



한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011



한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011

OECD INDICATORS



OECD/Korea Policy Centre
Health and Social Policy Programme

이 보고서는 OECD 사무총장의 책임하에 발간되었습니다. 이 보고서에 실린 의견과 주장은 OECD 및 OECD 회원국들의 공식적인 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.

본 문서 및 이에 포함된 지도에는 영토에 대한 지위 또는 주권, 국경 및 국가간 경계, 영토, 도시, 영역의 이름에 대한 편견이 없습니다.

본 출판물의 영문제목 및 본문제목은 다음과 같습니다.

Health at a Glance 2011 : OECD Indicators/Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE

© 2011 OECD

이 보고서 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.

© 2012 OECD/Korea Policy Centre

본 한국어판은 OECD 파리와 계약에 의해 발간되었으며, 저작권은 OECD대한민국정책센터에 있습니다.

한국어 번역의 품질 및 원본과의 일치 여부는 OECD대한민국정책센터의 책임하에 있습니다.

이스라엘에 대한 통계 자료는 관련 이스라엘 당국의 책임 하에 제공된 것입니다. OECD의 이러한 데이터 이용은 골란고원, 동예루살렘 및 웨스트 뱅크 이스라엘 정착촌의 국제법 상의 상태와 아무런 관련이 없습니다.

사진 : 표지 Cover © Shutterstock/Yuri Arcurs. Chapter 1 : © Comstock/Jupiterimages. Chapter 2 : © Comstock/Jupiterimages. Chapter 3 : © Randy Faris/Corbis. Chapter 4 : © Vincent Hazat/Photo Alto. Chapter 5 : © CREATAS/Jupiterimages. Chapter 6 : © onoky – Fotolia.com. Chapter 7 : © Tetraimages/Innagine. Chapter 8 : © Thinkstock/iStockphoto.com.

OECD 출판물에 대한 수정사항은 다음의 사이트를 참조 : www.oecd.org/publishing/corrigenda.

한국어판 서문

OECD대한민국정책센터 (www.oecdkorea.org)는 OECD와 대한민국 정부 간에 양해각서(Memorandum of Understanding)를 체결하여 설립된 국제협력기구로서 OECD의 주요정책과 문제의식을 아시아-태평양 지역 비회원국과 공유하고 이들 국가에게 전파하는 역할을 수행하고 있습니다.

이와 관련하여 OECD대한민국정책센터 사회정책본부에서는 보건, 사회복지, 연금 등 사회정책 분야에 관하여 OECD에서 발간하는 주요 자료들을 한국어판으로 번역하여 보급하고 있습니다.

이번에 출간하는 **Health at a Glance 2011** 한국어판은 OECD대한민국정책센터 사회정책본부 이한울 연구원의 협조와 함께 울산의대 이상일 교수님께서 번역에 대하여 감수해 주셨음을 알려드립니다.

서문

한 눈에 보는 OECD 보건지표는 OECD 국가의 주요 보건지표 및 보건의료제도 (health system)에 관한 가장 최근의 비교 가능한 데이터를 담고 있다. 이번 보고서는 장기요양에 관한 장도 처음으로 추가했다.

이 보고서는 OECD 신규 회원국인 칠레, 에스토니아, 이스라엘, 슬로베니아를 포함한 OECD 34개 국가에 대한 데이터를 제공한다. 데이터 수집이 가능한 경우에는 OECD 비회원국 중 주요 국가인 브라질, 중국, 인도, 인도네시아, 러시아 연방, 남아프리카 공화국에 관한 비교 가능한 데이터도 담았다.

국가별 자료담당자, 보건계정 전문가, 보건의료 질 지표 프로젝트에 참여하는 전문가의 도움이 없었다면 이 책의 출판이 불가능하였을 것이다. 대부분의 자료 및 정성적 정보를 제공한 이들의 노력에 사의를 표한다. 또한 필요한 정보를 공유해준 세계보건기구 (World Health Organization)를 포함한 국제기구와 유럽 연합통계청(Eurostat) 그리고 자료 개발을 지원해 준 유럽연합집행위원회 (European Commission)에도 사의를 표한다.

이 보고서는 Gaétan Lafortune과 Michael de Looper가 주축이 되어 OECD 보건과 (Health Division)가 준비했다. 제1장과 제2장은 Michael de Looper, 제3장은 Michael Schoenstein, Gaëlle Balestat 와 Rebecca Bennetts, 제4장은 Gaétan Lafortune와 Gaëlle Balestat, 제5장은 Gerrard Abi-Aad, Vladimir Stevanovic, Rie Fujisawa 와 Niek Klazinga, 제 6장은 Michael de Looper 와 Marion Devaux (독일 연방 보건부의 Lothar Janssen의 도움을 받아), 제7장은 David Morgan, Rebecca Bennetts와 Roberto Astolfi, 제8장은 Jérôme Mercier, Margarita Xydia-Charmanta 와 Francesca Colombo가 준비했으며, Nelly Biondi가 통계적 지원을 담당했다. 이 보고서를 출간하는 데 Valérie Paris와 Mark Pearson의 논평과 제안은 큰 도움이 되었다.

OECD 50주년

지난 50년 동안 OECD 국가들의 보건성과를 측정하며

1970년대에 의료비가 상당히 증가한 원인을 설명하기 위한 노력의 일환으로 OECD에서는 1980년대 초반부터 보건관련 작업을 시작했다. 1980년대, 1990년대에 OECD의 작업은 주로 보건의료제도의 비교분석을 할 수 있는 탄탄한 데이터베이스를 구축을 중심으로 이루어졌고, 의료비 지출에 관한 비교가능한 데이터 수집이 그 출발점이었다. 이 작업을 통해 2000년 “보건의료 계정 체계 (A System of Health Accounts)” 매뉴얼이 발행되었다. 2001년 OECD의 보건 프로젝트 (OECD Health Project)가 시작된 이후 10년 만에 OECD의 이러한 작업은 보건의료 체계 개선을 위해 각국의 정책 입안자들이 봉착하는 주요 도전과제를 다룰 만큼 그 영역이 확대되었다 (다음 페이지에 있는 상자 참조).

보건데이터와 보건 정책에 관한 OECD 활동이 확대되면서, 세계보건기구 (World Health Organization, WHO)와 유럽 집행위원회 (European Commission)와 같은 국제 기구와의 협력도 활발해졌다. 1999년 OECD 사무총장과 WHO 사무총장은 첫 협력 프레임워크에 서명했으며, 2005년에는 이 프레임워크가 통계작업뿐만 아니라 보건의료 서비스의 재원조달 및 제공과 관련한 분석작업까지 포함할 수 있도록 확대되었다. 2005년 말, OECD, WHO, Eurostat (유럽 통계청)은 의료비 지출 및 재원조달관련 데이터의 가용성과 비교가능성을 제고하기 위해 “보건의료 계정 체계”에서 시작된 작업을 근간으로 데이터 수집 작업에 착수했다. 이러한 공동노력이 성공을 거두자, 이 세 기관은 2010년 비금전적 (non-monetary) 보건 의료 통계자료를 공동으로 수집하기 시작했다. 이러한 공조를 통해 세 기관 사이의 업무 중복을 방지하고, 시너지를 낼 수 있었다.

본 책자의 주된 출처인 OECD 보건데이터 (Health Data) 데이터 베이스는 OECD 회원국과 국제 기관의 관계자들이 지난 30년 동안 긴밀한 협력을 통해 만들어낸 결과물이다. 이 데이터 베이스는 OECD 창립 이후 50년 동안 회원국의 보건의료 및 그 제도의 진화를 비교해볼 수 있는 정보의 원천이다.

1961년 OECD 창립 이후 보건의료 및 그 제도의 진화상을 살펴보면 세 가지 주요 트렌드가 눈에 띈다.

1. 평균수명의 현저한 증가
2. 건강에 대한 위험요인의 본질적 변화
3. 의료비 지출의 꾸준한 증가 (GDP 성장을 상회하는 증가)

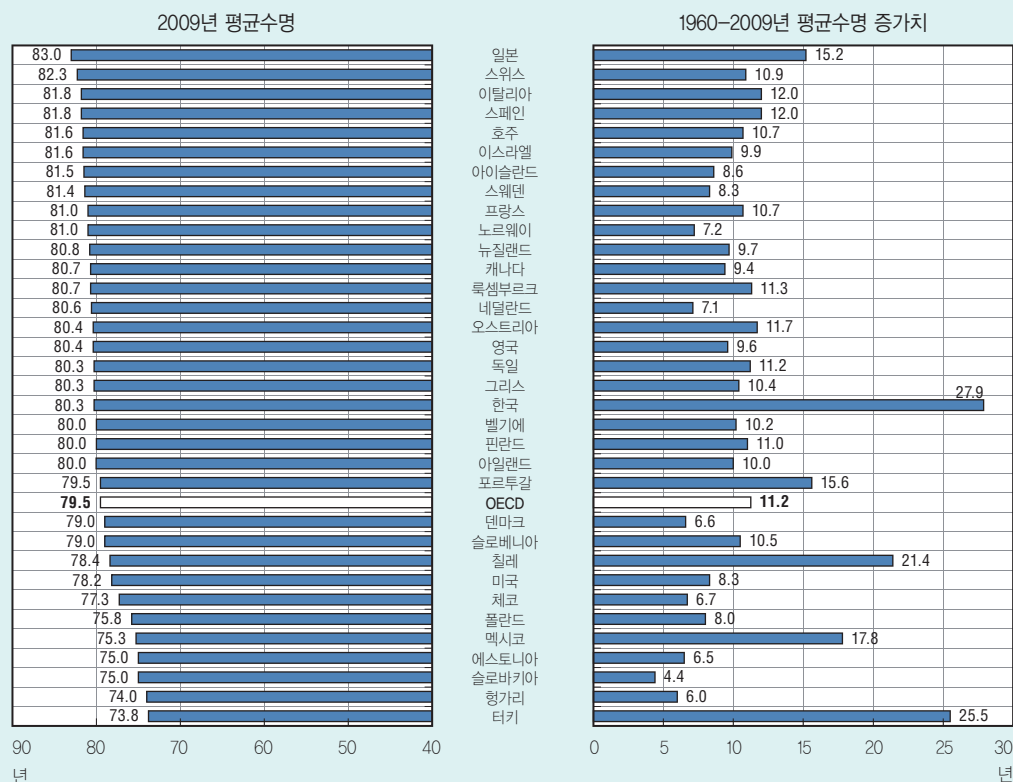
OECD의 보건관련 주요 사건

- 1961년 : 유럽경제협력기구 (Organization for European Economic Co-operation)를 토대로 OECD 창설
- 1980년 : 사회정책에 관한 OECD 컨퍼런스에서 의료비 지출 증가에 대한 추가 분석에 대한 요구가 있었고, 그 결과 OECD 사회정책 작업반에서 보건관련 데이터 작업이 시작되었음
- 1985년 : 보건에 관한 OECD 첫 보고서인 “보건의료 측정, 1960-1983 : 지출, 비용 및 성과 (Measuring Health Care 1960-1983 : Expenditure, Costs and Performance)”, (“OECD 보건 데이터 베이스” 첫 페이지 백 포함)
- 1991년 : “OECD 보건 데이터”의 첫 전자문서
- 1999년 : 첫 “OECD/WHO 협력 프레임워크”
- 2000년 : 의료비 지출 및 재원조달에 관한 데이터 비교가능성을 제고하기 위해 매뉴얼 “보건의료 계정 체계 (A System of Health Accounts)” 발행
- 2001년 : OECD 보건의료 체계의 성과 제고를 위한 주요 정책적 도전과제 해결을 위한 “OECD 보건 프로젝트 (OECD Health Project)” 착수
- 2001년 : “OECD 보건 프로젝트” 감독을 위한 “OECD 보건 그룹” 설립 (2006년 “OECD 보건그룹”의 명칭을 “OECD 보건위원회”로 변경)
- 2001년 : 데이터 베이스에 있는 주요 지표들을 사용자가 읽기 편한 형태로 변환하여 “한눈에 보는 OECD 보건지표” 첫 호 출간
- 2003년 : 국가별 보건의료의 질 측정 및 비교를 위한 지표 개발을 위해 “보건의료의 질 지표 (Health Care Quality Indicators, HCQI)” 프로젝트 착수
- 2004년 : OECD 보건 프로젝트의 주요 지적 사항들에 대한 토론을 위해 파리에서 첫 “OECD 장관회의”. 일련의 정책 연구와 더불어 “성과 높은 보건체계의 지향 (Towards High-Performing Health Systems)” 발행
- 2005년 : 통계적 협력을 넘어 재원조달, 인적자원, 효율성과 관련한 보건의료 체계 분석을 포함할 수 있도록 “OECD/WHO 협력 프레임워크” 갱신
- 2005년 : “보건의료 계정 체계”에 기반한 의료비 데이터의 가용성 및 비교가능성 증진을 위한 OECD, WHO, Eurostat의 첫 “공동 보건의료 계정 설문지 (Joint Health Accounts Questionnaire)”
- 2010년 : 보건 종사자 및 기타 자원관련 데이터의 가용성 및 비교가능성 증진을 위한 OECD, WHO (유럽지역), Eurostat의 “비금전적 보건의료 통계 공동설문지 (Joint Questionnaire on non-monetary health care statistics)”
- 2010년 : 유럽 및 아태지역을 다루는 “한눈에 보는 보건지표” 발행
- 2010년 : 비만 트렌드를 파악하고 비만 해결의 비용-효과적인 개입 방법을 보여주는 첫 OECD 보고서 “비만과 예방의 경제학-비만이 아닌 보기좋은 (Obesity and the Economics of Prevention)” 발행
- 2010년 : 경제위기 이후 보건의료제도의 우선순위를 논의하기 위해 파리에서 두 번째 “OECD 장관회의” 개최. 보건의료 질 지표 프로젝트의 첫 보고서인 “보건의료의 가치 증진: 질 측정 (Improving Value in Health Care: Measuring Quality)” 발간 및 “보건 지출에서 비용 대비 가치 (Value for Money in Health Spending)”에서 일련의 정책 연구발표
- 2011년 : 선진국과 개도국의 보건의료계정체계의 비교가능성을 증진시키기 위해 OECD, WHO, Eurostat이 공동으로 “보건의료 계정 체계 (A System of Health Accounts) 매뉴얼 제2판 발행

평균수명의 현저한 증가

지난 50년간 OECD 국가 국민의 건강이 상당히 개선되어 여성, 남성 할 것 없이 이전보다 더 오래살게 되었다. 1960년 이래로 OECD 국가의 평균수명은 평균 11년 증가했으며 2009년에는 80세에 이르렀다. 특히 한국처럼 1960년 상대적으로 낮은 평균수명을 기록하고 있었던 국가 (한국은 1960년과 2009년 사이 평균수명이 무려 28년 증가했다)들의 경우에는 평균수명이 몰라보게 신장되었다. 최근 OECD 회원국이 된 터키, 멕시코, 칠레에서도 평균수명이 상당히 신장되었다. 일본도 현재 평균수명이 83세로 OECD 국가 중 선두를 달리고 있다. 그러나 기타 국가들은 이들 국가에 비해 뒤쳐져 있다.

2009년 평균수명 (혹은 가용한 최근년도)과
1960년 이후 평균수명 증가치



이스라엘에 관한 데이터 정보: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523177>

2000년 OECD 회원국 중 평균수명 80세 이상을 기록한 국가는 두 국가였다. 2009년 80세 이상의 평균수명을 기록한 국가는 22개국으로 늘어났다.

이러한 평균수명의 신장은 모든 연령대에서 사망률 감소를 반영한다. 모든 국가에서 영아사망률이 급격히 감소했다. 심혈관 질환 (주로 심장마비나 뇌졸중)으로 인한 사망도 크게 감소했다. OECD 국가

에서 심혈관 질환은 주된 사망요인이기는 하지만, 1960년 이래 심혈관 질환 사망률은 절반 이상 감소했다. 흡연과 같은 심장 및 뇌혈관 질환의 주요 위험요인의 감소, 치료방법의 개선이 심혈관질환 사망률을 낮추는데 큰 역할을 했다.

2009년 OECD 국가에서 여성의 평균수명은 82.2세, 남성의 평균수명은 76.7세로 남녀 격차는 평균 5.5년으로 나타났다. 1960년대와 1970년대 평균수명의 성별 격차가 확대되는 경향이 있었지만, 남성의 평균수명이 여성보다 더 큰 폭으로 상승하면서 대부분의 OECD 국가에서는 이러한 격차가 좁혀졌다. 이러한 결과는 주로 흡연과 같은 위험요인과 관련한 남녀 격차의 감소와 남성의 심혈관 질환으로 인한 사망률의 급격한 감소에 기인한다.

또한 65세에서의 기대여명도 상당히 증가했다. OECD 국가의 여성의 65세 이후의 기대 여명은 현재의 20년으로 1960년의 15년에서 증가했으며 남성은 1960년 13년에서 17년으로 증가했다. 고령인구에서의 기대여명의 증가가 좋은 건강 및 기능적 상태와 동반되는지의 여부는 보건의료 및 장기 요양 체계에 많은 의미를 지닌다.

건강에 대한 위험요인의 본질 변화

평균수명 증가를 요인을 건강상의 주요 위험요인의 감소로 설명할 수 있기는 하지만, 오늘날 OECD 국가의 질병 부담 중 상당 부분이 흡연, 음주, 비만, 건강하지 못한 식단, 운동 부족 등 라이프 스타일 요인과 관련된 것이다. 활동적이고 흡연을 하지 않으며 적당량의 음주를 하고 과일과 채소를 많이 먹는 사람들은 건강을 해치는 습관을 가진 사람과 비교했을 때 사망위험이 4분의 1정도 적었다 (Sassi, 2010).

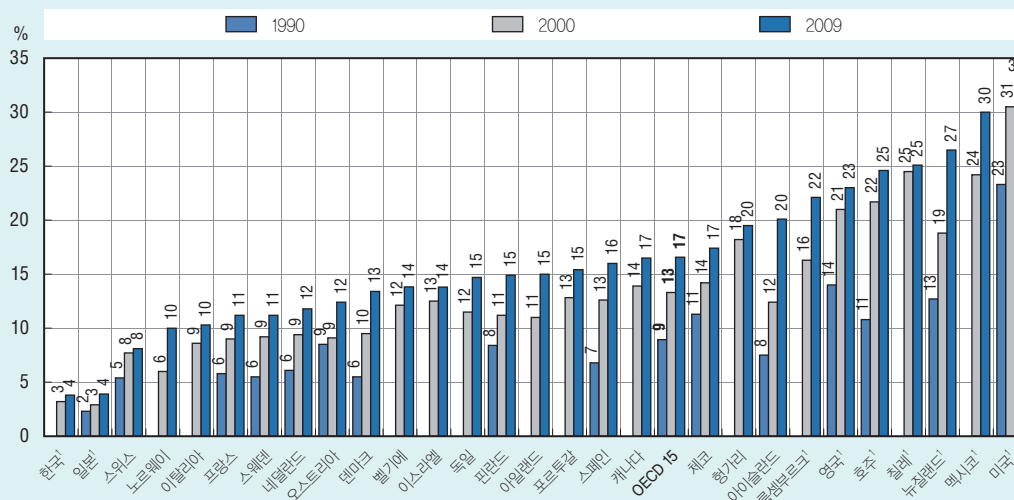
지난 수십 년 동안 많은 OECD 국가에서 담배 소비 감소가 대한 상당한 진전을 이루었지만, 여전히 흡연은 조기사망의 주된 원인이자 공중보건의 중요한 문제로 남아있다. 담배소비가 감소한 주된 이유는 대국민 캠페인, 광고금지, 담배세 인상에 기인한다. 많은 OECD 국가에서 1960년대 이후 성인 흡연율은 40% 이상에서 20% 미만으로 절반 이상 감소했다. 캐나다와 미국에서는 흡연율이 1965년 42%에서 2009년 16%로 감소했다.

알코올 소비량에서의 진전은 국가별로 상이하게 나타났다. 많은 OECD 국가에서 1980년대 이후로 상당한 감소율을 보였으며 이는 광고제한, 판매제한, 세금인상조치가 효과가 있었음을 증명한다. 반면 북유럽 국가, 영국, 아일랜드와 같은 국가에서는 알코올 소비량이 증가했다. 이들 국가들의 알코올 소비량 문제 중 한 가지 우려되는 것은 최근 젊은이들 사이의 폭음이 늘었다는 것이다. 다량의 알코올 소비는 건강, 보건의료 및 사회적 비용에 상당한 영향을 미친다. 알코올 소비에 기인한 직, 간접적인 사망 원인으로는 자동차 사고, 폭력, 자살 등이 있으며 심혈관 질환, 구강암과 식도암, 간경화 등의 질병이 알코올 소비와 관련이 있다.

OECD 국가뿐만 아니라 개도국에서도 비만율의 빠른 증가가 공중보건 정책의 주요 어젠다가 되었다. 비만은 다양한 만성 질환의 주요 위험요인이다. 연구 결과를 보면 과도비만인 사람은 정상 몸무게의 사람보다 8-10년 일찍 사망하며, 이는 흡연자가 비흡연자보다 조기 사망하는 것과 비슷한 수치이다.

1980년 이후 OECD 국가의 비만율은 2배, 많게는 3배 정도 증가했으며 현재 인구의 50% 이상이 비만까지는 아니더라도 과체중 상태이다. 미국은 성인 비만율이 가장 높은 국가로 1980년 15%에서 2008년 34%로 증가했다. 일본과 한국은 비만율이 급속도로 증가하고 있기는 하지만 OECD 국가 중 낮은 비만율을 기록하고 있는 국가다.

OECD 국가의 성인 비만율 증가,
1990년, 2000년, 2009년 (혹은 최근년도)



이스라엘에 관한 데이터 정보 : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. 자체 보고한 키와 몸무게가 아닌 측정을 기반으로 한 데이터임.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523196>

비만은 다양하고 서로 상호작용하는 역학의 결과물이며, 이로 인하여 영양과 신체 활동과 관련된 사람들의 라이프스타일이 변화하였다. OECD 국가 정부들은 주로 학생들을 대상으로 하는 이니셔티브를 전개하며 건강한 식사와 활동적인 삶의 문화를 촉진시키기 위한 노력을 강화하고 있다. 최근 발표된 OECD 보고서에 따르면 건강에 관한 교육 및 홍보, 규제 및 재정적 조치, 1차의료에서 카운셀링 영역에서 비만을 해결하고자 노력을 한 것이 건강과 수명연장에 효과가 있었으며 만성 질환이 나타날 때만 치료했던 것과 비교해서 훨씬 비용-효과적이었다. 다양한 방법을 통합하여 각기 다른 비만집단과 비만 결정 요인을 목표로 한 전략을 동시다발적으로 구사할 경우, 비용 효과성을 달성하면서 동시에 전반적인 건강도 개선할 수 있다 (Sassi, 2010).

보건의료비 지출의 꾸준한 증가

지난 50년 동안 OECD 국가의 보건의료제도에서 나타난 세 번째 특징이 GDP 성장률보다 빠르고 꾸준하게 증가하는 보건의료비 지출이다. 1960년 의료비는 OECD 국가에서 평균 GDP의 4% 미만을 차지했다. 2009년경, 보건의료비 비중은 9.6%까지 증가했고, 10여개 국가에서는 그 비중이 10%를 상회했다. 미국에서 GDP 대비 보건의료비 비중은 1960년 5% 정도에서 2009년 17% 이상으로 가파르게

성장했다. 이는 보건의료비 비중이 높은 2, 3위 국가인 네덜란드 (12%)와 프랑스 (11.8%)보다 5퍼센트 포인트 이상 높은 수치이다.

OECD 국가들의 평균적인 1인당 보건의료비 지출의 연간 증가율은 1970년대에 6.1%, 1980년대에 3.3%, 1990년대에 3.7%를 기록했으며 2000년-2009년 사이에는 4%의 증가율을 기록했다.

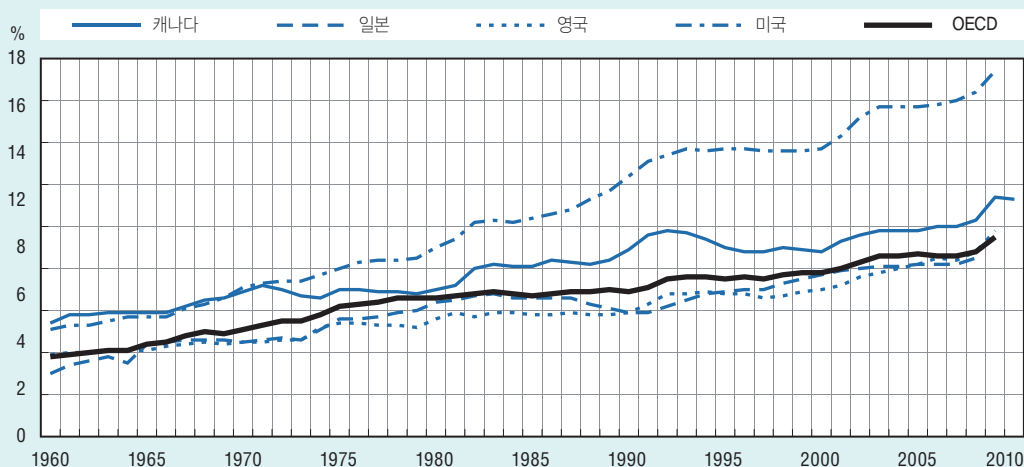
매번 GDP 증가율보다 보건의료비 지출 증가율이 더 높았지만 이러한 경향에도 국가별 차이가 나타났다. 미국은 1970년 이래로 다른 고소득 OECD 국가들 보다 보건의료비 지출이 빠르게 증가하였으며, 인구증가를 감안하더라도 보건의료비 지출이 5배 증가하였다.

많은 국가에서 GDP 중 보건의료비가 차지하는 비중은 경기 침체에 더욱 많이 성장하고 경기 확장기에는 안정화되거나 약간 감소하는 경향을 보였다. 1990년대 초반의 경기침체를 되돌아보면, 캐나다와 핀란드와 같은 국가들은 예산 적자를 줄이기 위해 보건에 대한 공공 지출을 상당히 축소했으며 그 결과 몇 년간 GDP 중 보건의료비 지출 비중이 눈에 띄는 정도로 감소했다. 하지만 이러한 보건에 대한 공공 지출 감소는 오래가지 못하는 것으로 나타났으며, 짧은 기간 동안 비용 억제 정책을 펴다가 보건서비스에 대한 공급과 수요가 증가하면서 다시 보건의료비 지출 증가가 GDP 증가를 앞질렀다.

칠레, 멕시코, 미국을 제외한 모든 OECD 국가에서 공공 부문은 보건의료 자원 조달의 주된 원천이다. 2009년 OECD 국가에서 총 보건의료비 지출 중 공공 부문이 차지하는 비중이 평균 72%로 나타났으며 지난 20년 동안 이러한 비중이 꾸준히 유지되어 왔다. 그러나 최근 수십 년 동안 OECD 국가들에서 보건의료비 지출 중 공공 부문이 차지하는 비중이 수렴하는 현상이 있었다. 이들 국가들 중 상당수는 1990년대 초반에 상대적으로 공공보건의료비 비중이 높았던 폴란드와 헝가리와 같은 국가들로 GDP 대비 보건의료비 지출 비중을 축소했고, 상대적으로 공공 비중이 낮았던 국가들 (포르투갈, 터키)의 경우에는 공공 비중을 증가시켰다. 이는 보건의료제도 개혁 및 공공 건강보험 적용의 확대를 반영한다.

본 책자에서도 나타났듯이, 1인당 보건의료비 지출의 크기와 평균수명의 길이 사이에는 연관성이 있지만, 국가들이 보건에 대한 지출이 증가하면서 이러한 관계가 미약해지고 있다. 이는 보건의료비 지출 이외에 다른 요소들이 평균수명에 영향을 미치고 있음을 암시한다. 보건의료비 지출이 높은 수준에서 상관관계가 약하다는 것은 추가적인 보건의료 지출이 측정 가능한 건강상 혜택을 가져올 수 있도록 보건의료제도의 효율성을 개선할 여지가 있다는 것을 시사한다.

일부 OECD 국가들의 GDP 중 보건의료비 비중 (1960-2009)



미래를 내다보며

지난 30년간 OECD는 보건의료제도 성과의 비교측정을 위한 데이터와 지표 개발에 중요한 역할을 해왔다. 이에 OECD는 상당한 진전을 이루었지만, 보건의료제도의 데이터 비교 가능성을 개선하고 보건정책 입안을 지원하기 위한 분석을 장려하기 위해 아직 가야할 길이 멀다.

2011년 6월 새로운 권한을 부여받은 OECD 보건위원회는 보건에 관한 OECD 작업의 목표가 OECD 회원국 및 비회원국의 보건의료제도 성과 개선을 촉진시키는 것임을 재확인했다. 이후 OECD는 현재 떠오르는 보건상의 이슈 및 도전 과제에 대한 데이터, 경험 및 조연을 지속적으로 공유할 것이다. OECD 국가 경제에서 보건부문의 비중이 지속적으로 증가하고 있기 때문에 보건의료비 지출 경향의 측정, 예방과 치료 사이의 예산 배정, 그리고 이러한 지출이 건강증진 측면에서 예측한 결과를 가져왔는지에 대한 내용은 앞으로 그 중요성이 커질 것이다.

2011년 10월 OECD는 WHO와 Eurostat과 협력하여 보건의료 계정 체계 (A System of Health Accounts) 매뉴얼 제2판을 발행했다. 이번 매뉴얼은 합의된 국제 기준을 통해 보건의료비 지출에 대한 데이터 가용성을 상당히 개선시키는데 도움이 될 것이다. OECD는 지속적으로 OECD 회원국과 비회원국 사이에 보건의료 계정 개발에 대한 협력을 장려하고 있다. OECD는 WHO와 Eurostat과 보건의료 계정 체계를 기반으로 비교 가능한 데이터 수집을 위한 연례 설문조사 실시를 위해 지속적으로 WHO 및 Eurostat과 긴밀히 협력해 나갈 것이다.

OECD는 보건의료의 질 지표 프로젝트의 일환으로 의료의 질과 보건의료 서비스의 결과를 측정하기 위한 지표를 지속적으로 개발하고 수집할 것이다. 본 프로젝트에서 수행되었던 개발 작업은 보건의료제도의 성과 측정에서의 주요 격차를 좁히는 데 필수적이다. 이와 동시에 OECD는 암과 1차 진료 영역을 시작으로 OECD 및 파트너 국가에서 의료의 질적 차이가 나타나는 이유에 대해 분석 작업을 확대할 것이다.

고령화 측면에서 OECD 국가의 장기요양 서비스의 자원 조달, 제공 및 질에 대한 모니터링이 점점 중요해질 것이다. 장기요양에 관한 최근 연구 (Colombo et al., 2011)를 토대로 OECD는 장기요양제도에

대하여 비교 가능한 데이터 수집 뿐만 아니라 장기요양에 대한 접근, 질, 재정적 지속가능성과 관련한 정책 분석 및 선진사례 공유를 위해 노력할 것이다.

창립 때부터 OECD의 정신이었던 개방성을 유지하면서 OECD는 협력이 상호이익을 가져다 주는 이슈에서는 비회원국들과의 협력도 확대하고 있다. “한 눈에 보는 보건지표”의 유럽 및 아시아 태평양 판을 2010년에 발행한 것은 이러한 협력 증대의 좋은 예이다. OECD는 비회원국가의 보건의료제도 개선을 촉진하기 위해 회원국의 보건의료 데이터체계, 정책적 전문성 및 경험을 공유하고자 한다.

목차

서론	16
약어 목록	21
1. 건강상태	23
1.1. 평균수명	24
1.2. 조기사망	26
1.3. 심장질환과 뇌졸중에 의한 사망	28
1.4. 암에 의한 사망	30
1.5. 교통사고에 의한 사망	32
1.6. 자살	34
1.7. 영아사망	36
1.8. 영아보건 : 저체중아 출생	38
1.9. 인지된 건강상태	40
1.10. 당뇨병 유병률과 발생률	42
1.11. 암 발생률	44
1.12. AIDS 발생률과 HIV 유병률	46
2. 건강의 비의료적 결정요인	49
2.1. 성인의 담배 소비	50
2.2. 성인의 알코올 소비	52
2.3. 성인의 과체중과 비만	54
2.4. 아동의 과체중과 비만	56
3. 보건의료 인력	59
3.1. 보건 및 사회부문의 고용	60
3.2. 의사	62
3.3. 의과대학 졸업생	64
3.4. 의사의 보수 (일반의 및 전문의)	66
3.5. 부인과 의사, 산과 의사 및 조산사	68
3.6. 정신과 의사	70
3.7. 간호사	72
3.8. 간호대학 졸업생	74
3.9. 간호사의 보수	76

4. 보건의료 활동	79
4.1. 의사 진찰	80
4.2. 의료기술	82
4.3. 병상	84
4.4. 퇴원	86
4.5. 평균재원일수	88
4.6. 심장 시술 (관상동맥성형술).....	90
4.7. 고관절 및 무릎관절 치환술	92
4.8. 신부전증 치료 (투석과 신장이식)	94
4.9. 제왕절개	96
4.10. 백내장 수술	98
4.11. 의약품 소비	100
5. 보건의료의 질	103
만성질환 진료	104
5.1. 피할 수 있는 입원 : 호흡기 질환.....	104
5.2. 피할 수 있는 입원 : 혈당 조절이 안되는 당뇨병	106
만성질환의 급성진료	108
5.3. 급성심근경색증 원내 사망률	108
5.4. 뇌졸중 원내 사망률	110
환자안전.....	112
5.5. 산과적 외상	112
5.6. 시술과 관련된 합병증 및 시술 후 합병증	114
정신질환 진료	116
5.7. 정신질환의 계획에 없던 재입원	116
암진료.....	118
5.8. 자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률	118
5.9. 유방암 검진율, 생존율 및 사망률	120
5.10. 대장암 생존율 및 사망률.....	122
전염성질환 진료	124
5.11. 소아 예방접종 사업	124
5.12. 노인 인플루엔자 예방접종	126
6. 진료 접근성	129
6.1. 충족되지 않은 의료 요구	130
6.2. 의료보장	132
6.3. 본인부담 보건의료비	134
6.4. 의사의 지리적 분포	136
6.5. 의사 진찰의 불평등	138

6.6. 치과의사 진찰의 불평등	140
6.7. 암 검진의 불평등	142
6.8. 대기시간	144
7. 보건의료비와 자원 조달	147
7.1. 1인당 보건의료비	148
7.2. GDP 대비 보건의료비	150
7.3. 기능별 보건의료비	152
7.4. 약제비	154
7.5. 의료비 자원	156
7.6. 의료서비스 교역 (의료관광)	158
8. 장기요양	161
8.1. 65세에서의 기대여명 및 건강수명	162
8.2. 65세에서의 자가 보고한 건강과 장애 상태	164
8.3. 치매 유병률 및 경제적 부담	166
8.4. 장기요양 이용자	168
8.5. 비공식 간병인	170
8.6. 장기요양 종사자	172
8.7. 기관 및 병원의 장기요양 병상	174
8.8. 장기요양 지출	176
참고문헌	179
부록 A. 인구 및 경제 상황, 보건의료제도의 특징, 보건의료비 지출 및 자원 조달에 관한 추가 정보	190
부록 B. OECD 비회원국가에 대한 데이터 출처	198

서론

한 눈에 보는 보건지표 2011은 OECD 34개국 및 주요 OECD 비회원국의 보건 및 보건의료제도의 주요 지표들을 비교했다. 또한 처음으로 장기요양에 관한 장을 따로 추가했다. 본 책자에 제시된 지표들은 정책과의 연관성, 자료의 제공가능성 및 비교가능성을 기준으로 선정했다. 별도로 명시하지 않는 한 본 책자에 실린 주된 데이터 출처는 각 국가의 공식적인 통계자료이다.

정책, 경제, 사회적 배경

2008년 이후 최근 경기침체로 인해 정부 부채가 상당히 증가한 국가가 많다. 따라서 이들 국가들은 예산적자를 상당부분 감축할 필요가 있다. 정부지출 감소/세금 인상 정도는 경기회복 강도와 적자 및 누적 부채의 규모에 따라 달라질 것이다.

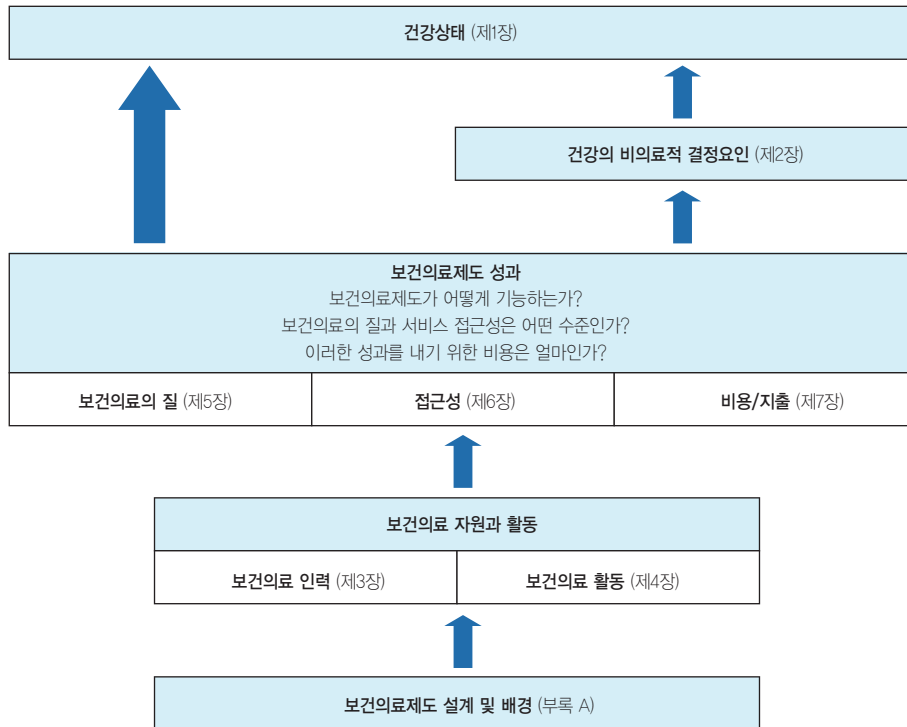
공공예산 중에서 의료비가 차지하는 비중이 높고, 증가하는 추세에 있는 것을 고려하면, 경기침체 이후에 공공지출 규모의 통제 노력에서 의료비 예산을 지켜내기는 어려울 것이다. 보건에 관한 공공지출은 다른 우선순위 과제에 비해 보건 분야에 얼마나 더 우선순위가 주어지느냐에 따라 달라질 것이다. 또한 공공 의료비 지출이 국민에게 더 나은 보건 결과를 가져왔는지 얼마나 입증하느냐에 따라 공공 의료비 지출 규모가 달라질 것이다. 공공자원의 희소성을 고려해보면 앞으로 보건당국과 보건의료 제공자들에게 자원배분과 지출방식에서의 효율성(비용-효과성)을 입증하라는 압력이 점점 증대될 것이다. 5장에서는 자료의 제공가능성 및 비교가능성 개선을 위해 더 많은 노력을 기울여야 하지만 국가별로 보건의료의 질과 건강 결과의 측정에서 얼마나 많은 진전이 이루어졌는지 보여준다.

보고서의 구조

“한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011”은 좀더 폭넓은 공공보건의 관점에서 보건의료제도의 성과를 들여다볼 수 있도록 구성되었다(그림 0.1). 이 개념들은 OECD 보건의료 질 지표 프로젝트(OECD Health Care Quality Indicators project)에서 승인된 틀에 기반을 두고 있다(Kelly and Hurst, 2006 ; Arah et al., 2006).

이 그림에서는 국민의 건강수준을 높이는 것이 의료제도의 목표임을 강조하고 있다. 사람들이 사는 사회, 경제, 물리적 환경과 같이 보건의료제도 이외의 요인, 개인의 생활방식이나 행태요인들이 인구의 건강상태에 영향을 미친다. 보건의료제도의 성과는 국민의 건강상태에도 영향을 미친다. 여기서 성과에는 진료의 접근성과 진료의 질과 같은 다차원적인 요소가 포함된다.

그림 0.1 보건의료제도 성과 측정을 위한 개념구조



출처 : Kelley and Hurst (2006).

성과를 측정하기 위해서는 이러한 접근성과 질이라는 목표를 달성하기 위해 필요한 자원을 고려해야 한다. 보건의료제도 성과는 이용 가능한 서비스를 제공하는 사람, 훈련, 기술, 장비에 따라 달라진다.

마지막으로 인구, 경제, 사회적 배경, 보건의료제도의 설계와 같은 여러 요소들이 보건의료제도 성과에 영향을 미친다.

“한 눈에 보는 보건지표 2011”은 각 구성요소의 항목별로 OECD 국가간의 비교분석을 제공하며, 그 구성은 다음과 같다.

제1장 “건강상태”는 평균수명과 사망률, 질병 발생률 및 기타 건강수준의 측정 방법에 국가 간 현저한 차이가 나타남을 강조하고 있다. 인간의 삶에서 건강은 가장 가치있는 요소 중 하나이기 때문에 수명과 질병 및 장애 없이 사는 삶은 본질적인 가치를 지닌다. 좋은 건강상태는 교육, 훈련 및 노동시장에 참여하는 기회를 확대해 준다는 측면에서 도구적 가치도 있다.

제2장 “건강의 비의료적 결정요인”은 변화 가능한 생활양식 및 행동과 관련된 요인을 집중적으로 다룬다. 흡연, 음주, 과체중 및 비만문제를 포함하여 건강에 영향을 줄 수 있는 요인들이 많이 있다. 이러한 요인 중 대부분은 보건 및 기타 정책을 통해 변화 가능한 것들이다.

제3장 “보건의료 인력”은 보건의료제도에서 주요 행위자들을 다루고 있다. 이 장에서는 OECD 국가의 의사와 간호사 공급과 보수에 대한 정보를 제공하고 있다. 또한 현재와 미래의 보건의료 인력 공급의 핵심 결정요인인 의과대학과 간호대학 졸업생 수에 대한 경향이 설명되어 있다.

제4장은 몇 가지 주요 “보건의료 활동”에 대해 다루었다. 이번 장은 환자가 받는 가장 일반적인 서비스 중 하나인 의사 진료에 대한 내용으로 시작한다. 그 다음 자기공명영상 (MRI) 장비와 컴퓨터 단층촬영 (CT) 스캐너와 같은 진단 기술의 공급과 이용이 국가별로 상이하다는 점을 살펴본다. OECD 국가의 보건의료비 지출 중 병원 부문이 지속적으로 높은 비중을 차지하기 때문에 병상의 가용성, 이용률, 퇴원 수, 평균 재원일수를 중점적으로 살펴본다. 또한 관상동맥성형술, 제왕절개, 백내장 수술과 같이 건수도 많고 비용도 높은 시술의 이용이 국가별로 상이하다는 내용도 다루고 있다. 이 장의 마지막 부분에는 의약품 소비 규모 특히 당뇨와 우울증 치료제, 콜레스테롤 억제제, 항생제 사용에 대한 예를 제시하고 있다.

제5장에서는 “보건의료의 질” 또는 보건의료가 사전에 설정한 표준에 따라 제공되고 건강상의 결과를 개선하는 정도를 살펴본다. 이번 장에서는 OECD 보건의료의 질 지표 프로젝트 (OECD Health Care Quality Indicators Project)에서 수집된 자료를 요약하여 만성질환, 정신질환, 암, 전염성 질환의 치료에 대한 특정 지표들을 비교한다. 측정 방법에는 의도한 결과를 극대화하도록 특정 인구 혹은 환자 집단에게 권고하고 있는 진료의 과정 지표, 심장마비, 뇌졸중, 암 이후의 생존율과 같은 주요 결과 지표가 포함된다. 그리고 처음으로 환자 안전에 대한 일련의 지표도 포함시켰다.

제6장 “진료 접근성”에서는 OECD 국가들이 각자 천명한 보건 정책의 목표를 달성하고 있는지 측정하여 개인의 필요에 기반한 필수적인 보건의료서비스에 대한 충분한 접근권을 보장하고자 한다. 우선 자체 보고된 충족되지 않은 진료 및 치과진료에 대해 살펴보고 접근성 문제에 대해 광범위하게 살펴본다. 공공 또는 민간 건강보험 적용, 본인부담금 정도와 같은 보다 객관적인 재정 접근성 지표로 주관적인 방법을 보완한다. 그 다음으로는 진료에 대한 지리적 접근성을 각 국가의 지역별 의사 “밀집도”로 살펴보았다. 또 다른 접근법은 보건의료 서비스 이용에 있어서 사회경제적 집단에 따른 불균등 문제를 필요성의 차이를 고려하여 측정하는 것이다. 소득집단 별로 의사(일반의 또는 전문의)의 이용, 치과여사의 이용, 암 검진 지표를 살펴보았다. 암 검진에 관한 지표는 진료의 시의 적절한 접근성과 관련된 것으로 의사 진료 및 수술을 받을 때까지의 대기시간 차이도 고려했다.

제7장 “의료비와 재원조달”에서는 OECD 국가의 보건의료비 지출 방법을 일인당 의료비 지출과 GDP 대비 비중으로 비교한다. 총 의료비 지출 지표와 더불어 이 장에서는 OECD 국가에서 사용되는 보건의료 관련 재화와 서비스 종류를 분석하고 특히 약제비 지출에 관해서는 별도로 다루었다. 의료비 지출과 더불어 보건 재화와 용역의 가격 지불 방법의 국가별 차이도 살펴보았다 (즉, 공적 자금지원과 민간의료보험의 혼합, 환자의 본인부담). 마지막으로 이번 장에서는 의료관광의 성장과 보건서비스의 국제 교역의 현황 및 경향을 살펴보았다.

제8장 “장기요양”은 특별한 장으로 장기요양 근로자와 장기요양 서비스의 재원 조달에 중점을 둔 OECD의 최근 프로젝트를 기반으로 구성한 장이다 (Colombo et al., 2011). 65세에서의 기대여명과 건강수명, 자가 보고한 건강 및 장애 상태, 치매 유병률과 같은 지표는 장기요양이 필요한 노인인구의 비중이 어느 정도인지 대략적으로 알 수 있게 해준다. 이러한 지표들은 가정이나 기관에서 장기요양 서비스를 받고 있는 노인에 대한 지표로 보완되었다. 공식적, 비공식적 장기요양 서비스의 제공은 가족 간병인과 보수를 받는 장기요양 간병인에 대한 지표를 통해 논의되고 있다. 이번 장의 마지막 지표는 GDP 대비 장기요양 지출의 비중 및 지난 10년 간 증가율을 살펴본다.

부록 A는 보건의료제도의 재원과 공급의 주요 특징뿐만 아니라 보건의료 및 장기요양 제도가 운영되고 있는 인구 및 경제 상황에 대한 추가 정보를 제공하고 있다.

지표의 제시

본문과 그림

이 책자에서 각 주제는 두 쪽으로 구성된다. 첫 페이지에서는 자료가 제시하는 핵심내용을 간략하게 설명하고, 자료를 제시하며, 지표를 정의하고 자료의 비교에 영향을 줄 수 있는 자료에 대한 각국의 개념상 차이에 대한 정보를 제공한다. 맞은편 페이지는 여러 그림으로 구성되어 있다. 이러한 그림은 일반적으로 지표의 현재 수준을 보여주고, 가능한 경우 시계열적 추세도 제시한다. 지표와 다른 변수간의 관계를 보여주는 경우도 있다. OECD 평균이 포함된 그림의 경우 주석에 별도로 기재하지 않는 한 제시된 국가의 비가중 평균을 나타낸다.

자료의 제한

본문 (“정의와 비교 가능성”이라는 상자 안에)과 그림의 각주에서 자료의 비교 가능성이 제한될 수 있다는 내용이 명시되어 있다. 독자들은 독일의 시계열적 추세를 파악할 때 주의를 기울여야 한다. 1990년까지 독일의 자료는 서독에 대한 것이며 그 이후에 대한 자료는 통일된 독일에 관한 자료이다.

본 책자에 제시된 자료를 추가 분석과 연구에 사용하고자 하는 독자는 OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/index.aspx>, 에서 “Health”를 선택)의 “OECD Health Database”에 포함된 정의, 출처, 방법에 대한 문서를 참고할 것을 제안한다. OECD Health Database에 대한 더 많은 정보는 www.oecd.org/health/healthdata를 참고하기 바란다.

인구수

부록에 표시되고 1인당 비율을 계산하기 위해 사용된 인구 수는 주로 OECD 역사적 인구 자료 및 예측 (OECD Historical Population Data and Projection)의 자료 (2011년 6월)이고 연앙 추계치이다. 이 수치는 업데이트를 필요로 하며 OECD 회원국의 통계청에서 발표한 최근 인구 수와 동일하지 않을 수도 있다.

프랑스, 영국, 미국과 같이 해외 식민지, 보호령 또는 영토를 보유한 국가의 경우, 이러한 지역의 인구는 일반적으로 통계에서 제외했다. 그러나 이들 국가의 1인당 GDP와 기타 경제 측정치의 산출에 사용되는 인구 수는 자료 범위에 따라 본 책자에서 사용된 것과 다를 수 있다.

OECD 국가 ISO 코드

호주	AUS	일본	JAN
오스트리아	AUT	한국	KOR
벨기에	BEL	룩셈부르크	LUX
캐나다	CAN	멕시코	MEX
칠레	CHL	네덜란드	NLD
체코	CZE	뉴질랜드	NZL
덴마크	DNK	노르웨이	NOR
에스토니아	EST	폴란드	POL
핀란드	FIN	포르투갈	PRT
프랑스	FRA	슬로바키아	SVK
독일	DEU	슬로베니아	SVN
그리스	GRC	스페인	ESP
헝가리	HUN	스웨덴	SWE
아이슬란드	ISL	스위스	CHE
아일랜드	IRL	터키	TUR
이스라엘	ISR	영국	GBR
이탈리아	ITA	미국	USA

기타 주요 경제국 ISO 코드

브라질	BRA	인도네시아	IDN
중국	CHN	러시아 연방	RUS
인도	IND	남아공	ZAF

약어 목록

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome, 후천성면역결핍증
ALOS	Average length of stay, 평균재원일수
AMI	Acute myocardial infarction, 급성심근경색증
ATC	Anatomic-therapeutic classification, 해부 치료학적 분류
BMI	Body Mass Index, 체질량지수
CAD	Coronary artery disease, 심장동맥질환
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease, 만성폐색성폐질환
CT	Computed tomography, 컴퓨터 단층촬영
DDD	Defined daily dose, 1일사용량기준단위
ESRF	End-stage renal failure, 말기신부전증
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions survey, 소득 및 생활수준조사에 관한 EU 통계
GDP	Gross domestic product, 국내총생산
GP	General practitioner, 일반의
HCQI	Health Care Quality Indicators (OECD Project), 보건의료 질 지표 (OECD프로젝트)
HIV	Human immunodeficiency virus, 사람면역결핍바이러스
ICHA	International Classification for Health Accounts, 보건의료 계정의 국제분류
IHD	Ischemic heart disease, 허혈성심질환
MRI	Magnetic resonance imaging, 자기공명영상
PPP	Purchasing power parities, 구매력평가지수
PSI	Patient safety indicators, 환자안전지표
PYLL	Potential years of life lost, 잠재수명손실연수
SHA	System of Health Accounts, 보건의료 계정 체계
SIDS	Sudden infant death syndrome, 영아돌연사증후군





제1장 건강상태

- 1.1. 평균수명
- 1.2. 조기사망
- 1.3. 심장질환과 뇌졸중에 의한 사망
- 1.4. 암에 의한 사망
- 1.5. 교통사고에 의한 사망
- 1.6. 자살
- 1.7. 영아사망
- 1.8. 영아보건 : 저체중아 출생
- 1.9. 인지된 건강상태
- 1.10. 당뇨병 유병률과 발생률
- 1.11. 암 발생률
- 1.12. AIDS 발생률과 HIV 유병률

1.1. 평균수명

OECD 국가의 평균수명은 지속적으로 급증하고 있으며 이는 모든 연령층의 사망률의 급감을 반영한다. 평균수명의 증가는 생활수준 향상, 생활방식개선, 교육 및 양질의 의료서비스에 대한 접근성 확대 등 여러 가지 요인에 의한 것이다. 영양상태, 위생, 주택의 개선과 같은 요인들도 개발도상국의 평균수명 신장에 영향을 주었다 (OECD, 2004a).

2009년 OECD 국가의 전체 인구 평균수명은 1960년보다 11년 증가하여 평균 79.5세에 달했다 (그림 1.1.1). 평균수명이 80세가 넘는 국가들 중 (OECD 34개국 중 약 3분의 2) 일본이 평균수명이 길었다. 그리고 포르투갈, 미국 및 몇몇 중부유럽 및 동부유럽 국가들이 속한 두 번째 그룹의 평균수명은 75세에서 70세 사이였다. OECD 국가 중 평균수명이 가장 짧은 국가는 터키와 헝가리였다. 1960년 이후 헝가리의 평균수명은 약간 증가한 반면, 터키의 평균수명은 급증하여 빠른 속도로 OECD 평균에 근접하고 있다 (OECD and World Bank, 2008).

지난 50년 동안 거의 모든 OECD 국가와 신흥 경제국의 평균수명이 상당히 증가했다. 1960년에서 2009년 사이 한국, 터키, 칠레의 평균수명은 20년 이상 증가했다. 멕시코, 포르투갈, 일본 및 인도네시아, 중국, 인도, 브라질과 같은 신흥 경제국가의 평균수명도 상당히 증가했다. 남아공과 러시아 연방의 사망률은 여전히 높으며 평균수명도 OECD 평균보다 훨씬 짧은 수준이다.

2009년 OECD 국가 남녀의 평균수명 차이는 평균 5.5년으로 남성은 76.7년과 여성은 82.2년이였다. 1960년대와 1970년대에 많은 국가에서 남녀 평균수명의 격차가 현저하게 증가했지만, 지난 30년 간 여성의 평균수명보다 남성의 평균수명이 더욱 많이 신장되어 그 격차가 감소했다. 이러한 격차 감소는 흡연 등 위험이 높은 행위의 남녀간 차이가 줄어들었고, 심혈관 질환으로 인한 남성의 사망률이 급감한 것에 일부 기인한다.

일반적으로 높은 국민소득 (1인당 GDP 기준)은 긴 평균수명과 연관되어 있다. 그러나 국민소득이 높은 경우 이러한 연관성은 떨어진다 (그림 1.1.2). 또한 1인당 국민소득이 유사한 OECD

국가 간에 뚜렷한 차이가 나타나기도 한다. 일본과 이스라엘은 1인당 GDP만을 고려한 예측치보다 평균수명이 긴 반면 미국, 덴마크, 헝가리의 평균수명은 짧았다. 노년층에 발병하는 질병의 높은 사망률 흡연 및 비만, 경제적 불평등과 같은 기타 요인들이 미국의 짧은 평균수명을 설명할 수 있는 이유들로 제시되었다 (Crimmins et al., 2010).

그림 1.1.3은 OECD 국가의 평균수명과 1인당 의료비 지출의 관계를 보여준다. 일반적으로 일인당 높은 보건의료비 지출이 긴 평균수명과 연관이 있다. 그러나 일인당 의료비지출이 높은 국가들 사이에서는 이러한 연관성이 떨어진다. 일본과 스페인은 의료비 지출 수준에 비해 평균수명이 긴 반면, 미국, 덴마크, 헝가리는 평균수명이 짧다.

1인당 GDP의 차이는 평균수명과 의료비 지출에 모두 영향을 미칠 수 있다. 국가별 평균수명의 차이를 설명하기 위해서는 국민소득과 총 의료비지출 이외에 여러 가지 요소들을 고려해야 한다.

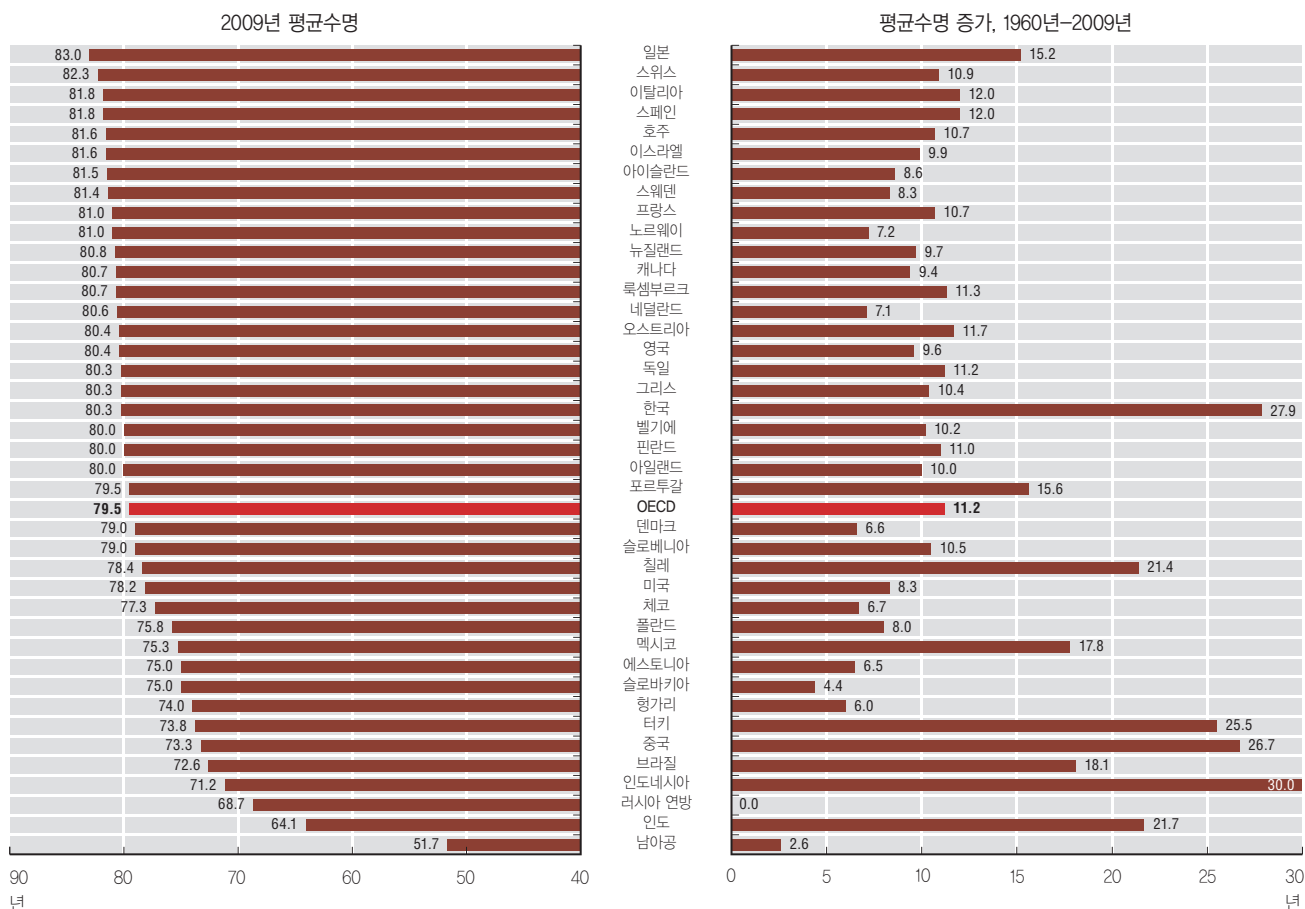
정의와 비교 가능성

평균수명은 현재 사망률이 변하지 않는다고 가정했을 경우, 새로 태어난 아기가 평균적으로 생존할 기간을 측정하는 것이다. 그러나 어느 특정 출생 코호트 (birth cohort)의 실제 연령별 사망률은 미리 알 수 없다. 만약 지난 수십 년간 OECD 국가들의 경우처럼 연령별 사망률이 감소하면, 실제 평균수명은 현재 사망률로 계산된 평균수명보다 더 길어질 것이다.

국가마다 다소 상이한 방법으로 평균수명을 계산한다. 방법상의 차이에 따라 국가의 평균수명 측정치가 몇 개월 정도 차이가 생길 수도 있다.

전체 인구의 평균수명은 OECD 사무국이 모든 OECD 회원국을 대상으로 남녀의 비가중 평균수명을 이용하여 계산했다.

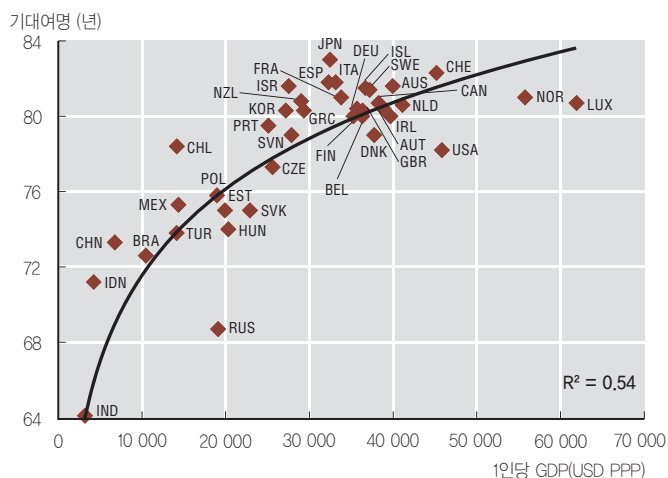
1.1.1 2009년 (혹은 최근) 평균수명과 1960년 이후 평균수명 증가치



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523253>

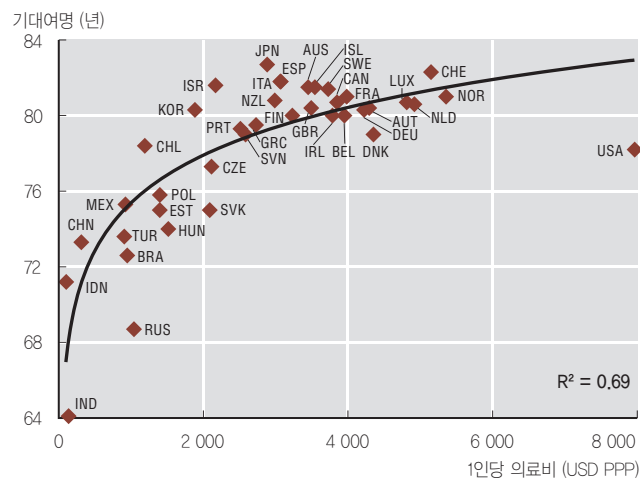
1.1.2 1인당 GDP와 평균수명, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523272>

1.1.3 1인당 평균수명과 의료비, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523291>

1.2. 조기사망

조기사망은 70세 이전의 잠재수명손실연수(PYLL)로 측정하며 인구 중 젊은 연령층의 사망에 초점을 두고 있다. PYLL값은 영아 사망과 아동과 청년의 질병과 상해로 인한 사망에 큰 영향을 받는다. 65PYLL은 5세에 사망하는 것을 의미한다. 60세에 사망하는 경우는 10PYLL로 표시한다. PYLL의 감소는 영아사망과 심장질환에 의한 사망과 관련된 의료기술의 발달, 예방과 통제 방법의 발달, 상해 및 전염성 질환의 적절치 않은 시점에서의 사망 또는 피할 수 있었던 사망의 감소에 기인한다. 이외에도 조기사망의 감소는 1인당 GDP, 직업적 지위, 의사 수, 술과 담배의 소비와 같은 변수들과 연관성이 있다 (Or, 2000; Jourmard et al., 2008).

모든 OECD 국가에서 남성의 조기사망률이 여성보다 높은 것으로 나타났으며 2009년 OECD 국가에서는 남성 평균 10만 명 당 잠재수명손실연수가 4,689년으로 여성 평균 2,419보다 두 배 정도 높은 수치를 보였다. 남성의 경우 70세 이전의 잠재수명손실연수의 주요 원인은 사고 및 폭력(29%), 암(20%), 순환기계 질환(17%)로 나타났다. 여성의 경우 주요 원인은 암(31%), 외인(17%), 순환기계 질환(12%) 순으로 나타났다.

2009년 남성의 조기사망률이 가장 낮은 국가는 아이슬란드와 스웨덴, 여성의 조기사망률이 가장 낮은 국가는 아이슬란드와 룩셈부르크였다(그림 1.2.1). OECD 국가 중 남성의 조기사망률이 가장 높은 국가는 에스토니아와 멕시코, 여성의 조기사망률이 가장 높은 국가는 멕시코와 헝가리였다. 이들 국가의 PYLL은 가장 낮은 국가와 비교했을 때 두 배 이상 높은 수치이다. 미국의 조기사망률은 OECD 평균보다 남성의 경우 30%, 여성의 경우 50% 높다. 남성의 경우 조기사망률의 3분의 1(여성의 경우 5분의 1)이 사고, 자살, 살인 등을 포함한 외인으로 인한 것이다. 미국에서 살인으로 인한 조기사망은 OECD 평균보다 4배 이상 높다. 러시아 연방의 사망률은 남성의 경우 OECD 평균보다 4배 이상, 여성의 경우 3배 이상 높아 상당히 높은 수준을 기록하고 있다.

1970년 이후 OECD 국가에서 조기사망률은 평균 절반 이상 감소했다(그림 1.2.2). 1970년과 1990년대 초반 사이에 남성 보다는

여성의 조기 사망률이 더욱 급속하게 감소하였지만 그 이후로는 여성과 남성의 평균 PYLL은 거의 같은 속도로 감소했다. 영아 사망률의 감소 추세는 조기사망에 기여하는 주요 요인이다(지표 1.7 “영아사망” 참조). 최근 심장질환으로 인한 성인 사망률의 감소는 많은 국가의 조기사망 감소에 전반적으로 기여했다(지표 1.3 “심장질환과 뇌졸중에 의한 사망” 참조).

포르투갈, 룩셈부르크, 이탈리아의 남녀 조기사망률은 급격히 하락하여 현재는 1970년의 3분의 1 수준이다. 멕시코의 조기사망률은 여전히 높은 수준이지만, 급격히 감소하고 있다. 각각의 경우 모두 영아사망률의 급격한 감소가 상당한 기여를 한 것이다. 대조적으로 헝가리에서는 조기사망 감소율이 보다 둔하게 이루어졌으며, 특히 남성의 경우 더욱 둔하게 감소했다. 이는 순환기계 질환에 의한 사망률(현재 OECD 평균의 2배)과 간질환에 의한 사망률(현재 OECD 평균의 3배 이상)이 주요 원인이다. PYLL의 더딘 감소에는 헝가리 남성들의 알코올 및 담배 소비와 관련된 건강에 해로운 생활양식과 높은 자살률이 반영되어 있다. 폴란드와 미국도 조기사망률이 더디게 감소하고 있다.

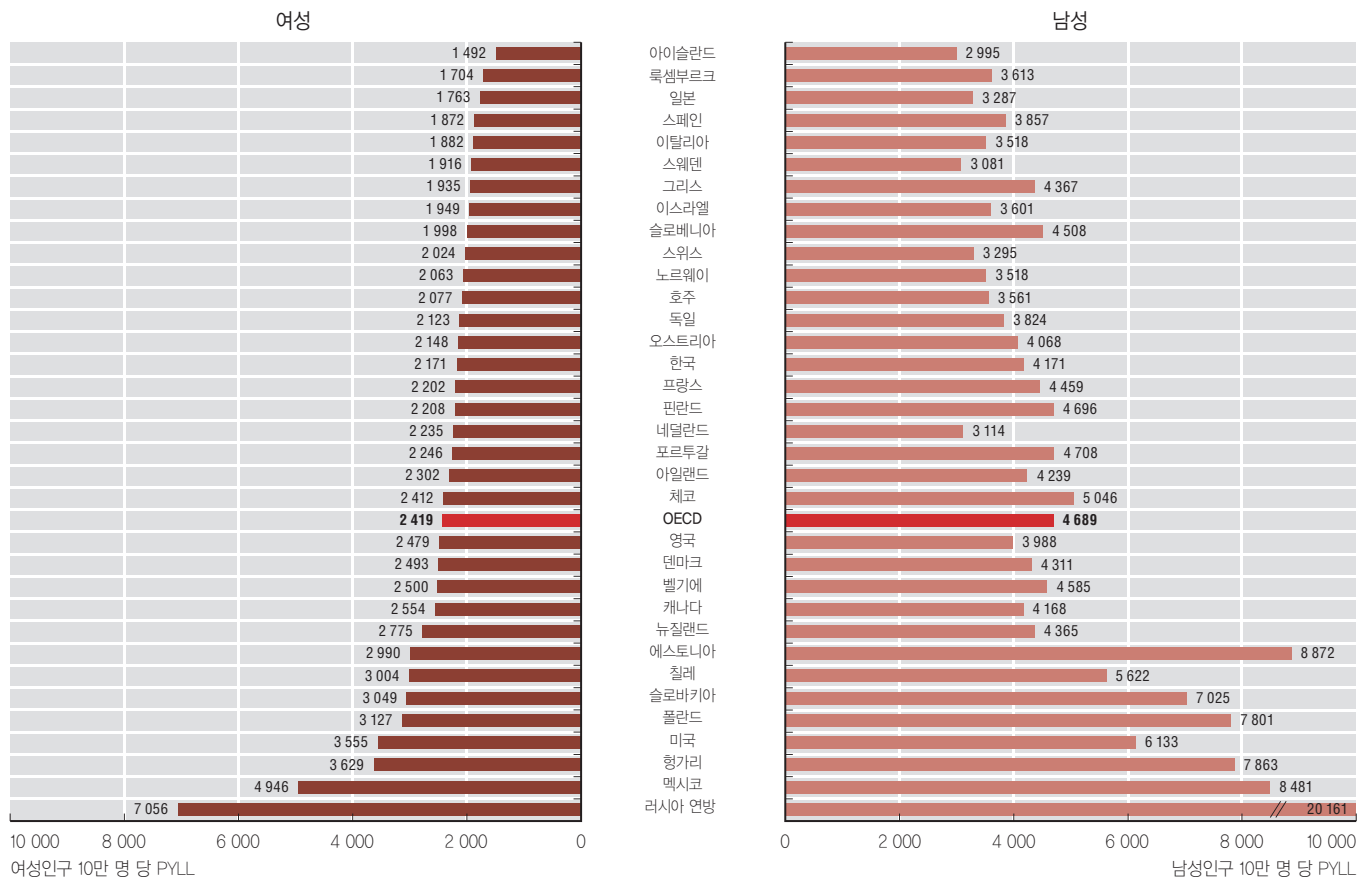
정의와 비교 가능성

잠재수명손실연수 (PYLL, Potential years of life lost)는 조기사망에 대한 요약 측정치로 젊은 연령의 사망을 갈음할 수 있는 명확한 방법이다. PYLL은 연령별 사망을 합하여 산출하는데, 일정 연령(여기서는 70세로 정의)까지 사는데 남은 연수를 계산한다. 즉, 5세에 사망한 아동의 경우 PYLL은 65년이다. 이 지표는 남녀 100,000명에 대한 수치로 표현한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

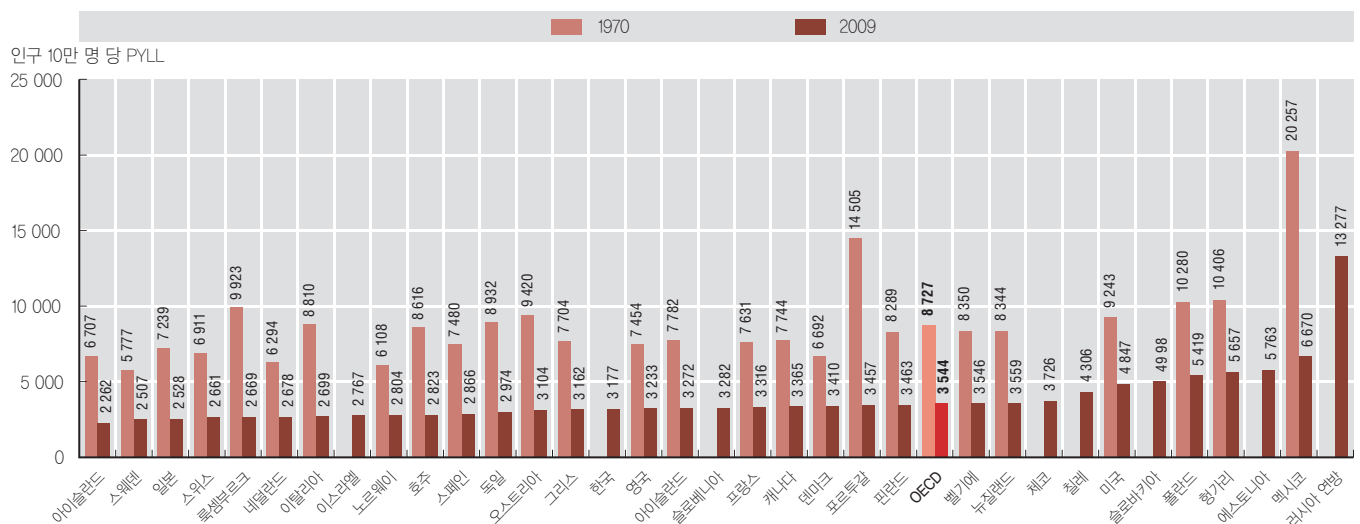
1.2.1 잠재수명손실연수 (PYLL), 성별, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523310>

1.2.2 잠재수명손실연수 (PYLL)의 감소, 1970-2009년 (혹은 가용한 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523329>

1.3. 심장질환과 뇌졸중에 의한 사망

심혈관질환은 2009년 모든 사망의 35%를 차지할 정도로 거의 모든 OECD 국가의 주요 사망원인이다. 심혈관 질환은 허혈성심질환(IHD, ischemic heart disease) (혹은 심장마비)과 뇌혈관질환 (혹은 뇌졸중)을 포함한 순환기 계통관련 질병을 포함한다. 심혈관질환으로 인한 사망 중에서 3분의 2가 허혈성심질환과 뇌졸중에 의한 것이었고, 2009년 모든 OECD 국가의 총 사망 중 4분의 1이 허혈성심질환과 뇌졸중에 의한 것이었다.

허혈성심질환은 관상동맥내벽에 쌓인 지방침전물이 심장으로의 혈류를 방해하여 발생한다. 2009년 OECD 국가의 전체 사망 중 15%가 허혈성심질환에 의한 것이지만, OECD 국가 간에도 상당한 차이가 있다 (그림 1.3.1). 중부, 동부유럽 국가들의 IHD 사망률이 가장 높다. 그 중에서도 슬로바키아는 남녀 공히 가장 높은 허혈성심질환 사망률을 보였으며 다음으로 에스토니아, 헝가리, 체코 순이었다. 허혈성심질환 사망률이 가장 낮은 국가인 한국, 일본과 비교했을 때 핀란드, 폴란드, 아일랜드의 IHD 사망률은 비교적 높은 수준이었다. IHD 사망률은 지역적으로도 뚜렷한 차이를 보이고 있다. 가장 낮은 IHD 사망률을 기록하고 있는 OECD 아시아 회원국 두 국가 다음으로 남유럽과 지중해에 위치한 프랑스, 포르투갈, 스페인, 이스라엘, 이탈리아가 낮은 수치를 보이고 있다. 이는 식이 (주요한 위험요인)가 IHD 사망률의 국가간 차이를 설명할 수 있다는 일반적인 가설을 지지하는 내용이다.

IHD로 인한 사망률은 여성보다 남성이 훨씬 높게 나타난다 (그림 1.3.1). 2009년 OECD 국가의 평균 IHD 사망률은 남성이 여성보다 거의 2배 높았다. 프랑스와 룩셈부르크와 같은 경우는 남성이 2-3배 높은 사망률을 보여 성별 격차가 가장 크게 났고, 멕시코, 체코, 슬로바키아의 경우는 남성이 60% 높게 나타나 성별 격차가 가장 적게 나타났다.

1980년 이후 거의 대부분 OECD 국가에서 IHD 사망률은 감소했다. 특히 네덜란드, 북유럽국가 (덴마크, 노르웨이, 스웨덴, 아이슬란드), 호주, 영국, 이스라엘과 같은 경우는 3분의 2 이상 현저하게 감소했다. 담배 소비 감소를 포함한 여러 요인들이 IHD 발생을 감소시켰으며 그 결과 IHD 사망률이 감소했다. 의학기술의 발전 역시 사망률 감소에 상당히 기여했다 (지표 4.6 “심장시술”과 5.3 “급성심근경색증 원내 사망률” 참조). 그러나 헝가리, 폴란드,

슬로바키아와 같은 몇몇 국가에서는 1980년 이후로 사망률이 거의 감소하지 않았다. 1980년에 그리스의 IHD 사망률은 이미 낮은 수준이기는 했지만 그 이후로 감소세가 미미했다. IHD 사망률이 증가한 국가는 한국과 멕시코뿐이다.

2009년 뇌졸중은 OECD 국가의 전체 사망에 8% 정도를 차지한 주요 사망원인이다. 뇌졸중은 뇌로 혈액공급이 차단되면서 뇌기능을 상실하는 것이다. 뇌졸중이 사망의 주요 원인이기도 하지만 이와 관련한 장애도 상당한 부담이다 (Moon et al., 2003). IHD와 마찬가지로 뇌졸중 사망률도 국가간 큰 차이를 보인다 (그림 1.3.2). 슬로바키아, 헝가리, 폴란드, 체코에서 뇌졸중에 의한 사망률이 가장 높았으며 이스라엘, 스위스, 프랑스, 미국의 사망률이 가장 낮았다.

시간에 따른 추세를 보면, 1980년 이후 전체 OECD 국가에서 (폴란드와 슬로바키아 제외) 뇌졸중 사망률은 감소했다. 오스트리아, 포르투갈, 일본과 같은 국가에서는 사망률이 거의 4분의 3이나 감소했다. IHD와 마찬가지로 뇌졸중 사망의 감소는 위험요인 감소에 일부 기인한다. 흡연과 고혈압은 뇌졸중의 주요 요인이다. 뇌졸중에 대한 의료기술의 발달로 생존율이 증가했다 (지표 5.4 “뇌졸중 원내 사망률” 참조).

정의와 비교 가능성

사망률은 1년 동안 한 국가에 등록된 사망자 수를 해당 국가의 인구 크기로 나누어 추정하였다. 사망률은 국가간 시점 간의 연령구조 차이로부터 발생하는 변이를 제거하기 위해 1980년 OECD 인구조로 연령 표준화를 하였다. 자료원은 WHO Mortality Database이다.

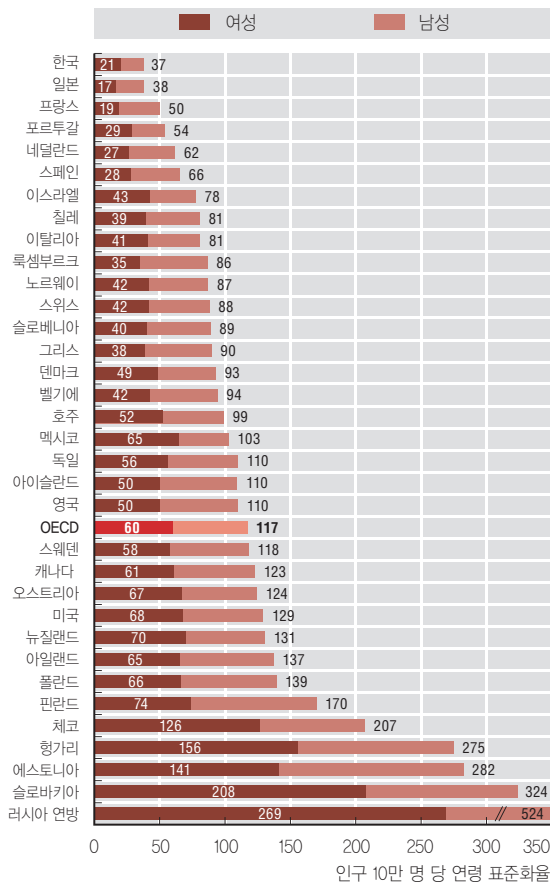
허혈성심질환에 의한 사망은 ICD-10 코드에서 I20-I25로, 뇌졸중은 I60-I69로 분류된다. Mathers et al. (2005)는 사망 원인에 대한 데이터의 범위, 완결성 및 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.3. 심장질환과 뇌졸중에 의한 사망

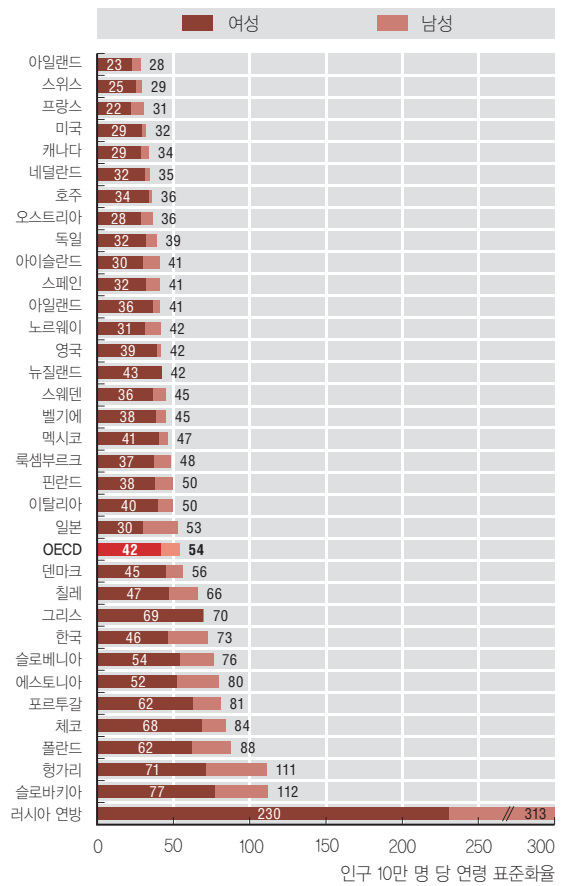
1.3.1 허혈성심질환에 의한 사망률, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523348](http://dx.doi.org/10.1787/888932523348)

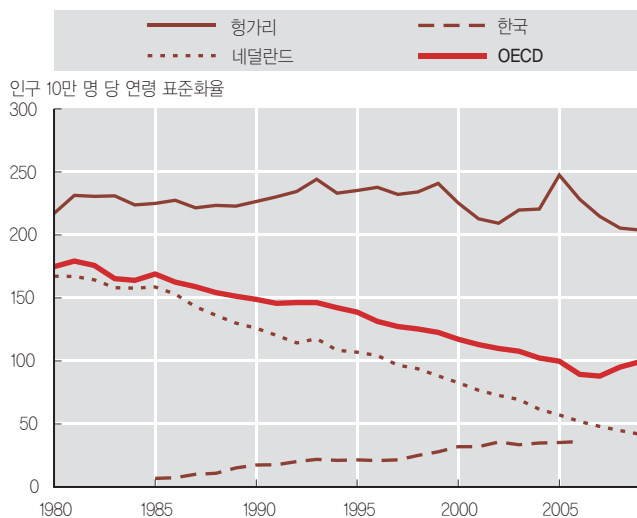
1.3.2 뇌졸중에 의한 사망률, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523367](http://dx.doi.org/10.1787/888932523367)

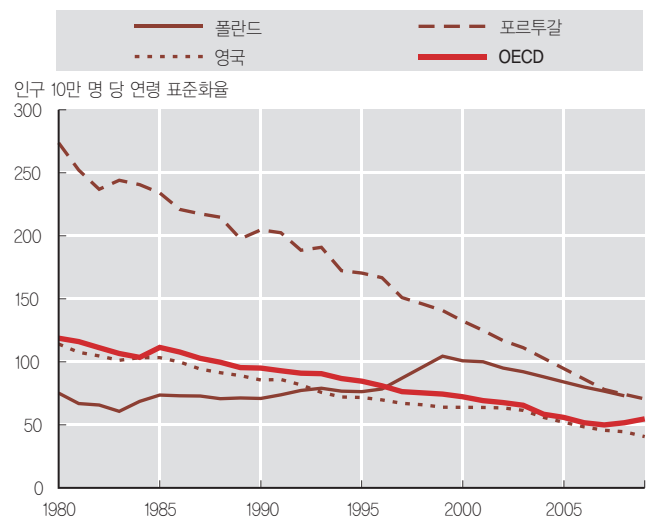
1.3.3 허혈성심질환 사망률 추이, 일부 OECD 국가, 1980-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523386](http://dx.doi.org/10.1787/888932523386)

1.3.4 뇌졸중 사망률 추이, 일부 OECD 국가, 1980-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523405](http://dx.doi.org/10.1787/888932523405)

1.4. 암에 의한 사망

OECD 국가에서 암은 순환기계 질환에 이은 두 번째 주요 사인으로 2009년 전체 사망의 28%를 차지했다. 2009년 암 사망률은 멕시코, 핀란드, 일본, 스위스에서 가장 낮았다. 반면 암 사망률이 가장 높은 국가는 중부, 동부유럽 국가(헝가리, 폴란드, 슬로베니아, 체코, 슬로바키아)와 덴마크였다(그림 1.4.1).

모든 OECD 국가에서 암 사망률은 여성보다는 남성에서 더 높았다(그림 1.4.1). 2009년 암 사망률의 성별 차이는 한국, 스페인, 에스토니아에서 크게 나타났으며 러시아 연방, 일본, 프랑스의 경우에는 남성의 사망률이 여성보다 두 배 이상 높게 나타났다. 암 사망률의 성별 차이는 위험요인이 주로 남성들에게 발견되는 경향, 남성에게 영향을 미치는 다양한 종류의 암 검진프로그램의 보급이나 이용의 저조로 일부 설명할 수 있으며 이로 인하여 진단 후 생존율이 낮은 것이다.

흔히 발병하는 폐암, 유방암, 전립선암에 대해서는 밑에서 보다 상세하게 다루었다. 자궁경부암과 대장암에 대해서는 제5장에서 따로 살펴볼 것이다.

스웨덴, 멕시코, 칠레를 제외한 OECD 국가에서 암 사망 중 폐암에 의한 사망이 가장 높게 나타났다. 폐암은 여성의 경우에도 주요사망 원인 중 하나이다. 흡연은 폐암의 가장 주요한 위험요인이다. 2009년 중부 및 동부유럽 국가(헝가리, 폴란드, 체코, 슬로바키아), 벨기에, 러시아 연방, 에스토니아, 그리스, 네덜란드에서 폐암 사망률이 가장 높게 나타났다(그림 1.4.2). 이 국가들은 남성의 흡연율이 상대적으로 높은 국가이다. 폐암사망률이 낮은 칠레, 멕시코, 스웨덴은 남성 흡연율이 낮은 국가이다(지표 2.1 “성인의 담배 소비” 참조).

모든 OECD 국가에서 유방암은 여성들에게 가장 흔히 나타나는 암이다(Ferlay et al., 2010). 2009년 유방암은 여성의 암 발생 중 거의 30%를 차지하고, 암에 의한 사망에 15%를 차지했다. 지난 10년 동안 측정된 유방암 발생률이 증가했지만 유방암에 의한 사망률은 감소하거나 안정적인 수준을 유지했다. 이는 조기진단과 치료방법의 개선 덕분에 생존율이 증가했음을 시사하는 것이다(지표 5.9 “유방암 검진율, 생존율 및 사망률” 참조). 유방암에 의한

사망률이 가장 낮은 국가는 한국과 일본이었고, 가장 높은 국가는 덴마크, 벨기에, 아일랜드, 헝가리였다(그림 1.4.3).

많은 OECD 국가에서 전립선암 사망률은 폐암 사망률보다 낮지만 이는 많은 OECD 국가의 남성 특히 65세 이상 남성들에게 가장 흔히 발병하는 암이다. 1990년대와 2000년대에 많은 국가에서 전립선암 발생률이 상승한 것은 전립선특이항원(PSA : prostatespecific antigen) 진단검사 이용이 증가한 데 기인한다. 2009년 전립선암 사망률은 낮게는 한국과 일본 남성 10만 명 당 10명 이하이고, 높게는 에스토니아, 슬로베니아 북유럽 국가(덴마크, 스웨덴, 노르웨이) 남성 10만 명 당 30명 이상으로 다양하게 나타났다(그림 1.4.4). 전립선암의 원인은 잘 알려져 있지 않지만 환경과 식이요인이 전립선암 발병에 영향을 줄 수 있을 것이라는 증거가 있다(Institute of Cancer Research, 2009).

1995년 이후 심혈관 질환에 의한 사망 보다는 낮은 수준으로 감소했지만 대부분의 OECD 국가에서 남성 및 여성의 암에 의한 사망률이 전반적으로 감소했다. 하지만 암에 의한 사망률이 변화가 거의 없는 그리스, 폴란드, 포르투갈, 에스토니아는 이러한 감소 추세에 예외적인 국가이다.

정의와 비교 가능성

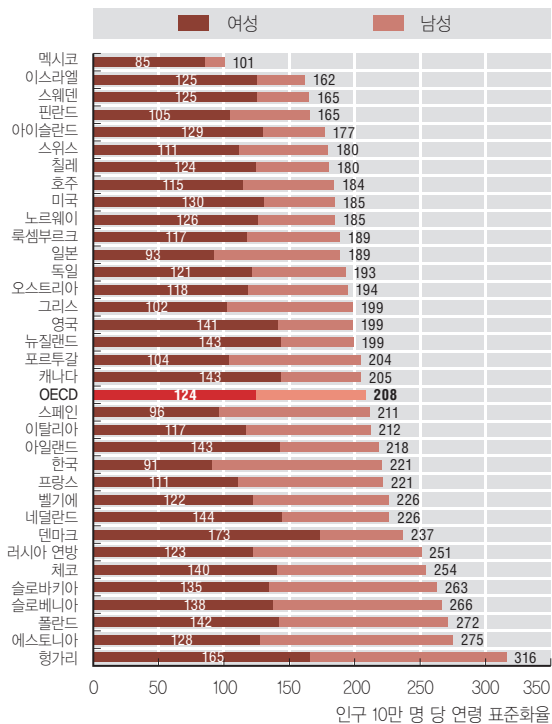
사망률은 1년 동안 한 국가에 등록된 사망자 수를 해당 국가의 인구 크기로 나누어 추정하였다. 사망률은 국가간 시점 간의 연령구조 차이로부터 발생하는 변이를 제거하기 위해 1980년 OECD 인구로 연령 표준화를 하였다. 자료원은 WHO Mortality Database이다.

모든 암에 의한 사망은 ICD-10 코드에서 C00-C97로 분류되며 폐암은 C32-C34, 유방암은 C50, 전립선암은 C61로 분류된다. Mathers et al. (2005)는 사망 원인에 대한 데이터의 범위, 완결성 및 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

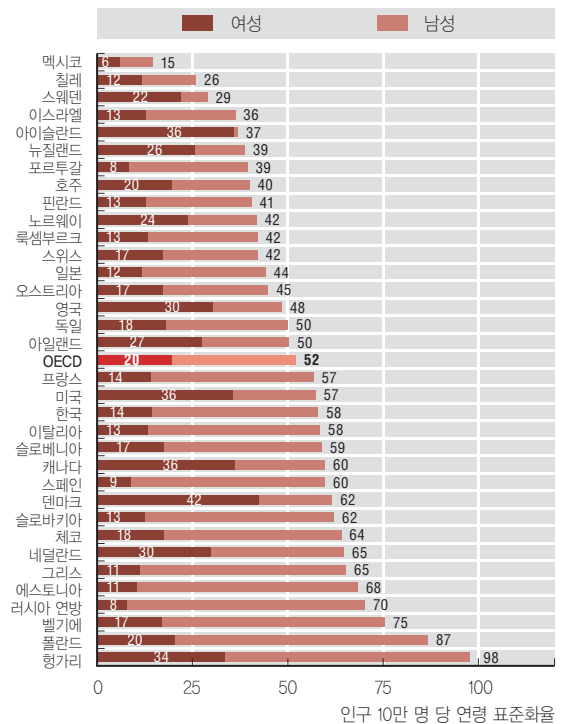
1.4.1 전체 암에 의한 사망률, 성별, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523424](http://dx.doi.org/10.1787/888932523424)

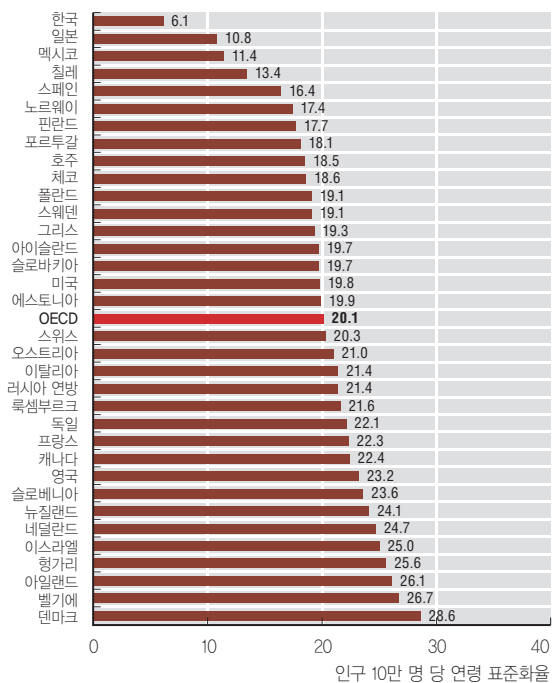
1.4.2 폐암에 의한 사망률, 성별, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523433](http://dx.doi.org/10.1787/888932523433)

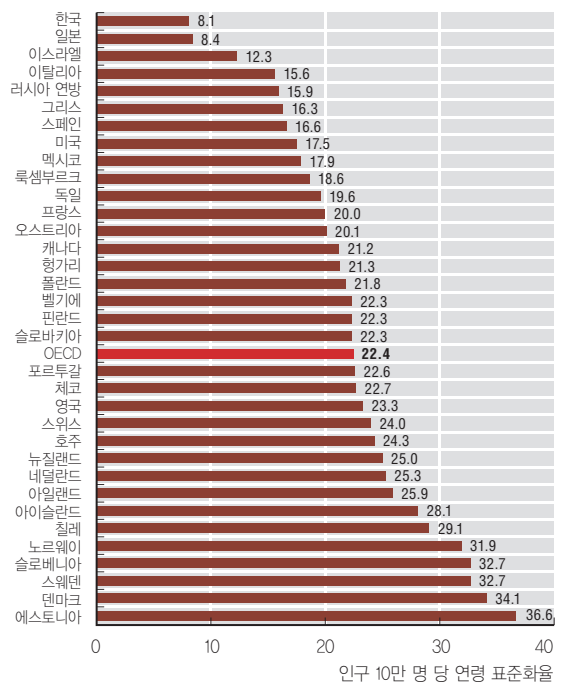
1.4.3 유방암에 의한 사망률, 여성, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523462](http://dx.doi.org/10.1787/888932523462)

1.4.4 전립선암에 의한 사망률, 남성, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523481](http://dx.doi.org/10.1787/888932523481)

1.5. 교통사고에 의한 사망

전 세계적으로 매년 약 120만 명이 교통사고로 사망하며 이중 대부분이 도로교통사고이다. 매년 5,000만 명이 교통사고로 인해 다치거나 장애를 입는다 (WHO, 2009a). 2009년 OECD 국가의 교통사고로 인한 사망자 수는 12만 명 이상이었으며 교통사고로 인한 사망은 미국 (4만 5천 명), 멕시코 (1만 7천 명), 한국과 일본 (각각 7천 명)에서 흔히 일어났다. 또한 러시아 연방의 교통사고에 의한 사망자 수도 3만 8천 명이다.

많은 국가에서 도로교통사고로 인한 사망은 아이들과 젊은이들 특히 젊은 남성들에게 주된 사망원인이었다. 교통수단 중에서 치명적 위험도가 가장 높은 것은 오토바이와 모페드지만 대부분 치명적인 교통사고 관련 상해는 승용차에서 발생한다 (OECD/ITF, 2011).

교통사고는 사회적, 육체적, 심리적으로 악영향을 미치는 것 이외에도 직, 간접적으로 상당한 재정 비용을 유발한다. 자동차가 많은 국가에서는 이러한 재정 비용이 연간 GDP의 2%를 차지한다는 연구도 있다 (Peden et al., 2004).

2009년 교통사고 사망률이 가장 높았던 국가는 러시아 연방이었고, OECD 국가 중에는 멕시코와 미국이었다. 이들 국가에서는 인구 10만 명 당 사망하는 사람이 14명 이상이었다 (그림 1.5.1). 반면 아이슬란드, 네덜란드, 영국에서는 인구 10만 명 당 사망하는 사람이 4명 미만으로 가장 낮은 수치를 보였다. 이는 OECD 평균 8.2명보다 훨씬 낮은 수치이다. OECD 국가 중 사망률이 가장 높은 국가인 멕시코와 낮은 국가인 아이슬란드는 5배의 격차를 보였다. 모든 국가에서 여성보다는 남성의 교통사고 사망률이 높았고, 뉴질랜드에서는 남녀 격차가 2배 정도, 그리스와 칠레에서는 그 격차가 5배 정도 벌어졌다. 평균적으로 교통사고 사망률은 남성이 여성보다 3배 정도 높다 (그림 1.5.1).

대부분의 교통사고 상해와 사망은 예방이 가능하다. 많은 국가에서 지난 수십 년 동안 도로 시스템 개선, 교육, 예방 캠페인, 새로운 법과 규제의 채택, 강화된 교통 통제를 통한 새로운 법의 집행을

통해 도로 안전이 상당히 개선되었다. 그 결과 1995년 이후 OECD 국가의 교통사고 사망률은 평균 절반으로 감소했다 (그림 1.5.2). 1995년 이후 차의 주행거리가 증가했음에도 불구하고 에스토니아, 아이슬란드, 한국, 포르투갈, 일본의 교통사고 사망률이 60% 이상 감소했다 (OECD/ITF, 2010). 미국에서 사망률은 보다 둔한 속도로 감소하여 아직 OECD 평균보다 높은 수준이다. 칠레와 러시아 연방에서는 1995년 이후 교통사고 사망률이 현저하게 증가했다 (그림 1.5.3).

최근 경제위기가 교통사고 사망에 긍정적으로 작용했을 가능성이 있다. 많은 국가에서 교통량이 감소하거나 증가하지 않았으며 교통사고 사망은 교통량 감소보다 훨씬 더 많이 감소했다. 그러나 교통사고 감소에 주로 기여한 것은 장기적이고 효과적인 도로안전 정책이다 (OECD/ITF, 2011).

정의와 비교 가능성

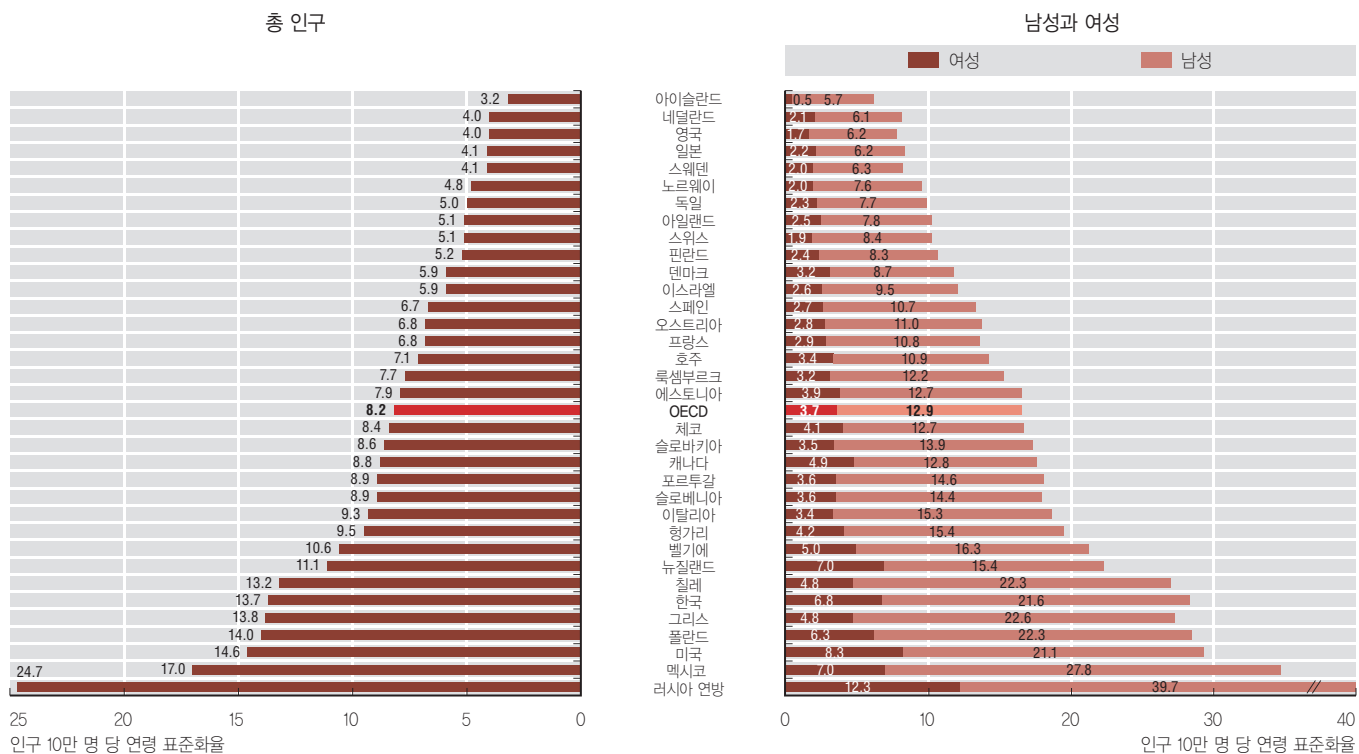
사망률은 1년 동안 한 국가에 등록된 사망자 수를 해당 국가의 인구 크기로 나누어 추정하였다. 사망률은 국가간 시점 간의 연령구조 차이로부터 발생하는 변이를 제거하기 위해 1980년 OECD 인구조 연령 표준화를 하였다. 자료원은 WHO Mortality Database이다.

교통사고에 의한 사망은 ICD-10 코드의 V01-V89로 분류된다. 룩셈부르크의 경우 수송 교통량이 많아 비거주민의 사망비율이 높기 때문에 룩셈부르크의 사망률 통계는 실제보다 높게 나타났다. Mathers et al. (2005)는 사망 원인에 대한 데이터의 범위, 완결성 및 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다.

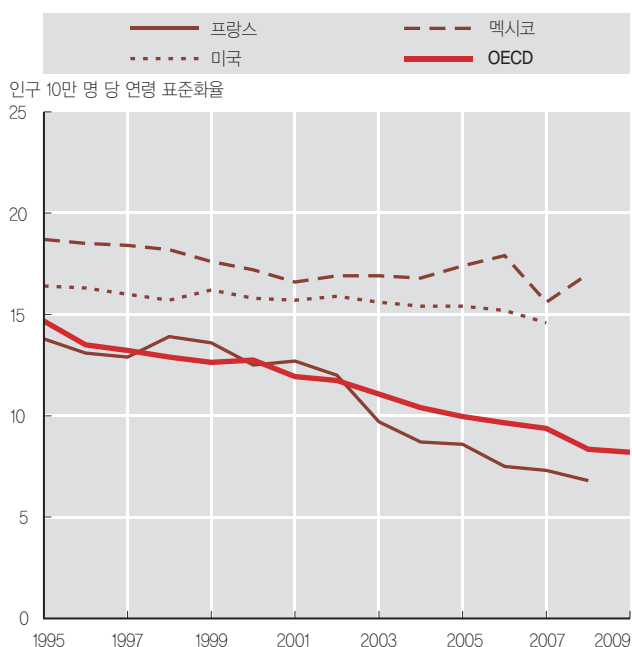
이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.5.1 교통사고 사망률, 2009년 (또는 최근)

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523500](http://dx.doi.org/10.1787/888932523500)

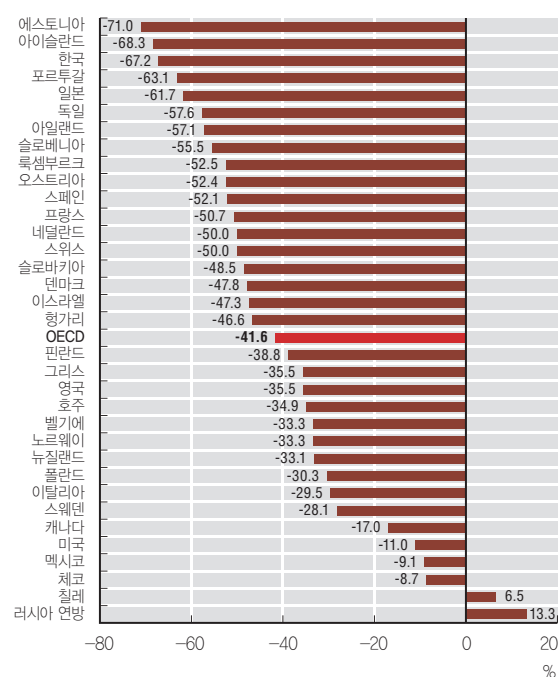
1.5.2 일부 OECD 국가의 교통사고 사망률 추이, 1995-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523519](http://dx.doi.org/10.1787/888932523519)

1.5.3 교통사고 사망률 변화, 1995-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/888932523538](http://dx.doi.org/10.1787/888932523538)

1.6. 자살

의도적으로 자신을 죽이는 것은 개인의 파괴일 뿐만 아니라, 그 사람이 살아가는 사회적 배경의 악화를 보여준다. 자살은 여러 다른 요인들의 종점(end-point)일 수 있다. 자살은 인간관계의 큰 변화, 알코올과 마약의 남용, 실업, 임상적인 우울증, 기타 정신질환 등과 관련하여 공황상태에 있을 때 발생하기가 쉽다. 이러한 이유로 자살은 한 인구집단의 정신건강 상태를 측정하는 대리 지표로 종종 쓰인다. 그러나 몇몇 국가에서는 자살행위에 따른 낙인 문제, 또는 보고기준과 관련된 자료 문제 때문에 자살률이 실제보다 낮게 보고되고 있을 지도 모른다(“정의와 비교 가능성” 참조).

자살은 많은 OECD 국가의 주요 사인으로 2009년 거의 15만 명이 자살로 사망했다. 남부유럽(그리스, 이탈리아, 스페인), 멕시코, 이스라엘이 인구 10만 명 당 6명 이하로 가장 낮은 자살률을 기록했다(그림 1.6.1). 한국, 러시아 연방, 헝가리, 일본의 자살률은 인구 10만 명 당 19명 이상으로 높았다. 가장 높은 자살률을 보이는 한국과 가장 낮은 자살률을 보이는 그리스의 수치는 10배 차이가 났다.

OECD 국가의 자살사망률은 남성이 여성보다 3-4배 높았으며(그림 1.6.1), 이러한 남녀 격차는 오랫동안 지속적으로 나타난 현상이다. 한국의 경우 여전히 남성의 자살사망률이 여성보다 2배 높기는 하지만 여성의 자살률도 높은 수준이다. 자살 시도 수치에서 남녀 격차가 적은 이유는 여성이 남성보다 덜 치명적인 방법을 사용하기 때문이다. 또한 자살은 연령과 관련이 있어 25세 이하의 청년과 노령인구가 특히 위험이 놓여있다. 지난 20년 간 노인 자살률이 일반적으로 감소한 반면 청년 자살률은 거의 감소하지 않았다.

1995년 이후 많은 OECD 국가의 자살률은 감소하였고, 특히 에스토니아, 룩셈부르크, 오스트리아에서는 40% 정도 감소했다(그림 1.6.2). 멕시코의 자살률은 낮은 수준이고 1990년대 후반 이후로 일본의 자살률은 변화하지 않고 있지만 한국, 칠레, 일본, 멕시코, 포르투갈의 자살률은 증가했다. 한국의 남성 자살률은 1995년 인구 10만 명 당 17명에서 2009년 39명으로 2배 이상 증가했으며 여성 자살률은 인구 10만 명 당 20명으로 OECD 국가에서 가장 높은 수준이다(그림 1.6.3). 2006년과 2010년 사이 한국에서 우울증과 조울증으로 치료를 받은 사람 수가 급증했으며

(각각 17%, 29%), 낮은 사회경제집단의 사람이 더욱 많은 영향을 받는 것으로 나타났다(HIRA, 2011). 경기 침체, 사회 통합의 약화, 전통적인 가족 기반의 쇠퇴가 최근 한국의 자살률 증가로 이어졌다(Kwon et al., 2009).

자살은 우울증, 알코올 및 기타 약물 남용과 관련이 있는 경우가 종종 있다. 따라서 효과적인 지원, 치료와 함께 가족 및 보건 의료 전문가가 이러한 사회심리학적 문제를 고위험군 집단에서 조기 발견하는 것도 자살 예방 캠페인의 중요한 부분이다. 많은 국가들이 위험집단에 초점을 맞추어 정신건강을 강조하고 예방을 위한 국가전략을 내놓고 있다(Hawton and van Heeringen, 2009). 독일, 핀란드, 아이슬란드의 자살 예방 프로그램은 다양한 분야의 협력 증대와 네트워크를 촉진하기 위한 노력을 기반으로 한다(NOMESCO, 2007).

정의와 비교 가능성

세계보건기구는 자살을 치명적인 결과에 대해 충분히 인지하거나 예견한 상태에서 한 개인이 의도적으로 시작하여 수행한 행위로 정의한다. 국가간 데이터의 비교 가능성은 자신을 해치려는 의도의 확인 방법, 사망증명서 작성 책임자, 법의학 조사 수행 여부, 사인에 대한 기밀유지 조항과 같은 여러 가지 보고 기준에 영향을 받는다. 따라서 국가간의 차이를 해석할 때는 신중을 기해야 한다.

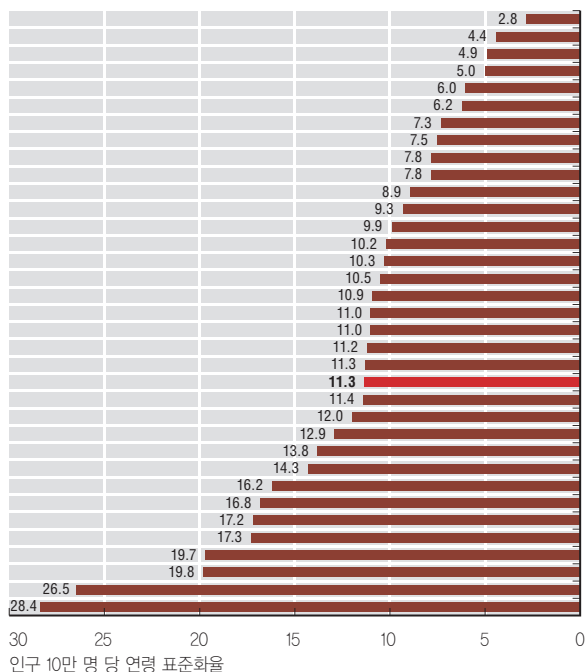
사망률은 1년 동안 한 국가에 등록된 사망자 수를 해당 국가의 인구 크기로 나누어 추정하였다. 사망률은 국가간 시점 간의 연령구조 차이로부터 발생하는 변이를 제거하기 위해 1980년 OECD 인구를 연령 표준화를 하였다. 자료원은 WHO Mortality Database이다. 자살에 의한 사망은 ICD-10코드 X60-X84로 분류된다. Mathers et al. (2005)는 사망 원인에 대한 데이터의 범위, 완결성 및 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다.

이스라엘에 대한 정보는

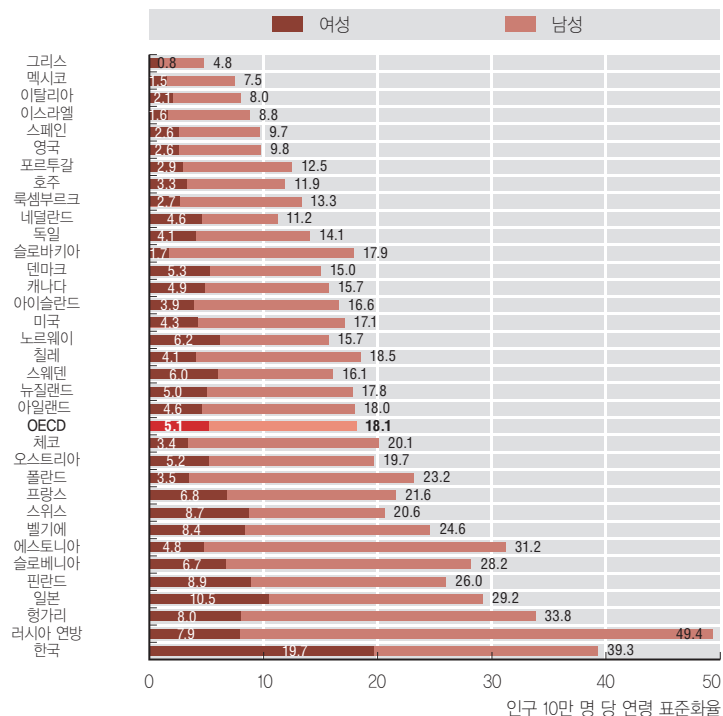
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.6.1 자살사망률, 2009년 (혹은 최근)

총 인구



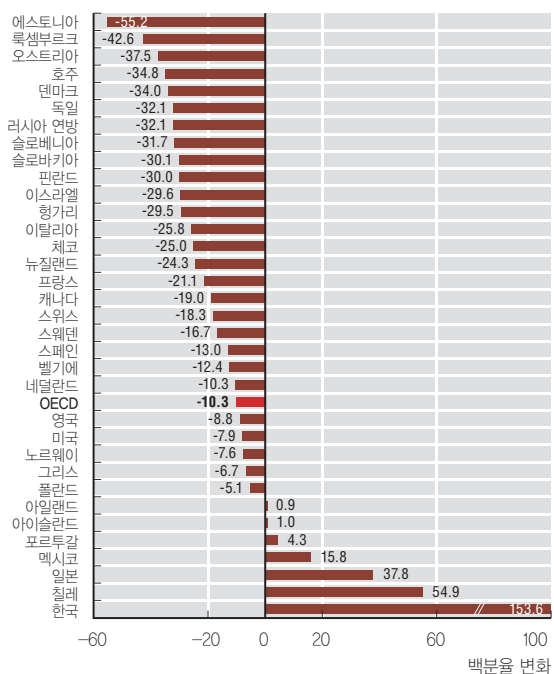
남성과 여성



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

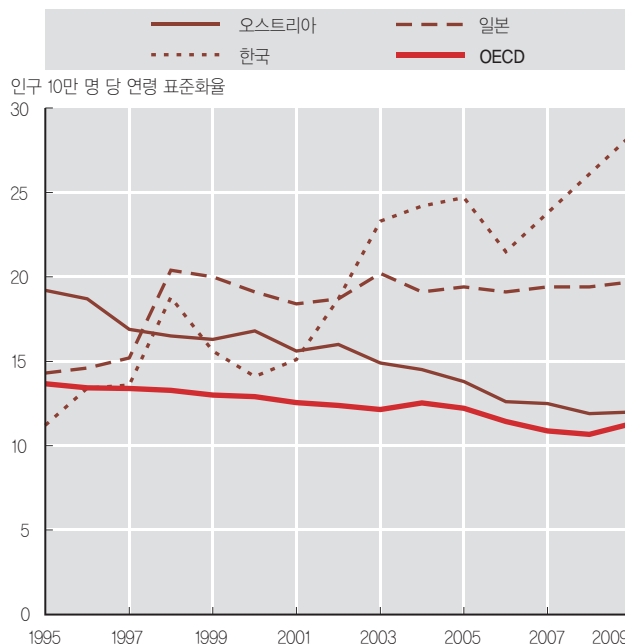
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523557>

1.6.2 자살사망률 변화, 1995 - 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, IS-GBE (2011).

1.6.3 일부 OECD 국가의 자살사망률 추이, 1995 - 2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523576>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523595>

1.7. 영아사망

영아사망률은 1세 미만 아기의 사망률로, 보건의료제도의 효과 뿐만 아니라 산모와 신생아의 건강에 영향을 미치는 경제, 사회적인 상태를 반영한다.

대부분 OECD 국가들의 영아사망률은 낮은 수준이며 국가별 차이도 별로 없다 (그림 1.7.1). 그러나 몇몇 OECD 국가와 신흥국가들의 경우 영아사망률이 출생 1,000명 당 10명 이상을 기록하기도 한다. 2009년 영아사망률은 낮게는 북유럽국가 (아이슬란드, 스웨덴, 핀란드), 일본, 슬로베니아, 룩셈부르크, 체코의 출생 1,000명 당 3명 이하에서 높게는 터키 13명, 멕시코 15명으로 다양하게 나타났다. 미국과 칠레의 영아사망률도 상대적으로 높은 수준이다 (출생 1,000명 당 6명 이상).

신흥국가 (인도, 남아공, 인도네시아, 브라질)에서 영아사망률은 출생 1,000명 당 20명 이상이다. 인도에서는 신생아 20명 중 1명이 1세 이전에 사망한다. UN 여성과 아동에 관한 정보와 책임성 위원회는 최근 신흥국가들이 모자 사망을 정확히 측정 및 모니터링 하고 모자건강 증진을 위한 보건의료 지출을 약속할 것을 촉구했다 (UN 위원회, 2011).

출생 1년 이내의 사망 중 3분의 2 정도는 신생아사망 (즉 출생 후 4주 이내의 사망)이다. 선천성 기형, 조산아, 임신 기간 중 발생하는 기타 질환 등은 선진국 신생아 사망의 주요 위험요인이다. 늦은 임신과 보조생식치료 (fertility treatment)에 의한 다태아의 증가로 조산아 수는 늘어나는 추세이다 (지표 1.8 “영아보건: 저체중아 출생” 참조). 이러한 이유로 여러 고소득 국가에서 지난 몇 년 사이에 영아사망률의 감소 추세가 멈추었다. 출생 1개월 이후 사망 (후기 신생아사망)의 원인은 다양한데 가장 일반적인 것은 영아돌연사증후군 (SIDS, Sudden Infant Death Syndrome), 선천성 기형, 감염, 사고 등이 있다.

모든 OECD 국가는 출생 1,000명당 30명에 달했던 1970년 이후 영아사망률이 현저히 줄어들어 현재는 평균 4.4명을 기록하고 있다 (그림 1.7.2). 이는 1970년 이후 85%의 누적 감소에 해당된다. 포르투갈은 1970년 이후 영아사망률이 연평균 7% 이상 감소하여 유럽에서 영아사망률이 가장 높았던 국가에서 2009년 OECD 국가 중 영아사망률이 낮은 국가에 속하게 되었다 (그림 1.7.1). 한국, 이스라엘, 터키의 영아사망률도 크게 감소했다. 반면

네덜란드와 미국의 영아사망률의 감소는 둔화되었다. 미국의 영아사망률은 과거에 OECD 평균보다 낮았으나 현재는 OECD 평균보다 높다 (그림 1.7.2).

미국의 경우 인종 별로 상이한 차이를 보이는데, 흑인 즉 아프리카계 미국인 여성 고위험군, 저체중아를 출산할 확률이 높고, 백인 여성과 비교했을 때 흑인 여성의 영아사망률이 2배 높았다 (2006년 12.9명과 5.6명) (NCHS, 2011).

수많은 연구에서 영아사망률을 보건의료의 결과로 간주하여 건강에 영향을 주는 다양한 의료적, 비의료적 요인의 효과를 검토 하는데 사용해왔다 (예 : OECD, 2010a). 대다수의 분석에서 영아사망률과 보건의료비는 대체로 음의 관계를 보인다. 그러나 높은 수준의 보건의료비를 지출하는 국가의 영아사망률이 항상 낮은 것은 아니라는 사실을 통해 더 좋은 결과를 얻기 위해 반드시 더 많은 보건의료비 지출이 요구되는 것은 아니라는 것을 짐작할 수 있다 (Retzlaff-Roberts et al., 2004). 관련된 연구를 보면 소득 불평등, 사회적 환경, 개인의 생활습관 및 태도 등과 같이 보건 의료제도의 질 및 효율성을 넘어서는 많은 요인들이 영아사망률에 영향을 준다는 것을 알 수 있다 (Kiely et al., 1995).

정의와 비교 가능성

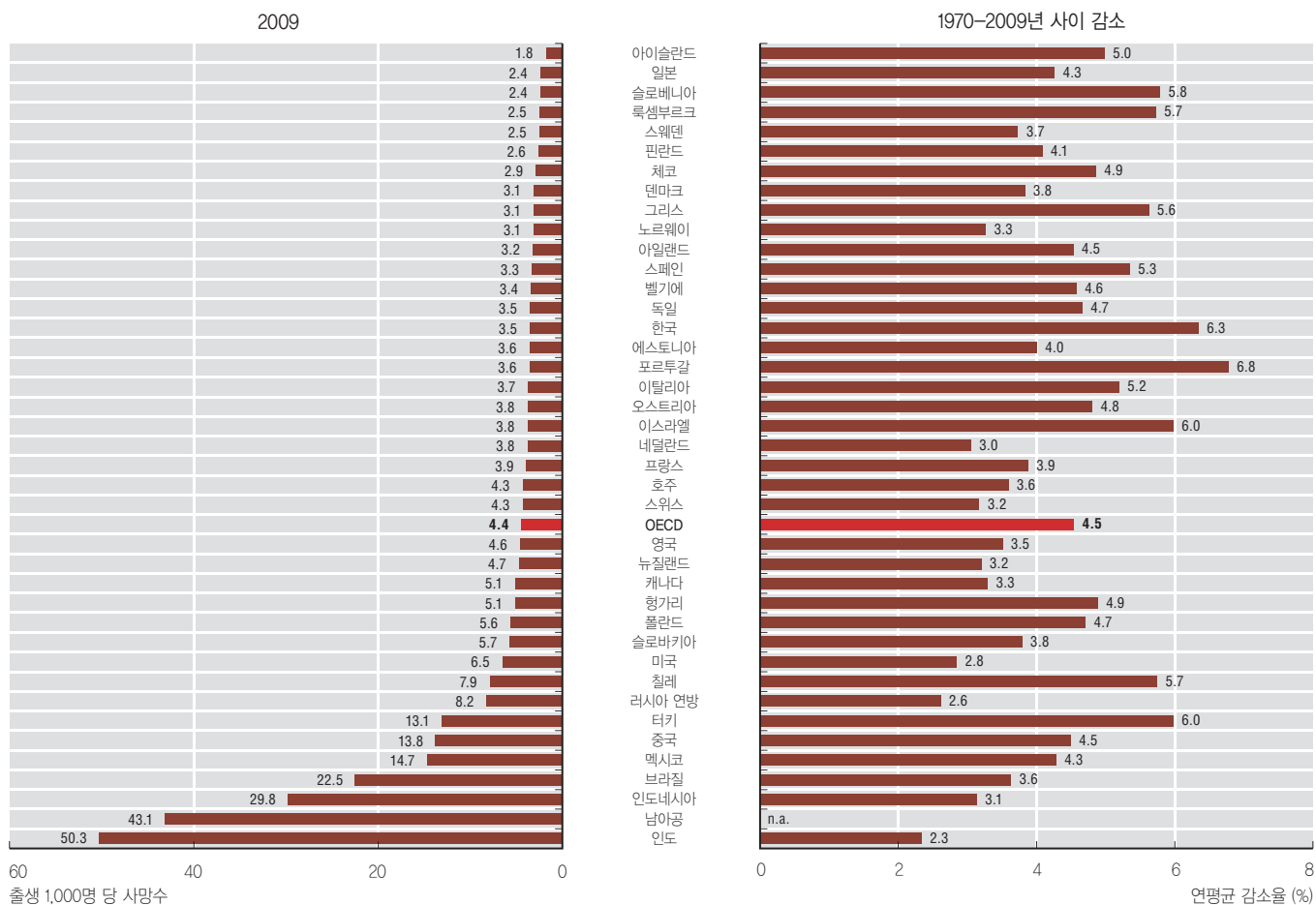
영아사망률은 당해 연도 출생 1,000명 당 1세 미만의 아동 사망 수이고 신생아사망률은 출생 후 28일 이내의 사망 수이다.

영아와 신생아사망률의 국가간 차이는 조산아의 등록 관행에 대한 국가간 차이에 일부 기인할 수 있다. 대부분의 국가들은 사망 등록을 하는 데 있어서 재태연령이나 몸무게 제한이 없다. 노르웨이에서는 사망 등록에 관한 최소한의 기준이 있고 (태어난 후 사망한 것으로 간주되기 위해서는 재태연령이 12주를 초과해야 한다). 체코, 네덜란드, 폴란드에서는 재태연령 최소 22주 또는 몸무게 500g의 기준이 적용된다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

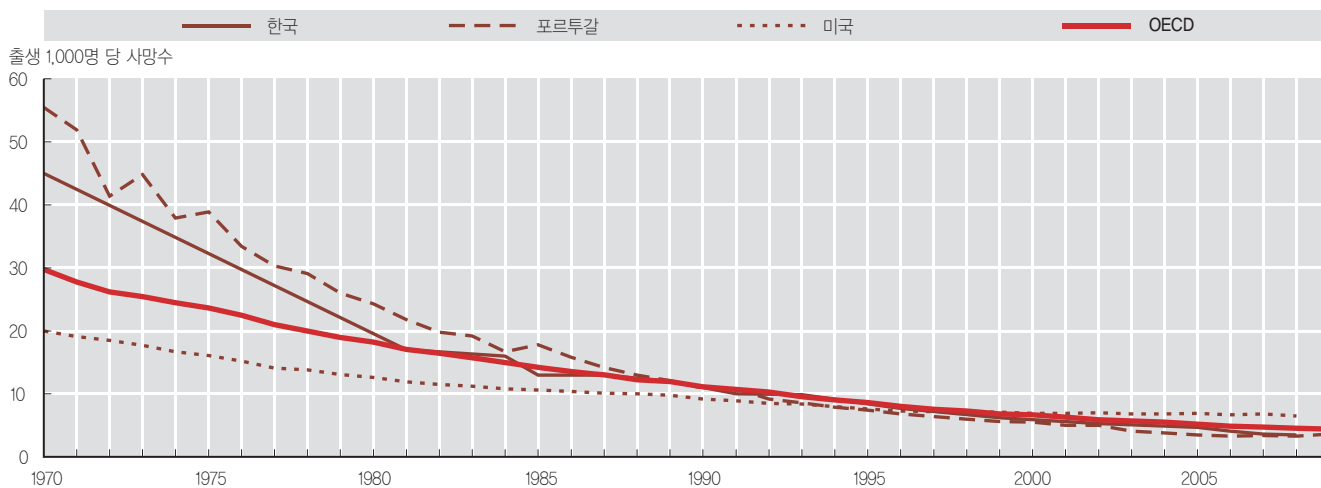
1.7.1 영아사망률, 2009년과 1970-2009년 영아사망률 감소 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523614>

1.7.2 일부 OECD 국가 영아사망률, 1970-2009년



출처 : OECD Health Data 2011-12-24.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523633>

1.8. 영아보건 : 저체중아 출생

저체중아는 2,500g 미만 체중의 신생아로 정의되며, 이는 출생 시 체중이 영아 이환 및 사망과 연관이 있기 때문에 영아에 대한 중요 보건지표가 된다. 저체중 출생아는 자궁내 태아성장지연 (restricted foetal growth)에 의한 경우와 조산으로 출생한 경우의 두 부류로 나눌 수 있다. 저체중아는 건강상 이상 또는 사망 확률이 높고, 출생 후 더 오랜 입원기간이 필요하며 심각한 장애를 갖게 될 가능성이 높다 (UNICEF and WHO, 2004).

저체중아 출생의 위험요인에는 청소년기 임신, 저체중아 출산 경험, 흡연·과도한 음주·영양부족과 같은 유해한 행위, 저체질량 지수, 부모의 낮은 사회경제적 지위, 시험관아기 시술 등을 포함되어 있다.

2009년 OECD 국가에서 출생 한 아기 15명 중 1명, 즉 모든 출생의 6.7%가 저체중 출생이었다 (그림 1.8.1). 북유럽 국가 (아이슬란드, 스웨덴, 핀란드), 에스토니아, 아일랜드, 한국은 여기에서 정의한 신생아 중 저체중아 비중이 5% 미만으로 가장 낮은 수준이다. 이와는 대조적으로 몇몇 신흥국가 (인도, 남아공, 인도네시아), 터키, 일본은 신생아 중 저체중아 비율이 9% 이상으로 가장 높은 수준이었다 (그림 1.8.1).

1980년 이후, 특히 1995년 이후에 대부분 OECD 국가에서 저체중아 출생이 증가하였다 (그림 1.8.2). 여기에는 여러 원인이 있다. 조산아 및 저체중아 출산 위험이 높은 다태아 출산이 꾸준히 증가했는데, 이는 부분적으로는 불임 치료에 따른 결과에 기인한다. 또한 산모의 연령이 높아지고 유도분만과 제왕절개술과 같은 출산관리기술의 사용이 늘어난 것이 저체중아 증가의 원인이 될 수 있다. 이러한 출산관리기술은 저체중으로 출생한 아기의 생존율을 높여주었다.

지난 30년 동안 저체중아 출생이 크게 증가한 일본, 포르투갈, 스페인의 저체중아 출생 비율은 현재 OECD 국가 평균을 넘어섰다 (그림 1.8.2). 이는 같은 기간 동안 칠레, 폴란드, 헝가리에서 저체중아 출생 비율이 감소한 것과는 대조적이다. 아이슬란드와

노르웨이에서는 저체중아 출생률이 증가했지만 핀란드, 스웨덴, 덴마크는 거의 변화가 없었다.

그림 1.8.3은 저체중아 출생률과 영아사망률 사이에는 양의 관계가 있다는 것을 보여준다. 신흥국까지 포함하면 이러한 양의 관계는 더욱 뚜렷해진다. 일반적으로 저체중아 출생이 낮은 것으로 보고 되는 국가는 상대적으로 낮은 영아사망률을 보였다. 북유럽 국가들은 특히 이러한 관계를 잘 보여준다. 하지만 일본의 경우는 저체중아 출생률이 가장 높은 반면에 영아사망률은 가장 낮은 국가로 예외이다.

한 국가의 상이한 인구집단끼리 비교해보면 저체중아 출생은 교육, 소득수준, 생활환경에 의해 영향을 받을 수 있다는 점을 파악할 수 있다. 미국의 경우 저체중아 출생률은 인구집단간에 차이가 두드러져 흑인 영아는 백인 영아에 비해 저체중아로 태어날 확률이 거의 2배 높은 수준이다 (NCHS, 2011). 호주, 멕시코와 뉴질랜드에서는 토착인과 비토착인 사이에 차이가 나타나며, 이는 산모들의 열악한 생활환경을 반영한다.

정의와 비교 가능성

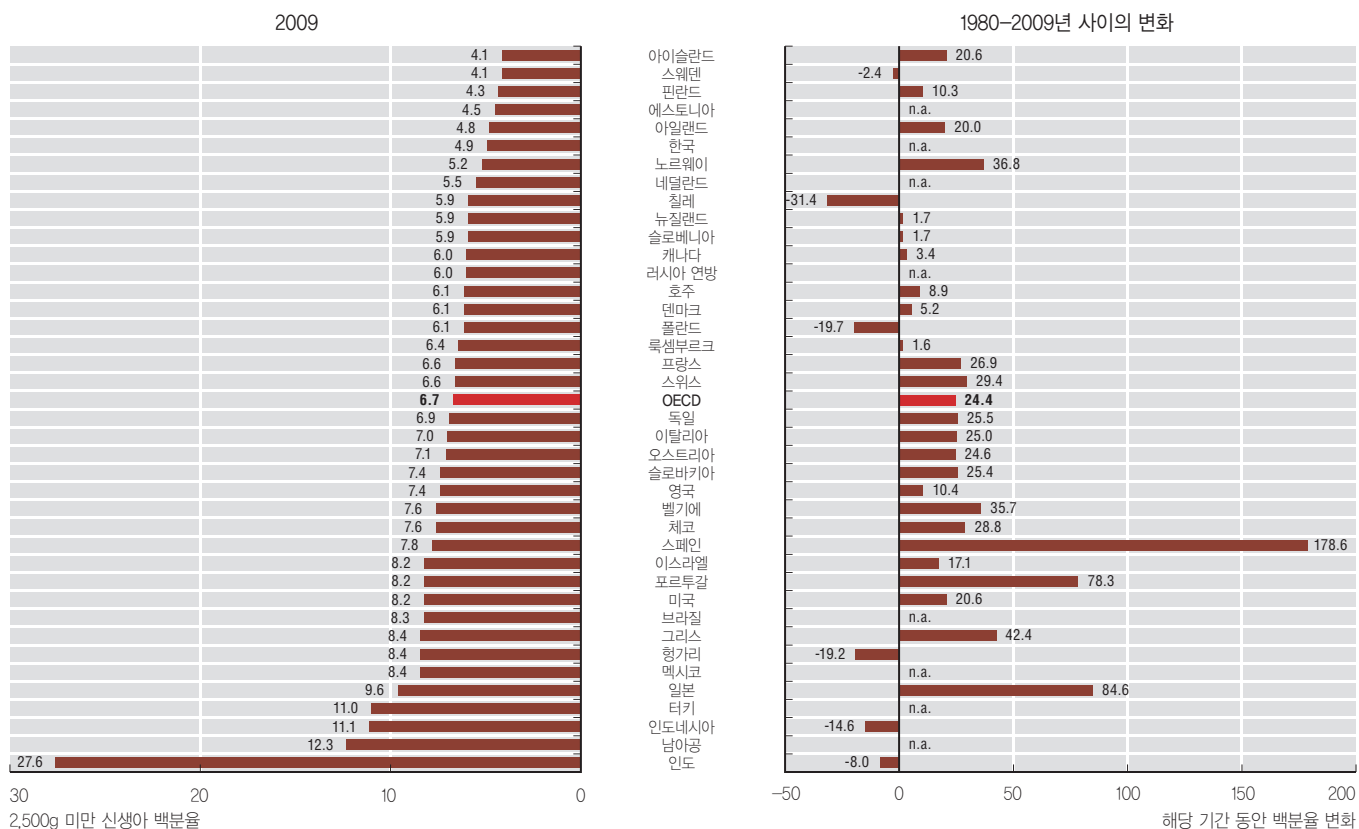
WHO는 저체중아를 영아의 재태연령과는 관계없이 출생시 2,500g (5.5 파운드) 미만의 체중을 가진 신생아로 정의하고 있다. 이는 영아사망 위험성 증가에 대한 역학적인 관찰에 근거하고 있으며, 국가간 보건의료관련 통계 비교에 사용된다. 저체중아 수를 총 출생아의 백분율로 나타낸다.

대부분의 자료는 출생 등록에서 가져온 것이지만, 멕시코의 경우 자료 출처는 국민건강면접조사이다. 몇몇 국가들은 일부 지역 혹은 병원 부분만의 자료를 제공하였다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

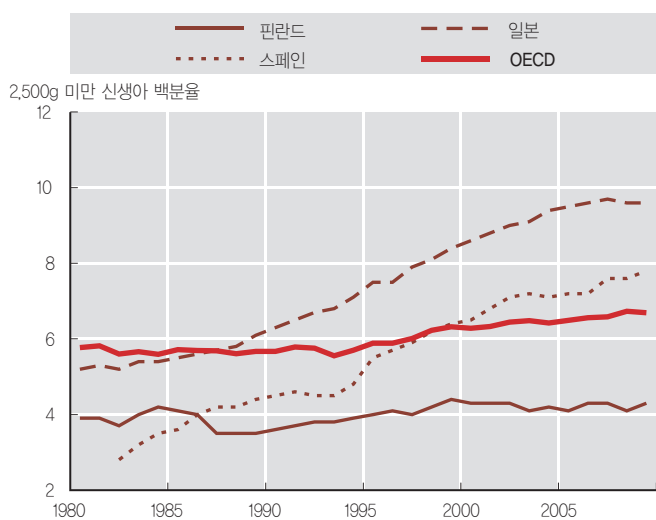
1.8.1 저체중아, 2009년과 1980-2009년 사이의 변화 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011; World Bank and national sources for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523652>

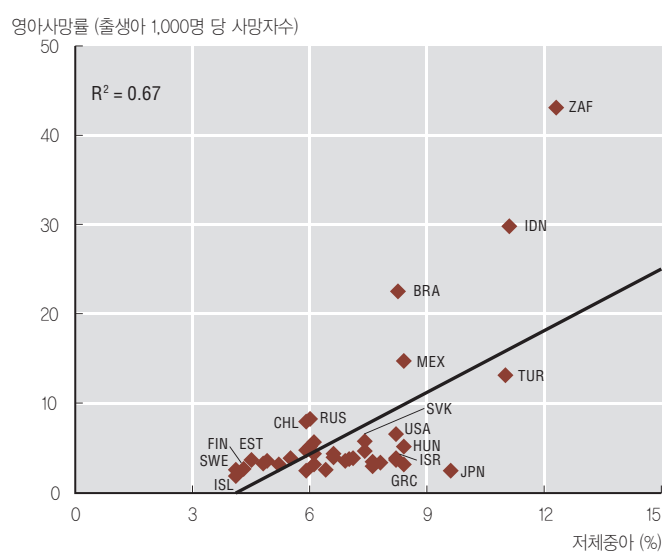
1.8.2 일부 OECD국가 저체중아의 추이, 1980-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523671>

1.8.3 저체중아와 영아사망률, 2007년 (혹은 최근년도)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523690>

1.9. 인지된 건강상태

대부분의 OECD 국가는 정기적으로 건강조사를 수행하여 응답자가 본인의 건강에 대해 다방면의 보고를 할 수 있도록 하고 있다. 일반적인 질문은 “전반적인 건강상태가 어떻습니까?”와 같이 개인이 인지하는 본인의 건강상태에 대한 질문이다. 이 질문이 주관적이기는 하지만 인지된 건강상태 지표는 국민의 미래 의료 서비스 이용과 사망률을 예측할 수 있는 좋은 예측변수이다 (예 : Miilunpalo et al., 1997 참조).

그러나 응답이 조사 질문과 응답지의 구성, 사회문화적 요소 등의 영향을 받을 수 있기 때문에 국가간 비교의 목적으로 인지된 건강상태의 국가간 차이를 해석하는 데는 많은 어려움이 있다. 이러한 조사는 응답자의 주관적인 견해에 영향을 받기 때문에 자가 보고한 건강상태는 문화적 편견 또는 기타 요인들을 반영할 수도 있다. 또한 젊은 인구 보다는 노년층에서 건강이 좋지 않다고 보고하는 경우가 많기 때문에 노년 인구의 비중이 높은 국가인 경우, 건강상태가 괜찮거나 좋다고 대답하는 사람의 비중이 낮게 나타난다. 또한 다른 인구집단보다 건강상태가 좋지 못한 보호시설에 있는 인구에 대해서는 조사하지 않는 경우가 종종 있다.

이러한 제약을 염두에 두고 살펴보면 거의 모든 OECD 국가에서 대다수의 성인인구는 자신의 건강이 “좋음”, “매우 좋음”이라고 답했다 (그림 1.9.1). 미국, 뉴질랜드, 캐나다는 건강하다고 답한 사람이 10명 중 9명으로 건강하다고 보고한 사람의 비율이 가장 높은 세 국가이다. 그러나 이 세 국가에서 진행된 설문조사의 응답 범주는 유럽이나 OECD 아시아 국가의 것과는 상이하며 이로 인해 결과가 좋은 쪽으로 치우쳐 있다 (“정의와 비교 가능성” 참조).

멕시코와 독일에서는 성인 인구의 약 3분의 2가 본인의 건강이 “좋음” 또는 “매우 좋음”이라고 평가했다. 반면 슬로바키아, 일본, 포르투갈, 한국의 경우에는 “좋음” 또는 “매우 좋음”이라고 대답한 사람이 인구 중 절반 미만이었다.

국가 내에서 나타나는 차이를 살펴보면, 남성이 여성보다 건강이 좋다고 평가한 경향이 있었으며 호주, 뉴질랜드, 핀란드의 경우, 건강이 좋다고 평가한 비율이 남녀 비슷하게 나타났다. 건강이 좋다고 평가한 비율의 남녀 차이가 가장 큰 국가는 포르투갈과 체코였다 (그림 1.9.1). 건강에 대한 자신의 평가는 연령이 높아질수록 낮아지는 경향이 있다는 것은 놀라운 일이 아니다. 대부분의 국가에서는 45세 이후 건강에 대한 긍정적인 평가가 현저하게 떨어지기 시작하여 65세 이후에는 더욱 하락하였다. 실업 상태, 퇴직 상태, 비활동적인 상태에 있는 사람들이 건강상태가 좋지 않거나 나쁘다고 대답하는 경우가 많았다 (Baert and de Norre, 2009). 교육수준과 소득수준이 낮은 국가에서 건강이 안 좋다고 보고하는 경향이 더욱 뚜렷했다 (Mackenbach et al., 2008).

장기간 기록을 보유한 국가의 경우 1990년대 중반 이후 건강이

좋거나 매우 좋다고 대답한 사람의 비율이 감소한 일본을 제외하고 지난 30년간 본인의 건강상태를 “좋음” 또는 “매우 좋음”이라고 평가한 성인 인구의 비율은 대체로 안정적으로 유지되었다 (그림 1.9.2). 이는 65세 이상의 인구도 마찬가지이다.

전반적으로 인식된 건강상태 지표가 상대적으로 안정적이었던 것은 측정 방법과 관련이 있다. 인지된 건강상태는 응답 범위가 제한되어 있는 변수 (bounded variable)로 평가하는 반면 (예를 들어 응답자들에게 건강을 5점 척도로 답할 것을 요구하며, 이러한 기준은 오랫동안 변하지 않음) 반면 기대수명은 그러한 제한을 두지 않고 측정되었다. 또 한 가지는 이러한 국가의 평균수명은 길어졌으나, 과거보다 건강하지 않은 삶을 살고 있다고 해석할 수 있다.

정의와 비교 가능성

인지된 건강상태는 신체적이고 정신적인 차원을 포함해 전반적인 건강상태에 대한 개인의 인식을 반영한다. 일반적으로 응답자들은 “건강상태가 전반적으로 어떻습니까?”라는 질문에 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’으로 답하시오”라는 질문을 받는다. OECD Health Data는 본인의 건강을 “좋음/매우 좋음”이라고 평가한 국민의 비율을 합한 수치를 제공한다.

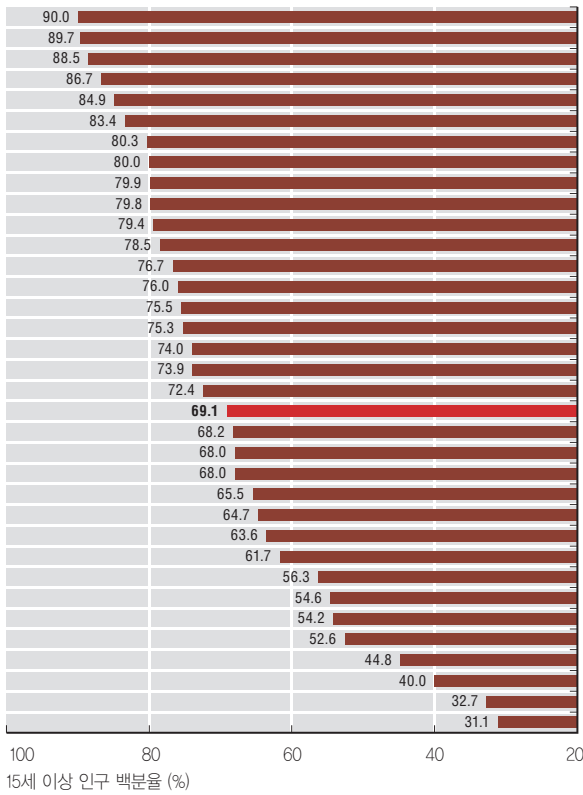
인지된 건강상태에 대한 국가간 비교는 최소한 두 가지 이유에서 주의를 기울일 필요가 있다. 첫째, 본인의 건강상태에 대한 평가는 주관적이며 문화적 배경과 국가적인 특성을 포함한 다수의 요소에 의해 영향을 받을 수 있다. 둘째, 조사별/국가별로 인지된 건강상태를 측정하기 위해 사용되는 질문과 응답 범주가 다르다. 특히, 미국, 캐나다, 뉴질랜드, 호주에서 사용된 응답 범주는 비대칭적 (긍정적 응답의 선택폭이 넓음)이며, “우수”, “매우 좋음”, “좋음”, “보통”, “좋지 않음”과 같은 식이다. OECD Health Data에 보고된 자료는 “우수”, “매우 좋음”, “좋음”이라고 답한 응답자수를 포함하고 있다. 반면, 대부분의 다른 OECD 국가에서 응답범주는 대칭적이며 “매우 좋음, 좋음, 보통, 좋지 않음, 매우 좋지 않음”으로 되어 있다. 이들 국가의 자료는 앞의 두 항목 (‘매우 좋음’과 ‘좋음’)만을 가리킨다. 이러한 차이로 인하여 대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과보다 비대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과가 좋은 쪽으로 치우친다.

이스라엘에 대한 정보는

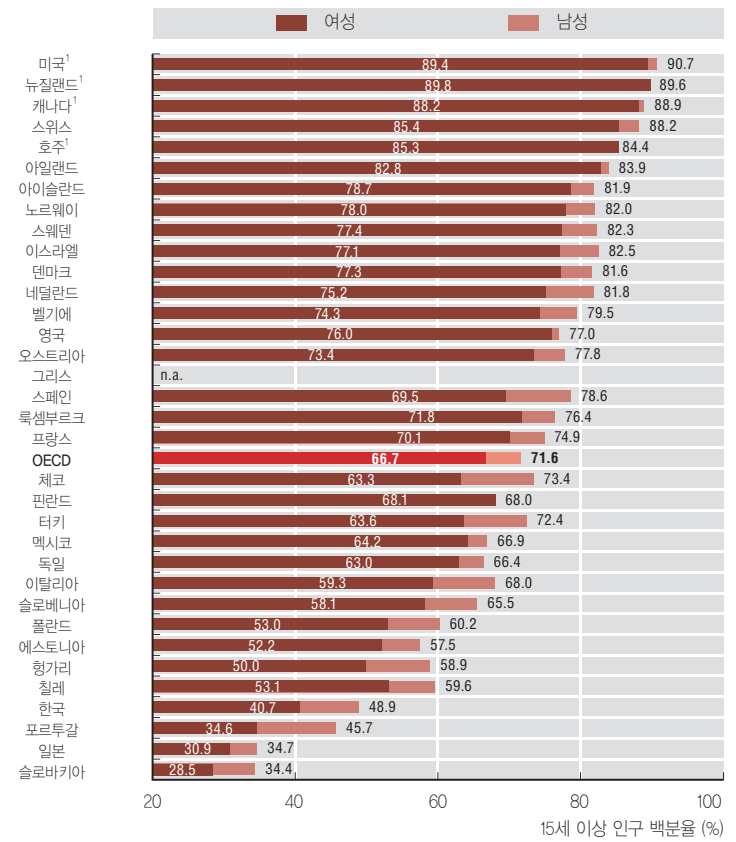
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.9.1 건강상태를 양호하다고 보고한 성인 백분율, 2009년 (혹은 최근)

인구 전체



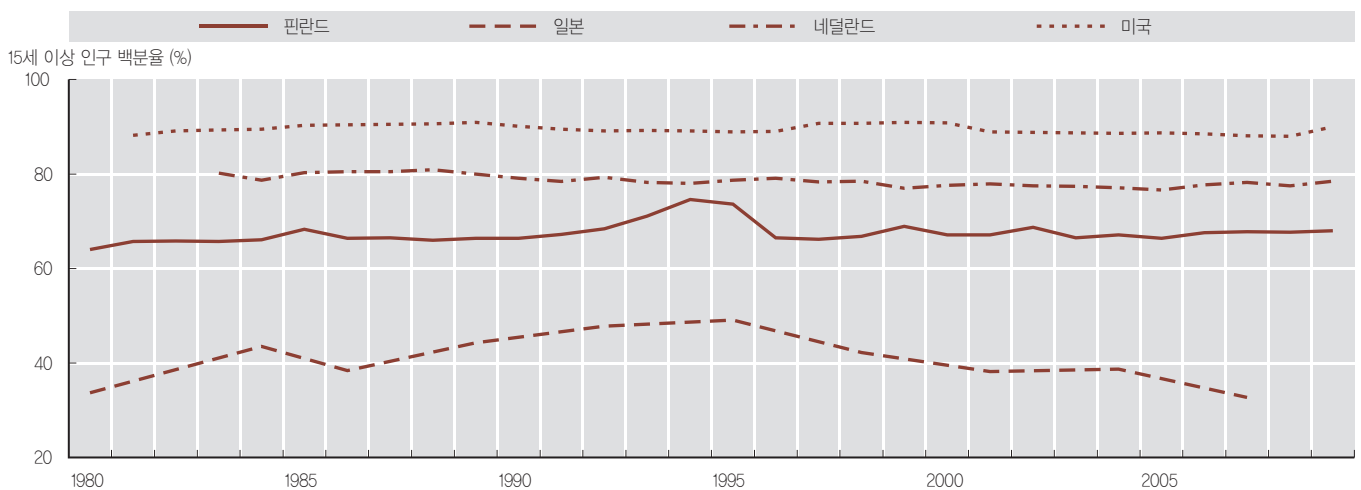
남성과 여성



1. 이들 국가들의 결과는 좋은 쪽으로 치우쳐 나타나는 설문지의 방법론적 차이 때문에 다른 국가들의 결과와 직접 비교하기 어려움.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523709>

1.9.2 일부 OECD국가의 건강상태를 양호하다고 보고한 성인 백분율 추이, 1980-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523723>

1.10. 당뇨병 유병률과 발생률

당뇨병은 만성 대사질환으로 혈중 포도당 농도가 높은 것이 특징이다. 당뇨병은 췌장에서 인슐린 분비가 되지 않아 발생하기도 하고 (제1형 당뇨병), 췌장이 인슐린을 생성하는 능력이 저하되고 몸이 인슐린의 작용에 저항하기 때문에 발생하기도 한다 (제2형 당뇨병). 당뇨병을 제대로 진단하지 못하거나 관리하지 못하면 당뇨병 환자는 심장마비나 뇌졸중과 같은 심혈관 질환을 일으킬 위험성이 더 크다. 당뇨병 환자들은 신경과 혈관의 손상에 따라 시력을 잃거나, 다리 또는 팔을 절단하거나, 신장투석이나 신장 이식을 요하는 신부전증이 생길 위험성 또한 커진다.

2009년 OECD 국가에서 당뇨병은 거의 30만 명 정도의 주요 사망원인이었고, 대부분의 선진국에서 4대 혹은 5대 주요 사망 원인이었다. 하지만 당뇨병만으로 인해 사망하는 사람은 소수이다. 당뇨병 환자 중 약 50%는 심혈관 질환으로 사망하고 10-20%는 신부전증으로 사망한다.

전 세계 각지에서 당뇨병 환자수가 급증하고 있어 현재는 유행병으로 간주될 정도이다. 통계에 따르면 2010년 당뇨병을 앓고 있는 사람은 OECD국가에서 20-79세 인구의 6%, 8300만 명이었다. 아무런 조치도 취하지 않는다면 20년 내에 OECD 국가의 당뇨병 환자 수는 1억 명에 달하게 될 것이다. 당뇨병을 앓고 있는 성인의 절반 정도가 60세 미만이다 (IDF, 2009).

국제당뇨병연맹 (International Diabetes Federation)에 따르면 2010년 아이슬란드, 노르웨이, 영국에서는 당뇨병을 가지고 있는 사람이 20-79세 성인의 5% 미만이었다. 이는 같은 연령층의 인구의 10% 이상이 당뇨병을 가지고 있는 미국과 멕시코와는 대조적인 수치이다 (그림 1.10.1). 대부분 OECD 국가에서 성인 인구의 5-10% 정도가 당뇨병을 앓고 있다.

제2형 당뇨병은 대체적으로 예방 가능하다. 과체중, 운동부족과 같은 위험요인은 우리가 조절할 수 있는 것이며 이를 잘 조절하면 당뇨병 합병증을 줄이는 데 도움이 된다. 하지만 대부분의 국가에서 과체중과 비만의 유병률이 지속적으로 증가하고 있다 (지표 2.3 “성인의 과체중과 비만” 참조).

제1형 당뇨병은 전체 당뇨병 사례의 10-15% 정도밖에 차지하지 않는다. 대부분 선진국에서 주로 어린 연령층에게 제1형 당뇨병이 압도적으로 많이 나타난다. 북유럽 국가들 (핀란드, 스웨덴, 노르웨이)에서 15세 미만의 아동 중 제1형 당뇨병 신규환자수는 연간 인구 10만 명 중 25명 이상이다 (그림 1.10.2). 멕시코, 일본은 인구

10만 명당 신규 환자수가 5명 미만이었다. 아동들 중 이른 나이에 제1형 당뇨병이 발생한다는 증거에 경각심을 가져야 한다 (IDF, 2009).

당뇨병의 경제적 파장은 상당하다. 2010년 OECD 국가에서 당뇨병과 그 합병증의 치료와 예방에 약 3,450억 달러 정도 투입되었다고 한다 (IDF, 2009). 2007년 미국에서만 당뇨병 관련 치료에 1,160억 달러가 사용되었다 (ADA, 2008). 호주에서는 2004-2005년 경상의료비의 약 2% 정도가 당뇨병의 보건의료비로 사용되었다 (AIHW, 2008a).

지출 중 약 4분의 1은 높은 혈당치를 조절하는데 사용되었고, 또 다른 4분의 1은 장기 당뇨병 합병증을 치료하는 데 쓰였으며, 나머지는 추가적인 치료에 사용되었다 (IDF, 2006). 비용의 증가는 당뇨병과 합병증 관리를 위한 양질의 의료를 제공할 필요성을 높이고 있다 (지표 5.2 “피할 수 있는 입원 : 혈당 조절이 안되는 당뇨병” 참조).

정의와 비교 가능성

국제당뇨병연맹 (International Diabetes Federation)이 국가의 당뇨병 유병률을 조사하기 위해 사용한 자료 출처와 방법은 IDF의 Diabetes Atlas, 제4판에 나와 있다 (IDF, 2009). 국가 자료는 1980년과 2009년 사이에 발행된 연구 결과에서 가져왔으며 다양한 신뢰성 요건을 충족시키는 경우에만 그 연구 결과를 포함시켰다.

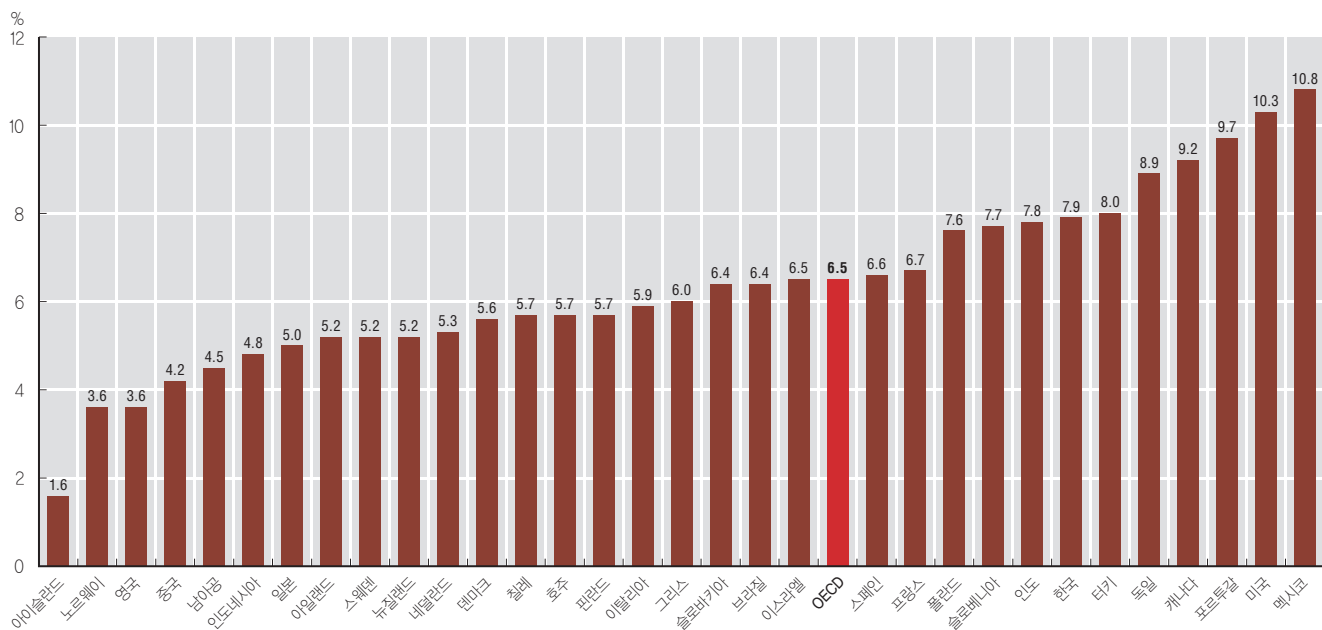
캐나다, 프랑스, 이탈리아, 네덜란드, 노르웨이, 슬로베니아, 영국과 같은 몇몇의 OECD 국가의 연구는 당뇨병에 대한 자가 보고 자료만 제공하고 있다. 진단되지 않은 당뇨병까지 합산하기 위해서, 캐나다와 영국의 당뇨병 유병률은 미국 (캐나다)에서 조사된 바와 자국의 권고 (영국)에 따라서 1.5를 곱했고, 다른 국가들은 다수 국가의 자료를 기반으로 2를 곱했다.

국가간 비교를 용이하게 하도록 하기 위해 유병률은 세계 표준인구로 보정하였다.

이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.10. 당뇨병 유병률과 발생률

1.10.1 20-79세 성인의 당뇨병 유병률, 2010년

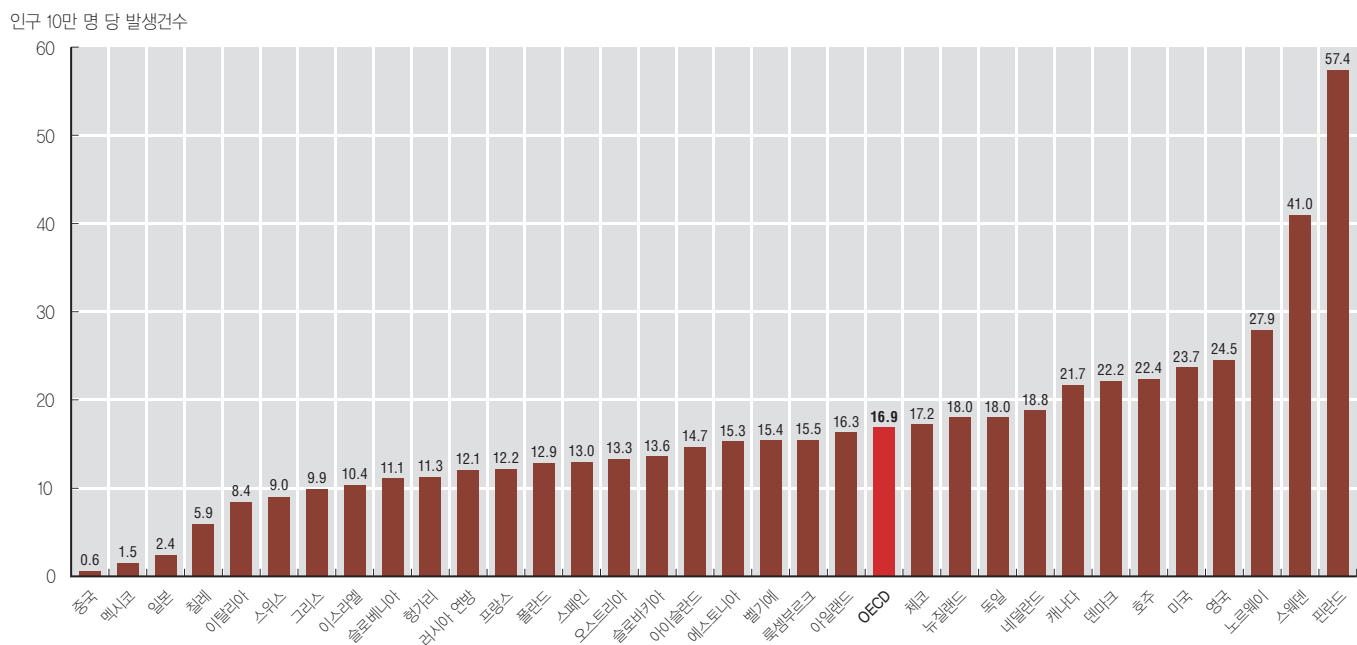


주석: 제1형 당뇨와 제2형 당뇨에 대한 본 자료는 세계표준인구로 연령 보정 되었음.

출처: IDF (2009).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523747>

1.10.2 제1형 당뇨병 발생률, 0-14세, 2010년



출처: IDF (2009).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523785>

1.11. 암 발생률

2008년 OECD 국가에서 인구 10만 명 당 평균 261명, 약 520만 명이 새로 암 진단을 받았다. 암 발생률은 국가 별로 차이를 보이며, 덴마크, 아일랜드, 호주, 벨기에, 뉴질랜드의 경우 인구 10만 명 당 평균 300명 이상으로 높은 발생률을 보였다 (그림 1.11.1). 몇몇 OECD 국가와 인도, 멕시코, 인도네시아, 터키를 포함한 신흥국의 발생률은 150명 미만이었다.

중간소득, 저소득 국가보다 고소득 국가의 암 발생률이 높은 것으로 나타났다. 고소득 국가 국민들은 과체중이고, 알코올 소비량이 높으며, 신체적으로 활동적인 경우가 적기 때문에 이러한 요인들이 일반적으로 나타나는 암 발생 위험을 높인다. 덴마크의 높은 암 발생률은 덴마크 여성의 평균보다 높은 흡연율과 높은 알코올 소비량을 고려했을 때 이 같은 요인과 관계가 있다. 그러나 덴마크를 비롯한 선진국의 경우 암 진단율이 높은 암 발생률의 한 가지 원인이기도 하다. 호주와 뉴질랜드의 흑색종의 높은 발생률, 평균보다 높은 유방암, 전립선암 발생률 때문에 전체 암 발생률이 높게 나타났다. 개도국에서 암 발생률이 낮게 나타나는 것은 검진율이 낮고, 자료의 질 문제가 있는 것뿐만 아니라 현재까지는 담배, 나쁜 식습관, 운동 부족에 대한 영향이 적게 나타나고 있기 때문이다.

2008년 OECD 국가에서 가장 흔히 진단된 암은 대장암 (66만 5천 건)과 폐암 (66만 3천 건)이었다. 대장암과 폐암은 각각 모든 신규 진단의 13%를 차지했다. 남성에게 가장 흔히 나타나는 암은 전립선암 (63만 2천 명, 남성의 모든 암 신규진단 건수 중 23%) 이었고, 폐암과 대장암이 그 뒤를 이었다. 여성에게 가장 흔히 나타나는 암은 유방암 (63만 9천 명, 여성의 모든 암 신규진단 건수 중 27%)이었고, 대장암과 폐암이 그 뒤를 이었다.

벨기에, 프랑스, 이스라엘, 네덜란드, 아일랜드의 경우에는 여성 인구 10만 명 당 유방암 진단 건수가 100명 이상으로 상대적으로 높은 발생률을 보였다 (그림 1.11.2). 에스토니아, 폴란드, 러시아 연방, 한국, 일본 및 몇몇 신흥국가의 경우에는 이들 국가의 절반 수준인 50명 미만을 기록했다. 나이, 가족력, 호르몬에 대한 노출 증가, 과체중, 과도한 음주는 유방암의 위험을 높인다.

자료 수집이 가능했던 OECD 국가들 중 대부분의 국가에서 지난 10년 동안 유방암 발생률이 증가했다. 이러한 증가는 진단의 향상과 유방촬영술을 받는 여성의 수 증가로 신규 진단건수가 증가

했기 때문이다. 미국의 경우에는 최근 유방암 발생률이 감소하는 경향을 보였는데 이는 폐경 여성에 대한 호르몬사용 감소와 유방 촬영술 이용 감소에 기인한 것이다 (American Cancer Society, 2010) (지표 5.9 “유방암 검진율, 생존율 및 사망률” 참조).

OECD 국가에서 남성, 특히 65세 이상 남성에게 흔히 진단되는 암은 전립선암이다. 1990년대 이후 전립선암 발생률 증가가 보고된 주된 이유는 전립선특이항원 진단검사 (PSA)의 이용이 증가했기 때문이다. 물론 PSA 검사의 이용은 비용과 환자에 대한 장기적인 효과에 대한 불확실성 때문에 변동이 있었다. 2008년 아일랜드, 프랑스, 노르웨이, 스웨덴은 남성 인구 10만 명 당 발생 건수가 110건 이상으로 높은 전립선암 발생률을 기록했다 (그림 1.11.3). OECD 국가 중 전립선 암 발생률이 가장 낮은 국가는 터키, 그리스, 한국, 일본으로 보고되었다.

전립선암의 발생 원인은 아직 명확하게 밝혀지지 않았다. 연령과 가족력이 주요 위험요인이다. 식이와 환경적인 요인이 전립선암 발생률에 영향을 미칠 수 있다고 제시하는 몇 가지 증거 자료도 있다 (American Cancer Society, 2010).

정의와 비교 가능성

암 발생률은 인구 10만 명 당 일년에 암 진단 건수이다. 암 발생률은 세계표준인구로 연령 보정을 하였다.

모든 암은 ICD-10에서 C00-C97로 정의된다 (비 흑색종 피부암 C44 제외). 대장암 C18-C21, 폐암 C33-C34, 유방암 C50, 자궁경부암 C53, 전립선암 C61.

자료의 출처는 국제 암 연구소 (International Agency for Research on Cancer) GLOBOCAN Database (Ferlay et al., 2010)이다. 2008년 수치는 최근 암 발생률을 기초로 한 것이다.

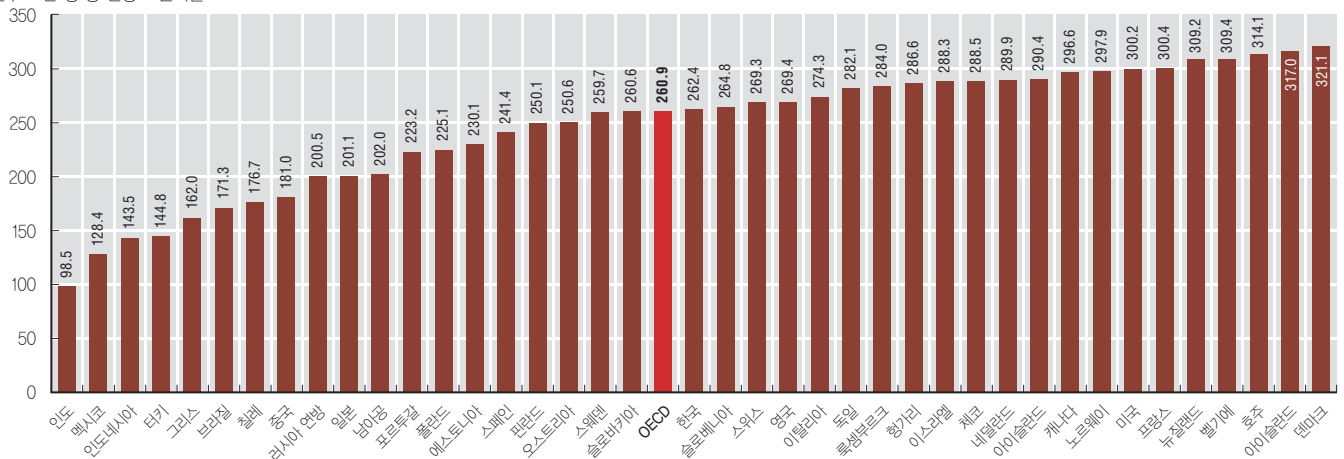
국가별 의사 훈련이나 관행, 암 등록 데이터의 완결성과 질에 따라 국가별 암 발생 데이터의 비교에 영향을 줄 수 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

1.11.1 전체 인구의 모든 암 발생률, 2008년

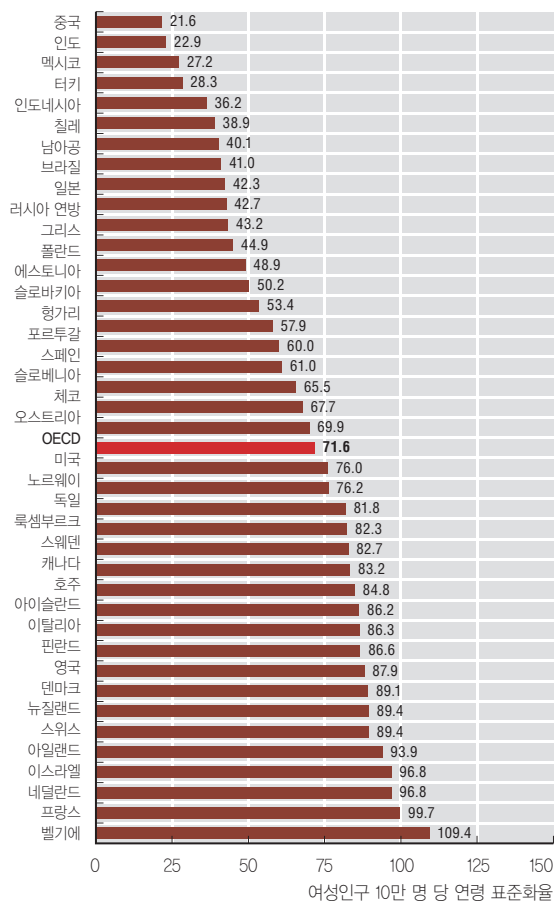
인구 10만 명 당 연령 표준화율



출처 : Ferlay et al. (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523785>

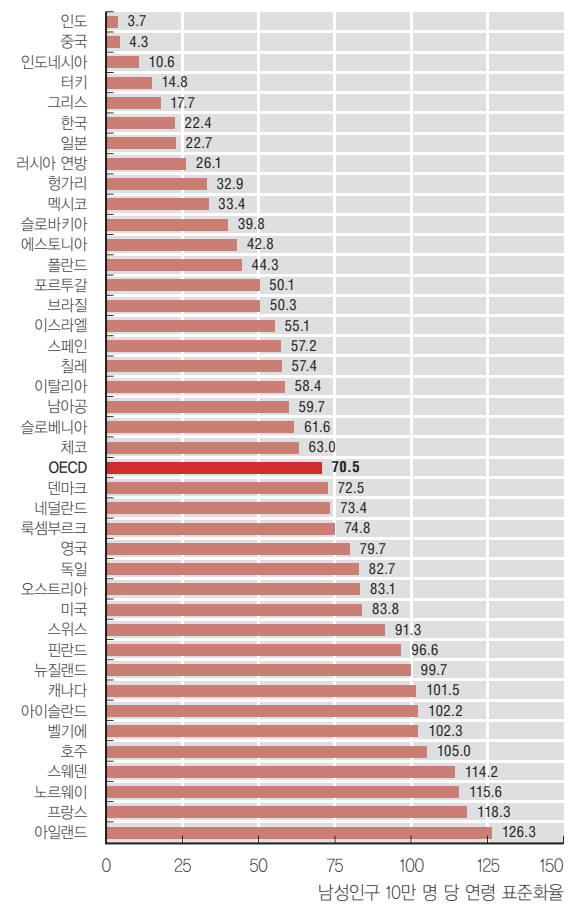
1.11.2 여성의 유방암 발생률, 2008년



출처 : Ferlay et al. (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523804>

1.11.3 남성의 전립선암 발생률, 2008년



출처 : Ferlay et al. (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523823>

1.12. AIDS 발생률과 HIV 유병률

후천성면역결핍증(AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome)은 30년 전 처음으로 진단되었다. AIDS는 일반적으로 사람면역결핍바이러스(HIV, Human Immunodeficiency Virus) 감염의 결과로 발생하며, 면역체계가 신체를 더 이상 보호할 수 없는 상황이기 때문에 폐렴이나 결핵과 같은 다양한 질환으로 나타날 수 있으며, 환자는 기회감염과 종양에 취약해진다. HIV 감염, AIDS 진단, HIV 감염으로 인한 사망 간에 시차가 있으며 사용되는 치료 방법에 따라 그 시차가 수년까지 길어질 수 있다. 전 세계적으로 연구가 이루어지고 있지만 현재까지 치료 방법은 발견되지 않았다.

2009년 보고된 바에 의하면 OECD 국가에서 약 5만 건의 신규 환자가 발생했으며, 이는 비가중평균 발생률이 인구 백만 명 당 14 명임을 의미한다(그림 1.12.1). 1980년대 초에 첫 AIDS 사례가 보고된 이래로 그 수가 급증하여 1990년대 초반에는 OECD 국가에서 평균적으로 인구 100만 명 당 신환 40명 이상의 수준이 되어, 현재의 발생률의 거의 세 배 수준을 기록하며 최고 절정에 달하기도 했었다(그림 1.12.2). 공공 인식 및 예방 캠페인으로 인하여 1990년 후반에는 보고된 사례의 수가 꾸준히 감소하게 되었다. 또한 병의 진행을 줄이거나 감소시키는 약인 항레트로 바이러스제제의 개발과 보급 확대는 1996년과 1997년 발생률의 급감으로 이어졌다.

미국은 사례 보고의 정의를 1993년에 확대했고, 결과적으로 유럽과 다른 OECD 국가에서 사용되는 정의와 차이가 있다는 점을 감안하더라도, OECD 국가 중 미국은 지속적으로 가장 높은 AIDS 발생률을 보여왔다. 1993년 이후 AIDS 사례의 급증은 정의의 변경에 따른 것이다(그림 1.12.2). 신흥국가 중 남아공의 발생률은 미국보다 50배 이상 높아 심각한 수준이다. 에이즈 발생률의 증가가 둔화되고 있다는 증거가 있지만 2009년 남아공 성인 인구 중 10% 이상이 HIV에 감염되었다(UNAIDS, 2010).

AIDS 출현 이후 첫 10년 간 유럽 국가 중 스페인이 가장 높은 발생률을 보고하였으나, 1994년 이후 급속히 감소하여 현재는 에스토니아와 포르투갈이 유럽 국가 중 가장 높은 발생률을 기록하고 있다. 2009년 체코, 슬로바키아, 폴란드, 헝가리와 같은 중앙 유럽 국가는 아이슬란드, 터키, 독일과 함께 OECD 국가 중 AIDS 발생률이 낮았다.

미국에서는 현재 백만 명 이상의 사람들이 HIV/AIDS를 보유하고 있으며, 이들 중 20%는 자신의 감염 사실을 인지하지 못하고 있었다(CDC, 2010a). 신규 AIDS 환자 중에 4분의 3 정도가 남성이었으며, 소수 인종과 민족에서 걸리는 비율이 지속적으로 높은 수준이다. 캐나다의 경우 토착민들이 걸리는 비율이 더 높다. HIV 감염의 주된 통로는 남성 간의 성관계와 동성간의 성접촉이다. 그러나 중앙 유럽 국가의 경우 주로 약물주사에 의해 HIV가 감염되었다(ECDC and WHO Europe, 2010).

최근 OECD 국가에서 전반적인 AIDS 사례의 감소세가 둔화되고 있다. 이러한 역전현상은 다수의 유럽 국가들에서 HIV 전이율의 증가로 나타나고 있으며, 이는 AIDS 치료의 효과에 대해 안일한 믿음, 그리고 마약, 성관행과 관련한 대중의 경각심의 감소 때문이다. AIDS 발생률을 더 천착해보면 HIV 감염 위험에 가장 많이 노출되어 있는 사람에 적합하고 집중된 강도 높은 HIV 예방 프로그램이 필요하다는 것을 알 수 있다(UNAIDS, 2010).

정의와 비교 가능성

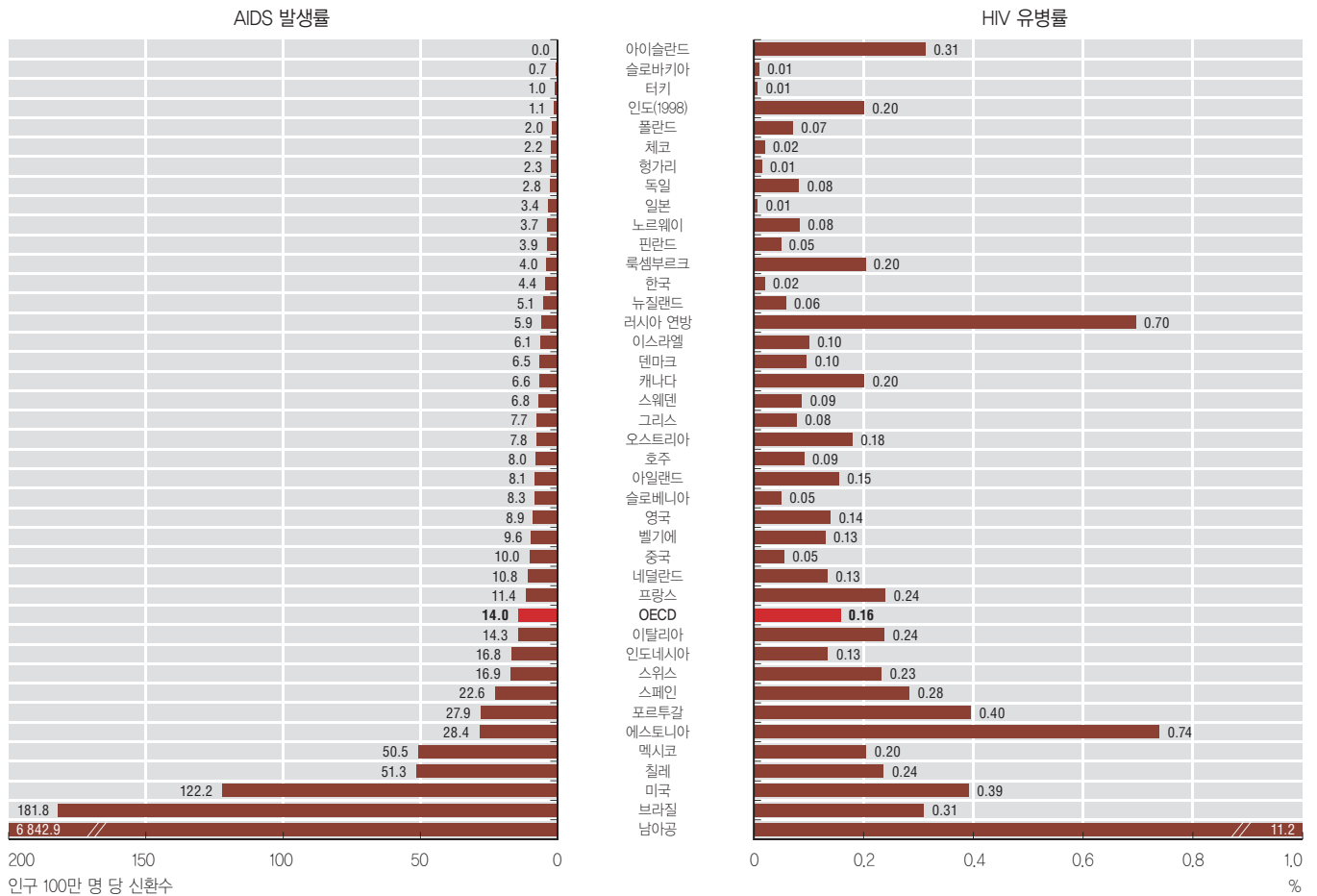
AIDS 발생률은 진단 연도의 인구 백만 명 당 신규 발생 건수로 산정된다. HIV 유병률은 특정 시점에 전체 인구 중 해당 질병을 가지고 있는 환자의 비율이다. 국가에 따라 수년이 걸리기도 하는 보고의 지연으로 인하여 최근년도에 대한 것은 잠정적인 자료를 이용하였다.

미국은 1993년에 AIDS감시체계의 사례 정의를 확대하여 T-임파구 수 기준을 포함하였다. 정의를 확대함으로써 1993년에 미국에서 신규 AIDS 사례의 수가 크게 증가하였고, 이는 미국과 다른 OECD국가간 상이한 AIDS 발생률 수치를 일부 설명해주고 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

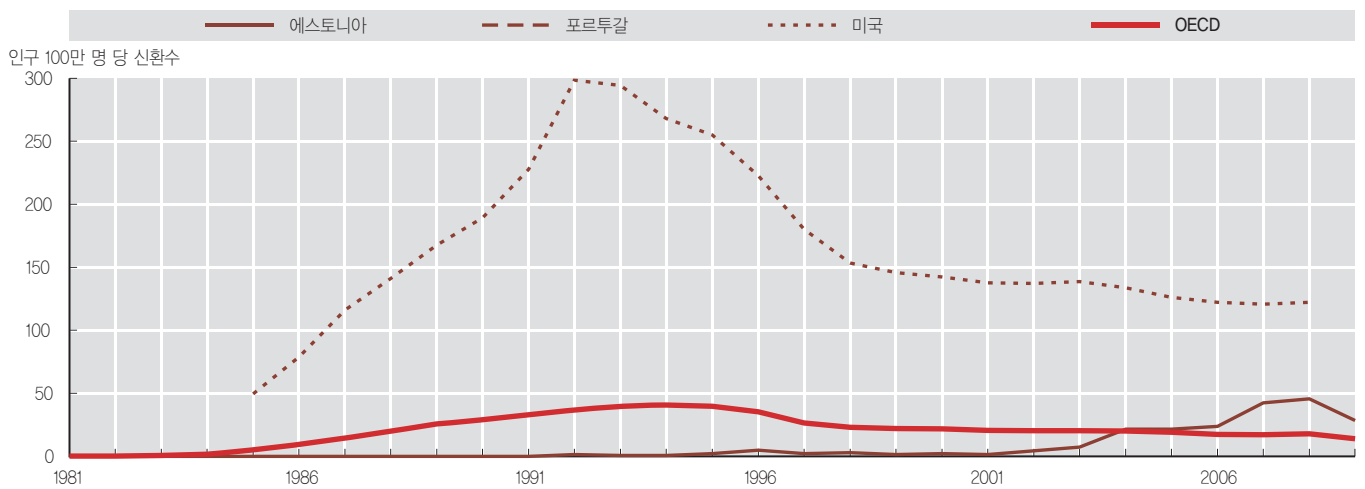
1.12.1 AIDS 발생률과 HIV 유병률 추정치, 2009년 (또는 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, UNAIDS (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523842>

1.12.2 일부 OECD 국가의 AIDS 발생률 추이, 1981 - 2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523861>



JANUARY

S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

1
JANUARY



제2장 건강의 비의료적 결정요인

- 2.1. 성인의 담배 소비
- 2.2. 성인의 알코올 소비
- 2.3. 성인의 과체중과 비만
- 2.4. 아동의 과체중과 비만

2.1. 성인의 담배 소비

전세계적으로 매년 성인 사망자 10명 중 1명이 흡연으로 사망하고 있으며 이는 연간 약 6백만 명에 근접한 것으로 추산된다 (Shafey et al., 2009). 흡연은 조기사망의 주요 원인인 순환기계 질환과 여러 암의 주요 위험요인이며 심장마비, 뇌졸중, 폐암, 후두암 및 구강암, 췌장암의 위험을 증가시킨다. 흡연은 말초혈관질환과 고혈압을 유발하기도 한다. 또한 흡연은 만성폐쇄성폐질환 (COPD)과 같은 호흡기계 질환의 주요 기여요인이며, 임산부가 흡연할 경우, 영아의 저체중과 질병을 초래할 수 있다. OECD 국가에서 흡연은 예방 가능한 건강 위험요인이다.

성인 인구 중 매일 흡연율은 국가 간에 큰 차이를 보이며, 인접한 국가 사이에서도 상당한 차이가 난다 (그림 2.1.1). 2009년 OECD 13개국의 매일 흡연율은 성인 인구의 20% 미만으로 나타났다. 멕시코, 스웨덴, 아이슬란드, 미국, 캐나다, 호주의 경우 성인의 매일 흡연율이 가장 낮았다. 국가별로 큰 차이가 나타나기는 하지만 대부분 OECD 국가에서 흡연율이 크게 감소했다. 평균적으로 지난 10년 동안 흡연율이 20% 정도 감소했으며 여성보다는 남성의 흡연율이 더 많이 감소했다. 특히 1999년 이후 감소율이 큰 국가는 덴마크 (31%에서 19%로), 아이슬란드 (25%에서 16%로), 노르웨이 (32%에서 21%로), 캐나다 (24%에서 16%로)와 뉴질랜드 (26%에서 18%로)였다. 그리스는 성인 인구 중 매일 흡연율이 40%에 달해 가장 높은 수준을 기록했고, 칠레와 아일랜드의 매일 흡연율도 30% 정도였다. 러시아 연방의 흡연율 역시 높은 수준이었다. 그리스와 체코는 흡연율에 변화가 없거나 오히려 증가하는 몇 안 되는 OECD 국가에 속한다.

전후 기간 중 1960년대와 1970년대 사이에는 대부분의 OECD 국가에서 남성의 흡연율이 아주 높았다 (50% 이상). 반면에 1980년대와 1990년대는 담배 소비가 현저하게 줄어들었다. 이러한 감소는 대부분 담배관련 질환의 증가에 대응하여 전개된 공공 인식 캠페인, 광고 금지, 중과세를 통한 담배 소비 감소 정책에 힘입은 것이다. 이러한 정부 정책과 더불어, 금연운동 단체의 활동은 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 인식을 변화시켜 흡연율을 감소시키는데 상당히 효과적이었고, 특히 북미에서 큰 성공을 거두었다 (Cutler and Glaeser, 2006).

스웨덴을 제외한 모든 OECD 국가에서 여성보다는 남성의 흡연율이 높게 나타났다. 아이슬란드, 노르웨이, 영국에서는 남녀 흡연율이 거의 비슷했다. 여성의 흡연율은 대부분 OECD 국가에서 지속적으로 감소하고 있으며 몇몇 국가의 경우 (캐나다, 아일랜드, 네덜란드, 미국) 남성 흡연율보다 더 빠르게 감소하고 있다. 하지만 지난 10년 동안 여성의 흡연율이 증가한 국가도 있다 (체코, 그리스, 한국). 하지만 여전히 이들 국가의 여성 흡연율은 남성 흡연율보다 낮은 수준이다. 2009년 남녀 간의 흡연율 차이는 한국, 일본, 터키에서 가장 컸으며, 러시아 연방, 인도, 중국에서도 남녀 차이가 나타났다 (그림 2.1.2).

여러 연구에서 흡연과 사망에 사회경제학적인 차이가 존재한다는 증거가 제시되고 있다 (Mackenbach et al., 2008). 사회의 하부 계층의 사람들은 흡연율과 흡연 강도, 사망률이 높고 암 생존율이 낮은 것으로 나타났다 (Woods et al., 2006). 흡연이 전반적인 건강 불평등의 결정 요인이므로, 전 인구가 흡연을 하지 않으면 사회 계층 간에 사망률 차이는 절반 정도로 감소될 것이다 (Jha et al., 2006).

정의와 비교 가능성

매일 흡연율 (proportion of daily smokers)은 매일 담배를 피운다고 보고한 15세 이상 인구의 비율로 정의한다.

OECD 국가간에 건강면접조사에서 흡연 습관을 측정하기 위한 표준이 없기 때문에 국제 비교에는 한계가 있다. 질문의 구성, 응답 범주, 조사 방법에 있어서 국가마다 차이가 있다. 예를 들면 몇몇 국가에서는 매일 흡연을 하느냐는 질문 대신 정기적으로 흡연을 하느냐는 질문을 했다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

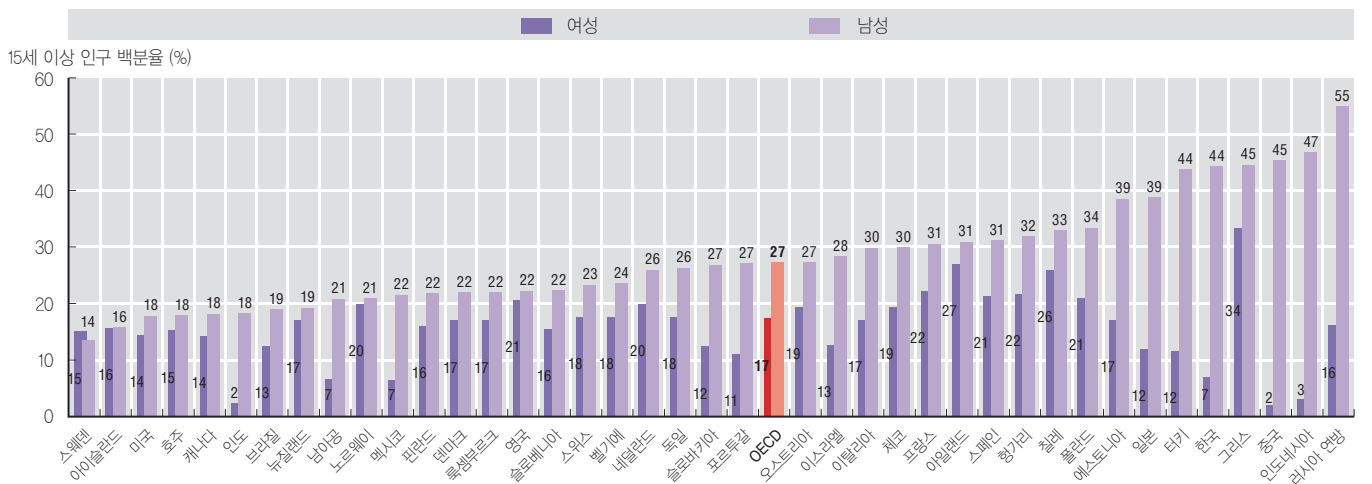
2.1.1 성인 매일 흡연율 (2009년)과 매일 흡연율의 변화 1999-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523880>

2.1.2 여성과 남성의 매일 흡연율, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국과 관련된 자료의 경우에는 World Bank, 및 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523899>

2.2. 성인의 알코올 소비

세계적으로 이환율과 사망률 측면에서 과도한 음주와 관련된 건강 부담은 상당하다 (Rehm et al., 2009, WHO, 2004a). 과음은 간경변증과 특정 암뿐만 아니라 심장병, 뇌졸중 및 혈관질환에 대한 위험 증가 등 건강과 사회에 악영향을 미친다. 태아의 알코올 노출은 선천성 기형과 지능 손상의 위험을 높인다. 음주는 사고와 부상, 폭행, 폭력, 살인, 자살에 의한 사망 및 장애의 원인이 되기도 한다. 이러한 원인으로 사망한 사람이 연간 200만 명 이상에 달하는 것으로 추산된다. 1990년대에 조기사망의 급증과 평균수명의 감소는 일부 과도한 알코올 섭취에 기인한 것이다 (WHO, 2004a). 하지만 음주는 질병을 유발하는 위험요소 중에 피할 수 있는 것이기도 하다.

확보 가능한 최근 자료를 바탕으로 연간 판매량을 측정한 알코올 소비는 OECD 국가에서 평균 성인 1인당 9.1 리터로 나타났다 (그림 2.2.1). 2009년 프랑스, 오스트리아, 포르투갈, 체코, 에스토니아는 성인 1인당 12리터 이상으로 가장 높은 소비율을 보였다. 종교적, 문화적인 이유로 특정 인구집단의 음주를 제한하는 인도네시아, 인도, 터키, 이스라엘과 중국, 멕시코, 몇몇 북유럽 국가(노르웨이, 아이슬란드, 스웨덴)의 경우는 알코올 소비량이 작았다.

지난 30년 동안 많은 OECD 국가에서 평균 알코올 소비가 점차 감소하였지만 핀란드와 멕시코를 포함한 일부 국가에서는 증가했다. OECD 국가의 음주 습관도 어느 정도 수렴현상을 보였다. 전통적으로 맥주를 소비하던 국가에서는 와인 소비가 증가하고, 그 역의 경우도 성립되었다. 전통적인 와인 생산국인 이탈리아, 프랑스, 스페인, 슬로바키아와 독일에서는 1980년 이후로 1인당 알코올 소비가 상당히 감소했다 (그림 2.2.1). 브라질과 중국의 경우 여전히 1인당 알코올 소비가 작은 수준이지만, 러시아 연방, 브라질, 중국의 알코올 소비는 상당히 증가했다.

국가간의 그리고 경시적인 알코올 소비의 변이는 음주 습관의 변화뿐만 아니라 음주를 통제하는 정책을 반영한다. 광고규제, 판매제한, 과세가 모두 알코올 소비를 줄이는데 효과적이었다 (Bennett, 2003). 판매에 대한 엄격한 통제와 증과세는 대부분의

북유럽 국가에서 소비 감소를 가져왔지만, 프랑스, 이탈리아, 스페인에서의 소비 감소는 자발적 및 법적 광고 규제와 관련이 있으며 이는 부분적으로는 1989 유럽지침령의 발효 때문이었다.

성인 1인당 알코올 소비가 장기적인 추세를 보는데 유용하기는 하지만, 음주 패턴상의 위험에 처한 하위 인구집단(sub-population)을 밝혀내지는 못한다. 특히 한 번에 과대한 양의 알코올을 소비하는 것을 일컫는 “과음(binge drinking)”은 위험한 소비패턴이라 할 수 있는데 (Institute of Alcohol Studies, 2007), 일부 국가와 사회집단(특히 젊은 남성인구)에서 이러한 소비패턴이 증가하고 있다.

2010년 WHO는 알코올과 관련한 건강 문제에 대한 의료서비스와 같은 직접적 방법, 알코올 판매 및 마케팅 제한과 같은 간접적인 정책적 노력을 통해 알코올의 해로운 소비를 해결하기 위한 글로벌 전략을 지지했다.

정의와 비교가능성

알코올 소비는 15세 이상 인구 1인당 리터로 표시한 순수 알코올(pure alcohol)의 연간 판매량으로 정의한다. 주류를 순수 알코올 양으로 변환하는 방법은 국가마다 다르다. 공식적인 통계 자료에는 가정에서 생산한 알코올처럼 기록되지 않은 알코올 소비가 포함되지 않았다.

이탈리아는 14세 이상 인구의 알코올 소비량을, 스웨덴은 16세 이상, 일본은 20세 이상 인구 알코올 소비량을 보고했다. 일부 국가(예: 룩셈부르크)는 비거주자의 구매로 인하여 국가의 판매량과 소비량 사이에 상당한 차이가 생기기 때문에 국가 판매량이 거주자의 실제 소비량을 정확히 반영하지 못한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

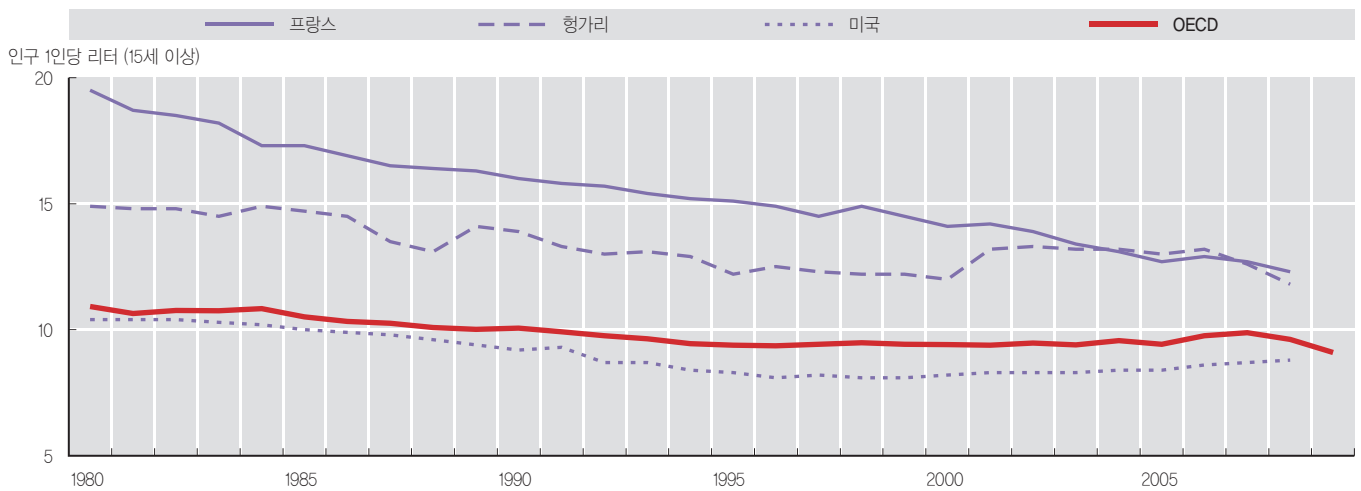
2.2.1 15세 이상 알코올 소비량, 2009년 (혹은 최근)과 1980-2009년 알코올 소비량 변화



출처 : OECD Health Data 2011, WHO (2011a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523918>

2.2.2 일부 OECD 국가의 알코올 소비량 추이, 1980-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523937>

2.3. 성인의 과체중과 비만

성인의 과체중 및 비만율의 증가는 주요한 보건문제가 되고 있다. 비만은 고혈압, 높은 콜레스테롤, 당뇨병, 심혈관질환, 호흡기계 질환(천식), 근골격계 질환(관절염), 특정 암 등 많은 보건 문제의 위험요인으로 알려져 있다. 과체중 기준을 일단 넘어서면 사망 위험도 급증한다 (Sassi, 2010).

최근 조사에 따르면 OECD 성인 인구 중 절반 이상 (50.3%)가 자신이 과체중이거나 비만이라고 답했다. 키와 몸무게를 측정하는 국가들의 경우 그 비율은 55.8%였다. 성인의 과체중 또는 비만 비율이 50%를 상회하는 국가가 OECD 34개국 중 무려 19개국이었다. 일본과 한국, 몇몇 유럽국가(프랑스, 스위스)의 경우 과체중과 비만율이 낮게 나타나고 있지만, 이들 국가의 과체중과 비만율도 증가하고 있다.

과체중보다 더욱 심각한 건강위험을 초래하는 비만율의 경우 낮게는 한국과 일본의 4%에서 높게는 미국과 멕시코의 30% 이상으로 OECD 국가 내에서도 거의 10배의 차이를 보였다 (그림 2.3.1). OECD 국가의 성인 인구 중 17%가 비만이다. 몇몇 국가에서는 비만율의 남녀 차이가 나타나기도 했지만 대부분 거의 비슷한 수준이다. 남아공, 칠레, 터키, 멕시코의 경우 여성의 비만율이 높은 편이고 러시아 연방, 룩셈부르크, 스페인의 경우 남성의 비만율이 높은 편이다.

지난 20년 동안 호주와 뉴질랜드에서 비만율은 2배 이상 증가했고 영국과 미국에서도 거의 절반 정도 증가했다 (그림 2.3.2). 호주, 캐나다, 영국, 아일랜드 성인 인구 중 20-24%가 비만이며 이는 1990년대의 미국의 비만율과 비슷한 수치이다. 지난 10년 동안 많은 서부 유럽국가에서도 비만율이 상당히 증가하였다. 20년 전의 비만율과는 관계없이 이들 국가의 비만율이 급증했다. 네덜란드의 경우 영국보다 현재의 비만율이 절반 정도 수준이기는 하지만 네덜란드와 영국의 비만율은 거의 2배 증가했다.

많은 국가에서 비만의 증가 현상은 성, 연령, 인종, 소득, 교육수준과 관계없이 모든 인구집단에 영향을 미쳤다. 몇몇 국가들 (호주, 오스트리아, 캐나다, 영국, 프랑스, 이탈리아, 한국, 스페인, 미국)의 예를 보면 비만은 사회경제적으로 혜택을 덜 받은 집단, 특히 여성 사이에서 더욱 보편적으로 나타나는 경향이 있다 (Sassi et al., 2009). 또한 교육 기간과 비만 사이에 대체적인 선형 관계가 성립됨을 알 수 있다. 즉 교육을 많이 받은 집단일수록 비만율이 낮게 나타났다. 또한 비만의 기율기도 남성보다 여성의 비만율이 더욱 가파르게 나타나고 있다 (Sassi, 2010). 과체중과 비만에

대해 지속적으로 사회경제적 기율이 존재한다는 것은 정부가 비만과 사회적 불평등의 관계를 아직 해결하지 못했음을 시사한다.

식품의 실질 가격의 하락, 신체활동 시간의 감소 등 수많은 행태적, 환경적 요인들이 산업국가에서 과체중과 비만율 증가를 가중시켰다. 또한 과체중과 비만은 최근 수십 년간 아동 사이에서도 빠르게 확대되고 있으며, 대부분의 OECD 국가에서 아동 비만율은 두 자릿수 비율까지 높아진 상태이다 (지표 2.4 “아동의 과체중과 비만” 참조).

비만이 만성질환의 위험을 높이므로 이는 상당한 보건의료비를 추가적으로 발생시킨다. 비만과 그에 연관된 건강 문제 사이에는 몇 년의 시차가 있으므로 지난 20년간 비만이 증가했기 때문에 앞으로 보건의료비를 더욱 높아질 것으로 예상된다. 최근 연구의 추정에 따르면 2015년 잉글랜드의 과체중 및 비만 관련 총 비용이 2007년 대비 무려 70% 증가할 것이며 2025년에는 2.4배 높아질 것이라고 한다 (Foresight, 2007).

정의와 비교 가능성

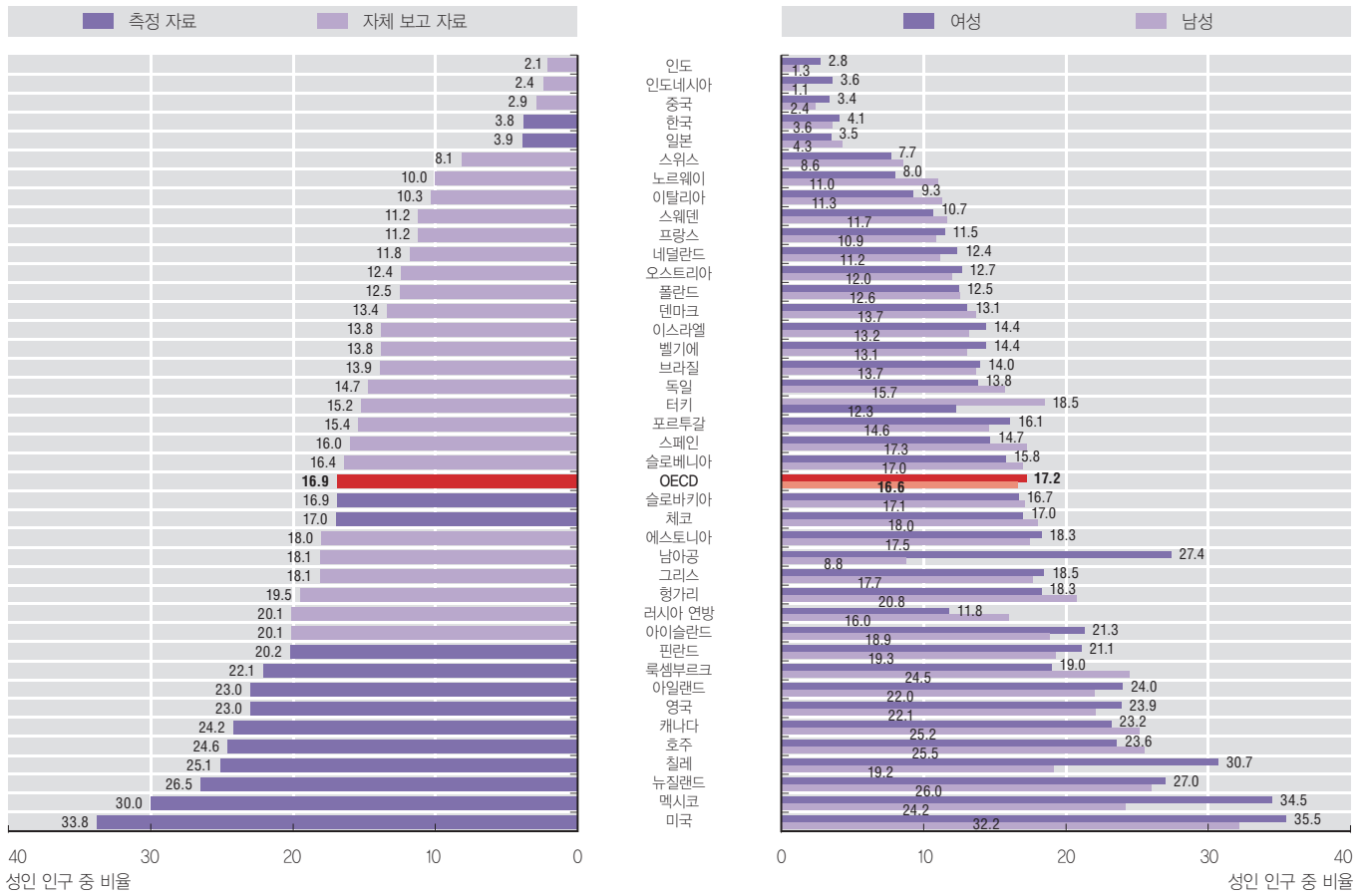
과체중과 비만은 체지방 비율이 높아서 건강상의 위험을 초래하는 과도한 체중으로 정의한다. 가장 널리 사용되는 과체중과 비만의 측정은 개인의 신장 대비 체중 상태를 평가하는 단일 수치인 체질량지수 (BMI, Body Mass Index : 체중/신장², 체중은 킬로그램, 신장은 미터)를 기준으로 한다. 현재 WHO 분류기준 (WHO, 2000)으로 BMI가 25-30인 성인을 과체중, 30을 초과하는 성인을 비만으로 정의한다. 하지만 인종에 따라 BMI가 낮거나 높더라도 과체중과 비만위험이 같을 수도 있다. 또한 성인의 기준은 아동의 과체중과 비만을 측정하는 데는 적합하지 않다.

대부분의 국가에서 과체중률과 비만율을 건강면접조사에서 자가 보고한 신장 및 체중 추정치로 측정한다. 그러나 OECD 국가 중 3분의 1 정도는 건강검진에 의한 자료를 기반으로 하고 있다. 이러한 차이로 자료의 비교 가능성이 제한적이다. 건강면접조사 결과 보다는 건강검진에 의한 수치가 보통 더 높은 편이고 더욱 신뢰도가 높다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

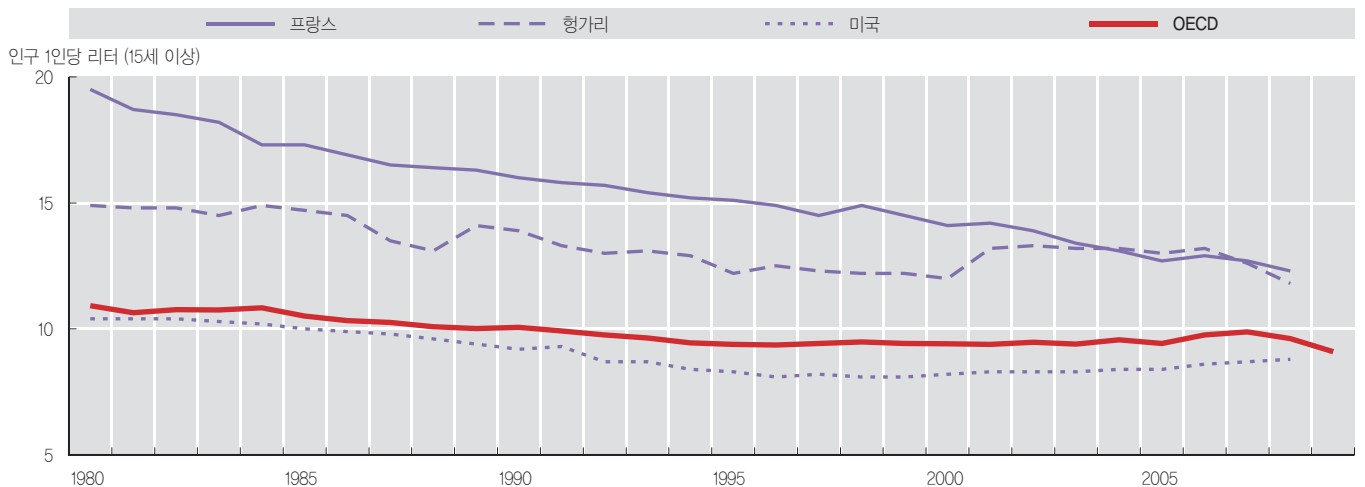
2.3.1 성인의 비만을, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국인 경우에는 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523956>

2.3.2 OECD 국가의 성인 인구 비만율 증가, 1990년, 2000년, 2009년 (혹은 최근)



1. 자가 보고한 키와 몸무게가 아닌 실제 측정 자료를 기준으로 함.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523975>

2.4. 아동의 과체중과 비만

과체중이나 비만인 아동은 청소년이나 성인이 되어서도 건강이 나빠질 위험이 더 크다. 과체중인 아동은 심혈관질환 혹은 당뇨, 과체중 및 그와 관련된 사회적 정신적 건강 문제를 겪을 위험이 높아진다. 아동기의 과체중 문제는 성인이 되었을 때 비만이 될 확률을 높여, 심혈관질환, 암, 골관절염, 삶의 질 저하 및 조기사망의 문제를 야기한다 (Sassi, 2010).

성인이 되어서 체중을 감량했다 하더라도, 비만이었던 아동은 심혈관질환에 걸릴 위험이 높다는 증거가 있다. 다이어트 또는 신체활동의 증가로 비만을 해결할 수는 있지만, 이런 아동들은 이전의 생활방식으로 돌아갈 경우 체중이 증가할 위험이 더욱 크다. 또한 식이장애, 스트레스 증상, 신체적 발육의 지연 등이 다이어트의 부작용으로 나타날 수 있다.

그림 2.4.1은 키와 몸무게를 측정한 각 국가의 연구와 국제비만 연구협회 (IASO)의 과체중/비만의 정의를 기반으로 OECD 국가 중 신흥국의 5세-17세의 취학연령의 과체중 (비만 포함) 유병률을 보여주고 있다. 모든 국가에서 5명 중 한 명이 과도한 몸무게의 영향을 받고 있었으며, 그리스, 미국, 이탈리아와 같은 경우 그 비율이 거의 3명 중 1명 꼴이었다. 중국, 한국, 터키에서는 과체중 아동 비율이 10% 미만으로 나타났다. 대부분의 국가에서 여학생보다는 남학생의 비만율이 높게 나타났다. 북유럽국가 (스웨덴, 노르웨이, 덴마크), 영국, 네덜란드, 호주에서는 여학생의 과체중과 비만이 남학생보다 더 높은 경향을 보였다.

많은 국가들은 아동의 과체중과 비만 문제를 해결하기 위한 정책 개발을 위해 표준화되고 통일된 감시체계가 있어야 한다는 필요성을 인식하고 있다. 이러한 필요성에 대응하기 위해 WHO 유럽 아동 비만감시 이니셔티브 (Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI)는 초등학교 학생들의 과체중과 비만 경향을 정기적으로 측정하는 것을 목표로 하고 있다. 그림 2.4.2는 2007-2008년 COSI가 처음 데이터 수집을 했을 때 측정한 6-9세의 과체중 (비만포함) 비율을 보여준다. 유병률은 2007 WHO가 권고한 취학연령 아동과 청소년의 성장 참고표를 기반으로 했다 (de Onis et al., 2007). 과도한 체중 문제를 가지고 있는 아동들은 국가 별로도 차이가 있지만 연령별로도 차이를 보였다. 전반적으로 아동 중 나이가 많을 수록 과체중인 경우가 많았다.

OECD 국가 전역에서 소년과 소녀의 과체중률이 증가하고 있다. 많은 선진국에서 아동 비만은 1960년대에서 1980년대 사이 2배 증가했으며 그 이후로 다시 2배 증가했다. 신흥국가의 경우에도 비만 유병률이 늘고 있으며 좌식 생활습관이 더 보편화되어 있고 고에너지 음식에 대한 접근성이 높은 도시 지역에서 더욱 빠르게 증가하고 있다 (Sassi, 2010).

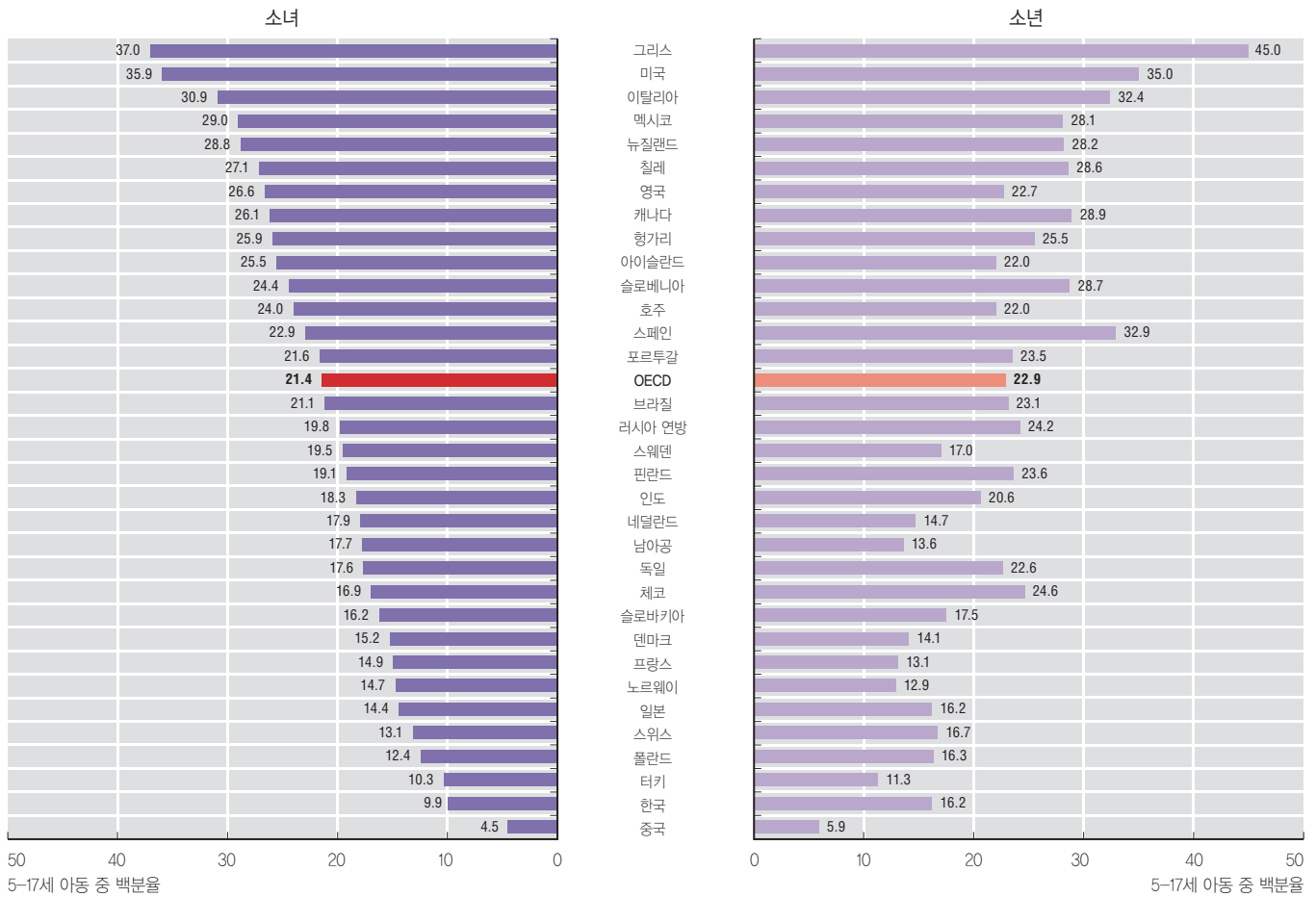
건강한 행동을 형성하는데 있어 아동기는 매우 중요한 시기이다. 아동들이 좋은 영양과 신체활동의 중요성을 인지하고, 영양과 운동으로 혜택을 볼 수 있도록 학교 환경을 조성하고 있다. 연구들은 행태를 바꾸는데 있어서 5-12세 아동들을 목표로 지역별로 초점을 맞춘 행동과 개입이 효과적이라고 한다 (Sassi, 2010).

정의와 비교 가능성

아동 과체중 유병률에 대한 통계는 국제비만연구협회 (IASO)가 작성하였다. 이 통계는 아동의 키와 몸무게를 측정한 국가 조사를 바탕으로 하고 있다. 아동의 과체중과 비만의 정의는 국가 별로 다르기는 하지만, 가능한 경우 IASO의 연령, 성별 기준점 (cut-off points)을 사용하였다 (Cole et al., 2000). 2-28세에 대해 계산된 이러한 기준점은 다양한 인종에 사용될 수 있으며 널리 사용되는 성인 기준점과 연계할 수도 있다.

WHO 유럽 아동 비만감시 이니셔티브 (COSI)를 위해 훈련을 받은 전문가들이 공동의 규약에 따라 정형화된 인체 측정법으로 측정을 했다. 과체중은 연령에 다른 BMI 지수가 1 표준편차 이상인 아동의 비율로 정의되며 WHO가 권장한 취학아동과 청소년에 대한 기준점을 바탕으로 측정한다 (de Onis et al., 2007). 몸무게는 측정 시 입은 옷 무게를 감안하여 조정하였으며 극한값 (5 표준편차 미만이거나 초과인 경우)은 계산에서 제외했다.

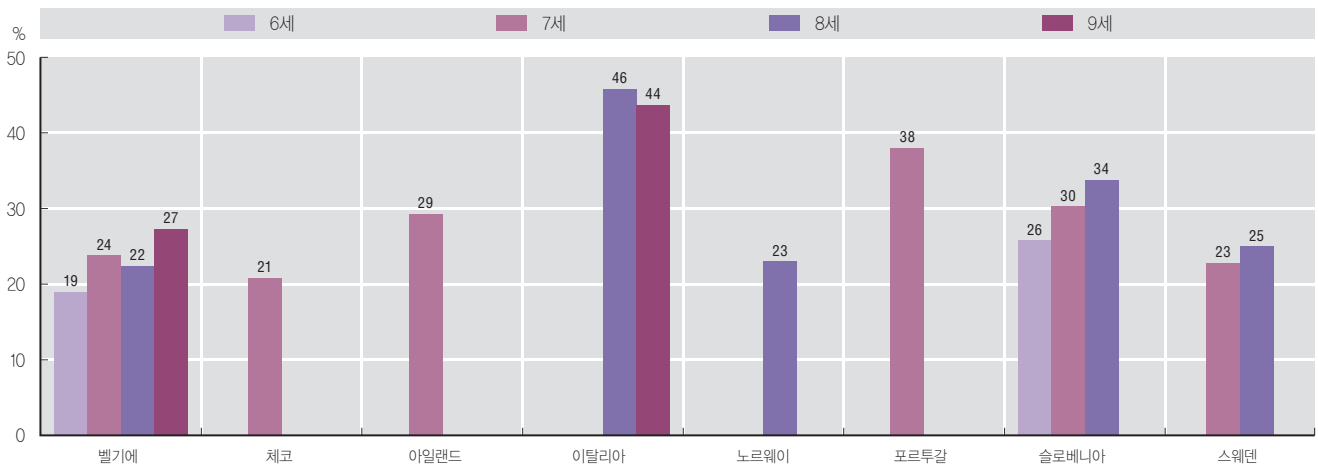
2.4.1 5-17세 과체중 (비만 포함) 아동, 최근 통계



출처 : International Association for the Study of Obesity (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932523994>

2.4.2 OECD 8개국의 6-9세 아동의 과체중 (비만 포함) 유병률, 2007-2008년



출처 : WHO Regional Office for Europe, forthcoming.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524013>





제3장 보건의료 인력

- 3.1. 보건 및 사회부문의 고용
- 3.2. 의사
- 3.3. 의과대학 졸업생
- 3.4. 의사의 보수 (일반의 및 전문의)
- 3.5. 부인과 의사, 산과 의사 및 조산사
- 3.6. 정신과 의사
- 3.7. 간호사
- 3.8. 간호대학 졸업생
- 3.9. 간호사의 보수

3.1. 보건 및 사회부문의 고용

OECD 국가들이 고용하고 있는 보건 및 사회부문 인력은 많으며 그 숫자가 증가하고 있다. 이 책자에 보고되는 데이터는 일반적인 노동 인력 조사에서 가져온 것이며 보건부문에 종사하는 사람들과 사회부문(장기요양, 아동보육, 기타 사회활동 포함)에 종사하는 사람들을 모두 포함하고 있다. 이 데이터는 직접 서비스를 제공하는 전문 의료진은 물론 행정 및 지원 조직에 종사하는 사람들을 모두 포함하고 있다.

2009년 OECD 국가들의 보건 및 사회부문의 고용은 평균적으로 전체 고용의 10% 이상을 차지했으며 1995년 9% 미만인 것과 비교했을 때 비중이 증가했다. 2009년 북유럽 국가들과 네덜란드의 사회 보건 부문의 고용은 전체 고용의 15% 이상을 차지함으로써 가장 높은 수준을 보였으며, 터키와 멕시코는 3% 정도로 가장 낮은 수준이었다(그림 3.1.1). 1995-2009년 사이 거의 모든 OECD 국가에서 보건 및 사회 부문의 고용 비중이 증가했다(그림 3.1.1). 최근 전체 고용에서 보건 및 사회 부문의 고용 비중이 줄어든 폴란드, 슬로바키아, 아이슬란드에 예외이다.

1995-2009년 사이 OECD 국가의 보건 및 사회부문의 고용은 평균 2.8% 증가했으며 총 민간인 고용 증가가 1.3% 인 것에 비하면 증가율이 두 배 정도 빠른 성장을 보였다(그림 3.1.2). 같은 기간 동안 한국의 경우 총 고용 증가율이 1.1% 이었던 것에 비해 보건 및 사회부문에 종사하는 사람 수는 연 평균 8% 이상 성장했다. 하지만 대부분 OECD 국가와 비교해봤을 때 한국의 보건 및 사회부문의 고용 비중은 여전히 낮은 수준이다.

최근 일본, 독일, 체코, 터키에서도 총 고용률 증가보다 보건 및 사회부문의 증가율이 월등히 높았다.

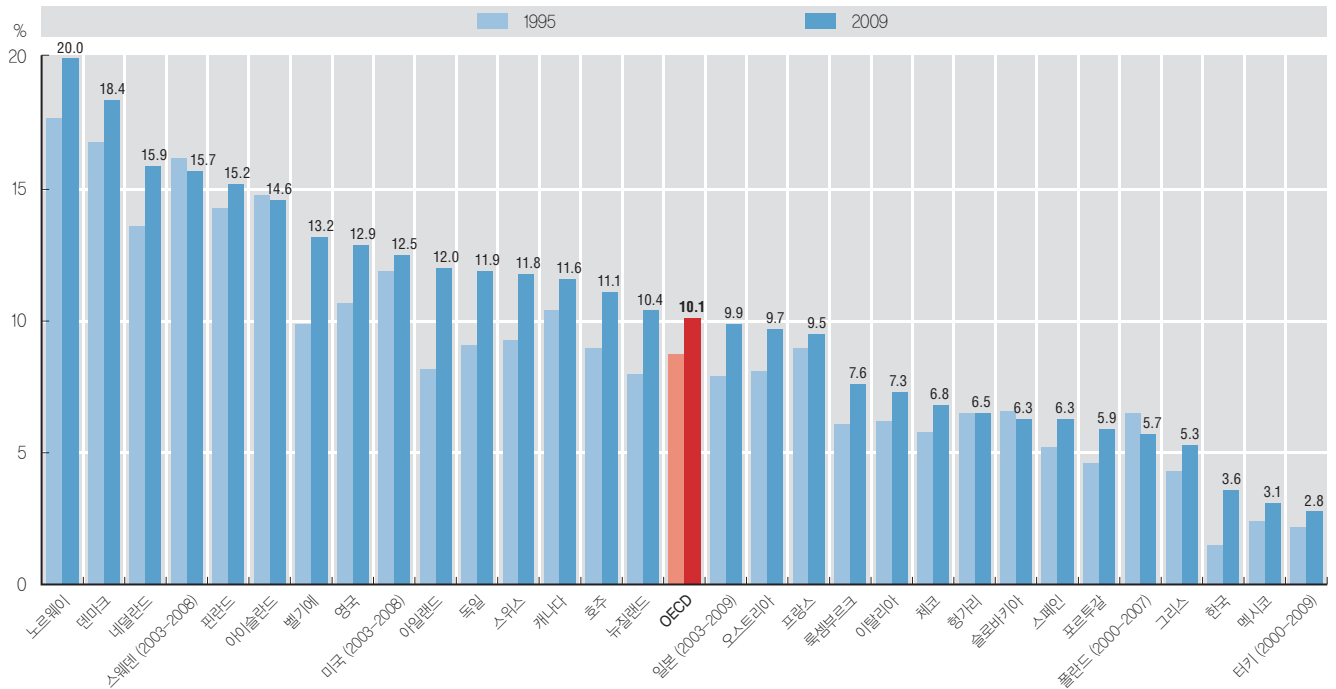
OECD 국가에서 최근 경제위기로 인한 타격이 경제 다른 부문보다 보건 및 사회부문이 훨씬 적었다. 대부분의 국가에서 2008년과 2009년 경제가 침체에 접어들면서 전체 고용이 변함이 없거나 줄어들기 시작한 상황에서 보건 및 사회부문의 고용은 지속적으로 증가했다. 예를 들면 아일랜드의 경우 2008년과 2009년 사이 총 고용이 8% 감소한 것에 반해 보건 및 사회부문의 고용은 3% 증가했다. 이와 마찬가지로 같은 기간 일본의 총 고용은 1.6% 감소한 것에 반해 보건 및 사회부문의 고용은 거의 4% 증가했다.

정의와 비교 가능성

보건 및 사회부문의 고용이란 국제표준산업분류 (ISIC, International Standard Industrial Classification) 3차 개정안에 따라 분류된 851 (인간에 대한 보건 활동), 852 (수의학 활동), 853 (사회복지활동)에 종사하는 사람들을 포함한다. 자료는 상근 직원인지 비상근 직원인지 구분하지 않고 인원수를 계산했다.

모든 국가의 데이터는 노동 인력 조사에서 나왔기 때문에 상당한 비교 가능성을 얻을 수 있었다. 많은 국가에서 의료 시설과 전문의료진에 대한 조사를 상세하게 실시했으며, 이러한 조사를 통해 보건부문과 특정 직업의 고용에 대한 정확한 자료를 제공할 수 있었다. 이러한 자료들은 다음 섹션에서 다루는 다양한 의료 직종에 관해 더욱 정확한 정보를 제공하기 위해 사용되었다.

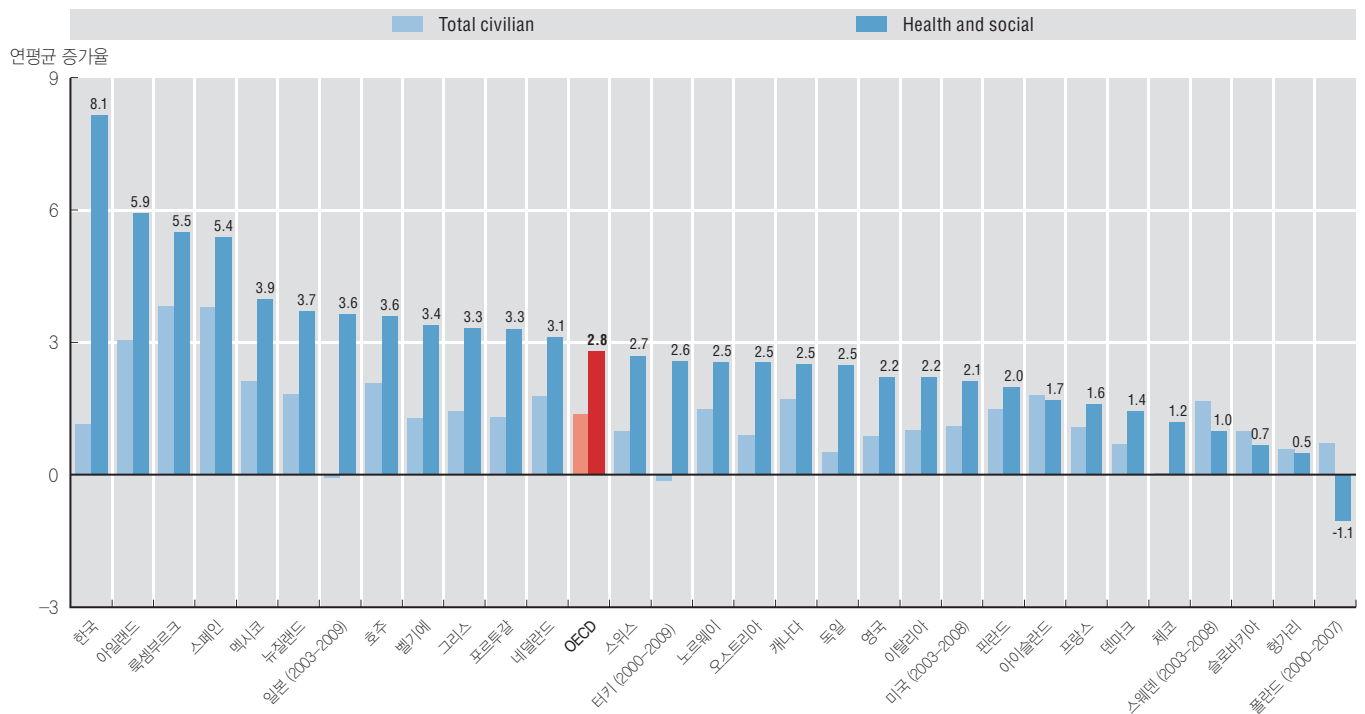
3.1.1 총 민간고용 중 보건 및 사회 부문의 고용 비중, 1995년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Annual Labour Force Statistics.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524032>

3.1.2 다른 부문과 비교했을 때 보건 및 사회 부문의 고용증가율, 1995 - 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Annual Labour Force Statistics.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524051>

3.2. 의사

이번 장에서는 OECD 국가들의 1인당 의사수에 대한 정보를 제공하고 있으며 전문의와 일반의를 구분한 통계도 실려있다. 2009년 OECD 국가의 인구 1,000명 당 의사 수가 3명 정도였고, 그리스는 1인당 의사수가 가장 많았으며 (인구 1,000명 당 의사 6.1명) 그 뒤를 오스트리아가 이었다. 칠레, 터키, 한국, 멕시코는 1인당 의사수가 인구 1,000명 당 한 두명 정도로 가장 낮은 수준이었다. 인도네시아, 인도, 남아공의 경우 인구 1,000명당 의사 수가 한 명 미만이었다.

2000년에서 2009년 사이 대부분 OECD 국가에서 인구 1,000명 당 의사 비율은 연평균 1.7% 증가했다 (그림 3.2.1). 2000년에 비율이 낮았던 국가 (터키, 칠레, 한국, 멕시코)와 영국, 그리스에서는 1,000명 당 의사 비율이 더욱 급속히 증가했다. 영국에서는 같은 기간 동안 의료관련 교육기관 졸업률은 OECD 평균 보다 높아 의사 수가 증가하는 결과를 가져왔다 (지표 3.3 “의과대학 졸업생” 참조). 반면 에스토니아, 프랑스, 이스라엘, 폴란드에서는 1인당 의사 수에 변함이 없었으며 슬로바키아의 경우에는 크게 감소했다. 슬로바키아의 1인당 의사 수 감소는 1990년대 후반 의과대학 졸업생 수가 감소한 것에 일부 기인한다. 1980년대와 1990년대에 의과대학 입학생 수가 감소했던 프랑스에서는 2006년부터 의사수가 감소하기 시작했다. 의과대학 졸업생 수를 늘리기 위해서는 시간이 걸리기 때문에 이러한 감소 추세는 당분간 계속될 전망이다.

OECD 국가에서 2009년 평균적으로 전체 의사 중 여성이 차지하는 비율이 1930년의 29%에서 43%까지 증가했다. 여성 의사 비율이 높은 국가는 중부 및 동유럽 국가 (에스토니아, 슬로베니아, 폴란드, 슬로바키아, 체코, 헝가리)와 핀란드로 그 비율이 50% 이상이었고, 한국은 20% 미만으로 낮은 수준을 기록했다. 이 기간 동안 모든 OECD 국가에서 여성 의사의 비율이 늘어났으며 특히 미국, 스페인, 덴마크에서 크게 증가했다.

의료진의 연령도 많은 국가에서 향후 의사 수 부족 문제에 기여하는 원인 중 하나이다. 2009년 OECD 국가에서 의사 중 30% 정도가 55세 이상이었다. 이 비중 역시 국가별로 큰 차이를 보였다. 이스라엘은 55세 이상의 의사 비중이 46%로 가장 높은 수치를 보였으며 칠레, 프랑스, 독일, 헝가리 이탈리아에서 그 비중은 35% 정도였다. 영국과 한국에서는 지난 10년 동안 의과대학 졸업생 수가 크게 증가하면서 55세 이상 의사의 비율이 상당히 낮은 수준이다.

지난 수십 년 동안 일반의보다 전문의 숫자가 더욱 빠르게 증가하면서 일반의와 전문의의 균형이 변화했다. 보건정책과 보건 연구에서는 일반의의 1차 진료의 중요성과 비용-효과성을 강조

하고 있지만 (Starfield et al., 2005), OECD 국가에서 평균적으로 의사 중 일반의의 비중은 25% 정도다. 1990년 일반의 1명 당 전문의가 0.5명이었지만 2009년 그 비율이 1명 당 전문의가 2명 이상으로 바뀌었다. 중부유럽과 동부유럽, 그리스에서는 일반의에 비해 전문의 숫자가 압도적으로 많다. 그러나 호주, 캐나다, 프랑스, 포르투갈과 같은 몇몇 국가에서는 일반의가 의사 중 거의 절반을 차지할 정도로 일반의와 전문의 수가 균형을 이룬다. 미국을 포함한 몇몇 국가들은 일반의의 역할을 하는 일반내과의가 전문의로 분류되기 때문에 1차 진료를 제공할 수 있는 이들 국가의 역량이 과소평가되는 결과를 낳았다 (그림 3.2.2).

전반적인 경제 성장의 불확실성, 의사 생산성의 변화, 의학기술의 발달, 의사와 기타 의료공급자의 역할 변화로 미래의 의사 수요와 공급을 예측하기란 어려운 일이다. 미국의 보건복지부 (HRSA, 2008)에서는 특정한 일련의 가정 하에 2005년에서 2020년 사이 의사 수요가 22% 증가하고 공급은 16.5% 증가할 것으로 예측했다. 이러한 예측은 2010년 보건 의료 개혁 제안에 따른 건강보험 대상 인구의 확대를 고려하지 않았다.

정의와 비교 가능성

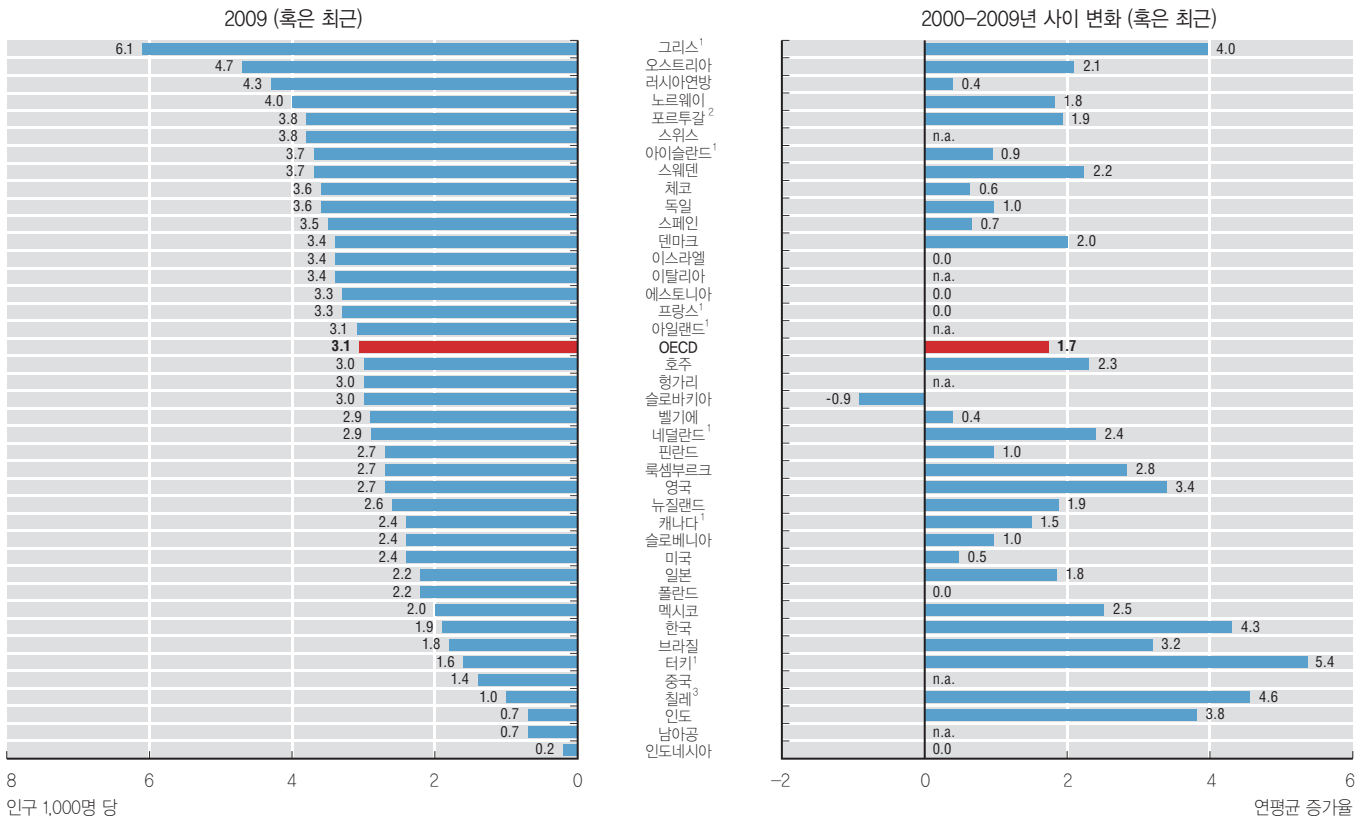
활동 의사는 환자에게 직접 의료서비스를 제공하는 의사 수로 정의되며, 대부분의 국가들의 자료는 이 활동 의사 수를 참조하였다. 많은 국가의 경우 인턴과 레지던트 (수련 중인 의사)도 의사 수에 포함되었다. 또한 이 수치는 머릿수를 기준으로 한다. 직접 환자를 진찰하지는 않지만 보건 의료 분야에서 활동하고 있는 의사 수를 포함한 국가도 여럿이다. 아일랜드의 경우에는 아일랜드에 주소를 가지고 있는 70세 미만의 의사 수를 모두 포함한 수치를 제공한다. 포르투갈의 경우 진료 자격이 있는 의사 수를 보고한다 (과다추정의 결과를 가져옴). 벨기에의 자료에는 구상의학 의사가 포함되어 있는 반면에, 스페인의 경우에는 치과 의사와 구강의학 의사를 포함하고 있다 (다소 과다추정의 결과). 칠레의 경우에는 공공 분야에서 일하는 의사만 포함한다.

모든 국가가 의사를 전문의와 일반의로 나누어서 보고할 수 있는 것은 아니다. 예를 들면, 수련 중이거나 개원하고 있는 의사에 대한 전문 분야별 자료를 얻을 수 없는 경우도 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.2.1 2009년 인구 1,000명 당 활동의사 수와 2000-2009년 사이 변화

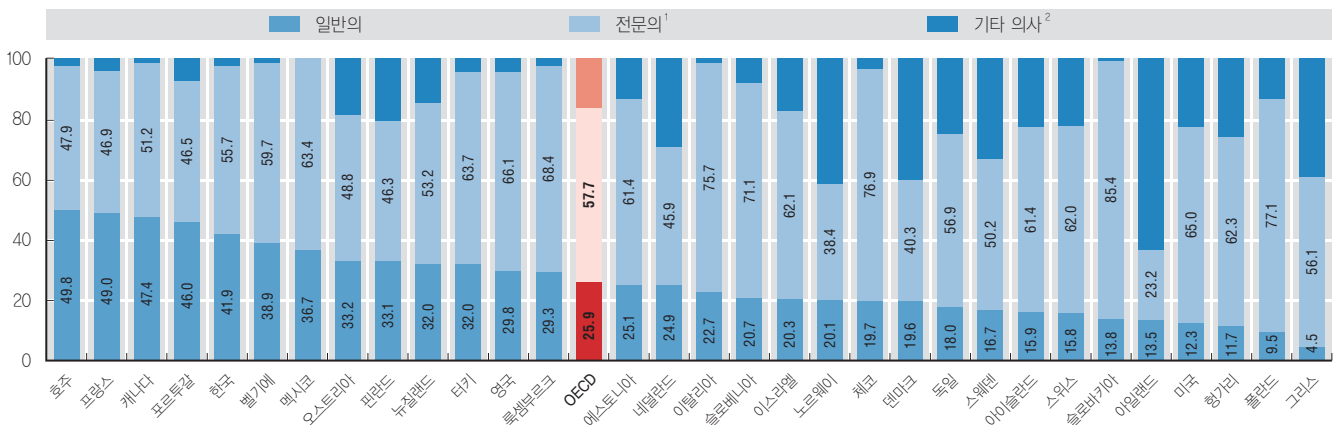


- 환자를 직접 진료하는 의사뿐만 아니라 관리자, 교육자, 연구원 등으로 보건분야에서 일하는 사람도 포함 (의사 수의 5-10% 추가).
- 진료 면허가 있는 모든 의사 수를 포함.
- 칠레는 공공 분야에서 활동하는 의사 수만 포함.

출처 : OECD Health Data 2011, 러시아의 경우 WHO-Europe, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524070>

3.3.2 2009년 전체 의사 중 일반의, 전문의, 기타 의사의 비율 (혹은 최근)



- 전문의에는 소아과 의사, 산과/부인과 의사, 정신과 의사, 외과 의사가 포함됨.
- 기타 의사란 훈련을 받고 있는 인턴/레지던트와 다른 것으로 분류되지 않은 의사.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524089>

3.3. 의과대학 졸업생

의사 수를 유지 또는 증가시키기 위해서는 새로운 의사 양성에 투자하거나 해외에서 수련한 의사를 모집해야 한다. 의사를 훈련시키는 데는 10년 정도가 소요되기 때문에 현재 국내에 있는 의사가 모두 고용된 경우 현재 의사 수 부족에 대응하려면 자격을 갖춘 해외 출신 의사들을 모집하는 방법밖에 없다. 반대로 의사의 과잉이나 수요의 감소는 새로운 졸업생들이 국내에서 일자리를 찾는데 어려움을 겪을 수 있다는 것을 의미한다.

사실상 모든 OECD 국가들은 정원 제한 (numerous clauses)을 통해서 의과대학 입학생 수를 통제한다. 이러한 통제는 다양한 요인에 의해 실시된다. 1) 가장 능력이 있는 지원자만 의과대학에 입학할 수 있도록 하기 위해, 2) 비용절감의 이유로 총 의사 수를 통제하고자 할 때 (공급이 들어오면 수요 상승을 초래하기 때문에), 3) 수련 비용자체 (미국을 포함한 모든 국가에서 의과대학 교육의 상당 비용을 공적 자금이 지원한다. 따라서 의과대학 학생수의 증가는 공적 지출이 늘어난다는 것을 의미한다).

2009년 오스트리아, 아일랜드, 덴마크, 그리스는 인구 10만 명 당 의과대학 졸업생수가 가장 많았다. 아일랜드, 체코와 같은 국가에서는 의과대학 졸업생 중 상당수가 졸업 후 고국으로 돌아갈 가능성이 있는 외국인 학생이었다. 이스라엘, 프랑스, 일본, 미국에서 졸업률은 가장 낮았다. OECD 국가들의 의과대학 졸업생 수는 평균 인구 10만 명 당 10명 정도였다 (그림 3.3.1).

기존 의사 수에 대한 비율로 살펴보면 (즉, 대체율에 해당) 2009년 의과대학을 막 졸업한 학생 비율은 아일랜드와 오스트리아, 칠레와 한국에서 가장 높았다. (그러나 칠레와 한국은 1인당 의사 수가 여전히 낮은 수준이다). 이스라엘, 프랑스, 스페인에서는 의과대학을 막 졸업한 학생 비율이 가장 낮았다. OECD 국가의 활동 의사 대비 의과대학 신규졸업생 비율은 1,000명 대 32.5명이다 (그림 3.3.2).

2000년 이후 여러 국가 (예 : 캐나다, 덴마크, 영국)에서 의과대학 졸업생 수가 상당히 증가했다. 몇몇 국가의 경우 (예 : 스웨덴) 최근 들어 의과대학 졸업생 수가 급증하고 있다. 의사 수가 변함이 없거나 줄어드는 기간 이후에 의과대학 학생 수가 늘어난 것은 더 많은 의사를 배출하기 위한 의도적인 정책 변경의 결과라고 할 수 있다 (그림 3.3.3). 지난 몇 년 동안 독일의 의과대학 졸업생 수는 증가하기 시작했지만 그 이전에 의사 수 감소를 충당하는 데는

시간이 좀 필요할 것이다. 의사 부족에 대한 현재 우려 때문에 독일은 노동 시장을 자유화하여 2011년 EU 회원국이 아닌 국가 출신의 의사들도 받아들일 수 있도록 했다. 이탈리아와 프랑스에서는 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 의과대학 졸업생 수가 뚜렷한 감소세를 보였다. 그 이후 프랑스는 조금 둔화된 속도로 계속 감소하였으며 이탈리아의 경우는 별 변동이 없었다. 과거 의과대학 졸업생 수의 감소는 의사 인력의 연령 분포에도 영향을 미쳤다. OECD 국가 중 이탈리아와 프랑스는 55세 이상 의사 비율이 가장 높았다. 최근 의과대학 입학생 수를 늘리기는 했지만 2020년까지는 신규 졸업생보다 은퇴하는 의사 수가 더 많을 것이다. 이스라엘은 OECD 국가 중 55세 이상 의사의 비율이 가장 높고 대체율이 가장 낮은 국가이다.

일본은 OECD 국가 중 의사 밀도가 가장 낮은 국가 중 하나이다. 1981년에서 2007년 사이 의과대학 정원이 8280명에서 7625명으로 감소한 이후 2011년 입학생 수는 8923명으로 증가했다 (MEXT, 2010). 일본 역시 지리적으로 의사의 불균등한 분포 문제를 해결하기 위해 의과대학 학생수 조절 방법을 사용한다. 의사수가 부족한 지역에서는 의과대학 학생 비율을 늘리고, 입학에 특혜를 받은 학생들이 그 지역에서 특정 기간 동안 일하도록 한다 (MHLW, 2007).

정의와 비교 가능성

의과대학 졸업생은 해당 연도에 의과대학이나 유사한 기관을 졸업한 학생 수로 정의된다. 치과대학, 보건대학 및 역학 분야 졸업생은 여기서 제외된다.

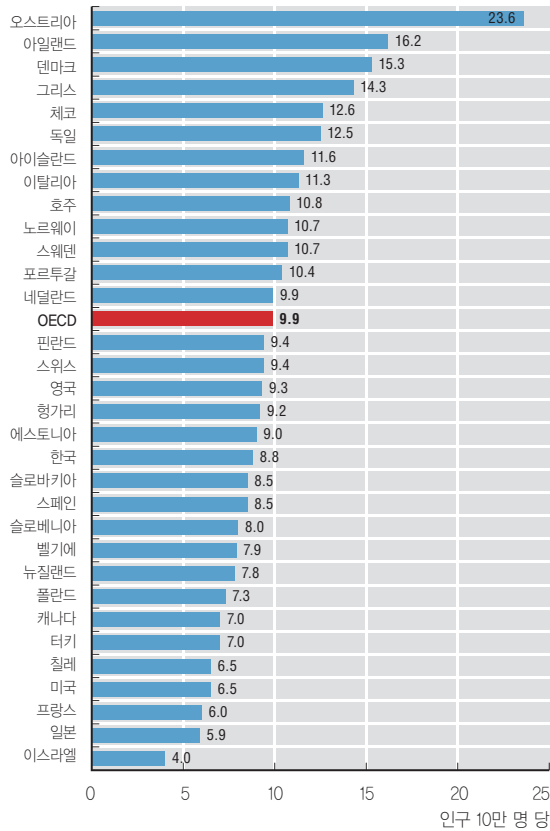
영국은 외국인 졸업생수를 통계에서 제외하지만, 다른 국가들은 포함시켰다 (체코의 경우 전체 의과대학 졸업생 중 약 30% 정도가 외국인이다.) 덴마크의 경우 자료는 진료할 수 있는 자격을 받은 신규 의사 수를 의미한다.

룩셈부르크는 의과대학이 없기 때문에 모든 의사는 해외에서 교육받아야 하며 주로 벨기에, 프랑스, 독일에서 수련한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

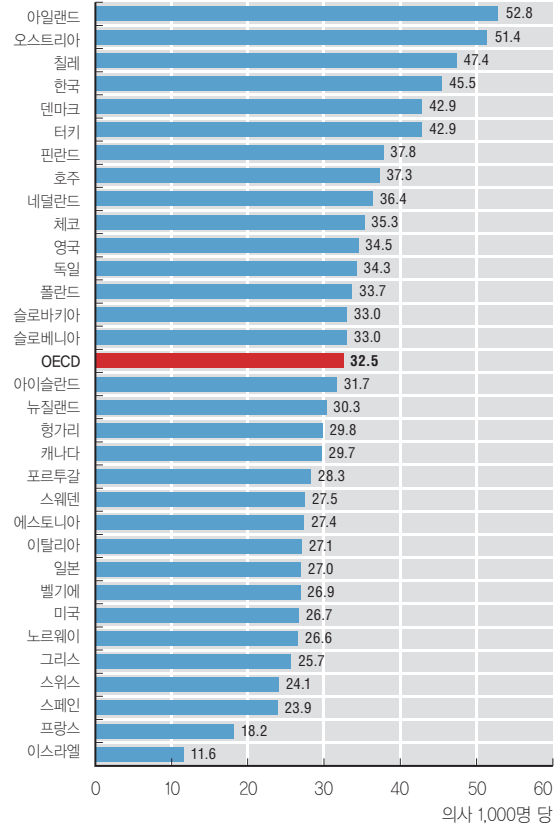
3.3.1 인구 10만 명 당 의대 졸업생, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524108>

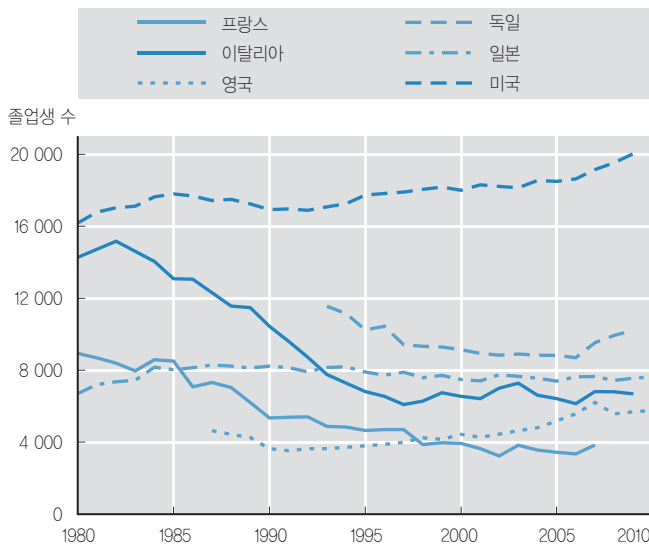
3.3.2 의사 1,000명 당 의대 졸업생 수, 2009년 (혹은 최근)



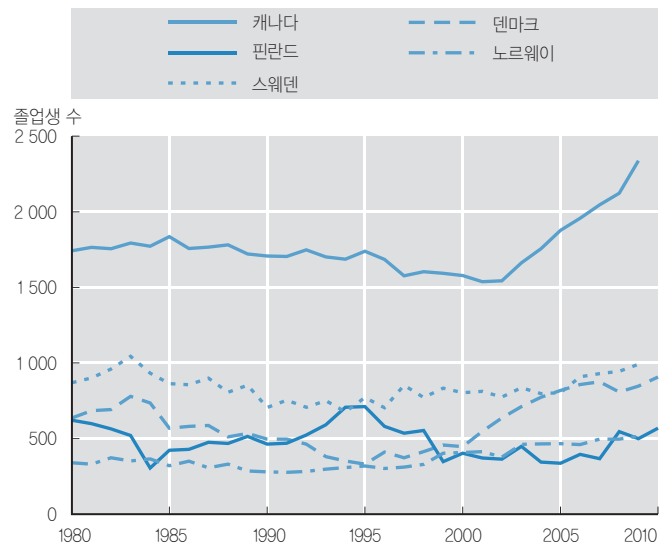
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524127>

3.3.3 의대 졸업생 절대수치, 일부 OECD 국가, 1980-2010년



출처 : OECD Health Data 2011.



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524146>

3.4. 의사의 보수 (일반의 및 전문의)

의사의 보수 수준은 한 국가의 전반적인 경제 수준과 어느 정도 관련성이 있다. 하지만 국가별 평균 임금 수준에 따라 의사의 보수에는 국가별로 상당한 차이가 있다. 의사의 전공 별로 보수 체계가 상이한 것도 특정 전공과목에 대한 금전적 매력에 영향을 미친다. 많은 국가에서 정부는 직접적인 의사의 고용주 또는 서비스의 구매자로서, 간접적으로는 규제를 통해서 의사 보수의 수준과 구조에 영향을 미친다.

의사의 보수에 관한 OECD 자료는 봉직의와 개업의의 임금을 구분하고 있지만 몇몇 국가의 경우에는 이러한 구분이 점점 어려워지고 있다. 왜냐하면 봉직의의 개별적인 의료활동이 허용된 경우도 있고, 개업의 중에서 임금을 일부를 월급으로 받는 경우도 있기 때문이다. 또한 전문의도 전공별로 보수 차이가 있기는 하지만 일반의와 모든 전문의의 보수도 구별했다.

모든 OECD 국가에서 평균 근로자보다 의사의 보수 (일반의와 전문의 모두)가 훨씬 높았다 (그림 3.4.1). 2008년 호주에서 개업 일반의의 보수는 평균 임금보다 1.7배 높은 반면 독일의 경우 2007년 개업 일반의의 보수는 평균 임금보다 3.6배 높았다. 일반의의 소득을 높이고 1차 의료의 질을 향상시킬 목적으로 2004년 마련된 신규 일반의 계약이 시행되면서 영국의 개업 일반의의 소득이 크게 증가했다 (Fujisawa and Lafortune, 2008)

전문의의 보수는 2007년 봉직 전문의가 평균 임금의 1.6배 정도인 헝가리부터 개업 전문의의 보수가 평균 임금의 5.5배인 네덜란드까지 다양하게 나타났다. 체코에서 봉직 전문의는 평균 임금의 1.5배를 보수로 받는 반면 개업 전문의의 경우 평균 임금보다 보수가 거의 2배 높았다.

영국을 제외한 모든 국가에서 일반의의 보수가 전문의보다 낮았다. 캐나다의 경우 2008년 개업 전문의의 보수는 평균 임금보다 4.7배 높았고, 일반의의 경우는 3.1배 높았다. 프랑스의 경우 전문의의 보수는 평균 임금보다 3.2배, 일반의의 보수는 2.1배 높았다 (프랑스의 경우 일반의와 전문의 보수는 과소 평가되었다. “정의와 비교 가능성” 참조). 최근 전문의와 일반의의 보수 격차가 다소 줄어들기는 했지만 여전히 가장 큰 국가는 호주였다.

많은 OECD 국가에서 지난 10년 동안 일반의와 전문의의 보수 격차가 커져 일반의의 금전적 매력이 감소했다. 핀란드, 프랑스,

아일랜드와 같은 국가에서는 일반의의 보수보다 전문의의 보수가 더욱 빠르게 증가했다. 반면 네덜란드의 경우에는 일반의의 소득이 전문의보다 빠르게 늘면서 그 격차가 약간 줄어들었다 (그림 3.4.2).

정의와 비교 가능성

의사의 보수는 연평균 총소득으로 피고용자가 납부하는 사회보장 보험료 및 소득세를 포함한다. 보수는 통상 보너스, 야간 근무 수당, 당직 수당, 초과 근무 수당 등과 같은 모든 공식적인 특별 수당을 포함해야 하고, 개업의의 경우 진료 비용을 제외해야 한다.

자료의 여러 한계로 인해서 보수 수준이 실제보다 낮게 보고되고 있다. 1) 일부 국가의 보수 관련 자료는 초과 근무 수당이나 사회보장 보험료가 제외되었다 (오스트리아, 아일랜드의 봉직 전문의, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스웨덴의 경우). 2) 봉직의의 개인 진료 소득이 몇몇 국가에서는 제외되었다 (체코, 헝가리, 아이슬란드, 포르투갈). 3) 몇몇 국가 (헝가리와 그리스)에서는 보통 보수에 포함되는 비공식 급여가 포함되지 않았다. 4) 헝가리, 멕시코, 덴마크, 슬로바키아의 경우, 자료는 민간 부문에서 활동하는 의사보다는 보수가 적은 공공 부문의 의사의 소득 수준을 나타낸 것이다. 5) 프랑스의 경우 자료는 총소득이 아닌 순수임이다.

일부 국가의 경우 (호주, 오스트리아, 네덜란드, 미국, 영국의 전문의)는 비상근 근로자에 대한 보수도 포함되어 있지만, 다른 국가의 경우 상근 근로자만 포함시켰다. 아일랜드에서 개업 일반의에 대한 자료에는 진료 비용도 포함되어 있기 때문에 과다 추정되었다.

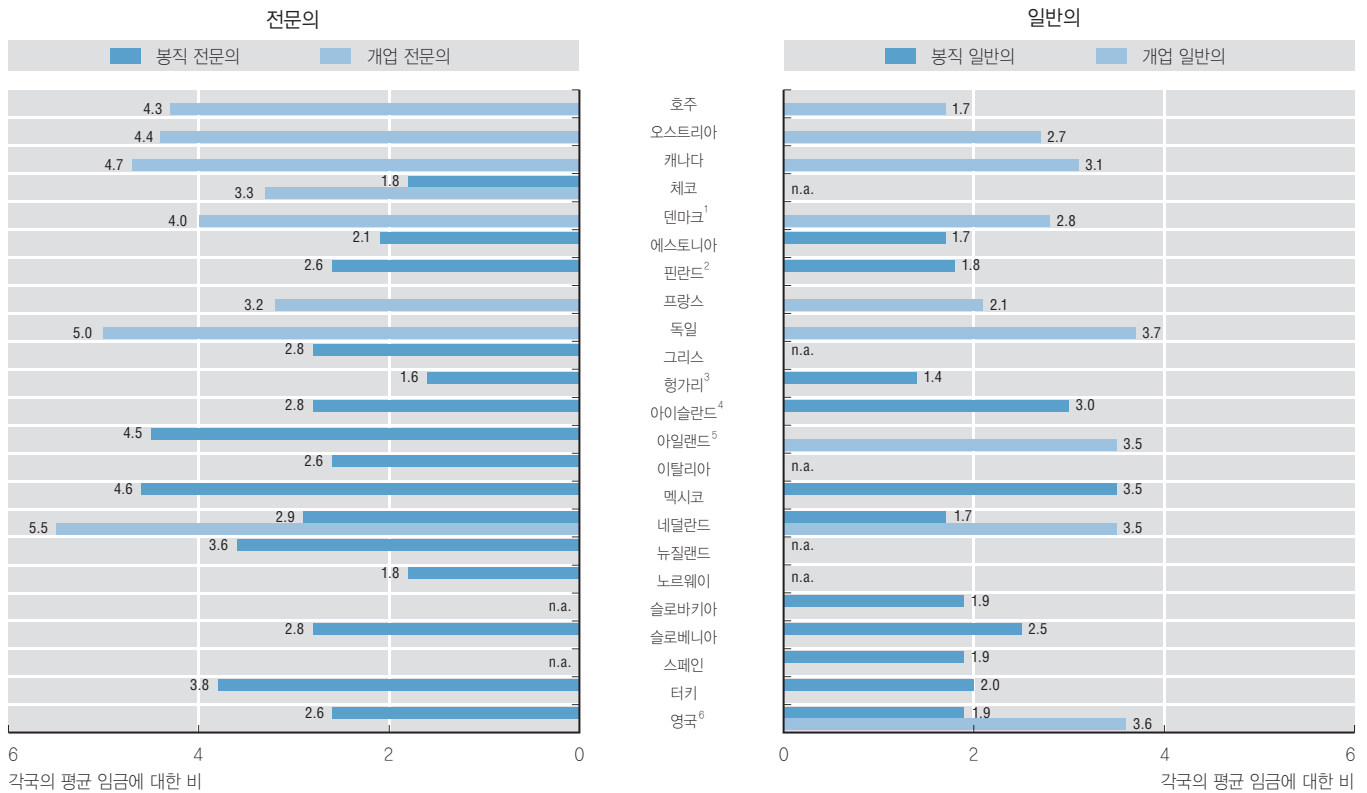
모든 국가의 의사 소득은 모든 산업의 상근 근로자의 평균 임금과 비교되었지만, 아이슬란드, 멕시코, 뉴질랜드의 경우 의사의 임금은 몇몇 특정 산업군의 평균 임금과 비교되었다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.4. 의사의 보수 (일반의 및 전문의)

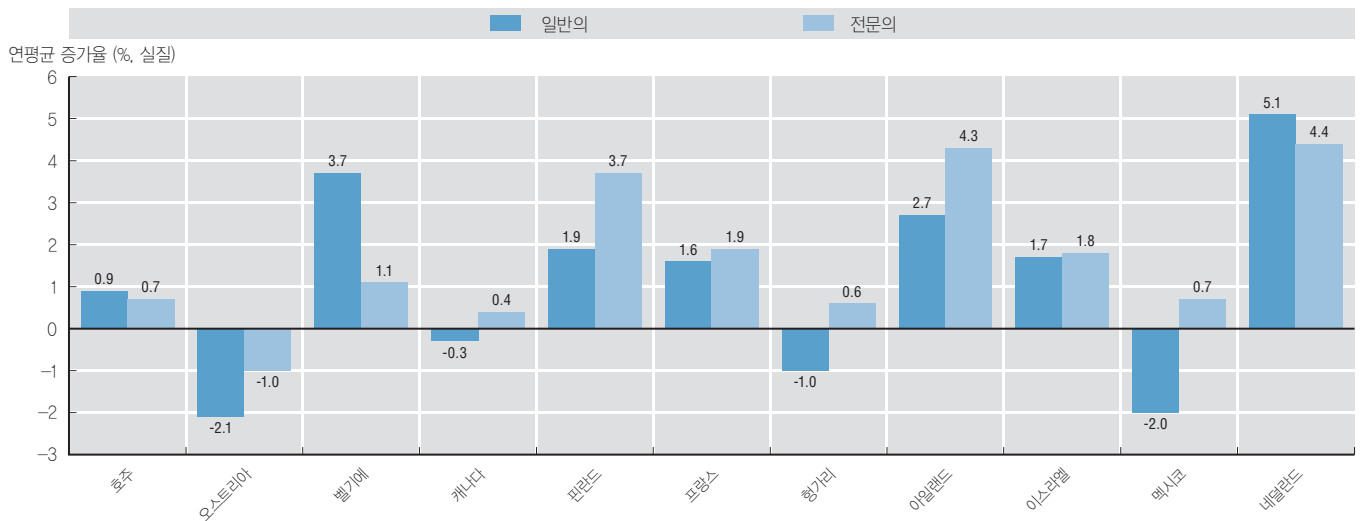
3.4.1 의사의 보수, 평균 임금에 대한 비율, 2009년 (혹은 최근)



1. 2008년 봉직 전문의에 대한 자료.
 2. 보수가 총 소득이 아닌 순수임으로 과소 추정의 결과를 가져옴.
 3. 봉직의 자료는 민간 부문 의사보다 소득이 낮은 경향이 있는 공공 부문 근로자에 대한 자료임.
 4. 병원에서 근무하는 많은 전문의의 개인 진료 소득은 포함되지 않음.
 5. 봉직 일반의의 자료는 진료 비용을 포함하여 과다 추정의 결과를 가져옴.
 6. 2008년 일반의의 보수 자료.
- 출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524165>

3.4.2 일반의와 전문의의 보수 증가, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524184>

3.5. 부인과 의사, 산과 의사 및 조산사

부인과 전문의는 여성에 특이한, 특히 생식체계에 영향을 줄 수 있는 기능과 질병을 다루는 반면 산과 전문의는 임신과 출산을 다룬다. 의사 한 명이 산과와 부인과를 모두 전문으로 하는 경우가 종종 있다. 이 부분의 자료는 산과와 부인과 전문의를 구분하지 않았다. 조산사는 임신, 진통, 분만 과정이나 출산 후에 임신부를 보살피고 조언을 해준다. 조산사는 독립적으로 혹은 의사, 간호사와 협력하여 분만을 돕는다.

임신에 대해 의료적인 접근법을 취하는 국가에서는 산과 전문의가 대부분의 의료를 담당한다. 의료적인 접근법을 덜 취하는 국가에서는 훈련된 조산사가 주 전문가로 종종 일반의 등 다른 의료 전문가들과 협력한다. 하지만 합병증이 생기는 경우는 산과 전문의를 부르게 된다. 국가마다 의료를 제공하는 사람의 구성이 다르지만, 그에 상관없이 지난 몇 십 년 동안 출산 전 조언 및 임신 기간 중 검사기술이 발전했고 산과에서 합병증이 수반되는 출산 문제를 다루는 데도 진전이 있었기 때문에 결과적으로 모든 OECD 국가의 출산 전후 사망률이 크게 낮아졌다.

2009년 여성 10만 명 당 산과 및 부인과 전문의 수는 체코, 그리스, 이탈리아, 슬로바키아에서 가장 높게 나타났다 (그림 3.5.1). 이들 국가들은 산과 의사가 출산 전과 출산 중 관리에서 주요한 역할을 하는 국가이다. 산과 및 부인과 전문의 수가 가장 적은 국가는 아일랜드, 뉴질랜드, 캐나다, 일본이었다.

2000년 이후 여성 10만 명 당 산과 및 부인과 전문의 수는 대부분의 국가에서 평균 1.5% 증가율을 보였다. 산과 및 부인과 전문의 수는 에스토니아와 프랑스에서 안정적인 수준으로 유지되고 있었으며 일본과 폴란드에서는 상당히 감소했다 (그림 3.5.1).

2009년 여성 인구 10만 명 당 조산사의 수는 호주, 아이슬란드, 스웨덴에서 가장 높았다 (그림 3.5.2). 아이슬란드와 스웨덴은 전통적으로 출산전과 분만 시 1차적 책임을 지고 활동하는 조산사 수가 많다 (Johanson, 2002). 반면 지난 10년 동안 여성 1인당 조산사 수는 캐나다와 슬로베니아에서 증가했지만 한국에서는 감소했다. 한국의 조산사 수 감소는 지속적인 출산율 감소와 연관이 있다. 에스토니아와 헝가리에서는 2000년과 2009년 사이 1인당 조산사 수가 감소했다. 헝가리의 경우 보건의료 개혁의 일환으로 모성 병동의 병상 수를 절반 이상 줄였기 때문에 2006년과 2007년에 조산사 수가 특히 많이 감소했다.

지난 10년 동안 네덜란드에서 조산사 수는 산과 및 부인과 전문의 수 보다 빠르게 증가했으며 조산사가 참여하는 병원에서의 출산 수도 1998년 8%에서 2007년 26%로 증가했다 (Wieggers and Hukkelhoven, 2010).

서비스 제공자의 혼합은 출산 전후 서비스의 비용에 직간접적인 영향을 미친다. 조산사를 쓰는 서비스 가격이 낮은 경향이 있다. 왜냐하면 조산사 교육에 드는 시간이 산과/부인과 전문의에 비해 적게 들어 조산사에 대한 보수도 상대적으로 저렴하기 때문인 것으로 보인다. 이와 더불어 산과 전문의는 의료적인 서비스를 제공하려는 경향이 있다. 9개의 유럽 국가를 조사한 결과 산과 전문의보다 조산사나 간호사를 더 많이 고용하는 국가와 병원이 분만 비용이 낮은 것으로 나타났다 (Bellanger and Or, 2008).

조산사에 의존하는 비율이 높은 체계가 효과가 더 낫다는 증거는 없다. 몇몇 연구 결과를 보면 조산사가 주도하는 서비스가 합병증을 덜 유발한다는 것을 알 수 있다 (Hattem et al., 2008). 합병증이 있어서 산과 전문의의 지원이 필요한 경우도 있지만 일반적인 임신인 경우 출산 전 관리와 조언을 제공하는 데 있어서 조산사도 산과 전문의 만큼이나 효과적이라는 것을 알 수 있다 (Di Mario et al., 2005).

정의와 비교 가능성

산과 및 부인과 의사 수는 산과 전문의와 부인과 전문의 수를 합산한 것이다.

산과 전문의, 부인과 전문의, 조산사 수는 머릿수로 계산한 것이며, 그들 중 상근과 비상근 근로자를 따로 구분하여 계산하지는 않았다.

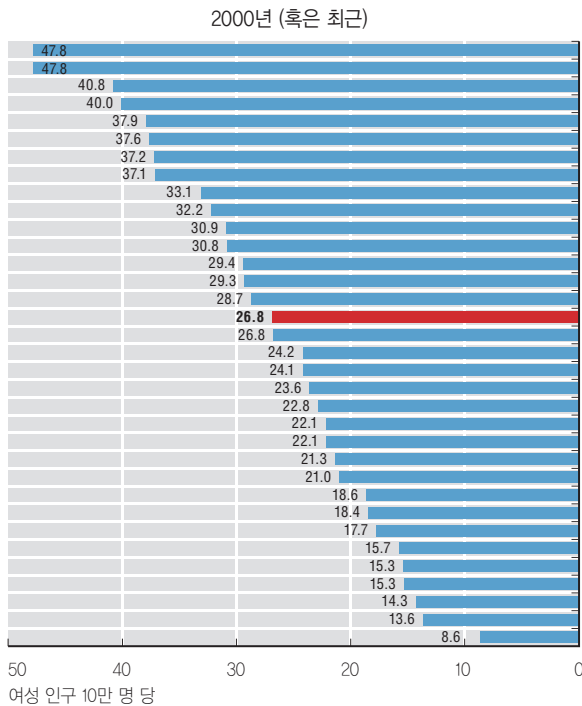
캐나다의 조산사 수는 조산사로 활동하는데 특별한 자격증을 요구하지 않는 지역에서 활발하게 활동하는 조산사 수는 계산하지 않기 때문에 과소 추정되었을 가능성이 있다. 오스트리아의 경우 조산사 수는 병원에서 일하는 사람만 계산했기 때문에 40-50% 정도 과소 추정되었다.

이스라엘에 대한 정보는

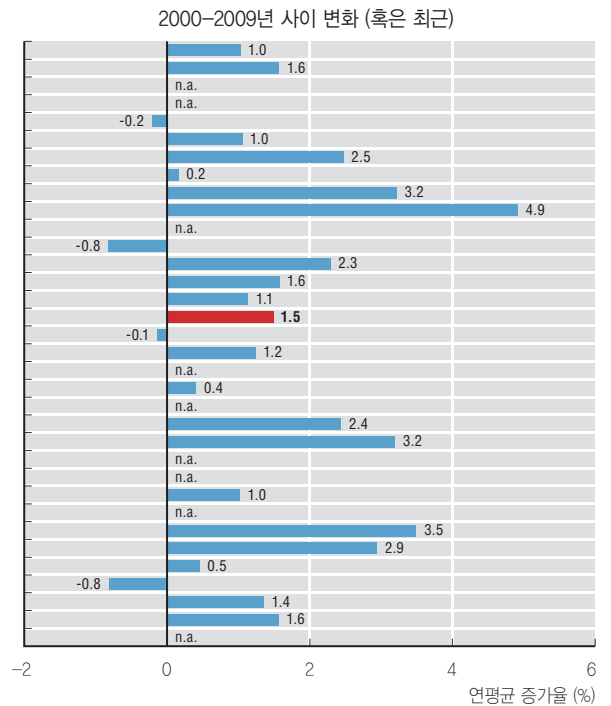
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.5. 부인과 의사, 산과 의사 및 조산사

3.5.1 2009년 여성 인구 10만 명 당 산과 및 부인과 의사, 2000-2009년 사이 변화



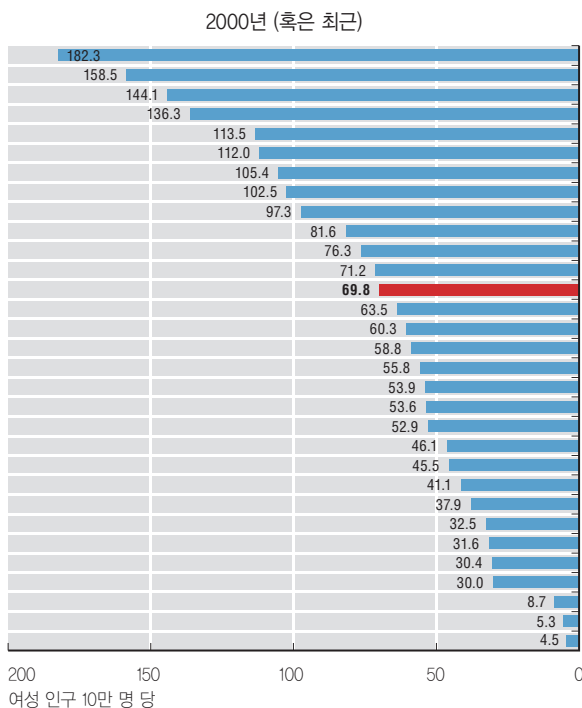
체코
그리스
이탈리아
슬로바키아
이스라엘
독일
오스트리아
에스토니아
스위스
멕시코
슬로베니아
폴란드
룩셈부르크
스웨덴
핀란드
OECD
미국
벨기에
헝가리
프랑스
아이슬란드
노르웨이
영국
핀란드
한국
덴마크
터키
호주
네덜란드
칠레
일본
캐나다
뉴질랜드
아일랜드



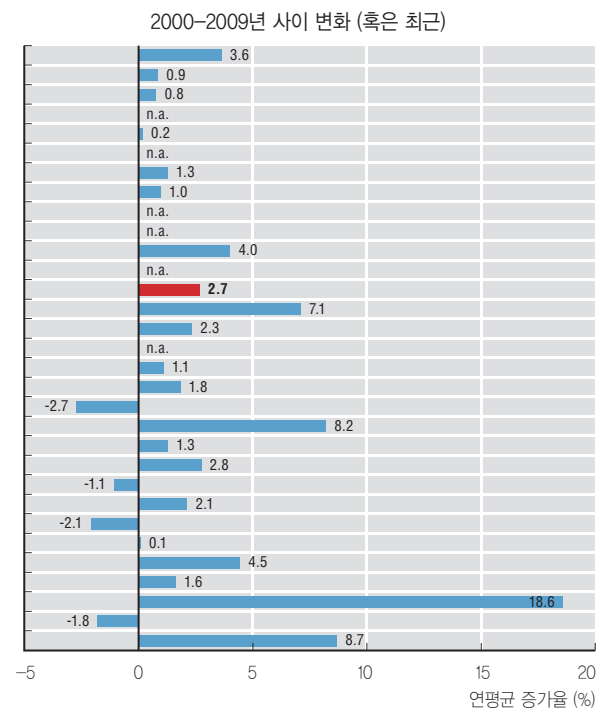
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524203>

3.5.2 2009년 여성 인구 10만 명 당 조산사, 2000-2009년 사이 변화



호주
아이슬란드
스웨덴
터키
폴란드
뉴질랜드
영국
노르웨이
벨기에
체코
핀란드
룩셈부르크
OECD
슬로바키아
이탈리아
덴마크
에스토니아
칠레
그리스
독일
이스라엘
일본
헝가리
스페인
네덜란드
오스트리아
오스트리아
슬로베니아
한국
캐나다



1. 오스트리아의 경우 조산사 수는 병원에 고용된 조산사만 자료에 포함됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524222>

3.6. 정신과 의사

성인 인구의 약 10% 정도가 언젠가는 정신 혹은 행동 장애를 보고하게 될 것이다 (WHO, 2001). 정신 건강에 문제가 있는 사람들은 일반의, 정신과 의사, 심리학자, 심리치료사, 사회복지사, 전문 간호사 등 다양한 전문가에게 도움을 받는다. 이번 섹션에서는 심리학자와 같은 다른 전문가에 대한 비교 자료를 얻는 것이 제한적이기 때문에 정신과 의사에 초점을 맞추어 자료를 제공하고자 한다. 정신과 의사는 우울증, 학습장애, 알코올 중독, 마약중독, 식이장애, 편집증과 같은 인격장애 등 다양한 정신 건강 문제의 진단 및 치료를 담당한다.

유럽에서 2010년 실시된 인구기반 조사에 따르면 EU 국가들에서 평균적으로 인구의 15%가 지난 1년간 심리적, 감정적인 문제로 전문가의 도움을 구했다고 보고했다 (Eurobarometer, 2010). 전문가의 도움을 요청한 사람 중 4분의 3 (73%)은 일반의와 상담했으며 11%는 정신과 의사를 찾았고, 14%는 심리학자의 도움을 받았다 (그림 3.6.2).

2009년 대부분 OECD 국가의 정신과 의사 수는 인구 10만 명 당 10-20명사이다. 이 수치는 지금까지 스위스에서 인구 10만 명 당 42명으로 가장 높았고 몇몇 북유럽 국가 (아이슬란드, 노르웨이, 핀란드, 스웨덴)와 프랑스가 인구 10만 명당 21명에서 23명 정도로 그 뒤를 이었다. 멕시코, 터키, 칠레, 한국, 폴란드에서는 인구 10만 명 당 정신과 의사가 10명 미만으로 가장 적었다 (그림 3.6.1).

자료 수집이 가능한 OECD 대부분의 국가에서 2000년 이후 1인당 정신과 의사 수가 증가했다. OECD 국가들의 경우 2000년에서 2009년 사이 연평균 증가율이 2% 이상이었다. 특히 폴란드, 스위스, 오스트리아, 영국의 경우 빠른 증가율을 보였다. 같은 기간 동안 이스라엘, 프랑스, 미국의 1인당 정신과 의사 수는 약간 감소했다 (그림 3.6.1).

다른 전문의와 마찬가지로 정신과 의사는 한 국가 내에서도 불균등하게 분포되어 있었다. 어떤 지역의 경우에는 정신과 의사 수가

부족했다. 예를 들면 호주의 1인당 정신과 의사 수는 주요 도시가 농어촌 지역보다 4.6배 많았다 (AIHW, 2010a).

국가마다 정신과 의사의 역할은 상이하다. 스페인과 같은 국가들은 정신과 의사가 일반의와 긴밀한 협조를 한다. 따라서 비록 정신과 의사 수는 상대적으로 적지만 정신질환을 앓고 있는 사람들이 정신과 의사를 찾는 비율은 정신과 의사 수가 많은 국가들보다 더 높다. 왜냐하면 일반의가 정신과 의사를 소개해주는 비율이 높기 때문이다 (Kovess-Masfety, 2007).

심리학자를 비롯한 다른 정신건강 서비스 제공자들의 역할도 국가별로 상이하다. 예를 들면, 네덜란드에서는 의료보험제도에서 보장하는 서비스를 활발하게 제공하는 심리학자들이 많다. 프랑스와 같은 국가에서는 심리학자 수는 적고, 그들이 제공하는 서비스는 공공 의료보험의 보장을 받지 못한다 (Kovess-Masfety, 2007).

정의와 비교 가능성

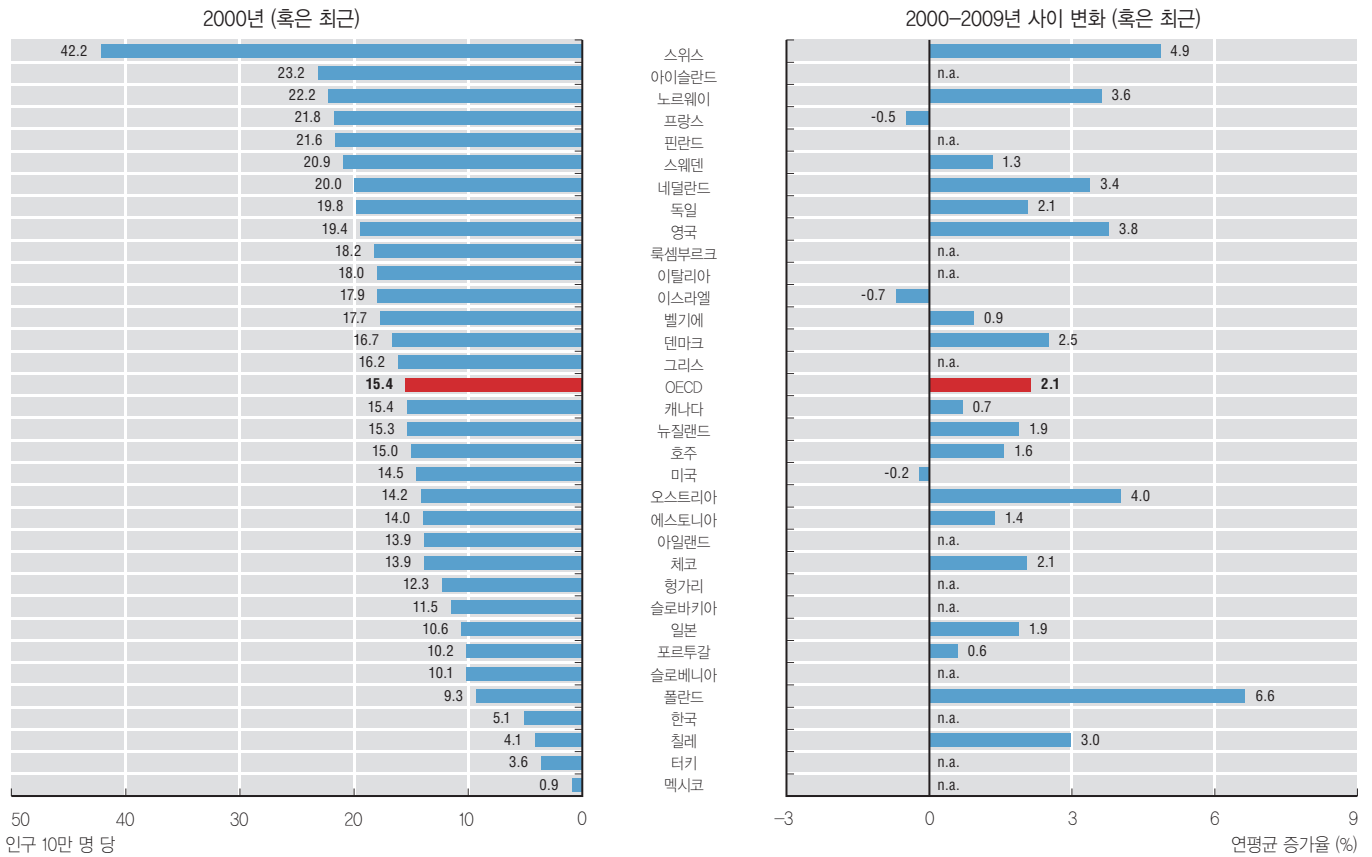
정신과 의사는 정신질환의 예방, 진단, 치료를 전문으로 한다. 정신과 의사는 졸업 후 정신의학에 대한 수련을 받고, 신경정신의학과 소아정신의학과 같이 특정 분야에 대해 추가로 수련 받는 경우도 있다. 대부분의 국가에서 정신과 의사는 심리학자가 할 수 없는 의약품 처방을 할 수 있다.

그림의 내용은 정신과 의사, 신경정신의학 전문의, 소아정신의학 전문의 수를 포함하며 심리학자는 제외되었다. 수치는 상근, 비상근에 상관없이 정신과 의사의 머릿수로 표현된 것이다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

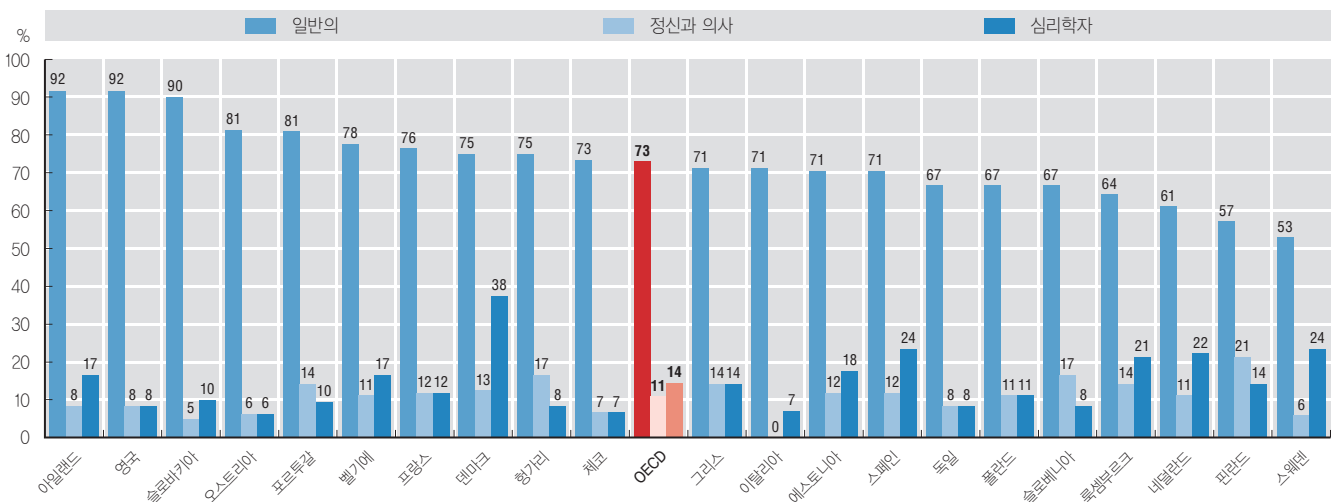
3.6.1 2009년 인구 10만 명 당 정신과 의사와 2000-2009년 사이 변화



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524241>

3.6.2 정신질환 상담의 제공자 유형, 일부 EU국가, 2010년



주석 : 인터뷰 시 질문내용은 "지난 12개월 동안 정신적, 감정적 문제로 전문가를 찾은 적이 있습니까?" 였음. 그렇다고 대답한 경우 상담을 제공한 사람을 제공된 목록에서 선택하도록 함 (복수 응답 가능).

출처 : Eurobarometer, February- March 2010.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524260>

3.7. 간호사

대부분 OECD 국가에서 간호사는 보통 보건의료 전문 인력 중 가장 수가 많고 의사보다 월등히 수가 많다. 간호사는 병원과 장기요양기관 같은 전통적인 조직 형태에서 의료 제공의 중요한 역할을 할 뿐만 아니라 1차 진료(특히 만성질환 환자를 돌보는 일)와 재가진료 조직 형태에서도 그 역할이 더욱 중요해지고 있다.

하지만 많은 국가에서 간호사 수의 부족에 대한 우려가 있고, 앞으로 간호사에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 있으며, 베이비 붐 세대의 고령화로 많은 간호사가 퇴직을 하면 앞으로도 이러한 우려는 더욱 심각해 질 것이다. 그래서 많은 국가들은 신규 간호사의 훈련을 늘리고 이와 더불어 현직 간호사들을 유지하기 위한 노력을 기울이고 있다(OECD, 2008a).

2009년 OECD 국가 평균 간호사 수는 인구 1,000명 당 8.4명이다(그림 3.7.1). 1인당 간호사 수가 가장 많은 국가는 인구 1,000명 당 간호사 수가 14-15명인 북유럽 국가들이다. 벨기에의 경우 간호사 자격증을 갖춘 모든 사람을 포함한 자료로 과다 추정되기는 했지만 스위스와 벨기에의 1인당 간호사 수도 많다. OECD 국가에서 1인당 간호사 수가 가장 적은 국가는 칠레(공공 부문에서 근무하는 간호사 수만 포함했기 때문에 과소 추정 되었음), 터키, 멕시코, 그리스였다. 인도, 브라질, 인도네시아, 중국과 같은 주요 신흥 경제국들의 경우 2009년 인구 1,000명 당 간호사 수가 1.5 명으로 OECD 국가 평균과 비교했을 때 낮은 수준을 보였지만 브라질과 중국에서는 최근 간호사 수가 급증하고 있다(그림 3.7.1).

지난 10년 동안 대부분 OECD 국가에서 1인당 간호사 수가 증가했으며 2000-2009년 사이에는 1.8% 증가했다. OECD 국가 중 칠레가 연간 12%로 가장 큰 증가율을 보였지만 여전히 1인당 간호사 수는 매우 낮은 수준이다. 포르투갈과 한국에서도 간호사 수가 크게 증가했다. 이스라엘에서는 2000-2009년 사이 1인당 간호사 수가 감소했다. 최근 간호대학 졸업생 수가 늘어나면서 앞으로 간호사 수가 늘 전망이기는 하지만 같은 기간 동안 슬로바키아의 간호사 수도 감소했다. 호주와 네덜란드의 경우 2000-2007년 사이 1인당 간호사 수가 감소했지만, 그 이후 다시 증가했다.

2009년 간호사 대 의사 비율은 아일랜드의 경우 의사 1명 당 간호사 5명, 칠레, 그리스, 터키의 경우 의사 1명 당 간호사 1명으로 다양하게 나타났다(그림 3.7.2). 의사 1인당 간호사 수는 이탈리아, 멕시코, 이스라엘, 포르투갈, 스페인에서 상대적으로 낮게 나타났다. OECD 국가 평균은 의사 1명 당 간호사 3명 이하로 나타났다, 대부분의 국가의 경우 2명에서 4명 사이로 발표했다. 그리스와

이탈리아의 경우 의사의 과잉공급과 간호사 공급의 부족으로 자원의 비효율적인 할당 결과를 가져왔다는 증거가 있다(OECD 2009a; Chaloff, 2008).

의사의 부족에 대응하고 진료에 적절한 접근성을 부여하기 위해 몇몇 국가에서는 간호사 대한 보다 전문적인 역할을 고안했다. 미국, 캐나다, 영국의 진료 간호사에 대한 평가를 보면 전문적인 역할을 부여받은 간호사들이 의료서비스의 접근성을 높이고 대기시간을 줄이면서 경미한 질병이나 일상적인 추구관리가 필요한 환자들에 대한 서비스 측면에서는 의사와 동일한 질의 서비스를 제공할 수 있었다. 대부분 평가 결과를 보면, 비용 측면에서는 비용 감소 또는 비용 중립인 반면에 환자의 만족도가 높게 나타나고 있다. 간호사에게 새롭게 전문적인 역할을 부여하려면 법적, 규제적인 변화를 통해 간호사의 진료 범위를 넓히는데 대한 장애물을 제거해야 할 것이다(Dalamaire and Lafortune, 2010).

정의와 비교 가능성

간호사는 자영업을 포함하여 모든 공공 및 민간 조직 형태에 고용되어 직접 환자에게 서비스를 제공하는 사람을 말한다. 일부 국가의 경우 관리자, 교육자 또는 연구원으로 일하는 인력까지 포함하는 경우가 있다.

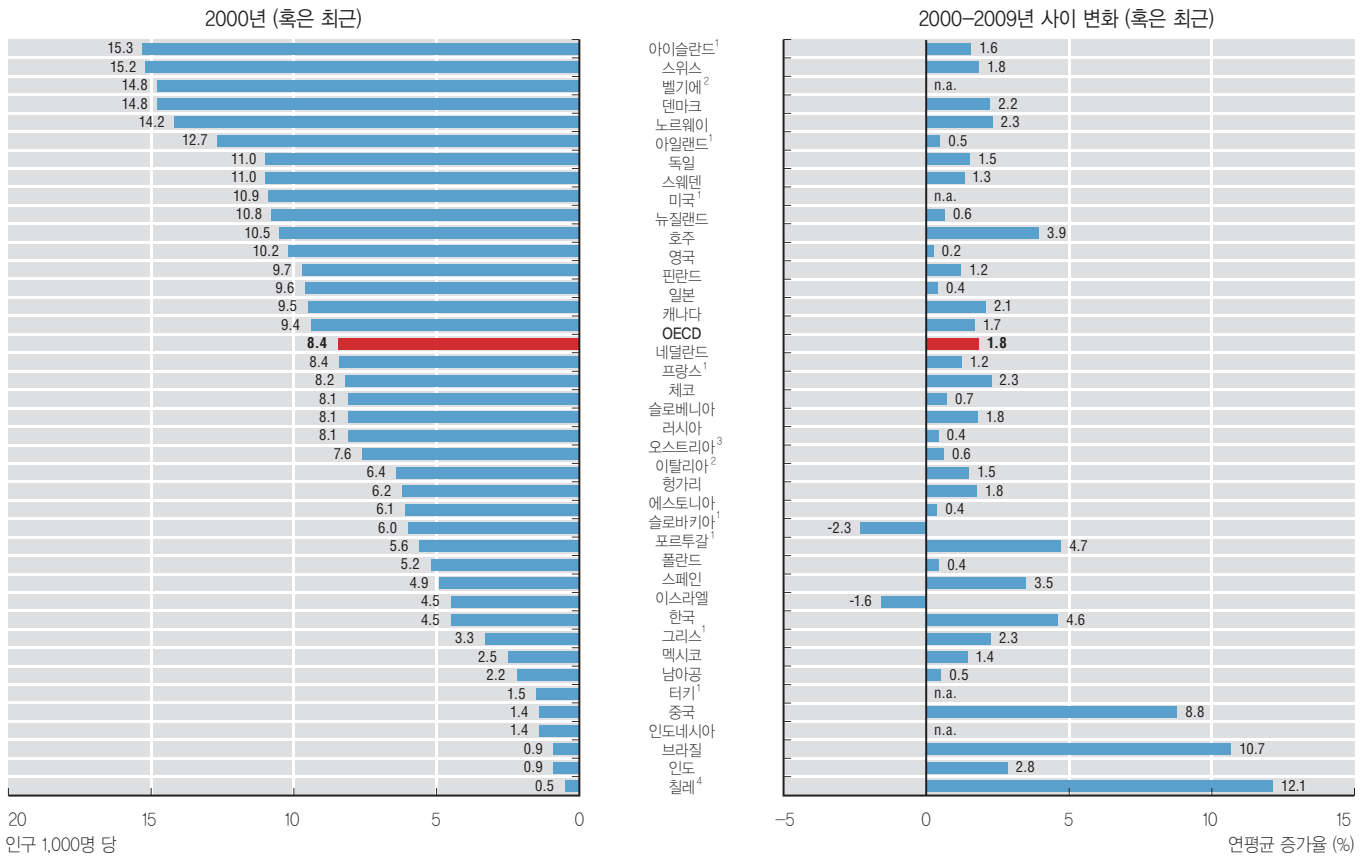
이 국가들의 경우 간호사의 종류가 여러 가지이다. 이 책자의 자료는 고등 교육을 받고 고급의 일을 담당하는 “전문 간호사(professional nurses)”와 그 보다는 낮은 수준의 교육을 받았지만 간호사로 인정받고 등록된 “준 전문간호사(associate professional nurses)”를 포함한다.

조산사와 간호사로 인정받지 못하는 간호 보조인력들은 보통 통계에서 제외되었다. 그러나 OECD 국가 절반 정도가 조산사를, 간호전문가로 인정된다는 이유로 자료에 포함시켰다. 오스트리아의 경우 병원에서 일하는 간호사만 포함시켜 간호사 수가 과소 추정되었다. 칠레의 경우 공공부문에서 근무하는 간호사만 포함시켰다. 독일의 자료는 3년간의 교육을 마치고 노인들에게 서비스를 제공하는 25만 명의 간호사(추가적으로 간호사의 30% 정도)를 포함하지 않았다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.7.1 2009년 인구 1,000명 당 활동 간호사, 2000-2009년 사이 변화

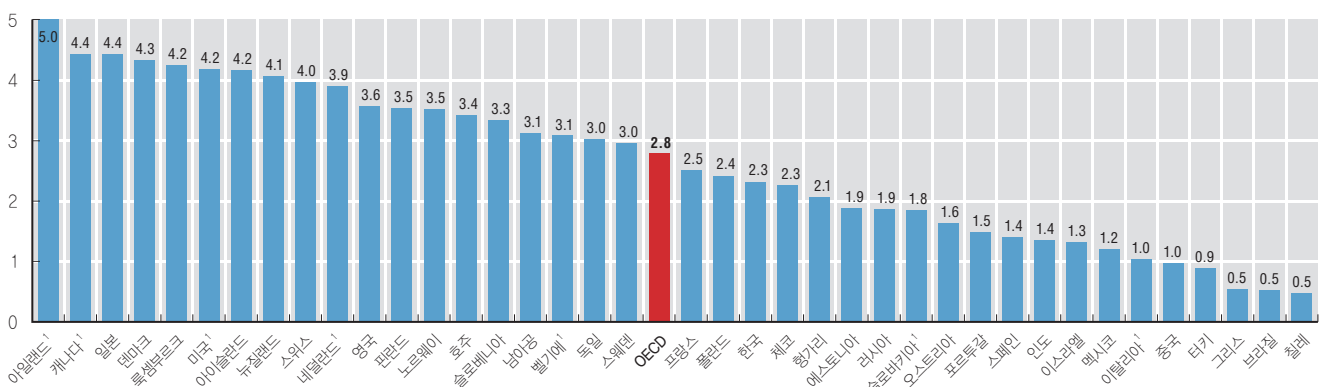


1. 직접 환자에게 서비스를 제공하는 간호사뿐만 아니라 관리자, 교육자, 연구원으로 활동하는 간호사도 포함.
2. 간호사 자격증이 있는 모든 간호사를 의미함.
3. 오스트리아는 병원에서 근무하는 간호사만 포함함.
4. 칠레는 공공분야에서 근무하는 간호사만 포함함.

출처 : OECD Health Data 2011, 러시아 연방의 경우 WHO-Europe, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524279>

3.7.2 의사 대비 간호사 비율, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, 러시아 연방의 경우 WHO-Europe, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524298>

3.8. 간호대학 졸업생

최근 많은 OECD 국가들은 현재의 혹은 앞으로의 간호사 수 부족에 대비하여 간호대학 학생 수를 늘리려는 조치를 취하고 있다. 많은 국가에서 간호 인력이 노령화되고 간호사 중 베이비 붐 세대가 곧 은퇴함에 따라 간호 교육에 투자를 늘리는 것이 중요하다.

2009년 OECD 국가 인구 10만 명 당 간호대학 신규 졸업생 수는 평균 39명이다 (그림 3.8.1). 슬로바키아는 인구 10만 명 당 간호대학 신규 졸업생 수가 152명으로 가장 많았다. 2006년 이후 슬로바키아의 간호대학 졸업생 수는 2006년 3,732명에서 2009년 8,888명 이상으로 2배 이상 증가했다. 간호대학 졸업률은 전통적으로 1인당 간호사 수가 상대적으로 매우 작은 터키, 칠레, 그리스, 이탈리아에서 가장 낮았다. 룩셈부르크 역시 간호대학 졸업률은 낮지만 해외에서 수련한 간호사 수가 많다.

간호 교육에 관한 제도도 OECD 국가마다 차이를 보였다. 몇몇 국가에서는 간호 교육과정의 입학생 수에 제한이 없었다. 벨기에, 칠레, 네덜란드, 노르웨이, 뉴질랜드, 미국이 바로 제한이 없는 국가들이다. 미국의 경우 간호 교육에 대한 공적 자금 투입이 간호대학 의 학생 수용 수준에 직접적인 영향을 미친다. 그러나 대부분 국가들은 간호대학 입학생 정원을 규제하고 있다 (OECD, 2008a).

간호교육의 확대는 활동 간호사 1,000명 당 졸업생 수에서 확연히 나타난다 (그림 3.8.2). 2007년 OECD 국가에서는 평균적으로 활동 간호사 1,000명 당 졸업생 수가 2007년 42명에서 2009년 58명으로 증가했다. 슬로바키아, 한국, 칠레의 활동 간호사 당 신규 졸업생 수는 많지만 한국과 칠레의 경우 상대적으로 간호사 수가 적은데 기인한다. 활동 간호사 당 신규 졸업생 수는 룩셈부르크에서 가장 낮았지만 해외에서 훈련 받은 간호사를 들여오으로써 보충하고 있다.

지난 10년 동안 많은 OECD 국가에서 활동 간호사 수가 증가했다. 예를 들어 프랑스의 경우 2000년과 2009년 사이 그 수가 60% 증가했으며 같은 기간 동안 스위스는 27% 증가했다 (그림 3.8.3).

이탈리아에서도 현재 그리고 미래의 간호사 부족에 대비하여 최근 간호대학 입학생 수를 크게 증가시켜 2000년에 6,000명 미만

이었던 간호대학 신규 졸업생 수가 2009년에는 11,000명으로 늘어났다. 하지만 매년 간호사를 그만두는 사람이 13,000명에서 17,000명 정도가 되기 때문에 이를 고려하면 간호대학 졸업생 수가 증가했지만 현재와 미래 수요를 충족시키기에 충분하지 못할 수도 있다 (Chaloff, 2008).

일본에서는 2000년과 2006년 사이 간호대학 졸업생 수가 약간 감소했다. 하지만 2008년 이후에는 증가 추세로 돌아섰으며 앞으로 졸업생 수가 계속 늘어날 것으로 예측된다.

간호교육의 확대가 간호사 공급에 미치는 영향은 다른 노동 정책에 따라 달라진다. 보수를 높이고 근무 환경을 개선하는 방법으로 간호사들을 더욱 오래 근무하도록 하는 정책적인 변화는 다수의 간호사 양성에 대한 투자가 성과를 거둘 수 있도록 할 것이다 (Buchan and Black, 2011).

정의와 비교 가능성

간호대학 졸업생 수란 면허 또는 등록 간호사가 되기 위해 요구되는 인정 자격을 취득한 학생 수로 정의된다. 높은 수준의 간호 프로그램 (high level nursing programmes)과 낮은 수준의 간호 프로그램 (low level nursing programmes)을 졸업한 학생을 모두 포함했다. 중복 계산을 방지하기 위해서 간호학 석사나 박사 과정을 졸업한 학생은 제외한다.

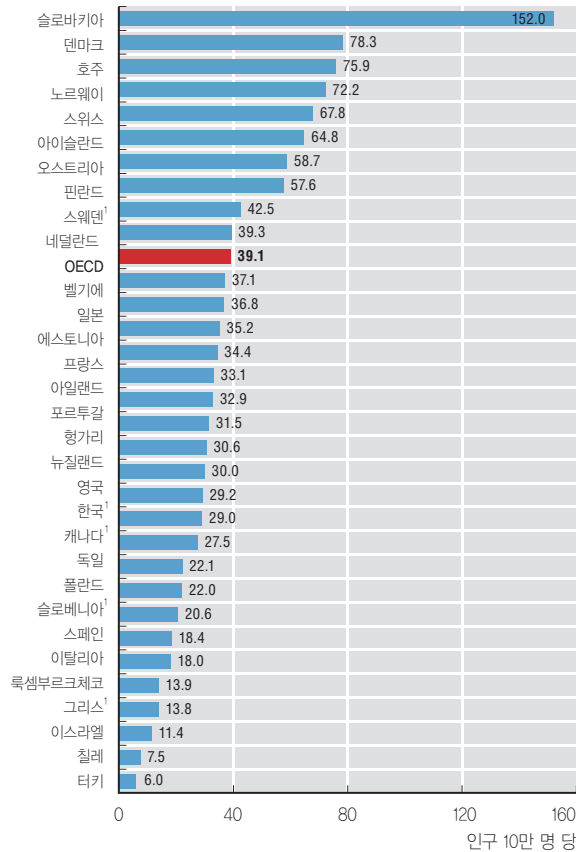
캐나다, 그리스, 한국, 슬로베니아, 스웨덴에서 보고한 수치는 낮은 수준의 간호 프로그램 (lower-level nursing programmes)을 마친 졸업생은 포함되지 않은 것이고, 독일 자료의 경우 3년제 노인간호 교육과정을 졸업한 간호사는 포함하지 않았기 때문에, 이들 국가의 경우 1인당 졸업률이 과소 추정되었다.

하지만 활동 간호사 당 졸업률의 계산에서는 과소 추정을 피하기 위해 분모와 분자에 같은 범주의 간호사를 포함하여 계산했다. 영국은 해외에서 졸업한 간호사를 제외했다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.8.1 인구 10만 명 당 간호대학 졸업생, 2009년 (혹은 최근)

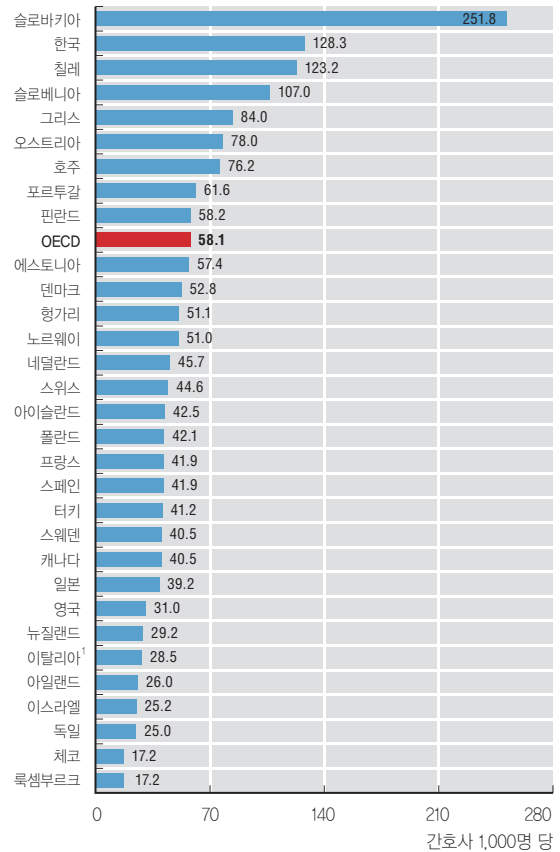


1. 졸업생 수에 낮은 수준의 간호프로그램 졸업생 수는 포함하지 않아 과소 추정됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524317>

3.8.2 간호사 1,000명 당 간호대학 졸업생, 2009년 (혹은 최근)



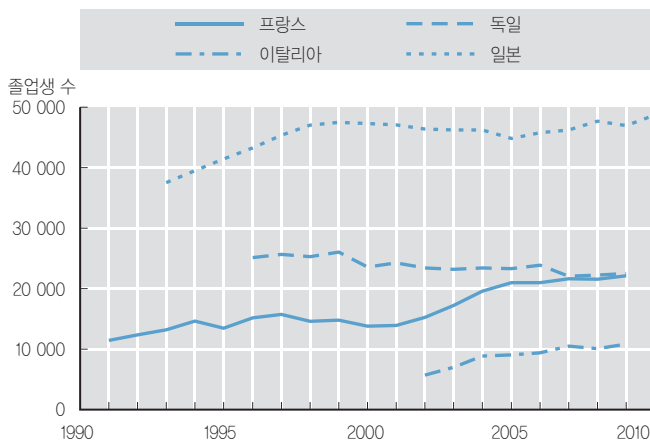
주석 : 분모와 분자에 같은 범주의 간호사를 포함하여 계산함.

1. 분모에는 활동할 수 있는 자격을 갖춘 모든 간호사가 포함됨.

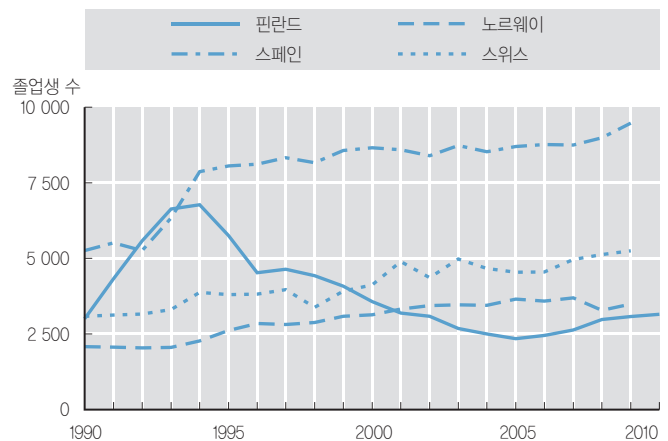
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524336>

3.8.3 간호대학 졸업생 절대수치, 일부 OECD 국가, 1990-2010년



출처 : OECD Health Data 2011.



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524355>

3.9. 간호사 보수

간호사의 보수 수준은 직업 만족도와 직업 매력도에 영향을 주는 요인 중 하나이다. 보건 의료 제도에서 임금은 주요 지출원이기 때문에 간호사의 보수는 비용에 직접적인 영향을 미친다.

국가마다 다른 체계를 사용하여 보수에 관한 자료를 수집하고 또 다른 범주에 있는 간호사를 기준으로 자료를 만들기 때문에 국가간 비교할 만한 자료를 수집하는 것은 어렵다. 이번 장에서 나온 자료는 일반적으로 병원에서 근무하는 간호사의 보수에 초점을 맞추고 있지만, 몇몇 국가들의 경우 자료가 포괄하는 범주가 다르다 (“정의와 비교 가능성” 참조).

간호사 보수에 관한 자료는 두 가지 방법으로 제시되었다. 우선 간호사 보수를 각국의 평균 임금과 비교했다. 이는 다른 직업에 대한 간호사 직업의 상대적인 금전적 매력을 보여주는 것이다. 두 번째로 각 국가의 간호사 보수 수준을 구매력평가지수로 조정된 미 달러화로 환산하여 다른 국가의 간호사와 비교한 각국 간호사의 상대적인 경제적 안녕을 보여준다.

2009년 대부분 국가에서 평균 임금보다 간호사의 임금이 약간 높은 것으로 나타났다. 멕시코는 평균 임금보다 간호사 임금이 2.4배나 높았다. 뉴질랜드와 룩셈부르크에서는 다른 직종보다 간호사 임금이 각각 50%, 40% 높은 것으로 나타난 반면 미국의 경우에는 30% 높았다. 그러나 다른 국가에서는 병원에서 근무하는 간호사의 임금이 평균 임금과 비슷한 수준이었고, 슬로바키아와 헝가리의 경우 오히려 평균 임금보다 낮았다 (그림 3.9.1).

공동 화폐로 환산했을 때 룩셈부르크의 간호사 보수는 헝가리, 슬로바키아, 에스토니아 체코보다 4-6배 정도 높았다 (그림 3.9.2). 미국의 간호사들 역시 다른 국가의 간호사와 비교해 봤을 때 높은 임금을 받았다. 이는 미국이 해외에서 간호사를 많이 끌어들이고 있는 이유를 보여준다 (Aiken and Cheung, 2008). 멕시코에서는 다른 직종과 비교해 보았을 때 간호사 임금이 높은 수준이지만, 미국 등 다른 국가와 비교했을 때는 낮은 수준이다.

헝가리를 제외한 모든 OECD 국가에서 지난 10년 사이 간호사 실질보수 (인플레이션 고려)는 증가했다. 헝가리의 경우 2003-2009년 사이 간호사 보수에 변함이 없었다. 간호사의 보수는 특히 슬로바키아, 체코에서는 크게 증가하여 다른 유럽 국가 간호사 보수와의 차이를 어느 정도 좁혔다. 슬로바키아, 체코, 뉴질랜드, 미국, 호주, 캐나다에서 간호사 임금은 다른 직종에 비해 크게 증가하여 간호사 직업에 대한 금전적 매력을 높였다 (그림 3.9.3).

간호사 보수의 경쟁력, 보수의 형평성, 간호사의 불균등한 지리적 분포와 부족을 해결하기 위해 최근 몇몇 국가에서는 간호사 보수를

높였다. 2006-2009년 사이 체코, 핀란드, 뉴질랜드, 영국은 특정 범주의 간호사에 대한 임금을 인상했다. 이러한 임금 인상으로 간호 교육기관의 지원자 수가 증가했지만, 간호사 노동시장은 근무환경과 근무조건, 경력 발전 가능성, 개인의 우선순위 등 복잡한 것들이 서로 작용하기 때문에 현재 일하고 있는 간호사에 대해 어떠한 영향을 미쳤는지에 대해서는 파악하기 어렵다 (Buchan and Black, 2011). 아이슬란드에서 경제 위기에 대한 대응으로 간호사 보수를 삭감하여 정규 근무 시간이 증가했지만, 초과 근무 시간은 줄어들었다 (Friðfinnsdóttir and Jónsson, 2010).

정의와 비교 가능성

간호사의 보수란 사회보장 보험료 및 소득세를 포함한 연평균 총 소득을 말한다. 보수는 통상 보너스, 야간 근무 수당, 초과 근무 수당 등과 같은 모든 공식적인 수당을 포함한다. 캐나다, 뉴질랜드, 미국은 병원에서 근무하는 간호사 이외의 간호사들에 대한 자료를 포함하는 것이지만, 대부분의 국가들은 병원에서 일하는 간호사만을 대상으로 한다. 캐나다와 같은 국가에서 간호사 보수의 수준 및 구조는 국가가 아닌 주 차원에서 결정되기 때문에 같은 국가라도 지역별로 차이가 날 수 있다.

호주, 캐나다, 덴마크, 미국에서는 등록된 (“전문 간호사”) 간호사만을 포함하기 때문에 낮은 수준의 간호사 (“준 전문 간호사”)를 포함한 국가보다 과다 추정되고 있다.

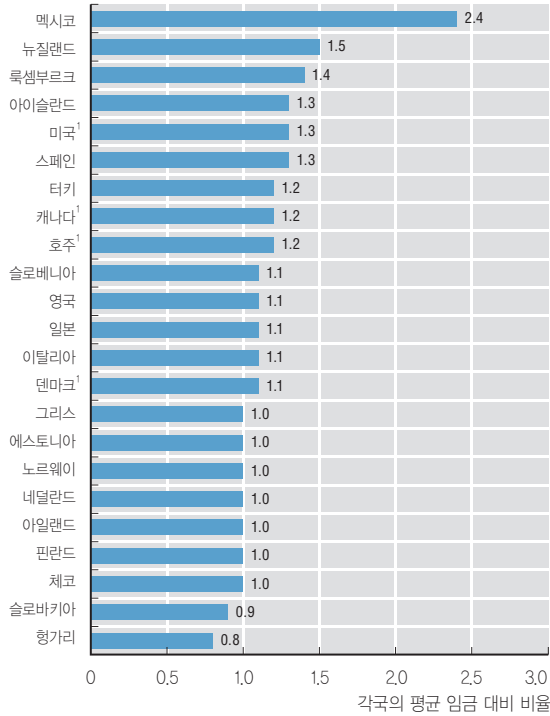
비상근 간호사를 포함한 (이로써 과소 추정됨) 벨기에를 제외하고 모든 자료는 상근 간호에 대한 자료이다. 일부 국가의 경우 초과 근무 수당을 포함하지 않고 있다 (예 : 이탈리아, 포르투갈, 슬로베니아). 비공식적인 사례비가 전체 수입의 상당 부분을 차지하는 국가도 있지만, 비공식적인 사례비에 대한 자료를 제공한 국가는 없었다.

아이슬란드, 멕시코, 뉴질랜드를 제외한 모든 국가에서 간호사와 다른 직종의 상근 근로자 평균 임금을 비교했다. 상기 세 개 국가의 경우 일부 산업군의 평균 임금과 비교했다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3.9.1 병원 간호사의 보수, 평균 임금 대비 비율, 2009년 (혹은 최근)

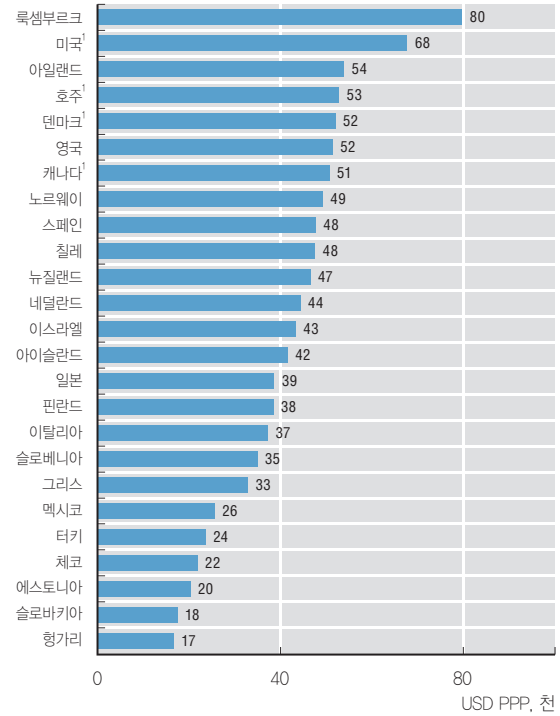


1. 미국, 캐나다, 호주, 덴마크의 경우 등록된 ("전문") 간호사에 대한 자료로 과다 추정됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524374>

3.9.2 병원 간호사의 보수, USD PPP (미국 달러화 환산 구매력평가지수), 2009년 (혹은 최근)

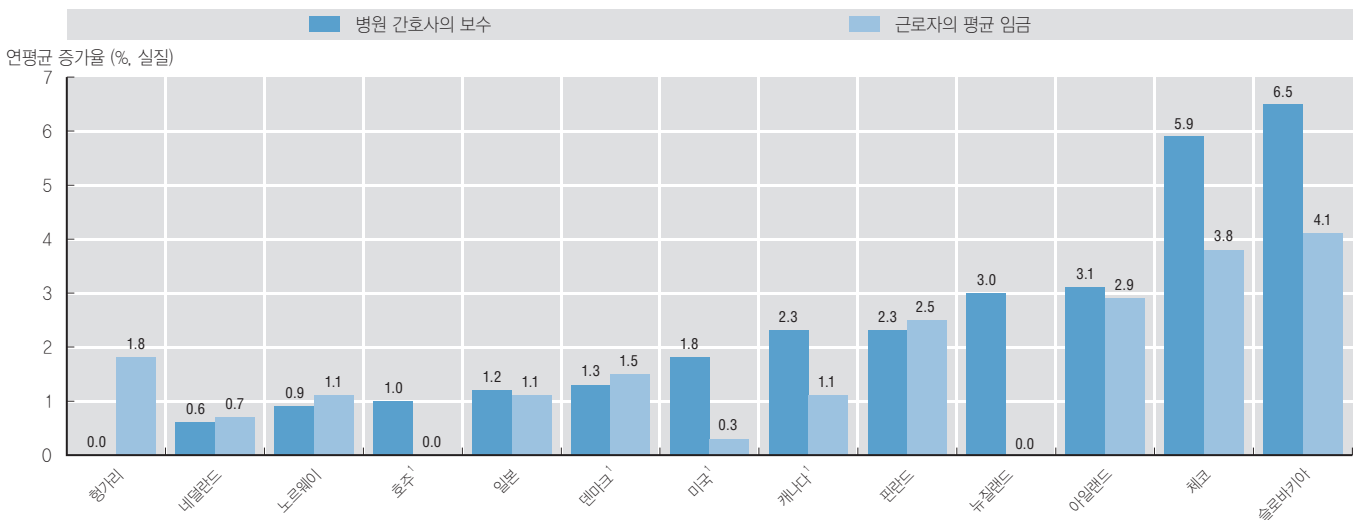


1. 미국, 캐나다, 호주, 덴마크의 경우 등록된 ("전문") 간호사에 대한 자료로 과다 추정됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524393>

3.9.3 병원 간호사의 보수 증가, 2000-2009년 사이 (혹은 최근)



1. 미국, 캐나다, 호주, 덴마크의 경우 등록된 ("전문") 간호사에 대한 자료로 과다 추정됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524412>





제4장 보건의료 활동

- 4.1. 의사 진찰
- 4.2. 의료기술
- 4.3. 병상
- 4.4. 퇴원
- 4.5. 평균재원일수
- 4.6. 심장 시술 (관상동맥성형술)
- 4.7. 고관절 및 무릎관절 치환술
- 4.8. 신부전증 치료 (투석과 신장이식)
- 4.9. 제왕절개
- 4.10. 백내장 수술
- 4.11. 의약품 소비

4.1. 의사 진찰

의사 진찰은 의사 진료실, 클리닉, 병원의 외래 부문, 혹은 경우에 따라서 환자의 집에서 이루어질 수 있다. 많은 유럽국가 (예 : 덴마크, 이탈리아, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 영국)는 환자에게 모든 질환의 새로운 증상 발현에 대해 소위 “문지기 (gatekeeper)”인 일반의의 진찰을 받도록 요구하거나 또는 일반의의 진찰을 받을 경우 인센티브를 제공한다. 필요한 경우 일반의는 환자를 전문의에게 의뢰한다. 다른 국가 (예 : 오스트리아, 체코, 아이슬란드, 일본, 한국)에서 환자들은 직접 전문의를 방문할 수 있다.

연간 1인당 의사 진찰 건수는 일본과 한국의 13건, 체코, 헝가리, 슬로바키아의 11명 이상에서부터 칠레, 멕시코, 스웨덴의 3명 이하까지 다양하게 나타났다 (그림 4.1.1). OECD 국가 평균은 연 6.5건이다. 국가별로 차이가 나는 데는 문화적인 요인도 작용하지만 보건의료 체계의 특징도 한 몫 한다. 의사에 대해 행위별 수가 방식으로 지불하는 국가들의 경우 평균 이상의 진찰률을 기록하는 것으로 나타났다 (예 : 일본과 한국). 반면 월급을 주는 국가의 의사들의 경우 평균보다 낮은 진찰률을 보였다 (예 : 멕시코, 스웨덴). 하지만 행위별 수가로 의사에게 지불하지만 진찰률도 평균 이하인 스위스와 미국과 같은 국가도 있다. 이는 진찰률에 다른 요인들도 작용한다는 것을 암시한다 (각국 의사의 보수체계에 대한 상세 정보는 부록 A의 표 A.5 참조).

스웨덴의 경우 의사 진찰수가 낮은 이유는 부분적으로는 1차 진료에서 간호사가 중요한 역할을 담당하기 때문인 것으로 설명할 수 있다 (Bourgueil et al., 2006). 이와 비슷하게 핀란드에서도 간호사와 기타 보건 전문가가 보건 센터에서 환자들에게 1차 진료를 제공하는 데 주요 역할을 담당하기 때문에 의사 진찰의 필요성을 줄여준다 (Delamaire and Lafortune, 2010).

2000년 이후로 대부분 OECD국가에서 의사 진찰수가 평균적으로 증가했다 (그림 4.1.1). 특히 한국과 스위스에서 의사 진찰수가 크게 증가했다. 한국의 경우 이러한 증가는 지난 10년 간 의사 수가 급증한 데 일부 기인한다 (지표 3.2 “의사” 참조). 슬로바키아의 경우 의사 진찰 수는 2000년 이후 2% 이상 감소하였는데 이 시기에 의사 수 역시 감소했다. 캐나다의 경우 1인당 의사 진찰 건수가 감소했지만 이러한 감소가 이 책자에서 다루고 보고되는 행위별 수가제에 따라 지불되는 진찰 비율이 감소한 데 기인하는 것으로 볼 수도 있다.

진찰에 대한 정보는 OECD 국가의 의사 1인당 연간 진찰 건수를 측정하는 데 사용할 수 있다. 그러나 부분적으로는 각 진찰의 길이와 효과가 다를 수 있고, 또 부분적으로는 의사들이 입원환자, 행정, 연구에 관해 하는 일을 제외하기 때문에 이 자료가 의사

생산성의 척도로 간주되어서는 안 된다. 또한 이 자료는 아래 “정의와 비교 가능성”에 기재된 바와 같이 국가별 비교에 제한이 있다 (그림 4.1.2). 이러한 한계점을 인식하면서 비교해야 하지만 OECD 국가 간에 통계 자료는 상당한 차이를 보인다 (그림 4.1.2). 두 아시아 OECD 국가와 중부 및 동부유럽 국가들이 표의 상위를 차지하는 것을 고려할 때, 여기에도 역시 문화적인 요인들이 작용하고 있다는 것을 알 수 있다.

1인당 평균 의사 진찰건수는 OECD 국가 별로 상이하게 나타나지만 한 국가 내의 인구 집단 별로도 큰 차이를 보였다. 제6장 “진료의 접근”에서는 소득집단 별 의사 진찰 건수의 불균형에 관한 추가 정보를 제공한다 (지표 6.5 “의사 진찰의 불평등” 참조).

정의와 비교 가능성

의사 진찰은 의사 (일반의와 전문의 모두)와의 만남의 횟수를 의미한다. 진찰의 범위는 국가별로 상이하며 특히 병원 외래부문의 진찰의 범위에는 차이가 있다.

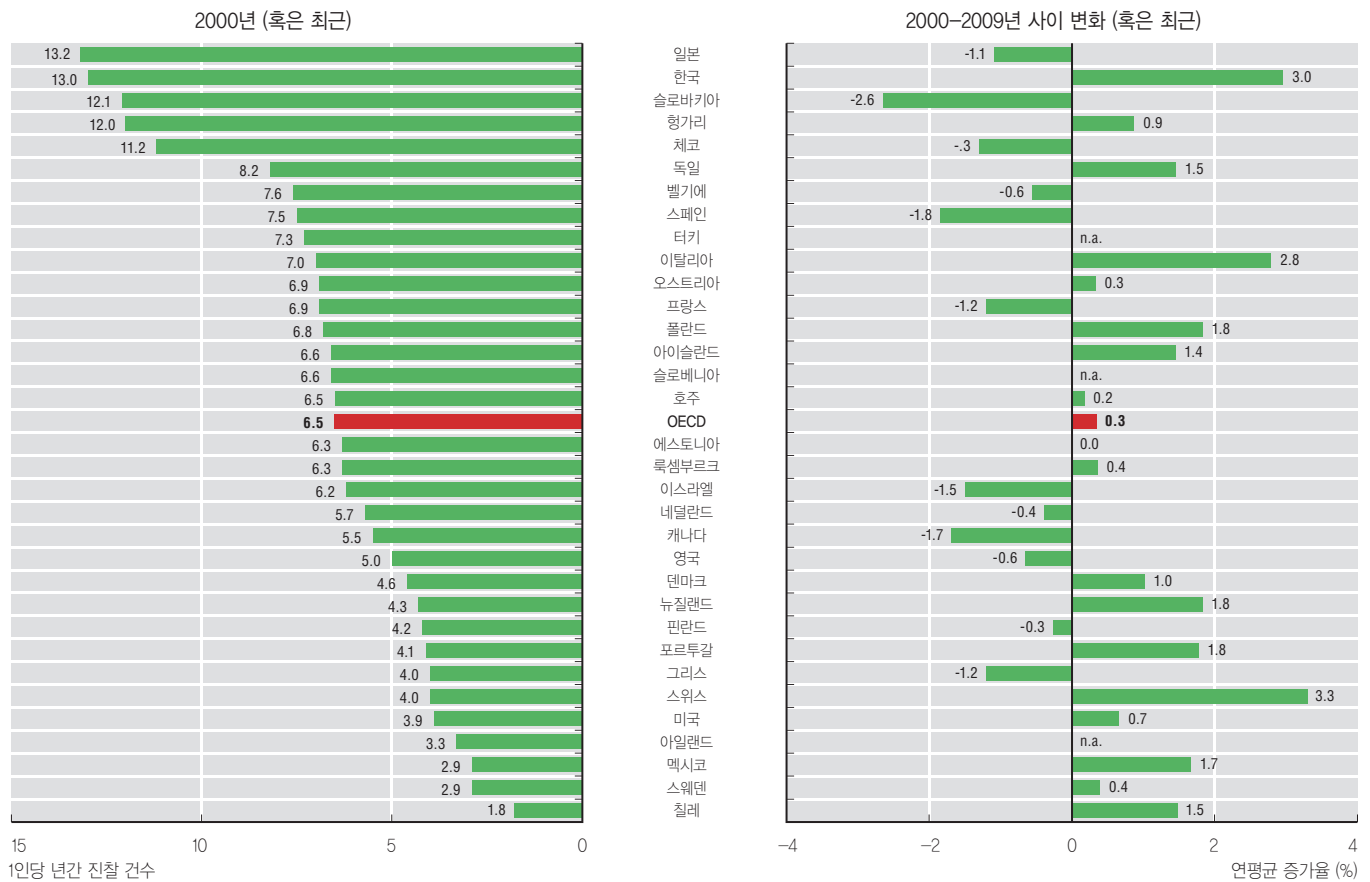
자료는 대부분 국가의 경우 행정자료에서 얻은 것이고, 일부 국가의 경우 (아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 네덜란드, 스페인, 스위스, 뉴질랜드, 영국) 건강면접조사에서 자료를 얻었다. 행정자료에서 얻은 추정치는 부정확한 기억과 무응답률이 생기는 면접조사의 추정치보다 높게 나타나는 경향이 있다.

네덜란드의 추정치는 모성과 소아 진료를 위한 의사 방문을 포함하지 않는다. 포르투갈, 터키의 자료는 개업의 (private practitioners) 방문을 제외하며 영국의 경우 전문의가 병원의 외래부서에서 하는 진료 외에 사적인 진찰 (private consultation)을 제외한다. 룩셈부르크의 경우 국가 외부에 있는 의사에게 받은 진료는 포함시키지 않았다 (외국에 있는 의사에게 진찰 받는 비율이 다른 국가 보다 높다). 캐나다의 경우 행위별 수가제를 기반으로 한 진료만 포함시켰다. 독일은 사회 건강보험제도의 진료비 상한 규정에 따라(환자가 의사를 더 자주 방문했다 하더라도 3개월 기간 중 처음 한 번만을 치료로 계산한다.) 의사의 치료 횟수만이 자료에 포함되어 있다. 일부 국가의 경우 전화로 상담한 건수도 포함시켰다 (예 : 체코, 아일랜드, 스페인, 영국).

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

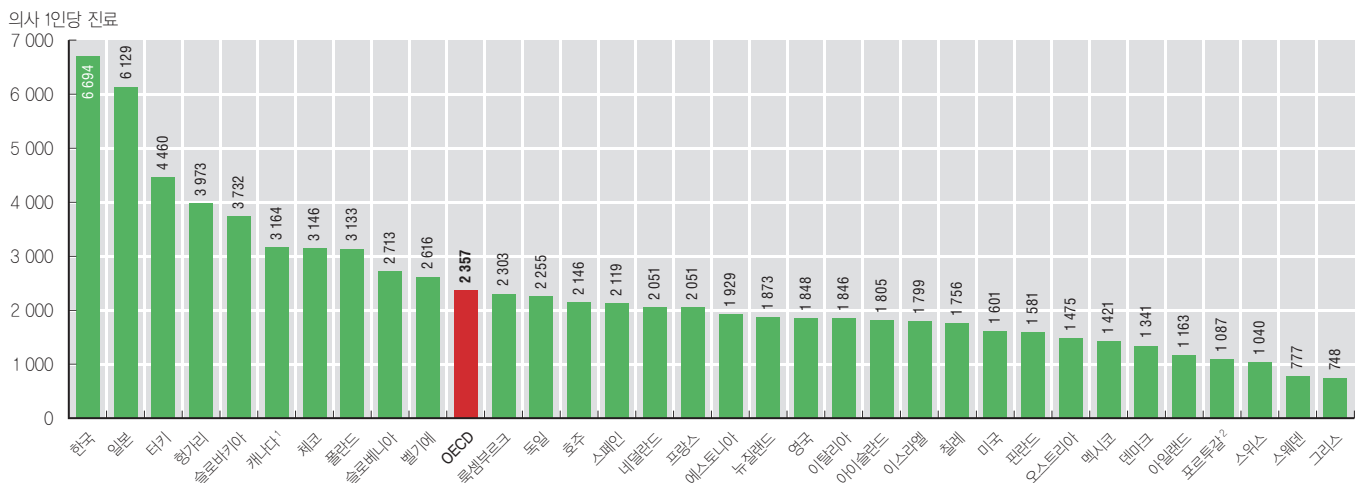
4.1.1 2009년 1인당 의사 진찰 건수, 2000-2009년 사이 변화



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524431>

4.1.2 의사 1인당 진찰 건수, 2009년 (혹은 최근)



1. 캐나다에서 의사 수는 진료 건수 자료와 일관성을 유지하기 위해서 행위별 수가제로 지불을 받는 의사 수만 포함시킴.
2. 분모에 포함된 자료는 의사 행위를 할 수 있도록 자격증을 받은 모든 의사를 포함함 (의사 1인당 진료 건수의 과소 추정 결과를 가져옴).

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524450>

4.2. 의료기술

의료기술의 발전은 지속적으로 보건의료 제공을 변혁시킬 뿐만 아니라 평균수명과 삶의 질을 향상시키고 있지만 OECD 국가의 보건의료비 증가의 주요 원인 중 하나이다. 이번 장에서는 진단기술 두 가지, 즉 CT 스캐너 (computed tomography scanner)와 MRI 장비 (magnetic resonance imaging units)의 가용성과 사용에 관한 자료를 제공한다.

CT 스캐너와 MRI 장비는 신체 내부의 단면도를 보여줌으로써 의사가 일련의 질환에 대한 진단을 할 수 있도록 도와준다. 전통적인 방사선술과 CT 스캐닝과는 달리 MRI 장비에 사용되는 새로운 영상 기술은 살아 있는 조직에 영향을 주는 전리방사선에 환자를 노출시키지 않는다.

지난 20년 동안 대부분의 OECD 국가에서 CT 스캐너와 MRI 장비의 가용성이 급속히 증가했다. 일본은 1인당 MRI 및 CT 스캐너 수가 가장 높은 국가이며, 그 다음으로 MRI 장비는 미국이, CT 스캐너는 호주가 가장 많다 (그림 4.2.1과 4.2.2 참조). 반면 MRI 장비와 CT 스캐너 수가 가장 적은 국가는 멕시코, 헝가리, 이스라엘이었다.

MRI와 CT 스캐너의 사용에 관한 정보는 일본을 제외한 일부 국가에서만 얻을 수 있었다. 이러한 점을 감안하고 살펴보면, 그리스와 미국의 1인당 MRI 장비와 CT 검사 수가 가장 많았으며 룩셈부르크와 아이슬란드가 그 뒤를 이었다 (그림 4.2.3과 4.2.4).

그리스에서는 대부분 CT와 MRI 스캐너가 민간 진단 센터에 설치되어 있고, 공공 병원에는 별로 설치되어 있지 않다. 그리스에서 MRI 장비 구매에 대한 규제는 없지만 CT 스캐너의 경우 그 지역의 인구 밀집을 기준으로 검토한 후에 주어지는 면허가 있어야만 구매가 가능하다 (Paris et al., 2010). 현재 상황 때문에 그리스 보건 및 사회연대부는 규제를 검토하고 CT와 MRI 장비 구매에 대한 새로운 기준을 제안하기 위해 전문가 위원회를 설립했다.

미국에서는 CT와 MRI 촬영의 남용된다는 증거가 제시되었다. 1997-2006년 사이에 미국에서 촬영 건수가 급증했지만 질병의 발생은 안정적인 수준을 유지했다 (Smih-Bindman et al., 2008).

이와 더불어 장비에 의한 촬영에서 이익이 남는 지불제도 상의 유인구조가 있는 한 남용의 가능성 또한 높아진다. 많은 연구에서 미국의 CT와 MRI 촬영의 급증에 따른 가시적인 의학적 편익을 측정하려고 했지만 이러한 대한 결정적인 증거는 찾지 못했다 (Baker et al., 2008).

다른 OECD 국가들도 진단 기술의 합리적인 구매와 사용을 장려하기 위한 방법을 모색 중이다 (OECD, 2010b). 영국의 National Institute for Health and Clinical Excellence는 2009년 진단기구 자문 위원회를 설립하여 영국의 NHS 내에서 진단 기술을 적절하게 사용할 수 있도록 평가하고 권고하고 하고 있다 (NICE, 2009).

정의와 비교 가능성

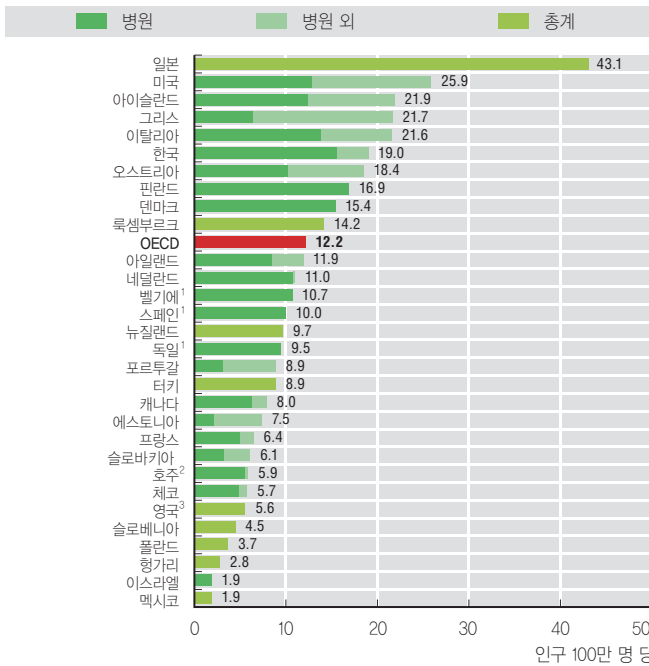
MRI 장비와 CT 스캐너는 인구 100만 명 당 장비 수로 표시된다. MRI와 CT 촬영 건수는 인구 1,000명 당 촬영 건수를 나타낸다. 대부분의 국가에서 자료는 병원과 통원시설에 설치된 장비를 포함하였다.

그러나 장비 중 일부만 포함된 국가도 몇몇 있었다. 병원 외부에 설치된 CT 스캐너와 MRI 장비에 대한 자료는 몇몇 국가에서 (벨기에, 독일, 스페인) 포함하지 않았다. 영국의 경우 공공 부문에 있는 스캐너 수만 포함했다. 호주의 자료는 보편적인 보건의료체계인 메디케어 (Medicare)에서 보상받을 수 있는 장비 수만 포함했다 (1999년 총 MRI 중 60% 정도가 메디케어의 보상을 받았다). 또한 호주에서는 MRI와 CT 촬영에 대한 수치가 외래 환자와 민간 부문 입원 환자 (공공 병원에 있는 입원 환자 제외)만을 포함하고 있다. 아일랜드의 경우 MRI와 CT 촬영 건수는 공공 부문만 포함하고 있으며 한국과 네덜란드는 공공 재정 지원을 받는 촬영만 포함하고 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.2.1 MRI 장비, 2009년 (혹은 최근도)



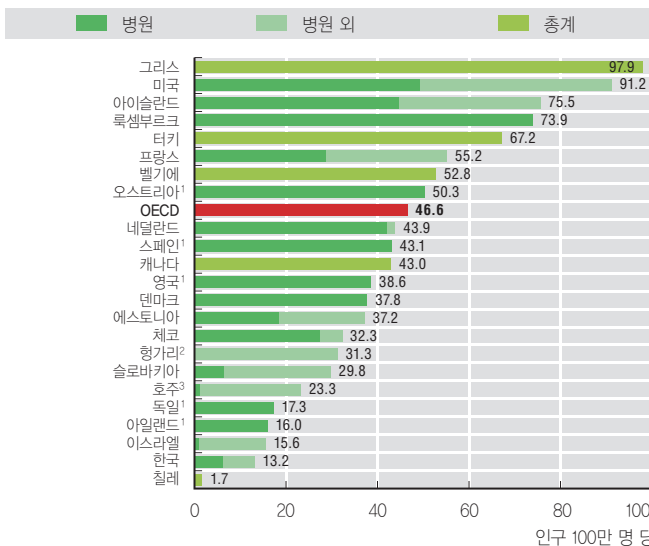
주석 : OECD 평균에는 병원의 장비 수만 보고한 국가(벨기에, 독일, 스페인)는 포함하지 않았음.

1. 병원 외부에 있는 장비는 포함하지 않음.
2. 메디케어에서 보상하는 장비만 포함함.
3. 민간 부문의 장비는 포함하지 않음.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524469>

4.2.3 MRI



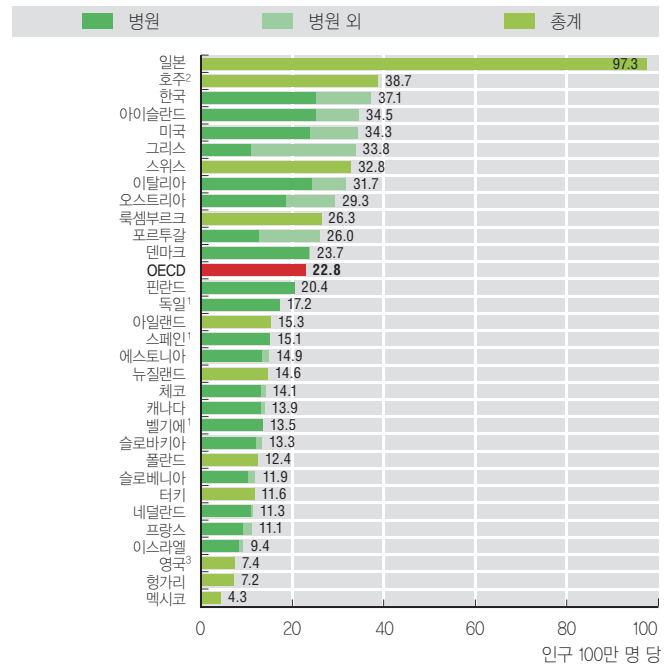
주석 : OECD 평균에는 병원의 촬영 수만 혹은 병원 외부의 촬영 수만 보고한 국가는 제외함.

1. 병원 외부의 촬영 자료를 수집할 수 없었음.
2. 병원 내의 촬영 자료를 수집할 수 없었음.
3. 외래 환자와 민간 부문의 입원 환자에 대한 자료만 포함함(공공 병원의 입원 환자 제외).

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524507>

4.2.2 CT 스캐너, 2009년 (혹은 최근)



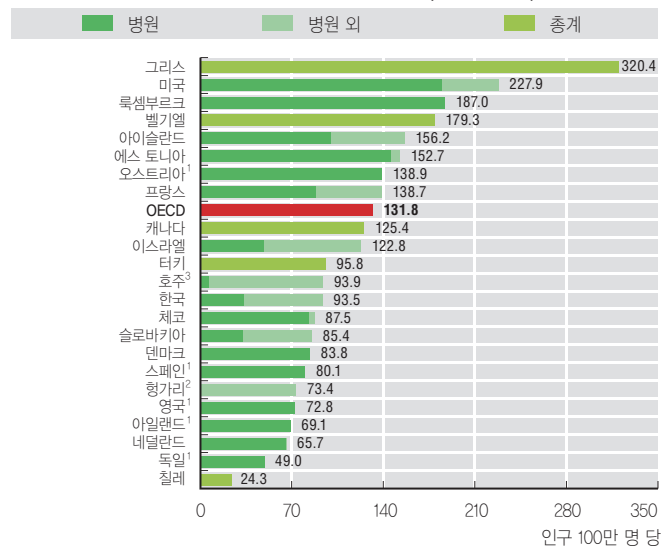
주석 : OECD 평균에는 병원의 장비 수만 보고한 국가(벨기에, 독일, 스페인)는 포함하지 않았음.

1. 병원 외부에 있는 장비는 포함하지 않음.
2. 메디케어에서 보상하는 장비만 포함함.
3. 민간 부문의 장비는 포함하지 않음.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524488>

4.2.4 CT 촬영 건수, 2009년 (혹은 최근)



주석 : OECD 평균에는 병원의 촬영 수만 보고한 국가(벨기에, 독일, 스페인)는 포함하지 않았음.

1. 병원 외부의 촬영 자료를 수집할 수 없었음.
2. 병원 내의 촬영 자료를 수집할 수 없었음.
3. 외래 환자와 민간 부문의 입원 환자에 대한 자료만 포함함(공공 병원의 입원 환자 제외)

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524526>

4.3. 병상

병상 수는 병원 입원 환자에 대한 서비스 제공에 가용한 자원을 측정할 수 있도록 해준다. 이번 장에서는 치료용(급성) 진료, 정신과 진료, 장기요양 및 기타 진료 등에 할당된 병상 수를 포함한 총 병상 수를 제시한다. 또한 치료 목적의 병상에 초점을 맞추어 병상점유율 지표도 제시한다.

OECD 국가 중에서 1인당 병상 수가 가장 많은 국가는 일본과 한국으로 2009년 인구 1,000명 당 8개 이상을 기록했다(그림 4.3.1). 일본과 한국은 모두 “사회적 입원 (social admission)”, 즉 병상의 상당수가 장기요양에 쓰이는 상황을 겪고 있다. 러시아 연방, 독일, 오스트리아도 OECD 평균 보다 많은 병상 수를 가지고 있다. 반면 아시아의 신흥국가(인도, 인도네시아, 중국)는 OECD 평균에 비해 적은 병상 수를 가지고 있었다. 중부유럽과 남미(멕시코, 브라질, 칠레)에 있는 신흥국가 역시 병상 수가 적기는 마찬가지였다.

대부분 OECD 국가에서는 지난 10년 동안 병상 수가 약간 감소하여 2000년 인구 1,000명 당 5.4개에서 2009년 4.9개로 감소했다. 이러한 감소는 의료기술의 발전으로 당일 수술이 가능해져 입원의 필요성이 감소한데 일부 기인한다. 많은 국가에서 병상 수의 감소와 함께 퇴원과 평균 재원일수의 감소를 경험했다(지표 4.4 “퇴원”과 4.5 “평균 재원일수” 참조). 2000-2009년 사이 1인당 병상 수가 증가한 국가는 한국, 그리스, 터키뿐이다.

OECD 국가에서는 평균 병상 중 3분의 2가 치료적 진료에 할당되었다. 나머지 병상은 정신과 진료(14%), 장기요양(12%), 기타 요양(8%)에 할당되었다. 일부 국가의 경우 정신과 치료와 장기요양에 할당되는 병상의 비중이 평균보다 큰 경우도 있었다. 핀란드에서는 지방정부(지방자치단체)가 보건 의료 센터(병원으로 정의됨)에서 일부 병상을 기관 중심의 장기요양에 사용하기 때문에 상당수의 병상이 사실상 치료 목적의 진료보다 장기요양에 더욱 많이 할당되었다(OECD, 2005a). 아일랜드에서는 병상의 절반 이상이 급성 진료를 위해 할당되었으며 30%가 장기요양에 할당되었다(그림 4.3.2).

여러 국가에서 병상 수의 감소는 병상점유율의 증가로 이어졌다. 2009년 OECD 평균 치료용(급성) 병상점유율은 76%로 2000년보다 약간 증가했다(그림 4.3.3). 2009년 가장 높은 점유율을 보인 국가는 이스라엘, 캐나다, 노르웨이, 아일랜드, 스위스, 영국이었다. 이들 국가들은 다른 OECD 국가평균 보다 치료용 병상 수가 적었다. 반면 터키와 멕시코에서는 지난 10년 간 병상점유율이

증가하기는 했지만, 네덜란드, 터키, 멕시코의 병상점유율은 가장 낮은 수준이었다. 네덜란드의 낮은 병상점유율은 바로 사용할 수 있는 병상 이외에 행정적으로 승인된 모든 병상을 포함하기 때문인 것으로 일부 설명할 수 있다.

정의와 비교 가능성

병상이란 일반적으로 관리되고, 직원이 배정되며 바로 사용할 수 있는 모든 병상 수로 정의된다. 일반병원, 정신과, 약물남용 치료병원, 기타 특수 병원에 있는 모든 병상 수를 포함한다. 간호와 주거용 요양 병상은 통계에서 제외되었다.

치료용 병상은 주로 다음의 목적으로 환자를 돌보기 위해 사용되는 병상이다. 진통 관리(산과), 정신과 질환이 아닌 다른 질병 치료, 또는 손상에 대한 결정적 치료, 수술의 실행, 정신과 질환이 아닌 다른 질환 및 손상의 증상 경감(완화 치료는 제외), 비정신과적 질환 또는 손상의 중증도 감소, 생명이나 정상적 기능을 위협할 수도 있는 비정신과적 질환 또는 손상의 합병증 및 악화 방지, 진단 및 치료 목적의 시술.

정신과 치료 병상은 정신 건강에 문제가 있는 환자를 수용하는 병상이다. 일반 병원의 정신과에 속한 병상 및 정신 병원과 약물남용 병원에 있는 모든 병상을 포함한다.

장기요양 병상은 만성질환 및 일상생활을 독립적으로 하는데 무리가 있어 장기요양을 필요로 하는 환자를 수용하는 병상이다. 일반 병원의 장기요양 부서에 있는 병상과 전문 병원에서 장기요양에 할당된 병상, 완화치료를 위한 병상이 모두 포함된다.

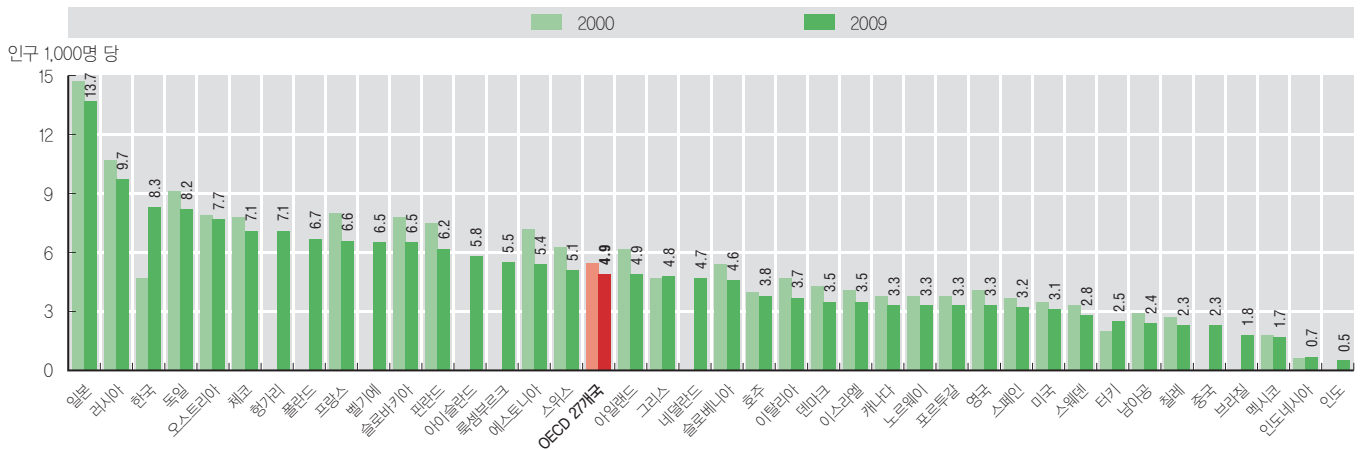
치료용(급성) 병상의 점유율은 치료 목적의 병상일수(bed-days)를 가용한 치료용 병상 수로 나눈 값이다(365 곱한 값).

네덜란드에서 병원 병상은 즉각 사용할 수 있는 병상 수라기 보다는 행정적으로 승인된 모든 병상을 포함하고 있기 때문에 과다 추정되었다(2007년 행정적으로 승인된 모든 병상 수와 즉각 사용할 수 있는 병상 수의 차이는 10% 정도였다). 이에 따라 병상 점유율이 과소 추정되었다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.3.1 인구 1,000명 당 병상 수, 2000년과 2009년 (혹은 최근)

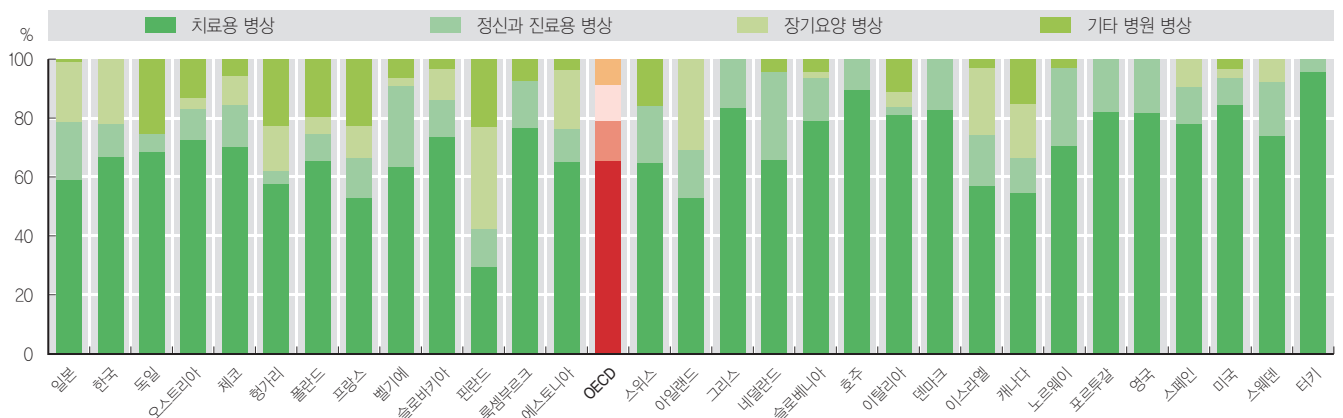


출처 : OECD Health Data 2011, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

4.3.2 진료 기능별 병상 수, 2009년 (혹은 최근)

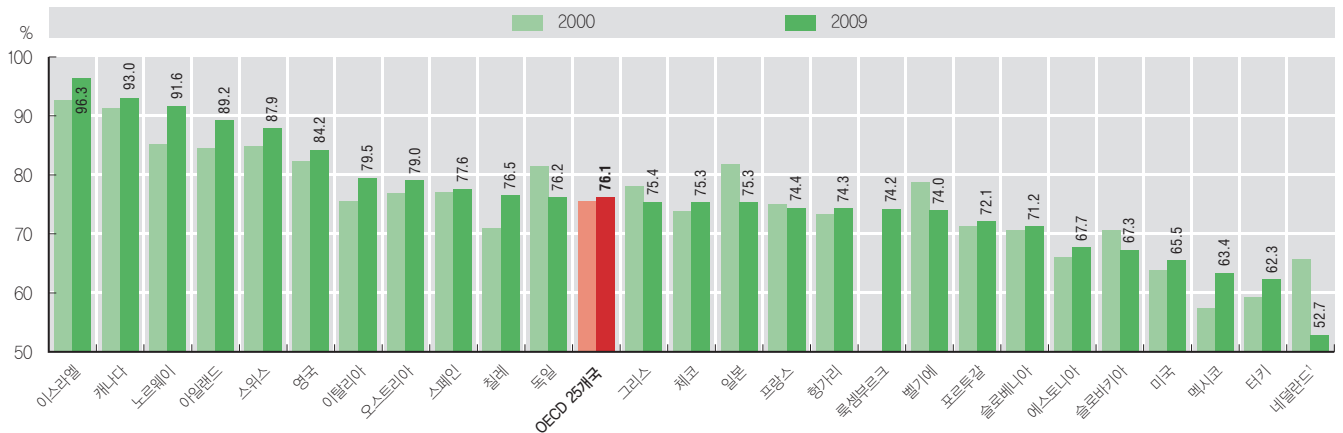
1인당 총 병상 수가 가장 높은 국가부터 낮은 국가 순으로.



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524564>

4.3.3 치료용 (급성) 병상의 점유율, 2000년과 2009년 (혹은 최근)



1. 네덜란드에서 병상 수는 당장 가용한 병상수가 아닌 행정적으로 승인 받은 병상 수를 의미한다.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524583>

4.4. 퇴원

병원 퇴원율은 치료를 받고 병원을 떠나는 환자 수를 측정하는 것이다. 이는 평균재원일수와 함께 병원 활동의 중요한 척도이다. 병원 활동은 병원 서비스에 대한 수요, 병원의 환자 치료능력, 피할 수 있는 입원을 방지하기 위한 1차 진료의 능력, 재활 및 장기요양 서비스를 제공하기 위한 급성진료 이후의 진료 환경의 가용성 등 다양한 요인에 의해 영향을 받는다.

2009년 오스트리아, 프랑스의 퇴원율이 가장 높았고, 프랑스의 경우 퇴원율이 높은 이유는 부분적으로 당일 퇴원이 포함되었기 때문이다 (그림 4.4.1). 러시아 연방, 독일, 슬로바키아, 폴란드, 체코의 퇴원율도 높다. 멕시코, 브라질, 중국의 경우는 퇴원율이 가장 낮았다. 일반적으로 병상 수가 많은 국가들의 퇴원율이 높게 나타났다. 예를 들어 오스트리아와 독일의 1인당 병상 수는 스페인과 영국의 2배 이상인데, 퇴원율도 거의 2배 높게 나타났다 (지표 4.3 “병상” 참조).

2009년 OECD 국가에서 주로 입원하게 되는 원인이 순환기계 질환 (허혈성심질환, 뇌졸중 및 기타 질병 포함), 임신과 출산, 소화기계 질환, 암, 부상, 기타 외부 요인에 의한 것이었다.

독일과 오스트리아는 순환기계 질환으로 인한 퇴원율이 가장 높았으며 그 뒤를 슬로바키아와 에스토니아가 이었다 (그림 4.4.2). 슬로바키아와 에스토니아의 퇴원율이 높은 것은 순환기계 질환 발생의 대리 지표로 사용될 수 있는 순환기계 질환으로 인한 사망률이 높은 것과 연관성이 있다 (지표 1.3 “심장질환과 뇌졸중에 의한 사망” 참조). 하지만 독일과 오스트리아의 경우 순환기계 질환으로 인한 사망률이 높은 것과는 관련이 없다.

오스트리아와 독일은 암 관련 퇴원율도 가장 높았다 (그림 4.4.3). 그러나 오스트리아와 독일의 암 발생 건수는 OECD 평균 수준이다 (지표 1.11 “암 발생률” 참조). 오스트리아의 경우 높은 퇴원율은 암 환자에 대한 추가 검사와 치료와 관련해 재입원이 많기 때문이다 (European Commission, 2008a).

병원 퇴원율의 경향은 매우 다양하게 나타났다. OECD 국가 중 3분의 1 정도에서 퇴원율은 지난 10년 간 증가했다. 2000년 퇴원율이 낮았던 국가들 (예 : 한국, 멕시코, 터키)과 이미 평균 수준이었던 국가들 (예 : 독일, 폴란드, 슬로바키아)도 퇴원율이 증가했다. 두 번째 그룹에 속하는 국가들 (예 : 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 스페인, 스웨덴, 영국)의 퇴원율은 안정적인 수준으로 유지되었으며 세 번째 그룹 국가들 (캐나다, 덴마크, 핀란드, 이탈리아 포함)의 경우 퇴원율이 2000년에서 2009년 사이 감소했다.

병원 퇴원율의 경향은 다양한 요인들의 상호작용을 반영한다. 병원 입원에서 노령층이 차지하는 비중이 높은 점을 감안할 때, 인구가 고령화 될수록 입원에 대한 수요가 높아질 것이다. 예를 들어 오스트리아와 독일의 경우 2008년 모든 입원의 42%가 65세 이상 환자였다. 그러나 입원율의 경향을 설명하기 위해서는 인구의 고령화 보다는 의료 기술과 치료 관행이 더욱 중요한 요소다. 새로운 의학기술이 고령층에 사용될 수 있도록 보다 안전해지고 효과가 증대되면서 고령층에게도 확산되고 있다 (Dormont and Huber, 2006). 그러나 새로운 의료 기술 이용의 확산은 입원을 요했던 치료가 당일 치료로 끝나게 되는 경우 입원율 감소에 영향을 줄 수도 있다. 지난 10년 동안 퇴원율이 감소한 그룹에서는 당일 수술 수가 크게 증가했다 (백내장의 당일 수술 증가에 대한 증거로 지표 4.10 참조).

정의와 비교 가능성

퇴원이란 적어도 하룻밤을 병원에서 지낸 환자가 나가는 것으로 정의된다. 입원 치료 후에 병원에서 사망한 환자도 포함된다. 당일 퇴원은 보통 제외되었지만, 칠레, 프랑스, 한국, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아, 터키, 미국은 예외적으로 당일 퇴원을 포함한다.

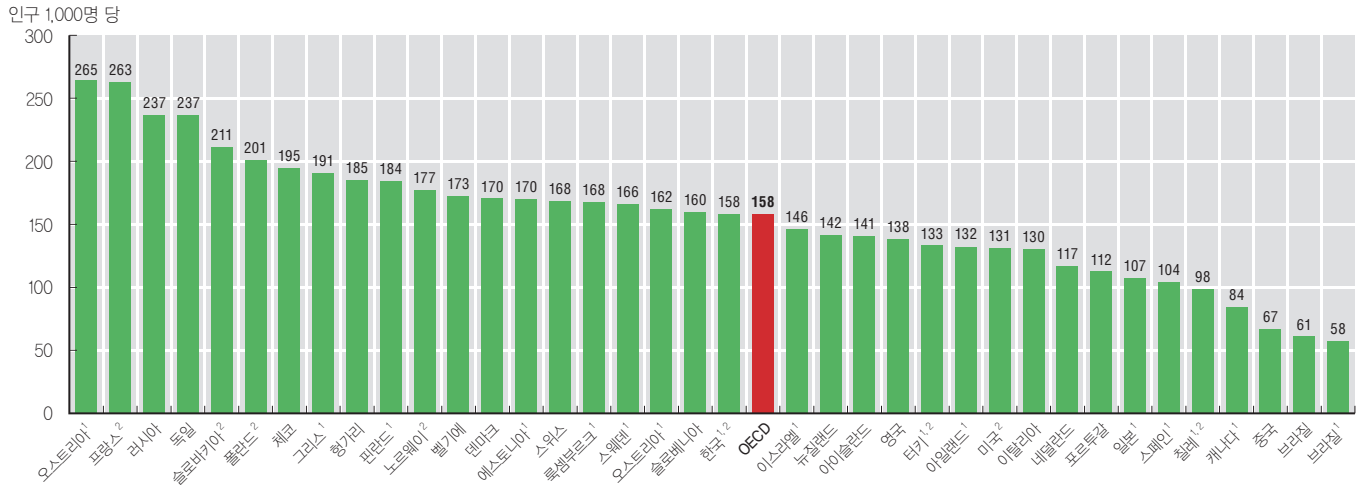
많은 국가에서 (예 : 호주, 오스트리아, 캐나다, 칠레, 에스토니아, 핀란드, 그리스, 아일랜드, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 스페인, 스웨덴, 터키) 퇴원율 산출 시 건강한 아이의 퇴원은 포함하지 않는다. 건강한 아이의 퇴원은 모든 퇴원의 3-6%를 차지한다.

모든 병원을 포함하지 못한 국가도 있다. 예를 들면 덴마크, 아일랜드, 멕시코, 뉴질랜드, 폴란드, 스웨덴, 영국의 자료는 공공 병원, 공적으로 재원을 조달하는 병원의 자료만 포함하였다. 포르투갈 자료는 본토의 병원만 포함한다 (Azores와 Madeira섬은 제외). 오스트리아, 캐나다, 에스토니아, 룩셈부르크, 네덜란드의 자료는 급성 진료/단기 입원만 포함한다. 이스라엘과 일본의 자료는 급성 진료 입원만을 포함한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.4.1 인구 1,000명 당 병원 퇴원, 2009년 (혹은 최근)

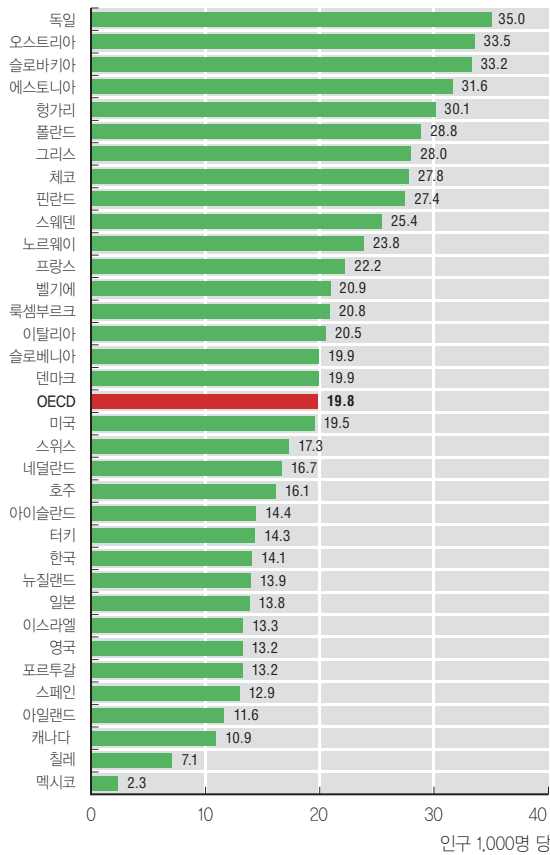


1. 병원에서 태어난 건강한 아기의 퇴원은 제외함 (모든 퇴원의 3-6%).
2. 당일 퇴원도 포함함.

출처 : OECD Health Data 2011, 러시아 연방의 경우 WHO-Europe, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524602>

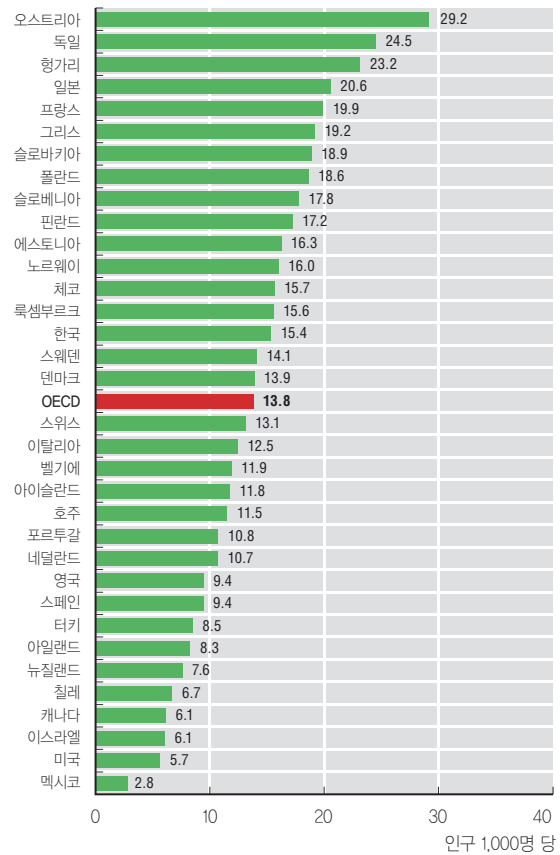
4.4.2 인구 1,000명 당 순환기계 질환 병원 퇴원율, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524621>

4.4.3 인구 1,000명 당 암 환자 퇴원율, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524640>

4.5. 평균재원일수

병원 평균재원일수(ALOS, average length of stay)는 일반적으로 효율성의 지표로 간주되어왔다. 모든 조건이 동일할 경우, 재원일수가 짧으면 퇴원 당 비용을 줄이고 입원 치료에서 보다 저렴한 급성기 후 환경으로 의료서비스를 전환시킬 수 있다. 그러나 재원일수가 짧아지면 서비스가 더욱 집중되고 1일 비용이 높아지는 경향이 있다. 재원일수가 지나치게 단축된다면 건강결과 혹은 환자의 안락과 회복에 역효과가 있을 수 있다. 만약 이로 인하여 재입원율이 증가한다면, 질병 건당 비용이 거의 하락하지 않거나 심지어 증가할 가능성도 있다.

2009년 모든 원인을 고려했을 때 OECD 국가 중 평균재원일수가 가장 짧은 국가는 멕시코, 터키, 이스라엘이었다. 노르웨이, 덴마크, 미국도 평균재원일수가 5일 미만으로 낮았다. 평균재원일수가 가장 긴 국가는 일본, 그 다음으로는 한국이었다. OECD 평균재원일수는 7일 정도이다 (그림 4.5.1). 이러한 국가간 차이를 설명할 수 있는 요인에는 여러 가지가 있다. 일본의 풍부한 병상공급과 병원 지불구조는 병원이 환자를 더 오래 머무르게 하는 인센티브를 제공하고 있다(지표 4.3 “병상” 참조). 다른 국가에서도 병원 지불방법에 내재되어 있는 재정적 인센티브가 재원일수에 영향을 준다.

거의 모든 OECD 국가에서 평균재원일수가 2000년 8.2일에서 2009년 7.2일로 감소하였다. 평균재원일수는 특히 2000년에 비교적 높은 수준이었던 국가에서는 빠르게 감소하였다(예: 일본, 스위스, 영국). 이러한 감소를 여러 가지 요인으로 설명할 수 있다. 덜 침습적인 외과적 시술의 사용, 병원 지불방식의 변화, 집에서 추후관리를 받을 수 있도록 환자를 조기 퇴원시키는 프로그램의 확산 등이 그것이다.

특정한 질환이나 조건들의 평균재원일수에 초점을 맞춘다면 국가 간에 존재하는 급성기 질환들의 상이한 구성이나 중증도 차이에 의한 이질성을 어느 정도 제거할 수 있다. 그림 4.5.3은 정상분만

후 평균재원일수가 멕시코, 터키, 영국, 아이슬란드, 캐나다의 2일 이하에서 슬로바키아, 스위스의 5일 이상까지 다양함을 보여준다. 지난 10년 동안 거의 모든 국가에서 정상 분만 후 평균재원일수가 감소했다.

지난 10년 동안 급성심근경색(AMI, Acute Myocardial Infarction 혹은 심장마비)에 따른 재원일수 역시 감소하였다. 2009년 급성심근경색의 평균재원일수는 터키, 몇몇 북유럽국가(노르웨이, 덴마크, 스웨덴)가 5일 미만으로 가장 낮았다. 급성심근경색의 평균재원일수가 가장 높은 국가는 한국, 독일, 그리스, 핀란드, 에스토니아로 10일 이상이었다(그림 4.5.2). 예를 들면 핀란드의 평균재원일수는 원래는 AMI로 입원하였지만 더 이상 급성기 진료 받지 않아, 사실 장기요양환자로 간주되어야 할 환자를 포함한다.

정의와 비교 가능성

급성기 의료를 위한 평균재원일수는 환자가 병원에서 보내는 평균 일수를 말한다. 일반적으로 한 해 동안 병원에서 모든 환자가 체류한 총 일수를 입원 혹은 퇴원수로 나눔으로써 측정된다. 당일 입원 및 퇴원은 제외한다.

평균재원일수 측정과 관련하여, 일부 국가(예: 호주, 오스트리아, 캐나다, 칠레, 에스토니아, 핀란드, 그리스, 아일랜드, 이스라엘, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 스페인, 스웨덴, 터키)에서는 당일 퇴원과 병원에서 태어난 건강한 신생아의 재원일수는 제외한다. 건강한 신생아를 포함시킨다면 이들 국가의 평균재원일수가 감소할 것이다(예: 캐나다의 경우 0.6일 정도).

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.5.1 평균재원일수, 2000년과 2009년 (혹은 최근)

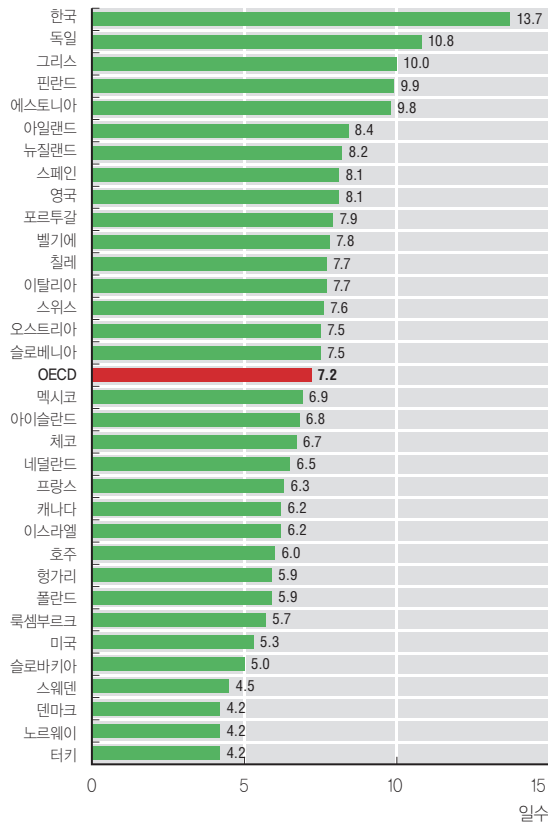


1. 일본에 대한 자료는 급성 진료에 대한 평균재원일수를 말함 (병원에서 장기요양 병상 수 제외).

출처 : OECD Health Data 2011, 러시아 연방의 경우 WHO-Europe, OECD 비회원국인 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524659>

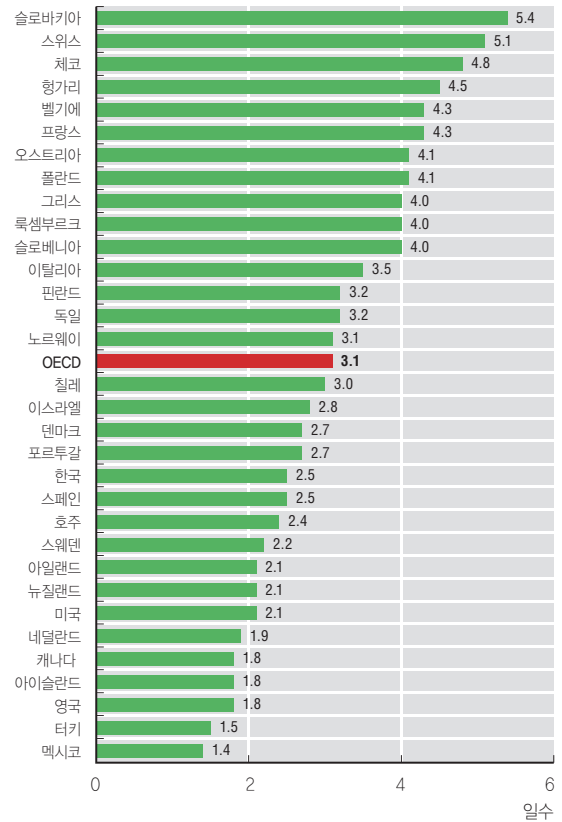
4.5.2 급성심근경색(AMI)의 평균재원일수, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524678>

4.5.3 정상분만의 평균재원일수, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524697>

4.6. 심장 시술 (관상동맥성형술)

OECD 국가에서 심장 질환은 입원과 사망의 주요 원인이다 (지표 1.3 참조). 관상동맥성형술은 지난 20년 동안 허혈성심질환 (심장마비와 급성통증) 치료에 혁명을 가져온 혈관재개통술 (revascularisation procedure)이다. 관상동맥성형술은 동맥을 통해 끝에 풍선이 달린 도관을 질병이 있는 관상동맥에 넣는 것이다. 이 풍선이 폐색 지점에서 관상동맥을 부풀리는 역할을 한다. 대부분 관상동맥성형술에는 스텐트를 넣어 동맥을 확장시키는 시술이 동반된다. 스텐트 주변의 상처와 같은 조직의 증식을 막기 위해 약물 방출 스텐트 (약물을 천천히 내보내는 스텐트) 사용이 증가하고 있다.

관상동맥성형술의 이용이 OECD 국가별로 큰 차이를 보였다 (그림 4.6.1). 2009년 관상동맥성형술 이용률이 가장 높은 국가는 독일, 벨기에, 미국이었으며 그 뒤를 노르웨이와 오스트리아가 이었다. 관상동맥성형술 이용률은 멕시코와 칠레에서 가장 낮았다.

대부분 OECD 국가에서 1990년 이후로 관상동맥성형술 이용이 급증했으며 1990년대 관상동맥 스텐트의 효능에 대한 임상시험이 처음 발표되기 시작했을 무렵 가장 선호되는 혈관재건술이었던 관상동맥우회술을 능가하게 되었다 (Moïse et al., 2003). 평균적으로 OECD 국가에서 관상동맥성형술은 모든 혈관재개통술의 75%를 차지하고 있다 (그림 4.6.2). 많은 경우 관상동맥성형술이 관상동맥우회술을 대체하기는 했지만 다수의 혈관 폐색, 당뇨, 기타 증상이 있는 경우 여전히 관상동맥우회술이 선호되는 방법이다 (Taggart, 2009).

관상동맥성형술 이용률이 국가마다 다른 것은 다음과 같은 여러 가지 이유로 설명이 가능하다. 1) 허혈성심질환의 발생률과 유병률 차이, 2) 이러한 시술을 실행하고 지불할 수 있는 능력의 차이, 3) 치료 가이드라인과 관행상의 차이, 4) 코드화와 보고 관행의 차이.

허혈성심장질환 사망률로 측정해 봤을 때, 혈관재개통술 건수의 국가별 차이는 허혈성심질환의 발생률과 밀접한 연관성이 없다 (그림 1.3.1 참조) 독일과 벨기에의 허혈성심질환 사망률은 OECD 국가 평균보다 약간 높은 수준이지만, 혈관재개통술의 이용률이 가장 높다. 반면 핀란드의 허혈성심질환 사망률은 OECD 평균

이상이지만, 혈관재개통술의 이용률은 OECD 평균보다 낮은 수준이다.

2000년과 2009년 사이 혈관재개통술이 전반적으로 감소했으며 이는 1인당 관상동맥우회술 수가 30% 가까이 감소한 반면 동맥성형술 이용률은 상대적으로 안정적으로 유지된 데 기인한다. 관상동맥성형술 이용률이 증가하지 않은 이유 중 하나는 같은 환자가 또 다른 혈관재개통술을 받을 가능성을 줄여주는 약물 방출 스텐트의 이용이 늘었기 때문이다. 안정적인 동맥성형술 이용률과 반복적인 혈관재개통술의 감소는 시간이 지날수록 더 많은 환자들이 관상동맥성형술을 받았다는 것을 암시한다 (Epstein et al., 2011).

관상동맥성형술은 침해가 덜한 시술이기 때문에 관상동맥우회술 보다는 비용이 저렴하지만, 값이 비싸다. 2007년 관상동맥성형술의 평균 비용은 미국에서 14,400 달러로 추정되었으며, 캐나다와 스웨덴에서는 9300 달러, 프랑스에서는 7000달러로 조사되었다 (Koechlin et al., 2010).

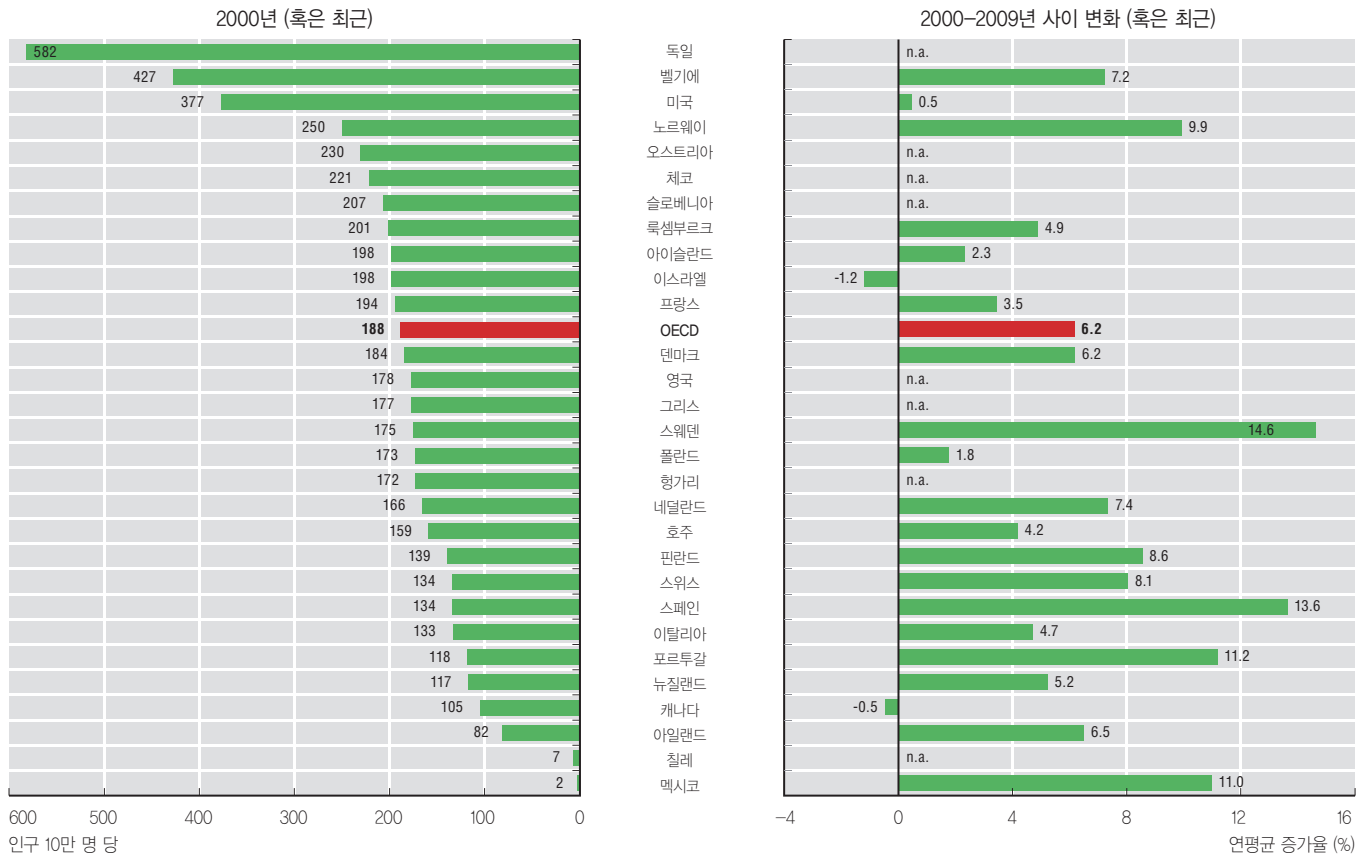
정의와 비교 가능성

자료는 입원 환자 시술과 관련된 것으로, 당일 진행되거나 기록된 관상동맥성형술을 제외했다. 분류체계와 등록 관행이 국가마다 다를 수 있고, 같은 시술이라도 다르게 기록될 수 있다 (예 : 스텐트를 삽입하는 관상동맥성형술을 하나의 시술 또는 두 개의 시술로 셀 수 있다). 주요 시술만 기록하는 국가인 이탈리아, 룩셈부르크, 스위스의 경우 총 시술 건수보다 과소 추정되는 경향이 있다. 아일랜드에서는 공적으로 재원을 조달한 병원의 활동만 포함시켰다 (총 병원 활동 중 10% 이상이 민간 병원에서 수행되는 것으로 추정된다). 네덜란드와 같은 국가의 경우 모든 관상동맥성형술의 약 25%가 당일 이루어지는 시술로 등록되며 이 책자에서 이런 경우는 포함되지 않았다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.6.1 2009년 인구 10만 명 당 관상동맥성형술 건수, 2000-2009년 사이 변화

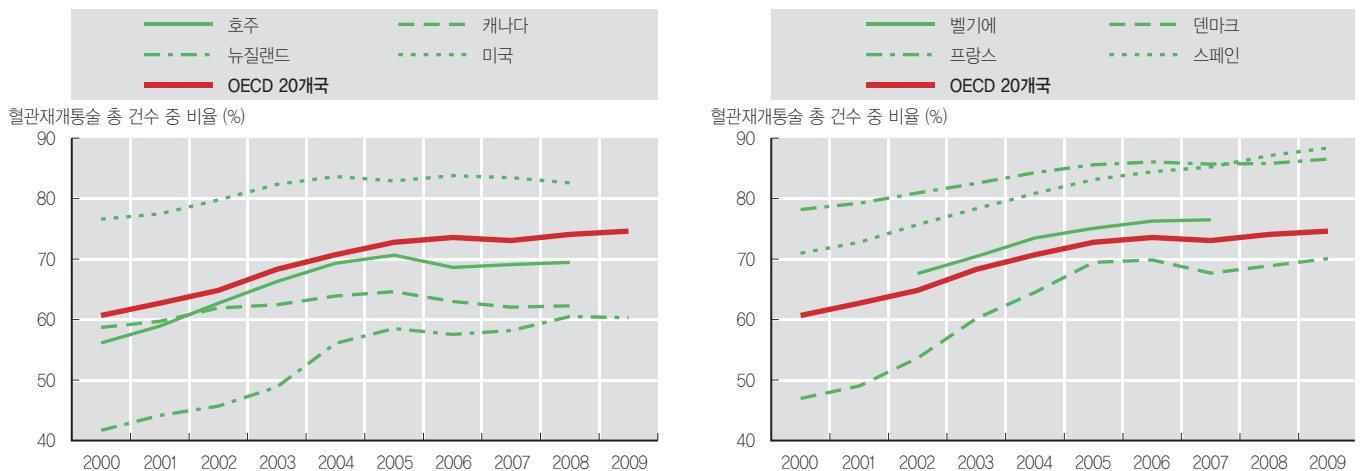


주석: 국가별로 차이가 나는 원인 중 하나는 분류 체계와 기록 관행이 다르기 때문이다.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524716>

4.6.2 혈관재개통술 중 혈관성형술의 비율, 2000-2009년



주석: 혈관재개통술은 관상동맥우회술과 혈관성형술을 포함함.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524735>

4.7. 고관절 및 무릎관절 치환술

수술 치료가 상당히 발전함에 따라 특정 근골격계와 관련된 통증과 장애를 줄일 수 있는 효과적인 옵션이 제공되고 있다. 관절 치환 수술(고관절과 무릎관절 치환술)은 중증 골관절염의 경우 가장 효과적인 방법으로 간주되고 있으며 이런 수술을 통해 환자의 통증과 장애를 줄여주고 환자가 거의 정상적으로 기능할 수 있도록 해준다.

골관절염은 선진국에서 장애를 유발하는 10대 질환 중 하나이다(WHO, 2010b). 전세계적으로 60세 이상 남성의 10%, 여성의 18%가 경증의 차이는 있지만 골관절염 증상을 가지고 있다. 골관절염의 발병과 진행은 연령과 큰 상관관계가 있다. 여성에게 흔히 발병하며 주로 50세 이상에 손과 무릎에서 많이 발생한다. 다른 위험요인으로는 비만, 신체적 활동부족, 흡연, 과도한 알코올 섭취 부상 등이 있다(European Commission, 2008b). 관절 치환술은 주로 60세 이상을 대상으로 실시되지만, 젊은 연령층의 경우에도 시술을 받는 경우가 있다.

고관절 및 무릎관절 치환술을 받는 비율은 국가 별로 큰 차이가 있다(그림 4.7.1과 4.7.2). 독일, 스위스, 오스트리아는 고관절과 무릎관절 치환술 비율이 높은 편이다. 미국과 독일은 무릎관절 치환술율이 가장 높은 국가이다. 물론 미국의 연령 구조는 독일보다 젊다. 고관절 및 무릎관절 치환술 수가 국가별로 상이한 이유는 여러 가지가 있다. 1) 골관절염 문제의 유병률의 차이, 2) 이러한 값비싼 시술을 제공할 수 있는 능력과 비용을 지불할 수 있는 능력의 차이, 3) 임상치료 가이드라인 및 관행의 차이.

현재로서는 국가 별 차이에 대해 결론을 지을 만큼 골관절염의 유병률에 관한 비교 연구가 부족하다. 또한 최근 특정 연령과 성별에 따라 골관절염 발생률이 달라졌다는 증거도 없다. 그러나 골관절염을 앓는 환자 수가 증가했으며 앞으로도 다음의 두 가지 이유에서 계속 늘어날 전망이다. 1) 인구 고령화로 60세 이상의 인구가 증가하면서 골관절염에 걸릴 위험이 높아졌다. 2) 비만 유병률이 증가하면서 성별과 연령을 초과하여 골관절염의 위험이 높아졌다.

대부분 OECD 국가에서 고관절과 무릎관절 치환술 건수는 지난 10년 동안 급증했다(그림 4.7.3과 4.7.4). 평균적으로 고관절

치환술률은 2000년과 2009년 사이 25% 이상 증가했다. 무릎관절 치환술률은 더욱 급증하여 지난 10년 동안 2배 정도 증가했다. 미국에서는 2000년 이후 고관절 및 무릎관절 치환술률이 모두 2배 정도 증가했다. 덴마크에서는 고관절 치환술률이 2000년에서 2009년 사이 20%정도 증가한 것에 반해 무릎관절 치환술률은 거의 3배 가까이 증가했다. 프랑스와 이스라엘과 같은 다른 국가의 경우 증가폭이 크지는 않았다.

시술 비용이 비싼 고관절과 무릎관절 치환술이 늘어나면서 보건의료비 증가에 기여하고 있다. 2007년 평균 무릎관절 치환술 비용은 미국과 호주에서 15,000 달러, 프랑스에서는 12,000 달러, 캐나다, 독일, 스웨덴에서는 10,000 달러로 추정되었다. 고관절 치환술 비용은 이보다 더 높아 미국에서는 17,000 달러, 호주에서는 16,000 달러, 캐나다, 프랑스, 스웨덴에서는 11,000달러에서 12,000달러 사이로 추정되었다.

정의와 비교 가능성

고관절 치환술은 고관절을 인공기관으로 대체하는 시술이다. 보통 관절 통증을 완화하고 고관절 골절 후 심각한 물리적 관절 손상을 치료하기 위해 사용된다.

무릎관절 치환술은 무릎관절의 무게 지지 표면을 교체하여 골관절염의 통증과 장애를 줄여주기 위해 시술된다. 류마티스 관절염과 같은 기타 무릎 질병에 대해서도 이 시술이 시행되기도 한다.

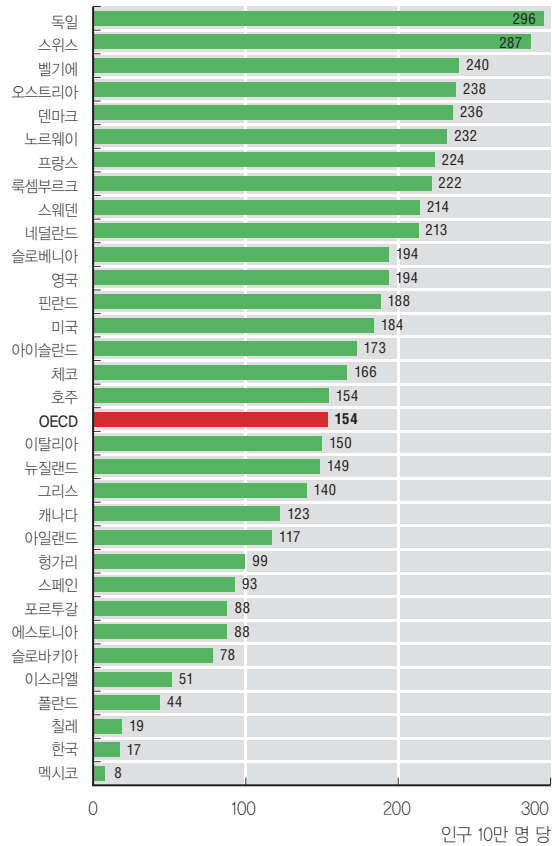
국가별로 분류 체계와 등록 관행이 상이하기 때문에 국가 자료의 비교 가능성에 영향을 준다. 아일랜드의 경우 자료는 공적으로 재원을 조달하는 병원의 활동만 포함했다(아일랜드 총 의료 활동의 10% 정도가 민간 병원에서 이루어지는 것으로 추정됨). 일부 국가에서는 고관절 전치환술만 포함하고 고관절 부분 치환술은 제외했다(예: 에스토니아).

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.7. 고관절 및 무릎관절 치환술

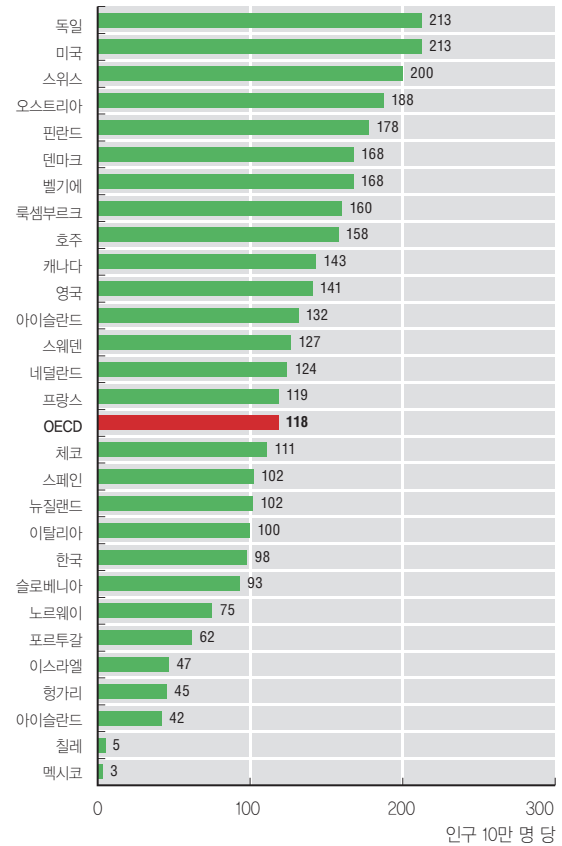
4.7.1 인구 10만 명 당 고관절 치환술, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524754>

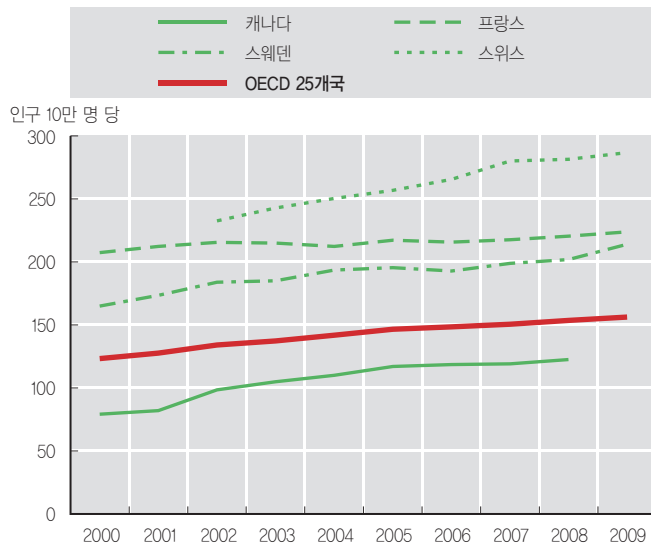
4.7.2 인구 10만 명 당 무릎관절 치환술, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524773>

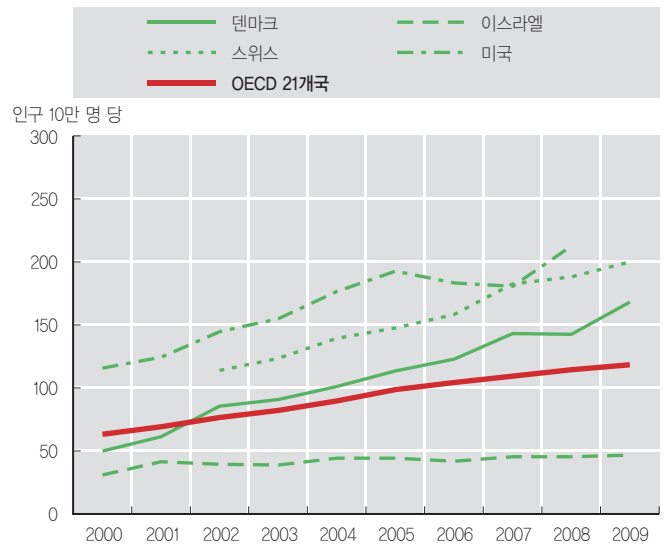
4.7.3 고관절 치환술 경향, 2000-2009년 일부 국가



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524792>

4.7.4 무릎관절 치환술 경향, 2000-2009년 일부 국가



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524811>

4.8. 신부전증 치료 (투석과 신장이식)

말기신부전증 (ESRF, End-stage renal failure)은 신장이 영구적으로 손상되어 더 이상 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 말한다. 말기신부전증의 주요 위험요인에는 당뇨병과 고혈압이 포함되는데, 이 두 질환은 OECD 국가에서 유병률이 증가하고 있다. 미국의 경우 모든 말기신부전증 환자의 1차 진단 중 60% 이상이 당뇨병과 고혈압이었다 (당뇨 37%, 고혈압 24%) (USRDS, 2008). 말기신부전증 환자는 투석이나 신장이식을 통한 치료를 받아야 한다. 투석 치료는 비용이 높을 뿐만 아니라 투석을 반복적으로 받아야 하기 때문에 성공적인 신장이식에 비해 환자의 삶의 질이 더 낮다.

두 종류의 치료를 함께 생각해 보면 지난 20년 동안 OECD 국가에서 치료를 받는 말기신부전증 환자의 비중이 연평균 5%씩 증가했다. 이는 1990년 이후 ESRF 치료가 2배 이상 증가했다는 것을 의미한다. 일본과 미국은 인구 10만 명 당 말기신부전증 환자가 각각 190명, 180명으로 가장 높은 비율을 기록했다 (그림 4.8.1). 1990년 이후 가장 높은 증가율을 보인 포르투갈이 그 뒤를 이었다. 이 국가들이 높은 말기신부전증 치료율을 보이는 이유는 명확하지 않으나 다른 OECD 국가에 비해 당뇨병 유병률이 특별히 높지 않은 점을 볼 때 높은 당뇨병 유병률이 말기신부전증의 유일한 또는 주된 요인이라고 할 수는 없는 것 같다 (지표 1.10 “당뇨병 유병률과 발생률” 참조).

대부분의 OECD 국가에서 대다수의 말기신부전증 환자들은 신장이식 보다는 투석치료를 받고 있다. 이는 많은 국가에서 말기신부전증 환자가 현저히 증가했으나 제한된 수의 신장 기부자들로 인해 신장이식이 제한적으로 이루어지고 있기 때문이다. 핀란드, 아이슬란드, 네덜란드는 대부분 말기신부전증 환자가 신장이식을 받아 예외라고 할 수 있다.

투석을 받고 있는 사람의 비율이 일본과 미국에서 높게 나타났다 (그림 4.8.2). 일본은 신장이식률이 매우 낮은 국가 중 하나로 거의 모든 일본 말기신부전증 환자는 투석을 통해 치료를 받는다. 지난 20년 동안 모든 국가에서 투석 치료를 받는 환자 수는 크게 증가했으며 OECD 평균도 2배나 증가했다.

공급의 부족을 고려하여, 일반적으로 말기신부전증 환자들은 길고 고된 투석치료를 받지 않고는 살지 못하는 단계에 이르러서야 신장이식을 받는다. 성공적인 신장이식은 환자가 엄격한 식생활과 활동의 제한을 받지 않는 거의 정상에 가까운 생활을 할 수 있도록 한다. 수술기법의 발전과 거부반응을 예방하는 신약의 개발로 20년 전에 비해 더 많은 신장이식이 가능해지고 성공률이 향상되었다. 자료 확보 가능한 모든 국가에서 1990년부터 기능하는 이식 신장 (functioning kidney transplant)을 가지고 사는 사람의 비중이 꾸준히 증가했다. OECD 국가 평균은 1990-2009년 사이에 인구 10만 명 당 기능하는 이식 신장을 가지고 사는 사람의 수가 15명에서 36명으로 증가하였다 (그림 4.8.3). 2009년 미국, 네덜란드, 오스트리아는 인구 10만 명 당 기능하는 이식 신장을 가지고 사는 사람 수가 가장 많았다. 반면 일본의 경우 가장 낮은 신장이식률을 기록했고 그 뒤를 슬로바키아, 그리스, 한국 이었다.

많은 국가에서 신장이식에 대한 수요가 공급을 훨씬 넘어서면서 신장이식을 받고자 하는 대기자수가 증가하였다. 또한 신장이식률은 문화적인 요인과 전통에 의해 영향을 받는다. 일본과 같은 국가에서는 신장이식이 아직 덜 수용되는 것 같다.

정의와 비교 가능성

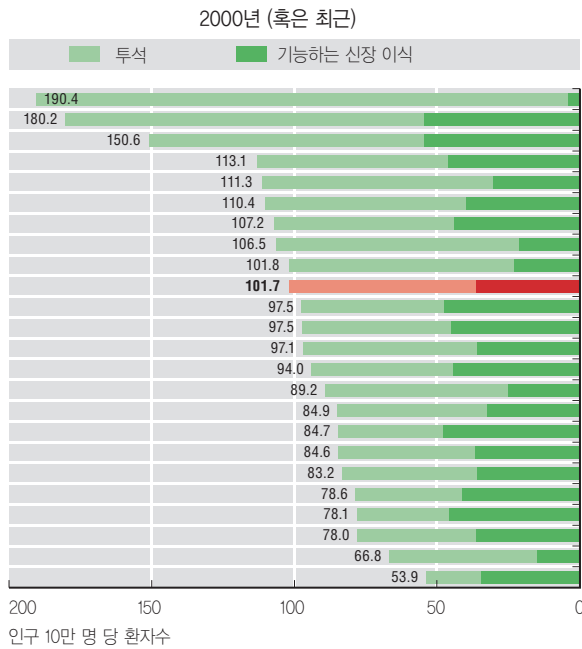
말기신부전증 (end-stage renal failure) 치료를 받는 환자의 수는 연말 기준으로 다음과 같은 다양한 종류의 신장대체요법 (renal replacement therapy)을 받는 환자 수를 의미한다 : 혈액투석 (haemodialysis), 혈액여과 (haemofiltration), 간헐적 복막투석 (intermittent peritoneal dialysis), 지속적 외래 복막투석 (continuous ambulatory peritoneal dialysis), 지속적 정기 복막투석 (continuous cyclical peritoneal dialysis) 또는 기능하는 이식 신장 (functioning kidney transplant) 등.

이스라엘에 대한 정보는

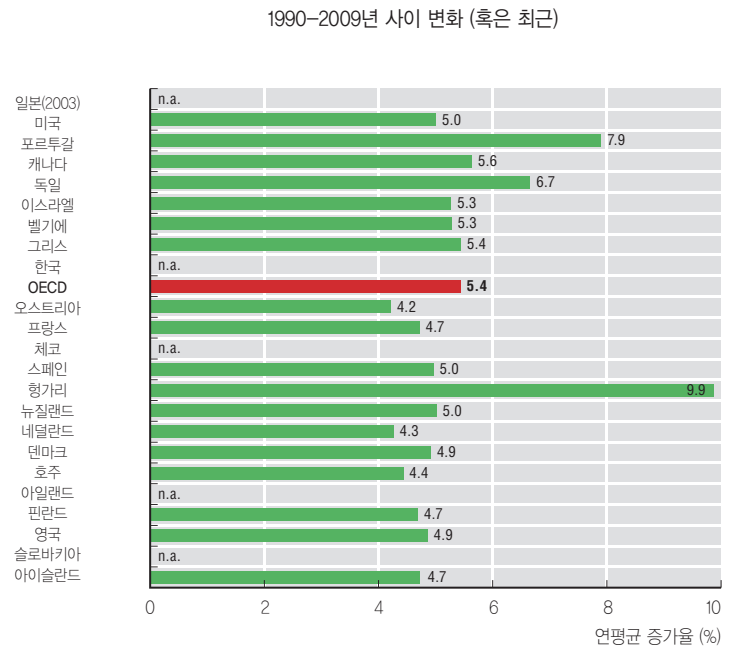
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4.8. 신부전증 치료 (투석과 신장이식)

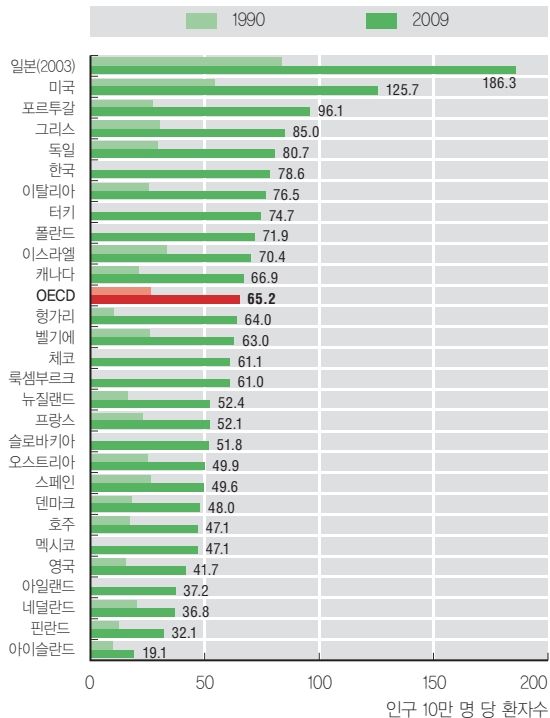
4.8.1 2009년 말기신부전증 치료 환자 유병률, 1990-2009년 사이 변화



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524830>

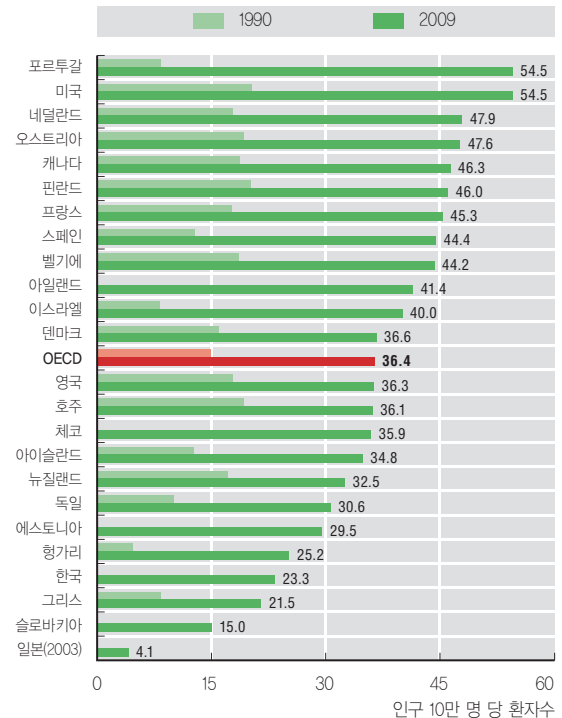
4.8.2 투석 환자 유병률, 1990년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524849>

4.8.3 기능하는 이식 신장을 가진 환자 유병률, 1990년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524868>

4.9. 제왕절개

최근 수십 년 동안 제왕절개율이 감소한 국가도 일부 있기는 하지만 모든 OECD 국가에서 제왕절개 (caesarean delivery)율이 증가했다. 이는 제왕절개에 대한 위험의 감소, 의료과오 책임에 대한 우려, 의사와 환자 양측의 일정 관리의 편의성, 의사-환자 관계의 변화 때문인 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 제왕절개는 지속적으로 산모의 사망률 증가, 산모와 영아의 이환율의 증가, 출산 이후에 합병증 증가의 문제를 가져오기도 한다 (Minoff and Chervenak, 2003; Bewley and Cockburn 2002, Villar et al., 2006). 이러한 우려와 높은 비용 (많은 OECD 국가에서 일반 출산보다 제왕절개 평균 비용이 적어도 2배 높음, Koechlin et al., 2010) 문제가 결합하여 의료적으로 필요하지 않은 제왕절개의 적절성에 대한 의문이 제기되고 있다.

2009년 네덜란드의 제왕절개율이 가장 낮았으며 (모든 출생 중 14%) 북유럽 국가 (핀란드, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴)도 상대적으로 낮은 수준을 기록했다. 네덜란드에서는 위험이 적은 임신인 경우 여성들은 일반적으로 집에서 출산하며 2004년 모든 출산의 30%가 가정에서 이루어졌다 (Euro-Peristat, 2008). OECD 국가 중 제왕절개율이 가장 높은 국가는 터키와 멕시코 (40% 이상)이었지만 브라질과 중국과 같은 OECD 비회원국 중에서 이보다 더 비율이 높은 국가도 있었다. OECD 평균 제왕절개율은 26%이다 (그림 4.9.1).

대부분 OECD 국가에서 지난 20년 동안 제왕절개율은 급증했다 (그림 4.9.2). 미국과 캐나다와 같은 일부 국가에서 반복 제왕절개를 줄이기 위해 이전에 제왕절개를 받았던 사람이 정상분만 시도를 할 수 있도록 산과 관행을 변화시킨 결과 1990년대에 일시적으로 제왕절개율 증가가 주춤해졌다 (Lagrew and Adashek, 1998). 그러나 곧 분만 시도 과정에서 합병증이 보고되고, 환자의 선호도가 지속적으로 변화함에 따라 제왕절개율은 다시 증가 추세로 돌아섰다 (Sachs et al., 1999). 산모의 첫아이 출산 연령이 높아지고, 보조생식 (assisted reproduction)에 의한 쌍둥이 출산이 증가하는 경향도 전 세계적으로 제왕절개율을 높이는데 기여했다.

OECD 국가에서 제왕절개율은 평균적으로 1990년 모든 출생의 14%에서 2000년에는 20%, 2009년에는 26%까지 증가했다. 2000년 이후 덴마크, 체코, 폴란드, 슬로바키아의 제왕절개율이

상당히 급증했다. 핀란드와 아이슬란드는 2000년 이후 오히려 제왕절개율이 감소한 유일한 두 국가이다.

이러한 모든 제왕절개술이 의학적 적응증 (medical indication)에 근거한 것은 아닐 수 있다. 미국의 제왕절개에 관한 한 연구는 “적응증상의 위험이 없는” 제왕절개 비율이 1996년 모든 출생의 3.7%에서 2001년 5.5%로 증가했다고 밝혔다(Declercq et al., 2005). 프랑스 병원연합 (the French Hospital Federation)의 2008년 연구에 따르면, 프랑스의 공공 시설에서 좀 더 복잡한 임신을 다루도록 되어있음에도 불구하고 공공 시설보다 민간 영리시설의 제왕절개율이 더 높은 것으로 드러났다 (FHF, 2008). 라틴아메리카 국가들의 제왕절개에 관한 1990년대 후반의 연구를 보면 공공 또는 사회보장 병원보다 민간 병원에서 제왕절개율이 높은 것으로 나타났다 (Belizan et al., 1999).

특정 상황에서 제왕절개가 필요할 수도 있지만 정상적이고 합병증이 없는 임신의 경우 제왕절개와 질식 분만 (vaginal delivery)의 상대적 편익에 대한 논란이 계속되고 있다. 캐나다와 같은 국가들의 산부인과협회에서는 제왕절개와 같은 의료적 개입 없는 정상 분만을 장려하고 있다 (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada et al., 2008).

정의와 비교 가능성

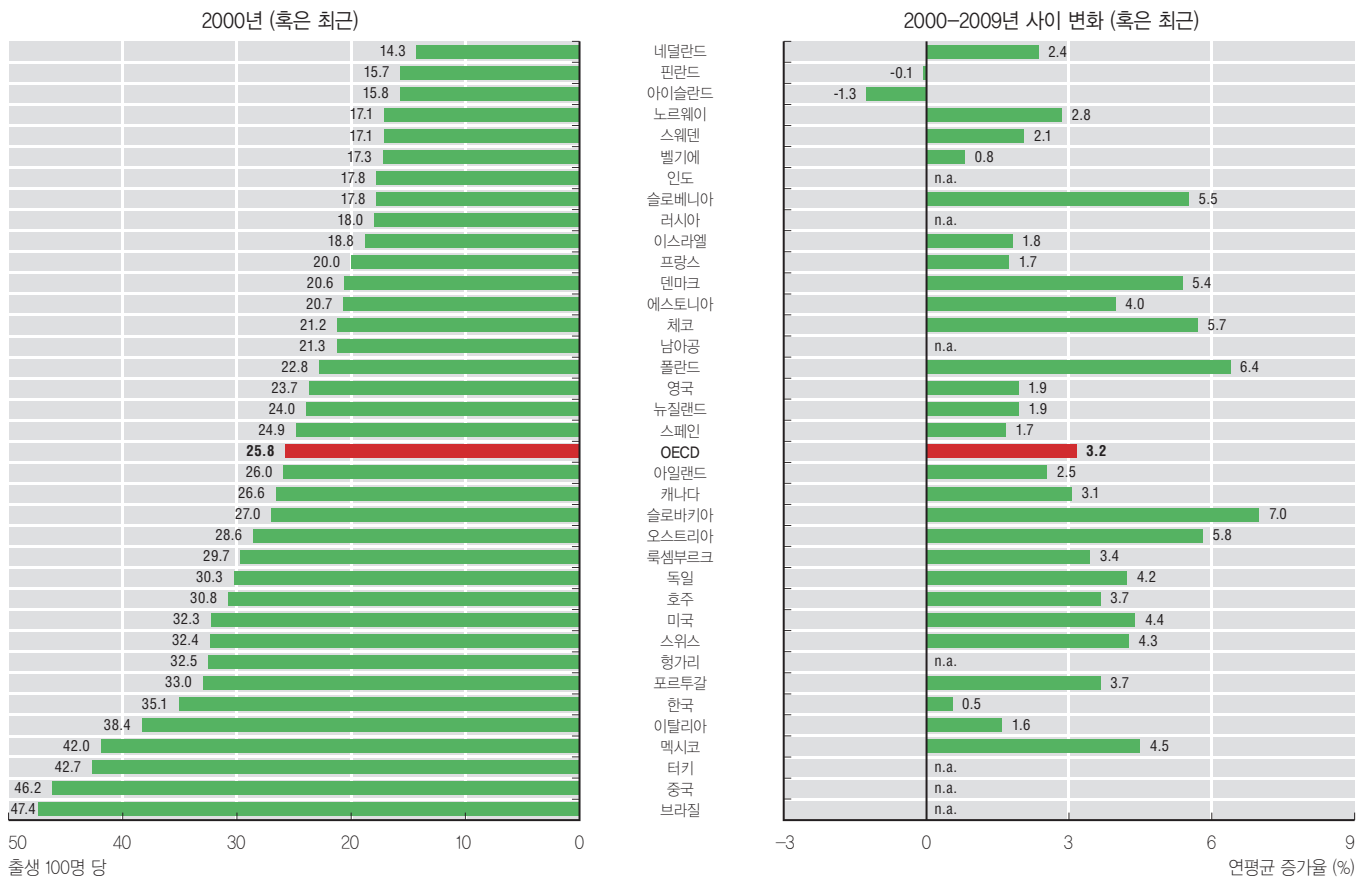
제왕절개율은 출생 100명당 제왕절개의 수이다.

포르투갈에서는 분모가 본토의 국립보건서비스 병원에서 이루어진 출생 수이기 때문에 제왕절개율이 과소 추정되었다. 멕시코는 제왕절개수술 건수가 공공 병원의 보고와 전국 건강조사 (National Health Survey)에서 얻은 자료를 기초로 하고 있다. 따라서 민간 부문의 제왕절개가 과소 보고되는 것을 감안해서 추정치를 교정할 필요가 있다. 총 제왕절개 수를 국가인구위원회 (National Population Council)에서 추산한 출생 수로 나누어 계산한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

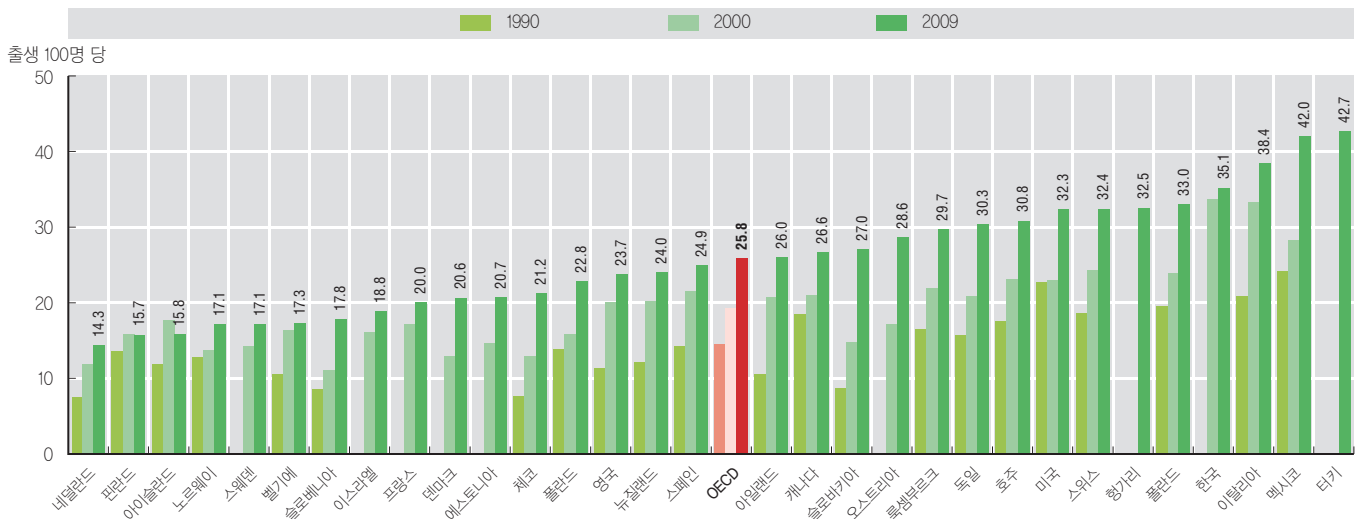
4.9.1 2009년 출생 100명 당 제왕절개, 2000-2009년 사이 변화



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524887>

4.9.2 출생 100명 당 제왕절개, 1990-2009 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524906>

4.10. 백내장 수술

지난 20년 동안 OECD 국가에서 당일 수술로 입원을 요하지 않는 수술 수가 증가했다. 의료기술의 발전, 특히 덜 침습적인 외과적 처치의 보급과 마취제의 개선으로 이러한 발전이 가능했다. 이러한 혁신은 수술의 효과를 향상시켰으며 환자의 안전을 높였다. 또한 재원일수를 단축시켜 그러한 조치의 단가를 감소시켰다. 그러나 당일 수술의 증가가 보건 의료비에 미치는 영향은 단가 변화뿐만 아니라 전체 시술 건수의 증가에 따라 달라지며 급성기 후 관리 (post acute care)와 지역보건의료서비스 (community health services)에 들어가는 추가 비용을 고려할 필요가 있다.

백내장 (cataract) 수술은 대부분 OECD 국가에서 주로 당일 수술로 행해지는 다빈도 수술의 좋은 예가 된다. 대부분의 국가에서 백내장 수술 중 90% 이상이 현재 주간 수술로 이루어진다 (그림 4.10.1). 그러나 폴란드, 슬로바키아, 헝가리와 같은 일부 국가에서는 주간 수술이 상대적으로 적다. 이는 입원환자의 재원일수에 대한 보상, 국가 규제, 외과의사와 마취과 의사의 관행 변화에 대한 장벽에 의한 것으로 설명할 수 있다 (Castro et al., 2007). 그러나 주간 수술 건수가 적은 것은 자료 범위의 한계를 반영하는 것이기도 하다 (폴란드의 경우 병원 외부에서 실시되는 주간 수술의 등록이 부족함).

당일 수술로 백내장 수술을 한 건수가 많은 국가에서 지난 10년간 급증했다. 프랑스의 경우 당일 수술 비중이 2000년 32%에서 2009년 78%로 증가했다. 포르투갈에서는 2000년 연간 50% 이상의 증가율을 보였다 (그림 4.10.2). 2000년 포르투갈에서 당일 수술을 기반으로 백내장 수술을 한 비중이 10% 미만이었지만 2009년에는 그 비중이 92%까지 증가했다. 룩셈부르크에서도 마찬가지로 주간 백내장 수술을 한 건수가 지난 10년간 급증했다. 하지만 여전히 주간 수술 비중이 25%정도 밖에 되지 않는다. 노르웨이에서 2000년 이후 주간 수술로 백내장 수술을 한 건수의 증가로 이전에 입원을 요구하던 시술이 줄어들었고, 전반적인 시술 건수가 변화하지 않았지만, 주간 수술 비율은 87%에서 97%로 증가했다.

백내장 수술 총 건수는 지난 10년 동안 상당히 증가하여 현재는 많은 OECD 국가에서 가장 빈도가 높은 수술이 되었다. 이러한 수술의 증가에는 인구의 고령화도 한 요인이지만 입증된 성공률, 안전성, 주간 수술의 비용-효과성이 더욱 중요한 요인이다 (Fedorowicz Et al., 2004). 스웨덴에서는 10년 전보다 심하지 않은 시력 문제를 가진 환자에게도 백내장 수술이 더 많이 행해지고 있다는 증거가 있다. 이는 다른 환자 집단과 비교해서 이들의 요구사항의 우선순위를 어떻게 매겨야 하는지에 대한 문제를 야기한다 (Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2010).

정의와 비교 가능성

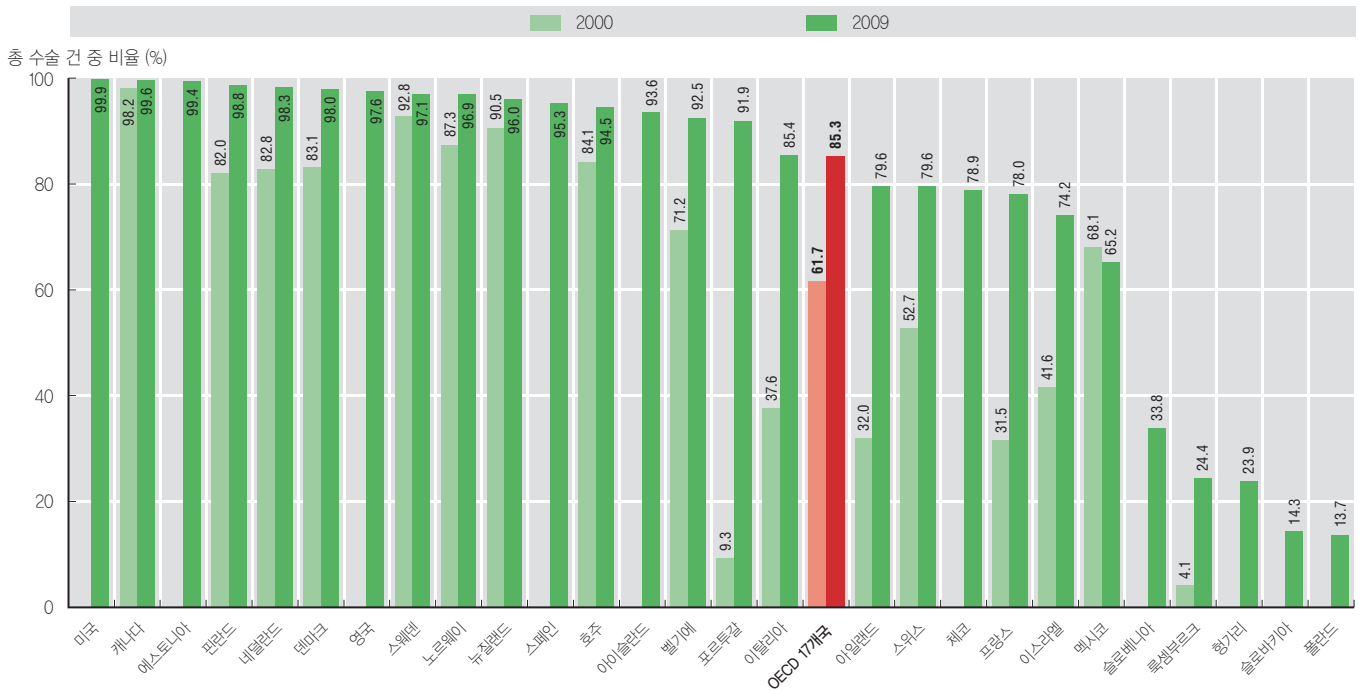
백내장수술은 백내장이 발생한 안구를 제거하고 인공렌즈로 대체하는 방식으로 이루어진다. 백내장 수술은 당일 수술로 이루어질 수도 있고, 입원 (병원에서 묵는 경우) 상태에서 이루어질 수도 있다. 당일 수술은 병원이나 클리닉에서 이루어지기도 하지만 많은 국가의 자료 (예: 아일랜드, 헝가리, 네덜란드, 폴란드)는 병원에서 시행된 시술만 포함했다. 따라서 여러 국가의 주간 수술 범위가 상이한 점을 고려했을 때 국가간 자료 비교 시 주의가 요구된다.

덴마크는 통원 시설과 민간 병원에서 이루어진 수술을 제외하고 공공 병원에서 이루어진 백내장 수술만을 포함한다. 아일랜드 역시 공공 병원에서 이루어진 수술만을 포함한다. 아일랜드에서 모든 병원 활동의 10% 이상이 민간 병원에서 이루어지는 것으로 추정된다. 스페인의 자료는 민간 병원의 활동 중 일부만을 포함한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

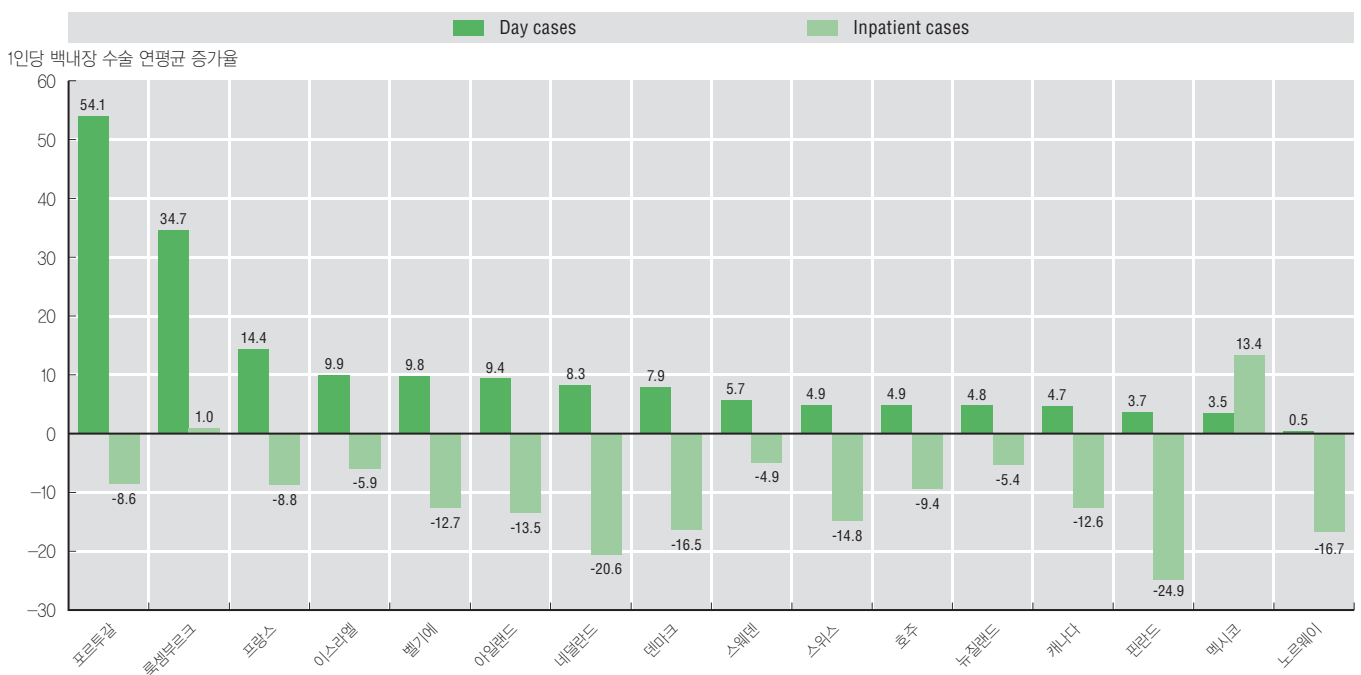
4.10.1 주간 수술에 의한 백내장 수술 비율, 2000년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524925>

4.10.2 백내장 수술 경향, 입원 및 주간 수술, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524944>

4.11. 의약품 소비

의약품 소비는 모든 OECD 국가에서 지출 (지표 7.4. “약제비” 참조) 측면에서뿐 아니라 소비되는 의약품의 양적 측면에서도 증가하고 있다. 의약품 소비 증가에 기여하는 요인 중 하나는 인구 고령화와 관련된 질병을 치료하기 위한 수요 증가 때문이다. 그러나 의약품 소비의 증가는 인구가 젊은 국가에서도 나타나고 있으며 이는 의사의 처방 습관 등 기타 요인이 작용하고 있음을 보여준다.

이번 장에서는 4개의 의약품 범주의 소비량을 알아보려 한다. 즉 당뇨병치료제 (antidiabetics), 항우울제 (antidepressants), 콜레스테롤저하제 (anticholesterols)와 항생제 (antibiotics)의 소비에 대한 내용을 다룬다. 이러한 약품의 소비량은 WHO 의약품 통계협력센터 (Collaborating Center for Drug Statistics)에서 권고한 “1일사용량기준단위 (DDD, defined daily dose)”로 측정되었다 (아래 “정의와 비교 가능성” 참조).

국가별로 당뇨병 치료제 소비량에는 상당한 차이가 있으며 아이슬란드와 에스토니아의 소비량은 핀란드와 독일의 절반 수준밖에 되지 않았다 (그림 4.11.1). 이러한 차이는 당뇨병 유병률과도 부분적으로 연관이 있다. 당뇨병 발생률은 아일랜드에서는 낮은 수준이고 독일에서는 높은 수준이다 (지표 1.10 “당뇨병 유병률과 발생률” 참조). 그러나 당뇨병 치료제를 가장 많이 소비하는 국가 중 당뇨병 유병률이 가장 높지 않은 국가도 있었다. 2000년과 2009년 사이 모든 국가의 당뇨병 치료제 소비량은 평균적으로 75% 증가했다. 특히 슬로바키아 (낮은 수준에서 시작했지만), 포르투갈, 독일, 핀란드의 경우 소비 증가율이 특히 높았다. 소비량의 증가는 당뇨병 유병률의 증가 뿐만 아니라 당뇨병 치료를 받는 사람의 비중 증가, 치료의 평균 복용량의 증가에 따른 것이다 (Melander et al., 2006).

아이슬란드는 항우울제 소비량이 가장 많은 국가였고 그 뒤를 호주, 덴마크, 스웨덴이 이었다 (그림 4.11.2). 국가별 차이가 나타나는 부분적인 이유는 우울증 유병률에 차이가 나기 때문이다. 예를 들면 WHO 세계 정신건강 조사 (WHO World Mental Health Surveys)에 따르면 프랑스에서 자체 보고한 우울증 유병률은 2000년 중반 독일의 2배 정도였다 (Kessler and Ustun, 2008). 이는 부분적으로는 프랑스의 소비량이 높은 것으로 설명할 수 있다. 그러나 의약품 처방 가이드라인과 행태의 국가별 차이도 이러한 상황에 기여한다. 프랑스에서 항우울제 소비는 의약품 치료의 기간이 길기 때문이며 항우울제의 적절하지 못한 사용도 기여요인이라고 할 수 있다 (Grsndfile and Sermet, 2009). 항우울제의 소비는 지난 10년 동안 모든 국가에서 평균 60% 증가했다.

콜레스테롤저하제의 소비는 가장 높은 소비국인 호주의 126DDD/

1,000명/1일에서 가장 낮은 소비국인 에스토니아의 21DDD/1,000명/1일까지 다양하다 (그림 4.11.3). 이는 인구의 콜레스테롤 수준의 유병률이 국가별로 다르기 때문이기도 하지만, 이상 콜레스테롤 관리를 위한 임상지침이 다르기 때문이기도 하다. 예를 들면 호주의 지침은 유럽 국가보다 훨씬 낮은 콜레스테롤 수치를 목표로 하고 있으며 유럽국가 사이에도 목표 수준이 저마다 다르다 (National Heart Foundation of Australia et al., 2005; Hockley and Gemmill, 2007). 비만의 증가와 같은 역학적인 상황과 검진과 치료의 증가는 OECD 국가의 콜레스테롤 저하제 소비의 급증을 설명해준다.

항생제의 소비는 낮게는 네덜란드의 11DDD/1,000명/1일부터 높게는 그리스의 39DDD/1,000명/1일까지 다양하다 (그림 4.11.4). 항생제의 과소비는 박테리아의 내성 증가와 관계가 있기 때문에 여러 국가에서는 최근 항생제 소비를 줄이기 위해 의사와 환자를 대상으로 정보 제공 캠페인을 시작했다. 많은 국가에서 소비량이 안정되었고, 에스토니아, 슬로베니아, 헝가리, 포르투갈, 슬로바키아, 프랑스와 같은 국가에서는 감소하기도 했다. 이와는 대조적으로 2000년 평균 미만의 소비량을 보였던 네덜란드, 오스트리아, 덴마크, 그리스의 소비량은 증가했다.

정의와 비교 가능성

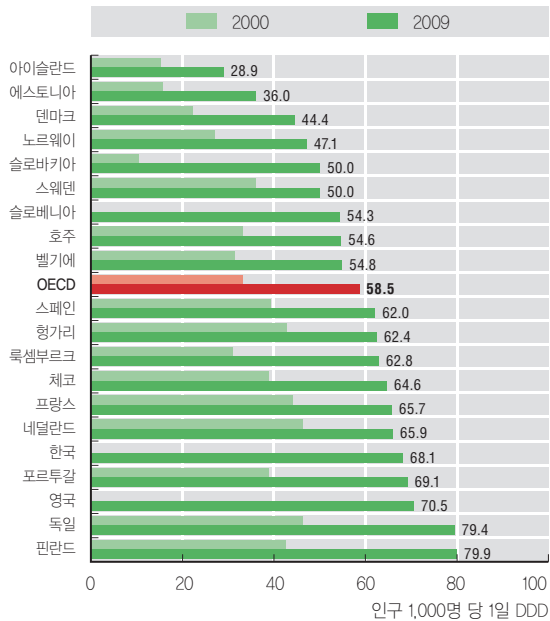
1일사용량기준단위 (DDD, defined daily dose)는 성인의 주 적응증에 사용되는 어떤 의약품의 일일 평균 사용량으로 정의된다. DDD는 국제 전문가들의 합의에 의해 치료군 (therapeutic class)의 활성 성분 (active ingredients)에 부여된다. 예를 들어 구강아스피린(oral aspirin)의 DDD는 3그램이고, 이는 성인의 통증 치료에 필요할 것으로 생각하는 유지요법 일일 복용량 (assumed maintenance daily dose)이다. DDD는 반드시 어떤 국가에서 사용되고 있는 평균 일일복용량을 반영하지 않는다. DDD는 해부 치료학적 분류 (Anatomic-Therapeutic Classification)의 다양한 치료군 내에서 그리고 치료군 사이에 합산할 수 있다. 보다 상세한 정보는 www.whocc.no/atcddd를 참조.

자료는 일반적으로 외래 환자의 소비를 가리킨다. 체코, 핀란드, 헝가리, 스웨덴의 자료는 예외적으로 병원의 의약품 소비를 포함하고 있다. 그리스의 수치는 병행 수출 (parallel exports)을 포함한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

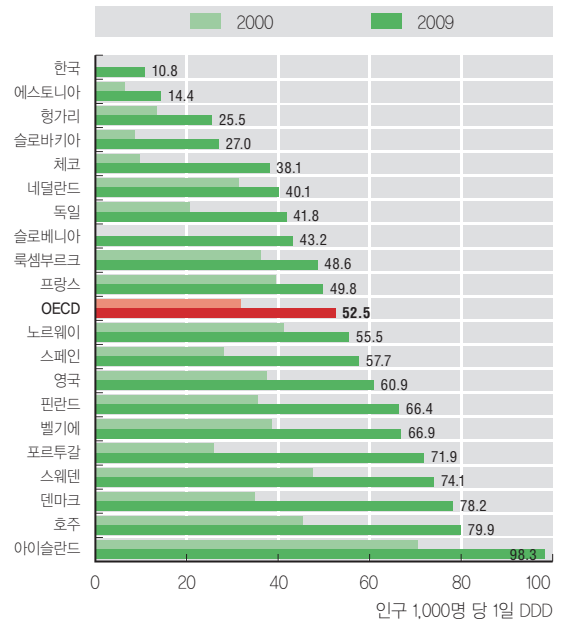
4.11.1 당뇨병치료제 소비량, 2000년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524963>

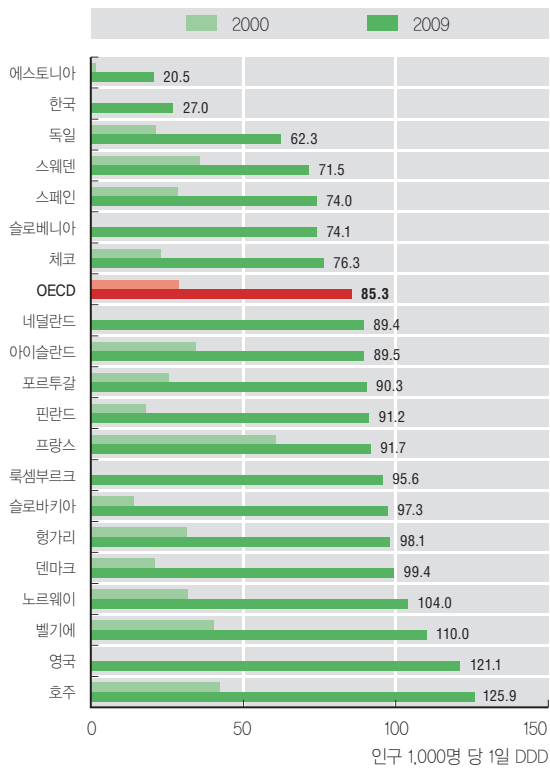
4.11.2 우울증치료제 소비량, 2000년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524982>

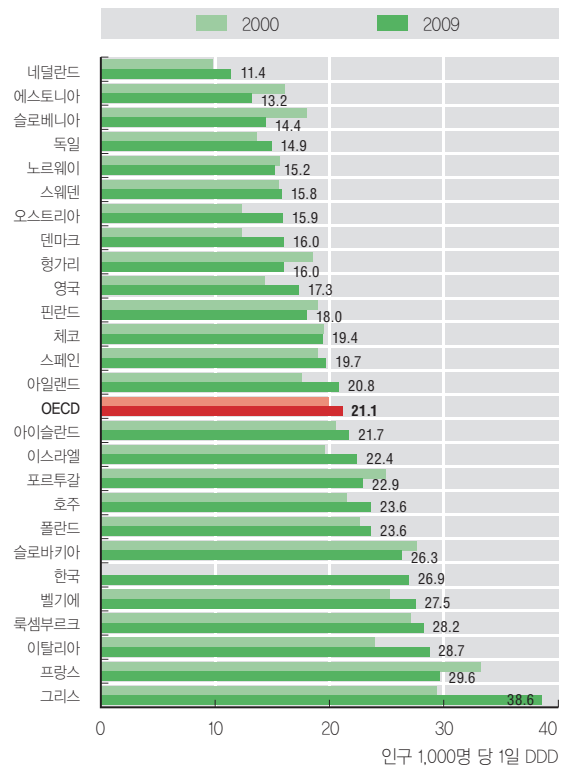
4.11.3 콜레스테롤저하제 소비량, 2000년과 2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525001>

4.11.4 항생제 소비량, 2000년과 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525020>





제5장 보건의료의 질

만성질환 진료

- 5.1. 피할 수 있는 입원 : 호흡기 질환
- 5.2. 피할 수 있는 입원 : 혈당 조절이 안되는 당뇨병

만성질환의 급성진료

- 5.3. 급성심근경색증 원내 사망률
- 5.4. 뇌졸중 원내 사망률

환자안전

- 5.5. 산과적 외상
- 5.6. 시술과 관련된 합병증 및 시술 후 합병증

정신질환 치료

- 5.7. 정신질환의 계획에 없던 재입원

암진료

- 5.8. 자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률
- 5.9. 유방암 검진율, 생존율 및 사망률
- 5.10. 대장암 생존율 및 사망률

전염성질환 진료

- 5.11. 소아 예방접종 사업
- 5.12. 노인 인플루엔자 예방접종

5.1. 피할 수 있는 입원 : 호흡기 질환

천식과 만성 폐쇄성 폐질환(COPD, chronic obstructive pulmonary disease)과 같은 만성질환은 적절한 예방 또는 1차 진료에 의해 관리할 수 있는 질환이다. 이러한 만성질환을 1차 진료에서 적절하게 관리하면 증상의 악화와 비용이 비싼 입원을 줄일 수 있다. 병원 입원율은 1차 진료의 질을 나타내는 대리지표로 사용되며 높은 입원율은 열악한 진료 조정 또는 진료의 연속성이 부적절함을 암시하는 것이다. 또한 입원율은 1차 진료 의사의 공급과 같은 구조적인 제약을 나타내기도 한다 (AHRQ, 2009, Starfield et al. 2005).

천식은 폐로 공기가 드나드는 통로에 영향을 주는 것이다. 천식 증상은 보통 간헐적으로 나타나며 치료 효과가 좋아 기관지 염증의 영향을 완화하는 경우도 있다. 반면 COPD는 진행성 질환이며 COPD 환자들은 보통 흡연 이력이 있는 경우가 많다. COPD 환자들은 기관지확장제에 잘 반응하지만 천식 환자만큼 잘 반응하지는 못한다.

천식은 전세계 1억5천-3억 명의 사람에게 영향을 줄 정도로 흔한 만성질환이며 매년 천식으로 25만 명의 사람들이 사망한다 (WHO, 2011b). 유럽 지역에서 천식으로 사망한 사람이 3천만 명인 것으로 추산된다 (Masoli et al., 2004). 전세계적으로 COPD에 영향을 받는 사람은 6천4백만 명이며 현재 4번째 주요 사망원인이기도 하다(WHO, 2011c). 유럽에서 COPD는 매년 20만-30만 명의 목숨을 앗아가며, 이에 관한 경제적인 부담도 연간 1,020억 유로에 달하는 것으로 추산된다 (European Lung Foundation, 2011).

그림 5.1.1과 5.1.2는 천식에 의한 입원은 가장 높은 국가와 가장 낮은 국가가 11배, COPD 관련 입원은 5배 차이가 나는 것을 보여준다. 천식의 경우 슬로바키아, 미국, 한국은 OECD 평균보다 2배 높은 수치를 기록했다. 이와는 대조적으로 포르투갈, 캐나다, 멕시코, 이탈리아, 스웨덴, 독일의 천식에 의한 입원율은 OECD 평균 절반 수준이었다.

미국, 한국의 높은 입원율은 시간이 지나도 계속 지속되었다. 이 두 국가는 모두 1차 진료 시스템의 발달 수준이 낮고 1차 진료 의사의 공급이 부족하다는 문제를 공통적으로 안고 있다 (American Academy of Family Physicians, 2009, Macinko et al., 2007, Kwon et al., 2010, Cho and Rho, 2003).

천식에 의한 입원율은 남성에 비해 여성에게 지속적으로 높게 나타났다. 평균적으로 여성의 입원율이 남성보다 85% 높은 수준이다. 최근 연구 결과에서는 여성의 천식 발생률이 증가했으며 “여성 천식 환자는 남성 천식 환자와 비슷한 치료를 받고 기본적인 폐 기능이 비슷하지만 남성 환자보다 삶의 질이 떨어지고 보건 의료를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다” (Kynnyk et al., 2011). 따라서 입원율의 차이는 1차 진료 상황에서 더욱 효과적이고 집중적인 진료의 필요성을 강조해준다.

COPD의 성별 구분은 천식 자료와 정 반대의 결과를 보여준다. COPD의 경우 여성보다는 남성의 입원율이 지속적으로 높았다 (덴마크, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴 제외). 평균적으로 여성보다 남성의 입원율이 53% 정도 높게 나타났다. 이는 부분적으로는 남성의 경우 높은 흡연율과 관련하여 COPD의 발생률과 유병률이 여성보다 더 높은 것으로 설명할 수 있다.

아일랜드, 뉴질랜드, 호주, 오스트리아는 OECD 평균보다 COPD에 의한 입원율이 높았다. 아일랜드의 경우 이러한 높은 입원율은 COPD의 주요 위험요인인 흡연의 유병률이 높은 것과 연관성이 있다. 포르투갈, 프랑스, 스위스의 경우 입원율은 OECD 평균의 절반 수준이었다.

정의와 비교 가능성

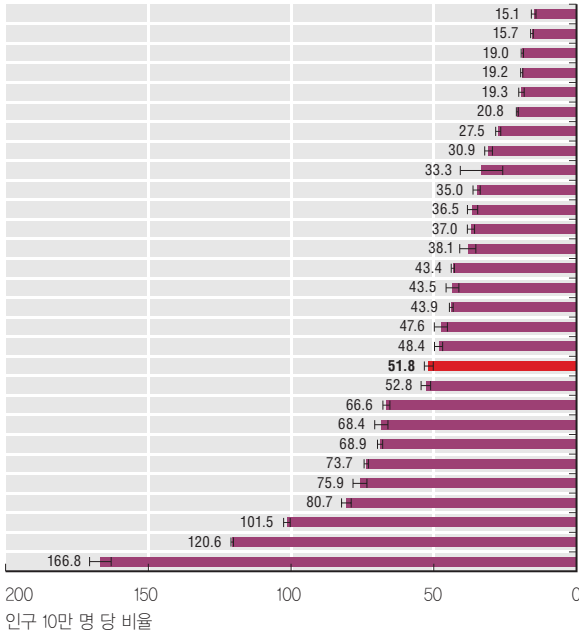
천식과 COPD 지표는 인구 10만 명 당 15세 이상인 사람의 병원 퇴원 수로 정의한다. 이는 각 국가의 인구 구조에서 연령 및 성별 구성을 고려하여 보정하였다. 국가별로 천식과 COPD의 진단과 분류가 상이하기 때문에 특정 질병 발생률에 대한 정확한 자료를 얻는데 한계가 있다. ICD-9 CM과 ICD-10 AM 간 질병분류체계의 상이함 역시 자료의 비교 가능성에 영향을 주었다.

이스라엘에 대한 정보는

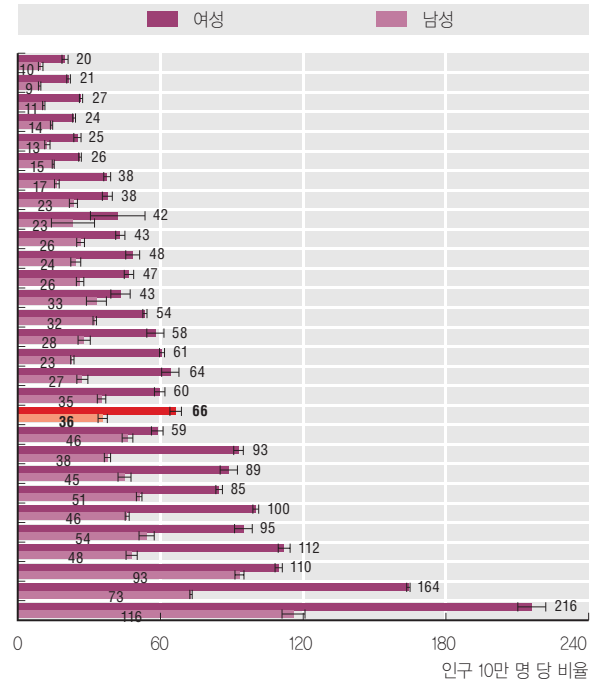
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.1. 피할 수 있는 입원 : 호흡기 질환

5.1.1 천식 입원을, 15세 이상 인구, 2009년 (혹은 최근)



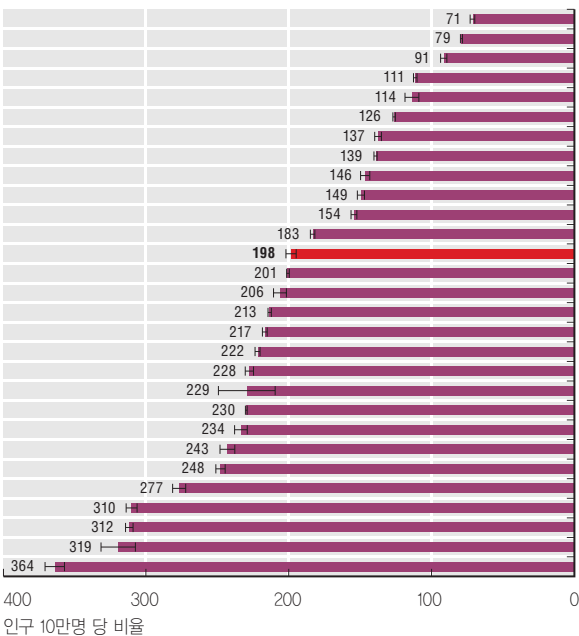
포르투갈
캐나다
멕시코
이탈리아
스웨덴
독일
네덜란드
스위스
아이슬란드
헝가리
덴마크
체코
슬로베니아
프랑스
아일랜드
스페인
노르웨이
벨기에
OECD
오스트리아
호주
이스라엘
폴란드
영국
핀란드
뉴질랜드
한국
미국
슬로바키아



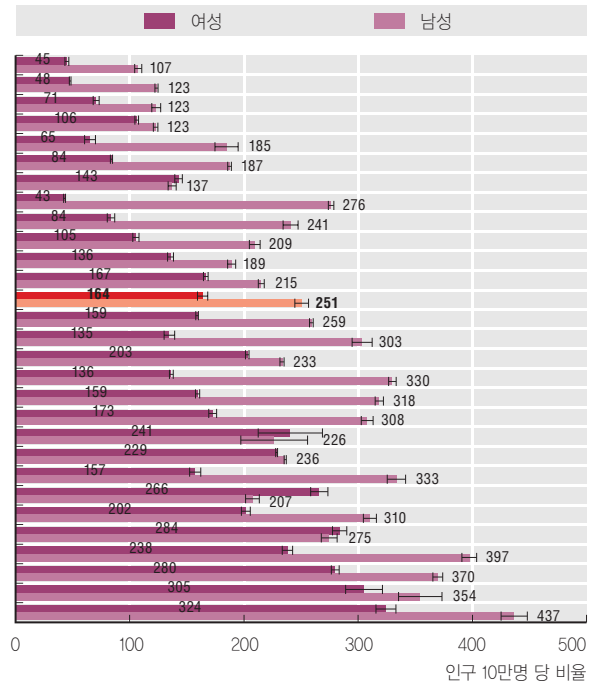
주석 : 2005년 OECD 인구의 연령-성별 표준화율, 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525039>

5.1.2 COPD 입원을, 15세 이상 인구, 2009년 (혹은 최근)



포르투갈
프랑스
스위스
멕시코
슬로베니아
이탈리아
스웨덴
스페인
핀란드
체코
네덜란드
캐나다
OECD
독일
슬로바키아
영국
폴란드
한국
벨기에
아이슬란드
미국
이스라엘
노르웨이
헝가리
덴마크
오스트리아
호주
뉴질랜드
아일랜드



주석 : 2005년 OECD 인구의 연령-성별 표준화율, 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525058>

5.2. 피할 수 있는 입원 : 혈당 조절이 안되는 당뇨병

당뇨병은 전세계적으로 가장 심각한 비전염성 질환 중 하나이며 사망의 주요 원인이다. 예를 들어 미국의 경우 2천 6백 만 명이 당뇨병을 앓고 있는 것으로 추산되며 당뇨병은 2007년 23만 명의 사망에 기여요인이 되었다. 유럽에서는 5천 5백만 명이 당뇨병을 앓고 있다. 전세계적으로 당뇨병 환자는 2010년 2억8천5백만 명에서 2030년 4억3천8백만 명으로 늘어날 것으로 예상된다 (IDF, 2009) (지표 1.10 “당뇨병 유병률과 발생률” 참조).

당뇨병은 심혈관계 질환, 고혈압, 신장질환, 하지절단과 관계가 있다. 선진국에서 당뇨병은 시력상실의 주요 원인이며 미국, 유럽, 일본의 경우 말기 신부전증을 일으키는 가장 흔한 요인이다. 또한 연구 결과에 따르면 당뇨병을 앓고 있는 사람의 경우 우울증에 걸리기 쉽고 치료 가이드라인을 따르기 어렵다고 한다 (Mezuk et al., 2008, Egedge, 2004).

당뇨병의 주요 위험요인으로는 과체중 또는 비만, 신체활동 부족, 당뇨병 가족력, 고혈압, 심혈관계 질환 병력 등이 있다. 당뇨예방프로그램 (DPP, 2002)에서는 적절한 체중 감량과 식이 변화로 당뇨병 발병을 지연시키거나 예방할 수 있다는 것을 보여주었다. DPP 연구원들은 효과적인 식이, 운동에 대한 집중적인 조건과 행동 변화로 인해 당뇨병 발생을 거의 60% 감소시킬 수 있다고 밝혔다. 이러한 결과는 인종 및 성별에 관계없이 모두에게 적용되었다. 생활 방식의 변화는 이러한 개입으로 위험을 70% 감소시킬 수 있는 고령 집단에 특히 효과적이었다. 이들 연구 결과는 당뇨병 예방 및 관리 프로그램을 1차 진료 상황에 포함시키는 것의 중요성을 강조하고 있다.

그림 5.2.1은 OECD 국가에서 당뇨병 합병증에 대한 입원율이 국가별로 큰 차이가 난다는 것을 보여준다. 오스트리아, 헝가리, 한국, 멕시코는 OECD 평균보다 입원율이 2배 이상 높았다. 스페인, 이스라엘, 호주, 뉴질랜드는 당뇨 합병증에 대한 입원율이 매우 낮았다. 당뇨병 유병률이 높은 캐나다에서는 상대적으로 낮은 입원율을 보였다. 이는 캐나다의 건강한 생활과 만성 질환에 대한 통합 전략과 캐나다 당뇨병 전략이 영향을 미쳤음을 암시한다 (PHAC, 2005). 당뇨병 합병증으로 인한 입원율은 여성보다는 남성이 20% 높게 나타났으며 핀란드, 스웨덴, 덴마크와 같은 국가에서는 여성에 비해 남성의 입원율이 훨씬 높게 나타났다.

오스트리아는 2007년 실행된 질병관리 프로그램 (DMP)를 통해 당뇨병진료를 향상시키고자 조치를 취했다. 최근 연구 조사에 따르면 오스트리아의 당뇨병 DMP가 프로세스의 질을 높이고 체중 감량에 도움이 되었지만 당뇨병 억제에 큰 도움이 되지 못했다 (Sönnichsen et al., 2010). 같은 연구 조사에서는 진료의 질이 프로그램의 실행 확대보다는 특정한 1차 진료 의사에 따라 달라진다고 밝혔다.

한국의 경우 높은 입원율은 부분적으로는 최근 경제 발전으로 인한 생활방식의 변화와 관련해 당뇨병 유병률이 높아진 것으로 설명할 수 있다 (Cho, 2010). 또한 1차 진료 인프라가 잘 발달하지 못한 것과도 연관성이 있다 (Chun et al., 2009).

그림 5.2.2 는 당뇨 합병증에 의한 입원율과 당뇨병 유병률과 큰 상관관계가 없음을 보여준다. 캐나다, 포르투갈, 미국과 같은 경우 당뇨병 유병률이 높은 국가이지만 입원율은 낮았다. 이와는 반대로 핀란드, 스웨덴, 덴마크의 경우 유병률은 낮았지만 높은 입원율을 보였다. 이렇게 입원율과 유병률이 큰 상관관계가 없다는 것은 질병의 “진수” 이외에 다른 요인으로 병원 입원을 설명할 수 있다는 것을 암시한다.

정의와 비교 가능성

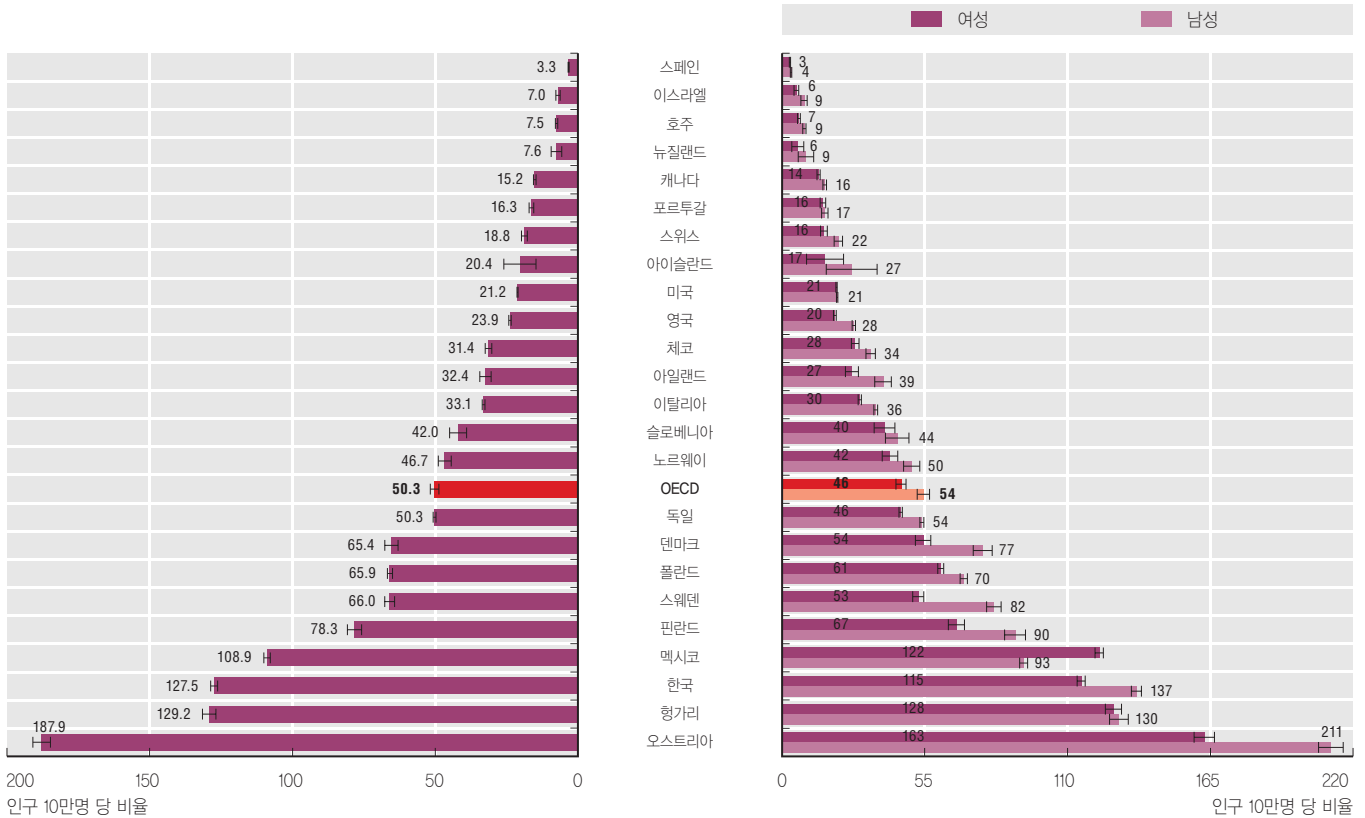
당뇨병 합병증에 대한 지표는 인구 10만 명 당 단기 또는 장기 합병증 여부와 무관하게 제1형 당뇨병과 제2형 당뇨병이 있는 15세 이상 인구의 퇴원건수로 정의한다. 이 비율은 각 국가의 인구구조의 연령 및 성별 구성을 고려하여 보정되었다. 국가별로 다른 분류 관행이 있기 때문에 데이터 비교 가능성에 영향을 줄 수도 있다. ICD-9 CM과 ICD-10 AM 간 질병분류체계의 상이함 역시 자료의 비교 가능성에 영향을 주었다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.2. 피할 수 있는 입원 : 혈당 조절이 안되는 당뇨병

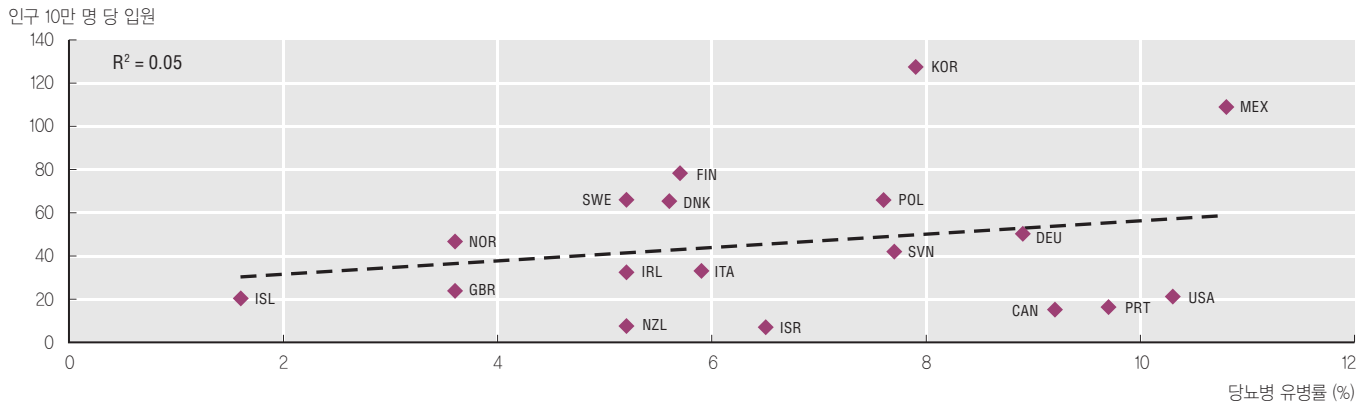
5.2.1 당뇨 합병증에 의한 입원율, 15세 이상 인구, 2009년 (혹은 최근)



주석 : 2005년 OECD 인구의 연령-성별 표준화율, 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525077>

5.2.2 당뇨 합병증에 의한 입원율과 당뇨병 유병률, 2009년 (혹은 최근)



주석 : 당뇨병 유병률 추정치는 20-79세 성인에 관한 통계이며 자료는 세계표준인구로 연령을 보정하였음. 병원 입원율은 15세 이상 인구를 대상으로 한 것이며 2005년 OECD 인구로 연령을 보정하였음.
출처 : 유병률 자료는 IDF (2009), 입원율은 OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525096>

5.3. 급성심근경색증 원내 사망률

관상동맥질환 (CAD)은 현재 선진국의 주요 사망 원인이지만 1970년대 이후 CAD 사망률은 감소하고 있다 (지표 1.3 “심장 질환과 뇌졸중에 의한 사망” 참조). 사망률의 감소는 대부분 급성 단계에서 치료를 더 잘 할 수 있게 되면서 급성심근경색증 (AMI, acute myocardial infarction)의 사망률이 감소한 데 따른 것이다. 1960년대에 처음 관상동맥집중치료실 (coronary care unit)이 설치되고 (Khush 등, 2005) 1980년대에 관상동맥의 혈류를 빠르게 복원시키는 치료법이 발전했다 (Gil et al., 1999). 자료에 따르면 이 기간 동안 AMI 발생률이 감소하지 않았기 때문에 사망률의 성공적 감소는 더욱 주목할 만하다 (Goldberg et al., 1999; Parikh et al., 2009). 그러나 AMI 환자의 상당수가 근거에 기반한 치료를 제대로 받지 못했다 (Eagle et al., 2005).

AMI는 혈전용해, 아스피린을 이용한 조기 치료, 베타 차단제, 잘 조절되고 시의적절한 환자 이송 등 AMI에 대한 효과적인 의학적 조치와 같은 진료 프로세스를 반영하기 때문에 AMI 치명률은 급성 진료의 질을 측정할 수 있는 좋은 방법이다. AMI 치명률은 캐나다, 덴마크, 영국, 미국 등 여러 국가에서 병원 벤치마킹 자료로 사용되고 있다.

AMI 치료를 위한 입원 후 30일 이내 원내 치명률을 조율과 연령-성별 표준화율로 나타낸 것을 보면 국가 별로 상당한 차이가 있음을 알 수 있다. AMI 치명률이 가장 낮은 국가는 덴마크와 노르웨이였다 (그림 5.3.1). 병원 외부를 포함하여 연간 AMI 치명률 가장 높은 국가인 멕시코는 AMI 사망률도 높았다. 멕시코의 AMI 치명률 자료는 공공 부문의 병원 자료만 포함했으며 병원에 오기 전 응급 진료 서비스 수준은 낮은 편이다 (Peralta, 2006). 이러한 상황이 원내사망률 증가에 기여한다. 일본은 AMI 사망률이 낮지만 AMI 치명률이 두 번째로 높은 국가이다. 병원 에서 제공되는 진료의 질과는 상관없이 병원이송, 평균재원일수, 응급처치 시간의 차이, AMI의 경중에 따라 30일 치명률에 영향을 미친다. 치명률은 보통 여성이 남성보다 높게 나타나지만 대부분의 경우 성별 격차가 통계적으로 크게 나타나지는 않았다. 멕시코는 성별 격차가 가장 크게 나는 국가로 AMI 여성 환자의 생존율을 개선할 여지가 있음을 보여준다.

심장병 환자가 보통 3차 의료기관으로 이송되고, 이러한 환자 이송은 한 국가에서 생존 퇴원으로 기록되기 때문에 입원에 기반한

자료는 치명률을 왜곡할 수 있으므로 국가간 비교에 있어서는 병원 안과 밖의 환자를 추적하는 환자 기반의 데이터가 더욱 정확한 지표이다. 하지만 환자 기반의 데이터를 얻을 수 있는 국가는 일부였다. 덴마크를 제외하고 환자 기반의 데이터로 측정된 국가의 지표는 입원 기반의 데이터를 기준으로 했을 때와 별 차이 없었다 (그림 5.3.1). 뉴질랜드와 스웨덴은 사용한 측정치에 무관하게 낮은 치명률을 보였다.

AMI 치명률은 2000년에서 2009년 대부분의 국가가 통계적으로 상당한 감소를 기록하여 점점 줄어들고 있다 (그림 5.3.2). 특히 북유럽 국가들, 체코, 아일랜드, 오스트리아에서 뚜렷하게 감소했다. 여러 국가에서 AMI 치명률의 감소는 심장마비 시에 손상된 심장 근육으로의 혈류를 회복시키는 재관류요법의 이용량과 적시성이 높아지는 등 치료 기술의 발전 때문이다 (Fox et al., 2007 and Tu et al., 2009).

정의와 비교 가능성

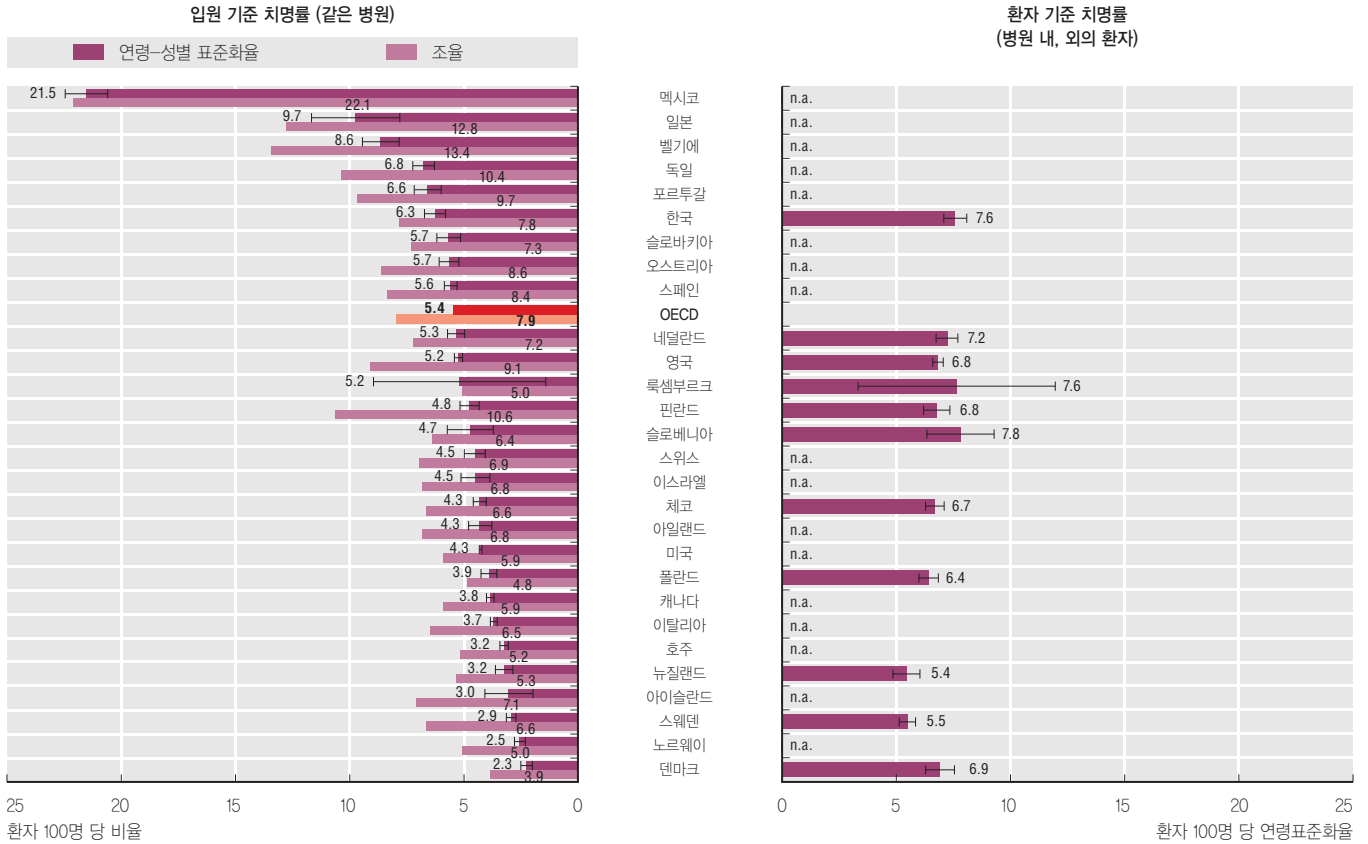
AMI 로 인한 입원 후 치명률은 모든 AMI 입원에 대한 입원 후 30일 이내에 사망한 환자 수 (당일 입원 포함) 비율로 정의한다. 개인 환자에 기반을 두고 통계를 내는 것이 이상적이지만, 모든 국가가 입원 및 외래 환자들을 추적할 수 있는 것은 아니고, 고유한 개별환자식별자를 현재 사용하지 않는 국가들은 병원 간에 심지어는 같은 병원에 입/퇴원하는 환자들에 대해서도 추적하기 어렵다. 국가 포함 범위를 넓히기 위해 이 지표는 개별적인 입원을 기준으로 제시 되었으며 같은 병원 내의 사망률로만 제한했다 따라서 퇴원과 환자 이송에 대한 각기 다른 관행이 자료에 영향을 줄 수 있다.

입원 기준 자료는 조율과 연령-성별 표준화율로 나타내었다. 표준화율은 연령의 차이 (45세 이상)와 성별 차이를 보정한 것이며 이를 통해 국제 비교를 더욱 의미 있게 하고자 했다. 조율은 개별 국가의 내부 목적에 유용한 자료다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.3.1 입원 기준과 환자 기준의 AMI 30일 이내 원내 치명률, 2009년 (혹은 최근)

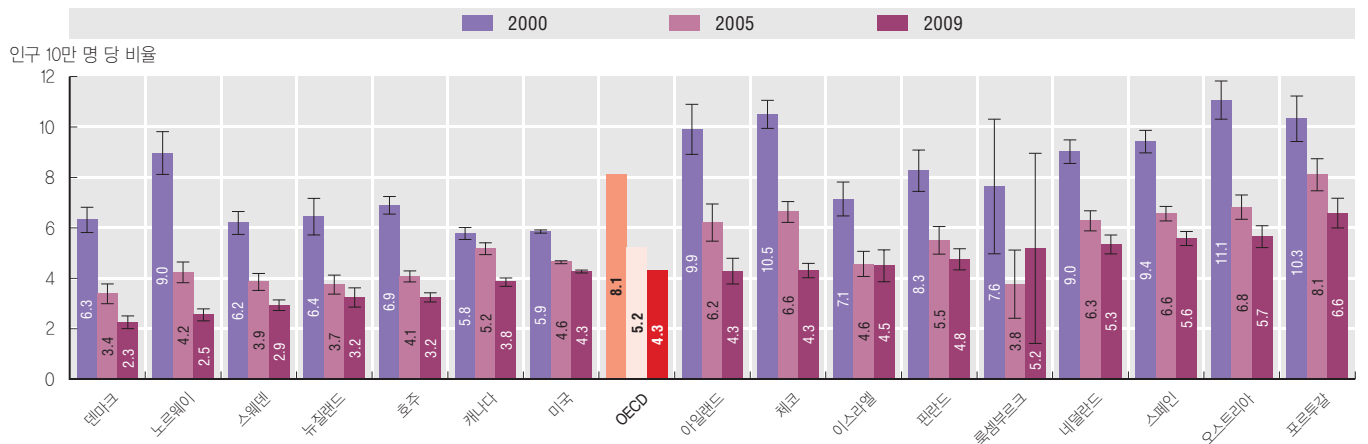


주석: 비율은 2005년 OECD 인구 (45+)의 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525115>

5.3.2 AMI 30일 이내 원내 치명률 감소, 2000-2009년 (혹은 최근)



주석: 비율은 2005년 OECD 인구 (45+)의 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525134>

5.4. 뇌졸중 원내 사망률

뇌졸중 및 기타 뇌혈관 질환은 OECD 국가에서 전체 사망의 8% 이상을 차지하는 4번째 사망원인이다 (OECD, 2011a). 추정치에 따르면 뇌졸중은 보건의료비의 2-4%를 차지하고 장애 후유증으로 보건의료제도 외부에서도 상당한 비용 지출의 원인이 되고 있다 (OECD, 2003a). 뇌졸중의 약 85%를 차지하는 허혈성 뇌졸중은 뇌의 한 부분에 혈액 공급이 중단되어 해당 부분이 괴사되는 질환이다. 출혈성 뇌졸중은 혈관이 파열되어 뇌로 출혈을 일으키는 것으로, 보통 허혈성 뇌졸중보다 손상 범위가 더 크다.

허혈성 뇌졸중의 치료는 지난 십 년 간 극적으로 변했다. 1990년대까지 뇌 손상은 되돌릴 수 없는 현상으로 간주되어 합병증 예방과 재활 치료에 초점을 맞추었다. 그러나 조기 혈전용해 (early thrombolysis)를 통해 AMI 생존율이 놀랄 만큼 높아졌고, 일본 (Mori et al., 1992), 미국 (NINDS, 1995), 유럽 국가 (Hacke et al., 1995)의 임상시험에서 허혈성 뇌졸중에 혈전용해 요법이 효과적이라는 사실이 입증되었다. 많은 국가에서 허혈성 뇌졸중 및 출혈성 뇌졸중 환자에 대한 적기, 공격적 진단과 치료를 하기 위해 전용 병동이 도입되어 통상적인 진료 후 보다 뇌졸중 생존율을 높일 수 있었다 (Seenan et al., 2007).

뇌졸중 생존율은 급성진료의 질, 특히 혈전용해술과 즉각적이고 충분한 진료 서비스 등과 같은 효과적인 치료법의 질을 나타내주는 것이다. 결과적으로 뇌졸중 치명률은 OECD 국가에서 병원 벤치마킹에 사용되고 있다.

표준화된 허혈성 뇌졸중 치명률은 2009년 OECD 평균 5% 수준이었지만, 멕시코 (17.6%), 슬로베니아 (9.7%)와 같이 치명률이 높은 국가와 한국, 일본 (1.8%)과 같이 낮은 국가 차이는 상당했다 (그림 5.4.1). 출혈성 뇌졸중의 평균 표준화율은 19%였다 (그림 5.4.2). 이는 허혈성 뇌졸중보다 4배 높은 수치로 두개내 출혈의 영향이 더욱 심각함을 보여준다. 국가별로는 핀란드의 6.5%에서 벨기에의 38.6%까지 다양하게 나타났다. 두 종류의 뇌졸중 중 하나의 생존율이 높은 국가가 다른 종류의 뇌졸중 생존율도 높은 것으로 나타났다. 뇌졸중 환자의 초기 진료 단계가 비슷하다는 것을 고려해보면 시스템 기반의 영향이 국가별 차이를 설명해 줄 수도 있다는 것을 암시한다. 예를 들어 북유럽 국가들 (덴마크, 핀란드, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴)은 병원 내에 전용 병동을

적극적으로 도입하여 허혈성 뇌졸중과 출혈성 뇌졸중의 치명률을 평균보다 낮은 수준으로 유지하고 있다. 병원 이송의 패턴, 평균재원일수, 응급처치 시간의 차이, 뇌졸중의 중증도와 같은 기타 요인이 치명률에 영향을 주기도 한다.

허혈성 뇌졸중의 치명률은 2000년과 2009년 사이 OECD 국가 평균적으로 26% 감소했다 (그림 5.4.3). 같은 기간 동안 출혈성 뇌졸중도 17%가 감소하여 비슷한 양상을 보였다. 이러한 감소는 뇌졸중 환자에 대한 진료의 질이 전반적으로 개선되었음을 의미한다.

정의와 비교 가능성

허혈성 뇌졸중과 출혈성 뇌졸중에 따른 원내 치명률은 입원 (당일 입원 포함) 후 30일 이내에 사망한 사람 수로 정의한다. 개인 환자에 기반을 두고 통계를 내는 것이 이상적이지만, 모든 국가가 입원, 외래 환자를 추적할 수 있는 것은 아니고, 환자고유식별자를 현재 사용하지 않는 국가들은 병원간에 심지어는 같은 병원에 입/퇴원하는 환자들에 대해서도 추적하기 어렵다. 따라서 지표는 고유한 개인 병원 입원에 기반한 것으로 같은 병원 내의 사망에 국한되어 있다. 퇴원과 환자 이송에 관한 관행이 다른 것도 지표에 영향을 미친다.

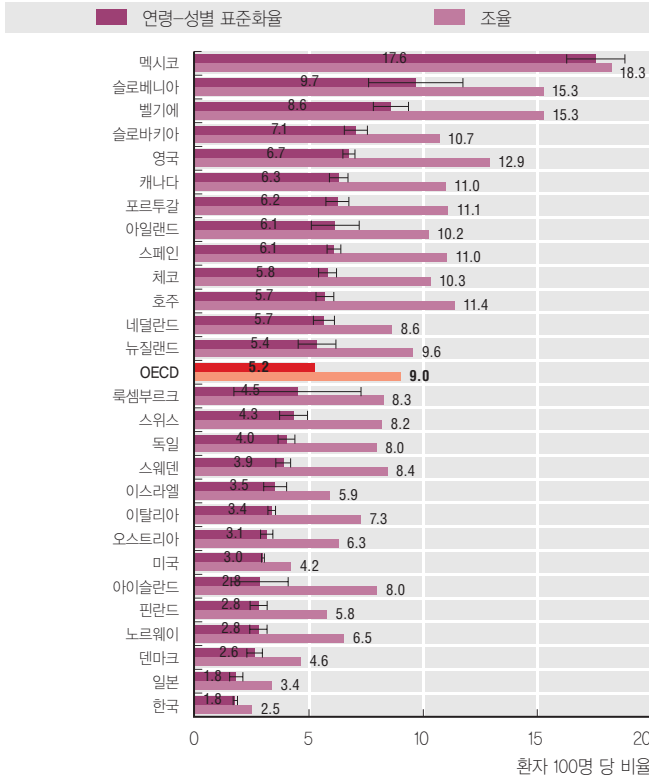
체코, 덴마크, 핀란드, 한국, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 네덜란드, 폴란드, 슬로베니아, 스웨덴, 영국은 환자 기반의 자료 (병원 내외의 환자)를 제공했다. 이러한 경우 같은 병원 내의 치명률과 비슷한 수준이지만 보통 환자 기반의 자료가 좀 더 높은 수준이다.

조율과 연령-성별 표준화율로 나타내었다. 표준화율은 연령의 차이 (45+년)와 성별 차이를 보정한 것이며 이를 통해 국제간의 비교를 더욱 의미있게 하고자 했다. 조율은 개별 국가의 내부 목적에 유용한 자료다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.4.1 허혈성 뇌졸중 입원 이후 30일 이내 원내 치명률, 2009년 (혹은 최근)

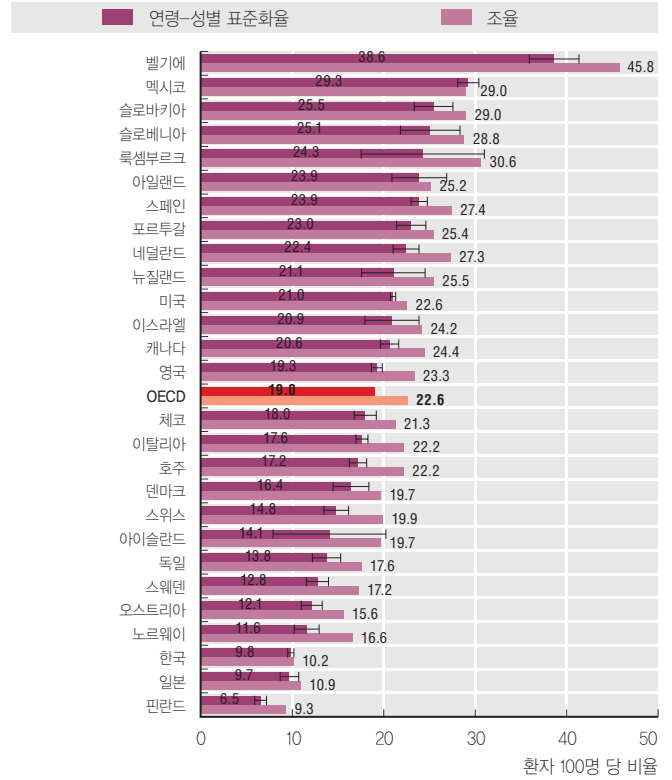


주석 : 비율은 2005년 OECD 인구 (45+)에 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525153>

5.4.2 출혈성 뇌졸중 입원 이후 30일 이내 원내 치명률, 2009년 (혹은 최근)

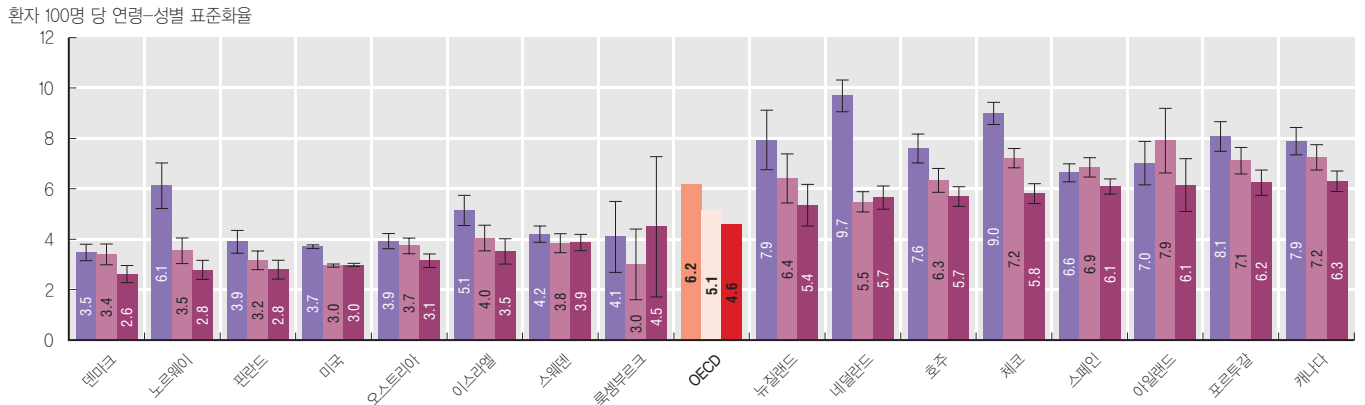


주석 : 비율은 2005년 OECD 인구 (45+)에 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525172>

5.4.3 허혈성 뇌졸중 입원 30일 이내 원내 치명률의 감소, 2000-2009년 (혹은 최근)



주석 : 비율은 2005년 OECD 인구 (45+)에 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525191>

5.5. 산과적 외상

의료 서비스 제공 중 오류 발생이 많다는 증거가 증가하면서 환자와 정책 입안자들이 의료 전문가들에게 가졌던 신뢰도가 떨어지기 시작함에 따라 보건정책에서 환자의 안전이 최근 가장 중요한 사안이 되었다. 일찍이 1991년에 대표적인 하버드 의료 연구(Harvard Medical Practice Study) 결과에 따르면 모든 입원의 1-4%에서 위해 사건이 발생한다고 보고했다(Brennan et al., 1991). 미국 의학학술원은 의료과실에 관한 모든 증거를 통합하고 교통사고에 의한 부상 또는 유방암보다 의료과실로 사망하는 사람들이 더 많은 것으로 추정했다(Kohn et al., 2000). 최근 스웨덴 연구 조사에 따르면 입원 중 12%에서 위해 사건이 발생하며 그 중 70%는 예방 가능한 것이라고 밝혔다. 그 결과 평균재원일수가 6일로 늘어났다(Soop et al., 2009). 유럽연합 이사회는 2009년 보건의료와 관련된 감염 예방과 통제를 포함한 환자안전 권고안을 채택했다.

산과적 외상 지표는 자연분만 중 예방할 수 있는 3도 및 4도 회음부 열상 건수를 나타내기 위한 지표이다. 이러한 열상이 회음부 근육, 항문 괄약근, 장벽으로까지 이어지는 경우에는 분만 후에 외과적 치료가 필요하다. 또한 합병증으로는 지속적인 회음부 통증과 항문실금이 있다. 열상을 방지하는 것은 불가능하지만 적절한 분만 관리와 진료 기준을 통해 열상을 줄이는 것은 가능하다. 3도 또는 4도 열상은 초산, 무거운 태아 체중, 유도 분만, 후방후두위, 분만 제2기의 지연, 기구를 사용한 분만 등에서 발생할 가능성이 높다.

심한 열상이 동반되는 출산의 비율은 산과 진료의 질을 나타내주는 유용한 지표이며 이러한 부정적 사건이 발생하는 것을 줄이는데 도움이 된다. 산과적 외상 지표는 미국의 Joint Commission과 여러 국제 의료의 질 이니셔티브에서 산과적 자료를 분석하는데 사용된다. 기구(진공 장치, 겸자)를 이용한 출산인 경우 회음부 열상 위험이 상당히 높아지기 때문에 이 환자에 대한 자료는 별도로 보고된다.

그림 5.5.1과 5.5.2에서는 기구 이용과는 상관없이 자연분만 중 생기는 산과적 외상 보고율에 차이를 나타낸 것이다. 캐나다, 미국, 스웨덴은 기구를 사용하는 자연분만에서 산과적 외상 보고율이 가장 높은 국가이다. 스위스, 스웨덴, 덴마크는 기계를 사용하지 않는 분만에서 가장 높은 산과적 외상률을 기록했다. 기구 사용과 기구 사용을 하지 않는 분만시 생기는 산과적 외상에 대해 OECD

평균은 큰 차이를 보이지 않았다. 벨기에, 핀란드, 프랑스, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 포르투갈, 슬로베니아, 스페인은 지속적으로 낮은 수준을 기록했다. 항문 괄약근 열상 발생률이 핀란드와 다른 북유럽 국가(덴마크, 노르웨이, 스웨덴)에서 차이를 보이는 것은 분만 방법의 차이와 회음부절개술의 차이로 설명할 수 있다(Laine et al., 2009). 최근 연구 조사에 따르면 자연분만을 관리하는 조산술의 발전이 산과적 항문 괄약근 손상 위험을 줄여줄 수 있다고 한다(Hals et al., 2010). 국가별로 지표상 차이가 나는 것은 진료의 안전성뿐만 아니라 보고와 기록 관행의 차이를 반영하는 것이다. 예를 들어 캐나다의 경우 산과적 외상을 분류하는데 매우 엄격한 기준을 가지고 있다. 이러한 관행이 다른 국가와 비교해서 캐나다가 높은 산과적 외상률을 보이는 것을 부분적으로 설명해준다.

정의와 비교 가능성

환자안전지표는 미국 보건의료연구청(AHRQ, US Agency for Healthcare Research and Quality)이 개발한 질 지표에서 가져온 것이다. AHRQ의 환자안전지표(PSIs)는 병원에서 수술, 시술, 분만 이후 생긴 합병증과 위해 사건에 대한 정보를 제공한다. PSIs는 자료 검토, ICD-9-CM 코드 분석, 임상 패널의 검토, 위험 보정의 실행, 경험적 분석을 토대로 개발되었다(AHRQ, 2006).

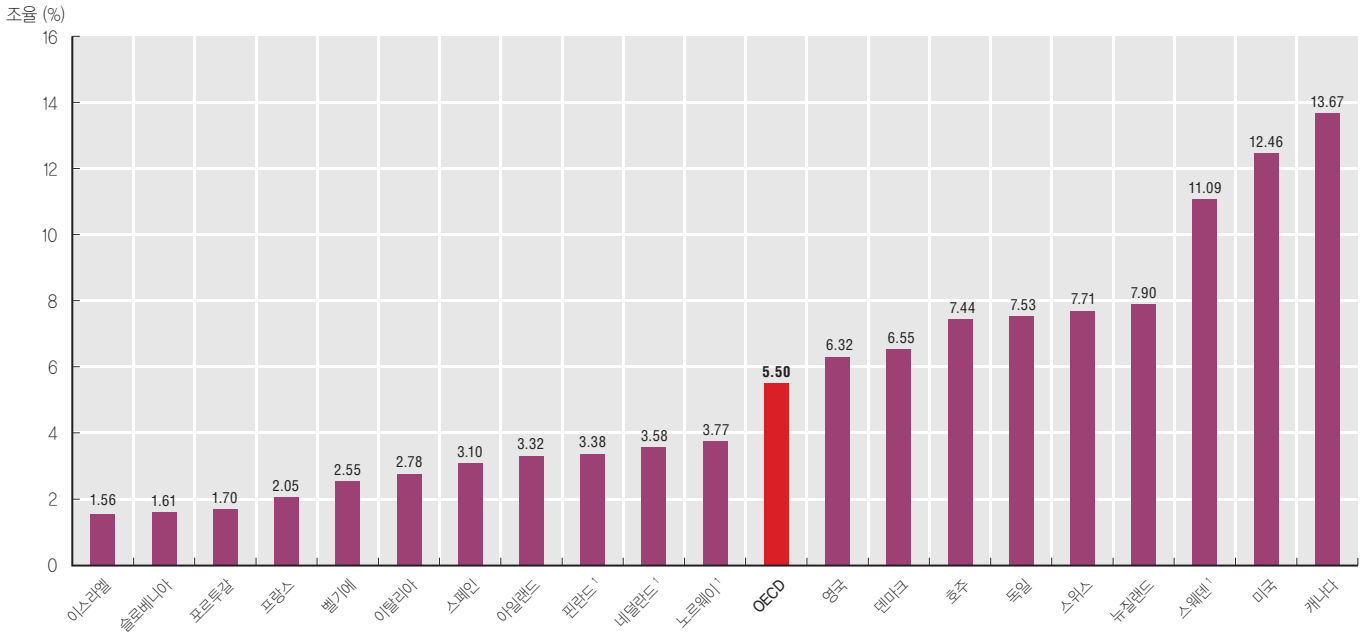
산과적 외상에 대한 두 가지 지표는 기구 사용/기구 비사용 자연분만 중 진단 및 시술 영역에서 3도 및 4도 산과적 외상 코드가 있는 비율로 정의된다. 따라서 주진단과 부진단의 정의의 차이는 이 수치에 영향을 주지 않는다.

국가별로 자료 보고에 차이가 나는 점도 산과 환자 안전 지표의 계산 값에 영향을 준다. 이는 주로 분류 관행과 자료 출처 때문에 발생한다. 몇몇 국가들은 산과적 외상률을 행정적 병원 자료에 기반하여 계산하고 어떤 병우는 산과적 등록을 기준으로 계산하기 때문에 결과에 차이가 난다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.5.1 산과적 외상, 기구를 사용한 자연분만, 2009년 (혹은 최근)

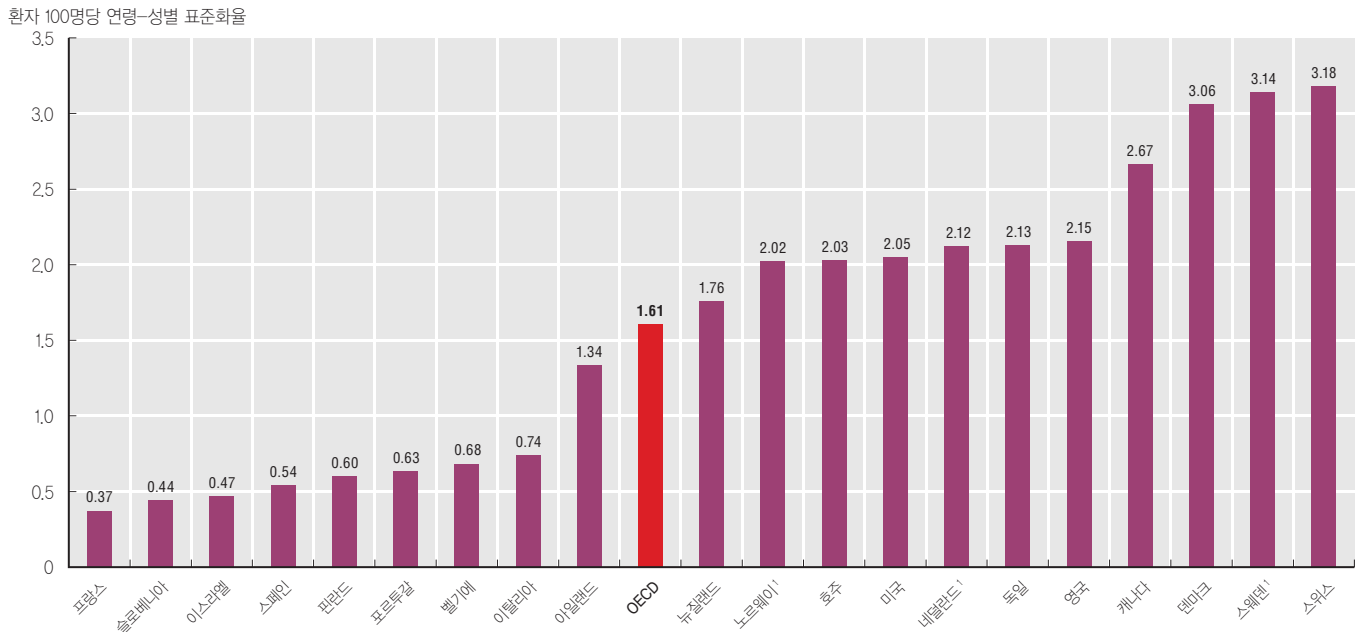


1. 산과적 등록 데이터.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525210>

5.5.2 산과적 외상, 기구를 사용하지 않은 자연분만, 2009년 (혹은 최근)



1. 산과적 등록 데이터.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525229>

5.6. 시술과 관련된 합병증 및 시술 후 합병증

환자 안전을 개선하려는 노력은 보건의료에서 발생하는 적신호 또는 위해 사건 보고에 대한 관심을 높였다. 적신호 사건은 드물지만 의료 과오로 환자에게 가시적인 해를 일으킬 수 있는 심각한 사건을 의미한다. “절대불가 사고 (never event)”로도 불리는 적신호 사건은 진료를 제공하는 데 있어서 환자 보호의 실패를 나타내기도 한다. 시술 중 이물질이 몸 속에 남겨두는 것과 같은 심각한 프로세스 상의 문제를 반영한다. 이 지표는 시술 후 수술 도구 (예: 바늘, 칼날, 면봉) 제거 실패와 관련한 오류를 찾는 것이다. 이와 관련한 가장 흔한 위험요인으로는 응급상황, 예정되지 않은 시술의 변경, 시술 중 수술 팀 교체, 환자의 비만 등이 있다 (Gawande et al., 2003). 예방 조치로는 카운트 절차, 조직적인 상처 탐색, 수술 팀 간의 효과적인 의사소통 등이 있다.

위해 사건은 보건의료로 환자에게 해를 끼칠 수 있는 의도하지 않은 사건을 말한다. 위해 사건은 특정 수술의 경우 내재된 높은 위험성과 환자의 기본적인 건강 문제를 생각했을 때 완전히 예방할 수는 없다. 따라서 적신호 사건과는 대조적으로 몇 가지 부정적인 사건이 꼭 환자 안전 문제를 의미하는 것은 아니다. 시술 중 우발적으로 생기는 천공과 열상은 어느 정도 인지된 위험이지만, 이러한 합병증 비율이 증가한다는 것은 훈련 부족 또는 보건의료 인력의 피곤 등 시스템상의 문제를 의미할 수도 있다. 수술 후 폐색전증과 심부정맥혈전증은 불필요한 통증과 사망을 야기하지만 적절한 항응고제의 사용 및 기타 예방 조치를 취해 이를 막을 수 있다. 선택 수술 후 나타나는 패혈증은 다발성 장기 부전과 사망을 야기할 수도 있는 중증 합병증이다. 패혈증은 보통 예방적 항생제, 수술 도구의 소독, 신중한 수술 후 관리를 통해 피할 수 있거나 완전히 치료할 수 있는 심각하지 않은 감염에서 시작된다.

그림 5.6.1과 5.6.4는 수술과 진료와 관련한 합병증 발생률을 나타낸 것이다. 4가지 지표에 대해 국가 별로 상당한 차이가 나타났다. 예를 들어 스위스의 경우 수술 중 이물질이 환자 몸에 남아 있는 경우가 가장 많이 보고되었지만, 수술 후 폐색전증 또는 심부정맥혈전증은 매우 낮은 수준이었으며 수술 후 패혈증이 나타나는 비율은 가장 낮은 수준이었다. 캐나다, 스페인, 프랑스에서도 스위스의 경우처럼 지표 간에 상이한 결과가 나타났다. 모든 지표가 높은 수준으로 나타나는 국가 (호주, 뉴질랜드)도 있었고, 낮은 수준으로 보고되는 국가도 있었다 (덴마크, 독일).

시술 또는 시술 후 환자 안전 지표에 차이가 나는 것은 안전성 자체 보다는 보고와 기록 관행이 다른 것도 영향을 미친다. 문서화와 보건의료비 청구가 직접 연계되지 않은 국가의 경우 병원과 의사들은 진단을 정확하게 보고하는 것 대한 동기유발이 덜 된다. 현재 결과가 국가 차원에서 환자 안전 수준을 잘 반영하고 있는지, 국가간 비교가 적절한지에 대해서는 좀 더 생각해 보아야 하지만 환자들이 환자 안전 문제에 영향을 받는다는 것은 분명한 사실이다. 문서화와 데이터 시스템을 조율하려는 국제적 노력과 현재 진행 중인 검증 연구를 통해 미래에는 병원 행정 자료에 기반한 환자 안전 측정치의 타당성과 신뢰성에 대한 정보가 제공될 것이다.

정의와 비교 가능성

환자 안전 비율에 대한 기초적인 정의, 출처와 방법론은 지표 5.5 “산과적 외상” 참조. 모든 시술 또는 시술 후 합병증은 15세 이상의 인구 중 부진단에 합병증 관련 ICD 코드를 가진 환자의 퇴원 수를 총 퇴원 수 (내과 및 외과 또는 외과만 포함)로 나눈 값으로 정의한다. 합병증 발생률은 수술 후 패혈증을 제외하고는 모두 연령-성별 표준화율이다. 이는 국가간 비교 가능성을 높이기 위해 지표를 계산하는 알고리즘 내에서 수정된 예외 기준을 사용했기 때문이다 (SDx) (Drösler et al., 2011). 이러한 보정 작업에도 불구하고 기록 당 1.5 미만의 진단을 보고한 두 국가의 경우 (핀란드와 이탈리아) 그 결과치가 과소 추정되었을 가능성이 있다.

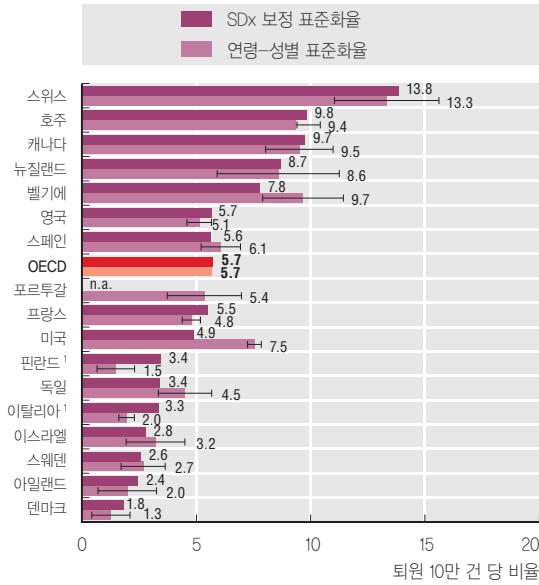
국가별로 데이터 보고에 차이가 나는 경우 환자 안전 지표의 비율 계산에 영향을 줄 수 있다. 또한 분류 관행과 분류 규칙에 따라 차이가 나기도 하며 (예: 주진단 및 부진단의 정의), 보건의료비 청구를 위한 분류와 진단 유형 마커의 사용 (예: 입원 시점에 존재)에 따라 차이가 나기도 한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.6. 시술과 관련된 합병증 및 시술후 합병증

5.6.1 시술 중 남겨진 이물질, 2009년 (혹은 최근)



주석: 국가별로 차이가 나는 이유 중 하나는 분류 체계의 차이와 기록 관행 때문임. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

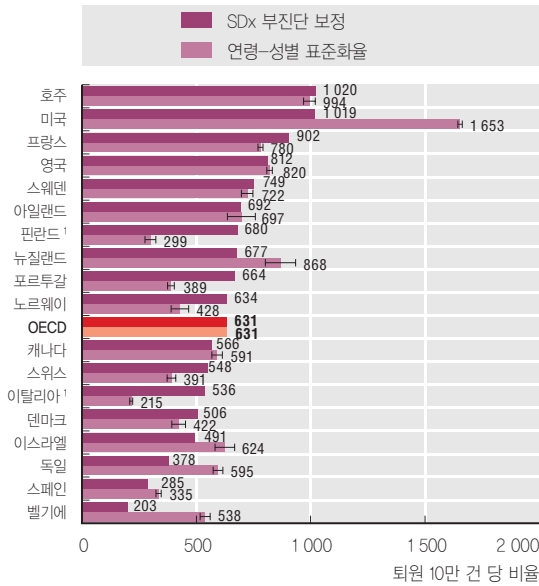
SDx: 부진단 보정.

1. 평균 부진단 수 < 1.5.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525248>

5.6.3 수술 후 폐색전증 또는 심부정맥혈전증, 2009년 (혹은 최근)



주석: 국가별로 차이가 나는 이유 중 하나는 분류 체계의 차이와 기록 관행 때문임. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

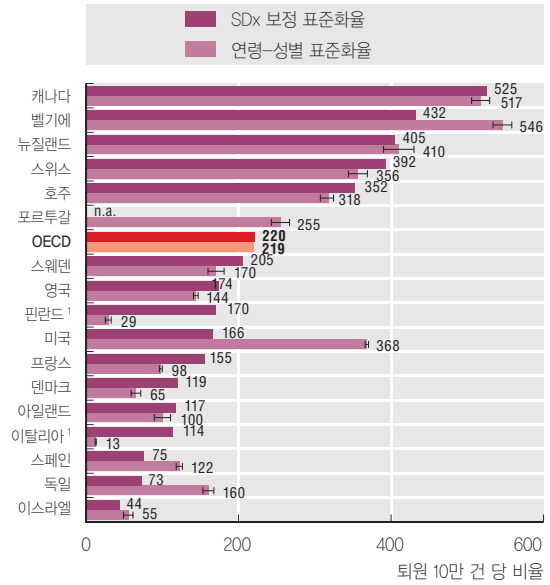
SDx: 부진단 보정.

1. 평균 부진단 수 < 1.5.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525286>

5.6.2 우발적 천공 또는 열상 2009년 (혹은 최근)



주석: 국가별로 차이가 나는 이유 중 하나는 분류 체계의 차이와 기록 관행 때문임. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

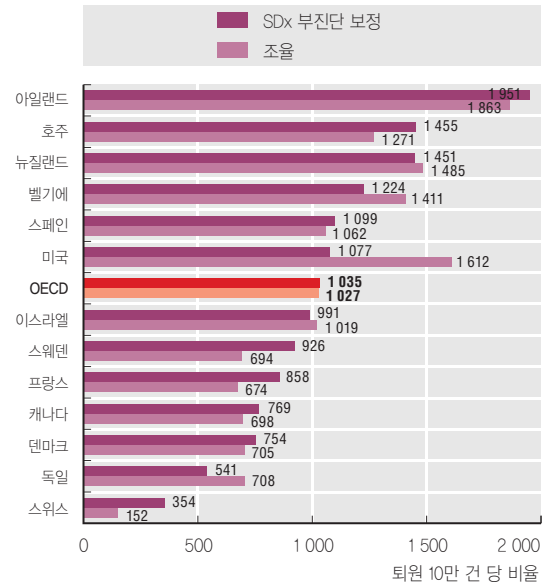
SDx: 부진단 보정.

1. 평균 부진단 수 < 1.5.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525267>

5.6.4 수술후 패혈증, 2009년 (혹은 최근)



주석: 국가별로 차이가 나는 이유 중 하나는 분류 체계의 차이와 기록 관행 때문임. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.

SDx: 부진단 보정.

출처: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525305>

5.7. 정신질환의 계획에 없던 재입원

정신질환의 부담은 OECD 국가에서 총 보건의료비 지출의 3-16%를 차지할 정도로 상당하다. 세계적으로 정신분열증과 조울증과 같은 정신질환은 장애에 의한 손실을 유발하는 10대 요인에 포함되어 있다 (WHO, 2008b).

많은 OECD 국가에서 정신 건강은 정책 우선순위에 있으며, 이와 동시에 정신건강 서비스의 제공 방식에 상당한 변화가 나타났다. 특히 정신분열증과 조울증과 같은 중증 장애의 경우에 상당한 변화가 나타났다. 1970년대 탈시설화 (de-institutionalization)와 현대적인 정신과 약제 개발을 시작으로 정신과 진료는 대규모 정신과 병원에서 여러 학문분야가 관여하는 지역기반의 진료로 옮겨가고 있다. 역설적이게도 이러한 변화로 인해 인구 차원에서 정신 건강 진료 상태를 추적하기가 더 어렵게 되었다. 왜냐하면 다양한 시설간 환자들을 추적하기 위한 보건 정보 인프라를 갖추고 있는 국가가 거의 없기 때문이다.

중증 정신질환 환자들은 여전히 병원에서 전문적인 진료를 받고 있지만 퇴원 이후 적절하고 조율된 사후관리가 제공되는 경우 환자는 보통 30일 이내에 재입원하지 않았다. 계획에 없던 재입원 비율이 높다는 것은 정신건강 체계에 다차원적으로 질적인 문제가 있다는 것을 의미한다. 계획에 없던 30일 이내의 재입원율은, 캐나다보건정보협회 (Canadian Institute for Health Information), 영국의 진료의 질 위원회 (Care Quality Commission)와 미국의 국가 정신건강 성과 모니터링 시스템 (National Mental Health Performance Monitoring System) 등 여러 조직에서 정신건강 진료의 질을 모니터링하는 방법으로 사용된다.

정신분열증의 재입원율은 국가 간 변동이 매우 큰데, 북유럽 국가들과 폴란드에서 가장 높게 나타났고, 슬로바키아와 영국에서 가장 낮은 수준으로 나타나 국가 간 큰 차이를 보였다 (그림 5.7.1). 조울증 재입원율이 가장 높은 국가는 폴란드와 북유럽 국가들이었다 (그림 5.7.2). 대부분의 국가들은 조울증과 정신분열증에서 남성과 여성간 비율 차이가 거의 없었다.

정신 보건의료체계는 지난 10년 동안 새로운 조직적 서비스 제공 모델을 개발했다. 이탈리아, 노르웨이, 영국 등 일부 국가들은 지역공동체 기반의 “위기관리 팀”을 이용하여 외래 환자 기준으로 환자를 안정화 시키는 반면 캐나다와 미국 역시 지역공동체 기반의 정신건강 진료 제공을 강조하고 있다. 덴마크, 핀란드와 같은 다른 나라들은 불안정한 환자의 입원 기간을 줄이기 위해 구간 진료 프로토콜 (interval care protocol)을 이용하고 있다. 덴마크와 같은 국가 역시 아웃리치 팀 (outreach team)이 퇴원 이후 진료

필요한 환자들을 적극적으로 찾아나서 재입원율이 높게 나타나고 있다. 캐나다, 영국 같은 국가들은 진료와 서비스에 환자가 참여할 수 있도록 하는 등 환자 중심의 접근법을 취하고 있다. 이러한 발전은 재입원율에 영향을 주어 재입원율이 진정으로 계획에 없던 입원인가를 파악하는 것이 더욱 복잡해졌다.

계획에 없던 재입원은 정신 보건의료체계의 질과 성과를 측정하는 한 가지 방법일 뿐이며 치료, 진료의 연속성, 협조, 결과와 같은 다른 지표들을 통해 국가별로 보건의료체계의 성과를 더 잘 이해할 수 있도록 해야 한다.

정의와 비교 가능성

계획에 없던 재입원과 계획에 의한 재입원을 구분하는 행정적 자료는 거의 없다. 따라서 이 지표는 정신분열증 또는 조울증 진단을 받은 환자 100명 당 재입원율로 정의한다. 분모는 해당 년도에 주진단 또는 부진단을 통해 정신분열증이나 조울증 진단을 받아 적어도 한 번 입원한 모든 환자 수를 의미한다. 분자는 퇴원 이후 같은 병원에 30일 이내에 입원한 건수를 의미하지만 당일 재입원 (24시간 이내)은 제외한다. 자료는 국가별로 상이한 인구구조의 영향을 제거하기 위해 2005년 OECD 인구구조를 기반으로 연령·성별 표준화되었다.

많은 국가에서 환자고유식별자의 부족으로 병원 간 환자의 이동을 추적할 수 없다. 따라서 다른 병원으로의 재입원은 파악할 수 없기 때문에 재입원율이 실제보다 낮게 추정되었다. 그러나 같은 병원 또는 타 병원으로의 재입원율을 추정할 수 있는 11개 국에서는 같은 병원과 타 병원으로의 재입원율이 연관이 있을 뿐만 아니라 국가간의 순위도 비슷하게 나타났다는 것을 알 수 있다 (체코 제외). 이는 같은 병원으로의 재입원이 타당한 근사치로 사용될 수 있다는 것을 암시한다.

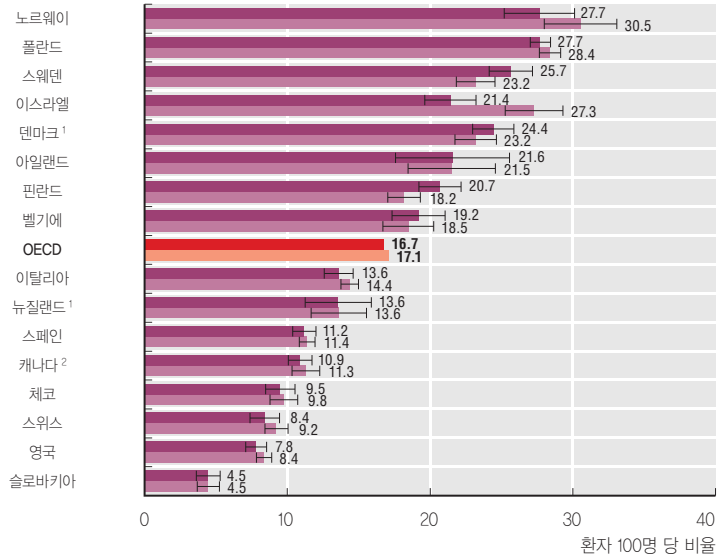
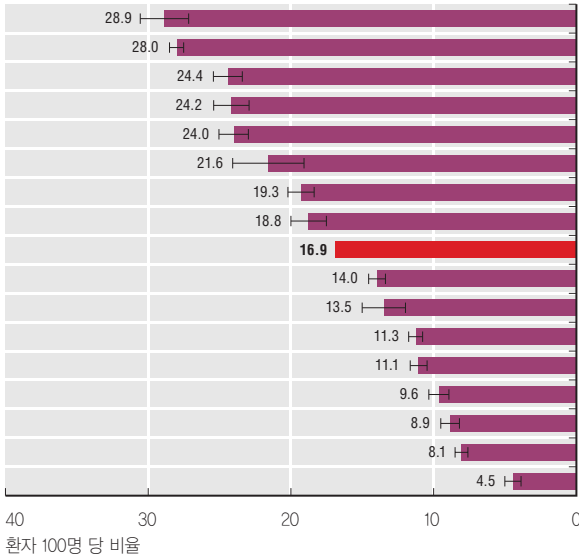
조울증 관련 재입원 ICD 코드 분류가 마지막 자료 수집 이후 변경되었기 때문에 이전에 발행된 자료와 직접 비교하는 것은 불가능하다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.7. 정신질환의 계획에 없던 재입원

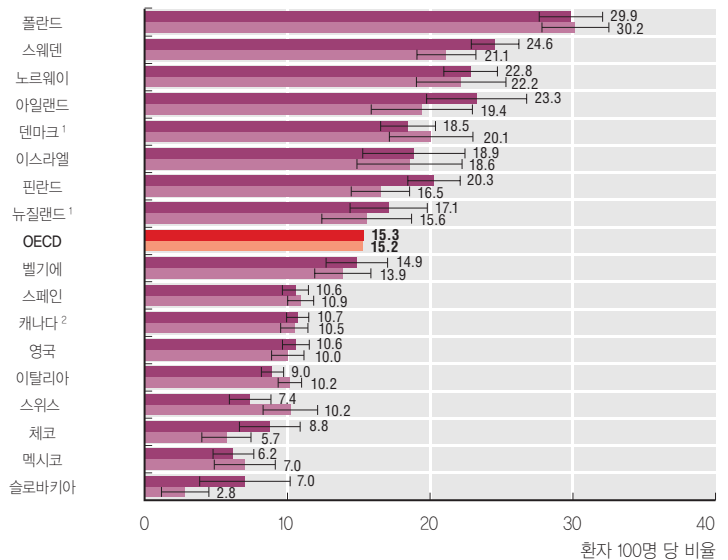
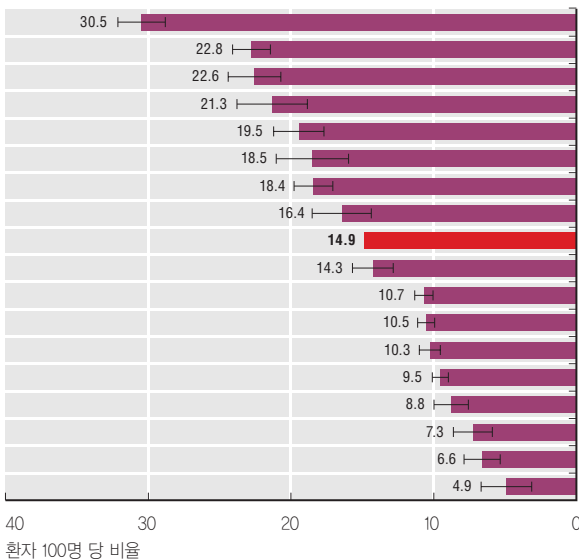
5.7.1 정신분열증의 같은 병원으로의 재입원, 2009년 (혹은 최근)



주석 : 비율은 2005년 OECD 인구의 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
 1. 정신분열증과 조울증 부진단 환자는 제외함.
 2. 같은 병원으로 30일 이내에 재입원 한 경우만 재입원으로 계산함.
 출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525324>

5.7.2 조울증의 같은 병원으로의 재입원, 2009년 (혹은 최근)



주석 : 비율은 2005년 OECD 인구의 연령-성별 표준화율. 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
 1. 정신분열증과 조울증 부진단 환자는 제외함.
 2. 같은 병원으로 30일 이내에 재입원 한 경우만 재입원으로 계산함.
 출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525343>

5.8. 자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률

자궁경부암은 조기 발견하는 경우 예방 및 치료가 가능한 질병이다. 모든 자궁경부암의 95%를 차지하는 주요 원인은 인유두종바이러스(HPV)에 대한 성적 노출이다(IARC, 1995, Franco et al., 1999). OECD 국가에서 자궁경부암 진료의 차이를 반영하기 위해 20-69세 여성의 검진율, 5년 상대적 생존율 및 사망률이라는 3가지 지표를 제시했다.

전세계적으로 많은 국가에서 예방 백신을 통해 HPV 16과 18에 의한 자궁경부암의 1차 예방이 매우 효과적임이 알려져, 예방 백신이 널리 권장되고 있다(Shefer et al., 2008; Koulova et al., 2008). 자궁경부 세포진 검사와 HPV 테스트에 의한 2차 예방은 효과적으로 치료 가능한 전암상태의 병변 발견 가능성을 높여준다. 유럽의회와 유럽 집행위원회에서는 인구 기반의 암 검진 프로그램을 장려했지만(European Union, 2003, European Commission, 2008c), 회원국 별로 기간과 대상 집단이 상이할 수도 있다. HPV 백신 프로그램 도입 이후 자궁경부암 검진을 재평가하고 비용-효과성을 조사할 필요가 있는지 여부에 대한 논의가 많이 있었다(Goldhaber-Fiebert et al., 2008, Wheeler et al., 2009).

2009년 자궁경부암 검진율은 미국에서 86%로 가장 높았다(그림 5.8.1). 영국, 노르웨이, 스웨덴 역시 대상 집단에서 80%에 가까운 높은 검진율을 보였다. 슬로바키아와 헝가리에서 검진율이 가장 낮게 나타났지만 헝가리의 경우 조직화된 검진 상황 외에서 검진이 이루어지는 경우가 많기 때문에 과소 추정된 결과를 낳았다. 많은 국가에서(캐나다, 핀란드, 헝가리, 아이슬란드, 노르웨이, 슬로바키아, 영국, 미국) 2000년에서 2009년 사이 검진율이 감소했다.

생존율은 보건의료제도의 효과를 측정하는 주요 방법 중 하나로 시간 경과에 따라 질병치료의 발전을 추적하는데 사용된다. 생존율은 암의 조기 발견과 치료의 효과를 모두 반영한다. 1997-2002년, 2004-2009년 대부분의 국가에서는 검진과 치료의 효과 개선으로 인해 5년 상대생존율이 증가했다(그림 5.8.2). 최근에는(2004-2009년) 아일랜드와 영국의 생존율이 지속적으로 낮은 반면 노르웨이와 한국의 생존율이 가장 높게 나타났다. 사망률은 과거 몇 년 동안 암 진료의 효과 및 최근 검진이 보편화되면서 초기 단계의 암 진단의 발전을 반영한다. 대부분의 OECD 국가에서 자궁경부암 사망률은 룩셈부르크, 아일랜드, 이스라엘, 포르투갈,

그리스를 제외하고 모두 감소했다(그림 5.8.3). 멕시코는 여전히 OECD 국가 중 사망률이 높기는 하지만 인구 10만 명 당 14.5명에서 9.6명으로 사망률이 급감했다.

정의와 비교 가능성

자궁경부암의 검진율은 검진 대상 환자 중에 실제로 검진을 받은 사람의 비율을 말한다. 검진 주기와 목표 집단에 관련한 정책이 국가마다 다르기 때문에 그 비율은 각국의 특정 정책을 기반으로 산출한 것이다. 몇몇 국가들은 설문 조사에 기반하여 수치를 산출하였고, 어떤 국가들은 실제 자료를 기반으로 산출하였기 때문에 결과에 차이가 있을 수 있다는 점에 주의해야 한다. 조사에 기반한 결과는 회상 비틀림(recall bias)으로 인해 과소추정될 수 있다. 어떤 국가가 조직화된 검진 프로그램을 가지고 있지만 여성이 그 프로그램을 이용하지 않고 다른 방법으로 검진을 받았다면, 그 여성의 경우는 포함되지 않았을 수도 있다.

암의 상대생존율은 특정 종류의 암 환자가 질병이 없는 환자에 비해 특정 기간(보통 5년) 이후에도 살아있는 비율을 의미한다. 상대생존율은 진단에 기인한 초과 사망을 나타낸다. 상대생존율이 80%라는 것은 5년 이후에 암 환자의 80%가 살아있다는 것을 의미하는 것이 아니라, 환자의 진단 당시 나이를 고려해 5년 이후에도 살아 있을 것으로 기대되는 환자의 80%가 실제로 살아있다는 것을 의미한다. 제시된 모든 생존율은 국제암생존표준(ICSS, International Cancer Survival Standard)인구를 이용해 연령 표준화된 수치이다. 생존율은 진단 당시의 종양 단계(병기)를 보정하지 않았기 때문에 조기 진단과 좋은 치료의 상대적 영향을 평가하는데에는 한계가 있다.

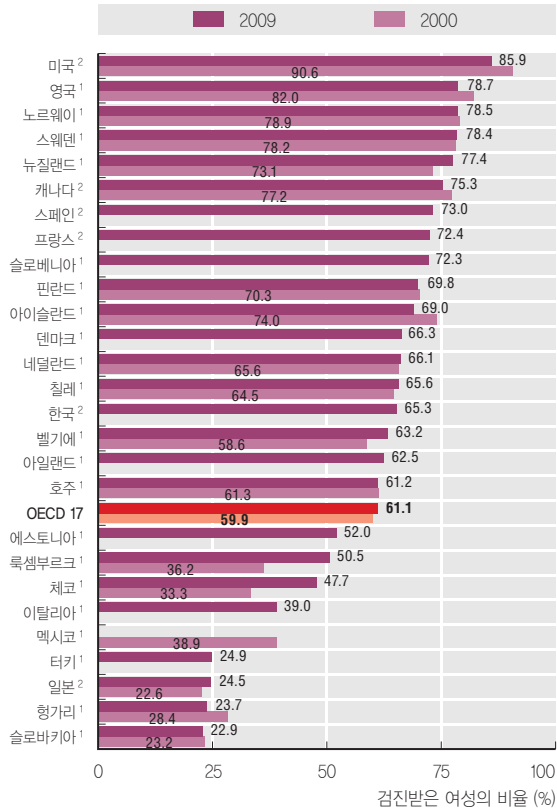
암 사망률의 정의 출처, 방법론에 관한 정보는 지표 1.4 “암에 의한 사망” 참조.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

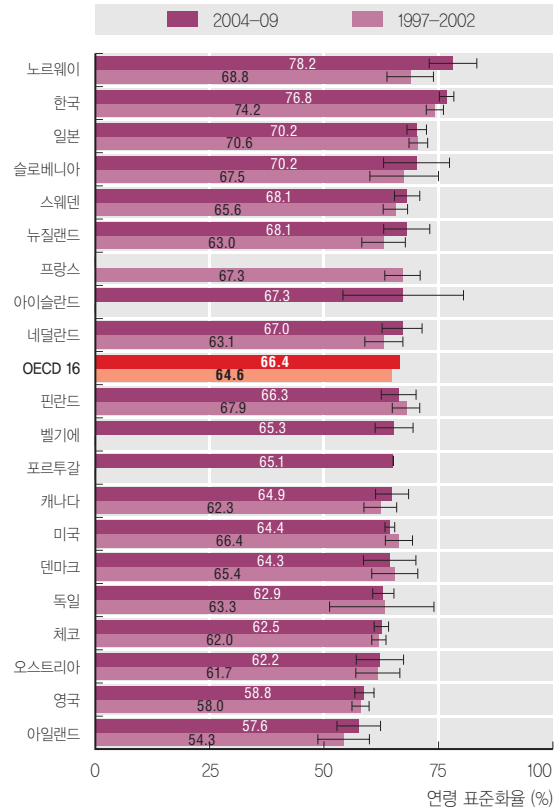
5.8. 자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률

5.8.1 자궁경부암 검진, 20-69세 여성 중 검진을 받은 여성 비율, 2000-2009년 (혹은 최근)



1. 프로그램.
2. 조사.
출처 : OECD Health Data 2011.

5.8.2 자궁경부암 5년 상대생존율, 1997-2002년과 2004-2009년 (혹은 가장 근접한 기간)

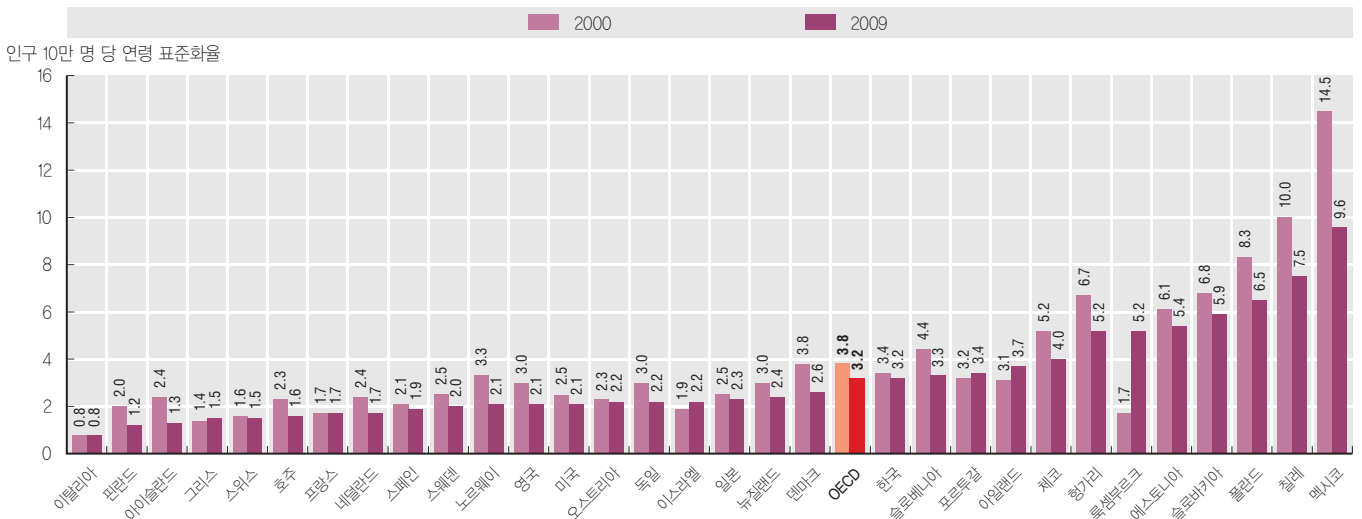


주석 : 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525362>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525381>

5.8.3 자궁경부암 사망률, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525400>

5.9. 유방암 검진율, 생존율 및 사망률

2008년 유방암으로 거의 46만 명이 사망할 만큼 유방암은 여성에 있어 가장 흔하게 발견되는 암이다 (WHO, 2011d). 유방암은 여성 9명 중 1명에게 발병하고 30명 중 1명이 이 질환으로 사망한다. 연령, 유방암 가족력, 에스트로겐 치환술, 음주 등이 위험 요인이다. 보통 유방암 진료의 총 비용은 보통 전체 보건의료비의 0.5-0.6%를 차지한다 (OECD, 2003a). OECD 국가 간 유방암 진료의 차이는 50-69세 여성의 유방촬영술 검진율, 상대 생존율, 사망률로 알 수 있다.

유방촬영술 검진 (European Union, 2003)과 자가진찰의 홍보로 유방암이 조기에 발견되고 있다. 대부분 OECD 국가들은 유방암 발견에 있어서 유방암 검진 프로그램을 가장 효과적인 것으로 여기고 채택하고 있다. 회원국 간의 검진 주기와 대상 집단이 다르기 때문에 여전히 논의가 진행되고 있다. EU 가이드라인 (European Commission, 2006)은 유럽 국가에서 검진 대상 여성 중 적어도 75%의 검진율을 달성하는 것이 목표이다. 2009년 OECD 국가의 검진율도 터키의 12%에서부터 슬로바키아와 멕시코의 16-17%, 높게는 핀란드, 네덜란드, 미국의 80% 이상까지 다양하게 나타났다 (그림 5.9.1). 2000년 높은 검진율을 기록했던 핀란드, 미국, 노르웨이 영국과 같은 국가들은 지난 10년 동안 검진율이 감소하였다. 반면 헝가리와 슬로바키아의 경우 검진율이 상당히 증가했지만 여전히 OECD 평균보다 낮은 수준이다.

유방암 생존율은 질병에 대한 인식의 제고, 검진 프로그램, 치료의 개선 등 공중보건 개입의 진전을 반영한다. 특히 국소 방사선과 새로운 보조요법을 사용하여 유방을 보존하는 수술의 도입으로 생존율과 생존자의 삶의 질이 동시에 높아졌다 (Mauri et al., 2008). 유방암 치료의 자원과 패턴 역시 OECD 국가 간 상당한 차이를 보여 EUROCARE, CONCORD, 국제 암 벤치마킹 파트너십 연구에서 생존율 비교에 관심을 가지게 되었다 (Sant et al., 2009, Coleman et al., 2008, 2011). 유방암의 5년 상대생존율 역시 1997-2002년과 2004-2009년 사이 모든 국가에서 증가했다

(그림 5.9.2). 대부분 OECD 국가들은 80% 이상의 생존율을 보이며 특히 아일랜드, 체코, 슬로베니아에서 크게 증가했다. 최근 연구 결과에서는 생존율의 차이가 검진프로그램의 도입과 중년, 노년 환자 사이의 개선율이 다르기 때문이라고 보고했다 (Rosso et al., 2010).

사망률은 조기 발견 및 유방암 치료의 개선 효과를 반영한다. 지난 10년간 대부분의 OECD 국가에서 유방암 사망률이 감소했다 (그림 5.9.3). 에스토니아, 체코, 네덜란드, 영국, 룩셈부르크, 노르웨이에서는 특히 큰 폭으로 감소했다. 한국, 일본, 아이슬란드, 멕시코의 경우는 예외였지만, 이들 국가의 사망률 증가는 미미한 수준이고 여전히 OECD 국가들 중 낮은 수준이다.

정의와 비교 가능성

유방촬영술 검진율은 검진 대상 여성 중에 실제로 검진을 받은 여성의 비율을 나타낸다. 목표 연령 그룹과 검진 주기에 대한 정책이 국가별로 다르기 때문에 그 비율은 각국의 구체적인 정책을 기반으로 한다. 몇몇 국가들은 설문 조사에 기반하여 수치를 산출하였고, 어떤 국가들은 실제 자료를 기반으로 산출하였기 때문에 결과에 차이가 있을 수 있다. 어떤 국가가 조직화된 검진 프로그램을 가지고 있지만 여성이 그 프로그램을 이용하지 않고 다른 방법으로 검진을 받았다면, 그 여성의 경우는 포함되지 않았을 수도 있다.

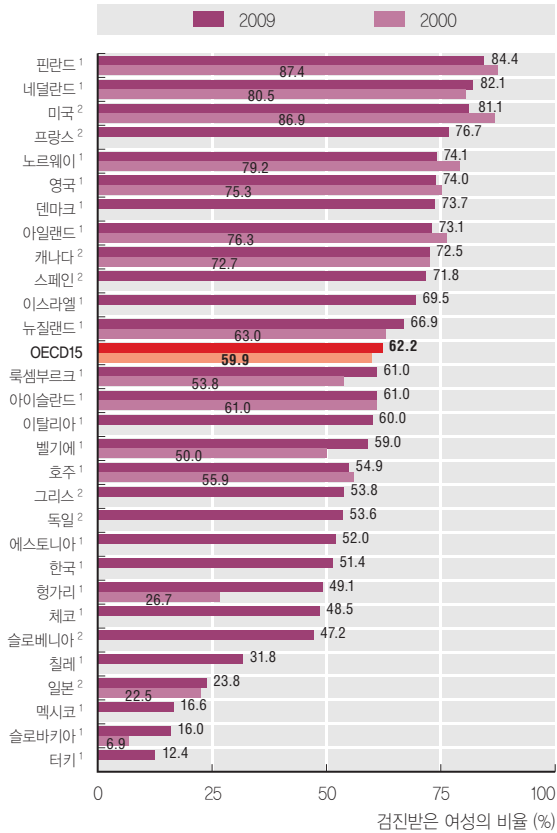
생존율과 사망률에 관한 정의는 지표 5.8 “자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률” 참조.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

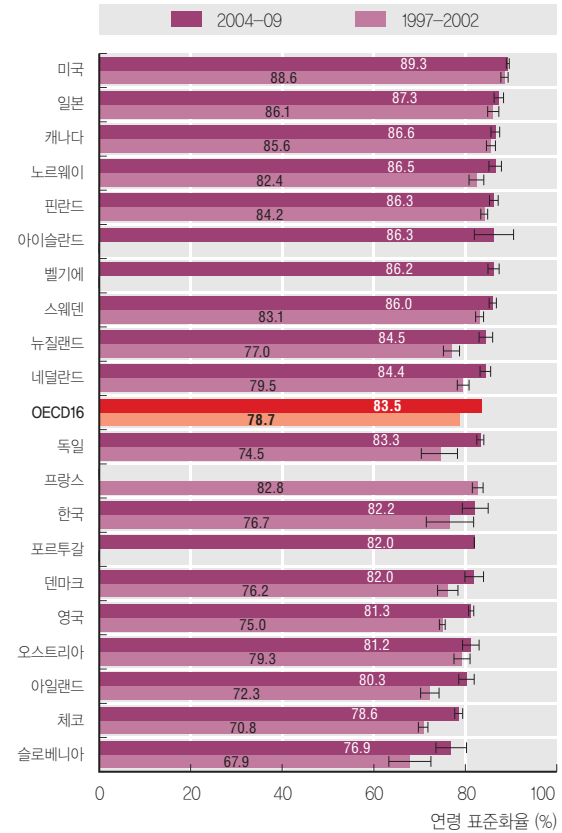
5.9. 유방암 검진을 생존율 및 사망률

5.9.1 유방촬영 검진, 50-69세 여성 중 백분율, 2000-2009년 (혹은 최근)



1. 프로그램.
2. 조사.
출처 : OECD Health Data 2011.

5.9.2 유방암 5년 상대생존율, 1997-2002년과 2004-2009년 (혹은 가장 근접한 기간)

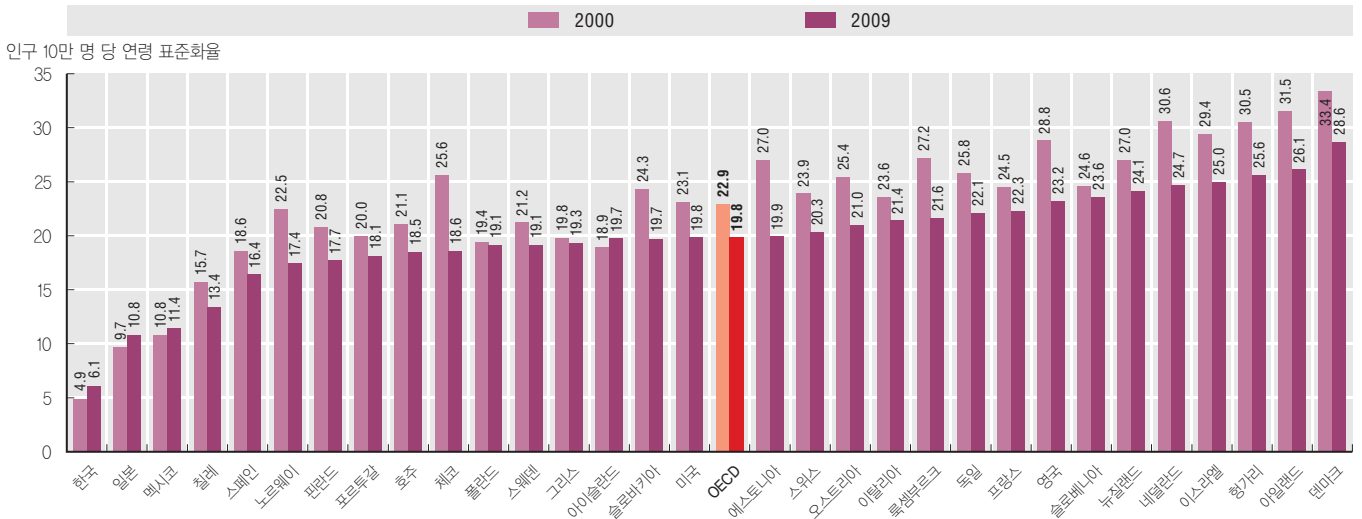


주석 : 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525419>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525438>

5.9.3 유방암 사망률, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525457>

5.10. 대장암 생존율 및 사망률

대장암은 전세계적으로 폐암, 유방암에 이어 3번째로 흔히 진단되는 암이다. 대장암은 일년에 새로 발병하는 건 수가 약 100만 건이다 (Parkin et al., 2005). 연령, 용종의 존재, 궤양성 대장염, 기름진 식단, 유전적 배경 등 특정 개인의 대장암 발병 위험을 높이는 요인들이 있다. 대장암은 미국과 유럽에서 흔히 발병하며 아시아에서는 드물게 나타난다. 아시아 국가의 사람들이 점점 서양식 식이를 받아들이면서 일본과 같은 아시아 국가의 대장암 발병은 증가하고 있다 (IARC, 2011). 2008년 추산된 바에 따르면 전세계적으로 약 61만 명이 대장암으로 사망했다 (WHO, 2011d). 미국에서 대장암 치료에 들어가는 비용이 연간 140억 달러로 추산된다 (Mariotto et al., 2011). OECD 국가에서 대장암 환자에 대한 결과의 차이를 반영하기 위해 5년 상대생존율과 사망률 지표가 제시된다.

대장암 50세부터 75세까지 분변잠혈검사, S결장장경검사, 대장 내시경으로 통해 검진할 것을 권고하고 있다 (USPSTF, 2008). 이러한 진단 방법은 암의 조기 발견과 선종폴립의 발견에 효과적이다. 여러 OECD 국가에서 조직적인 검진 프로그램이 도입 또는 계획되고 있지만 대장암 검진율에 대한 자료를 국제적인 차원에서는 이용할 수 없다.

대장암 생존율은 EUROCARE 연구에서 유럽 국가들 간 비교하기 위해 사용되었고 (Sant et al., 2009), CONCORD 연구에서는 전세계 국가 비교를 위해 사용되었다 (Coleman et al., 2008). 진단과 치료의 발달로 지난 10년 간 생존율이 증가했다. 수술 기법, 방사선 요법, 복합 항암화학요법의 발달이 임상적 혜택을 가져다 준다는 사실을 뒷받침하는 증거가 있다. 모든 국가가 1997-2002년, 2004-2009년 사이에 생존율 증가를 보였다 (그림 5.10.1). 일본과 아이슬란드는 상대생존율이 66% 이상으로 가장 높은 수준을

기록했다. 체코의 경우 같은 기간 동안 생존율이 41%에서 50%로 증가하기는 했지만 여전히 가장 낮은 수준을 기록했다. EUROCARE 프로젝트의 최근 자료에 따르면 대장암 생존율이 유럽, 특히 동부 유럽에서 지속적으로 증가하고 있다 (Verdecchia et al., 2007).

OECD 국가에서는 대장암 생존율의 성별 차이도 존재했다 (그림 5.10.2). 한국을 제외한 거의 모든 국가에서 남성보다는 여성의 생존율이 높게 나타났다.

사망률은 암의 진료와 발생률의 변화의 효과를 반영하는 것으로 암의 생존율과 사망률 경향 사이의 관계는 신중하게 해석되어야 한다 (Dickman and Adami, 2006). 대부분 국가들은 2000-2009년 사이 대장암 사망률 감소를 경험했지만 (그림 5.10.3) 한국, 포르투갈, 슬로베니아, 폴란드, 멕시코, 그리스, 칠레, 에스토니아는 예외였다. 중부, 동부유럽 국가들은 다른 OECD 국가에 비해 높은 사망률을 보이는 경향이 있었다. 지난 10년 동안 대장암 사망률이 감소했지만 헝가리는 지속적으로 가장 높은 사망률을 보이고 있으며 그 뒤를 슬로바키아와 체코가 이었다. 상대생존율이 높은 일본, 아이슬란드, 미국과 같은 국가 역시 사망률이 평균보다 낮은 수준이다.

정의와 비교 가능성

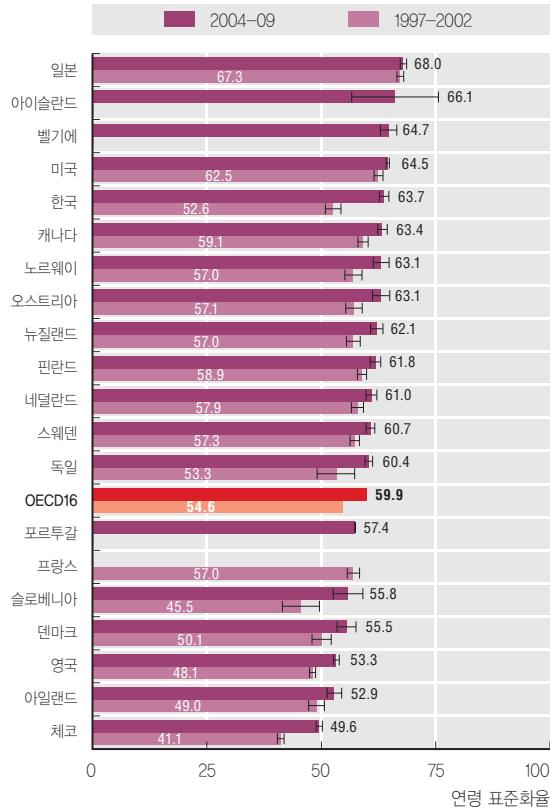
생존율과 사망률에 관한 정의는 지표 5.8 “자궁경부암 검진율, 생존율 및 사망률” 참조.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.10. 대장암 생존율 및 사망률

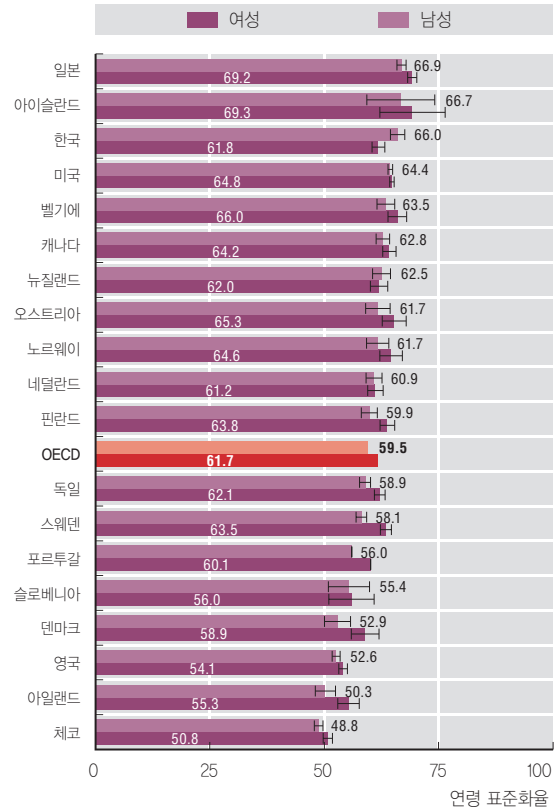
5.10.1 대장암, 5년 상대생존율, 1997-2002년과 2004-2009년 (혹은 가장 근접한 기간)



주석 : 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525476>

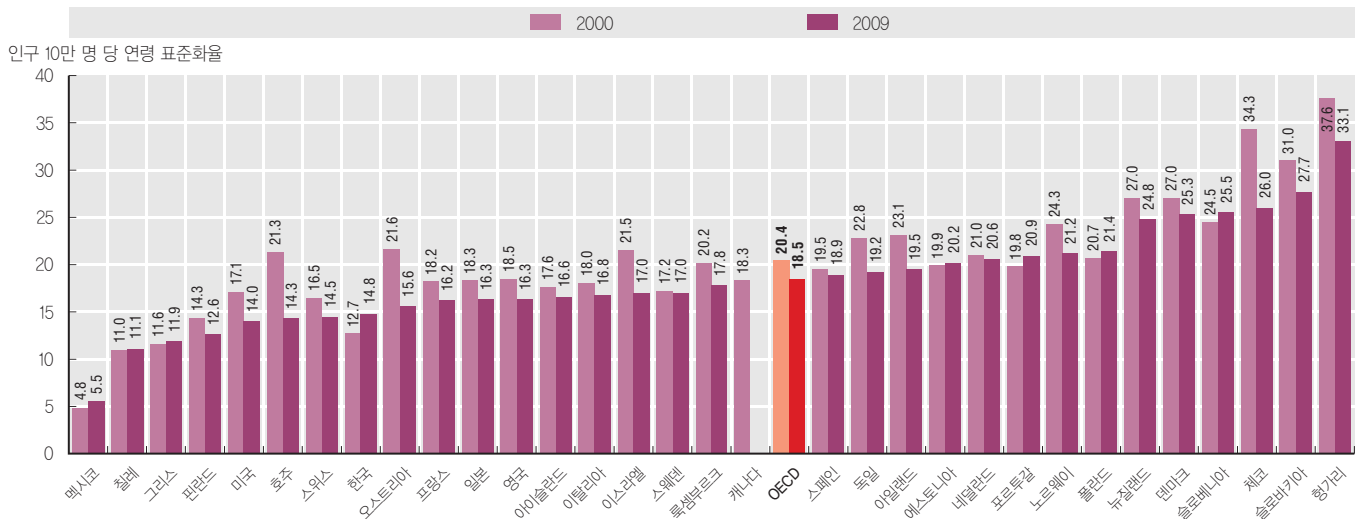
5.10.2 대장암, 5년 상대생존율, 성별, 2004-2009년 (혹은 최근)



주석 : 95% 신뢰구간은 H로 표시됨.
출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525495>

5.10.3 대장암 사망률 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525514>

5.11. 소아 예방접종 사업

소아 예방접종은 여전히 가장 비용-효과적인 보건정책적 개입에 해당한다. 모든 OECD 국가들 혹은 어떤 경우에는 하부 행정 구역에서 각 백신의 위험과 편익에 대한 해석을 기반으로 예방접종 프로그램을 만들었다.

이러한 접종프로그램의 적용 범위는 의료의 질 지표로 간주될 수 있다. 백일해, 홍역, B형간염은 예방접종의 시기와 빈도로 표현되어 소아 예방접종과 관련된 도전 과제의 모든 범위를 보여주기 때문이다.

백일해 (중증 디프테리아와 파상풍 예방접종과 함께 투여하는)와 홍역 예방접종은 거의 모든 예방접종 사업에 포함되어 있다. 그리고 이러한 질환에 대한 백신의 효능을 지지하는 연구의 결론에 따르면 각 백신은 안전하고 매우 효과적이라고 한다. 유럽의 홍역 백신 접종이 늘어나고 있는데 이는 1990년대 초반 이후 홍역에 걸리는 비율이 10분의 1로 줄어들었음을 의미한다.

1982년부터 B형 간염 백신도 이용 가능하게 되면서 간경화나 간암과 같은 만성적인 결과와 감염을 예방하는데 95% 효과적인 것으로 간주되고 있다. 2004년 전 세계적으로 3억 5천만 명이 B형 간염에 만성적으로 감염되었으며 심각한 질병이나 죽음의 위험에 놓인 것으로 추산된다 (WHO, 2009b). 2007년 170개 이상의 국가들이 WHO의 권고에 따라 국가 영아 예방접종 프로그램에 B형 간염 예방접종을 포함시키기 시작했다. WHO는 B형 간염 비율이 낮은 국가 (예 : 호주, 뉴질랜드, 북유럽, 서유럽 국가, 북미)에서도 만성적 감염의 상당 수가 아동 초기에 발병하기 때문에 B형 간염 예방접종이 우선시 되어야 한다고 명시했다 (WHO, 2004b).

그림 5.11.1과 5.11.2는 홍역과 백일해 (디프테리아와 파상풍 포함)의 소아 예방접종이 OECD 국가에서 높게 나타남을 보여준다. 평균적으로 2세 아기의 95% 이상이 권고된 홍역과 백일해 예방접종을 하였으며 모든 국가의 접종 비율이 75%를 상회했다.

그림 5.11.3은 2세 아동이 국가 프로그램에 의해서 B형 간염 예방접종을 받은 비율이 95% 이상임을 보여준다. B형 간염 예방접종을 2세에 하는 것을 권고하지 않거나 혹은 일반 프로그램에 포함시키지 않은 국가들의 접종률은 낮은 편이다. 예를 들면 덴마크와 스웨덴의 경우 B형 간염 예방접종은 백신 프로그램에서 의무 사항이 아니기 때문에 특정 위험군에게만 접종을 권유한다. 캐나다는 청소년을 위한 보편적인 B형 간염 예방접종은 백신 프로그램을 마련하였지만, 모든 지역에서 초기 단계의 영아에게 접종을 제공하고 있지는 않다 (Public Health Agency of Canada, 2009; Mackie et al., 2009). 프랑스의 경우 부작용의 가능성 때문에 B형 간염 접종이 논란이 되고 있다. 하지만 최근 2세 미만의 접종 비중이 높아지고 있다.

정의와 비교 가능성

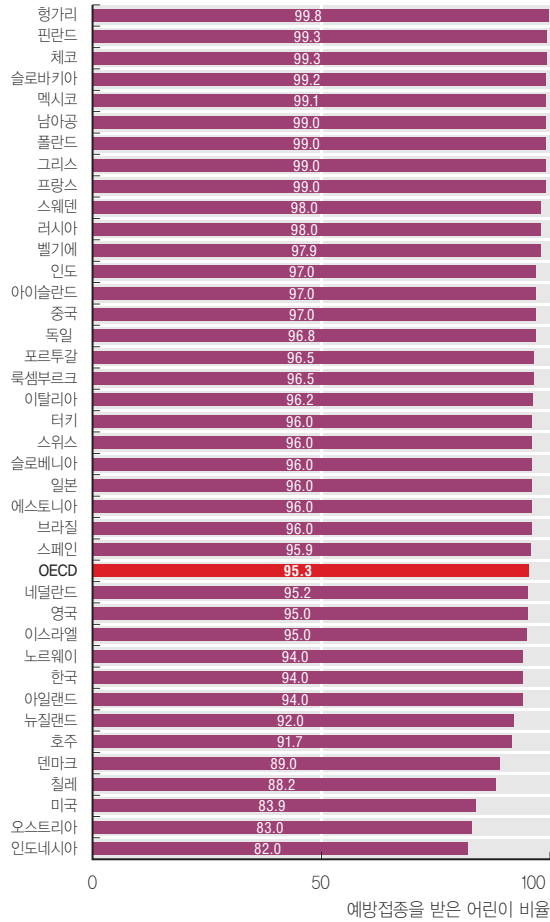
예방접종률은 1세 혹은 2세 아동이 권고한 시기 내에 예방접종을 받은 비율을 의미한다. 소아 예방접종 정책은 국가별로 다르다. 따라서 지표는 해당 국가의 실제의 정책을 반영한다. 몇몇 국가들은 통합 백신을 투여하고 (예 : 디프테리아, 파상풍, 백일해에 DTP 투여) 어떤 국가들은 따로 백신을 투여한다. 어떤 국가들은 조사에 기반을 해서 지표를 제시했고 어떤 국가들은 실제의 자료에 기반해 제시했기 때문에 결과에 영향을 줄 수 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.11. 소아 예방접종 사업

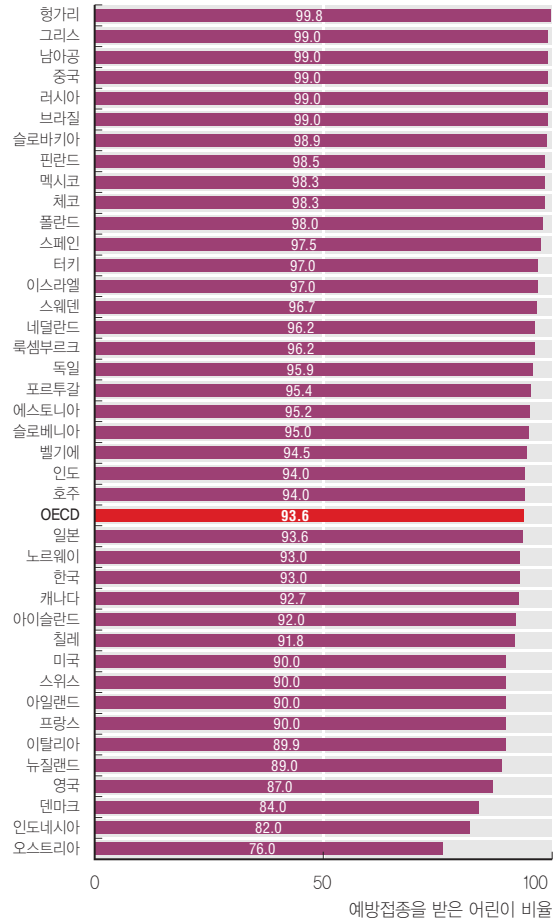
5.11.1 백일해 예방접종률, 2세 아동, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, WHO (2011f).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525533>

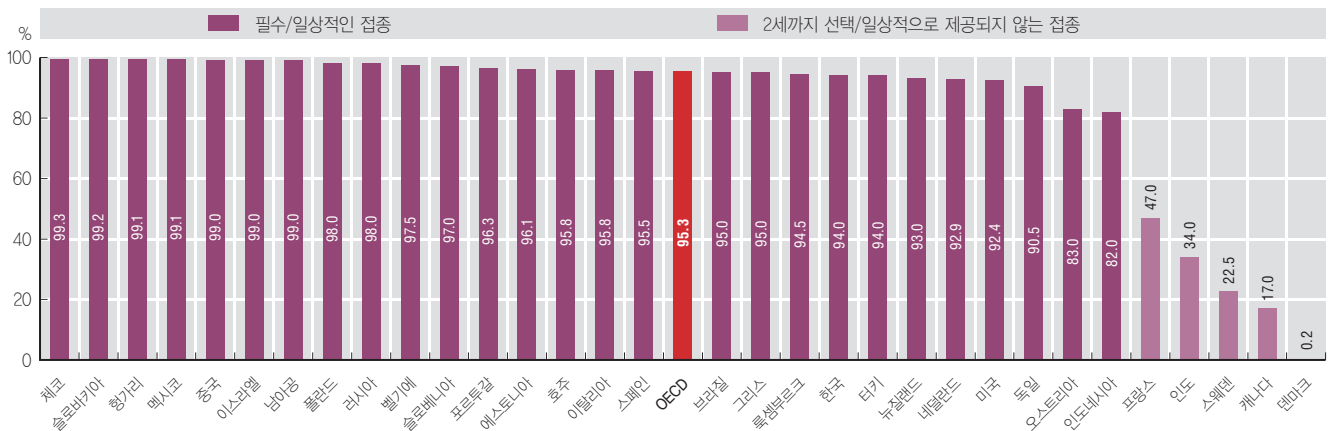
5.11.2 홍역 예방접종률, 2세 아동, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, WHO (2011f).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525552>

5.11.3. B형 간염 예방접종률, 2세 아동, 2009년 (혹은 최근)



주석 : OECD 평균은 필수 또는 일상적인 접종을 하고 있는 국가만 포함.

출처 : OECD Health Data 2011, WHO (2011f).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525571>

5.12. 노인 인플루엔자 예방접종

인플루엔자는 전세계적으로 흔한 전염병으로 모든 연령층에 영향을 미친다. 예를 들면 평균적으로 미국 인구의 5-20% 정도가 매년 인플루엔자에 감염된다 (CDC, 2009). 인플루엔자에 걸린 사람들은 대부분 빨리 회복하지만 노인이나 만성 질환을 앓고 있는 환자의 경우 합병증의 위험이 높으며, 심지어 사망할 수 있다. 1979-2002년 사이 매년 미국에서 인플루엔자로 인해 평균 20만 명 이상이 입원했고 36,000명이 사망했다 (CDC, 2009). 대부분 인플루엔자 이환 및 사망은 노인과 만성질환자에서 나타나지만, 고용 인구에 대한 인플루엔자의 영향도 상당히 크다 (Keech et al., 1998). 유럽에서 인플루엔자는 아파서 결근하는 것의 10%를 차지하며 프랑스와 독일에서 생산성 하락에 따른 비용이 연간 93억 달러에서 141억 달러 정도 되는 것으로 추산된다 (Szucs, 2004).

노인의 계절성 인플루엔자 (혹은 플루) 예방접종은 지난 10년간 OECD 국가에서 크게 증가하였다. 노인 인구나 만성질환자에 대한 인플루엔자 예방접종은 유럽, 미국을 포함한 여러 국가의 정부와 예방접종 전문가들이 강력하게 권고하고 있다 (Nicholson et al., 1995).

그림 5.12.1은 2009년 65세 이상 인구 중 인플루엔자 예방접종률이 OECD 평균 56%라는 것을 보여준다. 하지만 예방접종률은 낮게는 에스토니아의 1%, 슬로베니아와 체코의 22%에서 높게는 호주의 75%, 네덜란드 77%, 칠레와 멕시코 88%까지 큰 차이를 보인다. 칠레의 높은 접종률은 연례 예방접종 캠페인 참여를 반영한다. 멕시코의 예방접종 비율은 2009년 H1N1 유행과 관련한 강도높은 예방접종 활동을 반영한다.

그림 5.12.2는 OECD 국가의 평균 접종률이 1999년과 2004년 사이 현저히 증가했지만 2004년과 2009년 사이에는 상대적으로 안정된 추세를 보인다는 것을 보여준다. 2004년부터 몇몇 국가들은 접종률의 근소한 증가를 보였지만, 어떤 국가들은 감소했다. 특히 슬로베니아나 헝가리처럼 원래 OECD 평균 미만이었던 국가에서 감소하였다.

환자와 의료진들의 예방적인 보건의료 서비스의 보다 폭넓은 수용, 이러한 백신에 대한 공공보험 급여의 확대, 의사 이외의 보건 의료 제공자들에 의한 폭넓은 서비스 제공 등 여러 가지 요인으로 인해 OECD 국가가 현재의 인플루엔자 접종률을 보이게 되었다 (Singleton et al., 2000). 현재 수준보다 접종률을 높이기 위해서는

몇몇 국가에서 여러 가지 장애물을 제거할 필요가 있다. 예를 들어, 오스트리아의 경우, 상대적으로 낮은 접종률은 공공 인식의 부족, 관련 비용에 대한 불충분한 보험 급여, 오스트리아 의료계에서의 예방접종의 중요성에 대한 합의 부재 등에 기인한다 (Kunze et al., 2007).

특히 H5N1 조류인플루엔자 이형과 유사한 바이러스의 독성이 강한 균주는 계절적 인플루엔자보다 훨씬 광범위한 영향을 미치는 큰 유행을 일으킬 수 있다. 인플루엔자가 사람의 건강뿐만 아니라 경제 활동에도 영향을 미친다는 것이 2009 H1N1 유행 사례 (“돼지독감”이라고도 불림)에서도 입증되었다. H1N1 유행의 경제적인 영향이 완전히 분석되지는 않았지만 세계은행은 2008년 심각한 플루 대 유행의 비용이 세계 총 생산의 최고 4.8%에 이를 것으로 추산했다 (Burns et al., 2008).

WHO는 인플루엔자 유행과 대유행 기간 동안 예방접종이 사람들을 보호할 수 있는 가장 가치 있는 방법 중의 하나라고 보고했다. 항생제와 기타 약물, 사회적 격리, 개인 위생도 사용될 수 있는 방법이다. 계절성 예방접종 프로그램에 대한 기존의 국가 인프라와 프로세스는 인플루엔자 발생에 대응하기 위한 준비가 잘 되었음을 보여주지만, 가장 과학적인 증거에 따르면 OECD국가에서 일상적으로 제공하는 계절성 인플루엔자 백신이 인플루엔자 A (H1N1)를 막아주지 못한 것으로 보인다 (WHO, 2009c).

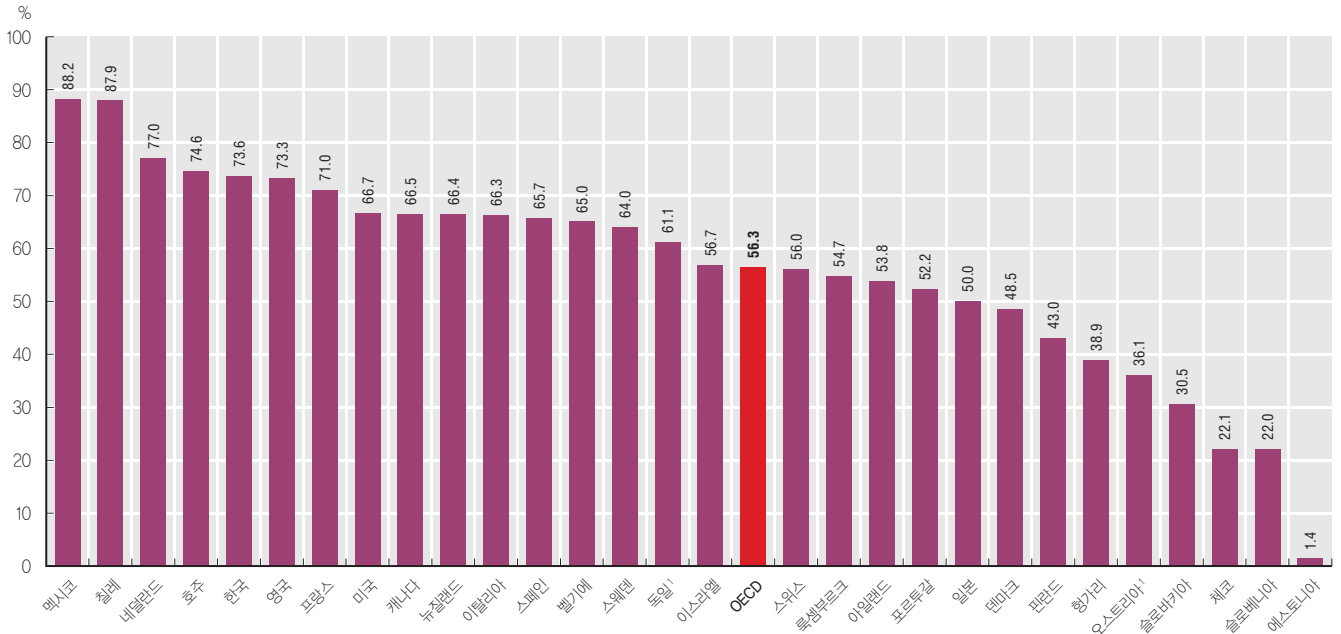
정의와 비교 가능성

인플루엔자 예방접종률은 연간 인플루엔자 예방접종을 받은 65세 이상 인구 수를 65세 이상 전체 인구 수로 나눈 것이다. 여러 유형의 오류와 바이어스가 나타날 수 있는, 조사든 프로그램이든, 서로 다른 자료원을 이용하기 때문에 자료의 비교 가능성에 한계가 있다. 예를 들면, 인구조사로부터 얻은 자료는 회상 비틀림 (recall bias)이나 행정의 불규칙성 때문에 차이가 날 수 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

5.12.1 인플루엔자 예방접종률, 65세 이상 인구, 2009년 (혹은 최근년도)

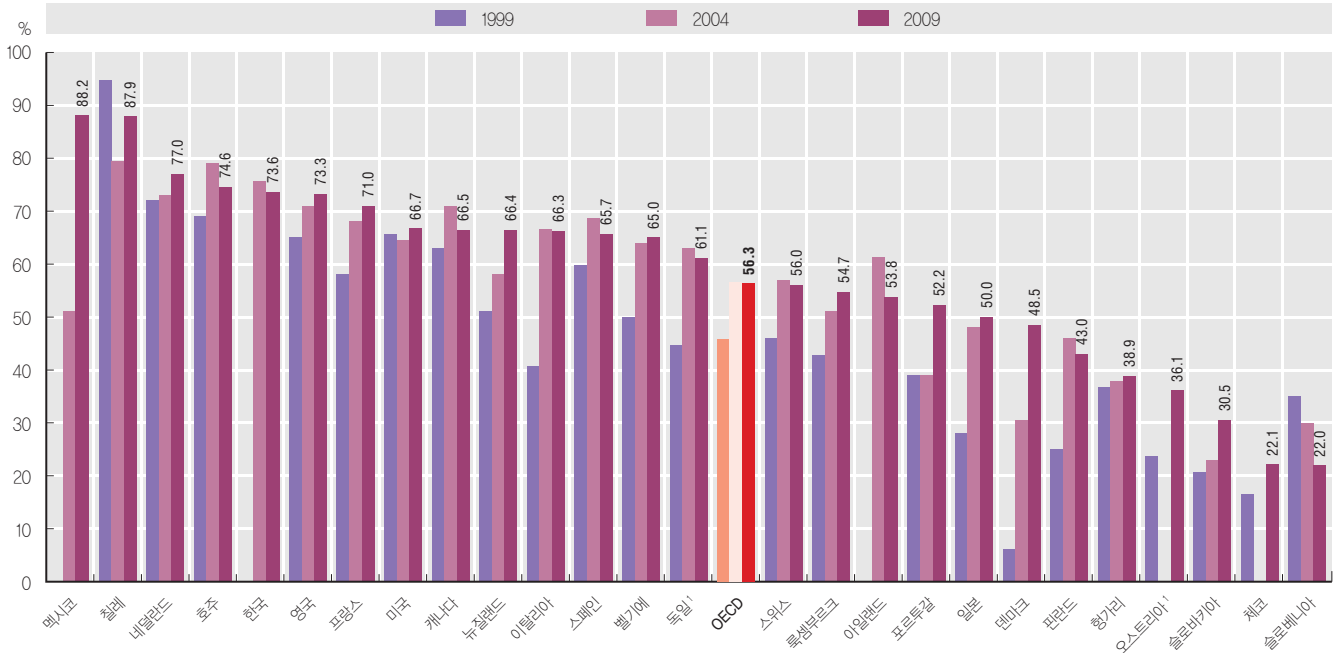


1. 60세 이상 인구.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525590>

5.12.2 인플루엔자 예방접종률, 65세 이상 인구, 1999-2009년 (혹은 최근)



1. 60세 이상 인구.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255609>





제6장 진료 접근성

- 6.1. 충족되지 않은 의료 요구
- 6.2. 의료보장
- 6.3. 본인부담 보건의료비
- 6.4. 의사의 지리적 분포
- 6.5. 의사 진찰의 불평등
- 6.6. 치과 의사 진찰의 불평등
- 6.7. 암 검진의 불평등
- 6.8. 대기시간

6.1. 충족되지 않은 의료 요구

대부분 OECD 국가들은 국민의 동일한 의료 요구에 대한 동일한 접근성을 제공하는 것을 목표로 한다. 의료서비스 접근의 형평성을 가능하게 하는 한 가지 방법은 어떠한 이유로 인하여 충족되지 못한 요구의 보고를 측정하는 것이다. 환자가 아프거나 부상을 당했을 때 진료를 받는데 문제가 있다는 것은 진료에 상당한 장벽이 있음을 의미한다.

사람들의 의료 요구가 충족되지 않은 일반적인 이유로는 과도한 치료 비용, 긴 대기 시간, 근무나 육아 등으로 시간을 낼 수 없음, 혹은 진료를 받기 위한 장거리 이동 등이 있다. 자체 보고된 충족되지 않은 의료 요구의 수준이 국가별로 차이가 나는 것은 조사 질문의 차이, 사회-문화적 이유, 그리고 현재 진행되는 국가 의료에 관한 논의에 대한 반응 때문이다. 그러나 한 국가 내에서 인구 집단별로 충족되지 않은 의료 요구에 차이가 나타나는 것은 이러한 요인들이 크게 작용하지 않는다. 따라서 자체 보고한 충족되지 않은 의료 요구에 관한 지표와 더불어 의료보험 보장 정도 및 본인부담과 같은 의료 접근의 잠재적 장애에 관한 다른 지표들도 함께 살펴보는 것이 중요하다(지표 6.2 “의료보장”과 지표 6.3 “본인부담 보건의료비” 참조).

대부분 OECD 국가에서 인구의 대다수는 충족되지 않은 의료 요구가 없다고 보고했다. 그러나 2009년 실시된 유럽 조사 (European survey)에서는 몇몇 국가의 인구 상당수가 전년도에 충족되지 못한 의료 요구가 있었다고 보고했다. 일반적으로 남성보다는 여성이, 고소득 집단보다는 저소득 집단이 자신이 필요한 진료를 받지 못했다고 보고하는 비율이 높았다.

그림 6.1.1은 접근성 문제를 야기할 수 있는 세 가지 이유를 나타낸 것이다. 그리스, 이탈리아, 폴란드, 포르투갈에서 충족되지 않은 의료 발생하는 가장 보편적인 이유는 치료 비용이었다. 이들 국가에서 응답자의 5% 미만이 치료비에 영향을 받는다고 응답했지만, 치료비 부담은 저소득층에게 더욱 크다. 폴란드, 핀란드, 에스토니아에서는 대기 시간이 문제였다. 응답자의 3분의 1 정도가 진료를 받기 위해 먼 곳으로 이동이 필요해 충족되지 않은 요구가 발생한다고 대답한 노르웨이의 경우만 제외하고 먼 거리를 이동하는 문제는 대부분의 국가에서는 별 문제가 되지 않았다.

일반 진료 요구보다 치과 진료 요구가 충족되지 못했다고 보고하는 비율이 더 많았다. 포르투갈 (14.5%)과 아이슬란드, 스웨덴, 노르웨이, 이탈리아, 폴란드 (10% 수준)는 2009년 충족되지 않은 치과 진료 요구가 가장 높은 국가였다(그림 6.1.2). 포르투갈, 노르웨이, 에스토니아, 독일에서는 고소득과 저소득 집단 간에 충족되지 않은 의료 치과 진료 요구에 상당한 격차를 보였다. 그러나 에스토니아와 독일의 경우 평균적으로 충족되지 않은 치과 진료

요구는 매우 낮은 수준이다.

자체 보고한 충족되지 않은 의료 요구의 불균형은 유럽이 아닌 다른 지역 국가들에서도 극명하게 나타났다(그림 6.1.4). 다른 지역에서도 보건의료 비용 때문에 진료를 포기하는 경우가 저소득층에서 더 많이 나타난다. 그러나 불균형은 미국보다는 영국에서 매우 낮은 수준으로 국가별로 큰 차이를 보였다. 2010년 미국에서는 평균 임금 이하를 받는 성인 인구 중 3분의 1 이상이 진료비 때문에 충족되지 않은 진료 요구가 발생했다고 보고했다 (Commonwealth Fund, 2010). 평균 임금 이하를 받는 성인 중에서 건강보험을 가지고 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 의료 접근성 문제를 보고하는 비율이 낮았다 (Blendon et al., 2002). 뉴질랜드, 미국, 호주에서는 2007년과 2010년 사이 비용 문제로 진료 접근성 문제를 겪었다고 보고한 인구의 비중이 감소했다 (Commonwealth Fund, 2008, 2010).

정의와 비교 가능성

충족되지 않은 의료 요구에 관한 질문은 EU 소득 및 생활수준 조사 (EU-SILC, European Union Statistics on Income and Living Conditions survey)와 Commonwealth Fund가 실시한 국제 보건정책 조사를 포함한 많은 국내 및 국제 건강면접조사에서 등장하는 질문이다. 전체 OECD 국가를 대상으로 한 충족되지 않은 의료 요구에 관한 조사나 연구는 한건도 없다.

충족되지 않은 의료로 정의를 하기 위해 전형적으로 개인들에게 묻는 것은 지난 12개월 동안 의료서비스가 필요하다고 느꼈지만, 제공받지 못한 적이 있는지 하는 것이고, 그 다음으로 의료 요구가 충족되지 못한 이유를 파악하기 위한 질문이 이어진다. 의료 요구가 충족되지 않은 일반적인 이유는 비싼 진료 비용, 긴 대기자 명단, 진료를 받기 위한 장거리 이동 등이었다.

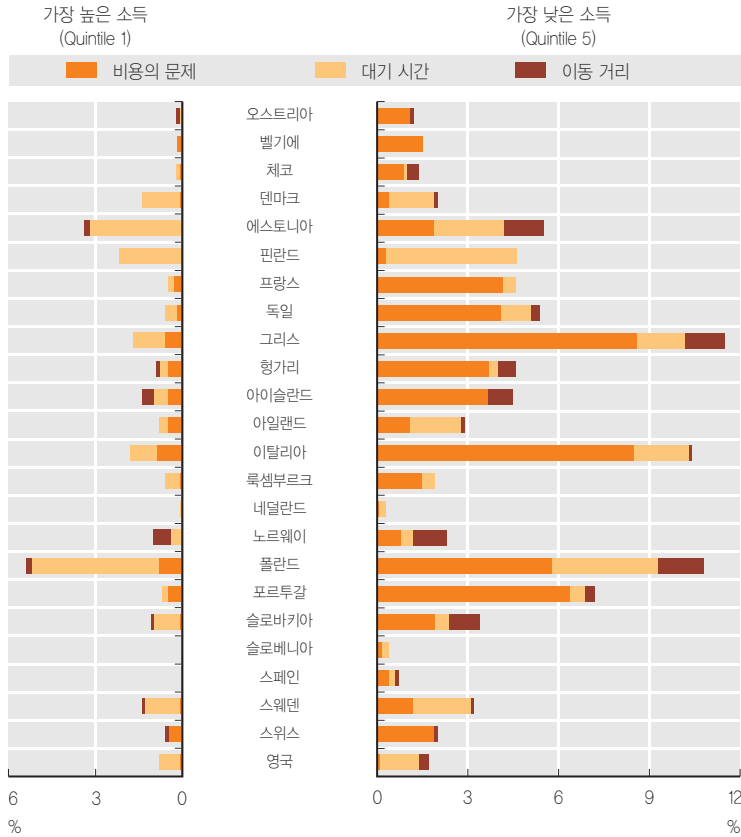
충족되지 않은 의료와 사회경제적 지위에 관한 정보는 동일한 조사에서 가져온 것이지만 조사별 국가별로 상세한 질문지와 응답지, 조사대상 연령 집단, 사회-경제적 지위를 등급화하는 방법이 다양하다. 문화적 요인이나 국가 의료 제도의 변화는 충족되지 않은 의료에 대한 태도에 영향을 줄 수 있다. 따라서 국가별 불평등의 정도를 신중하게 비교해야 한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

6.1. 충족되지 않은 의료 요구

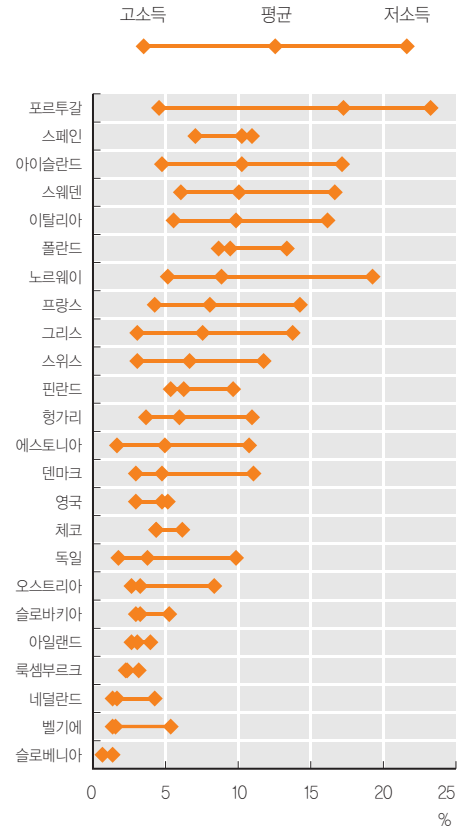
6.1.1 소득 5분위별 충족되지 않은 의사 진찰 요구, 일부 사유, 유럽국가, 2009년



출처 : EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255628>

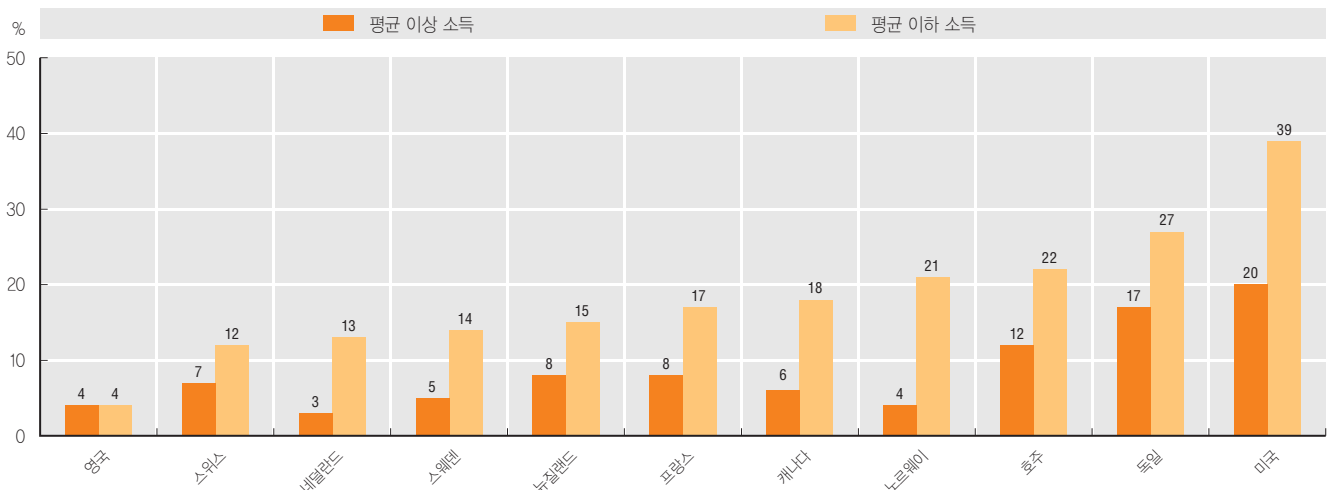
6.1.2 소득 5분위별 충족되지 않은 치과 진찰 요구, 유럽국가, 2009년



출처 : EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255647>

6.1.3 OECD 11개국의 비용 때문에 충족되지 않은 의료 요구¹, 소득집단별, 2010년



1. 건강상 문제가 있었지만 의사를 찾지 않거나, 권고하는 진료를 받지 않거나, 처방약을 조제받지 않는 경우 포함.

출처 : Commonwealth Fund (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255666>

6.2. 의료보장

의료보장은 의료재화 및 서비스의 접근성을 높이고, 예상치 못한 또는 중대한 질병에 걸렸을 경우 재정적 보장을 제공한다(OECD 2004a). 그러나 모든 의료보장(공공과 민간 모두)은 국가 별로 보장에 포함된 서비스 항목과 서비스에 적용되는 분담 비용 정도가 다르기 때문에 완벽한 접근성 지표라고 할 수는 없다.

대부분 OECD 국가들은 의사와 전문의 진료, 검사 및 검진, 수술, 치료 시술을 포함하는 일련의 핵심 서비스의 보건의료비에 대해 거의 모든 국민을 보장하겠다는 목표를 달성했다(그림 6.2.1). 일반적으로 치과 진료와 같은 서비스나 약제의 공급 등은 일부만 보장되며 이러한 서비스를 별도로 구매해야 하는 국가도 몇몇 있다(부록 표 A.5 참조).

OECD 국가 중 4개 국가가 전국민의료보험을 달성하지 못했다. 칠레는 공공 국가건강보험 기금, 민간 건강보험회사 및 기타 비영리 기관을 통해 보장하는 이중 보건의료체계를 가지고 있다. 그러나 하지만 인구의 상당수가 특정한 보장을 받지 못하고 있다. 멕시코에서는 2004년 “Seguro Popular”라는 임의 건강보험제도를 도입하여 가난하고 보험 보장을 받지 못하는 사람에게 보장을 제공하고자 하였으며 이 임의 건강보험제도는 급속히 성장하여 2009년경에는 전체 인구의 4분의 3이 이 보험의 보장을 받게 되었다. 터키의 공적 보장은 최근 급속히 증가하여 보장률이 2009년에는 80%를 상회했다.

미국에서는 주로 민간 건강보험을 통해 보장이 제공되며, 2009년 전체 인구의 55%가 민간 건강보험에 가입되어 있었다. 공공 재원으로 보험을 보장받는 사람은 전체 인구의 26% (노년층, 저소득층, 장애인)이며, 인구의 19%는 (대부분 65세 미만) 보장을 받지 못하고 있었다. 대부분은 보장을 받지 못하는 이유가 증가하는 보험료 때문이라고 말했다(NCHS, 2009). 고용주, 특히 소규모 기업의 고용주는 보험 제공을 꺼리는 경향이 있었다(OECD, 2008b). 최근 보험에 가입하지 않은 사람의 비중이 늘어난 것은 경기 침체와 일자리 상실에 따른 건강보험 보장의 상실에 기인한다(KFF, 2010). 지속적인 보험 미적용은 보건의료를 받는데 주요 장애가 되며 더 넓게는 인구집단 간 건강 불평등을 야기한다(AHRQ, 2011b; HHS Office of Health Reform, 2009). 2010년 Patient Protection and Affordable Care Act에서는 미국에서 보험 보장을 확대하는 것을 목표로 하고 있다.

공공 또는 민간보험에서 제공하는 기본적인 1차적 의료 보장은 규정된 급여 “바스켓(basket)”을 보장하는 것이 일반적이며, 많은 경우 비용 분담 방식을 취한다. 일부 국가들에서는 기본적 보장 후에 남은 모든 비용 분담액을 보장하기 위하여 (보완적 보충 보험,

complementary insurance), 부가적인 서비스를 추가하기 위하여 (추가적 보충 보험, supplementary insurance) 또는 제공자에게 더 빠르게 접근하거나 폭넓은 선택권을 가지기 위하여 (중복 보험, duplicate insurance) 민간보험을 통한 추가적인 보장의 구매가 가능하다. 2009년 OECD의 34개 국가 중에서 10개국은 인구의 절반 이상이 민간보험의 보장을 받는다고 보고했다(그림 6.2.2).

민간 건강보험은 프랑스 인구의 보완적 보충 보험의 94%를 제공하여 사회보장제도의 비용 분담을 보장한다. 네덜란드는 추가적 보충 보험 시장이 가장 크며 (인구의 90%), 그 뒤를 이스라엘이 이었고 (81%) 이들 국가에서는 민간보험이 처방약 값을 지불하고 치과진료는 공공보험에서는 보상되지 않는다. 중복 시장은 공공 시스템에서 대기시간이 긴 경우 민간 부문에서 의료서비스에 대한 더욱 빠른 접근성을 제공하는 것으로 아일랜드 (51%), 호주 (45%)에서 중복 시장이 가장 발달했다. 민간 건강보험의 보장을 받는 인구와 민간 건강보험이 총 보건의료 지출에서 차지하는 비중 사이에는 양의 상관관계가 성립한다(그림 6.2.3).

민간 건강보험의 중요성은 한 국가의 경제 발전과 연관이 없다. 공적으로 재원을 조달하는 서비스에 대한 접근성의 차이, 민간 의료제공자들에 대한 자원 조달 방법, 민간 건강보험 시장을 향한 정부의 개입, 역사적 발전 등의 다른 요소들이 시장의 발전을 더욱 잘 설명해 줄 수 있다(OECD, 2004b).

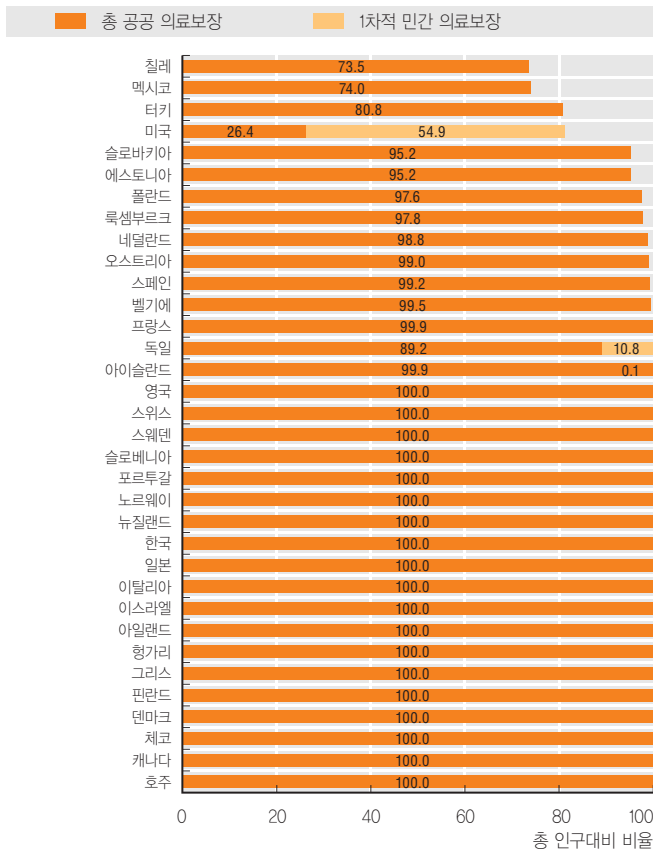
정의와 비교 가능성

의료보장이란 공공 프로그램과 민간 건강보험 하에서 일련의 규정된 의료 재화와 서비스를 받는 인구의 비율을 의미한다. 여기에는 본인 이름으로 보장받는 사람과 그들의 피부양자가 포함된다. 공공 보장은 주로 세금으로 재원을 조달하는 정부 프로그램과 주로 급여 소득세로 재원을 조달하는 사회 건강보험을 모두 가리킨다. 민간 건강보험은 자발적인 가입이 보통이지만, 법으로 의무화하거나 피용자 근로 조건의 일부로 피용자들이 강제적으로 가입해야 하는 경우도 있다. 민간 보장의 구입에 대하여 정부가 보조해줄 수는 있지만 일반적으로 보험료는 보통 소득과 관련이 없다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

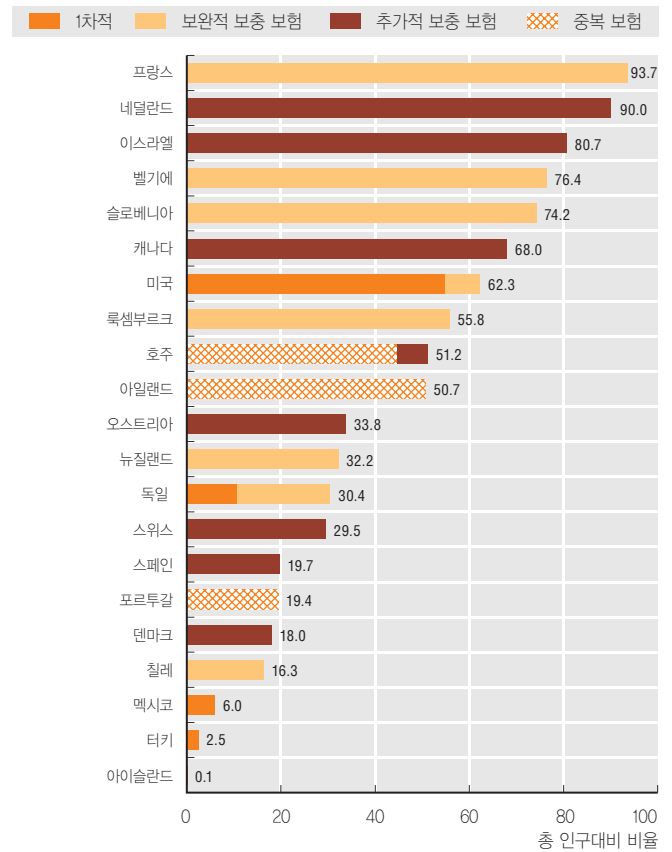
6.2.1 일련의 핵심 서비스에 대한 건강보험 보장, 2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525685>

6.2.2 유형별 민간 건강보험 보장, 2009년



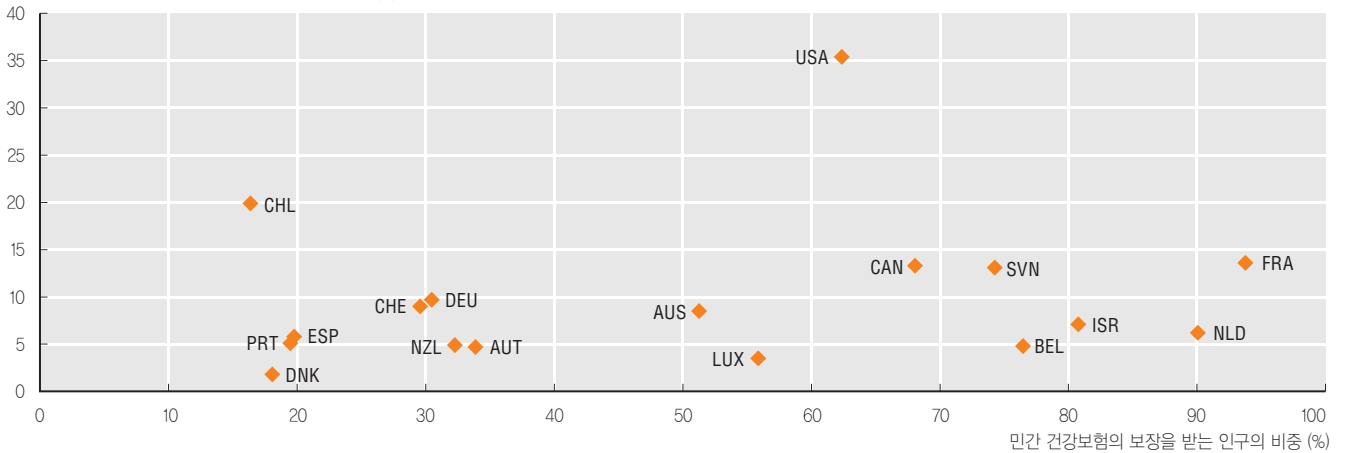
주석 : 민간 건강보험은 여러 가지 역할을 수행할 수 있음. 예를 들어 호주와 이스라엘에서는 민간 보험이 중복 보험과 추가적 보충 보험의 역할을 하기도 하고, 덴마크, 아일랜드, 뉴질랜드에서는 보완적 보충 보험과 추가적 보충 보험의 역할도 함.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255704>

6.2.3 민간 건강보험, 보장 인구 및 총 보건의료비 지출에서의 비중, 2009년

총 보건의료비 지출에서 민간 건강보험이 차지하는 비중 (%)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255723>

6.3. 본인부담 보건의료비

공공 또는 민간 건강보험을 통한 재정적인 보호는 개인이 직접 지불하는 보건의료비를 상당부분 감소시켜주지만, 여전히 몇몇 국가에서는 본인부담 보건의료비가 의료의 접근과 이용에 장애가 된다. 형성한다. 보건의료비를 지불하는데 어려움이 있는 가정은 필요한 의료서비스를 미루거나 포기한다 (Hoffman et al., 2005; May and Cunningham, in Banthin et al., 2008). OECD 국가에서는 평균적으로 보건의료비의 19%를 환자가 직접 지불한다 (지표 7.5 “보건의료비 재원” 참조).

공적으로 재원을 조달하는 진료와는 대조적으로 본인부담금은 지불 능력에 의존한다. 의료서비스의 재원 조달이 본인부담금에 더 많이 의존하게 된다면, 이론적으로 그 부담은 의료서비스를 더 많이 이용하는 사람들에게 전가된다. 부담이 고소득자보다 의료 요구가 더 높은 저소득자에게 더 많이 전가될 가능성이 있다. 그러나 실질적으로는 많은 국가에서 저소득 집단에 본인부담금을 면제해주거나 상한선을 두어 그들의 의료 접근성을 보호한다. 예를 들어 스위스의 경우 본인부담금 비중이 높지만, 대가족, 사회부조 수급자 등에게는 본인부담금을 면제해준다. 일정액 공제 (deductible)와 정률 부담 (co-insurance)에는 연간 상한선이 있다 (Paris et al., 2010).

본인부담 보건의료비의 부담은 가구 총 소득에서의 비중 또는 가구 총 소비에서의 비중으로 측정할 수 있다. 2010년 OECD 국가의 평균 보건의료비 비중은 낮게는 터키, 네덜란드, 프랑스, 영국의 2% 미만에서 높게는 그리스, 스위스의 5% 이상까지 다양하게 나타났다 (그림 6.3.1). 본인부담 보건의료비가 총 소비의 거의 3%를 차지하고 있는 미국은 OECD 평균에 근접한 수치를 보였다.

노년층과 저소득층이 질병의 수준이 심각하거나 보건의료 요구가 더 큰 경향이 있기 때문에 본인부담금 지출을 인구 별로 다르게 적용해야 할지 여부를 결정하는 것이 중요하다. OECD 11개국을 대상으로 한 국가간 조사에서 본인부담금 지출이 높은 경우는 (연간 1,000 달러 이상으로 정의) 영국, 스웨덴, 프랑스에서 저소득 계층이나 고소득 계층에 흔히 나타나지는 않았다 (Schoen et al., 2010). 다른 국가에서 평균 이상의 소득을 가진 성인이 본인부담금 지출이 더욱 높은 것으로 나타났다. 그렇다고 해도 스위스와 미국에서는 가난한 성인이 각각 20%, 29% 정도의 높은 본인부담금을 부담하고 있었다 (그림 6.3.2). 미국 의료비 패널조사 (US Medical

Expenditure Panel Survey)에 의하면 2004년 미국 저소득층 (가구 소득이 연방 빈곤수준 이하로 정의됨)의 28%가 세후 가구 소득의 10% 이상을 의료서비스와 건강보험료로 지출했고, 반면에 고소득층의 경우 10%가 그러한 지출을 했다 (Banthin et al., 2008). 미국의 노년층을 살펴보면 저소득층이 소득대비 가장 높은 본인부담금을 내고 있었으며 처방약에 지출하는 비용이 가장 큰 비중을 차지했다 (Corrieri et al., 2010).

2007년 네덜란드의 최하위 소득 계층에 속한 가구는 가처분소득의 6.5%를 본인부담 보건의료비로 지출했으며 최상위 소득 계층에 속한 가구의 지출 비중은 1.5%였다 (Westert et al., 2010). 2006년 가구예산조사 (Household Budget Survey) 결과에 따르면 터키의 본인부담 지출은 누진적으로 가난한 가구는 가구 지출의 3.4%를, 부유한 가구는 4.2%를 지출하고 있었다 (OECD and World Bank, 2008).

OECD 국가 중에서 매년 중증 질환이나 심각한 손상 때문에 “재난적 (catastrophic)” 보건의료비에 직면한 가구의 비중은 작다 (WHO, 2010c). 본인부담 보건의료비의 의존율이 높은 국가들은 재난적 보건의료비를 부담하는 가구의 비율도 높은 것으로 나타났다. 몇몇 국가들에서는 이용료 (user fee)의 부과로 인하여 저소득층 가구가 진료를 모두 포기하여 재난적인 지출을 유발하는 서비스를 충분히 이용하지 못한다는 것을 의미할 수도 있다.

정의와 비교 가능성

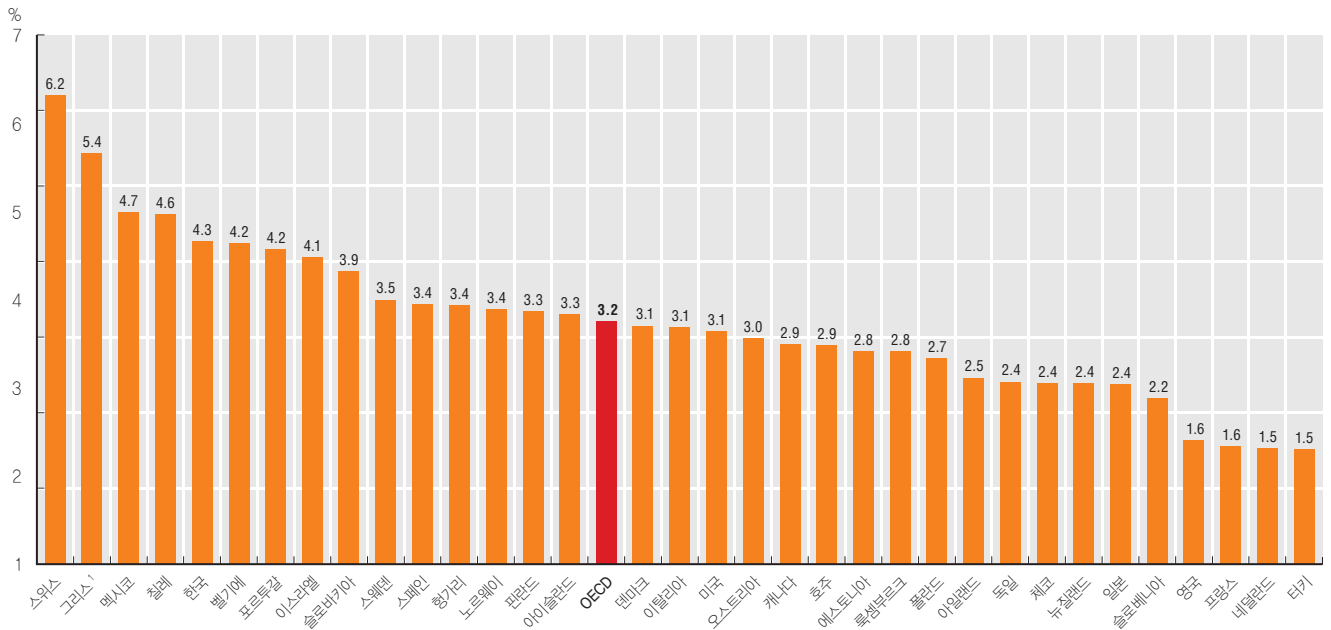
본인부담은 의료 재화 또는 서비스의 비용을 보험이 완전히 보장해주지 못하여 환자가 직접 부담하는 지출이다. 본인" 부담에는 본인부담금, 자가 치료 및 가구가 직접 지불하는 기타 비용이 포함된다. 몇몇 국가에서는 의료 제공자에게 비공식적으로 지불하는 비용을 포함하기도 한다.

몇몇 OECD 국가의 경우 가계지출조사를 기반으로 본인 부담 지출에 관한 정보를 수집했다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

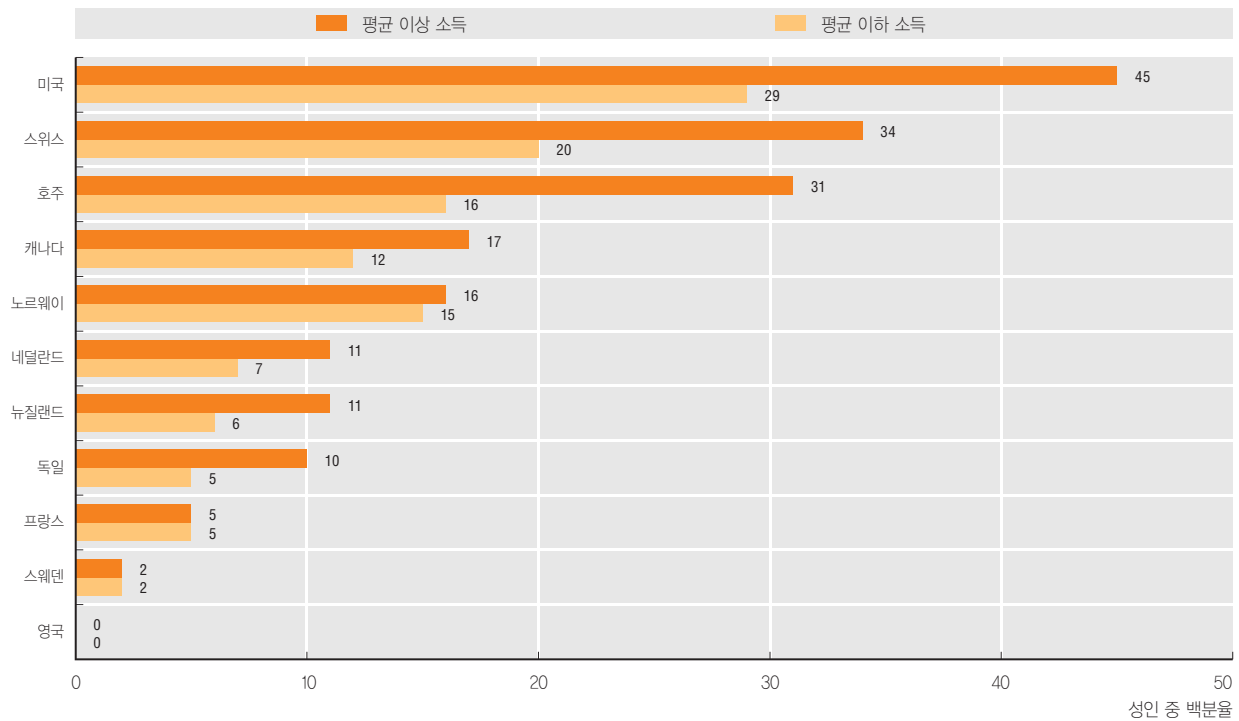
6.3.1 최종 가구 소비에서 차지하는 본인부담금의 비중, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255742>

6.3.2 OECD 11개국의 작년 소득수준별 본인부담금 미화 1,000달러 이상, 2010년



출처 : Schoen et al (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255761>

6.4. 의사의 지리적 분포

의료진료에 대한 접근성을 확보하려면 국가 전역에 적절한 수의 의사가 적절히 분포되어 있어야 한다. 특정 지역에 의사가 부족하면 환자는 치료를 받기 위해 더 많은 시간 이동해야 하고 의사들은 진료 부하가 걸린다. 몇몇 OECD 국가에서는 의사의 불균등한 분포가 도전 과제이다. 특히나 오지나 인구밀도가 낮은 지역의 경우 가장 가까운 도시 지역으로의 이동 시간이 많이 소요된다.

한 국가 내에서 여러 지역의 의사 “밀도” 불균형을 측정함으로써 의사 서비스 접근성을 알 수 있게 된다. 그러나 한 지역의 의사 밀도가 높다고 하더라도 그 지역 내에서 멀리 떨어진 곳에 사는 사람은 여전히 의료 서비스를 받기 위해 장거리를 이동해야 하는 경우도 있다. 또한 의사의 밀도가 그 지역의 인구나 부합하는 것도 중요하지만, 일반의든 전문의든 의사가 제공하는 서비스가 환자 요구에도 부합해야 한다.

OECD 국가에서 인구 1,000명 당 활동 의사 수 수준은 국가별로 상이하다. 칠레, 터키, 한국은 2명 이하로 낮은 수준이며, 노르웨이, 오스트리아, 그리스는 4명 이상으로 높은 수준이다 (지표 3.2 “의사” 참조).

많은 국가에서 다른 지역보다는 수도에 1인당 의사 수가 많았다 (그림 6.4.1). 예를 들어 체코의 경우 프라하의 의사 밀도는 체코 전국 평균의 2배에 달했다. 오스트리아, 벨기에, 그리스, 포르투갈, 슬로바키아, 미국 역시 의사들이 도시에 밀집되어 있었다. 멕시코, 슬로바키아, 터키에서는 전문의의 수도권 밀집 현상이 극명하게 나타났다 (OECD, 2009b). 일본의 경우 여러 전문의의 수도권 밀집 현상이 보고되었다 (Matsumoto, 2010).

외과와 같은 서비스와 전문 의료인이 집중되어 있기 때문에 도시 인구가 많은 지역의 의사 밀도가 높게 나타났다 (그림 6.4.2). 2006년 캐나다에서는 인구의 24%가 살고 있는 농촌 지역과 소도시에서 “가정의” (대부분 일반의)의 16% 미만과 전문의의 2% 정도가 분포되어 있었다 (Dumont et al., 2008). 이와 마찬가지로 2004년 미국 인구 17%는 대도시가 아닌 지역에 거주하고 있었지만, 환자를 돌보는 활동 의사의 9%만이 그 지역에 분포되어 있었다. 또한 도시 외곽으로 갈수록 전문의의 수가 적은 경향이 있다. 2004년 미국 카운티의 거의 50% 정도에 환자에게 직접 의료서비스를 제공할 수 있는 산부인과 의사가 1명도 없었다 (NCHS, 2007). 프랑스도 인구의 36%가 거주하고 있는 인구 10,000명 이하의 마을에서 활동하고 있는 의사가 일반의는 22%, 전문의는 4% 정도였다 (DREES, 2010).

의사의 분포에 여러 가지 요인들이 영향을 미친다. 이러한 요인에는 인구 크기, 지역의 경제 발전 (시장 규모와 소득 잠재력과 연관이 있음), 지역의 전문가 풍토 (동료와의 상호교류 가능성, 병원 및 기타 의료 시설로의 접근성 등) 및 지역의 생활 편의성이 포함된다 (Huber et al., 2008).

경험적으로 살펴보면 의사의 불균등 분포 문제를 해결하기 위해서는 복합적인 정책이 필요하다 (Simoens and Hurst, 2006, Dolea et al., 2010). 예를 들어 2006년 캐나다의 경우 농촌 및 오지 지역의 인력 중 해외에서 수련받은 의사가 평균적으로 30%를 차지했다. 원격의료와 진료간호사도 1차 진료를 제공하는 데 도움이 된다. 농촌 출신이거나 농촌에 노출된 경험이 있는 보건 전문 인력을 양성하기 위한 인센티브도 개발되었다 (Dumont et al., 2008). 터키에서는 요구가 높은 지역에 인력을 맞추어 충당해야 하는 과제가 남아있기는 하지만, 최근 상당수의 신규 보건 인력을 의사 밀도가 낮은 지역으로 배치하였다. (OECD and World Bank, 2008). 2010년 7월 WHO는 오지와 농촌 지역의 보건인력을 유지하기 위한 각기 다른 전략들에 대한 일련의 세계적인 정책 권고안을 발행했다 (WHO, 2010).

정의와 비교 가능성

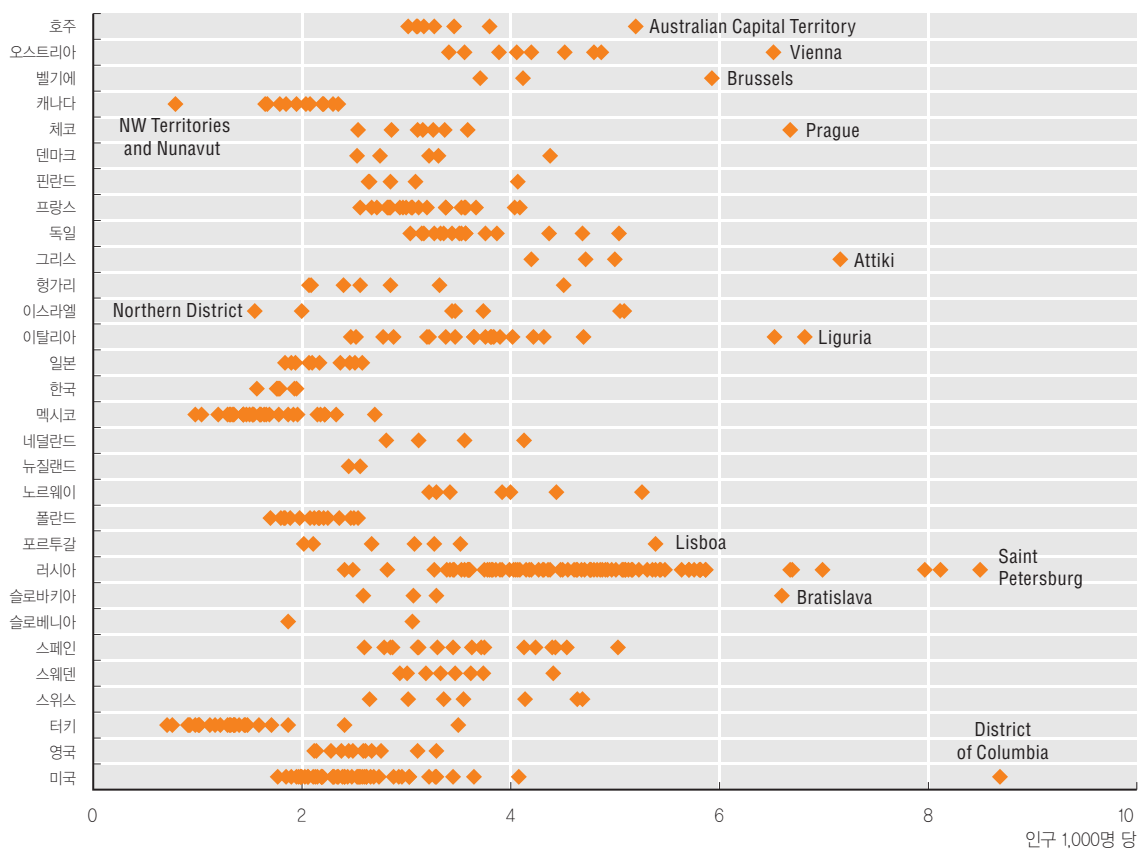
활동 의사에 대한 자세한 정보는 “지표 3.2 의사”를 참조. 의사의 지리적 분포는 지역의 인구 당 활동 의사 비율을 계산하여 살펴볼 수 있다.

지리를 구분에 있어서 국가별로 다양한 방법을 사용하기 때문에 OECD는 각 회원국의 지역을 두 개의 영역으로 구분했다. 높은 차원의 지역 (지역 레벨 2, Territorial Level 2)은 362개의 대규모 지역으로 구성되어 있으며 대부분 국가의 행정구역과 일치한다 (OECD, 2011b). 그러나 이러한 지역은 도시, 근교, 농촌 지역의 인구가 섞여 있을 수 있다. 의사의 지리적 분포를 좀 더 확실하게 알기 위해서는 하부 지역에 대한 추가적인 분석이 필요할 것이다. 많은 국가들이 표준은 아니지만 자체적으로 인구를 도시-농촌 범주로 구분하려는 계획을 수립하여 국가간 비교를 더욱 어렵게 하고 있다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

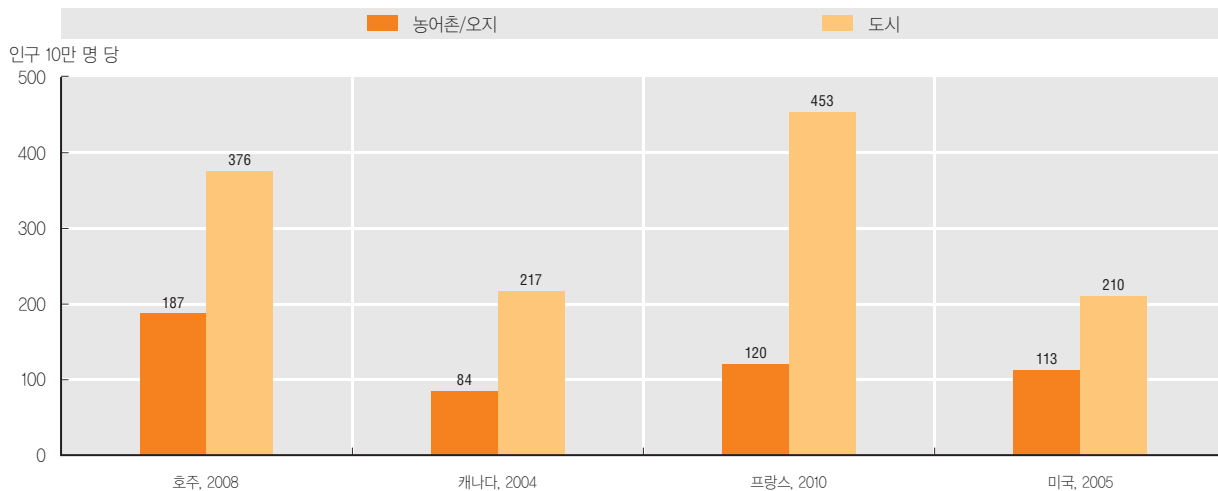
6.4.1 의사 밀도, 지역레벨 2 지역별, 2008년 (혹은 최근)



출처 : OECD (2011b).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255780>

6.4.2 농촌, 도시 지역의 의사 밀도, OECD 4개국, 최근



주석 : 농촌과 도시 지역의 구분은 국가별로 다름.

출처 : AIHW (2010b), CIHI (2005), DREES (2010), Fordyce et al (2007).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325255799>

6.5. 의사 진찰의 불평등

의사 진찰과 같은 의료 이용률을 측정하는 것은 특정 인구가 접근성의 문제를 안고 있는지 여부를 식별하는 방법 중 하나이다. 과도한 비용, 긴 대기 시간 및 이동 시간, 지식 또는 유인의 부족 때문에 의사 진찰에 어려움을 겪는다는 것은 이용률의 저하로 이어질 수 있고, 건강상태 악화와 건강 불평등의 심화로 이어질 수 있다.

OECD 국가별로 1인당 평균 진찰 건수는 매우 상이하다 (지표 4.1 “의사 진찰” 참조). 그러나 국가 내에서도 소득, 교육 또는 직업으로 정의된 사회-경제집단 별로도 상당한 차이가 있다.

많은 OECD 국가들에서 소득관련 의사 진찰의 불평등을 살펴본 Van Doorslaer 등 (2004)의 연구를 OECD가 지속적으로 업데이트 하고 있다. 이 숫자는 일반의와 전문의 방문 확률에 대한 수평적 불공정 지수로, 보건의료 이용의 불평등 측정치이다. 수평적 불공정 지수가 0과 유의하게 다르다면, 그 확률은 불평등하다. 이 지수가 0보다 작다면 저소득 집단에 유리한 것이고, 0보다 크다면 고소득 집단에 유리한 것이다. 이 지수는 보건의료의 요구 차이를 감안하여 보정되었는데, 그 이유는 하위 사회-경제집단에서 발생하는 건강 문제의 빈도와 강도가 더욱 강하기 때문이다.

15개국 중 12개국에서 소득이 높은 사람이 더 자주 의사 진찰을 받는 것으로 나타났지만 (그림 6.5.1), 대부분 국가에서 불평등의 정도가 낮게 나타났다. 미국의 경우만 불평등이 극명하게 드러났다. 영국, 체코, 슬로베니아의 경우 요구가 같다고 가정했을 때, 고소득층과 저소득층의 의사 진찰을 받는 비율이 비슷하게 나타났다. 비슷한 연구 결과에 따르면 한국의 경우 양방 의사 진찰일 경우 소득관련 형평성을 보였다 (Lu et al., 2007).

의사에게 진찰을 받는 빈도와 관련하여 14개국 중 6개 국가에서 고소득 우호적인 것으로 나타났다 (캐나다, 프랑스, 핀란드, 스페인, 미국, 폴란드). 다른 8개 국가의 경우 고소득층보다 저소득층의 의사 진찰 빈도가 높았다 (벨기에, 슬로베니아, 뉴질랜드, 체코, 헝가리, 독일, 슬로바키아, 에스토니아).

일반의와 전문의 진찰에도 차이가 나타났다. 대부분의 국가에서 GP 방문 확률은 고르게 분포되어 있었다 (그림 6.5.2). 불평등이 존재하는 경우 종종 양의 값으로 고소득 선호 분포를 보였지만 불평등의 정도가 미미했다. 그러나 저소득층의 경우 GP 방문 횟수가 더 많았다.

전문의를 진료의 경우에는 상황이 다르다. 거의 모든 국가에서 고소득층이 저소득층보다 전문의를 찾는 확률과 빈도가 높았다 (그림 6.5.3). 핀란드의 경우 본인부담금의 규모, 고소득층에서의 전문의 접근성을 높여주는 직장 서비스, 대형 민간 통원 진료 분야 덕분에 민간 전문의 방문에서 이러한 관계가 더 강하게 나타난다 (NOMESCO, 2004, OECD, 2005b). 이탈리아의 경우 보건의료 접근성의 지리적 변이가 전문의 방문의 고소득 비불립 불균형을 대부분 설명해준다.

이러한 결과와 같이 이전 연구에서는 여러 국가들에서 교육 수준이 높은 사람들이 전문의와 일반의를 더 많이 찾는 경향이 있다는 것이 밝혀졌다 (프랑스, 포르투갈, 헝가리) (Or et al., 2008). 이 연구에서는 의로서비스 이용의 사회적 불평등을 줄이는 데, 직접 보건의료비 이외에도, 일반의와 1차 의료기관의 역할 등 의료제도의 기타 특징들도 중요하다는 것을 보여준다. 전문의 이용에 대한 사회적 불평등은 NHS 국가와 일반의가 문지기 (gatekeepers) 역할을 하는 국가에서는 상대적으로 격차가 덜했다. 1차 의료 네트워크를 잘 갖춘 국가들은 소외된 집단을 더욱 강조할 것이며 문지기 방식은 사회-경제적 지위가 낮은 사람들에게 더 좋은 접근성과 더 나은 가이드를 제공한다 (Or et al., 2008).

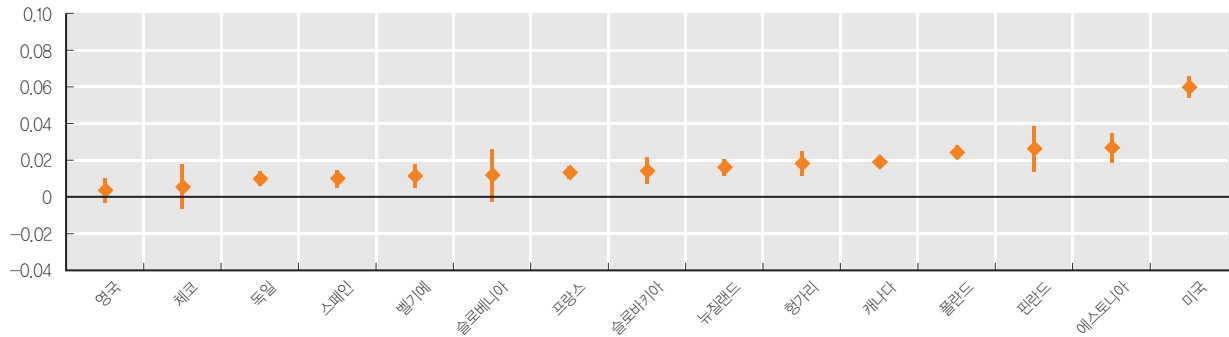
정의와 비교 가능성

의사 진찰은 일반의와 전문의를 방문할 확률과 빈도를 의미하는 것이다 (일반의와 전문의의 구분이 불가능한 미국은 제외).

OECD 추산은 2009년경 실시된 건강면접조사 또는 가구조사를 기반으로 하며 자가 보고에 의존한다. 의사 진찰의 불평등을 가구소득 측면에서 평가했다. 의사 진찰 수는 건강상태에 대한 자가 보고 정보를 바탕으로 요구에 대하여 보정하였다.

조사 질문과 응답 범주가 다르기 때문에 국가간 비교를 하는데 영향이 있을 수 있다. 조사 대상 집단의 연령 범위와 소득 등급을 매기는 방법도 상이할 수 있다. 따라서 국가별로 보건의료 이용의 불평등을 해석할 때는 주의가 요구된다.

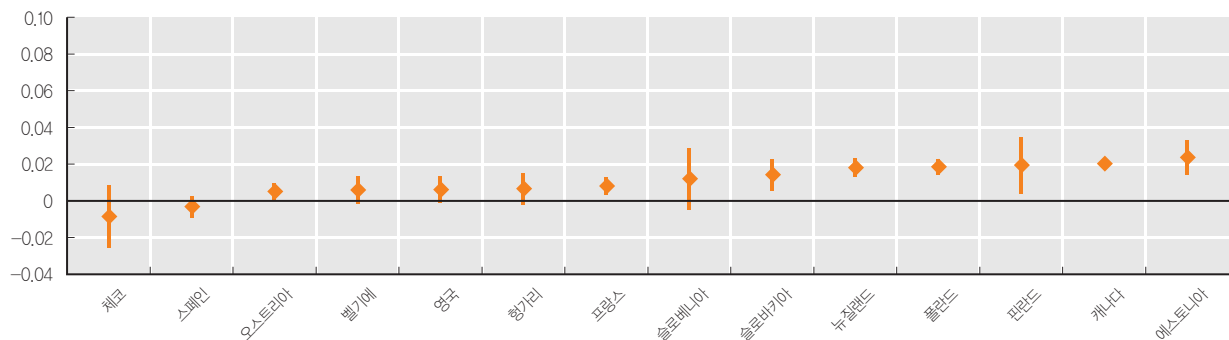
6.5.1 OECD 15개국의 의사 방문 확률의 수평적 불공정 지수 (신뢰구간 95%), 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD estimates (2011).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932525818>

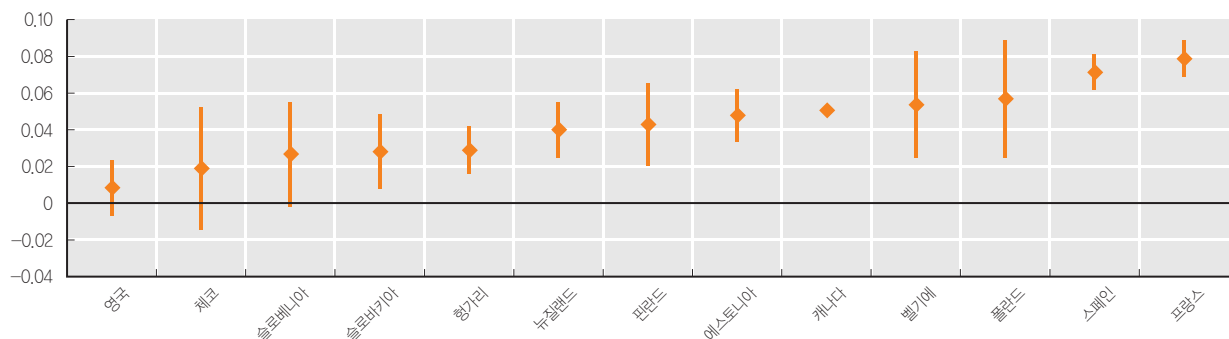
6.5.2 OECD 14개국의 일반의 방문 확률의 수평적 불공정 지수 (신뢰구간 95%), 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD estimates (2011).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932525837>

6.5.3 OECD 13개국의 전문의 방문 확률의 수평적 불공정 지수 (신뢰구간 95%), 2009년 (혹은 최근)



주석 : 의사(일반의 혹은 전문의) 방문 확률은 수평적 불공정 지수가 0에서 멀어질수록 불공정한 것임. 지수가 0 이하이면 저소득 집단에 우호적인 것이고, 0 이상이면 고소득 집단에 더 우호적인 것임. 지수는 요구에 대하여 보정한 것임.

출처 : OECD estimates (2011).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932525856>

6.6. 치과의사 진찰의 불평등

충치, 치주(잇몸) 질환, 치아 손실은 OECD 국가에서 흔히 나타나는 문제이다. 상당한 진진이 있기는 했지만 접근성 문제가 지속되고 있으며, 소외되거나 저소득 계층에서 이러한 문제가 가장 흔하다. 미국의 경우 2005-2008년에 20-64세 저소득층의 40% 이상이 치료하지 않은 충치를 가지고 있었던 반면 고소득층의 비율은 16%에 불과했다 (NCHS, 2011). 핀란드에서는 교육 수준이 낮은 성인 중 4분의 1이 6개 이상의 상실 치아를 가지고 있는 반면 교육 수준이 높은 성인 중 6개 이상의 상실 치아를 가진 비율은 10% 미만이었다 (Kaikkonen, 2007).

소외되거나 혹은 서비스를 잘 이용하지 못하는 인구의 치과진료 접근성을 높이기 위한 전략에는 재정적, 비재정적 장벽을 없애는 것, 수요에 대응하기 위한 치과진료 인력을 충분히 공급하는 것이 포함된다.

대부분 OECD 국가의 공중보건 당국은 1년에 1회 치과 방문을 권고하고 있다. 2009년 1인당 치과의사의 진찰을 받는 횟수는 국가별로 다양했는데, 일본은 3회 이상, 벨기에, 네덜란드, 이스라엘은 2회 이상, 멕시코는 0.1회, 터키는 0.3회였다. OECD 국가의 평균은 1.3회이다 (그림 6.6.1). 이러한 차이는 치과의사의 가용성의 차이로 어느 정도 설명될 수 있다. 일반적으로 치과의사 수가 증가하면 1인당 치과의사 진찰 횟수도 늘어난다 (OECD, 2009b).

최근 OECD 연구 결과에 따르면 소득 수준이 높은 사람들이 과거 12개월 동안 치과의사를 더 방문하는 경향이 있다고 한다 (그림 6.6.2). 공공과 민간의 치과 진료의 보장 범위와 상환액이 차이가 있음에도 불구하고 나온 결과이다. 그러나 국가별로 상당한 차이가 있었다. 헝가리, 폴란드, 미국, 스페인과 같이 치과방문 확률이 낮은 국가에서 불평등이 더 크게 나타났다. 덴마크와 프랑스는 회상주기가 달라 평균 치과 방문 확률에 영향을 주었지만 이것이 불평등 정도에는 영향을 주지 않았다. 덴마크와 프랑스는 치과 방문 확률에 있어서 가장 공정한 국가였다.

진료 유형에서의 불평등은 진료 목적이 치료인지 또는 예방인지 여부에 따라 분명하게 나타났다. 최근 캐나다에서 실시된 연구 조사에 따르면 고소득층 사람들의 경우 예방 진료를 받는 것이 저소득층보다는 더 보편화되어 있었다 (Grignon et al., 2010). 50세 이상의 유럽 인구에서도 소득과 관련한 치과 서비스 이용의 불평등이 존재했으며 주로 예방차원의 치과 방문에서 불평등이 두드러지게 나타났다.

미국에서 최근 자료를 보면 치과의사 방문 확률이 소득 집단 별로 차이가 크다는 것을 알 수 있다. 2009년 빈곤층과 차상위 계층

사람들 중에서 50% 미만이 치과를 방문했고, 중간 소득 또는 고소득층에서는 그 비율은 70%에 가까웠다. 지난 10년 동안 이러한 격차는 계속 유지되었다 (그림 6.6.3). 다른 여러 국가와 마찬가지로 미국에서도 소수의 사람만이 치과 보험을 가지고 있기 때문에 재정적으로 치과 진료가 일반 진료에 비해 접근하기 훨씬 어려웠다. 다른 진료보다 비용 때문에 치과 진료를 받지 못했다고 보고한 성인이 더 많았다 (지표 6.1 “충족되지 않은 의료 요구” 참조).

구강 건강검진 서비스는 보통 민간 치과의사가 제공한다. 이러한 치료는 2009년 평균적으로 OECD 총 보건의료비의 5%를 차지할 정도로 비싸다 (민간 보건의료비의 16%). 호주, 캐나다, 뉴질랜드와 같은 국가에서는 일부 치과 진료에 장애인, 저소득층, 소외 계층의 경우에는 보장이 되지만, 일반적으로 공공 건강보험의 기본 서비스 패키지에 성인의 치과진료가 포함되어 있지 않다. 다른 국가에서는 예방과 치료는 보장이 되지만, 환자가 부담해야 하는 비율은 다양하고 저소득 계층에게는 접근성 문제를 야기한다 (그림 6.6.4). 북유럽 국가들과 영국과 같은 국가는 아동과 소외 계층에게 공공 치과진료 서비스를 제공한다.

정의와 비교 가능성

치과의사 진찰은 치과의사의 접촉 확률과 접촉 건수를 의미한다. 몇몇 국가들은 행정자료를 제공하기도 했지만, 통계는 주로 건강면접조사 혹은 가구 조사에서 나온 것이며 자가 보고에 의존하였다. 독일에서는 사회 건강보험제도 (Social Health Insurance Scheme)가 3개월 동안 첫 상환만을 계산하기 때문에 실제보다 적게 보고될 수도 있다.

여기에서는 치과의사 진찰에 대한 불평등을 가구의 소득 수준의 관점에서 평가하였다.

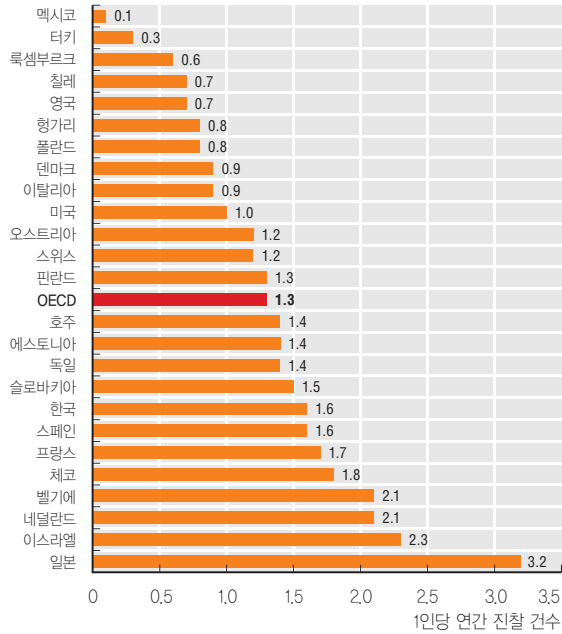
조사 질문과 응답 범주가 다르기 때문에 국가간 비교를 하는데 영향이 있을 수 있다. 조사 대상 집단은 연령 범위도 다르고 소득 수준의 등급을 매기는 척도도 상이할 수 있다. 대부분의 국가들은 지난 12개월 동안 치과의사 진찰 건수를 나타내고 있지만 프랑스 (지난 24개월), 덴마크 (지난 3개월)의 경우는 예외이다. 회상 기간이 다른 것이 평균 치과의사 방문 확률에 영향을 줄 수 있지만, 불평등 정도에는 영향을 주지 않는다. 따라서 국가별로 불평등을 해석할 때는 주의가 요구된다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

6.6. 치과 의사 진찰의 불평등

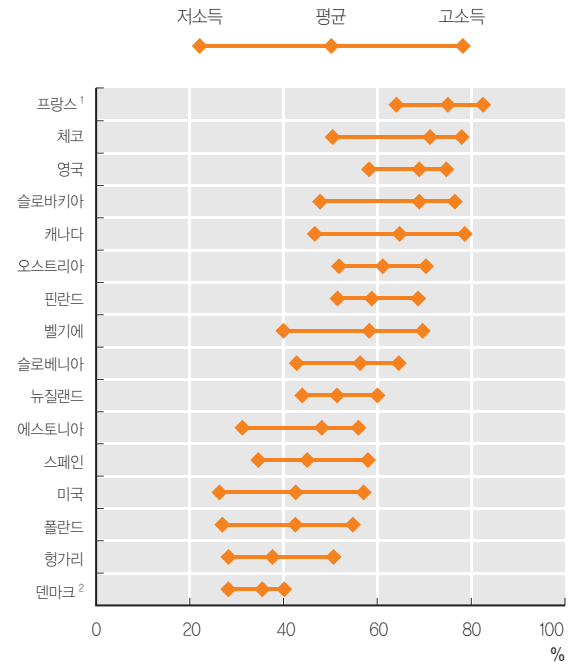
6.6.1 1인당 평균 치과 의사 진찰 건수, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/8889325245875>

6.6.2 소득집단 별 직전 12개월 동안 치과 의사 방문 확률, 2009년(혹은 최근)



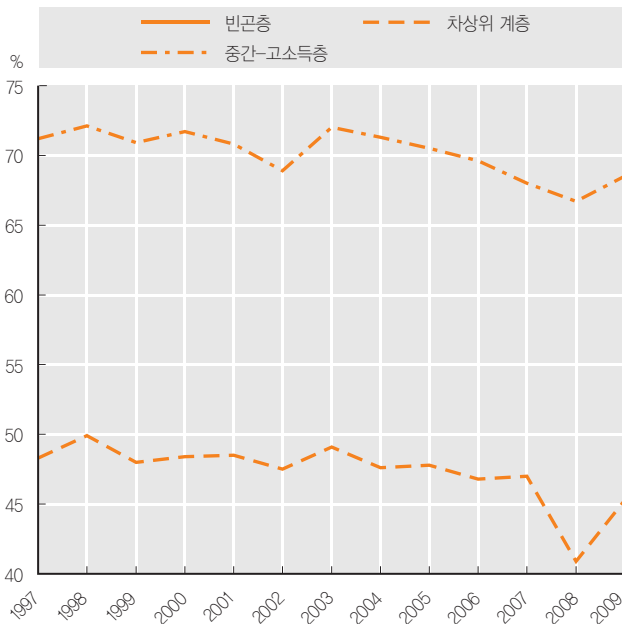
1. 직전 2년 동안 방문.

2. 직전 3개월 동안 방문.

출처 : OECD estimates (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525894>

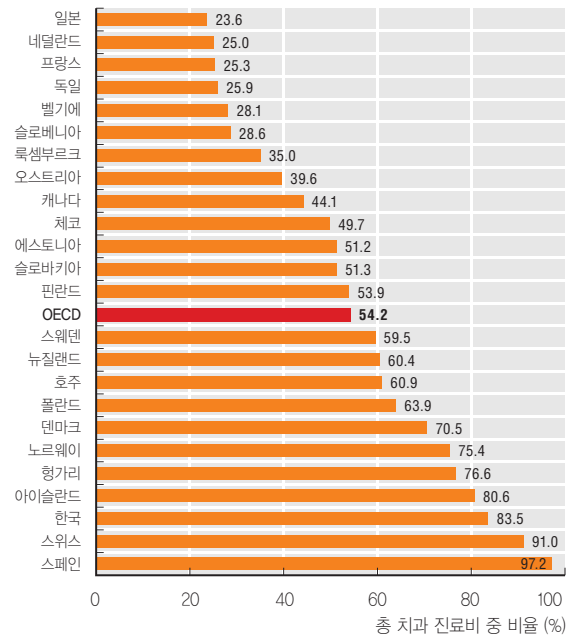
6.6.3 전년도에 치과 의사를 방문한 성인 비율, 소득집단별, 미국, 1997-2009년



출처 : NCHS (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525913>

6.6.4 본인부담 치과 진료비, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525932>

6.7. 암 검진의 불평등

OECD 국가에서 암은 두 번째로 흔한 사망원인이며 200년 사망의 28%가 암 때문이었다. 여성들에게는 유방암이 매년 신규 발병 건수의 30% 이상을 차지하는 가장 흔한 암이고, 2009년 암 사망의 16%를 차지했다. 자궁경부암은 신규 발병 건수의 3%를 차지하며 여성 암 사망의 2%를 차지했다 (지표 1.4 “암에 의한 사망” 참조).

검진 프로그램을 통한 유방암과 자궁경부암의 조기 발견은 생존율을 높이고 사망률을 낮추는데 크게 기여했으며, 많은 국가들은 검진 프로그램이 보다 폭넓게 이용될 수 있도록 추진하고 있다. 대부분 국가에서 검진을 위한 목표 연령층 여성의 절반 이상이 최근 유방촬영술 (mammogram)과 부인과 진찰 (pelvic exam) 또는 세포진검사 (Pap smear)를 받았다 (지표 5.8과 5.9 참조).

OECD 국가의 사회-경제 집단에 따라 검진율도 상이했다 (그림 6.7.1과 6.7.2). 검진을 받는 것이 흔한 국가에서도 저소득 집단의 여성은 검진을 받는 확률이 낮았다. 16개 조사대상국 중 15개 국에서 소득과 관련한 자궁경부암 검진 불평등이 심한 것으로 조사되었다. 그러나 유방암 검진의 고소득 비뮌림 불균형이 나타나는 국가는 이보다는 적었다 (벨기에, 캐나다, 에스토니아, 프랑스, 뉴질랜드, 폴란드, 미국).

미국의 저소득층 여성, 무보험 또는 Medicaid (빈곤층, 장애인, 빈곤 노년층을 위한 건강보험) 대상 여성, 혹은 교육 수준이 낮은 여성들의 유방촬영술 및 세포진검사의 이용이 적었다 (NCHS, 2011). 유럽국가에서도 조기 진단과 예방 의료서비스 이용에 심각한 사회적 불평등이 존재한다는 증거가 있다 (von Wagner et al., 2011). 특히 자산이 많은 여성일수록 유방촬영술 이용 가능성이 높았다 (Sirven and Or, 2010).

멕시코의 경우 자궁경부암 발견 프로그램이 도입된 지는 좀 되었지만 소외된 계층 사이에서는 여전히 접근성 및 보장 문제가 남아있다. 그 결과 50세 이상 여성의 절반 정도가 지난 2년간 세포진검사를 받지 않았다 (Couture et al., 2008). 그러나 대부분 OECD 국가에서 유방촬영술이나 세포진검사를 무료로 해주거나 진찰 비용 정도만 받고 해주기 때문에 소득이 접근성에 장벽이 되지 않는다.

검진 참여율도 지역별로 상이했다 (그림 6.7.3). 노던 테리토리 (호주)와 런던 (영국)은 국가내의 다른 지역보다 검진율이 유의하게 낮았다. 이러한 차이가 나타나는 이유도 다양했다. 노던 테리토리처럼 지리적으로 고립된 지역에서는 이동 거리, 검진 서비스의 이용

가능성 및 토착민 여성의 접근 장벽이 중요한 역할을 한다. 런던과 같은 도심지역에서는 빈곤층, 소수인종 여성에서 검진 프로그램, 증상, 위험에 대한 인식이 저조한 것이 문제이다.

소득, 인종, 나이, 높은 수준의 교육, 고용상태, 거주지역, 결혼여부, 건강보험 유무, 건강상태, 진료 자원의 유무, 기타 예방 서비스의 이용과 같은 많은 사회-경제적 특징은 검진의 참여를 예측할 수 있는 주요 변수이다.

OECD 국가 간에 검진 관행이 다양하고 접근 장애물도 다르기 때문에 보장률을 높이기 위한 단일 전략만으로는 더 크고 평등한 보장에 대한 요구를 모두 충족시킬 수 없다 (Gakidou et al., 2008). 충분한 보건의료제도의 역량이 있는 국가에서는 서비스를 무료화하고, 필요한 곳에서 검진을 받을 수 있도록 함으로써 검진율을 높일 수 있다. 불평등을 극복하기 위해서는 정책과 개입의 목표를 더욱 잘 설정해야 한다. 검진 프로그램을 유지하기 어려운, 자원이 부족한 상황에서는 보충적인 수단으로, 새로운 암 예방 백신의 가능성은 중요한 의미를 가진다.

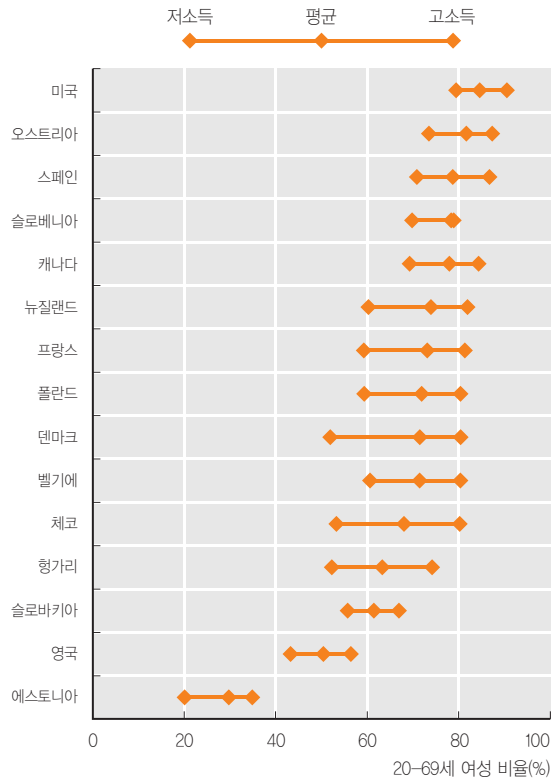
정의와 비교 가능성

유방암과 자궁경부암 검진 참여율은 특정 연령의 여성 중 최근에 유방촬영술, 세포진 검사 혹은 부인과 진찰을 받은 비율을 의미한다. 일반적으로 자료는 건강조사에서 또는 검진 프로그램의 행정자료에서 가져온 것이다.

소득 집단별 참여율은 건강조사를 기반으로 하고 있다. 자궁경부암의 경우 20-69세 여성에게 조사 직전 3년 동안 검진받은 적이 있는지 질문했고, 유방암의 경우 50-60세 여성을 대상으로 조사 직전 2년 동안 검진받은 적이 있는지 질문했다. 덴마크의 경우에는 직전 12개월을 기준으로 보고하고 있기 때문에 예외이다 (유방암만). 자가 보고한 건강조사에 기반한 검진율 자료는 응답자가 바람직한 행동을 과대 평가하는 경향이 있기 때문에 해석할 때 주의가 요망된다.

지리적인 지역에 관한 자료는 국가 검진 프로그램에 참여한 목표 연령 집단의 여성을 포함한다. 목표 연령 집단과 검진 주기는 국가마다 다를 수 있다.

6.7.1 지난 3년간 소득수준별 자궁경부암 검진, 2009년 (혹은 최근)

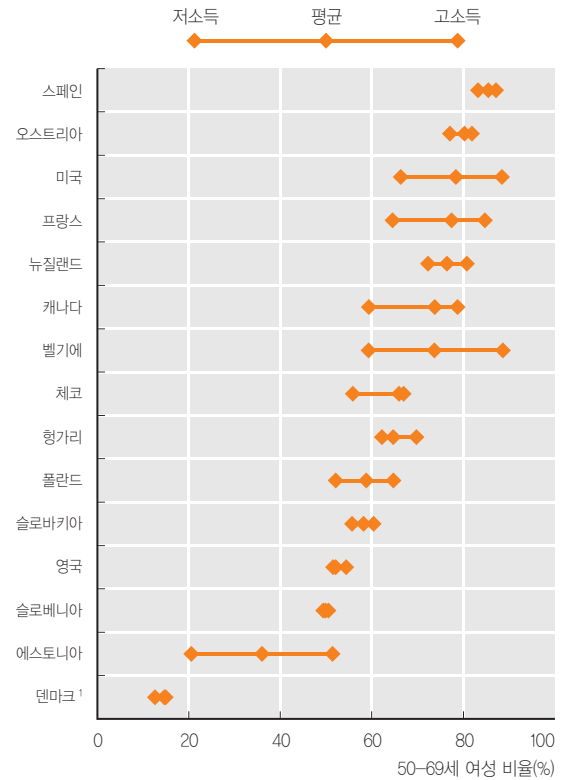


주석 : 몇몇 국가의 자료 출처는 5장의 유방암 및 자궁경부암 검진 보고서에서 사용된 자료출처와 다를 수 있다.

출처 : OECD estimates (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525951>

6.7.2 지난 2년간 소득수준별 유방암 검진, 2009년 (혹은 최근)



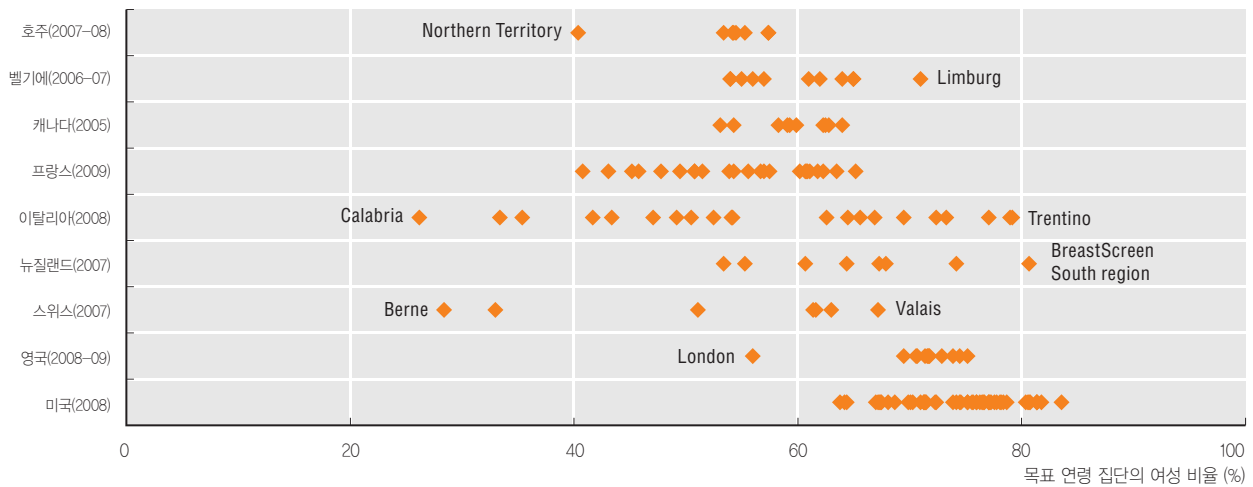
주석 : 몇몇 국가의 자료 출처는 5장의 유방암 및 자궁경부암 검진 보고서에서 사용된 자료출처와 다를 수 있다.

1. 직전 12개월 동안 방문.

출처 : OECD estimates (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525970>

6.7.3 유방암 검진 프로그램 참여, 일부 OECD 국가의 지역



출처 : AIHW (2010c) ; FDCS (2011) ; IMA- AIM (2010) ; INVS (2011) ; NHSBSP (2010) ; ONS (2010) ; Page and Taylor (2010) ; PHAC (2008) ; CDC (2010b).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525989>

6.8. 대기시간

의료 장비의 부족 또는 병상수 부족, 의료 인력 부족, 또는 서비스 조직의 비효율성 등 다양한 이유로 환자는 의료 서비스를 받기 전에 대기해야 한다. 의사 진료를 위해 또는 응급수술이 아닌 경우 과도한 대기시간은 종종 스트레스, 불안, 통증 등 건강에 부정적인 결과를 가져온다 (Sanmartin, 2003). 불만족과 절그러워진 환자-의사 관계는 대중의 보건의료제도에 대한 인식에 악영향을 미친다.

대부분의 국가가 대기시간에 대해 다른 정의를 내리고 있기 때문에 대기시간에 대한 비교 가능한 자료를 수집하는 것은 어렵다. 다국가 환자조사는 자가 보고에 의존하고, 표본 크기가 한정적이며, 행정 자료와 일치하지 않을 수도 있지만, 이러한 조사가 국가간 비교를 하는데 유용하다.

다국가 환자조사 결과 대기시간도 큰 차이를 보였다. 몇몇 국가에서는 대기시간이 주요보건정책 이슈 중 하나였고, 대기시간이 그렇게 길지 않다고 보고한 국가도 있었다. Commonwealth Fund Survey가 조사한 11개 국에서는 2010년 1차 진료의사 또는 간호사를 진찰을 위한 대기시간이 낮은 수준이었으며 캐나다, 노르웨이, 스웨덴의 경우만 대기시간이 6일 이상으로 길었다 (Davis et al., 2010).

전문의 진찰을 위한 대기시간 역시 캐나다, 노르웨이, 스웨덴의 경우 50% 이상의 응답자가 진료 약속을 잡는데 4주 이상 소요된다고 응답할 정도로 대기시간이 길었다 (그림 6.1). 독일, 스위스, 미국의 경우 좀 더 적시에 접근이 되고 있다. 백내장 수술 또는 고관절 치환술과 같은 선택 수술에 대한 대기시간은 국가 별로 상당한 차이가 있었다. 2010년 캐나다, 스웨덴, 노르웨이, 영국, 호주에 있는 상당 수의 환자가 선택 수술에 대한 대기시간이 4개월 이상이라고 보고했다 (그림 6.8.2) (Davis et al., 2004, 2006, 2010, Schoen et al., 2010).

같은 국가 내에서도 대기시간은 다를 수 있다. 독일에서 의사 진찰을 위한 대기시간이 적정 수준으로 보고되었지만, 동독에 있는 환자들의 경우 대기시간이 더 길었다 (KBV, 2010). 영국, 독일, 오스트리아를 포함한 다수 국가의 사례를 보면 사회-경제적 지위가 높거나 민간 의료보험을 가지고 있는 사람의 대기시간이 더 짧다는 증거를 찾을 수 있다 (Laudicella et al., 2010, KBV, 2010, Statistik Austria, 2007). 캐나다의 경우 남성보다는 여성의 경우 전문의 진료를 받기까지 대기시간이 더욱 길게 나타나는데 이는 남성이 좀 더 병이 진행된 상태 또는 급성질환으로 전문의를 찾아 치료가 시급한 경우가 많기 때문일 수도 있다 (Carrière and Sanmartin, 2010).

몇몇 OECD 국가에는 대기시간을 위한 이니셔티브에 착수했다. 2000년 영국 정부는 선택적 진료에 대해 의뢰에서 치료까지 대기시간이 최대 18주를 넘지 않도록 목표를 정했고, 2008년에는 입원 환자의 94%, 입원하지 않은 환자의 98%를 18주 내에 치료할 것을 목표로 정했다 (Department of Health, 2009). 행정 데이터는 조사에서 보고된 결과보다 훨씬 긍정적이었다 (그림 6.8.2). 뉴질랜드에서 선택 수술에 대한 대기시간 감소를 주요 보건 목표로 정해 해결하였고, 2005년 이후에는 대기시간이 감소하였고, 의료서비스에 대한 접근성과 서비스 수준도 상당히 개선되었다 (MoH, 2010).

캐나다에서는 보건의료 강화를 위한 10개년 계획의 일환으로 고관절과 무릎관절 치환술, 백내장 수술과 같은 우선순위 영역에 대한 대기시간 목표를 설정했다. 2010-2011 최근 조사에 따르면 이러한 우선순위 영역의 치료를 받아야 할 환자 10명 중 8명이 목표 시간 내에 치료를 받은 것으로 드러났다. 고관절 치환술의 경우 10개 주 중 7개 주에서 환자의 75%를 26주 내에 치료했으며 백내장 수술의 경우 목표치 (16주 내에 75%의 환자치료)를 달성한 지역이 6개 주였다 (CIHI, 2011).

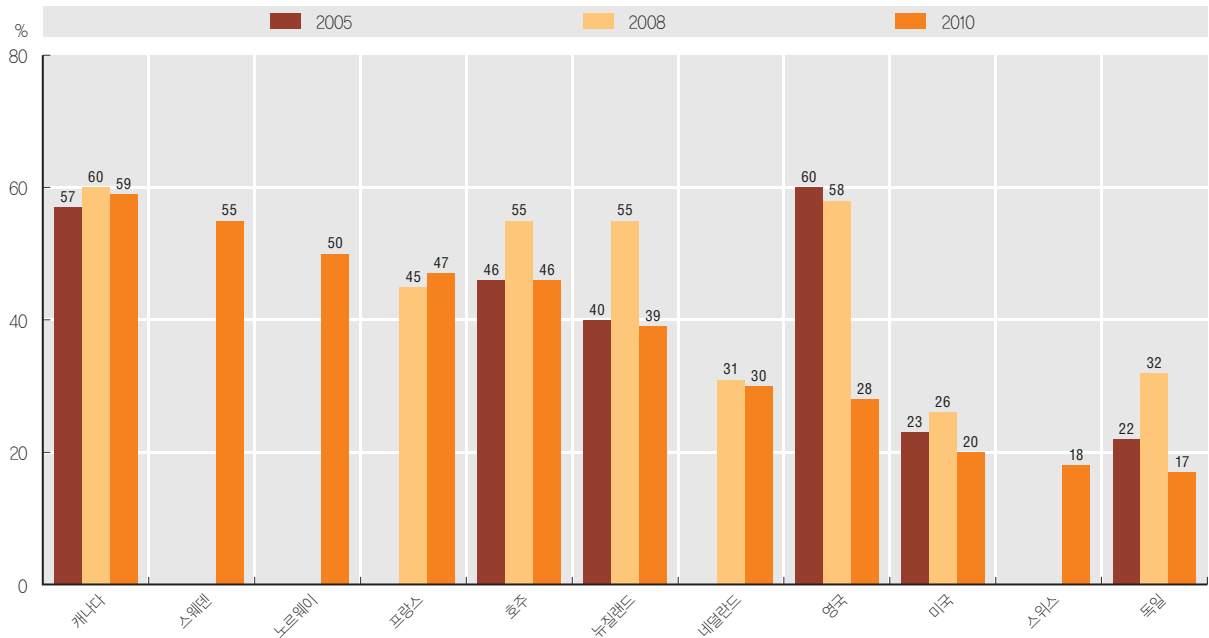
최적의 대기시간이 반드시 0일 필요는 없다. 대기시간이 약간 지연되는 경우 보건상 결과의 악영향이 미미하고, 대기 줄을 유지하는 것이 병원의 진료 능력을 절약할 수 있으므로 비용-효과적일 수 있다 (Siciliani and Hurst, 2003). 또한 작은 건강상의 혜택을 위해 진료를 요구하는 환자들을 억제할 수도 있다 (Laudicella et al., 2010).

정의와 비교 가능성

Commonwealth Fund Survey에서 의사 또는 간호사 진찰의 대기시간은 환자가 아프거나 의료적인 관심을 필요로 할 때 약속을 잡기 위해 기다려야 하는 시간을 의미한다. 전문의 진료와 선택 수술에 대한 대기시간은 환자가 전문의 진료가 필요하다는 소견을 들은 시점과 약속 날짜 사이의 시간을 의미한다. 지난 1년 또는 2년 동안 전문의 진료나 선택 수술을 받은 사람만 응답하도록 했다.

대기시간에 대한 보편적인 정의가 없기 때문에 다른 출처에서 가져온 자료가 완전히 비교 가능한 자료는 아니다.

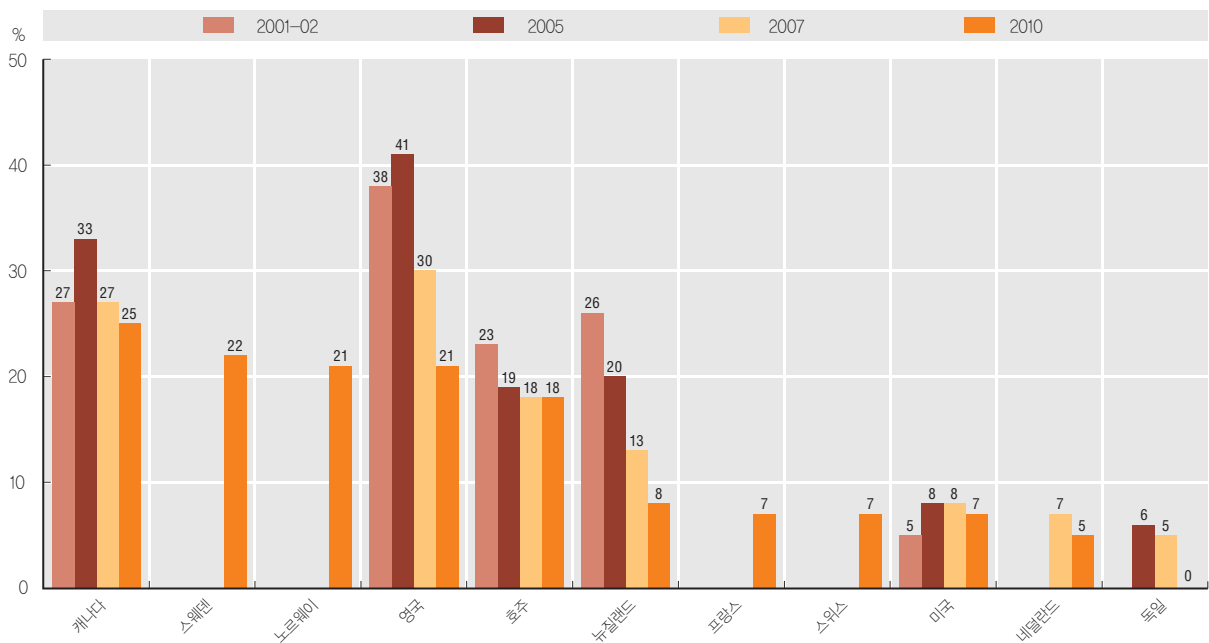
6.8.1 전문의 진료 예약까지 4주 이상 소요되는 대기시간



출처 : Commonwealth Fund International Health Policy Surveys.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526008>

6.8.2 선택 수술에 대한 4개월 이상의 대기시간



출처 : Commonwealth Fund International Health Policy Surveys.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526027>





제7장 보건의료비와와 자원 조달

- 7.1. 1인당 보건의료비
- 7.2. GDP 대비 보건의료비
- 7.3. 기능별 보건의료비
- 7.4. 약제비
- 7.5. 의료비 자원
- 7.6. 의료서비스 교역 (의료관광)

7.1 1인당 보건의료비

OECD 국가들의 보건의료비 지출의 규모와 증가율은 다양하게 나타난다. 이는 각 국의 다양한 시장 및 사회 요인, 그 국가의 보건의료제도의 다양한 자원 조달 및 조직구조에 기인한다.

미국은 OECD 국가 중 보건의료비가 단연 높다. 2009년 1인당 의료 재화와 서비스에 사용한 보건의료비가 OECD 평균의 2.5배 수준인 7,970달러까지 상승했다 (그림 7.1.1). 그 다음으로 보건의료비 지출이 많은 국가는 노르웨이와 스위스로 미국의 3분의 2 정도되는 금액을 지출하고 있지만, 역시 OECD 평균보다 50% 높은 수준이다. 대부분 북유럽과 서유럽 국가, 캐나다, 호주는 3,200-4,400 USD PPP를 지출했으며 이는 OECD 평균의 100-130%에 해당한다. 멕시코, 터키, 남부 및 동부 유럽 국가와 한국은 OECD 평균보다 덜 지출하는 국가에 속한다. 일본 역시, 1인당 소득이 평균 이상임에도 불구하고, 지출은 평균 미만이었다. 이와는 대조적으로 중국, 인도와 같은 빠른 성장을 하는 국가들은 보건의료비 지출이 OECD 평균의 10%와 5% 미만이었다.

그림 7.1.1은 1인당 보건의료비를 공공 부문과 민간 부문으로 나눈 것이다 (지표 7.5 “보건의료비 자원” 참조). 일반적으로 1인당 공공 보건의료비의 순위는 총 보건의료비의 순위와 유사하다. 미국의 민간 부문은 자원 조달에 있어 계속 지배적인 역할을 하고 있지만, 공공 부문의 1인당 지출도 보건의료비의 전반적 지출이 다른 국가 보다 높기 때문에 대부분의 OECD 국가보다는 높은 수준이다 (노르웨이, 룩셈부르크, 네덜란드 제외). 스위스는 보건의료비 재원의 상당 부분이 민간 부문에서 나오며, 전반적인 보건의료비는 높은 수준이지만 공공 부문의 보건의료비 지출은 낮은 수준이다. 주로 공공 재원으로 보건의료비를 조달하는 덴마크는 정반대의 경우다.

2000-2009년 1인당 실질 보건의료비 지출은 증가하여 대부분의 OECD 국가에서 연평균 4%의 증가율을 보였다 (그림 7.1.2, 표 A.6). 많은 국가에서 증가율이 2004년 최고조에 달했으며 최근 들어 증가율이 둔화되었다.

전반적으로 같은 기간 동안 보건의료비 지출 증가율이 높았던 국가들은 일반적으로 초기에는 비율이 낮았던 국가들이다. 예를 들어 한국과 슬로바키아의 보건의료비 지출 증가는 2000년 이후로 OECD 평균보다 2배나 많이 증가하여 시간이 지날수록 OECD 평균에 근접해졌다.

이탈리아, 스위스, 독일과 같은 국가들은 1인당 보건의료비가 같은 기간 동안 2% 미만의 더딘 성장률을 기록했다. 이는 이 기간 동안 상대적으로 경제 성장이 둔화되었고 의도적인 비용 억제 정책의 효과를 반영한다.

그림 7.3.1은 OECD 국가의 1인당 GDP와 1인당 보건의료비 지출의 연관성을 보여준다. GDP가 높은 국가일 수록 전반적인 보건의료비 지출이 높게 나타나는 경향이 있지만 보건의료비 수준에 영향을 미치는 요소가 GDP만 있는 것은 아니기 때문에 차이가 나타난다. 이러한 상관관계는 OECD 국가 중 GDP가 높은 국가보다는 낮은 국가에서 더욱 극명하게 드러났다. 1인당 GDP가 비슷한 수준인 국가들 중에서도 보건의료비 지출에 상당한 차이가 났다. 예를 들어 독일과 핀란드의 1인당 GDP는 비슷한 수준이지만 1인당 보건의료비 지출은 독일이 핀란드보다 25% 더 지출하는 것으로 나타나 상당한 차이를 보였다. 미국은 GDP 수준에 상응하는 보건의료비 지출 수준보다 훨씬 많은 보건의료비를 지출하고 있다.

정의와 비교 가능성

총 보건의료비는 의료 재화와 서비스의 최종 소비 (예: 경상 보건의료비)와 보건의료의 인프라에 대한 자본 투자를 합한 것이다. 이것은 의료 서비스 및 재화, 공중보건 및 예방 프로그램, 그리고 행정에 대한 공공 자원 및 민간 자원 (가계 포함) 지출을 포함한다.

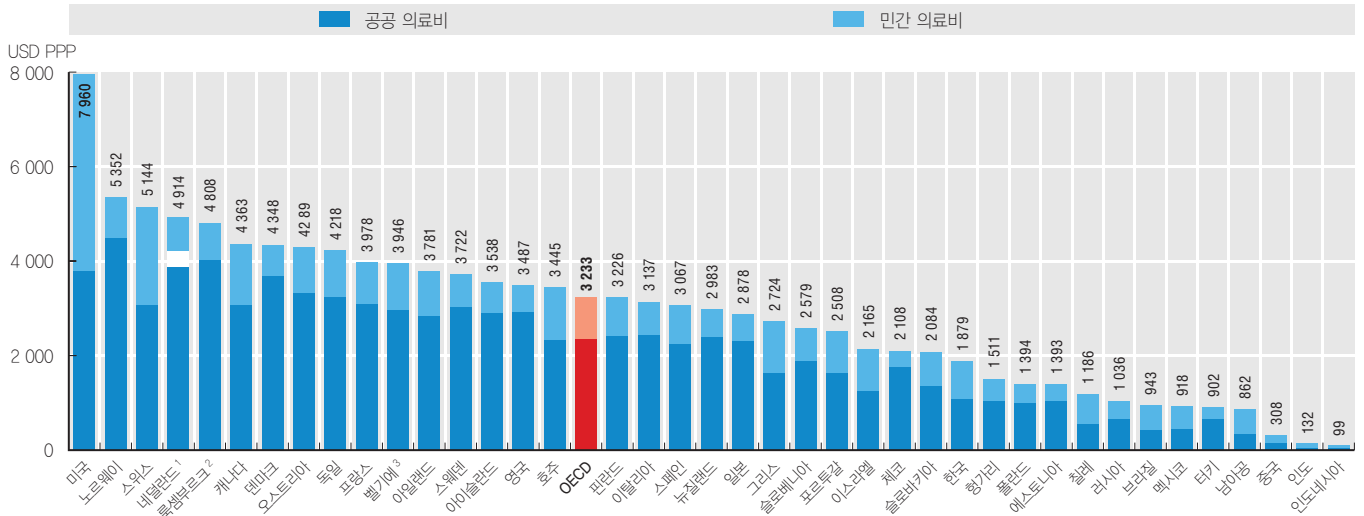
장기요양 지출에 대한 추산 방법의 차이, 특히나 보건과 사회 요양 사이의 지출 할당에 대한 차이 때문에 총 보건의료비를 전반적으로 비교하는 데는 제한이 있다. 자세한 내용은 지표 7.3 “기능별 보건의료비”와 지표 8.8 “장기요양지출” 참조.

지출 수준을 국가 간에 비교하기 위해서 보건의료비를 공통의 화폐 단위 (미국 달러)로 환산하고 각국 통화의 구매력 차이를 고려하여 보정을 한다. 가장 이용가능하고 신뢰성있는 환율로서 경제 전체 (GDP)의 PPP가 사용된다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

7.1.1 1인당 총 보건의료비, 공공과 민간, 2009년 (혹은 최근)

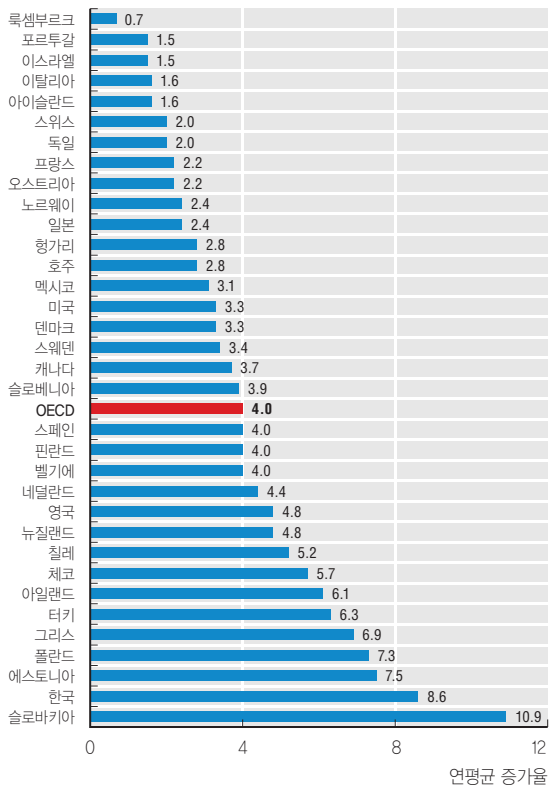


1. 네덜란드의 경우 투자와 관련한 공공 및 민간 부문의 비중을 분명히 구분하기 어려움.
2. 거주 인구 보다는 보험 가입 인구의 보건의료비.
3. 투자를 제외한 총 보건의료비.

출처 : OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046>

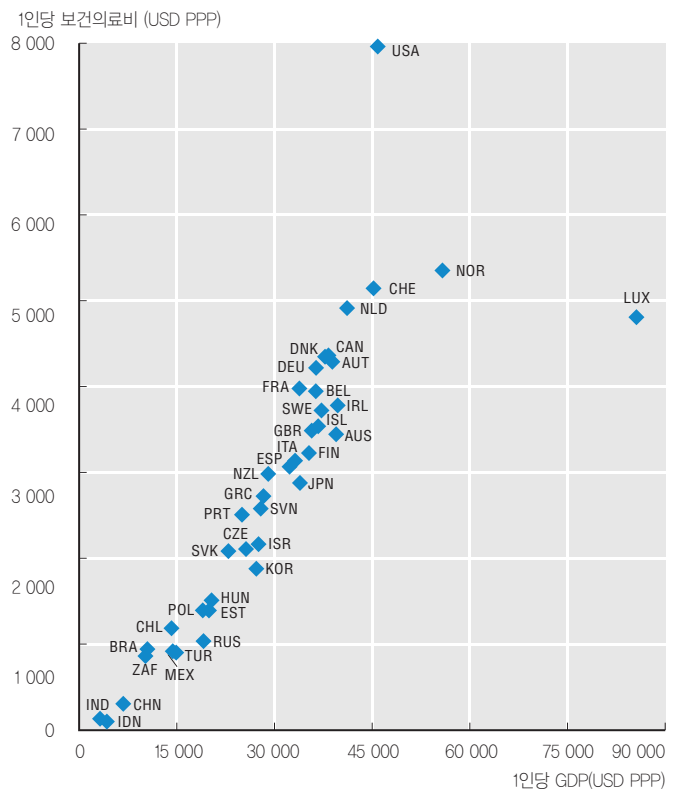
7.1.2 1인당 보건의료비 연평균 실질 증가율, 2000-2009년(혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526065>

7.1.3 1인당 보건의료비와 1인당 GDP, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526084>

7.2. GDP 대비 보건의료비

GDP 대비 보건의료비의 경향은 GDP와 보건의료비가 모두 작용한 결과이다. 룩셈부르크를 제외하고 보건의료비는 2000년 이후로 GDP 보다 빠른 성장을 보였다. 그 결과 OECD 국가들은 평균적으로 GDP 중 더 많은 비중을 보건의료비로 지출했다.

2009년 OECD 국가에서 GDP 대비 보건의료비 비율은 2008년 8.8%에서 증가하여 평균 9.6%였다 (그림 7.2.1과 표 A.8). GDP에서 보건의료비 비중은 2008년 많은 국가에서 시작되어 2009년 폭넓게 퍼진 경기 침체 이후 크게 증가했다. GDP 대비 보건의료비의 증가는 세계적인 경기 침체에서 가장 심한 타격을 입은 국가에서 두드러지게 나타났다. 아일랜드에서는 GDP 대비 보건의료비 비중이 2007년 7.7%에서 2009년 9.5%로 증가했다. 영국은 2007년 8.4%에서 2009년 9.8%로 증가했다.

2009년 미국은 GDP의 17.4%를 보건의료비로 지출했고, 이 수치는 그 다음으로 보건의료비 비중이 큰 네덜란드와 프랑스 (GDP의 각각 12.0%와 11.8%)보다 5% 포인트 높은 수준이다. OECD 국가 중 멕시코와 터키는 GDP에서 보건의료비에 지출하는 비중이 6.5%미만이였다. 중국, 인도와 같이 빠른 성장을 하는 국가들은 2009년 GDP의 4.6%, 4.2%를 각각 보건의료비로 지출한 반면 남아공과 브라질의 경우는 GDP 대비 8.5%, 9.0%를 각각 기록했다.

GDP 대비 공공 보건의료비 비중도 높게는 덴마크의 9%에서 낮게는 한국과 멕시코의 4.0%, 3.1%로 다양하게 나타났다. 한국과 멕시코는 다른 OECD 국가와 비교했을 때 공공 부문과 민간 부문의 자원 조달이 균등하게 나누어지는 국가이다.

보건의료비를 포괄적으로 평가하기 위해서는 ‘1인당 보건의료비’와 함께 ‘GDP 대비 보건의료비 비중’을 고려해야 한다 (지표 7.1 “1인당 보건의료비” 참조). 비교적 GDP 대비 보건의료비 비중이 높은 국가들은 1인당 보건의료비가 상대적으로 낮은 경향을 보였고, 이와 반대의 경향도 나타났다. 예를 들어 포르투갈과 스웨덴의 경우 GDP 대비 보건의료비 지출이 10% 정도로 비슷했지만 1인당 보건의료비 지출은 (USD PPP로 보정) 스웨덴에서 거의 50% 높게 나타났다 (그림 7.1.1).

2000년 이후 GDP 대비 보건의료비가 초기에 증가한 후 2009년까지 상대적 안정기가 이어졌다 (그림 7.2.2). 그 이후 경기

침체로 GDP가 감소하면서 GDP 대비 보건의료비 비중이 늘어났다. 지난 경기 침체에 경험으로 미루어보면, 많은 국가에서 GDP 대비 보건의료비가 경기 침체 기간에 상당히 증가하는 경향을 보였으며 경기 회복기에는 별 변화가 없거나 미미하게 줄어드는 것으로 나타났다. 1990년대 초반 경기 침체 이후의 경험을 살펴보면 캐나다, 핀란드와 같은 국가들은 재정 적자를 줄이기 위해 공공 보건의료비를 상당히 감소시켰고 그 결과 몇 년 동안 GDP 대비 보건의료비가 상당히 감소했다. 하지만 공공 보건의료비 감축 정책은 근시안적인 것으로 입증되었으며 몇 년간 비용 억제 기간이 있는 후 의료서비스 공급에 대한 수요가 증가하면서 GDP 증가보다 보건의료비 증가가 더 빠르게 일어나게 되었다 (Scherer and Devaux, 2010).

2000년 이후 1인당 보건의료비는 OECD 국가에서 평균적으로 경제 성장 보다 2배 빨리 증가했다 (4.0% 대 1.6%). 그 결과 대부분의 국가에서 GDP 대비 보건의료비 비중이 늘어났다 (그림 7.2.3).

정의와 비교 가능성

총 보건의료비에 대한 정의는 지표 7.1 “1인당 보건의료비” 참조.

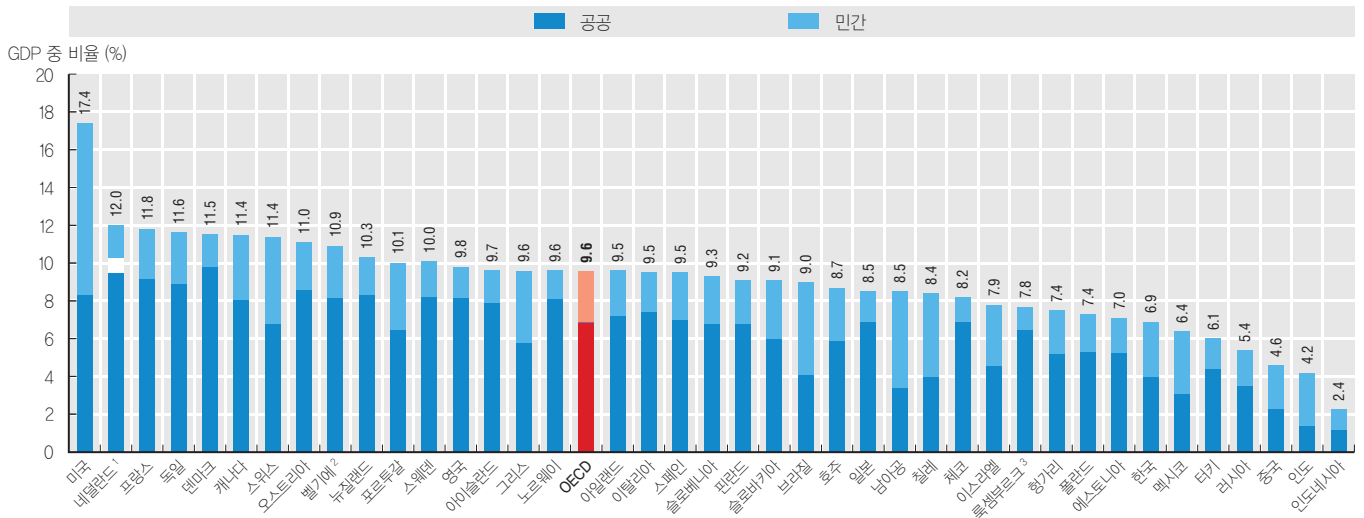
국내총생산 (GDP, Gross Domestic Product) = 최종 소비 (final consumption) + 총 자본 형성 (gross capital formation) + 순 수출 (net exports)이다. 가구의 최종 소비 지출에는 가구내 개인의 요구를 충족하기 위하여 가구 또는 지역 사회가 사용한 재화와 용역이 포함된다. 이는 가구에 봉사하는 가구, 일반 정부 및 비영리 기구들의 최종 소비 지출로 구성되어 있다.

GDP의 상당 부분이 수출의 이윤이며 국가 소비가 가능한 생산이 없는 아일랜드와 룩셈부르크와 같은 국가의 경우에는 GDP 보다는 GNI를 사용하여 측정하는 것이 좋다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

7.2.1 GDP 대비 총 보건의료비 비중, 2009년 (혹은 최근)

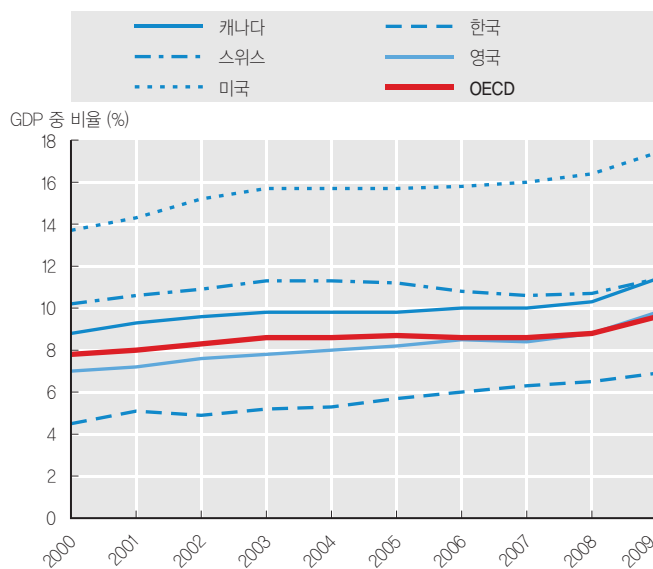


1. 네덜란드의 경우 투자와 관련한 공공 및 민간 부문의 비중을 분명히 구분하기 어려움.
2. 투자를 제외한 총 보건의료비.
3. 거주 인구 보다는 보험가입 인구의 보건의료비.

출처 : OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046103>

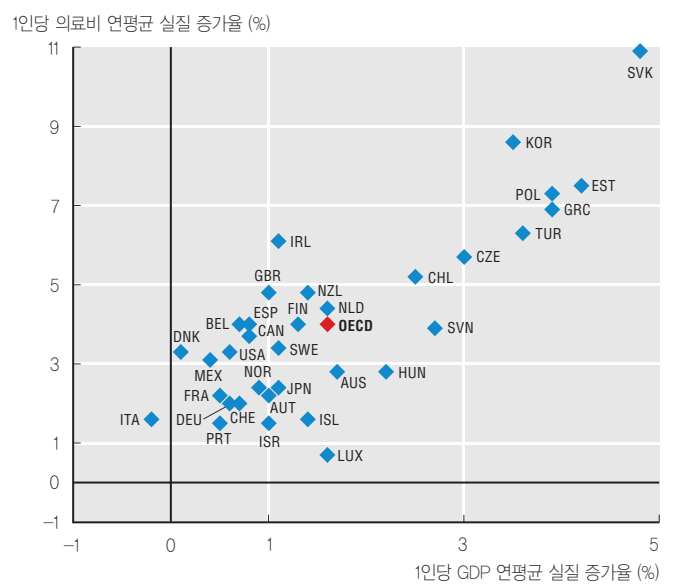
7.2.2 GDP 대비 총 보건의료비 비중, 일부 OECD 국가, 2000-2009년



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046122>

7.2.3 1인당 보건의료비와 GDP 연평균 실질 증가율, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046141>

7.3. 기능별 보건의료비

다양한 종류의 의료 서비스와 재화에 대한 지출에 영향을 미치는 요인은 여러 가지이다. 병상, 의사, 신기술에 대한 접근성과 같은 보건의료제도의 제약, 보건의료 제공의 재정적 및 제도적 장치, 국가 임상지침과 한 국가 내의 질병 부담 등의 영향을 받는다.

2009년 OECD 국가에서 입원(당일 진료 포함) 혹은 외래 진료로 제공된 치료 및 재활 진료는 평균적으로 경상 보건의료비의 60%를 차지했다(그림 7.3.1). 보건의료비의 입원과 외래의 지출 비율은 국가 간 보건의료 제공자들의 조직적 배치와 임상 진료의 차이에 따라 다르다. 예를 들어 오스트리아와 프랑스의 경우 입원 진료의 보건의료비 비중이 높은 것으로 보고되며(전체 보건의료비의 3분의 1 이상 차지), 이는 병원 활동이 활발하다는 것을 보여주는 것이다(지표 4.4 “퇴원” 참조). 반대로 포르투갈과 스페인과 같은 국가는 병원 활동이 낮아서, 입원 진료에 자원의 4분의 1 미만을 할당하였다.

장기요양 지출도 국가 간에 차이가 상당했다. 노인 및 장애인 돌보기의 공식적 체계가 잘 갖추어진 노르웨이, 덴마크, 스위스는 전체 보건의료비의 4분의 1 정도를 장기요양에 지출했다. 이와는 대조적으로 요양이 주로 비공식적이거나 가정에서 제공되는 동부유럽과 남부유럽의 경우 장기요양에 대한 지출이 총 보건의료비에서 차지하는 비중이 적었다(지표 8.8 “장기요양 지출” 참조).

보건의료비에서 또 다른 주요 구성 요소는, 주로 의약품이 대부분인 의료 재화이다(지표 7.4 “약제비” 참조). 평균적으로 의료 재화가 차지하는 비중은 19% 이상이지만, 뉴질랜드, 덴마크, 노르웨이에서는 11-12%로 낮은 비중을 차지했고, 헝가리와 슬로바키아에서는 3분의 1 이상을 차지했다.

진료의 다양한 구성 요소의 증가는 부분적으로 보건의료체계의 상대적 발전 단계를 반영한다. 입원 진료는 노동 집약적이어서 비싸기 때문에 발달된 보건의료체계를 갖추고 있는 고소득 국가들은 당일 수술, 외래 또는 재가 진료로 전환하여 입원 진료 비중을 줄이기 위해 노력하고 있다. 미국에서 공공 지출은 주로 가격이 엄격하게 통제되는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)에 집중된다. 따라서 병원들이 환자를 가격이 통제되지 않는 통원 진료로 전환하는데 대해 관심이 높다(OECD, 2010b).

독립적 의사들이 시행한 통원 수술에 대한 지출 추산치를 보면 미국에서 2003-2006년 사이에 통원 수술이 보건의료에서 가장 빨리 성장하는 영역이라는 것을 알 수 있다(McKinsey Global Institute, 2008). 반면 보건의료제도에 투자하고 제도의 확충을 모색하는 OECD 저소득 국가들의 경우 다른 부문보다 병원 내 입원 진료 비용이 더 많아져 전체 보건의료비 증가에 주 기여자가 되었다(그림 7.3.2).

그림 7.3.3은 보건의료 행정에 할당된 보건의료비 비중을 보여준다. OECD 국가는 평균적으로 보건의료비의 3%를 보건의료제도의 관리와 규제에 사용하고 있었다. 이는 건강보험 기금의 관리와 운영에 들어가는 비용을 포함한다. 일반적으로 단일 지불자로 세금을 기반을 둔 보건의료 자원 조달 시스템을 갖춘 국가들(예: 덴마크와 스웨덴)은 복수 지불자 사회보험 모델을 가지고 있는 미국, 프랑스, 독일보다 행정에 할당하는 보건의료비 비중이 적었다.

정의와 비교 가능성

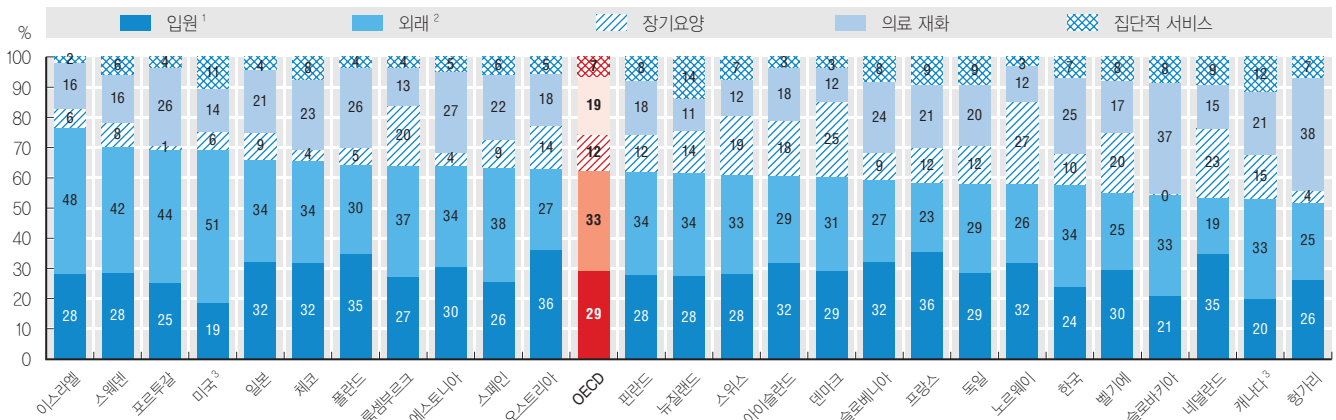
보건의료 계정 체계(SHA, System of Health Accounts)의 기능적 접근 방식에서 의료제도의 범위가 정해진다. 총 보건의료비는 경상 보건의료비와 투자로 구성된다. 경상 보건의료비는 개인 의료(치료 진료, 재활 진료, 장기요양, 부수적 서비스 및 의료 재화)와 집단의료서비스(공중보건 및 보건행정)로 구성된다. 치료, 재활, 장기요양 서비스는 생산양식(mode of production)에 따라 분류할 수도 있다(입원, 당일, 외래, 재가 진료).

국제 비교에 있어서의 가장 큰 제약은 장기요양 지출의 측정이다. 병원 보건의료비는 외래, 부수적 서비스, 어떤 경우에는 약 조제 서비스 비용까지 포함하고 있음에도 불구하고, 병원보건의료비가 입원 진료 서비스의 대리변수로 사용되는 경우도 있다(Orosz and Morgan, 2004).

이스라엘에 대한 정보는

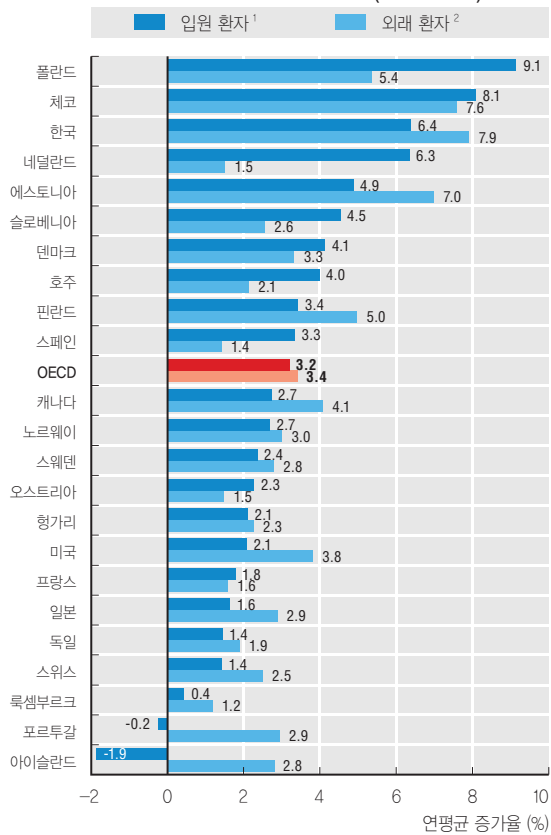
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

7.3.1 기능별 경상 보건의료비, 2009년



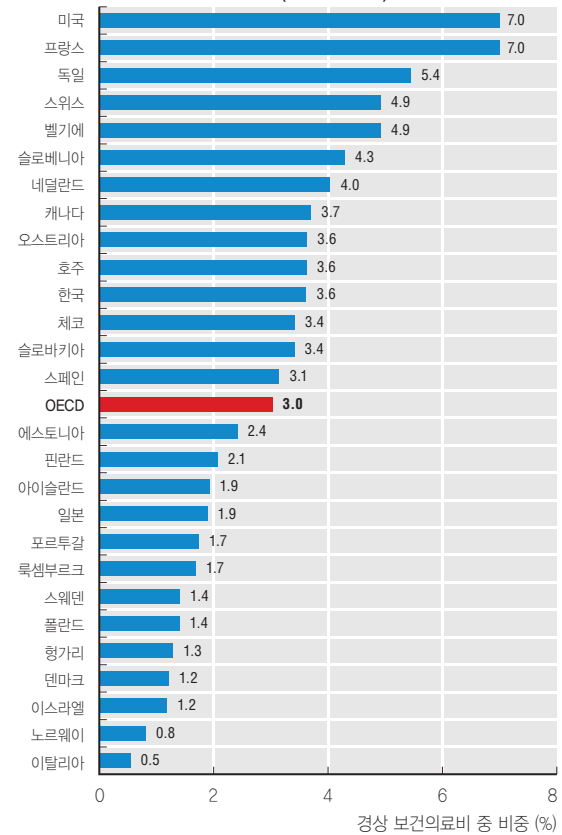
1. 입원 또는 당일 진료 환경에서 치료-재활 진료를 말함.
 2. 재가 진료와 부수적 서비스 포함.
 3. 미국과 캐나다의 경우 외래 진료에 독립적으로 비용을 청구하는 의사가 제공하는 입원 서비스가 포함됨.
- 출처 : OECD Health Data 2011.

7.3.2 1인당 입원 및 외래 진료 지출의 실질 증가율, 2000-2009년 (혹은 최근)



1. 당일 진료 포함.
 2. 재가 진료와 부수적 서비스 포함.
- 출처 : OECD Health Data 2011.

7.3.3 보건의료 행정 및 보험에 대한 지출, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046179>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046198>

7.4. 약제비

약제비는 대부분의 OECD 국가에서 총 보건의료비의 5분의 1 정도를 차지한다. 신약의 확산 및 인구 고령화로 인한 의약품 소비의 증가(지표 4.11. “의약품 소비” 참조)는 약제비, 더 나아가 총 보건의료비를 상승시키는 주 요인이다(OECD, 2008c). 그러나 약제비와 총 보건의료비의 관계는 복잡하다. 왜냐하면 질병을 퇴치하기 위한 약제비의 증가는 현재나 미래의 값비싼 입원과 처치에 대한 필요성을 줄여줄 수 있기 때문이다.

2009년 OECD 국가의 총 약제비는 7,000억 US 달러에 이르러, 총 보건의료비의 19% 정도를 차지했다. 2000년 이후 평균 약제비 지출은 실질적으로 거의 50% 이상 증가했다. 그러나 소비 양상과 약가 정책의 차이가 반영되어 국가별 약제비에 상당한 차이가 존재했다(그림 7.4.1). 2009년 미국은 1인당 약제비를 가장 많이 지출하여, OECD 평균인 487 US 달러보다 훨씬 높은 947 US 달러를 기록했다. 미국 다음으로 약제비 지출이 많은 국가는 캐나다와 그리스였다. 반면 멕시코는 1인당 약제비 지출이 USD PPP 250으로 미국의 4분의 1보다 조금 높은 수준이었다. 뉴질랜드와 덴마크도 1인당 300 US 달러 미만으로 약제비 지출이 낮은 국가에 속했다. 전체 보건의료비에서 자가 투약 또는 비처방약품이 차지하는 비중이 15% 정도이다.

전체 경제와 관련해서 OECD 국가는 평균적으로 GDP의 1.5%를 약제비로 사용하고 있었다(그림 7.4.1). 그러나 평균을 중심으로 분산이 컸다. 노르웨이, 덴마크, 뉴질랜드에서는 약제비가 차지하는 비중이 GDP의 1% 미만인 반면 그리스, 헝가리, 슬로바키아의 경우에는 2.5%에 가까웠다.

대부분 OECD 국가에서 약제비는 주로 모든 보험의 60%를 차지하는 공공 건강보험을 통해서 또는 민간보험 보장을 통해 제3자 지불로 재원이 조달되므로 총 비용의 3분의 1을 가계가 부담하게 되는데, 이 부담 비율은 의사나 간호사 서비스보다 높은 수준이다. 이는 공공 건강보험 정책에 따라 약제에 대해 본인 부담을 높였기 때문이거나 비처방약 또는 처방약에 대한 보장의 부족 때문이다. 네덜란드, 독일, 프랑스와 같은 국가들의 경우 가계의 약제비 부담

이 20% 미만인 반면 에스토니아와 폴란드의 가계는 전체 약제비의 약 60%를 부담하고 있다(그림 7.4.2).

과거에 OECD 국가에서는 총 보건의료비보다 약제비가 더 빠르게 증가했다(그림 7.4.3과 7.1.2 참조). 이러한 경향은 이제 역전되어 2000-2009년 사이 실질 약제비는 OECD 국가에서 평균 3.5% 정도 증가한 반면 총 보건의료비는 4.0% 증가했다. 몇몇 국가(룩셈부르크, 노르웨이, 이탈리아)에서는 같은 기간 동안 약제비가 마이너스 성장률을 기록했다 [룩셈부르크의 경우 처방약만 포함하고 있음에 유의].

약제비가 매우 빠르게 증가하고 있는 아일랜드와 그리스 정부는 최근 가격을 큰 폭으로 인하하는 것을 골자로 하는 비상 대책을 실행하고 좀더 구조적인 정책의 개혁을 이행하겠다고 발표했다. 프랑스, 독일, 또는 영국과 같은 국가에서 가격 인하 또는 약제에 대한 리베이트가 보건의료비 증가를 억제하거나(프랑스), 건강보험 기금의 적자를 해결하거나(독일), NHS 매출에서 제약 회사의 이윤에 상한선 두기 위한(영국) 보정 변수로 사용되고 있다(OECD, 2010b).

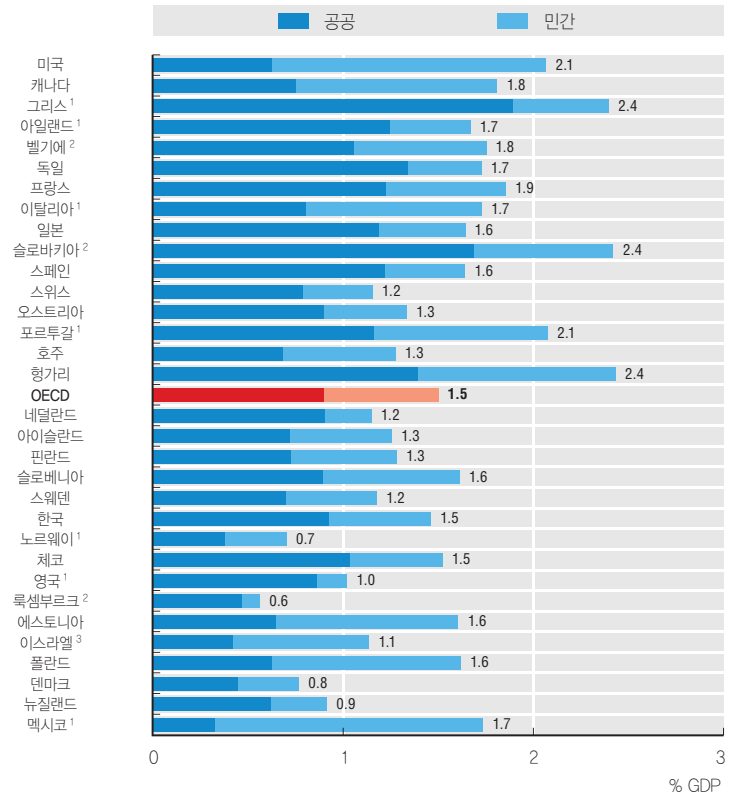
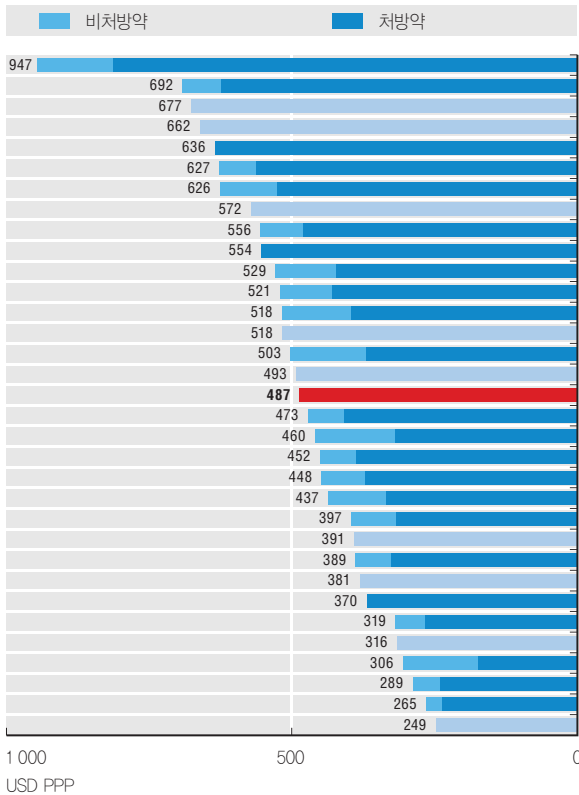
정의와 비교 가능성

약제비는 처방약(prescription medicines) 및 보통 over-the-counter product(OTC)로 지칭하는 자가 투약(self-medication)에 대한 지출을 포함한다. 어떤 경우 주사기, 밴드와 같은 기타 의료 소모품을 포함하기도 한다. 약사에 대한 지불보상 부분이 의약품 가격과 분리되어 있는 경우 이것도 약제비에 포함된다. 병원에서 소비되는 의약품은 제외한다(총 약제비의 15%를 차지). 의약품에 대한 최종 소비 지출은 도소매 마진 및 부가가치세를 포함한다.

이스라엘에 대한 정보는

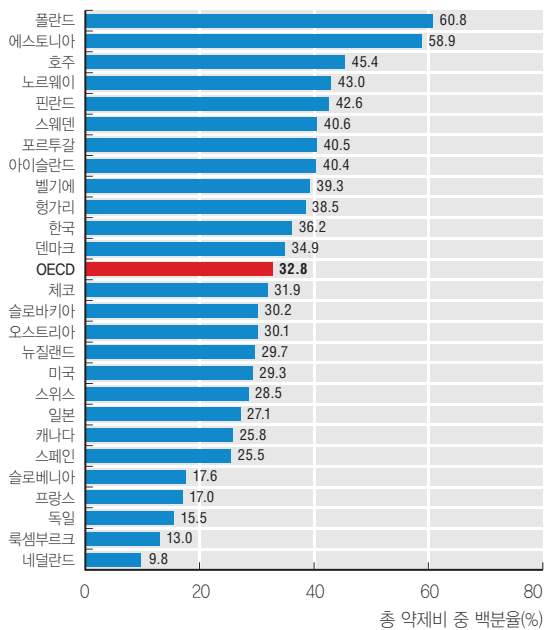
<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

7.4.1 1인당 약제비와 GDP 중 약제비 비중, 2009년 (혹은 최근)



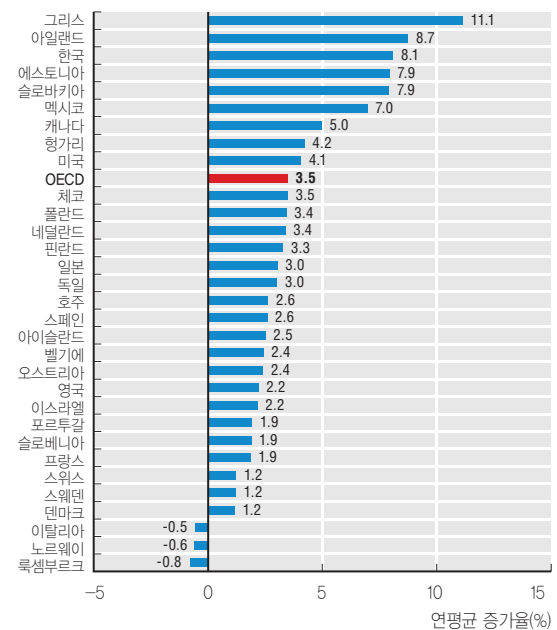
1. 분리할 수 없으며 의료용 소모품도 포함.
 2. 처방약만 포함.
 3. 총 의료 재화.
- 출처 : OECD Health Data 2011.

7.4.2 총 약제비 중 본인부담금, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

7.4.3 1인당 약제비 실질 증가, 2000 - 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

7.5. 의료비 자원

모든 OECD 국가는 보건의료비 지불을 위해 공공 재원과 민간 재원을 혼합해서 사용하지만 혼합의 정도는 국가마다 다르다. 중앙/지방정부가 의료서비스의 자원 조달을 주로 책임진 국가(예 : 스페인, 노르웨이)에서, 공공 재원은 정부수입에 국한된다. 사회보험 자원 조달 방식을 가진 국가(예 : 프랑스, 독일)에서, 공공 재원은 일반 정부수입과 사회보험료를 합한 것이 된다. 반면 민간 재원은 가구의 본인부담(비급여 직접지불 또는 법정 본인 부담), 다양한 민간보험에 의한 제3자 지불방식, 직업보건의료(occupational health care)와 같이 고용주가 직접 제공하는 보건의료서비스, 기타 자선단체 등에서 직접 제공하는 급여로 구성된다.

그림 7.5.1은 2009년 OECD 국가의 의료서비스의 자원 구분을 보여준다. 칠레, 멕시코, 미국을 제외한 모든 OECD 국가에서 보건의료의 주요 자원은 공공 부문이었다. 2009년 네덜란드, 북유럽 국가(핀란드 제외), 영국, 체코, 룩셈부르크, 일본, 뉴질랜드에서 보건의료비의 공공 재원은 총 보건의료비의 72%를 차지했으며 지난 20년 간 이 비율은 거의 변함이 없었다. 체코, 슬로바키아처럼 1990년대 초반에 상대적으로 공공 재원의 비중이 높았던 국가들의 경우 그 비중이 줄어들었으며 상대적으로 낮은 수준이었던 국가(예 : 폴란드, 터키)의 경우 공공 자원 조달의 비중을 높였다. 이는 보건의료체계 개혁과 공공보장의 확대를 반영한 것이다.

전체 의료제도에서 주 자원 역할을 하는 공공 부문 다음으로 가계가 자기부담금 형식으로 재원을 조달한다. 이는 공공 또는 민간 정책과 함께 실행되는 법정 본인부담 또는 비용분담을 통한 처방약에 대한 본인부담일 수도 있고 재화와 서비스에 대해 환자가 직접 지불하는 비급여 직접지불일 수도 있다. 평균적으로 OECD 국가의 보건의료비에서 가계가 부담하는 비중은 2009년 19% 정도로 나타났으며 네덜란드와 프랑스의 6%, 7%에서 높게는 한국, 멕시코, 칠레의 30% 이상까지 다양하게 나타났다. 몇몇 중부유럽 및 동부 유럽 국가에서 비공식적 지불 관행은 본인 부담금이 과소 추정될 가능성이 있음을 의미한다.

최근 몇몇 국가에서는 공공의료제도의 보장 범위를 확대하였고, 이들 국가의 가계 부담이 줄어들었다. 한국과 터키의 경우 가계가 부담하는 보건의료비는 2000년 이후 10퍼센트 포인트 감소했다(그림 7.5.2). 반면 전통적으로 공공 자원 조달 비중이 높았던 중부유럽 국가들의 경우 같은 기간 동안 비용이 가계로 전가되었다.

일반적으로 총 보건의료비 중 본인부담금 비중과 전체 보건의료비 수준은 서로 관계가 있었다(그림 7.5.3). 보건의료비 지출이 많은 미국, 프랑스, 네덜란드의 경우 대부분의 보건의료비가 공공 또는 민간의 제3자를 통해 제공되기 때문에 가계 부담의 비중이 적은 것으로 나타났다. 스위스는 가계의 직접 부담 비율이 가장 높은 국가이다.

정의와 비교 가능성

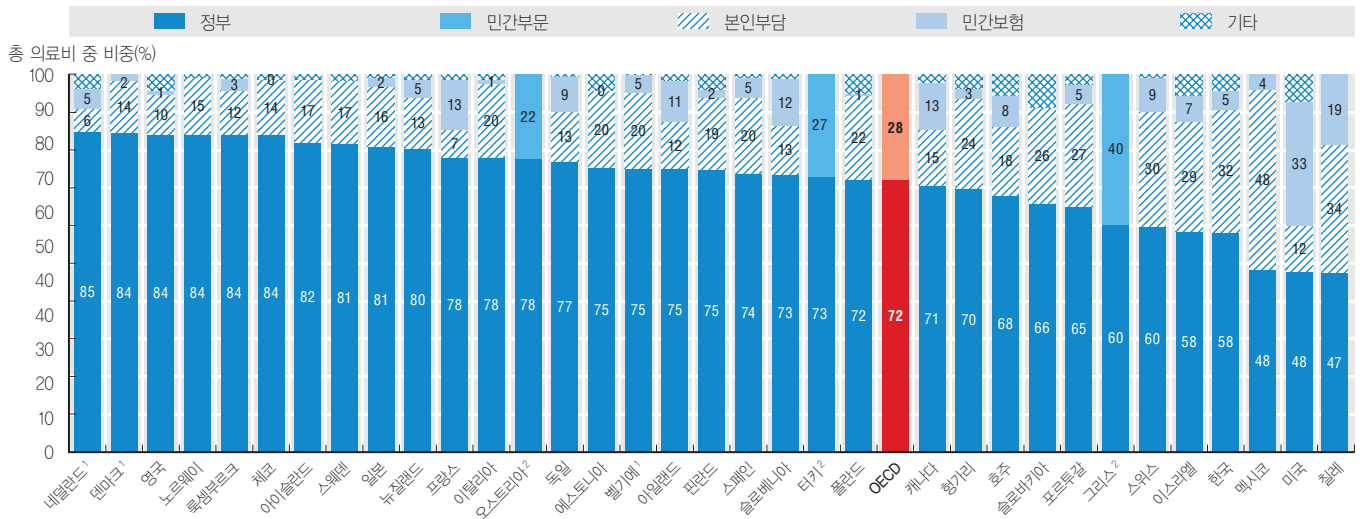
의료의 자원 조달에는 세 개의 중요한 요소, 즉 자원(가구, 고용주, 국가), 자원 조달 제도(예 : 강제 보험 또는 임의 보험 등), 자원 조달 기구(자원 조달제도를 관리하는 기관)가 있다. 본문에서 “자원 조달”은 자원 조달 제도의 의미로 쓰인다. 공공 재원은 일반 정부수입과 사회보장 기금으로 구성된다. 민간 재원은 가계직접부담, 민간 의료보험 및 기타 민간 기금(비정부기구 및 민간 기업)으로 구성된다.

본인부담(out-of-pocket)은 환자가 직접 부담하는 지출이다. 이는 법정 본인부담(costsharing)과 일부 국가에서는, 의료공급자에 대한 비공식적 지불(informal payments)의 추산액을 포함한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

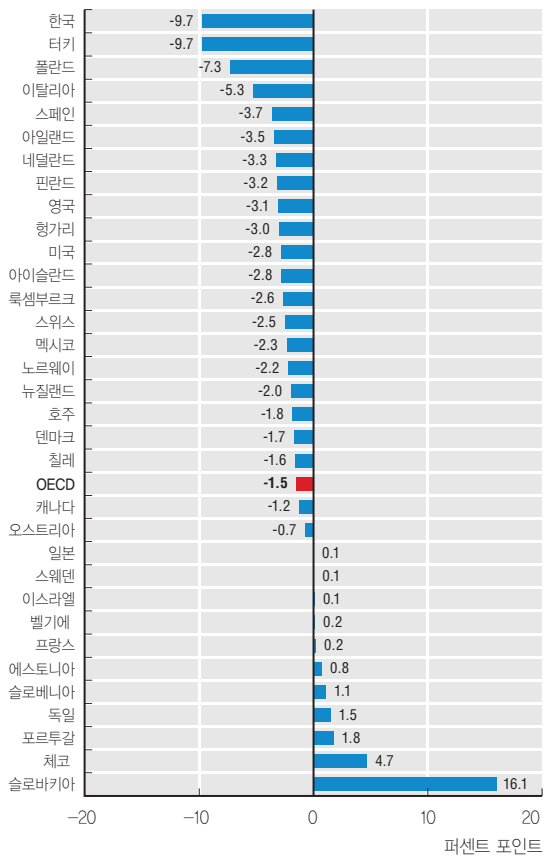
7.5.1 자원 조달 유형 별 보건의료비, 2009년 (혹은 최근)



- 경상지출
 - 최근 년도의 가용한 민간 자원 조달을 구분하지 않음.
- 출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046274>

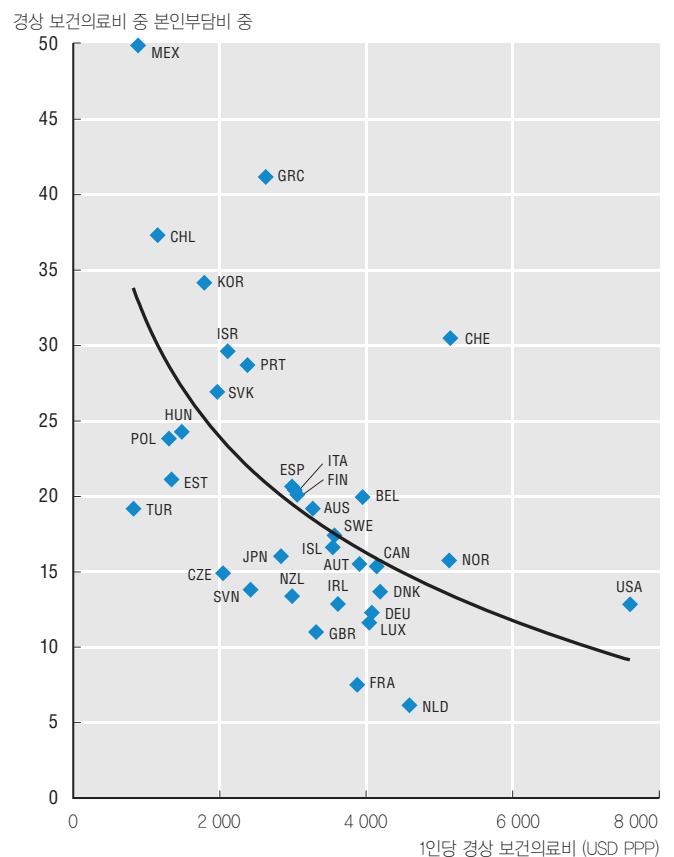
7.5.2 경상 보건의료비 중 본인부담 변화, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046293>

7.5.3 본인부담과 경상 보건의료비, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046312>

7.6. 의료서비스 교역 (의료관광)

의료서비스의 국제 교역과 그 주요 구성 요소인 의료관광은 최근 언론의 주목을 받고 있다. 언론보도는 상당수의 환자들이 적극적으로 해외 진료를 받고 외국 제공자로부터 인터넷을 통해 약을 구입하는 인상을 준다. 여러 요인에 의해 “수입”과 “수출”이 증가했다. 정보통신 기술의 발전으로 환자들 또는 보건의료의 제3자 구매자들이 저렴한 가격에 양질의 치료를 찾아 나서거나 다른 국가에서 의료 제공자들에게 즉각 치료를 받는 방법을 모색할 수 있게 되었다. 공공 건강보험관련 지역 협의의 결과 또는 민간보험 시장의 발전을 통해서 보건의료의 이동성이 증가하면서 환자의 이동성도 증가하게 되었다. 이 모든 현상은 비즈니스, 여가 또는 의료적 사유로 인한 인구의 일시적인 이동의 증가와 맞물려 나타나고 있다.

의료서비스의 국제 교역에서 주요한 부분은 치료를 받기 위해 환자가 물리적으로 국경을 넘어 이동하는 것이며 의료서비스의 수입과 수출을 모두 측정하기 위해서는 다른 국가에서 주문한 약품 또는 한 국가의 의사가 다른 국가의 환자에게 진료를 제공하는 것 등 먼곳에서 제공되는 재화와 서비스를 모두 고려해야 한다. 이러한 교역의 규모는 아직 작은 수준이지만 기술의 발전은 의료서비스 교역이 급증할 가능성이 있다는 것을 의미한다.

OECD에서 수집 가능한 자료에 따르면 2009년 의료관련 관광의 수출과 수입이 각각 60억 달러를 상회했다. 자료의 차이와 과소 보고를 고려해보면, 이 수치는 과소 추정되었을 가능성이 크다. 하지만 대부분의 국가에서 총 보건의료비의 규모와 비교했을 때 의료관련 관광의 지출 규모는 미미한 수준이지만 증가하고 있다는 것은 분명한 사실이다. 예를 들어 독일은 절대적 규모에서 의료서비스 수입이 가장 많은 국가이지만, 이 수입 규모는 독일의 경상 보건의료비의 0.5% 수준밖에 되지 않는다 (그림 7.6.1). 아이슬란드, 포르투갈과 같은 작은 국가들에서는 환자들의 국가간 이동이 늘어나고 있지만 총 보건의료비의 1% 정도 차지하는 수준이다. 룩셈부르크는 보험가입 인구 중 상당수가 이웃국가에서 의료서비스를 소비하는 경우다.

미국은 2009년 23억 달러의 의료서비스 수출을 보고하여 가장 큰 수출국이지만 전체 보건의료비와 비교했을 때 의료서비스 수출

규모는 그리 크지 않다 (그림 7.6.2). 반면 일부 중부유럽과 동유럽 국가들은 다른 유럽국가 환자들이 즐겨 찾는 의료관광지가 되었으며 특히 치과치료로 방문하는 환자가 많다. 의료관련 수출은 총 보건의료비 중 체코와 헝가리에서 각각 3.6%, 2.1%를 차지한다. 지난 5년간 의료서비스 교역 규모는 체코와 폴란드에서 연간 각각 28%, 42% 증가했다.

그러나 유럽에서 환자의 이동성은 유럽위원회가 환자가 다른 회원국에서 치료를 받을 권리를 명시하면서 더욱 늘어났다. 유럽에서 규제에 대한 개선안의 대부분은 환자가 진료를 받을 권리와 의료서비스를 제공하는 국가 간 균형을 맞추기 위해 노력하고 있다. 유럽 의회는 2011년 1월 국가간 의료서비스법 개정안에 동의했고, 이 법안은 2013년 발효 예정이다.

정의와 비교 가능성

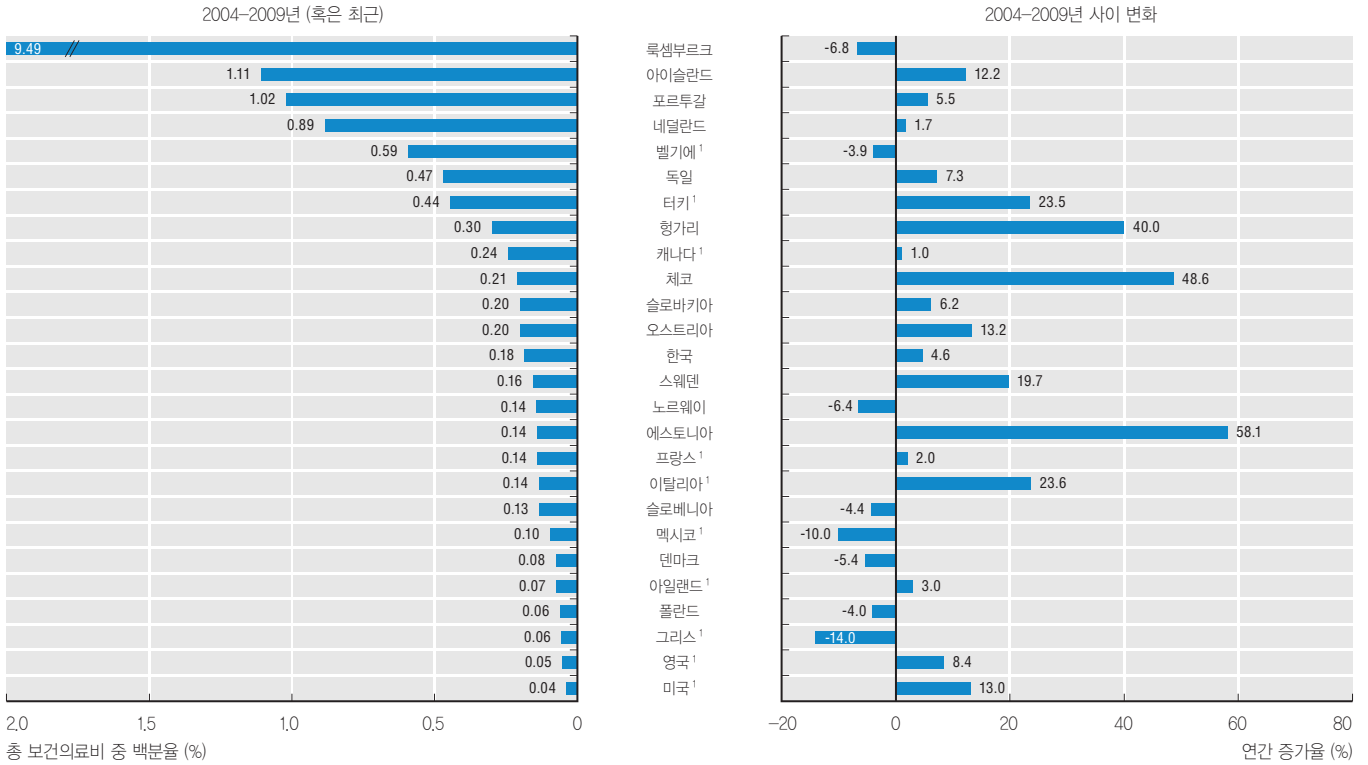
서비스의 국제 교역 통계 매뉴얼 (Manual on Statistics of International Trade in Services)에 따르면 “의료관련 여행”이란 “의료의 목적으로 외국으로 간 여행객이 획득한 재화와 서비스”로 정의된다. 국제 수지에서, 교역이란 한 경제의 거주자와 비거주자 사이의 재화와 용역의 거래이다.

보건의료 계정 체계는 ‘최종 소비를 위한 의료재화 및 의료서비스의 수입’으로 정의되는 수입도 경상 보건의료비에 포함한다. 이러한 의료 재화와 의료서비스의 구입 중에서, 거주자가 해외에 있는 동안 구입한 것이 가장 규모가 크다. SHA에 따라 보건의료 계정을 보고한 국가들 중 많은 국가에서 교역을 제대로 보고하지 못했다. SHA에서는 현재 수출을 기록하고 있지 않기 때문에 비교 가능성 관련해서 제약이 된다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

7.6.1 총 보건의료비 중 의료서비스의 수입 비중, 2009년과 연간 실질 증가율

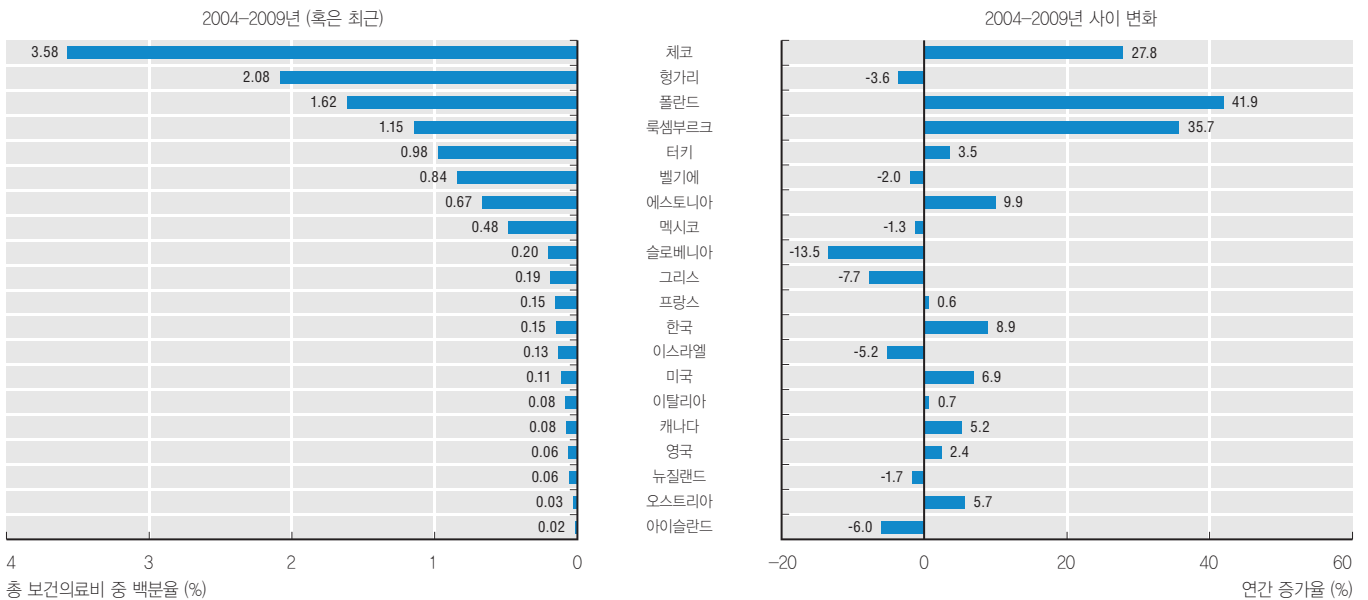


1. 의료관련 관광에 국제 수지 개념을 언급함.

출처 : OECD Health Data 2011, OECD-Eurostat Trade in Services Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046331>

7.6.2 총 보건의료비 중 수출 비중, 2009년과 실질 연간증가율



주석 : 의료 관련 여행 수출은 자국 의료제공자가 의료서비스를 의료 목적으로 관광을 온 비거주자에게 제공할 때 발생함.

출처 : OECD-Eurostat Trade in Services Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046330>





제8장 장기요양

- 8.1. 65세에서의 기대여명 및 건강수명
- 8.2. 65세에서의 자가 보고한 건강과 장애 상태
- 8.3. 치매 유병률 및 경제적 부담
- 8.4. 장기요양 이용자
- 8.5. 비공식 간병인
- 8.6. 장기요양 종사자
- 8.7. 기관 및 병원의 장기요양 병상
- 8.8. 장기요양 지출

8.1. 65세에서의 기대여명 및 건강수명

OECD 국가에서 지난 50년 동안 남성과 여성 모두 65세에서의 기대여명이 크게 증가했다. 65세에서의 기대여명의 증가를 설명하는 요인으로는 의료의 발달과 의료에 대한 접근성 개선, 건강한 생활 방식, 65세 이전과 이후의 생활여건 개선 등이 있다.

65세 이상의 인구 비중은 점점 증가하고 있다. 기대여명의 증가가 고령인구의 좋은 건강 상태와 동반되는지 여부는 보건 및 장기요양제도에 중요한 의미를 지닌다.

2009년 OECD 국가에서 65세 인구의 기대여명은 평균적으로 여성의 경우는 20.5년, 남성의 경우는 17.2년으로 나타났다 (그림 8.1.1). OECD 국가의 65세 기대여명은 여성의 경우 일본이 가장 높았고 (24.0년), 남성의 경우 스위스가 가장 높았다 (19.0년). 65세 기대여명은 터키와 남아공, 러시아 등 주요 신흥 경제국에서 낮게 나타났다.

1960년 이후 OECD 국가의 65세 평균 기대여명은 여성은 5.6년, 남성은 4.4년 증가했다. 1960년대와 1970년대 사이 많은 국가에서 65세 기대여명의 성별 격차가 벌어졌지만 지난 30년간 그 격차가 약간 좁혀졌다. 1960년 이후 미국, 뉴질랜드, 영국과 같은 국가에서 65세 기대여명은 여성 보다는 남성의 기대여명이 더 많이 증가했다.

1960년 이후 65세 기대여명이 가장 많이 증가한 국가는 일본으로 여성의 경우 거의 10년, 남성의 경우 7년 이상 증가했다. 슬로바키아, 헝가리와 같은 중부, 동부유럽 국가들은 특히 남성의 65세 기대여명이 크게 증가하지 않았다.

65세 기대여명의 증가가 반드시 건강한 상태로 여생을 보내는 것으로 해석할 수 없다. 유럽에서 건강수명으로 알려진 장애가 없는 기대여명 지표가 개발되었다. 보통 이 지표는 유럽 소득 및 생활여건 조사 (EU-SILC)에서 장애에 대한 일반적인 질문을 바탕으로 계산된다. 이 지표는 최근에 개발되었기 때문에 오래 전 지표는 이용할 수 없다.

2009년 조사에 참여한 유럽 국가들 중 65세 평균 건강수명은 여성의 경우 9년, 남성의 경우 8.8년으로 비슷하게 나타났다. 건강수명에 성별 격차가 없다는 것은 65세 이후 남성보다는 여성이 활동에 제약을 받는 상태로 살아갈 확률이 높다는 것을 의미한다.

스웨덴과 노르웨이는 2009년 65세 건강수명이 가장 높은 국가로 여성의 경우 14년, 남성의 경우 13.5년을 기록했다. 슬로바키아는 여성과 남성 모두 65세 건강수명이 5년 미만으로 가장 낮은 수준이었다 (그림 8.1.2).

다른 OECD 국가들 역시 이와 유사한 장애가 없는 기대여명을 계산하지만 장애를 측정하는 방법이 국가별로 다양하다. 2004년 일본에서 65세의 장애가 없는 기대여명은 여성의 경우 15.6년, 남성의 경우 12.6년이었다 (Cabinet Office, Government of Japan, 2006). 미국에서 2001-2002년에 태어난 여성은 활동제약을 받지 않는 기대여명이 66.9년, 남성은 63.6년이었다 (US Department of Health and Human Service, 2006).

정의와 비교 가능성

기대여명은 현재 사망률이 변경되지 않는다는 가정 하에 특정 연령에서 평균적으로 앞으로 살아갈 기간을 측정한다. 그러나 특정 출생 집단의 연령별 사망률을 미리 알기란 어렵다. 지난 몇 십 년 동안 OECD 국가 추세에서도 나타났듯이 사망률이 감소하면 실제로 현재 사망률을 이용해서 계산한 기대여명보다 실제 기대여명이 더욱 길어질 것이다. 기대여명을 계산하는 방법론은 국가마다 다르다. 이러한 차이가 국가의 추산치에 영향을 줄 수 있다.

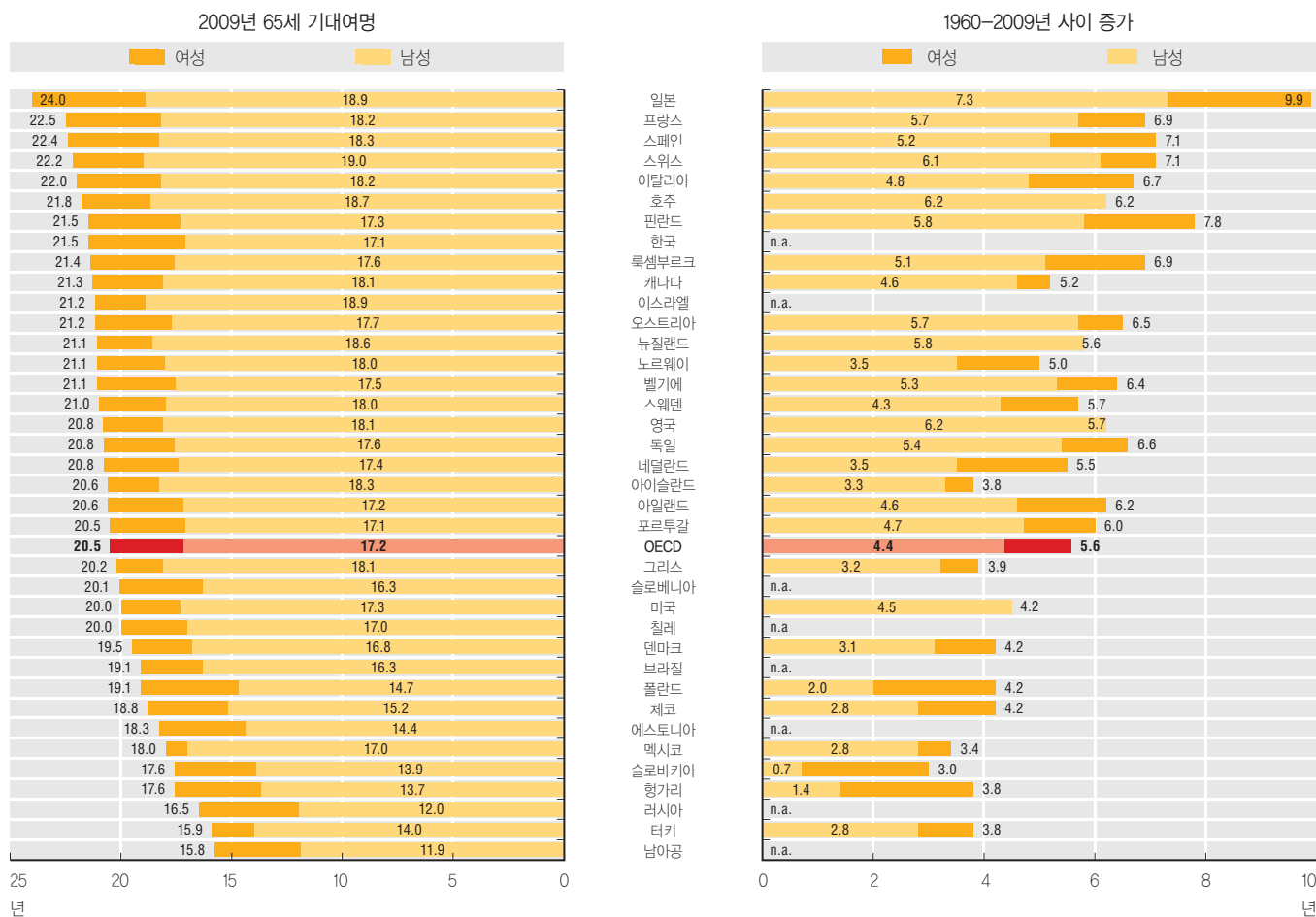
장애가 없는 기대여명 또는 건강수명은 활동에 제약을 받지 않고 살아갈 연수를 의미한다. 유럽에서 건강수명은 설리반 방법을 사용하여 EU 국가와 EFTA 국가들을 대상으로 유럽통계청 (Eurostat)이 매년 계산한다 (Sullivan, 1971). 장애 측정은 글로벌 활동제한 지표 (GALI)로 유럽연합 소득 및 생활 여건에 대한 통계 (EU-SILC) 조사를 기반으로 한다. GALI는 건강상의 문제로 일상 생활에 나타나는 제약을 측정한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

8.1. 65세에서의 기대여명 및 건강수명

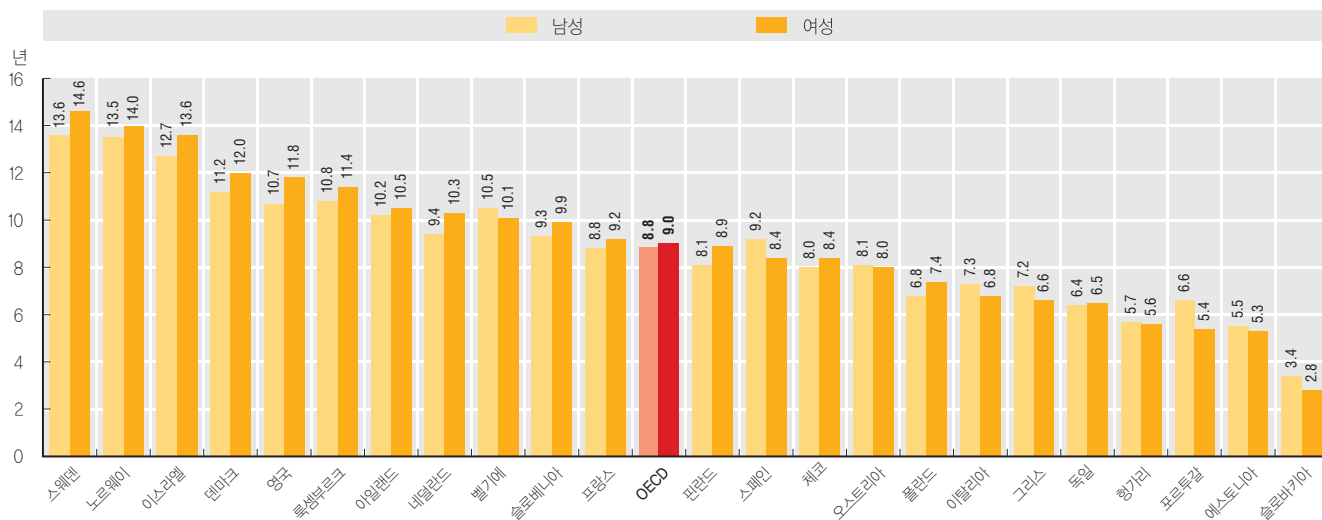
8.1.1 65세 기대여명, 2009년과 1960년 이후 증가 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011, 러시아, 남아공, 브라질의 경우 해당 국가 정보.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046369>

8.1.2 2009년 유럽국가의 65세 건강수명



출처 : European Health and Life Expectance Information System(EHLEIS), Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046388>

8.2. 65세에서의 자가 보고한 건강과 장애 상태

대부분 OECD 국가들은 응답자들이 자신의 건강 상태에 대해 보고할 수 있도록 정기적으로 건강조사를 실시한다. 본인이 자각하는 건강 상태에 대한 조사에서 흔히 하는 질문은 “전반적인 건강 상태가 어떠하십니까?”이다. 이런 질문은 주관적이긴 하지만 인지된 건강상태 (perceived health status) 지표는 국민의 미래 의뢰서비스의 이용과 사망률을 예측할 수 있는 좋은 방법이다 (Miilunpalo et al., 1997 참조). 그러나 국가간 비교의 목적으로, 인지된 건강 상태의 국가간 차이를 해석하기가 어려울 수도 있다. 이는 응답이 조사질문이 약간 다르고 문화적 요소가 응답에 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

이러한 제약을 염두에 두고 살펴보면, 31개 OECD 국가 중 12개국에서 성인의 절반 이상이 본인의 건강이 “좋음 (good)”, “더 좋음 (better)”이라고 응답했다 (그림 8.2.1). 뉴질랜드와 미국, 캐나다는 건강이 “좋음” 이거나 “더 좋음”이라고 대답한 응답자 비율이 가장 높은 국가로 4명 중 3명 이상이 건강상태가 좋음이라고 보고한 것으로 나타났다. 그러나 이 세 국가에서 진행된 설문조사의 응답 범주는 대부분의 다른 OECD 국가의 것과 다르며, 이로 인하여 결과가 좋은 쪽으로 치우쳐 있다 (아래 “정의와 비교 가능성” 참조).

이스라엘과 스페인에서 65세 이상 인구의 40% 정도가 자신의 건강 상태를 좋음이라고 응답했다. 폴란드, 포르투갈, 에스토니아에서는 이 비율이 15% 미만이었다. 호주와 칠레를 제외한 대부분의 국가에서 65세 이상 남성은 여성보다 자신의 건강 상태를 좋음 또는 더 좋음으로 평가하는 경향이 있었다. OECD 국가들 중 평균적으로 65세 이상 남성의 49%가 자신의 건강을 좋음 또는 더 좋음이라고 평가한 반면 여성의 경우 이렇게 응답한 비율이 42%였다.

자신의 건강을 좋음 또는 더 좋음이라고 응답한 65세 이상 인구의 비율은 대부분의 국가에서 지난 30년 동안 안정적인 수준으로 유지되었다. 또한 미국에서는 이 비율이 1980년 70%에서 2009년 76%로 증가하여 큰 진전을 보였다.

국가별로 장애의 측정은 아직 표준화되지 않았다. 유럽에서는 EU 소득 및 생활 여건 조사를 기준으로 보면 2009년 65세에서 74세 인구의 43%가 건강상의 문제로 일상 생활에 제약이 있다고 보고했다. 여기에서는 일상 생활에 문제가 있는 것을 장애의 공통된 정의로 간주하고 있다. 75세 이상의 인구에서는 일상 생활에 문제가 있다고 응답한 비율이 60%까지 증가했다 (그림 8.2.2). OECD 회원국 중 24개의 유럽국가에서 평균적으로 응답자의 상당수는 일상 생활에 경미한 제약이 있다고 응답했지만 65-74세 인구 중 14% 이상, 75세 인구 중 25%가 일상 생활을 하는 데 큰 제약을 받는다고 응답했다. 심각한 활동 제약은 공식 또는 비공식적인 장기요양의 필요성을 증대시킬 가능성이 있다.

북유럽 국가의 사람들은 보통 또는 중증 장애의 정도가 가장 낮은 것으로 보고되고 있으며 자가 보고한 장애율이 유럽 평균보다 높은 핀란드의 경우는 예외이다. 자가 보고한 장애율이 가장 높은 국가는 슬로바키아이고 그 뒤를 포르투갈과 에스토니아가 뒤따르고 있다.

정의와 비교 가능성

자가 보고한 건강 상태는 사람들이 자신의 정신적, 육체적 건강 상태에 대한 인식을 반영한다. 보통 일반적으로 응답자들은 “전반적으로 건강이 어떻습니까? ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’으로 답하십시오” 라는 질문을 받는다. OECD Health Data는 본인의 건강을 “좋음/매우 좋음”이라고 평가한 사람들의 비율을 합하여 수치를 제시한다.

인지된 건강 상태에 대한 국가간 비교는 최소한 두 가지 이유에서 주의를 기울일 필요가 있다. 먼저, 본인의 건강 상태에 대한 평가는 주관적이며 문화적 배경과 국가적인 특성을 포함한 다수의 요소에 의해 영향을 받을 수 있다. 둘째, 조사별/국가별로 인지된 건강 상태를 측정하기 위해 사용되는 질문과 응답 범주가 다르다. 특히, 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 미국에서 사용된 응답 범주는 비대칭적 (긍정적 응답의 선택폭이 넓음)이며 “우수”, “매우 좋음”, “좋음”, “보통”, “좋지 않음”과 같은 식이다. OECD Health Data에 보고된 자료는 “우수 (excellent)”, “매우 좋음 (very good)”, “좋음 (good)”이라고 답한 응답자수를 포함하고 있다. 반면, 대부분의 다른 OECD국가에서 응답 범주는 대칭적이며 “매우 좋음, 좋음, 보통, 좋지 않음, 매우 좋지 않음”으로 되어있다. 이들 국가의 자료는 앞의 두 항목 (‘매우 좋음’과 ‘ 좋음’)만을 가리킨다. 이러한 차이로 인하여 대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과보다 비대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과가 좋은 쪽으로 치우치게 된다.

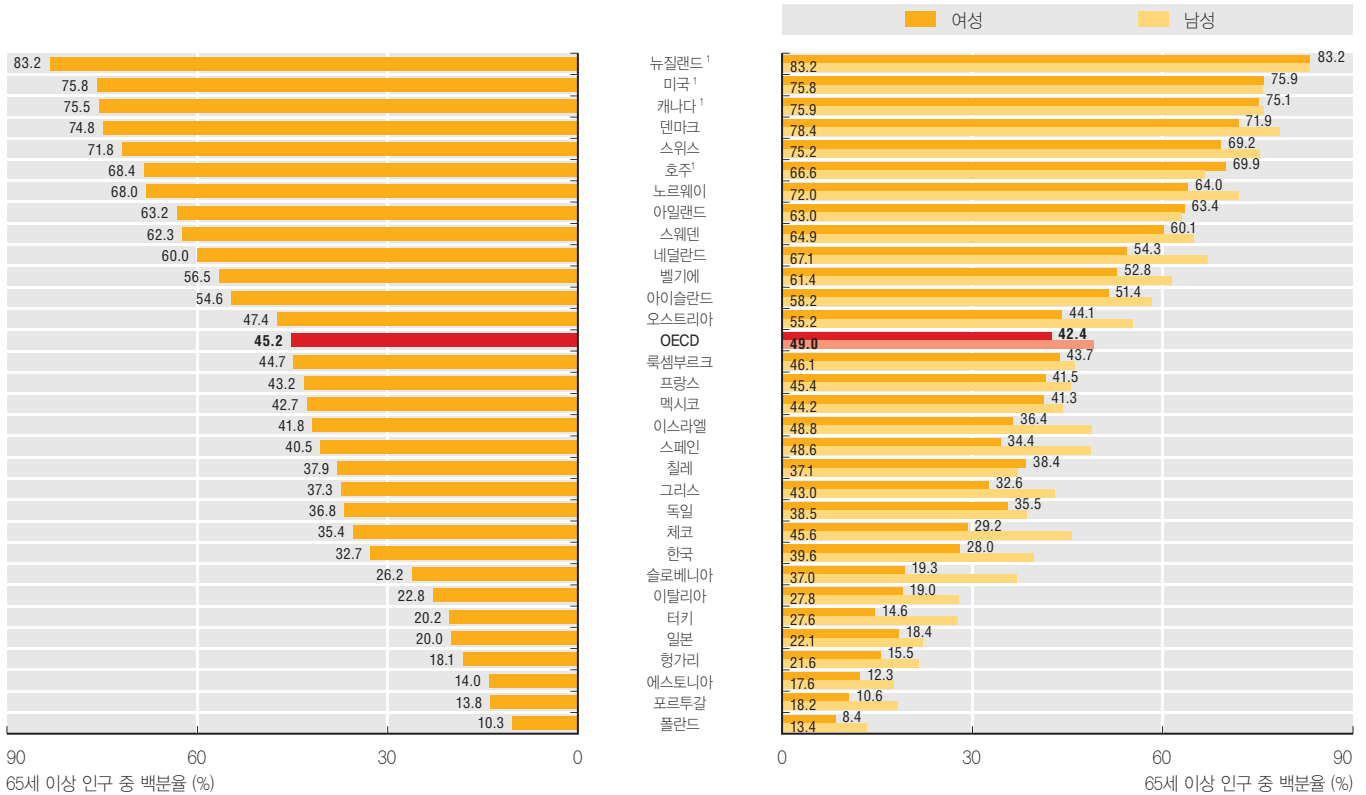
인지된 일반 장애 상태는 “지난 6개월 간 건강상의 문제로 일상 생활에 지장을 받은 적이 있습니까?”라는 질문을 하는 EU-SILC 조사를 통해 측정된다. “심각한 제약을 받았다”, “제약을 받았다”, “제약을 받지 않았다” 중에서 응답을 하도록 한다. 시설 수용자는 조사 대상이 아니기 때문에 장애 유병률이 과소 추정되었을 가능성이 있다. 측정은 주관적이며 조사 응답에 문화적 요인이 영향을 미칠 수 있다는 사실을 다시 한번 강조한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

8.2. 65세에서의 자가 보고한 건강과 장애 상태

8.2.1 건강 상태가 좋다고 보고한 65세 이상의 인구, 2009년 (혹은 최근)

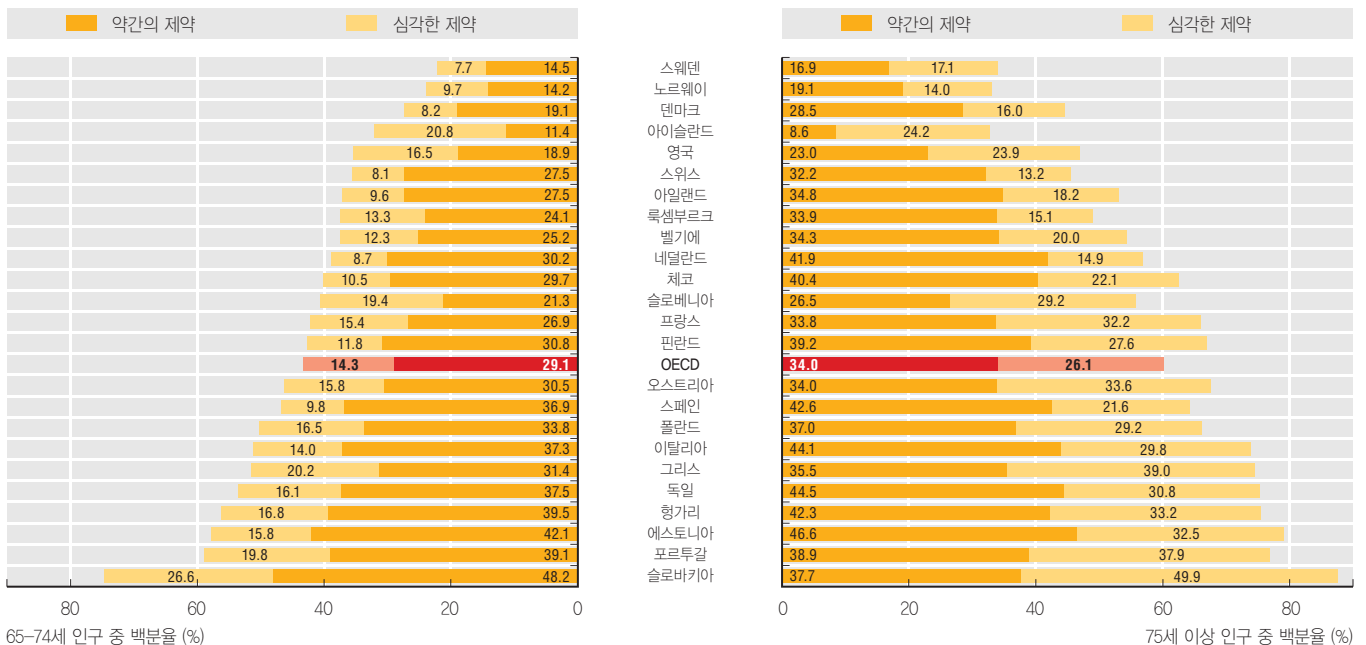


1. 이들 국가의 결과는 조사 질문의 방법론적 차이로 좋은 쪽으로 치우쳤기 때문에 다른 국가의 결과와 직접 비교가 불가능함.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046407>

8.2.2 65-74세, 75세 이상 인구의 일상 활동 제약, 2009년



출처 : European Union Statistics on Income and Living Conditions 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046426>

8.3. 치매 유병률 및 경제적 부담

치매는 뇌 손상으로 진행되는 뇌기능 장애로 개인의 기능적 역량 및 사회 관계를 서서히 왜곡시킨다. 알츠하이머병은 치매 중 60-80%를 차지하는 가장 흔한 종류이다. 현재 치매 치료제는 없지만 의약품과 의료적 개입으로 병의 진행을 늦출 수는 있다.

Wimo et al (2010)에 따르면 2009년 OECD 국가에서 60세 이상 인구 중 약 1,400만 명이 치매를 앓고 있었으며 이는 60세 이상 전체 인구의 5% 이상을 차지한다 (그림 8.3.1). 프랑스, 이탈리아, 스위스, 스페인, 스웨덴은 60세 이상의 인구 중 치매 유병률이 6.3%에서 6.5% 사이로 가장 높게 나타났다. 남아공, 인도네시아, 인도 등 신흥 경제국에서는 유병률이 절반 수준이었다. 물론 이들 국가의 유병률이 낮은 것은 발견된 건수가 적기 때문이기도 하다.

치매의 증상은 보통 60세 이후에 나타나기 시작하기 때문에 60세 이상의 인구에서 유병률이 급증한다 (그림 8.3.2). 치매는 남성보다는 여성이 더 영향을 받는다. 2009년 유럽에서 80-84세 인구 중 남성의 14%, 여성의 16%가 치매를 앓고 있었다. 이는 75세 이하 인구 중 치매를 앓고 있는 비율이 4% 미만인 것과 비교되는 수치이다 (Alzheimer Europe, 2009). 90세 이상의 인구 중에서 치매 환자 비율은 남성은 31%, 여성은 47%로 급증한다. 호주에서도 이와 유사한 패턴이 관찰되었다 (Alzheimer's Australia, 2009). 65세 이전 젊은 인구에서 치매에 걸리는 경우는 극히 드물다. 65세 미만 치매 환자는 전체 치매 환자 중 2% 미만에 불과하다.

알츠하이머병과 기타 치매를 앓고 있는 사람들이 장기요양에서 차지하는 비중이 크다. Wimo와 동료 (2010)들은 치매의 직접 비용을 추정하기 위하여 여러 국가의 질병 비용 연구를 이용했고, 구체적인 비용 자료가 부족한 국가에 대해서는 대치법(imputation)을 사용하였다. 이 비용에는 치매 환자를 돌보는데 사용한 자원만이 포함된다. 대치법이 필요한 국가의 경우 치매 환자 1인당 비용을 GDP 대비 비중으로 봤을 때 자료 수집이 가능했던 국가와 별 차이가 없었다. 2009년 치매의 직접 비용은 OECD 평균적으로 GDP의 0.5% 정도인 것으로 나타났다. 이탈리아와 일본의 경우

GDP의 0.8%를 차지할 정도로 직접 비용이 가장 높았다 (그림 8.3.3). 예상했던 것처럼 치매 유병률이 높은 국가일수록 그렇지 않은 국가보다 더 많은 비용을 사용하는 경향이 있었다 (Maslow, 2010).

치매 노인인구가 이미 많은 상황이고, 앞으로도 계속 증가할 것으로 예상되는 가운데 많은 국가에서 치매는 보건정책의 우선적 과제가 되었다. 호주, 오스트리아, 캐나다, 프랑스, 미국 등 여러 국가의 정책은 조기진단 개선, 치매 환자의 요양의 질 향상, 비공식적 요양제공자 지원 등을 포함하고 있다 (Wortmann, 2009, Juva, 2009, Ersek et al., 2009, Kenigsberg, 2009).

정의와 비교 가능성

치매 유병률은 60세 이상의 치매 환자 수를 해당 인구 수로 나눈 값이다. Wimo et al, (2010)의 추산치는 이전에 실시된 전국적 역학조사 및 메타 분석을 기반으로 한다.

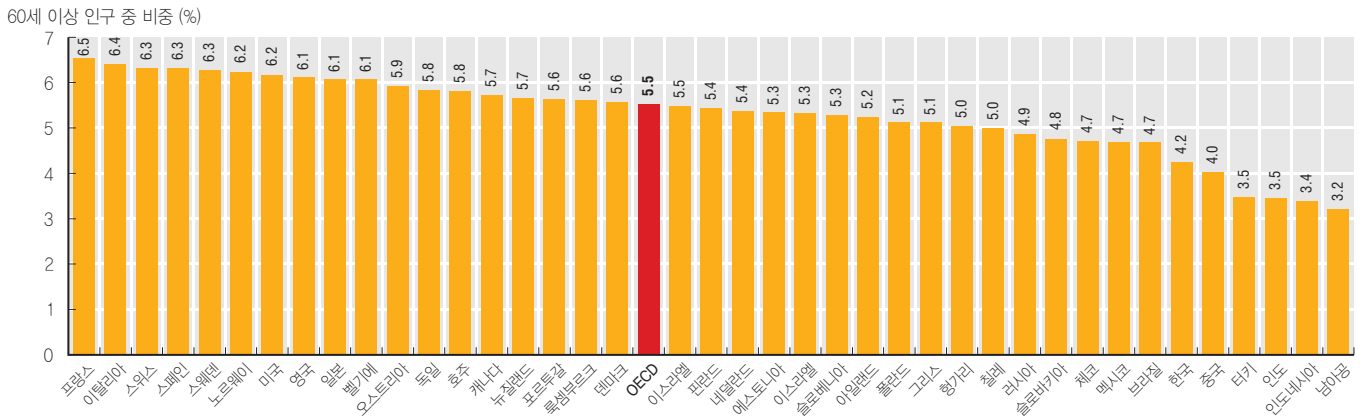
Wimo et al. (2010)은 여러 국가의 질병 비용 연구들을 이용했고, 비용관련 자료가 부족한 국가에 대해서는 대치법을 사용하여 치매의 직접 비용을 추산했다. 이 비용에는 치매 환자를 돌보는데 사용한 자원만 포함된다. 대치법이 필요한 국가의 경우 치매 환자 1인당 비용을 GDP 대비 비중으로 봤을 때 자료 수집이 가능했던 국가와 별 차이가 없었다. 모든 비용은 2009년 USD 가치로 계산되었고, 구매력평가 기준으로 보정했다 (PPPs). 비용 연구는 그 자체로 어려울 뿐만 아니라 동반 이환이 존재하는 경우 더욱 어렵다.

각 국가의 자료 범위와 정확성에 차이가 나기 때문에 추정치는 신중하게 사용해야 한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

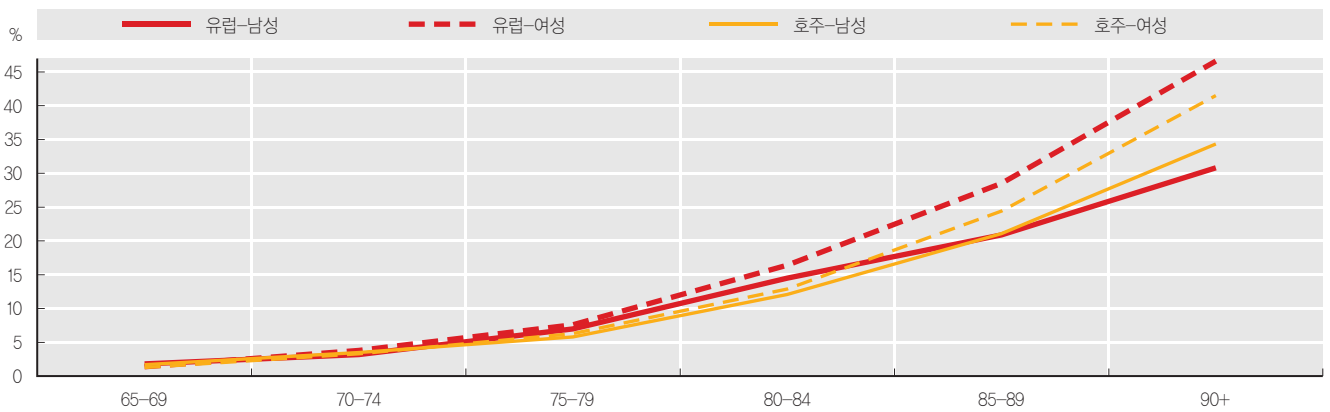
8.3.1 60세 이상 인구의 치매 유병률, 2009년



출처 : Wimo et al (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046445>

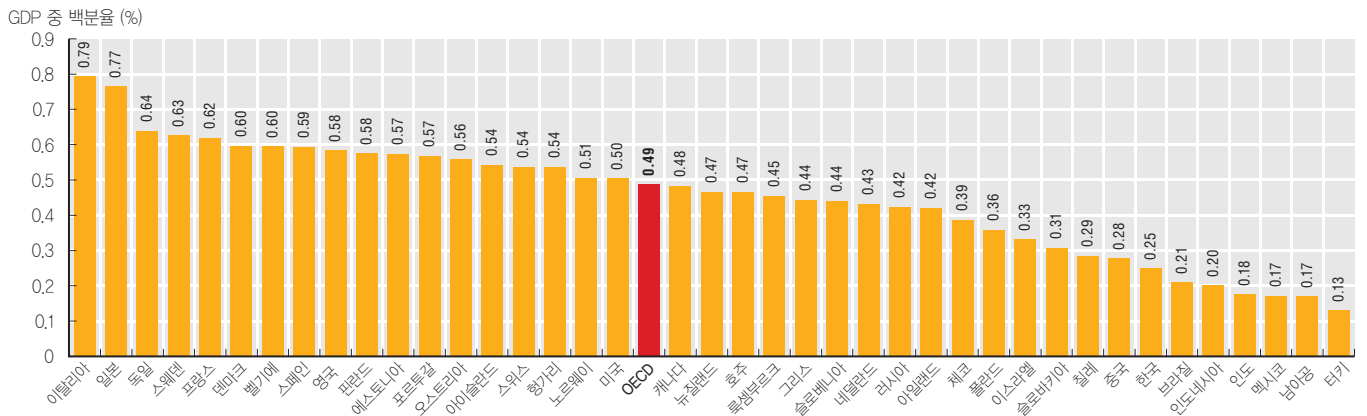
8.3.2 65-74세, 75세 이상 인구의 일상활동 제약, 2009년



출처 : Alzheimer Europe(2009), Alzheimer's Australia (2009).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046426464>

8.3.3 60세 이상 치매 인구에 대한 직접 비용의 GDP 비중, 2009년



출처 : Wimo et al (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046483>

OECD 국가에서 장기요양을 이용하는 사람 수는 증가하고 있으며 이는 주로 인구 고령화와 노년 독립인구의 증가, 새로운 프로그램과 서비스의 개발 등에 기인한다. 대부분 가정 장기요양을 선호하는 것에 대응하여 지난 10년 동안 많은 OECD 국가에서는 가정 기반의 요양서비스를 제공하기 위해 다양한 종류의 프로그램을 도입했다.

장기요양 서비스를 받는 사람이 노년 인구에 국한되는 것은 아니지만 장기요양을 제공받는 대다수의 사람들이 65세 이상이다. 높은 평균수명과 노년기에 장애와 기능적 제약을 겪을 유병률이 높은 여성이 주로 장기요양의 이용자이다.

2009년 OECD 국가에서는 평균적으로 65세 이상 인구의 12% 정도가 가정 또는 기관에서 장기요양 서비스를 받고 있었다 (그림 8.4.1). 나이가 들면 장기요양 서비스의 이용도 급증하여 80세 이상의 인구는 65-79세 인구와 비교했을 때 장기요양을 받는 비율이 6배 정도 많았다.

2009년 65세 이상 인구 중 장기요양 이용자의 비중은 오스트리아에서 가장 높게 나타났다. 오스트리아 노년 인구 중 거의 4분의 1이 기관 또는 집에서 장기요양 서비스를 받고 있었다. 반면 폴란드, 포르투갈의 경우 노인 인구의 1% 정도만이 공식적 장기요양 서비스를 받고 있었고, 대부분은 기관을 이용했다. 물론 더 많은 사람들이 가정에서 제공되는 비공식적 장기요양 서비스를 받고 있을 수도 있다.

지난 10년 동안 많은 OECD 국가에서는 가정에서 장기요양 서비스를 제공할 수 있는 프로그램을 도입했다. 또한 지역사회 기반의 서비스를 확대하고 가정 서비스 범위와 지원을 확대했다 (예 : 캐나다, 아일랜드, 스웨덴). 몇몇 국가들은 사용자에 대한 재정적 지원을 도입하기도 했다. 오스트리아와 네덜란드의 경우 가정에서 장기요양 서비스를 제공받는 사람들에게 현금 급여를 해준다.

동향 자료 수집이 가능한 국가들 중 대부분의 국가에서 총 장기요양 이용자 중 가정에서 장기요양 서비스를 받는 비중이 지난 10년간 증가했다 (그림 8.4.2). 가정에서 장기요양을 이용하는 사람의 비중이 가장 높은 국가는 일본과 노르웨이였다. 이 두 국가에서는 지난 10년 간 가정 장기요양 이용자 수가 늘어나 현재 전체 장기요양 이용자의 4분의 3이 가정에서 이용하고 있다. 스웨덴, 룩셈부르크, 헝가리에서도 가정기반의 서비스 이용자 비율이 늘어났다. 헝가리에서 기관에서 장기요양을 이용하는 사람은 예산 제약과 까다로운 입원 기준 때문에 많은 제약을 받는다. 핀란드에서는 지난 10년 간 가정기반의 서비스 이용자가 상당히 줄어

들었다. 가정기반의 장기요양 이용자 수가 줄어든 것은 아니지만 기관에서 서비스 받는 사람 수가 증가한 속도보다 낮은 속도로 증가했다. 이는 많은 사람들이 상태가 좋지 않거나 가정기반의 서비스가 제한적인 오지 지역에 살고 있기 때문이다.

미국에서는 장기요양 이용자 중 절반 정도가 가정에서 서비스를 받는다. 이는 기관중심의 요양에 대한 전통적인 편견 때문이다. 가정기반의 요양을 촉진시키기 위한 재정적 지원은 몇몇 주에서만 시행되고 있다. 미국 및 다른 국가에서는 가정기반 요양을 더욱 장려하기 위해 추가적인 지원이 필요하다 (Colombo et al., 2011).

정의와 비교 가능성

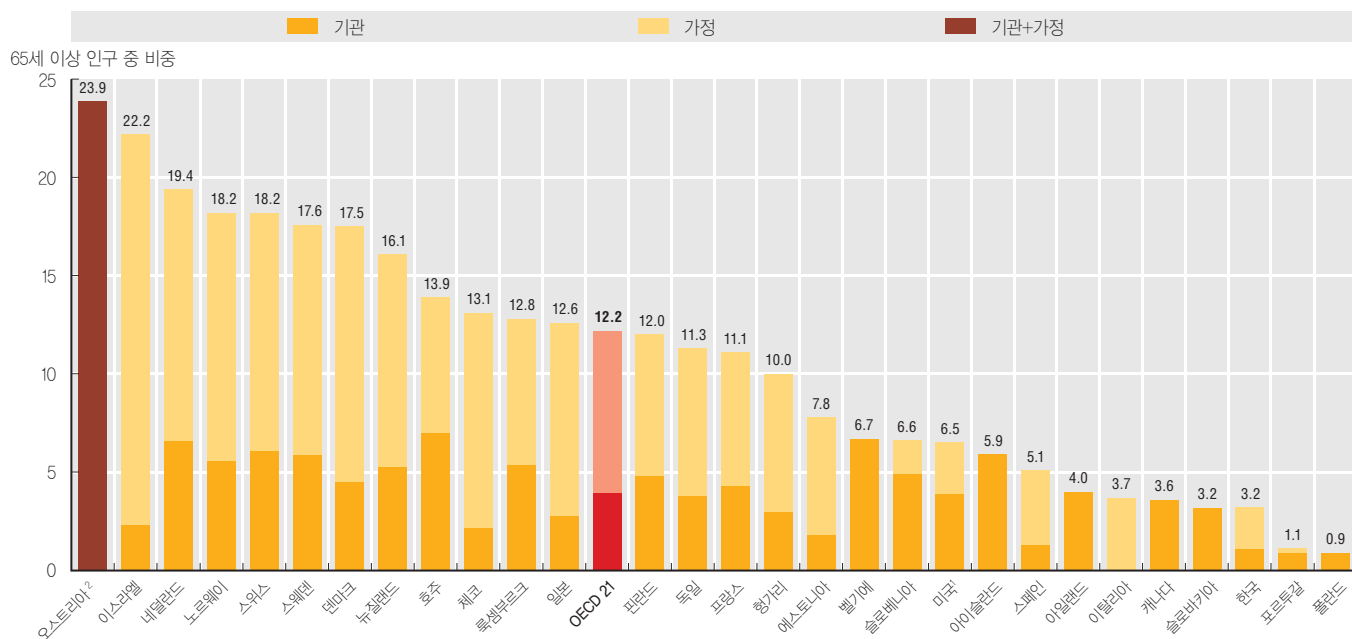
장기요양 이용자는 임금을 받는 의료제공자 (사회적 프로그램에서 현금을 받는 비 전문가 포함)로부터 장기요양을 받는 사람으로 정의한다. 여기에는 장기요양 요구가 있는 사람에 대한 지원을 1차적 목적으로 하는 소비자-선택 프로그램, 요양 수당 또는 기타 사회급여와 같은 현금 급여를 받는 사람도 포함한다. 장기요양 시설이란 숙박과 장기요양을 패키지로 제공하는 간호 및 거주시설을 의미한다. 가정에서의 장기요양은 기능상 제약이 있는 사람들이 대부분의 서비스를 집에서 제공받는 것으로 정의한다. 재가치료는 특별하게 만들어진 거주 제도도 포함된다.

일본의 자료는 많은 고령 인구가 병원에서 장기요양을 받고 있기 때문에 시설에 있는 환자수가 과소 추정되었다. 체코에서 장기요양 이용자는 장기요양 수당을 받는 사람을 의미한다 (즉 자격을 갖춘 사람에게 제공되는 현금수당). 폴란드와 스페인의 경우 시설과 서비스를 모두 포함하지 못하고 있기 때문에 장기요양 이용자 수가 과소 추정 되었다. 호주에서 자료는 베테랑 홈 케어 프로그램 (Veterans' Home Care Program)에 접근할 수 있는 사람과 국가 장애인협약 (National Disability Agreement)에 따라 서비스를 제공받는 사람을 포함하지 않았다. 연령 기준에 있어서 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 폴란드의 경우에는 60세 이상의 인구를 의미하는 반면 슬로바키아에서는 62세 이상 인구를 의미한다 (그 결과 슬로바키아의 60-65세 또는 62-65세 장기요양 이용자 추정치가 과소 추정되었다). 노르웨이에서 장기요양 이용자는 67세 이상 인구를 의미한다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

8.4.1 65세 이상 장기요양 이용자, 2009년 (혹은 최근)



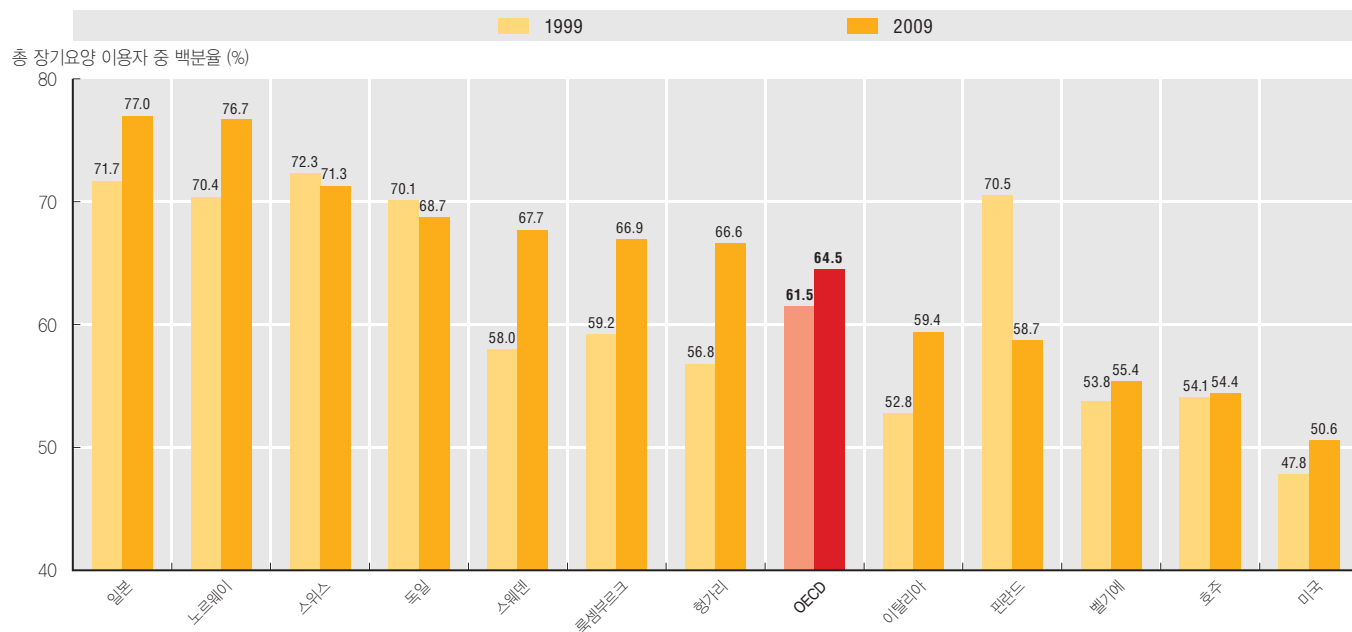
1. 미국에서 가정 장기요양 서비스 이용자 수치는 2007년 수치이고 기관 이용자는 2004년 수치임.

2. 오스트리아의 경우 가정과 기관의 장기요양 이용자를 구분할 수 없음. 이 수치는 가정, 기관에 상관없이 장기요양 수당을 받는 사람을 의미함. 때문에 오스트리아 통계는 OECD 평균에 포함하지 않았음.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046502>

8.4.2 가정 장기요양 서비스 이용자 비율, 1999 - 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046521>

8.5. 비공식 간병인

공식적인 장기요양 제공자가 제공하는 서비스와 비교해서 가족 구성원이 제공하는 비공식적 서비스의 상대적 중요성은 국가마다 차이가 있지만 비공식 간병인은 장기요양체계의 핵심이다. 가족 구성원에 의한 간병은 그 성격이 비공식적이기 때문에 국가 별로 비공식 간병인 수와 비공식 간병인이 간병에 소요하는 시간을 비교할 만한 자료를 얻는 것이 어렵다. 이번 장에 포함된 자료는 국가 또는 국제 건강조사에서 가져온 것으로 일상생활 활동(ADL)을 위해 가족 구성원에게 간병이나 도움을 제공한다고 보고한 50세 이상의 사람들을 의미한다.

2007년 OECD 국가에서 평균적으로 50세 이상 인구 중 9분의 1이 다른 가족의 간병과 일상생활 활동(ADL)에 도움을 준다고 보고했다. 공식적인 간병서비스가 잘 발달한 스웨덴의 경우 이 비율은 8%로 낮았고, 이탈리아와 스페인의 경우 이보다 2배 정도 높은 수준이었다(그림 8.5.1). 이탈리아에서 가족을 간병한다고 보고한 사람의 비율이 높은 것은 공식적인(급여를 받는) 장기요양 제공자들이 상대적으로 적기 때문이다(지표 8.6 “장기요양 종사자” 참조).

대부분 비공식 간병인은 여성이다. 평균적으로 50-64세 간병인의 66% 정도가 여성이다. 75세 이상인 경우 이 비율은 60% 정도로 줄어든다(그림 8.5.2).

국가별로 차이는 있지만 비공식 간병인이 일주일에 간병에 할당하는 시간은 제한적이다(그림 8.5.3). 평균적으로 간병인의 50% 이상이 일주일에 10시간 미만을 간병에 할애했다. 대부분 장기요양 서비스가 급여를 받는 근로자가 제공하는 북유럽 국가들(덴마크와 스웨덴)의 경우 이 비율이 낮았다. 이와는 대조적으로 한국과 남부유럽 국가들(스페인, 그리스, 이탈리아), 체코, 폴란드에서는 대부분 비공식 간병인들이 가족을 간병하기 위해 할애하는 시간이 많았다. 미국 역시 비공식 간병인의 상당 수가 일주일에 10시간 이상을 할애했으며 이중 상당 수는 20시간 이상 간병을 하고 있었다.

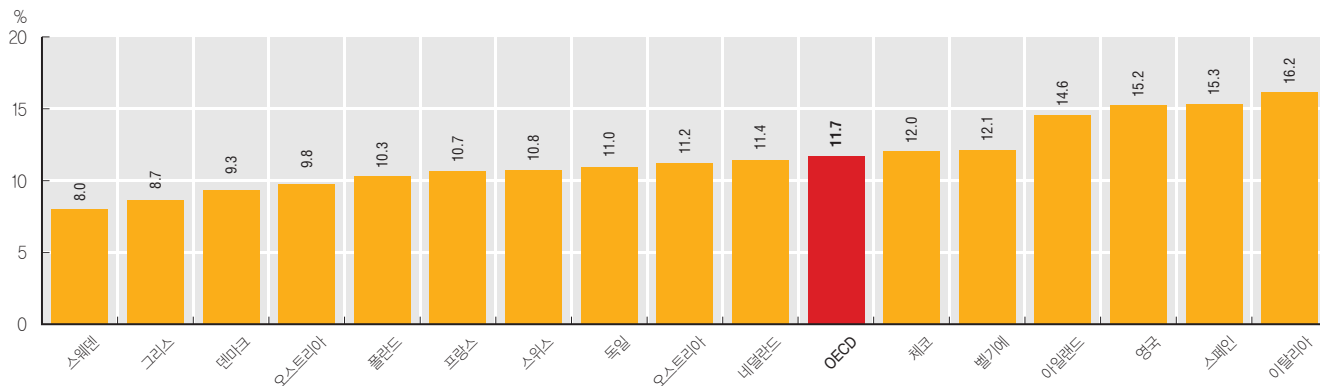
강도가 높은 간병은 간병인의 일자리 감소, 높은 빈곤율, 정신질환의 높은 유병률과 관계가 있다. 대부분 OECD 국가에서는 이러한 부정적인 영향을 완화하기 위해 비공식 간병인을 지원하는 정책을 실행했다. 이는 유급 간병 휴가(벨기에), 탄력근무 허용(호주, 미국), 휴식 간병의 제공(오스트리아, 덴마크, 독일), 서비스 조인/훈련(스웨덴)의 형태로 실행되고 있다. 또한 몇몇 OECD 국가들은 비공식 간병인에게 현금 급여를 제공하거나 비공식 간병인에게 사용될 현금을 간병을 받는 사람에게 제공하고 있다(Colombo et al., 2011).

최근 OECD 조사에 따르면 가족 크기의 감소, 장애가 있는 사람들의 거주패턴 변경, 인력 시장에서 여성 참여률의 증가로 인해 비공식 간병인의 잠재 풀이 줄어들 가능성이 있는 것으로 추산되었다. OECD 국가에서 80세 이상 인구의 비중은 15-80세 사이의 인구비중보다 앞으로 2010년 5%에서 2050년 13% 가까이 증가할 것으로 보인다. 따라서 비공식 간병을 제공하는 사람들이 더욱 필요할 것으로 보인다. 충분한 지원이 없다면 비공식 간병은 고용과 건강상 불균형을 더욱 심화시킬 것이다(Colombo et al., 2011).

정의와 비교 가능성

비공식 간병인이란 일주일에 적어도 한 시간 가족의 일상 생활을 돕기 위해 도움을 제공하는 사람을 의미한다. 이 수치는 50세 이상의 인구만 포함한 것이며 국가 또는 국제 건강 조사를 기반으로 하고 있다. 미국의 자료는 부모를 간병하는 사람만 포함했다. 조사 결과는 보고 비뿔림 또는 회상 비뿔림에 영향을 받을 수 있다.

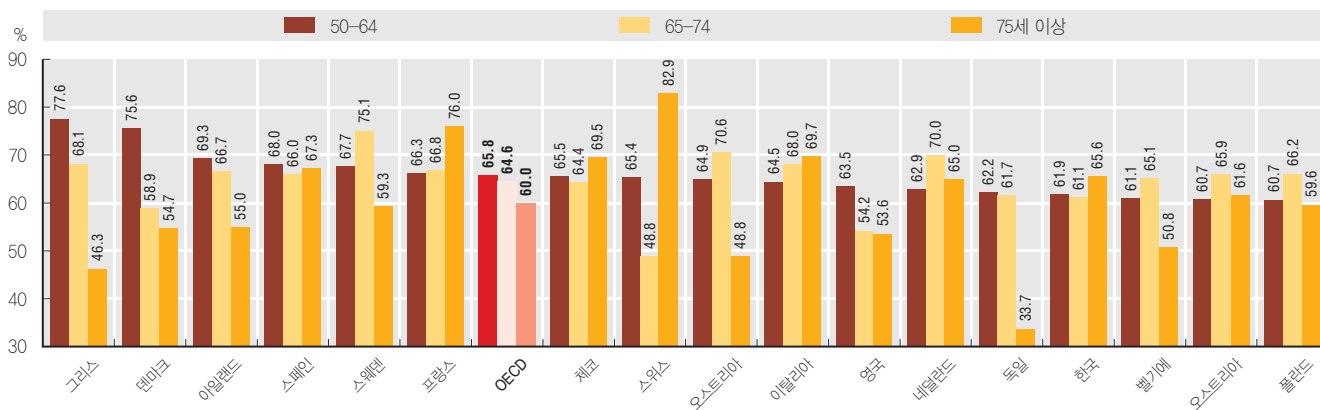
8.5.1 50세 이상 인구 중 비공식 간병인이라고 보고한 비율, 2007년경



출처 : 호주의 경우 OECD estimates based on the 2005-07 HILDA survey, 영국의 경우 2007 BHPS survey, 다른 국가의 경우 2004-06 SHARE survey.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046540>

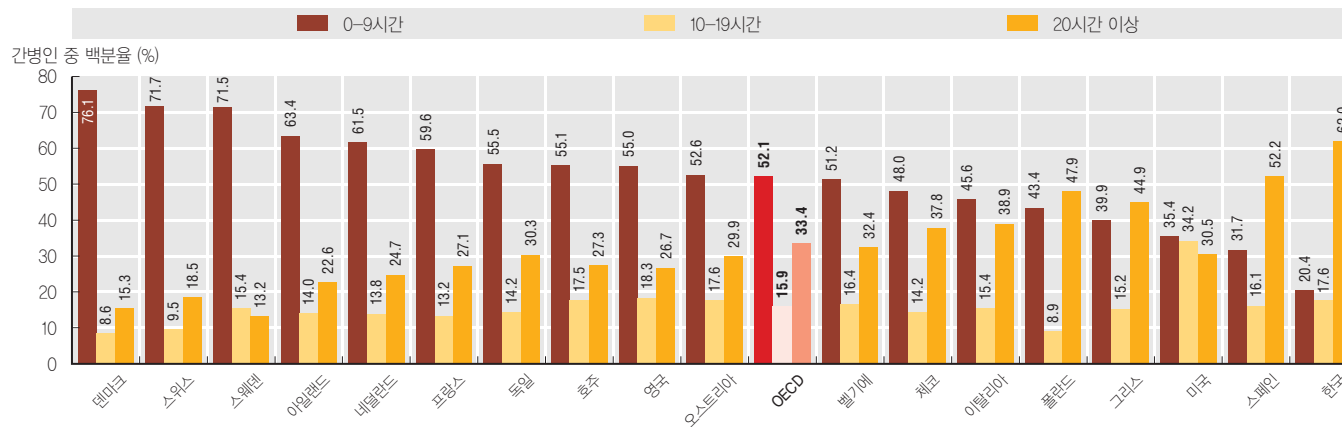
8.5.2 50세 이상 비공식 간병인 중 여성의 비중, 2007년경



출처 : 호주의 경우 OECD estimates based on the 2005-07 HILDA survey, 영국의 경우 2007 BHPS survey, 다른 국가의 경우 2004-06 SHARE survey.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046559>

8.5.3 비공식 간병인의 주당 간병 시간, 2007년



출처 : 호주의 경우 OECD estimates based on the 2005-07 HILDA survey, 영국의 경우 2007 BHPS survey, 다른 국가의 경우 2004-06 SHARE survey, 한국의 경우 2005 KLoSA survey, 미국의 경우 2006 HRS survey.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046578>

8.6. 장기요양 종사자

장기요양은 노동집약적 일이다. 이 번 장의 공식적 장기요양 종사자에 대한 자료는 병원이 아닌 집 또는 시설에서 장기요양을 필요로 하는 사람들에게 그들의 일상활동을 지원 및 간병하고 그 대가로 돈을 지불받는 간호사와 개인 간병인 (즉 간호사 자격을 갖추지 않은 장기요양 종사자)를 의미한다.

65세 이상 인구 중 비율로 살펴보면 스웨덴과 노르웨이에서 공식적 장기요양 종사자 수가 가장 많았다. 포르투갈과 이탈리아는 공식적 장기요양 종사자 수가 가장 적었다 (그림 8.6.1). 노르웨이, 덴마크, 네덜란드, 스위스, 뉴질랜드와 같은 국가에서 장기요양 이용자의 대부분은 집에서 서비스를 받고 있는 반면 대부분 공식적 장기요양 종사자는 기관에서 일하고 있었다 (지표 8.4 “장기요양 이용자” 참조). 이는 부분적으로는 기관에서 장기요양을 제공받는 사람들이 더 상태가 심각하거나 더 심한 활동의 장애가 있어 보다 강도높은 장기요양을 필요로 하는 것으로 설명할 수 있다. 에스토니아, 이스라엘, 한국, 일본과 같은 국가들에서는 기관에서 일하는 장기요양 종사자 수가 상대적으로 적었고, 대부분 공식 간병서비스 제공자들은 환자의 집에서 일했다.

대부분 장기요양 종사자는 여성이며 비상근으로 근무했다. 캐나다, 덴마크, 한국, 뉴질랜드, 노르웨이와 같은 국가에서는 장기요양 종사자의 90% 이상이 여성이었다. OECD 국가별로 차이가 나는 하지만 장기요양에서 해외 근로자도 상당히 중요한 역할을 담당한다. 독일은 외국인 장기요양 종사자가 거의 없지만, 미국의 경우 간병인 4명 중 1명이 외국인이었다 (Colombo et al., 2011). 다른 국가에서는 외국인 간병인이 장기요양 서비스를 포함한 가정기반의 서비스에서 차지하는 비중이 크다. 예를 들어 이탈리아의 경우 가정에서 서비스를 제공하는 사람 중 70% 정도가 외국인이었다 (Colombo et al., 2011). 외국인 근로자를 가정 또는 기관의 장기요양 제공자로 모집하는 것은 높아지는 수요에 상대적으로 저렴한 가격으로 대응할 수 있는 방법이다. 그러나 외국에서 들어오는 장기요양 종사자들의 증가가 어떤 국가에서는 불규칙적인 이민자 유입의 관리, 세금신고 및 사회보장신고가 되지 않은 유급 근로와 같은 문제를 야기하고 있다.

OECD 국가에서 장기요양 서비스를 제공하는데 간호사와 기술 수준이 낮은 개인 간병종사자의 인력 구성도 상당히 차이가 났다 (그림 8.6.2). 평균적으로 공식 장기요양 제공자 중 25% 정도는 간호사이고 75%는 개인 간병인이었다 (국가마다 이들을 간호 조무사, 기관의 건강 도우미, 가정기반 간병 보조인 등 다양한 이름으로 부른다). 몇몇 국가에서는 (미국, 스위스) 자격을 갖춘 간호사들이 장기요양 제공자 중 상당수를 차지하지만 다른 국가의 경우 (에스토니아와 한국), 자격을 갖춘 간호사가 차지하는 비중이 적다. 이렇게 국가별로 큰 차이가 나는 이유는 제도적 요인 때문이다. 어떤 국가의 경우 (스위스) 일부 장기요양 서비스가 공공 건강보험 보장 범위에 들어가는 경우도 있고, 기술 수준이 높은 장기요양

종사자들이 많은 기관에서 제공하는 장기요양 이용률이 높은 국가도 있다 (미국). 많은 국가들은 현재 간호사가 제공하는 업무를 간호사보다 기술 수준이 더 낮은 제공자에게 위임하도록 하여 서비스의 공급을 늘리고 비용을 줄이면서 최소한의 간병의 질이 유지될 수 있도록 노력하고 있다.

장기요양 종사자가 총 근로자에서 차지하는 비중이 작지만 장기요양 위험에 대한 공공보호를 확대하고 고령화로 인해 수요가 증가함에 따라 많은 국가에서 지난 10년간 이들이 차지하는 비중이 증가했다. 일본은 2000년 포괄적인 장기요양 보험 프로그램을 도입한 이후 장기요양 종사자 수가 연간 9% 성장했으며 같은 기간 동안 총 고용은 약간 감소했다 (그림 8.6.3). 반면 스웨덴의 경우 2000-2009년 장기요양 종사자의 평균 증가율은 연간 0.3% 정도였다.

인구 고령화와 가족 간병인의 가용성 감소 가능성을 고려해보면, 장기요양 종사자에 대한 수요가 2050년경에는 두 배로 증가할 것으로 예상된다. 공식 장기요양 종사자들에 대한 수요 증가에 대응하기 위해서 모집의 개선 (실업자들이 훈련을 받고 장기요양에서 일 할 수 있도록 하는 것), 보유의 개선 (급여 및 근무 조건 개선), 생산성 향상 (업무 프로세스의 재정부 및 신기술의 효과적인 활용) 정책을 함께 사용할 필요가 있다.

정의와 비교 가능성

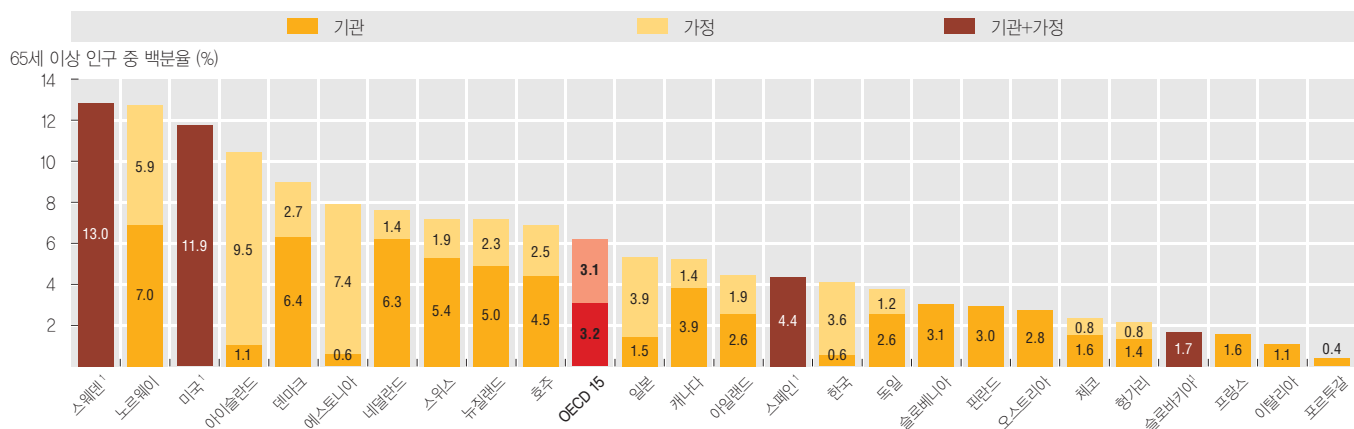
장기요양 종사자는 가정 또는 기관 (병원 외부)에서 장기요양을 제공하고 급여를 받는 근로자를 의미한다. 장기요양 종사자에는 자격을 갖춘 간호사 (지표 3.7 “간호사” 참조)와 환자의 일상 생활 및 다른 활동을 지원하는 개인 간병인이 포함된다. 개인 간병인은 국가별로 지칭하는 호칭이 다르다. 개인 간병인에게 자격을 요구하는 경우도 있고, 그렇지 않은 경우도 있다. 개인 간병인은 인정된 직업군이 아니기 때문에 장기요양 종사자의 비교 가능한 데이터 수집이 어렵다. 장기요양 종사자에는 장기요양 이용자, 기관 또는 공공 및 민간 간병 회사에 의해 공식적인 계약으로 고용되는 가족 구성원 또는 친구도 포함된다. 숫자는 머릿수로 계산되며 모두 상근으로 일하는 사람 아니다.

독일 자료의 경우 노인 간병 간호사, 주로 행정업무를 담당하는 공식 직원, 간병인으로 사회보장제도에 신고한 사람을 제외하여 상당히 과소 추정되었다. 이탈리아의 경우 반주거 적 성격의 장기요양 시설에서 근무하는 사람은 제외했다. 일본에서는 한 간병인이 여러 가정에서 근무하는 경우가 많아 중복 계산되었다. 아일랜드의 경우는 공공 부문의 자료만 언급했다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

8.6.1 65세 이상 인구 중 장기요양 종사자 비중, 2009년 (혹은 최근)

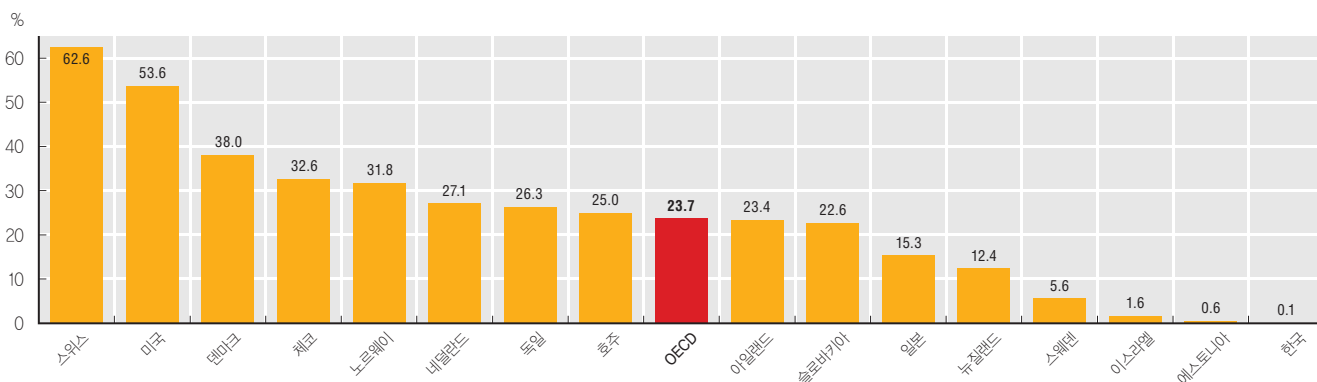


1. 스웨덴, 미국, 스페인, 슬로바키아의 경우 기관과 가정 장기요양 종사자 구분이 불가능함.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526597>

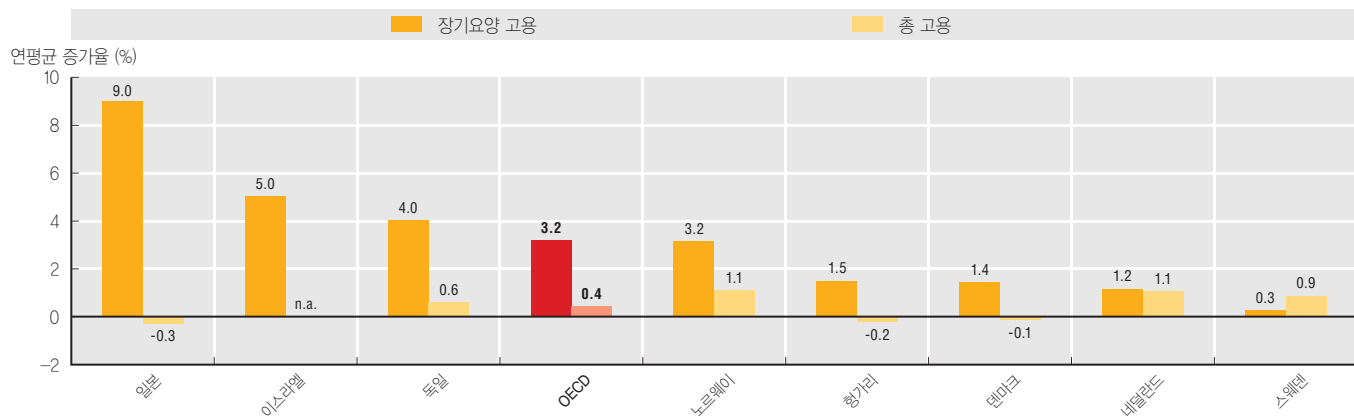
8.6.2 모든 장기요양 종사자 (간호사와 개인 간병인) 중 간호사 비중, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526616>

8.6.3 장기요양 고용과 총 고용의 경향, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526635>

8.7. 기관 및 병원의 장기요양 병상

장기요양 기관과 병원의 장기요양 병동의 병상 수는 가정 밖에서 개인에게 장기요양 서비스를 제공할 수 있는 가용한 자원을 측정하는 것이다. 장기요양 기관이란 거주와 장기요양 서비스를 패키지로 제공하는 간병 및 주거 시설을 의미한다. 장기요양 기관에는 특별한 목적의 기관 또는 병원과 같은 시설이 포함되며 이 시설에서는 주로 보통 또는 중증의 기능 제한이 있는 사람들에게 서비스를 제공한다.

2009년 OECD 국가에서는 평균 장기요양 기관 병상 수는 65세 인구 1,000명 당 44개, 병원의 장기요양 병동의 병상 수는 6개였다 (그림 8.7.1). 스웨덴은 2009년 65세 인구 1,000명 당 장기요양 시설 병상 수가 80개로 가장 높은 수치를 기록했지만 병원의 장기요양 병동의 병상 수는 적은 편이었다. 이탈리아와 폴란드는 2009년 65세 이상 인구 1,000명 당 병상 수가 가장 적은 국가였다. 이 두 국가에서 대부분 장기요양 서비스는 비공식적 간병인에 의한 가정 서비스가 주를 이루었다 (지표 8.5 “비공식 간병인” 참조).

대부분 국가가 병원 내에 장기요양에 할당된 병상 수가 별로 없다고 보고하고 있으며 몇몇 국가들은 장기요양 목적으로 병상을 과도하게 사용하고 있었다. 한국에서는 병원 내 장기요양 병동의 병상 수가 전문 요양시설의 병상 수와 거의 비슷하다. 그러나 2008년 한국이 장기요양 공공보험 프로그램을 도입한 이후 장기요양 기관의 병상 수가 최근 증가했다. 일본은 전통적으로 장기요양에 할당되는 병원 병상 수가 많은 국가였지만, 최근 장기요양 기관의 병상 수가 증가했다. 유럽 국가들 중 핀란드와 아일랜드의 병원에서 장기요양에 할당된 병상 수가 많은 것으로 나타났다. 핀란드에서 지방정부가 보건료와 장기요양 서비스를 모두 관리하고 있으며 전통적으로 병원이 최소한의 장기요양 서비스를 제공하도록 하고 있다. 핀란드와 아일랜드에서는 최근 병원 내 장기요양 병상 수가 줄어들면서 장기요양 기관의 병상 수가 증가하는 현상을 겪고 있다.

많은 OECD 국가들은 장기요양 환자들이 병원에서 급성 치료를 받을 필요가 없어졌을 때 비용이 비싼 병원 병상 수를 확보하기 위해 장기요양 기관의 수용력을 늘려왔다. 대부분 국가에서 병원에 있는 장기요양 병상 수보다 장기요양 기관의 병상 수가 빠르게

증가하고 있다 (그림 8.7.2). 한국과 스페인의 경우 매우 낮은 수준에서 출발하여 현재도 OECD 평균보다 낮은 수준이지만 병상 수가 최근 빠르게 증가하고 있다. 호주 역시 지난 10년 동안 기관의 병상 수가 급증했다. 스웨덴에서는 지난 10년 간 병원 내 장기요양 병상 수와 장기요양 기관의 병상 수가 모두 줄어들었지만 여전히 다른 국가들보다는 많은 수준이다. 스웨덴은 최근 가정기반의 요양 서비스를 장려하기 위해 다양한 조치를 취하고 있다. 가정기반의 장기요양에 현금 급여 지원 및 지역사회 기반의 장기요양 확대 등의 조치를 취하고 있다 (Colombo et al., 2011).

기관에서 장기요양을 제공하는 것은 가정기반의 장기요양 보다 보통 숙박의 개념이 들어가기 때문에 비용이 많이 든다. 하지만 개인의 상황에 따라서 혼자 사는 사람이거나 24시간 보호를 필요로 하는 사람들의 경우 또는 오지에 살고 있어 가정기반의 요양 서비스이용에 제약이 있는 사람들에게는 장기요양 기관에서 서비스를 제공받는 것이 가장 적절하고 비용-효과적일 수도 있다 (Wiener et al., 2009)

정의와 비교 가능성

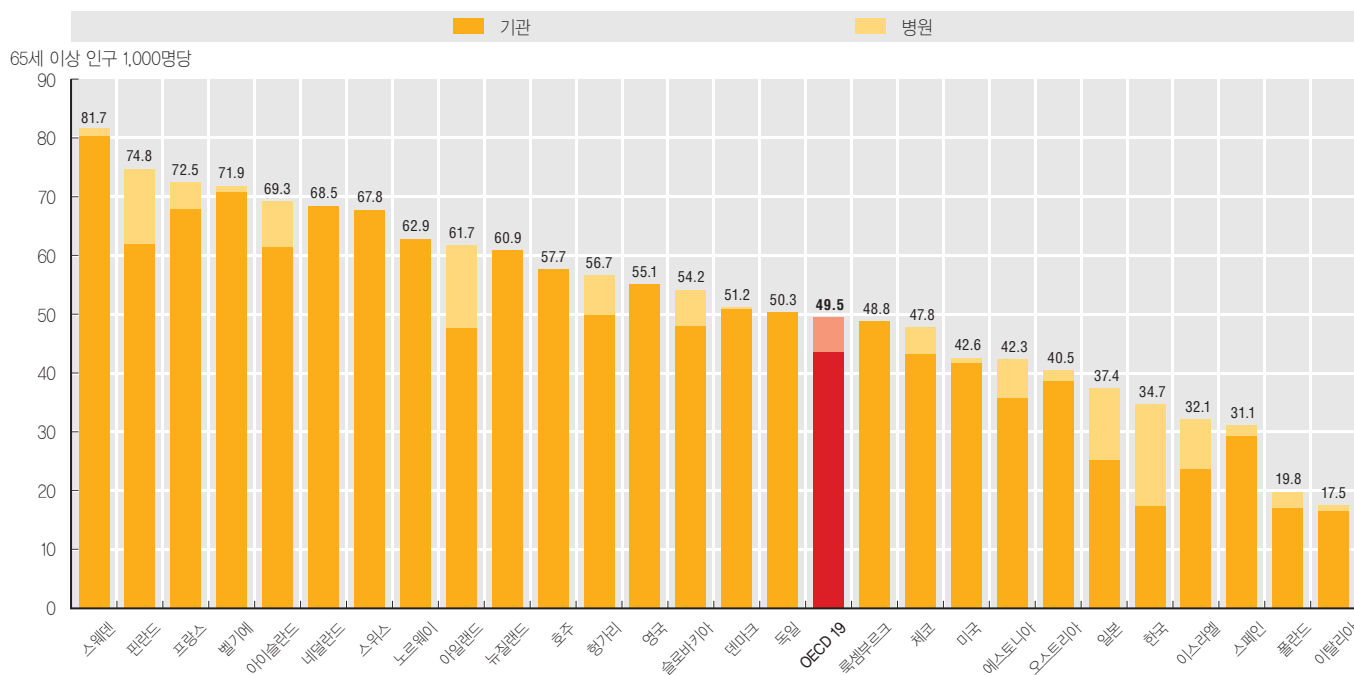
장기요양 기관이란 거주와 장기요양 서비스를 패키지로 제공하는 간병 및 주거 시설을 의미한다. 도움이 필요한 사람으로 주거용 병상을 제공하지만 높은 수준의 자율성과 자기 통제를 부여하는 병상은 포함하지 않았다. 국제적 비교를 위해 재활센터에 있는 병상도 포함하지 않았다.

하지만 국가별로 데이터 범주가 다양하다. 다수의 국가에서는 공적으로 재원을 조달하는 장기요양 기관만 포함했고, 어떤 국가의 경우에는 민간 기관 (영리, 비영리기관 모두 포함)을 포함시켰다. 일부 국가는 중독자, 종합병원 또는 전문병원의 정신과 병동, 재활센터와 같은 치료센터의 병상 수도 포함시켰다.

이스라엘에 대한 정보는

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

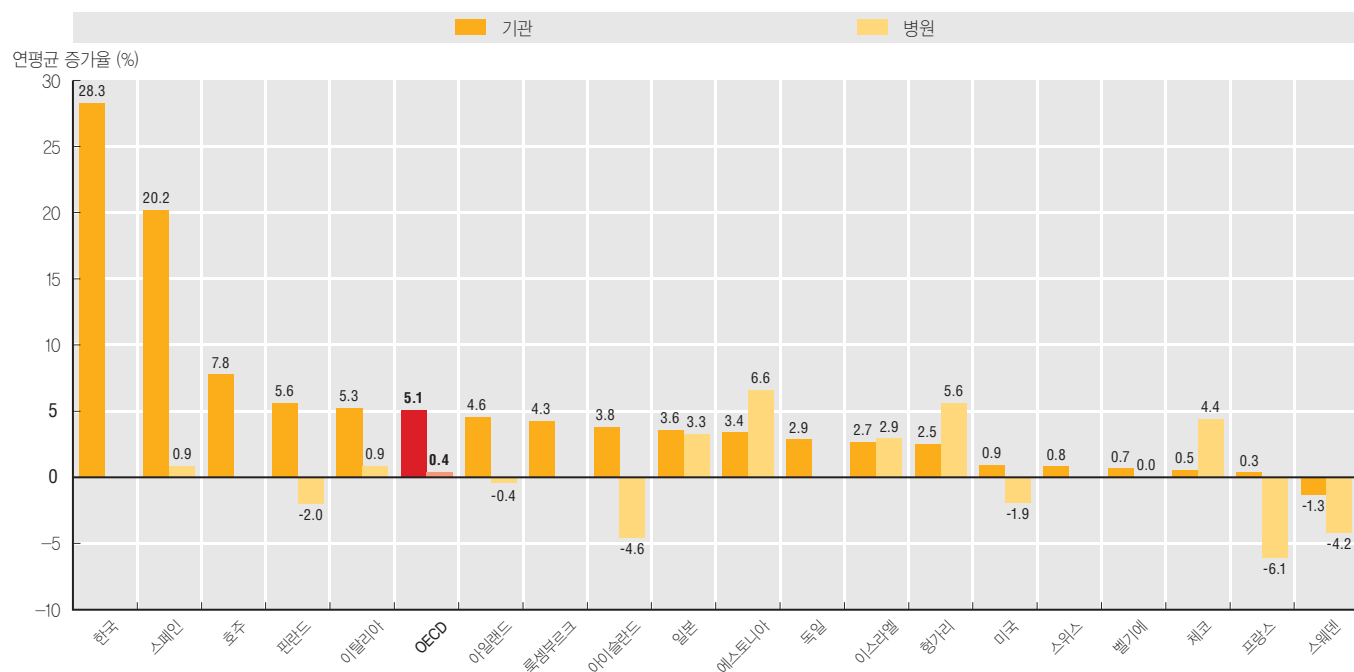
8.7.1. 65세 인구 1,000명 당 장기요양 기관과 병원 내 장기요양 병상수, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526654>

8.7.2 장기요양 기관과 병원 내 장기요양 병상 동향, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526673>

대부분 OECD 국가에서 지난 몇 십 년 동안 장기요양 지출이 증가했으며 앞으로 인구고령화와 보건의료 및 사회 서비스를 지속적으로 필요로 하는 사람들이 증가하면서 앞으로 지출이 더욱 증가할 전망이다. 장기요양은 보건의료와 사회적 관심을 모두 요구하는 영역이다. 장기요양에서 보건의료의 영역으로 간주되는 것은 의료 및 개인 간병과 관련된 것이다(즉 먹기, 옷 입기, 씻기 등 일상적인 생활에 대한 도움). 반면 장애가 있는 사람과 관련한 장기요양 서비스 또는 프로그램에 대한 지출(즉 주거 서비스에 대한 지원, 식사 준비 또는 개인의 재정 관리 등과 같은 일상 활동의 지원)은 의료 또는 개인 간병의 범주가 아니라 장기요양 지출의 사회적인 측면을 나타내는 것이다.

장기요양 서비스 중 상당 부분은 공공 재원에 의해 조달된다. 또한 OECD 국가에서 민간에서 재원을 조달하는 장기요양 지출 보고에 상당한 차이가 있기 때문에 공적으로 재원을 조달하는 장기요양 지출을 비교하는 것이 국가간 비교에 더욱 적절하다. 2009년 장기요양에 대한 총 공공 지출(보건의료 및 사회부분)은 OECD 평균 GDP의 1.4%로 나타났다(그림 8.8.1). 네덜란드와 스웨덴은 GDP의 3.5%를 장기요양의 공공 재원으로 사용하고 있었고 체코, 에스토니아, 헝가리, 한국, 멕시코, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아는 GDP에서 차지하는 비중이 0.5% 미만이었다. 이러한 큰 차이는 인구 구조와 공식적인 장기요양 시스템의 발전 정도가 다르기 때문이다.

민간에서 재원을 조달하는 장기요양 지출이 실제보다 적게 보고된다는 점을 감안해야 한다. 민간 재원은 스위스(GDP의 1.3%)와 미국(GDP의 0.4%)에서 상대적으로 큰 역할을 한다.

장기요양 지출에서 보건의료와 사회적 지출의 구분은 모든 국가에게 동일하게 적용되지 않아 어떤 국가에서는 장기요양 중 보건의료 지출 요소로 보는 것이 다른 국가에서는 사회적 지출로 간주되는 경우도 있다. 그 결과 OECD 국가들 사이에 공적인 보건의료 및 사회관련 장기요양 지출의 수준이 상당한 차이가 난다. 네덜란드, 덴마크, 노르웨이에서는 보건의료 장기요양에 대한 지출이 GDP의 2% 이상이었으며 OECD 국가 평균은 1%에 가까웠다. 포르투갈, 멕시코, 슬로바키아는 공공 장기요양에 지출 비중이 GDP의 0.1% 미만이었다. 스웨덴은 OECD 평균인 0.6%보다 훨씬 높은 GDP의 3%를 장기요양에 지출하고 있었다. 이와는 대조적으로 폴란드, 룩셈부르크, 스페인, 뉴질랜드, 한국은 공적인 사회적 장기요양 지출이 GDP에서 차지하는 비중을 0.1% 미만으로 보고했다.

최근 여러 국가에서 정부가 장기요양에 할당하는 자원이 증가했고, 이것이 보건의료비의 전반적인 증가의 주요 요인이었다(그림 8.8.2). 한국과 스페인은 최근 장기요양 제도의 포괄성을 확대하기 위한 조치를 취했으며, 그 결과 2000년 이후 공공 지출 증가가 가장 큰 국가가 되었다. OECD 국가 중 절반 이상에서 장기요양 지출의 증가가 전반적인 공공 보건의료비 지출보다 더 많이 증가했다(이 국가들은 그림 8.8.3에서 45도 선 위에 있음). 그러나 호주, 캐나다, 핀란드, 스웨덴, 미국과 같은 국가에서는 공공 장기요양 지출의 보건 부분이 공공 보건의료비 보다 더디게 증가했다.

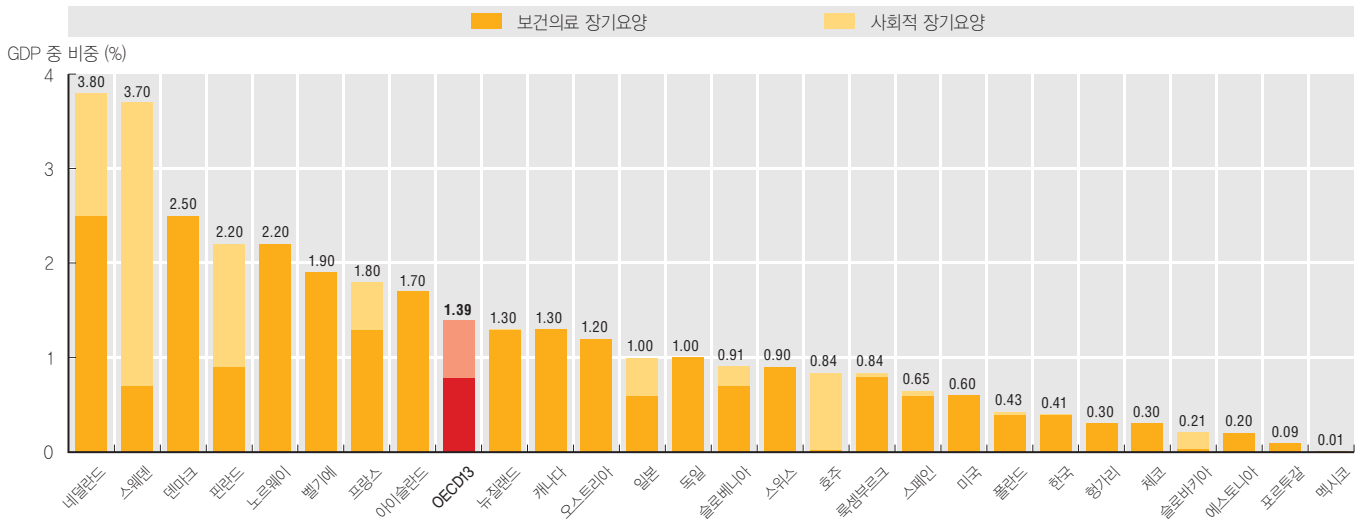
예상에 따르면 장기요양에 할당되는 공적 자원이 GDP에서 차지하는 비중이 적어도 2050년까지 두 배가 될 것으로 보고 있다. 따라서 적절한 장기요양 서비스를 제공하면서 장기적으로 재정 지원이 가능할 수 있도록 균형을 맞추는 것이 장기적인 도전 과제가 될 것이다(Colombo et al., 2011).

정의와 비교 가능성

장기요양 지출은 만성질환이나 장애로 지속적으로 보살핌이 필요한 사람에게 보건의료 및 사회 지원 서비스를 제공하는 것이다. 보건의료 계정 체계(SHA)에서 합의한 정의를 기반으로 장기요양 지출의 보건의료 측면은 만성질환이 있거나 일상적인 생활(먹기, 씻기, 옷 입기 등)이 힘든 사람들에게 제공하는 보건의료와 관련이 있다. 이는 장기요양 기관에서 제공하는 완화의료 및 보건의료, 집에서 제공되는 보건의료 및 개인 간병 서비스(일상생활 지원)를 포함한다. 장기요양 지출의 사회적 측면은 기능 제한이 있는 사람들에게 주거 지원 환경 및 기타 주거 보호에서 주거 서비스를 지원하는 것이다. 일상 생활에서의 도구적 활동(장보기, 식사 준비, 재무 관리, 기타 집안 일), 의존적인 사람의 사회 활동과 같은 주간 간병 서비스, 주간 간병 시설로의 이동 또는 이와 비슷한 사회서비스가 포함된다. 국가에 따라 장기요양 지출 중 보건의료와 사회적 지출의 구분은 SHA에서 합의한 정의와 다르게 보고할 수도 있다. SHA에 따라 제7장에서 보고된 총 보건의료비에는 장기요양의 보건의료 부분의 지출만 포함되었다.

그림 8.8.2와 8.8.3에서 공공 장기요양 지출이란 장기요양의 보건의료 요소만을 언급한 것이다.

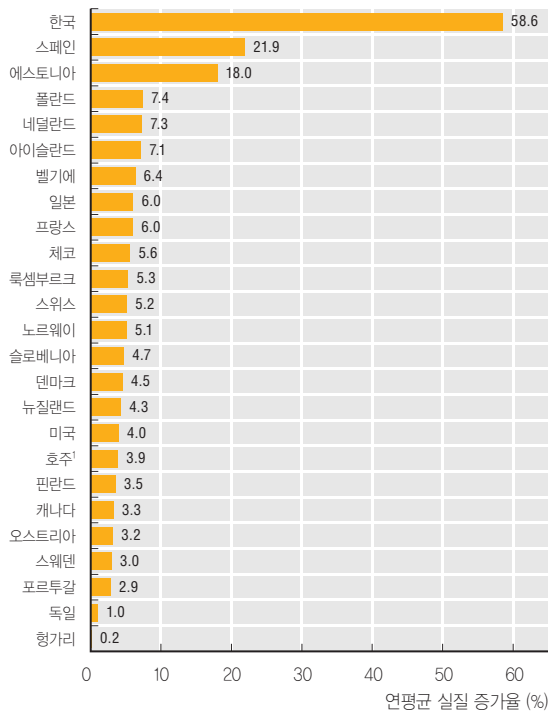
8.8.1 장기요양 공공 지출 (보건의료 및 사회적 요소), GDP 중 비중, 2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526692>

8.8.2 장기요양 (보건의료) 공공 지출의 증가, 2000-2009년 (혹은 최근)

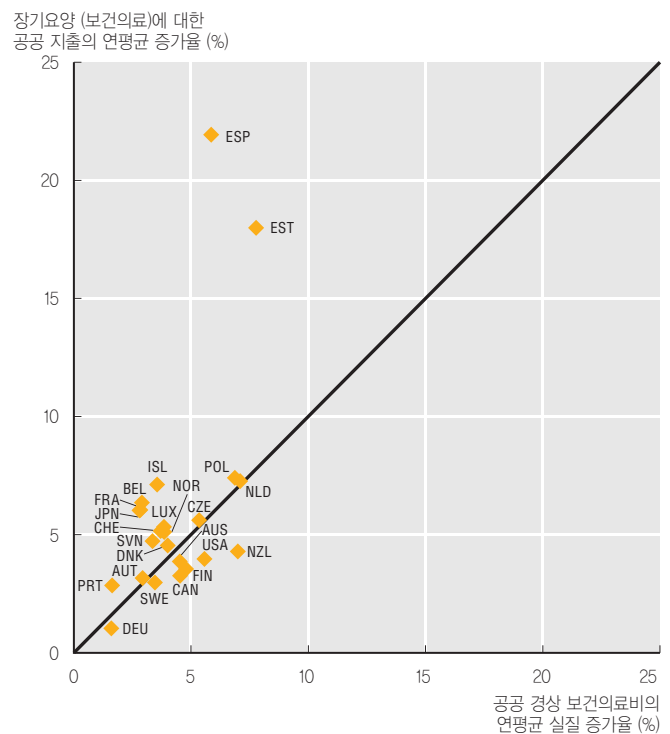


1. 병원의 장기요양만 포함

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526711>

8.8.3 보건의료 및 장기요양 (보건의료)에 대한 공공 지출 증가, 2000-2009년 (혹은 최근)



출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526730>

참고문헌

- ADA – American Diabetes Association (2008), “Economic Costs of Diabetes in the US in 2007”, *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 3, pp. 596-615.
- AHRQ – Agency for Health Research and Quality (2006), *Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators*, AHRQ, February, Rockville, MD.
- AHRQ (2009), *Preventable Hospitalizations: Overview*, www.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5b.htm.
- AHRQ (2011a), *2010 National Healthcare Quality Report*, AHRQ, Rockville, MD.
- AHRQ (2011b), *2010 National Healthcare Disparities Report*, AHRQ, Rockville, MD.
- AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2010a), *Mental Health Services in Australia 2007-08*, Cat. No. HSE 88, AIHW, Canberra.
- AIHW (2010b), “Medical Labour Force 2008”, *AIHW Bulletin*, No. 82, AIHW, Canberra.
- AIHW (2010c), *Breast Screen Australia Monitoring Report 2006-2007 and 2007-2008*, AIHW, Canberra.
- Aiken, L. and R. Cheung (2008), “Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy”, *OECD Health Working Paper*, No. 35, OECD Publishing, Paris.
- Allin, S., M. Grignon and J. Le Grand (2010), “Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications?”, *Social Science and Medicine*, Vol. 70, No. 3, pp. 465-472.
- Alzheimer’s Australia (2009), “Keeping Dementia Front of Mind: Incidence and Prevalence 2009-2050”, *Access Economics Reports*, www.alzheimers.org.au/research-publications/access-economics-reports.aspx.
- Alzheimer Europe (2009), “Prevalence of Dementia in Europe”, www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia2/Prevalence-of-dementia-in-Europe.
- American Academy of Family Physicians, American College of Physicians and American Osteopathic Association (2009), “Call for Primary Care Reform”, www.aafp.org/online/en/home/medial/releases/newsreleases-statements-2009/primarycarereform-aafp-acp-aoa.html.
- American Cancer Society (2010), *Cancer Facts and Figures 2010*, American Cancer Society, Inc., Atlanta.
- Arah, O. et al. (2006), “A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18, Supplement No. 1, pp. 5-13.
- Baert, K. and B. de Norre (2009), “Perception of Health and Access to Health Care in the EU-25 in 2007”, *Eurostat Statistics in Focus 24/2009*, European Commission, Luxembourg.
- Baker, L., S.W. Atlas and C.C. Afendulis (2008), “Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value”, *Health Affairs*, Vol. 27, No. 6, pp. 1467-1478.
- Banthin, J.S., P. Cunningham and D.M. Bernard (2008), “Financial Burden of Health Care, 2001-2004”, *Health Affairs*, Vol. 27, pp. 188-195.
- Belizán, J.M. et al. (1999), “Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Analysis”, *British Medical Journal*, Vol. 319, pp. 1397-1400.
- Bellanger, M. and Z. Or (2008), “What Can We Learn From a Cross-Country Comparison of the Costs of Child Delivery?”, *Health Economics*, Vol. 17, pp. S47-S57.
- Bennett, J. (2003), “Investment in Population Health in Five OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 2, OECD Publishing, Paris.
- Bewley, S. and J. Cockburn (2002), “The Unethics of ‘Request’ Caesarean Section”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, pp. 593-596.

- Blendon, R. et al. (2002), “Inequalities in Health Care: A Five-Country Survey”, *Health Affairs*, Vol. 21, pp. 182-191.
- Bourgueil, Y., A. Marek and J. Mousquès (2006), “Vers une coopération entre médecins et infirmières – L’apport d’expériences européennes et canadiennes”, *Série études*, No. 57, DREES, March.
- Brennan, T.A., L.L. Leape and N.M. Laird et al. (1991), “Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 324, pp. 370-376.
- Buchan, J. and S. Black (2011) “The Impact of Pay Increases on Nurses’ Labour Market: A Review of Evidence from Four OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 57, OECD Publishing, Paris.
- Burns, A., D. van der Mensbrugge and H. Timmer (2008), *Evaluating the Economic Consequences of Avian Influenza*, World Bank, Washington.
- Cabinet Office, Government of Japan (2006), *White Paper on the National Lifestyle 2006*, Cabinet Office, Government of Japan, Tokyo.
- Carrière, G. and C. Sanmartin (2010), “Waiting Time for Medical Specialist Consultations in Canada, 2007”, *Health Reports*, Vol. 21, No. 2, pp. 7-14.
- Castoro, C. et al. (2007), *Policy Brief-Day Surgery: Making it Happen*, World Health Organisation on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2009), “Key Facts about Seasonal Influenza (Flu)”, www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm.
- CDC (2010a), *Factsheet: HIV in the United States*, CDC, Atlanta, Georgia.
- CDC (2010b), *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data*, CDC, Atlanta, Georgia.
- Chaloff, J. (2008), “Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy”, *OECD Health Working Paper*, No. 34, OECD Publishing, Paris.
- Cho, N.H. (2010), “The Epidemiology of Diabetes in Korea: From the Economics to Genetics”, *Korean Diabetes Journal*, Vol. 34, No. 1, pp. 10-15.
- Cho, K.H. and Y.K. Roh (2003), “Primary Care Physicians Shortage: a Korean Example”, *Public Health Review*, Vol. 31, No. 2, pp. 133-148.
- Chun, C.B. et al. (2009), “Republic of Korea: Health System Review. Health Systems in Transition”, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 11, No. 7, pp. 1-184.
- CIHI – Canadian Institute for Health Information (2005), *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*, CIHI, Ottawa.
- CIHI (2011), *Wait Times in Canada – A Comparison by Province, 2011*, CIHI, Ottawa.
- Cole, T.J. et al. (2000), “Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey”, *British Medical Journal*, Vol. 320, pp. 1-6.
- Coleman, M.P. et al. (2008), “Cancer Survival in Five Continents: a Worldwide Population-Based Study (CONCORD)”, *The Lancet Oncology*, Vol. 9, pp. 730-756.
- Coleman, M., D. Forman and H. Bryant et al. (2011), “Cancer Survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 1995-2007 (International Cancer Benchmarking Partnership): An Analysis of Population-based Cancer Registry Data”, *The Lancet*, Vol. 377, No. 9760, pp. 127-138.
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris.
- Commonwealth Fund (2008), *National Scorecard on US Health System Performance, 2008, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.
- Commonwealth Fund (2010), *2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.
- Corrieri, S. et al. (2010), “Income-, Education- and Gender-related Inequalities in Out-Of-Pocket Health-Care Payments for 65+ Patients – A Systematic Review”, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 9, Article No. 20.
- Couture, M.C. et al. (2008), “Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening Among Urban Mexican Women”, *Preventive Medicine*, Vol. 47, pp. 471-476.
- Crimmins, E.M., S.H. Preston and B. Cohen (eds.) (2010), *Explaining Divergent Levels of Longevity in High-Income Countries*, National Academies Press, Washington DC.
- Cutler, D. and E.L. Glaeser (2006), “Why do Europeans Smoke More Than Americans?”, *Working Paper*, No. 12124, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

- Davis, K. et al. (2004), *Mirror, Mirror on the Wall: Looking at the Quality of American Health Care through the Patients's Lens*, Commonwealth Fund, New York.
- Davis, K. et al. (2006), *Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care through the Patients's Lens*, Commonwealth Fund, New York.
- Davis, K. et al. (2010), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally*, 2010 Update, Commonwealth Fund, New York.
- De Onis, M. et al. (2007), "Development of a WHO Growth Reference for School-aged Children and Adolescents", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 9, pp. 649-732.
- Declercq, E., F. Menacker and M. Macdorman (2005), "Rise in 'No Indicated Risk' Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis", *British Medical Journal*, Vol. 330, pp. 71-72.
- Delamaire, M.L. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 54, OECD Publishing, Paris.
- Department of Health (2009), *Equality Impact Assessment – 18 Weeks Referral to Treatment Standards*, Department of Health, England.
- Di Mario, S. et al. (2005), "What is the Effectiveness of Antenatal Care? (Supplement)", *WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)*, Copenhagen.
- Dickman, P.W. and H.O. Adami (2006), "Interpreting Trends in Cancer Patient Survival", *Journal of Internal Medicine*, No. 260, pp. 103-117.
- Dolea, C., L. Stormont and J.M. Braichet (2010), "Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, No. 5, pp. 379-385.
- Dormont, B. and H. Huber (2006), "Causes of Health Expenditure Growth: The Predominance of Changes in Medical Practices Over Population Ageing", *Annales d'Économie et de Statistique*, No. 83/84, pp. 187-217.
- DPP – Diabetes Prevention Program Research Group (2002), "Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin", *New England Journal of Medicine*, Vol. 346, No. 6, pp. 393-403.
- DREES (2010), "Les médecins – au 1er janvier 2010", *Document de travail*, No. 152, DREES, Paris.
- Drösler, S.E. et al. (2009), "Application of Patient Safety Indicators Internationally: A Pilot Study among Seven Countries", *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 21, pp. 272-278.
- Drösler, S.E., P.S. Romano, D.J. Tancredi and N.S. Klazinga (2011), "International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member Countries: A Methodological Approach of Adjustment by Secondary Diagnoses", *Health Services Research*, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01290.x>.
- Dumont, J.C., P. Zurn, J. Church and C. Le Thi (2008), "International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities", *OECD Health Working Paper*, No. 40, OECD Publishing, Paris.
- Eagle, K.A. et al. (2005), "Guideline-Based Standardized Care is Associated with Substantially Lower Mortality in Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction: the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP)", *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 46, pp. 1242-1248.
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe (2010), *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009*, ECDC, Stockholm.
- Egede, L.E. (2004), "Diabetes, Major Depression, and Functional Disability Among US Adults", *Diabetes Care*, Vol. 27, No. 2, pp. 421-428.
- Epstein, A. et al. (2011), "Coronary Revascularization Trends in the United States, 2001-2008", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 305, No. 17, May 4, pp. 1769-1775.
- Ersek K. et al. (2009), "Parallel Sessions-Dementia Policies: Epidemiology and Disease Burden of Dementia in Hungary", *Alzheimer Europe*, www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies.
- Eurobarometer (2010), "Mental Health", *Special Eurobarometer 345/Wave 73.2*, European Commission.
- European Commission (2006), *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, 4th edition, Luxembourg.
- European Commission (2008a), "Hospital Data Project Phase 2", *Final Report*, Luxembourg.
- European Commission (2008b), *Major and Chronic Diseases – Report 2007*, EC Directorate-General for Health and Consumers, Luxembourg.

- European Commission (2008c), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition, Luxembourg.
- European Lung Foundation (2011), *COPD Burden in Europe*, www.european-lung-foundation.org/63-european-lung-foundation-elf-burden-in-europe.htm.
- European Union (2003), “Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/879/EC)”, *Official Journal of the European Union*, L327, Vol. 46, 16 December 2003, pp. 34-38.
- European Union (2009), “Council Recommendation of 9 June 2009 on Patient Safety, Including the Prevention and Control of Healthcare Associated Infections (2009/C 151/01)”, *Official Journal of the European Union*, Vol. 151, 3 July 2009, pp. 1-6.
- Euro-Peristat (2008), *European Perinatal Health Report*, 2008, Luxembourg.
- FDCS – Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (2011), www.depistage-sein.ch.
- Fedorowicz, Z., D. Lawrence and P. Gutierrez (2004), “Day Care versus In-Patient Surgery for Age-related Cataract”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 25, No. CD004242.
- Ferlay, J. et al. (2010), “GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide”, IARC CancerBase, No. 10, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, www.globocan.iarc.fr.
- FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, FHF, Paris.
- Fordyce, M.A. et al. (2007), “2005 Physician Supply and Distribution in Rural Areas of the United States”, *Final Report*, No. 116, WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington, Seattle.
- Foresight (2007), “Tackling Obesities: Future Choices”, Government Office for Science, www.foresight.gov.uk/Obesity/17.pdf.
- Fox, K.A.A. et al. (2007), “Declines in Rates of Death and Heart Failure in Acute Coronary Syndromes, 1999-2006”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 297, No. 17, pp. 1892-1900.
- Franco, E.L., T.E. Rohan and L.L. Villa (1999), “Epidemiologic Evidence and Human Papillomavirus Infection as a Necessary Cause of Cervical Cancer”, *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 91, No. 6, pp. 506-511.
- Friðfinnsdóttir, E. and J. Jónsson (2010), *The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland*, International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN), Geneva.
- Fujisawa, R. and G. Lafortune (2008), “The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations across Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 41, OECD Publishing, Paris.
- Gakidou, E., S. Nordhagen and Z. Obermeyer (2008), “Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities”, *PLoS Medicine*, Vol. 5, No. 6, pp. 0863-0868.
- Gawande, A.A., D.M. Studdert, E.J. Orav, T.A. Brennan and M.J. Zinne (2003), “Risk Factors for Retained Instruments and Sponges After Surgery”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, No. 3, pp. 229-235.
- Gil, M., J. Marrugat and J. Sala (1999), “Relationship of Therapeutic Improvements and 28-Day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction Between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain”, *Circulation*, Vol. 99, pp. 1767-1773.
- Goldberg, R.J., J. Yaezebski and D. Lessard (1999), “A Two-Decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-Hospital and Long-Term Case-Fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-Wide Perspective”, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 33, pp. 1533-1539.
- Goldhaber-Fiebert, J.D., N.K. Stout, J.A. Salomon, K.M. Kuntz and S.J. Goldie (2008), “Cost-effectiveness of Cervical Cancer Screening with Human Papillomavirus DNA Testing and HPV-16, 18 Vaccination”, *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 100, No. 5, pp. 308-320.
- Grandfils, N. and C. Sermet (2009), “Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom”, *IRDES Working Paper*, No. 21, IRDES, Paris.
- Grignon, M., J. Hurley, L. Wang and S. Allin (2010), “Inequality in a Market-Based Health System: Evidence from Canada’s Dental Sector”, *Health Policy*, Vol. 98, pp. 81-90.
- Hacke, W. et al. (1995), “Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS)”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 274, No. 13, pp. 1017-1025.
- Hals, E., P. Øian, P. Pirhonen, M. Gissler and S. Hjelle et al. (2010), “A Multicenter Interventional Program to Reduce the Incidence of Anal Sphincter Tears”, *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 116, No. 4, pp. 901-908.

- Hatem, M., J. Sandall, D. Devane, H. Soltani and S. Gates (2008), “Midwife-led versus Other Models of Care for Childbearing Women”, *Cochrane Database Systematic Review*, Vol. 4, No. CD004667, 8 October.
- Hawton, K. and K. van Heeringen (2009), “Suicide”, *The Lancet*, Vol. 373, pp. 1373-1381.
- HCSP – High Council of Public Health (2010), “Health of the Population in France: Report 2009-2010”, www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html.
- HHS Office of Health Reform (2009), “Health Disparities: A Case for Closing the Gap”, US Department of Health and Human Services, www.healthreform.gov.
- HIRA – Korean Health Insurance Review and Assessment Service (2011), “More Koreans Seek Treatment for Depression, Bipolar Disorder”, *The Chosun Ilbo (English Edition)*, 3 June 2011, <http://english.chosun.com>.
- Hockley, T. and M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, London.
- Hoffman, C., D. Rowland and E.C. Hamel (2005), *Medical Debt and Access to Health Care*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington.
- HRSA – HHS Health Resources and Services Administration (2008), “The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand”, US Department of Health and Human Services, <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/physwfissues.pdf>.
- Huber, M., A. Stanicole, J. Bremner and K. Wahlbeck (2008), “Quality in and Equality of Access to Healthcare Services”, European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Luxembourg.
- IARC (2011), *GLOBOCAN 2008: Cancer Fact Sheet*, <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/colorectal.asp>.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (1995), *Human Papillomaviruses, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, Vol. 64, International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- IDF – International Diabetes Federation (2006), *Diabetes Atlas*, 3rd edition, IDF, Brussels.
- IDF (2009), *Diabetes Atlas*, 4th edition, IDF, Brussels.
- IMA-AIM – Intermutualistisch Agentschap (2010), “Programma Borstkankerscreening, Vergelijking van de Eerste Drie Rondes, 2002-2003, 2004-2005 en 2006-2007”, Brussels.
- Institute of Alcohol Studies (2007), “Binge Drinking-Nature, Prevalence and Causes”, IAS Fact Sheet, www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf.
- Institute of Cancer Research (2009), “Prostate Cancer”, www.cancer.gov/cancertopics/types/prostate/.
- International Association for the Study of Obesity (2011), “Overweight Children around the World”, www.iaso.org.
- INVS – Institut de Veille Sanitaire (2011), “Évaluation des programmes de dépistage des cancers”, www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/index.htm#depistage.
- IS-GBE – German Federal Health Monitoring Information System (2011), *Das Informations-system der Gesundheits-bericht-erstat-tung des Bundes*, www.gbe-bund.de.
- Jha, P. et al. (2006), “Social Inequalities in Male Mortality, and in Male Mortality from Smoking: Indirect Estimation from National Death Rates in England and Wales, Poland, and North America”, *The Lancet*, Vol. 368, No. 9533, pp. 367-370.
- Johanson, R. (2002), “Has the Medicalisation of Childbirth Gone Too Far?”, *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7342, pp. 892-895.
- Journard, I., C. Andre, C. Nicq and O. Chatal (2008), “Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency”, *Economics Department Working Paper*, No. 627, OECD Publishing, Paris.
- Juva, M. (2009), “Parallel Sessions-Dementia Policies: From National Dementia Plan to Local Reality”, Alzheimer Europe, www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies.
- Kaikkonen, R. (2007), TEROKA-Project for Reducing Socioeconomic Health Inequalities in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, www.teroka.fi.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010), *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010*, Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld, Mannheim, Germany.
- Keech, M., A.J. Scott and P.J. Ryan (1998), “The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population”, *Occupational Medicine*, Vol. 49, pp. 85-90.

- Kelley, E. and J. Hurst (2006), “Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework”, *OECD Health Working Paper*, No. 23, OECD Publishing, Paris.
- Kenigsberg, P.A. (2009), “Parallel Sessions-Dementia Policies: The Changing Economic Environment of Alzheimer’s Disease in France”, *Alzheimer Europe*, www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previousconferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies.
- Kessler, R.C. and T.B. Üstün (eds.) (2008), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*, Cambridge University Press, New York.
- KFF – Kaiser Family Foundation (2010), *The Uninsured: A Primer. Key Facts About Americans without Health Insurance*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington DC.
- Khush, K.K., E. Rapaport and D. Waters (2005), “The History of the Coronary Care Unit”, *Canadian Journal of Cardiology*, Vol. 21, pp. 1041-1045.
- Kiely, J., K. Brett, S. Yu and D. Rowley (1995), “Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation”, in L. Wilcox and J. Marks (eds.), *From Data to Action: CDC’s Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, Center for Disease Control and Preventions, Atlanta, pp. 185-202.
- Koehlin, F., L. Lorenzoni and P. Schreyer (2010), “Comparing Price Levels of Hospital Services across Countries: Results of a Pilot Study”, *OECD Health Working Paper*, No. 53, OECD Publishing, Paris.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan and M.S. Donaldson (eds.) (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC.
- Koulova, A., J. Tsui, K. Irwin, P. Van Damme and M.T. Biellik Aguado (2008), “Country Recommendations on the Inclusion of HPV Vaccines in National Immunization Programs Among High Income Countries”, *Vaccine*, Vol. 26, No. 19, pp. 6529-6541.
- Kovess-Masfety, V. et al. (2007), “Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries”, *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 2, pp. 213-220.
- Kunze, U. et al. (2007), “Influenza Vaccination in Austria, 1982-2003”, *Wien Med Wochenschr*, Vol. 157, No. 5-6, pp. 98-101.
- Kwon, J.K., H. Chun and S. Cho (2009), “A Closer Look at the Increase in Suicide Rates in South Korea from 1986-2005”, *BMC Public Health*, Vol. 9, No. 72.
- Kwon, S., J. Lee, S. Park and K. Choi (2010), “The Association Between the Supply of Primary Care Physicians And Population Health Outcomes In Korea”, *Family Medicine*, Vol. 42, No. 9, pp. 628-635.
- Kynyk, J.A. et al. (2011), “Asthma, the Sex Difference”, *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, Vol. 17, No. 1, pp. 6-11.
- Lagrew, D.C. and J.A. Adashek (1998), “Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians’ Rates, Risk Factors and Outcomes”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 178, pp. 1207-1214.
- Laine, K., M. Gissler and J. Pirhonen (2009), “Changing Incidence of Anal Sphincter Tears in Four Nordic Countries Through the Last Decades”, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 146, No. 1, pp. 71-75.
- Laudicella, M. et al. (2010), “Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England”, *Health, Econometrics and Data Group Working Paper*, No. 10/05, University of York.
- Listl, S. (2011), “Income-Related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+”, *Journal of Dental Research*, Vol. 90, No. 6, pp. 717-723.
- Lu, J.R. et al. (2007), “Horizontal Equity in Health Care Utilization Evidence from Three High-Income Asian Economies”, *Social Science and Medicine*, Vol. 64, pp. 199-212.
- Macinko, J., B. Starfield and L. Shi (2007), “Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States”, *International Journal Of Health Services Research*, Vol. 37, No. 1, pp. 111-126.
- Mackenbach, J.P. et al. (2008), “Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, pp. 2468-2481.
- Mackie, C.O. et al. (2009), “Hepatitis B Immunisation Strategies: Timing is Everything”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 18, No. 2, pp. 196-202.
- Mariotto, A.B., K.R. Yabroff and Y. Shao et al. (2011), “Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-2020”, *Journal of the National Cancer Institute*, <http://jnci.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/12/jnci.djq495.abstract>.
- Maslow, K. (2010), “2010 Alzheimer’s Disease Facts and Figures”, *Alzheimer’s and Dementia: The Journal of*

- Alzheimer's Association*, Vol. 6, No. 2, pp. 158-194.
- Masoli, M. et al. (2004), *Global Burden of Asthma*, Global Initiative for Asthma.
- Masseria, C. and M. Giannoni (2010), "Equity in Access to Health Care in Italy: A Disease Approach", *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 5, pp. 504-510.
- Mathers, C. et al. (2005), "Counting the Dead and What They Died From: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 83, No. 3, pp. 171-177.
- Matsumoto, M. (2010), "Geographical Distributions of Physicians in Japan and US: Impact of Healthcare System on Physician Dispersal Pattern", *Health Policy*, Vol. 96, pp. 255-261.
- Mauri, D., N.P. Polyzos and G. Salanti et al. (2008), "Multiple-treatments Meta-analysis of Chemotherapy and Targeted Therapies in Advanced Breast Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 100, No. 24, pp. 1780-1791.
- McKinsey Global Institute (2008), "Accounting for the Cost of US Health Care: A New Look at Why Americans Spend More", www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/healthcare/US_healthcare_report.pdf.
- Melander, A. et al. (2006), "Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels", *Diabetologia*, Vol. 49, pp. 2024-2029.
- MEXT (2010), *Past Policies for Increasing Quotas of Medical Department of University*, www.mext.go.jp/b_menu/shingil/chousa/koutou/043/siryol/_icsFiles/afeldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf.
- Mezuk, B. et al. (2008), "Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A Meta-Analysis", *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 12, pp. 2383-2390.
- MHLW – Ministry of Health, Labour and Welfare (2007), "Emergency Countermeasure for Securing of Physicians", www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01a.pdf.
- Miilunpalo, S. et al. (1997), "Self-rated Health Status as a Health Measure: the Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 50, pp. 90-93.
- Minkoff, H. and F.A. Chervenak (2003), "Elective Primary Cesarean Section", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, pp. 946-950.
- MoH – Ministry of Health, New Zealand (2010), Annual Report for the year ended 30 June 2010 – *Including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*, Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Moïse, P. (2003), "The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD Publishing, Paris.
- Moïse, P. et al. (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", *OECD Health Working Paper*, No. 3, OECD Publishing, Paris.
- Moon, L. et al. (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 5, OECD Publishing, Paris.
- Mori, E. et al. (1992), "Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke", *Neurology*, Vol. 42, No. 5, pp. 976-982.
- National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (2005), "Position Statement on Lipid Management-2005", www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/The-lipid-position-statement.pdf.
- NCHS – National Centre for Health Statistics (2007), *Health, United States*, 2007, NCHS, Hyattsville, MD.
- NCHS (2009), *Health, United States*, 2008, NCHS, Hyattsville, MD.
- NCHS (2011), *Health, United States*, 2010: With Special Feature on Death and Dying, NCHS, Hyattsville, MD.
- NHSBSP – National Health Service Breast Screening Programme (2010), *Overcoming Barriers: NHS Breast Screening Programme Annual Review 2010*, NHS, London.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Evaluation Pathway Programme for Medical Technologies*, NICE, London and Manchester.
- Nicholson, K.G., R. Snacken and A.M. Palache (1995), "Influenza Immunization Policies in Europe and the United States", *Vaccine*, Vol. 13, No. 4, pp. 365-369.
- NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (1995), "Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke", *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 24, pp. 1581-1587.

- NOMESCO (2004), “Equal Access to Care”, *Health Statistics in the Nordic Countries 2002*, NOMESCO, Copenhagen.
- NOMESCO (2007), *Health Statistics in the Nordic Countries 2005*, NOMESCO, Copenhagen.
- OECD (1985), *Measuring Health Care, 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2003), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2004a), *Towards High-performing Health Systems*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2004b), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2005a), *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2005b), *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2008a), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2008b), *OECD Economic Surveys: United States*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2008c), *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009a), *OECD Economic Surveys: Greece*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009b), *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010a), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010b), *Value for Money in Health Spending*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011a), OECD Health Data 2011, online, OECD Publishing, Paris, <http://stats.oecd.org/index.aspx> (Health).
- OECD (2011b), *OECD Regions at a Glance 2011*, OECD Publishing, Paris.
- OECD, Eurostat and WHO (2011), *A System of Health Accounts*, 2011 Edition, OECD Publishing, Paris.
- OECD/ITF (2010), *Trends in the Transport Sector 1970-2008*, OECD Publishing, Paris.
- OECD/ITF (2011), *IRTAD Road Safety 2010 Annual Report*, OECD Publishing, Paris.
- OECD and WHO (2011), *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*, OECD Publishing, Paris.
- OECD and World Bank (2008), *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*, OECD Publishing, Paris.
- ONS – Osservatorio Nazionale Screening (2010), *The National Centre for Screening Monitoring, Eighth Report*, ONS, Firenze.
- Or, Z. (2000), “Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries”, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, No. 46, OECD Publishing, Paris.
- Or, Z., F. Jusot and E. Yilmaz (2008), “Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use”, *IRDES Working Paper*, No. 17, IRDES, Paris.
- Orosz, E. and D. Morgan (2004), “SHA-based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis”, *OECD Health Working Paper*, No. 16, OECD Publishing, Paris.
- Page, A. and R. Taylor (2010), *BreastScreen Aotearoa Independent Monitoring Report: Screening and Assessment Report of Women Attending BSA (Women Screened January 2008 to December 2009)*, School of Population Health, University of Queensland, Brisbane.
- Parikh, N.I. et al. (2009), “Long-Term Trends in Myocardial Infarction Incidence and Case Fatality in the National Heart, Lung, and Blood Institute’s Framingham Heart Study”, *Circulation*, Vol. 119, pp. 1203-1210.
- Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 50, OECD Publishing, Paris.
- Parkin, D.M., F. Bray, F. Ferlay and P. Pisani (2005), “Global Cancer Statistics, 2002”, *CA Cancer J Clin*, No. 55, pp. 74-108.
- Peden, M. et al. (eds.) (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Peralta, L.M.P. (2006), “The Prehospital Emergency Care System in Mexico City: A System’s Performance Evaluation”, *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol. 21, No. 2, pp. 104-111.
- PHAC – Public Health Agency of Canada (2005), “Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease”, www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_37bk3-eng.php.
- PHAC (2008), “Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada”, *Report on Program Performance in 2003 and 2004*, PHAC, Canada.

- PHAC (2009), “Publicly-funded Immunization Programs in Canada – Routine Schedule for Infants and Children”, www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-eng.php.
- Rehm, J. et al. (2009), “Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder”, *The Lancet*, Vol. 373, pp. 2223-2233.
- Retzlaff-Roberts, D., C. Chang and R. Rubin (2004), “Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries”, *Health Policy*, Vol. 69, pp. 55-72.
- Rosso, S., A. Gondos, R. Zanetti et al. and EUNICE Survival Working Group (2010), “Up-to-date Estimates of Breast Cancer Survival for the Years 2000-2004 in 11 European Countries: The Role of Screening and a Comparison with Data from the United States”, *European Journal of Cancer*, Vol. 46, No.18, pp. 3351-3357.
- Sachs, B.P., C. Kobelin, M.A. Castro and F. Frigoletto (1999), “The Risks of Lowering the Cesareandelivery Rate”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, pp. 54-57.
- Sanmartin, C. et al. (2003), *Access to Health Care Services in Canada, 2001*, Statistics Canada, Ottawa.
- Sant, M. et al. (2009), “EUROCORE-4. Survival of Cancer Patients Diagnosed in 1995-1999. Results and Commentary”, *European Journal of Cancer*, Vol. 45, No. 6, pp. 931-991.
- Sassi, F. (2010), *Obesity and the Economics of Prevention – Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris.
- Sassi, F., M. Devaux, J. Church, M. Cecchini and F. Boronovi (2009), “Education and Obesity in Four OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 46, OECD Publishing, Paris.
- Scherer, P. and M. Devaux (2010), “The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data”, *OECD Health Working Paper*, No. 49, OECD Publishing, Paris.
- Schoen, C. et al. (2010), “How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries”, *Health Affairs*, Vol. 29, No. 12, pp. 2323-2334.
- Seenan, P., M. Long and P. Langhorne (2007), “Stroke Units in Their Natural Habitat: Systematic Review of Observational Studies”, *Stroke*, Vol. 38, pp. 1886-1892.
- Shafey, O. et al. (eds.) (2009), *The Tobacco Atlas*, 3rd edition, American Cancer Society, Atlanta.
- Shefer, A., L. Markowitz and S. Deeks et al. (2008), “Early Experience with Human Papillomavirus Vaccine Introduction in the United States, Canada, and Australia”, *Vaccine*, Vol. 26, No. S10, pp. K68-K75.
- Siciliani, L. and J. Hurst (2003), “Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 7, OECD Publishing, Paris.
- Simoens, S. and J. Hurst (2006), “The Supply of Physician Services in OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 21, OECD Publishing, Paris.
- Singleton, J.A. et al. (2000), “Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults– United States, 1993-1997”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49, No. SS-9, pp. 39-63.
- Sirven, N. and Z. Or (2010), “Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe”, *IRDES Working Paper*, No. 37, IRDES, Paris.
- Smith-Bindman, R., D.L. Miglioretti and E.B. Larson (2008), “Rising Use of Diagnostic Medical Imaging in a Large Integrated Health System”, *Health Affairs*, Vol. 27, No. 6, pp. 1491-1502.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. (2008), “Joint Policy Statement on Normal Childbirth”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vol. 30, No. 12, pp. 1163-1165.
- Sönnichsen, A.E. et al. (2010), “The Effectiveness of the Austrian Disease Management Programme for Type 2 Diabetes: A Cluster-Randomised Controlled Trial”, *BMC Family Practice*, Vol. 11, No. 86, pp. 2-10.
- Soop, M., U. Fryksmark and M. Köster et al. (2009), “The Incidence of Adverse Events in Swedish Hospitals: A Retrospective Medical Record Review Study”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 21, pp. 285-291.
- Starfield, B. et al. (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, pp. 457-502.
- Statistik Austria (2007), *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*, Statistik Austria, Wien.
- Sullivan, D.F. (1971), “A Single Index of Mortality and Morbidity”, *Health Services Mental Health Administration Reports*, Vol. 86, pp. 347-354.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare (2010), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2009*, Stockholm.

- Szucs, T. (2004), “Medical Economics in the Field of Influenza: Past, Present and Future”, *Virus Research*, Vol. 103, pp. 25-30.
- Taggart, D. (2009), “PCI or CABG in Coronary Artery Disease?”, *The Lancet*, Vol. 373, pp. 1190-1197.
- Tu, J.V. et al. (2009), “National Trends in Rates of Death and Hospital Admissions Related to Acute Myocardial Infarction, Heart Failure and Stroke, 1994-2004”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 180, No. 13, pp. E118-E125.
- UN Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health (2011), *Keeping Promises, Measuring Results: Final Report of the Commission*, WHO, Geneva.
- UNAIDS – Joint United Nations Programme in HIV/AIDS (2010), *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, UNAIDS, Geneva.
- UNICEF and WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.
- US Department of Health and Human Services (2006), *Healthy People 2010 Midcourse Review*, US Government Printing Office, Washington DC.
- USPSTF – US Preventive Services Task Force (2008), “Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 149, pp. 627-637.
- USRDS – US Renal Data System (2008), *2008 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.
- Van Doorslaer, E. et al. (2004), “Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 14, OECD Publishing, Paris.
- Verdecchia, A. et al. (2007), “Recent Cancer Survival in Europe: A 2000-02 Period Analysis of EUROCARE-4 Data”, *The Lancet Oncology*, Vol. 8, pp. 784-796.
- Villar, J. et al. (2006), “Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: the 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America”, *The Lancet*, Vol. 367, pp. 1819-1829.
- von Wagner, C. et al. (2011), “Inequalities in Participation in an Organized National Colorectal Cancer Screening Programme: Results From the First 2.6 Million Invitations in England”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 40, pp. 712-718.
- Westert, G.P. et al. (eds.) (2010), *Dutch Health Care Performance Report 2010*, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, The Netherlands.
- Wheeler, C.M., W.C. Hunt and N.E. Joste et al. (2009), “Human Papillomavirus Genotype Distributions: Implications for Vaccination and Cervical Cancer Screening in the United States”, *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 101, No. 7, pp. 1-13.
- WHO – World Health Organization (2000), “Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation”, *WHO Technical Report Series*, No. 894, WHO, Geneva.
- WHO (2001), *World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*, WHO, Geneva.
- WHO (2004a), *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*, WHO, Geneva.
- WHO (2004b), “Hepatitis B Vaccines”, *Weekly Epidemiological Record*, No. 28, pp. 253-264.
- WHO (2008a), “WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health”, www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/globalsurvey/en/index.html.
- WHO (2008b), “The Global Burden of Disease: 2004 Update”, WHO, Geneva.
- WHO (2009a), *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*, WHO, Geneva.
- WHO (2009b), *Hepatitis B WHO Fact Sheet*, No. 204, WHO, Geneva.
- WHO (2009c), *Vaccines for Pandemic Influenza A (H1N1)*, www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/en/index.html.
- WHO (2010a), *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, WHO, Geneva.
- WHO (2010b), “Chronic Rheumatic Conditions”, Fact Sheet, www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/.
- WHO (2010c), *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva.
- WHO (2010d), *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention: Global Policy Recommendations*, WHO, Geneva.
- WHO (2011a), *Global Information System on Alcohol and Health*, www.apps.who.int/ghodata.

- WHO (2011b), “Asthma”, *Fact Sheet*, No. 307, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html.
- WHO (2011c), “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)”, *Fact Sheet*, No. 315, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html.
- WHO (2011d), “Cancer”, *Fact Sheet*, No. 297, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.
- WHO (2011e), *Breast Cancer: Prevention and Control*, www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html.
- WHO (2011f), *WHO Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.
- WHO Europe (2007), “Prevalence of Excess Body Weight and Obesity in Children and Adolescents”, *Fact Sheet*, No. 2.3, European Environment and Health Information System.
- Wieggers, T. and C. Hukkelhoven (2010), “The Role of Hospital Midwives in the Netherlands”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 10, No. 80, www.biomedcentral.com/1471-2393/10/80.
- Wiener, J. et al. (2009), “Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining?”, Real Choice System Change Grant Program, US Department of Health and Human Services, Centres for Medicare and Medicaid Services, www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf.
- Wimo, A., B. Winblad and L. Jonsson (2010), “The Worldwide Societal Costs of Dementia: Estimates for 2009”, *Alzheimer's and Dementia*, Vol. 6, pp. 98-103.
- Woods, L.M., B. Rachet and M.P. Coleman (2006), “Origins of Socio-economic Inequalities in Cancer Survival: A Review”, *Annals of Oncology*, Vol. 17, No. 1, pp. 5-19.
- Wortmann, M. (2009), “Parallel Sessions-Dementia Policies: The Role of Alzheimer Associations in Campaigning for Change”, Alzheimer Europe, www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previousconferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies.

부록 A

인구, 경제 상황, 보건의료제도의 특징,
보건의료비 지출 및 재원 조달에 관한 추가 정보

표 A.1. 총인구, 연앙인구, 1,000명, 1960-2009년

	1960	1970	1980	1990	2000	2009
호주	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	21 955
오스트리아	7 048	7 467	7 549	7 678	8 012	8 363
벨기에	9 154	9 656	9 859	9 967	10 251	10 797
캐나다	18 180	21 747	24 516	27 698	30 689	33 368
칠레	7 643	9 570	11 174	13 179	15 398	16 929
체코	9 660	9 805	10 327	10 363	10 273	10 492
덴마크	4 580	4 929	5 123	5 141	5 337	5 519
에스토니아	1 216	1 365	1 473	1 568	1 370	1 340
핀란드	4 430	4 606	4 780	4 986	5 176	5 339
프랑스	45 684	50 77	53 880	56 709	59 062	62 636
독일 ¹	1 55 585	60 651	61 566	63 254	82 212	81 902
그리스	8 327	8 793	9 643	10 161	10 918	11 283
헝가리	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 023
아이슬란드	176	204	228	255	281	319
아일랜드	2 832	2 950	3 401	506	3 790	4 459
이스라엘 ²	2 150	2 958	3 878	4 660	6 289	7 485
이탈리아	50 200	53 822	56 434	56 719	56 942	58 947
일본	93 419	103 721	117 061	123 613	126 927	127 509
한국	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 747
룩셈부르크	314	340	364	382	436	494
멕시코	37 877	50 785	67 384	83 971	98 439	107 551
네덜란드	11 487	13 039	14 150	14 952	15 926	16 418
뉴질랜드	2 382	2 828	3 170	3 390	3 858	4 317
노르웨이	3 581	3 876	4 086	4 242	4 491	4 829
폴란드	29 561	32 526	35 578	38 031	38 256	38 153
포르투갈	8 858	8 680	9 766	9 983	10 226	10 630
슬로바키아	3 994	4 529	4 984	5 298	5 401	5 418
슬로베니아	1 580	1 670	1 832	1 927	1 985	2 020
스페인	30 455	33 753	37 527	38 851	40 264	45 930
스웨덴	7 485	8 043	8 311	8 559	8 872	9 301
스위스	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 744
터키	27 438	35 294	44 522	56 104	67 393	72 484
영국	52 371	55 633	56 331	57 238	58 888	60 931
미국	180 671	205 052	227 225	249 623	282 166	306 656
OECD (총계)	768 937	870 331	965 971	1 049 028	1 153 084	1 220 287

1. 1991년 이전의 독일은 서독을 말함.

2. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

출처 : OECD Health Data 2011.

표 A.2. 65세 이상 인구의 비율, 1960-2009년

	1960	1970	1980	1990	2000	2009
호주	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.3
오스트리아	12.2	14.1	15.4	14.9	15.4	17.5
벨기에	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.1
캐나다	7.5	7.9	9.4	11.3	12.6	13.9
칠레	4.8	5.0	5.5	6.1	7.2	8.8
체코	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	15.0
덴마크	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	16.1
에스토니아	10.5	11.7	12.5	11.6	15.1	17.0
핀란드	7.3	9.2	12.0	13.4	14.9	16.9
프랑스	11.6	12.9	13.9	14.0	16.1	16.7
독일	10.8	13.2	15.5	15.3	16.4	20.5
그리스	8.1	11.1	13.1	13.8	16.6	18.8
헝가리	9.0	11.6	13.4	13.3	15.1	16.5
아이슬란드	8.1	8.8	9.9	10.6	11.6	11.8
아일랜드	11.1	11.1	10.7	11.4	11.2	11.1
이스라엘 ¹⁾	5.0	6.7	8.6	9.1	9.8	9.8
이탈리아	9.3	10.9	13.1	14.9	18.3	20.4
일본	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	22.7
한국	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	10.7
룩셈부르크	10.8	12.5	13.6	13.4	14.1	14.0
멕시코	3.4	4.6	4.3	4.1	4.7	5.8
네덜란드	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	15.2
뉴질랜드	8.7	8.4	9.7	11.2	11.8	12.8
노르웨이	11.0	12.9	14.8	16.3	15.2	14.8
폴란드	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.5
포르투갈	7.9	9.4	11.3	13.4	16.2	17.8
슬로바키아	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	12.2
슬로베니아	7.8	9.9	11.4	11.1	14.0	16.2
스페인	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.7
스웨덴	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.9
스위스	10.2	11.4	13.8	14.6	15.3	17.2
터키	3.6	4.4	4.7	4.4	5.4	7.6
영국	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	15.8
미국	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	13.0
OECD (총계)	8.5	9.9	11.4	12.1	13.5	14.9

1. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932526676>

표 A.3. 2009년 1인당 GDP와 1970-2009년 연평균 증가율

	1인당 GDP (USD PPP)	연평균 증가율 (실질)			
	2009	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-09
호주 ¹	39 409	1.3	1.4	2.4	1.7
오스트리아	38 823	3.5	2.0	2.1	1.0
벨기에	36 287	3.2	1.9	1.9	0.7
캐나다	38 230	2.8	1.6	1.9	0.8
칠레	14 131	..	..	4.8	2.5
체코	25 568	..	..	0.3	3.0
덴마크	37 706	1.9	2.0	2.2	0.1
에스토니아	19 882	..	..	..	4.2
핀란드	35 237	3.4	2.6	1.7	1.3
프랑스	33 763	3.0	1.9	1.6	0.5
독일	36 328	2.7	2.1	0.3	0.6
그리스 ²	28 251	3.6	0.2	1.6	3.9
헝가리	20 280	..	..	..	2.2
아이슬란드	36 655	5.2	1.6	1.5	1.4
아일랜드	39 652	3.3	3.3	6.3	1.1
이스라엘 ³	27 495	2.4	1.9	2.8	1.0
이탈리아	33 105	3.3	2.4	1.5	-0.2
일본 ¹	33 854	3.2	4.1	0.9	1.1
한국	27 150	7.2	8.4	5.6	3.5
룩셈부르크	521	1.9	4.5	3.6	1.6
멕시코	14 322	3.6	-0.4	1.8	0.4
네덜란드	41 085	2.3	1.7	2.5	1.6 ⁴
뉴질랜드	28 985	0.6	1.3	1.7	1.4
노르웨이	55 730	4.1	2.1	3.1	0.9
폴란드	18 929	..	..	3.7	3.9
포르투갈 ¹	24953	3.5	3.0	2.7	0.5
슬로바키아	22 868	..	..	..	4.8
슬로베니아	27 829	..	..	1.6	2.7
스페인	32 254	2.5	2.6	2.4	0.8
스웨덴	37 155	1.6	1.9	1.7	1.1
스위스	45 150	1.0	1.6	0.4	0.7
터키 ¹	14 848	1.7	2.8	1.8	3.6
영국	35 656	1.8	2.6	2.2	1.0
미국	45 797	2.2	2.3	2.2	0.6
OECD (총계)	33 320	2.8	2.3	2.3	1.6

1. 2008년 자료가 가장 최근 자료임.

2. 2007년 자료가 가장 최근 자료임.

3. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

4. 가장 최근 조사 자료가 2008년임.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/8889325266787>

표 A.4 2008 - 2009년 일부 진료 기능에 대한 1차적인 건강보험의 기본적 보장 및 전형적인 비용 보장 비율

	급성 입원 진료	외래 1차 진료 및 전문의 진료	약제비	치과 진료
호주	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장 안됨
오스트리아	보장됨, 76-99%	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 100%
벨기에	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%
캐나다	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 51-75%	보장 안됨
체코	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%	보장됨, 1-50%
덴마크	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 51-75%	보장됨, 1-50%
핀란드	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%	보장됨, 76-99%
프랑스	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%	보장됨, 51-75%	보장됨, 1-50%
독일	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%
그리스	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 1-50%
헝가리	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 1-50%
아이슬란드	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%
아일랜드	보장됨, 100%	보장됨, 100%	· ·	보장 안됨
이탈리아	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 100%	보장됨, 1-50%
일본	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%
한국	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%	보장됨, 51-75%	보장됨, 51-75%
룩셈부르크	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%
멕시코	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 100%
네덜란드	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 1-50%
뉴질랜드	보장됨, 100%	보장됨, 51-75%	보장됨, 76-99%	보장 안됨
노르웨이	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장 안됨
폴란드	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 51-75%	보장됨, 100%
포르투갈	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 1-50%	보장됨, 1-50%
슬로바키아	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%
스페인	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 100%
스웨덴	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 51-75%	보장됨, 1-50%
스위스	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장 안됨
터키	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%	보장됨, 76-99%	보장됨, 100%
영국	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 100%	보장됨, 76-99%

출처 : OECD Survey on Health System Characteristics 2008-2009, OECD estimate.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/8889325266806>

표 A.5 OECD 국가의 의사에 대한 주된 보수 지불 방식

	1차 진료 의사	전문의 외래 진료	전문의 입원 진료
호주	행위별 수가	행위별 수가	봉급
오스트리아	행위별 수가/인두제	행위별 수가	봉급
벨기에	행위별 수가	행위별 수가	..
캐나다	행위별 수가	행위별 수가	행위별 수가
체코	행위별 수가/인두제	행위별 수가/봉급	봉급
덴마크	행위별 수가/인두제	봉급	봉급
핀란드	봉급	봉급	봉급
프랑스	행위별 수가	행위별 수가	봉급
독일	행위별 수가	행위별 수가	봉급
그리스	봉급	행위별 수가/봉급	봉급
헝가리	인두제	봉급	..
아이슬란드	봉급	행위별 수가	봉급
아일랜드	인두제/행위별 수가	행위별 수가	봉급
이탈리아	인두제	봉급	봉급
일본	행위별 수가	행위별 수가	행위별 수가
한국	행위별 수가	행위별 수가	..
룩셈부르크	행위별 수가	행위별 수가	..
멕시코	봉급	봉급	봉급
네덜란드	인두제 행위별 수가	행위별 수가	
뉴질랜드	행위별 수가/봉급	행위별 수가/봉급	행위별 수가/봉급
노르웨이	행위별 수가/인두제	행위별 수가/봉급	봉급
폴란드	인두제	행위별 수가	..
포르투갈	봉급	봉급	..
슬로바키아	인두제	..	봉급
스페인	봉급/인두제	봉급	봉급
스웨덴	봉급	봉급	..
스위스	행위별 수가	행위별 수가	..
터키	행위별 수가/봉급	행위별 수가/봉급	행위별 수가/봉급
영국	봉급/인두제/행위별 수가	봉급	봉급
미국	봉급/인두제/행위별 수가	행위별 수가	..

출처 : OECD Survey of Health System Characteristics 2008-2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/8889325266825>

표 A.6. 2009년 1인당 총 보건의료비, 2000-2009년 연평균 증가율

	1인당 총 보건 의료비(USD PPP)	연평균 증가율 (실질) ¹				
		2009	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2000-2009년 혹은 최근년도
호주 ²	3 445	2.6	2.8	1.5	..	2.8
오스트리아	4 289	1.8	3.3	2.7	2.2	2.2
벨기에 ³	3 946	-2.6	2.8	4.5	4.2	4.0
캐나다	4 363	3.2	1.9	2.5	7.4	3.7
칠레	1 186	-0.8	7.9	11.6	9.0	5.2
체코	2 108	2.4	2.4	6.8	10.4	5.7
덴마크	4 348	4.7	1.8	0.9	6.0	3.3
에스토니아	1 393	10.6	11.8	10.8	-1.1	7.5
핀란드	3 226	3.0	1.1	4.3	0.1	4.0
프랑스	3 978	0.9	1.5	0.4	2.7	2.2
독일	4 218	2.1	1.6	3.2	4.0	2.0
그리스 ⁴	2 724	5.3	4.0	..	..	6.9
헝가리	1 511	1.0	-7.0	-2.3	-3.6	2.8
아이슬란드	3 538	-1.6	3.1	-0.9	-1.4	1.6
아일랜드	3 781	1.6	5.1	9.0	-1.0	6.1
이스라엘 ⁵	2 165	0.9	3.0	4.7	0.1	1.5
이탈리아	3 137	2.3	-2.9	3.6	-0.8	1.6
일본 ²	2 878	1.7	2.4	2.6	..	2.4
한국	1 879	11.9	9.2	4.5	7.2	8.6
룩셈부르크	4 808	-0.3	-4.9	-6.9	8.0	0.7
멕시코	918	0.8	4.2	1.7	2.4	3.1
네덜란드	4 914	2.1	3.3	3.7	..	4.4 ⁶
뉴질랜드	2 983	5.9	-1.5	6.2	7.4	4.8
노르웨이	5 352	-3.5	4.4	-3.4	8.4	2.4
폴란드	1 394	6.1	10.8	14.5	6.8	7.3
포르투갈 ²	2 508	-2.0	1.4	0.4	..	1.5
슬로바키아	2 084	12.9	16.5	9.2	8.2	10.9
슬로베니아	2 579	4.0	0.3	11.0	1.7	3.9
스페인	3 067	3.3	3.2	4.9	1.5	4.0
스웨덴	3 722	2.4	2.2	2.1	1.8	3.4
스위스	5 144	-1.3	1.1	2.0	2.8	2.0
터키 ¹	902	12.6	7.4	4.5	..	6.3
영국	3 487	5.1	1.4	3.6	5.2	4.8
미국	7 960	2.2	2.2	1.6	2.2	3.3
OECD (총계)	3 233	3.0	3.2	3.8	3.6	4.0

1. 2000년 GDP 가격 수준에서 국가 통화 단위를 사용.

2. 2008년 자료가 가장 최근 가용 자료임.

3. 투자 제외.

4. 2007년 자료가 가장 최근 가용 자료임.

5. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

6. 가장 최근 조사 자료가 2008년임.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/88893252667844>

표 A.7 2009년 1인당 공공 보건의료비와 2000-2009년 연평균 증가율

	1인당 총 보건 의료비 (USD PPP)	연평균 증가율 (실질) ¹				
	2009	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2000-2009년 혹은 최근년도
호주 ²	2 342	2.1	4.2	2.3	..	3.0
오스트리아	3 331	1.6	3.9	3.7	2.8	2.3
벨기에 ³	2 964	-5.3	2.3	6.6	4.4	4.1
캐나다	3 081	2.6	2.5	2.9	7.6	3.7
칠레	562	4.4	10.6	13.6	17.4	4.1
체코	1 769	1.7	0.6	3.4	12.3	4.9
덴마크	3 698	4.9	1.5	1.3	6.5	3.5
에스토니아	1 049	5.6	15.3	14.1	-4.3	7.2
핀란드	2 410	2.2	0.5	4.4	0.4	4.6
프랑스	3 100	0.8	1.0	-0.4	3.1	2.0
독일	3 242	1.8	1.6	3.4	4.5	1.5
그리스 ⁴	1 644	8.7	1.2	..	..	7.0
헝가리	1 053	1.3	-9.9	-1.4	-5.4	2.7
아이슬란드	2 901	-0.9	3.8	-0.8	-2.1	1.7
아일랜드	2 836	1.4	5.2	8.8	-3.2	6.1
이스라엘 ⁵	1 266	0.5	1.8	4.9	0.2	0.8
이탈리아	2 443	2.8	-3.0	4.9	-0.4	2.4
일본 ²	2 325	-1.0	3.6	3.2	..	2.4
한국	1 093	17.0	10.2	4.7	11.5	10.8
룩셈부르크	4 040	0.0	-6.0	-7.0	8.0	0.6
멕시코	443	1.2	4.6	5.1	5.3	3.5
네덜란드	3 884	27.7	2.7	3.8	..	6.7 ⁶
뉴질랜드	2 400	6.5	1.4	6.8	7.7	5.2
노르웨이	4 501	-3.2	4.8	-3.1	8.1	2.6
폴란드	1 006	7.0	12.3	16.7	6.7	7.7
포르투갈 ²	1 633	-3.4	0.8	-0.6	..	1.3
슬로바키아	1 369	3.7	14.0	10.7	4.9	7.2
슬로베니아	1 893	4.2	0.3	12.9	1.6	3.9
스페인	2 259	4.4	3.5	6.5	2.9	4.3
스웨덴	3 033	2.4	2.5	2.3	1.8	2.9
스위스	3 072	-1.8	1.1	2.7	3.1	2.8
터키 ²	659	13.4	6.6	12.4	..	8.3
영국	2 935	4.3	1.4	4.9	7.5	5.6
미국	3 795	4.1	2.7	3.6	5.8	4.5
OECD (총계)	2 354	3.6	3.2	4.8	4.2	4.2

1. 2000년 GDP 가격 수준에서 국가 통화 단위를 사용.

2. 2008년 자료가 가장 최근 가용 자료임.

3. 투자 제외.

4. 2007년 자료가 가장 최근 가용 자료임.

5. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

6. 가장 최근 조사 자료가 2008년임.

출처 : OECD Health Data 2011.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/88893252667863>

표 A.8. GDP 대비 보건의료비, 1980-2009년

	1980	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009
호주	6.1	6.7	7.2	8.0	8.4	8.5	8.7	..
오스트리아	7.4	8.3	9.5	9.9	10.4	10.3	10.4	11.0
벨기에 ¹	6.3	7.2	7.6	8.1	10.1	9.7e	10.1	10.9
브라질	..	..	6.7	7.2	8.2	8.4	8.4	9.0
캐나다	7.0	8.9	9.0	8.8	9.8	10.0	10.3	11.4
칠레	..	..	5.3	6.6	6.9	6.9	7.5	8.4 ^e
중국	..	..	3.5	4.6	4.7	4.2	4.3	4.6
체코	..	4.7	7.0	6.5	7.2	6.8	7.1	8.2
덴마크	8.9	8.3	8.1	8.7	9.8	10.0	10.3	11.5
에스토니아	..	..	..	5.3	5.0	5.2	6.1	7.0
핀란드	6.3	7.7	7.9	7.2	8.4	8.1	8.4	9.2
프랑스	7.0	8.4	10.4	10.1	11.1	11.0	11.1	11.8
독일	8.4	8.3	10.1	10.3	10.7	10.5	10.7	11.6
그리스	5.9	6.6	8.6	7.9	9.6	9.6	..	..
헝가리	..	7.0 ¹⁹⁹¹	7.3	7.0	8.3	7.5	7.2	7.4
아이슬란드	6.3	7.8	8.2	9.5	9.4	9.1	9.1	9.7
인도	..	..	4.3	4.6	4.0	4.1	4.2	4.2
인도네시아	..	..	1.8	2.0	2.1	2.5	2.3	2.4
아일랜드	8.2	6.1	6.6	6.1	7.6	7.7	8.8	9.5
이스라엘 ²	7.7	7.1	7.6	7.5	7.8	7.6	7.7	7.9
이탈리아	..	7.7	7.3	8.1	8.9	8.7	9.0	9.5
일본	6.4	5.9	6.9	7.7	8.2	8.2	8.5	..
한국	3.7	4.0	3.8	4.5	5.7	6.3	6.5	6.9
룩셈부르크	5.2	5.4	5.6	7.5	7.9	7.1	6.8	7.8
멕시코	..	4.4	5.1	5.1	5.9	5.8	5.8	6.4
네덜란드	7.4	8.0	8.3	8.0	9.8	9.7	9.9	12.0 ^e
뉴질랜드	5.8	6.8	7.1	7.6	8.7	8.8	9.6	10.3
노르웨이	7.0	7.6	7.9	8.4	9.1	8.9	8.6 ^e	9.6 ^e
폴란드	..	4.8	5.5	5.5	6.2	6.4	7.0	7.4
포르투갈	5.1	5.7	7.5	9.3	10.4	10.0	10.1	..
러시아	..	..	5.3	5.4	5.2	5.4	4.8	5.4
슬로바키아	..	..	5.8 ¹⁹⁹⁷	5.5	7.0	7.7	8.0	9.1
슬로베니아	..	..	7.5	8.3	8.4	7.8	8.4	9.3
남아공	..	..	7.5	8.5	8.8	8.4	8.2	8.5
스페인	5.3	6.5	7.4	7.2	8.3	8.5	9.0	9.5
스웨덴	8.9	8.2	8.0	8.2	9.1	8.9	9.2	10.0
스위스	7.4	8.2	9.6	10.2	11.2	10.6 ^e	10.7	11.4
터키	2.4	2.7	2.5	4.9	5.4	6.0	6.1	..
영국	5.6	5.9	6.8	7.0	8.2	8.4	8.8	9.8
미국	9.0	12.4	13.7	13.7	15.7	16.0	16.4	17.4
OECD	6.6	6.9	7.5	7.8	8.7	8.6	8.8	9.6³

| 연도에 차이가 있음.

e : 잠정 추정치.

1. 투자 제외.

2. 이스라엘에 대한 정보는 <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602> 참조.

3. OECD 평균은 가용한 가장 최근 자료로 계산함.

출처 : OECD Health Data 2011, WHO Global Health Expenditure Database.

부록 B

OECD 비회원국의 자료 출처

Brazil	
Indicators 1.1 and 1.7	World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, online, www.databank.worldbank.org .
Indicator 1.8	World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, online, www.databank.worldbank.org .
Indicators 1.12, 4.4 and 4.9	Ministry of Health /SE/Datasus, Outcare Information System of SUS (SIA/SUS), www.datasus.gov.br .
Indicators 2.1 and 2.3	Ministry of Health (2010), VIGITEL: Vigilância de fatores de riesco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2009, Brasília, DF.
Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicators 3.2 and 3.7	Ministry of Health/SGTES/DEGERTS/CONPROF, Professional Councils, www.datasus.gov.br .
Indicator 4.3	Ministry of Health/SAS, National Register of Health Facilities (CNES), www.datasus.gov.br .
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .
China	
Indicator 1.1	World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, online, www.databank.worldbank.org .
Indicators 1.7 and 1.12	Ministry of Health (2011), China Health Statistics Yearbook 2011, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Indicator 1.8	World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, online, www.databank.worldbank.org .
Indicator 2.1	WHO, Global Adult Tobacco Survey (GATS), www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html .
Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicator 2.3	Ministry of Health, Ministry of Science and Technology and National Bureau of Statistics (2004), The Nutrition and Health Status of the Chinese People 2002.
Indicators 3.2, 3.7, 4.3 and 4.4	Ministry of Health (2010), China Health Statistics Yearbook 2010, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Indicator 4.5	Ministry of Health (2010), China Health Statistics Digest 2010, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Indicator 4.9	Lumbiganon, P. et al. (2010), "Method of Delivery and Pregnancy Outcomes in Asia: The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2007-08", The Lancet, Vol. 375, pp. 490-499.
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .
India	
Indicators 1.1 and 1.7	World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, online, www.databank.worldbank.org .
Indicator 1.8	World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, online, www.databank.worldbank.org .
Indicator 1.12	UNAIDS (2004), HIV/AIDS Profile, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva.
Indicator 2.1	WHO, Global Adult Tobacco Survey (GATS), www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html .

Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicator 2.3	International Institute for Population Science (IIPS), ORC Macro. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06.
Indicators 3.2, 3.7 and 4.3	Ministry of Health and Family Welfare, National Health Profile 2010.
Indicator 4.9	Lumbiganon, P. et al. (2010), "Method of Delivery and Pregnancy Outcomes in Asia: The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2007-08", <i>The Lancet</i> , Vol. 375, pp. 490-499.
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .
Indonesia	
Indicators 1.1 and 1.7	World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, online, www.databank.worldbank.org .
Indicator 1.8	World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, online, www.databank.worldbank.org .
Indicators 1.12, 3.2, 3.7, 4.3 and 4.5	Ministry of Health (2010), Indonesia Health Profile 2009.
Indicator 2.1	WHO, Global Infobase, www.infobase.who.int .
Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicator 2.3	Soemantri, S., J. Pradono and D. Hapsari (2001), National Health Survey (Surkesnas) 2001. National Household Health Survey Morbidity Study, NCD risk factors in Indonesia. www.who.int/chp/steps/STEPS_Report_Indonesia_National_2001.pdf .
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .
Russian Federation	
Indicator 1.1	Federal States Statistical Services (ROSSTAT), Central Statistics Database, www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi ; and Human Mortality Database (2011) www.mortality.org or www.humanmortality.de .
Indicators 1.7 and 4.3	Federal States Statistical Services (ROSSTAT), Central Statistics Database, www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi .
Indicators 1.8, 1.12, 3.2, 3.7, 4.4, 4.5 and 4.9	WHO-Europe, European Health for All Database (HFA-DB).
Indicator 2.1	WHO, Global Adult Tobacco Survey (GATS), www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html .
Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicator 2.3	Institute of Sociology, Paragon Research International Russian Center for Preventive Medicine, Russian Institute of Nutrition and State Statistical Bureau, Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS) 2005.
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .
South Africa	
Indicators 1.1 and 1.7	World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, online, www.databank.worldbank.org .
Indicators 1.8, 4.5 and 4.9	National Department of Health, District Health Information System (DHIS), online.
Indicator 1.12	Actuarial Society of South Africa, ASSA Model 2008.
Indicator 2.1	Health System Trust, www.hst.org.za .
Indicator 2.2	WHO, Global Information System on Alcohol and Health, online, www.apps.who.int/ghodata .
Indicator 2.3	Department of Health, Medical Research Council (2007), ORC Macro, South Africa Demographic and Health Survey 2003, National Department of Health, Pretoria.
Indicators 3.2 and 3.7	Health Professions Council of South Africa (HPCSA), www.hpcsa.co.za .
Indicator 4.3	Private sector: Wilbury and Claymore, Hospitals Direct Database. Public sector: National Department of Health, District Health Information System (DHIS), online.
Indicator 5.11	WHO, Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/ .
Indicators 7.1 and 7.2	WHO, Global Health Expenditure Database, www.who.int/nha/database .

경제개발 협력기구

OECD는 세계화에 따른 경제, 사회 그리고 환경 문제에 대응하기 위하여 회원국 정부가 공동으로 노력하는 유일한 장이다. OECD는 기업 지배구조, 정보 경제, 인구 고령화와 같은 새로운 변화와 문제에 대처하는 정부를 이해하고 도움을 주는데 앞장서고 있다. OECD는 각국 정부가 그들의 정책경험을 비교하거나, 공통과제에 대한 해결책을 모색하거나, 또는 모범사례를 확인하거나, 국내외 정책을 조화시키기 위해 노력할 수 있는 준거의 틀을 제공하고 있다.

OECD 회원국은 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국이다. 유럽연합도 OECD 작업에 참여하고 있다.

OECD 출판물은 회원국이 동의한 협약, 지침, 기준뿐만 아니라 경제, 사회 및 환경적 이슈에 관하여 수집된 통계와 연구 결과를 널리 전파한다.

한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011

목차

OECD 50주년 : 지난 50년 동안 OECD 국가들의 보건성과를 측정하며

제1장. 건강상태

제2장. 건강의 비의료적 결정요인

제3장. 보건의료 인력

제4장. 보건의료 활동

제5장. 보건의료의 질

제6장. 진료 접근성

제7장. 의료비와 재원조달

제8장. 장기요양

본 출판물의 영문 원본은 다음 사이트에서 확인할 수 있습니다.

OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

본 간행물은 모든 OECD단행본, 연속간행물 및 통계 데이터베이스를 수집하는 OECD전자도서관에 게재됩니다.

OECD전자도서관 : www.oecd-ilibrary.org