

한국의 사회동향

Korean Social Trends 2025

<https://mods.go.kr/sri>

2025



국가데이터처
국가통계연구원

건강 영역의 주요 동향

김동진 (한국보건사회연구원)

해방 후 ~ 1970년대

보건의료 과도기

1980년대 ~ 1990년대

보편적 의료보장
질병구조의 변화

2000년대 ~ 현재

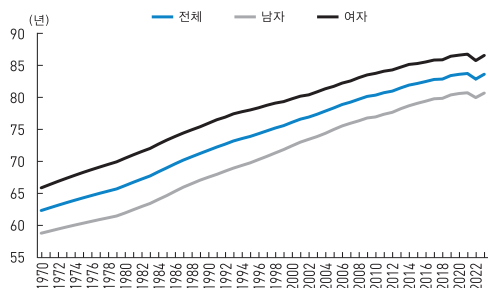
사전 예방적 건강관리 강화
신종감염병 위험 증가

[시대별 주요 특징]

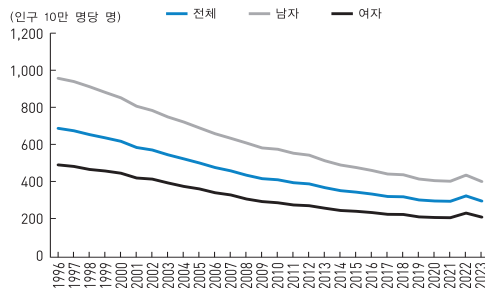
- (해방 후~1970년대) 「의료보험법」이 제정되고 전국에 486개 의료보험조합이 설립되는 등 의료보험제도가 시작되었다. 이 시기 질병 발생은 후진국형 감염병 발생 양상을 보였다.
- (1980년대~1990년대) 의료보험이 전 국민 대상의 보편적 의료보장제도로 발전했고, 「국민건강증진법」, 「정신보건법」 등이 제정되어 건강증진을 위한 제도적 기반이 마련되었다. IMF 경제위기 이후 한국 사회에서 양극화와 함께 건강불평등이 심화되기 시작했다. 급성감염성질환에서 만성퇴행성질환으로 질병구조가 변화하기 시작했다.
- (2000년대~현재) 금연구역 지정 확대, 국가건강검진체계 개선 등 사전 예방적 건강관리체계가 강화되었다. 기후변화 등의 영향으로 신종감염병이 반복적으로 발생했다. 인구구조 변화와 건강에 대한 관심 등으로 경상의료비가 급증했다.

[주요 지표]

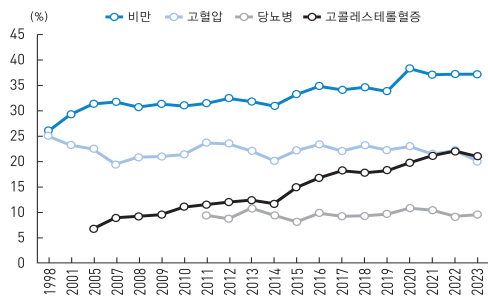
성별 기대수명 추이



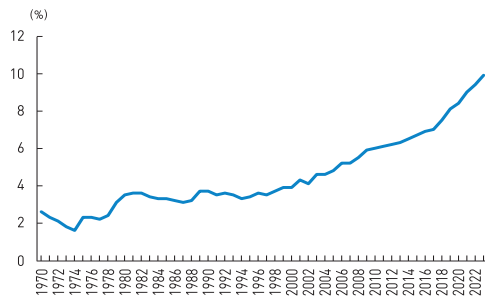
성별 연령표준화 총사망률 추이



주요 만성질환 유병률(연령표준화)



GDP 대비 경상의료비 비율



주: 출처, 정의 등은 본문을 참고하기 바람.



한국의 보건의료체계와 건강 수준은 광복 이후 80여 년간 한국 사회가 경험한 사회·경제적 변화만큼이나 빠르게 발전해 왔다. 경제성장이 보건의료의 발전을 견인하고, 향상된 국민의 건강 수준은 사회 발전의 밑거름이 되는 동반 성장 관계를 유지해 왔다.

해방 이후 건강 분야는 질병 구조의 변화가 두드러진다. 근대화 이전에는 폐렴이나 결핵 같은 감염병에 대한 대응이 가장 중요한 문제였으나, 2000년대 이후에는 암, 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병 같은 만성퇴행성질환에 대한 대응이 중요해졌다. 또한 만성질환 예방과 관리를 위해 금연, 금주, 신체활동 등 건강한 생활습관에 대한 관심도 그 어느 때보다 높아졌다.

그러나 기후변화와 국제 교류 증가 등 사회환경이 변화함에 따라 2000년대 이후 중증급성호흡기증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome), 신종인플루엔자 A(H1N1), 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), 코로나19 바이러스(SARS-CoV-2) 등 이전에 알려지지 않은 새로운 병원체에 의한 신종감염병이 반복적으로 발생하면서 감염병에 대한 위험이 다시 증가하고 있다.

그 외에도, 압축성장에 따른 각종 사회적 문제들로 한국의 자살률은 OECD 국가 중에서도 가장 높은 수준으로 정신건강에 대한 중요성이 강조되고 있다. 한편, 1990년대 말 IMF 경제위기 이후 한국 사회는 양극화와 함께 사회경제적 수준에 따른 건강불평등 문제 또한 심화되고 있다.

이 글에서는 광복 이후 시대별로 변화하는 건강 영역의 동향을 건강 수준의 변화, 질병 이환 양상의 변화, 정신건강의 변화, 건강행태의 변화, 보건의료체계의 변화로 나누어 살펴보았다. 또한 일부 지표에 대해서는 OECD 국가와의 비교를 통해 한국의 건강 수준을 확인했다.

건강 수준

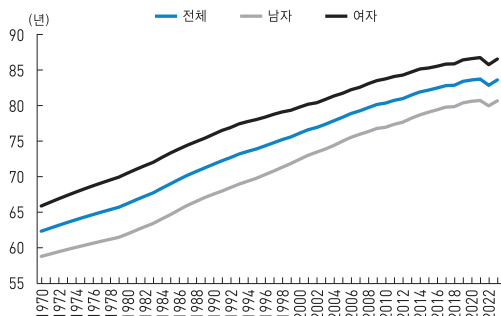
한 사회를 구성하는 구성원들의 건강 수준을 표현하는 방법은 다양하다. 그중에서 객관적인 건강 수준을 나타내는 대표적인 지표는 출생 시 기대여명과 사망률 지표이다.

해방 이후 경제발전과 더불어 생활 수준 및 교육 수준의 향상, 의료서비스의 접근성 확대 등으로 기대수명이 꾸준히 증가하여 2023년 기대수명은 83.5세(남자 80.6세, 여자 86.4세)로 나타났다. 1970년과 비교했을 때, 한국인의 수명은 평균 21.2년(남자 21.9년, 여자 20.6년) 증가했다. 1970년 이후 계속 증가 추세였던 기대수명은 지난 2022년 코로나19 등의 영향으로 한 차례 감소하였으나 이후 다시 증가 추세를 보였다(그림 Ⅲ-1).

이에 따라 2023년 기준으로 한국인의 기대수명은 OECD 회원국의 평균보다 여성은 2.7년, 남성은 2.1년 더 긴 것으로 나타났다(그림 Ⅲ-2).

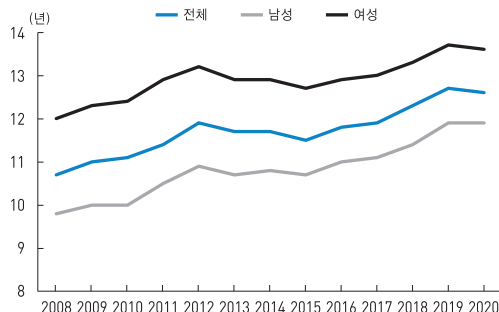
다만, 기대수명의 증가에도 불구하고 기대수명과 건강수명의 격차는 점차 벌어지고 있다. 건

[그림 Ⅲ-1] 성별 기대수명, 1970~2023



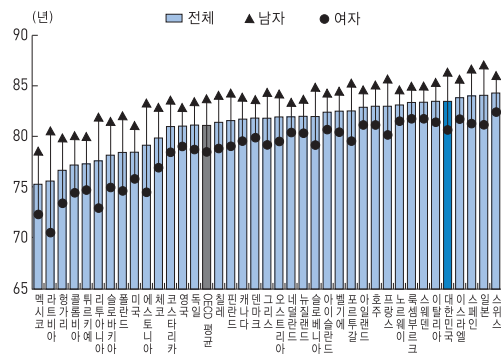
출처: 국가데이터처, 「생명표, 각 연도.

[그림 Ⅲ-3] 기대수명과 건강수명 격차, 2008~2020



출처: 한국건강증진개발원, 「국민건강증진종합계획 건강수명통계」, 2025.09.

[그림 Ⅲ-2] OECD 국가별 기대수명, 2023



주: 1) OECD 평균은 2023년(혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 38개국의 평균임.

2) 튀르키예는 2022년 자료임.

출처: OECD, OECD Health Statistics 2025, 2025.

강수명은 질병이나 장애 없이 건강하게 생활하는 기간을 뜻하기 때문에 기대수명과 건강수명의 격차가 클수록 그만큼 건강하지 못하게 생활하는 기간이 늘어남을 의미한다. 기대수명과 건강수명의 격차는 2008년 10.7년(남자 9.8년, 여자 12.0년)에서 2020년 12.6년(남자 11.9년, 여자 13.6년)으로 증가하였다(그림 Ⅲ-3).

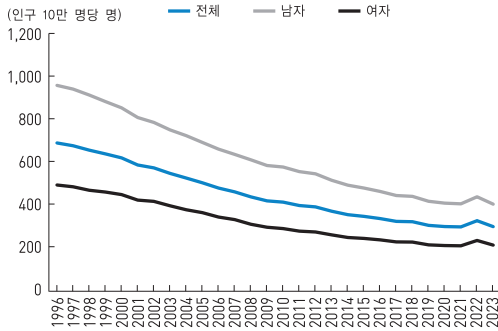
사망률은 인구집단의 건강 수준을 객관적으로 대표할 수 있는 또 다른 지표이다. 연령 구조를 표준화한 연령표준화 사망률은 지속적으로 하락하는 추세를 보였다(그림 Ⅲ-4). 인구 10만 명당 사망률은 1996년 691.9명(남자 961.6명, 여자 494.9명)에서 2021년 298.3명(남자 406.6명, 여자 209.8명)으로 감소했다. 2022년에 코로나19 발생 등으로 사망률이 일시적으로 증가했으나 2024년에 294.6명(남자 395.9명, 여자 209.4명)으로 그 이전 수준으로 감소했다. 이 같은 사망률 감소 역시 사회경제적 수준과 보건의료의 발전에서 비롯된 것으로 볼 수 있다.

영아사망률은 출생 후 1년 이내에 사망하는 영아의 수를 출생아 천 명당으로 나타낸 지표로 국가의 보건 수준을 대표할 수 있는 또 다른 지표이다. 한국의 영아사망률은 지속적으로 개선되어 2005년 출생아 천 명당 4.2명에서 2023년 출생아 천 명당 2.5명으로 감소했다(그림 Ⅲ-5).

2023년 기준 OECD 회원국의 영아사망률은

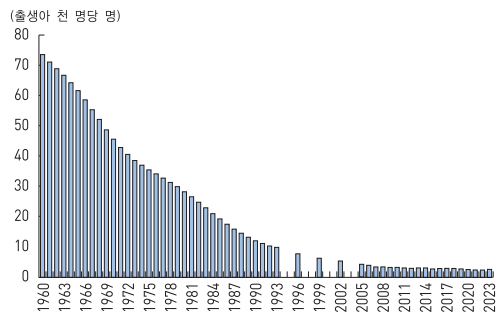


[그림 Ⅲ-4] 성별 사망률, 1996~2024



주: 1) 사망률은 인구 10만 명당 사망자 수임.
2) 2005년 주민등록연앙인구로 연령표준화된 수치임.
출처: 국가데이터처, 「사망원인통계」, 각 연도.

[그림 Ⅲ-5] 영아사망률, 1960~2024

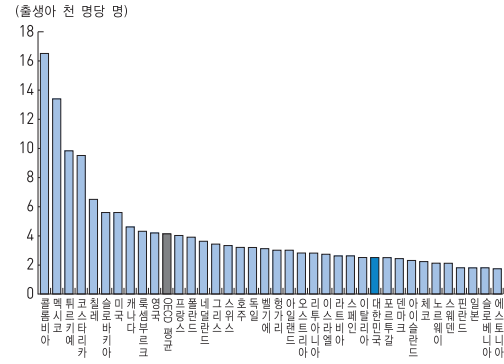


주: 1) 영아사망률은 출생아 천 명당 출생 후 1년 이내에 사망한 영아 수임.
2) 1960~1992년은 유니세프, 유엔, WHO 등의 자료에 기반한 추정치임.
3) 1993년부터 2011년까지 보건복지부에서 3년 주기로 영아모성사망조사(승인통계)를 수행하였으며, 이후에는 국가데이터처 사망원인통계에 통합됨. 이 때문에 조사가 이루어지지 않은 기간(1994~1995년, 1997~1998년, 2000~2001년, 2003~2004년)의 영아사망률은 확인되지 않음.
출처: World Bank, world bank open data, 1960~1992, 2025.07; 보건복지부, 「영아모성사망조사」, 1993~2011; 국가데이터처, 「사망원인통계」, 2005~2023.

4.1명이었으며 우리나라는 OECD 회원국 평균보다 1.6명 더 낮은 2.5명이었(그림 Ⅲ-6).

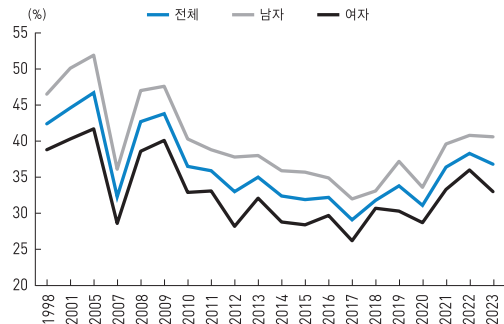
한국인 중 자신의 건강상태가 양호(‘좋은’ 또는 ‘매우 좋음’)하다고 스스로 평가하는 비율은

[그림 Ⅲ-6] OECD 국가별 영아사망률, 2023



주: 1) 영아사망률은 출생아 천 명당 1년 이내에 사망한 영아 수임.
2) OECD 평균은 2023년(혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 37개국의 평균임.
3) 콜롬비아는 2021년, 코스타리카는 2022년 자료임.
출처: OECD, OECD Health Statistics 2025, 2025.

[그림 Ⅲ-7] 성별 주관적 건강인지율, 1998~2023



주: 1) 주관적 건강인지율은 만 19세 이상 성인 중 평소에 본인의 건강이 ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋은’이라고 응답한 비율임.
2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.
출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

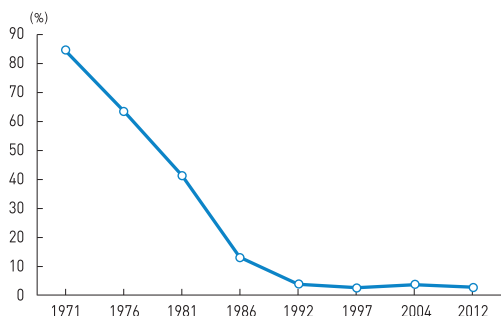
1998년 42.5%(남자 46.6%, 여자 38.9%)에서 2017년 29.2%(남자 32.1%, 여자 26.3%)까지 감소한 뒤, 2023년 36.9%(남자 40.7%, 여자 33.1%)로 증가하였으며, 연도별로 증감을 반복하는 추세이다(그림 Ⅲ-7).

질병 이환

1960년대 이후 한국의 질병구조는 영양과 위생 상태의 개선, 의학적 치료법의 발전으로 ‘급성 감염성질환’에서 ‘만성퇴행성질환’으로 변화했다.

1971년부터 시작된 「전국 장내기생충 감염실태조사」 결과에 따르면, 1971년 1차 조사와 1976년 2차 조사에서 양성률은 각각 84.3%, 63.2%로 대부분의 국민이 장내기생충에 감염된 것으로 추정되었다. 이때의 기생충 감염은 회충, 구충, 편충 같은 토양매개성 선충이 주요 원인이었다(그림 Ⅲ-8). 1981년과 1986년 조사에서 양성률은 각각 41.1%와 12.9%로 급격히 감소하였고, 1992년에는 양성률(3.8%)이 한 자리 숫자로 더 감소한 이후 2012년까지 감소 추세가 계속되었다.

[그림 Ⅲ-8] 장내기생충 감염률, 1971-2012



주: 1) 장내기생충 감염률이 감소함에 따라 전 국민을 대상으로 한 통계 생산 필요성이 감소하여 2018년 승인 통계 작성이 중지됨.

출처: 보건복지부, 「전국 장내기생충 감염실태조사」 각 연도.

또한, 결핵은 1950~1960년대의 주요 사망원인이었으나, 1970년대 이후 체계적인 결핵퇴치

사업을 실시하여 최근 결핵환자 발생 수는 2만 명 이하로 감소했다(그림 Ⅲ-9). 다만, 한국의 결핵 발생률은 2023년 기준 인구 10만 명당 38명으로 OECD 회원국 중 2위로 나타나는 등 여전히 높은 수준이다(이해원 외, 2025).

이처럼 감염병은 20세기에 들어와 거의 박멸 수준으로 감소하였으나 기후변화와 국제교류 증가 등으로 신종감염병 발생이 다시 증가하고 있다. 2003년 중증급성호흡기증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome), 2009년 신종 인플루엔자 A(H1N1), 2015년 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), 2020년부터 시작된 코로나19 바이러스(SARS-CoV-2) 등 신종감염병이 반복적으로 발생하고 있다.

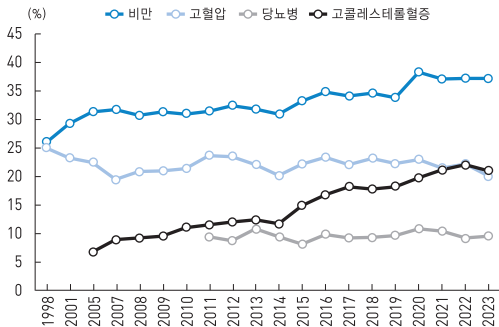
최근 인구 고령화와 생활양식 변화 등으로 만성질환의 비중이 점차 증가하고 있다. 비만 유병률은 1998년 26.0%에서 2023년 37.2%로 증가하였고, 고콜레스테롤혈증은 2005년 6.6%에서 2023년 20.9%로 증가했다. 고혈압과 당뇨병은 이 기간에 큰 변화를 보이지 않고 유사한 수준으로 유지되고 있다(그림 Ⅲ-9).

한국인의 사망원인 1위인 암은 해마다 발생자 수가 증가하고 있다. 연간 암 발생자 수는 1999년 101,856명(남자 57,880명, 여자 43,976명)에서 2022년 282,047명(남자 147,468명, 여자 134,579명)으로 대폭 증가했다(그림 Ⅲ-10).

시대별로 질병 양상 및 인구구조의 변화와 함



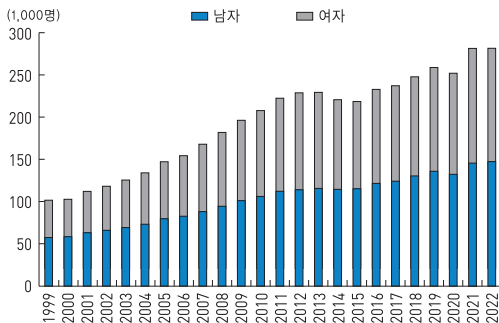
[그림 Ⅲ-9] 주요 만성질환 유병률, 1998-2023



- 주: 1) 비만 유병률은 만 19세 이상 인구 중 체질량지수 25kg/m² 이상인 비율(임산부 제외)임.
 2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.
 3) 고혈압 유병률은 만 19세 이상 인구 중 수축기혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 비율임.
 4) 당뇨병 유병률은 만 19세 이상 인구 중 공복혈당이 126mg/dL 이상이거나, 의사 진단을 받았거나 혈당강하제 복용 또는 인슐린 주사를 사용하고 있거나, 당화혈색소 6.5% 이상인 비율(공복시간 8시간 미만자, 임산부 제외)임.
 5) 고콜레스테롤혈증 유병률은 만 19세 이상 인구 중 총콜레스테롤이 240mg/dL 이상이거나 콜레스테롤 강하제를 복용한 비율(공복시간 8시간 미만자 제외)임.

출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

[그림 Ⅲ-10] 성별 암 발생자 수, 1999-2022



출처: 보건복지부, 「암등록통계」, 각 연도.

계 주요 사망원인도 변화했다(표 Ⅲ-1). 1990년에는 사망원인 중 운수사고(4위), 호흡기 결핵(8위)으로 인한 사망이 높은 순위에 있었고, 상

대적으로 자살(10위)의 순위가 낮았다. 2000년은 당뇨병(6위)과 만성하기도질환(7위), 자살(8위)의 순위가 높아졌고, 고혈압성질환 사망(9위)은 낮아졌다. 2010년은 자살(4위)의 순위가 더 높아졌고, 폐렴(6위) 또한 높은 순위를 차지했다. 운수사고의 순위(9위)는 점차 낮아졌다. 2020년은 그동안 볼 수 없었던 알츠하이머병(7위)과 패혈증(9위)으로 인한 사망이 높은 순위를 차지했고, 폐렴(3위)의 순위가 높아졌다. 2024년은 알츠하이머병(6위)과 고혈압성질환(8위)으로 인한 사망이 비교적 높은 순위를 차지

〈표 Ⅲ-1〉 10대 사망원인 변화, 1990-2024

순위	1990		2000		2010		2020		2024	
	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률
1	악성 신생물 [암]	91.5	악성 신생물 [암]	122.4	악성 신생물 [암]	144.4	악성 신생물 [암]	160.1	악성 신생물 [암]	174.3
2	뇌혈관 질환	63.1	뇌혈관 질환	73.6	뇌혈관 질환	53.2	심장 질환	63.0	심장 질환	65.7
3	심장 질환	39.6	심장 질환	38.7	심장 질환	46.9	폐렴	43.3	폐렴	59
4	운수 사고	33.2	운수 사고	25.5	고의적 자해 [자살]	31.2	뇌혈관 질환	42.6	뇌혈관 질환	48.2
5	고혈압 성 질환	29.7	간 질환	23.0	당뇨병	20.7	고의적 자해 [자살]	25.7	고의적 자해 [자살]	29.1
6	간 질환	28.1	당뇨병	22.7	폐렴	14.9	당뇨병	16.5	알츠하이머 병	23.9
7	당뇨병	9.9	만성 하기도 질환	16.8	만성 하기도 질환	14.2	알츠하이머 병	14.7	당뇨병	21.7
8	호흡기 결핵	9.3	고의적 자해 [자살]	13.7	간 질환	13.8	간 질환	13.6	고혈압 성 질환	16.1
9	만성 하기도 질환	8.9	고혈압 성 질환	8.9	운수 사고	13.7	패혈증	11.9	간 질환	15.3
10	고의적 자해 [자살]	7.6	폐렴	8.2	고혈압 성 질환	9.6	고혈압 성 질환	11.9	패혈증	15.1

주: 1) 사망률은 인구 10만 명당 사망자 수임.

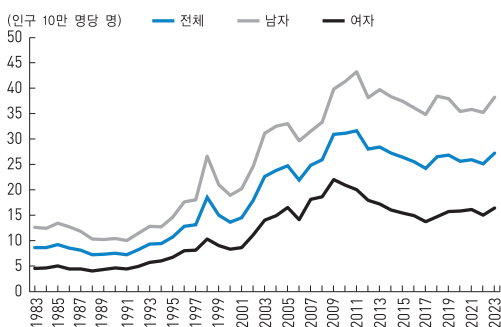
출처: 국가데이터처, 「사망원인통계」, 각 연도.

했다. 암, 뇌혈관질환, 심장질환은 연도별로 계속 높은 순위에 위치한다.

정신건강

1983년 이후 한국인의 자살사망률은 경제위기와 양극화, 압축성장에 따른 각종 사회적 문제들로 인해 급증했다. 1983년 인구 10만 명당 8.7명(남자 12.7명, 여자 4.6명)이던 자살사망률은 1990년대 말 IMF 경제위기, 2008년 글로벌 금융 위기 등을 거치면서 2011년에 31.7명(남자 43.3명, 여자 20.1명)으로 대폭 증가하였고, 이후 다소 감소하여 2024년 현재 29.1명(남자 41.8명, 여자 16.6명)을 기록하고 있다(그림 Ⅲ-11).

[그림 Ⅲ-11] 성별 자살사망률, 1983-2024



주: 1) 인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수임.
출처: 국가데이터처, 「사망원인통계」, 각 연도.

연령별로는 70대와 80대 이상 노인의 자살률이 두드러지게 높다. 노인자살률은 2005년에 80.5명(70대)과 128.1명(80대 이상)을 각각 기

록한 이후 점차 낮아졌으나, 2024년 현재 35.6명(70대)과 53.3명(80대 이상)으로 여전히 전체 연령대 중 가장 높은 수준이다. 중장년인 40, 50대의 자살률은 2024년 36.2명, 36.5명으로 최근 증가하고 있다(표 Ⅲ-2).

〈표 Ⅲ-2〉 연령별 자살사망률, 1995-2024

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2024
전체	10.8	13.7	24.8	31.2	26.5	25.7	29.1
10-19세	4.5	3.8	4.3	5.2	4.2	6.5	8.0
20-29세	12.6	11.2	17.9	24.4	16.4	21.7	22.5
30-39세	12.8	15.2	21.8	29.6	25.1	27.1	30.4
40-49세	14.8	19.1	28.4	34.1	29.9	29.2	36.2
50-59세	16.7	22.3	34.7	40.1	34.3	30.5	36.5
60-69세	18.1	26.1	54.6	52.7	36.9	30.1	31.9
70-79세	25.6	39.5	80.5	83.5	62.5	38.8	35.6
80세 이상	28.5	51.8	128.1	123.3	83.7	62.6	53.3

주: 1) 인구 10만 명당 자살로 인한 사망자 수임.

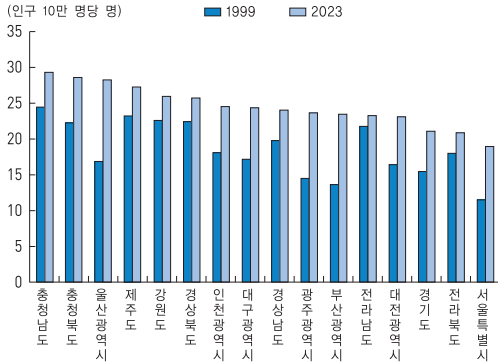
출처: 국가데이터처, 「사망원인통계」, 각 연도.

자살률은 인구집단별 격차뿐만 아니라 지역별 격차도 나타났다(그림 Ⅲ-12). 2024년 기준 제주도의 자살률이 32.4명으로 가장 높고, 다음으로 강원 29.1명, 전남 28.6명, 경북 27.7명 순으로 나타났다. 1999년과 2024년 두 기간의 변화를 살펴보면, 부산, 광주, 대전의 순으로 증가 폭이 컸고, 반면 충남, 충북의 증가 폭은 가장 낮았다.

한국인의 자살사망률은 OECD 회원국 중에서 가장 높은 순위를 기록하고 있으며, 2022년 기준 OECD 회원국의 평균에 비해 2.2배 더 높은 수준이다(그림 Ⅲ-13).

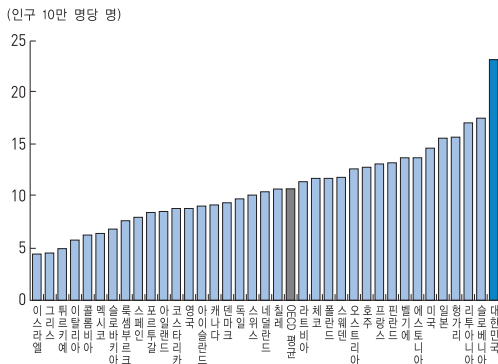


[그림 Ⅲ-12] 시도별 자살사망률, 1999, 2024



주: 1) 2005년 주민등록 연앙인구로 연령표준화된 수치임.
2) 세종특별자치시는 제외함.
출처: 국가데이터처, 「사망원인통계」, 각 연도.

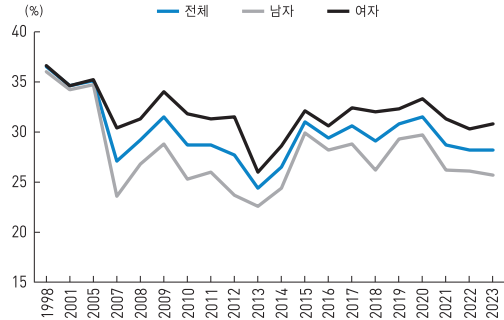
[그림 Ⅲ-13] OECD 국가별 자살사망률, 2022



주: 1) OECD 평균은 2022년 (혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 36개국의 평균임.
2) 독일은 2020년, 벨기에, 콜롬비아, 일본, 영국은 2021년 자료임.
3) 연령표준화된 수치임.
출처: OECD, OECD Health Statistics 2025, 2025.

자살의 원인은 여러 가지가 있으나, 평소 정신 건강 수준과 무관하지 않다. 한국인의 스트레스 인지율은 1998년 36.5%(남자 36.0%, 여자 36.6%)를 기록한 이래 크게 개선되지 않고 있으며, 2023년 기준 스트레스 인지율은 28.2%(남자 25.7%, 여자 30.8%) 수준이다(그림 Ⅲ-14).

[그림 Ⅲ-14] 성별 스트레스 인지율, 1998-2023



주: 1) 스트레스 인지율은 만 19세 이상 인구 중 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느낀다고 응답한 비율임.
2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.
출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

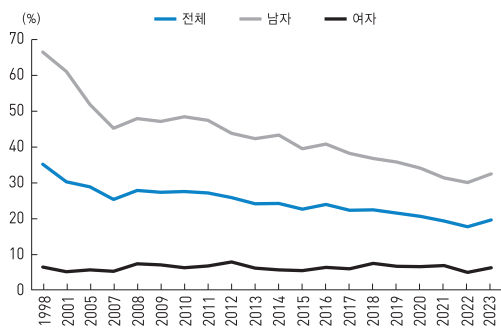
건강행태

현재흡연율은 1998년 「국민건강영양조사」가 시작된 이래 꾸준히 감소하였다. 특히 1998년부터 2007년까지 남성 흡연율은 66.3%에서 45.1%까지 감소하였고, 2015년부터는 30%대로 접어들었다. 여성 흡연율은 1998년 6.5%에서 2023년 6.3%로 큰 변화를 보이지 않았다(그림 Ⅲ-15).

전반적으로 현재흡연율이 감소하는 가운데 사회경제적 수준별로 현재흡연율의 격차가 계속 나타나고 있다. [그림 Ⅲ-16]은 소득이 가장 낮은 집단(소득 1분위)과 가장 높은 집단(소득 5분위)의 연도별 현재흡연율을 비교한 것인데, 소득수준에 따른 집단 간 현재흡연율 격차가 계속 나타나고 있다. 특히 1998~2023년 기간에 소득 1분위의 현재흡연율 감소 폭은 13.7%p인 반면, 소득 5분위의 현재흡연율 감소 폭은

18.1%p로 동 기간에 현재흡연율의 소득수준 간 격차가 확대되었다.

[그림 Ⅲ-15] 성별 현재흡연율, 1998-2023

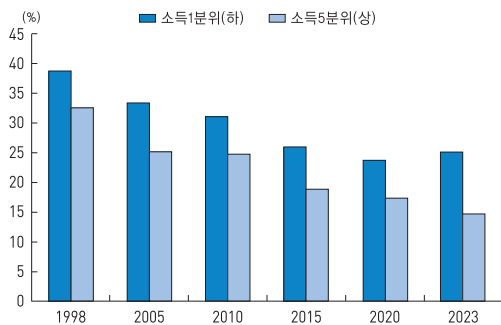


주: 1) 현재흡연율은 만 19세 이상 인구 중 평생 일반담배(궐련)를 5갑(100개비) 이상 피웠고, 현재 일반담배(궐련)를 피운다고 응답한 비율임.

2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

[그림 Ⅲ-16] 소득수준별 현재흡연율, 1998-2023



주: 1) 현재흡연율은 만 19세 이상 인구 중 평생 일반담배(궐련) 5갑(100개비) 이상 피웠고, 현재 일반담배(궐련)를 피운다고 응답한 비율임.

2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

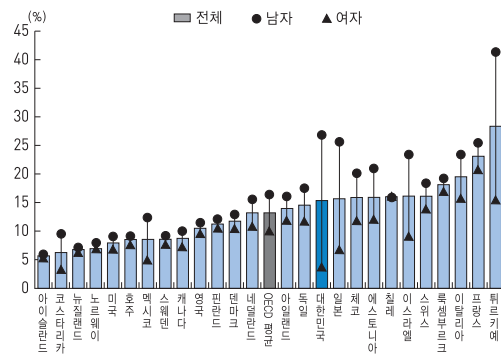
3) 소득수준은 월가구균등화소득을 5분위로 분류함.

출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

한국인의 흡연율은 OECD 국가와 비교하여 남자는 평균보다 높고, 여자는 평균보다 낮은 수준이다(그림 Ⅲ-17). 특히 여성 흡연율은 OECD 평균의 1/4 수준이다. 다만, 한국은 여성

흡연을 금기시하는 사회적 분위기 등으로 인해 여성 흡연율이 실제보다 낮게 보고되는 것으로 추측된다.

[그림 Ⅲ-17] OECD 국가별 흡연율, 2023



주: 1) OECD 국가별 흡연율은 15세 이상 인구 중 매일 담배를 피우는 인구의 비율임.

2) OECD 평균은 2023년 (혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 26개국의 평균임.

3) 독일은 2021년, 호주, 칠레, 에스토니아, 핀란드, 스위스, 튀르키예는 2022년 자료임.

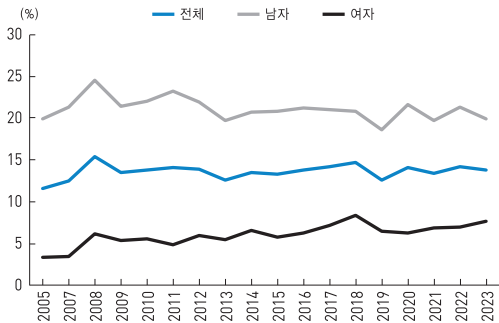
출처: OECD, *OECD Health Statistics 2025*, 2025.

한국인의 고위험음주율은 2005년 11.6%에서 2023년 13.8%로 약간 증가했는데, 이는 여자의 고위험음주율이 증가한 데 따른 것으로 볼 수 있다. 여자의 고위험음주율은 2005년 3.4%에서 2023년 7.7%로 2.3배 정도 증가하였으나, 남자의 고위험음주율은 2005년 19.9%, 2023년 19.9%로 비슷한 수준을 유지하고 있다(그림 Ⅲ-19).

신체활동 실천율은 2014년 58.3%에서 2023년 52.5%로 감소했다. 성별로는 2014년에 남녀 간 7.3%p(남자 62.0%, 여자 54.7%)의 격차가 있었으나, 2023년에는 성별 격차가 4.0%p(남자 54.4%, 여자 50.4%)로 줄어들었다(그림 Ⅲ-19).



[그림 III-18] 성별 고위험음주율, 2005-2023

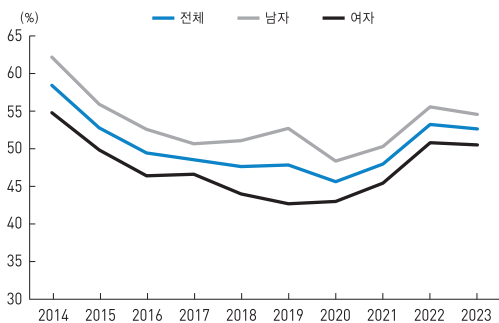


주: 1) 고위험음주율은 만 19세 이상 인구 중 최근 1년 동안 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상이며, 주 2회 이상 술을 마신다고 응답한 비율임.

2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

[그림 III-19] 성별 유산소 신체활동 실천율, 2014-2023



주: 1) 유산소 신체활동 실천율은 만 19세 이상 인구 중 일주일에 중강도 신체 활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 하고 있다고 응답한 비율임.

2) 2005년 추계인구로 연령표준화된 수치임.

출처: 질병관리청, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

수 있다. 1977년 500인 이상 사업장 근로자를 의무가입 대상으로 하는 의료보험이 시작된 이후 의료보험 적용 대상이 300인 이상(1979년), 100인 이상(1981년), 5인 이상 사업장의 근로자까지 점차 확대(1988년)되었고, 1989년 농어촌 지역 의료보험과 도시지역 의료보험이 실시되면서 마침내 전 국민 의료보장이 완성되었다. 이처럼 한국은 단기간 내(1977~1989년)에 보편적 의료보장을 이뤄냈으며, 그에 따라 의료보장 적용 인구 또한 확대되었다(표 III-3).

〈표 III-3〉 의료보장 적용 인구, 1977-2023

	의료보장	건강보험	의료급여
1977년	5,296	3,200	2,095
1990년	44,110	40,180	3,930
1995년	45,429	44,016	1,413
2000년	47,466	45,896	1,570
2005년	49,154	47,392	1,762
2010년	50,581	48,907	1,674
2015년	52,034	50,490	1,544
2020년	52,871	51,345	1,526
2023년	52,970	51,453	1,517

주: 1) 의료보장 적용 인구는 건강보험 적용 인구와 의료급여 적용 인구의 합임.

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 각 연도; 보건복지부·국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「국민건강보험 40년사」, 2017.

보건의료체계

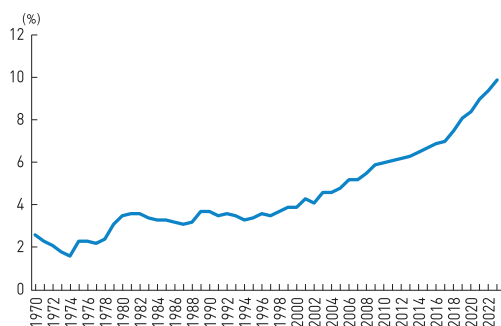
해방 이후 한국의 의료체계에서 가장 눈에 띄는 변화는 전 국민 의료보장의 실현이라고 할

경상의료비는 한 국가의 국민이 보건의료 재화와 서비스를 구매하는 데 지출한 총비용으로, GDP 대비 경상의료비는 의료복지 지출 규모를 보여주는 대표적인 지표이다.

한국의 GDP 대비 경상의료비 비율은 1970년 2.6%에서 2023년 9.9%로 크게 증가했다(그림 III-20). GDP 대비 경상의료비가 2%대에서 4%

대로 증가하는 데는 2000년까지 30여 년이 걸렸으나, 그 이후 20여 년 동안 경상의료비가 빠르게 증가하여 4%대에서 9%대로 진입하는 데 소요된 기간은 20여 년에 불과했다.

[그림 Ⅲ-20] GDP 대비 경상의료비 비율, 1970-2023



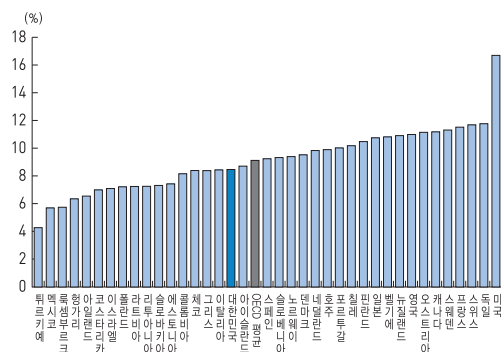
주: 1) 보건의료 재화와 서비스의 최종 소비를 위해 지출한 의료비가 GDP에서 차지하는 비중임.

2) 2023년은 잠정 수치임.

출처: 보건복지부, 「국민보건계정」, 각 연도.

2023년 한국의 GDP 대비 경상의료비 지출 수준은 OECD 평균에 가깝다(그림 Ⅲ-21). 한

[그림 Ⅲ-21] OECD 국가별 GDP 대비 경상의료비 비율, 2023



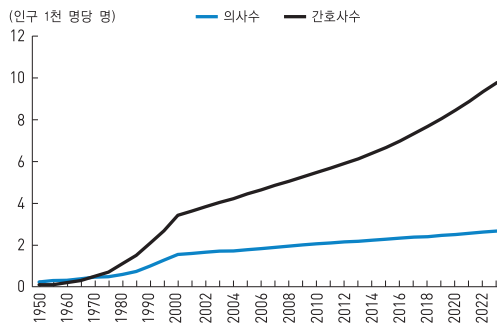
주: 1) OECD 평균은 2023년 통계가 있는 38개국의 평균임.

출처: OECD, OECD Health Statistics 2025, 2025.

국보다 경상의료비를 더 많이 지출하고 있는 국가는 21개국, 한국보다 더 적게 지출하고 있는 국가는 16개국으로 나타나고 있다. 다만, OECD 회원국과 비교하여 한국의 GDP 대비 경상의료비 지출 수준은 빠르게 증가하는 추세이다.

의료인은 보건의료체계를 구성하는 핵심 자원으로, 국민의 건강에 대한 관심이 증가함에 따라 한국의 의사 수와 간호사 수는 꾸준히 증가해 왔다. 인구 1,000명당 의사 수는 1950년 0.2명에서 2023년 2.7명으로 증가했고, 인구 1,000명당 간호사 수는 이보다 더 많이 증가하여 1950년 0.1명에서 2023년 9.7명으로 증가했다(그림 Ⅲ-22).

[그림 Ⅲ-22] 의사 수 및 간호사 수, 1950-2023



주: 1) 인구 천 명당 면허 의사 수 및 간호사 수.

출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도.

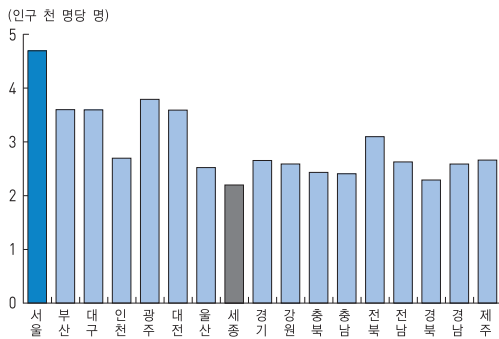
국가데이터처, 「장래인구추계」, 각 연도.

한국은 의료인력 분포의 지역 간 불균형으로 인해 의료서비스 접근성 격차가 지속적으로 나타나고 있다. 특히 대도시와 대형병원에 의사가 집중되면서 의사가 부족한 일부 지역과의 의료 서비스 접근성 격차가 심화되고 있다.



의료기관에 종사하는 의사 수의 경우 서울이 4.7명으로 가장 높고, 세종은 2.2명, 경북은 2.3명, 충북·충남은 2.4명으로 이들 지역은 전국 평균에 못 미치는 수준이다(그림 III-23).

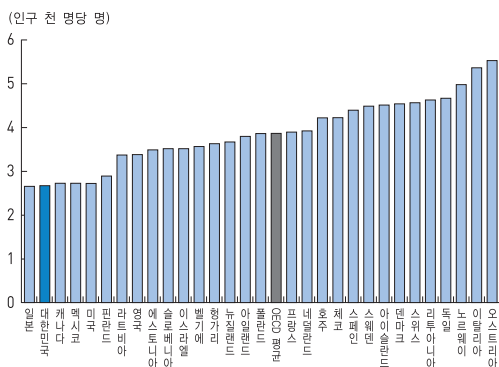
[그림 III-23] 시도별 의료기관 종사 의사 수, 2024



주: 1) 인구 천 명당 의료기관에 종사하는 의사(의사, 한의사, 치과의사)의 수.
출처: 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 2024;
행정안전부, 「주민등록인구현황」, 2024.

인구 대비 의사 수가 꾸준히 증가하였음에도 불구하고 OECD 국가 중 한국의 임상 의사 수

[그림 III-24] OECD 국가별 임상 의사 수, 2023

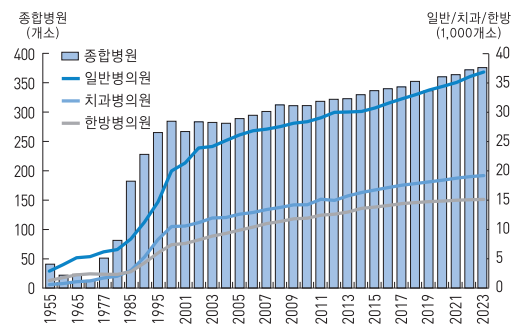


주: 1) OECD 평균은 2023년(혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 30개국의 평균임.
2) 벨기에, 일본, 스웨덴, 미국은 2022년 자료임.
출처: OECD, OECD Health Statistics 2025, 2025.

는 가장 낮은 수준이다(그림 III-24). OECD 국가의 평균 임상 의사 수는 인구 1,000명당 3.9명이나 한국은 2.7명에 불과하여 일본 다음으로 임상 의사 수가 적었다.

한국의 의료기관 수도 빠르게 증가했다. 종합 병원 수는 1955년 42개에서 2023년 377개로 약 9.0배 증가했고, 일반 병의원 수도 1955년 2,890개에서 2023년 36,996개로 12.8배 증가했다(그림 III-25).

[그림 III-25] 주요 종별 의료기관 수, 1955-2023



출처: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도.

나가며

광복 이후 한국의 보건의료체계와 건강 수준은 빠르게 발전해 왔다. 소득수준 향상에 따른 영양과 위생 상태의 개선, 보건의료 발전과 건강증진 사업 추진 등으로 기대수명과 영아사망률 등이 세계적으로 높은 수준에 이르렀다. 그리고 보편적 의료보장체계가 확립되면서 누구나 필요할 때 적절한 의료서비스를 받을 수 있

는 기반 또한 마련되었다. 그러나 기후변화 등으로 인한 신종감염병 발생 위험은 날로 커지고, 인구 고령화와 생활양식의 변화 등으로 인한 만성질환 증가 또한 도전적인 과제로 남아 있다. 사회경제적 수준에 따른 인구집단 간, 지역 간 건강불평등 문제도 한국 사회가 풀어야

할 난제 중 하나이다. 세계보건기구에서는 “건강은 단지 질병이 없는 상태를 의미하는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태”로 정의하고 있다. 국민 개개인의 건강 잠재력을 달성하기 위해서는 앞으로도 지속적인 관심과 투자가 필요하다.

참고문헌

- Khang, et al., 2019, “Trends in inequality in life expectancy at birth between 2004 and 2017 and projections for 2030 in Korea: Multiyear cross-sectional differences by income from national health insurance data,” *BMJ Open* 9: e030683.
- 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 「국민건강보험 40년사」, 2017.
- OECD, *OECD Health Statistics 2024*, 2024.
- 질병관리본부, 국립보건원, 「제8차 전국 장내기생충 감염통계」, 2013.
- 보건복지 70년사 편찬위원회, 「보건복지 70년사」, 2015.
- 질병관리청, 「2023 감염병 감시연보」, 2024.
- 이해원, 김진선, 김지은, 박영준, 「2023년 국제 결핵 발생 현황」, *Public Health Weekly Report* 2025, 18(Suppl 11): S55–S69.