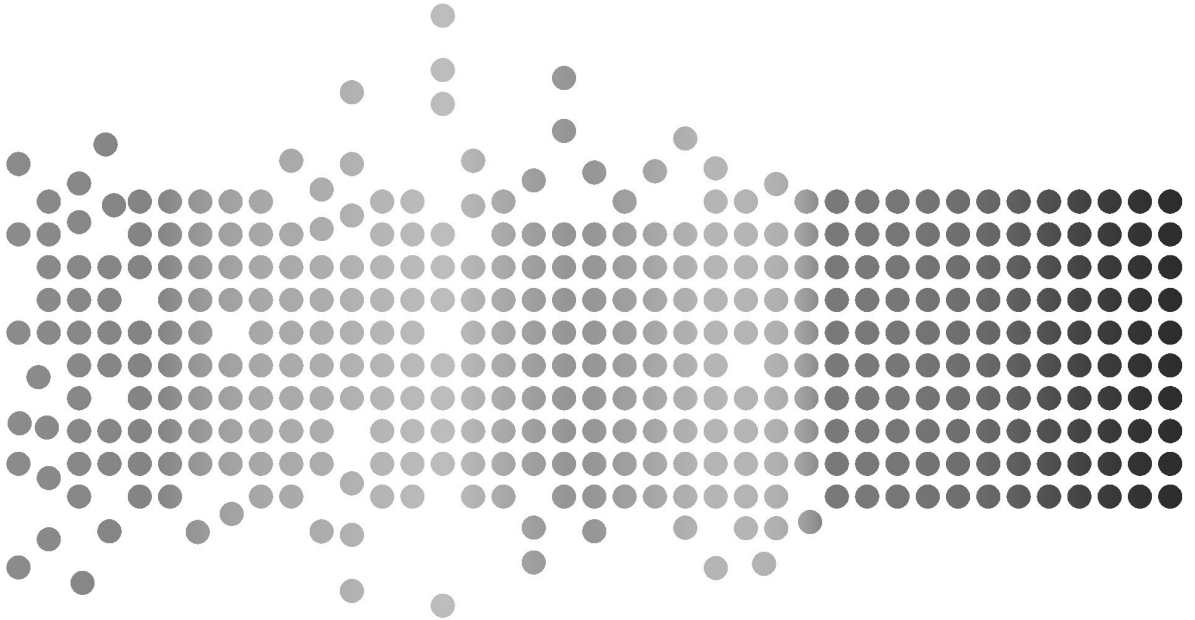


한국의 보건복지 동향: 2009

The Trend of Health and Welfare in Korea: 2009

장영식 · 고경환 · 류시원 · 이정우 · 김나연



연구보고서 2009-25

한국의 보건복지 동향: 2009

발행일 2009년 12월
저자 장영식 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 대명기획
가격 8,000원

© 한국보건사회연구원 2009

ISBN 978-89-8187-490-2 93510

머리말

경제사회의 발전에 따라 삶의 질과 밀접한 관련이 있는 보건복지에 대한 관심이 증대하고 있다. 보건복지정책의 수립 및 추진 그리고 평가를 위한 보건복지관련 통계정보와 국민이 궁금해 하는 우리의 보건복지 수준은 어느 정도에 도달해 있으며, 이와 관련된 내용들은 무엇인가 하는 궁금증을 해결해 줄 수 있는 통계정보의 체계적인 제공 필요성이 높아지고 있다.

이와 같이 공공부문 뿐만 아니라 민간부문에서도 보건복지에 대한 관심이 증대되고 있어 이를 충족시켜 줄 수 있는 다양한 방법의 모색이 요구되고 있다. 인쇄매체를 통한 제공과 더불어 인터넷을 통한 통계정보 제공 등 보다 이용자들이 쉽게 접근할 수 있는 방법을 찾아 편리성을 제공하고 있다. 그러나 이들 자료들은 대부분 통계의 제공에 그치고 있어 보다 이해를 도울 수 있는 방법으로서의 제공이 요구되고 있다.

국제기구나 선진국에서는 제공되는 통계의 이해도를 높이기 위해서 시계열적인 분석과 함께 각종 통계자료를 제공하여 동향 파악이 용이하도록 하고 있다. 보건복지분야에서도 국제기구나 선진국에서는 동향보고서를 발간하여 국제동향 및 자국의 보건복지분야에 대한 동향을 이해하는데 도움을 주고자 노력하고 있다. 우리나라도 지금까지 각 분야에서 통계연보를 발간하고 있으며, 이제는 이해도를 높이기 위해 분야별로 점차 동향 보고서 발간을 시도하고 있다.

본 동향 보고서는 보건복지분야의 동향을 쉽게 파악할 수 있도록 관련지표와 함께 해설을 기술하여 보다 손쉽게 찾아보고 이용이 용이하게 하였다. 제시된 자료는 시계열적인 파악이 가능하도록 다년간의 자료를 수록하도록 노력하였다.

여기에 제시된 지표들은 산재해 있는 보건복지관련 통계지표들을 수집 정리하였고, 가능한 신규 통계가 포함되도록 노력하였다. 향후 정책수립자나 연구자들이 보다 편리하게 활용할 수 있도록 보완 발전시킬 계획이다. 아무쪼록 보건복지분야에 관심이 있는 모든 분들에게 좋은 참고자료로 활용될 수 있기를 기대한다. 앞으로 정책 및 연구에 활용성을 높이기 위하여 다양한 신규생산통계 및 지역통계 등 보다 폭넓은 통계자료를 제공하는데 주력할 계획이다.

연구진은 본 연구에 대해 귀중한 조언을 아끼지 않으신 서울대학교 이승욱 교수, 통계청동북지청 최봉호청장, 한국여성정책연구원 문유경 연구위원 그리고 원내의 김승권 선임연구위원과 손창균 부연구위원께 감사하고 있다.

본 보고서의 편제, 참고·인용자료의 선정, 연도의 구분, 항목선정 등과 관련된 자의성 등은 보고서 작성자들의 개인적 견해이며 본 연구원의 공식적인 견해나 입장이 아님을 밝힌다.

2009년 12월

한국보건사회연구원장
김 용 하

Abstract	1
요 약	5
제1장 서론	13
제1절 연구의 필요성 및 목적	13
제2절 연구의 내용 및 방법	14
제2장 보건복지지표 선행 연구 및 지표선정	17
제1절 보건복지지표 선행연구 및 외국의 지표체계	17
제2절 보건복지 지표선정	31
제3장 보건의 동향	51
제1절 건강상태	51
제2절 보건의료자원	64
제3절 보건의료이용	73
제4절 출생, 사망 및 질병, 상해	86
제5절 건강의식행태	111
제6절 보건비용	116
제7절 보건의 비의료 결정요인	125

제4장 복지의 동향	133
제1절 공공부조	133
제2절 사회보험	147
제3절 사회복지서비스	187
제5장 보건복지 관련 지표	263
제1절 인구 및 경제지표	263
제2절 보건복지예산	272
제6장 보건복지지표의 발전방향	279
참고문헌	283

표 목차

〈표 2-1-1〉 OECD 요구 보건통계 분야	21
〈표 2-1-2〉 국제표준화기구 선정 보건지표	22
〈표 2-1-3〉 일본의 보건지표체계(일본 후생통계요람)	24
〈표 2-1-4〉 호주의 보건지표 체계	25
〈표 2-1-5〉 미국 보건지표체계의 관심영역과 개별지표	26
〈표 2-1-6〉 캐나다의 지역별 보건지표	27
〈표 2-1-7〉 호주의 복지통계 현황	28
〈표 2-1-8〉 독일의 복지통계 현황	29
〈표 2-1-9〉 일본의 복지지표체계	30
〈표 2-2-1〉 보건지표체계	32
〈표 2-2-2〉 복지지표체계	35
〈표 2-2-3〉 보건분야별 주요지표	42
〈표 2-2-4〉 보건지표	43
〈표 2-2-5〉 복지 분야별 주요지표	45
〈표 2-2-6〉 복지지표	46
〈표 3-1-1〉 평균수명 추이: 1948~2008	52
〈표 3-1-2〉 65세 연령의 기대여명: 1970~2008	54
〈표 3-1-3〉 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2006	55
〈표 3-1-4〉 저체중출생아비율: 1993~2008	57
〈표 3-1-5〉 어린이 치아건강(12세): 1995~2006	59
〈표 3-1-6〉 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2006	60
〈표 3-1-7〉 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2005	62
〈표 3-1-8〉 성별 건강수명(20~75세): 2005	64

〈표 3-2-1〉	활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2007	.....65
〈표 3-2-2〉	활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2007	.....66
〈표 3-2-3〉	의료인력배출(인구 100,000명당): 1999~2007	68
〈표 3-2-4〉	병상수(인구 1,000명당): 1989~2008	.....70
〈표 3-2-5〉	병의원수: 1995~2008	.....71
〈표 3-2-6〉	의료기술(인구 1,000,000명당): 1993~2008	..72
〈표 3-3-1〉	외래진료(국민 1인당): 1999~2005	.....74
〈표 3-3-2〉	2주간 외래 이용률(만19세 이상): 1998~2007	..75
〈표 3-3-3〉	연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005, 2007	..77
〈표 3-3-4〉	골수이식(인구 100,000명당): 2000~2008	.....78
〈표 3-3-5〉	심장이식(인구 100,000명당): 2000~2008	.....80
〈표 3-3-6〉	간이식(인구 100,000명당): 2000~2008	.....81
〈표 3-3-7〉	폐이식(인구 100,000명당): 2000~2008	.....82
〈표 3-3-8〉	신장이식(인구 100,000명당): 2000~2008	.....83
〈표 3-3-9〉	제왕절개(출생아 1,000명당): 2001~2008	.....85
〈표 3-4-1〉	합계출산율 및 출생아수: 1960~2008	.....87
〈표 3-4-2〉	5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007	.....88
〈표 3-4-3〉	전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	.....90
〈표 3-4-4〉	뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	.....91
〈표 3-4-5〉	허혈성심장질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	.....93

〈표 3-4- 6〉 당뇨병으로 인한 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2006	94
〈표 3-4- 7〉 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2006	96
〈표 3-4- 8〉 교통사고 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2005	97
〈표 3-4- 9〉 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2006	99
〈표 3-4-10〉 유병률: 조사직전 2주간: 1980~2008	100
〈표 3-4-11〉 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당):	
1990~2006	101
〈표 3-4-12〉 백일해 발생건수(인구 100,000명당):	
2000~2007	103
〈표 3-4-13〉 홍역 발생건수(인구 100,000명당):	
2000~2007	104
〈표 3-4-14〉 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당):	
1996~2005	105
〈표 3-4-15〉 당뇨병 유병률(인구 100,000명당):	
1996~2005	106
〈표 3-4-16〉 고혈압 유병률(인구 100,000명당):	
1996~2005	107
〈표 3-4-17〉 암 발생률(인구 100,000명당):	
1996~2005	109
〈표 3-4-18〉 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당):	
1960~2008	110

〈표 3-5-1〉 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2007	111
〈표 3-5-2〉 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2007	112
〈표 3-5-3〉 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004, 2005 ...	113
〈표 3-5-4〉 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007	114
〈표 3-5-5〉 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007	115
〈표 3-6-1〉 연령별 1인당 의료비: 1980~2007	117
〈표 3-6-2〉 국민의료비(GDP 대비): 1980~2007	118
〈표 3-6-3〉 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2007	119
〈표 3-6-4〉 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2007	121
〈표 3-6-5〉 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2007	122
〈표 3-6-6〉 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2007	124
〈표 3-7-1〉 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 2001, 2005	126
〈표 3-7-2〉 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2005	127
〈표 3-7-3〉 주류소비량(15세 이상 1인당): 1988~2007	128
〈표 3-7-4〉 음주인구 비율(20세 이상 인구): 1986~2008 ...	130
〈표 4-1-1〉 최저생계비 추이: 2000~2009	134
〈표 4-1-2〉 2009년 4인가구 최저생계비 비목별 구성	135
〈표 4-1-3〉 2009년도 가구규모별 최저생계비	135
〈표 4-1-4〉 주요 국가들의 상대빈곤선	136
〈표 4-1-5〉 기초생활보장수급자수 추이: 2001~2008	137

〈표 4-1- 6〉	의료급여대상자 추이: 2000~2008	139
〈표 4-1- 7〉	의료급여1종 유형별 분포: 2008	140
〈표 4-1- 8〉	세계 주요 국가의 보건의료 체계	141
〈표 4-1- 9〉	자활사업참여자 현황	142
〈표 4-1-10〉	기초생활수급자 부적정급여 조정 비율: 2005~2009	143
〈표 4-1-11〉	공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2008	144
〈표 4-1-12〉	공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2008	144
〈표 4-1-13〉	공적부조수급 전·후 절대빈곤율 비교	145
〈표 4-1-14〉	기초생활보장수급자의 자활사업 (창·취업) 성공률	146
〈표 4-2- 1〉	의료보장 적용인구 현황: 1980~2008	148
〈표 4-2- 2〉	국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이: 2001~2008	151
〈표 4-2- 3〉	국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2008	152
〈표 4-2- 4〉	국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성: 2001~2008	153
〈표 4-2- 5〉	국민건강보험 급여실적: 2008	155
〈표 4-2- 6〉	공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비: 1990~2008	158
〈표 4-2- 7〉	공적연금제도별 가입자 대비 수급권자의 비율: 1990~2008	160
〈표 4-2- 8〉	국민연금 가입자의 종별 구성 현황의 연도별 추이: 1988~2008	165

〈표 4-2- 9〉 국민연금 외국인 가입자의 변동 추이:	
2000~2008	167
〈표 4-2-10〉 공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이:	
2000~2008	168
〈표 4-2-11〉 공적연금제도별 적립기금의 변화추이:	
2000~2008	168
〈표 4-2-12〉 공적연금 가입자/수급권자수-연금형태별:	
1990~2008	169
〈표 4-2-13〉 공적연금제도별 노령(퇴직) 유족 급여지출 현황:	
1990~2008	170
〈표 4-2-14〉 산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이:	
1980~2008	173
〈표 4-2-15〉 특수형태 근로종사자 산재보험제도 적용현황:	
2008.7.1~12.31	176
〈표 4-2-16〉 산업재해 발생현황: 1980~2008	177
〈표 4-2-17〉 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황:	
1996~2008	182
〈표 4-2-18〉 고용보험 사업별 급여지급 실적: 1995~2008	185
〈표 4-3- 1〉 노인인구 및 고령인구 증가 추이: 1990~2050	188
〈표 4-3- 2〉 독거노인수: 2007~2011	189
〈표 4-3- 3〉 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050	190
〈표 4-3- 4〉 기초노령연금 수급자수:	
1단계(2008. 1~6)중 6월말 기준	191
〈표 4-3- 5〉 기초노령연금 수급자수:	
2단계(2008. 7~12)중 12월말 기준	191

〈표 4-3- 6〉 노인장기요양보험 인정자 및 급여이용자 현황: 2009	·192
〈표 4-3- 7〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2008	.....194
〈표 4-3- 8〉 노인복지시설수 추이	.....195
〈표 4-3- 9〉 노인의 고용률 추이: 2000~2008	.....196
〈표 4-3-10〉 노인의 취업업종: 2008	.....197
〈표 4-3-11〉 정부지원 노인 일자리수	.....198
〈표 4-3-12〉 노인의 소득원별 구성	.....199
〈표 4-3-13〉 노인의 용돈 마련 책임자 분포	.....201
〈표 4-3-14〉 노인학대 유형: 2006~2008	.....203
〈표 4-3-15〉 노인학대 주된 행위자 분포: 2007	.....203
〈표 4-3-16〉 등록장애인의 장애종류별 성별 분포	.....205
〈표 4-3-17〉 장애급여 수급자 비율: 2004~2008	.....207
〈표 4-3-18〉 장애수당 현황: 2004~2008	.....208
〈표 4-3-19〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2004~2008	·209
〈표 4-3-20〉 장애인 활동보조서비스 수혜 현황	.....210
〈표 4-3-21〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2008	.....211
〈표 4-3-22〉 OECD 주요국 장애인의 고용률, 실업률	.....212
〈표 4-3-23〉 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2008	.....214
〈표 4-3-24〉 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2008	.....215
〈표 4-3-25〉 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008	.....216
〈표 4-3-26〉 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	.....217
〈표 4-3-27〉 아동·청소년인구 추이: 1990~2010	.....218
〈표 4-3-28〉 요보호아동 발생원인: 2006~2008	.....220

〈표 4-3-29〉	입양아동수 추이: 2003~2008	221
〈표 4-3-30〉	연도별 아동학대 발생률	222
〈표 4-3-31〉	아동빈곤율 추이: 연도별, 소득별	224
〈표 4-3-32〉	아동급식대상자 추이: 2004~2009	225
〈표 4-3-33〉	급식 지원방법별 전달체계: 2009.1	225
〈표 4-3-34〉	가출청소년 발생추이: 2002~2008	227
〈표 4-3-35〉	청소년 자살률 연령대별, 성별: 2008	228
〈표 4-3-36〉	아동·청소년 10만명당 위험환경 경험 수: 2006~2008	230
〈표 4-3-37〉	요보호아동 보호현황: 2006~2008	231
〈표 4-3-38〉	아동학대 유형별 추이: 2003~2008	233
〈표 4-3-39〉	피해아동 연령	233
〈표 4-3-40〉	헬프콜! 1388 일일 이용건수	235
〈표 4-3-41〉	아동발달지원계좌 지원현황: 2008년말 기준	235
〈표 4-3-42〉	가구원수별 가구형태: 1990~2005	237
〈표 4-3-43〉	가족의 형태별 분포: 1990~2005	238
〈표 4-3-44〉	한부모가족의 추이: 1985~2005	239
〈표 4-3-45〉	한부모가족 분포의 국제비교	240
〈표 4-3-46〉	조손가구 수: 1995~2005	240
〈표 4-3-47〉	조손가구의 형성요인: 2007	241
〈표 4-3-48〉	결혼 이민자 현황	242
〈표 4-3-49〉	국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포	242
〈표 4-3-50〉	한부모가족생활시설 현황: 2004~2008	243
〈표 4-3-51〉	미혼모자시설 연령별 입소자 현황: 2007년말 기준	244
〈표 4-3-52〉	산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2006~2008	245

〈표 4-3-53〉 육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2008	·246
〈표 4-3-54〉 저소득한부모가족 현황: 2007년말 기준	·247
〈표 4-3-55〉 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009	·248
〈표 4-3-56〉 보육료 지원사업의 대상 선정 기준과 급여액	·249
〈표 4-3-57〉 보육료 지원 현황: 2009	·250
〈표 4-3-58〉 영유아 보육형태: 2008	·251
〈표 4-3-59〉 양육수당 지급 관련 국가 비교	·251
〈표 4-3-60〉 건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황: 2004~2008	·253
〈표 4-3-61〉 다문화가족지원센터 운영 현황: 2009. 3	·253
〈표 4-3-62〉 외국인과의 이혼 추이: 2002~2008	·254
〈표 4-3-63〉 여성가구주 비율: 1995~2005	·255
〈표 4-3-64〉 여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2008	·256
〈표 4-3-65〉 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2008	·257
〈표 4-3-66〉 가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2008	·259
〈표 4-3-67〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	·260
〈표 4-3-68〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2008	·260
〈표 5-1- 1〉 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2020	·264
〈표 5-1- 2〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2050	·265
〈표 5-1- 3〉 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2008	·266
〈표 5-1- 4〉 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2006	·267
〈표 5-1- 5〉 조혼인율, 조이혼율: 1980~2008	·268
〈표 5-1- 6〉 평균초혼연령: 1960~2008	·270

〈표 5-1-7〉	평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2008	.....270
〈표 5-1-8〉	이혼사유별 구성비: 2001~2008	.....271
〈표 5-2-1〉	보건복지가족부문 예산관련 지표: 1995~2007	...272
〈표 5-2-2〉	보건복지가족부 예산 현황: 1995~2007	.....274
〈표 5-2-3〉	국내 주요 물가지수: 1991~2007	.....275
〈표 5-2-4〉	국내총생산 및 국민총소득: 1980~2007	.....276

그림 목차

[그림 3-1-1]	평균수명 추이: 1948~2008	.....52
[그림 3-1-2]	65세 연령의 기대여명: 1970~2008	.....53
[그림 3-1-3]	영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2006	....55
[그림 3-1-4]	저체중출생아비율: 1993~2008	.....57
[그림 3-1-5]	어린이 치아건강(12세, 충치, 의치 발치 수): 1995~2006	.....59
[그림 3-1-6]	주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2006	..60
[그림 3-1-7]	건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세이상): 1986~2005	.....62
[그림 3-1-8]	성별 건강수명(20~75세), (EQ-5D이용): 2005	..63
[그림 3-2-1]	활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2007	....65
[그림 3-2-2]	활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2007	..66
[그림 3-2-3]	의대졸업자, 간호대졸업자(인구 100,000명당): 1999~2007	.....68
[그림 3-2-4]	병상수(인구 1,000명당): 1989~2008	.....69
[그림 3-2-5]	병의원수: 1995~2008	.....71

[그림 3-2-6] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1993~2008	72
[그림 3-3-1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2005	74
[그림 3-3-2] 2주간 외래 이용률(만19세이상): 1998~2007	75
[그림 3-3-3] 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005, 2007	76
[그림 3-3-4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2008	78
[그림 3-3-5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2008	79
[그림 3-3-6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2008	80
[그림 3-3-7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2008	82
[그림 3-3-8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2008	83
[그림 3-3-9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2008	85
[그림 3-4-1] 합계출산율: 1960~2008	87
[그림 3-4-2] 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007	88
[그림 3-4-3] 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	90
[그림 3-4-4] 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	91
[그림 3-4-5] 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	92
[그림 3-4-6] 당뇨로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	94
[그림 3-4-7] 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	96

[그림 3-4- 8]	교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2005	97
[그림 3-4- 9]	사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2006	98
[그림 3-4-10]	유병률: 조사직전 2주간: 1989~2008	100
[그림 3-4-11]	후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2006	101
[그림 3-4-12]	백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007	102
[그림 3-4-13]	홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007	103
[그림 3-4-14]	결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2005	104
[그림 3-4-15]	당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005	106
[그림 3-4-16]	고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005	107
[그림 3-4-17]	암 발생률(인구 100,000명당): 1996~2005 ..	108
[그림 3-4-18]	도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2008	110
[그림 3-5- 1]	디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2007	111
[그림 3-5- 2]	홍역 어린이 예방접종률: 1988~2007	112
[그림 3-5- 3]	노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004, 2005	113

[그림 3-5-4] 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007	114
[그림 3-5-5] 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007	115
[그림 3-6-1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2007	116
[그림 3-6-2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2007	118
[그림 3-6-3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2007	119
[그림 3-6-4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2007	121
[그림 3-6-5] 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2007	122
[그림 3-6-6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2007	124
[그림 3-7-1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 2001, 2005	125
[그림 3-7-2] 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2005	127
[그림 3-7-3] 주류소비량(15세 이상 1인당): 1988~2007	128
[그림 3-7-4] 음주인구 비율(20세 이상 인구): 1986~2008	129
[그림 4-1-1] 최저생계비 추이: 2000~2009	133
[그림 4-1-2] 기초생활보장수급자수 추이: 2001~2008	137
[그림 4-1-3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2008	138
[그림 4-1-4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2000~2008	139
[그림 4-1-5] 의료급여1종 유형별 분포: 2008	140
[그림 4-1-6] 자활사업참여자 현황	142
[그림 4-2-1] 의료보장 적용률의 변화추이: 1980~2008	148
[그림 4-2-2] 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2008	149
[그림 4-2-3] 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황: 2008	150

[그림 4-2- 4]	국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율	153
[그림 4-2- 5]	국민건강보험 수가 인상률의 변동추이: 1979~2009	154
[그림 4-2- 6]	연간진료비 총액의 연령별 분포 현황: 2008	156
[그림 4-2- 7]	1인당 연간진료비의 연령별 분포: 2008	157
[그림 4-2- 8]	공적연금 가입자의 제도별 구성에 대한 변화 추이: 1990~2008	158
[그림 4-2- 9]	공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이: 1990~2008	161
[그림 4-2-10]	국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이: 2008	162
[그림 4-2-11]	국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별·성별 구성: 2008	163
[그림 4-2-12]	국민연금 가입자의 종별·표준소득월액 등급별 현황: 2008	166
[그림 4-2-13]	국민연금 급여종류별 수급자수: 2008	172
[그림 4-2-14]	국민연금 급여종류별 급여지급 현황: 2008	172
[그림 4-2-15]	산업재해보상법 적용근로자의 연도별 변화추이: 1980~2008	174
[그림 4-2-16]	사업규모별 산재보험제도 적용근로자의 현황: 2008	175
[그림 4-2-17]	산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율: 1980~2008	177
[그림 4-2-18]	산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황	178

[그림 4-2-19]	산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별·연도별 지급 현황	179
[그림 4-2-20]	외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이: 2001~2008	180
[그림 4-2-21]	외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이: 2001~2008	180
[그림 4-2-22]	고용보험제도 적용 현황의 연도별 추이: 1996~2008	182
[그림 4-2-23]	상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용인구: 1997~2008	183
[그림 4-2-24]	고용보험기금의 연도별 변화 추이: 2004~2008	184
[그림 4-2-25]	고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이: 1995~2008	185
[그림 4-2-26]	고용보험 사업별 급여지출의 비중: 2008	186
[그림 4-2-27]	고용보험 급여사업별 수급자의 구성: 2008	187
[그림 4-3- 1]	노인인구비율: 1990~2050	188
[그림 4-3- 2]	독거노인 비율 추이: 2007~2011	189
[그림 4-3- 3]	치매유병률: 2008~2050	190
[그림 4-3- 4]	기초노령연금 수급률	191
[그림 4-3- 5]	노인장기요양보험 급여이용자 분포: 2009.5	192
[그림 4-3- 6]	65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2008	193
[그림 4-3- 7]	노인복지시설수: 2008	194
[그림 4-3- 8]	노인의 취업업종-성별: 2008	196

[그림 4-3- 9]	노인의 취업업종별 연령대별 분포: 2008	197
[그림 4-3-10]	정부지원 노인 일자리수	198
[그림 4-3-11]	노인의 용돈 마련 책임자: 성별	200
[그림 4-3-12]	노인의 연령별 용돈 마련 책임자 분포	201
[그림 4-3-13]	노인학대 유형별 추이: 2006~2008	202
[그림 4-3-14]	노인학대 주된 행위자 분포: 2007	203
[그림 4-3-15]	등록장애인의 등급별 성별 구성: 2008	204
[그림 4-3-16]	장애급여 수급자 비율: 2004~2008	206
[그림 4-3-17]	장애수당 수급자수와 재정추이: 2004~2008 ..	208
[그림 4-3-18]	장애아동수당의 수급자 수와 재정추이: 2004~2008	209
[그림 4-3-19]	장애인과 전체인구의 고용률과 실업률 비교	212
[그림 4-3-20]	직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2008 ...	213
[그림 4-3-21]	장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2008 ...	214
[그림 4-3-22]	장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008 ...	216
[그림 4-3-23]	장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	217
[그림 4-3-24]	아동·청소년인구 추이: 1990~2010	218
[그림 4-3-25]	요보호아동 발생원인과 추이: 2006~2008 ...	219
[그림 4-3-26]	국내 및 국외 입양아동수 추이비교: 2004~2008	221
[그림 4-3-27]	아동학대 발생률: 2000~2007	222
[그림 4-3-28]	아동빈곤율 추이(중위 50%, 시장, 경상, 가처분): 2003~2008	223
[그림 4-3-29]	아동급식대상자 추이: 2004~2009	225
[그림 4-3-30]	가출청소년 발생추이: 2002~2008	227

[그림 4-3-31]	청소년 자살률 연령대별, 성별: 2008	228
[그림 4-3-32]	아동·청소년 10만명당 위험환경 경험건수 추이: 2006~2008	229
[그림 4-3-33]	요보호아동 보호현황 추이: 2006~2008	231
[그림 4-3-34]	아동학대 추이: 2003~2008	232
[그림 4-3-35]	아동학대 유형: 2008	232
[그림 4-3-36]	헬프콜1388 일일이용건수 추이: 2006~2009	234
[그림 4-3-37]	가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2005	236
[그림 4-3-38]	가족의 형태별 분포: 1990~2005	237
[그림 4-3-39]	한부모가족의 추이: 1985~2005	239
[그림 4-3-40]	조손가구 형성요인: 2007	241
[그림 4-3-41]	결혼 이민자 현황	242
[그림 4-3-42]	산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2008	245
[그림 4-3-43]	육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2008	246
[그림 4-3-44]	한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009	247
[그림 4-3-45]	1인당 보육료 지원 현황	249
[그림 4-3-46]	영유아 보육형태별 비교: 2008	250
[그림 4-3-47]	건강가정지원센터 이용자 현황: 2004~2008	252
[그림 4-3-48]	외국인과의 이혼 추이: 2002~2008	254

[그림 4-3-49]	사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2008	257
[그림 4-3-50]	가정폭력상담소 현황: 2006~2008	258
[그림 4-3-51]	성폭력상담소 현황: 2006~2008	258
[그림 4-3-52]	가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	259
[그림 5-1- 1]	총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2020	263
[그림 5-1- 2]	인구의 연령구조 추이: 1960~2050	264
[그림 5-1- 3]	출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2008	266
[그림 5-1- 4]	15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2006	267
[그림 5-1- 5]	조혼인율, 조이혼율: 1980~2008	268
[그림 5-1- 6]	평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2008	269
[그림 5-1- 7]	평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2008	270
[그림 5-1- 8]	이혼사유별 구성비: 2001~2008	271
[그림 5-2- 1]	국내총생산에 대한 세출예산 비율: 1995~2007	272
[그림 5-2- 2]	보건복지가족부 예산 현황: 1995~2007	273
[그림 5-2- 3]	1인당 국내 주요 물가지수: 1991~2007	275
[그림 5-2- 4]	국내총생산 및 국민총소득: 1980~2007	276



I. Research Background and Objective

- Health and welfare statistics has been played important role in welfare society. Sophisticated statistics and indicators are indispensable to the formulation and evaluation of health and welfare policy.
- Internationally comparable statistics should be developed and managed in order to respond to the request of international organizations such as OECD and WHO.
- By reviewing the published national statistics about health and welfare. It is needed to analyze trend of health and welfare status. In addition, it is required to introduce significant implications to the future of welfare state.
- The goal of this study was to not only develop the quality of indicators about health and welfare but also enhance the appropriate and timely use of them.

II. Research Contents and Methods

- We collected the published statistics about health and welfare of Korea, and classified by specific topics.

- Trend analysis has been made by using the published serial statistics about health and welfare status of Korea.
- We developed significant indicators to understand the status. Furthermore we analyzed the trend of health and welfare of Korea.
- We facilitated comparative study and policy making by not only cross-sectional but also serial analysis of health and welfare in OECD member countries. Moreover we critically reviewed the classification and form of statistics of them, and suggested implications to Korea.
- We evaluated the usability of existing statistics table form.
- When doing the research, we met some professionals to get advisory comment.

III. Results

- We reviewed health and welfare sector respectively and analyzed in detailed classification by using indicators.
- Health sector was classified as health status, healthcare utilization, birth, death, disease, injury, health behavior and consciousness, healthcare cost and non-healthcare determinants of health by referencing the classification of the developed nations and international organizations.
- Healthcare level of Korean has been improved steadily. The fundamental reasons are prolonged life expectancy, expanded healthcare resource, increased healthcare utilization, and improved the consciousness and behavior of health.
 - Health status of the citizens have been improved gradually. An important reasons are prolonged life expectancy, decreased

infant and perinatal mortality, and improved children's health of teeth. However, the fact that under-weight infants are increasing is undesirable.

- Healthcare resources such as medical doctors, nurses, the number of beds, healthcare institutions and medical equipments have also been improved.
 - Organ transplant operations which is desirable have been increased.
 - Even though caesarean operations which is undesirable have been decreased, but still high.
 - Mortality of illness has been decreased, but the suicide rate is still higher than other countries.
 - The prevalence of hypertension and the incidence of cancer were revealed as high.
 - Vaccination rate for children is high.
 - By considering GDP, Nation health expenditure has been increased as the developed nations did.
 - The percentage of the overweight and the obese has been increased.
 - Smoking rate and liquor consumption have been dipped.
- The level of welfare service of Korea has been advanced as the socio-economic progress. To be specific, not welfare services but policies for low-income families and the underprivileged have been introduced actively.
- The level of minimum cost of living, medical assistance and benefits to the men of national merit also have been increased.
 - Medical security for the whole nations are implementing well. Members of national pension, pension for public service

personnel and pension for teachers at private institutions have been increased.

- The number of worker's accident compensation insurance member are increased and actual worker's accident has been increased steadily too.
- Businesses and employees who are insured the unemployment insurance have been increased steadily.
- National welfare services for the aged, the disabled and children have been expanded. Especially, policies such as pension for the aged, allowances for the disabled and child protection are planning to be introduced.

요약

1. 연구의 필요성 및 목적

- 증대되는 국민의 보건복지수요에 부응하는 정책수립 및 평가를 위해서는 다양하고 체계적인 그리고 세분화된 보건복지와 관련된 각종 통계정보가 필수적임.
- 또한 점차 증대되고 있는 OECD, WHO 등 국제기구의 통계제출 요구에 보다 효율적으로 대응하고 외국과의 수준 비교를 용이하게 하기 위하여 관련 통계를 집중 관리할 수 있는 방안이 마련되어야 함.
- 새롭게 생산되는 각종 통계를 효율적으로 관리 정리하여 정책관리자 및 연구자들이 필요시 빠르고 쉽게 이용할 수 있도록 하는 것은 정책수행 뿐만 아니라 연구의 효율적 수행을 위하여 필요함.
 - 보건복지지표의 집중관리는 각종 정책수립시에 통계자료를 효율적으로 제공할 뿐만 아니라 연구자에게도 통계자료의 활용을 용이하게 함으로써 연구의 능률제고와 시간의 절약도 꾀할 수 있을 것임.
- 따라서 보건복지관련 통계 중 활용성이 높은 통계를 중심으로 종합적이고 체계적으로 정리하고 이를 통한 한국의 보건복지동향을 분석할 필요성이 있음.
- 본 연구는 우리나라의 보건복지지표체계를 체계적으로 정리하고, 동향을 분석하여 보건복지통계의 이용도를 제고하는 데 있음.

II. 연구내용 및 방법

- 각종 보건복지통계자료의 수집 정리
 - 보건복지지표 뿐만 아니라 이와 관련 있는 분야의 통계도 포함
- 새로운 통계지표 개발 및 추가적인 필요 지표 제안
 - 기존 통계자료를 활용 보건복지관련 지표 생산
 - 보건복지 동향을 파악하는데 부족한 지표에 대해서는 생산을 제안
- 분야별 체계적인 통계의 분류
 - 각 자료는 이용자들이 보다 용이하게 사용할 수 있도록 정리
- OECD 회원국 등 선진국의 통계를 수록하여 각종 정책 및 연구에 보다 용이하게 활용할 수 있도록 함.
 - 우리나라의 수준을 외국과 비교하여 각종 정책 및 연구에 보다 용이하게 활용할 수 있도록 함.
- 분야별 변화의 특성분석
 - 각 분야별 변화를 통계표뿐만 아니라 이에 대한 동향을 분석 제시하여 이해를 용이하게 하고 활용도를 높임.
 - 분석은 OECD 국가 등과 비교분석토록 하고 가능한 횡단적 분석뿐만 아니라 시계열적인 분석을 병행함.
- 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보의 분류체계 검토
- 문헌연구
 - 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보의 분류체계 검토
 - 우리나라의 관련통계 연보 등 분석
- 기존 통계표의 활용도 평가
- 각종 보건복지 관련 통계자료의 수집·검토 및 신규 통계지표 개발가능성 분석
- 관계 기관 및 전문가와의 간담회를 통하여 의견수렴

III. 연구결과

- 보건복지동향을 체계적으로 살펴보기 위해서 보건과 복지부문에 대해
하고 이를 다시 각 부문을 분야별로 중분류로 나눈 다음 다시 해당부문의 세부지표를 선정하여 그 동향을 살펴보았음.
- 보건부문은 크게 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 출생·사망 및 질병·상해, 보건의식행태, 보건비용, 보건의 비의료결정요인으로 분류하였으며 이와 같은 분류기준은 OECD 등 국제기구와 선진국 등의 분류기준을 참고로 하였음.
 - 건강상태는 개인의 건강수준을 나타낸 것으로 평균여명, 영유아건강, 모성건강, 건강상태로 구분하였음.
 - 보건의료자원은 의료서비스를 제공하는데 필수적인 인력과 시설, 장비와 관련된 부문으로 의료인력과 의료시설 및 장비로 구분하였음.
 - 보건의료이용은 의료이용과 관련된 부문으로 진료, 의료이용 및 수술, 이식으로 구분하였음.
 - 출생·사망 및 질병·상해는 인구동태 부분인 출생, 사망 관련부문과 사망이나 장애에 영향을 미치는 부문으로 출생, 사망, 유병률 및 전염병발생, 상해로 구분하였음.
 - 보건의식행태는 보건의식 수준을 나타내는 부문으로 어린이 예방접종, 건강관리로 구분하였음.
 - 보건비용은 건강관리 및 의료이용에 드는 비용을 나타내는 부문으로 보건비용, 기능 및 재원별, 대상별로 구분하였음.
 - 보건의 비의료결정요인은 의료부문은 아니지만 건강에 큰 영향을 미치는 부문으로 비만, 흡연, 음주로 구분하였음.
- 복지부문은 크게 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스로 분류하였으며, 이는 제도별로 구분한 것임. 보건분야와 달리 제도별 분류를 택한 것은 구분의 용이성과 이 글을 읽는 독자의 이해를 빠르게 하기 위해서임.
 - 공공부조는 생활이 어려운 사람에게 국가에서 지원하는 제도로서 공공

부조일반, 생활보호, 의료보호로 구분하고 관련된 지표를 선정하였음.

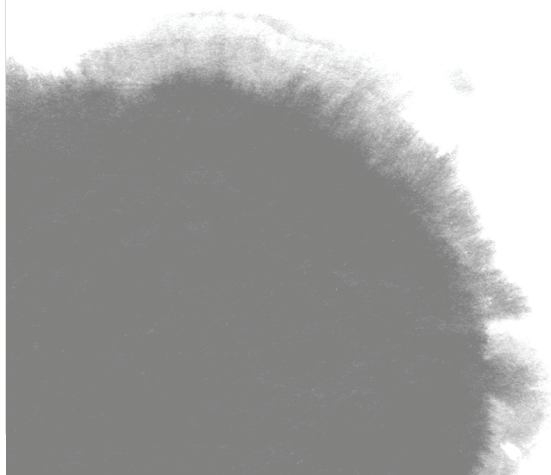
- 국가보상은 국가를 위하여 일하다 부상하거나 희생한 경우 국가에서 지원하는 제도로 국가보훈과 의사상자 예우로 구분하고 관련지표를 선정하였음.
 - 우리나라의 사회보험은 건강보험, 연금보험, 산업재해보상보험, 고용보험이 있으며, 이들 보험과 관련된 지표 중 주요지표를 선정하였음.
 - 사회복지서비스는 사회적으로 취약한 계층을 대상으로 정부에서 지원하는 서비스로 노인, 장애인, 아동청소년을 대상으로 한 서비스로 구분하여 해당 분야의 주요 지표를 선정하였음.
- 우리나라의 보건수준은 점차 향상되어 왔음. 평균수명의 연장, 보건의료 자원의 확대, 보건의료이용의 증가, 보건의식행태의 개선 등 많은 발전 및 개선이 이루어져 왔음.
- 국민의 건강상태는 점차 향상되어 평균수명의 연장, 영아사망률의 감소, 주산기사망률 감소, 어린이 치아건강이 개선된 것으로 나타났음. 그러나 저체중출생아의 비율이 증가하는 것은 바람직하지 못한 현상으로 개선을 위한 노력이 요구되는 부문임.
 - 의료서비스를 제공하는데 필수적인 보건의료자원은 꾸준히 개선되어 왔음. 인구대비 의사 및 간호사 등 의료인력은 꾸준히 증가하여 왔으며, 병상수, 의료기관, 의료장비 등도 꾸준히 증가하여 의료환경이 개선되고 있는 것으로 나타났음.
 - 외래진료 등 보건의료이용은 꾸준히 증가하여 왔으며, 각종 이식은 아직 선진국 수준은 아니지만 점차 증가하여 왔음. 제왕절개는 점차 감소하고 있지만 아직도 높은 국가에 속하고 있어 지속적인 개선이 요구되는 부문임.
 - 각종 질환으로 인한 사망률은 점차 낮아지고 있는 것으로 나타나고 있으나 자살에 의한 사망률은 아직도 다른 국가에 비하여 높게 나타나고 있음. 또한 고혈압 유병률이나 암발생률 등은 점차 높게 나타나고 있어 개선을 위한 노력이 요구됨.

- 어린이 예방접종률은 비교적 높은 것으로 나타나고 있어 바람직한 현상으로 보임.
- GDP 대비 국민의료비는 점차 높아지고 있는 것으로 나타남. 선진국의 경우에도 국민의료비는 GDP 증가와 비례하는 것으로 나타나고 있어 우리나라의 GDP 대비 국민의료비도 꾸준한 증가를 보일 것으로 예상됨.
- 국민의 과체중 및 비만은 점차 증가하고 있는 것으로 나타남. 이는 영양상태의 개선과 서구화 등으로 오히려 과잉섭취에 따른 영향으로 과체중 및 비만의 증가는 그 만큼 각종 질환의 증가로 이어질 수 있는 만큼 개선을 위한 노력이 요구됨. 그러나 흡연율이나, 주류소비량은 감소하고 있어 바람직한 현상으로 보임.
- 복지수준은 우리나라의 사회경제적 발전과 함께 큰 진전이 이루어져 왔음. 우리나라는 저소득계층 및 소외계층의 복지증진을 위한 각종 제도의 도입 추진 등으로 복지국가의 실현을 위해 노력하여 왔음.
 - 생활이 어려운 사람에게 국가에서 지원하는 최저생계비는 꾸준히 증가하여 왔으며, 의료급여수급자수도 꾸준히 증가하여 왔음.
 - 국가를 위하여 일하다 부상하거나 희생한 경우 국가에서 지원하는 국가보훈대상자 가구는 꾸준히 증가하여 왔음.
 - 우리나라의 의료보장은 어느 나라보다 잘되어 있어 대부분의 국민이 이에 적용을 받고 있음. 국민연금, 공무원연금, 사립학교교직원연금에 가입되어 있는 공적연금 가입자는 점차 증가하고 있음.
 - 산업재해나 직업병으로 인한 피해보상을 위해 운영되는 산업재해보상보험 대상지수는 꾸준히 증가하여 왔음. 또한 산업재해 발생건수도 꾸준히 증가하여 왔음.
 - 실직자에게 실업급여를 제공하는 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자수는 꾸준히 증가하여 왔음. 이는 적용사업장 규모를 꾸준히 확대하여 온 결과임.
 - 국가에서는 노인, 장애인, 아동청소년을 대상으로 한 복지서비스를

확대시행하고 있음. 노인을 위한 기초노령연금제도의 시행, 장애인수당지급, 아동청소년 보호를 위한 각종 정책을 도입 추진하고 있음.

01

서론



제1절 연구의 필요성 및 목적

경제사회발전에 따라 삶의 질에 대한 관심이 증대되고 있으며, 특히 이와 밀접한 관련이 있는 보건복지분야에 대한 관심이 높아지고 있다. 특히, 증대되는 국민의 보건복지수요에 부응하는 정책수립 및 평가를 위해서는 다양하고 체계적인 그리고 세분화된 보건복지와 관련된 각종 통계정보가 필수적이다.

또한 점차 증대되고 있는 OECD, WHO 등 국제기구의 통계제출 요구에 보다 효율적으로 대응하고 외국과의 수준 비교를 용이하게 하기 위하여 관련 통계를 집중 관리할 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

새롭게 생산되는 각종 통계를 효율적으로 관리 정리하여 정책관리자 및 연구자들이 필요시 빠르고 쉽게 이용할 수 있도록 하는 것은 정책수행 뿐만 아니라 연구의 효율적 수행을 위하여 필요하다.

보건복지지표의 집중관리는 각종 정책 수립시에 통계자료를 효율적으로 제공할 뿐만 아니라 연구자에게도 통계자료의 활용을 용이하게 함으로써 연구의 능률제고와 시간의 절약도 꾀할 수 있을 것이다.

따라서 보건복지관련 통계 중 활용성이 높은 통계를 중심으로 종합적이고 체계적으로 정리하고 이를 통한 한국의 보건복지동향을 분석 제시하고자 하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

가. 연구내용

보건복지동향을 파악하기 위해서는 보건복지와 관련된 분야의 동향도 살펴볼 필요가 있다. 따라서 보건복지와 직접 관련이 있는 지표뿐만 아니라 이와 관련 있는 분야의 지표도 정리 제공하여 이용자의 이해를 도모하고자 하였다.

지표는 기존에 이미 활용되고 있는 지표 이외에 기존 통계자료를 활용 보건복지관련 지표를 생산하고, 보건복지 동향을 파악하는데 부족한 지표에 대해서는 생산을 제안하는 등 새로운 통계지표 개발 및 추가적인 필요지표를 제안하였다.

동향 파악을 용이하게 하도록 하기 위해서는 분야별로 사용자들이 찾아보기 용이하도록 하여야 한다. 따라서 각 자료는 이용자들이 보다 용이하게 사용할 수 있도록 분야별로 체계적으로 분류하여 제시하였다.

우리나라의 수준을 외국과 비교하여 각종 정책 및 연구에 보다 용이하게 활용할 수 있도록 하기 위해서 OECD 회원국 등 선진국의 통계를 함께 수록하였다.

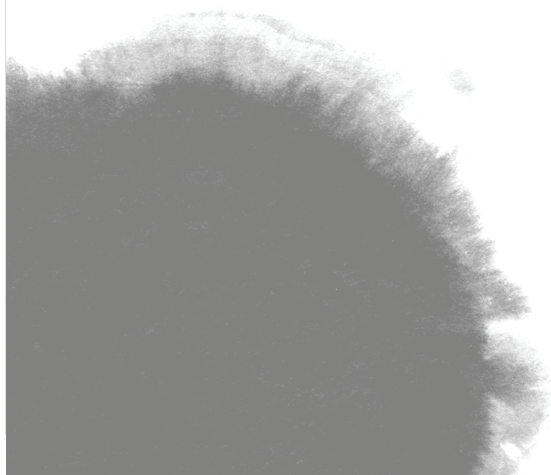
단순 통계지표의 제시보다는 각 분야별 변화를 보다 용이하게 파악할 수 있도록 동향을 분석 제시하였다.

나. 연구방법

- 문헌연구
 - 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보의 분류체계 검토
 - 우리나라의 관련통계 연보 등 분석
- 기존 통계표의 활용도 평가
- 각종 보건복지 관련 통계자료의 수집·검토 및 신규 통계지표 개발가능성 분석
- 관계 기관 및 전문가와의 간담회를 통하여 의견수렴

02

보건복지지표 선행연구 및 지표선정



제2장 보건복지지표 선행 연구 및 지표선정

제1 절 보건복지지표 선행연구 및 외국의 지표체계

가. 보건복지지표 선행연구

- 한국의 보건복지지표
 - 연구자(년도): 장영식 외(2001)
 - 연구목적: 보건복지지표 개발, 보건복지지표의 체계적인 분석 제시
 - 주요내용
 - － 통계지표 개발
 - － 분야별 체계적인 통계의 분류
 - － 분야별 보건복지지표의 정리 제시
- 지표로 본 한국의 보건복지 동향
 - 연구자(년도): 장영식 외(2008)
 - 연구목적: 보건복지지표 개발, 보건복지지표의 체계적인 분석 제시
 - 주요내용
 - － 분야별(인구, 가구·가족, 국민건강, 보건의료자원, 식품 및 의약품, 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스, 국민생활, 재정 및 경제, OECD 국가의 통계) 보건복지지표의 체계적인 분류 제시

□ 보건복지가족통계연보

- 연구자(년도): 보건복지가족부(2009)
- 연구목적: 보건복지지표의 체계적인 분석 제시
- 주요내용
 - － 보건복지분야별(인구, 국민건강, 보건의료인력 및 시설, 보건산업, 사회복지서비스, 공공부조, 사회보험, 생활환경, 재정·경제, 국제통계) 체계적인 통계의 분류, 제시

□ 한국의 사회지표

- 연구자(년도): 통계청(2008)
- 연구목적: 사회경제 및 문화적 상황이 어떻게 변화하였는지를 다양한 지표의 제시를 통하여 파악할 수 있도록 함.
- 주요내용
 - － 통계의 체계적인 분류, 분야별(인구, 가구와 가족, 소득과 소비, 노동, 교육, 보건, 주거와 교통, 정보와 통신, 환경, 복지, 문화와 여가, 안전, 정부와 사회참여) 주요지표의 선정제시

□ 한국의 사회동향 2008

- 연구자(년도): 통계개발원(2008)
- 연구목적: 한국의 사회지표를 종합적으로 분석·해석하여 우리 사회의 발전단계와 한국인의 삶의 질을 객관적으로 평가하기 위해 발간
- 주요내용
 - － 인구, 가족과 가구, 교육, 노동, 소득과 소비, 문화와 여가, 주거와 교통, 보건, 복지, 환경, 사회안전, 사회통합 등과 관련된 내용을 시계열적으로 분석 제시

□ 社會福祉の 動向

- 연구자(년도): 社會福祉の 動向 편집위원회(2008)
- 연구목적: 사회복지 동향의 체계적인 분석 제시
- 주요내용
 - － 공적부조, 지역복지, 아동복지, 장애인복지, 고령자복지 등을 체계적으로 분석

□ 國民衛生の 動向

- 연구자(년도): 厚生統計協會(2008)
- 연구목적: 보건복지 동향의 체계적인 분석 제시
- 주요내용
 - － 위생, 의료보험, 개호보험, 약사, 생활환경, 노동위생, 학교보건 등을 체계적으로 분석

□ 保險と 年金の 動向

- 연구자(년도): 厚生統計協會(2008)
- 연구목적: 보험 및 연금 동향의 체계적인 분석 제시
- 주요내용
 - － 의료보험, 개호보험, 연금제도 등을 체계적으로 분석

□ Australia's Health

- 연구자(년도): Australian Institute and welfare(2004)
- 연구목적: 보건분야의 관련지표를 체계적으로 분석 제시하여, 통계이용도 제고
- 주요내용
 - － 질병, 사망, 의료인력, 의료서비스 등 관련 내용을 시계열적으로 분석 제시

□ Australia's Welfare

- 연구자(년도): Australian Institute and welfare(2005)
- 연구목적: 복지분야의 관련지표를 체계적으로 분석 제시하여, 통계이용도 제고
- 주요내용
 - － 복지서비스, 복지자원, 아동, 청소년, 가족, 노령인구 등 관련 내용을 시계열적으로 분석 제시

□ Society at a Glance

- 연구자(년도): OECD(2006)
- 연구목적: OECD 국가의 주요 사회지표의 변화 추이 분석 제시
- 주요내용

- 일반상황지표, 자활지표, 형평성지표, 건강지표, 사회통합지표 등을 시계열적으로 분석 제시

□ Health at a Glance

- 연구자(년도): OECD(2009)
- 연구목적: OECD 국가의 주요 보건지표의 변화 추이 분석 제시
- 주요내용
 - 건강상태, 보건의 비의료적 결정요인, 보건의료인력, 보건의료 활동, 의료의 질, 의료의 접근, 보건비용 및 재정 등 관련 내용을 시계열적으로 분석 제시

나. 국제기구 및 외국의 보건복지지표 체계

1) 보건지표체계

가) 경제협력개발기구(OECD)

국제적인 경제협력을 위하여 1961년에 설립된 경제협력개발기구인 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)에 우리나라는 1996년에 가입하였고, 가입과 함께 통계제출의무의 이행을 위해 OECD에서 요구하는 각종 통계를 제출해 오고 있다. 이와 같이 OECD에서는 회원국으로부터 각종 통계를 수집하고 있으며, 그 가운데 보건통계는 분야를 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 장기요양, 보건비용, 사회보장, 의약품시장, 비의료 건강결정요인 등 8개 분야로 분류하고, 관련분야로 인구와 경제분야까지 확대하여 통계를 수집 제공하고 있다. 각 분야에는 그 분야에서 중요시되고, 많이 활용되는 지표를 중심으로 구성하여 통계를 요구하고 있다.

〈표 2-1-1〉 OECD 요구 보건통계 분야

대분류	중분류
건강상태 (Health Status)	기대여명, 모성 및 영아사망, 인지하고 있는 건강상태, 영아 건강, 치아건강, 전염병, 상해, 절근
보건의료자원 (Health Care Resources)	보건교육, 보건부문 종사자, 보건전문인 소득, 입원병상수, 장기요양기관의 장기요양용 병상, 임직원대 병상비율, 첨단의료장비
보건의료이용 (Health Care Utilization)	예방접종, 검진, 진단상의 검진, 왜래진료활동, 입원시설, 입원 및 급성질환 평균입원기간, 진단범주별 평균입원기간, 진단범주별 퇴원율, 외과수술, ICD-CM별 외과수술, 이식
장기요양(Long-term Care)	장기요양기관 병상수, 요양보호사, 장기요양급여자
보건비용 (Expenditure on Health)	보건부문 총지출, 개인보건진료비, 의료서비스 총지출, 입원치료비용, 주간치료비용, 외래치료비용, 재가진료비, 보조 의료서비스, 총의료용품비, 의약품, 치료기기 및 의료장비, 집단적 보건진료비, 예방 및 공중보건, 사업운영 및 의료보험, 보건관련 기능비용, 공급자별 보건비용, 재원별 보건비용, 연령층별 비용, 물가지수
사회보장 (Social Protection)	적용범위, 민간건강보험
의약품시장 (Pharmaceutical market)	의약품소비, 의약품판매
비의료 건강결정요인 (Non-medical Determinants of Health)	알코올소비, 담배소비, 체중 및 체형

자료: OECD, OECD Health Data 2009 Electronic Questionnaire, 2009.

나) 국제표준화기구(ISO)

국제표준을 관장하는 국제표준화기구(ISO: International Organization for Standardization)에서는 각종 분야의 표준화를 시도하면서 보건분야에 대해서도 지표체계를 구축하였다. 보건분야를 건강상태, 비의료 건강결정요인, 보건제도이행, 지역 및 보건조직특성으로 대분하고 이를 다시 사망, 건강상태, 인간기능, 건강한 삶, 건강행위, 생활 및 작업조건, 인적 자원, 환경요인, 만족도, 접근성, 적정성, 능력, 연속성, 효과성, 효율성, 안전성 등으로 중분류하고 이는 다시 분야별로 보다 세분된 지표들을 제시하였다.

〈표 2-1-2〉 국제표준화기구 선정 보건지표

대분류	중분류	세분류
건강상태 (Health Status)	사망(Deaths)	영아사망률, 주산기사망률, 기대여명, 순환기질환에 의한 사망률, 암으로 인한 사망률, 호흡기 질환에 의한 사망률, 자살, 고의가 아닌 상해로 인한 사망, 백일해로 인한 사망, AIDS로 인한 사망, 잠재 수명 손실연수, 기대여명에 있어서의 불평등 등
	건강상태 (Health Conditions)	비만, 관절염(통풍), 당뇨병, 천식, 만성통증, 우울증, 상해로 인한 병원입원, 식품 및 수인성 질환 등
	인간기능 (Human Function)	기능적 건강, 장애일수, 활동제한, 건강기대여명 등
	건강한 삶 (Well-being)	자신이 생각하는 건강상태, 자신의 존중성, 지배하고 있다고 생각하는 사람의 비율
비의료 건강결정요인 (Non-Medical Determinants of Health)	건강행위 (Health Behavior)	흡연율, 청소년흡연율, 흡연시작연령, 규칙적으로 과음하는 사람의 비율, 건강 활동, 모유수유 등
	생활 및 작업조건 (Living and Working Conditions)	고등학교 이상 졸업률, 비취업률, 장기 및 청년 실업, 저소득인구 비율, 저소득가구의 어린이비율, 소득 불균형, 주택지수, 일반 및 청소년범죄율, 작업시 결정력이 있다고 생각하는 사람의 비율 등
	인적 자원 (Personal Resources)	인적자원은 건강과 관련되는 사회지원 및 생활스트레스와 같은 요인의 정도측정으로 학교에 갈 준비가 되어 있는 어린이 비율, 사회지원 대상이라고 생각하는 비율, 생활 스트레스를 받는 비율
	환경요인 (Environmental Factors)	잠재적으로 인간건강에 영향을 주는 환경요인
보건제도이행 (Health System Performance)	만족도(Acceptability)	지역사회, 공급자, 지불기관에 대한 만족도
	접근성(Accessibility)	65세 이상 인플루엔자 예방, 50~69세 부인의 유방암 검진, 유년 예방접종 등
	적당성(Appropriateness)	제왕절개 후 자연분만, 유방보존수술, 제왕절개 등
	능력(Competence)	지식 및 기술
	연속성(Continuity)	서비스의 연속성
	효과성(Effectiveness)	흡연중단, 저체중출생아, 백일해, 홍역, 결핵, HIV, 클라미디아혈중, 폐렴 및 인플루엔자 입원치료, 의료적 치지가 가능한 질병으로 인한 사망 등
	효율성(Efficiency)	주간수술률, 병입입원을 필요로 하지 않는 율, 입원일의 수준, 필요입원일에 대한 실제 입원일수의 수준 등
	안전성(Safety)	고관절 골절
지역 및 보건조직특성 (Community and Health System Characteristics)		인구, 10대 임신 및 출산, 국민 1인당 보건의료비, 국민 1인당 의사수 및 간호사수, 국민 1인당 입원일수, 고관절 대체, 자궁절제술, 고막절개술 등

자료: Canadian Institute for Health Information, National consensus conference on population health indicators, 1999

다) 세계보건기구(WHO)

OECD와 달리 WHO에서는 전 세계를 대상으로 자료를 수집하기 때문에 회원국의 통계생산 수준을 감안하여 지표를 선정하여 제출을 요구하고 있다. 그러나 세계보건기구에서는 점차 수집하는 보건지표를 확대해 가고 있다.

WHO에서 2009년에 수집하고 있는 지표를 살펴보면 국토면적, 추정인구, 인구증가율, 인구구성, 도시인구, 조출생률, 조사망률, 자연증가율, 기대여명, 합계출산율, 성인문자해독률, 1인당 GDP, 1인당 GDP 성장률, HDI(인간개발지수), 무연휘발유사용률, 보건의료폐기물발생, 전염병, 급성호흡기전염병, 설사병, 결핵, 암, 순환기, 당뇨, 정신이상, 상해, 주요질병, 사망원인, 피임실천율, 임신부의 과사망, 면역비율, 빈혈이 있는 임신부 비율, 신생아사망률, 정상체중출생아, 영아면역률, 모성사망원인, 주요 질병, HIV 검사시설 및 상담서비스, 의료시설, 국민의료비, 총인구중 보험적용률, 보건인력, 보건분야 졸업생수, 5세 이하 저체중아비율, 영아사망률, 5세이하 사망률, 1세 아동의 홍역예방접종률, 모성사망비, 전문가에 의한 가정출산율, 보건시설출산율, 청소년출산율, 15~24세의 HIV 전염, 성인 HIV 감염추정률, 말라리아 발생률, 말라리아 사망률, 결핵발병률, 결핵사망률, 위생적인 음료수 사용률, 지속적인 기본의약품 사용 가능률 등의 통계를 요구하고 있다.

OECD와 ISO의 통계지표를 비교해보면 ISO가 보다 미래 지향적인 지표를 포함한 다양한 분야의 지표를 제시하고 있다. 그러나 ISO에서는 지표의 틀만 제시하였을 뿐 별도의 요구나 수집을 시도하지 않아 지속적인 발전이나 보완이 이루어지지 못하고 있다. 우리나라에서는 OECD와 WHO에서 요구하는 통계를 매년 작성 제출하고 있다.

라) 일본

일본 후생노동성에서는 매년 후생통계요람을 발간하고 있다. 후생통계요람에는 보건복지통계가 수록되어 있으며, 보건과 관련된 통계는 인구와 보

건위생으로 대분되고 인구에는 인구동태통계를 그리고 보건위생분야는 보건, 의료, 생활환경, 약사로 구분하여 관련지표를 선정하여 통계를 수록받간하고 있다.

〈표 2-1-3〉 일본의 보건지표체계(일본 후생통계요람)

관심영역	세부관심영역	개별지표
인구	인구동태	출생률, 합계출산율, 주산기사망률, 사망률, 사인순위, 악성신생물의 사망률, 유아사망률, 평균초혼연령, 평균여명, 평균수명
보건위생	보건	영양소 등의 섭취량, 식품군별섭취량, 음주·흡연·운동습관, 혈압, 비만, 신장·체중, 아동신체발육, 감염병의 발생, 인공임신중절건수
	의료	의료시설수, 병상수, 입퇴원환자, 외래환자, 재원환자, 병상이용률, 평균재원일수, 병원 종사자수, 의사·치과의사·약사수, 취업의료기관관계자수, 추계환자수, 퇴원환자평균재원일수
	생활환경	식중독발생수·환자수·사망자수, 수도보급률, 묘지·화장장·납골당수(도도부현별), 식품관계영업시설수, 식품위생관리자수, 생활위생관계영업시설수
	약사(藥事)	약국수·무약국 정촌수, 현혈자수, 의약품제조소수·생산금액, 종사자규모별, 의약품 수출입, 의약부외품생산금액, 위생재료생산금액

자료: 후생노동성, 후생통계요람, 2008

마) 호주

호주의 통계제도는 통계청(Australian Bureau of Statistics, ABS)에서 모든 통계를 관장하는 중앙집중형(Centralized system)을 채택하고 있으나, 통계청이외의 관련기관이 통계생산 지정을 받아 통계를 생산하고 있다.

호주의 보건지표체계는 대부분인 관심영역에 건강, 기능 및 장애, 사망, 비전염성 질환, 전염성질환, 기타로 구분되고 세부관심영역으로 건강에는 장수, 자신의 건강평가, 구강보건, 면역상태, 성적건강 등으로 기능 및 장애에서는 활동제약과 장애를, 사망에서는 사망원인과 전체사망을, 비전염성 질환에서는 발생과 예방을, 전염성질환에서는 발생과 예방을, 기타에서는 보건자원과 보건의용을 다루고 있다.

보다 세분화된 개별지표에서는 건강에서는 평균수명, 건강수명, 자신이 평가한 건강상태, 자신이 보고한 건강행태, 소아충치율, 학생충치율, 성인치아상태율, 면역상태율, 출산율, 피임률, 임신종결을 개별지표로 하고 있다.

기능 및 장애에서는 주요활동제약률, 등교 및 출근제약, 신체장애율, 감각기능장애율, 정신장애율을 개별지표로 하고 있으며, 사망에서는 주요 사인별 사망률, 주요 사망원인 변화율, 생애주기별 사망원인, 사망률, 자살률을 개별지표로 하고 있다.

비전염성질환에서는 발생률, 유병률(심혈관질환, 심장마비, 암, 상해, 정신질환, 당뇨병, 천식, 만성폐질환, 근골격계질환, 간질환, 신장질환, 신경계질환), 보건의료서비스 수혜율(일반의료, 입원의료)을 개별지표로 하고 있다.

전염성질환에서는 발생률·감염률(감염성질환, 급성호흡기질환, 소화기계감염, 혈액을 통한 질환, 성병, 매개곤충질환, 결핵), 백신예방질환 발생률(DPT, 폴리오, 홍역, 유행성이하선염 풍진) 예방접종률을 개별지표로 하고 있다.

기타에서는 보건의료인력, 보건의료비 지출, 질병부담, 보건의료서비스 이용률(일반의, 전문의)을 개별지표로 하고 있다.

〈표 2-1-4〉 호주의 보건지표 체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
건강	장수, 자신의 건강평가, 구강보건, 면역상태, 성적건강	평균수명, 건강수명, 자신이 평가한 건강상태(양호, 보통, 불량), 자신이 보고한 건강행태, 소아충치율, 학생충치율, 성인치아상태율(완전, 결손, 파손), 면역상태율(알려지, 자동면역, 면역결핍), 출산율, 피임률, 임신종결
기능 및 장애	활동제약, 장애	주요활동제약률(심함, 보통, 약함), 등교 및 출근제약, 신체장애율, 감각기능장애율, 정신장애율
사망	사망원인, 전체사망	주요 사인별 사망률, 주요사망원인 변화율, 생애주기별 사망원인, 사망률, 자살률
비전염성 질환	발생, 보건의료	발생률, 유병률(심혈관질환, 심장마비, 암, 상해, 정신질환, 당뇨병, 천식, 만성폐질환, 근골격계질환, 간질환, 신장질환, 신경계질환), 보건의료서비스 수혜율(일반의료, 입원의료)
전염성 질환	발생, 예방	발생률·감염률(감염성질환, 급성호흡기질환, 소화기계감염, 혈액을 통한 질환, 성병, 매개곤충질환, 결핵), 백신예방질환 발생률(DPT, 폴리오, 홍역, 유행성이하선염 풍진) 예방접종률
기타	보건자원, 보건이용	보건의료인력, 보건의료비 지출, 질병부담, 보건의료서비스 이용률(일반의, 전문의)

자료: 보건복지부, 한국의 보건지표체계 개선에 관한 연구, 2003에서 재인용, (원문) Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Health 2002

바) 미국

미국의 발간되는 통계자료집을 통한 보건지표의 체계를 살펴보면 건강에 대한 인식, 보건자원 이용·비용, 사망, 예방과 영양 등으로 관심영역을 구분하여 각 관심영역별로 개별지표를 선정하여 제시하고 있다.

〈표 2-1-5〉 미국 보건지표체계의 관심영역과 개별지표

관심영역	개별지표
건강에 대한 인식	자신의 건강상태에 대한 평가, 자신의 건강에 대한 만족도, 국민 건강증진을 위한 국가투자에 대한 평가, 의료진에 대한 신뢰
보건자원, 이용, 비용	일차진료의사, 차과외사수, 성 연령 소득수준별 의사 및 차과외사 방문회수, 성 연령 소득수준별 입원기간, 정신병원 외래 입원치료건수, 증상별 정신병원 신규입원환자, 증상별 정신병원 외래환자수, 의료비 지불방법
사망(생명의 지속기간)	20·65세시 기대여명, 50세 이상에서의 심장질환과 암으로 인한 사망률, 아동과 청소년의 사인별 사망률, 영아사망률, 성·기구소득별 신체적 활동제한일수, 만성질환 유병률(성·연령·소득별), 성인의 고혈압환자 비율(성·연령·인종별), 지난 1년간 혈압검사자의 비율
예방과 영양	예방접종률(1~24세), 흡연인구비율, 음주지(1일 0.5 OZ이상 음주)의 비율, 20~74세 인구 중 비만자의 비율, 20~74세 인구 중 체중조절중인 자의 비율, 철분섭취량, 산전진찰시기(초기·중기·후기), 성인중 고콜레스테롤인 사람의 비율, 음식물의 종류별 섭취량
국제비교	출생시 기대수명, 영아사망률

자료: 보건복지부, 한국의 보건지표체계 개선에 관한 연구, 2003에서 재인용, (원문) US Federal Statistical System, "Social Indicator III" Washington D.C., 1980

사) 캐나다

캐나다 보건정보원에서 발간하는 지역별 보건통계지표의 내용 및 구성은 다음과 같다. 우선 캐나다 보건지표의 틀은 그 분야를 건강상태, 비의료적 결정요인, 보건의료체계 운영, 지역사회 및 보건체계 특성, 보건의료비, 예방접종으로 구분하고, 각 분야별로 주요 지표를 선정하여 제시하고 있다.

〈표 2-1-6〉 캐나다의 지역별 보건지표

구 분	지 표
지역 일반사항	총인구, 65세 이상 인구, 기대수명
건강상태	자기인지 건강상태, 저체중 출생아율, 영아사망률, 신생아 사망률, 순환기계질환 사망(허혈성 심장질환, 심장마비), 암사망(폐암, 유방암(여자), 전립선암(남자)), 호흡기계질환 사망
비의료적 결정요인	이차교육률, 고등학교이상 졸업률, 실업률, 청년실업률, 저소득률, 저소득가구 아동 비율, 연소득 대비 주택 구매력
보건의료체계 운영	고관절치환율, 폐렴 및 인플루엔자, 외래진료율, 불필요 입원비율, 필요이상 평균입원일수, 제왕절개율, 유방촬영률, 자궁암검사, 심근경색 사망률(입원 후 30일 이내), 뇌졸중 사망률(입원 후 30일 이내), 심근경색 재입원율, 천식 재입원율, 자궁절제 재입원율, 전립선절제 재입원율
지역사회 및 보건체계 특성	일반 및 가정의 수, 전문의 수, 바이패스 수술률, 고관절치환 수술률, 무릎치환 수술률, 제왕절개 수술률, 약사수, 치과의사수, 물리치료사수, 정신과의사수, 치과위생사수, 척추교정지압요법사수, 안경사수
보건의료비	총보건지출, 개인당 보건지출, GDP 대비 보건지출, 보건지출 공공부분 비율, 개인당 보건지출비용(시설이용, 기술서비스, 의약품, 기타)
예방접종	백일해, 홍역, 결핵, HIV 검사, 클라메디아

자료: 캐나다 보건정보원

2) 복지지표체계

가) 경제협력개발기구(OECD)

OECD에서 제시하는 복지지표는 사회지표의 틀 속에서 찾아볼 수 있으며, 사회지표는 일반상황지표, 자활지표, 형평성지표, 건강지표, 사회통합지표 등으로 구분하여 관련지표를 제시하고 있다. 일반상황지표로 1인당 국민소득, 부양비, 출산율, 이민, 결혼과 이혼, 자활지표로 취업, 실업, 취업모, 양육비용, 고용비용 중 세금성 비중, 실업급여, 학업 성취도, 형평성 지표로 물자부족, 소득불평등, 성별 임금차, 세대 간 이동, 공공사회지출, 총사회지출, 빈곤지속, 주택비용, 노령연금대체율, 건강지표로 기대여명, 보건지출, 저체중출생아, 결근, 장기요양, 건강 불평등, 사회통합지표로 투표, 수감자,

자살, 산재, 파업, 정치제도에 대한 신뢰, 삶에 대한 만족도 등을 사회지표로 제시하고 있다.

나) 호주

호주의 복지관련 지표는 우선 관심영역으로 아동, 장애인, 노인복지, 공공부조로 구분하였으며, 다시 아동에는 아동보호자 유형, 아동보호수요, 노동과 아동보호 등으로 구분하고, 장애인은 장애인현황, 노인복지는 노인복지, 수발공급자, 공공부조는 주택보조, 무숙자, 소득보조프로그램으로 구분하여 그 하부에 관련 세부지표들로 구성되어 있다.

〈표 2-1-7〉 호주의 복지통계 현황

관심영역	세부관심영역	개별지표
아동	아동보호자 유형	보호유형별, -제도적 보호: 방과 전/후 보호프로그램, 주간보호센터, 주간가정보호센터, 임시보호, 유치원, 기타 -비제도적 보호: 조부모, 형제/자매, 다른 친족, 기타
	아동보호수요	보호수요 아동
	노동과 아동보호	부모들의 노동여부, 노동시간 조절여부
장애인	장애인현황	장애정도: 대화를 나누거나 거동하는데 불편한 정도, 학교에 다니거나 근로를 하기 어려운 정도 등 총 6개의 구분 신체적 장애종류별(암 포함), 정신적 장애종류별 사회활동참여도
노인복지	노인복지	수발필요정도, 사회활동참여도
	수발공급자	수발공급자의 기능, 주된 수발공급자인지의 여부
공공부조	주택보조	보유권, 보유선택, 보유(주거조건)안전성, 주택유형, 개 보수 수요, 저소득층 임대주택 거주자, 공공주택 거주가구, 주택소유자와 매매자를 위한 보조금
	무숙자	대상, 서비스 수요, 서비스를 받기 전 거주지, 급여신청 이유, 신청거부
	소득보조 프로그램	가족보조, 청년 및 대학생 보조, 아동양육보조, 노동시장관련 보조, 장애인들을 위한 보조, 수발자들을 위한 보조금, 노인을 위한 보조

자료: 호주 통계청, 인터넷사이트

다) 독일

독일의 복지지표체계는 아동과 청소년, 장애인 및 노인복지, 공공부조로 구분하고 아동과 청소년은 어린이집/유치원 현황, 교육지도, 가족을 위한 사회교육지도, 부모의 집 밖에서 실시되는 교육 프로그램, 입양, 위탁 후견·양육권 등, 일시적보호, 청소년보호를 위한 수입/지출로 장애인 및 노인복지는 중증장애인, 성인장애인을 위한 복지시설, 요양시설과 수발수당수급자, 노인보호시설로 공공부조는 사회부조지출, 사회부조수입, 생계보조 자가거주자, 생계보조 시설거주자, 특별보조 자가거주자, 특별보조 시설거주자, 수급권자로 구분하여 다시 하부에 관련지표를 선정하여 제시하고 있다.

〈표 2-1-8〉 독일의 복지통계 현황

관심영역	세부관심영역	개별지표
아동과 청소년 복지	어린이집/유치원 현황	지방자치단체별 법인유형, 지방자치단체(지방, 특별시, 군)
	교육지도	상담자를 통한 도움, 사회집단 상담을 통한 도움
	가족을 위한 사회교육지도	서비스기관
	부모의 집 밖에서 실시되는 교육 프로그램	지역별
	입양	입양아동과 입양청소년
	위탁 후견, 양육권 등	아동의 개인특성
	일시적보호	아동의 개인특성
	청소년보호를 위한 수입/지출	수입 / 지출 내역
장애인 및 노인복지	중증장애인	연령·성·장애정도·국적, 가장 심한 장애유형, 국적·연령·성, 가장심한 장애유형과 합병 장애유형, 연령·장애수·장애정도·성별, 장애 이유, 지방자치단체별
	성인장애인을 위한 복지시설	시설별, 법인별, 행정구역별, 설립연도별, 장애인 특성, 장애인들을 위한 서비스 종류, 장애인들의 전 주거지, 장애인들의 근로상태
	요양시설과 수발수당수급자	시설 근로자, 평균 시설 사용료(하루당), 수발등급에 따른 수발현금급여수급자, 수발현금급여 수급자, 재가수발서비스: 서비스법인유형- 근로자, 재가수발서비스, 서비스수급자, 요양원, 요양원 이용료(유료)
	노인보호시설	법인유형별, 행정구역별, 시설유형별, 서비스유형별, 설립연도별, 근로자, 시설이용자

관심영역	세부관심영역	개별지표
공공부조	사회부조자출	시설 거주자, 자가 거주자, 수행기관의 관할지역
	사회부조수입	시설 거주자, 자가 거주자, 수행기관의 관할지역
	생계보조 자가거주자	내국인/외국인, 사회적 상황, 보조금 지급기간, 소득종류, 월 소득액, 주소득, 지역자치단체별
	생계보조 시설거주자	내국인/외국인, 사회적 상황, 보조금 지급기간, 소득종류, 월 소득액, 주소득, 지역자치단체별
	특별보조 자가거주자	보조유형별, 내국인/외국인, 지방자치단체별
	특별보조 시설거주자	보조유형별, 내국인/외국인, 지방자치단체별
	수급권자	자가거주자, 시설거주자, 지방자치단체별

라) 일본

일본의 후생통계요람에 제시하고 있는 복지지표의 분야는 사회복지, 노인보건복지, 사회보험, 사회보장 등으로 구분하고 있다. 다시 사회복지의 생활보호, 아동복지·모자복지, 장애인복지로 구분하고, 노인보건복지는 노인보건·의료, 노인복지로 그리고 사회보험은 의료보험과 연금보험, 기타사회보험으로 구분하고 있으며, 하부에 관련지표로 구성되어 있다.

〈표 2-1-9〉 일본의 복지지표체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
사회복지	생활보호	피보호인원, 피보호실세대, 의료부조인원, 생활부조기준의 변천
	아동복지· 모자복지	세대구성별 평균아동수, 아동상담소 응답건수, 위탁아동수, 보육소수, 보육아동수, 아동수당지급상황
	장애인복지	장애인 시설, 신체장애자의 갱생보호상황, 신체장애자 및 아동의 보장구비용 지급, 신체장애자 추계수, 지적장애자의 갱생원호상황
	기타	사회복지시설수·재소자수·종사자수, 사회복지법인수, 소비생활협동조합수, 사회복지사수, 공동모금
노인 보건복지	노인보건· 의료	개호보예방서비스·개호서비스사업소, 개호보험시설수·재소자·퇴소자, 거택서비스사업소의 상근종사자수, 노인보건사업시설현황, 노인의료수급대상자수, 노인의료비
	노인복지	65세 이상자(거주 세대, 수), 고령자 평균소득, 100세 이상 고

관심영역	세부관심영역	개별지표
		령자
사회보험	의료보험	의료보험적용자수, 사회보험피보험자 1인당 평균보수월액, 정부관장 건강보험(피보험자수, 사업소수 등), 조합관장 건강보험(피보험자수, 사업소수 등), 국가공무원등공제조합, 지방공무원등공제조합, 사립학교교직원공제조합, 국민건강보험(보험자수, 세대수, 피보험자수), 약제료 비율, 국민의료비
	연금보험	공적연금적용자, 후생연금보험(수급자수, 적용사업소, 피보험자, 평균보수월액), 국가공무원등공제조합(수급자수, 연금액), 지방공무원등공제조합(수급자수, 연금액), 사립학교교직원공제조합(수급자수, 연금액), 국민연금(수급자수, 연금액)
	기타 사회보험	고용보험(적용사업장수, 피보험자수, 지급상황 등), 노동자상해보상보험(적용사업장수, 신규수급자수)
사회보장 등		국민소득대비 사회보장지급액, 고령자 관계 지급액, 아동·가족 관계 지급액, 사회보장재원, 사회보장관계 예산

자료: 후생노동성, 후생통계요람, 2008

제2절 보건복지 지표선정

보건복지지표를 선정하기 위하여 우선 국제기구 및 선진국에서 선정한 지표를 살펴보았다. 국제기구 및 선진국에서 선정한 지표는 지표의 중요성이 어느 정도 검증이 되었다고 볼 수 있고, 또한 향후 우리나라의 수준과 다른 국가의 수준을 비교하기 용이하기 때문이다.

가. 보건지표체계

국제기구 및 선진국의 보건지표 체계와 우리나라의 실정을 감안하여 다음과 같이 보건지표의 틀을 구축하였다. 그러나 지표체계는 고정되어 있지 않으며, 사회경제 발전과 환경의 변화에 따라 변화하고 발전되어 나가야 할 것이다.

보건지표는 보는 관점에 따라 중요도를 달리할 수 있다. 여기에서 제시된 지표들이 보는 관점에 따라 그 중요도가 여기 포함되지 않은 지표에 비하여 낮게 볼 수도 있으며, 그 반대의 관점으로도 볼 수 있다. 따라서 여기

에 제안된 지표체계는 절대적이 아니며, 단지 우리가 정책이나 연구를 수행함에 있어서 많은 사람이 중요하다고 판단될 가능성이 높은 지표로 볼 수 있다면 그것으로 만족할 수 있는 지표체계라 할 것이다.

〈표 2-2-1〉 보건지표체계

대분류	중분류	소분류
건강상태	기대여명	평균수명
		65세의 기대여명
	어린이건강	영아사망률
		5세미만사망률
		자연사산율
		신생아사망률
		저체중출생아비율
		어린이 치아건강
	모성건강	모유수유
		주산기사망률
	건강상태	모성사망률
		인지하고 있는 건강상태
	영양	건강수명
		1인당 열량 섭취량
		1인당 단백질 섭취량
		1인당 지방 섭취량
		1인당 탄수화물 섭취량
1인당 쌀소비량		
보건의료자원	의료인력	1인당 육류 소비량
		활동의사
		활동간호사
		의료인력배출(의대졸업자, 간호대졸업자)
	보건부문 전문인 소득	
	의료시설 및 장비	병상수
		병의원수
의료기술(CT, MRI, 쇄석기)		
보건의료이용	진료	국민1인당외과의래진료회수
		국민1인당치과의사의래진료회수
		건강검진율
	의료이용 및 수술	암검진율
		제왕절개
	병상이용률	

대분류	중분류	소분류
출생, 사망 및 질병, 상해		병상회전율
		환자 1인당 평균재원일수
		국민 1인당 평균재원일수
		입원을
		진단범주별 평균재원기간
		총수술건수
		입원수술건수
		당일 수술후 퇴원건수
		ICD-CM별 수술건수
		의약품 소비량(ATC 분류)
		의료서비스에 대한 만족도
		의료서비스 총족률
		이식	골수이식
	심장이식	
	간이식	
	폐이식	
	신장이식	
	출생	합계출산율
		출생률
	사망	주요 사망원인
		암사망률
		암 생존율
		뇌혈관질환사망률
		허혈성심장질환사망률
		당뇨로 인한 사망
		교통사고에 의한 사망률
		자살률
		사망의 외인
		산업재해사망률
	유병률 및 전염병발생, 상해	2주간 유병률(성별)
후천성면역결핍증		
백일해 발생건수		
홍역 발생건수		
고혈압 유병률		
암발생률		
1인당 연평균 내원일수		
도로교통사고 상해		
말기신부전환자		
정신질환 유병률		

대분류	중분류	소분류
		치매유병률
		우울증
		정신질환 치료 경험률
		산업재해 발생률
		음주운전으로 인한 사망자수
		장애자 비율
		활동제한일수
		와병일수
		질병으로 인한 결근일수
		심부전환자수
보건의식행태	어린이 예방접종	디프테리아
		파상풍
		백일해
		홍역
	노령인구 인플루엔자 예방접종	
	건강관리	운동실천율
식습관(식사의 규칙성)		
정상수면율		
보건비용	보건비용	1인당 국민의료비
		총국민의료비
		1인당 의료비 증가추이
		GDP대비 의료비
		의약품 판매액(ATC 분류)
		진료비중 본인부담률
	기능 및 재원별	가능별 의료비
		약품비
		국민의료비 지출 재원별 비중
		국민의료비 중 가계지출 비율
		가계지출 중 보건의료비 지출 비중
		공공지출 비중
	대상별	연령층별 비용
보건의 비의료 결정요인	비만	비만율(과체중과 비만)
		아동비만율
	흡연	흡연인구비율
		1일 평균 흡연량
		1인당 담배소비량
		간접흡연에의 노출
	음주	주류소비량
		음주인구비율

나. 복지지표체계

복지지표도 보건지표와 같이 보는 관점에 따라 중요도를 달리할 수 있다. 여기에 제시된 지표는 우리가 정책이나 연구를 수행함에 있어 동향지표로 중요하다고 판단될 가능성이 높은 지표들을 선정하였다. 따라서 본 연구의 지표체계들은 고정되는 것이 아니라 사회경제 발전과 환경의 변화에 따라 변화하는 것이다.

〈표 2-2-2〉 복지지표체계

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
공공부조	대상	수급자수 수급률 생애주기별 수급자수 장애인 수급자수 장애인수급률 청소년 수급률 노인 수급률 시설 수급자수 시설 수급자비율 수급자기구수 일반수급자수 일반 수급자 비율 생계급여수급 가구수 생계급여수급자수 주거급여수급 가구수 주거급여수급자수 교육급여수급자수 자활사업 참여율 전국민대비 기초생활보장 수급자비율
	급여	교육급여총액 해산급여수급자수 장제급여수급자수 의료급여수급자수 자활급여수급자수 최저생계비 기초생활보장수급자 평균급여액 기초생활수급자 부적정 급여조정 비율

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
	재정	전체예산대비 공공부조예산 저소득층 1가구당 공공부조 예산
	전달체계	자활관련 전담부서 설치여부 자활후견기관 종사자의 전문성 자활대상자 대비 자활후견기관의 수 자활사업 대상자 대비 자활후견기관 종사자수
	성과	공적이전소득 전후 지니계수 비교 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교 기초생활보장제도의 절대빈곤감소 효과 자활사업 창·취업성공률 자활사업참가자의 취업률
	기타	수급대상 가구의 자가소유율
	사회보험	대상	국민연금가입자수 건강보험적용인구 국가보훈(사회보상) 국민연금 수급자수
	급여	국민연금급여실적 건강보험급여율
	재정	건강보험재정현황 국민연금 기금운영현황
	전달체계	국민연금적용사업장 수
노인	대상	노인인구비 노인인구(초기, 중기, 고령) 경제활동참가율 정부지원 노인 일자리수 ADL 제한비율 IADL 제한비율 노인만성질환율 노인치매유병률 기초노령연금 수급자수와 수급률 노인인구 1,000명당 노인학대 발생률 독거노인수와 그 비율 치매노인수 및 치매유병률 추이 황혼이혼비율 노인장기요양보험 인정자 노인(65세 이상)의 취업현황과 추이
	급여	경로연금수급자 비율 공적노후소득보장 수혜율 요양서비스 수혜자 비율
	재정	전체예산대비 노인복지예산

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		노인 1인당 노인복지 예산
	전달체계	재가복지시설종사자수 재가복지시설종사자비율 재가복지서비스 이용 경험률 장기입소시설종사자수 장기입소시설종사자비율 노인복지시설 수 노인 1인당 노인복지담당공무원의 비율 노인인구 1,000명당 노인복지회관의 수 노인인구 1,000명당 노인복지회관 종사자 수
	성과	노인구직활동 비율 노후준비교육참여율 평생교육참여율 노인PC 이용률 노인인터넷 이용률 여가복지서비스 이용경험률 노인 자원봉사참여율 종교활동참여율 시민단체활동참여율 정당활동참여율 노인회관 이용자 만족도 노령연금대체율 노인재가복지시설 이용자 만족도 노인재가복지시설 종사자 근무환경 만족도
	기타	주택형태 노인의 수입원; 2008년 종사상의 지위 노인의 주관적건강 가정내 안전사고 경험률 노인교통사고율 노인건강진단율 동거형태 교육수준 노인 여가활용방법 노인학대 유형 및 주된 행위자 노인의 노후생활비 마련책임자
아동	대상	아동 및 청소년인구 아동인구 비율 장애아동수 장애아동출현율 요보호아동발생 현황 안전사고 사상아동비율

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		부모 이혼 아동수 부모 이혼 아동의 비율 아동빈곤율 추이 취학전 유치원 및 보육시설 이용률 취학률 특수교육 대상아동 취학률 학교폭력 피해 경험률 보육시설 이용률 보육료 지원 아동비율 대리보호 아동비율 아동복지수용시설 보호 아동수 급식 지원 아동비율 입양 아동수 학대 신고 아동수 아동학대발생률 부모에 의한 학대 경험률 도서관 이용률 인터넷 이용률 성폭력 피해 경험률 음주경험률 흡연경험률 아동급식대상자 수 기출청소년 발생현황 청소년 자살률(5~24세) 아동 청소년 10만명당 위험환경 경험수 요보호아동 보호현황 학대피해아동 보호 추이 헬프콜 1388 일일 이용건수
	급여	디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 지원수
	재정	전체예산대비 아동·청소년 예산비율 아동 1인당 아동복지예산 청소년 1인당 청소년복지예산
	전달체계	기업의 양육지원 아동복지관련 담당공무원 전문성 청소년복지관련 담당공무원 전문성 아동인구 만명당 아동복지이용시설 설치율
	성과	아동상담소 이용자 만족도
	기타	학업 및 학교생활 스트레스 정도 공연장 및 전시장 입장 여가시간 이용 방법 취학전 자녀 양육실태

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
장애인	대상	장애인출현율 등록장애인수 장애인등록률
		장애인의 경제활동참가율 ADL 제한비율 IADL 제한비율 보장구소지율 가정내 안전사고 경험률 교통사고율 구직활동비율 취업알선율 장애인시설별 장애인보호비율 PC 이용률 자원봉사참여율 시민단체활동참여율 종교활동참여율 장애인생활시설 정원대비 수용대상장애인 (수급권자)비율 장애인생활시설의 수용률 장애인 생활시설 종사자 1인당보호 장애인 수 등록장애인 1,000명당 지역사회재활시설 설치비율
	급여	장애급여 수급자 비율 장애수당 수급자수 장애아동수당 수급자수
	재정	전체 예산대비장애인복지 예산 장애인 1인당 장애인복지예산
	전달체계	장애인시설종사자수 장애인복지담당 공무원의 전문성
성과	재가복지 서비스 만족도 재가복지서비스 이용경험률 신체적 부양 만족도 부양서비스 만족도 사회활동만족도 장애인 지역사회재활시설 이용자 만족도 장애인 공무원 고용률 장애인의 고용율, 실업률 장애인의무고용 준수율 저소득층 장애인 1,000명당 재활보조기구 교부율 근린생활시설의 편의시설 설치율 장애인활동보조서비스 수혜율 공공업무시설의 편의시설 설치율 의료시설의 편의시설 설치율 재가 장애인의 대중교통 이용 만족도	

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		장애인 편의시설 설치율 장애인 취업률
	기타	장애원인 장애인의 주관적 건강 가정내 차별 고용상 차별 여가활동방법
가족 및 여성복지	대상	가구 및 가족의 형태 한부모가족 수와 추이 결혼이민자 수와 자녀 모자보호생활시설 현황 일가족양립 휴가 현황 여성가구주 가구의 빈곤율
	급여	한부모가족 지원 보육료 지원 양육수당 지원
	재정	전체예산대비 가족 및 여성복지 예산 사회복지예산대비 가족 및 여성복지 예산
	전달체계	건강가정지원센터 이용현황 다문화가족지원센터 현황 가정폭력·성폭력상담소 현황 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설
	성과	사회복지생활시설 수와 여성비율
	기타	조손가구 수와 형성요인
	대상	인구10만명당 사회복지생활시설생활인원 인구10만명당 사회복지관이용자수
	재정	예산대비사회복지예산 1인당사회복지예산 GDP 대비보건복지분야 예산비율 GDP 대비 사회복지지출비율
사회복지 일반	전달체계	사회복지생활시설수 사회복지생활시설종사자수 사회복지관수 늘려야할복지시설 자원봉사단체수 인구10만명당 자원봉사자수
	성과	자원봉사참여율
	기타	사회복지자원조사

다. 선정된 주요지표

보건복지지표는 보건복지의 현황을 나타내 주는 역할을 한다. 따라서 지표를 통한 보건복지동향을 파악하기 위해서는 보건복지지표의 전반을 살펴보는 방법과 보건복지분야를 대표하는 지표를 선정하여 살펴보는 방법이 있다. 여기서는 보건복지분야를 대표할 수 있는 지표를 선정하여 살펴보았다.

물론 선정 제시된 지표는 우리가 수집 가능한 지표로 한정하였으며, 가능한 OECD 국가와 비교하여 그 수준을 비교하기 용이하도록 하였다.

1) 보건분야

우선 보건분야의 경우 크게 7개 분야로 대분하였다. 즉, 건강상태, 보건 의료자원, 보건의료이용, 출생, 사망 및 질병, 상해, 보건의식행태, 보건비용, 보건의 비의료 결정요인 등이다. 보건분야의 분류는 그 분류기준에 따라 다양한 형태의 분류가 가능하겠지만 여기서는 국제적인 비교의 용이성을 위하여 주로 OECD의 분류체계를 따랐다.

건강상태는 다시 평균여명, 영유아건강, 모성건강, 건강상태 등으로 구분하였다. 건강수명, 평균수명이나 영유아사망률 등은 그 나라의 보건수준을 알아볼 수 있는 대표적인 지표이다. 따라서 이들 지표를 통하여 우리나라의 보건수준의 변화를 파악해 볼 수 있을 것이다.

보건의료자원은 보건의료를 위하여 가장 기본적으로 필요한 것으로 의료인력과 의료시설 및 장비로 구분할 수 있다. 의료인력에는 다양한 분야의 인력이 있으나 가장 중심적인 역할을 하는 의사와 간호사를 주요 지표로 선정하였다. 그리고 의료시설 및 장비에서는 병상수, 병의원수, 최신의료장비를 주요 지표로 선정하였다.

보건의료이용은 진료를 어느 정도 받았는지를 파악해 볼 수 있는 지표로 진료, 의료이용 및 수술 그리고 최근 들어 점차 관심이 높아지고 있는 이식 관련 지표를 선정하였다.

출생, 사망 및 질병, 상해는 인구변화에 가장 기본이 되는 출생과 사망 그리고 유병률 및 전염병발생, 상해, 1인당 연평균 내원일수 등과 관련된 지표를 선정하였다.

보건의식행태에서는 보건에 대한 의식을 알아볼 수 있는 예방접종, 건강 관리 등과 관련된 지표를 선정하였다. 보건의식행태는 건강유지와 밀접한 관련이 있어 보건의식행태에 따라 질병이나 사망수준이 달라질 수 있다.

보건비용은 질병의 치료에 들어가는 비용으로 경제사회수준이 발전 할수록 GDP에서 차지하는 보건비용은 일반적으로 높아지는 경향이 있다. 점차 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 우리는 건강에 관심이 높아지고 건강유지를 위한 질병치료비용에도 많은 관심을 가지게 되어 이와 같은 지표는 점차 그 의미가 커지고 있다.

보건의 비의료결정요인은 직접적으로 보건의료와는 관련이 없지만 건강에 영향을 미치는 분야로 비만, 흡연, 음주 등을 들 수 있다. 이들 분야는 간접적으로 건강에 중대한 영향을 미치기 때문에 점차 우리의 관심이 높아지고 있으며, 여기서는 이와 관련된 지표를 선정하여 그 변화를 살펴보았다.

〈표 2-2-3〉 보건분야별 주요지표

분야	주요지표
건강상태	평균수명, 인지하고 있는 건강상태
보건의료자원	활동의사, 병상수
보건의료이용	국민1인당의사외래진료회수, 국민1인당치과의사외래진료회수
출생, 사망 및 질병, 상해	암사망률, 자살률
보건의식행태	예방접종
보건비용	GDP 대비 국민의료비
보건의 비의료결정요인	흡연

〈표 2-2-4〉 보건지표

대분류	중분류	소분류
건강상태	기대여명	평균수명
		65세의 기대여명
	어린이건강	영아사망률
		저체중출생아비율
		어린이 치아건강
	모성건강	주산기사망률
건강상태	인지하고 있는 건강상태	
	건강수명	
보건의료자원	의료인력	활동의사
		활동간호사
		의료인력배출(의대졸업자, 간호대졸업자)
	의료시설 및 장비	병상수
		병의원수
		의료기술(CT, MRI, 쇄석기)
보건의료이용	진료	국민1인당의사의래진료회수
		국민1인당치과의사의래진료회수
		의레이용률
	의료이용 및 수술	제왕절개
	이식	골수이식
		심장이식
		간이식
		폐이식
신장이식		
출생, 사망 및 질병, 상해	출생	합계출산율
		출생률
	사망	주요 사망원인
		암사망률
		뇌혈관질환사망률
		허혈성심장질환사망률
		당뇨로 인한 사망
		교통사고에 의한 사망률
		자살률
		사망의 원인
	유병률 및 전염병발생, 상해	2주간 유병률(성별)
		미치료를
		후천성면역결핍증
		백일해 발생건수
홍역 발생건수		

대분류	중분류	소분류
		결핵신환자 발생건수
		고혈압 유병률
		당뇨병유병률
		암발생률
		1인당 연평균 내원일수
		도로교통사고 상해
		말기신부전환자
보건의식행태	어린이 예방접종	디프테리아
		파상풍
		백일해
		홍역
	건강관리	노령인구 인플루엔자 예방접종 운동실천율
보건비용	보건비용	1인당 의료비 증가추이
		GDP대비 의료비
	기능 및 재원별	약품비
		국민의료비 중 가계지출 비율
		공공지출 비중
대상별	연령층별 비용	
보건의 비의료 결정요인	비만	비만율(과체중과 비만)
	흡연	흡연인구비율
	음주	주류소비량 음주인구비율

2) 복지분야

복지분야의 구분은 제도별로 하였다. 보건분야와 달리 제도별 분류를 택한 것은 구분의 용이성과 이 글을 읽는 독자의 이해를 돕기 위해서이다. 물론 보는 관점에 따라 다른 분류방법을 택할 수도 있으나 우리나라의 복지분야는 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스로 크게 대분류하였다.

본 연구에서 복지부문의 동향을 분석하기 위한 지표선정은 Gilbert와 Specht가 복지정책의 분석 틀로 제시한 대상, 급여, 전달체계, 그리고 재정을 활용하였다. 대상에 대해서는 각 제도별로 대상인구(모집단), 수급대상자의 수와 현황(정책집단) 등을, 급여에서는 현금급여와 현물급여의 현황(서

비스 시설) 등을 관련 재정과 함께 살펴보았다. 전달체계는 세부 지원제도 별 제공하는 체계들을 제시하였다.

복지분야의 주요 지표는 정책대상과 정책성과 중심으로 선정하였다.

〈표 2-2-5〉 복지 분야별 주요지표

분 야	주 요 지 표
공공부조	기초생활보장제도의 절대빈곤감소 효과 자활사업 창·취업성공률
사회보험	
건강보험	연령별 1인당 연간진료비
연금보험	공적연금제도별 평균급여
산재보험	외국인근로자에 대한 보험급여 지급현황
고용보험	고용보험 급여의 수급자 현황
사회복지서비스	
노인복지	공적노후소득보장 수혜율 정부지원 노인일자리 수
장애인복지	장애인 활동보조서비스 수혜율 장애수당 수급자 수 장애인의 고용률, 실업률
아동복지	아동빈곤율 추이 요보호아동 보호현황
청소년복지	가출청소년발생 현황 디딤씨앗통장 지원수
여성복지	여성가구주 가구빈곤율 일가족양립 휴가현황

공공부조제도는 공공부조일반, 생활보호, 그리고 의료급여와 관련된 지표를 선정하였다. 사회보험은 건강보험, 연금보험, 산업재해보상보험, 고용보험이 있으며, 이들 보험과 관련된 지표 중 주요 지표를 선정하여 변동을 살펴보았다. 사회복지서비스는 사회적으로 취약한 계층을 대상으로 정부에서 지원하는 서비스로 노인, 장애인, 아동청소년을 대상으로 한 서비스로 구분하여 해당 분야의 주요 지표를 선정하여 변화를 살펴보았다.(표 2-2-6 참조).

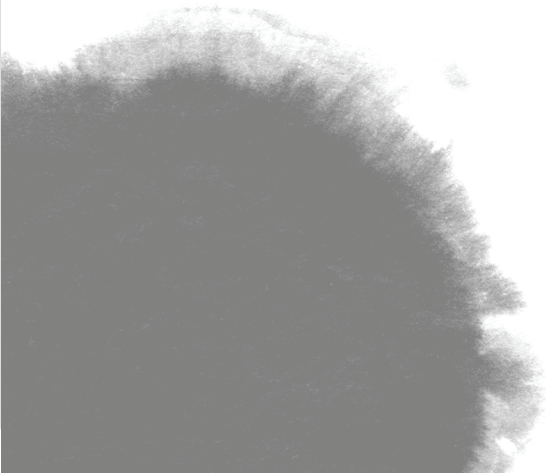
〈표 2-2-6〉 복지지표

대분류	중분류	소분류
공공부조	공공부조 일반	최저생계비 추이
		국민기초생활보장수급자 수 추이
		근로빈곤층 규모
		기초생활보장제도의 절대빈곤감소 효과
	생활보호	기초생활수급자 부적정 급여조정비율
		자활대상자 수 추이
의료급여	의료보장수급자수	
사회보험	건강보험	국민건강보험의 적용률
		국민건강보험의 재정 안정성
	연금보험	국민연금 가입자의 현황
		공적연금제도별 연금부양률 (연금수급자 대비 연금가입자의 비율)
		노후소득의 충분성
	산업재해보상보험	산재보험제도의 적용현황
		산업재해의 발생현황
		보상금 지급 현황
	고용보험	고용보험 적용현황
		고용보험 지급 현황
사회복지서비스	노인복지	기초노령연금 수급자수와 수급률
		노인장기요양보험 인정자 및 이용자
		독거 노인수와 그 비율
		노인학대 유형 및 주된 행위자
		노인의 취업현황과 추이
		노인(65세 이상)의 노후생활비 마련 책안자
		치매노인수 및 치매유병률 추이
		정부지원노인 일자리 수
	장애인 복지	등록장애인 수
		장애수당 수급자수
		장애아동수당 수급자수
		장애인 의무고용 준수율
		장애인의 고용률
		장애인의 실업률
	아동·청소년복지	이동청소년인구

대분류	중분류	소분류
		요보호아동 발생현황
		아동발달지원계좌 지원수
		학대피해아동 보호 추이
		입양아동수 추이
		아동·청소년 10만명당 위험환경 경험 수
		가출청소년 발생현황
		청소년 자살률
		가족·여성복지	한부모가족 수와 추이
	조손가구 수와 형성요인	
	한부모가족 지원	
	일가족양립 휴가 현황	
	보육료 지원	
	건강가정지원센터 이용현황	
	다문화가족지원센터 현황	
	여성가구주 가구의 빈곤율	
	사회복지생활시설 수와 여성비율	
	가정폭력·성폭력 피해자 보호시설	

03

보건의 동향



제3장 보건의 동향

제1 절 건강상태

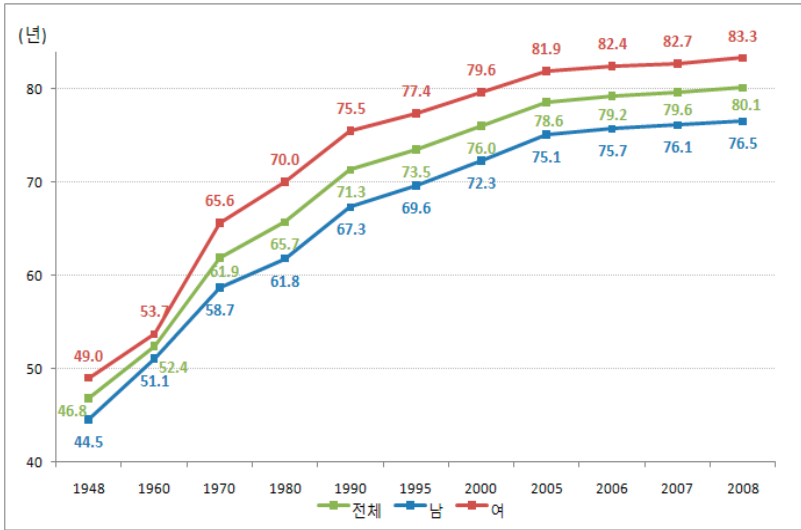
□ 평균수명

인간은 보다 건강하게 오래 살기를 원하여 왔다. 경제사회 발전에 따른 소득 수준의 향상과 국민의 건강에 대한 관심증대로 질병예방 및 질병 조기발견이 증가하고, 의료기술 및 자원의 향상 등으로 전반적인 국민의 보건 수준이 향상됨에 따라 평균수명은 점차 연장되어 왔다. 평균수명은 그 나라의 보건수준을 가늠하는 가장 대표적인 지표의 하나로 이용되어 왔다.

우리나라는 경제사회수준이 낙후되어 있던 1948년 평균수명은 50년에도 못 미치는 46.8년에서 점차 증가하여 1960년에는 52.4년에 이르렀으나 그 증가폭은 크지 않았다. 그러나 그 이후 경제사회발전에 따른 보건수준의 향상으로 평균수명은 크게 증가하여 1980년에는 65.7년으로 그리고 1995년에는 73.5년으로 증가하였으며, 2007년에는 79.6년으로 증가하였다.

남녀 평균수명의 차이는 1948년에는 4.5년에서 점차 증가하여 1980년도에는 8.2년까지 증가하였으나 점차 감소하여 2007년에는 6.6년으로 감소하였다. 점차 많은 사람이 삶의 질에 관심이 커지고 있다. 얼마나 오래 사느냐도 중요하지만 얼마나 건강하게 사느냐가 중요하다는 것이다. 따라서 이제는 얼마나 건강하게 오래 사느냐에 우리의 관심이 높아지고 있다.

[그림 3-1-1] 평균수명 추이: 1948~2008



<표 3-1-1> 평균수명 추이: 1948~2008

(단위: 년)

연도	평균수명			차이(여-남)
	전체	남	여	
1948	46.8	44.5	49.0	4.5
1960	52.4	51.1	53.7	2.6
1970	61.9	58.7	65.6	6.9
1980	65.7	61.8	70.0	8.2
1990	71.3	67.3	75.5	8.2
1995	73.5	69.6	77.4	7.8
2000	76.0	72.3	79.6	7.3
2005	78.6	75.1	81.9	6.8
2006	79.2	75.7	82.4	6.7
2007	79.6	76.1	82.7	6.6
2008	80.1	76.5	83.3	6.7
OECD 평균				
2007	79.0	76.2	81.8	5.6

자료: 통계청 「생명표」

OECD, 2009 OECD Health Data, 2009

주: 1960년은 1955~1960년 자료임.

□ 65세 연령의 기대여명

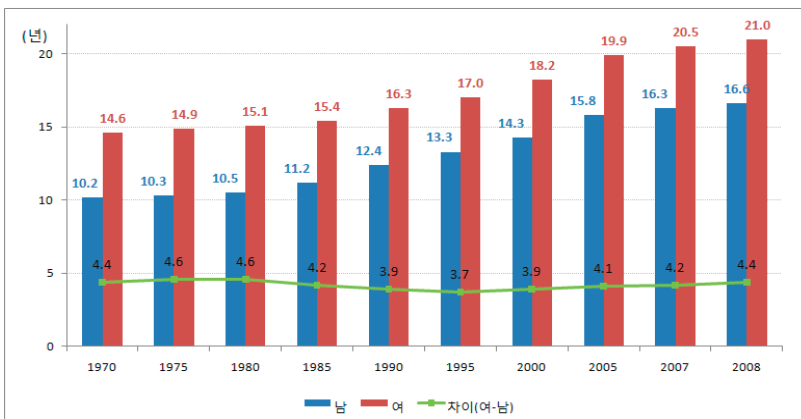
65세 연령의 기대여명은 평균수명의 연장에 따라 0세의 기대여명(평균수명)과 함께 우리의 높은 관심을 갖게 하는 지표의 하나이다. 물론 65세의 기대여명은 평균수명과 밀접한 관련이 있다. 평균수명이 길어질수록 65세의 기대여명도 길어지기 때문이다.

65세 연령층이 얼마나 더 생존할 수 있는가를 나타낸 65세의 기대여명은 경제사회의 발전과 영양상태의 개선에 따라 평균수명의 증가와 함께 증가하여 왔다.

1970년 65세 연령의 기대여명은 남자가 10.2년, 여자가 14.6년이었으나 1990년에는 각각 12.4년과 16.3년으로 길어졌고, 2007년에는 각각 16.3년, 20.5년으로 길어져 1970년에 비하여 남자가 6.1년, 여자가 5.9년 길어졌다. 이는 OECD 회원국의 2007년 평균 남자 16.9년, 여자 20.2년과 비교하면, 남자는 0.6년이 짧았고, 여자는 0.3년이 많았다.

한편 65세 연령의 남녀의 기대여명 차이는 1970년에 4.4년, 1980년에 4.6년 그리고 1990년에 3.9년으로 감소하였으나 2008년에는 4.4년으로 약간 증가하였다.

[그림 3-1-2] 65세 연령의 기대여명: 1970~2008



〈표 3-1-2〉 65세 연령의 기대여명: 1970~2008

(단위: 년)

연도	남	여	차이(여-남)
1970	10.2	14.6	4.4
1975	10.3	14.9	4.6
1980	10.5	15.1	4.6
1985	11.2	15.4	4.2
1990	12.4	16.3	3.9
1995	13.3	17.0	3.7
2000	14.3	18.2	3.9
2005	15.8	19.9	4.1
2007	16.3	20.5	4.2
2008	16.6	21.0	4.4
OECD 최근 평균 ^a			
2007	16.9	20.2	3.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에(2006), 캐나다(2006), 체코(2006), 덴마크(2006), 핀란드(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 아일랜드(2006), 이탈리아(2006), 룩셈부르크(2006), 노르웨이(2006), 포르투갈(2006), 스페인(2006), 스위스(2006), 영국(2005), 미국(2006).

자료: 통계청, 생명표

OECD, OECD Health Data 2009, 2009

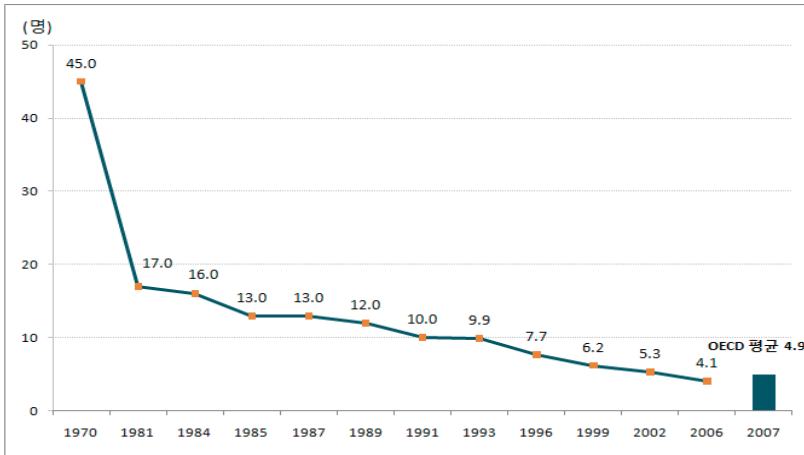
□ 영아사망률

영아사망률은 그 나라의 보건수준을 알아볼 수 있는 보건지표에서 가장 대표적인 지표의 하나이다. 출생 후 1년 이내에 사망하는 아이의 비율을 나타낸 영아사망률은 발생의 회소성으로 측정에 어려움을 가지고 있는 지표의 하나이다. 영아사망률의 정확한 산출을 위해서는 정확한 보고시스템을 가지고 있는 경우이거나 전수를 조사할 수 있는 조사방법으로 접근할 수 있는 경우이며, 우리나라는 후자의 방법으로 통계를 산출하고 있다.

가장 바람직한 것은 의료기관이나 신고자가 정확하게 신고하여 주는 방법이지만 이 방법은 생각만큼 잘 이루어지지 않고 있으며, 선진화된 국가에서 잘 제도화 되어있을 경우에만 가능하다. 특히 신고 시 문제가 되는

것은 출생 후 24시간 이내에 사망하는 경우로 누락이 많이 발생할 수 있는 부분이다. 특히 선진국의 경우와 같이 임신단계부터 병의원을 통한 추적관리 시스템이 구축되어 있다면 보다 정확한 통계산출이 가능할 것이다.

[그림 3-1-3] 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2006



<표 3-1-3> 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2006

(단위: 명)

연도	영아사망률	연도	영아사망률
1970	45.0	1991	10.0
1981	17.0	1993	9.9
1984	16.0	1996	7.7
1985	13.0	1999	6.2
1987	13.0	2002	5.3
1989	12.0	2006	4.1
OECD 최근 평균^a			
2007	4.9		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에(2005), 캐나다(2006), 체코(2006), 덴마크(2006), 핀란드(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 노르웨이(2006), 포르투갈(2006), 스페인(2006), 스위스(2006), 미국(2006).

자료: 보건복지가족부 한국보건사회연구원, 영아모성사망실태조사
OECD, OECD Health Data 2009, 2009

우리나라는 영아사망률을 낮추기 위해 정책적으로 또 각 가정에서도 많은 노력을 경주한 결과 그 저하속도가 매우 빠르게 나타났다. 이는 우리나라에서 추진된 인구억제정책의 효과로 소자녀를 갖게 됨에 따라 보다 건강하게 키우려는 부모의 관심이 더 해져 영아사망률을 보다 낮추게 하는 계기가 될 수 있었던 것으로 판단된다.

우리나라는 1970년도만 하여도 영아사망률은 45.0명(출생 1,000명당)으로 매우 높은 수준이었으나 점차 낮아져 1981년에는 17.0명으로 그리고 1991년에는 7.0명이 낮아진 10.0명으로 낮아졌으며, 2006년에는 4.1명으로 낮아져 OECD 평균 4.9명 보다 낮은 수준이 되었다.

이와 같이 영아사망률이 OECD 국가 평균보다 낮아진 것은 그 동안 우리나라의 의료기술의 발달과 의료기관에서 각종 신기술에 의한 장비의 도입이 활발히 이루어져 예전에는 생존이 어려웠던 저체중아들이 많이 생존하게 되었으며, 경제사회수준의 발전에 따라 우리의 영양 상태의 개선이나 주변 환경의 개선도 영유아사망률을 낮추는데 크게 기여한 것으로 판단된다.

이제 영아사망률이 크게 낮아져 선진국 수준에 이르렀지만 최근 저출산이 크게 개선되고 있지 않은 점을 감안한다면 영유아의 건강을 위하여 좀 더 노력하여야 할 것이다.

□ 저체중출생아비율

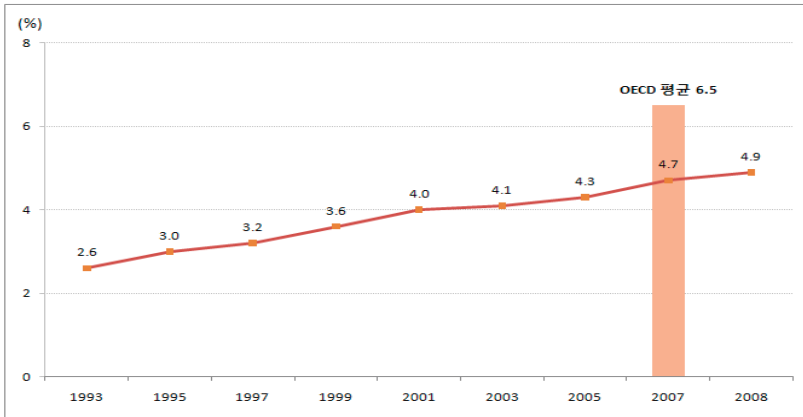
저체중출생아는 태어날 때 몸무게가 2,500g 미만의 아이를 말한다. 태어날 때의 체중이 2,500g이 안되는 아이인 경우 건강에 문제가 많을 수 있기 때문에 이 같은 기준을 정해 놓고 있다.

저체중출생아의 비중이 높을수록 같은 조건이라면 그만큼 영아사망률이 높아질 수 있다. 그래서 OECD에서는 영아사망률과 함께 영아건강측정지표로 저체중출생아비율을 회원국에 요구하고 있다. 이와 같은 자료는 각 국가간 비교를 통하여 우리나라의 보건수준을 알 수 있고, 상대적인 차이의 원인이 무엇인지 규명하여 이에 대처한다면 영아의 건강증진에 기여할 수

있을 것이다.

우리나라는 최근에 이룰수록 저체중출생아의 비율이 점차 증가하는 추세에 있다. 1993년 2.6%이던 저체중출생아의 비율은 1999년에는 3.6%로 증가하였고, 2007년에는 4.7%로 크게 증가하였다.

[그림 3-1-4] 저체중출생아비율: 1993~2008



〈표 3-1-4〉 저체중출생아비율: 1993~2008

(단위: %)

연도	저체중출생아비율	연도	저체중출생아비율
1993	2.6	2003	4.1
1995	3.0	2005	4.3
1997	3.2	2007	4.7
1999	3.6	2008	4.9
2001	4.0		
OECD 최근 평균 ^a			
2007	6.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 터키 제외. 호주(2006), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 프랑스(2004), 그리스(2006), 이탈리아(2006), 룩셈부르크(2004), 미국(2006).
 자료: 통계청, 인구동태통계연보
 OECD, OECD, OECD Health Data 2009, 2009

경제사회가 발전하면 모성의 영양상태가 좋아져 태어나는 아이에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 생각해 본다면 우리나라는 이와는 역의 결과가 나타나고 있는 것이다. 이와 같은 원인은 여러 가지가 있을 수 있겠으나 그 하나는 늦은 결혼연령도 그 하나의 원인이 될 수 있다. 출산연령이 늦어질수록 출생아의 건강에 좋지 못한 영향을 미친다는 것이 일반적인 견해인 점을 감안한다면 점차 늦어지고 있는 결혼 연령도 그 한 원인이 될 수 있을 것이다.

또한 결혼하기 전 적정체중임에도 체중을 줄이기 위한 무리한 다이어트로 모성의 건강을 해치고 태아의 건강에도 좋지 않은 영향을 주게 된다. 정부에서는 무리한 체중감량도 건강을 해칠 수 있으며, 반면에 과체중이나 비만도 건강에 부정적임을 홍보하고 있지만 점차 증가하는 추세이다. 따라서 적정체중을 유지할 수 있도록 꾸준한 홍보와 정책적인 배려가 있어야 할 것이다.

OECD 회원국과 비교해 보면 2007년 OECD 국가의 저체중출생아의 비율 평균이 6.5%로 우리나라보다 훨씬 높았다. 이는 점차 선진국으로 진입할수록 저체중출생아의 비율이 높아질 수 있음을 의미한다고 볼 때, 저체중출생아의 비율이 증가하지 않도록 대책수립이 요구된다. 그러나 무엇보다도 중요한 것은 각 개인이 출생아의 건강을 유지하기 위하여 어떻게 해야 하는지를 알고 이에 대처하는 노력이 요구된다.

□ 어린이 치아건강

어린이의 치아건강은 평생을 좌우한다. 각 국의 치아상태를 파악할 수 있는 지표의 하나로 OECD에서도 12세 어린이의 치아건강을 중요지표로 하고 있다.

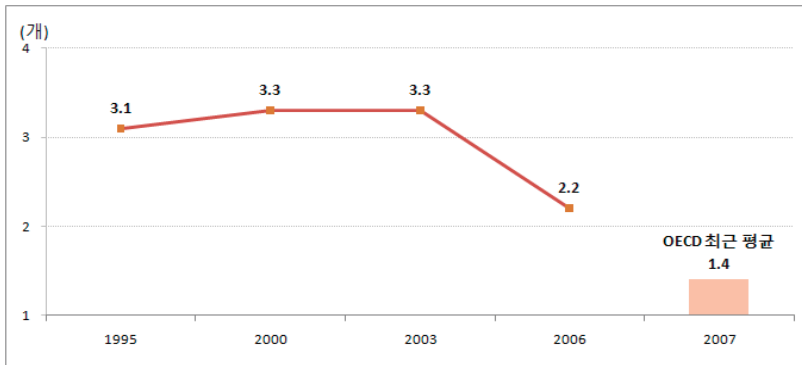
우리나라에서는 치아건강통계는 보건복지가족부에서 주기적으로 실시하는 국민구강건강실태조사를 통하여 생산하고 있다.

12세 어린이의 상실치, 충전치, 우식치의 평균수를 나타내는 지표인 어

린이 치아건강상태는 1995년 3.1개에서 2000년에는 3.3개로 증가하였으나 2006년에는 2.2개로 감소하였다.

어린이의 치아에 대한 관심이 높아지면서 개선이 이루어진 것으로 보인다. 경제사회의 발전으로 치아를 상하게 하는 음식을 접할 기회가 많아지지만 부모나 사회에서 어린이 치아의 중요성에 대한 인식이 높아져 치아의 건강상태는 나아진 것으로 보인다.

[그림 3-1-5] 어린이 치아건강(12세, 총치, 발치, 의치수): 1995~2006



<표 3-1-5> 어린이 치아건강(12세): 1995~2006

(단위: 개)

연도	총치, 발치, 의치-12세	연도	총치, 발치, 의치-12세
1995	3.1	2003	3.3
2000	3.3	2006	2.2
OECD 최근 평균 ^a			
2007	1.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음: 벨기에, 캐나다, 핀란드, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 멕시코, 폴란드 제외. 호주(2004), 체코(2006), 프랑스(2006), 독일(2005), 그리스(2005), 아이슬란드(2005), 일본(2005), 한국(2006), 네덜란드(2005), 포르투갈(2006), 스페인(2005), 스웨덴(2005), 스위스(2005), 영국(2005), 미국(2004).

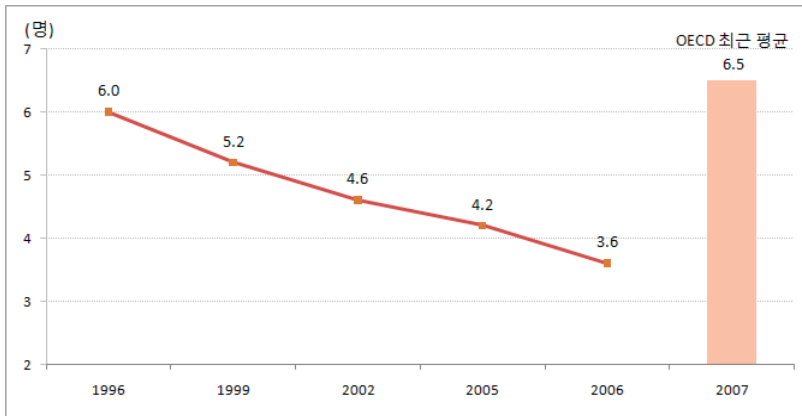
자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 주산기사망률

모성의 건강상태를 측정하는 중요한 지표의 하나로 주산기사망률이 있다. 주산기사망률은 생후 7일 미만의 사망이수와 임신 28주 이후에서의 사산수를 총출생아 1,000명당으로 나타낸 것이다.

우리나라의 주산기사망률은 1996년 6.0명(출생 1,000명당)에서 2002년에는 4.6명으로 그리고 2006년에는 3.6명으로 감소하였다. 자녀출산의 감소에 따라 보다 철저한 임신관리 등으로 점차 주산기사망률이 감소하고 있다.

[그림 3-1-6] 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2006



<표 3-1-6> 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2006

(단위: 명)

연도	주산기사망	연도	주산기사망
1996	6.0	2005	4.2
1999	5.2	2006	3.6
OECD 최근 평균 ^a			
2007	6.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2005), 벨기에(2005), 캐나다(2006), 체코(2006), 덴마크(2005), 핀란드(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 아일랜드(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 포르투갈(2006), 스웨인(2005), 스위스(2005), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

주산기사망률은 주기적으로 실시하고 있는 영아모성사망조사를 통하여 생산되고 있다. 출생이 발생한 전의료기관과 건강보험자료를 활용하여 생산되는 전수조사의 성격을 띠고 있기 때문에 어느 나라보다 정확한 통계가 생산되고 있다고 판단된다.

□ 건강이 양호하다고 생각하는 비율

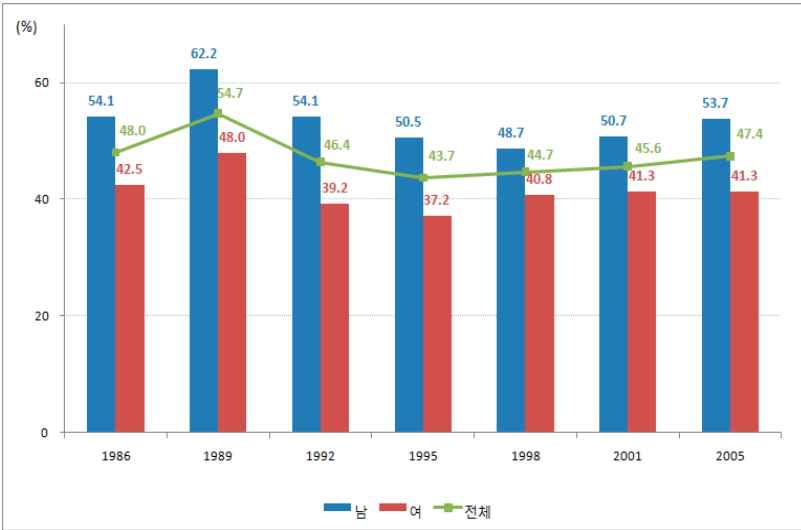
건강이 양호하다고 생각하는 비율은 “당신은 건강하다고 생각하십니까?”(How is your health in general)라는 질문으로 15세이상 성인 남녀를 대상으로 측정하였으며, 100명에 대한 비율을 의미한다. 이는 주관적 건강 평가(self-assessed health 또는 perceived health status)지표로서 질병의 발생률과 사망률을 예측하는 중요한 척도라 할 수 있다.

한국인은 1989년에 100명 중 54.7명이 건강상태가 양호하다고 응답하였으나, 그 이후 지난 2005년까지 43.7%에서 47.4% 사이에서 머무르고 있다. 그러나 한국을 포함한 주요 11개 OECD 국가의 2004년부터 2006년 사이의 평균을 보면, 71.8%로 한국의 2005년도에 비하여 24.4% 포인트 더 높았다.

남성은 여성에 비하여 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율이 높았다. 한국의 경우 1986년 이후 1998년을 제외하고 건강상태가 양호하다고 생각하는 남성이 여성보다 10%포인트 이상 높았으며, OECD국가에서도 남성이 여성보다 4.5%포인트 정도 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 통계자료는 주관적인 것이며, 개인의 주관적인 생각을 지배하는 국가별 지역별 문화, 역사, 사회적 통념 등에 의하여 동일한 상태가 다르게 측정될 수 있는 한계점이 있다.

[그림 3-1-7] 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2005



<표 3-1-7> 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2005

(단위: %)

연도	전체	남	여
1986	48.0	54.1	42.5
1989	54.7	62.2	48.0
1992	46.4	54.1	39.2
1995	43.7	50.5	37.2
1998	44.7	48.7	40.8
2001	45.6	50.7	41.3
2005	47.4	53.7	41.3
OECD 최근 평균^a			
2007	71.8	74.1	69.6

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 독일, 헝가리, 슬로바키아, 터키 제외. 호주(2004), 오스트리아(2006), 벨기에(2004), 체코(2005), 덴마크(2005), 프랑스(2006), 그리스(2006), 한국(2005), 멕시코(2006), 노르웨이(2005), 포르투갈(2006), 스페인(2006)

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

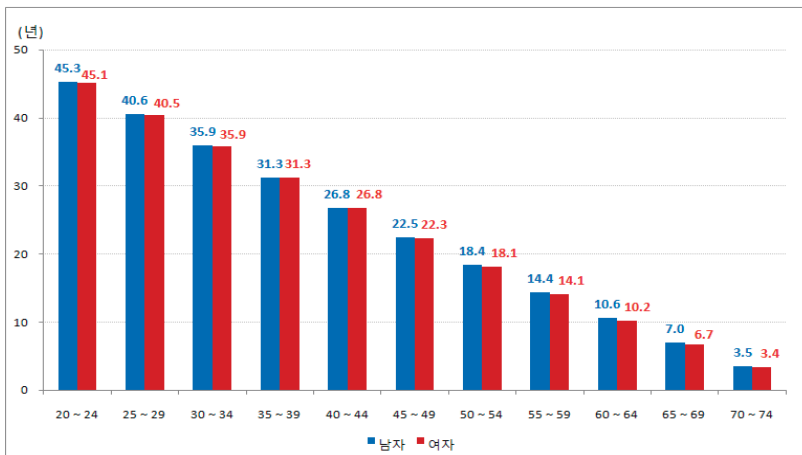
□ 건강수명

건강수명은 일생 중 질병이나 장애없이 건강하게 살아가는 기간으로써 평균수명에서 상병이나 장애로 인해 손실되는 기간을 뺀 기간을 의미한다. 평균수명이 사망수준에 따라 건강수준을 측정하는 것과는 달리, 건강수명은 사망과 상병을 결합하여 계량적으로 나타낸 단일지표라고 할 수 있으며, 이는 기대여명만으로는 건강의 질적인 면을 설명할 수 없기 때문에 건강한 기대수명을 보건수준으로 보아야 한다는 데 근거한 것이다.

EQ-5D는 연령별 사망률 산출로부터 시작되는 생명표에서 연령별 생존연수가 산출되면, 연령별 생존연수에 여러 가지 건강 가중치를 곱하여 연령별 생존연수의 가중치를 얻었고, 이어서 각 연령에서 생존연수의 총합인 총 생존연수를 연령별 생존자수로 나누어 건강보정 기대여명을 얻은 것이다(강은정, 2008).

EQ-5D를 이용하여 산출한 건강수명은 20~24세의 경우 남자가 45.3년, 여자가 45.1년으로 남자가 0.2년이 길었으며, 65~69세에서는 남자가 7.0년, 여자가 6.7년으로 남자가 0.3년이 길었다.

[그림 3-1-8] 성별 건강수명(20~75세), (EQ-5D이용): 2005



〈표 3-1-8〉 성별 건강수명(20~75세): 2005

(단위: 년)

연령	EQ-5D를 이용한 건강수명		'매우 좋음/ 좋음/ 보통'의 비율을 이용한 건강수명		'활동제한 없음'의 비율을 사용한 건강수명		'주요 만성질환 없음'의 비율을 사용한 건강수명	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
20~24	45.27	45.11	41.58	39.07	46.17	47.55	36.53	34.67
25~29	40.59	40.47	36.97	34.44	41.37	42.69	31.82	29.83
30~34	35.90	35.85	32.32	29.78	36.60	37.82	27.09	25.01
35~39	31.29	31.28	27.75	25.21	31.88	33.00	22.53	20.28
40~44	26.82	26.76	23.35	20.79	27.24	28.21	18.22	15.68
45~49	22.51	22.34	19.14	16.52	22.78	23.51	14.31	11.41
50~54	18.37	18.12	15.17	12.67	18.48	18.88	10.84	7.79
55~59	14.43	14.10	11.49	9.22	14.39	14.42	7.82	5.05
60~64	10.63	10.23	8.25	6.22	10.39	10.16	5.36	3.24
65~69	7.04	6.67	5.38	3.80	6.67	6.21	3.31	1.84
70~74	3.53	3.36	2.61	1.77	3.25	3.01	1.62	0.81

자료: 한국보건사회연구원, 건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제, 2008.

제2절 보건의료자원

□ 활동의사수

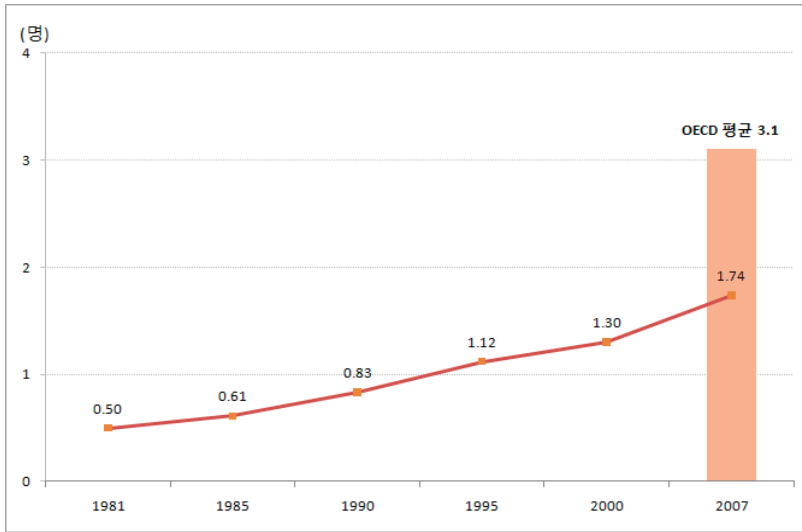
의사수와 관련된 통계는 두 가지로 살펴볼 수 있다. 하나는 면허의사수이고 또 다른 하나는 활동의사수이다. 두 가지 다 중요하지만 활동의사수는 현재 현장에서 활동하고 있는 의사수라는 점에서 그 중요도가 좀 높다고 할 수 있다.

활동의사수는 의료기관에서 진료에 참여하고 있는 의사수로서 국적과는 무관하게 현장 중심으로 산출되는 통계수치이다. 인구수에 비하여 활동의사수가 많다는 것은 그 만큼 의료혜택을 많이 받을 수 있다는 것을 뜻한다.

우리나라의 활동의사수는 꾸준히 증가하여 왔지만 아직까지 OECD 국가

에 비하여 낮은 수준이다. 즉, 1981년 인구 1,000명당 0.50명이던 활동의 사수는 1990년에는 0.83명, 2000년에는 1.30명, 2007년에는 1.74명으로 증가하였지만 2007년 OECD 평균 3.1명에 비하면 낮은 수준이다.

[그림 3-2-1] 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2007



<표 3-2-1> 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2007

(단위: 명)

연도	활동의사수	연도	활동의사수
1981	0.50	1995	1.12
1985	0.61	2000	1.30
1990	0.83	2007	1.74
OECD 최근평균 ^a			
2007	3.1		

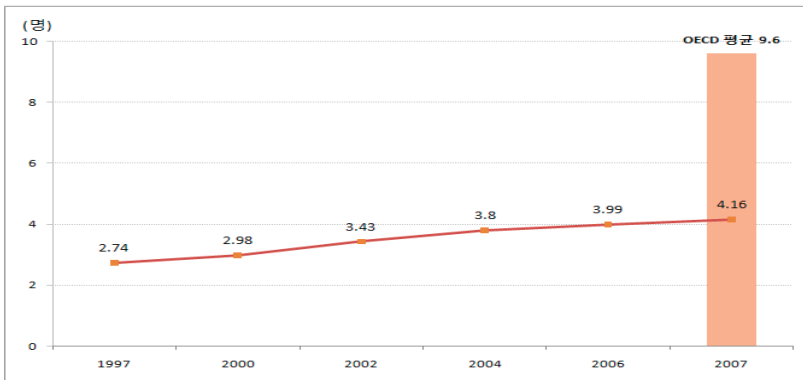
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 덴마크(2006), 핀란드(2006), 그리스(2006), 일본(2006), 슬로바키아(2004), 스웨덴(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 활동간호사수

활동간호사는 의료기관에서 현재 간호사로서 활동하고 있는 수를 의미한다. 면허를 가지고 있으나 현재 외국에 나가 있는 경우, 의료기관에서 활동하고 있지 않거나 연구실, 그 밖에 다른 곳에서 근무하고 있는 경우는 제외된다.

[그림 3-2-2] 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2007



〈표 3-2-2〉 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2007

(단위: 명)

연도	활동간호사수	연도	활동간호사수
1997	2.74	2004	3.80
2000	2.98	2006	3.99
2002	3.43	2007	4.16
OECD 최근평균 ^a			
2007	9.6		

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2005), 벨기에(2005), 덴마크(2006), 핀란드(2006), 그리스(2006), 일본(2006), 룩셈부르크(2006), 슬로바키아(2004), 스웨덴(2006).

간호사도 의사와 같이 두 가지의 통계제시가 가능하다. 하나는 면허간호사이고 또 다른 하나는 활동간호사이다. 두 가지 중 활동 간호사가 더 중

요한 의미를 지닌다. 아무리 많은 간호사를 배출하고 면허를 가지고 있다고 하여도 실제로 현장에 어느 정도의 인력이 활동하고 있는지가 훨씬 중요하기 때문이다.

우리나라의 활동간호사는 꾸준히 증가하여 왔다. 즉, 1997년 인구 1,000명당 2.74명이던 간호사수는 2000년에는 2.98명으로 증가하였고, 2007년에는 4.16명으로 증가하였다. 그러나 OECD 평균이 2007년에 9.6명인 점과 비교한다면 우리나라의 활동간호사는 매우 적은 편이라고 할 수 있다.

간호사와 의사는 상호 조화를 이루어야 할 것이다. 원활한 진료 및 치료를 위하여 의사수 및 간호사수는 매우 중요한 의미를 지닌다. 적정인력이 확보되지 못한다면 아무리 훌륭한 시설과 장비를 가지고 있어도 제대로 운영할 수 없으며, 적기에 진료 및 치료를 받기도 힘들어지기 때문이다. 따라서 적정인력을 판단하여 대학의 입학정원 조정 등 적정인력이 유지될 수 있도록 하는 정책이 추진되어야 할 것이다.

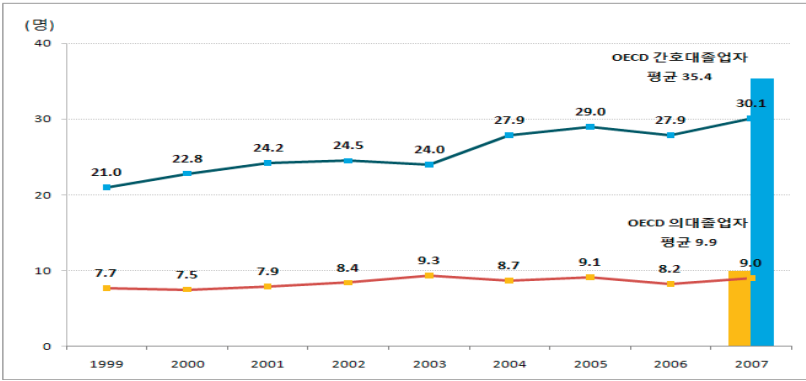
□ 의료인력배출

활동의사나 간호사의 수는 1차적으로 대학에서 얼마나 많은 수를 배출하느냐에 달려있다. 국가에서 의사나 간호사수의 조절은 대학의 의대나 간호대의 정원을 가지고 조절하게 된다.

인구 10만명당 의대나 간호대졸업자수는 그 수치가 높을수록 현장에서 활동하는 인력의 증가요인이 커짐을 의미한다. 따라서 비율이 낮은 국가에서는 이 비율을 높이기 위하여 노력하고 높은 국가에서는 이 비율을 낮추기 위하여 노력할 것이다.

우리나라는 그 동안 적정 의료인력의 배출을 위하여 적정인력과 관련된 많은 연구를 수행하였다. 의료인력이 증가하면 보다 많은 사람이 쉽게 의료혜택을 받을 수 있을 것이라는 견해와 무리하게 많은 인력이 배출될 경우 오히려 의료의 질이 떨어질 수 있다는 의견이 제시되었다.

[그림 3-2-3] 의대졸업자, 간호대졸업자(인구 100,000명당): 1999~2007



<표 3-2-3> 의료인력배출(인구 100,000명당): 1999~2007

(단위: 명)

연도	의대졸업자	연도	간호대졸업자
1999	7.7	1999	21.0
2000	7.5	2000	22.8
2001	7.9	2001	24.2
2002	8.4	2002	24.5
2003	9.3	2003	24.0
2004	8.7	2004	27.9
2005	9.1	2005	29.0
2006	8.2	2006	27.9
2007	9.0	2007	30.1
OECD 최근평균 ^a		OECD 최근평균 ^b	
2007	9.9	2007	35.4

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 멕시코 제외. 오스트리아(2006), 프랑스(2006), 그리스(2005), 포르투갈(2006), 스웨덴(2006), 미국(2006).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 멕시코 제외. 오스트리아(2006), 벨기에(2005), 그리스(2005), 포르투갈(2006), 스웨덴(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

우리나라의 인구 10만명당 의대졸업자는 큰 규모로 증가하지는 않았지만 약간의 증가가 있었다고 볼 수 있다. 1999년 인구 10만명당 7.7명이던 졸업자수는 2007년에는 9.0명으로 증가하였다. OECD 국가의 평균은 2007

년 9.9명으로 우리나라 보다는 높은 수준이다.

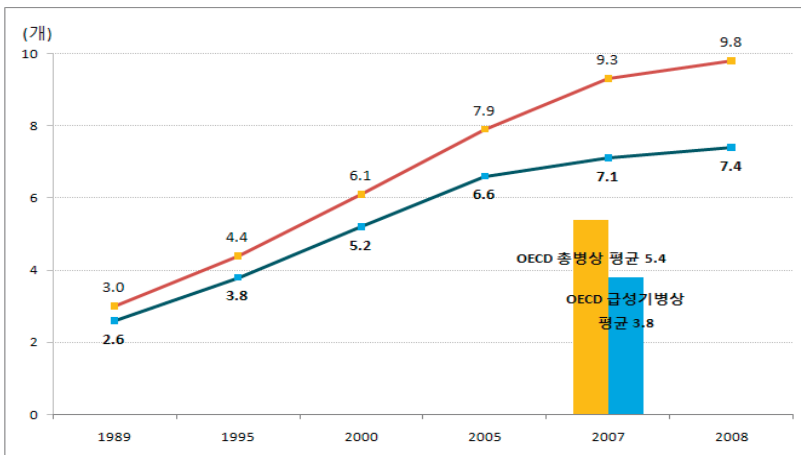
간호대의 경우에도 인구 10만명당 졸업자수가 1999년 21.0명에서 2007년에는 30.1명으로 증가하였다. OECD국가의 2007년 평균 35.4명과 비교하면 낮은 수준이다. OECD 평균보다는 낮으나 현재의 인력이 적정한가에 대한 판단이 우선되어야 할 것이다.

□ 병상수

병상수는 각 의료기관에서 보유하고 있는 병상의 실태로 인구수에 비하여 많은 병상을 보유하고 있다는 것은 그만큼 응급 시 입원이 용이하기 때문에 입원 필요시 쉽게 대처할 수 있어 바람직하다고 볼 수 있을 것이다. 그러나 같은 질환이라고 하여도 국가에 따라 입원 일을 달리하는 경우가 있기 때문에 일반적으로 같은 조건이라고 가정하고 비교하여 보아야 할 것이다.

병상수를 비교하는 수치는 인구 1,000명당으로 나타내고 있다. 이는 같은 인구수에 비교함으로써 병상수의 비교를 용이하게 하기 위해서이다.

[그림 3-2-4] 병상수(인구 1,000명당): 1989~2008



〈표 3-2-4〉 병상수(인구 1,000명당): 1989~2008

(단위: 개)

연도	총병상	연도	급성기병상
1989	3.0	1989	2.6
1995	4.4	1995	3.8
2000	6.1	2000	5.2
2005	7.9	2005	6.6
2007	9.3	2007	7.1
2008	9.8	2008	7.4
OECD 최근평균 ^a		OECD 최근평균 ^b	
2007	5.4	2007	3.8

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 아이슬란드, 뉴질랜드, 스웨덴 제외. 호주(2006), 캐나다(2006), 그리스(2006), 아일랜드(2006), 스페인(2006).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 아이슬란드, 뉴질랜드 제외. 호주(2006), 캐나다(2006), 그리스(2006), 스페인(2006), 미국(2006).

자료: 보건복지가족부, 보건복지가족동계연보

OECD, OECD Health Data 2009, 2009

우리나라의 병상수는 크게 늘어나는 추세를 보이고 있다. 1989년 1,000명당 3.0개이던 병상수는 2000년에는 6.1개로 증가하였고, 2007년에는 9.3개로 지속적으로 증가하고 있다. 이 수준은 2007년 OECD 평균이 5.4개인 것과 비교하면 상당히 높은 수준이라고 볼 수 있다.

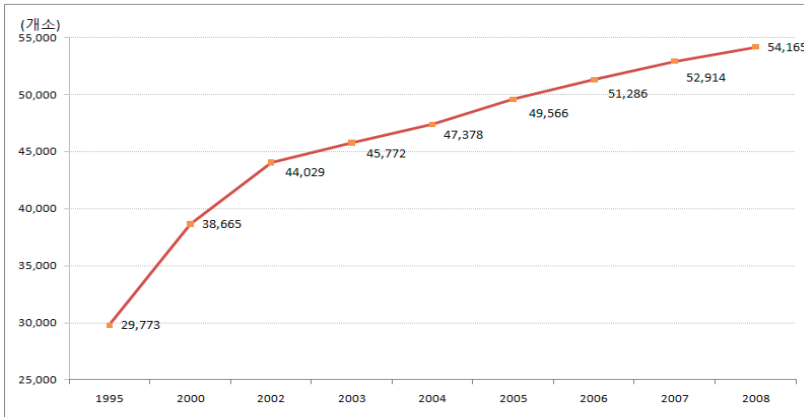
□ 병의원수

의료자원에서 가장 중요한 부문인 의료기관의 변동을 살펴보면, 1995년 종합병원이 266개소에서 2008년에는 313개소로 17.7%가 증가하였으며, 의원은 14,343개소에서 26,581개소로 85.3%가 그리고 치과의원은 8,292개소에서 13,618개소로 64.2%, 한의원은 5,928개소에서 11,248개소로 89.7%가 증가하여 한의원이 가장 큰 증가를 보였고 다음은 의원, 치과의원 순으로 수의 증가율이 높아져 의료환경의 개선이 크게 이루어진 것으로 나타났다.

우리나라는 최근에 의료인력의 배출이 크게 증가하는 동시에 의료기관도

크게 증가하고 있어 국민들의 의료접근성이 크게 개선되어 국민의 건강증진에 기여하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3-2-5] 병의원수: 1995~2008



<표 3-2-5> 병의원수: 1995~2008

(단위: 개소)

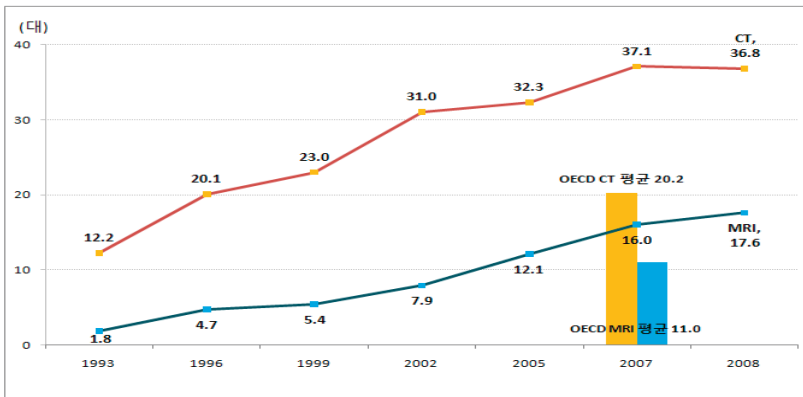
연도	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
계	29,773	38,665	44,029	45,772	47,378	49,566	51,286	52,914	54,165	
병의원	종합병원	266	285	284	283	282	290	295	302	313
	요양병원	-	-	-	68	92	177	363	593	690
	일반병원	398	581	691	730	763	794	850	945	1,064
	의원	14,343	19,472	23,299	23,502	24,491	25,412	26,078	26,265	26,581
특수 병원	결핵	4	3	2	4	3	3	3	3	3
	한센	1	1	1	2	2	1	1	1	1
	정신	37	79	75	88	95	102	107	107	118
치과 병원	치과병원	12	56	80	99	107	123	134	151	184
	치과의원	8,292	10,471	11,120	11,890	11,968	12,520	12,808	13,280	13,618
한방 병원	한방병원	69	136	135	151	154	146	142	138	139
	한의원	5,928	7,276	8,097	8,734	9,196	9,765	10,294	10,895	11,248
부속의원 ¹⁾	246	185	169	150	158	187	172	182	175	
조산원	177	120	76	71	67	46	39	52	31	

주: 1) 회사 또는 산업체의 종업원을 위한 부속의원임(의료법 제31조).
 자료: 보건복지가족부 의료자원과

□ 의료기술(장비, 기기)

정확한 검진과 치료를 위해 각종 최신장비가 개발되고 있다. CT와 MRI는 의료기술의 발전에 따라 개발된 장비로 보다 정확한 검진이 가능하도록 해준 장비라고 할 수 있다.

[그림 3-2-6] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1993~2008



*MRI 1999년도 : 2000년도로 대치

<표 3-2-6> 의료기술(인구 1,000,000명당): 1993~2008

(단위: 대)

연도	CT	연도	MRI
1993	12.2	1993	1.8
1996	20.1	1996	4.7
1999	23.0	2000	5.4
2002	31.0	2002	7.9
2005	32.3	2005	12.1
2007	37.1	2007	16.0
2008	36.8	2008	17.6
OECD 최근평균 ^a		OECD 최근평균 ^b	
2007	20.2	2007	11.0

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 일본, 노르웨이, 스웨덴 제외. 호주(2006), 그리스(2005), 네덜란드(2006), 영국(2006).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 노르웨이, 스웨덴 제외. 덴마크(2004), 그리스(2005), 일본(2005), 네덜란드(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

우리나라의 의료기관들은 경쟁력 확보를 위해 최신장비를 경쟁적으로 구입하는 경향을 보이고 있다. CT나 MRI도 예외는 아니어서 장비보유의 증가가 매우 크게 나타났다.

즉, CT의 경우 1993년 인구 100만명당 12.2대였으나 1999년에는 23.0대로 거의 배에 가깝게 증가하였고, 2007년에는 37.1대로 증가하여 1993년에 비하여 약 200%가 증가하였다.

이와 같은 증가는 OECD 국가와 비교하면 그 규모를 짐작 할 수 있는데 2007년 20.2대로 우리나라보다 훨씬 낮은 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

MRI의 경우도 1993년 인구 100만명당 1.8대에 불과하였으나 2000년에는 200%가 증가하였고, 2007년에는 16.0대로 증가하여 1993년에 비하여 약 790%가 증가하였다.

MRI 보유도 OECD 국가와 비교하면 그 규모를 짐작 할 수 있는데 2007년 11.0대로 우리나라보다 훨씬 낮은 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

제3절 보건 의료이용

□ 외래진료

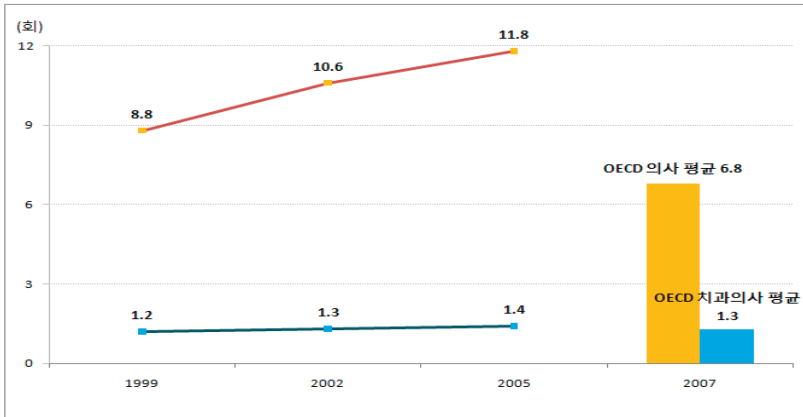
외래진료는 국민 1인당 의사와 치과의사에게 몇 번이나 진료를 받았는가를 나타내는 지표이다. 이 수치가 높다는 것은 그 만큼 진료를 많이 받았다는 것으로 진료를 받을 수 있는 환경이 좋기 때문일 수도 있고, 실제 질환이 많이 발생하여서 일수도 있다.

우리나라의 의사진료는 국민 1인당 1999년 8.8회에서 2005년에는 11.8회로 증가하였다. 이는 건강에 대한 관심의 점차적인 증가로 가벼운 질병에도 의료기관을 찾는 경우와 의료기관 방문이 용이해졌기 때문일 것이다.

OECD 국가의 2007년 평균이 6.8회인 점과 비교하면 우리나라의 국민이 다른 국가에 비하여 의사의 진료를 자주 받고 있음을 알 수 있다.

우리나라의 치과진료는 국민 1인당 1999년 1.2회에서 2005년에는 1.4회로 그 증가 규모는 크지 않았다. 아직까지 치과는 참는데 까지 참아보다가 가는 경향이 남아있지 않는가 생각된다. 이는 OECD 국가의 2007년 평균이 1.3회로 우리나라와 비슷한 수준에 있음을 알 수 있다.

[그림 3-3-1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2005



<표 3-3-1> 외래진료(국민 1인당): 1999~2005

(단위: 회)

연도	의사	연도	치과의사
1999	8.8	1999	1.2
2002	10.6	2002	1.3
2005	11.8	2005	1.4
OECD 최근평균 ^a		OECD 최근평균 ^b	
2007	6.8	2007	1.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스, 아일랜드, 노르웨이 제외. 캐나다(2006), 덴마크(2004), 이탈리아(2005), 일본(2006), 한국(2005), 멕시코(2004), 스페인(2006), 스웨덴(2006).

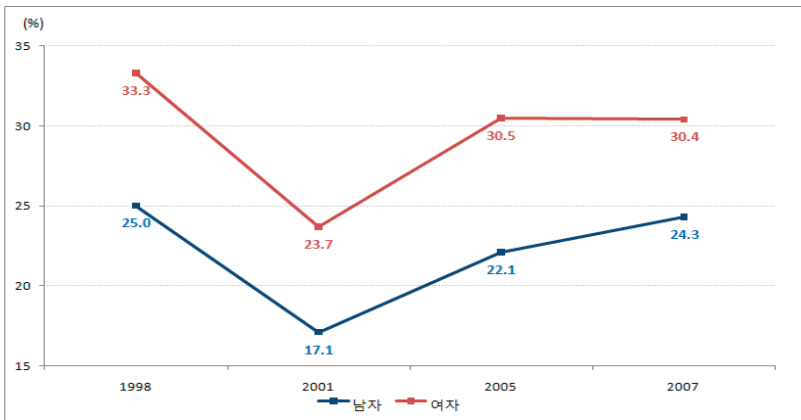
b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 터키 제외. 호주(2005), 덴마크(2004), 이탈리아(2005), 일본(2006), 한국(2005), 멕시코(2004), 스페인(2006), 영국(2006), 미국(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

□ 2주간 외래 이용률

얼마나 외래를 많이 이용하는가 하는 것은 그만큼 질환으로 의료기관을 찾는 빈도가 어느 정도 되는가를 나타낸다. 2주간 외래 이용률은 조사시점에서 최근 2주간 외래를 이용한 적이 있는 사람의 분율을 나타낸 것이다.

[그림 3-3-2] 2주간 외래 이용률(만19세 이상): 1998~2007



<표 3-3-2> 2주간 외래 이용률(만19세 이상): 1998~2007

(단위: %)

	전체				남자				여자			
	1998	2001	2005	2007	1998	2001	2005	2007	1998	2001	2005	2007
19세이상 (표준화)*	29.3	20.6	26.3	27.4	25.0	17.1	22.1	24.3	33.3	23.7	30.5	30.4
19세이상	29.0	20.7	26.3	27.8	24.3	16.8	21.3	24.2	33.1	24.2	31.3	31.4
19-29	20.6	9.6	14.7	18.6	17.3	7.5	10.5	16.5	23.4	11.3	19.3	20.6
30-39	24.5	14.2	19.3	23.0	19.8	11.5	16.2	20.4	29.1	16.9	22.6	25.6
40-49	29.5	17.6	23.5	23.3	25.2	14.5	20.3	20.7	34.0	20.7	26.7	26.1
50-59	36.4	28.9	32.6	34.0	30.7	22.3	27.1	29.0	41.8	35.1	38.2	39.1
60-69	42.1	40.4	47.4	44.4	35.9	34.6	39.9	38.3	47.1	45.3	53.8	49.8
70+	40.2	41.0	52.7	45.0	39.3	39.6	48.4	43.7	40.6	41.7	55.2	45.7

주: 2주간 외래 이용률 : 최근 2주간 외래를 이용한 적이 있는 사람의 백분율.

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

자료: 보건복지가족부, '2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007))'

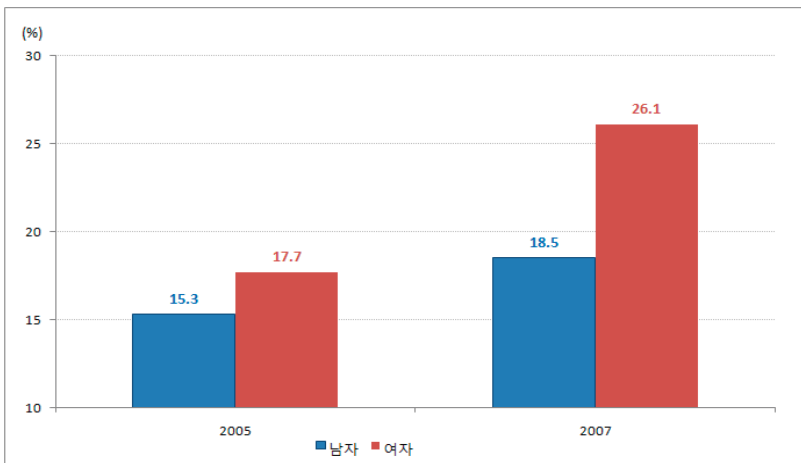
19세 이상 인구의 2주간 외래이용률은 1998년 29.3%였으나 2001년에는 20.6%로 낮아졌고, 다시 점차 증가하여 2007년에는 27.4%를 나타내었다. 즉 2007년에는 약 4명 중 한명은 2주 동안 의료기관을 방문한 적이 있는 것으로 나타났다.

이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자의 경우는 1998년 25.0%에서 2001년에는 17.1%로 낮아졌으나 점차 높아져 2007년에는 24.3%로 높아졌다. 여자는 1998년 33.3%에서 2001년에는 23.7%로 낮아졌으나 점차 높아져 2007년에는 30.4%로 높아졌다. 남자보다는 여자가 의료기관을 찾는 빈도가 높은 것으로 나타났다.

□ 연간 미치료율(병의원)

미치료율은 조사시점에서 최근 1년간 본인이 의료기관을 찾아야 하나 여러 가지 이유로 가지 못한 비율을 나타낸 것으로 이 비율이 높을수록 바람직하지 못하다고 볼 수 있다.

[그림 3-3-3] 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005, 2007



〈표 3-3-3〉 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005, 2007

(단위: %)

구분		전체	남	여
2005	19세 이상(표준화)*	16.4	15.3	17.4
	19세 이상	16.4	15.1	17.7
	19~29세	11.8	10.7	12.9
	30~39세	14.3	15.1	13.6
	40~49세	17.1	16.1	18.0
	50~59세	19.3	17.4	21.2
	60~69세	21.9	18.2	25.0
	70 +	22.3	19.2	24.1
2007	19세 이상(표준화)*	22.4	18.5	25.9
	19세 이상	22.4	18.5	26.1
	19~29세	25.2	27.7	22.7
	30~39세	23.4	21.7	25.2
	40~49세	20.8	15.4	26.4
	50~59세	22.8	15.6	30.0
	60~69세	19.2	9.5	27.7
	70 +	19.6	7.2	27.0

주: 연간 미치료율 : 최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 사람의 백분율.

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

자료: 보건복지가족부, '2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007))'

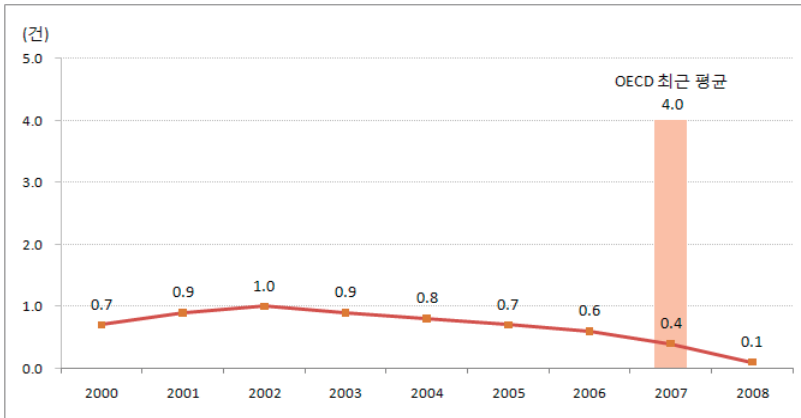
2005년과 2007년의 미치료율을 살펴보면 2005년 19세 이상의 미치료율은 16.4%였으나 2007년에는 22.4%로 높아졌다. 의료기관의 증가로 의료 접근성이 높아졌음에도 오히려 미치료율이 상당히 높아진 것은 건강관리 측면에서 바람직하지 못한 현상으로 보인다.

이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자의 경우 2005년에는 15.3%였으나 2007년에는 18.5%로 높아졌고, 여자의 경우에는 17.4%에서 25.9%로 크게 높아졌다. 남자의 경우보다 여자의 경우가 의료기관 이용에 매우 심각한 문제가 있었음을 나타내고 있다.

□ 골수이식

의료기술의 발달과 인식의 변화로 점차 장기이식이 활발하게 이루어지고 있다. 그러나 골수이식의 경우는 큰 변화가 없다. 즉, 2000년 인구 10만명당 0.7건이었으나 2002년에는 1.0건까지 증가하였고, 그 이후 다시 감소하여 2007년에는 0.4건으로 낮아졌다.

[그림 3-3-4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2008



<표 3-3-4> 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2008

(단위: 건)

연도	골수이식	연도	골수이식
2000	0.7	2005	0.7
2001	0.9	2006	0.6
2002	1.0	2007	0.4
2003	0.9	2008	0.1
2004	0.8		
OECD 최근 평균 ^a			
2007	4.0		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 호주(2005), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 덴마크(2005), 그리스(2005), 이탈리아(2006), 일본(2006), 네덜란드(2004), 포르투갈(2006), 터키(2006), 미국(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

이는 아직까지 이식이 보편화되지 못하였고, 다른 선진국에 비하여 골수 이식이 활발한 편이 아님을 보여준다. OECD 회원국의 경우 2007년 평균이 4.0명으로 우리나라에 비하여 매우 높은 수준을 보이고 있다.

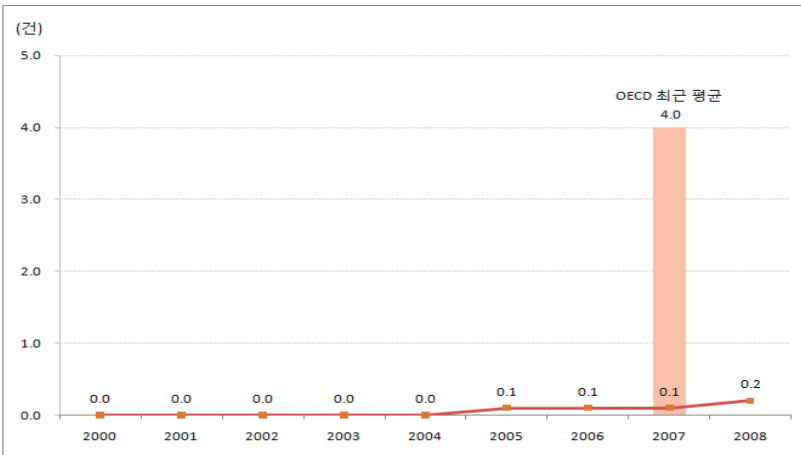
골수 이식통계는 국립장기이식센터에서 보고를 받고 있어 이의 생산이 가능하다. 우리나라의 골수이식은 OECD 국가들에 비하여 매우 낮은 수준으로 이식이 보다 활성화 될 수 있도록 하는 방안의 마련이 요구된다.

□ 심장이식

심장이식은 이식 가운데 매우 어려운 이식수술로 그렇게 활발하게 이루어지지 않고 있다. 2005년도에 인구 10만명당 0.1건 수준으로 높아진 후 그 수준이 지속되고 있다.

OECD 회원국의 경우 2007년에 4.0건으로 우리나라보다 훨씬 높은 수준을 보이고 있다. 이는 OECD 회원국들이 우리나라보다 이식에 대한 인식과 여건이 성숙되어 있음을 보여주고 있다.

[그림 3-3-5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2008



〈표 3-3-5〉 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2008

(단위: 건)

연도	심장이식	연도	심장이식
2000	0.0	2005	0.1
2001	0.0	2006	0.1
2002	0.0	2007	0.1
2003	0.0	2008	0.2
2004	0.0		
OECD 최근 평균 ^a			
2007	4.0		

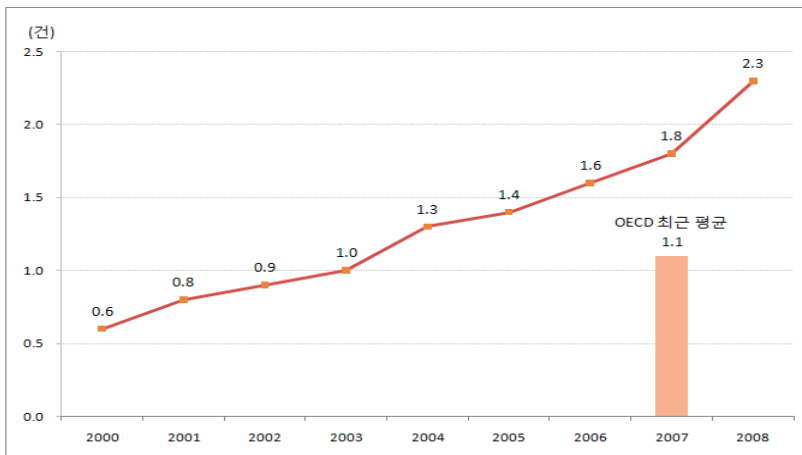
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2006), 네덜란드(2004).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 간이식

간이식은 다른 이식에 비하여 다소 높은 수준을 보이고 있다. 즉, 2000년 인구 10만명당 0.6건에서 2003년에는 1.0건으로 높아졌고, 이와 같은 증가추세는 지속되어 2007년에는 1.8건의 수준을 보이고 있다.

[그림 3-3-6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2008



〈표 3-3-6〉 간이식(인구 100,000명당): 2000~2008

(단위: 건)

연도	간이식	연도	간이식
2000	0.6	2005	1.4
2001	0.8	2006	1.6
2002	0.9	2007	1.8
2003	1.0	2008	2.3
2004	1.3		
OECD 최근 평균 ^a			
2007	1.1		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2006), 네덜란드(2004).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

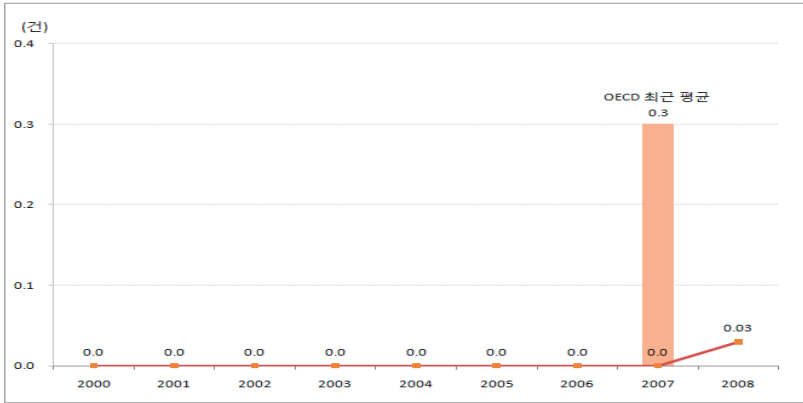
우리나라의 간이식 수준은 OECD 회원국의 평균을 상회하는 것으로 나타나고 있다. 즉, 2007년 OECD 평균이 1.1건으로 우리나라의 1.8건보다는 낮은 수준을 보이고 있다. 우리나라의 간이식이 다른 이식에 비하여 보다 활발하게 이루어지고 있다.

□ 폐이식

폐이식은 인구 10만명당으로 볼 때 매우 적어 잘 나타나지 않고 있다. 우리나라의 폐이식은 2000년 1건이 있는 후 이식건수는 증가하고 있으나 증가가 매우 느리게 나타나고 있다. 2005년에는 8건 그리고 2007년에는 17건으로 증가하였으나 2008년에는 이보다 적은 14건의 폐이식이 이루어진 것으로 보고되었다.

OECD 회원국의 경우에는 평균이 인구 10만명당 0.3건으로 우리나라의 0.03건 보다는 활발하게 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3-3-7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2008



〈표 3-3-7〉 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2008

(단위: 건)

연도	폐이식	연도	폐이식
2000	0.0	2005	0.0
2001	0.0	2006	0.0
2002	0.0	2007	0.0
2003	0.0	2008	0.03
2004	0.0		
OECD 최근 평균 ^a			
2007	0.3		

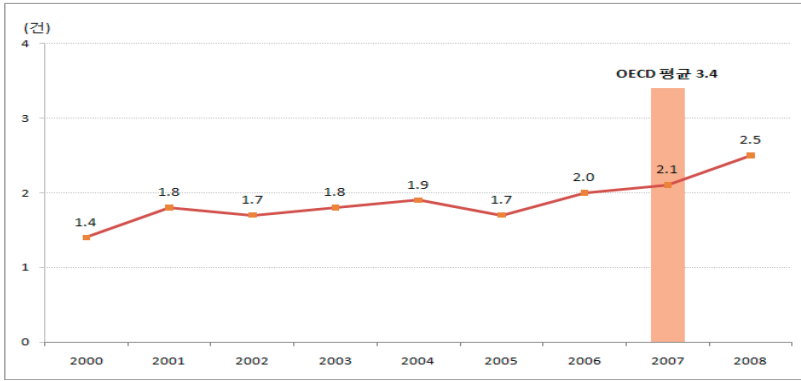
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2006), 네덜란드(2004).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 신장이식

인구 10만명당 신장이식 환자수는 그 수치가 클수록 이식이 활발하게 이루어지고 있음을 의미하는 것이다. 이식이 원활히 이루어지기 위해서는 이식에 대한 기술이 발전되어 있어야 하고 제공을 원하는 이가 많이 있어야 한다.

[그림 3-3-8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2008



<표 3-3-8> 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2008

(단위: 건)

연도	신장이식	연도	신장이식
2000	1.4	2005	1.7
2001	1.8	2006	2.0
2002	1.7	2007	2.1
2003	1.8	2008	2.5
2004	1.9		
OECD 최근평균 ^a			
2007	3.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에(2006), 네덜란드(2004), 노르웨이(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

그러나 대부분의 국가에서 아직까지 이식을 원하는 환자에게 모두 이식을 해 줄 수 있는 여건이 되지 못하기 때문에 이식률이 높다는 것은 그만큼 이식에 대한 국민의 인식이 높다고 보아야 할 것이다.

만기신부전환자의 경우 투석에서 벗어날 수 있는 유일한 방법은 신장이식에 의한 방법 밖에는 없다. 그러나 이식 받기를 원하는 환자에 비하여 신장 제공자의 수는 크게 적어 많은 환자들은 투석에 의존하여 생활하고

있다.

우리나라의 경우 신장이식 환자는 2000년 인구 10만명당 1.4건에서 2003년에는 1.8건으로 증가하였고, 2007년에는 2.1건으로 증가하여 증가속도는 매우 느린 편이다. 이식을 원하는 대기자는 많이 증가하고 있으나 신장제공을 해 줄 수 제공자는 크게 증가하지 않기 때문에 이식율의 증가가 매우 낮게 나타나고 있다.

OECD 국가의 2007년 신장이식률은 인구 10만명당 3.4건으로 우리나라의 2.1건에 비하여 상당히 높은 수준이다. 그 만큼 다른 국가에서는 신장이식이 우리나라에 비하여 원활하게 이루어지고 있다고 볼 수 있다.

□ 제왕절개

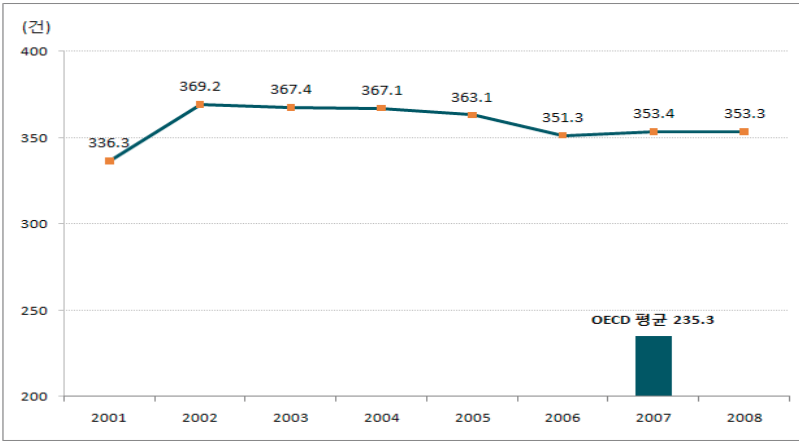
제왕절개는 정상분만이 어려운 경우에 많이 시행되지만 우리나라에서는 정상적인 분만이 가능함에도 의사의 권유 또는 본인의사에 따라 많이 시행되고 있다.

따라서 제왕절개비율이 높다는 것은 그 만큼 비정상출산할 수 밖에 없는 경우가 많거나 보다 높은 수입을 기대하고 시행하는 경우, 편의를 위해 원하는 경우가 많기 때문으로 판단해 볼 수 있을 것이다.

특히 우리나라의 경우 제왕절개의 비율이 다른 나라에 비하여 높은 것으로 나타나 제왕절개 비율을 낮추기 위한 노력을 하고 있다.

우리나라의 제왕절개 비율은 2001년 출생 1,000명당 336.3건이었으나 점차 낮아져 2004년에는 367.1건 그리고 2007년에는 353.4건으로 점차 감소 추세에 있는 것으로 나타났다. 그러나 2007년의 OECD 평균이 253.5건으로 우리나라에 비하여 상당히 낮은 수준에 있어 우리나라 제왕절개 비율을 낮추기 위한 노력이 지속되어야 할 것이다.

[그림 3-3-9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2008



<표 3-3-9> 제왕절개(출생아 1,000명당): 2001~2008

(단위: 건)

연도	제왕절개	연도	제왕절개
2001	336.3	2005	363.1
2002	369.2	2006	351.3
2003	367.4	2007	353.4
2004	367.1	2008	353.3
OECD 최근평균 ^a			
2007	253.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스, 일본, 스웨덴, 터키 제외. 호주(2006), 오스트리아(2005), 벨기에(2004), 캐나다(2006), 아일랜드(2006), 이탈리아(2006), 노르웨이(2006), 스페인(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

제4절 출생, 사망 및 질병, 상해

□ 합계출산율

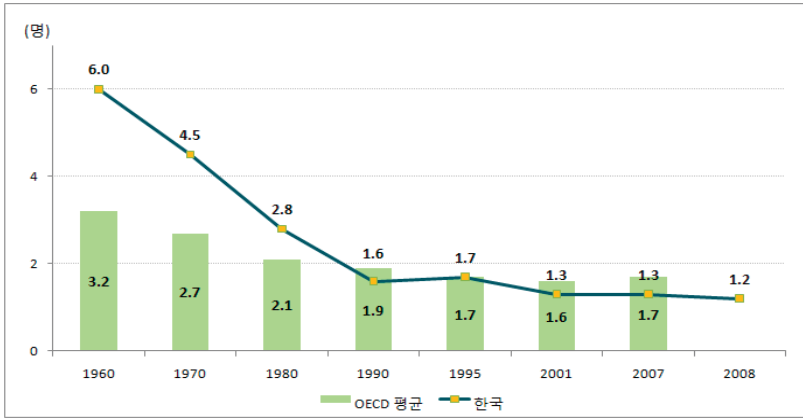
정부는 인구규모나 구조에 따라 적절한 규모나 형태를 유지하기 위해 인구조절정책을 추진하여 왔다. 인구조절은 출산이나 이민 등을 통하여 이루어진다. 출산수준이나 이민 등으로 인하여 인구구조나 규모에 변동을 가져오게 되는 것이다. 그러나 인구변동에 가장 큰 영향을 미치는 것은 출산이다. 우리나라는 1960년대 초반부터 높은 출산율이 가져오는 경제에 미치는 부정적인 면의 해소를 위하여 가족계획사업을 통한 인구조절정책을 추진하여 왔다. 그 결과 1960년 6.0명이던 합계출산율은 정부의 출산조절정책의 영향으로 점차 줄어들기 시작하여 1990년에는 대체출산수준보다 낮은 1.6명 수준으로 낮아졌으며, 2001년에는 이보다 더 낮은 1.3명 수준으로 낮아졌다.

출산수준은 너무 높아도 문제지만 너무 낮아도 문제이다. 낮은 출산수준은 인구구조에 부정적인 영향을 미쳐 저연령층과 노동력인구의 비율은 크게 낮아지고 노령층의 비율은 크게 높아져 국가의 부담을 가중시키는 요인으로 작용할 우려가 커지게 되기 때문이다.

따라서 정부에서는 과거의 높은 출산수준을 보이던 시기에는 출산억제를 위한 정책을 추진하였으나, 대체출산수준 이하로 낮아진 이후에는 인구의 자질향상을 위한 정책에 주력하였고, 이제는 너무 낮아진 출산수준을 높이기 위한 정책에 주력하고 있다.

한번 낮아진 출산수준을 높이는 것은 출산율을 낮추는 것보다 몇 배의 노력이 요구되는 어려운 일이기 때문에 짧은 기간에 급격한 변화를 기대하기는 어려울 것으로 보이지만 정부의 노력과 국민의 인식변화에 따라 출산율이 높아질 것으로 예상된다.

[그림 3-4-1] 합계출산율: 1960~2008



<표 3-4-1> 합계출산율 및 출생아수: 1960~2008

(단위: 명)

연도	1960	1970	1980	1990	1995	2001	2007	2008
합계출산율(한국)	6.0	4.5	2.8	1.6	1.7	1.3	1.3	1.2
합계출산율(OECD)	3.2	2.7	2.1	1.9	1.7	1.6	1.7	
출생아수(천명)		1,007	863	650	715	555	493	466

자료: 통계청 「인구동태통계연보」

OECD, OECD Health Data2009, 2009

1960년 : 경제기획원 조사기획국 가족계획연구원 「1974년 한국출산력조사」

□ 사망원인

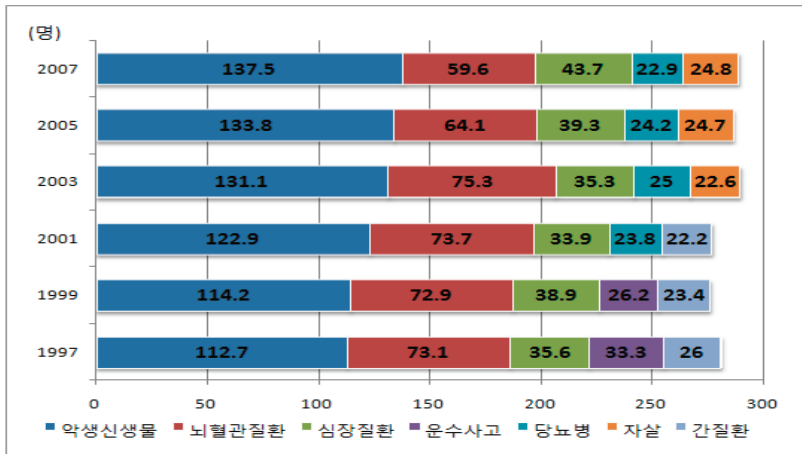
사망수준은 사회경제 수준에 따라 그리고 인구구조에 따라 국가나 지역마다 다른 양상을 보인다. 우리나라의 경우 경제사회문화의 발전에 따라 식생활의 변화와 주변 환경의 변화 등으로 인해 사망 요인은 점차 바뀌어져 왔다.

사망수준을 정확히 파악하는 것은 사망의 원인을 제거 혹은 최소화함으로써 보다 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하여 준다는 점에서 매우 중요한 일이다.

우리나라는 출생·사망·이동 및 혼인·이혼 등을 신고하도록 하는 제도를 가지고 있으며, 이들 자료 중 1부는 통계청에 보내져 이들 자료에 대한 통계분석이 이루어지고 있으며, 통계청에서는 매년 동태통계 연보를 발간하고 있다.

OECD에서는 매년 각종 통계를 요구하면서 사망과 관련된 통계도 요구하고 있다. 이렇게 수집된 통계는 전체 회원국의 통계를 한 눈에 볼 수 있도록 제공해 줌으로서 OECD 회원국간의 비교를 보다 용이하게 하고 있다.

[그림 3-4-2] 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007



<표 3-4-2> 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007

(단위: 명)

	1위	2위	3위	4위	5위
1997	악생신생물 112.7	뇌혈관질환 73.1	심장질환 35.6	운수사고 33.3	간질환 26.0
1999	악생신생물 114.2	뇌혈관질환 72.9	심장질환 38.9	운수사고 26.2	간질환 23.4
2001	악생신생물 122.9	뇌혈관질환 73.7	심장질환 33.9	당뇨병 23.8	간질환 22.2
2003	악생신생물 131.1	뇌혈관질환 75.3	심장질환 35.3	당뇨병 25.0	자살 22.6
2005	악생신생물 133.8	뇌혈관질환 64.1	심장질환 39.3	자살 24.7	당뇨병 24.2
2007	악생신생물 137.5	뇌혈관질환 59.6	심장질환 43.7	자살 24.8	당뇨병 22.9

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

1997년부터 2007년 기간 중 가장 사망률이 높은 5대 사인별 사망률을 살펴보면 가장 높은 사망률을 보인 사인은 악성신생물이고, 다음은 뇌혈관 질환, 심장질환의 순이었으며, 4위는 1999년까지는 운수사고가 그리고 2001년과 2003년은 당뇨병이 2005년과 2007년은 자살이 차지하였다. 5위는 1997년과 1999년, 2001년은 간질환이 2003년은 자살이 그리고 2005년과 2007년은 당뇨병이 차지하였다.

순위별로 나타난 특징은 운수사고에 의한 순위는 낮아진 반면, 자살에 의한 사망순위가 높아졌다는 점이다. 이는 점차 사회적으로 문제가 되고 있는 자살의 실태가 잘 반영된 것으로 이의 예방을 위한 노력이 더욱 절실하다 하겠다.

그리고 사망순위 1위를 지속하고 있는 악성신생물은 점차 그 율이 높아지고 있어, 이를 감소시킬 수 있는 방안 마련과 함께 국민들의 의식을 전환하기 위한 노력도 함께 이루어져야 할 것이다.

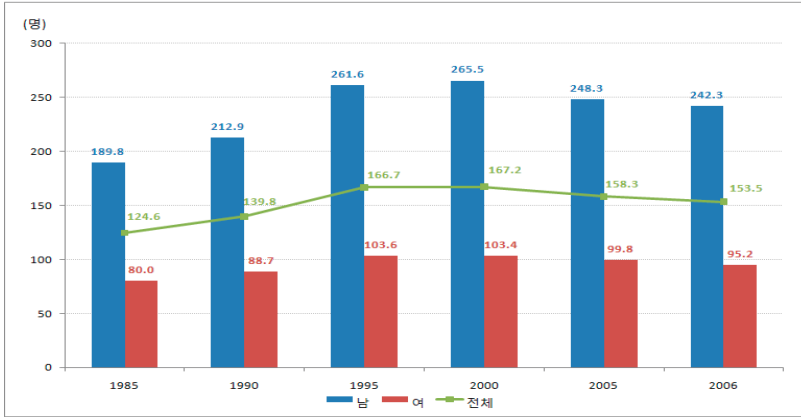
□ 전체 암의 연령표준화 사망률

전체 암의 연령표준화 사망률은 국제간 비교를 위해서 연령구조에 의한 차이를 제거하기 위해 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 사망률이다. 암은 한국에서 뇌혈관질환 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 하나로서 중요하게 관리되어야 할 지표라 할 수 있다.

2006년도 한국의 암의 연령표준화 사망률은 153.5명이며, 남자가 여자보다 147.1명이 많은 242.3명이다. 이는 한국을 포함한 OECD 국가 중 통계가 파악 가능한 27개 국가의 2007년도의 평균인 162명 보다 약간 낮은 수준이며, 남녀별로 보면 OECD 국가 평균보다 남자는 높고, 여자는 낮은 것으로 나타났다.

2000년을 정점으로 하여 지속적으로 감소하고 있으나 암의 사망률을 보다 낮추기 위해서 암의 조기진단체계 구축 및 발암물질에 노출을 줄이기 위한 국가 및 사회의 정책적 노력이 필요하다.

[그림 3-4-3] 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



<표 3-4-3> 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남	여
1985	124.6	189.8	80.0
1990	139.8	212.9	88.7
1995	166.7	261.6	103.6
2000	167.2	265.5	103.4
2005	158.3	248.3	99.8
2006	153.5	242.3	95.2
OECD 최근평균 ^a			
2007	162.0	211.4	127.2

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

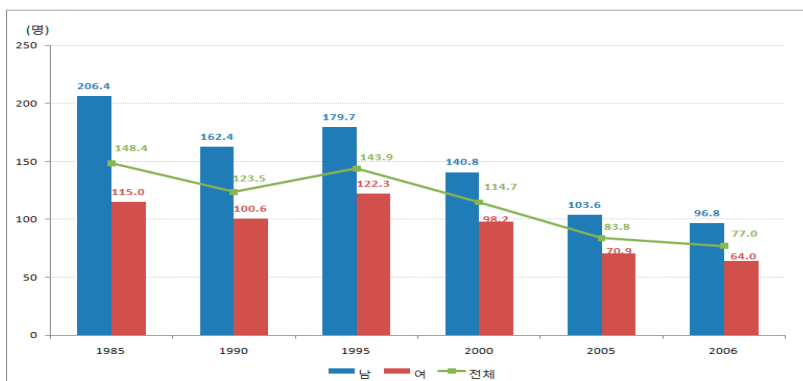
□ 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률

뇌혈관질환 연령표준화사망률은 국제간 비교를 위해서 연령구조의 차이를 제거하기 위해 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 사망률이다. 뇌혈관질환은 한국에서 암 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 하나

로서 중요하게 관리되어야 할 지표라 할 수 있다.

2006년도 한국의 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률은 77.0명이며, 남자가 여자보다 12.8명이 많은 96.8명이다. 이는 한국을 포함한 OECD 18개 국가의 2004년부터 2006년도의 평균인 49.4명에 비하여 2배 수준이다. OECD 국가에 비하여 한국인 남자는 1.74배, 여자는 1.43배 높으며 여자에 비하여 남자가 더 높은 사망률을 보이고 있다.

[그림 3-4-4] 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



<표 3-4-4> 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남	여
1985	148.4	206.4	115.0
1990	123.5	162.4	100.6
1995	143.9	179.7	122.3
2000	114.7	140.8	98.2
2005	83.8	103.6	70.9
2006	77.0	96.8	64.0
OECD 최근평균 ^a			
2007	49.4	55.6	44.7

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

1995년을 정점으로 하여 2006년까지 지속적으로 감소하고 있으나, 우선 OECD 국가의 평균수준까지 낮추기 위하여 사전 예방을 위한 노력 등 국가 및 사회의 정책적 노력이 필요하다.

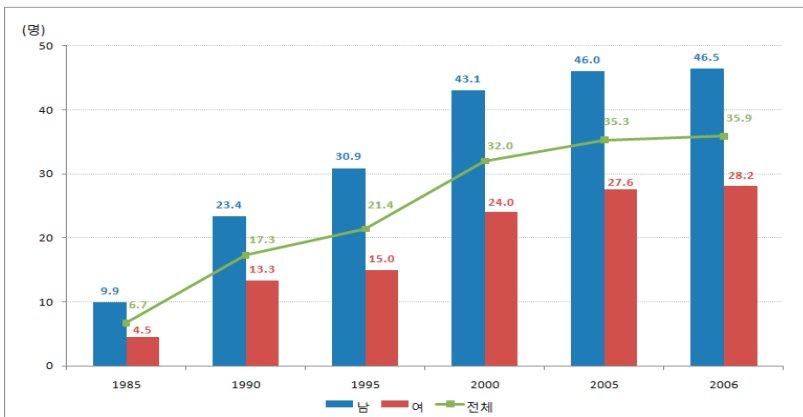
□ 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률

허혈성심장질환 연령표준화사망률 역시 국제간 비교를 위해서 연령구조의 차이를 제거하고 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 허혈성심장질환 사망률이다. 허혈성심장질환은 한국의 3대 사망원인 가운데 하나인 심장질환에 해당한다.

2006년도 한국의 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률은 35.9명이며, 남자가 여자보다 18.3명이 많은 46.5명이다. 1985년에 6.7명 수준에서 지속적으로 증가하고 있다. 이는 한국을 포함한 OECD 18개 국가의 2004년부터 2006년도의 평균인 94.3명의 1/2 수준이다.

OECD 국가에 비하여 한국인 남자는 0.36배, 여자는 0.42배로 매우 낮은 편이다. 그러나 경제수준이 높아지는 것과 관련하여 가파르게 증가하는 사망률을 더 이상 증가하지 않도록 정책적 노력을 하여야 할 것이다.

[그림 3-4-5] 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



〈표 3-4-5〉 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남	여
1985	6.7	9.9	4.5
1990	17.3	23.4	13.3
1995	21.4	30.9	15.0
2000	32.0	43.1	24.0
2005	35.3	46.0	27.6
2006	35.9	46.5	28.2
OECD 최근평균 ^a			
2007	94.3	129.1	67.6

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

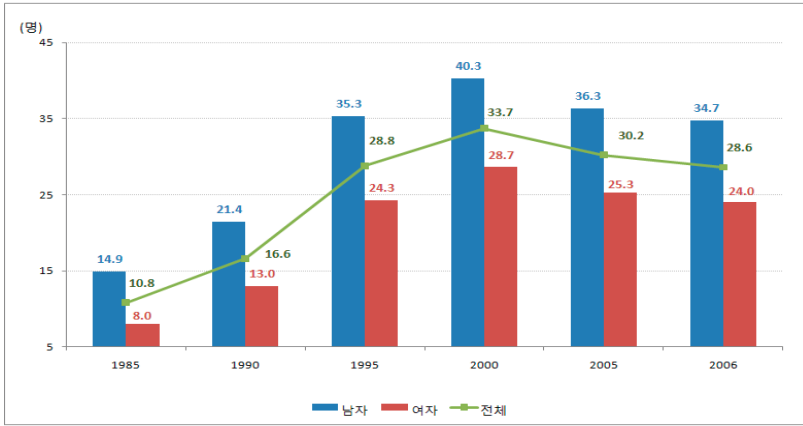
□ 당뇨병에 의한 사망률

당뇨는 유전적인 원인과 환경의 변화로 점차 증가하는 추세에 있는 질환의 하나이다. 당뇨병에 의한 사망은 1985년 인구 10만명당 10.8명이었으나 2000년에는 33.7명으로 증가하였고, 2006년에는 약간 낮아진 28.6명 수준을 보이고 있다.

이를 남녀별로 구분하여 보면 남자의 당뇨병에 의한 사망이 훨씬 높게 나타나고 있다. 즉, 1985년에 남자는 14.9명이었으나 여자는 8.0명으로 6.9명의 차이를 보였고, 2000년에는 남자가 40.3명, 여자가 28.7명으로 11.6명의 차이를 그리고 2006년에는 남자가 34.7명, 여자가 24.0명으로 10.7명의 차이를 보여 그 차이가 약간 감소하였다.

OECD 회원국의 평균은 전체가 16.9명, 남자가 19.3명, 여자가 14.9명으로 우리나라 보다 훨씬 낮았다.

[그림 3-4-6] 당뇨병 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



<표 3-4-6> 당뇨병 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남자	여자
1985	10.8	14.9	8.0
1990	16.6	21.4	13.0
1995	28.8	35.3	24.3
2000	33.7	40.3	28.7
2005	30.2	36.3	25.3
2006	28.6	34.7	24.0
OECD 최근 평균 ^a			
2007	16.9	19.3	14.9

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 자살의 연령표준화 사망률

자살로 인한 사망률은 사망의 원인이 자살인 수를 인구수(10만 명당)로 나눈 수치이다. 사망률 산출시 표준화한 연령구조를 적용하는 것은 각국의

인구구조의 상이함에서 사망률의 차이를 배제하기 위한 것으로 국가간 비교시 필요로 한다.

자살에 의한 사망률의 비율이 높다는 것은 그 만큼 자살이 빈번하게 일어난다는 의미하는 것이다. 자살은 비정상적인 사망이기 때문에 사회적인 문제가 되고 있다. 자살의 원인은 여러 가지가 있을 수 있으나 그 제1원인이 당사자에게 너무 큰 짐으로 작용하여 본인이 이를 극복할 수 없을 때 일어나게 되는데 이는 때로는 정신적인 나약함 때문일 수도 있으나 외부적인 스트레스가 그 원인 일수도 있기 때문에 그 변동 과정을 보고 정책적으로 대처할 점이 무엇인지를 찾아 이를 감소시킬 수 있도록 하는 노력이 요구된다.

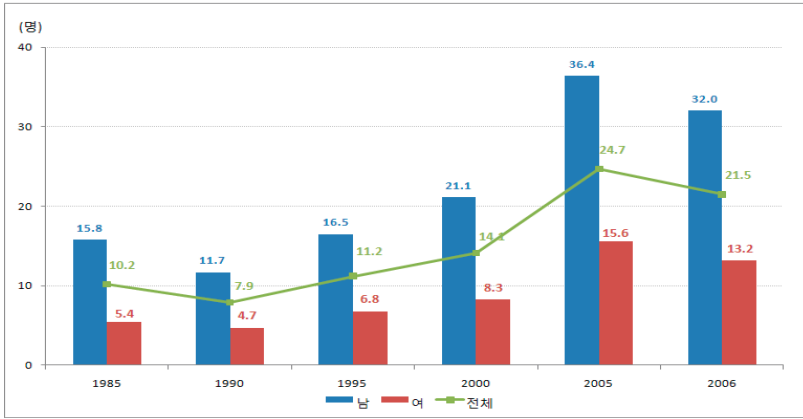
우리나라의 경우 자살에 의한 사망률은 연도별로 차이를 보이고 있지만 전반적으로 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. 1985년에는 인구 10만명당 10.2명 수준에서 1990년에는 약간 감소하였으나 그 이후 점차 증가하여 2000년에는 14.1명 그리고 2006년에는 21.5명을 보이고 있어 비교적 빠르게 증가하여 왔다. 2007년 OECD 국가의 자살에 의한 사망률의 평균이 11.2명인 점과 비교한다면 우리나라의 자살에 의한 사망률이 매우 높다고 할 수 있을 것이다.

남녀별로 보면 남자의 경우 1985년 15.8명에서 점차 증가하여 2006년에는 32.0명 수준으로 높아져 2007년 OECD 평균 17.8명보다 매우 높은 수준을 나타내고 있으며, 여자의 경우는 1985년 5.4명에서 2006년에는 13.2명으로 높아져 OECD 평균 5.2명에 비하여 상당히 높은 수준이다.

이와 같이 남녀로 볼 때도 남녀 모두 OECD 국가들 보다 매우 높은 것으로 나타나 이에 대한 대책마련이 필요하다. 보건복지가족부에서는 자살의 예방을 위하여 노력하고 있어 점차적으로 개선될 것으로 기대한다.

그러나 무엇보다도 자살이 은밀하게 개인적으로 이루어지기 때문에 각종 스트레스를 이겨낼 수 있는 개인적인 육체적, 정신적 건강증진에도 노력하여야 할 것이다.

[그림 3-4-7] 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



<표 3-4-7> 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남	여
1985	10.2	15.8	5.4
1990	7.9	11.7	4.7
1995	11.2	16.5	6.8
2000	14.1	21.1	8.3
2005	24.7	36.4	15.6
2006	21.5	32.0	13.2
OECD 최근평균 ^a			
2007	11.2	17.8	5.2

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 교통사고로 인한 사망률

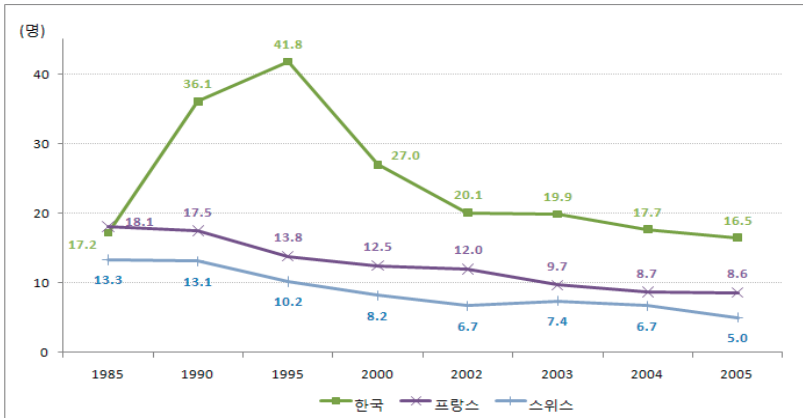
교통사고에 의한 사망률은 교통사고로 인하여 사망에 이른 수를 인구 10만명당으로 나타낸 것으로 이 비율이 높다는 것은 교통안전수칙 준수의 미

흡 등 국민의 교통안전에 대한 의식수준이 낮다는 것을 의미한다.

만일 다른 나라와 비교하여 이 비율이 높다면 국민들의 안전의식이 뒤떨어지고 있음을 의미하므로 이를 낮추기 위한 보다 적극적인 계도활동과 함께 관련정책의 마련을 통한 사망률 저하에 노력하여야 할 것이다.

우리나라의 교통사고에 의한 사망률은 인구 10만명당 1985년 17.2명에서 1992년에는 41.2명 까지 크게 증가하였으나 그 이후 점차 감소하여 2005년에는 16.5명 수준으로 낮아졌다.

[그림 3-4-8] 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2005



<표 3-4-8> 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2005

(단위: 명)

	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005
한국	17.2	36.1	41.8	27.0	20.1	19.9	17.7	16.5
호주	19.5	14.4	10.9	10.2	9.3	8.4		
캐나다	16.0	13.9	10.6	9.6	9.3	9.0	8.8	
프랑스	18.1	17.5	13.8	12.5	12.0	9.7	8.7	8.6
일본	11.2	11.9	10.7	8.5	7.7	6.9	6.6	6.2
멕시코	21.3	21.7	18.7	17.2	16.9	17.0	16.9	17.5
스위스	13.3	13.1	10.2	8.2	6.7	7.4	6.7	5.0
미국	18.6	18.5	16.4	15.8	15.9	15.6	15.4	15.4

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

그러나 OECD 회원국과 비교해 보면 멕시코를 제외하면 가장 높은 수준이다. 일본의 경우는 우리나라로 훨씬 낮은 6.2명 수준을 보이고 있으며, 스위스는 가장 낮아 우리나라의 1/3 수준인 5.0명에 불과하였다.

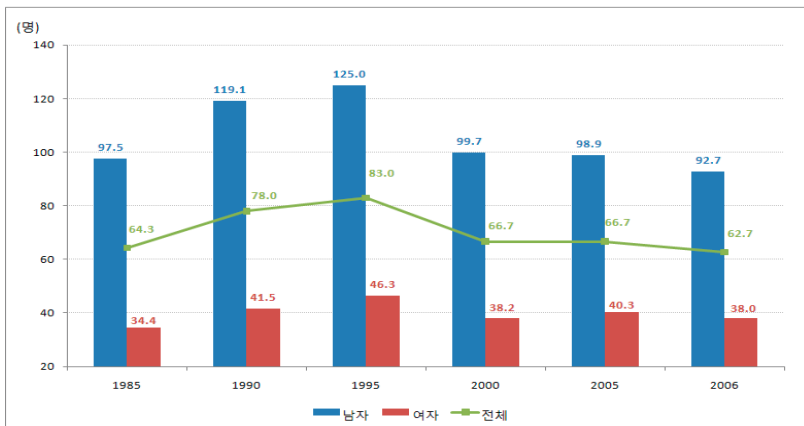
□ 사망의 외인

사망의 외인은 운수사고, 추락사고, 사고성 익수, 자살, 피살, 연기, 불 및 화염에의 노출 등에 의한 사망을 말한다.

사망의 외인 사망률은 1985년에는 인구 10만명당 64.3명에서 1995년에는 83.0명으로 증가하였으나 2006년에는 62.7명으로 감소하였다. 이를 남녀별로 살펴보면 1985년에는 남자가 97.5명, 여자가 34.4명으로 남자가 월등히 높았으며, 1995년에는 남자가 125.0명, 여자가 46.3명으로 남자의 증가율이 매우 높았으나 점차 낮아져 2006년에는 남자가 92.7명, 여자가 38.0명으로 1985년 수준으로 낮아졌다.

OECD 회원국은 2007년에 41.4명으로 우리나라 보다는 훨씬 낮았으며, 남자가 62.3명, 여자가 22.3명으로 남자가 높은 현상은 우리나라와 비슷하였으나 우리나라 보다는 그 수준이 낮았다.

[그림 3-4-9] 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2006



〈표 3-4-9〉 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

연도	전체	남자	여자
1985	64.3	97.5	34.4
1990	78.0	119.1	41.5
1995	83.0	125.0	46.3
2000	66.7	99.7	38.2
2005	66.7	98.9	40.3
2006	62.7	92.7	38.0
OECD 최근 평균 ^a			
2007	41.4	62.3	22.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2004), 캐나다(2004), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2006), 헝가리(2005), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2005), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2005), 노르웨이(2006), 폴란드(2006), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2006), 스위스(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 유병률

국민의 건강정도를 파악해 볼 수 있는 지표의 하나로 2주간 유병률을 파악하고 있다. 유병률이 높아졌다는 것은 국민의 건강이 좋지 않아졌다는 것을 의미하며, 낮아졌다면 국민의 건강이 좋아졌다는 것을 의미한다.

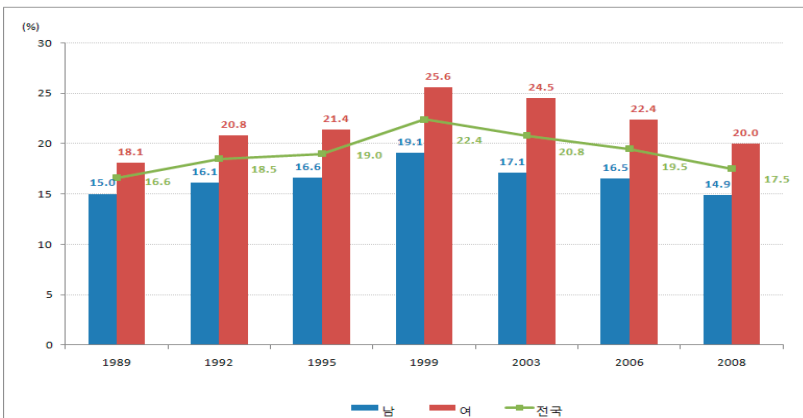
1989년 조사직전 2주간 병을 앓았던 경험이 있는 비율은 16.6%에서 1999년에는 22.4%까지 높아졌으나, 2008년에는 17.5%로 낮아졌다. 동부와 읍·면부로 구분하여 살펴보면 동부는 1989년 17.9%에서 점차 증가하여 1999년에는 22.0%로 높아졌으며, 이후 점차 감소하여 2008년에는 16.6%를 나타내었다. 읍·면부의 경우에는 1989년 동부보다 낮은 13.2%의 유병률을 보였으나 점차 높아져 1999년에는 동부보다 높아졌고, 2003년에는 26.3%까지 높아졌으나 이후 점차 감소하여 2008년에는 21.8%로 낮아졌으나 동부보다 높은 율이 지속되고 있다.

남녀로 구분하여 살펴보면 남자의 경우 1989년 15.0%에서 점차 높아져 1999년에는 19.1%까지 높아졌으나 이후 점차 낮아져 2008년에는 14.9%를 나타내고 있다. 여자의 경우는 1989년 18.1%에서 점차 높아져 1999년

에는 25.6%까지 높아졌으나 이후 점차 낮아져 2008년에는 20.0%를 나타내고 있다.

이와 같이 유병률은 1999년을 정점으로 점차 낮아지는 바람직한 현상을 보이고 있으며, 읍·면부의 유병률은 1999년부터 동부보다 높게 나타나고 있어 농·어촌 인구의 고령화 등과 관련된 대책 마련 등 농·어촌의 유병률을 줄이기 위한 방안 모색이 요구되고, 남자보다는 여자의 유병률이 높게 나타나고 있어, 이의 면밀한 분석을 통한 대책마련도 요구된다.

[그림 3-4-10] 유병률: 조사직전 2주간: 1989~2008



<표 3-4-10> 유병률: 조사직전 2주간: 1980~2008

(단위: %)

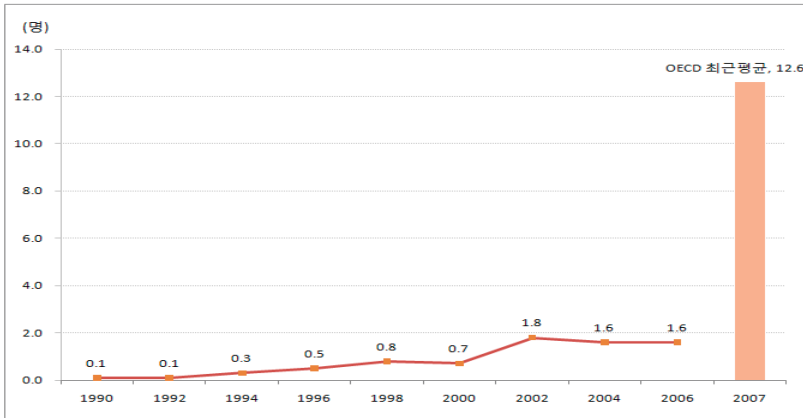
	전국	동부	읍·면부	남자	여자
1989	16.6	17.9	13.2	15.0	18.1
1992	18.5	19.8	14.5	16.1	20.8
1995	19.0	19.5	17.0	16.6	21.4
1999	22.4	22.0	23.8	19.1	25.6
2003	20.8	19.6	26.3	17.1	24.5
2006	19.5	18.5	24.6	16.5	22.4
2008	17.5	16.6	21.8	14.9	20.0

자료: 통계청, '한국의 사회지표', 2009.

□ 후천성 면역결핍증

후천성 면역결핍증은 전염성질환 중 가장 관심이 많은 질환의 하나이다. 현재까지 별 다른 치유방법이 없다는 데서 그리고 후진국에서 많은 사람이 후천성 면역결핍증으로 인하여 죽어가고 있는 질환으로 그 치유방법이나 예방을 위하여 노력하고 있는 질환의 하나이다.

[그림 3-4-11] 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2006



<표 3-4-11> 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2006

(단위: 명)

연도	후천성 면역결핍증	연도	후천성 면역결핍증
1990	0.1	2000	0.7
1992	0.1	2002	1.8
1994	0.3	2004	1.6
1996	0.5	2006	1.6
1998	0.8		
OECD 최근평균 ^b			
2007	12.6		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 한국 제외. 멕시코(2006), 미국(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

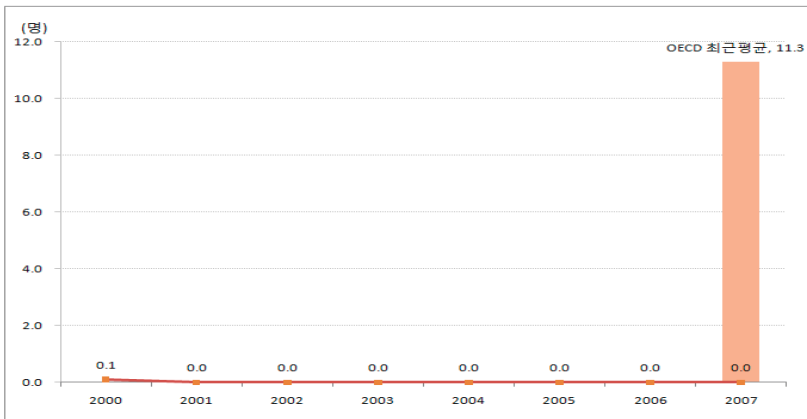
후천성 면역결핍증에 걸린 인구는 인구 100만명당 1990년 0.1명에서 2000년에는 0.7명으로 그리고 2006년에는 1.6명으로 증가하였다. 급격한 증가라고는 할 수 없지만 꾸준한 증가를 보이고 있는 질환이다. OECD 회원국의 평균은 2007년 12.6명으로 우리나라보다는 높게 나타나고 있다.

□ 백일해 발생수

백일해는 관심을 갖게 하는 전염성질환의 하나이다. 우리나라의 백일해 발생건수는 2000년 인구 10만명당 0.1명을 나타내었으며, 이 이후는 발생건수가 많지 않은 것으로 나타나고 있다.

OECD 회원국의 평균은 2007년에 11.3명으로 우리나라 보다는 높게 나타나고 있다.

[그림 3-4-12] 백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007



〈표 3-4-12〉 백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007

(단위: 명)

연도	백일해	연도	백일해
2000	0.1	2004	0.0
2001	0.0	2005	0.0
2002	0.0	2006	0.0
2003	0.0	2007	0.0
OECD 최근평균 ^a			
2007	11.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 프랑스, 독일 제외. 캐나다(2006), 핀란드(2005), 멕시코(2005), 폴란드(2005), 포르투갈(2006), 미국(2006).

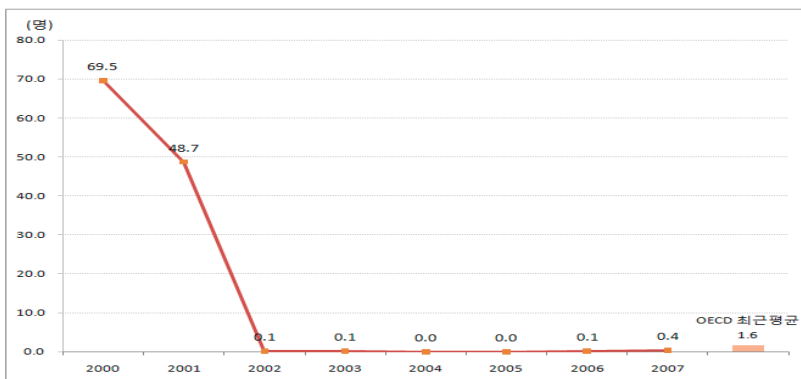
자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 홍역 발생수

홍역은 전염성이 강한 질환으로 이의 예방을 위하여 노력하여 왔다. 우리나라의 홍역 발생건수는 2000년 인구 10만명당 69.5명에서 2001년에는 48.7명으로 저하되었고, 2002년에는 0.1명 수준으로 급격히 낮아졌다. 그 이후에도 낮은 수준이 지속되었으며, 2007년에는 0.4명으로 약간 높아졌다.

OECD 회원국과 비교해 보면 2007년 OECD 회원국의 평균은 인구10만명당 1.6명으로 우리나라 보다는 높은 수준인 것으로 나타났다.

[그림 3-4-13] 홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007



〈표 3-4-13〉 홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2007

(단위: 명)

연도	홍역	연도	홍역
2000	69.5	2004	0.0
2001	48.7	2005	0.0
2002	0.1	2006	0.1
2003	0.1	2007	0.4
OECD 최근평균 ^a			
2007	1.6		

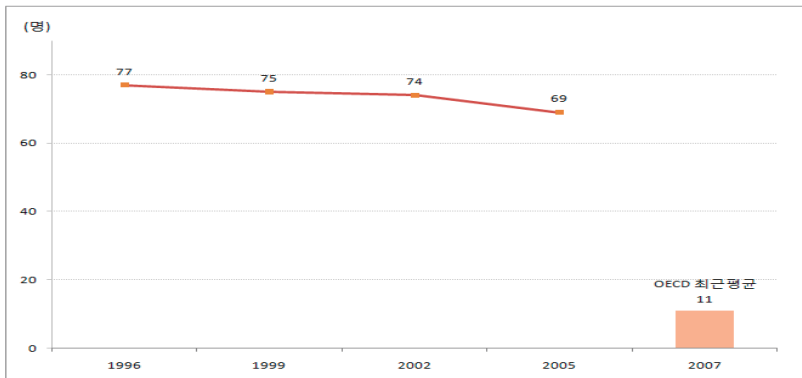
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 핀란드(2005), 프랑스(2005), 멕시코(2005), 폴란드(2005), 포르투갈(2006), 미국(2006).
 자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 결핵신환자 발생수

우리나라에서는 결핵의 예방을 위해 노력한 결과 점차 결핵 신환자가 감소하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 1996년 인구 10만명당 77명이던 결핵신환자 발생건수는 점차 감소하여 2005년에는 69명으로 낮아졌다.

그러나 OECD 평균 11명(2007년)에 비하면 상당히 높은 수준으로 신환자 발생의 예방을 위한 노력이 더욱 강화될 필요성이 있다.

[그림 3-4-14] 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2005



〈표 3-4-14〉 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2005

(단위: 명)

연도	결핵	연도	결핵
1996	77	2002	74
1999	75	2005	69
OECD 최근평균 ^a			
2007	11		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 오스트리아(2005), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 그리스(2005), 이탈리아(2006), 일본(2005), 한국(2005), 미국(2006).
 자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

우리나라는 경제사회의 발전과 국민 의식수준의 향상으로 결핵에 대한 관심이 높아지고 있으나 아직까지는 선진국에 크게 못 미치고 있는 것으로 나타났다.

□ 당뇨병 유병률

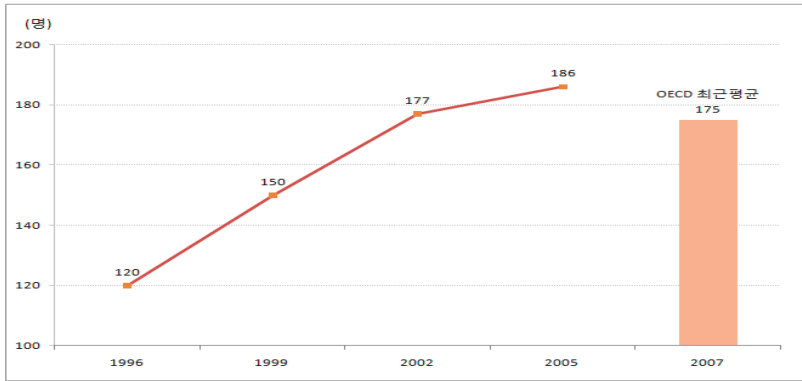
당뇨병은 인슐린의 분비량이 부족하거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 등의 대사질환의 일종으로, 혈중 포도당의 농도가 높아지는 고혈당을 특징으로 하며, 고혈당으로 인하여 여러 증상 및 징후를 일으키고 소변에서 포도당을 배출하게 되는 질환이다.

당뇨병은 가족력으로 인한 내적요인과 비만이나 과음, 흡연, 스트레스, 운동부족, 고지방 및 고열량식사 등 환경적 요인에 의해 발생하는 것으로 보고 있다. 우리나라도 사회경제발전에 따른 영양의 과다섭취, 점차 치열해지는 경쟁으로 인한 스트레스 증가 등으로 점차 발병위험이 커지고 있다.

당뇨병은 많은 합병증을 유발하고 있어 그 예방을 위하여 노력하여야 할 질환이다. 우리나라의 당뇨병 유병률은 1996년 인구 10만명당 120명이었으나 점차 높아져 1999년에는 150명으로 그리고 2005년에는 186명으로 높아진 것으로 나타나고 있다.

OECD 평균 당뇨병 유병률이 인구 10만 명당 175명(2007년)으로 우리나라보다 약간 낮은 것으로 나타나고 있으나 당뇨병은 다른 질병에 비해 합병증 발생 위험이 높아 국민의 건강을 크게 해칠 수 있는 만큼 감소를 위한 지속적인 노력이 요구된다.

[그림 3-4-15] 당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005



<표 3-4-15> 당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005

(단위: 명)

연도	당뇨병	연도	당뇨병
1996	120	2002	177
1999	150	2005	186
OECD 최근평균 ^a			
2007	175		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 오스트리아(2005), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 그리스(2005), 이탈리아(2006), 일본(2005), 한국(2005), 미국(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

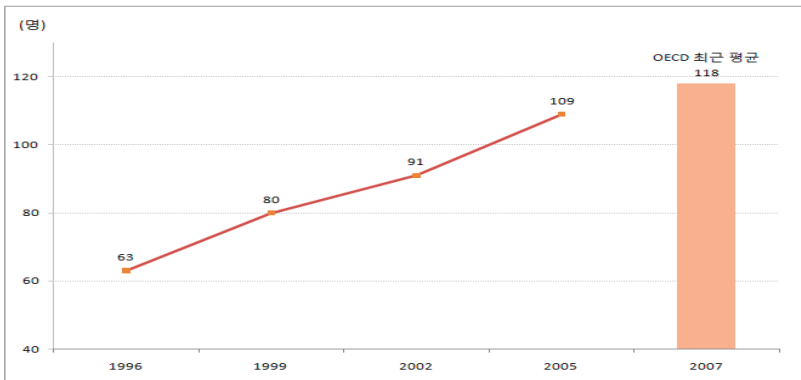
□ 고혈압 유병률

고혈압은 만성질환의 하나로 잘 치유가 되지 않는 질환의 하나이며, 이로 인한 합병증이 잘 나타나는 질환이다.

경제사회의 발전에 따른 영양의 과다 섭취로 인한 비만인구의 증가, 각종 스트레스의 증가 등은 고혈압 유병률을 높이고 있다.

우리나라의 고혈압 유병률은 인구 10만명당 1996년 63명에서 1999년에는 80명으로 그리고 2002년에는 91명으로 증가하였고, 2005년에는 109명으로 증가하였다. 이와 같이 고혈압 유병률은 매년 증가하여 오고 있다.

[그림 3-4-16] 고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005



<표 3-4-16> 고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005

(단위: 명)

연도	고혈압	연도	고혈압
1996	63	2002	91
1999	80	2005	109
OECD 최근평균 ^a			
2007	118		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 오스트리아(2005), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 그리스(2005), 이탈리아(2006), 일본(2005), 한국(2005), 미국(2006).
 자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

OECD 회원국의 고혈압 유병률의 평균은 2007년 인구 10만명당 118명으로 우리나라 보다는 높은 것으로 나타났다. OECD 회원국의 대부분이 선진국에 속하고 우리나라보다 높은 비만을 보이고 있는 국가들임을 감안한다면 우리나라의 고혈압 유병률은 우리나라의 경제수준에 비하여 높은 수준이라고 보아야 할 것이다.

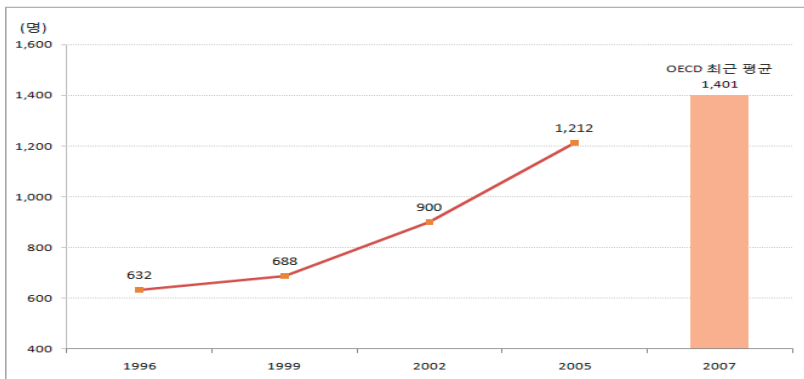
□ 암 발생률

최근에 이룰수록 암발생률은 높아지고 있는 경향을 보이고 있다. 이는 경제사회의 발전에 따른 환경의 악화, 스트레스의 증가, 식생활의 서구화 등이 암발생률을 높이고 있는 것으로 보인다.

우리나라의 암발생률을 살펴보면 1996년 인구 10만명당 632명이었으나 1999년에는 688명으로 그리고 2002년에는 900명으로, 다시 2005년에는 1,212명으로 꾸준한 증가추세를 나타내고 있다.

OECD 회원국의 발생률과 비교해 보면 2007년 OECD 회원국의 평균은 인구 10만명당 1,401명으로 우리나라보다는 높은 수준인 것으로 나타났다. 암은 다른 질환에 비하여 생존율이 낮은 질환의 하나이다. 따라서 치료 보다는 예방을 위하여 노력하여야 한다.

[그림 3-4-17] 암 발생률(인구 100,000명당): 1996~2005



〈표 3-4-17〉 암 발생률(인구 100,000명당): 1996~2005

(단위: 명)

연도	암	연도	암
1996	632	2002	900
1999	688	2005	1,212
OECD 최근평균 ^a			
2007	1,401		

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 오스트리아(2005), 벨기에(2006), 캐나다(2006), 그리스(2005), 이탈리아(2006), 일본(2005), 한국(2005), 미국(2006).

□ 도로교통사고 상해

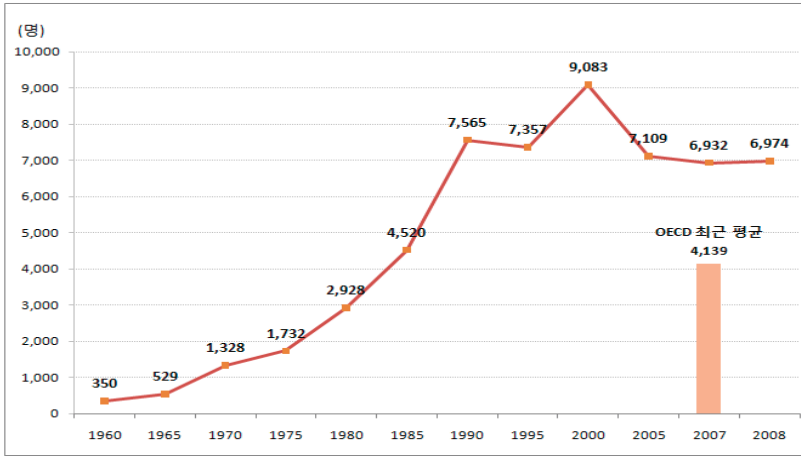
도로교통사고는 점차 증가하고 있는 차량에도 원인이 있으나 무엇보다 부주의에 따른 사고에 의한 상해가 많은 부문을 차지하고 있다.

우리나라의 도로교통사고 상해 건수는 인구 100만명당 1960년 350명에서 1980년에는 2,928명으로 그리고 2000년에는 9,083명으로 크게 증가하였으나 2007년에는 6,932명으로 감소하였다.

최근 들어 도로교통사고 상해가 감소한 것은 그동안 꾸준한 노력의 결과라고 보여 진다. 그러나 OECD 회원국과 비교하면 아직 매우 높은 수준에 있기 때문에 이의 감소를 위한 노력이 지속되어야 할 것이다.

2007년 OECD 회원국의 평균 도로교통 상해건수는 인구 100만명당 4,139명으로 우리나라보다는 매우 낮은 수준에 있다. OECD 회원국들이 인구대비 자동차 보유대수가 우리나라보다 적지 않음을 감안할 때 교통안전수칙의 준수, 국민의 교통안전의식 제고 등을 위해 우리나라도 노력한다면 도로교통사고 상해 건수를 줄일 수 있을 것이다.

[그림 3-4-18] 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2008



<표 3-4-18> 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2008

(단위: 명)

연도	도로교통사고 상해	연도	도로교통사고 상해
1960	350	1990	7,565
1965	529	1995	7,357
1970	1,328	2000	9,083
1975	1,732	2005	7,109
1980	2,928	2007	6,932
1985	4,520	2008	6,974
OECD 최근 평균^a			
2007	4,139		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 멕시코 제외. 호주(2006), 캐나다(2006), 덴마크(2004), 핀란드(2004), 독일(2004), 그리스(2006), 아일랜드(2004), 룩셈부르크(2004), 네덜란드(2004), 노르웨이(2004), 포르투갈(2004), 슬로바키아(2004), 스페인(2004), 스위스(2004), 영국(2004), 미국(2004).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

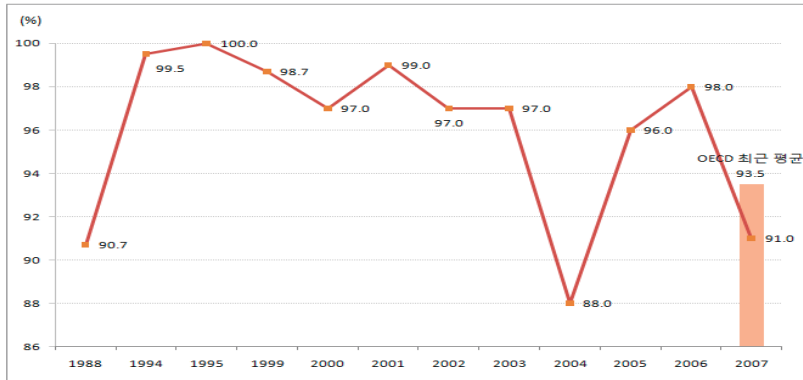
제5절 건강의식행태

□ 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률

디프테리아, 파상풍, 백일해는 통상 D.T.P.라고 하여 가장 기본적으로 어린이들이 예방접종을 하여야 할 질환이다.

우리나라에서 이들 질환에 대한 예방접종률은 1988년 이후 90%이상으로 비교적 높은 예방접종률을 나타내고 있다.

[그림 3-5-1] 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2007



<표 3-5-1> 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2007

(단위: %)

연도	D.T.P. 예방접종률	연도	D.T.P. 예방접종률
1988	90.7	2002	97.0
1994	99.5	2003	97.0
1995	100.0	2004	88.0
1999	98.7	2005	96.0
2000	97.0	2006	98.0
2001	99.0	2007	91.0
OECD 최근 평균 ^a			
2007	93.5		

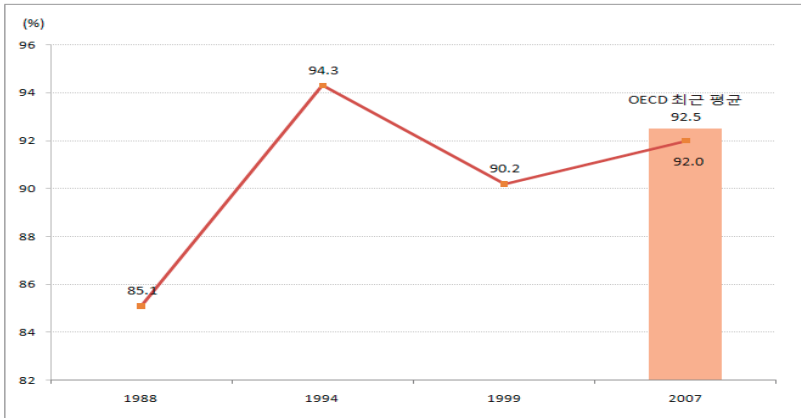
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다(2004), 그리스(2004), 일본(2006).
자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 홍역 어린이 예방접종률

홍역도 어린이들이 반드시 예방접종을 하여야 할 질환이다. 우리나라의 홍역에 대한 예방접종률은 1988년 85.1% 수준이었으나 1994년에는 94.3%로 높아졌고, 1999년에는 90.2% 그리고 2007년에는 92.0%의 수준을 보이고 있어 비교적 높은 예방접종률을 나타내고 있다.

OECD 회원국의 평균은 92.5%로서 우리나라와 비슷한 수준을 보이고 있다.

[그림 3-5-2] 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2007



〈표 3-5-2〉 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2007

(단위: %)

연도	홍역 예방접종률	연도	홍역 예방접종률
1988	85.1	1999	90.2
1994	94.3	2007	92.0
OECD 최근 평균 ^a			
2007	92.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다(2004), 그리스(2004), 일본(2006).

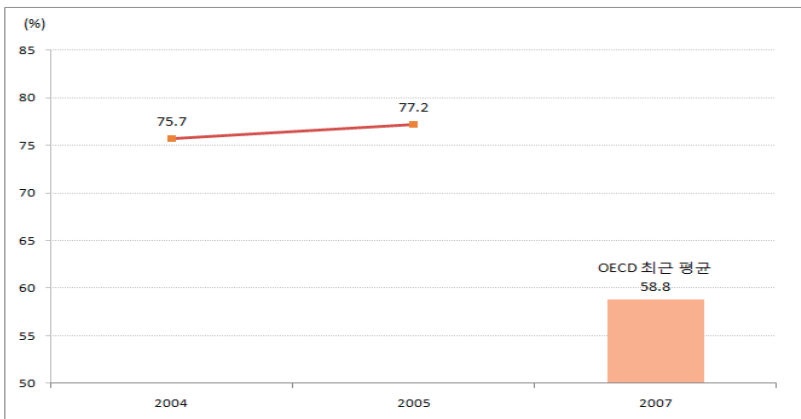
자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 노령인구 인플루엔자 예방접종률

노령인구는 신체적으로 질환에 쉽게 노출될 위험이 있다. 따라서 가능한 예방접종을 철저히 하여 질환에 걸리지 않도록 하는 것이 무엇보다 중요하다.

그 하나가 인플루엔자 예방접종이다. 인플루엔자 예방접종률은 2005년 77.2% 수준으로 OECD 회원국의 평균 58.8%보다는 높게 나타나고 있다. OECD 회원국의 평균수준 보다 높다고 만족할 것이 아니라 가능한 예방접종을 철저히하여 인플루엔자에 감염되지 않도록 하는 것이 중요하다.

[그림 3-5-3] 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004, 2005



〈표 3-5-3〉 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004, 2005

(단위: %)

연도	인플루엔자 예방접종률	연도	인플루엔자 예방접종률
2004	75.7	2005	77.2
OECD 최근 평균 ^{a)} (22)			
2007	58.8		

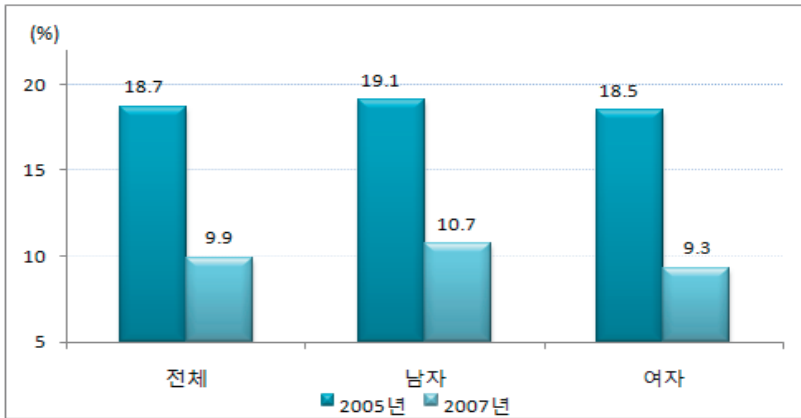
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 체코, 그리스, 아이슬란드, 멕시코, 노르웨이, 폴란드, 스웨덴, 터키 제외. 호주(2006), 오스트리아(2006), 벨기에(2004), 덴마크(2006), 일본(2006), 한국(2005), 포르투갈(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

□ 중등도 신체활동 실천율

19세 이상 인구의 운동실천율을 연령을 표준화하여 2005년과 2007년의 변화를 살펴보면 2005년 18.7%에서 2007년에는 9.9%로 낮아지고, 남녀로 구분하여 살펴보면 남자의 경우는 2005년에는 19.1%에서 2007년에는 10.7%로, 여자의 경우는 18.5%에서 9.3%로 크게 낮아져 이의 원인을 보다 면밀히 분석하여 대안을 찾아야 할 것이다.

[그림 3-5-4] 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007



〈표 3-5-4〉 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007

(단위: %)

	2005			2007		
	전체	남	여	남	여	여
19세 이상(표준화)*	18.7	19.1	18.5	9.9	10.7	9.3
19세 이상	18.7	19.1	18.3	9.9	10.6	9.3
19~29세	15.8	17.0	14.5	10.8	13.8	7.8
30~39세	19.0	18.4	19.6	7.5	9.6	5.3
40~49세	21.3	19.2	23.4	10.3	7.9	12.7
50~59세	21.8	22.0	21.5	12.9	11.5	14.3
60~69세	19.9	21.7	18.3	12.0	12.2	11.7
70 +	11.2	17.6	7.5	5.5	9.3	3.2

주: 1) 중등도 신체활동 실천율 : 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 1회 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 사람의 비율

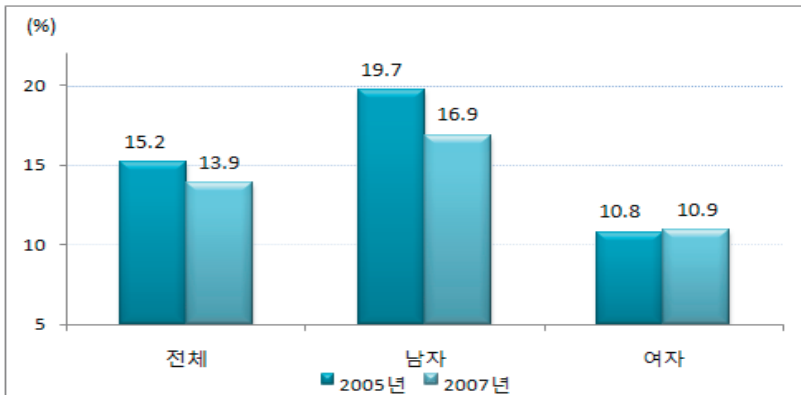
2) * 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, '2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007))'

□ 격렬한 신체활동 실천율

19세 이상 인구의 격렬한 신체활동실천율을 인구를 표준화하여 2005년과 2007년 변화를 살펴보면 2005년 15.2%에서 2007년에는 13.9%로 낮아지고, 남녀로 구분하여 살펴보면 남자의 경우는 2005년에는 19.7%에서 2007년에는 16.9%로 낮아지고, 여자의 경우는 10.8%에서 10.9%로 거의 같은 수준을 나타내었다.

[그림 3-5-5] 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007



〈표 3-5-5〉 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005, 2007

(단위: %)

	2005			2007		
	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	15.2	19.7	10.8	13.9	16.9	10.9
19세 이상	15.2	20.0	10.6	13.8	16.9	10.8
19~29세	14.2	18.2	9.8	15.7	20.6	10.5
30~39세	15.7	20.7	10.3	12.2	16.1	8.2
40~49세	19.6	23.9	15.0	17.9	18.9	16.9
50~59세	17.8	22.8	12.7	13.1	13.0	13.3
60~69세	11.5	15.4	8.1	12.4	18.2	7.3
70+	4.2	7.5	2.3	5.1	7.9	3.3

주: 1) 격렬한 신체활동 실천율 : 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 격렬한 신체활동을 1회 20분 이상, 주 3일 이상 실천한 사람의 분율

2) * 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, '2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007))'

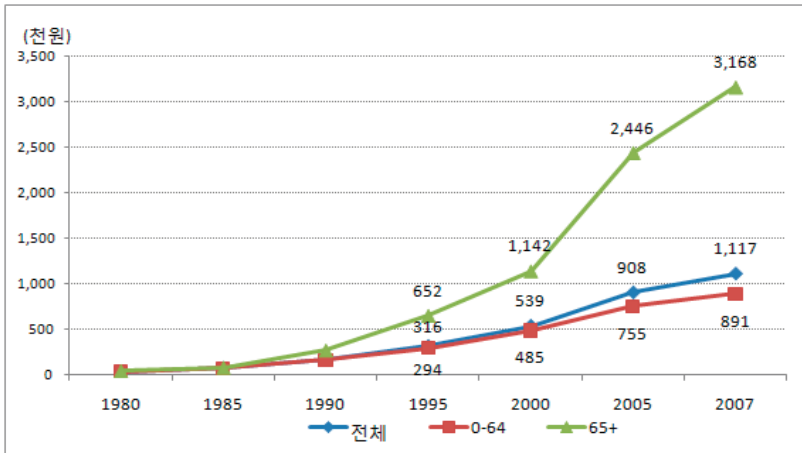
제6절 보건비용

□ 연령별 의료비

1인당 의료비는 1980년 36천원에서 1990년에는 169천원으로 그리고 2007년에는 1,117천원으로 증가하였다. 남녀별로는 남자가 1980년 35천원에서 2000년에는 499천원으로 그리고 2007년에는 1,031천원으로 증가하였고, 여자의 경우에는 1980년 38천원, 1990년 177천원 그리고 2007년에는 1,203천원으로 증가하여 여자가 남자보다 1인당의료비가 많았다.

연령별 의료비의 변동을 살펴보면 0~64세의 경우 1980년 36천원에서 1990년에는 163천원으로 그리고 2007년에는 891천원으로 증가하였으며, 65세 이상인 경우에는 1980년 45천원, 1990년 270천원 그리고 2007년에는 3,168천원으로 증가하여 노년층의 의료비가 크게 증가한 것으로 나타났다.

[그림 3-6-1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2007



〈표 3-6-1〉 연령별 1인당 의료비: 1980~2007

(단위: 원)

구분	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
전체	36,360	71,549	168,828	315,521	539,365	908,219	1,116,920
남	34,783	68,489	160,514	301,195	498,843	834,797	1,031,384
여	37,966	74,660	177,247	330,050	580,451	982,388	1,203,280
0~64	36,021	71,213	163,363	294,435	485,177	754,834	890,899
남 0~64	34,092	67,383	153,760	279,991	438,661	700,958	835,414
여 0~64	38,025	75,198	173,361	309,578	525,263	811,599	949,428
65+	44,914	79,075	270,093	652,336	1,141,975	2,445,757	3,167,682
남 65+	58,487	102,005	331,005	768,106	1,430,764	2,568,491	3,296,287
여 65+	36,804	65,166	233,637	583,973	1,052,629	2,364,944	3,080,864
65~74	51,734	93,886	304,623	706,622	1,351,979	2,486,698	3,156,694
남 65~74	61,954	111,026	353,641	790,804	1,404,075	2,499,618	3,198,874
여 65~74	44,761	81,939	271,037	651,011	1,315,511	2,476,864	3,123,505
75+	27,278	44,585	195,622	535,269	834,819	2,362,369	3,188,821
남 75+	46,053	73,275	265,929	706,100	1,482,727	2,754,840	3,545,458
여 75+	19,522	32,271	164,767	457,060	725,162	2,173,089	3,012,222

자료: OECD HEALTH DATA 2009, 2009

□ GDP 대비 국민의료비

GDP 대비 국민의료비 비율은 국민의료비를 GDP로 나눈 값이다. 국민의료비가 GDP 대비 어느 정도 인지를 측정하는 지표이다. 이는 국민의료비의 지출수준을 경제수준을 나타내는 GDP로 측정하여 제시하는 것이다.

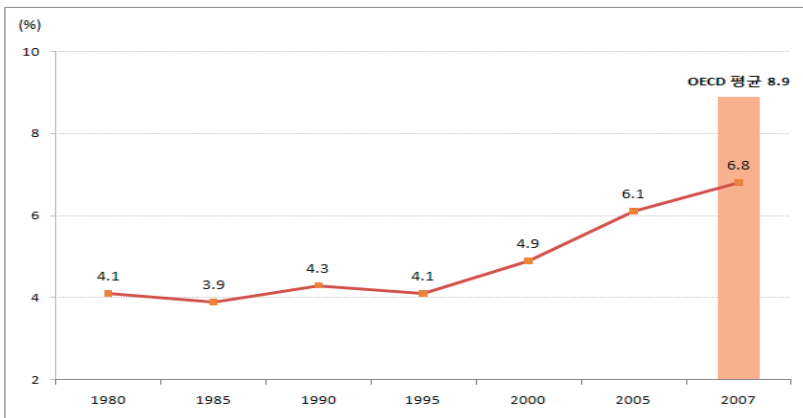
국민의료비는 경제사회수준이 발전할수록 높아지는 경향이 있다. 이는 경제사회가 발전할수록 건강에 대한 관심이 높아지고, 의료시설증가 및 의료기술의 발달로 의료비가 높아지기 마련이기 때문이다. 후진국의 경우 의료시설이 적어 몸이 아파도 쉽게 의료기관을 찾을 수 없는 상황에서는 그만큼 의료비가 적을 수밖에 없다.

우리나라의 국민의료비는 경제사회 수준이 발전되어 오면서 점차 그 비

율이 높아지는 추세를 보이고 있다. 1980년 GDP의 4.1%이던 국민의료비는 점차 증가하여 1990년에는 4.3%로 그리고 2000년에는 4.9%로 증가하였으며, 2007년에는 6.8%로 증가하였다. 이와 같이 GDP 대비 국민의료비는 급격한 증가는 아니지만 꾸준히 증가하여 왔다. 이는 우리나라의 경제수준의 향상과 밀접한 관련을 보이고 있다.

향후 GDP 대비 국민의료비는 우리나라의 경제수준의 발전과 의료수준의 향상, 의료인력 및 의료기관의 증가 등으로 인해 전체적인 국민의료비는 증가할 것으로 예상되며, GDP 대비 국민의료비도 증가할 것으로 예상된다.

[그림 3-6-2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2007



<표 3-6-2> 국민의료비(GDP 대비): 1980~2007

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	4.1	2000	4.9
1985	3.9	2005	6.1
1990	4.3	2007	6.8
1995	4.1		
OECD 최근평균 ^a			
2007	8.9		

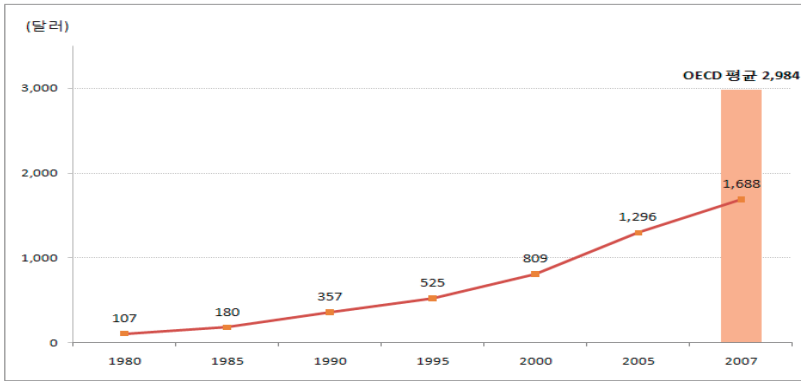
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 일본(2006), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 국민 1인당 보건의료비 지출

국민 1인당 보건의료비지출은 국민의료비를 전체 인구수로 나눈 값이다. 국민 1인당 어느 정도의 의료비 지출이 있었는지를 파악해 볼 수 있는 지표이다. 이는 연령에 따라 의료비 지출이 상이할 수 있으며, 인구구조에 따라 국민 1인당 의료비 지출에 차이를 보일 수 있겠지만 최근연도에서는 인구구조에 큰 변동이 없기 때문에 의료비의 변동을 살펴볼 수 있는 지표이다.

[그림 3-6-3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2007



〈표 3-6-3〉 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2007

(단위: 달러 PPP)

연도	전체	연도	전체
1980	107	2000	809
1985	180	2005	1,296
1990	357	2007	1,688
1995	525		
OECD 최근평균 ^a			
2007	2,984		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 일본(2006), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

1인당 보건의료비 지출은 경제사회수준이 발전할수록 높아지는 경향이 있다. 이는 경제사회가 발전할수록 건강에 대한 관심이 높아지고, 의료시설 증가 및 의료기술의 발달로 의료비가 높아지게 마련이기 때문이다. 후진국의 경우 의료시설이 적어 몸이 아파도 쉽게 의료기관을 찾을 수 없는 상황에서는 그 만큼 의료비가 적을 수밖에 없다.

우리나라의 국민 1인당 의료비는 1980년 107달러에서 1990년에는 357달러로 그리고 2000년에는 809달러로 증가하였으며, 2007년에는 1,688달러로 1990년도에 비하여 약 370% 가량이 증가하였다.

이와 같이 국민 1인당 의료비가 크게 증가한 것은 우리나라 경제수준의 향상과 밀접한 관련이 있다고 보아야 할 것이다. 의료수가의 상승도 있겠지만 최신의료장비의 도입 이용에 따른 비용증가, 교통의 발달로 대형병원 이용이 용이하여 진 점도 의료비 증가에 원인이 되었을 것으로 판단된다.

□ 국민의료비 중 공공지출 비율

국민의료비 중 공공지출비율은 전체 국민의료비 중 공공부문에서 부담한 비율을 나타낸 것으로 이 부분의 비율이 높으면 정부를 포함한 공공부문에서의 부담비율이 높은 것으로 판단한다.

공공지출비율은 우선 국가의 성격에 따라 크게 달라지기도 한다. 사회주의 국가인 경우 대부분이 국가에 의해 부담되기 때문에 공공지출비율이 대부분을 차지하는 반면, 민간보험이 발달한 국가에서는 상대적으로 공공지출 비율이 매우 낮게 나타나기도 한다.

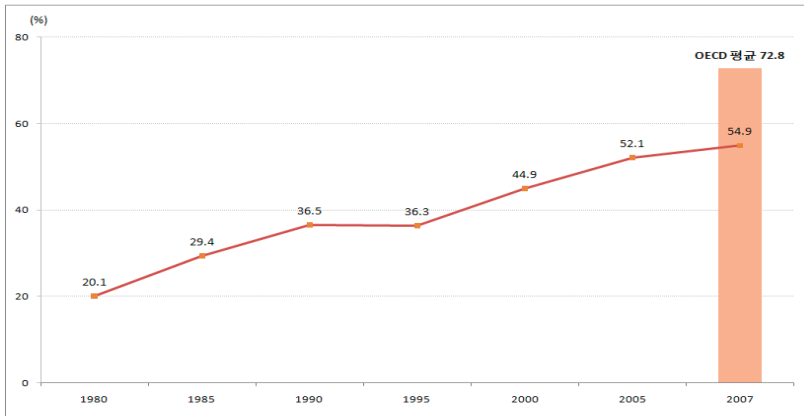
따라서 공공지출비율의 비교는 이와 같은 국가의 성격을 함께 비교 하는 것이 맞을 것이다. 그러나 공공지출비율이 높다는 것은 제도적으로 국가에서 의료비를 부담하는 체제로 보아지기 때문에 공공지출비율이 높은 것은 바람직한 경향으로 보는 경우가 많다.

우리나라의 국민의료비 중 공공지출비율은 1980년 20.1%에서 1990년에는 36.5%로, 2000년에는 44.9%로 그리고 2007년에는 54.9%로 크게 증

가하여 왔다. 이와 같이 공공지출비율이 크게 증가하여 온 이유는 전국민의료보험의 도입에 따른 것으로 의료보험 적용범위의 확대도 공공지출비율 증가의 한 요인이 된 것으로 보인다.

그러나 2007년 OECD 회원국의 평균이 72.8%로 아직 우리나라는 여기에 미치지 못하고 있다. 향후 공공지출비율은 정부의 정책에 따라 정부부담 위주로 갈 것인지 아니면 민간보험의 확대 등 민간부문의 역할을 확대 할 것인지에 따라 그 비율이 달라질 것으로 예상된다.

[그림 3-6-4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2007



〈표 3-6-4〉 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2007

(단위: %)

연도	공공지출 비율	연도	공공지출 비율
1980	20.1	2000	44.9
1985	29.4	2005	52.1
1990	36.5	2007	54.9
1995	36.3		
OECD 최근평균 ^a			
2007	72.8		

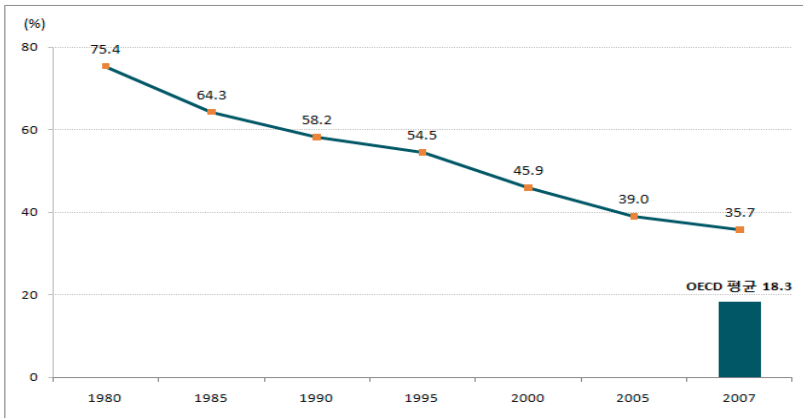
자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2006), 일본(2006), 룩셈부르크(2006), 뉴질랜드(2006), 포르투갈(2006), 터키(2005).

□ 국민의료비 중 가계지출비율

국민의료비 중 가계지출비율은 의료비 중 가계의 부담이 어느 정도인가를 가늠해 볼 수 있는 지표이다. 각 가정에서는 의료보험이라는 별도의 의료관련 부담이 있기는 하지만 실제로 질환 발생 시 가계에서 어느 정도 직접 지출이 이루어지는가 하는 문제는 매우 중요한 문제로 생각된다. 가계지출비율이 크게 되면 질환 발생 시 가계의 부담이 매우 크다는 것으로 해석된다.

[그림 3-6-5] 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2007



〈표 3-6-5〉 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2007

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	75.4	2000	45.9
1985	64.3	2005	39.0
1990	58.2	2007	35.7
1995	54.5		
OECD 최근평균 ^a			
2007	18.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스 제외. 호주(2006), 일본(2006), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

가계지출비율은 공공지출비율과 거의 역의 관계가 있다고 볼 수 있다. 공공부담비율이 증가하면 보편적으로 가계부담비율은 감소한다. 우리나라도 예외는 아니어서 공공부담비율이 낮았던 1980년에는 가계부담비율이 75.4%로 매우 높았으나 점차 낮아져 1990년에는 58.2%, 2000년에는 45.9% 그리고 2007년에는 35.7%로 낮아졌다.

그러나 이 비율은 2007년 OECD 평균 18.3% 보다는 훨씬 높아 아직까지 우리나라는 의료비 부문에 있어서는 가계에서 직접 부담하는 비율이 높다고 볼 수 있다.

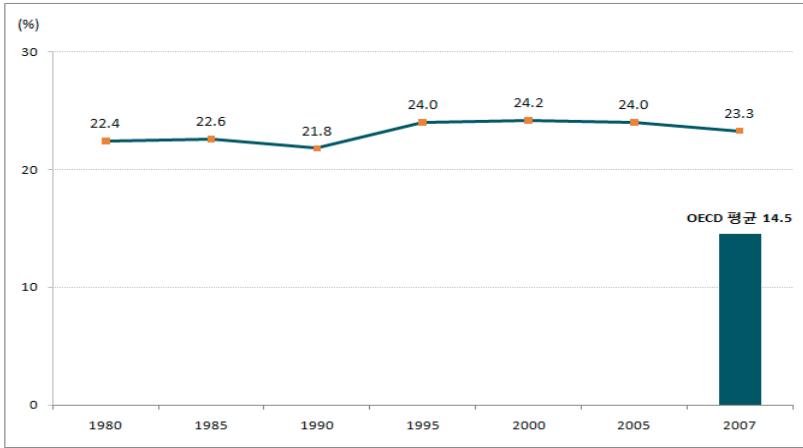
□ 국민의료비 중 의약품지출비율

국민의료비 중 의약품지출이 차지하는 비율은 국민의 의약품에 대한 의존 정도를 나타내는 것으로 비율이 높으면 필요 이상으로 의약품을 많이 소모하는 것으로 볼 수 있어, 이에 대한 대책 마련이 요구된다고 볼 수 있다.

우리나라는 국민의료비 중 의약품이 차지하는 비율이 크게 변화하지 않고 있다. 즉, 1980년에 의약품이 차지하는 비율이 22.4%였으며, 2000년에는 24.2% 그리고 2007년에는 23.3%로 큰 변동이 없는 것으로 나타났다.

그러나 이와 같은 수준은 OECD 회원국과 비교할 때 높은 수준인 것으로 나타났다. 2007년 OECD 회원국의 평균은 14.5%로 우리나라의 23.3% 보다는 훨씬 낮은 수준인 것으로 나타났다. 따라서 우리나라에서는 의약품 비율이 높은 원인을 규명하여 그 비율을 낮출 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다.

[그림 3-6-6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2007



<표 3-6-6> 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2007

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	22.4	2000	24.2
1985	22.6	2005	24.0
1990	21.8	2007	23.3
1995	24.0		
OECD 최근평균 ^a			
2007	14.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 포르투갈, 터키, 영국 제외. 호주(2006), 오스트리아(2006), 독일(2006), 일본(2005), 룩셈부르크(2005).
 자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

제7절 보건의 비의료 결정요인

□ 과체중과 비만인구비율

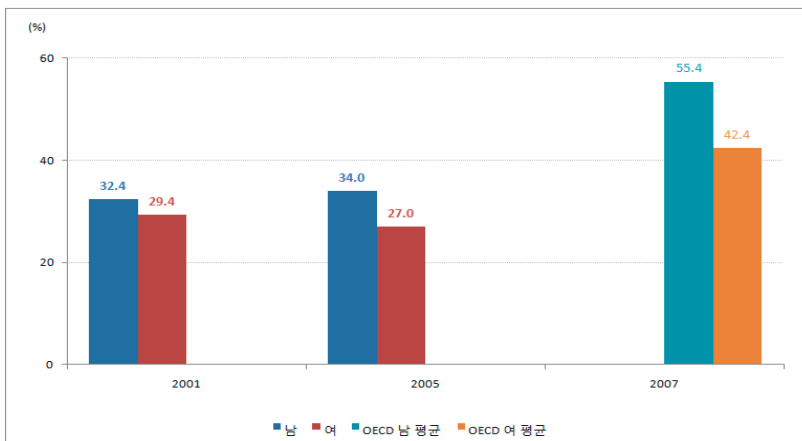
신장에 대한 표준체중에 비하여 체중이 10%~20% 많을 때는 과체중이며, 20%이상 많이 나갈 때는 비만이라 한다. 과체중 및 비만은 성인병, 암 등 질병의 원인으로 밝혀지고 있어 이에 대한 예방대책이 절실하다.

한국인 전체의 과체중 및 비만인구의 비율은 2001년에 30.6%에서 2005년은 30.5%의 수준에 머무르고 있으나, 남자는 32.4%에서 34.0%로 증가한 반면, 여자는 29.4%에서 27.0%로 감소하였다.

한국인의 과체중 및 비만인구의 비율은 2007년도 OECD국가의 평균인 48.9%(남자 55.5%, 여자 42.7%)에 비하여 낮은 수준이지만, 남자의 비율이 점차 증가하는 경향이 있다.

현재시점에서 OECD국가들에 비하여 과체중 및 비만인구비율이 낮지만, 소득수준이 높아지고, 서구적인 식습관이 점차 증가하는 상황에서 과체중 및 비만을 예방하거나 정상체중으로 유도하는 식생활 정책 및 사회구조, 그리고 바람직한 국민의 식생활의식을 조성하여야 할 것이다.

[그림 3-7-1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 2001, 2005



〈표 3-7-1〉 과체중과 비만인구비율(15세 이상); 2001, 2005

(단위: %)

연도	전체	남	여
과체중			
2001	27.4	29.6	25.9
2005	27.0	30.3	23.7
비만			
2001	3.2	2.8	3.5
2005	3.5	3.7	3.3
과체중과 비만			
2001	30.6	32.4	29.4
2005	30.5	34.0	27.0
OECD 최근 평균^a(과체중과 비만)			
2007	48.9	55.5	42.7

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주, 헝가리, 터키 제외. 오스트리아(2006), 벨기에(2004), 체코(2005), 덴마크(2005), 프랑스(2006), 독일(2005), 그리스(2006), 일본(2006), 한국(2005), 멕시코(2006), 노르웨이(2005), 폴란드(2004), 포르투갈(2006), 스페인(2006), 미국(2006).
 자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 흡연인구비율

흡연은 일시적인 쾌감을 줄 수 있지만, 그것의 건강 및 생활에 대한 영향은 서서히 진행하여 암을 비롯한 많은 질병을 유발하는 직접적인 원인이 되고 있다. 특히 흡연은 폐암 발생 원인의 80~85%를 차지하고 있는 것으로 보고되고 있다.

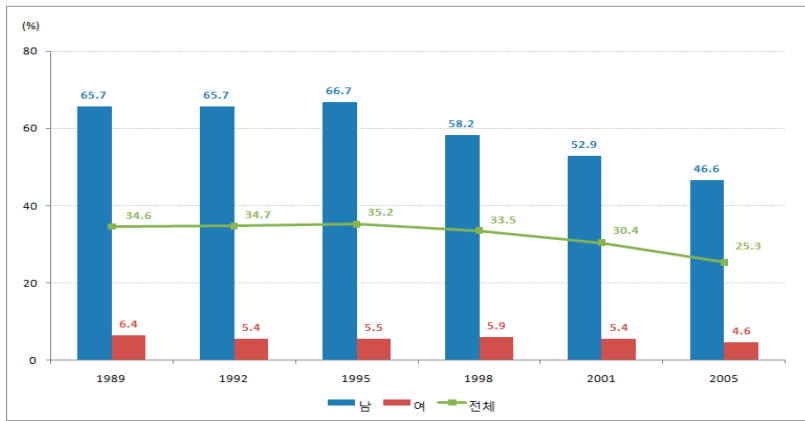
한국인의 15세 이상 성인 100명 중 흡연인구비율은 1989년에 전체 34.6%, 남자 65.7%, 여자 6.4%이었으나, 국가차원의 강력한 금연정책으로 2005년에는 전체 25.3%, 남자 46.6%, 여자 4.6%로 감소하였으며, 특히 남자가 19.1% 포인트 감소한 것으로 나타났다.

OECD국가의 평균은 23.3%(남자 28.8%, 여자 18.4%)이며, 전체평균은 한국인이 2% 포인트 정도가 더 높은 것으로 나타났으나, 남자와 여자의 흡연인구는 큰 차이를 보이고 있다. 즉 한국인 남자의 흡연인구비율은 OECD국가 남자보다 17.8% 포인트나 많으며, 여자는 13.8% 포인트 낮은

것으로 나타났다.

흡연의 폐해를 줄이기 위하여 국가차원의 일반적인 금연정책을 실시하는 것도 중요하지만, 한국인 남자는 OECD 국가의 남자에 비하여 매우 높은 흡연비율을 보이고 있는 상황을 직시하여 남자의 흡연비율을 낮추는 차별적인 정책 추진이 필요하다.

[그림 3-7-2] 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2005



<표 3-7-2> 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2005

(단위: %)

연도	전체	남	여
1989	34.6	65.7	6.4
1992	34.7	65.7	5.4
1995	35.2	66.7	5.5
1998	33.5	58.2	5.9
2001	30.4	52.9	5.4
2005	25.3	46.6	4.6
OECD 최근 평균 ^a			
2007	23.3	28.8	18.4

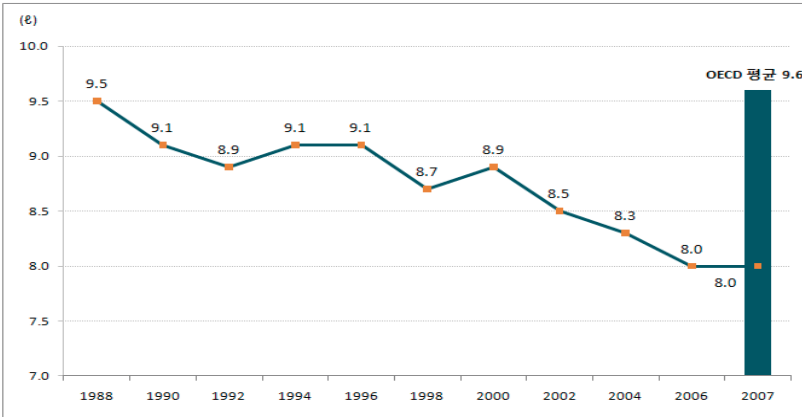
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 헝가리, 멕시코, 슬로바키아 제외. 오스트리아(2006), 체코(2005), 덴마크(2006), 프랑스(2006), 독일(2005), 그리스(2006), 한국(2005), 폴란드(2004), 포르투갈(2006), 슬로바키아(2006), 스페인(2006), 스웨덴(2006).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

□ 주류소비량(1인당)

주류소비량은 15세 이상 국민 1인당 순 알코올 소비량을 의미하며, 주류의 총 소비량을 15세 이상 인구수로 나눈 것이다.

[그림 3-7-3] 주류소비량(15세 이상 1인당): 1988~2007



〈표 3-7-3〉 주류소비량(15세 이상 1인당): 1988~2007

(단위: ℓ)

연도	소비량	연도	소비량
1988	9.5	2000	8.9
1990	9.1	2002	8.5
1992	8.9	2004	8.3
1994	9.1	2006	8.0
1996	9.1	2007	8.0
1998	8.7		
OECD 최근 평균 ^{a)} (23)			
2007	9.6		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 그리스, 이탈리아, 룩셈부르크, 멕시코, 포르투갈, 스페인 제외. 호주(2006), 오스트리아(2006), 캐나다(2006), 프랑스(2006), 헝가리(2006), 네덜란드(2006), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2009, 2009

2007년 15세 이상 국민의 1인당 순 알코올 소비량은 8.0 ℓ이며, 1988년에 9.5 ℓ에서 1996년에 9.1 ℓ, 2007년 8.0 ℓ로 지속적으로 감소하여 왔다.

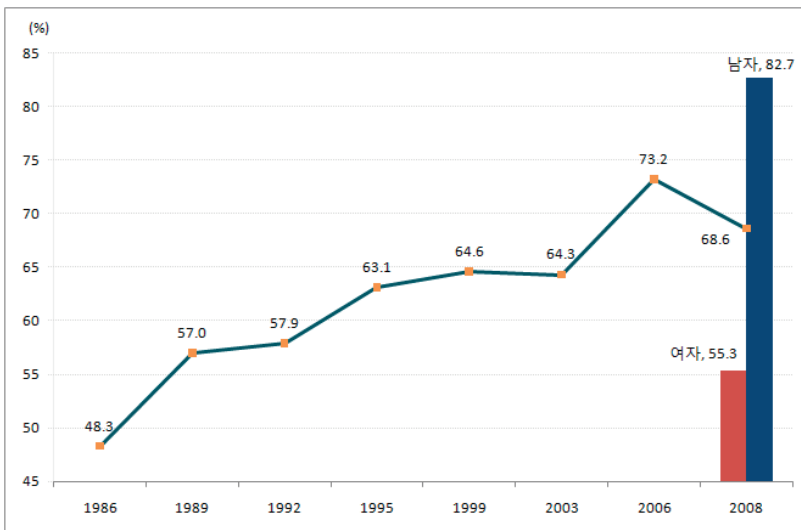
2007년도 OECD 국가의 평균 주류소비량은 9.6 ℓ로, 한국인보다 많은 것으로 나타났다.

□ 음주인구 비율

20세 이상 인구의 음주인구 비율을 살펴보면 술을 마신다는 인구는 1986년 48.3%에서 점차 증가하여 1995년에는 63.1%로 그리고 2006년에는 73.2%로 증가하였으나 2008년에는 68.6%로 감소하였다.

음주는 적정 양은 스트레스 해소 등 건강에 도움을 줄 수 있으나 과음은 건강을 해치게 된다. 올바른 음주습관과 함께 가능하면 과음하지 않는 음주습관이 정착될 수 있도록 하여야 할 것이다.

[그림 3-7-4] 음주인구 비율(20세 이상 인구): 1986-2008



〈표 3-7-4〉 음주인구 비율(20세 이상 인구): 1986~2008

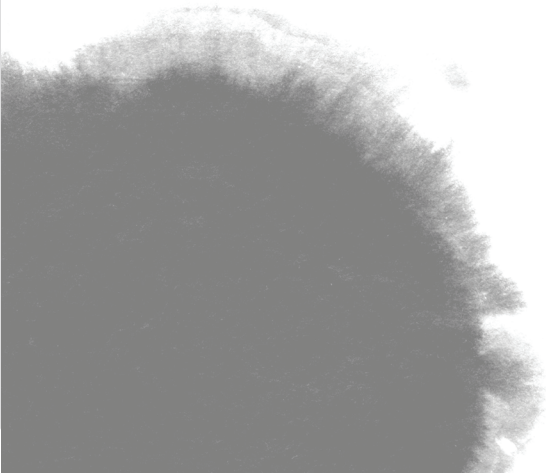
(단위: %)

구분	마신다 ¹⁾	음주횟수				안마신다		
		월1회이하	월2~4회	주2~4회	거의매일			
1986	48.3	28.1	37.9	22.0	12.0	51.7		
1989	57.0	29.1	38.9	21.8	10.1	43.0		
1992	57.9	30.1	39.7	21.4	8.9	42.1		
1995	63.1	31.4	35.1	25.2	8.4	36.9		
1999	64.6	31.7	39.6	21.3	7.5	35.4		
2003	64.3	24.9	31.5	27.0	6.1	35.4		
구분	마신다 ¹⁾	음주횟수					안마신다	
		월1회이하	월2-3회	주1-2회	주3-4회	거의매일		
2006	73.2	29.6	31.0	24.4	9.6	5.3	26.8	
2008	68.6	26.3	30.8	26.9	11.1	4.9	31.4	
성별	남자	82.7	14.3	27.7	34.2	16.3	7.5	17.3
	여자	55.3	43.3	35.2	16.5	3.7	1.3	44.7
연령	20~29	80.8	26.8	37.5	26.6	7.6	1.5	19.2
	30~39	77.9	25.8	30.8	29.8	10.4	3.2	22.1
	40~49	75.1	25.0	28.9	27.7	13.3	5.1	24.9
	50~59	64.5	26.4	27.4	25.5	13.2	7.6	35.5
	60+	42.1	29.3	27.3	21.0	11.2	11.2	57.9
65+	38.3	30.3	27.5	19.3	10.2	12.7	61.7	

주: 1) 지난 1년 동안 술을 한 잔 이상 마신 사람의 비율
 자료: 통계청, '2008년 사회조사보고서'

04

복지의 동향



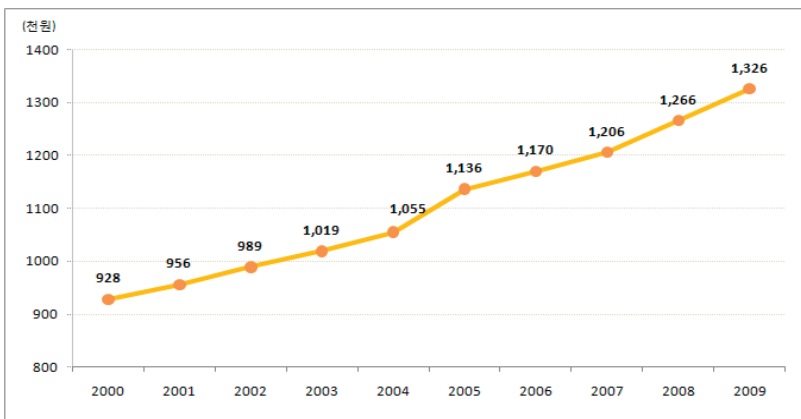
제4장 복지의 동향

제1 절 공공부조

□ 최저생계비 추이

최저생계비는 국민의 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 소요되는 최소한의 비용을 의미하며(보건복지가족부 홈페이지 참조), 기초생활보장제도 수급자 선정의 중요한 기준이 된다. 이 때문에 보건복지가족부 장관은 매년 9월 1일까지 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 다음 연도의 최저생계비를 공표하고 있다.

[그림 4-1-1] 최저생계비 추이: 2000~2009



위에 [그림 4-1-1]에서 보듯이 지난 10년간 최저생계비는 지속적으로 증가해왔으며 연 평균 증가율은 4.3% 수준이다. 또한 GDP 증가율과 최저생계비 증가율을 비교하면, 2005년을 제외하고는 전반적으로 최저생계비의 증가율이 GDP 증가율보다 낮다(표 4-1-1 참조).

〈표 4-1-1〉 최저생계비 추이: 2000~2009

(단위: 천원)

연 도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
최저생계비	928	956	989	1,019	1,055	1,136	1,170	1,206	1,266	1,326
증가율	3.0	3.0	3.5	3.0	3.5	7.7	3.0	3.0	5.0	4.8
GDP 증가율						4.6	5.0	7.3	5.0	

주: 4인가구 기준으로 작성함.
 자료: 최저생계비와 증가율은 보건복지가족부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>).

보건복지가족부는 최저생계비를 산정하기 위해 3년마다 계측조사를 실시하고 있다. 가장 최근에 실시된 2007년 계측조사에서는 전물량 방식(Market Basket 방식)으로 지역별, 가구규모별, 가구유형별로 계측되었다. 전물량 방식은 인간생활에 필수적인 모든 품목에 대하여 최저한의 수준을 정하고, 이를 화폐가치로 환산한 총합으로 최저생계비를 구하는 방식이다. 이러한 방식은 보충급여체계에서 의료비, 교육비 등 급여종류별 기준액 산정과 장애인, 노인 등의 가구유형별 추가급여 기준 결정에 유용한 반면, 필수품 선정에 있어서 연구자의 자의성 개입 가능성을 배제할 수 없다는 한계가 있다.

다음 <표 4-1-2>는 2009년 4인가구의 최저생계비의 전물량 방식 비목별 구성을 보여준다. 2009년은 비계측 연도인데, 이런 경우에는 가장 최근에 이루어진 전물량 방식의 계측조사에 소비자물가상승률을 적용한 방식으로 계상된다. 최저생계비 비목별 구성에서 가장 높은 비중을 나타내는 것은 식료품비이며, 그 다음으로 주거비와 교통통신비이다.

〈표 4-1-2〉 2009년 4인가구 최저생계비 비목별 구성(2007년 계측조사 기준)

(단위: 원, %)

비 목	금 액	비 율
식료품비	498,502	37.6
주 거 비	228,794	17.2
광열수도	88,633	6.7
가구집기	39,529	3.0
피복신발	52,494	4.0
보건의료	58,006	4.4
교 육	59,521	4.5
교양오락	25,898	2.0
교통통신	139,138	10.5
기타소비	81,002	6.1
비소비지출	55,092	4.2
계	1,326,609	100

자료: 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr).

2009년 기준 가구규모별 최저생계비는 〈표 4-1-3〉 과 같다. 가구원 수가 증가함에 따라 최저생계비 역시 증가하나 4인 가구부터 증가율이 현저히 낮아짐을 알 수 있다.

〈표 4-1-3〉 2009년도 가구규모별 최저생계비

(단위: 천원, %)

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
최저생계비	491	836	1,081	1,327	1,572	1,817
증가율	-	29.3	29.3	22.8	18.5	15.6

주: 7인 이상 가구의 최저생계비는 1인 증가시마다 204,218원씩 증가.
 자료: 보건복지가족부 홈페이지(http://www.mw.go.kr).

한국의 상대빈곤선은 생산직평균소득의 70%수준이며, 이는 영국(평균 소득 50%), 프랑스(중위소득 50%), 일본(평균소비지출의 68%) 수준보다 높다.

〈표 4-1-4〉 주요 국가들의 상대빈곤선

	한 국	영 국	프 랑 스	일 본
상대빈곤선 기준	생산적 평균 소득의 70%	평균소득의 50%	중위소득의 50%	평균소비지출의 68%

주: 2007년을 기준으로 함. 생산적 평균 소득은 1,793천원임.
 자료: 영국, 프랑스, 일본의 자료는 보건복지가족부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>) 참고.

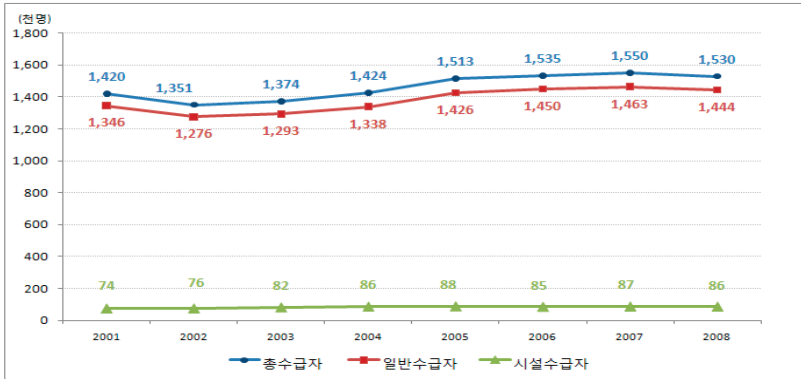
□ 기초생활보장수급자수 추이

과거에는 단순보호 차원에서 생활보호제도를 운영하였으나 IMF 경제위기로 인하여 생계유지가 어려운 저소득층이 급격히 증가하자 저소득층의 생활안정을 위한 사회안전망 차원에서 국민기초생활보장제도가 도입되었다. 즉 시혜적인 생활보호제도에서 국가의 보호를 필요로 하는 절대빈곤층의 기초생활을 보장 하되, 종합적인 자립자활서비스를 제공하는 능동적인 복지체제로 전환한 것이다.

국민기초생활보장제도 수급자 선정은 소득평가액과 부양의무자를 기준으로 결정된다. 수급자로 선정되기 위해서는 소득인정액 기준인 ‘가구의 소득 인정액이 가구별 최저생계비 이하인 경우’와 부양의무자 기준인 ‘부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 경우’를 동시에 충족시켜야 한다.

따라서 국민기초생활보장 수급자수에 대한 지표는 빈곤선 아래에 있어 국가의 도움을 필요로 하는 사람들의 현황을 살펴봄으로써 사회발달과 사회통합 정도를 알 수 있는 중요한 지표로서 역할을 한다. 실제로 2000년 제도 도입 이후 국민기초생활보장 수급자의 수가 지속적으로 증가하고 있는 것은 빈곤층의 규모가 지속적으로 증가하고 있어 사회통합을 위한 다양한 정책들이 필요하다는 것을 의미한다.

[그림 4-1-2] 기초생활보장수급자 추이: 2001~2008



자료: 보건복지가족부, '국민기초생활보장 수급자 현황', 2009.

<표 4-1-5> 기초생활보장수급자 추이: 2001~2008

(단위: 명)

연도	총수급자	일반수급자	시설수급자
2001	1,419,995	1,345,526	74,469
2002	1,351,185	1,275,625	75,560
2003	1,374,405	1,292,690	81,715
2004	1,424,088	1,337,714	86,374
2005	1,513,352	1,425,684	87,668
2006	1,534,950	1,449,832	85,118
2007	1,549,848	1,463,140	86,708
2008	1,529,939	1,444,010	85,929

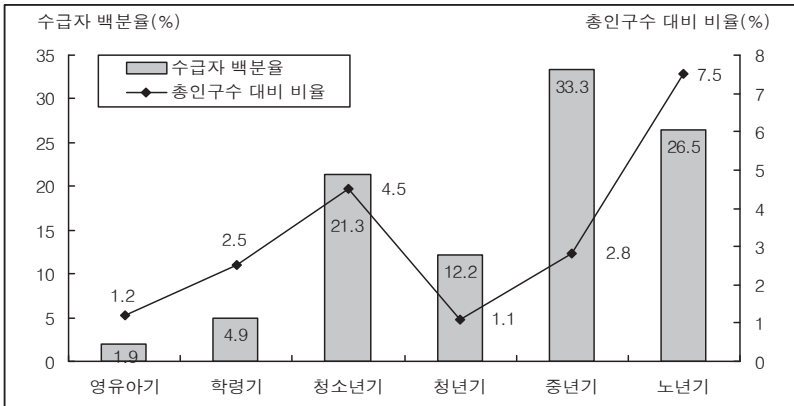
자료: 한국보건사회연구원, '지표로 본 한국의 보건복지 동향', 2008.

2008년 국민기초생활보장 수급자 현황을 생애주기별로 살펴보면 중년기(33.3%)가 가장 높으며, 그 뒤를 이어 노년기(26.5%), 청소년기(21.3%), 청년기(12.2%), 학령기(4.9%), 영유아기(1.9%) 순으로 나타난다. 이를 총 인구수 대비 수급자 비율로 비교하면 노년기(7.5%), 청소년기(4.5%), 중년기(2.8%), 영유아기(1.2%), 청년기(1.1%) 순으로 나타난다.

이러한 현황은 근로가능한 연령대의 사람들보다는 노동시장에서 이탈한

사람들의 빈곤층 규모가 더 크다는 것을 의미한다. 이에 따라 중장년층의 빈곤 탈피를 위한 고용정책의 필요성이 대두되며, 빈곤 가구의 청소년과 영유아가 빈곤의 악순환에서 탈피할 수 있는 교육 및 보육 정책이 필요한 것으로 보인다.

[그림 4-1-3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2008

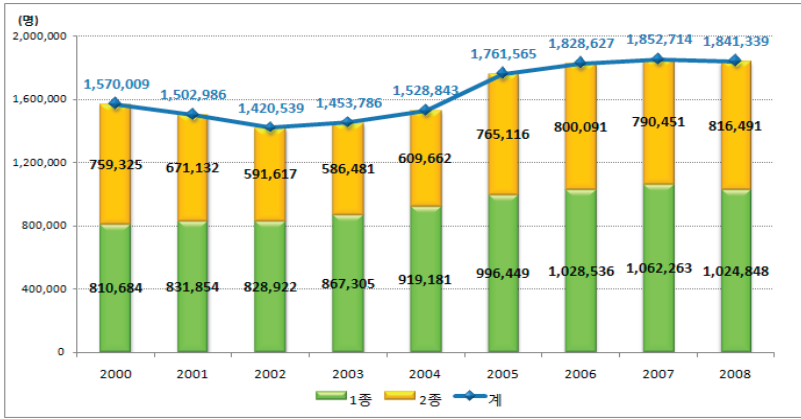


자료: 보건복지가족부, '국민기초생활보장 수급자 현황', 2009.

□ 의료보장 수급자수

소득보장제도와 함께 국민의 사회안전망을 살펴보는 가장 중요한 지표는 의료보장제도이다. 특히 사회보험혜택을 누리지 못하는 빈곤층에게 의료비 지출은 가장 큰 부담이 된다. 한국은 지난 2000년 국민기초생활보장법의 제정과 함께 의료급여법을 제정하여 생활이 어려운 국민들에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지하고 있다. 의료급여 대상자에게는 진찰검사, 약제·치료재료의 지급, 처차·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등의 현물 서비스가 제공된다.

[그림 4-1-4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2000~2008



다음의 <표 4-1-6>에 따르면 의료급여 수급권자는 지속적으로 증가하고 있으나 지난 8년간 17.3%의 증가를 보여 국민기초생활보장 수급권자의 증가율(48.2%)보다 훨씬 낮게 나타난다. 또한 의료급여종류별로 살펴보면 1종 의료급여는 2000년 이후 지속적으로 증가하다가 2004년을 기준으로 감소하고 있다. 반면에 2종 의료급여는 2000년 이후 지속적으로 감소하다가 2004년을 기준으로 다시 증가세를 보이고 있다.

<표 4-1-6> 의료급여대상자 추이: 2000~2008

(단위: 명, %)

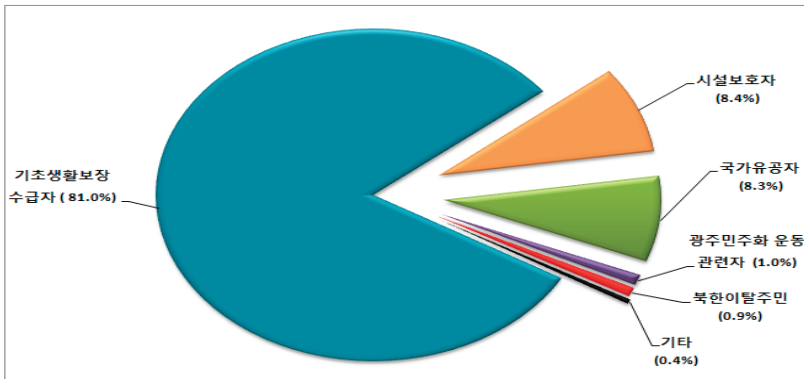
구분	계	1종	2종
2000	1,570,009(100.0)	810,684(51.64)	759,325(48.36)
2001	1,502,986(100.0)	831,854(55.35)	671,132(44.65)
2002	1,420,539(100.0)	828,922(58.35)	591,617(41.65)
2003	1,453,786(100.0)	867,305(59.66)	586,481(40.34)
2004	1,528,843(100.0)	919,181(60.12)	609,662(39.88)
2005	1,761,565(100.0)	996,449(56.57)	765,116(43.43)
2006	1,828,627(100.0)	1,028,536(56.25)	800,091(43.75)
2007	1,852,714(100.0)	1,062,263(57.34)	790,451(42.66)
2008	1,841,339(100.0)	1,024,848(55.66)	816,491(44.34)

자료: 보건복지가족부 내부자료, 2009.

일반적으로 국민기초생활보장제도의 수급자로 선정되면 의료혜택을 받을 수 있으며, 수급자 선정기준을 다소 초과했지만 당분간 기초생활보장수급자로 보호되는 의료급여특례 대상자도 있다. 이 외에도 의료급여 대상자는 보다 폭넓은 범위를 가진다. 즉 국민기초생활보장제도의 수급자 및 의료급여 특례 대상자 외에 이주민, 의사상자 및 유족, 입양아, 국가유공자 및 가족 등 생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 자로 의료급여가 필요하다고 인정된 사람은 의료급여대상자가 될 수 있다(의료급여법 제 3조).

2008년 의료급여 1종 수급자의 분포를 보면 기초생활보장수급자수가 81.0%, 시설보호자 8.4%, 국가유공자 8.3%, 광주민주화운동 관련자 1.0%, 북한이탈주민 0.9%, 기타(인간문화재, 의사상자 및 유족, 국내입양아등) 0.4%이다.

[그림 4-1-5] 의료급여1종 유형별 분포: 2008



자료: 보건복지가족부, '보건복지가족통계연보', 2009.

<표 4-1-7> 의료급여1종 유형별 분포: 2008

(단위: 명)

연도	계	기초생활보장 수급자	시설 보호자	국가 유공자	북한이탈 주민	인간 문화재	광주민주화 운동 관련자	의사상자 및 유족	국내입양 아동
2008	1,024,848	829,751	85,929	85,110	9,035	244	10,520	811	3,448

자료: 보건복지가족부, '보건복지가족통계연보', 2009.

<표 4-1-8>에서 보는 바와 같이 한국의 보건의료 체계는 사회보험 방식으로 운영된다는 점에서는 일본과 유사하나 국민 의료비 지출 중 공공지출의 비중이 52.1%로 미국을 제외한 선진국 중에서는 가장 낮은 수준이다. 대상자 측면에서 보면 전체 의료보장체계 중 의료보험 적용 대상이 97%인데 반해 의료급여 대상이 3.0%로 매우 적은 수준이다. 그러나 최근 의료급여대상자들의 의료쇼핑으로 물의를 빚고 있으며 의료급여 대상에 대한 과도한 지출이 논란이 되고 있다.

<표 4-1-8> 세계 주요 국가의 보건의료 체계

(단위: %)

구 분	한 국	일 본	영 국	미 국
의료보장 방식	NHI (단일)	SHI (다보험자)	NHS 국가보건의료	Medicare(노인의료보험) Medicaid(의료급여) 자유방임형
보험적용 대상	전국민 (의료급여 3.0%별도)	전국민	전국민	65세이상, 저소득층 65세이하 장애, 만성질환자
GDP 대비 국민의료비 (2005년)	6.1	8.0 (2004년)	8.3	15.3
국민의료비 지출 중 공공지출비율 (2005년)	52.1	81.7 (2004년)	87.1	45.1

주: 2005년 기준임.

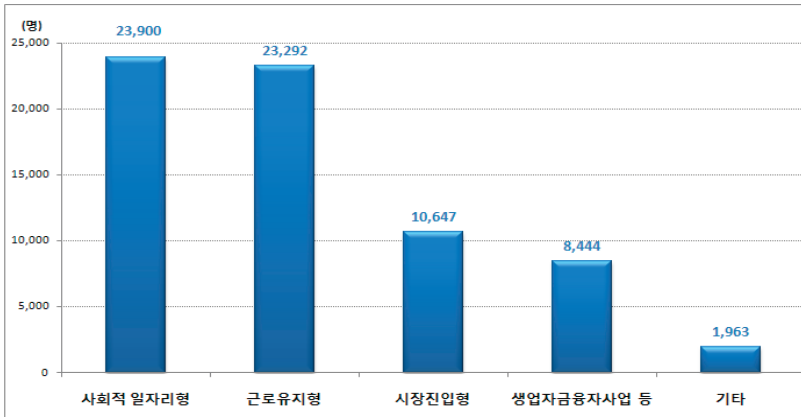
□ 자활사업 대상자수 추이

자활사업은 2000년 10월부터 시행된 국민기초생활보장법에서 보장하는 제도로서 근로능력이 있는 저소득층에게 능력과 욕구에 맞게 근로의욕 고취, 기술습득 및 근로기회 제공 등의 지원을 통해 이들의 자립자활을 지원하는 사업이다. 특히 자활사업의 주요 대상인 조건부수급자에게는 자활사업 참여를 조건으로 국민기초생활보장제도의 생계급여 및 기타 급여를 지급하여 국가의 보호에 대한 과도한 인주를 방지하고자 하는 목적을 갖는다. 따라서 자활대상자 수는 장기적이고 지속적인 수동적 복지 수급자에서 벗어

나 능동적 복지 대상자로서 향후 탈빈곤 혹은 자립 자활이 가능한 대상자를 추정할 수 있는 지표로, 대상자에 적합한 빈곤정책의 수립에 중요한 근거가 된다.

현재 자활사업 대상자들은 근로능력 점수를 기준으로 근로유지형, 인턴형, 사회적 일자리형, 시장진입형 등에 참여하고 있는데, 근로유지형이 최소한의 경제활동을 제공한다는 데 의의가 있는 반면 사회적 일자리형과 시장진입형은 대부분의 수급자들이 연령과 건강상의 이유로 근로하기에 부적합하거나 기술 숙련 정도가 낮다. 그러나 최근에는 자활사업 참여 대상자 중 상당수는 보호된 고용시장에서 근로가능한 시장진입형(15.1%)과 인턴형(0.2%), 지자체형(0.2%)이 증가하고 있다.

[그림 4-1-6] 자활사업참여자 현황



<표 4-1-9> 자활사업참여자 현황

총 계	복 지 부								노 동 부
	소계	시 장 진입형	사회적 일자리형	인턴형	근 로 유지형	지자체형	사회적응 프로그램 등	생업자금융자 사업 등	취업알선 직업훈련 등
70,489 (100.0)	68,246 (96.8)	10,647 (15.1)	23,900 (34.0)	145 (0.2)	23,292 (33.0)	193 (0.2)	1,625 (2.3)	8,444 (12.0)	2,243 (3.2)

주: 2008년 12월 기준. 자활공동체 참여자 수는 자활사업 참여자 수에 포함되지 않음.

자료: 중앙자활센터 홈페이지(<http://www.cssf.or.kr>).

□ 기초생활수급자 부적정 급여조정 비율

자신의 소득 재산 등을 은닉하거나 허위신고하는 등 부정한 방법으로 기초생활수급을 받고 있어 예산누수가 발생되고 있다. 관련기관과의 협조, 자료연계를 통한 기초수급자 및 부양의무자의 소득 자산조사 및 금융자산조사 절차개선을 통한 업무 효율성 제고로 부적정급여수급자의 급여정지 또는 급여감소 등으로 수급자 관리를 강화하고 아울러 예산누수의 조정 등이 요구된다. 서울행정시스템과 관계부처 소득 재산관련 전산망연계(10개부터 15개 항목)를 통해 전산시스템 조회를 강화한다.

최근 관계부처 소득 재산관련 전산망연계를 통해 부적정급여 조정비율이 증가추세이다. 2005년도 9.3%에서 2008년도 11.8%, 2009년도 13.3%로 증가하고 있다.

〈표 4-1-10〉 기초생활수급자 부적정급여 조정 비율: 2005~2009

(단위: %)					
연도	2005	2006	2007	2008	2009
조정비율	9.3	11.0	8.8	11.8	13.3

□ 공적이전소득 전후 지니계수 비교

본 지표는 정부의 공적이전 등의 사회정책을 통해 빈부격차와 계층간 소득분포의 불균형 이 얼마나 균등하게 분배되고 있는지를 평가하는 지표이다.

최근 공적이전소득 전과 후의 지니계수를 비교하면 감소하는 추세이다. 즉 공적이전소득 전에 비해 후의 지니계수가 낮아 공적이전에 따른 소득불평등의 개선효과가 조금씩 증가하고 있었다. 2003년에는 개선효과가 0.011이었으나 2008년에는 0.021로 증가하였다.

〈표 4-1-11〉 공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2008

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 ²⁾
공적이전소득 전의 지니계수 ¹⁾ (A)	0.336	0.338	0.341	0.344	0.348	0.351	0.366
공적이전소득 후의 지니계수 (B)	0.325	0.326	0.327	0.328	0.329	0.330	0.343
지니계수 개선효과 (A-B)	△0.011	△0.012	△0.014	△0.016	△0.019	△0.021	△0.023

주: 1) 1인가구, 농어가가구 제외

2) 1인가구 포함, 농어가가구 제외

자료: 한국보건사회연구원, 2009년 빈곤통계연보

□ 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교

사회정책을 통한 이전소득 성과를 살펴보기 위해 공적이전소득 전후의 평균소득 또는 중위소득의 절반(50%) 보다 적은 사람이 전체인구에서 차지하는 비율을 지표로 활용하였다.

최근 공적이전소득 전과 후의 상대빈곤율을 비교하면 감소하는 추세이다. 즉 공적이전소득 전에 비해 후의 상대빈곤율은 낮아 공적이전에 따른 빈곤의 개선효과가 차츰 증가하고 있다. 2003년에는 개선효과가 1.7%포인트였으나 2006년에는 2.7%포인트로 증가하였다.

〈표 4-1-12〉 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2008

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 ²⁾
공적이전소득 전의 상대빈곤율 ¹⁾ (A)	11.7	11.6	12.7	12.7	12.5	13.0	14.9
공적이전소득 후의 상대빈곤율 (B)	10.0	9.6	10.5	10.0	9.7	10.0	11.4
상대빈곤율 개선효과 (A-B)	△1.7	△2.0	△2.2	△2.7	△2.8	△3.0	△3.5

주: 1) 1인가구, 농어가가구 제외

2) 1인가구 포함, 농어가가구 제외

자료: 한국보건사회연구원, 2009년 빈곤통계연보

□ 기초생활보장제도의 절대빈곤감소 효과

기초생활보장제도의 성과를 살펴보기 위해 기초보장급여 전과 후의 절대빈곤율의 차이비율을 지표로 활용하였다. 참고로 절대빈곤율은 빈곤의 구조와 경제 상황 등을 추정하기 위해 가구의 가처분 소득이 최저생계비에 미치지 못하는 절대빈곤 가구의 비율이었다.

$$\text{기초생활보장제도의 절대빈곤감소율} = \frac{\text{기초보장급여 전 경상소득 절대빈곤율} - \text{기초보장급여 후 경상소득 절대빈곤율}}{\text{기초보장급여 전 경상소득 절대빈곤율}}$$

최근 기초보장급여 전과 후의 절대빈곤율을 비교하면 감소하는 추세이었다. 즉 기초보장급여 전에 비해 후의 절대빈곤율은 낮아 기초보장급여 이전에 따른 빈곤의 개선효과가 차츰 증가하고 있었다. 2003년에는 개선효과가 7.5%였으나 2007년에는 12.7%로 증가하였다.

〈표 4-1-13〉 공적부조수급 전·후 절대빈곤율 비교

연도	절대빈곤율(인구)			절대빈곤율(가구)		
	공공부조수급 전	공공부조수급 후	감소효과	공공부조수급 전	공공부조수급 후	감소효과
2003	10.7	9.9	0.8%p	12.0	11.1	0.9%p
2007	11.0	9.6	1.4%p	12.6	11.0	1.6%p

주: 1인가구 제외
자료: 통계청, 전국가계조사 원자료, 2003, 2007.

□ 자활사업 창·취업성공률

자활지원사업은 저소득층이 사회적으로 유익한 서비스를 제공하는 가운데 근로의욕과 능력을 함양하여 자립할 수 있도록 함으로써 빈곤문제를 적극적, 능동적으로 극복하는 길을 마련하고자 추진된다. 이와 같이 자활사업

은 근로능력 있는 기초생활보장수급자가 근로능력을 배양하여 일반노동시장 진입 등으로 취업 또는 창업하여 소득이 증가되고 수급자에서 탈출하는 데 있다. 또한 근로능력과 가구여건이 상대적으로 미약한 비취업자는 보건복지가족부 주관 자활공동체·자활근로 등에, 근로능력이 상대적으로 높은 취업대상자는 노동부 주관 취업알선·직업훈련 등에 참여한다. 따라서 자활지원사업의 성과는 자활사업 창·취업성공률로 측정한다.

$$\text{자활사업 창·취업성공률} = \frac{(\text{탈수급자(자활특례 포함)+취업·창업자})}{(\text{업그레이드형자활근로+창업+취업알선} + \text{노동부자활사업 참여수급자})} \times 100$$

자활사업참여를 통한 2007년도 자활사업 창·취업성공률은 14.9%로 나타나고 있으며, 2008년에는 약간 감소한 14.0%로 나타났다.

〈표 4-1-14〉 기초생활보장수급자의 자활사업 (창·취업)성공률

(단위: %, 명)

구 분	2005	2006	2007	2008
자활사업성공률(B/A×100)	5.5	6.0	14.9	14.0
수급자 중 자활사업 참여자(A)	52,240	53,750	27,548	29,237
탈수급자, 창·취업자(B)	2,886	3,223	4,114	4,102

주: 자활사업참여자 중 자활공동체는 자립으로 보아 제외
 자료: 보건복지가족부 내부자료, 2008

제2절 사회보험

가. 국민건강보험

□ 건강보험 적용인구와 적용률

국민건강보험제도는 질병이나 부상에 대한 진단, 치료, 예방, 재활, 출산 등으로 인한 의료비용의 부담문제를 보험의 원리와 사회연대의 원리를 통하여 국민들 모두에게 분산시켜 한편으로는 국민의 건강증진에 기여하고, 다른 한편으로는 국민의 생활안정을 도모하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 사회보험으로서 국민건강보험제도의 이와 같은 기능적 특성은 제도 적용과 보험료의 납부에 있어서 강제성의 원리를 토대로 실현될 수 있다. 이러한 의미에서 볼 때 국민건강보험제도의 적용은 사회정책적 차원과 보험재정의 차원에서 매우 중요한 정책과제가 될 수 있다.

우리나라의 의료보험은 1963년 「의료보험법」의 제정에 따라 300인 이상 사업장의 근로자들을 대상으로 하는 임의제도의 형태로 최초로 도입되었다. 이후 제도의 적용대상이 꾸준히 확대되어 마침내 1988년 1월 농어촌 지역 그리고 1989년 7월 도시지역의 자영업자들도 제도의 당연적용 대상이 되어 비로소 전국민의료보장의 기틀을 마련할 수 있게 되었다.

아래의 <표 4-2-1>에서 보는 바와 같이 2008년 말 현재 전체국민이 건강보험제도 또는 의료급여제도를 통하여 의료보장의 혜택을 받고 있으며, 적어도 제도 적용의 차원에 볼 때 사각지대의 문제는 존재하지 않는 것으로 파악되고 있다. 이 중 전 국민의 99%인 약 4,816만명이 건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 4%인 약 184만명은 국민기초생활보장 대상자 등으로 의료급여제도에서 보호를 받고 있다.¹⁾

1) <표 4-2-1>에서 의료보장 적용률이 100%를 초과하는 것으로 나타나고 있는 이유는 일부 국민들의 경우 건강보험과 의료급여의 적용을 이중으로 받고 있기 때문인 것으로 판단됨.

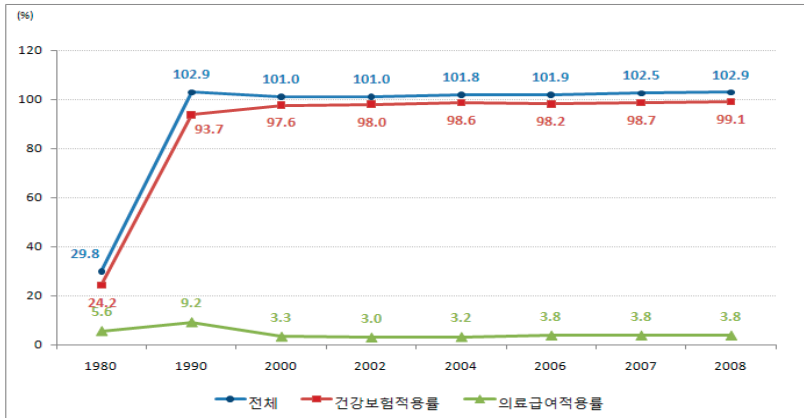
〈표 4-2-1〉 의료보장 적용인구 현황: 1980~2008

(단위 : 천명)

연도	총인구 (A)	의료보장 적용인구 (B)	건강보험 적용인구				의료급여 적용인구 (D)	의료보장 적용		
			소계 (C)	직장	공교	지역		계 $\frac{B}{A}$	건강보험 적용률 $\frac{C}{A}$	의료급여 적용률 $\frac{D}{A}$
1980	38,124	11,368	9,226	5,381	3,780	-	2,142	0.30	0.24	0.06
1990	42,869	44,110	40,180	16,155	4,603	19,421	3,930	1.03	0.94	0.09
2000	47,008	47,466	45,896	17,578	4,826	23,492	1,570	1.01	0.98	0.03
2002	47,622	48,080	46,659	19,118	4,633	22,908	1,421	1.01	0.98	0.03
2004	48,039	48,901	47,372	21,237	4,743	21,393	1,529	1.02	0.99	0.03
2006	48,297	49,238	47,410	23,724	4,721	18,965	1,829	1.02	0.98	0.04
2007	48,456	49,672	47,820	24,749	4,676	18,395	1,853	1.03	0.99	0.04
2008	48,606	50,001	48,160	25,774	4,642	17,743	1,841	1.03	0.99	0.04

자료: 보건복지가족부, 보험정책과 / 국민건강보험공단. '건강보험통계연보', 2009.

〔그림 4-2-1〕 의료보장 적용률의 변화추이: 1980~2008



자료: 보건복지가족부, 보험정책과 / 국민건강보험공단. '건강보험통계연보', 2009.

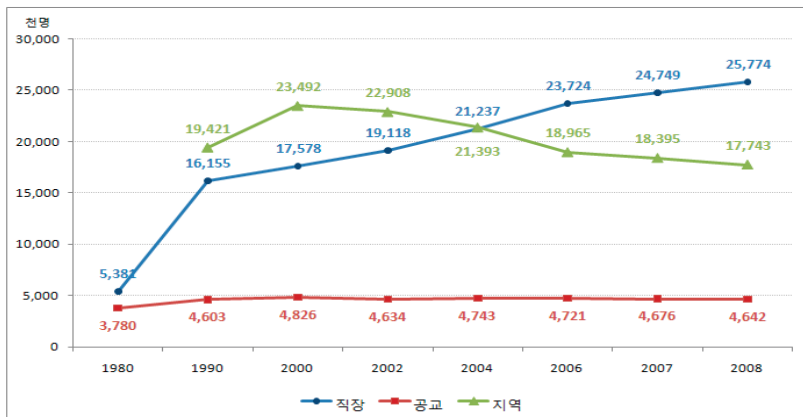
□ 국민건강보험 적용인구의 가입 종별 구성

국민건강보험의 가입대상자는 크게 직장가입자와 지역가입자로 구분된다. 이러한 분류기준에 근거하여 모든 사업장의 근로자 및 사용자 그리고 공무원 및 교직원인 직장가입자(중전의 경우 관리주체에 따라 각각 직장건강보

험과 공교건강보험 가입자로 구분)가 되며 이들과 피부양자를 제외한 농어촌지역의 주민과 도시지역 자영업자 등은 지역가입자가 된다. 아래의 [그림 4-2-2]에서 국민건강보험 가입자들의 종별 구성에 대한 변화추이를 살펴보면 직장건강보험 가입자의 규모는 꾸준히 증가하고 있는 반면, 지역건강보험 가입자의 비중은 지속적으로 감소해 오고 있는 것을 알 수 있다. 다른 한편으로 공교건강보험 가입자의 규모나 비중은 전체 기간동안 대체로 일정한 수준을 유지해 오고 있다. 일례로 2001년의 경우 전체 국민건강보험 가입자들 가운데 직장건강보험 가입자의 비중은 39.9%, 공교건강보험 10.1% 그리고 지역건강보험 50.0%의 수준을 기록하였다. 이와는 달리 2008년에 와서는 직장건강보험 가입자의 비중은 51.7%, 공교건강보험 9.8% 그리고 지역건강보험 38.5%의 비중을 보이고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 국민건강보험 가입자의 종별 구성에 있어서 현저한 변화를 보이고 있는 주된 배경으로는 다음과 같은 것을 들 수 있다. 첫째, 산업의 발전으로 인하여 임금근로계층이 꾸준히 확대되어 오고 있다는 점이다. 둘째, 산업구조의 변화에 따라 근대적 형태의 노동시장 영역이 확대되고 있는 반면에, 농업 그리고 자영업 등 전근대적 형태의 산업비중이 점차 줄어들고 있는 추세를 보이고 있다는 점이다.

[그림 4-2-2] 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2008

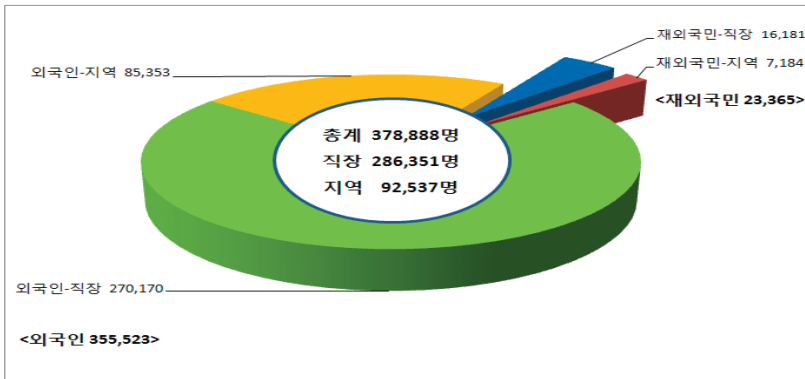


자료: 보건복지가족부, 보험정책과 / 국민건강보험공단. 「건강보험통계연보」, 2009.

□ 외국인 및 재외국민 등 사회적 소수자에 대한 건강보험 적용

급속한 세계화의 추세에 따라 근래에 들어와 우리나라에서도 물적 자원은 물론 인구의 국제간 이동 현상이 뚜렷하게 나타나고 있다. 이에 따라 외국인노동자와 다문화가정 등의 외국인 그리고 해외에 국적이나 거주지를 두고 있는 재외국민 등 사회적 소수자에 대한 건강보험의 적용은 사회보장의 보편적 원리 그리고 인본주의의 차원에서 반드시 요구되는 사항이 될 수 있다. 2008년 현재 건강보험의 적용을 받고 있는 외국인과 재외국민의 규모는 각각 약 356천명과 약 23천명으로 총 379천명으로 집계되고 있다. 그리고 이 중 직장가입자가 약 286천명 그리고 지역가입자가 약 93천명인 것으로 파악되고 있다.

[그림 4-2-3] 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황: 2008



자료: 보건복지가족부, 보험정책과 / 국민건강보험공단. '건강보험통계연보', 2009.

□ 건강보험 재정수지

국민건강보험제도는 사회보험의 원리를 바탕으로 운영되고 있으며, 이에 따라 재정운영은 국가의 일반재정으로부터 분리되어 독립재정의 형태를 유지해 오고 있다. 우리나라 국민건강보험제도의 주된 운영재원은 가입자와 사

용자가 부담하는 보험료로 충당되며, 이 이외에도 국가가 정부보조금과 건강증진기금의 일정 부분을 지원해 주고 있다. 구체적으로 보험료는 직장가입자의 경우 근로자가 지급받는 보수를 기준으로 산정한 보수월액에 일정한 보험요율을 곱한 금액을 가입자와 사용자가 각각 절반씩 부담하고 있으며, 반면에 지역가입자의 경우 소득·재산·생활수준 등 부과요소별 점수를 합산하여 산출한 보험료부과점수에 점수당 단가를 곱하여 세대별로 부과하게 된다. 그리고 국가는 2002년 발효된 「건강보험 재정건전화 특별법」에 의거하여 지역가입자에 대한 보험급여비용과 운영비용의 35%를 국고에서 그리고 10%에 상당하는 금액을 국민건강증진기금에서 각각 지원해 오고 있다.

국민건강보험제도가 안정적으로 운영되기 위해서는 매년도 보험재정의 수입과 지출이 상호 균형을 유지할 수 있도록 하여야 한다. 이는 가입자가 부담하는 보험료와 국가의 지원금을 포함한 재정수입의 범위 내에서 급여지출이 이루어져야만 함을 의미한다. 아래의 <표 4-2-2>에서 볼 때 우리나라 국민건강보험제도의 재정수지는 2001년과 2002년 재정적자를 기록하였던 반면, 이후부터는 적어도 외견상으로 보았을 때 흑자 기조를 유지해 오고 있는 것으로 나타나고 있다. 하지만 이러한 재정수지의 흑자규모는 2004년 이후 축소되어 2007년에는 약 1,613억원에 불과하다가 2008년에는 약 1조 5,183억원으로 집계되었다.

<표 4-2-2> 국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이: 2001~2008

(단위 : 백만원)

연도	총수입			총지출		수지차액
	소계	보험료	국고	소계	보험급여비	
2001	11,928,330	8,856,158	2,624,980	14,105,819	13,195,616	-2,177,489
2002	14,305,319	10,927,688	3,013,934	14,798,463	13,823,665	-493,145
2003	17,466,651	13,740,851	3,423,829	15,972,379	14,893,489	1,494,272
2004	19,443,801	15,614,223	3,482,965	17,330,520	16,265,350	2,113,281
2005	21,091,074	16,927,714	3,694,802	20,146,104	18,393,587	944,969
2006	23,263,083	18,810,579	3,836,190	22,944,330	21,587,980	318,753
2007	26,049,843	21,728,700	3,671,795	25,888,502	24,560,092	161,341
2008	29,787,149	24,973,026	4,026,245	28,273,326	26,654,305	1,513,822

자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

이상에서 살펴본 바와 같은 건강보험 재정수지의 적신호는 주로 다음과 같은 현상에 기인을 하는 것으로 판단된다.

○ 건강보험 적용인구 1인당 보험료 부담 대비 급여비의 비율

적용인구 1인당 평균급여비의 증가속도가 1인당 평균 보험료부담액에 비해 상대적으로 빠르게 나타나고 있다는 점이다. 이러한 현상을 나타내는 지표로서 <표 4-2-3>에서 1인당 보험료 부담 대비 급여비의 비율을 살펴보면 그 비율은 2000년 이후 전체 비교기간 동안 지속적으로 100%를 초과하였으며, 2008년에는 103%를 기록하고 있다. 이를 달리 표현해 보면 2008년의 경우 개인별로 매년 수급하게 되는 급여비 총액 가운데 3% 정도는 자신이 납부하는 보험료로 충당이 되지 못하고 있다는 사실을 나타내고 있다.

<표 4-2-3> 국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2008

(단위: 천명, 백만원)

연도	적용인구	총보험료		총급여비		보험료부담 대비 급여비 비율
		1인당(원)	1인당(원)			
2001	46,091	8,856,158	192,145	12,940,603	280,762	1.46
2002	46,503	10,927,688	234,987	13,424,536	288,678	1.23
2003	46,963	13,740,851	292,592	14,755,199	314,191	1.07
2004	47,262	15,614,223	330,374	16,130,488	341,298	1.03
2005	47,404	16,927,714	357,094	17,988,570	379,473	1.06
2006	47,409	18,810,579	396,775	20,931,600	441,514	1.11
2007	47,681	21,728,700	455,714	23,955,697	502,420	1.10
2008	48,001	24,973,026	520,260	25,599,914	533,320	1.03

자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, '건강보험통계연보', 2009.

○ 건강보험에 대한 국가의 재정기여율

건강보험 재정에 대한 국가의 재정보조금은 <표 4-2-4>에서 나타난 바와 같이 그 규모 면에서 볼 때 2007년만을 예외로 할 경우 매년 일정수준 증가해 왔음을 알 수 있다. 하지만 전체 건강보험 재정수입에서 정부지원금

이 차지하는 비중은 매년 지속적으로 하락하는 것으로 나타나고 있다. 구체적으로 [그림 4-2-4]에 따르면 국고의 건강보험 재정기여율은 2001년 22.0%에서 매년 하락하여 2008년에는 13.5%로 거의 절반 수준으로 하락한 것을 보여주고 있다.

〈표 4-2-4〉 국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성: 2001~2008

(단위 : 백만원)

연도	건강보험 총수입 (A)	정부지원금 총계 (B)	지역국고지원금			담배부담금		
			소계	관리재정	보험재정	소계	지역배분금	직장배분금
2001	11,928,330	2,624,980	2,624,980	158,420	2,466,560	-	-	-
2002	14,305,319	3,013,934	2,574,723	129,883	2,444,840	439,211	197,645	241,566
2003	17,466,651	3,423,829	2,779,241	136,361	2,642,880	644,588	286,197	358,391
2004	19,443,801	3,482,965	2,856,652	140,452	2,716,200	626,313	268,062	358,251
2005	21,091,074	3,694,802	2,769,500	126,500	2,643,000	925,302	374,747	550,555
2006	23,263,083	3,816,190	2,869,770	113,270	2,756,500	966,420	367,240	599,180
2007	26,049,843	3,671,795	2,704,200	-	2,704,200	967,595	-	-
2008	29,787,149	4,026,245	3,002,300	-	3,002,300	1,023,945	-	-

자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

[그림 4-2-4] 국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율

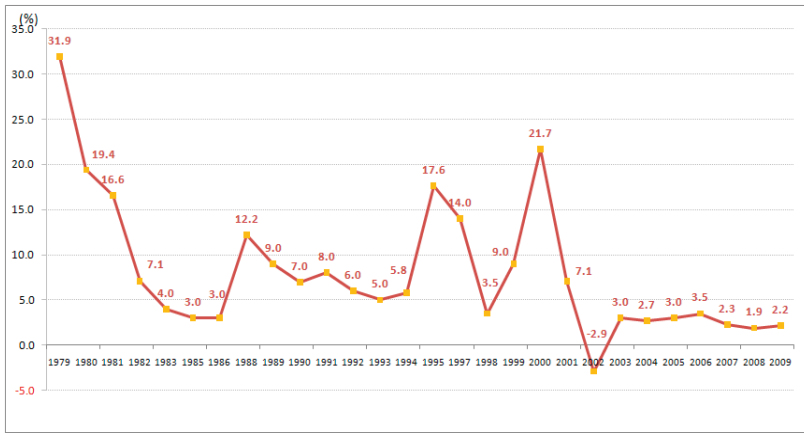


자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

○ 건강보험 수가인상률

건강보험의 재정에 직접적인 영향을 줄 수 있는 보험수가의 인상률은 [그림 4-2-5]에서 보는 바와 같이 2002년 이래 비교적 낮은 수준에서 안정성을 유지해 오고 있는 것으로 나타나고 있다. 하지만 이와 같은 보험수가 인상률의 억제에도 불구하고 인구구조의 급속한 고령화로 인한 노인성 및 만성질환자의 증가, 의료기술의 비약적인 발전 그리고 본인부담금이나 비급여 항목의 축소 등은 또 다른 차원에서 의료비지출의 증가요인으로 작용하게 되어 국민경제의 의료비부담을 가중하게 될 위험이 높다는 점에서 건강보험 재정안정성을 유지하기 위한 상시적인 정책 노력이 요구된다고 볼 수 있다.

[그림 4-2-5] 국민건강보험 수가 인상률의 변동추이: 1979~2009



자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

□ 건강보험 급여 실적

사회보험체로서 국민건강보험은 급여의 보장성과 관련하여 다음과 같은 요건을 충족하여야 한다. 첫째, 보편성의 차원에서 모든 국민들에게 동등한 제도적 혜택이 돌아갈 수 있도록 운영되어야 한다. 둘째, 충분성의 차원에서 질병이나 부상에 대한 진단, 치료, 예방, 재활 등 제반의 의료적 해

택이 개인별로 경제·사회적 신분이나 지위에 상관없이 충분한 수준으로 제공될 수 있도록 하여야 한다. 셋째, 적절성의 차원에서 자원의 낭비나 국민경제의 과도한 부담이 없이 가장 적절한 범위 내에서 의료 혜택이 돌아갈 수 있도록 하여야 한다.

아래의 <표 4-2-5>는 2008년 국민건강보험의 급여실적을 보여주고 있으며, 이와 관련한 중요한 특징을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 2008년 전체 진료건수는 약 1,117백만 건으로 이 중 직장이 약 726백만 건(65.0%) 그리고 지역이 약 391백만 건(35.0%)을 차지하고 있다. 여기서 진료건수에 있어서 직장과 지역의 차이는 앞서 <표 4-2-1>에서 살펴본 바와 같이 각각 영역에서 가입자 규모의 차이와 대체로 일치하는 것으로 나타나고 있다. 따라서 이러한 사실에서 볼 때 직장가입자와 지역가입자에게 있어서 의료기관 접근성의 격차문제는 이미 상당부분 해소되고 있는 것으로 판단된다.

둘째, 진료건당 기준으로 볼 때 진료비와 급여비는 각각 31,218원과 22,919원으로 그 격차는 8,299원으로 나타나고 있다. 이러한 현상은 직장과 지역을 구분해서 볼 때도 대체로 유사한 수준을 유지하고 있는 것으로 파악되고 있다. 셋째, 국민건강보험 전체 진료비 총액에서 공단부담금을 제외한 나머지의 부분에 대한 본인부담률은 26.6%로 역시 직장과 지역으로 구분해 볼 경우에도 대체로 비슷한 수준을 유지하고 있다. 하지만 전체 진료비 총액 가운데 1/4 이상을 개인이 부담하고 있다는 사실은 건강보험의 보장성 문제가 여전히 당면한 해결과제로 남아 있음을 알 수 있다.

<표 4-2-5> 국민건강보험 급여실적: 2008

(단위 : 천 원)

보험 종별	진료건수	건당 진료비(원)	건당 급여비(원)	진료비			
				총계(A)	공단부담금	본인부담금(B)	본인부담율 ($\frac{B}{A}$)
총계	1,116,962,832	31,218	22,919	34,868,956,687	25,599,914,275	9,269,042,412	0.266
직장	725,679,743	30,591	22,435	22,199,535,211	16,280,324,646	5,919,210,565	0.267
지역	391,283,089	32,379	23,818	12,669,421,476	9,319,589,629	3,349,831,847	0.264

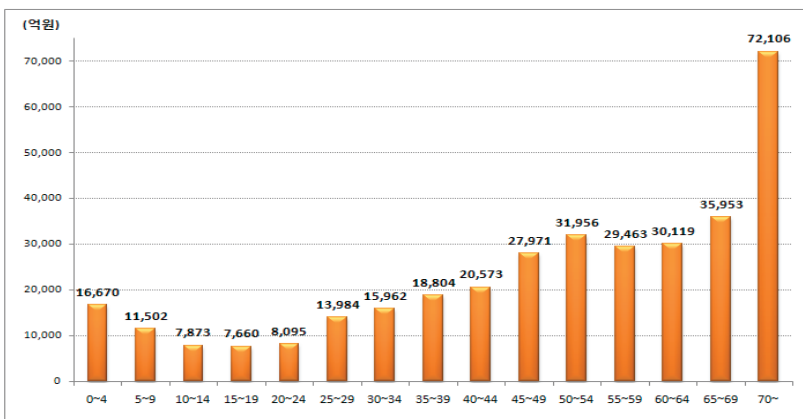
자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

□ 연령별 연간진료비총액 및 1인당 연간진료비

2008년 국민건강보험은 전체 48백만명에게 총 34.9조원에 상당하는 진료혜택을 제공하였다. 먼저 이러한 전체 연간 진료비 총액을 연령별로 구분하여 살펴보면 아래의 [그림 4-2-6]에서 보는 바와 같다. 전체적으로 볼 때 15~19세 연령계층의 연간진료비 총액이 가장 낮은 비중을 차지하고 있으며, 이후 연령이 증가할수록 점차 증가하여 최종적으로 70세 이상 연령계층의 연간진료비가 가장 높게 나타나고 있다. 그리고 70세 이상 연령계층의 연간 진료비 총액은 15~19세 연령계층의 경우와 비교해서 볼 때 무려 9.4배 가량 높은 것으로 기록되고 있다.

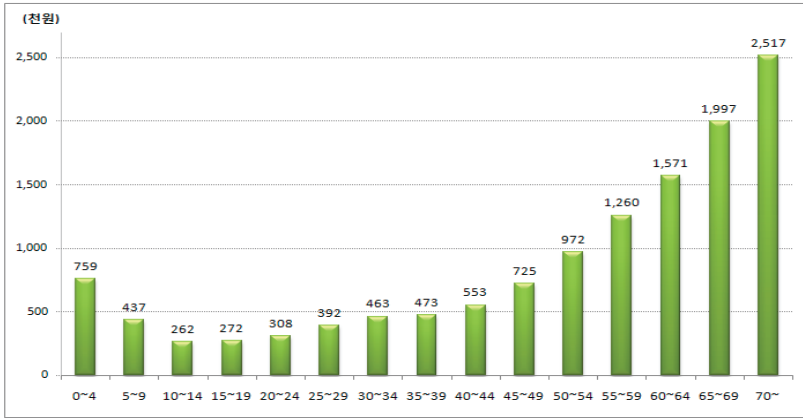
다음으로 1인당 연간진료비를 다시 연령별로 구분하여 살펴보면 아래의 [그림 4-2-7]에서 보는 바와 같다. 전체적으로 볼 때 10~14세 연령계층의 경우 1인당 연간진료비는 약 262천원으로 가장 낮은 수준을 보이고 있으며, 이후 연령이 높아질수록 점차 증가하여 최종적으로 70세 이상 고령계층의 경우 그 금액은 약 2,517천원으로 나타나고 있다. 그리고 70세 이상 고령계층 1인당 연간진료비를 10~14세의 경우와 비교해서 보면 그 비율은 무려 9.6배의 수준을 보이고 있다.

[그림 4-2-6] 연간진료비 총액의 연령별 분포 현황: 2008



자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

[그림 4-2-7] 1인당 연간진료비의 연령별 분포: 2008



자료: 보건복지가족부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2009.

이상의 내용에서 볼 때 평균수명의 연장과 출산율의 감소 등으로 인하여 인구구조의 고령화가 빠르게 진행될 경우 건강보험의 재정수지가 심각하게 위협받게 될 확률이 높다. 따라서 중장기적으로 고령화 사회에 대비하여 건강보험의 재정건전성 유지를 위한 제도적 개혁방안과 재정확충방안이 시급하게 요구되고 있음을 알 수 있다.

나. 공적연금

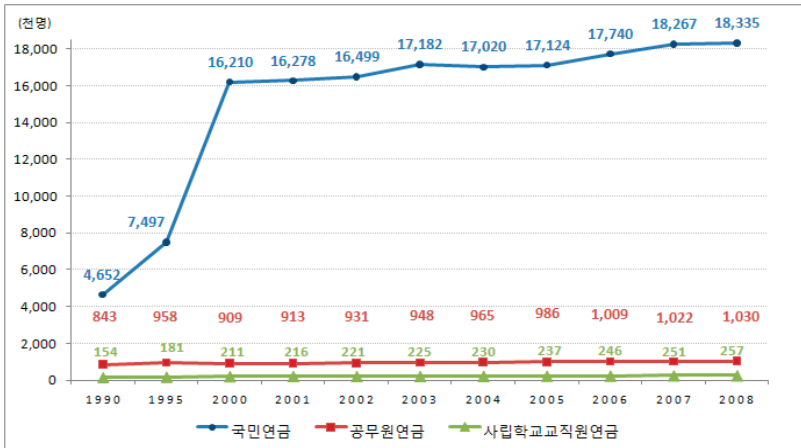
□ 공적연금제도별 적용인구와 구성비

공적연금제도는 노령, 장애, 부양자의 사망 등으로 인한 소득단절문제를 사회보험의 원리와 세대간 연대의 원리에 입각하여 해결할 수 있도록 함으로써 가입자와 그 가족의 생활안정을 보장해 주기 위한 목적으로 운영되는 제도이다. 이러한 제도적 보장을 받을 수 있기 위한 전제조건으로서 사전적으로 제도의 가입과 보험료의 납부가 선행되어야만 한다.

우리나라의 공적연금제도는 직역별 구분에 따라 일반국민들을 대상으로 하는 국민연금제도 그리고 특수직역연금제도인 공무원연금제도, 군인연금제

도와 사립학교교직원연금제도로 구성되어 있다. 이러한 공적연금제도 가입자의 규모 그리고 제도별 구성비는 아래의 <표 4-2-6> 그리고 [그림 4-2-8]에서 보는 바와 같이 시기적으로 큰 변화를 보이고 있다.

[그림 4-2-8] 공적연금 가입자의 제도별 구성에 대한 변화 추이: 1990~2008



자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009. 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

<표 4-2-6> 공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비: 1990~2008

(단위 : 천명, %)

연도	전체		국민연금		공무원연금		사립학교교직원연금	
	계	비율	가입자	비율	가입자	비율	가입자	비율
1990	5,649	100.0	4,652	82.3	843	14.9	154	2.7
1995	8,636	100.0	7,497	86.8	958	11.1	181	2.1
2000	17,330	100.0	16,210	93.5	909	5.2	211	1.2
2001	17,407	100.0	16,278	93.5	913	5.2	216	1.2
2002	17,651	100.0	16,499	93.5	931	5.3	221	1.3
2003	18,355	100.0	17,182	93.6	948	5.2	225	1.2
2004	18,215	100.0	17,020	93.4	965	5.3	230	1.3
2005	18,348	100.0	17,124	93.3	986	5.4	237	1.3
2006	18,995	100.0	17,740	93.4	1,009	5.3	246	1.3
2007	19,539	100.0	18,267	93.5	1,022	5.2	251	1.3
2008	19,623	100.0	18,335	93.4	1,030	5.3	257	1.3

자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009. 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

먼저 공적연금제도별 가입자의 규모를 살펴보면 1990년의 경우 국민연금 465만명, 공무원연금 84만명 그리고 사립학교교직원연금 15만명으로 총 565만명이 공적연금제도에 가입을 하였던 것으로 나타나고 있다. 이후 그 규모는 빠르게 확대되어 2008년의 경우 국민연금 1,834만명, 공무원연금 103만명 그리고 사립학교교직원연금 26만명으로 총 1,962만명이 공적연금제도에 가입을 하고 있는 것으로 확인되고 있다. 이러한 가입자 규모의 확대는 특히 국민연금제도에서 두드러지게 나타나 1990년에서 2008년 사이 약 3.5배 정도 증가한 실적을 보이고 있다. 이와 같은 현상은 무엇보다도 국민연금제도의 경우 1988년 최초 도입 당시 의무적용의 대상을 10인 이상 사업장의 근로자에서 1992년 5인 이상 사업장 근로자, 1995년 농어민 및 농어촌지역 주민 그리고 1999년 도시지역 자영업자와 주민으로 지속적으로 확대되었던 제도적 성과의 결과로 판단된다.

다음으로 공적연금제도 가입자의 제도별 가입구성비를 살펴보면 1990년의 경우 전체 가입자들 가운데 국민연금의 가입비중이 82.3%, 공무원연금 14.9% 그리고 사립학교교직원연금 2.7%의 순으로 나타나고 있다. 하지만 이후 국민연금제도의 경우 꾸준한 가입대상의 확대 조치로 인해 2008년 현재 국민연금 가입자의 비중은 전체 공적연금제도 가입자의 93.4%로 1990년의 경우에 비해 10% 이상 확대되었으나, 공무원연금이나 사립학교교직원연금의 경우 각각 5.3%와 1.3%로 그 비중이 지속적으로 하락해 오고 있다.

□ 공적연금제도별 제도부양비율

공적연금제도의 성숙도는 제도별로 가입자 대비 수급자의 비율을 나타내는 제도부양비율을 통해 가늠해 볼 수 있으며, 나아가 이는 제도의 재정적 건전성을 판단해 볼 수 있는 중요한 지표로 활용될 수도 있다. 특히 후자의 관점에서 볼 때 제도부양비율은 단순히 15~64세 인구 대비 65세 이상 인구의 비중을 나타내는 노인부양비율(old-age dependency ratio)에 비해

공적연금제도의 재정적 상황이나 장래전망을 보다 직접적으로 보여줄 수 있는 보다 유효한 지표가 될 수 있을 것으로 판단된다.

아래의 <표 4-2-7>과 [그림 4-2-9]에서 볼 때 우리나라 공적연금제도들의 제도부양비율은 공히 꾸준히 증가해 오고 있음을 알 수 있다. 특히 주목할 만한 점으로서 개별 제도별로 제도부양비율의 격차는 제도의 도입 역사와 일정한 관련성을 보이고 있다는 사실이다. 그 사례로서 1960년에 도입된 공무원연금제도의 제도부양비율은 2008년 현재 27%로 가장 높게 나타나고 있으며, 다음으로 국민연금(1988년)과 사립학교교직원연금(1975년)의 경우 그 비율이 각각 14%와 12%의 순으로 나타나고 있다. 여기서 제도 도입이 늦은 국민연금이 사립학교교직원연금보다 제도 부양비율이 상대적으로 높게 나타나고 있는 주요 이유로는 ①국민연금의 경우 최소가입요건이 10년으로 사립학교교직원연금의 20년에 비해 상대적으로 짧다는 점 그리고 ②제도 도입 초기 5년 가입요건을 충족하면 지급되었던 특례노령연금제도의 운영 등에 따른 결과로 판단된다.

<표 4-2-7> 공적연금제도별 가입자 대비 수급권자의 비율: 1990~2008

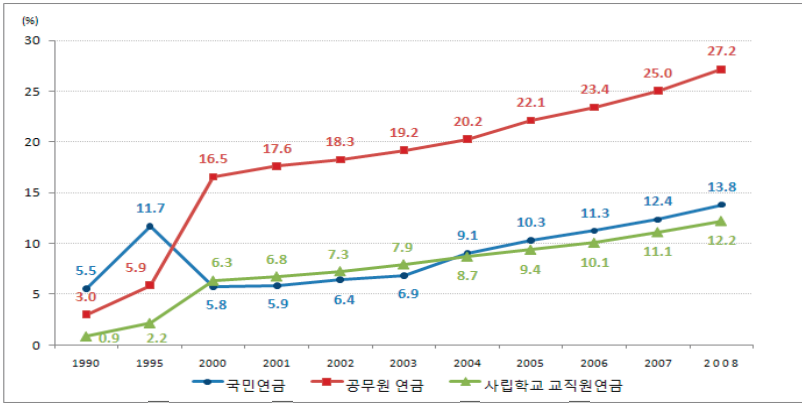
(단위 : 천명, %)

연도	가입자			수급권자			제도부양비율		
	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원연금	국민연금	공무원 연금	사립 학교 교직원연금	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원연금
1990	4,652	843	154	257	25	1	5.5	3.0	0.9
1995	7,497	958	181	878	56	4	11.7	5.9	2.2
2000	16,210	909	211	934	150	13	5.8	16.5	6.3
2001	16,278	913	216	956	161	15	5.9	17.6	6.8
2002	16,499	931	221	1,059	170	16	6.4	18.3	7.3
2003	17,182	948	225	1,177	182	18	6.9	19.2	7.9
2004	17,020	965	230	1,542	195	20	9.1	20.2	8.7
2005	17,124	986	237	1,767	218	22	10.3	22.1	9.4
2006	17,740	1,009	246	1,996	236	25	11.3	23.4	10.1
2007	18,267	1,022	251	2,257	256	28	12.4	25.0	11.1
2008	18,335	1,030	257	2,534	280	31	13.8	27.2	12.2

자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009.

사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

[그림 4-2-9] 공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이: 1990~2008



자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009. 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

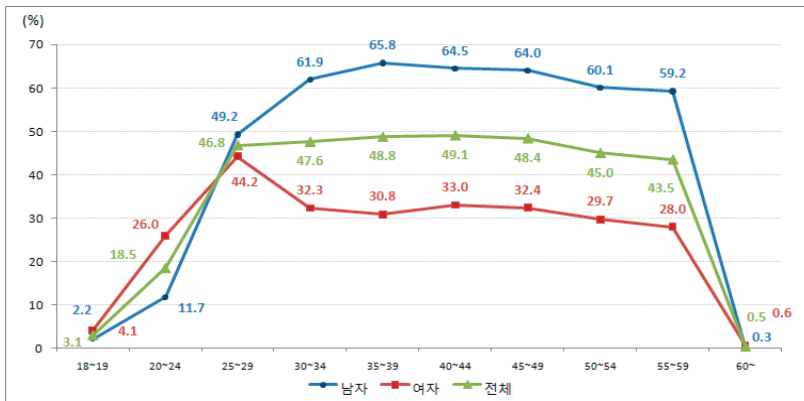
□ 국민연금 가입자 비율

사회보험의 원리로 운영되는 국민연금제도에 있어서 개인들이 노후생활 안정을 위해 충분한 수준의 연금급여를 확보할 수 있기 위해서는 일생동안 안정된 가입경력을 유지할 수 있어야만 한다. 이를 측정할 수 있는 지표로서 국민연금 가입자 비율은 연령구간별로 전체 인구 가운데 국민연금 가입자가 차지하는 비중으로 측정될 수 있으며, 이러한 지표를 통하여 개인별로 생애기간 동안 국민연금 가입경력이 얼마나 안정적으로 유지되고 있는지를 우회적으로 가늠해 볼 수 있는 척도로서도 활용이 될 수 있다.

다음의 [그림 4-2-10]은 2008년 현재 국민연금제도 가입자 비율을 성별 그리고 연령별로 구분하여 보여주고 있으며, 여기서의 중요한 특징들을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 절대적 규모의 측면에서 남성의 국민연금 가입규모가 여성의 경우에 비해 월등하게 높게 나타나고 있다는 점이다. 일례로 2008년의 경우 남성의 국민연금 가입자 규모는 853만명으로 여성 478만명의 1.8배 가량을 차지하고 있다. 둘째, 성별 구분이 없이 전체 국민연금 가입자 비율의 연령별 변화추이를 살펴보면 25세 이후 59세 사이 연령

계층의 경우 개별 연령계층 해당인구의 대략 절반이 국민연금제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 셋째, 남성에게 있어서 국민연금 가입자 비율은 연령이 증가함에 따라 점차 상승하여 30~59세 사이 남성의 경우 해당 연령계층 인구의 대략 60%가 국민연금제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 넷째, 여성의 국민연금 가입자 비율은 남성의 경우와는 달리 혼인연령에 해당되는 25~29세에서 최고수준인 44.2%에 도달한 이후, 30세부터 59세 사이 연령구간에 있어서는 대략 30% 내외의 수준을 유지해 오고 있다.

[그림 4-2-10] 국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이: 2008



자료: 보건복지가족부, 국민연금정책과 / 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009.

주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.

이상의 내용을 토대로 하여 살펴볼 때 전체 국민연금 적용연령 인구들 가운데 대략 절반만이 실제로 제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 제도 적용의 공백현상은 특히 여성에게 있어서 두드러지게 높게 나타나고 있으며, 이는 무엇보다도 여성의 경우 임신·출산·육아 등을 포함한 제반의 가사부담으로 인하여 경제활동은 물론 국민연금제도의 가입경력에 있어서 상당한 제약을 받고 있음을 알 수 있다. 따라서 여성의 경우 독자적인 연금수급권보다는 파생적인 연금수급권이 노후생활에 있어서 중

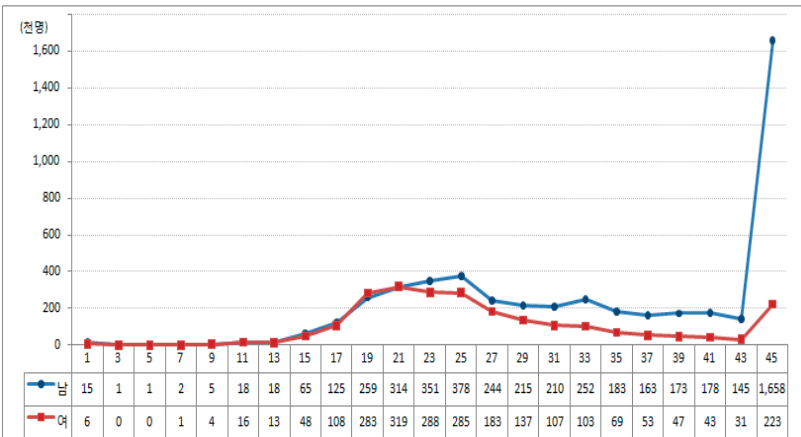
요한 역할을 하게 되는 것을 알 수 있다. 하지만 근래에 들어와 이혼 등과 같은 가족해체의 사례가 빈번하게 발생하고 있는 점을 감안해 볼 때 이와 같은 현상은 노후빈곤의 위험에 있어서 여성이 남성에 비해 절대적으로나 상대적으로 높게 노출될 가능성이 높다는 사실을 시사해 주고 있다.

□ 국민연금 가입계층의 표준소득월액 등급별 분포

국민연금 가입자 개인별로 연금급여의 수준은 가입기간과 그 기간 동안 생애소득의 평균값에 의해 결정이 된다. 이러한 차원에서 볼 때 개인별로 국민연금 가입기간 동안의 소득흐름은 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 매우 중요한 결정요인이 될 수 있음을 알 수 있다.

아래의 [그림 4-2-11]에서는 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별 분포를 성별로 구분하여 보여주고 있다. 이에 의하면 전체 45개 소득등급 가운데 그 중간이 되는 22등급 이후부터 고소득 등급으로 갈수록 남성의 숫자가 여성에 비해 현저하게 높게 나타나고 있음을 알 수 있다. 이러한 남녀간 가입소득의 격차는 특히 최고소득인 45등급에서 가장 극명하게 나타나고 있다는 점을 보여주고 있다.

[그림 4-2-11] 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별 · 성별 구성: 2008



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009.

이상을 종합해 보면 국민연금 가입소득의 측면에서 남성이 여성에 비해 상대적으로 유리한 것으로 나타나고 있으며, 동시에 국민연금 가입기간의 측면에 있어서도 역시 남성이 여성에 비해 상대적으로 길게 나타나고 있는 것으로 파악되고 있다. 따라서 노후소득의 적절성이나 충분성 차원에서 볼 때 여성이 남성에 비해 절대적으로나 상대적으로 불리하여, 장차 여성의 노후빈곤문제가 심각하게 제기될 우려가 높음을 짐작해 볼 수 있다.

□ 국민연금 가입자의 종별 구성

국민연금의 가입대상은 국내에 거주하는 18세 이상 60세 미만의 국민으로 하되, 특수지역에 종사하여 별도의 공적연금에 가입하고 있는 공무원, 군인 그리고 사립학교교직원 등은 제외된다. 국민연금 가입자는 본인의 의사와는 상관없이 강제가입이 적용되는 사업장가입자와 지역가입자 그리고 본인의 판단에 따라 가입의 선택권이 주어지는 임의가입자와 임의계속가입자로 구분하고 있다.

국민연금은 1988년 10인 이상 사업장 근로자를 대상으로 최초로 도입된 이후 1995년 농어민 및 농어촌지역 주민 그리고 1999년 도시지역 자영업자와 주민들에게까지 확대 적용되어 이후부터 전국민연금시대를 유지해 오고 있다. 아래의 <표 4-2-8>은 국민연금 가입자의 종별 구성에 대한 연도별 추이를 보여주고 있으며, 그 특징을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 국민연금 총가입자의 규모는 1988년 443만명에서 2008년 현재 1,834만명으로 4배 이상 증가한 것으로 나타나고 있다. 둘째, 국민연금 가입자를 종별로 구분하여 살펴보면 사업장가입자의 경우 꾸준히 증가하여 2008년 현재 949만명을 기록하고 있는 반면, 지역가입자는 2000년 1,042만명에서 2008년 878만명으로 줄어든 것으로 나타나고 있다. 셋째, 지역가입자의 경우 실제 제도 가입의 여부에 따라 소득신고자와 납부예외자로 구분이 되며, 그 구성을 살펴보면 다음과 같은 특징을 발견할 수 있다. 지역가입 대상자로서 소득신고자의 규모는 2002년 이래 지속적으로 감소하고 있는 반면, 납부에

외지는 그 규모가 꾸준히 확대되어 오고 있다는 점이다. 이에 따라 2008년의 경우 납부예외자가 무려 503만명으로 전체 지역가입자의 57% 그리고 국민연금 총가입자의 27%를 차지하여 노후소득보장에 있어서 중대한 결함을 보이고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-2-8〉 국민연금 가입자의 종별 구성 현황의 연도별 추이: 1988~2008

(단위 : 천명)

연도	총가입자수	사업장가입자	지역가입자		임의가입자	임의계속가입자
			소득신고자	납부예외자		
1988	4,433	4,431	-	-	1	0
1995	7,497	5,542	1,651	239	49	16
2000	16,210	5,676	5,973	4,446	34	80
2001	16,278	5,952	5,704	4,476	30	116
2002	16,499	6,288	5,754	4,250	27	179
2003	17,182	6,959	5,399	4,565	24	235
2004	17,070	7,581	4,730	4,683	22	55
2005	17,124	7,950	4,489	4,634	27	24
2006	17,740	8,605	4,150	4,936	27	22
2007	18,267	9,149	3,956	5,107	27	27
2008	18,335	9,493	3,756	5,026	28	33

자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009.

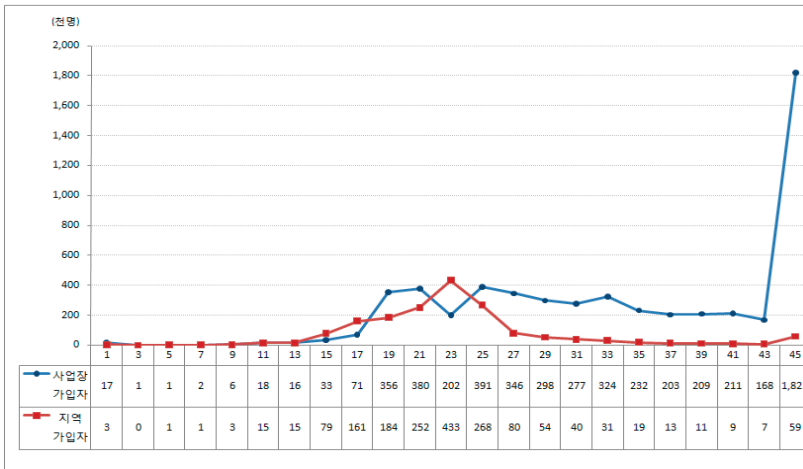
□ 국민연금 사업장가입자와 지역가입자의 소득등급별 분포

국민연금제도의 적용대상은 한편으로는 제도적 보호를 받을 수 있는 권리나 자격을 가지게 되는 동시에, 다른 한편으로는 보험료의 납부의무가 부과된다. 이 경우 보험료의 납부는 법률로 정한 45등급별 표준소득월액을 기준으로 이루어지게 되며, 동시에 이러한 표준소득월액은 개인별로 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 중대한 영향을 미치게 된다.

아래의 [그림 4-2-12]는 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별 분포를 사업장가입자와 지역가입자로 구분하여 보여주고 있다. 전체적으로 볼 때

중간소득 등급인 23등급 이내 저소득계층의 경우 사업장가입자와 지역가입자의 소득분포는 대체로 상호 유사한 형태를 보이고 있다. 하지만 24등급 이상의 중상위 소득구간의 경우 사업장가입자의 분포가 지역가입자를 뚜렷하게 능가하고 있으며, 특히 최고 소득구간인 45등급 이상의 경우 그 격차를 극명하게 보여주고 있다. 그림에서 보는 바와 같이 2008년 현재 45등급에 해당되는 사업장가입자의 수는 무려 182만명에 해당되는 반면, 지역가입자의 경우 그 규모가 겨우 6만여명에 불과한 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-12] 국민연금 가입자의 종별·표준소득월액 등급별 현황: 2008



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009.

□ 국민연금 외국인 가입자의 현황

사회보험제도로서 국민연금은 보편성의 원칙에 입각하여 내국인은 물론 외국인에 대해서도 동등한 제도 가입의 자격을 보장해 주어야만 한다. 외국인으로서 국민연금 가입자의 규모는 매년 지속적으로 증가해 오고 있으며, 2008년 현재 15만명 가량에 달하고 있다. 그리고 이 중 사업장가입자가 전체의 99% 이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 4-2-9〉 국민연금 외국인 가입자의 변동 추이, 2000~2008년

(단위 : 명)

연도	총가입자수	사업장 가입자	지역가입자		
			소계	소득신고자	납부예외
2000	11,559	9,429	2,130	510	1,620
2001	13,979	11,926	2,053	418	1,635
2002	19,089	17,383	1,706	343	1,363
2003	26,411	24,867	1,544	315	1,229
2004	71,116	69,563	1,553	240	1,313
2005	65,386	64,030	1,356	171	1,185
2006	97,643	96,620	1,023	258	765
2007	119,298	118,239	1,059	270	789
2008	145,181	144,417	764	217	547

자료: 국민연금공단, 「국민연금통계연보」, 2009.

□ 공적연금의 재정수지: 적립기금의 규모와 적립배율

공적연금제도는 주로 단기성 위험(실업, 질병, 산재 등)을 대상으로 하는 사회보장제도와는 달리 노령, 장애 및 부양자의 사망과 같은 장기성 위험을 대상으로 운영되고 있다. 따라서 이와 같은 사회보장제도에 있어서 재정운영의 안정성은 제도의 지속가능성과 수급권의 보장에 중대한 영향을 미칠 수 있다.

아래의 <표 4-2-10>은 공적연금제도별로 재정수지의 변화추이를 보여주고 있다. 표에 의하면 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 재정지출에 비해 재정수입이 상대적으로 크게 나타나 매년도 재정수지의 흑자 규모가 점차 확대되는 추세를 보이고 있다. 이에 따라 <표 4-2-11>에서 보는 바와 같이 적립기금의 규모는 매년 꾸준히 증가하여 2008년 말 현재 국민연금의 경우 약 238조원 그리고 사립학교교직원연금의 경우 9.0조원에 달하고 있다. 그리고 매년도 적립기금 대비 연금재정지출의 비율을 나타내는 적립배율은 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 2008년 말 현재 각각 36.0배, 6.5배로 나타나고 있다. 반면에 공무원연금의 경우 이미 2003년부터 매년도 재정수입과 지출이 상호 일치하는 부과방식의 속성을 보이고 있으며, 적립기금의 규모는 2008년 말 현재 약 4.7조원을 기록하고 있다. 그리고 공

무원연금의 적립배율은 0.6배로 우리나라 공적연금제도들 가운데 재정적 기반이 가장 취약한 것으로 나타나고 있다.2)

〈표 4-2-10〉 공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이, 2000~2008년

(단위 : 10억원)

연도	국민연금			공무원연금			사립학교교직원연금		
	수입	지출	수지차액	수입	지출	수지차액	수입	지출	수지차액
2000	15,301	1,671	13,630	3,437	4,383	-946	910	787	124
2001	16,711	1,672	15,039	3,519	3,519	0	1,103	530	573
2002	19,182	2,036	17,146	3,951	3,574	378	1,213	631	582
2003	21,976	2,463	19,513	4,414	4,414	0	1,328	704	624
2004	23,956	3,247	20,709	4,926	4,926	0	1,366	773	593
2005	26,972	3,967	23,005	5,899	5,899	0	1,682	802	879
2006	30,695	4,763	25,932	6,178	6,178	0	1,601	946	655
2007	35,399	5,606	29,793	6,805	6,805	0	1,870	1,053	817
2008	32,348	6,605	25,743	7,829	7,829	0	1,729	1,393	336

자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009. 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

〈표 4-2-11〉 공적연금제도별 적립기금의 변화추이, 2000~2008년

(단위: 백만원)

연도	국민연금		공무원연금		사립학교교직원연금	
	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율
2000	60,869,840	36.43	1,775,152	0.40	3,952,223	5.02
2001	75,909,181	45.41	2,089,636	0.59	4,524,899	8.53
2002	93,055,244	45.71	2,727,627	0.76	5,106,621	8.10
2003	112,567,689	45.70	3,067,505	0.69	5,730,449	8.14
2004	133,276,917	41.05	3,321,784	0.67	6,323,508	8.18
2005	156,282,864	39.40	3,829,452	0.65	7,202,930	8.98
2006	182,214,202	38.25	4,222,904	0.68	7,857,311	8.31
2007	212,006,745	37.81	4,804,308	0.71	8,674,263	8.24
2008	237,750,006	36.00	4,686,096	0.60	9,010,591	6.47

주: 1)적립배율이란 매년도 말 적립기금을 그 해의 보험재정지출로 나눈 값을 의미함
 자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009. 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

2) 이러한 연금계정의 취약성은 군인연금에서 더욱 높게 나타나고 있는 것으로 알려지고 있으나, 이와 관련한 실제적 통계자료는 밝혀지지 않고 있음.

□ 공적연금제도별 연금수급자의 규모

공적연금제도가 이미 성숙된 서구 선진국들의 경우 연금은 노후생활에 있어서 필수적인 부분으로 자리를 차지하고 있다. 이러한 차원에서 볼 때 우리나라의 경우 비록 공적연금제도의 역사가 아직 짧지만 시간이 경과함에 따라 연금수급권자들의 규모가 꾸준히 증가해 오고 있는 것을 발견할 수 있다. 1990년의 경우 연금수급권자는 국민연금 257,318명, 공무원연금 25,396명 그리고 사립학교교직원연금 1,345명으로 총 284,059명에 불과하였던 것으로 나타나고 있다. 하지만 이후 2008년의 경우 연금수급권자는 국민연금에서만 253만명, 공무원연금 28만명 그리고 사립학교교직원연금 3만명으로 총 285만명을 기록하여 급속한 제도적 성숙의 과정을 시사해 주고 있다.

〈표 4-2-12〉 공적연금 가입자/수급권자수-연금형태별: 1990~2008

(단위 : 명)

연도	가입자			수급권자		
	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원 연금	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원 연금
1990	4,651,678	843,262	153,922	257,318	25,396	1,345
1995	7,496,623	957,882	181,128	878,102	56,343	3,950
2000	16,209,581	909,155	210,864	933,720	150,463	13,382
2005	17,124,449	986,339	236,726	1,766,589	218,006	22,206
2007	18,266,742	1,021,771	250,652	2,256,912	255,565	27,816
2008	18,335,409	1,030,256	256,840	2,534,114	279,766	31,325

자료: 국민연금공단, 「국민연금통계연보」, 2009. 공무원연금공단, 「공무원연금통계연보」, 2009. 사립학교교직원연금관리공단, 「사학연금통계연보」, 2009.

□ 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여

공적연금제도는 노령, 장애, 사망 등 보험사고로 인해 소득의 단절문제가 발생하게 되었을 경우 별도의 대체소득인 연금급여를 제공함으로써 가입자나 그 가족의 생활안정을 보장해 주는 기능을 하게 된다. 이 경우 지급되는 연금급여는 빈곤방지의 기능은 물론 종전생활수준보장의 기능도 동시에

수행하게 된다. 하지만 일반적으로 보험의 원리를 바탕으로 운영되는 공적 연금제도의 경우 특성상 종전생활수준보장의 기능이 정책적 우선순위를 차지하게 된다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 의미에서 볼 때 국가는 공적연금제도의 급여수준이 충실성과 적절성의 요건을 충족할 수 있도록 하기 위한 정책적 노력의 의무를 가지게 된다.

〈표 4-2-13〉 공적연금제도별 노령(퇴직), 유족 급여지출현황: 2000~2008

(단위 : 명, 백만원)

	연도	노령(퇴직)연금 ¹⁾			유족연금		
		수급자수	금액	평균연금액	수급자수	금액	평균연금액
국민연금	2000	482,042	651,368	1.35	118,501	203,052	1.71
	2001	602,197	973,630	1.62	145,717	243,929	1.67
	2002	717,488	1,254,730	1.75	171,186	293,950	1.72
	2003	819,800	1,533,339	1.87	198,343	352,651	1.78
	2004	1,156,098	1,987,451	1.72	226,806	417,886	1.84
	2005	1,349,626	2,531,536	1.88	254,116	484,577	1.91
	2006	1,517,649	3,103,161	2.04	286,656	570,601	1.99
	2007	1,731,560	3,857,709	2.23	320,377	645,401	2.01
	2008	1,949,867	4,765,528	2.44	353,594	731,358	2.07
국민연금 장기연금	2000	140,387	3,129,999	22.30	9,412	138,178	14.68
	2001	148,884	2,752,259	18.49	11,089	150,981	13.62
	2002	155,863	2,851,034	18.29	12,844	180,151	14.03
	2003	165,483	3,455,501	20.88	14,871	227,057	15.27
	2004	176,799	3,795,251	21.47	17,007	261,940	15.40
	2005	196,820	4,367,171	22.19	19,197	300,023	15.63
	2006	212,560	4,682,451	22.03	21,475	340,009	15.83
	2007	229,157	5,160,317	22.52	24,006	380,268	15.84
	2008	239,199	5,819,764	24.33	25,395	429,814	16.93
국민연금 사립학교교직원연금	2000	12,628	191,986	15.20	734	8,853	12.06
	2001	13,708	229,788	16.76	904	11,078	12.25
	2002	14,924	265,001	17.76	1,104	13,915	12.60
	2003	16,542	342,790	20.72	1,316	18,707	14.22
	2004	18,444	403,581	21.88	1,525	22,472	14.74
	2005	20,414	470,738	23.06	1,743	27,161	15.58
	2006	22,638	542,627	23.97	2,011	32,396	16.11
	2007	25,459	631,301	24.80	2,292	37,651	16.43
2008	28,673	736,538	25.69	2,580	43,423	16.83	

주: 1) 국민연금은 노령연금을, 공무원연금과 사립학교교직원 연금은 퇴직연금을 의미함
 자료: 국민연금공단, '국민연금통계연보', 2009. 공무원연금공단, '공무원연금통계', 2009.
 사립학교교직원연금관리공단, '사학연금통계연보', 2009.

우리나라 공적연금제도들의 경우 도입의 역사 그리고 제도별로 보험료의 수준과 급여산식이 상호 차이를 보여 연금급여의 수준 또한 제도별로 격차를 보이고 있다.

먼저 국민연금의 경우 노령연금의 평균연금액은 2000년 135만원에서 2008년에는 244만원으로 증가하여 80.7%가 증가하였으며, 유족연금은 2000년 171만원에서 2008년에는 207만원으로 증가하여 21.1%가 증가하였다.

공무원연금의 경우는 퇴직연금의 평균연금액은 2000년 2,230만원에서 2008년에는 2,433만원으로 증가하여 9.1%가 증가하였으며, 유족연금은 2000년 1,468만원에서 2008년에는 1,693만원으로 증가하여 15.3%가 증가하였다.

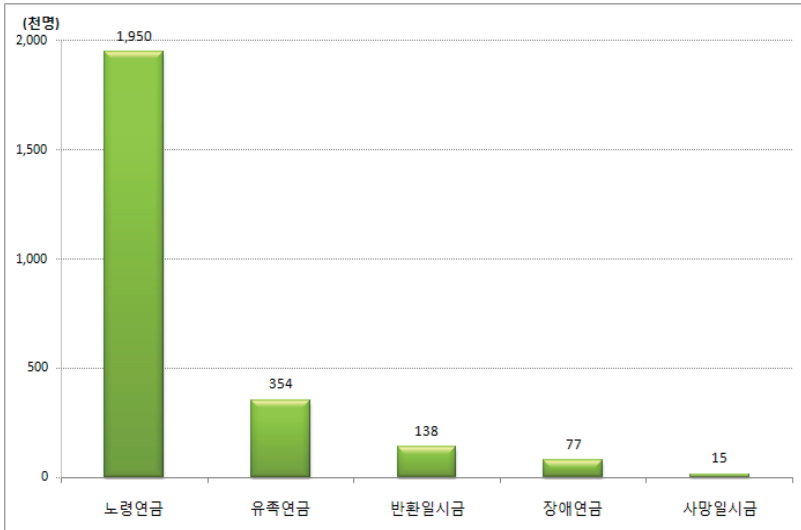
사립학교교직원연금의 경우 퇴직연금의 평균연금액은 2000년 1,520만원에서 2008년에는 2,569만원으로 증가하여 69.0%가 증가하였으며, 유족연금은 2000년 1,206만원에서 2008년에는 1,683만원으로 증가하여 39.6%가 증가하였다.

2008년 현재 공무원과 사립학교교직원 평균연금은 비슷한 수준인 반면 국민연금과는 큰 격차를 보이고 있다.

□ 국민연금 급여 종류별 수급지수 및 급여지급 현황

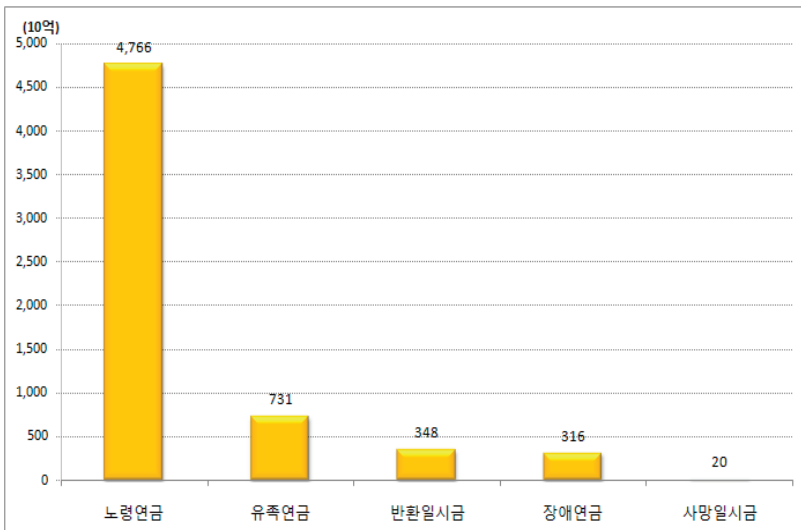
국민연금은 노령, 장애, 사망 등과 같은 보험사고의 발생 시 가입자들에게 장기성 급여로서 노령연금, 장애연금, 유족연금을 제공하거나, 이와 같은 연금급여의 수급요건을 충족하지 못한 가입자들에게는 반환일시금이나 사망일시금을 지급하게 된다. 먼저 [그림 4-2-13]을 토대로 연금급여 종류별 수급자의 분포를 살펴보면 2008년 현재 노령연금 수급지수가 약 195만명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 유족연금, 반환일시금의 순을 보이고 있다. 다음으로 [그림 4-2-14]에서 연금급여 종류별 급여지급총액을 살펴보면 역시 노령연금이 4조 7,655억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 유족연금 7,314억원, 반환일시금 3,480억원 등의 순으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-13] 국민연금 급여종류별 수급자수: 2008



자료: 국민연금관리공단, '국민연금통계연보', 2009.

[그림 4-2-14] 국민연금 급여종류별 급여지급 현황: 2008



자료: 국민연금관리공단, '국민연금통계연보', 2009.

다. 산재보험제도

□ 산재보험제도의 적용 현황

산재보험제도는 산업재해나 직업병으로 인해 발생하게 되는 신체적 피해와 경제적 비용을 신속하게 보상하여 피해근로자와 그 가족의 생계를 보장하고, 나아가 이들의 의료·직업·사회재활을 지원하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 그리고 산재보험제도는 산재사고로 인한 기업의 보상책임을 사용자들 상호간 연대의 원리를 토대로 비용을 분산시킴으로써 기업의 안정적인 사업운영과 산업평화의 유지를 지원하는 기능도 수행하고 있다.

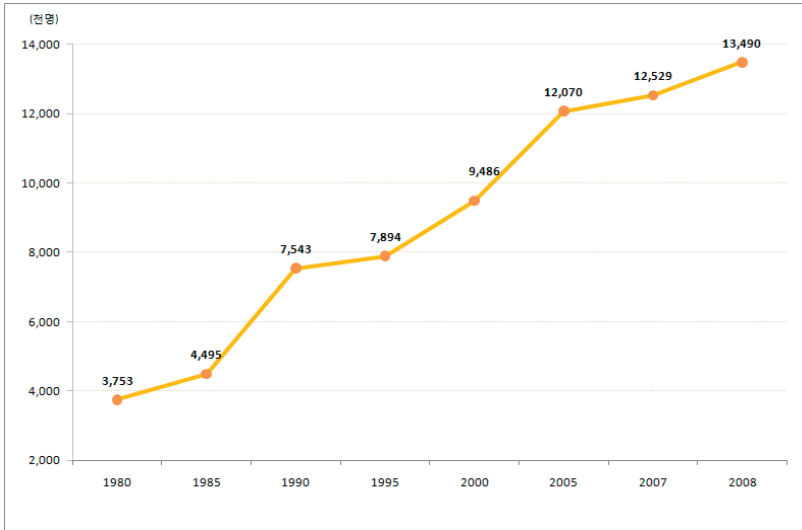
우리나라의 산재보험제도는 경제개발이 본격적으로 시작되던 시기인 1964년 최초로 실시되었으며, 도입 당시 제도의 적용은 근로기준법이 적용되던 광업과 제조업의 500인 이상 사업장을 대상으로 하였다. 이후 적용대상은 지속적으로 확대되어 오늘날에 와서는 원칙적으로 모든 사업 또는 사업장을 적용범위로 하고 있으며, 사회보험의 취지에 따라 강제가입을 원칙으로 하고 있다.

〈표 4-2-14〉 산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이: 1980~2008

(단위 : 천명, 개소)		
연도	산재보험적용 근로자수	산재보험적용 사업체수
1980	3,753	63,100
1985	4,495	66,803
1990	7,543	129,687
1995	7,894	186,021
2000	9,486	706,231
2005	12,070	1,175,606
2007	12,529	1,429,885
2008	13,490	1,594,793

자료: 노동부, '2009 노동통계연감', 2009.

[그림 4-2-15] 산업재해보상법 적용근로자의 연도별 변화추이: 1980~2008

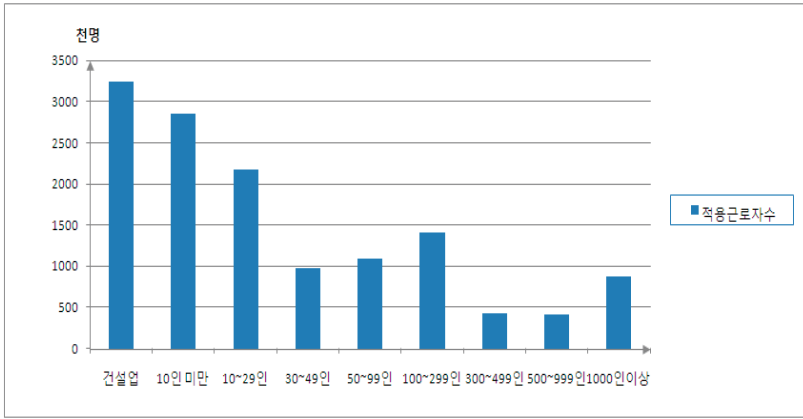


자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

산재보험제도의 적용현황을 살펴보면 2008년 현재 약 159만개의 사업장에 총 1,349만명의 근로자들이 동 제도의 적용을 받고 있다. 이는 산재보험 시행 이듬해인 1965년 289개 사업장의 16만명에 불과하였던 것에 비하면, 지난 40여년간 양적으로 급속한 발전을 이룩한 것을 알 수 있다.

산재보험제도 적용근로자를 다시 사업규모별로 구분하여 살펴보면 2008년의 경우 건설업이 325만명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 10인 미만 사업장, 10인~29인 미만 사업장 등 주로 영세사업장 근로자들의 적용비율이 높은 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-16] 사업규모별 산재보험제도 적용근로자의 현황: 2008



자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

□ 산재보험 적용제의 근로자

산재보험제도는 원칙적으로 모든 사업 또는 사업장을 적용대상으로 하고 있으나, 사업의 위험률, 규모 및 사업장소 등을 참작하여 업종별·규모별로 일부를 당연적용에서 제외하고 있다. 이에 따라 건설업, 임업, 벌목업 등의 영세사업장, 공무원이나 사립학교교직원 그리고 특수형태근로종사자로서 보험설계사, 콘크리트믹서트럭 운전자, 학습지교사 그리고 골프장캐디 등을 제외한 나머지 업종의 종사자들(일례로 간병인 등)은 제도의 적용으로부터 제외되고 있다. 나이가 위에서 언급한 특수형태근로종사자에 해당되는 업종의 경우에도 본인이 신청할 경우 적용제외가 가능하도록 하는 규정을 둬으로써 아래에서 보는 바와 같이 2008년 연말 전체 423,900명의 대상자들 가운데 불과 16%인 67,559명만이 제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 이상을 종합해 보면 우리나라의 산재보험제도는 사회적 형평성이나 보호의 긴급성 측면에서 영세소규모 건설업, 유사자영업 그리고 특수형태근로 등에대한 적용확대가 여전히 당면한 해결과제로 남아 있음을 알 수 있다.

〈표 4-2-15〉 특수형태 근로종사자 산재보험제도 적용현황: 2008.7.1~12.31

(단위 : 명, %, 개소)

구분	전체	보험모집인	콘크리트믹서 트럭차차기사	학습지교사	골프장 캐디
등록 종사자	423,900 (100.0)	315,280 (100.0)	13,341 (100.0)	71,594 (100.0)	23,685 (100.0)
적용제외 종사자 (%)	356,341 (84.1)	261,260 (82.9)	8,188 (61.4)	64,196 (89.7)	22,697 (95.8)
실 적용 종사자 (%)	67,559 (15.9)	54,020 (17.1)	5,153 (38.6)	7,398 (10.3)	988 (4.1)
가입 사업장수	4,589	2,529	836	941	283

자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

□ 산업재해의 발생 현황: 재해 발생건수, 재해강도율, 재해도수율, 사망률

산업재해는 개인적으로나 국민경제 전체적으로도 상당한 피해를 가져다 주게 되며, 특히 국민복지후생에 심각한 부정적 영향을 미치게 된다. 이에 따라 국가는 노사자율에 입각한 산재예방을 활성화하고, 특히 산업재해 취약사업장에 대한 안전보건관리 및 대형사고 예방활동사업을 강화하기 위한 정책적 노력을 경주해 오고 있으며, 나아가 직업병의 예방과 직장 건강증진 사업을 중점적으로 추진해 오고 있다.

이상과 같은 다각적 차원의 정책적 노력에도 불구하고 재해의 발생건수는 <표 4-2-16>에서 볼 때 2000년 이후 지속적으로 증가하는 추세를 보여, 2008년 현재 94,745건을 기록하고 있다. 그리고 연간근로시간 대비 총 근로손실일수와 재해건수의 비율을 나타내는 강도율이나 도수율 또한 각각 2.5과 3.4로 비교적 높은 수준을 유지해 오고 있다. 반면에 근로자 1만명 당 산재사고 사망자의 건수를 의미하는 사망률은 꾸준히 감소하여 2008년 현재 1.8명을 기록하고 있다. 뿐만 아니라 전체 산재피해근로자들 가운데 사망자의 천인율은 [그림 4-2-17]에서 보는 바와 같이 2000년 이래 지속적으로 감소해 오는 추세를 보여 전체적으로 중대재해의 발생비율이 하락해 오고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-2-16〉 산업재해 발생현황: 1980~2008

(단위 : 명, 건)

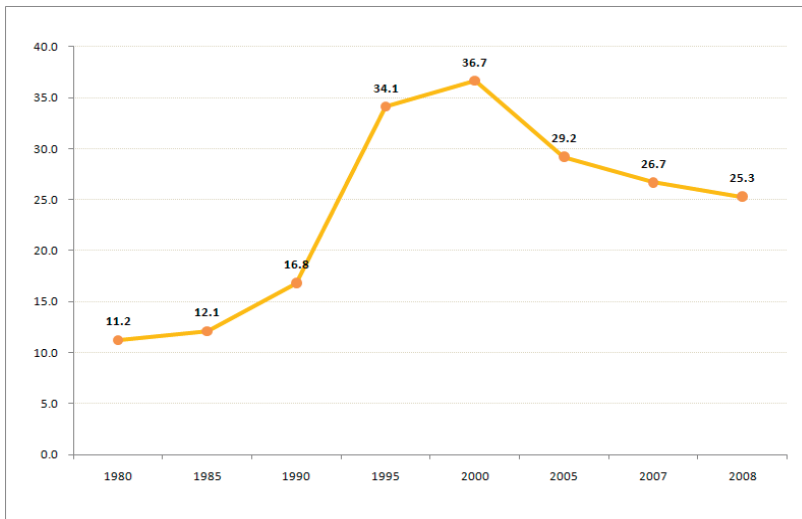
연도	피해자수(A)		재해건수	재해강도율	재해도수율	사망률 (만명당)
	사망자수(B)					
1980	113,375	1,273	112,111	2.6	11.1	3.4
1985	141,809	1,718	140,218	2.7	11.6	3.8
1990	132,893	2,236	126,966	2.3	6.7	3.0
1995	78,034	2,662	76,388	2.1	3.9	3.4
2000	68,976	2,528	67,930	1.9	2.9	2.7
2005	85,411	2,493	84,161	2.7	3.3	2.1
2007	90,147	2,406	89,106	2.3	3.2	1.9
2008	95,806	2,422	94,745	2.5	3.4	1.8

주: 1)강도율 = $\frac{\text{총근로손실일수}}{\text{인근로시간수}} \times 1,000$ 2)도수율 = $\frac{\text{재해건수}}{\text{인근로시간수}} \times 1,000,000$

3)사망률 = $\frac{\text{총사망자수}}{\text{총근로자수}} \times 10,000$

자료: 노동부, '2009 노동통계연감', 2009.

[그림 4-2-17] 산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율: 1980~2008



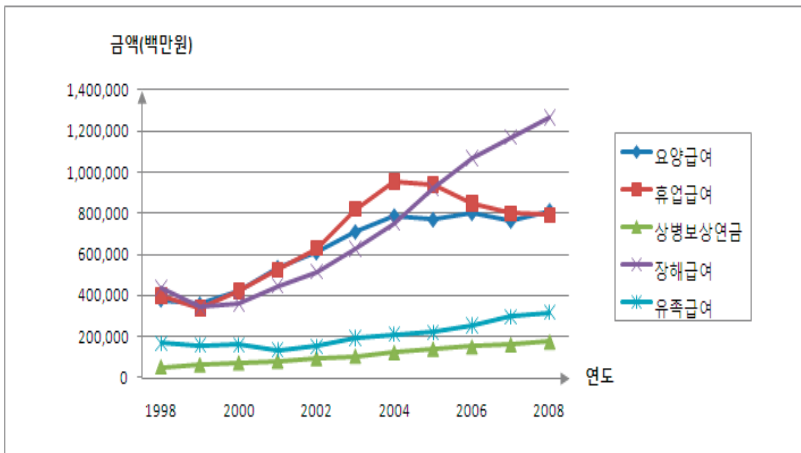
자료: 노동부, '2009 노동통계연감', 2009.

□ 산재보험 급여지급 현황

산재보험제도는 근로자의 산재사고로 인한 부상이나 질병의 치료 그리고 경제적 피해에 대한 보상의 차원에서 다양한 종류의 급여를 제공하고 있다. 여기서는 이러한 제반의 급여들 가운데 금액 규모의 측면에서나 대상자의 측면에서 특히 중요한 것으로 판단되는 요양급여, 휴업급여, 상병보상연금, 장해급여 그리고 유족급여를 중심으로 살펴보고자 한다.

먼저 [그림 4-2-18]에서 보험급여별 지급총액을 2008년도를 기준으로 살펴보면 장해급여가 1조 2,659억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 요양급여 8,123억원, 휴업급여 7,925억원, 유족급여 3,177억원 그리고 상병보상연금 1,762억원의 순으로 나타나고 있다. 이러한 보험급여 종류별 급여총액의 우선순위와 관련하여 특징적인 사항으로서 2005년 이전의 경우 단기성 현금급여인 휴업급여의 총액이 지속적으로 가장 높은 비중을 유지하였으나, 이후부터는 장해급여가 1위의 자리를 차지해 오고 있다는 것이다.

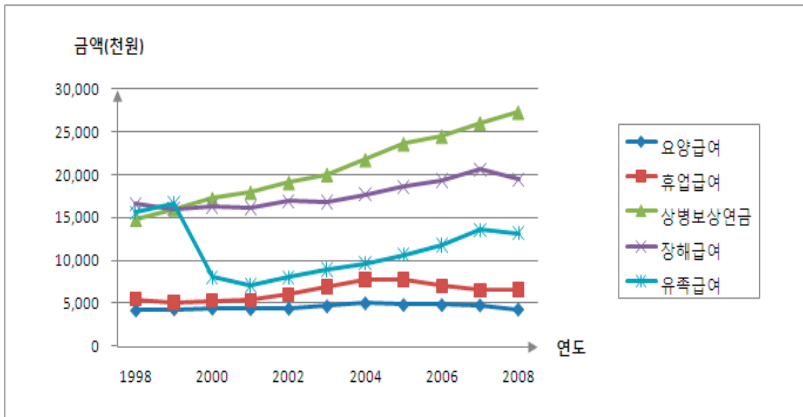
[그림 4-2-18] 산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황



자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

다음으로 [그림 4-2-19]에서 수급자 1인당 보험급여의 종류별 수준을 살펴보면 상병보상연금이 2,732만원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 장해급여 1,944만원, 유족급여 1,318만원, 휴업급여 657만원 그리고 요양급여 427만원의 순을 보이고 있다.

[그림 4-2-19] 산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별 · 연도별 지급 현황



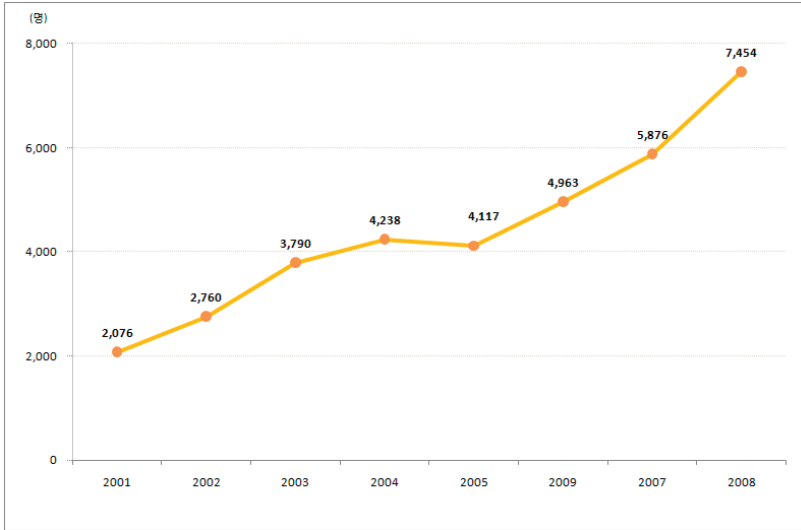
자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

□ 외국인근로자에 대한 보험급여 지급현황

산재보험제도는 국적에 상관없이 법적 적용 요건을 충족하는 국내의 사업이나 사업장에서 종사하는 모든 근로자에게 보편적으로 적용이 되어야 한다. 외국인에 대한 산재보험급여는 수급대상자 그리고 금액 규모의 측면에서 매년 지속적으로 증가해 오고 있다. 먼저 보험급여의 대상자는 아래의 [그림 4-2-20]에서 보는 바와 같이 2001년 2,076명에서 2008년 7,454명으로 무려 3.6배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다. 이러한 현상은 무엇보다도 외국인근로자의 규모가 꾸준히 증가해 오고 있다는 점과 함께 외국인근로자의 작업환경이 점차 열악해지고 있다는 사실을 반증해 주고 있다. 다음으로 [그림 4-2-21]에서 외국인 산재피해자에 대한 보험급여의 지급현황을

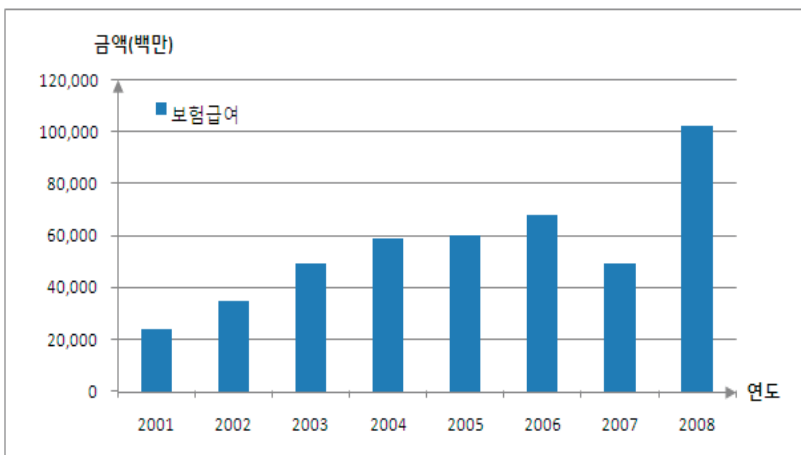
살펴보면 2001년 240억원에서 2008년 1,023억원으로 4.2배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-20] 외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이: 2001~2008



자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

[그림 4-2-21] 외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이: 2001~2008



자료: 노동부, '산재보험 사업연보', 2009.

라. 고용보험제도

□ 고용보험의 적용 현황

우리나라의 고용보험제도는 1995년 최초로 도입되었다. 이러한 고용보험 제도는 실직자들에게 실업급여를 제공하여 그들 가계의 생활안정을 지원하는 전통적 의미의 실업보험사업 이외에도 적극적인 취업알선을 통한 재취업의 촉진과 근로자의 고용안정을 위한 사업을 상호 연계하여 실시하는 사회보험제도이다. 따라서 고용보험제도는 실직자에 대한 생계지원은 물론 재취업을 촉진하고 나아가 실업의 예방 및 고용안정, 노동시장의 구조개편, 직업능력의 개발을 강화하기 위하여 사전적·적극적 차원의 종합적인 노동 시장정책의 수단이라고 할 수 있다.

고용보험은 원칙적으로 모든 사업 또는 사업장을 대상으로 적용되지만 사업규모 등을 고려하여 별도의 규정으로 정하는 사업 또는 사업장에 대해서는 적용의 예외가 인정된다. 최초 도입 당시 고용보험제도의 적용범위는 실업급여와 고용안정사업 그리고 직업능력개발사업으로 구분하여 실업급여는 상시근로자 30인 이상 사업장에게 적용되었고, 고용안정사업과 직업능력개발사업은 상시근로자 70인 이상의 사업장에 한정하여 적용될 수 있도록 하였다. 하지만 이후 적용대상은 꾸준히 확대되어 1998년 10월 1일부터는 원칙적으로 1인 이상의 전사업장에게까지 확대 적용되었으며, 2006년 1월 1일부터는 근로자를 사용하지 아니하거나 5인 미만 근로자를 사용하는 자영업자에게도 소득 등을 감안하여 피보험자로서 제도적 보호를 받을 수 있도록 하였다.

우리나라 고용보험제도의 적용대상은 아래의 <표 4-2-17>과 [그림 4-2-22]에서 보는 바와 같이 1995년 최초 도입 이후 꾸준히 확대되어 2008년 현재 약 142만개 사업장의 총 939만명의 근로자들이 제도적 보호를 받고 있다. 고용보험 적용근로자들의 산업별 구성을 살펴보면 2008년 현재 제조업 부문이 총 292만명(31.2%)으로 가장 높은 비중을 차지하고

있으며, 다음으로 도소매업 99만명(10.5%), 사업시설관리업 70만명(7.5%), 보건 및 사회복지서비스업 67만명(7.2%) 그리고 건설업 64만명(6.9%)의 순으로 나타나고 있다. 그리고 성비구성을 살펴보면 전체 939만명의 적용 근로자 가운데 남성이 64% 그리고 여성이 36%를 각각 차지하고 있다.

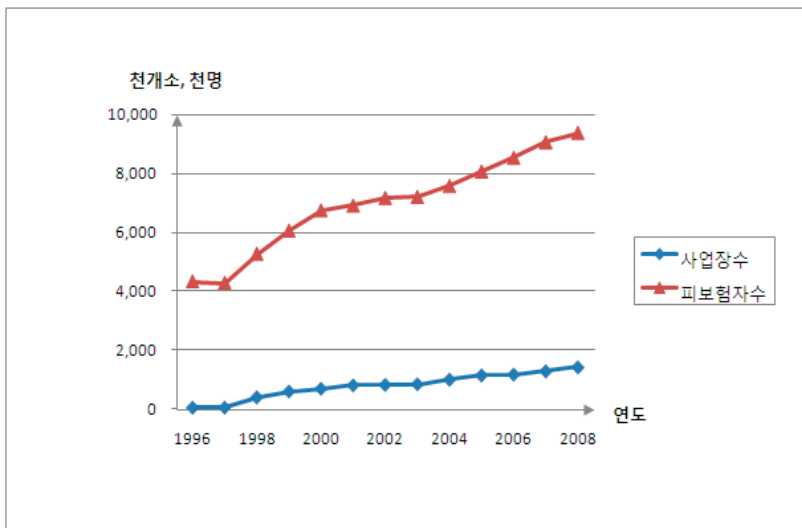
〈표 4-2-17〉 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황: 1996~2008

(단위: 개소, 명)

연도	사업장수	피보험자수	연도	사업장수	피보험자수
1996	43,723	4,330,885	2003	845,910	7,203,347
1997	47,427	4,280,430	2004	1,002,638	7,576,856
1998	400,000	5,267,658	2005	1,148,474	8,063,797
1999	601,394	6,054,479	2006	1,176,462	8,536,966
2000	693,414	6,747,263	2007	1,288,138	9,063,301
2001	806,962	6,908,888	2008	1,424,330	9,385,293
2002	825,531	7,171,277			

자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

[그림 4-2-22] 고용보험제도 적용 현황의 연도별 추이: 1996~2008

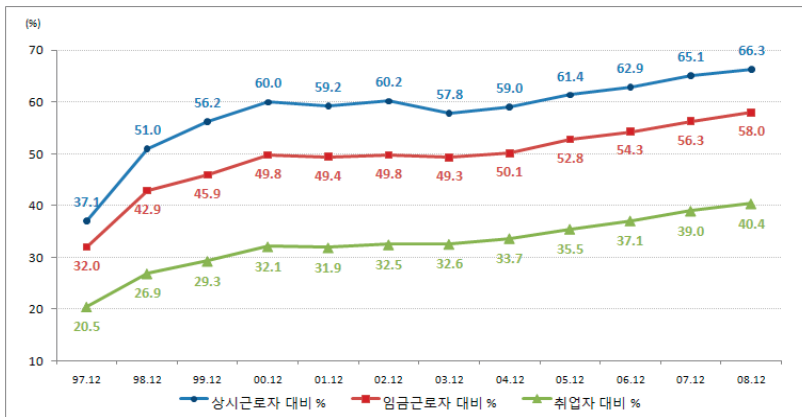


자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

□ 고용보험 적용인구의 비율

우리나라의 고용보험제도는 전체 경제활동인구 가운데 실업자, 자영업자, 공무원 등 특수직역 종사자 그리고 기타 한시적 형태의 비정규취업자 등에 대해서는 제도의 적용을 제외하고 있다. 아래의 [그림 4-2-23]에서 보는 바와 같이 고용보험제도의 적용인구는 매년 꾸준히 증가해 오고 있는 추세를 보이고 있다. 2008년 현재 전체 취업자 가운데 고용보험의 가입자는 40.4%로 전년 39.0%에 비해 1.4% 상승한 것으로 나타나고 있다. 그리고 이러한 고용보험의 적용자들을 임금근로자 그리고 상시근로자와 대비하여 볼 때 그 적용률은 다소 증가하여 전자의 경우 58.0% 그리고 후자의 경우 66.3%의 수준을 보이고 있다. 하지만 여전히 고용보험 적용의 사각지대가 상당한 수준으로 존재하고 있으며, 따라서 이들에 대한 제도의 적용확대를 위한 특별한 정책적 노력이 요구되고 있다고 볼 수 있다.

[그림 4-2-23] 상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용인구: 1997~2008



자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, 2008.

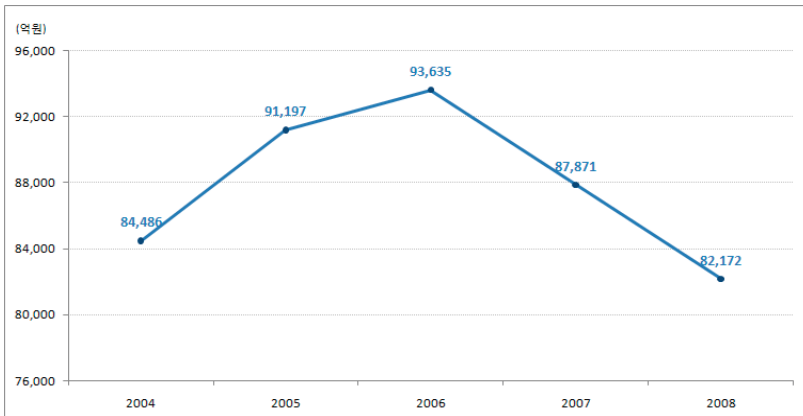
□ 고용보험의 기금 운용 현황

고용보험제도는 매년도 수지균형이 유지되는 부과방식의 원리를 토대로

운영이 되므로 공적연금제도의 경우와는 달리 미래의 수급권을 충당하기 위한 별도의 기금적립이 요구되지 않고 있다. 하지만 고용보험제도도 경기 변동과 같은 경제상황의 불확실성이나 사회환경의 변화에 유연하게 대응하고 재정운영의 안정성을 도모하기 위하여 일정한 수준의 완충기금을 운용해 오고 있다.

아래의 [그림 4-2-24]에서 보는 바와 같이 고용보험기금은 2006년 9조 3,635억원에 도달한 이후 점차적으로 감소하여 2008년 현재 8조 2,172억원의 수준을 유지하고 있다. 이와 같은 현상은 2007년, 2008년 세계적인 금융위기의 여파로 인한 경기침체와 고용불안의 결과로 판단된다.

[그림 4-2-24] 고용보험기금의 연도별 변화 추이: 2004~2008



자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

□ 고용보험 사업별 급여지출 현황

우리나라 고용보험의 급여 사업은 크게 실업급여사업, 고용안정사업, 직업능력개발사업 그리고 모성보호로 구성되어 있다. <표 4-2-18>에서 고용보험 급여총액을 사업별로 구분하여 살펴보면 실업급여사업은 1998년 7,994억원에서 2008년 2조 8,653억원으로 3.6배 가량 증가하여, 전체 비

교기간에 걸쳐 급여의 지출비중이나 증가속도가 가장 빠른 것으로 나타나고 있으며, 다음으로 직업능력개발사업, 고용안정사업, 모성보호의 순을 보이고 있다.

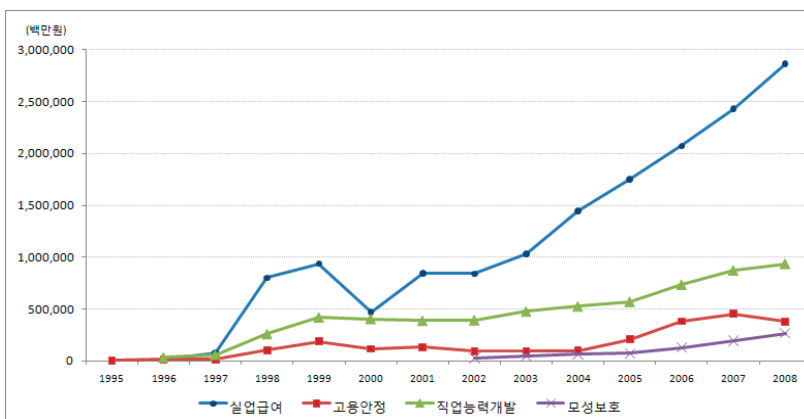
〈표 4-2-18〉 고용보험 사업별 급여지급 실적: 1995~2008

(단위: 백만원)

	실업급여	고용안정	직업능력 개발	모성보호
1995		1,481		
1996	10,464	11,500	33,491	
1997	78,737	13,155	58,873	
1998	799,416	101,621	257,671	
1999	936,163	186,110	418,238	
2000	470,793	114,043	404,238	
2001	845,116	128,970	386,977	
2002	839,315	90,052	392,239	25,689
2003	1,030,304	93,504	474,940	44,098
2004	1,448,306	98,377	524,232	62,413
2005	1,751,974	206,131	569,116	72,283
2006	2,074,004	378,741	733,875	125,407
2007	2,434,032	454,032	871,273	193,401
2008	2,865,256	378,376	935,118	265,062

자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

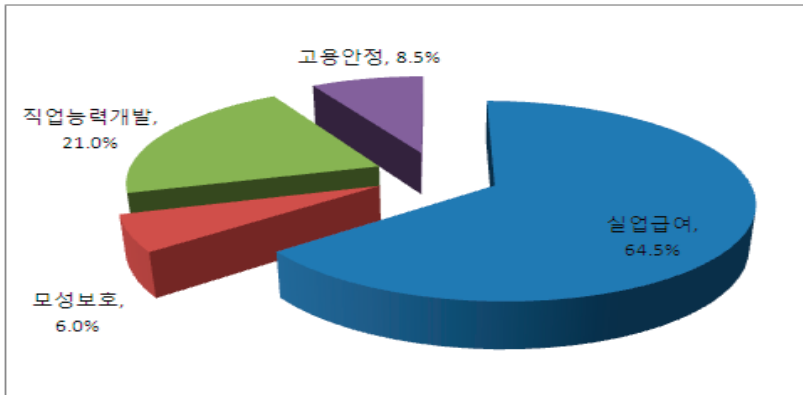
〔그림 4-2-25〕 고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이: 1995~2008



자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

[그림 4-2-26]은 2008년 고용보험의 급여실적을 사업별로 구분하여 보여주고 있다. 이에 따르면 실업급여사업의 지급실적은 총 2조 8,653억원으로 같은 해 전체 급여지출총액의 64.5%로 가장 높은 비중을 차지하였으며, 다음으로 직업능력개발사업(21.0%), 고용안정사업(8.5%) 그리고 모성보호(6.0%)의 순으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-26] 고용보험 사업별 급여지출의 비중: 2008

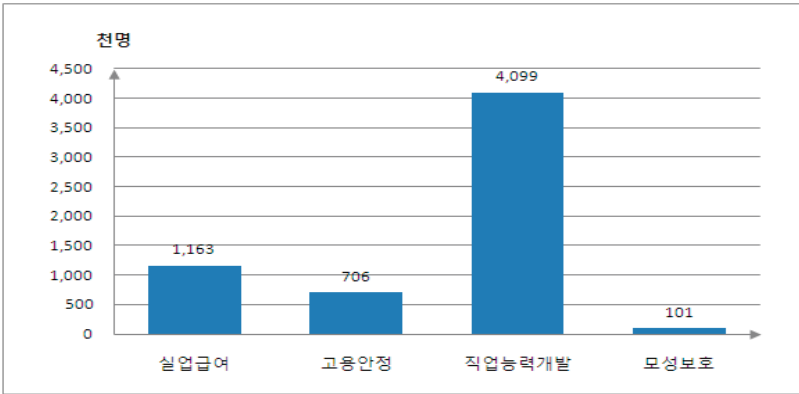


자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

□ 고용보험 급여의 수급자 현황

고용보험 급여 사업별 수급자의 구성은 앞서 [그림 4-2-26]의 급여지출의 경우와는 다른 순위를 보이고 있다. 구체적으로 [그림 4-2-27]에서 2008년 고용보험 사업별로 구분하여 각각의 수급자 규모를 살펴보면 직업능력개발사업이 총 410만명(67.5%)으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 실업급여사업 116만명(19.2%), 고용안정사업 71만명(11.6%) 그리고 모성보호 10만명(1.7%)의 순으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-27] 고용보험 급여사업별 수급자의 구성: 2008



자료: 노동부, '고용보험통계연보', 2009.

제3절 사회복지서비스

가. 노인복지

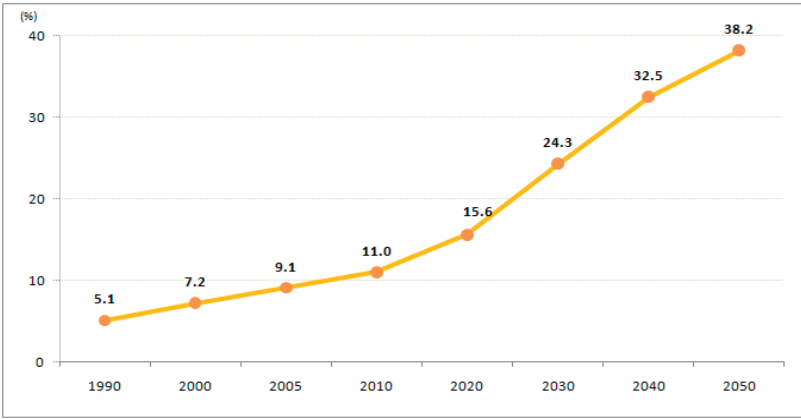
□ 65세 이상 노인수

국민들의 생활이 윤택해지고 의료혜택을 누림에 따라 평균 수명이 연장되고 있다. 노인인구의 급격한 증가와 함께 고령화 사회의 도래는 만성질환 노인과 와상노인이나 치매성노인 등 장기요양이 필요한 요보호 노인이 급증하게 된다.

우리나라의 전체 인구에 있어서 65세 이상 노인인구의 비율은 1990년에 5.1%, 2000년에 7.2%에 이르고 있으며 2005년에는 9.1%, 2020년에 15.6%로 증가될 것으로 전망되고 있다.

고령화 사회로 급속히 진전되는 상황에서 중요한 사회문제는 노후의 생활비를 어떤 방법으로 조달할 것이며, 가족과 국가의 입장에서는 노인 부양부담의 증가를 어떻게 효과적으로 대처할 것인지 하는 것이다. 특히 노인취업, 노인복지 및 사회적 부양부담 등에 대응할 수 있는 대책수립이 필요하다.

[그림 4-3-1] 노인인구비율: 1990~2050



<표 4-3-1> 노인인구 및 고령인구 증가 추이: 1990~2050

(단위: 천명, %)

	1990	2000	2005	2008	2010	2020	2030	2050
전체인구	42,869	47,008	48,138	48,607	48,875	49,326	48,635	42,343
65세이상	2,195	3,395	4,367	5,016	5,357	7,701	11,811	16,156
노인인구비율	5.1	7.2	9.1	10.3	11.0	15.6	24.3	38.2

자료 : 통계청, '장래인구추계'.

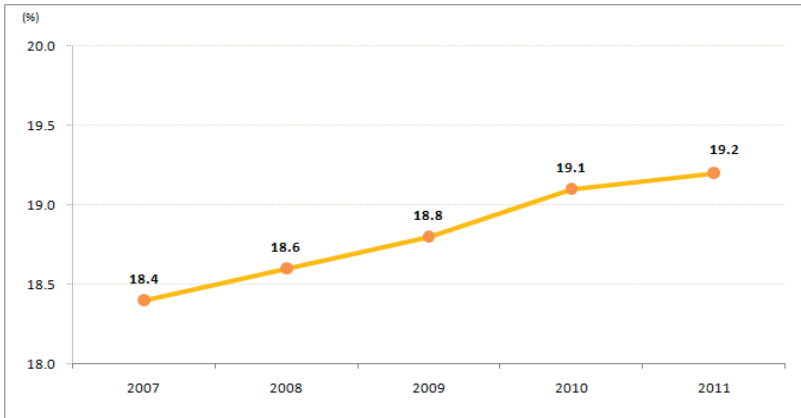
□ 독거노인수와 그 비율

우리나라는 1960년대부터 급속한 공업화와 도시화를 거치면서 핵가족이 형성되었다. 장성한 자녀들이 가정을 꾸려 출가하고 나면 집에는 노인들만 남게 되고, 거기서 배우자가 사망할 경우 자연스레 독거노인이 발생하게 된다. 이러한 독거노인의 대다수는 가족들이 있으나 경제적·지리적 여건으로 정상적 부양이 어려운 경우가 대부분이다.

2008년 독거노인은 약 93만명으로 전체 노인의 18.6%를 차지하고 있다. 이러한 독거노인은 핵가족화와 평균수명의 연장으로 매년 약 4만명 이상씩 증가할 것으로 예측된다. 앞으로 독거노인들에게는 말벗 서비스나 이동도우

미서비스의 제공, 또는 가정봉사자 파견서비스 등 독거노인의 욕구에 따라 다양한 복지서비스 제공이 필요하다.

[그림 4-3-2] 독거노인 비율 추이: 2007~2011



<표 4-3-2> 독거노인수: 2007~2011

(단위: 천명, %)

연도	2007	2008	2009	2010	2011
전체 노인수	4,810	5,016	5,193	5,357	5,537
독거노인수	883	931	976	1,021	1,065
독거노인 비율	18.4	18.6	18.8	19.1	19.2

자료: 통계청, '2007년 추계 인구·가구 자료'.

□ 치매노인수 및 치매유병률 추이

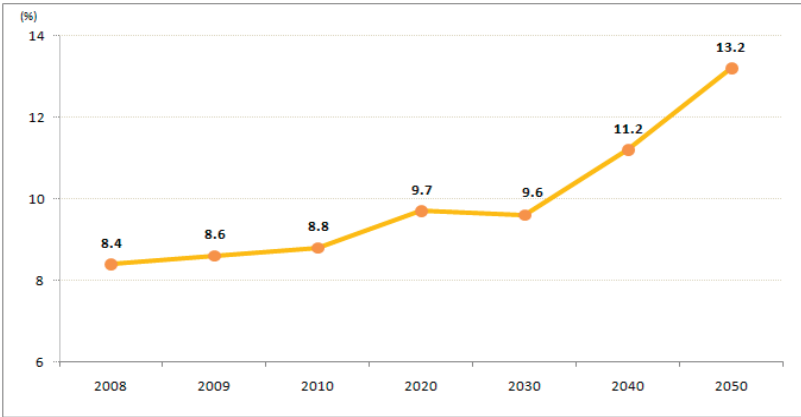
2008년 우리나라의 65세 이상 노인 중 치매환자가 8.4%로 42만명에 이르고, 급속한 고령화로 치매노인의 수도 빠르게 증가하여 2027년에는 치매노인이 100만 명이 넘을 것으로 보인다.

치매는 고령자일수록, 남성보다는 여성이, 고학력자보다는 저학력자인 경우에 위험이 높다. 또한 배우자가 없는 경우(2.4배), 흡연자인 경우(1.5배), 우울증이 있는 경우(3배) 치매 위험이 더 높다.

$$\text{치매유병률} = \frac{\text{65세이상 치매노인수}}{\text{65세이상 노인수}} \times 100$$

현재 세계적으로 노인 인구의 급증으로 노인성 치매의 수가 급증하고 있으며 이로 인한 문제는 환자 자신은 물론 가정과 사회적인 문제까지 인식되고 있다.

[그림 4-3-3] 치매유병률: 2008~2050



<표 4-3-3> 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050

(단위: 천명, %)

연도	2008	2009	2010	2020	2030	2040	2050
65세이상 노인수	5,016	5,193	5,357	7,701	11,811	15,041	16,156
치매노인수	421	445	469	750	1,135	1,685	2,127
치매 유병률	8.4	8.6	8.8	9.7	9.6	11.2	13.2

주: 보건복지가족부 '2008년 전국치매유병률조사(조사연구: 서울대학교병원)', 결과를 토대로 2006년 통계청 '장래 인구 추계'의 노인인구수를 활용하여 재추계한 결과임.
 자료: 보건복지가족부, '2008년 전국치매유병률조사(2009.4),

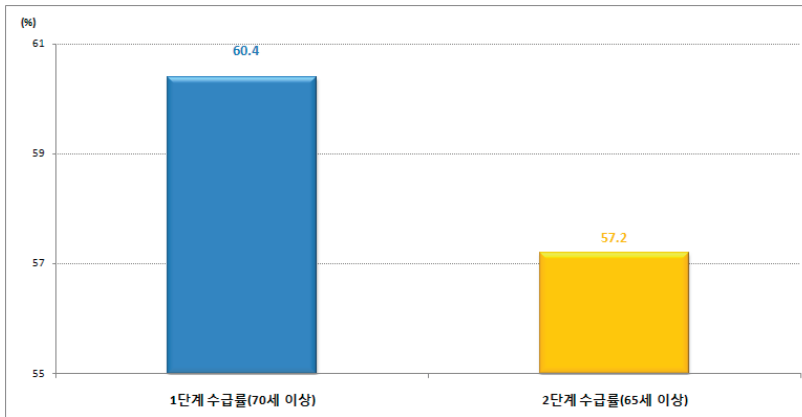
□ 기초노령연금 수급자수와 수급률

노인의 빈곤문제 완화를 목적으로 2008년 7월부터 65세 이상 노인 약 300만명(전체노인 60%)에게 매월 평균 8만4천원을 기초노령연금으로 지급

하고 있다. 수급대상은 소득인정액이 단독수령시 40만원 미만 또는 부부수령시 64만원 이하인 경우이다. 1단계 수급대상자는 2008년 1월부터 6월까지 70세 이상과 65~69세 특례수급자에 국한하였으며, 2단계 수급대상자는 특례수급자 당연지급기간(2008.1~6)이 종료됨에 따라 2008년 7월부터 65세 이상으로 확대하였다.

1단계 수급률이 60.4%이나 2단계 수급률은 57.2%로 낮게 나타났다. 그 이유는 65~69세 노인층의 수급률이 타 연령대보다 낮기 때문이다.

[그림 4-3-4] 기초노령연금 수급률



〈표 4-3-4〉 기초노령연금 수급자수: 1단계(2008. 1~6) 중 6월말 기준

(단위 : 명, %)

70세이상 노인 인구수 (A)	수 급 자			70세이상 수급률 (B/A)
	계	70세이상 (B)	특례수급자 (65-69세)	
3,059,510	1,955,728	1,846,968	108,310	60.4

자료: 보건복지가족부, 통계로 본 2008년도 기초노령연금

〈표 4-3-5〉 기초노령연금 수급자수: 2단계(2008. 7~12)중 12월말 기준

(단위 : 명, %)

65세이상 노인인구수 (A)	65세이상 수급자 (B)	65세이상 수급률 (B/A)
5,069,273	2,897,649	57.2

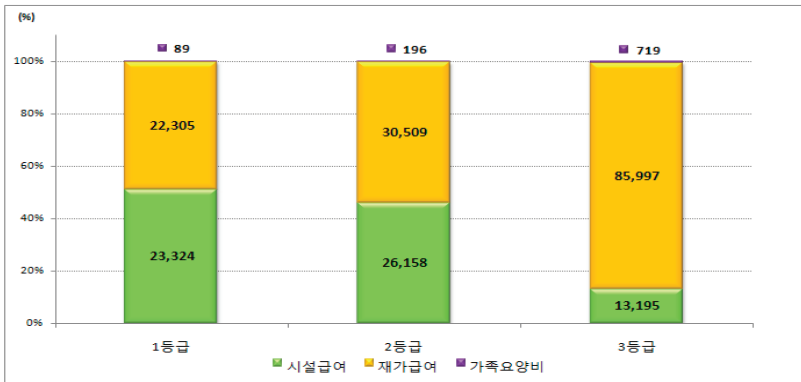
자료: 보건복지가족부, 통계로 본 2008년도 기초노령연금

□ 노인장기요양보험 인정자 및 이용자

우리사회의 노인돌봄(노인요양)은 2007년 7월 이후 건강보험에서 요양보험료를 마련하는 사회적 방식을 도입하고 있다. 노인돌봄을 개별가정이 아닌 사회 전체의 과제로 보고 있는 것이다. 장기요양보험료는 건강보험료액의 4.05%(평균 2,700원, 2008년 기준)이다.

대상자는 65세 이상 또는 65세미만의 치매, 중풍, 뇌혈관 질환을 가진 중등증(中等症)이상 요양 1~3등급을 받은 어르신으로서 2009년도 약 26만 명으로 이중 이용자는 약 20만 명에 이른다. 이용자 중 대부분은 재가급여(68.6%)를 받고 있으며, 다음으로 시설급여(31.0%)이며, 가족요양은 0.5%이다. 등급의 정도가 낮을수록 시설급여보다 재가급여가 높게 나타났다.

[그림 4-3-5] 노인장기요양보험 급여이용자 분포: 2009.5



<표 4-3-6> 노인장기요양보험 인정자 및 급여이용자 현황: 2009

	인정자	이용자			
		계	시설급여	재가급여	가족요양비
계	259,456	202,492	62,677	138,811	1,004
1등급	59,680	45,718	23,324	22,305	89
2등급	69,099	56,863	26,158	30,509	196
3등급	130,677	99,911	13,195	85,997	719

주: 2009년 5월말 기준임
 자료: 보건복지가족부(2009. 6), '노인장기요양보험 시행 1년의 주요 통계 현황'.

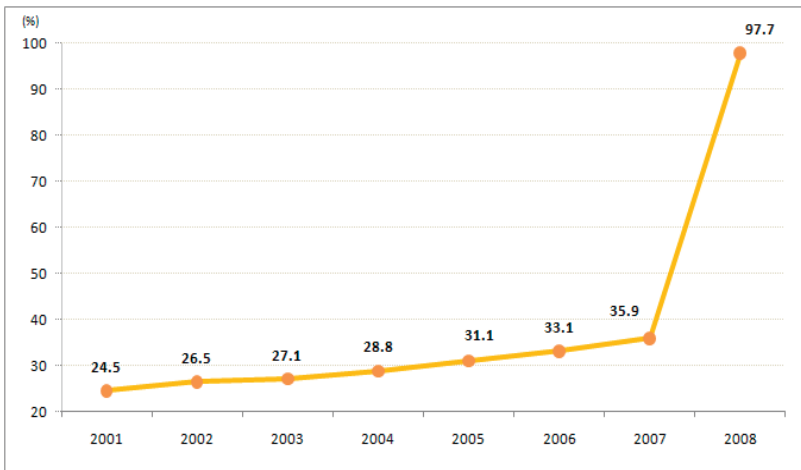
□ 공적노후소득보장 수혜율

65세 이상 노인의 공소득보장 수혜율은 65세 이상 노인의 소득을 정부 차원에서 지원하여 안정적인 노후소득보장 체계를 구축하는 것으로, 노인의 공적소득보장에는 공무원연금, 국민연금, 사학연금, 군인연금, 경로연금이 포함된다.

$$\text{공적노후소득보장 수혜율} = \frac{\text{공적소득보장 수혜자수}}{\text{65세이상 노인수}} \times 100$$

2008년 기초노령연금 시행으로 인하여 전체 노인인구의 약 72%인 360만 명이 수혜를 받을 것으로 나타났다. 여기에 공적연금수혜자 수(1,291,565명)를 포함한 공적노후소득보장 수혜율은 97.7%로 나타나고 있다. 일정한 자격 요건을 갖춘 65세 이상노인의 대부분이 수혜를 받고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-3-6] 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2008



〈표 4-3-7〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2008

(단위: 명, %)

구분	65세 이상 노인수(a)	국민연금	공무원 연금	군인 연금	사학연금	경로연금 ¹⁾	공적소득보장 수혜자수(b)	공적소득보장 수혜율 (b/a×100)
2001	3,578,370	226,796	53,336	25,429	6,416	565,000	876,977	24.51
2002	3,772,075	286,179	62,683	27,327	7,492	616,000	999,681	26.50
2003	3,968,118	344,616	72,429	29,148	8,755	620,000	1,074,948	27.09
2004	4,165,974	458,419	83,288	30,974	8,871	618,000	1,200,552	28.82
2005	4,366,642	600,421	93,096	32,989	10,298	619,000	1,355,804	31.05
2006	4,585,702	751,897	104,511	35,214	13,646	613,000	1,518,268	33.11
2007	4,810,363	944,651	118,503	37,661	15,800	610,000	1,726,615	35.89
2008	5,016,026	1,103,007	131,482	39,413	17,663	3,609,794	4,901,359	97.71

주: 공적소득보장 수혜자수=국민연금+공무원연금+군인연금+사학연금+경로연금 수급자수

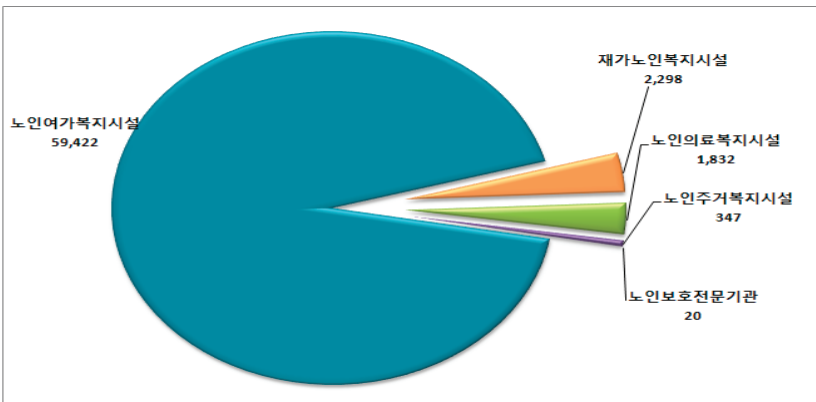
1) 2008년부터 경로연금은 기초노령연금에 통합되므로 2008년 12월말 기초노령연금 수급자수를 작성함.

자료: 통계청, 장애인구추계, 각 연도; 국민·공무원·사학연금관리공단, 국방부, 기초노령연금팀 내부자료

□ 노인복지시설수

노인복지시설수는 국가나 사회가 노령화의 진전, 평균수명의 증가에 따라 늘어나는 노인들의 요양보호 수요와 취미 등 여가활동의 기회를 제공할 수 있는 공간 확충의 인프라 수준을 평가할 수 있는 지표이다.

〔그림 4-3-7〕 노인복지시설수: 2008



〈표 4-3-8〉 노인복지시설수 추이

(단위: 개소, %)

종 류	시 설	2006	2007	2008
합 계		59,117	60,788	63,919 (100.0)
노인주거 복지시설	소 계	366	398	347 (0.5)
	양로시설	351	384	306
	노인공동생활가정	-	-	21
	유료노인복지주택	15	14	20
노인의료 복지시설	소 계	898	1,186	1,832 (2.9)
	노인요양시설	815	1,114	1,332
	노인요양공동생활가정	-	-	422
	노인전문병원	83	72	78
노인여가 복지시설	소 계	56,789	57,777	59,422 (92.9)
	노인복지관	183	211	228
	경로당	55,504	56,480	57,930
	노인교실	1,099	1,082	1,260
	노인휴양소	3	4	4
재가노인 복지시설	소 계	1,045	1,408	2,298 (3.6)
	방문요양서비스	523	767	1,111
	주야간보호서비스	409	504	621
	단기보호서비스	113	137	217
	방문목욕서비스	-	-	349
노인보호 전문기관		19	19	20 (0.0)

주: 노인복지법 제31조에 의한 노인복지시설의 종류별 현황임.
 자료: 2009년 노인복지시설 현황(2009.3).

노인복지시설은 크게 5개의 종류 즉, 주거, 의료, 여가, 재가노인, 그리고 노인보호전문기관이다. 이들 노인복지시설은 2008년도 63,919개소이며, 노인여가시설이 대부분(92.9%)을 차지하고 있으며, 다음으로 재가노인(3.6%), 노인의료(2.9%)의 순이다.

□ 노인(65세 이상)의 취업현황과 추이

저출산고령화에 따라 국민연금 지급액은 갈수록 줄어드는 반면 다층적인 노후소득보장이 이루어지지 않는 상태에서 노년층의 고용은 중요한 소득보전 수단이 되고 있다. 특히 연금 수급의 사각지대에 있는 고령층과 저소득

층, 여성들의 경우 고용을 통한 소득보전이 이루어지지 않으면 노후에 빈곤에 처할 가능성이 매우 높다.

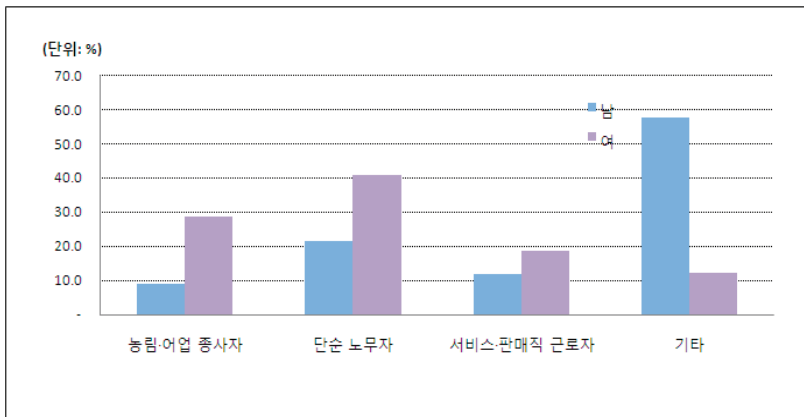
최근 8년간 노인의 고용률은 약 30%를 유지하는 것으로 나타났다. 2008년 남성의 고용률은 약 41.4%를 여성은 22.8%를 나타내고 있다.

〈표 4-3-9〉 노인의 고용률 추이: 2000~2008

	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008
전 체	29.4	30.5	29.6	29.8	30.3	31.1	30.3
남	40.3	42.4	40.9	40.8	41.5	42.5	41.4
여	22.7	22.9	22.1	22.4	22.6	23.3	22.8

주: 2000년 이후 자료는 '구직기간 4주,를 적용한 수치임.
자료: 통계청, '경제활동인구조사', 각년도.

[그림 4-3-8] 노인의 취업업종성별: 2008



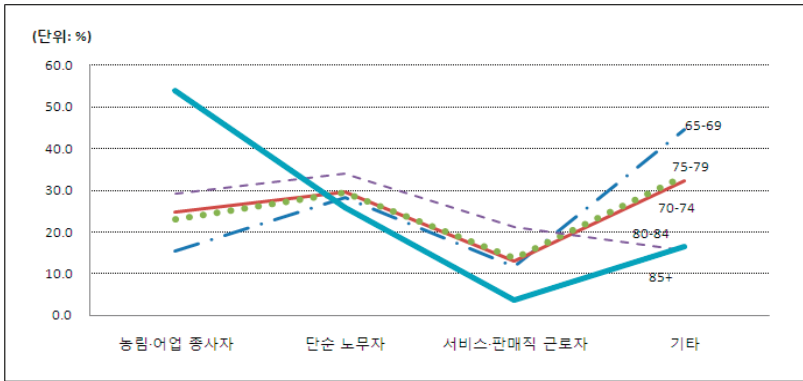
주: '기타'에는 사무직원, 기능근로자, 전문가, 기술공 및 준전문직, 기계조직원, 입법공무원·고위임직원 등

노인의 고용 현황을 업종과 성별로 살펴보면, 남성과 여성 모두 단순노무자, 농림어업종사자, 그리고 서비스 판매직 근로자 순으로 나타났다. 그러나 남성은 기계조직원 및 조립원, 기능근로자, 입법공무원 및 고위 임직원, 전문가 등에서도 꾸준한 취업이 발견되는 반면 여성은 다른 업종에서 고용

이 거의 발견되지 않는다.

노인의 고용 현황을 업종과 연령대별로 살펴보면, 전체 연령에서 농림어업과 단순노무, 서비스판매직의 고용이 높은 것으로 나타났다. 그러나 농림어업에서는 75세 이상의 고연령 노인층이 더 높은 비율을 나타냈고, 단순노무직에서는 70~74세의 중연령 노인층이 높은 비율을 나타냈으며, 서비스판매직에서는 65~59세의 저연령 노인층이 높은 비율로 나타났다.

[그림 4-3-9] 노인의 취업업종별 연령대별 분포: 2008



주: '기타'에는 사무직원, 기능근로자, 전문가, 기술공 및 준전문직, 기계조작원, 입법공무원·고위임직원 등

<표 4-3-10> 노인의 취업업종: 2008

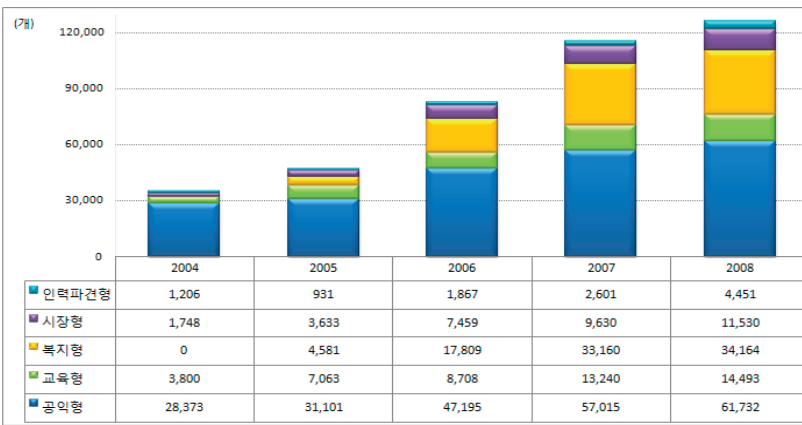
직업	성별		연령				
	남	여	65~69	70~74	75~79	80~84	85+
농림·어업 종사자	9.1	28.5	15.5	24.8	23.1	29.2	54.0
단순 노무자	21.4	40.9	28.2	29.7	29.5	34.0	25.9
서비스·판매직 근로자	11.8	18.6	11.6	13.1	13.7	21.1	3.6
관리자	9.3	4.1	5.3	4.8	3.2	0.0	0.0
전문가 관련 종사자	6.6	1.3	5.8	5.8	10.7	0.0	0.0
사무직	13.5	0.1	7.2	8.6	11.0	7.9	12.9
기능원 관련 기능종사자	17.8	5.1	16.3	10.5	6.6	5.0	3.7
장치기계조작조립종사자	10.0	0.5	8.9	1.9	1.9	2.7	0.0
군인	0.5	1.0	1.1	0.8	0.2	0.0	0.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단, '2008년도 노인실태조사', 2009.
한국보건사회연구원, '지표로 본 한국의 보건복지 동향', 2008.

□ 정부지원 노인 일자리수

노인 일자리는 65세 이상(예외적으로 60세이상도 참여가능) 노인을 대상으로 노인의 특성에 적합한 일자리를 정부에서 보수 등을 지원하여 창출해 공하는 일자리이다.

[그림 4-3-10] 정부지원 노인 일자리수



<표 4-3-11> 정부지원 노인 일자리수

(단위: 개, %)

	2004	2005	2006	2007	2008
계	35,127	47,309	83,038	115,646	126,370(100.0)
공익형 ¹⁾	28,373	31,101	47,195	57,015	61,732(48.9)
교육형 ²⁾	3,800	7,063	8,708	13,240	14,493(11.5)
복지형 ³⁾	-	4,581	17,809	33,160	34,164(27.0)
시장형 ⁴⁾	1,748	3,633	7,459	9,630	11,530(9.1)
인력파견형 ⁵⁾	1,206	931	1,867	2,601	4,451(3.5)

주: 1) 공익형: 지방자치단체의 고유업무영역(환경, 행정, 시설관리 등)에서 창출된 노인적합형 일자리로써 지역사회 발전 및 개발에 공헌하는 공익성이 강한 일자리

2) 교육형: 특정분야의 전문지식이나 경험을 소유하였거나 전문교육을 받은 자가 교육기관 및 문화재시설 등에서 피교육자를 대상으로 강의 또는 해설을 하는 일자리

3) 복지형: 돌봄이나 상담 등 전문기술을 습득한 건강한 노인이 사회적 취약계층을 대상으로 필요한 사회서비스를 제공하는 일자리

4) 시장형: 노인들이 공동으로 일정 수준 이상의 수익이 창출되는 다양한 업종의 사업단 운영을 통해 확보하는 일자리.

5) 인력파견형: 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무능력이 있는 자가 해당 수요처에 파견되어 근무한 대가로 임금을 지급받을 수 있는 일자리

자료: 보건복지가족부 노인지원과.

2004년부터 일자리를 알선(월 20만원, 주 12시간, 7개월)하여 2008년 정부지원 노인일자리 수는 12만 6천개를 제공하고 있다. 노인일자리 유형의 분포를 보면, 공익형(48.9%), 복지형(27.0%), 교육형(11.5%), 시장형(9.1%), 그리고 인력파견형(3.5%)의 순으로 나타났다.

□ 노인의 수입원

노후소득보장제도에서 가장 중요한 것은 개인이 가지는 자원으로서의 수입원이다. 일반적으로 노후소득이 주로 연금에 의존하지만, 연금만으로 생활하기에는 어려울 뿐만 아니라 향후 연금액은 지속적으로 감소할 것으로 예측되는 상태에서 다양한 노후소득 수입원이 필요하다. 한국에서 노인의 수입원은 공적이전소득과 사적이전소득이 거의 유사한 비율로 나타난다. 또한 남성의 경우 공적이전소득과 사적이전소득, 근로소득, 자산 소득이 골고루 갖춰진 반면 여성은 공적이전소득에 비해 근로소득, 자산소득의 비율이 상당히 낮게 나타난다. 즉 여성들은 사적이전소득에 상당히 의존하고 있으며 근로나 자산을 통한 소득원은 남성보다 적어 사적이전소득이 없는 여성의 경우 빈곤의 위험에 직면할 가능성이 상대적으로 높음을 알 수 있다.

〈표 4-3-12〉 노인의 소득원별 구성

(단위: %)			
소득원	계	세부항목	비율
근로 및 사업소득	22.6	근로소득	9.6
		사업소득	13.0
자산소득	7.2	금융소득	2.7
		개인연금소득	0.3
		부동산소득	4.2
사적이전소득	44.7		
공적이전소득	25.5	공적연금소득	10.5
		기타공적이전소득	15.0

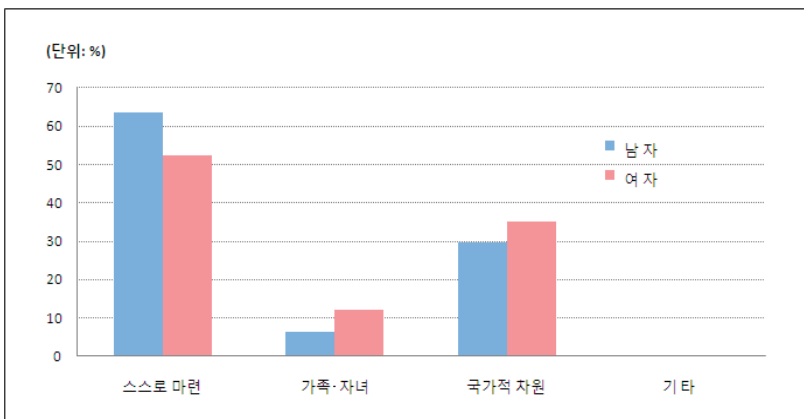
자료: 보건복지가족부·계명대학교 산학협력단, '2008년도 노인실태조사', 2009.

반면에 노인의 수입원을 연령대별로 살펴보면 65~69세 저연령 노인의 경우 공적이전소득보다는 근로소득 및 자산소득의 비율이 높게 나타났다. 70~74세의 중연령 노인의 경우도 근로소득과 자산소득이 저연령 노인에 비해 다소 낮았지만 사적이전소득은 높았다. 마지막으로 75~79세 고연령 노인의 경우 사적이전소득의 비율이 매우 높게 나타나는 반면 근로소득과 자산소득은 가장 낮게 나타났다.

□ 노인의 용돈

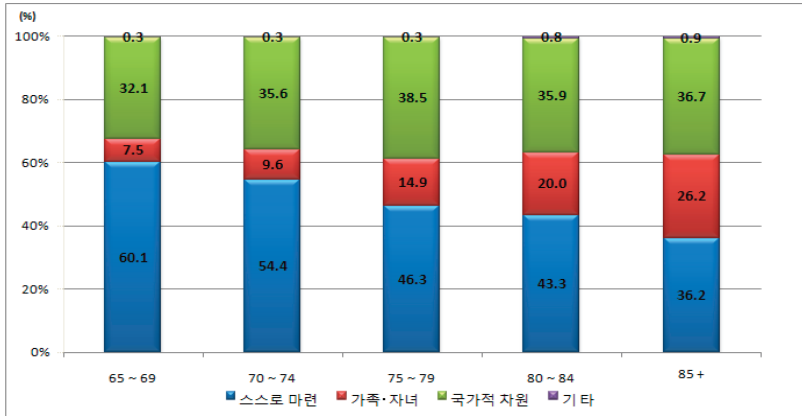
공적이전소득에 의한 노후소득보장이 중요한 역할을 하는 현실에서 공적이전소득의 혜택을 받지 못하는 노인들의 노후생활비는 빈곤 여부를 가늠하는 중요한 요소가 되는 지표이다. 상당수의 노인들은 국가의 지원을 받긴 하지만 기초노령연금의 경우 그 액수가 매우 낮아 나머지 생활비는 스스로 마련하거나 가족 혹은 자녀들의 사적이전을 기대할 수밖에 없다. 특히 남성들인 경우 스스로 마련하는 비율이 가장 높게 나타나는 반면 여성은 국가나 가족 및 자녀의 도움에 의한 이전 소득이 더 높은 비율로 나타난다.

[그림 4-3-11] 노인의 용돈 마련 책임자: 성별



노후생활비 수입원을 연령대별로 살펴보면, 65~69세 저연령 노인들은 스스로 마련하는 비율이 가장 높게 나타나는 반면 가족 및 자녀와 국가 지원은 가장 낮게 나타났다. 반면에 85세이상 고연령 노인들은 스스로 마련하는 비율이 가장 낮게 나타나는 반면 국가 지원과 가족 및 자녀의 지원을 받는 비율이 가장 높게 나타났다. 이는 연령대별 활동능력과 관련된 것으로 보인다.

[그림 4-3-12] 노인의 연령별 용돈 마련 책임자 분포



<표 4-3-13> 노인의 용돈 마련 책임자 분포

(단위: %)

특 성		계	스스로 마련	가족·자녀	국가적 지원	기 타
성 별	남 자	100.0	63.5	6.3	29.8	0.3
	여 자	100.0	52.4	12.1	35.1	0.4
연령별	65~69	100.0	60.1	7.5	32.1	0.3
	70~74	100.0	54.4	9.6	35.6	0.3
	75~79	100.0	46.3	14.9	38.5	0.3
	80~84	100.0	43.3	20.0	35.9	0.8
	85 +	100.0	36.2	26.2	36.7	0.9

주 : 1) 전체조사대상자 15,146명중 98명을 분석에서 제외함.
 자료: 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단, '2008년도 노인실태조사', 2009.
 한국보건사회연구원, '지표로 본 한국의 보건복지 동향', 2008.

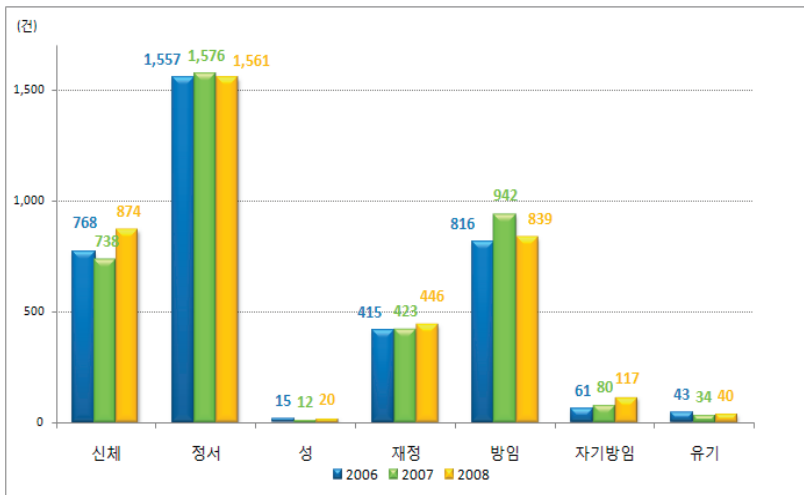
□ 노인학대 유형 및 주된 행위자

노인학대는 노인의 정신장애, 알콜중독 등 개인적 특성과 장애·질병·치매 등의 노인의 의존성, 부양자의 부양스트레스, 그리고 세대간 학대의 전이 등으로 발생하고 있다. 학대는 가족 간호자, 간병인, 빛나간 가족 구성원이나 무능한 가족구성원으로부터 받는다. 2006년도 노인학대 건수는 3,675건에서 2008년에 3,897건으로 약한 증가세를 보이고 있다.

학대의 유형은 학대 행위와 관련해서 신체적 학대, 정서적 학대, 재정적 학대 그리고 방임 등으로 분류된다. 이들 학대 중 정서적 학대가 가장 높고 방임, 신체의 순으로 나타났다. 또한 노인학대는 친족에 의해 주로 발생하고 있다. 즉 아들(61.5%), 며느리(13.6%), 딸(13.1%) 등의 순서이다. 아들이 가장 높은 이유는 대부분 부모부양을 이들이 하기 때문으로 생각된다.

앞으로 이를 줄이기 위해 사회적 차원에서는 노인부양과 사회의 노인차별, 경시풍조를 근절하고 예방교육을 실시하며, 가족차원에서는 부양스트레스를 경감시키기 위해 가족지원프로그램이 필요하다.

[그림 4-3-13] 노인학대 유형별 추이: 2006~2008



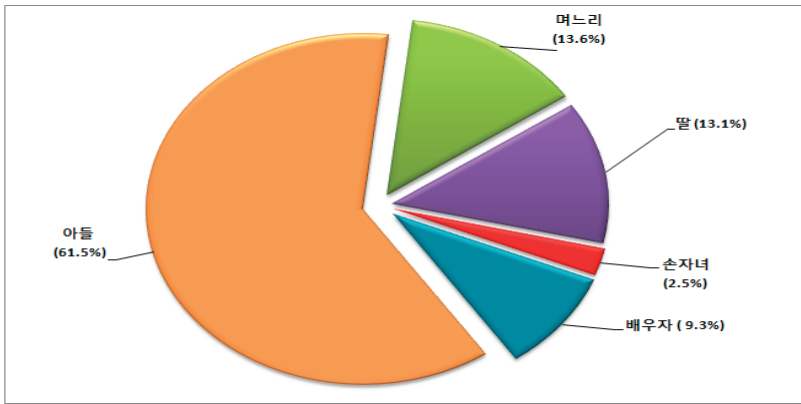
〈표 4-3-14〉 노인학대 유형: 2006~2008

(단위: 건)

	계	신체	정서	성	재정	방임	자기방임	유기
2006	3,675	768	1,557	15	415	816	61	43
2007	3,805	738	1,576	12	423	942	80	34
2008	3,897	874	1,561	20	446	839	117	40

주: 중북학대유형임.
 자료: 보건복지가족부, 노인지원과(중앙노인보호전문기관 사례 분석)

〔그림 4-3-14〕 노인학대 주된 행위자 분포: 2007



〈표 4-3-15〉 노인학대 주된 행위자 분포: 2007

(단위: 건, %)

유형/관계	신체적 학대	정서적 학대	성적학대	재정적 학대	방임	자기방임	유기	계
배우자	123	162	6	21	46	3	3	364
	(16.5)	(10.1)	(54.5)	(5.0)	(4.3)	(5.3)	(7.9)	(9.3)
아들	432	959	4	279	694	31	19	2,418
	(58.1)	(60.1)	(36.4)	(66.6)	(65.2)	(54.4)	(50.0)	(61.5)
며느리	91	265	-	54	122	2	2	536
	(12.2)	(16.6)	(-)	(12.9)	(11.5)	(3.5)	(5.3)	(13.6)
딸	70	174	-	53	188	19	11	515
	(9.4)	(10.9)	(-)	(12.6)	(17.7)	(33.3)	(28.9)	(13.1)
손자녀	28	37	1	12	15	2	3	98
	(3.8)	(2.3)	(9.1)	(2.9)	(1.4)	(3.5)	(7.9)	(2.5)
계	744	1,597	11	419	1,065	57	38	3,931
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

자료: 보건복지가족부, 중앙노인보호전문기관(2008), '2007 전국노인학대상담사업 현황보고서'

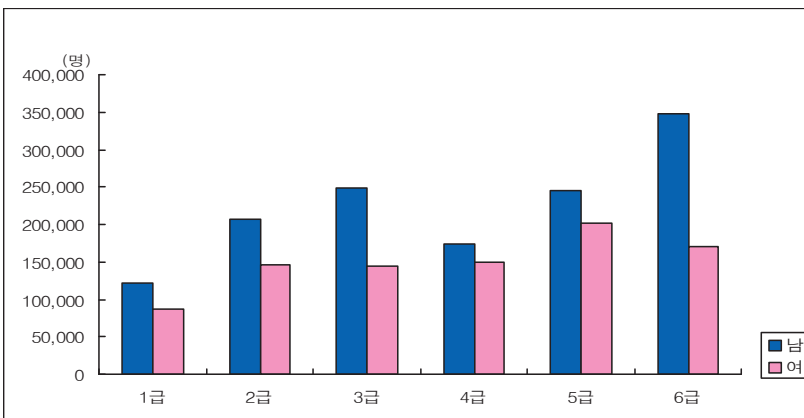
나. 장애인복지

□ 등록장애인 수

일반적으로 경제발전시기에는 장애인에 대한 시선이 근로가능하지 않은 데 초점이 맞추어진다. 따라서 장애인은 노동시장에 참여할 의사가 없는 것으로 간주되고 장애인에 대한 사회적 부담은 도외시 되며, 최소한의 복지를 누릴 수 있는 시혜적인 정책의 대상자이다. 그러나 의료 기술의 발달로 선천성 장애의 상당부분을 예방할 수 있게 된 최근에는 후천성 장애의 비율이 급속도로 증가하는 동시에 누구나 장애인이 될 수 있다는 위험의식을 갖게 되었다. 또한 장애인들 역시 노동시장 참여와 사회활동 등을 통해 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 요구하게 되었고 국가와 지방자치단체는 장애인에 대한 사회적 책임을 명백히 갖게 되었다.

과거에는 장애인의 수조차 정확하게 파악할 수 없었으나 최근에는 선천적이든 후천적이든 장애를 갖게 되면 본인 혹은 보호자에 의해 장애인 등록을 하게 된다. 이는 정책의 대상 집단을 명확하게 추정할 수 있는 자료를 제공하는 동시에 장애인으로 갖는 사회적 혜택을 취득할 수 있는 자격을 갖게 된다는 것을 의미한다.

[그림 4-3-15] 등록장애인의 등급별 성별 구성: 2008



2008년 12월을 기준으로 등록장애인 수는 2,246,965명이며, 이 중 남성은 1,345,557명(59.9%), 여성은 901,408명(40.1%)으로 남성의 비율이 더 높다. 이를 장애등급별로 살펴보면 가장 중증인 1급 장애인이 207,804명(9.2%)이며, 2급은 354,139명(15.8%), 3급은 394,633명(17.6%), 4급은 324,537명(14.4%), 5급은 447,729명(20.0%), 가장 경증인 6급은 518,123명(23.0%)으로 나타난다. 즉 중증인 1~3급은 42.6%이고, 경증인 4~6급은 57.4%를 차지한다.

2008년 12월을 기준으로 등록장애인의 장애종류별 구성을 살펴보면 지적장애(53.0%)의 비율이 가장 높으며 뇌병변(10.3%), 시각(10.2%), 청각장애(9.9%)가 유사한 정도로 나타났다. 성별로 살펴보면 남성은 지체(53.5%), 뇌병변(10.0%), 시각(10.3%) 순으로 높게 나타났고, 여성 역시 지체(52.3%), 청각(10.9%), 뇌병변(10.8%), 시각(9.9%) 순으로 나타났다.

〈표 4-3-16〉 등록장애인의 장애종류별 성별 분포

(단위: 명, %)

장애종류	계		남		여	
	명	%	명	%	명	%
간	6,968	0.3	5,288	0.4	1,680	0.2
간질	9,166	0.4	5,116	0.4	4,050	0.4
뇌병변	232,389	10.3	134,927	10.0	97,462	10.8
시각	228,126	10.2	139,144	10.3	88,982	9.9
신장	50,474	2.2	28,488	2.1	21,986	2.4
심장	14,732	0.7	9,087	0.7	5,645	0.6
안면	2,337	0.1	1,367	0.1	970	0.1
언어	15,458	0.7	11,263	0.8	4,195	0.5
자폐성	12,954	0.6	10,854	0.8	2,100	0.2
장루	11,740	0.5	7,302	0.5	4,438	0.5
정신	86,624	3.9	46,655	3.5	39,969	4.4
지적	146,898	6.5	89,477	6.6	57,421	6.4
지체	1,191,013	53.0	719,878	53.5	471,135	52.3
청각	223,102	9.9	125,070	9.3	98,032	10.9
호흡기	14,984	0.7	11,641	0.9	3,343	0.4

주: 1) 시군구에 등록된 장애인.
 자료: 보건복지가족부, '등록장애인 현황(2008년 12월말)', 2009.

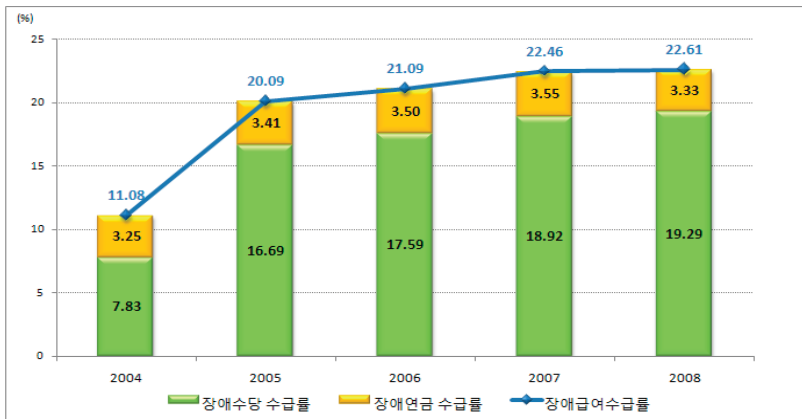
□ 장애급여 수급자 비율

본 지표는 장애인의 삶의 질을 보장하는 기본조건이며, 사회통합의 실현을 반영하는 지표이다. 장애급여 수급자 비율은 등록장애인수 대비 장애급여(장애수당+장애연금) 수급자수의 비율을 말한다.

$$\text{장애급여 수급자 비율} = \frac{(\text{장애수당} + \text{공적장애연금}) \text{수급자수}}{\text{등록장애인수}} \times 100$$

장애급여수급자비율은 해마다 높아지고 있는 추세이다. 2004년도 11.1%에서 수급자가 대폭 확대된 2005년도는 20.1%, 2008년도 22.6%로 증가하였다.

[그림 4-3-16] 장애급여 수급자 비율: 2004~2008



〈표 4-3-17〉 장애급여 수급자 비율: 2004~2008

(단위: 명, %)

구 분	2004	2005	2006	2007	2008
장애수당 수급자수(A)	126,061	296,565	346,024	398,197	433,413
장애연금 수급자수(B)	52,418	60,647	68,950	74,717	74,713
등록장애인수(C)	1,610,994	1,777,400	1,967,326	2,104,889	2,246,965
장애급여수급률(A+B/C×100)	11.08	20.09	21.09	22.46	22.61

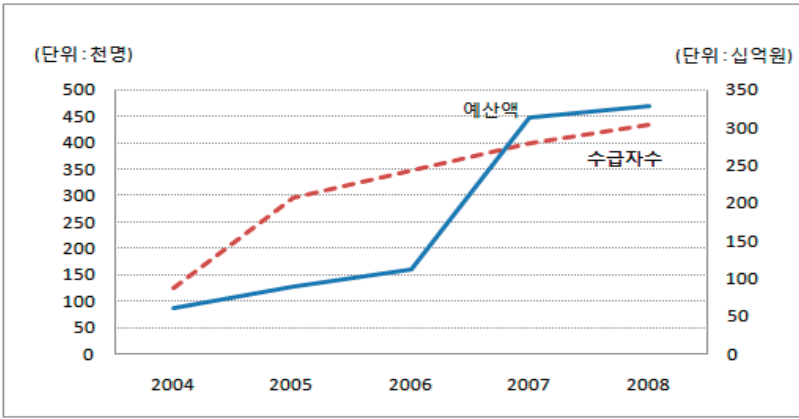
자료: 보건복지부(지방자치단체 장애수당 보고자료, 등록장애인 현황보고)
 국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단의 연금통계연보, 각 년도
 공무원연금관리공단은 2008. 6월 기준임.

□ 장애수당 수급자수

장애수당은 다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 저소득중증 및 중복장애인의 생활안정을 위해 지급하고 있다. 지급대상은 대상자 본인이 '기초생활수급권자' 이거나 '차상위계층'에 포함되어야 장애등급에 따라 지급받을 수 있다. 예를 들어 4인가족이면서 소득인정액이 120만원 가량이라면 장애수당을 신청할 수 있다. 소득인정액이란 소득과 재산의 소득환산액을 합산한 것으로 재산이 어느 정도가 되느냐에 따라 달라진다. 또한 소득이란 실제 소득만을 이야기 하는 것이 아니라 근로가 가능한 사람이 근로를 하지 않고 있을 때 벌 수 있을 것이라 기대되는 기대소득(추정 소득)을 합산한 금액이 된다.

2008년도 급여수준은 기초중증의 경우 1인당 월 13만원, 차상위 중증은 월 12만원, 그리고 기초 및 차상위 경증은 월 3만원이다. 수급자 수는 2004년도 126천명에서 2008년도 433천명으로 4년간 3.4배 증가하였다. 동기간 재정은 5.4배로 더 크게 증가하였다. 이러한 이유는 대상자 확대와 급여액의 인상에 있다고 본다.

[그림 4-3-17] 장애수당 수급자수와 재정추이: 2004~2008



〈표 4-3-18〉 장애수당 현황: 2004~2008

(단위 : 백만원, 천명)

	2004	2005	2006	2007	2008
예산액	60,417	89,683	111,931	313,032	327,891
수급자수	126,061	296,565	346,024	398,197	433,413
지급금액	· 기초중증 월6만원	· 기초중증 월6만원 · 기초경증 월2만원	· 기초중증 월7만원 · 기초경증 월2만원	· 기초중증 월13만원 · 차상위중증 월12만원 · 기초 및 차상위 경증 월3만원	· 기초중증 월13만원 · 차상위중증 월12만원 · 기초 및 차상위 경증 월3만원

주: 1) 중증 : 장애등급이 1~2급인 자, 3급 지적 또는 자폐성 중복장애인

2) 경증 : 장애등급이 3~6급인 자

3) 장애수당수급자수는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 18세이상 등록장애인 중 장애수당을 받고 있는 실질해수급자수 임

자료: 보건복지가족부, 장애인자립기반과

□ 장애이동수당 수급자수

기초생활수급대상 또는 차상위계층 등 저소득 장애인가구의 생활안정을 도모하기 위해 장애이동의 보호·양육에 소요되는 추가비용을 부양자에게 지급하고 있다. 수급자수는 2004년도 약 2,593명에서 2008년도 16,001명

으로 4년간 6배 증가하였다. 2008년도 급여수준은 기초생활수급자 중 1급 중증은 월 20만원, 경증은 월 10만원 (장애수당과 통합)이다. 차상위계층 중 중증은 월 15만원, 경증은 월 10만원(장애수당과 통합)이다.

재정은 2004년도 10억원에서 2008년도 232억원으로 4년간 23배 증가하였다. 이러한 이유는 대상자의 급작스런 확대와 급여액의 인상에 있다고 본다.

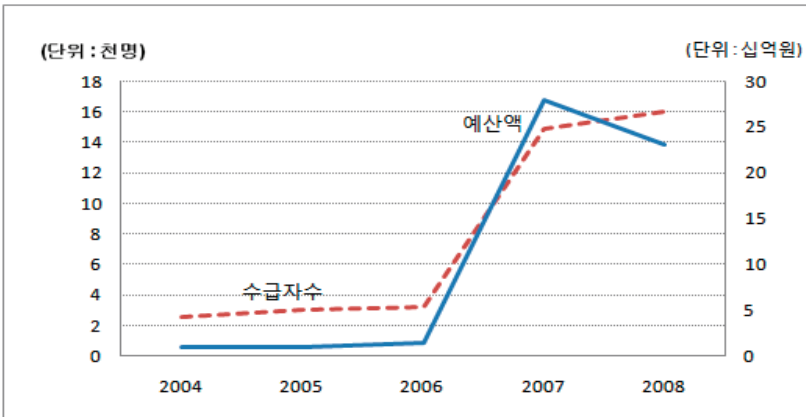
〈표 4-3-19〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2004~2008

(단위: 백만원, 명)

	2004	2005	2006	2007	2008
예산액	1,039	1,039	1,455	27,930	23,158
수급자수	2,593	3,054	3,217	14,895	16,001

자료: 보건복지가족부, 장애인자립기반과

〔그림 4-3-18〕 장애아동수당의 수급자 수와 재정추이: 2004~2008



□ 장애인 활동보조서비스 수혜율

신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공함으로써 장애인의 자립생활과 사회참여를 증진하고

자 추진되는 활동보조서비스의 실적을 평가하기 위한 지표로 서비스 수혜자수를 측정한다.

$$\text{장애인 활동보조서비스 수혜율} = \frac{\text{장애인 활동보조서비스 수혜자수}}{\text{1급 등록장애인수}} \times 100$$

2007년 4월부터 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공함으로써, 장애인의 자립생활과 사회활동 지원을 시작하였고, 2008년 장애인 19,498명이 활동보조서비스를 이용하고 있다.

〈표 4-3-20〉 장애인 활동보조서비스 수혜 현황

(단위: 명, %)

구 분	2007년		2008년		
	이용자 수	비율	이용자수	비율	
전체	14,515	100.0	19,498	100.0	
소득수준별	기초생활수급자	3,245	22.4	7,824	40.1
	차상위계층	3,502	24.1	1,343	6.9
	일반	7,768	53.5	10,331	53.0
성별	남성	8,673	59.8	11,582	59.4
	여성	5,842	40.2	7,916	40.6
연령별	이동	3,834	26.4	5,611	28.8
	성인	10,681	73.6	13,887	71.2

자료: 보건복지가족부, '2008 보건복지가족백서', 2009.

□ 장애인의 고용률, 실업률

정부는 업체가 고용인원의 2%이상을 장애인으로 고용하면 고용장려금을 지원하고 있다. 고용장려금은 의무고용률(2%)을 초과하여 장애인을 고용하는 사업주에게 일정책의 지원금을 지급하는 제도이다. 이는 정부가 사업주의 장애인 고용의지를 높여 장애인고용촉진을 유도하기 위함이다. 정부의 노력과 기업의 동참으로 2008년도 장애인고용률이 37.7%이다. 이는 전체

고용률(59.5%)의 63.3%수준이다.

$$\text{장애인 고용률} = \frac{\text{15세이상 장애인 취업자수}}{\text{15세이상 장애인 인구}} \times 100$$

실업(unemployment)이란 노동할 의욕과 능력을 가진 자가 자기의 능력에 상응한 노동의 기회를 얻지 못하고 있는 상태를 말한다. 즉 일할 의지가 있고 능력이 있는 사람들 중 직업이 없으면 실업상태이다. 반면 일할 의지가 없고 능력도 없는 사람들은 실업상태가 아니다. 첫 번째 경우는 경제활동인구에 포함되나, 두 번째 경우는 비경제 활동인구이다. 장애인실업률은 장애자가 일할 능력과 의도가 있는데 직업이 없는 경우를 의미한다.

$$\text{장애인 실업률} = \frac{\text{15세이상 장애인 실업자수}}{\text{경제활동 장애인 인구}} \times 100$$

2008년도 장애인실업률은 8.3%로 이는 전체 실업률(3.2%)의 2.6배에 해당한다.

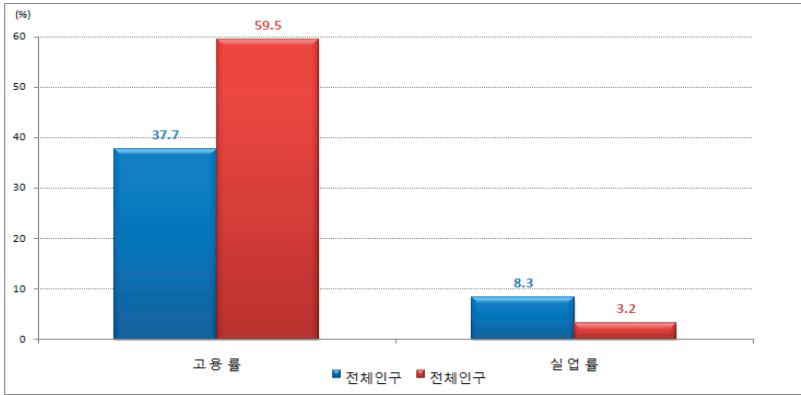
〈표 4-3-21〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2008

(단위: 명, %)

성 별	15세 이상 인 구	경제활동인구			경제활동 참가율	실업률	고용률
		계	취업자	실업자			
장애인구	2,071,596	850,837	780,054	70,783	41.1	8.3	37.7
남 성	1,209,706	631,195	575,580	55,615	52.2	8.8	47.6
여 성	861,890	219,642	204,474	15,168	25.5	6.9	23.7
전체인구	39,598,000	24,347,000	23,577,000	769,000	61.5	3.2	59.5
남 성	19,325,000	14,216,991	13,703,000	504,000	73.6	3.5	70.9
여 성	20,273,000	10,130,009	9,874,000	265,000	50.0	2.6	48.7

주: 1) OECD기준, 즉 통계청의 '경제활동인구조사'의 경제활동판단기준(실업자[4주간 구직기간]으로 제시함.
 2) 경제활동참가율=(경제활동인구/15세 이상 인구)x 100
 3) 실업률=(실업자/경제활동인구)x 100
 4) 고용률=(취업자/15세 이상 인구)x 100
 자료: 한국보건사회연구원, '2008 장애인 실태조사', 2009.
 한국노동연구원, '2009 KLI 노동통계', 2009; 통계청, 경제활동인구조사.

[그림 4-3-19] 장애인과 전체인구의 고용률과 실업률 비교



OECD주요국가의 장애인고용률은 50%수준의 스위스와 룩셈부르크, 40%의 호주, 우리와 비슷한 35%의 스페인이 있다. 실업률은 22%의 폴란드, 18%의 스페인, 우리와 비슷한 8%의 호주와 7%의 영국 등이 있다.

<표 4-3-22> OECD 주요국 장애인의 고용률, 실업률

(단위: %)

	장애인		비장애인		고용격차 장애인/비장애인	
	고용률	실업률	고용률	실업률	고용률	실업률
한국(2008)	37.7	8.3	60.7	3	62.1	276.7
호주(2003)	40	8	79	4	50.6	200.0
룩셈부르크(2002)	50	7	70	4	71.4	175.0
스페인(2004)	35	18	68	11	51.5	163.6
영국(2006)	45	7	81	4	55.6	175.0
노르웨이(2005)	45	7	83	4	54.2	175.0
폴란드(2004)	18	22	62	19	29.0	115.8
덴마크(2005)	52	8	82	4	63.4	200.0
핀란드(2005)	54	14	75	10	72.0	140.0
아일랜드(2004)	41	6	75	4	54.7	150.0
네덜란드(2006)	44	8	79	4	55.7	200.0

주 : 1) 대상연령은 20-64세인

자료: EDI 장애인; OECD, 'Sickness, Disability and Work vol 1-3:.'

National Labor Force Survey의 자료를 기본으로 하여 OECD에서 추산함

호주(SDAC 2003), 룩셈부르크(EULFS 2002), 스페인(EU-SILC 2004), 영국(LFS 2006), 네덜란드(LFS 2006), 스페인(ECHP 1995, 2000), 덴마크(LFS 2005), 핀란드(SILC 2005), 아일랜드(SILC 2005).

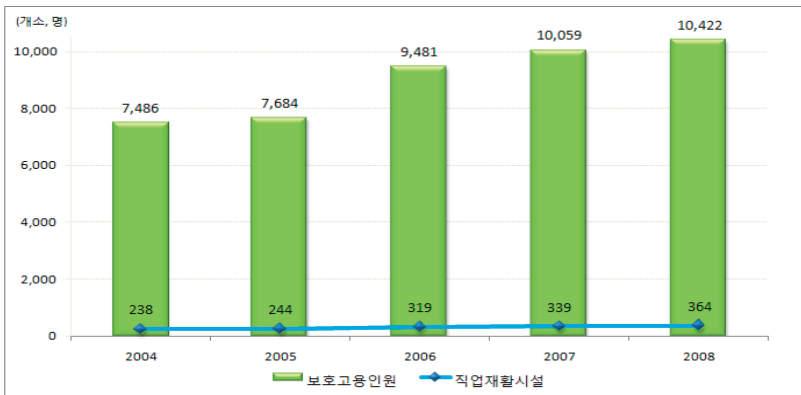
노동부·한국장애인고용촉진공단 고용개발원, '2009 장애인 통계'

□ 장애인 직업재활시설 및 보호고용수

중증장애인의 고용률 정체에 따른 대책마련을 위한 성과지표로 직업재활시설 보호고용비율로 측정한다. 직업재활시설 보호고용 장애인수는 장애인 직업재활의 현실태를 나타낸다. 장애인직업재활시설은 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 하는 시설을 말하며, 보호장애인은 장애인직업재활시설(근로작업시설, 보호작업시설, 작업활동시설, 직업훈련시설)에서 사회적응훈련, 직업훈련 및 생산활동에 참여하여 이에 상응하는 노동의 대가(적정임금 및 최저임금)를 지급받는 장애인을 의미한다.

직업재활시설지원, 장애인일자리사업 등을 통해 장애인 소득보장과 재활을 촉진하였다. 직업재활시설은 2004년 238개소, 2005년 244개소, 2006년 319개소, 2008년 364개소로 매년 꾸준히 증가하고 있다. 이와 더불어 근로장애인 수도 매년 꾸준히 증가하고 있다.

[그림 4-3-20] 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2008



〈표 4-3-23〉 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2008

(단위: 개소, 명)

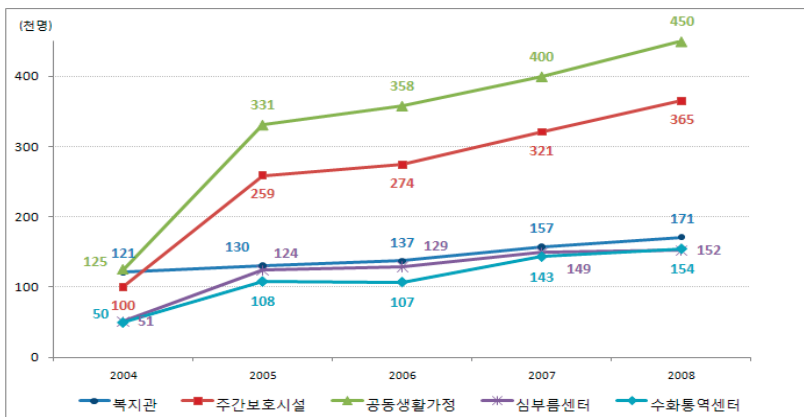
구분	2004	2005	2006	2007	2008
직업재활시설	238	244	319	339	364
보호고용인원	7,486	7,684	9,481	10,059	10,422

자료: 보건복지가족부, 2007 보건복지가족백서, e-나라지표 통계.
 보건복지가족부, '통계연보', 2009

□ 장애인 지역사회 재활시설수

우리나라에 운영 중인 장애인복지시설의 종류는 장애인복지법에 근거하고 있다. 현행 장애인복지법 시행규칙에 의하면 그 종류가 제시되어있는데 크게 장애인생활시설, 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 그리고 장애인유료복지시설 등으로 분류되고 있다. 이중 장애인지역사회재활시설은 장애인복지관, 장애인공동생활가정, 장애인주간보호, 단기보호시설, 장애인의료재활시설, 장애인수련시설, 수화통역센터, 심부름센터, 점자도서관, 점자 및 녹음서출판시설 등이 있다. 지역사회 재활시설은 규모, 종류, 형태가 다양하고 프로그램도 다양하므로 시설수만 가지고 복지수준을 판단할 수 없다.

[그림 4-3-21] 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2008



〈표 4-3-24〉 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2008

(단위: 개소)

	2004	2005	2006	2007	2008
계	536	1,049	1,125	1,286	1,419
복지관	121	130	137	157	171
의료재활시설	14	14	26	16	17
주간보호시설	100	259	274	321	365
단기보호시설	30	61	69	76	84
공동생활가정	125	331	358	400	450
체육관	18	22	25	24	26
심부름센터	51	124	129	149	152
수화통역센터	50	108	107	143	154

자료: 보건복지가족부, '장애인 지역사회 재활시설 운영현황', 2008.
 보건복지가족부, '보건복지통계연보', 2009.

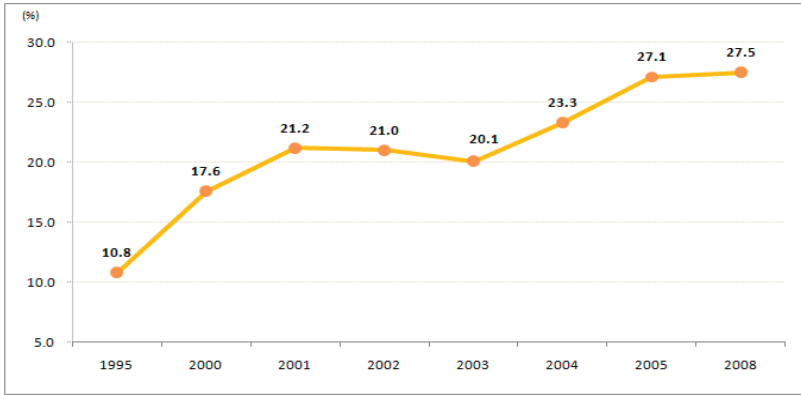
지역사회 재활시설은 2004년 536개소에서 2005년 1,049개를 거쳐 2008년 1,419개로 증가하였다. 2008년 현재 지역사회 재활시설은 공동생활가정이 450개소, 주간보호시설이 365개소, 복지관이 171개소로 구성되었으며 증가추세이다.

□ 장애인의무고용 준수율

상시근로자 50인 이상의 근로자를 고용하는 사업주는 그 근로자 총수의 2%에 해당하는 장애인근로자를 의무적으로 고용하여야 한다. 의무고용인원에 미달하여 장애인을 고용하는 의무사업주는 그 미달되는 인원에 노동부장관이 고시하는 부담기초액을 곱한 금액을 부담금으로 납부하여야 한다.

1995년도 장애인의무고용 준수율은 10.8%, 그 후 꾸준히 증가하여 2008년도 27.5%로 증가하였다.

[그림 4-3-22] 장애인의무고용 준수를 추이: 1995~2008



<표 4-3-25> 장애인의무고용 준수를 추이: 1995~2008

(단위: 개소, %)

연도	의무고용 대상업체1) (종업원 50인 이상) (A)	의무고용 준수업체2) (B)	B/A
1995	2,229	240	10.8
2000	1,891	332	17.6
2001	1,995	422	21.2
2002	2,032	426	21.0
2003	2,141	430	20.1
2004	16,950	3,954	23.3
2005	17,414	4,719	27.1
2006	19,155	4,557	23.8
2007	20,462	5,489	26.8
2008	24,416	6,713	27.5

주: 1) 2003년까지는 상시근로자 300인 이상, 2004년 이후는 50인 이상인 사업체임

2) 상시근로자의 2% 이상을 장애인으로 고용한 사업체.

자료: 통계청, 한국의 사회지표, 각 년도

한국장애인고용촉진공단 고용개발원, '2008년 사업체 장애인고용 실태조사', 2009.

□ 장애인 편의시설 설치율

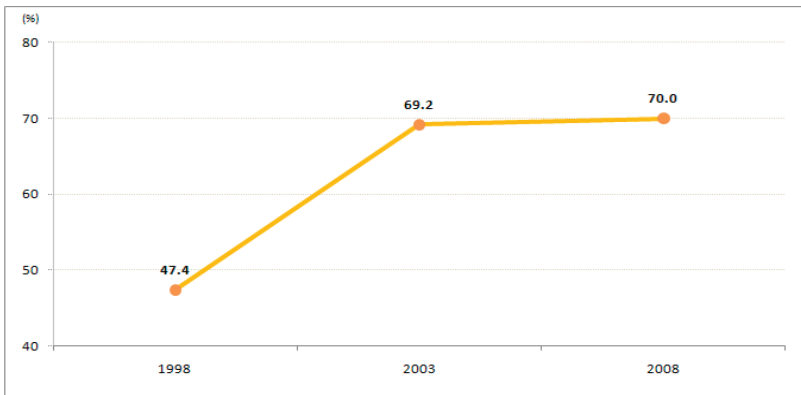
장애인 편의증진 확충을 위한 평가지표로 장애인 편의시설 설치대상기관의 실제 설치율을 측정한다. 참고로 공공기관의 장애인 편의시설 설치율은

장애인권 증진과의 성과지표로 설정하였다.

장애인 편의시설 설치율은 매 5년마다 전수조사로 실시된다. 1998년에는 47.4%이었고, 2003년에는 69.2%(교통 및 여객시설 포함시 75.8%)로 증가하였으며, 2008년에는 70.0%(교통 및 여객시설 제외)로 약간 상승하였다.

2008년 전수조사는 2006년도 시행된 「교통약자의이용편의증진법」상 대상시설인 교통 및 여객시설은 조사대상에서 제외된 것이다. 따라서 2003년 조사결과에서 「교통약자의이용편의증진법」상 대상시설이 되는 교통 및 여객시설(황단보도 90.2%, 여객자동차터미널 85.5%)을 제외하고 2008년과 비교하면, 2003년이 실제설치율은 69.2%가 된다. 또한 2003년에는 설치여부(○, ×)만 평가하였으나, 2008년에는 적정 설치여부(4점 척도: 적정, 보통, 미흡, 미설치)를 평가척도로 사용함으로써 정책활용도를 높였다.

[그림 4-3-23] 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008



<표 4-3-26> 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008

(단위 : %)

	1998	2003	2008
장애인 편의시설 설치율	47.4	69.2 (교통 및 여객시설 제외)	70.0 (교통 및 여객시설 제외)

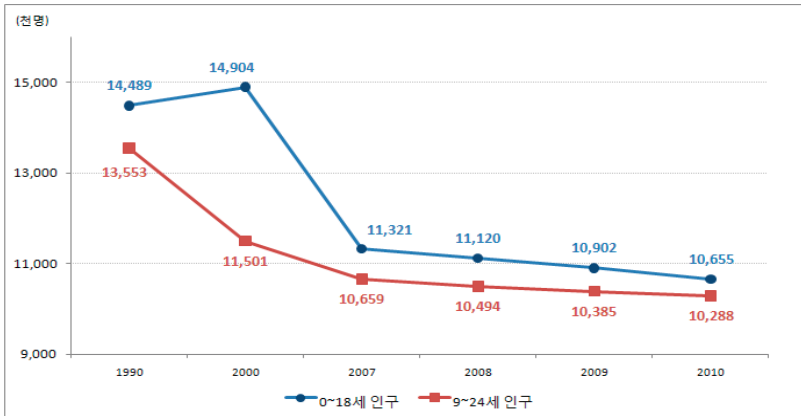
주: 장애인 편의시설 설치율은 5년마다 실시하는 전수조사 결과임.

다. 아동·청소년 복지

□ 아동·청소년 인구

지난 20~30년간 우리나라의 산업화와 도시화는 가정의 구조와 기능에 큰 변화를 가져왔으며 이에 따라 아동과 청소년 문제를 생성시킬 수 있는 현대가정의 문제점들이 발생하였다. 국가와 지역사회는 아동과 청소년의 건전 육성을 위한 영육아보육지원, 빈곤아동지원 등이 필요하다.

[그림 4-3-24] 아동·청소년인구 추이: 1990~2010



<표 4-3-27> 아동·청소년인구 추이: 1990~2010

(단위: 천명, %)

년도	총인구	0~18세		9~24세	
		인구	%	인구	%
1990	42,869	14,489	33.8	13,553	31.6
2000	47,008	14,904	27.5	11,501	24.5
2007	48,456	11,321	23.4	10,659	22.0
2008	48,607	11,120	22.9	10,494	21.6
2009	48,747	10,902	22.4	10,385	21.3
2010	48,875	10,655	21.8	10,288	21.1

자료: 통계청, '장래인구추계', 2006

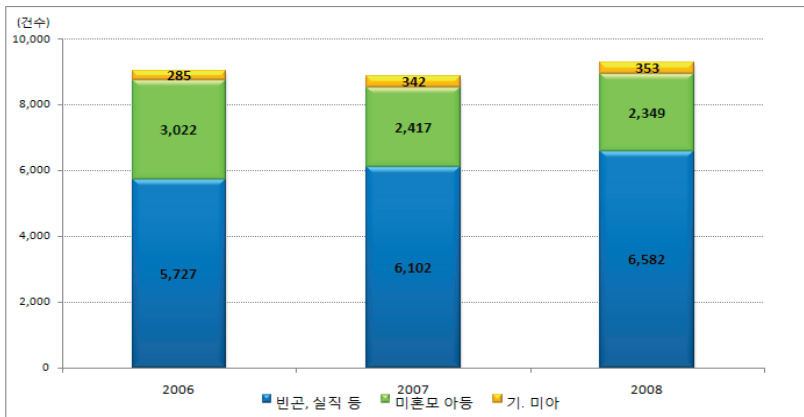
2009년도 아동인구(0~18세) 및 청소년 인구(9~24세)는 각각 전체인구의 22.4%, 21.3%이다. 이들 인구는 1990년과 비교해 볼 때 계속 감소추세이다.

□ 요보호아동 발생현황

저출산으로 아동이 감소추세에도 불구하고, 경제위기를 겪으면서 빈곤 및 실직, 학대 등으로 요보호아동의 발생이 줄어들지 않고 있다. 요보호아동은 보호를 필요로 하는 아동으로 보호자가 없거나 보호자로부터 이탈된 아동, 또는 보호자가 아동을 학대하는 경우 등 그 보호자가 아동을 양육하기에 부적합하거나 양육할 능력이 없는 경우의 아동이다. 과거에는 부모의 사망으로 인한 고아 및 기아, 미아, 부랑아 등이 속출했지만 최근에는 아동학대나 비행가출 등이 요보호아동 증가에 작용하고 있다.

요보호아동 발생유형을 보면 2008년 한해 동안 발생한 요보호아동은 9,284명. 이 가운데 빈곤, 실직 등이 6,582명으로 전체의 71%를 차지했고, 미혼모아동 25%, 기.미아 4%로 나타났다. 요보호아동 발생은 2006년 이후 매년 약 9천여명 수준으로 발생하고 있다.

[그림 4-3-25] 요보호아동 발생원인과 추이: 2006~2008



〈표 4-3-28〉 요보호아동 발생원인: 2006~2008

(단위 : 명, %)

	계	기·미아	미혼모아동	빈곤, 실직 등
2006	9,034 (100.0)	285 (3.2)	3,022 (33.4)	5,727 (63.4)
2007	8,861 (100.0)	342 (3.8)	2,417 (27.3)	6,102 (68.9)
2008	9,284 (100.0)	353 (3.8)	2,349 (25.3)	6,582 (70.9)

자료: 보건복지가족부, '보건복지가족통계연보', 각년도

최근 요보호아동은 고아보다는 경제적 또는 가정내 문제로 인한 보호아동이 증가하고 있음을 알 수 있다. 앞으로 요보호아동정책은 양육위주의 보호에서 벗어나 다양하고 전문적인 보호대책과 방안이 요구된다.

□ 입양아동수 추이

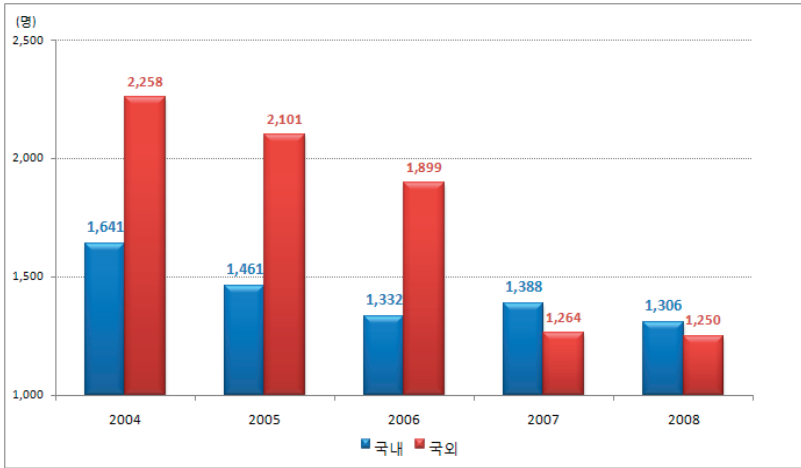
아동의 입양정책은 요보호아동에게 건전하고 영구적인 가정의 보호를 받도록 하는 국가적 사회적인 대책이다. 우리나라에 있어서 입양사업은 한국 전쟁 이후의 전쟁고아에 대한 국외입양이 시작된 이래로 2003년 이전까지 총 217,291명이 입양되었으며, 이 중 전체입양아동의 70%를 국외입양아동이 차지하고 있다. 이후 아동은 자신이 태어난 나라에서 우선적으로 보호되어야 한다는 아동복지적 관점에서 국내입양의 활성화 노력들이 정부와 사회에 의해 지속되었다.

최근 입양아동수는 3,899명(2004)에서 2,556명(2008)으로 감소추세이다. 특히 해외입양아동은 2,258(2004)에서 1,250명(2008)으로 급감하고 있다.

또한 정부의 국내입양 활성화 정책의 추진, 입양에 대한 사회적 인식 제고 등으로 2007년부터 전체 입양아동 중 국내입양비율이(2008년 51.1%) 국외입양비율을 추월하였다.

앞으로 국내입양의 활성화를 위해 국민인식 개선을 위한 대국민 홍보활동, 입양가정에 대한 제도적/경제적 지원, 그리고 효율적인 입양사후관리 서비스 제공체계구축 등이 요구된다.

[그림 4-3-26] 국내 및 국외 입양아동수 추이비교: 2004~2008



<표 4-3-29> 입양아동수 추이: 2003~2008

(단위: 명, %)

연도	계	2003년 이전	2004	2005	2006	2007	2008
입양아동	233,191 (100.0)	217,291 (100.0)	3,899 (100.0)	3,562 (100.0)	3,231 (100.0)	2,652 (100.0)	2,556 (100.0)
국내	71,633 (30.7)	64,505 (29.7)	1,641 (42.1)	1,461 (41.0)	1,332 (41.2)	1,388 (52.3)	1,306 (51.1)
국외	161,558 (69.3)	152,786 (70.3)	2,258 (57.9)	2,101 (59.0)	1,899 (58.8)	1,264 (47.7)	1,250 (48.9)

자료: 보건복지가족부, 아동청소년복지정책과

□ 아동학대 발생률

사회변화와 맞물려 약화된 가정기능은 심각한 아동관련 문제를 야기하고, 그 가운데 아동학대가 차지하는 비중이 높다. 학대아동 보호체계 및 현황을 확인하는 작업은 아동복지 수준을 기능하는 잣대가 된다. 아동학대발생률은 학대경험이 있는 아동수의 비율을 의미한다.

아동학대발생률의 증가는 현재 신고에 의한 통계치로 아동학대 발생률을 대표하기 힘들다는 한계점이 있다. 또한 우리나라는 아동보호서비스 도입이

10년도 채 되지 않는 짧은 기간을 고려한다면, 선진국과의 비교에서 발생률이 낮은 것도 긍정적으로 평가하기 힘들다. 이는 아직 아동학대에 대한 인식이 선진국에 비하여 낮은 것에 기인할 가능성이 높기 때문이다.

2007년 8월을 기준으로 1년 이내 발생한 아동학대발생률은 66.9%로 아동 10명당 6.7명 정도가 아동학대경험이 있는 것으로 나타났다. 동 학대발생률은 2000년도에 비해서는 23.2%포인트가 증가한 수치이고, 2004년도에 비해서는 2.3%포인트가 감소한 수치이다.

〈표 4-3-30〉 연도별 아동학대 발생률

구 분	2000 ¹⁾	2004 ²⁾	2007 ³⁾
아동학대 발생률	43.7	69.2	66.9

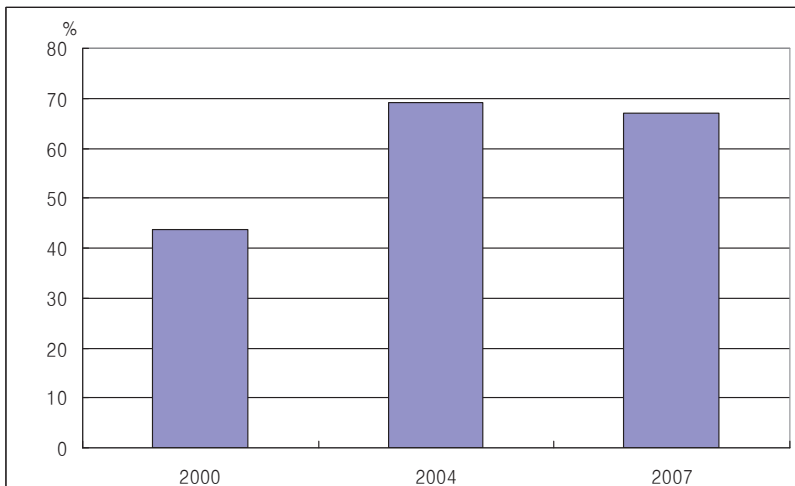
(단위: %)

자료: 1) 보건복지가족부, '아동학대의 실태 및 후유증 연구', 2000.

2) 여성가족부, '2004년 전국 가정폭력 실태조사', 2004.

3) 여성가족부, 한국보건사회연구원, '2007년 전국 가정폭력 실태조사', 2007.

[그림 4-3-27] 아동학대 발생률: 2000~2007



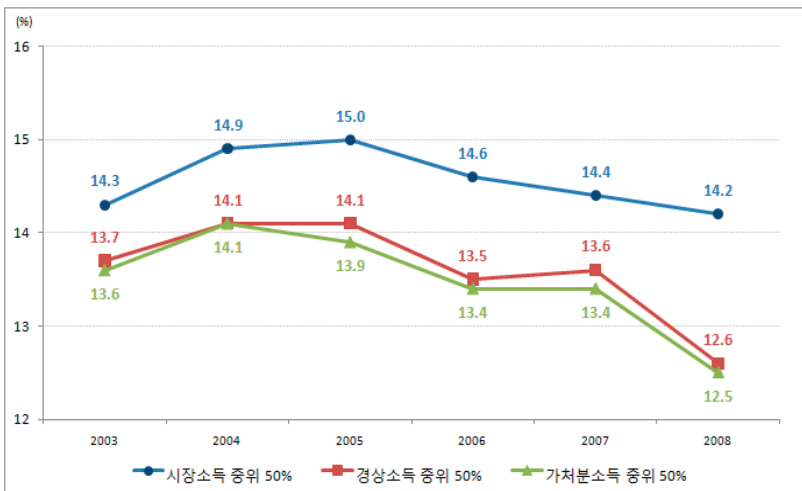
□ 아동빈곤율 추이

아동빈곤이란 18세 미만의 아동으로 빈곤한 가족에 속해 있는 경우를 말하는데 아동들은 피부양자이고 다른 연령층에 비해 사회정책적인 관심을 덜 받기 때문에 빈곤 가능성이 높다. 아동빈곤율은 각 년도 18세 미만의 전체 아동인구 가운데 빈곤가구에 살고 있는 아동인구 비율이며, 대부분의 연구에서 사용한 가구수입을 기준으로 빈곤 대 비빈곤 아동을 구분하여 지표로 활용한다.

$$\text{아동빈곤율} = \frac{\text{빈곤선 이하(중위소득 50\%)의 가구에 살고있는 아동인구}}{\text{전체 아동인구}} \times 100$$

도시지역 아동빈곤율(시장소득, 중위 50%)은 2005년 15.0%를 정점으로 꾸준히 감소하여, 2008년에는 14.2%로 나타났다. 이는 빈곤아동 가정 지원서비스 확대와 지역아동센터 활성화 등으로 빈곤의 개선효과가 가시화된 것으로 생각된다.

[그림 4-3-28] 아동빈곤율 추이(중위 50%, 시장, 경상, 가처분): 2003~2008



〈표 4-3-31〉 아동빈곤율 추이: 연도별, 소득별

(단위: %)

	소 득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위40%	중위50%	중위60%	중위40%	중위50%	중위60%	중위40%	중위50%	중위60%
2003	9.4	14.3	19.8	8.6	13.7	19.3	8.9	13.6	19.4
2004	10.3	14.9	21.0	9.0	14.1	20.5	9.2	14.1	20.5
2005	10.7	15.0	21.1	9.5	14.1	20.7	9.4	13.9	20.4
2006	10.2	14.6	20.3	9.0	13.5	19.7	8.8	13.4	19.8
2007	10.2	14.4	20.6	8.6	13.6	20.0	8.5	13.4	19.4
2008	9.9	14.2	19.6	8.1	12.6	18.6	7.9	12.5	18.4
2006 ²⁾	10.0	14.0	19.8	8.5	13.0	18.9	8.5	12.9	19.1
2007 ²⁾	9.9	14.1	19.7	8.3	12.8	19.0	8.3	12.9	18.8
2008 ²⁾	9.5	13.3	18.4	7.6	12.2	17.7	7.6	11.9	17.3

주: 1) 1인가구, 농어가가구 제외.

2) 1인가구포함, 농어가가구 제외.

자료: 김태완 외(2009), '2009년 빈곤통계연보', 한국보건사회연구원.

□ 아동급식대상자 수

우리나라에는 빈곤으로 인하여 식사를 거르는 등 한참 자라야 할 나이에 심각한 영양의 부족 또는 불균형으로 성장에 큰 영향을 받는 아동들이 매년 늘어나고 있다. 이들 결식 아동들은 부모의 빈곤으로 결식아동으로 낙인찍히고 나아가 따돌림 등으로 학교 가기를 포기하는 등 가출로 연결되고 있다.

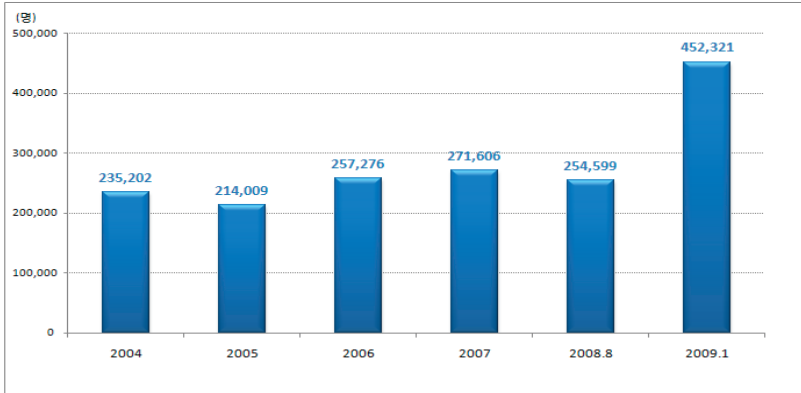
아동급식대상자 수는 2004년 이래 2008년까지 약 20만명을 약간 상회하다 2009년에 45만명으로 높게 상승하였다. 이는 실물경기의 악화에 따른 빈곤아동들의 증가로 생각된다.

이들 결식아동들에게 급식도 중요하지만 동시에 건강한 정신 유지와 가족의 회복을 위한 교육, 상담, 문화 프로그램과 치유 및 지지가 필요하다. 도움이 필요한 결손가정 아동청소년들을 1:1로 결연해서 일정 간격으로 만남을 가지면서 아동청소년이 고등학교 졸업하는 나이까지 멘토링을 중심으로 장기적인 지원을 하는 개인이나 사회복지단체들의 활동이 요구된다.

급식지원 방법을 보면 일반음식점이 41.8%, 단체급식소 32.1%, 그리고

식품권 18.4%의 순으로 나타났다.

[그림 4-3-29] 아동급식대상자 추이: 2004~2009



<표 4-3-32> 아동급식대상자 추이: 2004~2009

(단위: 명)

2004	2005	2006	2007	2008.8	2009.1 ¹⁾
235,202	214,009	257,276	271,606	254,599	452,321

주) 2009.1월 기준 아동급식 대상 및 지원 내용

- * 지원연령 : 18세 미만의 취학 및 미취학 아동(다만, 18세 이상인 경우에도 고등학교에 재학중인 아동 포함)
- * 지원내용 : 미취학아동은 조·중·석식 지원, 취학아동은 조·석식, 학기 중 토·공휴일 중식, 방학 중 중식지원
- * 교육과학기술부에서 제공하는 학기 중 중식지원은 제외

<표 4-3-33> 급식 지원방법별 전달체계: 2009.1

(단위: 개소)

계	단체급식소	일반음식점	도시락배달	주부식	식품권	기타
9,966	3,202	4,165	172	590	1,829	8
(100.0)	(32.1)	(41.8)	(1.7)	(5.9)	(18.4)	(0.1)

주: 단체급식소는 사회복지관, 지역아동센터, 학교급식소, 종교시설, 아동양육시설, 청소년수련관, 그룹홈, 쉼터 등을 포함함
 자료: 보건복지가족부, 아동청소년복지정책과

□ 가출청소년 발생현황

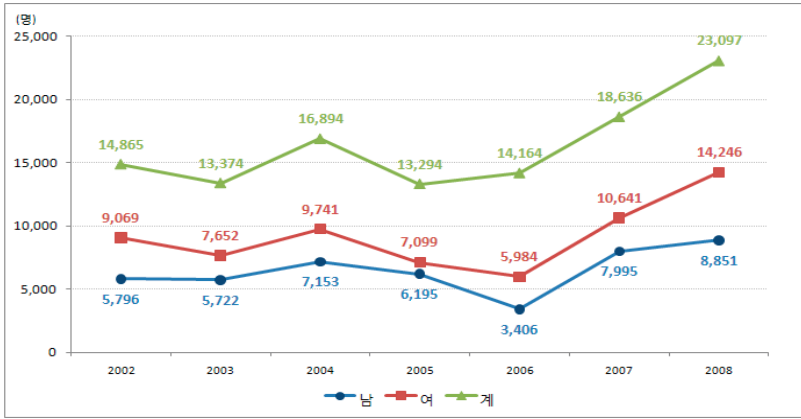
청소년 가출과 이에 따른 가출 청소년의 문제는 간과할 수 없는 사회현상이 되고 있으며, 모든 청소년 문제의 출발점이 된다. 가출청소년이란 18세 미만의 청소년이 부모나 보호자의 동의 없이 집을 떠나서 24시간 이상 귀가하지 않는 경우를 말한다. 청소년가출은 단순히 집을 떠난다는 사실보다 집을 떠나 여러 가지 예상치 않은 어려움과 위험에 처하게 된다는 점에서 문제의 심각성이 있다.

먼저 의식주를 해결하기 위해 돈을 마련해야 하지만, 자신에게 맞는 일 자리를 찾기란 쉬운 일이 아니다. 의식주 해결을 위해 절도나 강도와 같은 비행을 저지르거나 노동착취의 대상이 되기 쉽다. 다음 가출청소년들은 대부분 무단가출로 자퇴 처리되어 집으로 돌아온 후에도 자의 또는 타의에 의해 학교를 다닐 수 없는 경우가 많다. 끝으로 가출청소년들은 부모 혹은 보호자와의 정서적 유대관계가 부족하고 언어적, 신체적, 혹은 성적 학대를 경험하는 경우가 많기 때문에, 부정적 자기개념, 소외감, 우울증, 불안, 그리고 자살에 대한 생각 등을 갖기 쉽다.

2008년 가출 청소년은 23,097명으로 하루 평균 63명이 가출하고 있으며 남자 24명, 여자 39명으로 여자가 높게 나타났다. 또한 2007년에 비해 23.9% 증가하였다.

가출아동의 수가 매년 증가하는 것도 문제이지만 가출추세가 초등학교까지로 저 연령화되고 집으로 돌아가지 않는 "만성화"가 되어가는 것이 문제이다. 가출청소년에 대한 국가와 사회의 대책뿐만 아니라 가정에서도 관심이 필요하다.

[그림 4-3-30] 가출청소년 발생추이: 2002~2008



<표 4-3-34> 가출청소년 발생추이: 2002~2008

(단위 : 명)

	2002	2003	2004	2005	2006 ¹⁾	2007	2008
계	14,865	13,374	16,894	13,294	14,164	18,636	23,097
남	5,796	5,722	7,153	6,195	3,406	7,995	8,851
여	9,069	7,652	9,741	7,099	5,984	10,641	14,246

주: 1) 성별 분류가 안 되는 4,774명은 9~13세의 실종아동 등임.
 자료: 보건복지가족부, 「청소년유해환경 집중종합실태조사(2008)」

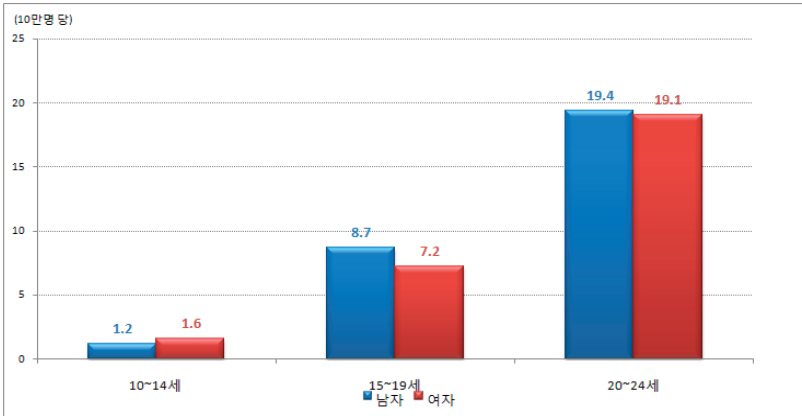
□ 청소년 자살률(5~24세)

청소년기는 신체적, 정서적, 도덕적, 사회적으로 급속한 성장을 겪는 시기이다. 이때는 감수성이 예민하여 사소한일에도 상처를 받고, 이성에 대해 관심을 가지기 시작하며 이러한 일 들이 왜곡되어 나타날 때에는 반사회적인 행동으로 나타나기도 한다. 청소년의 자살이 발생하는 주요 원인으로는 급속한 정신적 신체적 변화에서 오는 스트레스, 과열경쟁적인 교육제도에 따른 스트레스유발, 매스미디어를 통한 자살정보 등을 들 수 있다. 우리나라 청소년의 자살은 매년 이들 사망원인의 1위에서 3위를 차지할 정도로

심각하다.

청소년(5~24세)의 2008년도 사망자수는 940명으로 하루 평균 2.6명이 자살하고 있다. 또한 인구 10만명당 자살률은 7.4명이며 남자 7.5명, 여자 7.3명으로 여자가 높게 나타났다. 자살률을 연령대별로 보면, 10~14세는 1.7명, 15~19세는 7.9명, 그리고 20~24세는 19.3명으로 15세 이후부터 자살률이 현격히 높아지고 있다.

[그림 4-3-31] 청소년 자살률 연령대별, 성별: 2008



<표 4-3-35> 청소년 자살률 연령대별, 성별: 2008

(단위: 명, 인구 10만 명당)

	청소년의 자살(고의적 자해)					
	계		남자		여자	
	사망자수	자살률	사망자수	자살률	사망자수	자살률
계	940	7.4	504	7.5	436	7.3
5~9세	1	-	1	0.1	-	-
10~14세	48	1.4	22	1.2	26	1.6
15~19세	269	7.9	155	8.7	114	7.2
20~24세	622	19.3	326	19.4	296	19.1

자료: 통계청, 「사망원인통계」

청소년들의 건전한 성장을 위해서는 그들을 둘러싼 가정, 학교, 사회의 부단한 노력이 요구된다. 특히 청소년의 자살을 예방하고 줄이기 위해서는 이들에 대한 관심과 사랑 그리고 교육과 훈련이 필요하다.

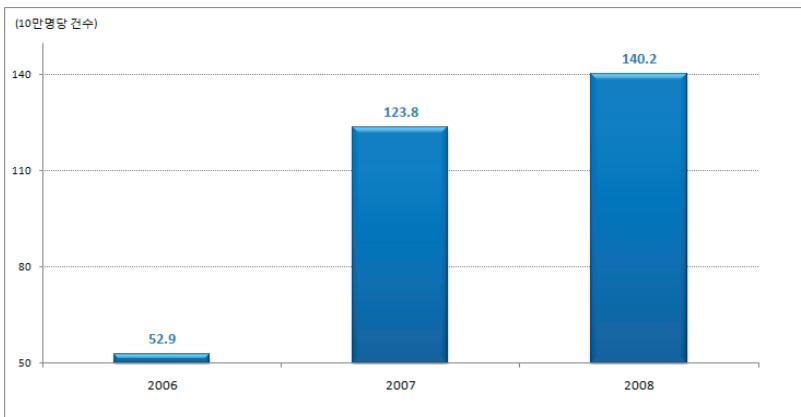
□ 아동·청소년 10만명당 위험환경 경험수

모험심과 호기심이 많은 아동과 청소년들에게 안전사고가 많이 발생하고 있다. 이들 사고로는 교통, 익사, 추락, 질식, 화상, 중독 등이다. 또한 학교 폭력이 빈번히 발생하고 있다. 최근 학교폭력은 자연영화, 여학생폭력, 집단 폭력, 목격자들의 방관 경향, 장난을 빙자한 폭력, 폭력서클 형성, 영상매체 영향력, 폭력에 대한 두려움 등의 증가 현상이 뚜렷해지고 있다.

이 지표는 만18세 미만 아동의 안전사고발생건수와 학교폭력발생건수의 합을 의미하며, 아동·청소년 인구10만명당 위험환경 경험 수의 증가 추세이다.

$$\text{아동·청소년 10만명당 위험환경 경험 수} = \frac{\text{18세 미만 아동·청소년의 안전사고 발생건수} + \text{학교폭력발생건수}}{\text{18세 미만 아동수}} \times 100,000$$

[그림 4-3-32] 아동·청소년 10만명당 위험환경 경험건수 추이: 2006~2008



〈표 4-3-36〉 아동 청소년 10만명당 위험환경 경험 수: 2006~2008

(단위: 건)

구분	안전사고	학 교 폭 력		아동·청소년 10만명당 건수
		심의건수 ¹⁾	피해학생 수	
2006	645	3,980	5,752	52.9
2007	538	7,660	14,190	123.8
2008	508	8,813	16,320	140.2

주: 1) 학교폭력자치위원회 심의건 수 임.

2) 안전사고 및 학교폭력 건수는 학기를 기준으로 작성하므로 해마다 2월 28일 이후 자료가 발간 됨. 2009년 1학기 학교폭력심의건수는 2,080건, 피해학생 수는 4,277명임

자료: 통계청, '장애안구추계, 2006, 보건복지가족부 아동안전사고 사망자 수, 교육과학기술부 학교운영지원과 내무료, 각 년도

아동·청소년의 안전사고는 감소하고 있지만, 학교폭력은 학교폭력자치위원회의 심의가 활성화 되면서 그 동안 수면 아래로 있던 것들이 추가되면서 높아지고 있다.

청소년은 미래의 주역들이다. 이들에 대해 보다 철저한 안전교육 내실화와 학교폭력의 근절 등 안전사고 예방이 요구된다.

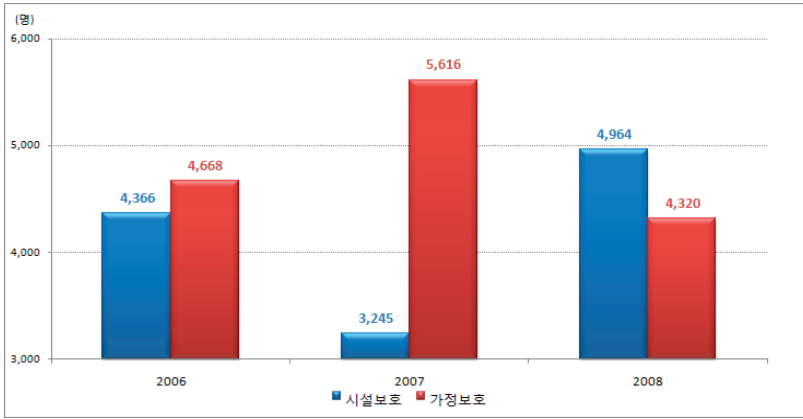
□ 요보호아동 보호현황

최근 경제난이나 이혼 등으로 가정해체가 늘면서 보호를 필요로 하는 아동들이 증가하고 있다. 과거 요보호아동들은 복지시설에서 생활하는 경우가 많았지만 단체 생활로 가족의 따뜻한 정을 느끼지 못하는 것이 문제였다. 이로 인해 일반가정이 요보호아동을 일정기간 양육하는 위탁보호가 실시되고 있다. 일반적으로 위탁기간은 짧게는 3주에서부터 최대 5년까지 위탁양육을 실시하고 있으며 보호자가 없는 경우, 5년 후 평가 및 재계약을 통해 아동이 성장할 때까지 위탁양육을 하고 있다.

우리의 아동보호는 비밀입양위주의 입양문화와 혈연중심의 가족문화 등으로 입양가정위탁보다는 아동시설보호 위주로 이루어져 왔다. 2008년도 시설보호 비율(53.5%)이 위탁보호 비율(30.6%)에 비해 높다.

어린이와 아동들을 보호하는 일은 우리 사회를 건강하고 더욱 행복하게 하는 가치 있는 미래투자이다.

[그림 4-3-33] 요보호아동 보호현황 추이: 2006~2008



<표 4-3-37> 요보호아동 보호현황: 2006~2008

(단위 : 명, %)

	계	시설보호			가정보호			
		소계	아동시설	장애아시설	소계	소년소녀가정	입양	위탁보호
2006	9,034 (100.0)	4,366 (48.3)	4,313	53	4,668 (51.7)	308	1,259	3,101
2007	8,861 (100.0)	3,245 (36.6)	3,206	39	5,616 (63.4)	247	1,991	3,378
2008	9,284 (100.0)	4,964 (53.5)	4,925	39	4,320 (46.5)	178	1,304	2,838

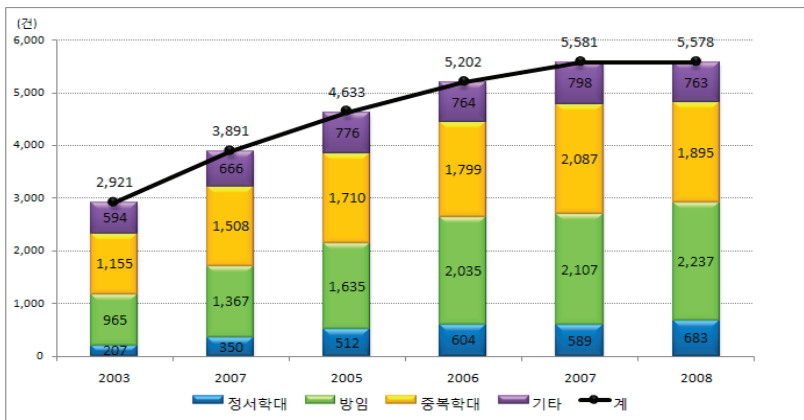
주: 1) 입양인 입양추진 및 절차에 관한 특례법」에 의해 요보호아동만을 대상으로 하므로 민법상의 입양(사인간의 입양)은 미포함
 2) 가정위탁: 국가의 보호가 필요한 아동발생시 아동을 보호 양육하기를 희망하는 가정에 위탁하여 양육하는 제도
 자료: 보건복지가족부, 아동청소년복지정책과

□ 학대피해아동 보호 추이

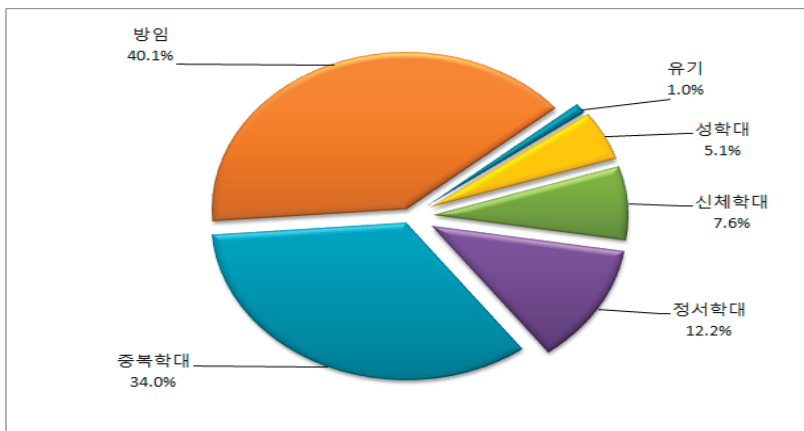
아동학대는 보호자를 포함한 성인에 의하여 아동의 건강 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 성적 폭력 또는 가혹행위 및 아동의 보호자에 의하여 이루어지는 유기와 방임(아동복지법 제2조 4항) 등을 의미한다. 학대피해아동 보호건수는 아동학대의심사례로 아동보호전문기관이 신고 받은 건수 중 아동학대로 판정받은 사례건수이다.

최근 이동학대보호건수는 2003년 2,921건에서 2008년에는 5,578건으로 늘어났는데 이 건수 중 대부분이 부모에 의해 발생하고 있는 것으로 나타났다. 이동학대 사례유형을 보면 방임이 40.1%로 가장 높았고, 두 가지 이상의 학대유형이 동시에 일어나는 중복학대가 34.0%, 정서학대 12.2%, 신체학대 7.6%, 성학대 5.1%, 그리고 유기 1.0%의 순서였다.

[그림 4-3-34] 이동학대 추이: 2003~2008



[그림 4-3-35] 이동학대 유형: 2008



〈표 4-3-38〉 아동학대 유형별 추이: 2003~2008

(단위: 건, %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
계	2,921	3,891	4,633	5,202	5,581	5,578	(100.0)
신체학대	347	364	423	439	473	422	(7.6)
정서학대	207	350	512	604	589	683	(12.2)
성학대	134	177	206	249	266	284	(5.1)
방임	965	1,367	1,635	2,035	2,107	2,237	(40.1)
유기	113	125	147	76	59	57	(1.0)
중복학대	1,155	1,508	1,710	1,799	2,087	1,895	(34.0)

주: 아동보호전문기관에 접수된 사례현황 자료 분석결과임.
 자료: 보건복지가족부, '2008전국아동학대현황보고서', 2009

피해아동의 연령을 보면 초등학교 시기인 만 7~12세 사이의 아동들이 가장 많은 것으로 조사되었는데 만10~12세의 아동이 26.0%로 가장 높은 비율을 차지하였고 7~9세 23.7%, 만13~15세 19.7%, 만4~6세 12.5%순으로 나타났다.

〈표 4-3-39〉 피해아동 연령

(단위: 건, %)

연령(만)	1세 미만	1~3세	4~6세	7~9세	10~12세	13~15세	16~18세	계
건 수	131	476	697	1,319	1,452	1,098	405	5,578
%	2.3	8.5	12.5	23.7	26.0	19.7	7.3	100.0

자료: 보건복지가족부, '2008전국아동학대현황보고서', 2009

아동학대 예방을 위해서는 사회의 모든 구성원들의 노력, 아동학대 위험이 높은 집단과 지역사회를 대상으로 아동학대로의 발전을 방지하려는 노력, 그리고 아동학대가 이미 발생한 아동과 그 가족을 대상으로 재발을 예방하려는 노력이 요구된다.

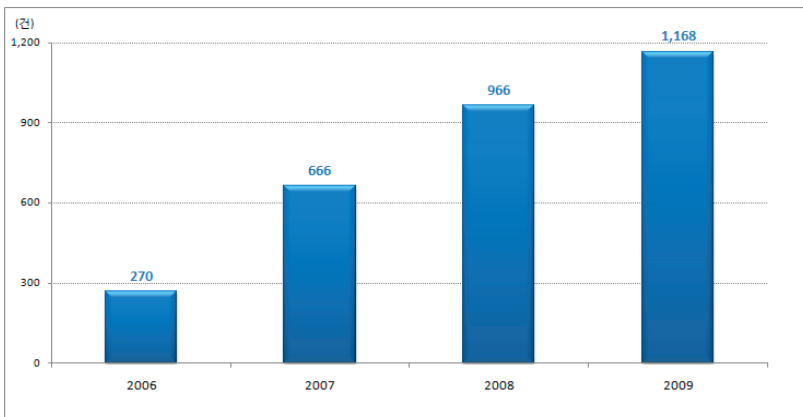
□ 헬프콜 1388 일일 이용건수

1388청소년 전화는 일상에서 겪는 대인관계, 진로, 학업, 가정문제 등의 일반상담 뿐만 아니라 기출, 성폭력, 성매매, 학교폭력 등의 위기 긴급 상담을 하고 있다. 청소년이라면 누구나 이 전화를 통해 다급한 위기 해결에 서부터 근본적인 심리상담까지 종합적인 서비스를 제공받는다. 특히 청소년의 보호자와 지도자는 물론 청소년의 건강한 성장을 바라는 사람이면 누구나 이 전화를 통해 청소년 유해환경 신고, 정보제공, 전문가와의 상담 등이 가능하다. 1388청소년 전화는 보건복지가족부 주관으로 한국청소년상담원과 지방자치단체가 운영하고 있다. 청소년관련 모든 문제에 대해 365일 24시간 원스톱 서비스를 제공한다.

$$\text{헬프콜! 1388 일일 이용건수} = \frac{147\text{개 센터 CYS-Net망 입력건수}}{365\text{일}} \times 100$$

청소년 전화 1388의 인지도 향상에 따라 이용건수가 2006년에 비해 2009년도에는 4.3배나 증가하였다.

[그림 4-3-36] 헬프콜1388 일일이용건수 추이: 2006~2009



〈표 4-3-40〉 헬프콜! 1388 일일 이용건수

(단위: 건)

연도	2006	2007	2008	2009
건수	270	666	966	1,168

자료: 보건복지가족부, 아동청소년상담자화와 내부자료

□ 디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 지원수

정부가 시설아동, 소년소녀가정아동, 가정위탁아동 등 요보호 아동이 저축하면 매월 3만원 이내에서 같은 금액을 지원하고 있다.

이들 계좌는 18세 이후 전세금, 학자금 등 자립자금으로 사용토록 하고 있다(2007.4월시행).

※ 디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 란?

아동(보호자, 후원자)이 매월 일정금액을 저축하면 국가(지자체)에서도 같은 금액을 적립해 줌으로서 아동이 만 18세 이후 준비된 사회인으로 성장 발전할 수 있도록 돕는 아동자립을 위한 프로젝트(2007.4월 시행)

첫 년도(2007.12월)에 31,828명이 개설하여 127억원을 적립하였으며 2008년에는 301억원이 적립되었다. 계좌개설아동 및 총적립액이 지속적으로 증가하고 있어 향후 저소득아동의 탈빈곤에 기여할 것으로 보인다.

〈표 4-3-41〉 아동발달지원계좌 지원현황: 2008년말 기준

통장발급	저축아동	저축률	아동저축액	총적립금 ¹⁾
34,263명	28,999명	91%	161억원	301억원

주: 1) 정부매칭 140억원

자료: 보건복지가족부, 아동청소년복지정책과

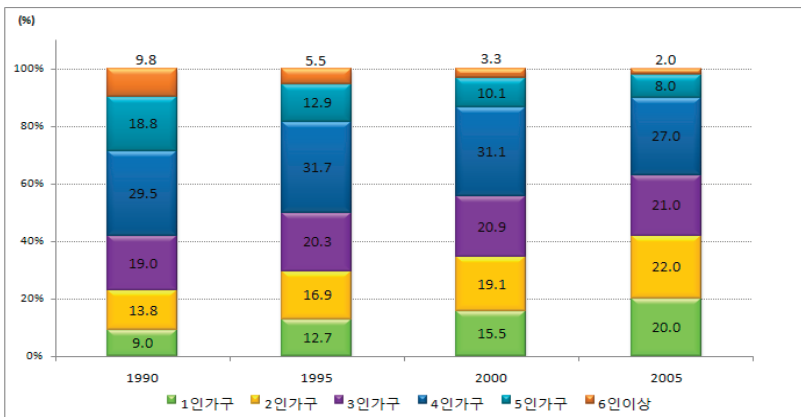
라. 가족 및 여성복지

□ 가구 및 가족의 형태

가구는 1인가구와 다(多)인가구로 분류된다. 먼저 1인 가구는 독립된 주택에서 혼자 살고 있는 사람이거나 단일 주택에서 분리된 방을 가지고 있으며 그 주택에 거주하고 있는 사람들과 가구를 형성하고 있지 않은 사람으로 정의한다. 다음으로 다수의 사람들로 구성된 가구는 주거 단위의 전체 혹은 일부를 공유하며 생활비 부담을 공유하는 2명 이상으로 구성된 가구를 뜻한다. 이 때 가구 구성원의 확인은 일상적인 거주를 기초로 하며, 복지시설, 군대와 같은 ‘거주시설’에서 생활하는 사람들은 제외된다.

우리나라에서 가구의 수는 지속적으로 증가하여 1990년 1,136만 가구에 서 2005년 1,589만가구로 늘었다. 특히 1인가구의 비중이 급격히 증가한 것으로 나타났는데 이는 이혼과 만혼 등에 따른 미혼가구와 고령화로 1인 노인가구가 증가한 데 기인한다. 이와 대조적으로 4인이상 가구의 비중은 급격히 감소하고 있는데 이는 핵가족 및 저출산 현상에 기인한다고 본다.

[그림 4-3-37] 가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2005



자료: 통계청, '인구주택총조사', 각년도.

〈표 4-3-42〉 가구원수별 가구형태: 1990~2005

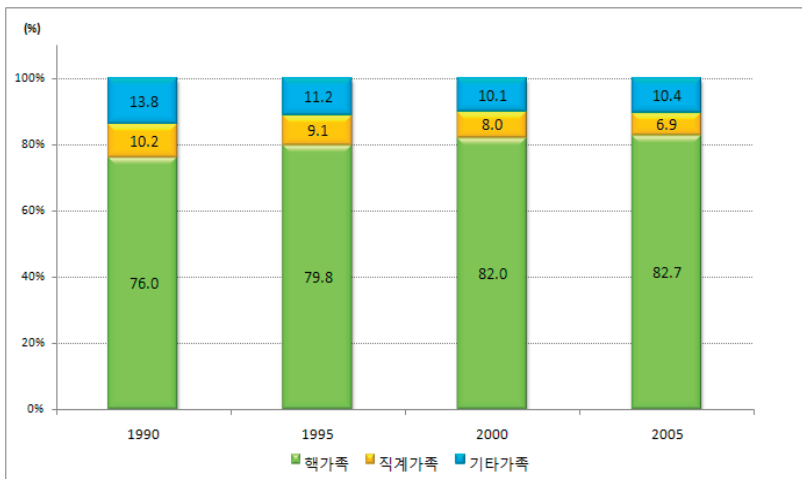
(단위: 천가구, %)

연도	일반가구	가구원수별 가구형태					
		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인이상
1990	11,355	9.0	13.8	19.0	29.5	18.8	9.8
1995	12,958	12.7	16.9	20.3	31.7	12.9	5.5
2000	14,312	15.5	19.1	20.9	31.1	10.1	3.3
2005	15,887	20.0	22.0	21.0	27.0	8.0	2.0

자료: 통계청, '인구주택총조사', 각 연도

가구의 유형은 핵가족과 직계가족으로 구분된다. 핵가족은 배우자인 자녀가 있거나 혹은 없는 커플(기혼 혹은 동거)이거나 한자녀 이상 있는 한부모이다. 이 때 부모는 생물학적인 부와 모 뿐만 아니라 복합가족(繼家族), 즉 생물학적인 부모의 배우자까지 포함하는 용어이다. 직계가족은 주로 2세대 혹은 3세대로 구성된 가구이다.

〔그림 4-3-38〕 가족의 형태별 분포: 1990~2005



〈표 4-3-43〉 가족의 형태별 분포: 1990~2005

(단위: 천가구, %)

연도	혈연가구 ¹⁾	핵가족				직계가족			기타 가족
		소계	부부	부부와 미혼자녀	편부(모)와 미혼자녀	소계	부부와 양(편)친	부부와 양(편)친 과 자녀	
1990	10,167	76.0	9.3	58.0	8.7	10.2	0.9	9.3	13.8
1995	11,131	79.8	12.6	58.6	8.6	9.1	1.1	8.0	11.2
2000	11,928	82.0	14.8	57.8	9.4	8.0	1.2	6.8	10.1
2005	12,491	82.7	18.1	53.6	11.0	6.9	1.2	5.7	10.4

주: 1) 일반가구에서 비혈연가구 및 1인가구를 제외한 가구수 임.
자료: 통계청, '인구주택총조사', 각 연도

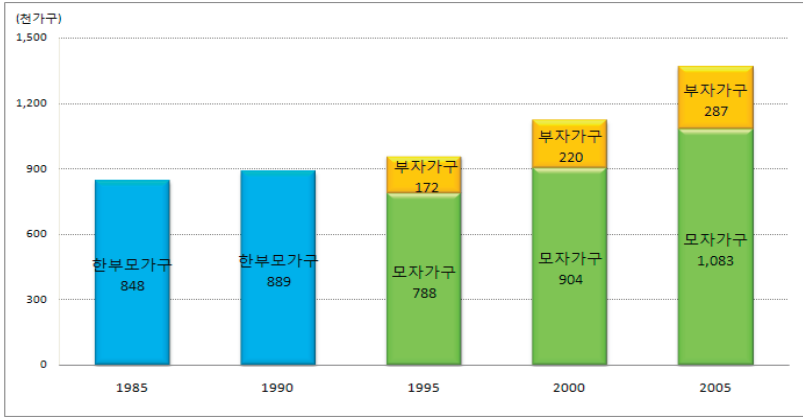
핵가족의 비율은 지속적으로 증가(1990년, 76.0% → 2005년, 82.7%)한 데 반해 직계가족의 비율은 1990년 10.2%에서 2005년 6.9%로 감소하고 있다. 또한 핵가족 중에서 부부가구의 비중은 매우 급격하게 증가하여 지난 15년동 안 약 2배로 늘어났고, 한부모와 미혼 자녀로 구성된 핵가족 역시 11.0%로 증가추세이다.

□ 한부모가족 수와 추이

이혼이나 사별 등으로 한부모가족이 급속하게 증가함에 따라 다양한 욕구를 가진 복지대상층이 증가하고 있다. 한부모가족은 모자가족 또는 부자가족을 뜻하며, 모 또는 부가 18세미만(취학중인 경우 22세미만)의 아동을 부양하는 가족을 뜻한다. 즉 한부모가족의 가구주는 자녀를 양육하는 돌봄 노동과 경제활동 참여의 책임을 동시에 양립해야하므로 일반적인 가족과는 다른 혹은 추가적인 복지서비스에 대한 욕구가 발생한다.

한부모가족은 지난 20년간 연평균 2.7%의 증가를 보이고 있다. 총 가구 수 대비 한부모가족의 비율은 1985년 8.9%에서 8.6%(2005)로 다소 감소하였다. 또한 전체 한부모가족 중 모자(母子)가구의 비율의 감소(1995년, 82%→2005년, 79%)에도 불구하고 부자(父子)가구의 비율은 지속적으로 증가하고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-3-39] 한부모가족의 추이: 1985~2005



주: 1985년과 1990년은 모자가구와 부자가구의 구분이 없음
 자료: 통계청, '인구주택총조사', 각년도

<표 4-3-44> 한부모가족의 추이: 1985~2005

(단위: 천가구, %)

연도	총가구수	한 부모 가 구		
		계	모자가구	부자가구
1985	9,571	848(8.9)	-	-
1990	11,355	889(7.8)	-	-
1995	12,958	960(7.4)	788	172
2000	14,312	1,124(7.9)	904	220
2005	15,887	1,370(8.6)	1,083	287

주: 1985년과 1990년의 한부모의 성별(性別) 가구수의 분류에 관한 데이터는 유용하지 않음.
 자료: 통계청, '인구주택총조사', 각년도

한국의 한부모가족 비율은 주요 선진국보다 높은 편이며, 특히 이혼율이 매우 높은 것으로 알려진 미국보다도 높게 나타난다. 또한 대부분의 국가에서 여성한부모가족의 비율이 월등히 높은 데 반해 한국과 미국은 남성 한부모가족의 비율이 이들 국가들보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-3-45〉 한부모가족 분포의 국제비교

(단위: %)

	덴마크 (2001)	프랑스 (1999)	미국 (2001)	이탈리아 (2001)	한국	
					(2000)	(2005)
계	5.1	8.0	9.2	8.9	7.9	8.6
여성한부모	85.1	85.3	77.5	82.5	80.4	79.0
남성한부모	14.9	14.7	22.5	17.5	19.6	21.0

자료: OECD, Family database 홈페이지; 통계청, '인구주택총조사', 각년도.

□ 조손가구 수와 형성요인

이혼 등 가족해체의 증가와 노동시장의 고용불안정성 등의 이유로 자녀를 부모가 직접 양육하기 어려운 사례가 증가하고 있으며, 이런 경우 우선적으로 비공식지원에 의존하게 된다. 경제위기를 겪으면서 조손가구의 수는 1995년 35,194세대에서 2005년 58,101세대로 지난 10년간 연평균 5.1% 증가한 것으로 나타났다. 또한 전체 가구수 대비 조손가구의 비율은 1995년 0.27%에서 2005년 0.36%로 증가하고 있다.

〈표 4-3-46〉 조손가구 수: 1995~2005

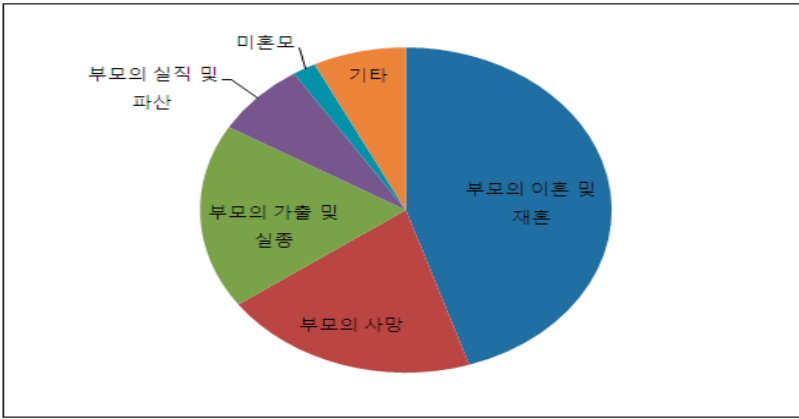
(단위: 가구)

연도	1995	2000	2005
가구수	35,194	45,225	58,101

자료: 통계청, 인구주택총조사, 각 연도.

여성가족부(2007)에서 조손가구 600명을 대상으로 조사한 결과, 이들 조손가구가 형성된 주요한 이유는 부모의 이혼 및 재혼(45.0%), 부모의 가출 및 실종(18.3%) 등 부모의 선택으로 인한 경우가 전체의 약 63%를 차지하는 반면 부모의 사망(20.2%), 부모의 실직 및 파산(7.3%), 부모의 질병(1.5%), 부모의 수감(0.5%) 등 어쩔 수 없는 이유도 약 30%로 나타났다.

[그림 4-3-40] 조손가구 형성요인: 2007



<표 4-3-47> 조손가구의 형성요인: 2007

(단위: 가구, %)

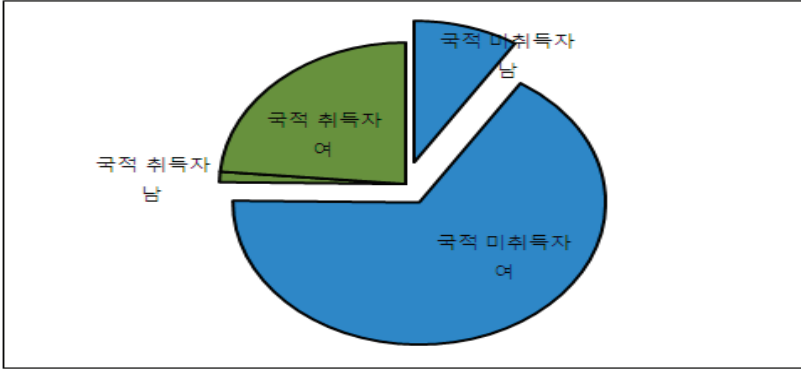
	부모의 이혼 및 재혼	부모의 사망	부모의 가출 및 실종	부모의 실직 및 파산	미혼모	부모의 질병	부모의 수감	기타
600	270	121	110	44	11	9	3	32
(100.0)	(45.0)	(20.2)	(18.3)	(7.3)	(1.8)	(1.5)	(0.5)	(5.3)

자료: 여성가족부(2007), 조손가구실태조사 및 지원방안 연구.

□ 결혼이민자 수와 자녀

국제결혼이 증가하면서 한국에서 생활하는 외국인의 수가 급증하고 있다. 지난 2009년 조사에 따르면 국제결혼 이민자 중 여성이 압도적으로 많았으며(89.7%), 남성은 10.3%에 불과하다. 이들 중 국적을 취득한 사람의 비율은 24.8%로 상대적으로 낮게 나타났다.

[그림 4-3-41] 결혼 이민자 현황



자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

<표 4-3-48> 결혼 이민자 현황

(단위: 명, %)

전체			국적 미취득자			국적 취득자		
계	남	여	계	남	여	계	남	여
167,090	17,237	149,853	125,673	15,190	110,483	41,417	2,047	39,370
(100.0)	(10.3)	(89.7)	(75.2)	(9.1)	(66.1)	(24.8)	(1.2)	(23.6)

주: 2009년 5월 행자부 조사 자료임.

자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

국제결혼이 활성화된지 오래되지 않은 관계로 국제결혼가정 자녀의 연령은 약 86%가 12세 이하로 나타났다. 특히 만 6세미만의 자녀가 전체의 59.6%에 해당할 정도로 매우 높게 나타나는데, 이들에게는 언어와 교육, 문화 등의 다양한 서비스 제공이 필요하다.

<표 4-3-49> 국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포

(단위: 명, %)

계	만6세 미만	만7~12세	만13~15세	만16~18세
103,484	61,700	27,568	7,785	6,431
(100.0)	(59.6)	(26.6)	(7.5)	(6.2)

주: 2009년 5월 행자부자료임.

자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계

□ 모자보호생활시설 현황

한부모가족지원법 제4조에 따라 무주택 저소득 모자가족은 모자보호생활시설의 입소자격이 있다. 이 때 모자가족은 모(母)가 만 18세미만(취학시만 22세미만)의 아동을 양육하는 가족을 뜻한다. 또한 미혼모자가구로 미혼모자시설(또는 미혼모자 공동생활가정) 퇴소자 중 스스로 아동을 양육하는 미혼모 역시 모자보호생활시설의 입소 대상자에 포함된다. 보호기간은 3년 이내로 하되, 보호기간 연장기준에 부합될 경우 2년의 범위 안에서 연장이 가능하다.

〈표 4-3-50〉 한부모가족생활시설 현황: 2004~2008

(단위 : 개소, 명)

연도	모부자보호시설		모자자립시설		모자일시보호시설		미혼모자시설		공동생활가정	
	시설	이용자	시설	이용자	시설	이용자	시설	이용자	시설	이용자
2004	40	3,451	4	213	14	1,818	11	1,919	9	미조사
2005	40	3,413	4	203	14	2,016	18	2,442	9	168
2006	41	3,464	4	197	14	1,909	20	2,243	16	212
2007	42	3,383	4	177	14	1,824	25	2,948	15	252
2008	42	3,328	3	155	14	1,890	27	2,990	19	236

자료: 보건복지가족부 홈페이지, 가족정책 관련 통계; 2008년은 보건복지가족부 가족지원과 내부자료.

모자보호생활시설의 수는 이혼 등 가족해체의 증가에 따라 지속적으로 확대되고 있으나 이용인원은 오히려 감소하고 있다. 2004년 모부자보호시설의 이용인원은 3,451명인데 반해 2008년에는 3,328명이 이용하고 있다(보건복지가족부, 가족관련정책통계).

미혼의 임신부 및 출산 전후(6개월 미만) 일정기간 아동의 양육지원이 요구되는 여성에게 분만혜택과 숙식보호를 제공하고자 미혼모자시설이 운영되고 있다. 미혼모자시설은 1년 이내로 보호하되 6개월 연장이 가능하다.

미혼 한부모가족의 증가로 미혼모자시설의 수는 급격하게 증가하고 있으

며, 연입소인원의 수도 점진적으로 증가하고 있다. 모자보호생활시설의 수는 2004년 11개소에서 2008년 27개소로 4년동안 약 2.5배의 증가를 보였으며, 연입소인원 역시 같은 기간동안 약 1.6배의 증가를 나타냈다.

미혼모자시설의 연령별 입소자 현황을 살펴보면, 17~29세이하의 미혼모자가 전체의 78.2%를 차지하고 있다.

〈표 4-3-51〉 미혼모자시설 연령별 입소자 현황: 2007년말 기준

(단위: 명)

계	13세이하	14~16세	17~19세	20~24세	25~29세	30세 이상
2,161	3	143	514	771	404	326

자료: 여성가족부(2007), 저소득 한부모가족실태조사.

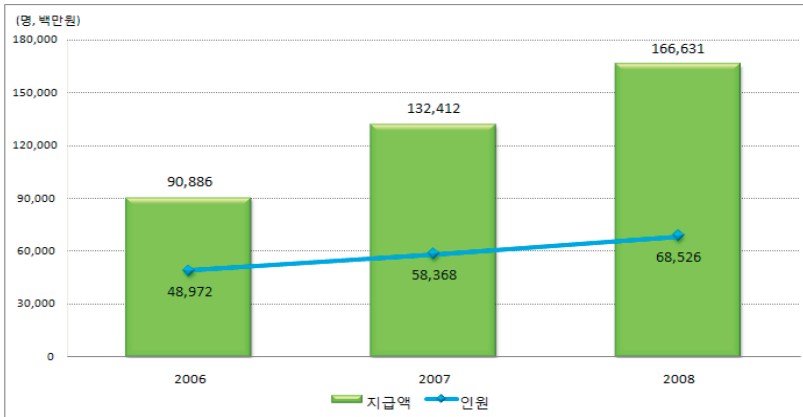
□ 일가족양립 휴가 현황

산전후휴가급여와 육아휴직급여는 여성의 노동시장 참여와 가정생활의 양립에 중요한 역할을 한다. 왜냐하면 출산과 육아휴직으로 인한 소득의 상실과 육아에 대한 부담이 여성의 고용에 큰 장애가 되기 때문이다. 우리나라는 1987년부터 산전후휴가와 육아휴직제도를 도입하였으나 2003년부터 본격적으로 실시하여 자녀의 출산 및 육아로 인한 소득상실을 대체하는 임금을 지급하고 있다.

산전후휴가급여는 임신중의 여성에 대하여는 산전후를 통하여 90일의 보호휴가를 계속적으로 제공하는 것이다. 이 때, 반드시 산후에 45일 이상이 확보되도록 부여하여야 한다(근로기준법 제74조). 이 제도는 출산한 여성근로자의 근로의무를 면제하고 임금상실 없이 휴식을 보장받기 위한 제도이다. 급여액은 통상임금상당액(월 135만원 상한액)에 준해서 지급하나 통상임금액이 최저임금에 미달되는 경우 최저임금액을 지급한다. 이에 반해 육아휴직은 생후 3년 미만의 자녀에 대한 육아를 이유로 휴직할 때 매월 50만원씩을 고용보험에서 지급하고 있다(고용보험 홈페이지).

산전후휴가급여의 이용자 수는 2006년 48,972명에서 2008년 68,526명으로 39.9% 증가하였고, 급여액은 2006년 909억원에서 2008년 1,666억원으로 83.3% 증가하였다.

[그림 4-3-42] 산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2008



자료: 노동부, '고용보험 DB', e-나라지표(<http://www.index.go.kr>).

<표 4-3-52> 산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2006~2008

(단위: 명, 백만원, %)

구 분	2006		2007		2008	
	인원	지급액	인원	지급액	인원	지급액
산전후휴가급여	48,972	90,886	58,368	132,412	68,526	166,631
육아휴직급여	13,670	34,521	21,185	60,989	29,145	98,431
산전후 대비 육아휴직비율	27.9		36.3		42.5	

주: 산전후 대비 육아휴직 비율: 산전후휴가급여 수급자 대비 육아휴직급여 수급자의 비율
 자료: 노동부, '고용보험 DB', e-나라지표(<http://www.index.go.kr>).

또한 육아휴직급여의 이용자 수는 2006년 13,670명에서 2008년 29,145명으로 113.2% 증가하였고, 급여액은 2006년 345억원에서 2008년 984억원으로 185.2% 증가하였다. 산전후휴가급여자 대비 육아휴직급여자 비율을 보면 2006년 27.9%에서 2008년 42.5% 증가하고 있음을 알 수 있다.

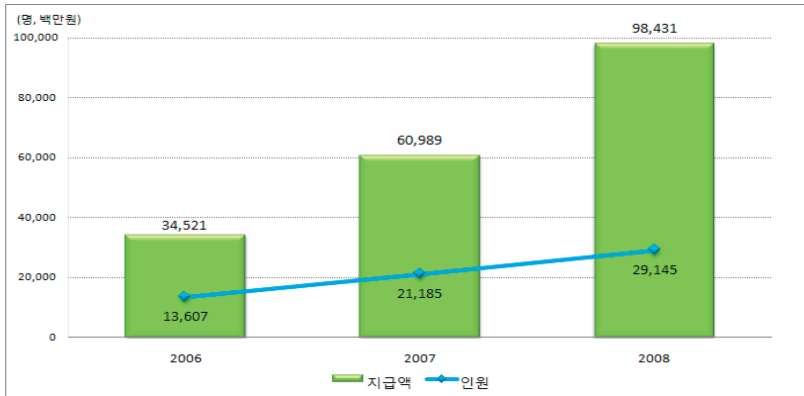
〈표 4-3-53〉 육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2008

(단위: 백만원 명, 만원)

연 도	지급액	인원			1인당 월지원액
		전체	여성	남성	
2006	34,521	13,607	13,440	230	40
2007	60,989	21,185	20,875	310	50
2008	98,431	29,145	28,790	355	50

자료: 노동부, 여성고용과, '고용보험DB'.

〔그림 4-3-43〕 육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2008



자료: 노동부, '고용보험 DB', e-나라지표(<http://www.index.go.kr>).

□ 한부모가족 지원

한부모가족이 처하는 가장 큰 문제는 빈곤이다. 갑작스런 소득원의 상실(이혼, 사별 등)이 발생하는 한부모의 경우 직장생활과 가정 내 돌봄노동에 대한 책임이 배가되므로 주로 직장생활을 하면서 자녀의 돌봄에 대한 복지 서비스를 이용한다. 그러나 어린 영아에 대한 보육시설이 현저히 부족한 관계로 비공식적인 보육지원을 제공받지 않는 한 어린 영아가 있는 한부모가 노동시장의 지위를 유지하는 것은 사실상 어렵다. 따라서 어린 영아가 있는 한부모의 경우 노동시장 진입을 포기하는 경우가 빈번할 수밖에 없다.

이러한 다양한 이유로 저소득한부모가족이 증가하고 있으며, 이들은 국민기초생활수급대상 혹은 국가보호대상, 한부모가족지원법 보호대상이 된다.

저소득 한부모가족 중 국민기초생활보장법과 국가보훈법의 대상 조건을 만족시키는 비율은 50.3%에 불과하며, 그 외 한부모가족 중 최저 생계비의 130%이하의 소득을 가질 때만 한부모가족지원법의 보호대상이 된다. 이들은 정부로부터 자녀양육비와 교육비를 지원받는데, 그 지원 대상 및 예산은 해마다 증가하고 있다.

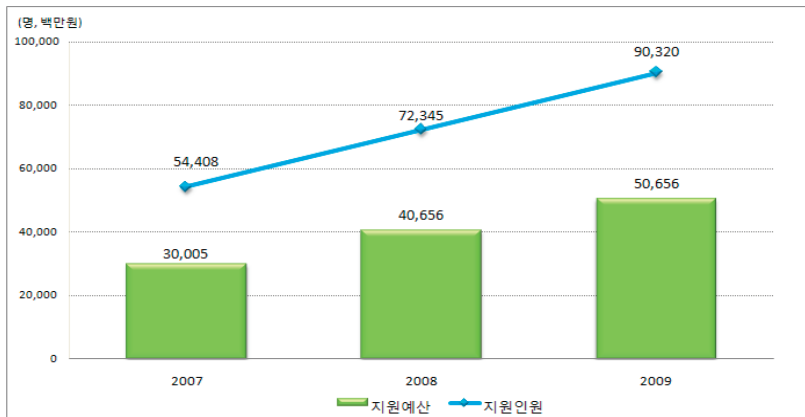
〈표 4-3-54〉 저소득한부모가족 현황: 2007년말 기준

(단위: 세대, %)

	계	한부모가족지원법 보호대상			국민기초 수급대상	국가보호 대상
		소계	재가보호	시설보호		
계 (%)	147,947 (100.0)	73,471 (49.7)	72,632	839	74,409 (50.3)	67 (0.0)
여성한부모	118,074	57,924	57,085	839	60,108	42
남성한부모	29,873	15,547	15,547		14,301	25

자료: 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내

〔그림 4-3-44〕 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009



자료: 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내

〈표 4-3-55〉 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009

(단위: 명, 백만원)

	2007		2008		2009	
	지원인원	지원예산	지원인원	지원예산	지원인원	지원예산
계	54,408	30,005	72,345	40,656	90,320	50,656
고교생학비	23,930	16,881	29,542	21,819	42,064	29,482
아동양육비	30,478	13,124	42,803	18,837	48,256	21,174

자료: 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내.

□ 보육료 지원

2008년 국민 1인당 GDP가 2만불을 넘어서고, 여성취업의 증가로 일과 가정양립이 필요하면서 자녀양육을 국가·사회가 지원하여야 한다는 국민 의식이 증대되고 있다. 또한 국가 경제력이 높아질수록 택시사업에서 아동 보육 및 교육 중심으로 전환되는 양상을 보이는데 우리나라에서도 국민소득이 증가함에 따라 최근 양질의 보육, 다양한 형태의 보육에 대한 부모들의 욕구가 증가하고 있다. 이러한 배경에서 보육사업에 대한 중요성은 나날이 증가하고 있으며 보육료지원사업 역시 해마다 확대되고 있다.

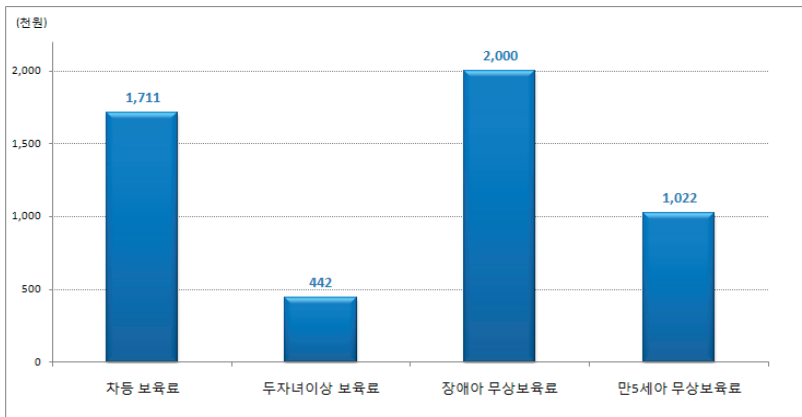
저출산현상이 심각한 사회문제로 인식되고 있는 가운데, 출산을 중단하는 가장 중요한 이유가 가계소득과 무관하게 자녀 양육에 대한 부담인 것으로 나타났다. 현재 영유아 1인당 월 평균 자녀양육비용은 영아 62.9만원, 유아 74.8만원이다(보건복지가족부 홈페이지). 2009년 보육료지원대상자 수는 730,757명, 1조 2,183억원이 지원되었다. 1인당 보육료 지원현황을 보면, 장애아무상보육료지원이 200만원, 차등보육료지원이 171만원, 민5세아 무상보육료지원이 102만원의 순으로 나타났다.

〈표 4-3-56〉 보육료 지원사업의 대상 선정 기준과 급여액

세부사업	대상 선정 기준	급여액
차등 보육료 지원	- 소득하위 70% 이하인 가구의 만 0~4세 영유아	- 소득수준과 자녀 연령, 시설 종류에 따라 급여액이 차등 지급 - 월 77,400~574,500원
두 자녀 이상 보육료 지원	- 소득하위 70%이하인 가구의 두 자녀 이상이 보육시설을 동시에 이용할 경우 둘째아 이상(만4세이하) 아동	- 소득수준과 자녀 연령에 따라 차등 지급 - 월 68,000~191,500원
장애아 무상보육료 지원	- 만 12세 이하 미취학 장애아	- 지원시설에 따라 급여액이 다름. - 교사 대 아동의 비율이 1:3이고, 장애아전담 또는 통합교사가 별도 배치될 경우 월 383천원
만5세아 무상 보육료 지원	- 소득하위 70%이하 가구 자녀 중 초등학교 취학전 만5세아	- 월 172천원
시간연장형 보육료 지원	- 소득하위 70% 이하인 가구의 아동으로 야간보육, 24시간보육, 휴일 보육, 시간제 보육을 이용하는 영유아	- 연령에 상관없이 기준초과 보육료는 시간당 2,400원, 장애아동은 3,400원 - 매월 지도한도액은 60시간
방과후 보육료 지원	- 소득 하위 70% 이하인 가구의 12세 이하 취학아동으로 방과후 보육시설을 4시간 이상 이용하는 경우	- 일반아동은 만5세아 무상보육료의 50% 범위 내에서 지원 - 장애아동은 교사 별도 배치시 월 191,500원

자료: 보건복지가족부(2009), 2009년 보육사업안내.(개정판).

〔그림 4-3-45〕 1인당 보육료 지원 현황



〈표 4-3-57〉 보육료 지원 현황: 2009

(단위: 명, 백만원)

세부사업	지원 대상자 수	2009년 예산	1인당 지원액(원)
계	730,757	1,218,306	5,174,277
차등보육료 지원 ¹⁾	592,256	1,013,587	1,711,400
두자녀 이상 보육료지원 ²⁾	108,500	47,926	441,714
장애아 무상 보육료지원	15,644	31,281	1,999,553
만5세아 무상 보육료지원	122,857	125,512	1,021,610

주: 보건복지가족부 소관 보육사업만 포함한 것으로 교육과학기술부 유아교육비 지원 사업은 포함하지 않음.

1) 차등보육료에는 방과후보육지원이 포함됨.

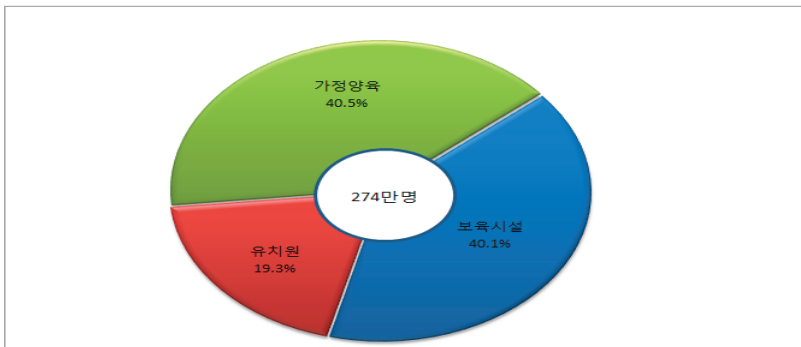
2) 두자녀이상보육료 지원 대상 아동은 차등보육료 지원 대상 아동과 중복되므로 대상자 합계에서는 제외함.

자료: 보건복지가족부(2009), 2009년 보육사업안내.(개정판).

□ 양육수당 지원

2009년 7월부터 보육시설과 유치원을 이용하지 않는 아동에게 양육수당을 지원하여 보육시설 이용 아동과의 형평성을 제고하고, 자녀 양육으로 인한 가정의 경제적 부담을 완화하고 있다. 2008년 전체 영유아 274만명 중 보육시설을 이용하는 아동 110만명(40.1%), 유치원을 이용하는 아동 53만명(19.3%)을 제외한 시설 미이용 영유아는 111만명(40.6%)에 달하는 것으로 나타났다(국회 보건복지가족위원회, 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고).

[그림 4-3-46] 영유아 보육형태별 비교: 2008



자료: 국회보건복지가족위원회, 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고

〈표 4-3-58〉 영유아 보육형태: 2008

(단위: 만명, %)

계	보육시설	유치원	가정양육
274	110	53	111
(100.0)	(40.1)	(19.3)	(40.6)

주: 2008년 기준임.
 자료: 국회보건복지가족위원회, 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고.

시설을 이용하지 않는 이유는 보육시설이 없거나 장애·질병 등 보육시설 이용이 어려운 경우와 가정양육 때문으로 생각된다. 참고로 영아를 둔 취업모의 70.9%는 조부모·친인척 등 비공식적인 지원을 받는 등 가정양육에 대한 선호가 커 시설이용 지원만으로는 한계가 있는 것으로 나타났다(육아정책개발센터, 2007).

〈표 4-3-59〉 양육수당 지급 관련 국가 비교

구분	지급 대상	지급수준	지급조건	재원조달
한국	보육시설 미이용 1세 이하 아동	월 10만원	선별적 (소득조사)	정부
스웨덴	16세미만 아동	월 950크로네(12만원)	보편적	정부
영국	16세미만 아동	첫째: 주당 16.05파운드(10만원) 둘째: 주당 10.75파운드(7만원)	보편적	정부
독일	18세미만 아동	셋째까지: 월 154유로(18만원) 넷째부터: 월 179유로(21만원)	보편적	정부
프랑스	두자녀이상가정 20세 미만아동	둘째이하: 월 113.15유로(13만원) 셋째이상: 258.12유로(30만원)	보편적	고용주, 정부
이탈리아	18세미만 아동	가족수 및 소득에 따라 차등지급 10.33~965.26유로(1.2~114만원)	보편적 (고용연계)	고용주, 정부
일본	9세미만 아동	첫째, 둘째: 월 5천엔(5만원) 셋째: 월 1만엔(10만원)	선별적 (소득조사)	고용주, 정부

주: 지급수준의 ()은 한화로 계산한 것임.
 자료: 국회 보건복지가족위원회(2009), 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고, p. 453.
 한국은 필자가 작성한 것임.

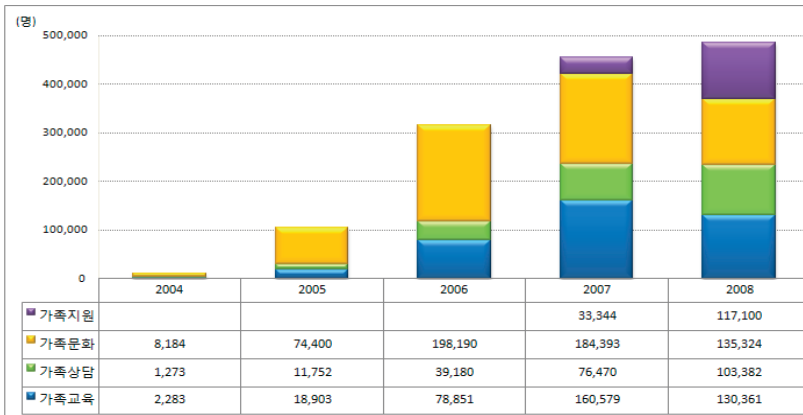
이에 따라 차상위계층 0~1세 아동에게 양육수당을 월 10만원 지급하고 있다. 보건복지가족부소관 예산개요(2009년)에서는 2009년 양육수당 지원

대상 아동 수 11만명에게 총 324억원을 지원하고 있다. 양육수당을 지급하는 다른 국가들과 비교하면, 한국은 가장 적은 연령의 아동에게 아동의 출생순위와는 상관없이 소득조사에 따라 선별적으로 수당을 지급하고 있는 반면에 대부분의 국가들은 보편적으로 양육수당을 지급하고 있으며 아동의 연령범위도 훨씬 더 높은 것으로 나타난다.

□ 건강가정지원센터 이용현황

건강가정지원센터는 건강가정기본법의 시행(2005.1.1)과 함께 요보호 가족을 중심으로 사후 치료적으로 제공되던 가족지원서비스 제공 외에도 일반가족 및 다양한 가족을 위한 사전예방적이고 통합적인 가족지원서비스를 제공하는 센터이다.

[그림 4-3-47] 건강가정지원센터 이용자 현황: 2004~2008



자료: 보건복지가족부, (각 시도 및 건강가정지원센터 자료)

센터이용자는 지역주민을 대상으로 가족생활 주기에 맞는 가족교육 가족상담, 가족여가문화 및 가족생활 문화운동 등 가족관계를 증진시키기 위한 프로그램에 참가하여 제공받은 이용자를 말한다.

〈표 4-3-60〉 건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황: 2004~2008

(단위: 개소, 명)

연 도		2004 ¹⁾	2005	2006	2007	2008
건강가정지원센터 설치수		3	16	50	66	83
이용자 현황	계	11,740	105,055	316,221	454,786	486,167
	가족교육	2,283	18,903	78,851	160,579	130,361
	가족상담	1,273	11,752	39,180	76,470	103,382
	가족문화	8,184	74,400	198,190	184,393	135,324
	가족지원	-	-	-	33,344	117,100

주: 1) 건강가정지원센터 이용자: 2004년도는 7/1~12/31까지의 누계
 자료: 보건복지가족부, (각 시도 및 건강가정지원센터 자료)

2004년도 3개소의 11,740명 이용에서 2008년도 83개소로 확충되면서 이용자도 486,167명으로 크게 증가(41.4배)하고 있다.

□ 다문화가족지원센터 현황

다문화가족이 한국 문화에 적응하거나 이들이 자녀양육의 어려움을 해소할 수 있도록 다문화가족지원센터가 운영되고 있다. 2009년 다문화가족지원센터는 100개소에 이르며, 전남과 경북이 각각 13개소, 경남 11개소, 경기 10개소 전북 9개소 순이며 제주도가 1개소이다. 참고로 운영주체는 지방자치단체 직영(17개소), 학교법인(16개소), 종교법인(13개소), 사회복지법인(11개소), 비영리민간단체(37개소), 그리고 특수법인(6개소)등이다.

〈표 4-3-61〉 다문화가족지원센터 운영 현황: 2009. 3

(단위: 개소)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
4	4	4	3	2	2	2	10
강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
8	7	7	9	13	13	11	1

자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

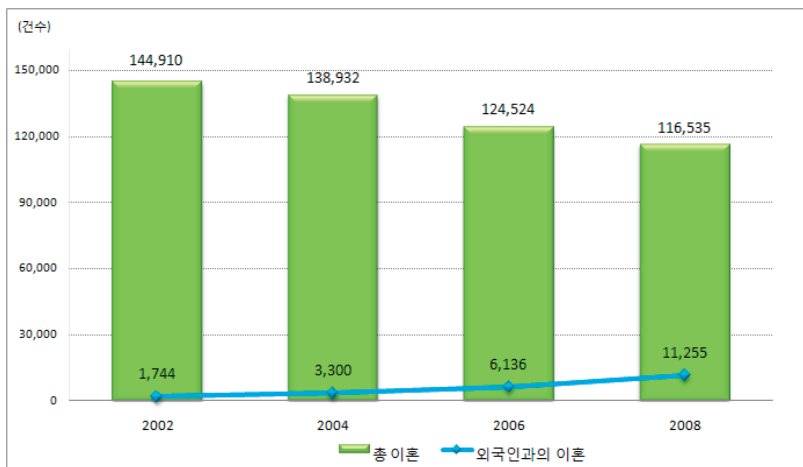
최근 외국인과의 혼인뿐만 아니라 이혼도 급격히 증가하고 있다. 특히 중매를 통한 혼인의 경우 결혼이민자들이 한국 사회에 부적응하거나 가정 폭력 등의 이유로 이혼하는 사례가 급증하고 있으나 국적을 취득하지 않은 경우에는 정부의 지원도 받지 못하고 있다. 이에 따라 기존의 다문화가족지원센터의 프로그램은 주로 한국의 음식과 자녀 양육, 언어교육이 주를 이루었으나 최근에는 결혼이민자를 대상으로 하는 취업상담, 교육과 훈련 등 다양한 프로그램을 추가 제공하고 있다.

〈표 4-3-62〉 외국인과의 이혼 추이¹⁾: 2002~2008

	2002	2004	2006	2008
총 이혼건수(A)	144,910	138,932	124,524	116,535
외국인과의 이혼 건수(B)	1,744	3,300	6,136	11,255
총 이혼 대비 구성비율(B/A×100)	1.2	2.4	4.9	9.7

주: 1) 2009년 3월 통계청 자료임
 자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

〔그림 4-3-48〕 외국인과의 이혼 추이: 2002~2008



자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

□ 여성가구주 가구의 빈곤율

가족의 해체는 저출산고령화 현상에 영향을 미치고 있다. 즉 가족이 해체되면 자녀를 출산할 토대인 가족이 줄어들어 출산율이 떨어질 수밖에 없고, 돌봄이 필요한 노인에게 가족의 부재는 노인 빈곤율을 증가시키는 요인이 되기도 한다. 따라서 저출산고령화 현상을 극복하기 위해서는 가족의 지원이 필요하다.

일반적으로 가족은 부부와 자녀로 구성되며, 대부분의 경우 가구주는 남성이다. 이혼이나 별거 등으로 가족이 해체될 경우 부부 중 한 명은 가장으로서의 책임을 가지게 되는데, 특히 문제가 되는 것은 여성 가구주의 증가이다. 이혼이나 사별 등 갑작스러운 경제 소득원의 상실로 여성이 가구주인 가구는 빈곤에 처할 위험이 클 뿐만 아니라 노동시장의 직무와 가족 돌봄이라는 이중의 노동에 직면하게 된다. 따라서 여성가구주의 비율은 일반적인 가족정책 외의 다양한 복지 욕구를 측정하기 위한 기초적인 지표로 이용된다.

실제로 여성가구주의 비율은 1995년 16.5%에서 2000년 18.5%, 2005년 21.9%로 증가하고 있다.

〈표 4-3-63〉 여성가구주 비율: 1995~2005

구 분	(단위: 천 가구, %)		
	1995	2000	2005
전체	100.0 (12,985)	100.0 (14,312)	100.0 (15,887)
남성가구주	83.5	81.5	78.1
여성가구주	16.5	18.5	21.9

자료: 통계청, 「인구주택총조사보고서」, 각년도

여성이 가구주가 되는 경우는 일반적으로 이혼과 사별, 그리고 미혼인 경우이다. 특히 이혼과 사별의 경우 갑작스런 경제 소득원의 상실과 여성

가구주의 노동시장 미진입으로 인한 빈곤의 위험은 매우 높게 나타난다. 또한 여성이 가구주인 가구의 빈곤율은 자녀에게 직접적인 영향을 끼친다는 점에서 중요한 지표가 된다.

〈표 4-3-64〉 여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2008

(단위: %)

구 분	소득			지출	
	시장소득	경상소득	가처분소득	소비지출	가계지출
2003	22.7	19.3	21.1	21.6	17.3
2004	21.1	17.0	18.6	18.9	14.8
2005	22.9	18.4	19.7	21.6	16.9
2006	23.7	19.1	20.6	22.7	17.5
2007	21.9	17.1	18.6	21.4	16.8
2008	23.8	18.1	19.4	22.2	17.7

주: 전가구(단, 1인가구, 농어가가구 제외), 정부의 최저생계비 기준의 연간자료임
 자료: 김태환외(2009), '2008년 빈곤통계연보', 한국보건사회연구원.

여성가구주의 가구빈곤율은 소득측면(경상, 가처분)에서는 2003년에 비해 2008년도에 약간씩 개선됨을 알 수 있으나 지출측면에서는 오히려 약간씩 악화됨을 알 수 있다.

□ 사회복지생활시설 수와 여성비율

사회복지생활시설은 취약계층을 위한 장기 거주시설로 의식주 등 기본생활서비스 및 재활자립서비스를 제공하고 있다. 이들 시설에 거주한다는 사실은 정부의 지원이 없다면 일상적인 생활의 영위가 어렵다는 것을 뜻한다. 대표적인 생활시설에는 노인복지시설, 아동복지시설, 장애인복지시설, 한부모가족시설, 정신질환자요양시설, 부랑시설로 여성 생활자 수는 남성에 비해 상대적으로 적은 편이나 점차 증가하고 있다.

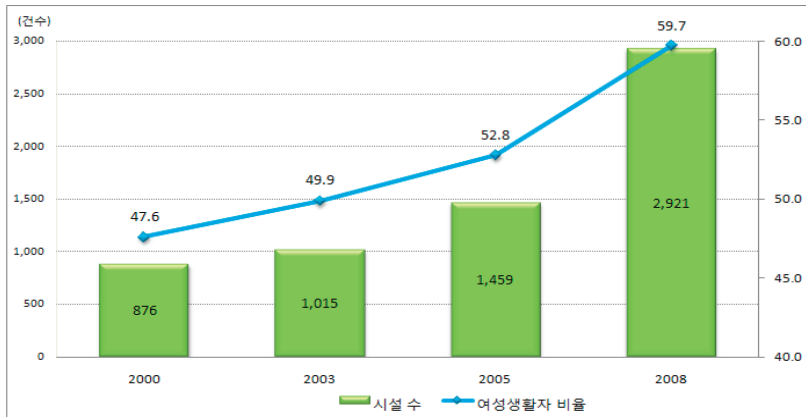
〈표 4-3-65〉 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2008

(단위: 개소, 명, %)

	시설 수	생활인원		
		계	남	여
2000	876	78,276 (100.0)	40,980 (52.4)	37,296 (47.6)
2003	1,015	82,877 (100.0)	41,536 (50.1)	41,341 (49.9)
2005	1,459	93,183 (100.0)	43,999 (47.2)	49,184 (52.8)
2008	2,921	133,576 (100.0)	53,849 (40.3)	79,727 (59.7)

자료: 보건복지가족부, '2009 보건복지가족통계연보', 2009.

[그림 4-3-49] 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2008



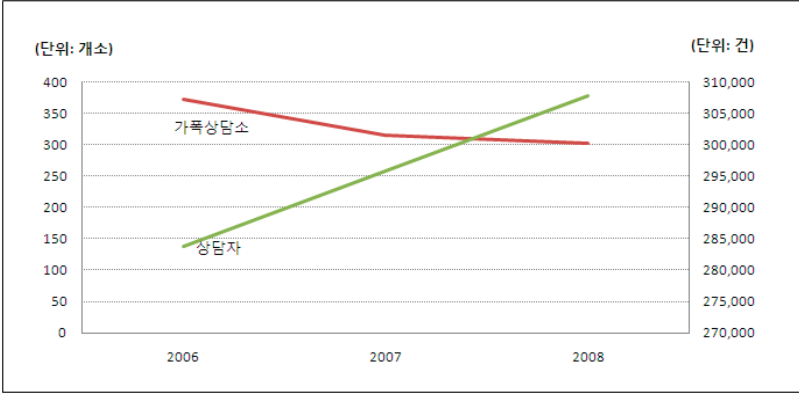
자료: 보건복지가족부, '2009 보건복지가족통계연보', 2009.

□ 가정폭력·성폭력상담소 현황

이혼 등 가족해체의 증가는 가족을 둘러싼 경제사회적 변화와 이에 대한 적응과정에서 야기되는 경우가 많다. 과거에는 폭행 및 학대, 성격 갈등, 고부갈등 등의 문제로 가족 내에서 문제가 발생하는 경우가 많았으나 1998년 이후에는 가정 폭력으로 인한 가족의 해체, 위기 등으로 인한 개입의 요구가 증가하고 있다. 특히 실직과 알콜 등 가족이 처한 위기는 가정폭력의 주요한 원인이 되고 있다. 이에 따라 가정폭력상담소는 위협에 처하거나 긴장상태에 있는 가족을 대상으로 가족상담 혹은 가족 치료를 통해 그들의

욕구를 해결하는 데 중요한 역할을 담당하고 있다(고경환 외, 2008).

[그림 4-3-50] 가정폭력상담소 현황: 2006~2008



자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

[그림 4-3-51] 성폭력상담소 현황: 2006~2008



자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

일반적으로 가정폭력은 성폭력을 동반하는 경향이 있으나 부부나 가족 외에도 데이트 폭력, 직장 내 성폭력 및 성추행 등 가족 외부에서 폭력이 발생하는 경우가 많다. 가정폭력 및 성폭력 개입에 대한 욕구(가정폭력상담소와 성폭력상담소의 상담 건수의 계)가 증가하고 있음에도 불구하고, 가정

폭력상담소와 성폭력상담소의 시설 수는 감소하고 있다. 2006년 가정폭력 상담소는 372개소에서 2008년 303개소로, 성폭력상담소는 202개소에서 196개소로 각각 18.5%, 3.0% 감소한 것으로 나타났다.

〈표 4-3-66〉 가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2008

(단위: 개소, 건)

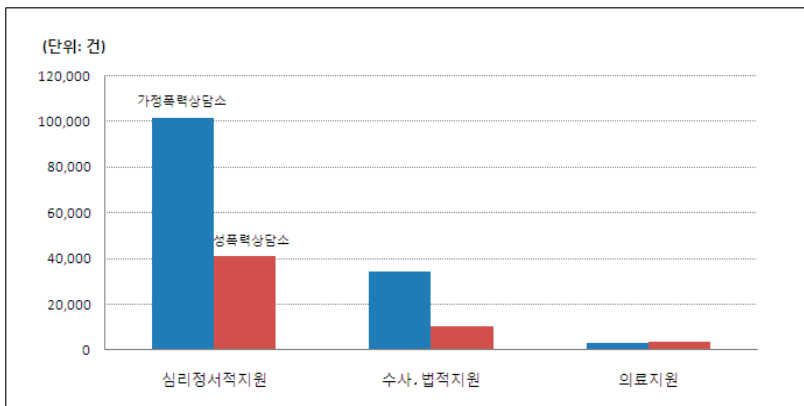
연도	가정폭력상담소 상담 현황				성폭력상담소 상담 현황			
	개소	계	가정폭력	기타	개소	계	성폭력	기타
2006	372	283,705	138,949	144,756	202	119,655	57,865	61,790
2007	316	295,825	135,836	160,439	202	124,591	58,628	65,963
2008	303	307,851	130,921	176,930	196	145,247	69,115	76,132

자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

□ 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설

1998년 가정폭력방지법의 제정으로 판사는 구타 남편에게 수강명령과 치료 위탁, 상담 위탁 등의 보호 처분을 내릴 수 있는 법 조항이 완비되었다. 또한 가정폭력·성폭력 피해자에게는 심리정서적 지원과 함께 수사·법적지원, 의료지원, 시설입소연계 등의 지원을 하고 있다.

〔그림 4-3-52〕 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용



자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

〈표 4-3-67〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용

(단위: 건)

	계	심리정서적지원	수사·법적지원	의료지원	시설입소연계	기타
가정폭력상담소	158,781	101,624	34,488	2,844	3,469	16,356
성폭력상담소	66,293	40,803	10,416	3,773	638	10,663

주: 2008년도 연말 기준임.

자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고.

2008년 가정폭력·성폭력상담소의 피해자 지원은 주로 심리·정서적 지원과 법률지원인 것으로 나타났다.

장기적이고 반복적인 폭력에도 불구하고 자녀양육과 경제적 어려움 때문에 곤란을 겪고 있는 여성이 증가함에 따라 피해자 지원 중 시설입소를 연계하고 있다. 상담소 수의 감소와는 달리 시설 수는 꾸준히 증가하고 있다.

〈표 4-3-68〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2008

(단위: 개소, 명)

연도	가정폭력피해자 보호시설				성폭력피해자 보호시설		
	개소	입소정원	입소자	동반아동	개소	입소정원	현원
2005	57	872	444	251	16	162	103
2006	59	955	509	298	17	192	109
2007	70	1115	544	320	20	211	134
2008	71	1128	580	365	18	197	151

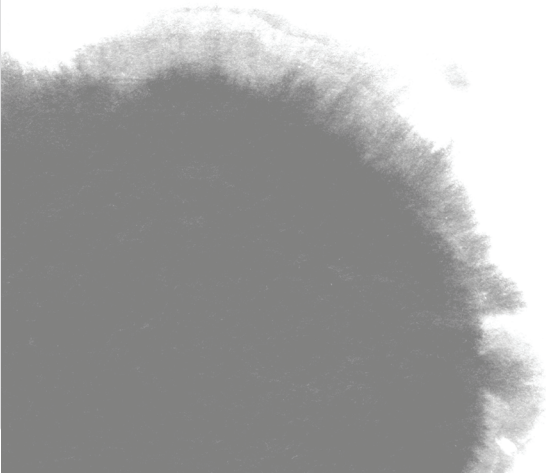
주: 가정폭력피해자 보호시설의 입소자와 동반아동은 연말 인원을 기준으로 작성한 것임.

성폭력피해자 보호시설의 현원은 입소자와 동반아동을 포함한 수치임.

자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성

05

보건복지 관련 지표



제5장 보건복지 관련 지표

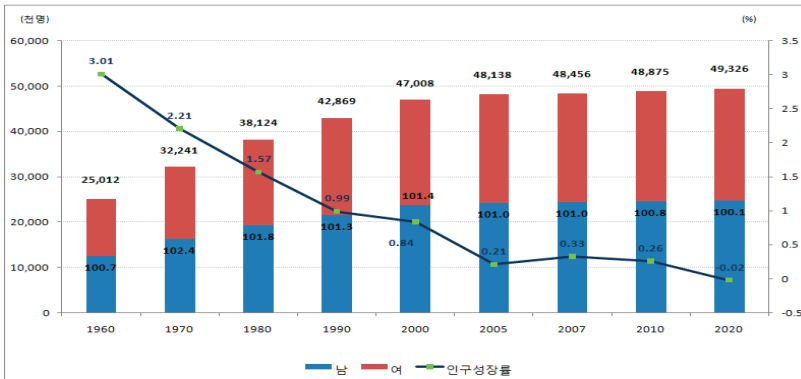
제1절 인구 및 경제지표

□ 총인구, 성비 및 인구성장률 추이

우리나라의 인구는 1960년 25백만명에서 1980년에는 38백만명으로 그리고 2000년에는 47백만명, 2007년에는 48.5백만명으로 증가하였다. 1960년의 인구증가율은 3.01%였으나 점차 낮아져 2007년에는 0.33%로 낮아졌다.

이와 같은 인구규모의 변화는 1960년대의 높은 출산수준이 점차 낮아지면서 인구증가규모가 점차 낮아졌기 때문이며, 이는 출산수준이 인구대체수준에 이른 1980년대 초반이후에도 인구증가는 지속되어 2017년까지 지속된 이후에 감소할 것으로 전망되고 있다.

[그림 5-1-1] 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2020



〈표 5-1-1〉 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2020

(단위: 천명, %)

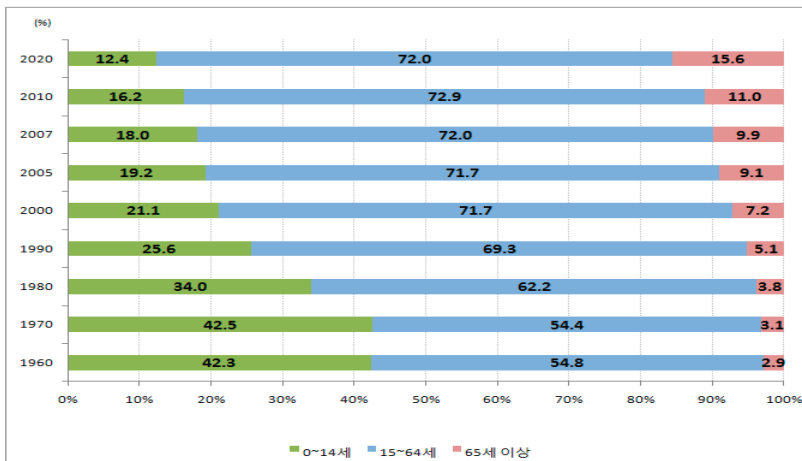
연도	인구			성비	인구성장률
	계	남	여		
1960	25,012	12,551	12,462	100.7	3.01
1970	32,241	16,309	15,932	102.4	2.21
1980	38,124	19,236	18,888	101.8	1.57
1990	42,869	21,568	21,301	101.3	0.99
2000	47,008	23,667	23,341	101.4	0.84
2005	48,138	24,191	23,947	101.0	0.21
2007	48,456	24,344	24,112	101.0	0.33
2010	48,875	24,540	24,334	100.8	0.26
2020	49,326	24,680	24,646	100.1	-0.02

자료: 통계청, '장래인구추계'

□ 인구의 연령구조 및 부양비 추이

우리나라의 인구구조는 점차 낮아진 출산수준의 영향으로 14세 이하의 저연령층 인구의 비율이 점차 감소한 반면 경제활동인구인 15~64세 인구 그리고 노인인구인 65세 이상 인구의 비율은 증가하였다.

[그림 5-1-2] 인구의 연령구조 추이: 1960~2050



〈표 5-1-2〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2050

(단위: 천명, %)

연도	계	구성비			부양비			노령화지수
		0~14세	15~64세	65세 이상	총부양비	유년부양비	노년부양비	
1960	25,012	42.3	54.8	2.9	82.6	77.3	5.3	6.9
1970	32,241	42.5	54.4	3.1	83.8	78.2	5.7	7.2
1980	38,124	34.0	62.2	3.8	60.7	54.6	6.1	11.2
1990	42,869	25.6	69.3	5.1	44.3	36.9	7.4	20.0
2000	47,008	21.1	71.7	7.2	39.5	29.4	10.1	34.3
2005	48,138	19.2	71.7	9.1	39.4	26.8	12.6	47.3
2007	48,456	18.0	72.0	9.9	38.8	25.0	13.8	55.1
2010	48,875	16.2	72.9	11.0	37.2	22.2	15.0	67.7
2020	49,326	12.4	72.0	15.6	38.9	17.2	21.7	125.9

자료: 통계청, '장래인구추계'

이에 따라 유년부양비는 감소하고, 노년부양비는 점차 증가하였으나 유년부양비의 감소 속도가 노년부양비의 감소속도보다 빨라 전체적인 총부양비는 감소하여왔다.

65세 이상인구에 대한 14세 이하 인구의 비율인 노령화지수는 14세 이하 인구비율의 감소 그리고 65세 이상 인구비율의 증가에 따라 1960년 6.9에서 점차 증가하여 2007년에는 55.1에 이르고 있으며, 이와 같은 증가 현상은 지속되어 2020년에는 125.9에 이를 것으로 전망되고 있다.

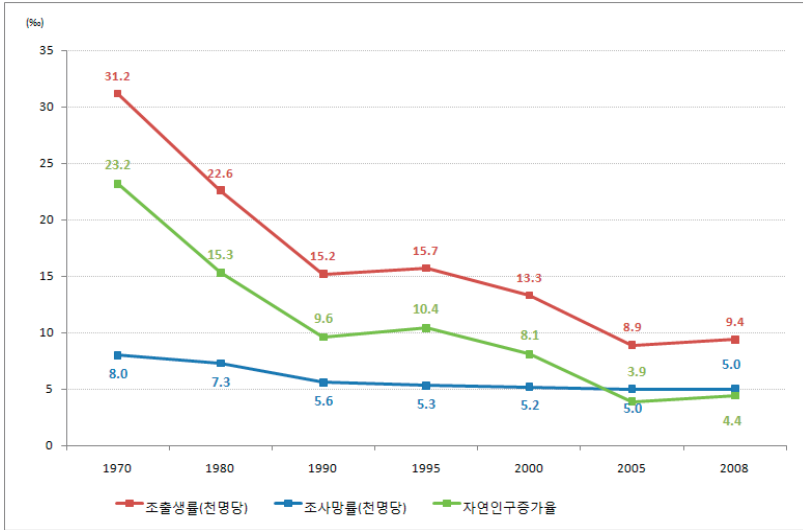
□ 출생, 사망 및 자연 인구증가율

우리나라의 조출생률은 출산수준의 감소에 따른 출생이수의 감소로 1970년 31.2명(인구천명당)에서 점차 감소하여 1990년에는 15.2명으로 그리고 2008년에는 9.4명으로 낮아졌다.

반면 조사망률은 평균수명의 연장에 따라 점차 낮아지는 경향을 보여왔다. 즉, 1970년 8.0명(인구천명당)에서 1990년에는 5.6명으로 낮아졌고, 2008년에는 5.0명까지 낮아졌다. 이에 따라 자연인구증가율은 1970년 23.

2%에서 1990년에는 9.6%로 그리고 2008년에는 4.4%로 낮아졌다.

[그림 5-1-3] 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2008



〈표 5-1-3〉 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2008

(단위: 명, %)

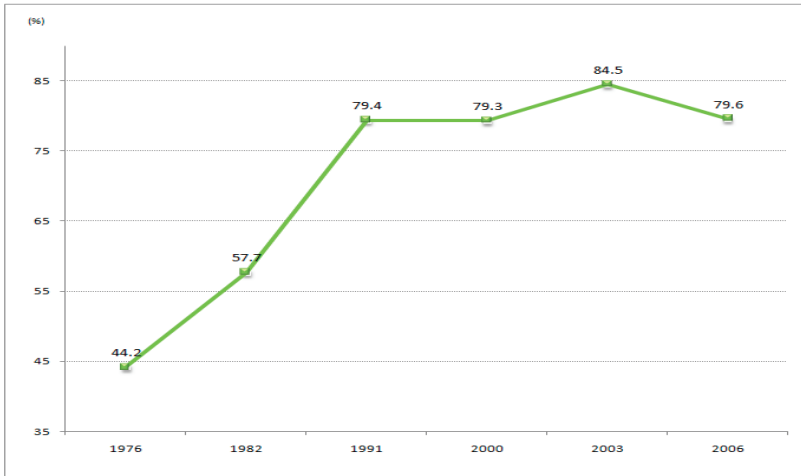
연도	출생		사망		자연인구증가율
	수	조출생률(천명당)	수	조사망률(천명당)	
1970	1,006,645	31.2	258,589	8.0	23.2
1980	862,835	22.6	277,284	7.3	15.3
1990	649,738	15.2	241,616	5.6	9.6
1995	715,020	15.7	242,838	5.3	10.4
2000	634,501	13.3	246,163	5.2	8.1
2005	435,031	8.9	243,883	5.0	3.9
2008	465,892	9.4	246,113	5.0	4.4

자료: 통계청, '2008 인구동태통계연보', 2009.

□ 15~44세 유배우 부인의 피임실천율

우리나라 유배우부인의 피임실천율은 정부의 지속적인 가족계획정책의 효과로 점차 증가하여 왔다. 즉, 1976년 44.2%에서 점차 증가하여 2003년에는 84.5%에 이르렀으며, 2006년에는 이보다 약간 낮은 79.6%의 실천율을 보였으나 역시 높은 수준의 피임실천율을 유지하고 있다.

[그림 5-1-4] 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2006



〈표 5-1-4〉 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2006

(단위: %)

연도	전체	피임방법					
		난관수술	정관수술	자궁내장치	먹는 피임약	콘돔	기타
1976	44.2	4.1	4.2	10.5	7.8	6.3	11.3
1982	57.7	23.0	5.1	6.7	5.4	7.2	10.3
1991	79.4	35.3	12.0	9.0	3.0	10.2	9.9
2000	79.3	18.3	13.0	13.7	2.1	16.5	15.7
2003	84.5	15.6	15.7	16.1	2.0	8.5	26.6
2006	79.6	11.3	19.7	15.0	1.1	19.2	13.3

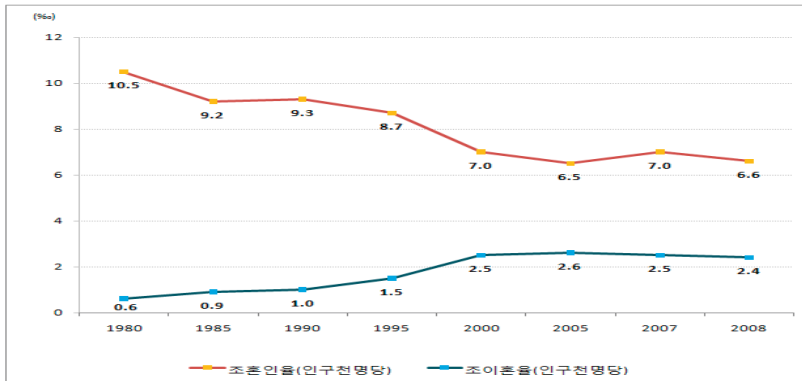
자료: 한국보건사회연구원, 「2006 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사보고서」, 2006.

□ 조혼인율, 조이혼율

혼인규모의 정도와 이혼규모의 정도를 알아 볼 수 있는 조혼인율과 조이혼율을 살펴보면 조혼인율은 1980년 10.5건(인구천명당)에서 점차 감소하여 2000년에는 7.0건으로 감소하였다. 이는 점차 혼인하지 않고 독신으로 지내는 인구가 증가하고 있음을 나타내고 있는 것으로 이와 같은 혼인율의 저하는 출산수준의 저하로 이어졌다.

조이혼율은 점차 증가하는 현상을 보이고 있다. 즉, 1980년 0.6건(인구천명당)이던 조이혼율은 점차 증가하여 2005년에는 2.6건까지 증가하였다.

[그림 5-1-5] 조혼인율, 조이혼율: 1980~2008



〈표 5-1-5〉 조혼인율, 조이혼율: 1980~2008

(단위: 건수)

연도	총혼인건수		총이혼건수	
	수(천건)	조혼인율(인구천명당)	수(천건)	조이혼율(인구천명당)
1980	401.4	10.5	23.0	0.6
1985	375.3	9.2	38.4	0.9
1990	399.3	9.3	44.9	1.0
1995	398.5	8.7	68.3	1.5
2000	304.1	7.0	119.5	2.5
2005	314.3	6.5	128.0	2.6
2007	343.6	7.0	124.1	2.5
2008	327.7	6.6	116.5	2.4

자료: 통계청, '2008 인구동태통계연보', 2009.

□ 평균초혼연령

평균초혼연령은 처음 결혼한 이들의 평균연령이다. 이 평균초혼연령은 우리나라와 같이 결혼이후에 출산이 이루어지는 국가에 있어서는 출산수준과 밀접한 관련이 있다.

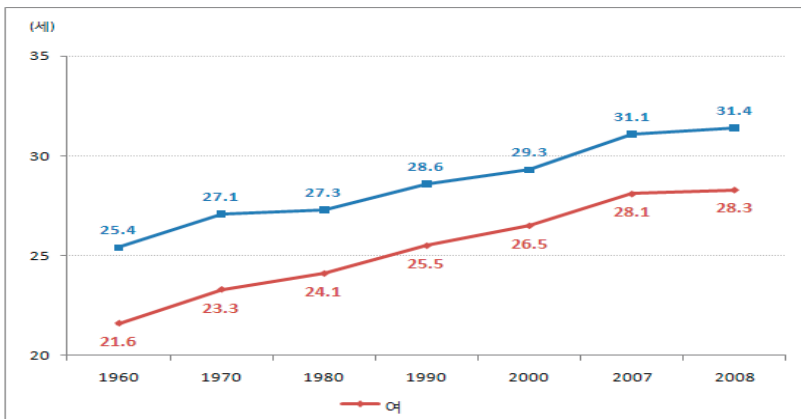
초혼연령이 낮을수록 아이를 낳을 수 있는 가임기간이 길어지기 때문에 그 만큼 자녀를 더 가질 수 있게 된다. 따라서 저출산국가에서는 가능한 초혼연령을 낮출수 있는 여건을 만들어주는 것이 출산율 증가에 영향을 미칠 수 있을 것이다.

우리나라는 학력 수준 상승 및 여성의 취업증가, 취업의 어려움 등으로 초혼연령은 꾸준히 높아지고 있다.

1960년 남자의 초혼연령은 25.4세, 여자의 초혼연령은 21.6세였으나 점차 높아져, 2007년에는 남자 31.1세, 여자 28.1세로 높아졌다. 이는 첫아이 출산 시기를 늦춰 결국 출산률 감소에 영향을 미쳤다고 볼 수 있다.

남자와 여성의 결혼연령의 차이는 1960년에는 3.8년의 차이를 보였으나, 점차 줄어들어 2007년에는 3.0년의 차이를 보였다.

[그림 5-1-6] 평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2008



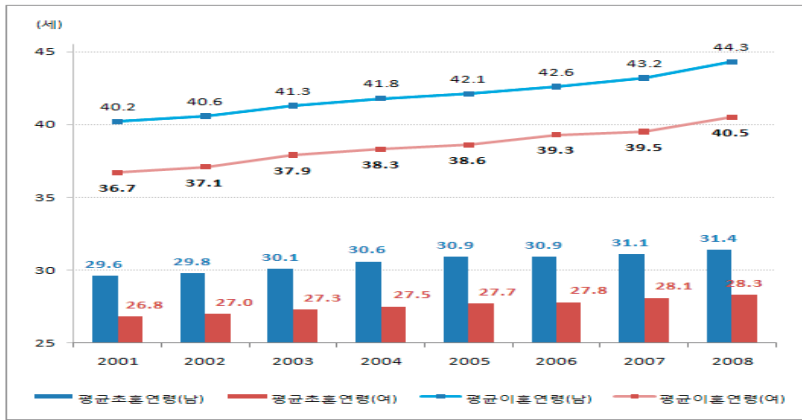
〈표 5-1-6〉 평균초혼연령: 1960~2008

(단위: 세, 년)

연도	1960	1970	1980	1990	2000	2007	2008
남	25.4	27.1	27.3	28.6	29.3	31.1	31.4
여	21.6	23.3	24.1	25.5	26.5	28.1	28.3
차이(남-여)	3.8	3.8	3.2	3.1	2.8	3.0	3.1

자료: 통계청 「한국의 사회지표」
통계청 「인구동태통계연보」

〔그림 5-1-7〕 평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2008



〈표 5-1-7〉 평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2008

(단위: 세)

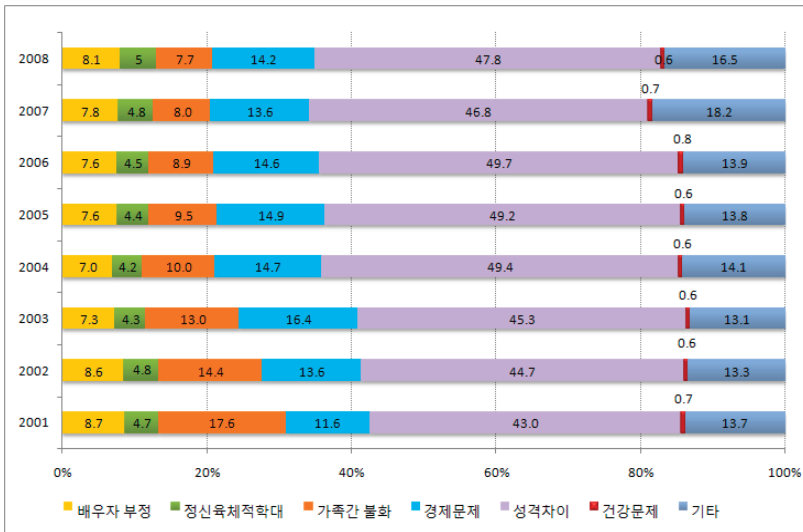
연도	평균초혼연령		평균이혼연령		평균재혼연령	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
2001	29.6	26.8	40.2	36.7	42.1	37.6
2002	29.8	27.0	40.6	37.1	42.2	37.9
2003	30.1	27.3	41.3	37.9	42.8	38.3
2004	30.6	27.5	41.8	38.3	43.8	39.2
2005	30.9	27.7	42.1	38.6	44.1	39.6
2006	30.9	27.8	42.6	39.3	44.4	39.7
2007	31.1	28.1	43.2	39.5	44.8	40.1
2008	31.4	28.3	44.3	40.5	45.0	40.3

자료: 통계청, '2008 인구동태통계연보', 2009.

□ 이혼사유별 구성비

2001년 이후 이혼 사유를 살펴보면 배우자부정으로 인한 이혼의 비율은 약간 증가한 반면, 가족간불화로 인한 이혼은 큰 감소를 보여 왔고, 경제문제로 인한 이혼은 점차 증가를 보여 오다 최근에는 그 비율이 감소하고 있다.

[그림 5-1-8] 이혼사유별 구성비: 2001~2008



〈표 5-1-8〉 이혼사유별 구성비: 2001~2008

(단위: %)

연도	배우자 부정	정신육체적학대	가족간 불화	경제문제	성격차이	건강문제	기타
2001	8.7	4.7	17.6	11.6	43.1	0.7	13.5
2002	8.7	4.8	14.4	13.6	44.8	0.6	13.2
2003	7.4	4.3	13.0	16.4	45.4	0.6	12.9
2004	7.0	4.2	10.0	14.7	49.5	0.6	13.9
2005	7.6	4.5	9.5	14.9	49.2	0.6	13.7
2006	7.6	4.5	8.9	14.7	49.8	0.8	13.8
2007	7.8	4.8	8.0	13.7	46.9	0.7	18.0
2008	8.1	5.0	7.7	14.2	47.8	0.6	16.5

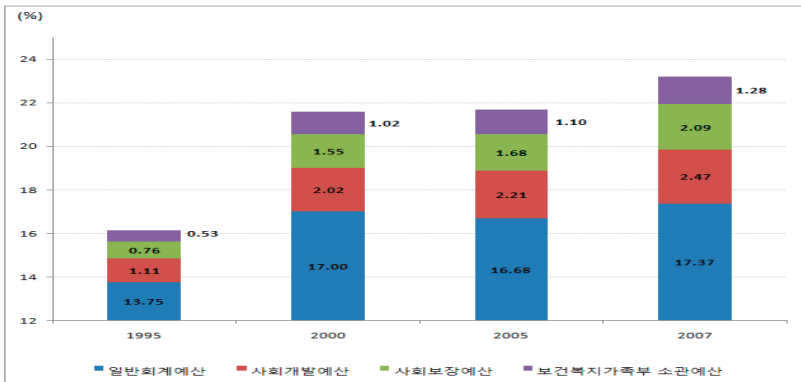
자료: 통계청, '2008 인구동태통계연보', 2009.

제2절 보건복지예산

□ 보건복지가족부 예산관련 지표

보건복지가족부예산의 규모변동을 살펴보면 1995년에 국내총생산대비 일반회계예산이 13.8%, 사회개발예산이 1.1%, 사회보장예산이 0.8% 그리고 보건복지가족부 소관예산이 0.5%였으나 2007년에는 국내총생산대비 일반회계예산이 17.4%, 사회개발예산이 2.5%, 사회보장예산이 2.1% 그리고 보건복지가족부 소관예산이 1.3%로 증가하였다.

[그림 5-2-1] 국내총생산에 대한 세출예산 비율: 1995~2007



<표 5-2-1> 보건복지가족부 예산관련 지표: 1995~2007

(단위: 10억원, %)

연도	국내총생산 (경상 GDP)	국내총생산에 대한 세출예산 비율				일반회계예산에 대한 비율		
		일반회계예산	사회개발예산	사회보장예산	보건복지가족부 소관예산	사회개발예산	사회보장예산	보건복지가족부 소관예산
1995	377,349.8	13.75	1.11	0.76	0.53	8.06	5.64	3.82
2000	521,959.0	17.00	2.02	1.55	1.02	11.89	9.10	5.98
2005	810,516.0	16.68	2.21	1.68	1.10	13.24	10.05	6.59
2007	901,187.0	17.37	2.47	2.09	1.28	14.22	12.03	7.37

자료: 보건복지가족부 재정운용담당관.

주: 2007년 GDP는 잠정치임.

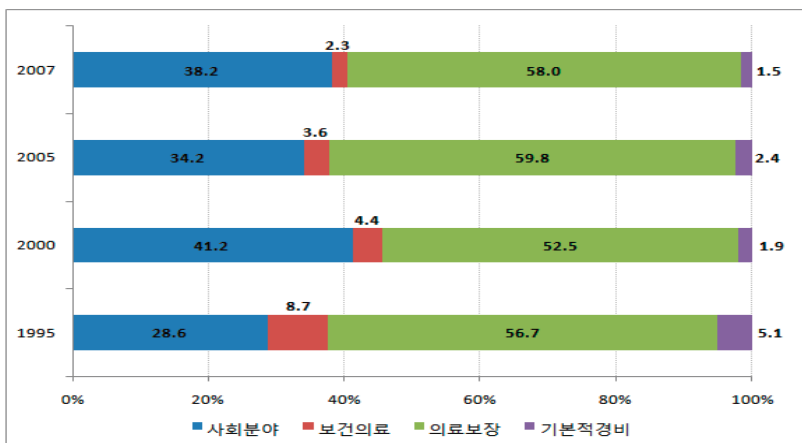
일반회계예산에 대한 비율로 살펴보면 1995년 사회개발예산이 8.1%, 사회보장예산이 5.6% 그리고 보건복지가족부 소관예산이 3.8%이었으나 2007년에는 사회개발예산이 14.2%, 사회보장예산이 12.0% 그리고 보건복지가족부 소관예산이 7.4%로 증가하여 보건복지가족부문의 예산이 빠르게 증가하여 왔음을 알 수 있다.

□ 보건복지가족부문 예산관련 현황

보건복지가족부 예산은 정부 예산규모의 확대, 복지국가 구현을 위한 보건복지의 중요도 증가 등으로 점차 증가하여 왔다. 즉 1995년 1조 9,839억원이던 예산은 2005년에는 8조 9,067억원으로 증가하여 약 4.5배가 증가하였으며, 2007년에는 11조 5,292억으로 크게 증가하였다.

부문별 예산을 살펴보면 2007년 예산 중 가장 많은 부문을 점하고 있는 예산은 의료보장부문으로 58.0%(의료보호 31.0%, 의료보험 27.0%)를 점하고 있으며, 다음은 사회부문의 예산으로 38.2%(기초생활보장 26.0%, 사회복지서비스 11.0%, 국민연금 1.2%)를 점하고 있어 대부분의 예산이 의료보장과 사회분야의 예산이었다.

[그림 5-2-2] 보건복지가족부 예산 현황: 1995~2007



〈표 5-2-2〉 보건복지가족부 예산 현황: 1995~2007

(단위: 억원, %)

구분	1995		2000		2005		2007	
	예산	구성비(%)	예산	구성비(%)	예산	구성비(%)	예산	구성비(%)
계	19,839	100.0	53,100	100.0	89,067	100.0	115,292	100.0
사회분야	5,834	28.6	21,887	41.2	30,512	34.2	44,060	38.2
기초생활보장	2,727	-	13,768	-	24,001	-	29,988	26.0
사회복지서비스	2,955	-	7,348	-	5,527	-	12,697	11.0
국민연금	152	-	771	-	984	-	1,375	1.2
보건의료	1,733	8.7	2,360	4.4	3,179	3.6	2,611	2.3
보건	922	-	1,187	-	1,631	-	1,658	1.4
의정	528	-	553	-	318	-	442	0.4
식품	27	-	5	-	-	-	-	-
약정	110	-	30	-	-	-	-	-
기술개발	146	-	585	-	1,230	-	511	0.4
의료보장	11,260	56.7	27,860	52.5	53,269	59.8	66,882	58.0
의료보험	8,336	-	17,537	-	31,121	-	31,111	27.0
의료보호	2,924	-	10,323	-	22,148	-	35,771	31.0
기본적경비	1,012	5.1	993	1.9	2,107	2.4	1,739	1.5

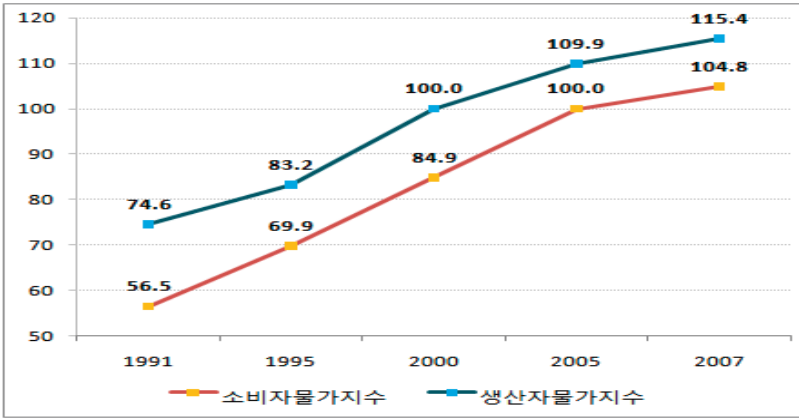
자료: 보건복지부, 기획예산담당관실, 보건복지가족부, 재정운용담당관.

□ 국내 주요 물가지수

물가지수는 수많은 개별상품가격을 특수한 방식으로 평균하여 작성한 경제지표로서 어떤 기준시점의 물가를 100으로 놓고 비교되는 다른 시점의 물가를 나타내는 지수의 형태를 갖는다(한국은행 1995). 따라서 100보다 커졌다면 물가가 올라갔음을 의미하고 100보다 낮아졌다면 물가가 내려갔음을 의미하는 것이다.

소비자물가지수를 살펴보면 2005년을 100으로 보았을 때 2000년이 84.9, 1991년이 56.5를 나타내었으며, 2007년은 104.8을 나타내었다. 한편 생산자물가지수는 2000년을 100으로 보았을 때 1991년이 74.6, 2007년이 115.4를 나타내어 전년대비 증가율은 2000년대의 증가율이 1990년대의 증가율 보다는 낮은 것으로 나타났다.

[그림 5-2-3] 1인당 국내 주요 물가지수: 1991~2007



<표 5-2-3> 국내 주요 물가지수: 1991~2007

연도	소비자물가지수		생산자물가지수		수출·입물가지수			
					수출물가지수		수입물가지수	
		전년비(%)		전년비(%)		전년비(%)		전년비(%)
1991	56.5	9.3	74.6	4.8	84.7	3.8	64.7	0.0
1995	69.9	4.5	83.2	4.7	92.9	1.4	74.8	5.8
2000	84.9	2.3	100.0	2.0	100.0	-1.0	100.0	7.7
2005	100.0	2.8	109.9	2.1	86.7	-6.7	112.0	2.9
2007	104.8	2.5	115.4	2.7	87.5	2.9	124.6	5.6

자료: 통계청, 「물가연보」, 「소비자물가」, 2008.

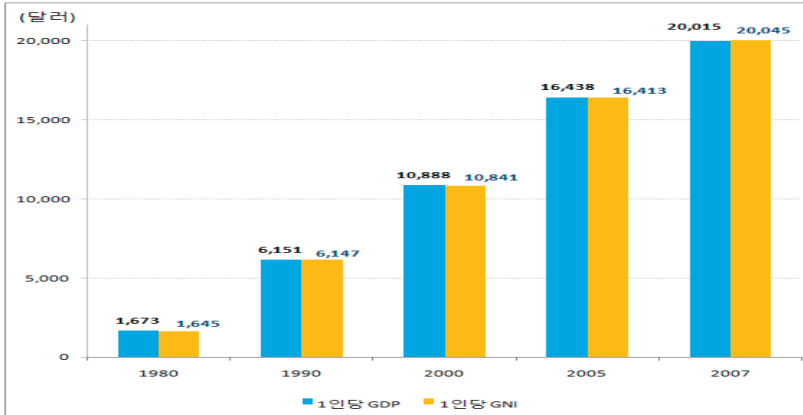
□ 국내총생산 및 국민총소득

국내총생산(Gross Domestic Product: GDP)은 국민경제가 창출한 생산 규모를 파악하는 것으로, 우선 국내에 거주하는 모든 생산자가 생산한 부가가치를 합산함으로써 가능하며, 이와 같이 국내생산자가 생산한 부가가치 또는 최종생산물의 총계를 말한다(한국은행 1995).

우리나라의 1인당 GDP는 1980년 1,673달러에서 2000년에는 10,888달

러로 그리고 2007년에는 20,015달러로 증가하였다.

[그림 5-2-4] 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2007



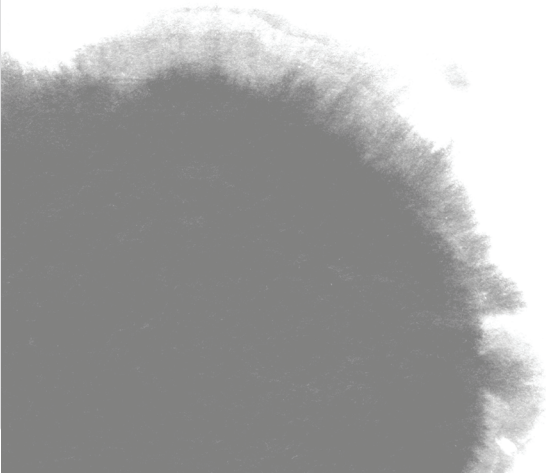
<표 5-2-4> 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2007

연도	명목 GDP		명목 GNI		1인당 GDP		1인당 GNI	
	10억원	10억달러	10억원	10억달러	만원	달러	만원	달러
1980	38,774.9	63.8	38,177.7	62.7	102	1,673	100	1,645
1990	186,690.9	263.7	186,559.8	263.5	435	6,151	435	6,147
2000	578,664.5	511.8	576,160.0	509.6	1,231	10,888	1,226	10,841
2005	810,515.9	791.3	809,299.8	790.1	1,684	16,438	1,681	16,413
2007	901,188.6	969.9	902,541.3	971.3	1,860	20,015	1,863	20,045

자료: 한국은행. 「국민계정」, 2007년 4/4분기.

06

보건복지지표의 발전방향



제6장 보건복지지표의 발전방향

보건복지동향 파악을 위해서 가장 기본적으로 필요한 것은 보건복지지표이다. 보건복지지표는 보건과 복지실태를 현재뿐만 아니라 과거와 미래를 양적 변화와 질적 변화를 한눈에 볼 수 있는 정보를 제공해 주는 척도이다. 보건복지지표는 사회전반을 나타내는 사회지표체계의 한 부문으로서 다루어져 왔다.

사회지표는 역사적 흐름 속에서 우리가 처해 있는 사회적 상태를 총체적이고도 집약적으로 나타내어 생활의 양적인 측면은 물론 질적인 측면까지도 측정함으로써 국민생활의 전반적인 복지정도를 파악 가능하게 하여 주는 척도이다. 따라서 보건복지 동향을 가장 잘 파악하기 위해서는 보건복지 지표체계를 잘 구축하고 이와 관련된 통계들이 잘 정리되어야 한다.

보건복지동향은 우리 사회가 모든 면에서 급속한 변화가 계속되고 있어 이와 같은 여건변화 속에서 우리의 보건복지 모습을 정확하게 잘 나타낼 수 있도록 하고, 이를 위해 보건복지지표는 우리가 나아가야 할 발전방향을 제시할 수 있는 지표체계의 구축과 이의 발전이 요구된다.

이를 위해 다음과 같은 노력이 요구된다.

○ 보건복지통계의 질적 향상과 양적 확대를 위한 노력 필요

통계지표를 통한 우리나라의 보건복지동향을 파악하기 위해서는 이를 뒷받침해 줄 수 있는 보건복지통계생산이 수반되어야 한다. 우리나라의 보건복지통계생산은 그 동안 꾸준한 노력으로 질적 향상과 함께 양적 증대를 꾀해 왔지만 아직 선진국 수준에 미치지 못하고 있다. OECD 통계지표가

전체적인 분야별 필요 통계지표를 대변하고 있는 것은 아니지만 전반적인 수준을 반영하는 지표라고 볼 때, 이를 통해 살펴본 우리나라의 보건복지통계생산수준은 2009년에 OECD 요구 통계 중 보건통계가 80.2% 복지통계가 71.2%의 제출률을 보여 OECD 회원국의 평균 정도에 머무르고 있어 아직 선진국 수준이라고 말할 수 있는 수준은 아니다. 따라서 통계의 질 향상을 위한 품질관리의 강화 및 생산 양의 확대를 위한 지속적인 노력이 요구된다.

○ 시계열자료의 축적을 위한 노력지속

우리나라에서 보건복지통계에 대한 관심은 최근에 이룰수록 높아져 생산 항목이 점차 다양화되어 가고 있고 생산주기도 단축되고 있으나 아직 선진국 수준에는 이르지 못하고 있다. 또한 동향분석을 위한 과거의 시계열자료의 부족으로 분석에 어려움이 있다. 따라서 현재와 미래 그리고 과거의 분석을 만족시킬 수 있는 통계생산 방안의 마련이 요구된다.

○ 보건·복지분야의 통계 DB 구축강화

보건복지동향의 원활한 분석을 위해서는 관련 통계를 용이하게 수집할 수 있는 DB의 구축 활용이 바람직하지만 아직 이의 활용이 용이하지 않다. 보다 체계적인 자료 활용 및 분석이 용이하도록 보건·복지분야의 DB 구축을 위한 지속적인 노력이 요구된다.

○ 새로운 통계수요에 대한 대응체제 구축

통계지표를 통한 보건복지동향 파악의 목적은 정책수립 및 새로운 정책 발굴 그리고 보건·복지분야 연구를 위한 기초자료 제공, 국민의 알권리 충족 등에 있다. 이를 위하여 수요자 측면에서 필요한 통계를 발굴하고, 개발하려는 노력이 요구된다. 수요파악·생산·공급·의견수렴 등을 통한 원활한 통계생산 및 제공시스템이 정착 될 수 있도록 하는 시스템 구축이 요구된다.

○ 통계생산을 위한 자료의 공유 및 활용 시스템 구축

보다 유용한 통계생산 및 생산비용의 감소를 위해서 기존 자료의 통합을 통한 자료 활용의 필요성이 증가하고 있다. 따라서 기존 자료를 공유할 수 있는 시스템 구축 및 활용방안의 강구가 요구된다. 특히 통계생산과 개인정보 보호를 충족시킬 수 있는 시스템 구축이 요구된다.

○ 국가통계 개발 조정기능강화

우리나라와 같이 분산형 통계생산체계에서는 분야별 통계개발 및 조정기능의 수행이 강력히 요구된다. 체계적인 통계개발 및 생산은 통계생산비용의 절감뿐만 아니라 생산통계의 활용도를 높일 수 있다.

○ 통계 공유시스템 제도화

우리나라는 조사자료 이외에 행정 수행과정자료에서 많은 자료를 축적하고 있다. 그러나 개인정보보호 차원에서 통계생산을 위한 경우에도 활용이 매우 어려운게 현실이다. 따라서 통계활용도가 큰 행정자료 등은 통계목적으로 활용 가능하도록 제도화 할 필요가 있다.

○ 보건·복지통계생산의 표준화

우리나라는 통계활용을 극대화시키기 위한 지표의 표준화가 미흡할 실정이다. 특히 지자체의 실시로 지역단위에서의 통계생산이 점차 커지고 있으나 표준화된 지침이 없어 정의나 생산방법이 상이한 통계를 생산할 우려가 있다. 따라서 생산통계 활용성을 높이기 위한 통계생산 표준화작업이 이루어져야 할 것이다.

참고 문헌

- 강은정, 조영태, 김나연, 신호성(2008), 건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제 연구보고서 2008-01, 한국보건사회연구원.
- 공무원연금공단(2009), 공무원연금통계 2008.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2009), 2008 건강보험통계연보 _____ (2008), 2007 건강보험통계연보 _____ (2007), 국민연금통계연보 2007.
- 국민연금공단(2008), 국민연금통계연보 2007.
- 김미숙·조애저·배화옥·최현수·홍미 외(2007), 한국의 아동빈곤실태와 빈곤 아동지원방안 연구보고서 2007-13, 한국보건사회연구원.
- 김승권·조애저·김유경·도세록·이건우(2006), 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 연구보고서 2006-24, 한국보건사회연구원.
- 김승권·김유경·조애저·김성희·이건우 외(2008), 2007년 전국 가정폭력실태 조사 정책보고서 2008-04, 여성가족부/한국보건사회연구원.
- 김태완·양시현·최현수·김문길·우선희·박은영(2009), 2009년 빈곤통계연보 연구보고서 2009-26-6, 한국보건사회연구원/기초보장·자활정책평가센터.
- 김태완·최현수·양시현·김문길·전지현 외(2008), 2007년 빈곤통계연보 연구보고서 2007-17-3, 한국보건사회연구원/기초보장·자활정책평가센터.
- 노동부(2009), 보도자료(2009.2.13), s-나라지표(<http://www.index.go.kr>). _____, 고용보험통계연보 2009.
- _____, 노동통계연감 2009.
- _____, 산재보험사업연보 2009.
- 박병일·변희순·최선희 외(2005), 2004 전국 가정폭력 실태조사, 여성부.

변용찬·김성희·윤상용·강민희·손창균 외(2009), 2008년 장애인 실태조사
 정책보고서 2009-16, 보건복지가족부/한국보건사회연구원.

보건복지가족부, 보건복지가족부 길잡이 통계, 2009.
 _____ (각연도), 보건복지가족통계연보 2008.
 _____ (2008), 2007년 장애인지역사회재활시설통계.
 _____ (2009), 2008년 국민기초생활보장 수급자 현황.
 _____, 등록장애인 현황(2008년 12월말)
 _____, 2008보건복지가족백서.

보건복지가족부·중앙노인보호전문기관(2008), 2007 전국노인학대상담사업
 현황보고서
 _____, (2009), 2008 전국아동학대현황보고서
 사립학교교직원연금관리공단(2009), 사학연금통계연보 2008.

서문희·임유경·박애리(2002), 2002년도 전국보육실태조사 보고 정책보고서
 2002-39, 보건복지부/한국보건사회연구원.

장영식·도세록·고경환(2001). 한국의 보건복지지표 2001 정책연구자료
 2001-01, 한국보건사회연구원.

장영식·김니연·최성용(2008). 2008년 지표로 본 한국의 보건복지 동향 정
 책자료 2008-03, 한국보건사회연구원.

정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우 외(2005), 2004년도 전국 노인생활실
 태 및 복지욕구조사 정책보고서 2005-03, 보건복지부/한국보건사회
 연구원.

질병관리본부(2007), 2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도,
 보건복지가족부·질병관리본부.

통계청(2009), 한국의 사회지표 2008.
 _____, 경제활동인구조사 2008.
 _____, 소비자물가지수 연보 2008.
 _____, 사회조사보고서 2008.
 _____ (2008), 인구동태연보 :총괄·출생·사망편 2007.

_____, 한국의 사회지표
 _____(2006), 2005 인구주택총조사보고서.
 _____(각연도), 장래인구추계.
 _____, 물가연보
 _____, 「장래인구추계」
 _____, 「2007년 추계 인구·가구 자료」.
 _____, 「사망원인통계」
 _____, 전국가계조사 원자료, 2003, 2007.
 통계개발원(2008), 한국의 사회동향 2008.
 한국은행(1995), 알기쉬운 경제지표 해설.
 한국노동연구원(2009), 2009 KLI 노동통계.
 社會福祉の 動向 편집위원회(2008), 社會福祉の 動向
 厚生統計協會(2008), 國民衛生の 動向
 _____, 保險と 年金の 動向
 _____, 厚生統計要覽
 Australian Institute and welfare(2004), Australia's Health.
 _____(2005), Australia's Welfare.
 OECD(2006), Society at a Glance.
 _____(2009), Health at a Glance.
 _____, OECD Health Data 2009.
 _____, Sickness, Disability and Work vol 1: Norway, Poland, 2006.
 _____, Sickness, Disability and Work vol 2: Australia, Luxembourg,
 Spain, UK ,2007.
 _____, Sickness, Disability and Work vol 3: Denmark, Finland, Ireland,
 Netherland,2008.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute of Health & Social Affairs

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료진달 시스템 구축 방안	신호성	미정
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정제도의 발전방향: 의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로	박실비아	미정
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(1)	정영호	미정
연구 2009-05	미 증축 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순입	미정
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리 방안	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안	김혜련	미정
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	미정
연구 2009-10	글로벌 금융위기 상황하의 국민연금기금의 운용방향	원종욱	미정
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안	신현웅	미정
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	미정
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	미정
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성 연구	여유진	미정
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	미정
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	미정
연구 2009-17	아동·청소년복지 수요에 기반한 공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	미정
연구 2009-18	한국가족의 위기 변화와 사회적 대응방안	김유경	미정
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	미정
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	미정
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	미정
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능자립증진체계 구축을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	한국노인의 생활활동 실태 및 정책적 함의	정경희	미정
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	8,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가: 법정 10년의 제도운영 점검	이태진	미정
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	미정
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과분석	남상호	미정
연구 2009-26-5	저소득층의 자산실태분석	남상호	미정
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	미정
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	미정
연구 2009-28	한국의료패널 기초분석보고서	정영호	미정
연구 2009-29	보건의료지원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2009년 보건의료지원실태조사 결과보고서 -	오영호	6,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	미정
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	미정
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	미정
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙정부 세출예산을 중심으로	고경환	미정
연구 2009-31-4	보육지원정책의 효과성 분석	최성은	미정
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 및 과제	고경환	미정
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	미정
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권	미정
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	미정
연구 2009-34-2	육아지원 인프라의 양적·질적 수급 적정화 방안	신윤정	미정
연구 2009-34-3	장기요양등급의자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지 서비스 연계 방안	오영희	미정
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	미정
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	미정
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	미정
연구 2009-36	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	정영철	미정
연구 2008-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 2008-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 2008-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 2008-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 2008-05	남북간간 보건의료 교류·협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 2008-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 2008-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	7,000
연구 2008-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	7,000
연구 2008-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 2008-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 2008-11	사회제정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 2008-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	6,000
연구 2008-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	10,000
연구 2008-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구 -다문화가족을 중심으로 -	김유경	15,000
연구 2008-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	8,000
연구 2008-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	6,000
연구 2008-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 2008-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수 급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 2008-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 2008-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2008-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2008-18-5	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구	신현용	5,000
연구 2008-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 2008-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 2008-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 2008-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 2008-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 2008-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이삼식	7,000
연구 2008-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 2008-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 2008-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 지립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 2008-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 2008-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000
연구 2008-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 2008-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 2008-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 2008-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 2008-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 2008-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 2008-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 2008-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향	남상호	5,000
연구 2008-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	6,000
연구 2008-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 2008-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 2008-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 2008-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 2008-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 2008-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	6,000
연구 2008-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 2008-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 2008-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 2008-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 2008-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 2008-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 2008-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	7,000
연구 2008-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000