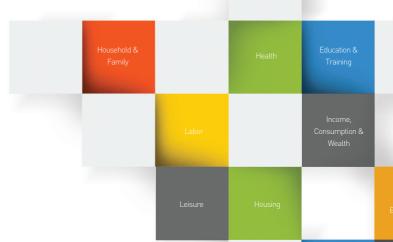


발 간 등 록 번 호 11-1240245-000014-10



한국의 사회동향



건강 영역의 주요 동향

조병희 (서울대학교)

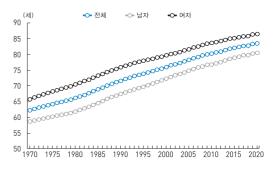
- 한국인의 기대수명과 건강수명은 OECD 국가 중에서 양호한 수준이다.
- 코로나19의 대유행에서 한국은 낮은 수준의 누적 사망률과 치명률을 보였다.
- 비만과 당뇨병, 암이 꾸준히 증가하고 있다.
- 흡연율은 완만하게 하락하고 있다. 지역별 흡연율
 은 비교적 큰 차이가 있다.
- 코로나19는 신체활동 제한, 비만율 증가, 의료 이용 감소 등의 영향을 미쳤다.
- 의사 수는 비교적 적고, 병상 수와 의료 장비 보유 율은 높은 편이다.

건강 영역의 주요 변화는 국민의 건강 상태와 건강 행태 그리고 보건의료 체계로 나누어 살펴볼 수 있 다. 우선 건강 상태 영역에서는 사망과 유병 지표로 국민의 건강 수준을 살펴볼 것이다. 다음으로 건강행 태 영역에서는 음주율이나 흡연율과 같이 건강 상태 에 영향을 미치는 요인들을 살펴볼 것이다. 끝으로 보건의료 체계 영역에서는 의료인력과 시설, 의료이 용도 등 의료제도와 관련된 요소들을 다룰 것이다.

건강과 질병

국민의 건강 상태를 나타내는 기본적 지표로 기대수명 또는 '0세에서의 기대여명'을 들수 있다. 건강이 사회적 역할을 수행할 수 있는 기본 역량이라고 할 때, 기대수명이 길고 짧음은 사회적 역량의 기본 수준을 나타내는 것으로 볼 수 있다. 한국인의 기대수명은 1970년 62.3세에서 지속해서 상승하여 2020년에 83.5세가 되었다(그림 Ⅲ-1). OECD 국가 평균(80.5년)보다 3.0년이 길었다. 우리나라는 OECD 국가 중에서 일본(84.7세) 다음으로 기대수명이 길다. 한국은 2003년에 OECD 평균기대수명에 도달하였고, 이후 기대수명이 더 길어졌다.

[그림 Ⅲ-1] 기대수명, 1970-2020



출처: 통계청, 「생명표」, 각 연도.







기대수명은 여자가 남자보다 길다. 남녀가 사 회적으로 평등할수록 수명의 차이는 작아지는 경 향이 있다. 2020년에 남녀 간 수명의 차이는 6.0세였다. OECD 주요 국가들의 남녀 간 수명 차 이는 아이슬란드 3.0세로 가장 낮고 노르웨이 3.3세, 네덜란드 3.4세, 스웨덴 3.6세, 독일 4.8세, 미국 5.7세. OECD 평균 5.4세 등이었다. 한국은 상대적으로 남녀 간 수명의 차이가 큰 편이다.

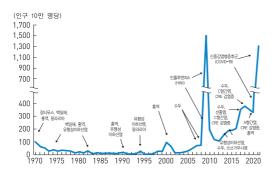
인간의 기대수명은 길어지고 있지만 노년기에 만성질환에 걸리는 노인들이 많아지면서 건강하 지 못한 장수라는 역설적 상황에 직면하게 되었 다. 따라서 기대수명에서 건강에 문제가 생겨 사 회적 역할을 수행하지 못한 기간을 제외한 건강 수명을 측정하게 되었다. 세계보건기구(WHO) 가 발간하는 2021년 World Health Statistics 보고서에 의하면, 2019년 한국인의 건강수명은 73.1세(남자 71.3세, 여자 74.7세)로 기대수명 (WHO 기준 83.3세)과 10.2세 차이가 난다. 같은 해 일본의 건강수명은 74.1세, 독일 70.9세, 프랑스 72.1세, 영국 70.1세, 미국 66.1세 등으로 건강수명의 측면에서 한국인의 건강 상태는 다른 선진국 국민과 비교해서 양호 한 수준이라고 할 수 있다.

최근 들어 삶의 질 측정에서 주관적 지표의 중 요성이 높아지고 있는데, 건강 영역에서도 주관 적 건강 상태가 점차 중요하게 다루어지고 있다. OECD Health Statistics에 의하면 15세 이상 국 민 중 자신의 건강 상태가 '좋음' 또는 '매우 좋음' 이라고 응답한 비율인 주관적 건강 상태는

2008년 43.7%, 2010년 37.6%, 2014년 32.5%, 2018년 32.0%, 2020년 31.5%까지 하락했다. 이 것은 OECD 평균 69.0%의 절반에도 미달한다. 그런데 통계청 「사회조사」의 주관적 건강 평가에 서는 2020년 50.4%가 '좋다'고 응답하였고. 보 건복지부의 2020년 「의료서비스경험조사」에서 는 주관적 건강이 양호한 경우가 73.8%에 달하 였다. 즉 주관적 건강 상태의 조사 주체와 측정 방법에 따라서 결과의 차이가 커서 해석의 주의 가 필요해 보인다.

다음으로 유병 지표를 살펴보자. 질병은 크게 감염병과 만성병으로 나눌 수 있다. 감염병은 항 생제의 발명으로 20세기 중반 이후 발생이 많이 감소하였으나 최근 다시 증가하는 추세를 보인 다. 결핵은 10년 전만 해도 매년 3만 명 이상 신 규환자가 발생했는데 2011년 이후 신규환자가 연평균 7.3%씩 감소하였고. 2020년에는 1만 9.939명으로 감소하였다. 반면 수두, 유행성이 하선염, 성홍열, 쓰쓰가무시병 등이 새롭게 증가 하는 추세를 보인다. 국내 법정 감염병의 인구 10만 명당 발생률을 살펴보면, 1970년에 95명이 던 것이 계속 감소하여 1990년에 15명까지 하락 하였다가 이후 지속해서 상승한다. 2009년에 신 종플루(인플루엔자A)가 유행하여 약 70만 명의 감염자가 발생하면서 감염병 발생률이 무려 1,500여 명까지 상승하였다. 2017년부터 2019년 까지는 수두가 유행하면서 매년 8만 명이 넘는 감염자가 발생하여 감염병 발생률이 300명을 넘 기도 하였으나 2020년에는 감염자가 3만 1,430명으로 감소하였다. 2020년에는 코로나19 가 새롭게 유행하여 6만 726명의 감염자가 발생하였고, 2021년에는 급격히 증가해 57만 72명의 감염자가 발생하였다. 2021년의 법정 감염병 발생률은 인구 10만 명당 1,294명이었다.

[그림 Ⅲ-2] 법정 감염병 발생률, 1970-2021



주: 1) 감염병 발생률은 인구 10만 명당 감염병 환자 발생 수임. 출처: 질병관리청. 「감염병감시연보」, 각 연도,

해외에서는 라사열(Lassa fever, 2009), 에볼라(Ebola, 2014), 지카 바이러스(Zika, 2015), 라임병(Lyme disease, 2018)이 유행하였다. 국제적인 사회경제적 이동증가, 기후변화 등으로 바이러스의 서식 환경이 변화한 것이 최근의 감염병의 잦은 발생과 대유행의 원인으로 추정된다.

코로나19의 세계적 유행의 양상을 정리한 것이 〈표 Ⅲ-1〉이다. 누적 확진자 수와 누적 사망자 수는 코로나19 발생 이후 현재까지 확진자와 사 망자의 총계를 의미한다. 감염병 방역의 궁극적 성과는 감염병으로 인한 사망을 예방하거나 감 소시키는 것이다. 여기서 사망률 지표는 누적 사 망자 수를 인구로 나는 인구 10만 명당 사망자수와 확진자수 대비 사망자수를 계산한 치명률이 사용된다. 치명률은 감염된 환자를 얼마나 잘치료했는지를 알 수 있는 지표이고, 인구 대비사망률은 전체적인 방역의 성과를 집약적으로보여주는 지표로 볼 수 있다. 〈표 Ⅲ-1〉에서 상위에 올라 있는 국가들은 치명률과 사망률이 모두 높아서 의료체계와 방역체계의 작동이 모두미흡했던 것으로 판단된다. 일본은 코로나19 확진자수가 적고 사망률도 낮은 것으로 나타났는데, 이것은 일본 정부가 코로나19 검사에 소극적이었던 점과 관련이 있어 보인다. 최근에 발표된일본의 초과 사망률이 우리나라보다 크게 높은 것으로 나타났다(COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022).

유럽 국가들은 한국보다 전반적으로 코로나19 확진자 수와 사망자 수가 많았는데 국가 간에도 작지 않은 차이가 존재했다. 인구 10만 명당 코로나19 사망자 수는 2022년 9월 21일 현재 페루 (657명)와 헝가리(492명)가 가장 높다. 선진국 중에서는 미국(323명), 영국(307명), 이탈리아 (294명)가 선두권이다. 서구 국가 중에는 캐나다, 덴마크, 네델란드 등이 상대적으로 누적 사망률이 낮은 편이다. 한국, 호주, 일본, 싱가폴, 대만 등 아시아 태평양 국가들은 누적 사망률이 매우 낮은 편이다. 정부의 초기대응, 정부 효율성, 보건의료 가용자원, 사회적 신뢰와 시민참여등의 요인이 국가 간 방역 성과의 차이를 만든 원인으로 추측된다.







〈표 Ⅲ-1〉 주요 국가의 코로나19 누적 확진자 및 사망자 수와 치명률. 2022,9,21

| | 누적 확진자 수 (1,000명) | 누적 사망자 수 (1,000명) | 치명률 (%) | 인구 10만 명당 누적 사망자 수 (명) |
|------|-------------------------|-------------------------|------------|------------------------------------|
| 폐루 | 4,149 | 217 | 5.2 | 657.4 |
| 헝가리 | 2,108 | 48 | 2.3 | 492.5 |
| 브라질 | 34,724 | 687 | 2.0 | 323.2 |
| 미국 | 96,721 | 1,063 | 1.1 | 322.6 |
| 영국 | 23,957 | 208 | 0.9 | 306.8 |
| 이탈리아 | 22,831 | 178 | 8.0 | 293.7 |
| 스페인 | 13,442 | 114 | 0.9 | 244.8 |
| 프랑스 | 36,093 | 157 | 0.4 | 240.0 |
| 스웨덴 | 2,601 | 20 | 8.0 | 200.8 |
| 독일 | 34,121 | 151 | 0.4 | 181.3 |
| 네덜란드 | 8,565 | 23 | 0.3 | 136.2 |
| 이스라엘 | 4,669 | 12 | 0.3 | 135.3 |
| 덴마크 | 3,359 | 7 | 0.2 | 123.2 |
| 캐나다 | 4,303 | 46 | 1.1 | 119.4 |
| 호주 | 10,279 | 15 | 0.1 | 60.4 |
| 한국 | 24,995 | 29 | 0.1 | 56.0 |
| 대만 | 6,904 | 12 | 0.2 | 48.6 |
| 일본 | 21,581 | 46 | 0.2 | 36.1 |
| 싱가포르 | 1,958 | 2 | 0.1 | 27.9 |

주: 1) 국가 순서는 인구 10만 명당 누적 사망자 수를 기준으로 내림차순 정렬하였음.

2) 치명률=(누적 사망자 수÷누적 확진자 수)×100.

출처: Johns Hopkins University. Mortality Analysis

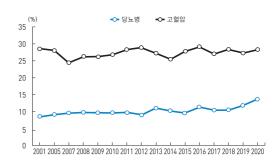
(https://coronavirus.ihu.edu/data/mortality), 2022, 9.21, 검색.

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 낮아졌

다가 2020년 28.3%가 되었다. 30세 이상 인구의 당뇨병 유병률은 2001년 8.5%에서 서서히증가하여 2020년 13.6%가 되었다(그림 Ⅲ-3). 30세 이상 성인의 약 1/3이 고혈압이나 당뇨병을 앓고 있는 셈이다

당뇨병은 식이조절과 운동 등으로 예방할 수 있는 질병으로 간주한다. 이러한 기본적인 건강 관리가 충실하게 이루어지지 않음으로써 당뇨환 자가 증가하는 것으로 생각된다. 당뇨병 유병률의 증가는 세계적 현상이다. 2019년 기준 성인의 당뇨병 유병률은 한국이 6.9%로 OECD 국가 평균 6.7%를 약간 상회한다.

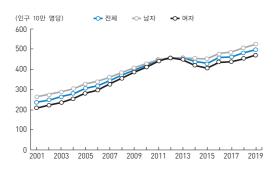
[그림 Ⅲ-3] 당뇨병 및 고혈압 유병률. 2001-2020



- 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 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용하고 있는 인구의 비율임.
- 3) 각 유병률은 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화된 수치임. 출처: 질병관리청, [「]2020 국민건강통계」, 2022

암 발생은 계속 증가하는 추세이다. 국립암 세터의 「2019년 국가암등록통계」에 의하면, 인 구 10만 명당 새로 보고된 암 환자 수, 즉 암 조 발생률은 2001년 234.8명에서 2019년에 496.2명이 되었다. 연령표준화 발생률은 인구 10만 명당 295.8명이다. OECD 통계에 의하면, 2020년 기준 OECD 평균 인구 10만 명당 암 발생률은 294명이고 한국은 243명으로 낮은 편이다. 멕시코 140명, 칠레 181명, 브라질 215명 등 중진국의 암 발생률은 낮은 편이고, 호주 452명, 아일랜드 373명, 미국 362명, 프랑스 342명 등 선진국들이 상대적으로 높은 암 발생률을 보인다.

[그림 Ⅲ-4] 암 조발생률. 2001-2019



주: 1) 암 조발생률=(신규 발생 암환자 수 ÷ 전체 인구)×100,000.
2) 전체 인구는 주민등록연앙인구 기준임.
출차 중앙암등록본부, 「국기암등록사업연례보고서(2019 암등록통계)」, 2022.

정신건강 지표로 스트레스 인지율이 있다. 일 상생활에서 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람들의 비율을 나타내는 스트레스 인 지율은 2007년 27.1%에서 2009년 31.5%로 높아 진 후 2013년 24.4%로 낮아졌으나 2015년 31.0%를 기록한 이후 계속 30%대가 유지되고 있고, 2020년 31.5%로 나타났다(그림 Ⅲ-5). 성별로는 여자가 남자보다 일관되게 높다. 통계청의 2020년 「사회조사」 결과를 보면 가정생활로인한 스트레스 경험자가 41.0%, 직장 스트레스 경험자 68.0%, 전반적인 생활에서 스트레스 경험자 50.6%로 다수의 한국인이 생활현장 곳곳에서 스트레스를 겪고 있었다.

우울감 경험률은 과거 2주 이상 연속적으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망 감 등을 느낀 분율로 측정하는데 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 경험하고 있다.

[그림 Ⅲ-5] 스트레스 인지율과 우울감 경험률, 2007-2020



- 주:1) 스트레스 인지율은 만 19세 이상 인구 중 평소 일상생활에서 스트 레스를 '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, 2018년, 2020년에는 조사되지 않았음. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임.
- 출처: 질병관리청, 「2020 국민건강통계」, 2022.







유병과 함께 사망은 건강 상태의 단면을 보여 주는 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 2021년 618.9명을 기록하였다. 인구고령화로 노인 사망은 증가하고 신생아 출산이 감소하면서 인구의 사망률이 높아지는 것으로 보인다. 남자 사망률은 672.0명, 여자 사망률은 566.0명으로 남자가 여자보다 1.2배 높다. 1일 평균 870.4명이 사망한다.

사망원인으로는 암이 1위이고 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환 같은 순환기계 질환, 자살이 그다음을 차지한다. 암에 의한 사망은 1995년 인구10만 명당 110.5명에서 2021년 161.1명으로 증가하였다. 암 사망률은 폐암, 간암, 대장암, 위암등의 순으로 높다. 순환기계 질환에 의한 사망은 1995년 138.9명에서 2009년 109.2명까지 감소하였다가 이후 증감을 반복하며 2021년에는 121.5명이 되었다. 호흡기계 질환에 의한 사망이점차 증가하여 2021년 71.7명이 되었다.

한편, 사고와 손상에 의한 외인 사망은 1995년 75.9명에서 점차 감소하여 2021년 50.9명이 되었다. 외인사 중 운수사고 사망은 1995년 38.7명에서 2021년 7.1명으로 많이 감소하였다. 반면, 자살은 1995년 10.8명에서 2011년 31.7명까지 증가하였다가 점차 감소하여 2021년 26.0명이 되었다. OECD 통계에 의하면, 2020년 기준 OECD 국가들의 자살률 평균이 11.1명인데

우리나라 자살률은 24.1명으로 월등하게 높은 수준을 보였다.

성별 사인을 살펴보면 남녀 모두 사인 1순위가 암인데 암 사망률은 남자(199.0명)가 여자 (123.4명)보다 월등하게 높다. 남자는 상대적으 로 자살, 간 질환, 운수사고 사망률이 높고 여자 는 알츠하이머, 고혈압 사망률이 더 높다.

세대별 사인을 살펴보면 1~9세에서는 암, 타살, 운수사고, 10~20대는 자살, 암, 운수사고 등이 주 요 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, 1995-2021

(인구 10만 명당)

| | | | | | | | / |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2021 |
| 전체 | 532.1 | 523.3 | 505.1 | 512.0 | 541.5 | 593.9 | 618.9 |
| 악성신생물(암) | 110.5 | 122.4 | 134.6 | 144.4 | 150.8 | 160.1 | 161.1 |
| 내분비질환 | 18.8 | 25.0 | 25.6 | 22.3 | 22.9 | 19.6 | 20.5 |
| 순환기질환 | 138.9 | 123.8 | 116.5 | 112.5 | 116.9 | 121.1 | 121.5 |
| 호흡기질환 | 24.4 | 34.0 | 29.4 | 37.1 | 54.6 | 70.8 | 71.7 |
| 소화기질환 | 39.2 | 31.5 | 23.2 | 22.2 | 23.0 | 25.1 | 25.6 |
| 사망의 외인 | 75.9 | 61.2 | 63.9 | 65.4 | 56.5 | 51.5 | 50.9 |
| 자살 | 10.8 | 13.7 | 24.8 | 31.2 | 26.5 | 25.7 | 26.0 |

출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

거깃행태

만성질환은 흔히 '생활습관병'이라고 할 만큼 흡연이나 음주와 같은 생활 습관의 영향을 많이 받는다. 한국 성인의 흡연율은 2005년 28.8%에서 2020년 20.6%로 점차 감소하는 추세에 있다(표 Ⅲ-3). 여기에서 흡연율은 '매일 흡연자'와 '가끔 흡연자'를 합한 수치이다. 2020년 기준 OECD 국가들의 흡연인구(15세 이상 인구중 매일 흡연자) 비율은 평균 16.1%인데, 같은 기준으로 산출한 한국의 흡연인구 비율은 15.9%로 동등한 수준이다. OECD 국가들의 남녀 흡연율은 각각 27.8%와 3.9%로 성별 차이가 크다. 여성 흡연에 대한 사회적 낙인이 작용한 결과로 생각된다.

성인의 (월간)음주율은 큰 변화 없이 60%대를 유지하고 있다. 성별로 보면, 2020년 기준 남자 70.2%, 여자 47.8%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)이 상이고 주 2회 이상 음주하는 경우를 고위험 음주로 규정하는데, 이 기준으로 측정한 연간 음주자 중 고위험 음주율은 2020년 남자 21.6%, 여자 6.3%로 나타났다. 여성의 음주율은 증가하는 추세를 보인다. 국제적으로는 알코올 섭취량으로 음주 수준을 측정한다. 2020년 기준 한국의 1인당 알코올 소비량은 7.9ℓ인데, 이는 OECD 국가 평균인 8 4ℓ에 약간 미달하는 수준이다.

신체활동 실천율은 고강도 또는 중강도의 유 산소 신체활동을 제시된 기준 이상으로 실천한 사람들의 비율을 의미한다. 2020년 45.6%로 이전보다 약간 감소하였다. 아마도 코로나19 유행에 따른 활동 제한이 반영된 것으로 보인다. 남자(48.3%)가 여자(43.0%)보다 신체활동을 더 많이 하고 있었다.

흡연과 음주 같은 건강행동은 계급 또는 문화의 영향을 크게 받는 것으로 알려져 있다. 즉 사회경제적 수준이나 생활방식을 달리하는 사람들 간에는 건강행동에 차이가 나타날 수 있다. 이러한

〈표 Ⅲ-3〉 성인의 성별 흡연율, 음주율, 신체활동 실천율, 2005-2020

| | | | | | | | | (%) |
|----------|------|-------|--------|------|------|-------|-------|------|
| | 2005 | 2010 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 흡연율 | | | | | | | | |
| 전체 | 28.8 | 27.5 | 22.6 | 23.9 | 22.3 | 22.4 | 21.5 | 20.6 |
| 남자 | 51.7 | 48.3 | 39.4 | 40.7 | 38.1 | 36.7 | 35.7 | 34.0 |
| 여자 | 5.7 | 6.3 | 5.5 | 6.4 | 6.0 | 7.5 | 6.7 | 6.6 |
| 음주율 | | | | | | | | |
| 전체 | 54.6 | 60.5 | 60.6 | 61.9 | 62.1 | 60.6 | 8.08 | 58.9 |
| 남자 | 72.6 | 77.8 | 75.2 | 75.3 | 74.0 | 70.5 | 73.4 | 70.2 |
| 여자 | 37.0 | 43.3 | 46.5 | 48.9 | 50.5 | 51.2 | 48.4 | 47.8 |
| 신체활동 | 실천율 | 2 | | | | | | |
| 전체 | - | - | 52.7 | 49.4 | 48.5 | 47.6 | 47.8 | 45.6 |
| 남자 | - | - | 55.8 | 52.5 | 50.6 | 51.0 | 52.6 | 48.3 |
| 여자 | - | - | 49.8 | 46.4 | 46.6 | 44.0 | 42.7 | 43.0 |
| ⊼·1\ 등여: | 유우마1 | 시이 바요 | FOI그 조 | ҕҭѠҁ | ᇣ | 기사 교육 | 의그 정도 | |

- 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.
 - 3) 신체활동 실천률은 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 상당하는 시간을 실천한 인구의 비율임, 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2020 국민건강통계」, 2022.







점을 확인해 보기 위하여 서울시 자치구별 흡연율과 음주율을 비교하였다. 서울시 전체로는 고소 득층과 저소득층이 지역적으로 다르게 분포되어 있고 자치구별 건강증진 정책 시행이 다른 점도 고려하였다. 그 결과가 [그림 III-6]이다.

[그림 Ⅲ-6-1]에서 강남구와 영등포구, 동작구, 서초구, 송파구 등 '강남지역'의 흡연율이 낮고, 중랑구, 강북구 등 '강북지역'의 흡연율이 높은 점은 아마도 사회경제적 지위에 따른 건강행태의 차이를 보여주는 것으로 생각된다. 남자 흡연율이 가장 높은 중랑구(36.8%)와 가장 낮은 강남구(21.1%) 사이에는 무려 15.7%p의 차이가존재한다. 노원구는 금연사업을 열심히 시행하여 2020년에 서울시에서 가장 흡연율이 낮았으나 2021년에는 중간 수준으로 높아졌다. 그렇지만 인접한 다른 구보다는 낮은 수준이었다. 전국시군구 중 남자 흡연율이 가장 높은 곳은 강원정선군(53.5%)이었고, 가장 낮은 곳은 성남시 분당구(20.8%)였다.

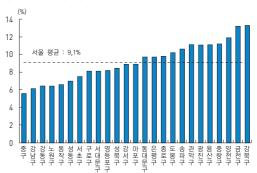
[그림 Ⅲ-6-2]의 고위험 음주율에서도 강북과 강남지역 간에 유사한 차이가 나타나는 것으로 보인다. 중구가 5.6%로 가장 낮고 강북구는 13.3%로 가장 높았다. 전국 시군구 중에서는 강원 영월군이 19.6%로 가장 높았고 경기 과천시가 3.9%로 가장 낮았다. 서울은 남자 흡연율과고위험 음주율이 전국 수준과 비교할 때 낮은 편이었으나 자치구별로는 상당한 차이를 보여주었다. 지역 간 건강행태의 불평등이 큰 것을 알수 있다.

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 2020년에는 38.3%로 급격히

[그림 Ⅲ-6] 서울 자치구별 남자 흡연율과 고위험 음주율, 2021 1) 남자 흡연율



2) 고위험 음주율(전체)

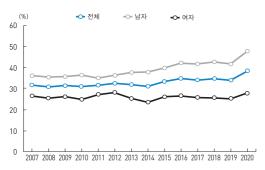


- 주: 1) 흡연율은 만 19세 이상 남자 인구 중 평생 담배 5갑 이상 피웠고, 현재 담배를 피우고 있는 남자의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령 표준화된 수치임.
 - 2) 고위험 음주율은 만 19세 이상 인구 중 최근 1년 동안 음주한 사람 중 1회 음주량이 소주 1병 분량에 해당하는 7잔(여성은 5잔) 이상이고 주 2회 이상 음주한 사람의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2021 지역사회건강조사」, 2022.

높아졌다(그림 Ⅲ-7). 코로나19로 인한 신체활동 제한 등의 영향으로 추측된다. 남자 48.0%, 여자 28.0%로 남자가 월등하게 높다. 국제 통계에서는 BMI 30 이상을 비만으로, BMI 25이상 30 미만을 과체중으로 규정한다. 즉 국제기준의 과체중과 비만을 합한 값이 우리나라의비만에 해당한다. 이 기준으로 볼 때 2020년 OECD 평균 59.4%인데 한국은 37.8%로 상당히 낮은 수준이다.

[그림 Ⅲ-7] 성별 성인 비만율, 2007-2020



주: 1) 비만율은 만 19세 이상 인구 중 체질량지수(BMI) 25㎏/m² 이상인 인 구의 비율임. 2005년 추계인구를 기준으로 연령표준화 된 수치임. 출처: 질병관리청. 「2020 국민건강통계」, 2022.

보건의료체계

보건의료 체계는 보건의료 인력과 시설이 기본적인 투입 요소가 된다. 보건의료 인력은 의사수와 간호사 수로 측정할 수 있다. 인구 10만 명당 전체 의료인 수는 2000년 578명에서 2020년 1,220명으로 약 2배 증가하였다. 인구 10만 명당

의사 수는 2000년 154명에서 2020년 249명으로 늘어났다. 같은 기간 인구 10만 명당 간호사 수 도 341명에서 842명으로 증가하였다(표 Ⅲ-4).

의사 인력이 증가하였지만, 아직 선진국 수준에는 이르지 못하고 있다. 실제 환자 진료에 임하는 임상의사(practising physicians)를 기준으로 비교하면, 2020년 기준 한국의 인구 10만명당 임상의사 수는 251명으로 OECD 국가평균 360명보다훨씬 적다. 2020년 기준 OECD 국가들의 인구 10만명당 임상간호사 수는평균 891명인데,한국은 837명으로 그동안 간호사의공급이 크게 확대되었으나 아직 국제적 기준에는 미달하다.

〈표 Ⅲ-4〉인구 10만 명당 의료인 수, 2000-2020

| | | | | | (명) |
|--------|------|------|------|-------|-------|
| | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
| 면허 의료인 | | | | | |
| 전체 | 578 | 715 | 857 | 1,010 | 1,220 |
| 의사 | 154 | 177 | 205 | 227 | 249 |
| 간호사 | 341 | 443 | 545 | 664 | 842 |
| 활동 의료인 | | | | | |
| 의사 | 130 | 163 | 198 | 224 | 251 |
| 간호사 | 298 | 384 | 461 | 594 | 837 |

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」, 2020.

OECD, OECD Health Statistics 2022, 2022.

병상 수의 경우에는 인구 1,000명당 병상 수가 2001년 6.1개에서 급속하게 증가하여 2014년 13.1개에 이르렀고, 이후 완만하게 증가하여 2020년에 13.8개가 됐다(그림 Ⅲ-8). OECD 평균

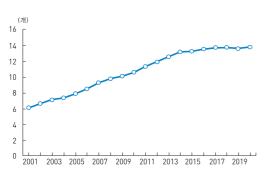






인구 1,000명당 병상 수는 2020년 4,3개인데 한국은 12.7개로 약 2.9배나 많은 수준이다. 상대적으로 적은 의료인력으로 많은 환자를 치료해야 하는 우리나라 의료의 구조적 특성을 보여준다.

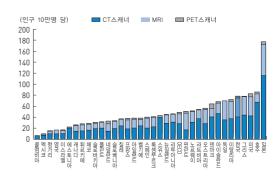
[그림 Ⅲ-8] 인구 1,000명당 병상 수, 2001-2020



출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도. 통계청, 「장래인구추계」, 2020.

의료기술 개발은 매우 빠르게 진행되고 있다. CT, MRI, PET 등은 인체에 대한 진단 능력을 획기적으로 높여주는 고가의 의료 장비이다. 의료제도의 특성에 따라서 고가 의료 장비의 도입과 분포 양상이 달라진다. 시장원리가 강조되는 의료체계일수록 고가 의료 장비를 더 많이 도입하는경향이 있다. 일본은 고가 의료 장비 보유율이 월등하게 높은 국가로 3가지 의료 장비 보유율이 연구 100만 명당 177.8대로 3위 미국 83.0대의 약2.1배 수준이다. 우리나라도 78.4대로 상위수준에위치하며, OECD 평균 47.4대보다 월등하게 높은수준을 보여준다(그림 Ⅲ−9). 고가 의료 장비는의료기관의 진단과 치료 역량을 높여주지만 동시에 의료비를 빠르게 증가시키는 원인도 된다.

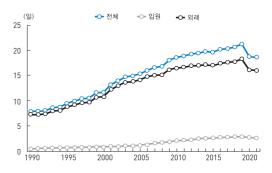
[그림 Ⅲ-9] OECD 국가의 고가의료장비 보유율, 2020



출처: OECD, OECD Health Statistics 2022, 2022.

의료서비스 이용도 지속하여 증가하고 있다. 국민의 의료 이용 수준은 1인당 연간 의료기관 방문 횟수로 파악할 수 있는데, 1990년 7.9일에 서 계속 증가하여 2019년 21.2일에 달하였다가 2020년 18.7일, 2021년 18.6일로 감소하였다 (그림 Ⅲ-10). 국민 1인당 연 2.7일 입원하고 15.9일 외래진료를 받는 셈이다. 2020년과 2021년에 코로나19 유행의 영향으로 의료 이용

[그림 Ⅲ-10] 1인당 연간 의료기관 방문 횟수. 1990-2021



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

출처: 국민건강보험공단, 「건강보험주요통계」, 각 연도.

이 이전보다 감소한 것으로 추산된다. 국제 통계를 보아도 한국은 OECD 국가 중 의사 진료 (상담) 횟수도 가장 많은 편인데, 2020년 기준한국은 14.7회로 OECD 국가 평균 5.7회의 약2.6배나 된다. 의료 이용이 많은 것은 단순히 많은 사람이 아프기 때문이 아니라 병상 수나 지불보상 제도 등 의료제도적 요인의 영향도 큰 것으로 알려져 있다.

국민의 의료 이용 빈도가 높은 경우에도 일부 국민은 여러 가지 사유로 필요한 진료를 받지 못할수 있는데 이를 미충족 의료라고 한다. 최근 4년간 미충족 의료의 현황은 〈표 Ⅲ-5〉와 같다. 병·의원 진료를 못 받은 사람이 2020년에 7.2‰이고, 치과 진료를 못 받은 사람이 40.1‰나 되었다. 진료받지 못한 주된 이유는 시간이 없거나, 증세가 가벼워서, 또는 경제적 이유 때문으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-5〉 연간 미충족 의료율, 2016-2020

| | | | | | (%) |
|------|------|------|------|------|------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 병·의원 | 9.3 | 10.1 | 8.7 | 6.4 | 7.2 |
| 치과 | 32.1 | 30.5 | 31.5 | 30.2 | 40.1 |

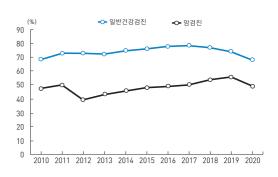
주: 1) 연간 미충족 의료율은 만 19세 이상 인구 중 최근 1년 동안 본인이 병·의원 또는 치과 진료가 필요했던 사람 중 받지 못한 사람의 비율. 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「2020 국민건강통계」, 2022.

예방보건서비스 이용도 증가하는 추세를 보인다. 건강보험 제도에 따라 모든 국민은 2년마다무료로 건강검진을 받을 수 있다. 일반건강검진수검률은 2010년 68,2%였는데 2020년 67,8%가되었다. 암검진 수검률은 같은 기간 47,8%에서

49.6%가 되었다(그림 Ⅲ-11). 2020년의 건강검 진과 암검진 수검률이 이전보다 감소한 것은 코 로나19로 인하여 의료 이용이 전반적으로 감소 한 것에 기인하는 것으로 보인다.

[그림 Ⅲ-11] 일반건강검진 및 암검진 수검률, 2010-2020



주: 1) 수검률=수검인원÷대상인원×100. 2) 일반건강검진 수검률의 경우 1차 검진 기준임. 출처: 국민건강보험공단, 「2020 건강검진통계연보」, 2021.

의료 공급과 의료 이용의 증가는 필연적으로 국민 의료비 지출을 증가시킨다. 경상의료비는 1990년 7조 3,000억 원에서 2020년 161조 원이 되었다. 한국은 서구 국가들에 비해 의료비 지출 규모 면에서는 적은 편이지만 증가 속도 면에서 는 매우 빠른 편이다. GDP 대비 경상의료비 비 율은 2020년 기준 한국이 8.4%로 OECD 국가 평균 9.7%보다 낮다. 그렇지만 [그림 Ⅲ—12]에서 볼 수 있는 것처럼 OECD 국가들의 평균 수준에 빠른 속도로 근접해 가는 것을 알 수 있다.

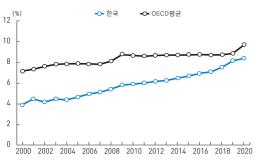
질병 치료비 총액 중 국민건강보험에서 지급 하는 급여비의 비율을 건강보험 보장률이라 한 다. 이 보장률이 높을수록 국민의 개인적 부담







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



출처: OECD, OECD Health Statistics 2022, 2022.

은 감소하게 된다. 독일, 프랑스 등 선진국의 건 강보험 보장률은 대체로 80%에 육박한다. 그런데 우리나라 건강보험 보장률은 2007년에 65.0%이던 것이 2016년에 62.6%까지 낮아졌다가 2020년에 65.3%로 상승하였다. 건강보험급여가 지속하여 확대되어왔음에도 건강보험보장률이 크게 높아지지 않는 것은 의료기관이의료신기술 도입 등에 따른 비급여 서비스를 계속만드는데기인한다.

참고문헌

COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020 - 21. The LANCET Vol. 399, Issue 10334, pp. 1513-1536.