

OPEN

공공누리



출처표시
상업용금지

발간등록번호

11-1240245-000014-10

Population

Family &
Household

Health

Education

Labor

Income &
Consumption

Culture &
Leisure

Housing &
Transportation

Environment

Safety

Social Cohesion

한국의 사회동향

Korean Social Trends 2020
<http://sri.kostat.go.kr> 2020



통계청
통계개발원

건강 영역의 주요 동향

조병희 (서울대학교)

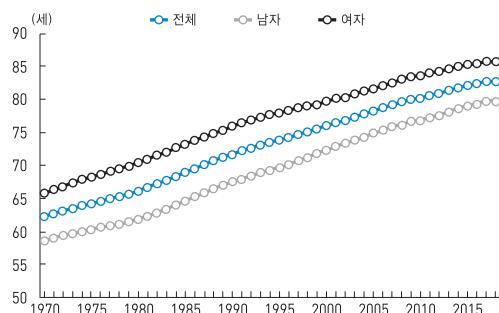
- 한국인의 기대수명과 건강수명은 OECD 선진국 국민들과 대등하거나 양호한 수준이다.
- 감염병 발생이 증가하는 추세이다.
- 고혈압과 당뇨병의 발생이 꾸준히 증가하고 있고 암과 자살은 감소세로 돌아섰다.
- 흡연율은 완만하게 하락하고 있지만 아직 높은 수준이며, 남성의 비만율이 상승하고 있다.
- 국민의 의료이용 빈도가 높고 경상의료비 증가 속도도 빠르다.
- 암 치료 성과는 우수한 반면 지역사회 질병관리가 취약하여 병원에 입원하는 경우가 많다.

건강과 질병

국민의 건강상태를 나타내는 기본적 지표로 기대수명 또는 ‘0세에서의 기대여명’을 들 수 있다. 건강이 사회적 역할을 수행할 수 있는 기본 역량이라고 할 때, 기대수명이 길고 짧음은 사회적 역능성의 기본 수준을 나타내는 것으로 볼 수 있다. 한국인의 기대수명은 1970년 62.3세에서 지속적으로 상승하여 2017년에는 82.7세가 되었는데, 2018년에는 82.7세로 정체되었다 (그림 Ⅲ-1). 기대수명의 상승 추세가 멈춘 것은 인구 고령화에 따른 사망률 증가 등이 작용한 결과로 보인다. OECD 국가들의 기대수명은 미국 78.7세, 영국 81.3세, 네덜란드 81.9세, 프랑스 82.8세, 독일 81.0세, 이탈리아 83.4세 등의

건강 영역의 주요 변화는 국민의 건강상태와 건강행태 그리고 보건의료체계로 나누어 살펴볼 수 있다. 우선 건강상태 영역에서는 기대수명 등 사망과 유병 지표로 국민의 건강 수준을 살펴볼 것이다. 다음으로 건강행태 영역에서는 음주율이나 흡연율과 같이 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 살펴볼 것이다. 끝으로 보건의료체계 영역에서는 의료인력과 의료시설, 의료이용도 등 건강관리와 질병치료를 위한 제도적 요소들을 다룰 것이다.

[그림 Ⅲ-1] 기대수명, 1970–2018



출처: 통계청, 「생명표」, 각 연도.



분포를 보인다. OECD 국가 국민들의 평균수명이 80.7세로 우리나라가 2.0년 더 길다.

기대수명은 여자가 남자보다 길다. 남녀가 사회적으로 평등할수록 수명의 차이는 작아지는 경향이 있다. 1970년에 남녀 간에 7.1세 차이가 났고 이후 점차 감소하여 2018년에 6.0세로 줄었다. OECD 주요 국가들의 남녀 간 수명 차이는 2018년 기준 네덜란드 3.1세, 스웨덴 3.4세, 노르웨이 3.4세, 독일 4.7세, 미국 5.0, OECD 평균 5.3세, 프랑스 6.2세 등이었다.

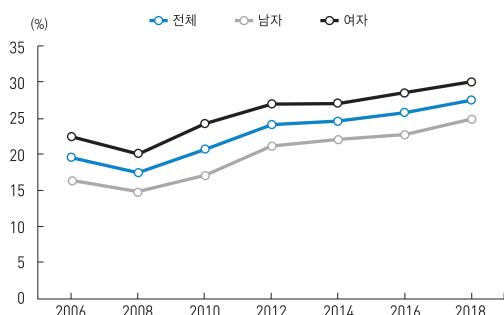
인간의 기대수명이 길어지고 있지만 노년기에 만성질환에 걸리는 노인들이 많아지면서 건강하지 못한 장수라는 역설적 상황에 직면하게 되었다. 따라서 기대수명에서 건강에 문제가 생겨 사회적 역할을 수행하지 못한 기간을 제외한 건강수명을 측정하게 되었다. 세계보건기구(WHO)가 발간하는 World Health Statistics의 2020년 보고서에 의하면, 2016년 한국인의 건강수명은 73.0세(남자 70.7세, 여자 75.1세)로 기대수명(WHO 기준 82.7세)과 약 9.7세 차이가 난다. 같은 해 일본의 건강수명은 74.8세, 독일 71.6세, 프랑스 73.4세, 영국 71.9세, 미국 68.5세 등으로 건강수명의 측면에서 한국인의 건강상태는 다른 선진국 국민들과 비교해서 대등한 수준이라고 할 수 있다.

최근 들어 삶의 질 측정에서 주관적 지표의 중요성이 높아지고 있는데, 건강 영역에서도 주관적 건강상태가 점차 중요하게 다루어지고 있다. OECD Health Statistics에 의하면 15세 이상

국민 중 자신의 건강상태가 ‘좋음’ 또는 ‘매우 좋음’이라고 응답한 비율인 주관적 건강상태는 2008년 43.7%, 2010년 37.6%, 2014년 32.5%, 2017년 29.5%로 계속 하락하다가 2018년 32.0%로 소폭 상승했다. 2018년 OECD 국가들의 주관적 건강상태의 평균은 67.9%인데 한국은 그 절반에도 미치지 못하는 수준이다. 이것은 기대수명이나 건강수명 측면에서 한국인이 양호한 건강상태를 보임에도 불구하고 심리적으로는 상당한 건강 불안감을 가지고 있음을 시사한다. 통계청 「사회조사」의 주관적 건강 평가에서는 2018년 48.7%가 ‘좋다’고 응답하였는데, 이 역시 과반에는 미치지 못한다.

질병상태는 유병률로 측정한다. 통상 조사 시점 이전 2주 동안 질병상태를 경험한 사람들의 비율을 의미하는 ‘2주간 유병률’이 사용된다. 지난 10여 년간 2주간 유병률은 10% 후반대에서 20% 중반대까지 상승하였다. 2018년의 2주간

[그림 III-2] 2주간 유병률, 2006~2018



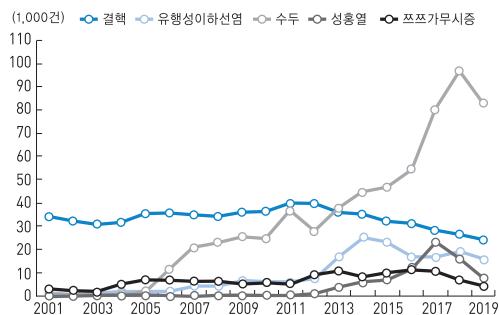
주: 1) 유병률은 0세 이상 인구 중 조사시점 기준 지난 2주 동안 질병이나 사고로 아팠던 적이 있었다고 응답한 사람들의 비율임.

출처: 통계청, 「사회조사」, 각 연도.

유병률은 27.5%였고, 아파서 누워있었던 와병일 수는 0.5일이었다. 여자의 유병률이 남자보다 일관되게 높다(그림 III-2). 한편, 19세 이상 성인 중 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활과 사회활동에 제한을 받은 사람들의 비율, 즉 활동제한율은 2018년 기준 5.2%이다.

감염병은 항생제의 발명으로 20세기 중반 이후 발생이 크게 감소되었으나 최근 다시 증가하는 추세를 보인다. 국내 주요 감염성 질환의 발생 건수(신고건수)을 살펴보면 오랫동안 높은 발생률을 보이던 결핵이 최근에 감소하는 추세를 보인다. 반면 수두, 유행성이하선염, 성홍열, 쯔쯔가무시 등은 새롭게 증가하고 있다(그림 III-3). 최근 신종감염병이 몇 년 간격으로 유행을 하고 있다. 2009년 신종플루(신종인플루엔자 A)와 2015년 메르스(MERS)에 이어서 2020년에는 코로나19(COVID-19)가 유행하였다. 해외에서는 2014년 에볼라(Ebola), 2015년 지카바이러스

[그림 III-3] 주요 감염성 질환 발생 건수, 2001~2019



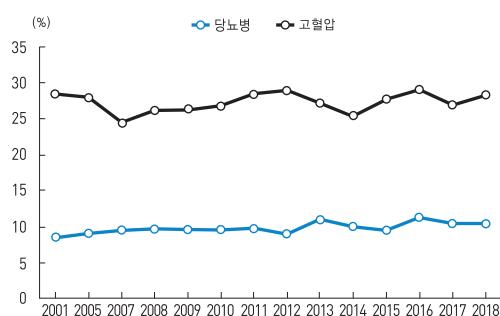
주: 1) 국가감염병감시체계를 통하여 보고된 감염병환자 발생신고를 기초로 집계됨.

출처: 질병관리청, 「감염병감시연보」, 각 연도.

(Zika), 2018년 라임병(Lyme) 등도 유행한 바 있다. 사회경제적 이동증가, 기후변화 등으로 바이러스의 서식 환경이 변화한 것이 최근의 잦은 팬데믹의 원인으로 추정된다.

다음으로 주요 만성질환의 유병률을 살펴보자. 한국인은 만성질환 중 대사성 질환인 고혈압과 당뇨병 유병률이 상당히 높은 수준이다. 30세 이상 인구의 고혈압 유병률은 2001년 28.5%에서 증감을 반복하는 양상인데, 2012년 28.9%까지 높아진 후 2014년 25.4%로 낮아졌다가 2018년 28.3%로 나타났다. 30세 이상 인구의 당뇨병 유병률은 2001년 8.5%, 2005년 9.1%, 2013년 11.0%, 2015년 9.5%, 2016년 11.3%, 2018년 10.4%로 증감을 반복하고 있다(그림 III-4). 30세 이상 성인의 약 1/3 이상이 고혈압이나 당뇨

[그림 III-4] 당뇨병 및 고혈압 유병률, 2001~2018



주: 1) 당뇨병 유병률은 만 30세 이상 인구 중 공복혈당이 126mg/dL 이상 이거나 의사진단을 받았거나 혈당 강하제 복용 또는 인슐린 주사를 투여 받고 있는 인구의 비율임.

2) 고혈압 유병률은 만 30세 이상 인구 중 수축기혈압이 140mmHg 이상 이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압약물을 복용하고 있는 인구의 비율임.

3) 각 유병률은 2005년 주체인구를 기준으로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2018 국민건강통계」, 2019.

병을 가지고 있다. 비만은 몸무게를 키의 제곱으로 나눈 값인 체질량지수(Body Mass Index, BMI)로 측정한다. 국내에서는 BMI 25 이상, 서양에서는 30 이상일 경우 비만으로 규정한다. 2017년 기준 성인의 당뇨병 유병률은 한국이 6.8%로 OECD 국가 평균 6.4%를 약간 상회한다.

당뇨병은 과도한 영양섭취와 신체활동 부족에 의한 에너지 소모 감소, 그로 인한 비만의 영향이 큰 것으로 알려져 있는데 결국 식이조절과 운동 등으로 ‘예방 가능한 질병’으로 간주된다. 이러한 기본적인 건강관리가 충실히 이루어지지 않음으로써 당뇨환자가 증가하는 것으로 생각된다.

암 발생은 계속 증가하다가 최근 감소세로 돌아섰다. 국립암센터의 「2017년 국가암등록통계」에 의하면, 인구 10만 명당 새로 보고된 암 환자 수, 즉 암 조발생률은 2001년 234.3명에서 2005년 302.3명, 2010년 417.3명, 2012년 453.1명으로 높아졌다가 이후 감소와 증가를 반복하면서

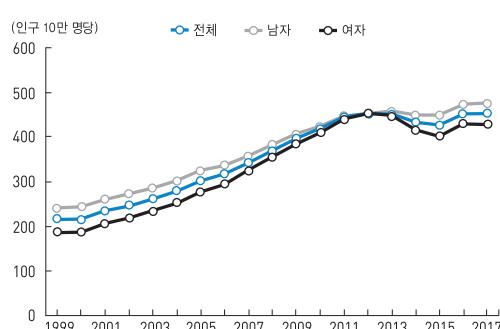
2017년에 453.4명이 되었다.

국제 암 통계에서는 ‘기타 피부암’이 제외된다. 2018년 OECD 통계에 의하면 OECD 평균 암 발생률은 301명이고 한국은 314명으로 약간 높은 편이다. 멕시코 143명, 칠레 196명, 브라질 217명 등 중진국의 암 발생률은 낮은 편이고, 호주 468명, 아일랜드 374명, 미국 352명, 프랑스 344명 등 선진국들이 상대적으로 높은 암 발생률을 보이고 있다.

정신건강 지표로 스트레스 인자율이 있다. 일상생활에서 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 사람들의 비율을 나타내는 스트레스 인자율은 2007년 27.1%에서 2009년 31.5%로 높아진 후 2013년 24.4%, 2015년 31.0%, 2018년 29.1%로 증감을 반복하고 있다(그림 III-6). 성별로는 여자가 남자보다 일관되게 높다. 통계청의

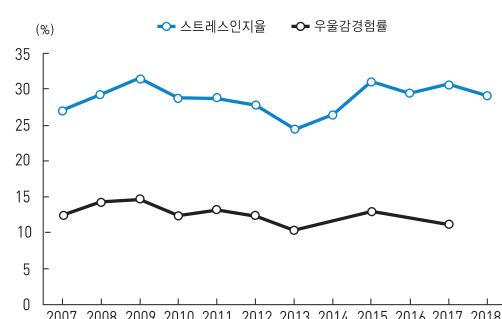
[그림 III-6] 스트레스 인자율과 우울감 경험률, 2007–2018

[그림 III-5] 암 조발생률, 1999–2017



주: 1) 암 조발생률은 해당 인구집단 인구 10만 명당 신규 암환자 수임.
인구는 2000년 주민등록연령인구 기준임.

출처: 국립암정보센터, 「국가암등록통계자료」, 2019.



주: 1) 스트레스 인자율은 만 19세 이상 인구 중 평소 일상생활에서 스트레스를 ‘대단히 많이 느낀다’ 또는 ‘많이 느끼는 편이다’라고 응답한 사람들의 비율임. 2005년 주체인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임.

2) 우울감 경험률은 만 19세 이상 인구 중 최근 1년 이내에 2주 이상 연속하여 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 분율임. 2014년, 2016년, 2018년에는 조사되지 않았음.

출처: 질병관리청, 「국민건강통계」, 각 연도.

2018년 「사회조사」 결과를 보면 가정생활로 인한 스트레스 경험자가 40.8%, 직장 스트레스 경험자 71.8%, 일상생활 스트레스 경험자 54.4%로 다수의 한국인이 생활현장 곳곳에서 스트레스를 겪고 있었다.

과거 2주 이상 연속적으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 분율로 측정하는 우울감 경험률은 2007년 12.5%, 2009년 14.7%, 2011년 13.2%, 2013년 10.2%, 2017년 11.2%로 증감을 반복하고 있다. 남자 9.1%, 여자 13.4%로 여자가 우울감을 더 많이 경험하고 있다.

유병과 함께 사망은 건강상태의 단면을 보여주는 핵심 지표이다. 〈표 III-1〉은 사망원인별 인구 10만 명당 사망자 수를 보여준다. 총 사망률은 1995년 532.1명에서 계속 감소하여 2000년대 후반 500명 이하로 떨어졌다가 2010년부터 다시 증가하여 2019년 574.8명을 기록하였다. 인구 고령화로 노인 사망은 증가하고 신생아 출산이 감소하면서 인구의 사망률이 높아지는 것으로 보인다. 남자 사망률은 626.0명, 여자 사망률은 523.9명으로 남자가 여자보다 1.19배 높다.

사망원인으로는 암이 1위이고 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환, 자살 등이 그 다음을 차지한다. 암에 의한 사망은 1995년 인구 10만 명당 110.5명에서 2019년 158.2명으로 증가하였다. 암 사망률은 폐암, 간암, 대장암, 위암 등의 순으로 높다. 심장 질환과 뇌혈관 질환 등 순환기

계 질환에 의한 사망은 1995년 138.9명에서 2009년 109.2명까지 감소하였고, 이후 2018년 까지 서서히 증가하다가 2019년에는 다소 감소한 117.4명이 되었다. 호흡기계 질환에 의한 사망은 1995년 24.4명에서 꾸준히 증가하여 2019년 71.4명이 되었다. 이러한 호흡기계 질환 사망의 증가에는 폐렴에 의한 사망이 지속적으로 증가한 데 따른 것이다. 한편, 사고와 손상에 의한 외인 사망은 1995년 75.9명에서 점차 감소하여 2019년 53.1명이 되었다. 외인 사망 중 운수사고 사망은 1995년 38.7명에서 2019년 8.2명으로 크게 감소하였다. 반면, 자살은 1995년 10.8명에서 2011년 31.7명까지 증가한 후 2017년 24.3명까지 감소했다가 최근 다시 증가하여 2019년 26.9명이 되었다. OECD 통계에 의하면 2019년 OECD 국가들의 자살률 평균이 11.3명인데 우리나라의 자살률은 24.6명으로 아직 월등하게 높은 수준을 보이고 있다.

〈표 III-1〉 사망원인별 사망률, 1995~2019

	1995	2000	2005	2010	2015	2019
전체	532.1	523.3	505.1	512.0	541.5	574.8
악성신생물(암)	110.5	122.4	134.6	144.4	150.8	158.2
내분비질환	18.8	25.0	25.6	22.3	22.9	18.5
순환기질환	138.9	123.8	116.5	112.5	116.9	117.4
호흡기질환	24.4	34.0	29.4	37.1	54.6	71.4
소화기질환	39.2	31.5	23.2	22.2	23.0	23.3
외인사망	75.9	61.2	63.9	65.4	56.5	53.1
운수사고	38.7	25.5	16.4	13.7	10.9	8.2
자살	10.8	13.7	24.8	31.2	26.5	26.9

주: 1) 사망률은 인구 10만 명당 사망자수임.

출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.



성별 사인을 살펴보면 남녀 모두 사인 1순위가 암인데 암 사망률은 남자(남자 인구 10만 명당 196.3명)가 여자(여자 인구 10만 명당 120.2명)보다 월등하게 높다. 남자는 상대적으로 자살, 간 질환, 만성 하기도 질환 사망률이 높고 여자는 알츠하이머, 고혈압 사망률, 패혈증 사망률이 더 높다.

세대별 사인을 살펴보면 1~9세에서는 암과 운수사고, 10~30대는 자살, 암 등이 주요 사인이며, 40대와 50대는 암과 자살, 60대 이상은 암과 심장 질환이 주요 사인이 된다. 자살과 암은 전 세대에 걸쳐서 가장 중요한 사인이 되고 있음을 알 수 있다.

건강행태

만성질환은 흔히 ‘생활습관 병’이라고 할 만큼 흡연이나 음주와 같은 생활습관의 영향을 많이 받는다. 한국 성인의 흡연율은 2018년 22.4%로 점차 감소하는 추세에 있다(표 III-2). 남자 36.7%, 여자 7.5%로 남녀격차가 크다. 여기에서 흡연율은 ‘매일 흡연자’와 ‘가끔 흡연자’를 합한 수치이다. 2018년 기준 OECD 국가들의 흡연인구(15세 이상 인구 중 매일 흡연자) 비율은 평균 18.0%인데, 같은 기준으로 산출한 한국의 흡연 인구 비율은 17.5%이다. 한국의 흡연율이 상대적으로 낮은 것은 청소년과 여성 흡연을 부정적으로 인식하는 사회적 상황 때문으로 보인다. OECD 국가들의 남녀 평균 흡연율은 각각

22.4%와 14.0%인데, 한국의 남녀 흡연율은 각각 30.5%와 4.5%이다. OECD 국가들은 흡연율 자체가 낮고 남녀 간 차이도 작은 반면, 한국은 흡연율이 상대적으로 높고 남녀 간 차이도 크다.

성인의 (월간)음주율은 큰 변화 없이 60%대를 유지하고 있다. 성별로 보면, 2018년 기준 남자 70.5%, 여자 51.2%로 흡연과 달리 여자들도 음주하는 경우가 많다(표 III-2). 음주로 인한 건강 위험은 음주횟수와 음주량을 모두 고려하여 측정한다. 「국민건강영양조사」에서는 1회 음주량이 7잔(소주 1병 분량) 이상이고 주 2회 이상 음주하는 경우를 고위험 음주로 규정하는데, 이 기준으로 측정한 고위험 음주율은 2018년 남자 20.8%, 여자 8.4%로 나타났다. 여성들의 음주율과 고위험 음주율이 모두 증가하는 추세를 보인다. 국제적으로는 알코올 섭취량으로 음주 수

〈표 III-2〉 성별 성인 흡연율과 음주율, 2005~2018

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	(%)
흡연율								
전체	28.8	25.3	27.3	27.1	24.1	22.6	22.4	
남자	51.7	45.1	47.0	47.3	42.2	39.4	36.7	
여자	5.7	5.3	7.1	6.8	6.2	5.5	7.5	
음주율								
전체	54.6	57.3	59.4	60.7	60.2	60.6	60.6	
남자	72.6	73.5	75.8	77.7	75.3	75.2	70.5	
여자	37.0	41.5	43.4	44.2	45.7	46.5	51.2	

주: 1) 흡연율은 만 19세 이상 인구 중 평생 담배 5갑 이상 피웠고, 현재 담배를 피우고 있는 인구의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임.

2) 음주율은 만 19세 이상 인구 중 조사시점 기준 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 적이 있는 인구의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2018 국민건강통계」, 2019.

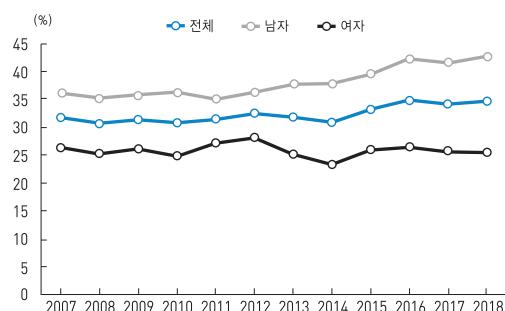
준을 측정한다. 2018년 기준 한국의 1인당 알코올 소비량은 8.5ℓ인데, 이는 OECD 국가 평균인 8.8ℓ에 약간 못 미치는 수준이다.

비만은 심장 질환이나 당뇨병 등의 발생에 영향을 미치는 요인으로 알려져 있다. 비만은 보통 키와 몸무게의 비인 체질량지수(BMI)로 측정하는데, 한국에서는 BMI가 25 이상이면 비만으로 분류한다. 한국인의 비만율은 1998년 26.0%에서 계속 상승하여 2016년 34.8%가 되었고 2018년에는 34.6%를 나타내고 있다(그림 III-7).

2018년의 비만율은 남자 42.8%, 여자 25.5%로 남자가 월등하게 높다. 남자의 비만율은 지속적으로 상승하는 추세를 보이고 있는 반면 여자의 비만율은 25% 내외를 유지하고 있다.

국제 통계에서는 BMI 30 이상을 비만으로 규정하는데, 이 기준으로 보면 한국의 비만율은 2018년 5.9%로 OECD 국가 평균 24.4%에 비해 크게 낮은 수준이다.

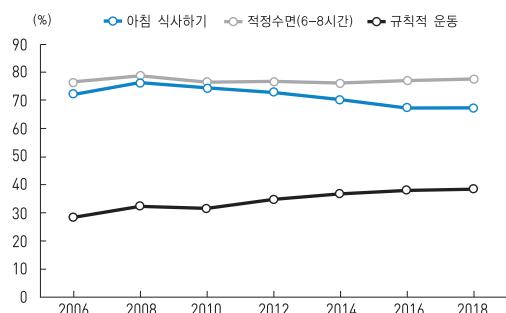
[그림 III-7] 성별 성인 비만율, 2007–2018



주: 1) 비만율은 만 19세 이상 인구 중 체질량지수(BMI) $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상인 인구의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임.
출처: 질병관리청, 「2018 국민건강통계」, 2019.

최근 건강에 대한 관심이 높아지면서 건강증진을 실천하는 사람들도 증가하는 경향을 보인다. 통계청 「사회조사」에 의하면 아침식사 실천율은 2008년 76.2%로 가장 높았다가 이후 계속 감소하여 2018년에는 67.3%로 낮아졌다. 하루 6~8시간 간 적정수면 실천율은 큰 변화 없이 77% 내외를 유지하고 있다. 규칙적 운동 실천율은 2006년 28.3%에서 계속 증가하여 2018년에는 38.3%로 높아졌다(그림 III-8). 아침식사는 초졸 이하 86.2%, 대졸 이상 61.1%로 학력이 낮을수록 많이 한다. 반면 규칙적 운동은 초졸 이하 34.2%, 대졸 이상 41.7%로 학력이 높을수록 많이 하는 것으로 나타났다. 적정수면은 학력 간 차이가 없었다.

[그림 III-8] 아침식사, 적정수면 및 규칙적 운동 실천율, 2006–2018



주: 1) 각 실천율은 만 13세 이상 인구(2010년 이전은 만 15세 이상) 중 해당 건강관리행동을 평소 실천하는 편이라고 응답한 사람들의 비율임.
출처: 통계청, 「사회조사」, 각 연도.

보건의료체계

보건의료체계는 보건의료 인력과 시설이 기본적인 구성요소가 된다. 보건의료인력은 의사 수



와 간호사 수로 측정할 수 있다. 인구 10만 명당 전체 의료인 수는 2000년 578명에서 2018년 1,128명으로 증가하였다. 인구 10만 명당 의사 수는 2000년 154명에서 2018년 239명으로 늘어났다. 같은 기간 인구 10만 명당 간호사 수도 341명에서 765명으로 증가하였다(표 III-3).

〈표 III-3〉 인구 10만 명당 의료인 수, 2000–2018

	(명)				
	2000	2005	2010	2015	2018
면허 의료인					
전체	578	715	857	1,010	1,128
의사	154	177	205	227	239
간호사	341	443	545	664	765
활동 의료인					
의사	130	163	198	224	239
간호사	298	384	461	594	724

주: 1) 전체 면허 의료인 수는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사 등을 포함함.

2) 활동의사 수와 활동간호사 수는 OECD 기준임.

출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도.

통계청, 「장래인구추계」, 2019.

OECD, *OECD Health Statistics 2019*, 2019.

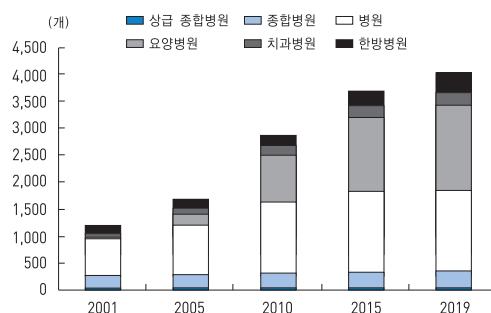
의사인력이 증가하였지만 아직 선진국 수준에는 이르지 못하고 있다. 실제 환자 진료에 임하는 임상의사(practicing physicians)를 기준으로 비교하면, 2018년 기준 한국의 인구 10만 명당 임상의사 수는 239명으로 OECD 국가 평균 352명보다 훨씬 적다. 간호사는 의사보다 더 부족하다. 2018년 기준 OECD 국가들의 인구 10만 명당 임상간호사 수는 평균 877명인데, 한국은 724명에 불과하다. 의료인력의 부족은 인력 분포의 지역적 불균등을 초래할 수 있고, 의사

와 간호사의 업무 과부담을 초래하여 결과적으로 의료의 질을 떨어뜨릴 수도 있다.

의료시설을 나타내는 지표로는 의료기관 수와 병상 수가 있다. 병원은 30병상 이상의 시설을 갖춘 의료기관을 말한다. 규모로는 수천 병상의 상급종합병원도 있고, 기능적으로는 일반 병원 이외에 정신병원이나 결핵병원, 요양병원도 있다. 2001년에 1,194개이던 병원 수가 2010년 2,859개, 2019년 4,013개로 급격하게 증가하였다. 인구 100만 명당 병원 수는 같은 기간에 25.2개에서 77.6개로 3배 이상 증가하였다.

[그림 III-9]를 보면 상급종합병원이나 종합병원처럼 비교적 큰 규모의 병원 수는 큰 변화가 없는 반면 비교적 작은 규모의 병원들이 급격하게 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈그림 III-9〉 종별 병원 수, 2001–2019



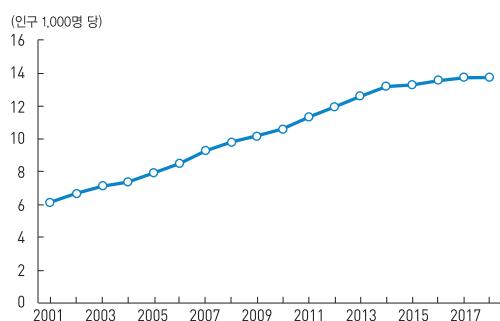
주: 1) 병원은 30병상 이상을 갖춘 의료기관으로 시설규모와 기능에 따라 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 치과병원, 한방병원 등으로 구분됨.

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「건강보험통계연보」, 각 연도.

병상 수의 경우에는 인구 1,000명당 병상 수가 2001년 6.1개에서 계속 증가하여 2018년 13.7

개로 2배 이상 증가하였다(그림 III-10). 의료기관 종류별 병상 수의 변화를 살펴보면 최근 병상 수의 증가는 주로 100~299병상 규모의 의료기관 또는 요양병원에서 두드러진 양상을 보였다.

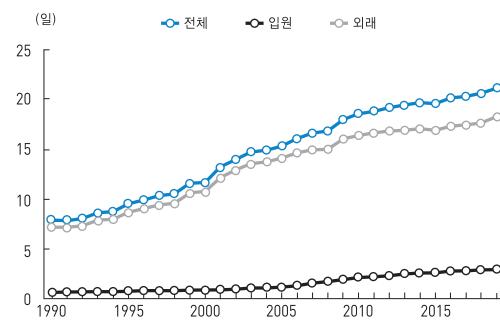
[그림 III-10] 인구 1,000명당 병상 수, 2001~2018



출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도.
통계청, 「장래인구추계」, 2019.

의료서비스 이용도 지속적으로 증가하고 있다. 국민의 의료이용 수준은 1인당 연간 의료기관 방문횟수로 파악할 수 있는데, 1990년 7.9일에서 계속 증가하여 2001년 13.2일, 2010년 18.6일, 2019년 21.2일이 되었다(그림 III-11).

[그림 III-11] 1인당 연간 의료기관 방문횟수, 1990~2019

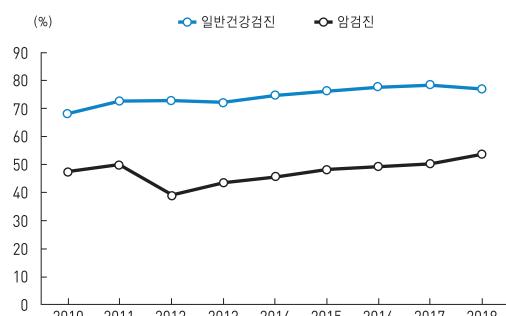


주: 1) 1인당 연간 의료기관방문횟수=연간내원일수÷연평균건강보험적용인구
출처: 국민건강보험공단, 「건강보험주요통계」, 각 연도.

국민 1인당 연 2.9일 입원하고 18.3일 외래진료를 받는 셈이다. 국제통계를 보아도 한국은 OECD 국가들 중 의사 진료(상담)횟수도 가장 많은 편인데, 2018년 기준 한국은 16.9회로 OECD 국가 평균 6.6회의 약 2.6배나 된다.

예방보건서비스 이용도 증가하는 추세를 보인다. 건강보험 제도에 따라 모든 국민은 2년마다 무료로 건강검진을 받을 수 있다. 2018년 기준 일반건강검진 수검률과 암검진 수검률은 각각 76.9%와 53.9%에 달한다. 2010년에 비해 일반건강검진 수검률은 8.8%p 상승하였고 암검진 수검률은 6.1% 상승하였다(그림 III-12).

[그림 III-12] 일반건강검진 및 암검진 수검률, 2010~2018

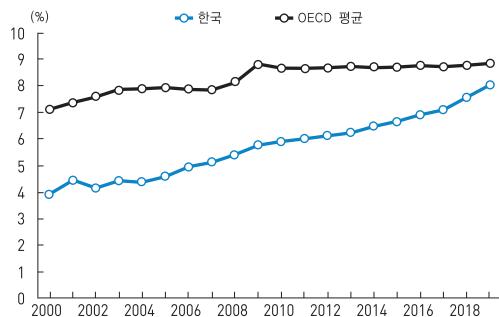


주: 1) 수검률=수검인원÷대상인원×100.
2) 일반건강검진 수검률의 경우 1차 검진 기준임.
출처: 국민건강보험공단, 「2018 건강검진통계연보」, 2019.

의료공급과 의료이용의 증가는 필연적으로 국민 의료비 지출을 증가시킨다. 경상의료비는 1990년 7조 3,000억 원에서 2019년 154조 원이 되었다. 한국은 서구 국가들에 비해 의료비 지출 규모 면에서는 적은 편이지만 증가 속도 면에서



[그림 III-13] 한국과 OECD의 GDP 대비 경상의료비 비율, 2000~2019



출처: OECD, *OECD Health Statistics 2019*, 2019.

는 매우 빠른 편이다. GDP 대비 경상의료비 비율은 2019년 기준 한국이 8.0%로 OECD 국가 평균 8.8%보다 낮다. 그렇지만 [그림 III-13]에서 볼 수 있는 것처럼 OECD 국가들의 평균 수준에 빠른 속도로 근접해 가는 것을 알 수 있다.

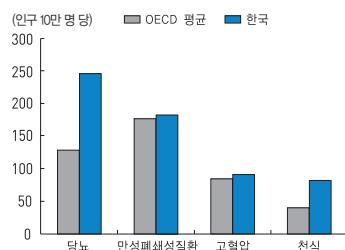
질병치료비 총액 중 건강보험에서 지불하는 급여비의 비율을 건강보험 보장률이라 한다. 이 보장률이 높을수록 국민의 개인적 부담은 감소

하게 된다. 독일, 프랑스 등 선진국의 건강보험 보장률은 대체로 80%에 육박한다. 그런데 우리나라 건강보험 보장률은 2007년에 65.0%이던 것이 2016년에 62.6%까지 낮아졌다가 2018년에 63.8%로 상승하였다. 건강보험 급여가 지속적으로 확대되어 왔음에도 건강보험 보장률이 오히려 낮아졌던 것은 주로 의료기관이 의료신기술 도입 등에 따른 비급여 서비스를 만든 데 기인한다. 문재인 케어는 이 보장률을 70%까지 높이고 자비급여 서비스를 급여화하는 정책을 말한다.

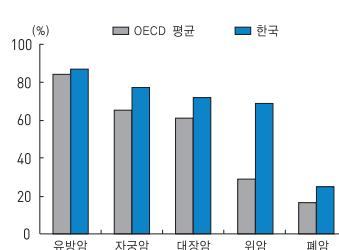
끝으로 의료제도의 성과에 대하여 알아보자. 과거에는 의사나 병원의 수가 많으면 의료체계의 성과가 좋은 것으로 생각했다. 최근에는 치료 결과 건강이 향상되었는지, 의료이용에 만족하는지 등으로 성과를 평가한다. [그림 III-14]는 OECD와 한국의 의료 질 지표를 비교한 것이다. 천식(athma), 만성폐쇄성폐질환(COPD), 고혈압, 당뇨병 등은 지역사회 수준에서도 잘 관리

[그림 III-14] 한국과 OECD의 의료의 질 지표, 2017

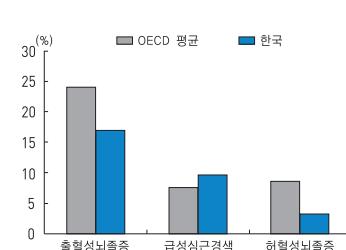
1) 만성질환 입원율



2) 암 5년 순생존율



3) 급성질환 입원환자 치명률



주: 1) 만성질환 입원율은 인구 10만 명당 해당 질환으로 입원한 환자 수임.

2) 암 5년 순생존율은 암이 유일한 사망원인인 경우 암 환자가 진단 후 5년 동안 생존할 확률임.

3) 급성질환 입원환자 치명률은 입원 시점 기준 45세 이상 급성기 환자 중 30일 이내 사망한 환자 수의 비율임.

4) 암 지표의 기준년도는 2010~2014년이고, 여타 지표의 기준년도는 2017년임.

출처: OECD, *OECD Health Statistics 2019*, 2019.

할 수 있는 병인데, 악화되어 병원에 입원한 환자 비율을 살펴보면 당뇨병과 천식 입원율은 한국이 OECD 평균보다 매우 높게 나타났고 만성 폐쇄성폐질환과 고혈압은 약간 높은 것으로 나타났다. 이러한 질병의 입원율이 높은 것은 지역 사회 수준의 질병관리가 취약함을 암시한다.

암은 상당히 중증의 질환으로 암 환자의 경우 암 진단 이후 5년 생존율이 중요한 질 지표이다. [그림 III-14]에 의하면 위암, 폐암, 대장암, 자궁암, 유방암 등에서 한국은 전반적으로 OECD 평균보다 더 높은 생존율을 보여주고 있다. 그만큼 우리나라의 암 치료 수준이 높은 것을 알 수 있다.

심근경색이나 뇌졸중은 또 다른 위중한 질환이다. 이 질환으로 병원 입원 이후 30일 이내 사망하는가의 여부가 중요한 의료의 질 지표가 된다. 심근경색의 경우에 한국은 OECD 평균보다 입원 30일 이내 사망한 환자 비율이 높은 편이다. 반면 뇌졸중의 경우에는 OECD 평균보다 입원 30일 이내 사망한 환자 비율이 낮은 것으로 나타났다.

보건의료제도의 성과는 의료이용자에 의한 의료서비스 만족도로 측정될 수 있다. 통계청 「사회조사」 결과에 따르면, 종합병원 만족도는 1999년 24.5%에서 2008년 54.1%로 상승하였고 이후 비슷한 수준으로 유지되고 있다. 2018년에는 만족 57.8%, 보통 31.6%, 불만족 10.6%로 나타난다. 의료서비스 만족도는 개선되었으나 아직 불만족한 경우가 상당수 있는 것으로 생각된다.

통계청의 2018년 「사회조사」로 파악된 의료 기관 불만족 사유를 보면, 긴 대기시간(51.5%), 비싼 의료비(49.1%), 치료결과 미흡(45.9%), 과잉 진료(35.8%), 진료 불성실(27.4%) 등이 주요 불만 요인임을 알 수 있다. 전문의료인력 부족(15.4%)이나 의료시설 낙후(10.3%) 등에 대해서는 불만이 적은 것으로 나타난다. 의료시설과 인력 같은 의료의 기본 요소에 대해서는 큰 불만이 없고, 진료대기시간이나 의료진의 태도, 치료결과, 의료비 같은 제도적 요인이 불만 요인으로 나타난 것으로 보인다.

환자들의 진료에 대한 만족도 조사는 다분히 주관적이어서 그 자체로 병원 서비스의 질적 수준을 판단하기는 쉽지 않다. 그 대안으로 최근 OECD는 '환자경험조사'를 권고하고 있다. 이것

〈표 III-4〉 OECD 주요 국가의 병원서비스에 대한 환자경험, 2018

국가	충분한 진료시간	의사설명 이해용이	의사에게 질문기회	치료방법 결정참여 (%)
한국	78.2	87.4	82.3	82.1
일본	42.1	94.2	93.3	-
이스라엘	95.7	97.0	95.3	91.8
에스토니아	87.4	86.5	88.0	80.9
포르투갈	89.7	96.3	91.6	90.9
호주	90.3	-	-	-
뉴질랜드	92.9	90.5	-	87.4
벨기에	97.5	97.7	97.7	95.2

주: 1) 각 국 만 16세 이상 환자를 대상으로 함.

2) 통계치는 조사대상자 중 진료 시 해당 항목에 대해 '그렇다'라고 응답한 환자들의 비율임.

3) 벨기에는 2013년 자료임.

출처: OECD, *OECD Health Statistics 2019*, 2019.



은 환자들이 병원에서 실제로 어떤 서비스를 경험하였는지를 묻는다. OECD 몇몇 국가들이 보고한 최근의 조사결과를 보면 한국은 여타 국가들에 비하여 환자 경험으로 측정한 만족도가 뒤처지는 편이다. 예를 들어 의사와 충분한 상담시간을 가졌는가에 대하여 유럽 국가들은 모두 우리보다 만족도가 10% 이상 높다. 의사

의 설명이 이해하기 쉬웠는가에 대해서도 비교 국가들에 비하여 낮은 만족도를 보였다. 의사에게 질문할 기회가 주어졌는지, 그리고 치료에 관련된 의사결정에 참여했는지에 대해서도 상대적으로 낮은 만족도를 보였다(표Ⅲ-4). 이러한 결과는 우리나라 의료서비스가 질적으로 개선될 필요성이 있음을 말해 준다.

