

통계로 본 한국의 보건 동향

Health in Korea at a Statistical Glance



장영식 한국보건사회연구원 선임연구위원

우리나라의 보건수준은 기대수명의 연장 및 영아사망률의 감소, 의료인력과 의료시설 등 의료자원의 증가, 뇌혈관질환 사망률의 감소, 암사망률이 증가에서 감소로 전환 등 긍정적으로 변화하고 있는 부문도 있지만 자살에 의한 사망률의 증가 등과 같은 부정적인 방향으로 변화하고 있는 부문도 있다. 우리는 긍정적인 방향으로 변화하고 있는 부문은 더욱 긍정적인 방향으로 그리고 부정적으로 변화하고 있는 부문에서는 그 방향이 긍정적으로 바뀔 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

1. 들어가는 말

우리나라는 경제사회의 발전과 함께 보건분야도 많은 변화가 있었다. 보건수준을 가늠해 볼 수 있는 가장 대표적인 지표인 기대수명은 연장되고, 영아사망률은 감소하였으며, 의료서비스 제공과 직결되는 의료시설과 의료인력은 크게 증가하였다.

우리의 경제사회수준의 발달로 우리의 생활수준이 선진국 수준에 도달함에 따라 국민의 삶의 질에 대한 관심이 더욱 높아져 지금까지의 단순한 수명의 연장이나 보건의료시설 및 장비의 양적인 확장 위주에서 질적인 제고에 관심이 높아지게 되었다.

우리나라의 경제사회수준은 지속적으로 발전할 것으로 예측하고 있으며, 국민의 삶의 질

에 대한 관심 및 욕구도 더욱 높아질 것으로 예상되고 있다. 이와 같이 점차 관심이 높아질 것으로 예상되는 보건분야의 변화수준을 통계를 통하여 과거와 현재 그리고 미래 수준을 살펴보고자 한다.

2. 건강상태

1970년의 우리나라 기대수명은 61.9년으로 OECD 평균 기대수명인 70.3년에 비하여 8.4년이 낮은 수준이었다. 기대수명은 이후 점차 높아져 1990년에는 71.3년으로 그리고 2010년에는 80.8년으로 증가하여 OECD 평균인 79.8년보다 1.0년이 더 높아졌다. 이와 같은 기대수명의 증가는 이후에도 지속되어 2030년에는 84.3

년으로 그리고 2050년에는 87.4년으로 증가할 것으로 전망되고 있다.

남녀의 기대수명의 변화를 살펴보면 1970년에는 남자가 58.7년, 여자가 65.6년으로 여자가

6.9년 더 많았으며, 이후 1990년에는 남자가 67.3년, 여자가 75.5년으로 8.2년이 그리고 2010년에는 남자가 77.2년 여자가 84.1년으로 여자가 6.9년이 더 많았다. 이후 남녀의 기대수

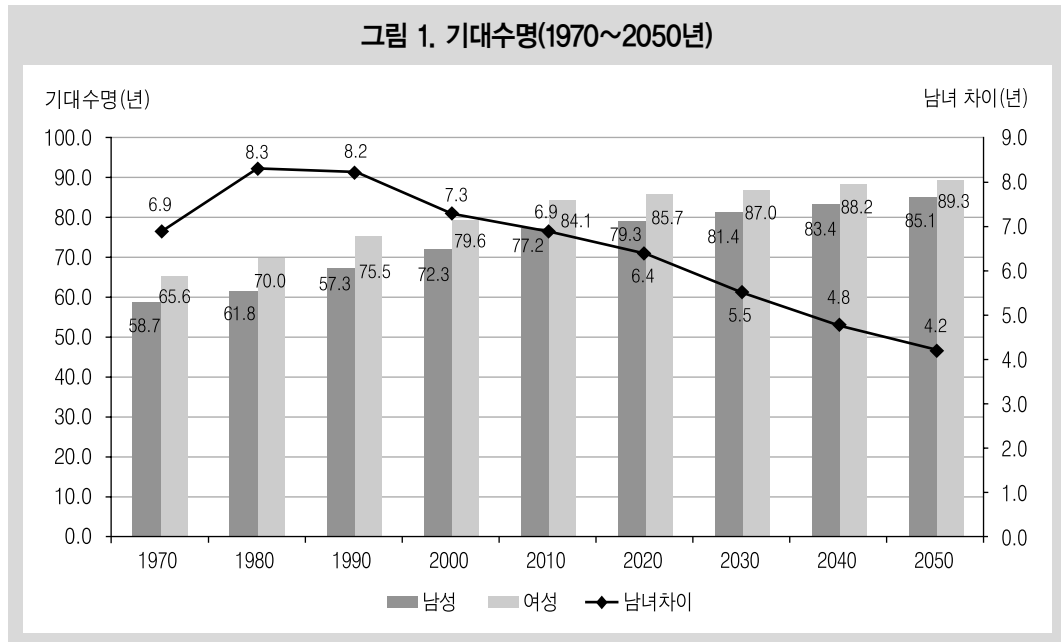
표 1. 기대수명(1970~2050년)

(단위: 년)

구분	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년	2020년	2030년	2040년	2050년	증감	
										2010~1970	2050~2010
전체(A)	61.9	65.7	71.3	76.0	80.8	82.6	84.3	86.0	87.4	18.9	6.6
남자(B)	58.7	61.8	67.3	72.3	77.2	79.3	81.4	83.4	85.1	18.5	7.9
여자(C)	65.6	70.0	75.5	79.6	84.1	85.7	87.0	88.2	89.3	18.5	5.2
차이(C-B)	6.9	8.3	8.2	7.3	6.9	6.4	5.5	4.8	4.2		
OECD(전체)(D)	70.3	72.6	74.7	77.1	79.8					9.5	
차이(A-D)	-8.4	-6.9	-3.4	-1.1	1.0						

자료: 통계청(2011.12). 장래인구추계.
OECD(2012). OECD Health Data 2012.

그림 1. 기대수명(1970~2050년)



명은 점차 높아져 2050년에는 남자 85.1년, 여자 89.3년으로 그 차는 4.2년으로 좁혀졌으나 여자의 기대수명이 남자보다 긴 현상은 지속될 것으로 예측되고 있다.

영아사망률은 모성의 건강상태, 그리고 태어나서의 영양상태나 의료수준에 따라 많은 영향을 받는다. 그래서 영아사망률은 그 나라의 보건수준을 판단해 볼 수 있는 대표적인 지표가 되기도 한다. 우리나라의 영아사망률은 1970년에는 출생인구 1,000명당 45.0명으로 OECD 평균 29.3명보다 15.7명이 많은 수준이었으나 경제사회 발전과 의료수준의 향상 등의 영향으로 1991년에는 10.0명으로, 2010년에는 3.2명으로 감소하여 OECD 국가 4.3명보다 1.1명이 적었다. 1990년에서 2010년간 감소폭은 우리나라가 6.8명, OECD 국가는 6.6명으로 우리나라가 0.2명 더 감소하여 거의 비슷한 감소수준을 보이고 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 영아사망률의 저하는 경제사회발전과 의료수준의 향상 등의 영향으로 향후에도 더 낮아질 것으로 기대된다. 그러나 현재의 영아사망률 수준이 낮은 수준에 속하기 때문에 이전처럼 큰 저하를 보이지는 않을 것으로 전망된다. 2010년

현재 가장 낮은 영아사망률을 보이고 있는 국가는 아이슬란드로 2.1명이며, 그 다음은 핀란드와 일본이 2.3명 수준을 보이고 있다. 일본이 1983년 6.2명에서 2000년 3.2명으로 그리고 2010년 2.3명으로 저하되어 6.2명에서 3.2명으로 저하하는데 17년이 소요된 반면 우리나라는 6.2명에서 3.2명으로 저하하는데 11년이 소요되어, 일본의 2010년 수준인 2.3명까지 저하하는데는 일본의 소요기간 11년 보다는 짧은 것으로 예상된다.

사회경제 발전으로 인한 식생활의 서구화, 환경의 오염, 그리고 기대수명의 연장 등으로 압력으로 인한 사망률은 큰 변화를 보여 왔다. 1990년 압에 의한 사망률은 인구 10만 명당 174.7명에서 2000년에는 217.2명으로 크게 증가하였으나 2010년에는 193.7명으로 낮아졌다. 2010~1990년 기간 중 압으로 인한 사망률은 19.0명이 증가한 것으로 나타났다. 이는 동 기간 중 OECD 국가의 지속적인 감소 현상과 비교하면 만족할 만한 수준은 아니지만 우리나라가 지속적인 증가에서 감소로 돌아섰다는 것은 건강관리 및 향상 측면에서 바람직한 현상이다.

뇌혈관질환에 의한 사망률은 우리나라가

표 2. 영아사망률

(단위: 출생아 1,000명당, 명)

구분	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년	증감
						2010-1990
한국(A)	45.0	17.0(1981)	10.0(1991)	6.2(1999)	3.2	-6.8
OECD(B)	29.3	18.2	10.9	6.7	4.3	-6.6
차(A-B)	15.7	-1.2	-0.9	-0.5	-1.1	

자료: OECD(2012). OECD Health Data 2012.

1990년 174.7명에서 2000년에는 165.6명으로 그리고 2010년에는 86.0명으로 낮아져 1990~2010년 기간 중 88.7명이 감소한 것으로 나타났다. OECD 뇌혈관질환에 의한 사망률의 평균은 1990년 150.1명에서 2010년에 74.0으로 낮아져 1990~2010년 기간 중 76.1명이 감소하여 우리나라의 감소 폭 보다는 조금 적었다.

우리나라의 자살에 의한 사망률은 1990년 8.8명에서 2000년에는 16.6명으로 그리고 2010년에는 33.5명으로 높아져 1990~2010년 기간 중 24.7명이 증가한 것으로 나타났다. OECD 국가의 평균은 1990년 16.2명에서 2000년에는 14.4명으로 그리고 2010년에는 12.9명으로 낮아져 1990~2010년 기간 중 3.3명이 감소한 것으로 나타났다. 1990~2010년 기간 중 OECD 국가는 감소하였으나 우리나라는 증가한 것은 우리나라의 자살에 의한 사망에 보다 많은 관심과 대책이 필요함을 의미하는 것으로 이의 감소를 위한 정책의 수립 및 추진이 절실히 요구된다.

향후 암에 의한 사망률이나 뇌혈관질환에 의한 사망률은 사회경제의 발전에 따라 발생 위험 요인은 증가하여 발병 위험이 높아질 것이다. 따라서 이를 낮추기 위해서는 예방을 위한 노력과 주기적인 검진을 통해 초기에 발견을 할 수 있도록 하여야 할 것이다. 점차 건강과 삶의 질에 대한 관심이 높아지고 있는 만큼 정책적인 노력이 지속적으로 이루어진다면 암이나 뇌혈관질환에 의한 사망률은 저하될 수 있을 것이다.

자살에 의한 사망률이 최근 들어 급격히 증가하고 있는 현상은 매우 우려할 만하다. 자살은 고령인구나 단독가구의 증가 및 급변하는 사회경제적 영향이 크고 향후 이와 같은 요인은 증가할 것이기 때문에 자살예방을 위한 자살원인 파악과 지속적인 인식전환을 위한 정책의 추진 그리고 소외됨으로 인한 자살이 발생하지 않도록 복지 사각지대의 해소를 위한 노력도 필요하다.

본인이 생각하는 건강상태는 실제로 본인의 건강상태에 긍정적 혹은 부정적 영향을 끼칠 수

표 3. 연령표준화사망률

(단위: 인구 10만 명당, 명)

구분		1985년	1990년	2000년	2010년	증감
						2010-1990
암사망률	한국	156.2	174.7	217.2	193.7	19.0
	OECD	247.8	247.7	237.4	214.9	-32.8
뇌혈관질환에 의한 사망률	한국	209.9	174.7	165.6	86.0	-88.7
	OECD	175.9	150.1	115.1	74.0	-76.1
자살에 의한 사망률	한국	11.2	8.8	16.6	33.5	24.7
	OECD	17.3	16.2	14.4	12.9	-3.3

자료: OECD(2012), OECD Health Data 2012.

있는 만큼 본인이 생각하는 건강 수준은 건강 유지에 중요한 의미를 지닌다. 우리나라 국민이 본인의 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율은 1989년 54.7%였으나 2001년에는 45.6%로 그리고 2010년에는 37.6%로 낮아졌다. 1990~2010년 기간 중 17.1% 포인트가 낮아진 것이다. OECD 회원국은 1990년 71.9%에서 2000년에는 68.6%, 2010년에는 69.7%로 낮아져 1990~2010년 기간 중 2.2% 포인트가 낮아져 그 감소폭이 우리나라에 비하여 매우 적었다. 우리나라에서 본인의 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율이 급격히 낮아지는 이유는 여러 가지 사회 환경적인 요인도 작용한 것으로 보이지만 본인의 건강상태에 대해 보다 긍정적으로 자신감을 가질 수 있도록 하는 것도 매우 중요하다.

3. 의료자원

의료인력과 의료시설은 의료서비스의 제공에 매우 중요한 영향을 미친다. 특히 의료서비스를 제공하는 인력은 의료의 질에 크게 영향을 미치기 때문에 각국에서는 적정 의료인력을 확보하기 위해 노력하고 있다.

우리나라의 의료인력의 변화를 살펴보면 의사가 1990년 인구 1,000명당 0.83명에서 2000년에는 1.30명으로 증가하였고, 2010년에는 1.99명으로 증가하여 1990~2010년 기간 중 1.16명이 증가하였다. OECD 회원국은 1990년 2.36명에서 2000년에는 2.70명으로 그리고 2010년에는 3.07명으로 증가하여 1990~2010년 기간 중 0.71명이 증가하여 우리나라의 의사 증가율이 OECD 국가들보다 빨랐다.

치과 의사의 경우에는 1990년 인구 1,000명당 0.18명에서 2000년에는 0.31명으로 증가하였고, 2010년에는 0.42명으로 증가하여 1990~2010년 기간 중 0.24명이 증가하였다. OECD 회원국은 1990년 0.49명에서 2000년에는 0.61명으로 그리고 2010년에는 0.65명으로 증가하여 1990~2010년 기간 중 0.16명이 증가하여 우리나라의 치과 의사 증가율이 OECD 국가들보다 빨랐다.

간호사의 경우에는 1990년 1.87명에서 2010년에는 4.63명으로 증가하여 1990~2010년 기간 중 2.76명이 증가하였다. OECD 회원국은 1990년 7.88명에서 2010년에는 9.28명으로 증가하여 2000~2010년 기간 중 1.40명이 증가하여 우리나라의 간호사 증가율이 OECD 국가들

표 4. 본인의 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율

(단위: %)

구분	1990년	2000년	2010년	증감
				2010-1990
한국	54.7(1989)	45.6(2001)	37.6	-17.1
OECD	71.9	68.6	69.7	-2.2

자료: OECD(2012). OECD Health Data 2012.

에 비하여 빠르게 증가하였음을 알 수 있다.

인구 1,000명당 의료인력은 배출 의료인력 수와 인구증가율에 따라 변화할 것이다. 배출인력은 국가의 정책에 따라 좌우될 수 있기 때문에 장기적인 관점에서 의료인력의 적정선을 판단하고 그에 따라 의료인력 배출규모가 결정되어야 할 것이다. 판단 요소 중 우리나라는 저출산과 기대수명의 연장으로 노인인구비율이 빠르게 증가하고 있어, 의료수요가 큰 노인인구비율의 빠른 증가에 따른 의료인력 수요도 감안하여야 할 것이다.

우리나라는 경제사회발전과 국민의 삶의 질 향상에 대한 관심이 높아지고 삶의 질의 중요한 부문이 건강이기 때문에 이와 관련된 의료기관 수는 빠르게 증가하여 왔다. 종합병원의 경우 1980년에는 82개 기관에 불과하였으나 2000년에는 285개소로 증가하고, 2010년에는 다시 312개소로 증가하여 1990~2010년 기간 중 84개소가 증가한 것으로 나타났다. 병원의 경우에는 1980년 259개소에서 1990년에는 399개소로

그리고 2010년에는 2,497개소로 증가하여 1990~2010년 기간 중 2,098개소가 증가하여 6.3배가 증가하였으며, 의원의 경우에는 1990년 20,738개소에서 2000년 37,404개소로 그리고 2010년에는 53,398개소로 증가하여 1990~2010년 기간 중 32,660개소가 증가하여 2.6배가 증가하였다. 이와 같이 의료기관수는 비교적 빠르게 증가한 것으로 나타났다.

이와 같은 증가현상은 향후 배출되는 의료인력과 수요에 따라 변화하겠지만 어느 정도의 증가 현상은 당분간 지속될 것으로 예상된다. 그러나 의료기관의 큰 증가에도 불구하고 도시의 집중 현상 등 우리나라의 의료기관 편중이 심하게 나타나고 있어 이를 해소하는데 주력하여야 할 것이다.

의료장비는 정확한 진단과 치료를 위한 장비로 의료기술의 향상과 함께 발전하여 왔다. 우리나라의 MRI 장비수는 2000년 인구 100만 명당 5.4대였으나 2010년에는 19.9대로 14.5대가 증가하였다. OECD는 2000년에서 2010년 기간

표 5. 의료인력수

(단위: 인구 1,000명당, 명)

구분		1980년	1990년	2000년	2010년	증감
						2010-1990
의사	한국	0.5('81)	0.83	1.30	1.99	1.16
	OECD	1.95	2.36	2.70	3.07	0.71
치과의사	한국	0.08('81)	0.18	0.31	0.42	0.24
	OECD	0.41	0.49	0.61	0.65	0.16
간호사	한국	0.35	1.87	2.98	4.63	2.76
	OECD	7.76	7.88	7.59	9.28	1.40

자료: OECD(2012). OECD Health Data 2012.
보건복지부, 보건복지통계연보.

표 6. 의료기관수

(단위: 개소)

구분	1975년	1980년	1990년	2000년	2010년	증 감
						2010-1990
종합병원	37	82	228	285	312	84
병원 ¹⁾	146	259	399	856	2,497	2,098
의원 ²⁾	10,278	10,952	20,738	37,404	53,398	32,660

주: 1) 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원

2) 의원, 치과의원, 한의원, 부속의원

자료: 보건복지부, 보건복지통계연보.

중 5.9대에서 12.5대로 6.6대가 증가하여 우리나라의 MRI 장비 증가 속도가 OECD 국가에 비하여 매우 빠르고 인구 100만명당 보유대수도 1.6배가 많은 것으로 나타났다.

CT의 경우에는 우리나라가 인구 100만 명당 2000년 28.4대에서 2010년에는 35.3대로 6.9대가 증가하였고, OECD 국가는 동 기간 중 17.6대에서 23.3대로 5.7대가 증가하였다. 2010년 우리나라의 CT 보유대수는 OECD 회원국에 비하여 1.5배 많이 보유하고 있으며, 증가속도도 OECD 회원국 보다는 빠른 것으로 나타났다.

이와 같은 고가의 첨단의료장비는 보유대수

가 많은 것이 반드시 바람직하다고는 할 수 없다. 필요이상의 장비 보유는 수요를 창출하여 의료비의 증가 요인이 될 수 있기 때문에 적정 보유대수를 유지할 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다. 향후 첨단 의료장비의 보유대수는 현재 OECD 회원국에 비하여 훨씬 많은 장비를 보유하고 있기 때문에 적정수를 분석하여 적정선에서 유지될 수 있도록 하는 방안이 모색되어야 할 것이다.

표 7. 의료장비수

(단위: 인구 100만 명당, 대)

구분		2000년	2005년	2010년	증 감
					2010-2000
MRI	한국	5.4	12.1	19.9	14.5
	OECD	5.9	9.3	12.5	6.6
CT	한국	28.4	32.3	35.3	6.9
	OECD	17.6	20.3	23.3	5.7

자료: OECD(2012). OECD Health Data 2012.

4. 보건비용

경제사회가 발전하여 선진국으로 갈수록 지출하는 보건비용은 많아지고 GDP 대비 비율도 높아지는 경향을 보이고 있다. 우리나라의 국민 의료비 지출을 GDP와 대비하여 알아보면 1990년에는 4.0%였으나 2000년에는 4.5%로 그리고 2010년에는 7.1%로 증가하였다. 1990~2010년 기간 중 3.1% 포인트가 증가한 것이다. OECD 국가는 1990년 6.9%에서 2000년에는 7.8%로, 그리고 2010년에는 9.5%로 증가하여 1990~2010년 기간 중 2.6% 포인트가 증가하여 우리나라의 증가율보다는 낮은 것으로 나타났다.

국민의료비에서 차지하는 공공지출 비율은 우리나라가 1990년 38.4%에서 2000년에는 48.6%로 그리고 2010년에는 58.2%로 증가하여 1990~2010년 기간 중 19.8% 포인트가 증가하였다. OECD 회원국은 1990년 73.3%에서 2000년에는 71.3%로 그리고 2010년에는

71.8%로 변화하여 1990~2010년 기간 중 1.5% 포인트가 감소하였다. 우리나라는 공공지출 비중이 크게 높아진 반면 OECD 국가는 크게 변화하지 않은 것으로 나타났다.

1인당 국민의료비는 우리나라가 1990년 325달러에서 2000년에는 771달러로 그리고 2010년에는 2,035달러로 증가하여 1990~2010년 기간 중 1,710달러가 증가하였다. OECD 회원국은 1990년 1,164달러에서 2000년 1,888달러로 그리고 2010년에는 3,268달러로 증가하여 1990~2010년 기간 중 2,104달러가 증가 우리나라보다 증가율은 낮지만 증가폭이 큰 것으로 나타났다.

국민의료비는 경제성장과 함께 증가하는 현상을 보이고 있다. 즉 GDP가 높아질수록 GDP 대비 국민의료비의 비율은 높아지는 경향이 있다. 향후 우리나라의 국민의료비도 우리나라의 경제성장과 함께 증가할 것으로 예측되고 있다.

우리나라는 기대수명의 연장과 저출산으로 인해 노인인구비율은 빠르게 증가하고 있다. 노

표 8. 의료비 지출

(단위: %, \$)

구분		1980년	1990년	2000년	2010년	증 감
						2010-1990
GDP대비 국민의료비	한국	3.7	4.0	4.5	7.1	3.1
	OECD	6.6	6.9	7.8	9.5	2.6
국민의료비 중 공공지출 비율	한국	21.6	38.4	48.6	58.2	19.8
	OECD	73.0	73.3	71.3	71.8	-1.5
1인당 국민의료비	한국	89	325	771	2,035	1,710
	OECD	628	1,164	1,888	3,268	2,104

자료: OECD(2012). *OECD Health Data 2012*.
국민건강보험·건강보험심사평가원, 건강보험통계연보.

인진료비는 의료기술의 향상과 기대수명의 연장에 따른 노인인구비율의 증가 의료서비스의 접근성 증대, 건강에 대한 요구 증가 등의 영향 등으로 빠르게 증가하고 있다. 1990년 노인진료비는 2,403억원에서 2000년에는 22,555억원으로 그리고 2010년에는 141,350억원으로 빠르게 증가하였다. 1990~2010년 기간 중 58.8배가 증가하여 그 증가속도가 매우 빠름을 알 수 있다. 노인인구비율과 노인진료비 비율의 변화를 살펴보면 1990년 노인인구비율은 4.9%였고, 노인진료비 비율은 8.2%였으나 2010년에는 노인인구비율이 10.2%로 증가하고 노인진료비 비율은 32.4%로 증가하였다. 1990~2010년 기간 중 노인인구비율은 5.3% 포인트가 증가한 반면 노인진료비는 24.2% 포인트가 증가하여 노인진료비가 노인인구비율 증가보다 4배 이상 빠르게 증가한 것으로 나타났다. 일본의 65세 이상 노인인구비율은 2010년에 23.1%이고, 65세 이상 인구가 차지하는 국민의료비는 54.6%(2008)를 차지하고 있다.¹⁾ 인구추계결과에 따르면 우리나라의 노인인구비율은 2010년

11.0%에서 2030년에는 24.3%로 그리고 2050년에는 37.4%로 증가할 것으로 전망되고 있다. 우리나라의 노인인구비율은 2030년 이전에 일본의 2010년 수준에 도달할 것이고, 그 때의 노인진료비는 일본 수준을 상회할 것으로 전망되기 때문에 건강보험재정의 안정화방안 등 이에 대한 대책 수립이 요구된다.

5. 건강위험요인

흡연은 폐암의 원인이 되고 건강에 부정적인 영향을 미친다. 우리나라의 흡연 실태를 살펴보면 남자의 경우 1989년 흡연율이 65.7%였으며, 2001년에는 52.9%, 그리고 2010년에는 40.8%로 낮아져 1989~2010년 기간 중 24.9% 포인트가 감소하였다. 여자의 경우는 1989년 6.4%에서 2001년에는 4.2%로 감소하였으나 2010년에는 5.2%로 다시 증가하였다. 1989~2010년 기간 중 1.2% 포인트가 감소한 것으로 나타나 남자의 흡연율이 크게 감소한 것으로 나타났다.

표 9. 65세 이상 진료비 현황

(단위: 억원, %)

구분	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	증 감
						2010-1990
노인진료비	2,403	7,385	22,555	60,731	141,350	138,947
노인인구비율	4.9	5.6	6.6	8.3	10.2	5.3
노인진료비 비율	8.2	12.0	17.5	24.4	32.4	24.2

주: 지급기준이며 약국포함, 건강보험 급여실적이며, 비급여 제외, 노인인구 연도말 기준
 자료: 국민건강보험공단(2012). 통계로 본 건강보험 시행 35년.

1) 후생노동통계협회(2011). 국민위생의 동향 2011/2012.

OECD 국가의 경우는 남자가 1990년 38.5%에서 2000년에는 32.2%로 그리고 2010년에는 25.9%로 감소하여 1990~2010년 기간 중 12.6% 포인트가 감소하였다. 여자의 경우에는 1990년 22.9%에서 2000년에는 20.2%로 그리고 2010년에는 16.8%로 감소하여 1990~2010년 기간 중 6.1% 포인트가 감소하여 남자의 감소 폭 보다는 적었다.

흡연의 위해성은 잘 알려져 있기 때문에 정부나 개인의 흡연율 저하를 위한 노력은 지속되고 그 영향으로 흡연율은 점차 낮아질 것으로 전망된다. 그러나 청소년인구의 흡연율 증가는 전체적인 흡연율 저하에 부정적인 영향을 끼칠

수 있기 때문에 이들을 대상으로 한 집중적인 정책추진이 요구된다.

20세 이상 성인의 음주율을 살펴보면 1989년 57.0%에서 1999년에는 64.6%로 증가하였고, 2010년에는 68.4%로 높아져 1989년에 비하여 11.4%가 증가하였다. 적당한 음주는 건강에 도움이 되지만 과도한 음주는 건강에 해를 끼치게 된다. 이와 같이 성인 가운데 음주인구가 늘어난다는 것은 그만큼 과도한 음주를 하는 인구도 증가한다는 것을 의미하기 때문에 지나친 음주를 하지 않도록 하는 홍보활동 등이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

음주를 남녀별로 구분하여 변화를 살펴보면

표 10. 흡연율

(단위: %)

구분		1990년	2000년	2010년	증 감
					2010-1990
한국	남자	65.7(1989)	52.9(2001)	40.8	-24.9
	여자	6.4(1989)	4.2(2001)	5.2	-1.2
OECD	남자	38.5	32.2	25.9	-12.6
	여자	22.9	20.2	16.8	-6.1

자료: OECD(2012), OECD Health Data 2012.

표 11. 음주율

(단위: %)

구분	1989년	1995년	1999년	2003년	2010년	증 감
						2010-1989
전체	57.0	63.1	64.6	64.3	68.4	11.4
남자	85.3	83.0	82.9	80.7	81.8	-3.5
여자	32.1	44.6	47.6	49.0	55.5	23.4

주: 20세 이상인구.
자료: 통계청, 한국의 사회지표.

남자의 경우 1989년 85.3%에서 1999년에는 82.9%로 그리고 2010년에는 81.8%로 낮아져 1989년에 비하여 3.5%가 낮아졌다. 큰 폭의 감소는 아니지만 감소를 보인 것은 바람직하다고 하겠다. 그러나 여자의 경우에는 1989년 32.1%이던 음주인구비율이 1999년에는 47.6%로 그리고 2010년에는 55.5%로 증가하여 1989년에 비하여 23.4%가 증가하였다. 여성의 사회활동 증가 등과 남녀 차별에 대한 인식이 낮아짐에 따라 점차 남녀의 음주율의 차이는 적어지고 있다.

건강에 부정적인 영향을 미치는 요인 중 하나가 비만이다. 비만은 고혈압이나 당뇨병 등 각종 만성질환의 원인이 되며, 암을 일으키는 원인을 제공하기도 한다. 우리나라의 비만(OECD 기준 BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) 인구비율은 남자의 경우 2001년 2.9%에서 2010년에는 3.5%로 증가하였으며, 여자의 경우는 2001년 3.3%에서 2010년에는 4.7%로 증가하여 남녀 모두 비만율이 증가하고 있는 것으로 나타났다.

OECD 국가의 비만율은 우선 남자의 경우 2000년 17.6%에서 2010년 21.3%로 증가하였

으며, 여자의 경우는 2000년 20.0%에서 2010년에는 23.0%로 증가하여 우리나라 보다 매우 높고 빠르게 증가하고 있는 것으로 나타났다. 비만율의 증가는 결코 바람직하지 않으므로 우리나라에서는 비만의 원인이 되는 과잉의 영양섭취와 운동부족 등을 벗어나기 위한 적정량의 영양섭취와 적절한 운동의 생활화 등으로 비만율을 낮추기 위한 꾸준한 노력이 요구된다.

6. 나가는 말

우리나라의 기대수명은 경제사회발전과 의료수준의 향상으로 점차 연장되고 있으며, 영아사망률은 크게 감소하였다. 그러나 암 사망률이나 뇌혈관질환에 의한 사망률은 OECD 국가에 비하여 높아 이의 저하를 위한 노력이 요구된다. 특히 자살에 의한 사망률은 급격히 증가하고 있고, 다른 OECD 국가에 비해 매우 높은 수준으로 OECD 국가 중 상위를 차지하고 있어 이의 개선을 위한 꾸준한 노력이 요구된다.

우리나라의 의료자원은 그 동안 지속적으로

표 12. 비만율

(단위: %)

구분		2000년	2005년	2010년	증 감
					2010-2000
한국	남자	2.9(2001)	3.6	3.5	0.6
	여자	3.3(2001)	3.3	4.7	1.4
OECD	남자	17.6	19.8	21.3	3.7
	여자	20.0	21.6	23.0	3.0

자료: OECD(2012). OECD Health Data 2012.

증가하여 왔으나 의사, 치과의사, 간호사 등 의료인력은 OECD 국가의 평균에 훨씬 못 미치는 낮은 수준을 보이고 있어 적정 수준에 대한 판단과 이에 따른 향후 대책이 요구된다.

의료기관수는 급격히 증가하여 의료서비스를 받을 수 있는 접근성이 매우 향상된 것으로 보이지만 의료기관의 지역 편중으로 아직도 의료접근이 어려운 지역이 있어 이의 해소를 위한 노력이 요구되며, 첨단 의료장비수는 급격히 증가하고 있어 적정수에 대한 판단과 그에 따른 적정수 유지를 위한 노력이 요구된다.

우리나라의 국민의료비는 그 동안 경제사회 수준의 발전과 함께 지속적으로 증가하여 왔으며, 이와 같은 증가현상은 향후에도 지속될 것

으로 전망된다. 그러나 기대수명의 연장과 저출산의 영향으로 노인인구비율이 빠르게 증가하고, 의료기술의 향상과 삶의 질에 대한 관심 증대는 노인진료비를 크게 증가시켜 안정적인 의료보험 재원마련을 위한 방안 마련이 요구된다.

우리나라의 보건수준은 꾸준히 향상되었으며, 그 영향은 매우 긍정적인 것으로 평가되고 있지만 아직도 부정적인 요소도 많이 있는 만큼 이의 감소를 위한 정책의 마련 및 추진이 지속되어야 할 것이다. 이와 같은 정부의 노력과 국민의 인식변화가 이루어진다면 우리나라의 보건수준은 어느 선진국에 뒤지지 않는 수준으로 향상될 것이다. **보건복지**