

발 간 등 록 번 호

11-1240245-000014-10



한국의 사회동향

Korean Social Trends 2021

<http://sri.kostat.go.kr>

2021



통계청

통계개발원

건강 영역의 주요 동향

조병희 (서울대학교)

- 한국인의 기대수명과 건강수명은 OECD 국가들 중에서 양호한 수준이다.
- 코로나19의 대유행에서 한국은 매우 양호한 방역 성과를 얻었다.
- 비만과 당뇨병, 암이 꾸준히 증가하고 있다.
- 흡연율은 완만하게 하락하고 있다.
- 국민의 의료이용 빈도가 높고 경상의료비 증가 속도도 빠르다.

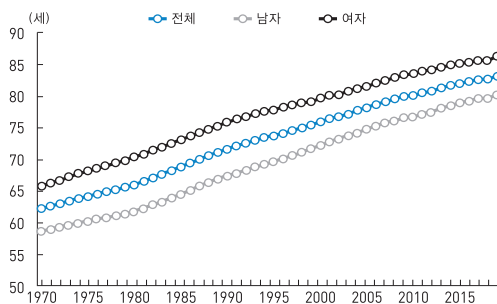
건강 영역의 주요 변화는 국민의 건강상태와 건강행태 그리고 보건의료체계로 나누어 살펴볼 수 있다. 우선 건강상태 영역에서는 사망과 유병 지표로 국민의 건강 수준을 살펴볼 것이다. 다음으로 건강행태 영역에서는 음주율이나 흡연율과 같이 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 살펴볼 것이다. 끝으로 보건의료체계 영역에서는 의료이용도와 의료서비스 만족도 등 의료제도와 관련된 요소들을 다룰 것이다.

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 2019년에 83.3세가 되었다(그림 Ⅲ-1). 우리나라는 OECD 국가들 중에서 일본(84.4세), 스위스(84.0세), 스페인(83.9세), 이탈리아(83.6세) 다음으로 기대수명이 길다. 한국은 2003년에 OECD 평균 기대수명에 도달하였고, 이후 기대수명이 더 길어졌다.

[그림 Ⅲ-1] 기대수명, 1970-2019



출처: 통계청, 「생명표」, 각 연도.

기대수명은 여자가 남자보다 길다. 남녀가 사회적으로 평등할수록 수명의 차이는 작아지는 경향이 있다. 2019년에 남녀 간 수명의 차이는 6.0세였다. OECD 주요 국가들의 남녀 간 수명



차이는 2019년 기준 네덜란드 3.1세, 스웨덴 3.3세, 노르웨이 3.4세, 독일 4.7세, 미국 5.1세, OECD 평균 5.3세, 프랑스 6.0세 등이었다. 한국은 상대적으로 남녀 간 수명의 차이가 큰 편이다.

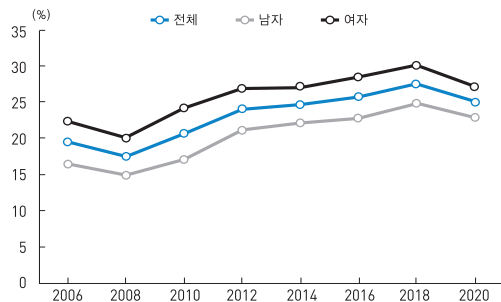
인간의 기대수명은 길어지고 있지만 노년기에 만성질환에 걸리는 노인들이 많아지면서 건강하지 못한 장수라는 역설적 상황에 직면하게 되었다. 따라서 기대수명에서 건강에 문제가 생겨 사회적 역할을 수행하지 못한 기간을 제외한 건강수명을 측정하게 되었다. 세계보건기구(WHO)가 발간하는 2021년 *World Health Statistics* 보고서에 의하면, 2019년 한국인의 건강수명은 73.1세(남자 71.3세, 여자 74.7세)로 기대수명(WHO 기준 83.3세)과 약 10.2세 차이가 난다. 같은 해 일본의 건강수명은 74.1세, 독일 70.9세, 프랑스 72.1세, 영국 70.1세, 미국 66.1세 등으로 건강수명의 측면에서 한국인의 건강상태는 다른 선진국 국민들과 비교해서 양호한 수준이라고 할 수 있다.

최근 들어 삶의 질 측정에서 주관적 지표의 중요성이 높아지고 있는데, 건강 영역에서도 주관적 건강상태가 점차 중요하게 다루어지고 있다. *OECD Health Statistics*에 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%, 2018년 32.0%로 계속 하락해오다가 2019년 33.7%로 소폭 상승했다. 그러나 이것은 OECD 평균 67.4%의 절반 수준에 불과하다. 그런데 통

계청 「사회조사」의 주관적 건강 평가에서는 2020년 50.4%가 ‘ 좋음 ’ 고 응답하였고, 보건복지부의 2020년 「의료서비스경험조사」에서는 주관적 건강이 양호한 경우가 73.8%에 달하였다. 즉 주관적 건강상태의 조사 주체와 측정방법에 따라서 결과의 차이가 커서 해석의 주의가 필요해 보인다.

질병상태는 유병률로 측정한다. 통상 조사 시점 이전 2주 동안 질병상태를 경험한 사람들의 비율을 의미하는 ‘ 2주간 유병률 ’ 이 사용된다. 지난 10여 년간 2주간 유병률은 17.5%에서 27.5%까지 상승하였다가 2020년에 25%로 하강하였다. 아파서 누워있었던 외병일수는 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 2019년 기준 5.3%이다.

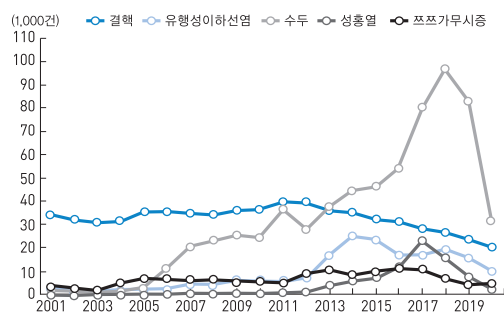
[그림 Ⅲ-2] 2주간 유병률, 2006-2020



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.

감염병은 항생제의 발명으로 20세기 중반 이후 발생이 크게 감소하였으나 최근 다시 증가하는 추세를 보인다. 국내 주요 감염성 질환의 발생 건수(신고 건수)를 살펴보면 오랫동안 높은 발생률을 보이던 결핵이 최근에 감소하는 추세를 보인다. 반면 수두, 유행성이하선염, 성홍열, 쯤쯤가무시 등이 새롭게 증가하는 추세를 보이다가 2020년에는 전반적으로 감소하였다(그림 Ⅲ-3). 최근 신종감염병이 몇 년 간격으로 유행을 하고 있다. ‘신종플루’(인플루엔자A)와 메르스(MERS, 2015)에 이어서 2020년과 2021년에는 코로나19가 유행하고 있다. 해외에서는 라사열(Lassa fever, 2009), 신종플루(H1N1, 2009), 에볼라(Ebola, 2014), 지카바이러스(Zika, 2015), 라임병(Lyme disease, 2018) 등도 유행한 바 있다. 사회경제적 이동증가, 기후변화 등으로 바이러스의 서식환경이 변화한 것이 최근의 감염병의 잦은 발생과 재발생 및 대유행의 원

[그림 Ⅲ-3] 주요 감염성 질환 발생 건수, 2001-2020



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

출처: 질병관리청, 「감염병감시연보」, 각 연도.

인으로 추정된다.

코로나19의 세계적 유행의 양상을 정리한 것이 〈표 Ⅲ-1〉이다. 유럽 국가들은 한국보다 전반적으로 코로나19 확진자 수와 사망자 수가 많았지만 국가 간에도 적지 않은 차이가 존재했다. 초기대응, 정부 효율성, 보건체계의 가용자원, 사회적 신뢰 등의 요인이 국가 간 방역 성과의 차이를 만든 원인으로 추측된다.

〈표 Ⅲ-1〉 주요 국가의 코로나19 누적 확진자 및 사망자 수와 치명률, 2021.9.30

	누적 확진자 수 (명)	누적 사망자 수 (명)	인구 10만 명당 누적 사망자 수 (명)	치명률 (%)
미국	43,349,211	695,114	211.8	1.6
브라질	21,399,546	596,122	282.5	2.8
영국	7,808,054	136,906	204.8	1.8
프랑스	7,100,572	117,407	175.1	1.7
스페인	4,956,691	86,397	183.5	1.7
이탈리아	4,668,261	130,870	217.0	2.8
독일	4,228,774	93,643	112.6	2.2
네덜란드	2,039,630	18,581	107.2	0.9
일본	1,700,687	17,622	14.0	1.0
이스라엘	1,277,270	7,732	85.4	0.6
스웨덴	1,152,027	14,856	144.4	1.3
덴마크	360,103	2,656	45.7	0.7
한국	311,289	2,481	4.8	0.8

주: 1) 치명률=(누적 사망자 수÷누적 확진자 수)×100.

출처: Johns Hopkins University, Mortality Analysis
(<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>), 2021. 9. 30.

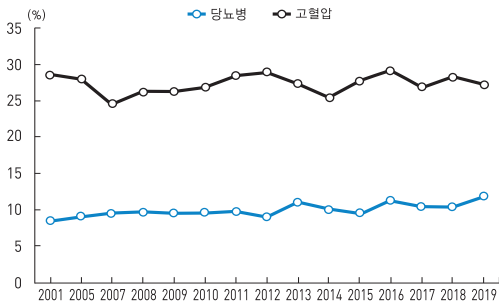
다음으로 주요 만성질환의 유병률을 살펴보자. 한국인은 만성질환 중 대사성 질환인 고혈압과 당뇨병 유병률이 비교적 높은 수준이다. 30세

이상 인구의 고혈압 유병률은 2001년 28.5%에서 증감을 반복하는 양상인데, 2012년 28.9%까지 높아진 후 2014년 25.4%로 낮아졌다가 2019년 27.2%로 나타났다. 30세 이상 인구의 당뇨병 유병률은 2001년 8.5%에서 서서히 증가하여 2019년 11.8%가 되었다(그림 Ⅲ-4). 30세 이상 성인의 약 1/3 이상이 고혈압이나 당뇨병을 가지고 있는 것이다.

당뇨병은 식이조절과 운동 등으로 ‘예방 가능한 질병’으로 간주된다. 이러한 기본적인 건강관리가 충실하게 이루어지지 않음으로써 당뇨병환자가 증가하는 것으로 생각된다. 당뇨병 유병률의 증가는 전세계적 현상이다. 2017년 기준 성인의 당뇨병 유병률은 한국이 6.8%로 OECD 국가 평균 6.4%를 약간 상회한다.

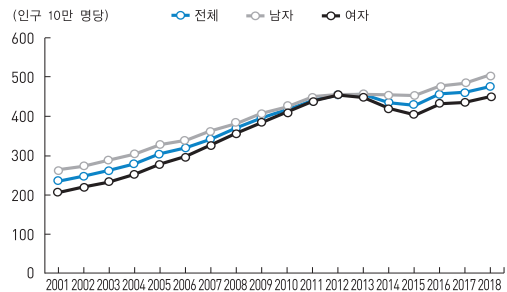
암 발생은 일시적인 감소는 있으나 장기적으로는 증가하는 추세이다. 국립암센터의 「2018년 국가암등록통계」에 의하면, 인구 10만 명당 새로 보고된 암 환자 수, 즉 암 조발생률은 2001년 234.7명에서 2005년 302.4명, 2010년 417.6명, 2015년 427.6명으로 높아졌고 2018년에 475.3명이 되었다. 연령표준화 발생률은 인구 10만 명당 290.1명이다. 2018년 OECD 통계에 의하면 인구 10만 명당 OECD 평균 암 발생률은 301명이고 한국은 314명으로 약간 높은 편이다. 멕시코 143명, 칠레 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.

[그림 Ⅲ-4] 당뇨병 및 고혈압 유병률, 2001-2019



주: 1) 당뇨병 유병률은 만 30세 이상 인구 중 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사진단을 받았거나 혈당 강하제 복용 또는 인슐린 주사를 투여 받고 있는 인구의 비율임.
2) 고혈압 유병률은 만 30세 이상 인구 중 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용하고 있는 인구의 비율임.
3) 각 유병률은 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화된 수치임.
출처: 질병관리청, 「2019 국민건강통계」, 2020.

[그림 Ⅲ-5] 암 조발생률, 2001-2018



주: 1) 암 조발생률=(신규 발생 암환자 수÷전체 인구)×100,000.
2) 2000년 주민등록연앙인구를 표준인구로 사용함.
출처: 중앙암등록본부, 「국가암등록사업연례보고서(2018 암등록통계)」, 2021.

정신건강 지표로 스트레스 인지율이 있다. 일상생활에서 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 사람들의 비율을 나타내는 스트레스 인

지율은 2007년 27.1%에서 2009년 31.5%로 높아진 후 2013년 24.4%로 낮아졌으나 2015년 31.0%를 기록한 이후 계속 30%대가 유지되고 있고, 2019년 30.8%로 나타났다(그림 Ⅲ-6). 성별로는 여자가 남자보다 일관되게 높다. 통계청의 2020년 「사회조사」 결과를 보면 가정생활로 인한 스트레스 경험자가 41.0%, 직장 스트레스 경험자 68.0%, 전반적인 생활에서 스트레스 경험자 50.6%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%, 2019년 10.2%로 증감을 반복하고 있다. 남자 8.1%, 여자 12.5%로 여자가 우울감을 더 많이 경

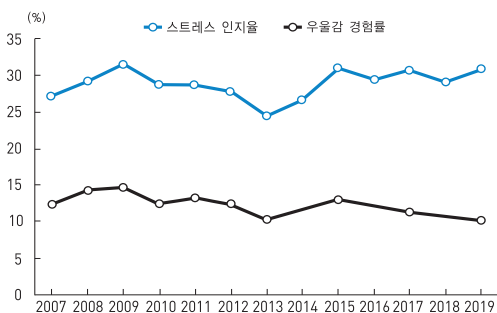
험하고 있다.

유병과 함께 사망은 건강상태의 단면을 보여주는 핵심 지표이다. <표 Ⅲ-2>는 사망원인별 인구 10만 명당 사망자 수를 보여준다. 조사망률은 1995년 532.1명에서 계속 감소하여 2000년대 후반 500명 이하로 떨어졌다가 2010년부터 다시 증가하여 2020년 593.9명을 기록하였다. 인구 고령화로 노인 사망은 증가하고 신생아 출산이 감소하면서 인구의 사망률이 높아지는 것으로 보인다. 남자 사망률은 645명, 여자 사망률은 543명으로 남자가 여자보다 1.19배 높다. 1일 평균 833명이 사망한다.

사망원인으로는 암이 1위이고 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환 같은 순환기계 질환, 자살이 그 다음을 차지한다. 암에 의한 사망은 1995년 인구 10만 명당 110.5명에서 2020년 160.1명으로 증가하였다. 암 사망률은 폐암, 간암, 대장암, 위암 등의 순으로 높다. 순환기계 질환에 의한 사망은 1995년 138.9명에서 2009년 109.2명까지 감소하였다가 이후 증감을 반복하며 2020년에는 121.1명이 되었다. 호흡기계 질환에 의한 사망이 점차 증가하여 2020년 70.8명이 되었다.

한편, 사고와 손상에 의한 외인 사망은 1995년 75.9명에서 점차 감소하여 2020년 51.5명이 되었다. 외인사 중 운수사고 사망은 1995년 38.7명에서 2020년 7.7명으로 크게 감소하였다. 반면, 자살은 1995년 10.8명에서 2011년 31.7명까지 증가하였다가 점차 감소하여 2020년 25.7명이 되었다. OECD 통계에 의하면 2019년 기준 OECD 국가들의 자살률 평균이 11.0명인데 우리나라 자

[그림 Ⅲ-6] 스트레스 인지율과 우울감 경험률, 2007-2019



주: 1) 스트레스 인지율은 만 19세 이상 인구 중 평소 일상생활에서 스트레스를 '대단히 많이 느낀다' 또는 '많이 느끼는 편이다'라고 응답한 사람들의 비율임. 2005년 추계인구를 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, 「2019 국민건강통계」, 2020.



살률은 24.6명으로 아직 월등하게 높은 수준을 보이고 있다.

성별 사인을 살펴보면 남녀 모두 사인 1순위가 암인데 암 사망률은 남자(198.5명)가 여자(121.9명)보다 월등하게 높다. 남자는 상대적으로 자살, 간 질환, 운수사고 사망률이 높고 여자는 알츠하이머, 고혈압 사망률이 더 높다.

세대별 사인을 살펴보면 1-9세에서는 암과 운수사고, 10-20대는 자살, 암, 운수사고 등이 주요 사인이며, 30대는 자살, 암, 심장 질환, 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.

〈표 Ⅲ-2〉 사망원인별 조사망률, 1995-2020

	(인구 10만 명당)					
	1995	2000	2005	2010	2015	2020
전체	532.1	523.3	505.1	512.0	541.5	593.9
악성신생물(암)	110.5	122.4	134.6	144.4	150.8	160.1
내분비질환	18.8	25.0	25.6	22.3	22.9	19.6
순환기질환	138.9	123.8	116.5	112.5	116.9	121.1
호흡기질환	24.4	34.0	29.4	37.1	54.6	70.8
소화기질환	39.2	31.5	23.2	22.2	23.0	25.1
사망의 외인	75.9	61.2	63.9	65.4	56.5	51.5
자살	10.8	13.7	24.8	31.2	26.5	25.7

출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

건강행태

만성질환은 흔히 ‘생활습관병’이라고 할 만큼 흡연이나 음주와 같은 생활습관의 영향을 많이

받는다. 한국 성인의 흡연율은 2005년 28.8%에서 2019년 21.5%로 점차 감소하는 추세에 있다(표 Ⅲ-3). 여기에서 흡연율은 ‘매일 흡연자’와 ‘가끔 흡연자’를 합한 수치이다. 2019년 기준 OECD 국가들의 흡연인구(15세 이상 인구 중 매일 흡연자) 비율은 평균 16.5%인데, 같은 기준으로 산출한 한국의 흡연인구 비율은 16.4%로 동등한 수준이다. OECD 국가들의 남녀 흡연율은 각각 20.6%와 12.7%인데, 한국의 남녀 흡연율은 각각 28.5%와 4.4%로 성별 차이가 크다. 여성 흡연에 대한 사회적 낙인이 작용한 결과로 생각된다.

〈표 Ⅲ-3〉 성인의 성별 흡연율, 음주율, 신체활동 실천율, 2005-2019

	(%)						
	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
흡연율							
전체	28.8	27.5	22.6	23.9	22.3	22.4	21.5
남자	51.7	48.3	39.4	40.7	38.1	36.7	35.7
여자	5.7	6.3	5.5	6.4	6.0	7.5	6.7
음주율							
전체	54.6	60.5	60.6	61.9	62.1	60.6	60.8
남자	72.6	77.8	75.2	75.3	74.0	70.5	73.4
여자	37.0	43.3	46.5	48.9	50.5	51.2	48.4
신체활동 실천율							
전체	-	-	52.7	49.4	48.5	47.6	47.8
남자	-	-	55.8	52.5	50.6	51.0	52.6
여자	-	-	49.8	46.4	46.6	44.0	42.7

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

3) 신체활동 실천율은 만 19세 이상 인구 중 1주일에 중강도 유산소 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분, 중강도 2분) 각 활동에 해당하는 시간을 실천한 인구의 비율임.

출처: 질병관리청, 「2019 국민건강통계」, 2020.

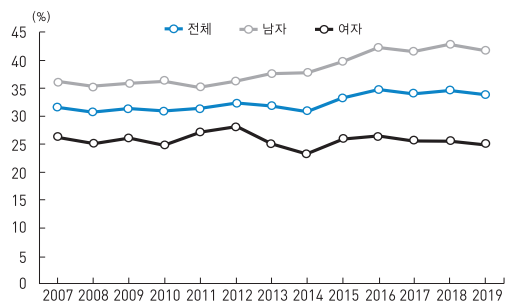
성인의 (월간)음주율은 큰 변화 없이 60%대를 유지하고 있다. 성별로 보면, 2019년 기준 남자 73.4%, 여자 48.4%로 흡연과 달리 여자들도 음주하는 경우가 많다(표 Ⅲ-3). 음주로 인한 건강 위험은 음주 횟수와 음주량을 모두 고려하여 측정한다. 「국민건강영양조사」에서는 1회 음주량이 소주 1병 분량에 해당하는 7잔(여성은 5잔) 이상이고 주 2회 이상 음주하는 경우를 고위험 음주로 규정하는데, 이 기준으로 측정한 고위험 음주율은 2019년 남자 18.6%, 여자 6.5%로 나타났다. 여성들의 음주율과 고위험 음주율이 모두 증가하는 추세를 보인다. 국제적으로는 알코올 섭취량으로 음주 수준을 측정한다. 2019년 기준 한국의 1인당 알코올 소비량은 8.3ℓ 인데, 이는 OECD 국가 평균인 8.7ℓ 에 약간 미달하는 수준이다.

신체활동 실천율은 고강도 또는 중강도의 유산소 신체활동을 제시된 기준 이상으로 실천한 사람들의 비율을 의미하는데 지난 5년간 큰 변화 없이 약 50% 수준을 유지하고 있고 2019년 47.8%였다. 남자(52.6%)가 여자(42.7%)보다 신체활동을 더 많이 하고 있었다.

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 2019년에는 33.8%를 나타내고 있다(그림 Ⅲ-7). 남자 41.8%, 여자 25.0%로 남자가 월등하게 높

다. 남자의 비만율은 지속적으로 상승하다 최근 4년간 약 42% 수준에 머물고 있고, 여자의 비만율은 25% 내외를 유지하고 있다. 국제 통계에서는 BMI 30 이상을 비만으로 규정하는데, 이 기준으로 보면 한국의 비만율은 2019년 5.9%로 OECD 평균 24.4%에 비해 크게 낮은 수준이다.

[그림 Ⅲ-7] 성별 성인 비만율, 2007-2019



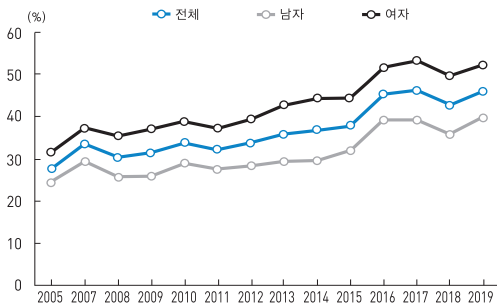
주: 1) 비만율은 만 19세 이상 인구 중 체질량지수(BMI) 25kg/m² 이상인 인구의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임.
출처: 질병관리청, 「2019 국민건강통계」, 2020.

저체중아 출생률은 생존한 신생아 중 체중 2.5kg 미만인 신생아의 비율을 의미한다. 저체중 신생아는 성장장애와 건강위험이 크다. 저체중아 출산은 산모의 영양상태 및 건강관리가 좋지 못한 것과 관련이 있다. OECD 통계에 의하면 2019년 기준 OECD 평균 저체중아 출생률은 6.6%인데 한국은 6.6%로 동일한 수준이다.

영양섭취는 건강을 유지하는데 필수적 요소이다. 건강식생활 실천율은 지방, 나트륨, 과일과 채소의 영양표시 4개 지표 중 2개 이상을 만족하는 인구 비율을 나타낸다. 건강식생활 실천율은

2005년 27.8%였다가 지속적으로 상승하여 2019년에 46%가 되었다. 남자 40%, 여자 52.3%로 여자가 더 높은 건강식생활 실천율을 보여주었다.

[그림 Ⅲ-8] 건강식생활 실천율, 2005-2019



주: 1) 건강식생활 실천율은 만 19세 이상 성인 중에서 지방, 나트륨, 과일, 채소 영양표시 4개 지표 중 2개 이상을 만족한 인구 비율임. 지방 적정 수준(15~20%) 섭취, 나트륨 1일 2,000mg 이하로 섭취, 과일과 채소 1일 500g 이상 섭취해야 함.
출처: 질병관리청, 「2019 국민건강통계」, 2020.

보건의료체계

보건의료체계는 보건의료 인력과 시설이 기본적인 투입요소가 된다. 보건의료인력은 의사 수와 간호사 수로 측정할 수 있다. 인구 10만 명당 전체 의료인 수는 2000년 578명에서 2019년 1,174명으로 약 2배 증가하였다. 인구 10만 명당 의사 수는 2000년 154명에서 2019년 245명으로 늘어났다. 같은 기간 인구 10만 명당 간호사 수도 341명에서 803명으로 증가하였다(표 Ⅲ-4).

의사인력이 증가하였지만 아직 선진국 수준에는 이르지 못하고 있다. 실제 환자 진료에 임하

는 임상 의사(practising physicians)를 기준으로 비교하면, 2019년 기준 한국의 인구 10만 명당 임상 의사 수는 246명으로 OECD 국가 평균 354명보다 훨씬 적다. 간호사는 2019년 기준 OECD 국가들의 인구 10만 명당 임상간호사 수는 평균 955명인데, 한국은 794명으로 그동안 간호사의 공급이 크게 확대되었으나 아직 국제적 기준에는 미달한다. 의료인력의 부족은 인력 분포의 지역적 불균등을 초래할 수 있고, 의사와 간호사의 업무 과부담을 초래하여 결과적으로 의료의 질을 떨어뜨릴 수도 있다.

〈표 Ⅲ-4〉 인구 10만 명당 의료인 수, 2000-2019

	2000	2005	2010	2015	2019
(명)					
면허 의료인					
전체	578	715	857	1,010	1,174
의사	154	177	205	227	245
간호사	341	443	545	664	803
활동 의료인					
의사	130	163	198	224	246
간호사	298	384	461	594	794

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

2) 활동 의사 수와 활동 간호사 수는 OECD 기준임.

출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도.

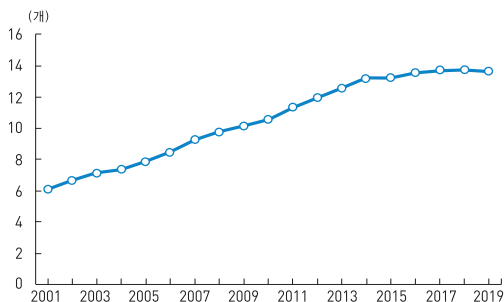
통계청, 「장래인구추계」, 2019.

OECD, OECD Health Statistics 2021, 2021.

병상 수의 경우에는 인구 1,000명당 병상 수가 2001년 6.1개에서 급속하게 증가하여 2014년 13.2개에 이르렀고, 이후 정체 상태인데 2019년 13.6개였다(그림 Ⅲ-9). OECD 평균 인구 1,000명당 병상 수는 2019년 4.4개인데 한국은 12.4개로 약 2.8배나 많은 수준이다. 상대적으로 적은 의료

인력으로 많은 환자를 치료해야 하는 한국의료의 구조적 특성을 보여준다.

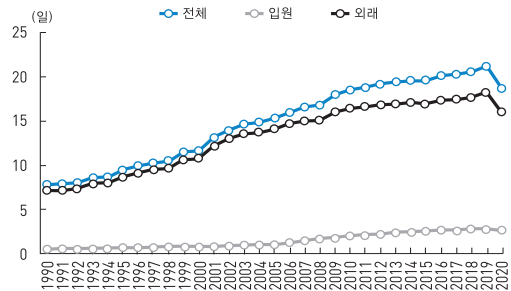
[그림 Ⅲ-9] 인구 1,000명당 병상 수, 2001-2019



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

의료서비스 이용도 지속적으로 증가하고 있다. 국민의 의료이용 수준은 1인당 연간 의료기관 방문 횟수로 파악할 수 있는데, 1990년 7.9일에서 계속 증가하여 2001년 13.2일, 2010년 18.6일, 2019년 21.2일, 2020년 18.7일이 되었다(그림 Ⅲ-10). 국민 1인당 연 2.7일 입원하고 16.0일 외래 진료를 받는 셈이다. 2020년에 코로나19 유행의 영향으로 의료이용이 전년보다 감소한 것으로 추산된다. 국제통계를 보아도 한국은 OECD 국가들 중 의사 진료(상담)횟수도 가장 많은 편인데, 2019년 기준 한국은 17.2회로 2위인 일본의 12.5회와도 차이가 크고, OECD 국가 평균 6.6회의 약 2.6배나 된다. 의료이용이 많은 것은 단순히 한국인이 많이 아프기 때문이 아니라 병상 수나 지불보상제도 등 의료제도적 요인의 영향도 큰 것으로 알려져 있다.

[그림 Ⅲ-10] 1인당 연간 의료기관 방문 횟수, 1990-2020



주: 1) 1인당 연간 의료기관 방문 횟수=연간 내원일수÷연평균 건강보험 적용 인구.

출처: 국민건강보험공단, 「건강보험주요통계」, 각 연도.

국민의 의료이용 빈도가 높은 경우에도 일부 국민은 여러 가지 사유로 필요한 진료를 받지 못 할 수 있는데 이를 미충족 의료라고 한다. 최근 4년간 미충족 의료의 현황은 <표 Ⅲ-5>와 같다. 병·의원 진료를 못 받은 사람이 매년 6~10% 정도 되고, 치과 진료를 못 받은 사람이 약 30%나 되었다. 진료를 받지 못한 주된 이유는 시간이 없거나, 증세가 가벼워서, 또는 경제적 이유 때문으로 나타났다.

<표 Ⅲ-5> 연간 미충족 의료율, 2016-2019

	(%)			
	2016	2017	2018	2019
병·의원	9.4	10.1	8.8	6.6
치과	32.6	30.8	31.9	30.9

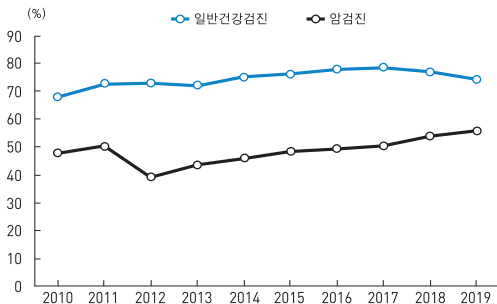
주: 1) 연간 미충족 의료율은 만 19세 이상 인구 중 최근 1년 동안 본인이 병·의원 또는 치과 진료가 필요했던 사람 중 받지 못한 사람의 비율. 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2019 국민건강통계」, 2020.

예방보건서비스 이용도 증가하는 추세를 보인다. 건강보험 제도에 따라 모든 국민은 2년마다

무료로 건강검진을 받을 수 있다. 일반건강검진 수검률은 2010년 68.2%였는데 2019년 74.1%가 되었다. 암검진 수검률은 같은 기간 47.8%에서 55.8%로 상승하였다(그림 Ⅲ-11).

[그림 Ⅲ-11] 일반건강검진 및 암검진 수검률, 2010-2019



주: 1) 수검률=수검인원÷대상인원×100.

2) 일반건강검진 수검률의 경우 1차 검진 기준임.

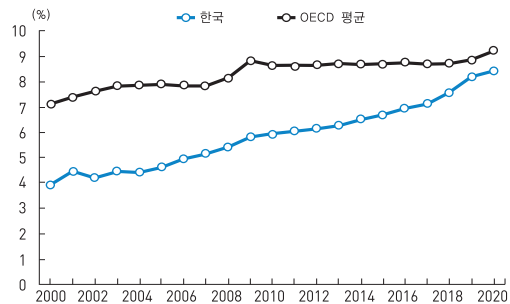
출처: 국민건강보험공단, 「2019 건강검진통계연보」, 2020.

의료공급과 의료이용의 증가는 필연적으로 국민 의료비 지출을 증가시킨다. 경상의료비는 1990년 7조 3,000억 원에서 2018년 144조 원이 되었다. 한국은 서구 국가들에 비해 의료비 지출 규모 면에서는 적은 편이지만 증가 속도 면에서는 매우 빠른 편이다. GDP 대비 경상의료비 비율은 2020년 기준 한국이 8.4%로 OECD 국가 평균 9.2%보다 낮다. 그렇지만 [그림 Ⅲ-12]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 감소하게 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 2019년에 64.2%로 상승하였다. 건강보험 급여가 지속적으로 확대되어왔음에도 건강보험 보장율이 크게 높아지지 않는 것은 의료기관이 의료신기술 도입 등에 따른 비급여 서비스를 계속 만드는 데 기인한다. 문재인 케어는 이 보장률을 70%까지 높이고자 비급여 서비스를 급여화하는 정책을 말한다.

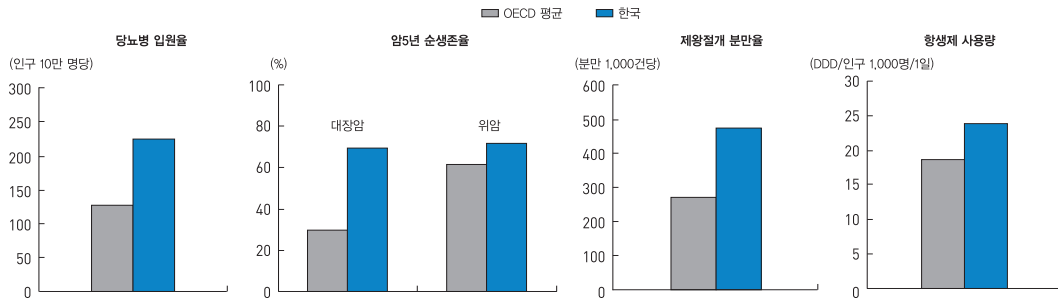
[그림 Ⅲ-12] 한국과 OECD의 GDP 대비 경상의료비 비율, 2000-2020



출처: OECD, OECD Health Statistics 2021, 2021.

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-13]은 OECD와 한국의 의료 질 지표를 비교한 것이다. 당뇨병 등은 지역사회 수준에서도 잘 관리할 수 있는 병인데 악화되어 병원에 입원한 비율을 살펴보면 전반적으로 한국이 OECD 평균보다 높게

[그림 III-13] 한국과 OECD의 의료 질 지표, 2019



주: 1) 당뇨병 입원율은 15세 이상 인구 10만 명당 당뇨병으로 입원한 환자 수임.
 2) 암 5년 생존율은 암이 유일한 사망원인인 경우 암 환자가 진단 후 5년 동안 생존할 확률임.
 3) 제왕절개 분만율은 분만 건수 1,000건당 제왕절개 시술 건수임.
 4) 항생제 사용량은 연간 총 항생제 사용량을 1일 총 사용량으로 환산한 후 성인 1인 기준 평균 복용용량인 '일일상용량(Defined Daily Dose, DDD)'으로 나누어 인구 대비 비율로 나타낸 것으로, 인구 1,000명 중 매일 항생제를 사용하는 사람 수를 의미함.
 5) 각 지표의 기준연도는 암 지표의 경우 2010~2014년, 제왕절개 분만율은 2018년, 그 외 지표는 2019년임.
 출처: OECD, *OECD Health Statistics 2021*, 2021.

나타났다. 즉 지역사회 수준의 질병관리가 취약하여 당뇨병 입원율이 매우 높은 점이 주목된다.

암은 상당히 중증의 질환으로 암 환자의 경우 암 진단 이후 5년 생존율이 중요한 질 지표이다. 위암과 대장암의 5년 생존율에서 한국은 OECD 평균보다 더 높다. 반면 제왕절개 분만율과 항생제 사용량의 경우 한국이 OECD보다 더 높은 것으로 나타나는데 이것은 의료기술이 남용되는 부정적 측면을 보여 준다. 당뇨병 관리나 항생제 처방 등 1차 의료 부문에서는 취약성이 있으나 암 치료와 같은 대학병원 수준의 진료에서는 높은 성과를 내고 있어 의료체계의 부문 간 괴리가

있는 것으로 보인다.

보건의료제도의 성과는 의료이용자에 의한 의료서비스 만족도로 측정될 수 있다. 통계청 「사회조사」 결과에 따르면, 병원 만족도는 1999년 24.5%에서 2008년 54.1%로 상승하였고 2020년 63.1%로 나타났다. 의료서비스 만족도는 개선되고 있으나 아직 불만족한 경우가 상당수 있는 것으로 생각된다. 의료기관 불만족 사유를 보면, 긴 대기시간 23.1%, 비싼 의료비 23.1%, 치료 결과 미흡 16.8%, 불친절 10.6%의 분포를 보였다. 전문의료인력 부족(2.3%)과 의료시설 미흡(2.5%)은 상대적으로 불만이 적은 것으로 나타난다.