

# 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2007

Health at a Glance 2007  
OECD INDICATORS



한 눈에 보는 OECD 보건지표 2007(Health at a Glance 2007: OECD Indicators)은 영어와 불어로 OECD에서 발간하였습니다.

이 보고서 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.

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

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

Originally published by the OECD in English and in French under the titles:

Health at a Glance 2007: OECD Indicators

Panorama de la santé 2007: Les indicateurs de l'OCDE

© 2007 OECD

All rights reserved.

© 2008 Joint OECD/Korea Regional Centre on Health and Social Policy for this Korean edition

Published by arrangement with the OECD, Paris.

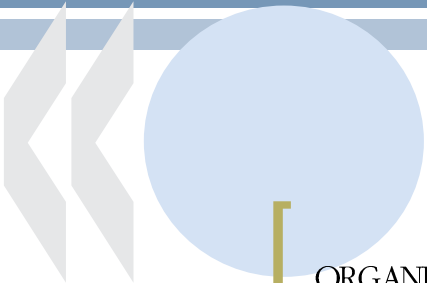
The quality of the Korean translation and its coherence with the original text is the responsibility of the Joint OECD/Korea Regional Centre on Health and Social Policy.



# 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2007

---

Health at a Glance 2007  
OECD INDICATORS



## 경제협력개발기구

### ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

OECD는 세계화에 따른 경제, 사회 그리고 환경 문제에 대응하기 위하여 30개 민주국가의 정부가 공동으로 노력하는 유일한 포럼이다. 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, 프랑스, 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, 기준 뿐만 아니라 경제, 사회 및 환경적 이슈에 관하여 수집된 통계와 연구 결과를 널리 전파한다.

이 보고서의 원본은 OECD 사무총장의 책임 하에 출판되었다. 여기서 표현된 견해와 채택된 논의가 OECD와 회원국 정부의 공식적인 의견을 반드시 반영하는 것은 아니다.

이 책의 프랑스어판의 제목은

**Panorama de la santé 2007**

LES INDICATEURS DE L'OCDE

---

이 책의 한국어판 저작권은 OECD와 계약으로 OECD 아시아 사회정책센터(Joint OECD/Korea Regional Centre on Health and Social Policy)가 소유합니다.

저작권법에 의하여 한국 내에서 보호를 받는 저작물이므로 무단 전재와 복제를 금합니다.

---



## 역자서문

OECD는 1980년대 중반부터 OECD 국가의 보건 및 보건체계에 관하여 길게는 1960년까지 소급되는 1,000개가 넘는 다양한 시계열 보건지표가 포함되어 있는 방대한 Health Data 를 구축하고 있다. 또한 2001년부터 격년으로 Health Data에 담긴 핵심지표와 주요내용을 'Health at a Glance' 로 요약하여 출판하고 있다. Health at a Glance는 우리나라 뿐만 아니라 OECD 회원국을 포함한 각국에서 보건의료에 관한 정책을 수립하고 평가하는데 매우 중요한 자료로 인식되어 왔고, 연구자 등에게도 필수적인 통계로 활용되어 왔다.

OECD 아시아사회정책센터(Joint OECD/Korea Regional Centre on Health and Social Policy, 이하 RCHSP)는 2005년 9월 OECD와 아시아 비회원국을 연결하여 정책 대화와 함께 역량구축을 지원할 목적으로 설립되었으며, 보건복지부로부터 'Health at a Glance 2007: OECD Indicators' 의 우리말 번역을 요청받았다. 이번에 한국어판으로 두 번째 발간되는 'Health at a Glance 2007: OECD Indicators' 는 Health at a Glance 시리즈 가운데 2001년 제1판, 2003년 제2판, 2005년 제3판에 이은 제4판으로 OECD 회원국의 국민보건 및 보건체계의 성과를 측정하고 다각적인 비교자료를 제시하고 있다. 특히 이번 판은 보건 의료의 질에 관해 새롭게 추가하여 자료를 제시하였다. 이번 번역판에서는 OECD에서 제시한 한국에 관한 간략한 분석결과를 역자서문 뒤에 첨부하였다.

이 번역은 OECD의 번역승인을 받아 보건복지부의 지원으로 RCHSP가 수행하였다. RCHSP의 김성옥 박사의 책임 하에 임소영 번역사와 함께 번역을 담당하였다. 한국보건사회연구원의 장영식 박사께서 서문과 1장, 한국보건산업진흥원의 임달오 박사께서 2장, 연세대학교의 정형선 교수께서 3장과 5장, 한국보건사회연구원의 유근춘 박사께서 4장, 울산대학교의 이상일 교수께서 6장, 한국국제보건의료재단의 이지전 박사께서 부록에 대하여 검수를 맡아주셨으며 큰 관심과 함께 이김없는 자문과 조언을 주셨다. 그리고 원고의 그림과 표 작성에 신수아 연구원이 많은 수고를 하여 주셨다. 그리고 출판과 관련하여 인내와 함께 이김없는 행정적 지원을 하여 주신 보건복지부 통계팀 문권순 팀장과 변루나 사무관께 큰 감사를 드린다.

보건의료 분야에 가치가 큰 Health at a Glance의 한국어판 발간은 우리 RCHSP의 더할 수 없는 기쁨이다. 아무쪼록 이 책이 OECD 국가의 보건의료 주요지표에 대한 이해를 돕고, 우리나라 보건의료정책의 수립 및 발전과 정책담당자, 연구자, 보건의료 종사자와 보건을 공부하는 학생들에게 조금이나마 기여하기를 바란다.

2008년 2월 14일

OECD 아시아사회정책센터 책임연구원 김 성 옥  
소 장 조 기 원

## OECD Health Data 2007 - 한국의 경우\*

2005년 한국의 국민의료비는 GDP의 6%로 OECD 국가 중 가장 낮았으며, OECD 평균 9%보다 3% 포인트 낮았다. 미국은 2005년 국민의료비가 GDP의 15.3%를 차지하면서 경제에서 차지하는 의료비 비중이 높은 국가이다.

국민의료비는 소득과 함께 증가하는 경향이 있다. 일반적으로, OECD 국가 중 1인당 GDP가 높은 국가는 의료비에 더 많은 지출을 한다. 그렇기 때문에 한국의 2005년 1인당 의료비인 1,318 미달러(PPP 기준 산정)가 OECD 국가 평균인 2,759 미달러보다 낮은 점은 놀랄 만한 일이 아니다.

그럼에도 불구하고, 1인당 의료비는 국민건강보험이 도입된 1980년대 후반에 급증하였다. 1990년대 의료비 증가율은 OECD 국가 평균보다 2배나 높았다. 이 추세는 2000-2005년 사이에 지속되었고, 1인당 의료비 증가율이 연평균 8.7%로 OECD 평균 증가율인 4.3%와 비교하면 높은 수준이다. 지난 십여년 간 한국의 의료비 증가는 주로 공공의료비의 빠른 증가로 인한 것이었다.

최근 몇 년 동안 OECD 국가에서 의료비가 증가한 여러 요인 중 하나는 약제비의 증가이다. 2005년 약제비는 한국의 의료비의 27.3%를 차지했고, 이는 OECD 국가 중 가장 비중이 높을 뿐 아니라 OECD 평균인 17.2%보다 훨씬 높은 수준이다. 그러나 한국의 1인당 약제비(PPP 기준산정)는 OECD 평균보다 낮으며 미국의 1인당 약제비의 절반 이하 수준이다.

지난 십년 간 한국의 공공의료비 지출은 꾸준히 증가하여 1995년의 총 의료비 중 35.7%에서 2005년 53%로 증가하였지만, OECD 평균인 72.5% 보다 현저히 낮은 수준이다. OECD 국가 중 공공의료비 지출이 가장 낮은 국가는 그리스(43%)와 미국(45%)이며, 일부 북유럽 국가(덴마크, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴), 영국, 일본은 비교적 높았다(80% 이상). 한국의 비교적 높은 민간의료비 지출은 높은 환자본인부담과 관련이 있으며, 2005년에 환자부담은 의료비의 38%를 차지하였다. 여기에서 한국은 미국과 상당한 차이가 있는데, 미국의 경우, 민간의료지출의 큰 부분이 민간 의료보험에서 충당되어 환자본인부담은 총 의료비의 비율은 13%에 지나지 않는다.

## 보건 의료 부문의 자원(인력, 물적, 기술적 자원)

2005년 한국의 인구 1,000명 당 의사 수는 1.6명으로 터키 다음으로 OECD 국가에서 가장 낮았으며, OECD 평균인 3.0명보다 현저히 낮았다. 그러나 지난 20년 동안 한국의 의사 수는 빠르게 증가하였다. 실제로, 한국은 모든 OECD 국가에서 가장 높은 의사 수의 증가율을 기록하였으며, 1990년과 2005년 사이에 1인당 의사 수가 두 배로 급증하였다. 이러한 증가추세는 신설된 의과대학과 의과대학 학생 수의 증가로 향후 지속될 것으로 전망된다.

한국의 1인당 간호사수 역시 대부분의 OECD 국가보다 현저히 낮다(2004년 인구 1,000명 당 1.9명으로 OECD 평균인 8.6명에 비해 상당히 낮음). 그러나 1인당 간호사수 역시 지난 10년 간 크게 증가하였다.

한국의 급성기 의료 병상수는 2005년 인구 1,000명 당 6.5병상으로 OECD 평균인 3.9병상보다 많았다. 대부분의 OECD 국가에서 급성기 의료 병상수가 감소하고 있으나, 한국에서는 지난 10년간 빠르게 증가해 왔다. 이 빠른 증가는 보건의료체계에서 주 역할을 하는 민간 영리병원의 병상수급계획 능력 부족, 장기요양 병상과 급성기 의료 병상간의 구분이 없다는 점에서 일부 기인한다.

한국에서 병원급성기 의료의 평균 재원일수는 OECD 국가 중 일본 다음으로 가장 높다. 2003년에는 10.6일로 OECD 평균

(6.3일)보다 현저하게 높았다. 높은 평균 재원일수는 장기요양 병상수의 부족에서 일부 기인하는데, 이로 인해 급성기 의료 병상이 만성질환 환자를 위해 이용될 수 있다. 또한, 병상 수의 증가는 한국 병원들이 환자의 입원기간을 장기화시키는 유인책으로 작용했을 수도 있다.

지난 10년간 대부분의 OECD 국가에서 CT 스캐너와 MRI와 같은 진단 기술의 보급이 빠르게 증가하였다. 한국도 예외가 아니었다. 한국에서 인구 백만명당 CT 스캐너의 수는 급속히 증가하여 1990년 12.2대에서 2005년 32.2대로 늘어났다. 이와 유사하게 인구 백만명당 MRI 장비의 수도 1990년 1.4대에서 2005년 12.1대로 빠르게 증가하였다. 일본은 1인당 CT 및 MRI 장비 수가 가장 높은 국가로 인구 백만명당 CT 스캐너가 93대, MRI 장비가 40대이다.

## 건강상태와 위험요인

대부분의 OECD 국가는 생활환경 개선, 공중보건사업, 의료 기술의 발전 등으로 지난 수십 년 동안 평균수명이 크게 증가하였다. OECD 국가 중 한국은 1960년과 2005년 사이에 평균수명이 전반적으로 26년 증가하면서 가장 높은 평균수명 증가를 기록하였고, OECD 평균을 빠르게 따라잡았다. 1960년 한국의 평균수명은 OECD 평균보다 16년이나 낮았으나, 2005년에는 78.5년으로 OECD 평균인 78.6년과 거의 같았다.

최근 몇 십년 간 대부분의 OECD 국가의 성인 매일 흡연율이 크게 감소하였다. 그러나 한국은 남녀간 흡연율의 차이가 크게 나타나는 국가이다. 2005년 매일 흡연을 하는 남성은 46.6%로 OECD 국가 중 두 번째로 높았으나, 여성의 매일흡연율은 4.6%로 OECD 국가에서 가장 낮았다.

국가별로 상당한 차이가 있으나 모든 OECD 국가에서 최근 몇 십년 사이에 비만율이 증가하였다. 일본과 한국의 비만율은 OECD 국가 중 가장 낮았으며, 2005년 한국 성인인구 중 비만율은 3.5%에 불과했다. 비만율이 가장 높은 국가는 미국으로 2004년에 32.2%를 기록하였다.\*\*

OECD Health Data 2007에 관한 자세한 정보는 [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)에서 이용가능합니다.

OECD에서 작성된 한국에 대한 자세한 자료는 [www.oecd.org/korea](http://www.oecd.org/korea) 를 참조하십시오.

\* 출처 : <http://www.oecd.org/dataoecd/46/10/38979986.pdf> (OECD Health Data 2007 How Does Korea Compare, 2007년 7월 18일 기준)

\*\* 미국은 사람의 키와 몸무게를 실제로 측정하여 미국자료는 다른 국가자료보다 정확하다. 반면, 다른 대부분의 국가(한국 포함)는 비만을 추정치를 제출하는데 이 자료는 자기보고자료이므로 실제 비만율을 저추정할 수 있다.

## 서 문

이번에 출판되는 “한눈에 보는 OECD 보건지표 2007(Health at a Glance-OECD Indicators 2007)”은 2004년 5월 사상 처음으로 OECD 보건장관회의가 개최된 이래 보건의료체계(health system) 성과 측정에 대한 진행 상황을 제시한다. 당시 보건장관회의에서 OECD가 각국 당국과 함께 일하여 (1) OECD Health Data의 적시성과 정확성을 확보하고 (2) 보건의료비(health expenditures)와 자원조달 데이터의 제공 및 비교 개선을 위한 보건계정(health accounts)을 지속적으로 수행하며 (3) 각국 전문가와 협력하여 보건의료 질(quality of care) 관련 지표를 개발하여 보건의료체계 성과 비교를 위한 증거 기반(evidence base)을 개선하도록 위임하였다. 2004년 이후 각 분야에서 중요한 진전이 있었고, 이는 본 보고서에 제시된 다양화된 보건의료체계의 투입(input), 산출(output), 결과(outcome) 지표에도 반영이 되어있다.

OECD 30개국의 국가별 자료 담당자, 보건계정 전문가, 보건의료의 질 지표 프로젝트(Health Care Quality Indicators Project)에 참여하는 전문가의 도움이 없었다면 이 책의 출판이 불가능하였을 것이다. 여기에 수록된 대부분의 자료 및 질적 정보(qualitative information)를 보고한 이들의 노력에 사의를 표한다. 또한 필요한 정보를 공유할 수 있도록 허락한 국제기구, 특히 세계보건기구(World Health Organisation)와 유럽연합통계청(Eurostat)에게도 감사를 드린다.

이 보고서는 Gaetan Lafortune의 협조하에 OECD 보건과(Health Division)에 의해 준비되었다. 제1장은 David Morgan, 제2장은 Gaetan Lafortune과 Michael de Looper (호주 보건복지연구소(Australian Institute of Health and Welfare)), 제3장은 Franco Sassi, 제4장은 Jeremy Hurst, Francesca Colombo, Rie Fujisawa, Maria Hofmarcher, Pierre Moise, Valérie Paris, Gaëlle Balestat, 제5장은 David Morgan과 Sandra Hopkins, 제6장은 Sandra Garcia-Arnesto, Niek Klazinga와 Soeren Matkke (RAND)에 의해 준비되었다. Gaëlle Balestat, Caroline Berchet, David Morgan은 제1장 - 제5장의 표와 그림을 작성해 주었으며, Maria Luisa, Gil Lapetra, Lihan Wei가 제6장의 표와 그림 작업에 도움을 주었다. Elizabeth Docteur과 Peter Scherer의 논평과 제안은 이 보고서를 출간하는데 큰 도움이 되었다.



## 목 차

서론 .....	9
1. 인구 및 경제적 배경 .....	13
1.1 총인구와 인구구조 .....	14
1.2 출산율 .....	16
1.3 국내총생산(GDP)과 소득불평등 .....	18
2. 건강상태 .....	21
2.1 평균수명 .....	22
2.2 65세 연령의 기대여명 .....	24
2.3 조기사망 .....	26
2.4 심혈관 질환과 뇌졸중에 의한 사망 .....	28
2.5 암에 의한 사망 .....	30
2.6 교통사고에 의한 사망 .....	32
2.7 자살 .....	34
2.8 영아사망 .....	36
2.9 영아보건: 저체중아출생 .....	38
2.10 어린이 치아건강 .....	40
2.11 인지된 건강상태 .....	42
2.12 AIDS 발생률 .....	44
3. 건강의 비의료적 결정요인 .....	47
3.1 담배 소비 .....	48
3.2 알코올 소비 .....	50
3.3 과체중과 비만 .....	52
4. 보건의료자원과 이용 .....	55
4.1 의과대학 및 간호대학 졸업생 .....	56
4.2 활동 의사 .....	58
4.3 활동 간호사 .....	60
4.4 보건의료 전문직(의사와 간호사)의 보수 .....	62
4.5 급성기 의료 병상 수(공급과 점유율) .....	64
4.6 장기요양 병상 수(병원과 요양원) .....	66
4.7 의료기술 .....	68
4.8 의사 진찰 .....	70
4.9 퇴원 .....	72
4.10 평균재원일수 .....	74



Health at a Glance 2007 : OECD INDICATORS

# Table of Contents

4.11 심혈관질환 치료 .....	76
4.12 신부전증 치료 (투석과 이식) .....	78
4.13 제왕절개 .....	80
4.14 백내장 수술(외래와 입원) .....	82
4.15 의약품 소비 .....	84
<b>5. 의료비와 자원조달 .....</b>	<b>87</b>
5.1. 1인당 의료비 .....	88
5.2 국내총생산(GDP) 대비 국민 의료비 .....	90
5.3. 기능별 의료비 .....	92
5.4 약제비 .....	94
5.5 의료의 재원 .....	96
5.6 의료보장률 (공공 및 민간 포함) .....	98
<b>6. 보건 의료의 질 .....</b>	<b>101</b>
서론 .....	102
급성 질환 진료	
6.1 급성심근경색증 입원환자 치명률 .....	106
6.2 뇌졸중 입원환자 치명률 .....	108
암 진료	
6.3 대장암 생존율 .....	110
6.4 유방암 생존율과 검진 .....	112
6.5 자궁경부암 생존율과 검진 .....	114
만성 질환 진료	
6.6 피할 수 있는 천식 입원율과 사망률 .....	116
6.7 당뇨병 환자의 정기적 눈 검사 .....	118
전염성 질환 진료	
6.8 노인 인플루엔자 예방 접종 .....	120
6.9 소아 예방접종 사업 .....	122
참고문헌 .....	125
부록 A. 통계 부록 .....	135
부록 B. 의료비의 정의 및 데이터 비교가능성을 높이기 위한 방법론 .....	194
부록 C. 2007년 OECD Health Data 변수 목록 .....	196
부록 D. 질병과 상해의 분류와 ICD 코드 .....	197

# 서론

“한눈에 보는 OECD 보건지표 2007(Health at a Glance 2007)”은 정책과의 연관성<sup>relevance</sup>과 자료의 제공가능성<sup>availability</sup> 및 비교가능성<sup>comparability</sup>을 기준으로 선정된 보건 및 보건의료체계 핵심지표를 사용하여 독자적 하위군 보건의료체계와 그 성과를 다각도로 비교할 수 있게 한다.

OECD는 보건의료체계 성과를 평가하기 위한 도구 개발과 자료 수집에 있어 오래전부터 국제적인 선두역할을 해왔다. 지난 15년간 OECD Health Data는 가장 권위있는 자료의 출처로 OECD 국가의 보건 및 보건의료체계에 대한 비교가능한 통계 자료를 제공해왔다. 보건의료의 질<sup>health care quality</sup> 지표에 대한 새로 추가된 내용을 제외하고 본 보고서에 제시된 모든 자료와 메타자료<sup>meta data</sup>는 OECD Health Data 2007에서 추출되었다.

## 정책배경

OECD가 출범할 당시인 1960년에는 국민의료비 지출이 GDP의 약 4%를 차지했으나, 현재 OECD 국가 평균 국민의료비는 9%이며, 일부 경제 대국은 11%에 가깝거나 조금 넘는 수준이다. 국가 경제에서 보건의료부문은 그 중요성이 시간 경과에 따라 극적으로 확대되었으나 보건의료비뿐 아니라 다양한 측면에서 국가간 상당한 차이가 존재한다.

각국의 보건의료체계 설계에 큰 차이가 있으나 투입 및 산출과 관련하여 모든 OECD 국가의 정책입안자들은 높은 성과의 보건의료체계<sup>high performing health system</sup> 달성이라는 공통의 전반적인 목표를 공유하고 있다(OECD, 2004a). 이러한 정책목표는 다음을 포함한다:

- 인구의 건강상태 개선 및 의료기술 개입의 건강결과 개선
- 적절하고 평등한 의료서비스에 대한 접근성 향상
- 보건의료체계의 대응성<sup>responsiveness</sup> 증대
- 보건의료체계의 효율성 증대, 그리고
- 지속가능한 비용 및 자원조달 확보

“한눈에 보는 OECD 보건지표 2007(Health at a Glance 2007)”은 정책목표와 관련하여 보건의료체계의 성과에 대한 정보, 국가간 차이, 시간 경과에 따른 성과의 변화를 이해하기 위해 필요한 배경정보<sup>contextual information</sup>를 제공한다. 비록 각국 보건의료체계에 대한 정보에 차이가 있고, 여러 차원에서 보건의료체계 성과를 평가하고 비교할 수 있는 기술적 능력이 차이가 존재하지만, OECD는 이러한 차이를 줄이기 위해 각국의 자료를 가지고 성과측정 전문가와 함께 일하고 있다. 특히, 이 보고서는 처음으로 보건의료의 질에 대한 내용을 추가하였고, 이는 환자에게 제공되는 의료서비스 질의 평가, 비교, 개선에 대한 정책적인 관심의 증가에 따른 것이며, 의료비 지출에 상응하는 보다 큰 가치를 보장하기 위함이다.

## 보고서의 구조

“한눈에 보는 OECD 보건지표 2007(Health at a Glance 2007)”은 다음과 같이 구성되었다:

제1장은 OECD 국가의 보건의료체계 운영과 관련된 인구 및 경제적 지표를 제공한다.

제2장 “건강상태”는 평균수명과 기타 건강상태 척도의 국가별 현저한 차이에 대한 것이다.

## 서론

제3장 “건강의 비의료적 결정요인”은 변경 가능한 생활양식 및 행동과 관련된 특정 위험요인에 초점을 맞추었다.

제4장 “보건의료 자원과 이용”은 현재 및 미래의 의료전문가의 부족이 의료서비스 제공에 걸림돌이 될 수 있다는 우려의 증대와 관련되는 의료서비스 제공자의 공급과 의과대학 및 간호대학 졸업생 수를 비교한다. 또한, 국가별 의사 1인당 연간 진찰 건수, 다양한 질병의 평균 재원일수 등 의료서비스 전달의 효율성을 부분적으로 측정할 수 있는 지표와, 현재 입원 없이 진행되는 백내장 수술 등과 같이 다빈도 수술<sup>high volume procedure</sup>의 범위에 대한 지표를 제공한다.

제5장 “의료비와 재원조달”은 OECD 국가의 보건의료 전반 및 다양한 형태의 의료서비스와 재화에 대한 지출수준, 이러한 보건의료서비스와 재화에 대한 국가별 지불방식(예, 공공 재원, 민간의료보험(있는 경우), 환자부담 비율)에 대한 정보를 제공한다. 또한, 의료서비스 접근성 및 재정적인 보호에 대한 중요한 결정요인인 의료보장<sup>health coverage</sup>(국가건강보험 및 민간 의료보험)의 적용범위에 대한 새로운 정보도 포함하였다.

제6장 “보건의료의 질”은 보건의료의 질에 대한 새로운 지표를 제공한다. 이 장은 국가간 비교를 위한 지표 개발 성과를 반영한 것으로 급성질환, 암, 만성질환, 전염병에 대한 진료의 질에 초점을 맞추었다. 새로 추가된 이 장은 심장병, 뇌졸중, 암에 대한 생존율과 같은 다양한 결과 지표를 포함하고 있다.

## 지표의 제시

### 본문과 그림

이 보고서의 각 장에서 다른 각각의 주제는 두 페이지에 걸쳐서 제시되었다. 첫 페이지에는 자료 연구의 주요 결과를 간략하게 설명하고, 지표를 정의하며, 자료 비교에 영향을 줄 수 있는 의미 있는 정의의 국가간 차이에 대한 정보를 제공한다. 맞은편 페이지는 여러 그림으로 구성되어 있다. 이러한 그림은 일반적으로 지표의 현재 수준과, 가능한 경우 시간 경과에 따른 추세도 나타낸다. 어떤 경우에는 지표와 다른 변수간의 관계를 보여주는 그림도 추가되었다. OECD 평균이 포함된 그림의 경우, 주석에 별도로 기재하지 않은 이상 제시된 국가들의 비가중 평균<sup>unweighted average</sup>을 나타낸다.

### 표

추가적인 통계자료가 본 보고서에 통계 부록(부록 A)으로 제시되어 있다. 선정된 연도에 대한 개별 국가 자료가 존재하지 않은 경우, 표에는 확보 가능한 가장 최근 연도에 대한 자료가 제시되었으며, 일반적으로 선정 연도 전후 3년에 대한 자료이다.

표는 최대 두 개의 요약 통계자료를 보여준다. 일관된 평균<sup>consistent average</sup>(부록 표에서는 “전체 평균”으로 표기)은 고려된 모든 기간 동안 자료 확보가 가능한 국가의 비가중 평균을 의미하며, 이는 시간 경과에 따라 일관된 국가 그룹에 대한 정보를 제공하기 위함이다. (자료 부족으로 인하여) 평균 산출에서 제외된 국가는 표 아래에 제시되었다. 이와 함께, 대부분의 경우 각 표는 최근 평균<sup>latest average</sup>을 제시한다. 이는 최대한 많은 국가의 가장 최근 연도의 평균을 의미한다.

별도로 표기되지 않는 이상, 비용지출에 관한 자료는 모두 미달러(USD)로 표기하였으며, 국가간 물가수준 차이의 영향을 제거하기 위해 국가통화의 구매력 차이에 따라 조정하였다. 성장률과 관련하여, 명목지출은 물가지수를 이용하여 디스플레이 트시켰다. 신뢰할 수 있고 널리 이용 가능한 보건의료 물가지수가 존재하지 않기 때문에 본 보고서에서는 경제전반(GDP) 물가지수를 이용하고 있다(구매력평가지수<sup>purchasing power parities</sup> 및 실질 성장률의 이용과 관련된 추가 정보는 부록 B 참조).

자료가 부족하거나 적합하지 않거나 혹은 확보가능하지 않은 경우, 표에 “.”로 표시되었으며, 연간 정보 제공이 중단될 경우 열사이에 “1”로 표기하였다. 방법론적인 설명은 해당 표 아래 제시하였다.



### 자료의 제한

본문(“정의와 국가간 차이”라는 상자 안에)과 그림 및 표의 각주에서 자료 비교가능성의 제한에 대해 기재하였다. 특히 독지는 독일의 시간경과에 따른 추세를 고려할 때 유의해야 한다. 1990년까지에 대한 독일의 자료는 서독에 대한 것이며, 그 이후 연도에 대한 자료는 통일된 독일에 관한 자료이다.

이 보고서에 제시된 자료를 추가 분석과 연구에 사용하고자 하는 독지는 OECD Health Data 2007에 기재된 정의, 출처, 방법에 대한 전체 문서를 참고할 것을 권한다. OECD Health Data 2007은 SourceOECD([www.sourceOECD.org](http://www.sourceOECD.org)) 또는 OECD의 온라인 서점([www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop))을 통해 온라인으로 주문 가능하다.

보건의료 질 지표에 대한 새로 추가된 장과 관련하여, 정의, 출처, 방법에 대한 추가적인 정보를 [www.oecd.org/health/hcq](http://www.oecd.org/health/hcq)에서 제공하고 있다.

### 인구 수치

인구 수치는 제1장에서 제시되고, 본 보고서에서 1인당 비율을 산출하기 위해 사용되는 인구수는 주로 OECD Labour Force Statistics Database(2007년 5월 기준)의 자료이고, 연앙추계치<sup>mid-year estimates</sup>이다. 이 수치는 OECD 회원국의 통계청에서 발표한 최근 인구수와 동일하지 않을 수 있다.

프랑스, 영국, 미국과 같이 해외 식민지, 보호령, 영토 등을 보유한 국가의 경우, 일반적으로 이 지역의 인구는 통계에서 제외하였다. 또한, 이들 국가의 1인당 GDP와 다른 경제 측정의 산출에 사용되는 인구수는 여기서 사용하는 것과 다를 수 있다.

### Country codes(ISO codes)

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



# 1. 인구 및 경제적 배경

1.1 총인구와 인구구조 .....	14
1.2 출산율 .....	16
1.3 국내총생산(GDP)과 소득불평등 .....	18

## 1.1 총인구와 인구구조

한 국가의 인구 증가와 인구 구조는 현재와 미래에 대한 정부와 개인의 건강 및 장기요양 지출에 중대한 영향을 미친다. OECD 국가에서 자연인구성장(출생률-사망률)은 1960년대 이후 일반적으로 서서히 진행되었고 인구의 평균 연령은 증가하였다. 이민 역시 인구 변화에 영향을 주었다.

2005년 OECD 국가의 인구는 전 세계 인구 65억 명 중 18%를 차지하였다. 미국의 인구는 3억 명으로 OECD 국가 중 인구가 가장 많은 국가이다. 일본과 멕시코는 각각 1억 명 이상으로 그 다음이다. 그 반대로 아이슬란드와 룩셈부르크는 각각 50만 명 이하로 가장 인구가 적은 국가이다(그림 1.1.1, 표 A.1.1.a와 A.1.1.b). 1960년 이후 OECD 국가의 총인구는 50% 이상 증가하였고, 일부 국가들의 상대적으로 높은 출산율과 사망률 감소로 인해 1960년과 1980년 사이에 현저한 인구 증가가 나타났었다. 그러나 그 후, 여러 OECD 국가의 출산율 감소(1.2 “출산율” 지표 참조)와 이민 양상 변화는 인구증가율을 상당히 감소시켰다. 1990년에서 2005년까지 OECD 국가 전체의 인구 성장률은 평균 0.6%를 조금 웃돌아 1960년대와 1970년대의 증가율의 절반 정도에 불과했다(그림 1.1.2). 다만, 멕시코와 터키는 1970년대보다는 현저히 낮지만 동 기간 동안 가장 높은 인구성장률을 기록하였다. 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 미국은 높은 출산율과 인구의 순이민(net migration)으로 연 1.0%를 조금 넘는 비교적 건실한 인구 증가율을 유지하였다. 이와 대조적으로, 헝가리, 체코, 폴란드, 슬로바키아는 저출산율의 결과로 최근 낮은 인구 성장률과 심지어 인구 감소를 경험하였다(폴란드의 경우, 인구의 대외 이민(external migration)도 원인이 됨).

연금 및 다른 사회적 급여(social benefits) 뿐만 아니라 건강 및

장기요양의 수요와 자원조달과 같은 문제들은 부분적으로 한 국가의 인구 구조 변화에 따라 결정된다. 모든 OECD 국가에서 65세 이상 인구 비율이 상승하였고, 이러한 현상은 지속될 것으로 예상된다. OECD 국가에서 평균적으로 65세 이상 인구는 15%에 달하고 있으며(그림 1.1.3), 일본, 이탈리아, 독일의 경우, 거의 20%에 가까운 수준이다. 가장 “젊은” 인구 구조를 가지고 있는 터키, 멕시코, 한국 역시 1960년 이후 큰 비율의 증가를 경험하였지만 65세 이상 인구가 아직 10% 미만이다. 한국은 1960년대 이후 노령인구가 가장 크게 증가한 국가이기도 하다.

노령부양비(old-age dependency ratio)는 노령인구를 경제활동인구에 비교한 비율로 인구고령화가 보건의료와 연금을 위한 자원조달에 미치는 영향을 측정하는 하나의 유용한 방법이다. 2005년에 노령부양비는 터키와 멕시코의 경우 10% 미만에서 일본, 이탈리아, 독일의 경우 30%에 육박하는 수준까지 다양했다. 영국과 프랑스를 포함한 다른 일부 유럽 국가의 노령부양비는 약 25%였다. OECD 국가 평균은 현재 30%를 조금 넘는 수준으로 2050년까지 두 배 이상 증가하여 경제활동인구 2명당 노인 1명의 비가 될 것으로 예상된다. 노령인구는 건강이 좋지 않은 경향이 있어 건강과 장기요양이 더욱 필요하므로 인구의 고령화는 공공부문 지출을 증가시킬 것으로 예상된다. 또한, 노동시장에서 활동하지 않는 인구의 증가와 노동공급의 감소는 향후 많은 OECD 국가의 1인당 GDP 성장 감소로 이어질 것으로 전망된다(Oliveira et al., 2005).

### 정의와 국가간 차이

총인구(total population)는 거주인구로 정의되며, 해당 국가에 거주하고 있거나 일시적으로 부재중인 모든 국민과 국가의 영주외국인을 의미한다. 대부분의 OECD 국가의 인구통계는 10년 단위의 정기 인구조사를 기반으로 하며, 조사기간 사이의 연도의 경우, 행정통계로 조정한다. 인구통계는 OECD Labour Force Statistics Database(2007년 5월 기준)에서 주로 추출하였으며 연안 추계치를 참조하였다. 이는 OECD 회원국의 각국 통계청에서 최근에 발표한 인구수와 차이가 있을 수 있다.

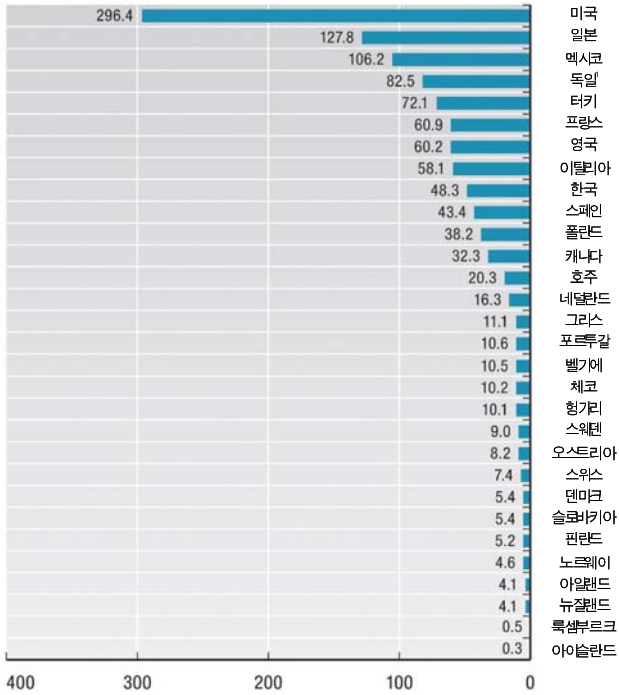
프랑스, 영국, 미국과 같은 국가의 경우, 각국 인구에서 해외식민지, 보호국, 영토의 인구를 제외하였다. 또한, 이러한 국가의 인구수는 1인당 GDP와 기타 경제 척도를 측정하기 위해 사용하는 인구수와 다를 수 있다.

노령부양비(old-age dependency ratio)는 65세 이상 인구를 15-64세의 경제활동인구와 비교한 것이다. 15-19세의 연령그룹을 포함시킨 이유는 경제활동인구에 포함된 20세 미만 청년 비율이 아직 경제활동인구에 포함된 65세 이상 인구의 비율과 같다는 일반적 가정을 전제로 하고 있기 때문이다. 주의해야 할 점은 1991년 이전의 독일의 인구는 서독인구이다.

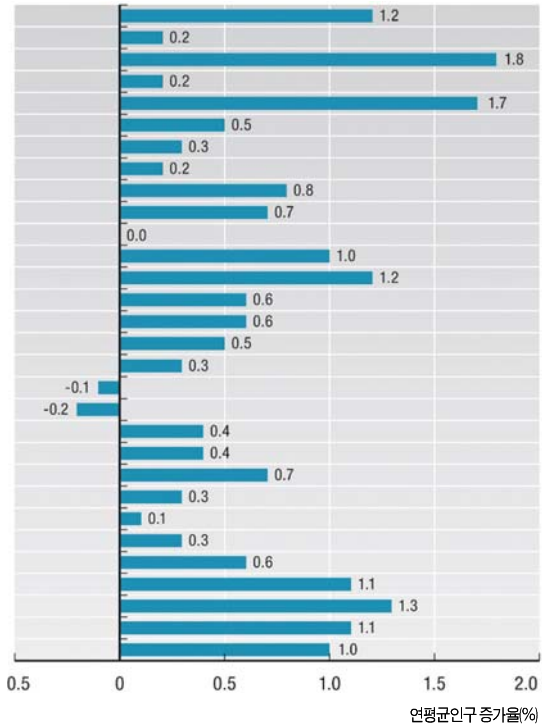


1.1 총인구와 인구구조

1.1.1. OECD 국가의 총인구(백만명), 2005년



1.1.2. 연평균 인구증가율, 1990-2005년

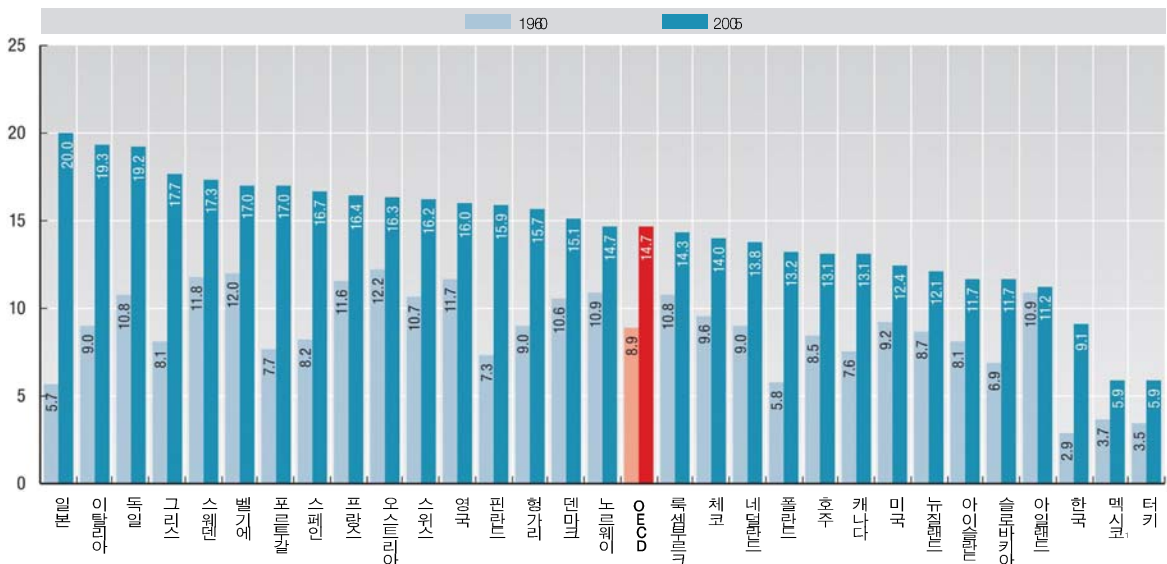


인구(백만명)

연평균인구증가율(%)

1. 1991-2005년간 연평균 증가율

1.1.3. 65세 이상 인구의 비율, 1960년과 2005년



1. 1970

Source OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113121455865>

## 1.2 출산율

최근 몇 십 년 동안 OECD 국가에서 합계출산율의 급격한 감소와 사망률 감소는 결과적으로 인구의 고령화로 이어졌다(지표 1.1 “총인구와 인구구조” 참조). 가임기 여성의 감소로 인한 잠재적 재생산력(reproductive potential)의 손실로 OECD 국가들은 장기 저출산 시대로 접어들 수 있다. 출산율이 인구의 전반적인 규모와 연령 구조에 영향을 주기 때문에 몇몇 OECD 회원국은 출산율에 직·간접적으로 영향을 미치는 정책을 검토하고 있다.

최근 몇 십 년 동안 OECD 각국의 합계출산율은 1960년 평균 3.2명에서 1980년대 초에는 2.0명 아래로 감소하여 2005년에는 가임기 여성 1인당 자녀수가 1.6명으로 크게 감소하였다(그림 1.2.1). 현재 순이민을 제외하고 사망률에 변화가 없다는 전제하에 인구의 안정을 보장하는 “인구대체 수준(replacement level)”인 2.1명 보다 높은 출산율을 가진 OECD 국가는 멕시코와 터키 밖에 없다. 그러나 터키와 멕시코 역시 1960년대와 1970년대 평균 출산율이 6~7명이었을 때보다 출산율이 급격히 감소하였다.

출산율의 감소 속도는 국가별로 차이가 있다. 일본과 한국의 출산율은 뚜렷하게 그리고 지속적으로 하락하였다. 한국의 경우, 1960년 6명에서 현저하게 감소하여 2005년 1.08명으로 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이다. 반면에, 미국과 덴마크는 1980년대, 프랑스는 1990년대 중반에 오히려 출산율이 증가하였다(그림 1.2.2). 그 외 여러 국가도 최근 몇 년 사이에 출산율이 안정되거나 감소추세가 소폭 증

가하기 시작하면서 그 뒤를 따르고 있다.

서로 밀접한 관계에 있는 많은 요인들이 출산율에 영향을 미치며, 여기에 각 국가의 개인 생활방식 선호도(lifestyle preference)와 사회 및 역사적 영향이 반영된다. 20세기 후반 피임 방법의 급속한 보급이 여러 국가의 출산율 하락에 주요인이 되었다. 출산율 변화의 또 다른 중요한 요인은 모성의 의무를 연기(postponement of motherhood)하는 추세이다. 첫 아이를 출산하는 산모의 평균 연령은 1970년 이후 매년 평균 1년씩 증가하여 2004년에는 27.6세였다(그림 1.2.3). 극단적인 사례인 독일은 1970년에 24세에서 2004년에는 29세로 첫 아이를 출산하는 산모의 연령이 급격히 높아졌다. 출산을 뒤로 미루는 여성은 결국 아이를 갖지 않거나 적은 수의 자녀를 둘 가능성이 높아진다. 이러한 출산의 연기는 가정과 일을 병행해야 하는 사회속 여성의 역할, 경제 및 재정 안정에서의 변화, 결혼율과 임신간의 관계의 변화와 같이 다양한 개인 및 사회적 상황과 관련이 있을 수 있다(D'Addio와 Mira d Ercole, 2005).

과거와 미래의 출산율은 인구구조에 영향을 주기 때문에 각 국가는 가족 규모에 영향을 미칠 수 있는 정책에 주의를 기울일 필요가 있다. 교육, 직업, 자녀양육을 병행(예를 들어, 저렴한 육아 및 육아휴가를 통해)할 수 있도록 하는 친가족 정책과 세금 및 가족급여 등 모두가 출산율 변화에 영향을 줄 수 있다(OECD, 2005d).

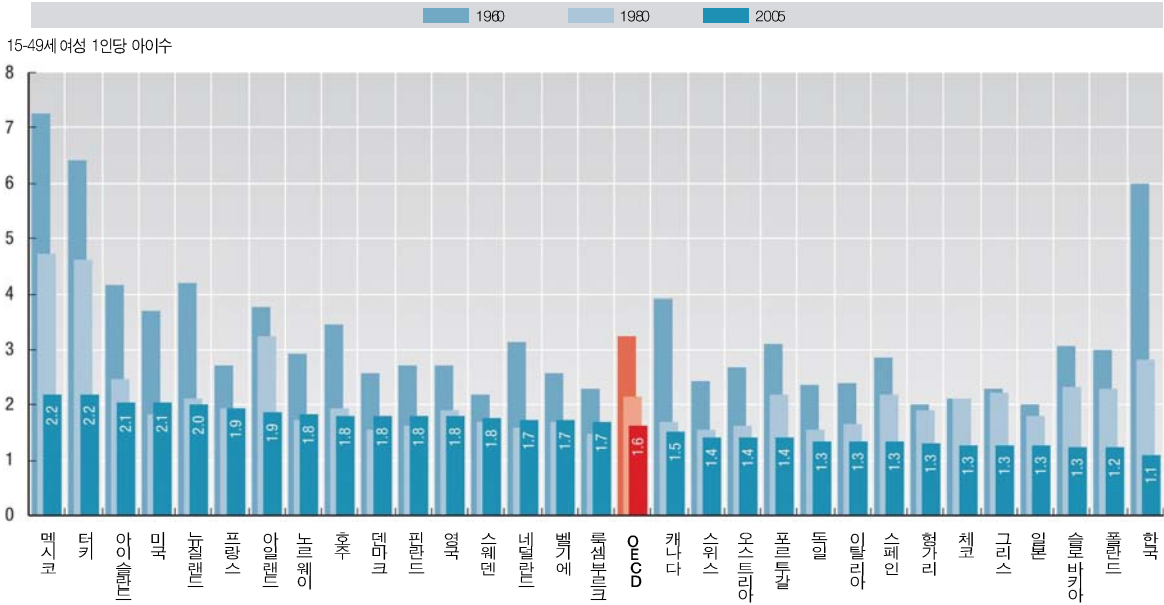
## 정의와 국가간 차이

출산율(fertility rate)은 한 여성이 가임기(15-49세) 말까지 생존하여 동 기간 동안 연령별 출산율과 일치하게 출산을 하는 경우에 갖게 되는 총 자녀수이다. 여성 1인당 2.1명의 출산율은 순이민 유입이 없고 사망률이 변하지 않는다는 가정 하에 인구의 전반적인 안정을 확보할 수 있는 수준이다.

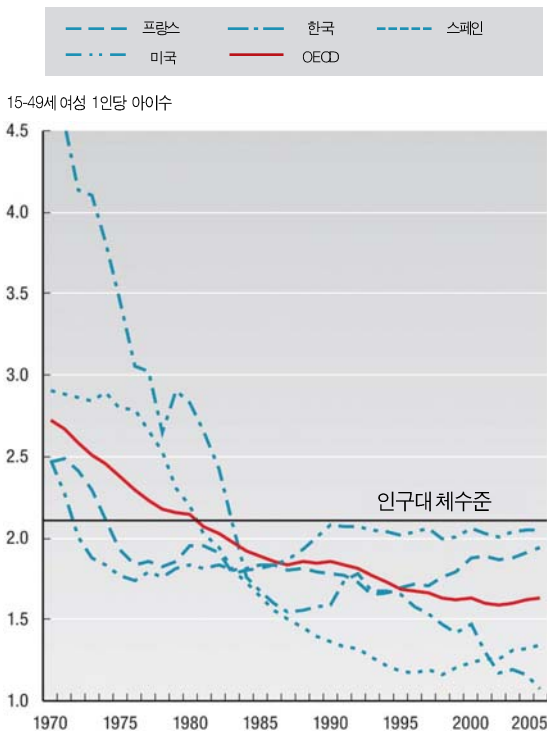


1.2 출산율

1.2.1. 출산율, 1960년, 1980년과 2005년



1.2.2. 출산율, 1970-2005년



Source: OECD Health Data 2007.

1.2.3. 첫 출산시 모의 평균 연령



Source: D'Addio and Mira d'Ercole (2005), except for Denmark (Danish Registry of Birth) and Greece (National Statistical Service).  
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113180167806>

### 1.3 국내총생산(GDP)과 소득불평등

GDP는 정해진 기간 동안 생산된 모든 재화와 서비스의 가치를 합하여 한 국가의 경제규모를 측정하는 방법이다. 1인당 GDP가 증가할수록 삶의 수준도 향상되기 때문에 1인당 GDP는 해당 국가 인구의 부의 수준을 나타내는 포괄적 지표이다.

OECD 1인당 평균 GDP는 2005년 30,000 미달러 PPP(구매력평가지수)를 조금 웃도는 수준이었으나, 상위 국가와 하위 국가간 차이는 9배나 된다(그림 1.3.1). 룩셈부르크 다음으로 노르웨이와 미국이 가장 높은 1인당 GDP를 기록하였다(아래 “정의와 국가간 차이” 참조). 반면에 터키와 멕시코는 각각 OECD 평균의 26%와 35%로 가장 낮은 1인당 GDP를 갖고 있다. 그러나 OECD 국가 중 절반 이상이 25,000-35,000 미달러 PPP에 해당한다. 지난 15년간 1인당 GDP의 실제 증가율은 연평균 2.2%였다. 아일랜드와 한국은 각각 연성장률이 5.3%와 4.7%로 OECD 평균 성장률에 비해 현저하게 높았다. 폴란드, 슬로바키아, 헝가리는 시장 경제 전환 초기에 실질 GDP가 하락하였으나 1990년 이후 1인당 GDP가 연평균 3% 이상 성장하였다. 대조적으로 일본, 이탈리아, 독일, 프랑스 등 주요 경제 4개국은 OECD 평균 성장률의 절반 또는 그에 못 미치는 낮은 성장률을 기록하였다(그림 1.3.2).

일반적으로 높은 1인당 GDP는 높은 국민 건강수준과 연

관이 있지만, 국민소득이 높은 국가에서는 이 관계가 덜 분명해지고, 1인당 GDP가 비슷한 수준인 두 OECD 국가의 건강수준에 상당한 차이가 존재하기도 한다(지표 2.1 “평균수명” 참조). 1인당 GDP는 평균 국민소득에 대한 것으로 국민의 보건상태에 영향을 줄 수 있는 소득분배를 측정하지는 않는다. 몇몇 분석가들은 수명과 소득불평등간에 관계가 있으며, 소득불평등이 낮은 국가에서 평균수명이 높다는 것을 밝힌 바 있다(Wilkinson, 1996, 2000). 그림 1.3.3은 OECD 국가의 소득불평등의 척도인 지니계수(Gini coefficient)를 나타내며 1980년대 중반부터의 변화를 보여준다. 동 기간 내 대부분의 국가에서는 소득불평등에 변화가 거의 없거나 뚜렷한 변화가 없었으며, 일부 국가의 경우 주목할 만한 변화가 있었다. 스페인과 아일랜드에서 소득분배는 현저하게 평등해졌으나, 뉴질랜드, 핀란드, 스웨덴에서는 정반대의 상황이 펼쳐졌다. 그럼에도 스웨덴은 OECD 국가 중 가장 소득불평등이 낮은 국가 중의 하나이다. 2000년에 소득불평등이 가장 심한 국가는 멕시코와 터키였으며, 폴란드와 미국이 그 뒤를 이었다.

#### 정의와 국가간 차이

GDP(Gross Domestic Product)는 일정한 기간 동안 한 국가에서 생산된 모든 재화와 서비스의 가치를 측정하는 표준방식이다. GDP는 세계의 방법으로 측정 가능하다. 총 생산량(gross output)과 중간소비(intermediate consumption)의 차, 근로소득, 순이익, 감가상각의 합, 또는 소비지출(consumption expenditures, 고정자본형성(fixed capital formation(투자), 재고자산의 변동, 순수출의 합(OECD, 2007b)이다.

각 국가는 GDP를 자체 통화로 측정하고 현재 물가(명목 GDP)나 불변가격(constant prices(실질 GDP))으로 나타낼 수 있다. 실질 GDP는 적절한 물가지수(price index)로 지출요소(expenditure components)를 차감하여 측정할 수 있으며, 이는 장기적으로 비교하기에 보다 적합하다. 국가간 GDP의 비교는 구매력평가지수(PPP) 기준으로만 해야 한다(191페이지의 부록 B 참조). GDP와 PPP에는 통계 오차 범위가 존재하기 때문에 일반적으로 국가별 1인당 GDP의 5% 미만의 오차는 의미가 없는 것으로 간주한다.

거의 모든 OECD 국가는 현재 1993년 국민계정 체계(system of National Accounts)를 따른다. 그러나 룩셈부르크는 비거주인 근로자(frontier worker)가 비교적 많으므로 1인당 GDP는 다른 국가와 비교했을 때 실제보다 높게 되어있으며, 룩셈부르크만큼은 아니지만 스위스도 여기에 해당된다. 아일랜드는 국내에서 활동하는 외국인 기업의 영향으로 유사한 상황이다.

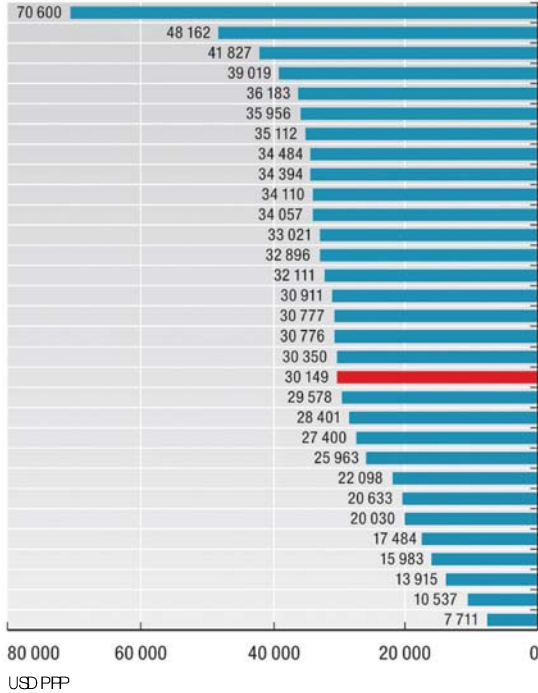
소득분배는 지니계수로 측정한다. 지니계수는 로렌츠 곡선(Lorenz Curve)가 가장 가난한 사람부터 가장 부유한 사람까지 인구의 누적비율을 소득의 누적점유율에 대한 그림과 45°선(“완전평등선(line of perfect equality)”)사이의 영역으로 정의된다. 이 값은 “완전평등(perfect equality)”인 0에서 “완전불평등(perfect inequality)”인 100사이의 범위에 위치한다. 따라서 지니계수의 증가는 불평등의 증가로 나타난다.



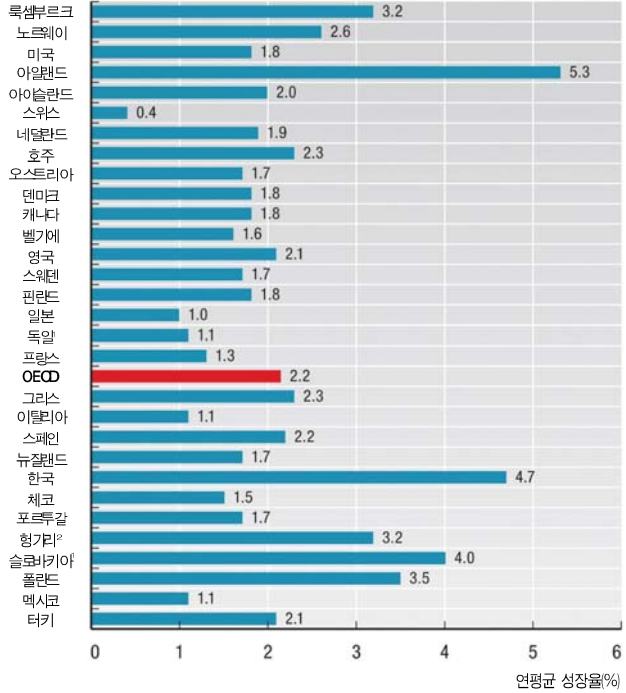


1.3 국내총생산(GDP)과 소득불평등

1.3.1. 1인당 GDP, 2005년



1.3.2. 1인당 실질 GDP의 연평균 성장률, 1990-2005년



1. 1992-2005년간 연평균 성장률  
 2. 1991-2005년간 연평균 성장률  
 Source: OECD Health Data 2007.

1.3.3. 소득불평등(지니계수), 1980년대 중반, 1990년대 중반과 2000년



Note: 지니계수가 큰 것은 소득불평등이 큰 것을 의미  
 1. OECD 평균은 전체기간 중 이용가능한 자료를 제출한 국가자료에서 산출  
 Source: Förster and Mird 'Ercole (2005).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113205342514>



## 2. 건강상태

2.1 평균수명 .....	22
2.2 65세 연령의 기대여명.....	24
2.3 조기사망 .....	26
2.4 심혈관질환과 뇌졸중에 의한 사망 .....	28
2.5 암에 의한 사망.....	30
2.6 교통사고에 의한 사망.....	32
2.7 자살 .....	34
2.8 영아사망 .....	36
2.9 영아보건: 저체중아출생.....	38
2.10 어린이 치아건강.....	40
2.11 인지된 건강상태.....	42
2.12 AIDS 발생률 .....	44

## 2.1 평균수명

평균수명<sup>life expectancy at birth</sup>은 최근 수십 년 간 OECD 국가에서 실제적으로 증가해왔으며, 이는 전 연령층 사망률의 급감을 반영한다. 평균수명의 증가는 생활수준의 향상, 생활방식의 개선, 교육의 발전과 더불어 양질의 의료서비스에 대한 접근의 확대를 포함하여 여러 요인으로 인한 것이다. 특히 개선된 영양상태, 위생, 주택 등과 같은 다른 요인들이 개발도상국의 평균수명 신장에 영향을 주었다(OECD, 2004a).

OECD 국가의 전체 인구 평균수명은 2005년 평균 78.6세에 달했으며, 1960년과 비교했을 때 10년이나 높은 수준이었다(그림 2.1.1). OECD 국가 중 1/3의 경우, 2005년 평균수명이 80년 이상이었다. 가장 높은 평균수명을 자랑한 일본은 남녀를 통합한 평균수명이 82.1년이었다. 그 반대로 OECD 국가 중 가장 낮은 평균 수명을 보이는 국가는 터키였고, 그 다음이 헝가리였다. 그러나 헝가리의 평균수명은 1960년 이후 약간 증가한 반면, 터키에서는 급증하여 OECD 평균을 민첩하게 따라잡았다.

2005년 OECD 국가 남녀 평균수명의 차이는 평균 5.7년으로 각각 75.7년과 81.4년이었다(그림 2.1.2). 성별차이는 1960년-2005년 사이에 평균 6개월씩 증가하였다(표 A.2.1b와 A.2.1.c). 그러나 이 결과는 동기간 초기와 후기에 나타났던 추세를 잘 보여주지 않는다. 남녀 평균수명의 차이는 1960년대와 1970년대에 많은 국가에서 현저하게 증가했으나 지난 25년 간 대부분의 OECD 국가에서 여성보다는 남성의 평균수명이 높아져 그 차이가 줄어들었다. 남녀 평균수명의 차이가 좁혀진 원인은 흡연 등 위험이 높은 행동의

남녀간 차이가 줄어들었고 심혈관질환으로 인한 남성 사망률이 급감했다는 것에 일부 기인한다.

장기적으로 각국 평균수명에 영향을 미칠 수 있는 다수의 비의료<sup>non-medical</sup> 및 의료 요인<sup>medical factors</sup>의 상대적 기여를 측정하는 데에는 많은 어려움이 따른다. 일반적으로 높은 국민소득(1인당 GDP기준)은 높은 평균수명과 연관이 있다. 그러나 국민소득이 높은 경우, 그 관계는 덜 명확해진다(그림 2.1.3). 또한, 1인당 국민소득이 유사한 수준의 OECD 국가 간 뚜렷한 차이가 존재하기도 한다. 일본과 스페인은 1인당 GDP로 예측할 수 있는 것보다 평균수명이 높은 반면, 미국, 덴마크, 헝가리의 평균수명이 소득을 기준으로 한 평균수명 예측치보다 낮다.

그림 2.1.4는 OECD 국가의 평균수명과 1인당 의료비 지출의 관계를 보여준다. 1인당 GDP의 경우, 1인당 높은 보건의료비 지출은 높은 평균수명과 연관이 있으나, 1인당 의료비 지출이 높은 국가들을 비교했을 때 그 관계는 덜 뚜렷해진다. 여기에서도 일본과 스페인은 비교적 높은 평균수명으로 두드러지는 반면, 미국, 덴마크, 헝가리는 보건의료비 지출에 비해 비교적 낮은 평균수명을 기록하고 있다.

이러한 간단한 상관관계는 흥미로우나 보다 심층 분석을 요한다. 1인당 GDP의 차이는 평균수명과 1인당 보건의료비 지출 모두에 영향을 미칠 수 있다. 국가별 평균수명의 차이를 이해하기 위해서는 국민소득과 국민의료비 지출 외의 많은 요소를 고려해야 한다.

## 정의와 국가간 차이

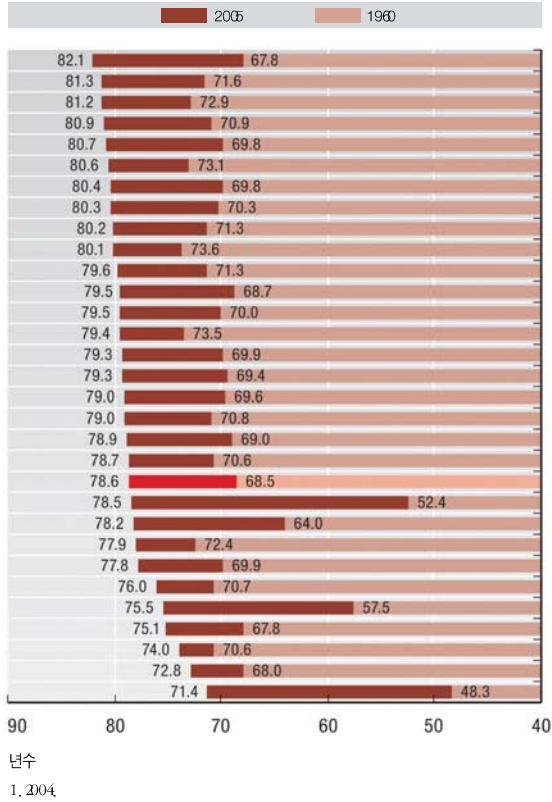
평균수명<sup>life expectancy at birth</sup>은 주어진 일련의 연령별사망률<sup>age-specific death rates</sup>에 기초하여 인간이 평균적으로 얼마나 오래 사는가를 측정하는 것이다. 그러나, 어느 특정 출생 코호트<sup>birth cohort</sup>(통계 인자를 공유하는 집단)의 실제 연령별사망률은 예측할 수는 없다. 만약(지난 수십년 간 OECD 국가들에서 나타났듯이) 연령별사망률이 감소하면, 실제의 수명은 현재 사망률로 계산된 기대여명<sup>life expectancy</sup>보다 더 길 것이다.

국가마다 다소 상이한 계산방법으로 기대여명을 계산한다. 방법상의 차이에 따라 국가의 평균수명 측정치가 몇 개월 정도 차이가 생기기 때문에 보고된 평균수명 측정치의 비교에 영향을 줄 수 있다. 전체 인구의 평균수명은 남녀 모두 비가중평균을 이용하여 OECD 사무국에서 측정한다.

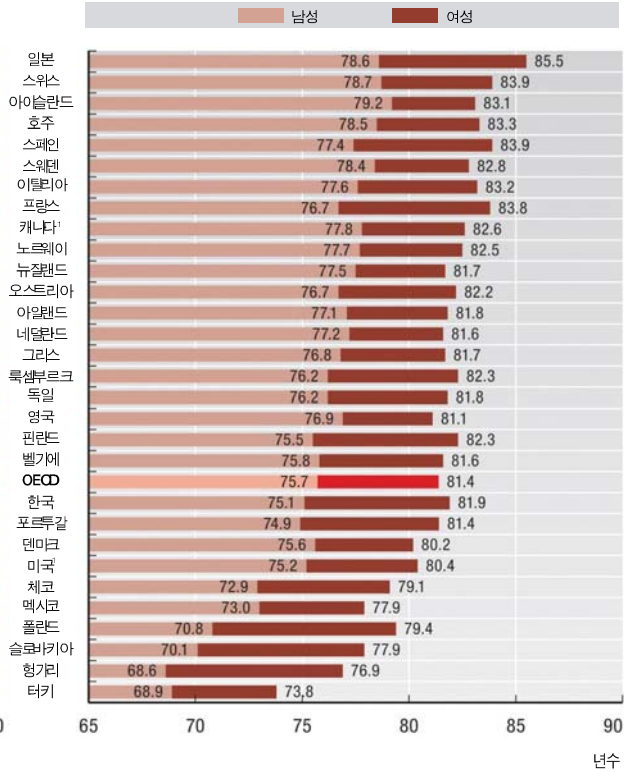


2.1 평균수명

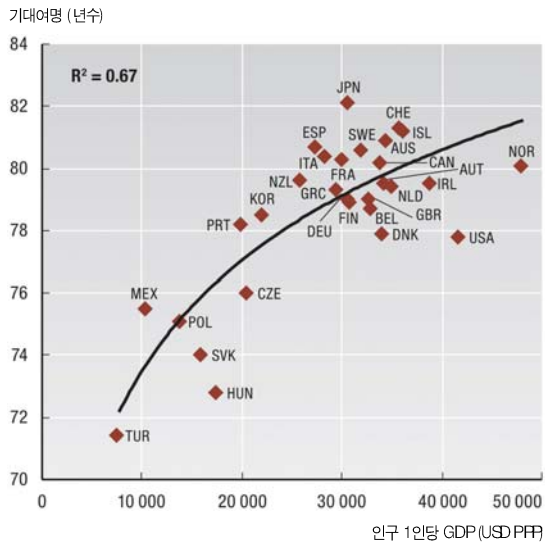
2.1.1. 평균수명(전체), 1960년과 2005년



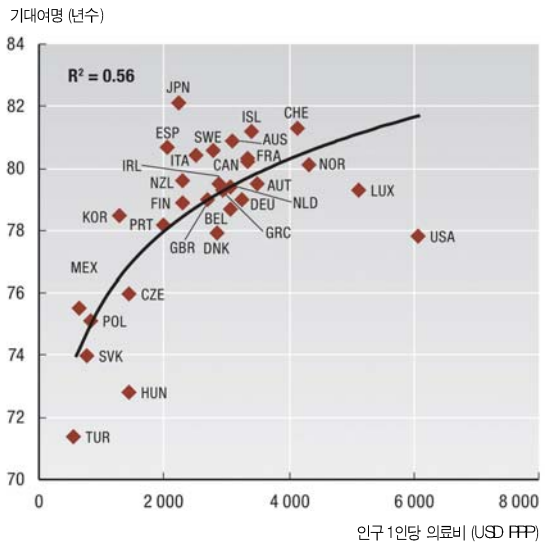
2.1.2. 평균수명(성별), 2005년



2.1.3. 1인당 GDP와 평균수명, 2005년



2.1.4. 1인당 의료비와 평균수명, 2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113221054683>

## 2.2 65세 연령의 기대여명

모든 OECD 국가에서 65세 연령의 기대여명은 지난 수십 년 동안 남녀 모두 현저하게 증가해왔다. 이러한 현상을 설명하는 여러 요인에는 의료의 발전, 보건의료의 접근성 확대, 건강한 생활양식, 개선된 생활환경 등이 포함된다.

2005년 OECD 국가의 65세 연령의 기대여명은 평균적으로 여성은 거의 20년, 남성은 16년 이상이다(그림 2.2.1, 표 A.2.2a와 A.2.2.b). 1970년 이후 여성은 평균 4년, 남성은 3.5년 증가하였다. 이로 인하여 1970년과 2005년 사이 많은 국가에서 남녀간 65세 연령의 기대여명 차이가 약간 증가하였다.

마찬가지로 OECD 국가에서 80세 연령 기대여명은 평균적으로 지난 25년간 남성보다 여성의 기대여명이 다소 빠르게 증가하였다(그림 2.2.2). 2005년 OECD 국가에서 80세 연령 여성의 기대여명은 평균적으로 8.8년(1970년 6.5년에서 증가), 남성은 7.3년(1970년 5.7년에서 증가)이었다.

특히 일본은 최근 수십년 간 65세 연령의 기대여명이 괄목할 만큼 신장되었는데, 1970년부터 2005년까지 남성은 5.6년, 여성은 8년 증가하였다. 결과적으로, 2003년에 OECD 국가 중 일본에서 65세 남녀의 기대여명을 각각 18.1년과 23.2년으로 가장 긴 기대여명을 보였다(호주의 65세 남성 기대여명과 동일한 수준). 이러한 증가는 일본의 고령자들 사이에 관상심질환<sup>heart disease</sup>과 뇌혈관질환<sup>뇌졸중 stroke</sup>으로 인한 사망률의 현저한 감소에 기인했다. 지난 수십년 간 대부분 OECD 국가에서 고령자들의 심혈관<sup>cardio-</sup>

vasular과 뇌혈관<sup>cerebro-vascular</sup> 질환으로 인한 사망률이 감소하였다(OECD, 2003a; Moon et al., 2003).

최근 수십년 간 모든 OECD 국가에서 고령인구의 수명 증가와 출산율의 감소에 따라 대다수 OECD 국가의 고령인구 비율이 지속적으로 증가하였다(지표 1.1 “총인구와 인구구조”와 지표 1.2 “출산율” 참조).

앞으로 수십년 간 65세의 기대여명은 계속 증가할 것으로 예상된다. UN/World Bank의 인구데이터베이스 예측에 근거하여, 2040년 OECD 국가의 65세 기대여명은 여성이 21.6년, 남성은 18.1년에 달할 것으로 예측된다(OECD, 2007e).

좋은 건강과 신체적 기능이 고령인구의 길어진 기대여명을 수반할 것인지는 보건 및 장기요양 체계에 중요한 의미를 갖는다. 최근 OECD 연구는 일부 국가(예, 미국, 이탈리아, 네덜란드)에서 고령인구의 중증 장애<sup>severe disability</sup>가 감소 추세에 있음을 발견하였으나, 이는 모든 국가에서 나타나는 추세는 아니다(그림 2.2.3). 다른 국가(예, 호주, 캐나다)에서 (연령보정) 중증 장애율의 추세는 정적이며, 일부 국가(예, 스웨덴, 일본)의 경우, 지난 5-10년 동안 증가하는 것처럼 보인다. 인구고령화와 함께 이러한 추세로 인하여 앞으로 대부분 OECD 국가에서 장기요양의 필요성이 증대될 것으로 전망된다(Lafortune et al., 2007).

## 정의와 국가간차이

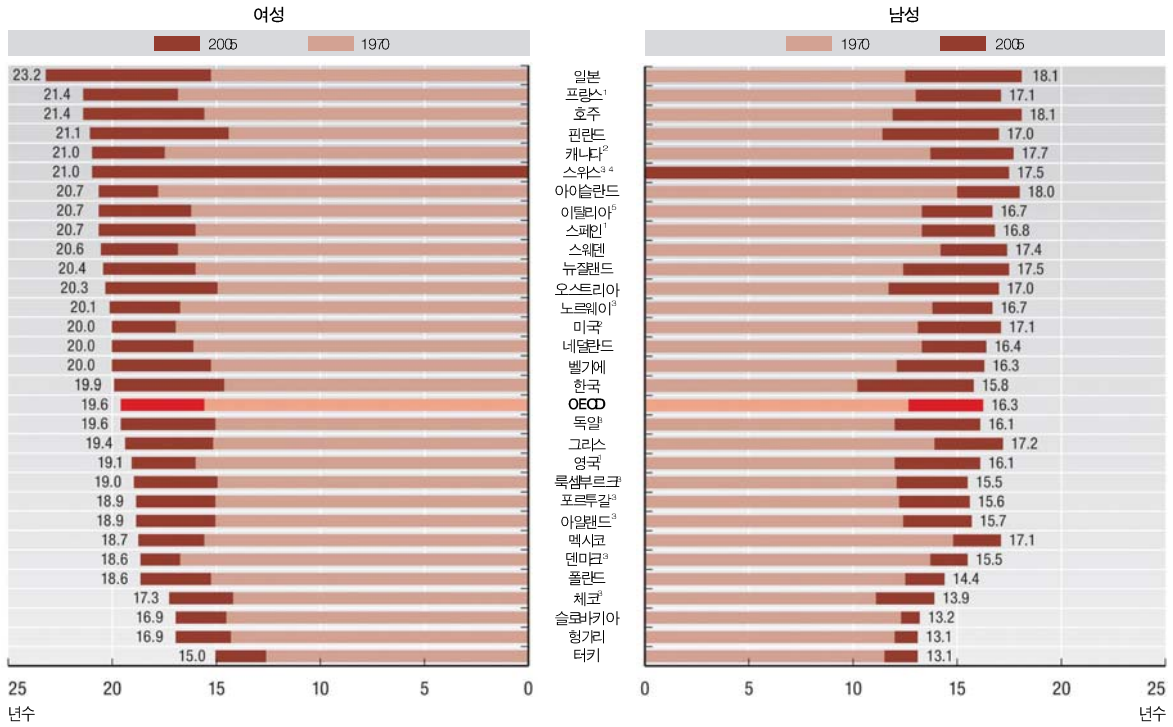
평균수명은 주어진 일련의 연령별사망률에 기초하여 평균적으로 얼마나 오래사는가를 측정된 것이다. 그러나, 특정 출생 코호트<sup>birth cohort</sup>(통계 인자를 공유하는 집단의 실제 연령별사망률은 예측할 수 없다. 만약 (지난 수십년 간 OECD 국가에서 나타나듯이) 연령별사망률이 감소하면, 실제수명은 현재의 사망률을 가지고 계산된 기대여명보다 더 길 것이다.

국가마다 다소 상이한 계산방법으로 기대여명을 계산한다. 방법상의 차이에 따라 국가의 평균수명 측정치가 몇 개월 정도 차이가 생기기 때문에, 보고된 기대여명 추정치의 비교에 영향을 줄 수 있다.



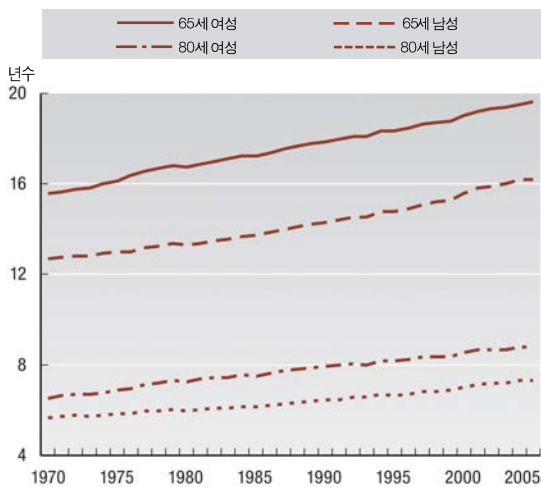
2.2 65세 연령의 기대여명

2.2.1. 65세 연령의 기대여명(성별), 1970년과 2005년



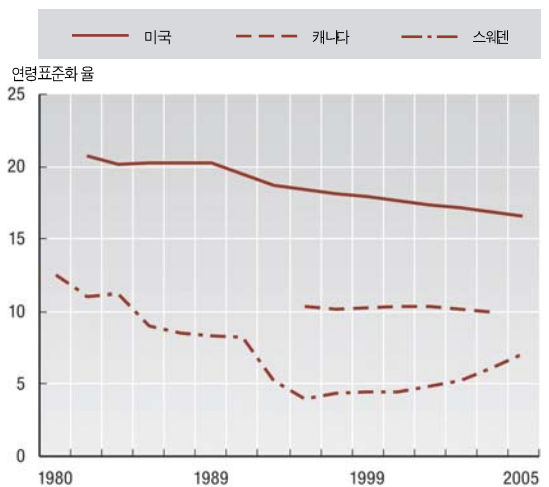
1. 2002, 2. 2004, 3. 2003.  
4. 이용가능한 1970년 자료가 없음. 5. 2001.

2.2.2. 65세와 80세 연령의 기대여명의 추이 (성별, OECD 평균), 1970-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

2.2.3. 65세 이상 인구 중 중증장애 추이 (일부 OECD 국가), 1980-2005년



Note: 스웨덴에서 65-84세 인구 자료사용.

Source: lafortune, Balesat et al (2007).

Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/113331002474>



## 2.3 조기사망

조기사망은 잠재수명손실년수(PYLL)(potential years of life lost)로 측정되며 인구의 젊은 연령층의 사망을 기준으로 한다. PYLL 값은 영아사망과 아동과 청년의 질환 및 상해로 인한 사망에 큰 영향을 받는다.

1970년 이후 OECD 국가에서 조기사망률은 평균적으로 절반 이상 감소하였다(그림 2.3.1). 영아사망률의 감소추세는 어린 나이의 사망률 감소의 주원인이었다(지표 2.8 “영아사망” 참조). 최근 심장병으로 인한 성인 사망률의 감소는 많은 국가의 전반적인 조기사망 감소에 기여하였다(지표 2.4 “심혈관 질환과 뇌졸중에 의한 사망” 참조).

1970년 이후 포르투갈은 남녀 모두 조기사망률의 급격한 하락을 기록하였다. 영아사망률의 빠른 감소가 주원인이었다. 대조적으로, 헝가리에서는 조기사망 감소율이 보다 둔하게 이루어졌으며, 특히 남성의 경우, 더 둔하게 감소하였다. 이는 순환기계통질환(circulatory disease)으로 인한 높은 사망률(현재 OECD 평균의 2.5배 이상)과 간경변(liver cirrhosis) 질환으로 인한 높은 사망률(OECD 평균보다 거의 5배나 높음)이

주요 원인이다. 이는 헝가리 남성들의 알코올 및 담배 소비와 관련된 건강에 해로운 생활양식을 반영한다고 사료된다. 또한 헝가리 남성의 높은 자살률 역시 높은 조기사망의 원인이기도 하다.

미국은 조기사망률이 OECD 평균보다 높은데, 남성은 28%, 여성은 42%나 더 높다(그림 2.3.2). 남성의 경우, 평균 이상으로 높은 조기사망률의 절반(여성의 경우 1/3)이 사고, 자살, 살인 등을 포함한 외인(external causes)으로 인한 것이다. 미국의 살인으로 인한 조기사망은 OECD 평균보다 5배나 높다.

OECD 국가들의 경우, 평균적으로 70세 이전의 잠재수명손실년수(PYLL)의 주원인은 사고 및 폭력(29%), 암(21%), 순환기계통 질환(18%)을 포함한 외인에 의한 것이다. 여성의 경우, 주요 원인이 암(31%), 외인(17%), 순환기계통질환(13%)이었다.

## 정의와 국가간 차이

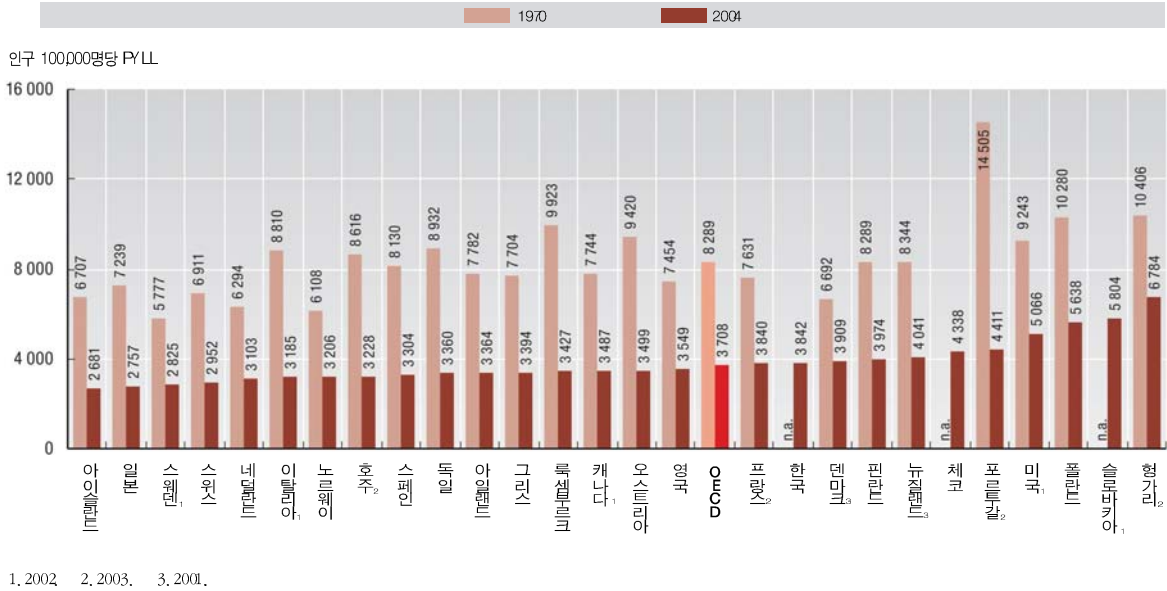
잠재수명손실년수(Potential years of life lost, PYLL)는 조기사망을 측정하는 약속 방법으로 젊은 연령의 사망을 가늠할 수 있는 명확한 방법이다. PYLL은 연령별 사망률을 합하여 여기서는 70세의 정해진 한계 연령까지 살아야 하는 잉여 년수에 비교하여 계산한다. 즉, 5세에 사망한 아동의 경우, PYLL은 65년이다. 이 지표는 남녀 100,000명 기준이다.





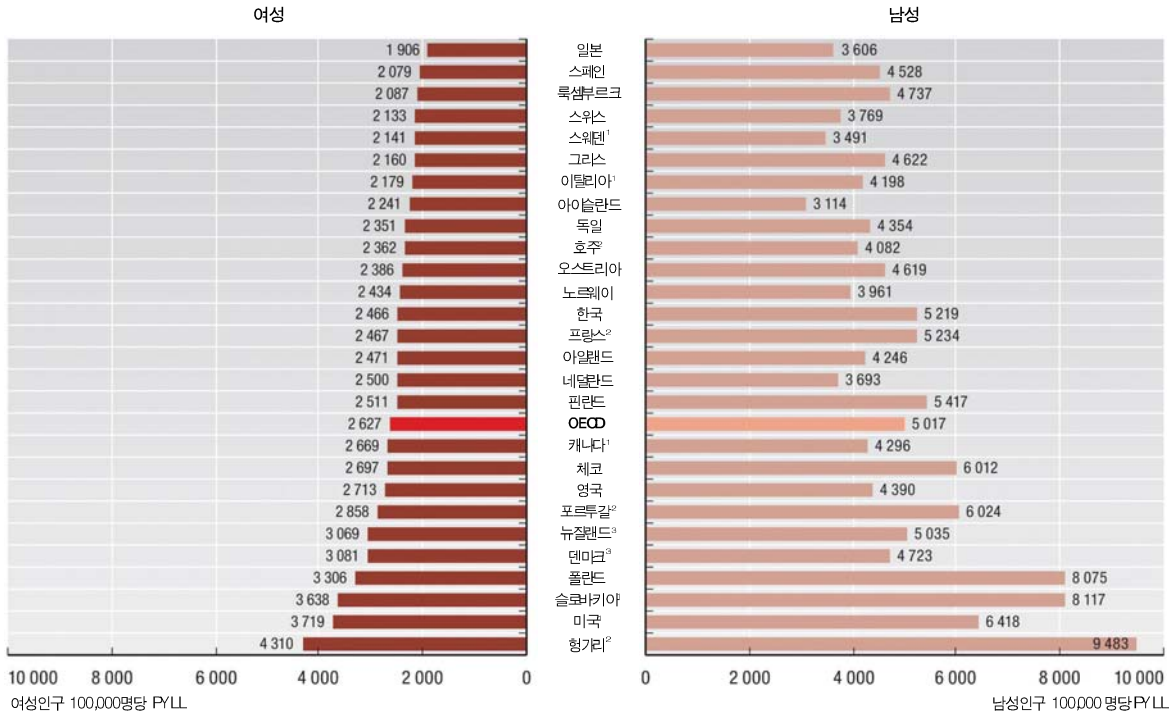
2.3 조기사망

2.3.1. 잠재수명손실년수(PYLL)의 감소 (전체), 1970년과 2004년



2.3.2. 잠재수명손실년수(PYLL)(성별), 2004년

국가순위는 여성을 기준으로 낮은 국가에서 높은 국가 순으로 정렬되어 있음



1, 2002 2, 2003, 3, 2001.

Source: OECD Health Data 2007. 원사망률 자료 (raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공되었음.

Stat link <http://dx.doi.org/10.1787/113345281845>

## 2.4 심혈관질환과 뇌졸중에 의한 사망

2004년 모든 OECD 국가의 총 사망자 중 1/4의 사망원인은 허혈성심질환(IHD) Ischemic Heart Disease(혹은 심장마비) 및 뇌졸중이었다.

허혈성심질환은 관상동맥 내벽에 쌓인 지방침전물이 심장으로의 혈류를 방해하여 발생한다. 2004년에 허혈성심질환은 OECD 국가 전체 사망율의 16%를 차지하였으나, IHD 사망률은 OECD 국가 간에 상당한 차이가 있다(그림 2.4.1). 슬로바키아는 남녀 공히 가장 높은 허혈성심질환 사망률을 보였으며, 다음으로 헝가리와 체코 순이었다. 핀란드, 뉴질랜드, 미국은 허혈성심질환 사망률이 비교적 높아서 가장 낮은 일본과 한국보다 몇 배 더 높은 수준이다. 허혈성심질환의 사망률은 지역적으로 뚜렷한 차이를 보이고 있다. 가장 낮은 허혈성심질환 사망률을 가진 두 개의 OECD 아시아 국가 다음은 남부유럽에 위치한 프랑스, 스페인, 포르투갈, 이탈리아의 4개 국가와 네덜란드이다. 이러한 것은 국가간 사망률의 차이를 설명할 식습관<sup>diet</sup>과 같은 내재된 위험요인이 있음을 시사한다.

허혈성심질환 사망률은 성별 차이가 크다. 모든 국가에서 허혈성심질환 사망률은 남자가 여자보다 매우 높다(그림 2.4.1). 2004년 OECD 국가의 허혈성심질환 사망률은 남자가 여자보다 평균 2배 정도 높았다.

1980년 이후 대부분 OECD 국가의 허혈성심질환 사망률은 거의 감소하였는데(표 A.2.4), 덴마크, 스웨덴, 호주, 네

덜란드, 캐나다에서 50% 이상 현저하게 감소하였다. 담배 소비 감소 같은 여러 요인들이 허혈성심질환 발생을 감소시켰으며, 그 결과 허혈성심질환 사망률이 감소하였다. 허혈성심질환 치료를 위한 의료기술의 주목할 만한 개선 등이 허혈성심질환 사망률의 감소에 기여하였다(지표 4.11 “심혈관질환 치료”와 지표 6.1 “급성심근경색증 입원환자 치명률” 참조).

뇌졸중은 OECD 국가 사망률의 또 다른 주요 원인으로, 2004년 전체 사망률의 약 10% 정도를 차지했다. 뇌졸중은 뇌의 혈액공급 장애로 일어난다. 주요 사인이라는 점 외에, 뇌졸중에 의한 후유증의 부담 또한 주요한 문제이다(Moon et al., 2003). 국가간 뇌졸중 사망률은 큰 차이가 있다(그림 2.4.2). 사망률이 가장 높은 국가는 헝가리, 포르투갈, 그리스, 체코였으며, 스위스, 프랑스, 캐나다에서 사망률이 가장 낮았다.

시간에 따른 추세를 보면, 1980년 이후 전체 OECD 국가에서(폴란드 제외) 뇌졸중 사망률은 크게 감소하였다(표 A.2.4). 허혈성심질환과 같이 뇌졸중 사망의 감소는 위험요인 감소에 일부 기인한다. 흡연과 고혈압은 뇌졸중의 주요 요인이다(Stegmayr et al., 1997). 뇌졸중에 대한 의료기술의 발전으로 생존율이 증가하였다(지표 6.2 “뇌졸중 입원환자 치명률” 참조).

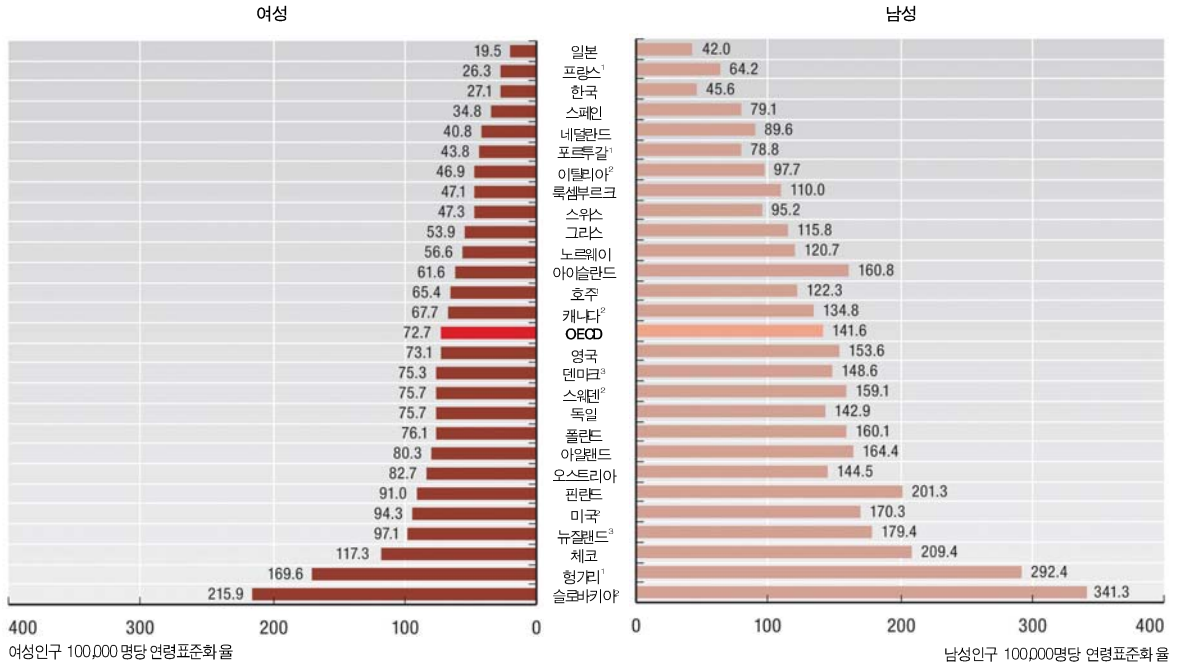
### 정의와 국가간 차이

사망률은 WHO Mortality Database에서 제공된 특정 사인별 사망자 수에 기초하여 추정하였다. Mathers et al.(2005)은 WHO의 최근 사망원인자료의 적용범위, 완전성과 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다. 사망률은 국가간 또는 각국별 시계열적 연령구조 차이로 부터 발생하는 변이를 제거하기 위하여 연령을 1980년 OECD 인구구조로 표준화하여 산출하였다.



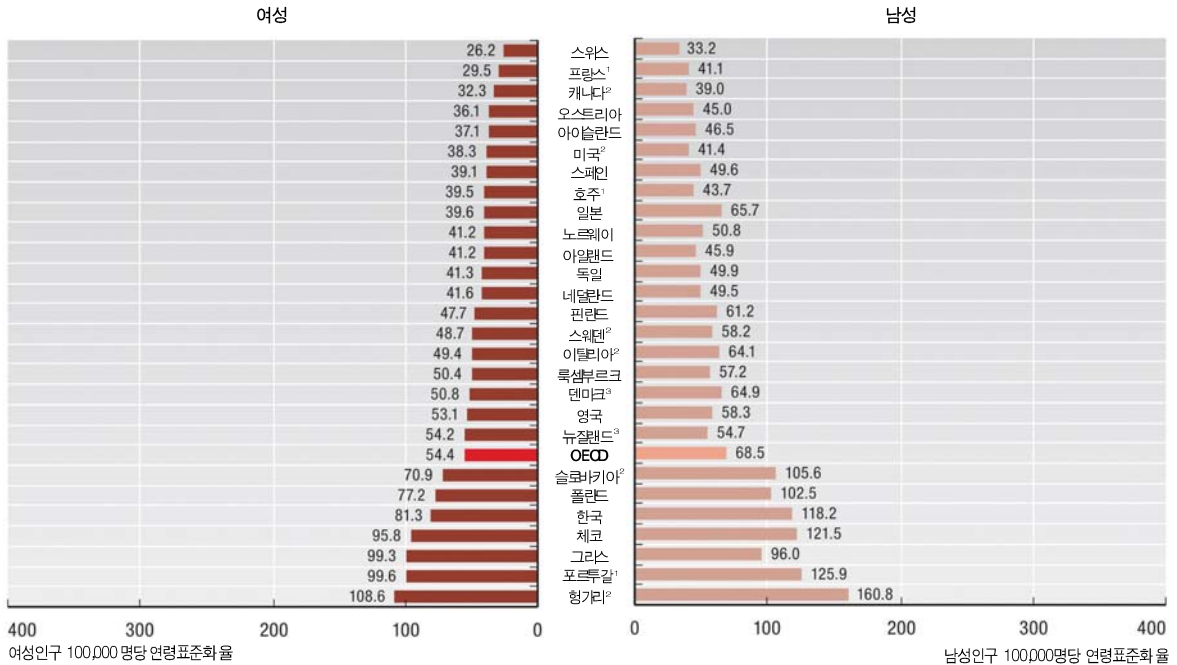
2.4 심혈관질환과 뇌졸중에 의한 사망

2.4.1. 허혈성심질환에 의한 사망률, 2004년



1. 2003, 2. 2002, 3. 2001.

2.4.2. 뇌졸중에 의한 사망률, 2004년



1. 2003, 2. 2002, 3. 2001.

Source: OECD Health Data 2007. 원시명자료를 WHO Mortality Database에서 제공되었으며, 1980 OECD 인구자료로 연령보정 하였음.

Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/11388467718>

## 2.5 암에 의한 사망

암은 대부분 OECD 국가에서 순환기계통(circulatory system)의 질환에 뒤이은 두 번째 주요 사인으로, 2004년의 경우 전체 사망자 수의 평균 27%를 차지했다.

2004년에 암 사망률은 남녀를 합할 때, 덴마크를 제외하곤 북유럽 국가, 스위스, 일본에서 가장 낮았다. 반면 암 사망률이 가장 높은 국가는 헝가리였고, 그 다음으로 체코, 슬로바키아, 폴란드 순이었다(그림 2.5.1과 표 A.2.5.a). 덴마크 또한 남녀 모두 상대적으로 높은 암 사망률을 보였다. 암 사망률의 국가간 차이는 흡연과 같은 위험요인에 노출 등의 비의료적 요인, 각종 암의 조기진단과 효과적 치료를 포함하는 의료요인 모두에 의해 설명될 수 있다(제6장 “보건의료의 질”의 “암 진료” 부분 참조).

모든 OECD 국가의 암 사망률은 여성보다는 남성에서 더 높았다(그림 2.5.1). 2004년 암 사망률의 성별 차이는 특히 일본, 한국, 프랑스, 스페인, 슬로바키아가 높았고, 이들 국가의 경우, 남성이 여성보다 두 배 더 높았다. 암 사망률의 성별 차이는 위험요소가 주로 남성에게 발견되는 경향, 남성에게 영향을 미치는 다양한 종류의 암에 대한 검진 프로그램(screening programmes)의 보급이나 이용의 저조로 설명되며, 이로 인하여 진단 후 생존율이 낮다.

특정 암을 살펴보면, 폐암(lung cancer)은 모든 OECD 국가(스웨덴 제외)에서 여전히 남성 암 중 가장 큰 비중을 차지하며, 여성에게도 주요 암 중 하나이다. 흡연은 폐암의 가장 주요한 위험요인이다. 2004년의 남성의 폐암 사망률은 중앙 및 동부 유럽국가(헝가리, 폴란드, 체코, 슬로바키아), 네덜란드, 그리스, 한국에서 가장 높았다(그림 2.5.2). 이들 국가에서 남성 흡연율이 전통적으로 높았고 현재도 상대적으로 높다. 남성 폐암 사망률이 가장 낮은 스웨덴은 남성 흡연율이 가장 낮은 국가 중의 하나이다(지표 3.1 “담배 소비” 참조).

유방암(breast cancer)은 모든 OECD 국가의 여성에게 가장 흔히 발생하는 암이다(IARC, 2004). OECD 국가에서 유방암은 여성 암 발생률의 30% 이상을 차지하고, 암 사망률의 15-20%를 차지한다. 최근 10년 동안 대부분 국가에서 유방암 발생률이 증가한 반면에 유방암 사망률은 감소하거나 정체 수준이며, 이는 조기진단 및 치료의 발전으로 생존율이 증가했음을 의미한다(제6장 “암 진료” 참조). 2004년 유방암 사망률은 국가간 상당한 차이가 있다(그림 2.5.3). 한국과 일본은 가장 낮은 유방암 사망률을 보인 반면, 덴마크, 헝가리, 아일랜드, 네덜란드는 가장 높았다.

비록 스웨덴과 아이슬란드를 제외한 모든 OECD 국가에서 전립선암(prostate cancer) 사망률은 폐암 사망률보다 낮지만, 이는 많은 OECD 국가에서 남성에게, 특히 65세 이상의 남성에게 가장 흔한 암이 되고 있다. 1990년대에 많은 국가에서 전립선암 발생률이 상승한 것은 전립선특이항원(PSA: prostate-specific antigen) 진단검사 이용이 증가한 데 기인한다. 2004년 전립선암 사망률은 낮게는 한국과 일본이 남성 10만명당 10명 이하이고, 높게는 노르웨이, 덴마크, 스웨덴이 남성 10만명당 34명 이상까지 다양하다(그림 2.5.4). 전립선암의 원인은 잘 알려져 있지 않지만, 환경과 식습관 요인이 전립선암 발병에 영향을 줄 수 있을 것이라는 증거가 일부 있다(Institute of Cancer Research, 2003).

1980년 이후 대부분 OECD 국가에서 여성과 남성을 막론하고 전체 암 사망률은 뇌혈관질환의 경우와 같이 큰 폭은 아니지만 약간 감소하고 있는데, 이는 왜 암이 사망원인에서 차지하는 비중이 커지는지 설명해준다. 예외적인 국가인 그리스, 헝가리, 폴란드, 스페인은 1980년과 2004년 사이 암 사망률이 오히려 증가하였다(표 A.2.5a).

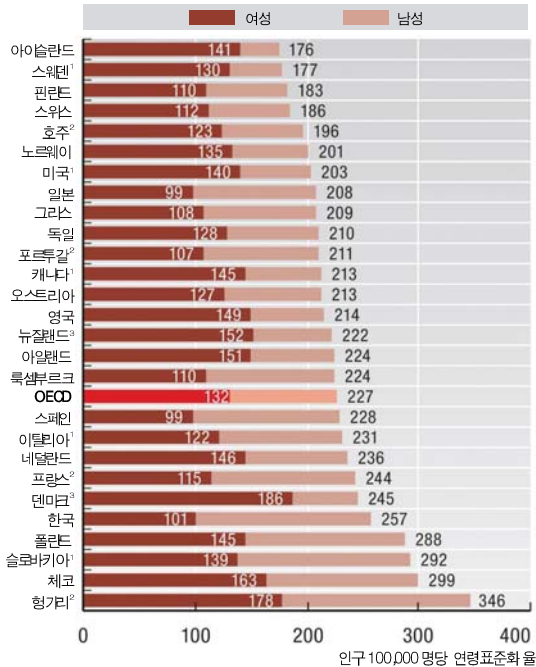
### 정의와 국가간 차이

사망률은 WHO Mortality Database에서 제공된 특정 사인별 사망자 수에 기초하여 추정하였다. Mathers et al. (2005)은 WHO의 최근 사망원인자료의 적용범위, 완전성과 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다. 사망률은 국가간 또는 각국별 시계열적 연령구조 차이로 부터 발생하는 변이를 제거하기 위하여 연령을 1980년 OECD 인구구조로 표준화하여 산출하였다.



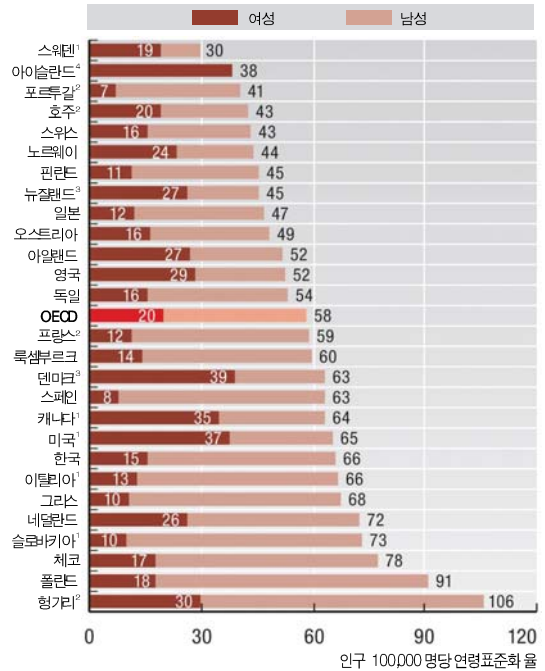
2.5 암에 의한 사망

2.5.1. 전체 암에 의한 사망률(성별), 2004년



1, 2002 2, 2008 3, 2001  
4. 아이슬란드의 폐암사망률은 여성과 남성에서 유사

2.5.2. 폐암에 의한 사망률(성별), 2004년

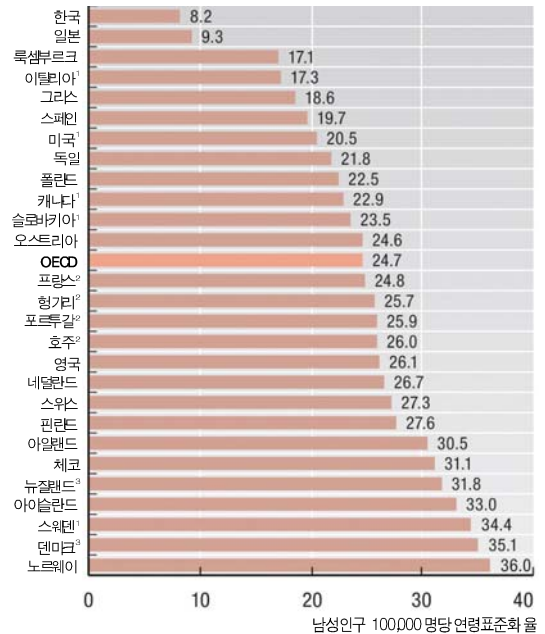


2.5.3. 유방암에 의한 사망률(여성), 2004년



1, 2003 2, 2002 3, 2001.

2.5.4. 전립선암에 의한 사망률(남성), 2004년



1, 2008, 2, 2002, 3, 2001.

Source: OECD Health Data 2007. 원시명자 료는 WHO Mortality Database에서 제공되었으며, 1980 OECD 인구자료로 연령보정 하였음.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113450104803>

## 2.6 교통사고에 의한 사망

전세계적으로 교통사고로 매년 약 120만명이 사망하고, 5,000만명이나 상해를 입는다. 2004년 OECD 국가의 교통사고로 인한 총사망자 수는 12만명을 넘었다. 교통사고는 많은 국가에서 젊은 남성의 주요 사망원인이다. 교통사고 상해와 사망은 심각한 공공보건문제이다.

교통사고 사망률은 국가간에 상당한 차이가 있다. 2004년 교통사고 사망률은 남녀 모두 한국과 포르투갈에서 가장 높았고, 그 다음은 그리스, 미국, 폴란드, 헝가리 순이었다(그림 2.6.1). 반면, 네덜란드, 스웨덴, 영국에서 가장 낮았다. 모든 OECD 국가에서 여성보다 남성의 교통사고 사망률이 높았고, 아이슬란드에서 남성 사망률이 여성보다 2.2배 더 높은 수준부터 스위스의 4.2배 더 높은 수준까지 남녀 간 차이가 국가별로 상이했다(그림 2.6.2).

대부분의 교통사고 상해와 사망은 예방이 가능하다. 지난 수십 년 동안 많은 국가에서 도로안전은 도로시스템 개선, 교육 및 예방 캠페인, 새로운 법과 규제의 채택, 더 많은

교통통제 등 새로운 법의 집행을 통해 상당히 개선되었다. 그 결과 1970년 이후 OECD 국가의 교통사고 사망률은 평균 절반으로 감소하였다(그림 2.6.3). 1970년 이후 서부 유럽국가에서 차의 주행 거리(km)가 평균 2.6배나 증가하였음에도 불구하고 독일, 네덜란드, 스위스의 사망률은 약 75% 감소로 가장 큰 감소율을 기록하였다(ECMT, 2007). 미국에서 사망률은 보다 둔한 속도로 감소하여 아직 OECD 평균보다 높은 수준을 유지하고 있다. 그리스와 폴란드에서는 1970년 이후 교통사고 사망률이 현저하게 증가하였다(그림 2.6.4).

세계은행(World Bank)은 과거 추세를 기준으로 2000년과 2020년 사이 고소득국가에서 교통사고 사망률이 약 30% 더 감소하지만, 도로안전 대응책을 설치하지 않을 경우, 중·저소득 국가에서는 현저한 증가를 보게 될 것이라는 전망을 내놓았다(Peden et al., 2004).

### 정의와 국가간차이

사망률은 WHO Mortality Database에서 제공된 특정 사인별 사망자 수에 기초하여 추정하였다. Mathers et al. (2005)은 WHO의 최근 사망원인자료의 적용범위, 완전성과 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다. 사망률은 국가간 또는 각국별 시계열적 연령구조 차이로 부터 발생하는 편이를 제거하기 위하여 연령을 1980년 OECD 인구구조로 표준화하여 산출하였다.

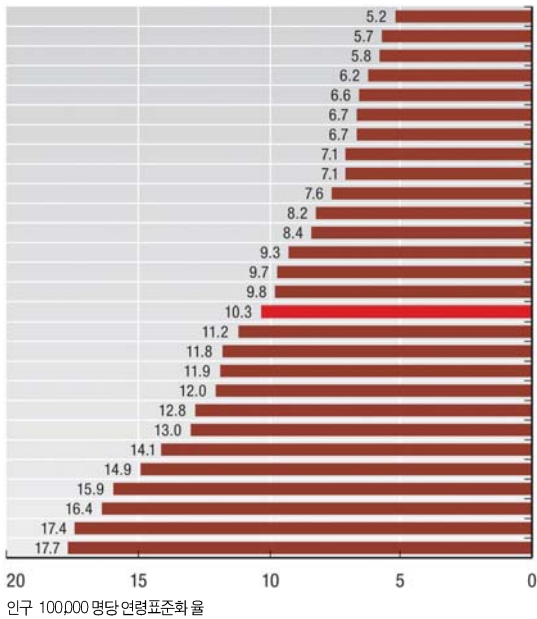
룩셈부르크는 자국을 통과하는 교통량이 많고, 그 결과 룩셈부르크에서 교통사고로 사망하는 비거주자의 비율이 높기 때문에 교통사고 사망률이 실제보다 상향편이되었다.





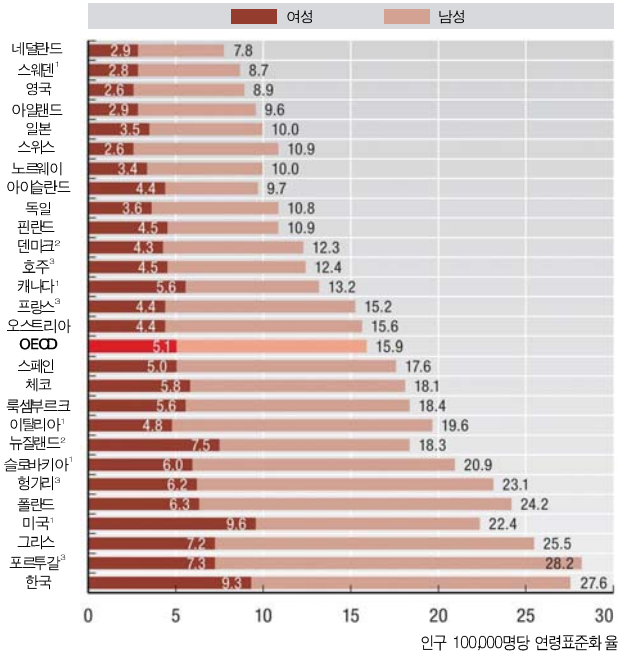
2.6 교통사고에 의한 사망

2.6.1. 교통사고 사망률(전체), 2004년

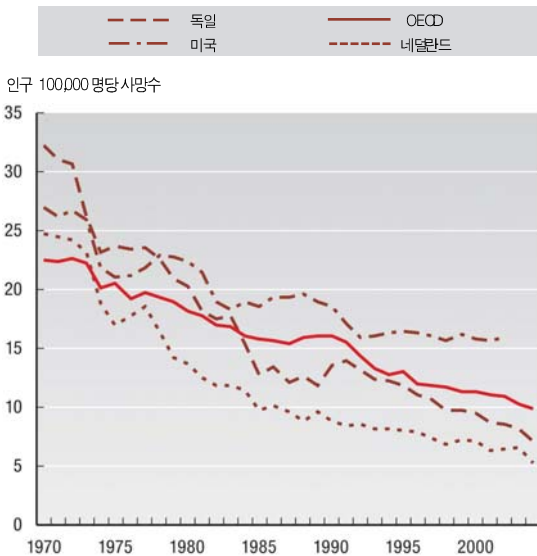


1, 2002 2, 2001, 3, 2003.

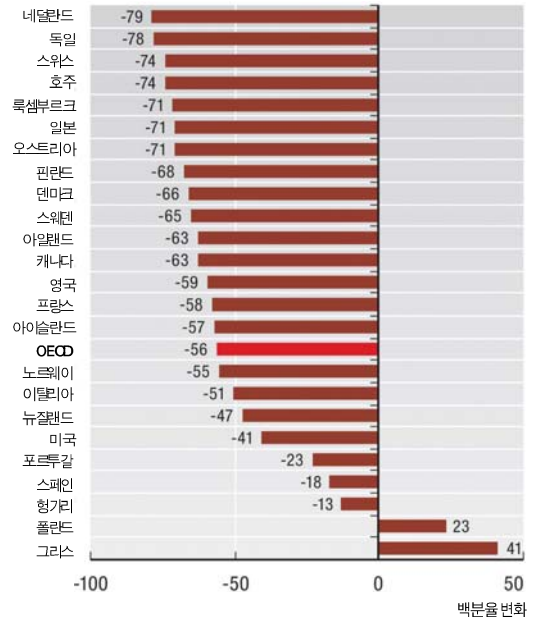
2.6.2. 교통사고 사망률(성별), 2004년



2.6.3. 일부 OECD 국가의 교통사고 사망률 추이, 1970-2004년



2.6.4. 교통사고 사망률 변화, 1970-2004년 (혹은 이용가능한 최근년도)



Source: OECD Health Data 2007. 원시망자 자료는 WHO Mortality Database에서 제공되었 으며, 1980 OECD 인구자료 로 연령보정 하였음.

Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/113524161632>

## 2.7 자살

자살은 의도적으로 자신을 해치는 행위로 한 개인의 신 경이 쇠약한 상태임을 입증할 뿐 아니라, 그 사람이 살아 가 는 사회 배경의 타락을 보여준다. 자살은 다수의 다른 요인 들의 종점(end-point)일 수 있다. 자살은 이혼, 알코올과 마약의 남용, 실업, 임상적인 우울증(clinical depression), 기타 정신질환 등 과 관련되어 한 개인이 공황상태에 있을 때 발생하기 쉽다. 이러한 이유로 인하여, 자살은 한 인구의 정신건강상태를 측정하는 대리 지표(proxy indicator)로 종종 쓰인다. 그러나 어떤 국가든 자살에 연관되는 것을 불명예로 간주하기 때문에 자살률을 낮게 추정하는 경향이 있다.

자살은 많은 OECD 국가의 주요 사인으로 2004년 OECD 국가에서 총 130,000명 이상이 자살로 사망하였다. 자살률 은 국가간 상당한 차이가 있다(그림 2.7.1). 2004년 남부유럽(그리스, 이탈리아, 스페인)과 영국이 가장 낮은 자살률 로 인구 10만 명당 7명 이하였다. 이와는 대조적으로 한국, 헝가리, 일본, 핀란드의 자살률이 가장 높았으며, 인구 10만 명당 18명 이상이였다.

1980년 이후 많은 OECD 국가의 자살률은 감소하였고, 특히 덴마크, 헝가리, 독일, 스위스에서 40% 이상 감소하였 다(그림 2.7.3). 이러한 진전에도 불구하고, 헝가리는 OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 보유한 국가이다. 그 반면에, 스페인과 아일랜드는 비교적 낮은 수준의 자살률을 유지하 고 있으나, 1980년 이후 자살률이 가장 크게 증가한 두 국가 이기도 하다. 한국과 일본의 경우, 자살률이 1990년 이후 증 가하여 현재 OECD 평균보다 훨씬 높다(그림 2.7.4). 한국의

남성 자살률은 1990년 10만 명당 12명에서 2004년 36명으 로 3배 증가하였고, 여성 자살률은 10만 명당 14명으로 OECD 국가 중 가장 높은 국가에 속한다. 급속한 현대화와 전통적인 가족지원기반의 침식으로 인한 스트레스가 한국 의 최근 자살률 증가로 이어졌다(Park et al., 2003; Ra et al., 2006).

대체적으로 OECD 국가의 자살사망률은 남성이 여성보 다는 3-4배 높았으며(그림 2.7.2), 이러한 남녀 차이는 오랜 기간 상당히 불변적으로 나타났다. (자살 사망률보다) 자살 시도 수치에서 남녀 차이가 적은 것은 여성이 남성보다 치 명적이지 않은 방법을 사용하기 때문이다.

자살은 또한 연령과 관련이 있어 25세 이하 청년과 노령 인구가 특히 위험에 놓여있다. 지난 20년 간 노인 자살률이 일반적으로 감소한 반면, 청년 자살률은 거의 감소가 없었 다.

자살을 방지하는 것은 쉬운 일이 아니다. 대다수 사례의 경우, 자살은 우울증, 알코올 및 기타 물질 남용과 연관이 있기 때문에 가족, 사회복지사, 의료 전문가가 사회심리학 적인 문제를 조기에 감지하여 효과적인 지원과 치료의 제 공과 함께 자살 예방 캠페인에 동참해야 한다. 핀란드와 아 이슬란드의 자살 예방 프로그램은 다양한 분야의 협력 증 대와 네트워크를 촉진하기 위한 노력에 기반을 두었다 (NOMESCO, 2007).

## 정의와 국가간 차이

세계보건기구(World Health Organisation)는 “자살”을 치명적인 결과에 대해 충분히 인지하거나 그러한 결과를 초래할 것을 기대하는 사람이 수행한 의도적인 행위로 정의한다.

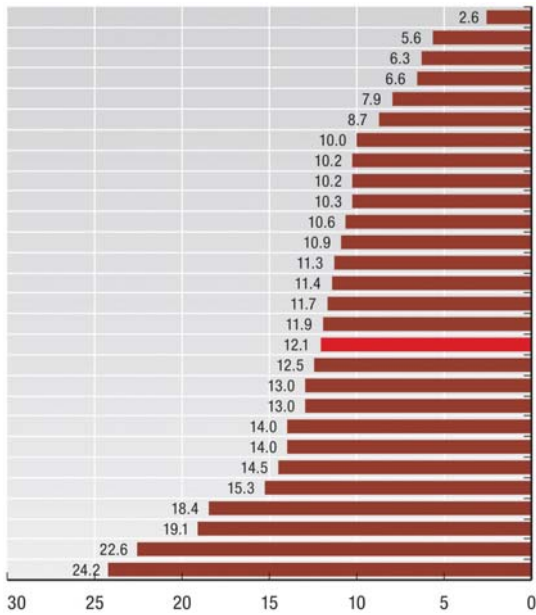
사망률은 WHO Mortality Database에서 제공된 특정 사인별 사망자 수에 기초하여 추정하였다. Mathers et al. (2005)은 WHO의 최근 사망원인자료의 적용범위, 완전성과 신뢰도에 대한 전반적인 평가를 하였다. 사망률은 국가간 횡단면적 또는 각국별 시계열적 연령구 조 차이로부터 발생하는 변이를 제거하기 위하여 연령을 1980년 OECD 인구구조로 표준화하여 산출하였다.

국가간 자살관련 데이터 비교는 다양한 보고 기준에 의해 영향을 받는데, 예를 들어, 자신을 해치려는 의도 파악 방법, 사망 증명서 작성 책임자, 법의학 조사 수행 여부, 사인에 대한 기밀유지관련 조항 등이 여기에 포함된다. 이러한 이유로 인하여 국가간 차이를 이 해할 때 신중함이 요구된다.



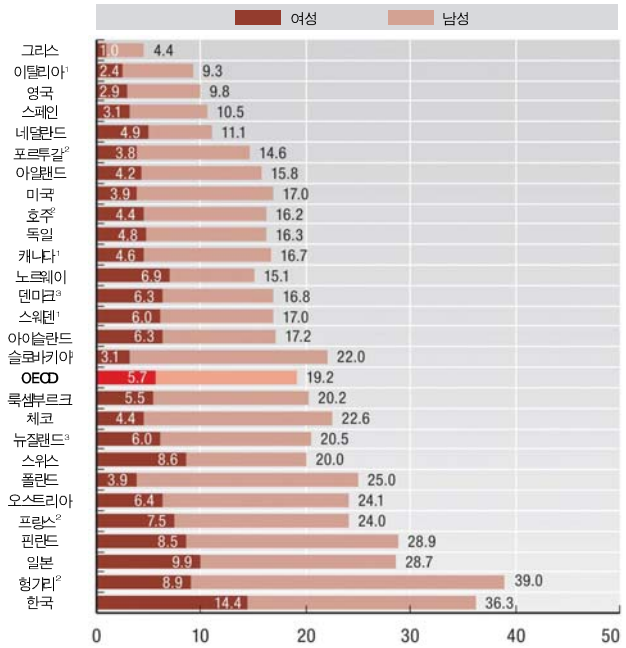


2.7.1. 자살 사망률(전체), 2004년



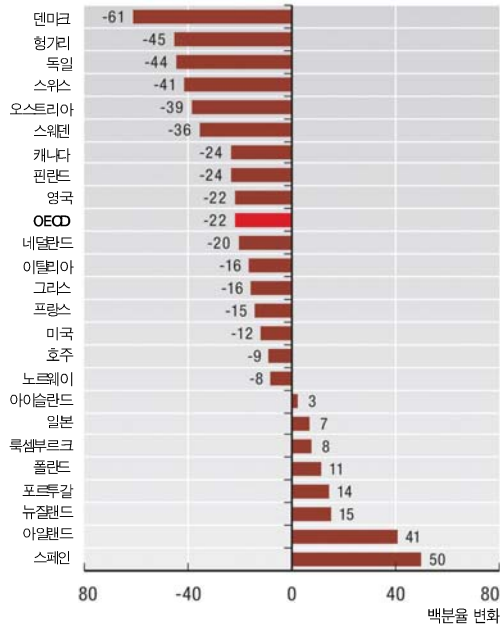
인구 100,000명당 연령표준화율  
1. 2002, 2. 2008, 3. 2001.

2.7.2. 자살 사망률(성별), 2004년

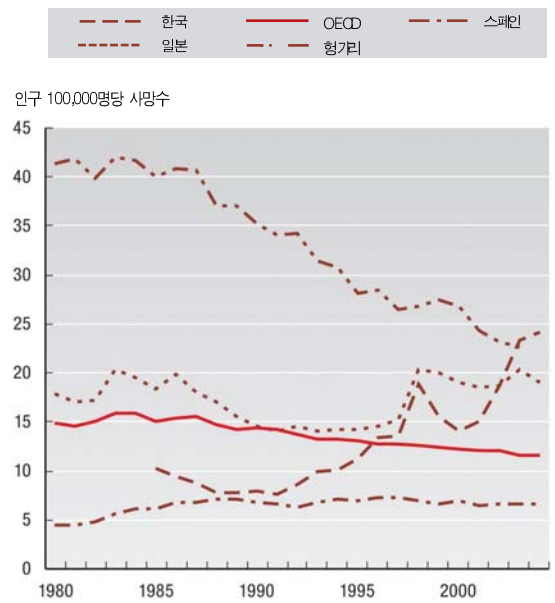


인구 100,000명당 연령표준화율

2.7.3. 자살 사망률 변화, 1980-2004년  
(혹은 이용가능한 최근년도)



2.7.4. 일부 OECD 국가의 자살 사망률 추이,  
1980-2004년



Source: OECDHealth Data 2007. 원시망자료는 WHO Mortality Database에서 제공되었으며, 1980OECD 인구자료로 연령보정하였음.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113587303211>

## 2.8 영아사망

영아사망률은 1세 미만의 사망률이며, 보건의료체계의 효과성 뿐만 아니라 산모와 신생아의 건강에 미치는 경제, 사회적 수준을 반영한다.

2005년 OECD 국가의 영아사망률은 일본, 북유럽 국가(덴마크 제외), 룩셈부르크에서 출생 1,000명 당 사망 2-3명에서 멕시코와 터키에서는 출생 1,000명 당 각각 사망 19명과 24명으로 상당히 높은 사망률까지 차이가 있다(그림 2.8.1). 또한 미국(출생 1,000명 당 사망 6명 이상)과 일부 중앙 및 동부 유럽 국가의 영아사망률은 비교적 높다. OECD 국가의 2005년 평균 영아사망률은 5.4명이었다.

출생 이후 1년 이내의 사망 중 2/3 정도는 신생아사망 neonatal deaths(즉, 출생 후 4주 이내 사망)이다. 선천성 기형, 조산아, 기타 임신기간 중 발생하는 질환 등은 선진국 신생아사망의 주요 위험요인이다. 지연임신(deferring child bearing)과 보조생식술(artificial treatment)에 의한 출산의 증가로 조산아 수는 늘어나는 추세이다(지표 2.9 “영아보건: 저체중아 출생” 참조). 이러한 이유로 여러 고소득 국가에서 지난 몇 년 사이에 영아사망률의 감소추세가 멈추어 정적인 상태가 되었다. 2001-2002년 미국에서 1950년대 이후 처음으로 영아사망의 증가의 주원인으로 저체중 출생아의 증가를 꼽았다(CDC, 2003). 출생 1개월 이후 사망(후기 신생아사망 post neonatal mortality)은 원인이 다양하며, 가장 일반적인 것은 급성유아사망후후군(SIDS) Sudden Infant Death Syndrome, 출산손상(birth defect), 감염, 사고 등이다.

모든 OECD 국가는 출생 1,000명당 사망 30명에 달했던 1970년 수준의 영아사망률에서 뚜렷한 감소를 보였다(그림 2.8.3). 이는 1970년 이후 80% 이상의 누적 감소에 해당된다. 포르투갈은 1970년 이후 영아사망률이 연평균 8% 감소하여, 유럽 국가 중 영아사망률이 가장 높았던 국가에서 2005년에 OECD 국가 중 가장 낮은 국가에 속하게 되었다(그림 2.8.2). 한국에서도 영아사망률은 크게 감소하였다. 반면에, 네덜란드와 미국에서의 영아사망률 감소 추세는 더디게 일어났다. 미국의 영아사망률은 과거에 OECD 평균보다 낮았으나(미국이 중간이었음, 현재는 OECD 평균보다 조금 높다(그림 2.8.3).

수많은 연구에서 영아사망률을 보건의료의 결과로 간주하여 건강에 영향을 주는 다양한 의료적, 비의료적 요소의 효과를 검토하는데 사용해왔다. 대다수 분석이 영아사망률과 보건의료비 관계에서 전반적으로 역(-)의 관계를 보여준다. 그러나 높은 수준의 보건의료비를 지출하는 국가가 항상 낮은 영아사망률을 기록하지는 않는다는 사실은 더 좋은 결과를 얻기 위해 필연적으로 더 많은 보건의료비가 요구되는 것은 아니라는 결론에 이르게 된다(Retzliff-Roberts et al., 2004). 관련된 모든 연구에서는 소득불평등, 사회적 환경, 개인의 생활습관과 태도 등과 같이 보건의료시스템의 질 및 효율성 이외의 많은 요인들이 영아사망률에 영향을 준다는 것을 보여주고 있다(Kiely et al., 1995).

### 정의와 국가간 차이

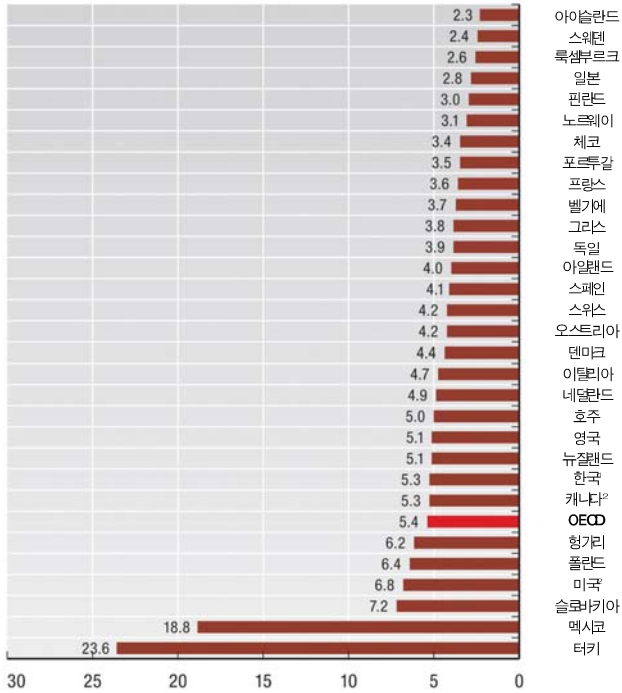
영아사망률은 당해 출생 1,000명 당 1세 미만의 사망수이고, 신생아사망률은 출생 후 28일 미만의 사망수이다.

영아와 신생아사망률의 국가간 차이는 조산아의 등록관행의 국가간 차이에 일부 기인할 수 있다(출생 혹은 태아사망으로서 기록될 수도 있음). 미국, 캐나다, 북유럽 국가는 낮은 생존율을 가진 조산아(very premature babies)도 출생아로 등록되는데, 이 경우 출생아로 등록하지 않은 다른 국가들과 비교할 때 사망률이 높다(Sachs et al., 1995).

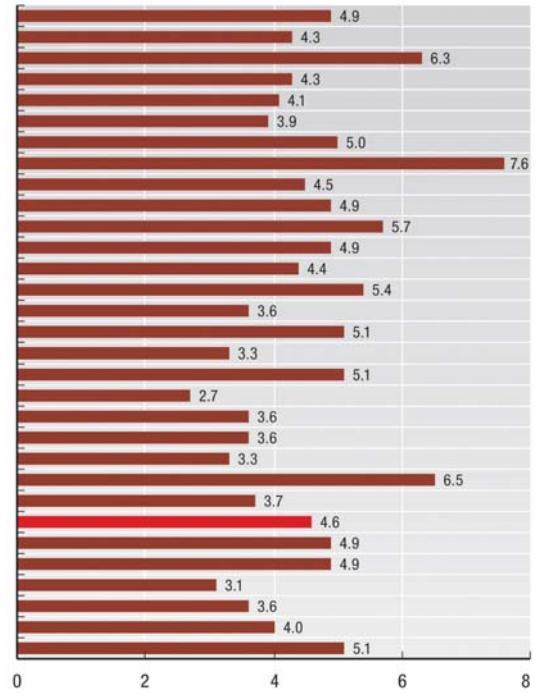


2.8 영아사망

2.8.1. 영아사망률, 2005년



2.8.2. 영아사망률의 감소 추이, 1970-2005년



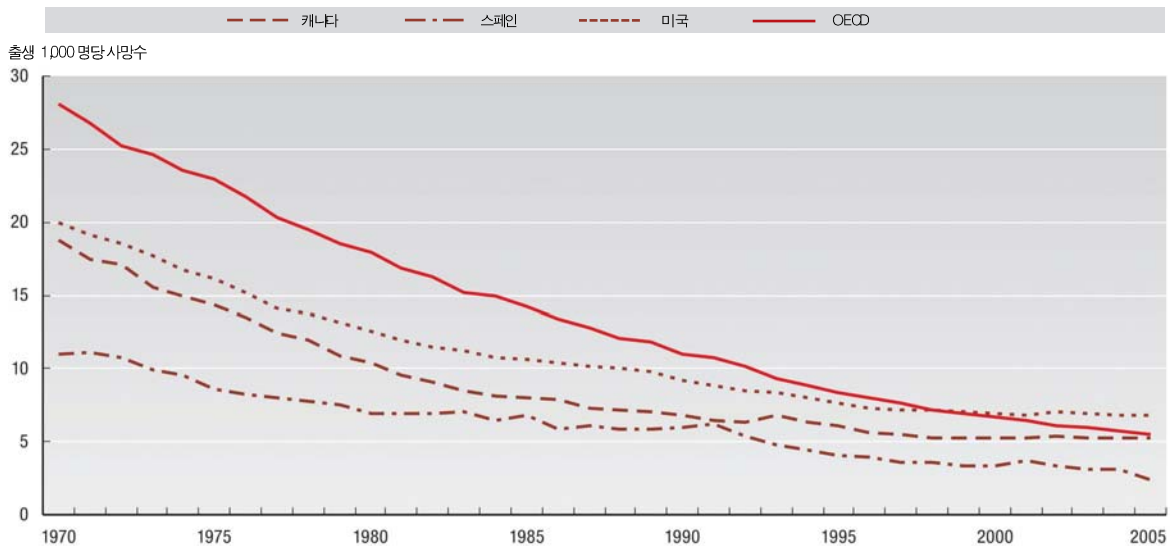
출생 1,000명당 사망수

연 감소율(%)

Note : 캐나다, 일본, 미국과 북유럽국가에서 생존가능 성이 낮아 다른 국가에서 사산으로 기록될 심한 미숙아가 출생으로 등록되어 상대적으로 높은 영아사망률을 나타내고 있음.  
1. 2002 2. 2004.

2.8.3. 영아사망률, 1970-2005년

캐나다, 스웨덴, 미국과 OECD 평균



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113588610054>

## 2.9 영아보건: 저체중아출생

저체중아는 여기에서 2,500g 미만의 체중을 가진 신생아로 정의되며, 저체중아출생은 출산체중, 이환율, 영아사망과의 연관성 때문에 중요한 영아의 보건지표이다. 저체중 출생아는 두 부류가 있는데, 자궁내 태아성장 지연(restricted fetal growth)에 의한 경우와 조산으로 출생한 경우이다. 저체중 아출생은 사망위험율이 높고 출생 후 오랜 입원기간이 필요하며 심각한 장애를 갖게 될 가능성이 높다(UNICEF와 WHO, 2004). 저체중아출생의 위험요인은 부모의 낮은 사회적 지위, 높은 산모 연령, 다출산(multiple fertility), 흡연, 지나친 음주, 영양부족과 같은 유해한 행위, 태아의 관리소홀<sup>1)</sup> or level of pre-natal care 등을 포함한다.

2005년 북유럽국가(아이슬란드, 핀란드, 스웨덴, 노르웨이, 덴마크)와 한국, 룩셈부르크, 아일랜드는 신생아 중 5% 이하가 저체중아로 가장 낮은 수준이었다. 이와 반대로 터키, 일본, 그리스, 멕시코, 헝가리, 미국은 신생아 중 8% 이상이 저체중아로 가장 높은 수준이었다(그림 2.9.1). 이 수치는 OECD 전체 평균인 6.6%보다 높다.

1980년 이후 많은 OECD 국가에서 저체중아출생이 증가하였다(그림 2.9.2와 표 A.2.9). 여기에는 여러 원인이 있다. 첫째, 조산아 및 저체중아출산 가능성의 증가와 함께 다태아가 꾸준히 증가해왔고, 이는 부분적으로 체외수정 증가에 따른 결과이기도 하다. 또한, 출산을 하는 산모의 연령이 높고 유도분만과 제왕절개술 등과 같은 출산관리기술(delivery management technique)의 사용이 저체중아 증가의 원인이 될 수 있

다.

전통적으로 저체중아 비율이 낮은 국가에 속하는 일본과 스페인은 지난 25년간 상당한 증가추세를 보였다. 결과적으로 일본과 스페인의 저체중아 비중은 OECD 평균을 넘어섰다(그림 2.9.3). 일본의 경우, 1970년대 이후 젊은 여성의 흡연을 증가와 늦어지는 출산 등 다양한 위험요인이 저체중아율 증가에 기여했다고 간주된다(Jeong과 Hurst, 2001; Ohmi et al., 2001). 저체중아비중의 증가에도 불구하고, 신생아에 대한 일본 의료기술은 영아사망률을 줄이는데 특히 성공적이었다.

그림 2.9.4는 저체중아출생과 영아사망률은 정(+)의 관계를 보여준다. 저체중아출생이 낮은 것으로 보고된 국가는 상대적으로 낮은 영아사망률을 보였다. 일본은 예외적으로 저체중아 출생율이 가장 높은 반면에 가장 낮은 영아사망률을 가진 국가이다.

한 국가의 상이한 인구집단끼리 비교해 보면 저체중아출생은 교육, 소득, 생활환경에 의하여 영향을 받을 수 있다는 것을 알 수 있다. 미국의 경우, 저체중아출생율이 인종간에 차이가 두드러져서 흑인영아는 백인영아에 비해 거의 2배 수준이다(CDC, 2003). 유사한 차이로는 호주(Laws et al., 2006)와 멕시코의 토착인과 비토착인 사이에서도 관찰되며 산모들의 불우한 생활환경을 반영한다.

### 정의와 국가간차이

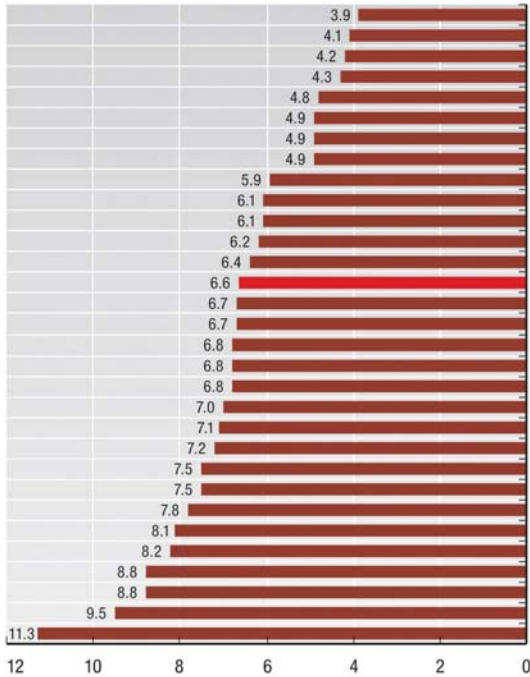
WHO는 “저체중아”를 영아의 임신기간의 관계없이 출생시 2,500g(5.5파운드) 미만의 체중을 가진 신생아로 정의하고 있다. 이는 영아사망 가능성 증가에 대한 병리학적인 관찰에 기반을 두고 있으며, 국가간 보건의료관련 통계 비교에 사용된다. 저체중아 수는 총 출생아의 백분율로 나타낸다.

대부분의 자료는 출생등록에서 나오나 네덜란드의 자료출처는 국민건강 면접조사(National Health Interview Survey)이다.



2.9 영아보건: 저체중아출생

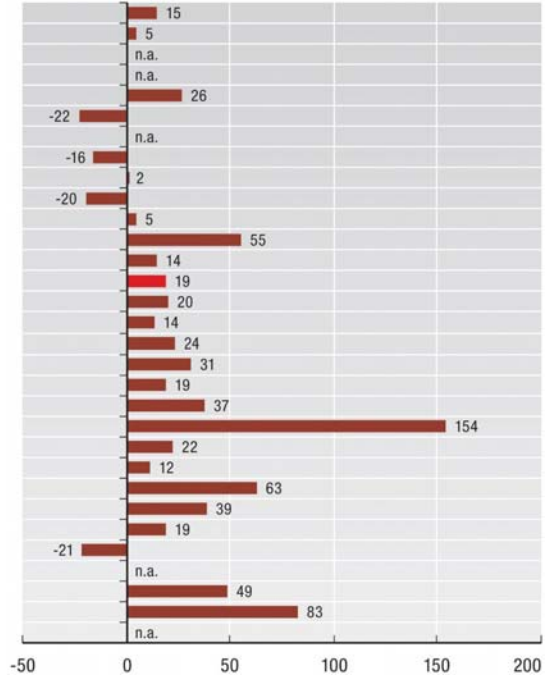
2.9.1. 저체중아출생, 2005년



2500g 미만 신생아 백분율

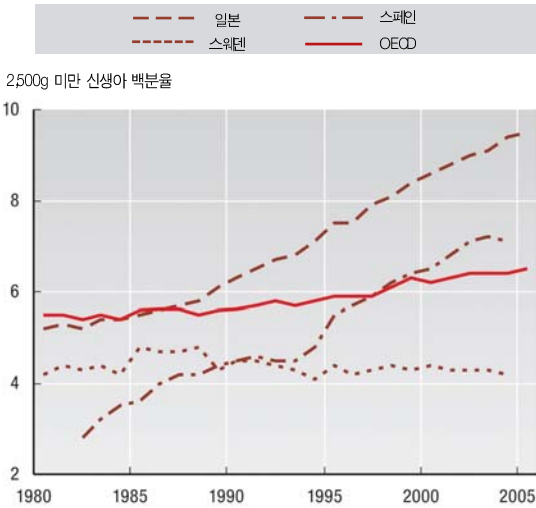
1. 2003. 2. 2004.

2.9.2. 저체중아출생의 백분율 변화, 1980-2005년



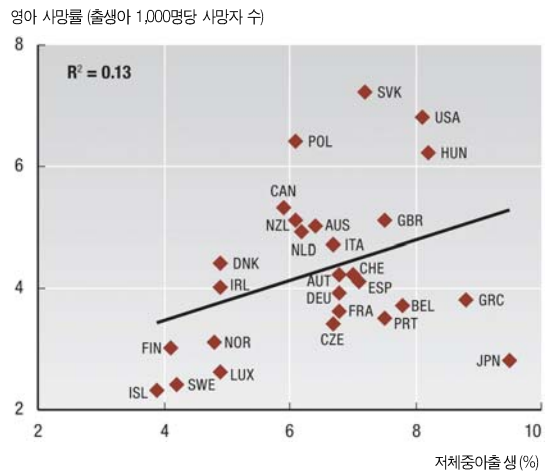
해당기간동안 % 변화

2.9.3. 저체중아출생의 추이, 일부 OECD 국가, 1980-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

2.9.4. 저체중아출생과 영아사망률, 2005년



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113636302586>

## 2.10 어린이 치아건강

치아 문제는 대부분 충치와 잇몸질환의 형태로 나타나는데, 선진국의 경우 학생의 60-90%, 그리고 성인의 대다수가 치아 문제를 가지고 있다(WHO, 2003). 이런 이유로 치아와 기타 구강질환은 주요한 공중보건문제가 된다. 치아질환은 고당분 식습관<sup>high sugar diet</sup>과 같은 생활방식 요소들과 관계가 깊으며, 불화물<sup>fluoride</sup>에 대한 노출이나 구강위생과 같은 예방 조치의 존재여부를 반영한다. 치아가 좋지 않은 사람은 통증과 불편함, 기능 손상, 자존감의 상실, 외모에 대한 불만족 등을 경험하게 된다. 치아질환은 많은 경우에 사회적으로 소외되고 불우한 인구에 나타난다(WHO, 2003). 선진국에서는 치아질환에 대한 치료비용은 대체적으로 높은 편이다.

2003년(자료가 확보 가능한 최근 년도)에 독일, 영국, 네덜란드, 스위스, 룩셈부르크, 덴마크의 12세 아동은 충치, 상실 또는 치료된 영구치아(DMFT<sup>decayed, missing, or filled permanent tooth</sup>)가 평균적으로 1개 미만이었다(그림 2.10.1). 대조적으로 폴란드, 헝가리, 체코, 포르투갈은 DMFT가 3개 이상이었다. 대부분의 OECD 국가에서 12세 아동은 DMFT 1-3개를 가지고 있었다.

지난 25년간 OECD 국가의 평균 DMFT 지표는 크게 감소

하였고, 장기간 기록을 유지하는 일정 국가들 그룹의 경우, 1980년 4.5개에서 1990년 2.6개, 2003년 1.4개로 상당히 감소하였다(표 A.2.10 및 그림 2.10.3). 동기간 동안 OECD 19개국 중 16개 국가의 DMFT가 50% 이상 감소하였다(그림 2.10.2). 이러한 것은 공중보건에서 실질적 성과이다. 2000년에 대다수의 OECD 국가가 WHO 목표인 3개 이하의 DMFT를 달성할 수 있었다(WHO, 2003).

충치 및 기타 치아질환의 감소는 지역사회 상수도 불소화, 생활환경의 변화, 질병관리, 치아위생 개선 등과 같은 많은 공중보건 정책을 통하여 이루어졌다.

그림 2.10.4는 아동의 DMFT 수와 1인당 치과의사 수간에 관계가 크지 않음을 보여준다. 1인당 치과의사 수가 같은 국가간의 DMFT에 상당한 차이가 있었으며, 이는 치과의사에 대한 접근성 뿐 아니라 치아건강에 영향을 주는 다른 많은 요인이 있음을 보여준다.

최근 DMFT의 감소가 둔화되거나 오히려 증가하는 국가의 경우, 이러한 추세에 주의를 기울여야 할 필요가 있다(표 A.2.10).

### 정의와 국가간 차이

치아건강의 일반적 측정 지표는 DMFT(충치, 상실치, 또는 치료된 영구치)이다. 충치, 상실 또는 치료된 영구치아—이 수를 계산하여 개인의 충치의 수로 나타낸다. 이 3개 수치의 합이 DMFT 지표이다. 여기서는 12세 아동에 대한 데이터를 기준으로 한다. DMFT가 1.2미만은 “매우 낮음”, 1.2-1.6개는 “낮음”, 2.7-4.4개는 “보통”, 4.5개 이상은 “높음”으로 판단한다.

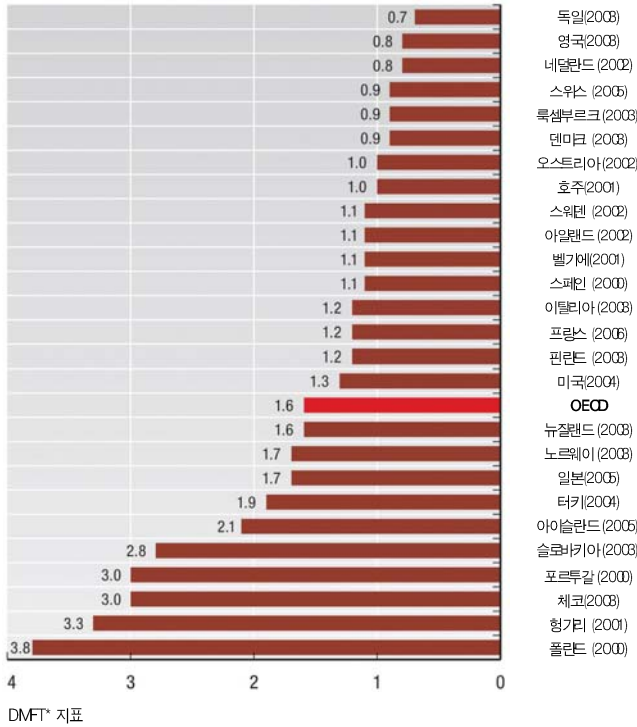
노르웨이는 부식된 치아를 포함하지 않는 MFT 지표를 제공한다. 스웨덴은 상실된 치아를 제외한 DFT 지표를 제공한다. 뉴질랜드는 8학년이 조사한 것이기 때문에 아동의 평균연령이 12세를 약간 넘을 수 있다.



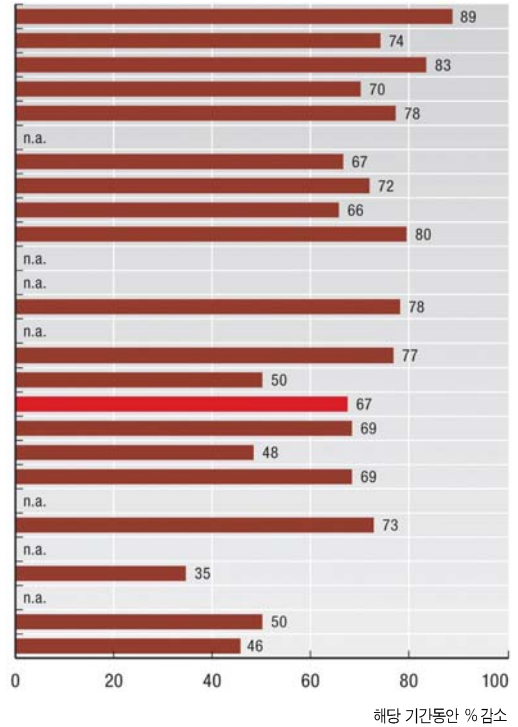


2.10 어린이 치아건강

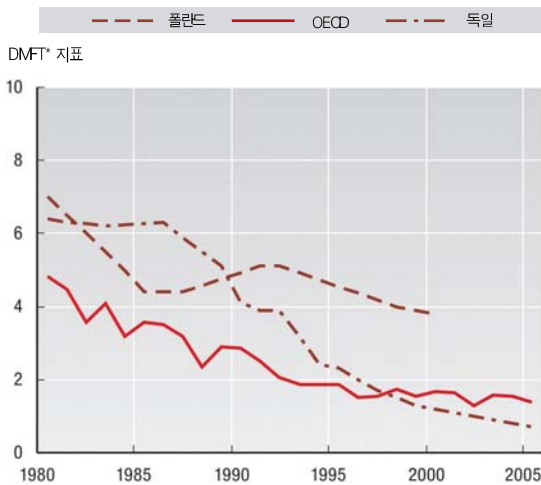
2.10.1. 12세 어린이의 평균 충치, 상실·충진된 치아수, 2003년(또는 이용가능한 최근년도)



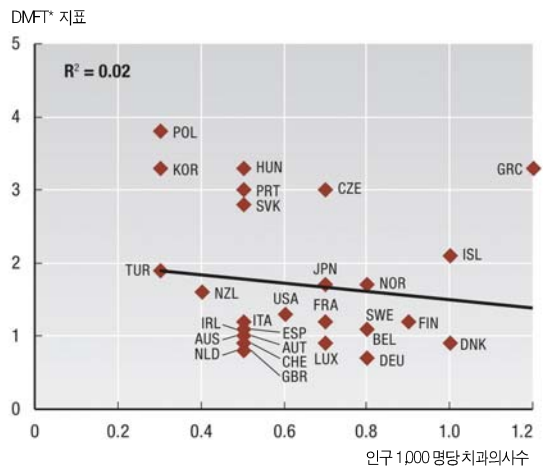
2.10.2. 12세 어린이의 평균 충치, 상실·충진된 치아수의 감소, 1980-2003년



2.10.3. 일부 OECD 국가에서 12세 어린이의 평균 충치, 상실·충진된 치아수 추이, 1980-2000년



2.10.4. 12세 어린이의 평균 충치, 상실·충진된 치아수와 인구 1,000명당 치과의사수, 2000년



\* DMFT: Decayed, missing or filled teeth (부식, 상실·충진된 치아)  
Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113668240747>



## 2.11 인지된 건강상태

대부분의 OECD 국가는 정기적으로 건강면접설문조사를 수행하여 응답자가 본인의 건강에 대해 다방면에서 보고를 할 수 있도록 하고 있다. “전반적으로 건강이 어떻습니까?”와 같이 일반적인 질문은 개인이 인지하는 본인의 건강상태에 대한 질문이다. 이 질문이 일반적이고 주관적임에도 불구하고 인지된 건강상태(perceived health status)의 지표는 국민의 미래 의료서비스의 이용과 사망률을 예측할 수 있는 좋은 방법이다(예, Miilunpalo et al., 1997 참조). 그러나 응답자는 설문조사 질문의 구성과 응답범주, 문화적인 요소 등의 영향을 받을 수 있기 때문에 인지된 건강상태의 국가간 차이에 대한 이해를 통해 국가간 비교를 하는 일에는 많은 어려움이 있다.

이러한 제한을 염두에 두어야 한다. OECD 국가의 절반에서 성인의 3/4은 본인의 건강이 “양호”, “매우 좋음”, “우수”하다고 응답하였다(그림 2.11.1). 미국, 캐나다, 뉴질랜드는 건강이 “양호”하거나 “매우 좋다”고 응답한 비율이 가장 높은 세 국가로 10명 중 9명이 건강이 “좋다”고 응답하였다. 그러나 이 세 국가에서 진행된 설문조사의 응답범주는 유럽이나 OECD 아시아 국가의 것과 다르며, 이로 인하여 결과가 지나치게 긍정적으로 과장되어 있다(아래 “정의와 국가간 차이” 참조).

스페인과 핀란드에서 성인인구의 약 2/3가 본인의 건강이 “양호”하거나 “매우 좋음” 상태라고 평가했다. 반면에, 슬로바키아, 헝가리, 포르투갈, 일본, 한국의 성인인구의 절

반미만이 건강상태가 “양호” 또는 “매우 좋음”이라고 응답하였다.

국가간 차이를 보면, 대부분의 국가에서 남성은 여성보다 건강이 좋거나 더 좋다고 평가하였다(그림 2.11.2). 당연하게도, 자신의 건강에 대한 평가는 연령이 높아질수록 낮아지는 경향이 있었다. 대부분의 국가에서 45세 이후 건강에 대한 긍정적인 평가가 현저하게 떨어지기 시작하여 65세 이후에는 더 많이 하락하였다. 모든 OECD 국가에서 교육수준과 소득수준이 낮은 사람들은 교육 혹은 소득수준이 높은 사람만큼 본인의 건강상태에 대해 긍정적인 평가를 하지 않았다.

장기기록을 보유한 국가의 경우, 지난 25년간 본인의 건강상태를 “양호” 또는 “매우 좋음”이라고 생각한 성인인구의 비율은 대체적으로 안정적이었다(그림 2.11.3). 이는 65세 이상 인구의 경우도 마찬가지이다. 성인인구의 인지된 건강상태의 안정적인 비율과 지난 25년간 기대수명의 꾸준한 증가에 대해 하나의 가능한 해석은 이러한 국가 국민이 수명이 길어졌으나 과거보다 건강한 삶을 살고 있지 않다는 것이다. 전반적인 인지된 건강상태 지표의 상대적인 안정성은 구체적인 측정방법과 관련되는데, 인지된 건강상태는 정해진 변수(bounded variable)로 평가를 해야 하는 반면(예를 들어, 응답자들은 건강을 1부터 5의 척도로 평가해야 하며, 이 척도는 오랫동안 변함없이 사용되어 왔음), 반면 기대수명은 그러한 제한을 두지 않고 측정되었다.

## 정의와 국가간 차이

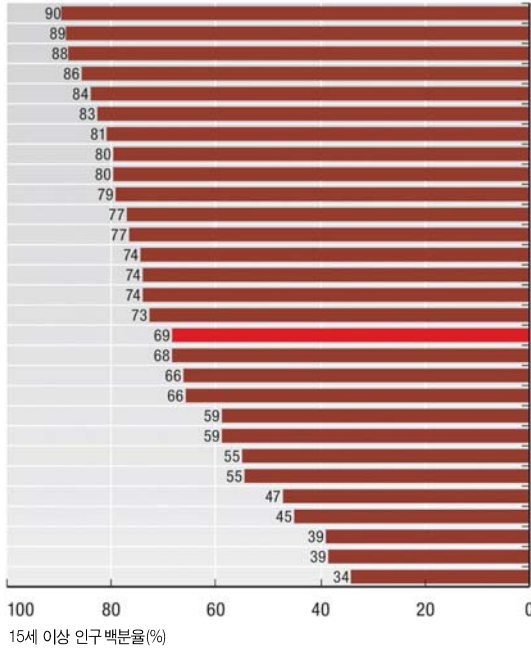
인지된 건강상태(perceived health status)는 신체적이고 심리적인 차원을 포함하는 전반적인 건강상태에 대한 개인의 인식을 반영한다. 일반적으로 응답자들은 “전반적으로 건강이 어떻습니까? ‘매우 좋음’, ‘양호’, ‘보통’, ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’으로 답하십시오.”라는 질문을 받게 된다. OECD Health Data는 본인의 건강을 “양호/매우 양호”라고 평가한 국민의 통합비율과 관련된 수치를 제공한다.

인지된 건강상태에 대한 국가간 비교는 최소한 두 가지 이유에서 주의를 기울일 필요가 있다. 먼저, 본인의 건강상태에 대한 평가는 주관적이며, 문화적 배경과 국가적인 특성과 같은 “실제” 건강상태를 초월하는 다수의 요소의 영향을 받을 수 있다. 둘째, 설문조사와 국가별로 인지된 건강상태를 측정하기 위해 사용되는 질문과 응답범주가 국가별로 다르다. 특히, 미국, 캐나다, 뉴질랜드, 호주에서 사용된 응답 범주는 비대칭적(긍정적인 답의 선택폭이 넓음)이며, “우수”, “매우 양호”, “양호”, “보통”, “좋지 않음”과 같다. OECD Health Data에 보고된 자료는 “우수”, “매우 양호”, “양호”라고 답한 응답자들의 수를 포함하고 있다. 반면, 대부분의 다른 OECD 국가에서 응답범주는 대칭적이며, “매우 양호, 양호, 보통, 좋지 않음, 매우 좋지 않음”으로 되어 있다. 이러한 차이로 인하여 대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과보다 비대칭적인 척도를 사용하는 국가의 결과가 상향편이 되어 있다.

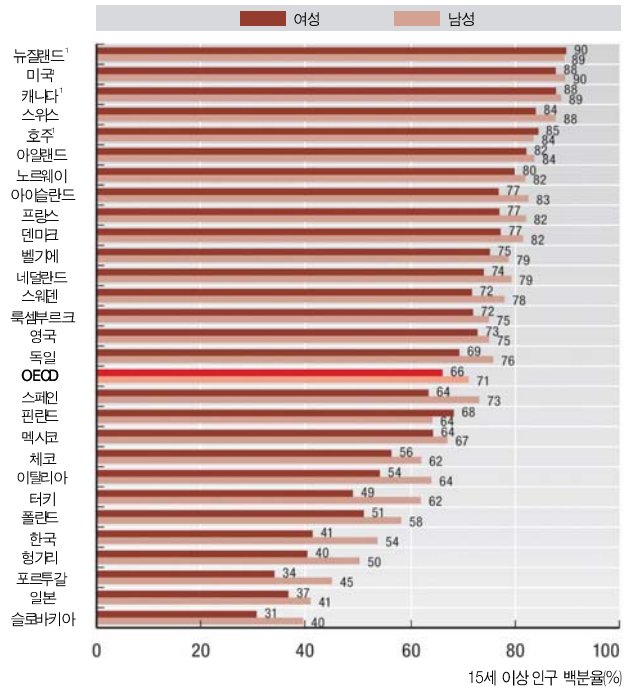


2.11 인지된 건강상태

2.11.1. 양호한 건강상태로 보고한 성인 백분율 (전체), 2005년 (또는 최근년도)

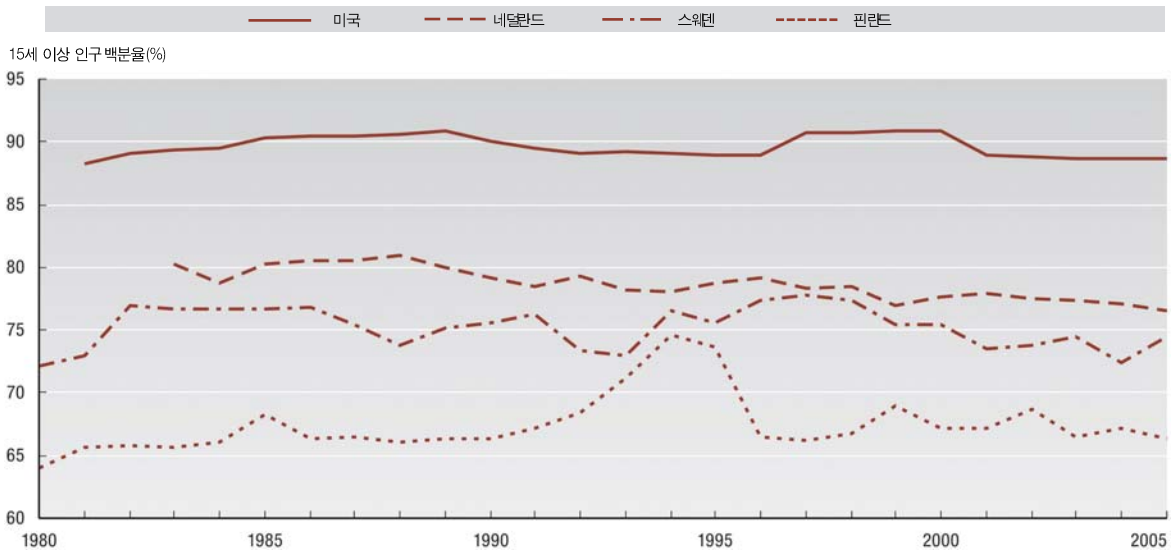


2.11.2. 양호한 건강상태로 보고한 성인의 성별 백분율 차이, 2005년 (또는 최근년도)



1. 이들국가의 결과는 상황편이(upward bias)를 초래하는 서베이 질문의 방법론적 차이로 인해 다른 국가들과 직접적으로 비교하기 곤란함.

2.11.3. 양호한 건강상태로 보고한 성인 백분율 추이, 일부 OECD 국가, 1980-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113710855475>

## 2.12 AIDS 발생률

후천성 면역 결핍증(AIDS) Acquired Immune Deficiency Syndrome은 25년 전에 처음으로 진단되었다. AIDS는 일반적으로 인체 면역결핍바이러스(HIV) Human Immunodeficiency Virus 감염의 결과로 발생하며, 면역체계가 신체를 더 이상 보호할 수 없는 상황이기 때문에 폐렴이나 결핵과 같은 다양한 질환으로 나타날 수 있다. 사용되는 치료방법에 따라 HIV 감염, AIDS 진단, HIV 감염으로 인한 사망간에 차이가 있으며, 이는 수년까지 길어질 수가 있다. 전세계적으로 이루어지고 있는 연구에도 불구하고 아직까지 발견된 치료방법은 없다.

2005년에 보고된 바에 의하면, OECD 국가에서 약 55,000 명이 AIDS라는 진단을 받았으며, 이는 비가중평균 발생률 incidence rate이 인구 백만 명당 18.8명을 의미한다(그림 2.12.1과 표 A.2.12). 1980년대 초에 첫 AIDS 사례가 보고된 이래로 그 수가 급속하게 증가하여 OECD 국가에서 평균적으로 인구 백만 명당 신환 44명 이상의 수준이 되었고, 1990년대 초반에는 현재 발생률의 두 배 수준을 기록하며 최고 절정에 달하기도 했었다(그림 2.12.2). 공공인식캠페인으로 인하여 1990년대 후반에는 보고된 사례의 수가 꾸준히 감소하게 되었다. 또한, 병의 진행을 줄이거나 감소시키는 약인 항레트로바이러스 제제 antiretroviral drugs의 개발과 보급 확대는 1996년과 1997년에 발생률의 급감으로 이어졌다.

미국은 사례보고 case reporting의 정의를 1993년에 확대하여 왔고, 결과적으로 유럽과 다른 OECD 국가에서 사용되는 정의와 차이가 있다는 점을 감안했음에도 불구하고 OECD

국가 중 미국은 지속적으로 가장 높은 AIDS 발생률을 보여 왔다. 정의의 변화는 1993년 이후 AIDS 사례의 급증을 설명해준다(그림 2.12.2). AIDS 출현 이후 첫 10년 간 유럽 국가 중 스페인이 가장 높은 발생률을 보고하였으나, 1994년 이후 급속히 감소하였다. 이로 인하여 현재 포르투갈이 유럽 국가 중 가장 높은 발생률을 기록하고 있다. 체코, 슬로바키아, 헝가리와 같은 중앙 유럽국가는 한국, 일본과 함께 OECD 국가 중 AIDS 발생률이 가장 낮은 국가들이다.

미국은 인종적 및 민족적 소수 민족에서 AIDS의 영향은 불균형적으로 나타난다. 캐나다의 경우, 토착민들이 지나치게 대표되었다 overrepresented. 대부분의 OECD 국가에서 HIV 감염의 주요 위험요소는 남성간의 보호되지 않은 성관계 unprotected sex이다. 동시에, 서부 및 중앙 유럽국가의 이성간의 HIV 감염 중 약 75%가 이민자와 이주민 사이에서 발생하였다.

최근 들어 전반적인 AIDS 사례의 감소추세가 둔화되었다. 이러한 역현상 reversal in progress은 새로운 HIV 감염율의 재발과 함께 발생하고 있다. 치료방법의 효과로 인한 불감증, 약물남용, 성관계에 대한 국민의 인식 약화 등으로 인한 것이다. AIDS 발생률을 보다 감소시키기 위해서는 HIV 감염 위험이 가장 높은 대상에 접근할 수 있고 집중된 강력한 HIV 예방프로그램이 필요하다.

## 정의와 국가간 차이

AIDS 발생률은 진단 년도의 인구 백만 명 당 새로운 발생 건수로 산정된다. 수년에 달하는 국가별 보고의 지연으로 인하여 최근 년도에 대한 것은 잠정적인 자료를 이용하였다.

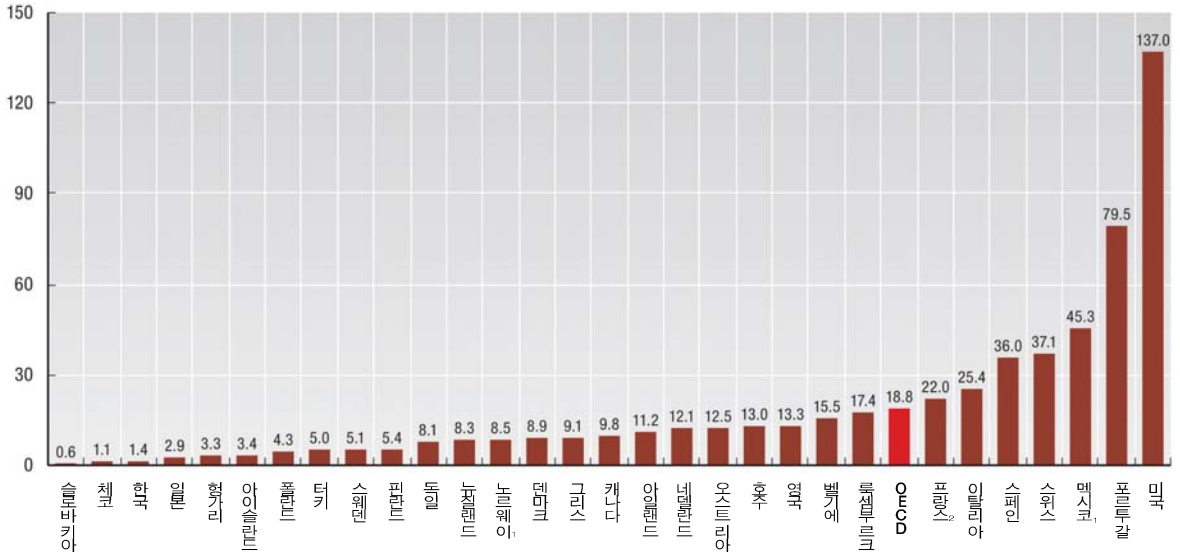
미국은 1993년에 AIDS 감시체계 사례 정의 surveillance case definition를 확대하여 T-lymphocyte 수를 포함하였다. 정의를 확대함으로써 1993년에 미국에서 새로운 AIDS 사례의 수가 크게 증가하였고, 이는 미국과 다른 OECD 국가간 상이한 AIDS 발생률 수치를 일부 설명해주고 있다.



2.12 AIDS 발생률

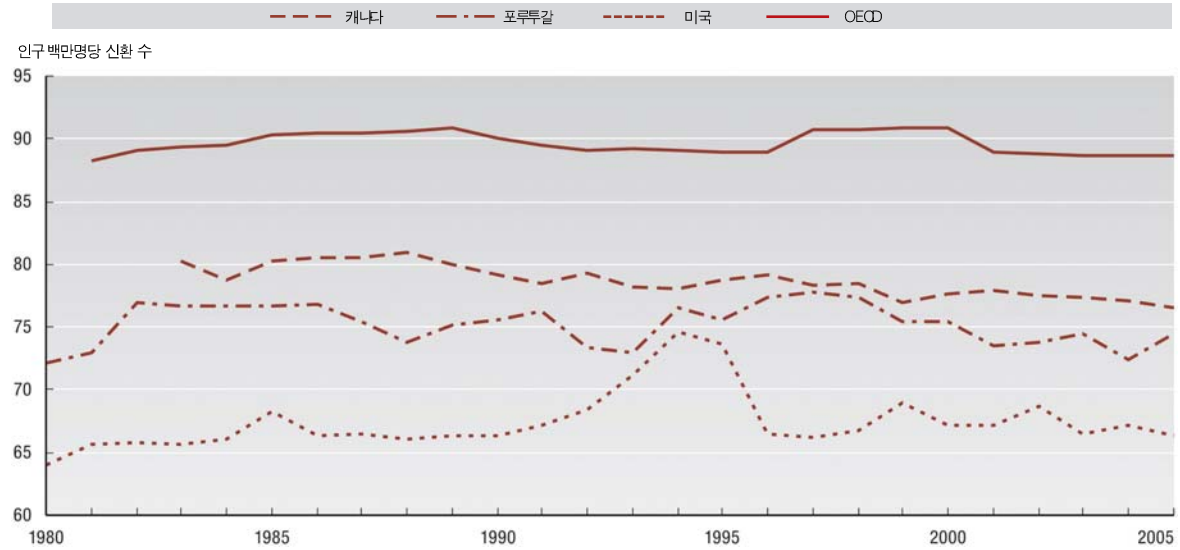
2.12.1. AIDS 발생률, 2005년

인구 백만명당 신환 수



1. 2003 2. 2004.

2.12.2. AIDS 발생률 추이, 1980-2005년



Note : 미국은 AIDS 감시체계에서환자(surveillance case) 정의를 1993년에 확대하였음.  
 유럽국가자료는 European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS 자료 활용  
 Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113724174126>



## 3. 건강의 비의료적 결정요인

3.1 담배 소비 .....	48
3.2 알코올 소비 .....	50
3.3 과체중과 비만 .....	52

## 3.1 담배 소비

세계보건기구(WHO)에 의하면 흡연은 전세계적으로 두 번째 주요 사망원인이다. 매년 전세계 성인 사망자 10명 중 1명이 직접적으로 흡연이 원인이 되어 사망하고 있고, 이는 연간 5백만 명에 근접하는 것으로 추산된다(WHO, 2002a). 흡연은 조기사망의 주요 원인인 순환기계통의 질환과 여러 암의 주요 위험 요인이기도 하다. 또한 호흡기계통 질환의 주요 기여요인이며, 임신여성의 경우 영아의 저체중과 질병을 초래한다. OECD 국가에서 흡연은 예방가능한 건강 위험요인중 가장 큰 요인이다.

성인 인구의 매일 흡연율은 OECD 국가 간에 큰 차이가 있으며, 인접한 국가 간에도 상당한 차이가 존재한다(그림 3.1.1). 흡연율은 북미와 호주에서 가장 낮은 편인데, 낮은 국가의 분포는 스웨덴에서 포르투갈까지 다양하다. 2000년 이후 흡연율이 OECD 평균 3% 가까이 감소하였고, 남녀 모두 꾸준히 감소하였다. 특히, 감소율이 큰 국가는 벨기에(31%에서 20%로), 캐나다(22%에서 17%로), 덴마크(30%에서 26%로), 한국(30%에서 25%로), 룩셈부르크(30%에서 23%로)이다. 그리스는 흡연율이 가장 높으며, OECD 국가 중 유일하게 남녀 모두 흡연율이 증가한 국가이기도 하다(35%에서 39%로).

전후 기간 중 1960년대와 1970년대 사이에는 대부분의 OECD 국가에서 남성의 흡연율이 아주 높았다(50% 이상). 반면에 1980년대와 1990년대는 담배 소비가 현저하게 줄었

다. 이러한 감소는 대부분 담배관련 질환의 증가에 대응하여 전개된 공공인식캠페인, 광고금지, 증과세를 통한 담배 소비 감소 정책에 힘입은 것이다(World Bank, 1999). 이러한 정부정책과 더불어, 금연운동 단체의 활동은 흡연이 건강에 미치는 영향에 대한 인식을 변화시켜 흡연율을 감소시키는 데 상당히 효과적이었고, 특히 미국에서 큰 성공을 거두었다(Cutler와 Glaeser, 2006).

비록 국가별로 아직 많은 차이가 있으나, 대부분 OECD 국가의 흡연율은 최근 수십 년간 상당히 줄었다(그림 3.1.3). 남성흡연율은 스웨덴을 제외한 모든 OECD 국가에서 아직까지 여성흡연율보다 높다. 대부분의 OECD 국가에서 여성 흡연율은 지속적으로 감소하고 있으며, 남성흡연율보다 더 빠르게 감소하는 경우도 있다. 지난 15년간 여성 흡연율이 증가한 국가는 그리스, 독일, 멕시코, 스페인 등 4개 국가밖에 없으나, 이들 국가의 남성 흡연율에 비하면 여성흡연율은 아직 낮은 수준이다. 2005년 남녀 간의 흡연율 차이는 특히 한국, 일본, 터키에서 가장 컸으며, 그 다음은 멕시코, 포르투갈, 그리스, 폴란드였다(그림 3.1.2).

그림 3.1.4는 OECD 국가에 있어서 담배 소비(1인당 그래프 수로 측정)와 폐암 발생 간의 20년간의 시차를 둔 상관관계를 보여준다. OECD 국가 중 담배 소비가 많은 국가는 10-20년 후에 폐암으로 인한 사망률이 높게 나타나고 있다.

## 정의와 국가간차이

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

OECD 국가간에 건강변접조사에서 흡연습관의 표준화된 측정치의 부족으로 국제 비교는 한계가 있다. 질문의 구성 *wording of question*, 응답범주 *response category*, 조사방법 *survey methodology*에 있어서 차이가 있다.

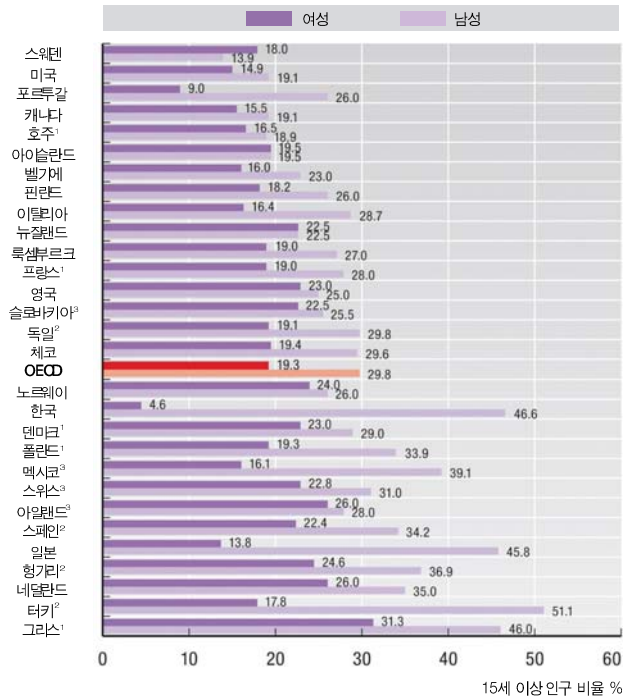


3.1.1. 성인 매일 흡연율(%), 2005년

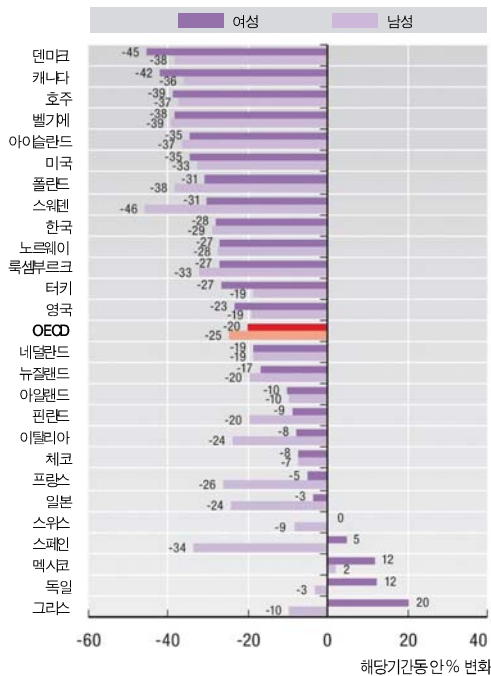


1. 2004 2. 2008. 3. 2002.

3.1.2. 성인 매일 흡연율(성별, %), 2005년

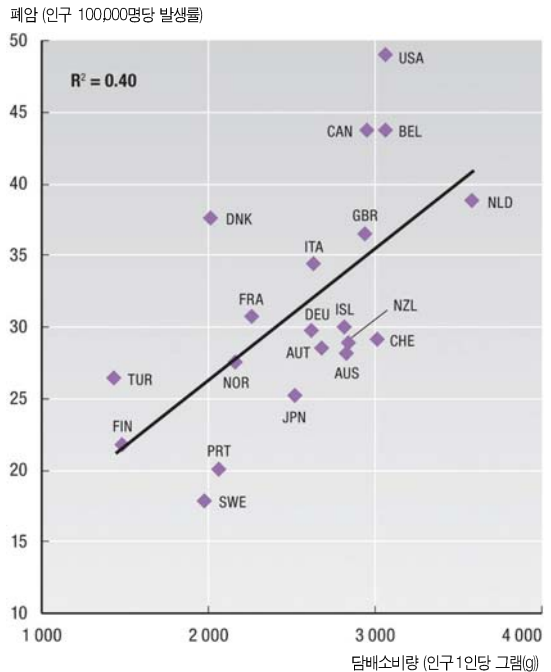


3.1.3. 성별 흡연율 변화, 1999-2005년(또는 최근년도)



Source: OECD Health Data 2007.

3.1.4. 담배소비량(1980년)과 폐암 발생률(2002년)



Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/115773816887>

## 3.2 알코올 소비

과도한 음주는 여러 가지로 건강에 안 좋은 영향을 준다. 과음은 간경변증, 특정 암, 심장질환, 뇌졸중, 혈관질환의 위험을 증가시킨다. 태아의 알코올 노출은 선천성 기형과 정신지체의 주요 원인이 된다. 음주는 사고와 손상, 폭행, 폭력, 살인, 자살에 의한 사망 및 장애의 원인이 되기도 한다.

확보 가능한 최근의 자료에 의하면, 연간 판매량으로 측정한 OECD 국가의 알코올 소비는 평균 성인 1인당 9.5리터 정도였다. 그러나 국가간 편차가 크다. 비거주자의 구매가 많은 룩셈부르크를 제외하면, 아일랜드, 헝가리, 프랑스, 체코의 알코올 소비가 가장 많아, 2005년(또는 2004년) 성인 1인당 12리터 이상이였다. 반대로, 터키, 멕시코, 일부 북유럽국가(노르웨이, 스웨덴, 아이슬란드)는 1인당 1.3~7.1리터로 상대적으로 적었다(그림 3.2.1).

지난 20년 동안 많은 OECD 국가에서 평균 알코올 소비가 점차 감소하였지만, 증가한 국가도 일부 있었다(그림 3.2.2). OECD 국가의 음주 습관도 어느 정도 수렴현상을 보였다. 전통적으로 맥주를 소비하던 국가에서는 와인 소비가 증가하고, 그 역의 경우도 성립되었다. 전통적인 와인 생산 국가인 이탈리아, 프랑스, 스페인도 1980년 이후 1인당 알코올 소비가 상당히 감소하였다(그림 3.2.2와 그림 3.2.3). 반면에 1980년 이후 아이슬란드, 아일랜드, 멕시코의 1인당 알코올 소비는 40% 이상 증가하였다. 다만 아이슬란드와 멕시코의 경우, 예전에 매우 낮은 수준이었기 때문에, 지금도 여전히 상대적으로 낮은 수준이다.

국가별, 시계열별 알코올 소비의 변이는 음주 습관의 변화 뿐만 아니라 음주를 통제하는 정책을 반영한다. 광고 규제, 판매 제한, 과세가 모두 알코올 소비를 줄이는데 효과적인 수단임이 밝혀졌다(Bennett, 2003). 판매에 대한 엄격한 통제와 증과세는 대부분의 북유럽 국가에서 소비 감소를 가져왔지만, 프랑스, 이탈리아, 스페인에서의 소비 감소는 자발적 및 법적 광고 규제와 관련이 있으며, 이는 부분적으로 1989 유럽지침령(European directive)의 발효 때문이었다.

성인 1인당 알코올 소비가 장기적인 추세를 보는데 유용하기는 하지만, 음주 패턴상의 위험에 처한 하위 인구집단(sub-population)을 밝혀내지는 못한다. 특히 한 번에 과대한 양의 알코올을 소비하는 것을 말하는 “binge drinking”은 위험한 소비 패턴이라 할 수 있는데(Institute of Alcohol Studies, 2007), 일부 국가와 사회집단(특히 젊은 남성인구에서 이러한 소비패턴이 증가하고 있다. 이집게도, 음주 패턴에 관한 정보는 대규모 건강조사가 아닌 음주습관에 대한 상세 조사에서만 얻을 수 있다.

그림 3.2.4는 1990년 알코올 소비와 2004년의 간경화증에 의한 사망률간 관계를 나타낸 것이다. 일반적으로 알코올 소비가 높은 국가가 낮은 국가들에 비해 10-15년 후 간경화증에 의한 사망률이 높은 경향이 있다. 지난 20년 동안 대부분의 OECD 국가에서 간경화 사망률이 감소하였는데, 이는 전반적인 알코올 소비감소에 바로 뒤이어 생긴 것이다.

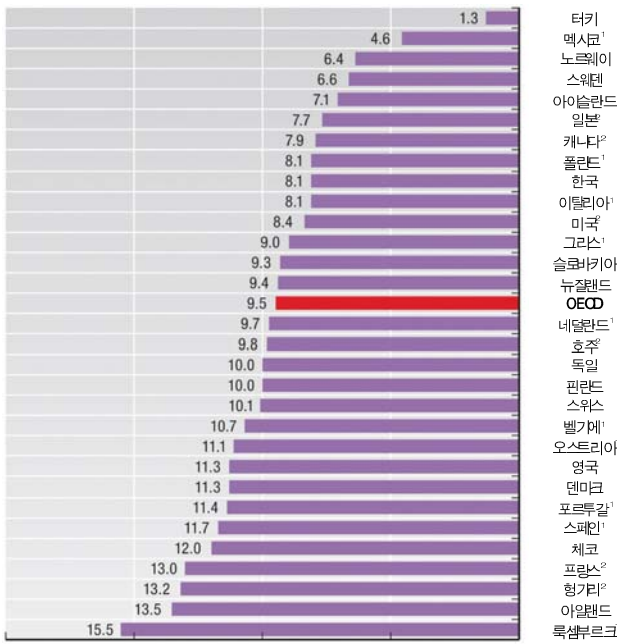
## 정의와 국가간차이

알코올 소비는 15세 이상 인구의 1인당 리터(litre)로 표시한 순수알코올(pure alcohol)의 연간 판매량으로 정의한다. 주류를 순수 알코올로 전환하는 방법은 국가마다 다르다.

일부 국가(예, 룩셈부르크)는 비거주자의 구매로 인하여 국가의 판매량과 소비량 사이에 상당한 차이가 생기기 때문에 국가 판매량이 거주자의 실제 소비량을 정확히 반영하지 못한다.

3.2 알코올 소비

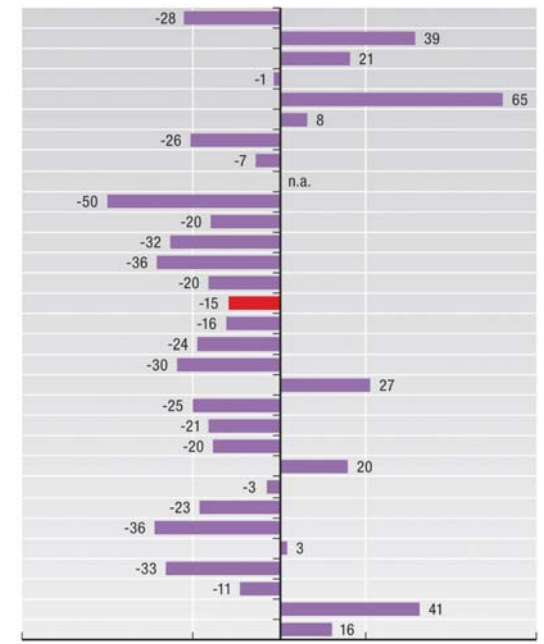
3.2.1. 1인당 알코올 소비량(15세 이상 인구), 2005년



인구 1인당 리터 (15세 이상)

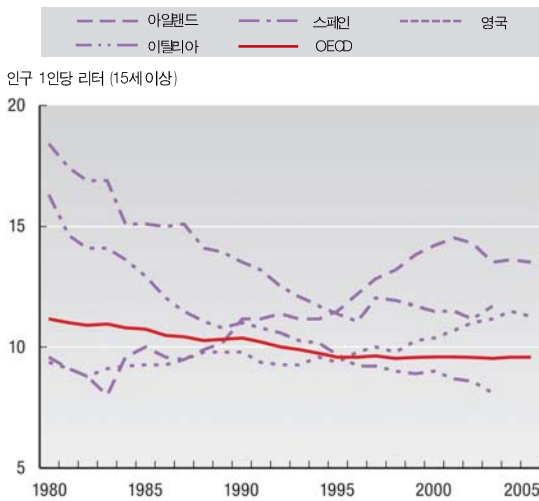
1. 2003, 2. 2004

3.2.2. 1인당 알코올 소비량의 변화(15세 이상 인구), 1980-2005년



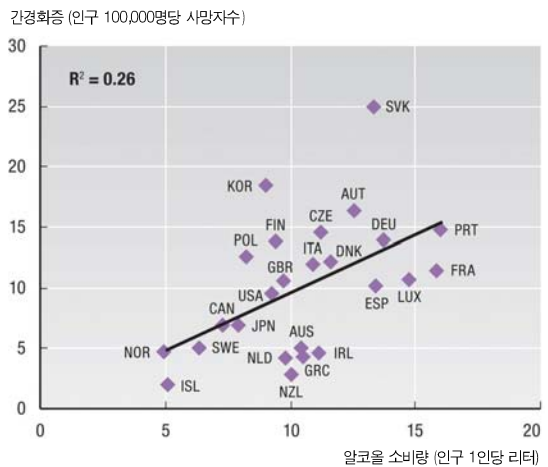
해당 기간동안 % 변화

3.2.3. 일부 OECD 국가의 알코올 소비량 추이, 1980-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

3.2.4. 간경화증사망률(2004년)과 알코올 소비량(1990년)



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113804155542>

### 3.3 과체중과 비만

많은 OECD 국가에서 아동 및 성인의 과체중 및 비만의 증가가 주요한 보건문제가 되고 있다. 비만은 고혈압, 고지혈증, 당뇨병, 심혈관 질환, 호흡기계통의 질환(천식), 근골격계통의 질환(관절염), 특정 암 등 많은 보건 문제의 위험요인으로 알려져 있다. 현재 성인 10명 중 3명 이상이 비만인 미국에서의 연구에 의하면 일련의 만성질환에 들어가는 비만관련 비용이 흡연 및 과음관련 비용을 초과하는 것으로 추정되었다(Stumm, 2002).

현재 멕시코, 미국, 영국, 호주, 그리스, 뉴질랜드, 룩셈부르크, 헝가리, 체코, 캐나다, 독일, 포르투갈, 핀란드, 스페인, 아이슬란드 등 15개 OECD 국가에서 성인의 50% 이상이 과체중 또는 비만으로 분류되고 있다(표 A.3.3). 이에 비해, 과체중과 비만의 비율이 증가하는 양상을 보이기는 하지만 OECD 회원국 중 두 아시아 국가(일본, 한국)와 일부 유럽 국가(프랑스, 스위스)의 비만율은 훨씬 낮다. (과체중보다 건강에 더욱 심각한 위험이 있는) 비만에만 초점을 맞추어 보면, 성인의 비만율은 일본과 한국 등의 최저 3%에서 미국과 멕시코 등의 최고 30% 이상에 걸쳐 국가별로 열 배의 차이가 난다(그림 3.3.1과 그림 3.3.2).

시계열로 일관성있게 비만율을 측정된 결과, 미국은 지난 20년 동안 두 배 이상 증가하였고, 호주는 거의 세 배가 되었으며, 영국은 세 배 이상 증가하였다(그림 3.3.3). 영국, 그리스, 호주, 뉴질랜드의 성인 중 약 21-23%가 비만으로, 1990년대 초 미국의 비만을 수준에 근접하는 것으로 나타났다. 지난 수십 년 동안 많은 서부 유럽국가에서도 비만율이 상당히 증가하였다.

많은 국가에서 비만의 증가 현상은 성, 연령, 인종, 소득, 교육수준과 관계없이 모든 인구 집단에 영향을 미쳤다. 다

만, 미국과 캐나다의 예에 의하면, 비만은 고소득 집단보다 저소득 사회경제집단에서 보다 더 보편적으로 나타나는 경향이 있다(Statistics Canada 및 CDC, 2004). 이는 특히 여성에게 그러하고, 남성의 경우 덜 뚜렷하다.

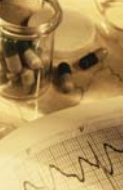
비만이 만성질환의 위험을 높이므로 이는 상당한 의료비를 추가적으로 발생시키게 된다. 거시적 수준에서 보면, 미국의 경우 비만에 기인한 의료비가 1990년대 말 국민의료비의 약 5-7%에 달하고, 캐나다, 호주, 뉴질랜드와 같은 국가에서는 국민의료비의 2-3.5%에 달하는 것으로 추정되었다(Thompson과 Wolf, 2001). 보다 미시적 수준에서 미국의 추정치를 보면 정상체중인 사람들보다 비만인 사람들의 경우 의료서비스 비용이 36%, 약제비는 77% 더 높았다(Strum, 2002). 비만의 발현과 그에 연관된 건강상의 문제 사이에는 몇 년의 시차가 있으므로, 대부분의 OECD 국가에서 나타난 지난 20년 간 비만의 증가로 앞으로 의료비가 더 높아질 것으로 보인다.

식품의 실질가격의 하락, 신체 활동시간의 감소 등 수많은 행태적, 환경적 요인들이 산업국가에서 과체중과 비만을 증가를 가중시켜왔다. 또한 과체중과 비만은 아동 사이에서도 빠르게 확대되고 있으며, 대부분의 OECD 국가에서 아동 비만율은 두 자리 수의 비율까지 높아진 상태이다. 스페인은 13-14세 아동 중 1/3이 과체중 및 비만으로 가장 높았으며(2000-02), 영국의 5-17세 아동 및 청소년의 29%(2004), 이탈리아의 5-17세 아동 및 청소년(1993-2001) 과 벨기에의 5-15세 아동 및 청소년(1998-99) 중 약 1/4이 과체중 및 비만으로 그 뒤를 이었다(International Association for the Study of Obesity, 2007).

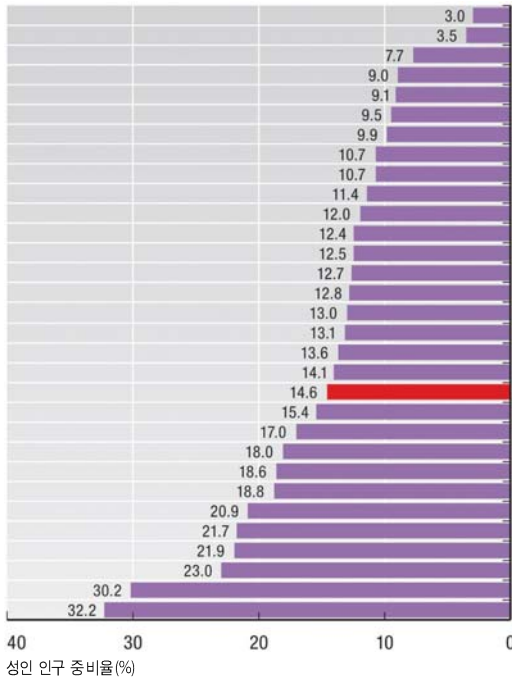
#### 정의와 국가간 차이

과체중과 비만은 체지방 비율이 높아서 건강상의 위험을 초래하는 과도한 체중으로 정의한다. 가장 널리 사용되는 과체중과 비만 측정법은 한 개인의 신장 대비 체중 상태를 평가하는 단일 수치인 체질량지수(Body Mass Index: BMI, 체중/신장, 체중은 킬로그램, 신장은 미터)를 기준으로 한다. 현재 WHO 분류기준(WHO, 1997)으로 BMI가 25-30인 성인을 과체중, 30을 초과하는 성인을 비만으로 정의한다. 다만 이러한 분류가 모든 인종 집단에 맞지 않을 수 있는데, 낮은 BMI(예, 아시아인) 또는 높은 BMI 수준에서 같은 위험이 있을 수 있다. 또한 BMI는 성인의 기준이므로 아동의 과체중과 비만을 측정하는 데는 적합하지 않다.

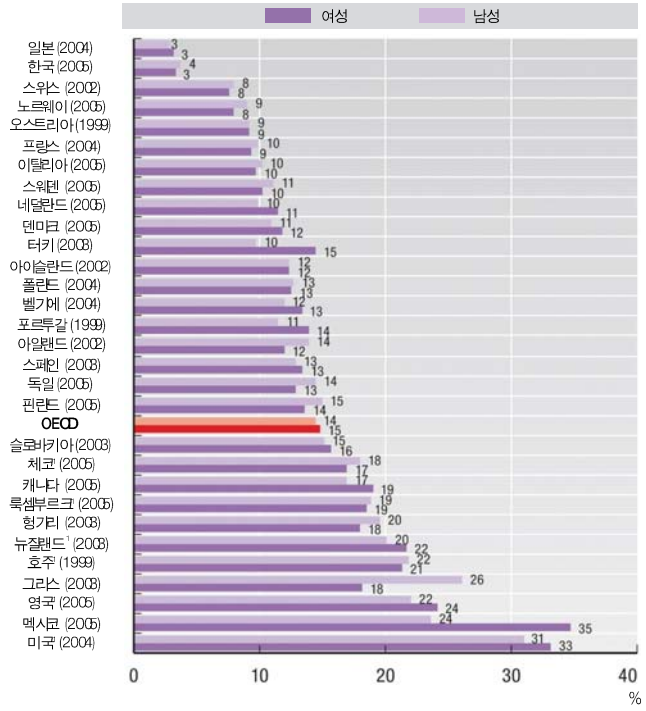
대부분의 국가에서 과체중과 비만율은 건강면접조사(health interview survey)에서 자기 보고한 신장 및 체중 수치에서 측정한다. 호주, 체코(2005), 룩셈부르크, 뉴질랜드, 영국, 미국은 예외에 해당하는데, 이들 국가에서는 실제로 사람들의 신장과 체중을 측정하는 건강검진 조사(health examination survey)에서 데이터를 얻는다. 이러한 자료 수집 방법의 차이로 자료의 비교가능성이 상당부분 훼손된다. 건강검진에서 나온 데이터는 일반적으로 건강면접조사의 데이터보다 수치가 높고 신뢰성이 더 있다. 예를 들어, 미국에서 1999년 면대면 면접(face-to-face interviews)을 기준으로 성인 비만율이 22%였으나, 실제로 측정해 본 결과 같은 해의 성인 비만율은 31%로 상당한 차이가 있었다. 그러나 정기적으로 건강검진조사를 시행하는 국가는 소수에 불과하다.



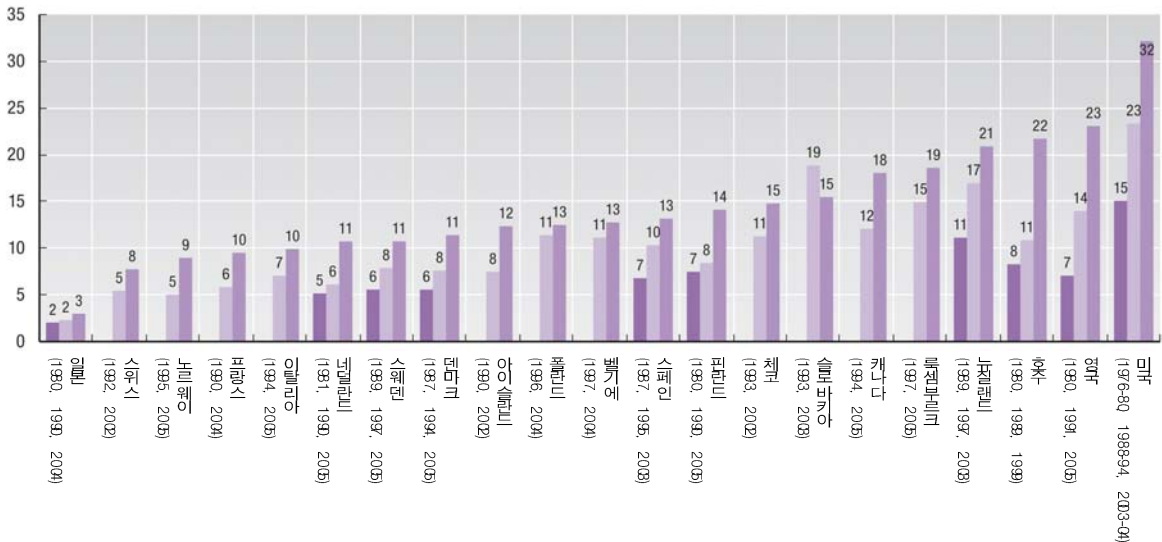
3.3.1. 체질량지수(BMI) 30 초과(비만) 성인인구의 백분율, 2005년(또는 최근년도)



3.3.2. 체질량지수(BMI) 30 초과(비만) 성인인구의 성별 백분율, 2005년(또는 최근년도)



3.3.3. OECD 국가의 성인인구 비만을 증가 추이



1. 호주, 체코(2005), 룩셈부르크, 뉴질랜드, 영국과 미국의 수치는 건강면접조사(health interview surveys)가 아닌 건강검진조사(health examination surveys) 자료를 활용하였음.  
Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113882465568>



## 4. 보건의료 자원과 이용

4.1 의과대학 및 간호대학 졸업생.....	56
4.2 활동 의사 .....	58
4.3 활동 간호사 .....	60
4.4 보건의료 전문직(의사와 간호사)의 보수 .....	62
4.5 급성기 의료 병상 수(공급과 점유율).....	64
4.6 장기요양 병상 수(병원과 요양원) .....	66
4.7 의료기술 .....	68
4.8 의사 진찰 .....	70
4.9 퇴원 .....	72
4.10 평균재원일수 .....	74
4.11 심혈관질환 처치.....	76
4.12 신부전증 치료 (투석과 이식) .....	78
4.13 제왕절개 .....	80
4.14 백내장 수술(외래와 입원).....	82
4.15 의약품 소비.....	84



## 4.1 의과대학 및 간호대학 졸업생

전문 의료인력을 유지 및 확대하기 위해서는 새로운 인력 훈련에 투자하거나 해외에서 훈련된 인력을 채용해야 한다. 이는 특히 베이비붐(Baby Boom) 세대의 의사와 간호사가 은퇴 시기에 가까워지면서 더 중요해진다.

전문 의료 인력을 훈련시키는데 시간이 소요되기 때문에 공급을 수요에 맞추는 일은 어려워진다. 예를 들어, 의사를 훈련시키는데 10년이 소요된다고 할 경우, 예상치 못했던 의사에 대한 수요가 갑자기 증가한다면, 국내에 실직해 있는 의사가 없는 경우, 해외에서 자격을 갖춘 의사를 채용하는 방법 밖에 없다. 반대로, 갑작스러운 수요의 감소는 특히 새로운 졸업생들이 국내에서 빈 일자리를 찾는데 어려움을 겪을 수 있다는 것을 의미한다.

의사와 간호인력을 훈련하기 위한 제도는 OECD 국가별로 상당한 차이를 보인다. 일부 국가의 경우, 중앙 정부가 훈련되는 의료 인력의 수를 정하고, 필요한 비용을 제공하며 공공기관에서 훈련을 시킨다. 다른 국가의 경우, 중앙 정부에서 그 수를 정하지 않고, 민간부문에서 일부 필요한 재원을 지원받고 민간기관에서 훈련을 시킨다.

그림 4.1.1과 그림 4.1.2는 각각 2005년 OECD 국가에서 보고된 의사 및 간호사 1,000명당 각각 의대 졸업생 비율과 간호대 졸업생 비율을 나타낸다. 국가별로 두 지표간에 상당한 차이가 있었다. 2005년에 졸업생 비율이 높은 국가(예, 의사의 경우 한국과 오스트리아, 간호사의 경우, 핀란드와 포르투갈)에서는 1990-2005년의 기간 동안 활동하는 의사와 간호사의 수가 급증하는 것이 관찰되었다(지표 4.2 “활동 의사”의 그림 4.2.2 및 지표 4.3 “활동 간호사”의 그림 4.3.2 참조). 낮은 졸업생 비율을 보고한 국가에서는 그 반대 현상이 일어났다(예, 의사의 경우 프랑스, 포르투갈, 캐나다, 간호사의 경우 간호사 밀도가 감소한 호주와 캐나다). 현재 훈련비율은 어느 정도 과거 수요와 예측되는 수요의 변화를 고려했을 가능성이 높다. 그러나 많은 국가의 경우,

현재와 과거의 훈련 비율과 최근 인력밀도의 증가는 공급자 측에서 부분적으로 결정했을 가능성도 높다. 한국과 오스트리아는 졸업생을 가장 많이 배출한 국가로 중앙 정부가 의과대학 진학을 통제하지 않고 있다. 반면에 2005년 OECD 평균보다 낮은 의대 졸업생 비율을 기록한 대부분의 국가는 의과대학 신입생 정원을 정부가 통제하고 있었다(Simoens and Hurst, 2005).

2005년 OECD 국가의 평균 의대 졸업생 비율은 활동의사 1,000명 당 35명, 이에 해당하는 간호사의 수는 46명이었다. 간호사의 평균 활동수명은 의사보다 훨씬 짧은 경향이 있고, 이러한 차이는 두 직업군의 남녀비율이 다르다는 점으로부터 일부 기인한다. 그러므로 의사와 간호사간의 졸업생 비율의 차이가 존재하는 것은 놀라운 일이 아니다.

그림 4.1.3과 그림 4.1.4는 각각 1985-2005년 기간 동안 선정된 OECD 국가에서 의사와 간호사 졸업생 비율의 추세를 보여준다. OECD 국가 전반과 개별 국가에서 평균 의과대 졸업생 비율이 뚜렷하게 감소하였으나, 일부 국가에서만 동 기간 후반 또는 최근에 들어 졸업생 비율이 약간 증가하였다. 이러한 감소는 1975-90년에 비해 1990-2005년에 의사 밀도 감소 자체와 관련되어 있다(지표 4.2 “활동 의사” 참조). 이러한 의과대 졸업생 비율감소의 어느 정도가 수요변화에 따른 것이며, 졸업생 비율의 감소와 의사밀도 증가를 감소의 어느 정도가 공급자 측에 의한 것인지, 즉 일부 국가에서의 의과대학 입학의 통제나 현존하는 통제정책의 강화에 의한 것인지를 설명하는 것은 매우 어렵다.

간호사와 관련하여, 앞에서 선정된 국가에서 졸업생 수의 감소추세는 뚜렷하게 나타나지 않고 있다. 그러나 놀랄 만한 점은 여러 국가에서 약 10년 동안 간호사 졸업생 수에 기간별 변동이 있었다는 것이다. 이는 공급에 대한 대응과 수요 변화간의 시차 때문일 가능성이 높다(Simoens et al., 2005).

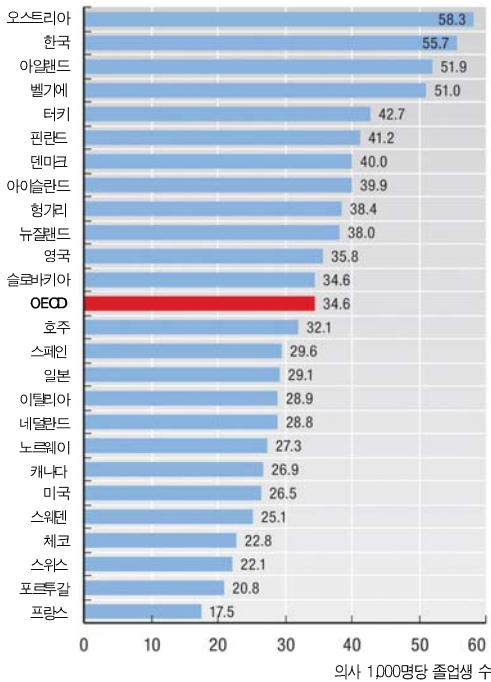
## 정의와 국가간 차이

의과대학 졸업생은 해당 연도에 의과대학이나 유사한 기관을 졸업한 학생 수로 정의된다. 치과대학, 공중보건, 역학 졸업생은 여기에서 제외되었다. 간호대학 졸업생은 해당 연도에 면허가 있는 또는 등록된 간호사가 되기 위해 필요한 공인된 간호사 자격을 획득한 학생 수로 정의된다. 조산사 졸업생도 여기에 포함되었다.

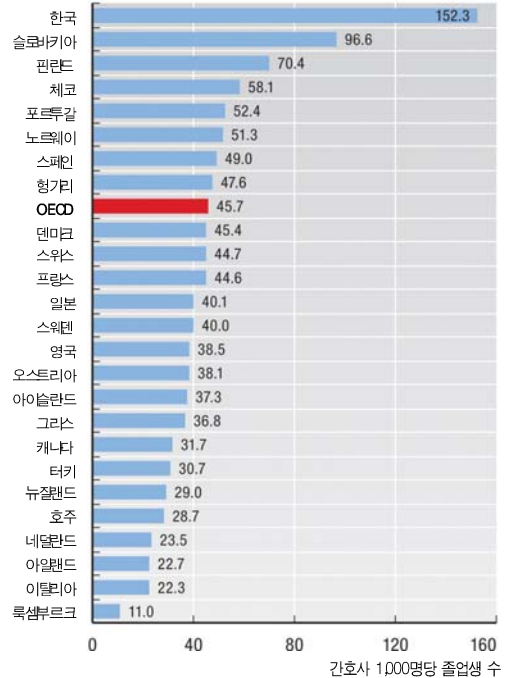
의과대학 졸업생의 경우, 체코와 영국은 해외 졸업생 수를 제외하지만, 일부 국가에서는 이를 포함하였다. 간호대학 졸업생의 경우, 영국은 해외 졸업생 수를 제외한다.

4.1 의과대학 및 간호대학 졸업생

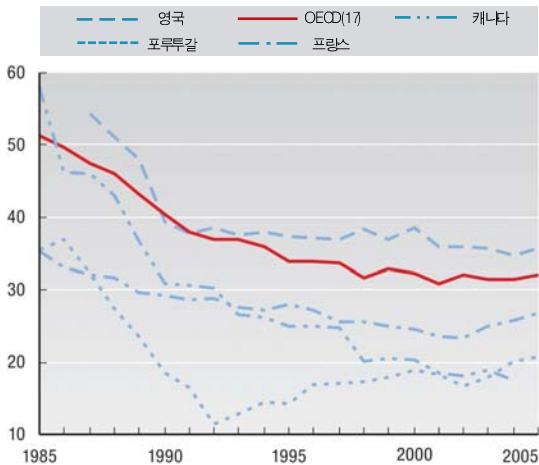
4.1.1. 의사 1,000명당 의대 졸업생수, 2005년(또는 최근가용년도)



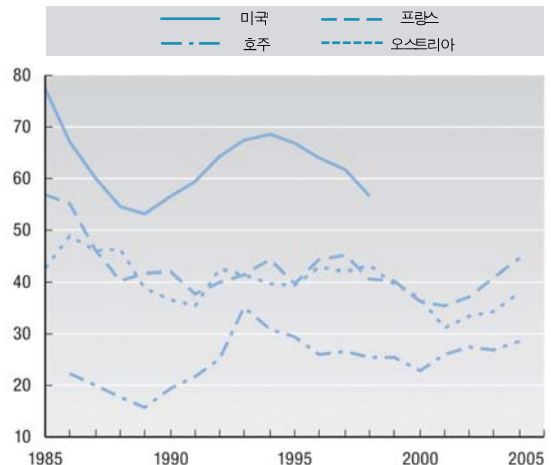
4.1.2. 간호사 1,000명당 간호대 졸업생수, 2005년(또는 최근가용년도)



4.1.3. 일부 OECD 국가의 의사 1,000명당 의대 졸업생수, 1985-2005년



4.1.4. 일부 OECD 국가의 간호사 1,000명당 간호대 졸업생수, 1985-2005년



Note: 자료가 이용가능하지 않기 때문에 OECD 평균은 산출하지 않았음.  
 1. 미국은 면허등록간호졸업생(licensed practical nurses graduates)에 대한 자료 수집이 1998년까지 이루어져 그 이후의 자료는 이용불가함.

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/113884058288>

## 4.2 활동 의사

양질의 의료서비스에 대한 접근성을 환자에게 제공하기 위해서는 잘 훈련되고 지리적으로 잘 분포된 의사들의 적절한 공급이 아주 중요하다. 의사는 환자의 진단과 치료에 대한 주요 결정을 내리기 때문에, 의사의 진료비와 월급에 반영된 의사의 진료시간 가격보다 훨씬 더 많은 비용이 드는 의료서비스의 인력 및 다른 자원의 수요를 지휘한다.

2005년 OECD 국가에서 인구 1,000명 당 활동 의사 수(의사 "밀도" *physician "density"*)에 상당한 차이가 지속적으로 존재하며, 벨기에와 그리스의 인구 1,000명 당 4명 이상에서 한국, 멕시코, 터키의 경우, 인구 1,000명 당 2명 이하까지 다양했다(그림 4.2.1). OECD 평균은 인구 1,000명 당 3명이었다.

의사 "밀도"는 모든 OECD 국가에서 지난 30년 동안 상당한 증가를 보였으나, 거의 모든 국가에서 증가율은 감소하였다. 장기기록을 보유한 OECD 국가의 경우, 1975-1990년 동안 의사 밀도는 연평균 3%씩 증가하였으나, 1990-2005년 동안에는 연평균 증가율이 1.6%로 감소하였다(그림 4.2.2). 오스트리아와 영국만이 전보다 더 높은 성장률을 보고하였다. 많은 국가에서 비용절감 노력이 의사밀도 성장률의 감소를 부분적으로 불러왔다. 의사가 의료서비스에 대한 수요를 유인할 수 있다는 것은 널리 알려져 있는 사실이다. 특히 행위당 지불보상제의 경우 그러한 것으로 알려져 있다. 많은 국가에서 1980년대와 1990년대에 의과대학 신입생 정원 통제 소위 인원제한(*numerus clausus*) 정책을 하거나 현존하는 통제정책을 더욱 강화하였다(OECD, 2006a).

그림 4.2.3은 OECD 국가의 전문의(*specialist*) 및 일반의(*generalist*) 밀도에 대한 자료를 보여준다. 일부 국가의 경우, 활동하는 모든 의사를 이 두 카테고리에 포함시키지 않았음을 염두에 둘 필요가 있다(아래 참조). OECD 국가에서 평균적으로 전문의 수는 일반의 수보다 훨씬 높다. 평균적으로, 전문의

밀도는 1.7명인 반면 일반의(GP)*general practitioner*는 0.8명 밖에 되지 않는다. 그러나 호주와 벨기에는 전문의보다 일반의 수가 더 많으며, 프랑스, 포르투갈, 뉴질랜드, 터키는 전문의와 일반의의 수가 동일하다고 보고하였다. 보건정책과 보건 분야의 연구는 일반의 일차 진료(*generalist primary care*)의 비용절감 효과의 중요성을 강조하지만(Starfield et al., 2002 및 2005), 의료기술의 발전으로 더 많은 의료 전문의들이 배출되고 있다. 평균적으로, 자료가 확보 가능한 OECD 국가에서 1990년과 2005년 사이에 전문의/일반의의 비율은 1.5명에서 2명으로 증가하였다.

대부분의 OECD 국가에서 의사의 진단 및 치료 결정으로 인한 간접적인 비용은 꾸준히 증가해왔다. 그림 4.2.4는 선정된 몇몇 OECD 국가에서의 1990년과 2005년 사이에 일관된 OECD 평균에서 활동 의사 1인당 실질의료비지출(불변 PPP 환율 및 불변 GDP 물가로 산정된 백만 미달러 단위)을 나타내고 있다. 2005년 미국의 의사 1인당 보건의료비 지출은 폴란드의 6.5배에 달했다. 이 기간 동안, 자료 확보가 가능한 거의 모든 OECD 국가에서 보건의료비 지출이 증가하였으며, 평균적으로는 약 1/3 증가하였다. OECD의 소급분식에 따르면, 지난 20년 동안 보건의료비 지출 증가에 국민소득의 증가와 의료기술의 발전이 인구 고령화보다 더 큰 역할을 했음을 보여준다(OECD, 2006b). 일반 GDP 물가에 비해 의료서비스물가가 더 빨리 증가한 것 역시 이 추세에 기여하였다.

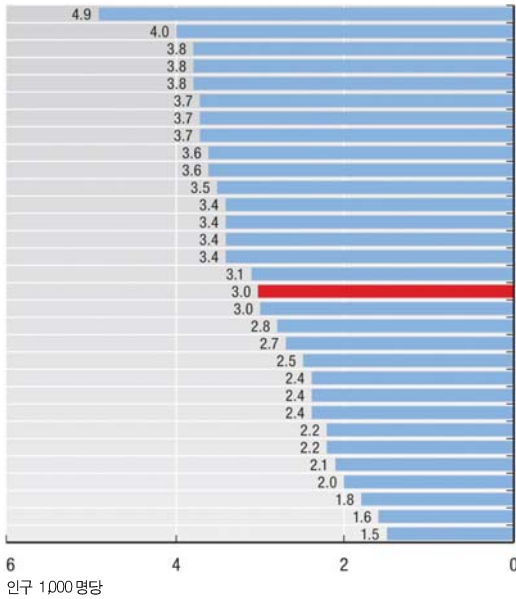
의사밀도의 증가, 전문화의 증가 그리고 의사 1인당 보건 의료비 지출의 증가는 몇몇 국가에서는 특정 질환에 해당하는 의료서비스의 기술적 질 향상에 상응하는 결과로 보여진다(제6장 "보건의료의 질" 참조).

## 정의와 국가간 차이

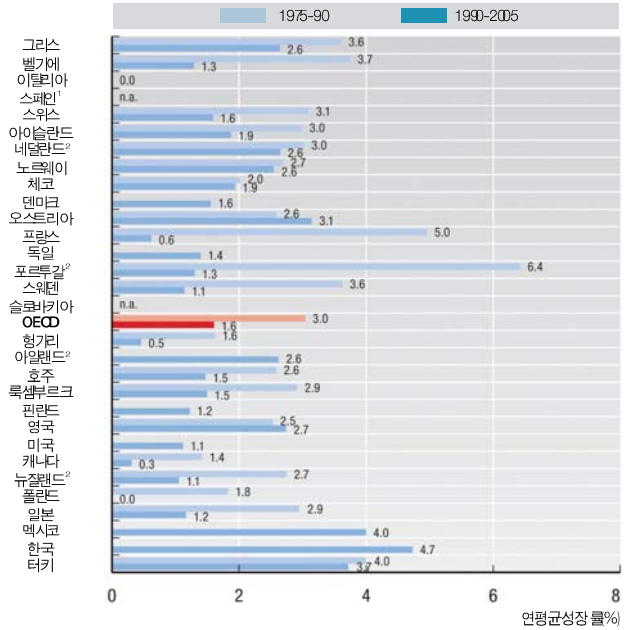
활동 의사(*practising physicians*)는 공공과 민간기관에서 의료를 활발하게 시행하고 있는 의사의 수로 정의된다. 많은 국가에서(모든 국가가 아님) 이 수는 인턴과 레지던트(훈련 중인 의사)를 포함한다. 또한, 이 수는 머릿수 기준이며, 2002년 전에 전일근무환산치(*full-time equivalent*)를 보고한 노르웨이는 제외한다. 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈은 진료자격을 갖춘 의사의 수를 보고한다(결과가 과다추정됨). 스페인의 경우, 치과사와 구강병리학 의사를 포함한다(과다추정).

활동 의사를 전문의와 일반의라는 두 개의 광범위한 카테고리로 분류를 하지 못한 OECD 국가도 있다(예, 훈련 중인 의사의 전문 분야에 대한 자료가 없는 국가가 있으며, 민간분야에서 활동하는 의사의 전문 분야에 대한 자료가 없는 국가도 있음).

4.2.1. 인구 1,000명당 활동의사수, 2005년(또는 최근가용년도)

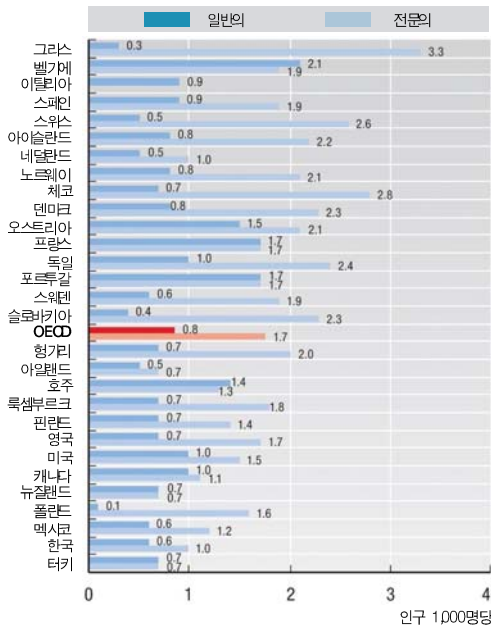


4.2.2. 활동의사 밀도 성장률, 1975-90년과 1990-2005년



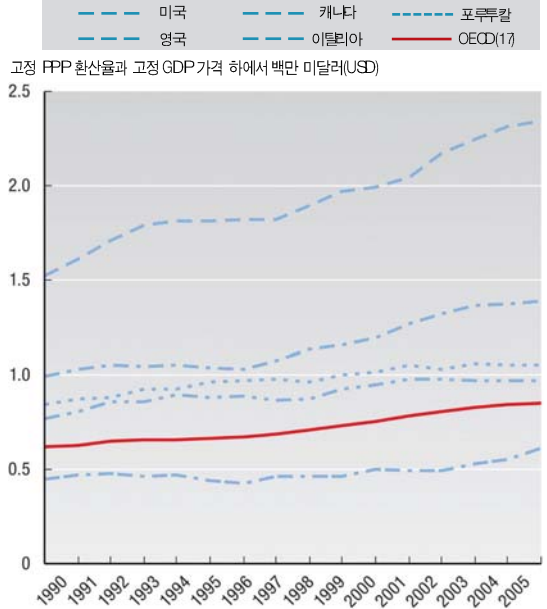
1. 스페인은 치과 의사와 구강병리학 의사(stomatologists) 포함  
 2. 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈은 활동의사 수가 아니라 진료자격이 부여된 모든 의사수 자료를 제출하였음.

4.2.3. 인구 1,000명당 일반의(GP)와 전문의 수, 2005년(또는 최근가용년도)



Note: 일부 국가들은 일반의와 전문의의 2개 범주로 활동의사수를 보고할 수 없음.  
 Source: OECD Health Data 2007.

4.2.4. 활동의사 1인당 실질 의료비 지출, 1990-2005년



Note: OECD 평균 산출시 방법론 변경으로 인해 연도별 보건의료비 지출 자료 제출에서 일부 누락이 있는 국가도 포함시켰음.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114007351516>

## 4.3 활동 간호사

OECD 국가에서 간호사는 보통 보건의료 전문인력 증가 장수가 많은 직업으로, 간호사대 의사의 수는 약 3대 1이다. 간호사는 병원과 장기요양기관 같은 전통적인 조직형태에서 뿐만 아니라 일차의료(특히 만성질환 환자를 돌보는 일)와 재가진료 조직형태에서도 점차 의료서비스 제공에 있어 중요한 역할을 한다. 많은 국가에서 간호사 수의 부족이 우려 대상으로 되었다. 간호사에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 베이비붐 세대의 고령화로 많은 간호사가 퇴직을 하게 되면 앞으로 이리러한 우려는 확대될 가능성이 있다.

2005년에 OECD 국가에서 인구 1,000명 당 간호사의 수(간호사 “밀도” nurse “density”)에 상당한 차이가 있었으며, 아일랜드와 노르웨이의 15명 이상부터 한국과 터키의 2명 미만까지 다양했다(그림 4.3.1). OECD 평균은 인구 1,000명 당 8.9명의 간호사였다.

시계열적 추세를 보면, 자료가 확보가능했던 OECD 국가에서 1990년과 2005년 사이에 간호사 밀도는 연평균 1.1% 씩 증가하였다(그림 4.3.2). 여기에서도 국가별로 보고된 변화의 비율에 상당한 차이가 있었다. 지난 15년 동안 호주, 캐나다, 폴란드의 3개 국가에서 1인당 간호사 수는 실제로 감소하였다.

또한, 1990년과 2005년 모두에서 OECD 국가의 활동 간

호사대 활동 의사 비, 즉 간호사/의사 “스킬 믹스” skill mix에 상당한 차이가 있었다(그림 4.3.3). 2005년에 간호사/의사 비는 아일랜드와 룩셈부르크의 의사 1명당 간호사 5명 이상에서 그리스의 의사 1명당 간호사 1명 이하까지 다양했다.

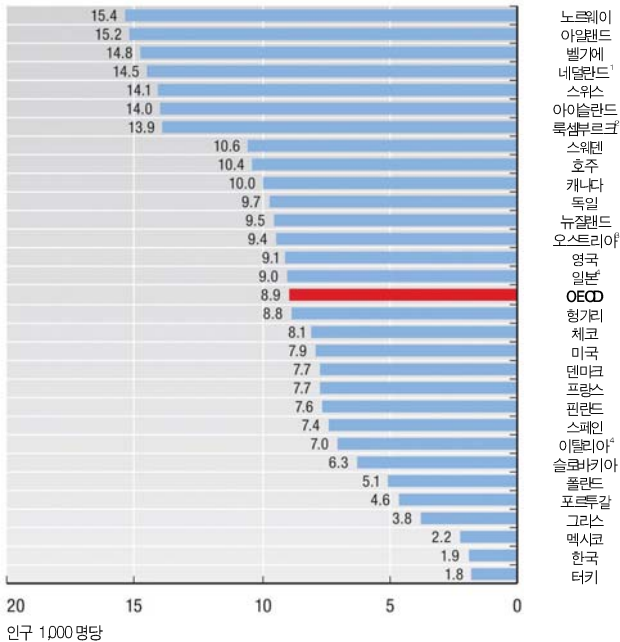
흥미롭게도, 1995년과 2005년 사이 간호사/의사 비가 증가했다는 국가보다 감소했다고 보고한 국가가 더 많았다(그림 4.3.3). 평균적으로 OECD 국가에서 간호사/의사 비는 3.1에서 2.9로 약간 감소하였고, 이는 이렇게 정교하지 않은 방식으로 정의된 “스킬 믹스”가 증가했음을 의미한다. 이 현상에 대한 하나의 가능한 설명으로는 의료기술의 발전과 활동율의 증가가 의사에 대한 수요와 일부 간호사에 대한 수요를 꾸준히 증가시키는 동시에 반대로 동일한 요인들이 다른 부분의 간호사에 대한 수요를 감소시켰다는 것이다. 이러한 간호사 수요의 감소는 덜 공격적인 외과수술 및 개선된 약과 마취제가 통원수술 비율을 증가시켰고, 재원기간을 줄였으며, 병상수를 줄였고 그리고 점점 더 많은 만성질환 환자들이 일차의료 조직형태에서 돌보아 질수 있도록 했다는 것에 기인한다.

## 정의와 국가간차이

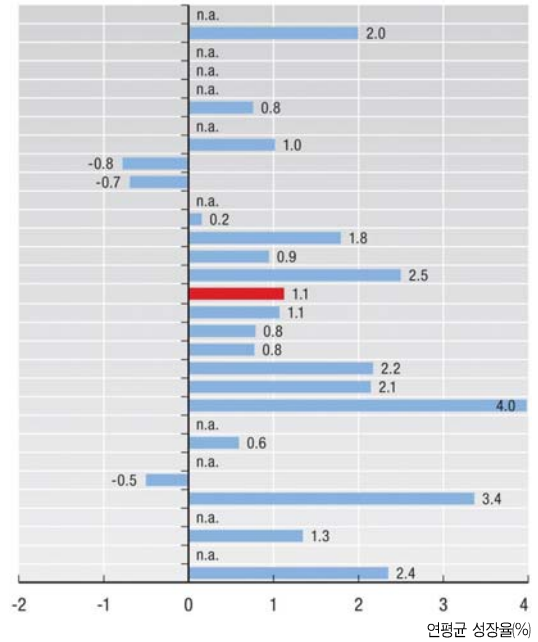
활동 간호사(working nurses)는 자영 간호사를 포함하여 모든 공공 및 민간 조직형태에 고용되어 실제로 활동하는 간호사의 수로 정의한다. 자료에는 완전한 자격이 있는 간호사(간호고등교육 수료)와 간호 전문성이 낮지만 통상 등록이 되어 있거나 면허가 주어지는 직업적인/보조적인/부가적인/실제적인 간호인력의 양자가 모두 포함되어야만 한다. 조산사, 간호사 자격이 없는 보조 간호사, 행정 간호사는 이론적으로 제외되어야 한다. 그러나 OECD 국가 절반 정도가 조산사를 수처에 포함시키고 있으며, 다수의 국가가 활동을 하지 않는 간호사의 수를 포함시켰다(결과가 과다추정됨). 반면에 오스트리아는 병원에서 일하는 간호사의 수만을 보고하였다(결과가 과소추정됨).



4.3.1. 인구 1,000명당 활동간호사수, 2005년(또는 최근가용년도)

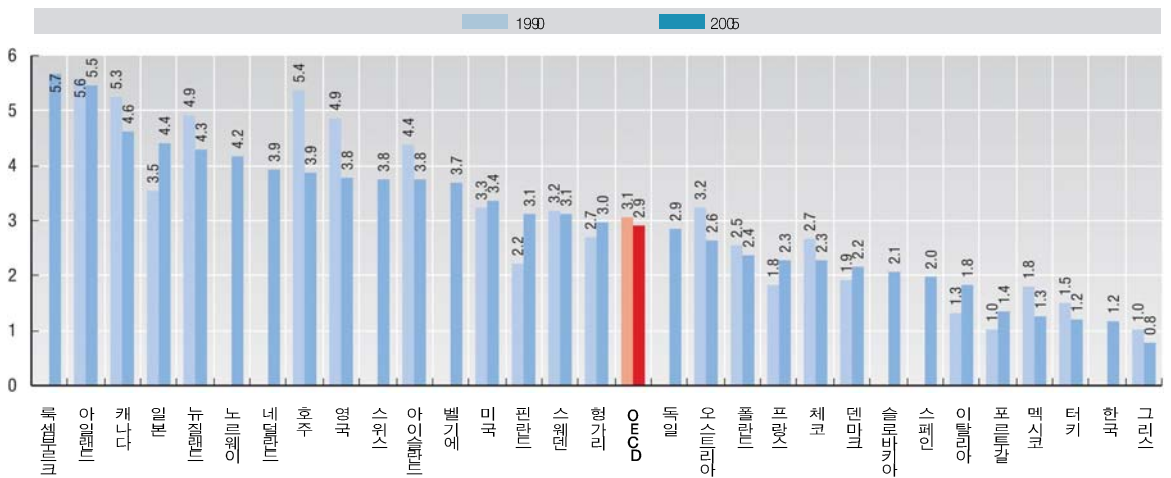


4.3.2. 인구 1,000명당 활동간호사수의 변화 1990-2005년



1. 네덜란드는 활동간호사수라기보다 진료자적 이 부여된 간호사수를 보고함.
2. 룩셈부르크는 간호보조사를 포함함.
3. 오스트리아는 병원에 고용된 간호사만 해당됨.
4. 일본과 이탈리아의 연평균 증가율 계산은 방법론상 변경으로 인한 시계열 자료의 누락을 피하기 위해 약간 다른 기간 자료에 기반을 둠.

4.3.3. 활동의사 대비 활동간호사비, 1990년과 2005년(또는 최근년도)



Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114024163335>

## 4.4 보건의료 전문직(의사와 간호사)의 보수

노동비가 총 보건의료비 지출의 주요 구성요소라는 점을 감안했을 때, 보수 수준의 차이는 국가간 보건의료비 지출의 차이에 대한 어떤 단서를 제공할 수 있다. 또한, 보수 수준에 대한 비교 자료는 각 국 당국이 진찰료와 봉급 협상을 위한 어떤 벤치마크를 찾을 수 있도록 도울 수 있다. 뿐만 아니라, 보수 수준에 대한 정보는 국가간 보건의료 전문 인력의 이동을 이해하는 데 유용할 수 있다(OECD, 2007c).

그러나 의사와 간호사의 보수에 대해 비교 가능한 자료를 모으는 것은 어렵다. 각국은 의사와 간호사의 상이한 범주에 대하여 다양한 형태의 보수자료를 수집하며, 더하여 또한 각국은 다양한 자료원과 계산방법을 사용한다(아래 “정의와 국가간 차이” 참조). 이러한 이유로 보수 수준에 대한 자료를 해석할 때 주의할 기울일 필요가 있다.

국가별로 개업전문의(self-employed specialist)의 상대적 소득 수준에 상당한 차이가 있으며, 1인당 GDP의 2.3배에서 8.4배까지 다양하다. 네덜란드, 벨기에, 미국의 경우 비교적 높은 편이다(그림 4.4.1; 왼쪽 패널). 고용된 전문의(salaried specialist)의 상대적 소득은 개업 전문의보다 낮은 경향이 있으며, 평균 국민소득의 1.6배에서 4.8배 수준이다. 이는 미국과 영국에서 높으며, 체코, 노르웨이, 헝가리에서 낮다.

일반의(GP)의 보수 수준은 헝가리의 고용된 일반의의 경우, 1인당 GDP의 1.7배에서 미국의 개업일반의의 경우, 1인당 평균 국민소득의 4.4배까지 다양하다(그림 4.4.1; 오른

쪽 패널). 거의 모든 국가에서 일반의의 보수 수준은 전문의보다 낮았다. 그러나 아이슬란드의 경우, 일반의가 전문의보다 보수가 높은 것처럼 보이며, 그 이유는 인구가 많이 살지 않는 지역의 일반의는 더 길게 근무해야 하며 때때로 응급상황에 대처해야 한다는 것에 일부 기인한다. 또 다른 이유는 고용된 전문의도 종종 개인적 진료를 하는데, 고용된 전문의의 자료는 이러한 진료에서 발생하는 추가적인 소득을 포함시키지 않고 있다.

간호사의 경우, 16개국의 자료를 바탕으로, 병원 간호사의 상대적 소득은 평균적으로 1인당 GDP의 1.2배이다. 평균 국민소득에 비해 간호사의 소득 수준이 가장 높은 국가는 포르투갈이며, 미국과 호주가 그 다음이다(그림 4.4.3). 체코, 헝가리, 노르웨이에서는 평균 국민소득보다 간호사 소득이 낮았다.

일반적으로, OECD 국가에서는 특정 보건의료 전문 인력의 낮은 밀도는 비교적 높은 보수 수준과 연관이 되는 경향이 있다. 그림 4.4.2는 이러한 전문의의 상관관계를 보여준다. 1인당 전문의의 수가 주어진 상황에서는 개업 전문의보다 고용 전문의의 보수 수준이 낮은 경향이 있다. 또한, 전문의 대 인구 비율이 주어진 상황에서도 국가 별로 보수 수준이 현저한 차이를 보일 수 있다. 그러므로 상대적 보수 수준의 차이를 활동 보건의료 전문인력의 수로만 설명할 수 없다. 이는 다수의 다른 요인에 의해서도 영향을 받는다.

## 정의와 국가간 차이

보건의료전문가의 보수에 관한 자료는 피고용자가 납부하는 사회보장보험료 및 소득세를 포함한 연평균 총소득을 말한다. 보수는 통상 보너스, 야간근무수당, 당직(on-call) 수당, 초과근무수당 등과 같은 모든 공식적인 특별수당을 포함해야 하지만, 개업의의 경우, 진료비용을 제외해야 한다. 보수수준은 평균국민소득의 대리변수로 사용되는 1인당 GDP와의 관계로 표현된다. 그러나 아일랜드와 룩셈부르크의 경우, 1인당 GDP는 평균국민소득을 현저히 과소평가하기 때문에 대신 1인당 총국민소득 추정치가 사용되었다.

여러 요소로 인하여 보수 수준이 실제보다 낮게 보고되고 있다. 첫째, 일부 국가의 보수관련 자료는 초과근무수당과 야간근무나 주말근무에 관련된 수당을 제외하고 있다. 둘째, 소수의 국가에서 자료가 전체소득을 포함하지 않고, 예를 들어 고용된 의사의 사적인 진료료로부터의 소득이나 주로 개업하여 활동하는 의사의 봉급직에 의한 보수를 제외하였다. 또한, 그리스와 헝가리의 경우, 비공식적인 소득이 보건의료 전문 인력에게 상당한 수입원이 되고 있음에도 불구하고, 자료는 이러한 소득을 포함하지 않고 있다. 셋째, 몇몇 국가의 자료는 자진소득신고 또는 설문조사를 통해서 이루어졌기 때문에 결과가 실제보다 낮게 보고되었을 가능성이 높다.

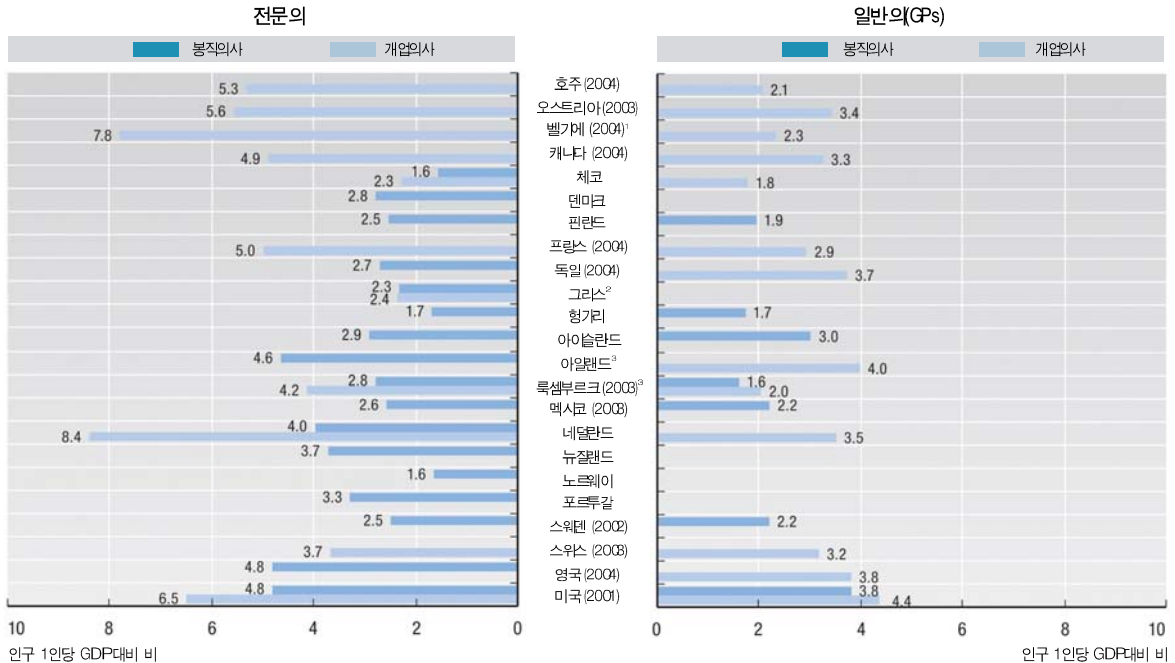
또한, 일부 국가의 경우, 자료는 파트타임 근로자에 대한 보수도 포함하는 인원과 관련되어 있어, 전일근무환산치(full-time equivalents)에 근거한 자료와 비교했을 때 과소추정될 소지가 있다. 뿐만 아니라, 체코, 덴마크, 핀란드, 노르웨이, 포르투갈 등 일부 국가에서 일반의 카테고리 일부의 보수가 전문의의 보수 자료에 포함되어 있다. 마지막으로, 일부 국가의 경우, 민간 부문에서 일하는 인력보다 낮은 보수를 받는 공공 부문의 인력에 대한 자료만 포함하고 있다.

반면에, 어떤 다른 요인으로 인해 자료가 과장되었을 수도 있다. 벨기에의 경우, 일반의와 전문의의 보수자료에는 진료비용이 포함되어 있다. 그리고 일부 국가의 병원 간호사에 대한 자료에 더 많은 보수를 받는 간호사 관리인들도 포함되어 있다.



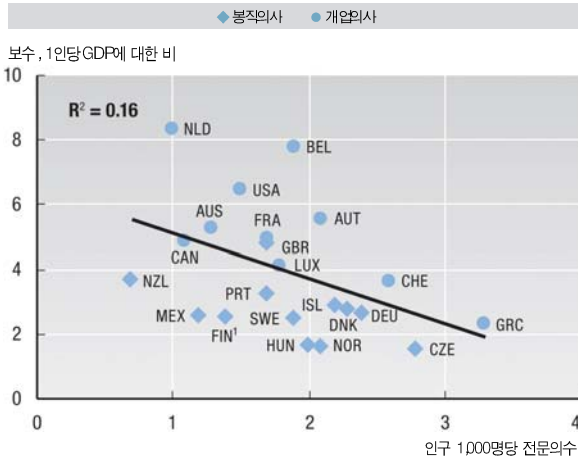
4.4 보건 의료 전문직(의사와 간호사)의 보수

4.4.1. 1인당 GDP에 대한 의사의 보수 비, 2005년(또는 최근가용년도)



1. 전문의와 일반의에 대한 자료가 진료비용을 포함하여 과다추정을 초래.
  2. 봉직 전문의에 대한 보수는 2005년 자료이며, 개업 전문의의 소득은 2004년 자료임.
  3. 1인당 GDP가 평균 소득을 과대평가한다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)에 대한 비로 제시.
- 자료원과 방법에 대한 자세한 정보는 표 A.4.4a와 표 A.4.4b의 각주를 참조하기 바람

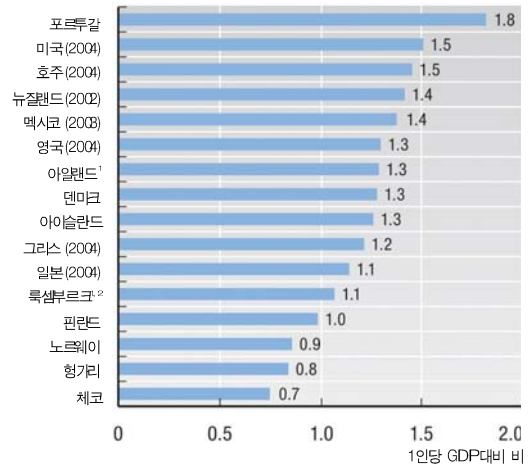
4.4.2. 전문의의 밀도와 전문의의 상대적 보수, 2005년(또는 최근가용년도)



1. 전문의 수는 공공기관 소속만을 포함하였음

Source: OECD Health Data 2007.

4.4.3. 1인당 GDP에 대한 병원 고용된 간호사의 보수 비, 2005년(또는 최근가용년도)



1. 1인당 GDP가 평균 소득을 과대평가한다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)에 대한 비로 제시.
  2. 룩셈부르크는 간호보조사를 포함함.
- 자료원과 방법에 대한 자세한 정보는 표 A.4.4c의 각주를 참조하기 바람

Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/114035685730>

## 4.5 급성기 의료 병상 수(공급과 점유율)

급성기 의료 병상수(acute care hospital beds)는 병원에서 입원환자에게 보건 의료 서비스를 제공하는데 이용할 수 있는 자원의 척도가 된다. 그러나 이 수치는 당일 응급 치료(same-day emergency)나 선택적 처치(elective interventions)를 제공할 수 있는 병원의 능력을 과소하지 못하는 것은 물론 비급성기 의료의 목적에 할당된 병상(예, 장기요양)을 고려하지도 않는다.

1인당 급성기 의료 병상 수는 OECD 국가별로 상당한 차이가 있다. 2005년에 가장 많은 병상 수를 둔 국가는 일본이었고, 한국, 독일, 오스트리아가 그 다음으로 각각 인구 1,000명 당 6 이상의 병상 수를 보고하였다(그림 4.5.1). 병상 수가 가장 적은 국가는 멕시코, 터키, 스웨덴이었다(인구 1,000명 당 2.5 이하). 일본과 한국은 “사회적 입원(social admission)” 현상, 즉, 일부 ‘급성기 의료’ 병상을 장기요양 목적으로 사용하는 현상을 경험한 바 있다(Jeong and Hurst, 2001; Hurst, 2007).

대부분의 OECD 국가는 급성기 의료 병상 수에 대한 장기적인 감소 추세를 보이고 있다. 24개국의 일관된 그룹에서 평균적으로 병원의 급성기 의료 병상 수가 1990년 인구 1,000명 당 5.1에서 2005년 3.9로 떨어졌다. 한국에서만 유일하게 1990년에서 2005년 사이에 급성기 의료 병상 수가 급속히 증가하여, 인구 1,000명 당 2.7에서 6.5로 증가한 것으로 보고하고 있다. 이러한 증가는 장기요양 목적으로 급성기 의료 병상의 이용, 병상 수 계획역량 부족 그리고 한국의 수익 중심의 민간 병원 체제에서의 투자 인센티브 등에 의하여 설명될 수 있다(OECD, 2003b).

대부분 OECD 국가의 1인당 급성기 의료 병상 수의 감소는 입원 치료(in-hospital care)에 대한 필요성을 줄이고 통원 수술(day surgery)로의 전환을 가능하게 한 의료 기술의 발전에서 일부 기인한다(OECD, 2004a). 또한, 보건 의료 개혁이 아직까지 거의 모든 OECD 국가에서 가장 큰 보건 의료비 지출 범주

로 남아있는 입원 환자(in-patient) 부분의 비용 절감에 노력을 집중했기 때문이다(Docteur와 Oxley, 2003) (지표 5.3 “가능별 의료비” 참조). 1인당 병상 수의 감소는 병원 활동의 측면에서 보았을 때, 다음 세 가지 가능한 변화와 관련될 수 있다(Kroneman와 Sieges, 2004). 첫째, 지난 10년간 일부 국가에서 숙박이 필요한 입원/퇴원 비율이 적어도 약간 감소하였다(지표 4.9 “퇴원” 참조). 둘째, 1990년 이후 거의 모든 국가에서 급성 환자의 평균 재원 기간이 현저하게 감소하였다(지표 4.10 “평균 재원 기간” 참조). 셋째, 많은 국가에서 병상 점유율(bed occupancy rates)은 1인당 급성기 의료 병상 수의 감소에 따라 증가하였다(그림 4.5.2).

OECD 국가의 평균 급성기 의료 병상 점유율은 2005년 75%로서 1990년보다 약간 높은 수준이었다. 그러나 이는 국가간 점유율에 상당한 차이가 있다는 사실을 잘 보여주지 않는다(그림 4.5.2). OECD 평균 이하 수준의 1인당 급성기 의료 병상 수를 갖고 있는 캐나다, 노르웨이, 스위스, 아일랜드, 영국은 가장 높은 점유율을 기록하였다(85% 이상). 이들 국가에서 시간 경과에 따라 점유율은 증가하였지만, 병상 수는 감소하였다. 반면에 멕시코, 네덜란드, 터키, 룩셈부르크는 가장 낮은 점유율을 기록한 국가로 2005년 점유율이 61-66%였다. 멕시코와 터키는 1인당 병상 수가 낮지만 안정적인 수준이며, 입원 수요의 증가와 함께 시간이 경과함에 따라 점유율도 증가하였다. 이와 대조적으로, 네덜란드의 경우, 시간 경과에 따라 1인당 급성기 의료 병상 수는 감소하였고 점유율도 함께 줄어들었다. 이러한 감소는 네덜란드는 룩셈부르크와 함께 급성기 의료 병상 수에 데이케어(day care(낮에는 병원에 입원하여 치료를 받고 밤에만 집에 돌아가 생활하는 치료 방법)용 병상 수도 포함하는 반면, 점유율은 입원만을 고려한다는 사실에 어느 정도 기인한다고 할 수 있다.

## 정의와 국가간 차이

이론적으로 급성기 의료 병상(acute care hospital beds)은 SHA 매뉴얼에 정의된 바와 같이 “치료 서비스(acute care)”를 위한 병상만을 포함한다(OECD, 2000a). 그러나 급성기 의료에 포함/제외되는 진료 기능에는 국가별로 차이가 있어서 자료의 비교 가능성을 제한한다(예, 장기요양, 재활, 유지적 치료(palliative care)를 위한 병상의 제외 정도). 일부 국가(예, 호주, 오스트리아, 캐나다, 독일, 아일랜드, 룩셈부르크, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 스페인, 스위스, 터키, 미국)에서는 모든 병상을 ‘일반’ 또는 ‘급성’으로 구분한다. 병상의 일부는 장기요양과 같은 목적에 이용되기도 할 것이다(예, 일본과 한국의 경우). 헝가리와 아일랜드의 경우, 민간 부분의 병상 수는 포함하지 않거나 일부만 포함하고 있다. 핀란드의 자료는 실제 병상 수 기준이 아니라 급성기 의료에 대한 재원 일수를 일년의 총 일수(365)로 나누어 산정하였다. 이 경우 실제 점유율은 가정된 100% 점유율보다 낮게 되므로 지추정되게 된다. 급성기 의료 병상의 점유율은 급성기 의료에 관련된 병상 일수를 가용한 급성기 의료 병상 수에 일 수(365)를 곱한 것으로 나눈 수로 정의된다.

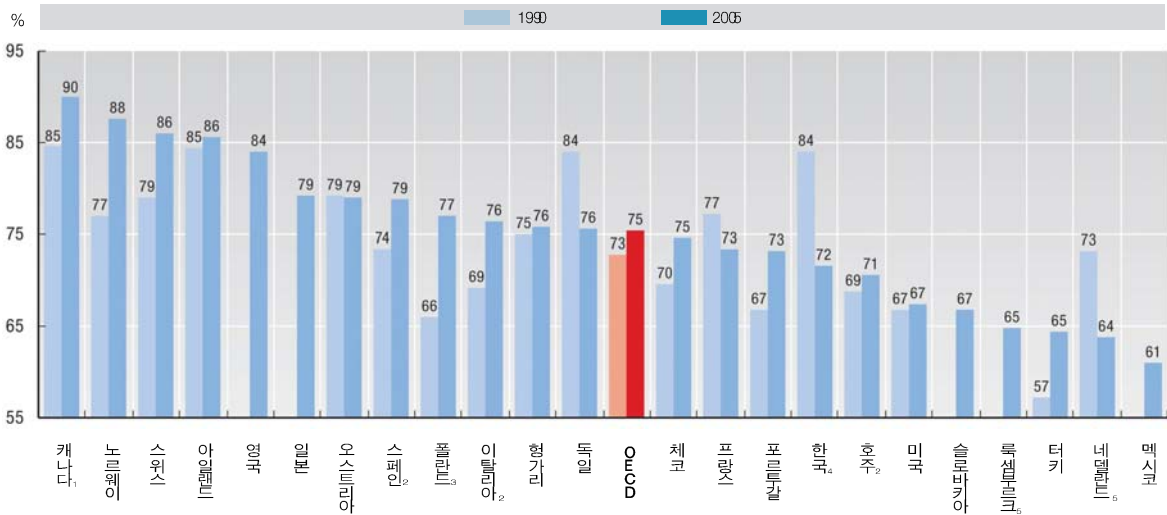
4.5급성기 의료 병상 수(공급과 점유율)

4.5.1. 인구 1,000명당 급성기 의료 병상수, 1990년과 2005년



1. 2004

4.5.2. 급성기 의료 병상 점유율, 1990년과 2005년



1. 1995-2004 2. 2004 3. 2002 4. 2003

5. 네덜란드와 룩셈부르크에서 점유율은 약간 과소추정되었는데 그 이유는 병원의 병상일수가 입원환자만을 포함한 반면, 급성기 병상수(분모)는 테이커에 이용 가능한 병상도 포함시켰기 때문임.

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114043378703>

## 4.6 장기요양 병상 수(병원과 요양원)

병원 및 요양원(nursing homes)의 장기요양(LTC)longterm care 병상 수는 지속적인 의료서비스와 간호를 필요로 하는 사람에게 가용한 물리적인 수용력의 척도이다. 각 시설에서 제공되는 돌봄서비스<sup>care</sup>는 의료적 서비스와 사회적 서비스의 혼합된 형태를 띠고 있다.

대부분의 경우, 장기요양 병상은 만성질환과 장애를 앓고 있는 노인을 위한 것이다. 그림 4.6.1은 2005년 OECD 국가에서 병원과 요양원의 장기요양 병상 수를 65세 이상 인구에 대한 비율로 나타내고 있다. 평균적으로 OECD 국가에서 65세 이상 인구 1,000명 당 LTC 병상수가 40여었으며, 대부분이 요양원에 위치하고 있었다. 총 LTC 병상 수에는 국가별로 큰 차이가 있으며, 이 수치는 의료 시설에 따라 크게 상이했다. 스위스와 스웨덴은 일본과 이탈리아보다 65세 이상 인구 1인당 요양원 병상수가 5배나 많았다. 그러나 일본의 경우, 요양원의 병상수가 증가하고 있기는 하지만 LTC 병상의 절반 이상이 병원에 위치하고 있다. 핀란드, 체코, 아일랜드 역시 장기요양 병상의 비교적 높은 비중이 병원에 위치하고 있다(핀란드의 경우, 보건의료 센터).

많은 OECD 국가들은 지난 10년간 LTC 서비스 전달체계를 정비하였는데(OECD, 2005c), 그 목표는 병원에서의 고비용 장기 재원치료에서 필요한 경우 요양원의 개발 지원, 그리고 조금 더 일반적으로는, 재가치료(home-based care) 옵션에 대한 개선된 지원제공의 방향으로 나아가는 것이다. 그림 4.6.2는 지난 5-10년 동안 병원내 LTC 병상 수(65세 이상 인구에 대한 비율로서)가 체코를 제외한 많은 OECD 국가에서 감소하였음을 보여준다. 아이슬란드와 아일랜드와 같은 일부 국가에서 병원내 LTC 병상 수의 감소는 요양원 LTC

병상 수의 증가와 함께 일어났다. 스웨덴과 핀란드와 같은 일부 국가에서는 전반적인 노인 인구와 비교했을 때 병원과 요양원의 LTC 병상 수가 모두 감소하였음을 보고하고 있다. 그러나 스웨덴의 경우, 지난 10년간의 병원 및 요양원의 LTC 병상 수 감소는 자택에서 장기요양 치료를 받는 노인 인구의 증가와 함께 일어나고 있다(OECD, 2007d).

일본과 룩셈부르크는 최근 요양원 병상 수의 급증을 기록하고 있다. 독일도 1997-1999년 사이에 유사한 증가추세를 보였다. 이러한 시설에서의 병상 수의 증가는 이 세 국가에서 종합적인 장기요양 보험 프로그램의 도입과 함께 나타나고 있는 것이다. 뿐만 아니라, 최근 들어 요양원 병상 공급이 통합되었는데, 이는 증가하는 수요를 다양한 조직 형태에서 제공되는 서비스의 비용과 조화시키려는 노력을 반영하고 있다.

요양원의 장기요양 병상 규모를 구축 또는 유지하는 것에는 비용이 따랐다. 요양원 병상당 총 요양원의 지출비용은 국가별 증가율에 차이는 있었으나, 1995년에서 2005년 사이 평균적으로 매년 불변가격기준으로 3.8%씩 증가하였다(그림 4.6.3). 이러한 지출증가는 부분적으로 요양원의 환자구성<sup>case mix</sup> 변화, 즉 더 많은 의료서비스와 간호를 필요로 하는 심각한 장애를 가진 환자 비중의 증가를 반영하는 것일 수 있다. 예를 들어, 스위스의 경우, 요양원 병상 수의 감소는 재가서비스를 받는 노인인구의 증가와 함께 일어났다. 동시에, 요양원 병상당 실질지출도 꾸준히 증가하였는데 이는 보다 중증 환자들이 요양원에서 돌보아지고 있을 가능성을 시사하는 것으로 생각된다.

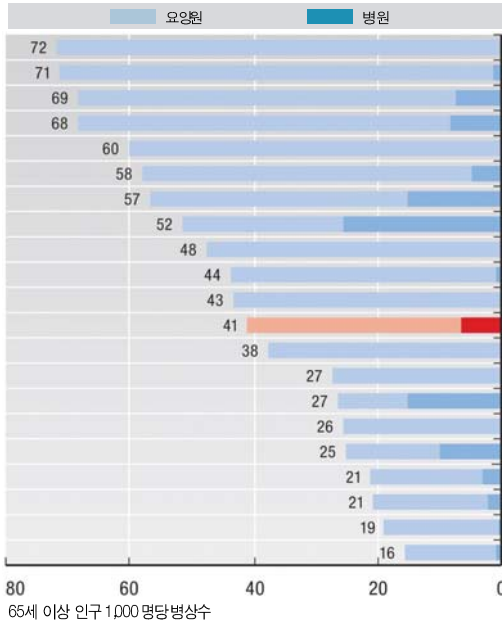
## 정의와 국가간 차이

장기요양병상은 만성적 손상과 일상생활 활동에 있어서의 독립성 감소로 인하여 지속적으로 도움이 필요한 사람을 위해 할당된 병상으로 정의된다. 총 장기요양 병상 수는 병원과 요양원에 있는 장기요양 병상 수의 합이다. 각 시설의 조직형태에서 제공되는 서비스는 보건의료 및 사회서비스가 혼합된 형태일 수 있다. 상당수의 국가(예, 호주, 덴마크, 노르웨이, 스위스)는 병원내 장기요양 병상 수를 보고하지 않기 때문에 총 장기요양 병상 수가 실제보다 낮게 파악된다. 병원과 요양원 장기요양 병상의 공공과 민간 구성비에 대한 가용한 정보가 현재는 없다.

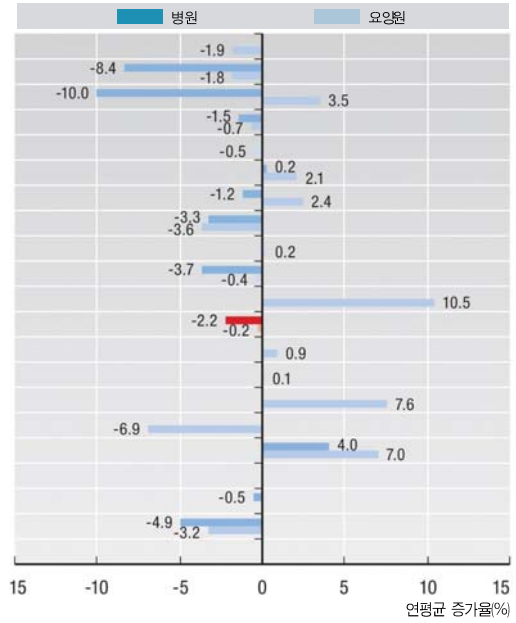
요양원과 재소서비스시설(residential care facilities)의 서비스에 대한 경상지출은 이러한 시설에서 제공하는 보건의료 서비스의 가치를 반영한다. 투자비용이나 기타 자본 비용에 대한 자료가 없는 경우가 많았으며, 그에 대한 자료가 있는 경우에도 그 항목을 상이한 공급자들에게 귀속시키는 것이 어렵다. 또한, 경상지출과 자본 및 제화에 대한 지출간의 경계가 명확하지 않을 수 있기 때문에 국가간 비교가 제한적일 수밖에 없다.

4.6 장기요양 병상 수(병원과 요양원)

4.6.1. 병원과 요양원의 장기요양병상, 65세 이상 인구 1,000명당, 2005년(또는 최근가용년도)



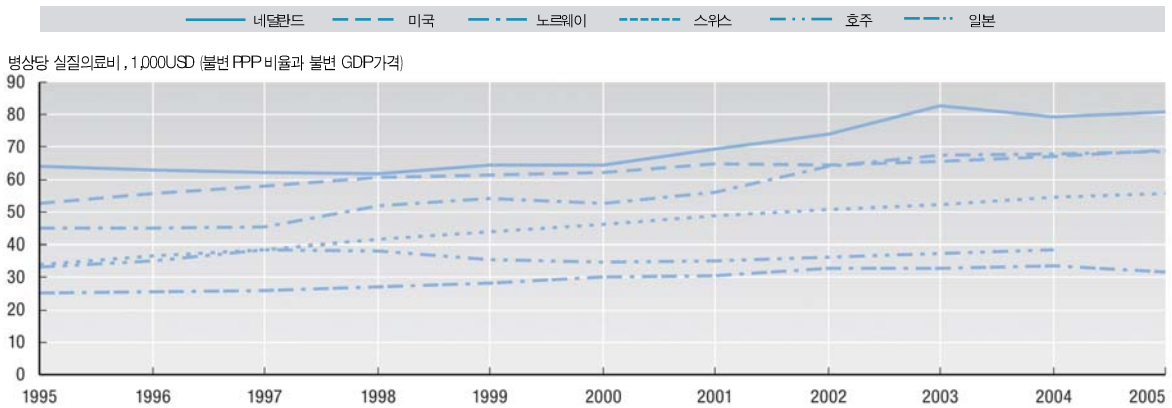
4.6.2. 병원과 요양원의 장기요양병상수의 변화, 65세 이상 인구 1,000명당



Note : 일부 국가(독일, 룩셈부르크, 체코)의 경우 자료원 혹은 방법론상 변화로 인한 시계열 자료의 단절을 피하기 위하여 보다 단기간의 자료가 선택됨.

1. 오스트리아, 덴마크, 노르웨이와 스위스에서 병원의 장기요양 병상 자료가 이용 불가능.
2. 아이슬란드에서 병원의 장기요양 병상수는 노인과 (geriatric unit)의 병상을 포함시키지 않았는데, 최근 노인과의 증가하고 있음.
3. OECD 평균은 전체 자료를 제출하지 않은 국가가 제외된 상태에서 산출되었음.
4. 덴마크 자료는 노인 대상 재소시설 (residential facilities)의 병상을 포함하지 않았는데, 재소시설은 경증 장애자 대상임. 이들 시설의 병상수는 최근 급속하게 증가하였음.

4.6.3. 요양원의 장기요양 병상 당 지출증가, 1995-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <https://dx.doi.org/10.1787/114046261863>



## 4.7 의료기술

현대 의료기술의 확산이 OECD 국가 보건의료비 증가의 주요 요인 중 하나이다. 여기에서는 세 가지 진단기술, 즉 CT 스캐너(computed tomography scanner), MRI 장비(magnetic resonance imaging units), 유방조영장비(mammographs), 그리고 한 가지 치료기술, 즉 방사선치료장비(radiation therapy equipment)의 구비관련 데이터를 제시하였다. 이 자료가 이들 장비에 관한 전반적인 구비상태를 나타내 주기는 하지만 실제로 얼마나 이용되고 있는지를 보여주지는 못한다.

CT(또는 “CAT(computed axial tomography)”)스캐너와 MRI장비는 스캔되는 신체 내부의 단면도를 보여줌으로써 의사가 상태에 대한 진단을 할 수 있도록 도와준다. 전통적인 방사선술과 CT 스캔과는 달리, MRI장비에 사용되는 새로운 이미징 기술은 환자를 전리방사선(ionising radiation)에 노출시키지 않는다. 지난 15년 동안 OECD 대부분의 국가에서 CT 스캐너와 MRI장비의 구비가 증가하였다. 일본은 압도적으로 1인당 MRI 및 CT 스캐너 수가 가장 높은 국가이며, 그다음 미국이 가장 높은 MRI 장비 수와 호주가 가장 높은 CT 스캐너 수를 기록하고 있다(그림 4.7.1과 그림 4.7.2). 일부 분석가들은 일본에서의 MRI 장비의 급증가는 적어도 부분적으로는 구매결정 단계에서 효율성이나 효과에 대한 공식적인 평가절차가 부재하는 것에 일부 기인한다고 하였다(Hisashige, 1992). 기술을 조기에 도입하고 광범위하게 적용하는 미국의 보건의료체계 역시 MRI 기술과 일반 의료기술을 집중적으로 사용하고 있다. 반면에 이 장비의 높은 비용을 고려했을 때 멕시코, 헝가리, 터키에서 1인당 MRI 장비와 CT 스캐너의 수가 가장 낮았다는 것은 놀라운 일이다.

유방조영술(mammography)은 가장 흔한 여성 암인 유방암의 조기진단을 돕고 있다. 조기진단과 개입은 유방암의 생존율을 상당히 증가시킨다(제6장 지표 6.4 참조). 예를 들어, 유방조영장비 비율이 높은 스위스연방의 주에서는 사망률이 낮다(OECD, 2006a). 자료 수집이 가능한 21개국 중에서

1인당 유방조영장비의 수는 프랑스와 핀란드에서 가장 높았다(그림 4.7.3). 멕시코, 터키, 영국은 지난 몇 년 사이에 유방조영장비의 구비가 크게 증가하였으나 1인당 유방조영장비의 수가 가장 낮은 국가였다(표 A.4.7b). 많은 OECD 국가에서 이 장비의 빠른 확산은 조직화된 유방조영술 집단검진사업(mammography screening programmes)의 발전과 함께 이루어졌다.

방사선치료법(radiation therapy (“radiotherapy”))은 여러 종류의 암을 치료한다. 암환자 중 절반 이상이 방사선치료법으로 치료를 받는다(National Cancer Institute, 2004; DREES, 2005). 2005년에 아이슬란드에서 1인당 방사선요법 장비 수가 가장 높았으며(장비의 절대적인 수는 적었으나 매우 작은 인구 기반으로 인하여 1인당 장비수가 높았음), 스위스와 슬로바키아가 그 뒤를 이었다(그림 4.7.4). 그러나 방사선치료장비 수는 OECD 국가의 암 이환율 및 사망률과는 아무 연관이 없다(지표 2.5 “암 사망률” 참조).

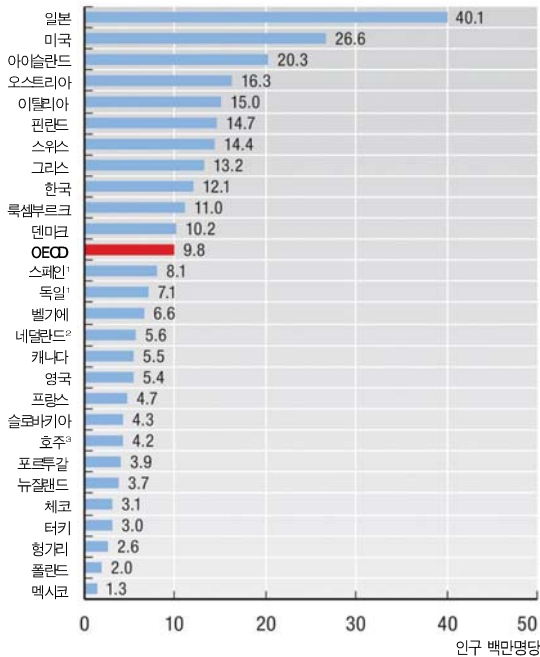
국민소득과 총 보건의료비지출은 중요하지만 의료 기술의 확산에 영향을 미치는 유일한 요소는 아니다. OECD 국가에서 CT 스캐너 및 MRI장비 보급에 초점을 맞추어 가능한 많은 설명변수(explanatory variables)를 통제된 최근 분석에 의하면, “구매력(purchasing power)”(1인당 보건의료비지출 기준으로 측정)은 이러한 기술의 확산과 정(+)의 상관관계에 있다(Eun-Hwan Oh et al., 2005). OECD 국가에서 의료기술의 장기적인 구비상태를 설명하는 데 소득의 중요성은 시간의 경과에 따라 일반적으로 감소하고 있기는 하지만, 보다 부유한 국가들이 새로운 기술을 조기에 도입하는 경향이 있다(Slade와 Anderson, 2001). 두 연구에서 모두 보상방법인 센터비의 영향을 확증하였는데 특히 진단기술 구매와 관련해서 영향이 뚜렷했다. 예를 들어, 병원의 건당 또는 일당 보상 기준은 CT 스캐너 및 MRI장비의 보다 광범위한 보급과 연관이 있다는 것이다(Eun-Hwan Oh et al., 2005).

## 정의와 국가간차이

본 수치는 인구 백만 명 당 의료기술 장비의 수와 관련이 있다. 방사선치료장비에 관한 자료에는 선형가속기(linear accelerators, 코발트-60(cobalt-60) 유닛, 세슘-137(caesium-137) 요법 유닛, 저상용 전압(low voltage, x-ray) 유닛(근접치료(bradycytherapy) 유닛은 보통 제외)를 포함한다. 자료는 병원과 외래부문 양쪽에서 수집되었다.

일부 국가의 자료는 과소평가되어 있을 수 있다. CT 스캔 및 MRI장비에 대한 자료는 병원과 비병원 시설에서 수집되었으나, 병원 외 시설의 경우, 누락된 부분이 있을 수 있다. 영국의 경우, 수치는 공공부문의 장비만을 나타내고 있다. 독일과 스페인은 병원에 있는 장비에 대한 수치만을 포함하고 있다. 호주의 MRI장비의 수(1999년부터)와 유방조영장비 및 방사선치료장비의 수(2005년부터)는 보편적인 공공보건의료체계인 메디케어(Medicare)에 따른 보상에 적합한 장비만을 포함하고 있다. 1999년의 경우 총 MRI장비 중 60%만이 메디케어보상의 적용을 받을 수 있었다.

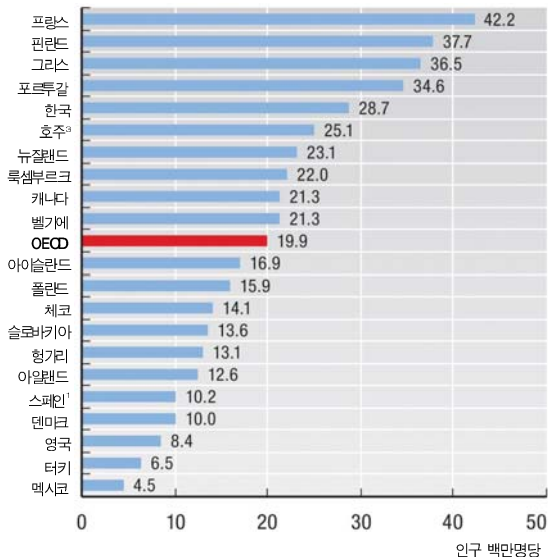
4.7.1. 인구 백만명당 MRI 장비의 수, 2005년(또는 최근 가용년도)



4.7.2. 인구 백만명당 CT 스캐너의 수, 2005년(또는 최근 가용년도)



4.7.3. 인구 백만명당 유방조영 장비의 수, 2005년(또는 최근 가용년도)



4.7.4. 인구 백만명당 방사선치료장비의 수, 2005년(또는 최근 가용년도)



1. 독일과 스페인 자료는 병원의 장비수만을 포함하고 있음.
2. 네덜란드에서 장비수치는 실제보다 과소추 정되었는데, 그 이유는 병원과 응급부문(ambulatory sector)의 총 장비수가 아니라, 최소이들 장비중 하나라도 보유하고 있는 병원을 수를 지칭하고 있기 때문임.
3. 호주에서 MRI 장비, 유방조영 장비와 방사선 치료 장비에 대한 자료는 Medicare 제도에서 보상되는 것만을 포함하고 있음.
4. 일본에서 CT 스캐너는 2005년이 아닌 2002년 자료임. 그 이유는 2005년 자료는 기관과 CT 스캐너 유형별 포함 측면에서 좀 더 제한되어 있기 때문임.

Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114048444454>



## 4.8 의사 진찰

의사진찰은 의사 진료실/의원, 병원의 외래, 혹은 경우에 따라서 환자의 집에서 이루어질 수 있다. 일부 국가(예, 호주, 캐나다, 덴마크, 네덜란드, 영국)는 환자들에게 모든 질환의 새로운 증상발현에 대해 소위 “문지기<sup>gatekeeper</sup>”인 일반의(GP)<sup>general practitioner</sup>의 진찰을 받도록 요구하거나 또는 인센티브를 제공한다. 일반의는 필요하다면 환자를 전문의에게 의뢰하게 된다. 다른 국가(예, 벨기에, 일본, 스위스)에서 환자들은 직접 전문의를 방문할 수도 있다.

2005년 보고된 1인당 모든 의사의 진찰 건수는 OECD 국가별로 현저한 차이를 보였다. 일본, 한국, 체코, 헝가리, 슬로바키아의 11건 이상에서 멕시코와 스웨덴의 3건 이하까지 다양했다(그림 4.8.1). OECD 국가 평균은 연 7건에 가까운 수준이었다. 이런 차이는 건강상태의 차이와 본인부담, 의사밀도 그리고 의사 지불보상방법과 같은 경제적 요인의 차이에도 일부 기인하지만 문화적인 요인도 역시 중요한 역할을 할 가능성이 높은 것으로 보인다. 일본과 헝가리는 가장 높은 진찰율을 기록하는 국가이지만, 양국 사이에 건강상태와 의사 밀도 수준이 굉장히 상이하다. 주로 행위당 보상제에 의해 의사들을 보상하는 국가의 경우 진찰율이 평균 이상인 경향이 있고, 주로 봉급과 인두제에 의해 의사들을 보상하는 국가의 경우 진찰율이 평균 이하인 경향이 있다는 약간의 증거가 있다. 그러나 스위스와 미국과 같은 다른 국가들은 행위당보상으로 보상함에도 불구하고 진찰율이 평균에 못 미치는 수준이다.

1990-2005년 기간에 대한 보고를 한 국가의 경우, 대부분이 진찰율의 증가를 보였다. 그러나 벨기에, 캐나다, 네덜란드, 영국에서는 진찰율이 소폭 하락하였다(그림 4.8.2). 터키는 1인당 진찰율이 매년 7%에 가깝게 증가하여 가장 가파른 증가율을 보였고, 이는 추측컨대 의사밀도의 상당히 빠른 증가율(지표 4.2 “활동 의사” 참조), 동기간 일부 동안

의 공공 보건의료비 지출의 가파른 증가(지표 5.1 “1인당 의료비” 참조), 그리고 그린카드시스템<sup>Green Card System</sup> 아래 저소득층 환자의 개선된 보건의료서비스 접근성의 결과로 보인다(Savas et al., 2002). 모든 OECD 국가의 보고된 자료의 연간 평균 증가율은 0.7%였다.

의사진찰에 대한 자료는 OECD 국가별 의사당 연간 진찰 건수를 추정하는데 이용될 수 있다. 그림 4.8.3은 2005년 OECD 국가에서의 이 통계치의 변화 추세를 보여준다. 그러나 부분적으로는 각 진찰의 길이와 효과가 다를 수 있고, 또 부분적으로는 의사들이 입원환자나 행정 그리고 연구에 관해 하는 일을 제외하기 때문에 이 자료는 의사 생산성의 척도로 간주되어서는 안 된다. 또한, 이 자료는 아래 “정의와 국가간 차이”란에 기재된 바와 같이 국가별 비교를 하는 데에 제한이 있다. 그럼에도 불구하고, 이 통계치는 OECD 국가 간에만 거의 9배의 차이가 난다. 두 아시아 OECD 국가와 중앙 및 동부 유럽 국가들이 표의 상위를 차지하는 것을 고려했을 때, 여기에도 역시 문화적인 요인들이 기여하고 있다는 것을 알 수 있다. 평균적으로 OECD 지역에서는 일 년에 의사 1인당 약 2,500건의 진찰을 하거나 진찰일 1일당 약 10건의 진찰을 하게 된다.

1990년과 2005년 사이에 자료를 보고한 대부분의 OECD 국가에서 의사 1인당 진찰수가 하락하였는데, 그 이유는 진찰 건수보다 의사 수가 더 빠르게 증가했기 때문이다(그림 4.8.4). 평균적으로, 자료를 보고한 OECD 국가에 의사 1인당 진찰 건수는 매년 0.9%씩 감소하였다. 의사 1인당 진찰 건수감소는 많은 국가에서의 의사 1인당 지출(지표 4.2 “활동 의사” 참조)의 증가와 특정 질환들에 대한 의료서비스의 기술적 질이 향상되어 왔을 수 있다는 일부 증거(제6장 “보건의료의 질” 참조)들과 동시에 일어나고 있다.

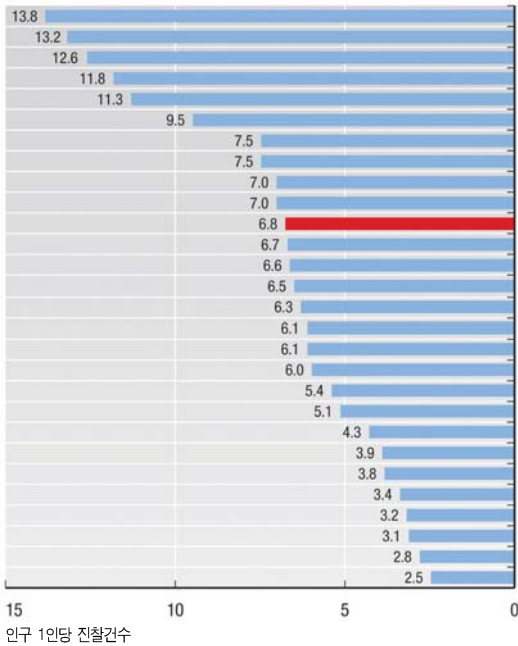
## 정의와 국가간 차이

의사진찰<sup>consultations</sup>은 의사(일반의와 전문의 모두)에 대한 외래 방문<sup>contacts</sup>의 수를 의미한다. 진찰은 의사 진료실이나 의원, 병원의 외래, 그리고 어떤 경우에는 입원환자의 집에서 이루어진다.

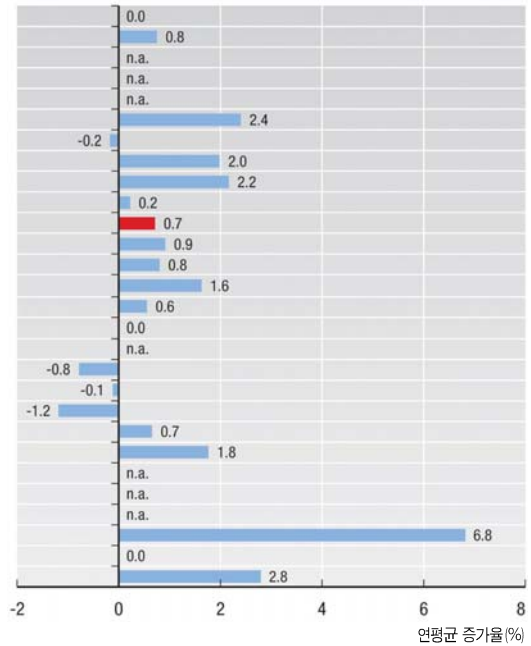
OECD Health Data에 보고된 추정치는 대부분의 국가에서는 행정자료로부터 얻어진 것이고, 일부 국가에서(이탈리아, 네덜란드, 뉴질랜드, 스페인, 스위스, 그리고 영국의 일반의 진찰에 대한 자료 포함)만 건강면접조사나 가구조사(즉, 본인응답)로부터 얻어졌다. 행정자료에 의한 의사 진찰의 추정치는 면접조사의 부정확한 기억 및 비응답률 때문에 건강면접자료보다 더 높은 경향이 있다.

네덜란드의 추정치는 모성과 아동의료를 위한 의사방문을 포함하지 않는다. 포르투갈과 터키는 민간개업의<sup>private practitioners</sup>의 방문을 제외하며, 영국은 전문의의 사적인 진찰<sup>private consultations</sup>을 제외한다.

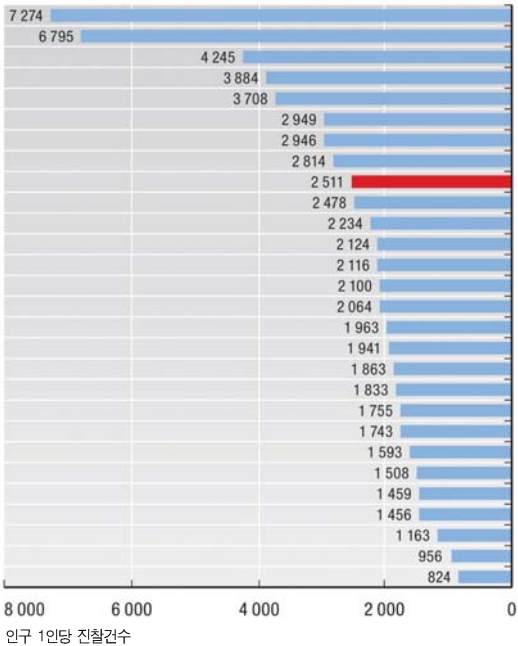
4.8.1. 1인당 의사진찰, 2005년(또는 최근 가용년도)



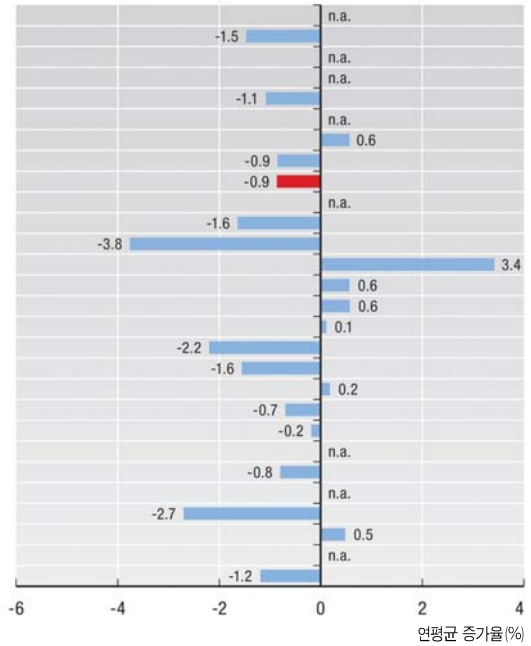
4.8.2. 1인당 의사진찰건수의 연평균 증가율, 1999-2005년



4.8.3. 의사당 진찰건수, 2005년(또는 최근 가용년도)



4.8.4. 의사당 진찰건수의 연평균 증가율, 1999-2005년



Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114051107728>

## 4.9 퇴원

퇴원율(discharge rates)은 병원활동(hospital activity)의 중요한 척도이다. 그러나 자료의 비교가능성 제한으로 국가별 차이분석은 어렵다. 일부 국가는 숙박체류를 필요로 하지 않는 진료(당일퇴원(same-day separations))를 포함하고, 또 다른 국가들은 병원내 병동의 이동을 보고하기도 한다(아래 “정의와 국가간 차이” 참조). 또한, 퇴원율은 환자 구성(case-mix)(입원을 요하는 환자 증상의 구성양상)의 차이점을 고려하지 않는다.

2005년에 오스트리아에서 퇴원율이 가장 높았다(그림 4.9.1). 퇴원율이 다음으로 가장 높았던 5개 국가는 당일퇴원(프랑스, 핀란드, 영국)이나 동일 병원내 다른 병동으로의 이동(체코)을 자료에 포함시켰다. 헝가리와 독일도 높은 퇴원율을 보고하였고, 멕시코와 터키에서 가장 낮았다.

퇴원율은 당일 퇴원을 포함시켰던 모든 국가에서 시간 경과에 따라 증가하였다(그림 4.9.2와 표 A.4.9.a). 당일 퇴원을 제외시켰던 국가 중 절반 이상 중에서 1995-2005년 사이 퇴원율은 최소한 약간이라도 증가하였다. 퇴원율의 증가는 특히 한국과 터키에서 두드러지게 나타났으며, 양 국가는 1995년에 비교적 낮은 수준으로 시작하였다. 또한, 노르웨이와 독일에서도 상대적으로 높았다. 포르투갈, 룩셈부르크, 네덜란드의 퇴원율은 비교적 안정적이었고, 반대로 캐나다, 아일랜드, 스웨덴, 아이슬란드, 호주에서는 하락하였다.

병원퇴원을 추세를 쉽게 분리될 수 없는 여러 요인을 반영한다. 인구가 고령화됨에 따라 입원에 대한 수요는 늘어날 수 있다. 모든 국가에서 노인 인구는 전반적인 퇴원율 중

비균형적으로 높은 비율을 설명한다. 예를 들어, 미국에서 2004년의 총 퇴원의 24%를 75세 이상 인구가 차지하여 1990년 18%에 비해 높은 수준이었다(NCHS, 2006). 고령화는 향후 10년간 미국 입원환자에 대한 서비스 수요를 매년 1%에 가까운 수준으로 증가시킬 것으로 예측된다(Strunk et al., 2006). 그러나 인구 고령화보다는 의료기술의 발전에 의한 진료패턴의 변화가 더 중요한 요인일 수도 있다. 예를 들어, 75세 이상 인구에 대해 시행된 혈관성형술(angioplasty)을 포함하는 병원체류는 미국의 경우, 1991-92년과 2001-02년 사이에 인구 1,000명당 3.7건에서 8.3건으로 증가하였다(NCHS, 2006). 그럼에도 불구하고, 퇴원을 추세에 대한 자료를 해석하는 데에는 주의를 기울여야 한다. 새로운 기술의 발전과 확산은 입원율을 증가시킬 수 있으나, 숙박이 필요한 수술을 당일 수술로 전환시킨다면 입원율을 감소시킬 가능성도 있다(Nallamothu et al., 2007). 이러한 새로운 치료를 고려하지 않고 입원추세가 어떻게 변했을 지를 예측하는 것은 불가능하다.

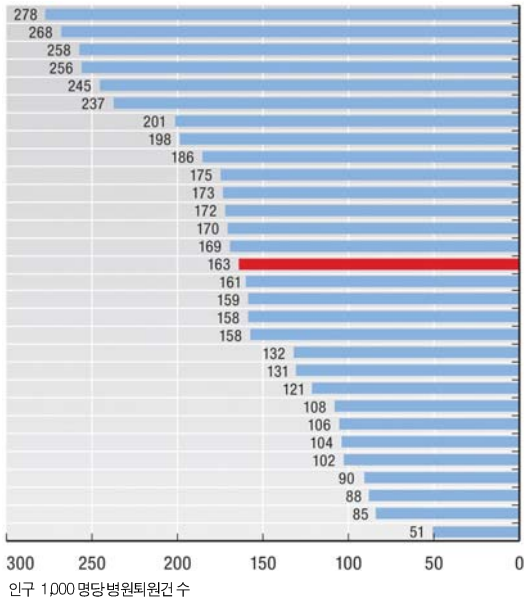
2005년 OECD 국가에서 퇴원과 관련된 주요 건강질환은 순환기계통(심혈관의) 질환, 임신과 출산, 소화기계통 질환, 외인(예, 사고, 폭력, 음독), 그리고 암이었다(그림 4.9.3과 표 A.4.9b). 진단부문에서 가장 높은 비중을 차지하고 있는 순환기계통 질환에 대한 퇴원율은 많은 국가에서 1995년 이후 증가하였다(그림 4.9.4). 이는 맥관재생방법의 확대에 일부 기인한다(지표 4.11 “심혈관질환 치료” 참조).

## 정의와 국가간 차이

여기에서 퇴원은 일정 기간의 입원 후 급성기 의료시설에서 입원환자를 내보내는 것으로 정의된다. 여기에는 보통 입원치료에 따르는 병원에서의 사망이 포함된다. 당일 퇴원(same-day separations)은 일반적으로 제외되나, 다음의 국가는 해당 기간 동안 또는 기간의 일부 동안 당일 퇴원을 포함시키고 있다: 오스트리아(1989-2002년), 체코(1995년 이전), 핀란드, 프랑스, 헝가리(2004년 이전), 이탈리아(2004년 이후), 영국과 미국. 동일 병원내 다른 진료 병동으로의 이동은 일반적으로 제외하고 있으나, 체코와 일본은 예외로 이를 포함하고 있다.

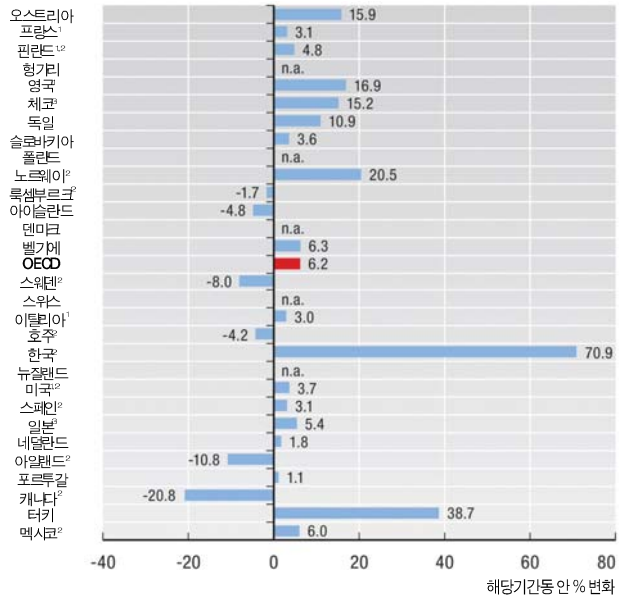
퇴원에 대한 자료의 비교가능성에 몇몇 다른 제한점이 있다. 일부 국가는 보건의료 서비스의 전체를 포함하지 않고 있다. 예를 들어, 덴마크, 아일랜드, 멕시코, 폴란드, 영국의 자료는 공공병원이나 공공부문에서 재원을 지원하는 병원의 자료만 포함하고 있다. 포르투갈의 자료는 본토에 위치한 병원에 대한 것(아조레스Azores와 마데이라Madeira 섬은 제외)이며, 스페인의 자료는 모든 병원의 85%만을 포함시키고 있다. 아일랜드는 임신, 출산, 분만전후 기간에 발생하는 특정 질환과 관련된 퇴원은 제외하고 있다. 일부 국가(예, 캐나다, 독일은 2004년 이전에 대한 자료, 미국에서는 병원에서 태어난 건강한 신생아를 자료에서 완전히(또는 거의 완전히) 제외시켰다. 또한, 대부분의 자료가 병원의 행정기록에 의한 것이라도 정보출처가 다를 수 있다.

4.9.1. 인구 1,000명당 병원 퇴원, 2005년(또는  
가용한 최근년도)

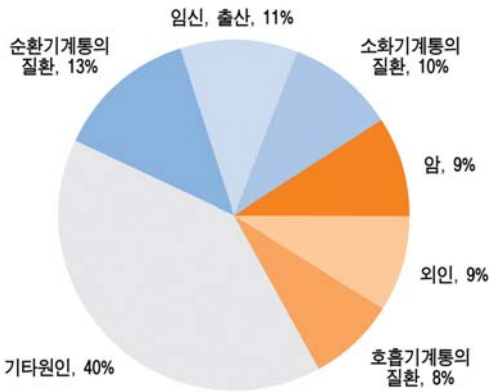


1. 당일 퇴원(same-day separation) 포함
2. 병원출생 건강양호 신생아 퇴원 제외
3. 동일 병원 내에서 다른 병동으로 이동 포함

4.9.2. 인구 1,000명당 병원퇴원의 백분율 변화,  
1995-2005년



4.9.3. OECD 국가의 진단범주별 병원퇴원, 2005년



4.9.4. 인구 1,000명당 순환기계통의 질환 병원 퇴원율,  
1995년과 2005년



Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/14053220373>

## 4.10 평균재원일수

평균재원일수(ALOS) *Average length of stay in hospitals*는 일반적으로 효율성의 지표로 간주되어왔다. 모든 조건이 같을 경우, 재원일수가 짧으면 퇴원 당 비용을 줄이고 입원치료에서 보다 저렴한 후급성기 의료시설(*post-acute settings*)로 의료서비스를 이동시킬 수 있다. 그러나 재원일수가 짧아지면 서비스가 더욱 집중되고 1일 비용이 높아지는 경향이 있다. 그러나 재원기간이 지나치게 단축된다면 건강결과(*health outcomes*) 혹은 환자의 인락과 회복에 역효과가 있을 수 있다. 만약 이로 인하여 재입원율이 증가한다면, 건강 진료비는 거의 하락하지 않거나 심지어 증가할 가능성도 있다.

2005년 OECD 국가간 급성기 의료에 대한 ALOS에 상당한 차이를 보였다. 일부 북유럽국가(덴마크, 핀란드, 스웨덴)와 멕시코에서는 ALOS가 비교적 낮은 반면(5일 미만), 일본, 한국, 독일, 스위스는 비교적 높았다(8일 이상)(그림 4.10.1). 이러한 국가간 차이를 해명할 수 있는 요인이 여러 가지 있다. 핀란드의 짧은 재원기간은 보건센터(*health centre*)의 회복기 환자(*convalescent patient*)용 병상 수와 일부 연관되어 있다(OECD, 2005a). 반대로, 한국의 높은 급성기 의료 ALOS는 만성질환 환자를 위해 “급성기 의료” 병상을 사용하기 때문일 수 있다(OECD, 2003b). 병원의 병상 보급이 과잉이었다면, 일본의 병원들도 환자를 보다 오래 입원시키는 인센티브를 갖게 됐을 것이다(Jeong et al., 1994) (지표 4.5 “급성기 의료 병상 수” 참조). 또한, 병원의 지불방법과 관련된 재정적인 인센티브는 재원기간에 영향을 줄 수 있다. 예를 들어, 스위스에서 우세하였던 병상일수 보상방법(*bed-day payments*)은 긴 재원기간을 유발하였다(OECD, 2006a).

거의 모든 OECD 국가에서 급성기 치료를 위한 평균 재원기간이 하락하였고, 시계열적인 일관된 자료를 보유한

25개국의 경우, 1993년 8.7일에서 2005년 6.3일로 감소하였다(그림 4.10.1). ALOS는 특히 1990년에는 비교적 높은 수준이었던 국가에서 빠르게 감소하였다(독일, 폴란드, 스위스, 체코). 여러 요인이 이러한 감소를 설명하는데, 이에 는 덜 공격적인 외과 처치방법(*less-invasive surgical procedures*)의 사용, 사전지불제도(*prospective pricing systems*)로의 병원 보상방식의 변화, 집에서 추후 관리(*follow-up care*)를 받을 수 있도록 환자를 조기 퇴원시키는 프로그램의 확산 등이 포함된다.

특정한 질환이나 조건들의 ALOS에 초점을 맞춘다면, 국가간에 존재하는 급성기 진료 질환들의 상이한 구성이나 중증도 차이에 의한 이질성을 어느 정도 제거할 수 있다. 그림 4.10.3은 정상분만 후 ALOS가 멕시코, 영국, 터키, 캐나다, 미국의 경우 2일 이하에서 헝가리, 슬로바키아, 스위스, 체코의 경우 5일 이상까지 상이함을 보여준다. 정상분만 후 ALOS는 지난 10년 동안 모든 국가에서 단축되어 OECD 국가 평균이 1995년 4.2일에서 2005년 3.3일로 하락하였다(표 A.4.10b). 모성의료(*maternity care*) 관련 조기 퇴원은 일부 OECD 국가에서 우려의 대상이 되고 있다.

지난 10년 동안 급성심근경색(AMI) *Acute Myocardial Infarction*에 따른 재원기간 역시 감소하였다. 2005년에 급성심근경색의 ALOS는 북유럽국가(노르웨이, 덴마크, 스웨덴)와 미국(6일 미만)의 경우 가장 낮은 반면, 핀란드와 아일랜드에는 10일 이상이었다(그림 4.10.2). 그러나 국가간 비교는 주의를 요한다. 예를 들어, 핀란드의 ALOS는 원래는 AMI로 입원하였지만 더 이상 급성기 치료를 받지 않는 환자를 포함할 수 있는데, 이들은 따라서 장기요양 환자로 간주될 수 있다(Maise et al., 2003a).

## 정의와 국가간 차이

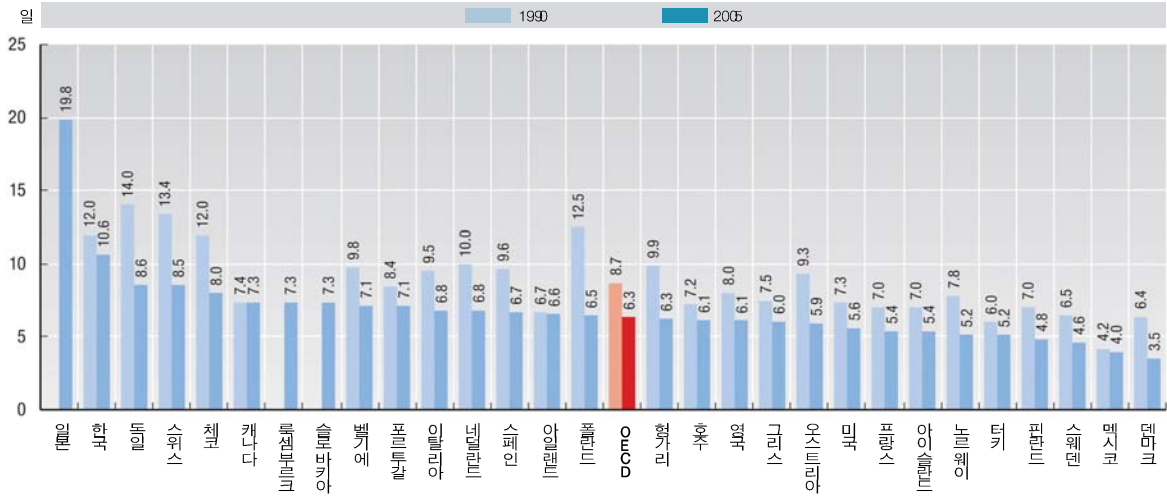
급성기 의료에 대한 평균재원일수(ALOS) *Average length of stay in hospitals*는 급성질환의 입원시설에서 환자가 보내는 (숙박을 하는) 일수의 평균을 말한다. 이는 일반적으로 한 해 동안 급성기 의료 입원시설에서 모든 환자가 체류한 총일수를 입원 혹은 퇴원의 수로 나눈으로써 측정된다.

“급성기 의료(*acute care*)”의 제한된 정의는 보건계정체계 매뉴얼(OECD, 2000a)에서 정의된 바와 같이 “치료적 진료(*curative care*)”의 범주에 속한 의료의 모든 기능을 포함한다. 그러나 “급성기 의료”에 포함/제외되는 의료의 기능에는 국가간 차이가 있어서 데이터의 비교에는 제한이 있다(예를 들면 재활, 유지적 치료(*maintenance care*), 혹은 장기요양을 위한 병상들의 포함 여부).

또한 ALOS 측정과 관련하여, 병원에서 태어난 건강한 신생아의 재원일수 또는 퇴원은 제외되거나 일부국가(예, 캐나다, 2004년 이전의 독일, 미국)에서는 부분적으로만 포함시켰다. 건강한 신생아를 포함시킨다면 이들 국가의 ALOS가 감소할 것이다(예, 캐나다의 경우, 반나절 정도). 이러한 이유로 국가간 비교는 주의하여 해석되어 져야 한다.



4.10.1. 급성기외료의 평균재원일수, 1990년과 2005년(또는 최근년도)



4.10.2. 급성심근경색(AMI)의 평균재원일수, 2005년(또는 최근 가용년도)



4.10.3. 정상분만의 평균재원일수, 2005년(또는 최근 가용년도)



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114103308441>

## 4.11 심혈관 질환 처치

심장질환(heart disease)은 OECD 국가에서 입원과 사망의 주요 원인이다(지표 2.4 “심혈관 질환과 뇌졸중에 의한 사망률” 참조). 최근 수십년 동안 관상동맥우회술(CABG) Coronary Artery Bypass Graf 과 경피적관상동맥성형술(Coronary angioplasty)의 두 가지 맥관재생방법(revascularisation procedure)은 심혈관 질환 치료를 혁명적으로 개선시킨 처치들이었다.

관상동맥우회술과 관상동맥성형술의 이용률은 국가간 상당한 차이가 있다(그림 4.11.1). 미국은 관상동맥성형술을 가장 많이 하는 국가로 2004년 인구 10만명당 433건을 기록하였고, 벨기에가 바로 그 뒤를 이었다. 양국 모두 1인당 관상동맥우회술 건수가 가장 높았다. 2004년 벨기에에서 인구 10만명당 152건의 관상동맥우회술이 수행되었고, 미국은 145건을 기록하였다. 반대로 2004년 멕시코에서 인구 10만명당 관상동맥우회술과 관상동맥성형술은 각각 2건 씩밖에 되지 않았다. 이는 두 번째로 가장 낮았던 포르투갈보다도 현저하게 낮은 수준이다.

그림 4.11.1에서와 같이, 맥관재생방법 비중에는 국가별로 상당한 차이가 있다. 대부분의 국가에서 관상동맥성형술은 총 맥관재생방법의 65-80%를 차지하였다. 캐나다와 뉴질랜드는 예외로 총 입원환자에 수행되는 맥관재생방법 중 관상동맥성형술이 각각 60%와 56%를 차지하고 있다. 그러나 영국에서 많은 관상동맥성형술이 통원수술(day surgery)로 수행됐을 가능성이 높다.

지난 10년간 대부분의 OECD 국가에서 관상동맥성형술의 이용은 급속히 증가하여, 관상동맥 스텐트(coronary stenting)의

효능에 대한 임상실험이 처음 보고(Moise, 2003)되기 시작한 시기인 1990년 중반 경에 관상동맥우회술보다 선호되는 맥관재생방법으로 부상하게 되었다(그림 4.11.2). 이러한 추세는 의약품 유출 스텐트(drug-eluting stents)의 도입과 대부분의 OECD 국가에서의 관상동맥우회술 사용 감소로 최근 몇 년 사이에 가속화되기 시작하였다. 이러한 자료는 시간이 지나면서 관상동맥성형술이 관상동맥우회술을 대체하기 시작했음을 시사한다. Cutler와 Huckman(2003)은 약 25-35%의 관상동맥성형술이 관상동맥우회술을 대체한다고 예측하였다. 그러나 다발성 혈관폐쇄(multiple vessel obstructions)를 치료하는데 있어 관상동맥우회술이 보다 선호되는 방법이기 때문에 관상동맥성형술은 관상동맥우회술의 완전한 대체술(perfect substitute)이 되지는 못한다.

맥관재생방법 이용의 결정요인은 명백하지 않다. Moise(2003a)는 IHD 사망률을 대리지표로 이용하는 심장 질환의 기본 비율보다 1인당 GDP가 맥관재생방법 이용률의 결정요인이 될 가능성이 높다는 것을 제시하였다. 그러나 이 두 결정요인과 맥관재생방법 이용률간의 관계는 맥관재생방법을 두 개 종류로 분류할 때 달라진다. 한편으로 1인당 GDP는 관상동맥성형술의 경우 결정요인이 되지만 관상동맥우회술의 경우 그렇지 않다. 그리고 심장 질환의 기본 비율의 수준은 관상동맥우회술의 중요한 요인이 되지만, 관상동맥성형술의 경우 그렇지 않다(Moise, 2003b).

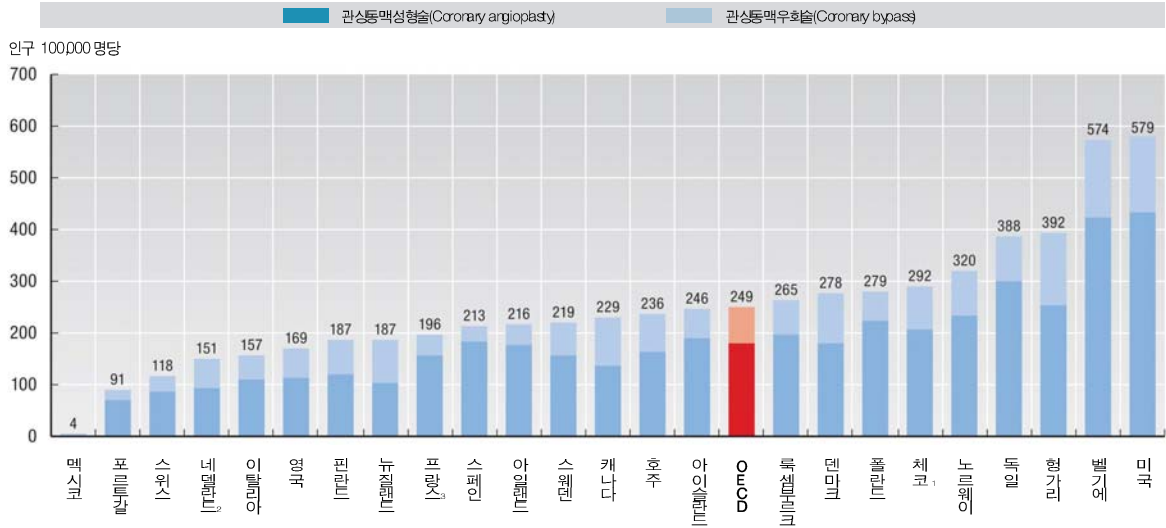
## 정의와 국가간 차이

관상동맥우회술(CABG) coronary bypass는 폐색된 관상동맥을 우회하기 위한 정맥 혹은 동맥의 이식술이다. 한 개의 관상동맥의 장애만을 우회하는 것을 의미할 수 있지만, 복합관상동맥의 우회(multiple coronary artery bypass)가 가장 일반적이다. 관상동맥성형술(coronary angioplasty)은 끝에 풍선을 부착시킨 카테터(catheter)를 동맥계로 잘 밀어 넣는 것을 포함하는데 이는 보통 다리의 대퇴동맥에서 시작하여 환부인 관상동맥에 투입하는 것이다. 풍선은 폐쇄 지점의 관상동맥을 팽창시키도록 부풀려진다. 대부분의 관상동맥성형술에서 스텐트(stent)(동맥을 열려진 채로 유지하기 위한 팽창 가능한 그물모양의 철사 지지체)를 사용한다. 최근 발명품인 의약품 유출 drug-eluting 스텐트(직접 닿는 부위에 의약품을 점차적으로 유출하는 스텐트)는 스텐트 주변의 흉터 같은 세포조직의 성장을 막기 위해 점점 더 많이 사용되고 있다.

입원환자의 처치의 수에 관한 자료는 보통 입원체류 마다 시행된 모든 처치를 계산한다. 단, 어떤 국가들은 주된 처치나 혹은 하나 이상의 처치를 받은 환자의 수를 보고하기도 한다. 데이터는 많은 국가에서 총 활동 비율에서 점차 증가하는 비중을 차지하는 외래에서 시행된 관상동맥성형술을 포함하지 않는다.

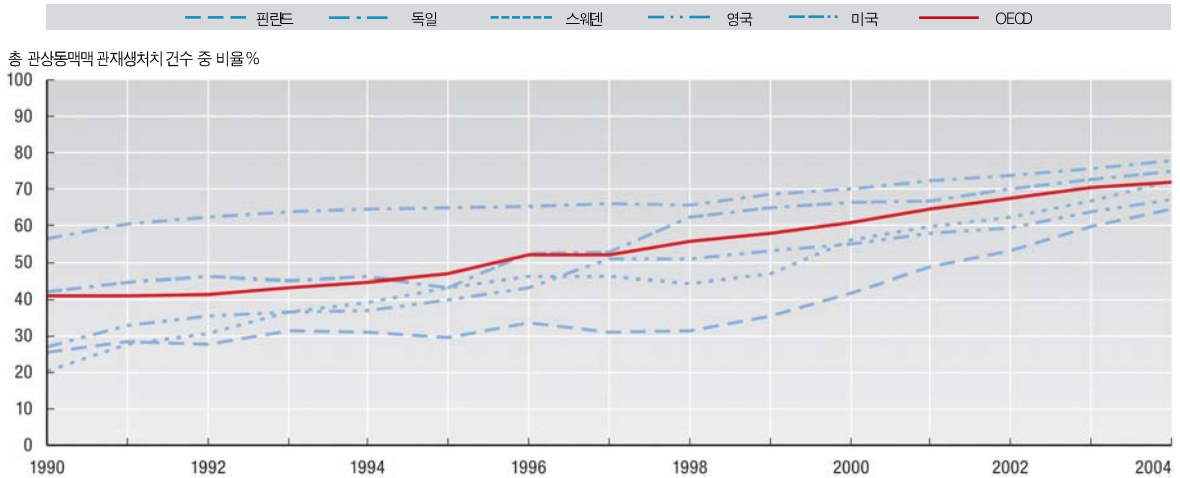


4.11.1. 인구 100,000명당 관상동맥관재생처치 건수, 2004년



1, 2005 2, 2003 3, 2001.

4.11.2. 관상동맥관재생처치 총 건수 중 관상동맥성형술의 비율, 1990-2004년



Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/14110746116>

## 4.12 신부전증 치료 (투석과 이식)

말기 신부전증(ESRF) End-stage renal failure은 신장이 영구적으로 손상되어 더 이상 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 말한다. 말기 신부전증의 주요 위험요인 중 일부에는 당뇨병 diabetes과 고혈압 hypertension이 포함되는데, 이 두 질환은 OECD 국가에서 일반적으로 점점 더 확산되고 있다. 미국의 경우, 모든 ESRF 환자들의 1차 진단의 60%가 당뇨병과 고혈압이었다(당뇨 36%, 고혈압 24%) (USRDS, 2006). 말기 신부전증 환자는 투석이나 신장이식을 통한 치료를 받아야 한다. 투석치료는 비용이 높을 뿐 아니라 불편하고 정기적인 투석을 요하는 특성 때문에 성공적인 신장 이식에 비해 환자의 삶의 질을 저해한다.

두 종류의 치료를 함께 고려했을 때, 지난 20년 동안 OECD 국가에서 치료를 받는 말기 신부전증 환자의 비중이 연평균 0%씩 증가했다(그림 4.12.2). 이는 1985년에 비해 2005년에 치료를 받는 ESRF 환자의 비중이 3배 이상 증가했다는 것을 의미한다. 2005년에 일본과 미국은 인구 10만 명당 ESRF 환자 160명 이상으로 가장 높은 비율을 기록하였고(그림 4.12.1), 1985년 이후 ESRF 환자의 급증을 보인 포르투갈이 그 뒤를 이었다. 이 국가들이 높은 ESRF 치료율을 보이는 이유는 명확하지 않으나 다른 OECD 국가에 비해 당뇨병 비율이 특별히 높지 않은 점을 볼 때, 높은 당뇨병 비율이 ESRF의 유일한 또는 가장 주요한 요인이라고 할 수는 없다(IDF, 2006).

대부분의 OECD 국가에서 대다수의 ESRF 환자들은 신장이식보다는 투석치료를 받고 있다. 이는 많은 국가에서 말기 신부전증 환자가 현저히 증가했으나 제한된 신장 기부자들로 인해 신장 이식이 제한적으로 이루어지고 있기 때문이다. 예외적인 국가로서는 핀란드, 아이슬란드, 네덜란드이며, 이 국가들은 ESRF 환자의 수준이 전반적으로 낮다.

현재 ESRF 환자의 주요 치료 방법에 초점을 맞춘다면 투

석을 하는 사람의 비율은 다른 국가에 비해 일본이 현저히 높고, 그 다음이 미국이다(그림 4.12.3). 일본은 신장이식이 가장 낮은 OECD 국가 중 하나이며, 이는 거의 모든 일본 ESRF 환자는 투석치료를 받고 있다는 것을 의미한다. 모든 국가에서 지난 20년 동안 투석치료를 받는 환자 수의 큰 증가를 보였다.

공급의 부족을 고려했을 때, 일반적으로 말기 신부전증 환자들은 길고 고된 투석치료를 받지 않고는 살지 못하는 단계에 이르러서야 신장이식을 받는다. 성공적인 신장이식은 환자로 하여금 엄격한 식생활과 활동의 제한을 받지 않는 거의 정상에 가까운 생활을 할 수 있도록 한다. 수술기법의 발전과 거부반응을 예방하는 신약의 개발은 20년 전에 비해 더 많은 신장이식을 가능하게 하고 성공률을 향상시켰다. 관련 자료가 확보 가능한 모든 국가에서 1985년부터 기능하는 신장이식 functioning kidney transplant을 가지고 사는 사람의 비중이 꾸준히 증가하였다. OECD 국가 평균은 1985년에서 2005년 사이에 인구 10만명당 기능하는 신장이식을 가지고 사는 사람수가 8명에서 32명으로 증가하였다(그림 4.12.4). 2005년에 미국이 오스트리아, 핀란드, 스페인, 프랑스를 뒤로 하면서 인구 10만명당 기능하는 신장이식을 가지고 사는 사람 수가 40명 이상으로 가장 높은 비율을 기록하였다. 반면에, 일본은 한국과 슬로바키아를 다음으로 하면서 가장 낮은 신장이식비율을 기록하였다.

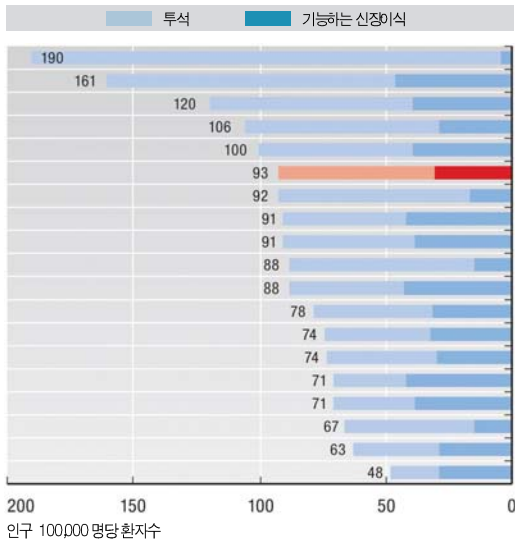
신장이식 수의 증가를 제한하는 주요 요인은 기부자 수이다. 많은 국가의 경우, 신장이식에 대한 수요가 공급을 넘어서면서 신장이식을 받고자 하는 대기자 수가 증가하였다. 신장이식율은 또한 문화적인 요인과 전통에 의해 영향을 받는다. 일본과 같은 국가에서는 신장이식이 아직 널리 수용되지 않을 수가 있다.

## 정의와 국가간 차이

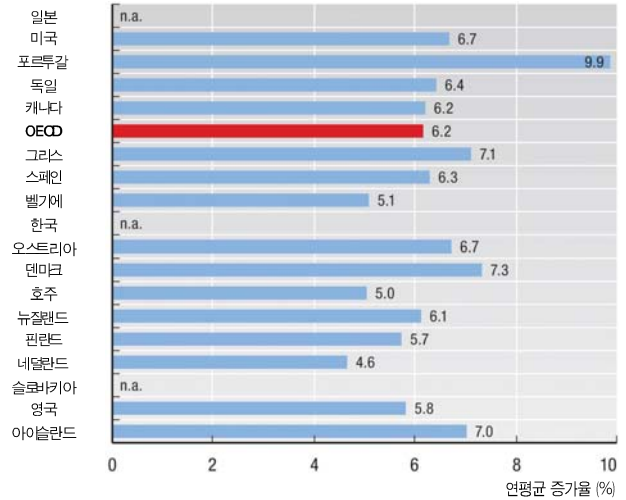
말기 신부전증 end-stage renal failure 치료를 받는 환자의 수는 연말 기준 다양한 종류의 신장 대체 치료법 renal replacement therapy을 받는 환자의 수를 의미하며, 신장 대체 치료법에는 혈액투석 hemodialysis/혈액여과 hemofiltration, 간헐적 복막투석 intermittent peritoneal dialysis, 지속적 외래 복막투석 continuous ambulatory peritoneal dialysis, 지속적인 정기복막투석 continuous cyclical peritoneal dialysis, 또는 기능하는 신장 이식 functioning kidney transplant이 포함된다.

4.12 신부전증 치료 (투석과 이식)

4.12.1. 치료유형별 말기신부전증 치료환자수, 2005년(또는 이용가능한 최근년도)



4.12.2. 말기신부전증 치료환자 비율의 증가, 1985-2005년



4.12.3. 투석받은 환자 비율, 1985년과 2005년(또는 최근년도)



4.12.4. 기능하는 신장이식을 가지고 사는 환자 비율, 1985년과 2005년(또는 최근년도)



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/11413088154>

## 4.13 제왕절개

과거 수십 년 간 모든 OECD 국가에서 총 생존출생에 대한 비율로서의 제왕절개(cesarean)율이 증가해왔다. 이는 의료적인 위험 요소(모성 연령, 다태아(multiple births)의 출생, 제왕절개의 경험, 정상기간을 넘는 재태기간 등)의 증가를 반영할 뿐 아니라 의료 전문가의 의술과 산모의 선호도의 변화를 보여주기도 한다. 이는 제왕절개에 대한 비용, 즉, 재정적인 비용과 산모와 아기의 건강에 관련된 비용이 어떤 경우에는 제왕절개로 인한 혜택보다 많은 것은 아닌지에 대한 의문을 불러일으켰다.

2004년 OECD 국가의 총 생존출생 대비로서의 제왕절개율은 유의한 차이가 있다(그림 4.13.1). 네덜란드, 체코, 북유럽국가, 프랑스, 벨기에, 슬로바키아의 경우 5명 중 1명 이하에서 한국, 이탈리아, 멕시코의 3명 중 1명 이상까지 국가별 차이가 있었다. 제왕절개율이 높은 국가의 경우 여러 요인이 이러한 현상을 설명한다. 한국의 경우, 제왕절개술이 자연분만에 비해 보상이 더 높기 때문에 의사들이 이를 장려해왔다(OECD, 2003b). 유사하게, 멕시코의 민간부문에서 활동하는 의사들 역시 제왕절개를 하는데 재정적인 인센티브가 컸다(Secretriade Salud, 2003). 일화적인 예를 근거로 볼 때 이탈리아에서 제왕절개율이 높은 것은 의사의 제왕절개를 (자연분만보다 더 빨리 처치가 끝나며 사전에 계획을 세울 수 있기 때문에) 선호하는 시술의 변화와 함께 환자의 선택(자연분만보다 제왕절개가 일반적으로 안전하다는 믿음에 부분적으로 근거함)을 반영하는 것으로 보여진다.

모든 OECD 국가에서 제왕절개율은 계속 증가하였고, 어

떤 국가는 상당히 빠르게 증가하였다(그림 4.13.2). OECD 20개국의 제왕절개율의 평균은 1990년에 총 출생수의 14%에서 2004년에 22%까지 증가하였다. 1990년 이후의 성장률은 특히 아일랜드, 슬로바키아, 체코에서 빠르게 나타났다. 반면에 북유럽 국가에서는 성장률이 훨씬 둔화되어 나타났다.

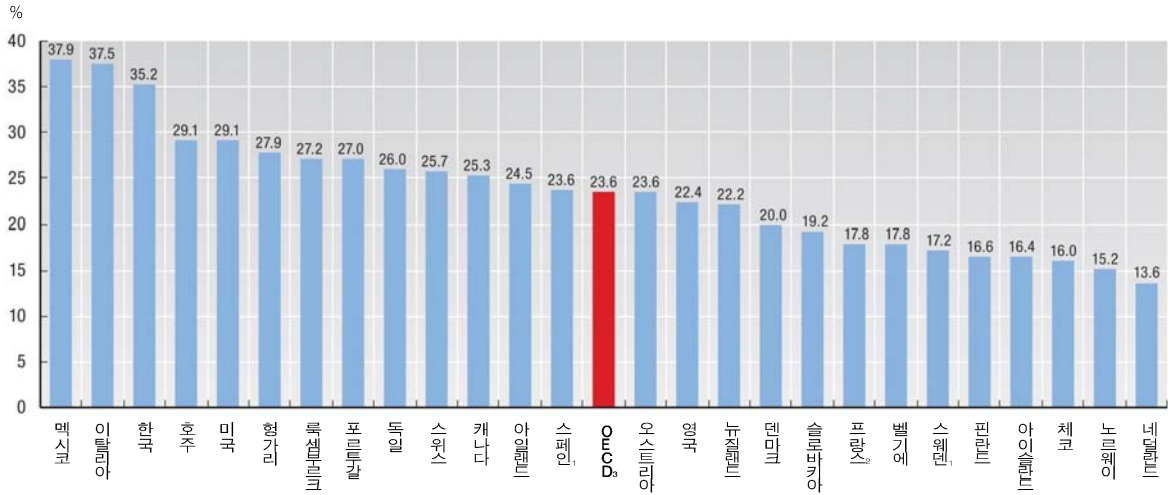
이러한 모든 제왕절개술이 의료적 이유(medical indication)에 근거한 것은 아닐 수 있다. 미국의 Dederiq 등의 연구(2005)는 가장 중요한 위험인자들을 통제하면서 1996-2001년 동안 제왕절개의 증가를 분석하였다. 이 연구에서 (전에 제왕절개 경험이 없고, 어떤 의학적 위험요인도 없으며 출생서류에 진통이나 분만의 합병증이 기록되지 않은 만삭의 단태아를 가진 산모로 정의되는 “근거 없는” 제왕절개가 차지하는 비중이 1996년 3.7%에서 2001년 출생의 5.5%로 증가하였다.

정상적이고 합병증이 없는 임신의 경우 제왕절개 대비된 정상분만(vaginal delivery)의 상대적 편익에 대한 논란이 계속 이어지고 있다. 개발도상국에 비해 선진국에서 행해지는 제왕절개는 위험이 적다(WHO, 2005). 그러나 제왕절개는 정상분만보다 비용이 높고, 불필요한 의료개입(medical intervention)은 정상분만보다 산모와 아이의 건강에 문제를 일으킬 수 있다(Bewley와 Cockburn, 2002; Victoria와 Barros, 2006). 다시 말해, 불필요한 제왕절개는 더 높은 위험을 가진 고비용 의료개입이 행해지는 것을 의미한다.

## 정의와 국가간차이

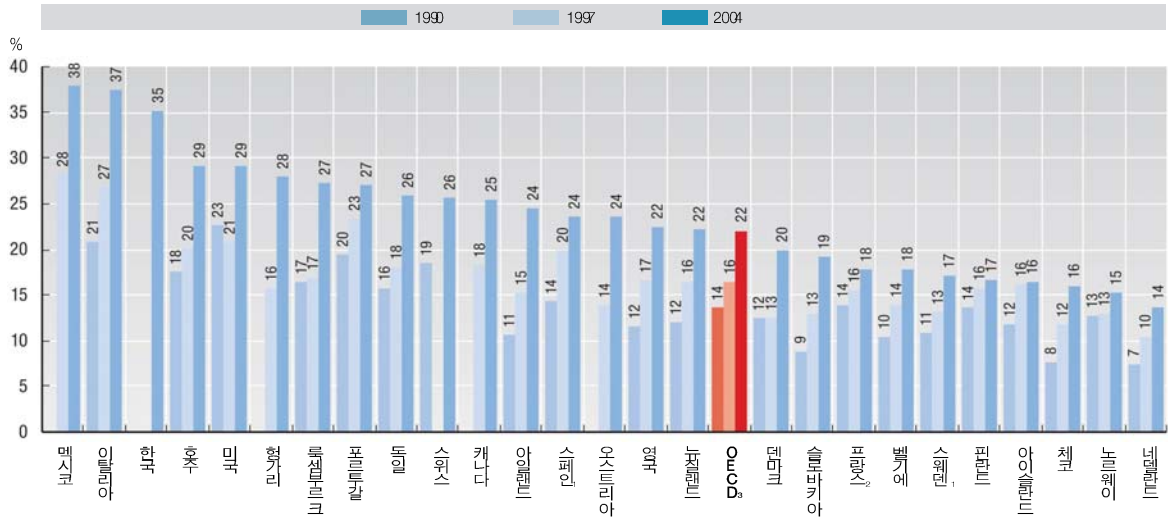
제왕절개율은 생존출생 100명당 제왕절개의 수이다. 포르투갈에서 분모는 본토에 있는 국가보건서비스 병원(National Health Service Hospitals)에서 발생하는 생존출생 수만을 의미한다(제왕절개율에서 과다추정요인이 됨).

4.13.1. 생존출생 100명당 제왕절개, 2004년



- 1. 2003 2. 2001
- 3. OECD 평균은 26개 OECD 회원국의 이용 가능한 최근년도 자료로 산출되었음.

4.13.2. 생존출생 100명당 제왕절개의 증가, 1990-2004년



- 1. 2003 2. 2001
  - 3. OECD 평균은 20개 OECD 국가로 구성된 동질적 집단(common group)에 대해 일관되게 정의된 평균임
- Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114145806578>

## 4.14 백내장 수술(외래와 입원)

지난 20년 동안 OECD 국가에서 외래를 기반으로 수행되어 온 수술(“통원<sup>day case</sup>”라고도 함)의 수는 지속적으로 증가하였다. 이는 의료기술의 발전, 특히 덜 공격적인 외과적 처치<sup>less-invasive surgical interventions</sup>의 보급과 보다 개선된 마취제에 의해 가능했다. 이러한 혁신은 수술의 효과를 향상시켰으며, 환자의 안전에 상당한 편익을 가져왔다. 또한, 재원기간을 단축시켜 그러한 조치들의 단위<sup>unit cost</sup>를 줄여 주었다. 그러나 전반적인 보건의료비에 대한 영향은 급성기 치료 후 관리<sup>post acute care</sup>와 지역보건의료서비스<sup>community health services</sup>의 비용은 물론 수술의 단가와 양적 변화의 상대적인 영향, 병상규모 축소의 영향에 따라 다를 것이다.

오늘날 대부분의 OECD 국가에서 백내장<sup>cataract</sup>수술은 가장 흔한 수술이 되었다. 이는 대부분의 OECD 국가에서 주로 외래로 행해지는 수술로서 다빈도 수술<sup>high volume surgery</sup>의 좋은 예이다.

2004년(또는 자료가 확보 가능했던 가장 최근 연도) 1인당 백내장 수술 건수는 외래 및 입원 수술에 대한 자료를 보고한 19개 OECD 국가에서 국가간 상당한 차이가 있었다(그림 4.14.1). 멕시코는 인구 10만명당 백내장 수술 51건으로 가장 낮은 반면, 벨기에에는 인구 10만명당 백내장 수술 1,600건으로 가장 높았다. “수요” 요인(예, 인구구조의 고령화)과 “공급” 요인(예, 외래 또는 입원환자에 해당 의료적 개입을 할 수 있는 역량)이 이러한 국가별 차이를 설명할 수 있다. 그러나 백내장 수술에 관한 기록방식이 다르기 때문에 자료 비교가능성이 제한된다(아래 “정의와 국가간 차이”란 참조).

백내장 수술건수는 대부분의 OECD 국가에서 최근 몇 년

사이에 크게 증가하였다(그림 4.14.1). 인구 고령화에 따른 수요는 이러한 추세를 보다 강화시켰을 가능성이 높지만, 당일 치료로서의 백내장 수술의 입증된 성공률, 안전, 비용 효율성이 주요 요인이었을 것이다(Fedorowicz et al., 2004). 지난 7년간 벨기에, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 영국에서 외래수술의 증가는 입원을 요하는 백내장 수술의 감소를 앞질러(표 A.4.14), “대체<sup>substitution</sup>” 효과(입원수술 대체)와 “확대<sup>expansion</sup>” 효과(총 수의 증가)를 보였다.

거의 모든 OECD 국가에서 백내장 수술은 외래에서 수행된다. 자료 확보가 가능한 국가의 절반(캐나다, 스웨덴, 덴마크, 핀란드, 영국, 호주, 뉴질랜드)에서 백내장 수술의 90% 이상이 통원수술로 이루어졌다(그림 4.14.2). 그러나 통원수술의 확산은 다른 일부 국가에서는 아직 상대적으로 저조한 수준이며, 이는 여러 요인 중 입원체류에 대한 좀 더 유리한 보상, 정부 규제, 의사와 마취전문의사의 진료방식 변화에 대한 장애물 등에 의한 결과일 수 있다(Castoro et al., 2007). 입원을 요하는 백내장 수술의 비중은 룩셈부르크, 프랑스, 아일랜드, 포르투갈에서의 모든 수술의 절반 이상을 차지하고 있다.

프랑스의 경우, 1999년에 수행된 모든 백내장 수술의 77-90%가 외래에서 수행될 수 있었다(Sourty Le Gellec, 2001). 비록 프랑스에서 수행된 백내장 통원수술의 비중이 1999년 27%에서 2001년 36%로 증가했지만, 이러한 보다 효과적인 백내장 치료의 추가적인 발전에 대한 보다 큰 잠재성이 존재했다.

## 정의와 국가간 차이

백내장<sup>cataract</sup>은 부분적으로나 또는 완전히 렌즈가 뿌옇게 되기 때문에 백내장 수술은 눈의 렌즈를 제거하고 인공렌즈로 대체하는 방식으로 이루어진다.

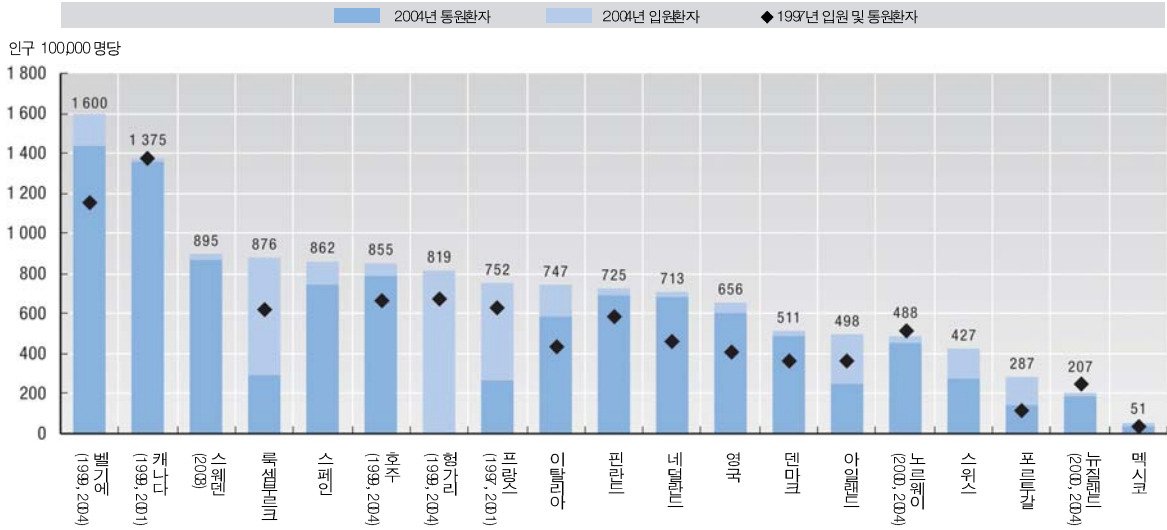
수술은 당일기준으로 행해지거나 혹은 병원에서 밤을 지내는 체류를 필요로 한다. 외래(또는 “통원<sup>day case</sup>”)수술의 정의는 병원이나 의원의 지정된 수술부서에서(보통은 선택적이며, 응급이 아닌)수술을 받고 수술 당일 퇴원하는 환자를 의미한다. 일부 국가에서는 동일한 용어가 당일(또는 통원) 수술과 외래환자수술을 포함한다. 입원환자 수술은 수술을 받고 보건의료기관에서 최소 1박을 하는 환자를 의미한다.

국가간 비교시 주의를 해야한다. 일부 국가의 현 보건정보시스템은 특히 병원 외의 외래시설(예, 민간 의원)에서 시술된 경우 모든 통원수술<sup>day surgery</sup>을 기록하지 못한다. 예를 들어, 스페인에 대한 자료는 민간부문의 수술을 포함하지 않고 있다. 또한 국가간 백내장 수술의 등록 방식에서 차이가 있을 수 있다. 한 예로서, 렌즈의 제거와 인공렌즈로 대체하는 수술을 두 단계로 구성된 하나의 의료적 개입으로 간주할 것인지 또는 각각 개별적인 의료적 개입으로 볼 것인지에 대한 문제가 있다.

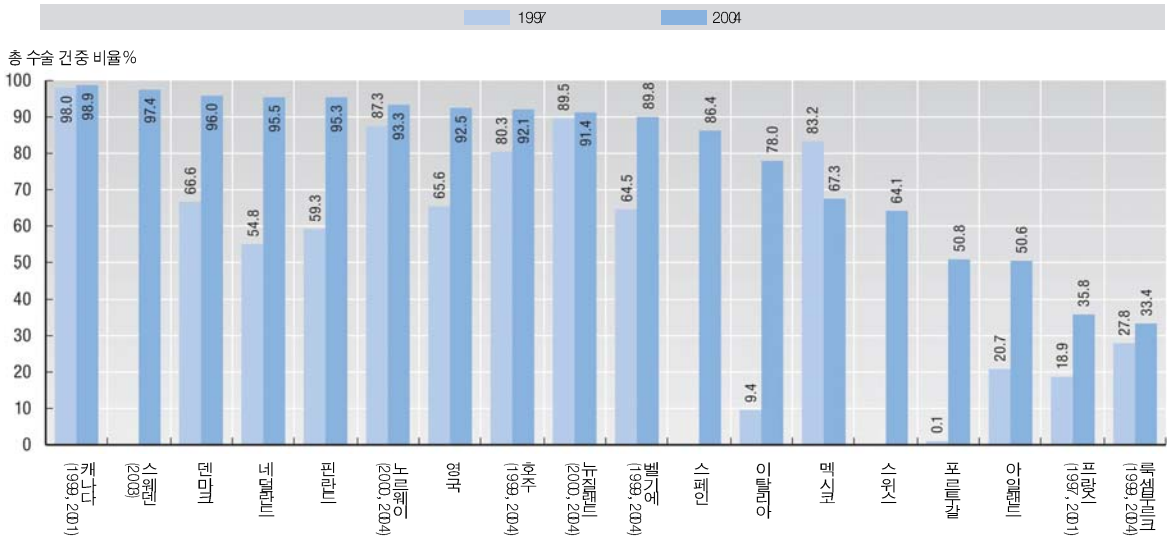


4.14 백내장 수술(외래와 입원)

4.14.1. 입원환자와 통원환자의 백내장수술 건수(인구 100,000명당), 1997년과 2004년



4.14.2. 통원에 의한 백내장수술비율, 1997년과 2004년



Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <https://dx.doi.org/10.1787/114217366870>



## 4.15 의약품 소비

의약품의 소비는 모든 OECD 국가에서 증가하고 있으며, 이는 지출(지표 5.4 “약제비” 참조) 뿐 아니라, 소비되는 의약품의 총량(또는 양) 또한 증가하고 있다. 대부분의 OECD 국가에서의 의약품 소비 증가에 기여하는 요인 중 하나는 인구 고령화이며, 이 현상은 다양한 노인질환을 치료하거나 최소한 통제하기 위해 필요한 의약품의 수요 증가에 의한 것이다. 그러나 의약품 소비의 증가는 인구 고령화 속도가 빠르게 일어나지 않는 국가에서도 나타나고 있으며, 이는 신약의 출시와 같은 다른 요인도 동시에 작동하고 있음을 보여준다.

여기에서는 OECD Health Data에 기재되어있는 28개의 약품 범주 중 4개 범주, 즉, 당뇨병 치료제(antidiabetics), 항우울제(antidepressants), 콜레스테롤 치료제(anticholesterol), 항생제(antibiotics)의 소비량에 대한 현재 수준과 지난 5년간의 변화에 대한 정보를 제공한다. 이러한 의약품의 소비량은 WHO Collaborating Center for Drug Statistics에서 권고한 “1일 사용량 기준(DDD)defined daily dose” 단위로 국가별로 일관성 있게 측정되었다(아래 “정의와 국가간 차이” 참조).

당뇨병 치료제를 먼저 본다면, 국가별로 이 의약품의 소비량에는 상당한 차이가 있는데, 아이슬란드, 덴마크의 소비량은 그리스, 핀란드의 소비량의 절반 수준이다(그림 4.15.1). 2000년과 2005년 사이 모든 국가의 당뇨병 치료제의 소비가 증가하였다. 특히 소비량의 증가율은 슬로바키아(2000년에 비교적 낮은 수준이었던 소비량이 매년 거의 30% 수준의 증가율을 기록함), 그리스(매년 14% 증가), 룩셈부르크(매년 약 10% 증가)에서 뚜렷하게 나타났다. 소비량의 증가는 당뇨병 환자의 증가, 치료를 받는 환자 수의 증가, 치료의 평균 복용량의 증가로 인한 것이다(Melander et al., 2006).

항우울제의 소비 역시 OECD 국가간 큰 차이가 있으며, 아이슬란드가 가장 높은 소비량을 기록하고, 그 다음이 호

주, 다른 북유럽 국가, 벨기에, 프랑스 순이다(그림 4.15.2). 중앙 및 동부 유럽 국가(슬로바키아, 헝가리, 체코)는 지난 5년간 항우울제 소비량이 빠르게 증가하기는 하였으나, 가장 낮은 소비 수준을 기록하고 있다.

콜레스테롤 치료제의 소비는 가장 높은 소비국인 호주의 182DDD/1,000명/1일에서 가장 낮은 소비국인 독일의 65DDD/1,000명/1일까지 다양하다(그림 4.15.3). 이는 인구의 높은 나쁜 콜레스테롤(high bad cholesterol) 수준 유행율이 국가별로 다르다는 점에서 일부 기인하지만, 이 차이는 콜레스테롤 관리 임상지침이 다르다는 점에도 기인한다. 예를 들어, 호주의 지침은 유럽국가보다 훨씬 낮은 콜레스테롤 수치를 목표로 하고 있으며, 유럽국가 사이에도 목표 수준이 각국마다 다르다(National Heart Foundation of Australia et al., 2005; Hockley와 Gemmill, 2007). 역학적인 배경(예, 비만의 증가)과 검진과 치료의 증가는 자료 확보가 가능했던 모든 OECD 국가에서 최근 몇 년 사이에 나타난 콜레스테롤 치료제 소비의 빠른 증가 현상을 설명한다. 2000년과 2005년 사이에 스웨덴의 소비량은 연간 13% 증가하였고, 가장 큰 증가를 기록한 포르투갈과 체코에서는 연간 30% 가까이 증가하였다.

항생제의 소비는 OECD 국가간 상당한 차이를 보인다. 가장 낮은 소비국인 네덜란드의 11DDD/1,000명/1일로부터 가장 소비량이 많은 국가인 그리스의 35DDD/1,000명/1일까지 걸쳐있다(그림 4.15.4). 항생제의 과소비는 박테리아의 내성을 증가시키는 것으로 증명되었기 때문에, 많은 국가는 최근 항생제 소비를 줄이기 위하여 의사(혹은) 환자를 대상으로 한 정보제공 캠페인을 시작했다. 결과적으로, 많은 국가에서 소비량이 안정되었고, 프랑스와 폴란드와 같은 일부 국가에서는 감소하기도 하였다. 대조적으로, 포르투갈과 그리스 같은 일부 국가는 2000년과 2005년 동안 항생제 소비량의 현저한 증가를 기록하였다.

## 정의와 국가간 차이

1일 사용량 기준단위(DDD)defined daily dose는 성인의 주 적응증에 대해 사용되는 어떤 의약품에 대해 효과를 유지하기 위해 필요한 일일 추정 평균 용량으로 정의된다. DDD는 국제 전문가들이 합의한 치료군(therapeutic class)의 개별 주성분이나 주성분의 혼합에 부여된다. 예를 들어, 구강 아스피린(oral aspirin)의 DDD는 3그램이고, 이는 성인의 통증을 치료하기 위해 필요한 추정 효과유지 일일 복용량(assumed maintenance daily dose)이다. DDD는 어느 국가의 실제 평균 1일 복용량을 반영하지는 않지만, 의약품 소비 측정을 가능케 하는 표준 단위이다. DDD는 Anatomic-Therapeutic-Classification(ATC)의 다양한 치료군내에서와 치료군간의 합산치를 얻을 수 있다. 보다 자세한 사항은 [www.whocc.no/atccdi](http://www.whocc.no/atccdi)를 참조.

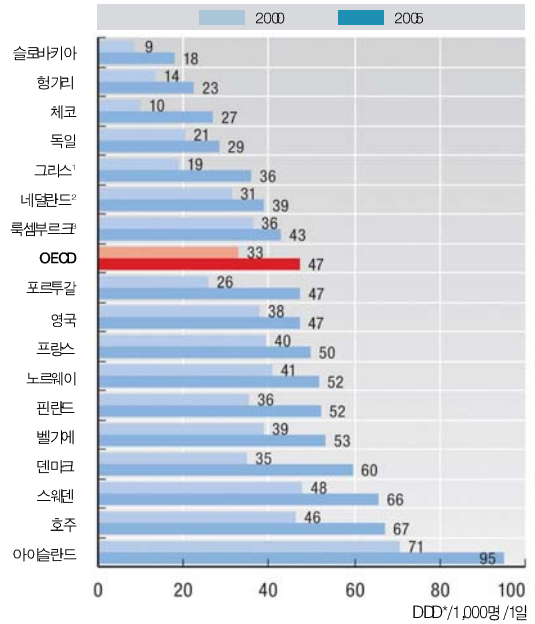
자료는 일반적으로 외래환자의 소비를 의미하고, 체코, 덴마크, 핀란드, 헝가리, 스웨덴의 자료는 예외적으로 병원의 의약품 소비를 포함하고 있다. 벨기에, 독일, 아일랜드, 네덜란드, 포르투갈의 자료는 건강보험의 적용을 받지 않는 의약품을 제외하였다. 그러나 거의 모든 의약품이 일반적으로 건강보험의 적용을 받기 때문에 이는 치료군(therapeutic class)간 비교에 영향을 주지는 않는다. 그리스의 수치는 병행수출(parallel export)을 포함할 수 있다.

4.15.1. 당뇨병치료제 소비량(DDD\*/1000명/일), 2000년과 2005년



1. 2001-05, 2. 2000-04, 3. 총 소비량의 88%에 해당.

4.15.2. 우울증치료제 소비량(DDD\*/1000명/일), 2000년과 2005년



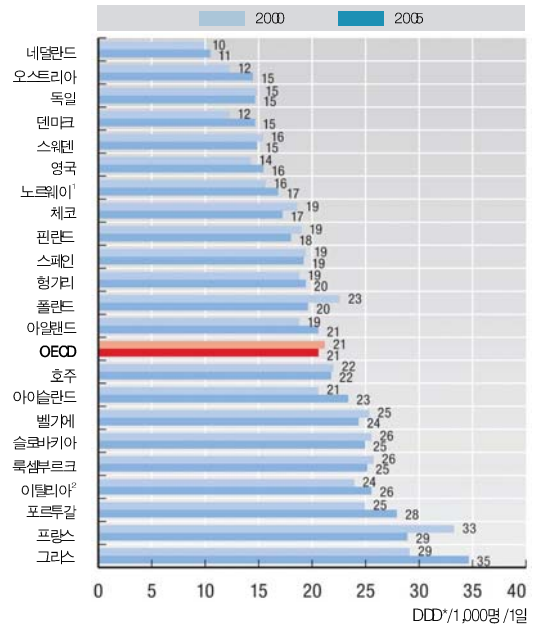
1. 2000-04, 2. 2001-05, 3. 2003-05

4.15.3. 콜레스테롤저하제 소비량(DDD\*/1000명/일), 2000년과 2005년



1. 2003-05, 2. 2001-05, \* DDDx1 일 사용량 기준단위, Defined daily dosage)

4.15.4. 항생제 소비량(DDD\*/1000명/일), 2000년과 2005년



1. 2001-04, 2. 2000-03

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114233716434>





## 5. 의료비와 재원조달

5.1. 1인당 의료비 .....	88
5.2 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비 .....	90
5.3. 기능별 의료비 .....	92
5.4 약제비 .....	94
5.5 의료의 재원 .....	96
5.6 의료보장률 (공공 및 민간 포함).....	98

## 5.1. 1인당 의료비

1인당 국민의료비의 크기는 OECD 국가 간에 크게 다르다. 의료비 수준의 차이는 각국의 다양한 시장 및 사회 요인, 보건의료제도의 다양한 재원조달 및 조직 구조에 기인한다.

OECD 국가 중에서 2005년 의료비 지출이 가장 높은 국가는 미국으로, 1인당 의료비가 6,401 미달러 PPP(아래 “정의와 국가간 차이” 참조)이었다(그림 5.1.1과 표 A.5.1a). 이는 OECD 국가 평균의 2.45배 이상에 해당한다. 그 뒤를 이어, 룩셈부르크(비거주민의 지출도 포함), 노르웨이, 스위스 순으로 미국 1인당 의료비의 약 2/3 수준이지만 그래도 OECD 평균보다 50% 높은 수준이었다. OECD 국가 중 절반 정도가 2,500-3,500 미달러 PPP 사이에 집중되어 있으며, 이는 OECD 평균의 90%-125%에 해당한다. 반대쪽 극단에 5개국(터키, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아, 한국) 그룹이 있는데, 이들의 1인당 의료비는 OECD 평균의 절반 이하였다.

그림 5.1.1은 국민의료비를 공공 및 민간의료비로 구분한 것이다(지표 5.5 “의료의 재원” 참조). 공공의료비 지출의 국가별 차이는 국민의료비 지출의 차이와 비슷한 수준이다. 공공의료비 지출이 높은 국가인 덴마크, 스웨덴, 영국은 1인당 공공의료비도 높은 경향이 있다. 그러나 공공의료비만으로 순위가 결정되는 것은 아닌 것이, 미국은 민간의료비 지출이 압도적으로 높음에도 2005년 1인당 공공의료비 수준은 노르웨이와 룩셈부르크 다음으로 3위였고, OECD 평균보다 40%나 높았다.

1995-2005년 동안 OECD 국가의 1인당 실질 의료비는 연평균 약 4%씩 증가하였다(그림 5.1.2와 표 A.5.1c). 이는 동기간의 평균 경제성장률인 2.5%와 비교되며, 결과적으로 경제의 점점 더 많은 부분이 보건의료에 집중되었다(지표 5.2 “국내총생산(GDP) 대비 국민의료비” 참조). 그러나 이 OECD 평균 뒤에는 국가 간의 그리고 시계열적인 큰 차이가 숨겨져 있다.

일반적으로, 한국 및 아일랜드와 같이 동 기간 내에 가장 높은 증가율을 경험한 국가들은 1990년 중반에는 비교적 낮은 1인당 의료비로 시작한 국가들이다. 이 두 국가의 경우(그리고 룩셈부르크도) 의료비 증가는 동 기간의 OECD 평균의 두배에 가까웠다. 대조적으로, 독일 및 프랑스와 같은 국가는 1995-2005년 사이 보건의료비가 연평균 약 2%로 완만히 증가하였고(OECD 평균 이하), 이는 동 기간 내의 비용 억제 정책과 둔화된 경제성장률에 일부 기인한다. 그러므로 독일과 프랑스의 2005년 1인당 실질 의료비는 1995년 수준보다 20% 정도 높아진 데 불과했고, 이는 거의 50% 높아진 OECD 평균과 대비된다.

그림 5.1.3은 지난 10년간 전체 경제성장률과 비교했을 때의 국가별 의료비 증가율을 보여준다. (독일과 프랑스를 포함한) 거의 모든 OECD 국가에서 의료비는 일반 경제보다 빠르게 증가하였고, 이로 인하여 GDP 대비 국민의료비의 비율이 증가하게 되었다(지표 5.2 “GDP대비 국민의료비 지출” 참조).

## 정의와 국가간 차이

국민의료비는 ‘의료재화와 서비스의 최종 소비(즉, 경상의료비)와 보건의료의 인프라에 대한 자본투자’를 합한 것이다. 이것은, 의료서비스 및 재화, 공중보건 및 예방프로그램, 그리고 행정에 대한 공공재원 및 민간재원(가계 포함) 지출을 포함한다. 교육훈련, 연구 및 환경보건과 같은 ‘보건관련’ 지출은 제외된다. 전체 경상의료비의 두 주요 요소는 개인의료비(expenditure on personal health care)와 집단 의료비(expenditure on collective services)이다.

일정 시점의 의료재화 및 서비스에 대한 전체 소비수준을 국가 간에 비교하기 위해서 1인당 의료비를 공통의 화폐단위(미국 달러)로 환산하고 각국 통화의 구매력 차이를 고려하여 조정한다. 가장 이용가능하고 신뢰성있는 환산율로서 경제전체(GDP)의 PPP가 사용된다. 의료비에 대한 정의와 각국의 의료비 비교에 관한 자세한 정보는 첨부자료 B 참조

그림 5.1.2와 그림 5.1.3(그리고 표 A.5.1c에서 A.5.1e)에서 제시한 성장률은 의료비 시계열 데이터에 흔히 생기게 되는 시계열 단절(series break)을 고려하여 조정된 것이다. 이러한 시계열 단절은 대부분의 경우 보건계정체계(System of Health Accounts)를 적용함에 따라 방법론적인 변화가 생긴 데 따른 결과이다(첨부자료 B 참조). 보건의료 부문의 범위를 수정하게 됨에 따라 그 적용시점에서 의료비의 규모 변화가 생기게 된다. 이를 제거하기 위하여 시계열 단절이 생긴 연도의 실질성장률은 그 전년도와 다음 연도의 증가율의 평균과 같은 것으로 가정하였다.



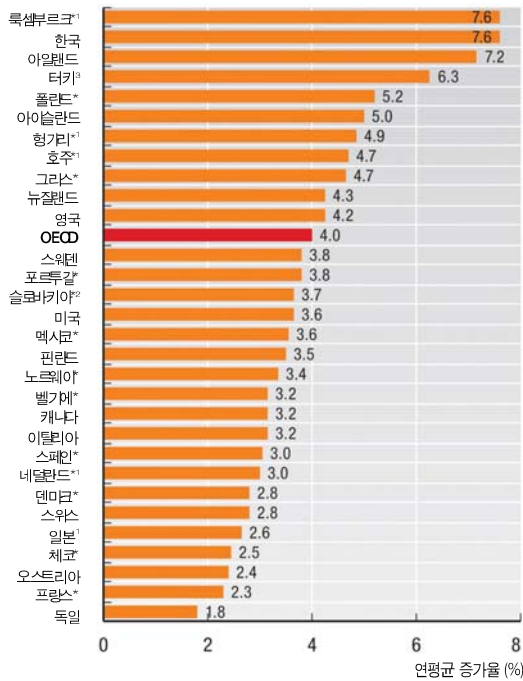
5.1. 1인당 의료비

5.1.1. 1인당 의료비 지출(공공과 민간), 2005년

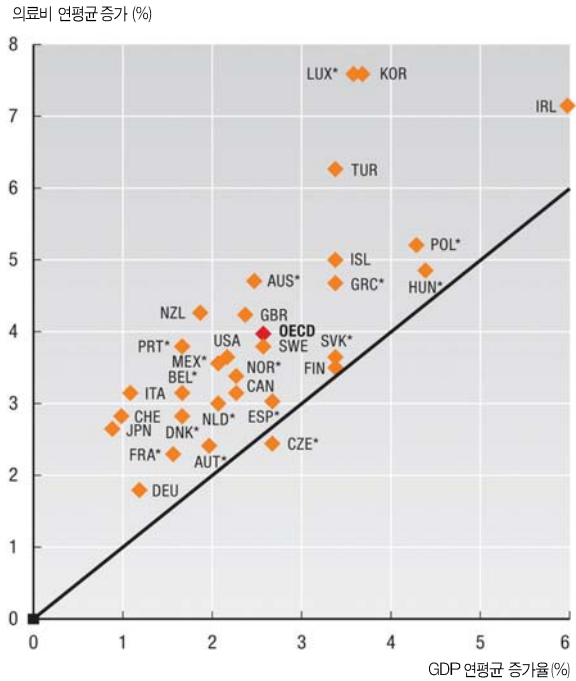


1. 2004
2. 2004-05.
3. 공공과 민간 지출은 투자를 제외한 경상지출(current expenditures)을 나타냄.

5.1.2. 1인당 실질 의료비의 연평균 증가율, 1995-2005년



5.1.3. 1인당 실질 의료비와 GDP의 연평균 증가율, 1995-2005년



\*보정증가율 ("정의와 국가간 차이" 참조)  
 1. 1995-2004 2. 1997-2005 3. 1998-2005.  
 Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114254751864>

## 5.2 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비

2005년 OECD 국가에서 GDP 대비 국민의료비 비율은 평균 9%에 달했다. 그러나 이 비율은 OECD 국가 사이에 상당한 차이가 있으며, 한국, 폴란드, 멕시코의 6% 정도에서 미국의 15.3%까지 걸쳐있다(그림 5.2.1과 표 A.5.2a). 2005년에 OECD 국가 중 10개국만 GDP 대비 10% 이상을 의료재화 및 서비스에 지출하였고, 이는 2000년의 4개국과 1995년에 2개국보다 늘어난 수치이다. GDP 대비 공공의료비 비율은 가장 높은 국가와 낮은 국가 사이에 3배에 달하는 차이가 있었다. 프랑스의 공공의료비 지출은 2005년에 GDP의 8.9%였고, 반면 공공과 민간부문에서 보건의료의 자원조달을 비슷하게 하고 있는 한국에서는 공공의료비 지출이 GDP의 3.2%였다.

그러나 한 국가의 의료비에 대해 종합적으로 평가하기 위해서는 GDP 대비 국민의료비 비율과 1인당 의료비(지표 5.1 “1인당 의료비” 참조)를 함께 고려해야 한다. GDP 대비 국민의료비가 상대적으로 높은 국가가 1인당 의료비가 상대적으로 낮을 수 있으며, 반대로 GDP 대비 국민의료비가 상대적으로 낮은 국가가 1인당 의료비가 높을 수 있다. 예를 들어, 오스트리아와 포르투갈은 GDP의 10% 갓 넘는 수준을 의료비로 지출했으나, (USD PPP로 환산한) 1인당 의료비는 오스트리아가 70% 이상 높았다. 또한, 그리스와 아일랜드는 2005년 1인당 의료비 지출이 유사했지만, 그리스는 GDP의 10% 이상 국민의료비에 지출한 반면 아일랜드는 7.5%만 지출했다(그림 5.2.1).

GDP 대비 국민의료비  $ratio$ 의 시계열적 변화는 GDP와 국민의료비의 결합된 효과를 나타낸다(그림 5.2.3). 거의 모든 OECD 국가는 지난 10년간 국가경제 중 보건분야에 투입되는 부분이 증가하였다. 미국, 캐나다, 스위스에서 2000-

2008년 사이 국민의료비 증가율은 전반적인 경제 성장을 크게 추월하였다. 반면에, 전반적으로 낮은 경제 성장과 함께 국민의료비 지출의 증가도 낮았던 독일과 일본에서는 지난 10년간 GDP 대비 국민의료비 비율이 보다 미미하였다.

그림 5.2.4는 OECD 국가에서 1인당 GDP와 1인당 의료비 사이의 정(+)의 관계를 보여준다. 한편, 전반적으로 GDP 지출이 큰 국가는 GDP 대비 국민의료비의 비율도 높은 하나, GDP가 국민의료비 규모에 영향을 주는 유일한 요인은 아니기 때문에 국가별로 GDP 대비 국민의료비 비율에 큰 편차가 있다. 1인당 GDP와 1인당 의료비의 관련성은 소득이 높은 국가보다 소득이 낮은 국가에서 더 강했다. 1인당 GDP 수준이 유사한 국가들 사이에 GDP 대비 국민의료비 수준에 현저한 차이가 있었다. 예를 들어, 일본과 독일은 1인당 GDP가 동일한 수준이지만 1인당 의료비는 크게 달라서, 일본의 국민의료비는 독일의 75%가 안 되는 수준이다.

국민의료비는 의료재화 및 서비스에 대한 최종 소비와 보건의료 인프라에 대한 투자의 합으로 측정한다. 또 하나의 측정방법은 개인들이 소비한 또는 개인을 위해 소비된 경제의 총 재화 및 서비스(즉, 실제의 최종소비지출)에서 차지하는 의료재화 및 서비스(즉, 투자를 제외한 경상의료비)의 비율로 나타내는 것이다. 이 비율은 모든 OECD 국가에서 GDP 대비 국민의료비 비율보다 현저히 높다(그림 5.2.2). OECD 국가들에서 실제의 최종소비지출에서 차지하는 보건의료에 대한 소비지출의 비중은 거의 13%로, OECD 국가 중 2/3가 실제 최종소비지출의 12% 이상을 보건의료에 지출하고 있다.

## 정의와 국가간 차이

정의상, ‘국내총생산(Gross Domestic Product(GDP)) = 최종소비(final consumption) + 총자본형성(gross capital formation) - 순수출(net exports)’이다. 실제의 총 소비는 개인의 욕구와 사적 필요를 충족시키기 위해 가계와 사회가 사용한 재화와 서비스를 포함한다(최종소비지출은 가계, 일반정부 그리고 가계에 봉사하는 비영리단체의 최종소비지출로 구성되어 있다).

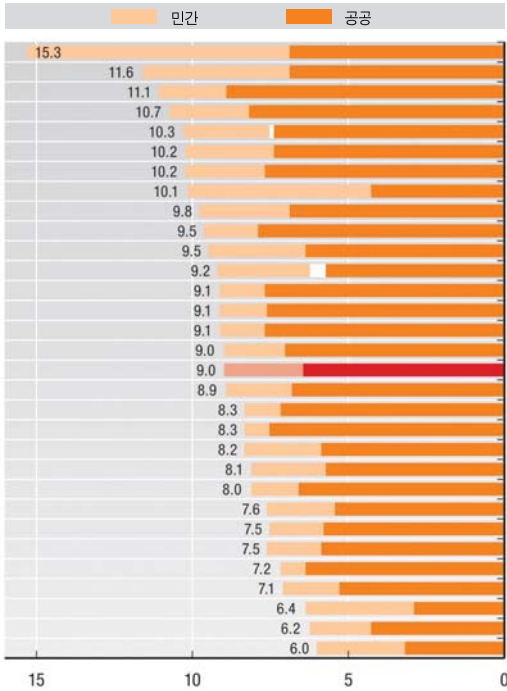
‘GDP 대비 국민의료비’에 의한 국가들의 상대적 위치와 ‘실제의 최종소비지출 대비 경상의료비의 비’에 의한 국가들의 상대적 위치의 차이는(전체 경제 그리고 보건 분야에서의) 투자수준의 차이와 국제무역수지의 차이에서 생기게 된다. 이는 룩셈부르크와 아일랜드와 같은 국가의 경우 특히 그러하다.





5.2 국내총생산(GDP) 대비 국민의료비

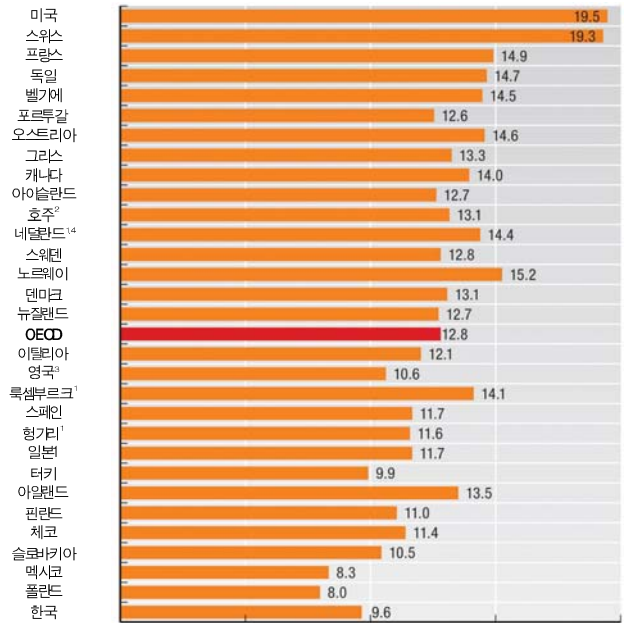
5.2.1. GDP 대비 국민의료비 지출, 2005년



GDP 중 비율 %

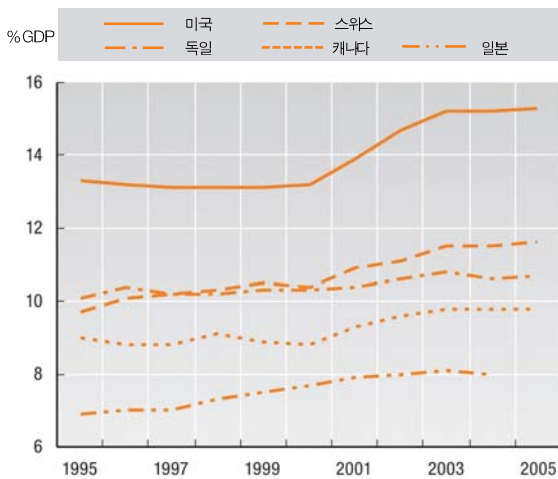
- 1. 2004 2. 2004-05.
- 3. 두 그림 모두에서 보건의료에 대한 총 지출
- 4. 공공과 민간 지출은 경상 지출임 (투자 제외)

5.2.2. 실제 최종소비 중 경상의료비 지출, 2005년



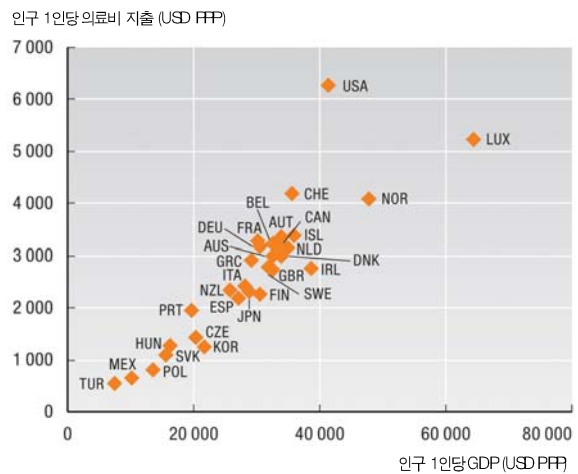
실제 최종 소비 중 비율 %

5.2.3. GDP 대비 국민의료비 지출, 1995-2005년 일부 국가



Source: OECDHealth Data 2007.

5.2.4. 1인당 의료비 지출과 1인당 GDP, 2005년



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114276458350>

### 5.3. 기능별 의료비

의료서비스별, 재화별 의료비 점유율은 OECD 국가마다 상당히 다르며, 이는 역량의 차이(이용 가능한 병상 및 의사 수), 공급자에 대한 재정적인 유인, 질병부담의 특성 등 많은 요인의 영향을 받는다.

2005년 OECD 국가에서, 치료-재활의료, 장기요양(외래 환자에 제공되는) 보조서비스로 구성되는, 개인의료서비스에 대한 지출은 경상의료비의 평균 70% 이상을 차지했다(그림 5.3.1과 표 A.5.3). 이는 중부 및 동부 유럽 국가와 같이 50-60% 수준인 국가에서부터 노르웨이, 덴마크, 아이슬란드, 스위스와 같이 80% 이상에 이르는 국가까지 다양하다. 치료-재활의료에 대한 지출은 가장 비중이 커서 OECD 국가 평균 57%를 차지했다. 또한 장기요양에 대한 지출은 평균 11%, 보조서비스 지출(검사 및 진단영상 포함)은 4%를 차지했다. 그 밖에 20% 약간 웃도는 정도가 의료재화에 지출되었다(지표 5.4 “약제비” 참조). 그러나 이 또한 국가별로 지출 수준이 다양하여, 룩셈부르크, 미국, 스위스 등 가장 낮은 국가가 11-14%를 기록하였고, 가장 높은 국가는 헝가리와 슬로바키아로 약 35-40%를 차지하였다. 공중보건 및 예방, 보건의료행정 및 보험을 위한 중앙 지출 등을 포함한 집단의료비(collective expenditure)는(경상)의료비의 나머지 7%를 차지하였다.

치료-재활의료는 병원 등 입원 세팅에서 제공되는 서비스만이 아니라, 테이케어(layer care), 또는 병원의 외래부문에서 제공되는 외래서비스, 또는 환자 자택에서 제공되는 서비스를 모두 포함한다. 의료행위의 변화, 의료기술의 혁신, 보건의료 자원의 보다 효율적인 배치 등은 의료서비스의

여러 가지 유형 간의 균형에 영향을 줄 수 있다. 예를 들어, 입원 환자에 제공되던 일부 의료서비스를 외래와 재가의료(home care)로 전환시키고자 하는 움직임이 있다. 치료-재활의료비 중 보통 절반 정도가 입원에 지출된다(그림 5.3.2). 병원, 기타 의료기관에서의 테이케어(layer care) 의료비를 별도로 구분해 파악하지 못하는 국가가 많이 있다(흔히 입원의료비에 포함됨). 보고된 국가의 경우, 예를 들어 캐나다와 노르웨이의 경우, 이는 치료-재활의료비의 6-7%까지 차지한다. OECD 국가 평균적으로, 병원과 의원(통원 의료기관)의 외래서비스는 치료 의료비의 1/3 이상을 차지한다. 치료 의료비의 약 10%가 치과의료에 해당한다(헝가리와 캐나다는 15% 이상). 마지막으로, 재가의료와 재가 장기요양서비스를 구분하기가 쉽지는 않지만, 재가의료는 치료 의료비의 1-2% 정도이다.

그림 5.3.3은 공공의료비에서 공중보건과 예방활동이 차지하는 비율을 보여준다. 평균적으로, OECD 국가는 공공 의료비의 3%를 조금 넘는 수준을 예방집중과, 알코올 남용 및 흡연 등에 관한, 공중보건 캠페인과 같은 다양한 활동에 지출한다. 이러한 큰 차이는 한 국가의 예방캠페인을 위한 조직(화) 정도를 광범위하게 반영한다. 스페인과 같이 이러한 이니셔티브가 1차 의료수준에서 이루어지는 경우, 예방의 기능이 구분되어 파악되지 않고 치료적 의료비에 포함되는 것이 일반적이다. 공중보건에 대해 보다 집중된 접근 방식과 예방 캠페인을 채택하는 국가에서는 이러한 프로그램에 지출되는 비용을 보다 명확하게 구분해 낼 수 있다.

#### 정의와 국가간 차이

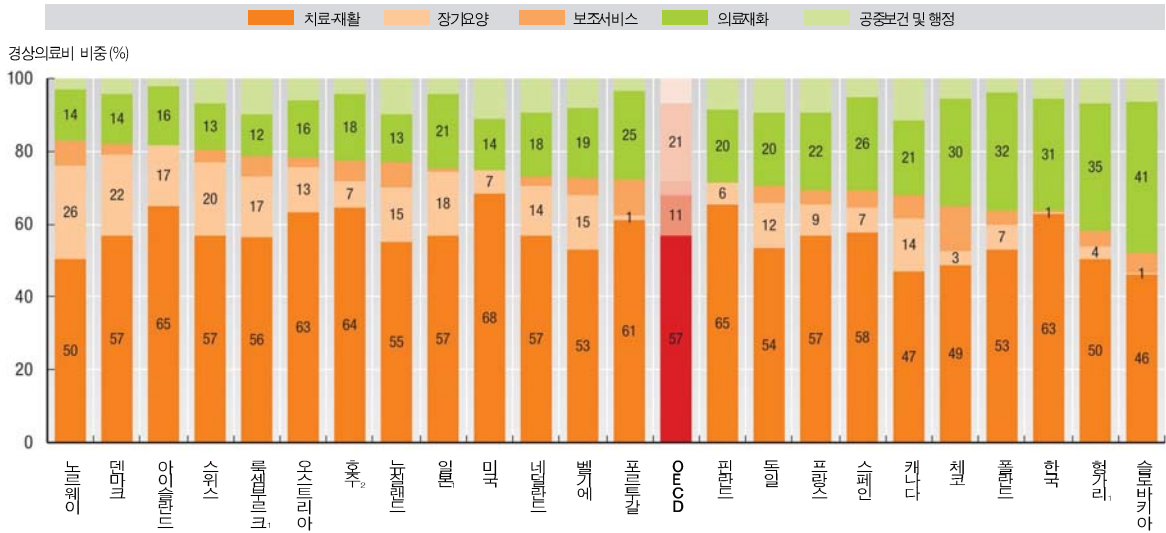
보건계정체계(SHA)system of Health Accounts는 의료제도의 범위를 정의하고 자원배분을 검토함에 있어서 일관성있는 기능적 접근방식(functional approach)을 사용할 것을 권고한다. SHA 기준에 따르면, 국민의료비는 경상의료비와 총자본형성으로 구성되어 있다. 경상의료비는 개인에게 직접 제공되는 ‘개인의료서비스/재화’와 ‘집단의료서비스’로 구성된다. 집단의료서비스는 건강증진/질병예방서비스 등의 공중위생 및 보건행정으로 구성된다. 개인의료서비스는 치료서비스, 재활서비스, 장기요양서비스, 보조서비스 및 외래용 의료재화로 구성된다. 의료의 기본기능(치료, 재활, 장기요양)은 생산양식(mode of production)에 따라 분류할 수도 있다(입원, 병원 및 통원의료기관의 외래 및 재가의료).

기능적 구조를 국가간에 비교함에 있어 가장 큰 제약은 장기요양 지출 측정방식이 다르다는 점이다. 또 다른 주요 쟁점은 일부 국가에서는 아직도 입원의료비가 병원의료비(이는 병원에서 제공되는 외래의료비 등 기타 서비스도 포함함)에 연계되어 있는 점이다. 마찬가지로, 보조서비스가 입원의료비에 포함되기도 하고 외래의료비에 포함되기도 한다(방법론적 이슈에 관한 보다 상세한 논의는 Orosz & Morgan, 2004 참조)



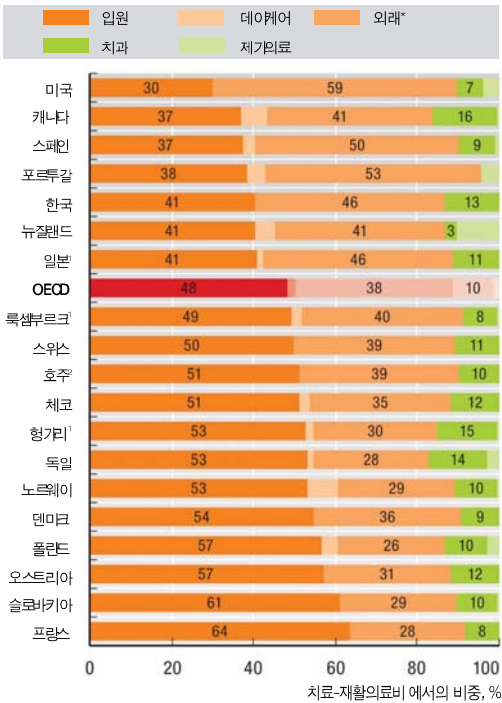
5.3. 기능별 의료비

5.3.1. 보건의료의 기능별 경상의료비, 2005년  
경상의료비에서 차지하는 의료서비스의 비중의 크기순으로 나열됨



1, 2004 2, 2004-05.

5.3.2. 생산양식별  
치료-재활의료비, 2005년



\* 치과 진료 제외

1, 2004 2, 2004-05.

Source: OECDHealth Data 2007.

5.3.3. 공공의료비에서 차지하는 공중보건과  
예방지출의 비중, 2005년



1, 2004 2, 2003. 3, 2004-05.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114280543620>

## 5.4 약제비

의료재화에 대한 지출, 특히, 의약품에 대한 지출은 대부분의 OECD 국가에서 급속하게 증가하여 국민의료비에서 차지하는 비중이 점차 높아지고 있다. 인구고령화, 신약의 출시 및 확산(지표 4.15 “의약품 소비” 참조), 의약품 소비의 증가는 최근 약제비, 더 나아가 총 의료비를 상승시키는 주요인이었다. 그러나 의약품에 대한 지출이 값비싼 입원과 처치를 필요로 하는 질환에 대처하기 위한 것이라면 이는 현재나 미래의 전체 지출을 감소시킬 수 있다. 따라서 약제비의 증가와 전체 의료비의 관계는 단순히 판단하기 어렵다.

OECD 국가의 2005년 총 약제비는 5,500억 미달러를 넘은 것으로 추정된다. 평균적으로 1인당 약제비 지출은 1995년 이후 실질가격으로 50% 이상 증가하였다. 그러나 OECD 국가 간의 약제비 지출에는 상당한 편차가 있으며, 이는 수량, 소비 구조, 가격수준에서의 차이를 반영한다(그림 5.4.1과 표A.5.4a). 미국은 2005년에 1인당 의약품 소비가 가장 커서 OECD 평균보다 86% 높았다. 캐나다, 프랑스, 스페인, 이탈리아가 미국 뒤를 이었다. 반대로, 멕시코는 OECD 평균의 1/3 밖에 안 되고, 그 다음이 폴란드와 덴마크로 OECD 평균의 약 60%에 불과했다. 약제비는 전체 국민의료비의 평균 17% 정도이었다. GDP 대비 비율로는 OECD 국가 평균이 1.5%였다. 노르웨이, 덴마크, 아일랜드와 같이

1% 미만의 국가에서부터 포르투갈, 슬로바키아, 헝가리와 같이 2% 이상의 국가에까지 걸쳐있다(그림 5.4.2와 표 A.5.4b).

1995년 이후 약제비는 실질 가격으로 연평균 4.6%씩 증가하였고 이는 같은 기간 국민의료비의 연 증가율인 4.0%보다 높은 것이다(그림 5.4.3). 실제로, 대부분의 OECD 국가에서 같은 기간 약제비 지출이 국민의료비보다 빠르게 증가하였다. 미국, 캐나다, 스페인과 같이 경상 약제비 지출이 가장 높은 국가는 OECD 국가 평균을 훨씬 상회하는 증가율을 기록하였다. 다만 미국은 최근 몇 년간 증가율이 둔화되었다. 지난 5-10년 동안 헝가리와 슬로바키아에서도 약제비 지출이 크게 증가하였다. 프랑스와 독일과 같이 약제비 지출이 높은 국가에서는 약제비 지출 증가율이 OECD 평균보다는 낮다. 그러나, 이들 국가에서도 약제비 증가율은 전체 국민의료비 증가율보다 훨씬 빠르다.

OECD 국가 평균을 보면, 약제비의 60%는 공공재원으로 충당되고, 나머지는 본인부담과, 작은 규모이지만, 민간보험으로 충당된다(그림 5.4.1). 그러나 공공약제비 비율은 국가 간 현저한 차이가 있다. 멕시코와 미국은 공공 약제비의 비율이 낮아 각각 11%, 24%에 불과했지만, 아일랜드와 룩셈부르크는 80% 이상이었다(지표 5.5 “의료의 재원” 참조).

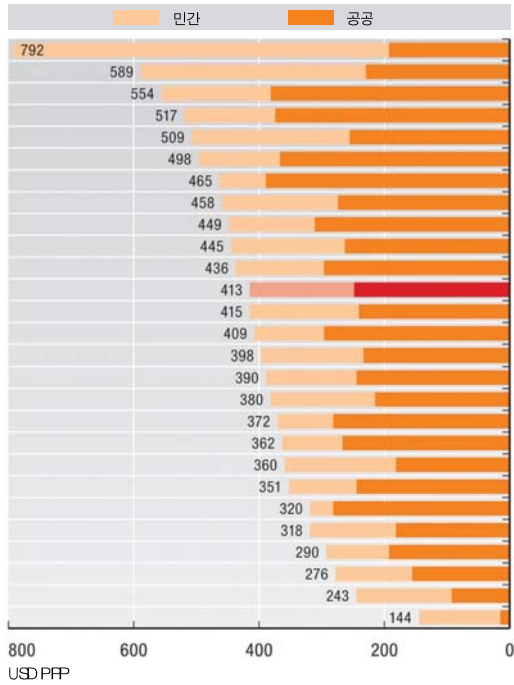
## 정의와 국가간 차이

약제비는 처방약(prescription medicines) 및 자가처방(self-medication(보통 over-the-counter product(OTC)로 지칭됨) 그리고 의료소모품(medical non-durable goods)에 대한 지출을 포함한다. 약사에 대한 지불보상부분이 의약품 가격과 분리되어 있는 경우 이것도 약제비에 포함된다. 병원에서 소비되는 의약품은 제외된다. 의약품에 대한 최종소비지출은 도소매 마진 및 부가가치세를 포함한다.

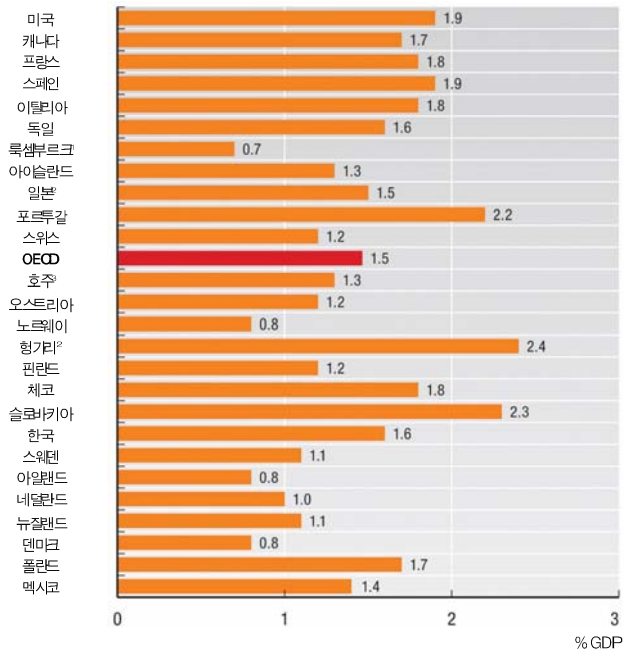


5.4 약제비

5.4.1. 1인당 약제비, 2005년

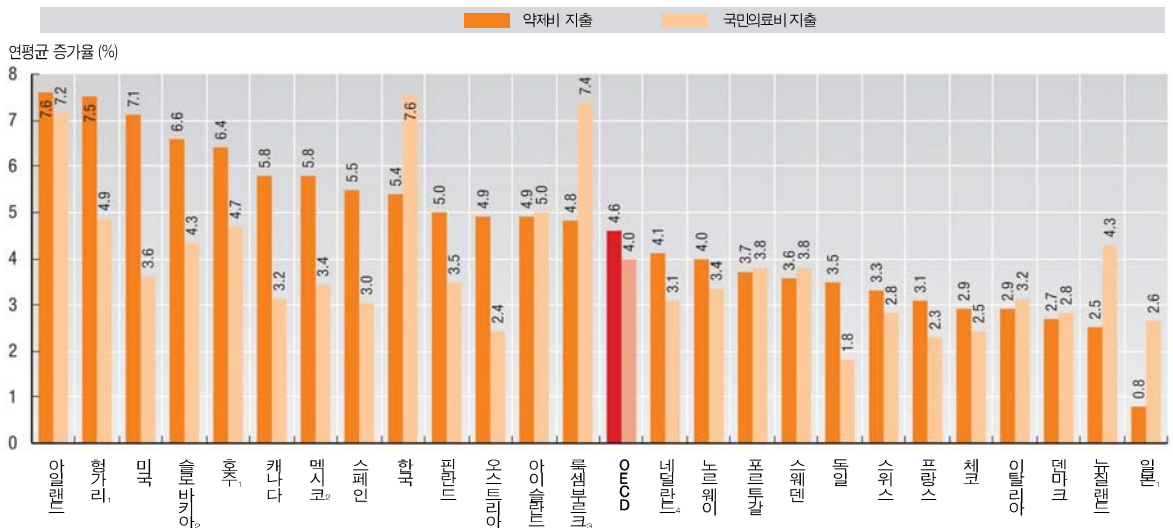


5.4.2. GDP 중 약제비 비중, 2005년



1. 처방의약품만 해당  
2. 2004 3. 2004-05.

5.4.3. 1인당 약제비와 국민의료비의 실질 연평균증가율, 1995-2005년



1. 1995-2004, 2. 1999-2005, 3. 1995-2008, 4. 1995-2002.  
Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114324150124>



## 5.5 의료의 재원

의료의 재원조달 방법의 차이는 의료비의 수준과 배분, 그리고 주민의 서비스 접근성에 영향을 미칠 수 있다. OECD 국가는 공공재원과 민간재원을 혼합적으로 사용한다. 공공재원은 중앙/지방정부가 보건의료서비스의 재원조달을 책임진 국가(예, 스페인, 노르웨이)에서는 정부수입에 국한되며, 사회보험 재원조달방식을 가진 국가(예, 프랑스, 독일)에서는 일반 정부수입과 사회보험료를 합한 것이 된다. 반면에, 민간재원은 가구의 본인부담, (일부 국가에서는 고용주가 부담하고 보조금을 받는) 다양한 민간 건강보험에 의한 제3자 지불방식, 산업보건의료(occupational health care)와 같이 고용주가 직접 제공하는 보건의료서비스, 기타 자선단체 등에서 직접 제공하는 급여(benefits)로 구성된다.

그림 5.5.1은 2005년 OECD 국가의 공공의료비 비중을 보여준다. 멕시코, 미국, 그리스를 제외한 모든 OECD 국가에서 보건의료의 주요 재원은 공공부문이었다. OECD 국가의 2005년 국민의료비에서 차지하는 공공재원의 비중은 73%였다. 룩셈부르크, 체코, 많은 북유럽 국가, 영국, 일본에서 국민의료비의 80% 이상이 공공부문에서 조달되었다. 일반적으로 최근 몇 십 년 사이 OECD 국가 사이에 국민의료비 대비 공공의료비 비중이 수렴되고 있다. 폴란드, 헝가리와 같이 1990년대 초 공공의료비 지출이 비교적 높았던 국가들은 비중의 감소를 경험한 반면, 전통적으로 그 수준이 비교적 낮았던 국가들(예, 포르투갈, 터키)은 증가하였다. 이는 의료제도의 개혁과 공공의료 지출의 확대를 반영한다.

대부분의 국가에서 전체 의료제도의 일차적 재원이 공공부문이라고 해서, 실제로 공공부문이 모든 보건의료 분야에서 지배적 역할을 한다는 것은 아니다. 그림 5.5.2는 공공의료비를 의료서비스와 의료재화로 구분하여 보여준다. 대부분의 국가에서 의료서비스에 대한 주된 재원은 공공부문이다. 다만, 보다 하위 부문까지 분석할 경우, 민간재원의 역할이 외래서비스 부문에서 점점 더 중요해지고 있음을

알 수 있다(Orosz와 Morgan, 2004). 그러나 의료재화(주요 의약품)에 대한 재원조달에서는 민간재원이 더 중요하며, 멕시코, 캐나다, 미국 등의 많은 국가에서 민간재원이 공공재원보다 훨씬 큰 비중을 차지한다.

전체 의료서비스 및 재화에 대한 민간재원의 규모와 구성은 OECD 국가들 사이에 상당한 차이가 있다(Colombo와 Morgan, 2006). 평균적으로, 민간재원인 나머지 27%의 2/3가 환자부담이다(모든 형태의 가계 범정부인부담(cost-sharing 포함)). 일부 중부 및 동부 유럽국가의 경우, 비공식적 추가 지불의 관행을 고려하면 가계의 부담수준이 과소평가되었을 가능성이 많다. 민간의료보험이 OECD 국가 평균으로는 국민의료비의 6.7%에 불과하지만(그림 5.5.3), 일부 국가에서는 민간의료보험이 주된 재원의 역할을 하고 있다. 독일에서는 특정 인구 집단에 대한 일차적인 급여를 민간의료보험이 제공한다. 미국에서는 비노인인구에 대한 의료서비스의 많은 부분이 민간부문에서 조달되었고, 그 결과 민간의료보험이 국민의료비의 37%를 차지하고 있다. 프랑스, 캐나다와 같은 국가에서 민간의료보험은 국민의료비의 12-13%를 차지하지만 보편적인 급여를 제공하는 공공의료제도에서 보충적인(프랑스는 모든 본인부담 보완형 complementary, 캐나다는 비급여본인부담 보충형 supplementary) 급여를 제공한다(지표 5.6 “의료보장률” 참조). 일반적으로 OECD 국가에서 의료서비스 및 재화에 대한 환자의 본인부담과 민간의료보험을 통한 재원조달 간에 명확한 대체현상은 보이지 않는다(OECD, 2004c; Colombo와 Tapay, 2004).

본인부담지출이 가계에 가하는 부담 정도는 최종 가계소비에서 차지하는 본인부담지출의 비율로도 측정할 수 있다. 2005년에 네덜란드, 프랑스 등 몇몇 국가에서 전체 가계 소비의 2% 미만이 본인부담으로 지출된 반면, 스위스와 그리스에서는 6% 이상이 본인부담으로 지출되었다. 미국은 그 비중이 3%로 OECD 평균에 가깝다.

## 정의와 국가간 차이

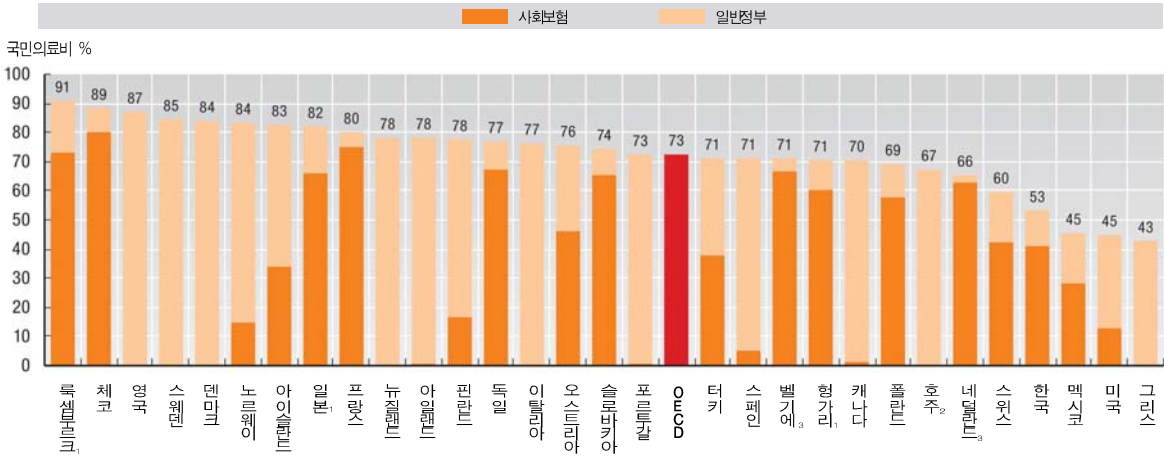
의료의 재원조달에는 세 개의 중요한 요소, 즉 최종재원(ultimate sources of financing)(가구, 고용주, 국가), 재원조달제도(예, 강제보험 compulsory insurance 또는 임의보험 voluntary insurance 등), 재원대리인(financing agents)(재원조달제도를 관리하는 기관)이 있다. 본문의 “재원 financing”은 보건계정체계(SHA)에서 정의된 바와 같이 ‘재원조달제도’의 의미로 사용된다. 공공재원은 일반정부수입과 사회보장기금으로 구성된다. 민간재원은 가계본인부담, 민간의료보험 및 기타 민간자금(비정부단체 및 산업보건의료를 제공하는 민간기업 등)으로 구성된다.

본인부담(out-of-pocket payments)은 의료보장이 아니고 환자가 직접 부담하는 지출이다. 이는 범정부인부담(cost-sharing), 그리고 일부 국가에서는 의료공급자에 대한 비공식적 지불(informal payments)의 추산액을 포함한다.



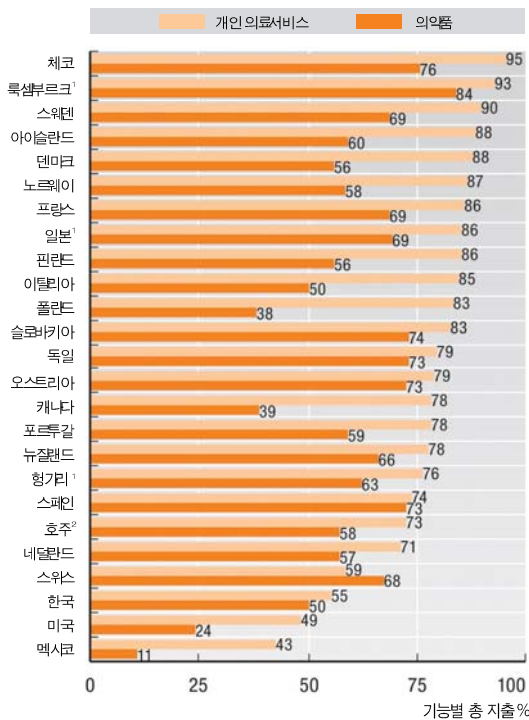
5.5 의료의 재원

5.5.1. 국민의료비 중 공공의료비의 비중, 2005년



1. 2004 2. 2004-05.  
3. 경상 지출 비중(부자 제외)

5.5.2. 의료서비스와 의약품에 대한 지출 중 공공재원의 비중, 2005년



1. 2004 2. 2004-05.

5.5.3. 국민의료비 지출 중 본인부담과 민간의료보험의 비중, 2005년



1. 민간의료보험을 구분한 측정치가 없음.  
2. 경상의료비에서의 비중. 3. 2004-05. 4. 2004.  
5. 본인부담지출 중 법정본인부담(cost-sharing) 부분만임.

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114324554454>



## 5.6 의료보장률 (공공 및 민간 포함)

의료보장(health coverage)은 의료재화 및 서비스에 대한 접근성의 향상에 중요한 기능을 한다. 의료보장은 예측하지 못한, 또는 심각한 질병으로 인한 비용에 대처하기 위한 재정적인 안정을 주고, 혁신적 치료와 예방 서비스에의 접근성을 높인다(OECD, 2004a). 그러나 '총인구보장률(total population coverage(공공 및 민간 모두 포함))'은 접근성(accessibility)을 보여주는 지표로는 불완전한 것이다. 접근성은 급여 대상인 의료재화 및 서비스 패키지의 포괄성 정도와 이러한 서비스에 대한 법정본인부담(cost sharing) 수준에 따라 달라지기 때문이다.

2005년 현재 대부분의 OECD 국가는 핵심서비스(core service)에 대한 보편적(universal) 또는 준보편적 보장률을 달성하고 있다(그림 5.6.1). 대다수의 국가에서는 공공재원 서비스에 대한 보편적 접근이 가능하다(표 A.5.6a). 독일은 인구의 90%를 위한 공공건강보험과, 여기에서 자발적으로 탈퇴한 고소득층(인구의 10%)을 위한 민간의료보험을 조합하여 보편적 보장률을 달성하고 있다. 네덜란드의 경우, 2005년까지는, 고소득층은 사회건강보험에서 제외대상이었고 이들 전부가 민간의료보험을 구입했다(인구의 36%). 2006년부터 네덜란드 정부는 다수의 민간보험자들이 규제된 경쟁을 하는 보편적, 강제적 건강보험 시스템을 도입하였는데, 이를 통해 기본적 인구 보장률을 위한 공공보험과 민간보험의 경계가 사라지게 되었다. 스위스도 마찬가지로 1996년부터 전체 거주 인구에 대해 기본건강보험 가입을 의무화하였다(OECD, 2006a).

아직까지 보편적인(또는 거의 보편적인) 의료보장을 이루지 못한 OECD 국가는 3개 국가가 있다. 미국에서는 인구의 27%를 차지하는 노인, 저소득층, 장애인만이 공공재원에 의한 의료보장을 받을 자격이 있다. 2005년 인구의 59%는 일차(primary) 민간의료보험에 가입해 있고, 나머지 14%가 의료보장의 사각지대에 있다. 멕시코는 인구의 절반 정도가 사회보장 시스템에 포함되지 않고 있고, 이러한 "비보장(uninsured)" 인구는 주정부의 의료시설에서 제공하는 의료서비스에 의존한다

(OECD, 2005b). 터키의 경우 2003년 현재 인구의 2/3만이 공적 의료보장 하에 있다.

민간의료보험의 보장 하에 있는 인구의 비율은 OECD 국가 간에 상당한 차이를 보인다(그림 5.6.2). 2005년 현재, 자료 확보가 가능한 23개국 중 인구의 절반 이상이 민간의료보험에 가입하고 있는 국가는 5개국(네덜란드, 프랑스, 미국, 캐나다, 아일랜드) 뿐이다. 벨기에와 호주는 민간의료보험을 가지는 인구의 비율이 40%를 넘고 있으며, 뉴질랜드와 스위스는 거의 1/3에 달한다. 몇몇 OECD 국가의 경우(예, 터키, 체코, 헝가리, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아), 민간의료보험에 가입한 인구가 없는 것은 아니지만 거의 무시할 만한 수준이었다.

민간의료보험이 의료제도에서 가지는 역할은 다양하다(표 A.5.6b와 그림 5.6.3). 민간의료보험은 미국, 네덜란드, 독일의 일정 인구집단에게는 일차(primary) 의료보장이 되고, 프랑스 인구의 87%에게는 사회보장시스템에서 적용되는 본인부담을 보상해주는 보완형(complementary) 보험이 된다. 캐나다는 부가급여 보충형(supplementary) 보험시장의 규모가 가장 크며(인구의 66%), 민간의료보험은 공공재원으로 보상되지 않는 처방의약품과 치과 치료에 대한 보상을 한다. 공적 시스템에서 대기 시간이 긴 경우 민간부문을 통해 의료서비스에 빨리 접근할 수 있게 하는 중복형(duplicate) 보험시장은 아일랜드(52%), 호주(43%), 뉴질랜드(33%)가 가장 크다.

민간의료보험의 비율은 한 국가의 경제발전 수준과 관련이 없다. 민간의료보험 시장의 발전을 설명하는 데는, 공적 서비스의 범위/선택/접근속도의 국가 간 차이, 민간 공급자들의 보상방법, 민간의료보험 시장에 대한 정부의 개입, 역사적 발전과정 등 여타 요인들이 더 중요하다(OECD, 2004c; Colombo와 Tapay, 2004). '민간의료보험의 보장인구 규모'는 '국민의료비 중 민간의료보험 재원의 비중'과 정(+)의 관계에 있다(지표 5.5 "의료의 자원조달" 참조).

## 정의와 국가간 차이

인구보장률(population coverage)은 공공프로그램 및 민간의료보험이 제공하는 일정 의료재화 및 서비스를 받을 수 있는 자격을 가진 인구의 비중이다. 동 데이터에는 가입자본인과 부양가족이 포함된다. 공공보장률(public coverage)은 흔히 세금으로 조달되는 정부 프로그램과, 흔히 급여세 payroll tax로 조달되는 사회건강보험을 포함한다. 민간의료보험에 가입이 법으로 의무화되거나 근로조건 하나로 필수화되는 경우도 있다. 그러나, 민간의료보험은 자발적 가입이 일반적이다. 정부가 민간의료보험의 구입을 일부 지원할 수 있으나, 보험료는 일반적으로 소득에 연동되지 않는다. 공공 및 민간의료보험의 인구보장률은 본인부담의 크기와 관련이 없다.

의료보장에 대한 자료는 해석에 주의를 요한다. 공적 및 사적 보장 사이의 경계선을 긋는 것이 어려운 경우가 종종 있다. 총민간보장률(total private coverage)은 공적 시스템과 대비되는 다양한 기능을 하는 보험 유형들을 혼합하고 있으며, 한 사람이 여러 개의 보험에 가입한 경우 이를 보여주지 못한다. 몇몇 국가에서는 민간의료보험이 여러 가지 역할을 하고 있으나, 이러한 경우에 가장 주요한 역할을 하는 민간의료보험 자료만이 제시된다(예, 벨기에, 포르투갈, 아이슬란드, 프랑스). 또, 민간의료보험 시장이 작은 국가들 중 일부는 데이터를 제공하지 않고 있다(예, 일본, 룩셈부르크, 스웨덴).



5.6 의료보장률 (공공 및 민간 포함)

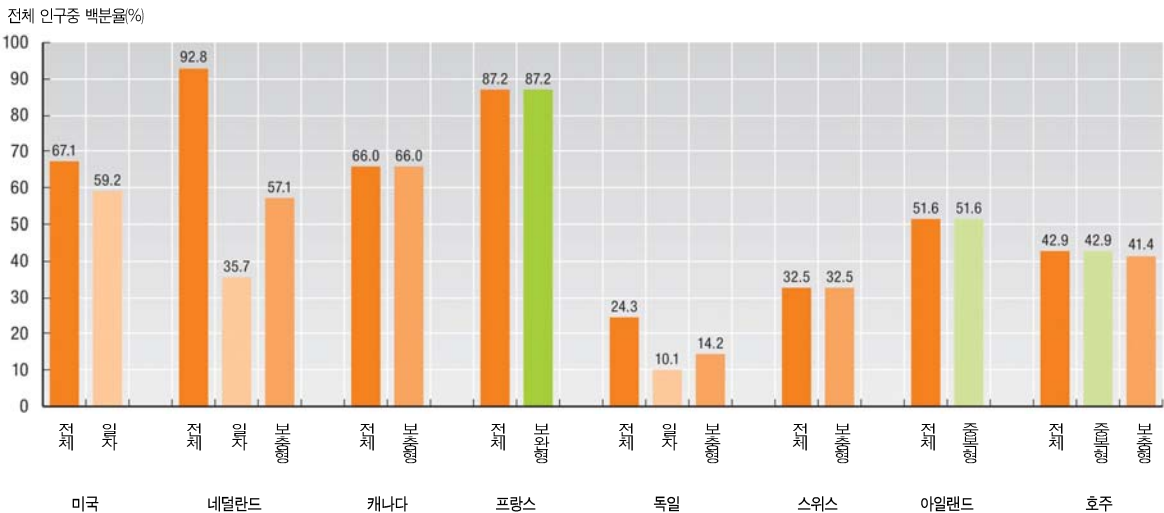
5.6.1. 핵심서비스(core service set)에 대한 의료보장, 2005년(또는 최근년도)



5.6.2. 민간의료보험가입인구, 2005년(또는 최근년도)



5.6.3. 다양한 민간의료보험 유형별 인구보장률, 일부 국가\*, 2005년(또는 최근년도)



\* 민간의료보험이 국민의료비의 6%를 초과하는 국가 국민의료비 중 민간의료보험의 비중이 낮아지는 순서로 국가 정렬. 프랑스의 경우 보완형(complementary) 민간의료보험이 나머지 국가들은 보충형(supplementary) 자료임.

Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114348073674>



## 6. 보건의료의 질

서 론 .....	102
<b>급성 질환 진료</b>	
6.1 급성심근경색증 입원환자 치명률 .....	106
6.2 뇌졸중 입원환자 치명률 .....	108
<b>암 진료</b>	
6.3 대장암 생존율.....	110
6.4 유방암 생존율과 검진 .....	112
6.5 자궁경부암 생존율과 검진 .....	114
<b>만성 질환 진료</b>	
6.6 피할 수 있는 천식 입원율과 사망률.....	116
6.7 당뇨병 환자의 정기적 눈 검사.....	118
<b>전염성 질환 진료</b>	
6.8 노인 인플루엔자 예방접종 .....	120
6.9 소아 예방접종 사업 .....	122

## 서론

이번 “한눈에 보는 OECD 보건지표 - 2007(Health at a Glance 2007)”에 처음으로 보건의료의 질에 대한 내용이 포함되었다. 보건의료 질의 측정 및 개선은 많은 국가의 최우선 과제이다. 또한 이는 보건의료서비스 지출 증가로 건강상태가 개선되고 있는지에 대한 논의와 직접적으로 연결된다.

OECD 보건의료 질 지표(HCQI) Health Care Quality Indicators 프로젝트에서 채택된 개념의 기본 틀(conceptual framework)에서 제시한 바와 같이, 보건의료 서비스는 건강상태의 여러 결정요인 중 하나에 지나지 않는다(Kelley와 Hurst, 2006; Lalonde, 1973). 그럼에도 불구하고, 건강에 대한 의료서비스의 기여도는 상당하며 계속 증가하고 있고(Mackenback, 1996), 국가 내 및 국가 간 의료서비스 질에 큰 차이가 있다고 주장하는 보고서가 많다(Wennberg와 Wennberg, 2003; McGlynn et al., 2003). 보건의료 질에 대한 국가간 변동을 보다 잘 이해하기 위해, OECD HCQI 프로젝트를 진행한 지난 5년간, 있을 수 있는 질의 차이를 알리는데 도움이 되는 보건의료 질에 대한 여러 지표를 개발 및 도입하기 위해 많은 노력이 이루어졌다(Mattke et al., 2006a).

의료의 다양한 차원에서 질을 평가할 수 있다(IOM, 2001). HCQI는 그동안 의료서비스의 기술적 측면의 질(technical quality)에 초점을 맞춰왔다. 기술적 측면의 질은 구조, 과정 또는 결과 측정치로 표현할 수 있다. 구조 측정치(structure measures)는 보건의료 시스템의 특성 또는 병상, 인력과 같은 투입 요소들이 의료서비스 생산에 적절히 투입되었는가를 보여주는 것이다.\* 과정 측정치(process measures)는 아동의 예방접종이 적절히 행해지고 있는지, 환자의 혈압을 주기적으로 검사하는 지 등과 같이 보편적으로 받아들여지고 있으며 근거에 입각한 진료가 이루어지고 있는지 반영한다. 결과 측정치(outcome measures)는 병원감염률, 심장 정지(cardiac arrest) 이후 1년 생존율과 같이 의료와 관련된 건강상태의 개선(또는 악화)을 보여준다. 기술적 측면의 질은 환자의 요구 및 기대에 대한 대응성과 함께, 보건의료 시스템이 생산하는 가치를 반영한다. 지원의 이용에 대한 자료와 더불어, 기술적 측면의 질 측정치로 보건의료 시스템의 효율성이나 이 시스템이 사용한 비용의 가치(value for money)에 대한 지표를 얻을 수 있다. 그러나 이러한 지표에서 결론을 내리기 전에 보다 종합적이고 균형잡힌 일련의 측정치의 실행할 필요성, 적절하고 가능한 방법이 있다면 국가별 환자 위험도 차이의 보정할 필요성, 건강상의 결과에 영향을 미치는 비의료적 요소를 최대한 고려해야 할 필요성 등을 포함한 다양한 주제를 다뤄야 한다.

현재까지 국가간 비교에 사용할 수 있는 보건의료 질 지표가 제한되어 있고, 여전히 국가 간 비교가능성에 제한이 있으므로 이를 고려하여 지표들을 이용해야 할 것이다. 이 지표들은 예방 서비스(예, 예방접종, 검진)에서 급성기 의료 서비스 및 만성질환관리와 관련된 의료까지 의료의 전 영역을 다루고 있다. 또한, 이 지표들은 주요 질환의 진료(예, 심혈관 질환, 암)와 다양한 연령층에 대한 의료(예, 소아 예방접종, 노인 인플루엔자 예방접종)의 질을 다루려는 시도를 하고 있다. 또한 이 지표들은 다양한 건강상태에 대한 의료의 과정 및 결과를 다루고 있다.

이번 제6장에서는 지표가 4개의 분야로 구분되어 있으며, 특정 급성 질환(급성 심근경색증<sup>acute myocardial infarction</sup>, 뇌졸중) 진

\* 구조의 측정치들은 OECD Health Data(보고서의 제4장에 기재)와 같이 국제적인 차원에서는 이미 제공 가능하며, 양질의 의료서비스에 대한 필요조건이지만 충분조건은 아니기 때문에, HCQI 프로젝트는 과정과 결과의 측정에 초점을 맞춘다.

	과정 측정치	결과 측정치
급성질환 진료		AMI 환자 치명률 허혈성 뇌졸중 환자 치명률 출혈성 뇌졸중 환자 치명률
암 진료	유방암 검진율 자궁경부암 검진율	유방암 상대 생존율 자궁경부암 상대 생존율 대장암 상대 생존율
만성질환 진료	당뇨병 환자의 망막검사	천식 사망률 성인 천식 입원율
전염성 질환의 예방	소아 기본 예방접종 접종률 (2개 지표) 65세 이상 인구의 인플루엔자 접종률	예방접종으로 예방할 수 있는 전염병의 발생률(2개 지표)

료의 질, 암 진료의 질(대장암<sup>colorectal cancer</sup>, 유방암<sup>breast cancer</sup>, 자궁경부암<sup>cervical cancer</sup>), 만성 질환(천식, 당뇨) 진료의 질, 전염성 질환의 예방(예방접종 및 예방접종으로 예방할 수 있는 질환의 발생률)에 대한 자료를 수집하여 얻은 첫 결과이다.

### 급성 질환 진료(지표 6.1 및 6.2 참조)

진단 및 치료의 발전으로 외상성 손상<sup>traumatic injury</sup>, 감염, 급성 심혈관 질환 등 급성 질환 환자의 예후가 극적으로 향상되었다. 생명 유지를 하면서 환자를 병원으로 빨리 이송할 수 있는 능력, 내과적 및 외과적 처치의 개선, 그리고 특히, 현대 집중 치료<sup>intensive care</sup> 의학은 사망과 장애의 위험을 크게 줄여주었다. 그러나 보건 의료 제공자, 연구원, 정책 입안자들은 이러한 건강상태의 치료에 있어 더 많은 발전을 추구하고 있으며, 현재 초점은 진단과 치료 사이의 시간 단축과 권고하는 서비스<sup>recommended services</sup> 제공의 신뢰도를 높이는 것이다. OECD 국가의 가장 흔한 사망 및 장애 원인 중 급성 심근경색증(AMI)<sup>acute myocardial infarction</sup>과 뇌졸중으로 병원에 입원한 후의 사망률로, 급성 질환 진료의 질을 측정하였다.

### 암 진료(지표 6.3, 6.4, 6.5 참조)

최근 몇 십 년 동안 의학의 발전으로 암 환자의 예후<sup>prognosis</sup>가 상당히 향상되었다. “암과의 전쟁”에서 승리하는 것은 아직 어려운 목표로 남아있지만, 암 캠페인과 개선된 검진 방법으로 여러 종류의 암을 치료 가능한 단계에서 조기 발견할 가능성이 높아졌다. 수술, 방사선 치료, 화학 요법<sup>chemotherapy</sup>의 발전으로 환자의 치료법 선택의 범위가 넓어졌다. 일부 분야에서는 극적인 진전을 보이기도 하였다. 진행암으로 진단이 되었을 경우에도, 소아의 급성 백혈병<sup>acute childhood leukaemia</sup> 환자나 고환암<sup>testicular cancer</sup> 환자의 완치율은 90% 이상이다. 그러나 다른 일부 분야, 예를 들어, 췌장암<sup>pancreatic cancer</sup>이나 식도암<sup>oesophageal cancer</sup>과 같은 분야의 생존율은 아직 낮은 상태이다. 암 진료 지표에서는 대장암, 유방암, 자궁경부암 등 3대 주요 암의 생존율에 대한 정보를 제공한다. 이러한 암들은 조기 진단을 할 수 있는 검진 검사가 있으며, 진행암 상태에서도 현재 보급된 치료 방법으로 생존율을 증가시킬 수 있다는 공통점을 가지고 있다.

### 만성질환 진료(지표 6.6 및 6.7 참조)

심부전, 당뇨병과 같은 질환이 보건의료비에서 차지하는 비중이 점차 증가하고 있으며, 아직까지 이러한 질환의 진료가 적정 수준에 미치지 못하고 있기 때문에, 만성질환의 예방 및 치료는 OECD 국가의 보건정책 과제로 남아있다. 이러한 질 격차가 나타나는 중요한 이유는 오늘날 보건의료 시스템의 구조가 대부분 단기적이고 집중적인 치료를 요하는 감염 등 급성질환이 주 관심사였던 시대에 만들어졌기 때문이다. 의사가 환자를 만나는 동안 주로 의료를 제공하는 현재의 시스템은 급성 질환에는 상당히 성공적이지만, 지속적인 모니터링, 교육 및 자문이 필요한 만성질환 환자의 요구에는 잘 맞지 않는다. 많은 국가들은 이 격차를 줄이기 위해 혁신을 시도하고 있다. 예를 들어, 독일과 미국은 질병관리 접근법을 실험하고 있다. 영국, 스웨덴과 같은 다른 국가들에서는 강력한 1차 진료모델을 실행하려고 노력하고 있다. 모든 시스템은 만성질환을 잘 관리하면 비용이 절감되고 (또는 비용증가율이 둔화되고), 진료의 질과 건강상 결과가 개선될 것이라는 희망을 함께 가지고 있다. 이 부분에서 제시한 만성질환 진료의 질 지표는 소아기와 성인에서 가장 흔한 만성질환인 천식과 당뇨병에 대한 것이다.

### 전염성 질환 진료(지표 6.8 및 6.9 참조)

위생, 영양, 치료에서의 발전이 감염병에 대한 선진국의 부담을 극적으로 감소시킨 반면, HIV/AIDS와 같은 현대 유행병, 조류인플루엔자avian flu와 같은 새로운 유행병의 위협, 생물 테러bioterrorism의 위협 등의 관점에서 볼 때, 전염성 질환의 관리는 보건정책의 주요한 과제로 남아 있다. 또한, 전염성 질환의 관리는 개인의 권리와 공공의 이해 사이에 적절한 균형을 필요로 하기 때문에, 보건정책 입안자들이 다루기 어려운 문제이다. 전염성 질환 관리에는, 정부의 보건관련 부처에서, 일반 소아과 의general paediatricians 및 가정의family doctors 같은 예방의료 서비스 제공자, 병원과 요양원과 같은 시설기반 의료서비스 제공자들에 이르기까지 공중보건과 의료 시스템의 여러 부문의 협력이 필요하다. 각 국은 이러한 서비스를 조직하고 법적 요구사항과 교육적 캠페인의 균형을 맞추기 위해 다양한 접근방식을 이용한다. 현재 대부분의 추세는 서비스 제공은 의료부문에, 감독과 교육은 공중보건부문에 의존하는 것이다. HCQI 프로젝트의 여러 측정치들은 각 국가가 전염성 질환의 전파를 얼마나 잘 방지하고 있는 지를 보여준다. 이러한 측정치에는, 과정 측정치process measure로 65세 이상 인구의 인플루엔자와 소아 질환의 예방접종률, 결과 측정치outcome measure로 이러한 예방접종으로 예방 가능한 질병의 발생률이 포함된다.

### 자료의 해석과 이용

본 장에서 제시된 지표는 아직 개발 초기 단계에 있기 때문에 연구용으로 간주하여야 한다는 점에 유의할 필요가 있다. 이 지표들은 근거에 기반을 두고 있으며, 국가 내 연구 및 분석에 이용되었으나, 아직까지 이 지표들과 건강 상의 결과와 관련성이나 또는 국가 간 차이가 나타나는 이유를 충분히 이해하지 못하고 있다. 이 보고서의 다른 부분에서 제시된 OECD Health Data의 지표와 같이 국가 간 비교가 가능한 자료 수집을 위해 많은 노력이 들어갔으나, 정의, 출처, 방법의 차이가 있으며, 이를 염두에 두는 것이 중요하다.

여러 결과 측정치에 대한 연령 표준화age-standardisation의 부족도 중요한 문제이다. 현재 시점에서 소수의 국가만이 OECD 기준 인구reference OECD population에 따라 연령 표준화율을 제공할 수 있다. 비록 한 국가의 비표준화율unadjusted rates과 연령 표준화율사이에 차이가 크지 않았으나 이러한 차이가 국가간 비교에 미치는 영향은 아직 명확하지 않다. 현재 많은 국가들에서 연령 표준화율을 산출하는 작업이 진행 중이다.



이러한 이유로 인하여, 이 지표들이 명확한 답을 제시한다기 보다는 서로 다른 국가들에서 의료의 질에 대한 문제를 제기하는 것으로 간주되어야 할 것이다. 이 보고서에서 제공하는 정보는 의료 질의 변동을 더 잘 이해하는 첫 걸음으로 생각하여야 하고, 다른 국가들의 경험을 더 분석하고 그로부터 교훈을 얻도록 하여야 한다.

### 향후 우선 분야

각국 전문가간의 지속적인 협력으로 OECD HCQI 프로젝트는 OECD 국가의 보건의료 시스템의 성과를 더 종합적으로 비교하여 평가하기 위해 현재의 지표들을 개선하고 확대하려고 한다. 현재, 추가적인 지표 개발이 우선적으로 필요한 분야는 정신 보건의료, 환자 안전, 예방 및 1차 의료, 대응성(또는 환자의 경험) 등이다. 이러한 우선 분야에서 지표들을 개발하게 되면 향후 발간될 “한눈에 보는 OECD 보건지표(Health at a Glance)”의 분장이 더욱 풍성하게 될 것이다.

## 6.1 급성심근경색증 입원환자 치명률

### 지표의 중요성

심장동맥질환(CAD) coronary artery disease은 현재 선진국의 주요 사망 원인이지만 1970년대 이후 CAD 사망률이 감소하였다(Weisfeldt와 Ziemán, 2007). 사망률의 감소는 대부분 급성기에서의 치료 개선으로 급성심근경색증(AMI) acute myocardial infarction의 사망률이 감소한 것으로 볼 수 있다(Capeweld et al., 2000; McGovern et al., 2001). 1960년대에 처음 심장동맥집중치료실 coronary care unit이 설치되고 1980년대에 심장동맥의 혈류를 빠르게 회복시키기 위한 치료법이 발전하는 등의 지난 수십 동안 AMI 치료에 극적인 변화가 있었다(Gil et al., 1999). 자료에 따르면 이 기간 동안 AMI 발생률이 감소하지 않았기 때문에 사망률의 성공적 감소는 더욱 주목할 만하다(Goldberg et al., 1999). 그럼에도 불구하고, AMI 환자의 상당한 비율이 적시에 적절한 진료를 받지 못하고 있다. 이는 여전히 개선의 여지가 많다는 것을 보여준다(McGlynn et al., 2003). CAD 사망 원인의 절반이 AMI이며, CAD 진료비가 선진국의 총 보건의료비의 10%나 차지하고 있다(OECD, 2003a).

### 지표의 과학적 근거

혈전용해 thrombolysis와 아스피린 aspirin의 조기 치료와 같이 혈류를 회복시키거나 또는 베타수용체 차단제 beta-blockers를 이용한 치료와 같이 합병증 감소를 목표로 하는 AMI 진료 과정과 생존율의 개선이 관련이 있다는 근거가 상당히 많다(Davies et al., 2001). AMI에 대한 의료 질이 치명률 case-fatality rates과 관련이 있으며, 이 지표가 감소하는 추세라면 상황이 개선되고 있다는 것을 의미한다. 이 질환에 대한 진료에 필요한 다양한 서비스와 시스템 장치를 고려하여, AMI 입원 환자 치명률은 급성 질환에 대한 진료 질의 좋은 결과 측정치로 간주된다. 현재 미국의 보건의료연구청 Agency for Healthcare Research and Quality, 영국의 국가 보건서비스 National Health Service, 미국의 다수의 병원협회, 질 모니터링 단체가 AMI 환자 치명률을 병원 벤치마킹에 사용하고 있다(Davies et al., 2001). 또한 OECD 고령화 관련 질환 프로젝트 OECD Ageing-Related Disease Project (OECD, 2003a)와 WHO 모니카

프로젝트 WHO MONICA Project에서 국제 비교를 위해 이 지표를 이용한 바 있다(Tunstall-Pedce, 2003).

### 결과

AMI 치료를 위해 입원 후 30일 이내 환자의 평균 사망률은 자료를 보고한 국가의 경우 약 10% 수준이다(그림 6.1.1). 1980년대 환자 치명률이 일반적으로 20% 정도였다는 사실을 감안하면, 이는 놀랄만한 발전이다(Weisfeldt와 Ziemán, 2007). 그림 6.1.2의 추세 자료는 각기 다른 기간에 대한 자료이기 때문에 해석에 주의를 요하지만, 대부분의 국가들에서 사망률이 감소하는 추세에 있다.

2005년(또는 가장 최근 년도)에 호주와 뉴질랜드는 AMI로 인한 입원 후 병원내 사망률이 특히 낮았다. 핀란드를 제외한 스칸디나비아 국가들 역시 낮은 사망률을 기록하였다. OECD 국가간 사망률에 상당한 편차가 있으며, 뉴질랜드 5.4%에서 멕시코 24.5%까지 다양했다. 경제 발전 수준과 보건의료 시스템의 구조가 비슷한 인근국가들의 경우에도 상당한 차이가 있었다. 예를 들어, 오스트리아의 입원 환자 치명률은 프랑스보다 약 50% 높았다(12.0% vs 7.6%). 그러나 이 자료는 국가간 환자의 위험 요인 또는 연령구조의 차이를 고려하여 보정한 자료가 아니라는 점에 유의하여야 한다. 그러므로 환자 치명률 차이 중 어느 정도가 진료 질의 차이로 인한 것인지 또는 질환의 중증도나 환자의 연령 차이 때문인지 파악하기 어렵다.

AMI로 인한 입원 후 30일 이내 사망률의 차이는 경피적심장동맥중재술 percutaneous coronary intervention과 심장동맥우회로조성술 Coronary artery bypass grafting과 같은 재관류 revascularisation 시술의 활용 정도와 관계가 없어 보인다(그림 6.1.3과 그림 6.1.4). AMI 진료에서 확실한 의학적 조치들이 덜 이용되고 있다는 증거(McGlynn et al., 2003)와 함께 이 자료는 간단하고 비용-효과적인 치료를 더 안정적으로 제공하면 AMI 생존율이 개선될 것임을 시사한다.

### 정의와 국가간 차이

환자 치명률 case fatality rates은 어떤 진단을 받은 환자 중 특정 기간 동안 사망한 환자의 비율로 측정하며, 본문에서는 급성심근경색증(AMI) acute myocardial infarction 환자가 30일 내에 사망하는 백분율이다. 이상적으로는 환자 각각을 최소 30일간 추적한 자료를 이용하여야 환자 치명률을 산출할 수 있다. 그러나 대부분의 국가에는 환자 고유번호 patient identifier가 없으며, 퇴원 후 환자의 상태를 추적할 수도 없기 때문에, 이 지표는 병원에 입원한 환자를 대상으로 하고 병원내에서 사망한 경우만을 고려한다. 그렇기 때문에 환자의 퇴원과 전원 transferring의 차이가 결과에 영향을 줄 수 있다. ICD-10 분류 체계 classification system에서의 AMI 정의가 이전의 ICD-9 버전과 약간 다르기 때문에, 다른 종류의 ICD를 이용하는 국가들의 비교에 영향을 미칠 수 있다.



6.1 급성심근경색증 입원환자 치명률

6.1.1. AMI 입원환자 입원의 30일 이내 치명률, 2005년

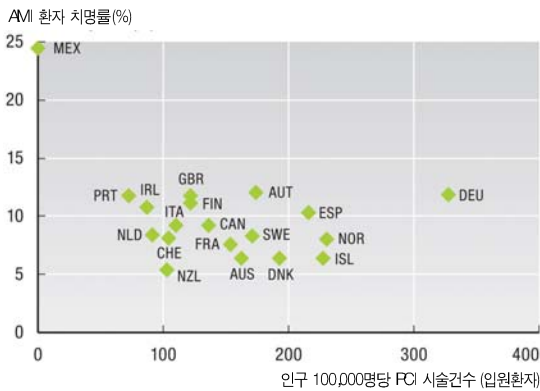


6.1.2. AMI 입원환자의 입원 30일 이내 치명률 변화



Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

6.1.3. AMI 입원환자의 입원 30일 이내 치명률과 경피적 심장동맥중재술 비율, 2005년



6.1.4. AMI 입원환자의 입원 30일 이내 치명률과 심장동맥우회로조성술 비율, 2005년



Note: PCI 와 CABG 시술률은 2005년 자료임; 호주, 캐나다, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이는 2004년 자료; 네덜란드는 2003년 자료; 프랑스는 2001년 자료; 호주는 2000년 자료  
 Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007, OECD Health Data 2007 (PCI and CABG rates).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114351572657>

## 6.2 뇌졸중 입원환자 치명률

## 지표의 중요성

뇌졸중(stroke)은 선진국에서 사망 및 장애의 세 번째 주요 원인이다. 추정치에 따르면, 뇌졸중은 보건의료비의 2-4%를 차지하고 장애 후유증으로 인하여 보건의료 시스템 외부에서도 상당한 비용 지출의 원인이 되고 있다(OECD, 2003b). 여기서는 뇌졸중을 두 종류로 구분할 것이다. 뇌졸중의 약 85%를 차지하는 허혈성 뇌졸중(ischemic stroke)은 뇌의 한 부분에 혈액 공급이 중단되어 해당 부분이 대대적인 뇌세포 손상을 입게 되는 질환이다. 출혈성 뇌졸중(hemorrhagic stroke)은 혈관이 파열되어 뇌출혈을 일으키는 질환이며, 증상은 허혈성 뇌졸중과 유사하지만 손상이 더 크다.

허혈성 뇌졸중 치료는 지난 십 년간 극적으로 변했다. 1990년 대까지 뇌 손상은 되돌릴 수 없는 현상으로 간주되어 합병증 예방과 재활 치료에 초점을 맞췄었다. 그러나 조기 혈전용해(혈병 thrombolysis(혈병 blood clot을 용해시킴))를 통해 AMI 생존율이 놀랄 만할 정도로 발전했고, 그 후 1990년대 초 일본에서 시작된 임상시험에서 허혈성 뇌졸중에 혈전용해 요법이 효과적이라는 사실이 밝혀졌다(Mori et al., 1992). 많은 국가들, 특히 스칸디나비아에서, 굉장한 성공을 거두었던 심장동맥집중치료실 모델을 따라 뇌졸중 전용 병동이 도입되어, 뇌졸중 환자들을 적시에 적극적인 치료를 하는데 도움이 되었다. 결과적으로 허혈성 뇌졸중의 치명률은 많은 국가에서 감소하였다(Sarti et al., 2003).

## 지표의 과학적 근거

보건의료 서비스와 뇌졸중 결과의 관련성에 대한 확고한 증거들이 있다. 유럽국가들에서의 증거는 주로 병원 내에 뇌졸중 전용 병동의 설치와 결과 개선이 관련이 있다는 것이다(Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). 미국(예, NINDS, 1995)과 유럽(예, Hacke et al., 1995)의 대규모 무작위 임상시험은 허혈성 뇌졸중에 대한 혈전용해요법이 생존과 장애에 미치는 영향을 명확하게 보여주었다. 그러나 보건의료조직에 관련된 요인들로 인하여 이 치료방법의 도입에 저항이 있다(Wardlaw et al., 2003). 뇌졸중 치명률이 국가내 및 국가간 병원의 벤치마킹에 사용된 바 있다(Davies et al., 2001; OECD, 2003a; 그리고 Sarti et al., 2003).

## 결과

HCQI 자료는 허혈성 뇌졸중보다 출혈성 뇌졸중이 더 심각한 질환이라는 것을 보여준다. 출혈성 뇌졸중의 입원 후 30일 이내 평균 사망률이 25.1%로 허혈성 뇌졸중의 10.1%보다 높았다(그림 6.2.1와 그림 6.2.2). 허혈성 뇌졸중의 경우, 병원내 사망률에 상당한 차이가 있었다. 예를 들어, 멕시코의 사망률은 일본보다 7배나 높은 것으로 보고하고 있다. 경제 발전 수준이 비슷한 인근 국가간에도 상당한 차이가 있었다. 아일랜드의 사망률은 11.3%로 영국(5.5%)의 두 배였다. 자료를 보고한 기간이 다르다는 점을 고려하여 추세 자료의 해석에 주의를 기울여야 하지만, 멕시코 같은 일부 예외 국가를 제외한 전반적인 추세는 양호하다. 그러나 국가간 환자의 위험 요인 또는 연령구조의 차이를 고려하여 보정한 자료가 아니라는 점에 유의하여야 한다. 그러므로 환자 치명률 차이 중 어느 정도가 진료 질의 차이로 인한 것인지 또는 질환의 중증도나 환자의 연령 차이 때문인지 파악하기 어렵다.

그림 6.2.3에서 볼 수 있듯이, 허혈성 뇌졸중과 출혈성 뇌졸중의 치명률은 긴밀하게 연관이 있다. 즉, 한 종류의 뇌졸중에 대한 생존율이 높은 국가는 다른 종류의 뇌졸중의 생존율도 높다. 이는 적시 진단, 병원으로의 신속한 이송, 급성치료 의사결정을 좌우하는 CT 스캔에 대한 즉각적인 접근 등 진료의 초기 단계가 두 종류의 뇌졸중에 똑같이 때문에 그럴 법하다. 인구 백만 명당 CT 스캐너의 수가 환자 치명률과 연관이 없다는 점을 고려하였을 때(그림 6.2.4), 기술의 가용성만으로는 생존율에 영향을 미치지 못하는 것이다. 이는 보건의료 서비스의 조직화가 인프라의 가용성보다 더 중요하다는 것을 시사한다.

서비스를 조직화하는 것이 중요하다는 추가적인 증거는, 스칸디나비아 국가, 특히 아이슬란드와 핀란드의 환자 치명률이 낮다는 점이다. 이러한 국가들은 생존율과 신경 기능(neurological function)을 개선시키는 것으로 입증된 뇌졸중 전용 병동을 병원에 설치하는데 가장 앞서 있다(Stroke Unit Trialists Collaboration, 2001). 이 국가들의 뇌졸중 환자 중 약 70%가 1998년에 이미 뇌졸중 병동에서 치료를 받았다(OECD, 2003a).

## 정의와 국가간 차이

환자 치명률(case fatality rates)은 어떤 진단을 받은 환자 중 특정 기간 동안 사망한 환자의 비율로 측정하며, 본문에서는 뇌졸중 환자가 30일 내에 사망하는 백분율이다. 이상적으로는 환자 각각을 최소 30일간 추적한 자료를 이용하여야 환자 치명률을 산출할 수 있다. 그러나 대부분의 국가에는 환자 고유번호(patient identifier)가 없으며, 퇴원 후 환자의 상태를 추적할 수도 없기 때문에, 이 지표는 병원에 입원한 환자를 대상으로 하고 병원내에서 사망한 경우만을 고려한다. 그렇기 때문에 환자의 퇴원과 전원의 차이가 결과에 영향을 줄 수 있다. ICD-10 분류 체계(classification system)에서의 급성 뇌졸중 정의가 이전의 ICD-9 버전과 약간 다르기 때문에, 다른 종류의 ICD를 이용하는 국가들의 비교에 영향을 미칠 수 있다.



6.2 뇌졸중 입원환자 치명률

6.2.1. 허혈성 뇌졸중 입원환자의 입원 30일 이내 치명률, 2005년과 초기연도

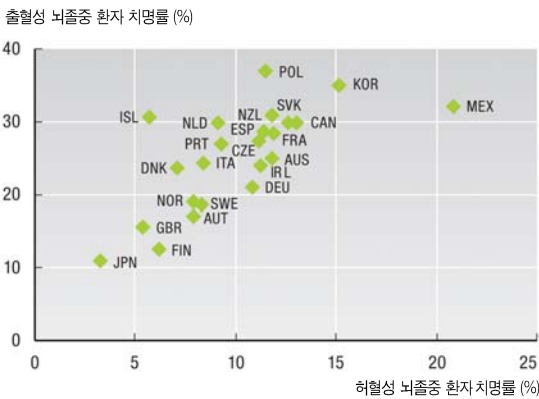


6.2.2. 출혈성 뇌졸중 입원환자의 입원 30일 이내 치명률 변화, 2005년과 초기연도



1. 2002-05/2003-04.  
Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

6.2.3. 허혈성 뇌졸중과 출혈성 뇌졸중 입원환자 치명률의 상관관계, 2005년



6.2.4. 허혈성 뇌졸중 입원환자 입원 30일 이내 치명률과 CT 스캐너 수, 2005년



Note: 각 국가별 뇌졸중 자료 연도는 위의 두개그림을 참조. CT 스캐너 수는 뉴질랜드(2004)와 스웨덴(1999)을 제외하고 2005년 자료임.  
Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007, OECD Health Data 2007 (CT scanners).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114353285671>

## 6.3 대장암 생존율

## 지표의 중요성

대장암은 여성(유방암과 폐암 다음으로)과 남성(전립선암과 폐암 다음으로) 모두에게 있어 세 번째로 가장 흔한 암이다. 미국에서 매년 대장암 치료에 약 84억 미달러가 지출되고 있다(Brown et al., 2002). 진단 및 치료의 발전으로 지난 수십 년 동안 생존율이 증가되었다. 분변잠혈 검사(stool tests for occult blood)를 이용한 검진이 발전하였고, 최근에는 정기적인 대장내시경검사(colonoscopy)로 암 이전(pre-cancerous) 단계 또는 초기에 진단되는 암의 건수가 증가하였다(Midgley와 Kerr, 2009). 그러나 많은 국가에서 검진에 있어 가장 비용효과적인 접근법에 대해서는 아직도 논란이 활발하게 이루어지고 있다. 마취기술과 수술기법의 발전으로 진행된 단계에 있는 암환자를 포함하여 더 많은 환자들의 종양 절제(resection of tumours)가 가능해졌다. 방사선 치료와 화학요법 프로토콜의 발전, 그리고 최근 암세포만을 특이적으로 공격하는 생물학적 제제 및 세포독성 제제(cytotoxic agents)의 발전으로 치료 방법이 추가되었다(Natarajan과 Shuster, 2006). 프랑스의 과거 자료에 따르면, 1976년과 1988년 사이에 5년 생존율이 33%에서 55%로 증가하였는데, 이는 더 많은 환자의 종양 절제 비율의 증가와 수술 후 사망률의 감소, 조기 진단, 화학요법의 사용 증가로 인한 것이다(Faivre-Finn et al., 2002). 이러한 결과는 다른 유럽 국가(Gatta et al., 1998a)와 미국(SEER, 2006)의 결과에서도 일관되게 나타난다.

## 지표의 과학적 증거

진행기의 암 환자에 대한 외과수술(Govindaragan et al., 2006) 및 화학요법(CCCG, 2000) 등의 다양한 치료 방식 뿐만 아니라, 주기적인 대장내시경검사와 분변잠혈 검사(USPSTF, 2002)를 이용한 검진이 임상적으로 효과가 있다는 확고한 증거가 있다. 또한, 이 연구들은 검진과 치료가 충분히 활용되지 못하고 있음을 시사하고 있다. 대장암 생존율은 EURO-CARE 연구에서 유럽국가간 비교(Quinn et al., 1998), 유럽국가와 미국간 비교(Gatta et al., 2000)에 이용되었고, 많은 국가들에서 전국적인 보고 활동에도 활용되었다.

## 결과

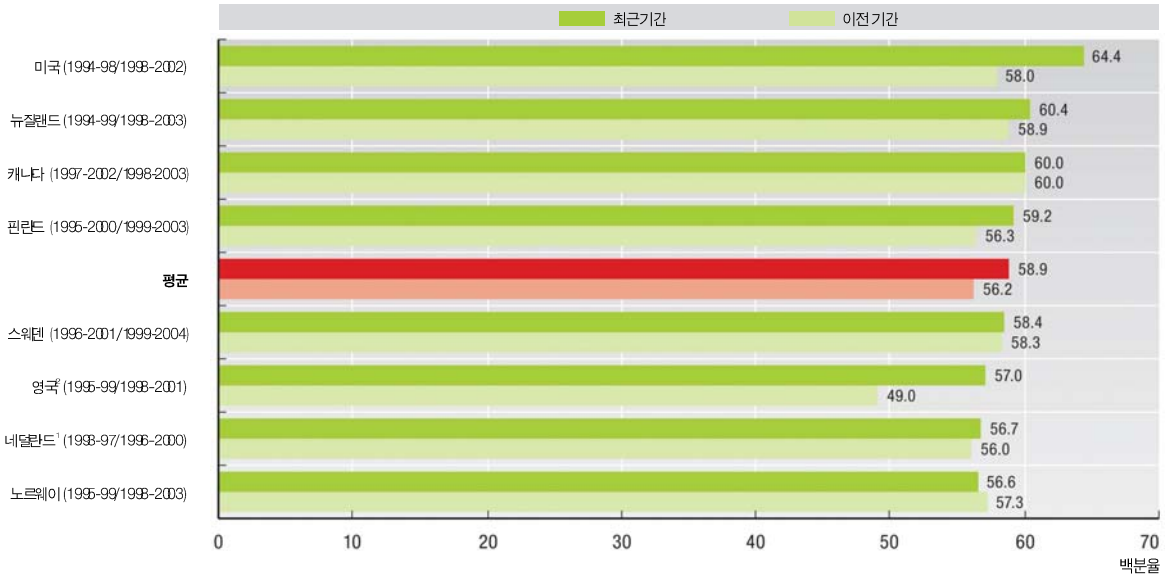
그림 6.3.1에 따르면 대장암의 진단으로 인한 초과사망률(excess mortality)을 파악할 수 있는 5년 상대 생존율(relative five-year survival rates)이 대부분의 국가에서 약간 증가했다. 미국의 생존율은 64.4%로 특히 높았다. 자료에 따르면 보고를 한 국가들 사이에 상당한 차이가 있지만 보고를 하는 기간이 다르기 때문에 국가간 비교에는 한계가 있다. 예를 들어, 프랑스와 독일의 생존율이 보고한 국가들의 평균보다 낮은 것처럼 보이나, 양국의 자료는 대부분의 다른 국가의 자료보다 5-8년 전의 자료라는 점을 기억해야 할 것이다.

## 정의와 국가간 차이

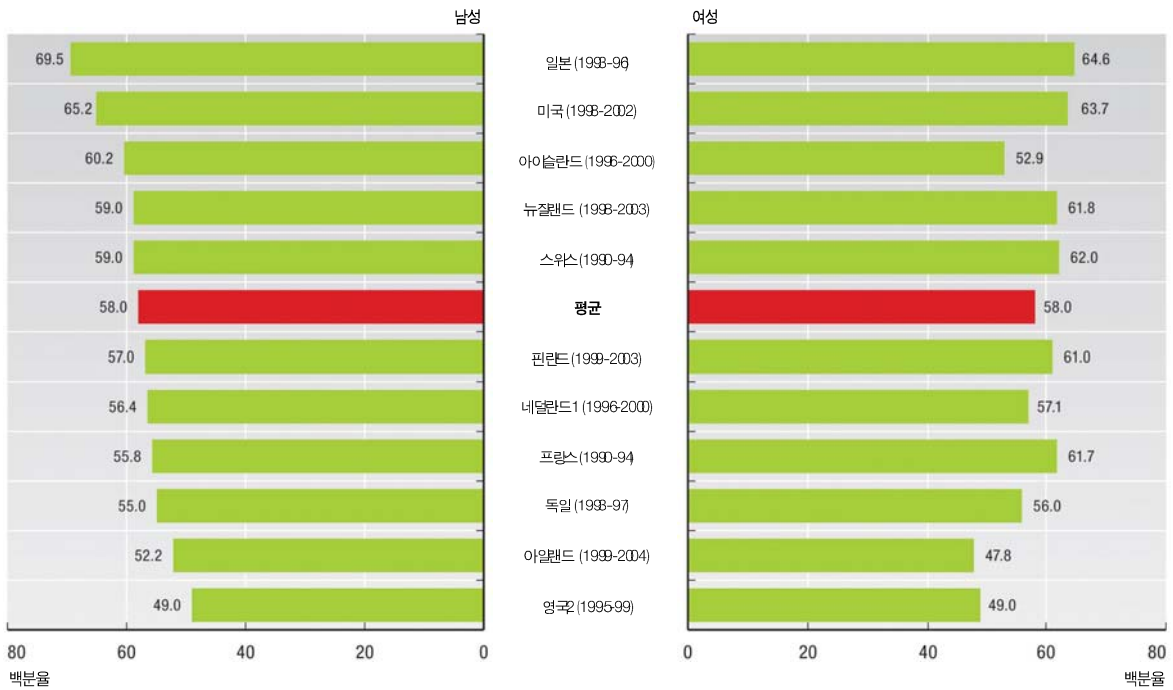
암의 진단과 암으로 인한 사망사이의 기간(day)은 보통 년수로 계산하는 반면, 뇌졸중이나 급성심근경색증과 같은 기타 질환의 경우, 진단과 사망사이의 기간은 일수로 계산한다(진단과 사망이 동시에 일어날 수 있기 때문에 산정될 수 있을 경우, 일수로 산정함). 암의 상대 생존율(relative survival rates)은 특정 암 환자 중 정해진 기간(일반적으로 5년) 이후에도 살아 있는 환자의 비율을 질환이 없는 유사 연령 구조의 비교 그룹과 비교한 수치이다. 이는 상대 생존율이 진단에 기인한 초과사망률을 파악할 수 있음을 뜻한다. 설명하자면, 상대 생존율이 80%라 함은 암 환자들의 80%가 5년 이후에도 살아있다는 것을 의미하는 것이 아니라, 진단 시점에 환자들의 연령을 고려하여, 5년 이후에 생존할 것이라고 예상했던 환자들의 80%가 실제로 살아있다는 것을 의미한다. 국가별로 상대 생존율과 같은 지표의 계산 방법이 다른데, 이러한 방법의 차이가 결과에 영향을 줄 수 있다. 또한, 국가들이 서로 다른 기간의 자료를 보고하고 있는데, 시간이 경과함에 따라 암 생존율은 증가하는 경향이 있기 때문에 보고 기간의 차이가 생존율에 영향을 줄 수 있다. 생존율은 진단 시점의 종양의 병기를 보정하지 않은 것이기 때문에, 조기 발견과 치료 개선의 상대적인 영향을 구분할 수 없다. 마지막으로, 추적 기간(follow-up period) 중에 누락된 환자를 처리하는 방법도 국가별로 약간씩 다르다.



### 6.3.1. 대장암 환자의 5년 상대 생존율의 변화 (전체인구)



### 6.3.2. 대장암 환자의 5년 상대 생존율의 변화 (성별, 최근의가용 자료 활용)



Note : 두 그림에서 생존율은 보장하지 않았음. 프랑스는 Eurocare-3 population 에 따라 연령표준화율을 제출하였음. 조생존율(crude rate) 연령표준화율 간에는 2.4 point의 차이가 있음.

1. 네덜란드 의 1993년-97년 자료는 직장암 (rectal cancer) 자료임. 동일 기간 동안 결장암 환자의 생존율은 60%였음. 1996년-2000년 자료는 대장암 (colorectal cancer) 자료임.

2. 결장암 자료 (colon cancer) 에 해당.

Source : Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

StatLink [http:// dx.doi.org/10.1787/114856157385](http://dx.doi.org/10.1787/114856157385)



## 6.4 유방암 생존율과 검진

## 지표의 중요성

유방암은 여성에 있어 가장 흔하게 발견되는 암이며, 평생 발생률(lifetime incidence)이 약 11%, 평생 사망률(lifetime mortality)이 약 3%이다(Feuer et al., 2003). 다시 말해, 유방암은 여성 9명 중 1명에게 발병하고, 30명 중 1명이 이 질환으로 사망하게 된다는 것을 의미한다. 유방암 진료의 총 비용은 보통 총 보건의료비의 0.50.6%를 차지한다(OECD, 2003a).

유방암은 공중보건 사업과 발전된 의료 기술로 인하여 생존율이 크게 개선된 암이다. 이 질환에 대한 보다 확대된 인식, 자가 진찰(self-examination) 및 유방촬영술 검진(screening mammography)의 촉진으로 유방암이 조기에 발견되게 되었다. 정기적인 유방촬영술 검진의 비용-효과성에 대한 논의는 아직도 지속되고 있지만(Goetzche와 Nilsen, 2006), 많은 국가에서 검진을 널리 이용하여 왔다. 방사선 치료를 동반한 유방보존수술(breast conserving surgery), 티목시펜(tamoxifen) 또는 화학요법(chemotherapy)을 이용한 보조요법(routine adjuvant treatment)의 도입 등과 같은 기술의 발전으로 생존율 뿐만 아니라 생존자의 삶의 질이 크게 향상되었다(Sant et al., 2001).

## 지표의 과학적 근거

다수의 임상 연구에서 유방암 검진과 치료가 생존율을 증가시키는 데 효과적이라는 사실이 입증되었다. 그러나 OECD 국가간에도 유방암 진료 자원 및 진료 양상이 크게 다르다는 것도 잘 알려져 있다(OECD, 2003). 유방암 생존율은 EUROCARE 연구에서 유럽국가간 비교(Quinn et al., 1998), 미국과 유럽국가간 비교(Gatta et al., 2000), 그리고 많은 국가들에서 전국적 보고 활동에 이용되고 있다.

## 결과

그림 6.4.1은 유방암 진단에 기인한 초과사망률(excess mortality)을 파악할 수 있는 5년 상대 생존율이 OECD 국가별로 크게 다르다는 것을 보여준다. 예를 들어, 아이슬란드의 유방암 환자는 유방암이 없는 여성만큼이나 오래 살 가능성이 아일랜드보다 10% 이상 더 높다. 그러나 관련 추세 자료가 있는 거의 모든 국가들에서 유방암 생존율이 증가하였다(그림 6.4.2).

그림 6.4.3은 대부분의 국가들에서 50-69세 여성의 절반 이상이 매년 유방촬영술 검진(screening mammography)을 받고 있다는 것을 보여준다. EUROCARE 연구결과에 따르면 조기 발견을 하는 국가에서 생존율이 더 높게 나타나고 있다(Sant et al., 2003). 유방촬영술 검진 수검률에 대한 시계열 자료가 제한되어 있음을 고려하였을 때, 현재의 가용 자료를 바탕으로 수검률과 생존율의 관련성의 강도를 파악하는 것은 불가능하다. 방사선 치료와 유방촬영술 장비의 가용성과 5년 생존율 사이에는 강한 관련성이 없는데, 이는 진료의 과정이 단순한 인프라보다 훨씬 큰 영향을 줄 수 있음을 시사한다(그림 6.4.4).

수술 요법의 국가간 차이도 생존율과 연관이 없는 것처럼 보인다. 첨부자료 A의 표 A.6.4에서와 같이, 대부분의 국가의 유방보존수술(breast conserving surgery)을 위한 입원 환자수가 근치적 유방절제술(radical mastectomy)을 위한 입원 환자수의 두 배나 되지만, 생존율과의 관련성은 불명확하다. 미국이 주 예외국으로, 유방보존수술 입원 환자 수가 상당히 적는데, 이는 이 수술을 주로 외래에서 하고 있기 때문이다(AHRQ, 2006).

## 정의와 국가간 차이

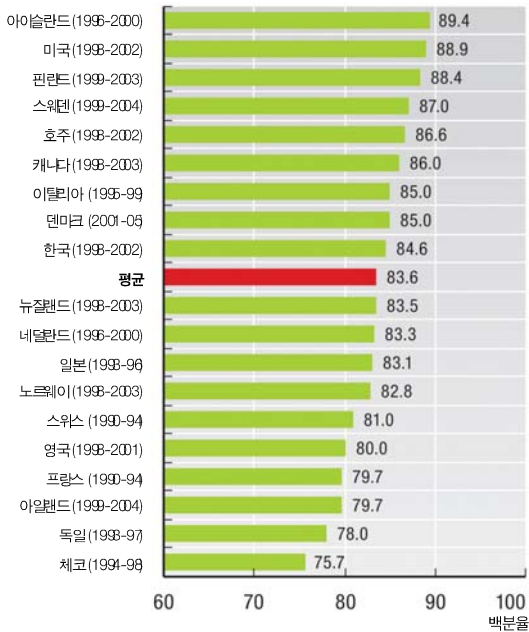
상대 생존율(relative survival rates)의 정의와 일반적인 비교의 한계에 대해서는 지표 6.3 '대장암 생존율'을 참조하기 바람.

유방촬영술 검진 수검률은 특정 연령대(여기서는 보통 50-69세)의 여성 중 지난 1년간 유방촬영술을 받은 비율이다. 연령군과 검진 주기에 대한 정책은 국가별로 다르기 때문에, 검진 수검률은 각 국가의 구체적인 정책에 근거를 둘 수 있다. 일부 국가들에서는 조사를 통해 검진 수검률을 측정하고, 다른 국가들에서는 검진 사업 자료로 측정하기 때문에, 이러한 차이가 결과에 영향을 미칠 수 있다. 국가가 검진 프로그램을 조직하였지만 여성들이 이 프로그램 이외에서 진료를 받는다면, 수검률이 과소보고 될 가능성이 있다. 동시에, 조사의 회상 바이어스(recall bias) 때문에 수검률이 과소평가될 가능성이 있다.



6.4 유방암 생존율과 검진

6.4.1. 유방암환자의 5년 생존율, 최근 가용 자료 활용



6.4.2. 유방암 환자의 5년 상대 생존율의 변화



Note : 유방암 생존율은 조생존율(crude rates)임 (프랑스는 Eurocare-3 population 을 이용하여 연령표준화를 제시하였음). 조생존율과 연령표준화율 간에는 2.4point의 차이가 있음.

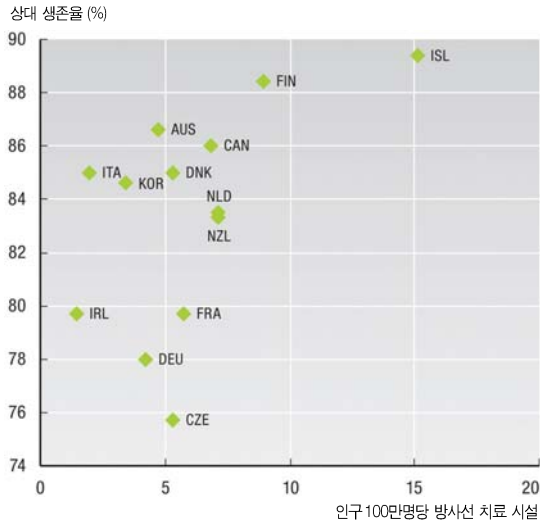
6.4.3. 유방촬영술검진(50-69세 여성), 2005년



\* 사업자료(programme data)  
 \*\* 조사자료(survey data)  
 1. 2004 2. 2003 3. 2002.

Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007, OECD Health Data 2007 (mammography screening and RT units).

6.4.4. 유방암 환자의 5년 생존율과 방사선 치료 시설의 수 (이용가능한국가에서는 2년 전 자료로 평가)



Note: 방사선 치료 시설(unit) 수는 다음 해에 해당: 아일랜드(1988), 프랑스(1988), 체코와 독일(1991), 아이슬란드와 이탈리아(1998), 네덜란드(1994), 호주, 캐나다, 핀란드, 한국과 뉴질랜드(1996), 덴마크(2000)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114364435748>

## 6.5 자궁경부암 생존율과 검진

## 지표의 중요성

자궁경부암(cervical cancer)은 선진국 여성에게는 더 이상 가장 흔한 암이거나 암관련 사망의 주원인이 아니지만, 이 질환은 대체적으로 예방할 수 있기 때문에 보건관련 정책 입안자들이 많은 관심을 가지고 있다. 정기적인 골반 진찰과 자궁경부세포진검사(pap smear)를 이용한 검진을 통하여 전암성 병변을 발견하여 효과적으로 치료할 수 있다. 정기적인 검진은 또한 악성질환 조기에 진단할 가능성을 높여, 자궁 전체를 제거하지 않고도 생존을 개선하고 완치적 치료(curative treatment)를 할 수도 있다(Gatta et al., 1998b). OECD 국가들이 검진 프로그램을 만들어 운영하고 있으나, 국가별로 주기나 목표 집단이 다양하다. 뿐만 아니라, 자궁경부암이 특정 유형의 인체유두종바이러스(Human Papilloma Virus)에 의해 발병된다는 사실을 발견하여 유망한 암 예방 백신을 개발하게 되었다(Harper, 2006). 이는 특히 종합적인 검진 프로그램의 유지가 어려우면서 자원이 부족한 곳에서 특히 중요한 의미를 갖는다.

## 지표의 과학적 근거

다수의 임상 연구에서 자궁경부암 검진과 치료가 생존율 개선에 효과적이라는 것을 보여주었다. 그러나 진료 자원 및 진료 양상이 OECD 국가별로 상당한 차이가 있다(OECD, 2003a). 그러므로 생존율을 측정하고 비교하면 다른 보건의료 시스템의 효과에 대한 통찰력을 얻을 수 있다. 자궁경부암 생존율은 EURO-CARE 연구에서 유럽국가간 비

교(Gatta et al., 1998b), 미국과 유럽국가간 비교(Gatta et al., 2000), 그리고 많은 국가들에서 전국적인 보고 활동에 이용되고 있다.

## 결과

그림 6.5.1에서와 같이, 자궁경부암 진단에 기인한 초과사망률(excess mortality)을 파악할 수 있는 5년 상대 생존율이 이러한 정보를 보고하는 OECD 국가별로 크게 다르다.

호주(Taylor et al., 2001)와 영국(Peto et al., 2004)의 시계열 자료가, 자궁경부암 검진 프로그램이 생존율에 상당한 영향을 미치고 있음을 보여주었다. 그림 6.5.3은 대부분의 OECD 국가의 여성들의 대다수가 지난 3년간 자궁경부암 검진을 받았다는 것을 나타낸다. 자궁경부암 검진으로 조기 진단과 전암성 병변(pre-cancerous lesions)에 대한 결정적인 치료(definitive treatment)를 할 수 있는데 이들이 암 등록(cancer registry)에 보고되지 않을 수 있기 때문에, 오히려 효과적인 검진 프로그램으로 인하여 생존율이 낮아지는 것처럼 보일 수도 있다. 암 등록에 보고된 사례들이 더 심한 단계의 자궁경부암일 가능성이 있는데, 이로 인하여 외형적인 생존율이 감소할 수 있다.

생존율이 가장 높은 국가들(예, 뉴질랜드, 아이슬란드)의 검진 수검률이 높은 반면, 23.7%의 가장 낮은 수검률을 기록한 일본과 82.6%로 가장 높은 수검률을 기록한 미국의 생존율이 비슷한 수준이다.

## 정의와 국가간차이

상대 생존율(relative survival rates)의 정의와 일반적인 비교의 한계에 대해서는 지표 6.3 “대장암 생존율”을 참조하기 바람.

자궁경부암(cervical cancer) 검진 수검률은 특정 연령대(여기서는 보통 20-69세)의 여성 중 특정 기간 동안(일반적으로 3년) 자궁경부암 검사를 받은 여성의 비율이다. 검진의 주기와 연령군에 대한 정책이 국가별로 다르기 때문에, 검진 수검률은 각 국가의 구체적인 정책에 근거를 둘 수 있다. 일부 국가들에서는 조사를 통해 검진 수검률을 측정하고, 다른 국가들에서는 검진 사업 자료로 측정하기 때문에, 이러한 차이가 결과에 영향을 미칠 수 있다. 국가가 검진 프로그램을 조작하였지만 여성들이 이 프로그램 밖에서 진료를 받는다면, 수검률이 과소보고 될 가능성이 있다. 동시에, 조사의 회상 바이어스 때문에 수검률이 과소평가될 가능성이 있다.



6.5 자궁경부암 생존율과 검진

6.5.1. 자궁경부암 환자의 5년 생존율, 최근 가용 자료 활용

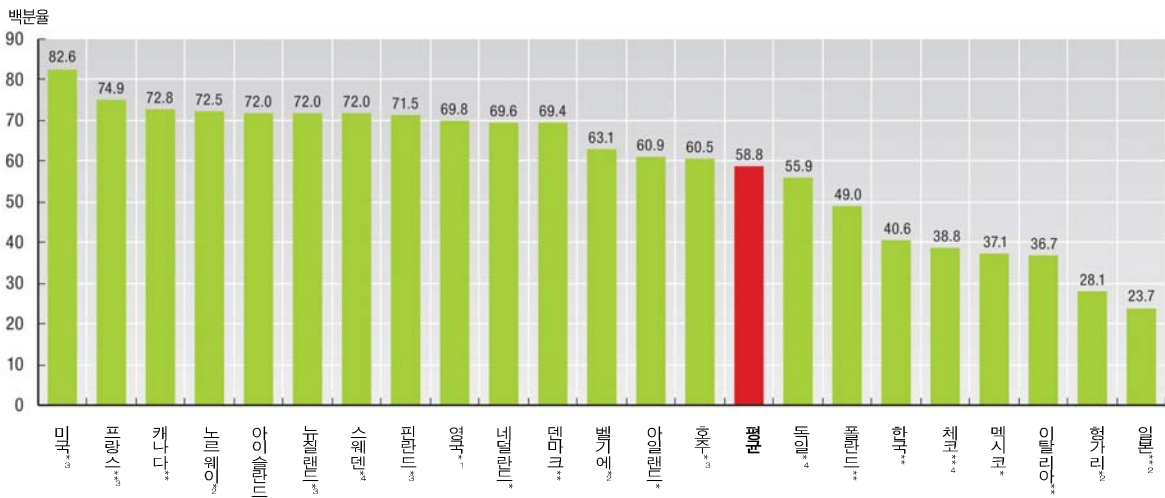


6.5.2. 자궁경부암 환자의 5년 상대 생존율의 변화



Note : 생존율을 보정하지 않았음. 프랑스는 Eurocare-3 population에 따라 연령표준 화율을 제출하였음. 조생존율 (crude rate)과 연령표준 화율간 차이는 2-4 point 범위임.  
 1. 네덜란드에서 1993년-97년 자료는 60세 초과 연령 인구자료 임. 60세 미만 여성의 생존율은 76%였음.

6.5.3. 자궁경부암 검진 수검률(20-69세 여성), 2005년



\* 사업 자료(Programme data).

\*\* 조사자료(Survey data).

1, 2006. 2, 2004. 3, 2003. 4, 2002.

Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. OECD Health Data 2007 (cervical screening).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114387285660>

## 6.6 피할 수 있는 천식 입원을과 사망률

### 지표의 중요성

천식은 아동에서 가장 흔히 발견되는 만성 질환으로 최근 수십 년 사이에 크게 확산되었다. 연구에 따르면 천식은 유사한 증상을 가진 다양한 질환의 집합일 수도 있다(Wenzel, 2006). 천식은 적절한 진료를 통해 치료가 가능한 질환이다.

2002년 미국의 연간 천식 치료비는 140억 미달러로 직접 비용의 거의 1/3이 병원진료 비용이었다(NHLBI, 2002). 유럽연합(European Union)에서 추정된 자료에 의하면, 연간 진료 비용이 177억 유로, 생산성 손실은 98억 유로였다(ERS, 2003). 일본의 연간 천식 치료는 연간 총 진료비의 2%가까이 차지하였다(Tanihara와 Kobayashi, 2004).

### 지표의 과학적 근거

성인과 아동의 천식은 1차 의료에서 효과적으로 치료할 수 있어야 한다. 흡입 코티코스테로이드(inhaled corticosteroids)와 류코트리엔 억제제(leukotriene inhibitors)와 같은 소염제(anti-inflammatory agents) 치료로 대부분 천식의 악화를 예방할 수 있으며, 천식이 악화되더라도 전신 코티코스테로이드(systemic corticosteroids)와 기관지 확장제(bronchodilator)를 투여하면 입원할 필요가 없다. 현재 진료 프로토콜과 지침들이 천식 치료에 대한 명확한 가이드라인을 제공하지만, 연구에 따르면 천식 치료는 권고하고 있는 진료에 미치지 못하는 경우가 많다(Mattke et al., 2006; Halterman, 2001; 그리고 AAFA, 2005).

불충분한 치료로 인하여 천식 환자가 입원을 할 수밖에 없는 경우가 있다. 천식환자 입원과 천식 사망률은 의료

의 질을 평가하는데 이용되었다. 예를 들어, 영국의 국가보건서비스(National Health Service)는 천식입원을 상위수준 성과지표(High Level Performance Indicator)로 지정하였고, 미국 국가 보건 의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report)에 소아 및 성인 입원이 포함되어 있다(AHRQ, 2006). 천식 사망률은 유럽공동체, 영국, 호주 등 여러 국가에서 보건 의료 시스템을 비교하는 의료의 질 평가 지표로 사용되었다(Charlton et al., 1983; Holland et al., 1997; Manuel과 Mao, 2002; AIHW, 2003).

### 결과

그림 6.6.2는 OECD 국가간 천식 입원율에 상당한 차이가 있음을 보여준다. 어느 한 해에 성인 1만 명 당 평균 6명이 천식으로 입원을 하는 반면, 국가별로 큰 차이가 있다. 입원율이 비교적 높은 국가는 핀란드(13)와 미국(12)이었으며, 가장 낮은 국가는 멕시코(2)와 스웨덴(3)이었다.

그림 6.6.1은 국가간 천식 사망률에 큰 차이가 있음을 나타낸다. 사망률은 영국, 호주에서 가장 높으며 아이슬란드, 핀란드, 스위스에서 가장 낮다. 이 수치는 북미, 영국, 아일랜드, 호주, 뉴질랜드에서 천식 유병률이 높음을 보여준 GINA 프로젝트의 보고 자료와 일치한다(Massoli et al., 2004). 추세 자료에 의하면 사망률이 비교적 낮게 유지되는 캐나다와 스웨덴을 제외하고, 전반적으로 사망률이 개선되었다.

그림 6.6.3에서 볼 수 있듯이, 천식 입원율은 일반적으로 천식 사망률과 연관이 있다.

### 정의와 국가간 차이

천식 사망률은 53세 연령군의 인구 10만 명당 사망자의 수로 계산한다. 천식으로 인한 사망은 비교적 드물어 해에 따라 사망률이 불안정할 수 있기 때문에, 인구수가 작은 국가의 사망률을 이용할 때 주의해야 한다. 사망 신고서의 사망 원인을 이용하므로, 코딩이 부정확하면 결과에 영향을 미칠 수 있다. 그러나 초기 분석에 따르면, 천식 사망률을 보고한 국가들의 코딩에 계통적인 차이를 발견하지 못하였다(Mattke et al., 2006). 천식 유병률의 차이에 따라 천식 사망률이 영향을 받을 수 있지만, 이 지표는 오늘날의 치료 방법을 고려할 때, 어린 나이에 천식으로 인한 사망이 일어나지 않아야 한다는 것을 가정하고 있다.

천식 입원율은 18세 이상 연령군 인구 1만 명당 연간 입원 건수로 정의한다. 국가별로 코딩에 차이가 있기 때문에 국가간 비교에 한계가 있을 수 있다. 천식 입원율이 천식 유병률의 차이에 따라 다를 수 있는 반면, 이 지표는 오늘날 급성악화를 예방할 수 있는 치료 방법이 있다는 점을 고려했을 때, 천식환자가 입원을 할 필요가 없어야 한다는 것을 가정하고 있다.

6.6 피할 수 있는 천식 입원율과 사망률

6.6.1. 천식 사망률 (5-39세 인구 100,000명당), 2005년



6.6.2. 성인 천식 입원율 (18세 이상 인구 10,000명당), 2005년

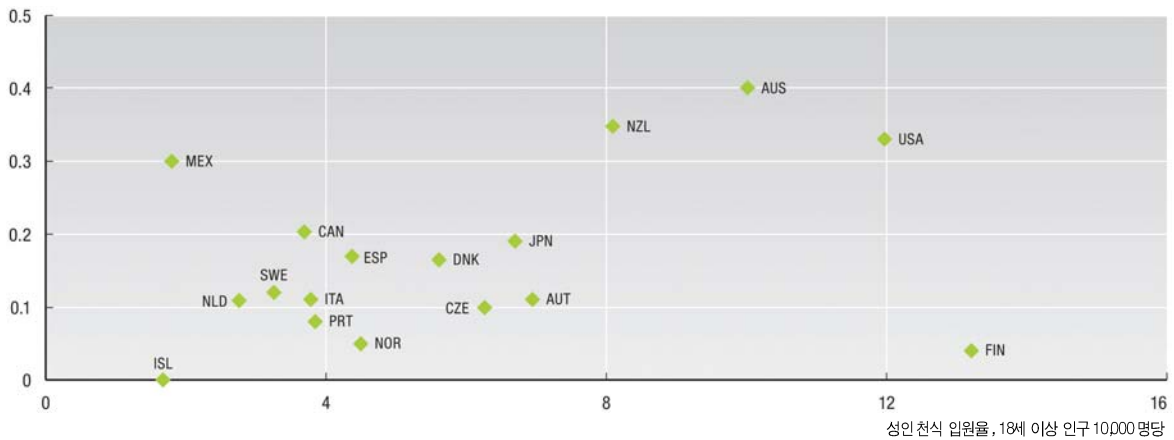


1, 2004. 2, 2005. 3, 2002. 4, 2001.  
Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

1, 2004. 2, 2002. 3, 2004-05. 4, 2005-06.

6.6.3. 천식사망률(5-39세 인구)과 성인 천식 입원율(18세 이상 인구), 2005년

천식사망률, 5-39세 인구 100,000명당



Note: 위의 두 그림에서 각 국가의 자료 연도 참조  
Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114402175055>



## 6.7 당뇨병환자의 정기적 눈 검사

## 지표의 중요성

당뇨병은 21세기 공중보건의 과제 중 가장 중요한 과제가 되었다. 전세계적으로 성인 인구 1억 5천만명 이상이 당뇨병에 걸려 있으며, 향후 25년 사이에 이 수치는 두 배로 증가할 것으로 예측되고 있다(King et al., 1998; Zimmer et al., 2001). 이러한 증가는 주로 비만의 증가로 인한 것이다(지표 3.3 “과체중과 비만” 참조). 당뇨병의 급격한 증가로 인하여 당뇨병 및 그 합병증의 관리에 자원 투입이 요구되고 있다. 당뇨병은 선진국에서 실명의 주요 원인이며(Ghaffour et al., 1983), 미국, 유럽, 일본에서 말기 신질환의 주원인이다(지표 4.12 “신부전증의 치료” 참조). 2종 당뇨병환자(type II diabetes)는, 당뇨를 앓지 않는 사람보다 심혈관질환이 발생할 확률이 2~4배 높다(Haffner, 2000). 일반 인구보다 당뇨병환자에서 비외상 절단(non-traumatic amputation)이 15배나 높다(Olendorf et al., 1998). 최근 의료 기술의 발달로 OECD 국가의 심혈관질환 사망률이 감소하였으나, 당뇨병 환자에 있어 이러한 긍정적인 추세가 아직 나타나지 않고 있으며, 이는 의료 기술의 발전이 당뇨 환자에게는 효과가 덜 나타나고 있음을 보여준다(Gu et al., 1999).

2002년 미국의 당뇨병 관련 비용은 의료비 920억 미달러, 생산성 손실 400억 미달러였다(ADA, 2003). 국제당뇨연맹(International Diabetes Federation)의 예측에 따르면, 2025년 각국의 보건의료예산의 7-13%가 당뇨병 치료에 소비될 것이라고 하였다(IDF, 2003).

현재 의료지식이 치료와 2차 예방으로 이어진다면 당뇨병에 대한 부담은 크게 감소할 것이다. 체중 감량과 신체활동의 증가와 같이 생활 습관을 바꾸면 고위험자의 당뇨병을 예방할 수 있다는 확고한 증거가 있다(Tuomilehto et al., 2001). 혈당 관리를 잘 하면 시간 경과에 따른 장기 손상 및

혈관 합병증(vascular complications)이 감소한다는 것은 잘 알려져 있는 사실이다(Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996). 또한 이러한 조치들로 1-2년 내에 비용을 줄일 수 있다는 것을 시사하는 연구들도 있다(Wagner et al., 2001). 그러나 실증 자료(empirical data)에 따르면, 이러한 조치들이 충분히 활용되지 않고 있다고 한다(McGlynn et al., 2003).

## 지표의 과학적 근거

미국에서 당뇨병 진료의 질 측정치의 개발, 구체화 및 실시 시험(field-testing)에 있어 상당한 진전이 있었다(Fleming et al., 2001; NDQIA, 2005). 이탈리아(Pellegrini et al., 2003)와 유럽 8개국에 대해 CODE-2 연구진(jonsson, 2002)도 유사한 노력을 하였다. 당뇨병 환자의 인과적 합병증(ophthalmologic complications)의 빈도를 고려할 때, 매년 눈 검사를 하는 것이 가장 간단하고 보편적으로 수용하고 있는 당뇨병 진료 방법 중 하나이다. 이러한 이유로, 당뇨병환자의 눈 검사는 국제적인 차원의 당뇨병 진료를 비교하는 의료 질의 과정 지표(process indicator)이다(Greenfield et al., 2004).

## 결과

그림 6.7.1은 보고된 국가의 당뇨병 환자 중 50% 이상이 매년 눈 검사를 받지만, 국가간 상당한 차이가 있다는 것을 보여준다. 이 측정치에서 가장 우수한 영국에서조차 당뇨병 환자 중 1/6 정도가 이 간단하면서도 유익한 검사를 받지 않고 있다. 그림 6.7.2에서와 같이, 검사율이 당뇨병 유병률과 큰 연관이 있는 것은 아니다. 예를 들어, 당뇨병 유병률이 약 10%로 가장 높은 독일의 당뇨 환자 눈 검사율은 평균 수준이다.

## 정의와 국가간 차이

1종 및 2종 당뇨병환자(type I and II diabetes)의 정기적 눈 검사 비율은 어느 한 해에 종합적인 눈 검사를 받는 당뇨병 환자의 분율을 말한다. 일부 국가에서는 조사를 바탕으로 검사 여부를 확인하고 또 다른 국가에서는 의사진료 자료(encounter data)를 기반으로 하고 있기 때문에, 이러한 차이가 결과에 영향을 줄 수 있다. 또한, 국가별로는 검사 대상이 되는 당뇨병환자(eligible diabetes) 수를 정하는 방법이 다르다. 일부 국가들에서는 대표성이 있는 표본의 검사를 이용하고 있고, 다른 국가에서는 조사 자료를 이용하는 반면, 또 다른 국가들에서는 보건의료 시스템에서 진료 결과로 기록한 진단에 대한 정보를 기반으로 한다. 이러한 다양한 방법은 지표의 분모에 영향을 미쳐, 결과에 영향을 줄 수 있다. 마지막으로, 일부 국가들에서는 이 지표를 계산하기 위해 전국적인 대표 표본을 사용하지 않았으며, 국가의 실제 검사율이 보고된 검사율과 다를 수 있다.





6.7 당뇨병환자의 정기적 눈 검사

6.7.1. 당뇨병환자(18-75세)의 망막 검사율, 2005년

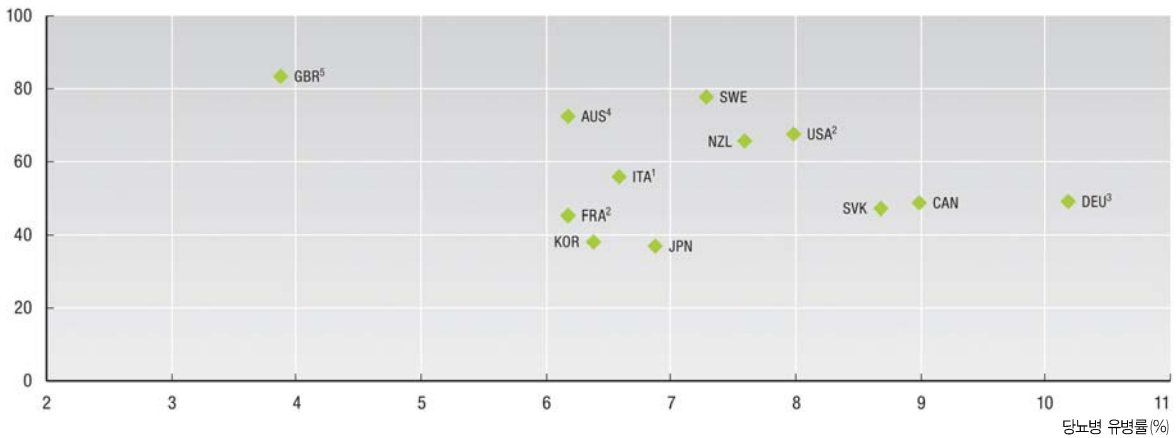
18-75세 당뇨병 환자의 망막 검사율 (%)



Note : 이탈리아는 특수 클리닉을 방문하는 당뇨병환자 자료임 (총 당뇨병 환자의 60%로 추정)  
 1. 2003 2. 2002, 3. 1998, 4. 1999-2000, 5. 2004-05.

6.7.2. 당뇨병환자의 망막 검사율(2005년 또는 최근년도)과 당뇨병 유병률(2003년)

18-75세 당뇨병 환자의 망막 검사율 (%)



Note : 망막검사에서 이탈리아는 특수클리닉을 방문하는 당뇨병환자 자료임 (총 당뇨병 환자의 60%로 추정)

1. 2003 2. 2002, 3. 1998, 4. 1999-2000, 5. 2004-05.

Source : Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. 당뇨병 유병률 자료는 International Diabetes Federation (2003), Diabetes Atlas, 2nd edition 을 사용.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114425350130>

## 6.8 노인 인플루엔자 예방접종

### 지표의 중요성

인플루엔자(influenza)는 전세계적으로 흔한 전염병으로 모든 연령층에 영향을 미친다. 미국의 연간 인플루엔자 발생건 수가 약 2,000-3,000건에 달한다(CDC, 2006). 인플루엔자에 걸린 대부분의 사람들은 빨리 회복하지만, 노인이나 만성 질환을 앓고 있는 환자의 경우, 합병증의 위험이 높으며 심지어 사망할 수 있다. 1979-2001년 사이 미국에서 인플루엔자의 유행 건당 54,000-430,000명이 입원하였고, 연평균 36,000명이 인플루엔자로 사망하였다(CDC, 2006). 대부분의 인플루엔자 이환 및 사망은 노인과 만성질환 환자에게서 나타나지만, 경제활동 인구에 대한 인플루엔자의 영향도 상당히 크다(Keech et al., 1998). H5N1 조류인플루엔자 아형(subtype)과 유사한 바이러스의 특히 독성이 강한 균주는 매우 광범위한 영향을 미치는 큰 유행을 일으킬 수 있다.

### 지표의 과학적 근거

지난 10년 간 OECD 국가에서 노인 인구의 인플루엔자 예방접종이 크게 증가하였는데, 이는 인플루엔자로 인해 합병증 위험이 높은 노인 연령층의 질병, 입원 및 사망을 예방하기 위함이다. 유럽, 미국을 포함한 여러 국가에서 노인과 만성질환 환자의 인플루엔자 예방접종을 강력하게 권고하고 있다(Nicholson, 1995).

### 결과

지난 10년 동안 노인의 인플루엔자 예방접종이 널리 이루어졌고, 평균적으로 인플루엔자 평균 예방접종률이 1996년 50%에서 2005년 약 60%까지 증가하였다(그림 6.8.2). 이 기간의 예방접종률은 슬로바키아를 제외하고, 보고된 모든 국가에서 증가하였다. 덴마크와 핀란드의 예방접종률이 낮았으나 2001/02-2005년 사이에 두 배 증가하였다. 여러 요인들이 OECD 국가에서 인플루엔자 예방접종률 증가에 기여하였다. 환자와 의료진들의 예방적인 보건의료 서비스의 보다 폭넓은 수용, 이러한 백신에 대한 공공보험의 급여 확대, 의사 이외의 보건의료 제공자들의 예방접종 서비스 제공 등의 요인에 기인한다(Singleton et al., 2000). 핀란드에서 예방접종률이 최근 몇 년 사이에 크게 증가한 주요 요인은 만성질환 환자에게만 제공되었던 무료 예방접종을 65세 이상 인구에게도 확대하였기 때문이다.

예방접종률을 더 높이려는 국가들이 극복해야 할 장애물들이 아직 많이 남아있다. 미국의 경우, 노인들이 인플루엔자 예방접종을 받지 않은 이유는 첫째, 그 필요성을 모르고 있으며, 둘째, 예방접종으로 인한 인플루엔자나 기타 부작용에 대한 우려 때문이었다(CDC, 2004). 미국과 기타 국가에서 어느 특정 연도에 예방접종이 이루어지지 않은 중요한 이유 중 하나는 백신이 부족했거나 구할 수 없었기 때문일 수도 있다.

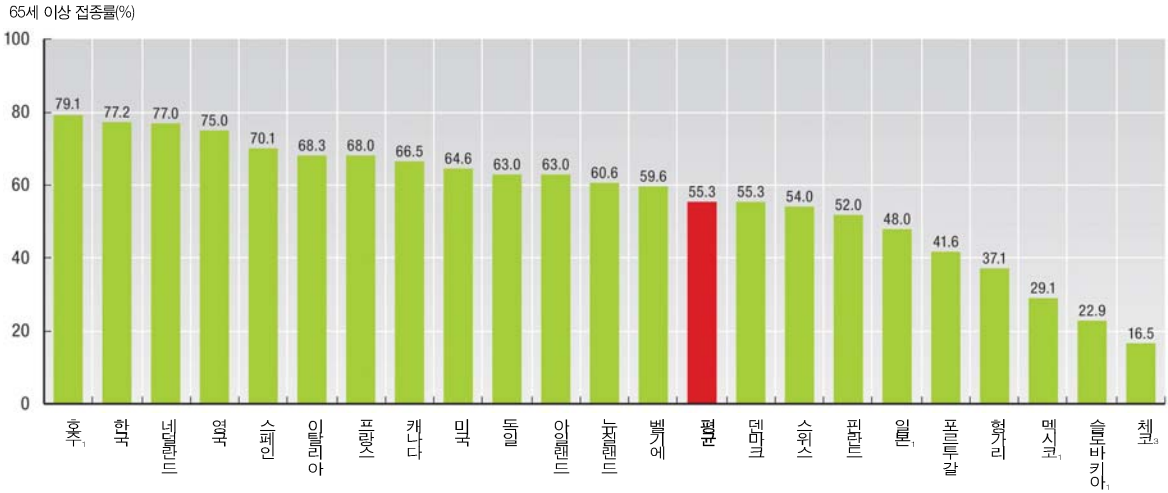
### 정의와 국가간차이

인플루엔자 예방접종률(influenza immunisation rate)은 연간 인플루엔자 예방접종을 받는 65세 이상 인구수를 65세 이상 인구수로 나눈 것이다. 여러 유형의 오류(error)와 바이어스(bias)가 나타날 수 있는 다른 자료원들을 이용하기 때문에 자료의 비교가능성에 한계가 있다. 많은 국가들의 자료는 인구 기반 조사를 바탕으로 하고 있는데, 이는 정확하지 못한 기억력의 영향을 받을 수 있다. 또한, 조사자료에는 특정 국가에 시설에 수용된 사람들이 배제될 수도 있다. 다른 일부 국가에서 해당 지불제도 내에서 제공한 예방접종 건수만을 파악할 수도 있는 행정자료에서 자료가 나올 수도 있다. 특정 국가들에서 행정자료가 조사 자료에 비교하여 보고된 예방접종률을 어느 정도 과소(또는 과대) 평가하는지는 알 수 없다.



6.8 노인 인플루엔자 예방접종

6.8.1. 인플루엔자 예방접종률 (65세 이상 인구), 2005년



1. 2004, 2. 2008, 3. 2002.

연평균인구 증가율(%)

6.8.2. 인플루엔자 예방접종률 증가(65세 이상 인구), 1996-2005년



Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/144441560660>

## 6.9 소아 예방접종 사업

### 지표의 중요성

소아 예방접종은 여전히 가장 비용-효과적인 보건정책적 조치에 해당한다. 모든 OECD 국가들이 포괄적인 예방접종 사업을 시작하여, 지속적으로 확대하고 있다. 대량 예방접종을 통해, 사실상 소아마비<sup>polio</sup>와 디프테리아<sup>diphtheria</sup>는 OECD 국가들에게 있어 이미 근절된 소아 질환이다. 유럽 전체적으로 홍역 예방접종이 점차 증가하여 1990년대 초반에 비하여 홍역 발생률이 약 1/10로 줄어들었다.

### 지표의 과학적 근거

모든 OECD 국가나 일부 자치단체들<sup>sub-national jurisdictions</sup>이 각 백신의 위험과 편익에 대한 이해를 기반으로 예방접종 사업을 만들었다. 백일해<sup>pertussis</sup>(종종 디프테리아와 파상풍<sup>tetanus</sup> 예방접종과 함께 투여하는)와 홍역 예방접종은 거의 모든 예방접종 사업에 포함되어 있다. 그리고 이러한 질환들에 대한 백신의 효능에 대한 연구의 결론에 따르면, 각 백신이 매우 효과적이라고 한다.

### 결과

자료는 OECD 국가들의 백일해와 홍역에 대한 소아 예방접종률이 전반적으로 높다는 것을 시사하고 있다(그림 6.9.1와 그림 6.9.2, 왼쪽 패널). 평균적으로, 80%이상의 소아들이 권고하고 있는 예방접종을 받았고, 예방접종률이 90%이상인 경우도 흔하다. 예외적으로, 2004년 캐나다의 백일해 예방접종률이 80% 미만이었으며, 오스트리아에서 홍

역 예방접종을 받은 어린이들이 전체의 3/4에 불과하였다.

일반적으로, 많은 국가들에서 홍역 예방접종률이 백일해 예방접종률보다 낮은 경향을 보였다. 이런 현상은, 근거가 없음에도 홍역 백신과 자폐증<sup>autism</sup>의 관련성에 대한 우려와 관련이 있을 수 있다(Demicheli et al., 2005). 그 결과 예방접종률이 감소하였던 2006년은 지난 20년 동안 영국에서 홍역이 가장 심각하게 유행한 해였고, 14년만에 처음으로 사망자가 발생하였다(BBC, 2006). 그림 6.9.2(오른쪽 패널)에서 보듯이, 아일랜드, 프랑스, 일본, 이태리, 스위스 등 다른 국가들도 비슷한 유행의 발발을 경험하였다. 홍역은 아동에게 가장 위험한 질환으로 전염성이 높기 때문에, 심각한 우려의 대상이 되고 있다. 이러한 증거는 이 국가들에서 홍역 예방접종의 중요성을 다시 한번 강조할 필요가 있다는 것을 나타내고 있다.

그럼에도 불구하고, 그림 6.9.1과 그림 6.9.2(오른쪽 패널)에서 나타나듯이, 소아 예방접종 사업을 성공적으로 수행하여 많은 OECD 국가들의 목표로 설정한 질병들을 대부분 제거하였다. 백일해 또한 대부분의 OECD 국가들에 있어 드문 질병이 되었다. 그러나 보고된 예방접종률의 차이는 홍역의 경우보다 상당히 크다. 또한, 백일해의 발생률은 예방접종률과 밀접한 관계가 없는 것처럼 보인다. 예를 들면, 노르웨이의 예방접종률은 90%이상으로 상당히 높았지만 인구 10만명당 백일해 120건을 기록하였다.

### 정의와 국가간 차이

예방접종률은 권고한 기간 동안 해당 예방접종을 받은 인구의 백분율을 의미한다. 소아 예방접종 정책은 국가별로 약간씩 다르다. 그렇기 때문에 이 지표는 한 국가(또는 지방자치단체<sup>sub-national jurisdiction</sup>)의 실제 정책에 기반하고 있다. 일부 국가는 조사를 통해서, 다른 국가들에서는 환자 진료 기록<sup>encounter data</sup>을 통해서 예방접종을 확인하고 있는데, 이것이 결과에 영향을 줄 수 있다.

예방접종으로 예방할 수 있는 질환<sup>vaccine-preventable disease</sup>(백일해, 홍역)의 발생률은 인구 10만명당 보고된 건수로 측정한다. 질병 발생이 드물고 해에 따라 발생률이 불안정할 수 있기 때문에, 인구가 적은 국가의 발생률을 이용할 때 주의를 기울여야 한다. 뿐만 아니라, 보고 방법이 의무적인 국가 또는 자발적인 국가가 있고, 이러한 질환이 의심되는 경우에 보고를 하는 지, 아니면 확인된 경우만 보고를 하는 지 등이 국가별로 다르다. 추가적인 연구가 필요하지만, 초기 분석에서는 국가별 다른 보고 방식에 따라 파악한 예방접종으로 예방할 수 있는 질환의 발생률이 어떠한 계통적 차이도 존재하지 않음을 시사했다(Mattke et al, 2006).

6.9.1. 백일해 예방접종률(2세 어린이)과 백일해 발생률(총 인구), 2005년



Note : 각주 첫 번째 수치는 왼쪽 그림에 해당하고 두 번째 수치는 오른쪽 그림에 해당  
 1, 2006. 2, 2005. 3, 2004. 4, 2003.

6.9.2. 홍역 예방접종률(2세 어린이)과 홍역 발생률(총 인구), 2005년



Note : 각주 첫 번째 수치는 왼쪽 그림에 해당하고 두 번째 수치는 오른쪽 그림에 해당  
 1, 2006. 2, 2005. 3, 2004. 4, 2003. 5, 1999.

Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007, OECD Health Data 2007 (vaccination coverage).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/11461366626>





## 참고문헌

- AAFA - Asthma and Allergy Foundation of America (2006), *Asthma Facts and Figures*, available at [www.aaafa.org](http://www.aaafa.org) (on December 6, 2006).
- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (2006), *Hospital and Ambulatory Surgery Care for Women's Cancers: HCUP Highlight*, No. 2, AHRQ Publication No. 06-0038, Rockville, MD.
- AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2004), *Australia's Health 2004*, AIHW Cat. No. AUS 44, Canberra.
- American Diabetes Association (ADA) (2003), "Economic Costs of Diabetes in the US in 2002", *Diabetes Care*, Vol. 26, pp. 917-932.
- BBC (2006), "UK 'in Grip of Measles Outbreak'", available at [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/englan/5081286.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/englan/5081286.stm) (accessed on June 14, 2006).
- Bennett, J. (2003), "Investment in Population Health in Five OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 2, OECD, Paris.
- Bewley, S. and J. Cockburn (2002), "The Unfacts of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, pp. 597-605.
- Bousquet, J., I.J. Ansotegui, R. van Ree, P.G. Burney, T. Zuberbier and P. van Cauwenberge (2004), "European Union Meets the Challenge of the Growing Importance of Allergy and Asthma in Europe", *Allergy*, Vol. 59, No. 1, pp. 1-4.
- Brown, M.L., G.F. Riley, N. Schussler and R.D. Etzioni (2002), "Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment from SEER-Medicare Data", *Medical Care*, Vol. 40, No. 8, pp. IV-104-117.
- Capewell, S., B.M. Livingston and K. Macintyre (2000), "Trends in Case-Fatality in 117 718 Patients Admitted with Acute Myocardial Infarction in Scotland", *European Heart Journal*, Vol. 21, pp. 1833-1840.
- Castro, C., L. Bertinato, U. Baccaglini, C.A. Drace and M. McKee (2007), *Policy Brief - Day Surgery: Making it Happen*, World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- CDC - Center for Disease Control and Prevention (2000), "Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP)", *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Vol. 49, No. RR-3, pp. 1-38.
- CDC (2001), "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction - United States 1998", *Mortality and Morbidity Weekly Report*, Vol. 50, pp. 90-93.
- CDC (2003), *National Vital Statistics Report*, Vol. 52, No. 10, US National Center for Health Statistics, pp. 87-88.
- CDC (2004), "Influenza Vaccination and Self-reported Reasons for Not Receiving Influenza Vaccination Among Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older - United States, 1991-2002", *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Vol. 53, No. 43, pp. 1012-1015.
- CDC (2006), "Behavioral Risk Factor Surveillance System, Prevalence Data 2005", available at <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/index.asp> (accessed on October 30, 2006).
- Charlton, J.R., R.M. Hartley, R. Silver and W.W. Holland (1983), "Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales", *The Lancet*, Vol. 1, No. 8236, pp. 691-696.
- Colombo, F. and N. Tapay (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", OECD Health Working Papers, No. 15, OECD, Paris.
- Colombo, F. and D. Morgan (2006), "Evolution of Health Expenditure in OECD Countries", *Revue française des affaires*

## 참고문헌

- sociales*, April-September.
- Colorectal Cancer Collaborative Group (2000), "Palliative Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis", *British Medical Journal*, Vol. 321, pp. 531-535.
- Cutler, D. and E.L. Glaeser (2006), "Why do Europeans Smoke More than Americans?", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 12124, March.
- Cutler, D. and R. Huckman (2003), "Technological Development and Medical Productivity: The Diffusion of Angioplasty in New York State", *Journal of Health Economics*, Vol. 22, No. 2, pp. 187-217, March.
- D'Addio, A.C. and M. Mira d'Ercole (2005), "Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 27, OECD, Paris.
- Davies, S.M., J. Geppert, M. McClellan, K.M. McDonald, P.S. Romano and K.J. Shojania (2001), "Refinement of the HCUP Quality Indicators", AHRQ publication No. 01-0035.
- Dederq, E., F. Menacker and M. Macdorman (2005), "Rise in 'No Indicated Risk' Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis", *British Medical Journal*, Vol. 330, pp. 71-72.
- Demicheli, V., T. Jefferson, A. Rivetti and D. Price (2005), "Vaccines for Measles, Mumps and Rubella in Children", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), "Lifetime Benefits and Costs of Intensive Therapy as Practiced in the Diabetes Control and Complications Trial", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 276, pp. 725-734.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience", OECD Health Working Papers, No. 9, OECD, Paris.
- Docteur, E. et al. (2003), "The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform", OECD Economics Department Working Papers, No. 350, OECD, Paris.
- Donabedian, A. (1990), "The Quality of Care. How it Can Be Assessed", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 260, No. 12, pp. 1743-1748.
- DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2005), *Études et Résultats*, No. 387, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, Paris, March.
- Durst, M., L. Gissmann, H. Ikenberg and H. zur Hausen (1983), "A Papillomavirus DNA from a Cervical Carcinoma and its Prevalence in Cancer Biopsy Samples from Different Geographic Regions", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 80, pp. 3812-3815.
- ECMT - European Conference of Ministers of Transport (2007), *Trends in the Transport Sector 1970-2005*, OECD, Paris.
- Eder, W., M. Ege and E. von Mutius (2006), "The Asthma Epidemic", *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, No. 21, pp. 2226-2235.
- ERS - European Respiratory Society (2003), *Asthma*, European Respiratory Monograph No. 23, ERS, Switzerland.
- Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka and E. Evans (2005), "Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 21, No. 1.
- Faivre-Finn, C., A.M. Bouvier-Benhamiche, J.M. Phelip, S. Manfredi, V. Dancourt and J. Faivre (2002), "Colon Cancer in France: Evidence for Improvement in Management and Survival", *Gut*, Vol. 51, No. 1, pp. 60-64.
- Fedorowicz, Z., D. Lawrence and P. Gutierrez (2004), "Day Care versus Inpatient Surgery for Age-related Cataract", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 25, No. CD004242.

- Feuer, E.J., L.M. Wun, C.C. Boring, W.D. Handers, J. Marilynt and T.T. Timmel (2003), *The Lifetime Risk of Developing Breast Cancer*, available at <http://srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf> (accessed on August 19, 2003).
- Fleming, B.B., S. Greenfield, M.M. Engelgau, L.M. Pogach, S.B. Clauser and M.A. Parrott (2001), "The Diabetes Quality Improvement Project: Moving Science into Health Policy to Gain an Edge on the Diabetes Epidemic", *Diabetes Care*, Vol. 24, No. 10, pp. 1815-1820.
- Förster, M. and M. Mira d' Ercole (2005), "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 22, OECD, Paris.
- Gatta, G., J. Faivre, R. Capocaccio and M. Ponz de Leon (1998a), "Survival of Colorectal Cancer Patient in Europe during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, pp. 2176-2183.
- Gatta, G., M.B. Lasota, A. Verdecchia and the EUROCARE Working Group (1998b), "Survival of European Women with Gynaecological Tumours, during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, pp. 2218-2225.
- Gatta, G., R. Capocaccia, M.P. Coleman, L.A. Gloeckler Ries, T. Hakulinen, A. Micheli, M. Sant, A. Verdecchia and F. Berrino (2000), "Toward a Comparison of Survival in American and European Cancer Patients", *Cancer*, Vol. 89, No. 4, pp. 893-900.
- Gaziano, T.A. (2007), "Reducing the Growing Burden of Cardiovascular Disease in the Developing World", *Health Affairs (Millwood)*, Vol. 26, No. 1, pp. 13-24.
- Ghahfour, I.M., D. Allan and W.S. Foulds (1983), "Common Causes of Blindness and Visual Handicap in the West of Scotland", *British Journal of Ophthalmology*, Vol. 67, No. 4, pp. 209-213.
- Gil, M., J. Marrugat and J. Sala (1999), "Relationship of Therapeutic Improvements and 28-day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain", *Circulation*, Vol. 99, pp. 1767-1773.
- Gøtzsche, P.C. and M. Nielsen (2006), "Screening for Breast Cancer with Mammography", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4, Art. No. CD001877.
- Goldberg, R.J., J. Yaezebski and D. Lessard (1999), "A Two-decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-hospital and Long-term Case-fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-wide Perspective", *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 33, pp. 1533-1539.
- Govindarajan, A., N.G. Coburn, A. Kiss, L. Rabeneck, A.J. Smith and C.H. Law (2006), "Population-based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 98, pp. 1474-1481.
- Gu, K., C.C. Cowie and M.I. Harris (1999), "Diabetes and Decline in Heart Disease Mortality in US Adults", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 281, No. 281, pp. 1291-1297.
- Hacke, W., M. Kaste, C. Fieschi, D. Toni, E. Lesaffre, R. von Kummer, G. Boysen, E. Bluhmki, G. Hoxter and M.H. Mahagne (1995), "Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS)", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 274, No. 13, pp. 1017-1025.
- Haffner, S.M. (2000), "Coronary Heart Disease in Patients with Diabetes", *New England Journal of Medicine*, Vol. 342, pp. 1040-1042.
- Halterman, J.S., H.L. Yoos, K. Sidora, H. Kitzman and A. McMullen (2001), "Medication Use and Health Care Contacts among Symptomatic Children with Asthma", *Ambulatory Pediatrics*, Vol. 1, No. 5, pp. 275-279.

## 참고문헌

- Harper, D.M., E.L. Franco, C.M. Wheeler, A.B. Moscicki, B. Romanowski, C.M. Roteli-Martins, D. Jenkins, A. Schuind, S.A. Costa, Clemens, G. Dubin and the HPV Vaccine Study Group (2006), "Sustained Efficacy up to 45 Years of a Bivalent L1 Virus-like Particle Vaccine against Human Papillomavirus Types 16 and 18: Follow-up from Randomised Control Trial", *The Lancet*, Vol. 367, pp. 1247-1255.
- Hisashige, A. (1992), "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 3, No. 126.
- Hockley, T. and M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, London.
- Holland, W.W. and the EC Working Group on Health Services (1997), "Avoidable Death", *European Community Atlas of Avoidable Death 1985-1989*, 3rd Edition, Oxford University Press, Oxford.
- Hurst, J. (2007), "Towards a Sustainable Health and Long-Term Care Policy", Chapter 4 in *Facing the Future: Korea's Family, Pension and Health Policy Challenges*, OECD, Paris.
- IARC - International Agency for Research on Cancer (2004), *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase No. 5, Version 2.0, IARC Press, Lyon.
- IDF - International Diabetes Federation (2003), *International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition*, D. Gan (ed.), International Diabetes Federation, Brussels.
- Institute of Alcohol Studies (2007), *IAS Fact Sheet: Binge Drinking, Nature, Prevalence and Causes*, available at [www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge\\_drinking.pdf](http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf) (accessed on June 11, 2007).
- Institute of Cancer Research (2003), *Prostate Cancer, Fact Sheet*, available at [www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html](http://www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html) (accessed on May 10, 2005).
- International Association for the Study of Obesity (2007), *International Obesity Taskforce Database*, available at [www.iof.org/documents/Europeandatable\\_000.pdf](http://www.iof.org/documents/Europeandatable_000.pdf) (accessed on June 11, 2007).
- IOM - Institute of Medicine Committee on Quality Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D.C.
- Jeong, H.S. and A. Gunji (1994), "The Influence of System Factors upon the Macro-economic Efficiency of Health Care: Implications for the Health Policies of Developing and Developed Countries", *Health Policy*, Vol. 27.
- Jeong, H.S. and J. Hurst (2001), "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System", OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 56, OECD, Paris.
- Johnson, L.A. (2007), "Merck Suspends Lobbying for Vaccine", *The Washington Post*, February 12.
- Jonsson, B. (2002), "Revealing the Cost of Type II Diabetes in Europe", *Diabetologia*, Vol. 45, No. 7, pp. S5-12.
- Kalra, L., A. Evans, I. Perez, M. Knapp, C. Swift and N. Donaldson (2005), "A Randomised Controlled Comparison of Alternative Strategies in Stroke Care", *Health Technology Assessment*, Vol. 9, No. 18, pp. 1-94.
- Keech, M., A.J. Scott and P.J. Ryan (1998), "The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population", *Occupational Medicine*, Vol. 49, pp. 85-90.
- Kelley, E. and J. Huist (2006), "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper", OECD Health Working Papers, No. 23, OECD, Paris.
- Khush, K.K., E. Rapaport and D. Waters (2005), "The History of the Coronary Care Unit", *Canadian Journal of Cardiology*, Vol. 21, pp. 1041-1045.
- Kiely, J., K. Brett, S. Yu and D. Rowley (1995), "Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation", in L. Wilcox and J.

- Marks (eds.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, USDHHS, Centers for Disease Control and Preventions (CDC), Atlanta, pp. 185-202.
- King, H., R.E. Aubert and W.H. Herman (1998), "Global Burden of Diabetes, 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections", *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 9, pp. 1414-1431.
- Kroneman, M. and J. Siegers (2004), "The Effect of Hospital Bed Reduction on the Use of Beds: A Comparative Study of 10 European Countries", *Social Science and Medicine*, Vol. 59, pp. 1731-1740.
- Lafortune, G., G. Balestat et al. (2007), "Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and Future Implications", OECD Health Working Papers, No. 26, OECD, Paris.
- Lalonde, M.A. (1973), "New Perspective on the Health of Canadians", Government of Canada, Minister of Health and Welfare.
- Langhorne P., B.O. Williams, W. Gilchrist and K. Howie (1993), "Do Stroke Units Save Lives?", *The Lancet*, Vol. 342, No. 8868, pp. 395-398.
- Launois, R., M. Giroud, A.C. Megnigbeto, K. Le Lay, G. Presente, M.H. Mahagne, I. Durand and A.F. Gaudin (2004), "Estimating the Cost-effectiveness of Stroke Units in France Compared with Conventional Care", *Stroke*, Vol. 35, No. 3, pp. 770-775.
- Laws, P.J., N. Grayson and E.A. Sullivan (2006), *Australia's Mothers and Babies 2004*, Perinatal Statistics Series No. 18, AIHW Cat. No. PER 34, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney.
- Loddenkemper, R., G.J. Gibson and Y. Sibille (2003), *European Lung White Book*, European Respiratory Society, Sheffield.
- Mackenbach, J.P. (1996), "The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: Mc Keown Revisited", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 49, pp. 1207-1213.
- Manuel, D.G. and Y. Mao (2002), "Avoidable Mortality in the United States and Canada, 1980-1996", *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 9, pp. 1481-1484.
- Masoli, M., D. Fabian, S. Holt and R. Beasley (2004), "Global Burden of Asthma", Global Initiative for Asthma, available at [www.ginasthma.com/ReportItem.asp?i1=2&i2=2&intId=94](http://www.ginasthma.com/ReportItem.asp?i1=2&i2=2&intId=94).
- 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 Organisation*, Vol. 83, No. 3, pp. 171-177, March.
- Matke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst and M.L. Gil Lapetra (2006), "Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report", OECD Health Working Paper, No. 22, OECD, Paris.
- Matke, S., F. Martorell, P. Sharma, L.K. Morse, N. Luie and M. Lata (2006), "Estimating the Impact of Improving Asthma Treatment. A Review and Synthesis of the Literature", RAND Working Paper No. WR-448-MCAN.
- McGlynn, E.A., S.M. Aschs, J. Adams, J. Keeseey, J. Hicks, A. de Chistofar and E.A. Kerr (2003), "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, No. 26, pp. 2635-2645.
- McGovern, P.G., D.R. Jacobs and E. Shahar (2001), "Trends in Acute Heart Disease Mortality, Morbidity, and Medical Care from 1985 through 1997: The Minnesota Heart Survey", *Circulation*, Vol. 104, pp. 19-24.
- Melander et al. (2006), "Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels", *Diabetologia*, Vol. 49, pp. 2024-2029.
- Midgley, R. and D. Kerr (1999), "Colorectal Cancer", *The Lancet*, Vol. 353, No. 9150, pp. 391-399.
- Miilunpalo, S. et al. (1997), "Self-rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Selfreported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population", *Journal of Clinical Epidemiology*,

## 참고문헌

- Vol. 50, No. 5, pp. 517-528, May.
- Mitry, E., A. Bouvier, M. Esteve and J. Faivre (2005), "Improvement in Colorectal Cancer Survival: A Population-based Study", *European Journal of Cancer*, Vol. 41, No. 15, pp. 2297-2303.
- MMWR - Mortality and Morbidity Weekly Report (2001), "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction - United States 1998", Vol. 50, pp. 90-93.
- Moïse, P. (2003a), "The Heat of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.
- Moïse, P. (2003b), "The Technology-Health Expenditure Link: A Perspective from the Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.
- Moïse, P. et al. (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", OECD Health Working Papers, No. 3, OECD, Paris.
- Mokdad, A.H., E.S. Ford, B.A. Bowman, W.H. Dietz, F. Vinicor, V.S. Bales and J.S. Marks (2003), "Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-related Health Risk Factors, 2001", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 289, No. 1, pp. 76-79.
- Moon, L., P. Moïse and S. Jacobzone (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 5, OECD, Paris.
- Mori, E., Y. Yoneda, M. Tabuchi, T. Yoshida, S. Ohkawa, Y. Ohsumi, K. Kitano, A. Tsutsumi and A. Yamadori (1992), "Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke", *Neurology*, Vol. 42, No. 5, pp. 976-982.
- Nallamothu, B.K., J. Young, H.S. Gurm, G. Pickens and K. Safavi (2007), "Recent Trends in Hospital Utilization for Acute Myocardial Infarction and Coronary Revascularization in the United States", *American Journal of Cardiology*, No. 99, pp. 749-753.
- Natarajan, N. and T.D. Shuster (2006), "New Agents, Combinations, and Opportunities in the Treatment of Advanced and Early-Stage Colon Cancer", *The Surgical Clinics of North America*, Vol. 86, No. 4, pp. 1023-1043.
- National Cancer Institute (2004), "Radiation Therapy for Cancer: Questions and Answers", *Cancer Facts*, Vol. 7.1.
- National Diabetes Quality Improvement Alliance (2005), "National Diabetes Quality Improvement Alliance Performance Measurement Set for Adult Diabetes", available at <http://nationaldiabetesalliance.org/measures.html> (accessed on August 2005).
- National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), *Position Statement on Lipid Management 2005*.
- NCHS - National Centre for Health Statistics (2006), *Health, United States, 2006, with Chartbook on Trends in the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland.
- NHLBI - National, Heart, Lung, and Blood Institute (2002), "Morbidity and Mortality: 2002 Chart Book on Cardiovascular, Lung and Blood Diseases", available at [www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02\\_chtbk.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02_chtbk.pdf) (accessed on December 6, 2006).
- Nicholson, K.G., R. Snacken and A.M. Palache (1995), "Influenza Immunization Policies in Europe and the United States", *Vaccine*, Vol. 13, No. 4, pp. 365-369.
- NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke-PA Stroke Study Group (1995), "Tissue Plasminogen

- Activator for Acute Ischemic Stroke”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 24, pp. 1581-1587.
- NOMESCO (2007), *Health Statistics in the Nordic Countries 2005*, Copenhagen.
- OECD (2000a), *A System of Health Accounts*, OECD, Paris.
- OECD (2000b), *National Accounts*, OECD, Paris.
- OECD (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.
- OECD (2003b), *OECD Reviews of Health Care Systems - Korea*, OECD, Paris.
- OECD (2004a), *Towards High-performing Health Systems*, OECD, Paris.
- OECD (2004b), *Towards High-performing Health Systems - Policy Studies*, OECD, Paris.
- OECD (2004c), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD, Paris.
- OECD (2005a), *OECD Reviews of Health Systems - Finland*, OECD, Paris.
- OECD (2005b), *OECD Reviews of Health Systems - Mexico*, OECD, Paris.
- OECD (2005c), *Long-Term Care for Older People*, OECD, Paris.
- OECD (2005d), *Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All*, OECD, Paris.
- OECD (2006a), *OECD Reviews of Health Systems - Switzerland*, OECD, Paris.
- OECD (2006b), “Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?”, OECD Economics Department Working Papers, No. 477, OECD, Paris.
- OECD (2007a), *OECD Health Data - Statistics and Indicators for 30 Countries*, CD-Rom and online version, OECD, Paris.
- OECD (2007b), *Understanding National Accounts*, by F. Lequiller and D. Blades (eds.), OECD, Paris.
- OECD (2007c), *International Migration Outlook*, OECD, Paris.
- OECD (2007d), *Society at a Glance - OECD Social Indicators*, OECD, Paris.
- OECD (2007e), *Pensions at a Glance - Public Policies across OECD Countries*, OECD, Paris.
- Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata and Y. Mochizuki (2001), “Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, pp. 1269-1271.
- Oliveira Martins, J., F. Gonand, P. Antolin, C. de la Maisonneuve and K.Y. Yoo. (2005), “The Impact of Ageing on Demand, Factor Markets and Growth”, OECD Economics Department Working Papers, No. 420, OECD, Paris.
- Ollendorf, D.A., J.G. Kotsanos, W.J. Wishner, M. Friedman, T. Cooper, M. Bittoni and G. Oster (1998), “Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes”, *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 8, pp. 1240-1245.
- Orosz, E. and D. Morgan (2004), “SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis”, OECD Health Working Papers, No. 16, OECD, Paris.
- Park, J. et al. (2003), “Secular Trends of Suicide Mortality in Korea”, *Korean Journal of Epidemiology*, Vol. 25, pp. 84-91.
- Peden, M. et al. (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, World Health Organisation, Geneva.
- Pellegrini, F., M. Belfiglio, G. De Beradis, M. Franciosi, B. Di Nardo, S. Greenfield, S.H. Kaplan, M. Sacco, G. Tognoni, M. Valentini, D. Corrado, A. D’Ettore, A. Nicolucci and QuED Study Group (2003), “Role of Organisational Factors in Poor Blood Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes: the QuED Study Group - Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes”, *Archives of Internal Medicine*, Vol. 163, No. 4, pp. 473-480.
- Peto, J., C. Gilham, O. Fletcher and F.E. Matthews (2004), “The Cervical Cancer Epidemic that Screening Has Prevented in the UK”, *The Lancet*, Vol. 364, pp. 249-256.
- Quinn, M.J., C. Martinez-Garcia, F. Berrino and the EUROCCARE Working Group (1998), “Variations in Survival from Breast



## 참고문헌

- Cancer in Europe by Age and Country, 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, pp. 2204-2211.
- Ra, H. et al. (2006), "Factors Influencing the Impulse of Suicide in Adolescence", *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, Vol. 27, pp. 988-997.
- Retzlaff-Roberts, D., C. Chang and R. Rubin (2004), "Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", *Health Policy*, Vol. 69, pp. 55-72.
- Ritz, E., I. Rychlik, F. Locatelli and S. Halimi (1999), "End-stage Renal Failure in Type 2 Diabetes: A Medical Catastrophe of Worldwide Dimensions", *American Journal of Kidney Disease*, Vol. 34, No. 5, pp. 795-808.
- Sachs, B.P. et al. (1995), "The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Anomalies on the Interpretation of International Comparisons of Infant Mortality", *Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 85, pp. 941-946.
- Sant, M., C. Allemani, F. Berino, M.P. Coleman, T. Aareleid, G. Chaplain, J.W. Coebergh, M. Cdonna, P. Crosigrani, A. Danzon, M. Federico, L. Gafa, P. Grosclaude, G. Heddin, J. Mace-Lesech, C.M. Garcia, H. Moller, E. Paci, N. Raverdy, B. Tretarre, E.M. Williams and the EUROCARE Working Group (2004), "Breast Carcinoma Survival in Europe and the United States: A Population-based Study", *Cancer*, Vol. 100, pp. 715-722.
- Sant, M., C. Allemani, R. Capocaccia, T. Hakulinen, T. Aareleid, M.P. Coleman, P. Grosclaude, C. Martinez-Garcia, C.M.J. Bell, J. Youngson, F. Berri and the EUROCARE Working Group (2003), "Stage at Diagnosis is a Key Explanation of Differences in Breast Cancer Survival across Europe", *International Journal of Cancer*, Vol. 106, pp. 416-422.
- Sant, M., R. Capocaccia, M.P. Coleman, F. Berrino, G. Gatta, A. Micheli, A. Verdecchia, J. Faivre, T. Hakulinen, J.W. Coebergh, C. Martinez-Garcia, D. Forman, A. Zappone and the EUROCARE Working Group (2001), "Cancer Survival Increases in Europe, but International Differences Remain Wide", *European Journal of Cancer*, Vol. 1, No. 37, pp. 1659-1667.
- Sarti, C., B. Stebmayr, H. Tolonen, M. Mahonen, J. Tuomilehto, K. Asplund and WHO MONICA Project (2003), "Are Changes in Mortality from Stroke Cause by Changes in Stroke Event Rates or Case Fatality? Results from the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 34, pp. 1833-1840.
- Savas, B. et al. (2002), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
- Secretaria de Salud (2003), *Nacimientos por cesarea en Mexico*, Sintesis Ejecutiva, Mexico.
- SEER - Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (2006), *SEER\*Stat Database: Incidence - SEER 17 Regs Public-Use, Nov 2005 Sub (1973-2003 varying)*, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, available at [www.seer.cancer.gov](http://www.seer.cancer.gov) (accessed June 14, 2007).
- Simoens, S. and J. Hurst (2006), "The Supply of Physician Services in OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 21, OECD, Paris.
- Simoens, S., M. Villeneuve and J. Hurst (2005), "Tackling Nurse Shortages in OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 19, OECD, Paris.
- Singleton, J.A., S.M. Greby, K.G. Wooten, F.J. Walker and R. Stikas (2000), "Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults - United States, 1993-1997", *CDC Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49, No. SS-9, pp. 39-63.
- Slade, E.P. and G.F. Anderson (2001), "The Relationship between Per Capita Income and Diffusion of Medical Technologies", *Health Policy*, No. 58, Vd. 1, pp. 1-14.
- Sourty Le-Guellec, M. (2001), *Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999*

- (Perspectives of Development for Ambulatory Surgical Procedures of Cataract in France, in 1999), Report No. 1357, Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), September.
- Starfield, B. and L. Shi (2002), "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective", *Health Policy*, Vol. 60, pp. 201-218.
- Starfield, B., L. Shi and J. Mackino (2005), "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, pp. 457-502.
- Statistics Canada and Centers for Disease Control and Prevention (2004), *Joint Canada/United States Survey of Health, 2002-2003*, Statistics Canada Cat. 82M0022-XIE, Ottawa.
- Stegmayr, B. et al. (1997), "Stroke Incidence and Mortality Correlated to Stroke Risk Factors in the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 28, No. 7, pp. 1367-1374.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), "How Do Stroke Units Improve Patient Outcomes? A Collaborative Systematic Review of the Randomized Trials", *Stroke*, Vol. 28, No. 11, pp. 2139-2144.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2001), "Organised Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3, Art. No. CD000197.
- Strunk, B.C., P.B. Ginsburg and M.I. Banker (2006), "The Effect of Population Ageing on Future Hospital Demand", *Health Affairs*, Vol. 25, No. 3, pp. w141-w149.
- Sturm, R. (2002), "The Effects of Obesity, Smoking and Drinking on Medical Problems and Costs", *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2, pp. 245-253, March/April.
- Tanihara, S. and Y. Kobayashi (2004), "Sequential Evaluation of the National Medical Expenditures for Asthma Care in Japan", *Journal of Epidemiology*, Vol. 14, pp. 100-103.
- Taylor R.J., S.L. Morrell, H.A. Mamoon and G.V. Wain (2001), "Effects of Screening on Cervical Cancer Incidence and Mortality in New South Wales Implied by Influences of Period of Diagnosis and Birth Cohort", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, No. 11, pp. 782-788.
- Thompson, D. and A.M. Wolf (2001), "The Medical-care Burden of Obesity", *Obesity Reviews*, No. 2, International Association for the Study of Obesity, pp. 189-197.
- Tunstall-Pedoe, H. (2003), "MONICA's Quarter Century", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Vol. 10, No. 6, pp. 409-410.
- Tuomilehto, J., J. Lindstrom, J.G. Eriksson, T.T. Valle, H. Hamalainen, P. Ilanne-Parikka, S. Keinanen-Kiukkaanniemi, M. Laakso, A. Louheranta, M. Rastas, V. Salminen, M. Uusitupa and Finnish Diabetes Prevention Study Group (2001), "Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance", *New England Journal of Medicine*, Vol. 344, pp. 1343-1350.
- UNAIDS (2006), *AIDS Epidemic Update: December 2006*, Geneva.
- UNICEF and WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.
- USPSTF - US Preventive Services Task Force (2002), "Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 137, No. 2, pp. 129-131.
- USRDS - US Renal Data System (2006), *2006 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.
- Victora, C.G. and F.C. Barros (2006), "Beware: Unnecessary Caesarean Sections May Be Hazardous", *The Lancet*, Vol. 367, No. 9525, pp. 1796-1797, 3-9 June.

## 참고문헌

- Wagner, E.H., N. Sandhu, K.M. Newton, D.K. McCulloch, S.D. Ramsey and L.C. Grothaus (2001), "Effect of Improved Glycemic Control on Health Care Costs and Utilization", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 285, pp. 182-189.
- Wardlaw, J.M., P.A.G. Sandercock and E. Berge (2003), "Thrombolytic Therapy with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. Where Do We Go From Here? A Cumulative Meta-Analysis", *Stroke*, Vol. 34, pp. 1437-1443.
- Weisfeldt, M.L. and S.J. Zieman (2007), "Advances in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease", *Health Affairs*, Vol. 26, pp. 25-37.
- Wennberg, D.E. and J.E. Wennberg (2003), "Addressing Variations: Is There Hope for the Future?", *Health Affairs* (Millwood), Supplement, No. W3-614-7.
- Wenzel, S.E. (2006), "Asthma: Defining of the Persistent Adult Phenotypes", *The Lancet*, Vol. 368, No. 9537, pp. 804-813.
- WHO - World Health Organisation (1997), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, WHO, Geneva.
- WHO (2002a), *The Tobacco Atlas*, Judith Mackay, WHO, Geneva.
- WHO (2002b), *World Health Report 2002*, WHO, Geneva.
- WHO (2003), *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century - The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*, in P.E. Petersen (ed.), WHO, Geneva.
- WHO (2005), *The World Health Report 2005 - Make Every Mother and Child Count*, WHO, Geneva.
- WHO (2007), "Measles", FactSheet No. 286, Revised January 2007, WHO, Geneva.
- Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.
- Wilkinson, R.G. (2000), "Putting the Picture Together: Prosperity, Redistribution, Health and Welfare", in M. Marmot and R. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- World Bank (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, in Prabhat Jha (ed.), Washington.
- Zimmet, P., K.G. Alberti and J. Shaw (2001), "Global and Societal Implications of the Diabetes Epidemic", *Nature*, Vol. 414, No. 6865, pp. 782-787.



부록 A

HEALTH AT A GLANCE 2007:OECD INDICATORS

## [ 부록 A ]

## 통계부록

표 A.1.1a. 총인구(연앙인구, 1,000명), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	10,275	12,507	14,695	17,065	19,153	20,329
오스트리아	7,047	7,467	7,549	7,718	8,110	8,233
벨기에	9,153	9,656	9,859	9,967	10,251	10,479
캐나다	17,870	21,297	24,516	27,698	30,689	32,271
체코	9,660	9,805	10,327	10,362	10,272	10,221
덴마크	4,581	4,929	5,123	5,141	5,340	5,416
핀란드	4,430	4,606	4,779	4,986	5,176	5,246
프랑스	45,684	50,772	53,880	56,709	59,013	60,873
독일 <sup>a</sup>	55,585	60,651	61,566	63,254	82,160	82,466
그리스	8,327	8,793	9,642	10,089	10,917	11,104
헝가리	9,984	10,338	10,711	10,374	10,211	10,087
아이슬란드	176	205	228	255	281	296
아일랜드	2,834	2,950	3,401	3,503	3,790	4,131
이탈리아	48,967	52,771	55,657	56,737	57,189	58,135
일본	94,302	104,665	117,060	123,611	126,926	127,757
한국	25,012	32,241	38,124	42,869	47,008	48,294
룩셈부르크	315	340	365	384	436	455
멕시코	..	48,225	66,847	81,250	98,658	106,203
네덜란드	11,486	13,039	14,150	14,951	15,926	16,320
뉴질랜드	2,377	2,820	3,144	3,363	3,858	4,099
노르웨이	3,585	3,879	4,086	4,241	4,491	4,623
폴란드	29,561	32,526	35,578	38,119	38,256	38,161
포르투갈	9,077	8,663	9,819	9,873	10,229	10,563
슬로바키아	3,994	4,528	4,984	5,298	5,401	5,387
스페인	30,256	33,859	37,527	38,851	40,264	43,398
스웨덴	7,480	8,043	8,311	8,559	8,872	9,030
스위스	5,328	6,181	6,319	6,712	7,184	7,437
터키	27,506	35,321	44,439	56,156	67,420	72,064
영국	52,373	55,632	56,330	57,237	58,886	60,227
미국	180,671	205,052	227,225	249,623	282,194	296,410
<b>OECD 전체</b>	<b>717,896</b>	<b>851,761</b>	<b>946,241</b>	<b>1,024,955</b>	<b>1,128,561</b>	<b>1,169,715</b>

a) 1991년 이전의 독일은 서독을 말한다.  
Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114528301847>

표 A.1.1b. 65세 이상 인구비율(%), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.1
오스트리아	12.2	14.1	15.4	15.1	15.5	16.3
벨기에	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.0 <i>2002</i>
캐나다	7.6	8.0	9.4	11.3	12.6	13.1
체코	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	14.0
덴마크	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	15.1
핀란드	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	15.9
프랑스	11.6	12.9	13.9	14.1	16.1	16.4
독일	10.8	13.2	15.5	15.3	17.2	19.2
그리스	8.1	11.1	13.1	14.0	16.6	17.7 <i>2003</i>
헝가리	9.0	11.5	13.4	13.4	15.1	15.7
아이슬란드	8.1	8.9	9.9	10.6	11.6	11.7
아일랜드	10.9	11.2	10.7	11.4	11.2	11.2
이탈리아	9.0	10.5	12.9	14.6	17.7	19.3
일본	5.7	7.1	9.1	12.0	17.3	20.0
한국	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1
룩셈부르크	10.8	12.6	13.6	13.4	14.1	14.3
멕시코	..	3.7	3.8	4.2	5.3	5.9 <i>2004</i>
네덜란드	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	13.8 <i>2003</i>
뉴질랜드	8.7	8.4	9.7	11.1	11.8	12.1
노르웨이	10.9	12.9	14.8	16.3	15.2	14.7
폴란드	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.2
포르투갈	7.7	9.5	11.4	13.6	16.4	17.0
슬로바키아	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	11.7
스페인	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.7
스웨덴	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.3
스위스	10.7	11.8	14.3	15.0	15.8	16.2 <i>2004</i>
터키	3.5	4.4	4.7	4.5	5.4	5.9
영국	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	16.0 <i>2004</i>
미국	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.4
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	14.4
전체 평균 (29) <sup>b</sup>	8.9	10.3	11.9	12.8	14.1	14.7

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114528301847>

a) 최근 평균은 전체 30개 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음

b) 멕시코를 제외한 29개 국가의 평균

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.1.2. 합계출산율(15-49세 여성 1인당 출생아수), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	1.8
오스트리아	2.7	2.3	1.6	1.5	1.3	1.4
벨기에	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.7
캐나다	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	1.5
체코	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.3
덴마크	2.6	2.0	1.6	1.7	1.8	1.8
핀란드	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8
프랑스	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	1.9
독일	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
그리스	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.3
헝가리	2.0	2.0	1.9	1.8	1.3	1.3
아이슬란드	4.2	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1
아일랜드	3.8	3.9	3.3	2.1	1.9	1.9
이탈리아	2.4	2.4	1.6	1.3	1.2	1.3
일본	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	1.3
한국	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.1
룩셈부르크	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.7
멕시코	7.3	6.8	4.7	3.4	2.7	2.2
네덜란드	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7
뉴질랜드	4.2	3.3	2.1	2.1	2.0	2.0
노르웨이	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	1.8
폴란드	3.0	2.2	2.3	2.0	1.3	1.2
포르투갈	3.1	2.8	2.2	1.6	1.6	1.4
슬로바키아	3.1	2.4	2.3	2.1	1.3	1.3
스페인	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.3
스웨덴	2.2	1.9	1.7	2.1	1.5	1.8
스위스	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
터키	6.4	5.0	4.6	3.1	2.3	2.2
영국	2.7	2.4	1.9	1.8	1.7	1.8
미국	3.7	2.5	1.8	2.1	2.1	2.1
<b>평균 (30)</b>	<b>3.2</b>	<b>2.7</b>	<b>2.1</b>	<b>1.9</b>	<b>1.6</b>	<b>1.6</b>

Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114532424028>



표 A.1.3. 1인당 GDP(2005년)와 연평균 성장률(1970-2005년)

	1인당 GDP (USD PPP*)	연평균 성장률			
	2005	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005
호주	34,484	1.3	1.4	2.4	2.1
오스트리아	34,394	3.5	2.0	2.0	1.1
벨기에	33,021	3.2	1.9	1.9	1.0
캐나다	34,057	2.6	1.6	1.9	1.5
체코	20,633	..	..	0.3	3.7
덴마크	34,110	1.9	2.0	2.2	1.1
핀란드	30,911	3.3	2.6	1.6	2.3
프랑스	30,350	3.0	1.9	1.5	1.0
독일	30,776	2.7	2.1	0.3	0.6
그리스	29,578	3.7	0.2	1.5	4.0
헝가리	17,484	..	..	..	4.6
아이슬란드	36,183	5.3	1.6	1.5	3.1
아일랜드	39,019	3.3	3.3	6.3	3.4
이탈리아	28,401	3.3	2.2	1.5	0.4
일본	30,777	3.3	3.4	1.0	1.2
한국	22,098	5.4	7.5	5.1	3.9
룩셈부르크	70,600	1.9	4.4	3.7	2.2
멕시코	10,537	3.3	0.1	1.5	0.3
네덜란드	35,112	2.1	1.7	2.5	0.7
뉴질랜드	25,963	0.7	1.2	1.4	2.2
노르웨이	48,162	4.1	2.1	3.1	1.6
폴란드	13,915	..	..	3.7	3.1
포르투갈	20,030	3.5	3.2	2.5	0.1
슬로바키아	15,983	..	..	..	4.6
스페인	27,400	2.6	2.6	2.4	1.7
스웨덴	32,111	1.6	1.9	1.6	2.0
스위스	35,956	1.0	1.6	0.4	0.4
터키	7,711	..	..	1.7	2.9
영국	32,896	1.8	2.5	2.1	2.0
미국	41,827	2.2	2.3	2.0	1.4
<b>평균</b>	<b>30,149</b>	<b>2.8</b>	<b>2.3</b>	<b>2.2</b>	<b>1.7</b>

\* PPP : 구매력평가지수(Purchasing Power Parity) 조정  
Source: OECD Health Data 2007.

StatLink <https://dx.doi.org/10.1787/114558220602>

## 부록 A

표 A.2.1a. 평균수명(전체 인구), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	70.9	70.8	74.6	77.0	79.3	80.9
오스트리아	68.7	70.0	72.6	75.5	78.1	79.5
벨기에	70.6	71.0	73.4	76.1	77.8	78.7
캐나다	71.3 <i>1961</i>	72.9	75.3	77.6	79.3	80.2 <i>2004</i>
체코	70.7	69.6	70.3	71.5	75.0	76.0
덴마크	72.4	73.3	74.3	74.9	76.9	77.9
핀란드	69.0	70.8	73.4	74.9	77.6	78.9
프랑스	70.3	72.2	74.3	76.9	79.0	80.3
독일	69.6	70.4	72.9	75.2	78.0	79.0
그리스	69.9	72.0	74.5	77.1	78.0	79.3
헝가리	68.0	69.2	69.1	69.4	71.7	72.8
아이슬란드	72.9	74.3	76.7	78.0	80.1	81.2
아일랜드	70.0	71.2	72.9	74.9	76.5	79.5
이탈리아	69.8 <i>1961</i>	72.0 <i>1971</i>	74.0	76.9	79.6	80.4
일본	67.8	72.0	76.1	78.9	81.2	82.1
한국	52.4	62.2	65.9	71.4	76.0	78.5
룩셈부르크	69.4	70.3	72.5	75.4	78.0	79.3
멕시코	57.5	60.9	67.2	71.2	74.1	75.5
네덜란드	73.5	73.7	75.9	77.0	78.0	79.4
뉴질랜드	71.3	71.5	73.2	75.4	78.7	79.6
노르웨이	73.6	74.2	75.8	76.6	78.7	80.1
폴란드	67.8	70.0	70.2	70.5	73.9	75.1
포르투갈	64.0	67.5	71.5	73.9	76.6	78.2
슬로바키아	70.6	69.8	70.6	71.0	73.3	74.0
스페인	69.8	72.0	75.6	76.8	79.2	80.7
스웨덴	73.1	74.7	75.8	77.6	79.7	80.6
스위스	71.6	73.8	76.2	77.4	79.8	81.3
터키	48.3	54.2	58.1	66.1	70.5	71.4
영국	70.8	71.9	73.2	75.7	77.8	79.0
미국	69.9	70.9	73.7	75.3	76.8	77.8 <i>2004</i>
<b>평균 (30)</b>	<b>68.5</b>	<b>70.3</b>	<b>72.7</b>	<b>74.9</b>	<b>77.3</b>	<b>78.6</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Note : 기대여명산출방법이 국가마다 달라 비교에 영향을 미칠 수 있음(산출방법에 따라 평균수명 측정치가 몇 개월정도 차이가 날 수 있음).

모든 국가의 총인구의 기대여명은 OECD 사무국에서 계산하였으며, 남녀별 가중치를 두지 않고 평균함.

Source: OECDHealth Data 2007. (22개 유럽국가의 경우 Eurostat NewGrono sDatabase가 1985년 이후의 주요 자료원임)

표 A.2.1b. 평균수명(여성), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	73.9	74.2	78.1	80.1	82.0	83.3
오스트리아	71.9	73.4	76.1	78.8	81.1	82.2
벨기에	73.5	74.2	76.8	79.4	80.9	81.6
캐나다	74.2 <i>1961</i>	76.4 <i>1971</i>	78.9	80.8	81.9	82.6 <i>2004</i>
체코	73.4	73.0	73.9	75.4	78.4	79.1
덴마크	74.4	75.9	77.3	77.7	79.3	80.2
핀란드	72.5	75.0	77.6	78.9	81.0	82.3
프랑스	73.6	75.9	78.4	80.9	82.7	83.8
독일	72.4	73.6	76.1	78.4	81.0	81.8
그리스	72.4	73.8	76.8	79.5	80.5	81.7
헝가리	70.1	72.1	72.7	73.7	75.9	76.9
아이슬란드	75.0	77.3	79.7	80.5	81.8	83.1
아일랜드	71.9	73.5	75.6	77.6	79.1	81.8
이탈리아	72.3 <i>1961</i>	74.9 <i>1971</i>	77.4	80.1	82.5	83.2
일본	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	85.5
한국	53.7	65.6	70.0	75.5	79.6	81.9
룩셈부르크	72.2	73.4	75.9	78.5	81.1	82.3
멕시코	59.2	63.2	70.2	74.1	76.5	77.9
네덜란드	75.4	76.5	79.2	80.1	80.5	81.6
뉴질랜드	73.9	74.6	76.3	78.3	81.1	81.7
노르웨이	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4	82.5
폴란드	70.6	73.3	74.4	75.2	78.0	79.4
포르투갈	66.8	70.8	75.2	77.4	80.0	81.4
슬로바키아	72.7	72.9	74.3	75.4	77.4	77.9
스페인	72.2	74.8	78.6	80.3	82.5	83.9
스웨덴	74.9	77.1	78.8	80.4	82.0	82.8
스위스	74.5	76.9	79.6	80.7	82.6	83.9
터키	50.3	56.3	60.3	68.3	72.8	73.8
영국	73.7	75.0	76.2	78.5	80.2	81.1
미국	73.1	74.7	77.4	78.8	79.5	80.4 <i>2004</i>
<b>평균 (30)</b>	<b>71.0</b>	<b>73.3</b>	<b>76.0</b>	<b>78.2</b>	<b>80.3</b>	<b>81.4</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Note: 기대여명 산출방법이 국가마다 달라 비교에 영향을 미칠 수 있음(산출방법에 따라 평균수명측정치가 몇 개월 정도차이가 날 수 있음).

모든 국가의 총인구의 기대여명은 OECD 사무국에서 계산하였으며, 남녀별 가중치를 두지 않고 평균함.

Source: OECDHealth Data 2007. (22개 유럽국가의 경우 Eurostat New Gronos Database가 1985년 이후의 주요자료원임)

## 부록 A

표 A.2.1c. 평균수명(남성), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	67.9	67.4	71.0	73.9	76.6	78.5
오스트리아	65.4	66.5	69.0	72.2	75.1	76.7
벨기에	67.7	67.8	70.0	72.7	74.6	75.8
캐나다	68.4 <i>1961</i>	69.3 <i>1971</i>	71.7	74.4	76.7	77.8 <i>2004</i>
체코	67.9	66.1	66.8	67.6	71.6	72.9
덴마크	70.4	70.7	71.2	72.0	74.5	75.6
핀란드	65.5	66.5	69.2	70.9	74.2	75.5
프랑스	67.0	68.4	70.2	72.8	75.3	76.7
독일	66.9	67.2	69.6	72.0	75.0	76.2
그리스	67.3	70.1	72.2	74.6	75.5	76.8
헝가리	65.9	66.3	65.5	65.1	67.4	68.6
아이슬란드	70.7	71.2	73.7	75.4	78.4	79.2
아일랜드	68.1	68.8	70.1	72.1	73.9	77.1
이탈리아	67.2 <i>1961</i>	69.0 <i>1971</i>	70.6	73.6	76.6	77.6
일본	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.6
한국	51.1	58.7	61.8	67.3	72.3	75.1
룩셈부르크	66.5	67.1	69.1	72.3	74.8	76.2
멕시코	55.8	58.5	64.1	68.3	71.6	73.0
네덜란드	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5	77.2
뉴질랜드	68.7	68.3	70.0	72.4	76.3	77.5
노르웨이	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0	77.7
폴란드	64.9	66.6	66.0	66.2	69.7	70.8
포르투갈	61.2	64.2	67.7	70.4	73.2	74.9
슬로바키아	68.4	66.7	66.8	66.6	69.1	70.1
스페인	67.4	69.2	72.5	73.3	75.8	77.4
스웨덴	71.2	72.2	72.8	74.8	77.4	78.4
스위스	68.7	70.7	72.8	74.0	76.9	78.7
터키	46.3	52.0	55.8	63.8	68.1	68.9
영국	67.9	68.7	70.2	72.9	75.4	76.9
미국	66.6	67.1	70.0	71.8	74.1	75.2 <i>2004</i>
<b>평균 (30)</b>	<b>66.0</b>	<b>67.2</b>	<b>69.3</b>	<b>71.6</b>	<b>74.3</b>	<b>75.7</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Note: 기대여명산출방법이 국가마다 달라 비교에 영향을 미칠 수 있음(산출방법에 따라 평균수명 측정치가 몇 개월 정도 차이가 날 수 있음).

모든 국가의 총인구의 기대여명은 OECD 사무국에서 계산하였으며, 남녀별 가중치를 두지 않고 평균함.

Source: OECD Health Data 2007. (22개 유럽국가의 경우 Eurostat NewGrono sDatabase가 1985년 이후의 주요 자료원임)

표 A.2.2a. 65세 연령의 기대여명(여성), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	15.6	15.6	17.9	19.0	20.4	21.4
오스트리아	14.7	14.9	16.3	17.8	19.4	20.3
벨기에	14.8	15.3	16.9	18.5	19.6	20.0
캐나다	16.1	1961 17.5	1971 18.9	19.9	20.4	21.0 2004
체코	14.5	14.2	14.3	15.2	17.1	17.3 2003
덴마크	15.3	16.7	17.6	17.8	18.3	18.6 2003
핀란드	13.7	14.4	1971 16.5	17.7	19.6	21.1
프랑스	15.6	16.8	18.2	19.8	21.2	21.4 2002
독일	14.6	15.0	16.7	17.6	19.4	19.6 2003
그리스	14.6	15.2	16.8	18.0	18.3	19.4
헝가리	13.8	14.3	14.6	15.3	16.5	16.9
아이슬란드	16.8	1963 17.8	1973 19.1	19.5	19.7	20.7
아일랜드	14.4	15.0	15.7	16.9	17.8	18.9 2003
이탈리아	15.3	1961 16.2	1971 17.1	18.8	20.4	..
일본	14.1	15.3	17.7	20.0	22.4	23.2
한국	..	14.6	15.1	16.3	18.2	19.9
룩셈부르크	14.5	14.9	16.0	18.2	19.7	19.0 2003
멕시코	14.6	15.6	17.0	18.0	18.3	18.7
네덜란드	15.3	16.1	18.0	18.9	19.2	20.0
뉴질랜드	15.6	16.0	17.0	18.3	20.0	20.4
노르웨이	16.0	16.7	18.0	18.5	19.7	20.1 2003
폴란드	14.9	15.3	15.5	16.1	17.5	18.6
포르투갈	15.3	15.0	16.5	17.0	18.7	18.9 2003
슬로바키아	14.6	14.5	15.4	15.7	16.5	16.9
스페인	15.3	16.0	17.9	19.0	20.4	20.7 2002
스웨덴	15.3	16.8	17.9	19.0	20.0	20.6
스위스	..	..	18.3	1982 19.4	20.7	21.0 2003
터키	12.1	12.6	12.8	13.9	14.6	15.0
영국	15.1	16.0	16.6	17.9	18.9	19.1 2002
미국	15.8	17.0	18.3	18.9	19.2	20.0 2004
<b>전체 평균 (28)<sup>a</sup></b>	<b>14.9</b>	<b>15.6</b>	<b>16.8</b>	<b>17.9</b>	<b>19.0</b>	<b>19.6</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114621347642>

Note: 기대여명 산출방법이 국가마다 달라 비교에 영향을 미칠 수 있음(산출방법에 따라 평균수명측정치가 몇 개월 정도 차이가 날 수 있음).

모든 국가의 총인구의 기대여명은 OECD 사무국에서 계산하였으며, 남녀별 가중치를 두지 않고 평균함.

a) 한국과 스위스 제외, 2005년 OECD 평균은 이탈리아 최근년도(2001년) 자료포함.

Source: OECD Health Data 2007. (22개 유럽국가의 경우 Eurostat New Cronos Database가 1985년 이후의 주요자료원임)

## 부록 A

표 A.2.2b. 65세 연령의 기대여명(남성), 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005			
호주	12.5	11.9	13.7	15.2	16.9	18.1			
오스트리아	12.0	11.7	12.9	14.3	16.0	17.0			
벨기에	12.4	12.1	13.0	14.3	15.5	16.3			
캐나다	13.5	1961	13.7	1971	14.5	15.7	16.8	17.7	2004
체코	12.5	11.1	11.2	11.6	13.7	13.9	2003		
덴마크	13.7	13.7	13.6	14.0	15.2	15.5	2003		
핀란드	11.5	11.4	1971	12.5	13.7	15.6	17.0		
프랑스	12.5	13.0	13.6	15.5	16.7	17.1	2002		
독일	12.4	12.0	13.0	14.0	15.7	16.1	2003		
그리스	13.4	13.9	14.6	15.7	16.2	17.2			
헝가리	12.3	12.0	11.6	12.0	12.7	13.1			
아이슬란드	15.0	1963	15.0	1973	15.8	16.2	18.1	18.0	
아일랜드	12.6	12.4	12.6	13.3	14.6	15.7	2003		
이탈리아	13.4	1961	13.3	1971	13.3	15.1	16.5	..	
일본	11.6	12.5	14.6	16.2	17.5	18.1			
한국	..	10.2	10.5	12.4	14.3	15.8			
룩셈부르크	12.5	12.1	12.3	14.2	15.5	15.5	2003		
멕시코	14.2	14.8	15.4	16.2	16.8	17.1			
네덜란드	13.9	13.3	13.7	14.4	15.3	16.4			
뉴질랜드	13.0	12.4	13.2	14.7	16.7	17.5			
노르웨이	14.5	13.8	14.3	14.6	16.0	16.7	2003		
폴란드	12.7	12.5	12.0	12.4	13.6	14.4			
포르투갈	13.0	12.2	12.9	13.9	15.3	15.6	2003		
슬로바키아	13.2	12.3	12.3	12.2	12.9	13.2			
스페인	13.1	13.3	14.8	15.4	16.6	16.8	2002		
스웨덴	13.7	14.2	14.3	15.3	16.7	17.4			
스위스	..	..	14.6	1982	15.3	16.9	17.5	2003	
터키	11.2	11.5	11.7	12.4	12.9	13.1			
영국	11.9	12.0	12.6	14.0	15.7	16.1	2002		
미국	12.8	13.1	14.1	15.1	16.3	17.1	2004		
<b>전체 평균 (28)<sup>a</sup></b>	<b>12.9</b>	<b>12.8</b>	<b>13.4</b>	<b>14.3</b>	<b>15.6</b>	<b>16.2</b>			

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114621347642>

Note : 기대여명산출방법이 국가마다 달라 비교에 영향을 미칠 수 있음(산출방법에 따라 평균수명 측정치가 몇 개월정도 차이가 날 수 있음).

모든 국가의 총인구의 기대여명은 OECD 사무국에서 계산하였으며, 남녀별 가중치를 두지 않고 평균함.

a) 한국과 스위스 제외. 2005년 OECD 평균은 이탈리아 최근년도(2001년) 자료 포함.

Source: OECD Health Data 2007. (22개 유럽국가의 경우 Eurostat New Cronos Database가 1985년 이후의 주요 자료원임)



표 A.2.3a. 잠재수명손실년수(PYLL)(사망의 모든원인, 여성), 1970-2004년

	1970	1980	1990	2000	2004
호주	6,311	4,267	3,294	2,605	2,362 2003
오스트리아	6,803	4,950	3,456	2,638	2,386
벨기에	6,176	4,807	3,574	3,053 1997	..
캐나다	5,646	4,385	3,317	2,676	2,669 2002
체코	..	..	4,415	3,019	2,697
덴마크	5,169	4,523	3,989	3,055	3,081 2001
핀란드	5,177	3,363	3,312	2,603	2,511
프랑스	5,358	4,206	3,210	2,609	2,467 2003
독일	6,673	4,702	3,539	2,606	2,351
그리스	6,189	4,411	3,215	2,352	2,160
헝가리	8,019	6,908	6,262	4,772	4,310 2003
아이슬란드	4,029	2,948	2,938	2,117	2,241
아일랜드	6,321	4,780	3,731	3,085	2,471
이탈리아	6,867	4,324	3,022	2,307	2,179 2002
일본	5,555	3,382	2,490	2,068	1,906
한국	..	..	3,980	2,940	2,466
룩셈부르크	7,389	5,261	3,814	2,747	2,087
멕시코	17,634	10,577 1981	8,029	..	..
네덜란드	4,680	3,579	3,163	2,842	2,500
뉴질랜드	6,275	5,518	4,206	3,108	3,069 2001
노르웨이	4,110	3,289	3,101	2,561	2,434
폴란드	7,682	5,996	5,227	3,705	3,306
포르투갈	11,811	6,308	4,399	3,166	2,858 2003
슬로바키아	..	..	4,539 1992	3,587	3,638 2002
스페인	6,350 1969	3,933	3,184	2,325	2,079
스웨덴	4,345	3,429	2,937	2,191	2,141 2002
스위스	4,910	3,704	3,016	2,399	2,133
터키	..	..	..	..	..
영국	5,756	4,667	3,559	2,947 1999	2,713
미국	6,679	5,125	4,338	3,772	3,719 2002
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>3,836</b>	<b>2,852</b>	<b>2,627</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>6,171</b>	<b>4,498</b>	<b>3,613</b>	<b>2,802</b>	<b>2,589</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114641652540>

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음.

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECDHealth Data 2007. 원사망률 자료는 WHO Mortality Database 활용(2007년 4월 기준).



## 부록 A

표 A.2.3b. 잠재수명손실년수(PYLL)사망의 모든원인, 남성), 1970-2004년

	1970	1980	1990	2000	2004
호주	10,869	7,946	6,016	4,618	4,082 <i>2003</i>
오스트리아	12,301	9,771	6,836	5,139	4,619
벨기에	10,566	8,592	6,505	5,576 <i>1997</i>	..
캐나다	9,830	8,130	6,122	4,456	4,296 <i>2002</i>
체코	..	..	9,690	6,581	6,012
덴마크	8,207	7,380	6,537	4,953	4,723 <i>2001</i>
핀란드	11,697	8,465	7,714	5,682	5,417
프랑스	9,929	8,717	7,184	5,608	5,234 <i>2003</i>
독일	11,385	8,600	6,809	4,984	4,354
그리스	9,257	7,241	5,728	5,140	4,622
헝가리	12,881	12,766	13,288	10,520	9,483 <i>2003</i>
아이슬란드	9,318	7,133	5,607	4,526	3,114
아일랜드	9,209	7,914	6,151	5,505	4,246
이탈리아	10,816	7,942	6,029	4,368	4,198 <i>2002</i>
일본	9,012	5,913	4,602	3,932	3,606
한국	..	..	8,706	6,388	5,219
룩셈부르크	12,534	7,829	7,013	5,211	4,737
멕시코	22,909	17,383 <i>1981</i>	12,916	..	..
네덜란드	7,938	6,298	5,231	4,256	3,693
뉴질랜드	10,395	8,495	7,361	5,208	5,035 <i>2001</i>
노르웨이	8,086	6,799	5,940	4,711	3,961
폴란드	13,026	12,717	11,969	8,698	8,075
포르투갈	17,404	11,987	9,064	7,130	6,024 <i>2003</i>
슬로바키아	..	..	10,683 <i>1992</i>	8,739	8,117 <i>2002</i>
스페인	10,044 <i>1969</i>	7,265	6,884	5,142	4,528
스웨덴	7,178	6,258	5,041	3,661	3,491 <i>2002</i>
스위스	8,966	7,074	5,991	4,400	3,769
터키	..	..	..	..	..
영국	9,208	7,502	5,934	4,820 <i>1999</i>	4,390
미국	11,937	9,516	8,262	6,478	6,418 <i>2002</i>
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	<b>7,442</b>	<b>5,587</b>	<b>5,017</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>10,476</b>	<b>8,319</b>	<b>6,971</b>	<b>5,381</b>	<b>4,838</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/11464162540>

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음.

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECDHealth Data 2007. 원사망률 자료는 WHO Mortality Database 활용 (2007년 4월 기준).

표 A.2.4. 허혈성 심질환과 뇌졸중의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당, 여성, 남성, 전체), 1980년과 2004년

	허혈성 심질환						뇌졸중					
	1980			2004			1980			2004		
	여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체
호주	164.9	341.5	242.5	65.4	122.3	91.3 2003	104.5	116.0	110.7	39.5	43.7	41.7 2003
오스트리아	100.5	219.3	147.1	82.7	144.5	108.3	133.1	168.7	146.7	36.1	45.0	40.1
벨기에	80.4	186.7	126.0	..	..	..	89.8	111.5	98.7	..	..	..
캐나다	159.1	322.0	231.8	67.7	134.8	97.2 2002	64.1	78.1	70.2	32.3	39.0	35.3 2002
체코	..	..	..	117.3	209.4	155.6	..	..	..	95.8	121.5	106.5
덴마크	179.6	366.1	261.2	75.3	148.6	106.4 2001	68.6	88.7	77.0	50.8	64.9	56.9 2001
핀란드	168.9	411.4	265.2	91.0	201.3	137.2	100.4	122.1	108.9	47.7	61.2	53.7
프랑스	47.3	108.0	73.5	26.3	64.2	42.5 2003	78.2	111.7	91.8	29.5	41.1	34.5 2003
독일	107.6	249.7	162.2	75.7	142.9	104.2	115.3	145.9	126.8	41.3	49.9	45.4
그리스	44.2	114.5	76.3	53.9	115.8	82.9	151.8	143.9	148.9	99.3	96.0	98.5
헝가리	156.1	298.0	217.0	169.6	292.4	219.7 2003	189.1	243.0	211.7	108.6	160.8	129.5 2003
아이슬란드	136.7	325.1	224.5	61.6	160.8	106.0	67.0	67.0	67.0	37.1	46.5	41.1
아일랜드	177.2	367.3	264.9	80.3	164.4	118.4	127.3	132.0	129.7	41.2	45.9	43.7
이탈리아	86.9	169.6	123.2	46.9	97.7	68.5 2002	104.0	133.9	116.7	49.4	64.1	55.4 2002
일본	39.5	65.7	50.9	19.5	42.0	29.5	148.1	203.8	172.3	39.6	65.7	50.7
한국	..	..	..	27.1	45.6	34.9	..	..	..	81.3	118.2	95.8
룩셈부르크	96.5	191.0	137.7	47.1	110.0	72.5	159.5	203.8	177.0	50.4	57.2	53.4
멕시코	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
네덜란드	106.1	246.2	167.2	40.8	89.6	61.5	73.6	89.5	80.4	41.6	49.5	45.2
뉴질랜드	193.3	386.3	277.2	97.1	179.4	133.4 2001	116.0	126.0	120.2	54.2	54.7	55.1 2001
노르웨이	125.2	293.4	200.6	56.6	120.7	84.6	86.7	106.6	95.4	41.2	50.8	45.4
폴란드	57.5	160.7	101.5	76.1	160.1	110.9	69.3	82.1	75.1	77.2	102.5	88.1
포르투갈	64.2	124.3	89.6	43.8	78.8	59.4 2003	250.1	306.2	273.9	99.6	125.9	111.2 2003
슬로바키아	..	..	..	215.9	341.3	266.8 2002	..	..	..	70.9	105.6	84.9 2002
스페인	49.1	108.7	75.1	34.8	79.1	54.5	121.2	142.4	130.3	39.1	49.6	44.0
스웨덴	187.7	388.5	276.8	75.7	159.1	112.0 2002	69.6	83.4	75.9	48.7	58.2	53.1 2002
스위스	71.5	175.7	115.6	47.3	95.2	67.5	80.3	98.1	87.4	26.2	33.2	29.2
터키	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	162.0	366.6	247.7	73.1	153.6	108.7	107.4	122.8	114.1	53.1	58.3	55.9
미국	168.5	330.2	237.1	94.3	170.3	127.6 2002	65.1	76.7	70.0	38.3	41.4	39.9 2002
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>72.7</b>	<b>141.6</b>	<b>102.3</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>54.4</b>	<b>68.5</b>	<b>60.5</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>118.8</b>	<b>255.4</b>	<b>177.8</b>	<b>67.0</b>	<b>134.8</b>	<b>96.3</b>	<b>110.4</b>	<b>133.0</b>	<b>119.9</b>	<b>50.9</b>	<b>62.7</b>	<b>56.1</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114658058720>

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화하였음.

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007. 원시망 자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공(2007년 4월 기준).

## 부록 A

표 A.2.5a. 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당, 여성, 남성, 전체), 1960년, 1980년과 2004년

	1960			1980			2004		
	여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체
호주	132.9	192.5	158.5	136.4	239.1	179.1	123.2	195.7	155.0 <i>2003</i>
오스트리아	182.6	277.0	220.0	162.9	274.0	203.0	127.4	212.9	161.4
벨기에	174.3	242.8	204.4	158.5	310.0	220.4	..	..	..
캐나다	156.4	200.1	177.3	146.5	238.5	185.8	145.3	212.6	173.2 <i>2002</i>
체코	..	..	..	..	..	..	162.9	299.1	218.0
덴마크	198.6	230.2	213.0	187.2	267.0	219.7	186.2	245.0	209.3 <i>2001</i>
핀란드	159.0	268.1	202.2	132.8	264.2	180.2	110.1	182.7	137.8
프랑스	147.6	234.9	182.0	128.4	281.1	192.0	115.4	244.0	170.2 <i>2003</i>
독일	179.3	236.3	203.1	162.2	266.9	200.0	127.6	210.1	161.2
그리스	96.1	151.4	120.5	109.8	195.5	148.3	108.3	208.8	153.7
헝가리	165.1	210.2	184.1	176.9	299.1	227.0	177.9	345.7	244.8 <i>2003</i>
아이슬란드	217.8	211.1	213.2	140.3	191.8	162.6	140.6	176.3	154.8
아일랜드	150.1	182.6	165.5	169.1	237.9	199.3	150.5	223.7	180.7
이탈리아	137.6	191.2	161.2	135.2	256.0	187.0	121.6	231.0	167.3 <i>2002</i>
일본	127.6	185.6	153.5	116.9	208.5	156.1	99.3	207.5	145.1
한국	..	..	..	..	..	..	100.8	256.8	162.3
룩셈부르크	152.2	199.4	174.6	182.0	289.2	225.1	109.5	223.9	156.8
멕시코	..	..	..	..	..	..	..	..	..
네덜란드	170.5	228.0	197.5	149.9	297.0	210.8	146.1	235.6	182.2
뉴질랜드	147.3	191.3	166.6	165.8	247.9	198.6	151.8	222.3	181.0 <i>2001</i>
노르웨이	143.9	180.0	159.7	137.4	207.5	166.1	134.5	201.0	161.2
폴란드	110.4	148.0	125.1	139.8	244.7	182.3	145.0	287.9	201.4
포르투갈	104.8	140.0	119.0	119.7	200.0	152.5	106.7	211.4	151.3 <i>2003</i>
슬로바키아	..	..	..	..	..	..	139.1	291.8	200.0 <i>2002</i>
스페인	120.8	173.3	142.7	112.6	211.2	153.9	99.1	228.2	155.3
스웨덴	155.6	189.5	170.5	150.1	212.7	175.5	130.1	176.7	148.8 <i>2002</i>
스위스	161.7	238.4	193.9	142.0	250.7	185.7	111.7	185.6	142.3
터키	..	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	156.4	248.3	193.3	168.7	273.0	208.1	148.6	214.1	175.6
미국	145.9	197.5	169.3	144.4	234.2	180.7	140.2	203.0	166.3 <i>2002</i>
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	<b>131.8</b>	<b>227.2</b>	<b>171.0</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>150.8</b>	<b>204.4</b>	<b>173.6</b>	<b>146.5</b>	<b>245.3</b>	<b>186.6</b>	<b>131.5</b>	<b>220.2</b>	<b>168.2</b>

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화되었음.

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007. 원사망 자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공(2007년 4월 기준).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114678308856>

표 A.2.5b. 폐암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당, 여성, 남성, 전체), 1960년, 1980년과 2004년

	1960			1980			2004		
	여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체
호주	4.6	35.9	19.0	13.0	70.8	38.2	19.5	42.5	30.0 2003
오스트리아	7.3	65.5	31.2	10.4	72.5	34.0	16.3	48.5	30.0
벨기에	5.1	48.5	24.8	8.4	110.6	51.7	..	..	..
캐나다	4.8	33.9	19.2	17.2	75.0	42.9	35.1	63.5	47.4 2002
체코	..	..	..	..	..	..	17.4	77.5	42.7
덴마크	8.1	38.2	22.3	18.8	75.2	43.5	39.0	62.9	49.0 2001
핀란드	3.8	76.1	33.0	8.7	94.2	41.1	11.3	45.1	25.1
프랑스	4.5	28.2	14.6	5.2	57.1	27.6	11.5	59.1	32.7 2003
독일	6.0	45.2	22.7	8.1	70.8	31.9	15.7	53.5	31.9
그리스	6.1	32.6	18.1 1961	8.3	59.7	31.7	10.3	67.7	36.6
헝가리	8.5	35.6	20.5	14.0	79.5	41.7	29.5	105.5	60.5 2003
아이슬란드	16.5	12.6	15.1	29.7	24.5	27.0	38.5	37.3	37.8
아일랜드	7.3	32.0	19.5	19.8	62.9	39.7	27.3	51.8	38.1
이탈리아	5.2	26.4	14.9	8.2	71.8	36.3	12.5	66.4	35.7 2002
일본	4.6	13.4	8.6	10.2	35.7	21.1	11.8	46.9	26.6
한국	..	..	..	..	..	..	15.3	66.3	35.1
룩셈부르크	..	..	..	10.6	96.5	46.8	14.3	59.6	33.5
멕시코	..	..	..	7.0	18.4	12.2 1981	..	..	..
네덜란드	4.6	53.9	28.0	8.1	113.0	52.9	26.0	72.2	45.4
뉴질랜드	6.1	37.6	20.7	17.6	71.6	41.1	26.6	45.2	34.6 2001
노르웨이	3.6	16.2	9.5	7.6	33.8	19.3	23.7	44.3	32.7
폴란드	4.2	22.5	11.8	9.5	72.6	36.0	17.8	91.0	47.8
포르투갈	2.9	11.4	6.4	5.0	28.7	15.0	7.0	40.7	21.8 2003
슬로바키아	..	..	..	..	..	..	9.8	73.0	35.5 2002
스페인	5.1	22.5	12.7	5.4	46.1	22.9	7.5	63.4	32.5
스웨덴	4.9	19.1	11.6	9.9	35.8	21.4	19.2	29.9	23.8 2002
스위스	4.2	41.5	20.6	7.4	66.3	32.6	15.5	43.4	27.6
터키	..	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	10.4	82.0	40.9	23.8	103.7	56.1	28.7	52.4	39.0
미국	6.0	40.7	22.4	22.1	77.2	45.5	37.3	65.0	49.3 2002
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>20.2</b>	<b>58.3</b>	<b>36.4</b>
<b>전체 평균 (23)<sup>b</sup></b>	<b>6.1</b>	<b>35.8</b>	<b>19.3</b>	<b>12.5</b>	<b>65.2</b>	<b>34.8</b>	<b>21.2</b>	<b>56.4</b>	<b>36.3</b>

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화하였음.

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007, 원사망 자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공(2007년 4월 기준).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114678208856>

## 부록 A

표 A.2.5c. 유방암과 전립선암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당), 1960년, 1980년과 2004년

	여성인구 100,000명당 유방암				남성인구 100,000명당 전립선암			
	1960	1980	2004		1960	1980	2004	
호주	24.4	24.9	21.1	2003	25.9	26.3	26.0	2003
오스트리아	20.3	26.5	22.5		23.2	27.1	24.6	
벨기에	26.7	33.0	..		23.8	29.7	..	
캐나다	30.4	29.5	23.7	2002	22.1	24.2	22.9	2002
체코	..	..	25.5		..	..	31.1	
덴마크	31.9	34.6	32.8	2001	23.2	28.9	35.1	2001
핀란드	17.3	20.4	19.1		20.5	30.2	27.6	
프랑스	20.7	23.5	23.5	2003	26.2	26.5	24.8	2003
독일	21.4	27.0	24.5		19.9	27.1	21.8	
그리스	6.0	1961	18.3	20.9	7.3	1961	12.8	18.6
헝가리	15.3	26.2	28.5	2003	17.9	26.8	25.7	2003
아이슬란드	26.6	15.9	23.9		14.1	13.0	33.0	
아일랜드	24.7	35.7	28.0		15.2	25.3	30.5	
이탈리아	18.7	24.2	22.6	2002	13.3	18.1	17.3	2002
일본	4.7	6.6	10.4		2.3	4.5	9.3	
한국	..	..	5.6		..	..	8.2	
룩셈부르크	..	30.2	20.1		..	31.2	17.1	
멕시코	..	8.1	1981	..	..	12.6	1981	..
네덜란드	32.0	33.3	27.7		23.1	28.3	26.7	
뉴질랜드	25.8	34.0	26.4	2001	21.9	30.2	31.8	2001
노르웨이	22.0	23.0	20.1		27.7	37.3	36.0	
폴란드	7.2	18.3	18.8		6.0	14.5	22.5	
포르투갈	15.2	18.8	19.2	2003	15.6	24.5	25.9	2003
슬로바키아	..	..	22.1	2002	..	..	23.5	2002
스페인	10.6	17.2	17.4		16.5	22.0	19.7	
스웨덴	25.7	25.2	19.6	2002	28.7	35.0	34.4	2002
스위스	29.8	31.1	23.0		26.9	32.2	27.3	
터키	..	..	..		..	..	..	
영국	30.4	35.9	26.0		20.4	21.6	26.1	
미국	27.5	27.9	22.0	2002	22.9	25.3	20.5	2002
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	<b>22.0</b>		..	..	<b>24.7</b>	
<b>전체 평균 (23)<sup>b</sup></b>	<b>21.2</b>	<b>25.1</b>	<b>22.7</b>		<b>19.2</b>	<b>24.4</b>	<b>25.6</b>	

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화하였음.

a) 최근 평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007. 원사망 자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공 (2007년 4월 기준).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114678208856>



표 A.2.6. 교통사고의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당, 1960-2004년)

	1960	1970	1980	1990	2000	2004
호주	28.1	32.8	24.6	14.4	10.2	8.4 <i>2003</i>
오스트리아	27.6	33.3	25.5	18.3	11.2	9.8
벨기에	19.2	29.8	24.9	18.1	..	..
캐나다	21.8	25.0	22.1	13.9	9.6	9.3 <i>2002</i>
체코	..	..	..	14.5	14.1	11.8
덴마크	17.1	24.2	13.5	11.2	9.1	8.2 <i>2001</i>
핀란드	18.1	23.7	11.4	13.8	7.5	7.6
프랑스	18.1	23.2	20.4	17.5	12.5	9.7 <i>2003</i>
독일	25.6	32.2	20.3	13.6	9.5	7.1
그리스	4.8	11.6	17.1	21.2	18.2	16.4
헝가리	6.7	16.3	19.1	26.9	13.3	14.1 <i>2003</i>
아이슬란드	5.3	16.6	10.1	11.1	11.7	7.1
아일랜드	9.0	16.6	17.9	13.9	10.5	6.2
이탈리아	17.8	24.3	19.2	14.9	12.2	12.0 <i>2002</i>
일본	15.9	22.5	11.4	11.9	8.5	6.6
한국	..	..	..	36.1	27.0	17.7
룩셈부르크	23.8	41.6	29.6	18.7	18.7	11.9
멕시코	..	9.3	33.8 <i>1981</i>	21.7	..	..
네덜란드	17.6	24.8	13.7	8.8	7.1	5.2
뉴질랜드	16.5	24.2	19.8	22.3	13.4	12.8 <i>2001</i>
노르웨이	8.6	15.0	9.1	8.1	8.6	6.7
폴란드	4.7	12.1	19.9 <i>1983</i>	24.8	16.7	14.9
포르투갈	9.1	22.5	29.4	28.0	13.0	17.4 <i>2003</i>
슬로바키아	..	..	..	20.6 <i>1992</i>	14.4	13.0 <i>2002</i>
스페인	8.5	13.6 <i>1969</i>	17.1	19.9	14.6	11.2
스웨덴	14.4	16.5	10.5	8.8	6.3	5.7 <i>2002</i>
스위스	22.0	26.1	18.5	13.1	8.2	6.7
터키	..	..	..	..	..	..
영국	14.3	14.2	12.1	9.8	5.8 <i>1999</i>	5.8
미국	22.6	27.0	22.4	18.5	15.8	15.9 <i>2002</i>
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>10.3</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>15.8</b>	<b>22.5</b>	<b>18.1</b>	<b>16.0</b>	<b>11.3</b>	<b>9.9</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114742443718>

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화하였음.

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007. 원시 사망 자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공(2007년 4월 기준).

## 부록 A

표 A.2.7. 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당), 1960-2004년

	1960	1970	1980	1990	2000	2004	
호주	11.3	13.3	11.2	12.5	11.8	10.2	2003
오스트리아	21.2	23.0	23.7	20.5	16.5	14.5	
벨기에	13.3	15.1	20.2	16.6	..	..	
캐나다	8.8	12.4	13.9	12.0	10.8	10.6	2002
체코	..	..	..	17.8	13.8	13.0	
덴마크	19.7	20.4	29.2	20.5	11.4	11.3	2001
핀란드	21.6	21.4	24.1	27.8	20.4	18.4	
프랑스	15.0	14.7	17.9	17.7	15.6	15.3	2003
독일	17.5	20.2	18.5	14.5	11.0	10.3	
그리스	4.1	3.1	3.1	3.1	3.0	2.6	
헝가리	25.6	32.9	41.4	35.3	26.8	22.6	2003
아이슬란드	9.5	14.9	11.4	15.9	18.0	11.7	
아일랜드	3.0	1.9	7.1	10.1	11.8	10.0	
이탈리아	6.2	5.6	6.7	6.5	5.8	5.6	2002
일본	25.1	17.4	17.9	14.5	19.1	19.1	
한국	..	..	..	7.9	14.1	24.2	
룩셈부르크	8.7	13.6	11.6	16.0	12.8	12.5	
멕시코	..	1.7	2.3	1981	3.0	..	..
네덜란드	7.3	8.5	9.9	8.7	8.2	7.9	
뉴질랜드	10.7	10.7	11.3	13.4	12.0	13.0	2001
노르웨이	6.2	8.1	11.9	14.4	11.6	10.9	
폴란드	8.9	11.7	12.6	1979	12.9	13.8	14.0
포르투갈	9.8	8.9	7.6	8.0	4.1	8.7	2003
슬로바키아	..	..	..	14.6	1992	12.4	11.9
스페인	6.0	4.6	1969	4.4	6.8	6.9	6.6
스웨덴	15.9	20.4	17.7	15.0	10.9	11.4	2002
스위스	18.6	18.2	23.8	19.1	16.2	14.0	
터키	..	..	..	..	..	..	..
영국	9.7	7.3	8.1	7.4	6.9	1999	6.3
미국	11.4	12.3	11.6	11.9	9.8	10.2	2002
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	12.1	
전체 평균 (24) <sup>b</sup>	12.6	13.6	14.9	14.4	12.3	11.6	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114752758282>

Note: 모든 사망률은 OECD 표준인구(1980)로 표준화되었음.

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2001년 이후).

b) 벨기에, 체코, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007. 원사망자료(raw mortality data)는 WHO Mortality Database에서 제공(2007년 4월 기준).



표 A.2.8. 영아 사망률(출생 1,000명당 사망수), 1970-2005년

	1970	1980	1990	2000	2005
호주	17.9	10.7	8.2	5.2	5.0
오스트리아	25.9	14.3	7.8	4.8	4.2
벨기에	21.1	12.1	6.5	4.8	3.7
캐나다	18.8	10.4	6.8	5.3	5.3 <i>2004</i>
체코	20.2	16.9	10.8	4.1	3.4
덴마크	14.2	8.4	7.5	5.3	4.4
핀란드	13.2	7.6	5.6	3.8	3.0
프랑스	18.2	10.0	7.3	4.4	3.6
독일	22.5	12.4	7.0	4.4	3.9
그리스	29.6	17.9	9.7	5.4	3.8
헝가리	35.9	23.2	14.8	9.2	6.2
아이슬란드	13.3	7.8	5.8	3.0	2.3
아일랜드	19.5	11.1	8.2	6.2	4.0
이탈리아	29.0	14.6	8.2	4.5	4.7
일본	13.1	7.5	4.6	3.2	2.8
한국	45.0	17.0 <i>1981</i>	12.0 <i>1989</i>	6.2 <i>1999</i>	5.3 <i>2002</i>
룩셈부르크	25.0	11.4	7.3	5.1	2.6
멕시코	79.4	51.0	36.2	23.3	18.8
네덜란드	12.7	8.6	7.1	5.1	4.9
뉴질랜드	16.7	13.0	8.4	6.1	5.1
노르웨이	12.7	8.1	6.9	3.8	3.1
폴란드	36.7	25.5	19.3	8.1	6.4
포르투갈	55.5	24.2	11.0	5.5	3.5
슬로바키아	25.7	20.9	12.0	8.6	7.2
스페인	28.1	12.3	7.6	4.4	4.1
스웨덴	11.0	6.9	6.0	3.4	2.4
스위스	15.1	9.1	6.8	4.9	4.2
터키	145.0	117.5	55.4	28.9	23.6
영국	18.5	12.1	7.9	5.6	5.1
미국	20.0	12.6	9.2	6.9	6.8 <i>2004</i>
<b>평균 (30)</b>	<b>28.7</b>	<b>17.8</b>	<b>11.1</b>	<b>6.7</b>	<b>5.4</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114756500755>

Note: 캐나다, 일본, 미국과 북유럽 국가의 경우 다른 국가에서 생존가능성이 낮아 사산으로 기록될 심한 미숙아가 출생아로 등록되어 상대적으로 높은 영아 사망률을 나타내고 있음.

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.2.9. 저체중아출생율(%), 1980-2005년

	1980	1990	2000	2005
호주	5.6 <i>1983</i>	6.1	6.3	6.4 <i>2004</i>
오스트리아	5.7	5.6	6.3	6.8
벨기에	5.6 <i>1982</i>	6.1	7.3	7.8 <i>2004</i>
캐나다	5.8	5.5	5.5	5.9 <i>2004</i>
체코	5.9	5.5	5.8	6.7
덴마크	5.8	5.2	4.7	4.9
핀란드	3.9	3.6	4.3	4.1
프랑스	5.2 <i>1981</i>	5.3	6.8	6.8 <i>2004</i>
독일	5.5	5.7	6.4	6.8
그리스	5.9	6.0	8.1	8.8
헝가리	10.4	9.3	8.4	8.2
아이슬란드	3.4	2.9	3.9	3.9
아일랜드	..	4.2	4.8	4.9 <i>2004</i>
이탈리아	5.6	5.6	6.7	6.7 <i>2004</i>
일본	5.2	6.3	8.6	9.5
한국	..	2.6 <i>1993</i>	3.8	4.3
룩셈부르크	6.3	5.4	4.3 <i>2001</i>	4.9 <i>2003</i>
멕시코	..	..	9.7	8.8
네덜란드	4.0 <i>1979</i>	4.8	5.2	6.2
뉴질랜드	5.8	6.2	6.4	6.1 <i>2004</i>
노르웨이	3.8	4.6	5.0	4.8 <i>2004</i>
폴란드	7.6	8.1	5.7	6.1
포르투갈	4.6	5.6	7.1	7.5
슬로바키아	5.9	5.8	6.7	7.2
스페인	2.8 <i>1982</i>	4.5	6.5	7.1 <i>2004</i>
스웨덴	4.2	4.5	4.4	4.2 <i>2004</i>
스위스	5.1	5.5	6.3	7.0
터키	..	..	..	11.3 <i>2003</i>
영국	6.7	6.7	7.5	7.5
미국	6.8	7.2	7.6	8.1 <i>2004</i>
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	<b>6.6</b>
전체 평균 (26) <sup>b</sup>	<b>5.5</b>	<b>5.7</b>	<b>6.2</b>	<b>6.5</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114774082850>

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2003년 이후).

b) 아일랜드, 한국, 멕시코, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.2.10. 충치,상실·충진된 치아수의 평균, 12세 어린이, 1980-2003년

	1980	1985	1990	1995	2000	2003	
호주	3.6	2.1	1.4	1.0	0.8	1.0	2001
오스트리아	3.0	4.3	4.2	3.0	1993	1.0	2002
벨기에	..	3.2	1986	2.7	1.9	1994	1.1
캐나다	3.2	1982	..	..	..	..	..
체코	..	3.3	1987	..	3.1	1994	3.1
덴마크	..	..	1.3	1991	1.2	1.0	0.9
핀란드	5.2	1979	2.8	1.2	1991	1.2	1994
프랑스	..	4.2	1987	3.0	2.1	1993	1.9
독일	6.4	6.3	1986	4.1	2.3	1.2	0.7
그리스	..	4.7	4.4	2.5	2.7	1998	..
헝가리	6.6	5.0	4.3	1991	3.8	1996	3.3
아이슬란드	7.8	1983	6.6	1986	3.4	1991	1.5
아일랜드	5.4	2.9	2.7	1.5	1996	1.1	2002
이탈리아	5.5	4.0	4.0	2.1	1996	..	1.2
일본	5.4	1981	4.9	1987	3.6	1993	3.6
한국	..	..	..	3.1	3.3	..	..
룩셈부르크	4.0	1982	3.3	2.7	2.3	1994	1.2
멕시코	..	..	..	..	..	..	..
네덜란드	4.8	2.4	1.5	0.7	1996	1.1	0.8
뉴질랜드	5.1	3.2	2.0	1.4	1.6	1.6	..
노르웨이	3.3	1982	3.4	2.4	1.9	1.5	1.7
폴란드	7.0	4.4	5.1	1991	4.0	1998	3.8
포르투갈	4.6	1979	3.8	3.2	..	3.0	3.0
슬로바키아	..	..	..	..	3.2	2001	2.8
스페인	..	4.2	3.5	1989	2.3	1994	1.1
스웨덴	3.2	1982	3.1	2.0	1.4	1.0	1.1
스위스	3.0	2.2	1984	1.6	1988	0.8	1996
터키	..	2.7	1987	2.7	..	..	1.9
영국	3.1	1983	3.1	1983	1.6	1988	1.1
미국	2.6	1.8	1986	1.3	1991	1.3	1996
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	..	1.6
전체 평균 (16) <sup>b</sup>	4.5	3.5	2.6	2.0	1.5	1.4	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114782440136>

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음 (2000년 이후).

b) 벨기에, 캐나다, 체코, 덴마크, 프랑스, 그리스, 아이슬란드, 이탈리아, 한국, 멕시코, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 터키 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.2.12. AIDS 발생률(인구 백만명당), 1980-2005년

	1985	1990	1995	2000	2005	
호주	8.0	39.0	45.0	14.0	13.0	
오스트리아	3.0	21.4	26.2	10.5	12.5	
벨기에	7.0	21.0	24.5	13.6	15.5	
캐나다	15.5	52.8	56.2	16.2	9.8	
체코	0.1	0.5	1.3	1.4	1.1	
덴마크	7.5	38.3	40.7	10.9	8.9	
핀란드	1.0	3.0	8.0	3.3	5.4	
프랑스	10.1	74.0	88.6	28.4	22.0	2004
독일	4.0	23.0	22.9	9.6	8.1	
그리스	1.4	14.1	20.7	11.8	9.1	
헝가리	0.1	1.8	3.0	2.6	3.3	
아이슬란드	4.1	11.8	15.0	3.6	3.4	
아일랜드	1.4	17.4	14.7	3.4	11.2	
이탈리아	3.0	52.0	98.8	33.8	25.4	
일본	0.1	0.3	1.4	2.6	2.9	
한국	0.0	0.1	0.3	0.7	1.4	
룩셈부르크	8.0	24.0	36.6	23.0	17.4	
멕시코	4.6	32.5	46.4	46.2	45.3	2003
네덜란드	4.6	28.0	34.5	15.6	12.1	
뉴질랜드	3.7	21.0	16.9	6.5	8.3	
노르웨이	3.0	14.0	15.4	8.4	8.5	2003
폴란드	0.1	0.6	3.0	3.2	4.3	
포르투갈	2.9	25.5	79.4	97.2	79.5	
슬로바키아	0.0	0.0	0.4	0.9	0.6	
스페인	4.3	96.8	178.1	69.3	36.0	
스웨덴	3.0	15.2	22.2	6.8	5.1	
스위스	13.0	97.0	85.3	28.7	37.1	
터키	0.0	0.3	0.4	0.7	5.0	
영국	4.0	22.0	30.1	14.1	13.3	
미국 <sup>a</sup>	34.0	167.0	270.0	143.0	137.0	
<b>평균 (30)</b>	<b>5.1</b>	<b>30.5</b>	<b>42.9</b>	<b>21.0</b>	<b>18.8</b>	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114835427336>

Note : 유럽국가자료는 European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS 자료 활용

a) 미국 AIDS 감시체계에서는 1993년부터 환자의 정의를 확대하여 높은 발생률을 보이고 있음.

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.3.1. 담배소비량, 매일 흡연자(15세 이상 인구), 1980-2005년

	1980			1990			2005		
	여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체
호주	31.1	41.1	36.0	27.0	30.2	28.6 1989	16.5	18.9	17.7 2004
오스트리아	..	..	..	..	..	..	..	..	..
벨기에	28.4	52.6	40.5 1982	26.0	38.0	32.0	16.0	23.0	20.0
캐나다	30.1	38.6	34.4 1979	26.7	29.8	28.2	15.5	19.1	17.3
체코	..	..	..	21.0	31.9	26.1 1993	19.4	29.6	24.3
덴마크	44.0	57.0	50.5	42.0	47.0	44.5	23.0	29.0	26.0 2004
핀란드	16.6	35.2	26.1	20.0	32.4	25.9	18.2	26.0	21.8
프랑스	16.0	44.0	30.0	20.0	38.0	30.0	19.0	28.0	23.0 2004
독일	21.2	48.4	34.8 1978	22.2	38.0	31.2 1989	19.1	29.8	24.3 2003
그리스	..	..	..	26.0	51.0	38.5	31.3	46.0	38.6 2004
헝가리	..	..	..	..	..	..	24.6	36.9	30.4 2003
아이슬란드	..	..	..	29.9	30.8	30.3	19.5	19.5	19.5
아일랜드	..	..	..	29.0	31.0	30.0	26.0	28.0	27.0 2002
이탈리아	16.7	54.3	35.5	17.8	37.8	27.8	16.4	28.7	22.3
일본	14.4	70.2	42.3	14.3	60.5	37.4	13.8	45.8	29.2
한국	..	..	..	6.4	65.7	34.6 1989	4.6	46.6	25.3
룩셈부르크	..	..	..	26.0	40.0	33.0 1992	19.0	27.0	23.0
멕시코	..	..	..	14.4	38.3	25.8 1988	16.1	39.1	26.4 2002
네덜란드	34.0	52.0	43.0	32.0	43.0	37.0	26.0	35.0	31.0
뉴질랜드	29.0	35.0	32.0 1981	27.0	28.0	28.0	22.5	22.5	22.5
노르웨이	30.0	42.0	36.0	33.0	36.0	35.0	24.0	26.0	25.0
폴란드	..	..	..	28.0	55.0	41.5 1992	19.3	33.9	26.3 2004
포르투갈	..	..	..	5.1	33.6	19.0 1987	9.0	26.0	17.0
슬로바키아	..	..	..	..	..	..	22.5	25.5	24.3
스페인	..	..	..	21.4	51.5	35.9 1989	22.4	34.2	28.1 2003
스웨덴	28.7	36.3	32.4	25.9	25.8	25.8	18.0	13.9	15.9
스위스	..	..	..	22.8	33.9	28.2 1992	22.8	31.0	26.8
터키	..	..	..	24.3	62.8	43.6 1989	17.8	51.1	32.1 2003
영국	37.0	42.0	39.0	30.0	31.0	30.0	23.0	25.0	24.0
미국	29.3	37.6	33.5	22.8	28.4	25.6	14.9	19.1	16.9
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	..	19.3	29.8	24.3
전체 평균 (15) <sup>b</sup>	27.1	45.8	36.4	25.8	36.3	31.1	19.1	26.0	22.5

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/114872467850>

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음 (2002년 이후).

b) 오스트리아, 체코, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 스위스, 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.3.2. 1인당 알코올소비량(리터), 15세 이상 인구, 1960-2005년

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
호주	9.4	11.6	12.9	10.5	9.8	9.8 2004
오스트리아	10.9	13.9	13.8	12.6	11.1	11.1 2003
벨기에	8.9	11.7	13.5	12.1	10.3	10.7 2003
캐나다	7.0	8.8	10.7	7.4	7.7	7.9 2004
체코	..	..	11.7	11.3	11.8	12.0
덴마크	5.5	8.6	11.7	11.7	11.5	11.3
핀란드	2.7	5.8	7.9	9.5	8.6	10.0
프랑스	..	20.4	19.5	15.9	14.0	13.0 2004
독일	7.5	13.4	14.2 1982	13.8	10.5	10.0
그리스	..	..	13.2	10.6	9.5	9.0 2003
헝가리	8.2	11.5	14.9	13.9	12.0	13.2 2004
아이슬란드	2.5 1961	3.8	4.3	5.2	6.1	7.1
아일랜드	4.9	7.0	9.6	11.2	14.2	13.5
이탈리아	16.6	17.8	16.3	11.0	9.0	8.1 2003
일본	5.0 1963	6.1	7.1	8.0	7.6	7.7 2004
한국	..	..	..	9.1	8.9	8.1
룩셈부르크 <sup>a</sup>	13.1	12.8	13.4	14.8	15.4	15.5 2003
멕시코	..	..	3.3	4.9	4.8	4.6 2003
네덜란드	3.7	7.8	11.5	9.9	10.1	9.7 2003
뉴질랜드	5.3	9.8	11.8	10.1	8.9	9.4
노르웨이	3.4	4.7	5.3	5.0	5.7	6.4
폴란드	6.3 1961	8.0 1971	8.7 1981	8.3	8.3	8.1 2003
포르투갈	17.2 1961	17.8 1969	14.8	16.1	12.9	11.4 2003
슬로바키아	6.9	12.8	14.5	13.4	8.9	9.3
스페인	14.6 1962	16.1	18.4	13.5	11.5	11.7 2003
스웨덴	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2	6.6
스위스	12.1	14.2	13.5	12.9	11.2	10.1
터키	0.9	1.1	1.8	1.4	1.5	1.3
영국	..	7.1	9.4	9.8	10.4	11.3
미국	7.8	9.5	10.5	9.3	8.3	8.4 2004
최근 평균 <sup>b</sup>	..	..	..	..	..	9.5
전체 평균 (24) <sup>c</sup>	7.7	10.1	11.2	10.3	9.5	9.5

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115002682670>

a) 룩셈부르크에서 전국판매의 상당량이 여행자 구매와 알코올음료의 국경간 이동으로 인해 곧바로 내국인의 소비량을 의미하지 않음.

b) 평균은 모든 국가의 이용가능한 최상자료로 산출되었음.

c) 체코, 프랑스, 그리스, 한국, 멕시코, 영국 제외

Source: OECD Health Data 2007.



표 A.3.3. 과체중율과 비만율, 15세 이상 인구, 이용가능한 최근년도 자료

		과체중 인구(%) 25<BMI<30			비만 인구(%) BMI≥30			과체중 또는 비만 인구(%) BMI>25		
		여성	남성	전체	여성	남성	전체	여성	남성	전체
호주 <sup>a</sup>	1999	28.2	45.3	36.7	21.4	21.9	21.7	49.6	67.2	58.4
오스트리아	1999	21.3	54.3	37.0	9.1	9.1	9.1	30.4	63.4	46.1
벨기에	2004	24.4	38.7	31.4	13.4	11.9	12.7	37.8	50.6	44.1
캐나다	2005	24.7	39.3	31.9	19.0	17.0	18.0	43.7	56.3	49.9
체코 <sup>a</sup>	2005	29.0	42.0	35.0	17.0	18.0	17.0	46.0	60.0	52.0
덴마크	2005	26.4	40.9	33.2	11.8	11.0	11.4	38.2	51.9	44.6
핀란드	2005	26.6	44.8	35.0	13.5	14.9	14.1	40.1	59.7	49.2
프랑스	2004	19.6	31.1	25.1	9.3	9.8	9.5	29.0	40.5	34.6
독일	2005	28.7	43.5	36.0	12.8	14.4	13.6	41.5	57.9	49.6
그리스	2003	29.9	41.1	35.2	18.2	26.0	21.9	48.1	67.1	57.1
헝가리	2003	29.8	38.7	34.0	18.0	19.6	18.8	47.8	58.3	52.8
아이슬란드	2002	28.0	44.6	35.9	12.4	12.4	12.4	40.4	57.0	48.3
아일랜드	2002	25.0	41.0	34.0	12.0	14.0	13.0	37.0	55.0	47.0
이탈리아	2005	26.2	43.9	34.7	9.7	10.2	9.9	35.9	54.0	44.6
일본	2004	16.9	24.5	20.3	3.2	2.8	3.0	20.1	27.3	23.3
한국	2005	23.7	30.3	27.0	3.3	3.7	3.5	27.0	34.0	30.5
룩셈부르크 <sup>a</sup>	2005	25.4	41.1	34.6	18.5	18.8	18.6	43.9	59.9	53.3
멕시코	2005	36.6	42.6	39.1	34.7	23.7	30.2	71.3	66.4	69.2
네덜란드	2005	28.2	40.5	34.2	11.4	9.9	10.7	39.6	50.4	44.9
뉴질랜드 <sup>a</sup>	2003	28.4	42.1	35.2	21.7	20.1	20.9	50.2	62.2	56.2
노르웨이	2005	26.0	43.0	34.0	8.0	9.0	9.0	34.0	52.0	43.0
폴란드	2004	26.6	39.5	32.8	12.5	12.6	12.5	39.1	52.1	45.3
포르투갈	1999	31.8	42.3	36.8	14.0	11.4	12.8	45.8	53.7	49.6
슬로바키아	2003	24.9	42.0	32.2	15.6	15.2	15.4	40.5	57.2	47.6
스페인	2003	27.6	43.5	35.3	13.4	12.9	13.1	40.9	56.3	48.4
스웨덴	2005	25.9	40.7	33.3	10.3	11.1	10.7	36.2	51.8	44.0
스위스	2002	21.8	37.5	29.4	7.5	7.9	7.7	29.3	45.4	37.1
터키	2003	28.9	33.6	31.6	14.5	9.7	12.0	43.4	43.3	43.4
영국 <sup>a</sup>	2005	32.1	42.6	37.0	24.2	22.1	23.0	56.3	64.7	60.0
미국 <sup>a</sup>	2004	28.6	39.7	34.1	33.2	31.1	32.2	61.8	70.8	66.3

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115012043761>

Note: 비만율은 체질량지수(BMI) 30이상 인구의 비율로 정의됨. 과체중 비율은 체질량지수(BMI)가 25-30인 인구의 비율로 정의됨. BMI는 개인의 체중상태를 신장과 연관시켜 평가한 수치임(체중(kg)/신장(m)<sup>2</sup>).

a) 호주, 체코, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 영국, 미국에서 이 수치는 건강검진 자료로 산출되며 자기보고 정보가 아님. 건강검진 자료로 추정된 비만율은 자기보고 정보에 비해 일반적으로 높은 수치를 나타내며 신뢰도가 높으며, 이는 자기보고 정보에서 체중과 신장을 잘못 보고 할 가능성이 있기 때문임. 그러나 건강검진을 주기적으로 시행하고 있는 국가는 일부에 불과함.

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.1a. 의대졸업생수(의사1,000명당), 1985-2005년

	1985	1990	1995	2000	2005	
호주	46.2	28.6	30.8	29.6	32.1	2004
오스트리아	106.3	82.6	48.6	59.9	58.3	2003
벨기에	..	..	49.3	45.1	51.0	2003
캐나다	35.3	29.2	28.1	24.5	26.9	
체코	52.7	33.2	45.0	23.3	22.8	
덴마크	41.2	32.8	20.1	25.2	40.0	2004
핀란드	..	46.4	67.4	36.9	41.2	
프랑스	57.9	30.8	24.9	20.3	17.5	2004
독일	..	44.0	1991	50.4	30.7	..
그리스	29.2	..	34.4	29.0	2001	..
헝가리	37.4	30.8	32.8	29.5	38.4	
아이슬란드	83.1	52.3	40.8	34.1	39.9	
아일랜드	..	61.0	1992	61.4	51.9	
이탈리아	..	35.9	1993	30.8	27.6	28.9
일본	45.0	40.3	36.9	1994	30.5	29.1
한국	..	..	..	58.0	55.7	
룩셈부르크	..	..	..	..	..	
멕시코	..	..	..	..	..	
네덜란드	45.5	38.7	33.5	1998	27.8	28.8
뉴질랜드	45.2	45.1	36.5	37.5	38.0	2004
노르웨이	34.9	25.3	1991	26.3	31.8	27.3
폴란드	..	..	..	..	..	
포르투갈	35.6	18.5	14.3	19.0	20.8	
슬로바키아	..	..	..	34.3	34.6	2004
스페인	..	..	47.1	33.2	29.6	2003
스웨덴	38.9	27.5	29.2	28.3	25.1	2004
스위스	51.5	40.8	30.6	30.0	22.1	
터키	59.4	88.7	60.8	60.3	42.7	2004
영국	54.4	1987	39.3	37.4	38.5	35.8
미국	..	31.0	1993	30.5	27.8	26.5
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	34.6	
전체 평균 (21) <sup>b</sup>	..	40.9	36.5	33.7	33.1	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115067578456>

- a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2008년 이후).  
b) 벨기에, 독일, 그리스, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아, 스페인 제외  
Source: OECDHealth Data 2007.

표 A.4.1b. 간호대졸업생수(간호사 1,000명당), 1985-2005년

	1985	1990	1995	2000	2005
호주	22.4 <i>1986</i>	19.3	29.5	22.8	28.7 <i>2004</i>
오스트리아	42.5	36.5	39.5	36.9	38.1 <i>2004</i>
벨기에	..	..	..	..	..
캐나다 <sup>a</sup>	43.3	36.7	30.3	20.2	31.7 <i>2004</i>
체코	60.5	62.4	85.2	55.8 <i>1999</i>	58.1
덴마크	58.7	64.4	49.7	50.0	45.4 <i>2004</i>
핀란드	..	136.0	233.8	113.3	70.4 <i>2003</i>
프랑스	57.0	41.9	39.7	36.3	44.6 <i>2004</i>
독일	..	..	..	..	..
그리스	..	..	21.6	25.8	36.8 <i>2004</i>
헝가리	..	65.7	67.4	57.1	47.6
아이슬란드	..	..	..	..	37.3
아일랜드	..	39.8	32.3	17.9 <i>2001</i>	22.7
이탈리아	..	..	..	18.3 <i>2002</i>	22.3
일본 <sup>b</sup>	..	..	..	..	40.1
한국	..	..	..	165.6	152.3
룩셈부르크	..	..	..	17.9 <i>2003</i>	11.0
멕시코	..	..	..	..	..
네덜란드	..	..	28.0 <i>1997</i>	21.8	23.5
뉴질랜드	..	..	40.9 <i>1996</i>	32.0	29.0 <i>2003</i>
노르웨이	..	..	66.9 <i>1997</i>	68.0	51.3
폴란드	..	..	..	..	..
포르투갈	38.9	35.2	55.4	35.1	52.4
슬로바키아	..	..	118.6	72.5	96.6 <i>2004</i>
스페인	..	..	..	..	49.0 <i>2003</i>
스웨덴	49.0	45.7	18.8	32.6	40.0 <i>2004</i>
스위스	..	..	..	44.6	44.7 <i>2004</i>
터키	..	..	..	22.5	30.7 <i>2004</i>
영국	..	..	..	33.2 <i>2003</i>	38.5
미국 <sup>c</sup>	77.4	56.7	66.8	56.7 <i>1998</i>	..
최근 평균 <sup>d</sup>	..	..	..	..	45.7
전체 평균 (16) <sup>e</sup>	..	..	59.9	43.6	44.8

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115067578456>

a) 캐나다에서 2001년에 낮은수치를 보이는데, 이는서베이 자료수집과정에서간호대학의 응답률이낮은 것이 원인일 수 있음.

b) 일본에서간호졸업생 수는2005년 자료인데 간호사수는 2004년 자료임.

c) 미국은 면허등록간호졸업생(licensed practical nurses graduates)에 대한 자료수집이 1998년까지 이루어져 그 이후의 자료는 이용불가함.

d) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2008년 이후).

e) 벨기에, 독일, 아이슬란드, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 폴란드, 스위스, 터키, 영국, 미국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.2. 인구 1,000명당 활동의사수, 1970-2005년

	1970	1980	1990	2000	2005	
호주	1.3	1.8	2.2	2.5	2.7	2004
오스트리아	1.4	1.6	2.2	3.1	3.5	
벨기에	1.6	1969 2.3	3.3	3.9	4.0	
캐나다 <sup>a</sup>	1.5	1.8	2.1	2.1	2.2	
체코	1.8	2.3	2.7	3.4	3.6	
덴마크	..	2.3	2.9	3.3	3.6	2004
핀란드	..	..	2.0	2.3	2.4	
프랑스 <sup>a</sup>	1.2	1.9	3.1	3.3	3.4	
독일	..	..	2.8	1991 3.3	3.4	
그리스	1.6	2.4	3.4	4.3	4.9	2004
헝가리	2.0	2.3	2.8	3.1	3.0	
아이슬란드 <sup>a</sup>	1.4	2.1	2.8	3.4	3.7	
아일랜드 <sup>a,b</sup>	..	..	2.0	1992 2.2	2.8	
이탈리아	..	..	3.8	1993 4.1	3.8	
일본	1.1	1.3	1.7	1.9	2.0	2004
한국	..	0.5	1981 0.8	1.3	1.6	
룩셈부르크 <sup>a</sup>	1.1	1.7	2.0	2.1	2.5	
멕시코	..	..	1.0	1.6	1.8	
네덜란드 <sup>a,b</sup>	1.2	1.9	2.5	3.2	3.7	
뉴질랜드 <sup>a,b</sup>	1.1	1971 1.6	1.9	2.2	2.2	2004
노르웨이 <sup>c</sup>	1.4	2.0	2.6	1991 2.9	3.7	
폴란드 <sup>a</sup>	1.4	1.8	2.1	2.2	2.1	
포르투갈 <sup>b</sup>	0.9	1.9	2.8	3.1	3.4	
슬로바키아 <sup>a</sup>	..	..	..	3.1	3.1	2004
스페인 <sup>d</sup>	..	..	..	3.2	3.8	
스웨덴	1.3	2.2	2.9	3.1	3.4	2004
스위스	1.5	2.5	3.0	3.5	3.8	
터키 <sup>e</sup>	0.4	0.6	0.9	1.3	1.5	2004
영국	0.9	1.3	1.6	2.0	2.4	
미국	..	..	2.1	1993 2.3	2.4	
<b>최근 평균<sup>g</sup></b>	..	..	..	<b>2.8</b>	<b>3.0</b>	
<b>전체 평균 (20)<sup>f</sup></b>	<b>1.3</b>	<b>1.9</b>	<b>2.4</b>	<b>2.8</b>	<b>3.1</b>	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115080176310>

a) 캐나다, 프랑스, 아이슬란드, 아일랜드, 룩셈부르크(2000년 이전), 네덜란드, 뉴질랜드, 폴란드(2004년 이전), 슬로바키아, 터키는 산업의학의와 행정 및 연구직 의사(환자를 진료하지 않는) 포함.

b) 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈은 활동의사가 아닌 진료자격을 가진 의사 수입.

c) 노르웨이에서 1997-2001년 자료는 전일근무환산치(full time equivalents, FTE)이며, 다른 연도 자료는 사람 수입.

d) 스페인 자료는 치과 의사와 구강병리학 의사(stomatologists) 포함.

e) 최근 평균은 모든 OECD 자료로 구성되어 있음.

f) 덴마크, 핀란드, 독일, 아일랜드, 이탈리아, 한국, 멕시코, 슬로바키아, 스페인, 미국 제외

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.4.3. 인구 1,000명당 활동간호사 밀도, 1970-2005년

	1970	1980	1990	2000	2005	
호주	6.7	10.3	11.6	10.5	10.4	2004
오스트리아 <sup>a</sup>	3.4	5.4	7.2	9.2	9.4	
벨기에	..	..	..	..	14.8	
캐나다	7.0	9.6	11.1	10.1	10.0	
체코	5.2	5.9	7.2	7.6	8.1	
덴마크	..	4.9	5.7	7.5	7.7	2004
핀란드	..	..	4.4	6.1	7.6	2004
프랑스	3.1	1971	4.7	5.6	6.7	7.7
독일	..	..	..	9.4	9.7	
그리스	1.4	1.9	3.4	3.2	3.8	2004
헝가리	..	..	7.5	7.8	8.8	
아이슬란드	4.2	8.9	12.5	13.3	14.0	
아일랜드	..	..	11.3	14.0	15.2	
이탈리아	..	..	5.0	1993	5.2	7.0
일본	2.5	4.1	5.8	7.6	9.0	2004
한국	..	..	..	1.4	1.9	
룩셈부르크 <sup>b</sup>	..	..	..	12.3	2003	13.9
멕시코	..	..	1.8	2.2	2.2	
네덜란드 <sup>c</sup>	..	..	..	13.4	14.5	
뉴질랜드	..	6.1	9.3	9.6	9.5	2004
노르웨이	..	..	..	10.3	15.4	
폴란드	3.0	4.4	5.5	5.0	5.1	
포르투갈	1.8	1971	2.3	2.8	3.7	4.6
슬로바키아	..	..	..	7.4	6.3	2004
스페인	..	..	..	6.4	7.4	
스웨덴	4.3	7.0	9.2	9.9	10.6	2004
스위스	..	..	..	12.9	14.1	2004
터키	..	1.0	1.3	1.7	1.8	2004
영국	..	..	7.9	8.4	9.1	
미국	3.7	5.6	7.2	8.0	7.9	2002
<b>최근 평균<sup>d</sup></b>	..	..	..	..	<b>8.9</b>	
<b>전체 평균 (15)<sup>e</sup></b>	..	<b>5.5</b>	<b>7.0</b>	<b>7.6</b>	<b>8.0</b>	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115106641123>

a) 오스트리아는 병원 근무간호사만을 보고하였음.

b) 룩셈부르크는 간호조무사(nursing aids)를 포함한 수치임.

c) 네덜란드에서 활동간호사가 아닌 진료자격이 부여된 간호사 수를 보고하였음.

d) 최근평균은 모든OECD 자료로 구성되었음.

e) 벨기에, 핀란드, 독일, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 슬로바키아, 스페인, 스위스, 영국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

부록 A

표 A.4.4a. 1인당 GDP 대비 전문의 보수 비 (봉직의,개업의)

	봉직의						개업의					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주 <sup>a</sup>							5.20	5.21	5.37	5.31	5.30	
오스트리아 <sup>b</sup>							5.44	5.37	5.27	5.57		
벨기에 <sup>c</sup>							7.44	7.61	7.23	7.43	7.81	
캐나다 <sup>d</sup>								5.15	5.12	5.03	4.89	
체코 <sup>e</sup>	1.39	1.46	1.60	1.65	1.57	1.56	2.22	2.49	2.44	2.42	2.21	2.28
덴마크 <sup>f</sup>	2.65	2.71	2.77	2.86	2.90	2.79						
핀란드 <sup>g</sup>		2.36	2.59	2.62	2.53	2.54						
프랑스 <sup>h</sup>							4.59	4.65	4.79	4.92	4.98	
독일 <sup>i</sup>					2.68							
그리스 <sup>j</sup>						2.30			2.60	2.66	2.36	
헝가리 <sup>k</sup>				1.74	1.68	1.69						
아이슬란드 <sup>l</sup>						2.89						
아일랜드 <sup>m</sup>					4.65	4.65						
룩셈부르크 <sup>n</sup>				2.77						4.15		
멕시코 <sup>o</sup>				2.58								
네덜란드 <sup>p</sup>				4.11	4.02	3.96				7.94	8.64	8.38
뉴질랜드 <sup>q</sup>	3.87	3.77	3.78	3.74	3.60	3.70						
노르웨이 <sup>r</sup>		1.69	1.77	2.00	1.81	1.65						
포르투갈 <sup>s</sup>	3.51	3.47	3.48	3.42	3.31	3.28						
스웨덴 <sup>t</sup>			2.50									
스위스 <sup>u</sup>							3.74	3.80	3.65			
영국 <sup>v</sup>	4.44		4.73		4.82							
미국		4.82						6.49				

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115112605515>

- a) 사람수 당 자료임. OECD 사무국(OECD Secretariat)은 OECD 국가간 평균을 적용하여 진료비용을 공개해 왔음 (총 보수의 30%). 봉급(salary)과 회가당 지불금액(sessional payment)은 포함되지 않았음.
- b) 사람수 당 자료임.
- c) 사람수 당 자료임. 자료는 최소 부분적 진료비용을 포함.
- d) 주 매대립 케어플랜(provincial medical care plans)에 최소CAD 60,000 이상을 청구한 전문의의 행위별수가 지불 금액에 근거하여 자료를 산출하였음. 대안적 유형의 지불방식에 의한소득은 포함하지 않았음.
- e) 봉급을 받는 전문의에는 봉급을 받는 일반의(GP), 수련의(일반의와 전문의)와 치과의사가 포함되어 있음. 또한 현물급료(wages and salaries in kind)와 사적(private) 진료에서 오는소득은 포함하지 않았음. 개업의사의 경우병원에서 오는 봉급은 포함하지 않음.
- f) 일반내과(general medicine) 전문의사 자료포함. 사적(private) 진료에서 오는소득은 포함하지 않음.
- g) 전문의 GP와 병원이나보건소(health centre)의 원장을 포함한 자료임. 보수는 단체협약(collective agreement)에서 제시한 일반근무시간의 90% 초과 근무하는 의사에 대한 봉급과 추가소득에 근거하여 자료 산출.
- h) 그 해에 진료를 시작하거나 중단한 의사 및 65세 이상인 의사에 대한 보수 자료 제외. 자료는 행위별수가에 근거하였으며, 봉급(salary payments)은 제외하였음. 구강병리학의사(stomatologists)에 대한 보수 자료포함.
- i) 자료는 공공부문에만 해당. 평균초과 근무수당 지불에 대한자료는 이용불가. 사적(private) 진료에서 오는소득은 포함하지 않았음.
- j) 봉급을 받는 전문의에서, "Agia (Saint Sofia) 아동병원에서 중간 수준계층의 전문의에 대한 자료임. 이 자료는 공공부문의 모든 봉급을 받는 전문의를 대표하는자료로 간주되고 있음. 개업의사에서사람 수당 신고한소득자료를 사용. 비공식적 보수는 전문의 자료에 포함되지 않으며, 이러한 보수는 봉급을 받는 전문의에게 일반적임.
- k) 자료는 공공부문에만 해당. 팁(gratuity), 비공식적 보수와 사적(private) 진료에서 오는 소득은 포함되지 않았음.
- l) 자료는 공공부문에만 해당하며 사적(private) 진료에서 오는소득은 포함되지 않았음.
- m) 보수는 임상진료 1주당33시간에 대한 평균 총 봉급에 근거함. 이 수치는 3,500유로의 최소정액 연봉을 예외로 하고, 비상호출수당 및 당 직수당(emergency call-out and on-call payments)을 제외하였음. 전문의는 초과근무수당을 지불받지 않음. 자료는 공공부문에만 해당하며 사적(private) 진료에서 오는 소득은 포함되지 않았음. 1인당GDP가 평균 소득보다 높다는 점을감인하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비로 제시됨.
- n) 이 수치는 최소사회적봉급(minimum social salary, 2003년 기준16,425유로)보다 작은 연 소득을 번 의사는 포함하지 않았음 (그 해에 진료를 시작하거나 중단한 전문의는 제외), 1인당GDP가 평균 소득보다 높다는 점을감인하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비로 제시됨.
- o) 자료는 공공부문에만 해당.
- p) 봉급을 받는 전문의는 종합병원과 대학병원(academic hospitals)에서 근무하는 전문의 자료 포함. 종합병원외고용인의 보수 자료는 상여금, 초과근무수당과 기타추가수당을 포함하지 않음.
- q) 지방보건위원회(District Health Board)에 고용된 전문의 자료를 포함하나, 위원회에 개별고용계약(individual employment agreements)한 전문의 자료는 포함하지 않음. 작업 관련 비용과 보수교육 비용에 대한 상환비용, 주당 40시간 초과 근무에 대한 지불, 근무시간 이후 당번에 대한 수당 혹은 기타 특수한 근무조건 개선(예를 들면, 신규모집 및 고용유지 지불)은 제외된 자료임. 그러나 휴일수당은 포함되었음. 사적(private) 진료에서 오는 수입은 포함하지 않음.
- r) 자료는 GP 를 포함. 자료는 공공부문에만 해당. 휴일근무수당(holiday pay supplement)은 포함되지 않았음.
- s) 자료는 국가보건서비스(National Health Service)에서 일하는 모든범주의 GP와 전문의를 포함함. 야간근무수당, 밤근무와 주말근무 수당, 추가근무수당, 상여금과 같은 추가 소득은 포함되지 않았음. 그러나 크리스마스 상여금과 휴일 근무수당은 포함되었음. 자료는 공공부문에만 해당하며, 사적(private) 진료 수입은 포함되지 않았음.
- t) 초과근무수당은 포함되지 않았음. 자료는 공공부문에만 해당하며, 사적(private) 진료수입은 포함되지 않았음.
- u) 사람수 당 자료임. 65세 초과 연령의 의사 보수는 제외되었음.
- v) 자료는 공공부문에만 해당하며, 사적(private) 진료 수입은 포함되지 않았음. 자료는 잉글랜드에만 해당.

Source: OECD Health Data 2007.



표 A.4.4b. 1인당 GDP 대비 일반의 보수비 (봉직의, 개업의)

	봉직의						개업의					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주 <sup>a</sup>							2.25	2.31	2.08	1.96	2.06	
오스트리아 <sup>b</sup>							3.68	3.63	3.59	3.42		
벨기에 <sup>c</sup>							2.08	2.07	2.09	2.25	2.32	
캐나다 <sup>d</sup>								3.47	3.42	3.35	3.26	
체코							1.89	2.02	1.99	2.12	2.02	1.78
핀란드 <sup>e</sup>		1.88	1.97	1.95	1.87	1.95						
프랑스 <sup>f</sup>							2.84	2.80	2.95	3.11	2.91	
독일 <sup>g</sup>											3.74	
헝가리 <sup>h</sup>				1.71	1.60	1.72						
아이슬란드 <sup>i</sup>						3.01						
아일랜드 <sup>j</sup>							2.66	3.06				3.98
룩셈부르크 <sup>k</sup>				1.61						2.04		
멕시코 <sup>l</sup>				2.21								
네덜란드 <sup>m</sup>										3.55	3.57	3.51
스웨덴 <sup>n</sup>			2.20									
스위스 <sup>o</sup>								3.33	3.28	3.20		
영국 <sup>p</sup>							3.35	3.35	3.49	3.60	3.79	
미국		3.81						4.36				

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/11511205515>

- a) 사람수당 자료임. OECD 사무국(OECD Secretariat)은 OECD 국가간 평균을 적용하여 진료비용을 공제해 왔음(총 보수의 30%). 봉급(salary)과 회가당 지불금액(sessonal payments)은 포함되지 않았음.
- b) 사람수당 자료임.
- c) 사람수당 자료임. 자료는 최소 부분적 진료 비용을 포함.
- d) 주 메디컬 케어 플랜(provincial medical care plans)에 최소CAD 60,000 이상을 청구한 일반의(GP)의 행위별수가 지불금액에 근거하여 자료를 산출하였음. 대안적 유형의 지불방식에 의한 소득은 포함하지 않았음.
- e) 보수는 단체협약(collective agreement)의 일반근무시간의 90% 초과근무하는 의사에 대한 봉급과 추가 소득에 근거하여 자료 산출.
- f) 자료는 GP와 "medecin generaliste a exercice particulier(MEP)"를 포함. MEP 범주는 침술사(acupuncturists)와 동종요법사(homoeopaths)와 같은 특수 진료활동을 하는 의사를 포함. 그 해에 진료를 시작하거나 중단한 의사 및 65세 이상인 의사에 대한 보수 자료 제외. 자료는 행위별수가에 근거하였으며, 봉급(salary payments)은 제외하였음.
- g) 자료는 사회건강보험의 보수지불과 민간환자 진료소득을 포함.
- h) 자료는 공공부문에만 해당. 팁(gratuity), 비공식적 보수와 사적(private) 진료에서 오는 소득은 포함되지 않음.
- i) 자료는 공공부문에만 해당. 시(municipalities)에서 운영하는 보건소에서 근무하는 GP 나 민간에서 근무하는 GP에 대한 보수는 제외.
- j) 사람수당 자료임. OECD 사무국(OECD Secretariat)은 OECD 국가간 평균을 적용하여 진료비용을 공제해 왔음(총 보수의 30%). Primary Community and Continuing Care (PCCC) Local Health Areas에서 지불한 보수는 제외되었음. 1인당 GDP가 평균소득보다 높다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비례제시됨.
- k) 이 수치는 최소 사회적 봉급(minimum social salary, 2003년 기준 16,425유로)보다 적은 연 소득을 번 의사는 포함하지 않았음(그 해에 진료를 시작하거나 중단한 전문의는 제외). 1인당 GDP가 평균소득보다 높다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비례 제시됨.
- l) 자료는 공공부문에만 해당.
- m) 자료는 규범 진료(norm practice)에 대한 보수임(2,350명 환자).
- n) 자료는 공공부문에만 해당. 당 직수당(on-call)과 초과근무수당에 대한 지불은 포함하지 않았음.
- o) 사람수당 자료임. 65세 초과연령의 의사보수는 제외되었음.
- p) 사람수당 자료임. 이 수치는 'General Medical Services (GMS) contract' 상의 GP에 대한 자료이며, GP 등록자, 봉직의 GP, GP 보조인, GP 보유자와 Personal Medical Services (PMS) GP는 제외된 자료임. 자료는 공공부문에만 해당하며, 사적(private) 진료에서 오는 소득과 병원에서 근무한 추가 소득은 제외되었음. 자료는 대브리튼(Great Britain)에 해당.

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.4c. 1인당 GDP 대비 병원간호사 보수비

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주 <sup>a</sup>	1.46	1.48	1.49	1.47	1.45	
체코 <sup>b</sup>	0.67	0.73	0.79	0.82	0.77	0.75
덴마크 <sup>c</sup>	1.29	1.30	1.32	1.33	1.33	1.29
핀란드 <sup>d</sup>		0.94	0.96	0.96	0.96	0.99
그리스 <sup>e</sup>					1.22	
헝가리 <sup>f</sup>				0.88	0.84	0.84
아이슬란드 <sup>g</sup>						1.26
아일랜드 <sup>h</sup>					1.32	1.30
일본 <sup>i</sup>			1.17		1.14	
룩셈부르크 <sup>j</sup>					1.11	1.07
멕시코 <sup>k</sup>				1.38		
뉴질랜드 <sup>l</sup>			1.41			
노르웨이 <sup>m</sup>		0.88	0.96	0.96	0.92	0.86
포르투갈 <sup>n</sup>	1.72	1.70	1.87	1.84	1.77	1.82
영국 <sup>o</sup>	1.40		1.39		1.34	
미국 <sup>p</sup>	1.38				1.51	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115112605515>

- a) 자료는 공공 급성기 병원과 정신병원에 고용된 모든 수준의 등록간호사(registered nurses)를 포함함.
- b) 자료는 종합병원과 특수치료기관(온천치료기관 제외)에서 근무하는 간호사와 조산사를 포함. 현물급여(wages and salaries in kind)는 포함되지 않음.
- c) 자료는 모든수준의 등록간호사(registered nurses) 포함.
- d) 실무간호사는 포함되지 않음. 보수는 단체협약(collective agreement)에서 제시한 일반근무시간의 90% 초과근무하는 간호사에 대한보급과 추가소득에 근거하여 자료 산출.
- e) "Agia (Saint) Sofia" 아동병원에서 중간 수준계층의 봉급을 받는 병원간호사에 대한 자료임. 이 자료는 공공부문의 모든 봉급을 받는 간호사를 대표하는 자료로 간주되고 있음.
- f) 자료는 공공부문에만 해당. 자료는 사적(private) 진료에서 오는 팁(gratuity) 지불을 포함하지 않음.
- g) 자료는 공공 종합병원과 공공 보건소(health centres)에 해당.
- h) 자료는 공공부문에만 해당. 보수는 주당 39시간에 근거하며, 추가근무 지불은 포함되지 않음. 1인당 GDP가 평균 소득보다 높다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비로 제시됨.
- i) 사람수 당 자료임. 자료는 OECD계산치에 근거하며, 복지노동부(Ministry of Health, Labour and Welfare)에서 제공한 월당임금과 부가소득 자료 및 간호사와 보조간호사(assistant nurses) 수를 활용하였음. 이 수치는 간호사와 보조간호사의 매년 보수 가중평균값임.
- j) 자료는 보조간호사(assistant nurses)를 포함하며, 급성기치료 시설에 근무하는 간호사만 해당. 자료는 총 보수지불에 대해 총 전일근무환산간호사수(total FTE nurses)로 나눠 산출한 값임. 1인당 GDP가 평균 소득보다 높다는 점을 감안하여, 보수는 총국민소득(gross national income)의 비로 제시됨.
- k) 자료는 공공부문에만 해당.
- l) 자료는 공공부문에만 해당. 자료는 총 보수지불에 대해 총 전일근무환산 간호사수(total FTE nurses)로 나눠 산출한 값임.
- m) 자료는 공공부문에만 해당. 휴일 추가지불은 포함되지 않음.
- n) 자료는 공공부문에만 해당. 자료는 야간근무, 밤근무, 주간근무 및 초과근무당 지불과 상여금을 포함하지 않으나, 크리스마스 보너스와 휴일보수는 포함함.
- o) 자료는 공공부문과 아일랜드만 해당. 자료는 총 간호사 보수지불에 대해 총 전일근무환산간호사수(total FTE nurses)로 나눠 산출한 값임.
- p) 자료는 licensed practical nurses(LPNs)와 licensed vocational nurses(LVNs)를 포함하지 않음. 자료는 간호관리자를 포함함.

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.4.5a. 인구 100,000명당 급성기병원 병상수, 1980-2005년

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
호주	6.4	5.3	4.8	1989 4.1	3.6	3.6 2004
오스트리아	..	8.3	7.5	6.8	6.3	6.1
벨기에	..	..	5.2	5.0	4.7	4.4
캐나다	4.6	4.4	4.0	4.1	3.2	2.9 2004
체코	8.7	8.8	8.6	7.3	6.1	5.7
덴마크	5.3	4.7	4.1	3.9	3.5	3.1 2004
핀란드	4.9	4.8	4.3	4.0	3.2	2.9
프랑스	6.2	5.7	5.2	4.6	4.1	3.7
독일	..	..	8.3	1991 7.5	6.8	6.4
그리스	4.9	4.3	..	3.9	3.8	3.8 2004
헝가리	6.6	6.8	7.1	6.5	5.8	5.5
아이슬란드	..	..	4.3	3.8	..	..
아일랜드	4.3	4.1	3.2	3.1	2.8	2.8
이탈리아	8.0	7.0	6.2	5.6	4.1	3.3
일본	..	..	12.3	1993 12.0	9.6	8.2
한국	..	..	2.7	3.8	5.2	6.5
룩셈부르크	..	..	..	5.8	1998 5.7	5.2
멕시코	..	..	1.0	1.1	1.0	1.0
네덜란드	..	..	3.8	3.4	3.1	3.1
뉴질랜드	..	..	..	..	..	..
노르웨이	5.2	4.7	3.8	3.3	3.1	3.0
폴란드	5.6	5.7	6.3	5.8	5.2	4.7
포르투갈	4.1	3.5	3.4	3.3	3.2	3.0
슬로바키아	..	..	..	6.3	1996 5.8	5.0
스페인	3.8	3.7	3.6	3.5	2.8	2.6 2004
스웨덴	5.1	4.6	4.1	3.0	2.4	2.2
스위스	7.2	6.8	6.5	5.5	4.1	3.6
터키	1.5	1.6	2.0	2.1	2.2	2.0
영국	..	..	..	4.1	3.3	3.1
미국	4.4	4.2	3.7	3.4	2.9	2.7
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	3.9
전체 평균 (24) <sup>b</sup>	..	..	5.1	4.7	4.1	3.9

Note: "급성기" 병상의 정의는 국가마다 다를 수 있음. 국가간 차이는 신중하게 해석되어야 함.

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음 (2004년 이후).

b) 그리스, 아이슬란드, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 슬로바키아, 영국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115175040425>

## 부록 A

표 A.4.5b. 급성기병원 병상점유율(%), 1980-2005년

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
호주	66.3	69.0	68.8	69.5	70.4	70.6
오스트리아	80.8	79.9	79.3	76.9	77.3	79.0
벨기에	77.7	83.3	81.9	79.7	79.9	..
캐나다	80.4	83.4	78.6	84.6	91.2	90.0
체코	81.8	80.8	69.6	72.6	70.5	74.6
덴마크	75.3	78.9	78.5	78.6	85.0	..
핀란드	..	76.2	74.2	74.0	..	..
프랑스	79.0	79.1	77.3	76.0	75.0	73.4
독일	..	..	84.1	82.1	81.9	75.6
그리스	66.0	66.0	63.2	66.4	78.1	..
헝가리	83.3	80.6	74.9	72.6	73.2	75.7
아이슬란드	..	..	..	..	..	..
아일랜드	82.2	75.9	84.5	82.5	84.5	85.6
이탈리아	69.0	67.9	69.3	70.7	75.6	76.4
일본	..	..	..	81.6	81.8	79.2
한국	60.8	61.0	83.9	66.3	67.2	71.6
룩셈부르크 <sup>a</sup>	..	..	..	67.9	66.5	64.7
멕시코	..	..	48.4	50.1	57.4	61.0
네덜란드 <sup>a</sup>	83.5	79.1	73.3	73.3	65.7	63.9
뉴질랜드	..	..	..	..	..	..
노르웨이	79.3	82.0	77.0	79.4	85.2	87.6
폴란드	85.0	77.0	66.0	67.3	74.0	77.0
포르투갈	..	67.7	66.7	72.6	71.3	73.2
슬로바키아	..	..	..	79.6	70.6	66.7
스페인	..	72.2	73.5	76.4	77.1	78.8
스웨덴	72.1	75.3	72.2	75.9	..	..
스위스	77.9	80.0	79.0	77.7	84.8	86.1
터키	44.0	52.1	57.2	55.4	58.7	64.5
영국	..	76.1	..	77.1	82.2	83.9
미국	75.4	64.8	66.8	62.8	63.9	67.4
최근 평균 <sup>b</sup>	..	..	..	..	..	75.1
전체 평균 (19) <sup>c</sup>	..	..	72.5	72.0	73.9	75.4

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115175040425>

a) 네덜란드와 룩셈부르크는 병원의 병상일수(분자)에는 입원환자만을 포함한 반면, 급성기병상수(분모)는 낮병원 병상도 포함시켰기 때문에 점유율이 약간과소 추정되었음.

b) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2002년 이후).

c) 벨기에, 덴마크, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 일본, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 슬로바키아, 스웨덴, 영국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

표 A.4.6. 장기요양병상수(병원과 요양원, 65세이상 인구 1000명당), 1995년, 2000년과 2005년

	병원			요양원		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
호주	..	..	..	34.7	35.9	37.5 2004
오스트리아	8.4	7.6	2.8	..	..	..
벨기에	1.1	1.1	1.2 2002	..	..	..
캐나다	2.7	1.7	1.6 2004	..	..	..
체코	4.9	8.2	10.0	8.3	10.6	14.9
덴마크 <sup>a</sup>	..	..	..	52.2	42.9	25.5
핀란드	34.7 1996	28.9	25.6	36.3 1996	31.2	26.1
프랑스	9.0 1996	8.8	8.1 2003	63.4 1996	..	60.3 2003
독일	..	..	..	22.9	46.7 1999	47.8
그리스	6.7	5.3	5.0 2003	..	..	..
헝가리	4.7	4.5	4.8	43.3	48.4	53.1
아이슬란드 <sup>b</sup>	17.4 1996	12.7	7.5	46.4 1996	51.4	61.0
아일랜드	17.2	16.6	15.2	32.6	37.8	41.4
이탈리아	..	1.0 2001	0.9 2003	..	13.0 2001	14.8 2003
일본	..	12.0	15.0	5.6	10.6	11.6
한국	..	2.1 2003	5.8	..	..	..
룩셈부르크	..	1.2	0.0	..	26.4	43.4
멕시코	..	..	..	..	..	..
네덜란드	..	..	0.0 2003	27.1	26.9	27.4 2003
뉴질랜드	..	..	..	..	..	..
노르웨이	..	..	..	63.2	63.0	60.3
폴란드	..	3.2 2003	3.0	..	18.2 2003	18.3
포르투갈	..	..	..	..	..	..
슬로바키아	9.8 1996	10.0	8.1	..	..	..
스페인	2.1	1.9	2.0	..	..	18.9
스웨덴	3.6	2.1	1.5	84.2	82.7	69.9
스위스	..	..	..	81.8 1997	74.1	71.7 2004
터키	..	..	5.1	..	..	..
영국	0.6 1997	0.5	0.4 2004	24.3 1997	22.0	18.7 2004
미국	1.0 1998	0.9	0.8 2004	44.1 1998	43.6	43.1 2004
<b>최근 평균<sup>o</sup></b>	..	..	<b>5.7</b>	..	..	<b>38.3</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115226135338>

a) 덴마크 자료는 거주시설이 경증 장애자 대상이므로, 노인요양시설의 병상을 포함하지 않았음. 이들 시설의 병상수는 최근 급속하게 증가하였음.

b) 아이슬란드에서 병원의 장기요양 병상수는 노인치료실(geriatric unit)을 포함시키지 않고 있으나, 최근 노인치료실이 증가하고 있음.

c) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음.

Source: OECD Health Data 2007.

부록 A

표 A.4.7a. 의료기술 CT와 MRI수(인구 100만명당), 1990-2005년

	CT 스캐너				MRI 장비			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
호주 <sup>a</sup>	13.8	20.5	26.1	45.3 2004	0.6	2.9	3.5	4.2
오스트리아	11.7	23.9 1996	25.8	29.4	1.2 1989	7.4 1996	10.9	16.3
벨기에	16.1	16.7 1994	21.8	31.6 2004	2.0	3.3	6.0	6.6
캐나다	7.1	8.0	9.8 2001	11.2	0.7	1.4	2.5	5.5
체코	2.1 1991	6.7	9.6	12.3	0.2 1991	1.0	1.7	3.1
덴마크	4.3	7.3	11.4	13.8	2.5	..	5.4	10.2 2004
핀란드	9.8	11.7	13.5	14.7	1.8	4.3	9.9	14.7
프랑스	6.7	9.2	9.5	9.8	0.8	2.1	2.6	4.7
독일 <sup>b</sup>	6.4 1991	9.0	12.7	15.4	1.1 1991	2.3	4.9	7.1
그리스 <sup>c</sup>	6.5	13.5 1997	17.1 2002	25.8	0.4	1.9 1997	1.9 1998	13.2
헝가리	1.9	4.6	5.7	7.1	0.1	1.0	1.8	2.6
아이슬란드	11.8	18.7	21.3	23.7	3.9	7.5	10.7	20.3
아일랜드	4.3	..	..	10.7	..	..	..	..
이탈리아	6.0	12.1 1994	21.0	27.7	1.3	2.6 1994	7.7	15.0
일본 <sup>d</sup>	55.2	74.7 1996	84.4 1999	92.6 2002	6.1	18.8 1996	23.2 1999	40.1
한국	12.2 1993	15.5	28.4	32.2	1.4 1992	3.9	5.4	12.1
룩셈부르크	5.2	26.6	25.2	28.6	2.6	2.4	2.3	11.0
멕시코	..	..	2.5 2001	3.4	..	..	1.1 2001	1.3
네덜란드 <sup>e</sup>	7.3	9.0 1993	..	5.8	0.9	3.9	..	5.6
뉴질랜드	3.6	7.5 1996	8.8	12.1 2004	..	2.7 1996	2.6 1998	3.7 2003
노르웨이	..	..	..	..	..	..	..	..
폴란드	..	3.5 1998	4.4	7.9	..	..	0.9 2002	2.0
포르투갈 <sup>c</sup>	4.6	12.4 1997	12.8 2003	26.2	0.8	2.8 1997	3.9 2003	3.9 2003
슬로바키아	..	..	8.7 2003	11.3	..	..	2.0 2003	4.3
스페인	4.4 1988	8.3	12.0	13.5	0.7 1988	2.7	4.8	8.1
스웨덴	10.5	13.8 1993	14.2 1999	..	1.5	6.8	7.9 1999	..
스위스	..	18.3 1997	18.5	18.2	..	12.4 1997	12.9	14.4
터키	1.6	2.9 1994	7.1 1999	7.3 2003	..	0.6 1996	3.0 1998	3.0 2004
영국 <sup>f</sup>	..	..	4.5	7.5	..	..	4.7	5.4
미국	..	24.1 1997	25.1 1999	32.2 2004	11.5 1993	12.3	15.4 1999	26.6 2004
최근 평균 <sup>g</sup>	..	..	..	20.6	..	..	..	9.8
전체 평균 (20,18) <sup>h</sup>	9.6	15.5	19.2	24.0	2.1	4.5	6.6	12.0

Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/115235187257>

- a) 호주에서 2000년부터 MRI수는 메디케어(Medicare)에서 상환가능한 자료만을 포함(1999년에 전체의 60% 차지).
  - b) 독일에 대한 자료는 병원 외래부문에 추가 장비가 있으나, 병원부문에 설치된 장비만을 포함
  - c) 그리스와 포르투갈의 자료는 2005년부터 민간부문만 포함.
  - d) 일본에서 MRI 장비에 대해 2002년 이전에는 병원에 설치된 자료만을 포함하며, 2002년부터 병원과 일반 의원(general clinics)에 설치된 자료 포함
  - e) 네덜란드의 2005년 수치는 장비의 실제 수치를 과소추정하였는데, 그 이유는 병원과 외래부문에 설치된 총 장비수가 아닌 장비가 하나라도 설치했다고 보고한 병원수를 참조했기 때문임.
  - f) 잉글랜드와 대브리튼 섬(Great Britain)에 대한 보정하지 않은 수치는 2003년까지 영국 추정치를 제공하기 위해 비례적으로 증가해 왔음. 민간부문은 포함하지 않음.
  - g) 최근 평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2002년 이후).
  - h) CT의 평균은 아일랜드, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아, 스웨덴, 스위스, 영국과 미국을 제외하였음.  
MRI의 평균은 덴마크, 아일랜드, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아, 스웨덴, 스위스, 터키와 영국을 제외하였음.
- Source: OECD Health Data 2007.



표 A.4.7b. 의료기술: 유방조영기와 방사선치료장비수(인구 100만명당, 1990-2005년)

	유방조영기				방사선치료장비			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
호주 <sup>a</sup>	15.9 1989	..	..	25.1	2.9	4.4	5.2	6.1
오스트리아	..	..	..	..	..	3.2 1996	4.2	4.6
벨기에	..	..	20.5 2002	21.3 2004	6.1 1991	6.1	6.4 1997	7.6
캐나다	..	..	19.3 2001	21.3	5.6 1993	6.9	7.1 1997	..
체코	3.8 1991	8.4	10.6	14.1	5.4 1991	4.9	8.5	8.6
덴마크	..	..	..	10.0	..	..	5.4	6.8
핀란드	29.3	37.6	36.4 1999	37.7	10.0	8.6	8.7	8.8
프랑스	23.8	42.0	42.6	42.2 2002	6.0	6.2	6.1	6.0 2002
독일 <sup>b</sup>	..	..	..	..	4.3 1991	4.5	4.8	4.7
그리스 <sup>c</sup>	..	..	27.9 2002	36.5	5.4	5.7	4.0 1999	..
헝가리	..	6.8 1997	9.4	13.1	1.5	1.7 1992	2.3	2.7
아이슬란드	15.7	18.7	17.8	16.9	23.5	15.0	14.2	13.5
아일랜드	..	..	..	12.6	..	..	..	7.0
이탈리아	..	..	..	..	1.3	2.1 1994	3.7	5.0
일본	..	..	..	..	..	..	6.6 2002	6.8
한국	..	..	13.3	28.7	4.5 1992	4.1	5.3	4.5
룩셈부르크	25.3 1992	24.2	22.9	22.0	..	..	4.6	4.4
멕시코	..	..	2.8 2001	4.5	..	..	1.2 2001	1.3
네덜란드	..	..	..	..	6.5 1992	7.1	7.2 1997	..
뉴질랜드	..	17.2 1997	19.3 1999	23.1 2004	..	7.2 1996	9.9	7.6 2004
노르웨이	..	..	..	..	..	..	..	..
폴란드	..	..	11.0	15.9	..	..	..	..
포르투갈 <sup>c</sup>	..	3.6 1997	11.6 2003	34.6	..	2.9 1997	3.3 2003	6.0
슬로바키아	..	..	13.0 2003	13.6	..	..	7.1 2003	9.8
스페인	..	..	10.0 2003	10.2 2004	2.9 1988	3.3	3.7	4.2
스웨덴	..	..	..	..	..	..	..	..
스위스	..	..	..	..	..	11.1 1997	10.4	9.8
터키	..	1.9 1996	4.5 1999	6.5 2003	0.3 1988	0.6 1996	1.4 1999	2.7 2003
영국 <sup>d</sup>	..	5.0	6.1	8.4	..	..	3.9 2002	4.1
미국	..	..	..	..	..	..	..	..
최근 평균 <sup>e</sup>	..	..	..	19.9	..	..	..	6.2
전체 평균 (10,16) <sup>f</sup>	..	16.5	18.1	21.9	..	5.4	6.1	6.4

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115235187257>

a) 호주 자료는 2005년부터 Medicare에서 상환받을 수 있는 장비만을 포함하고 있음.

b) 독일 자료는 응급부문에 추가적으로 장비를 보유하고 있으나, 병원부문에 설치된 장비만을 포함하고 있음.

c) 그리스 자료(유방조영기)와 포르투갈 자료는 2005년부터 민간부문자료만 제출.

d) 영국에 대한 추정치를 제공하기 위해 사용한 잉글랜드와 웨일즈에서의 방사선치료장비에 대해 보정하지 않은 수치가 비례하여 증가해 왔음. 민간부문은 포함하지 않음.

e) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2002년 이후).

f) 유방조영기의 평균은 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 독일, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 한국, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아, 스페인, 스웨덴, 스위스와 미국을 제외하였음.

방사선장비의 평균은 캐나다, 덴마크, 그리스, 아일랜드, 일본, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아, 스웨덴, 영국과 미국을 제외하였음.

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.8. 1인당 의사진찰 건수, 1980-2005년

	1980	1990	2000	2005
호주	4.0	6.1	6.4	6.1
오스트리아	5.4	5.9	6.7	6.7 2004
벨기에	7.1	7.7	7.9	7.5
캐나다	5.6	6.7	6.3	6.0 2004
체코	12.4	11.8	12.6	13.2
덴마크 <sup>a</sup>	5.0	5.7	6.9	7.5 2004
핀란드	3.2	3.9	4.3	4.3
프랑스	4.2	5.9	6.8	6.6 2004
독일 <sup>b</sup>	..	5.3 1991	7.3	7.0 2004
그리스	2.6	2.5	2.5 1998	..
헝가리	..	..	11.1	12.6
아이슬란드	..	5.1	5.8	6.5
아일랜드	..	..	..	..
이탈리아 <sup>c</sup>	..	6.8 1991	6.1	7.0
일본	..	13.8	14.4	13.8 2004
한국	..	..	8.8 1999	11.8
룩셈부르크	..	..	6.1	6.1
멕시코	1.3	1.7	2.5	2.5 2004
네덜란드 <sup>c,d</sup>	4.9	5.5	5.9	5.4
뉴질랜드 <sup>c</sup>	3.7	..	4.4 2001	3.2 2003
노르웨이	..	..	..	..
폴란드	6.5	5.8	5.4	6.3
포르투갈 <sup>e</sup>	3.7	3.0	3.5	3.9
슬로바키아	..	..	15.0	11.3
스페인 <sup>c</sup>	..	6.5 1987	8.7 2001	9.5 2003
스웨덴	2.6	2.8	2.8	2.8
스위스 <sup>c</sup>	..	..	3.4 2002	3.4 2002
터키 <sup>g</sup>	1.2	1.5 1993	2.5	3.1 2004
영국 <sup>a,f</sup>	5.2	6.1	5.3	5.1
미국	..	..	3.7	3.8 2004
최근 평균 <sup>g</sup>	..	..	..	6.8
전체 평균 (20) <sup>h</sup>	..	5.9	6.4	6.5

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115245740015>

- a) 덴마크와 영국은 전화상담 진찰건수를 포함; 의사방문상담에 국한시키지 않았음.  
b) 독일 자료는 사회건강보험체계(Social Health Insurance Scheme)의 상환규제에 따라 이루어진 의사의 진료건수를 나타냄. 환자가 의사와 더 자주 진찰을 받았을 경우에도 3개월간 최초진찰만을 한 건으로 처리하고 있음.  
c) 이탈리아, 네덜란드, 뉴질랜드(2008년), 스페인과 스위스의 자료는 건강면접 서베이 자료를 제시함.  
d) 네덜란드의 자료는 모성 및 자녀관련 진찰(contacts for maternal and childcare)을 포함하지 않음.  
e) 포르투갈과 터키는 민간 의사(private practitioners) 방문 제외  
f) 영국은 독립부문에서의 전문의 진찰 혹은 병원 외래진료와 외부의 전문의 진찰을 포함하지 않음.  
g) 최근 평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2002년 이후).  
h) 전체 평균 산출시 그리스, 헝가리, 아일랜드, 한국, 룩셈부르크, 뉴질랜드, 노르웨이, 슬로바키아, 스위스와 미국 제외  
Source: OECD Health Data 2007.

표 A.4.9a. 병원 퇴원율(인구 100,000명당), 1995-2005년

	1990	1995	2000	2005
호주 <sup>a</sup>	16,483 <i>1993</i>	16,482	15,813	15,786 <i>2004</i>
오스트리아 <sup>b</sup>	22,704	23,955	28,449	27,765
벨기에	15,720 <i>1993</i>	15,884	17,329	16,887 <i>2004</i>
캐나다 <sup>a</sup>	12,899	11,047	9,401	8,751 <i>2004</i>
체코 <sup>c</sup>	..	20,568	20,953	23,690
덴마크 <sup>d</sup>	..	..	17,220	17,013
핀란드 <sup>a,b</sup>	21,745	24,566	26,663	25,751
프랑스 <sup>b</sup>	..	25,967 <i>1997</i>	26,802	26,780 <i>2004</i>
독일	..	18,163	19,559	20,149 <i>2004</i>
그리스 <sup>a</sup>	12,688	14,078	16,076	..
헝가리 <sup>b</sup>	..	..	24,071	25,623
아이슬란드	17,641	18,116	18,190	17,244
아일랜드 <sup>a</sup>	..	11,463	10,858	10,227
이탈리아 <sup>b</sup>	..	15,362 <i>1996</i>	15,632	15,822 <i>2004</i>
일본 <sup>c</sup>	9,682 <i>1993</i>	10,009 <i>1996</i>	10,434 <i>2001</i>	10,551
한국 <sup>a</sup>	6,536	7,710 <i>1994</i>	9,593 <i>2001</i>	13,173
룩셈부르크 <sup>a</sup>	..	17,618 <i>1998</i>	18,075	17,327
멕시코 <sup>a,d</sup>	..	4,838	5,165	5,129
네덜란드	10,212	10,230	9,265	10,414
뉴질랜드	..	..	14,058	13,075
노르웨이 <sup>a</sup>	14,542 <i>1993</i>	14,544	15,408	17,519
폴란드 <sup>d</sup>	..	..	17,406 <i>2003</i>	18,599
포르투갈	..	8,903	8,620	9,004
슬로바키아	..	19,112	19,607	19,804
스페인 <sup>a</sup>	9,501	10,512	11,183	10,838 <i>2004</i>
스웨덴 <sup>a</sup>	17,884	17,457	16,458	16,052
스위스	..	..	15,297 <i>2002</i>	15,898
터키	5,674	6,092	7,416	8,451 <i>2004</i>
영국 <sup>b</sup>	17,338	20,971	22,362	24,516
미국 <sup>a,b</sup>	12,423	11,661	11,380	12,093 <i>2004</i>
<b>최근 평균<sup>e</sup></b>	..	..	..	<b>16,342</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>f</sup></b>	..	<b>15,051</b>	<b>15,609</b>	<b>15,988</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115250855458>

a) 호주, 캐나다, 핀란드, 그리스, 아일랜드, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 스페인, 스웨덴과 미국은 병원에서 출생한 건강한 아기의 퇴원 제외

b) 오스트리아(2003년 이전), 핀란드, 프랑스, 헝가리(2004년 이전), 이탈리아(2004년 이후), 영국과 미국은 당일퇴원(same-day separations)을 포함하나, 다른 국가들은 제외된 자료임.

c) 체코와 일본은 병원간 후송을 포함하고 있으나, 다른 국가들에서는 제외된 자료임.

d) 덴마크, 멕시코와 폴란드 자료는 공공병원 자료에만 한정.

e) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음(2004년 이후).

f) 덴마크, 그리스, 헝가리, 뉴질랜드, 폴란드와 스위스 제외

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.9b. 질병별 병원퇴원율(인구 100,000명당), 1995년과 2005년

	순환기계통의 질환			호흡기계통의 질환			소화기계통의 질환		
	1995	2005		1995	2005		1995	2005	
호주	1,854	1,688	2004	1,512	1,371	2004	1,590	1,513	2004
오스트리아 <sup>a</sup>	3,382	3,698		1,761	1,796		2,164	2,440	
벨기에	2,235	2,179	2004	1,319	1,277	2004	1,768	1,704	2004
캐나다	1,533	1,224	2004	1,072	778	2004	1,282	931	2004
체코 <sup>b</sup>	3,039	3,712		1,751	1,559		2,153	2,214	
덴마크 <sup>c</sup>	..	2,161		..	1,438		..	1,372	
핀란드 <sup>a</sup>	3,891	3,552		2,387	1,903		1,817	1,873	
프랑스 <sup>a</sup>	2,286	1997 2,251	2004	1,496	1997 1,242	2004	2,997	1997 3,080	2004
독일	2,955	3,126	2004	1,223	1,231	2004	1,766	2,080	2004
그리스	2,010	..		1,169	..		1,561	..	
헝가리 <sup>a</sup>	..	4,606		..	2,193		..	1,996	
아이슬란드	1,902	1998 1,830		1,289	1998 983		..	1,351	
아일랜드	1,349	1,224		1,578	1,341		1,311	1,200	
이탈리아 <sup>a</sup>	2,381	1996 2,508	2004	1,100	1996 1,157	2004	1,782	1996 1,477	2004
일본 <sup>b</sup>	1,210	1996 1,330		894	1996 956		1,078	1996 1,069	
한국	437	1994 1,171		633	1994 956		895	1994 1,196	
룩셈부르크	2,265	1998 2,286		1,779	1998 1,443		1,660	1998 1,673	
멕시코 <sup>c</sup>	182	211		244	250		369	471	
네덜란드	1,589	1,528		704	731		890	916	
뉴질랜드 <sup>a</sup>	..	1,345		..	1,091		..	980	
노르웨이	2,194	2,467		1,158	1,531		1,006	1,238	
폴란드 <sup>c</sup>	..	3,024		..	1,558		..	1,766	
포르투갈	941	1,165		597	927		950	986	
슬로바키아	2,464	3,054		1,728	1,660		2,074	1,889	
스페인	1,055	1,359	2004	873	1,053	2004	1,152	1,291	2004
스웨덴	2,994	2,597		1,292	1,047		1,380	1,232	
스위스	..	1,680		..	856		..	1,323	
터키	695	1,220	2004	688	1,113	2004	605	896	2004
영국 <sup>a</sup>	1,907	1,886		1,468	1,458		2,166	2,481	
미국 <sup>a</sup>	2,121	2,101	2004	1,254	1,213	2004	1,138	1,219	2004
최근 평균 <sup>d</sup>	..	2,144		..	1,245		..	1,512	
전체 평균 (23) <sup>e</sup>	1,955	2,067		1,240	1,217		1,478	1,525	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115250855458>

a) 오스트리아(2003년 이전), 핀란드, 프랑스, 헝가리(2004년 이전), 이탈리아(2004년 이후), 영국과 미국은 당일퇴원(sameday separations)을 포함하나, 다른 국가들은 제외된 자료임.

b) 체코와 일본은 병입간 후송을 포함하고 있으나, 다른 국가들에서는 제외된 자료임.

c) 덴마크, 멕시코와 폴란드 자료는 공공 병원 자료에만 한정.

d) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2004년 이후).

e) 덴마크, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 뉴질랜드, 폴란드와 스위스 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

표 A.4.10a. 평균 재원일수(급성기 치료), 1990-2005년

	1990	1995	2000	2005
호주	7.2 <i>1989</i>	6.5	6.1	6.1 <i>2004</i>
오스트리아 <sup>a</sup>	9.3	7.9	6.9	5.9
벨기에	9.8 <i>1993</i>	9.4	7.7	7.1 <i>2004</i>
캐나다	7.4 <i>1994</i>	7.2	7.2	7.3 <i>2004</i>
체코	12.0	10.2	8.7	8.0
덴마크 <sup>b</sup>	6.4	4.1	3.8	3.5
핀란드 <sup>a</sup>	7.0	5.5	5.0	4.8
프랑스 <sup>a</sup>	7.0	6.2	5.6	5.4
독일	14.0 <i>1991</i>	11.4	9.7	8.6
그리스	7.5	6.4	6.2	6.0 <i>2003</i>
헝가리 <sup>a</sup>	9.9	9.2	7.1	6.3
아이슬란드	7.0	5.9	6.1	5.4
아일랜드	6.7	6.6	6.4	6.6
이탈리아 <sup>a</sup>	9.5 <i>1991</i>	8.4	7.0	6.8 <i>2004</i>
일본	..	33.2	24.8	19.8
한국	12.0	11.0	11.0	10.6 <i>2003</i>
룩셈부르크	..	7.9 <i>1998</i>	7.5	7.3
멕시코 <sup>b</sup>	4.2 <i>1993</i>	4.0	4.0	4.0
네덜란드 <sup>a</sup>	10.0	8.8	7.7	6.8
뉴질랜드	..	5.5 <i>1997</i>	4.9 <i>1998</i>	..
노르웨이	7.8	6.5	6.0	5.2
폴란드	12.5	10.8	8.9	6.5
포르투갈	8.4	7.9	7.7	7.1
슬로바키아	..	10.5 <i>1996</i>	8.5	7.3
스페인	9.6	8.8	7.1	6.7 <i>2004</i>
스웨덴	6.5	5.2	5.0	4.6
스위스	13.4	12.0	9.3	8.5
터키	6.0	5.7	5.4	5.2 <i>2002</i>
영국 <sup>a</sup>	8.0 <i>1991</i>	7.1	7.0	6.1
미국 <sup>a</sup>	7.3	6.5	5.8	5.6
<b>최근 평균<sup>c</sup></b>	..	..	..	<b>6.9</b>
<b>전체 평균 (26)<sup>d</sup></b>	<b>8.7</b>	<b>7.7</b>	<b>6.9</b>	<b>6.3</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/1527866217>

a) 오스트리아(2008년 이전), 핀란드, 프랑스, 헝가리(2004년 이전), 이탈리아(2004년 이후), 영국과 미국은 당일퇴원(same-day separations)을 포함하나, 다른 국가들은 제외된 자료임.

b) 덴마크와 멕시코 자료는 공공병원에 한정

c) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2002년 이후).

d) 일본, 룩셈부르크, 뉴질랜드와 슬로바키아 제외

Source: OECD Health Data 2007.

부록 A

표 A.4.10b. 질병별 평균 재원일수, 1995년과 2005년

	급성심근경색 (AMI)		뇌졸중		폐렴		정상분만	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
호주	7.7	6.3 2004	14.0	11.1 2004	7.8	6.7 2004	3.5	2.6 2004
오스트리아	16.4	8.4	17.7	14.4	..	9.9	6.5	4.3
벨기에	10.7	8.4 2004	19.6	14.3 2004	..	11.8 2004	5.4	4.5 2004
캐나다	9.0	7.3 2004	20.8	14.8 2004	8.1	7.6 2004	2.2	1.9 2004
체코	12.7	6.2	15.2	14.5	12.1	10.4	6.9	5.1
덴마크 <sup>a</sup>	..	5.3	..	9.9	..	7.0	..	2.9
핀란드	17.7	12.3	43.1	37.8	36.6 1996	24.2	4.1	3.5
프랑스	8.1 1997	6.9 2004	11.7 1997	11.7 2004	10.2 1997	9.8 2004	5.3 1997	4.6 2004
독일	17.0	9.7 2004	19.0	13.3 2004	..	11.1 2004	5.8	3.7 2004
그리스	8.0	..	13.0	..	..	..	4.0	4.0 2003
헝가리	12.7	7.1	..	8.1	..	9.3	6.2	6.2
아이슬란드	9.8 1994	7.3	11.8 1998	11.1	..	8.7	4.6 1994	2.1
아일랜드	10.5	10.7	21.3	22.4	11.8	11.4	4.4	3.0 2004
이탈리아	13.6 1994	8.4 2004	16.1 1994	13.1 2004	..	10.4 2004	5.3 1994	3.6 2004
일본	..	..	..	..	..	..	..	..
한국	12.6 1996	9.7	22.7 1996	32.5	7.8 1996	9.3	3.5 1995	2.9
룩셈부르크	10.7 1998	7.3	16.1 1998	13.3	10.0 1998	9.8	4.5 1998	4.2
멕시코 <sup>a</sup>	7.2	7.2	7.4	7.9	6.0	6.3	1.3	1.3
네덜란드	..	8.0	22.6	12.6	..	10.8	3.2	2.2
뉴질랜드	8.1	6.0	32.7 1994	8.9	..	4.9	2.8	2.1
노르웨이	8.3	5.0	14.9	10.3	..	7.7	4.4	3.4
폴란드 <sup>a</sup>	..	7.7	..	12.8	..	10.8	..	4.7
포르투갈	11.0	9.0	12.5	10.4	10.6	10.6	3.1	2.7
슬로바키아	15.5	8.1	16.3	11.5	13.6	10.2	7.8	5.7
스페인	12.4	9.2 2004	17.1	12.1 2004	11.4	9.3 2004	3.6	2.6 2004
스웨덴	7.6	5.3	15.1	11.8	6.6 1998	6.4	3.1	2.4
스위스	12.8	8.3	..	17.4	..	11.3	6.2	5.6
터키	..	..	8.3	7.6 2004	..	6.0 2004	1.9	1.7 2003
영국	8.7	8.7	30.2	23.4	..	11.6	2.4	1.5
미국	6.6	5.8 2004	7.4	5.8 2004	6.7	5.5 2004	1.5	2.0 2004
<b>최근 평균<sup>b</sup></b>	..	<b>7.8</b>	..	<b>14.1</b>	..	<b>9.6</b>	..	<b>3.3</b>
<b>전체 평균<sup>c</sup></b>	<b>11.1</b>	<b>7.9</b>	<b>18.1</b>	<b>14.4</b>	<b>11.4</b>	<b>9.8</b>	<b>4.2</b>	<b>3.3</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115278656217>

- a) 덴마크, 멕시코와 폴란드 자료는 공공병원에 한정
  - b) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2008년 이후).
  - c) 1995년과 2005년 자료 불대응가능한 국가를 포함.
- Source: OECDHealth Data 2007.



표 A.4.11. 심혈관수술건수(인구 100,000명당), 1990-2005년

	관상동맥우회술 (CABG)				관상동맥성형술			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
호주	61.1	94.9	89.4	72.3 <i>2004</i>	28.7	62.8	114.4	163.4 <i>2004</i>
오스트리아	..	55.3 <i>1997</i>	56.7	51.2	..	121.1 <i>1997</i>	174.8	..
벨기에	..	..	158.9 <i>2002</i>	152.1 <i>2004</i>	..	97.8	262.1	421.8 <i>2004</i>
캐나다	..	..	..	91.4 <i>2004</i>	..	..	..	137.6 <i>2004</i>
체코	..	23.0	64.3	75.9	..	..	..	207.1
덴마크	20.1	41.5	120.0	82.0	17.5 <i>1992</i>	29.8	106.8	193.6
핀란드	38.4	84.9	93.1	63.1	13.1	35.3	66.4	123.6
프랑스	..	36.0 <i>1993</i>	40.5	..	..	34.8 <i>1993</i>	146.2	..
독일	41.3	71.9	93.6	81.7	53.4	133.3	219.5	328.6
그리스	18.9	59.6	..	..	23.4 <i>1993</i>	37.0	85.0	122.9 <i>2002</i>
헝가리	..	..	91.4	133.9	1.6 <i>1992</i>	6.4 <i>1993</i>	46.5	325.5
아이슬란드	54.2	72.9	60.8	51.0	51.4	127.2	160.7	229.5
아일랜드	..	25.9	34.2	46.4	..	18.1	86.6	88.9
이탈리아	..	33.8 <i>1996</i>	48.5	45.1 <i>2004</i>	..	29.3 <i>1994</i>	87.7	111.6 <i>2004</i>
일본	..	..	..	..	..	..	..	..
한국	..	..	..	5.9 <i>2004</i>	..	..	..	..
룩셈부르크	..	..	40.8	62.4	..	..	125.6	179.3
멕시코	..	0.5	1.3	2.6	..	0.3	0.9	1.6
네덜란드	61.5	62.7	59.4	57.4	42.2 <i>1992</i>	64.6	69.1	92.6 <i>2003</i>
뉴질랜드	..	68.4 <i>1996</i>	103.3	83.3 <i>2004</i>	..	54.3 <i>1994</i>	73.9	104.0 <i>2004</i>
노르웨이	..	72.7 <i>1996</i>	76.1	88.5 <i>2004</i>	..	49.4 <i>1993</i>	117.2	231.8 <i>2004</i>
폴란드	..	8.0 <i>1993</i>	38.7 <i>2003</i>	56.0	4.4 <i>1992</i>	4.8 <i>1993</i>	19.0 <i>1997</i>	222.9
포르투갈	13.6 <i>1993</i>	19.6	22.9	22.3	4.7 <i>1993</i>	14.6	45.5	74.5
슬로바키아	..	..	..	..	..	..	..	..
스페인	11.2	17.9	25.0	30.0	12.7 <i>1991</i>	31.4	93.4	218.1
스웨덴	50.6	71.7	72.7	53.9	12.8	54.7	92.6	172.6
스위스	..	..	39.9 <i>2002</i>	28.1	45.7 <i>1992</i>	65.1 <i>1993</i>	77.8 <i>2002</i>	105.8
터키	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	31.4	46.7	58.0	51.4	11.6	31.0	71.2	123.2
미국	157.1	215.2	183.8	145.4 <i>2004</i>	114.2	162.7	363.2	433.7 <i>2004</i>
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>65.3</b>	..	..	..	<b>183.9</b>
<b>전체 평균 (11)<sup>b</sup></b>	<b>49.1</b>	<b>72.7</b>	<b>79.9</b>	<b>64.6</b>	<b>32.9</b>	<b>67.9</b>	<b>127.5</b>	<b>195.8</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115306265080>

Note: 자료는 입원 수술에만 한정. 외래에서 이루어진 경피적 관상동맥성형술은 포함하지 않음(많은 국가에서 전체 수술율에서 차지하는 비중이 커지고 있음).

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2002년 이후).

b) 오스트리아, 덴마크, 핀란드, 독일, 아이슬란드, 네덜란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 영국과 미국 포함.

Source: OECD Health Data 2007.

## 부록 A

표 A.4.13. 출생아 100명당 제왕절개술 건수, 1990-2005년

	1990	1995	2000	2005	
호주	17.5	19.2	23.1	29.1	2004
오스트리아	..	12.4	17.2	24.4	
벨기에	10.5	13.5	16.3	17.8	2004
캐나다	..	17.5	20.9	25.3	2004
체코	7.6	11.2	12.9	17.1	
덴마크	12.4	12.5	14.7	19.4	
핀란드	13.7	15.8	16.0	16.4	
프랑스	13.9	15.2	1993 17.1	..	
독일	15.7	17.2	20.9	26.7	
그리스	..	..	..	..	
헝가리	..	13.6	20.1	29.1	
아이슬란드	11.8	14.1	17.7	15.6	
아일랜드	10.5	13.4	20.7	24.5	2004
이탈리아	20.8	26.1	33.3	37.5	2004
일본	..	..	..	..	
한국	..	..	39.6	2001 35.2	2004
룩셈부르크	16.5	16.4	21.8	27.5	
멕시코	..	25.3	32.0	39.3	
네덜란드	7.4	9.7	11.9	13.6	2004
뉴질랜드	12.1	15.1	20.2	22.2	2004
노르웨이	12.8	12.6	13.7	15.2	2004
폴란드	..	15.2	16.1	1997 ..	
포르투갈 <sup>a</sup>	19.5	1993 21.6	23.9	27.8	
슬로바키아	8.7	11.5	14.7	20.7	
스페인	14.2	18.8	21.5	23.6	2003
스웨덴	10.8	12.0	15.2	17.2	2003
스위스	18.6	..	24.2	2002 26.7	
터키	..	13.6	1998 13.6	1998 ..	
영국	11.6	15.8	22.3	23.3	
미국	22.7	20.8	22.9	29.1	2004
최근 평균 <sup>b</sup>	..	..	..	24.2	
전체 평균 (19) <sup>c</sup>	13.5	15.6	19.1	22.3	

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115317683027>

a) 포르투갈에서 출생하는 공공병원(본국만을 포함하고 있어 제왕절개술이 과다추경 되었음.

b) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음(2002년 이후).

c) 오스트리아, 캐나다, 프랑스, 그리스, 헝가리, 일본, 한국, 멕시코, 폴란드, 스위스와 터키 제외

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.4.14. 백내장수술 건수(인구 100,000명당, 입원 및 외래환자), 1995-2005년

	1995			2000			2005		
	입원수술	외래수술	전체	입원수술	외래수술	전체	입원수술	외래수술	전체
호주	..	..	..	113.4	599.8	713.1	67.4 2004	787.8 2004	855.3 2004
오스트리아	465.4 1997	..	..	571.8	..	..	697.9	..	..
벨기에	552.6	..	..	359.4	888.4	1247.7	163.7 2004	1436.3 2004	1600.0 2004
캐나다	99.3	..	..	22.3	1414.4	1436.6	7.5 2004	..	..
체코	..	..	..	331.5	..	..	410.6	..	..
덴마크	133.1 1996	222.2 1996	355.3 1996	85.1	327.8	412.9	19.7	502.4	522.2
핀란드	304.8	152.5	457.3	116.3	529.5	645.8	29.9	764.6	794.5
프랑스	388.2 1993	42.1 1993	430.3 1993	497.5	230.6	728.2	..	..	..
독일	..	..	..	..	..	..	..	..	..
그리스	..	..	333.5 1996	..	..	611.9	..	..	878.9 2003
헝가리	..	..	..	..	..	698.7	827.3	2.9	830.3
아이슬란드	..	..	..	54.4 1998	204.9 1998	259.3 1998	..	..	740.2
아일랜드	316.3	38.7	355.0	303.6	128.9	432.5	111.4	139.6	251.1
이탈리아	339.8 1996	20.5 1996	360.3 1996	415.9	250.6	666.5	164.3 2004	582.9 2004	747.2 2004
일본	..	..	..	..	..	..	..	..	..
한국	..	..	..	..	..	..	..	..	444.6 2004
룩셈부르크	..	..	589.5 1996	505.8	209.9	715.8	635.2	314.1	949.2
멕시코	2.5	24.0	26.4	7.2	30.7	37.8	17.5	37.3	54.7
네덜란드	274.4	115.9	390.3	95.4	457.9	553.3	25.4	736.5	761.9
뉴질랜드	..	..	..	25.6	218.4	243.9	17.7 2004	188.8 2004	206.5 2004
노르웨이	..	..	..	65.4	448.8	514.2	32.6 2004	455.1 2004	487.7 2004
폴란드	..	..	..	212.1 2003	..	..	304.4	..	..
포르투갈	99.5	0.1	99.6	132.4	13.2	145.6	134.6	153.3	287.9
슬로바키아	..	..	..	..	..	..	..	..	..
스페인	362.8 1997	..	..	235.0	..	..	101.5	892.9	994.5
스웨덴	33.5 1998	..	..	25.5 2001	614.9 2001	640.4 2001	22.9 2003	871.6 2003	894.5 2003
스위스	..	..	..	225.5 2002	251.4 2002	476.9 2002	112.2	317.0	429.1
터키	..	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	196.1	141.9	338.0	95.3	451.7	546.9	43.1	583.8	626.9
미국	6.8	..	..	2.7	..	..	3.3 2004	..	..

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115360252350>

Note: 백내장수술 등록방법과 보건의료서비스에 대한 보장수준특히민간병원과 응급부문에서 수행되는 활동에 차이가 있어 국가간 차이의 원인이 되므로 해석하는데 주의가 필요하다.

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.5.1a. 1인당 의료비(USD PPP), 1980-2005년

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주	697	1,307	2,397	2,541	2,724	2,892	3,128	3,128 2004-05
오스트리아	769	1,327	2,825	2,898	3,018	3,236	3,418	3,519
벨기에	636	1,341	2,301	2,452	2,631	3,080	3,290 e	3,389 e
캐나다	780	1,738	2,509	2,727	2,867	3,006	3,161	3,326
체코	..	570	971	1,055	1,199	1,353	1,413	1,479
덴마크	883	1,521	2,381	2,561	2,656	2,793	2,972 e	3,108 e
핀란드	582	1,392	1,717	1,861	2,012	2,045	2,202	2,331
프랑스	677	1,499	2,487	2,649	2,795	3,011	3,191	3,374
독일	950	1,933 1992	2,634	2,754	2,886	3,129	3,169	3,287
그리스	486	843	1,950	2,178	2,364	2,616	2,669	2,981
헝가리	..	600 1991	857	977	1,115	1,291 e	1,337 e	1,337 2004e
아이슬란드	733	1,619	2,697	2,775	3,036	3,161	3,331	3,443
아일랜드	519	796	1,822	2,151	2,368	2,536	2,742	2,926
이탈리아	..	1,380	2,078	2,188	2,278	2,281	2,437	2,532
일본	583	1,121	1,967	2,080	2,138	2,243 e	2,358 e	2,358 2004e
한국	159 1983	356	780	932	977	1,051	1,138	1,318
룩셈부르크	640	1,532	2,984	3,270	3,729	4,727	5,352 e	5,352 2004e
멕시코	..	306	506	548	578	608	655	675
네덜란드	755	1,434	2,258	2,525	2,775	2,910 e	3,094 e	3,094 2004e
뉴질랜드	509	991	1,605	1,709	1,850	1,911	2,148 e	2,343 e
노르웨이	676	1,392	3,082	3,293	3,616	3,872	4,103	4,364
폴란드	..	296	590	647	734	754	814	867 e
포르투갈	292	673	1,625	1,685	1,783	1,832 e	1,896 e	2,033 e
슬로바키아	..	..	595	642	716	798	1,061	1,137
스페인	363	872	1,520	1,617	1,723	1,954	2,099 e	2,255 e
스웨덴	938	1,581	2,272	2,409	2,593	2,760	2,827	2,918
스위스	1,030	2,028	3,181	3,371	3,650	3,861	4,045	4,177
터키	76	168	451	461	484	514	562	586
영국	482	989	1,859	2,034	2,228	2,328	2,560	2,724
미국	1,068	2,738	4,569	4,917	5,306	5,684	6,037	6,401
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>2,759</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>637</b>	<b>1,300</b>	<b>2,245</b>	<b>2,410</b>	<b>2,592</b>	<b>2,798</b>	<b>2,979</b>	<b>3,114</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

e: 임시추정치

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음.

b) 체코, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드와 슬로바키아 제외

Source: OECD Health Data 2007.

표 A.5.1b. 1인당 공공의료비(USD PPP), 1980-2005년

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주	439	877	1,640	1,715	1,839	1,952	2,110	2,110 <i>2004-05</i>
오스트리아	529	976	2,144	2,195	2,276	2,438	2,582	2,665
벨기에	..	..	1,750	1,878	1,979	2,205	2,404 e	2,451 e
캐나다	590	1,296	1,766	1,909	1,994	2,110	2,220	2,337
체코	..	555	877	947	1,085	1,215	1,259	1,310
덴마크	775	1,258	1,963	2,117	2,203	2,353	2,506 e	2,614 e
핀란드	460	1,126	1,290	1,412	1,536	1,558	1,700	1,813
프랑스	542	1,148	1,948	2,075	2,197	2,389	2,534	2,693
독일	747	1,575 <i>1992</i>	2,098	2,184	2,286	2,462	2,437	2,527
그리스	270	453	862	1,032	1,111	1,214	1,190	1,277
헝가리	..	534 <i>1991</i>	606	674	783	921 e	942 e	942 <i>2004e</i>
아이슬란드	647	1,402	2,211	2,273	2,512	2,607	2,746	2,842
아일랜드	423	571	1,329	1,584	1,791	1,945	2,143	2,281
이탈리아	..	1,097	1,507	1,633	1,697	1,703	1,847	1,938
일본	416	870	1,599	1,699	1,742	1,828 e	1,927 e	1,927 <i>2004e</i>
한국	41 <i>1983</i>	130	365	494	504	546	598	698
룩셈부르크	594	1,426	2,665	2,874	3,367	4,281	4,851 e	4,851 <i>2004e</i>
멕시코	..	124	235	246	254	268	304	307
네덜란드	523	962	1,424	1,586	1,733	1,733 <i>2002</i>	1,733 <i>2002</i>	1,733 <i>2002</i>
뉴질랜드	448	816	1,252	1,306	1,441	1,497	1,665 e	1,829 e
노르웨이	576	1,153	2,542	2,752	3,019	3,241	3,428	3,647
폴란드	..	271	413	465	522	527	558	601 e
포르투갈	188	441	1,179	1,205	1,288	1,344 e	1,358 e	1,478 e
슬로바키아	..	..	532	574	638	705	782	846
스페인	290	687	1,089	1,151	1,228	1,373	1,487 e	1,609 e
스웨덴	868	1,421	1,929	2,045	2,207	2,357	2,391	2,469
스위스	..	1,062	1,769	1,926	2,113	2,258	2,367	2,493
터키	22	102	284	314	341	368	406	418
영국	431	827	1,503	1,687	1,857	1,993	2,209	2,371
미국	439	1,080	1,995	2,191	2,372	2,528	2,698	2,884
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>1,999</b>
<b>전체 평균 (22)<sup>b</sup></b>	<b>466</b>	<b>936</b>	<b>1,594</b>	<b>1,718</b>	<b>1,857</b>	<b>2,005</b>	<b>2,133</b>	<b>2,231</b>

e: 임시추정치

a) 평균은 모든 국가의 이용가능한 최신판 자료로 산출되었음.

b) 벨기에, 체코, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아와 스위스 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>



## 부록 A

표 A.5.1c. 1인당 총의료비, 공공의료비 및 GDP의 연평균 실질증가율(1995-2005년)과 1995년 대비 2005년 실질증가율

	1인당 총의료비		1인당 공공의료비		1인당 GDP	
	연평균 실질증가율	1995 대비 2005 실질 증가율	연평균 실질증가율	1995 대비 2005 실질 증가율	연평균 실질증가율	1995 대비 2005 실질 증가율
호주* (1995-2004)	4.7	151	4.2	145	2.5	125
오스트리아	2.4	127	3.0	134	2.0	121
벨기에*	3.2	136	2.8	132	1.7	119
캐나다*	3.2	136	3.0	134	2.3	126
체코*	2.5	127	2.3	125	2.7	130
덴마크*	2.8	132	2.9	133	1.7	119
핀란드	3.5	141	3.8	145	3.4	139
프랑스*	2.3	126	2.4	127	1.6	118
독일	1.8	119	1.2	113	1.2	113
그리스*	4.7	158	5.1	165	3.4	140
헝가리* (1995-2004)	4.9	153	3.6	137	4.4	148
아이슬란드	5.0	163	4.8	160	3.4	140
아일랜드	7.2	200	8.0	217	6.0	178
이탈리아	3.2	136	4.0	148	1.1	111
일본* (1995-2004)	2.6	126	2.5	125	0.9	108
한국	7.6	208	11.9	308	3.7	144
룩셈부르크* (1995-2004)	7.6	193	7.5	191	3.6	137
멕시코*	3.6	142	4.7	158	2.1	123
네덜란드*, <sup>a</sup> (1995-2004)	3.0	131	2.1	115	2.1	122
뉴질랜드	4.3	152	4.4	154	1.9	121
노르웨이*	3.4	139	3.7	144	2.3	126
폴란드*	5.2	166	4.8	160	4.3	153
포르투갈*	3.8	145	4.6	156	1.7	118
슬로바키아* (1997-2005)	3.7	133	3.3	129	3.4	131
스페인*	3.0	135	3.1	136	2.7	130
스웨덴	3.8	145	3.5	142	2.6	129
스위스	2.8	132	3.9	147	1.0	110
터키 (1999-2005)	6.3	144	9.1	168	3.4	122
영국	4.2	151	4.6	157	2.4	127
미국	3.6	143	3.6	142	2.2	124
<b>평균</b>	<b>4.0</b>	<b>146</b>	<b>4.3</b>	<b>152</b>	<b>2.6</b>	<b>128</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

\* 표 A.5.1c부터 표 A.5.1e까지의 성장률은 보건지출 연속자료(series)에서 존재하는 결손분을 고려하여 보정하였음. 연속자료 결손분은 보건계정체계(System of Health Accounts) 채택으로 인한 대부분 방법론상 변화로 인한 것임(Annex B 참조). 보건부문 영역에 대한 개정으로 인해 채택시점에서 보건의료지출의 수준변경(level shift)이 초래됨. 이러한 효과를 제거하기 위해, 연속자료 결손이 발생한 해의 실질증가율은 이전 해와 다음 해의 평균 성장률인 것으로 가정해 왔음.

a) 네덜란드의 공공지출은 1995-2002년 기간임.

Source: OECD Health Data 2007.



표 A.5.1d. 1인당 의료비의 연간 실질증가율, 1995-2005년

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
호주	4.8	4.3	4.9	5.3 *	5.6	4.4	4.5	3.5	5.1	..
오스트리아	2.5	3.8	5.6	2.8	1.0	1.2	2.0	1.9	2.6	0.8
벨기에	3.3	1.3	3.0	5.9	3.9	1.7	3.7	4.0 *	4.2	0.7
캐나다	-1.8	2.8	6.4	2.8	3.4	6.1	5.0	2.6	2.3	2.1
체코	-0.2	-1.3	-1.2	0.4	2.8 *	5.1	8.2	5.0 *	1.8	4.4
덴마크	3.3	2.0	3.9	4.0	0.7	4.0	2.5	3.0 *	3.5	1.4
핀란드	5.3	0.9	-0.7	2.2	1.9	4.6	6.0	5.7	4.1	5.1
프랑스	0.6	0.4	2.3	3.3	2.6	2.4	3.3	3.2 *	3.0	2.0
독일	3.6	0.0	2.1	2.7	3.0	2.5	1.7	1.4	-0.8	1.8
그리스	1.2	1.6	1.9	6.0	8.0 *	10.0	2.4	7.8	0.3	8.0
헝가리	-2.2	1.2	3.1 *	5.0	2.3	7.6	10.4	14.2	3.0	..
아이슬란드	3.7	3.3	11.9	11.9	1.5	0.9	7.7	5.0	3.6	1.1
아일랜드	4.7	8.7	4.4	10.1	8.5	15.4	6.9	5.0	5.0	3.6
이탈리아	2.3	5.5	2.2	2.7	7.0	3.4	1.7	0.1	5.1	1.8
일본	5.0	0.5	1.9	3.2	4.6	3.3	0.4	2.8	2.1	..
한국	9.7	3.0	-7.3	17.4	11.2	16.7	4.3	5.4	5.2	12.5
룩셈부르크	2.4	3.5	6.5	9.9	7.9	10.3	9.3	9.4 *	9.4	..
멕시코	-6.1	7.9	7.3 *	6.7	4.4	5.8	2.7	3.0	4.8	0.0
네덜란드	1.5	0.4	2.4 *	4.3	1.5	5.5	6.3	2.9	2.5	..
뉴질랜드	1.2	3.2	5.5	3.0	2.7	4.4	7.6	-0.2	10.2	5.5
노르웨이	3.9	8.2 *	12.4	2.2	-7.4	6.1	12.3	2.7	-0.5	-4.3
폴란드	13.9	2.1	10.6	1.4	1.4	7.4	4.9 *	2.4	4.7	3.9
포르투갈	7.0	4.2	1.4	6.9	4.0 *	1.0	2.0	6.2	1.5	4.0
슬로바키아	..	..	1.9	1.5	-3.4	4.0	6.2	8.9	6.5 *	4.1
스페인	2.4	1.8	3.9	4.2	2.7	2.9	1.4	2.9 *	4.3	3.9
스웨덴	4.3	0.3	5.2	5.6	4.1	5.3	6.4	3.1	1.5	2.4
스위스	4.4	1.9	4.2	2.1	2.9	5.1	1.6	2.0	2.2	1.9
터키	..	..	..	..	8.6	3.0	5.3	7.0	9.6	4.3
영국	3.0	0.5	3.6	6.6	5.2	5.4	4.2	3.7	6.2	4.1
미국	2.1	2.2	3.0	3.4	3.6	5.1	6.0	4.9	3.3	2.9
<b>평균</b>	<b>3.1</b>	<b>2.6</b>	<b>3.9</b>	<b>4.9</b>	<b>3.5</b>	<b>5.4</b>	<b>4.9</b>	<b>4.3</b>	<b>3.9</b>	<b>3.1</b>

\* 표 A.5.1c, 주석 참조

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

## 부록 A

표 A.5.1e. 1인당 공공의료비의 연간 실질증가율, 1995-2005년

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
호주	4.0	6.8	4.2	3.7 *	3.1	3.0	4.5	3.4	5.1	..
오스트리아	1.0	11.2	5.9	3.3	0.7	1.0	1.5	1.8	2.9	1.0
벨기에	4.5	-2.0	2.3	5.6	3.8	2.4	1.8	4.1 *	6.4	-0.3
캐나다	-2.5	1.9	7.1	1.8	3.9	5.6	4.3	3.6	2.3	2.2
체코	-0.4	-1.7	-1.0	0.4	2.5 *	4.5	9.0	5.1 *	1.1	3.8
덴마크	3.2	1.8	3.6	4.3	0.9	4.3	2.8	3.2 *	3.6	1.1
핀란드	5.6	1.3	-0.4	0.9	1.7	5.7	6.6	5.5	5.5	5.8
프랑스	0.4	0.5	2.3	2.9	2.6	2.5	3.7	3.4 *	3.0	2.6
독일	4.4	-1.6	1.2	2.3	2.9	2.1	1.6	0.7	-3.1	1.8
그리스	3.0	1.4	0.4	8.8	13.4 *	17.9	1.5	6.4	-3.6	3.8
헝가리	-5.0	0.8	1.3 *	1.7	0.0	4.9	12.4	16.0	1.8	..
아이슬란드	2.8	1.8	10.7	14.5	0.2	0.8	8.8	4.7	3.6	1.2
아일랜드	3.8	12.5	4.1	8.9	8.8	16.4	9.8	6.5	6.9	3.4
이탈리아	2.0	5.9	1.5	3.2	9.7	6.4	1.5	0.3	6.7	2.8
일본	4.7	-1.0	1.0	3.6	4.9	3.8	0.1	2.8	2.5	..
한국	19.4	9.8	4.4	18.0	11.0	32.1	1.6	6.0	6.6	13.3
룩셈부르크	2.8	3.1	6.4	6.8	7.3	8.5	12.3	10.9 *	9.5	..
멕시코	-7.7	16.5	13.7 *	10.8	1.7	2.0	0.4	3.6	10.1	-2.0
네덜란드	-5.4	2.9	2.5 *	2.0	2.1	5.0	5.7	2.9	2.5	..
뉴질랜드	0.6	4.0	5.1	3.6	3.4	2.3	9.6	0.4	9.1	6.2
노르웨이	3.8	8.8 *	13.7	2.6	-7.5	7.4	12.2	3.0	-0.7	-4.2
폴란드	14.7	0.1	0.5	10.4	-0.2	10.3	5.5 *	0.6	2.7	5.0
포르투갈	11.5	4.9	3.6	7.7	3.6 *	-0.5	3.1	7.9	-0.9	5.5
슬로바키아	..	..	1.8	-0.6	-3.7	3.9	5.9	8.0	6.5 *	5.0
스페인	2.7	2.0	3.5	3.9	2.1	2.3	1.5	3.4 *	5.2	4.6
스웨덴	4.6	-1.0	5.1	5.5	3.1	5.3	6.7	3.4	0.5	2.4
스위스	6.2	2.8	3.6	2.9	3.4	7.9	3.0	3.0	2.3	4.0
터키	..	..	..	..	11.8	11.7	8.7	8.8	10.6	3.1
영국	1.9	-2.6	3.6	7.0	5.6	8.1	4.6	6.5	7.1	5.0
미국	2.2	1.5	0.6	2.2	4.0	7.2	6.4	4.4	3.8	3.7
<b>평균</b>	<b>3.2</b>	<b>3.3</b>	<b>3.9</b>	<b>5.1</b>	<b>3.6</b>	<b>6.5</b>	<b>5.2</b>	<b>4.7</b>	<b>4.0</b>	<b>3.2</b>

\* 표 A.5.1c, 주석 참조

Source: OECDHealth Data 2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

표 A.5.2a. GDP 대비 국민의료비비율(%), 1985-2005년

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주	6.8	7.5	8.8	8.9	9.1	9.2	9.5	9.5 2004-05
오스트리아	7.5	7.0	10.0	10.0	10.1	10.2	10.3	10.2
벨기에	6.3	7.2	8.6	8.7	9.0	10.1	10.2 e	10.3 e
캐나다	7.0	8.9	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8
체코	..	4.7	6.5	6.7	7.1	7.4	7.3	7.2
덴마크	8.9	8.3	8.3	8.6	8.8	9.1	9.2 e	9.1 e
핀란드	6.3	7.7	6.6	6.7	7.0	7.3	7.4	7.5
프랑스	7.0	8.4	9.6	9.7	10.0	10.9	11.0	11.1
독일	8.4	9.6 1992	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6	10.7
그리스	5.1	5.8	9.3	9.8	9.7	10.0	9.6	10.1
헝가리	..	7.0 1991	6.9	7.2	7.6	8.3 e	8.1 e	8.1 2004e
아이슬란드	6.3	7.8	9.3	9.2	10.0	10.3	10.0	9.5
아일랜드	8.3	6.1	6.3	7.0	7.2	7.3	7.5	7.5
이탈리아	..	7.7	8.1	8.2	8.3	8.3	8.7	8.9
일본	6.5	6.0	7.7	7.9	8.0	8.1 e	8.0 e	8.0 2004e
한국	4.1 1983	4.3	4.8	5.4	5.3	5.4	5.5	6.0
룩셈부르크	5.2	5.4	5.8	6.4	6.8	7.8	8.3 e	8.3 2004e
멕시코	..	4.8	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5	6.4
네덜란드	7.5	8.0	8.0	8.3	8.9	9.1 e	9.2 e	9.2 2004e
뉴질랜드	5.9	6.9	7.7	7.8	8.2	8.0	8.6 e	9.0 e
노르웨이	7.0	7.6	8.4	8.8	9.8	10.0	9.7	9.1
폴란드	..	4.8	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2 e
포르투갈	5.3	5.9	8.8	8.8	9.0	9.7 e	9.8 e	10.2 e
슬로바키아	..	..	5.5	5.5	5.6	5.9	7.2	7.1
스페인	5.3	6.5	7.2	7.2	7.3	7.9	8.1 e	8.2 e
스웨덴	9.0	8.3	8.4	8.7	9.1	9.3	9.1	9.1
스위스	7.4	8.3	10.4	10.9	11.1	11.5	11.5	11.6
터키	3.3	3.6	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7	7.6
영국	5.6	6.0	7.3	7.5	7.7	7.8	8.1	8.3
미국	8.8	11.9	13.2	13.9	14.7	15.2	15.2	15.3
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>9.0</b>
<b>전체 평균 (24)<sup>b</sup></b>	<b>6.6</b>	<b>7.2</b>	<b>8.3</b>	<b>8.6</b>	<b>8.9</b>	<b>9.3</b>	<b>9.3</b>	<b>9.4</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115422448016>

e: 임시추정치

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음.

b) 체코, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드와 슬로바키아 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.5.2b. GDP 대비 공공의료비 비율(%), 1985-2005년

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
호주	4.3	5.1	6.0	6.0	6.2	6.2	6.4	6.4 <i>2004-05</i>
오스트리아	5.1	5.1	7.6	7.6	7.6	7.7	7.8	7.7
벨기에	..	..	6.6	6.7	6.7	7.2	7.5 e	7.4 e
캐나다	5.3	6.6	6.2	6.5	6.7	6.8	6.8	6.9
체코	..	4.6	5.9	6.0	6.4	6.7	6.5	6.4
덴마크	7.9	6.9	6.8	7.1	7.3	7.7	7.8 e	7.7 e
핀란드	5.0	6.2	4.9	5.1	5.4	5.6	5.7	5.9
프랑스	5.6	6.4	7.5	7.6	7.9	8.6	8.7	8.9
독일	6.6	7.8 <i>1992</i>	8.2	8.3	8.4	8.5	8.1	8.2
그리스	2.8	3.1	4.1	4.7	4.6	4.7	4.3	4.3
헝가리	..	6.3 <i>1991</i>	4.9	4.9	5.3	5.9 e	5.7 e	5.7 <i>2004e</i>
아이슬란드	5.5	6.8	7.6	7.5	8.3	8.5	8.3	7.9
아일랜드	6.8	4.4	4.6	5.1	5.4	5.6	5.8	5.8
이탈리아	..	6.1	5.8	6.1	6.2	6.2	6.6	6.8
일본	4.7	4.6	6.2	6.5	6.5	6.6 e	6.6 e	6.6 <i>2004e</i>
한국	1.1 <i>1983</i>	1.6	2.2	2.9	2.7	2.8	2.9	3.2
룩셈부르크	4.8	5.0	5.2	5.6	6.1	7.0	7.5 e	7.5 <i>2004e</i>
멕시코	..	2.0	2.6	2.7	2.7	2.8	3.0	2.9
네덜란드	5.2	5.4	5.0	5.2	5.5	5.5 <i>2002</i>	5.5 <i>2002</i>	5.5 <i>2002</i>
뉴질랜드	5.1	5.7	6.0	6.0	6.4	6.3	6.7 e	7.0 e
노르웨이	5.9	6.3	6.9	7.4	8.2	8.4	8.1	7.6
폴란드	..	4.4	3.9	4.2	4.5	4.4	4.3	4.3 e
포르투갈	3.4	3.8	6.4	6.3	6.5	7.1 e	7.0 e	7.4 e
슬로바키아	..	..	4.9	4.9	5.0	5.2	5.3	5.3
스페인	4.2	5.1	5.2	5.2	5.2	5.5	5.7 e	5.9 e
스웨덴	8.3	7.5	7.1	7.4	7.8	7.9	7.7	7.7
스위스	..	4.3	5.8	6.2	6.5	6.7	6.8	6.9
터키	1.0	2.2	4.2	5.1	5.2	5.4	5.6	5.4
영국	5.0	5.0	5.9	6.2	6.4	6.7	6.9	7.2
미국	3.6	4.7	5.8	6.2	6.6	6.7	6.8	6.9
최근 평균 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	..	..	6.4
<b>전체 평균 (22)<sup>b</sup></b>	<b>4.9</b>	<b>5.2</b>	<b>5.9</b>	<b>6.2</b>	<b>6.4</b>	<b>6.6</b>	<b>6.7</b>	<b>6.7</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115422448016>

e: 임시추정치

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음.

b) 벨기에, 체코, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아와 스위스 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

표 A.5.3. 기능별 경상의료비, 2005년

	개인 의료서비스	개인의료서비스 중에서:			의료재화	집단 의료서비스	집단의료서비스 중에서:	
		치료-재활	장기요양	보조서비스			예방 및 공중보건	보건행정과 보험
호주 (2004-05)	77	64	7	5	18	4	2	3
오스트리아	78	63	13	2	16	6	2	4
벨기에	72	53	15	4	19	8	2	6
캐나다 <sup>a</sup>	68	47	14	6	21	11	6	4
체코	65	49	3	12	30	5	2	3
덴마크	82	57	22	3	14	4	2	2
핀란드 <sup>b</sup>	72	65	6	0	20	6	4	2
프랑스	69	57	9	4	22	9	2	7
독일	71	54	12	5	20	9	3	6
그리스	..	..	..	..	..	..	..	..
헝가리 (2004)	58	50	4	4	35	7	5	1
아이슬란드	82	65	17	0	16	2	1	2
아일랜드	..	..	..	..	..	..	..	..
이탈리아	78	..	..	..	21	1	1	0
일본 (2004)	75	57	18	1	21	4	2	2
한국	63	63	1	0	31	6	2	4
룩셈부르크 (2004)	79	56	17	6	12	10	1	9
멕시코 <sup>a</sup>	62	..	..	..	22	14	3	11
네덜란드	73	57	14	2	18	9	5	5
뉴질랜드	77	55	15	7	13	10	6	4
노르웨이	83	50	26	7	14	3	2	1
폴란드	64	53	7	4	32	4	2	2
포르투갈	72	61	1	10	25	3	2	1
슬로바키아	52	46	1	6	41	6	2	4
스페인	69	58	7	4	26	5	2	3
스웨덴	83	..	..	..	15	1		1
스위스	80	57	20	3	13	7	2	5
터키	..	..	..	..	..	..	..	..
영국	..	..	..	..	..	..	..	..
미국	75	68	7	0	14	11	4	8
<b>전체 평균 (23)<sup>c</sup></b>	<b>72</b>	<b>57</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115424851345>

a) 캐나다와 멕시코의 경상의료비는 분할되지 않는 지출을 일부 포함.

b) 핀란드의 경상의료비는 환경보건 지출을 포함.

c) 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 멕시코, 스웨덴, 터키와 영국계의

Source: OECDHealth Data 2007.

부록 A

표 A.5.4a. 1인당 약제비(2005년)와 연평균 실질증가율(1995년-2005년) 및 1995년 대비 2005년 실질 약제비

	1인당 약제비(USD PPP, 2005년)			1인당 연평균 실질증가율(%), 1995-2005			실질 약제비 (1995=100)
	전체	공공	민간	약제비	총 의료비		
호주 (2004-05)	415	239	176	6.4	4.7	1995-2004	175
오스트리아	409	297	111	4.9	2.4		161
벨기에	..	..	..	..	..		..
캐나다	589	228	361	5.8	3.2		175
체코	372	281	91	2.9	2.5		134
덴마크	276	154	122	2.7	2.8		130
핀란드	380	214	166	5.0	3.5		163
프랑스	554	382	172	3.1	2.3		136
독일	498	365	133	3.5	1.8		141
그리스	..	..	..	..	..		..
헝가리 (2004)	390	244	145	7.5	4.9	1995-2004	192
아이슬란드	458	273	186	4.9	5.0		161
아일랜드	320	281	39	7.6	7.2		209
이탈리아	509	255	254	2.9	3.2		132
일본 (2004)	449	311	138	0.8	2.6	1995-2004	108
한국	360	181	179	5.4	7.6		169
룩셈부르크 (2003)	465	390	74	4.8	7.4	1995-2003	140
멕시코	144	16	128	5.8	3.4	1999-2005	140
네덜란드 (2002)	318	182	136	4.1	3.1	1995-2002	132
뉴질랜드	290	192	99	2.5	4.3		128
노르웨이	398	232	165	4.0	3.4		147
폴란드	243	92	151	..	..		..
포르투갈	445	262	183	3.7	3.8		144
슬로바키아	362	266	96	6.6	4.3	1999-2005	147
스페인	517	375	142	5.5	3.0		172
스웨덴	351	243	109	3.6	3.8		142
스위스	436	295	141	3.3	2.8		138
터키	..	..	..	..	..		..
영국	..	..	..	..	..		..
미국	792	191	601	7.1	3.6		199
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	<b>413</b>	<b>248</b>	<b>165</b>	<b>..</b>	<b>..</b>		<b>..</b>
<b>전체 평균 (25)<sup>b</sup></b>	<b>420</b>	<b>254</b>	<b>166</b>	<b>4.6</b>	<b>3.9</b>		<b>153</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115436250565>

a) 최근평균은 전체국가에서 활용이 가능한 최신 자료로 산출되었음.

b) 벨기에, 그리스, 폴란드, 터키, 영국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.



표 A.5.4b. 국민의료비 및 GDP 대비 약제비 비율(%), 1980-2005년

	국민의료비 대비 약제비 (%)				GDP 대비 약제비 (%)			
	1980	1990	2000	2005	1980	1990	2000	2005
호주	8.0	9.0	13.9	13.3 2004-05	0.5	0.7	1.2	1.3 2004-05
오스트리아	..	..	11.8	11.6	..	..	1.2	1.2
벨기에	17.4	15.5	16.5 1997	..	1.1	1.1	1.4 1997	..
캐나다	8.5	11.5	15.9	17.7	0.6	1.0	1.4	1.7
체코	..	21.0	23.4	25.1	..	1.0	1.5	1.8
덴마크	6.0	7.5	8.8	8.9 e	0.5	0.6	0.7	0.8 e
핀란드	10.7	9.4	15.5	16.3	0.7	0.7	1.0	1.2
프랑스	16.0	16.9	18.2	16.4	1.1	1.4	1.7	1.8
독일	13.4	14.3	13.6	15.2	1.1	1.2	1.4	1.6
그리스	18.8	14.3	14.4 1999	..	1.0	0.8	1.1 1999	..
헝가리	..	27.6 1991	28.5 2001	31.1 e	..	1.9 1991	2.0 2001	2.3 2004e
아이슬란드	15.9	13.5	14.6	13.3	1.0	1.1	1.4	1.3
아일랜드	10.9	12.2	10.6	10.9	0.9	0.7	0.7	0.8
이탈리아	..	20.3	22	20.1	..	1.6	1.8	1.8
일본	21.2	21.4	18.7	19.0 2004e	1.4	1.3	1.4	1.5 2004e
한국	34.6 1983	36.5	29.5	27.3	1.4 1983	1.6	1.4	1.6
룩셈부르크	14.5	14.9	11	8.9 2004e	0.8	0.8	0.6	0.7 2004e
멕시코	..	..	19.4 d	21.3	..	..	1.1 d	1.4
네덜란드	8.0	9.6	11.7	11.5 2002	0.6	0.8	0.9	1.0 2002
뉴질랜드	11.9	13.8	14.4 1997	12.4 e	0.7	0.9	1.1 1997	1.1 e
노르웨이	8.7	7.2	9.5	9.1	0.6	0.6	0.8	0.8
폴란드	..	..	28.4 2002	28.0 e	..	..	1.8 2002	1.7 e
포르투갈	19.9	24.9	22.4	21.9 e	1.1	1.5	2.0	2.2 e
슬로바키아	..	..	34	31.9	..	..	1.9	2.3
스페인	21.0	17.8	21.3	22.9 e	1.1	1.2	1.5	1.9 e
스웨덴	6.5	8.0	13.8	12.0	0.6	0.7	1.2	1.1
스위스	..	10.2	10.7	10.4	..	0.8	1.1	1.2
터키	10.7 1981	20.4	24.8	..	0.4 1981	0.7	1.6	..
영국	12.8	13.5	15.8 1997	..	0.7	0.8	1.1 1997	..
미국	9.0	9.2	11.7	12.4	0.8	1.1	1.5	1.9
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>17.3</b>	..	..	..	<b>1.5</b>
<b>전체 평균 (18)<sup>b</sup></b>	<b>13.6</b>	<b>14.3</b>	<b>15.3</b>	<b>15.0</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>1.2</b>	<b>1.4</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115436250565>

e: 임시추정치

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음.

b) 오스트리아, 벨기에, 체코, 그리스, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아, 스위스, 터키와 영국 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.5.5. 자원별 의료비, 2005년 (국민의료비 = 100)

	공공재원	공공재원 중에서:		민간재원	민간재원 중에서:		
		일반 정부	사회보험		민간보험	본인부담	기타 <sup>d</sup>
호주 (2004-05)	67	67	0	33	7	20	6
오스트리아	76	30	46	24	5	16	3
벨기에 <sup>a</sup>	71	4	66	29	5	22	1
캐나다	70	69	1	30	13	15	2
체코	89	9	80	11	0	11	0
덴마크	84	84	0	16	2	14	0
핀란드	78	61	17	22	2	18	2
프랑스	80	5	75	20	13	7	1
독일	77	10	67	23	9	13	1
그리스 <sup>b</sup>	43	43	0	57		57	0
헝가리 (2004)	71	11	60	29	1	24	4
아이슬란드 <sup>b</sup>	83	49	34	17		17	0
아일랜드	78	77	1	22	7	13	2
이탈리아	77	76	0	23	1	20	2
일본 (2004) <sup>b</sup>	82	16	66	18		17	1
한국	53	12	41	47	3	38	6
룩셈부르크 <sup>c</sup> (2004)	91	17	73	9	1	7	1
멕시코	45	17	28	55	3	51	0
네덜란드 <sup>a</sup>	66	3	63	34	20	8	6
뉴질랜드	78	78	0	22	5	17	1
노르웨이	84	69	15	16	0	16	1
폴란드	69	11	58	31	1	26	4
포르투갈	73	72	1	27	4	22	1
슬로바키아	74	9	65	26	0	23	3
스페인	71	66	5	29	6	22	1
스웨덴	85	85	0	15	0	15	0
스위스	60	17	43	40	9	31	1
터키	71	34	38	29	0	20	9
영국 <sup>b</sup>	87	87	0	13		13	0
미국	45	32	13	55	37	13	5
<b>OECD 평균</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>2</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115470000573>

- a) 국민의료비가 아닌 경상의료비(자본투자제외)에서의 비중  
b) 민간의료보험에 대한 개별적인 추정불가  
c) 룩셈부르크의 본인부담금은 범정부인부담분(cost-sharing elements)만을 포함.  
d) 비영리기관, 법인(corporations) 및 외부 자원(국외)이 해당됨.  
Source: OECD Health Data 2007.

표 A.5.6a. 공공보장율(총인구중 공공의료보장대상인구 비율, %), 1970-2005년

	1970	1980	1990	2000	2005
호주	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
오스트리아	91.0	99.0	99.0	99.0	98.0
벨기에	97.8	99.0	97.3	99.0	99.0
캐나다	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
체코	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
덴마크	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
핀란드	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
프랑스	95.6	99.1	99.4	99.9	99.9
독일	89.2	92.3	88.8	90.7	89.6
그리스	55.0	88.0	100.0	100.0	100.0 <i>2004</i>
헝가리	..	100.0	100.0	100.0	100.0
아이슬란드	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
아일랜드	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
이탈리아	93.0	100.0	100.0	100.0	100.0
일본	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
한국	..	29.8	100.0	100.0	100.0
룩셈부르크	99.6	99.8	98.8 <i>1993</i>	98.2	99.7 <i>2004</i>
멕시코	..	..	..	51.0 <i>2002</i>	50.4
네덜란드	69.0	68.3	61.4	64.5	62.1
뉴질랜드	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
노르웨이	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
폴란드	..	..	..	..	97.3
포르투갈	40.0	100.0	100.0	100.0	100.0
슬로바키아	..	..	..	98.8	97.6
스페인	61.0	83.0	98.1 <i>1991</i>	98.9 <i>2001</i>	99.5 <i>2003</i>
스웨덴	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
스위스	89.0	96.5	99.5	100.0	100.0
터키	26.9	38.4	55.1	66.0 <i>1997</i>	67.2 <i>2003</i>
영국	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
미국	..	..	24.5	24.7	27.3
<b>최근 평균<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	<b>92.9</b>
<b>전체 평균 (27)<sup>b</sup></b>	..	..	<b>93.4</b>	<b>94.1</b>	<b>94.2</b>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115562572424>

a) 최근 평균은 전체 국가에서 활용이 가능한 최신자료로 산출되었음.

b) 멕시코, 폴란드, 슬로바키아 제외

Source: OECDHealth Data 2007.

## 부록 A

표 A.5.6b. 보장유형별 민간보장율(총인구 중 민간의료보험 대상인구, %), 2005년(또는 최근년도)

	전체 PHI 보장율	일차(primary) PHI 보장율	중복형(duplicate) PHI 보장율	보완형(complementary) PHI 보장율	보충형(supplementary) PHI 보장율
호주	42.9	0.0	42.9	0.0	41.4
오스트리아	..	..	0.0	..	..
벨기에	44.0	..	0.0	44.0	..
캐나다	66.0	0.0	0.0	0.0	66.0
체코	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
덴마크	6.8	0.0	0.0	6.8	6.8
핀란드	..	0.0	..	..	..
프랑스	87.2	0.0	0.0	87.2	0.0
독일	24.3	10.2	0.0	0.0	14.2
그리스	15.6	0.0	15.6	0.0	0.0
헝가리	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
아이슬란드	13.6	0.0	0.0	0.0	13.6
아일랜드	51.6	0.0	51.6	0.0	0.0
이탈리아	..	0.0	..	0.0	..
일본	..	0.0	..	..	..
한국	..	0.0	0.0	..	..
룩셈부르크	..	0.0	0.0	..	..
멕시코	4.8	0.0	..	0.0	..
네덜란드	92.8	35.8	0.0	0.0	57.1
뉴질랜드	32.7	0.0	32.7	0.0	0.0
노르웨이	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
폴란드	..	0.0	0.0	0.0	0.0
포르투갈	17.4	0.0	17.4	..	..
슬로바키아	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
스페인	11.9	..	..	0.0	..
스웨덴	..	0.0	0.0	..	..
스위스	32.5	0.0	0.0	0.0	32.5
터키	1.4	0.0	0.0	..	..
영국	11.0	0.0	11.0	0.0	0.0
미국	67.1	59.2	0.0	..	..

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115562572424>

Note : 총 민간의료보험 보장율은 적어도 한개 이상의 민간의료보험상품에 가입한 인구의 비중을 나타냄. 개인이 한개 이상의 보험에 가입할 수 있기 때문에 예, 호주, 총 민간의료보험 보장율은 다양한 민간의료보험 유형의 합계를 나타내는 것은 아님. 일부 국가에서 민간의료보험은 다양한 역할을 수행하므로, 그 중 가장 현저한 보험혜택의 종류를 민간의료보험의 유형으로 분류함(예, 벨기에, 프랑스, 포르투갈, 아이슬란드).

PHI : 민간의료보험 (Private health insurance)

Source: OECDHealth Data 2007.

표 A.6.4. 유방암 환자의 생존율과 수술건수(여성인구 100,000명당), 2005년 (또는 최근 가용년도)

	유방암 환자의 5년 상대 생존율	유방보존수술	유방절제술	유방절제술 대비 유방보존수술 비(ratio)
아이슬란드	89.4 1996-2000	96	41	2.3
미국	88.9 1998-2002	10 2004	55 2004	0.2
핀란드	88.4 1999-2003	141	91	1.5
스웨덴	87.0 1999-2004	79	83	1.0
호주	86.6 1998-2002	100 2004	68 2004	1.5
캐나다	86.0 1998-2003	49 2004	55 2004	0.9
덴마크	85.0 2001-2005	102	89	1.1
이탈리아	85.0 1995-1999	149 2004	60 2004	2.5
한국	84.6 1998-2002	..	..	..
뉴질랜드	83.5 1998-2003	112 2004	53 2004	2.1
네덜란드	83.3 1996-2000	110	83	1.3
일본	83.1 1993-1996	..	..	..
노르웨이	82.8 1998-2003	143 2004	65 2004	2.2
스위스	81.0 1990-1994	137	56	2.4
영국	80.0 1998-2001	133	80	1.7
프랑스	79.7 1990-1994	253 2001	66 2001	3.8
아일랜드	79.7 1999-2004	60	50	1.2
독일	78.0 1993-1997	..	..	..
체코	75.7 1994-1998	..	..	..

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/115585624022>

Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007, OECD Health Data 2007 (breast-conserving surgery and mastectomy rates).

## [ 부록 B ]

### 의료비(Health Expenditure)의 정의 및 데이터 비교가능성을 높이기 위한 방법론

#### 의료비의 정의

국민의료비<sup>total expenditure on health</sup>는 '보건의료재화와 서비스의 최종 소비' (즉, 경상의료비)와 '보건의료의 하부구조 infrastructure'에 대한 자본투자를 합한 것이다. 이것은 의료서비스 및 재화, 공중보건 및 예방프로그램, 그리고 행정에 대한 공공재원 및 민간재원(가구포함) 지출을 포함한다. 교육훈련, 연구 및 환경보건과 같은 보건관련지출<sup>health-related expenditure</sup>은 제외된다. 국민경상의료비의 두 가지 주요 요소는 개인의료비<sup>expenditure on personal health care</sup>와 집단의료비<sup>expenditure on collective services</sup>이다. 국민의료비에는 건강문제에 기인한 소득상실에 대한 보상(상병수당 및 장애수당)은 포함되지 않는다. 보다 자세한 내용은 A System of Health Accounts(OECD, 2000a)를 참조하면 된다.

다음은 OECD Health Data 2007에 사용된 주요 의료비 분류표이다.

ICHA 코드	명칭
HC.1;HC.2	치료 및 재활서비스(입원, 외래 및 재가의료)
HC.3	장기요양간호서비스(입원 및 재가의료)
HC.4	보건의료의 보조서비스
<b>HC.1-HC.4</b>	<b>의료서비스</b>
HC.5	외래환자에 필요한 의료재화
HC.1-HC.5	총 개인의료비
HC.6	예방과 공중보건에 대한 서비스
HC.7	보건행정과 건강보험
HC.6+HC.7	국민집단의료비
<b>HC.1-HC.7</b>	<b>국민경상의료비</b>
HC.R.1	의료에 대한 투자(총자본 형성)
<b>HC.1-HC.7+HC.R.1</b>	<b>국민의료비</b>

#### 국가별 의료비 비교

OECD 국가들은 OECD의 매뉴얼인 A System of Health Accounts (SHA)에 제시된 보건의료<sup>health care</sup>의 구분<sup>boundary</sup>에 따라 국민의료비를 OECD에 제출함에 있어 그 수준에 차이가 있다. 이것은 OECD Health Data 2007에 발표된 데이터의 비교가능성 수준이 다양하다는 것을 의미한다. OECD Health Data 중 의료비 데이터의 기능별<sup>functional</sup> 구분의 비교가능성이 지난 몇 년 동안 개선되어 왔다. 그러나 (전체 국민의료비는 상당히 비교가능한 수준에 있는 국가들이 있어서도) 자료비교는 아직도 제한점이 있는데, 그 이유는 데이터 보고가 재원조달<sup>financing</sup>체계의 행정기록에 연결되어 있기 때문이다. 예를 들어, 호주, 캐나다, 미국의 경우 입원의료비<sup>inpatient expenditure</sup>에는 (의원)의사의 입원치료에 대한 수가<sup>physicians</sup>



fee를 독립 청구한 비용은 포함되지 않는다. 보건 및 사회 지출에 장기요양(long-term care)을 포함하는 방식의 차이 또한 자료의 비교가능성에 영향을 미치는 주요 요인이다.

이 책에 제시된 의료비의 기능별 구분에 있어서, 통원의료비(ambulatory expenditure)는 광의로 사용되어 외래의료비(outpatient expenditure)는 병원과 외래부문의 외래환자 진료를 포함한다. OECD Health Data 2007에 보다 상세한 구분(위의 표)이 제시되어 있다.

자세한 정보는 OECD Health Data 2007의 “Note on General Comparability of Health Expenditure and Finance Data”를 참조.

## 통화 차이 조정

국가 통화단위로 산출된 의료비는 GDP 대비 의료비 비율이나 시간경과에 따른 의료비 증가율 같은 몇몇 지표를 비교하는데 이용할 수 있다.

그러나 일정 시점에서 의료비를 제대로 국제비교하기 위해서는 국가 통화단위의 자료를 미 달러화와 같은 공통의 통화로 환산할 필요가 있다. 또한 국가 통화의 구매력차이를 고려할 필요가 있다. 국가 통화를 미 달러화 구매력지수(purchasing power parity)로 환산하는 비율을 계산하기 위해서, 국가간에 같은 고정 바스켓의 재화와 서비스에 대해 각국의 통화로 가격을 매기고 그 다음 미달러로 환산하게 된다. 예를 들어 동일 바스켓의 재화 및 서비스가 캐나다에서는 140 캐나다 달러(CAD), 미국에서는 100 미달러라면, PPP 환산율은 1 USD당 1.4 CAD가 된다. 경제전반의 구매력지수(GDP PPPs)가 가장 얻기 쉽고 신뢰성 있는 환산율로 이용된다. 이는 모든 경제 활동을 대표하도록 선택된 광범위한 재화와 용역 바스켓을 베이스로 만들어 진다. 경제전반의 구매력지수로 환산한 의료비의 국가간 차이는 보건의료의 이용량(volume)의 국가간 차이 뿐만 아니라 GDP 물가 대비 보건의료서비스가격의 국가간 차이도 반영하게 된다.

미달러화 구매력지수(USD PPP)로 환산된 의료비는 물가인플레이션(price inflation)으로 조정되어 있지 않다. 따라서 이는 시간경과에 따른 실질성장율(real growth rates) 비교에는 적합하지 않다.

## 물가 인플레이션 조정 자료

시간경과에 따른 실질 성장율을 제대로 비교하기 위해서는, 적절한 가격지수를 사용하여 명목의료비를 디플레이트(인플레이션을 제거)하고, 이를 다시 인구수로 나누어서, 1인당 실질의료비를 구할 필요가 있다. 신뢰성 있는 보건의료 가격지수가 제대로 구축되어 있지 못하기 때문에 이 책에서는 경제전반의(GDP) 물가지수를 사용한다(2000년 기준 GDP 물가수준). 대부분의 국가에서 일반적으로 경제전체 보다 보건의료부문의 물가인상률이 더 크다는 점을 염두에 두어야 한다.

## [ 부록 C ] OECD Health Data 2007 변수 목록

### Part 1. 건강상태

사망률  
 평균수명  
 사망 원인  
 모성과 영아사망  
 잠재수명손실년수

이환률  
 인지된 건강상태  
 영아건강  
 치아건강  
 전염병(HIV/AIDS)  
 암  
 상해  
 질병으로 인한 결근

집단의료서비스에 대한 지출  
 부가적 보건의료비 총합  
 예방-치료 서비스  
 총 장기요양 지출  
 보건관련기능에 대한 지출  
 공급자별 경상의료비  
 병원 서비스에 대한 지출  
 요양원과 재소서비스시설에 대한 지출  
 외래 서비스에 대한 지출  
 소매 및 기타 의료재화 공급자에 대한 지출  
 공공보건조직에 대한 지출  
 보건행정서비스에 대한 지출  
 연령과 성별 의료비  
 가격지수

### Part 2. 보건의료자원

보건교육  
 보건인력<sup>health employment</sup>  
 보건전문직 보수  
 병상  
 병원 병상  
 요양원<sup>nursing homes</sup>의 장기요양병상  
 고용 대비 병상의 비<sup>Employment-to-beds ratio</sup>  
 의료기술

### Part 5. 보건의료재정

재원별 의료비  
 일반정부 수입  
 사회보장  
 본인부담  
 민간보험

### Part 3. 보건의료이용

예방(예방접종)  
 검진<sup>screening</sup>  
 진찰(의사와 치과의사)  
 입원환자이용  
 급성의료 재원일수  
 점유율<sup>occupancy rate</sup>  
 회전율<sup>turnover rate</sup>  
 병원 평균재원일수  
 진단분류에 의한 평균재원일수  
 병원 퇴원  
 진단분류에 의한 퇴원율  
 외과수술처치<sup>surgical procedures</sup>  
 전체 외과수술처치  
 ICD-9-CM에 의한 외과수술처치  
 이식과 투석

### Part 6. 사회보호

사회지출  
 보건의료 보장범위<sup>coverage</sup>  
 정부/사회건강보험  
 민간의료보험

### Part 7. 의약품 시장

의약품 산업 활동  
 의약품 소비  
 일부 의약품의 소비량  
 의약품 판매량  
 일부 의약품의 판매량

### Part 4. 의료비

국민의료비  
 경상의료비  
 의료시설에 대한 투자  
 개인의료서비스에 대한 지출  
 의료서비스에 대한 지출  
 입원진료에 대한 지출  
 데이케어에 대한 지출  
 외래서비스에 대한 지출  
 재가의료에 대한 지출  
 보조서비스에 대한 지출  
 의료재화에 대한 지출  
 약제비와 기타 의료용 비내구재에 대한 지출  
 치료기기 및 의료장비에 대한 지출

### Part 8. 건강의 비의료적 결정요인

라이프스타일과 행태  
 식품 소비  
 알코올 소비  
 담배 소비  
 체중과 체구성  
 환경: 대기의 질

### Part 9. 인구 참조

일반인구학  
 인구연령구조  
 노동력  
 교육수준

### Part 10. 경제 참조

거시경제 참조  
 통화환산율<sup>monetary conversion rates</sup>

### 기타 표

장기요양 수혜자(가정과 시설)

OECD Health Data 2007에 대한 더 많은 정보는 [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)에서 이용할 수 있다.

## [ 부록 D ] 질병과 상해의 분류와 ICD 코드

2007년 OECD Health Data에서 제시된 사망원인은 국제질병분류(ICD)의 9차와 10차 개정에 따른 코드를 아래 표로 만들었다.

질병과 상해분류	ICD-10	ICD-9
0. 사망의 모든 원인	A00-R99, V01-Y89	001-799, E800-E999
1. 특정감염성 및 기생충성질환	A00-B99	001-139, 042-044
2. 인체 면역결핍 바이러스병	B20-B24	042-044
3. 악성신생물(암)	C00-C97	140-208
4. 결장, 직장 및 항문의 악성신생물	C18-C21	153-154
5. 기관, 기관지 및 폐의 악성신생물	C33-C34	162
6. 유방의 악성신생물	C50	174
7. 자궁목의 악성신생물	C53	180
8. 전립선의 악성신생물	C61	185
9. 혈액 및 조혈기관질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	D50-D89	279-289
10. 내분비, 영양 및 대사질환	E00-E89	240-279
11. 당뇨병	E10-E14	250
12. 정신 및 행동장애	F01-F99	290-319
13. 신경계와 감각기관의 질병	G00-H95	320-389
14. 순환기계통의 질환	I00-199	390-459
15. 허혈성 심장질환	I20-I25	410-414
16. 급성심근경색	I21, I22	410
17. 뇌혈관질환	I60-I69	430-438
18. 호흡기계통의 질환	J00-J98	460-519
19. 인플루엔자와 폐렴	J10-J18	480-487
20. 기관지염, 기종과 천식	J40-J43, J45, J46	490-493
21. 소화기계통의 질환	K00-K92	520-579
22. 만성간질환과 간경화	K70, K73, K74, K76	571
23. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00-L98	680-709
24. 근육골계통 및 결합조직의 질환	M00-M99	710-739
25. 비뇨생식기계질환	N00-N99	580-629
26. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99	630-676
27. 출생전후기에 기원한 특정병태	P00-P96	760-779
28. 선천이상	Q00-Q99	740-759
29. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99	780-799
30. 사망의 외인	V01-Y89	E800-E999
31. 운수사고	V01-V89	E810-E829
32. 추락	W00-W19	E880-E888
33. 고의적 자해(자살)	X60-X84	E950-E959
34. 가해(타살)	X85-Y09	E960-969
35. 치료상 이용에 의한 부작용을 야기한 마약, 약물과 생물학적 물질	Y40-Y59	E930-E949
36. 수술과 의과적 진료동안 환자에 대한 과실	Y60-Y84	E870-E879

본 서적의 원본은 **Health at a Glance 2007: OECD Indicators**, ISBN978-92-64-02732-9, 제목으로 파리의 경제협력개발기구(OECD)에서 발간하였습니다.

본 번역은 OECD와 합의서에 의해 발간되었으며, OECD 공식 번역이 아닙니다.

The Original version of this book was published under the title **Health at a Glance 2007: OECD Indicators**, ISBN 978-92-64-02732-9, © 2007 Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD), Paris.

This translation is published by arrangement with the OECD. It is not an official OECD translation.

[www.oecd.org/publishing/translations](http://www.oecd.org/publishing/translations) - Translated versions of OECD publications

[www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop) - OECD online bookshop

[www.sourceOECD.org](http://www.sourceOECD.org) - OECD e-library

[www.oecd.org/oecdirect](http://www.oecd.org/oecdirect) - OECD title alerting service

## 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2007

- 발행처 : OECD 아시아 사회정책센터
- 발행인 : 조기원
- 발행일 : 2008년 2월 14일
- 인쇄처 : 한미프로세스

한 눈에 보는  
OECD 보건지표 2007

---

ORGANISATION  
FOR ECONOMIC  
CO-OPERATION  
AND DEVELOPMENT



OECD 아시아 사회정책센터  
서울특별시 동대문구 청량리2동 207-43  
TEL : 82-2-3299-1229  
FAX : 82-2-3299-1230