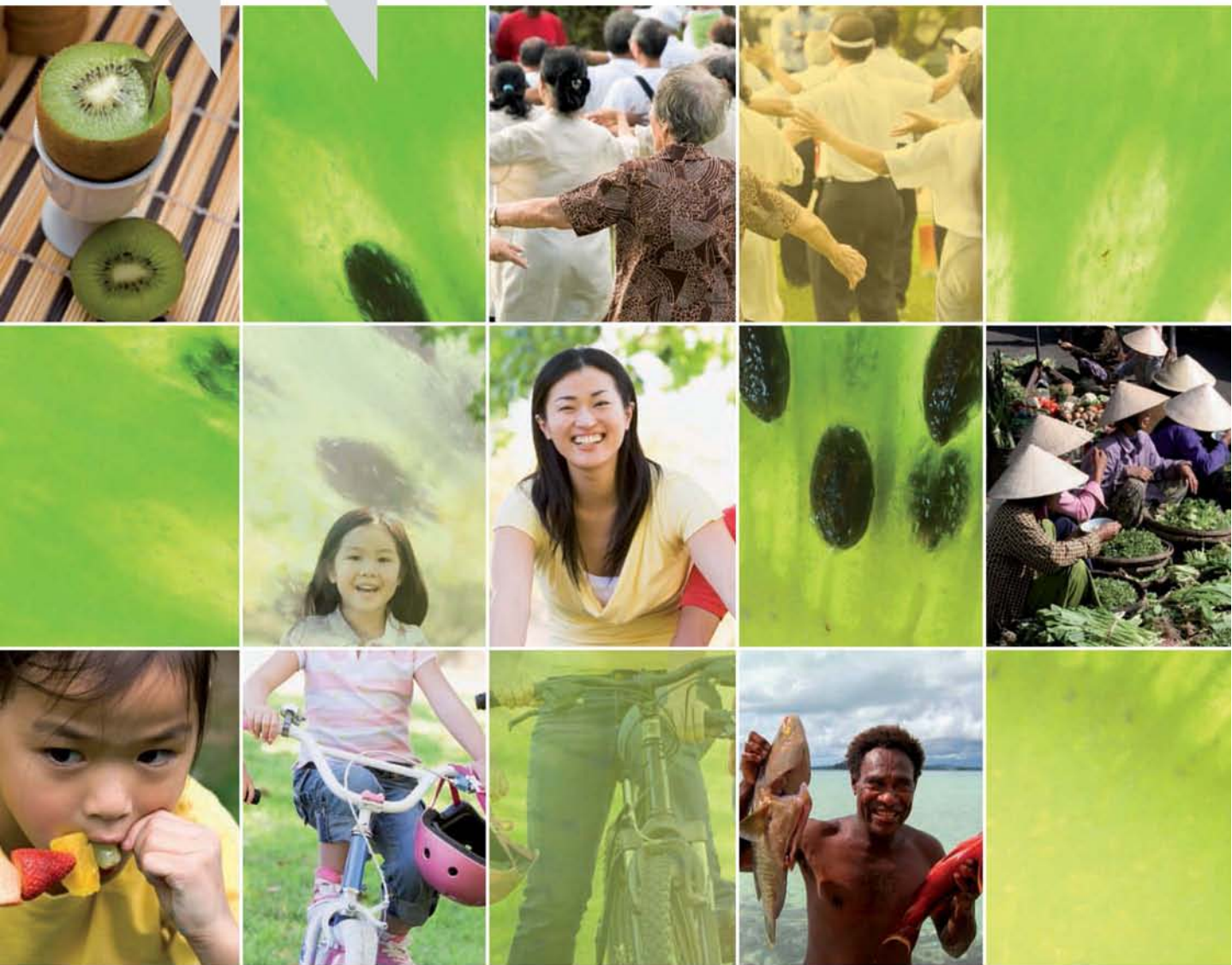


한 눈에 보는 보건

2010 아시아/태평양판



한 눈에 보는 보건 2010 : 아시아/태평양판은 OECD에서 아래제목의 영어로 발간하였습니다.

- Health at a Glance : Asia/Pacific 2010

이 보고서 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.

본 한국어판은 파리의 OECD와 계약에 의해 발간되었으며, 저작권은 OECD 대한민국정책센터에 있습니다.

한국어 번역의 품질 및 원본과 일치 여부는 OECD 대한민국정책센터의 책임 하에 있습니다.

한 눈에 보는 보건

2010 아시아/태평양판



OECD / Korea Policy Centre
Health and Social Policy Programme

표지 일러스트: ©iStockphoto.com/Richard Clarke/ILYA GENKIN/espion/Catherine Yeulet/Jason Hamel/Kim Gunke/David Gunn.

이 보고서는 영어로 OECD에서 발간하였으며, 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.
본 한국어판은 파리의 OECD와 계약에 의해 발간되었으며, 저작권은 OECD 대한민국정책센터에 있습니다.
한국어 번역의 품질 및 원본과 일치 여부는 OECD 대한민국정책센터의 책임 하에 있습니다.

서 문

이번 한 눈에 보는 보건 아시아/태평양판 첫 보고서는 4개의 OECD 아태지역 회원국(호주, 일본, 뉴질랜드, 대한민국)을 포함한 아태지역 27개국의 보건 및 보건의료제도에 관한 주요 지표들을 제시한다. 이번 보고서는 “한 눈에 보는 OECD 보건지표”의 기존 보고서 형식을 바탕으로 구성되었으며 건강상태, 건강의 결정요인, 보건의료 자원 및 활용, 보건의료비 및 재원조달에 관한 비교 데이터를 제시한다.

한 눈에 보는 보건지표의 범위를 아태지역에 있는 국가로 확대하는 것은 어려움이 있다. 왜냐하면 아태지역 국가들은 다양하고, 각국의 보건 문제나 보건의료 체계의 발달 수준도 각기 다르기 때문이다. 본 보고서에서 선택한 지표는 가용한 정보를 이용하여 아태지역의 보건 및 보건의료 체계를 간결하고 정량적으로 보여준다. OECD의 자료뿐만 아니라 이번 한 눈에 보는 아태지역 보건지표를 발행하는 데 있어서 세계보건기구의 통계를 많이 활용했다.

이 보고서는 루카 로렌조니와 마이클 드 루퍼의 협조 하에 OECD 보건과(Health Division)와 OECD대한민국정책센터가 준비했다. 제1장과 2장은 마이클 드 루퍼, 제3장은 강은정(한국보건사회연구원), 라비 P. 라난 엘리아와 루완티 위크라마싱헤(스리랑카 보건정책 연구소), 마이클 드 루퍼, 가에탄 라포춘, 발레리 모란이 준비했다. 제4장은 루카 로렌조니와 정형선(한국 연세대학교)이 작성했다. 마크 피어슨(OECD 보건부), 마티나 켈니와 크리스토퍼 제임스(WHO WPRO)와 서닐 세나나야케(WHO SEARO)이 본 보고서를 작성하는 데 많은 조언과 의견을 제공했다.

역자 서문

“비교를 넘어 기여로”

○ OECD는 2001년부터 격년으로 회원국의 보건지표와 주요 내용을 'Health at a Glance'로 요약 출판해왔습니다. OECD의 지표가 완벽하지는 않지만, 각 분야별 비교를 통하여 우리사회의 위치를 객관적으로 돌아보게 하는 역할을 수행하고 있습니다.

OECD의 정책을 아시아 태평양 비회원국에게 전파하기 위하여 설립된 OECD 대한민국정책센터는 비회원국 전문가들과 OECD가 만나는 교류의 장을 만들어왔습니다. 이러한 전문가 네트워크를 바탕으로, OECD 회원국이 산출해오던 보건지표를 아시아 태평양지역 비회원국에서도 산출해내는 작업을 시도하였습니다. 각국의 보건의료 발달단계와 자료수집 여건의 차이로 인하여 많은 한계가 있었지만, 2010년 12월 'Health at a Glance : Asia/Pacific 2010'을 출간하였습니다. 이 최초의 출간물을 보다 많은 한국 독자들과 소개하고자 최초의 한국어판 ‘한 눈에 보는 보건 2010 아시아/태평양판’을 발간하게 되었습니다.

한국어판의 발간에는 OECD 대한민국정책센터 이한울 연구원을 비롯한 직원들께서 관심을 기울여 주셨으며, 서울대 보건대학원 권순만 교수님과 건강보험정책연구원의 최기춘 박사님의 감수를 통해 한층 높은 완성도를 가지고 독자들과 만날 수 있게 되었습니다.

한국어판을 통하여 보다 많은 독자들과 OECD의 순위와 비교를 넘어, 아시아 태평양지역에서 한국의 역할에 대해서도 관심을 갖는 계기가 되기를 진심으로 기원합니다.

2011년 6월

OECD 대한민국정책센터 사회정책본부장 곽 숙 영

목 차

서론	7
1. 건강상태	11
1.1. 평균수명	12
1.2. 영아사망	14
1.3. 5세 미만의 사망	16
1.4. 모든 원인에 의한 사망	18
1.5. 심혈관 질환에 의한 사망	20
1.6. 암에 의한 사망	22
1.7. 상해에 의한 사망	23
1.8. 산모사망	26
1.9. HIV/AIDS	28
1.10. 결핵	30
1.11. 말라리아	32
1.12. 당뇨	34
2. 건강의 결정요인	37
2.1. 생식건강	38
2.2. 저체중아 출생	40
2.3. 모유수유	42
2.4. 영양	44
2.5. 저체중 및 과체중	46
2.6. 물과 위생시설	48
2.7. 담배	50
2.8. 알코올	52
3. 보건의료 자원과 활용	55
3.1. 의사와 간호사	56
3.2. 의사진찰	58
3.3. 병상과 평균 자원일수	60
3.4. 퇴원	62

3.5. 임신과 출산	64
3.6. 아동기 예방접종	66
4. 보건의료비 및 자원조달	69
4.1. 일인당 보건의료비 지출	70
4.2. 국내총생산(GDP)대비 보건의료비 지출	72
4.3. 보건의료 자원조달	74
4.4. 기능별 보건의료비 지출	76
4.5. 공급자별 보건의료비 지출	78
부록 A. 데이터 원본	81
부록 B. 인구, 경제 부문에 대한 추가정보	83
표 A.1. 연앙추계인구, 1000명, 1960~2008	83
표 A.2. 65세 이상 인구 비율, 1960~1965, 2005~2010	84
표 A.3. 인구 1000명당 조출생률, 1960~2008	85
표 A.4. 15~49세 여성 일인당 자녀수, 출산율, 1960~1965, 2005~2010.	86
표 A.5. 2008년 일인당 GDP, 1970~2008 연평균 GDP 증가율	87
참고문헌	88

서론

이번 한 눈에 보는 보건 아시아/태평양판 첫 보고서는 4개의 OECD 아태지역 회원국(호주, 일본, 뉴질랜드, 대한민국)을 포함한 아태지역 27개국의 보건 및 보건의료제도에 관한 주요 지표들을 제시한다. 이번 보고서는 “한 눈에 보는 OECD 보건지표”의 기존 보고서 형식을 바탕으로 구성되었으며 건강상태, 건강의 결정요인, 보건의료 자원 및 활용, 보건의료비 및 재원조달에 관한 비교 데이터를 제시한다.

본 보고서에서 선별한 지표들은 기존 데이터의 가용성과 비교가능성을 고려하여 아태지역 국가들의 주요 정보와 관련된 것이다. 이번 보고서를 발행하는데 있어서 세계보건기구 특히 서부 태평양 및 동남아시아 지역 사무소(WPRO와 SEARO)가 수집하는 행정적 데이터, 프로그램 데이터 및 인구, 보건의료 정보가 수록된 특별 국가 조사 데이터를 이용했다.

또한 아태지역에 있는 아시아 태평양 국민보건계정 네트워크(APNHAN)와 같은 기구 및 전문가와의 협력적 관계는 본 보고서를 발행하는 데 큰 도움이 되었다.

보고서의 지표들은 읽기 쉬운 형태로 설명을 곁들여서 실었다.

보고서의 구조

한 눈에 보는 아태지역 보건지표 2010은 네 개의 장으로 구성되어 있다.

- 건강상태에 대한 내용을 다루고 있는 1장은 평균수명, 영아 및 아동 사망, 전염성 질환과 비전염성 질환을 포함한 사망과 질병발생의 주요 원인에 대한 국가별 차이에 대해 보여준다.
- 건강의 결정요인을 다루고 있는 2장에서는 보건의 비의료적 결정요인을 중점적으로 다루고 있다. 이 장에서는 생식건강, 저체중아 출생, 모유수유 등을 통해 모자건강을 살펴본다. 또한 흡연, 음주, 영양, 저체중과 과체중 및 물과 위생시설 문제와 같은 생활방식 및 행동적 지표들도 살펴본다.
- 보건의료 자원과 활용을 다루고 있는 3장에서는 보건의료 체계의 투입과 산출에 대해 검토한다. 이번 장에서는 의사진찰, 퇴원, 임신, 출산 및 영아보건과 관련한 서비스 등 의사와 간호사, 병상의 공급 및 1차, 2차 보건의료서비스 제공에 대한 내용을 다루고 있다.
- 보건의료비 및 재원조달을 다루고 있는 4장에서는 아태지역의 의료비지출의 경향을 살펴본다. 또한 보건의료서비스 및 상품에 대한 비용지불 방법과 국가별로 차이를 보이는 의료비의 공적자금지원, 민간건강보험, 환자가 직접 부담하는 본인부담금에 대해 다룬다.

부록 B에서는 각 국가의 의료보건체계 운영에 영향을 주는 인구, 경제적 상황에 대한 자료를 담고 있다.

아시아 태평양지역 국가

한 눈에 보는 아태지역 보건지표에 관한 첫 보고서를 발행하기 위해 27개의 아태지역 국가들을 비교했다. 22개국은 아시아에 위치하고(방글라데시, 브루나이, 캄보디아, 중국, 북한, 홍콩, 인도, 인도네시아, 일본, 라오스, 마카오, 말레이시아, 몽골, 미얀마, 네팔, 파키스탄, 필리핀, 한국, 싱가포르, 스리랑카, 태국, 베트남) 5개국은 태평양 지역에 위치한다(호주, 피지, 뉴질랜드, 파푸아 뉴기니, 솔로몬 아일랜드).

지표의 제시

본 보고서에서는 하나의 주제를 두 페이지에 걸쳐 다루고 있다. 첫 페이지에서는 지표를 정의하고 자료비교에 영향을 줄 수 있는 국가간 차이에 대해 설명하고, 지표가 나타내는 중요한 내용에 대한 간략한 설명을 곁들였다. 맞은편 페이지에서는 여러 가지 수치를 제시하고 있다. 이러한 수치는 지표의 현재 상태와 시간 경과에 따른 추이를 보여준다. 또한 어떤 경우에는 지표와 관련된 변수를 설명한 경우도 있다.

평균

본 보고서의 내용 및 수치에서 “아시아-xx” 라는 것은 아시아 국가에 대한 비가중평균을 의미하며 여기서 “xx” 는 데이터 수집이 가능했던 국가 수를 의미한다. 또한 이렇게 표시된 통계에는 태평양 지역 5개국(호주, 피지, 뉴질랜드, 파푸아 뉴기니, 솔로몬 아일랜드)과 OECD 평균은 제외되었다.

OECD 평균이란 OECD 34개 회원국에 대한 비가중평균을 의미한다. 여기에는 호주, 일본, 뉴질랜드, 한국이 포함되지만, 아시아 국가들의 평균은 포함되지 않는다. 별도로 출처를 명시하지 않는 한 OECD 국가에 대한 모든 데이터는 OECD에서 발췌한 것이다.

국가코드(ISO codes)

호주	AUS	몽골	MNG
방글라데시	BGD	미얀마	MMR
브루나이	BRN	네팔	NPL
캄보디아	KHM	뉴질랜드	NZL
중국	CHN	파키스탄	PAK
북한	PRK	파푸아뉴기니	PNG
피지	FJI	필리핀	PHL
홍콩	HKG	한국	KOR
인도	IND	싱가포르	SGP
인도네시아	IDN	솔로몬아일랜드	SLB
일본	JPN	스리랑카	LKA
라오스	LAO	태국	THA
마카오	MAC	베트남	VNM
말레이시아	MYS		

약어 목록

ADB	Asian Development Bank, 아시아 개발은행
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome, 후천성 면역결핍증
ALOS	Average length of stay, 평균재원일수
APNHAN	Asia/Pacific National Health Accounts Network, 아시아 태평양 국민 보건계정 네트워크
ART	Antiretroviral treatment, 항레트로바이러스 치료
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations, 동남아시아 국가 연합
BCG	Bacille Calmette-Guerin, 바실 칼메트-게랭
BMI	Body Mass Index, 체질량지수
CHE	Current health expenditure, 경상 의료비지출
DHS	Demographic and Health Surveys, 인구 및 건강조사
DOTS	Directly observed treatment-short course, 직접 감시하 단기화학요법
DPT	Diphtheria-tetanus-pertussis, 디프테리아, 백일해, 파상풍
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations, 유엔 세계식량농업기구
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization, 세계 백신면역연합
GBD	Global Burden of Disease, 전세계 질병부담
GDP	Gross domestic product, 국내총생산
GNI	Gross national income, 국민총소득
GP	General practitioner, 일반의
HIV	Human immunodeficiency virus, 인체면역결핍바이러스
IABC	International Agency for Research on Cancer, 국제 암 연구소
IDF	International Diabetes Federation, 세계 당뇨병 연맹
IHD	Ischemic heart disease, 허혈성 심장질환
MDG	Millennium Development Goals, 새천년 개발목표
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys, 복수지표 집단조사
MMR	Maternal mortality ratio, 산모사망 비율
NHA	National health accounts, 국민보건계정
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development, 경제협력개발기구
PPP	Purchasing power parities, 구매력평가
SEARO	WHO South-East Asia Regional Office, WHO 동남아시아사무소
SHA	System of Health Accounts, 보건계정체계
TB	Tuberculosis, 결핵
THE	Total health expenditure, 총의료비지출
UN	United Nations, 국제연합
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 유엔 에이즈 계획
UNDESA	United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 유엔 경제사회인구국
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 유엔 아태경제사회위원회
UNICEF	United Nations Children's Fund, 유엔아동기금
WHO	World Health Organization, 세계보건기구
WPRO	WHO Western Pacific Regional Office, WHO 서태평양지역 사무소

제1장 건강상태

- 1.1. 평균수명
- 1.2. 영아사망
- 1.3. 5세 미만의 사망
- 1.4. 모든 원인에 의한 사망
- 1.5. 심혈관 질환에 의한 사망
- 1.6. 암에 의한 사망
- 1.7. 상해에 의한 사망
- 1.8. 산모사망
- 1.9. HIV/AIDS
- 1.10. 결핵
- 1.11. 말라리아
- 1.12. 당뇨

1.1. 평균수명

최근 아태지역 국가들의 평균수명(life expectancy at birth)은 급증하는 추세를 보이고 있으며, 이는 전 연령층의 사망률의 급감을 반영하고 있다. 평균수명의 증가는 생활수준의 향상, 영양상태의 개선, 물 및 위생상태의 개선 등 여러 요인에 의한 것이다. 생활방식의 개선, 교육, 양질의 보건의료서비스에 대한 접근성 향상 역시 평균수명 증가에 중요한 역할을 했다(OECD, 2004).

2008년 아시아 22개국의 전체 인구 평균수명은 1970년과 비교했을 때 14년 이상 증가하여 71.6세에 달했다. 이와 비교하여 같은기간 동안 OECD 전체 인구의 평균 수명은 9년 증가했다(그림 1.1.1).

그러나 지역별로 평균수명의 현저한 차이가 존재한다. 2008년 일본은 남녀를 통합한 평균수명이 82.7세로 가장 높은 평균수명을 기록했다. 홍콩, 호주, 마카오, 싱가포르, 뉴질랜드의 평균수명도 모두 80세 이상이었다. 이와는 대조적으로 아태지역에 있는 국가 중 평균수명이 70세 미만인 국가도 있었다. 캄보디아, 파푸아 뉴기니, 미얀마에서 2008년 출생한 영아의 평균수명은 평균 62세 미만이었다. 일반적으로 동아시아 국가들(중국, 일본, 한국)이 동남아시아 국가들과(캄보디아, 인도네시아, 말레이시아, 필리핀, 태국, 베트남) 남아시아 국가들(인도, 파키스탄, 방글라데시)보다 높은 평균수명을 기록했다.

보건상태가 개선되었다고는 해도 여전히 국가 내 남녀 평균수명도 차이를 보이고 있다. 보통은 한 국가의 경제적 수준과는 상관없이 여성의 평균수명이 남성보다 높고 여성의 65세까지의 생존율이 남성보다 현저히 높다(그림 1.1.2와 1.1.4). 2008년 아시아 국가의 남녀 평균수명의 차이는 평균적으로 4.4세였으며 이는 OECD 국가 평균인 5.6세보다 낮은 수준이다.

일인당 국민소득이 유사한 국가 사이에도 평균수명이 차이가 나기는 하지만, 일반적으로 국민소득이 높으면(일인당 GNI로 측정) 평균수명이 높게 나타난다(그림 1.1.3). 베트남과 일본은 1인당 GNI로 예측할 수 있는 것보다 평균수명이 높은 반면, 브루나이와 태국의 평균

수명은 1인당 GNI 수준에 비추어 예측한 수치보다 낮았다. 여성들의 교육수준 및 생활수준의 향상은 영아 및 아동 생존율에 영향을 미치기 때문에 여성의 사회경제적 지위와 교육 수준은 평균수명에 중요한 역할을 한다.

개발도상국은 열악한 사회경제적 조건과 관련한 사망원인을 극복하기 위해 노력하고 있는 반면 후기 산업국가는 급속한 환경, 생활방식의 변화에서 오는 보건상의 위협에 직면하고 있다(UNESCAP, 2005).

관련자료

WHO(2008), 아시아 태평양지역의 건강(Health in Asia and the Pacific), 세계보건기구, 동남아시아 지역사무소, 뉴델리

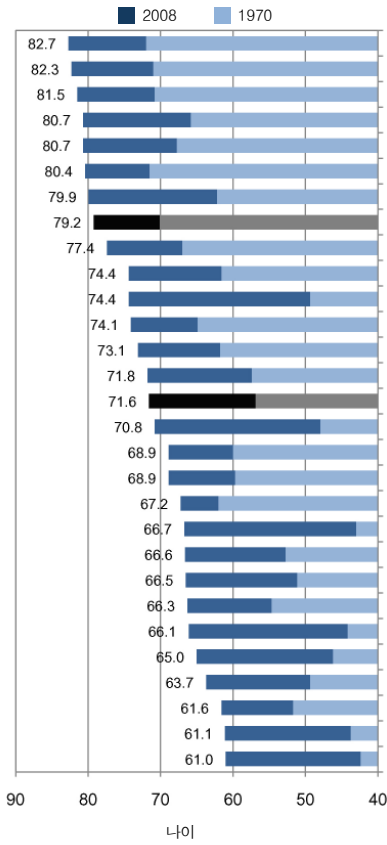
정의 및 측정방법

평균수명은 인구의 건강 상태를 보여주는 가장 잘 알려진 지표이며 국가의 보건상태 발전 정도를 측정하는 지표로 사용되기도 한다. 평균수명은 신생아가 평생을 살아가는 동안 사망률에 대한 패턴이 동일하게 유지된다는 전제하에 신생아가 평균적으로 얼마나 오래 사는 지를 측정하는 것이다. 평균수명에 영향을 미치는 요인들이 갑자기 바뀌는 것은 아니기 때문에 오랜 시간 동안 측정할수록 평균수명의 차이를 잘 관찰할 수 있다.

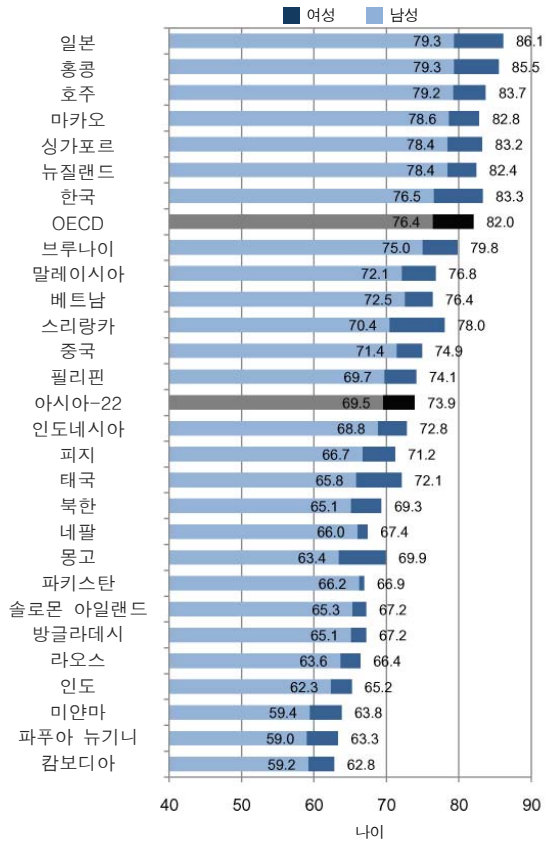
평균수명을 측정하기 위해 이용하는 생명표에는 연령별 사망률도 포함되어야 한다. 국가별로 평균수명을 계산하는 방법이 상이하기 때문에 결과가 다르게 나올 수도 있다. 실제 정확한 사망등록을 기준으로 하는 것이 아니라 인구조사와 설문조사를 바탕으로 평균수명을 측정하는 국가도 있다.

1.1. Life expectancy at birth

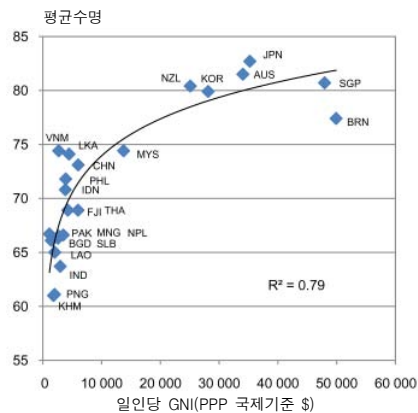
1.1.1 평균수명, 전체, 1970년과 2008년



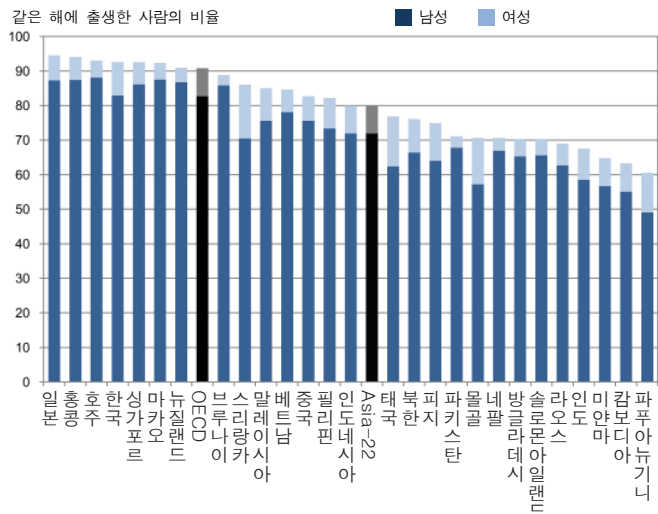
1.1.2 평균수명, 성별, 2008년



1.1.3 평균수명과 일인당 GNI, 2008년



1.1.4 65세까지 생존율, 2008년



출처: OECD Health Data 2010, 세계은행의 World Development Indicators Online

1.2. 영아사망

영아사망은 보건의료체계의 효과성뿐만 아니라 산모와 신생아의 건강에 영향을 미치는 사회, 경제적 환경을 반영한다. 아태지역에서 생후 1년 이내의 사망 중 신생아 사망(즉, 출생 후 4주 이내 사망)이 3분의 2를 차지한다. 산모의 건강, 산모관리, 출생 체중과 같은 요인들이 영아사망의 주요 결정요인이다. 산모와 신생아가 설사, 폐렴, 영양실조로 인해 사망하는 경우도 많다.

일반적으로 경제발전 수준이 높은 국가의 영아사망률은 낮은 편이다. 2008년 OECD 국가의 평균 영아사망률은 출생 1,000명 당 사망 5명인 반면 아시아 19개 국은 출생 1,000명 당 사망 30명을 기록했다(그림 1.2.1).

지리적으로 보면 동아시아 국가의 영아사망률이 낮은 편이고 남아시아와 동남아시아 국가의 영아사망률이 높은 편이다. 2008년 싱가포르, 일본, 한국, 호주의 영아사망률은 출생 1,000명 당 5명 미만으로 낮은 사망률을 기록한 반면, 파키스탄, 미얀마, 캄보디아, 파푸아 뉴기니, 인도는 출생 1,000명 당 50명 이상을 기록했다.

지난 30년 동안 아태지역의 영아사망률은 현저히 감소하였고, 그 중에서도 중국, 인도, 인도네시아는 50~70% 정도 감소했다(그림 1.2.2와 1.2.3). 싱가포르, 말레이시아, 한국, 베트남, 태국의 영아사망률은 75% 감소했다. 미얀마, 솔로몬 아일랜드, 캄보디아, 파푸아 뉴기니, 파키스탄은 1980년 높은 영아사망률을 기록했지만, 그 감소율은 미미했다.

부유한 층이 빈곤층보다 주요 보건의료에 대한 접근성이 뛰어나기 때문에 한 국가 내에서도 영아사망률의 차이가 존재했다(그림 1.2.4). 국가별, 국가 내 영아사망률 차이를 감소시키는 것이 아태지역의 영아사망률을 지속적으로 낮추는 데 중요하다.

예방접종, 깨끗한 물 및 위생시설 공급과 같이 상대적으로 비용이 저렴한 공중보건 캠페인을 통해 영아사망

률을 줄일 수도 있다. 경구수분요법은 영아들의 생명을 구하는 데 효과적이며 영아사망의 주요 원인인 설사의 증상을 완화시킬 수 있는 저렴하고 효과적인 방법이다. 하지만 피할 수 있는 영아사망을 최소화하기 위해서는 지속적으로 새로운 노력을 기울일 필요가 있다(WHO, 2008a). 영아사망률을 줄이는 데 있어서 빈곤 근절이 주요 요인이라는 것에는 공감대가 형성되어 있지만, 영아사망률 감소가 영양상태의 개선과 조기사망 예방에 대한 개선과 연관성이 있는지, 또는 개인의 건강 행태를 바꾸는데 있어서 특정 정부 프로그램이 중요한 역할을 하는 지에 대한 논의는 진행 중이다(UNICEF, 2008b).

관련자료

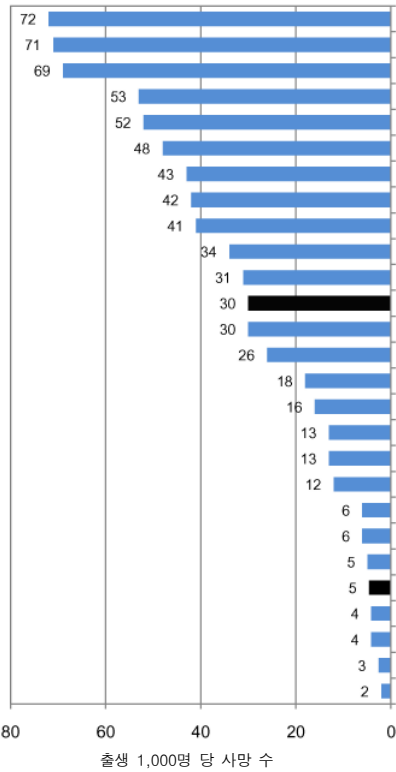
UNICEF(2008), 산모, 신생아 및 아동의 생존에 관한 성과추적: 2008 보고서(Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival: the 2008 Report), 유니세프, 뉴욕

정의 및 측정방법

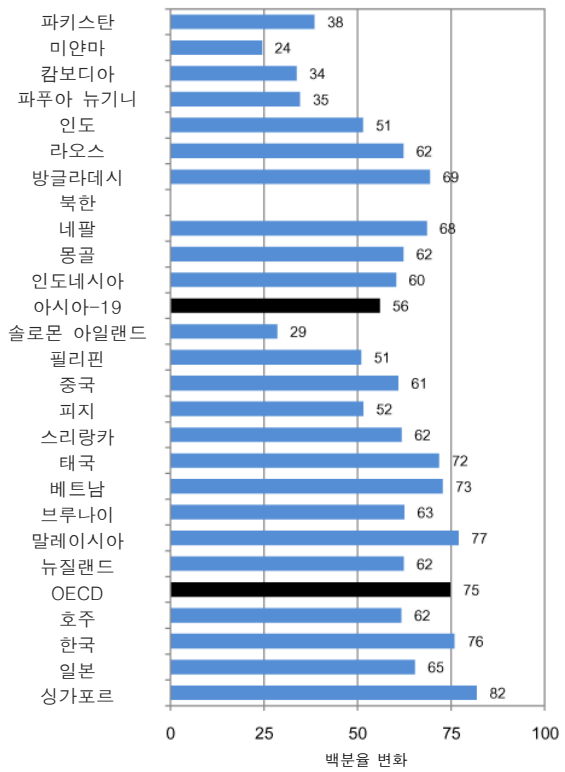
영아사망률은 국민의 건강상태를 측정하는 가장 중요한 통계 중 하나이다. 영아사망률은 당해 출생 10,000명 당 1세 미만의 사망 수로 정의된다.

어떤 국가들은 정확한 출생 및 사망 신고가 아닌 인구조사와 설문조사를 기반으로 영아사망률을 계산한다. 미숙아 등록에 관한 국가 별 차이 역시 영아사망률 계산에 영향을 줄 수 있는 요소이다.

1.2.1 영아사망률, 2008년

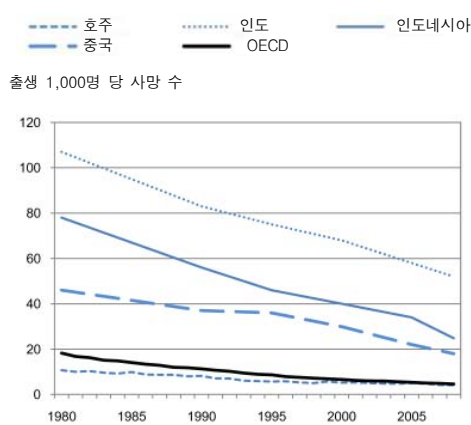


1.2.2 영아사망률 감소, 1980-2008년



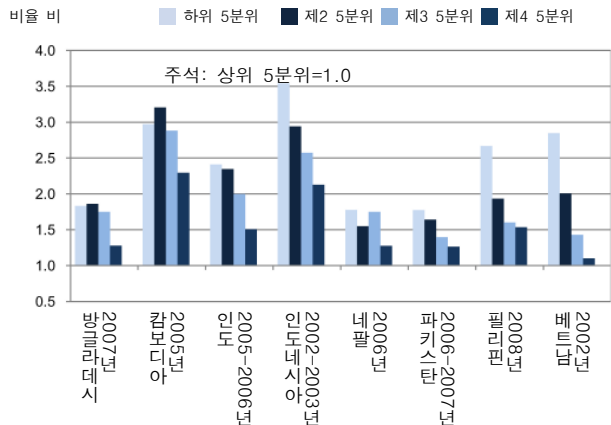
출처: OECD Health Data 2010, UNICEF Childinfo.

1.2.3 영아사망률, 일부국가, 1980-2008



출처: OECD Health Data 2010, UNICEF Childinfo.

1.2.3 소득분위 별 영아사망률 비, 일부국가



출처: DHS 2006-2009, Gwatkin et al., 2007

1.3. 5세 미만의 사망

5세 미만의 사망률은 아동의 건강수준과 인구의 발전 및 보건상태를 나타내는 민감한 지표 중 하나이다. 1950-1955년 전세계적으로 출생 아동의 4분의 1 정도는 5세 이전에 사망했다. 1990년경에는 5세 이전 사망 비율이 10명 중 한 명 이하로 낮아졌다. 새천년 개발목표의 일환으로, 국제연합은 1990년에서 2015년 사이 5세 미만 사망률 3분의 2 감소라는 목표를 세웠다(United Nations, 2009a).

2008년 880만 명의 아동이 5세 이전에 사망했으며 이중 3분의 1은(290만 명)아태지역 아동이었다(Black et al., 2010). 아시아 20개국의 5세 미만 평균 사망률은 출생 1,000명 당 39명이다(그림 1.3.1). 싱가포르, 일본, 한국은 5세 미만 사망률이 매우 낮으며(5명 이하) 이는 OECD국가 평균(출생 1,000명 당 6명)보다도 낮은 수준이다. 그러나 파키스탄, 캄보디아, 미얀마의 사망률은 출생 1,000명당 100명에 달할 정도로 높은 수준이다. 중국, 인도, 한국의 경우는 예외지만, 보통 남아보다 여아의 5세 미만 사망률이 낮은 편이다(WHO, 2008a).

신생아기(출생 후 4주)에 나타나는 원인은 설사, 폐렴, 상해와 더불어 5세 미만 아동들의 주요 사망 원인이다(그림 1.3.2). 아태지역에서 5세 미만의 사망 중 절반 정도가 신생아기에 발생했으며, 브루나이, 뉴질랜드, 싱가포르, 태국의 경우에는 그 비율이 60% 이상이었다.

지난 수십 년 간 아시아 지역의 5세 미만 사망률은 현저하게 감소했다(Rajaratnam et al., 2010). 1980년 출생 1,000명 당 100명 정도의 사망을 기록했던 5세 미만 사망률은 39명으로 감소했다(그림 1.3.3). 1980년과 비교했을 때 5세 미만 사망률이 절반 이상 감소한 중국, 인도, 인도네시아의 수치는 더욱 주목할 만 하다. 그러나 이러한 사망률 감소는 신생아기가 아닌 출생 4주 이후 아동들에게 나타났다(WHO, 2008a, 1.2 “영아사망률” 지표 참조). 신생아기 이후 및 1세에서 4세 사이의 영아사망률 감소에는 한계가 있기 때문에 2015년까지 UN이 설정한 목표 달성을 위해서는 신생아 사

망률을 상당히 감소시켜야 한다.

영아사망률과 마찬가지로 국가별, 국가 내 차이가 존재한다. 왜냐하면 거주지에 따라, 소득수준, 또는 산모의 교육수준에 따라 치료에 대한 접근성이 달라지기 때문이다(그림 1.3.4). 어떤 국가에서는 5세 미만의 사망률이 소득수준에 따라 가장 큰 차이를 보이기도 했다. 예를 들어, 인도에서는 소득수준 최하위 20%에 해당하는 아동들은 소득수준 최상위 20% 아동에 비해 5세 미만에 사망할 확률이 3배 높았다. 데이터 수집이 가능한 국가 중 최근 몇 십 년 동안 아동 사망률은 낮추었지만 사망률의 불균형을 해소한 국가는 없었다(WHO, 2008a). 5세 미만의 사망률 감소는 5세 미만 사망률이 높은 국가의 빈곤층 사망률을 감소시키는 것에 좌우될 것이다.

관련자료

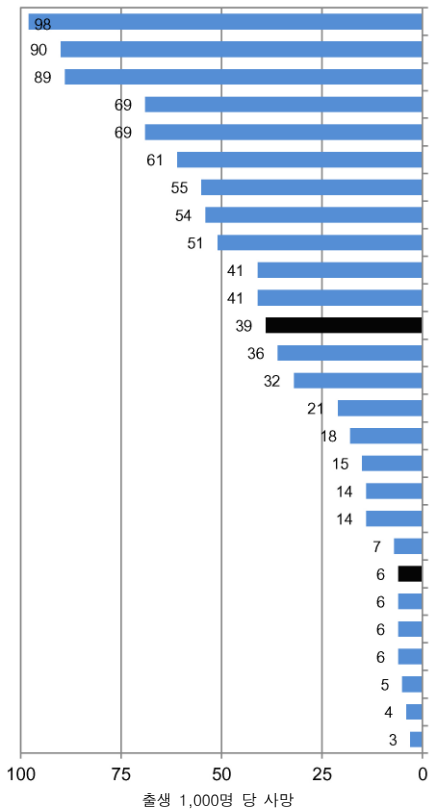
UNICEF (2008), 아태지역 아동 상태 2008: 아동의 생존(The State of Asia/Pacific’s Children 2008: Child Survival, 유니세프, 뉴욕

정의 및 측정방법

5세 미만 사망률은 해당 년도에 출생한 아동이 5세 이전에 사망할 확률로 정의되며, 출생 1,000명당 사망 수로 표시한다. 5세 미만 사망률은 생명표를 바탕으로 계산되기 때문에 엄밀히 말해 이는 사망 비율이 아니라 사망할 확률을 나타내는 것이다.

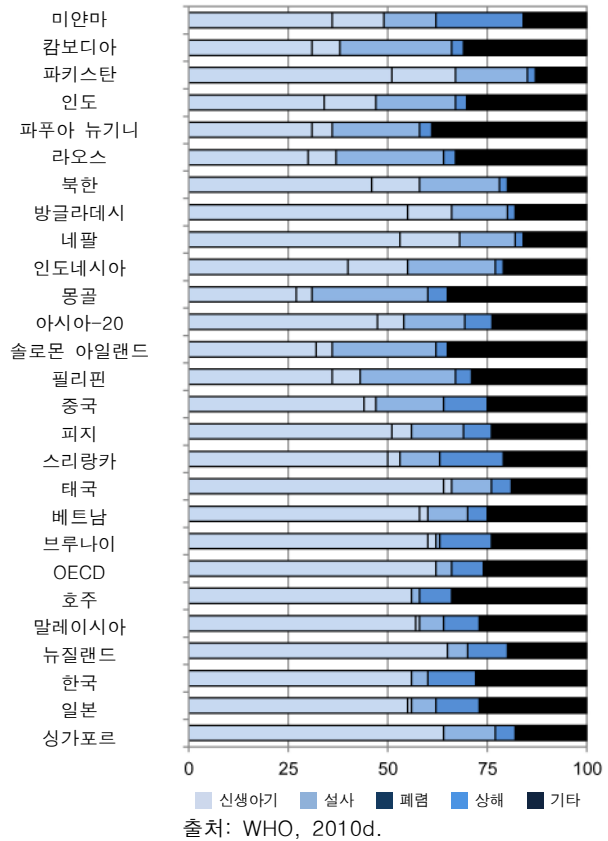
5세 미만 사망률 데이터를 가져오는 생명표는 반드시 연령별 사망률을 포함하고 있어야 한다. 어떤 국가들은 정확한 사망등록이 아닌 인구조사와 설문조사로 5세 사망률을 측정하기도 한다.

1.3.1 5세 미만 사망률, 2008년

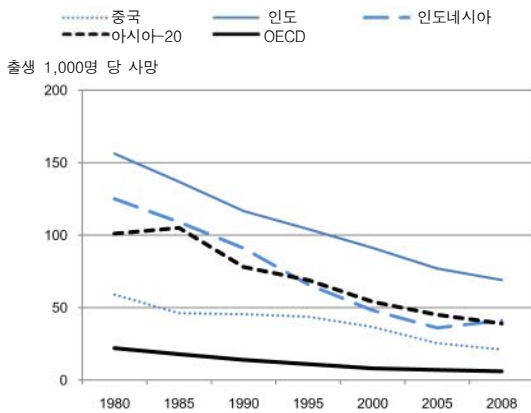


출처: UNICEF Childinfo.

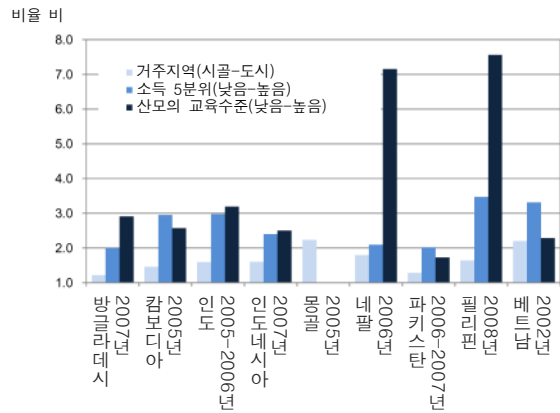
1.3.2 5세 미만 아동 사망원인 별 분포, 2008년 (%)



1.3.3 5세 미만 사망률, 일부국가, 1980-2008년



1.3.4 5세 미만 사망률 비, 일부국가



1.4. 모든 원인에 의한 사망

사망률은 인구의 건강상태를 측정하는 가장 일반적인 지표 중 하나이다. 출생과 사망과 같이 인생의 중요 시점에 대한 통계는 인구 전체에 대해 이용 가능하고 비교가능한 보건상태 정보이다. 물론 아태지역의 국가들 중 이러한 데이터의 범위, 완전성, 신뢰성의 문제가 있기는 하다. 세계 보건기구는 가용한 데이터와 정보를 활용하여 사망률과 그 원인에 대해 비교가능한 추산치를 만들었다.

아태지역의 성인 사망률은 국가 별로 상당한 차이를 보이고 있다. 2008년 15세에서 60세 사이의 남성 인구 1,000명 당 사망 수가 낮은 호주의 81명, 높은 미얀마의 368명으로 상당한 차이를 보였다(그림 1.4.1). 라오스와 스리랑카의 경우에도 1,000명 당 300명 이상을 기록했으며 호주를 비롯하여 싱가포르, 일본, 뉴질랜드도 1,000명 당 100명 미만을 기록했다. 아시아 20개국의 15세에서 60세 사이 인구의 평균 사망률 확률은 2007년 1,000명 당 221명을 기록했으며 이는 OECD 평균(115명)의 거의 2배에 달하는 수치이다.

여성의 경우 사망확률은 일본과 한국의 경우 1,000명 당 43명을 기록했으며 미얀마의 경우에는 무려 304명으로 높은 사망확률을 기록했다. 라오스, 네팔, 파푸아뉴기니, 방글라데시, 캄보디아 역시 1,000명 당 200명 이상을 기록했다. 일본, 한국, 호주, 싱가포르는 1,000명 당 50명 미만을 기록했다. 2008년 아시아 20개국의 경우 15세에서 60세 사이 여성 인구의 평균 사망확률은 OECD국가 평균(58명)의 2.5배 이상인 1,000명 당 155명을 기록했다. 평균사망확률은 남성보다 여성의 경우 국가별 차이가 심했다.

2004년의 경우 사망 원인 별 사망률의 추산이 가능했다. 심혈관 질환과 암처럼 비전염성 질환이 가장 흔한 사망원인이었으며, 아시아 20개국에서 발생한 사망 중 3분의 2가 비전염성 질환에 의한 것이었다(그림 1.4.2). OECD 국가에서는 비전염성 질환에 의한 사망이 전체 사망의 86%를 차지했다(1.5 “심혈관 질환에 의한 사망”과 1.6 “암에 의한 사망” 지표 참조). 사망 원인 중 상해에 의한 사망은 5-10% 정도 차지했지만, 2004년 스리랑카에서 발생한 쓰나미처럼 자연재해가 확산되는 경우에는 상해에 의한 사망 비율이 높아지기도 한다(1.7 “상해에 의한 사망” 참조).

호흡기 감염, 설사병, 결핵과 같은 전염성 질병과 산모 건강, 주산기 상태 역시 아태지역에서 주요 사망 원인이다(그림 1.4.3). 국가가 발전함에 따라 전염성 질병

이 비전염성 질병으로 바뀌었고, 조기사망이 만기사망으로 대체되었다(WHO, 2008a).

관련자료

WHO(2008), 아태지역 보건 (Health in Asia and the Pacific), WHO 동남아시아 지역사무소, 뉴델리

정의 및 측정방법

사망률은 연간 사망 수를 연앙인구 추산치로 나누어 계산한다. 국가 별로 상이한 연령 구조로부터 발생하는 차이를 해소하기 위해 사망률을 세계표준인구에 따라 연령보정하였다.

많은 개도국이 등록 체계를 갖추고 있지 않고, 아태지역의 국가 중 3분의 1 정도가 최근 데이터를 보유하고 있지 않다(WHO, 2008a). 사망원인을 제대로 분류하지 못하는 것도 문제가 될 수 있다. 사망원인 데이터에 대한 범위, 완전성, 신뢰성에 대한 일반적 평가에 대한 보고서를 WHO가 발행했다(Mathers et al., 2005).

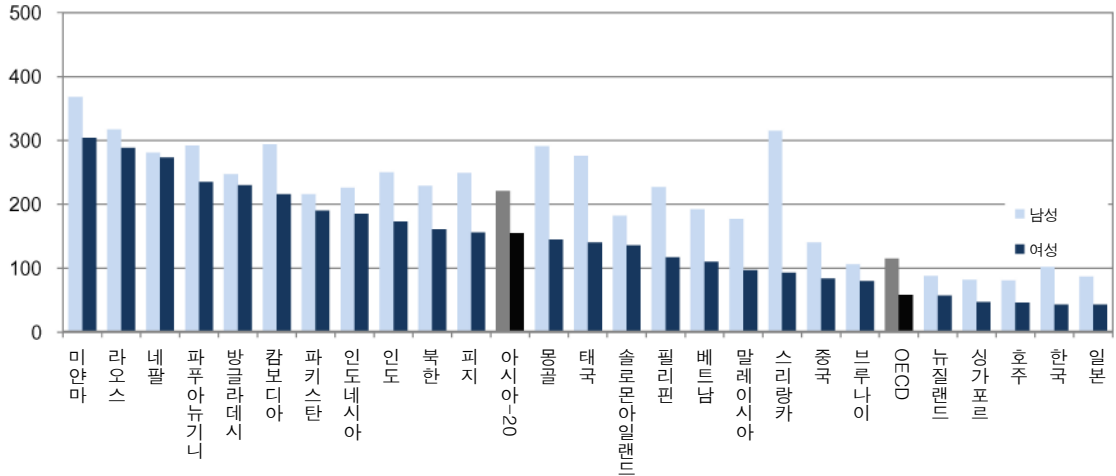
WHO 세계 질병부담 프로젝트(GBD)는 전세계적, 지역적 질병, 상해 및 위험 요인들이 인구 건강에 미치는 영향을 수량화하기 위한 데이터를 수집하는 것이었다. GBD의 가장 최신 평가자료는 2004년 자료이다. WHO는 사망률과 그 추이에 대해 이용 가능한 모든 증거를 체계적으로 검토하여 모든 회원국에 대한 생명표를 개발했다. 15세에서 60세 사이의 인구가 사망할 확률(성인 사망률)은 이 생명표를 참고한다.

본 보고서에서 보고된 사망률은 WHO 회원국의 공식 통계가 아니라 2008년 가용한 정보를 바탕으로 한 WHO 통계를 기반으로 한다. 국가 별 비교가 가능하도록 하기 위해 통계를 낼 때에는 표준화된 카테고리과 방법을 사용했다. 따라서 본 보고서에 제시된 수치는 국가의 공식 통계와 다를 수 있으며, 꼭 해당 회원국이 승인한 통계 자료는 아니다. 예를 들어, 한국의 공식적 통계는 WHO의 통계보다 낮다.

1.4. Mortality form all causes

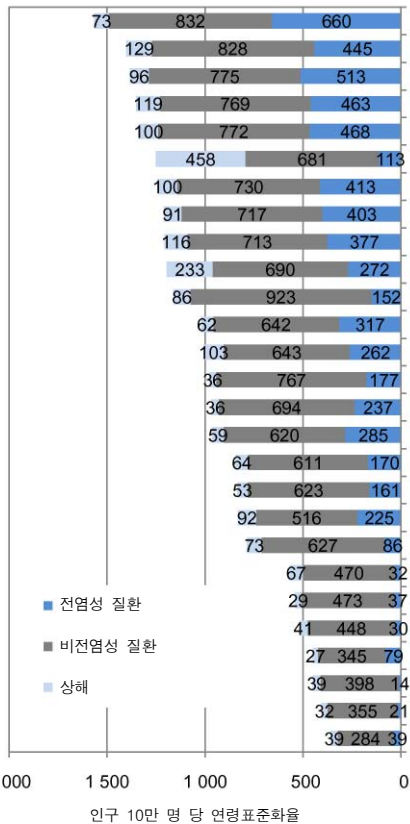
1.4.1 성인 사망률, 2008년(15-60세 인구 1,000명 당 사망할 확률)

Per 1000 population: 인구 1,000명 당



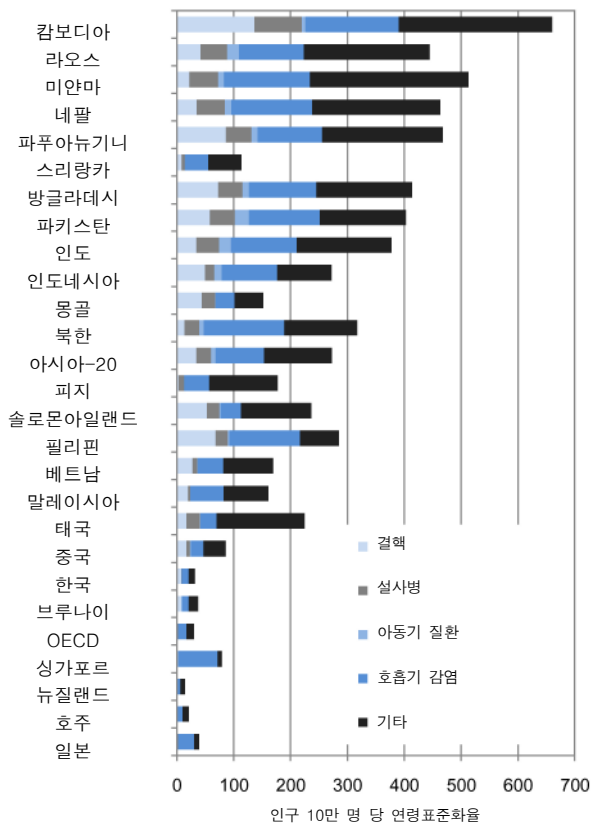
출처: WHO, 2010d.

1.4.2 사망원인 별 사망률, 2004년



출처: WHO Global Burden of Disease, 2008.

1.4.3 전염성 질환에 의한 사망률, 2004년



1.5. 심혈관 질환에 의한 사망

심혈관 질환은 오랫동안 선진국에서 주요 사망원인이었지만, 최근 몇 십 년 사이 아태지역 국가에서도 심혈관 질환 사망률이 증가하고 있다. 심혈관 질환은 아태지역 국가에서 모든 사망의 3분의 1 정도를 차지하고 있다. 심혈관 질환은 허혈성 심질환(IHD 또는 심장마비로 알려져 있음)과 뇌혈관질환(또는 뇌졸중)을 포함한 순환기 계통과 관련 질병을 포함한다. 아시아 20개국의 심혈관질환으로 인한 사망 중에서 70% 이상이 허혈성 심질환과 뇌졸중에 의한 것이었다.

2004년 추산치에 따르면 몽고, 라오스 피지를 포함한 상당수의 국가가 심혈관 질환으로 인한 사망률이 인구 10만 명 당 400명 이상으로 높은 수치를 기록했다(그림 1.5.1). 이는 심혈관 질환으로 인한 사망률이 인구 10만 명 당 200명 미만인 선진국(일본, 호주, 뉴질랜드, 싱가포르, 한국)과 대조되는 수치이다. 심혈관 질환에 의한 사망은 OECD 국가에 비해 아시아 국가들이 1.5배 정도 높았다(아시아 국가는 인구 10만 명 당 314명, OECD 국가는 201명).

심혈관 질환에 의한 사망률은 연령이 높아질수록 증가한다(그림 1.5.3). 젊은 층의(0-29세) 심혈관 질환에 의한 사망률은 동남아시아 지역에서 높게 나타났지만, 장년층, 노년층의 심혈관 질환에 의한 사망률은 유럽 국가에서 높게 나타났다. 서태평양 지역 국가들의 경우 모든 연령층의 심혈관 질환 사망률이 낮았다.

아태지역에서 사람에게 치명적일 수 있는 심혈관 질환의 종류도 국가별로 상이했다. 일본, 한국, 중국, 태국, 베트남, 몽골과 같은 국가에서는 허혈성 심질환 보다 뇌졸중에 의한 질병률과 사망률이 높았다(그림 1.5.2). 유럽과 북미국가, 싱가포르, 인도, 파키스탄, 방글라데시의 경우에는 뇌졸중 보다는 허혈성 심질환 질병률과 사망률이 높게 나타났다(Ueshima et al., 2008). 이는 국가별 심혈관 질환의 위험요인 정도 차이로 설명할 수 있다. 대부분 아시아 국가들은 유럽이나 북미지역 국가 보다 콜레스테롤 수치가 낮은 경향이 있지만 심혈관 질환의 3분의 2 정도는 높은 염분 섭취에 의해 동반되는 고혈압에 그 원인을 찾을 수 있으며 콜레스테롤 수치가 낮다는 것은 지방 섭취가 낮은 것과 연관이 있다. 중국의 경우 2002년 남성의 일일 염분 섭취량은 12g이었으며 이는 중국의 식단 가이드라인 권장량의 약 두 배에 해당하는 양이다(Herd et al., 2010).

아태지역에서 고령인구가 증가하고 있기 때문에 세계

심혈관 질환 중 절반이 아태지역에서 일어날 가능성도 있다(Sasayama, 2008). 콜레스테롤 수치와 혈압의 상승과 더불어 흡연, 과체중/비만 및 당뇨병 경향을 살펴 보면 심혈관 질병의 급속한 확산을 사전에 방지하기 위해서는 위험요인의 관리가 필요함을 알 수 있다.

관련자료

Ueshima, H. et al. (2008), 아시아의 심혈관 질환과 위험요인, 선별적 검토(“Cardiovascular Disease and Risk Factors in Asia: A Selected Review”) 118권, 25호, pp. 2702-2709

정의 및 측정방법

사망률은 연간 사망 수를 연앙인구 추산치로 나누어 계산한다. 국가 별로 상이한 연령 구조로부터 발생하는 차이를 해소하기 위해 사망률을 세계표준인구에 따라 연령보정하였다.

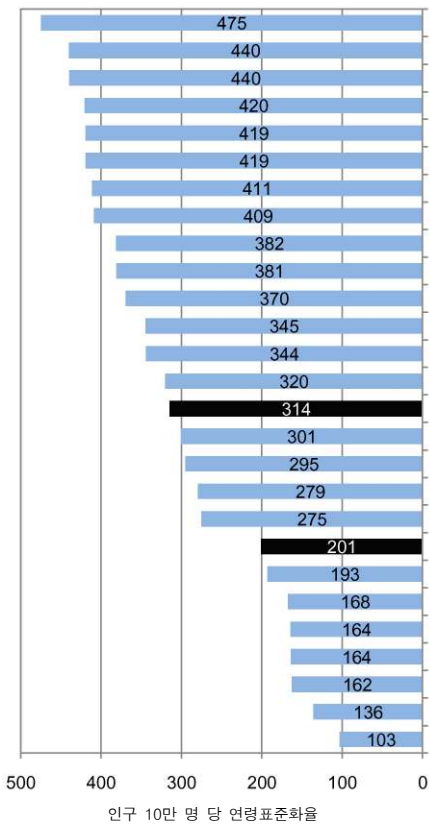
많은 개도국이 등록 체계를 갖추고 있지 않고, 아태지역의 국가 중 3분의 1 정도가 최근 데이터를 보유하고 있지 않다(WHO, 2008a). 사망원인을 제대로 분류하지 못하는 것도 문제가 될 수 있다. 사망원인 데이터에 대한 범위, 완전성, 신뢰성에 대한 일반적 평가에 대한 보고서를 WHO가 발행했다(Mathers et al., 2005).

WHO 세계 질병부담 프로젝트(GBD)는 전세계적, 지역적 질병, 상해 및 위험 요인들이 인구 건강에 미치는 영향을 수량화하기 위한 데이터를 수집하는 것이었다. GBD의 가장 최신 평가자료는 2004년 자료이다.

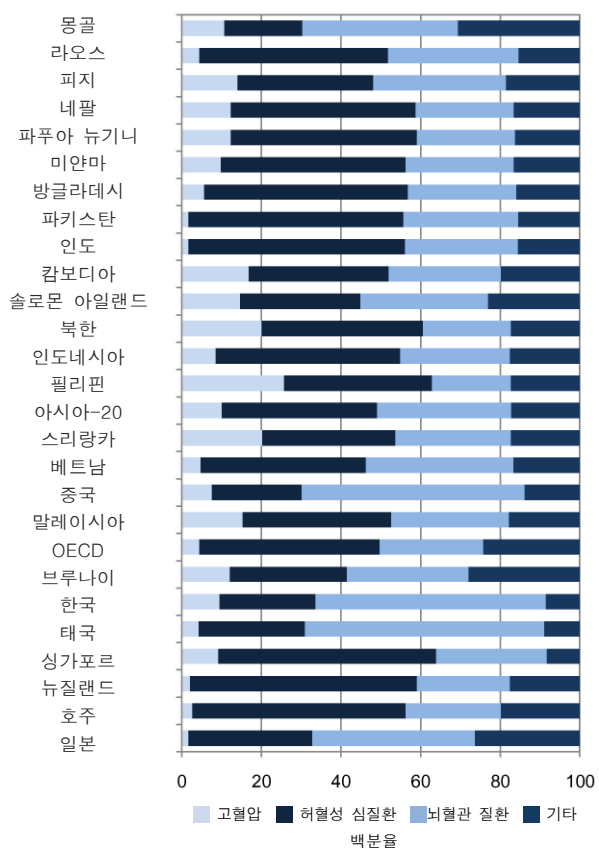
본 보고서에서 보고된 사망률은 WHO 회원국의 공식 통계가 아니라 2008년 가용한 정보를 바탕으로 한 WHO 통계를 기반으로 한다. 국가 별 비교가 가능하도록 하기 위해 통계를 낼 때에는 표준화된 카테고리과 방법을 사용했다. 따라서 본 보고서에 제시된 수치는 국가의 공식 통계와 다를 수 있으며, 꼭 해당 회원국이 승인한 통계 자료는 아니다. 예를 들어, 한국의 공식적 통계는 WHO의 통계보다 낮다.

1.5. Mortality from cardiovascular disease

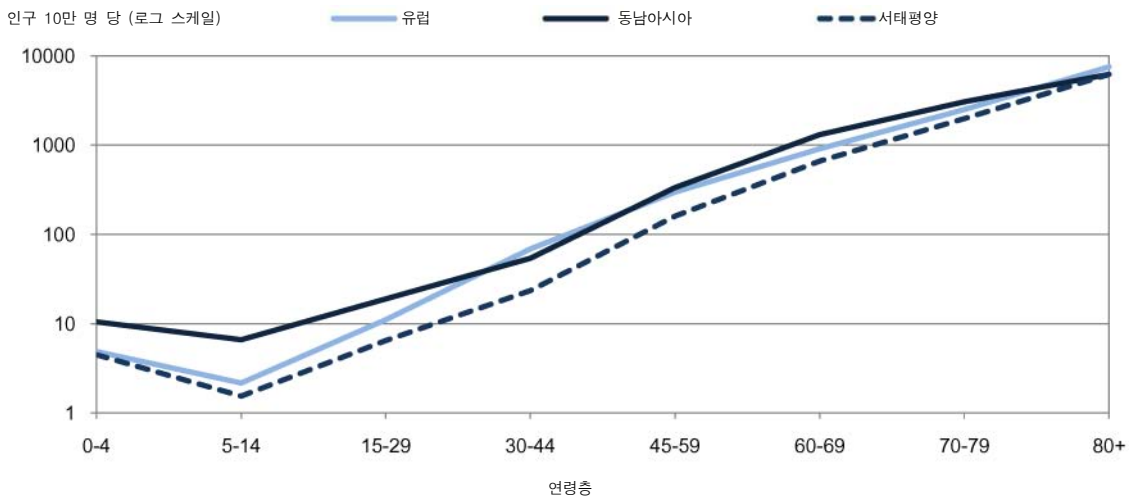
1.5.1 심혈관 질환, 사망률, 2004년



1.5.2 심혈관 질환 비율, 2004년



1.5.3 심혈관 질환, 지역별 연령별 사망률, 2004년



출처: WHO Global Burden of Disease, 2008.

1.6. 암에 의한 사망

전세계적으로 암은 주요 사망원인이다. 2008년 아태지역에서 암에 의해 사망한 사람은 360만 명으로 추산된다(또는 총 사망의 13%). 아태지역의 암에 의한 사망은 세계 암에 의한 사망의 절반 정도를 차지한다(Boyle and Levin, 2008).

2004년 추산치를 기준으로 높은 암 사망률을 기록한 국가들에는 한국, 캄보디아, 중국, 라오스가 포함되며, 이들 국가들은 인구 10만 명 당 140명 이상의 사망자를 기록했다(그림 1.6.1).

그러나 암에 의한 사망률이 가장 높은 국가는 인구 10만 명 당 300명 정도를 기록하는 몽골이다. 이들 중 상당수는 B형 간염에 의한 간암으로 사망했다.

인구 10만 명 당 100명 이하의 사망률로 암에 의한 사망률이 낮은 국가에 솔로몬 아일랜드, 피지, 필리핀, 북한, 인도가 포함된다. 아시아 20개국의 평균 암 사망률은 OECD 평균보다 약간 낮은 수치를 기록했다(아시아는 인구 10만 명 당 129명, OECD 국가는 141명). 2006년 OECD 국가에서 암에 의한 사망은 27%로 사망원인 중 높은 비중을 차지했다(OECD, 2009).

유럽 국가들의 연령별 사망률은 서태평양 지역의 연령별 사망률과 유사했다(그림 1.6.3). 30세 이상 암에 의한 사망률은 유럽과 서태평양 지역 국가보다 동남아시아 국가가 낮았다.

아시아 20개국에서 평균적으로 모든 암의 17%를 차지하는 폐암 역시 암에 의한 사망의 주요 원인이다. 방글라데시, 미얀마, 싱가포르의 폐암 사망률이 상대적으로 높았다(그림 1.6.2). 강력한 금연이니셔티브를 실행하지 않는다면 폐암 사망률은 계속 증가할 것이다. 헬리코박터 파이로리감염에 의해 발생하는 위암에 의한 사망 역시 흔하게 나타난다. 특히 위암에 의한 사망은 북한, 중국, 한국에서 높게 나타난다.

몽골과 더불어 태국, 라오스, 중국에서도 간암에 의한 사망률이 높다. B형 간염 예방접종이 증가했기 때문에 간암 발생률이 앞으로 감소할 것으로 예측된다. 대장암에 의한 사망률은 싱가포르, 뉴질랜드 말레이시아에서 높게 나타난다. 여성에게 흔히 발생하는 유방암 사망은 파키스탄, 피지, 필리핀, 인도네시아에서 모든 사망의 10% 이상을 차지한다. 조기진단과 치료로 사망률을 낮추는 것이 가능하기는 하지만, 아태지역의 여성 상당수는 이러한 서비스에 접근할 수 없다(WHO, 2008a).

심혈관 질환과 마찬가지로, 앞으로 고령화로 인한 암

발생이 증가할 수 있다. 아시아만 하더라도 2030년까지 연간 암에 의한 사망자 수가 500만 명에 달할 것으로 예상되며, 이는 아직 준비되지 않은 보건의료체계에 부담을 줄 것이다. 환자를 치료하는 약물과 의료기술 비용이 비싸기 때문에 아태지역의 암 관리 계획은 흡연, 운동, 과체중/비만, 영양을 집중적으로 다루어야 한다.

관련자료

Boyle, P., B. Levin(eds.)(2008) 세계 암 보고서, 2008(World Cancer Report 2008), WHO.IARC, Lyon.

정의 및 측정방법

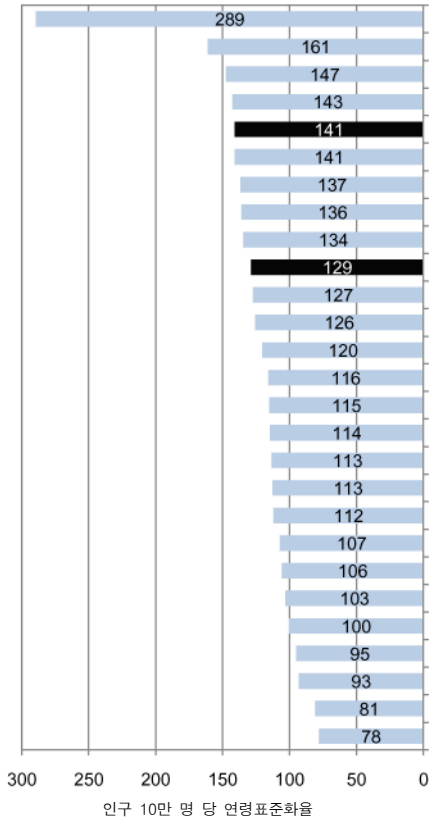
사망률은 연간 사망 수를 연앙인구 추산치로 나누어 계산한다. 국가 별로 상이한 연령 구조로부터 발생하는 차이를 해소하기 위해 사망률을 세계표준인구에 따라 연령보정하였다.

많은 개도국이 등록 체계를 갖추고 있지 않고, 아태지역의 국가 중 3분의 1 정도가 최근 데이터를 보유하고 있지 않다(WHO, 2008a). 사망원인을 제대로 분류하지 못하는 것도 문제가 될 수 있다. 사망원인 데이터에 대한 범위, 완전성, 신뢰성에 대한 일반적 평가에 대한 보고서를 WHO가 발행했다(Mathers et al., 2005).

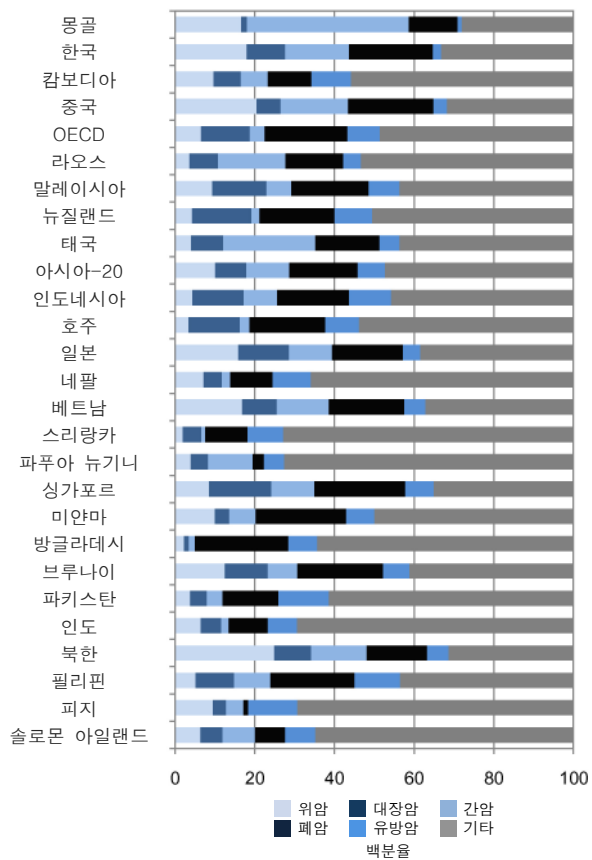
WHO 세계 질병부담 프로젝트(GBD)는 전세계적, 지역적 질병, 상해 및 위험 요인들이 인구 건강에 미치는 영향을 수량화하기 위한 데이터를 수집하는 것이었다. GBD의 가장 최신 평가자료는 2004년 자료이다.

본 보고서에서 보고된 사망률은 WHO 회원국의 공식 통계가 아니라 2008년 가용한 정보를 바탕으로 한 WHO 통계를 기반으로 한다. 국가 별 비교가 가능하도록 하기 위해 통계를 낼 때에는 표준화된 범주와 방법을 사용했다. 따라서 본 보고서에 제시된 수치는 국가의 공식 통계와 다를 수 있으며, 꼭 해당 회원국이 승인한 통계자료는 아니다. 예를 들어, 한국의 공식적 통계는 WHO의 통계보다 낮다.

1.6.1 모든 암, 사망률, 2004년

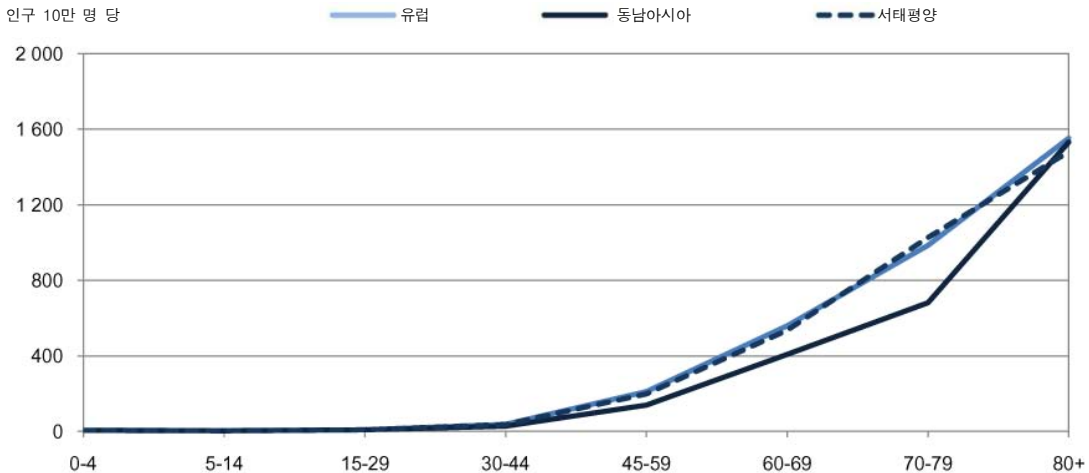


1.6.2 암 비율, 2004년



1) WHO의 통계자료는 국가 공식 통계수치보다 현저히 높다(130)

1.6.3 모든 암, 연령별 지역별 사망률, 2004년



출처: WHO Global Burden of Disease, 2008

1.7. 상해에 의한 사망

의도적으로 자신을 죽이는 것은 개인적인 몰락 뿐 아니라, 그 사람이 살아가는 사회적 배경의 폐해를 보여준다. 자살은 여러 다른 요인들의 종점end-point일 수 있다. 자살은 이혼, 알코올과 마약의 남용, 실업, 임상적인 우울증clinical depression, 기타 정신질환 등과 관련하여 공황상태에 있을 때 발생하기 쉽다. 이러한 이유로 인하여, 자살은 한 인구집단의 정신건강상태를 측정하는 대리지표proxy indicator로 종종 쓰인다. 그러나 몇몇 국가에서는 60세까지 모든 연령그룹에서 상해는 사망과 장애의 주요원인이며, 매년 상해로 600만 명이 사망한다. 아태지역에서 2004년 상해로 인해 310만 명 또는 매일 8600명 이상이 사망한 것으로 추산된다. 이는 전 세계 상해로 인한 사망의 55% 를 차지하는 수치이다. 그러나 이러한 문제는 국가별로 그 원인, 연령, 성별, 소득계층에 따라 상당한 차이를 보이고 있다.

상해에 의한 사망률은 선진국보다 개도국에서 높게 나타난다. 2004년 아시아 20개국의 상해에 의한 사망률은 평균 인구 10만 명 당 100명 이상으로 추산되었다(그림 1.7.1).

2010년 스리랑카와 인도네시아는 상해에 의한 사망률이 높았는데 이는 주로 2004년 12월 23만 명의 목숨을 앗아갔던 쓰나미 영향 때문이다. 하지만 스리랑카와 인도네시아를 제외하더라도 아시아 국가의 상해에 의한 사망률은 OECD 국가들보다 두 배 이상 높다. 싱가포르, 호주, 일본을 포함한 대다수의 선진국에서 상해에 의한 사망률은 인구 10만 명 당 50명 미만이다.

모든 상해에 의한 사망 중 절반은 5-44세 사이에 발생한다. 유럽과 서태평양 지역에 있는 국가(일본, 뉴질랜드, 호주 포함)은 매우 유사한 연령별 사망률을 보이고 있다(그림 1.7.3). 45세 이후의 사망률은 동남아시아 지역이 유럽과 서태평양 지역보다 높게 나타나고 있다.

아태지역의 상해에 의한 사망은 국가별로 그 원인이 다양하게 나타났다. 브루나이, 몽골, 말레이시아에서 모든 상해에 의한 사망 중 3분의 1은 교통사고에 의한 것이었다(그림 1.7.2). 그러나 전세계적으로 방대한 인구 규모 덕분에 가장 많은 도로교통사망자를 기록하는 국가는 중국과 인도이다(WHO, 2009a). 일본, 싱가포르, 한국의 경우 자살이 상해에 의한 사망의 주요 원인이었다. 네팔에서는 2004년 전쟁으로 인해 많은 사망자가 발생했다. 개인적인 폭력으로 인해 사망하는 경우는 북한과 캄보디아에서 흔히 찾아볼 수 있다. 아태지역에 있는 아동에게 있어서 상해에 의한 사망 중 교통사고 부상을 제외하고 익사와 화재 역시 주요 원인이었다(Peden et al., 2008).

국제적이든, 국내적으로든 상해에 의한 사망은 대부분 예방가능한 것이다(Peden et al., 2002). 중국을 포함한 몇몇 국가들은 예방을 위한 국가 정책과 프로그램을 개발했으며, 다른 국가들도 국민 홍보 캠페인을 벌이고 있다. 예를 들면, 아세안 국가들은 아시아 개발은행과 협력하여 도로 안전에 관한 행동계획을 실시하고 있다(WHO, 2008a). 그러나 아태지역에서 상해에 의한 사망은 여전히 중요한 공공보건 문제로 남아있다.

관련자료

Peden, M., K McGree와 E. Krug(eds.)(2002), 상해, 세계 질병 부담의 주요 원인, 2000(Injury, A Leading Cause of the Global Burden of Disease, 2000), WHO, 제네바

정의 및 측정방법

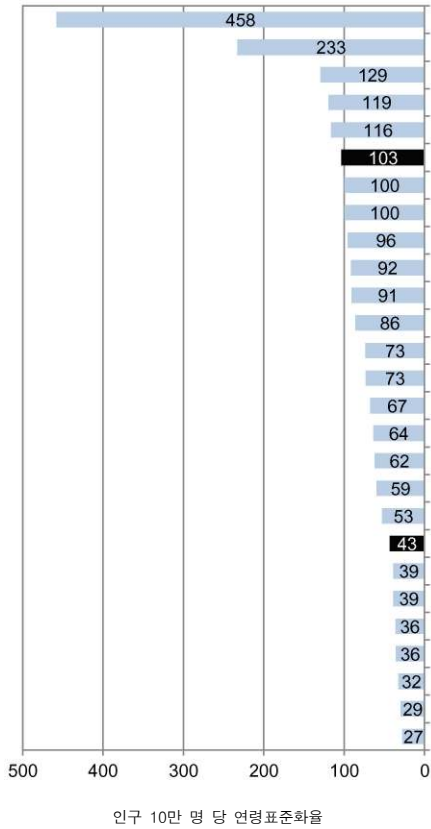
사망률은 연간 사망 수를 연앙인구 추산치로 나누어 계산한다. 국가 별로 상이한 연령 구조로부터 발생하는 차이를 해소하기 위해 사망률을 세계표준인구에 따라 연령보정하였다.

많은 개도국이 등록 체계를 갖추고 있지 않고, 아태지역의 국가 중 3분의 1 정도가 최근 데이터를 보유하고 있지 않다(WHO, 2008a). 사망원인을 제대로 분류하지 못하는 것도 문제가 될 수 있다. 사망원인 데이터에 대한 범위, 완전성, 신뢰성에 대한 일반적 평가에 대한 보고서를 WHO가 발행했다(Mathers et al., 2005).

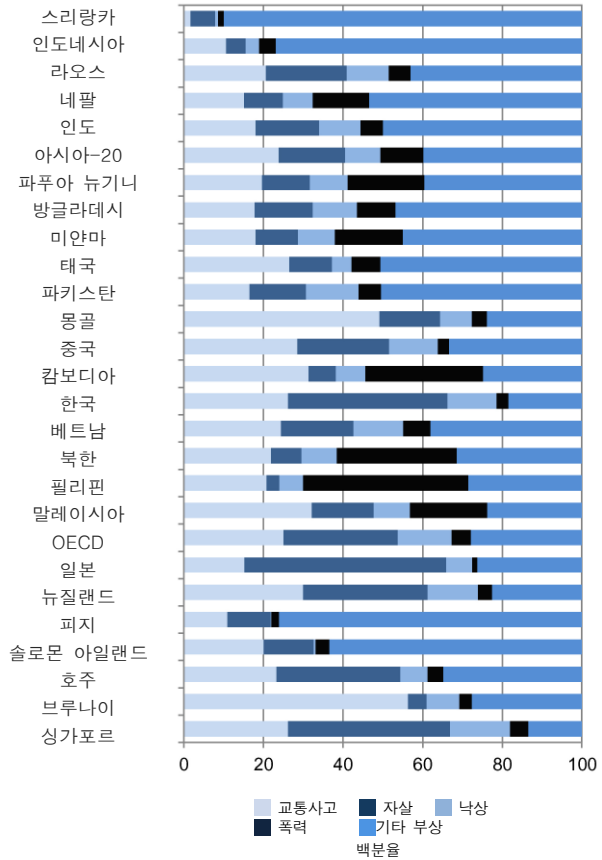
WHO 세계 질병부담 프로젝트(GBD)는 전세계적, 지역적 질병, 상해 및 위험 요인들이 인구 건강에 미치는 영향을 수량화하기 위한 데이터를 수집하는 것이었다. GBD의 가장 최신 평가자료는 2004년 자료이다.

본 보고서에서 보고된 사망률은 WHO 회원국의 공식 통계가 아니라 2008년 가용한 정보를 바탕으로 한 WHO 통계를 기반으로 한다. 국가 별 비교가 가능하도록 하기 위해 통계를 낼 때에는 표준화된 카테고리과 방법을 사용했다. 따라서 본 보고서에 제시된 수치는 국가의 공식 통계와 다를 수 있으며, 꼭 해당 회원국이 승인한 통계자료는 아니다. 예를 들어, 한국의 공식적 통계는 WHO의 통계보다 낮다.

1.7.1 상해, 사망률, 2004년

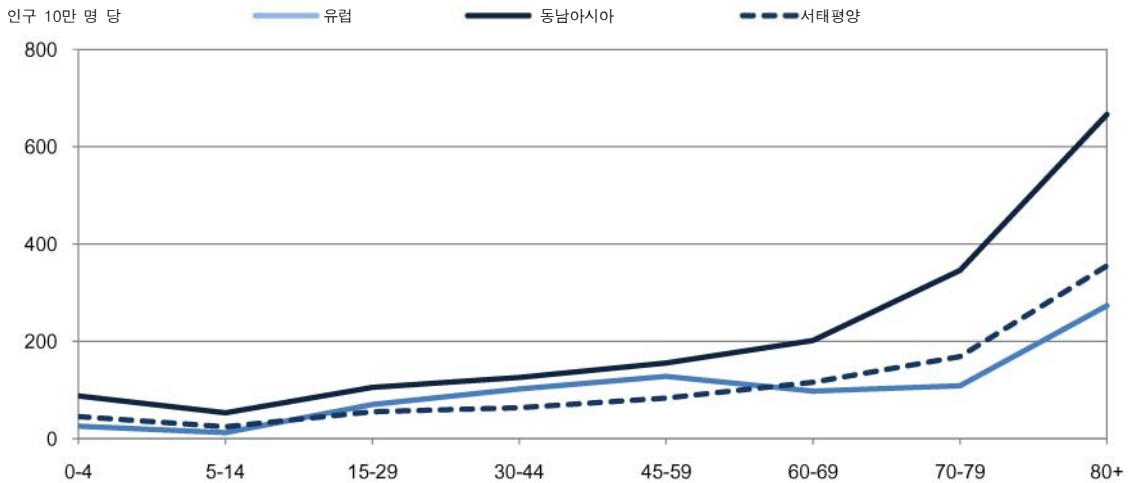


1.7.2 상해 비율, 2004년



주석: 스리랑카와 인도네시아의 사망률이 높게 나타난 것은 2004년 12월 발생한 쓰나미 때문이다.

1.7.3 상해, 연령별 지역별 사망률, 2004년



출처: WHO Global Burden of Disease, 2008

1.8. 산모사망

영아사망률은, 1세 미만 아기의 사망률로, 보건의료제도의 효과성뿐만 아니라 산모와 신생아의 건강에 영향을 미치는 경제, 사회적인 수준을 반영한다.

2007년 OECD 국가의 영아사망률은 일본, 북유럽국가(덴마크 제외), 아일랜드, 룩셈부르크의 출생 1,000명당 사망 2-3명에서 멕시코와 터키의 출생 1,000명당 국가별로 그 정도는 다르지만 임신과 출산은 그 자체로 위험성을 가지고 있다. 산모사망(임신, 출산 또는 출산 후 수 주 내에 사망하는 것)은 여성의 건강과 지위를 나타내는 중요한 지표이다. 산모사망은 선진국과 후진국에서 극명한 차이를 보이며 개도국에서 산모사망이 많이 발생한다(WHO, 2009d). 출산과 산모사망은 경제발전과 GDP와 연관성이 크다.

선진국에서 산모사망률(MMR)은 평균적으로 출생 10만 명 당 10명이다. 개도국의 산모사망률은 선진국의 몇 배에 달한다(그림 1.8.1). 2008년 추산치를 보면 몇몇 국가들(일본, 호주, 싱가포르, 뉴질랜드, 한국, 브루나이, 피지)은 MMR이 매우 낮았고, 중국, 스리랑카, 태국, 베트남, 필리핀은 MMR이 30-100 사이를 기록했다(WHO, 2010b). 인도, 인도네시아, 파키스탄, 브루나이의 경우는 출생 10만 명 당 MMR이 200명 이상을 기록했다.

2008년 전세계적으로 36만 명의 산모가 사망한 것으로 추산된다. 세계 산모사망 중 4분의 1은(10만 명 사망) 인도, 파키스탄, 방글라데시, 인도네시아에서 발생했다. 또한 중국에서도 산모사망이 많이 발생한다(그림 1.8.2).

그러나 지난 20년 동안 아태지역에서 산모사망률 감소에 커다란 진전이 있었다(그림 1.8.3). 아시아 20개국의 MMR이 1990년에는 출생 10만 명 당 340명에서 2008년에는 162명으로 감소하여 평균적으로 절반 정도 감소되었다. 물론 이 수치는 MMR이 매우 높은 국가들의 영향을 받은 것이다. 인도, 파키스탄, 방글라데시, 인도네시아, 중국에서 모두 산모사망이 상당히 감소했다. 중국의 경우는 1990년 출생 10만 명 당 110명에서 2008년 38명으로 3분의 2 정도 감소했다. 북한과 파푸아 뉴기니의 경우 별다른 진전을 이루지는 못했다.

아태지역에서 출산이 늘었다는 것은 여성이 그만큼 위험에 더 많이 노출되었다는 것을 의미한다. 하지만 산모사망은 예방할 수 없는 것은 아니며 피임약의 사용 증가, 양질의 보건의료서비스로의 접근성 향상, 여성의 교육수준 및 지위 향상을 통해 산모사망을 줄일 수 있다. 북한, 스리랑카, 태국과 같은 국가에서 출산 시 숙련된 보건의료 전문가가 개입을 하지만, 아태지역의 몇

몇 국가들의 경우(방글라데시, 라오스, 네팔 포함) 출산 시 보건의료 전문가가 참여하는 경우 비율이 20% 미만이다(3.4 지표 참조). 몇몇 국가에서 소녀와 여성의 사회적 지위가 미약하여 교육, 경제적 자원, 의사결정을 하는 데 제약을 가지는 경우도 있다. 1990에서 2015년 사이 MMR을 4분의 3 감소시킨다는 WHO의 새천년 개발목표를 달성하기 위해서는 아태지역의 국가들이 노력을 기울여야 한다.

관련자료

WHO(2010), 1990-2008년 산모사망의 동향 (Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008), 제네바 WHO

Hogan, M.G. et al.(2010) "1980-2008년 181개국의 산모사망: 새천년 개발목표 5에 대한 성과의 체계적 분석(Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systemic Analysis of Progress Towards Millennium Development Goal 5", The Lancet, 375권 9726호 pp. 1609-1623

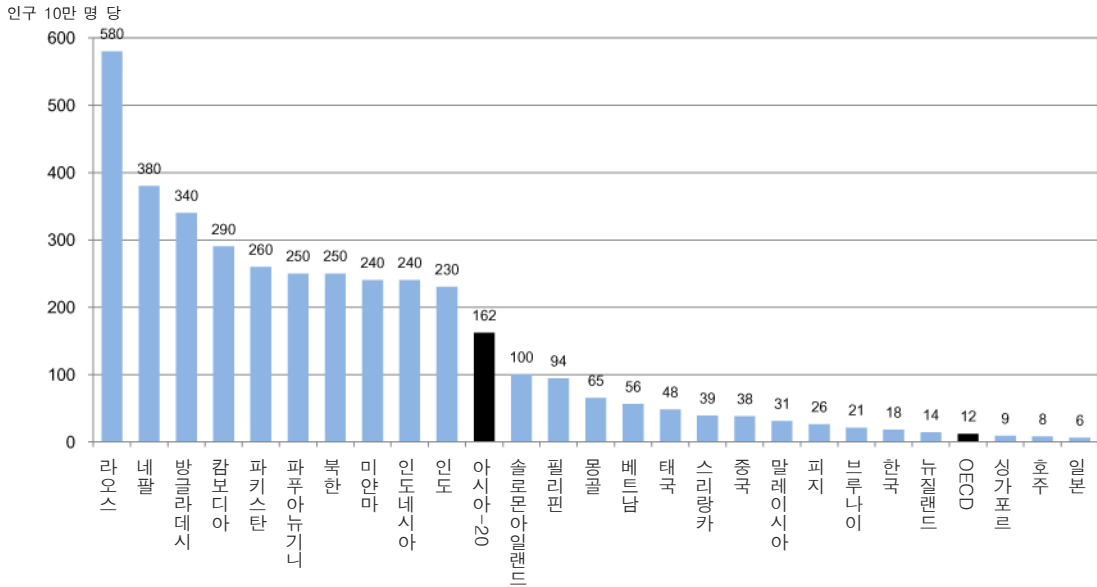
정의 및 측정방법

산모사망은 임신 또는 출산 중 사망하거나 임신과 관련한 원인 또는 임신으로 인해 악화된 원인에 의해 출산 후 42일 이내에 산모가 사망하는 것으로 정의된다(WHO, 2007a). 산모사망에는 임신의 산과적 합병증, 치료를 받지 못하거나 잘못된 치료로 인한 직접적 사망이 포함된다. 또한 임신 전에 이미 존재했거나 임신 중에 발생한 질병으로 임신으로 인해 그 증상이 악화되어 간접적으로 사망한 경우도 산모사망에 포함된다.

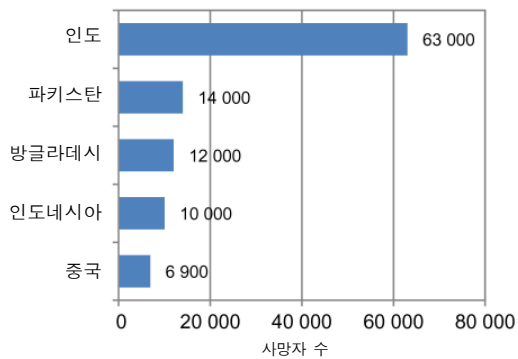
산모사망은 인구에서 산모의 사망을 출생수로 나눈 값인 산모사망률(MMR)을 이용하여 계산했다. MMR은 출생 수 대비 산모사망의 위험을 평가하는 것이다.

산모사망을 정확하게 파악하기는 어렵다. 아태지역의 많은 국가들은 완전하고 정확한 등록 시스템을 갖추고 있지 않기 때문에 인구조사, 가구설문조사, 자매력, 구두부검, 통계연구 등을 통해 데이터를 얻을 수 밖에 없다. 이 때문에 통계자료는 신중하게 분석해야 한다.

1.8.1 산모사망률, 2008년

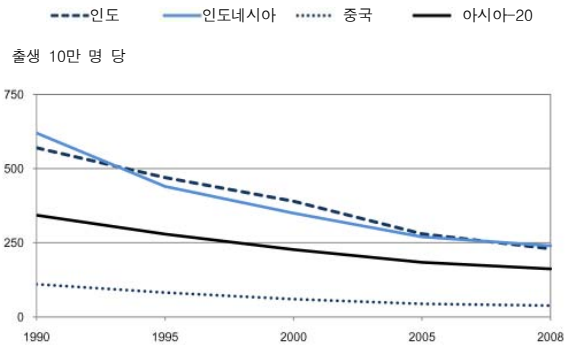


1.8.2 5개국의 산모사망 추산치, 2008년



출처: WHO, 2010c

1.8.3 산모사망률 추산치, 일부국가, 1980-2008년



1.9. HIV/AIDS

AIDS는 아시아에서 1984년과 1985년에 처음으로 보고되었지만 캄보디아, 인도, 미얀마, 태국에서는 1990년대 초반부터 본격적으로 HIV 감염이 일어나기 시작하여 다른 지역에 비해서는 늦게 확산되었다(Ruxrungtham et al., 2004). 그러나 2007년 아태지역에서 HIV/AIDS에 감염된 환자 수는 470만 명이며 이중 절반 정도가 인도에 살고 있다. 2010년만 해도 42만 명의 신규 환자가 발생했으며 29만 3천 명이 사망했다.

아시아는 사하라 이남지역에 이어 두 번째로 HIV 감염 환자가 많은 지역이다. 아시아에서 HIV 감염은 주로 성매매에 종사하는 여성, 성매매 남성, 동성 간의 성행위, 주사기를 사용하여 마약을 복용하는 사람들 사이에서 발견된다. 아시아의 동성연애자는 평생을 살면서 HIV에 감염될 확률이 거의 20%이다. 그러나 HIV는 이러한 위험에 노출된 사람의 성 파트너를 통해 확산된다.

아태지역의 성인인구 중 0.3% 정도가 HIV에 감염되었다. 태평양 지역 국가들의 HIV 유병률은 일반적으로 낮은 편이지만 파푸아 뉴기니는 인구의 1.4%가 감염되었을 정도로 높은 수준이다(그림 1.9.1). 태국은 아태지역 국가 중 유일하게 성인의 HIV 유병률이 1%가 넘는 국가이다. 캄보디아와 미얀마는 인구 10만 명 당 500명 이상이 감염되어 상대적으로 HIV/AIDS 환자 비율이 높은 수준이다. 이는 인구 10만 명 당 50명 미만의 감염률을 보이는 일본, 방글라데시, 필리핀, 스리랑카, 한국, 뉴질랜드와 같은 국가들 보다 10배 높은 수치이다.

2007년 인도에서 HIV 감염 환자수는 OECD 회원국의 감염자 수의 합계보다 더 많은 240만 명 이상이었다(그림 1.9.2). 중국(70만 명), 태국(61만 명), 베트남, 인도네시아, 미얀마(각각 20만 명 이상)는 심각한 질병 부담문제에 직면하고 있다.

중국의 HIV 감염 환자 중 진단을 받은 사람이 3분의 1 미만일 것으로 추산되고 있다(UNAIDS, 2009). 방글라데시, 파키스탄, 파푸아 뉴기니를 비롯해 아태지역 중 일부 국가에서 HIV 유병률이 증가하고 있다. 여성이 감염될 확률도 높아져 HIV 감염 여성이 전체 감염자의 19% 것에 비해 2008년에는 35%로 증가했다.

거의 모든 국가에서 HIV/AIDS 치료에 대해 국민에게 정보를 제공하기 위한 HIV 홍보 프로그램을 실시했다. 그러나 조사에 따르면 젊은이들 사이의 HIV에 대한 지식 정도가 국가 별로 큰 차이가 있는 것으로 드러났다(그림 1.9.3). 높은 위험에 노출된 젊은이들 대다수는 콘돔을 이용하면 성 접촉에 의한 HIV 감염을 막을 수 있다는 것을 알고 있었지만, 파푸아 뉴기니의 젊은이들을 대상으로 한 설문조사에 따르면 마지막 성접촉 시 콘돔을 사용했다고 응답한 사람이 절반 미만이었다(UNAIDS, 2009).

아시아에서 항레트로바이러스 치료(ART)를 필요로 하는 사람 중 3분의 1 정도만이 치료를 받을 수 있다. 그러나 이러한 수치도 파키스탄, 네팔, 방글라데시에서 10% 미만, 라오스에서는 거의 95% 정도가 치료를 받는 것으로 나타나 국가별로도 큰 차이를 보였다(그림 1.9.4). 라오스는 2006-2010 국가 사회경제 개발계획에서 HIV/AIDS 문제를 다루었으며 정부의 HIV/AIDS에 대한 국가의 대응 확대 의지를 밝혔다. HIV/AIDS 질병 부담을 가장 크게 안고 있는 인도에서 HIV 감염 환자 중 10% 만이 ART를 받을 수 있었다.

관련자료

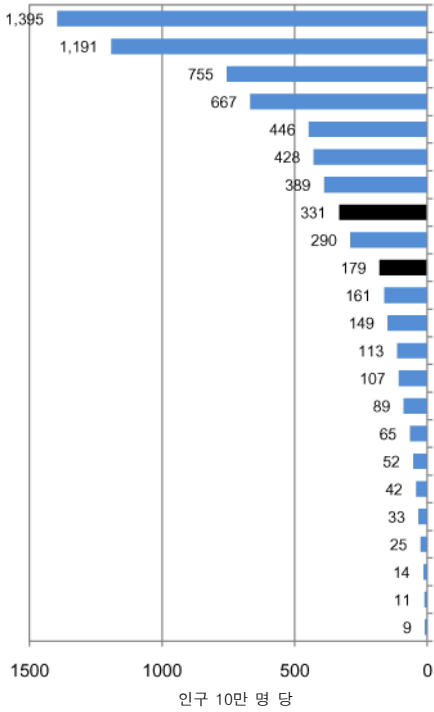
UNAIDS(2009), 에이즈 확산 업데이트: 2009년 11월 (AIDS Epidemic Update: November 2009), 유엔 에이즈 계획(UNAIDS)과 세계보건기구(WHO), 제네바

정의 및 측정방법

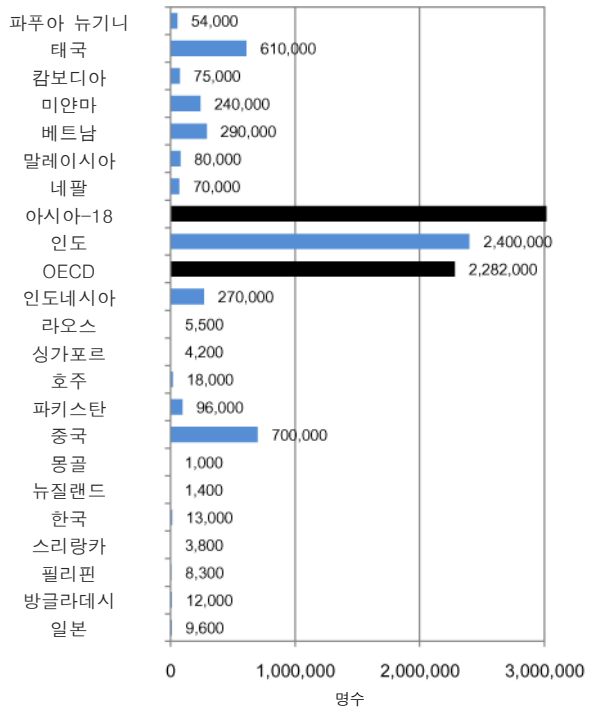
후천성 면역결핍증 또는 AIDS는 인간 면역결핍 바이러스(HIV)에 의해 발생하는 면역계 질환이다. 연구실 실험에서 HIV 검사 양성반응을 보인 사람이 바이러스에 의해 면역체계가 약해져 있거나 혹은 다양한 기회감염 중 적어도 하나 이상의 증상을 보이는 경우, HIV 바이러스가 AIDS로 진행되고 있다고 볼 수 있다.

HIV 유병률은 특정 시점에 인구 10만 명 당 HIV 감염자의 수로 나타낸다.

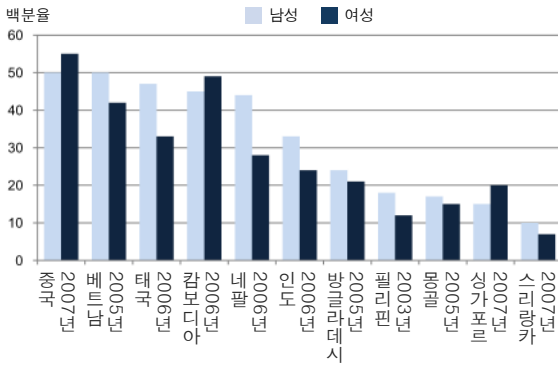
1.9.1 15세 이상 성인 인구 중 HIV 유병률, 2007년



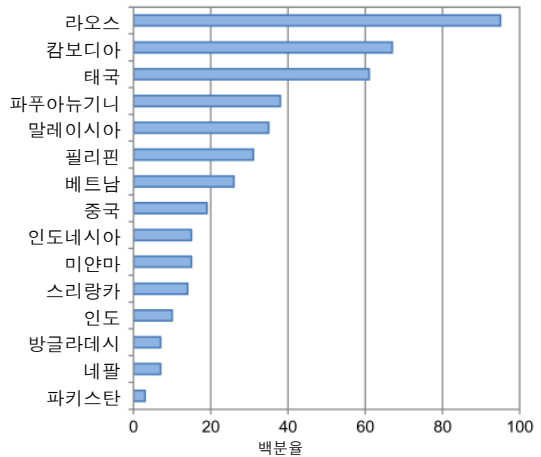
1.9.2 HIV 감염자 추산치, 2007년



1.9.3 15-24세 젊은이 중 HIV/AIDS에 대한 포괄적인 지식을 갖춘 젊은이의 비율



1.9.4 항레트로바이러스 치료(ART)를 받는 HIV 감염 환자, 2006-2007년



출처: UNAIDS, 2008

1.10. 결핵

아태지역에서 가장 널리 확산된 감염질환 중 하나가 결핵이다. 매년 아태지역에서 500만 정도의 결핵 환자가 발생하며 결핵은 모든 감염질환으로 인한 사망자를 합산한 수 보다 더 많은 80만 명의 목숨을 앗아간다(WHO, 2008a). 또한 결핵발생 200만 건 정도는 진단되지 않거나 치료되지 않는다. 결핵의 세계적 부담의 절반 이상이(약 6백만 건 정도) 아태지역에서 발견된다.

결핵은 가난으로 인한 질병이며 사람이 가장 생산성이 높은 시기에 발생하는 질병이다. 이는 경제적으로 사회적으로 큰 손실이다. 2006년 결핵으로 인해 인도는 237억 달러 손실을 본 것으로 추산된다(Nair et al., 2010). 이는 질병관련 결근으로 3-4개월 월급을 받지 못하게 되는 경우가 흔히 발생하기 때문에 이러한 상황은 본인부담금 지출을 상당히 늘리는 결과를 가져올 수도 있다. 1993년 WHO는 결핵을 세계 보건 비상사태라고 발표했다.

2008년 인구 10만 명 당 신규발생 환자가 400명 이상일 정도로 캄보디아와 미얀마의 결핵 신규발생 수가 많았다(그림 1.10.1). 북한, 필리핀, 파푸아 뉴기니 역시 높은 결핵 발생률을 보였다. 2008년 캄보디아와 필리핀의 결핵 유병률이 인구 10만 명 당 각각 680명과 542명으로 높았다. 2008년 미얀마, 방글라데시, 파키스탄 역시 인구 10만 명 당 300명 이상으로 높은 유병률을 보였다. 아시아 22개국의 평균 유병률은 176으로 OECD 국가 평균보다 20배 이상 많았다. 호주, 뉴질랜드, 일본은 결핵 유병률이 20 미만이었다.

그러나 절대적인 수치로 보면 결핵 환자수가 가장 많은 국가는 인도와 중국이었다(그림 1.10.2). 인도의 결핵 환자 수는 220만 명이며, 중국은 120만 명이다. 방글라데시, 파키스탄, 필리핀, 인도네시아 역시 50만 명 이상이 결핵으로 고통 받고 있다.

아태지역은 결핵의 발생률, 유병률, 사망률이 1990년 이래로 지속적으로 감소하여 결핵이라는 도전과제에 잘 대응하고 있다. 1998년과 2008년 사이 인구 10만 명 당 유병률은 330명에서 220명으로 감소했다(그림

1.10.3). 인도에서는 많은 진전을 보지 못했지만, 중국과 인도네시아의 유병률도 상당히 감소했다.

결핵 치료전략은 DOTS라 불리는 “직접 감시하 단기 화학요법” 프로그램이다. 아태지역에서 양질의 결핵 서비스가 확산되었고, 2008년에는 결핵진단도 69%를 넘어섰다. DOTS 치료의 성공률은 2003년 이래로 지속적으로 85%를 웃돌았다(Nair et al., 2010) (그림 1.10.4).

아태지역은 빈곤층과 취약계층을 포함하여 치료 수요가 가장 큰 사람들에게 결핵 치료서비스를 제공해야 한다는 중요한 과제에 직면하고 있다. 개도국에서 HIV와 결핵의 동시감염, 약물에 내성이 생긴 변종 바이러스의 출현, 기술적 전문성에 대한 필요성이 결핵 퇴치 성과를 저해하는 요인이다.

관련자료

WHO(2008), 아태지역의 보건(Health in Asia and the Pacific), 세계보건기구 동남아시아 지역사무소, 뉴델리

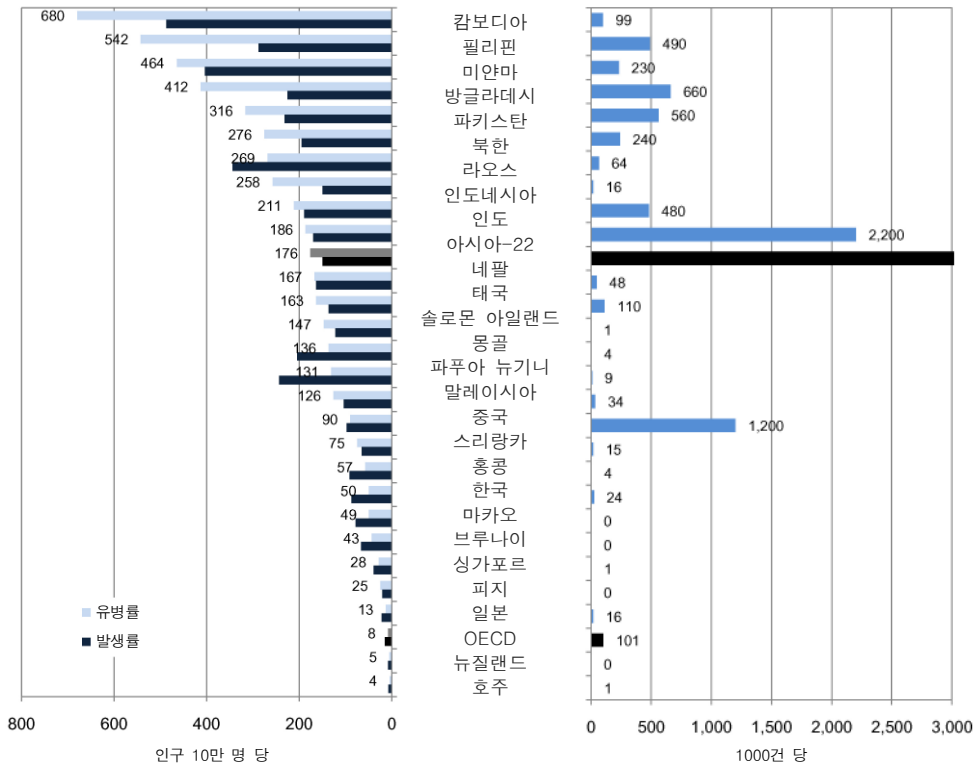
정의 및 측정방법

결핵(TB)은 감염성 질환으로 보통 결핵균에 의해 발생한다. 결핵은 보통 폐를 공격하지만 인체 다른 부위에 영향을 줄 수도 있다. 결핵은 결핵환자가 기침, 재채기, 말할 때 또는 침을 뱉을 경우 공기를 통해 감염된다. 대부분 사람이 결핵에 감염되면 아무런 증상없이 결핵이 잠복기 상태로 있다가 10% 정도가 활동성 결핵으로 진행된다. 치료를 하지 않고 방치하면 활동성 결핵으로 감염된 사람의 50% 이상이 사망한다.

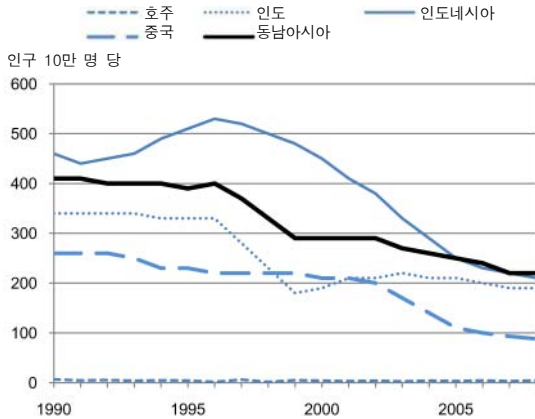
결핵 발생률은 인구 10만 명 당 일년에 보고된 결핵 신규환자 수이다. 결핵 유병률은 특정 시점에 인구 10만 명 당 결핵환자 수이다.

1.10.1 결핵의 유병률과 발생률, 2008년

1.10.2 결핵환자 수, 2008년

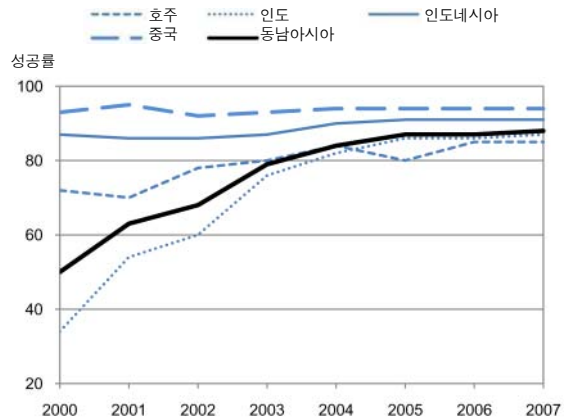


1.10.3 결핵 유병률, 일부 국가, 1990-2008년



출처: WHO TB data, www.who.int/tb/country.

1.10.4 DOTs에 의한 결핵치료 성공률, 일부 국가, 2000-2007년



1.11. 말라리아

아태지역의 많은 국가에서 말라리아는 풍토병이다. 특히 말라리아는 열대, 아열대 동남아시아와 같이 특정 생태 환경과 관련이 있지만 아태지역의 온대기후 지역에서 발견되기도 한다. 영향권에 있는 지역에 거주하는 사람 중 이동 및 이주하는 사람들, 영아, 아동 및 임신한 여성이 특히 말라리아에 취약하다. 말라리아에 의한 사망자 중 85% 정도가 아동이다.

특히 말라리아는 치료비를 대지 못하거나 보건의료서비스의 접근에 제한을 받는 오지의 가난한 사람들에게 영향을 미친다. 말라리아는 감염률이 높은 국가에서는 GDP를 1% 이상 감소시킬 정도로 상당한 경제적 손실을 유발한다. 말라리아의 부담을 많이 지고 있는 국가에서 말라리아는 공공 보건의료비 지출의 40%까지 차지하며 병원 입원의 상당수, 외래환자 병원 방문의 상당수를 차지한다.

아태지역 국가 전체 인구 중 4분의 3 정도가 말라리아에 걸릴 위험이 있다. 2008년 260만 건의 말라리아가 확인되었지만(현미경 또는 신속 진단검사를 통해), 확인되지 않은 건까지 합산하면 연간 24백만-29백만 건이 아태지역에서 발생하는 것으로 추산된다(WHO, 2010a). 중간-고 위험에 놓인 인구 대부분은 방글라데시, 캄보디아, 인도, 인도네시아, 미얀마, 파푸아 뉴기니, 태국에 거주하며 이들은 매년 확인된 말라리아 발병 건 수의 95%를 차지한다(그림 1.11.1). 확인된 말라리아 발병 수 중 가장 많은 수를 차지하는 국가는 인도인 반면(2008년 150만 명 이상) 말라리아에 의한 사망자 수가 가장 많은 국가는 미얀마이다(2008년 1000명 이상)(그림 1.11.2). 태평양 지역에서 솔로몬 아일랜드는 말라리아 환자수가 가장 많으며 파푸아 뉴기니는 말라리아에 의한 사망자 수가 가장 많은 국가이다(2008년 628명).

아태지역에서 최근 북한, 스리랑카, 태국과 같은 몇몇 국가들에서 말라리아 발생률이 줄어들었지만 인도와 인도네시아를 포함한 몇몇 국가들에서 말라리아 발생률이 변동이 없거나 심지어 증가하는 경우도 있었다. 하지만 말라리아 발생률이 증가한 것은 실제로 말라리아 발생이 증가했다 기 보다는 진단율이 개선되었기 때문이다

(WHO, 2010a) (그림 1.11.3).

말라리아를 통제하기 위해 하는 주요 활동으로는 알테미신 기반의 복합 치료, 모기를 퇴치하기 위해 살충제가 되어 있는 모기장 사용, 실내잔류분무 등이 있다(그림 1.11.4) 전반적으로 아태지역의 모기장 사용은 2005년 6%에서 2008년 17%로 증가했다. 그러나 말라리아 퇴치 노력은 모기의 살충제에 대한 내성, 통제 불가능한 인구의 이동으로 인한 말라리아의 확산으로 인해 그 효과를 충분히 거두지 못하고 있다. 그 어느 지역보다 아시아에서 다중약제 내성이 심각한 문제가 되고 있다. 성공적인 말라리아 퇴치는 각국 정부의 장기적이고 지속적인 노력에 좌우된다.

관련자료

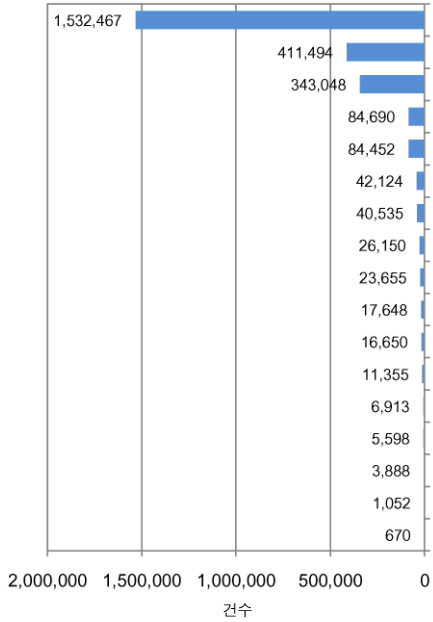
WHO(2009), 세계 말라리아 보고서 2009(World Malaria Report, 2009), 세계보건기구 제네바

정의 및 측정방법

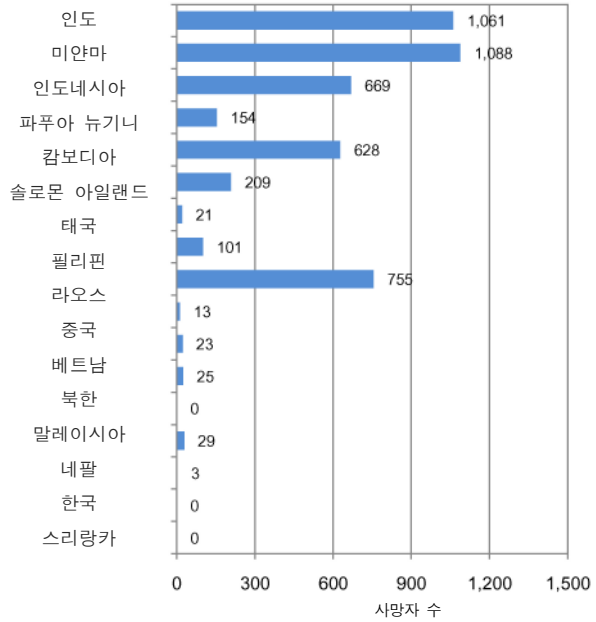
말라리아는 감염된 암컷 열록날개모기에 물리면서 전염되는 열대성 질환이다. 말라리아 기생충은 특정 기간 동안 간에서 머문 뒤 적혈구에서 증식하여 열, 두통, 구토의 증세를 일으킨다. 말라리아가 치명적인 경우가 많다. 아직까지 말라리아 백신이 존재하지는 않지만, 말라리아는 예방가능하고 치료 가능한 질환이다.

말라리아 의심환자에 대해서는 현미경 또는 신속 검진 테스트를 통해 말라리아를 확인할 것을 권고한다. 보건 당국에 보고된 말라리아 발병 이외에도 연간 보고되지 않은 말라리아 발병 건수도 많다. 부족하고 제한적인 보건서비스에 대한 접근성과 취약한 감시체계가 문제인 국가에서 제대로 보고되지 않은 말라리아 발병 건수와 사망자 수는 중대한 도전과제로 남아있다(WHO, 2008a).

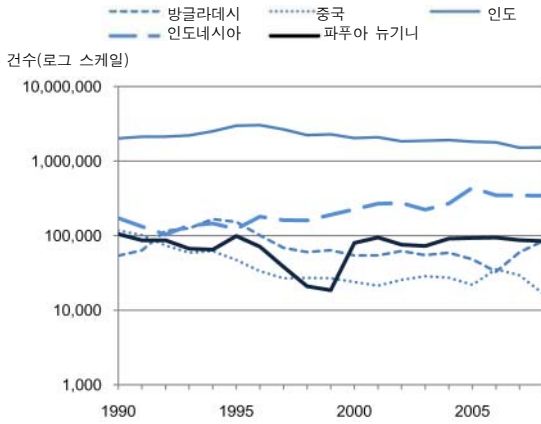
1.11.1 말라리아 확진 건수, 2008년



1.11.2 확인된 말라리아 사망자 수, 2008년

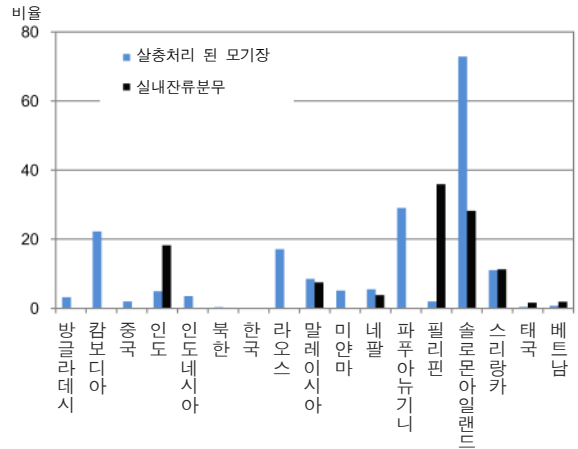


1.11.3 말라리아 확진 건수, 1990-2008년



출처: WHO, 2009e

1.11.4 살충처리가 된 모기장 및 실내잔류분무 이용 추산치, 2008년



1.12. 당뇨

현재 전세계적으로 당뇨는 가장 흔한 비전염성 질환 중 하나이다. 당뇨는 만성 대사질환으로 혈당이 높은 것이 특징이다. 당뇨는 췌장에서 인슐린 분비를 멈추거나(제1형 당뇨), 췌장의 인슐린 분비 기능이 떨어지면서 몸에서 반응을 거부하는 경우(제2형 당뇨) 발생한다. 당뇨병 환자는 심혈관 질환, 신부전증, 발 손상, 시력상실 등 다양한 합병증을 보일 위험이 높다.

1억 4천만 명 이상 또는 아시아 성인인구의 5.9%가 당뇨병을 앓고 있는 것으로 추산된다(그림 1.12.1). 나우루와 같은 태평양 지역의 작은 섬 국가에서는 총 성인인구의 3분의 1(31%) 정도가 당뇨병 환자이며 통가의 경우 그 비율이 13%였다. 이번 보고서의 조사 대상국 중에서는 브루나이, 말레이시아, 스리랑카, 싱가포르가 10% 이상으로 높은 수치를 기록했다. 이와는 대조적으로 몽고, 중국, 인도 등은 성인인구의 당뇨병 환자 비율이 5% 미만으로 나타났다. 아태지역의 평균 당뇨병 유병률은 OECD 국가에 비해 낮은 수준이다.

중국의 당뇨병 유병률은 상대적으로 높지는 않지만, 당뇨병 환자 수는 4천만 명 이상이다(그림 1.12.2). 인도의 당뇨병 환자 수는 5천만 명 이상이다. 파키스탄, 일본, 인도네시아, 방글라데시의 당뇨병 환자 수는 각각 5백만 명 이상이다. 세계에서 당뇨병 환자가 많은 10대 국가 중 5개 국가가 아태지역 국가이다.

제1형 당뇨는 주로 아동과 젊은층에서 진단된다. 당뇨병 진단 건 중에 제1형 당뇨가 10-15% 정도 차지하는 호주와 뉴질랜드를 제외하고 아태지역 국가에서 제1형 당뇨가 차지하는 비중은 5% 미만이다(그림 1.12.3). 많은 인구 때문에 전세계에서 당뇨를 앓고 있는 아동 48만 명 중 30% 정도가 아태지역에 거주하고 있으며 그 중 인도의 아동 당뇨병 환자 수는 11만 4천 명이다(IDF, 2009).

2010년 아태지역에서 당뇨병 관리에 지출한 금액이 400억 달러 정도로 추산되며, 이중 대부분은 인도에서 사용된 금액이다. 당뇨병 관리에 일인당 지출한 금액도 국가별로 큰 차이를 보이며 많게는 호주와 일본의 3천

달러에서 적게는 방글라데시, 북한, 미얀마, 파키스탄에서 30달러 미만으로 나타났다.

개도국에서는 현재 생활방식, 식습관의 급속한 변화, 과체중으로 인한 역학적 변화를 겪고 있기 때문에 당뇨병은 더 이상 부유층의 질병이 아니다. 자원이 제한된 국가들은 전염성 질환과 당뇨와 같은 유행병을 동시에 다루어야 한다. 싱가포르, 홍콩, 마카오에서 당뇨병 유병률이 높다는 것을 감안하면 현재 급속한 도시화와 경제성장이 진행되고 있는 중국에서도 당뇨병 유병률이 높아질 것이라는 점을 예상할 수 있다(Cheng, 2010). 정부는 예방 이니셔티브를 보다 실현 가능하고 지속적인 프로그램으로 전환하고 당뇨병 관리와 치료에 더 많은 투자를 해야 한다(IDF, 2009).

관련자료

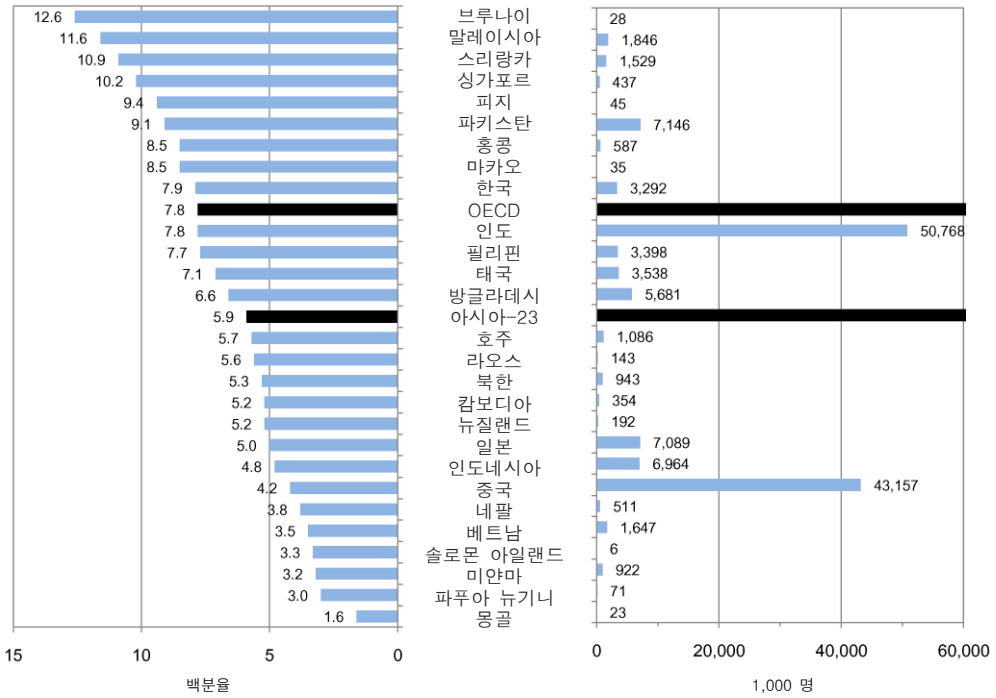
IDF(2009), IDF 당뇨병 아틀라스 4판(IDF Diabetes Atlas, 4th Edition), 국제 당뇨병 연맹, 브뤼셀

정의 및 측정방법

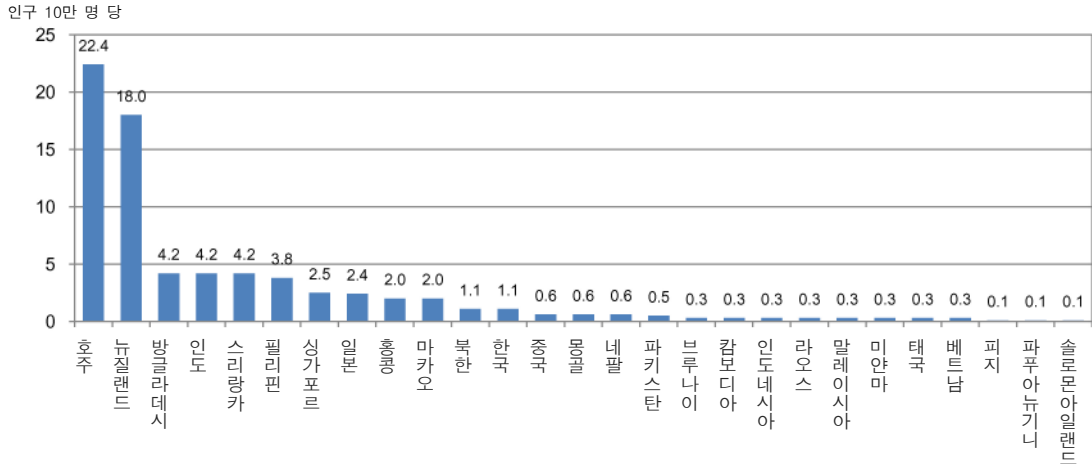
국가 당뇨병 발병률 통계를 발행하기 위해 국제 당뇨병 연맹이 사용한 자료와 방법은 당뇨병 아틀라스 4판(IDF, 2009)에 설명되어 있다. 국가 데이터는 1980년에서 2009년 발행된 연구에서 가져온 것이며 신뢰성에 대해 여러 가지 기준에 부합하는 자료만 선별해서 사용했다. 여러 국가(브루나이, 북한, 라오스, 마카오, 미얀마, 파푸아 뉴기니, 솔로몬 아일랜드)의 통계는 이웃국가에서 가져왔다. 데이터는 당뇨병 발생 빈도에 대해 일반적으로 나타내는 지표로 신중하게 해석해야 한다.

국가간 비교를 용이하게 하기 위해 유병률은 세계 표준인구에 보정되었다.

1.12.1 20-79세 성인인구 당뇨병 유병률, 1.12.2 20-79세 성인인구 중 당뇨병 환자 수, 2010년



1.12.3 0-14세 아동 제1형 당뇨 발생률, 2010년



출처: IDF, 2009

제2장 건강의 결정요인

- 2.1. 생식건강
- 2.2. 저체중아 출생
- 2.3. 모유수유
- 2.4. 영양
- 2.5. 저체중 및 과체중
- 2.6. 물과 위생시설
- 2.7. 담배
- 2.8. 알코올

2.1. 생식건강

생식건강은 책임있고 안전한 성생활을 하는 것과 더불어 생식에 관한 자유로운 의사결정과 연관이 있다. 생식건강은 출산규제 접근방법과 적절한 보건의료서비스를 제공하여 부모에게 건강한 아기를 출산할 수 있도록 도와주는 것이다.

아태지역에서 생식가능 연령의 여성 사망 및 장애의 주요 위험요인은 안전하지 않은 성관계이다(WHO, 2009a). 피임을 할 수 있는 여성들은 원치 않는 임신으로부터 자신을 보호하고 낙태관련 사망이나 장애의 위험을 낮출 수 있다. 출산 사이에 간격을 두는 것도 여성의 생식건강과 아이의 건강에 긍정적인 영향을 준다.

지역 내에서 생식건강의 질적인 측면도 큰 차이를 보였다. 2008년 6천8백4십 만 출생 중에서 산모사망은 호주의 경우 출생 10만 명 당 5명, 파키스탄의 경우는 367명으로 큰 차이를 보였다(1.8 “산모사망” 참조). 또한 영아사망률도 큰 차이를 보였다(1.2 “영아사망” 참조).

중국, 한국, 태국, 베트남에서 생식가능 연령 여성의 4분의 3이상 또는 그들의 배우자가 피임을 한다고 보고했다(그림 2.1.1). 피임을 하는 비율은 OECD 평균보다 높게 나타났다. 하지만 아시아 국가 전역에 걸쳐 피임을 한다고 보고한 커플은 60% 정도였고, 그 중 8%는 전통적인 방법인 리듬조절법, 질외사정법, 민간요법을 이용했다. 파푸아 뉴기니, 파키스탄, 라오스에서는 커플 중 3분의 1 미만이 피임을 한다고 보고했다.

캄보디아, 인도, 네팔, 파키스탄을 포함하여 몇몇 국가에서는 가난한 여성일수록 피임을 하지 않는 것으로 나타났다(그림 2.1.2). 피임을 하는 비율이 낮은 파키스탄에서는 가장 극빈층에 있는 여성에게서 특히 피임률이 낮았다. 그러나 방글라데시, 인도네시아, 몽골, 태국, 베트남에서는 소득수준과는 상관없이 피임률이 비슷했다.

아태지역의 국가에서 피임률이 낮을수록 가족계획의 요구사항이 만족되지 않을 확률이 높은 것으로 나타났다(그림 2.1.1). 라오스, 파키스탄, 캄보디아, 네팔에서 피임을 하지 않는 여성의 4분의 1 이상이 아이를 갖는 것을 미루거나 출산을 하지 않기를 원하는 것으로 나타

났다. 가족계획 미충족 여성 비율이 낮은 국가는 피임률이 높은 국가인 중국, 태국, 베트남이었다.

2003년 아태지역에서 원치 않는 임신 2600만 건이 출산이 아닌 다른 형태로 종료되었다(Sedgh et al., 2007). 그 중 980만 건(38%)이 법망을 벗어나 안전하지 못한 방법으로 이루어진 것으로 추산된다. 전세계적으로 산모사망의 3분의 1 정도는 안전하지 못하게 이루어진 낙태로 인한 것이다(WHO, 2008a). 남아시아와 동남아시아 국가에서 안전하지 못한 낙태 비율은 상당히 높은 수준이다(그림 2.1.3). 방글라데시, 인도네시아, 라오스, 말레이시아, 미얀마, 필리핀, 스리랑카, 태국, 그리고 대부분의 남태평양 섬 국가에서는 낙태를 법으로 금지하고 있다.

관련자료

WHO(2008), 아태지역의 건강(Health in Asia and the Pacific), 세계보건기구 동남아시아 지역사무소, 뉴델리

정의 및 측정방법

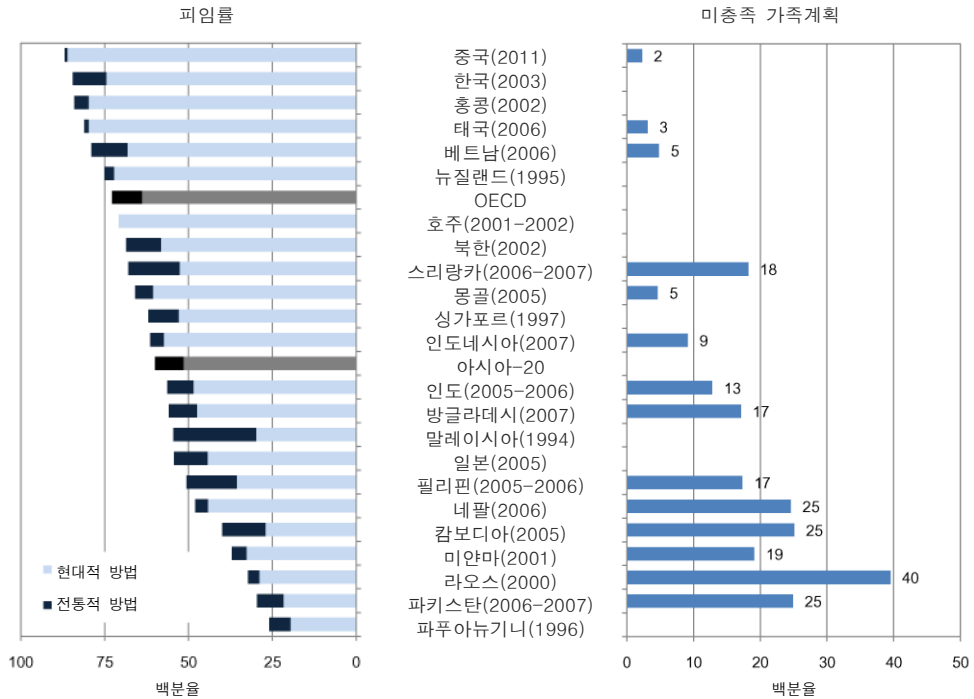
피임률은 피임방법과는 상관없이 현재 피임을 하고 있는 여성 또는 그 파트너의 비율이다. 피임률은 보통 15-49세 기혼자 또는 결혼생활을 하고 있는 여성 중 비율로 보고된다

가족계획 미충족 여성이란 생식능력이 있고, 성적으로 활발하지만 더 이상의 자녀를 원치 않거나 다음 번 출산을 미루고 싶어하는 사람을 의미한다. 이 역시 15-49세 기혼자 또는 결혼생활을 하고 있는 여성 중 비율로 보고된다.

피임여부, 충족되지 않은 가족계획 요구에 대한 정보는 보통 가구조사를 통해 수집된다. 안전한 또는 안전하지 못한 낙태에 대한 통계는 행정 데이터, 병원 데이터, 국가 및 가구 설문조사를 통해 수집된다. 국가별로 설문연도와 연령집단이 다르다.

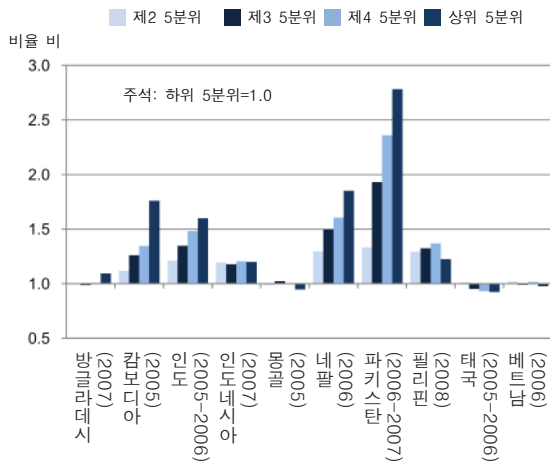
2.1. Reproductive health

2.1.1 피임률과 미충족 가족계획 여성, 최근 가용한 통계

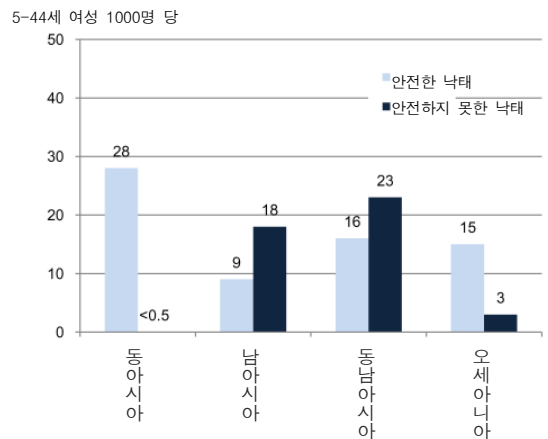


출처: United Nations, 2009b

2.1.2 소득분위별 여성의 피임, 일부국가, 연도 2.1.3 안전, 안전하지 못한 낙태 통계, 지역별, 2003년



출처: DHS 2006-2009, MICS 2006-2008



출처: Sedgh et al., 2007

2.2. 저체중아 출생

저체중아 출생의 원인은 다양하다. 산모들이 어려운 사회경제적 환경에 놓이거나, 임신 중 영양 및 건강 상태가 좋지 못한 것이 저체중아 출생과 밀접한 연관이 있다. 태아의 성장이 제한되거나 조기출산으로 인해 발생하는 저체중아 출생아는 건강이 좋지 않거나 사망할 확률이 더 높고 출생 이후에도 병원에 더 오랫동안 입원하며 장애를 가질 확률이 높다(UNICEF, WHO, 2004). 저체중아 출생의 산모 위험요인으로는 영양실조 또는 저 체질량지수(BMI), 낮은 사회경제적 지위 또는 소수인종, 어린 산모, 흡연, 과도한 알코올 섭취, 시험관 수정치료 이력, 과거 저체중아 출산 경험 등이 있다.

아시아 20개국 중에서 출생 중 평균적으로 13% 정도(7명 중 1명)가 저체중아 출생이었다. 이는 OECD 평균인 7%에 비해 거의 두 배 높은 수치이다(그림 2.2.1). 동아시아(중국, 한국, 몽골)과 남아시아(방글라데시, 인도, 네팔, 파키스탄, 스리랑카) 사이에 상당한 지역적 차이가 존재한다. 저체중아 출생의 발생률은 동아시아는 평균적으로 6%인데 비해 남아시아 국가들은 24%를 기록했다. 개도국에서 매년 출생하는 신생아 1900만 명은 2500 그램 이하의 체중으로 태어나며 그 중 절반 이상이 남아시아 국가에서 태어나는 신생아이다. 인도만 해도 매년 저체중으로 태어나는 신생아가 7백만 명이다. 남아시아에서 출생 시 몸무게를 재지 않는 비율도 70% 나 된다.

저체중아 출생에 대한 동향 분석은 국가 내, 국가 사이에 비교할 수 있는 통계자료가 부족하기 때문에 어렵다. 이용 가능한 조사 자료를 보면 아태지역의 저체중아 출생 발생률은 1990년대 이후로 거의 비슷한 수준을 유지하고 있다(UNICEF Childinfo, 2010). 인도와 인도네시아 역시 저체중아 출생 발생률에 거의 변동이 없었다(그림 2.2.2와 2.2.3). 베트남, 파푸아 뉴기니, 방글라데시에서 저체중아 출생이 상당히 감소했다고 보고되고 있는데 이는 설문조사 표본과 방법론의 차이에서 나온 결과일 수도 있다.

그러나 중국은 지난 수십 년 동안 빠르고 지속적인 경제 성장 덕분에 저체중아 출생 발생률이 지속적으로 감소하고 있다. 중국의 여러 지역에서 음식에 대한 접근성과 전반적인 식생활이 개선되었다. 2003년 중국의 저체중아 출생 발생은 OECD 평균보다 훨씬 적은 3.7%로 감소했다. 하지만 중국의 인구가 많다는 것은

저체중아 출생의 영향을 받는 신생아 수가 많다는 것을 의미하며 중국에서 매년 저체중아 출생으로 태어나는 신생아 수는 100만 명 정도로 추산되고 있다.

일본의 저체중아 출생 발생률은 1980년대의 6%에서 2000년대 중반에는 10% 정도로 지난 수십 년 사이에 급증했다. 이러한 증가에는 젊은 여성의 흡연을 증가, 산모 연령의 증가 등 여러 가지 요인이 작용한다. 저체중아 출생아의 수가 늘어나기는 했지만, 일본은 상당히 성공적으로 신생아에 대한 보건의료를 제공하여 영아사망률을 낮추었다.

출생체중, 향후 질병률과 사망률 사이에는 밀접한 연관성이 있기 때문에 저체중아 출생은 신생아 건강을 나타내는 중요한 지표이다. 저체중아 출생은 신생아기 사망의 60~80% 정도를 차지한다. 왜냐하면 저체중아 출생아는 영아기에 사망할 확률이 20배 높기 때문이다. 높은 저체중아 출생 발생률을 보고한 국가의 영아사망률은 다른 국가에 비해 높다(그림 2.2.4).

관련자료

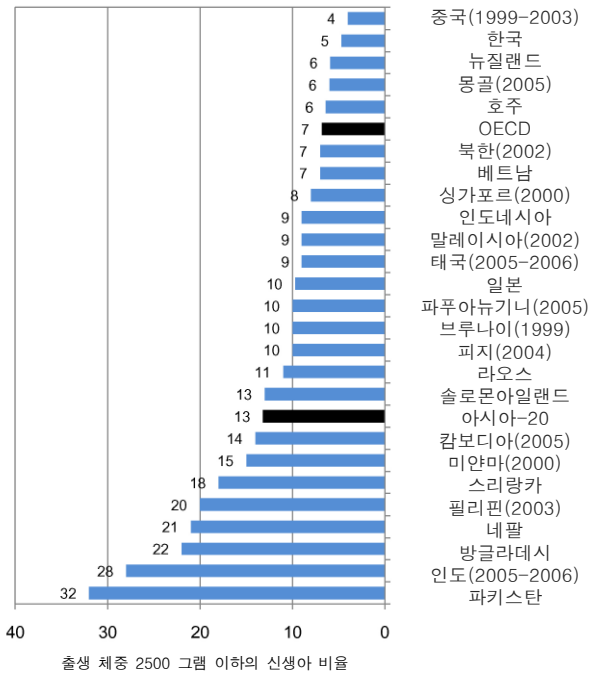
UNICEF, WHO(2004) 저체중아 출생: 국가, 지역, 세계적 통계(Low Birth weight: Country, Regional and Global Estimates), 유니세프, 뉴욕

정의 및 측정방법

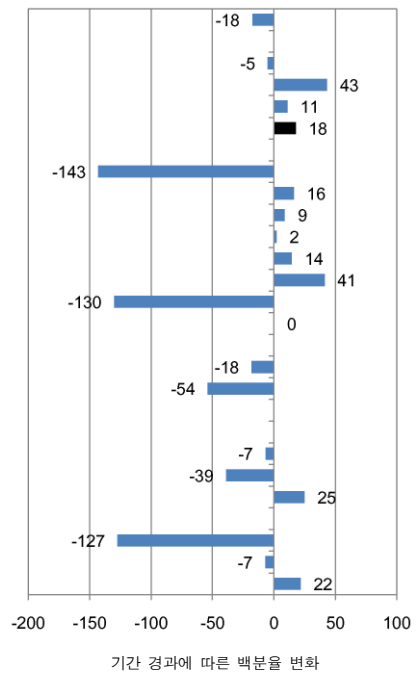
WHO는 임신 주수와는 상관없이 출생 시 체중이 2500 그램(5.5 파운드) 이하를 저체중아 출생으로 정의하고 있다. 이 수치는 영아의 사망 위험 증가에 대한 역학조사를 바탕으로 이루어진 것이며, 국제적으로 비교가능한 통계자료이다. 저체중아 출생 수는 총 출생에서 차지하는 비율을 백분율로 나타낸다.

선진국에서는 주로 국가 출생기록부를 통해 저체중아 출생에 관한 정보를 얻는다. 개도국의 경우 저체중아 출생에 관한 정보는 주로 국가 가구조사에 참여하는 산모와 일상 보고 시스템을 이용하여 수집한다(UNICEF, WHO, 2004).

2.2.1 저체중아 출생 영아, 2006-2007년 (혹은 최근 가용연도)

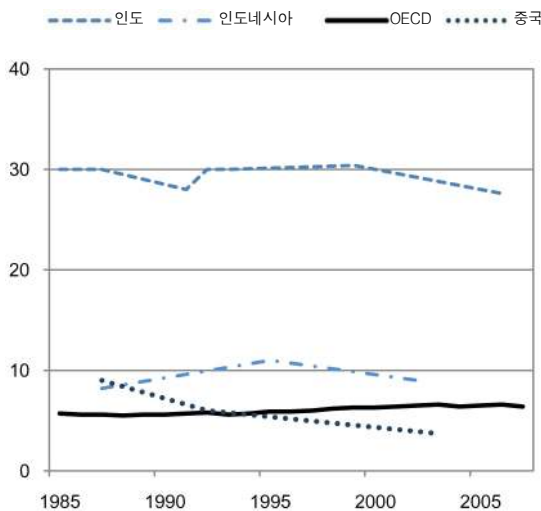


2.2.2 저체중아 출생 영아의 비율 변화, 1986-1987년에서 2006-2007년



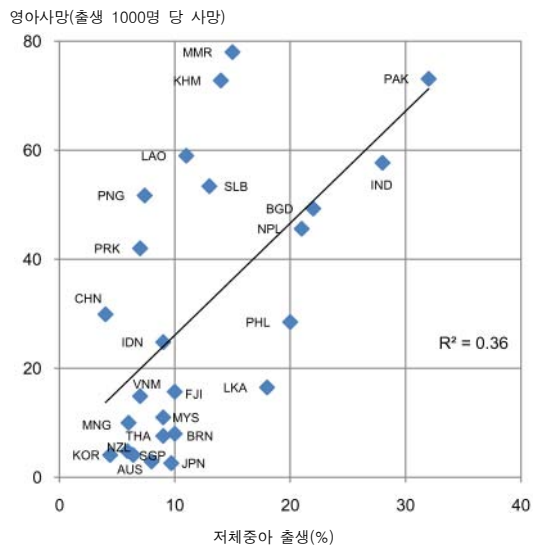
주석: 베트남, 파푸아뉴기니, 방글라데시에서 저체중아 출생 영아 비율이 상당히 감소한 것은 조사 방법론의 차이에 기인한 것일 수도 있다.

2.2.3 저체중아 출생 영아의 경향, 일부 국가, 1985-2007년



출처: OECD Health Data 2010, UNICEF Childinfo, World Bank WDI

2.2.4 저체중아 출생과 영아사망, 2006-2007년(또는 최근 가용연도)



2.3. 모유수유

모유수유를 하는 것이 아이의 건강과 생존을 위한 가장 좋은 방법 중 하나이다. 모유는 아기의 건강한 성장을 위해 필요한 영양분을 공급하며 전 세계적으로 아동 사망의 주요 원인인 설사와 폐렴과 같은 아동에게 흔히 나타나는 질병에 대한 항체를 생성한다. 모유수유는 영아기 이후의 건강과도 연관이 있다. 모유를 먹고 자란 아동은 혈압과 콜레스테롤이 낮고 과체중, 비만, 제2형 당뇨병에 걸릴 확률이 낮다. 통계를 보면 모유수유 관행만 개선해도 매년 100만 명의 아동 사망을 막을 수 있다(WHO, 2008b).

모유수유는 임신을 통제하고 이후에 유방암과 자궁암 위험을 줄여주며 비만율을 낮추어 주는 장점을 가진다. 세계보건기구는 생후 6개월까지는 완전 모유수유, 그리고 최고 2년까지는 모유수유와 더불어 다른 음식을 함께 먹이는 것을 권장하고 있다.

세계적으로 6개월 미만의 영아 중 완전 모유수유를 받는 영아는 40% 미만이다(UNICEF, 2009). 아태지역에서 데이터를 제공한 국가 중 절반 정도의 집중적 모유수유율은 40% 이상이었다(그림 2.3.1). 완전 모유수유는 스리랑카, 솔로몬 아일랜드에서는 75%, 인도와 네팔에서는 거의 50%, 필리핀, 인도네시아, 말레이시아의 경우에는 거의 33% 정도였다. 태국, 미얀마, 베트남에서는 완전모유수유 비율이 낮아 20% 미만에 머물렀다.

방글라데시, 인도, 인도네시아, 파키스탄, 필리핀을 포함한 아태지역의 많은 국가에서 가난한 여성일수록 완전 모유수유 비율이 높았다(그림 2.3.2). 파키스탄과 필리핀의 부유한 여성 중 5분의 1 미만이 생후 3개월까지 완전 모유수유를 했다.

캄보디아의 경우는 예외이다. 2004년 6월 캄보디아 정

부는 아동 사망을 줄이기 위해 가장 최우선순위 과제로 조기 완전 모유수유를 발표했다. 그 후 18개월 동안 다양한 활동과 메시지를 통해 범국가적 모유수유 운동을 벌였다. 병원에서는 모유수유 관행이 자리 잡았고, 지역 공동체 기반의 자원봉사자들은 향후 출산 예정이거나 막 출산을 한 산모들을 대상으로 모유수유에 대한 확신을 심어주었다. 생후 6개월 미만의 완전 모유수유율은 2000년 7%에서 2005년 60%로 증가했고 그에 따라 모유와 물을 함께 먹는 영아의 비율은 67%에서 28%로 감소했다(UNICEF, 2008a).

6개월 이후 모유수유 관행은 국가별로 큰 차이를 보였다. 대다수의 엄마들은 6-9개월 사이에 보충 음식을 병행하기 시작했지만 12-15개월 까지는 여전히 모유수유를 하고 있었다(그림 2.3.3). 이 시기 모유수유율은 남아시아(네팔, 방글라데시, 스리랑카) 국가들과 캄보디아에서 90% 이상으로 높게 나타났다.

관련자료

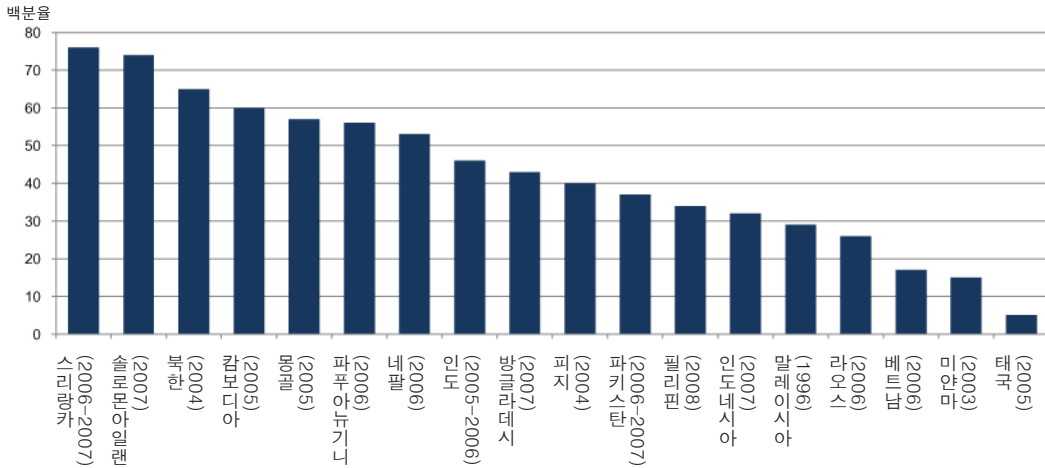
UNICEF (2009), 세계 아동의 상태, 특별호(The State of the World's Children, Special Edition), 유니세프, 뉴욕

정의 및 측정방법

완전 모유수유란 물, 주스, 유아용 유동식, 분유 또는 기타 음식을 혼용하지 않고 모유만 먹는 것을 의미한다. 비타민, 미네랄, 약물을 허용된다.

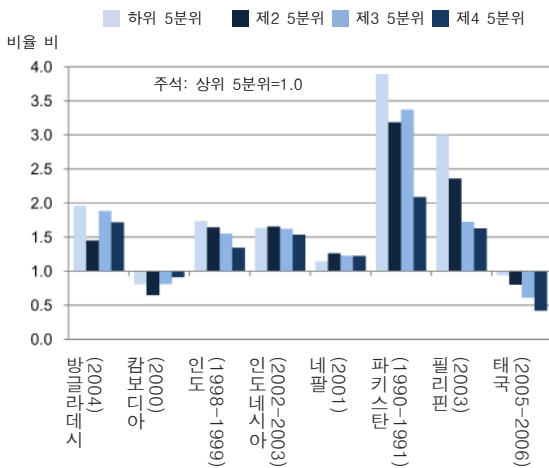
완전 모유수유를 하는 비율에 대한 정보는 주로 가구 조사에서 수집했다.

2.3.1 생후 6개월 미만 완전 모유수유를 받는 아동, 2007년 또는 최근 가용연도



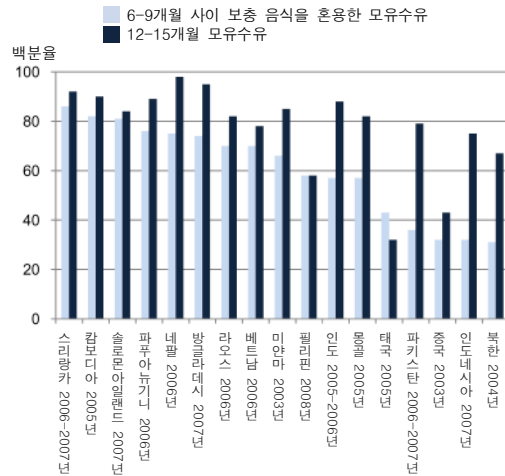
출처: UNICEF, 2009

2.3.2 0-3개월 영아의 완전 모유수유, 소득분위별, 일부국가, 년도



출처: Gwatkin et al., 2007, MICS 2006-2008

2.3.3 6개월 이후의 모유수유, 일부국가 및 년도



출처: UNICEF, 2009

2.4. 영양

국가 발전은 건강하고 영양상태가 좋은 사람들에 의해 좌우된다. 식량 안보란 항상 충분하고, 안전하고 영양가 있는 음식에 언제나 접근할 수 있어서 활동적이고 건강한 삶을 위해 필요한 영양소를 섭취할 수 있는 것을 의미한다. 하지만 아태지역에 있는 사람들 중에는 이러한 기본적인 요구사항도 충족시킬 수 없는 이들이 많다. 만성적 기아는 현 세대뿐만 아니라 미래 세대의 건강과 안녕에 치명적인 영향을 준다.

2004-2006년 기간 동안 아태지역에서 5억 명 이상의 사람들이(5억 6220만 또는 인구의 16%)가 영양실조 상태였다(FAO, 2009). 영양실조 유병률은 캄보디아, 방글라데시 몽골, 북한의 경우는 25%를 상회했고, 조사 대상국 중 3분의 2는 10% 이상의 유병률을 보였다. 2004-2006년 중국과 인도만 해도 거의 3억 8천 명의 인구가 영양실조 상태였다.

아시아 19개국의 일일 열량소비는 일인당 2,500 칼로리로 OECD 국가 평균인 3,400 칼로리와 비교되는 수치이다(그림 2.4.1). 호주, 뉴질랜드, 한국, 피지의 식단은 열량이 높다. 북한, 라오스, 캄보디아 방글라데시에서는 사람들이 소비할 수 있는 음식이 부족하다. OECD 국가의 식단과 비교하여 아시아 국가의 음식은 단백질은 3분의 2수준이었고, 지방은 절반 미만이었다(그림 2.4.4)

아태지역에서 소비되는 음식은 지난 20년 동안 1990년 2,300 칼로리에서 현재는 2,500 칼로리로 증가했다(그림 2.4.3). 중국의 지속적인 경제성장은 음식 섭취를 비롯해서 국민들에게 많은 혜택을 가져다 주어 2007년 음식 섭취는 거의 3,000 칼로리에 달했다. 방글라데시에서 쌀 생산량은 크게 증가했지만, 인구 증가, 전통적인 농업 방법, 농지 부족, 빈번한 자연재해로 자급자족은 위협을 받고 있다(WHO, 2008a). 최근에는 수출감소, 해외 이주 노동자로 부터의 송금 및 수입의 감소와 더불어 국제적 식량위기와 사이클론의 영향으로 작곡 내 쌀 가격은 2008년에 큰 폭으로 증가했다. 북

한의 상황은 더욱 심각했다. 북한 주민들은 1990년대에 지속적으로 기근을 경험했고, 경제 위기로 식량 원조에 더욱 의존할 수 밖에 없었다.

연속적인 식량, 연료, 경제 위기는 아태지역의 빈곤층이 음식 섭취를 충분히 하지 못하고, 교육이나 보건의료처럼 필수적인 지출을 제한하는 결과를 가져올 지도 모른다. 농업, 음식에 접근하지 못하는 사람들의 사회적 보호에 대한 투자는 아태지역 빈곤층의 경제, 고용, 건강 측면을 개선하는데 도움이 될 것이다(FAO, 2009).

관련자료

FAO(2009), 세계 식량 불안전성 현황: 경제위기- 그 영향과 교훈(The State of Food Insecurity in the World: Economic Crisis- Impacts and Lessons Learned) 유엔 식량농업기구, 로마

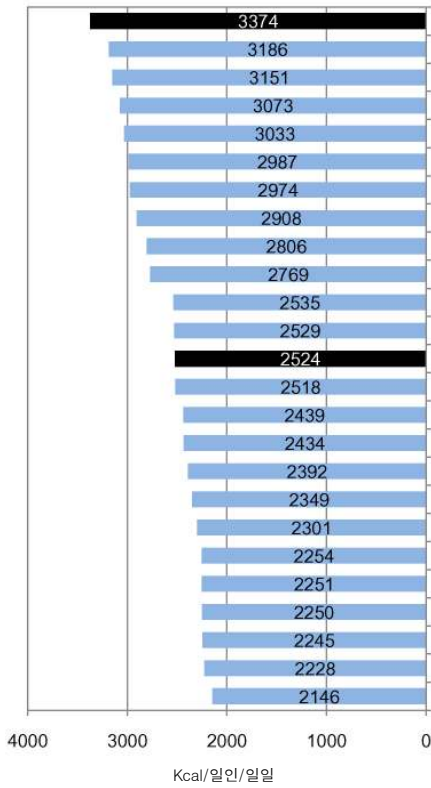
정의 및 측정방법

FAO(유엔 식량농업기구)의 소비 통계는 국가 농업 통상부가 제공하는 연간 식품 생산 및 무역에 관한 통계를 기반으로 한다.

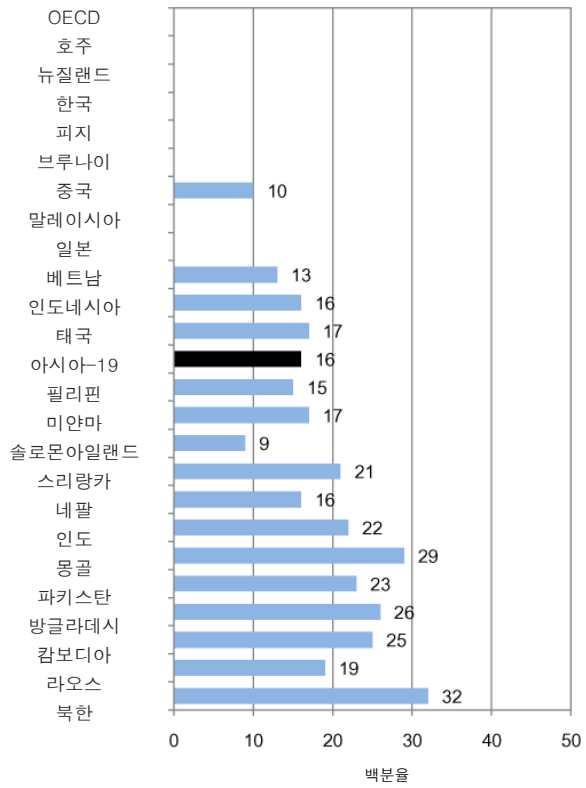
음식 섭취 열량은 인간이 먹을 수 있는 음식의 양을 측정하는 것이며 칼로리(kcal)로 표시된다. 단백질과 지방 함량은 그램으로 표시된다. 단백질과 지방 함량은 적절한 음식 배합 요소를 식품에 적용해서 계산한다.

영양결핍이란 지속적으로 가벼운 활동을 하는 데 필요한 최소 열량 요구량 보다 낮은 칼로리를 섭취하고 키 대비 적정 체중보다 적게 나가는 사람의 상태를 일컫는다.

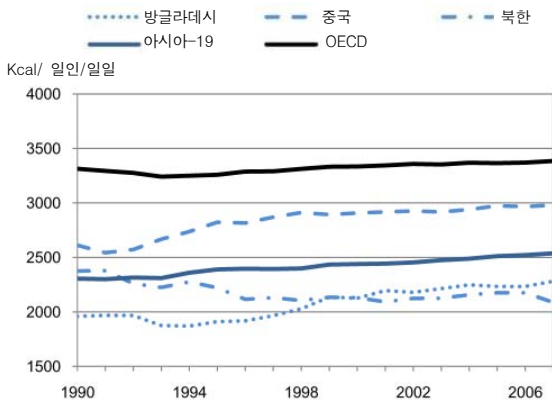
2.4.1 열량 섭취 2005-2007년



2.4.2 총 인구에서 영양결핍 발생, 2004-2006

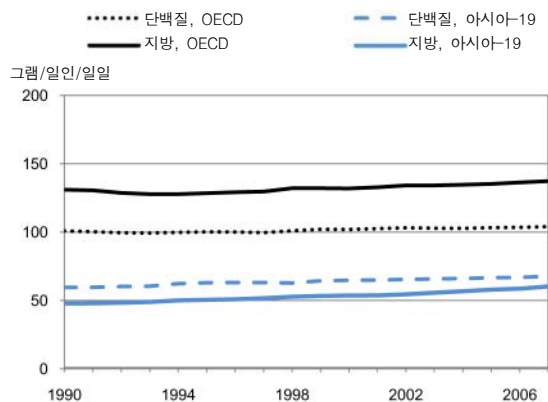


2.4.3 열량섭취, 일부국가, 1990-2007년



출처: FAOSTAT Database, faostat.fao.org.

2.4.4 단백질 및 지방섭취, OECD와 아시아 국가, 1990-2007년



2.5. 저체중 및 과체중

저체중이나 과체중의 결과를 가져오는 영양결핍은 건강 상태와도 밀접한 연관이 있다. 전세계 모든 사망의 3분의 1 이상이 10가지 중대 위험요인 때문이며 그 중 7가지는 영양상태와 연관이 있다(WHO, 2002).

개도국에서 저체중은 조기사망과 밀접한 연관이 있는 위험요인이다. 임신한 여성의 영양 결핍은 저체중아 출생아 출산으로 이어지기도 한다(2.2 “저체중아 출생” 지표 참조). 5세 미만 아동 사망의 절반 이상이 저체중에 기인한다(WHO, 2008a). 빈곤, 식수 및 위생시설 부족, 교육과 보건서비스에 대한 접근 불평등과 같은 건강에 대한 사회적 결정 요인이 영양실조의 원인이다.

남아시아의 성인 중 상당수가 저체중이다(그림 2.5.1). 인도, 파키스탄, 방글라데시에서 성인 인구의 4분의 1 이상의 체질량 지수가 18.5 미만이다. 2007년 14개의 아시아 국가들에서 여성의 18%, 남성의 14%가 저체중이었으며 이는 OECD 평균인 4%, 1%와 대조적인 수치이다. 몽골, 피지, 한국, 중국의 남녀성인 인구 중 10% 미만이 저체중이다. 그러나 다른 지역의 인구와 비교해서 아시아 지역의 인구의 BMI, 체지방 비율, 건강 위험의 연계성이 다를 수 있다는 점을 주의해야 한다(WHO Expert Consultation, 2004).

전세계 저체중 아동 중 절반 정도가 남아시아에 거주한다. 최근 통계자료에 따르면 중증도 또는 중증 저체중 유병률이 3%(싱가포르)에서 45%이상(네팔, 방글라데시, 인도)로 큰 차이를 보였다(그림 2.5.4). 이 지역의 대다수의 국가들은 아동의 소모성 문제(신장 대비 저체중) 문제와 발육부진(정상적인 신장으로 성장하지 못하는 것) 문제를 겪고 있다. 아태지역의 중증저체중은 감소하고 있지만 국가 별로 성과는 상이하다. 중국은 아동 영양결핍과 사망을 줄이는 데 상당한 성과를 거두었다.

국가 경제가 성장하면서 국가들은 인구적, 역학적 변화를 겪고 있다. 과체중과 비만 유병률이 높아지는 경향이 있으며 이로 인해 심혈관 질환, 당뇨, 암과 같은 비전염성 질환이 많아지고 있다. 아태지역에서 비전염성 질환은 전체 사망의 60% 이상을 차지하고 있다(WHO, 2008a). 현재 태국, 필리핀, 싱가포르, 말레이시아와 같은 국가의 국민들은 건강상의 변화를 겪고 있으며 이들의 저체중, 과체중 지표는 상당한 변화를 보이고 있다(그림 2.5.3). 이러한 국가들은 각기 다른 인구집단 별로 영양 결핍과 영양 과잉의 문제를 동시에 안고 있다(FAO, 2006).

저체중에 비추어봤을 때, 뉴질랜드, 호주, 피지, 말레이시아는 상대적으로 과체중 비율이 높다(그림 2.5.2).

OECD 국가의 성인인구 중 50% 정도의 BMI는 25 이상이었으며, 이는 아시아 국가 평균이 20% 정도인 것보다 대조적이었다. 개도국에서는 건강 위험을 높이는 비만이 도시지역에 살거나 중년 여성들 중 사회 경제적 지위가 높은 이들에게 주로 발생했다. 그러나 선진국의 경우 모든 연령 집단에서 비만이 증가하고 있으며, 비만은 낮은 사회경제적 지위, 특히 여성과 관련이 있었다(Sassi, 2010).

관련자료

WHO(2008), 아시아 태평양 지역의 건강(Health in Asia and the Pacific), 세계 보건기구, 동남아시아 지역사무소, 뉴델리

정의 및 측정방법

저체중, 과체중, 비만을 측정하는 데 가장 빈번하게 사용되는 척도가 체질량 지수(BMI)이다. BMI는 신장 대비 몸무게를 측정하는 것으로 킬로그램으로 표시한 체중을 제곱미터로 표시한 신장으로 나눈 값으로 정의된다(kg/m²)

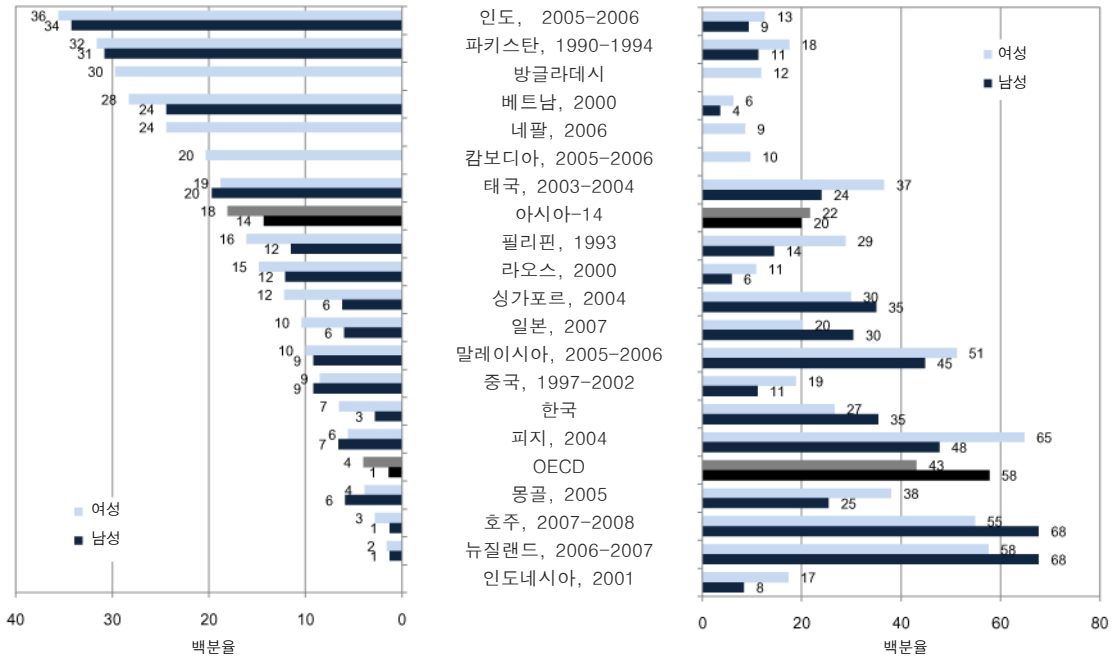
WHO는 BMI가 18.5 미만인 경우 저체중, 25 이상인 경우는 과체중으로 분류하고 있다. BMI가 30 이상인 경우는 비만으로 분류한다. 그러나 BMI가 낮거나 BMI가 높은 경우 모두 비슷한 수준의 건강 위험에 노출되어 있는 사람이 있기 때문에 이러한 분류가 모든 아시아 인구에게 적합하다고 할 수는 없다(WHO Expert Consultation, 2004).

아동의 경우 중증도 또는 중증 저체중에는 WHO의 참조 인구의 연령별 체중 중앙치에서 두 단계 아래에 속하는 5세 미만의 아동도 포함되어 있다.

많은 국가에서 인구 기반 보건조사의 자기보고를 통해 인구의 체중 및 신장 통계를 수집했다. 호주, 일본, 한국, 뉴질랜드와 같은 일부 국가에서는 실제 체중과 신장을 측정해서 통계를 수집했다. 이러한 차이 때문에 데이터 비교가 제한적일 수 있다. 건강검진을 통한 BMI 통계 자료가 신뢰도가 더 높고 자기보고 조사 보다 그 가치가 더 높다고 볼 수 있다.

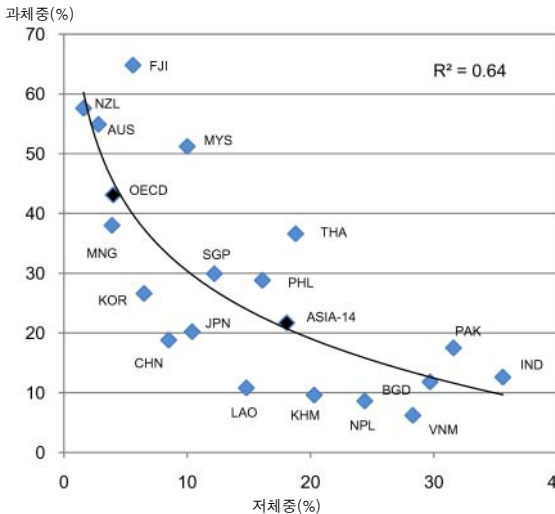
2.5. Underweight and overweight

2.5.1 저체중 성인(BMI<18.5), 최근 가용연도 2.5.2 과체중 성인(BMI>=25), 최근 가용연도



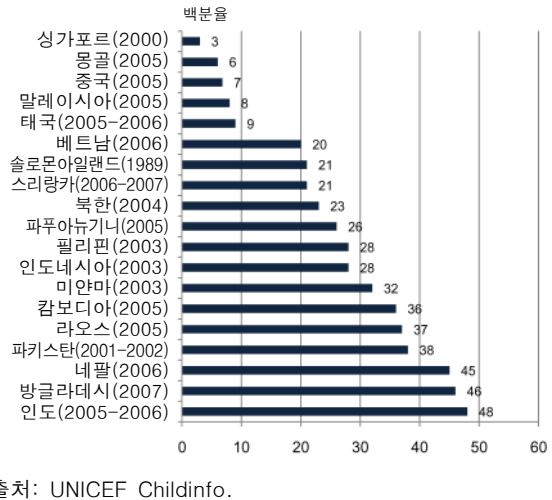
출처: WHO Global Database on Body Mass Index, OECD Health Data2010

2.5.3 저체중 또는 과체중 여성인구의 비중, 최근 가용연도



출처: WHO Global Database on Body Mass Index, OECD Health Data, 2010

2.5.4 5세 미만 중증도 또는 중증 저체중 아동, 최근 가용연도



출처: UNICEF Childinfo.

2.6. 물과 위생시설

인간의 건강과 안녕을 위해 안전한 물과 충분한 위생시설은 필수적이다. 물과 위생시설이 부족하면 인간의 건강, 삶, 삶의 질에 중대한 영향을 미친다. 매년 설사병으로 2백 만 명이 목숨을 잃고, 사망자 중 대부분은 5세 미만의 아동이다. 물과 위생시설의 접근성이 개선되면 교육 참여, 삶의 질 개선, 보건의료비 감소 또는 노동력의 생산성 향상 등 다양한 사회경제적 혜택이 수반된다.

개선된 식수원을 이용하는 인구의 비중은 아태지역에서 86%로 높은 편이다(그림 2.6.1). 1990-2008년 아태지역(대부분 중국과 인도)에서 11억 명이 추가적으로 개선된 식수원을 이용할 수 있게 되었다. 개선된 식수원이란 주로 파이프를 통해 집으로 물을 가져오는 것이다. 하지만 아태지역의 4억 6천만 인구는 여전히 이러한 기본적인 필요사항이 충족되지 못한 채 살고 있다. 몇몇 개도국에서는 개선된 식수원 이용률 향상이 저조하여 파푸아 뉴기니, 피지에서는 개선된 식수원 이용률이 50% 미만을 기록했다. 파푸아 뉴기니, 라오스, 캄보디아, 미얀마와 같이 개선된 식수원으로서의 접근성이 낮은 국가들에서는 5세 미만 아동 사망률도 높게 나타났다(1.3 “5세 미만의 사망” 참조).

아태지역 국가 중 거의 20억 명(35%), 즉 전 세계적으로 봤을 때 4명 중 3명 정도는, 개선된 위생시설을 이용하지 못하고 있다(그림 2.6.2). 인도, 네팔, 솔로몬 아일랜드, 콜롬비아에서 적절한 배설물 처리시설을 가지고 있는 인구가 3분의 1 미만이었으며, 이들 국가에서는 여전히 개방식 화장실이 일반적으로 이용되고 있었다. 개선된 위생 시설을 이용하는 인구의 비중은 중국(1990년 41%에서 2008년 55%로 증가), 인도(18%에서 31%로 증가)에서 크게 증가했다. 하지만, 2015년까지 개선된 위생시설을 이용할 수 없는 전 세계 인구의 비중을 절반으로 줄이겠다는 WHO의 목표는 달성하기 어려울 것으로 보인다(WHO/UNICEF, 2010).

안전한 물과 적절한 위생시설을 이용할 수 없는 사람의 대다수가 시골 지역에 거주한다. 기본적인 위생시설을 이용할 수 없는 사람 10명 중 7명, 개선된 식수원을 이용할 수 없는 사람 10명 중 8명 이상이 시골지역에 거주한다. 1990년 이래로 시골지역에 거주 하는 사람의 안전한 물로의 접근성은 꾸준히 개선되어 2008년에는 그 비율이 83%에 달했다(그림 2.6.3). 시골 지역에서

는 위생시설을 개선하는 것이 더 큰 문제이다. 아태지역에서 시골지역에 거주하는 사람 중 40% 정도만이 적절한 위생시설을 이용할 수 있으며 인도의 경우에는 그 비율이 20% 정도에 그쳤다(그림 2.6.4). 도심지역의 인구가 급증하면서 위생시설 개선 성과에 영향을 주기는 했지만, 1990년 이후 위생시설은 주로 도심지역에서 개선되었다.

개도국에서 물과 위생시설 정책의 목표를 달성하고 이와 관련된 경제, 사회, 환경적인 혜택을 실현하기 위해서는 더 많은 재정 자원이 필요하다. 세금 기반의 공적 지원, 잘 설계된 수도요금체계, 물 분야의 전략적인 지원은 빈곤층, 취약층이 물과 위생시설 서비스를 지속적으로 이용하는 데 도움이 될 것이다(OECD, 2009b).

관련자료

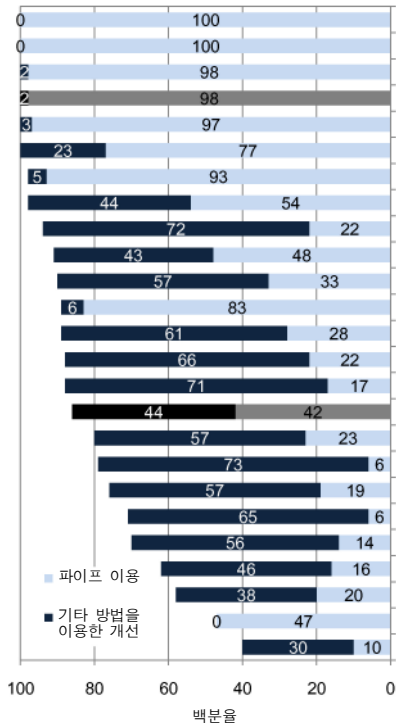
WHO/UNICEF(2010), 위생시설 및 식수에 대한 성과: 2010 업데이트(Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2010 Update), WHO/UNICEF 물 공급 및 위생시설 공동 모니터링 프로그램, 제네바

정의 및 측정방법

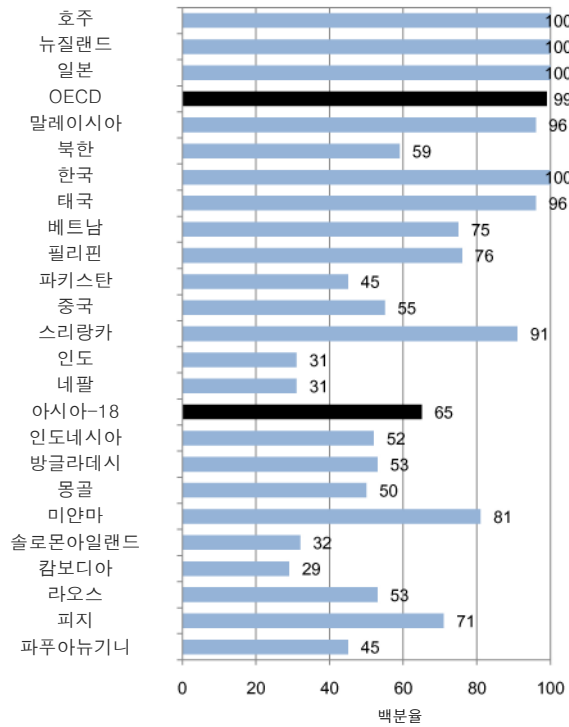
개선된 식수 공급원은 외부 요인들, 특히 배설물로부터 식수를 보호하기 위해 만들어진 시설이다. 개선된 식수 공급원은 파이프, 수도, 시추공, 보호된 우물, 샘물 등을 포함한다. 개선된 위생시설이란 인간이 배설물을 접촉할 수 없도록 만들어진 시설이며 파이프 하수 처리시스템, 오수정화조, 개선된 재래식 화장실을 이용해서 배설물을 내리거나 친환경 변기를 이용하는 것을 포함한다(WHO/UNICEF, 2010).

WHO/UNICEF 물 공급 위생시설 공동 모니터링 프로그램(JMP) 데이터베이스에는 물과 위생시설에 관해 주로 개도국에서 이루어진 가구조사와 인구조사를 포함하고 있다. 일반적으로 선진국에서는 행정적 데이터를 제공했다.

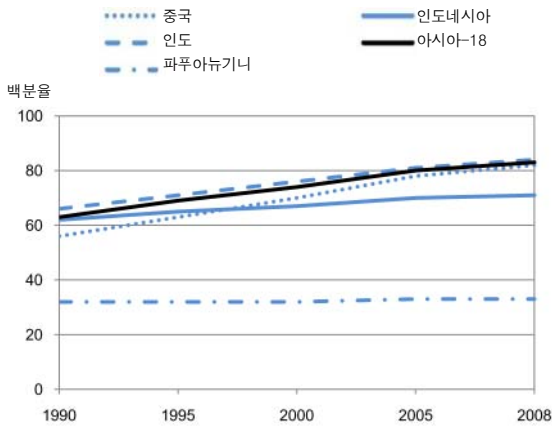
2.6.1 개선된 식수의 이용, 2008년



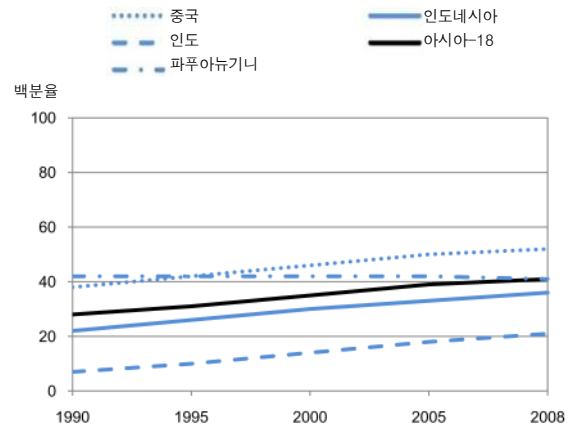
2.6.2 개선된 위생시설의 이용, 2008년



2.6.3 개선된 식수를 이용하는 농촌인구, 일부국가, 1990-2008년



2.6.4 개선된 위생시설을 이용하는 농촌인구, 일부국가, 1990-2008년



출처: WHO/UNICEF 2010

2.7. 담배

흡연은 암, 심혈관 질환을 포함하여 질병과 사망을 유발하는 질병의 일반적인 위험요인이다. 전 세계적으로 흡연은 성인 사망의 10% 정도(연간 6백 만 명)와 직접적인 연관성이 있으며 대부분 이러한 흡연에 의한 사망은 후진국과 중진국에서 많이 나타난다(Shafey et al., 2009).

아태지역에서 하루에 약 6,000명이 담배와 관련된 질병으로 조기사망하며 연간으로 환산하면 230만 명이 담배와 관련된 질병으로 사망한다. 가장의 사망, 치료를 위한 공중 보건의료비용 지출의 상승, 노동력의 생산성 저하 등 사회경제적인 비용도 크다(WHO, 2008a).

매일 흡연하는 사람의 비중은 국가 별로 큰 차이를 보였다(그림 2.7.1). 2006년 매일 흡연하는 남성의 비중은 중국, 라오스, 북한, 인도네시아에서 50% 이상으로 높게 나타났다. 30-60세 중국 남성의 흡연율은 70%이다. 그러나 피지, 호주에서 매일 흡연하는 성인남성의 비율은 20% 미만이었다. 아태지역의 매일 흡연하는 남성 비율은 평균 40%로 OECD 국가 평균 30%와 비교했을 때 높게 나타났다.

2006년 아태지역에서 매일 흡연하는 여성의 비율은 6%로 나타나 남녀 사이 큰 차이를 보였다. 매일 흡연하는 여성의 비율은 시골 지역에서 여성의 흡연이 일반적인 니팔(25%)에서 가장 높게 나타났고, 뉴질랜드(20%), 호주(15%)와 같은 선진국에서도 높게 나타났다.

세계 흡연자의 3분의 1 정도가 중국에서 거주하고 있다. 흡연습관에 변화가 없다면, 앞으로 15년 이내에 중국에서 흡연으로 인한 사망자가 연간 2백만 명에 달할 것으로 추산된다. 거대 담배 회사들은 흡연 통제 정책을 거세게 반발하고 있고, 국민, 특히 시골지역의 국민의 인식이 낮은 상황에서 중국은 흡연 통제에 대한 어려운 도전과제를 안고 있다(Cui, 2010, Herd et al., 2010).

개도국에서는 대중의 인식 부족과 느슨한 통제 정책이 문제이다. 13-15세 젊은이들 중 남성의 17%, 여성의 8%가 현재 흡연을 한다고 응답했다(그림 2.7.2). 이는 향후 수십 년 내에 부정적인 건강 결과를 가져올 것이

다. 담배 소비는 담배를 구입하는 데 가장 어려움이 있는 계층에서 높은 것으로 나타났다(그림 2.7.3).

담배 소비가 세계에서 3번째로 많은 인도네시아에서는 2005년 가구 소득의 12% 정도를 담배 구입에 사용했다. 인도네시아의 담배 가격은 1갑에 1 달러 정도 또는 몇 개비에 몇 센트 정도로 싼 편이다. 인도네시아의 담배세는 낮은 수준이지만 2007년 담배세로 거두어들이는 금액이 정부 수입의 6%를 차지했다. 담배세를 인상하는 것은 젊은이들이 흡연을 시작하는 것을 막고 현재 흡연자들이 금연을 할 수 있도록 하여 조기사망을 예방할 수 있는 효과적인 방법이다. 담배세를 인상하는 것은 정부 수입을 늘리는 데도 도움이 된다(Barber et al., 2008).

관련자료

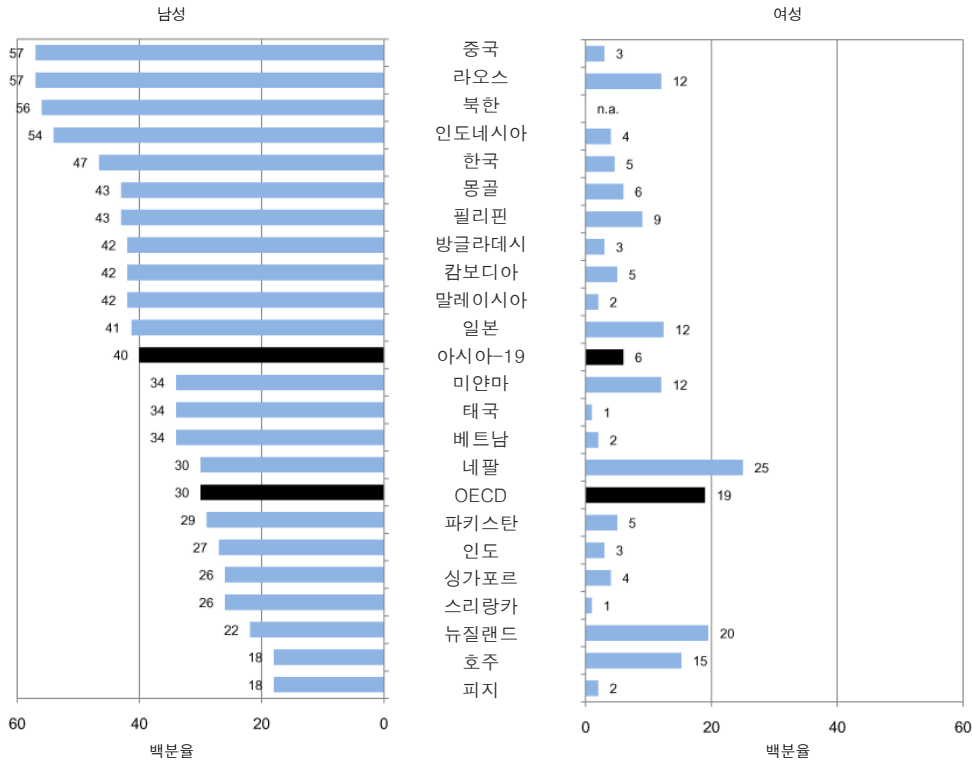
WHO(2009), 전 세계 담배 소비에 관한 WHO 보고서, 2009: 담배 없는 환경 만들기 (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke-Free Environments), 세계 보건기구, 제네바

정의 및 측정방법

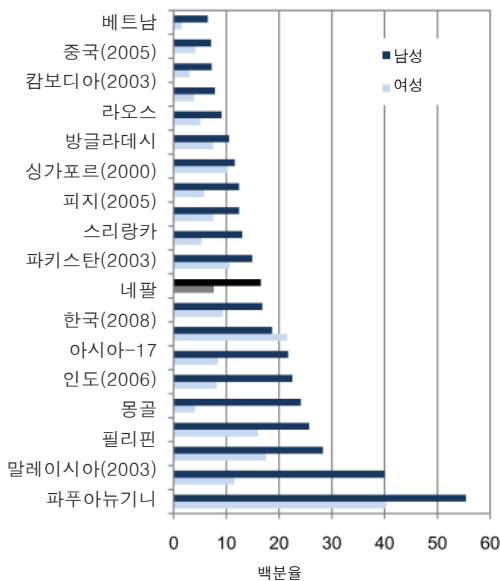
매일 흡연하는 성인은 15세 이상 인구 중에서 매일 흡연을 한다고 보고한 사람의 비중으로 정의한다. 설문 년도, 설문 방법이 각기 다른 설문자료를 토대로 했기 때문에 국가 간의 비교는 제한적일 수밖에 없다. 비교 결과는 WHO 표준인구로 연령표준화 하였다.

현재 청년층의 담배소비 자료는 1999년에서 2008년 사이 시행한 전 세계 청소년 흡연 조사(Global Youth Tobacco Survey)에서 가져왔다. 담배 소비 청년층은 조사 이전 30일 동안 한 번이라도 흡연을 한 경험이 있는 13-15세 인구의 비중으로 정의한다.

2.7.1 매일 흡연하는 성인, 2006년

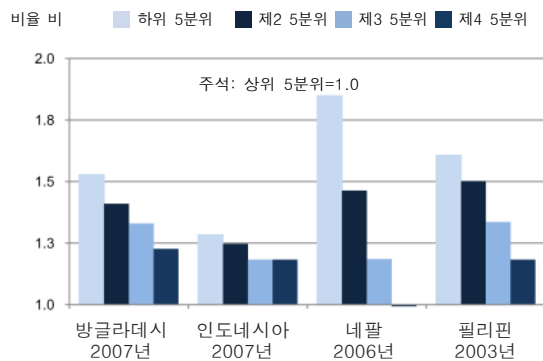


2.7.2 청년층의 담배소비, 13-15세, 2007년 (또는 최근 가용연도)



출처: WHO, 2009b, OECD Health Data 2010

2.7.3 소득수준에 따른 남성의 흡연, 일부국가, 연도



출처: DHS 2006-2009, Gawtkin et al., 2007

2.8. 알코올

이환율과 사망률 측면에서 전세계적으로 알코올 소비 관련 건강 부담은 상당하다(WHO, 2004). 알코올 섭취량이 높으면 만성 질환과 부상을 입을 위험이 높아진다. 취한 상태, 알코올 의존 역시 사회적으로 해로운 영향을 미친다.

2004년 동남아시아 지역에서 모든 사망의 2.3%가 알코올 소비로 인한 것이었으며 서태평양 지역의 경우 그 비율이 5% 이상이었다. 알코올의 직접적, 간접적 사회적 비용(생산성 손실, 보건의료비용, 자동차 사고, 범죄 관련 비용 포함)은 상당했다. 태국과 한국의 경우 이러한 사회적 비용이 GDP의 2% 정도였다(Rehm et al., 2004, Thavorncharoensap et al., 2010).

선진국 중 아태지역 인구의 알코올 소비는 가장 높은 편이다(그림 2.8.1). 2005년 호주, 뉴질랜드, 일본, 한국의 15세 이상의 성인 인구 일인당 알코올 섭취량은 8리터 이상이었다. 태국, 라오스, 중국, 필리핀의 경우 알코올 소비량은 일인당 4-8리터 사이였고, 본 보고서에 포함된 기타 아시아 태평양 지역 국가들의 알코올 소비량은 4리터 미만이었다. 몇몇 국가에서는 종교적으로 음주를 금하고 있기 때문에 이러한 국가의 알코올 소비량은 매우 낮았다(그림 2.8.4). 어떤 국가에서는 특정 집단의 사람들만 알코올을 소비하는 것으로 나타났다. 예를 들어, 태국의 경우 인구의 3분의 1 정도가 음주를 했다. 아태지역 20개 국의 평균 알코올 소비량은 2005년 일인당 2.5 리터였고, 이는 OECD 국가 평균인 9.5리터와 비교되는 수치이다.

아태지역의 평균 알코올 소비는 1980-2005년 사이 국가별로는 차이가 있었지만 큰 변화가 없었다(그림 2.8.2와 2.8.3). 알코올 소비가 높은 한국, 호주, 뉴질랜드에서는 알코올 소비가 줄어들었다. 중국, 라오스, 필리핀, 일본, 태국에서는 알코올 소비가 늘었다. 중국의 경우 빠른 경제성장과 더불어 알코올 소비가 1980년 일인당 1.7리터에서 2005년 4.4 리터로 증가했다.

음주 패턴의 변화는 폭음을 통해 특히 젊은이들 사이에

서 더 많은 피해를 가져올 수 있다(그림 2.8.4). 일본에서 2001년 조사대상 남성 음주자 중 거의 40%가 정기적으로 폭음을 한다고 응답했다. 2007년 호주의 경우 장기적으로 건강을 위협하는 수준의 알코올 섭취를 하는 성인 음주자 비율이 10% 정도였다(AIHW, 2008). 호주, 뉴질랜드, 한국, 태국을 포함한 몇몇 국가에서는 알코올의 해로운 영향으로부터 국민을 보호하기 위한 정책을 결정하고 실행 중이다(WHO, 2008a).

세계 보건기구는 알코올 관련 건강 문제에 대한 의료 서비스 제공과 같이 직접적인 방법과 알코올 관련 유해성에 대한 정보 배포와 같은 간접적인 방법을 동원하여 음주 타파를 위한 세계 전략을 지지했다.

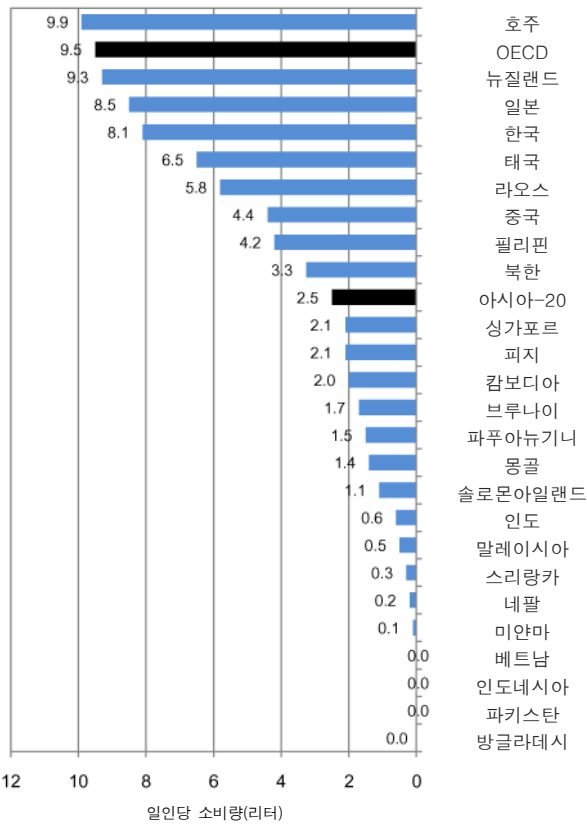
관련자료

WHO(2004), 알코올에 관한 세계 상태보고서 2004(Global Status Report on Alcohol 2004), WHO 제네바

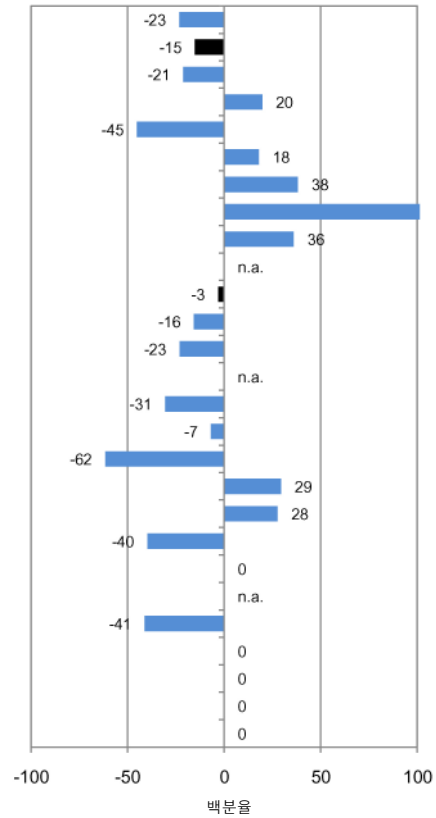
정의 및 측정방법

알코올 섭취는 15세 이상 인구의 일인당 순수 알코올 섭취량을 리터로 표시한다. 주로 정부의 농업 및 무역 담당 부처에서 제공하는 음료 생산과 무역의 연간 통계로 구성된 FAO(유엔 세계식량농업기구)의 자료를 기반으로 데이터 수집을 한다. 알코올이 포함된 음료 섭취를 순수 알코올 섭취로 환산하는 방법은 국가별로 상이하다. 자료는 알코올 관련 기록을 바탕으로 한 것으로 집에서 담근 술, 다른 국가에서 사온 술 및 기록되지 않는 알코올에 대한 내용은 포함되어 있지 않다. 음주 패턴에 관한 정보는 설문조사와 학술 연구를 토대로 수집했다(WHO, 2004).

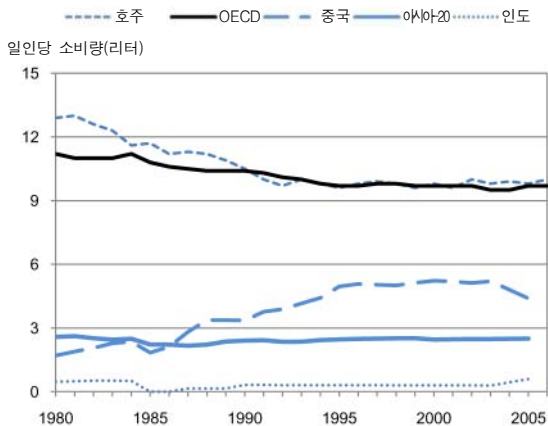
2.8.1 알코올 소비, 15세 이상 인구, 2005년



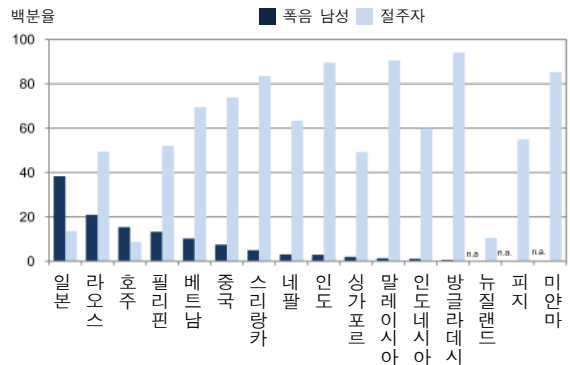
2.8.2 일인당 알코올 소비량 변화, 15세 이상 인구, 1980-2005년



2.8.3 알코올 소비 경향, 일부국가, 1980-2006년



2.8.4 소비 패턴, 2003년 (혹은 최근 가용 연도)



출처: WHO, 2010a, WHO Global Information System on Alcohol and Health(GISAH), OECD Health Data 2010

제3장 보건의료 자원과 활용

- 3.1. 의사와 간호사
- 3.2. 의사진찰
- 3.3. 병상과 평균 재원일수
- 3.4. 퇴원
- 3.5. 임신과 출산
- 3.6. 아동기 예방접종

3.1. 의사와 간호사

양질의 의료서비스는 보건의료 인력의 규모, 스킬, 지리적 분포도, 생산성에 따라 크게 좌우된다. 보건의료 인력, 특히 의사와 간호사는 보건의료체계의 주춧돌이라고 할 수 있다.

일인당 의사 수는 아태지역에서 국가별로 상당한 차이를 보이고 있다. 2003년 북한의 경우 인구 1,000명 당 의사 3.3 명으로 일인당 의사 수가 가장 많았다. 이는 OECD 국가 평균(2008년 3.2명)보다 높은 수치이다(그림 3.1.1). 북한에서는 지난 몇 년 동안 보건의료 인력 훈련을 지원해 왔으며 어려운 상황에서도 보건의료 인력 훈련에 우선순위를 두었다. 중앙 및 지방 의과대학, 간호대학, 산과 전문학교를 포함하여 보건의료 인력 훈련 기관이 100개 정도 된다(WHO, 2007b).

다른 아태지역 국가와 비교해서 호주와 뉴질랜드의 의사 수도 많은 편이다. 일인당 의료비 지출이 상대적으로 낮기는 하지만 몽고도 일인당 의사 수가 아시아 평균보다 높다. 2000년 이후 몽고의 전문병원과 개인 병원에서 전반적으로 의사 수가 증가했고, 특히 전문의의 경우 공급과잉의 증거도 나타났다. 몽골에서 의사 수가 많기는 하지만 여전히 시골 지역에서 경험 있는 의사 수는 부족하다(Asia Development Bank, 2008).

이와는 대조적으로 파푸아 뉴기니, 인도네시아, 솔로몬 아일랜드의 일인당 의사 수는 가장 낮은 수준이다. 인도네시아의 의사 공급 부족은 낮은 보건의료비 지출과 연관성이 있다(다음 장의 그림 4.1.1 참조).

지난 몇 년 동안 중국의 의사 수는 연간 2% 정도 증가했다(OECD, 2010) 그리고 현재 의사 수는 OECD 국가 평균의 절반에도 못 미치지만 아태지역의 평균 보다 높은 수준이다.

몇몇 국가를 제외하고 대부분 아태지역 국가에서 의사 수보다 간호사 수가 많다. 호주, 뉴질랜드, 일본과 같이 소득이 높은 국가에서는 자격을 갖춘 간호사 수가 많아 인구 1,000명 당 간호사 수가 9명 이상이었다. 방글라

데시, 미얀마, 네팔, 파키스탄, 파푸아 뉴기니와 같은 저소득 국가에서는 자격을 갖춘 간호사 수가 인구 1,000명 당 1명 미만이었다. 인도와 중국의 경우 인구 1,000명 당 간호사 수가 아시아 국가 평균인 2.4명의 절반에도 못 미쳐 상대적으로 매우 낮은 수준이었다(그림 3.1.2).

많은 아태지역 국가에서 의사 한 명 당 간호사 수는 2-5명으로 OECD 국가와 비슷한 수준이었다(그림 3.1.3). 솔로몬 아일랜드와 파푸아 뉴기니의 경우 의사 한 명당 간호사 수가 10명 이상이었지만 이는 이 두 국가의 의사 수가 매우 적다는 것을 반영한 결과이다. 반면 방글라데시, 미얀마, 중국에서 의사 한 명당 간호사 수는 1명 미만이었다. 이들 국가에서 간호사 수 보다 의사 수가 많다는 것은 보건의료 전달과정에서 자원과 업무의 배분 효율성에 의문이 제기된다.

관련자료

WHO(2008), 아시아 태평양지역의 건강(Health in Asia and the Pacific), 세계보건기구, 뉴델리 동남아시아 지역사무소

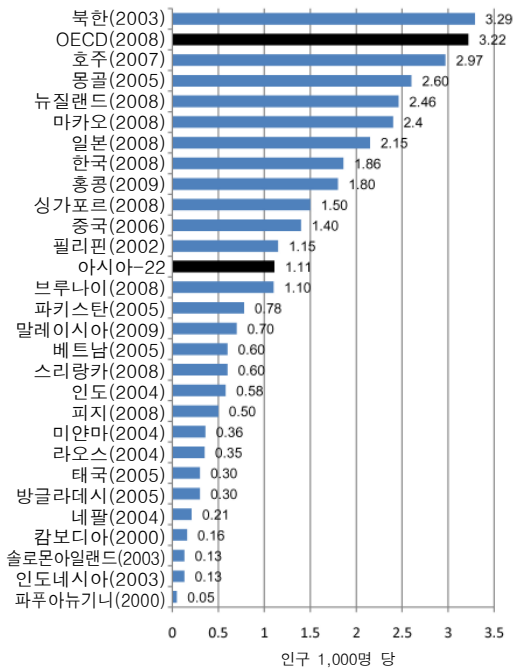
정의 및 측정방법

의사는 대중요법 또는 중국 전통의학, आयुर्वेद 또는 동중요법과 같은 기타 의학에 자격을 갖춘 의사를 포함한다.

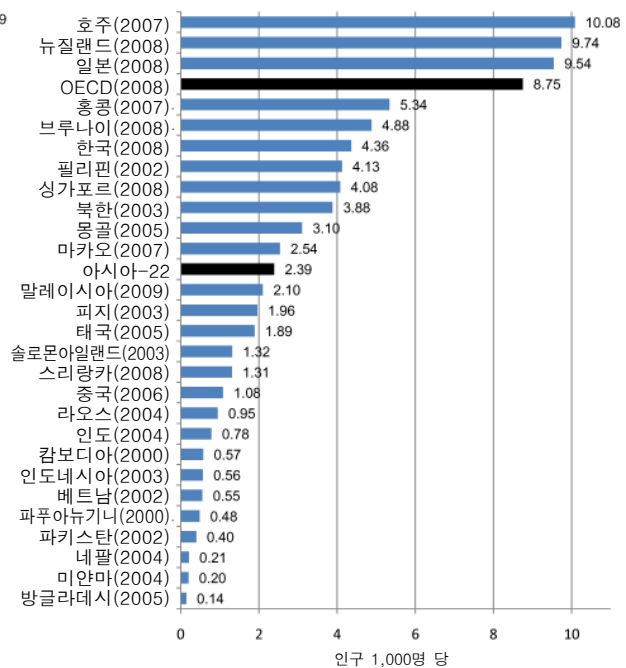
간호사는 기초 간호교육 프로그램을 이수하고 간호를 할 수 있는 자격을 갖춘 사람으로 정의된다. 보통 산파는 간호사에 포함되지 않지만, 일부 아태지역 국가들은 산파와 간호사 수를 합해서 보고하기도 한다.

3.1. Doctors and nurses

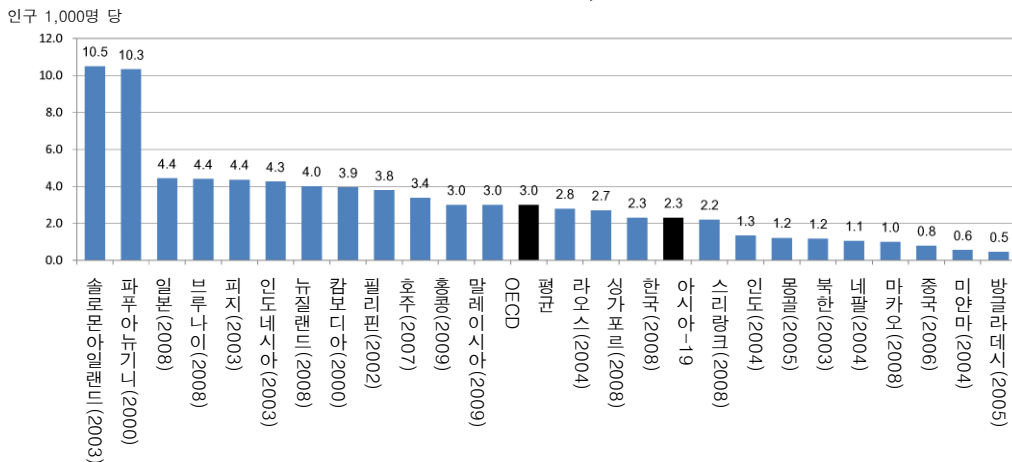
3.1.1 인구 1,000명 당 의사 수, 최근 가용연도



3.1.2 인구 1,000명 당 간호사 수, 최근 가용연도



3.1.3 의사 대비 간호사 비, 최근 가용연도



출처: OECD Health Data 2010, WHO Global Atlas of the Health Workforce(2003-2007), National Data Sources(첨부문서 1 참조)

3.2. 의사진찰

의사진찰은 전반적인 보건의료서비스의 접근성에 대한 중요한 지표이다. 일반적으로 아태지역에서 소득수준이 높거나 중간인 국가에서 의사진찰률이 높은 것으로 나타났으며 저소득 국가에서는 의사진찰률이 상당히 낮았다.

연간 일인당 의사진찰 건수는 일본, 한국, 홍콩에서는 10건 이상으로 높았고, 파푸아 뉴기니, 솔로몬 아일랜드, 중국에서는 2건 미만으로 낮은 수준이었다(그림 3.2.1). 일반적으로 아태지역 개도국의 경우 OECD 평균보다 의사진찰률이 낮았다.

이러한 차이에는 문화적인 요인도 작용한다. 예를 들어, 일본, 한국, 홍콩, 싱가포르와 같은 경우는 재원조달이나 보건의료 전달체계가 다르지만 높은 의사진찰률을 보였다. 반면 OECD 국가에서 차이가 나타나는 원인인 행위별 수가제는 아태지역에서는 큰 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 나타났다.

그림 3.2.3은 의사진찰률과 평균수명 사이의 밀접한 연관성을 보여준다. 의사진찰률이 높은 국가의 평균수명이 높은 것으로 나타났다. 그러나 전반적인 생활수준이 의사진찰률과 평균수명에 영향을 줄 수도 있기 때문에 의사진찰률과 평균수명의 인과관계가 반드시 성립하는 것은 아니다. 몽골의 경우 의사진찰률은 상대적으로 높지만 평균수명은 낮은 편이다.

의사진찰에 관한 정보는 연간 의사 한 명당 진찰 건수를 계산하는 데 이용할 수 있다. 하지만 이 자료는 의사의 생산성과 결부시켜서는 안 된다. 왜냐하면 진찰 건마다 그 시간과 효과가 다르고, 이러한 통계에는 입원환자, 행정, 연구에 의사가 할애하는 시간이 포함되지 않았기 때문이다. 의사진찰에 관한 정보는 국가별로 비교하는 데 제약이 있으며 특히 국가 별로 정기 진찰 수가 다르기 때문에 비교하는 데 주의해야 한다. 이러한 차이를 고려하여 생각하면 아태지역 국가에서 의사 진찰 건수는 6배 정도 차이가 났다(그림 3.2.2). OECD 평균(2,600) 보다 조사대상 아시아 국가의 평균(4,600) 의사 일인당 진찰 건수가 높았다.

국가 별로 의사진찰률이 큰 차이를 보이고 있지만 국가 내에서도 가구의 소득수준에 따라 의사진찰률은 큰 차이를 보였다(그림 3.2.4). 가장 빈곤한 계층이 의사진찰의 필요성이 가장 클 것으로 예측되지만, 대부분 국가에서 빈곤한 계층은 다른 계층에 비해 의사진찰률이

낮았고, 특히 인도와 인도네시아의 경우 낮게 나타났다. 그러나 홍콩, 한국 등 일부 국가에서는 빈곤한 계층이 그렇지 않은 계층보다 병원 방문 빈도가 더 높아 의료 접근이 의료비 지불 능력 보다는 필요성에 기반하고 있다는 것을 암시한다.

관련자료

첨부문서 A 참조

정의 및 측정방법

의사진찰은 의사와의 접촉으로 정의된다(일반의, 전문의 모두 포함). 의사진찰은 병원 또는 클리닉, 병원의 외래부서 어떤 경우에는 환자의 집에서 이루어지기도 한다. 의사는 대중요법 또는 중국 전통의학, 아유르베다 또는 동종요법과 같은 기타 의학에 자격을 갖춘 의사를 포함한다.

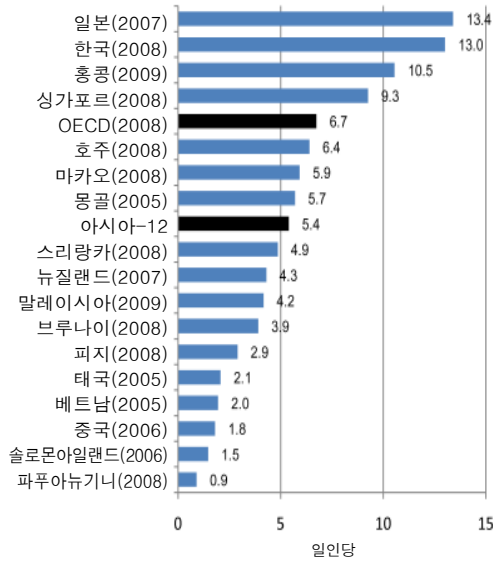
의사진찰률을 측정하는 데 있어서 행정적 자료와 가구 보건조사라는 두 가지 방법을 이용할 수 있다. 보통 아태지역의 OECD 비 회원국의 행정자료는 공공부문의 의사 또는 공공분야 재원조달을 받는 의사 수만을 포함한다. 대부분 국가에서 전체 의사진찰 건수의 상당수를 민간부문에서 담당하기 때문에 기존의 행정 데이터에는 대부분 의사진찰 수를 포함되지 않았다. 이에 대체적으로 이용할 수 있는 데이터는 가구 보건조사이다. 하지만 OECD 국가 경우와 마찬가지로 아태지역의 조사는 부정확한 회상이나 무응답률로 인해 정확한 통계를 산출하는 데 어려움이 있다.

행정적 자료에 공공 분야만 포함시키는 국가(홍콩, 싱가포르, 솔로몬 아일랜드)에서는 전반적인 의사진찰 건수를 추산하기 위해 가구 조사 데이터를 활용했다.

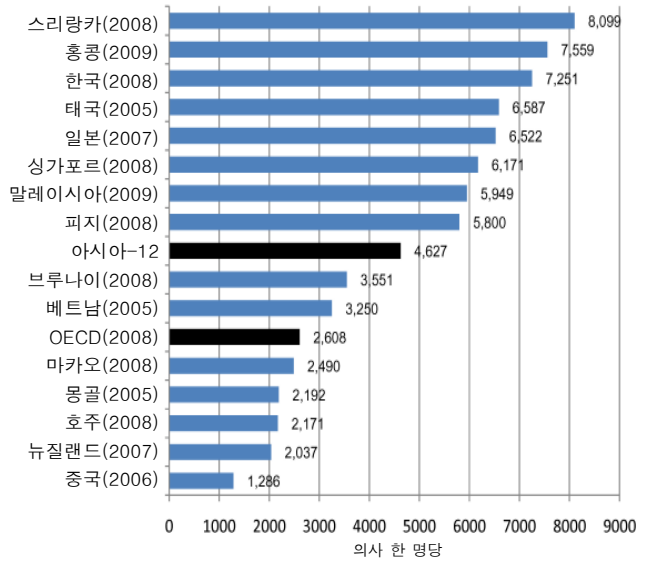
많은 국가들(중국, 몽골, 태국, 베트남)에서 데이터 근원을 완전히 파악하기 위한 정보가 충분하지 않고, 민간 부문의 의사진찰 건수를 포함하고 있는나 여부를 판단할 수가 없다. 이러한 경우, 데이터의 이용 및 해석에 주의가 요구된다.

3.2. Consultations with doctors

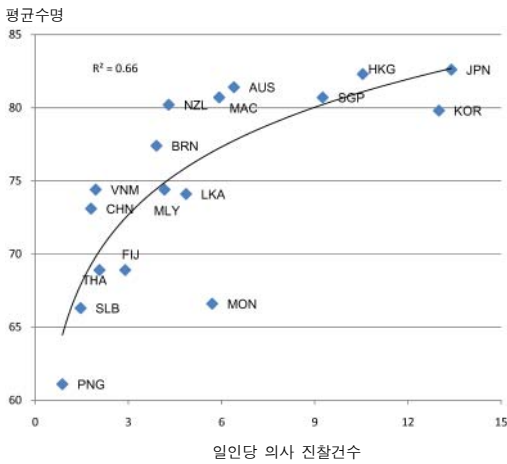
3.2.1 일인당 의사진찰건수, 최근 가용연도



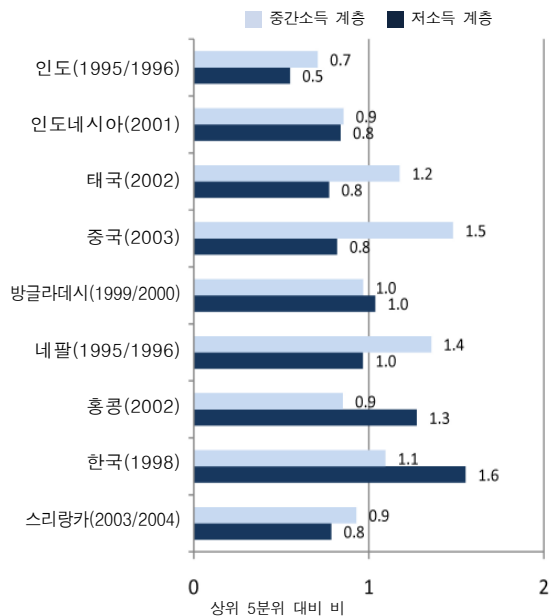
3.2.2 의사 한 명당 진찰건수, 최근 가용연도



3.2.3 일인당 의사 진찰건수와 평균수명, 최근 가용연도



3.2.4 고소득층과 비교한 저소득, 중간소득 계층의 의사진찰률 비



출처: OECD Health Data 2010, National Data Sources(첨부문서 A 참조)

3.3. 병상과 평균재원일수

병상수는 병원의 입원환자에게 의료서비스 제공을 가능하게 하는 자원을 측정할 수 있는 척도이며 병원 서비스의 전반적인 접근성과 관련 있는 지표이다. 대부분 보건의료 체계에서 병원은 전체 고정자산투자의 가장 큰 비중을 차지하기 때문에 병상의 공급은 과거의 자본투자를 반영한다고 볼 수 있다.

아태지역에서도 일인당 병상수는 국가별로 큰 차이를 보인다. 일본과 북한의 경우 인구 1,000명 당 병상수가 13개 이상으로 아태지역에서 가장 높았다(그림 3.3.1). 이는 인구 1,000명 당 병상수가 0.6개 미만인 네팔, 필리핀, 인도네시아 미얀마와 비교했을 때 20배 이상 높은 수치이다. 이러한 격차는 병원 인프라에 투자된 자원의 차이가 크다는 것을 반영한다.

대부분의 국가에서 병원은 보건의료비에서 가장 많은 비중을 차지한다. 결과적으로 병원을 얼마나 잘 활용하느냐가 중요하다. 평균 재원일수(ALOS)는 병원 자원의 활용 효율성을 측정하는 지표이다. 다른 조건이 동일하다고 가정했을 때 평균 재원일수가 짧을수록 퇴원 한 건당 비용이 줄어들고 입원환자를 상대적으로 비용이 저렴한 외래환자, 이동간호 서비스로 전환시킬 수 있다. 그러나 재원일수가 짧다는 것은 서비스의 강도가 높아지고 일일 비용이 증가하는 결과를 가져올 수도 있다. 재원일수가 너무 짧으면 건강상 불리한 결과를 가져올 수도 있다.

아태지역에서 병상수의 차이만큼은 아니지만 급성질환의 경우 평균 재원일수에 큰 차이가 있었다. 일본, 한국, 몽골, 중국은 평균 9일 이상으로 평균 재원일수가 길었다. 이는 스리랑카, 방글라데시, 태국보다 2-3배 높은 수치이다(그림 3.3.2). 스리랑카는 2.8일로 평균 재원일수가 가장 짧았다. 스리랑카는 입원율도 높아(지표 3.4 참조) 다른 국가에서는 주로 외래치료로 다

루어지는 사소한 질병 환자도 입원치료를 받아 입원환자 서비스가 외래환자 서비스를 대체하고 있다는 것을 암시하고 있다.

일본과 한국에서는 “급성환자 치료” 용 병상이 장기요양 환자에게 할당되는 “사회적 입원” 문제도 평균 재원일수를 늘리는 데 한 몫 했다(Hurst, 2007).

관련자료

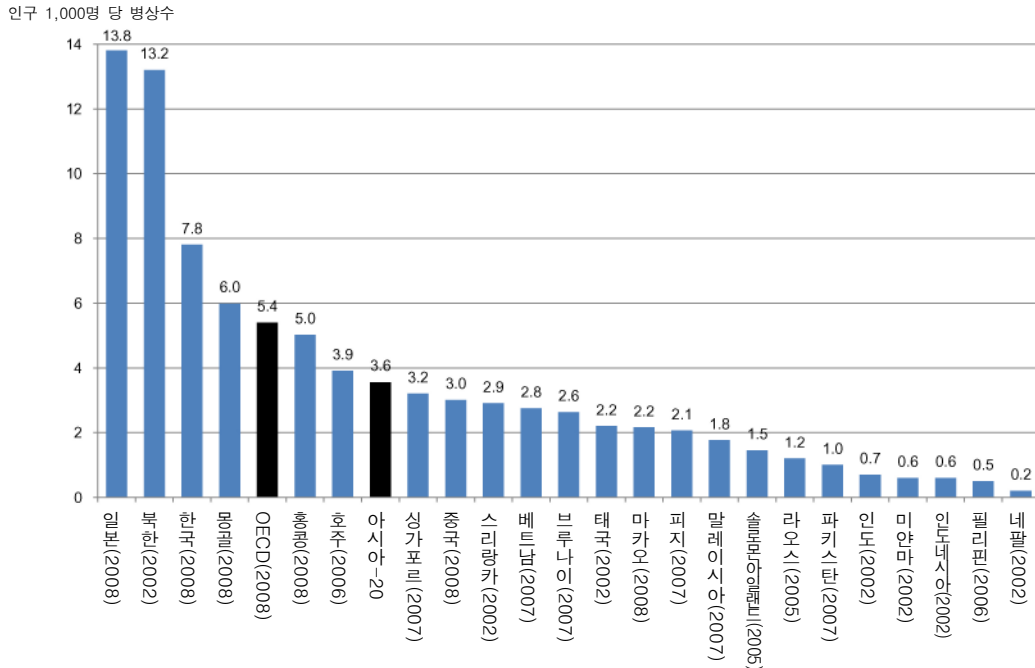
첨부문서 A 참조

정의 및 측정방법

공공, 민간 부문에 있는 급성환자 치료용, 만성치료/장기요양 용 병상을 모두 포함하여 병상수를 계산한다. ALOS 수치는 급성환자 치료 목적의 평균 재원일수를 의미한다. 평균 재원일수는 환자가 급성환자 입원 기관에서 보낸 재원일수(하룻밤 동안 머무는 것)를 의미한다. 평균 재원일수는 보통 일 년 동안 급성환자 입원 기관에서 환자가 보낸 일수를 입원 또는 퇴원 수로 나누어 계산한다. 이 계산을 위해서는 급성환자 치료에 대한 일관된 정의가 필요하지만, 국가 별로 급성환자 치료를 정의하는 방법이 다르고 통계에 포함된 내용이 다르다. 아태지역의 개도국에서 보고된 ALOS 데이터는 공공부문만을 포함시키고 있으며 중국, 몽골, 태국 등 일부 국가만이 ALOS 통계에 민간분야 기관을 포괄적으로 포함하고 있다. 결과적으로 본 보고서에 보고된 통계는 대부분 공공 병원에 관한 것이다.

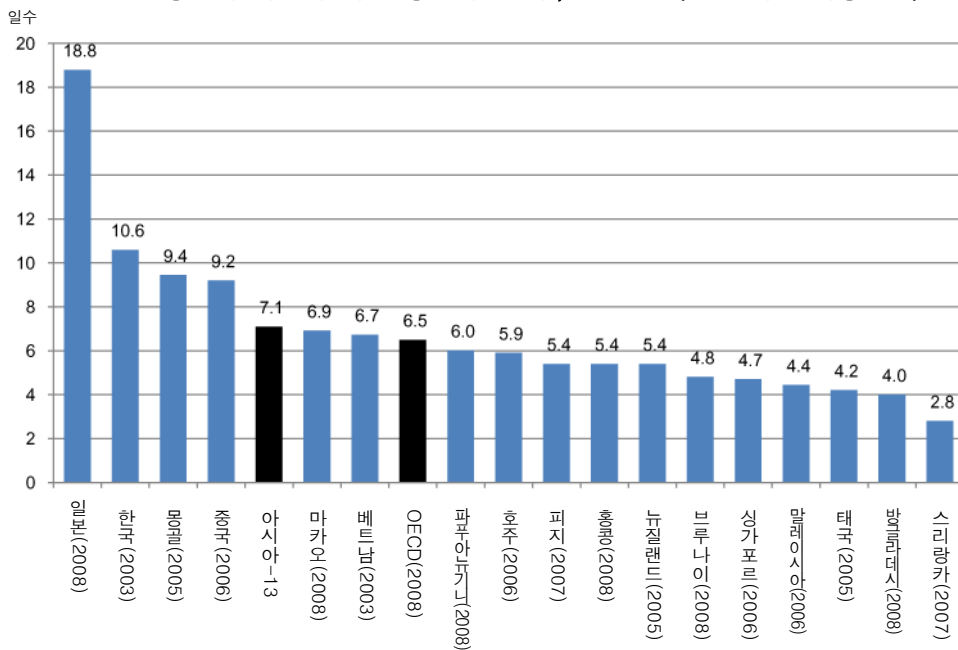
3.3. Hospital beds and average length of stay

3.3.1 인구 1,000명 당 병상수, 2008년 (또는 최근 가용연도)



출처: OECD Health Data 2010, WHO, 2010d

3.3.2 급성환자 치료에 대한 평균재원일수, 2008년 (또는 최근 가용연도)



출처: OECD Health Data 2010, National Data Sources(첨부문서 1 참조)

3.4. 퇴원

퇴원율은 매년 병원에서 밤을 지낸 사람의 수를 측정하는 지표이다. 평균 재원일수와 더불어 퇴원율은 병원 활동의 수준과 패턴을 알아보는 중요한 지표이다. 본 보고서에 제시된 퇴원율은 연령보정이 되지 않았다. 즉 각 국가의 연령구조 차이를 고려하지 않았다는 의미이다. 젊은층보다 노년층의 입원율이 높았다.

아태지역의 국가들의 퇴원율은 국가별로 상이했다. 퇴원율이 높은 국가와 낮은 국가 사이에는 무려 7배 차이가 있다(그림 3.4.1). 아태지역의 개도국의 퇴원율은 OECD 평균보다 상당히 낮은 경향을 보였지만 소득이 높은 아시아 국가(홍콩)의 경우 OECD와 비슷한 수준의 퇴원율을 보였다. 또한 몇몇 개도국의 퇴원율도 OECD 국가와 비슷한 수준을 기록했다(몽골, 태국, 스리랑카).

아태지역 내에서 스리랑카, 홍콩, 몽골의 퇴원율은 OECD 평균 보다 상당히 높았다. 물론 OECD 국가 중에도 이들 국가보다 더 높은 퇴원율을 기록한 국가도 있다(오스트리아, 프랑스, 독일). 파푸아 뉴기니, 방글라데시, 중국의 퇴원율은 가장 낮은 수준이었다. 일반적으로 병상수가 많은 국가일 수록 높은 퇴원율을 보였고, 그 반대의 경우도 마찬가지였다(3.3 “병상수” 참조). 이는 입원환자 치료에 대한 낮은 수준의 공공 재원 투자로 인해 가용한 병상수가 적은 것이 퇴원율이 낮은 이유가 될 수 있다는 것을 의미한다.

아태지역에서 국가 별로 질병 조건이 다르기 때문에 퇴원율을 비교하기 위해서는 특정 질병 별로 퇴원율을 살펴볼 필요가 있다. 대부분의 국가가 진단 별 퇴원에 대한 기록을 발행하고 있지 않기 때문에 이러한 비교는 어렵다. 3.4.2와 3.4.3 그림은 두 가지 질병을 비교하고 있다. 호흡기 질환에 대한 퇴원율은 전반적인 퇴원율과 비슷하게 국가별로 차이를 보였다. 그러나 “피할 수 있는 입원”으로 간주되는 천식으로 인한 퇴원율은 국가 별로 큰 차이를 보였고, 이는 1차의료 분야의 결점을 나타내는 것이라고 볼 수 있다(OECD, 2009a). 스리랑카와 브루나이의 천식에 대한 퇴원율은 다른 국가들보다 상당히 높은 수준이다. 이는 병원 입원이 필요할 정도로 천식에 대한 치료가 잘 이루어지지 않고 있다는 것을 의미한다.

관련자료

첨부문서 A 참조

정의 및 측정방법

퇴원은 병원에서 최소 1일을 보낸 환자가 병원에서 나가는 것으로 정상적인 출산 이후 퇴원하는 것도 포함된다. 퇴원은 입원치료 도중 사망하여 병원을 나가는 것도 포함한다. 같은 날 입원과 퇴원을 하는 경우는 포함되지 않지만 대부분의 국가가 이러한 정의에 따라 통계를 수집하고 있는지에 대해 확인할 수 있는 정보가 충분하지 않다.

퇴원율에 관한 정보는 주로 행정 데이터, 병원 설문조사, 가구 보건조사를 통해 수집할 수 있다. OECD 국가의 경우처럼 행정 데이터로부터 구한 퇴원율은 가구 보건조사의 부정확한 기억(회상)이나 무응답률 때문에 가구 보건조사 보다 높은 경향이 있다. 본 보고서에 수록된 수치는 주로 행정적 데이터에서 가져온 것이다.

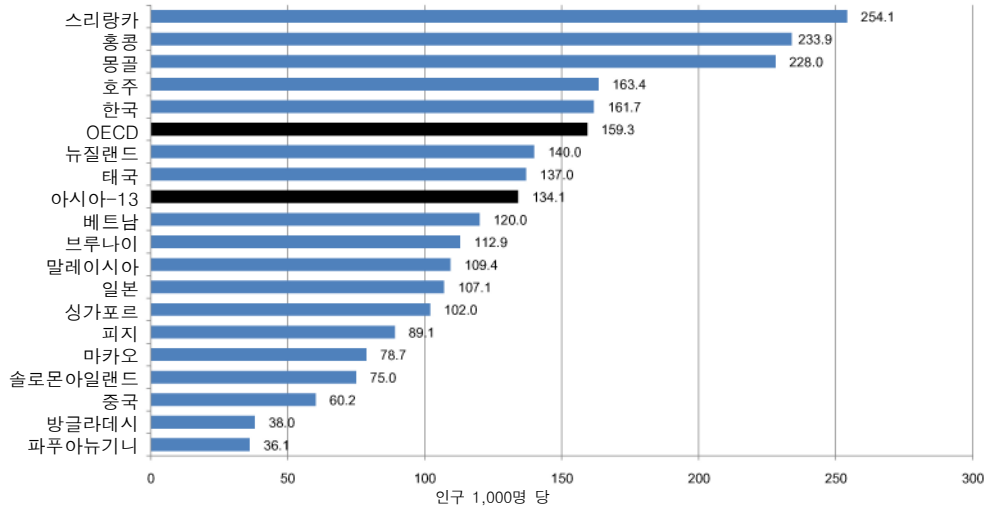
많은 국가에서 행정적 데이터를 정기적으로 수집하고 있으며 공공, 민간분야의 병원으로부터 퇴원 기록을 발행한다. 하지만 브루나이와 스리랑카에서는 공공 병원에 대해서만 이러한 데이터를 수집한다. 피지, 솔로몬 아일랜드와 같은 국가에서 민간 부문의 퇴원은 무시해도 될 정도로 미미하기 때문에 민간 부문에 대한 기록이 부족하다고 해서 전체 퇴원율을 산정하지 못하는 것은 아니다.

행정 데이터에서 민간 부문을 포함하고 있지 않고, 민간부문의 퇴원 건수도 상당히 많은 국가에서는 다른 데이터를 이용했다. 스리랑카의 민간 병원 퇴원에 관한 자료는 민간 병원 설문조사를 통해 수집했다. 방글라데시의 경우 공공병원 퇴원 대비 민간병원 퇴원 비를 산출하기 위해 가구 조사를 이용해서 민간병원에서의 퇴원율을 산정했다. 브루나이의 경우 민간병원의 병상 회전을 이 공공 병원과 같다는 전제를 바탕으로 민간병원의 퇴원 수를 측정했다.

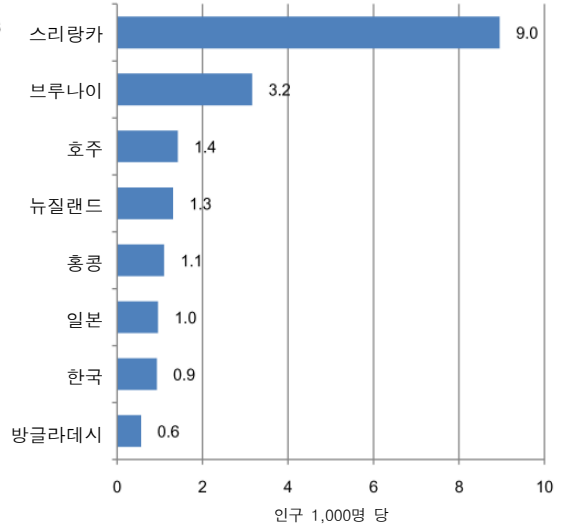
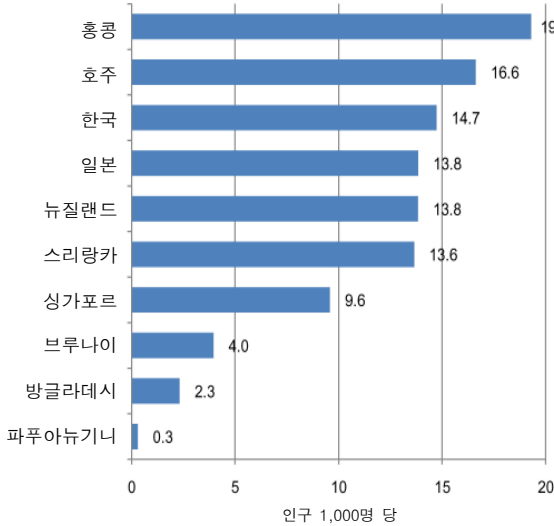
싱가포르가 발표한 자료는 정상적인 출산을 제외한 것이기 때문에 비교가능성을 높이기 위해 정상적인 출산 관련 퇴원 수를 합산했다. 다른 국가의 경우 보고된 자료의 범위가 명확하지 않고, 다른 일관성이 없는 내용이 포함되었을 수도 있다.

3.4. Hospital discharges

3.4.1 인구 1,000명 당 퇴원 수, 2008년(혹은 최근 가용연도)



3.4.2 인구 1,000명 당 호흡기 질환 퇴원 수, 2008년 (혹은 최근 가용연도) 3.4.3 인구 1,000명 당 천식 퇴원 수, 2008년 (혹은 최근 가용연도)



출처: OECD Health Data 2010, National Data Sources(첨부분서 1)

3.5. 임신과 출산

임신과 출산 기간 동안 치료와 진료는 산모와 아이의 생존에 영향을 미치는 중요한 요소이다.

임산부에게 나타나는 많은 건강문제는 훈련받은 보건의료 전문가를 방문하여 산전 진료를 통해 예방, 진단, 치료할 수 있다. 세계보건기구는 임신 중에 임신과 관련한 검사, 빈혈과 같은 문제 관리, 예방책 및 식단과 관련된 조언, 보건의료 시설에서의 출산장려 등에 대해 보건의료 전문가와 4차례 이상 상담을 할 것을 권고하고 있다. 2000-2009년 사이 아태지역의 임산부 중 4분의 3 정도가 적어도 출산 전에 1회 이상 병원을 방문했다(그림 3.5.1). 그러나 네팔과 라오스에서는 임산부 중 절반 미만이 산전 진료를 받았다. 1990년대 이후로 개도국에서 한 번 이상 산전검사를 받은 임산부의 비율이 64%에서 2008년에는 80% 정도로 증가했다.

산모사망과 신생아사망의 주요 위험요인은 출산 시 숙련된 전문치료에 대한 접근성 부족이다(WHO, 2008a). 아태지역의 많은 국가에서는 출산 시 의사, 간호사 또는 산파와 같은 전문 숙련 인력이 참여하지만 어떤 국가의 경우에는 이러한 인력의 참여 비율이 낮다(그림 3.5.2). 방글라데시에서는 출산 시 전문 의료진이 참여하는 경우가 20% 미만이며 대부분의 출산(63%)은 비숙련 출산 보조인력이 담당한다. 파키스탄에서 전문인력이 출산에 참여하는 비율은 40%이며 52% 이상의 출산을 전통적인 출산 보조인력이 담당했다. 전통적으로 출산을 담당했던 보조인력은 인도네시아, 특히 시골 지역에서 상당한 역할을 담당하고 있었다. 그러나 지난 10년 동안 전문 인력이 참여하여 출산하는 비중이 높아져 2007년에는 73%에 달했다. 인도네시아 보건부는 전문 인력이 참여하는 출산 비중을 2010년 90%까지 높이겠다는 목표를 설정했다.

산모와 아기의 출산합병증과 감염위험도 적절한 치료와 위생시설을 갖춘다면 줄일 수가 있다. 방글라데시에서 보건의료 기관에서 아이를 낳는 비중은 15%에 지나지 않으며 대부분은 가정에서 출산한다(그림 3.5.3). 파키

스탄에서는 출산의 3분의 1이 보건의료 시설에서 이루어지고 있으며 나머지 3분의 2는 가정에서 출산한다. 첫 아이를 출산하거나 산전 검사를 4번 이상 받은 임산부의 경우 또는 도시지역에 거주하는 경우 보통 보건의료 기관에서 출산하는 것이 일반적이다(NIPS & Macro International INC., 2008). 호주에서는 거의 모든 출산이 보건의료 시설에서 이루어진다.

아태지역의 개도국에서 산모와 신생아 건강 상태가 좋지 않은 이유는 전반적으로 빈곤에 기인한다. 예를 들면, 가구의 부의 정도와 의료 인력이 참여하는 출산 사이에는 많은 연관성이 있다(그림 3.5.4). 방글라데시와 네팔에서는 빈곤층 산모의 5% 미만이 출산 시 의료진의 도움을 받으며 다른 국가의 경우 빈곤층 산모의 절반 미만이 출산 시 의료진의 도움을 받는다.

관련자료

DHS(인구 및 건강조사(Demographic and Health Surveys)) (2006-2009), DHS Final Reports, <http://www.measuredhs.com>

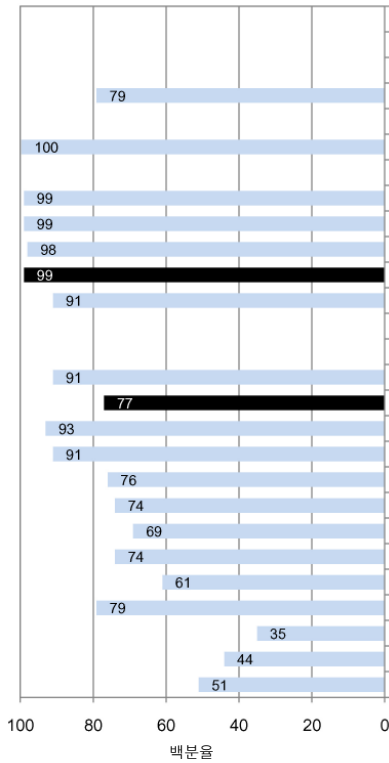
정의 및 측정방법

임신과 출산 중 진료에 대한 정보는 주로 보건 인터뷰 조사에서 수집했다. 인구 및 건강조사(DHS)는 국가의 대표적 가구조사로 인구, 건강, 영양 상태에 대해 다양한 지표를 제공한다. 표준 DHS 조사의 표본은 크고 (보통 5,000-30만 가구) 5년마다 이루어지기 때문에 시간 경과에 따른 비교가 가능하다.

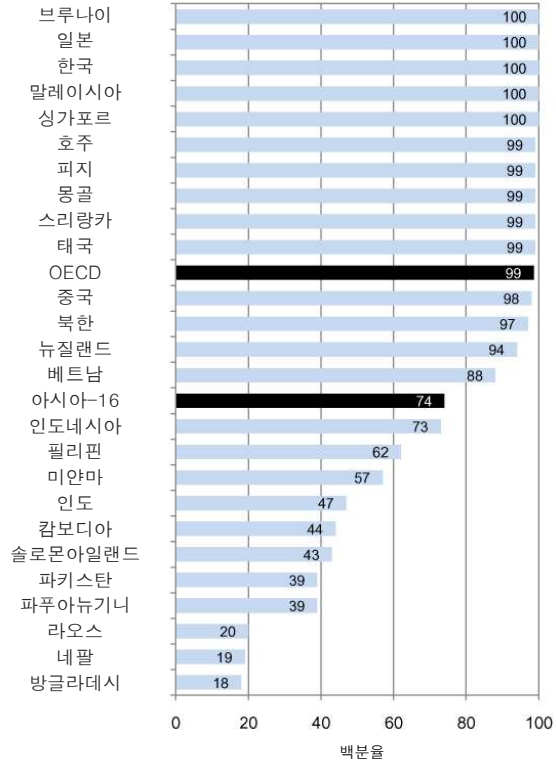
조사 이전 5년 내에 출산을 한 여성을 대상으로 산전진료여부, 산전진료 종류, 출산 시 참여한 사람, 출산 장소 등에 대해 질문한다.

3.5. Pregnancy and birth

3.5.1 최근 임신 중 산전진료를 한 번 이상 받은 경우, 2000-2009년

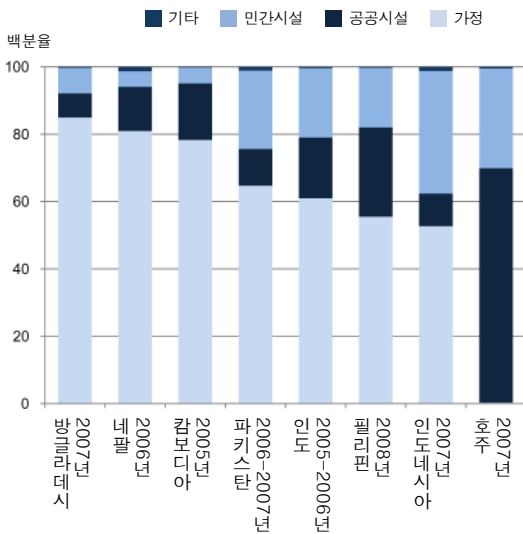


3.5.2 의료 인력이 참여한 출산, 2000-2008년



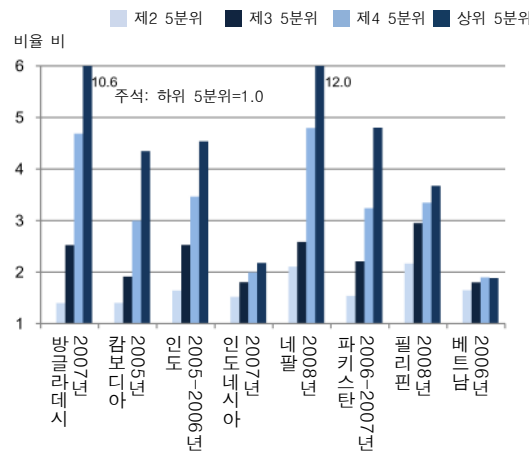
출처: WHO, 2010d

3.5.3 출산 장소, 2007년, 혹은 최근 가용연도



출처: DHS 2006-2009, Laws & Sullivan, 2009

3.5.4 의료 인력이 참여한 출산, 소득분위별



출처: DHS 2006-2009, MICS 2006-2008

3.6. 아동기 예방접종

아동기 예방접종은 가장 비용효과적이고 안전한 보건정책 개입이다. 아태지역의 대부분의 국가들은 예방접종 지침이 각 국가의 전염병과 백신을 구입할 수 있는 능력에 따라 다르기는 하지만 예방접종 프로그램을 가지고 있다. 세계보건기구는 모든 국가가 디프테리아, B형 간염, 홍역, 백일해, 소아마비, 파상풍에 대해 예방접종을 할 것을 권고하고 있다. 또한 B형 헤모필루스 인플루엔자(Hib), 결핵(TB) 또는 황열의 위험이 높은 국가들은 이에 대한 예방접종을 예방접종 지침에 포함시킬 것을 권고하고 있다.

아태지역의 많은 국가에서 예방접종 비율이 높은 편이지만(그림 3.6.1) 여전히 수백만 명의 영아가 예방접종을 받지 못하고 있으며 예방 가능한 질병으로 연간 상당수의 아동이 사망한다. 디프테리아, 파상풍, 홍역, B형 간염에 대한 예방접종률이 70% 미만인 라오스, 파푸아 뉴기니, 인도에서 예방접종률을 늘리는 것이 큰 과제이다.

아태지역에서 홍역으로 인한 사망은 2000년에서 2008년 사이 46% 감소했지만 이는 세계 평균 78%와 비교하면 여전히 낮은 수준이다. 2008년 모든 홍역관련 사망 중 4분의 3이 인도에서 발생했다. 1990년 이후 라오스, 몽골, 파푸아 뉴기니, 태국에서 디프테리아 발병이 보고되었다. B형 간염도 주로 아태지역 국가에서 발생하고 있으며 보균자는 2억 6천만 명으로 추산된다(WHO, 2008a).

아태지역의 예방접종률은 꾸준히 증가하고 있다(그림 3.6.2). 디프테리아-파상풍-백일해(DPT)와 홍역 예방접종률은 1980년대에 국가들이 국가 예방접종 프로그램을 만들면서 상당히 증가했고, WHO가 앞장 선 모든 아동의 예방접종 운동을 통해 예방접종률은 1990년에 최고치를 경신했다. 많은 국가들이 B형 간염에 대한 예방접종을 예방접종 지침에 포함시키면서 1990년 이후로 B형 간염에 대한 예방접종률도 높아졌다. 그 이후 아태지역의 DTP, 홍역, B형 간염 예방접종률은 꾸준히 증가하여 90%에 달하고 있다.

이러한 혜택에서 소외되어 있는 인구는 더 큰 위험이 놓여있다. 인도, 인도네시아, 라오스, 파키스탄의 빈곤층

에서 태어난 아동은 부유한 집안의 아동 보다 예방접종 지침에 따라 예방접종을 받을 확률이 상당히 낮은 것으로 나타났다(그림 3.6.3). 방글라데시, 몽골, 태국과 같은 일부 국가에서는 소득 계층에 따른 예방접종률이 거의 비슷했다.

예방접종의 질, 안전성, 질병 감시체계의 개선, 실험실 역량 강화, 백신 안전성 향상 등 여러 가지 과제가 남아있다. 아동기 예방접종에 대해 국가 정부가 대부분 자금을 지원하고 있기는 하지만 여전히 많은 국가들이 기부자와 외부 지원에 의존하고 있다. 기부자가 우선순위를 변경하는 경우에는 예방접종 프로그램이 완전히 파괴될 수도 있다(WHO, 2008a). 공공분야, 민간 분야의 예방접종 이해당사자들이 구성한 세계 보건 파트너십인 세계백신면역연합(GAVI)에 의해 아태지역 국가의 예방접종 프로그램은 강화되고 있다.

관련자료

WHO(2009), WHO 예방접종으로 예방가능한 질병: 감시 체계(WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System), 2009 Global Summary, WHO 제네바

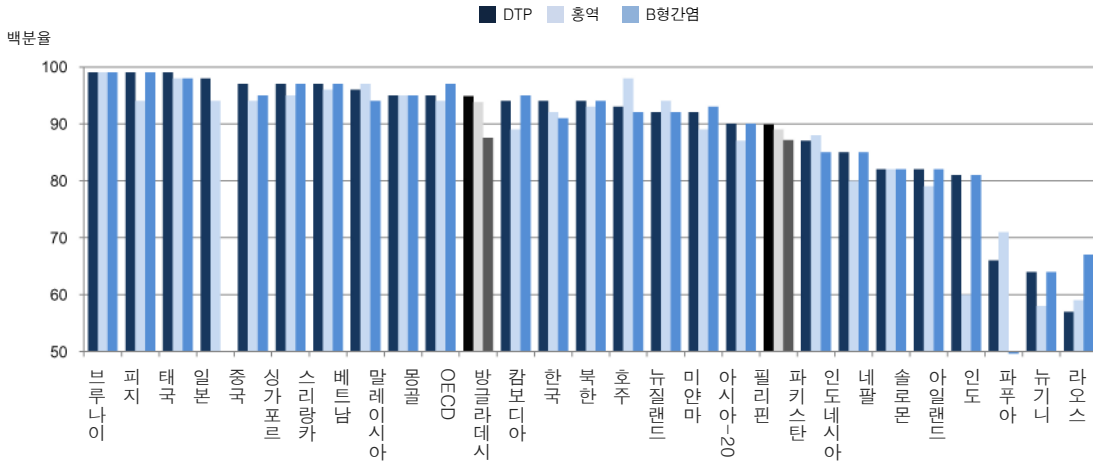
정의 및 측정방법

예방접종률은 적절한 시기에 그에 맞는 예방접종을 받는 1세 아동의 비율을 나타낸 것이다. DPT= 디프테리아-파상풍-백일해 백신 3회, 홍역=홍역 억제 예방백신 3회, B형간염= B형간염 백신 3회

데이터는 WHO/UNICEF의 국가 예방접종률 통계 자료로 WHO 회원국이 공식적으로 보고한 자료 및 간행물, 보건부 조사에서 가져온 것이다. 국가별로 아동기 예방접종 정책이 상이하기 때문에 지표는 해당 국가의 실제 정책을 기반으로 제시했다.

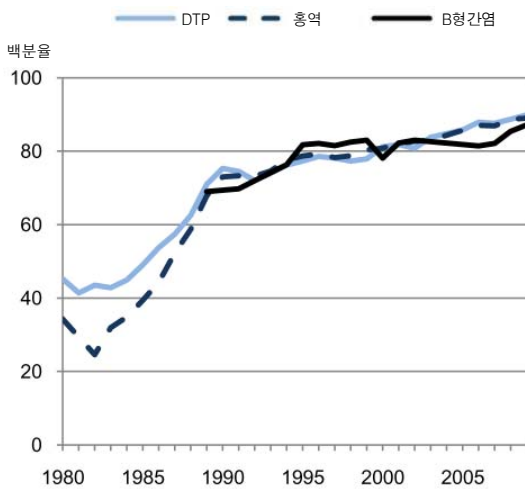
3.6. Childhood vaccination

3.6.1 DTP, 홍역, B형간염 영아 예방접종률, 2009년



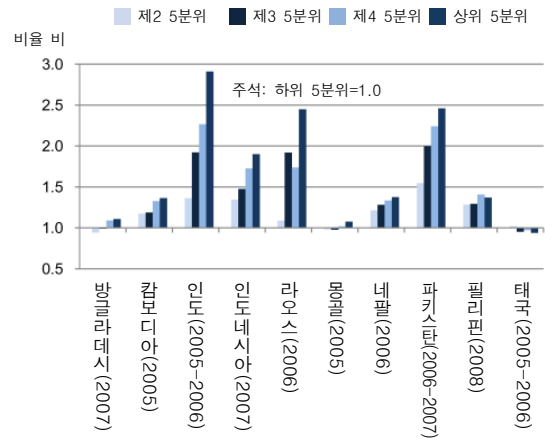
출처: WHO, 2010c

3.6.2 DTP, 홍역, B형간염 영아 예방접종률, 아시아 20개국, 1980-2009



출처: WHO, 2010c

3.6.3 1-2세 아동, 모든 예방접종을 받은 아동(a), 소득분위별



(a) BCG, 홍역 및 DTP와 소아마비 백신 3차례 접종을 의미함

출처: DHS 2006-2009, MICS 2006-2008

제4장 보건의료비 및 자원조달

- 4.1. 일인당 보건의료비 지출
- 4.2. 국내총생산(GDP)대비 보건의료비 지출
- 4.3. 보건의료 자원조달
- 4.4. 기능별 보건의료비 지출
- 4.5. 공급자별 보건의료비 지출

4.1. 일인당 보건의료비 지출

일인당 보건의료비 지출 수준의 차이는 전반적인 소득 수준(GDP), 국가의 다양한 재원조달방식 및 보건의료 체계의 조직적 구조를 반영한다.

아태지역 국가 사이에도 보건의료비 지출 수준이 상이하다(그림 4.1.1). 높게는 호주의 경우 일인당 총의료비지출이 3,448 PPP(구매력 지수 보정)달러, 낮게는 미얀마의 24 PPP 달러로 큰 차이를 보였다. 2008년 OECD 국가의 일인당 평균 보건의료비 지출은 아시아 국가들보다 약 6배 높았다(3,060 대 526).

OECD 국가와 비교했을 때 총 보건의료비 지출 중에 공공 지출의 비중은 아시아가 훨씬 낮았다(아시아 59%, OECD 72%). 아태지역에서 공공지출 비중이 가장 적은 국가는 미얀마(10%)였고, 가장 많은 국가는 솔로몬 아일랜드(93%)였고 브루나이(81%), 일본(80.3%)이 그 뒤를 이었다.

1998-2008년 사이 일인당 보건의료비 지출의 연평균 증가율은 아시아 지역에서는 4.9%였고, 이는 OECD 국가 평균 증가율인 4.1%보다 높은 수치였다(그림 4.1.2). 아태지역 중에서도 캄보디아, 중국, 한국, 베트남은 아태지역평균보다 두 배 높은 성장률을 기록했다. 미얀마의 경우 가장 높은 13.6%의 증가율을 기록했는데, 이 경우 일인당 의료비 지출 수준이 초기에 매우 낮았다는 점을 고려해야 한다.

브루나이, 파푸아 뉴기니, 네팔은 실질적으로 1998-2008년 사이 일인당 보건의료비 지출이 줄어든 것으로 보고했다. 특히 브루나이는 지난 10년 동안 GDP는 0.2% 상승한 반면 5.9%의 마이너스 성장률을 기록했다(평균). 정부 지출을 줄이라는 압박(지난 10년 동안 평균 80% 차지)과 가구 최종소비의 감소가 이러한 경향을 설명해주고 있다.

전반적으로 일인당 보건의료비 지출은 일인당 GDP의 증가와 함께 증가한다. 그림 4.1.3은 2008년 일인당 보건의료비 지출과 일인당 GDP의 상관관계를 보여준다(로그스케일).

이는 OECD 국가와 마찬가지로 아태지역에서도 소득과 보건의료비 지출에는 밀접한 연관성이 존재한다는 점을 다시 한 번 보여주는 것이다. 그림 4.1.3의 오른쪽 상단부에는 소득이 높고 보건의료비 지출도 높은 OECD 국가, 싱가포르, 브루나이가 포함되어 있다. 중국, 말레이시아, 태국은 소득수준도 중간이고 의료비 지출도 중간 수준인 국가이다. 이들 국가들은 점점 소득수준도 높고 보건의료비 지출도 높은 쪽으로 이동하고 있는 추

세이다.

관련자료

OECD(2000), 보건의료계정체계 버전, 1.0(A System of Health Accounts, version 1.0). OECD 파리

WHO(2003), 국민보건계정 계정 산출 가이드: 저소득, 중간소득 국가에 적용할 수 있는 방법(Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle income countries) 세계보건기구, 제네바

WHO(2010), 국민보건계정 국가 데이터(National Health Accounts country data), 세계보건기구, 제네바

정의 및 측정방법

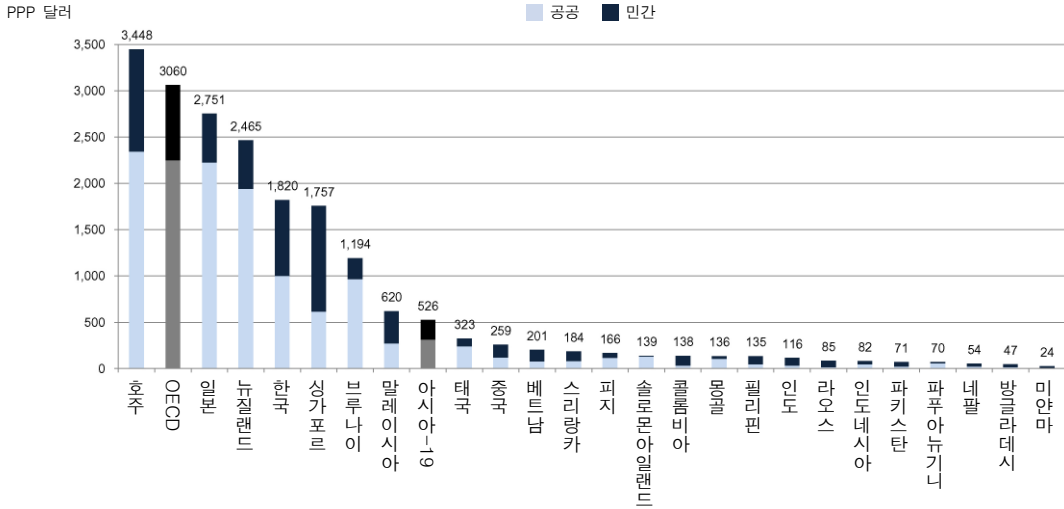
총보건의료비지출이란 총보건의료서비스, 외래환자에게 제공되는 의약품, 예방 및 공공보건 서비스, 보건행정, 건강보험과 같은 핵심 보건의료서비스 기능에 대한 지출 및 보건의료 공급자 산업의 자본구성으로 정의된다. 이러한 기능에 대한 지출은 거주자가 최종 소비한 경우 포함된다. 즉 국민이 국가 내 또는 해외에서 최종소비를 한 경우에만 포함된다.

가장 신뢰할 수 있고 믿을만한 변환율을 보이는 경제적(GDP) 구매력 지수(PPP)를 이용하여 국가 간 의료비 지출을 비교했다. PPP는 모든 경제활동을 대표하도록 선택된 다양한 상품과 서비스를 기반으로 한다. 경제적인 PPP는 국가 별로 다양하게 나타나는 보건의료비 지출이 보건의료서비스 크기에 대한 차이 및 경제 나머지 부분과 비교하여 보건의료서비스의 상대적인 가격을 반영한다는 것을 의미한다.

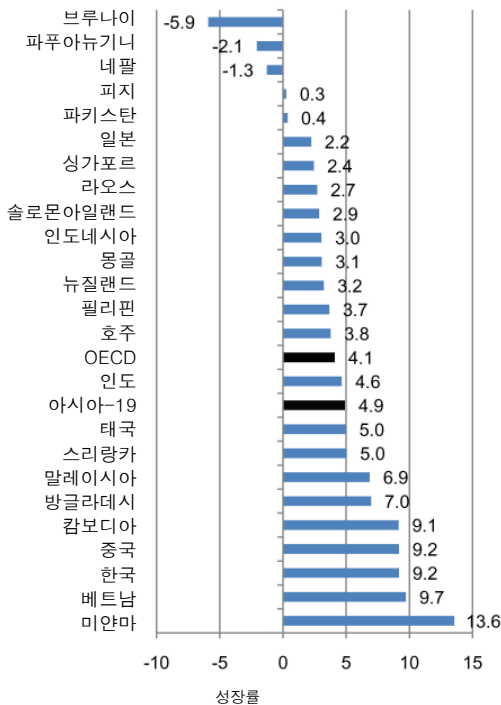
시간 경과에 따른 실질 증가율의 비교를 유용하게 하도록 하기 위해 적절한 가격 지표를 이용하여 명목 보건의료비 지출을 조정할 필요가 있다(즉 인플레이션을 제거한다). 신뢰할 만한 보건의료 가격 지표를 사용하는 것이 제한적이기 때문에 본 보고서에서는 2005년 GDP 가격 수준을 기준으로 한 경제적(GDP) 가격 지표를 사용했다.

4.1. Health Expenditure per capita

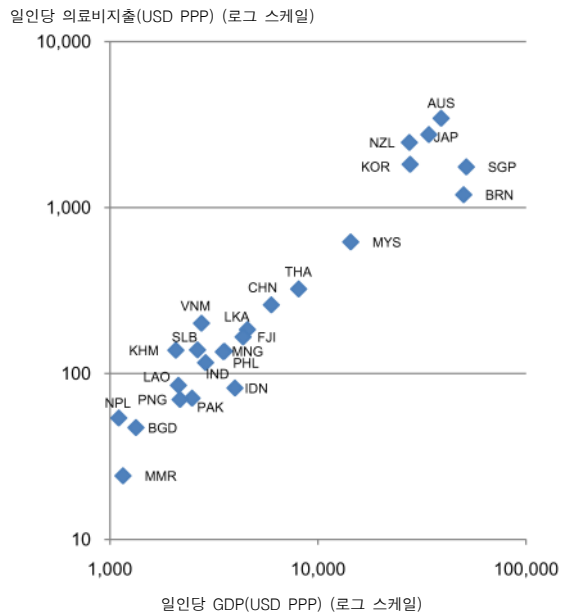
4.1.1 일인당 총보건의료비 지출, 공공, 민간부문, 2008년



4.1.2 일인당 보건의료비 지출 연평균 실질 증가율, 1998-2008년



4.1.3 일인당 총보건의료비지출 및 일인당 GDP, 2008년



출처: WHO National Health Accounts database(2010), World Bank(for GDP deflator)

4.2. 국내총생산(GDP)대비 보건의료비 지출

2008년 국내총생산(GDP) 대비 보건의료비 지출은 아태지역에서 평균 4.3%였다. 보건의료비 비중은 인도네시아의 2%에서 뉴질랜드의 9%까지 국가별로 차이가 있었다(그림 4.2.1). 일반적으로 부유한 국가일수록 GDP 대비 보건의료비 비중이 높았다. 그러나 예외적인 국가도 있었다. 베트남과 캄보디아의 경우 GDP에서 상대적으로 많은 비중을 보건의료 분야에 할당하지만 이들 국가의 일인당 GDP는 다른 아시아 국가에 비해 낮은 수준이다. 2008년 OECD 국가의 GDP 중 보건의료비 지출 비율은 평균적으로 아시아 국가의 두 배였다(9% 대 4.3%).

1998-2008년 사이 GDP 대비 보건의료비 지출 비중은 태국에서 증가했고, 중국과 인도네시아에서는 전반적으로 별 변동이 없었던 반면 인도에서는 그 비중이 소폭 감소했다(그림 4.2.2). 한국에서는 GDP 대비 보건의료비 비중이 급증한 반면 일본에서는 증가 폭이 경미했다. 인도네시아는 조사대상국 중에서 GDP 대비 보건의료비 비중이 2% 미만으로 가장 낮은 수치를 기록했다. 시간 경과에 따른 GDP 대비 보건의료비 비중을 비교해 보면 국가별로 보건부문의 우선순위가 다르다는 것을 알 수 있다. 1998년 인도와 한국은 비슷한 상황이었지만(GDP 대비 보건의료비 지출 비중이 약 4.3%) 2008년 한국은 인도에 비해 의료비 지출 비중이 50% 높았다.

OECD 국가와 마찬가지로 지난 10년 동안 많은 아태지역 국가의 보건의료비 지출 증가율은 GDP 증가율을 넘어섰다. 그 결과 대부분 국가에서 보건의료에 대한 지출 비중이 높아졌다(그림 4.2.3). 지난 10년 동안 보건의료비 지출의 소득탄력성은 OECD 국가는 1.6이었고, 아시아는 1.1이었다. 대각선 이상에 위치한 국가들의 경우 모두 소득탄력성 1 이상이었다. 이는 총소비지출에서 보건의료비 지출이 차지하는 비중이 1998년에서

2008년 사이 증가했다는 것을 의미한다. 대각선 이하에 위치한 국가에서 보건의료비 지출 증가율은 GDP 성장률보다 적었다. 따라서 총 소비지출 대비 보건의료비 지출 비중은 줄어들었다.

중국에서 지난 10년 동안 보건의료비 지출 증가율은 GDP 증가율과 비슷한 수준으로 증가하여 연 평균 일인당 9% 이상을 기록했다. 인도의 경우 소득 탄력성은 0.8이었고, 이는 보건의료비 지출 증가가 경제성장률 증가 수준 이하였다는 것을 의미한다.

물론 한국과 일본의 일인당 실질 의료비지출 증가율은 달랐지만(한국 9.2%, 일본 2.2%) 이 두 국가는 지난 10년 동안 가장 높은 소득탄력성을 기록했다(1.9).

관련자료

WHO(2010), 국민보건계정 국가 데이터(National Health Accounts country data), 세계보건기구, 제네바

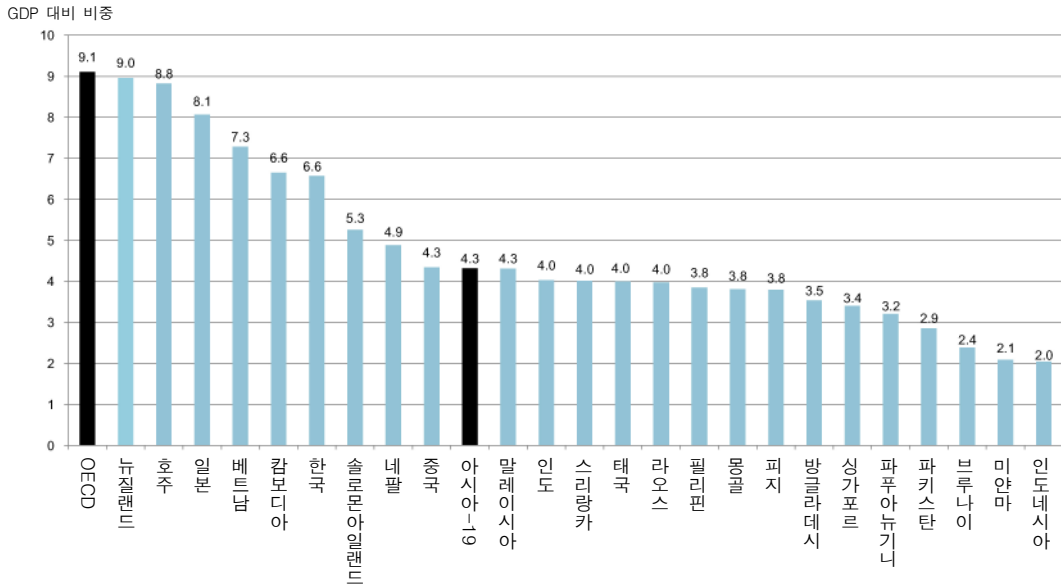
정의 및 측정방법

총보건의료비 지출에 관한 정의는 지표 4.1 참조.

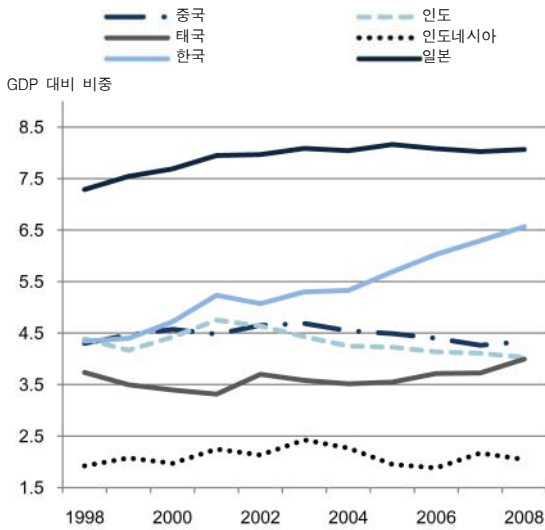
국내 총생산(GDP) = 최종소비 + 총 자본구성 + 순수출가구의 실제 최종소비란 개인적인 요구사항 충족을 위해 가구 또는 지역사회에서 사용한 상품과 서비스를 포함한다. 가구의 실제 최종 소비는 가구, 가구에 서비스 제공을 제공하는 정부 및 비영리 기관의 최종소비지출을 포함한다.

4.2. Health Expenditure in relation to GDP

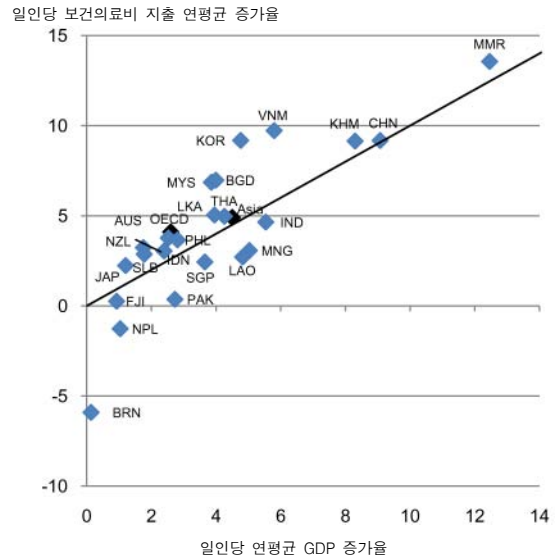
4.2.1 GDP 대비 총의료비 지출 비중, 2008년



4.2.2 GDP 대비 총의료비 지출 비중, 1998-2008년 일부 국가



4.2.3 보건의료비 지출 증가 및 GDP 증가, 1998-2008년



출처: WHO National Health Accounts database(2010), World Bank(for GDP deflator)

4.3. 보건의료 자원조달

그림 4.3.1은 아시아 국가에서 보건의료비 지출 중 공공부분의 비중이 1998년 43%에서 2008년 45%로 증가했음을 보여준다. 이는 미국과 비슷한 비중이지만, 2008년 자원조달에서 공공부분이 72%를 차지한 OECD 국가 보다는 훨씬 낮은 수준이며, OECD 국가의 1998년 수준과 비슷한 수준이다. 태국, 몽골, 파푸아뉴기니, 브루나이, 솔로몬 아일랜드에서 총의료비지출의 70% 이상을 공공부분 자원조달이 차지한 반면, 파키스탄, 인도, 캄보디아, 라오스에서는 그 비중이 30% 미만이었다. 미얀마는 총 의료비지출 중 공공 보건의료비 지출이 11% 차지했다고 보고했다.

태국과 인도네시아(20포인트 증가)에서 보건의료비 중 공공부분의 비중은 지난 10년 동안 상당히 증가했지만 싱가포르와 필리핀(10포인트 감소)에서는 감소했다.

그림 4.3.2는 일부국가의 다양한 자원조달 주체를 보여준다. 상대적으로 소득수준이 높은 국가에서는 일반 조세가 총 보건의료비 지출의 57%를 차지하여 주요 자원조달원이었다. 아태지역의 경우 보건의료비 지출의 공공부분 비중은(일반 조세+사회보장기금) 방글라데시의 28%, 텐진(중국)의 42%에서부터 몽골의 70%, 일본과 뉴질랜드의 80%까지 다양하게 나타났다. 방글라데시, 텐진(중국), 말레이시아, 홍콩, 스리랑카에서 보건의료비 지출 중 공공부분의 비중은 50% 미만이었다.

여러 가지 공공자원조달 체계가 존재한다. 호주, 방글라데시, 홍콩, 말레이시아, 몽골, 뉴질랜드, 스리랑카, 태국은 거의 모든 공공부분 자원조달을 정부(조세)가 한다. 일본과 한국의 경우 공공부분의 자원조달은 주로 고용주와 근로자가 부담하는 사회보장제도에 의해 이루어진다. 본인부담금 비중은 뉴질랜드와 일본의 경우 각각 14%, 15%로 낮은 반면 스리랑카와 텐진(중국)의 경우는 각각 43%, 50%로 높았다.

일반적으로 (개인)직접부담과 공동부담금으로 구성되는 민간 본인부담금은 민간 자원조달의 상당 부분을 차지

한다(그림 4.3.3). 인도, 네팔, 베트남, 싱가포르, 방글라데시, 미얀마, 중국, 브루나이에서 본인부담 보건의료비는 민간 보건의료비 지출의 90% 이상을 차지했다. 아태지역의 OECD 회원국과 더불어 태국, 말레이시아, 피지, 필리핀에서 민간 건강보험은 중요한 역할을 하고 있다. 이들 국가에서 민간 의료보험은 민간 보건의료비 지출의 최소 10%를 담당하고 있다.

관련자료

WHO(2010), 국민보건계정 국가 데이터(National Health Accounts country data), 세계보건기구, 제네바

Jeong, H.-S., Rannan-Eliya, R.P.(2010), 아태지역 12 국가의 SHA기반 보건의료 계정: 비교분석(SHA-Based Health Accounts in Twelve Asia/Pacific Economies: A Comparative Analysis), SHA 기술 보고서 10호, OECD/한국 정책센터, 서울

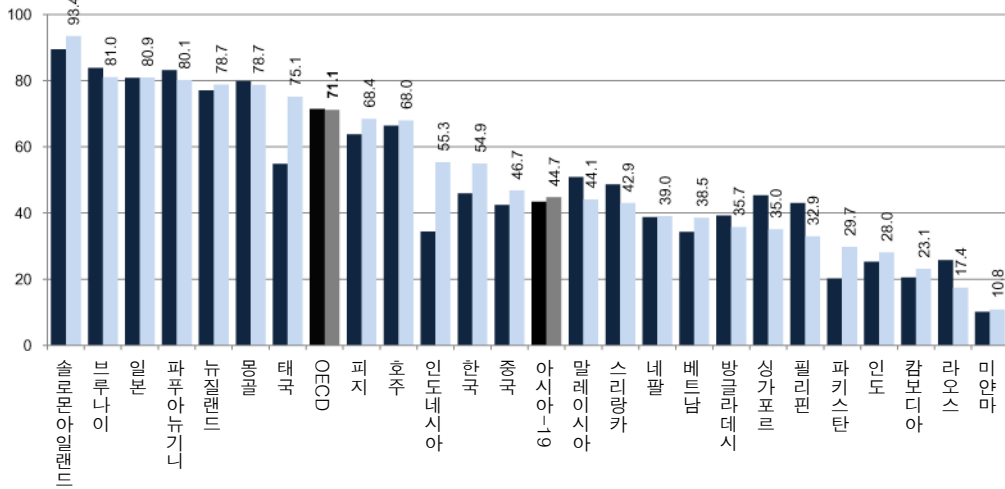
정의 및 측정방법

보건의료계정 시스템(OECD, 2000)에서 사용한 자원조달 구분은 보건의료관련 지출을 민간부분과 공공부분으로 구분하고 있다. 공공부분 자원조달에는 정부 일반 조세와 사회보장 기금이 포함된다. 민간부분은 민간보험, 가구, 비영리기관, 기업의 본인부담금으로 구성된다. 민간보험은 민간 사회보험과 민간보험 기업을 포함한다. 본인부담금은 환자가 직접 부담하는 지출을 의미한다. 몇몇 국가에서는 본인부담금에 비용분담금, 보건의료 공급자에게 지불하는 비공식적 금액이 포함된다.

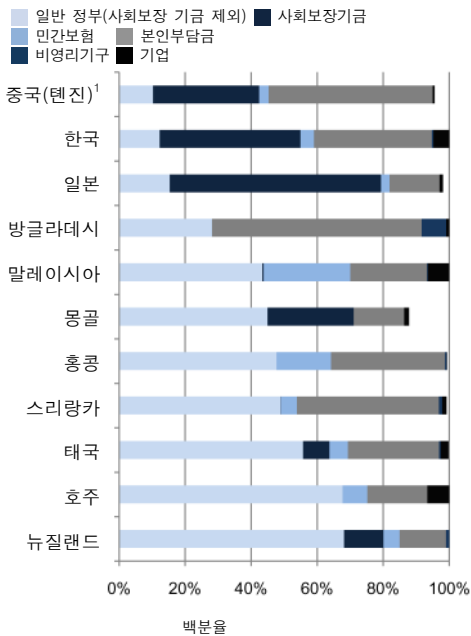
4.3. Financing of health care

4.3.1 보건의료에 대한 공공부문 총지출, 1998-2008년

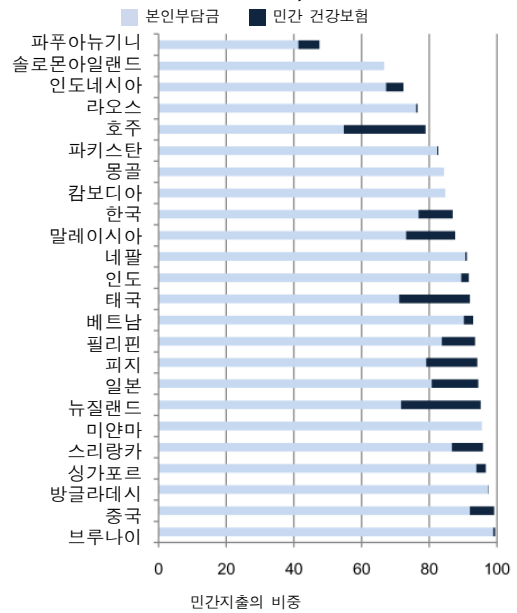
보건의료에 대한 총 지출 비중



4.3.2 자원조달 주체별 총의료비 지출 중 비중, 2006년경



4.3.3 민간부문 지출 중 본인부담금과 민간 건강보험의 비중, 2008²



1. 중국의 수치는 텐진시의 수치만을 반영한 것이지 중국 전체의 통계자료는 아니다.
2. 민간 보건의료비 지출의 나머지 부분은 가구에 서비스를 제공하는 비영리기관과 기업(건강보험 제외)으로 구성된다.

출처: Jeong, Rannan-Eliya(2010), WHO National Health Accounts database(2010).

4.4. 기능별 보건의료비 지출

총보건의료비 중 개인 의료서비스 및 의약품이 차지하는 비중은 기능별 보건의료비의 상세 분류가 가능한 아태지역 국가에서 86%로 집계되었다. 이 비중은 낮게는 방글라데시의 78%, 높게는 일본의 93%로 나타났다(그림 4.4.1).

개인 의료서비스와 의약품을 분류해보면 총보건의료비 지출의 67%가 개인 의료서비스에 관한 것이었고, 나머지 19%는 의약품이 차지했다. 방글라데시와 텐진(중국)은 의약품이 차지하는 비중이 가장 높았고(각각 44%, 39%) 말레이시아와 태국의 경우 의약품 비중이 가장 낮았다(각각 7%, 4%).

개인 의료서비스에 대한 지출 비중에 차이가 나는 것은 의약품을 처방하는 방식과 지출 항목의 분류 체계가 다른 것에 일부 기인한다. 많은 국가에서(스리랑카, 태국, 홍콩)는 의사들이 외래 진료서비스의 일환으로 의약품을 제공하기 때문에 이렇게 제공된 의약품은 환자가 직접 부담하는 것이 아니라 진료비 또는 진찰비에 포함된다.

의료제공 방식별로 경상 공공의료비 지출의 분류를 보면(그림 4.4.2) 경상 공공의료비 지출 중에서 치료 및 재활목적의 입원환자 치료가 45% 정도 차지했으며 그 비율은 낮게는 텐진(중국)의 30% 높게는 몽골의 70%까지 국가 별로 차이를 보였다. 외래환자 진료는 경상 공공의료비 지출 중 4분의 1 이상(26%)을 차지했으며 낮게는 텐진(중국)의 13%, 높게는 태국의 42% 이상으로 국가 별 차이를 보였다. 3개 국가만이 당일진료 및 가정진료 서비스에 대한 지출을 보고했는데, 이는 이러한 지출을 별도로 계산하는 데 어려움이 있기 때문인 것으로 보인다.

평균적으로 가구의 본인부담금 중 42%가 의약품을 구입하는 데 사용되었고, 37%는 외래진료비, 20%는 입원비에 사용되었다(그림 4.4.3). 태국은 OOP 중 15%

를 의약품 구입에 사용했고, 54%는 외래진료에 사용한 반면 방글라데시는 가구본인부담금의 69%를 의약품 구입, 9%를 입원비로 사용했다. 보건의료비 지출 항목을 일대일로 대응시키는 데 어려움이 있기 때문에 국가 간 비교가능성이 떨어진다.

관련자료

Jeong, H.-S., Rannan-Eliya, R.P.(2010), 아태지역 12 국가의 SHA기반 보건의료 계정: 비교분석(SHA-Based Health Accounts in Twelve Asia/Pacific Economies: A Comparative Analysis), SHA 기술 보고서 10호, OECD/한국 정책센터, 서울

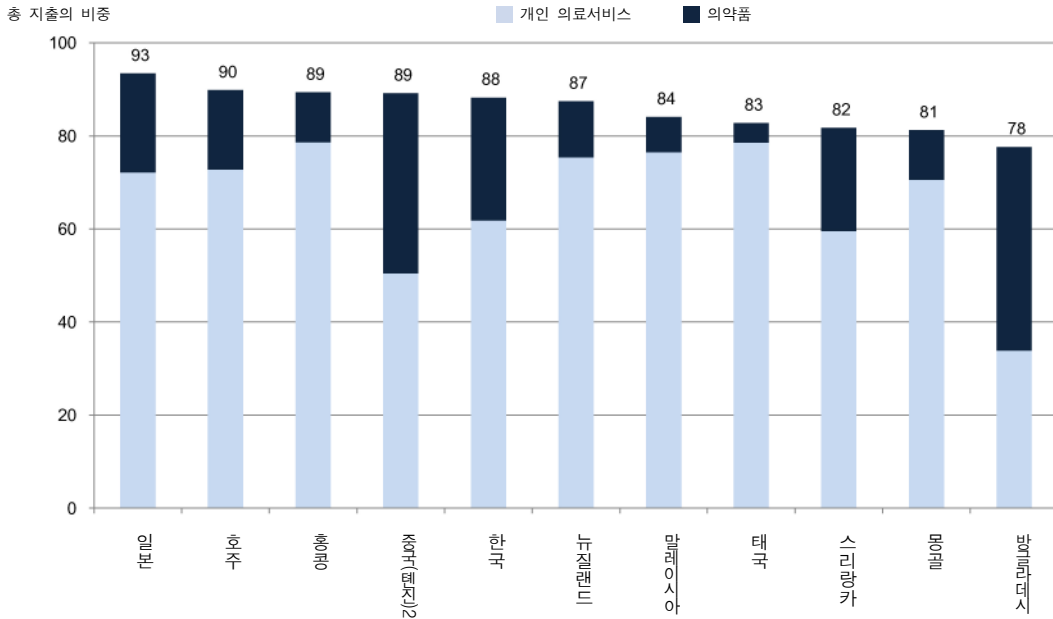
정의 및 측정방법

보건계정체계의 기능적 접근은(OECD 2000) 보건의료체계의 영역을 정의한다. 경상의료비 지출은 개인 보건의료 진료(치료진료, 재활진료, 장기요양, 외래진료서비스 및 의약품)와 공동서비스(공공의료 서비스 및 보건의료 행정)으로 구성된다.

치료진료, 재활진료, 장기요양은 생산 주체 별로 구분될 수 있다(입원환자, 당일진료, 외래환자 및 가정진료). 당일진료는 정식으로 입원한 사람, 외래진료 서비스 또는 독립 의료 기관에 입원했지만 같은 날 퇴원한 환자에게 제공되는 서비스로 구성되어 있다. 외래환자는 시설(의사의 개인 의원, 병원의 외래센터 또는 외래진료 센터)에 공식적으로 입원하지 않으며 하루 밤도 시설에서 보내지 않는다.

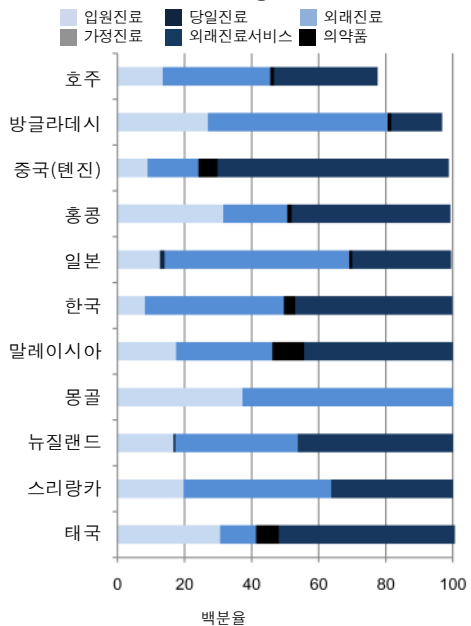
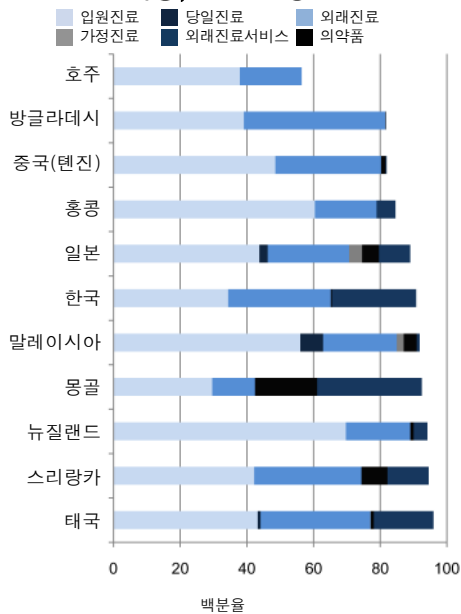
4.4. Health expenditure by function

4.4.1 총의료비지출에서 의약품 및 개인 의료서비스의 비중, 2006년경¹



- 총 의료비 지출 중 나머지는 예방 및 공공보건 서비스, 보건행정, 건강보험 및 자본구성으로 구성되어 있다.
- 중국의 경우 국가 전체의 수치를 반영되지 않고 텐진의 수치만 반영되었다.

4.4.2 의료제공 방식별 경상 공공의료비 지출 비중, 2006년경³ 4.4.3 의료제공 방식별 본인부담금 지출 비중, 2006년경⁴



3,4. 경상 공공의료비 지출 중 나머지는 예방 및 공공보건 서비스, 보건행정, 건강보험 및 자본구성으로 구성되어 있다.
출처: Jeong & Rannan-Eliya(2010)

4.5. 공급자별 보건의료비 지출

보고서에서 다룬 모든 국가들 중 말레이시아를 제외하고 모두 경상의료비 지출에서 병원이 가장 많은 비중을 차지했다(그림 4.5.1). 병원의 비중은 낮게는 방글라데시의 30%에서부터 높게는 태국의 72%까지 국가별로 다양하게 나타났으며 아태지역 11개국의 평균은 50% 정도였다. 그리고 25%는 외래진료 보건서비스를 제공하는 데 사용되었으며 외래진료 보건서비스의 비중도 텐진(중국)의 경우는 5%, 말레이시아의 경우 43%로 다양하게 나타났다.

경상의료비 지출 중 소매상 및 의약품 공급자가 차지하는 비중은 17%로 이 역시 국가별로 차이가 심했다. 태국은 4% 정도인 반면 방글라데시에서는 그 비중이 47%였다. 뉴질랜드에서는 간호와 거주간호시설이 경상의료비에서 차지하는 비중이 9%였다. 다른 국가에서는 보건의료 계층에서 실제보다 적게 추산한 것도 원인이겠지만, 이러한 시설의 수가 적기 때문에 간호와 거주간호 시설에 대한 지출이 경미한 것으로 보인다.

나머지 보건의료 공급자 분류 중에서 공공 보건프로그램의 제공 및 행정이 총 경상의료비 지출의 평균 3%를 차지했고, 보건관련 일반행정이 5%를 차지했다. 비교를 위해 살펴보면, OECD 국가에서 병원이 차지하는 비중은 아태지역 국가보다 낮았고(경상의료비 지출의 29%), 외래환자 서비스 공급자(31%), 의약품 공급자(21%), 간호 및 거주간호 시설(12%)은 아태지역 국가보다 의료비지출에서 차지하는 비중이 높았다.

병원은 일반 정보의 보건 재원조달의 주요 수혜자이다. 평균적으로 공공보건의료 지출의 65%를 병원이 차지한다(그림 4.5.2). 병원의 비중은 한국의 42%에서 스리랑카의 80%까지 다양하게 나타났다. 대부분의 국가에서 병원이 차지하는 비중은 70%에서 80% 사이였다. 평균적으로 공공 보건의료 재원의 16%는 외래진료 보건의료 공급자에게 돌아가며 그 비중도 텐진(중국)의 경우 4%, 태국의 경우 5%에서 많게는 호주 36%, 일본 28%까지 나타나 국가 별로 큰 차이를 보였다. 일본에서 치료소는 입원환자 및 외래환자 진료에 중요한 역할을 담당한다. 공공 재원조달 중 의약품 공급자가 차지하는 비중은 상대적으로 적다(평균 6%). 11개 국가 중 한국에서 의약품 공급자가 차지하는 비중이 가장 높았다(22%).

간호 및 거주간호 시설에 대한 공공의료비 지출은 뉴질랜드, 홍콩, 일본의 경우 10% 미만이었으며, 나머지 국가의 경우 거의 0%에 가까웠다. 나머지 공공의료비 지출 중에서 평균 5% 정도는 공공 보건프로그램에 할당되고 말레이시아의 경우 이 비중이 11%에 달했다. 공공 기

금 중 일반 행정과 보험은 평균 6%를 차지했지만 방글라데시, 태국, 말레이시아, 몽골의 경우는 10% 이상이였다.

가구의 보건의료비 지출 중 가장 큰 비중을 차지하는 것이 외래진료 및 의약품이다. 평균 적으로 외래진료는 32%, 의약품은 35%를 차지했다(그림 4.5.3). 그러나 이 비중도 국가 별로 차이가 컸다. 태국과 텐진(중국)의 경우 총의료비 지출의 60% 정도가 병원에 사용되었고, 호주, 방글라데시, 뉴질랜드의 경우는 병원에 지출하는 비중이 10% 미만이었다. 가구의 보건의료비 총 지출 중 외래 진료료가 차지하는 비중은 텐진(중국), 몽골의 경우 각각 6%, 11%를 이었고, 호주, 말레이시아, 홍콩의 경우에는 각각 48%, 50%, 56% 이었다. 마지막으로 가구의 총 의료비 지출 중 의약품이 차지하는 비중은 일반적으로 25%에서 50% 사이였다. 말레이시아와 태국은 예외였고(각각 14%, 16%), 비중이 가장 높은 국가는 방글라데시였다(가구 지출의 70%).

관련자료

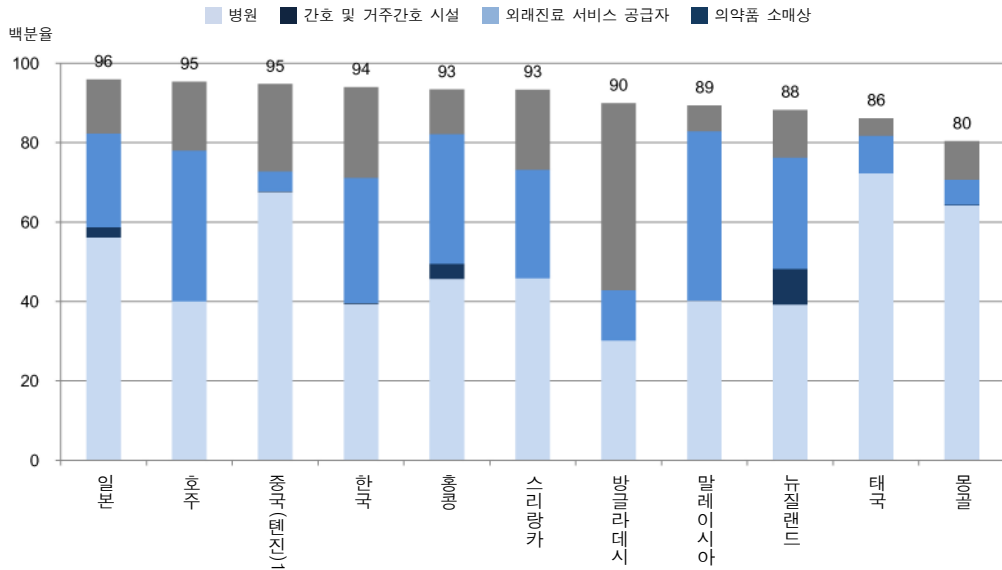
Jeong, H.-S., Rannan-Eliya, R.P.(2010), 아태지역 12 국가의 SHA기반 보건계정: 비교분석 (SHA-Based Health Accounts in Twelve Asia/Pacific Economies: A Comparative Analysis), SHA 기술 보고서 10호, OECD/한국 정책센터, 서울

정의 및 측정방법

보건의료체계의 공급자 분류(OECD, 2000)은 보건의료의 1차 공급자 및 2차 공급자를 모두 포함한다. 주요한 활동은 보건의료서비스의 1차 공급자에 의해 수행된다. 1차 의료공급자의 대표적인 예가 병원 또는 의사 사무실(의원)이다. 2차 공급자는 부수적인 활동 이외에 보건의료서비스를 제공하는 것이다. 주로 쉼터와 같은 사회 서비스를 제공하면서 장기간호 또는 심리치료와 같은 보건의료서비스를 함께 제공하는 거주간호 시설이 2차 공급자의 대표적인 예이다. 결과적으로 SHA(보건의료계정)는 보건의료 제공의 1차 공급자와 2차 공급자를 분류하고 있으며 공급자 분류의 다양한 구성원이 보건의료 공급자를 구성한다. 그 예가 의약품 소매, 행정, 간호 및 거주간호이다.

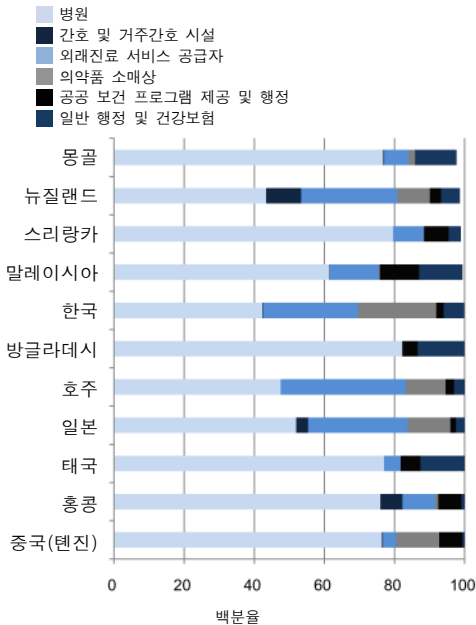
4.5. Health expenditure by provider

4.5.1 공급자별 경상의료비 지출의 비중, 2006년경

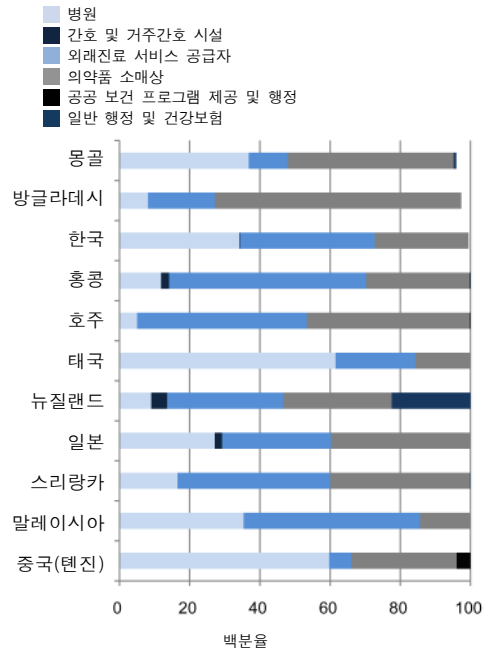


1. 중국의 경우 국가 전체의 수치를 반영되지 않고 텐진의 수치만 반영되었다.

4.5.2 공급자별 공공 의료비 지출의 비중, 2006년경



4.5.3 공급자별 가구 의료비 지출의 비중, 2006년경



출처: Jeong & Rannan-Eliya(2010)

부록 A :

데이터 출처

Bangladesh

Data International (2010), IARS 2006–07, Data International for Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka.

Equitap Network, Health and Demographic Survey 2000.

Ministry of Health and Family Welfare (2009), Bangladesh Health Bulletin 2009, Directorate General of Health Services, Dhaka.

Brunei Darussalam

Ministry of Health (2009), Health Information Booklet 2008, Department of Policy and Planning, Ministry of Health, Brunei Darussalam.

China

Equitap Network, National Health Household Interview Surveys 2003.

Ministry of Health of China (2007), China's Health Statistics Yearbook 2006, Peking Union Medical College Press, Beijing.

National Bureau of Statistics of China (2008), China Statistical Yearbook 2008, China Statistics Press, Beijing.

Hong Kong-China

Department of Health (2010), Health Facts of Hong Kong 2010, Department of Health and Census and Statistics, Hong Kong.

Equitap Network, Thematic Household Survey 2002.

Hospital Authority (2010), Hospital Authority Statistical Report 2008–2009, Statistics and Workforce Planning Department, Strategy & Planning Division, Hospital Authority, Hong Kong.

National Bureau of Statistics of China (2008), China Statistical Yearbook 2008, China Statistics Press, Beijing.

India

Equitap Network, National Sample Survey 1995/96.

Indonesia

Equitap Network, SUSENAS 2001.

Korea, Rep

Equitap Network, National Health Survey 1998.

Macao-China

National Bureau of Statistics of China (2008), China Statistical Yearbook 2008, China Statistics Press, Beijing.

Statistics and Census Service (2010), Yearbook of Statistics 2009, Statistics and Census Service, Macao.

Malaysia

Ministry of Health (2006), Annual Report 2006, Putrajaya: Ministry of Health, Malaysia.

Ministry of Health (2006), National Health and Morbidity Survey – III Report, Ministry of Health, Kuala Lumpur.

Ministry of Health (2010), Health Facts 2009, Putrajaya: Ministry of Health, Malaysia.

Mongolia

National Center for Health Development (2006), Health Indicators 2005, National Center for Health Development, Mongolia.

Nepal

Equitap Network, Nepal Living Standard Survey 1995/96.

Papua New Guinea

Government of Papua New Guinea (2010), National Health Plan 2011–2020, Government of Papua New Guinea., Port Moresby.

Solomon Islands

Statistics Office, Solomon Islands (n.d.), Report of Solomon Islands Household Income and Expenditure Survey Health Module 2005–2006, Statistics Office, Ministry of Finance & Treasury, Honiara.

Singapore

Ministry of Health (2010), Health Facts Singapore. Available for download from <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/statistics.aspx?id=240>.

Ministry of Health (2010), Healthcare Institution Statistics. Available for download from <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/statistics.aspx?id=242>.

Ministry of Health (2010), Healthcare Services. Available for download from <https://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcservices.aspx?id=394>.

Sri Lanka

Central Bank of Sri Lanka, Consumer Finances and Socio Economic Survey 2003/04. Available for download from http://www.cbsl.lk/cbsl/cfs03_04.html.

Perera, C. et al. (2005), Public Hospital Inpatient Discharge Survey 2005, Institute for Health Policy, Colombo.

Ministry of Health (2010), Annual Health Bulletin 2007, Ministry of Health, Colombo.

Ministry of Health (2010), Health Manpower Data. Available for download from <http://203.94.76.60/nihs/BEDS/Manpower-Summary2008.pdf>.

Thailand

Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (2008), Thailand Health Profile 2005–2007, Ministry of Public Health, Bangkok.

Equitap Network, Socio-Economic Survey 2002.

부록 B :

인구, 경제 부문에 대한 추가 정보

표 A.1. 연앙추계인구, 1000명, 1960~2008

	1960	1970	1980	1990	2000	2008
호주	10,276	12,728	14,695	17,091	19,171	21,074
방글라데시	54,138	69,178	90,397	115,632	140,767	160,000
브루나이	82	130	193	257	333	392
캄보디아	5,433	6,938	6,748	9,690	12,760	14,562
중국	645,927	815,951	980,929	1,142,090	1,266,954	1,337,411
피지	394	520	634	724	802	844
홍콩	3,075	3,942	5,039	5,704	6,667	6,982
인도	448,314	552,964	692,637	862,162	1,042,590	1,181,412
인도네시아	93,058	116,921	146,582	177,385	205,280	227,345
일본	93,189	104,448	116,794	123,191	126,706	127,293
북한	10,946	14,247	17,239	20,143	22,859	23,819
한국	25,068	31,440	37,459	42,983	46,429	48,152
라오스	2,124	2,692	3,238	4,207	5,403	6,205
마카오	173	254	252	372	441	526
말레이시아	8,140	10,853	13,763	18,103	23,274	27,014
몽골	959	1,256	1,663	2,216	2,389	2,641
미얀마	21,075	26,403	33,561	40,844	46,610	49,563
네팔	9,691	11,893	15,058	19,105	24,432	28,810
뉴질랜드	2,372	2,820	3,147	3,386	3,868	4,230
파키스탄	48,778	61,750	82,609	115,776	148,132	176,952
파푸아뉴기니	2,080	2,554	3,199	4,131	5,388	6,577
필리핀	27,057	36,567	48,112	62,427	77,689	90,348
싱가포르	1,634	2,075	2,415	3,016	4,018	4,615
솔로몬아일랜드	118	161	229	314	416	511
스리랑카	10,018	12,520	15,060	17,290	18,767	20,061
태국	27,642	37,186	47,264	56,673	62,347	67,386
베트남	33,648	42,898	53,317	66,247	78,663	87,096
아시아-22	1,570,170	1,962,505	2,410,328	2,905,515	3,363,510	3,688,587
OECD	791,580	894,056	986,839	1,069,779	1,158,133	1,223,591

Source: UNDESA, 2009.

표 A.2. 65세 이상 인구 비율, 1960~2008

	1960	1970	1980	1990	2000	2008
호주	8.5	8.3	9.6	11.2	12.5	13.4
방글라데시	3.2	3.2	3.0	3.0	3.4	3.8
브루나이	3.9	3.5	2.9	2.7	2.9	3.3
캄보디아	2.7	2.8	2.8	2.7	3.0	3.4
중국	4.8	4.3	4.7	5.5	6.8	7.9
피지	2.5	2.4	2.8	3.1	3.5	4.6
홍콩	2.8	4.0	6.5	8.5	11.0	12.5
인도	3.0	3.3	3.6	3.8	4.3	4.8
인도네시아	3.4	3.1	3.5	3.8	4.9	5.9
일본	5.7	7.0	9.1	12.0	17.2	21.4
북한	1.9	1.4	2.5	4.7	7.0	9.4
한국	3.7	3.3	3.9	5.0	7.3	10.4
라오스	2.6	3.0	3.5	3.5	3.6	3.6
마카오	5.3	4.6	7.6	6.5	7.4	7.1
말레이시아	3.4	3.4	3.7	3.7	3.9	4.6
몽골	3.2	3.0	3.0	4.0	3.4	3.9
미얀마	3.7	4.1	4.5	4.9	5.4	5.5
네팔	2.6	2.9	3.1	3.2	3.5	4.0
뉴질랜드	8.6	8.5	9.8	11.1	11.8	12.5
파키스탄	6.0	5.3	4.5	3.7	3.7	4.0
파푸아뉴기니	2.4	2.1	1.9	2.2	2.2	2.4
필리핀	3.0	2.9	3.2	3.2	3.5	4.1
싱가포르	2.1	3.4	4.7	5.6	7.2	9.4
솔로몬아일랜드	2.7	3.5	3.3	3.0	2.9	3.1
스리랑카	4.7	3.8	4.4	5.5	6.4	7.3
태국	3.2	3.4	3.9	4.6	6.3	7.4
베트남	4.5	4.9	4.8	4.7	5.6	6.3
아시아-22	3.6	3.7	4.2	4.8	5.8	6.8
OECD	8.6	9.9	11.4	12.1	13.5	14.7

Source: UNDESA, 2009.

표 A.3. 인구 1000명당 조출생률, 1960-1965에서 2005-2010까지

	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	May-00	Oct-05
호주	22	20	15	15	13	13
방글라데시	47	47	43	32	25	22
브루나이	43	35	30	28	22	20
캄보디아	45	40	52	41	26	25
중국	38	29	22	19	14	14
피지	42	33	32	28	23	21
홍콩	33	20	16	12	8	8
인도	40	37	34	31	25	23
인도네시아	44	39	32	24	21	19
일본	17	19	13	10	9	8
북한	33	30	22	21	15	14
한국	40	30	20	16	10	9
라오스	43	43	42	40	29	28
마카오	32	20	25	17	7	8
말레이시아	43	35	33	28	23	21
몽골	43	41	38	29	18	19
미얀마	42	39	33	25	22	21
네팔	44	43	41	38	30	26
뉴질랜드	26	21	16	17	14	14
파키스탄	40	44	42	38	32	30
파푸아뉴기니	42	42	38	37	34	32
필리핀	44	39	36	32	26	25
싱가포르	34	21	17	18	10	8
솔로몬아일랜드	44	47	40	39	34	31
스리랑카	35	29	26	20	19	18
태국	43	34	25	19	15	15
베트남	46	39	35	29	19	17
아시아-22	40	34	31	26	19	18
OECD	22	19	16	14	12	12

Source: UNDESA, 2009.

표 A.4. 출산율, 15~49세 여성 일인당 자녀수, 1960-1965에서 2005-2010까지

	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	May-00	Oct-05
호주	3.3	2.5	1.9	1.9	1.8	1.8
방글라데시	6.9	6.9	5.9	4.0	2.8	2.4
브루나이	6.7	5.4	3.8	3.1	2.3	2.1
캄보디아	6.3	5.5	6.6	5.6	3.4	3.0
중국	5.6	4.8	2.6	2.0	1.8	1.8
피지	6.0	4.2	3.8	3.4	3.0	2.8
홍콩	5.3	2.9	1.8	1.3	1.0	1.0
인도	5.8	5.3	4.5	3.9	3.1	2.8
인도네시아	5.6	5.3	4.1	2.9	2.4	2.2
일본	2.0	2.1	1.8	1.5	1.3	1.3
북한	3.4	3.7	2.9	2.4	1.9	1.9
한국	5.6	4.3	2.2	1.7	1.2	1.2
라오스	6.0	6.0	6.3	5.8	3.9	3.5
마카오	5.1	3.2	2.5	1.6	0.8	1.0
말레이시아	6.7	5.2	4.2	3.5	2.9	2.6
몽골	6.0	7.3	5.7	3.5	2.1	2.0
미얀마	6.1	5.9	4.6	3.1	2.5	2.3
네팔	6.2	6.1	5.8	4.9	3.6	2.9
뉴질랜드	4.0	2.8	2.0	2.1	2.0	2.0
파키스탄	6.6	7.0	6.6	5.7	4.4	4.0
파푸아뉴기니	6.3	6.1	5.5	4.7	4.4	4.1
필리핀	6.9	6.0	5.0	4.1	3.3	3.1
싱가포르	4.9	2.6	1.7	1.8	1.4	1.3
솔로몬아일랜드	6.4	7.2	6.4	5.5	4.4	3.9
스리랑카	5.2	4.0	3.2	2.5	2.3	2.3
태국	6.3	5.1	3.0	2.1	1.8	1.8
베트남	7.3	6.7	4.5	3.3	2.3	2.1
아시아-22	5.7	5.1	4.1	3.2	2.4	2.2
OECD	3.2	2.6	2.0	1.8	1.6	1.7

Source: UNDESA, 2009.

표 A.5. 2008년 일인당 GDP, 1970~2008 연평균 GDP 증가율

	GDP, per, capita, in, USD, at, PPPs 2008	Average, annual, growth, rate, (in, real, terms)		
		1980-90	1990-2000	2000-2008
호주	37,701	1.7	2.3	1.5
방글라데시	1,374	1.2	2.7	3
브루나이	50,757			-0.4
캄보디아	1,942		2.8	5.9
중국	5,870	7.6	9.3	7.4
피지	4,367	1.4	3.8	0.6
홍콩	44,299	4.5	2.3	3.3
인도	2,886	3.7	3.5	4.6
인도네시아	3,979	3.4	2.6	3
일본	34,743	3.4	1	1.2
북한				
한국	26,278	7.5	5.1	3.4
라오스	2,225	2.8	3.7	3.7
말레이시아	14,023	3.1	4.3	2.5
몽골	3,505		-1.2	4.5
미얀마	1,084	-0.7	4.9	6.8
네팔	1,244	0.5	3.3	1.6
뉴질랜드	27,172	0.8	1.6	1.5
파키스탄	2,754	3.3	1.5	2.8
파푸아뉴기니	2,079	-0.9	1.4	0.3
필리핀	3,575	-0.7	0.8	2.3
싱가포르	51,829	4.9	4.6	2.5
솔로몬아일랜드	1,927	-2	-0.2	0.1
스리랑카	4,393	3.2	3.9	3.1
태국	8,401	5.8	3.4	3.4
베트남	2,792	3.8	5.8	4.9

Source: International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, April 2010

참고문헌

- AIHW (2008), Australia's Health 2008, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Asian Development Bank (2008), Mongolia: Health and Social Protection, Manila.
- Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare (2009), Bangladesh Health Bulletin 2009, Directorate General of Health Services, Dhaka.
- Barber, S. et al. (2008), Tobacco Economics in Indonesia, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris.
- Black, R.E. et al. (2010), "Global, Regional, and National Causes of Child Mortality in 2008: A Systematic Analysis", The Lancet, Vol. 375, No. 9730, pp. 1969-1987.
- Boyle, P. and B. Levin (eds.) (2008), World Cancer Report 2008, WHO/IARC, Lyon.
- Brunei Darussalam Ministry of Health (2009), Health Information Booklet 2008, Department of Policy and Planning, Ministry of Health, Brunei Darussalam.
- Bureau of Policy and Strategy, Thailand Ministry of Public Health (2008), Thailand Health Profile 2005-2007, Ministry of Public Health, Bangkok.
- Central Bank of Sri Lanka, Consumer Finances and Socio Economic Survey 2003/04. Available for download from http://www.cbsl.lk/cbsl/cfs03_04.html.
- Cheng, M.H. (2010), "Asia/Pacific faces diabetes challenge", The Lancet, Vol. 375, No. 9733, pp. 2207-2210.
- Cui, W. (2010), "China wrestles with tobacco control", Bulletin of the World Health Organization, Vol. 88, pp. 251-252.
- Data International (2010), IARS 2006-07, Data International for Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka.
- DHS (Demographic and Health Surveys) (2006-2009), DHS Final Reports, <http://www.measuredhs.com>, Accessed 1 June 2010.
- FAO (2006), The Double Burden of Malnutrition: Case Studies From Six Developing Countries, FAO Food and Nutrition Paper 84, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- FAO (2009), The State of Food Insecurity in the World: Economic Crises - Impacts and Lessons Learned, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- Government of Papua New Guinea (2010), National Health Plan 2011-2020, Government of Papua New Guinea, Port Moresby.
- Gwatkin, D. R. et al. (2007), Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population, The World Bank, Washington, D.C., go.worldbank.org/MR8476VEY0, Accessed 1 June 2010.
- Herd, R., Y. Hu and V. Koen (2010), Improving China's Health Care System, OECD Economics Department Working Papers No. 751, OECD, Paris.
- Hogan, M. C. et al. (2010), "Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis of Progress Towards Millennium Development Goal 5", The Lancet, Vol. 375, No. 9726, pp. 1609-1623.
- Hong Kong Department of Health (2010), Health Facts of Hong Kong 2010, Department of Health and Census and Statistics, Hong Kong.
- Hong Kong Hospital Authority (2010), Hospital Authority Statistical Report 2008-2009, Statistics and Workforce Planning Department, Strategy & Planning Division, Hospital Authority, Hong Kong.

- Hurst, J. (2007), “Towards a Sustainable Health and Long-term Care Policy” , Facing the Future: Korea’s Family, Pension and Health Policy Challenges, OECD Publishing, Paris.
- IDF (2009), IDF Diabetes Atlas, 4th Edition, International Diabetes Federation, Brussels.
- Jeong, H.-S. and Rannan-Eliya, R.P. (2010), SHA-Based Health Accounts in Twelve Asia/Pacific Economies: A Comparative Analysis, SHA Technical Papers No. 10, OECD/Korea Policy Centre, Seoul.
- Macao Statistics and Census Service (2010), Yearbook of Statistics 2009, Statistics and Census Service, Macao.
- Malaysia Ministry of Health (2006a), Annual Report 2006, Putrajaya: Ministry of Health, Malaysia.
- Malaysia Ministry of Health (2006b), National Health and Morbidity Survey – III Report, Ministry of Health, Kuala Lumpur.
- Malaysia Ministry of Health (2010), Health Facts 2009, Putrajaya: Ministry of Health, Malaysia.
- 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.
- MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) (2006–2008), MICS Final Reports, <http://www.childinfo.org/mics.html>, Accessed 1 October 2010.
- Ministry of Health of China (2007), China’s Health Statistics Yearbook 2006, Peking Union Medical College Press, Beijing.
- Mongolia National Center for Health Development (2006), Health Indicators 2005, National Center for Health Development, Mongolia.
- Nair, N., F. Wares and S. Sahu (2010), “Tuberculosis in the WHO Southeast Asia Region” , Bulletin of the World Health Organization, Vol. 88, No. 3, p. 164–165.
- National Bureau of Statistics of China (2008), China Statistical Yearbook 2008, China Statistics Press, Beijing.
- National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] & Macro International Inc. (2008). Pakistan Demographic and Health Survey 2006–07. Islamabad, Pakistan: NIPS and Macro International Inc.
- OECD (2000), A System of Health Accounts, version 1.0, OECD, Paris.
- OECD (2004), Towards High-Performing Health Systems, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009a), Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009b), Managing Water For All: An OECD Perspective on Pricing and Financing, OECD, Paris.
- OECD (2009c), OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries, online and on CD-ROM, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2009d), Society at a Glance: Asia/Pacific Edition 2009, Health and Social Policy Programme, OECD/Korea Policy Centre, Seoul.
- OECD (2010a), Improving China’s Healthcare System, Economics Department Working Papers No. 751, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010b), OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators, online and on CD-ROM, OECD Publishing, Paris.
- Peden, M., K. McGee and E. Krug (eds.) (2002), Injury, A Leading Cause of the Global Burden of Disease, 2000, World Health Organization, Geneva.
- Peden, M. et al. (eds.) (2008), World Report on Child Injury Prevention, World Health Organization, Geneva.
- Perera, C. et al. (2005), Public Hospital Inpatient Discharge Survey 2005, Institute for Health Policy, Colombo.
- Rajaratnam, J.K. et al. (2010), “Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4” , The Lancet, Vol. 375, No. 9730, pp. 1988–2008.

- Rehm, J. et al. (2009), "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders", *The Lancet*, Vol. 373, pp.2223-2233.
- Ruxrungtham, K., T. Brown and P. Phanuphak (2004), "HIV/AIDS in Asia", *The Lancet*, Vol. 364, No. 9428, pp. 69-82
- Sasayama, S. (2008), "Heart Disease in Asia", *Circulation*, Vol. 118, No. 25, pp. 2669-2671.
- Sassi, F. (2010), *Obesity and the Economics of Prevention - Fit not Fat*, OECD, Paris.
- Sedgh, G. et al. (2007), "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide", *The Lancet*, Vol. 370, pp. 1338-1345.
- Shafey, O. et al. (2009), *The Tobacco Atlas*, 3rd edition, American Cancer Society, Atlanta.
- Sri Lanka Ministry of Health (2010a), *Annual Health Bulletin 2007*, Ministry of Health, Colombo.
- Sri Lanka Ministry of Health (2010b), *Health Manpower Data*. Available for download from <http://203.94.76.60/nihs/BEDS/Manpower-Summary2008.pdf>.
- Statistics Office, Solomon Islands (n.d.), *Report of Solomon Islands Household Income and Expenditure Survey Health Module 2005-2006*, Statistics Office, Ministry of Finance & Treasury, Honiara.
- Thavorncharoensap, M. et al. (2010), "The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006", *BMC Public Health*, Vol. 10, No. 323.
- Ueshima, H. et al. (2008), "Cardiovascular Disease and Risk Factors in Asia: A Selected Review", *Circulation*, Vol. 118, No. 25, pp. 2702-2709.
- UNAIDS (2008), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2008*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva.
- UNAIDS (2009), *AIDS Epidemic Update: November 2009*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization, Geneva.
- UNDESA (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division) (2009), *World Population Prospects: The 2008 Revision, CD-ROM Edition*.
- UNESCAP (2005), *Emerging Issues of Health and Mortality in the Asian and Pacific Region, Asia/Pacific Population Studies Series No. 163*, Social Development Division, Bangkok.
- UNESCAP (2008), *Statistical Yearbook for Asia and the Pacific 2008*, UNESCAP, Bangkok.
- UNICEF, *Childinfo: Monitoring the Situation of Children and Women*, www.childinfo.org/statistical_tables.html, Accessed 1 June 2010.
- UNICEF (2008a), *The State of Asia/Pacific's Children 2008: Child Survival*, UNICEF, New York.
- UNICEF (2008b), *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: the 2008 Report*, UNICEF, New York.
- UNICEF (2009), *The State of the World's Children, Special Edition*, UNICEF, New York.
- UNICEF and WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.
- United Nations (2009a), *The Millennium Development Goals Report 2009*, United Nations, New York.
- United Nations (2009b), *World Contraceptive Use 2009 (POP/DB/CP/Rev2009)*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, New York. Online at: <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2009/Main.html>
- WHO (2002), *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003), *Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle income countries*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2004), *Global Status Report on Alcohol 2004*, WHO, Geneva.
- WHO (2007a), *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2007b), *Country Health System Profile DPR Korea*. World Health Organization, Regional Office

- for Southeast Asia, New Delhi.
- WHO (2008a), Health in Asia and the Pacific, World Health Organization, Regional Office for Southeast Asia, New Delhi.
- WHO (2008b), Learning From Large-Scale Community-Based Programmes to Improve Breastfeeding Practices, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2009a), Global Status Report on Road Safety: Time for Action, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2009b), WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke-Free Environments, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2009c), WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System. 2009 Global Summary, Geneva, WHO.
- WHO (2009d), Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2009e), World Malaria Report 2009, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2010a), Malaria in the Southeast Asian Region, WHO Regional Office for Southeast Asia, New Delhi.
- WHO (2010b), Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2010c), WHO Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System, www.who.int/immunization_monitoring/en/, Accessed 1 October 2010.
- WHO (2010d), World Health Statistics 2010, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2010e), National Health Accounts country data, World Health Organization, Geneva.
- WHO Expert Consultation (2004), "Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies", *The Lancet*, Vol. 363, pp. 157-163.
- WHO Global Burden of Disease (2008), www.who.int/healthinfo/global_burden_disease, Accessed 1 June 2010.
- WHO Global Database on Body Mass Index, apps.who.int/bmi/index.jsp, Accessed 1 June 2010.
- WHO TB data (2010), www.who.int/tb/country, Accessed 1 June 2010.
- WHO/UNICEF (2010), Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2010 Update, WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, Geneva.
- World Bank, World Development Indicators Online, go.worldbank.org/6HAYAHG8H0, Accessed 1 June 2010.
- World Bank (2009), Health Financing Note East Asia and Pacific Region, Volume I: Main Report, The World Bank Group, Washington D.C.
- World Bank (2010), Health Financing Note East Asia and Pacific Region, Volume II: Health System Profiles, The World Bank Group, Washington D.C.



ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

OECD는 세계화에 따른 경제, 사회 그리고 환경 문제에 대응하기 위하여 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, 체코, 덴마크, 핀란드, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국이다. 유럽공동체 집행위원회(Commission of the European Communities)도 OECD 작업에 참여하고 있다.

OECD 출판물은 회원국이 동의한 협약, 지침, 기준뿐만 아니라 경제, 사회 및 환경적 이슈에 관하여 수집된 통계와 연구 결과를 널리 전파한다.

OECD/대한민국정책센터

OECD/대한민국정책센터(www.oecdkorea.org)는 OECD와 대한민국 정부 사이에 양해각서를 체결하여 설립된 국제 협력기구이다. OECD/대한민국정책센터는 2005년 설립된 보건 사회정책에 관한 지역 센터(RCHSP) 중 하나였던 기존의 OECD/한국센터를 통합한 이후 2008년 7월 7일 공식적으로 출범했다.

OECD/대한민국정책센터의 주요 기능은 OECD 회원국의 국제 조세, 경쟁, 공공 가버넌스, 사회정책에 대한 국제 기준과 정책에 대해 연구하고 연구 결과를 아시아 지역의 공공부문 관료와 전문가에게 배포하는 것이다. 보건 및 사회 정책 분야에서 OECD/대한민국정책센터는 OECD 국가와 OECD 비회원국인 아태지역 국가 간에 정책적 대화와 정보 공유를 도모한다.

센터 내 사회정책본부의 역할은 크게 세 가지 분야로 나눌 수 있다. 사회보호 통계(국제 노동기구와 아시아 개발은행과의 공동작업), 보건의료비 지출 및 재원조달 통계(아시아 태평양 국가 보건의료 계정 네트워크 및 세계보건기구와 공동작업), 및 연금 정책(아시아 개발은행과 세계은행과 공동작업)이다. 이러한 비전을 추구하면서 OECD/대한민국정책센터는 다양한 교육 프로그램, 국제회의, 세미나, 워크숍을 주최하고 국내외 전문가들이 참여하는 정책 포럼을 제공한다.

한 눈에 보는 보건 : 2010 아시아/태평양판

- 발행처 : OECD/대한민국정책센터 사회정책본부
- 발행인 : 곽숙영
- 발행일 : 2011년 6월
- 인쇄처 :

<http://www.oecdkorea.org>

한 눈에 보는 보건 : 2010 아시아/태평양판

한 눈에 보는 보건 : 2010 아시아/태평양판 첫 보고서는 아태지역 27개국의 건강상태, 건강 결정요인, 보건의료 자원 및 활용, 보건의료비 지출 및 재원조달 관련 주요 지표를 제시한다.

다양한 데이터 소스를 바탕으로 "한 눈에 보는 OECD 보건지표"의 기존 보고서 형식으로 구성하여 출간하였다. 본보고서는 인구의 건강에 영향을 미치는 요소와 보건의료 체계의 성과에 대한 독자들의 이해를 돕는다.

본 보고서에서 제시된 32개의 지표는 모두 사용자 친화적인 방법으로 표시하였다. 지표는 국가별 차이를 확인할 수 있는 차트와 데이터가 나타나고 있는 내용에 대한 간단한 설명을 덧붙였고, 정의 및 측정 방법란에는 지표의 정의와 데이터 비교가능성에 대한 제약을 설명했다. 첨부문서에는 보건의료체계가 운영되는 인구·경제적 환경에 대해 부가정보를 제공한다.

관련자료

OECD Health Data 2010

Health at a Glance: Europe 2010

Health at a glance: OECD Indicators 2009

www.oecd.org/health

www.oecd-korea.org

본 보고서의 명칭은

OECD(2010), 한 눈에 보는 아태지역 보건지표, OECD 출판(OECD(2010), Health at a Glance: Asia/Pacific 2010, OECD Publishing)입니다.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264096202-en>

본 보고서는 모든 OECD 책자, 주기적 통계적 데이터 베이스를 담고 있는 OECD iLibrary에서 볼 수 있습니다.

www.oecd-ilibrary.org 참조. 궁금한 사항은 언제든지 연락주시시오.