyeongsangbuk-do, and Gangwon Special Self-Governing Province, reflecting the proportion of people aged 65 years and older in the total population of each region [8].

In 2025, the number of TB cases among foreign residents was 1,049 (37.7 per 100,000 population), representing a decrease of 2.6% from 2024 (1,077 cases, 40.6 per 100,000 population). However, by age group, the number of TB cases increased by 36 cases (15.8%) among those in their 20s and by 41 cases (34.5%) among those in their 40s, which might be attributed to the increase in younger foreign residents entering the ROK for study, employment, and other purposes [9]. International students and foreign workers frequently come into contact and share daily living spaces, such as classrooms and dormitories, which might lead to large-scale outbreaks when TB cases occur. Moreover, early diagnosis of TB and access to treatment may be limited due to a lack of health insurance coverage, financial burden, and language barriers. Therefore, it is necessary to further strengthen TB management strategies for foreign residents, including TB education, TB counseling, and integrated screening programs for foreign residents.

The number of multidrug-/rifampicin-resistant TB cases was 445, accounting for 2.6% of all TB cases, which was similar to the proportion in 2024 (2.6%). The proportion of multidrug-/rifampicin-resistant TB cases was approximately 2.9 times higher among previously treated cases (5.5%) than among new TB cases (1.9%). This finding suggests the need for more active application of rapid drug susceptibility testing at the initial diagnostic stage in previously treated TB cases. It also indicates the need to continuously strengthen education and guidance for clinical settings to expand the use of molecular

diagnostic-based rapid drug susceptibility testing, such as the Xpert MTB/RIF assay.

This study was based on data derived from the “TB Patient Notification and Report Form” submitted by public health centers and medical institutions through the national TB surveillance system for TB cases occurring in the relevant year. Since some cases may not have been notified, the actual burden might differ from the reported figures. Moreover, as this was a descriptive analysis based on limited variables, it may not have fully captured the various factors affecting TB occurrence. These limitations should be taken into account when interpreting the findings.

In 2025, ROK entered a super-aged society (those aged 65 years and older account for 20% or more of the population), with the proportion of the population aged 65 years and older reaching 20.6%. The number of foreign residents residing in the ROK is also expected to increase in response to a growing influx of international students, expanded support for foreign immigration and settlement, and deregulation of employment. TB occurrence among the population aged 65 years and older and foreign residents residing in the ROK is likely to pose a major challenge to achieving TB elimination targets. In response to these demographic and sociological changes, the KDCA is strengthening TB surveillance and management strategies centered on high-risk and vulnerable populations. Beginning in 2026, the mobile TB screening program will expand the target population for older adult screening from only some long-term care grade recipients (grades 3–5) to all grades (grades 1–5), with the aim of strengthening early detection among vulnerable older adults with limited access to healthcare [10]. In addition, TB screening for foreign residents before entry and during their stay will be continuously strengthened.

Following the introduction of a pilot integrated screening program for foreign residents in 2025 (TB, human immunodeficiency virus, and Hansen's disease), the program will be expanded nationwide in 2026 [11]. Furthermore, the number of institutions participating in the TB Safety Belt program to prevent interruption and delay in TB treatment among vulnerable populations will continue to be expanded.

Although the TB incidence rate has continued to decline, it remains above the target set in the Third National Strategic Plan for Tuberculosis Control (to reduce the TB incidence rate to 20 or fewer cases per 100,000 population by 2027). Hence, to achieve this target, it is necessary to expand proactive screening among vulnerable groups such as older adults and foreign residents, strengthen early diagnosis and linkage to treatment, and further enhance the TB control system.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: EJS, HWL. Data curation: EJS, HWL, HRJ, HGK, JTK. Formal analysis: EJS, HWL. Investigation: EJS, HWL. Methodology: EJS, HWL, HRJ, HGK, JTK. Supervision: JEK, SEL. Visualization: EJS, HWL. Writing – original draft: EJS, HWL. Writing – review & editing: HRJ, HGK, JTK, SRS.

References

1. Sakula A. Robert Koch: Centenary of the discovery of the tubercle bacillus, 1882. *Thorax* 1982;37:246–51.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2025. WHO; 2025. p. 43.
3. Joint Committee for the Revision of Korean Guidelines for Tuberculosis, Korea Centers for Disease Control and Prevention. Korean guidelines for tuberculosis. 5th ed. The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases; 2024. p. 78.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2025. WHO; 2025. p. 6.
5. World Health Organization (WHO). Tuberculosis data [Internet]. WHO [cited 2025 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/data>
6. Korea Disease Control and Prevention Agency Press Release (March 24, 2023). Let's once again move forward the fight against TB in the next five years. [cited 2025 Dec 30]. Available from: <https://tbzero.kdca.go.kr/tbzero/board/boardView.do?leftMenuId=7¶mMenuId=71&boardSeq=7618>
7. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Annual report on the notified TB in the Republic of Korea, 2025. KDCA; 2026. p. 14. Available from: <https://tbzero.kdca.go.kr/tbzero/board/boardView.do?leftMenuId=3¶mMenuId=34&boardSeq=9425>
8. Domestic migration statistics [Internet]. Statistics Korea, Republic of Korea; 2026 [cited 2026 Jan 9]. Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Flist_id%3DA_7%26obj_var_id%3D%26seqNo%3D%26tblId%3DDT_1B040M5_1%26vw_cd%3DDMT_ZTITLE%26orgId%3D101%26path%3D%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do%26conn_path%3DDMT_ZTITLE%26itm_id%3D%26lang_mode%3Dko%26scrId%3D%26
9. Immigration and foreigners policy statistics monthly report, December 2025 [Internet]. Ministry of Justice, Republic of Korea; 2026 [cited 2026 Jan 21]. p. 20. Available from: <https://www.immigration.go.kr/immigration/1569/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGaW1t-aWdyYXRpb24lMkYyMjc1MkY2MDI2OTklMkZhcjRjbFZpZXcuZG8lM0ZwYXNzd29yZCUzRCUyNnJnc0JnbmRlU3RyJTNEJTl2YmJzQ2xTZXE1M0QlMjZyZ3NFbmRkZ->

VN0ciUzRCUyNmlzVmld01pbmUIM0RmYWxzZSUyN-nBhZ2UIM0QxJTI2YmJzT3BibldyZFNlcSUzRCUyNnNy-Y2hDb2x1bW4lM0QlMjZzcmNoV3JkJTNEJTI2

10. Korea Disease Control and Prevention Agency Press Release (January 13 2026). Expansion of free tuberculosis screening services for elderly people with limited access to healthcare. [cited 2026 Jan 20]. Available from: [https://www.kdca.go.kr/kdca/2848/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGa2RjYSUyRjQyJTJGMzA5Njc3JTJGYXJ0Y2xWaWV3LmRvJTNGcGFzc3dvcmQlM0QlMjZyZ3NCZ25kZVN0ciUzRCUyNmZpbmRPeG53cmQlM0QlMjZmaW5kV29yZCUzRCVFQyU5RCU5OCVFQlVBMjU4QyVFQyVBMCU5MS-VFQSVCNyVCQyVFQyU4NCVCMSslRUMlQjclQTgl-](https://www.kdca.go.kr/kdca/2848/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGa2RjYSUyRjQyJTJGMzA5Njc3JTJGYXJ0Y2xWaWV3LmRvJTNGcGFzc3dvcmQlM0QlMjZyZ3NCZ25kZVN0ciUzRCUyNmZpbmRPeG53cmQlM0QlMjZmaW5kV29yZCUzRCVFQyU5RCU5OCVFQlVBMjU4QyVFQyVBMCU5MS-VFQSVCNyVCQyVFQyU4NCVCMSslRUMlQjclQTgl-RUMlOTU1QkQrJUVCJTg1JUI4JUVDJTlEJUI4KyVFQi-U4QyU4MCFVFQyU4MyU4MSslRUMlQjAlQkUlRUMlO-TU1ODQlRUElQjAlODAlRUlIOEElOTQrJUVCJUFDJUI-0JUVCJUEzJThDKyVFQSVCMiVCMCVFRCU5NSVCNS-VFQSVCMiU4MCFVFQyVBNyU4NCslRUQlOTklOTU1-RUIlOEMlODArJUVDJThCJUE0JUVDJThCJTlDjTI2cmdz-RW5kZGVtdHllM0QlMjZmaW5kVHlwZSUzRHNqJTI2ZmluZENsU2VxJTNEJTI2cGFnZSUzRDElMjY%3D)

RUMlOTU1QkQrJUVCJTg1JUI4JUVDJTlEJUI4KyVFQi-U4QyU4MCFVFQyU4MyU4MSslRUMlQjAlQkUlRUMlO-TU1ODQlRUElQjAlODAlRUlIOEElOTQrJUVCJUFDJUI-0JUVCJUEzJThDKyVFQSVCMiVCMCVFRCU5NSVCNS-VFQSVCMiU4MCFVFQyVBNyU4NCslRUQlOTklOTU1-RUIlOEMlODArJUVDJThCJUE0JUVDJThCJTlDjTI2cmdz-RW5kZGVtdHllM0QlMjZmaW5kVHlwZSUzRHNqJTI2ZmluZENsU2VxJTNEJTI2cGFnZSUzRDElMjY%3D

11. Cho Y. Free integrated screening pilot program expanded nationwide to tackle rising TB cases among foreign reside [Internet]. 2025 Nov 7 [cited 2026 Jan 20]; Bio. Available from: <https://www.news1.kr/bio/general/5967835>

국가건강조사 활용도 제고 방안

전승희¹ , 이혜림¹ , 장혜승¹ , 강영호² , 김미경³ , 류소연⁴ , 안형진⁵ , 임민경⁶ , 박혜숙^{1*} , 김선자⁷ , 김선자⁷ , 오경원⁷

¹이화여자대학교 의과대학 예방의학교실, 시스템헬스융합전공, ²서울대학교 의과대학 의료관리학교실, ³한양대학교 의과대학 예방의학교실, ⁴조선대학교 의과대학 예방의학교실, ⁵고려대학교 의과대학 의학통계학교실, ⁶인하대학교 의과대학 사회의학교실, ⁷질병관리청 만성질환관리국 건강영양조사분석과

초 록

목적: 국가건강조사는 국민의 건강 상태를 파악하고 건강정책 수립 및 평가를 위한 기초자료를 제공하고 있으며, 보건의료 환경 변화와 새로운 건강문제의 대두로 인해 조사 결과를 보다 효율적이고 전략적으로 활용할 필요성이 커지고 있다. 이에 본 연구는 국가건강조사의 단순한 자료 제공 기능을 넘어 감시체계로서의 목적과 역할을 강화하기 위해 정책적 활용 현황을 파악하고 활용도 제고를 위한 제언을 도출하고자 하였다.

방법: 국내외 주요 국가·지역 단위 건강조사를 대상으로 정책 활용 사례를 선행연구와 공식 정책자료에서 수집·확인하였다. 활용 사례는 정책 유형(전략·지침·법안·프로그램)과 목적(정책도입 배경, 목표·대상 설정, 이행 모니터링, 효과평가)으로 분류하였다. 또한 국가 단위와 지역단위로 구분하여 수요조사를 수행하고, 연구결과를 종합하여 활용도 제고를 위한 제언을 도출하였다.

결과: 국내 84건, 국외 259건의 정책 활용 사례를 분석한 결과, 국가건강조사가 다수의 정책부처에서 활용되고 있음을 확인하였다. 정책 유형별로는 국내외 모두 법안 비중이 높았으며, 정책 목적별로는 국내는 이행 모니터링 중심의 활용이 많았다. 수요조사에서는 국가 및 지역 모두에서 국가건강조사의 정책 기여도가 높게 인식되었으며, 활용 활성화를 위해 지표의 시의성·세분화 결과 제공 및 시각화·플랫폼 기능 강화 등의 개선이 요구되었다.

결론: 국가건강조사는 다양한 정책 영역에서 근거자료로 활용되며 정책 기여도가 높게 인식되었다. 향후 정책적 활용을 확대하기 위해 조사체계의 보완, 자료의 연계·자동화·정보화 기반 구축, 법·제도적 지원 및 협력체계 강화가 필요하다. 국가건강조사가 근거기반 정책 생산체계의 핵심 인프라로 기능하기 위해서는 데이터 연계 강화와 정책 현장 수요를 지속적으로 반영하고, 건강조사 기반 정책 성과를 체계적으로 관리·공개하여 환류체계를 구축해야 한다.

주요 검색어: 국민건강영양조사; 청소년건강행태조사; 지역사회건강조사; 건강정책; 조사자료 활용 확산

서 론

국가건강조사는 국민의 건강 수준과 관련 요인을 파악하

고, 보건의료정책의 수립 및 평가에 필요한 기초자료를 제공하기 위해 시행되고 있다. 국내에서는 국민건강영양조사, 청소년건강행태조사, 지역사회건강조사 등이 국가 및 지역 단위

Received March 6, 2026 Revised March 20, 2026 Accepted March 30, 2026

*Corresponding author: 박혜숙, Tel: +82-2-6986-6241, E-mail: hpark@ewha.ac.kr

Copyright © Korea Disease Control and Prevention Agency



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits unrestricted distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



KDCA
Korea Disease Control and Prevention Agency

핵심요약**① 이전에 알려진 내용은?**

국가건강조사는 국민의 건강 상태를 종합적으로 파악하고 건강정책 수립·평가를 위한 기초자료를 제공하며, 보건의료정책 결정에 필요한 정보를 생산하여 국민 건강증진 및 건강 격차 해소를 위한 정책·사업 수립의 중요한 근거로 기능하고 있다.

② 새로이 알게 된 내용은?

본 연구를 통해 국가건강조사가 국민건강을 위한 다양한 정책 유형에서 활용되고 있음을 확인하였다. 또한 중앙부처·기관 및 지역 담당자 대상 수요조사를 통해 국가건강조사의 정책 활용 양상과 제한점, 개선 요구를 파악하고, 이를 바탕으로 정책적 활용도 제고 방안을 도출하였다.

③ 시사점은?

국가건강조사는 국민건강정책의 근거 기반으로 높은 정책적 활용성과 사회적 효과를 보인다. 향후 정책적 활용 확대를 위해서는 조사체계 보완, 세분화·시각화 등 결과 제공 개선, 데이터 연계 및 자동화 기반 강화, 활용 지원과 협력체계 구축이 필요하다. 또한 건강조사 기반 정책 성과를 체계적으로 수집·관리하고 공유·확산하여 감시체계의 환류 기능을 강화할 필요가 있다.

로 운영되고 있으며, 각 조사의 목적·대상·수행 방법은 다르지만 건강행태, 만성질환 유병, 영양섭취, 의료이용 등 보건의료정책 결정에 필요한 정보를 생산하고 있다. 이러한 자료는 건강 격차 해소와 국민 건강증진 전략 수립의 핵심적인 근거자료로 활용되고 있다.

국민건강영양조사는 「국민건강증진법」에 근거하여 전국 단위로 매년 시행되며, 국민건강증진종합계획, 국민영양관리 기본계획 등 중장기 계획의 성과지표 산출과 모니터링에 활용되고 있다[1]. 지역사회건강조사는 「지역보건법」에 따라 시·군·구 단위로 수행되며, 지역보건의료계획 수립과 지역보건사업 평가를 위한 근거자료로 활용되고 있다[2]. 청소년건강행태조사는 질병관리청과 교육부가 공동으로 수행하며, 청소년 건강 관련 정책의 기초자료로 활용되고 있다[3]. 각 조

사 결과는 통계집과 원시자료 형태로 공표되며, 「국민건강통계플러스」, 「주간 건강과 질병」 등으로 공개되어 학술 및 정책 연구에 활용되고 있다. 특히 국가건강조사 자료를 활용한 학술논문은 2025년 기준 3,700여 편이 발표되었고, 국민건강영양조사 소개 논문은 2020-2024년 사회과학 일반분야 최다 피인용 논문으로 선정되었다[4].

국가건강조사는 국민의 건강수준을 파악하고 주요 보건문제 모니터링에 중요한 역할을 수행해왔으나, 최근 보건의료 환경 변화와 새로운 건강문제의 대두로 기존 조사 결과의 전략적·효율적 활용 필요성이 제기되고 있다. 국가건강조사 결과가 단순한 통계 산출과 자료 제공에 그치지 않고 감시체계로서의 목적과 기능을 반영하여 정책 설계 및 평가에 구체적으로 활용될 수 있도록 활용 체계와 기반을 점검할 필요가 있다. 또한 건강조사 자료의 실제 정책 활용 현황과 활용 과정의 제한점, 개선 요구를 체계적으로 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구는 국내외 건강조사의 정책 활용 사례 현황을 탐색적으로 파악·정리하고, 수요조사를 통해 건강조사 활용 양상과 요구를 확인하여, 국가건강조사의 정책적 활용을 강화하기 위한 제언을 도출하고자 하였다.

방 법**1. 국내외 건강조사 정책적 활용 사례 검토**

국내외 건강조사의 정책적 활용 현황을 파악하기 위해 주요 건강조사의 정책 활용 사례를 조사하였다. 국내는 질병관리청이 수행하는 대표적 국가건강조사인 국민건강영양조사, 청소년건강행태조사, 지역사회건강조사를 분석 대상으로 하였으며, 한국의료패널 등은 연구 범위와 조사 수행 주체가 달라 제외하였다. 국외는 국내 조사와 유사한 조사체계를 운영하는 국가를 우선 검토하였으며, 국가 대표 건강조사, 청소년 대상 건강행태조사, 지역단위 건강조사의 운영 여부와 조사체계의 대표성, 지속성, 정책 연계성을 고려하여 최종 선정하였다

표 1. 국가건강조사의 조사체계 특성 비교^{a)}

국가	조사명	조사 시작 연도	조사 대상자	조사 규모	조사 주기
한국	국민건강영양조사	1998	만 1세 이상 가구원	약 10,000명	1년
	청소년건강행태조사	2005	전국 중1-고3 학생	약 60,000명	1년
	지역사회건강조사	2008	만 19세 이상 성인	약 230,000명	1년
미국	NHANES	1960	만 1세 이상 전연령	주기별 상이함	1년
	YRBSS	1990	9-12학년 중고등학생	회차별 상이함	2년
	BRFSS	1984	만 18세 이상 성인	약 400,000명 이상	1년
캐나다	CHMS	2007	3-79세 일반인구	회차별 상이함	주기적 반복조사
	CSTADS	1994	7-12학년 중고등학생	약 50,000-60,000명	2년
	CCHS	2000	만 18세 이상 성인	약 100,000개 가구	1년
영국	HSE	1991	0-15세 어린이, 16세 이상 성인	16세 이상: 8,000명 0-15세: 2,000명	1년
	MHCYP	1999	8-25세 아동청소년 및 청년	약 3,000명	비정기 반복조사
	NDNS	1992	1.5세 이상 일반인구	약 1,000명(어린이 500명, 성인 500명)	1년
호주	AHS	2011	전 연령	약 30,000명 이상	2011-2013년 통합조사
	NHS	2011	전 연령	회차별 상이함	3년
	ASSAD	1984	12-17세 중고등학생	약 30,000명	3년
독일	GEDA	2008	만 18세 이상 성인	회차별 상이함	다년 간격
	KiGGS	2003	0-17세 아동청소년, 부모 및 보호자	약 1.7만명	비정기 반복조사
스위스	SHS	1992	만 15세 이상 인구	회차별 상이함	5년
일본	NHNS	1945	가구기반 일반인구	약 5,000-6,000가구	1년

NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; CHMS=Canadian Health Measures Survey; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; HSE=Health Survey for England; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; GEDA=German Health Update; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey. ^{a)}각 조사별 대상 연령, 표본 규모 및 조사 주기는 최근 공개자료를 기준으로 정리하였으며 조사 시기와 운영 방식에 따라 세부 내용이 달라질 수 있음.

(표 1).

정책 활용 사례는 건강조사 자료를 활용한 선행연구와 관련 보고서를 통해 1차 수집한 뒤, 각국의 공식 웹사이트, 발간자료, 정책 문서·보고서 등을 통해 교차 확인하였고, 관련 부처 및 기관의 정책자료를 추가로 검토하여 보완하였다. 국외 문헌검색은 각 건강조사명과 정책 관련 용어를 조합하여 PubMed에서 수행하였으며, 각 건강조사의 시작연도부터 2025년 4월까지 출판된 문헌을 대상으로 하였다. 검색어는

각 건강조사의 전체 조사명과 요약명에 'intervention', 'policy'를 조합하였고, 검색은 영어로 수행하였다. 국내 문헌검색은 PubMed와 함께 KCI, RISS, DBpia를 활용하였으며, 각 건강조사명과 '정책', '중재' 용어를 조합하여 검색하였다. 국내 문헌검색은 건강조사명을 명확히 지정하여 검색 정확도를 높였다.

검색된 문헌은 중복 제거 후 사전에 정의한 기준에 따라 검토하였다. 문헌 제외 기준은 다음과 같다: (1) 건강조사 시

행 이전에 수행된 연구, (2) 건강조사 자료를 활용하지 않은 연구, (3) 건강조사 자료를 활용했으나 구체적인 정책 활용 사례를 제시하지 않은 연구, (4) 본 연구의 주요 관심주제와 직접 관련되지 않은 연구. 다만 문헌의 주요 목적이 정책 활용이 아니더라도, 서론 또는 고찰에서 정책이나 정책 활용이 구체적으로 언급된 경우에는 포함하였다. 최종 선정된 문헌과 자료를 바탕으로 정책 활용 사례를 추출하였으며, 하나의 문헌 또는 자료에서 둘 이상의 활용 사례가 확인된 경우 각각의 사례로 분류하였다. 국가 및 건강조사별 세부 검색식과 database (DB)별 검색 결과, 상세 검토과정은 정책연구보고서에서 확인할 수 있다[5].

수집된 정책 활용 사례는 유형별로 전략, 가이드라인, 법안, 프로그램으로 분류하였다. 전략은 사업계획 수립·정책 추진방향 등 상위 수준의 정책 방향, 가이드라인은 지침·권고 제시, 법안은 법률·규제, 프로그램은 구체적인 사업·서비스·중재 활동을 포함하는 경우로 정의하였다. 또한 건강조사가 활용된 지점을 파악하기 위해 정책도입의 배경, 목표·대상 설정, 이행 모니터링, 효과평가의 4가지 목적으로 구분하였다. 정책도입의 배경은 정책 필요성이나 문제 인식의 근거, 목표·대상 설정은 정책 목표 또는 우선 대상집단 설정, 이행 모니터링은 정책 또는 사업의 수행 현황 점검, 효과평가는 정책 또는 사업 성과 평가에 활용된 경우로 정의하였다. 이러한 분류는 사전에 정의한 기준에 따라 연구자 3인이 독립적으로 수행하였으며, 불일치한 경우에는 논의를 통해 최종 합의하였다. 하나의 사례가 둘 이상의 정책 과정에 해당하는 경우 중복분류를 허용하였다. 다만 국내외는 검색에 활용한 DB와 검토 가능한 자료의 범위에 일부 차이가 있어, 결과 해석 시 단순 비교에는 제한이 있다.

2. 건강조사 활용도 제고 방안 모색(수요조사)

건강조사 활용 경험과 활용도 제고 방안을 파악하기 위해 국가건강조사 운영협의체 관련 정부 부처 담당자, 조사 결과

활용 담당자를 대상으로 두 차례 수요조사를 실시하였다. 1차 수요조사는 국가단위 건강조사(국민건강영양조사, 청소년건강행태조사)와 관련된 정부 부처 담당자를 대상으로 하였고, 2차 수요조사는 지역단위 건강조사(지역사회건강조사)와 관련된 시·도 및 시·군·구 담당자, 보건소 담당자, 책임대학교수를 대상으로 실시하였다.

국가단위 수요조사는 서면조사와 인터뷰를 병행하여 8개 부처 19개 과 소속 22명을 대상으로 수행하였고, 이 중 4개 부처 7개 과 소속 8명이 응답하였다(응답률 36.4%). 지역단위 수요조사는 307명을 대상으로 온라인 설문을 실시하여 64명이 응답하였다(응답률 20.8%). 주요 문항은 자료 활용 경험과 제한점, 정책적 기여 및 중요도, 활용 과정에서의 장애요인, 활용도 제고를 위한 개선 필요사항으로 구성하였다. 국가단위 인터뷰는 반구조화된 질문을 바탕으로 진행하였으며, 주요 질문은 자료 활용 경험과 제한점, 정책적 기여, 활용 과정의 장애요인 및 개선 요구를 포함하였다. 국가단위 결과는 서면조사와 인터뷰 내용을 주제별로 범주화하여 정리하였다.

3. 연구결과 기반 제언 도출

건강조사 활용도 제고를 위한 제언은 국내외 정책 활용 사례 분석과 수요조사를 통해 확인된 주요 제한점과 개선 요구를 바탕으로 도출하였으며, 이를 토대로 일부 세부 방안은 연구진이 구체화하여 제시하였다. 제언은 조사체계 개선, 조사 결과의 활용 기반 강화 등 영역별 카테고리 구성하여 제시하였다.

결 과

1. 국가건강조사 정책적 활용 현황

국내외 국가건강조사의 정책 활용 사례를 파악하기 위해 선행연구 문헌을 검토한 결과, 최종적으로 국내 88편, 국외 660편의 문헌이 선정되었다(표 2). 선정 문헌의 연구 배경과

표 2. 국내외 건강조사별 정책적 활용 사례^{a)}

국가	건강조사	최종 문헌 편수	문헌을 통해 확인한 정책 활용 사례 수	최종 정책 활용 사례 수 ^{b)}	정책 활용유형			
					전략	지침	법안	프로그램
한국	국민건강영양조사	63	61	84	25 (29.8)	15 (17.9)	26 (31.0)	18 (21.4)
	청소년건강행태조사	9	27					
	지역사회건강조사	16	25					
미국	NHANES	249	25	122	9 (7.4)	14 (11.5)	68 (55.7)	31 (25.4)
	YRBSS	50	39					
	BRFSS	112	67					
캐나다	CHMS	40	15	29	6 (20.7)	9 (31.0)	10 (34.5)	4 (13.8)
	CCHS	80	28					
	CSTADS	17	7					
영국	HSE	15	24	46	20 (43.5)	18 (39.1)	4 (8.7)	4 (8.7)
	MHCYP	1	3					
	NDNS	20	26					
호주	AHS	10	13	23	9 (39.1)	6 (26.1)	3 (13.0)	5 (21.7)
	NHS	12	12					
	ASSAD	4	4					
독일	GEDA	10	5	20	8 (40.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	7 (35.0)
	KiGGS	6	7					
스위스	SHS	4	6	6	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)
일본	NHNS	30	13	13	4 (30.8)	4 (30.8)	4 (30.8)	1 (7.7)

단위: 건 혹은 건(%). NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; CHMS=Canadian Health Measures Survey; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; HSE=Health Survey for England; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; GEDA=German Health Update; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey. ^{a)}국내와 국외 검색 데이터베이스와 검색어 전략에 일부 차이가 있어 단순 비교는 어려움. ^{b)}최종 정책 활용 사례 수는 선행연구 문헌을 통해 확인한 사례 외에, 공식 홈페이지, 정책 문서, 보고서 등을 추가로 검토하여 확인한 사례를 포함하므로, 조사별 문헌 기반 정책 활용 사례 수의 합과 일치하지 않을 수 있음.

고찰을 중심으로 현황평가 또는 정책 효과 분석 등에서 활용된 정책 사례를 파악하였다. 동일 정책 사례가 복수의 문헌에서 보고되거나, 하나의 정책에 두 개 이상의 건강조사 자료가 함께 활용된 경우도 확인되었다. 선행연구 검토 결과에 더해 공식 정책자료에서 추가로 확인된 사례를 포함하여 종합적으로 정리한 결과, 국내 84건, 국외 259건의 정책 활용 사례를 파악하였다(미국 122건, 캐나다 29건, 영국 46건, 호주 23건, 독일 20건, 스위스 6건, 일본 13건). 정책 유형별 분포를 보면, 국내는 법안이 26건으로 가장 많았고, 전략 25건, 프로그램 18건, 지침 15건 순이었다. 국외에서도 법안이 92건으

로 가장 많았으며, 전략 58건, 지침 55건, 프로그램 54건으로 나타났다(표 2). 이는 국내외 국가건강조사 자료가 다양한 정책 유형 전반에서 폭넓게 활용되고 있음을 보여준다.

국가별 연도 분포(그림 1)에서 국내 정책 활용 사례는 2000년대 이후 증가하였고, 2020년대 이후에도 약 20건이 확인되었다. 최근 시기로 갈수록 활용 사례가 확대되어 국가 건강조사 기반 정책 활용이 활발해졌음을 보여준다. 미국은 건강조사 시행 시기가 비교적 빨라 1990년대 이전에도 일부 활용 사례가 확인되었으며, 2000년대 이후에는 여러 국가에서 활용 사례가 확인되었다. 전체적으로는 2010년대에 사례

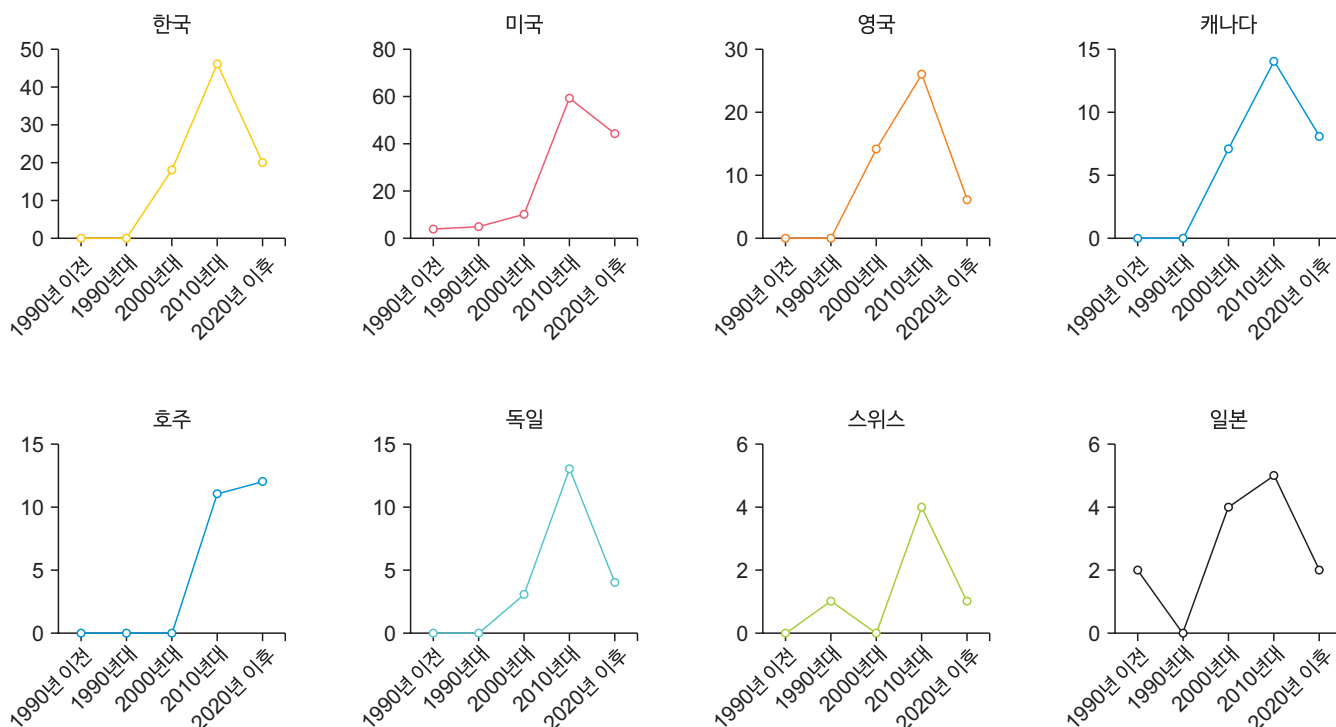


그림 1. 국가·시기별 정책 활용 사례 수

국내와 국외 간 검색 데이터베이스 및 검색 전략에 차이가 있어 단순 비교에는 제한이 있음. 국가별 건강조사 및 조사 시작연도는 다음과 같음: 한국(KNHANES 1998, KYRBS 2005, KCHS 2008), 미국(NHANES 1960, BRFSS 1984, YRBSS 1990), 영국(HSE 1991, NDNS 1992, MHCYP 1999), 캐나다(CSTADS 1994, CCHS 2000, CHMS 2007), 호주(ASSAD 1984, AHS 2011, NHS 2011), 독일(KiGGS 2003, GEDA 2008), 스위스(SHS 1992), 일본(NHNS 1945). KNHANES=Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KYRBS=Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey; KCHS=Korea Community Health Survey; NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; HSE=Health Survey for England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; CHMS=Canadian Health Measures Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; GEDA=German Health Update; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey.

가 가장 많아, 각국 건강조사 시행 이후 정책적 활용이 점차 확대되는 경향을 보였다.

정책 활용목적별로는 국내에서 이행 현황평가(모니터링)가 50건으로 가장 많았고, 정책도입의 배경 35건, 효과평가 31건, 목표 설정 및 대상 설정 26건으로 정책 과정 전반에서 활용 사례가 다수 확인되었다(표 3). 미국은 효과평가가 79건으로 가장 많았으며, 이행 현황평가 39건, 정책도입의 배경 21건, 목표 설정 및 대상 설정이 9건으로 확인되었다. 영국은 정책도입의 배경(32건)과 목표 설정 및 대상 설정(19건)의 비중이 상대적으로 높았고, 캐나다와 스위스는 네 항목이 비교

적 고르게 분포하였다. 독일, 호주, 일본은 다른 항목에 비해 효과평가 사례가 상대적으로 적었다. 건강조사가 효과평가로 활용된 사례는 대체로 정책이나 법안 시행 전후 비교 등 연구자 개별 주도의 분석을 통해 효과를 평가한 경우가 많았다.

건강조사 영역을 기준으로 분류한 결과, 두 개 이상의 영역을 포함한 다중 활용 정책이 상당수 확인되었으며, 특히 국내, 독일, 일본에서 다중 영역의 비중이 높았다(그림 2). 그 외 국가에서는 단일 영역 중심의 정책 활용이 상대적으로 많았다. 단일 영역 정책 중에서는 건강생활실천 영역이 대부분을 차지하였고, 이는 영양, 흡연, 음주, 신체활동 등 다양한 생활

표 3. 국내외 국가별 정책 활용목적^{a)}

국가	전체	정책 활용목적 ^{b)}			
		정책도입 배경	목표 설정 및 타겟팅	이행 현황평가	효과평가
한국	84	35 (41.7)	26 (31.0)	50 (59.5)	31 (36.9)
미국	122	21 (17.2)	9 (7.4)	39 (32.0)	79 (64.8)
캐나다	29	10 (34.5)	11 (37.9)	18 (62.1)	15 (51.7)
영국	46	32 (69.6)	19 (41.3)	10 (21.7)	5 (10.9)
호주	23	10 (43.5)	7 (30.4)	8 (34.8)	1 (4.3)
독일	20	10 (50.0)	8 (40.0)	9 (45.0)	1 (5.0)
스위스	6	3 (50.0)	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)
일본	13	6 (46.2)	6 (46.2)	9 (69.2)	2 (15.4)

단위: 건 혹은 건(%). ^{a)}국내외와 국외 검색 데이터베이스와 검색어 전략에 일부 차이가 있어 단순 비교는 어려움. ^{b)}하나의 사례가 복수 항목에 포함될 수 있어 전체 건수가 활용목적 사례 건수의 합과 동일하지 않을 수 있으며, 활용목적별 비율의 합이 100%를 초과할 수 있음.

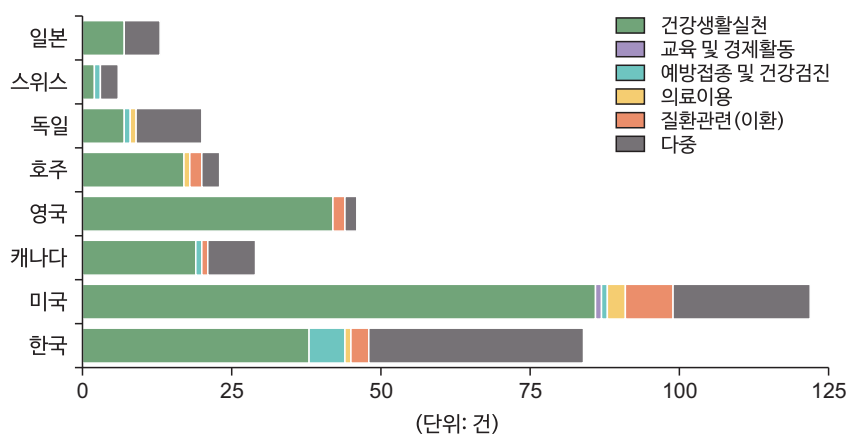


그림 2. 국가별 정책 활용 사례 건강조사 영역

국내외와 국외 검색 데이터베이스와 검색어 전략에 일부 차이가 있어 단순 비교는 어려움.

습관과 관련된 정책들을 포함하였다. 이외에는 질환 관련(이환) 및 의료이용 영역의 정책이 일부 확인되었으며, 국내에서는 예방접종 및 건강검진 영역의 정책도 확인되었다. 반면, 교육 및 경제활동 관련 정책 사례는 일부 국가에서만 제한적으로 확인되었다.

2. 국가건강조사 활용도 제고방안 모색

국가단위 수요조사에서는 국민건강영양조사와 청소년건강행태조사의 정책 활용 현황과 제한점, 개선 요구를 파악하였다. 서면조사와 인터뷰 결과를 종합한 결과, 활용 사례로는 건강조사 결과가 HP2030 성과지표 산출과 주요 계획·대책

수립(국가 비만관리 종합대책, 학생건강증진 기본계획, 지역보건의료계획, 사회정서 지원정책 등)의 근거자료로 활용되고 있었다. 또한 건강정보이해능력 문항 개발 요청이 성과지표 개발 및 모니터링 체계 구축으로 연계된 사례와 청소년건강행태조사가 학교보건법 관련 정책 검토의 근거자료로 활용된 사례가 제시되었다. 정부 부처는 담당 기관에 조사 결과를 요청하면 필요한 형식의 자료를 제공받기 때문에 활용에 큰 어려움이 없다고 응답하였다. 반면, 활용 제한점으로는 일부 기관에서 담당 기관과의 소통이 제한적인 경우 원하는 형태의 시각화 또는 세부 대상자 구분이 어렵다는 점, 일부 지표 정의가 현행 건강행태 및 사회적 변화를 충분히 반영하지 못하는 점,

취약집단 등 세분화된 자료가 제한적이라는 점이 제시되었다. 개선 요구로는 정책 부서를 대상으로 한 사용자 지원 교육 강화, 심화 연구주제·정책 발굴 영역에 대한 환류체계 구축, 사회적 이슈를 시의성 있게 조사에 반영할 필요성이 제시되었다.

지역단위 수요조사 응답자의 92.2%는 시·도 및 시·군·구 보건소 담당자였다. 정책 활용유형은 약 50%가 전략 및 계획 수립에 활용되었다고 응답하였고, 활용목적은 현황파악을 위한 기초자료로 활용된다고 응답하였다. 응답자의 79.7%는 지역사회건강조사가 정책 및 사업 추진에 ‘매우 또는 다소 기여한다’고 응답하였으며, 70.1%는 공표된 결과 형태를 주로 활용하고 있었다. 공표자료 활용 과정에서 시각화 및 대상자 특성 구분이 어렵고 세부 결과 자료를 찾기 어렵다는 제한점이 제시되었으며, 세부 지표 및 결과 제시의 다양화와 데이터 시각화 플랫폼 기능 강화 등이 주요 개선 요구로 확인되었다.

3. 국가건강조사 활용도 제고를 위한 제언

제언의 개요는 그림 3과 같다. 국가건강조사의 정책적 활용도를 높이기 위한 방향으로 세 가지 축을 중심으로 제시하였다.

첫째, 국가건강조사체계의 보완이 필요하다. 조사 방법을 다양화하고, 정책 수요에 기반해 조사항목과 자료수집 체계를 보완함으로써 대표성과 활용성을 동시에 확보해야 한다. 장기적으로 취약·특수집단 결과 산출을 고려한 표본설계 보완과 사회환경 변화에 따른 지표 정의·기준의 주기적인 점검을 고려해야 한다.

둘째, 자료의 수집·연계·가공 및 활용체계의 고도화가 요구된다. 공공 데이터베이스 간 연계와 자동화된 분석 시스템을 통해 효율을 높이고, 분석 결과를 시각화·정보화하여 접근성이 높은 플랫폼 환경을 조성해야 한다. 또한 안전한 분석환경 구축을 통해 공공데이터 활용의 신뢰성과 보안을 강화해야 한다. 이를 위해 공식 연계체계 구축과 공공활용자료 접근성 강화, 분석 자동화 및 데이터 시각화 기능을 포함한 통합

국가건강조사 체계 보완	조사대상 및 방법 보완	· 취약·특수집단 결과 산출 가능하도록 표본설계에 과표집 반영 및 별도 조사체계 검토 · 건강행태 및 정책변화 반영을 위한 조사주기 유연화 및 접근성·참여율 제고를 위한 방안 마련
	조사항목 개선 및 보완	· 사회환경 변화에 따른 조사지표 정의 및 기준 주기적 재검토 · 지표의 구체화 및 다양화를 통한 결과 활용성 확대
	보완조사 및 자료 수집	· 추적조사 도입(국민건강영양조사 10기부터 시행) · 공공데이터 연계 확대(「국민건강증진법」 개정으로 자료연계 법적근거 마련)
자료의 수집·연계·가공·활용체계	DB 구축 및 연계 활성화	· 공식 연계체계 구축 및 연계자료 확대 등 주도적 수행을 위한 전담부서 및 조직신설 · Public-use file 생산 고려 및 데이터 접근성 강화
	자료분석 시스템 및 자동화	· 국가건강조사 자료 분석 시스템 및 프로그램 자동화 · 클라우드 기반 빅데이터 분석 플랫폼 도입
	분석결과 정보화 및 활용체계 구축	· 질 관리 프로토콜 강화와 전문가위원회 운영 및 공개·심의절차 표준화 · Data showcase 도입으로 자료 구조·분포 사전 검토
	생산정보 활용 플랫폼 구축	· 국가건강조사 통합 운영협의체 구성 · 전문인력 양성, 교육 프로그램, 사용자 피드백을 통한 지속가능한 플랫폼 운영체계 마련
	안전보장 분석 환경으로의 전환	· 보안 서버 내에서 대규모 보건의료 분석환경 제공 및 공동작업 지원 · 기관 연구자 협업 가능한 통합 분석 환경 마련
자료의 활용 지원	법·제도적 기반 마련	· 건강조사 활용 근거 강화 및 활용조항 정비
	협업 및 협조체계 정립	· 건강조사 지표가 정책 개선을 촉구하는 문제 인식과 정책의 통로로 작동할 수 있는 체계 마련 · 분석·해석 지원을 위한 전문조직에 대한 지속적인 예산 및 자원 지원
	근거자료 생산을 위한 자료활용 연구 지원	· 사용자 중심 국가건강조사 통합 플랫폼 구축을 통해 접근성·활용성 제고 · 정책 담당자 대상 데이터 분석 교육·지원 프로그램 운영
	성과공개 및 확산	· 맞춤형 결과 제공 및 성과 공유·확산 체계

그림 3. 국가건강조사 활용도 제고를 위한 제언 요약

일부 세부 실행방안은 연구결과를 바탕으로 연구진이 구체화한 제안임.

플랫폼 운영을 제시한다.

셋째, 자료의 활용 지원체계 확립이 필요하다. 법적·제도적 기반을 정비하고 부처 간 협업체계를 강화하며, 국가건강조사 자료를 활용한 연구 지원을 확대하여 정책 근거자료 생산을 촉진해야 한다. 또한 조사 결과의 성과를 공개·확산하고, 정책지표를 구체화·다양화하여 실제 정책결정과 평가에 적극적으로 반영되도록 할 필요가 있다. 또한 정책 담당자 대상 교육·지원과 환류체계를 통해 결과 해석과 활용 기반을 강화해야 한다.

논 의

본 연구는 국내외 국가건강조사 자료의 정책 활용 사례와 관련 기관·담당자의 수요를 종합적으로 검토하여, 국가건강조사의 정책 활용도 제고를 위한 개선 방향을 도출하고자 하였다. 탐색적 연구결과, 국내 건강조사는 국민의 건강 상태를 반영하는 주요 기초자료로 활용되고 있었으며, 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태조사를 중심으로 다수의 정책적 활용 사례가 확인되었다. 다만 국내의 사례의 단순 비교에는 제한이 있으며, 국가별로 활용 사례 검색에 적용한 DB와 검색 전략, 확인 가능한 정책 관련 자료의 범위가 상이하였다는 점을 고려할 필요가 있다. 이러한 차이는 특정 국가에서 확인된 활용 사례 수뿐 아니라 정책 유형의 분포에도 영향을 미쳤을 가능성이 있으며, 일부 정책 유형의 비중이 높게 나타난 결과에도 반영되었을 수 있다. 또한 일본과 스위스의 경우 조사 시행 시점은 비교적 이르지만 검색 언어와 확인 가능한 정책 관련 자료 범위의 차이 등으로 인해 다른 국가에 비해 파악된 활용 사례 수가 상대적으로 적었을 가능성이 있다. 그럼에도 국내에서 국가건강조사가 단순한 통계 생산을 넘어 정책 근거로 활용되는 범위가 점차 확대되고 있음을 확인하였다.

국내외 국가건강조사 자료는 다양한 정책 유형에서 활용

되고 있으나, 그중에서도 법안의 비중이 높게 나타났다. 이는 건강조사 결과가 법안과 관련된 정책 평가에 상대적으로 많이 활용되었기 때문으로 보인다. 특히 국가건강조사 자료는 법안 시행 전후의 변화나 정책효과 파악에 활용되기 용이하여, 전략이나 프로그램보다 법안 관련 활용 사례가 더 많이 확인된 것으로 해석할 수 있다. 또한 법안의 경우 법률안, 조례 및 관련 보고서 등 공식 문서 형태로 공개되는 경우가 많아, 활용 근거를 비교적 명확하게 확인할 수 있었을 것으로 보인다.

국가건강조사는 건강생활실천 영역인 영양, 흡연, 신체활동, 비만 등에서 건강증진 정책의 핵심 근거자료로 폭넓게 활용되고 있었다. 예를 들어, 국민건강증진종합계획 수립, 국민영양관리기본계획 수립, 금연구역 지정 등에서 조사 결과를 통해 건강증진사업의 필요성을 제시하거나, 정책 이행의 성과를 평가하는 근거로 사용되었다[6]. 이는 국가건강조사가 건강지표 생산과 모니터링을 넘어 감시체계로서 정책의 실행과 평가에 기여하고 있음을 보여준다.

그럼에도 국가건강조사의 정책적 활용 성과에 비해 홍보와 인식 확산이 미흡하여, 조사 결과의 정책적 가치가 충분히 공유되지 못하고 있다. 국외에서는 국가건강조사 자료 기반의 정책 성과를 공개하고 확산하려는 노력이 보인다. 특히 미국 질병통제예방센터(U.S. Centers for Disease Control and Prevention)는 National Health and Nutrition Examination Survey의 정책적 활용 성과를 공식 홈페이지를 통해 공개하고 있으며, 조사 데이터를 활용하여 60년 이상 축적된 주요 정책 성과들을 제시하고 있다[7]. 또한 세계보건기구(World Health Organization)는 World Health Survey Plus를 통해 건강조사 자료가 건강 데이터 공백을 보완하는 데 그치지 않고, 국가 차원의 보건정책과 프로그램 시행 현황 및 영향을 평가하고 보건목표의 진전을 점검하는 데 활용될 수 있음을 제시하고 있다[8]. 현재 질병관리청 국민건강영양조사 누리집에서도 결과 활용을 일부 제시하고 있으나, 정책 성과를 체계적으로 정리·확산하는 데에는 제한이 있다[9]. 따라서 국가건강조사

결과의 정책적 활용 사례와 성과를 체계적으로 정리하고, 이를 정기적으로 공개·확산할 수 있는 환류체계의 마련이 필요하다.

조사자료의 정책 반영과 효과평가 기능을 강화하기 위해서는 단면적 분석을 넘어 시계열적 접근과 통합 분석 기반이 필요하다. 본 연구에서 검토한 국내 정책의 효과평가 문헌에서는 담배세 인상, 공공장소 금연 정책 등에서 국가건강조사 자료가 활용되었고, 정책 시행 이후 건강지표가 유의하게 개선된 결과가 확인되었다[10]. 이는 국가건강조사 자료가 정책의 시행 효과를 실증적으로 평가할 수 있는 신뢰도 높은 근거 자료로 활용될 수 있음을 시사한다.

수요조사 결과, 주요 중앙부처와 기관에서는 국가건강조사 결과를 정책의 기획·시행·평가 과정에서 근거자료로 적극 활용하고 있었으며, 조사 설계 및 항목 개선 등에서 부처의 요구가 비교적 잘 반영되는 구조가 형성되어 있었다. 반면 지방자치단체 및 보건소에서는 조사자료 활용 요구가 높게 나타났다. 특히 지역 수준에서 활용 가능한 세분화된 통계 결과 제공, 결과 시각화, 접근성 및 활용 편의성 제고가 필요하다는 의견이 제시되었다. 또한 국가단위 자료를 지역 정책 수립에 연계·활용할 수 있는 체계가 미비하다는 점이 언급되어, 지역의 활용 수요에 대응하는 지원체계 마련이 요구된다.

결론적으로 국가건강조사는 국민건강정책의 근거 기반으로 정책적 활용 가능성이 확인되었으나, 조사 간 연계 미흡, 지역 수준 접근성 한계, 정책 성과의 체계적 관리·환류 기반 부족 등의 과제가 남아있다. 향후에는 조사체계의 지속적 보완, 데이터 연계 및 자동화 플랫폼 구축, 법적·제도적 지원 강화, 부처 간 협력적 데이터 활용체계 구축을 통해 국가건강조사가 실질적인 근거기반 정책 생산체제로 자리매김할 필요가 있다.

Declarations

Ethics Statement: The study protocol was approved by the Institutional Review Board of Ewha Womans University Seoul Hospital (IRB number: SEUMC 2025-09-018).

Funding Source: This research was supported by the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA, Korea) (no. 2025-11-026).

Acknowledgments: The authors would like to thank all the researchers who contributed to this study.

Conflict of Interest: So Yeon Ryu and Kyungwon Oh are editorial board members of the journal, but they were not involved in the review process of this manuscript. Otherwise, there are no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Data curation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim. Formal analysis: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Funding acquisition: Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Investigation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Methodology: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Project administration: HSP, KWO. Software: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ. Supervision: HSP, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Validation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL. Visualization: SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim. Writing – original draft: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Writing – review & editing: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea National Health & Nutrition Examination Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/eng/main.do>
2. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Community Health Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://chs.kdca.go.kr/chs/>
3. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/yhs/>
4. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Utilization of national health survey results [Internet]. KDCA; 2025 [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/kdca/3369/subview.do>
5. Ewha Womans University Industry-Academic Cooperation Foundation. Strategies to enhance the utilization of National Health Surveys. Cheongju, Korea Disease Control and Prevention Agency; 2025 Nov. Report No.: 11-1790387-100562-01.
6. Kwak J, Jeong H, Chun S, et al. Effectiveness of government anti-smoking policy on non-smoking youth in Korea: a 4-year trend analysis of national survey data. *BMJ Open* 2017;7:e013984.
7. National Health and Nutrition Examination Survey. What NHANES data have achieved [Internet]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/publications/data-accomplishments.html>
8. World Health Organization (WHO). World Health Survey Plus [Internet]. WHO [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>
9. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea National Health & Nutrition Examination Survey. Utilization of results [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/postSendPage.do?url=/surveyIntr/rsltUtlz.do&postparam=%7B%22menuId%22:%22100110041002%22%7D>
10. Kang H, Cho SI. Cohort effects of tobacco control policy: evidence to support a tobacco-free norm through smoke-free policy. *Tob Control* 2020;29:96-102.

Policy Note

Strategies to Enhance the Utilization of National Health Surveys

Seunghye Jun¹ , Hyelim Lee¹ , Hyeeseung Jang¹ , Young-Ho Khang² , Mi Kyung Kim³ , So Yeon Ryu⁴ , Hyonggin An⁵ ,
Min Kyung Lim⁶ , Hyesook Park^{1*} , Sunja Kim⁷ , Sun-Ja Kim⁷ , Kyungwon Oh⁷ 

¹Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Graduate Program for System Health Science & Engineering, Ewha Womans University, Seoul, Korea, ²Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea, ³Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Hanyang University, Seoul, Korea, ⁴Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University, Gwangju, Korea, ⁵Department of Biostatistics, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea, ⁶Department of Social and Preventive Medicine, Inha University College of Medicine, Incheon, Korea, ⁷Division of Health and Nutrition Survey and Analysis, Department of Chronic Disease Prevention and Control, Korea Disease Control and Prevention Agency, Chengju, Korea

ABSTRACT

Objectives: The Korea National Health Surveys provide important evidence for health policy development and evaluation. Amid healthcare environments and emerging health challenges, there is a growing need to utilize survey findings more efficiently and strategically. This study examines patterns of policy utilization and derives recommendations to strengthen national health surveys as effective surveillance systems.

Methods: Policy-use cases for national health surveys in the Republic of Korea (ROK) and other countries were identified from the literature and official policy documents and websites. Cases were classified by policy type (strategies/plans, guidelines, legislation, and programs) and purpose (agenda/background, target and population specification, implementation monitoring, and effect evaluation). Additionally, demand surveys were conducted at the national and regional levels, and the findings were synthesized to develop evidence-based recommendations.

Results: We analyzed 84 domestic and 259 international policy-use cases. Legislation was the most frequent policy type in both the ROK and other countries. In the ROK, policy use was primarily concentrated in implementation monitoring. Demand surveys indicated a high level of policy contributions and highlighted the need for more timely indicators, disaggregated outputs, and stronger visualization and platform functions.

Conclusions: Expanding policy utilization requires strengthening survey systems, building infrastructure for data linkage, automation, and informatization, and reinforcing legal/institutional support as well as interagency collaboration. In addition, systematic management and public reporting of survey-based policy achievements, along with continued reflection of field needs, are essential to establish an effective feedback mechanism.

Key words: Korea National Health and Nutrition Examination Survey; Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey; Korea Community Health Survey; Health policy; Information dissemination

*Corresponding author: Hyesook Park, Tel: +82-2-6986-6241, E-mail: hpark@ewha.ac.kr

Key messages

① What is known previously?

National health surveys monitor population health and its determinants, providing evidence for health policy development and evaluation and supporting programs that promote health and reduce disparities.

② What new information is presented?

This study analyzed policy-use cases and surveyed central ministries/agencies and regional stakeholders to identify patterns of use, key constraints, and areas of improvement, and to propose measures to enhance policy utilization.

③ What are the implications?

National health surveys demonstrate policy utility and social impact. Expanding policy use requires strengthening survey systems, improving dissemination, enhancing data linkage and automation, and building user support and interorganizational collaboration. Additionally, policy-use achievements should be systematically tracked and publicly reported to reinforce the surveillance feedback mechanism.

Introduction

National health surveys are conducted to identify the health status of the population and related factors and to provide foundational data necessary for the formulation and evaluation of health policy. In the Republic of Korea (ROK), the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey (KYRBS), and Korea Community Health Survey (KCHS) are conducted at the national and local levels. Although these surveys differ in their objectives, target populations, and implementation methods, they produce information necessary for health policy decision-making, including health behaviors,

chronic disease prevalence, dietary intake, and healthcare utilization. These data are used as key evidence for reducing health disparities and for formulating strategies to promote population health.

KNHANES is conducted annually at the national level under the National Health Promotion Act and is used to generate and monitor performance indicators for mid- to long-term plans, including the Health Plan and the Basic Plan for National Nutrition Management [1]. KCHS is conducted at the city, county, and district levels under the Regional Public Health Act and is used as evidence for establishing local public health plans and the evaluating local public health programs [2]. KYRBS is jointly conducted by the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA) and Ministry of Education and is used as foundational data for adolescent health-related policies [3]. The results of each survey are released as statistical reports and raw data, made publicly available through “National Health Statistics Plus” and the *Public Health Weekly Report*, and used for academic and policy research. In particular, as of 2025, approximately 3,700 academic papers using national health survey data have been published, and an introductory paper on KNHANES was selected as the most-cited paper in the general social sciences field from 2020 to 2024 [4].

National health surveys have played an important role in identifying the health status of the population and monitoring major public health issues; however, recent changes in the healthcare environment and the emergence of new health issues have raised the need for more strategic and efficient use of existing survey results. Survey findings from national health surveys should not remain limited to the production of statistics and the provision of data; rather, it is necessary to review the utilization system and supporting infrastructure so that

they can be used more concretely in policy design and evaluation, reflecting their purpose and function as surveillance systems. Moreover, it is necessary to systematically identify the current status of policy use of health survey data, the limitations in the process of use, and the needs for improvement.

Accordingly, this study aimed to exploratorily identify and organize policy-use cases of health surveys in the ROK and other countries and, through a demand survey, to examine patterns of health survey use and needs, to derive recommendations to strengthen the policy utilization of national health surveys.

Methods

1. Review of Policy-use Cases of Health Surveys in the ROK and Other Countries

To identify the policy utilization of health surveys in the ROK and other countries, policy-use cases of major health surveys were investigated. In the ROK, the KNHANES, KYRBS, and KCHS, which are representative national health surveys conducted by KDCA, were selected for analysis; surveys such as the Korean Health Panel were excluded because they differed in research scope and survey implementation bodies. For other countries, countries operating survey systems similar to those in the ROK were first reviewed, and final selection was made by considering the operation of nationally representative health surveys, adolescent health behavior surveys, and regional health surveys, as well as the representativeness, continuity, and policy linkage of the survey systems (Table 1).

Policy-use cases were first collected from prior studies and related reports using health survey data, then cross-checked through official websites, publications, and policy documents

and reports of each country, and further supplemented by reviewing policy materials from relevant ministries and agencies. For literature searches on other countries, searches were conducted in PubMed by combining the name of each health survey with policy-related terms, with the literature published from the start year of each health survey through April 2025 as the scope. The search terms combined the full and abbreviated names of each health survey with “intervention” and “policy,” and the searches were conducted in English. For Korean literature searches, PubMed, KCI, RISS, and DBpia were used, and searches were conducted by combining each health survey name with the terms “정책” and “중재”. In the Korean literature search, the names of the health surveys were specified explicitly to improve search accuracy.

After duplicates were removed, the retrieved literature was reviewed according to predefined criteria. The literature exclusion criteria were as follows: (1) studies conducted before the implementation of the health survey, (2) studies that did not use health survey data, (3) studies that used health survey data but did not present specific policy-use cases, and (4) studies not directly related to the main topic of this study. However, even when the primary purpose of a publication was not policy use, it was included if policy or policy use was specifically mentioned in the introduction or discussion. Based on the final selected literature and materials, policy-use cases were extracted, and when two or more use cases were identified within a single publication or material, each was classified as a separate case. Detailed search strategies by country and by health survey, database-specific search results, and the detailed review process can be found in the policy research report [5].

The collected policy-use cases were classified by type into strategies, guidelines, legislation, and programs. Strategies were

Table 1. Comparison of the characteristics of major national health surveys^{a)}

Country	Health survey	Survey initiation year	Target population	Sample size	Survey cycle
Republic of Korea	KNHANES	1998	Household members aged ≥1 year	Approximately 10,000	Annual
	KYRBS	2005	Middle and high school students	Approximately 60,000	Annual
	KCHS	2008	Adults aged ≥19 years	Approximately 230,000	Annual
United States	NHANES	1960	General population aged ≥1 year	Varies by cycle	Annual
	YRBSS	1990	Students in grades 9–12	Varies by cycle	Biennial
	BRFSS	1984	Adults aged ≥18 years	More than 400,000	Annual
Canada	CHMS	2007	General population aged 3–79 years	Varies by cycle	Periodic repeated survey
	CSTADS	1994	Students in grades 7–12	Approximately 50,000–60,000	Biennial
	CCHS	2000	Adults aged ≥18 years	Approximately 100,000 households	Annual
United Kingdom	HSE	1991	Children aged 0–15 years; adults aged ≥16 years	16+ years: 8,000 0–15 years: 2,000	Annual
	MHCYP	1999	Children, adolescents, and young adults aged 8–25 years	Approximately 3,000	Irregular repeated survey
	NDNS	1992	General population aged ≥1.5 years	Approximately 1,000 (500 children, 500 adults)	Annual
Australia	AHS	2011	All ages	More than 30,000	2011–2013 Integrated survey
	NHS	2011	All ages	Varies by cycle	Every 3 years
	ASSAD	1984	Secondary school students aged 12–17 years	Approximately 30,000	Every 3 years
Germany	GEDA	2008	Adults aged ≥18 years	Varies by cycle	Multi-year intervals
	KiGGS	2003	Children and adolescents aged 0–17 years and their parents/guardians	Approximately 17,000	Irregular repeated survey
Switzerland	SHS	1992	Population aged ≥15 years	Varies by cycle	Every 5 years
Japan	NHNS	1945	General population based on households	Approximately 5,000–6,000 households	Annual

NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; CHMS=Canadian Health Measures Survey; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; HSE=Health Survey for England; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; GEDA=German Health Update; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey. ^{a)}Target age, sample size, and survey cycle were based on the most recent publicly available information and may vary by survey period and operation.

defined as higher-level policy directions, including project planning and direction for policy implementation; guidelines as the provision of guidance or recommendations; legislation as laws or regulations; and programs as cases including specific projects, services, or intervention activities. Moreover, to identify the points at which health surveys were used, cases were classified into four purposes: background for policy development, goal and target specification, implementation monitoring, and effect evaluation. Background for policy development was defined as cases used as evidence for policy need or problem recognition; goal and target specification as cases used to set policy goals or priority target groups; implementation monitoring as cases used to review the implementation status of a policy or program; and effect evaluation as cases used to evaluate the outcomes of a policy or program. These classifications were performed independently by three researchers according to predefined criteria, and when disagreements occurred, they were resolved through discussion to reach a final consensus. When a single case corresponded to more than one policy process, duplicate classification was allowed. However, because there were some differences between the ROK and other countries in the databases used for the searches and in the range of materials available for review, there are limitations to simple comparisons in interpreting the results.

2. Exploring Strategies to Enhance Health Survey Utilization (Demand Surveys)

To identify experiences of using health surveys and strategies to improve their utilization, two rounds of demand surveys were conducted among government officials involved in the national health survey coordinating committee and personnel responsible for using survey results. The first demand

survey targeted government officials related to national-level health surveys (KNHANES and KYRBS), and the second demand survey targeted provincial and city/county/district officials, public health center staff, and professors at responsible universities related to the regional-level health survey (KCHS).

The national-level demand survey was conducted by combining a written survey and interviews and included 22 individuals from 19 divisions across 8 ministries. Of these, 8 individuals from 7 divisions across 4 ministries responded (response rate: 36.4%). The regional-level demand survey was conducted using an online questionnaire with 307 individuals, of whom 64 responded (response rate: 20.8%). The main items consisted of experience in using the data and its limitations, policy contribution and importance, barriers in the process of use, and areas needing improvement to enhance utilization. The national-level interviews were conducted based on semi-structured questions, and the main questions included experience in using the data and its limitations, policy contribution, barriers in the process of use, and needs for improvement. The national-level results were organized by categorizing the contents of the written survey and interviews by theme.

3. Derivation of Recommendations based on the Study Findings

Recommendations to enhance the utilization of health surveys were derived based on key constraints and improvement needs identified through the analysis of policy-use cases in the ROK and other countries and through demand surveys. Based on this, some detailed measures were specified and presented by the research team. The recommendations were organized and presented into categories by domain, including improvement of the survey system and strengthening of the foundation

for the utilization of survey results.

Results

1. Current Status of Policy Utilization of National Health Surveys

A review of prior studies was conducted to identify policy-use cases of national health surveys in the ROK and other

countries. As a result, a total of 88 publications from the ROK and 660 from other countries were selected (Table 2). Focusing on the research background and discussion sections of the selected publications, policy-use cases used for status assessment or policy effect analysis were identified. Cases were also identified in which the same policy case was reported in multiple publications or in which more than one health survey dataset was used for a single policy. After comprehensive

Table 2. Policy-use cases by the national health survey in the Republic of Korea and other countries^{a)}

Country	Health survey	Included publications	Policy-use cases identified from the literature	Final number of policy-use cases ^{a)}	Policy domain ^{b)}			
					Strategies/plans	Guidelines	Legislation	Programs
Republic of Korea	KNHANES	63	61	84	25 (29.8)	15 (17.9)	26 (31.0)	18 (21.4)
	KYRBS	9	27					
	KCHS	16	25					
United States	NHANES	249	25	122	9 (7.4)	14 (11.5)	68 (55.7)	31 (25.4)
	YRBSS	50	39					
	BRFSS	112	67					
Canada	CHMS	40	15	29	6 (20.7)	9 (31.0)	10 (34.5)	4 (13.8)
	CCHS	80	28					
	CSTADS	17	7					
United Kingdom	HSE	15	24	46	20 (43.5)	18 (39.1)	4 (8.7)	4 (8.7)
	MHCYP	1	3					
	NDNS	20	26					
Australia	AHS	10	13	23	9 (39.1)	6 (26.1)	3 (13.0)	5 (21.7)
	NHS	12	12					
	ASSAD	4	4					
Germany	GEDA	10	5	20	8 (40.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	7 (35.0)
	KiGGS	6	7					
Switzerland	SHS	4	6	6	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)
Japan	NHNS	30	13	13	4 (30.8)	4 (30.8)	4 (30.8)	1 (7.7)

Unit: case or case (%). NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; CHMS=Canadian Health Measures Survey; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; HSE=Health Survey for England; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; GEDA=German Health Update; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey. ^{a)}Direct comparisons between Korea and other countries are limited because the search databases and strategies differed across countries. ^{b)}The final number of policy-use cases includes cases identified not only from the literature but also from additional reviews of official websites, policy documents, and reports; therefore, it may not match the sum of literature-based cases for each survey.

synthesis, in addition to the results of the review of prior studies and including additional cases identified from official policy materials, a total of 84 policy-use cases in the ROK and 259 in other countries were identified (122 in the United States, 29 in Canada, 46 in the United Kingdom, 23 in Australia, 20 in Germany, 6 in Switzerland, and 13 in Japan). In terms of the distribution by policy type, legislation was the most common in the ROK, with 26 cases, followed by strategies with 25, programs with 18, and guidelines with 15. In other countries,

legislation was also the most common, with 92 cases, followed by strategies with 58, guidelines with 55, and programs with 54 (Table 2). This shows that national health survey data are widely used throughout various policy types in the ROK and other countries.

In the distribution by country and year (Figure 1), policy-use cases in the ROK increased after the 2000s, and approximately 20 cases were also identified in the 2020s. The number of use cases increased in more recent periods, indicating that

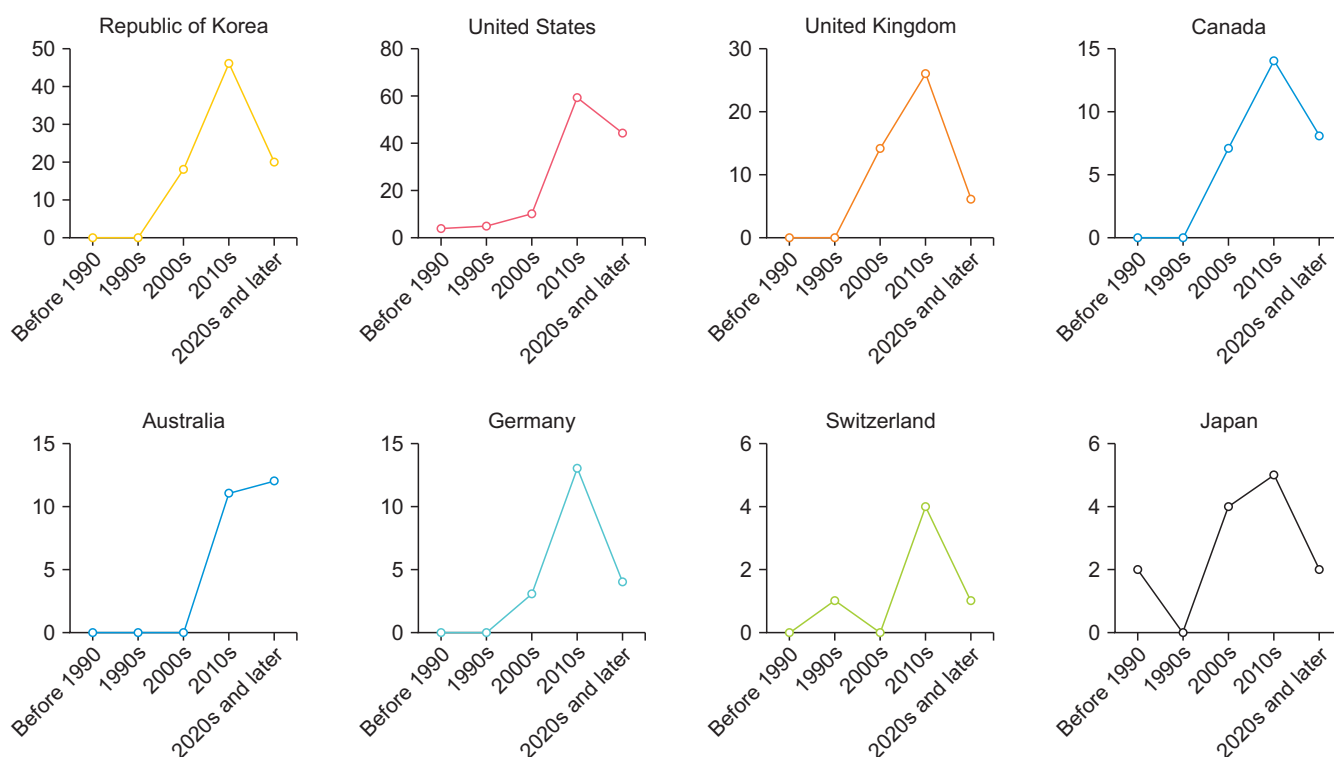


Figure 1. Trends in policy-use cases by period and country

Direct comparisons between Korea and other countries are limited because the search databases and strategies differed across countries, and cross-country comparisons should be interpreted with caution because the y-axis scales differed by country. The national health surveys included in each country and their survey initiation years were as follows: Korea (KNHANES 1998, KYRBS 2005, KCHS 2008), United States (NHANES 1960, BRFSS 1984, YRBSS 1990), United Kingdom (HSE 1991, NDNS 1992, MHCYP 1999), Canada (CSTADS 1994, CCHS 2000, CHMS 2007), Australia (ASSAD 1984, AHS 2011, NHS 2011), Germany (KiGGS 2003, GEDA 2008), Switzerland (SHS 1992), Japan (NHNS 1945). KNHANES=Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KYRBS=Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey; KCHS=Korea Community Health Survey; NHANES=National Health and Nutrition Examination Survey; BRFSS=Behavioral Risk Factor Surveillance System; YRBSS=Youth Risk Behavior Surveillance System; HSE=Health Survey for England; NDNS=National Diet and Nutrition Survey; MHCYP=Mental Health of Children and Young People in England; CSTADS=Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey; CCHS=Canadian Community Health Survey; CHMS=Canadian Health Measures Survey; ASSAD=Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey; AHS=Australian Health Survey; NHS=National Health Survey; KiGGS=German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents; GEDA=German Health Update; SHS=Swiss Health Survey; NHNS=National Health and Nutrition Survey.

policy utilization based on national health survey data has become more active. In the United States, because the timing of the implementation of health surveys was relatively early, some use cases were identified even before the 1990s, and after the 2000s, use cases were identified in multiple countries. Overall, the number of cases was highest in the 2010s, showing a trend of gradual expansion in policy utilization following the implementation of health surveys in each country.

By purpose of policy use, implementation monitoring was the most common in the ROK, with 50 cases, followed by background for policy development with 35, effect evaluation with 31, and goal and target specification with 26, indicating that policy-use cases were identified across the policy process (Table 3). In the United States, effect evaluation was the most common, with 79 cases, followed by implementation monitoring with 39, background for policy development with 21, and goal and target specification with 9. In the United Kingdom, background for policy development (32 cases) and goal and target specification (19 cases) accounted for relatively large shares, while in Canada and Switzerland the four categories

were relatively evenly distributed. In Germany, Australia, and Japan, effect evaluation cases were relatively fewer than the other categories (Table 2). Cases in which health surveys were used for effect evaluation were mostly cases in which effects were evaluated through researcher-led analyses, such as comparisons before and after the implementation of a policy or legislation.

As a result of classification based on health survey domains, a considerable number of policies involving two or more domains were identified, and the proportion of such multi-domain policies was particularly high in the ROK, Germany, and Japan (Figure 2). In other countries, a relatively larger number of policy-use cases involved single domains. Among single-domain policies, the healthy lifestyle practice domain accounted for the majority, including policies related to various lifestyle behaviors such as nutrition, smoking, alcohol consumption, and physical activity. Further, some policies were identified in the disease-related (morbidity) and healthcare utilization domains, and in the ROK, policies were also identified in the vaccination and health screening domains. However, policy cases

Table 3. Policy purposes of policy-use cases by country^{a)}

Country	Total	Policy purposes ^{b)}			
		Agenda/background	Target and population specifications	Implementation monitoring	Effect evaluation
Republic of Korea	84	35 (41.7)	26 (31.0)	50 (59.5)	31 (36.9)
United States	122	21 (17.2)	9 (7.4)	39 (32.0)	79 (64.8)
Canada	29	10 (34.5)	11 (37.9)	18 (62.1)	15 (51.7)
United Kingdom	46	32 (69.6)	19 (41.3)	10 (21.7)	5 (10.9)
Australia	23	10 (43.5)	7 (30.4)	8 (34.8)	1 (4.3)
Germany	20	10 (50.0)	8 (40.0)	9 (45.0)	1 (5.0)
Switzerland	6	3 (50.0)	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)
Japan	13	6 (46.2)	6 (46.2)	9 (69.2)	2 (15.4)

Unit: case or case (%). ^{a)}Direct comparisons between Korea and other countries are limited because the search databases and strategies differed across countries. ^{b)}A single policy-use case may be counted in more than one category; therefore, the total may not equal the sum of categories.

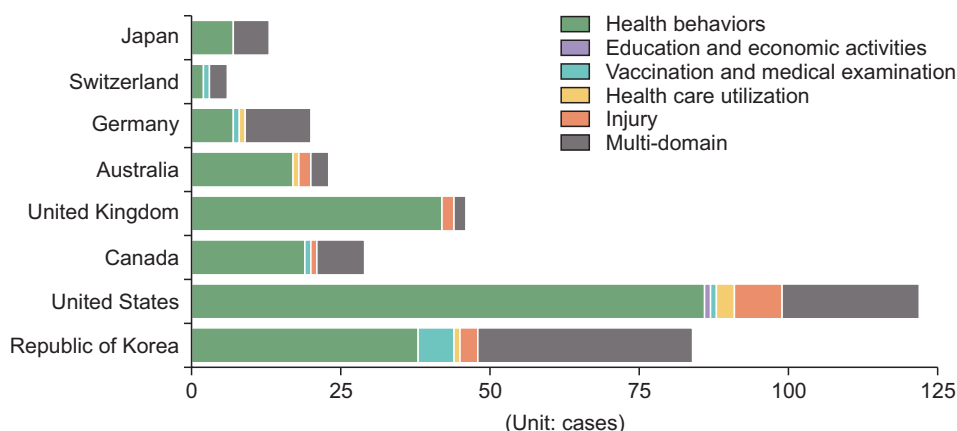


Figure 2. Distribution of policy-use domains identified from national health surveys by country

Direct comparisons between Korea and other countries are limited because the search databases and strategies differed across countries.

related to education and economic activity were identified only to a limited extent in some countries.

2. Exploring Strategies to Enhance the Utilization of National Health Surveys

The national-level demand survey identified the current status, constraints, and improvement needs regarding the policy utilization of KNHANES and KYRBS. Based on the combined results of the written survey and interviews, use cases included instances in which health survey results were used as evidence for generating HP2030 performance indicators and for establishing major plans and measures (the Comprehensive National Obesity Management Plan, the Basic Plan for Student Health Promotion, local public health plans, social-emotional support policies, etc.). Cases were also identified in which requests to develop health literacy items were linked to the development of performance indicators and the establishment of a monitoring system, and in which KYRBS was used as evidence for policy review related to the School Health Act. National ministries responded that they did not experience major difficulties in using the data because, when they requested survey results from the responsible institutions, they received the data

in the required format. On the other hand, limitations in the use included difficulties in visualizing data or in disaggregating target groups in the desired format in cases where, in some institutions, communication with the responsible institution was limited, the fact that some indicator definitions did not sufficiently reflect current health behaviors and social changes, and that the availability of disaggregated data, including for vulnerable groups, was limited. Improvement needs included strengthening user support and training for policy departments, establishing a feedback mechanism for the identification of in-depth research topics and policy development areas, and the need to reflect social issues in a timely manner in the surveys.

Among respondents to the regional-level demand survey, 92.2% were staff from provincial and city/county/district public health centers. Regarding policy utilization type, approximately 50% of respondents indicated that it was used for establishing strategies and plans, and regarding the purpose of use, respondents indicated that it was used as foundational data for understanding the current status. A total of 79.7% of respondents indicated that KCHS “contributes greatly or somewhat” to policy and program implementation, and 70.1% indicated

that they mainly used the results in their published format. In the process of using published materials, constraints included difficulties in data visualization and in distinguishing characteristics of target groups, as well as difficulty in locating detailed results. The main improvement needs identified included diversification of detailed indicators and result presentation, and strengthening the functions of the data visualization platform.

3. Recommendations to Enhance the Utilization of National Health Surveys

An overview of the recommendations is shown in Figure 3. Three main directions were proposed to enhance the policy utilization of national health surveys.

First, the national health survey system needs to be strengthened. Survey methods should be diversified, and both representativeness and usability should be ensured by refining survey items and the data collection system based on policy

needs. In the long term, it is necessary to consider supplementing sample design to enable the production of results for vulnerable and special populations and to consider periodically reviewing indicator definitions and standards in response to changes in the social environment.

Second, advancement of the systems for data collection, linkage, processing, and utilization is required. Efficiency should be enhanced through linkage across public databases and automated analysis systems, and a highly accessible platform environment should be established by visualizing and informatizing analysis results. Additionally, a secure analysis environment should be established to strengthen the reliability and security of public data utilization. To this end, the establishment of an official linkage system, the enhancement of accessibility to public-use data, and the operation of an integrated platform including automated analysis and data visualization functions are proposed.

Strengthening the National Health Survey system	Improving target population and methods	• Incorporating oversampling and separate modules to estimate vulnerable/special populations. • Increase survey cycle flexibility to reflect changes and improve access and participation.
	Improving and updating survey items	• Regularly review indicator definitions and criteria in response to changes in the social environment. • Refine and diversify indicators to expand the usability of survey outputs.
	Supplementary surveys and data collection	• Introduce follow-up surveys. • Expand linkage with public data.
Advancing data infrastructure for collection, linkage, processing, and utilization	DB linkage and integration	• Establish linkage mechanisms and expand linked datasets through a dedicated unit or organization. • Produce public-use files to improve data accessibility.
	Analytic systems and automation	• Implement analytic systems for national health survey data and automate programs. • Introduce a cloud-based big data analytics platform.
	Output standardization and utilization mechanisms	• Strengthen quality protocols and standardize expert committee operations and disclosure/review procedures. • Introduce a data showcase to pre-check data structure and distributions.
	Outputs platform	• Establish an integrated governance/operations committee for national health surveys. • Build sustainable platform operations through workforce development, training, and user feedback.
	Secure analysis environment	• Provide secure on-site environments for large-scale health data analysis and joint analyses. • Develop an integrated analytic environment enabling cross-institutional collaboration.
Establishing a utilization support system	Legal and institutional foundations	• Strengthen the basis for survey utilization and refine utilization provisions.
	Coordination and collaboration	• Establish mechanisms linking survey indicators function as a pathway from problem recognition to policy improvement. • Provide sustained budget and resources for dedicated organizations supporting analysis and interpretation.
	Support for evidence generation	• Develop a user-centered integrated platform to improve access and usability. • Operate data analysis training and support programs for policy practitioners.
	Reporting and dissemination of achievements	• Establish systems for tailored outputs and for sharing and disseminating achievements.

Figure 3. Summary of recommendations to enhance the policy utilization of national health surveys
Some detailed action plans were further specified by the research team based on the study findings.

Third, it is necessary to establish a support system for data utilization. The legal and institutional framework should be strengthened, inter-ministerial collaboration should be reinforced, and support for research using national health survey data should be expanded to promote the production of policy evidence. It is also necessary to disclose and disseminate the outcomes based on survey results and to specify and diversify policy indicators so that they can be actively reflected in actual policy decision-making and evaluation. It is also necessary to strengthen the basis for interpretation and use of results through training and support for policy personnel and through a feedback mechanism.

Discussion

This study aimed to derive directions for improvement to enhance the policy utilization of national health surveys by comprehensively reviewing policy-use cases of national health survey data in the ROK and other countries and the needs of relevant institutions and personnel. The exploratory findings showed that health surveys in the ROK were being used as major foundational data reflecting the health status of the population, and many policy-use cases were identified centering on KNHANES, KCHS, and KYRBS. However, there are limitations in simple comparisons between cases in the ROK and other countries, and it is necessary to consider that the databases and search strategies used for identifying use cases by country, as well as the range of policy-related materials available for review, differed. These differences may have affected not only the number of use cases identified in specific countries but also the distribution of policy types, and may also have been reflected in the findings that certain policy types accounted for a high

proportion. Additionally, in the cases of Japan and Switzerland, although the timing of survey implementation was relatively early, the number of identified use cases may have been relatively small compared with other countries due to differences in search language and in the range of policy-related materials available for review. Nevertheless, it was confirmed that in the ROK, the scope of the use of health surveys as policy evidence has gradually expanded beyond the simple production of statistics.

National health survey data in the ROK and other countries are used across various policy types, and among them, legislation accounted for a high proportion. This appears to be because health survey results were used relatively often in policy evaluations related to legislation. In particular, as health survey data can be readily used to identify changes before and after the implementation of legislation, as well as to determine policy effects, it can be interpreted that legislation-related use cases were identified more frequently than those related to strategies or programs. Further, for legislation, as it is often disclosed in the form of official documents such as bills, ordinances, and related reports, it appears that the basis for its use could be confirmed relatively clearly.

National health surveys have been widely used as key evidence for health promotion policies in healthy lifestyle practice domains such as nutrition, smoking, physical activity, and obesity. For example, survey results were used to demonstrate the need for health promotion programs or to serve as evidence for evaluating the performance of policy implementation in areas such as the formulation of the Health Plan, the formulation of the Basic Plan for National Nutrition Management, and the designation of non-smoking areas [6]. This shows that national health surveys contribute not only to the production and

monitoring of health indicators but also, as surveillance systems, to the implementation and evaluation of policies.

Despite the policy utilization achievements of health surveys, promotion and the dissemination of awareness remain insufficient, and the policy value of survey results has not been sufficiently shared. In other countries, efforts have been made to disclose and disseminate policy achievements based on health survey data. In particular, in the United States, the Centers for Disease Control and Prevention publicly discloses the policy utilization achievements of NHANES through its official website and presents major policy achievements accumulated over more than 60 years using survey data [7]. Moreover, World Health Organization has indicated through the World Health Survey Plus that health survey data can be used not only to fill gaps in health data but also to evaluate the implementation status and impact of national health policies and programs and to monitor progress toward health goals [8]. At present, the KNHANES website of the KDCA also presents some examples of the use of results; however, there are limitations in systematically organizing and disseminating policy achievements [9]. Therefore, it is necessary to establish a feedback mechanism through which policy-use cases and achievements based on national health survey results can be systematically organized and regularly disclosed and disseminated.

To strengthen the incorporation of survey data into policy and the function of effect evaluation, a time-series approach and an integrated analytical foundation are required beyond cross-sectional analysis. In the domestic policy effect evaluation literature reviewed in this study, national health survey data were used in areas such as tobacco tax increases and smoke-free policies in public places, and significant improvements in health indicators after policy implementation were identified

[10]. This suggests that national health survey data can be used as highly reliable evidence for empirically evaluating the effects of policy implementation.

According to the demand survey results, major central ministries and institutions were actively using national health survey results as evidence in the processes of policy planning, implementation, and evaluation, and a structure had been formed in which the needs of ministries were relatively well reflected in survey design and item improvement. By contrast, in local governments and public health centers, a high demand for the use of survey data was observed, and in particular, it was suggested that the provision of disaggregated statistical results usable at the local level, result visualization, and improved accessibility and usability are needed. It was also noted that a system for linking and utilizing national-level data in local policy formulation was lacking, indicating the need to establish a support system that can respond to local demand for utilization.

In conclusion, national health surveys have demonstrated their potential for policy utilization as an evidence base for national health policy; however, challenges remain, including insufficient linkage across surveys, limitations in accessibility at the local level, and a lack of a systematic foundation for the management and feedback of policy achievements. Going forward, through the continuous supplementation of the survey system, the establishment of data linkage and automation platforms, the strengthening of legal and institutional support, and the establishment of a collaborative inter-ministerial data utilization system, national health surveys need to be established as a practical evidence-based policy production system.

Declarations

Ethics Statement: The study protocol was approved by the Institutional Review Board of Ewha Womans University Seoul Hospital (IRB number: SEUMC 2025-09-018).

Funding Source: This research was supported by the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA, Korea) (no. 2025-11-026).

Acknowledgments: The authors would like to thank all the researchers who contributed to this study.

Conflict of Interest: So Yeon Ryu and Kyungwon Oh are editorial board members of the journal, but they were not involved in the review process of this manuscript. Otherwise, there are no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Data curation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim. Formal analysis: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Funding acquisition: Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Investigation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Methodology: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Project administration: HSP, KWO. Software: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ. Supervision: HSP, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO. Validation: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL. Visualization: SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim. Writing – original draft: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ. Writing – review & editing: HSP, YHK, MKK, SYR, HGA, MKL, SHJ, HLL, HSJ, Sunja Kim, Sun-Ja Kim, KWO.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea National Health & Nutrition Examination Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/eng/main.do>
2. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Community Health Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://chs.kdca.go.kr/chs/>
3. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/yhs/>
4. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Utilization of national health survey results [Internet]. KDCA; 2025 [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/kdca/3369/subview.do>
5. Ewha Womans University Industry-Academic Cooperation Foundation. Strategies to enhance the utilization of National Health Surveys. Cheongju, Korea Disease Control and Prevention Agency; 2025 Nov. Report No.: 11-1790387-100562-01.
6. Kwak J, Jeong H, Chun S, et al. Effectiveness of government anti-smoking policy on non-smoking youth in Korea: a 4-year trend analysis of national survey data. *BMJ Open* 2017;7:e013984.
7. National Health and Nutrition Examination Survey. What NHANES data have achieved [Internet]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/publications/data-accomplishments.html>
8. World Health Organization (WHO). World Health Survey Plus [Internet]. WHO [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>
9. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Korea National Health & Nutrition Examination Survey. Utilization of results [Internet]. KDCA [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/postSendPage.do?url=/surveyIntr/rsltUtlz.do&postparam=%7B%22menuId%22:%22100110041002%22%7D>
10. Kang H, Cho SI. Cohort effects of tobacco control policy: evidence to support a tobacco-free norm through smoke-free policy. *Tob Control* 2020;29:96-102.

「백신도입 범정부 협의체 설치 및 운영에 관한 규정(총리훈령)」 제정 결과

김석화 , 김남혁 , 황호평*

질병관리청 의료안전예방국 백신수급과

초 록

목적: 본 보고는 신종감염병 대유행 위기 시 백신도입을 위한 범정부 협의체의 법적 근거와 주요 운영 규정을 소개하고, 총리훈령 제정의 제도적 의미를 분석하고자 한다.

방법: 본 보고는 질병관리청 정책 보고 유형 중 ‘법령·규정의 제정’ 사례로서 관계 부처 협의, 행정예고, 법제처 심사를 거쳐 2026년 1월 7일 제정·시행된 「백신도입 범정부 협의체 설치 및 운영에 관한 규정」의 주요 조문을 검토하였다.

결과: 훈령은 감염병 확산으로 「재난 및 안전관리 기본법」에 따른 위기경보 ‘경계’ 이상 발령 시 질병관리청에 협의체를 두도록 규정하고, 질병관리청장을 위원장으로 하며, 관계 부처 고위공무원이 참여하여 백신 수급계획 수립·조정, 허가·승인 관련 정보 공유, 해외 수급 동향 파악, 부처별 추진계획 협의 등을 수행하도록 하였다. 또한 실무협의체 설치, 관계 기관 협조 요청, 전문가 의견 청취 근거를 마련하여 운영의 실효성을 보완하였다.

결론: 본 훈령은 백신도입 관련 범정부 협의 구조를 제도화함으로써 향후 신종감염병 대응 과정에서 정책의 연속성과 협력 체계 유지에 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

주요 검색어: 감염병 대비; 백신도입 체계; 범정부 협의체(법적 근거); 공중보건 거버넌스; 팬데믹 대비

서 론

코로나바이러스감염증-19 대유행은 백신 확보가 국가 방역 전략의 핵심 요소임을 부각시켰다[1]. 글로벌 공급 불균형 상황에서 백신 확보 역량이 사회·경제적 회복과 밀접히 연계되면서, 범정부 차원의 협력 필요성이 제기되었다[2].

그러나 과거 범정부 백신도입 태스크포스는 법적 근거가 없는 한시적 조직으로 운영되었고, 2020년 9월 질병관리본부

가 질병관리청으로 승격된 이후 복지부와 업무 소관이 명확하지 않아 백신 계약 협상 지연되는 사례가 발생하는 등 부처 간 역할 조정과 의사결정 구조 측면에서 제도적 제약이 존재하였다. 이러한 경험은 신종감염병(Disease X) 위기 시 백신도입과 관련된 범정부 협력 체계를 제도적으로 명확히 할 필요성을 제기하였다.

현대 행정 환경에서 정책은 특정 영역에 국한되지 않고 다양한 영역과 밀접하게 연관되어 있으며, 정책 간 경계도 점차

Received February 6, 2026 Revised March 24, 2026 Accepted March 24, 2026

*Corresponding author: 황호평, Tel: +82-43-719-6810, E-mail: innasaco@korea.kr

Copyright © Korea Disease Control and Prevention Agency



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits unrestricted distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



KDCA
Korea Disease Control and Prevention Agency

핵심요약**① 이전에 알려진 내용은?**

코로나바이러스감염증-19 대유행 초기 백신 신속 도입을 위해 범정부 협력 체계가 운영되었으나, 법적 근거가 없는 임시 조직 형태로 부처 간 지속적인 협의와 조정에 제도적 한계가 존재하였다.

② 새로이 알게 된 내용은?

신종감염병 위기 시 백신 공급의 체계적 대응을 위해 「백신 도입 범정부 협의체 설치 및 운영에 관한 규정(총리훈령)」이 2026년 1월 7일 제정·시행되어, 필요 시 질병관리청에 협의체와 실무협의체를 두고 운영하는 근거가 마련되었다.

③ 시사점은?

본 훈령은 백신도입 관련 부처 간 협의 구조를 제도화함으로써, 국가 위기 상황에서 보다 일관된 정책 조정과 행정 대응이 이루어질 수 있는 기반을 제공할 것으로 기대된다.

불명확해지고 있다. 이러한 환경에서 부처 간 조정 체계의 제도화는 정책 효과성 확보를 위한 핵심 요소로 지적된다[3-5].

이에 질병관리청은 백신도입과 관련한 협의 구조를 명확히 하기 위하여 총리훈령 제정을 추진하였으며, 본 보고서에서는 2026년 1월 7일부터 시행된 「백신도입 범정부 협의체 설치 및 운영에 관한 규정」의 주요 내용과 제도적 의미를 살펴보고자 한다[6].

방 법

2024년 8월부터 국무조정실 등 관계 부처와 사전 협의를 통해 부처별 역할을 정립하여 2024년 10월 훈령안을 마련하였다. 2024년 11월 행정예고를 실시하여 행정안전부, 식품의약품안전처 등 관계 부처 및 전문가 단체의 의견을 수렴하였으며, 백신 허가·승인을 담당하는 식품의약품안전처의 고유 권한과의 중복을 방지하기 위한 조정 과정을 거쳤다. 이후 법 제처 심사와 총리 재가를 거쳐 2026년 1월 7일 총리훈령이

최종 제정 및 시행되었다.

본 보고는 질병관리청 정책 보고 지침 중 ‘법령·규정의 제정·개정’ 유형에 해당한다.

결 과**1. 협의체의 설치 요건 및 기능 규정(제2조)**

본 훈령은 감염병 확산으로 「재난 및 안전관리 기본법」 제 38조제2항에 따른 위기경보 ‘경계’ 이상 발령 시, 질병관리청에 협의체를 두어 백신도입 및 활용과 관련된 사항을 협의하도록 규정하였다.

협의 사항에는 백신 물량과 일정 등 공급계획의 수립·조정, 백신 허가·승인 관련 정보 공유, 해외 공급 동향 파악, 백신도입과 관련한 부처별 추진계획의 협의·조정 등이 포함된다. 또한 질병관리청장이 필요하다고 인정하는 안전을 상정할 수 있도록 하여 운영상의 탄력성을 확보하였다.

2. 협의체 구성 및 운영 구조(제3조)

협의체는 위원장 1명을 포함해 9명 이내로 구성되며, 위원장은 질병관리청장이 맡도록 하였다. 위원에는 외교부, 보건복지부, 기획예산처, 국무조정실, 식품의약품안전처 등 관계 중앙행정기관의 고위공무원이 포함된다.

협의체 사무 처리를 위해 간사 1명을 두고, 질병관리청 의료안전예방국장이 이를 담당하도록 규정하였다.

3. 실무협의체 설치 및 기능(제4조)

협의체의 협의 사항을 사전에 검토하기 위해 실무협의체를 두도록 하였으며, 실무협의체는 위원장인 질병관리청 차장과 관계 부처 국장급 공무원 등으로 구성된다.

실무협의체의 사무 처리와 상위 협의체의 업무 지원을 위해 간사 1명을 두고 질병관리청 백신수급과장이 이를 담당하도록 규정하였다.

4. 관계 기관 협조 요청 및 전문가 의견 청취(제5조)

훈령은 협의체 운영 과정에서 필요할 경우 관계 기관 공무원의 파견·겸임을 요청하거나, 전문 지식과 경험을 갖춘 전문가의 의견을 청취할 수 있도록 규정하였다. 또한 관계 기관·단체에 자료 제출이나 의견 제시를 요청할 수 있는 근거도 함께 마련하였다.

논 의

본 훈령의 제정은 백신도입과 관련한 부처 간 협의 구조를 총리훈령으로 명문화하여, 백신도입 업무를 개별 부처 단위의 대응에서 범정부 차원의 통합적 관리 체계로 전환하였다는 점에서 정책적 의의가 있다[7]. 예산 확보(기획예산처), 외교적 협력(외교부), 신속 허가(식품의약품안전처) 등 다부처 협력이 필수적인 백신 정책의 특성상, 제도화된 거버넌스는 위기 상황에서 의사결정 속도와 정책 일관성을 제고하는 데 기여할 것으로 판단된다. 또한 협의체와 실무협의체를 이원적으로 운영하도록 한 점, 전문가 의견 청취 근거를 둔 점은 위기 상황에서 정책 검토 과정의 다층 구조를 통해 결정의 완성도와 추진의 신속성을 높이는 등 체계를 보완하는 장치로 평가된다. 이에 대해 선행 연구에서는 다부처가 관여하는 정책 영역에서 공식적인 조정 구조와 정보 공유 체계가 정책 집행의 안정성에 영향을 미친다고 보고하고 있으며[3,5], OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 공중보건 정책 검토 역시 감염병 위기 대응 역량 강화를 위해 중앙정부 차원의 부처 간 조정 매커니즘 강화를 주요 과제로 제시하고 있다[8].

이러한 제도적 기반에서 감염병 위기상황 발생 시, 백신도입 실무협의체가 우선 가동되어 백신도입 물량과 시기, 계약 방식, 예산 확보 방안, 허가·승인 일정 등 백신도입과 관련된 주요 정책 사항을 관계 부처 간 협의를 통해 사전에 협의하게 되며, 위기단계 '경계' 이상이 발령되면 백신도입 범정부 협의

체에서 실무협의체 안전을 최종 검토하여 범정부 차원의 의사결정을 수행하게 된다. 이러한 협의 구조는 개별 부처 단위에서 추진하기 어려운 사항을 범정부 차원에서 통합적으로 조정할 수 있도록 하여, 위기 상황에서 백신도입 의사결정의 신속성과 정책 집행의 일관성을 높이는 데 기여할 것으로 판단된다.

다만 본 제도가 실제 위기 상황에서 어떻게 작동하는지는 향후 운영 사례를 통해 평가할 필요가 있다.

본 훈령은 향후 발생할 수 있는 신종감염병 대응 과정에서 백신도입 관련 범정부 협력의 제도적 기반으로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: SHK. Investigation: SHK, NHK. Methodology: SHK, NHK. Project administration: SHK, HPH. Resources: SHK. Supervision: HPH. Validation: NHK, HPH. Writing – original draft: SHK. Writing – review & editing: NHK, HPH.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). 2020–2021 KDCA white paper [White paper]. KDCA; 2022.
2. World Health Organization (WHO). Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. WHO;

- 2020.
3. Rhee W. Inter-ministerial policy coordination for digital content technology development: Korean and Japanese cases. *STI Policy Rev* 2014;5:96-121.
4. Korea Institute of Public Administration (KIPA). Agenda for vitalizing inter-ministerial collaboration. KIPA; 2024.
5. Saner R, Toseva G, Atamanov A, Mogilevsky R, Sahov A. Government governance (GG) and Inter-ministerial Policy Coordination (IMPC) in Eastern and Central Europe and Central Asia. *Public Organ Rev* 2008;8:215-31.
6. Prime Minister's Directive No. 910: Regulations on the establishment and operation of a pan-government inter-agency committee for vaccine introduction; 2026. Available from: [https://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EB%B0%B1%EC%8B%A0%EB%8F%84%EC%9E%85%EB%B2%94%EC%A0%95%EB%B6%80%ED%98%91%EC%9D%98%EC%B2%B4%EC%84%A4%EC%B9%98%EB%B0%8F%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B7%9C%EC%A0%95/\(00910,20260107\)](https://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EB%B0%B1%EC%8B%A0%EB%8F%84%EC%9E%85%EB%B2%94%EC%A0%95%EB%B6%80%ED%98%91%EC%9D%98%EC%B2%B4%EC%84%A4%EC%B9%98%EB%B0%8F%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B7%9C%EC%A0%95/(00910,20260107))
7. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA) Press Release (January 7 2026). Establishment of legal basis for all-government efforts to ensure rapid vaccine introduction during a novel infectious disease pandemic. [cited 2026 Jan 7]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/kdca/2847/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGa2RjY-SUyRjQxJTJGMzA5NjE2JTJGYXJ0Y2xWaWV3LmRvJTNGcGFzc3dvcmlM0QlMjZyZ3NCZ25kZVN0ciUzRCUyNmZpbmRPeG53cmQlM0QlMjZmaW5kV29yZCUzRCVFQi-VCMiU5NCVFQyVBMCU5NSVVFQiVCNiU4MCUyN-nJnc0VuZGRlU3RyJTNEJTl2ZmluZFR5cGUlM0RzaiUyN-mZpbmRDbFNlcSUzRCUyNnBhZ2U1M0QxJTl2>
8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of public health: Korea: a healthier tomorrow. OECD Publishing; 2020.

Policy Note

Results of the “Enactment of Regulations on the Establishment and Operation of the Pan-government Interagency Committee for Vaccine Introduction”

Seok-Hwa Kim , Nam-Huck Kim , Ho-Pyeong Hwang* 

Division of Vaccine Supply, Department of Healthcare Safety and Immunization, Korea Disease Control and Prevention Agency, Cheongju, Korea

ABSTRACT

Objectives: This study aims to describe the legal basis and operational framework of a pan-government interagency committee that supports the introduction of vaccines during emerging infectious disease pandemics and examine the institutional implications of the Prime Minister’s directive.

Methods: As a policy report on regulatory enactment, we reviewed the key provisions of the “Regulations on the Establishment and Operation of the Pan-government Interagency Committee for Vaccine Introduction,” enacted on January 7, 2026, after inter-ministerial consultations, public notice, and legal review.

Results: The directive states that when a crisis alert of “Alert” or higher is issued under the Framework Act on the Management of Disasters and Safety, an interagency committee is convened within the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Chaired by the KDCA Commissioner, senior officials from relevant ministries coordinate for vaccine supply planning, regulatory information sharing, global supply monitoring, and ministry-specific action plans. The directive also provides for a working-level committee, interagency cooperation requests, and consultation with external experts.

Conclusions: By formalizing interministerial coordination for vaccine introduction, the directive creates an institutional platform that can support sustained preparedness and policy continuity in future infectious disease emergencies.

Key words: Pandemic preparedness; Immunization program administration; Intersectoral collaboration and legislation; Public health governance; Pandemic emergency preparedness

*Corresponding author: Ho-Pyeong Hwang, Tel: +82-43-719-6810, E-mail: innasaco@korea.kr

Introduction

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic highlighted that securing vaccines is a key element of national infectious disease control strategy [1]. In the context of a global supply imbalance, vaccine procurement capacity became

closely linked to social and economic recovery, raising the need for pan-government collaboration [2].

However, the previous pan-government vaccine introduction task force operated as a temporary organization without a legal basis. After the Korea Centers for Disease Control and Prevention was reorganized into the Korea Disease Control

Key messages

① What is known previously?

Early in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, a temporary, legally unsupported whole-of-government system faced difficulties in interministerial coordination.

② What new information is presented?

Established on January 7, 2026, within the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA), the Pan-government interagency committee regulation provides an institutional framework for coordinating vaccine procurement.

③ What are the implications?

This decree establishes interagency consultation structures for vaccine procurement, supporting consistent policy coordination and administrative response during national crises.

and Prevention Agency (KDCA) in September 2020, institutional constraints remained in inter-ministerial role coordination and decision-making structures, including delays in vaccine contract negotiations caused by unclear jurisdictional boundaries with the Ministry of Health and Welfare (MOHW). These experiences highlighted the need to institutionally clarify a pan-government cooperation framework for vaccine introduction in the event of emerging infectious disease (Disease X) crises.

In the contemporary administrative environment, policies are not confined to a single sector but are closely interconnected across multiple sectors, and the boundaries between policy areas are becoming increasingly blurred. In this context, the institutionalization of inter-ministerial coordination mechanisms has been identified as a key factor in ensuring policy

effectiveness [3-5].

Accordingly, the KDCA promoted the enactment of a Prime Minister's directive to clarify the consultation structure related to vaccine introduction, and this report examines the main contents and institutional implications of the "Regulations on the Establishment and Operation of the Pan-government Interagency Committee for Vaccine Introduction," which came into effect on January 7, 2026 [6].

Methods

From August 2024, through prior consultations with relevant ministries, including the Office for Government Policy Coordination (OPC), the roles of each ministry were established and a draft directive was prepared in October 2024. In November 2024, a public notice of administrative rulemaking was issued to collect opinions from relevant ministries, including the Ministry of the Interior and Safety and the Ministry of Food and Drug Safety (MFDS), as well as expert groups, and a coordination process was undertaken to prevent overlap with the inherent authority of the MFDS, which is responsible for vaccine approval and authorization. Subsequently, following review by the Ministry of Government Legislation and approval by the Prime Minister, the Prime Minister's directive was finally enacted and came into effect on January 7, 2026.

This report falls under the category of "enactment and amendment of laws and regulations" in the KDCA policy report guidelines.

Results

1. Provisions on the Establishment Requirements and Functions of the Committee (Article 2)

This directive provides that, when a crisis alert level of “Alert” or higher is issued pursuant to Article 38(2) of the Framework Act on the Management of Disasters and Safety due to the spread of an infectious disease, a committee shall be established within the KDCA to deliberate on matters related to vaccine introduction and utilization.

The matters for deliberation include the following: establishment and coordination of supply plans, including vaccine quantities and schedules; sharing of information related to vaccine approval and authorization; monitoring of global supply trends; and consultation and coordination of ministry-specific implementation plans related to vaccine introduction. Moreover, flexibility in operation was ensured by allowing agenda items deemed necessary by the Commissioner of the KDCA to be submitted.

2. Composition and Operational Structure of the Committee (Article 3)

The committee consists of up to nine members, including one chairperson, and the Commissioner of the KDCA serves as the chairperson. Members include senior officials from relevant central administrative agencies, including the Ministry of Foreign Affairs (MOFA), the MOHW, the Ministry of Planning and Budget (MPB), the OPC, and the MFDS.

For the administrative processing of the committee, one secretary is designated, and the Director General for Medical Safety and KDCA is assigned to this role.

3. Establishment and Functions of the Working-level Committee (Article 4)

A working-level committee is established to review in advance the matters to be deliberated by the committee, and the working-level committee is composed of the Vice Commissioner of the KDCA as the chairperson and director-level officials from relevant ministries.

For the administrative processing of the working-level committee and to support the work of the higher-level committee, one secretary is designated and the Director of the Vaccine Supply Division of the KDCA is assigned to perform this function.

4. Requests for Cooperation from Relevant Institutions and Seeking Expert Opinions (Article 5)

The directive provides that, where necessary in the course of operating the committee, requests may be made for the secondment or concurrent appointment of officials from relevant institutions, or for seeking expert opinions from experts possessing specialized knowledge and experience. It also establishes a basis for requesting the submission of materials or the presentation of opinions from relevant institutions and organizations.

Discussion

The enactment of this directive is of policy significance in that it formalizes the inter-ministerial consultation structure related to vaccine introduction as a Prime Minister’s directive, thereby transforming vaccine introduction activities from responses at the level of individual ministries to an integrated

management system at the pan-government level [7]. Given the nature of vaccine policy, which requires multi-ministerial cooperation such as budget securing (MPB), diplomatic cooperation (MOFA), and expedited approval (MFDS), institutionalized governance is considered to contribute to enhancing the speed of decision-making and policy consistency in crisis situations. Furthermore, the dual operation of the committee and the working-level committee, and the establishment of a basis for seeking expert opinions, are evaluated as mechanisms that complement the system by enhancing the completeness of decision-making and the speed of implementation through a multi-layered policy review process in crisis situations. Regarding this, previous studies have reported that, in policy areas involving multiple ministries, formal coordination structures and information-sharing systems affect the stability of policy implementation [3,5]. In addition, the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) public health policy review identifies the strengthening of inter-ministerial coordination mechanisms at the central government level as a key task for enhancing preparedness for infectious disease crises [8].

Within this institutional framework, in the event of an infectious disease crisis, the working-level committee for vaccine introduction is first activated and conducts prior inter-ministerial consultation on key policy matters related to vaccine introduction, including the quantities and timing of vaccine introduction, contract modalities, budget securing measures, and approval and authorization schedules; when a crisis alert level of “Alert” or higher is issued, the pan-government inter-agency committee for vaccine introduction conducts a final review of the agenda items of the working-level committee and carries out decision-making at the pan-government level. This

consultation structure enables matters that are difficult to implement at the level of individual ministries to be coordinated in an integrated manner at the pan-government level and is considered to contribute to enhancing the decision-making speed for vaccine introduction and the consistency of policy implementation in crisis situations.

However, how this system operates in actual crisis situations needs to be evaluated through future operational cases.

This directive is expected to be utilized as an institutional basis for pan-government cooperation related to vaccine introduction in the response to emerging infectious diseases that may occur in the future.

Declarations

Ethics Statement: Not applicable.

Funding Source: None.

Acknowledgments: None.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Author Contributions: Conceptualization: SHK. Investigation: SHK, NHK. Methodology: SHK, NHK. Project administration: SHK, HPH. Resources: SHK. Supervision: HPH. Validation: NHK, HPH. Writing – original draft: SHK. Writing – review & editing: NHK, HPH.

References

1. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). 2020–2021 KDCA white paper [White paper]. KDCA; 2022.
2. World Health Organization (WHO). Immunization Agen-

- da 2030: a global strategy to leave no one behind. WHO; 2020.
3. Rhee W. Inter-ministerial policy coordination for digital content technology development: Korean and Japanese cases. *STI Policy Rev* 2014;5:96-121.
4. Korea Institute of Public Administration (KIPA). Agenda for vitalizing inter-ministerial collaboration. KIPA; 2024.
5. Saner R, Toseva G, Atamanov A, Mogilevsky R, Sahov A. Government governance (GG) and Inter-ministerial Policy Coordination (IMPC) in Eastern and Central Europe and Central Asia. *Public Organ Rev* 2008;8:215-31.
6. Prime Minister's Directive No. 910: Regulations on the establishment and operation of a pan-government inter-agency committee for vaccine introduction; 2026. Available from: [https://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EB%B0%B1%EC%8B%A0%EB%8F%84%EC%9E%85%EB%B2%94%EC%A0%95%EB%B6%80%ED%98%91%EC%9D%98%EC%B2%B4%EC%84%A4%EC%B9%98%EB%B0%8F%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B7%9C%EC%A0%95/\(00910,20260107\)](https://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/%EB%B0%B1%EC%8B%A0%EB%8F%84%EC%9E%85%EB%B2%94%EC%A0%95%EB%B6%80%ED%98%91%EC%9D%98%EC%B2%B4%EC%84%A4%EC%B9%98%EB%B0%8F%EC%9A%B4%EC%98%81%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B7%9C%EC%A0%95/(00910,20260107))
7. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA) Press Release (January 7 2026). Establishment of legal basis for all-government efforts to ensure rapid vaccine introduction during a novel infectious disease pandemic. [cited 2026 Jan 7]. Available from: <https://www.kdca.go.kr/kdca/2847/subview.do?enc=Zm5jdDF8QEB8JTJGYmJzJTJGa2RjY-SUyRjQxJTJGMzA5NjE2JTJGYXJ0Y2xWaWV3LmRvJTNGcGFzc3dvcmQlM0QlMjZyZ3NCZ25kZVN0ciUzRCUyNmZpbmRPaG53cmQlM0QlMjZmaW5kV29yZCUzRCVFQi-VCMiU5NCVFQyVBMCU5NSVFQiVCNiU4MCUyN-nJnc0VuZGRlU3RyJTNEJTI2ZmluZFR5cGUlM0RzaiUyN-mZpbmRDdFnlcSUzRCUyNnBhZ2UIM0QxJTI2>
8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of public health: Korea: a healthier tomorrow. OECD Publishing; 2020.

나트륨 섭취량 추이, 2016-2024년

2024년 나트륨 섭취량은 전체 3,075.2 mg, 남자 3,573.3 mg, 여자 2,554.6 mg으로 전년과 유사했다(그림 1). 성별에 따른 차이를 살펴보면 남자가 여자보다 섭취량이 높았고, 연령별로는 40대와 50대에서 가장 높은 섭취량을 보였다(그림 2).

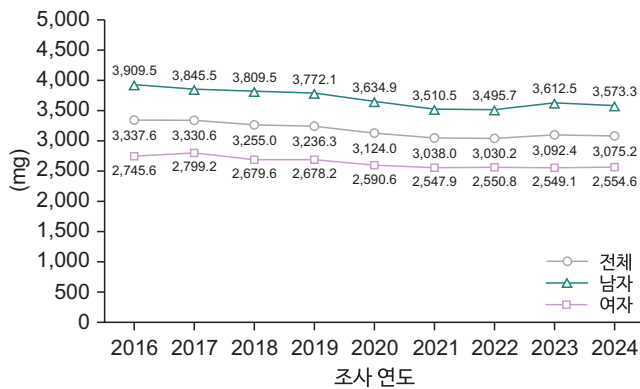


그림 1. 나트륨 섭취량 추이, 2016-2024년

*그림 1의 연도별 섭취량은 2005년 추계인구로 연령표준화

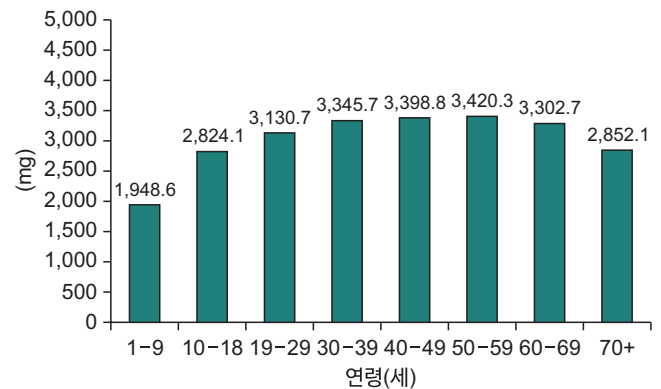


그림 2. 연령별 나트륨 섭취량, 2024년

출처: 2024년 국민건강통계, <https://knhanes.kdca.go.kr/>

작성자: 질병관리청 만성질환관리국 건강영양조사분석과 김혜음

QuickStats

Trends in Intake of Sodium, 2016–2024

In 2024, the overall average daily sodium intake was 3,075.2 mg, with 3,573.3 mg for men and 2,554.6 mg for women, similar to the previous year (Figure 1). Men consumed more sodium than women. By age group, the highest intake was observed among individuals in their 40s and 50s (Figure 2).

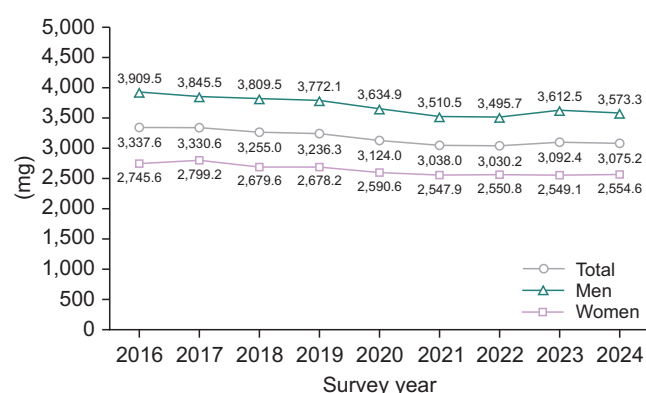


Figure 1. Trends in intake of sodium, 2016–2024

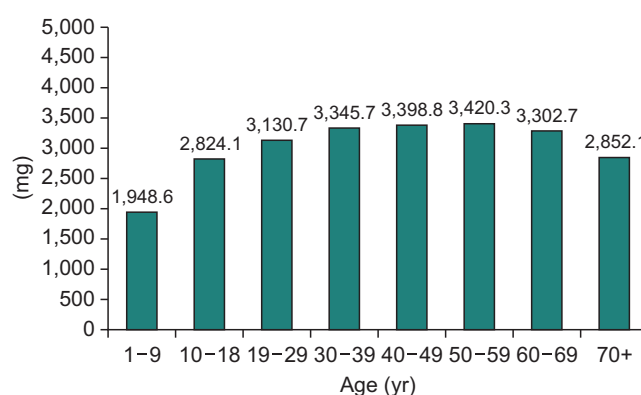


Figure 2. Sodium intake by age groups, 2024

*Sodium intake in Figure 1 was calculated using age- and sex-specific structures of the estimated population in the 2005 Korea Census.

Source: Korea Health Statistics 2024, Korea National Health and Nutrition Examination Survey, <https://knhanes.kdcd.go.kr/>

Reported by: Hye Yoom Kim , Division of Health and Nutrition Survey and Analysis, Department of Chronic Disease Prevention and Control, Korea Disease Control and Prevention Agency