

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Korean

한눈에 보는 보건: OECD 지표 – 2005 년도판

한국어 요약

전체 요약

OECD 국가에서 보건의료체계는 그 규모와 중요성이 점점 커지고 있다. 최근 수십년 동안 OECD 회원국의 국민건강 상태는 보건의료의 진보와 신의료기술의 발전에 힘입어 꾸준히 향상되어 왔다. 이와 동시에 국민소득 가운데 국민의료비 지출 비중이 점차 증가하면서 의료비 지출은 그 어느 때보다 높은 수준을 보이고 있다.

물론, 국민건강은 건강관리나 의료비지출이외에 다른 요소가 포함된다. 선진국의 경우, 국민건강이 직접적인 보건의료서비스의 제공보다는 사회경제적 배경, 생활습관 등의 요소에 더 크게 좌우된다는 사례가 보고되고 있다. 요컨대 잘 설계된 국민건강프로그램은 질병 예방에 기여할뿐만 아니라 보건의료체계가 직면하고 있는 비용 압력의 경감에도 일조한다. 건강 위험요인 또한 변하고 있다. 예컨대, 지난 수십년간 담배소비 감소에서는 많은 OECD 국가들이 괄목할 만한 성과를 이룬 반면, 비만률에서는 모든 OECD 회원국에서 증가추세를 보였는데, 이는 식생활 습관 변화와 비활동적인 생활습관 추이를 반영하는 바가 크다.

*한눈에 보는 보건 - 2005 년도 OECD 지표*는 보건의료체계 성과에 반영된 다양한 추세에 관해 비교가능한 최신 지표들을 제공한다. 본보고서가 기초하고 있는 *2005 년도 OECD 보건 데이터*는 OECD 국의 보건 및 보건의료체계 관련 통계 시리즈를 1000 개도 넘게 망라하고 있는 데이터베이스다. *OECD 보건데이터 2005* 의 제 3 판인 본보고서는 보건의료체계의 재원 및 활동사항에 역점을 두었지만 동시에 건강증진 및 질병예방에 관한 많은 지표들도 담고 있다. 예를 들어, 본보고서에서 건강상태를 다루는 장은 아동건강에 있어 치아건강을 포함한 각종 정보를 더 풍부하게 게재하고 있다. 위험요인을 다루는 장은 담배소비, 음주소비, 과체중, 비만에 관한 지표는 물론 영양섭취 관련 지표까지 추가하였다. 질병 감염에 대한 치료 필요를 배제할 수 있는 예방 차원의 의료서비스 일레인 노령층에 대한 독감예방접종 적용은 기존의 유아예방접종 지표를 보완하고 있다. 또한, 의료비 지출은 OECD 회원국이 국민건강프로그램 계획사업에 지출하는 구체적인 공공재정지출내용을 세분화하였다.

본보고서는 국민건강상태 지표, 건강위험 지표, 국내의료체계 내에서의 비용, 재원 배분 및 성과 등의 모든 요소에서 30 개 OECD 회원국간에 상당한 차이를 보인다는 점을 뚜렷하게 밝히고 있다. 성별 및 연령에 의한 인구분류를 토대로 한 지표는 상당량이 제공된 반면, 지역, 사회경제집단, 또는 다양한 민족/인종집단에 따른 더 세밀한 인구분류에 기초한 지표는 대체적으로 제공되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 독자는 본보고서에 소개된 지표의 상당수에서 국가 *내*의 격차가 국가 *간*의 격차만큼 있을 수 있음을 염두에 두어야 할 것이다.

다음은 보건의료체계 성과에 관하여 본조고서가 발견한 주요 사항의 일부를 요약한 것이다.

OECD 회원국의 국민건강상태는 많은 향상을 거듭해 왔다

- **최근 수십년동안 OECD 국가의 출생시 기대수명은 의료 접근성 증진, 의료기술의 효율성 제고와 함께 생활수준의 향상, 개선된 생활습관 및 질높은 교육 등에 힘입어 현저하게 증가하고 있다.** OECD 국의 출생시 평균 기대수명은 1960 년의 68.5 세 에서 2003 년 77.8 세로 증가했다. 2003 년 현재 일본의 평균기대수명이 81.8 세로 가장 높았고 그 다음으로 아이슬란드, 스페인, 스위스, 호주, 스웨덴 순이었다 (도표 1.1).
- 수많은 의료·비의료적 요인들이 시계열적으로 또 국가간에 평균기대수명에 미친 상대적인 기여도를 측정하기는 매우 어렵다. **OECD 국가의 경우, 높은 국민소득은 출생시 높은 기대수명과 관계가 있다고 보여지지만, 이 관련성은 국민소득 수준이 높아질수록 점점 덜 두드러진다.** 또한 1 인당 소득 수준이 비슷한 OECD 국가 간에도 기대수명이 현저하게 차이나는 경우도 있다. 예컨대, 일본의 기대수명은 1 인당 GDP 수준만을 감안했을 때 예상되는 기대수명 예상치보다 더 높은 수준인 반면, 미국, 헝가리의 기대수명은 소득 수준에 기초하여 산정한 예상치보다 더 낮은 수준이다 (도표 1.3).
- **지난 수십년 동안에 OECD 회원국의 65 세 인구의 기대수명 또한 뚜렷하게 증가되었다.** 2003 년도 65 세 인구의 OECD 평균 기대수명은 여성, 남성이 각각 19.3 년, 15.9 년이다. 즉 1970 년 이후로 남성, 여성 모두의 기대수명이 3 년 연장된 셈이다. 2003 년도 65 세 인구의 기대수명은 출생시 기대수명에서와 마찬가지로 일본이 최고 수준이었다 (도표 1.5). **향후 몇 10 년 동안 65 세 인구 기대수명은 계속 증가할 것으로 예상된다.** OECD 추산에 따르면, 2040 년도에 OECD 회원국의 65 세 인구평균 기대수명은 여성, 남성이 각각 21.6 년, 18.1 년에 이를 것으로 전망된다.
- 유아 예방접종을 포함한 생후치료 의료서비스에 대한 접근성 증진과 함께 전반적 경제·사회적 여건이 향상되면서 최근 몇 10 년간 모든 OECD 국에서 **영아 사망률 감소는 괄목할 만한 진전을 이루었다.** 1970 년 이후 영아 사망률이 90% 이상 감소한 포르투갈은 과거 유럽의 최고 영아사망률 국가에서 2003 년도에는 최저 영아사망률 국가집단에 속하게 되었다. 아울러 멕시코, 터키, 이어 이탈리아, 스페인, 그리스 등 일부 남구권 국가에서도 영아 사망률은 대폭 감소되었다. 2003 년도 OECD 국 중 최저 영아사망률을 기록한 국가는 아이슬란드, 일본, 그리고 일부 북구권 국가였다 (도표 1.20).

의료비 지출 증가에 직면한 OECD 회원국들

- 지난 수십년 동안 OECD 국가의 인구 수명이 현저하게 연장되면서 의료비용 또한 증가되었고, 대부분의 국가에서 국민의료비 지출 증가율은 총경제 성장률을 앞지르게 되었다. **2003년도 OECD 회원국의 GDP 대비 의료비 지출 비중은 평균 8.8%로, 1990 년도의 7.1%와 1970 년도의 5% 에 비해 상당히 증가하였다.** 하지만 GDP 에서 의료비 지출이 차지하는 비중은 국가마다 상당한 차이를 보여, 최고 미국의 15%에서 최저 슬로박, 한국의 6% 미만의 분포를 보인다. 2003 년도 GDP 대비 의료비 지출은 미국 다음으로 스위스, 독일로써 각각 GDP 대비 의료비 지출 비중이 11.5%, 11.1% 였다 (도표 3.7).
- **의료비 지출의 증가는 몇가지 요인에 기인한다.** 일반적으로 **1 인당 GDP 가 높은 OECD 국가는 1 인당 의료비 지출도 더 커지는 경향이 있다** (도표 3.10). 하지만 의료비 지출 규모는 국가마다 상당한 차이가 있는 바, 이러한 국가간 격차는 지출의 적정수준, 다양한 자금조달방식 및 의료체제의 조직구조에 대한 정부정책과 함께 의료이외의 재화 및 서비스에 대한 추가 지출에 비해 의료비 추가 지출이 갖는 상대적 중요성 등이 반영된다고 볼 수 있다. **예방, 진단 및 치료면에서 이루어진 의료기술의 발전이 의료비용 증가를 초래한 주요인이다.** 다양한 요인들이 새로운 의료장비, 치료법 및 약품의 자금조달에 관한 의사결정 과정을 비롯한 신의료기술과 신약품의 개발 및 확산정도에 영향을 미치고 있다. **아울러 인구 고령화 현상도 의료비 지출 증가에 기여하고 있다.** 모든 OECD 국에서 65 세 이상의 인구 비중은 증가 추세였는데 (도표 5.3), 특히 2010 년도이후에 65 세가 될 ‘베이비 붐’ 세대의 노령화를 감안하면, 이 증가 추세는 향후 몇 십년 동안 계속 유지될 것이라는 전망이다. 노령 인구는 의료 및 장기요양을 더 필요로 하는 경향이 있는 만큼 이 영역에서의 공공 지출은 인구 고령화로 한층 더 늘어날 것이라는 예측이 가능하다.

의료비용은 정부예산에 압력을 가하고 있다

- 대부분의 OECD 국가가 의료비용을 정부재정에서 지원하거나 치료비를 정부가 직접 부담하기 때문에, 미국, 멕시코, 한국을 제외한 국가에서 의료부문의 지출이 정부재정에서 가장 큰 비중을 차지하고 있다 (도표 3.17). 자금조달에 있어 민간부문 역할이 유난히 중요한 미국에서조차 공공부문의 의료비 지출은 GDP 의 6.6%로, OECD 평균에 필적하는 수준이다.
- 지난 십년동안 OECD 회원국의 의료 부문에서의 공공지출 추이는 2 개의 기간으로 구분될 수 있다. 1992-1997 년은 공공의료지출 성장이 경제활동 성장보다 더 둔하거나 비슷한 수준을 기록한 시기였다. 그러나 1997 년이후에는 **모든 OECD 국에서 공공의료지출은 경제 성장보다 더 빠른 속도로 증가하였다.** 최근 미국, 캐나다 등의 일부국가에서 나타나고 있는 공공의료지출의 증가 추이는 90 년대 중반의 비용 억제에 따른 수요 압력을 경감할 목적으로 수립한 정책결과가 반영된 것이었다 (도표 3.6).
- 1997 년부터 5% 이상의 연평균 성장률을 기록하며 최근에 급증하고 있는 의약품비 지출이 바로 총 의료비 지출 증가의 핵심 요인이었다. 이 기간 동안 **대부분의 OECD 국가에서의 의약품비 지출은 총 의료비 지출보다 더 높은 증가율을 보였다.** 아울러 같은 기간에 미국, 호주의 약제비 지출은 총 의료비 지출의 2 배가 넘는 증가율을 보였고, 동 기간의 초기에는 국민소득수준이 비교적 낮은 아일랜드,

한국에서조차 의약품비 지출은 뚜렷한 성장세를 보였다. 이에 반해 일본의 성장률은 소폭에 그쳤다 (도표 3.16).

- OECD 국가에서 공공재정이 의약품비 지출을 부담하는 비율은 평균 60%이고, 그 나머지는 개인이 지불하며, 그보다 더 적은 비율을 민간 보험에서 부담하고 있다. 그러나 이 평균은 국가마다 크게 차이를 보여 최저 멕시코, 미국의 각각 11%, 21% 수준에서 최고 아일랜드의 86% 사이에 분포하고 있는데 OECD 평균은 이와 같은 회원국간의 큰 차이를 숨기고 있는 셈이다. 약제품에 관한 국민건강프로그램 및 공공재정보험의 적용 범위나 적용 여부 또한 이러한 국가간의 차이를 설명하는 요소다 (표 3.11).
- 2003 년도 1 인당 의약품비 지출은 미국이 가장 높았고 (1 인당 700 달러 이상) 그 다음으로 프랑스 (600 달러 남짓), 캐나다, 이탈리아 (약 500 달러) 순이었다. 멕시코, 터키의 지출액은 100 달러 남짓으로 최저 수준이었다. 의약품비 지출에 드러난 회원국간 차이는 약품의 분량, 소비 구조 및 가격 수준에서의 국가간의 차이를 반영한다. 아울러 소득수준의 차이도 약품 지출 규모에 영향을 미치는 요소이다 (도표 3.14).

보건의료부문의 자원 부족 현상은 일부 국가에 문제가 될 수 있다

- 의사 부족 현상이 다수 국가가 인식하고 있는 핵심적인 우려사항이다. 개업의사의 규모, 분포 및 구성은 다양한 요인들 즉, 의료계 진입시에 강요되는 규제, 의료 전문분야 선택, 보수, 근로여건, 이민등에 의해 영향을 받는다. 2003 년 1 인당 개업의사 수는 OECD 국가마다 상당한 차이를 보였는데, 인구 1000 명당 의사 수는 최고 이탈리아, 그리스의 4 명 이상 수준에서 최저 터키, 멕시코, 한국의 2 명 미만 수준 사이였다. 또한 1 인당 개업의사 수는 일본, 캐나다, 영국, 뉴질랜드가 비교적 낮은 수준이었는데 이들 국가는 전통적으로 의과대학과정에서의 외국학생 등록을 통제해 온 국가다.
- 일부 국가의 경우, 전체 의사인력 대비 유학과 의사의 비중이 높은 편이다. 뉴질랜드, 영국, 미국, 캐나다 등 영어권 국가는 2000 년도 전체 개업의사 대비 유학과 의사 비중이 20%대를 웃돌고 있다. 한편, 일본, 오스트리아, 프랑스는 유학과 의사 비중이 크게 낮은 수준이었다 (도표 2.4). 의사와 보건의료전문인의 해외이주는 수입국 노동시장에 더 큰 유연성을 가져올 수 있지만, 이들의 국제이동이 저소득국에서 고소득국으로의 장기적 순흐름 추세로 굳혀지게 되면, ‘두뇌 유출’의 심각한 문제가 초래될 수도 있다.
- *한눈에 보는 보건 - 2005 년도 OECD 지표*의 제 3 판인 본보고서는 일반개업의사(GP)와 (봉급자와 자영자로 구분한) 전문의사를 토대로 의사 보수에 관한 새로운 데이터를 소개한다. 평균 국민소득에 비해 의사의 상대적 소득수준은 국가마다 차이가 있다. 예를 들면, 네덜란드, 미국, 벨기에, 캐나다 경우, 자영 전문의사의 상대적 소득수준이 대체로 높다. 반면 헝가리, 체크의 전문의사(봉급자이든 자영자이든 상관없이)는 평균 국가소득에 비해 상대적 소득수준이 다른 국가에서 보다 비교적 낮은 수준이다 (도표 2.9).
- 최근 일부 OECD 국에서는 간호사 부족 현상이 보고되고 있다. 물론 간호사 범주 내에 다양한 직업을 포함시키는 이유로 데이터의 국제 비교는 다소 한계가 있겠지만 일반적으로 간호사 수도 의사 수처럼 국가간에 상당한 차이를 보인다. 아일랜드, 아이슬란드, 네덜란드는 2003 년도 인구 1000 명당 간호사 수가 13 명 이상으로 1 인당 간호사 수가 최고인 경우다. 반대로 최저 수준을 기록한 국가는

터키, 한국, 멕시코, 그리스로 인구 1000 명당 간호사 수가 4 명 미만이었다 (도표 2.5). 1990-2003 년 기간의 추이를 보면, 대부분의 OECD 국가에서 국민 1 인당 간호사 수가 소폭의 증가세를 유지했던 반면, 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 폴란드는 감소세를 보이기 시작했다 (도표 2.6).

- **간호사 보수**에 관한 데이터는 단지 병원 봉급자인 간호사에 한해 입수가 가능했다. 12 개국의 데이터를 비교할 때, 1 인당 GDP 수준에 비해 간호사의 상대적 소득수준이 가장 높은 국가는 포르투갈이고 그 다음으로 호주, 뉴질랜드 순이다. 간호사의 상대적 소득수준이 가장 낮은 국가는 노르웨이, 체크, 헝가리다 (도표 2.11).
- 일부 국가에서는 적시에 최첨단 기술에의 접근을 보장할 수 있는 진단장비나 치료장비의 부족현상이 우려되고 있다. **지난 10 년 동안 CT, MRI 촬영기 등의 첨단 진단장비는 모든 OECD 회원국에서 그 활용도가 증가되었다.** MRI 는 CT 보다 더 최신 기술인데, MRI 촬영 건수는 1990 년 이후 더 뚜렷한 급증 추이를 보였다 (표 2.8). 그렇지만 이 의료기술은 그 확산정도에 있어 국가마다 여전히 큰 차이를 보이는데, 현재 국민 1 인당 CT 및 MRI 촬영 건수는 일본이 단연 최고 수준이다. 반대로 1 인당 MRI 촬영 건수가 가장 낮은 국가는 멕시코이며, 그 다음으로 폴란드, 슬로박, 체크 순인데, 이러한 사실은 동 장비 구축이 고비용을 수반한다는 점을 감안하면 그리 놀랄 만한 일은 아니다 (도표 2.13, 2.14).

예방에 한층 더 주력하면 보건의료체제에 가해진 압력 경감은 물론 건강증진도 가져올 수 있을 것이다

- 때로는 보건의료체제가 ‘질병 치료’ 부문에만 치중하고 있다는 비판이 제기되는 데 이는 보건의료체제가 환자 치료에 주력하고 질병 예방에는 소홀하다는 것을 뜻한다. 현재 국민의료비 지출에서 예방 및 국민건강 프로그램에 할애된 지출 비율은 OECD 평균 약 3% 정도이다 (도표 3.12).
- 유아 예방접종은 유아의 질병 및 사망률 감소 차원에서 가장 효과적인 예방조치의 하나라는 사실이 입증되었다. OECD 회원국의 2/3 에서, DTP (디프테리아, 파상풍, 백일해) 예방접종은 95% 이상의 수준에 이르렀는데, 이 수준은 전국민에게 일반 면역성을 확보하는데 필요한 수준이다. **홍역예방접종 적용범위에서 같은 수준을 보고한 OECD 회원국은 절반 가량이다.** OECD 국가중 1 인당 GDP 에 기초할 때 더 부자국인 아일랜드, 노르웨이, 오스트리아는 디프테리아 및 홍역 예방접종 적용범위가 OECD 국가의 평균에 비해 미달된 상태다 (도표 2.21).
- 노령층 독감예방접종은 독감으로 심각한 합병증을 일으킬 위험성이 더 큰 노령층의 질병, 입원 및 사망을 사전에 예방하는 대책으로 인식되면서 지난 10 년간 OECD 국에서 점점 확산되고 있다. **2003 년도 노령층의 독감예방접종률은 최저 체크, 슬로박, 헝가리의 40% 미만으로부터 최고 호주, 한국, 네덜란드의 75% 이상의 범위에 걸쳐 있다.** 2003 년도 노령층 독감예방접종률이 50%에도 못 미친 독일, 일본을 빼면 모든 G7 에서 독감예방접종률이 60%를 넘는 수준이었다 (도표 2.23).

건강 위해요인은 변하고 있다

- **지난 20 년간에 많은 OECD 국이 담배소비 감소에서 현격한 진전을 이루긴 했으나** 담배소비는 여전히 조기 사망의 주요한 원인으로 남아 있다. 담배소비 감소는 대중

인식 제고 캠페인, 광고 금지, 담배세 부담 과중 등의 담배소비 감소를 목적으로 수립된 정책의 결과라고 볼 수 있다. 호주, 캐나다, 스웨덴, 미국은 매일 흡연하는 성인 비율이 20% 미만으로, 1970년대 말의 33% 이상에 비해 상당수준 감소한 셈이다. 반대로 최고 성인흡연비율을 기록한 국가는 그리스, 헝가리, 룩셈부르크로 성인의 33% 이상이 매일 계속 흡연하고 있다(도표 4.1).

- **지난 20년간 많은 OECD 국가에서 성인 1인당 평균 음주소비량 또한 감소하고 있다.** 광고 억제, 판매 규제, 과세 조치등의 정책수단이 음주소비 감소에 효과적인 방안으로 입증된 바이다. 이탈리아, 프랑스 등의 전통적인 포도주 생산국의 경우, 국내 1인당 음주소비량이 1980년 이후 뚜렷한 감소세를 보였다. 반면 아일랜드의 1인당 음주소비량은 40% 이상의 증가세를 보였다(도표 4.6, 4.7).
- 다수의 OECD 회원국에서 **아동과 성인의 과체중 및 비만률 증가 현상이 국민건강에서 가장 심각한 문제점으로 부각되고 있다.** 비만은 고혈압, 높은 콜레스테롤 수치, 당뇨병, 심장혈관질환, 천식, 관절염, 일부 암 질환등 많은 건강 문제에 잘 알려진 위험요인이다. **과체중자나 비만자로 판정된 성인 비중이 50% 이상인 OECD 국가는 모두 10개국으로,** 이들은 미국, 멕시코, 영국, 호주, 슬로바키아, 그리스, 뉴질랜드, 헝가리, 룩셈부르크, 체코 등이다(표 4.6).
- (단지 과체중일 경우에 비해 더 큰 건강위험을 수반하는) 비만의 경우, **성인 비만률은 국가마다 큰 차이를 보여 최저 일본, 한국의 3% 수준에서 최고 미국의 31% 수준에 이른다.** 하지만 과체중률 및 비만률 평가에 있어, 미국, 호주, 뉴질랜드, 영국 등의 국가는 자국민의 신장·체중등 실제 측정값을 토대로 하는 반면, 대부분의 국가는 **개인이 보고한** 데이터를 기초로 한다는 사실을 염두에 두어야 할 것이다. 개인이 보고한 체중은 일반적으로 과소 평가되는 경향이 있기 때문에 이 자료에 기초한 신장·체중 데이터는 실질적 측정에 비해 그 신뢰도가 적다. 이러한 보고상의 불균형으로 인해 **OECD 회원국 대부분의 현재 비만률 평가치는 실질 비만 비율을 과소 평가하고 있다고 볼 수 있다**(도표 4.12, 4.13).
- **비만은 만성질환의 위험성 증가와 관계가 있기 때문에 추가적 보건의료비용의 뚜렷한 증가와도 관련이 있다.** 미국의 비만자는 정상 체중자에 비해 보건의료서비스 비용, 의약품비가 각각 36%, 77% 정도 더 추가된다는 견해도 있다(Sturm, 2002). 게다가 비만상태로의 진입 후 몇 해가 지나서야 비만관련 건강문제가 나타나기 시작한다는 점을 감안하면, 이는 지난 20년 동안 대부분의 OECD 국에서 드러난 비만 증가 현상이 향후 보건의료비용을 증가시킬 수 있음을 의미한다.

© OECD 2005

본 개요는 OECD 공식 번역이 아닙니다.

OECD 저작권 및 원본 출판물의 표제를 언급할 경우
본 개요를 복제할 수 있습니다.

다국어 개요는 영어와 불어로 각각 발간되었던 OECD 원본 출판물의
발췌문을 번역한 것입니다.

OECD 출판물과 개요는 OECD Online Bookshop
www.oecd.org/bookshop에서 무료로 제공되고 있습니다.

자세한 정보는 OECD Rights and Translation unit,
Public Affairs and Communications Directorate 부로 문의하여 주시기 바랍니다.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

본 기구 웹사이트 www.oecd.org/rights/를 방문하시기 바랍니다.

