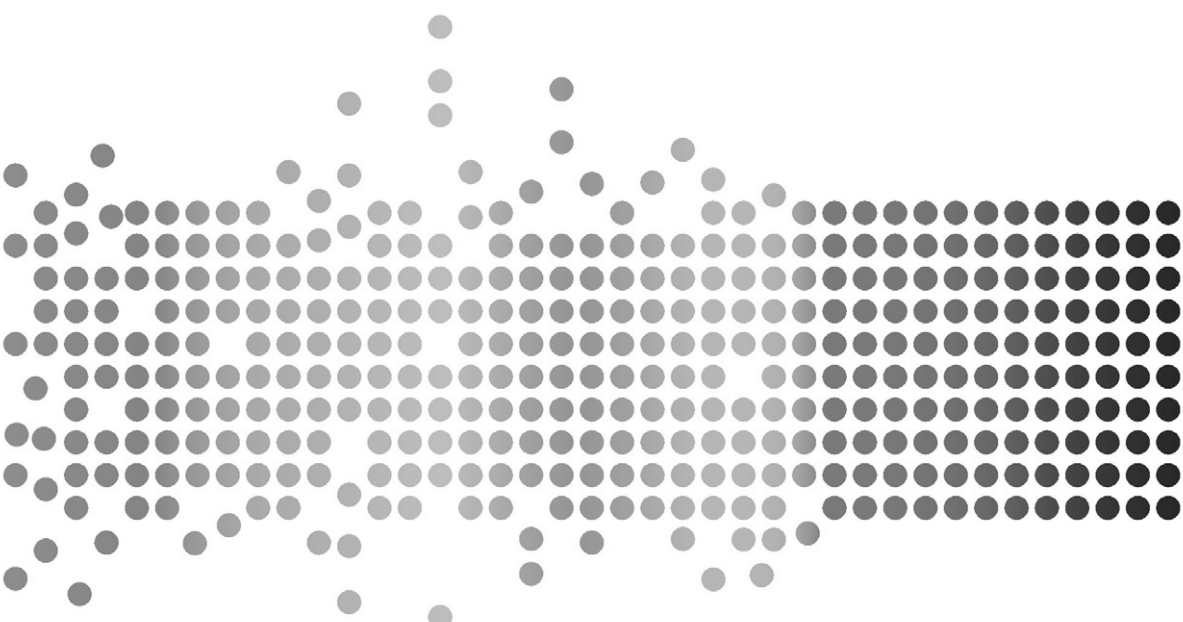


한국의 보건복지 동향 : 2010

Korea's Health and Welfare Trends 2010

장영식 · 고경환 · 이승욱 · 이정우 · 김나연 · 진달래



연구보고서 2010-28

한국의 보건복지 동향: 2010

발행일 2010년 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 예원기획
가격 10,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-697-5 93510

머리말

사회경제가 발전함에 따라 우리의 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 있으며, 특히 삶의 질과 관련이 큰 보건복지 수준에 대한 관심이 높아지고 있다. 정부의 보건복지정책이 국민의 요구에 부응하여 보다 효율적으로 추진되기 위해서는 과학적인 보건복지 통계에 근거한 정책의 수립 및 추진 그리고 평가가 요구된다. 보건복지분야 통계는 사회경제의 발전에 따라 보다 세분화된 다양한 통계의 생산 및 제공 필요성이 높아지고 있다.

또한 최근에 이룰수록 OECD, WHO, World Bank 등에서는 점차 다양한 보건복지 통계를 요구하고 있어 이에 부응할 수 있는 통계의 생산 및 DB 구축이 요구되고 있다. 국제기구의 수집통계는 서로의 수준 비교를 통해 사회경제 발전을 도모할 수 있다는 점에서 매우 유용한 통계라고 할 수 있다. 이와 같은 국제기구의 요구에 부응하기 위한 보건복지분야의 다양한 통계의 생산체계 구축 및 집중 관리 할 수 있는 방안의 마련도 요구된다.

다양한 통계의 체계적인 생산방안의 모색과 생산된 통계의 효율적인 활용을 위한 제공 체계의 구축은 정책입안자 및 관리자, 그리고 관련 연구를 수행하는 연구자에게 보다 효율적으로 제공 활용이 가능토록 함으로써 정책 목표달성을 용이하게 하고, 연구결과의 정책 활용성도 높여 줄 수 있을 것이다. 즉, 보건복지통계의 관리, 제공의 집중화는 효율적인 통계생산을 도모하고 정책수립이나 연구 활용을 극대화함으로써 정책 효과를 극대화하고, 연구의 능력제고와 활용성을 보다 높일 수 있을 것이다.

최근에 이룰수록 국제기구와 선진국에서는 이용자들이 보다 쉽게 접근하고 이해도를 높일 수 있는 방안을 찾는 과정에서 각종 지표의 시계열 자료

의 제공, 한눈에 들어올 수 있는 도표의 제시 그리고 보다 이해하기 쉽도록 동향을 분석 기술하고 있다.

우리나라에서도 국제 변화추세에 맞추어 기존의 통계 제공 위주의 연보 발간에서 벗어나 동향분석 보고서 발간을 통한 이용자의 이해도 증진을 위해 노력하고 있다.

본 보고서는 보건복지분야의 주요 지표를 중심으로 보건복지분야의 동향 파악이 용이하도록 관련 통계표와 도표 그리고 해설을 추가하여 손쉽게 필요 자료를 찾아보고 이해할 수 있도록 하였다.

본 보고서가 보건복지분야에 관심있는 전문가 및 일반 국민에게 유용한 자료가 되길 기대하며, 향후 정책 및 연구에 보다 유용하게 활용할 수 있도록 보다 다양한 지표를 수록 제공할 수 있도록 노력할 계획이다.

연구진은 본 연구에 대해 귀중한 조언을 아끼지 않으신 통계청동북지청 최봉호청장, 한국여성정책연구원 문유경 연구위원, 경원대학교 이원제 교수 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.

2010년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	15
제1절 연구의 필요성 및 목적	15
제2절 연구의 내용 및 방법	16
제2장 보건복지지표 선행 연구 및 지표선정	21
제1절 보건복지지표 선행연구 및 외국의 지표체계	21
제2절 보건복지 지표선정	35
제3장 보건의 동향	55
제1절 건강상태	55
제2절 보건의료자원	76
제3절 보건의료이용	86
제4절 출생, 사망 및 질병, 상해	100
제5절 건강의식행태	132
제6절 보건비용	139
제7절 보건의 비의료 결정요인	148
제4장 복지의 동향	159
제1절 공공부조	159
제2절 사회보험	172

제3절 사회복지서비스	224
제5장 보건복지 관련 지표	299
제1절 인구 및 경제지표	299
제2절 보건복지예산	309
제3절 보건복지 관련 지수	315
제6장 보건복지지표의 발전방향	323
참고문헌	327

표 목차

〈표 2-1- 1〉 OECD 요구 보건통계 분야	23
〈표 2-1- 2〉 국제표준화기구 선정 보건지표	24
〈표 2-1- 3〉 일본의 보건지표체계(일본 후생통계요람)	27
〈표 2-1- 4〉 호주의 보건지표 체계	28
〈표 2-1- 5〉 호주의 보건지표 체계	29
〈표 2-1- 6〉 미국 보건지표체계의 관심영역과 개별지표	30
〈표 2-1- 7〉 캐나다의 지역별 보건지표	31
〈표 2-1- 8〉 호주의 복지통계 현황	32
〈표 2-1- 9〉 독일의 복지통계 현황	33
〈표 2-1-10〉 일본의 복지지표체계	35
〈표 2-2- 1〉 보건지표체계	36
〈표 2-2- 2〉 복지지표체계	39
〈표 2-2- 3〉 보건분야별 주요지표	47
〈표 2-2- 4〉 보건지표	47
〈표 2-2- 5〉 복지 분야별 주요지표	50
〈표 2-2- 6〉 복지지표	51
〈표 3-1- 1〉 기대수명 추이: 1948~2009	56
〈표 3-1- 2〉 65세 연령의 기대여명: 1970~2009	58
〈표 3-1- 3〉 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2008	60
〈표 3-1- 4〉 저체중출생아비율: 1993~2009	61
〈표 3-1- 5〉 어린이 치아건강(12세): 1995~2006	63
〈표 3-1- 6〉 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008	64

〈표 3-1- 7〉 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상):	
1986~2008	66
〈표 3-1- 8〉 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세이상):	
1969~2008	67
〈표 3-1- 9〉 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):	
1969~2008	69
〈표 3-1-10〉 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):	
1969~2008	70
〈표 3-1-11〉 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):	
1969~2008	72
〈표 3-1-12〉 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2008 ..	74
〈표 3-1-13〉 성별 건강수명(20~75세), 산출기준: 2005	75
〈표 3-2- 1〉 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2009	77
〈표 3-2- 2〉 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2008	79
〈표 3-2- 3〉 의대 및 간호대졸업자 의료인력배출 (인구 100,000명당): 1999~2009	80
〈표 3-2- 4〉 병상수(인구 1,000명당): 1990~2009	82
〈표 3-2- 5〉 병의원수: 1995~2009	83
〈표 3-2- 6〉 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2009 ..	85
〈표 3-3- 1〉 외래진료(국민 1인당): 1999~2008	87
〈표 3-3- 2〉 2주간 외래 이용률(만19세 이상): 1998~2008 ..	89
〈표 3-3- 3〉 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005~2008 ..	90
〈표 3-3- 4〉 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2009	91
〈표 3-3- 5〉 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2009	92
〈표 3-3- 6〉 간이식(인구 100,000명당): 2000~2009	93

Contents

〈표 3-3- 7〉페이식(인구 100,000명당): 2000~2009	95
〈표 3-3- 8〉신장이식(인구 100,000명당): 2000~2009	96
〈표 3-3- 9〉제왕절개(출생아 1,000명당): 2001~2009	97
〈표 3-3-10〉암검진수진율(만19세 이상): 1998~2008	99
〈표 3-4- 1〉합계출산율 및 출생아수: 1960~2009	102
〈표 3-4- 2〉5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007	103
〈표 3-4- 3〉전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	106
〈표 3-4- 4〉뇌혈관질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	107
〈표 3-4- 5〉허혈성심장질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	109
〈표 3-4- 6〉당뇨로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	110
〈표 3-4- 7〉자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	113
〈표 3-4- 8〉교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006	115
〈표 3-4- 9〉사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2006	116
〈표 3-4-10〉유병률: 조사직전 2주간: 1980~2008	119
〈표 3-4-11〉후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2006	120
〈표 3-4-12〉백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009	121

〈표 3-4-13〉	홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009	·122
〈표 3-4-14〉	결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2009	·124
〈표 3-4-15〉	당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2005	·126
〈표 3-4-16〉	고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2008	·128
〈표 3-4-17〉	암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008	·129
〈표 3-4-18〉	도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2009	·131
〈표 3-5- 1〉	디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2008	·133
〈표 3-5- 2〉	홍역 어린이 예방접종률: 1988~2008	·134
〈표 3-5- 3〉	노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008	·135
〈표 3-5- 4〉	중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008	·137
〈표 3-5- 5〉	격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008	·138
〈표 3-6- 1〉	연령별 1인당 의료비: 1980~2008	·140
〈표 3-6- 2〉	국민의료비(GDP 대비): 1980~2008	·142
〈표 3-6- 3〉	국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2008	·143
〈표 3-6- 4〉	국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2008	·145
〈표 3-6- 5〉	국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2008	·146
〈표 3-6- 6〉	국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2008	·147
〈표 3-7- 1〉	과체중 및 비만인구비율(15세 이상): 1998~2008	·150
〈표 3-7- 2〉	흡연인구비율(15세 이상): 1989~2008	·151
〈표 3-7- 3〉	가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2008	·153
〈표 3-7- 4〉	주류소비량(15세 이상): 1988~2008	·154

〈표 3-7- 5〉 연간음주율(만19세 이상): 2005~2008	155
〈표 4-1- 1〉 최저생계비 추이: 2000~2011	160
〈표 4-1- 2〉 2011년 4인가구 최저생계비 비목별 구성 (2010년 계측조사 기준)	161
〈표 4-1- 3〉 2011년도 가구규모별 최저생계비	161
〈표 4-1- 4〉 주요 국가들의 상대빈곤선	162
〈표 4-1- 5〉 기초생활보장수급자수 추이: 2001~2009	163
〈표 4-1- 6〉 의료급여대상자 추이: 2000~2009	165
〈표 4-1- 7〉 의료급여1종 유형별 분포: 2009	166
〈표 4-1- 8〉 세계 주요 국가의 보건의료 체계	167
〈표 4-1- 9〉 자활사업참여자 현황(2009)	168
〈표 4-1-10〉 기초생활수급자 부적정급여 조정 비율: 2005~2009 ..	169
〈표 4-1-11〉 공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2009 ..	170
〈표 4-1-12〉 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2009 ..	170
〈표 4-1-13〉 기초생활보장수급자의 자활사업 (창·취업)성공률 ..	171
〈표 4-2- 1〉 의료보장 적용인구 현황, 1980~2009년	173
〈표 4-2- 2〉 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2009년	175
〈표 4-2- 3〉 건강보험제도별 부양률의 변화추이, 2002~2009년 ..	176
〈표 4-2- 4〉 건강보험 가입 외국인수 및 재외국민수의 연도별 추이: 2002~2009년	178
〈표 4-2- 5〉 건강보험 세대당 · 1인당 보험료의 연도별 추이, 2002~2009년	179
〈표 4-2- 6〉 국민건강보험 지역가입자 보험료 징수율의 연도별 추이 ..	180

〈표 4-2- 7〉 국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이, 2001~2009년	182
〈표 4-2- 8〉 국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이, 2001~2009년	183
〈표 4-2- 9〉 국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성, 2001~2009년	185
〈표 4-2-10〉 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 변화 추이 ..	187
〈표 4-2-11〉 65세 이상 노인의 진료비 현황 및 진료비 점유율의 연도별 추이	189
〈표 4-2-12〉 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 연도별 추이, 2001~2009년	191
〈표 4-2-13〉 공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비, 1990~2009년	192
〈표 4-2-14〉 공적연금제도별 가입자 대비 수급자의 비율 (제도부양비율)의 연도별 추이, 1990~2009년 ..	195
〈표 4-2-15〉 국민연금 가입자의 종별 구성의 연도별 추이, 2002~2009년	199
〈표 4-2-16〉 국민연금 외국인 가입자의 연도별 추이, 2000~2009년	202
〈표 4-2-17〉 공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이, 2000~2009년	203
〈표 4-2-18〉 공적연금제도별 적립기금의 변화추이, 2000~2009년	204
〈표 4-2-19〉 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여, 2000~2009년	206

〈표 4-2-20〉 산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이, 1980~2009	210
〈표 4-2-21〉 산재보험 임의가입 대상 사업별 적용 사업장과 근로자의 현황	212
〈표 4-2-22〉 산업재해 발생현황, 1980~2009년	213
〈표 4-2-23〉 산재보험 수급자 및 급여지급총액에서 외국인 근로자가 차지하는 비중	216
〈표 4-2-24〉 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황, 1996~2009년	218
〈표 4-2-25〉 고용보험 사업별 급여지급 실적, 1995~2009년 ..	221
〈표 4-2-26〉 고용보험 사업별 수급인원의 연도별추이, 2004~2009년	223
〈표 4-3- 1〉 노인인구 및 고령인구 증가 추이: 1990~2050 ..	225
〈표 4-3- 2〉 독거노인수: 2007~2011	226
〈표 4-3- 3〉 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050	227
〈표 4-3- 4〉 기초노령연금 수급자수(2009)	227
〈표 4-3- 5〉 노인장기요양보험 등급별 자격별 현황(2009)	228
〈표 4-3- 6〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2009	230
〈표 4-3- 7〉 노인복지시설수 추이: 2006~2009	231
〈표 4-3- 8〉 노인의 고용률 추이: 2000~2009	232
〈표 4-3- 9〉 노인의 취업업종: 2008년	233
〈표 4-3-10〉 정부지원 노인 일자리수	234
〈표 4-3-11〉 노인의 소득원별 구성	235
〈표 4-3-12〉 노인의 용돈 마련 책임자 분포	237

〈표 4-3-13〉 노인학대 유형(학대유형 건수 기준): 2006~2009	239
〈표 4-3-14〉 노인학대 행위자 분포: 2009	239
〈표 4-3-15〉 등록장애인의 장애종류별 성별 분포(2009)	241
〈표 4-3-16〉 장애급여 수급자 비율: 2004~2009	242
〈표 4-3-17〉 장애수당 현황: 2004~2009	244
〈표 4-3-18〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2004~2009	244
〈표 4-3-19〉 장애인 활동보조서비스 수혜 현황	246
〈표 4-3-20〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2008	247
〈표 4-3-21〉 OECD 주요국 장애인의 고용률, 실업률	248
〈표 4-3-22〉 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2009	249
〈표 4-3-23〉 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2009	250
〈표 4-3-24〉 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008	251
〈표 4-3-25〉 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	252
〈표 4-3-26〉 아동·청소년인구 추이: 1990~2010	253
〈표 4-3-27〉 요보호아동 발생원인: 2006~2009	255
〈표 4-3-28〉 요보호아동 보호현황: 2006~2009	256
〈표 4-3-29〉 입양아동수 추이: 2003~2009	257
〈표 4-3-30〉 연도별 아동학대 발생률	258
〈표 4-3-31〉 아동빈곤율 추이: 연도별, 소득별	260
〈표 4-3-32〉 아동급식대상자 추이: 2004~2009	260
〈표 4-3-33〉 급식 지원방법별 전달체계: 2009.1월	261
〈표 4-3-34〉 가출청소년 발생추이: 2002~2008	263
〈표 4-3-35〉 아동·청소년 자살률 연령대별, 성별: 2009	264
〈표 4-3-36〉 아동·청소년 10만명당 위험환경 경험수: 2006~2008	265

〈표 4-3-37〉 아동학대 유형별 추이: 2003~2009	267
〈표 4-3-38〉 피해아동 연령	268
〈표 4-3-39〉 헬프콜 1388 일일 이용건수	269
〈표 4-3-40〉 아동발달지원계좌 지원현황: 2009(2009년 7월 기준)	270
〈표 4-3-41〉 가구원수별 가구형태: 1990~2009	271
〈표 4-3-42〉 가족의 형태별 분포: 1990~2010	272
〈표 4-3-43〉 한부모가족의 추이: 1985~2010	274
〈표 4-3-44〉 한부모가족 분포의 국제비교	274
〈표 4-3-45〉 조손가구수: 1995~2010	275
〈표 4-3-46〉 손자녀 양육 이유: 2010	276
〈표 4-3-47〉 결혼 이민자 현황	277
〈표 4-3-48〉 국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포	277
〈표 4-3-49〉 한부모가족생활시설 현황: 2004~2009	278
〈표 4-3-50〉 미혼모자시설 연령별 입소자 현황(2007년말 기준)	278
〈표 4-3-51〉 산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2006~2009	280
〈표 4-3-52〉 육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2009	280
〈표 4-3-53〉 저소득한부모가족 현황(2007년말 기준)	281
〈표 4-3-54〉 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009	282
〈표 4-3-55〉 보육료 지원사업의 대상 선정 기준과 급여액	283
〈표 4-3-56〉 보육료 지원 현황	284
〈표 4-3-57〉 영유아 보육형태: 2008	285
〈표 4-3-58〉 양육수당 지급 관련 국가 비교	286

〈표 4-3-59〉 건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황:	
2004~2009	287
〈표 4-3-60〉 다문화가족지원센터 운영 현황: 2010. 3	288
〈표 4-3-61〉 외국인과의 이혼 추이: 2002~2009	288
〈표 4-3-62〉 여성가구주 비율: 1995~2010	290
〈표 4-3-63〉 여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2008	290
〈표 4-3-64〉 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율:	
2000~2009	291
〈표 4-3-65〉 가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2009	293
〈표 4-3-66〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	294
〈표 4-3-67〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2008	295
〈표 5-1- 1〉 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030	300
〈표 5-1- 2〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2030	302
〈표 5-1- 3〉 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2009	303
〈표 5-1- 4〉 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009	304
〈표 5-1- 5〉 조혼인율, 조이혼율: 1980~2009	306
〈표 5-1- 6〉 평균초혼연령: 1960~2009	307
〈표 5-1- 7〉 평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2009	308
〈표 5-1- 8〉 이혼사유별 구성비: 2001~2009	309
〈표 5-2- 1〉 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010	310
〈표 5-2- 2〉 보건복지부 예산 현황: 2007~2010	311
〈표 5-2- 3〉 국내 주요 물가지수: 1993~2009	313
〈표 5-2- 4〉 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2009	314
〈표 5-3- 1〉 OECD 국가별 HDI 순위: 2010	316
〈표 5-3- 2〉 OECD 국가 행복지수 순위	318

〈표 5-3- 3〉 영역별 위기수준 변화추이의 백분율 환산320
 〈표 5-3- 4〉 한국의 사회위기수준 변화추이(백분율 환산)320

그림 목차

[그림 3-1- 1] 기대수명 추이: 1948~200956
 [그림 3-1- 2] 65세 연령의 기대여명: 1970~200957
 [그림 3-1- 3] 영아사망률: 1970~200859
 [그림 3-1- 4] 저체중출생아비율: 1993~200961
 [그림 3-1- 5] 어린이 치아건강(12세): 1995~200663
 [그림 3-1- 6] 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008 ..64
 [그림 3-1- 7] 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상):
 1986~200865
 [그림 3-1- 8] 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):
 1998~200867
 [그림 3-1- 9] 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):
 1998~200868
 [그림 3-1-10] 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):
 1998~200870
 [그림 3-1-11] 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상):
 1998~200872
 [그림 3-1-12] 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2008 ..73
 [그림 3-1-13] 성별 건강수명(20~75세), (EQ-5D이용): 2005 ...75

[그림 3-2- 1] 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2009	.....77
[그림 3-2- 2] 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2008	..78
[그림 3-2- 3] 의대졸업자 (인구 100,000명당): 1999~2009	..80
[그림 3-2- 4] 병상수(인구 1,000명당): 1990~2009	.....81
[그림 3-2- 5] 병의원수: 1995~2009	.....83
[그림 3-2- 6] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2009	..85
[그림 3-3- 1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2008	.....87
[그림 3-3- 2] 2주간 외래 이용률(만 19세 이상): 1998~2008	..88
[그림 3-3- 3] 연간 미치료율(병의원) (만 19세 이상): 2005~2008	.....90
[그림 3-3- 4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2009	..91
[그림 3-3- 5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2009	..92
[그림 3-3- 6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2009	.....93
[그림 3-3- 7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2009	.....94
[그림 3-3- 8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2009	..95
[그림 3-3- 9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2009	.....97
[그림 3-3-10] 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2008	.....98
[그림 3-4- 1] 합계출산율: 1960~2009	.....101
[그림 3-4- 2] 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1997~2007	.....103
[그림 3-4- 3] 전체 암의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	.....105
[그림 3-4- 4] 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률 (인구 100,000명당): 1985~2006	.....106

Contents

- [그림 3-4- 5] 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률
(인구 100,000명당): 1985~2006108
- [그림 3-4- 6] 당뇨병으로 인한 사망률(인구 100,000명당):
1985~2006110
- [그림 3-4- 7] 자살의 연령표준화 사망률
(인구 100,000명당): 1985~2006112
- [그림 3-4- 8] 교통사고 사망률(인구 100,000명당):
1985~2006114
- [그림 3-4- 9] 사망의 외인(인구 100,000명당):
1985~2006116
- [그림 3-4-10] 유병률: 조사직전 2주간: 1989~2008118
- [그림 3-4-11] 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당):
1990~2006120
- [그림 3-4-12] 백일해 발생건수(인구 100,000명당):
2000~2009121
- [그림 3-4-13] 홍역 발생건수(인구 100,000명당):
2000~2009122
- [그림 3-4-14] 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당):
1996~2009123
- [그림 3-4-15] 당뇨병 유병률(인구 100,000명당):
1996~2008126
- [그림 3-4-16] 고혈압 유병률(인구 100,000명당):
1996~2008127
- [그림 3-4-17] 암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008 129

[그림 3-4-18] 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당):	
1960~2009	131
[그림 3-5- 1] 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.)	
어린이 예방접종률: 1988~2008	132
[그림 3-5- 2] 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2008	134
[그림 3-5- 3] 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008	135
[그림 3-5- 4] 중등도 신체활동 실천율(만 19세 이상):	
2005~2008	136
[그림 3-5- 5] 격렬한 신체활동 실천율(만 19세 이상):	
2005~2008	138
[그림 3-6- 1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2008	140
[그림 3-6- 2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2008	141
[그림 3-6- 3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2008	143
[그림 3-6- 4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2008	144
[그림 3-6- 5] 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2008	146
[그림 3-6- 6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2008	147
[그림 3-7- 1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 1998~2008	149
[그림 3-7- 2] 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2008	151
[그림 3-7- 3] 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상):	
2005~2008	152
[그림 3-7- 4] 주류소비량(15세 이상): 1988~2008	154
[그림 3-7- 5] 연간음주율(만 19세 이상): 2005~2008	155
[그림 4-1- 1] 최저생계비 추이: 2000~2011	159
[그림 4-1- 2] 기초생활보장수급자수 추이: 2001~2009	163

[그림 4-1- 3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2009	164
[그림 4-1- 4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2000~2009 ·	165
[그림 4-1- 5] 의료급여1종 유형별 분포: 2009	166
[그림 4-1- 6] 자활사업참여자 현황	168
[그림 4-2- 1] 의료보장 적용률의 변화추이, 1980~2009년 ...	174
[그림 4-2- 2] 건강보험 적용인구의 보험종별 구성, 1980~2009년	175
[그림 4-2- 3] 직장/지역 건강보험제도 평균 부양률의 연도별 추이, 2002~2009년	177
[그림 4-2- 4] 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황, 2009년	178
[그림 4-2- 5] 건강보험 세대당 · 1인당 월 평균 보험료의 연도별 추이, 2002~2009년	179
[그림 4-2- 6] 국민건강보험 및 국민연금 지역가입자의 보험료 징수율, 2009년	181
[그림 4-2- 7] 건강보험 재정수지 차액 및 수지율의 변화 추이, 2001~2009년	182
[그림 4-2- 8] 국민건강보험 보험료 대비 급여비 비율에 대한 변화추이, 2001~2009년	184
[그림 4-2- 9] 국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율, 2001년~2009년	185
[그림 4-2-10] 국민건강보험 수가 인상률의 변동추이, 1979~2009년	186
[그림 4-2-11] 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 추이, 2001~2009년	187

[그림 4-2-12] 건강보험 급여수급 연간 실인원의 연령별 분포, 2009년	188
[그림 4-2-13] 연간진료비총액의 연령별 분포, 2009년	188
[그림 4-2-14] 노인 1인당 월평균진료비 및 노인진료비 점유율의 연도별추이	190
[그림 4-2-15] 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 현황, 2009년 ...	191
[그림 4-2-16] 공적연금 가입자의 제도별 구성에 대한 변화 추이, 1990~2009년	193
[그림 4-2-17] 공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이, 1990~2009년	195
[그림 4-2-18] 국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이, 2009년	197
[그림 4-2-19] 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별·성별 구성, 2009년	198
[그림 4-2-20] 국민연금 납부 예외율의 변화 추이, 2002~2009년	200
[그림 4-2-21] 국민연금 가입자의 종별·표준소득월액 등급별 현황, 2009년	201
[그림 4-2-22] 외국인의 국민연금 가입현황, 2009년	202
[그림 4-2-23] 공적연금제도별 재정 수지율의 연도별 추이, 2000~2009년	203
[그림 4-2-24] 공적연금 제도별 기금 적립배율의 변화 추이, 2000~2009년	205
[그림 4-2-25] 공적연금제도별 급여지출총액의 연도별 추이, 2000~2009년	207

[그림 4-2-26] 공적연금제도별 평균급여의 연도별 추이, 2000~2009년	207
[그림 4-2-27] 국민연금 급여종류별 수급자수, 2009년	208
[그림 4-2-28] 국민연금 급여종류별 급여지급 현황, 2009년	208
[그림 4-2-29] 산업재해보상법 적용근로자의 연도별 추이, 1980~2009년	210
[그림 4-2-30] 산업재해보상법 적용사업장의 연도별 변화추이, 1980~2009년	210
[그림 4-2-31] 산재보험 임의적용 분포, 2009년	212
[그림 4-2-32] 산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율, 1980~2009년	213
[그림 4-2-33] 산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황, 1980~2009년	214
[그림 4-2-34] 산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별·연도별 지급 현황, 1998~2009년	215
[그림 4-2-35] 외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이, 2001~2009년	216
[그림 4-2-36] 외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이, 2001~2009년	216
[그림 4-2-37] 고용보험제도 적용 현황의 사업장 연도별 추이, 1996~2009년	218
[그림 4-2-38] 고용보험제도 적용 근로자의 연도별 추이, 1996~2009년	218
[그림 4-2-39] 상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용인구, 1997~2009년	219

[그림 4-2-40] 고용보험기금의 연도별 변화 추이, 2004~2008년	220
[그림 4-2-41] 고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이, 1995~2009년	221
[그림 4-2-42] 고용보험 사업별 급여지출의 비중, 2009년	222
[그림 4-2-43] 고용보험 급여사업별 수급자의 구성, 2009년	223
[그림 4-3- 1] 노인인구비율: 1990~2050	224
[그림 4-3- 2] 독거노인 비율 추이: 2007~2011	225
[그림 4-3- 3] 치매유병률: 2008~2050	226
[그림 4-3- 4] 노인장기요양보험 급여이용자 분포(2009)	228
[그림 4-3- 5] 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2009	229
[그림 4-3- 6] 노인복지시설수: 2009년	230
[그림 4-3- 7] 노인의 취업업종: 성별(2008년)	232
[그림 4-3- 8] 노인의 취업업종별 연령대별 분포: 2008년	233
[그림 4-3- 9] 정부지원 노인 일자리수	234
[그림 4-3-10] 노인의 용돈 마련 책임자: 성별	236
[그림 4-3-11] 노인의 용돈 마련 책임자 연령별 분포	237
[그림 4-3-12] 노인학대 유형별 추이: 2006~2009	238
[그림 4-3-13] 노인학대 행위자 분포: 2009년	239
[그림 4-3-14] 등록장애인의 등급별 성별 구성: 2009년	240
[그림 4-3-15] 장애급여 수급자 비율: 2004~2009	242
[그림 4-3-16] 장애수당 수급자수와 재정추이: 2004~2009	243
[그림 4-3-17] 장애아동수당의 수급자 수와 재정추이: 2004~2009	245

Contents

[그림 4-3-18] 장애인과 전체인구의 고용률과 실업률 비교	247
[그림 4-3-19] 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2009	249
[그림 4-3-20] 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2009	250
[그림 4-3-21] 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008	251
[그림 4-3-22] 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	252
[그림 4-3-23] 아동·청소년인구 추이: 1990~2010	253
[그림 4-3-24] 요보호아동 발생원인과 추이: 2006~2009	254
[그림 4-3-25] 요보호아동 보호현황 추이: 2006~2009	255
[그림 4-3-26] 국내 및 국외 입양아동수 추이비교: 2004~2009	257
[그림 4-3-27] 아동학대 발생률: 2000~2007	258
[그림 4-3-28] 아동빈곤율 추이(중위 50%, 시장, 경상, 가처분): 2003~2008	259
[그림 4-3-29] 아동급식대상자 추이: 2004~2009	261
[그림 4-3-30] 가출청소년 발생추이: 2002~2008	262
[그림 4-3-31] 청소년 자살률 연령대별, 성별: 2009	263
[그림 4-3-32] 아동·청소년 10만명당 위험환경 경험건수 추이: 2006~2008	265
[그림 4-3-33] 아동학대 추이: 2003~2009	266
[그림 4-3-34] 아동학대 유형(2009)	267
[그림 4-3-35] 헬프콜 1388 일일 이용건수 추이: 2006~2009	269
[그림 4-3-36] 가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2009	271
[그림 4-3-37] 가족의 형태별 분포: 1990~2010	272
[그림 4-3-38] 한부모가족의 추이: 1985~2010	273
[그림 4-3-39] 손자녀 양육 이유: 2010	275
[그림 4-3-40] 결혼 이민자 현황	276

[그림 4-3-41] 산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2009	279
[그림 4-3-42] 육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2009	280
[그림 4-3-43] 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009	282
[그림 4-3-44] 1인당 보육료 지원 현황	284
[그림 4-3-45] 영유아 보육형태별 비교: 2008	285
[그림 4-3-46] 건강가정지원센터 이용자 현황: 2004~2009 ..	287
[그림 4-3-47] 외국인과의 이혼 추이: 2002~2009	289
[그림 4-3-48] 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2009	291
[그림 4-3-49] 가정폭력상담소 현황: 2006~2008	292
[그림 4-3-50] 성폭력상담소 현황: 2006~2009	293
[그림 4-3-51] 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	294
[그림 5-1- 1] 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030 ..	300
[그림 5-1- 2] 인구의 연령구조 추이: 1960~2030	301
[그림 5-1- 3] 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2009 ..	303
[그림 5-1- 4] 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009	304
[그림 5-1- 5] 조혼인율, 조이혼율: 1980~2009	305
[그림 5-1- 6] 평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2009	307
[그림 5-1- 7] 평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2009	307
[그림 5-1- 8] 이혼사유별 구성비: 2001~2009	308
[그림 5-2- 1] 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010	310

Contents

- [그림 5-2- 2] 보건복지부 예산 현황: 2007~2010311
- [그림 5-2- 3] 1인당 국내 주요 물가지수: 1993~2009312
- [그림 5-2- 4] 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2009314



Korea's Health and Welfare Trends 2010

The socioeconomic development has led many to be increasingly interested in the quality of life, and thus in the levels of healthcare and welfare, which are closely related to the quality of life. For the government's health and welfare policies to be implemented more efficiently in meeting people's needs, it is imperative to make, implement and evaluate the policies based on scientific statistics. The need to produce and provide more sophisticated statistics in the field of health and welfare is ever increasing in line with the socioeconomic development.

Furthermore, International organizations such as the OECD, WHO and World Bank are demanding increasingly more statistics on health and welfare. Statistics collected by international organizations are a useful tool to look at where a country stands in its socioeconomic development by making international comparison possible. To meet this demand, it is necessary to establish a centralized production and management system of health and welfare statistics.

Constructing an efficient production system of diverse statistics and an efficient data provision system will help policy makers, those who implement policies and researchers use data more effectively, which helps achieve policy goals and increases the usefulness of research results. That is, centralizing the management and provision of health and welfare statistics will make production of statistics more efficient, and maximize their usefulness in policymaking and research.

For this purpose, we have systematically arranged health and welfare indicators, and analyzed and illustrated the health and welfare trends after selecting key indicators.

요약

1. 서론

□ 연구의 필요성 및 목적

- 정책입안자, 연구자 그리고 일반 국민들의 보건복지 통계정보에 대한 관심은 날로 증가하고 있음. 이들의 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 체계적인 그리고 이해가 용이한 보건복지통계정보의 시계열적 제공이 필요함.
- 국내뿐만 아니라 국외 및 국제기구에서도 우리나라의 보건복지상태에 대한 관심이 증대되고 있으며, 매년 각종 통계자료를 요구하고 있음. 이를 충족 시켜 줄 수 있는 체계적인 보건복지정보의 구축 및 제공이 요구됨.
- 선진국에서는 보건복지분야별 시계열적 변화를 통계와 도표 그리고 이에 대한 설명자료를 함께 제시하여 이해를 용이하도록 하고 있으며, 분야별 보고서를 주기적으로 발간하고 있음.
 - 이와 같은 노력은 보건복지에 대한 이해도를 높일 수 있을 뿐 아니라 정책개발, 연구 등에 효율적으로 활용 될 수 있을 것임.
- 따라서 보건복지관련 통계 중 활용성이 높은 통계를 중심으로 종합적이고 체계적으로 정리하고 이들 통계를 통한 보건복지동향을 분석하여 제시할 필요가 있음.
- 본 연구는 우리나라의 보건복지 동향을 지표를 통하여 살펴보고, 이

들 통계지표의 제공체계를 지속적으로 개선·발전시켜 보건복지통계의 이용도를 제고하고, 정책발전에 기여하는데 있음.

□ 연구내용

- 보건복지분야별 체계적인 통계의 분류
 - － 보건복지분야별로 구분하여 이용자들이 보다 용이하게 사용할 수 있도록 통계지표체계를 정리
- 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보 및 동향자료의 분류 체계 검토
 - － 선진국 및 국제기구에서 발간하는 지표집 및 동향분석보고서의 기술체계를 검토하여 가장 적합한 분류체계 확립
- 각종 보건복지통계 중 주요 지표 선정
 - － 보건복지지표 가운데 주요한 지표를 선정하고 이에 대한 시계열적인 자료를 수집 분석 정리함.
- 분야별 변화의 특성분석
 - － 각 분야별 변화를 통계표뿐만 아니라 이에 대한 동향을 분석 제 공하여 이해를 용이하게 하고 활용도를 높임.
 - － OECD 회원국 등 선진국 통계를 수록하여 비교성을 높임.
 - － 분석은 횡단적 분석뿐만 아니라 시계열적인 분석을 병행함.

□ 연구방법

- 문헌연구
 - － 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보의 분류체계 검토
 - － 선진국 및 국제기구에서 발간한 동향분석 보고서의 체계 검토
 - － 우리나라의 관련통계 연보 등 분석
- 각종 보건복지 관련 통계 가운데 주요 지표를 선정하고 관련 자료의 수집·검토

- 관계 기관 및 전문가와의 간담회를 통하여 의견수렴

II. 보건복지 동향 선행연구 및 지표선정

- 보건복지지표의 체계적인 분류 및 동향분석을 위해 국제기구 및 선진국에서는 다양한 형태의 보고서를 발간하고 있음.
 - 최근에 이룰수록 단순한 통계위주의 제공에서 벗어나 이용자의 이해를 돕기 위한 동향분석보고서를 점차 다양한 형태로 발간하고 있음.
 - 호주에서는 보건, 복지에 대한 동향보고서를 격년으로 일본에서는 국민위생, 사회복지, 보험과 연금 등의 동향보고서를 발간하고 있음.
 - 우리나라에서도 이와 같은 국제적인 추세에 따라 통계개발원에서는 우리나라의 전반을 다루는 ‘한국의 사회동향’ 보고서 등이 발간되고 있음.
 - 향후 이와 같은 동향보고서는 각 분야로 점차 확산될 것으로 전망됨.
- 보건분야의 지표분류는 다양한 형태로 고려될 수 있음. OECD 등 국제기구와 선진국 등의 보건통계 분류를 참고하여 보건분야 부문별 분류형태를 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 출생·사망 및 질병·상해, 보건의식행태, 보건비용, 보건의 비의료결정요인으로 분류하였음.
 - 건강상태는 주로 건강의 수준 측정과 관련된 지표로 구성되어 기대여명, 어린이건강, 모성건강, 건강상태, 영양 등으로 구분하였음.
 - 보건의료자원은 의료서비스를 제공하는데 기반이 되는 인력과 시설, 장비와 관련된 분야로 의사, 간호사 등 의료인력 분야와 의료기관, 병상 등 의료시설 및 장비로 구분하였음.
 - 보건의료이용은 의료의 이용정도를 나타내는 지표로 진료나 검진 등과 같은 진료양상, 병상이용이나 수술건수 등과 같은 의료이용과 수술 정도, 신장이식, 폐이식 등과 같은 장기이식의 정도를 나타내는 지표로 분류하였음.

- 출생·사망 및 질병·상해는 인구동태 중 보건과 관련된 출생, 사망과 관련된 지표, 그리고 우리의 건강에 영향을 미치는 사망이나 유병률과 같은 지표로 분류하였음.
- 보건의식행태는 국민의 보건에 대한 관심과 의식 정도를 나타내는 지표로 구성되어 홍역 등과 같은 예방접종 관련지표, 그리고 평소의 건강관리를 위한 운동실천율과 같은 지표로 분류하였음.
- 보건비용은 국민들의 질환치료, 건강관리 등 의료이용에 들어가는 비용으로 총국민의료비 등과 같은 지출 형태, 그리고 어디에서 나오는가를 보는 재원별, 그리고 연령층별 의료비의 지출정도를 알아볼 수 있는 지표로 분류하였음.
- 보건의 비의료결정요인은 의료적인 행위부문은 아니지만 우리의 건강에 큰 영향을 미치는 흡연, 음주, 비만과 같은 지표들로 분류하였음.

□ 복지부문의 통계지표 체계는 접근 방법에 따라 다양한 형태로 구성될 수 있을 것임. 여기서는 복지부문을 제도별로 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스로 분류하여 동향을 살펴보았음. 이는 복지분야의 특성을 살려 이용자의 복지동향의 이해도를 높이기 위해서임.

- 국가에서는 생활능력이 떨어지는 사람에게 생활을 유지할 수 있도록 각종 제도를 마련 지원하고 있음. 이를 제도별로 공공부조일반, 생활보호, 의료급여로 구분하여 주요 지표를 선정 살펴보았음.
- 건강상 혹은 직업상, 연령상 일어날 수 있는 사회적위험에 대비하여 각종 사회보험제도를 두고 있음. 이와 같은 사회보험제도에는 건강보험, 연금보험, 산업재해보상보험, 고용보험이 있으며, 이와 관련된 지표를 살펴보았음.
- 정부에서는 취약한 계층을 대상으로 다양한 복지서비스 정책을 추진하고 있음. 이들은 대상을 중심으로 노인, 장애인, 아동청소년 등으로 구분할 수 있으며, 이들 대상을 중심으로 관련 지표를 선정하여 살펴보았음.

III. 보건동향

□ 한 나라의 보건수준은 그 나라의 사회경제 발전정도와 비례하는 경향이 있음. 우리나라도 사회경제발전에 따라 보건수준도 점차 향상되어 왔음. 가장 대표적인 보건지표인 기대수명의 연장, 영아사망수준의 감소 등과 같은 건강상태의 개선과 의료의 기반이 되는 의료기관 및 의료인력의 증가, 장비 및 기술의 향상, 국민의 건강에 대한 인식의 변화 등 보건분야의 대부분에서 긍정적인 방향으로 변모하여 왔음.

○ 위생상태의 개선, 영양 수준의 향상 등으로 국민의 건강상태는 점차 좋아져 그 결과 기대수명이 증가하고, 영아사망률, 주산기사망률 등은 지속적으로 감소하였으며, 어린이 치아건강도 개선되어 왔음. 그러나 산모 건강의 영향 등으로 출생아 중 저체중아의 비율은 점차 증가하는 현상을 보여 이에 대한 대책마련이 요구되고 있음.

○ 사회경제발전에 따라 의료서비스를 제공하는데 기반이 되는 의료인력과 의료시설, 장비는 꾸준히 증가하여 왔음. 이와 같은 보건의료자원의 증가는 의료이용의 접근성과 질을 높여 국민의 건강증진에 기여할 것임.

○ 의료이용은 질환의 증감이나 의료시설의 증감에 따라 영향을 받을 수 있음. 우리나라의 보건의료이용은 꾸준히 증가하여 왔으며, 각종 이식은 선진국만큼 활발하게 이루어지는 편은 아니지만 점차 증가하는 추세를 보이고 있음.

○ 우리나라의 자살로 인한 사망률은 매우 높은 것으로 나타나고 있음. 그러나 질환에 의한 사망률은 점차 낮아지는 경향을 보이고 있음. 정부의 지속적인 노력에도 불구하고 만성질환인 고혈압 유병률은 점차 높아지고 있으며, 식생활의 서구화 등으로 암발생률도 점차 높아지고 있어 이에 대한 마련이 요구되고 있음.

○ 경제사회발전과 자녀건강에 대한 관심이 높아지면서 사전예방을 위한 예방접종률은 비교적 높게 나타나고 있음. 이는 어린이의 예방접

종을 정부차원에서 적극 대처하고 있는 것도 집중률을 높이는데 기여한 것으로 판단됨.

- 국민의료비는 경제사회발전과 비례하는 경향이 있음. 우리나라의 GDP 대비 국민의료비도 점차 높아지고 있음. 이와 같은 증가현상은 우리나라의 경제사회 수준이 높아짐에 따라 비례하여 높아질 것으로 전망됨.
- 우리나라의 과체중이나 비만은 선진국에 비하면 우려할 수준은 아니지만 점차 증가하고 있어 이를 사전에 예방할 수 있는 방안 마련이 요구됨. 비만은 각종 만성질환 등 만병의 근원으로 질환의 증가를 가져올 수 있는 만큼 평생의 건강을 좌우할 수 있는 저연령층부터 이를 예방할 수 있는 적극적인 정책의 추진이 요구되고 있음.

IV. 복지동향

□ 어느 국가에서나 사회경제가 발전할수록 가장 관심을 많이 갖는 분야가 복지분야임. 우리나라도 예외는 아니어서 복지분야의 예산이 지속적으로 증가하여 왔으며, 복지지원책도 다양하게 추진되고 있음. 이와 같은 노력은 저소득층, 소외계층에 대한 배려로 나타나고 있음.

- 일정 수준이하의 생활이 어려운 대상자들에게 정부는 이들이 최소한의 생활이 가능하도록 최저생계비를 지원하고 있음. 최저생계비는 국가의 경제수준 향상에 따라 점차 그 기준을 조정하여 추진되어 왔으며, 그 결과 꾸준히 증가하여 온 것으로 나타나고 있음. 정부에서 생활이 어려운 사람의 의료를 지원하는 의료급여 대상자수도 계속 증가하여 왔음.
- 정부에서는 국가를 위해 일하다 희생당하거나 부상한 경우 당사자나 가족에게 국가에서 지원하고 있음. 국가에서 지원하는 국가보훈대상자 가구는 지속적으로 증가한 것으로 나타나고 있음.

- 국민의 건강유지 및 향상을 위해 정부에서는 국민건강보험제도를 도입하여 추진하고 있으며, 이 보험제도에 들어가지 못하는 경제능력이 어려운 대상자는 의료급여로 정부에서 지원하고 있어 모든 국민이 의료혜택을 받을 수 있도록 하고 있음.
- 장애나 노후에 대비한 연금제도는 대상을 중심으로 국민연금, 공무원연금, 군인연금, 사립학교교직원연금을 두고 있으며, 이와 같은 공적 연금에 가입자와 수급자는 점차 증가하는 추세에 있음.
- 산업현장에서 일하다가 다치거나 병드는 경우를 대비해 운영하고 있는 산업재해보상보험 대상자수는 꾸준히 증가하는 추세에 있음. 또한 산업재해 건수도 산업형태의 다양화 등으로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음.
- 만일에 직장을 다니다가 실직을 하는 경우에 대비하여 운영하는 고용보험제도는 그 적용대상 사업장과 적용근로자가 꾸준히 증가하여 왔음. 또한 수급자도 증가 추세임.
- 국가에서는 사업취약계층별로 각종 사회복지서비스를 제공하고 있음. 이들 취약 계층은 노인, 장애인, 아동청소년으로 구분하고 이들에 대한 복지서비스를 시행하고 있음. 노인을 위해서는 기초노령연금제도를 그리고 장애인에게는 장애인수당지급제도를 그리고 아동청소년에게는 이들을 보호하기 위한 각종 정책을 도입 추진하고 있음.

V. 보건복지 관련 동향

- 우리나라의 총인구는 지속적으로 증가하여 2010년에 4,888만명에 이르고 있으며 이와 같은 인구증가는 세계에서 가장 낮은 저출산에도 불구하고 2010년대 후반까지 지속될 전망이다. 성비는 다자녀출산에서 소자녀출산으로 전환하면서 남아선호사상으로 인한 성비불균형이 나타나기도 했으나 이제는 남아선호사상의 불식으로 정상성비를 나타내고 있음.

○ 우리나라는 저출산의 영향으로 65세 이상 인구의 비율이 증가하여 고령화되어 가고 있음. 특히 급격한 저출산의 영향으로 다른 선진국에 비하여 고령화비율이 급격하게 증가하는 현상을 보이고 있음.

□ 우리나라의 1인당 GDP는 점차 증가하여 2007년에는 2만불을 넘어서기도 했지만 2008년에는 다시 2만불 이하로 저하되었음.

○ 보건복지부의 예산규모는 경제사회발전에 따라 삶의 질 향상을 위한 보건 복지부문의 중요성이 부각되면서 점차 증가하여 왔음. 1995년 1조 9,839억원에서 점차 증가하여 2007년에는 11조 5,292억원에 이르고 있음.

□ 2009년에 한국보건사회연구원에서 측정한 우리나라의 행복지수(경제적 자원 연관요인, 사회적 요인(자립, 형평성, 건강, 사회적연대), 환경요인 등의 분야로 나누어 측정하여 종합) 순위는 25위인 것으로 나타났음. 가장 높은 국가는 스위스였으며, 다음으로 룩셈부르크, 노르웨이, 스웨덴의 순이었음.

□ 한국보건사회연구원에서 2009년에 발표한 사회위기 지수는 IMF가 있었던 1998년에 74.7로 가장 높았으나 점차 낮아져 2005년에는 55.6, 2008년에는 이보다 약간 증가한 60.7 수준을 보이고 있음.

□ 2010년 발표된 우리나라의 인간개발지수(Human Development Index; 삶의 질 지수라고도 하며, 기대수명, 평균교육년수, 기대교육년수, 1인당 GNI 등의 지표로 측정) 순위는 12위로 매우 높은 국가에 속하여 있음. 가장 높은 국가는 노르웨이였으며, 그 다음 2위 국가는 호주이고, 일본은 11위로 우리 보다 높았음.

VI. 보건복지지표의 발전방향

- 보건복지지표의 발전을 위해 통계생산의 양적 확대와 질관리 강화가 이루어져야 함. 보건복지의 세부적인 측면까지 파악하고, 정책적으로 활용하며, 국민의 궁금증을 해결해 주기 위해서는 보다 다양한 지표의 개발·생산과 함께 질적인 개선이 이루어져야 함.
 - 신규지표개발은 비교 활용성을 높이기 위해 국제적인 기준과 체계를 함께하는 것이 바람직함. 국가마다 통계생산 환경의 차이에 의한 경우 이외에는 가능한 동일한 기준으로 생산하는 것이 생산 통계의 활용성을 높이는 길임.
 - 선진국에서는 국가내에서 그리고 국가간 비교성을 높이기 위해 생산 표준안을 마련하고 이 기준에 따라 생산하며, 매년 다수 전문가의 의견수렴을 통해 통계생산 표준안을 수정하고 있음.
 - 생산 표준화와 함께 품질개선을 위한 꾸준한 품질관리는 보다 신뢰성이 높은 지표생산 및 활용에 도움이 될 것임.

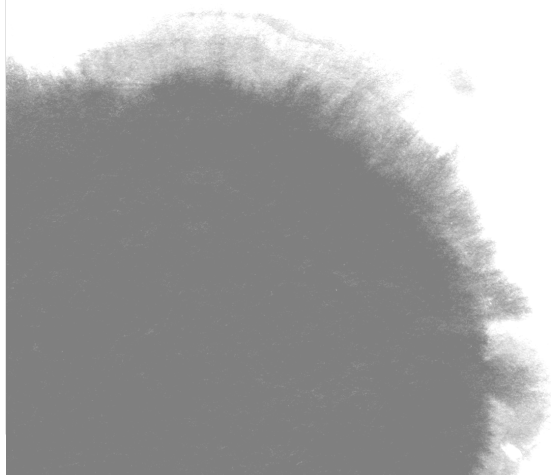
- 보건복지지표의 다양성을 이루기 위해서는 지역통계생산도 함께 활성화 되어야 함. 이는 표준화된 지표생산기준에 따라 생산되고, 활용될 수 있도록 하여야 할 것임.
 - 국가통계와 지역통계의 생산은 상호 연계 활용될 수 있는 방안 마련이 요구됨. 가장 바람직한 것은 국가에서 지역단위 통계까지 생산 제공해 주는 것이지만 예산 등의 어려움으로 지역단위까지 통계를 생산 제공하기에는 어려움이 있음.
 - 재정상태가 양호한 지자체의 경우 자체적인 생산을 시도하고 있는 경우가 증가하고 있으나 재정이 어려운 지자체에서는 시도하지 못하고 있는 실정임. 따라서 재정 상태를 고려한 중앙정부의 생산 지원 방안 마련도 필요하다고 생각됨.
 - 지역의 통계생산은 지자체의 독자적인 추진보다는 중앙정부의 통계

생산 기술과 정보를 이용하여 예산의 효율적인 활용 방안을 강구하는 것도 중요함.

- 통계생산과 수집된 자료의 효율적 관리를 위한 공동활용 방안 마련 및 통계 DB구축이 필요함. 최근에는 개인정보보호에 따라 개인정보를 활용한 통계생산이 상당히 위축되고 있는 실정으로 이를 극복할 수 있는 대안이 마련되어야 할 것임.
 - 개인정보를 보호하면서 효율적인 통계생산이 가능하도록 하는 방안 마련이 요구됨. 즉, 자료 간 연계 제공을 담당해 줄 기관의 설립도 고려되어야 할 것임.
 - 통계생산을 위한 자료는 상호연계로 보다 활성화하여 다양한 통계생산이 이루어질 수 있도록 한다면 예산감축과 통계의 활용성을 높이는 효과를 가져오게 될 것임. 따라서 기관간 또는 조사간 자료 활용의 극대화를 위한 방안 마련이 요구됨.

01

서론



제1절 연구의 필요성 및 목적

경제사회가 발전함에 따라 보건복지에 대한 관심이 증대되고, 특히 삶의 질과 관련이 큰 보건복지분야에 대한 관심이 커지고 있다. 정부의 보건복지 정책이 국민의 요구에 부응하기 위해서는 과학적인 보건복지 통계에 근거한 정책의 수립 및 추진 그리고 평가가 요구되며, 경제사회가 발전함에 따라 보건복지분야의 통계도 보다 세분화된 다양한 통계생산 및 제공 필요성이 높아지고 있다.

최근에 이를수록 OECD, WHO, World Bank 등에서는 점차 다양한 보건복지 통계를 요구하고 있다. 이는 각 국가가 이제는 멀리 있지 않으며, 서로 정보를 교환하고 발전시켜 가야할 동질감을 크게 느끼고 있기 때문이다. 이와 같은 국제기구 요구에 부응하기 위한 보건복지분야의 다양한 통계의 생산체계 구축 및 집중 관리 할 수 있는 방안의 마련도 요구된다.

다양한 통계의 체계적인 개발과 생산된 통계의 효율적인 활용을 위한 제공 체계의 구축은 정책입안자 및 관리자, 그리고 관련 연구를 수행하는 연구자에게 효율적으로 제공 활용됨으로서 정책의 목표달성을 용이하게 하고 효율을 높이는 동시에 연구결과의 정책 활용성도 높여 통계의 활용성을 높일 수 있다.

보건복지통계의 관리, 제공의 집중화는 효율적인 통계생산을 도모하고 정책수립이나 연구 활용을 극대화함으로써 정책 효과를 극대화하고, 연구의

능률제고와 활용성을 보다 높일 수 있을 것이다.

이와 같은 목적 달성을 위해 보건복지지표체계를 정리하고 중요지표를 중심으로 동향을 분석하여 이용자의 이해를 높이고자하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

보건복지동향을 파악하기 위해서는 우선 보건복지분야의 지표의 체계적인 정리가 필요하다. 동향은 통계를 통하여 설명될 수 있으며, 이와 같은 보건복지분야를 설명해 줄 수 있는 통계가 어떻게 구성되는 지를 알아보는 것은 보건복지분야를 체계적으로 설명할 수 있는 방법이 될 수 있기 때문이다.

이와 같은 보건복지분야지표 가운데 동향을 파악하기 위해 중요지표와 통계이용 가능지표를 선정하여 이들 지표들에 대한 동향을 파악하였다. 또한 전체적인 지표체계 구축과 주요지표 선정을 위해 외국의 보건복지 동향 보고서의 보건복지지표체계를 살펴보았다.

선정된 주요지표를 중심으로 우리나라의 보건복지 변화를 살펴보았다. 이용자의 이해를 돕기 위해 통계표와 도를 함께 제시하여 활용성을 높이도록 하였다.

주요지표 가운데 현안문제로 떠오르는 주요지표에 대해서는 다른 지표에 비해서 보다 심층분석을 실시하여 이용자의 이해를 돕도록 하였다. 또한 최근 점차 개발되고 있는 보건복지 관련지수를 정리 제시하여 보건복지 동향을 한눈에 볼 수 있도록 하는데 도움을 줄 수 있도록 하였다.

이외에 보건복지와 관련되는 인구, 경제 동향 등 주요지표를 추가하여 보건복지 동향과 함께 살펴 볼 수 있도록 하였다.

이와 같은 보건복지 동향 파악은 우리나라의 수준이 어디에 와 있는지를

외국과의 비교를 통해 용이하게 파악 할 수 있도록 OECD 회원국 등의 통계틀 함께 수록하였다.

2. 연구방법

□ 문헌연구

- 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보의 분류체계 검토
- 우리나라의 관련통계 연보 등 분석

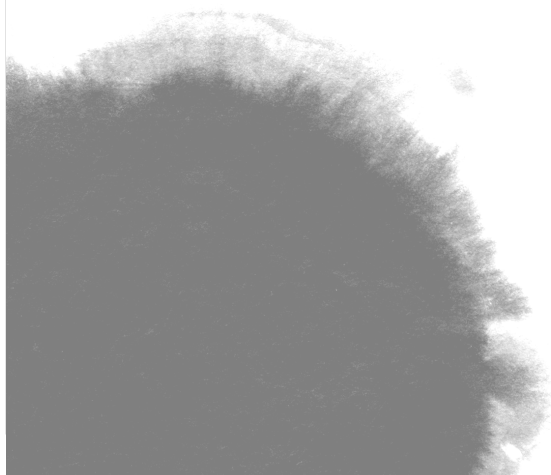
□ 기존 통계표의 활용도 평가

□ 각종 보건복지 관련 통계자료의 수집·검토 및 신규 통계지표 개발가능성 분석

□ 관계 기관 및 전문가와의 간담회를 통하여 의견수렴 반영

02

보건복지지표 선행연구 및 지표선정



제2장 보건복지지표 선행 연구 및 지표선정

제1 절 보건복지지표 선행연구 및 외국의 지표체계

1. 보건복지지표 선행연구

한국인구보건연구원에서 2001년 발간한 한국의 보건복지지표(장영식 외)에서는 통계지표 개발, 분야별 체계적인 통계의 분류, 분야별 보건복지지표를 정리 제시하였다.

한국인구보건연구원에서 2008년 발간한 지표로 본 한국의 보건복지 동향(장영식 외)에서는 인구, 가구·가족, 국민건강, 보건의료자원, 식품 및 의약품, 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스, 국민생활, 재정 및 경제, OECD 국가의 통계 분야의 보건복지지표를 체계적으로 분류 제시하였다.

보건복지부에서 2010년 발간한 보건복지통계연보에서는 인구, 국민건강, 보건의료인력 및 시설, 보건산업, 사회복지서비스, 공공부조, 사회보험, 생활환경, 재정·경제, 국제통계 분야로 구분하고 체계적으로 통계를 분류 제시하고 있다.

통계청에서 2009년 발간한 한국의 사회지표에서는 통계의 체계적인 분류, 인구, 가구와 가족, 소득과 소비, 노동, 교육, 보건, 주거와 교통, 정보와 통신, 환경, 복지, 문화와 여가, 안전, 정부와 사회참여 등 분야별로 주요지표를 선정제시하고 있다.

통계개발원에서 2009년 발간한 한국의 사회동향 2009에서는 인구, 가족과 가구, 교육, 노동, 소득과 소비, 문화와 여가, 주거와 교통, 보건, 사회안

전, 사회통합 등과 관련된 내용을 시계열적으로 분석하여 제시하고 있다.

일본 社會福祉の 動向 편집위원회에서 2008년에 발간한 社會福祉の 動向에서는 공적부조, 지역복지, 아동복지, 장애인복지, 고령자복지 등을 체계적으로 분석하여 제시하였다.

일본 厚生統計協會에서 2008년에 발간한 國民衛生の 動向에서는 위생, 의료보험 개호보험, 약사, 생활환경, 노동위생, 학교보건 등을 체계적으로 분석하여 제시하였다.

일본 厚生統計協會에서 2008년에 발간한 保險と 연금의 動向에서는 의료보험, 개호보험, 연금제도 등을 체계적으로 분석하여 제시하였다.

호주 보건복지연구소(Australian Institute and welfare)에서 2004년에 발간한 Australia's Health 에서는 질병, 사망, 의료인력, 의료서비스 등 관련 내용을 시계열적으로 분석하여 제시하였다.

호주 보건복지연구소(Australian Institute and welfare)에서 2005년에 발간한 Australia's Welfare에서는 복지서비스, 복지자원, 아동, 청소년, 가족, 노령인구 등 관련 내용을 시계열적으로 분석하여 제시하였다.

OECD에서 2009년 발간한 Society at a Glance 에서는 일반상황지표, 자활지표, 형평성지표, 건강지표, 사회통합지표 등을 시계열적으로 분석하여 제시하였다.

OECD에서 2009년 발간한 Health at a Glance에서는 건강상태, 건강의 비의료적 결정요인, 보건의료인력, 보건의료 활동, 의료의 질, 진료 접근성, 의료비와 채원조달 등 관련 내용을 시계열적으로 분석하여 제시하였다.

2. 국제기구 및 외국의 보건복지지표 체계

가. 보건지표체계

1) 경제협력개발기구(OECD)

우리나라는 1996년 국제적인 경제협력을 위하여 1961년에 설립된 경제

협력개발기구인 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)에 가입하였고, 현재 34개국을 회원국으로 하고 있다.

OECD는 매년 회원국으로부터 각종 통계를 수집해오고 있다. 보건복지 분야의 통계로는 보건통계, 국민의료비, 사회보장지출 등의 통계가 있으며, 보건복지이외의 다른 분야도 해당 분야의 통계가 있어 이를 매년 제출해 오고 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, 결근
보건의료자원 (Health Care Resources)	보건전문인 소득
보건의료이용 (Health Care Utilization)	예방접종, 검진, 진단상의 검진, 외래진료활동, 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, 입원 치료비용, 주간치료비용, 외래치료비용, 재가진료비, 보조 의료서비스, 총의료용품비, 의약품, 치료기기 및 의료장비, 집단 적 보건진료비, 예방 및 공중보건, 사업운영 및 의료보험, 보건관련 기능비용, 공급자별 보건비용, 재원별 보건비용, 연령 층별 비용, 물가지수
사회보장 (Social Protection)	적용범위, 민간건강보험
의약품시장 (Pharmaceutical market)	의약품소비, 의약품판매
비의료 건강결정요인 (Non-medical Determinants of Health)	알코올소비, 담배소비, 체중 및 체형
의료인력 (Health employment)	분야별의료인력, 졸업생
의료 및 장비 (Physical resources)	병원, 병상수, 의료기술

자료: OECD, OECD Health Data 2010 Electronic Questionnaire, 2010.

보건통계는 분야를 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 장기요양, 보건비용, 사회보장, 의약품시장, 비의료 건강결정요인 등 8개 분야로 분류하고, 관련분야로 인구와 경제분야까지 확대하여 통계를 수집 제공하고 있다. 2010년에는 의료자원분야의 통계를 WHO, EU 등과 공동으로 요구하였으며, 각 분야에는 그 분야에서 중요시되고, 많이 활용되는 지표를 중심으로 구성하여 통계를 요구하고 있다.

2) 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(장영식, 2009).

〈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

대분류	중분류	세분류
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, 클라미디아혈증, 폐렴 및 인플루엔자 입원치료, 의료적 치료가 가능한 질병으로 인한 사망 등
	효율성(Efficiency)	주간수술률, 병원입원을 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

3) 세계보건기구(WHO)

WHO에서는 통계의 중요성을 감안 점차 다양한 통계자료를 수집하여 제공하고 있다. 우리나라는 매년 WHO에서 요구하는 통계를 작성 제출해 오

고 있으며, 이는 보건정책의 수립에 국제적인 비교자료로서 매우 중요하게 활용되고 있다.

WHO에서 2010년에 수집하고 있는 지표를 살펴보면 국토면적, 추정인구, 인구증가율, 인구구성, 도시인구, 조출생률, 조사망률, 자연증가율, 기대수명, 건강여명, 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 기본약품 사용 가능률 등의 통계를 요구하고 있다.

국제기구의 요구 통계는 기구의 특성에 따라 달리할 수 있으나 WHO에서는 세계의 모든 국가를 대상으로 하는 국제기구로서 가장 보편적이고 필수적인 보건분야의 통계를 수집하는데 주력하고 있으며, 활용성 등을 감안 점차 다양한 통계를 수집하고 있다. OECD와의 중복성을 감안 2010년도부터는 공동 활용을 위한 공동 수집을 하기 시작하였지만 아직 다양화하지는 못하고 있다.

4) 일본

일본 후생노동성에서는 매년 후생통계요람을 발간하고 있다. 후생통계요람에는 보건복지통계가 수록되어 있으며, 보건과 관련된 통계는 인구와 보건위생으로 대분되고 인구에는 인구동태통계를 그리고 보건위생분야는 보건, 의료, 생활환경, 약사로 구분하여 관련지표를 선정하여 통계를 수록발간

하고 있다(장영식, 2009).

〈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, 인공임산중절건수
	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, 헌혈자수, 의약품제조소수·생산금액, 종사자규모별, 의약품 수출입, 의약품수출입, 의약품수출입, 위생재료생산금액

자료: 후생노동성, 후생통계요람, 2008

5) 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 대분류인 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 보건이용을 다루고 있다.

보다 세분화된 개별지표에서는 건강에서는 기대수명, 건강수명, 자신이 평가한 건강상태, 자신이 보고한 건강행태, 소아충치율, 학생충치율, 성인치

이상태을, 면역상태을, 출산율, 피임률, 임신중절을 개별지표로 하고 있다.

기능 및 장애에서는 주요활동제약률, 등교 및 출근제약, 신체장애을, 감각기능장애을, 정신장애을을 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(장영식, 2009).

〈표 2-1-4〉 호주의 보건지표 체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
건강	장수, 자신의 건강평가, 구강보건, 면역상태, 성적건강	기대수명, 건강수명, 자신이 평가한 건강상태(양호, 보통, 불량), 자신이 보고한 건강행태, 소아충치율, 학생 충치율, 성인치아상태율(완전, 결손, 파손), 면역상태을(알레르기, 자동면역, 면역결핍), 출산율, 피임률, 임신 중결
기능 및 장애	활동제약, 장애	주요활동제약률(심함, 보통, 약함), 등교 및 출근제약, 신체 장애을, 감각기능장애을, 정신장애을
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

호주보건복지연구소에서 발간하는 호주의 보건에서 제시하고 있는 지표 중에서 건강과 관련된 지표로 건강상태에서는 기대여명, 건강기대여명 등을 그리고 기능 및 장애에서는 국제적 분류 및 호주에서의 장애를 질병과 질병률에서는 질병진과와 질병 및 고통을 상해에서는 상해관련 사망, 자살 등을 사망률에서는 사망의 주요원인, 생애주기별 주요 사망의 주요원인 등을 비전염성에서는 심혈관질환, 뇌혈관질환 등을, 전염성에서는 급성호흡기 전염질환 등을 제시 동향을 파악하고 있다.

〈표 2-1-5〉 호주의 보건지표 체계

영역	개별지표
건강상태	기대여명, 건강기대여명, 자신의 생각하는 건강상태, 구강보건, 성적건강, 첫성경험, 결혼 및 출산, 계획되지 않은 임신의 위험, 피임사용, 임신터울, 재생산기의 건강 및 임신, 보건서비스 이용, 성적어려움, 기타 서비스 이용, 전염성 성병, 시력장애 및 눈 장애, 청력 상실
기능 및 장애	기능의 국제적 분류, 호주에서의 장애
질병과 질병률	질병진과, 질병 및 고통
상해	상해 관련 사망, 상해사망의 추이, 자살, 교통사고, 추락, 토착사망 (indigenous deaths), 상해로 인한 입원, 외부 요인
사망률	사망의 주요 원인, 생애 주기별 사망의 주요원인, 사망의 관련 원인, 사망률의 경향, ICD 대분류별 사망률 추이, 질환별 사망률 추이
비전염성	심혈관 질환, 관상동맥 심장질환, 뇌혈관 질환, 심장마비, 급성류마티즘 열병 및 만성 류마티즘 심장질환, 보건서비스이용, 입원, 처치 및 수술, 의약품 처치, 심혈관 수술, 심혈관 질환 부담, 암, 암의 최초 진단 연령, 암에 의한 사망, 사망의 부가원인으로서의 암, 암의 위험요인, 흡연, 알콜 소비, 국제비교, 암 부담, 정신건강문제, 유병률, 보건서비스 이용, 호흡기 질병, 천식, 폐색성의 폐의 만성폐색성 폐질환, 당뇨병, 관절염, 근육골격 관절염 및 근육골격 상태, 신장 만성신장질환, 신경조직 질환, 치아문제
전염성	급성 호흡기 전염질환, HIV/AIDS, 성병, 위장 감염, 기타 박테리아 질환, 백신, 최근 감염질환

자료: Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Health 2004, 2004

6) 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(장영식, 2009).

〈표 2-1-6〉 미국 보건지표체계의 관심영역과 개별지표

관심영역	개별지표
건강에 대한 인식	자신의 건강상태에 대한 평가, 자신의 건강에 대한 만족도, 국민건강증진을 위한 국가투자에 대한 평가, 의료진에 대한 신뢰
보건자원, 이용, 비용	일차진료의사, 치과의사수, 성·연령·소득수준별 의사 및 치과의사 방문회수, 성·연령·소득수준별 입원기간, 정신병원 외래·입원치료 건수, 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·가구소득별 신체적 활동제한일수, 만성질환 유병률(성·연령·소득별), 성인의 고혈압환자 비율(성·연령·인종별), 지난 1년간 혈압검사자의 비율
예방과 영양	예방접종률(1~24세), 흡연인구비율, 음주자(1일 0.5 OZ 이상 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	기대수명, 영아사망률

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

7) 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 2-1-7〉 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

나. 복지지표체계

1) 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(장영식, 2009).

2) 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 2-1-8〉 호주의 복지통계 현황

관심영역	세부관심영역	개별지표
아동	아동보호자 유형	보호유형별 - 제도적 보호: 방과 전/후 보호프로그램, 주간보호센터, 주간 가정보호센터, 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
노인 복지	노인복지	수발필요정도, 사회활동참여도
	수발공급자	수발공급자의 기능, 주된 수발공급자인지의 여부
공공 부조	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

3) 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 2-1-9〉 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

관심영역	세부관심영역	개별지표
	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
공공부조	사회부조지출	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

4) 일본

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

〈표 2-1-10〉 일본의 복지지표체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
사회복지	생활보호	피보호인원, 피보호실세대, 의료부조인원, 생활부조기준의 변천
	아동복지· 모자복지	세대구성별 평균아동수, 아동상당소 응답건수, 위탁아동수, 보육소수, 보육아동수, 아동수당지급상황
	장애자복지	장애자 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 고령자
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 중요성

이 어느 정도 검증이 되었다고 볼 수 있고, 또한 향후 우리나라의 수준과 다른 국가의 수준을 비교하기 용이하기 때문이다.

1. 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 여기에 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	기대수명
		65세의 기대여명
	어린이건강	영아사망률
		5세미만사망률
		자연사산율
		신생아사망률
		저체중출생아비율
		어린이 치아건강
		모유수유
	모성건강	주산기사망률
		모성사망률
	건강상태	인지하고 있는 건강상태
		건강수명
	영양	1인당 열량 섭취량
		1인당 단백질 섭취량
		1인당 지방 섭취량

대분류	중분류	소분류	
		1인당 탄수화물 섭취량	
		1인당 쌀소비량	
		1인당 육류 소비량	
보건의료자원	의료인력	활동의사	
		활동간호사	
		의료인력배출(의대졸업자, 간호대졸업자)	
		보건부문 전문인 소득	
	의료시설 및 장비	병상수	
		병의원수	
		의료기술(CT, MRI, 쇄석기)	
보건의료이용	진료	국민1인당외과의사외래진료회수	
		국민1인당치과외과의사외래진료회수	
		건강검진율	
		암검진율	
	의료이용 및 수술		제왕절개
			병상이용률
			병상회전율
			환자 1인당 평균재원일수
			국민 1인당 평균재원일수
			입원율
			진단범주별 평균재원기간
			총수술건수
			입원수술건수
			당일 수술후 퇴원건수
ICD-CM별 수술건수			
의약품 소비량(ATC 분류)			
의료서비스에 대한 만족도			
의료서비스 충족률			
이식		골수이식	
		심장이식	
		간이식	
		폐이식	
		신장이식	
출생, 사망 및 질병, 상해	출생	합계출산율	
		출생률	
	사망	주요 사망원인	
		암사망률	
		암 생존율	

대분류	중분류	소분류
		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
		치매유병률
		우울증
		정신질환 치료 경험률
		산업재해 발생률
		음주운전으로 인한 사망자수
		장애자 비율
		활동제한일수
		외병일수
		질병으로 인한 결근일수
		심부전환자수
		보건익식행태	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

대분류	중분류	소분류
		의약품 판매액(ATC 분류)
		진료비중 본인부담률
	기능 및 재원별	기능별 의료비
		약품비
		국민의료비 지출 재원별 비중
		국민의료비 중 가계지출 비율
		가계지출 중 보건의료비 지출 비중
	공공지출 비중	
	대상별	연령층별 비용
	보건의 의료료 결정요인	비만	비만율(과체중과 비만)
아동비만율		
흡연		흡연인구비율
		1일 평균 흡연량
		1인당 담배소비량
		간접흡연에의 노출
음주		주류소비량
		음주인구비율

2. 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

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		청소년 수급률 노인 수급률 시설 수급자수 시설 수급자비율 수급자가구수 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
	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

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
	재정	건강보험재정현황 국민연금 기금운영현황
	전달체계	국민연금적용사업장 수
노인	대상	노인인구비 노인인구(초기, 중기, 고령) 경제활동참가율 정부지원 노인 일자리수 ADL제한비율 IADL제한비율 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 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

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		정당활동참여율 노인회관 이용자 만족도 노령연금대체율 노인재가복지시설 이용자 만족도 노인재가복지시설 종사자 근무환경 만족도
	기타	주택형태 노인의 수입원 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 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

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		<p>흡연경험률</p> <p>이동급식대상자 수</p> <p>가출청소년 발생현황</p> <p>청소년 자살률(5~24세)</p> <p>이동·청소년 10만명당 위험환경 경험수</p> <p>요보호이동 보호현황</p> <p>학대피해아동 보호 추이</p> <p>헬프콜 1388 일일 이용건수</p>
	급여	디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 지원수
	재정	<p>전체예산대비 아동·청소년 예산비율</p> <p>아동 1인당 이동복지예산</p> <p>청소년 1인당 청소년복지예산</p>
	전달체계	<p>기업의 양육지원</p> <p>이동복지관련 담당공무원 전문성</p> <p>청소년복지관련 담당공무원 전문성</p> <p>이동인구 만명당 아동복지이용시설 설치율</p>
	성과	아동상담소 이용자 만족도
	기타	<p>학업 및 학교생활 스트레스 정도</p> <p>공연장 및 전시장 입장</p> <p>여가시간 이용 방법</p> <p>취학전 자녀 양육실태</p>
장애인	대상	<p>장애인출현율</p> <p>등록장애인수</p> <p>장애인등록률</p>
		<p>장애인의 경제활동참여율</p> <p>ADL 제한비율</p> <p>IADL 제한비율</p> <p>보장구소지율</p> <p>가정내 안전사고 경험률</p> <p>교통사고율</p> <p>구직활동비율</p> <p>취업알선율</p> <p>장애인시설별 장애인보호비율</p> <p>PC 이용률</p> <p>자원봉사참여율</p> <p>시민단체활동참여율</p> <p>종교활동참여율</p> <p>장애인생활시설 정원대비 수용대상장애인 (수급권자)비율</p> <p>장애인생활시설의 수용률</p> <p>장애인 생활시설 종사자 1인당보호 장애인 수</p> <p>등록장애인 1,000명당 지역사회재활시설 설치비율</p>

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
	급여	장애급여 수급자 비율 장애수당 수급지수 장애아동수당 수급지수
	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 장애인 편의시설 설치율 장애인 취업률
가족 및 여성복지	기타	장애원인 장애인의 주관적 건강 가정내 차별 고용상 차별 여가활동방법
	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

관심영역	세부관심영역	복지 개별지표
		다문화가족지원센터 현황 가정폭력·성폭력상담소 현황 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설
	성과	사회복지생활시설 수와 여성비율
	기타	조손가구 수와 형성요인
사회복지 일반	대상	인구10만명당 사회복지생활시설생활인원 인구10만명당 사회복지관이용자수
	급여	
	재정	예산대비사회복지예산 1인당사회복지예산 GDP 대비보건복지분야 예산비율 GDP 대비 사회복지지출비율
	전달체계	사회복지생활시설수 사회복지생활시설종사자수 사회복지관수 늘려야 할 복지시설 자원봉사단체수 인구10만명당 자원봉사자수
	성과	자원봉사참여율
	기타	사회복지지원조사

3. 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.

가. 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 기대여명, 어린이건강, 모성건강, 건강상태 등으로 구분하였다. 건강수명, 기대수명이나 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 의료 인력과 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 등과 관련된 지표를 선정하였다.

보건의식행태에서는 보건에 대한 의식을 알아볼 수 있는 예방접종, 건강관리 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	기대수명, 인지하고 있는 건강상태
보건의료자원	활동의사, 병상수
보건의료이용	국민1인당외사외래진료회수, 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	기대수명
		65세의 기대여명
	어린이건강	영아사망률
		저체중출생아비율
		어린이 치아건강
	모성건강	주산기사망률
		모성사망률
	건강상태	인지하고 있는 건강상태
		건강수명
	영양	1일 열량 섭취량
		1일 단백질 섭취량
		1일 지방 섭취량
1일 탄수화물 섭취량		

대분류	중분류	소분류
보건의료자원	의료인력	활동의사
		활동간호사
		의료인력배출(의대졸업자, 간호대졸업자)
	의료시설 및 장비	병상수
		병의원수
의료기술(CT, MRI, 쇄석기)		
보건의료이용	진료	국민I 인당외과외래진료회수
		국민I 인당치과외과외래진료회수
		외래이용률
		암검진율
	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 외인	
	유병률 및 전염병발생, 상해	2주간 유병률(성별)
		미치료율
		후천성면역결핍증
		백일해 발생건수
		홍역 발생건수
		결핵신환자 발생건수
		고혈압 유병률
당뇨병 유병률		
도로교통사고 상해		
보건오식행태	어린이 예방접종	디프테리아
		파상풍
		백일해

대분류	중분류	소분류
	건강관리	홍역
		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
		간접흡연에의 노출
	음주	주류소비량
		음주인구비율

나. 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(서비스 시설) 등을 관련 재정과 함께 살펴보았다. 전달체계는 세부 지원제도별 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).

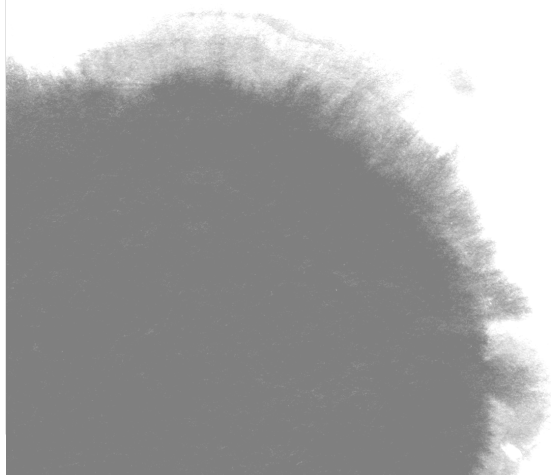
〈표 2-2-6〉 복지지표

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 책임자
		치매노인수 및 치매유병률 추이
		정부지원노인 일자리 수
	장애인 복지	등록장애인 수
		장애수당 수급자수
		장애이동수당 수급자수
		장애인 의무고용 준수율
		장애인의 고용률
		장애인의 실업률

대분류	중분류	소분류
	아동·청소년복지	아동청소년인구
		요보호아동 발생현황
		아동발달지원계획 지원수
		학대피해아동 보호 추이
		입양아동수 추이
		아동·청소년 10만명당 위협환경 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

1. 기대수명

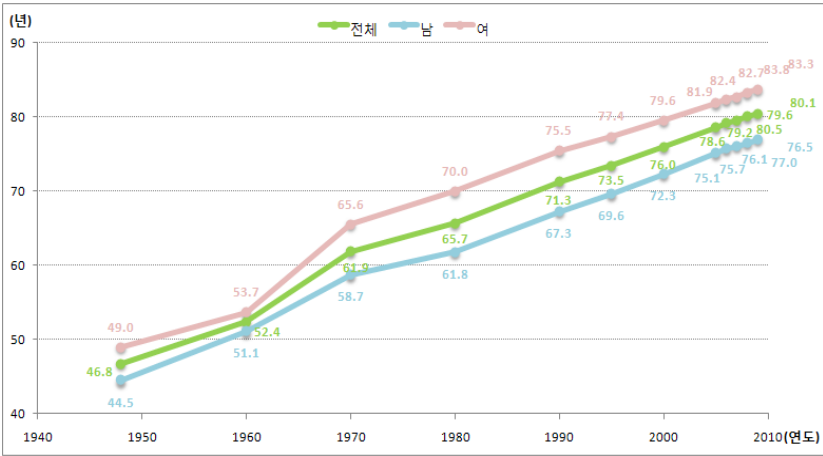
우리의 수명은 경제사회가 발전하고 영양상태 및 의료환경이 개선됨에 따라 점차 연장되어 왔다. 우리의 수명이 최대 어디까지 연장 가능한가도 많은 사람의 관심을 갖게하고 있다.

인간은 누구나 오래 살기를 원한다. 최근에는 삶의 질에 대한 관심이 높아짐에 따라 오래 살되 보다 건강한 삶을 영유하기를 원한다. 경제사회 발전은 국민의 건강에 대한 관심을 더욱 증대시키고, 많은 이들은 자신의 건강관리를 위해 운동과 식습관개선 등 행동으로 옮겨 자신의 건강을 관리한다. 기대수명은 이와 같이 국민의 건강수준을 대표하는 지표로 그 나라의 보건수준을 나타내는 지표로 인용된다.

해방이후의 국민의 건강상태나 영양상태가 매우 안 좋은 1948년 기대수명은 46.8세로 매우 낮은 수준이었으나 1960년에는 52.4세로 증가하였고, 그 이후에도 지속적으로 증가하여 1980년에는 65.7세로 그리고 2009년에는 80.5세로 증가하였다.

남녀 기대수명의 차이는 1960년에는 2.6년의 적은 차이를 보였으나 1990년에는 8.2년의 큰 차이를 보였으며, 이후 점차 감소하여 2005년에서 2009년 사이에는 6.6~6.8년의 차이를 보이고 있다.

[그림 3-1-1] 기대수명 추이: 1948~2009



<표 3-1-1> 기대수명 추이: 1948~2009

(단위: 년)

연도	기대수명			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	6.8
2009	80.5	77.0	83.8	6.8
OECD최근평균(31)				
2008	79.4	76.6	82.1	5.5

주: 1960년은 1955~1960년 자료임.
 자료: 통계청 「생명표」
 OECD, 2010 OECD Health Data, 2010

2. 65세 연령의 기대여명

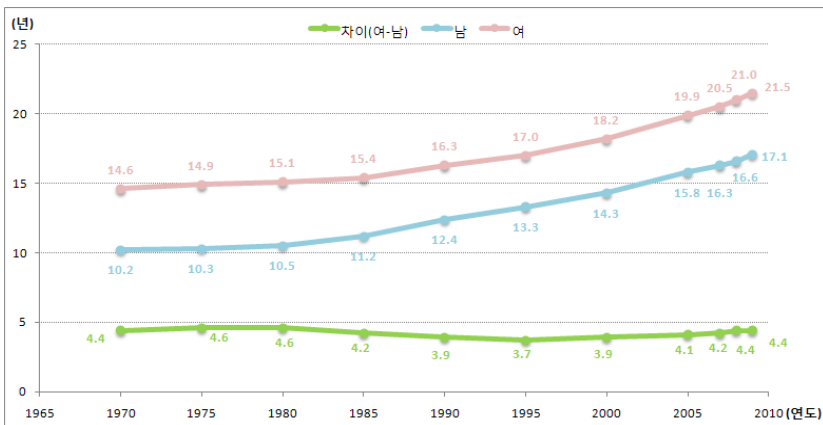
기대수명의 연장은 영아에서의 사망수준과 65세 이후에서의 수명연장에 크게 영향을 받는다. 노령인구의 증가에 따른 사회경제적 부담이 증가하면서 노령인구의 기대여명에 대한 관심이 증가하고 있다.

65세에서의 기대여명은 65세에서의 향후 평균적으로 살 수 있는 기간을 의미한다. 이는 경제사회 발전에 따른 의료환경의 향상과 영양상태의 개선 등으로 점차 기대여명을 증가시켜 왔으며, 이와 같은 추세는 향후에도 지속될 것으로 예상된다.

1970년 65세의 기대여명은 남자가 10.2년, 여자가 14.6년이었으나 1980년에는 남자가 10.5년, 여자가 15.1년으로 그리고 1990년에는 각각 12.4년과 16.3년으로 길어졌고, 2008년에는 각각 16.6년, 21.0년으로 길어져 1970년에 비하여 남녀 모두 6.4년이 길어졌다. 이는 OECD 회원국의 2008년 평균 남자 17.1년, 여자 20.4년과 비교하면, 남자는 0.5년이 짧았고, 여자는 0.6년이 길었다.

한편 65세 연령의 남녀의 기대여명 차이는 1970년에 4.4년, 1980년에 4.6년 그리고 1990년에 3.9년으로 감소하였으나 2009에는 4.4년으로 약간 증가하였다.

[그림 3-1-2] 65세 연령의 기대여명: 1970~2009



〈표 3-1-2〉 65세 연령의 기대여명: 1970~2009

(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
2009	17.1	21.5	4.4
OECD 최근 평균 ^{a)} (30)			
2008	17.1	20.4	3.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레 제외. 벨기에(2007), 캐나다(2007), 프랑스(2006), 이탈리아(2007), 영국(2007), 미국(2007).

자료: 통계청 「생명표」

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

3. 영아사망률

영아사망률은 기대여명과 함께 보건지표 가운데 그 나라의 보건수준을 잘 나타내는 가장 대표적인 지표로 인정받고 있다. 출생 후 1년 이내에 사망하는 영아의 정도를 나타내는 영아사망률은 신고시스템이나 의료기관의 인식에 따라 정확한 수준의 파악여부가 결정되는 통계산출이 어려운 지표의 하나이다. 우리나라도 인구동태신고제도에 따라 출생과 사망은 신고하게 되어 있어 이를 통하여 통계가 산출되어야 하나 특히, 출생 후 24시간 이내에 사망하는 경우 출생과 사망신고의 번거로움 등으로 정확하게 신고되지 않는 경향이 있어 산출에 어려움이 있다.

정확한 영아사망률의 산출을 위해서는 임신단계에서부터 국민건강보험

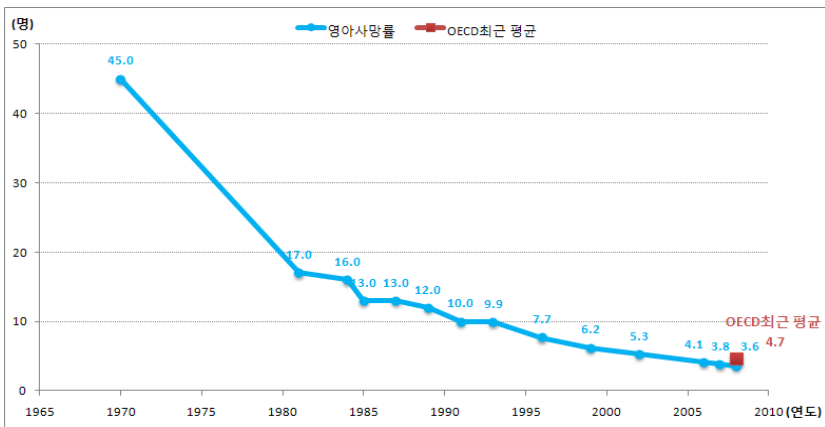
을 통해서 관리되도록 하고, 출산결과를 출생신고망 등과 연계관리하여 미신고 출산에 대한 관리를 보다 철저히 한다면 보다 정확한 산출이 가능할 것이다.

우리나라의 영아사망률은 경제사회발전과 소자녀출산에 따른 자녀의 건강에 대한 관심 증대, 의료기관의 증가에 따른 접근성 증대와 각종 미숙아 관련 장비의 증가 등으로 영아사망률은 빠르게 감소하였다.

우리나라는 1970년 영아사망률은 45.0명(출생 1,000명당)으로 매우 높은 수준이었으나 1981년에는 17.0명으로 급격히 낮아졌으며, 1991년에는 10.0명으로 그리고 2008년에는 3.6명으로 선진국 수준으로 낮아졌으며, 이는 OECD 평균 4.7명 보다도 낮은 수준이다.

미숙아 등 과거에는 의료기술이나 장비의 부족 등으로 살지 못하던 신생아도 이제는 많은 신생아가 생존할 수 있을 만큼 의료기술이 발전하였다. 그러나 영아사망률은 낮으면 낮을수록 좋은 만큼 사망률 저하를 위한 노력은 지속되어야 할 것이다.

[그림 3-1-3] 영아사망률: 1970~2008



〈표 3-1-3〉 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2008

(단위: 명)

연도	영아사망률	연도	영아사망률
1970	45.0	1993	9.9
1981	17.0	1996	7.7
1984	16.0	1999	6.2
1985	13.0	2002	5.3
1987	13.0	2006	4.1
1989	12.0	2007	3.8
1991	10.0	2008	3.6
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2008	4.7		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다(2007), 아일랜드(2007), 한국(2006), 미국(2006).

자료: 보건복지가족부·한국보건사회연구원, 영아모성사망실태조사
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

4. 저체중출생아비율

우리는 태어날 때의 체중이 2,500g미만인 출생아를 저체중출생아라고 말한다. 이는 건강유지의 어려움으로 생존의 어려움이 크기 때문이다. 그러나 의료과학의 발전으로 이제는 몸무게가 더 적은 아이도 생명을 유지하거나 건강하게 살아갈 수 있는 여건이 되었지만 아직도 우리는 이 기준으로 출생아의 저체중 판단 기준으로 삼고 있다.

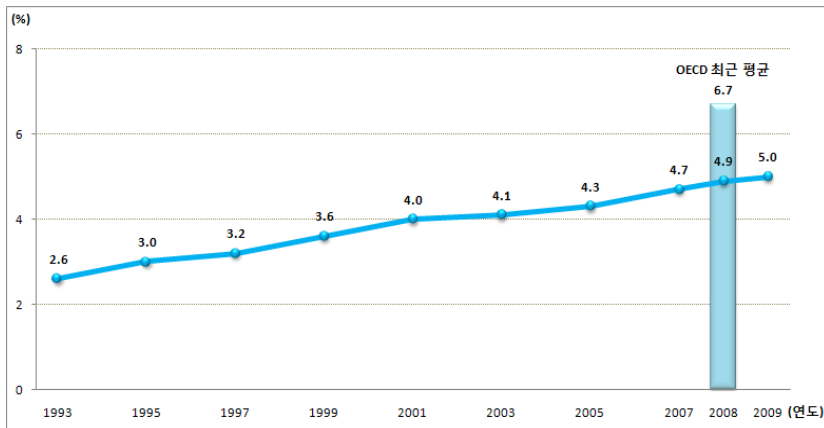
저체중출생아의 비중이 높을수록 영아의 건강유지에 문제가 있을 수 있기 때문에 중요한 지표로 간주하고 있다. OECD에서도 영유아의 주요 보건지표로 저체중출생아를 선정하고 회원국에 자료를 요구하고 있다. 이는 이 지표가 보건수준을 파악하는데 중요한 지표로 활용될 수 있음을 의미하고 있는 것이다.

저체중출생아의 비율은 경제사회발전에 따른 많은 긍정적인 요인에도 불구하고 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 즉, 1993년 2.6%이던 저체중

출생아의 비중은 점차 높아져 2001년에는 4.0%로 그리고 2009년에는 5.0%로 높아졌다.

일반적으로 경제사회의 발전에 따라 영양상태의 개선, 의료기술의 발전 등으로 모성의 건강과 태아의 건강에 보다 좋은 환경과 영향을 미쳤음에도 불구하고 오히려 저체중출생아의 비율은 높아지고 있는 것이다.

[그림 3-1-4] 저체중출생아비율: 1993~2009



<표 3-1-4> 저체중출생아비율: 1993~2009

(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	2009	5.0
OECD 최근 평균 ^{a)} (29)			
2008	6.7		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 프랑스, 룩셈부르크 제외. 호주(2007), 벨기에(2007), 캐나다(2007), 칠레(2006), 이탈리아(2006), 네덜란드(2007), 노르웨이(2007), 스웨덴(2007), 미국(2007).

자료: 통계청, 인구동태통계연보

OECD, OECD, OECD Health Data 2010, 2010

이와 같이 경제사회의 발전과 영양상태의 개선, 의료수준의 향상에도 불구하고 저체중출생아의 비율이 증가하고 있는 원인은 결혼연령의 증가에 따른 출산연령이 높아지고, 또 무리한 체중조절로 적정체중이하의 체중을 가지게 되거나 혹은 그로 인해 태아에 미치는 영향이 부정적으로 작용할 수 있기 때문으로 보인다.

OECD 회원국도 예외는 아니어서 2008년 OECD 국가의 저체중출생아 비율의 평균은 6.7%로 우리나라보다 높은 수준이며, 예년에 비해 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 이와 같이 경제사회가 발전하고 선진국일수록 오히려 저체중출생아의 비율이 높아지는 것은 아이의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 행위나 환경이 조성되고 있는 것은 아닌지 그 원인을 찾아 대처해 나갈 필요가 있다.

5. 어린이 치아건강

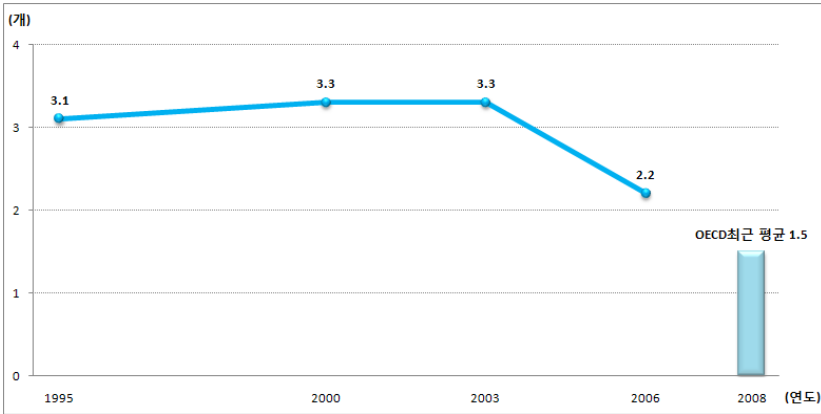
신체에서 평생의 건강을 좌우할 수 있는 중요한 것 중의 하나는 치아이다. 치아는 우리에게 필요한 영양을 섭취할 수 있도록 해 줄 뿐만 아니라 건강한 신체를 갖도록 하는데 중요한 영향을 미치기 때문에 올바른 치아관리는 건강한 생활을 영위하는데 중요한 요인이 되고 있다. OECD에서도 이와 같은 치아의 중요성을 인식하여 12세 아동에 대한 치아상태를 지표로 선정하여 회원국의 자료제공을 요구하고 있다.

우리나라도 최근에 이를 수록 이 지표의 중요성을 인식하여 주기적으로 조사를 통하여 자료를 수집하고 있다. 즉, 보건복지부에서는 주기적으로 국민건강건강실태조사를 실시하여 치아의 건강상태에 대한 자료를 수집하고 있다.

어린이의 치아상태 파악은 12세 아동을 대상으로 하고 있으며, 이들 연령층의 상실치, 충전치, 우식치의 평균을 산출하여 비교하고 있다. 우리나라 12세 어린이의 상실치, 충전치, 우식치의 평균은 1995년 3.1개에서 2003년에는 3.3개까지 증가하였으나 점차 낮아져 2006년에는 2.2개로 감소하였다. 이는 영양상태의 개선과 함께 부모의 관심증가, 교육에 의한 어린이의

치아관리, 사전예방조치 등 치아에 대한 관심이 높아지면서 어린이의 치아 관리에 대한 정부와 가정의 노력의 결과로 보인다.

[그림 3-1-5] 어린이 치아건강(12세): 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)} (22)			
2008	1.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주, 벨기에, 캐나다, 핀란드, 아일랜드, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 미국 제외. 오스트리아(2007), 칠레(2006), 체코(2006), 프랑스(2006), 독일(2005), 그리스(2005), 아이슬란드(2005), 일본(2005), 한국(2006), 룩셈부르크(2007), 네덜란드(2005), 포르투갈(2006), 스페인(2005), 스웨덴(2005), 스위스(2005), 터키(2007), 영국(2005).

자료: 보건복지부, 「국민구강건강실태조사」

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

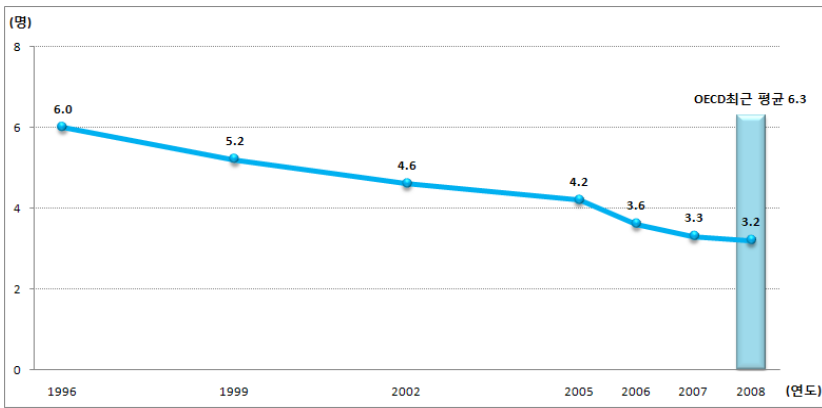
6. 주산기사망률

주산기사망률은 임신 및 출산과 관련하여 모성과 태아 그리고 신생아의 건강상태와 의료환경의 정도를 나타내 주는 주요한 지표이다. 주산기사망률은 생후 7일 미만에서의 사망이수와 임신 28주 이후에서의 사산수를 총출

생아 1,000명당으로 나타낸 것이다.

우리나라의 주산기사망률은 경제사회발전으로 인한 의료수준의 발전 등으로 점차 개선되어 왔다. 즉, 1996년에는 6.0명(출생 1,000명당)이었으나 1999년에는 5.2명을 낮아지고, 다시 2002년에는 4.6명으로 그리고 2008년에는 3.2명으로 감소하였다. OECD 국가의 평균이 6.3명(2008년)으로 우리나라보다 높은 수준에 있어 우리나라의 주산기사망률은 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다.

[그림 3-1-6] 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008



〈표 3-1-6〉 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008

(단위: 명)

연도	주산기사망	연도	주산기사망
1996	6.0	2006	3.6
1999	5.2	2007	3.3
2002	4.6	2008	3.2
2005	4.2		
OECD 최근 평균 ^{a)} (30)			
2008	6.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레 제외. 호주(2005), 오스트리아(2007), 벨기에(2005), 캐나다(2007), 체코(2007), 덴마크(2005), 핀란드(2007), 프랑스(2006), 독일(2007), 아일랜드(2007), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 포르투갈(2007), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 미국(2005).

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원·대한의무기독교협회, 「영아·모성 사망조사」

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

7. 건강이 양호하다고 생각하는 비율

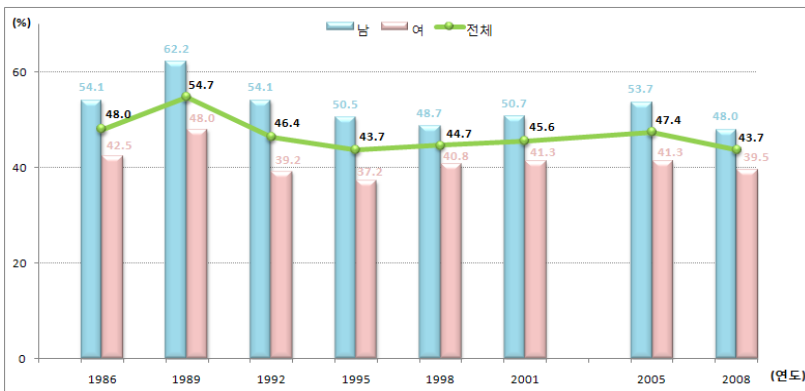
자신이 생각하는 건강상태는 실제의 건강상태와 함께 매우 중요한 보건 지표의 하나이다. 이는 신체와 정신적 건강상태에 현재와 향후 영향을 크게 미칠 수 있기 때문이다.

우리나라 사람은 1986년에 전체국민의 48.0%가 자신의 건강상태가 양호하다고 생각하였으며, 이후 이와 같은 수준은 1989년 약간 증가를 보이기도 하였으나 크게 변화하지 않았으나 2008년에는 이보다는 낮은 43.7%를 나타내고 있다. OECD 국가의 2008년 평균은 70.3%로 우리나라 보다 는 매우 높은 수준은 보이고 있다.

이를 남성과 여성으로 구분하여 살펴보면 남성이 여성에 비하여 본인 자신이 건강하다고 생각하는 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 즉, 1986년에 남성이 여성보다 11.6%포인트가 높았으며, 대부분의 연도에서 10%포인트 이상의 차이를 보이고 있다. 2008년 OECD 국가의 남녀의 차이는 4.7% 포인트 남성이 높은 것으로 나타났다.

이와 같이 국가별로 객관적인 수준과 주관적인 수준이 매우 크게 나타나고 있는 것으로 보인다. 이는 낙관적인 생각이 강하거나 지역적인 특성이 많이 작용하고 있는 것으로 보인다.

[그림 3-1-7] 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2008



〈표 3-1-7〉 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2008

(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
2008	43.7	48.0	39.5
OECD 최근 평균 ^{a)} (29)			
2008	70.3	72.5	67.8

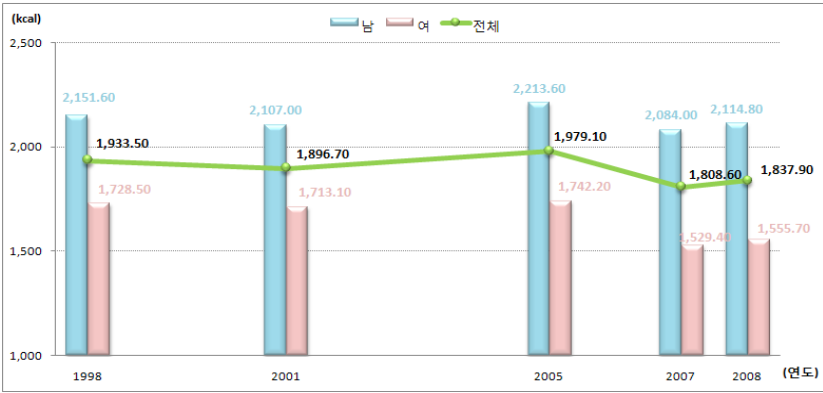
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스(남, 여), 헝가리 제외. 호주(2007), 오스트리아(2006), 덴마크(2005), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2007), 포르투갈(2006), 스페인(2006), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 터키(2007).
 자료: 보건복지부·질병관리본부, 「국민건강·영양조사」, 해당연도.
 OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

8. 에너지 1일 섭취량

우리가 활동하기 위해서는 필요 에너지를 외부로부터 섭취하여야 한다. 에너지는 모자라면 활동에 지장을 초래하고 과도해도 몸에 쌓이게 되어 나쁜 양향을 미치기 때문에 적정량을 섭취하는 것이 중요하다. 또한 탄수화물과 지방, 단백질도 적정량을 섭취하는 것이 중요하다. 에너지 섭취를 위한 음식물 섭취는 영양소가 편중되지 않도록 다양한 식품을 섭취하여 부족한 영양소가 없도록 하는 것도 중요하다.

우리나라의 에너지 섭취량은 1970년에는 2,150kcal였으나 1990년에는 1,868kcal, 2001년에는 1,897kcal, 2008년에는 1,838kcal로 점차 감소하는 추세를 보이고 있다.

[그림 3-1-8] 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2008



<표 3-1-8> 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1969~2008

(단위: kcal)

연도	전체	연도	전체
1969	2,105.0	1983	2,012.0
1970	2,150.0	1984	1,901.0
1971	2,072.0	1985	1,936.0
1972	1,904.0	1986	1,930.0
1973	2,059.0	1987	1,819.0
1974	2,054.0	1988	1,935.0
1975	1,992.0	1989	1,871.0
1976	1,926.0	1990	1,868.0
1977	2,134.0	1991	1,930.0
1978	1,833.0	1992	1,875.0
1979	2,098.0	1993	1,848.0
1980	2,052.0	1994	1,770.0
1981	2,052.0	1995	1,839.0
1982	1,991.0		
연도	전체	남	여
1998	1,933.5	2,151.6	1,728.5
2001	1,896.7	2,107.0	1,713.1
2005	1,979.1	2,213.6	1,742.2
2007	1,808.6	2,084.0	1,529.4
2008	1,837.9	2,114.8	1,555.7

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2008: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

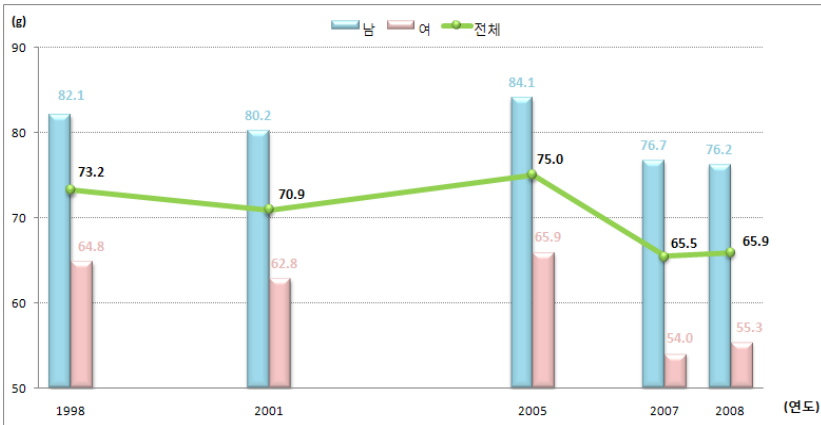
자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

9. 단백질 1일 섭취량

단백질은 모든 생물의 몸을 구성하는 고분자 유기물로 수많은 아미노산(amino acid)의 연결체이다. 생물체의 몸의 구성성분으로서, 또 세포 내의 각종 화학반응의 촉매 물질로서 중요하다. 근육을 키우기 위해 근육 운동을 한 후에는 단백질을 충분히 섭취하는 것이 좋은데, 이것은 근육의 주성분이 바로 단백질이기 때문이다(네이버 백과사전).

우리나라의 단백질 섭취량은 1970년 64.6g에서 1990년에는 78.9g, 2001년에는 70.9g, 2008년 65.9g으로 점차 증가하다가 감소하는 경향을 보이고 있다. 남녀별로 보면 남자의 섭취량이 여자보다 훨씬 많은 것으로 나타났다. 2001년의 경우 남자의 섭취량이 80.2g인 반면 여자는 62.8g으로 17.4g의 차이를 보였으나 2008년에는 남자가 76.2g, 여자가 55.3g으로 20.9g의 차이를 보여 증가한 것으로 나타났다.

[그림 3-1-9] 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1998-2008



〈표 3-1-9〉 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1969~2008

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1969	65.6	1983	69.6
1970	64.6	1984	69.3
1971	67.0	1985	74.5
1972	64.7	1986	74.2
1973	64.4	1987	79.2
1974	68.0	1988	91.6
1975	63.6	1989	83.6
1976	60.4	1990	78.9
1977	71.0	1991	73.0
1978	59.5	1992	74.2
1979	69.6	1993	72.6
1980	67.2	1994	71.9
1981	69.9	1995	73.3
1982	67.4		
연도	전체	남	여
1998	73.2	82.1	64.8
2001	70.9	80.2	62.8
2005	75.0	84.1	65.9
2007	65.5	76.7	54.0
2008	65.9	76.2	55.3

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2008: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

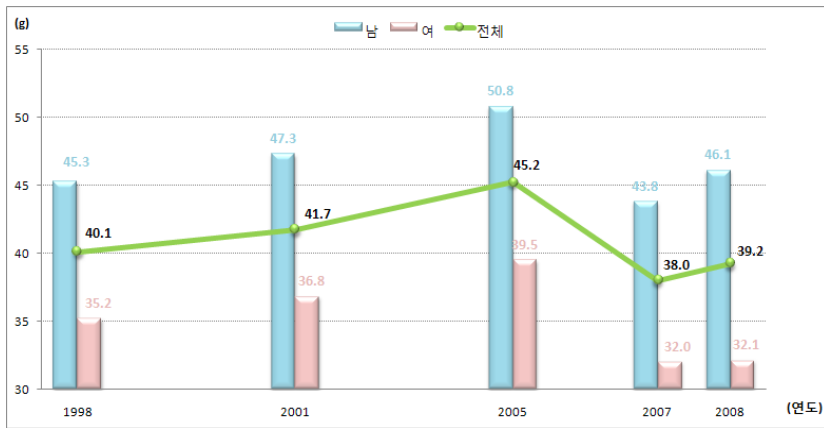
10. 지방 1일 섭취량

글리세롤과 고급지방산이 에스터 결합을 이루고 있는 분자로, 우리 몸의 주요 에너지원으로 사용되는 화합물이다. 우리가 지방을 흡수하면 리파아제라고 하는 소화효소에 의해서 다시 1개의 글리세롤과 3개의 지방산으로 분해된 후 흡수된다. 혹은 지방 분자가 그대로 직접 장관을 통해 흡수되기도 한다. 흡수된 지방은 일단 간이나 피하의 결합조직, 장간막, 근육 사이 등에 축적되고, 그 후 필요에 따라 분해되어 에너지원이 된다(네이버 백과사전).

우리나라의 지방섭취량은 1970년 17.2g에서 1990년에는 28.9g, 2001년에는 41.7g, 2008 39.2g으로 점차 증가하다가 약간 감소하는 경향을 보이

고 있다. 남녀별로 보면 남자의 섭취량이 여자보다 훨씬 많은 것으로 나타났다. 2001년의 경우 남자의 섭취량이 47.3g인 반면 여자는 36.8g으로 10.5g의 차이를 보였으나 2008년에는 남자가 46.1g, 여자가 32.1g으로 14.0g의 차이를 보여 증가한 것으로 나타났다.

[그림 3-1-10] 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2008



<표 3-1-10> 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1969~2008

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1969	16.9	1983	23.5
1970	17.2	1984	24.0
1971	13.1	1985	29.5
1972	19.2	1986	28.1
1973	19.2	1987	29.7
1974	15.5	1988	30.0
1975	19.0	1989	27.9
1976	20.0	1990	28.9
1977	28.0	1991	35.6
1978	22.6	1992	34.5
1979	26.2	1993	36.9
1980	21.8	1994	35.9
1981	20.3	1995	38.5
1982	21.1		

연도	전체	남	여
1998	40.1	45.3	35.2
2001	41.7	47.3	36.8
2005	45.2	50.8	39.5
2007	38.0	43.8	32.0
2008	39.2	46.1	32.1

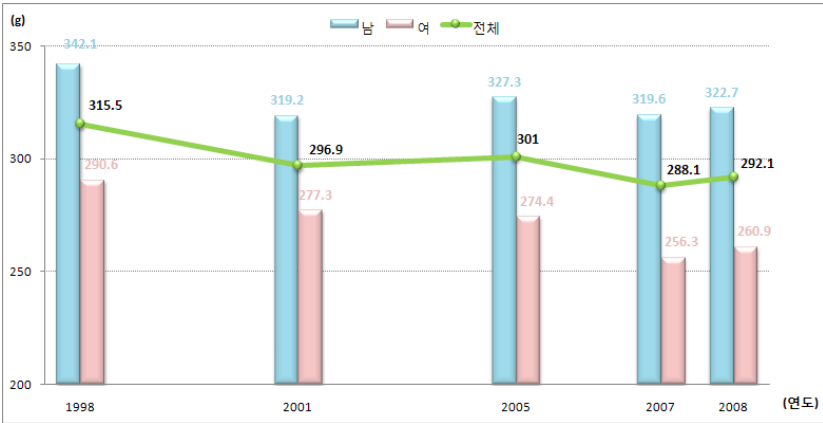
주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2008: 국민건강영양조사
 * 2005년 추계인구로 연령표준화
 자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

11. 탄수화물 1일 섭취량

녹말, 셀룰로스, 포도당 등과 같이 일반적으로 탄소·수소·산소의 세 원소로 이루어져 있는 화합물이다. 생물체의 구성성분이거나 에너지원으로 사용되는 등 생물체에 꼭 필요한 화합물이다. 탄수화물은 동식물계에 널리 분포하는데, 생물체 내에서의 기능은 생물체의 구성성분인 것과 활동의 에너지원이 되는 것으로 크게 나눌 수 있다. 에너지원으로 사용되는 탄수화물은 지질·단백질과 함께 생물체에서 중요한 비중을 차지한다. 녹색식물은 광합성을 통해 다당류인 글루코스(포도당)를 합성하여, 이것을 다당류인 녹말로 합성하여 저장한다. 동물은 자신이 탄수화물을 합성하지 못하므로 이것을 식물에서 섭취하여 사용한다(네이버 백과사전).

우리나라의 탄수화물취량은 1970년 434.0g에서 1990년에는 316.0g, 2001년에는 296.9g, 2008 292.1g으로 점차 감소하는 경향을 보이고 있다. 남녀별로 보면 남자의 섭취량이 여자보다 많은 것으로 나타났다. 2001년의 경우 남자의 섭취량이 319.2g인 반면 여자는 277.3g으로 41.9g의 차이를 보였으나 2008년에는 남자가 322.7g, 여자가 260.9g으로 61.8g의 차이를 보여 증가한 것으로 나타났다.

[그림 3-1-11] 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2008



<표 3-1-11> 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1969~2008

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1969	423.0	1983	380.0
1970	434.0	1984	351.0
1971	422.0	1985	342.0
1972	368.0	1986	343.0
1973	401.0	1987	308.0
1974	405.0	1988	330.0
1975	399.0	1989	323.0
1976	380.0	1990	316.0
1977	397.0	1991	325.0
1978	346.0	1992	313.0
1979	395.0	1993	301.0
1980	396.0	1994	286.0
1981	394.0	1995	295.0
1982	381.0		
연도	전체	남	여
1998	315.5	342.1	290.6
2001	296.9	319.2	277.3
2005	301.0	327.3	274.4
2007	288.1	319.6	256.3
2008	292.1	322.7	260.9

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2008: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

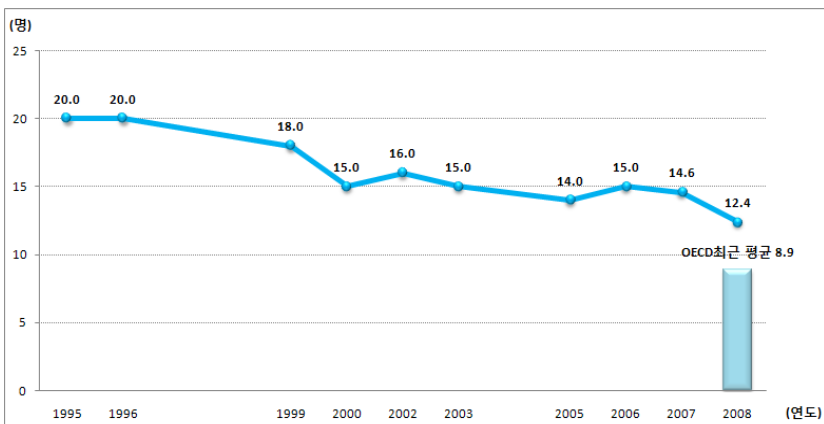
12. 모성사망비

모성사망비는 영아사망률과 함께 모자보건실태를 알아보는 주요 지표의 하나이다. 모성사망은 임신 중 또는 임신종료 후 42일 이내에 사고나 고의에 의하지 않은 사망으로, 임신에 의하거나 임신에 의해 악화된 어떤 질환이나 이로 인한 사망을 의미한다(한영자, 2005).

모성사망비는 모성사망자수를 출생아수로 나눈 값이다. 이 수치가 높다는 것은 임신으로 인한 모성사망자수가 많다는 것을 의미한다. 신체적 문제이든 의료환경의 문제이든 이 수치가 높다는 것은 문제가 있는 것으로 바람직하지 못하다고 할 수 있다.

우리나라의 모성사망비는 1995년 20.0명에서 2000년에는 15.0명으로 낮아졌고, 2008년에는 12.4명으로 낮아졌다. 이는 2000년 15.0명이던 모성사망비가 2006년까지 거의 비슷한 수준을 유지하였으나 2008년에는 12.4명으로 낮아진 것이다. OECD의 평균 모성사망비가 8.9명 수준임을 감안할 때 우리나라도 더 낮아질 수 있는 여지는 많다고 보아야 할 것이다. 이를 더 낮추기 위한 노력이 요구된다.

[그림 3-1-12] 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2008



〈표 3-1-12〉 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2008

(단위: 명)

연도	전체	연도	전체
1995	20.0	2003	15.0
1996	20.0	2005	14.0
1999	18.0	2006	15.0
2000	15.0	2007	14.6
2002	16.0	2008	12.4
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2008	8.9		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2007), 오스트리아(2007), 벨기에(2007), 캐나다(2006), 프랑스(2007), 이탈리아(2006), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 뉴질랜드(2006), 스위스(2007), 미국(2006).

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원·대한의무기록사협회, 「영아·모성 사망조사」, 해당년도 OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

13. 건강수명

최근 들어 삶의 질에 관심이 높아지고 건강의 중요성이 인식되면서 기대수명보다는 질병이나 장애가 없는 건강한 상태로 얼마나 살 수 있는지에 관심이 높아지고 있다.

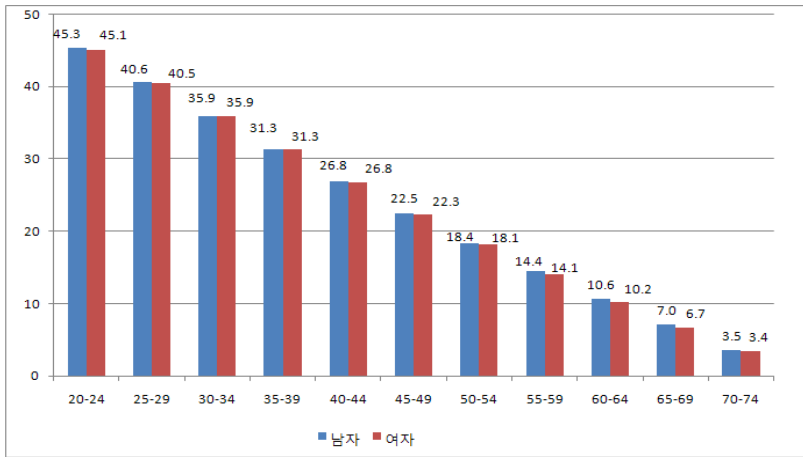
이와 같이 우리가 살아있는 동안 질병이나 장애없이 살 수 있는 기간이 얼마나 되는지를 측정하는 것이 건강수명이다. 기대수명은 단순히 사망의 시기에 따라 작성된 지표인 반면 건강수명은 사망뿐만 아니라 질병이나 장애 상태를 고려한 지표로 삶의 질을 정확히 측정하는 지표라는데 의미가 있다.

지금까지 건강수명의 측정은 활발하게 이루어지지 못했다. 이는 건강수명을 측정하는 방법론적인 문제에서 서로 합의하는 해결이 이루어지지 못했고, 자료수집 및 산출에 어려움도 있었기 때문이다.

건강수명의 산출방법의 하나로 EQ-5D방법이 있다. 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).

2005년 조사자료를 EQ-5D를 이용하여 산출한 건강수명은 20~24세의 경우 남자가 45.3년, 여자가 45.1년으로 남자가 0.2년이 길었으며, 40~44세에서는 남녀가 모두 26.8년으로 같은 수준을 보였고, 65~69세에서는 남자가 7.0년 여자가 6.7년으로 남자가 0.3년이 길었다.

[그림 3-1-13] 성별 건강수명(20~75세), (EQ-5D이용): 2005



<표 3-1-13> 성별 건강수명(20~75세), 산출기준: 2005

(단위: 년)

연령	EQ-5D를 이용한 건강수명		매우중음/중음/보통의 비율을 이용한 건강수명		'활동제한 없음'의 비율을 사용한 건강수명		주요 만성질환을 이용한 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

1. 활동의사수

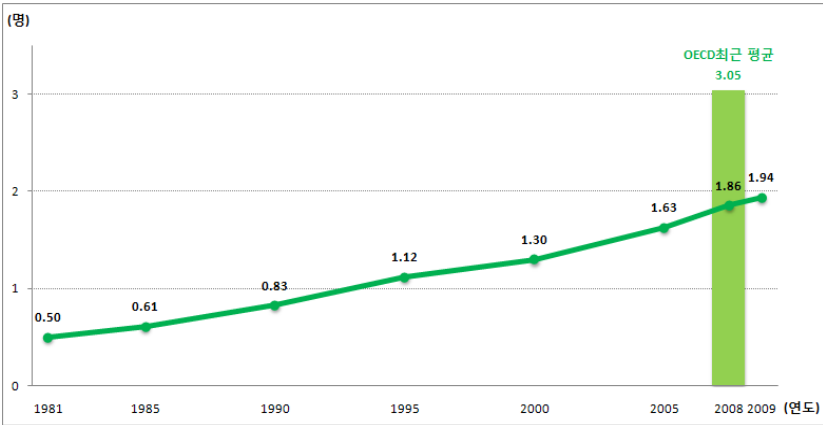
의료자원은 국민의 건강상태 유지와 밀접한 관련이 있다. 의료인력이나 의료시설 및 장비가 충분하다면 국민은 보다 더 낮은 건강상태를 유지할 수 있지만 만일 의료인력이나 시설, 장비 등이 부족하다면 국민의 건강상태에는 좋지 않은 영향을 미치게 될 것이다.

따라서 의료인력이나 시설, 장비와 관련된 지표는 보건분야에서 매우 중요한 지표이다. 이 가운데 의사는 의료인력에서 가장 핵심적인 인력으로 그 변화가 매우 중요시 되고 있다. 의사 관련 통계는 면허의사와 활동의사로 구분한다. 자원 활용측면에서 면허의사수도 중요하지만 실제로 현장에서 어느 정도 의사가 활동하는지를 나타내는 활동의사 관련 지표는 매우 중요한 지표이다.

활동의사는 의사면허를 가지고 실제로 의료기관에서 활동하고 있는 의사를 말한다. 연구기관에서 일하고 있거나 회사 등에서 활동하고 있다면 이는 제외한 수치이다.

우리나라의 활동의사수는 경제사회 발전과 함께 의대정원수의 증가 등으로 꾸준히 증가하여 왔다. 즉, 1981년 활동의사수는 인구 1,000명당 0.5명이었으나 점차 증가하여 2000년에는 1.3명으로 그리고 2009년에는 1.9명으로 증가하였다. 그러나 OECD 국가는 2008년 3.1명으로 우리나라보다 높은 수준에 있어 어느 정도가 적정하냐는 판단이 있어야 하겠지만 아직은 좀 더 증가하여야 할 것으로 보인다.

[그림 3-2-1] 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2009



<표 3-2-1> 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2009

(단위: 명)

연도	활동의사수	연도	활동의사수
1981	0.50	2000	1.30
1985	0.61	2005	1.63
1990	0.83	2008	1.86
1995	1.12	2009	1.94
OECD 최근평균 ^{a)} (22)			
2008	3.05		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다, 칠레, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2007), 덴마크(2007), 룩셈부르크(2007), 슬로바키아(2007), 스웨덴(2006).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

2. 활동간호사수

의료인력에서 의사수와 함께 중요시되는 인력으로 간호사가 있다. 간호사가 부족하다면 의료행위를 하는데 있어서 많은 제약받기 때문에 충분한 인력이 현장에서 활동하느냐는 매우 중요한 지표가 된다.

활동간호사는 실제로 의료기관에서 활동하고 있는 간호사를 의미한다. 학교나 연구기관 등에서 의료기관 이외에서 근무하는 간호사 면허 소지자는 활

동간호사에서 제외된다.

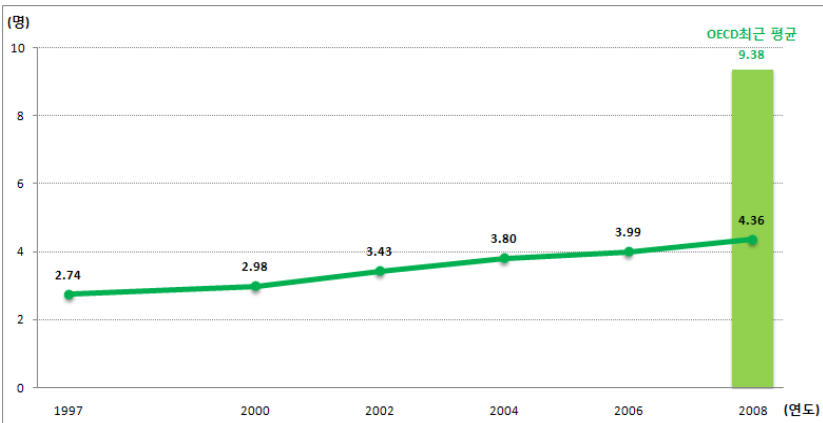
간호사의 활동에 따라 세 가지의 통계가 가능하다. 하나는 면허소지자 통계이고, 다른 하나는 의료기관에서 일하는 간호사 통계 그리고 또 다른 하나는 의료기관을 포함한 전문기관에서 일하는 간호사 통계이다.

활동간호사는 간호면허소지자 중 의료기관에서 활동하고 있는 간호사로서 실제 의료현장에서 일하고 있는 인력으로 그 규모는 의료의 질에 크게 영향을 미칠 수 있어 중요한 의미를 지닌다.

우리나라의 활동간호사수는 꾸준히 증가하여 왔다. 1997년 인구 1,000명당 2.74명이던 간호사수는 2000년에는 2.98명, 2004년에는 3.80명 그리고 2008년에는 4.36명으로 증가하였다. 이와 같은 지속적인 증가에도 불구하고 OECD 국가와는 많은 차이를 보이고 있다. OECD 국가의 인구 1,000명당 평균 간호사수는 2008년에 9.38명으로 우리나라 보다 2.15배가 많은 것으로 나타나 우리나라의 간호사수는 OECD 국가 평균에 크게 못미치는 것으로 나타났다.

간호사는 의료제공에 있어서 중요한 역할을 하기 때문에 적정인력의 확보는 매우 중요하다. 따라서 적정인력을 추정하고 이를 확보하기 위한 노력이 필요하다.

[그림 3-2-2] 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2008



〈표 3-2-2〉 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2008

(단위: 명)

연도	활동간호사수	연도	활동간호사수
1997	2.74	2004	3.80
2000	2.98	2006	3.99
2002	3.43	2008	4.36
OECD 최근평균 ^{a)} (22)			
2008	9.38		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 프랑스, 아일랜드, 이탈리아, 포르투갈, 슬로바키아, 터키, 미국 제외. 호주(2007), 덴마크(2007), 핀란드(2007), 룩셈부르크(2006), 네덜란드(2007), 스웨덴(2006).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

3. 의료인력배출

현장의 의료인력은 학교교육을 통한 졸업생의 배출과 이들이 치르게 되는 자격시험에 따라 그 수가 좌우되게 된다. 따라서 의사나 간호사수는 해당 대학에서 얼마나 많은 졸업생을 배출하느냐에 달려있다. 이들 해당과의 졸업생이 많을수록 자격시험 응시자가 많아져 합격자를 많이 배출하게 되고 현장에서 활동하는 의료인력도 많아지게 된다. 국가에서는 장기의료인력을 추계하고 적정여부를 판단하여 해당 대학의 정원을 조정하여 적정인력에 접근할 수 있도록 노력하고 있다.

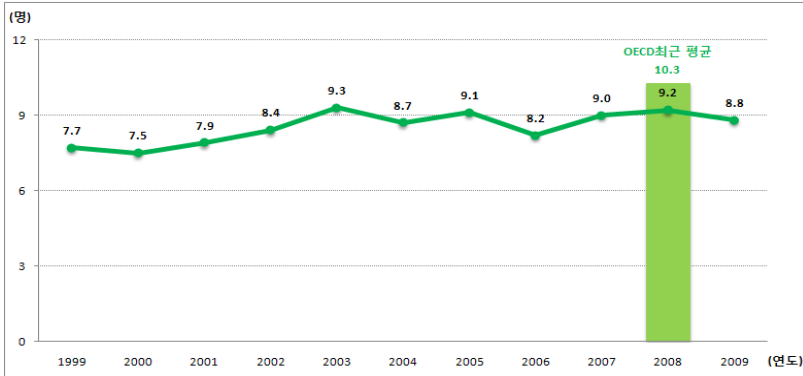
의료인력의 적정여부를 결정하는 것은 용이하지 않다. 이는 보는 관점에 따라 적정선이 달라질 수 있기 때문이다. 의료의 접근성을 용이하게 하기 위해서라면 보다 많은 의료인력을 배출하여야 한다는 견해와 무리한 확대 보다는 의료의 질을 감안하여 확대 배출은 신중하여야 한다는 견해도 제시되고 있다.

우리나라 의대졸업자는 인구 10만명당 1999년 7.7명에서 2005년에는 9.1명으로 그리고 2009년에는 8.8명으로 변하여 왔다. 2009년에는 2008년보다 0.4명이 적은 것으로 나타났으나 이는 제도의 변화에 따른 일시적인 현상으로 보인다. OECD 평균은 10.3명으로 우리나라 보다 높은 수준을 보이고 있다.

간호대의 경우에도 인구 10만명당 졸업자수가 1999년 21.0명에서 2009

년에는 29.2명으로 증가하였다. OECD국가의 2008년 평균 41.3명과 비교하면 낮은 수준이다. OECD 평균보다는 낮으나 현재의 인력이 적정인가에 대한 판단이 우선되어야 할 것이다.

[그림 3-2-3] 의대졸업자 (인구 100,000명당): 1999~2009



<표 3-2-3> 의대 및 간호대졸업자 의료인력배출(인구 100,000명당): 1999~2009

(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
2008	9.2	2008	29.0
2009	8.8	2009	29.2
OECD 최근평균 ^a (28)		OECD 최근평균 ^b (24)	
2008	10.3	2008	41.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 룩셈부르크, 멕시코 제외. 오스트리아(2007), 프랑스(2007), 그리스(2007), 스웨덴(2006).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 오스트리아, 캐나다, 칠레, 그리스, 한국, 멕시코, 미국 제외. 벨기에(2005), 덴마크(2007), 룩셈부르크(2007), 스웨덴(2006).

자료: 교육과학기술부, 「교육통계연보」, 해당연도.

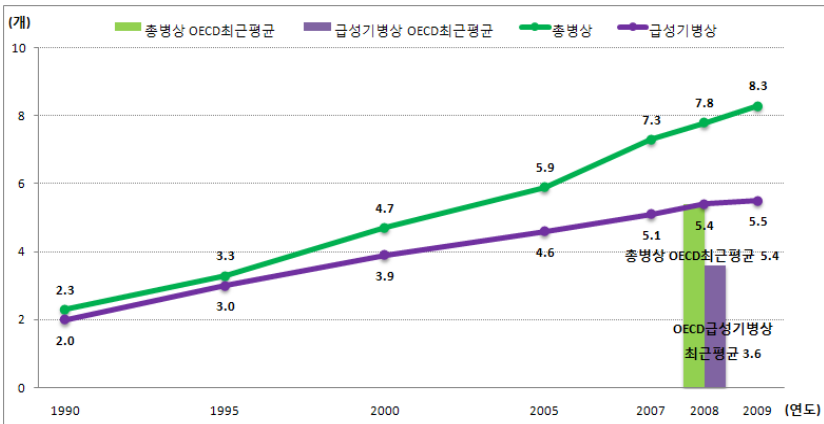
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

4. 병상수

병상수는 의료자원에서 매우 중요한 영역을 차지한다. 병상수에 따라 환자의 입원치료 여부가 결정되기 때문에 많을수록 입원이 용이해지는 반면 적으면 그만큼 입원이 어렵게 만들어 적정한 시기에 치료 및 수술 등의 처치를 받지 못할 수도 있다.

병상수는 비교를 용이하게 하기 위해 인구 1,000명당으로 나타내고 있다. 우리나라의 총병상수는 1990년 인구 1,000명당 2.3개였으나 지속적으로 증가하여 2000년에는 4.7개로 증가하였고, 2008년에는 7.8개로 증가하였다. 이는 OECD 국가의 평균 병상수가 2008년 5.4개인 것과 비교하면 인구 1,000명당 보다 많은 병상을 보유하고 있는 것으로 나타났다. 급성기병상수를 비교해 보면 1990년 2.0개에서 2000년에는 3.9개로 그리고 2008년에는 5.4개로 지속적으로 증가하였으며, 이 수준은 2008년 OECD 평균 3.6개와 비교할 때 훨씬 많은 수의 병상수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3-2-4] 병상수(인구 1,000명당): 1990~2009



〈표 3-2-4〉 병상수(인구 1,000명당): 1990~2009

(단위: 개)

연도	총병상	연도	급성기병상
1990	2.3	1990	2.0
1995	3.3	1995	3.0
2000	4.7	2000	3.9
2005	5.9	2005	4.6
2007	7.3	2007	5.1
2008	7.8	2008	5.4
2009	8.3	2009	5.5
OECD 최근평균 ^a (28)		OECD 최근평균 ^b (29)	
2008	5.4	2008	3.6

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 뉴질랜드, 스웨덴 제외. 호주(2006), 캐나다(2007), 아이슬란드(2007), 아일랜드(2007).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 아이슬란드 제외. 호주(2006), 캐나다(2007), 아일랜드(2007), 스웨덴(2005), 미국(2007).

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

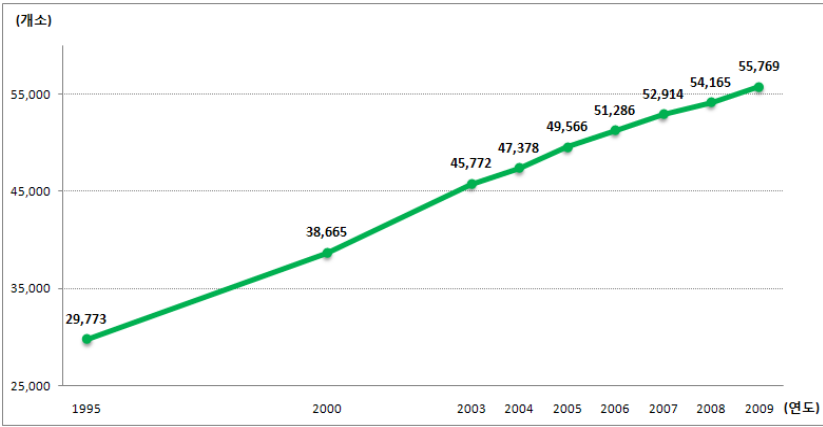
5. 병의원수

의료자원의 큰 축을 이루는 의료기관의 변동을 살펴보면, 전체의료기관은 1995년 29,773개소에서 2000년에는 38,665개소로, 2005년에는 49,566개소로 그리고 2009년에는 55,769개소로 증가하였다.

이를 규모별로 구분하여 살펴보면 종합병원의 경우 1995년 266개소에서 2009년에는 312개소로 증가하여 17.3%가 증가하였으며, 의원은 1995년 14,343개소에서 2009년에는 27,104개소로 89.0%가 그리고 치과의원은 1995년 8,292개소에서 2009년 14,071개소로 69.7%, 한의원은 1995년 5,928개소에서 2009년 11,705개소로 97.5%가 증가하여 한의원이 가장 큰 증가를 보였다.

이와 같이 우리나라의 의료기관은 의료인력과 함께 크게 증가하여왔으며, 이는 경제사회 발전과 정부의 국민 건강 증진을 위한 노력 그리고 국민의 삶의 질에 대한 관심 증대 등에 의한 영향으로 이와 같은 의료환경 변화는 국민의 의료접근성을 크게 높이고, 건강증진에도 기여하여 왔다.

[그림 3-2-5] 병의원수: 1995~2009



<표 3-2-5> 병의원수: 1995~2009

(단위: 개소)

연도	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
계	29,773	38,665	45,772	47,378	49,566	51,286	52,914	54,165	55,769	
병의원	종합병원	266	285	283	282	290	295	302	313	312
	요양병원	-	-	68	92	177	363	593	690	762
	일반병원	398	581	730	763	794	850	945	1,064	1,129
	의원	14,343	19,472	23,502	24,491	25,412	26,078	26,265	26,581	27,104
특수 병원	결핵	4	3	4	3	3	3	3	3	3
	한센	1	1	2	2	1	1	1	1	1
	정신	37	79	88	95	102	107	107	118	130
치과 병원	치과병원	12	56	99	107	123	134	151	184	178
	치과의원	8,292	10,471	11,890	11,968	12,520	12,808	13,280	13,618	14,071
한방 병원	한방병원	69	136	151	154	146	142	138	139	151
	한의원	5,928	7,276	8,734	9,196	9,765	10,294	10,895	11,248	11,705
부속의원 ¹⁾	246	185	150	158	187	172	182	175	185	
조산원	177	120	71	67	46	39	52	31	38	

주: 1) 회사 또는 산업체의 종업원을 위한 부속의원임(의료법 제31조).
 자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

6. 의료기술(장비, 기기)

의학기술의 발달은 각종 장비의 개발과 함께 이루어져 왔다. 최근에 이를수록 좀 더 정확한 검진과 치료를 위한 장비가 개발되고 있다. 그 가운데 하나가 CT와 MRI로 이 장비는 좀더 정확한 진단이 가능하도록 해주는 장비들이다.

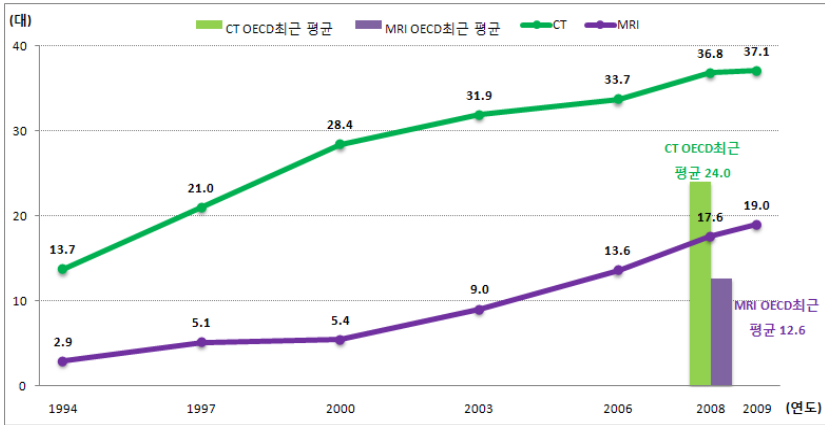
우리나라 의료기관들은 새로운 장비 도입을 통한 보다 정확한 검진과 또한 상대 의료기관과의 경쟁력 확보를 위해 경쟁적으로 새로운 장비에 대한 도입을 확대해 온 경향이 있다.

CT는 1994년 인구 100만명당 13.7대였으나 2000년에는 28.4대로 급격하게 증가하였고, 2009년에는 이보다 훨씬 많은 37.1대로 증가하였다. 이는 1994년에 비하여 171%가 증가한 것이다. 2008년에 OECD 국가의 평균 CT 보유대수가 인구 100만명당 24.0대인 점과 비교한다면 우리나라의 CT 보유대수는 인구대비 매우 많은 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

MRI경우는 1994년 인구 100만명당 2.9대세어 2000년에는 5.4대로 증가하였으며, 2009년에는 19.0대로 증가하여 1994년에 비하여 555%의 증가를 보여 급속하게 증가하였음을 알 수 있다. 이를 OECD 국가와 비교해 보면 2008년에 인구 100만명당 12.6대를 보유하고 있어 우리나라가 매우 많은 MRI를 보유하고 있음을 알 수 있다.

이와 같은 많은 고가 의료장비의 보유는 손쉽게 보다 정확한 진단을 통한 치료 효과를 높일 수 있는 장점도 있으나 장비보유에 따른 부담 경감을 위해 과잉 진료를 가져올 수도 있어 이는 환자의 부담을 가중시키는 요인이 될 수 있다. 따라서 적정대수의 판단에 따른 보유량의 조절유도도 필요하다.

[그림 3-2-6] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2009



*MRI 1999년도 : 2000년도로 대체

<표 3-2-6> 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2009

(단위: 대)

연도	CT	연도	MRI
1994	13.7	1994	2.9
1997	21.0	1997	5.1
2000	28.4	2000	5.4
2003	31.9	2003	9.0
2006	33.7	2006	13.6
2008	36.8	2008	17.6
2009	37.1	2009	19.0
OECD 최근평균 ^a (24)		OECD 최근평균 ^b (23)	
2008	24.0	2008	12.6

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 프랑스, 독일, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 제외. 호주(2009), 캐나다(2007), 핀란드(2009), 이탈리아(2007), 포르투갈(2007), 미국(2007).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 프랑스, 독일, 노르웨이, 스페인, 스웨덴, 스위스 제외. 캐나다(2007), 덴마크(2009), 이탈리아(2007), 포르투갈(2007), 미국(2007).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

제3절 보건의료이용

1. 외래진료

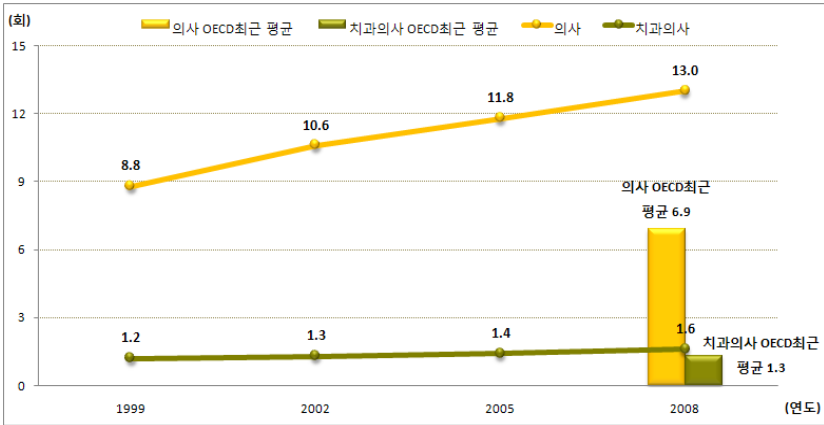
국민의 의료접촉도를 나타내는 지표의 하나로 외래진료회수가 있다. 국민 1인당 어느 정도 의사나 치과의사와 접촉했는지를 나타내는 지표이다. 이 지표는 의료기관의 접근성과 국민의 질환의 정도에 따라 영향을 받을 수 있다. 동일한 질환 발병률을 가졌다면 이 수치가 높다는 것은 그 만큼 의료의 접근성이 높다고 보아야 할 것이다.

우리나라의 국민 1인당 의사진료 회수는 1999년 8.8회에서 2005년에는 11.8회 그리고 2008년에는 13.0회로 증가하였다. 이와 같은 의사진료회수의 증가는 의료인력의 증가와 의료기관의 증가에 영향을 받을 수 있으며, 질환의 증가도 한 요인이 될 수 있다. 그러나 무엇보다 국민의 건강에 대한 관심이 높아지면서 질환 발생시 의료기관을 찾게 되는 경향도 작용하였을 것으로 보인다.

이를 OECD 국가와 비교해 보면 2008년 OECD 국가의 평균 외래진료 회수는 6.9회로 우리나라 보다 낮았다. 이는 우리나라 국민이 다른 OECD 국가에 비해 의사의 진료를 자주 받았음을 나타내고 있다.

우리나라 국민 1인당 치과진료 회수는 1999년 1.2회에서 2005년에는 1.4회 그리고 2008년에는 1.6회로 증가하였다. 점차 증가하기는 하였으나 의사 외래진료와 같은 증가 현상은 보이지 않았다. 이는 치과가 아직 보험이 되지 않는 부문이 많아 치료비용에 부담스러운 측면이 있어 가능한 적게 방문하려는 경향이 남아 있기 때문으로 보인다. 이를 OECD국가와 비교해 보면 OECD 국가의 2008년 평균이 1.3으로 우리나라 보다 낮아 우리나라의 의사나 치과의사 진료회수가 낮은 편이 아님을 보여주고 있다.

[그림 3-3-1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2008



<표 3-3-1> 외래진료(국민 1인당): 1999~2008

(단위: 회)

연도	의사	연도	치과의사
1999	8.8	1999	1.2
2002	10.6	2002	1.3
2005	11.8	2005	1.4
2008	13.0	2008	1.6
OECD 최근평균 ^a (28)		OECD 최근평균 ^b (21)	
2008	6.9	2008	1.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 아일랜드, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 캐나다(2007), 그리스(2006), 이탈리아(2005), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 뉴질랜드(2007), 포르투갈(2007), 스페인(2006), 스웨덴(2006), 스위스(2007), 미국(2007).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다, 칠레, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 터키 제외. 벨기에(2007), 프랑스(2007), 이탈리아(2005), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 스페인(2006), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2007).

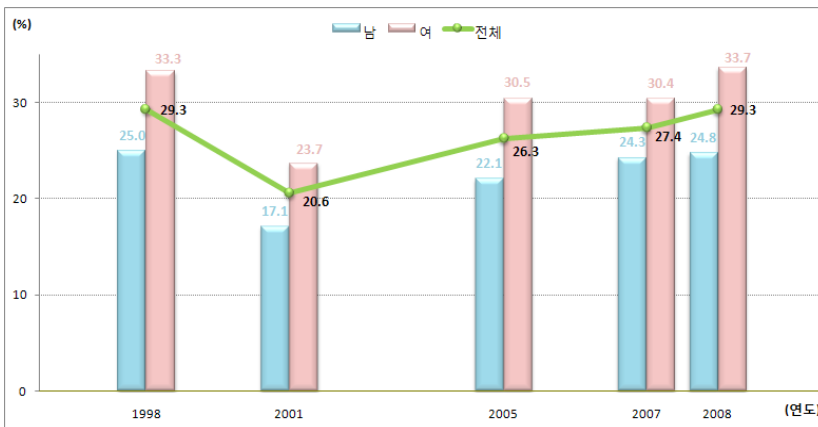
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「환자조사」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

2. 2주간 외래 이용률

국민의 의료이용 정도를 나타내는 지표의 하나로 2주간 외래이용률 지표가 있다. 이는 2주간 외래를 이용한 적이 있는 사람의 비율을 나타낸 것으로 어느 일정시점에서 지난 2주간 외래를 이용하였는지의 여부를 질문하여 작성하게 된다.

2주간 외래이용률을 살펴보면 1998년 29.3%에서 2005년에는 26.3%로 그리고 2008년에는 29.3%로 변화하여 2001년 이후 약간의 증가 현상이 보이고 있다. 남녀별로 구분하여 살펴보아도 이와 비슷한 변화를 보이고 있다. 즉, 남자의 경우 1998년 25.0%에서, 2005년에는 22.1%로 그리고 2008년에는 24.8%로 변화하였으며, 여자의 경우는 1998년 33.3%에서, 2005년에는 30.5%로 그리고 2008년에는 33.7%로 변화하였다. 이와 같이 남자보다는 여자가 외래이용이 많은 것으로 나타났다.

[그림 3-3-2] 2주간 외래 이용률(만19세이상): 1998~2008



〈표 3-3-2〉 2주간 외래 이용률(만19세 이상): 1998~2008

(단위: %)

	전체					남자					여자				
	1998	2001	2005	2007	2008	1998	2001	2005	2007	2008	1998	2001	2005	2007	2008
19세이상 (표준화)*	29.3	20.6	26.3	27.4	29.3	25.0	17.1	22.1	24.3	24.8	33.3	23.7	30.5	30.4	33.7
19세이상	29.0	20.7	26.3	27.8	30.0	24.3	16.8	21.3	24.2	24.9	33.1	24.2	31.3	31.4	35.1
19-29	20.6	9.6	14.7	18.6	21.4	17.3	7.5	10.5	16.5	16.2	23.4	11.3	19.3	20.6	26.9
30-39	24.5	14.2	19.3	23.0	20.2	19.8	11.5	16.2	20.4	16.7	29.1	16.9	22.6	25.6	23.8
40-49	29.5	17.6	23.5	23.3	26.5	25.2	14.5	20.3	20.7	22.5	34.0	20.7	26.7	26.1	30.7
50-59	36.4	28.9	32.6	34.0	38.1	30.7	22.3	27.1	29.0	31.9	41.8	35.1	38.2	39.1	44.3
60-69	42.1	40.4	47.4	44.4	47.5	35.9	34.6	39.9	38.3	44.0	47.1	45.3	53.8	49.8	50.7
70+	40.2	41.0	52.7	45.0	49.3	39.3	39.6	48.4	43.7	44.0	40.6	41.7	55.2	45.7	52.5

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

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008))』

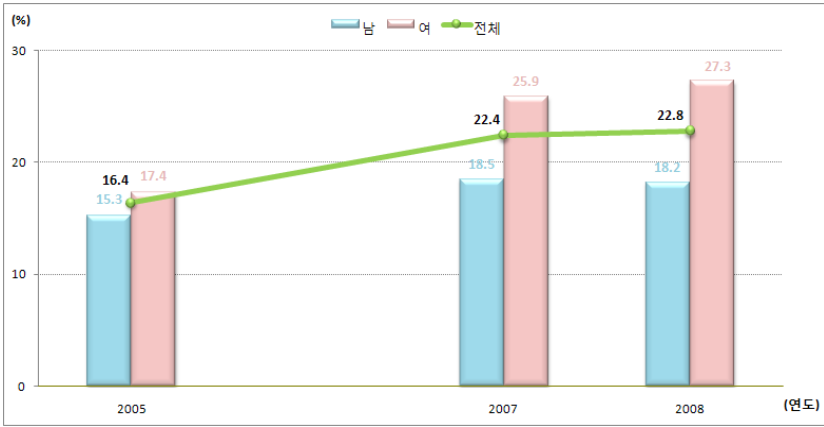
3. 연간 미치료율(병의원)

연간 미치료율은 지난 1년간 본인이 질환의 발생으로 의료기관을 찾아야 하지만 여러 가지 사정으로 의료기관을 방문하여 치료를 받지 못한 경우의 비율을 나타내는 지표이다. 이 비율이 높다는 것은 여러 가지 미방문 이유가 있겠지만 치료의 기피로 건강을 해치는 행위이기 때문에 바람직하지 못하다.

19세 이상 인구의 미치료율을 살펴보면 2005년 16.4%에서 2008년에는 22.8%로 높아졌다. 점차 의료인력의 증가와 의료기관의 증가로 보편적으로 의료이용이 용이하여 졌음에도 미치료율이 높아졌다는 것은 국민의 건강관리 측면에서 부정적인 영향을 미쳤을 가능성이 커 바람직하지 못한 현상으로 보인다.

이를 다시 남녀별로 구분하여 보면 남자의 경우 2005년 15.3%에서 2008년에는 18.2%로 높아졌고, 여자의 경우는 17.4%에서 27.3%로 높아져 남자보다 여자에게 더 문제가 있음을 나타내고 있다.

[그림 3-3-3] 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005~2008



<표 3-3-3> 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2005~2008

(단위: %)

	전체			남자			여자		
	2005	2007	2008	2005	2007	2008	2005	2007	2008
19세이상(표준화)*	16.4	22.4	22.8	15.3	18.5	18.2	17.4	25.9	27.3
19세이상	16.4	22.4	22.8	15.1	18.5	18.1	17.7	26.1	27.4
19-29	11.8	25.2	24.1	10.7	27.7	20.7	12.9	22.7	27.8
30-39	14.3	23.4	23.7	15.1	21.7	20.4	13.6	25.2	27.2
40-49	17.1	20.8	21.8	16.1	15.4	18.2	18.0	26.4	25.6
50-59	19.3	22.8	21.9	17.4	15.6	16.6	21.2	30.0	27.3
60-69	21.9	19.2	20.1	18.2	9.5	9.6	25.0	27.7	29.5
70+	22.3	19.6	24.4	19.2	7.2	17.7	24.1	27.0	28.5

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

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

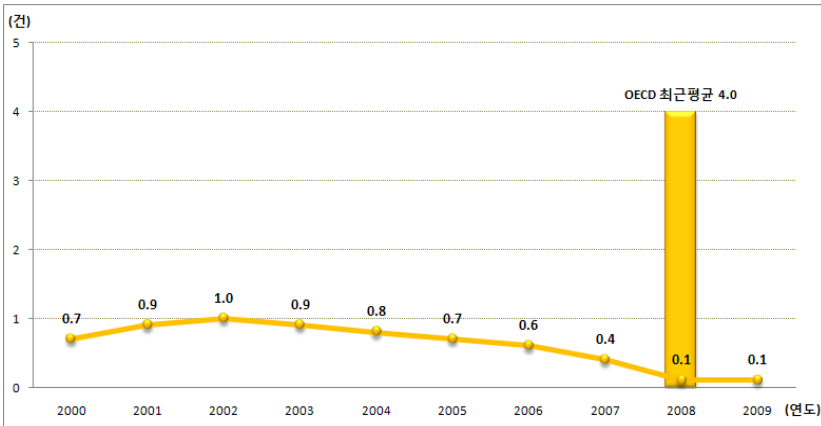
자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008))』

4. 골수이식

의료기술의 발달과 국민의식의 변화로 각종 이식수술율이 점차 높아지고 있다. 그러나 골수이식의 경우는 2000년 인구 10만명당 0.7명이었으나 2005년에는 0.7명 그리고 2009년에는 0.1명으로 낮아져 보편적인 이식 증가와는 반대 현상을 보이고 있다.

우리나라의 골수이식이 다른 선진국에 비하여 활발하지 못함을 보여주고 있다. 즉, OECD 국가의 경우 2008년 인구 10만명당 4.0회로 우리나라 보다 훨씬 많은 골수이식이 이루어지고 있다.

[그림 3-3-4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2009



〈표 3-3-4〉 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2009

(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	2009	0.1
OECD 최근 평균 ^{a)} (28)			
2008	4.0		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 캐나다(2007), 덴마크(2005), 그리스(2005), 이탈리아(2007), 일본(2007), 네덜란드(2007), 포르투갈(2006), 스웨덴(2007), 미국(2007).

자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

5. 심장이식

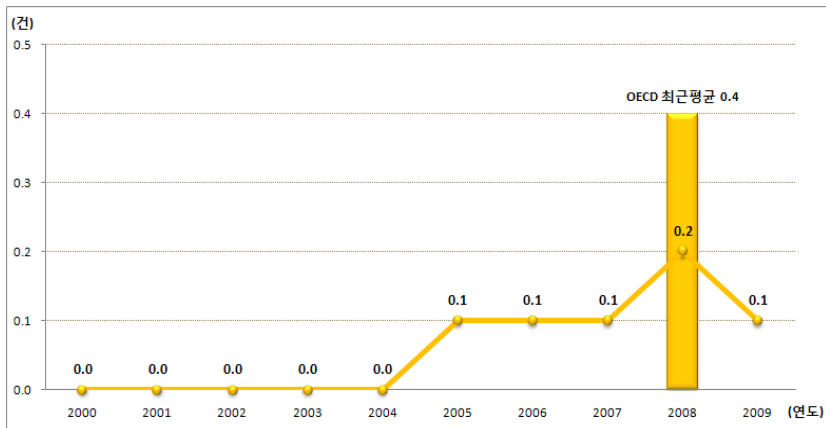
우리나라에서 심장이식은 다른 이식에 비하여 그렇게 활발하게 이루어지

지 못하고 있다. 이는 제공에 어려움 등 우리나라 여건이 아직 다른 나라에 비해 인식이 낮기 때문으로 보여진다.

우리나라에서 심장이식은 2005년 인구 10만명당 0.0보다 낮게 이루어졌으나 2005년 0.1 수준으로 높아졌고 2009년에도 이 수준이 크게 변화하지 못하고 있다.

OECD 국가는 심장이식의 평균은 2008년에 인구 10만명당 0.4건으로 우리나라보다 높은 수준을 보이고 있다.

[그림 3-3-5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2009



<표 3-3-5> 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2009

(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	2009	0.1
OECD 최근 평균 ^{a)} (28)			
2008	0.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 스웨덴(2007).

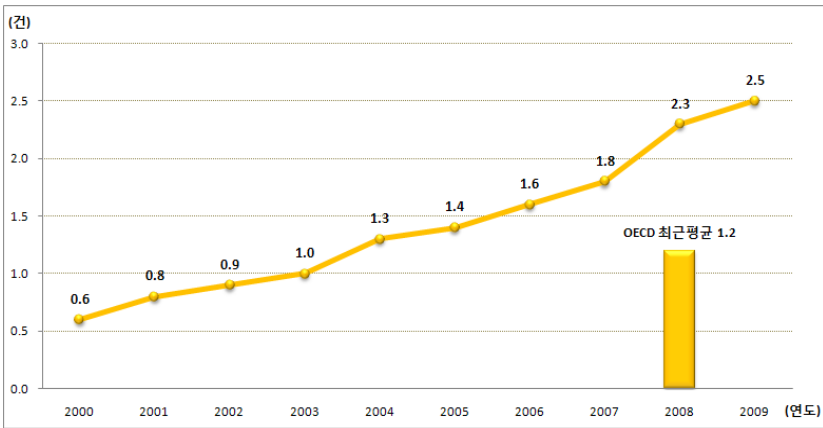
자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

6. 간이식

간이식은 부분 간이식이 가능하여 다른 이식에 비해 약간 높은 수준을 보이고 있다. 2000년 인구10만명당 0.6건이던 이식 건수는 2005년에는 1.4건으로 증가하였고, 2009년에는 다시 2.5건으로 증가하였다.

[그림 3-3-6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2009



〈표 3-3-6〉 간이식(인구 100,000명당): 2000~2009

(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	2009	2.5
OECD 최근 평균 ^{a)} (28)			
2008	1.2		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 스웨덴(2007).

자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

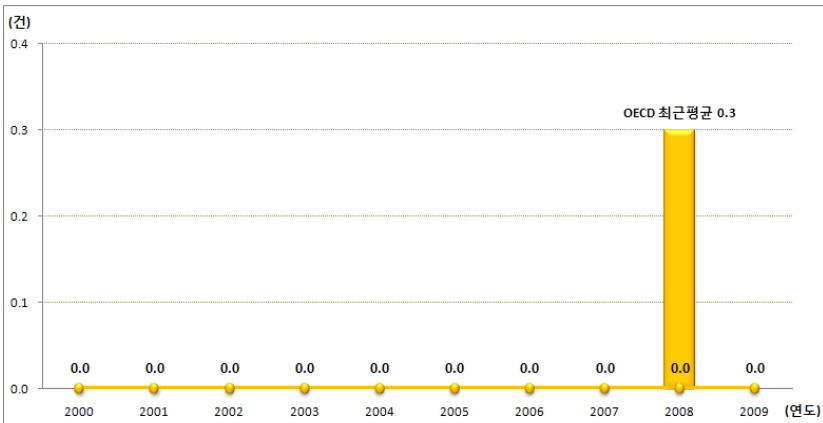
다른 이식에 비해 간이식은 OECD 국가 보다 높은 수준을 보이고 있다. 즉, OECD 국가의 평균 간이식 건수는 2008년 1.2건으로 우리나라의 절반 정도인 것으로 나타나고 있어 우리나라의 간이식이 다른 나라에 비해 활발하게 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

7. 폐이식

폐이식도 심장이식과 같이 이식이 쉽게 이루어지지 않고 있다. 폐이식은 2009년에도 인구 10만명당 0.0이하로 매우 적게 이루어진 것으로 나타나고 있다. 이를 시술건수로 살펴보면 2000년에 1건의 시술이 이루어졌고, 이후 증가가 매우 느리게 나타나 2005년 8건, 2008년 14건의 폐이식이 이루어져 아직 적은 건수이기는 하지만 서서히 증가하고 있는 것으로 나타났다.

OECD 국가의 인구 10만명당 폐이식 건수는 2008년에 0.3건으로 나타나 우리나라 보다는 많이 이루어지고 있다.

[그림 3-3-7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2009



〈표 3-3-7〉 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2009

(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	0.0
2004	0.0	2009	0.0
OECD 최근 평균 ^{a)} (28)			
2008	0.3		

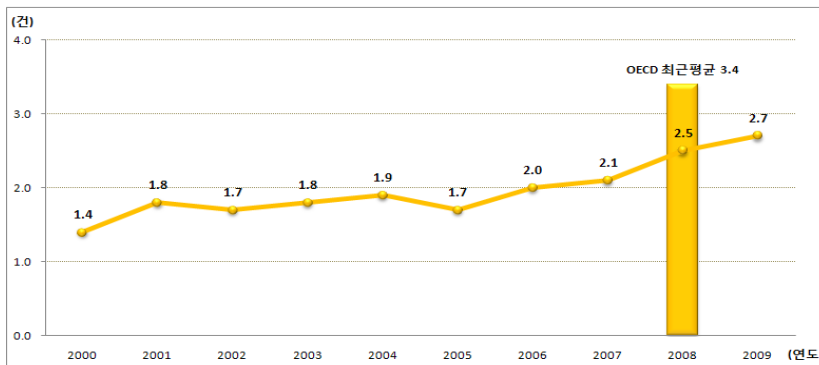
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 스웨덴(2007).
 자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.
 OECD, OECD Health Data 2010, 2010

8. 신장이식

신장이식은 다른 장기에 비해 이식이 활발하게 이루어지고 있다. 이는 다른 장기에 비해 우선 이식이 용이하기 때문으로 많이 보편화되어 있기 때문이다.

만성신부전환자의 경우 투석으로부터 벗어날 수 있는 유일한 방법은 신장을 이식받는 방법이다. 그러나 아직까지 신장을 이식 받기를 원하는 사람이 신장을 제공해 주겠다는 사람보다 많아 많은 환자들이 투석에 의존하고 있다.

[그림 3-3-8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2009



〈표 3-3-8〉 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2009

(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	2009	2.7
OECD 최근평균 ^a (30)			
2008	3.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레 제외. 룩셈부르크(2007), 노르웨이(2007), 스웨덴(2007).

자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

우리나라의 신장이식건수는 2000년 인구 10만명당 1.4건에서 2005년에는 1.7건으로 그리고 2008년에는 2.5건으로 증가하였다. 증가속도가 매우 빠른 것은 아니지만 2000년에 비해 79%의 증가를 보인 것은 향후 이식을 필요로 하는 많은 환자들에게 이식이 보다 활발해 질 수 있음을 보여주고 있다.

OECD 국가의 신장이식은 2008년에 인구 10만명당 3.4건으로 우리나라 보다는 높은 것으로 나타나고 있다. 그러나 OECD 국가의 평균 신장이식 건수의 증가는 우리나라에 비해 매우 느린 편이다.

9. 제왕절개

정상적인 분만이 어려울 경우 제왕절개를 통해 분만이 이루어지게 된다. 제왕절개는 어쩔 수 없이 이루어지는 경우도 있지만 의사의 권유나 본인이 원해서 이루어지는 경우도 상당수 있다.

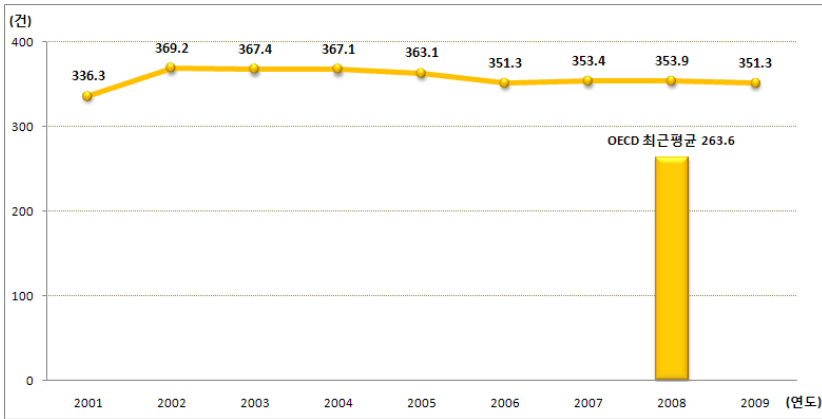
건강보험 등에서는 제왕절개분만을 줄이고 가능한 정상분만으로 이루어질 수 있도록 제왕절개가 많이 이루어지는 의료기관을 공개하고 있지만 획기적으로 감소하지는 않고 있다.

우리나라에서 제왕절개비율은 2001년에 출생 1,000명당 336.3건이었으나 점차 증가하여 2003년에는 367.4건으로 증가하였고 그 이후 약간이 감

소하여 2009년에는 351.3건으로 나타나고 있다.

OECD 국가의 제왕절개비율은 2008년에 평균 263.6건으로 우리나라 보다는 상당히 낮은 것으로 나타났다. 제왕절개가 산모가 건강상의 이유 등으로 어쩔 수 없이 이루어지는 경우는 할 수 없으나 정상분만이 가능함에도 제왕절개로 분만을 하는 것은 건강 등 여러 측면에서 좋지 않은 것으로 평가되고 있다. 따라서 보다 적극적으로 제왕절개 분만을 낮출 수 있도록 노력할 필요가 있다.

[그림 3-3-9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2009



<표 3-3-9> 제왕절개(출생아 1,000명당): 2001~2009

(단위: 건)

연도	제왕절개	연도	제왕절개
2001	336.3	2006	351.3
2002	369.2	2007	353.4
2003	367.4	2008	353.9
2004	367.1	2009	351.3
2005	363.1		
OECD 최근평균 ^{a)} (27)			
2008	263.6		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스, 일본, 스웨덴 제외. 호주(2007), 벨기에(2007), 캐나다(2007), 아일랜드(2007), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2007), 네덜란드(2007), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2007), 스페인(2006), 미국(2007).

자료: 국민건강보험공단, 「주요수술통계」, 해당연도.

OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

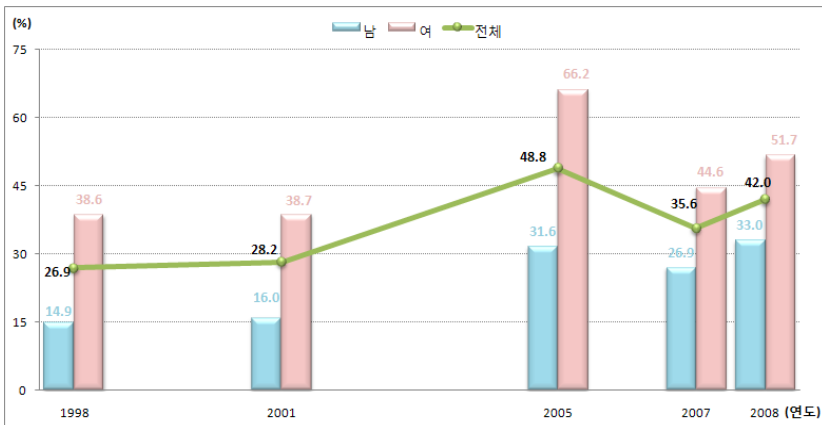
10. 암검진

암은 올바른 생활습관으로 발생을 예방하는 것이 가장 바람직할 것이다. 그러나 유전적 요인이나 기타 원인으로 발생할 경우에는 초기에 발견하여 필요한 조치를 취하는 것이 무엇보다 중요하다.

우리나라도 식생활이 점차 서구화 되어 가면서 암발생이 증가하는 추세에 있다. 암으로 인한 사망을 최소화할 수 있는 방법인 조기 검진을 생활화하는 자세가 중요하다 하겠다.

우리나라의 암검진 수진율을 살펴보면 1998년 26.9%에서 2001년에는 28.2%로 적은 증가를 보였으나 2005년도에는 48.8%로 급증하였다. 그러나 2007년에는 다시 35.6%로 낮아졌으나 2008년에는 다시 42.0% 수준으로 증가한 것으로 나타났다. 이를 남녀별로 비교해 보면 여자의 수진율이 남자보다 훨씬 높은 것으로 나타났다. 즉, 1998년 남자가 14.9%인 반면 여자는 38.6%였고, 가장 높았던 2005년도에는 남자가 31.6%인 반면 여자는 66.2%로 무려 34.6%의 격차를 보였다.

[그림 3-3-10] 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2008



〈표 3-3-10〉 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2008

(단위: 건)

	1998 ^{2),3)}			2001 ³⁾			2005 ⁴⁾		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	26.9	14.9	38.6	28.2	16.0	38.7	48.8	31.6	66.2
19세 이상	26.9	14.8	37.7	29.0	16.6	39.1	48.7	31.2	66.0
19~29세	11.9	5.3	17.5	10.5	4.7	15.1	19.9	9.0	31.5
30~39세	33.3	14.3	51.8	34.1	15.2	49.9	49.7	26.8	73.7
40~49세	38.7	22.0	56.0	39.1	20.7	56.0	63.1	42.3	84.5
50~59세	30.7	18.3	42.5	36.0	21.9	47.6	63.2	44.0	83.0
60~69세	22.1	15.9	27.1	29.0	22.8	33.8	61.6	46.6	74.7
70 +	12.1	14.2	11.0	14.9	18.7	12.8	45.9	39.5	49.6
	2007			2008					
	전체	남	여	전체	남	여			
19세 이상(표준화)*	35.6	26.9	44.6	42.0	33.0	51.7			
19세 이상	36.2	27.4	44.6	42.9	33.7	52.0			
19~29세	13.7	6.1	21.4	14.4	3.5	26.1			
30~39세	34.5	21.9	47.6	38.2	23.8	53.2			
40~49세	47.9	35.1	61.2	58.1	47.3	69.3			
50~59세	52.5	45.1	59.8	59.4	52.4	66.4			
60~69세	43.5	41.4	45.2	57.1	52.4	61.3			
70 +	25.9	26.3	25.6	36.1	45.0	30.7			

주: 1) 암검진수진율: 최근 2년 동안 암검사를 받은 비율

2) 1998년: 만20세 이상

3) 1998, 2001년: 2년 이내에 위암, 간암, 폐암, 대장·직장암, 유방암, 자궁암 검사 중 하나 이상 받은 비율

4) 2005년: 평생동안 위암, 유방암, 자궁경부암, 대장암, 간암 검사 중 하나 이상 받은 비율

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

제4절 출생, 사망 및 질병, 상해

1. 합계출산율

인구는 국력의 바탕이되기도 하나 과도한 인구의 규모는 경제발전에 저해요소가 되기도 한다. 1960년대의 인구의 구조는 우리나라의 영토가 과다하게 조밀해져 경제발전에 큰 부담이 되었다. 이에 따라 정부는 인구규모를 적절하게 조절하는 정책을 수행해 왔다. 인구조절정책은 출산을 억제하거나 해외로의 이민 등을 권장함으로써 이루어진다. 과거 남미등지로의 농업이민을 필두로 이민정책을 수행해 왔지만 그 규모는 미미했다. 따라서 결정적인 영향을 미치는 정책은 출산수준 조절이다. 그러나 인구변동에 가장 큰 영향을 미치는 것은 출산이다. 우리나라의 합계출산율은 1960년대초 6.0명까지 이르렀고 이로 인한 인구의 증가는 당시의 경제력으로는 커다란 부담이 되어 결국 당시 추진하던 경제개발정책에 매우 큰 저해요인이 되는 것으로 예측하여 가족계획사업을 바탕으로 한 강력한 인구조절정책을 추진하여 왔다. 당시의 인구조절정책은 경제정책만큼이나 비중있는 국책으로 수행되었고 그 결과 출산력은 점차 줄어들기 시작하였다. 1990년에는 대체출산수준보다 낮은 1.6명 수준으로 낮아졌으나 1990년대 중반에는 약간 상승하다가 중반 이후부터 계속 감소하기 시작하여 2001년에는 이보다 더 낮은 1.3명 수준으로 낮아졌다.

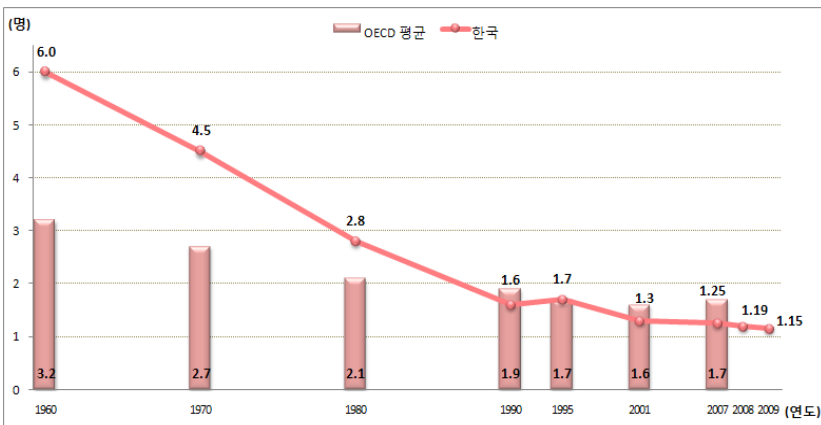
과거에는 출산수준이 너무 높아 문제였으나 출산율이 세계에서 가장 낮은 수준까지 감소한 이제는 역으로 그 낮은 출산력은 미래의 국가경제규모를 지탱하기는 어렵게 될 것으로 예측되며 결과적으로 경제생산력의 강도도 더욱 낮아질 것으로 예측된다. 즉, 기대수명의 연장으로 생존기간이 길어져 부양인구규모가 급격히 증가하는 반면 낮은 출산력으로 인해 미래의 노동력인구의 비율은 크게 낮아지게 될 것으로 예측된다. 이는 결국 인구구조에 부정적인 영향을 미쳐 낮아지는 저연령층과 높아지는 노령층의 비율은 크게 양극을 이루어 국가의 부담을 가중시키는 요인으로 작용할 가능성

이 커지고 있다.

정부에서는 과거에 높은 합계출산수준을 유지하던 시기에 출산억제를 위한 정책을 도입하면서 인구의 자질향상을 위한 정책에 주력하였으나 이제는 대체출산수준 이하로 턱없이 낮은 출산수준을 높이기 위해 정책마련에 부심하고 있다.

낮아진 출산수준을 높이는 것은 출산율을 낮추기보다 몇 배의 노력이 요구되는 어려운 일이다. 특히 우리나라는 이러한 출산력의 감소현상이 세계적으로 유례없이 매우 빠른 속도로 진행되고 있기 때문에 더욱 어려운 것으로 보이지만 정부의 저출산대책에 따른 노력과 국민의 인식변화에 따라 출산율이 높아질 것으로 기대해 본다. 특히 2010년도의 잠정자료에 의하면 출생아 수가 전년도 대비 늘고 있다는 소식이 있고 보면 인구의 균형적인 분포를 유지해야 하는 우리로서는 고무적이다. 그러나 출산해당연령의 여자 인구가 감소하고 있는 실정은 그리 큰 기대를 하기에는 불충분하다. 1990년까지 매우 빠른 속도로 감소하다가 1990년 이후로 초저출산율 시대가 지속되어 향후 인구구조에 커다란 영향을 줄 것으로 예측된다.

[그림 3-4-1] 합계출산율: 1960~2009



〈표 3-4-1〉 합계출산율 및 출생아수: 1960~2009

(단위: 명)

연도	1960	1970	1980	1990	1995	2001	2007	2008	2009
합계출산율(한국)	6.0	4.5	2.8	1.6	1.7	1.3	1.25	1.19	1.15
합계출산율(OECD)	3.2	2.7	2.1	1.9	1.7	1.6	1.7	1.7	
출생아수(천명)		1,007	863	650	715	555	493	466	445

자료: 통계청 「인구동태통계연보」

OECD, OECD Health Data2010, 2010

1960년 : 경제기획원 조사기획국·가족계획연구원 「1974년 한국출산력조사」

2. 사망원인

우리나라의 출생아수가 과격하게 감소한 것에 비하면 우리나라의 사망자수는 크게 변하지 않고 있다. 1983년에는 254,563명이 사망하였으나 2009년에는 246,942명이 사망하는 등 그 숫자는 약간 부침하거나 감소하는 수준으로 연도별로 큰 변화를 보이지는 않고 있다. 그러나 노령인구가 증가하는 추세에 있어 머지않아 고령자의 숫자가 증가하는 만큼 사망자의 수도 증가할 것으로 예측되고 있다.

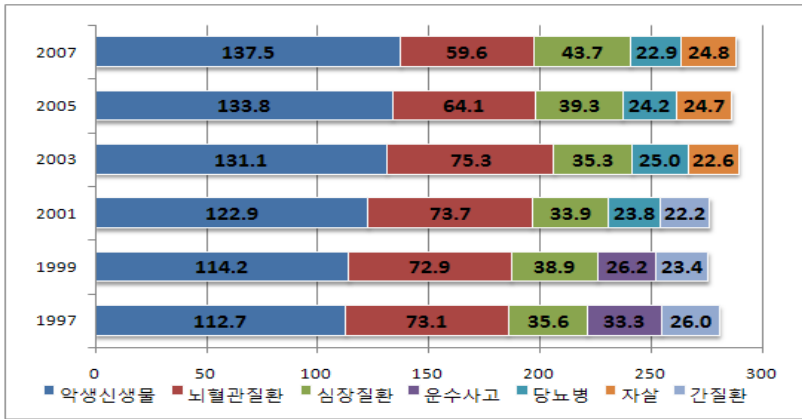
특정한 인구집단의 사망수준은 그 집단의 사회경제 수준에 따라 다른 모습을 보인다. 특히 해당국가의 위생수준이나 보건의료계통의 인프라의 수준 및 해당 지역사회 주민들의 생활패턴에 따라서 사망수준은 영향을 받으며 또한 매우 다른 양상을 보인다. 우리나라의 경우 경제발전에 따라 생활의 패턴이 크게 달라졌다. 건강에 결정적인 영향을 미치는 식생활 패턴을 보면 점차 서구식으로 변모하여 탄수화물 위주의 전통적인 식품섭취에서 현재는 소금이나 지방분의 섭취가 팽목할만한 수준으로 증가하면서 사망원인의 구성분포도 점차 바뀌어져 왔다.

사망수준을 정확히 파악한다는 것은 인간의 건강을 유지하는 각종 보건정책의 방향을 결정하는 것이기 때문에 매우 중요하지만 사망원인의 분포는 구체적인 상황을 제공한다는 점에서 매우 중요하다. 예를 들면 흔하게 대두되는 사망원인을 제거할 수 있다면 전체적으로 인간들의 평균수명이

어느 정도 연장될 수 있는지 등의 정보는 건강한 삶을 누릴 수 있는 수준을 평가한다는 의미에서 매우 중요하다.

사망에 관한 정보는 인구동태신고제도로부터 습득하게 된다. 우리나라는 가족관계 등록에 관한 법률이 정하는 바에 따라 출생·사망 및 혼인·이혼 등을 신고하도록 하는 제도를 가지고 있다. 신고의무자가 신고시 신고자료는 신분의 등록사항(종래의 호적)을 보완하는데 사용되는데 그 신고서중 1부는 통계청에서 취합하고 있으며 이들 자료에 대한 분석을 바탕으로 통계청에서는 매년 동태통계 연보를 발간하고 있다. 그 중 사망원인통계자료는 매우 중요한 정보로 활용되고 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	악성신생물 112.7	뇌혈관질환 73.1	심장질환 35.6	운수사고 33.3	간질환 26.0
1999	악성신생물 114.2	뇌혈관질환 72.9	심장질환 38.9	운수사고 26.2	간질환 23.4
2001	악성신생물 122.9	뇌혈관질환 73.7	심장질환 33.9	당뇨병 23.8	간질환 22.2
2003	악성신생물 131.1	뇌혈관질환 75.3	심장질환 35.3	당뇨병 25.0	자살 22.6
2005	악성신생물 133.8	뇌혈관질환 64.1	심장질환 39.3	자살 24.7	당뇨병 24.2
2007	악성신생물 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 3위까지의 사망률을 살펴보면 가장 높은 사망률을 보인 사인은 악성신생물이고, 다음은 뇌혈관질환, 심장질환의 순으로 공히 나타났다. 4위부터는 그 사인이 연도별로 달라지는데 1999년까지는 운수사고가 그리고 2001년과 2003년은 당뇨병이 2005년과 2007년은 자살이 차지하였다. 5위는 1997년과 1999년, 2001년은 간질환이 2003년은 자살이 그리고 2005년과 2007년은 당뇨병이 차지하였다 <표 3-4-2> .

이처럼 5위까지의 순위를 보면 운수사고에 의한 사망은 점차 그 순위가 낮아져서 5위밖으로 밀려났으며 그 자리를 당뇨병이 차지하다가 자살이 4위로 부각되었다. 이는 운수사고는 그 사망률이 낮아졌으나 당뇨병은 사망률이 낮아진 것이 아니라 당뇨병의 사망률이 높아진 때문으로 판단된다. 이는 당뇨병은 예방가능한 질병이므로 자기관리의 노력이라고도 볼 수 있으나 자살율은 증가하고 있어 커다란 사회문제가 되고 있다. 순위는 낮아진 반면, 자살에 의한 사망순위가 높아졌다는 점이다. 자살예방을 위한 국가적, 사회적, 개인적 노력이 더욱 절실하다 하겠다.

그리고 사망순위 1위를 지속하고 있는 악성신생물은 점차 그 사망률이 높아지고 있어, 암퇴치를 위한 각종 사업이 절실하다. 이는 국민건강보험공단에서 실시하는 건강진단을 비롯한 각종 검진사업의 활성화와 국민들의 조기검진에 대한 인식변화를 유도할 정책이 필요하다. 반면 2위인 뇌혈관질환은 감소하는 한편 3위인 심장질환은 증가하고 있어 이에 대한 적절한 국가적 대책이 필요하다 하겠다.

이같은 우리나라 사람들의 사망원인분포의 수준을 평가하기 위하여는 외국의 자료와 비교하는 것이 바람직하다. 적절한 방법중의 하나는 OECD 가입국가와의 비교이다. OECD 가입국가들은 대체로 경제발전이 이루어진 나라들이기 때문에 매우 의미있는 일이다.

OECD에서는 각 회원국들로부터 매년 각종 통계를 요구하고 있는데 사망과 관련된 통계도 요구하고 있어 이렇게 수집된 통계를 바탕으로 OECD 회원국간의 비교가 용이하다. 이를 위하여 국가별 연령구조에 의한 차이를 제거하기 위해 산출하는 표준화 사망률은 적절한 비교방법이다.

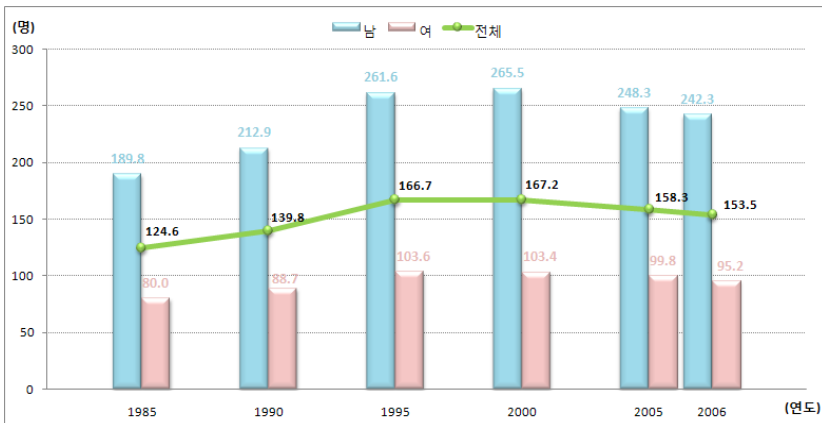
3. 전체 암의 연령표준화 사망률

암은 한국에서 뇌혈관질환 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 하나로써 중요하게 관리되어야 할 지표이다. 따라서 전체 암의 연령표준화 사망률을 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 사망률로 산출하여 국제간 비교를 시도하여 보았다.

2006년도 한국의 암의 연령표준화 사망률은 153.5명이며, 남자가 여자의 95.2명보다 147.1명이 많은 242.3명으로 남자에게 흔한 질병이다. 그러나 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.

암사망률은 2000년을 정점으로 하여 지속적으로 감소하고 있는데 이는 앞의 결과와는 배치된다. 그러나 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 (26)			
2008	160.5	209.0	126.3

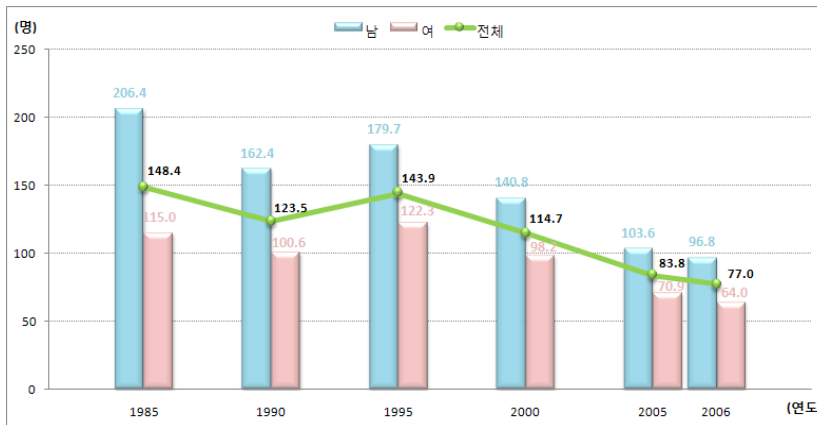
주: a) 최근 평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

4. 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률

뇌혈관질환은 한국에서 암 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 하나로써 중요하게 관리되어야 할 지표라 할 수 있다.

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



뇌혈관질환은 그 발생률이 감소하고는 있지만 아직도 사망원인중에서 2위를 유지하고 있는 질병으로서 보건학적으로 중요한 비중을 차지하고 있다. 한편 이 경우도 연령표준화사망률을 산출하여 국제간 비교를 시도하여 보았다. 단위는 여전히 인구 10만명당 사망률이다.

〈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 (26)			
2008	48.0	54.2	43.0

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2006), 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

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

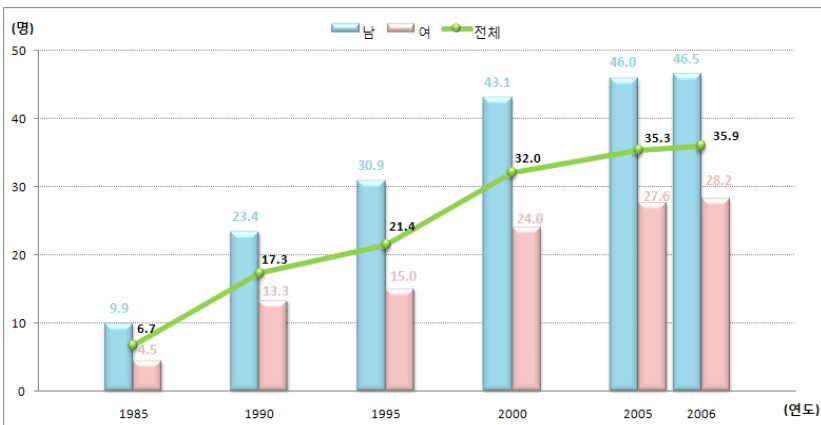
1995년을 정점으로 하여 2006년까지 지속적으로 감소하고 있으나, 우선 OECD 국가의 평균수준까지 낮추기 위하여 사전 예방을 위한 노력 등 국가 및 사회의 정책적 노력이 필요하다.

5. 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률

허혈성심장질환은 한국의 3대 사망원인 가운데 하나인 심장질환에 해당한다. 이는 3위이면서 그 사망률이 점차적으로 증가하고 있는 질병이다. 이를 역시 허혈성심장질환 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 연령표준화사망률로 살펴 보았다.

2006년도 현재의 한국의 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률은 35.9명이며, 남자가 여자보다 18.3명이 많은 46.5명으로 남자에게 자주 나타나는 질병이다. 1985년에 6.7명 수준이었으나 지속적으로 증가하고 있는 모습을 보이고 있다. 그러나 국제적으로 살펴 보면 한국을 포함한 OECD 18개 국가의 2004년부터 2006년도의 평균인 94.3명의 1/2 수준으로 한국인의 사망률은 아직 매우 낮은 편이다. 즉, OECD 국가에 비하여 한국인 남자는 0.36배, 여자는 0.42배로 매우 낮은 편이다. 그러나 경제수준이 높아지는 것과 관련하여 가파르게 증가하고 있는 사망률임을 감안할 때 대책을 마련하지 않으면 조만간 다른 나라의 수준으로 올라 올 수 있기 때문에 적절한 대책을 마련하여 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)} (26)			
2008	90.3	123.4	64.8

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2006), 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

6. 당뇨병 인한 사망률

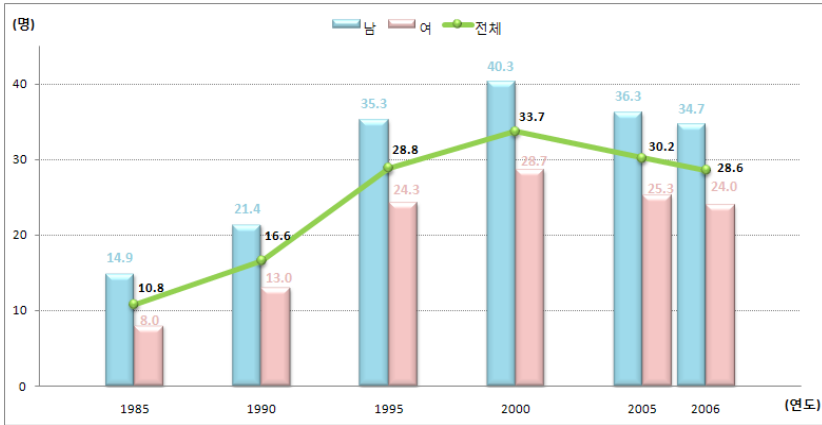
당뇨는 유전적인 원인과 환경의 변화로 점차 증가하는 추세에 있는 질환의 하나이다. 당뇨병 인한 사망은 1985년 인구 10만명당 10.8명이었으나 2000년에는 33.7명으로 증가하였다가 다시 감소하여 2006년에는 약간 낮아진 28.6명 수준을 보이고 있으나 여전히 전반적인 추세는 상승상태이다.

이를 남녀별로 구분하여 보면 남자에게서 당뇨병 인한 사망이 훨씬 높게 나타남을 볼 수 있다. 즉, 1985년에 남자는 14.9명이었으나 여자는 8.0명으로 6.9명의 차이를 보이며 높았고, 2000년에는 남자가 40.3명, 여자가 28.7명으로 11.6명의 여전히 높은 차이를 그리고 2006년에는 남자가 34.7명, 여자가 24.0명으로 10.7명의 차이를 보여 그 차이가 약간 감소하기는 하였으나 여전히 높다.

그러나 이를 OECD 회원국과 비교할 때 그 평균은 전체가 16.3명, 남자가 18.7명, 여자가 14.3명으로 우리나라 보다 훨씬 낮았다. 특히, 남자와 여자의 차이도 별로 보이지 않아 우리나라와는 다른 양상을 보여주고 있다.

특히, 남자와 특히 OECD 국가에서는 비교적 그리 높지 않은 당뇨병의 사망률이 우리나라에서 유독 높게 나타나는 것은 매우 유의할 사항이다.

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



<표 3-4-6> 당뇨병으로 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)} (26)			
2008	16.3	18.7	14.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2006), 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

7. 자살의 연령표준화 사망률

자살로 인한 사망률은 자살로 진단받은 사망자수를 인구수(10만 명당)로 나눈 수치이다. 자살률 역시 연령표준화사망률을 산출하여 비교하여 보았다. 자살은 의도적인 상해 (Intentional Injury) 로서 스스로 생명을 포기하는 것으로서 사회의 건전성을 평가하는 간접적 지표로 활용될 수 있어 중요한 보건지표이다.

자살의 경우 신고자들이 사인을 그대로 신고하기를 꺼리는 것중의 하나이기 때문에 소위 왜곡신고가 많이 발생하기도 한다. 그러나 자살의 경우는 수사기관이 확인하기 위하여 개입하도록 되어 있어 경찰서등에는 수사조서가 남아 있다. 이에 착안하여 통계청에서는 경찰의 협조를 받아 자살자들의 사인을 확인하여 정확한 사인을 구명하기 위하여 노력하고 있다. 이러한 과정을 거쳐서 통계수치를 발표하고 있기 때문에 가장 정확한 데이터에 접근한 사망률로 평가된다. 이에 따라 통계청에서는 차이를 배제하기 위한 것으로 국가간 비교시 필요로 한다.

자살은 비정상적인 사망이기 때문에 자살에 의한 사망률의 비율이 높다는 것은 사회적인 문제가 된다는 것을 의미한다. 자살의 원인은 여러 가지가 있을 수 있으나 그 제공 원인이 과도한 스트레스로서 본인이 이를 극복할 수 없을 때 일어나게 되어 정신보건과의 연관성을 빼놓을 수 없다. 따라서 자살의 동향을 살펴 보고 정책적으로 대처할 점이 무엇인지를 찾아 이를 감소시킬 수 있도록 하는 노력이 요구된다.

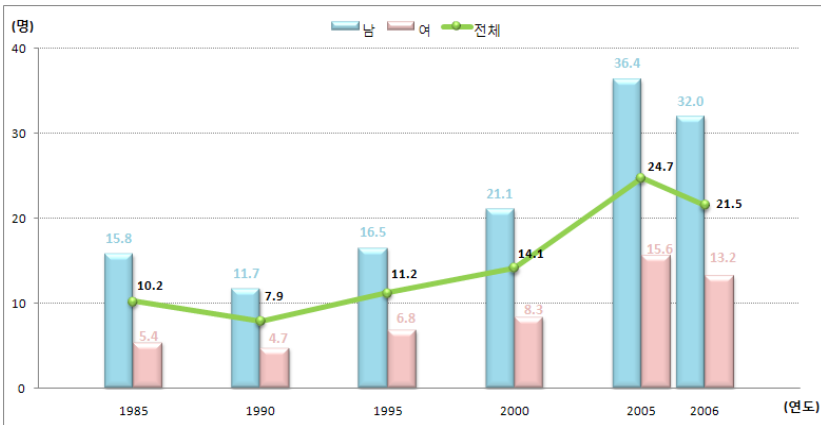
우리나라의 경우 자살에 의한 사망률은 전반적으로 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. 1985년에는 인구 10만명당 10.2명 수준에서 1990년에는 약간 감소하였으나 그 이후 점차 증가하여 2000년에는 14.1명 그리고 2005년에는 24.7에 이르렀다가 2006년에는 21.5명으로 잠시 주춤하고는 있으나 비교적 빠르게 증가하여 온 셈이다. 2008년 OECD 국가의 자살에 의한 사망률의 평균이 11.8명인 점과 비교한다면 우리나라의 자살에 의한 사망률이 매우 높다고 할 수 있을 것이다.

남녀별로 보면 남자가 훨씬 높은 경향이다. 1985년 15.8명이었던 것이 점차 증가하여 2005년도에는 36.4명까지 이르렀고 2006년에는 32.0명 수준으로 약간 낮아졌으나 여전히 사망률이 증가하는 것으로 나타나며 결국 2008년 OECD 평균치인 18.8명보다 매우 높은 수준을 나타내고 있으며, 여자의 경우는 1985년 5.4명에서 점차 증가하여 2005년에는 15.6명에 까지 이르렀다가 2006년에는 13.2명으로 낮아졌으나 OECD 평균 5.5명에 비하여 2.4배나 높이 나타나 우리나라의 자살률이 매우 높음을 알 수 있다.

이처럼 남녀로 볼 때도 OECD 국가들 보다 매우 높은 것으로 나타나 이에 대한 대책마련이 절실하다. 보건복지부에서는 자살의 예방을 위한 캠페인을 벌이고는 있으나 집중적인 대책이 필요한 시점이다.

그러나 무엇보다도 자살이 은밀하게 개인적으로 이루어지기 때문에 각종 스트레스를 이겨낼 수 있는 개인적인 육체적, 정신적 건강증진에 기여하는 각종 정책의 개발이 요청된다.

[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)} (26)			
2008	11.8	18.8	5.5

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2006), 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

8. 교통사고로 인한 사망률

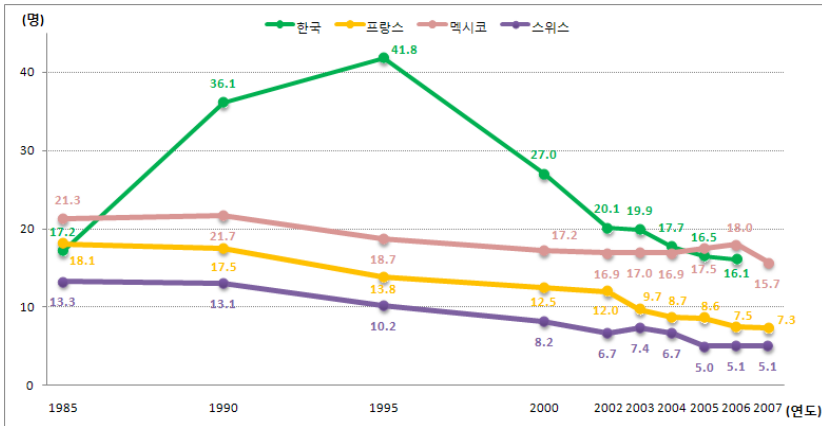
교통사고는 비의도적인 상해(Unintended Injury) 로서 갑작스런 외부의 충격에 의하여 생명을 잃어버리는 것으로서 일반 질병에 의한 사망과는 근본적으로 다른 것이다. 자살의 경우는 특히 그 원인이 의도적인 것에 비하여 이것은 비의도적인 것이기 때문에 그 특성이 다르다. 교통사고율이 높다는 것은 교통안전수칙 준수의 미흡 등 국민의 교통안전에 대한 의식수준이 낮다는 것을 의미하기도 한다. 따라서 자살이 사회의 비건전성의 지표라면 교통사고는 비의도적인 것으로서 사회의 안전성을 대표하는 지표가 된다.

교통사고에 의한 사망률은 교통사고로 인하여 사망에 이른 수를 인구 10만명당으로 나타낸 것이다. 국제적인 비교를 통하여 이 비율이 높은 것으로 나타다면 그것은 국민들의 안전의식이 뒤떨어지고 있음을 의미하므로 이를 낮추기 위해 보다 적극적인 계도활동과 함께 대책을 마련하여 사망률 저하에 노력하여야 할 것이다.

우리나라의 교통사고 사망률은 인구 10만명당 1985년 17.2명에서 1995

년에는 41.8명까지 크게 증가하였으나 그 이후 점차 감소하여 2005년에는 16.5명 수준으로 낮아졌다 [그림 3-4-8], <표 3-4-8>. 이는 매우 괄목할만한 현상으로서 이 시기에 일어난 안전띠 착용에 관한 국민적 캠페인 등에 힘입은 바에 크다고 보여진다. 1995년까지 증가하던 교통사고의 증가율은 당시 교통질서에 대한 국민적 관심을 불러 일으켰고 그 후 교통법규단속을 위시하여 범국민적인 교통질서캠페인등의 도움으로 교통사고율의 급격히 감소한 현상을 보여준 셈이다.

[그림 3-4-8] 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006



그러나 이를 OECD 회원국과 비교해 보면 멕시코를 제외하고는 가장 높은 수준으로서 교통사고는 일종의 민도의 수준으로 평가할 수 있기 때문에 국가적으로 바람직한 현상이라 할 수 없다. 일본의 경우는 우리나라보다 훨씬 낮은 5.5명 수준을 보이고 있으며, 스위스는 가장 낮아 우리나라의 1/3 수준인 5.1명에 불과하였다. 교통사고율의 감소를 위한 대책이 아직도 절실한 편이다.

〈표 3-4-8〉 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2006

(단위: 명)

	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006
한국	17.2	36.1	41.8	27.0	20.1	19.9	17.7	16.5	16.1
호주	19.5	14.4	10.9	10.2	9.3	8.4	7.9	-	7.1
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	7.5
일본	11.2	11.9	10.7	8.5	7.7	6.9	6.6	6.2	5.5
멕시코	21.3	21.7	18.7	17.2	16.9	17.0	16.9	17.5	18.0
스위스	13.3	13.1	10.2	8.2	6.7	7.4	6.7	5.0	5.1
미국	18.6	18.5	16.4	15.8	15.9	15.6	15.4	15.4	-

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

9. 사망의 외인

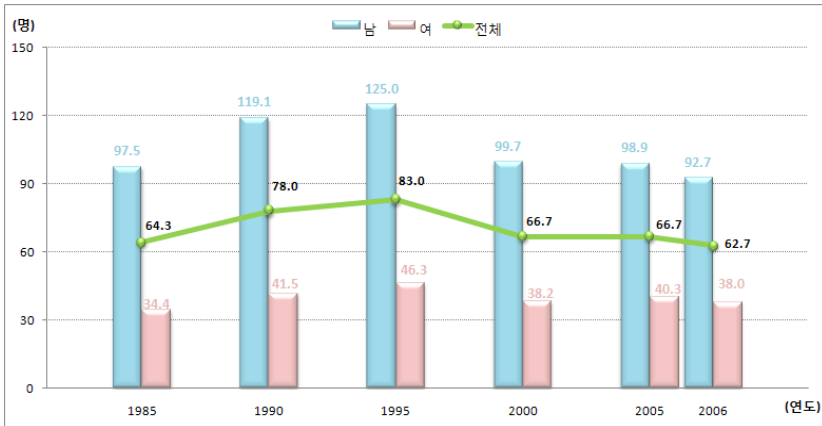
사망의 외인은 운수사고, 추락사고, 사고성 익수, 자살, 피살, 연기, 불 및 화염에의 노출 등, 일부 이미 언급한 통계지표들을 비롯하여 내부적인 원인이 아닌 의외의 외부적인 요인에 의하여 사망하게 되는 경우를 뜻한다.

사망의 외인 사망률은 1985년에는 인구 10만명당 64.3명에서 1995년까지 83.0명으로 증가하였으나 그 후 점차 감소하여 2006년에는 62.7명에 이르게 되었다. 이를 남녀별로 살펴보면 1985년에는 남자가 97.5명, 여자가 34.4명로서 남자가 월등히 높았으나 연도별 추세에 대해서는 남녀 모두 동일한 패턴을 보이고 있다. 1995년에는 남자가 125.0명, 여자가 46.3명으로 가장 높은 수준에 달하였으나 그 후 점차 낮아져 2006년에는 남자가 92.7명, 여자가 38.0명으로 1985년 수준으로 낮아졌다[그림 3-4-9], 〈표 3-4-9〉. 이 사망률의 추세는 교통사고 사망률과 그 추이를 같이 하고 있음을 알 수 있다. 즉, 교통사고 사망률은 전체 외인사의 근 1/3을 차지할 정도로 비중이 크기 때문에 교통사고 사망률의 저하가 가장 우선적으로 관심을 두어야 할 과제라 할 수 있다.

그러나 외인사망률의 경우도 OECD 회원국은 2008년에 40.8명으로 우리나라 보다는 여전히 낮았다. 남자가 61.2명, 여자가 22.1명으로 남자가

높은 현상은 우리나라와 비슷하였으나 우리나라 보다는 그 수준이 낮아 경제규모에 걸맞는 국가적인 위상설정을 위해서도 이러한 사망률의 감소는 절대적이다.

[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)} (26)			
2008	40.8	61.2	22.1

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 칠레, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2006), 덴마크(2006), 프랑스(2007), 독일(2006), 이탈리아(2007), 한국(2006), 룩셈부르크(2006), 멕시코(2007), 네덜란드(2007), 뉴질랜드(2006), 노르웨이(2007), 슬로바키아(2005), 스페인(2005), 스웨덴(2007), 스위스(2007), 영국(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

10. 유병률

국민의 건강정도를 파악해 볼 수 있는 지표는 지금까지 관찰한 사망률과 유병률이다. 사망률은 생명력이 상실되는 것이나 유병률은 생존기간동안의 건강수준을 반영하는 지표로서 사망률과는 다른 측면에서의 보건지표로서의 가치를 지닌다. 생존하는 동안에는 건강한 경우와 이환일 경우의 반복적인 현상을 누구나 겪게 되나 유병의 기간은 소위 기대수명중에 건강수명의 기간이 감소하는 것을 의미하는 것으로서 유병률의 수준의 평가는 매우 중요하다.

유병상태를 파악하기 위하여는 주로 설문조사를 통하여 평가하는 방법을 사용하고 있다. 그 구체적인 방법으로는 조사시점으로부터 지난 2주동안의 유병률을 파악하는 방법을 활용하고 있다. 이를 통한 조사결과 유병률이 높아졌다는 것은 국민의 건강이 좋지 않아졌다는 것을 의미하며, 낮아졌다면 국민의 건강이 좋아졌다는 것을 의미한다.

조사시점직전 2주간 병을 앓았던 경험이 있는 비율은 1989년 조사결과에 따르면 16.6%였으나 1999년에는 22.4%까지 높아졌고, 그 후 점차 감소하여 2008년에는 17.5%로 낮아진 현상을 보였다. 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 1999년에는 25.6%까지 높아졌으나 이후 점차 낮아져 2008년에는 20.0%를 나타내고 있다. 남자의 경우 이처럼 여자보다 유병률은 높으나 위와 같은 추세는 남녀 공히 유사한 형태를 보이고 있다. 1999년부터 유병률이 감소하게 된 원인은 파악되지 않고 있다. 1999년은 건강보험이 개보험제도로 바뀐지 10년이 되는 해이기도 하다. 대체로 건강보험이 개보험으로 변경된 이후 건강보험 이용자의 수는 증가하였는데 이에 따라 유병률도 증가하게 되었다. 그러나 점차 시일이 경과할수록 건강보험이용자는 안정화를 찾게 되는 것으로 가정한다면 이것이 한 10년정도 증가세를 유지하다가 1999년들어 감소세를 유지하게 되는 것

이 아닌가 추측된다.

이를 동부와 읍·면부로 구분하여 살펴보면 동부는 1989년 17.9%로서 읍·면부에 비교하여 높은 편이었고 그 이후 점차 증가하여 역시 1999년에는 22.0%까지 높아졌다가 이후 점차 감소하여 2008년에는 16.6%까지 감소하였다. 그러나 이러한 현상과는 반대로 읍·면부의 경우에는 1989년 동부보다 낮은 13.2%의 유병률을 보였으나 점차 높아져 1999년도까지 동부와 같이 증가하였는데 그 이후에도 점차 높아져 2003년에는 26.3%까지 높아지게 되었다. 그러나 그 이후 점차 감소하여 2008년에는 21.8%로 낮아지게 되어 한 4년 정도 이러한 패턴이 동부에 비하여 4년정도 늦게 나타났다. 그러나 1999년도 이후부터는 동부보다 높은 율이 지속되고 있다 <표 3-4-10> .

이와 같이 유병률은 1999년을 정점으로 점차 낮아지는 바람직한 현상을 보이고 있으며, 읍·면부의 유병률은 1999년부터 동부보다 높게 나타나고 있는 등 읍면부와 여자에게서 높은 유병률이 관찰되고 있는데 이는 농·어촌 인구의 고령화 등과 관련된 것이 아닌가 의심되기도 한다. 결과적으로 농·어촌의 유병률을 줄이기 위한 대책마련 및 방안 모색이 요구되고 있으며 여자의 유병률을 감소시키기 위한 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

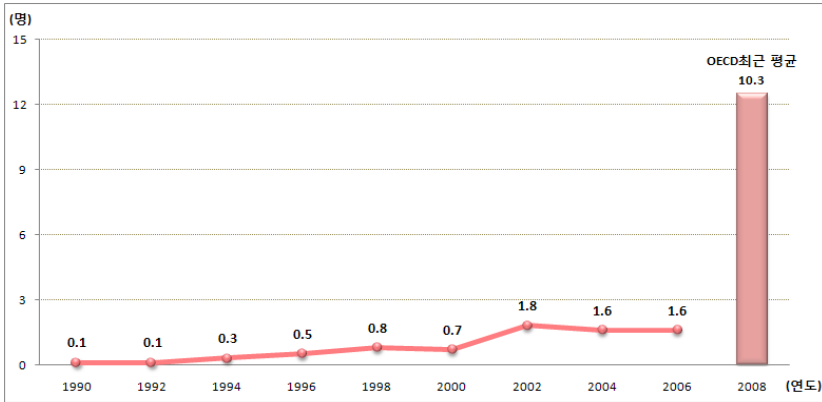
자료: 통계청, 『한국의 사회지표』, 2009.

11. 후천성 면역결핍증

후천성 면역결핍증은 20세기에 들어와서 발생한 전염성질환 중 가장 관심이 많은 질환의 하나이다. 1981년에 처음으로 소개된 이 질병은 현재까지 별 다른 치유방법이 없다는 데서 심각성을 찾아 볼 수 있다. 특히 에이즈라 불리는 이 병은 아프리카 지역에서 발생이 시작된 것으로 알려져 있으며 아프리카에서 높은 감염률을 보이고 있는 질환으로 주로 후진국에서 많은 사람이 후천성 면역결핍증으로 인하여 죽어가고 있으며 그 치유방법이나 예방을 위하여 노력하고 있는 질환의 하나이나 우리나라에서의 후천성 면역결핍증 감염률은 매우 낮다. [그림 3-4-11]에 의하면 OECD 국가들의 평균 감염인구는 12.5명 (인구100,000당) 이나 우리나라의 유병률은 1.6명으로서 매우 낮은 편이다.

그러나 유병률은 점차 증가추세를 보이고 있다. 유병인구는 인구 100만 명당 1990년 0.1명에 불과했으나 1998년에는 0.8로 8배 증가한셈이나 그 후 다시 증가하여 2002년에는 1.8명까지 증가하였고 그 후 약간 감소세를 보여 2006년에는 1.6명까지 감소하였다. 꾸준한 증가세를 보이다가 최근 들어 주춤해진 편이다. 더 이상의 확산이 없도록 특별관리가 중요하다. 현재 정부에서는 감염자에 대한 특별 관리를 하고 있으나 공식통계보다는 실제의 감염자 수가 훨씬 더 많다는 실정에서 관리정책의 강화가 요구된다.

[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: 건)

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 ^{a)} (29)			
2008	12.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 멕시코 제외. 호주(2007), 덴마크(2007), 한국(2006), 미국(2007).

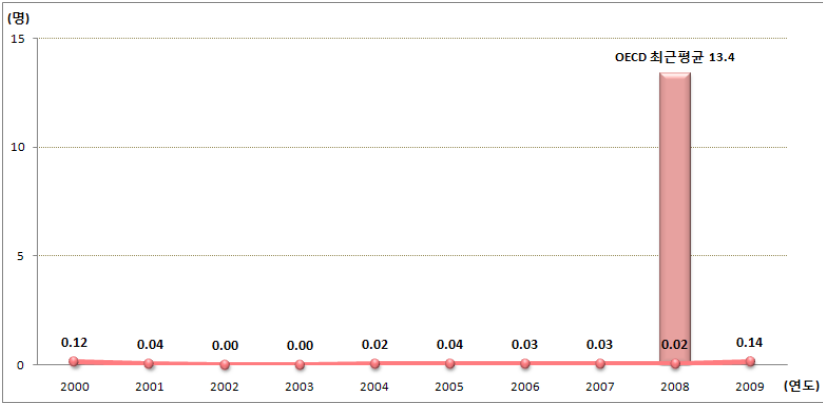
자료: 질병관리본부, 전염병웹통계

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

12. 백일해 발생건수

일반적으로 예방접종의 보편화로 인하여 소아들의 전염병 이환건수는 많이 줄어들었으나 아직도 일부 감염자가 발생하고 있다. 백일해는 제2군법 정전염병이며 소아감염병으로서 관심을 갖게 하는 전염성질환의 하나이다. 우리나라의 백일해 발생건수는 2000년 인구 10만명당 0.1명을 나타내고 있으며, 이 이후는 발생건수가 별로 없는 것으로 나타나고 있다. OECD 회원국의 평균은 2008년에 13.4명으로 우리나라 보다는 높게 나타나고 있다.

[그림 3-4-12] 백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009



<표 3-4-12> 백일해 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009

(단위: 건)

연도	백일해	연도	백일해
2000	0.12	2005	0.04
2001	0.04	2006	0.03
2002	0.00	2007	0.03
2003	0.00	2008	0.02
2004	0.02	2009	0.14
OECD 최근평균 ^{a)} (29)			
2008	13.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 프랑스, 독일 제외. 오스트리아(2008), 호주(2008), 벨기에(2008), 캐나다(2008), 체코(2008), 덴마크(2008), 핀란드(2008), 그리스(2008), 헝가리(2008), 아이슬란드(2008), 이스라엘(2008), 이탈리아(2008), 일본(2008), 룩셈부르크(2007), 멕시코(2005), 네덜란드(2008), 뉴질랜드(2008), 노르웨이(2008), 폴란드(2005), 포르투갈(2006), 슬로베니아(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2008), 터키(2008), 영국(2008), 미국(2007)

자료: 질병관리본부, 전염병웹통계
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

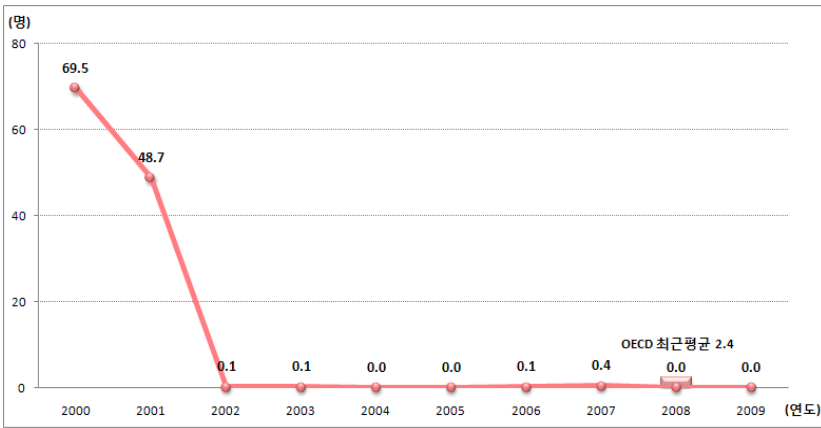
13. 홍역 발생건수

홍역 역시 제2군 법정전염병으로서 예방접종관리대상이다. 전염성이 강한 질환으로 이의 예방을 위하여 예방약이 개발되어 있다. 현재 홍역의 발생건수는 그리 많지 않지만 2000년에 69.5명으로 대유행이 일어났었으나

그 후 급격히 감소하여 2002년에는 0.1명까지 감소하였다. 그 후 약간의 증가세를 보여 2007년에는 0.4명으로 약간 높아지기도 했으나 현재는 거의 발견되지 않는 것으로 알려져 있다.

OECD 회원국과 비교해 보면 2008년 OECD 회원국의 평균은 인구 10만명당 2.4명으로 우리나라 보다는 오히려 매우 높다.

[그림 3-4-13] 홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009



〈표 3-4-13〉 홍역 발생건수(인구 100,000명당): 2000~2009

(단위: 명)

연도	홍역	연도	홍역
2000	69.5	2005	0.0
2001	48.7	2006	0.1
2002	0.1	2007	0.4
2003	0.1	2008	0.0
2004	0.0	2009	0.0
OECD 최근평균 ^{a)} (31)			
2008	2.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레(2007), 룩셈부르크(2007), 멕시코(2005), 폴란드(2005), 포르투갈(2006), 미국(2007).

자료: 질병관리본부, 전염병웹통계

OECD, OECD Health Data 2010, 2010

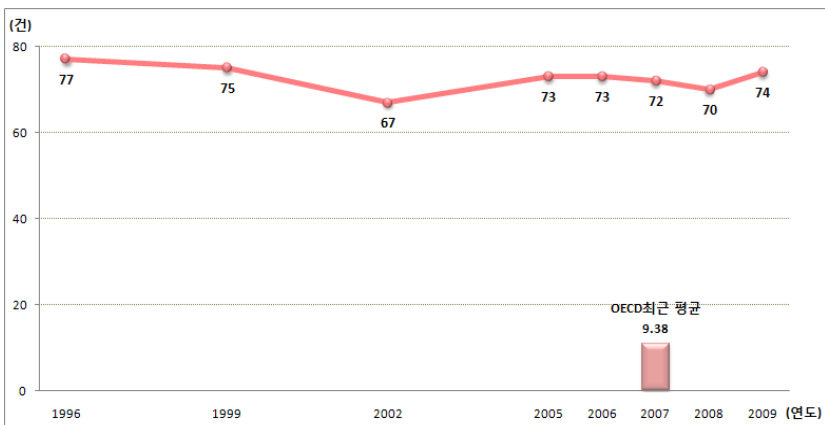
14. 결핵신환자 발생건수

결핵은 우리나라에서 3군전염병으로 분류되어 있다. 과거부터 결핵의 예방을 위해 상당한 노력을 기울여 왔다. 그 결과 점차 결핵 신환자가 감소하고 있는데 즉, 1996년 인구 10만명당 77명이던 결핵신환자 발생건수는 점차 감소하여 2005년에는 73명으로 까지 낮아졌다.

그러나 우리나라의 결핵감염률은 매우 높은 편이어서 OECD 평균 11명(2007년)에 비하면 일곱배 이상 높은 것으로 집계되고 있다. 결핵관리를 위해서는 국가차원은 물론 민간차원에서도 많은 노력을 기울여 왔으나 아직도 감염률이 매우 높아 문제점을 제기하고 있다. 신환자 발생의 예방을 위한 노력이 더욱 강화되고 있다.

우리나라는 경제사회의 발전과 국민 의식수준의 향상으로 결핵에 대한 관심이 높아지고 있으나 아직까지는 선진국보다 매우 높아 대외적인 이미지가 많이 흐려진 셈이다. 특히 외국에 장기간 방문하고자 하는 경우 결핵의 유병자는 입국이 거부되는 상태이고 한국은 관리대상국가로 등록되어 있는 실정이기도 하다.

[그림 3-4-14] 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2009



〈표 3-4-14〉 결핵신환자 발생건수(인구 100,000명당): 1996~2009

(단위: 건)

연도	결핵	연도	결핵
1996	77	2006	73
1999	75	2007	72
2002	67	2008	70
2005	73	2009	74
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: 질병관리본부, 전염병웹통계
 OECD, OECD Health Data 2009, 2009.

15. 당뇨병 유병률

당뇨병은 인슐린의 분비량이 충분하지 않거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 등의 대사질환의 일종이다. 혈중 포도당 농도가 높아지는 고혈당이 특징적인 증상이며 이로 인하여 여러 증상 및 징후를 일으키고 급기야는 높아진 포도당이 뇨중에 배출되는 질환이다.

당뇨병의 원인은 가족력과 같은 유전적 요인과 비만이나 과음, 흡연, 스트레스, 운동부족, 고지방 및 고열량식사 등 환경적 요인에 의해 발병하는 것으로 알려지고 있다. 특히 우리나라는 급격한 사회발전과 경제수준의 증가에 따라 유병률이 높아지고 있어 그 원인은 영양의 과다섭취, 과도한 스트레스 증가 등이 많이 발생하는 데 그 원인이 있는 것으로 연구되고 있어 점차 발병위험이 커지고 있다.

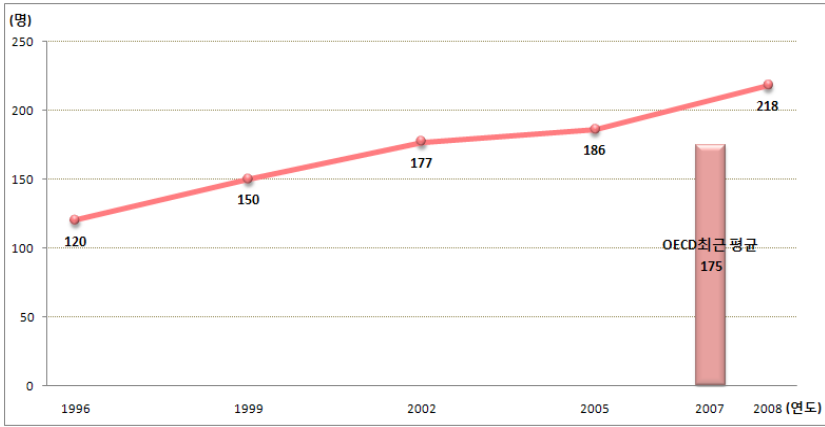
당뇨병은 갑작스런 죽음을 유발하는 것이 아니고 서서히 진전되는 것으로 건강한 생활에 많은 부작용을 가져 오며 동시에 많은 합병증을 유발하고 있어 국가차원에서의 예방대책은 물론 개인적인 차원에서도 그 건강관리가 무척 중요하다.

당뇨병은 앞에서 설명한 사망률과 같이 최근 우리나라에서 급격하게 증

가하는 질병이다. 비록 사망률은 2000년 이후 감소되고는 있으나 유병률은 연속적으로 증가하고 있는 질병이다. 우리나라의 당뇨병 유병률은 1996년 인구 10만명당 120명이었으나 점차 높아져 1999년에는 150명으로 그리고 2008년에는 218명으로 까지 높아진 것으로 나타나고 있다. 이처럼 유병률이 증가함에도 불구하고 사망률이 낮아지게 된 것은 의료기술의 발달과 무관하지 않다. 한편 사망률의 감소에도 불구하고 유병률이 증가하고 있는 이유는 무엇일까? 이것은 적어도 두 가지 측면에서 고려하여야 할 것이다. 첫째, 실제로 유병환자수의 증가하고 있다는 것이다. 생활수준의 향상에 따른 당뇨병환자들의 증가경향이다. 올바르게 못한 건강생활에 따라 당뇨병환자들이 여전히 연속적으로 증가하고 있다는 점이다. 두 번째는 당뇨병환자수는 연속적으로 증가하고 있지 않다는 점이다. 당뇨병은 이환기간이 매우 긴 만성질환이다. 따라서 당뇨병환자들이 사망할 가능성은 낮아지게 되면서 사망으로 환자대열에서 이탈하던 숫자가 환자군에 그냥 남아 있게 되어 결국 유병환자수를 증가하는 요인이 된다는 것이다. 이는 발생률의 관찰로 그 해석이 가능하나 발생률에 관한 정보가 마련되어 있지 않아 판단하기가 어렵다.

OECD 평균 당뇨병 유병률은 인구 10만 명당 175명(2007년)으로 우리나라보다 약간 낮은 것으로 나타나고 있다. 이는 생활수준이 높아진 국가에서 흔히 발견되는 질병이라는 점을 확인시켜주는 지표이기도하다. 그러나 당뇨병은 건강생활의 실천을 통하여 충분히 예방 가능한 질병이기 때문에 유병률의 감소는 가능하다고 판단된다. 한편 당뇨병은 다른 질병에 비해 합병증 발생 위험이 높아 국민의 건강수준을 떨어뜨릴 수 있는 가능성이 높기 때문에 예방대책의 마련이 요구된다.

[그림 3-4-15] 당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2008



<표 3-4-15> 당뇨병 유병률(인구 100,000명당): 1996~2008

(단위: 명)

연도	당뇨병	연도	당뇨병
1996	120	2005	186
1999	150	2008	218
2002	177		
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 2010, 2010.

16. 고혈압 유병률

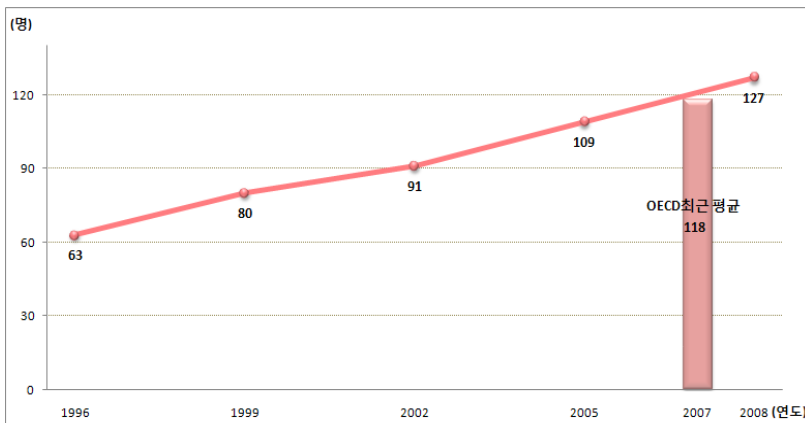
고혈압은 당뇨병의 경우와 매우 동일한 특성을 갖는 질병이다. 그러나 고혈압은 만성질환의 하나이라고 볼 수 있으나 엄밀한 의미에서 질병이라기 보다는 증상에 가깝다. 고혈압은 혈압이 정상범위를 넘어 높게 유지되는 상태를 의미하기 때문이다. 일반적으로 세계보건기구 등의 기준에 의하면 수축기 140 mmHg, 확장기 90 mmHg 이상일 때 고혈압으로 분류하는 것

이지 그 고혈압 자체가 질병이라고 하기는 어렵다. 고혈압을 조용한 살인자(silent killer) 라고 부를 정도로 특별한 증상을 제시하지는 않으나 다양한 2차성 증상을 발생하게 하며 궁극적으로는 사망에 이르게도 한다. 즉, 고혈압상태가 장기간 유지되거나 과도하게 높으면 뇌졸중이나, 허혈성 심질환, 기타신장장애까지 일으켜 질병으로 이전되며 극단적인 경우는 죽음에 이르게 한다.

90% 정도의 고혈압은 일차성 고혈압(본태성고혈압) 으로 알려져 있고 나머지 10%는 이차성 고혈압으로 분류된다. 그 원인은 확실히 알려져 있지는 않으나 복합적인 원인에 의하여 발생한다고 믿고 있는데 개인의 건강 생활을 통하여 예방할 수 있는 요인은 비만예방, 운동, 금연, 염분섭취기피, 절주, 스트레스 없는 생활 등이 고혈압을 예방하는 요인들로 알려져 있다. 즉, 사회경제수준의 향상에 따른 생활수준의 향상등이 고혈압 유병률을 높이고 있다.

우리나라의 고혈압 유병률은 인구 10만명당 1996년 63명에서 1999년에는 80명으로 그리고 2002년에는 91명으로 증가하였고, 2008년에는 127명으로 증가하는 등 고혈압 유병률은 매년 완만하게 증가하여 오고 있다.

[그림 3-4-16] 고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2008



〈표 3-4-16〉 고혈압 유병률(인구 100,000명당): 1996~2008

(단위: 명)

연도	고혈압	연도	고혈압
1996	63	2005	109
1999	80	2008	127
2002	91		
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 2010, 2010

OECD 회원국의 고혈압 유병률의 평균은 2007년 인구 10만명당 118명으로 우리나라 보다는 높게 나타나고 있으나 그 차이는 그리 크지 않다. OECD 회원국의 대부분이 선진국에 속하고 우리나라보다 높은 비만을 보이고 있는 국가들을 감안한다면 우리나라의 고혈압 유병률도 향후 이들 수준에 이를 것임을 쉽게 예측할 수 있기 때문에 고혈압 예방을 위한 건강생활의 실천을 적극적으로 홍보할 필요성이 높다.

17. 암 발생률

사망률의 경우와 동일하게 암의 이환율도 점차 증가하고 있다. 물론 고혈압이나 당뇨병같이 단일질병으로 분류한다면 각종 암의 종류에 따라 분류할 수 있으나 신체 각 장기에서 발생하는 모든 암들을 총체적으로 암발생률로 통합하여 지표를 산출하기 때문에 암의 유병률이 높다고도 볼 수 있으나 전체적인 암발생률은 높아지고 있는 경향인 것은 확실하다. 암 역시 사회경제수준의 향상에 따른 생활수준의 향상과 더불어 나타나는 질병이다. 환경의 오염 등으로 인한 악화, 스트레스의 증가, 식생활의 서구화 등이 다양하게 작용하여 궁극적으로 암발생률을 높이고 있는 것으로 보인다.

우리나라의 암발생률을 살펴보면 2002년 인구 10만명당 220.5명이었으나 2008년에는 262.4명으로 증가하였다. 남녀별로 구분하여 살펴보면 2002년에 남자는 285.7명으로 여자 155.3명 보다 130.4명이 높았으며,

2008년에는 남자가 309.4명으로 여자 234.4명 보다 75.0명이 높아 그 차가 줄어들었다.

[그림 3-4-17] 암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008



OECD 회원국의 발생률과 비교해 보면 2008년 OECD 회원국의 평균은 인구 10만명당 260.9명으로 나타나 우리나라와 비슷한 수준인 것으로 나타났다. 암은 다른 질환에 비하여 생존율이 낮은 질환의 하나이기 때문에 조기진단과 그 치료를 통하여 생존확률을 높일 수 있는 질병이기 때문에 치료보다는 예방이나 조기발견을 위한 건강검진의 활성화가 크게 요구된다.

<표 3-4-17> 암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008

(단위: 명)

연도	전체	남자	여자
2002	220.5	285.7	155.3
2008	262.4	309.4	234.4
OECD 최근평균 ^{a)} (31)			
2008	260.9	301.0	232.2

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음.
 자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

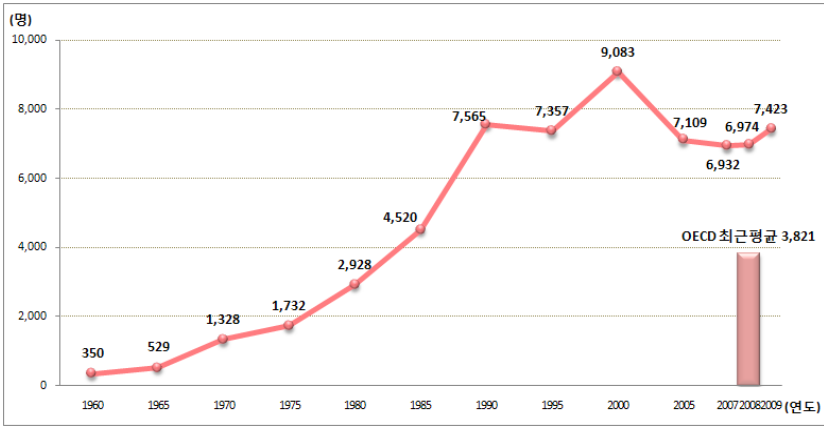
18. 도로교통사고 상해

최근 자동차보유율이 높아지면서 교통사고의 발생률도 크게 증가하고 있다. 한편 우리나라에서는 보행자들의 비율도 높아 차량의 사고로 인한 교통사고도 많으나 보행자와 관련한 교통사고도 많다. 이러한 다양한 형태의 교통사고율은 점차 증가하고 있다. 결국 도로교통사고는 무엇보다 부주의에 따른 사고에 의한 상해가 많은 부문을 차지하고 있다.

우리나라의 도로교통사고는 발생률로 비교하는 접근법이 타당하다. 따라서 상해 건수를 중심으로 살펴보면 인구 100만명당 1960년 350건에 불과하던 것이 1980년에는 2,928건으로 8배 이상 증가하였고 2000년에는 9,083건으로 최고조에 달해 30배까지 증가하였다. 그러나 그 후 감소세로 돌아섰으나 2009년에는 전년도에 비해 증가한 것으로 나타났다. 최근 들어 도로교통사고 상해가 감소한 것은 교통사고 사망률의 감소와 무관하지 않다. 교통사고사망률과 함께 비교해 본다면 사망률은 2000년을 기점으로 감소하였던 것을 보면 사망률과 사고율은 2000년을 기점으로 동시에 감소한 것으로 나타나고 있다. 이 시기에 경찰의 교통단속과 도로교통개선, 질서유지 캠페인 등 그동안 여러 가지 꾸준한 노력의 결과라고 보여 진다. 그러나 OECD 회원국과 비교하면 아직 매우 높은 수준에 있기 때문에 이의 감소를 위한 지속적인 노력이 필요하다.

2008년 OECD 회원국의 평균 도로교통 상해건수는 인구 100만명당 3,821명으로 우리나라보다는 매우 낮다. 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): 1960~2009



<표 3-4-18> 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2009

(단위: 건)

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
1990	7,565	2009	7,423
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2008	3,821		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 멕시코 제외. 호주(2006), 벨기에(2007), 캐나다(2006), 노르웨이(2005), 슬로바키아(2006).

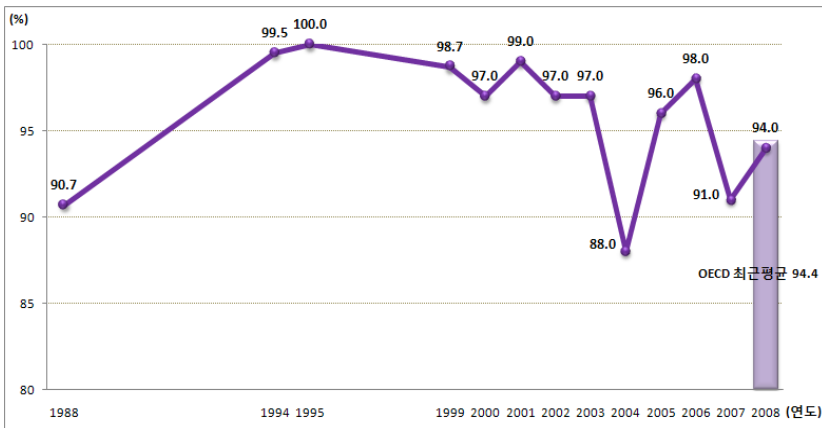
자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

제5절 건강의식행태

1. 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률

질병예방을 위하여는 개인의 노력도 중요하지만 건강을 유지하기 위한 개인적인 건강생활이 매우 중요하다. 따라서 예방접종을 적절한 시기에 시행하는 것이 중요하다. 특히 그 대상자가 어린이인 경우에는 부모의 노력이 중요시 된다. 현재 우리나라에서는 출생시부터 적절한 예방접종을 실시하기를 권유하고 있는데 그 중의 대표적인 것이 디프테리아, 파상풍, 백일해는 통상 D.T.P.라고 하여 가장 기본적으로 어린이들에게 흔한 질병에 대한 예방접종의 시행이다.

[그림 3-5-1] 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2008



우리나라에서 이들 질환에 대한 예방접종률은 1988년 이후 90%이상으로 매우 높은 예방접종률을 나타내고 있다. 그러나 연도별 수치를 보면 기복이 심하여 2004년도의 갑작스런 감소, 또다시 2007년도의 감소에 대해서는 뚜렷하게 그 이유를 제시하기는 힘들다. 아마 통계보고수치의 비밀관성에 문제가 있지 않을까 의문시된다. 예방접종은 보건소에서 저소득층을

대상으로 무상접종하기도 하나 많은 어린이이 등이 개인의원 등을 통하여 접종하기 때문에 통계수집상 미신고된 부분이 많아 발생한 현상으로 판단된다. 전체적으로 소아들의 예방접종률은 매우 높은 편이다.

〈표 3-5-1〉 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2008

(단위: %)

연도	D.T.P. 예방접종률	연도	D.T.P. 예방접종률
1988	90.7	2003	97.0
1994	99.5	2004	88.0
1995	100.0	2005	96.0
1999	98.7	2006	98.0
2000	97.0	2007	91.0
2001	99.0	2008	94.0
2002	97.0		
OECD 최근 평균 ^{a)} (30)			
2008	94.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다 제외. 덴마크(2007), 독일(2007), 그리스(2006), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 폴란드(2007).

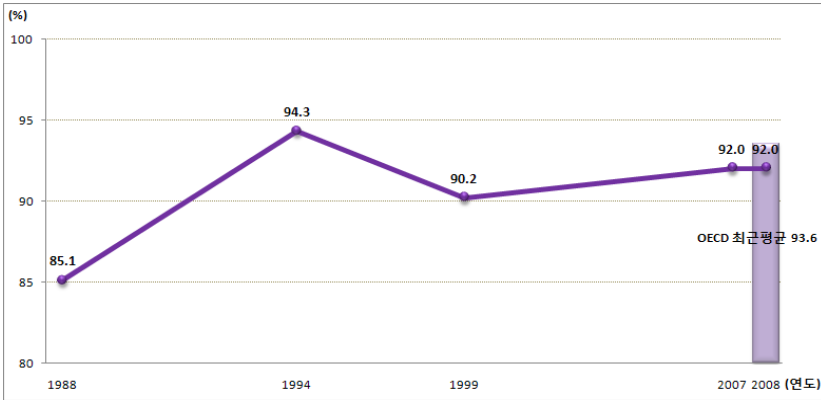
자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

2. 홍역 어린이 예방접종률

홍역도 어린이들이 반드시 예방접종을 필요로 하는 질환이다. 우리나라의 홍역에 대한 예방접종률은 1988년 85.1% 수준이었으나 1994년에는 94.3%로 높아졌고, 1999년에는 90.2% 그리고 2008년에는 92.0%의 수준을 보이고 있는 등 약간의 변화를 보이고 있으나 대체적으로 비교적 높은 예방접종률을 나타내고 있다.

OECD 회원국의 평균의 접종률 역시 92.5%로서 우리나라와 비슷한 수준을 보이고 있다.

[그림 3-5-2] 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2008



〈표 3-5-2〉 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2008

(단위: %)

연도	홍역 예방접종률	연도	홍역 예방접종률
1988	85.1	2007	92.0
1994	94.3	2008	92.0
1999	90.2		
OECD 최근 평균 ^a (31)			
2008	93.6		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다(2006), 덴마크(2007), 독일(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 폴란드(2007).

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 출산력 및 가족보건실태조사보고서」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

3. 노령인구 인플루엔자 예방접종률

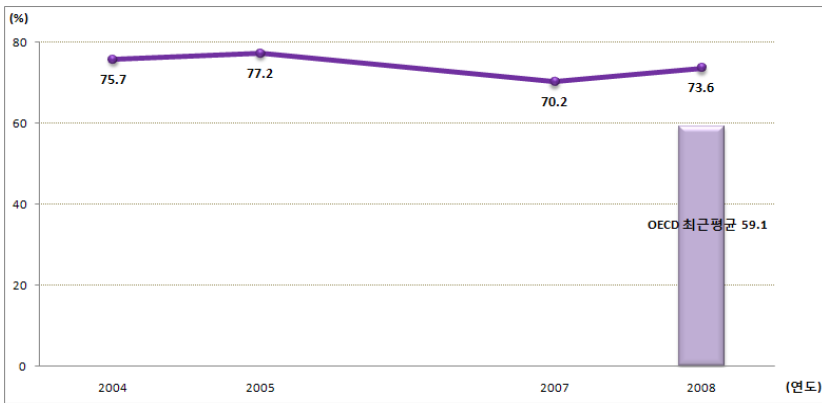
최근 노령인구의 급격한 증가로 노인인구의 건강수준의 유지가 매우 중요하게 대두되고 있다. 노령인구는 신체적으로 허약해 지는 경우가 많기 때문에 각종 질환에 쉽게 노출될 위험이 있다. 따라서 예방가능한 질환에 대해서는 예방접종을 철저히 실시하는 것이 가장 좋은 건강대책이다.

노인의 건강을 위협하는 가장 보편적인 질환중의 하나가 인플루엔자이다. 이를 위하여서는 예방백신이 개발되어 있어 노인인구에 집중하고 있다. 특

히 저소득층에게는 무상으로 중산층과 고소득층은 개인적인 부담으로 예방접종을 실시하고 있다.

인플루엔자 예방접종률은 2008년 통계에 따르면 73.6% 수준으로 OECD 회원국의 평균 59.8%보다는 높게 나타나고 있다. OECD 회원국의 평균수준 보다 높다고는 하지만 급격히 노령사회로 진행하고 있는 우리나라에서는 이러한 노인인구를 대상으로 하는 보건문제에 대해서 각별한 관심과 대책이 요구된다. 예방 가능한 질병에 대해서 예방접종을 철저히하여 인플루엔자에 감염되지 않도록 하는 것이 중요하다.

[그림 3-5-3] 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008



<표 3-5-3> 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008

(단위: %)

연도	인플루엔자 예방 접종률	연도	인플루엔자 예방 접종률
2004	75.7	2007	70.2
2005	77.2	2008	73.6
OECD 최근 평균 ^{a)} (24)			
2008	59.1		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 그리스, 아이슬란드, 노르웨이, 폴란드, 터키 제외. 호주(2006), 오스트리아(2006), 독일(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2007), 네덜란드(2007), 포르투갈(2006), 스웨덴(2007), 스위스(2007).

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」

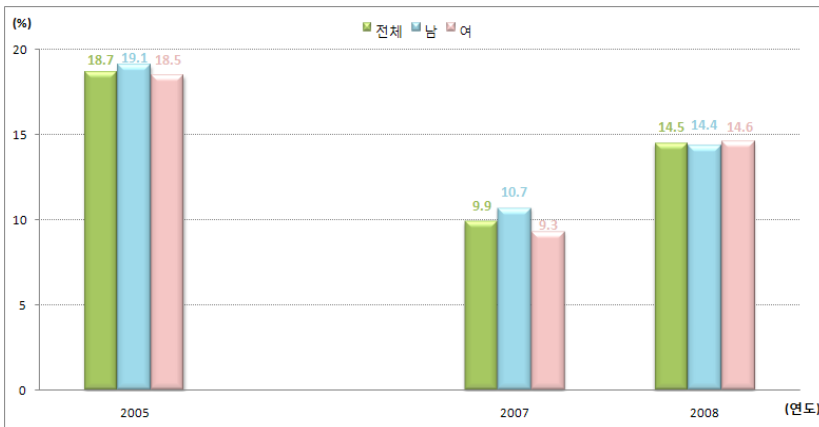
OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

4. 중등도 신체활동 실천율

현대사회에서의 가장 큰 문제는 운동실천율이다. 현대생활자체가 실내 활동을 중심으로 하고 있고 교통수단의 발달로 운동의 기회가 점점 줄어들고 있다. 운동의 실천율이 높아지면 정상혈압의 유지, 비만관리 등 각종 성인질환의 예방이 가능해 지기 때문에 적극 권장되나 운동시설과 장소 등의 불비로 그렇게 하지 못하는 사례가 흔하다.

19세 이상 인구의 운동실천율을 연령표준화를 통하여 2005년과 2008년의 변화를 살펴보면 2005년 18.7%에서 2007년에는 9.9% 그리고 2008년에는 14.5%로 증가하였으나 2005년 보다는 낮았다. 이를 다시 남녀로 구분하여 살펴보면 남자의 경우는 2005년에는 19.1%에서 2008년에는 14.4%로, 여자의 경우는 18.5%에서 14.6%로 낮아져 이의 원인을 보다 면밀히 분석하여 대안을 찾아야 할 것이다.

[그림 3-5-4] 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008



운동을 장려하기 위해서는 각종 시설의 확충과 여건이 마련되어야 한다. 최근 지방자치단체에서는 자전거도로의 확충을 통한 자전거타기 운동, 걷기를 위한 제주도의 올레길 등을 표방한 각종 산책길 조성 및 마라톤, 걷기 대회 등 각종 운동관련 행사를 전개하여 기대되는 바 크다.

〈표 3-5-4〉 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008

(단위: %)

	2005			2007			2008		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	18.7	19.1	18.5	9.9	10.7	9.3	14.5	14.4	14.6
19세 이상	18.7	19.1	18.3	9.9	10.6	9.3	14.6	14.6	14.7
19~29세	15.8	17.0	14.5	10.8	13.8	7.8	13.4	16.3	10.2
30~39세	19.0	18.4	19.6	7.5	9.6	5.3	13.6	13.1	14.2
40~49세	21.3	19.2	23.4	10.3	7.9	12.7	14.6	12.6	16.6
50~59세	21.8	22.0	21.5	12.9	11.5	14.3	18.4	18.4	18.5
60~69세	19.9	21.7	18.3	12.0	12.2	11.7	16.7	15.5	17.7
70 +	11.2	17.6	7.5	5.5	9.3	3.2	10.3	9.6	10.7

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, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008))』

5. 격렬한 신체활동 실천율

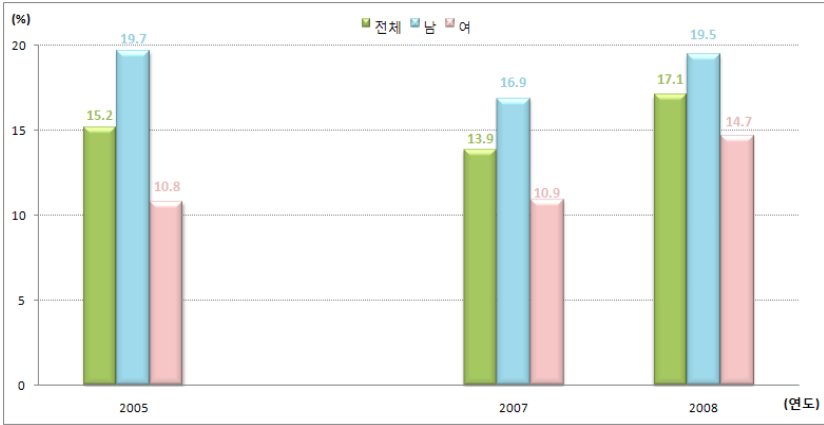
일반적으로 신체활동은 건강유지에 필수적인 항목으로 제시되어 있다. 이러한 내용에 대하여 19세 이상 인구의 격렬한 신체활동 실천율을 연령을 표준화하여 2005년에서 2008년의 변화를 살펴보면 2005년 15.2%에서 2008년에는 17.1%로 높아졌다. 이를 남녀로 구분하여 살펴보면 남자의 경우는 2005년에는 19.7%에서 2008년에는 19.5%로 변화가 없었던 반면, 여자의 경우는 10.8%에서 14.7%로 높아져 여자의 운동에 대한 관심이 높아진 것으로 나타나고 있다.

격렬한 신체활동 실천율이 높아지는 것은 건강관리를 위해 그 만큼 노력하고 있는 것으로 판단되기 때문에 매우 바람직한 현상으로 받아들여 질수 있다.

그러나 신체활동의 정의에 따라서도 결과가 달라질 수 있다. 신체활동을 측정하기 위하여 설문지에 제시된 문항을 보면 지역사회건강조사의 경우 ‘최근 1주일 동안 평소보다 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 격렬한 신체활

등을 10분 이상 했던 날은 며칠입니까?’ 하고 묻고 있는 등 조사에 따라 다양한 방법으로 질문을 하고 있다.

[그림 3-5-5] 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008



<표 3-5-5> 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2008

(단위: %)

	2005			2007			2008		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	15.2	19.7	10.8	13.9	16.9	10.9	17.1	19.5	14.7
19세 이상	15.2	20.0	10.6	13.8	16.9	10.8	17.0	19.6	14.5
19~29세	14.2	18.2	9.8	15.7	20.6	10.5	18.2	22.8	13.3
30~39세	15.7	20.7	10.3	12.2	16.1	8.2	17.7	20.0	15.4
40~49세	19.6	23.9	15.0	17.9	18.9	16.9	17.8	18.2	17.5
50~59세	17.8	22.8	12.7	13.1	13.0	13.3	19.9	22.6	17.3
60~69세	11.5	15.4	8.1	12.4	18.2	7.3	13.9	15.6	12.4
70 +	4.2	7.5	2.3	5.1	7.9	3.3	8.1	10.9	6.4

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 비율

2) * 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008))』

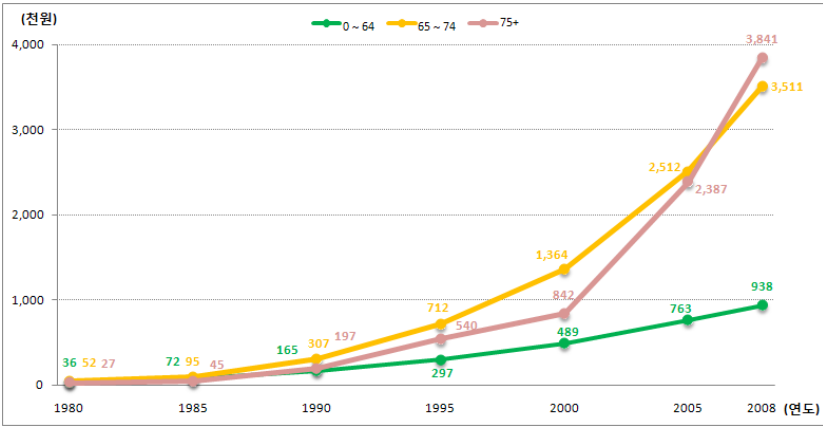
제6절 보건비용

1. 연령별 의료비

의료비는 연령에 따라 많은 차이를 보인다. 이는 건강이나 질환 발생이 연령에 따라 차이를 보이기 때문이다. 국민 1인당 의료비는 1980년 3만 6천원에서 1990년 17만원으로 그리고 2000년 54만 4천원, 2008년 121만 5천원으로 증가하여 최근에 이룰수록 크게 증가하고 있다. 이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자는 1980년 3만5천원에서 1990년 16만 2천원으로 그리고 2000년에는 50만3천원, 2008년에는 112만2천원으로 증가하였으며, 여자의 경우에는 1980년 3만8천원, 1990년 17만8천원 그리고 2000년 58만6천원, 2008년 131만원으로 증가하여 여자의 의료비가 남자보다 많았고, 여자나 남자보다 1980년에는 9.2%, 2000년에는 16.4% 더 많아 여자의 증가폭이 남자보다 큰 것으로 나타났다.

연령별 의료비를 살펴보면 0~64세의 경우 1980년 3만6천원에서 1990년에는 16만5천원으로 그리고 2000년 48만 9천원, 2008년에는 93만8천원으로 증가하였으며, 65세 이상인 경우에는 1980년 4만5천원, 1990년 27만2천원 그리고 2000년 115만 2천원, 2008년에는 362만7천원으로 증가하여 1980년 대비 2008년에 0~64세는 26.0배, 65세 이상은 80.8배가 증가하여 노년층의 의료비가 크게 증가한 것으로 나타났다. 이는 노령인구비율의 증가, 기대수명의 연장에 따른 노년층의 만성질환 유병률의 증가, 의료기관 접근성의 증가 등으로 노년층의 의료비가 크게 증가하고 있는 것으로 판단된다.

[그림 3-6-1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2008



<표 3-6-1> 연령별 1인당 의료비: 1980~2008

(단위: 원)

구분	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
전체	36,360	72,063	170,055	318,127	544,088	917,583	1,215,484
남	34,783	69,982	161,680	303,683	503,212	843,404	1,121,583
여	37,966	75,196	178,536	332,777	585,534	992,517	1,310,259
0~64	36,021	71,725	164,551	296,868	489,426	762,616	938,002
남 0~64	34,092	67,867	154,877	282,304	442,502	708,186	882,457
여 0~64	38,025	75,738	174,621	312,135	529,863	819,966	996,628
65+	44,914	79,643	272,056	657,725	1,151,976	2,470,974	3,626,889
남 65+	58,487	102,738	333,411	774,451	1,443,293	2,594,973	3,755,460
여 65+	36,804	65,634	235,335	588,797	1,061,847	2,389,328	3,539,323
65~74	51,734	94,560	306,837	712,459	1,363,819	2,512,337	3,510,668
남 65~74	61,954	111,824	356,212	797,337	1,416,371	2,525,390	3,579,361
여 65~74	44,761	82,528	273,007	656,389	1,327,031	2,502,401	3,456,096
75+	27,278	44,905	197,044	539,690	842,129	2,386,725	3,841,318
남 75+	46,053	73,801	267,862	711,933	1,495,712	2,783,243	4,183,844
여 75+	19,522	32,503	165,964	460,835	731,513	2,195,494	3,668,158

자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
OECD HEALTH DATA 2010, 2010

2. GDP 대비 국민의료비

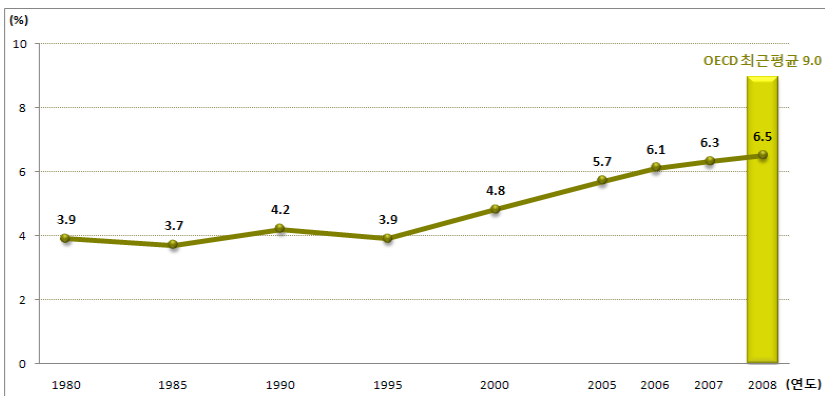
국민의료비의 규모를 측정하는 지표로 GDP 대비 국민의료비를 알아본다. 지출수준의 측정에서 가장 많이 이용되는 것이 GDP 대비 정도를 알아보는 것이다.

GDP는 국가의 경제수준을 나타내는 지표로 매우 중요한 지표이다. 이에 대한 상대적인 값을 산출해 봄으로서 국제적으로 객관적인 수치를 산출할 수 있기 때문이다.

국민의료비는 국민이나 정부가 국민건강을 유지하기 위해 지출한 비용이다. 국민의료비는 보편적으로 경제수준이 높아질수록 증가하는 경향이 있으며, GDP 대비 비율도 높아지는 경향이 있다. 이는 경제가 발전할수록 건강에 대한 관심이 높아지고 이용할 수 있는 의료시설의 확대와 의료기술의 향상은 의료이용을 용이하게 하지만 이용 비용도 증가하게 된다.

우리나라의 국민의료비는 지속적으로 증가하여 왔으며, GDP 대비비율도 지속적으로 증가하여 왔다. 즉, 1980년에는 GDP 대비 3.9% 정도였으나 점차 증가하여 1990년에는 4.2%로, 2000년에는 4.8%로 증가하였으며, 2008년에는 6.5%로 높아졌다.

[그림 3-6-2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2008



〈표 3-6-2〉 국민의료비(GDP 대비): 1980~2008

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	3.9	2005	5.7
1985	3.7	2006	6.1
1990	4.2	2007	6.3
1995	3.9	2008	6.5
2000	4.8		
OECD 최근평균 ^a (31)			
2008	9.0		

주: a) 최근 평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2007), 덴마크(2007), 그리스(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2007).
 자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
 OECD, OECD Health Data 2010, 2010

이와 같이 GDP 대비 국민의료비는 우리나라의 경제사회 발전과 함께 그리고 GDP의 증가와 함께 꾸준히 증가하여 왔으며, 이와 같은 현상은 다른 선진국에서도 같은 양상으로 나타나고 있다.

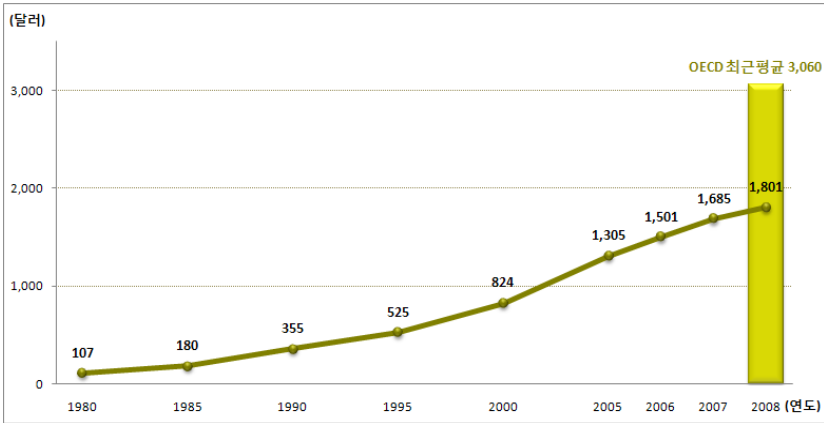
3. 국민 1인당 보건의료비 지출

국민 1인당 의료비의 지출정도를 보기 위해 국민의료비를 전체인구수로 나눈 값인 국민 1인당 국민의료비를 산출한다. 이 값은 정부나 기업 그리고 가계에서 지출된 의료비를 국민 1인당으로 계산한 값이다.

국민 1인당 보건의료비는 경제사회가 발전할수록 높아지는 경향이 있다. 경제가 발전할수록 의료수준의 발전과 의료기반 시설의 확충에 따른 의료이용이 용이하고 건강에 대한 관심 증대로 자기 건강 유지를 위해 의료기관을 찾는 경우가 늘어나기 때문이며, 정부에서도 예방과 국민건강 증진을 위해 점차 예산을 증액하여 집행하게 되기 때문이다.

우리나라 국민 1인당 의료비는 1980년 107달러에서 1990년에는 355달러로 증가하였으며, 2000년에는 824달러로 그리고 2008년에는 1,801달러로 증가하였다. 2008년의 국민 1인당 의료비는 1980년의 16.8배에 이르는 금액이다.

[그림 3-6-3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2008



<표 3-6-3> 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2008

(단위: 달러)

연도	전체	연도	전체
1980	107	2005	1,305
1985	180	2006	1,501
1990	355	2007	1,685
1995	525	2008	1,801
2000	824		
OECD 최근평균 ^{a)} (31)			
2008	3,060		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2007), 덴마크(2007), 그리스(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2007).

자료: 보건복지부, 『국민의료비 및 국민보건계정』
OECD, OECD Health Data 2010, 2010

4. 국민의료비 중 공공지출 비율

국민의료비 중 공공지출 비율은 전체 국민의료비 가운데 공공부문에서 부담한 비율을 나타내는 지표이다. 이 비율이 높으면 가계나 기업 등 민간 부문보다 공공부문에서 의료분야에 지출이 많았음을 의미하는 것이다.

이 비중은 국가의 의료제도에 상당한 영향을 받고 있다. 따라서 국가간

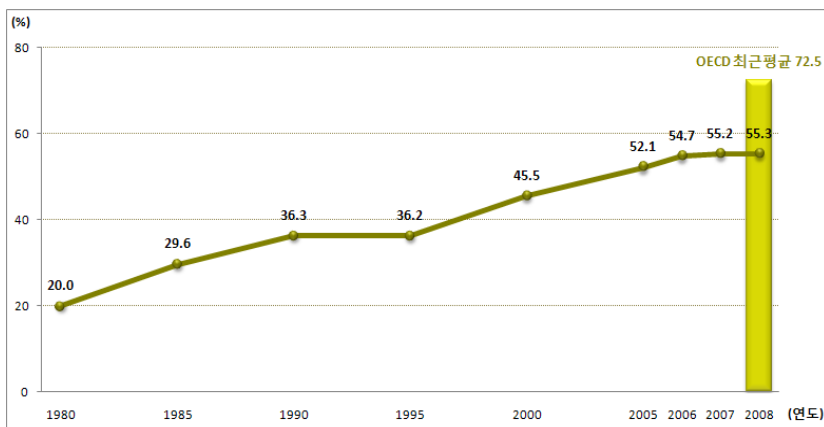
비교에 있어서는 비교에 유의하여야 한다. 즉, 사회주의 국가와 같이 국가에서 대부분의 의료비를 부담하는 체제인 경우 국민의료비의 많은 부분이 공공부문의 비율 지출로 나타나기 때문에 상대적으로 민간에 의존한 국가보다 높게 나타나게 된다. 따라서 국가 간 비교에서는 의료비 부담 체제가 어떻게 되어 있는가를 보고 비교하는 것이 바람직할 것이다.

우리나라에서 국민의료비 중 공공지출 비율은 1980년 20.0%였으나 1990년에는 36.3%로 증가하였으며, 2000년에는 45.5% 그리고 2008년에는 55.3%로 꾸준히 증가하여 왔다. 2008년의 공공지출 비율은 1980년에 비하여 35.3% 포인트가 증가한 것이다.

이와 같은 큰 폭의 증가 원인은 우선 국민건강보험제도의 도입에 따른 원인과 정부에서의 보건의료에 대한 관심 증대 등의 영향에 따른 결과이다. 그리고 건강보험에서 점차 보험 적용대상을 확대해온 것도 공공부문의 비율이 증가한 원인이 되고 있다.

그러나 OECD 국가의 평균은 72.5%로 우리나라 보다 훨씬 높은 것으로 나타나고 있다. 물론 이는 사회제도적인 측면까지 고려하여야 하겠지만 공공부문의 비율이 낮다는 것은 그 만큼 가계의 부담이 크다는 것을 의미하기 때문에 이 부문의 비율을 높이는 방안을 마련하여 추진하여야 할 것이다.

[그림 3-6-4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2008



〈표 3-6-4〉 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2008

(단위: %)

연도	공공지출 비율	연도	공공지출 비율
1980	20.0	2005	52.1
1985	29.6	2006	54.7
1990	36.3	2007	55.2
1995	36.2	2008	55.3
2000	45.5		
OECD 최근평균 ^{a)} (30)			
2008	72.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 네덜란드 제외. 호주(2007), 덴마크(2007), 그리스(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2007).
 자료: 보건복지부, 『국민의료비 및 국민보건계정』
 OECD, OECD Health Data 2010, 2010

5. 국민의료비 중 가계지출비율

국민의료비 중 가계지출비율은 전체 의료비 중에서 가계의 부담이 어느 정도인지를 알아보는 지표이다. 이 비율이 크다는 것은 질환 발생시 가계에서 부담하는 비율이 매우 크다는 것을 의미하는 것으로 대부분의 국가에서는 가능한 가계 부담을 경감시키는 방향에서 정책을 추진하고 있다.

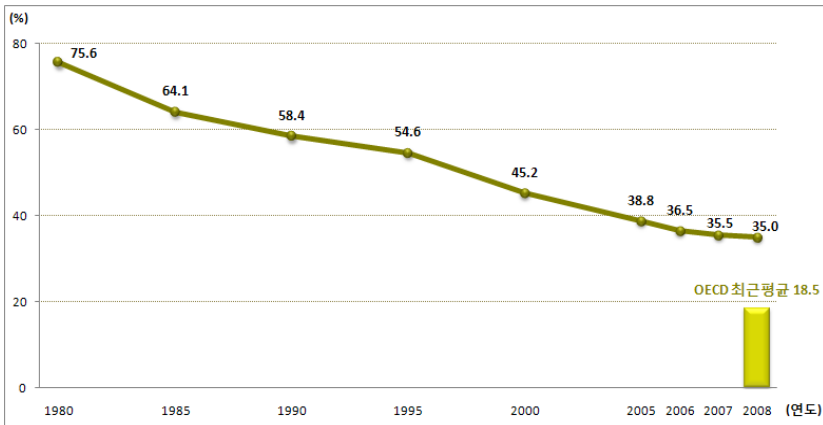
국민의료비는 크게 공공부문과 민간부문으로 구분되며, 민간부문에서는 가계지출이 가장 큰 부분을 차지하기 때문에 공공부문과 가계부담은 서로 역의 관계를 가지고 있다. 즉, 공공부문의 비율이 높아지면 가계부담의 비율이 낮아지고 공공부문의 비율이 낮아지면 가계부담의 비율이 높아진다.

가계지출 비율의 변화를 살펴보면 1980년에는 75.6%로 매우 높은 수준이었으나 1990년에는 58.4%로 낮아지고, 2000년에는 45.2%로 그리고 2008년에는 35.0%로 지속적으로 낮아졌다. 이는 건강보험의 도입과 보장성의 강화 등으로 건강보험에서 부담하는 비율을 확대 증가시켜왔기 때문으로 판단된다.

가계부담 비율은 의료의 시스템에 따라 달리할 수 있지만 OECD 2008

년의 평균 18.5% 보다 높아 OECD의 다른 국가에 비해 의료비 지출에 있어 가계부담의 비중이 높다고 할 수 있다.

[그림 3-6-5] 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2008



<표 3-6-5> 국민의료비 중 가계지출비율: 1980~2008

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	75.6	2005	38.8
1985	64.1	2006	36.5
1990	58.4	2007	35.5
1995	54.6	2008	35.0
2000	45.2		
OECD 최근평균 ^{a)} (29)			
2008	18.5		

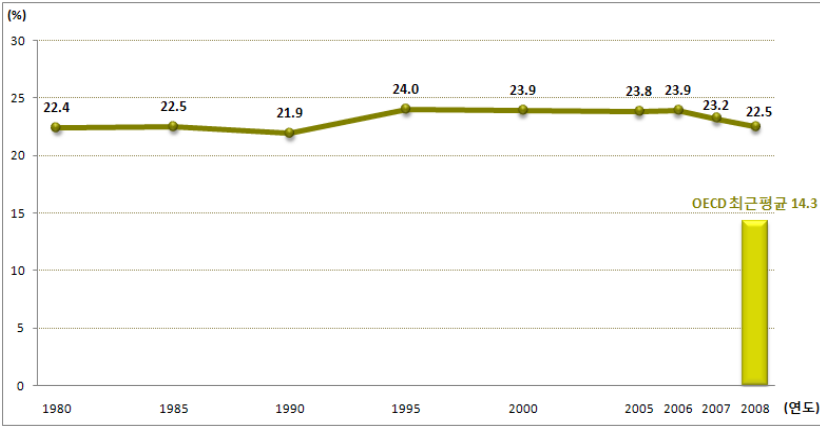
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스 계의 호주(2007), 덴마크(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2006), 포르투갈(2006), 터키(2007).
 자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
 OECD, OECD Health Data 2010, 2010

6. 국민의료비 중 의약품지출비율

국민의료비 중 의약품지출비율은 전체 국민의료비 지출 가운데 의약품 사용에 따른 비중을 알아보는 것으로 이 부분의 비율이 높다는 것은 여러

가지 요인이 있을 수 있으나, 의약품 소모가 많거나 의약품 가격이 비싸거나 하는 등의 요인이 작용하기 때문으로 볼 수 있으나 이의 정확한 분석을 통한 대책 수립이 요구된다.

[그림 3-6-6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2008



<표 3-6-6> 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2008

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	22.4	2005	23.8
1985	22.5	2006	23.9
1990	21.9	2007	23.2
1995	24.0	2008	22.5
2000	23.9		
OECD 최근평균 ^{a)} (20)			
2008	14.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 멕시코, 네덜란드, 포르투갈, 슬로바키아, 터키, 영국 제외. 호주(2007), 덴마크(2007), 일본(2007), 룩셈부르크(2005), 스위스(2007).

자료: 보건복지부, 『국민의료비 및 국민보건계정』
OECD, OECD Health Data 2010, 2010.

우리나라에서 의약품지출이 국민의료비에서 차지하는 비율은 그 율에 큰 변화가 없었다. 즉, 1980년 22.4%이던 의약품 지출비율은 1990년에는

21.9%로 그리고 2000년에는 23.9%, 2008년에는 22.5%로 그 변화가 크게 나타나지 않고 있다.

이와 같은 수준은 OECD 회원국과 비교 했을때 결코 낮은 수준이 아닌 것으로 나타났다. 즉, 2008년 OECD 회원국의 평균은 14.3%로 우리나라에 비해 훨씬 낮은 것으로 나타나 그 원인을 규명해 볼 필요성이 있다.

제7절 보건외의 비의료 결정요인

1. 과체중과 비만인구비율

세계보건기구(WHO)가 '전 세계에 퍼지고 있는 무서운 유행병'으로 규정할 만큼 비만 인구는 급속히 늘고 있다. 비만은 심혈관질환의 중요 위험인자이며, 당뇨병, 암, 불임 등의 직·간접적인 원인이 된다고 알려져 있다. 비만보다 좀 약한 단계로 알고 있는 과체중도 건강에 좋지 않기는 마찬가지이다. 비만으로 인한 사망자와 사회·경제적 비용이 급증하면서, 비만은 개인의 문제인 동시에 우선적으로 해결해야 될 국가적 과제가 되었다.

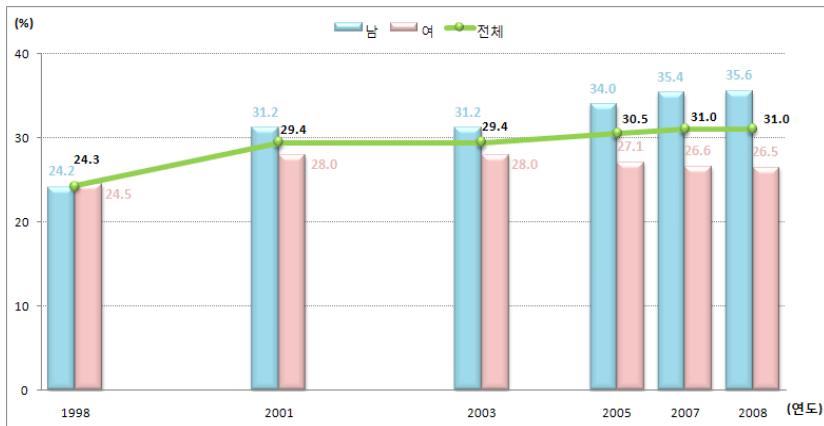
우리나라도 과체중 및 비만 문제를 2008년 만성질환관리사업 중 하나로 정하였으며, 목표는 ①체질량지수 25이상인 성인 비만 인구 비율 현 수준으로 유지(2010년 $\leq 30\%$), ②청소년 비만 인구 비율을 현 수준으로 유지(2010년 전체 9.5%/남 12.0%/여 6.8%), ③소아비만 인구 비율을 현 수준으로 유지(2010년 $\leq 10\%$), ④복부비만인 성인 인구 비율을 현 수준으로 유지(2010년 남 $\leq 25\%$ /여 $\leq 40\%$)하는 것이다.

비만은 체내에 지방이 필요 이상으로 과도하게 쌓인 상태로 정의하며, 이를 측정하는 가장 보편적인 방법은 체중(kg)을 신장(m)의 제곱으로 나눈 값인 체질량지수(BMI: Body Mass Index)이다. WHO가 제정한 국제기준은 $25 \leq \text{BMI} < 30$ 이면 과체중, $\text{BMI} \geq 30$ 이면 비만이지만, WHO의 아시아-태평양지역의 진단기준은 $23 \leq \text{BMI} < 25$ 이면 과체중, $\text{BMI} \geq 25$ 이면 비만이다.

한국인 전체의 과체중 및 비만인구의 비율은 1998년에 24.3%(남자 24.2%, 여자 24.5%)에서 2008년은 31.0%(남자 35.6%, 여자 26.5%)로 증가하였고, 특히 남자의 과체중 및 비만인구의 비율이 24.2%에서 35.6%로 크게 증가하였다. 이는 2008년도 OECD국가의 평균인 54.8%(남자 59.8%, 여자 50.0%)에 비하여 낮은 수준이지만, 국가의 신체 특성을 고려하면 결코 낮은 수치가 아니다.

비만에 대한 예방과 치료를 위해서 먼저 비만에 대한 올바른 인식이 필요하며, 사회, 국가적 장치 마련이 요구된다. 또한 비만은 예방이 무엇보다 중요하므로 성인이 되기 전 소아·청소년기에 비만해지지 않도록 식생활 개선 및 신체활동 증가를 생활화시키는 전략들이 요구되어진다.

[그림 3-7-1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 1998~2008



〈표 3-7-1〉 과체중 및 비만인구비율(15세 이상): 1998~2008

(단위: %)

연도	전체	남	여
1998	24.3	24.2	24.5
2001	29.4	31.2	28.0
2003	29.4	31.2	28.0
2005	30.5	34.0	27.1
2007	31.0	35.4	26.6
2008	31.0	35.6	26.5
OECD 최근 평균 ^a (12)			
2008	54.8	59.8	50.0

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 오스트리아, 벨기에, 칠레, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 이탈리아, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키 제외. 호주(2007), 체코(2005), 아일랜드(2007), 룩셈부르크(2007), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010
보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사보고서

2. 흡연인구비율

흡연은 어느 질병보다 더 큰 사망과 장애의 원인이며, 간접흡연인 경우도 흡연자와 동일하게 폐암을 비롯하여 많은 질환의 발생을 증가시킨다.

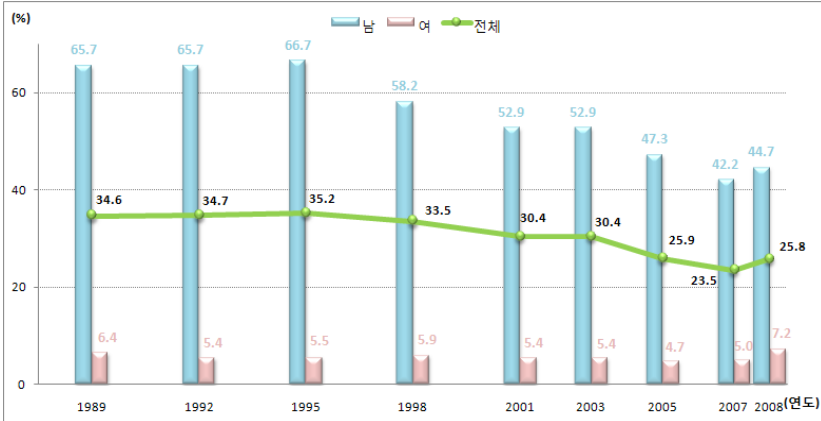
한국인의 15세 이상 성인 100명 중 흡연인구비율은 1989년에 전체 34.6%(남자 65.7%, 여자 6.4%)이었으나, 국가차원의 강력한 금연정책으로 2008년에는 전체 25.8%(남자 44.7%, 여자 7.2%)로 감소하였으며, 특히 남자가 21.0% 포인트 감소한 것으로 나타났다.

OECD국가의 평균은 23.3%(남자 27.3%, 여자 18.3%)이며, 전체평균은 한국인이 약 2.5% 포인트 정도가 더 높은 것으로 나타났으나, 남자와 여자의 흡연인구는 큰 차이를 보이고 있다. 즉, 한국인 남자의 흡연인구비율은 OECD국가 남자보다 17.4% 포인트나 많으며, 여자는 11.1% 포인트 낮은 것으로 나타났다.

미국 식품의약국(FDA)에서 흡연 퇴치를 위해 2012년부터 담뱃갑과 담배 광고에 흡연의 폐해를 부각하는 경고문구와 경고 사진을 게재해야 하는 법안이 채택되었다. 우리나라도 일반적인 금연정책을 실시하는 것도 중요하

지만, 특히 간접흡연의 더 큰 위험에 있는 여성과 청소년층을 보호하기 위한 차별적인 정책 추진이 필요하다고 여겨진다.

[그림 3-7-2] 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2008



<표 3-7-2> 흡연인구비율(15세 이상): 1989~2008

(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
2003	30.4	52.9	5.4
2005	25.9	47.3	4.7
2007	23.5	42.2	5.0
2008	25.8	44.7	7.2
OECD 최근 평균 ^a (26)			
2008	23.3	27.3	18.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레(남, 여), 헝가리, 멕시코, 폴란드, 슬로바키아(남, 여) 제외. 호주(2007), 오스트리아(2006), 칠레(2005), 독일(2005), 아일랜드(2007), 뉴질랜드(2007), 포르투갈(2006), 슬로바키아(2006), 스페인(2006), 스웨덴(2006), 스위스(2007).

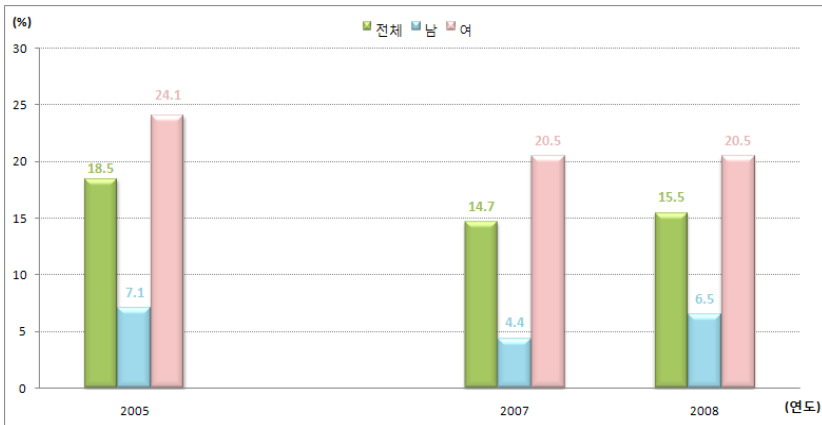
자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010
보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사보고서

3. 간접흡연노출률

간접흡연은 직접흡연을 했을 때와 동일하게 각종 질병발생과 사망위험을 증가시킨다. 특히 어린이와 태아는 어른에 비해 그 피해 정도가 심각하다. 세계보건기구 금연운동본부는 2004년부터 세계 192개국의 자료를 분석한 결과 간접흡연으로 매년 60여만 명이 숨진다고 보고했다. 특히 여성의 간접흡연 노출 피해가 컸으며, 매년 28만1천명의 여성들이 간접흡연으로 사망하고 있으며, 간접흡연 노출 위험은 여성이 남성보다 50% 이상 높은 것으로 나타났다.

우리나라 경우를 보면, 2008년도 만 19세 이상 인구의 가정실내 간접흡연 노출률은 전체 15.5%(남자 6.5%, 여자 20.5%)였으며, 남자는 20대에서 가장 높았고, 여자는 20대에서 50대까지 전 연령에서 대체로 높았다.

[그림 3-7-3] 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2008



〈표 3-7-3〉 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2008

(단위: %)

	2005			2007			2008		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	18.5	7.1	24.1	14.7	4.4	20.5	15.5	6.5	20.5
19~29세	24.0	19.7	26.2	17.9	10.4	22.3	19.2	17.1	20.4
30~39세	19.2	3.3	26.2	17.3	1.9	24.5	14.4	5.1	19.1
40~49세	17.9	1.8	25.8	12.0	0.0	18.7	15.7	1.1	23.9
50~59세	17.8	5.2	24.8	14.0	4.9	20.4	14.7	2.4	22.1
60~69세	11.6	3.6	16.0	13.0	4.0	18.6	12.9	5.3	17.7
70 +	12.4	5.1	15.7	8.9	7.0	9.9	12.1	3.7	16.1

주: 1) 가정실내 간접흡연노출률: 현재 비흡연자(과거흡연자 포함) 중 가정의 실내에서 다른 사람이 피우는 담배 연기를 맡은 분율.

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

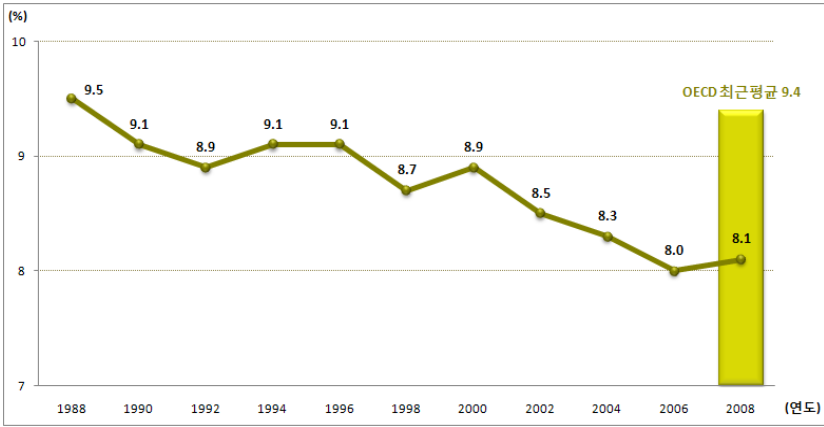
4. 주류소비량(1인당)

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

2008년 15세 이상 국민의 1인당 순 알코올 소비량은 8.1ℓ로 OECD 국가의 평균 주류소비량 9.4ℓ보다 낮은 수치이며, 1988년에 9.5ℓ에서 1998년에 8.7ℓ, 2008년 8.1ℓ로 지속적으로 감소하여 왔다.

이는 최근 건강에 관한 관심증대와 여성들의 사회진출로 인해 저 알코올 성 음주문화가 확산되고, 와인이나 막걸리 소비 등 주류소비량 및 주류산업의 변화에 기인한 것으로 보인다.

[그림 3-7-4] 주류소비량(15세 이상): 1988~2008



<표 3-7-4> 주류소비량(15세 이상): 1988~2008

(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	2008	8.1
1998	8.7		
OECD 최근 평균 ^a (24)			
2008	9.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 그리스, 이탈리아, 룩셈부르크, 포르투갈, 스페인 제외. 호주(2007), 프랑스(2007), 헝가리(2007), 네덜란드(2007), 스웨덴(2007), 미국(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2010, 2010

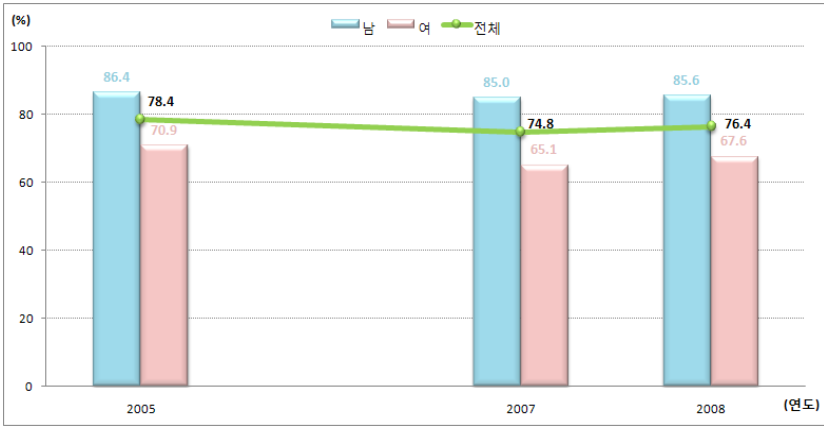
국세청, 국세통계연보

관세청, 무역통계연보

5. 음주인구 비율

2008년도 만 19세 이상 인구의 연간 음주 비율을 살펴보면 남자 85.6%, 여자 67.6%였으며, 연령별로는 남자는 20대와 30대, 여자는 20대에서 높았으며, 이후 연령이 높을수록 감소하는 경향이 보였다.

[그림 3-7-5] 연간음주율(만19세 이상): 2005~2008



<표 3-7-5> 연간음주율(만19세 이상): 2005~2008

(단위: %)

	2005			2007			2008		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세 이상(표준화)*	78.4	86.4	70.9	74.8	85.0	65.1	76.4	85.6	67.6
19세 이상	78.4	87.2	69.8	74.2	85.4	63.3	75.5	85.8	65.4
19~29세	90.5	93.4	87.4	85.3	90.0	80.5	87.6	90.9	84.0
30~39세	86.1	93.3	78.6	82.7	91.8	73.2	84.0	92.8	74.7
40~49세	82.0	88.5	75.3	79.1	89.4	68.5	81.1	89.5	72.4
50~59세	73.8	85.2	62.3	71.8	84.4	59.0	70.6	81.3	59.8
60~69세	58.2	73.5	45.0	53.8	67.6	41.7	58.4	76.3	42.5
70 +	42.0	56.7	33.6	38.0	59.7	25.1	39.0	55.6	29.0

주: 1) 연간음주율 : 최근 1년 동안 1잔 이상 음주한 사람의 비율

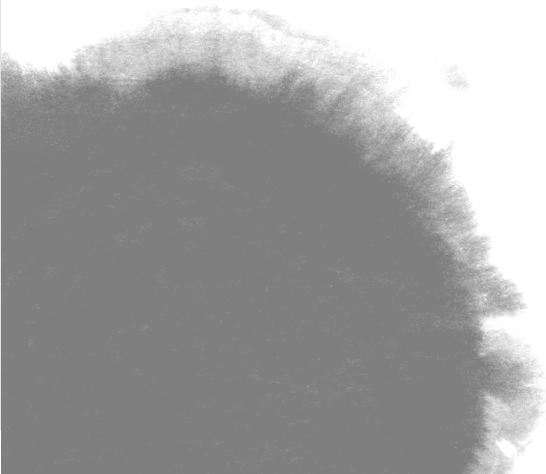
* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지가족부, 『2008 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 2차년도(2008.))』

음주는 적정 양은 스트레스 해소 등 건강에 도움을 줄 수 있으나 과음하는 습관은 장기의 손상뿐만 아니라 치매, 뇌기능저하 등 정신건강을 심각하게 훼손할 수 있고 임신 중 음주는 태아알코올증후군(FAS) 증상을 가져온다고 알려져 있다. 또한 음주운전 등 음주로 인한 사고로 이어질 수 있으므로, 과도한 음주가 인체에 미치는 영향을 인지하고, 건강을 위한 절주 등 건전한 음주문화 조성이 필요하다고 여겨진다.

04

복지의 동향



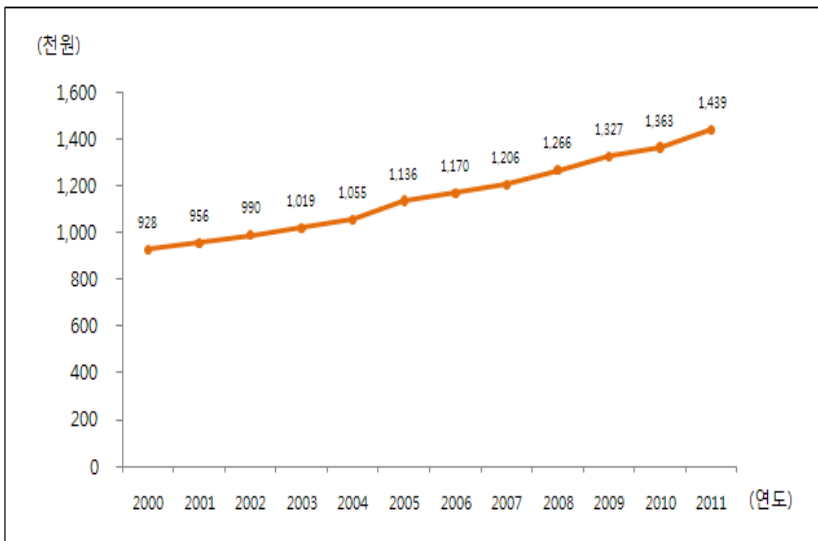
제4장 복지의 동향

제1 절 공공부조

1. 최저생계비 추이

최저생계비는 국민의 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 소요되는 최소한의 비용 또는 노동력의 재생산에 필요한 최저한의 생계비를 의미한다. 최저생계비는 기초생활보장제도 수급자 선정의 중요한 기준이 된다.

[그림 4-1-1] 최저생계비 추이: 2000~2011



[그림 4-1-1]에서 보듯이 최근 10년간 최저생계비는 지속적으로 증가해 왔다. 또한 최저생계비 증가율과 GDP증가율의 크기를 비교하면, GDP증가율이 대부분 높게 나타났다(표 4-1-1 참조).

〈표 4-1-1〉 최저생계비 추이: 2000~2011

(단위: 천원)

연 도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
최저생계비	928	956	989	1,019	1,055	1,136	1,170	1,206	1,266	1,326	1,363	1,439
증가율	3.0	3.0	3.5	3.0	3.5	7.7	3.0	3.0	5.0	4.8	2.8	5.6
GDP 증가율	9.2	7.5	9.9	5.9	7.5	4.6	5.0	7.3	5.0	3.6		

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

보건복지부는 최저생계비를 산정하기 위해 3년마다 계측조사를 실시하고 있다. 가장 최근에 실시된 2010년 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 구하는 방식이다. 이러한 방식은 보충급여 체계에서 의료비, 교육비 등 급여종류별 기준액 산정과 장애인, 노인 등의 가구유형별 부가급여 기준 결정에 유용한 반면, 필수품 선정에 있어서 연구자의 자의성 개입 가능성을 배제할 수 없다는 한계가 있다.

다음 <표 4-1-2>는 2010년 4인가구의 최저생계비의 전물량 방식의 비목별 구성을 보여준다. 2011년은 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〉 2011년 4인가구 최저생계비 비목별 구성(2010년 계속조사 기준)

(단위: 원, %)

비 목	금 액	비 율
식료품비	543,147	37.7
주 거 비	228,015	15.8
광열수도	106,245	7.4
가구집기	41,763	2.9
피복신발	59,378	4.1
보건의료	64,062	4.5
교 육	67,908	4.7
교양오락	27,931	1.9
교통통신	146,878	10.2
기타소비	84,774	5.9
비소비지출	69,312	4.8
계	1,439,413	100.0

자료: 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>).

2011년 기준 가구규모별 최저생계비는 〈표 4-1-3〉 과 같다. 4인가구 기준 최저생계비는 1,439천원이다. 가구원 수가 증가함에 따라 최저생계비 역시 증가하나 4인 가구부터 증가액이 현저히 낮아짐을 알 수 있다.

〈표 4-1-3〉 2011년도 가구규모별 최저생계비

(단위: 천원, %)

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
최저생계비	533	907	1,173	1,439	1,706	1,972

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

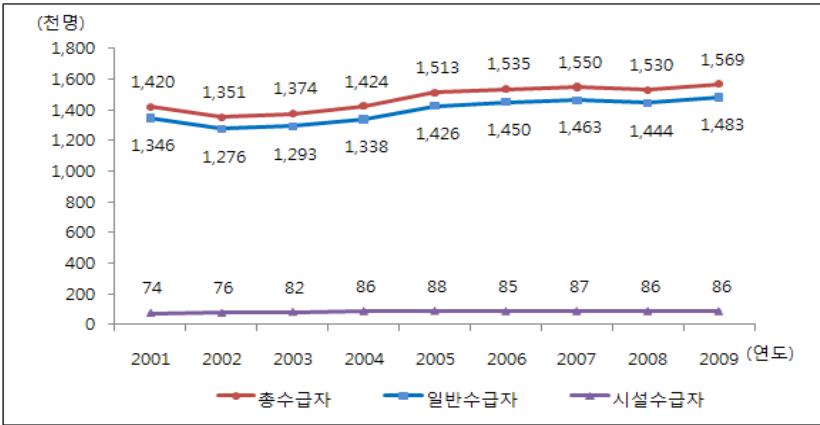
2. 기초생활보장수급자수 추이

IMF 경제위기로 생계유지가 어려운 저소득층이 급증하자 사회안전망 차원에서 국민기초생활보장제도가 도입되었다. 즉 국가의 보호를 필요로 하는 절대빈곤층의 기초생활을 보장 하되, 종합적인 자립자활서비스를 제공하는 능동적인 복지체제로 전환하였다.

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 아래 사람들의 현황을 살펴봄으로써 사회발달과 사회통합 정도를 알 수 있는 중요한 지표이다. 실제로 2000년 제도 도입 이후 수급자의 수가 지속적으로 증가하여 2009년도는 1,569천명에 이른다. 이는 빈곤층의 규모가 지속적으로 증가하고 있어 사회통합을 위한 다양한 정책들이 필요하다는 것을 의미한다.

[그림 4-1-2] 기초생활보장수급자 추이: 2001~2009



자료: 보건복지부, 「국민기초생활보장 수급자 현황」, 2009.
 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

<표 4-1-5> 기초생활보장수급자 추이: 2001~2009

(단위: 명)

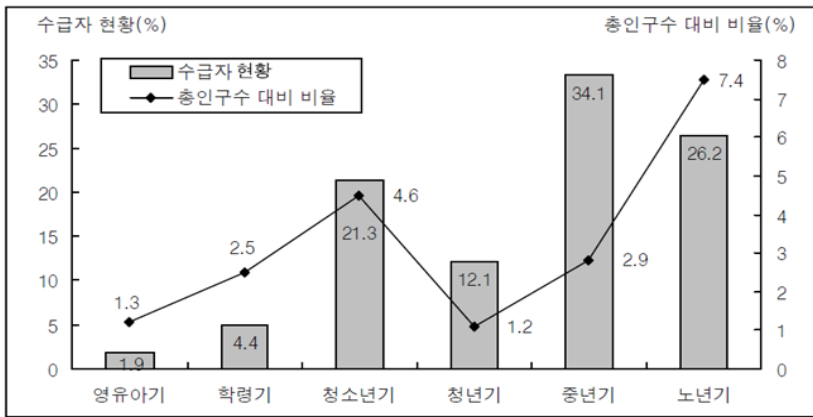
연도	총수급자	일반수급자	시설수급자
2001	1,419,995	1,345,526	74,469
2002	1,351,185	1,275,625	75,560
2003	1,374,405	1,292,690	81,715
2004	1,424,088	1,337,714	86,374
2005	1,513,352	1,425,684	87,668
2006	1,534,950	1,449,832	85,118
2007	1,549,848	1,463,140	86,708
2008	1,529,939	1,444,010	85,929
2009	1,568,533	1,482,719	85,814

자료: 한국보건사회연구원, 「지표로 본 한국의 보건복지 동향」, 2010.
 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

2009년 국민기초생활보장 수급자 현황을 생애주기별로 살펴보면 중년기(34.1%)가 가장 높으며, 그 뒤를 이어 노년기(26.2%), 청소년기(21.3%), 청년기(12.1%), 학령기(4.4%), 영유아기(1.9%) 순으로 나타난다. 이를 총 인구수 대비 수급자 비율로 비교하면 노년기(7.4%), 청소년기(4.6%), 중년기(2.9%), 영유아기(1.3%), 청년기(1.2%) 순으로 나타난다.

이러한 현황은 근로 가능한 연령대의 사람들보다는 노동시장에서 이탈한 사람들의 빈곤층 규모가 더 크다는 것을 의미한다. 이에 따라 중장년층의 빈곤 탈피를 위한 고용정책이 필요하며, 빈곤 가구의 청소년과 영유아기 빈곤의 악순환에서 탈피할 수 있는 교육 및 보육 정책이 필요한 것으로 보인다.

[그림 4-1-3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2009

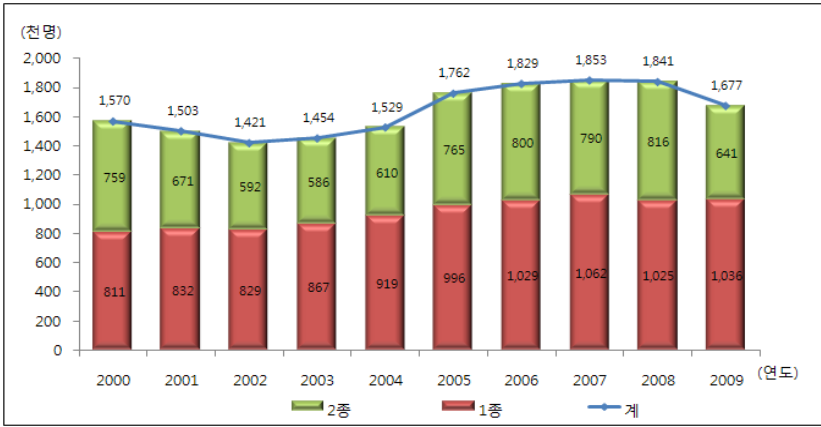


자료: 보건복지부, 「국민기초생활보장 수급자 현황」, 2010.

3. 의료보장 수급자수

국민의 사회안전망은 크게 소득보장제도와 의료보장제도로 구분할 수 있다. 이중 특히 빈곤층은 소득이 낮아 의료비 지출이 큰 부담이 된다. 한국은 지난 2000년 국민기초생활보장법의 제정과 함께 의료급여법을 제정하여 생활이 어려운 국민들에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지하고 있다. 의료급여 대상자에게는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등의 현물 서비스를 무료로 제공하고 있다.

[그림 4-1-4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2000~2009



다음의 <표 4-1-6>에 따르면 의료급여 수급권자는 지속적으로 증가하고 있으나 지난 9년간 7.3%의 증가를 보이고 있다. 또한 의료급여종류별로 살펴보면 1종 의료급여는 2000년 이후 지속적으로 증가하다 2008년을 기준으로 감소하고 있다. 반면 2종 의료급여는 2000년 이후 지속적으로 감소하다 2004년을 기준으로 다시 증가세를 보인다 2009년에 감소하고 있다.

<표 4-1-6> 의료급여대상자 추이: 2000~2009

(단위: 명, %)

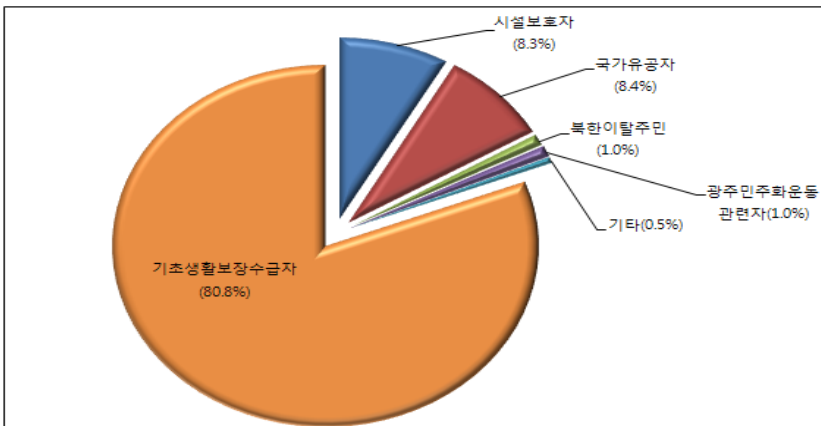
구분	계	1종	2종
2000	1,570,009(100.0)	810,684(51.64)	759,325(48.36)
2001	1,502,986(100.0)	831,854(55.35)	671,132(44.65)
2002	1,420,539(100.0)	828,922(58.35)	591,617(41.65)
2003	1,453,786(100.0)	867,305(59.66)	586,481(40.34)
2004	1,528,843(100.0)	919,181(60.12)	609,662(39.88)
2005	1,761,565(100.0)	996,449(56.57)	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)
2009	1,677,237(100.0)	1,036,291(61.79)	640,946(38.21)

자료: 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

일반적으로 국민기초생활보장제도의 수급자로 선정되면 의료혜택을 받을 수 있으며, 수급자 선정기준을 다소 초과했지만 당분간 의료급여특례를 받는 대상자도 있다. 의료급여 대상자는 보다 폭넓게 규정하고 있다. 즉 국민기초생활보장제도의 수급자 및 의료급여 특례 대상자 외에 이재민, 의사상자 및 유족, 입양아, 국가유공자 및 가족 등 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 자로 의료급여가 필요하다고 인정된 사람은 의료급여대상자가 될 수 있다(의료급여법 제 3조).

2009년 의료급여 1종 수급자의 분포를 보면 기초생활보장수급자수가 80.8%, 국가유공자 8.4%, 시설보호자 8.3%, 광주민주화운동 관련자 1.0%, 북한이탈주민 1.0%, 기타(인간문화재, 의사상자 및 유족, 국내입양아등) 0.5%이다.

[그림 4-1-5] 의료급여1종 유형별 분포: 2009



자료: 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

<표 4-1-7> 의료급여1종 유형별 분포: 2009

(단위: 명)

계	기초생활보장 수급자	시설 보호자	국가 유공자	북한이탈 주민	인간 문화재	광주민주화 운동 관련자	의사상자 및 유족	국내입양 아동
1,036,291	837,297	85,814	86,810	10,377	233	10,358	866	4,536
(100.0)	80.8	8.3	8.4	1.0		1.0		0.4

자료: 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

<표 4-1-8>에서 보는 바와 같이 한국의 보건의료 체계는 사회보험 방식으로 운영된다는 점에서는 일본과 유사하나 국민 의료비 지출 중 공공지출의 비중이 55.3%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 과다한 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) 자유방입형
보험적용 대상	전국민 (의료급여 3.0%별도)	전국민	전국민	65세이상, 저소득층 65세이하 장애, 만성질환자
GDP 대비 국민의료비(2008년)	6.5	8.1 (2007년)	8.7	16.0
국민의료비 지출 중 공공지출비율(2008년)	55.3	81.9 (2007년)	82.6	46.5

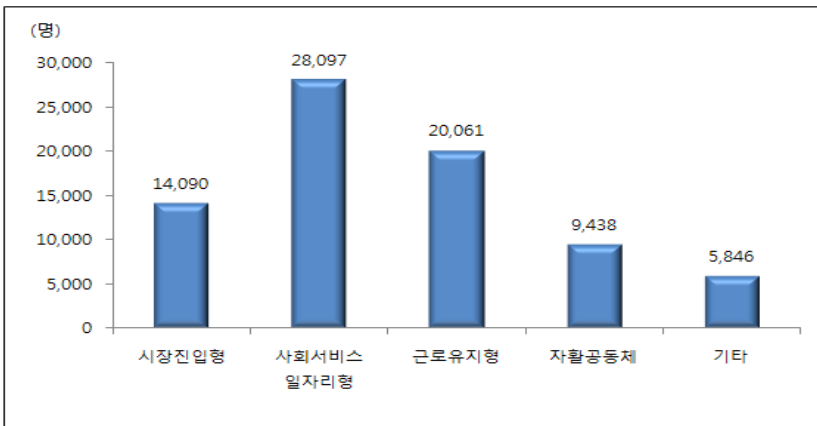
자료: OECD, Health Data 2010.

4. 자활사업 대상자수 추이

자활사업은 국민기초생활보장법에서 시행(2000년 10월)하는 제도로서 근로능력이 있는 저소득층에게 능력과 욕구에 맞게 근로의욕의 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 안주를 방지하는 목적을 갖는다. 따라서 자활대상자수는 장기적이고 지속적인 복지 수급자에서 벗어나 능동적 복지 대상자로서 향후 자립 자활이 가능한 대상으로 추정할 수 있는 지표가 된다.

현재 자활사업 대상자들은 근로능력 점수를 기준으로 근로유지형, 인턴형, 사회적 일자리형, 시장진입형 등에 참여하고 있는데, 근로유지형이 최소한의 경제활동을 제공한다는 데 의의가 있는 반면 사회적 일자리형은 대부분의 수급자들이 연령과 건강상의 이유로 근로하기에 부적합하거나 기술 숙련 정도가 낮다. 그러나 최근에는 자활사업 참여 대상자 중 상당수는 보호된 고용시장에서 근로 가능한 시장진입형(18.2%)과 인턴형(0.2%)이 증가하고 있다.

[그림 4-1-6] 자활사업참여자 현황



<표 4-1-9> 자활사업참여자 현황(2009)

(단위: 명, %)

총 계	보 건 복 지 가 족 부									고용 노동부
	소계	시장 진입형	사회 서비스 일자리형	인턴형	근로 유지형	사회적응 프로그램	자활 공동체	창업 지원	성과중심 자활 시범사업	취업알선 직업훈련 등
77,532	75,675	14,090	28,097	156	20,061	1,668	9,438	165	2,000	1,857
(100.0)	(97.6)	(18.2)	(36.2)	(0.2)	(25.9)	(2.2)	(12.2)	(0.2)	(2.6)	(2.4)

자료: 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

5. 기초생활수급자 부적정 급여조정 비율

부적정급여자는 자신의 소득·재산 등을 은닉하거나 허위신고 하는 등 부정당한 방법으로 기초생활수급을 받고 있는 자를 의미한다. 부적정급여조정은 부적정급여자의 급여 정지나 감소와 실제 수급을 받을 대상자에게 지급하는 등 관리를 강화하는 것이다. 사회복지통합망의 개통으로 관련기관과의 협조, 자료연계를 통한 기초수급자 및 부양의무자의 소득·재산조사 및 금융자산조사 절차개선을 통한 업무 효율성 제고로 부적정급여수급자의 급여정지 또는 급여감소 등으로 수급자 관리를 강화하고 아울러 예산누수의 조정방지 등 노력을 하고 있다.

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

6. 공적이전소득 전후 지니계수 비교

본 지표는 정부의 공적이전 등의 사회정책을 통해 빈부격차와 계층간 소득분포의 불균형이 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 2009년에는 0.018로 증가하였다.

〈표 4-1-11〉 공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2009

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
공적이전소득 전 지니계수 ¹⁾ (A)	0.333	0.335	0.336	0.338	0.343	0.344	0.341
공적이전소득 후 지니계수 (B)	0.322	0.324	0.324	0.324	0.327	0.327	0.323
지니계수 개선효과 (A-B)	△0.011	△0.011	△0.012	△0.014	△0.016	△0.017	△0.018

주: 1) 1인가구, 농어가가구를 제외한 전가구 기준
 자료: 한국보건사회연구원, 2010년 빈곤통계연보

7. 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 1.1%포인트였으나 2009년에는 2.0%포인트로 증가하였다.

〈표 4-1-12〉 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2009

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
공적이전소득 전의 상대빈곤율 ¹⁾ (A)	15.8	16.3	16.6	16.9	16.8	16.6	16.7
공적이전소득 후의 상대빈곤율 (B)	14.7	14.9	15.2	15.1	15.1	14.6	14.7
상대빈곤율 개선효과 (A-B)	△1.1	△1.4	△1.4	△1.8	△1.7	△2.0	△2.0

주: 1) 1인가구, 농어가가구를 제외한 전가구 기준
 자료: 한국보건사회연구원, 2010년 빈곤통계연보

8. 자활사업 창·취업성공률

자활지원사업은 저소득층에게 근로의욕과 능력을 함양하여 자립할 수 있도록 함으로써 빈곤문제를 적극적, 능동적으로 극복하는 길을 마련하고자 추진되었다. 이와 같이 자활사업은 근로능력 있는 기초생활보장수급자가 근로능력을 배양하여 일반노동시장 진입 등으로 취업 또는 창업하여 소득이 증가되고 수급자에서 탈출하는 데 있다. 또한 근로능력과 가구여건이 상대적으로 미약한 비취업자는 보건복지부 주관 자활공동체·자활근로 등에, 근로능력이 상대적으로 높은 취업대상자는 노동부 주관 취업알선·직업훈련 등에 참여한다. 따라서 자활지원사업의 성과는 자활사업 창·취업성공률로 측정한다.

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

자활사업참여를 통한 2009년도 자활사업 창·취업성공률은 16.9%로 2005년에 비해 계속 증가추세로 나타났다.

〈표 4-1-13〉 기초생활보장수급자의 자활사업 (창·취업)성공률

(단위: %)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009
자활사업성공률(B/A×100)	5.5	6.0	14.9	14.0	16.9
수급자 중 자활사업 참여자(A)	52,240	53,750	27,548	29,237	30,683
탈수급자, 창·취업자(B)	2,886	3,223	4,114	4,102	5,198

주: 자활사업참여자 중 자활공동체는 자립으로 보아 제외
 자료: 보건복지부 내부자료, 2008
 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

제2절 사회보험

1. 국민건강보험

가. 의료보장 적용인구와 적용률

국민건강보험제도는 국민들이 일상생활의 과정에서 직면하게 될 수 있는 질병·부상·출산 등의 사회적 위험에 대처하여 예방·진단·치료·재활 그리고 건강증진과 같은 급여를 제공하기 위한 목적으로 도입되었다. 이 과정에서 국민건강보험제도의 궁극적인 기능은 의료비용의 부담문제를 사회보험의 원리와 연대성의 원리에 기초하여 전체 국민들에게 분산시켜 한편으로는 국민의 건강증진에 기여하고, 다른 한편으로는 국민의 생활안정을 도모하기 위한 역할을 수행하고 있다(보건복지부, 2010). 국민건강보험제도의 이와 같은 기능적 특성이 공정하고 충실하게 수행할 수 있도록 하기 위해서는 제도의 가입과 보험료의 납부에 있어서 강제성의 원리가 요구된다. 왜냐하면 이러한 강제성의 원리는 자율적 상업보험에서 종종 발생하게 되는 역선택(adverse-selection)의 문제를 해결할 수 있는 가장 효과적인 방안이 될 수 있기 때문이다. 따라서 국민건강보험제도에 있어서 적용의 문제는 한편으로는 사회정책적 차원에서 의료보장의 보편성 확보, 다른 한편으로는 재정정책적 차원에서 보험재정의 안정성과 지속가능성을 유지하기 위해서 매우 중요한 정책과제가 될 수 있다.

우리나라에 있어서 최초의 공적의료보험은 1963년 「의료보험법」의 제정에 따라 300인 이상을 고용하고 있는 대규모 사업장의 근로자들을 대상으로 하는 임의제도의 형태로 도입되었다. 그러나 이후 급속한 경제성장과 사회정책에 대한 국민적 관심에 힘입어 제도의 적용 범위가 지속적으로 확대되어 왔으며, 1979년에는 공·교의료보험의 도입과 300인 이상 사업장으로 까지 당연적용이 이루어질 수 있게 되었다. 그리고 1988년 1월 농어촌지역 그리고 1989년 7월 도시지역의 자영업자들도 제도의 의무가입 대상이 되어

마침내 우리나라는 전국민의료보장의 시대를 열 수 있게 되었다.

우리나라 전체국민에 대한 의료보장의 과제는 보험의 원리를 바탕으로 하는 건강보험제도와 부조의 원리를 토대로 하는 의료급여제도를 통하여 수행되고 있으며, 아래의 <표 4-2-1>과 [그림 4-2-1]에서 볼 때 적어도 제도 적용의 차원에 볼 때 의료보장의 공백 문제는 발생하지 않는 것으로 파악되고 있다. 일례로 2009년 말 현재 전 국민의 99%인 약 4,875만명이 건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 4%인 약 168만명은 국민기초생활보장 대상자 등으로 의료급여제도에서 보호를 받고 있다.1)

<표 4-2-1> 의료보장 적용인구 현황, 1980~2009년

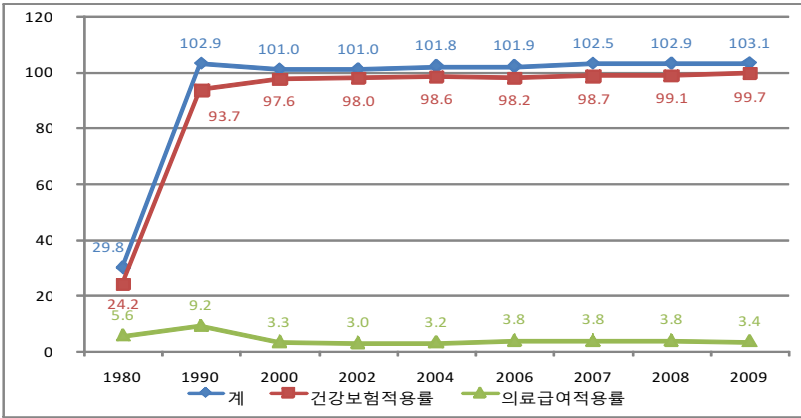
(단위 : 천명)

연도	총인구 (A)	의료보장 적용인구 (B)	건강보험 적용인구 (c)	의료급여 적용인구 (D)	의료보장 적용률		
					계 $\frac{B}{A}$	건강보험 적용률 $\frac{C}{A}$	의료급여 적용률 $\frac{D}{A}$
1980	38,124	11,368	9,226	2,142	0.30	0.24	0.06
1990	42,869	44,110	40,180	3,930	1.03	0.94	0.09
2000	47,008	47,466	45,896	1,570	1.01	0.98	0.03
2002	47,622	48,080	46,659	1,421	1.01	0.98	0.03
2004	48,039	48,901	47,372	1,529	1.02	0.99	0.03
2006	48,297	49,238	47,410	1,829	1.02	0.98	0.04
2007	48,456	49,672	47,820	1,853	1.03	0.99	0.04
2008	48,606	50,001	48,160	1,841	1.03	0.99	0.04
2009	48,747	50,291	48,614	1,677	1.03	0.99	0.03

자료: 국민건강보험공단-건강보험심사평가원, 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

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.

[그림 4-2-1] 의료보장 적용률의 변화추이, 1980~2009년



자료: 국민건강보험공단-건강보험심사평가원, 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

나. 국민건강보험 적용인구의 가입 종별 구성

국민건강보험제도는 직역별 구분에 따라 크게 직장가입자와 지역가입자로 구분하여 관리해 오고 있다. 이러한 분류기준에 근거하여 임금을 목적으로 하는 근로자 및 사용자 그리고 공무원 및 교직원 등 그들의 피부양자와 함께 직장가입자(구체적으로 종전의 경우 관리주체에 따라 각각 직장건강보험과 공교건강보험 가입자로 구분)가 되며, 농어촌지역 주민과 도시지역 자영업자 등은 지역가입자가 된다. 아래의 <표 4-2-2>와 [그림 4-2-2]는 국민건강보험 적용인구의 가입 종별 구성에 대한 변화추이를 보여주고 있다. 이에 따르면 전체 비교대상 기간동안 직장건강보험 가입자의 규모는 꾸준히 증가하고 있는 반면, 지역건강보험 가입자의 비중은 지속적으로 감소해 오고 있는 것을 알 수 있다. 그러나 공교건강보험 가입자의 경우 규모나 비중은 해당 기간 동안 대체로 일정한 수준을 유지해 오고 있다. 일례로 2001년의 경우 전체 국민건강보험 적용인구 가운데 직장건강보험 가입자의 비중은 39.9%, 공교 건강보험 10.1% 그리고 지역건강보험 50.0%의 수준을 기록하였다. 그러나 이와는 달리 2009년에 와서는 직장건강보험 가입자의 비중은 51.7%, 공교 건강보험 9.8% 그리고 지역건강보험 38.5%의 비중을 보이고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 국민건강보험 적용인구의 종별 구성에 있어서 뚜렷한 변화를 보이고 있는 주된 배경으로는 산업의 발전에 따른 노동시장의 구조적 변화에 기인을 하고 있다. 구체적으로 경제발전의 과정에서 촉발된 산업구조의 변화에 따라 근대적 형태의 노동시장 영역이 확대되고 있는 반면에, 대신 농업 그리고 자영업 등 전근대적 형태의 산업 비중은 점차 줄어들고 있는 추세를 보이고 있기 때문에 이러한 영향이 건강보험 가입인구의 종별 구성에 변화요인으로 작용하게 되었다는 점이다.

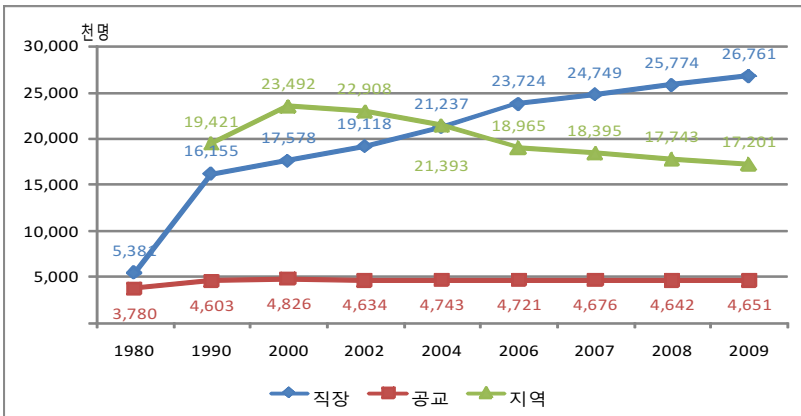
〈표 4-2-2〉 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2009년

(단위 : 천명)

연도	합	직장	공교	지역
1980	9,226	5,381	3,780	-
1990	40,180	16,155	4,603	19,421
2000	45,896	17,578	4,826	23,492
2002	46,659	19,118	4,634	22,908
2004	47,372	21,237	4,743	21,393
2006	47,410	23,724	4,721	18,965
2007	47,820	24,749	4,676	18,395
2008	48,160	25,774	4,642	17,743
2009	48,614	26,761	4,651	17,201

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

〈그림 4-2-2〉 건강보험 적용인구의 보험종별 구성, 1980~2009년



자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

다. 건강보험제도 부양률

국민건강보험제도는 보편주의(universalism)의 원칙에 입각하여 모든 국민들을 소득활동의 여부에 상관없이 제도적 보호의 대상으로 하고 있다. 이러한 취지에 따라 국민건강보험제도는 전체 적용인구를 보험료의 납부의무가 적용되는 가입자 그리고 그 피부양가족으로 구분하고 있다.

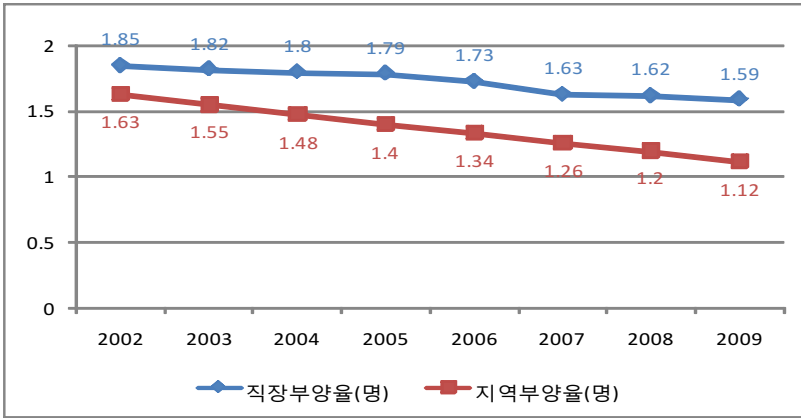
건강보험제도는 보험료를 주된 수입원으로 운영되는 사회보험제도로써 가입계층의 인적 구성은 재정적 안정성과 지속가능성을 위해 특히 중요한 사안이 될 수 있다. 이러한 차원에서 볼 때 건강보험의 의무가입이 적용되는 가입자 1인 대비 피부양가족의 수를 비율로 나타낸 제도 부양률이 국민건강보험제도의 재정적 상황을 가늠해 볼 수 있는 매우 중요한 지표가 될 수 있다. 아래의 <표 4-2-3>과 [그림 4-2-3]에 따르면 조사기간 동안 지역 건강보험의 제도 부양률이 직장건강보험의 경우에 비해 낮게 나타나고 있으며, 그 격차는 시간이 경과할수록 점차 확대되는 경향을 보이고 있음을 알 수 있다. 일례로 2009년의 경우 지역건강보험의 제도 부양률은 1.12명으로 직장건강보험의 1.59명에 비해 낮게 나타나고 있으며, 이러한 측면에서만 국한하여 볼 때 전자가 후자에 비해 재정적 측면에서 양호하게 작용하게 된다는 것을 시사해 주고 있다.

<표 4-2-3> 건강보험제도별 부양률의 변화추이, 2002년~2009년

연도	직장				지역		
	계	가입자	피부양자	부양율(명)	가입자	세대수	부양율(명)
2002	23,751,940	8,323,084	15,428,856	1.85	22,907,536	8,701,123	1.63
2003	24,834,233	8,804,906	16,029,327	1.82	22,268,553	8,730,311	1.55
2004	25,979,308	9,282,739	16,696,569	1.80	21,392,684	8,612,088	1.48
2005	27,233,298	9,745,597	17,487,701	1.79	20,158,754	8,384,173	1.40
2006	28,445,033	10,415,340	18,029,693	1.73	18,964,567	8,107,304	1.34
2007	29,424,424	11,174,872	18,249,552	1.63	18,395,250	8,141,761	1.26
2008	30,416,577	11,616,958	18,799,619	1.62	17,743,141	8,058,086	1.20
2009	31,412,740	12,145,781	19,266,959	1.59	17,200,794	8,110,855	1.12

자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2010.

[그림 4-2-3] 직장지역 건강보험제도 평균 부양률의 연도별 추이, 2002~2009년



자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2010.

라. 외국인 및 재외국민 등 사회적 소수자에 대한 건강보험 적용

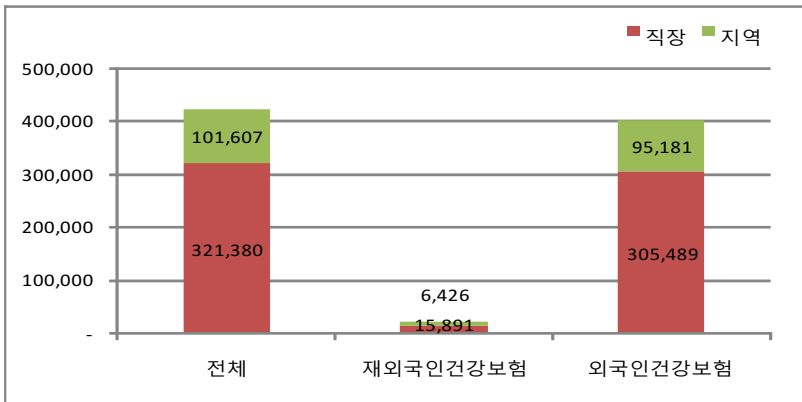
세계화는 정치·경제·사회·문화 등 전반적 분야에 걸쳐 종전 배타적 국민 국가에서 점차 세계적 차원의 개방형 국가로 전환하는 특징을 보이게 된다. 이러한 현상으로 인하여 오늘날 우리나라에서도 물적·인적 자원의 국제간 이동성(mobility)이 뚜렷하게 나타나고 있다. 이에 따라 외국인노동자와 다문화가정 등의 외국인 그리고 해외에 국적이나 거주지를 두고 있는 재외국민 등 정치적·사회적 소수자에 대한 건강보험의 적용은 사회보장의 보편적 원리 그리고 인권적 차원에서 반드시 해결이 되어야 할 사안으로 판단된다. 2009년 현재 건강보험의 적용을 받고 있는 외국인과 재외국민의 규모는 각각 약 401천명과 약 22천명으로 총 423천명으로 집계되고 있다. 그리고 이들 가운데 직장가입자가 약 321천명 그리고 지역가입자가 약 102천명인 것으로 파악되고 있다.

〈표 4-2-4〉 건강보험 가입 외국인수 및 재외국민수의 연도별 추이: 2002~2009년

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
총계(A+B)	84,033	135,555	218,580	215,198	271,236	326,085	378,888	422,987
외국인(A)	79,211	124,766	204,319	199,082	251,634	303,939	355,523	400,670
-직장	45,108	86,723	156,444	143,844	196,343	232,731	270,170	305,489
-지역	34,103	38,043	47,875	55,238	55,291	71,208	85,353	95,181
재외국민(B)	4,822	10,789	14,261	16,116	19,602	22,146	23,365	22,317
-직장	1,058	6,492	9,169	10,681	13,226	15,156	16,181	15,891
-지역	3,764	4,297	5,092	5,435	6,376	6,990	7,184	6,426

자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2010.

〔그림 4-2-4〕 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황, 2009년



자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2009.

마. 건강보험 보험료: 세대당 월보험료와 1인당 월보험료

건강보험료의 산정과 부과 문제는 보험재정의 안정성 차원에서뿐만 아니라, 비용부담의 공평성 차원에서도 매우 중요한 과제가 될 수 있다. 아래의 <표 4-2-5>와 [그림 4-2-5]에서 볼 때 2009년 현재 건강보험료 총부과액은 26조 1,661억원으로서, 이 중 약 77%인 20조 2,377억원은 직장보험료 그리고 나머지 23%인 5조 9,284억원은 지역보험료로 각각 집계되고 있다. 이러한 전체 건강보험재정을 다시 개인단위로 분류하여 건강보험료의 세대

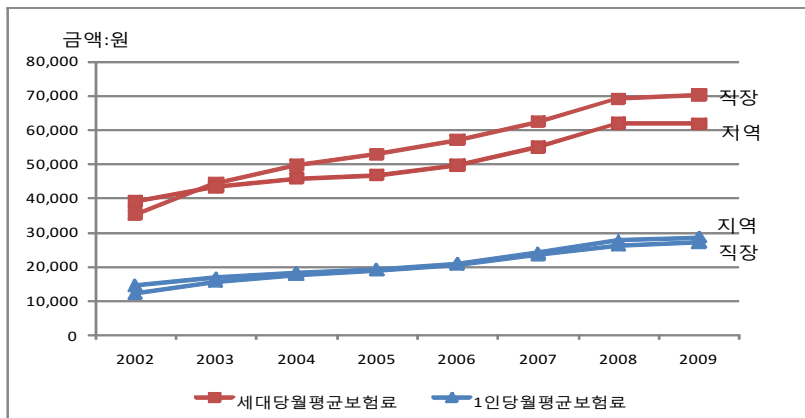
당 그리고 1인당 월평균 부담액을 살펴보면 개략적으로 다음과 같은 특징을 발견할 수 있다. 먼저 세대당 월평균 보험료의 경우 직장건강보험이 전체 조사기간에 걸쳐 지역건강보험을 상회하는 것을 보이고 있으며, 이는 근로자의 임금소득이 농어민이나 자영업자의 소득에 비해 상대적으로 높기 때문에 발생하는 현상으로 이해해 볼 수 있다. 이에 따라 실제로 2009년의 경우 직장건강보험의 세대당 평균보험료는 70,250원으로 지역건강보험의 61,902원에 비해 8천원 가량 높게 나타나고 있다.

〈표 4-2-5〉 건강보험 세대당·1인당 보험료의 연도별 추이, 2002~2009년

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
보험료(억원)	109,227	137,409	156,142	169,277	188,106	217,287	249,730	261,661
-직장	68,719	91,684	108,283	121,209	138,975	163,485	190,297	202,377
-지역	40,558	45,725	47,859	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284
세대당월보험료(원)	37,200	43,978	47,787	50,080	53,773	59,278	66,217	66,916
-직장	35,209	44,581	49,675	52,956	57,092	62,430	69,169	70,250
-지역	39,071	43,390	45,818	46,871	49,688	55,054	61,982	61,902
1인당 월보험료(원)	13,425	16,248	17,985	19,104	20,851	23,690	26,837	27,620
-직장	12,220	15,727	17,752	18,999	20,713	23,449	26,304	27,049
-지역	14,650	16,807	18,256	19,237	21,050	24,065	27,736	28,652

자료: 국민건강보험공단, 『2009 건강보험주요통계』, 2010.

〔그림 4-2-5〕 건강보험 세대당·1인당 월 평균 보험료의 연도별 추이, 2002~2009년



하지만 이상과는 반대의 현상으로서 1인당 월평균 보험료의 경우 지역건강보험이 직장건강보험에 비해 근소한 수준으로 앞서는 것으로 나타나고 있으며, 이러한 현상은 무엇보다도 농어촌지역의 경우 일반 도시지역에 비해 가구원의 규모가 상대적으로 작기 때문에 발생하는 현상으로 판단해 볼 수 있다. 일례로 2009년의 경우 지역건강보험의 1인당 평균보험료는 28,652원으로 직장건강보험료 27,049원에 비해 약 1,600원 높은 것으로 나타나고 있다.

바. 지역가입자 보험료 징수율

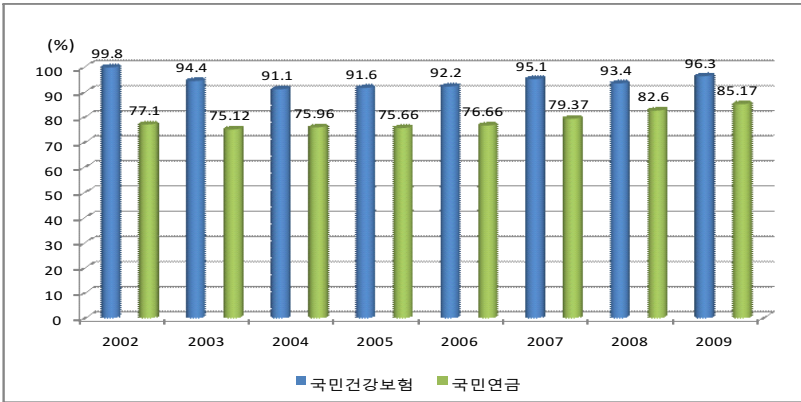
직장가입자의 경우 보험료는 임금소득을 부과대상으로 하고 사용주가 일괄적으로 납부를 하고 있다. 이와는 달리 지역가입자의 경우 보험료는 소득, 재산, 세대원의 수 등에 근거하여 부과되고 그 금액을 본인이 직접 납부하여야 하므로 보험료의 체납문제가 상대적으로 높게 발생할 수 있다. <표 4-2-6>에서 보는 바와 같이 지역건강보험의 징수율은 매년 일정한 변화를 보이고 있지만, 전체 비교기간 동안 90% 이상의 수준을 유지해 오고 있다. 그리고 단기성 위험을 담당하고 있는 국민건강보험의 경우 그 운영상의 특성으로 인하여 장기성 위험을 대상으로 운영되는 국민연금에 비해 상대적으로 체납의 문제가 경미하게 발생할 개연성이 높다. 아래의 [그림 4-2-6]에 따르면 2009년 국민건강보험제도의 지역가입자 보험료 징수율은 96.3%로 같은 해 국민연금의 85.2%보다 현저하게 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있다.

<표 4-2-6> 국민건강보험 지역가입자 보험료 징수율의 연도별 추이

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
부과액 (억원)	40,558	45,725	47,859	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284
징수액 (억원)	40,493	43,145	43,592	44,091	45,284	51,140	55,526	57,117
징수율 (%)	99.8	94.4	91.1	91.6	92.2	95.1	93.4	96.3

자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2010.

[그림 4-2-6] 국민건강보험 및 국민연금 지역가입자의 보험료 징수율, 2009년



자료: 국민연금관리공단, 「국민연금통계연보」, 2010; 국민건강보험공단, 「2009 건강보험주요통계」, 2010.

사. 건강보험 재정수지의 차액과 수지율

국민건강보험제도는 단기적 성격의 사회보장제도로서 부과방식으로 운영된다. 따라서 국민건강보험제도의 재정안정을 위한 기본적 요건으로서 매년도 보험재정의 수입과 지출이 상호 균형을 유지할 수 있도록 하여야만 한다. 그리고 이러한 정책적 요구는 매년 가입자가 부담하는 보험료와 국가의 지원금을 포함한 재정수입의 범위 내에서 같은 해의 급여지출이 이루어져야 한다는 것이다.

아래의 <표 4-2-7>에서 볼 때 우리나라 국민건강보험제도의 재정수지는 2001년과 2002년 재정적자를 기록하였던 반면, 이후부터는 적어도 외견상으로 보았을 때 흑자 기초를 유지해 오고 있는 것으로 나타나고 있다. 하지만 이러한 재정수지의 흑자규모는 매년도 정치적·경제적 상황에 따라 큰 변화를 보이고 있다. 구체적으로 2004년 흑자규모는 최고수준인 2조 1,133억 원에 도달한 이후 매년 지속적으로 감소해 오다가 2008년 1조 5,138억 원 그리고 2009년 3,112억 원을 기록하고 있다. 그리고 [그림 4-2-7]에서 매년도 국민건강보험재정의 수입과 지출의 비율을 나타내는 수지율을 살펴보면 2001년과 2002년 각각 100%를 초과한 이후, 그 비율은 점차 호전되

어 100%의 이내의 비교적 균형적인 재정상태를 유지해 오고 있다.

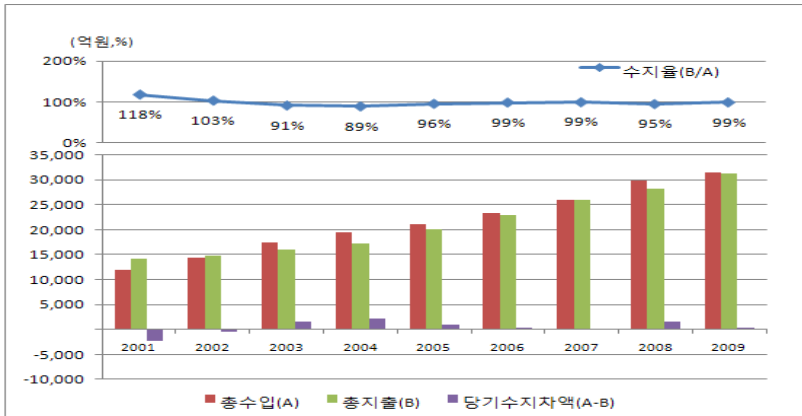
〈표 4-2-7〉 국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이, 2001~2009년

(단위 : 백만원)

연도	총수입(A)			총지출(B)		수지차액 (A-B)	수지율 (B/A)
	소계	보험료	국고	소계	보험급여비		
2001	11,928,330	8,856,158	2,624,980	14,105,819	13,195,616	-2,177,489	1.18
2002	14,305,319	10,927,688	3,013,934	14,798,463	13,823,665	-493,145	1.03
2003	17,466,651	13,740,851	3,423,829	15,972,379	14,893,489	1,494,272	0.91
2004	19,443,801	15,614,223	3,482,965	17,330,520	16,265,350	2,113,281	0.89
2005	21,091,074	16,927,714	3,694,802	20,146,104	18,393,587	944,969	0.96
2006	23,263,083	18,810,579	3,836,190	22,944,330	21,587,980	318,753	0.99
2007	26,049,843	21,728,700	3,671,795	25,888,502	24,560,092	161,341	0.99
2008	29,787,149	24,973,026	4,026,245	28,273,326	26,654,305	1,513,822	0.95
2009	31,500,393	26,166,082	4,682,831	31,189,152	30,040,871	311,241	0.99

자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

〔그림 4-2-7〕 건강보험 재정수지 차액 및 수지율의 변화 추이, 2001년~2009년



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

이상에서 살펴본 바와 같은 비록 건강보험의 재정상황은 표면적으로는 균형상태를 유지해 오고 있는 것으로 파악되고 있으나, 실제로는 보험재정의 안정적 기반이 구조적 측면에서 매우 취약한 것으로 알려지고 있다. 이

와 같은 재정수지의 적신호는 주로 다음과 같은 현상에 기인을 하는 것으로 판단된다.

아. 건강보험 적용인구 1인당 보험료 부담 대비 보험급여비의 비율

건강보험 적용인구 1인당 평균급여비의 증가속도가 1인당 평균 보험료부담액에 비해 상대적으로 빠르게 나타나고 있다는 사실은 중장기적으로 보험재정의 불안정성을 시사해주는 중요한 지표가 될 수 있다. <표 4-2-8>과 [그림 4-2-8]에서 1인당 보험료 부담 대비 급여비의 비율을 살펴보면 그 비율은 2000년 이후 전체 비교기간 동안 지속적으로 150% 이상의 수치를 기록해 왔으며, 2009년에는 무려 187%의 수준을 보이고 있다. 이처럼 매년도 보험료 대비 급여비의 비율이 100%를 상회하는 부분은 보험료 수입이 아닌 주로 정부보조금으로 충당이 된다는 사실을 의미하고 있다.

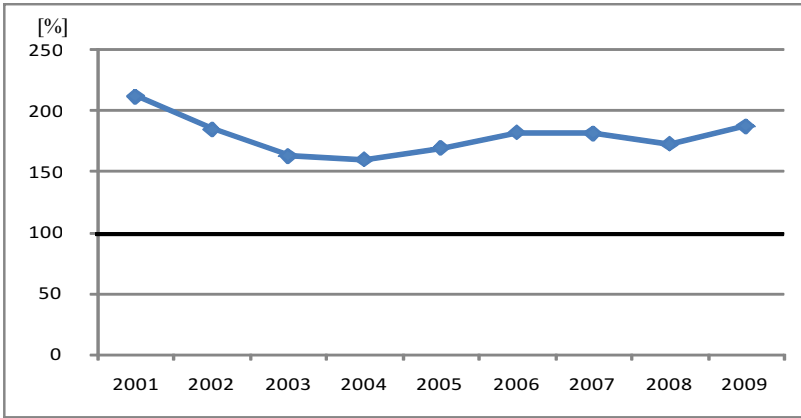
<표 4-2-8> 국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이, 2001~2009년

(단위: 천명, 백만원)

연도	총보험료 (백만원)		보험급여비 (백만원)		보험료부담 대비 급여비 비율 (B/A)
	1인당(원)(A)		1인당(원)(B)		
2001	8,856,158	135,288	13,195,616	286,294	2.12
2002	10,927,688	161,100	13,823,665	297,261	1.85
2003	13,740,851	194,976	14,893,489	317,135	1.63
2004	15,614,223	215,820	16,265,350	344,151	1.59
2005	16,927,714	229,248	18,393,587	388,017	1.69
2006	18,810,579	250,212	20,587,980	455,360	1.82
2007	21,728,700	284,277	24,560,092	515,096	1.81
2008	24,973,026	322,039	26,654,305	555,286	1.72
2009	26,166,081	331,441	30,040,871	620,467	1.87

자료: 국민건강보험공단 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.
국민건강보험공단, 「2009 건강보험 주요통계」, 2010.

[그림 4-2-8] 국민건강보험 보험료 대비 급여비 비율에 대한 변화추이, 2001~2009년



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

자. 건강보험에 대한 국가의 재정기여율

일반적으로 사회보험제도에 대한 국가의 재정보조는 순수한 보험목적의 사업을 초과하는 국가적 과제를 수행하는 과정에서 발생한 비용을 보전해 주고 나아가 보험재정의 안정성을 도모하기 위한 차원에서 이루어지고 있다. 건강보험에 대한 국가의 재정적 지원금은 <표 4-2-9>에서 나타난 바와 같이 그 규모 면에서 볼 때 2007년만을 예외로 할 경우 매년 꾸준히 증가해 오고 있음을 알 수 있다. 이에 따라 2009년의 경우 건강보험에 대한 국가의 재정보조 규모는 4조 6,828억원에 달하고 있다. 하지만 이러한 절대 규모의 증가에도 불구하고 전체 건강보험 재정수입에서 정부지원금이 차지하는 비중은 매년 지속적으로 하락하는 것으로 나타나고 있다. 구체적으로 [그림 4-2-9]에 따르면 국가보조금의 건강보험 재정기여율은 2001년 22.0%에서 매년 하락하여 2008년에는 13.5%로 거의 절반 수준으로 하락한 것을 보여주고 있다.

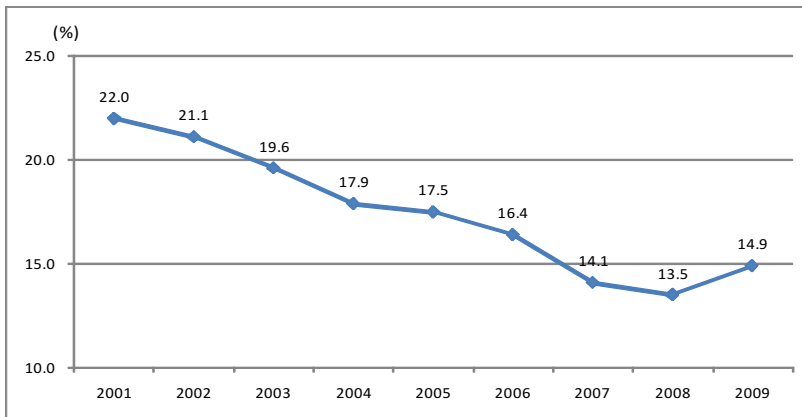
〈표 4-2-9〉 국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성, 2001~2009년

(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	3,836,190	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	394,295	573,300
2008	29,787,149	4,026,245	3,002,300	-	3,002,300	1,023,945	353,671	670,274
2009	31,500,393	4,682,831	3,656,585	-	3,656,585	1,026,246	354,465	671,781

자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

〔그림 4-2-9〕 국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율, 2001년~2009년



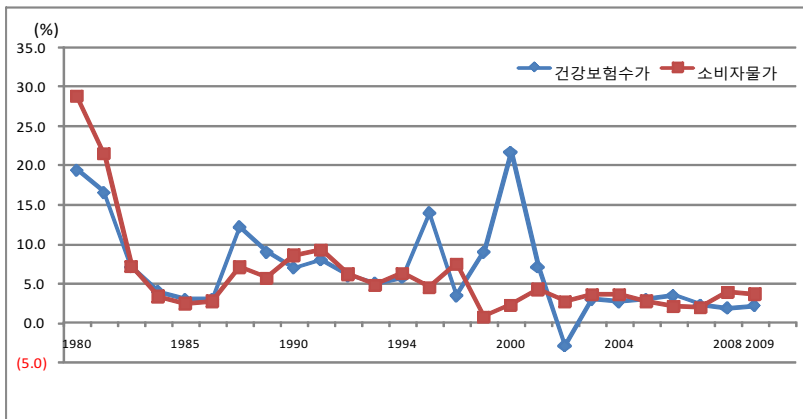
자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

차. 건강보험 수가인상률

국민건강보험에 있어서 수가란 각종 의료서비스나 의약품에 대한 일종의 가격체계로서 의료공급자들의 진료행위나 보험재정에 매우 중대한 영향을 미치게 된다. 이러한 차원에서 볼 때 매년도 의료 수가의 변화율은 건강보

험 재정안정성의 목표에 가장 직접적인 영향을 줄 수 있는 지표로 지적될 수 있다. 이러한 건강보험 의료 수가의 인상률은 2002년 이래 비교적 낮은 수준에서 안정성을 유지해 오고 있는 것으로 나타나고 있다. 그리고 이러한 의료 수가의 인상률은 [그림 4-2-10]에서 보는 바와 같이 매년도 경기상황에 따라 소비자 물가수준과 일정한 시차를 두고 변동하고 있는 것을 보여주고 있다.

[그림 4-2-10] 국민건강보험 수가 인상률의 변동추이, 1979~2009년



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

카. 건강보험 준비적립금의 규모와 적립률

국민건강보험제도는 경기변동이나 기타 경제·사회적 환경변화에 따른 보험재정의 불안정성과 이로 인한 보험료의 수시적 변동요인을 제도적으로 완충하기 위한 목적으로 일정한 규모의 준비적립기금을 운용해 오고 있다.

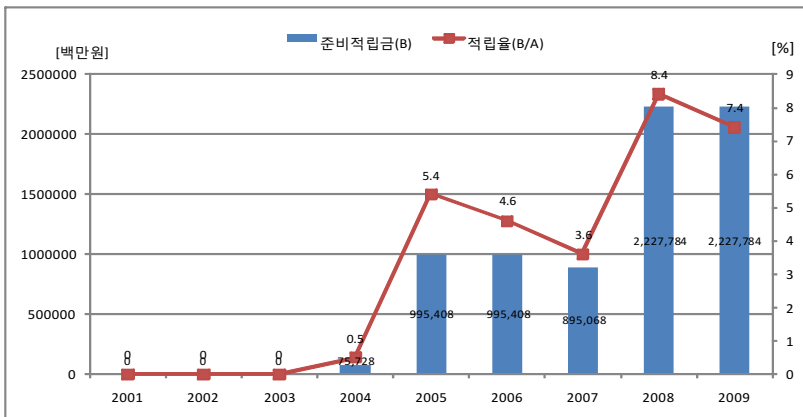
2009년 현재 국민건강보험의 준비적립금은 약 2조 2,278억원으로 이를 같은 해의 보험급여와 대비하여 그 비율로 나타낸 적립률은 7.4%의 수준을 보이고 있다.

〈표 4-2-10〉 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 변화 추이

연도	보험급여(A)	준비적립금(B)	적립률(B/A)
2001	13,195,616	-	-
2002	13,823,665	-	-
2003	14,893,489	-	-
2004	16,264,501	75,728	0.5
2005	18,393,587	995,408	5.4
2006	21,587,980	995,408	4.6
2007	24,560,092	895,068	3.6
2008	26,654,305	2,227,784	8.4
2009	30,040,871	2,227,784	7.4

(단위 : 백만원, %)

[그림 4-2-11] 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 추이, 2001~2009년



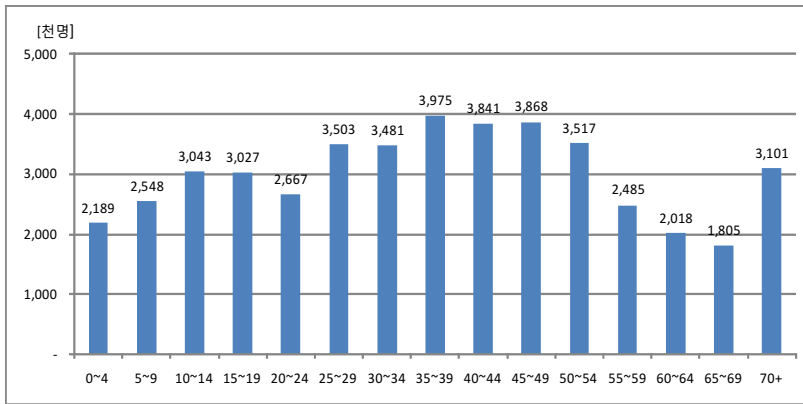
자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2009 건강보험통계연보』, 2010.

타. 연령별 연간급여수급 인구 및 연령별 연간진료비총액

2009년 국민건강보험은 전체 45백만명에게 총 39.3조원에 상당하는 진료혜택을 제공하였다. 먼저 같은 해 국민건강보험 급여수급 총연인원을 연령별로 구분하여 살펴보면 아래의 [그림 4-2-12]에서 보는 바와 같다. 그림에서 급여수급 연인원의 연령별 분포는 뚜렷한 특징을 보이고 있지 않으나 35~39세 연령계층이 약 398만명으로 가장 큰 규모를 보이고 있으며, 반대로 65~69세 연령계층은 약 181만명으로 그 규모가 가장 낮게 나타나고 있다.

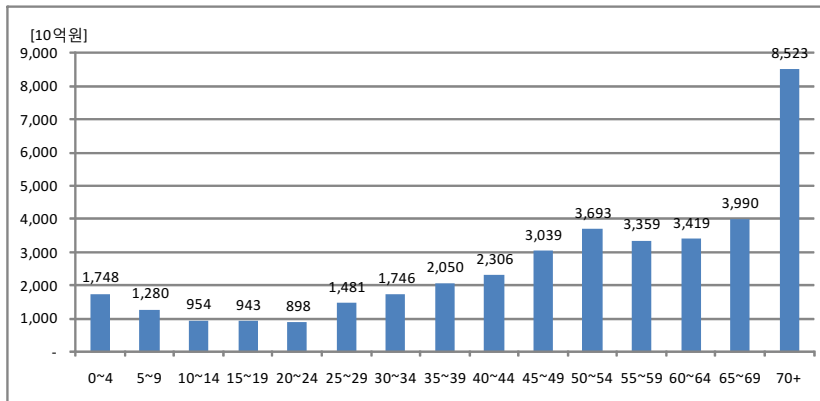
다음은 전체 연간 진료비 총액을 연령별로 구분하여 살펴보면 아래의 [그림 4-2-13]에서 보는 바와 같다. 전체적으로 볼 때 2009년 현재 20~24세 연령계층의 연간진료비 총액이 8,980억원으로 가장 낮은 비중을 차지하고 있으며, 이후 연령이 증가할수록 점차 증가하여 최종적으로 70세 이상 연령계층의 경우 연간진료비가 총 8조 5,230억원으로 가장 높게 나타나고 있다. 그리고 70세 이상 연령계층의 연간 진료비 총액은 20~24세 연령계층의 경우와 비교해서 볼 때 무려 9.5배 가량 높은 것으로 기록되고 있다.

[그림 4-2-12] 건강보험 급여수급 연간 실인원의 연령별 분포, 2009년



자료: 보건복지부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2010.

[그림 4-2-13] 연간진료비총액의 연령별 분포, 2009년



자료: 보건복지부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2010.

이상의 내용을 종합해 볼 때 기대수명의 연장과 출산율의 감소 등으로 인하여 인구구조의 고령화가 빠르게 진행될 경우 우리나라 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.

파. 노인진료비 점유율과 노인 1인당 월평균 진료비

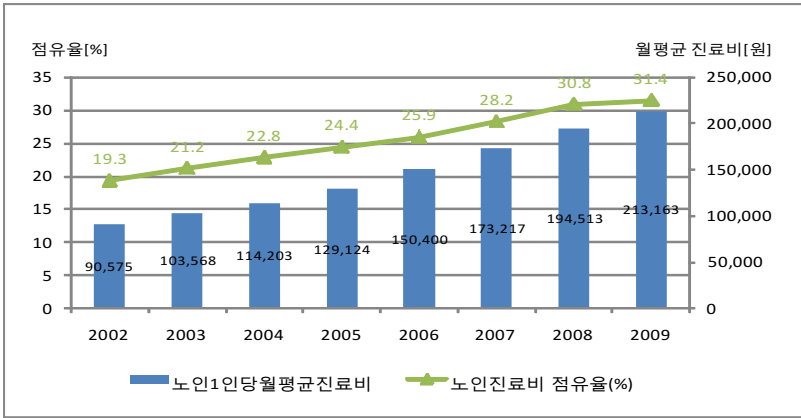
일반적으로 연령이 증가할수록 개인별 의료비의 지출수준은 절대적으로나 상대적으로 증가하게 된다. 아래의 <표 4-2-11>과 [그림 4-2-14]에서 보는 바와 같이 연도별로 전체 진료비 총액에서 65세 이상 노인의 진료비 점유율은 2002년 19.3%에서 매년 빠르게 증가하여, 2009년의 경우 그 비율은 무려 1.6배가 증가한 31.4%의 수준을 보이고 있다. 뿐만 아니라 노인 1인당 월평균 진료비의 경우에도 마찬가지로의 경향을 보여 그 금액은 2002년 90,575원에서 2009년 213,163원으로 2.4배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다.

<표 4-2-11> 65세 이상 노인의 진료비 현황 및 진료비 점유율의 연도별 추이

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
적용인구(천명)	46,659	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614
노인인구(천명)	3,345	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387	4,600	4,826
노인인구점유율 (%)	7.2	7.5	7.9	8.3	8.6	9.2	9.6	9.9
총진료비(억원)	188,317	207,420	225,060	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390
노인진료비(억원)	36,357	44,008	51,364	60,731	73,504	91,189	107,371	123,458
노인진료비점유율 (%)	19.3	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2	30.8	31.4
노인1인당월평균 진료비(원)	90,575	103,568	114,203	129,124	150,400	173,217	194,513	213,163

자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험 주요통계」, 2010.

[그림 4-2-14] 노인 1인당 월평균진료비 및 노인진료비 점유율의 연도별추이



자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험 주요통계」, 2010.

하. 건강보험 적용인구의 연령대별 총 진료비와 1인당 월진료비

저출산-고령화 사회에 있어서 건강보험의 재정건전성은 인구구조의 변화, 특히 인구의 연령별 구성비에 의해 중대한 영향을 받게 된다. 이러한 의미에서 볼 때 매년도 건강보험 진료비 총액의 연령별 분포가 어떻게 변화해 오고 있는가 하는 문제는 매우 중요한 정책적 관심사가 될 수 있을 것이다. 아래의 <표 4-2-12>에서 2001년도 진료비총액의 연령별 분포현황을 살펴보면 9세 이하가 16.0%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 다음으로 60대 15.8%, 50대 15.2%의 순으로 기록되었다. 하지만 2009년의 경우 그 반대 현상으로 70대 이상이 전체 진료비총액의 21.4%를 차지하여 가장 높은 비율을 기록하고 있고, 상대적으로 젊은 연령집단인 10대 4.8%, 20대 6.1% 그리고 9세 이하 7.8%로 가장 낮은 비중을 보이고 있다.

이상과 같은 경향과는 별개의 현상으로서 건강보험 월평균 진료비의 연령별 현황을 살펴보면 아래의 [그림 4-2-15]와 같다. 이에 따르면 1인당 월평균 진료비가 가장 높은 집단은 70대 이상의 연령계층으로서 233,055원의 수준을 보이고 있으며, 다음으로 60대, 50대, 40대 등의 순서를 보이고

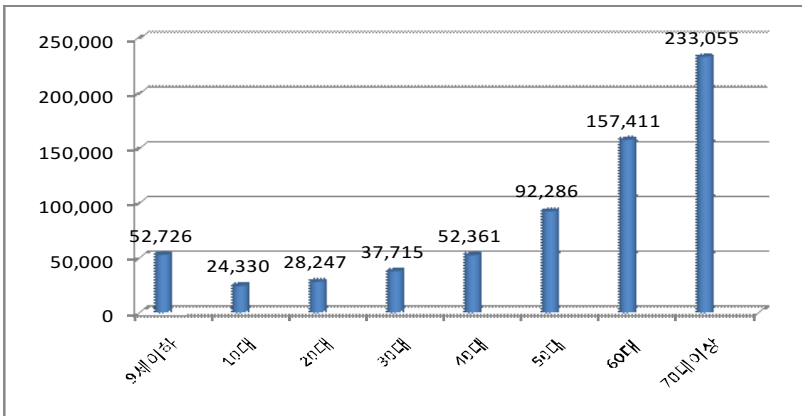
있다. 그리고 1인당 월평균 진료비가 가장 낮은 연령집단은 10대 24,330원으로, 이는 70대 연령집단의 경우에 비해 10% 수준에 불과한 것으로 나타나고 있다.

〈표 4-2-12〉 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 연도별 추이, 2001~2009년

구분		9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상
2001	진료비 (억원)(%)	28,521 (16.0)	9,837 (5.5)	16,714 (9.4)	23,468 (13.1)	26,086 (15.2)	27,086 (15.2)	28,160 (15.8)	18,539 (10.4)
	1인당 월진료비(원)	36,118	12,218	16,906	22,131	28,622	50,805	70,499	72,062
2007	진료비 (억원)(%)	27,855 (8.6)	14,799 (4.6)	22,587 (7.0)	34,444 (10.6)	47,759 (14.7)	56,608 (17.5)	61,327 (18.9)	58,512 (18.1)
	1인당 월진료비(원)	45,836	19,162	25,567	33,115	47,767	82,917	139,732	186,727
2008	진료비 (억원)(%)	28,344 (8.1)	15,488 (4.4)	22,258 (6.4)	34,896 (10.0)	48,748 (14.0)	61,466 (17.6)	66,120 (19.0)	71,370 (20.5)
	1인당 월진료비(원)	48,097	20,038	25,485	34,265	47,894	85,497	145,818	213,059
2009	진료비 (억원)(%)	30,491 (7.8)	18,917 (4.8)	24,008 (6.1)	38,064 (9.7)	53,785 (13.7)	70,793 (17.9)	73,327 (18.6)	84,305 (21.4)
	1인당 월진료비(원)	52,726	24,330	28,247	37,715	52,361	92,286	157,411	233,055

자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험 주요통계」, 2010.

〔그림 4-2-15〕 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 현황, 2009년



자료: 국민건강보험공단, 「2009 건강보험 주요통계」, 2010.

2. 공적연금

가. 공적연금제도별 적용인구와 구성비

공적연금제도는 노령, 장애, 부양자의 사망과 같은 사회적 위험(social risk)으로 인한 소득단절문제에 대하여 별도의 대체소득인 연금급여를 제공함으로써 가입자와 그 가족의 생활안정을 보장해 주기 위한 목적으로 운영되는 제도이다. 하지만 이러한 제도적 보장을 위한 전제조건으로서 사전적으로 제도의 가입과 보험료의 납부가 선행되어야만 한다.

우리나라의 공적연금제도는 직역별 구분에 따라 분리되어 운영되고 있으며, 구체적으로 일반국민들을 대상으로 하는 국민연금제도 그리고 특수직역 연금제도인 공무원연금제도, 군인연금제도와 사립학교교직원연금제도가 있다. 공적연금제도별로 가입자의 규모 그리고 구성비는 아래의 <표 4-2-13>과 [그림 4-2-16]에서 보는 바와 같으며, 이는 시기적으로 큰 변화를 보이고 있다.

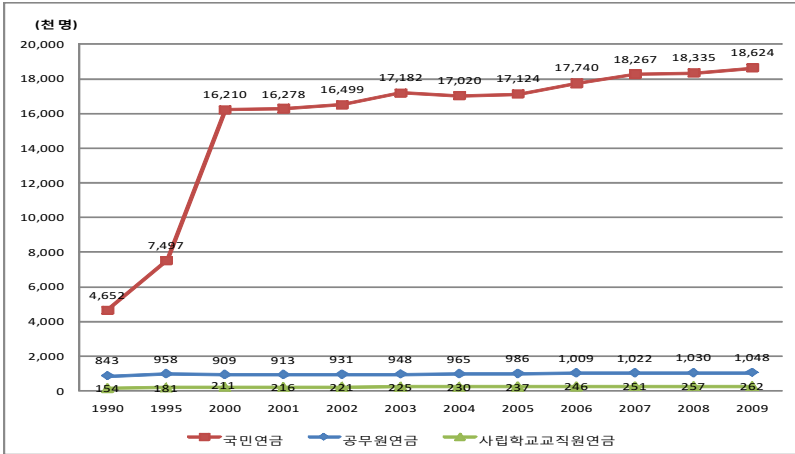
<표 4-2-13> 공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비, 1990~2009년

(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
2009	19,934	100.0	18,624	93.4	1,048	5.3	262	1.3

자료: 국민연금공단, 「2009 국민연금통계연보」, 2010. 공무원연금공단, 「2009 공무원연금통계」, 2010, 사립학교교직원연금관리공단, 「2009 사학연금통계연보」, 2010.

[그림 4-2-16] 공적연금 가입자의 제도별 구성에 대한 변화 추이, 1990~2009년



자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010. 공무원연금공단, 『2009 공무원연금통계』, 2010. 사립학교교직원연금관리공단, 『2009 사학연금통계연보』, 2010.

먼저 공적연금제도별 가입자의 규모를 살펴보면 1990년의 경우 국민연금 465만명, 공무원연금 84만명 그리고 사립학교교직원연금 15만명으로 총 565만명에 불과하였던 것으로 나타나고 있다. 하지만 이후 그 규모는 빠르게 확대되어 2009년의 경우 국민연금 1,862만명, 공무원연금 105만명 그리고 사립학교교직원연금 26만명으로 총 1,993만명이 공적연금제도에 가입을 하고 있는 것으로 파악되고 있다. 이러한 가입 규모의 확대는 특히 국민연금제도에서 두드러지게 나타나 1990년에서 2009년 사이 약 3.5배 정도 증가한 실적을 보이고 있다. 그리고 이와 같은 현상은 무엇보다도 1988년 국민연금제도의 최초 도입 당시 의무적용의 대상을 10인 이상 사업장의 근로자에서 1992년 5인 이상 사업장 근로자, 1995년 농어민 및 농어촌지역 주민 그리고 1999년 도시지역 자영업자와 주민으로 단계적으로 확대해 왔던 제도적 성과의 결과로 판단된다.

다음으로 공적연금제도 제도별로 가입자의 구성비를 살펴보면 1990년의 경우 전체 가입자들 가운데 국민연금의 가입비중이 82.3%, 공무원연금 14.9% 그리고 사립학교교직원연금 2.7%의 순으로 나타났다. 하지만 이후

국민연금제도의 경우 꾸준한 가입대상의 확대 조치로 인해 2009년 현재 국민연금 가입자의 비중은 전체 공적연금제도 가입자의 93.4%로 1990년의 경우에 비해 10% 이상 확대되었으나, 공무원연금이나 사립학교교직원연금의 경우 그 비중이 각각 5.3%와 1.3%로 지속적으로 하락해 오고 있다.

나. 공적연금제도별 제도부양비율

공적연금제도의 성숙도는 제도별로 가입자 대비 수급자의 비율을 나타내는 제도부양비율을 통해 가늠해 볼 수 있다. 나아가 이는 소위 ‘세대간 계약(generational contract)’을 바탕으로 운영되는 공적연금제도에 있어서 재정적 건전성을 판단해 볼 수 있는 중요한 지표로 활용될 수도 있다. 특히 제도부양비율(system dependency ratio)은 단순히 15~64세 인구 대비 65세 이상 인구의 비중을 나타내는 노인부양비율(old-age dependency ratio)과는 달리, 실제 연금가입계층 대비 연금수급자의 비율로 나타내게 되므로 공적연금제도의 재정적 상황이나 장래전망을 보다 직접적으로 보여줄 수 있는 유효한 지표가 될 수 있을 것으로 판단된다.

아래의 <표 4-2-14>와 [그림 4-2-17]에서 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 2009년 현재 28%로 가장 높게 나타나고 있으며, 다음으로 국민연금(1988년)과 사립학교교직원연금(1975년)의 경우 그 비율이 각각 15%와 13%의 순으로 나타나고 있다. 여기서 제도 도입이 상대적으로 늦은 국민연금이 사립학교교직원연금보다 제도 부양비율이 상대적으로 높게 나타나고 있는 주요 이유로는 ①국민연금의 경우 최소가입요건이 10년으로 사립학교교직원연금의 20년에 비해 상대적으로 짧다는 점 그리고 ②국민연금제도 도입 초기 5년 가입요건을 충족하면 지급되었던 특례노령연금제도의 운영 등에 따른 결과로 판단된다.

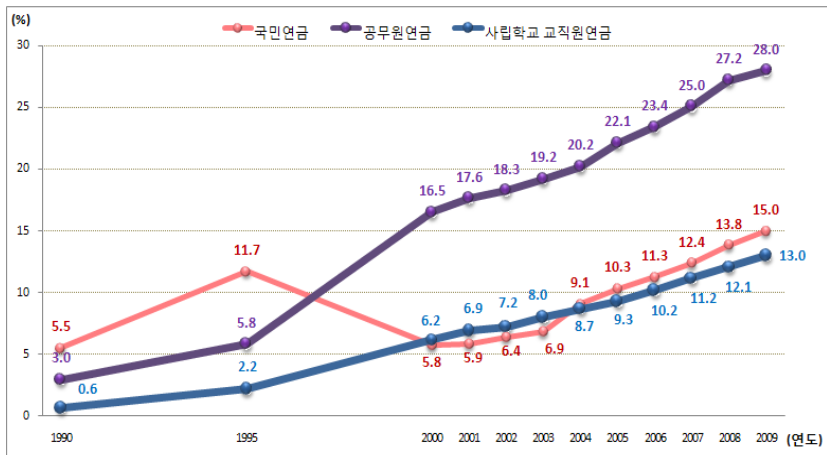
〈표 4-2-14〉 공적연금제도별 가입자 대비 수급자의 비율(제도부양비율)의 연도별 추이, 1990~2009년

(단위 : 천명, %)

연도	가입자			수급권자			제도부양비율		
	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원연금	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원연금	국민연금	공무원 연금	사립학교 교직원연금
1990	4,652	843	154	257	25	1	5.5	3.0	0.6
1995	7,497	958	181	878	56	4	11.7	5.8	2.2
2000	16,210	909	211	934	150	13	5.8	16.5	6.2
2001	16,278	913	216	956	161	15	5.9	17.6	6.9
2002	16,499	931	221	1,059	170	16	6.4	18.3	7.2
2003	17,182	948	225	1,177	182	18	6.9	19.2	8.0
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	9.3
2006	17,740	1,009	246	1,996	236	25	11.3	23.4	10.2
2007	18,267	1,022	251	2,257	256	28	12.4	25.0	11.2
2008	18,335	1,030	257	2,534	280	31	13.8	27.2	12.1
2009	18,624	1,048	262	2,787	293	34	15.0	28.0	13.0

자료: 국민연금공단, 「2009 국민연금통계연보」, 2010. 공무원연금공단, 「2009 공무원연금통계」, 2010. 사립학교교직원연금관리공단, 「2009 사학연금통계연보」, 2010.

〔그림 4-2-17〕 공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이, 1990~2009년



자료: 국민연금공단, 「2009 국민연금통계연보」, 2010. 공무원연금공단, 「2009 공무원연금통계」, 2010. 사립학교교직원연금관리공단, 「2009 사학연금통계연보」, 2010.

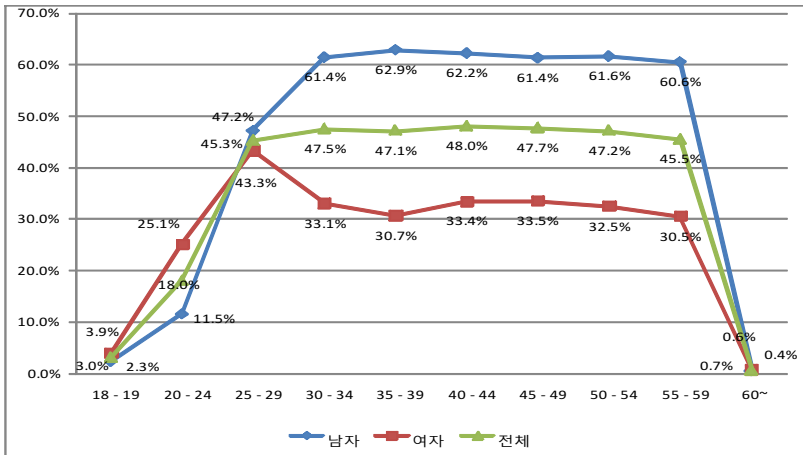
다. 국민연금 가입자 비율

국민연금제도는 사회보험의 원리로 운영되는 사회보장제도이다. 이러한 국민연금제도는 가급적 모든 국민에게 제도가입 기회의 보편성을 제공하고, 동시에 이를 토대로 급여의 충분성이 보장될 수 있도록 하여야 할 것이다.

사회보험의 원리를 바탕으로 운영되는 국민연금제도에 있어서 개인들이 충분한 수준의 연금급여를 확보할 수 있기 위해서는 일생동안 안정된 가입 경력을 유지할 수 있어야만 한다. 이를 측정할 수 있는 지표로서 국민연금 가입자 비율은 연령구간별로 전체 인구 가운데 국민연금 가입자가 차지하는 비중으로 측정될 수 있다. 그리고 이러한 지표는 개인별로 생애기간 동안 국민연금 가입경력이 얼마나 안정적으로 유지되고 있는지를 우회적으로 가늠해 볼 수 있는 척도로서도 활용이 될 수 있다.

다음의 [그림 4-2-18]은 2009년 현재 국민연금제도 가입자 비율을 성별 그리고 연령별로 구분하여 보여주고 있으며, 그 중요한 특징들을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 절대적 규모의 측면에서 남성의 국민연금 가입규모가 여성의 경우에 비해 월등하게 높게 나타나고 있다는 점이다. 일례로 2009년의 경우 남성의 국민연금 가입자 규모는 853만명으로 여성 478만명의 1.8배 가량을 기록하고 있다. 둘째, 성별 구분이 없이 전체 국민연금 가입자 비율의 연령별 변화추이를 살펴보면 25세 이후 59세 사이 연령계층의 경우 개별 연령계층 해당인구의 대략 절반만이 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 4-2-18] 국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이, 2009년



주: 지역가입자 중에서 남부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

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 중요한 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.

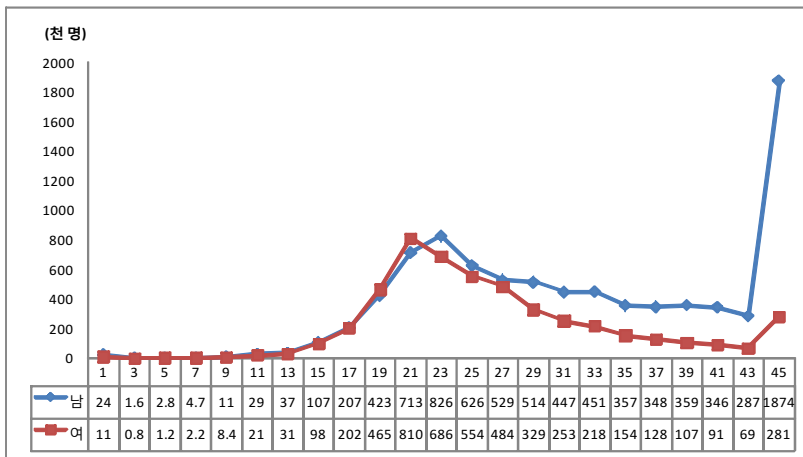
라. 국민연금 가입계층의 표준소득월액 등급별 분포

국민연금 연금급여의 수준은 개인별로 가입기간과 그 기간 동안 생애소득의 평균값에 의해 결정이 된다. 이러한 차원에서 볼 때 개인별로 국민연

금 가입기간 동안의 소득흐름은 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 매우 중요한 결정요인이 될 수 있음을 알 수 있다.

아래의 [그림 4-2-19]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. 특히 그림에서 최고소득인 45등급의 경우 남성이 무려 187만명을 기록하고 있는 반면, 여성은 28만명 정도에 불과한 것을 보여주고 있다.

[그림 4-2-19] 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별·성별 구성, 2009년



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

이상을 종합해 보면 국민연금 가입소득의 측면에서 남성이 여성에 비해 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 제기될 우려가 높음을 짐작해 볼 수 있다.

마. 국민연금 가입자의 종별 구성과 납부예외자의 규모

국민연금 가입자는 본인의 의사와는 상관없이 강제가입이 적용되는 사업장가입자와 지역가입자 그리고 본인의 판단에 따라 가입의 선택권이 주어지는 임의가입자와 임의계속가입자로 구분하고 있다.

아래의 <표 4-2-15>는 국민연금 가입자의 종별 구성에 대한 연도별 추이를 보여주고 있으며, 그 특징을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 국민연금 총가입자의 규모는 1988년 443만명에서 2009년 현재 1,862만명으로 4배 이상 증가한 것으로 나타나고 있다. 둘째, 국민연금 가입자를 종별로 구분하여 살펴보면 사업장가입자의 경우 꾸준히 증가하여 2009년 현재 988만명을 기록하고 있는 반면, 지역가입자는 2000년 1,042만명에서 2009년 868만명으로 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, 납부예외자는 그 규모가 꾸준히 확대되어 오고 있다는 점이다.

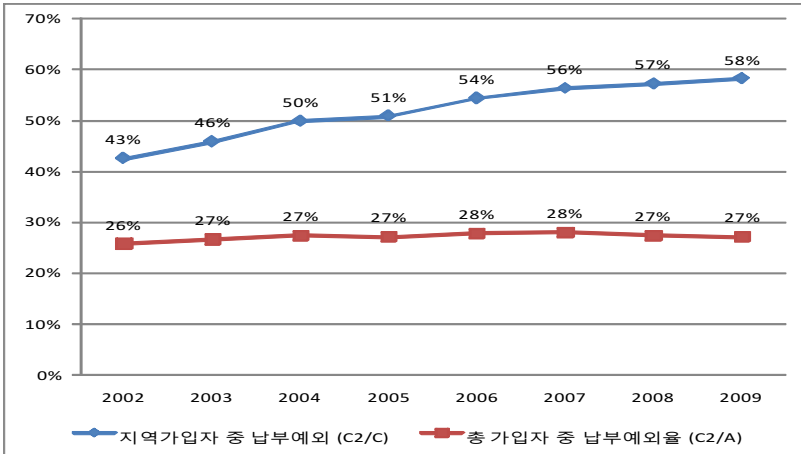
<표 4-2-15> 국민연금 가입자의 종별 구성의 연도별 추이, 2002~2009년

(단위 : 천명)

연도	총가입자수 (A)	사업장 가입자	지역가입자(C)		임의 가입자	임의계속 가입자
			소득신고자 (C1)	납부예외자 (C2)		
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
2009	18,624	9,867	3,628	5,052	36	41

자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

[그림 4-2-20] 국민연금 납부 예외율의 변화 추이, 2002~2009년



자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

이에 따라 2009년의 경우 납부예외자가 무려 505만명으로 전체 지역가입자의 58% 그리고 국민연금 총가입자의 27%를 차지하여 노후소득보장에 있어서 중대한 결함을 보이고 있는 것으로 나타났다.

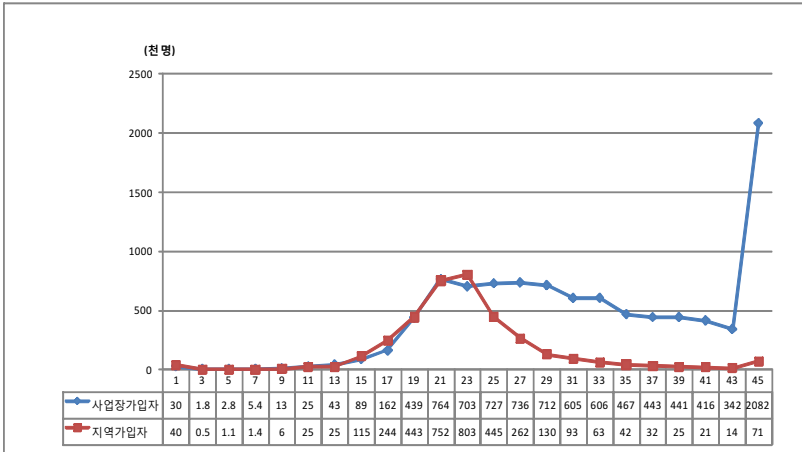
바. 국민연금 사업장가입자와 지역가입자의 소득등급별 분포

국민연금 가입자는 법률로 정한 45개 등급별 표준소득월액을 기준으로 보험료를 납부하게 되며, 이러한 표준소득월액은 개인별로 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 중대한 영향을 미치게 된다.

아래의 [그림 4-2-21]은 국민연금 가입자의 표준소득월액 등급별 분포를 사업장가입자와 지역가입자로 구분하여 보여주고 있다. 전체적으로 볼 때 중간 소득등급인 23등급 이내 저소득계층의 경우 사업장가입자와 지역가입자의 소득분포는 대체로 상호 유사한 형태를 보이고 있다. 하지만 24등급 이상의 중상위 소득구간의 경우 사업장가입자의 분포가 지역가입자를 현저하게 능가하고 있으며, 특히 최고 소득구간인 45등급 이상의 경우 그 격차가 극명하게 나타나고 있다. 그림에서 보는 바와 같이 2009년 현재 45등

급에 해당되는 사업장가입자의 수는 무려 208만명에 해당되는 반면, 지역 가입자의 경우 그 규모가 겨우 7만여명에 불과한 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-2-21] 국민연금 가입자의 종별·표준소득월액 등급별 현황, 2009년



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

사. 국민연금 외국인 가입자의 현황

사회보험제도로서 국민연금은 보편성의 원칙에 입각하여 내국인은 물론 외국인에 대해서도 동등한 조건으로 제도 가입을 허용하여야 한다. 외국인으로서 국민연금 가입자는 매년 지속적으로 증가해 오고 있으며, 2009년 현재 16만명 가량에 달하고 있다. 그리고 이 중 사업장가입자가 전체의 99% 이상을 차지하고 있는 것으로 집계되고 있다.

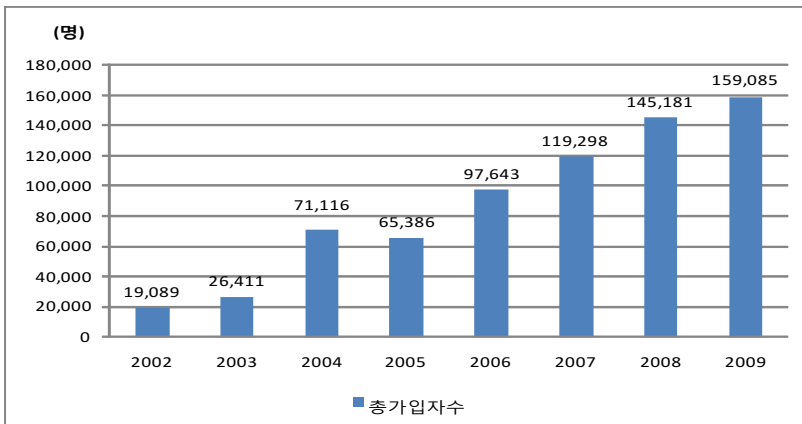
〈표 4-2-16〉 국민연금 외국인 가입자의 연도별 추이, 2000~2009년

(단위 : 명)

연도	총가입자수	사업장 가입자	지역가입자		
			소계	소득신고자	납부예외
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
2009	159,085	158,455	640	250	380

자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

〔그림 4-2-22〕 외국인의 국민연금 가입현황, 2009년



아. 공적연금 제도별 재정수지: 수지율

공적연금제도는 노령, 장애 및 부양자의 사망과 같은 장기적 성격의 위험을 대상으로 운영되고 있다. 따라서 이와 같은 사회보장제도에 있어서 재정운영의 안정성은 제도의 지속가능성과 수급권의 보장에 중대한 영향을 미칠 수 있다.

아래의 <표 4-2-17>은 공적연금제도별로 재정수지의 변화추이를 보여주

고 있다. 표에 의하면 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 재정지출에 비해 재정수입이 상대적으로 크게 나타나 매년도 재정수지의 흑자 규모가 점차 확대되는 추세를 보이고 있다. 이에 따른 결과로서 2009년의 경우 국민연금의 수지율이 0.163으로 가장 낮게 나타나고 있으며, 다음으로 사립학교교직원연금 0.680 그리고 공무원연금의 경우 이미 2001년부터 수지율이 1의 상태를 보이고 있다.

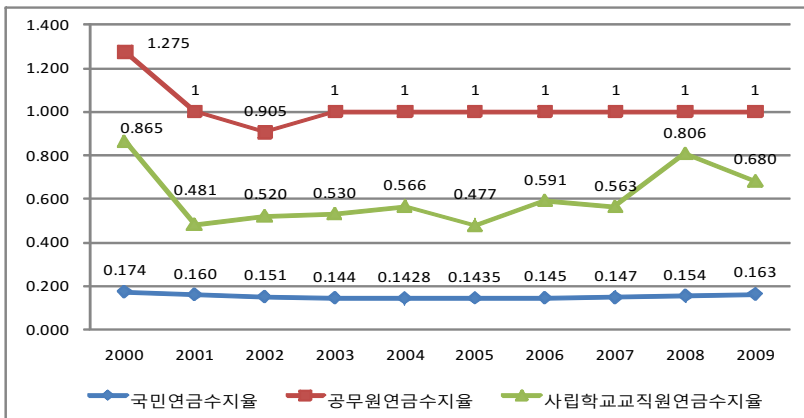
〈표 4-2-17〉 공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이, 2000~2009년

(단위 : 10억원)

연도	국민연금			공무원연금			사립학교교직원연금		
	수입	지출	수지율	수입	지출	수지율	수입	지출	수지율
2000	73,662	12,793	0.174	3,437	4,383	1.275	910	787	0.865
2001	90,374	14,464	0.160	3,519	3,519	1	1,103	530	0.481
2002	109,555	16,500	0.151	3,951	3,574	0.905	1,213	631	0.520
2003	131,531	18,963	0.144	4,414	4,414	1	1,328	704	0.530
2004	155,487	22,210	0.1428	4,926	4,926	1	1,366	773	0.566
2005	182,460	26,177	0.1435	5,899	5,899	1	1,682	802	0.477
2006	213,154	30,940	0.145	6,178	6,178	1	1,601	946	0.591
2007	248,554	36,547	0.147	6,805	6,805	1	1,870	1,053	0.563
2008	280,902	43,152	0.154	7,829	7,829	1	1,729	1,393	0.806
2009	313,252	51,067	0.163	7,631	7,631	1	2,029	1,380	0.680

자료: 국민연금공단, 「2009 국민연금통계연보」, 2010. 공무원연금공단, 「2009 공무원연금통계」, 2010. 사립학교교직원연금관리공단, 「2009 사학연금통계연보」, 2010

〔그림 4-2-23〕 공적연금제도별 재정 수지율의 연도별 추이, 2000~2009년



자. 공적연금제도별 기금 적립배율

공적연금제도의 적립기금은 장래의 연금수급권을 충당해 줄 수 있는 담보장치로서의 기능을 수행하고 있다. 이러한 의미에서 볼 때 적립기금의 절대규모 그리고 매년도 급여지출 대비 적립기금의 비율(= 적립배율)은 제도별로 재정건전성을 평가할 수 있는 중요한 지표가 될 수 있다. <표 4-2-18>에서 보는 바와 같이 제도의 도입 역사가 상대적으로 짧은 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 적립기금의 규모가 매년 꾸준히 증가해 오고 있으며, 2009년 말 현재 국민연금의 경우 약 262조원 그리고 사립학교교직원연금의 경우 약 9조원에 달하고 있다. 그리고 매년도 적립기금 대비 연금재정지출의 비율을 나타내는 적립배율은 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 2009년 말 현재 각각 5.1배 그리고 7.2배로 나타나고 있다. 반면에 공무원연금의 경우 이미 2003년부터 매년도 재정수입과 지출이 상호 일치하는 부과방식의 속성을 보이고 있으며, 적립기금의 규모는 2009년 말 현재 약 5조원을 기록하고 있다. 그리고 공무원연금의 적립배율은 0.7배에 불과하여 우리나라 공적연금제도들 가운데 재정적 기반이 가장 취약한 것으로 나타나고 있다.)

<표 4-2-18> 공적연금제도별 적립기금의 변화추이, 2000~2009년

(단위: 백만원)

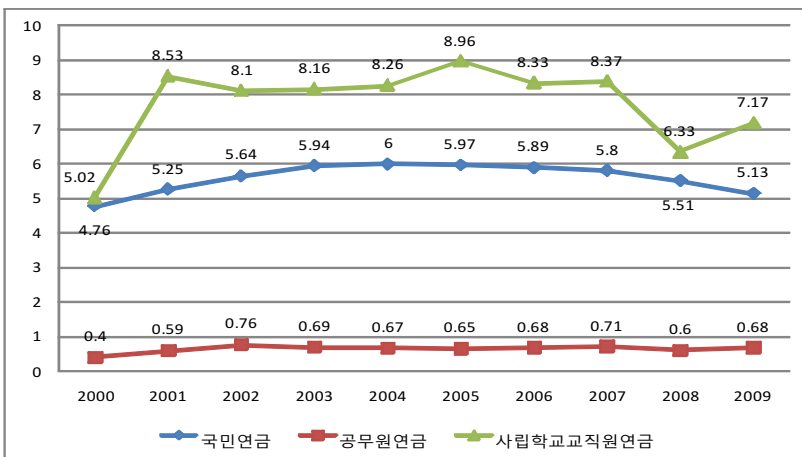
연도	국민연금		공무원연금		사립학교교직원연금	
	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율
2000	60,869,840	4.76	1,775,152	0.40	3,952,223	5.02
2001	75,909,181	5.25	2,089,636	0.59	4,524,899	8.53
2002	93,055,244	5.64	2,727,627	0.76	5,106,621	8.10
2003	112,567,689	5.94	3,067,505	0.69	5,747,541	8.16
2004	133,276,917	6.00	3,321,784	0.67	6,384,801	8.26
2005	156,282,864	5.97	3,829,452	0.65	7,193,022	8.96

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

연도	국민연금		공무원연금		사립학교교직원연금	
	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율	적립기금	적립배율
2006	182,214,202	5.89	4,222,904	0.68	7,891,178	8.33
2007	212,006,745	5.80	4,804,308	0.71	8,806,134	8.37
2008	237,750,006	5.51	4,686,096	0.60	8,805,672	6.33
2009	262,184,822	5.13	5,187,328	0.68	9,891,219	7.17

주 : 1)적립배율이란 매년도 말 적립기금을 그 해의 보험재정지출로 나눈 값을 의미함
 자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010. 공무원연금공단, 『2009 공무원연금통계』, 2010.
 사립학교교직원연금관리공단, 『2009 사학연금통계연보』, 2010

[그림 4-2-24] 공적연금 제도별 기금 적립배율의 변화 추이, 2000~2009년



자료: 국민연금공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010. 공무원연금공단, 『2009 공무원연금통계』, 2010.
 사립학교교직원연금관리공단, 『2009 사학연금통계연보』, 2010

차. 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여

공적연금제도는 노령, 장애, 부양자의 사망 등과 같은 보험사고로 인한 소득단절의 문제에 대처하여 별도의 대체소득인 연금급여를 제공함으로써 가입자나 그 가족의 생활안정에 기여하는 기능을 하게 된다. 따라서 국가는 공적연금제도의 급여수준이 충분성과 적절성의 요건을 충족할 수 있도록 하기 위한 정책적 노력의 의무를 가지게 된다.

우리나라 공적연금제도들의 경우 도입의 역사 그리고 제도별로 가입자의 규모, 보험료의 수준 및 급여산식의 차이로 인해 급여지출총액 그리고 연금

급여의 수준 또한 제도별로 현저한 격차를 보이고 있다. 먼저 제도별 급여 지출총액의 경우 1990년 국민연금 423억원, 공무원연금 1,736억원 그리고 사립학교교직원연금 1,133억원으로 총 3,292억원에 불과하였던 것으로 나타나고 있다. 하지만 이후 그 규모는 빠르게 증가하여 2009년의 급여지출 총액은 국민연금 7조 4,719억원, 공무원연금 7조 6,848억원 그리고 사립학교교직원연금 9,033억원으로 총 16조 600억원으로 집계되어 전체 기간동안 절대금액을 기준으로 무려 47배 정도 증가한 것으로 나타났다. 특히 공무원연금이나 사립학교교직원연금의 경우 가입자 규모의 제한성에도 불구하고 급여지출총액이 높게 나타나고 있는 이유는 제도의 성숙도는 물론 급여산식이 국민연금의 경우에 비해 상대적으로 유리하게 설계되어 있기 때문에 나타나는 현상으로 판단된다.

〈표 4-2-19〉 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여, 2000~2009년

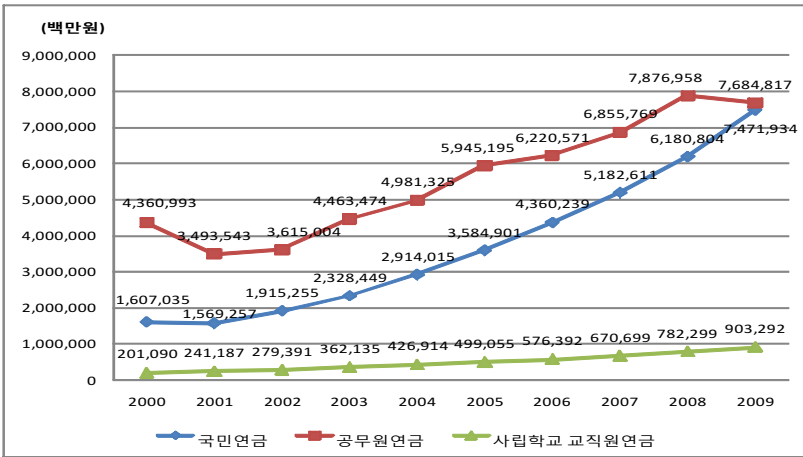
연도	총급여(백만원)			평균급여(천원)		
	국민연금	공무원연금	사립학교 교직원연금	국민연금	공무원연금	사립학교 교직원연금
2000	1,607,035	4,360,993	201,090	1,721	28,984	15,027
2001	1,569,257	3,493,543	241,187	1,642	21,737	16,476
2002	1,915,255	3,615,004	279,391	1,808	21,275	17,398
2003	2,328,449	4,463,474	362,135	1,978	24,562	20,231
2004	2,914,015	4,981,325	426,914	1,890	25,505	21,328
2005	3,584,901	5,945,195	499,055	2,029	27,271	22,474
2006	4,360,239	6,220,571	576,392	2,185	26,328	23,330
2007	5,182,611	6,855,769	670,699	2,296	26,826	24,112
2008	6,180,804	7,876,958	782,299	2,439	28,156	24,974
2009	7,471,934	7,684,817	903,292	2,681	26,219	26,461

자료: 국민연금공단, 『국민연금통계연보』, 2009. 공무원연금공단, 『공무원연금통계』, 2009.
사립학교교직원연금관리공단, 『사학연금통계연보』, 2009.

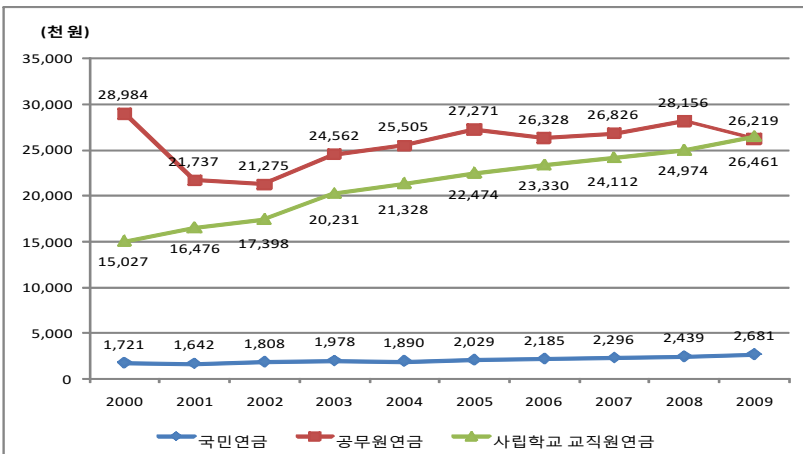
다음으로 1인당 연평균 연금급여의 수준을 제도별로 구분하여 살펴보면 2009년 현재 사립학교교직원연금과 공무원연금의 경우 각각 약 2,646만원과 2,622만원으로 비슷한 수준을 유지하고 있는 반면, 국민연금의 경우 평

평균급여는 268만원에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이처럼 사립학교교직원 연금 그리고 공무원연금의 급여수준이 상대적으로나 절대적으로 높게 나타나게 된 이유는 고용관계의 안정성, 보수수준의 우월성 그리고 제도의 성숙도 등에 상당부분 연유하는 것으로 생각된다.

[그림 4-2-25] 공적연금제도별 급여지출총액의 연도별 추이, 2000~2009년



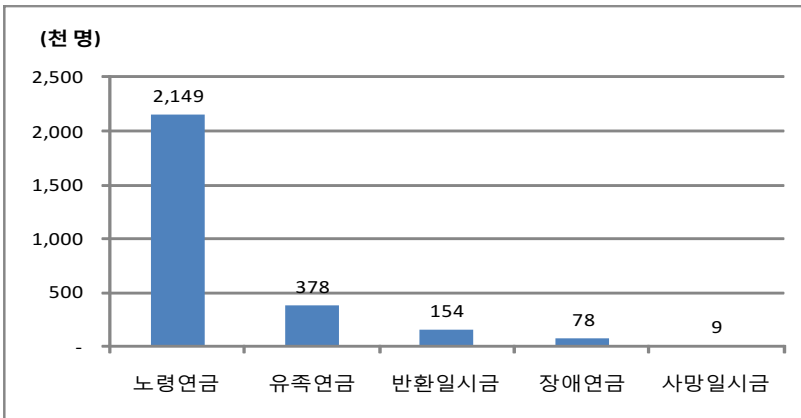
[그림 4-2-26] 공적연금제도별 평균급여의 연도별 추이, 2000~2009년



카. 국민연금 급여 종류별 수급자수 및 급여지급 현황

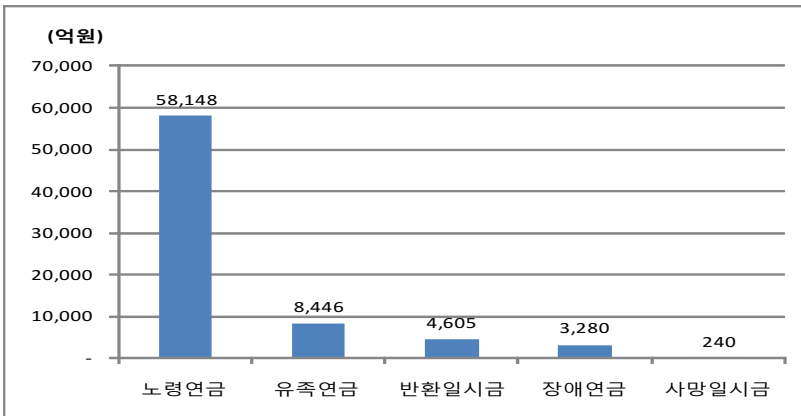
국민연금제도의 급여 종류로는 노령연금, 장애연금, 유족연금이 있으며, 개인이나 그 가족이 연금의 수급요건을 충족하지 못하였을 경우 반환일시금이나 사망일시금을 지급하게 된다.

[그림 4-2-27] 국민연금 급여종류별 수급자수, 2009년



자료: 국민연금관리공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

[그림 4-2-28] 국민연금 급여종류별 급여지급 현황, 2009년



자료: 국민연금관리공단, 『2009 국민연금통계연보』, 2010.

먼저 [그림 4-2-27]을 토대로 연금급여 종류별 수급자의 분포를 살펴보면 2009년 현재 노령연금 수급자수가 약 215만명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 유족연금, 반환일시금의 순을 보이고 있다. 다음으로 [그림 4-2-28]에서 연금급여 종류별 급여지급총액을 살펴보면 역시 노령연금이 5조 8,148억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 유족연금 8,446억원, 반환일시금 4,605억원 등의 순으로 나타나고 있다.

3. 산재보험제도

가. 산재보험제도 적용 근로자 및 사업장

산재보험제도는 근로기준법에서 정하고 있는 산업재해에 대한 사용주의 무과실책임의 원칙을 경제적으로 담보하기 위한 목적으로 도입되었다. 이에 따라 산재보험제도의 기능은 산업재해나 직업병으로 인한 신체적 피해와 경제적 비용을 신속하게 보상하여 피해근로자와 그 가족의 생활안정을 도모하고, 나아가 이들의 신속한 의료·직업·사회재활을 지원하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 나아가 산재보험제도는 산재사고로 인한 기업의 보상책임을 사용자들 상호간 연대 원리를 토대로 비용을 분산시킴으로써 사업운영의 안정성과 산업평화의 유지를 지원하는 기능도 수행하고 있다.

우리나라의 산재보험제도는 경제개발의 시작 단계인 1964년 최초로 실시되었으며, 도입 당시 제도의 적용은 근로기준법이 적용되던 광업과 제조업의 500인 이상 사업장을 대상으로 하였다. 이후 제도의 적용근로자와 적용사업장은 지속적으로 확대되어 오늘날에 와서는 원칙적으로 모든 사업 또는 사업장의 근로자를 적용대상으로 하고 있다. 이에 따라 2009년 현재 전체 약 156만개 사업장의 약 1,389만명의 근로자들이 산재보험의 제도적 보호를 받고 있는 것으로 파악되고 있다. 이는 산재보험 시행 이듬해인 1965년 당시의 적용 현황이 289개 사업장의 16만명에 불과하였던 것에 비하면, 지난 40여년간 양적으로 급속한 발전을 이룩한 것을 보여주고 있다.

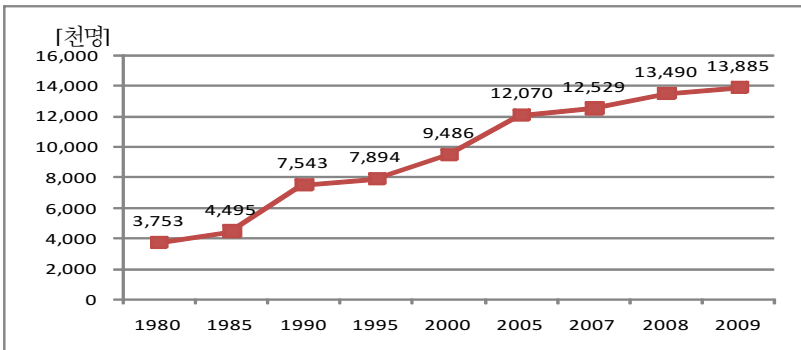
〈표 4-2-20〉 산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이, 1980~2009

(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
2009	13,885	1,560,949

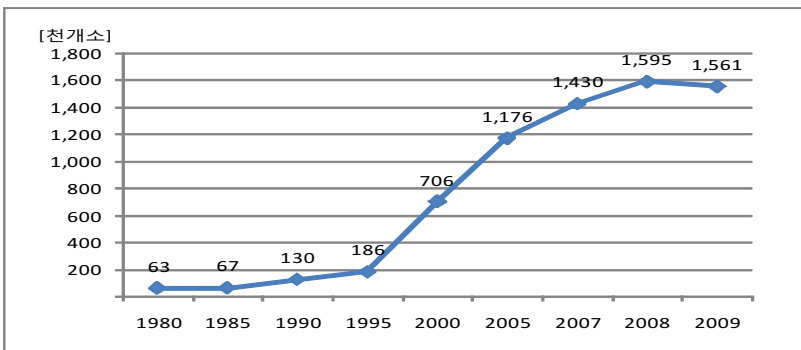
자료: 고용노동부, 『2009 노동통계연감』, 2010.

〔그림 4-2-29〕 산업재해보상법 적용근로자의 연도별 추이, 1980~2009년



자료: 고용노동부, 『2009 산재보험 사업연보』, 2010.

〔그림 4-2-30〕 산업재해보상법 적용사업장의 연도별 변화추이, 1980~2009년



자료: 고용노동부, 『2009 산재보험 사업연보』, 2010.

나. 산재보험제도의 임의가입 현황

산재보험제도에 있어서 임의적용 사업이란 산재보험법상 당연적용 대상이 아닌 사업으로서 보험가입의 여부가 전적으로 사업주의 자율적 판단에 일임되어 있는 사업을 의미한다. 그러나 임의가입 사업의 경우에도 보험에 가입한 사업주는 당연적용 사업과 동일한 사업주가 되며, 이 경우 가입자의 신분은 산재보험제도의 담당기관인 근로복지공단의 승인을 얻게 될 경우 확보할 수 있다.

이러한 임의가입의 대상이 되는 사업으로는 중소기업 사업주, 해외파견 근로자 그리고 하수급인이 된다. 먼저 중소기업 사업주의 경우 비록 사용자 법적 신분에도 불구하고 현실적으로나 사실적으로 근로에 종사하는 경우가 많은 점을 감안하여 임의로 산재보험에 가입을 허용하고 있다. 다음으로 해외의 현지법인에 파견된 근로자의 경우 속지주의 원칙에 의하여 국내 산재보험법의 보호를 받지 못하는 것이 일반적이나, 해당 사업주가 보험가입을 신청하여 승인을 받게 될 경우 국내근로자와 동등한 자격으로 산재보험의 보호를 받을 수 있도록 하고 있다. 마지막으로 여러 차례의 도급에 의하여 행하여지는 건설업의 특성을 감안하여 원수급인의 신청에 의하여 산재보험의 가입 승인을 얻게 될 경우 그 하수급인이 산재보험법의 사업주가 될 수 있도록 하고 있다.

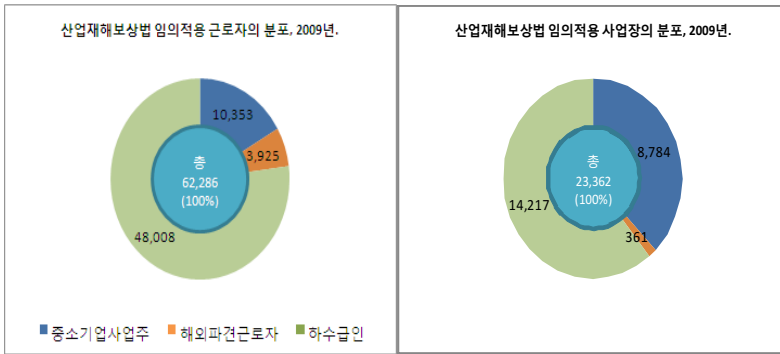
아래의 <표4-2-21>과 [그림4-2-31]에서 보는 바와 같이 2009년 산재보험 임의가입 사업장은 총 23,362개소로서 이 중 하수급 사업장이 14,217개로 전체의 60%를 차지하고 있으며, 다음으로 중소기업 사업장 그리고 해외파견근로자의 순으로 나타나고 있다. 그리고 산재보험 임의가입 근로자는 2009년 현재 총 62,286명으로, 이 중 하수급 종사 근로자가 48,008명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 중소기업 사업장 근로자 그리고 해외파견 근로자의 순으로 나타나고 있다.

〈표 4-2-21〉 산재보험 임의가입 대상 사업별 적용 사업장과 근로자의 현황

구분	'06년		'07년		'08년		'09년	
	사업장	근로자	사업장	근로자	사업장	근로자	사업장	근로자
합계	9,572	49,329	12,847	57,383	14,691	58,540	23,362	62,286
중소기업 사업주(전체)	6,290	8,657	7,596	9,517	8,316	9,848	8,784	10,353
해외파견 근로자	275	2,329	337	2,936	425	4,102	361	3,925
하수급인	3,007	38,343	4,914	44,930	5,950	44,590	14,217	48,008

자료: 고용노동부, 『2009 산재보험 사업연보』, 2010.

〔그림 4-2-31〕 산재보험 임의적용 분포, 2009년



자료: 고용노동부, 『2009 산재보험 사업연보』, 2010.

다. 산업재해의 발생 현황: 재해 발생건수, 재해강도율, 재해도수율, 사망률

산업재해는 개인은 물론 국민경제 전체적 차원에서도 상당한 피해를 가져다주게 된다. 따라서 국가는 사업장 차원에서 각종 산재예방 활동을 활성화하고, 나아가 직업병의 예방과 직장 건강증진사업을 중점적으로 추진해 오고 있다.

이러한 다각적 차원의 정책적 노력에도 불구하고 재해의 발생규모는 <표 4-2-22>에서 보는 바와 같이 2000년 이후 지속적으로 증가하여, 2009년 현재 97,821건을 기록하고 있다. 그리고 같은 해 연간근로시간 대비 총근로손실일수와 재해건수의 비율을 나타내는 강도율이나 도수율 또한 각각 1.8과 3.4로 비교적 높은 수준을 유지해 오고 있다. 반면에 근로자 1만명

당 산재사고 사망자의 건수를 의미하는 사망률은 꾸준히 감소하여 2009년 현재 1.6명을 기록하고 있다. 뿐만 아니라 전체 산재피해근로자들 가운데 사망자의 천인율은 [그림 4-2-32]에서 보는 바와 같이 2000년 이래 지속적으로 감소해 오는 추세를 보여 전체적으로 중대재해의 발생비율이 하락해 오고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-2-22〉 산업재해 발생현황, 1980~2009년

(단위 : 명, 건)

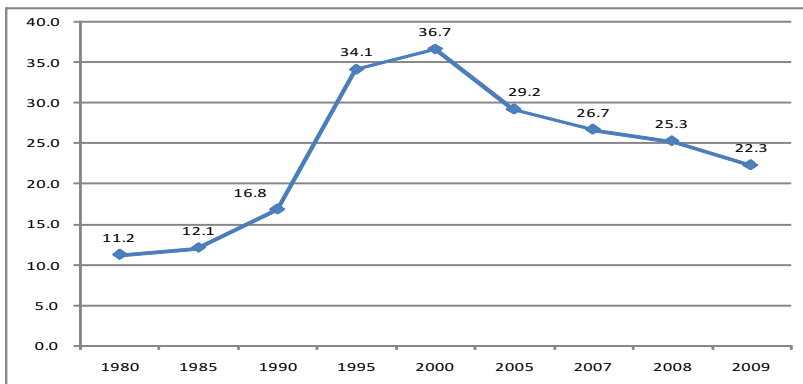
연도	피해자수(A)	사망자수(B)		재해건수	재해강도율	재해도수율	사망률 (만명당)
		사망자수(B)	사망자수(B)				
1980	113,375	1,273	112,111	2.6	11.1	3.4	
1985	141,809	1,718	140,218	2.7	11.6	3.8	
1990	132,893	2,236	126,966	2.3	6.7	3.0	
1995	78,034	2,662	76,388	2.1	3.9	3.4	
2000	68,976	2,528	67,930	1.9	2.9	2.7	
2005	85,411	2,493	84,161	2.7	3.3	2.1	
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	
2009	97,821	2,181	96,984	1.8	3.37	1.6	

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: 고용노동부, 『2009 노동통계연감』, 2010.

〔그림 4-2-32〕 산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율, 1980~2009년



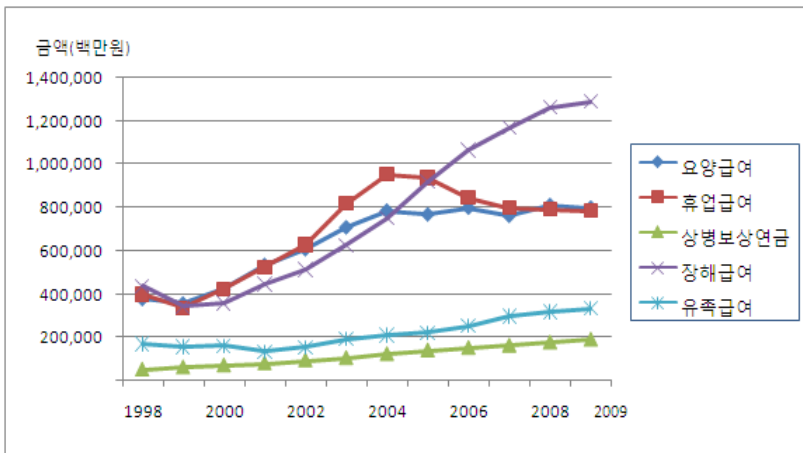
자료: 고용노동부, 『2009 노동통계연감』, 2010.

라. 산재보험 급여지급 현황

산재보험제도는 산재사고나 직업병으로 인한 경제적·육체적·정신적 피해에 대한 보상의 차원에서 다양한 종류의 급여를 제공하고 있다. 여기서는 이러한 제반의 급여들 가운데 재정소요 규모의 측면에서나 대상자의 측면에서 특히 중요한 것으로 판단되는 요양급여, 휴업급여, 상병보상연금, 장해급여 그리고 유족급여를 중심으로 살펴보고자 한다.

먼저 [그림 4-2-33]에서 보험급여별 지급총액을 2009년도를 기준으로 살펴보면 장해급여가 1조 2,911억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 요양급여 8,002억원, 휴업급여 7,861억원, 유족급여 3,326억원 그리고 상병보상연금 1,900억원의 순으로 나타나고 있다. 이러한 보험급여 종류별 급여총액의 우선순위와 관련하여 특징적인 사항으로서 2005년 이전의 경우 단기성 현금급여인 휴업급여의 총액이 지속적으로 가장 높은 비중을 유지하였으나, 이후부터는 장기성 급여인 장해급여가 1위의 자리를 차지해 오고 있다는 점이다.

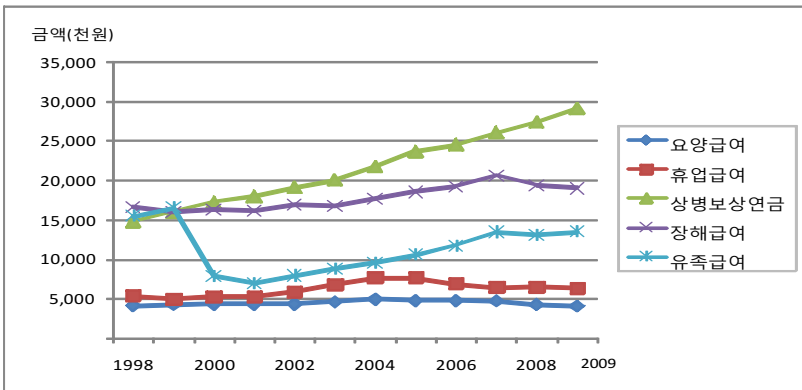
[그림 4-2-33] 산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황, 1980~2009년



자료: 고용노동부, 『산재보험 사업연보』, 2009.

다음으로 [그림 4-2-34]에서 수급자 1인당 보험급여의 종류별 수준을 살펴보면 상병보상연금이 2,908만원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 장해급여 1,901만원, 유족급여 1,361만원, 휴업급여 641만원 그리고 요양급여 409만원의 순을 보이고 있다.

[그림 4-2-34] 산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별·연도별 지급 현황, 1998~2009년



자료: 고용노동부, 『산재보험 사업연보』, 2009.

마. 외국인근로자에 대한 보험급여 지급현황

산재보험제도는 국적에 상관없이 법적 요건을 충족하는 국내의 사업이나 사업장에서 종사하는 모든 근로자에게 적용되어야 한다. 외국인 피해근로자에 대한 산재보험급여는 수급대상자 그리고 금액 규모의 측면에서 매년 지속적으로 증가하고 있다. 먼저 보험급여의 대상자는 아래의 [그림 4-2-35]에서 보는 바와 같이 2001년 2,076명에서 2009년 8,147명으로 무려 3.9배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다. 이러한 현상은 무엇보다도 국내 노동시장에서 외국인근로자의 비중이 꾸준히 증가해 오고 있다는 점과 함께 이들의 상당수가 열악한 작업환경에서 근로에 종사하고 있다는 사실을 반증해 주고 있다. 다음으로 [그림 4-2-36]에서 외국인 산재피해자에 대한 보험급여의 지급현황을 살펴보면 2001년 240억원에서 2009년 1,063억원으로 4.4배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다.

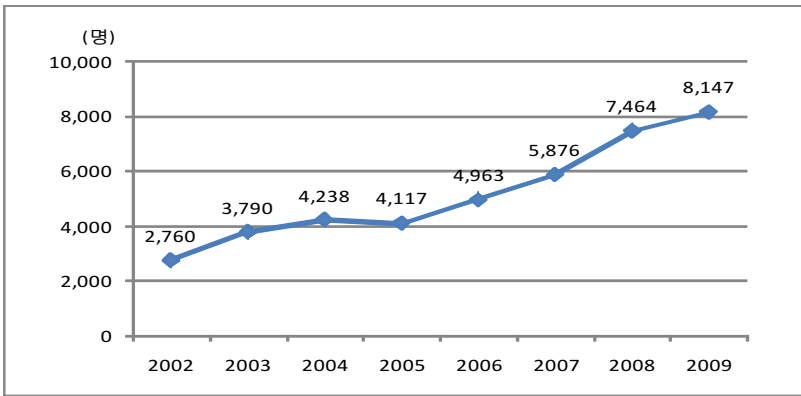
〈표 4-2-23〉 산재보험 수급자 및 급여지급총액에서 외국인 근로자가 차지하는 비중

(단위 : 백만원)

구분		'02년	'03년	'04년	'05년	'06년	'07년	'08년	'09년
전체 (A)	수급자수	162,283	180,441	189,275	196,515	206,333	211,284	240,520	252,035
	급여총액	2,202,335	2,481,814	2,859,914	3,025,771	3,163,769	3,242,276	3,421,885	3,463,141
외국인 근로자 (B)	수급자수	2,760	3,790	4,238	4,117	4,963	5,876	7,464	8,147
	급여총액	35,028	49,335	58,869	59,938	67,732	79,086	102,320	106,302
(B/A)	수급자 비율	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03
	급여비율	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03

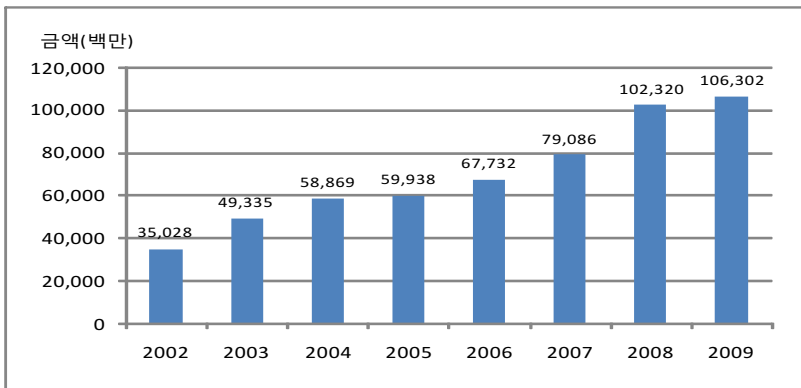
자료: 고용노동부, 『산재보험 사업연보』, 2009.

〔그림 4-2-35〕 외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이, 2001~2009년



자료: 고용노동부, 『산재보험 사업연보』, 2009.

〔그림 4-2-36〕 외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이, 2001~2009년



자료: 고용노동부, 『산재보험 사업연보』, 2009.

4. 고용보험제도

가. 고용보험의 적용 현황

고용보험제도는 실직자들에게 대체소득인 실업급여를 제공하여 가계의 생활안정을 지원하는 전통적 의미의 실업보험사업 이외에도 적극적인 취업 알선을 통한 재취업의 촉진과 근로자의 고용안정을 위한 사업을 상호 연계하여 실시하는 사회보험제도이다. 따라서 고용보험제도는 한편으로는 실직자에 대한 생계지원과 재취업을 촉진하고, 동시에 다른 한편으로는 실업 예방 및 고용안정 그리고 직업능력 개발의 강화를 목표로 하는 사전적·적극적 차원의 종합적인 노동시장정책의 일환으로 이해해 볼 수 있다.

고용보험은 모든 사업 또는 사업장을 당연적용의 대상으로 하게 되지만, 사업규모 등을 고려하여 별도의 규정으로 정하는 사업 또는 사업장에 대해서는 적용의 예외를 인정하고 있다. 1995년 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 전사업장에까지 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 4-2-24>와 [그림 4-2-37]에서 보는 바와 같이 1995년 최초 도입 이후 꾸준히 확대되어 2009년 현재 약 139만개 사업장의 총 965만명의 근로자들이 제도적 보호를 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

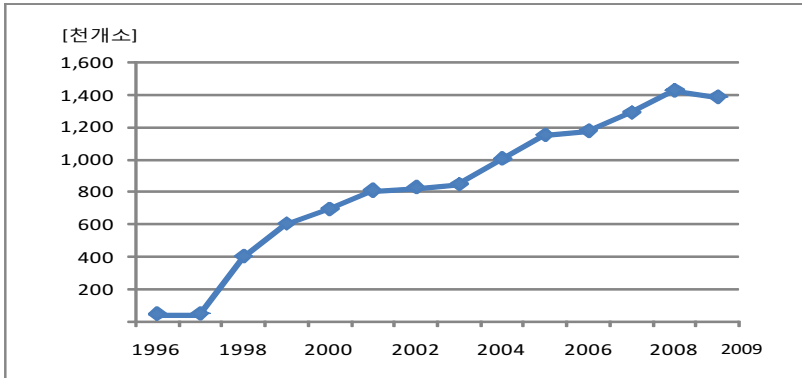
〈표 4-2-24〉 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황, 1996~2009년

(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	7,481,618
1998	400,000	5,267,658	2005	1,148,474	7,965,597
1999	601,394	6,054,479	2006	1,176,462	8,436,408
2000	693,414	6,747,263	2007	1,288,138	8,941,639
2001	806,962	6,908,888	2008	1,424,330	9,271,701
2002	825,531	7,171,277	2009	1,385,298	9,653,678

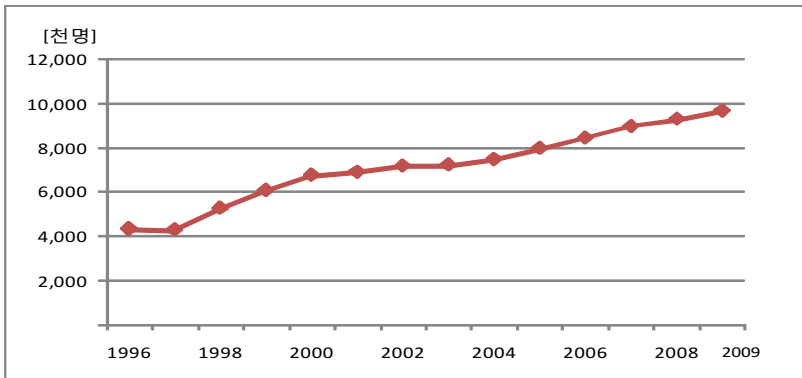
자료: 한국고용정보원, 『고용보험통계연보』, 2009.

[그림 4-2-37] 고용보험제도 적용 현황의 사업장 연도별 추이, 1996~2009년



자료: 한국고용정보원, 『고용보험통계연보』, 2009.

[그림 4-2-38] 고용보험제도 적용 근로자의 연도별 추이, 1996~2009년

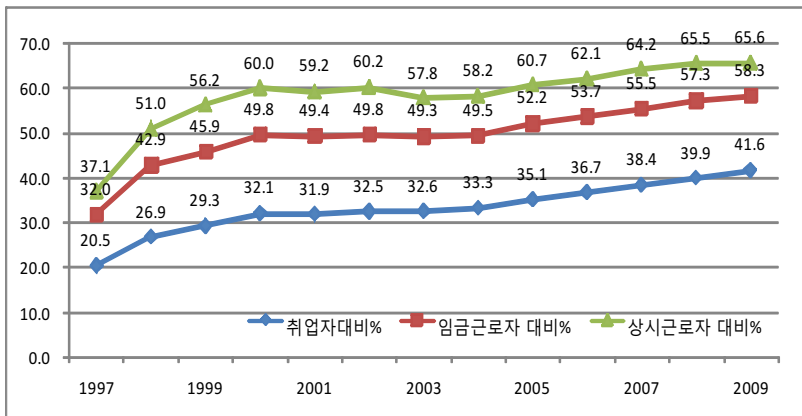


자료: 한국고용정보원, 『고용보험통계연보』, 2009.

나. 고용보험 적용인구의 비율

우리나라의 고용보험제도는 원칙적으로 임금을 목적으로 사용자에게 사 용종속관계에 있는 근로계층을 적용대상으로 하고 있다. 이에 따라 전체 경 제활동인구 가운데 실업자, 자영업자, 공무원 등 특수직역 종사자 그리고 기타 한시적 형태의 비정규취업자 등은 제도의 적용에서 제외하고 있다. 아 래의 [그림 4-2-39]에서 보는 바와 같이 고용보험제도의 적용인구는 매년 꾸준히 증가해 오고 있는 추세를 보이고 있다. 2009년 현재 전체 취업자 가운데 고용보험의 가입자는 41.6%로 전년 39.9%에 비해 1.7% 상승한 것으로 나타나고 있다. 그리고 이러한 고용보험의 적용자들을 임금근로자 그리고 상시근로자와 대비하여 볼 때 그 적용률은 다소 증가하여 전자의 경우 58.3% 그리고 후자의 경우 65.6%의 수준을 보이고 있다. 하지만 이 상과 같은 제도적 발전의 성과에도 불구하고 여전히 고용보험 적용의 사각 지대가 상당한 수준으로 존재하고 있으며, 따라서 이들에 대한 제도의 적용 을 위한 특별한 정책적 노력이 요구되고 있다고 볼 수 있다.

[그림 4-2-39] 상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용인구, 1997~2009년



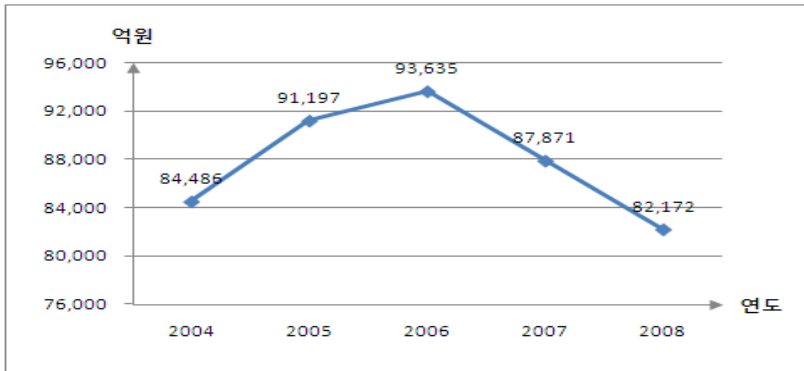
자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, 2008.

다. 고용보험의 기금 운용 현황

고용보험제도는 매년도 재정의 수지균형이 유지되어야 하는 부과방식의 원리를 토대로 운영이 되고 있다. 이에 따라 고용보험제도는 미래의 수급권을 충당하기 위한 별도의 기금적립이 요구되지 않고 있다. 하지만 고용보험제도는 경기변동과 같은 경제상황의 불확실성이나 사회환경의 변화에 유연하게 대응하고 재정운영의 안정성을 도모하기 위하여 일정한 수준의 완충기금을 운용해 오고 있다.

아래의 [그림 4-2-40]에서 보는 바와 같이 고용보험기금은 2006년 최고점인 9조 3,635억원에 도달한 이후 점차적으로 감소하여 2008년의 경우 8조 2,172억원의 수준을 유지하고 있다. 이와 같은 현상은 2007년, 2008년 세계적인 금융위기의 여파로 인한 경기침체와 고용불안의 결과로 판단된다.

[그림 4-2-40] 고용보험기금의 연도별 변화 추이, 2004~2008년



자료: 한국고용정보원, 「고용보험통계연보」, 2009.

라. 고용보험 사업별 급여지출 현황

우리나라 고용보험의 급여 사업은 크게 실업급여사업, 고용안정사업, 직업능력개발사업 그리고 모성보호로 구성되어 있다. <표 4-2-25>에서 고용보험 급여총액을 사업별로 구분하여 살펴보면 실업급여사업은 1998년

7,994억원에서 2009년 4조 1,164억원으로 5.1배 가량 증가하여, 전체 비
교기간에 걸쳐 보험재정에서 해당 급여가 차지하는 비중이나 증가속도가
가장 높고 빠른 것으로 나타나고 있으며, 다음으로 직업능력개발사업, 고용
안정사업, 모성보호의 순을 보이고 있다.

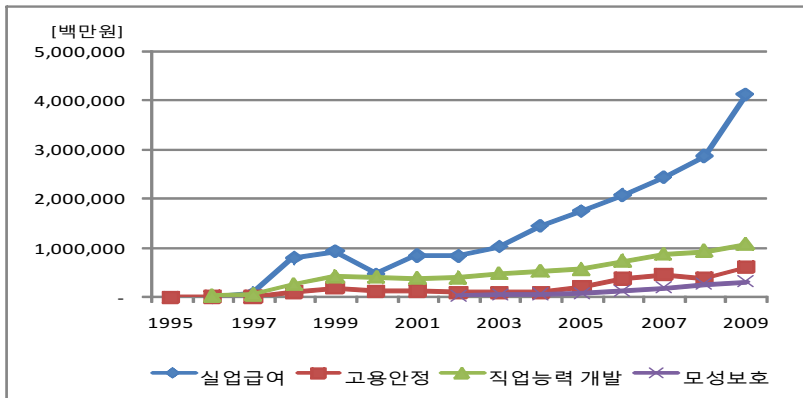
〈표 4-2-25〉 고용보험 사업별 급여지급 실적, 1995~2009년

(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	378,680	935,118	265,062
2009	4,116,404	599,707	1,072,234	318,201

자료: 한국고용정보원, 「고용보험통계연보」, 2009.

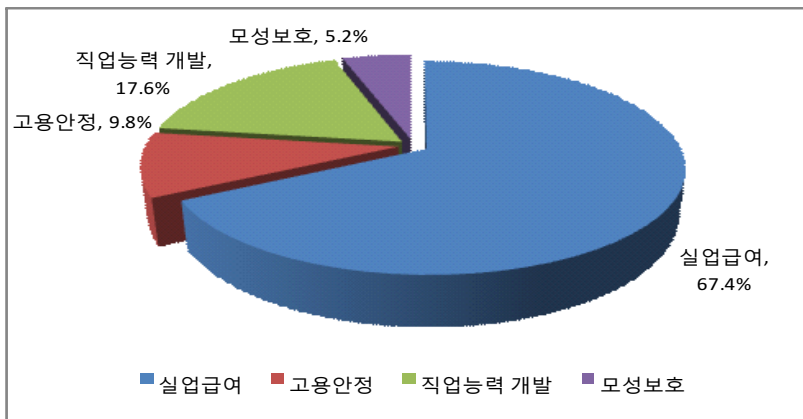
〔그림 4-2-41〕 고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이, 1995~2009년



자료: 한국고용정보원, 「고용보험통계연보」, 2009.

[그림 4-2-42]는 2009년 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 4-2-42] 고용보험 사업별 급여지출의 비중, 2009년



자료: 한국고용정보원, 『고용보험통계연보』, 2009.

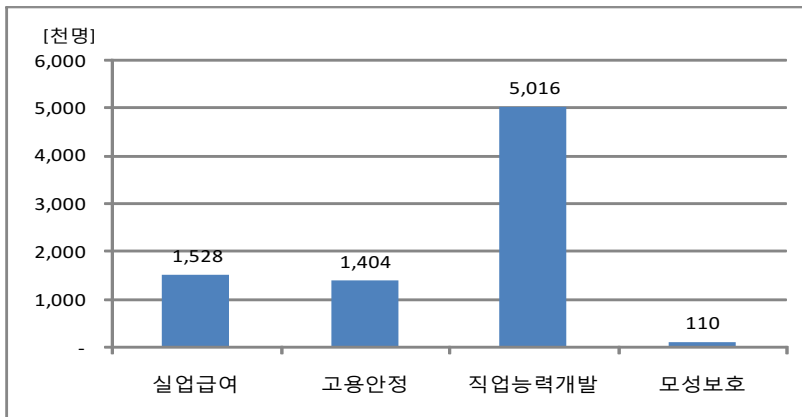
마. 고용보험 급여의 수급자 현황

고용보험 급여 사업별 수급자의 구성은 앞서 [그림 4-2-42]의 급여지출의 경우와는 다른 순위를 보이고 있다. 구체적으로 [그림 4-2-43]에서 2009년 고용보험 사업별로 구분하여 각각의 수급자 규모를 살펴보면 직업능력개발사업이 총 502만명(62.3%)으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 실업급여사업 153만명(19.0%), 고용안정사업 140만명(17.4%) 그리고 모성보호 11만명(1.4%)의 순으로 나타나고 있다.

〈표 4-2-26〉 고용보험 사업별 수급인원의 연도별추이, 2004~2009년

구분		2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
실업 급여	수급인원	707,432	812,768	943,542	1,009,180	1,162,534	1,528,407
	순 인원	589,611	695,544	767,314	854,400	990,061	1,301,132
고용안정		415,185	509,945	707,831	812,188	706,303	1,404,312
직업능력개발		2,104,165	2,534,516	3,017,154	3,693,914	4,098,902	5,016,295
모성 보호	산전휴가	38,541	41,104	49,539	60,964	72,260	75,047
	육아휴직	9,303	10,700	13,672	21,185	29,145	35,400

[그림 4-2-43] 고용보험 급여사업별 수급자의 구성, 2009년



자료: 한국고용정보원, 『고용보험통계연보』, 2009.

제3절 사회복지서비스

1. 노인복지

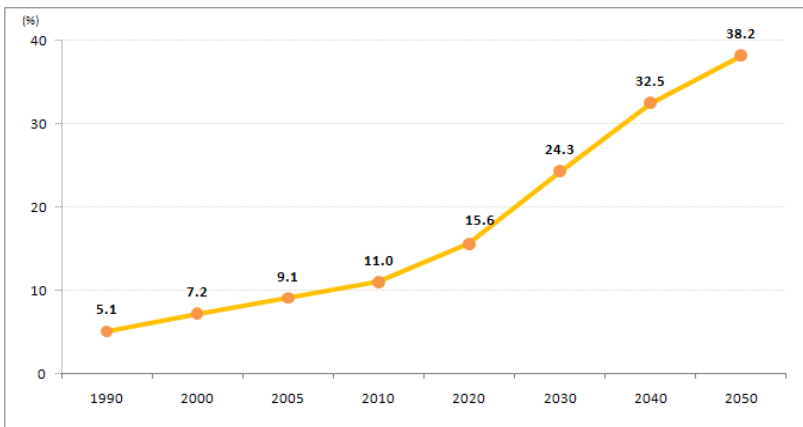
가. 65세 이상 노인수

국민들의 소득수준이 높아지고 건강에 대한 관심이 높아지면서 기대수명이 늘어나고 있다. 노인인구의 증가와 함께 고령화사회의 진입은 만성질환 노인과 와상노인, 치매성노인 등 장기요양이 필요한 노인이 급증하게 된다.

우리나라는 전체 인구 중 65세 이상 노인인구의 비율이 1990년에 5.1%, 2000년에 7.2%에 이르고 있으며 2005년에는 9.1%, 2020년에 15.6%, 그리고 2050년에 38.2%로 증가될 것으로 전망되고 있다.

고령화 사회로 급속히 진전되는 상황에서 중요한 사회문제는 노후의 소득 보장을 어떻게 해결할 것이며, 가족과 국가의 입장에서는 노인 부양부담의 증가를 어떻게 효과적으로 대처할 것인가이다. 특히 노인취업, 노인복지 및 사회적 부양부담 등에 대응 할 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

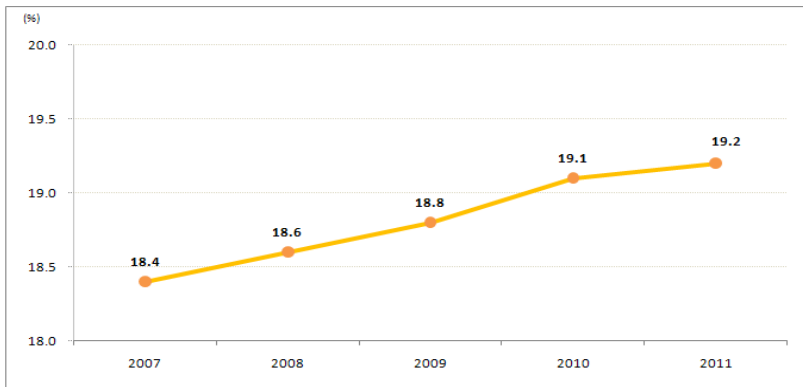
자료 : 통계청, 「장래인구추계」.

나. 독거노인수와 그 비율

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

2009년 독거노인은 약 98만명으로 전체 노인의 18.8%를 차지하고 있다. 이러한 독거노인은 핵가족화와 평균수명의 연장으로 매년 약 4만명 이상씩 증가할 것으로 예측된다. 앞으로 독거노인들에게는 말벗 서비스나 이동도우미서비스, 또는 가정봉사자 파견서비스 등 그들의 욕구에 따라 다양한 복지 서비스 제공이 필요하다.

[그림 4-3-2] 독거노인 비율 추이: 2007~2011



〈표 4-3-2〉 독거노인수: 2007~2011

(단위: 천명, %)

연 도	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」,
보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

다. 치매노인수 및 치매유병률 추이

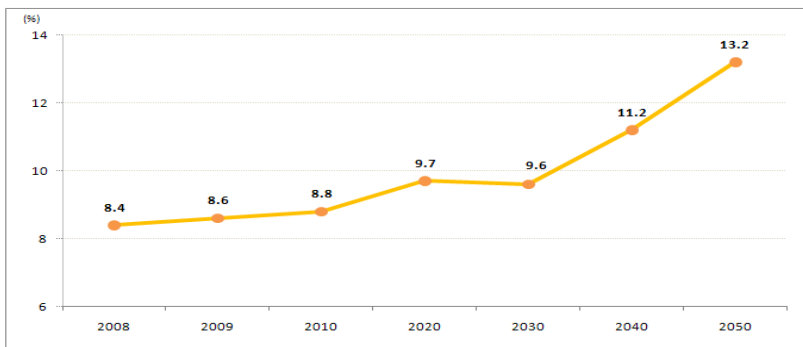
2009년 우리나라의 65세 이상 노인 중 치매환자가 8.4%로 42만명에 이르고, 급속한 고령화로 치매노인의 수도 빠르게 증가하여 2030년에는 치매환자가 9.6%, 치매노인이 100만명 넘을 것으로 보인다.

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 문제로 확산된다.

[그림 4-3-3] 치매유병률: 2008~2050



〈표 4-3-3〉 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050

(단위: 천명, %)

연 도	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.)』

라. 기초노령연금 수급자수와 수급률

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

2009년 70세이상 수급률이 68.9%(363만명)로 분석되었다.

〈표 4-3-4〉 기초노령연금 수급자수(2009)

(단위 : 명, %)

70세 이상 노인 인구수(A)	수급자(B)	70세 이상 수급률(B/A)
5,267,708	3,630,147	68.9

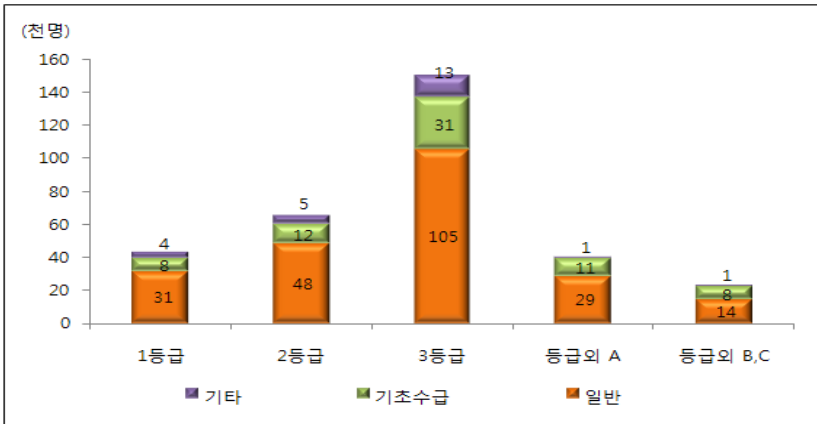
자료: 보건복지부, 『2010 보건복지통계연보』, 2010.

마. 노인장기요양보험 인정자 및 이용자

우리사회의 노인돌봄(노인요양)은 2007년 7월 이후 건강보험에서 요양보험료를 추가 부담하는 방식으로 장기요양보험을 도입하였다. 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 대부분(68.6%)은 재가급여를 받고 있으며, 다음으로 시설급여(31.0%)이며, 가족요양은 0.5%이다. 등급의 정도가 낮을수록 시설급여보다 재가급여가 높게 나타났다. 등급외는 장기요양인정점수가 낮은 사람(55점 미만)으로써 향후 경증대상자로 진입할 사람들이다.

[그림 4-3-4] 노인장기요양보험 급여이용자 분포(2009)



<표 4-3-5> 노인장기요양보험 등급별 자격별 현황(2009)

(단위: 명)

	계	일반	기초수급	의료급여	경감
계	322,302	227,873	70,367	4,264	19,798
1등급	43,349	31,279	8,488	571	3,011
2등급	65,570	48,397	11,681	836	4,656
3등급	149,557	105,244	31,410	1,874	11,029
등급외 A	40,560	28,732	10,515	578	735
등급외 B	16,482	10,262	5,672	285	263
등급외 C	6,784	3,959	2,601	120	104

자료: 국민건강보험관리공단, 「2009 장기요양보험 통계연보」, 2010.

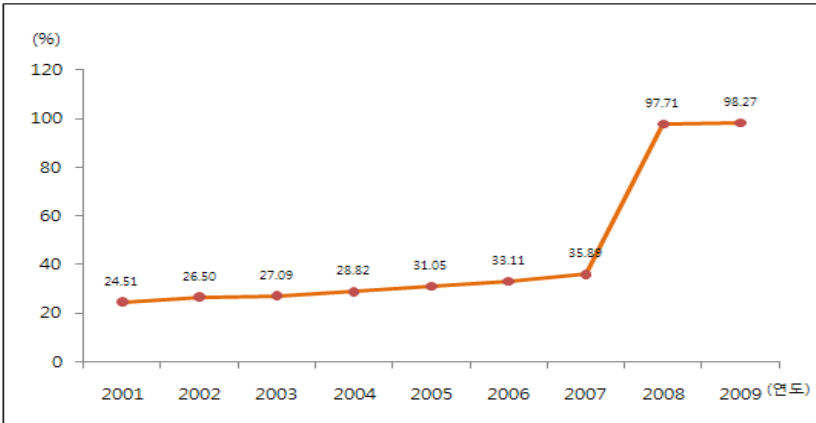
바. 공적노후소득보장 수혜율

공적노후소득보장 수혜율은 65세 이상 노인의 소득을 정부차원에서 안정적인 노후소득보장체계를 구축하는 것으로, 공무원연금, 국민연금, 사학연금, 군인연금, 경로연금이 포함된다.

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

2009년 기초노령연금 시행으로 인하여 전체 노인인구의 약 69.9%인 363만명이 수혜를 받을 것으로 나타났다. 여기에 공적연금수혜자 수(1,472,662명)를 포함한 공적노후소득보장 수혜율은 98.27%로 나타나고 있다. 일정한 자격요건을 갖춘 65세 이상노인의 대부분이 수혜를 받고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-3-5] 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2009



〈표 4-3-6〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2009

(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
2009	5,192,710	1,268,935	143,868	40,267	19,592	3,630,147	5,102,809	98.27

주: 공적소득보장 수혜자수=국민연금+공무원연금+군인연금+사학연금+경로연금 수급자수, 단, 수혜자 수는 노령연금, 유족연금, 장애연금 수급자 수임.

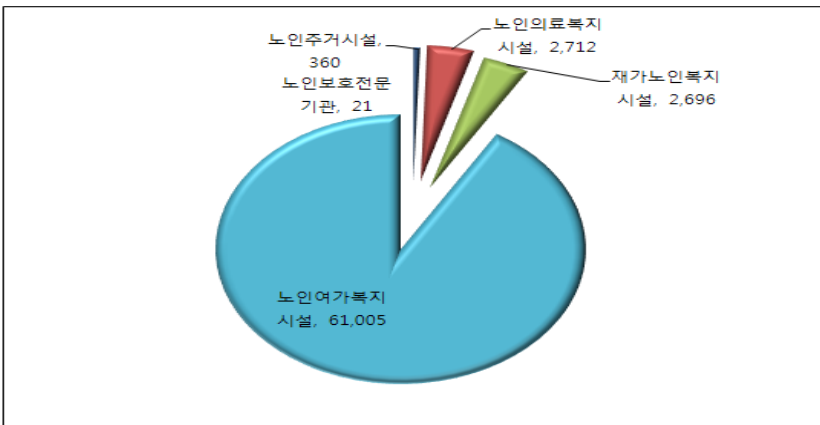
1) 2008년부터 경로연금은 기초노령연금에 통합되므로 2008년 12월말 기초노령연금 수급자수를 작성함.

자료: 통계청, 장래인구추계, 각 연도.; 국민-공무원-사학연금관리공단, 국방부, 기초노령연금팀 내부자료

사. 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 4-3-6] 노인복지시설수: 2009년



〈표 4-3-7〉 노인복지시설수 추이: 2006~2009

(단위: 개소, %)

종 류	시 설	2006	2007	2008	2009
합 계		59,117	60,788	63,919	66,854 (100.0)
노인주거 복지시설	소 계	366	398	347	360 (0.5)
	양로시설	351	384	306	285
	노인공동생활가정	-	-	21	56
	유료노인복지주택	15	14	20	19
노인의료 복지시설	소 계	898	1,186	1,832	2,712 (4.1)
	노인요양시설	815	1,114	1,332	1,642
	노인요양공동생활가정	-	-	422	1,009
	노인전문병원	83	72	78	61
노인여가 복지시설	소 계	56,789	57,777	59,422	61,005 (91.3)
	노인복지관	183	211	228	237
	경로당	55,504	56,480	57,930	59,543
	노인교실	1,099	1,082	1,260	1,280
	노인휴양소	3	4	4	5
재가노인 복지시설	소 계	1,045	1,408	2,298	2,696 (4.0)
	방문요양서비스	523	767	1,111	1,228
	주야간보호서비스	409	504	621	714
	단기보호서비스	113	137	217	288
	방문목욕서비스	-	-	349	466
노인보호 전문기관		19	19	20	21 (0.0)

주: 노인복지법 제31조에 의한 노인복지시설의 종류별 현황임.
 자료: 보건복지부, 내부자료, 노인복지시설 현황(2009. 12).

노인복지시설은 크게 5개의 종류 즉, 주거, 의료, 여가, 재가노인, 그리고 노인보호전문기관이다. 이들 노인복지시설은 2009년도 66,854개소이며, 이 중 경로당, 노인교실 등 노인여가시설이 대부분(91.3%)을 차지하고 있으며, 다음으로 노인의료시설(4.1%), 재가노인시설(4.0%)의 순이다.

야. 노인(65세 이상)의 취업현황과 추이

저출산고령화에 따라 국민연금 수급연령은 연차적으로 늦어지고 있어 노년층의 고용이 중요한 소득보전 수단이 되고 있다. 특히 연금 수급의 사각지대에 있는 고령층과 저소득층, 여성들의 경우 고용을 통한 소득보전이 이루어지지 않으면 노후에 빈곤에 처할 가능성이 매우 높다.

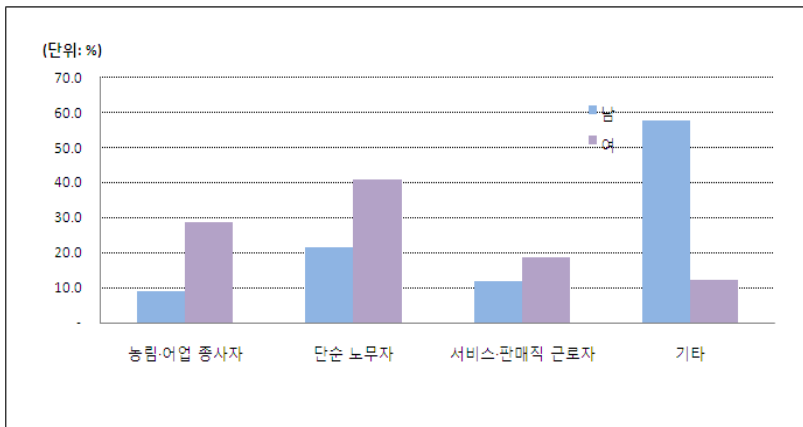
최근 9년간 노인의 고용률은 약 30%를 유지하는 것으로 나타났다. 성별로 살펴보면 2009년 남성의 고용률은 약 40.8%를 여성은 22.1%를 나타내고 있다.

〈표 4-3-8〉 노인의 고용률 추이: 2000~2009

	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
전 체	29.4	30.5	29.6	29.8	30.3	31.1	30.3	29.7
남	40.3	42.4	40.9	40.8	41.5	42.5	41.4	40.8
여	22.7	22.9	22.1	22.4	22.6	23.3	22.8	22.1

주: 2000년 이후 자료는 「구직기간 4주」를 적용한 수치임.
 자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, 각 연도

[그림 4-3-7] 노인의 취업업종: 성별(2008년)



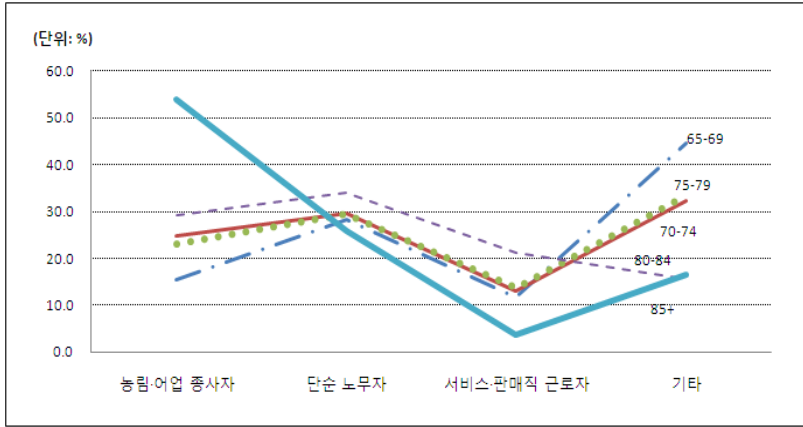
주: '기타'에는 사무직원, 기능근로자, 전문가, 기술공 및 준전문직, 기계조직원, 입법공무원·고위임직원 등

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 앞 이외의 업종에서 고용이 거의 발견되지 않는다.

노인의 고용 현황을 업종과 연령대별로 살펴보면, 농림어업에서는 75세

이상의 고연령 노인층이 더 높은 비율을 나타냈고, 단순노무직에서는 70~74세의 중연령 노인층이 높은 비율을 나타냈으며, 서비스 판매직에서는 65~59세의 저연령 노인층이 높은 비율로 나타났다.

[그림 4-3-8] 노인의 취업업종별 연령대별 분포: 2008년



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

<표 4-3-9> 노인의 취업업종: 2008년

(단위: %)

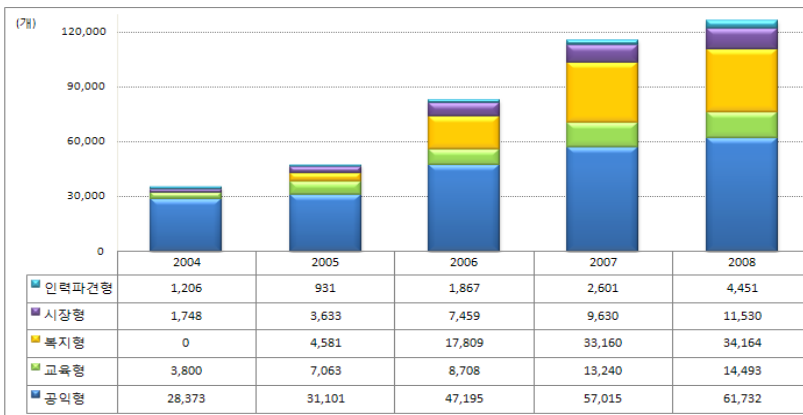
직업	성별		연령				
	남	여	65~69	70~74	75~79	80~84	85+
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
농림·어업 종사자	9.1	28.5	15.5	24.8	23.1	29.2	54.0
단순 노무자	21.4	40.9	28.2	29.7	29.5	34.0	25.9
서비스·판매직 근로자	11.8	18.6	11.6	13.1	13.7	21.1	3.6
관리자	9.3	4.1	5.3	4.8	3.2	0.0	0.0
전문가 관련 종사자	6.6	1.3	5.8	5.8	10.7	0.0	0.0
사무직	13.5	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
장기기계조작조립종사자	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

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

자. 정부지원 노인 일자리수

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

[그림 4-3-9] 정부지원 노인 일자리수



<표 4-3-10> 정부지원 노인 일자리수

	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 사회복지서비스를 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: 보건복지부 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.

차. 노인의 수입원

노후소득보장제도에서 가장 중요한 것 중의 하나가 개인의 수입원이다. 일반적으로 노후소득이 주로 연금에 의존하지만, 연금만으로 생활하기에는 어려움이 예측되는 상태에서 다양한 노후소득 수입원이 필요하다. 한국에서 노인의 수입원은 사적이전소득이 44.7%, 근로 및 자산소득이 29.8%, 공적이전소득 25.5% 순으로 나타났다. 또한 남성의 경우 공적이전소득과, 근로소득, 자산소득이 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 4-3-11〉 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

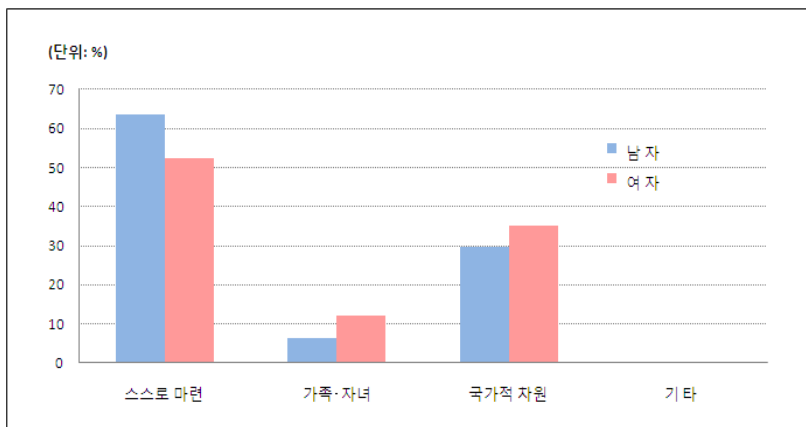
자료: 보건복지가족부·계명대학교 산학협력단, 『2008년도 노인실태조사』, 2009.

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.

카. 노인의 용돈

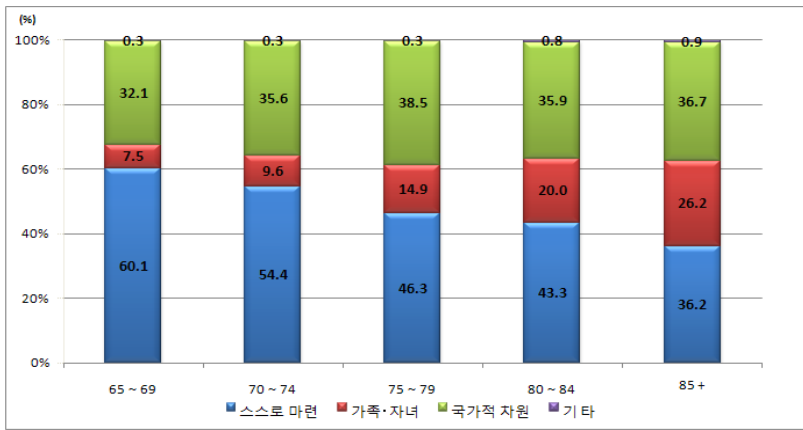
공적이전소득에 의한 노후소득보장이 중요한 역할을 하는 현실에서 공적이전소득의 혜택을 받지 못하는 노인들의 노후생활비는 빈곤 여부를 가늠하는 중요한 지표가 된다. 상당수의 노인들은 국가의 지원을 받긴 하지만 기초노령연금의 경우 그 액수가 매우 낮아 나머지 생활비는 스스로 마련하거나 가족 혹은 자녀들의 사적이전을 기대할 수밖에 없다. 특히 남성들인 경우 스스로 마련하는 비율이 가장 높게 나타나는 반면 여성은 국가나 가족 및 자녀의 도움에 의한 이전 소득이 더 높은 비율로 나타난다.

[그림 4-3-10] 노인의 용돈 마련 책임자: 성별



노인의 용돈마련을 연령대별로 살펴보면, 65~69세 저연령 노인들은 스스로 마련하는 비율이 가장 높게(60%) 나타났으며, 국가차원(32.1%), 가족·자녀의 순으로 나타났다(표 4-3-12 참조). 반면에 85세이상 고연령 노인들은 스스로 마련하는 비율(36.2%)과 국가차원(36.7%)이 비슷하게 나타났다. 이는 연령대별 활동능력과 관련된 것으로 보인다.

[그림 4-3-11] 노인의 용돈 마련 책임자 연령별 분포



<표 4-3-12> 노인의 용돈 마련 책임자 분포

(단위: %)

특 성		계	스스로 마련	가족·자녀	국가적 차원	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.

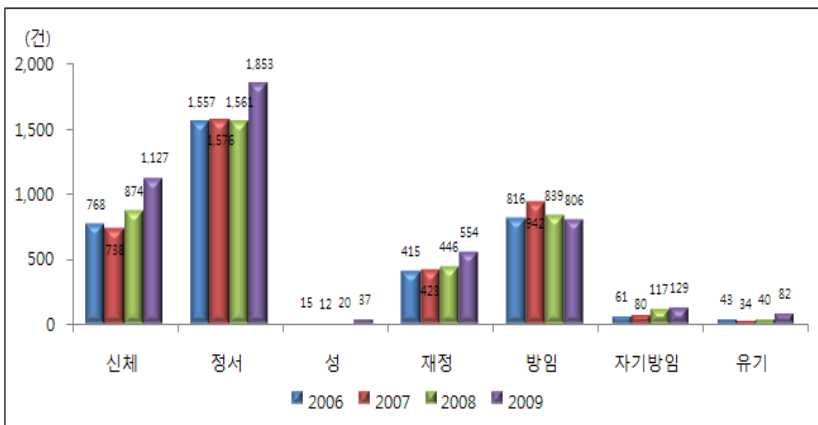
타. 노인학대 유형 및 주된 행위자

노인학대는 노인의 정신장애, 알콜중독 등 개인적 특성과 장애·질병·치매 등의 노인의 의존성과 부양자의 부양스트레스, 그리고 세대간 학대의 전이 등으로 발생하고 있다. 학대는 가족 간호자, 간병인, 빛나간 가족 구성원이나 무능한 가족구성원으로부터 받는다. 2006년도 노인학대 건수는 3,675건에서 2009년에 4,588건으로 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(표 4-3-13). 또한 노인학대는 친족에 의해 주로 발생하고 있다. 즉 아들(51.8%), 딸(11.4%), 며느리(9.8%) 등의 순서이다(표 4-3-14 참조). 이들이 가장 높은 이유는 대부분 부모부양을 아들이 하기 때문으로 생각된다.

앞으로 이를 줄이기 위해 사회적 차원에서는 노인부양과 사회의 노인차별, 경시풍조를 근절하고 예방교육을 실시하며, 가족차원에서는 부양스트레스를 경감시키기 위해 가족지원프로그램이 필요하다.

[그림 4-3-12] 노인학대 유형별 추이: 2006~2009



〈표 4-3-13〉 노인학대 유형(학대유형 건수 기준): 2006~2009

(단위: 건)

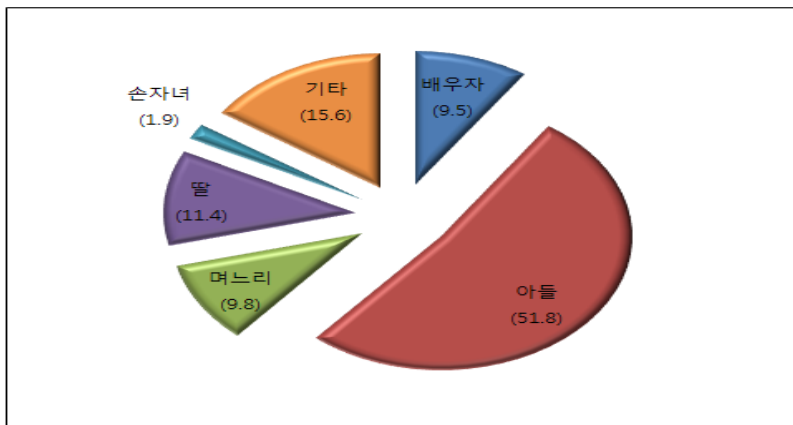
	계	신체	정서	성	재정	방임	자기방임	유기
2006	3,675	768	1,557	15	415	816	61	43
2007	3,805	738	1,576	12	423	942	80	34
2008	3,897	874	1,561	20	446	839	117	40
2009	4,588	1,127	1,853	37	554	806	129	82

주: 중복학대유형임.

자료: 보건복지부, 노인지원과(중앙노인보호전문기관 사례 분석)

중앙노인보호전문기관(2010), 「2009년도 노인학대현황보고서」.

〈그림 4-3-13〉 노인학대 행위자 분포: 2009년



〈표 4-3-14〉 노인학대 행위자 분포: 2009

(단위: 건, %)

관계 \ 유형	신체적 학대	정서적 학대	성적학대	재정적 학대	방임	자기방임	유기	계
배우자	198	219	8	26	45	4	7	507
	(16.2)	(10.6)	(18.6)	(4.0)	(4.4)	(2.1)	(5.6)	(9.5)
아들	646	1,054	12	343	599	30	79	2,763
	(53.3)	(50.9)	(27.9)	(53.1)	(57.9)	(15.5)	(63.2)	(51.8)
며느리	109	242	1	55	103	7	7	524
	(8.9)	(11.7)	(2.3)	(8.5)	(10.0)	(3.6)	(5.6)	(9.8)
딸	81	222	1	76	184	16	26	606
	(6.6)	(10.7)	(2.3)	(11.8)	(17.8)	(8.2)	(20.8)	(11.4)
손자녀	32	43	4	12	7	1	3	102
	(2.6)	(2.1)	(9.3)	(1.9)	(0.7)	(0.5)	(2.4)	(1.9)
기타	153	289	17	134	96	136	3	828
	(12.4)	(14.0)	(39.6)	(20.7)	(9.2)	(70.1)	(2.4)	(15.6)
계	1,219	2,069	43	646	1,034	194	125	5,330
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

주: 중복학대유형임

자료: 중앙노인보호전문기관(2010), 「2009년도 노인학대현황보고서」.

2. 장애인복지

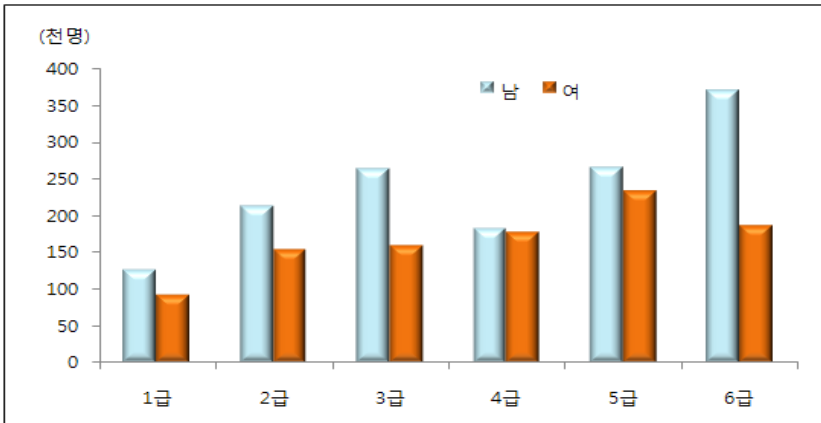
가. 등록장애인 수

최근 장애인은 의료 기술의 발달로 선천성 장애의 상당부분을 예방할 수 있게 된 반면, 후천성 장애의 비율이 90%이상을 차지하고 있다. 이러한 사회적 변화에 따라 누구나 장애인이 될 수 있다는 위협의식을 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.

최근에는 장애인에 대한 국가지원정책이 다양하여 선천적이든 후천적이든 장애를 갖게 되면 본인 혹은 보호자에 의해 장애인 등록을 하게 된다. 이는 장애인으로 갖는 사회적 혜택을 취득할 뿐만 아니라 정책의 대상 집단을 명확하게 파악할 수 있는 자료가 된다.

2009년 12월을 기준으로 등록장애인 수는 2,429,547명이며, 이 중 남성은 1,425,896명(58.7%), 여성은 1,003,651명(41.3%)으로 남성의 비율이 더 높다.

[그림 4-3-14] 등록장애인의 등급별 성별 구성: 2009년



등록장애인의 장애종류별 구성을 살펴보면 지체장애(53.2%)의 비율이 가장 높으며 뇌병변(10.4%), 청각장애(10.1%), 시각(9.9%)이 유사한 정도로 나타났다. 성별로 살펴보면, 남성은 지체(53.1%), 뇌병변(10.2%), 시각(10.2%) 순으로 나타났고, 여성 역시 지체(53.4%), 청각(10.9%), 뇌병변(10.6%), 시각(9.5%) 순으로 나타났다.

한편 장애등급별로 살펴보면 가장 중증인 1급 장애인이 220,500명(9.1%)이며, 2급은 367,079명(15.1%), 3급은 424,321명(17.5%), 4급은 360,673명(14.8%), 5급은 499,268명(20.5%), 가장 경증인 6급은 557,706명(23.0%)으로 나타난다. 즉 중증인 1-3급은 41.6%이고, 경증인 4-6급은 58.4%를 차지한다.

〈표 4-3-15〉 등록장애인의 장애종류별 성별 분포(2009)

(단위: 명, %)

장애종류	계		남		여	
	명	%	명	%	명	%
계	2,429,547	100.0	1,425,896	100.0	1,003,651	100.0
간	7,730	0.3	5,811	0.4	1,919	0.2
간질	9,760	0.4	5,418	0.4	4,342	0.4
뇌병변	251,818	10.4	145,254	10.2	106,564	10.6
시각	241,237	9.9	145,605	10.2	95,632	9.5
신장	54,030	2.2	30,500	2.1	23,530	2.3
심장	15,127	0.6	9,405	0.7	5,722	0.6
안면	2,505	0.1	1,449	0.1	1,056	0.1
언어	16,249	0.7	11,808	0.8	4,441	0.4
자폐성	13,933	0.6	11,710	0.8	2,223	0.2
장루	12,437	0.5	7,728	0.5	4,709	0.5
정신	94,776	3.9	50,627	3.6	44,149	4.4
지적	154,953	6.4	94,172	6.6	60,781	6.1
지체	1,293,331	53.2	757,670	53.1	535,661	53.4
청각	245,801	10.1	136,503	9.6	109,298	10.9
호흡기	15,860	0.7	12,236	0.9	3,624	0.4

주: 1) 시군구에 등록된 장애인.
 자료: 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

나. 장애급여 수급자 비율

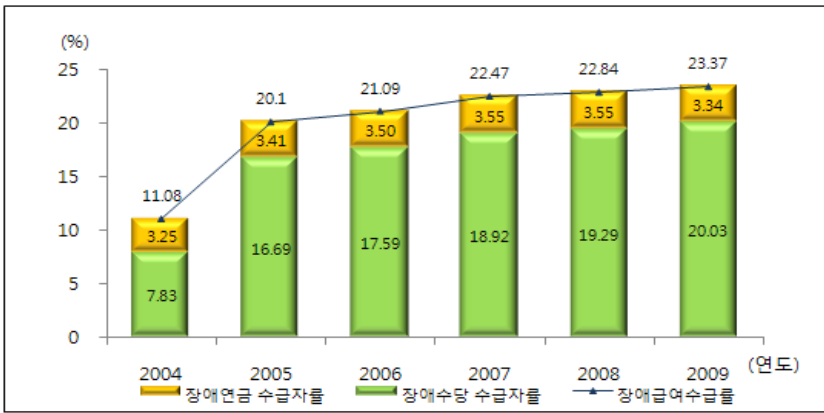
장애급여수급자비율은 장애인의 소득을 보장하며, 사회통합의 실현을 반영하는 지표이다. 이 지표는 등록장애인수 대비 장애급여(장애수당+장애인

금) 수급자수의 비율이다.

$$\text{장애급여 수급자 비율} = \frac{(\text{장애수당} + \text{공적장애연금})\text{수급자수}}{\text{등록장애인수}} \times 100$$

2009년도 장애수당수급자 수는 약 486천명, 장애연금수급자 수는 81천명으로 약 567천명이 장애급여를 받고 있다. 장애급여수급자비율은 해마다 높아지고 있는 추세이다. 2004년도 11.1%에서 수급자가 대폭 확대된 2005년도는 20.1%, 2009년도 23.4%로 증가하였다.

[그림 4-3-15] 장애급여 수급자 비율: 2004~2009



<표 4-3-16> 장애급여 수급자 비율: 2004~2009

(단위: 명, %)

구 분	2004	2005	2006	2007	2008	2009
장애수당 수급자수(A)	126,061	296,565	346,024	398,197	433,413	486,642
장애연금 수급자수(B)	52,418	60,647	68,950	74,717	79,696	81,136
등록장애인수(C)	1,610,994	1,777,400	1,967,326	2,104,889	2,246,965	2,429,547
장애급여수급률 (A+B/C×100)	11.08	20.10	21.09	22.47	22.84	23.37

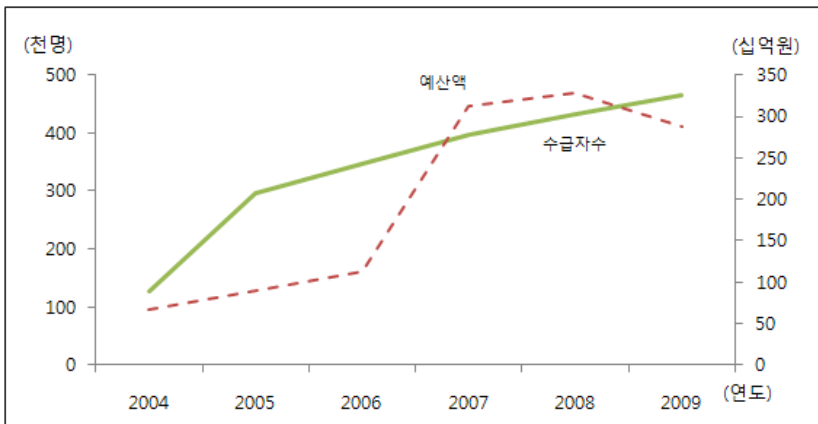
주: 국민연금은 장애일시보상금포함, 사립학교교직원연금은 유족연금전환자 제외함.
 자료: 보건복지부(지방자치단체 장애수당 보고자료, 등록장애인 현황보고)
 국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단의 연금통계연보, 각 년도

다. 장애수당 수급자수

장애수당은 다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 저소득중증 및 중복지장애인의 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 것으로 기대되는 기대소득(추정 소득)을 합산한 금액이 된다.

2009년도 급여수준은 기초중증의 경우 1인당 월 13만원, 차상위 중증은 월 12만원, 그리고 기초 및 차상위 경증은 월 3만원이다(표 4-3-17 참조). 수급자 수는 2004년도 126천명에서 2009년도 466천명으로 5년간 2.7배 증가하였다. 동기간 재정은 4.8배로 수급자 수 보다 더 크게 증가하였다. 이러한 이유는 대상자 확대와 급여액의 인상에 있다고 본다.

[그림 4-3-16] 장애수당 수급자수와 재정추이: 2004~2009



〈표 4-3-17〉 장애수당 현황: 2004~2009

(단위 : 백만원, 천명)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
예산액	60,417	89,683	111,931	313,032	327,891	287,036
수급자수	126,061	296,565	346,024	398,197	433,413	466,389
지급금액	• 기초중증 월6만원	• 기초중증 월6만원 • 기초경증 월2만원	• 기초중증 월7만원 • 기초경증 월2만원	• 기초중증 월13만원 • 차상위중증 월12만원 • 기초 및 차상위경증 월3만원	• 기초중증 월13만원 • 차상위중증 월12만원 • 기초 및 차상위경증 월3만원	• 기초중증 월13만원 • 차상위중증 월12만원 • 기초 및 차상위경증 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 실질행수급자수임.

자료: 보건복지부, 장애인자립기반과

라. 장애아동수당 수급자수

저소득(기초생활수급대상 또는 차상위계층 등) 장애인가구의 생활안정을 도모하기 위해 장애아동의 보호·양육에 소요되는 추가비용을 부양자에게 지급하고 있다. 수급자수는 2004년도 약 2,593명에서 2009년도 17,724명으로 5년간 5.8배 증가하였다. 2009년도 급여수준은 기초생활수급자 중 1급중증은 월 20만원, 경증은 월 10만원 (장애수당과 통합)이다. 차상위계층 중 중증은 월 15만원, 경증은 월 10만원(장애수당과 통합)이다.

〈표 4-3-18〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2004~2009

(단위: 백만원, 명)

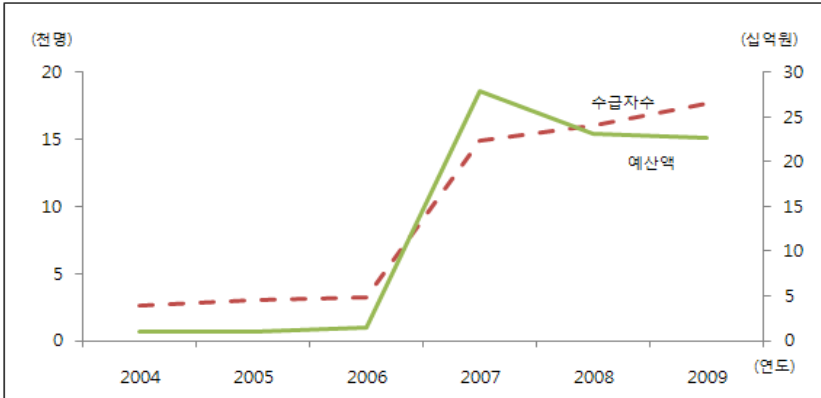
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
예산액	1,039	1,039	1,455	27,930	23,158	22,630
수급자수	2,593	3,054	3,217	14,895	16,001	17,724

자료: 보건복지부, 장애인자립기반과

재정은 2004년도 10억원에서 2009년도 226억원으로 4년간 21.7배 증가하였다. 이러한 이유는 대상자의 급작스런 확대와 급여액의 인상에 있다고 본다. 한편 2007년 이후부터 수급자 수는 증가하지만 재정은 감소하고

있다. 이는 2007년도부터 장애판정기준의 완화로 수급자 수와 예산이 급증하고 있으나 2008년도부터 예산이 다소 조정됨을 알 수 있다. 참고로 2011년도부터는 장애아동수당이 장애수당으로 통합된다.

[그림 4-3-17] 장애아동수당의 수급자 수와 재정추이: 2004~2009



마. 장애인 활동보조서비스 수혜율

장애인의 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인의 자립생활과 사회참여를 증진하고자 장애인에게 활동보조서비스를 제공하고 있다. 이러한 활동보조서비스의 실적을 평가하기 위한 지표로 서비스 수혜율을 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, 2009년 장애인 27,818명이 활동보조서비스를 받고 있다. 2009년도 수혜현황을 보면, 소득수준별로는 일반(54.5%)이, 성별로는 남성(60.6%)이, 연령별로는 성인(70.1%)이 높게 나타났다.

〈표 4-3-19〉 장애인 활동보조서비스 수혜 현황

(단위: 명, %)

구 분	2007년		2008년		2009년		
	이용자수	비율	이용자수	비율	이용자수	비율	
전체	14,515	100.0	19,498	100.0	27,818	100.0	
소득 수준별	기초생활수급자	3,245	22.4	7,824	40.1	10,396	27.4
	차상위계층	3,502	24.1	1,343	6.9	2,260	18.1
	일반	7,768	53.5	10,331	53.0	15,160	54.5
성별	남성	8,673	59.8	11,582	59.4	16,854	60.6
	여성	5,842	40.2	7,916	40.6	10,964	39.4
연령별	아동	3,834	26.4	5,611	28.8	8,210	29.5
	성인	10,681	73.6	13,887	71.2	19,608	70.1

자료: 보건복지부, 「2009 보건복지백서」, 2010.

바. 장애인의 고용률·실업률

정부는 사업체가 고용인원의 2%이상을 장애인으로 고용하면 고용장려금을 지원하고 있다. 고용장려금은 의무고용률(2%)을 초과하여 장애인을 고용하는 사업주에게 일정액의 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.

$$\text{장애인 고용률} = \frac{\text{15세 이상 장애인 취업자수}}{\text{15세 이상 장애인 인구}} \times 100$$

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. 전자의 경우는 경제활동인구에 포함되나, 후자의 경우는 비경제 활동인구이다. 장애인실업률은 장애자가 일할 능력과 의도가 있는데 직업이 없는 경우를 의미한다.

$$\text{장애인 실업률} = \frac{\text{15세 이상 장애인 실업자수}}{\text{경제활동 장애인 인구}} \times 100$$

2008년도 장애인실업률은 8.3%로 이는 전체 실업률(3.2%)의 2.6배에 해당한다.

〈표 4-3-20〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2008

(단위: 명, %)

성 별	15세 이상 인구	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

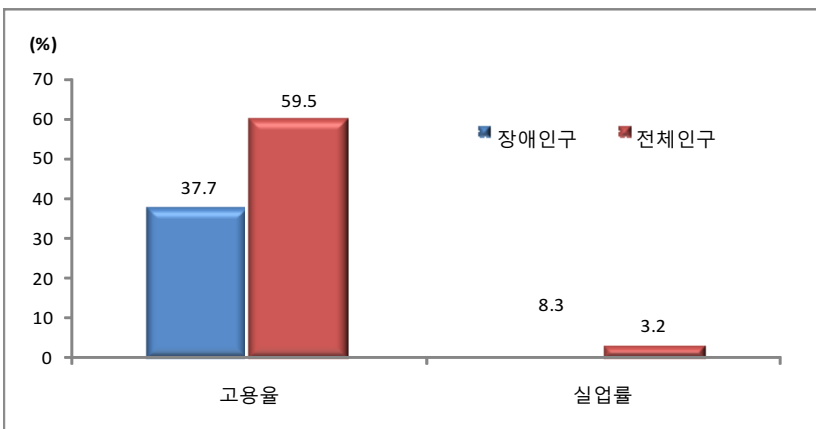
3) 실업률=(실업자/경제활동인구)x 100

4) 고용률=(취업자/15세 이상 인구)x 100

자료: 한국보건사회연구원, 『2008 장애인 실태조사』, 2009.

한국노동연구원, 『2009 KLI 노동통계』, 2009; 통계청, 경제활동인구조사.

〔그림 4-3-18〕 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 9%의 스위스와 7%의 호주, 영국 등이 있다.

〈표 4-3-21〉 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 20~64세임

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).

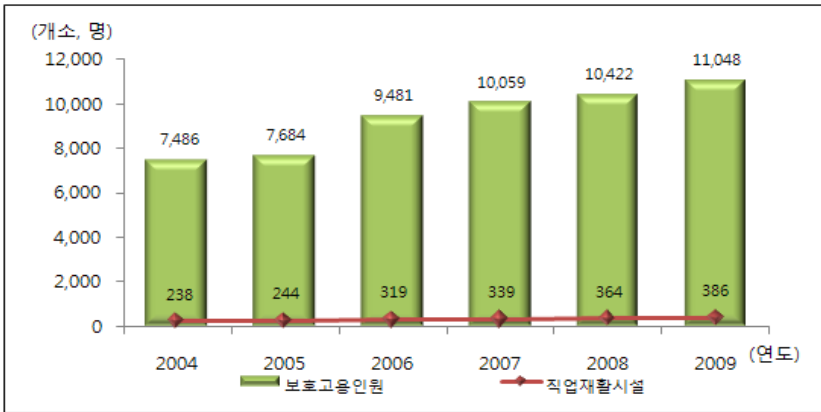
노동부·한국장애인고용촉진공단 고용개발원, 『2009 장애인 통계』

사. 장애인 직업재활시설 및 보호고용수

중증장애인의 고용률 성과지표로 직업재활시설 보호고용비율을 이용한다. 직업재활시설 보호고용 장애인수는 장애인 직업재활의 현실태를 나타낸다. 장애인직업재활시설은 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있는 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.

직업재활시설은 2004년 238개소, 2005년 244개소, 2006년 319개소, 2009년 386개소로 매년 꾸준히 증가하고 있다. 이와 더불어 근로장애인 수도 2004년 7,486명, 2006년 9,481명, 2009년 11,048명으로 매년 꾸준히 증가추세이다.

[그림 4-3-19] 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2009



<표 4-3-22> 직업재활시설 및 보호고용수: 2004~2009

(단위: 개소, 명)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009
직업재활시설	238	244	319	339	364	386
보호고용인원	7,486	7,684	9,481	10,059	10,422	11,048

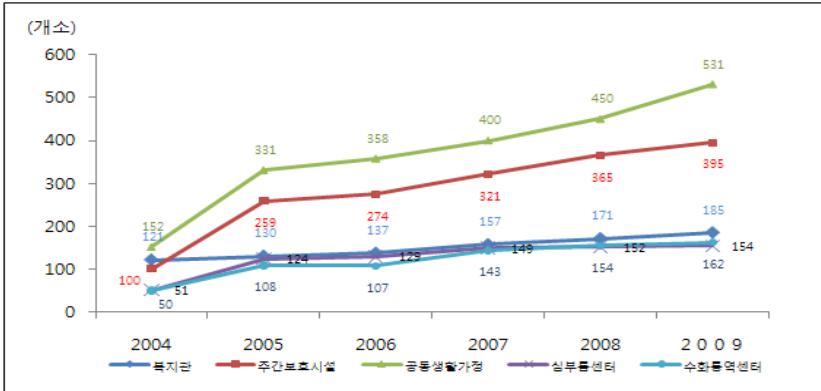
자료: 보건복지가족부, 2007 보건복지가족백서, e-나라지표 통계.
보건복지부, 『2010 보건복지통계연보』, 2010.

아. 장애인 지역사회 재활시설수

우리나라에 운영 중인 장애인복지시설의 종류는 장애인복지법에 근거하고 있다. 현행 장애인복지법 시행규칙에 의하면 그 종류가 크게 장애인생활시설, 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 그리고 장애인유료복지시설 등으로 분류되고 있다. 이중 장애인지역사회재활시설은 장애인복지관, 장애인공동생활가정, 장애인주간보호, 단기보호시설, 장애인의료재활시설, 장애

인수권시설, 수화통역센터, 심부름센터, 점자도서관, 점자 및 녹음서출판시설 등이 있다. 이들 지역사회재활시설은 규모, 종류, 형태가 다양하고 프로그램도 다양하므로 시설수만 가지고 복지수준을 판단할 수 없다.

[그림 4-3-20] 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2009



<표 4-3-23> 장애인 지역사회 재활시설수: 2004~2009

(단위: 개소)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
계	536	1,049	1,125	1,286	1,419	1,563
복지관	121	130	137	157	171	185
의료재활시설	14	14	26	16	17	18
주간보호시설	100	259	274	321	365	395
단기보호시설	30	61	69	76	84	91
공동생활가정	125	331	358	400	450	531
체육관	18	22	25	24	26	27
심부름센터	51	124	129	149	152	154
수화통역센터	50	108	107	143	154	162

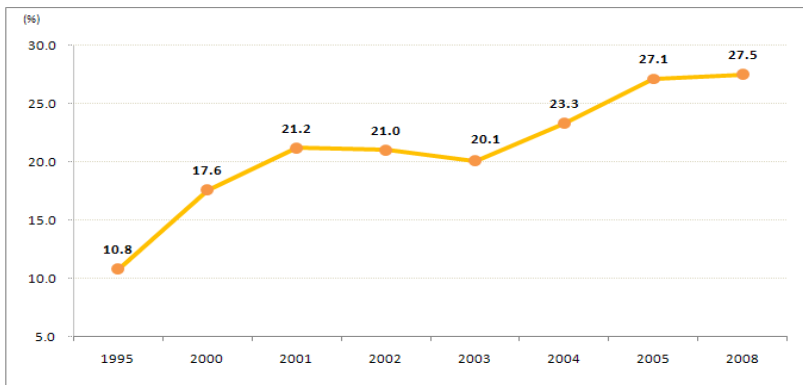
자료: 보건복지가족부, 「장애인 지역사회 재활시설 운영현황」, 2008.
보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

지역사회재활시설은 2004년 536개소에서 2005년 1,049개를 거쳐 2009년 1,563개로 증가하였다. 2009년 현재 지역사회재활시설은 공동생활가정이 531개소, 주간보호시설이 395개소, 복지관이 185개소의 순으로 구성되어 있으며 증가추세이다.

자. 장애인의무고용 준수율

상시근로자 50인 이상의 근로자를 고용하는 사업주는 그 근로자 총수의 2%에 해당하는 장애인근로자를 의무적으로 고용하여야 한다. 의무고용인원에 미달하여 장애인을 고용하는 의무사업주는 노동부장관이 고시하는 일정 금액을 부담하여야 한다. 1995년도 장애인의무고용 준수율은 10.8%, 그 후 꾸준히 증가하여 2008년도 27.5%로 증가하였다.

[그림 4-3-21] 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008



<표 4-3-24> 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008

(단위: 개소, %)

연도	의무고용 대상업체 ¹⁾ (종업원 50인 이상) (A)	의무고용 준수업체 ²⁾ (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.

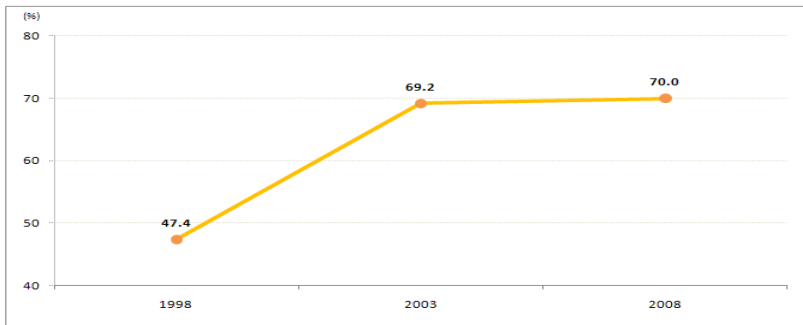
차. 장애인 편의시설 설치율

장애인 편의증진 확충을 위한 평가지표로 장애인 편의시설 설치대상기관의 실제 설치율을 이용한다.

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 제외하였다. 따라서 2003년 조사결과에서 「교통약자의이용편의증진법」상 대상시설이 되는 교통 및 여객시설(횡단보도 90.2%, 여객자동차터미널 85.5%)을 제외하고 2008년과 비교하면, 2003년의 실제설치율은 69.2%가 된다. 또한 2003년에는 설치여부(○, ×)만 평가하였으나, 2008년에는 적정 설치여부(4점 척도: 적정, 보통, 미흡, 미설치)를 평가척도로 사용함으로써 정책활용도를 한층 높였다.

[그림 4-3-22] 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008



<표 4-3-25> 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)

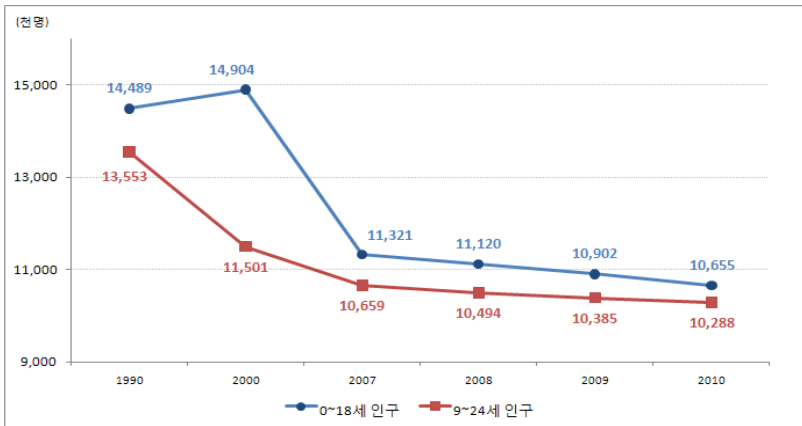
주: 장애인 편의시설 설치율은 5년마다 실시하는 전수조사 결과임.

3. 아동·청소년 복지

가. 아동·청소년 인구

지난 20~30년간 우리나라의 산업화와 도시화는 가정의 구조와 기능에 큰 변화를 가져왔다. 아동과 청소년의 문제를 가정내에서 해결할 수 있는 대가족제도가 사라지면서 국가와 지역사회는 아동과 청소년의 건전 육성을 위한 영육아보육지원이나 빈곤아동지원 등이 필요하다.

[그림 4-3-23] 아동·청소년인구 추이: 1990~2010



<표 4-3-26> 아동·청소년인구 추이: 1990~2010

(단위: 천명, %)

연도	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

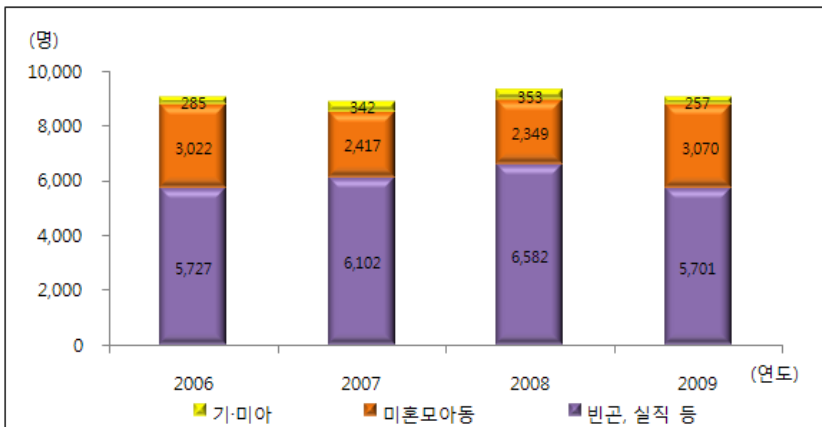
2009년도 아동인구(0~18세) 및 청소년 인구(9~24세)는 각각 전체인구의 22.4%, 21.3%이다. 이들 인구는 1990년과 비교해 볼 때 계속 감소추세이지만 사회복지는 더 필요로 하고 있다.

나. 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 2009년 한해 동안 발생한 요보호아동은 9,028명. 이 가운데 빈곤, 실직 등이 5,701명으로 전체의 63.1%를 차지했고, 미혼모 아동 34%, 기·미아 2.8%로 나타났다.

[그림 4-3-24] 요보호아동 발생원인과 추이: 2006~2009



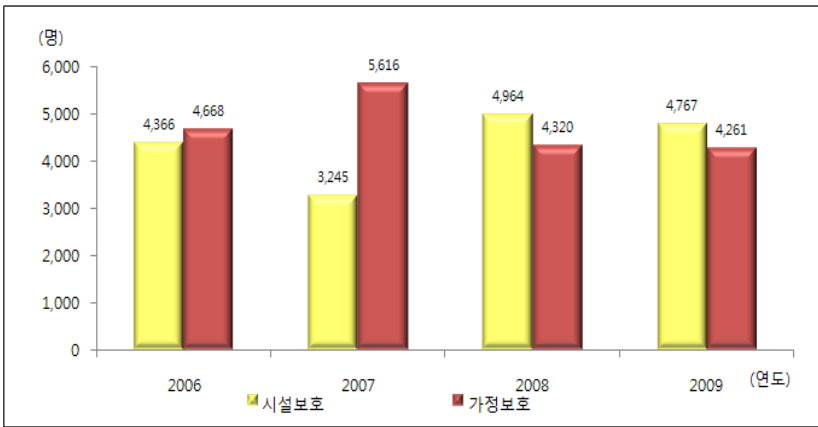
〈표 4-3-27〉 요보호아동 발생원인: 2006~2009

(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)
2009	9,028 (100.0)	257 (2.8)	3,070 (34.0)	5,701 (63.1)

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각 연도

〔그림 4-3-25〕 요보호아동 보호현황 추이: 2006~2009



우리의 아동보호는 비밀입양위주의 입양문화와 혈연중심의 가족문화 등으로 입양가정위탁보다는 아동시설보호 위주로 이루어져 왔다. 2009년도 시설보호 비율(52.8%)이 위탁보호 비율(30.3%)에 비해 높다.

최근 요보호아동은 경제적 또는 가정내 문제로 증가하고 있다. 앞으로 요보호아동정책은 양육위주의 보호에서 벗어나 다양하고 전문적인 보호대책과 방안이 요구된다. 특히 어린이와 아동들을 보호하는 일은 우리 사회를 건강하고 더욱 행복하게 하는 가치있는 미래투자이다.

〈표 4-3-28〉 요보호아동 보호현황: 2006~2009

(단위 : 명, %)

	계	시 설 보 호			가 정 보 호			
		소계	아동 시설	장애아 시설	소계	소년소녀 가정	입양	위탁 보호
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
2009	9,028 (100.0)	4,767 (52.8)	4,732	35	4,261 (100.0)	213	1,314	2,734

주: 1) 입양은 「입양촉진 및 절차에 관한 특별법」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: 보건복지부, 아동청소년복지정책과

다. 입양아동수 추이

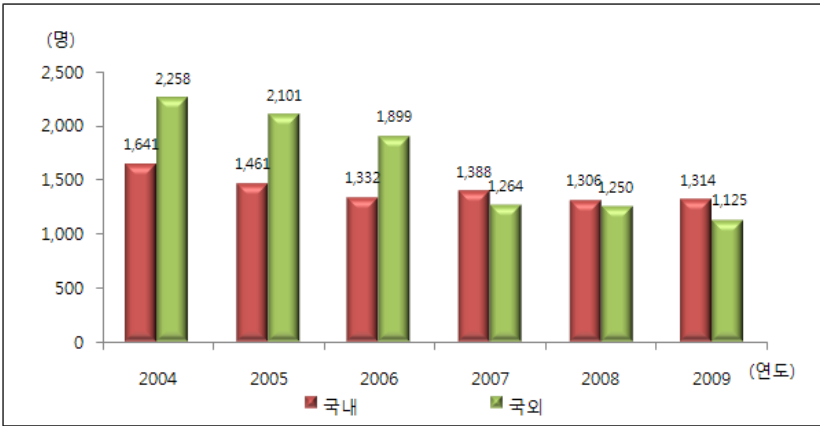
아동의 입양정책은 요보호아동에게 건전하고 영구적인 가정의 보호를 받도록 하는 국가적 사회적인 대책이다. 우리나라에 있어서 입양사업은 한국 전쟁 이후의 전쟁고아에 대한 국외입양이 시작된 이래로 2003년 이전까지 총 217,291명이 입양되었으며, 이 중 전체입양아동의 70%를 국외입양아동이 차지하고 있다. 이후 아동은 자신이 태어난 나라에서 우선적으로 보호되어야 한다는 아동복지적 관점에서 국내입양의 활성화 노력들이 정부와 사회에 의해 지속되었다.

최근 입양아동수는 3,899명(2004)에서 2,439명(2009)으로 감소추세이다. 특히 해외입양아동은 2,258(2004)에서 1,125명(2009)으로 급감하고 있다.

또한 정부의 국내입양 활성화 정책의 추진, 입양에 대한 사회적 인식 제고 등으로 2007년부터 전체 입양아동 중 국내입양비율이(2009년 53.9%) 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: 2004~2009



<표 4-3-29> 입양아동수 추이: 2003~2009

(단위: 명, %)

연도	계	2003년 이전	2004	2005	2006	2007	2008	2009
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)	2,439 (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)	1,314 (53.9)
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)	1,125 (46.1)

자료: 보건복지부, 아동청소년복지정책과

라. 아동학대 발생률

사회변화와 맞물려 약화된 가정기능은 심각한 아동관련 문제를 야기하고, 그 가운데 아동학대가 차지하는 비중이 높다. 학대아동 보호체계 및 현황을 확인하는 작업은 아동복지 수준을 가늠하는 잣대가 된다. 아동학대발생률은 학대경험이 있는 아동수의 비율을 의미한다.

아동학대발생률의 증가는 현재 신고에 의한 통계치로 아동학대 발생률을 대표하기 힘들다는 한계점이 있다. 또한 우리나라는 아동보호서비스 도입이

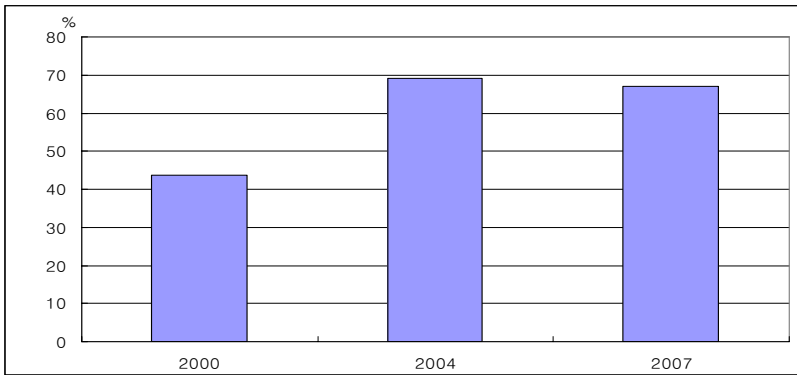
10년도 채 되지 않는 짧은 기간을 고려한다면, 선진국과의 비교에서 발생률이 낮은 것도 긍정적으로 평가하기 힘들다. 이는 아직 아동학대에 대한 인식이 선진국에 비하여 낮은 것에 기인할 가능성이 높기 때문이다.

〈표 4-3-30〉 연도별 아동학대 발생률

(단위: %)			
구 분	2000 ¹⁾	2004 ²⁾	2007 ³⁾
아동학대 발생률	43.7	69.2	66.9

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



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.

마. 아동빈곤을 추이

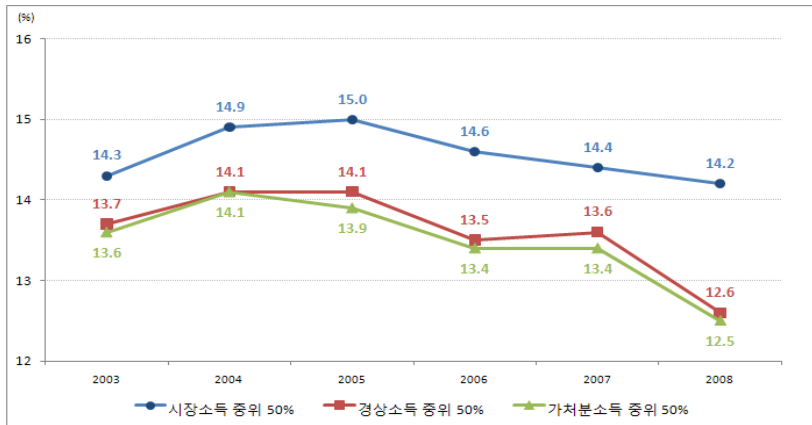
아동빈곤이란 18세 미만의 아동으로 빈곤한 가족에 속해 있는 경우를

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: %)

	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.

바. 아동급식대상자 수

우리나라에는 빈곤으로 인하여 식사를 거르는 등 한참 자라야 할 나이에 심각한 영양의 부족 또는 불균형으로 성장에 큰 영향을 받는 아동들이 늘어나고 있다. 이들 결식 아동들은 부모의 빈곤으로 결식아동으로 낙인찍히고 나아가 따돌림 등으로 학교 가기를 포기하는 등 가출로 연결되곤 한다.

아동급식대상자수는 2004년 이래 2008년까지 약 20만명을 약간 상회하다 2009년에 45만명으로 높게 상승하였다. 이는 실물경기의 악화에 따른 빈곤아동들의 증가로 생각된다.

〈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

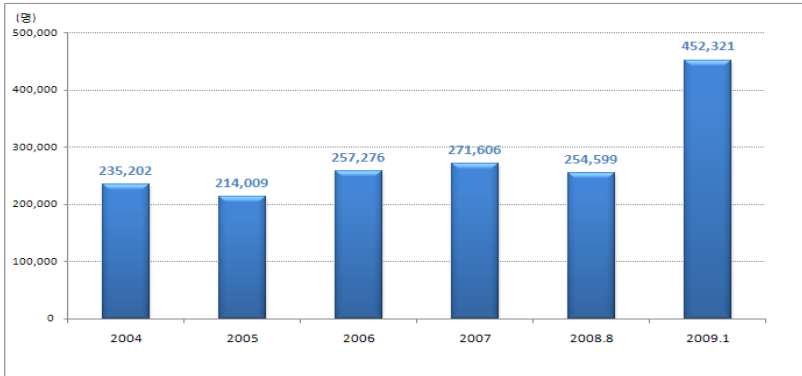
주: 1) 2009.1월 기준 아동급식 대상 및 지원 내용

* 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

[그림 4-3-29] 아동급식대상자 추이: 2004~2009



급식지원 방법을 보면 일반음식점이 41.8%, 단체급식소 32.1%, 그리고 식품권 18.4%의 순으로 나타났다.

<표 4-3-33> 급식 지원방법별 전달체계: 2009.1월

(단위: 개소)

	계	단체급식소	일반음식점	도시락배달	주부식	식품권	기타
계	9,966 (100.0)	3,202 (32.1)	4,165 (41.8)	172 (1.7)	590 (5.9)	1,829 (18.4)	8 (0.1)

주: 단체급식소는 사회복지관, 지역아동센터, 학교급식소, 종교시설, 아동양육시설, 청소년수련관, 그룹홈, 쉼터 등을 포함함
자료: 보건복지부, 아동청소년복지정책과

이들 결식아동들에게 급식도 중요하지만 동시에 건강한 정신 유지와 가족의 회복을 위한 교육, 상담, 문화 프로그램과 치유 및 지지가 필요하다.

사. 가출청소년 발생현황

청소년 가출과 이에 따른 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 여

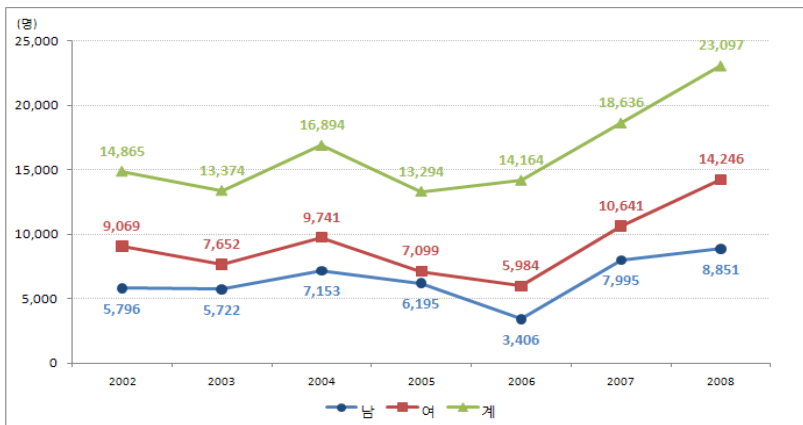
러 가지 예상치 않은 어려움과 위험에 처하게 된다는 점에서 문제의 심각성이 있다.

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. 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〉 기출청소년 발생추이: 2002~2008

(단위 : 명)

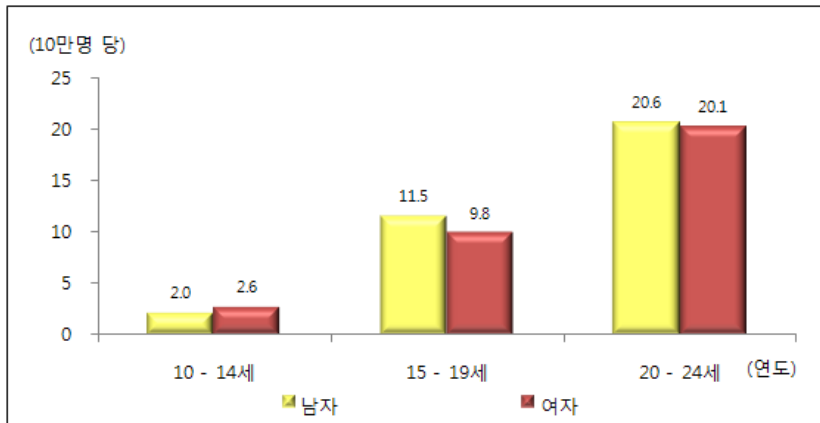
	2002	2003	2004	2005	2006 ¹⁾	2007	2008
계	14,865	13,374	16,894	13,294	14,164	18,636	23,097
남	5,796	5,722	7,153	6,195	3,406	7,995	8,851
여	9,069	7,652	9,741	7,099	5,984	10,641	14,246

주: 1) 성별 분류가 안 되는 4,774명은 9~13세의 실종아동 등임.
 자료: 보건복지가족부, 「청소년유해환경 집중종합실태조사(2008)」

아. 아동·청소년 자살률(5~24세)

아동·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. 아동·청소년의 자살이 발생하는 주요 원인으로서는 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.

〔그림 4-3-31〕 청소년 자살률 연령대별, 성별: 2009



〈표 4-3-35〉 아동·청소년 자살률 연령대별, 성별: 2009

(단위: 명, 인구 10만 명당)

	아동·청소년의 자살(고의적 자해)					
	계		남자		여자	
	사망자수	자살률	사망자수	자살률	사망자수	자살률
원인별 총계	15,413	31.0	9,936	39.9	5,477	22.1
청소년자살계	1,090	7.1	588	5.9	502	9.2
5~9세	4	0.1	3	0.2	1	0.1
10~14세	77	2.3	36	2.0	41	2.6
15~19세	369	10.7	211	11.5	158	9.8
20~24세	640	20.3	338	20.6	302	20.1

자료: 통계청, 「사망원인통계」

아동·청소년(5~24세)의 2009년도 사망자수는 1,090명으로 하루 평균 3.0명이 자살하고 있다. 또한 인구 10만명당 자살률은 7.1명이며 남자 5.9명, 여자 9.2명으로 여자가 높게 나타났다. 자살률을 연령대별로 보면, 10~14세는 2.3명, 15~19세는 10.7명, 그리고 20~24세는 20.3명으로 15세 이후부터 자살률이 현격히 높아지고 있다.

아동·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.

자. 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 저연령화, 여학생폭력, 집단 폭력, 목격자들의 방관 경향, 장난을 빙자한 폭력, 폭력서클 형성, 영상매체 영향력, 폭력에 대한 두려움 등의 증가 현상이 뚜렷해지고 있다.

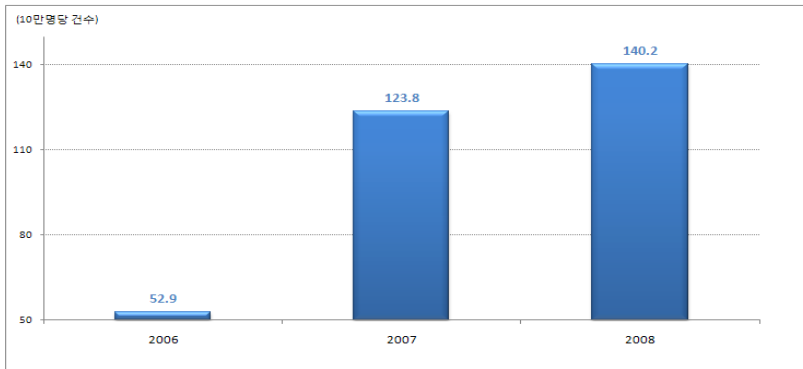
이 지표는 만18세 미만 아동의 안전사고발생건수와 학교폭력발생건수의 합을 의미하며, 아동·청소년 인구10만명당 위험환경 경험 수는 증가 추세이다.

$$\text{아동·청소년 10만명당 위험환경 경험 수} = \frac{\text{18세 미만 아동·청소년의 안전사고 발생건수} + \text{학교폭력발생건수}}{\text{18세 미만 아동수}} \times 100,000$$

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.

[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	학교 폭력		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

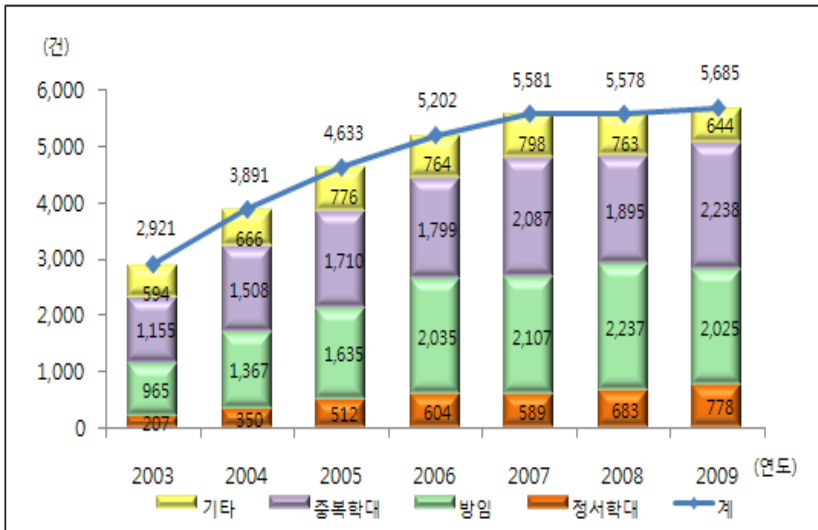
자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2006, 보건복지부 아동안전사고 사망자 수, 교육과학기술부 학교운영지원과 내부료, 각 연도

차. 학대피해아동 보호 추이

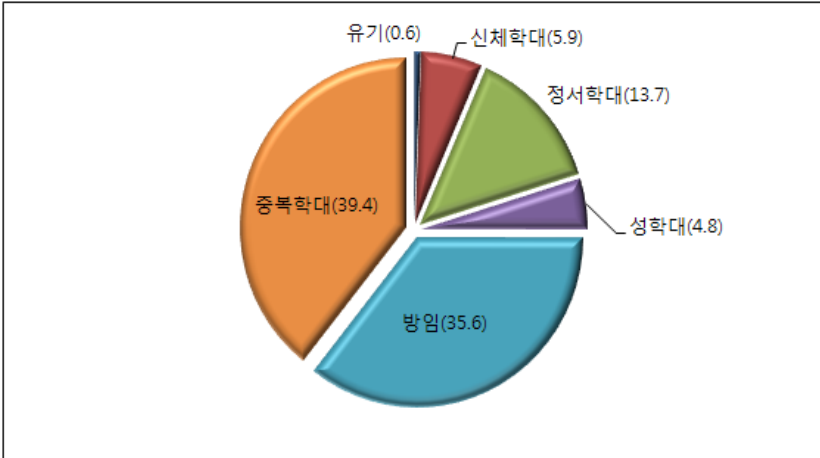
이동학대는 보호자를 포함한 성인에 의하여 아동의 건강 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 성적 폭력 또는 가혹행위 및 아동의 보호자에 의한 유기와 방임(아동복지법 제2조 4항) 등을 의미한다. 학대피해아동 보호건수는 이동학대의심사례로 아동보호전문기관이 신고 받은 건수 중 이동학대로 판정받은 사례건수이다.

최근 이동학대보호건수는 2003년 2,921건에서 2009년에는 5,685건으로 증가추세이다. 이동학대 사례유형을 보면 두 가지 이상의 학대유형이 동시에 일어나는 중복학대가 39.4%로 가장 높았고, 방임이 35.6%, 정서학대 13.7%, 신체학대 5.9%, 성학대 4.8%, 그리고 유기 0.6%의 순서였다.

[그림 4-3-33] 이동학대 추이: 2003~2009



[그림 4-3-34] 아동학대 유형(2009)



<표 4-3-37> 아동학대 유형별 추이: 2003~2009

(단위 : 건, %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
계	2,921	3,891	4,633	5,202	5,581	5,578	5,685 (100.0)
신체학대	347	364	423	439	473	422	338 (5.9)
정서학대	207	350	512	604	589	683	778 (13.7)
성학대	134	177	206	249	266	284	274 (4.8)
방임	965	1,367	1,635	2,035	2,107	2,237	2,025 (35.6)
유기	113	125	147	76	59	57	32 (0.6)
중복학대	1,155	1,508	1,710	1,799	2,087	1,895	2,238 (39.4)

주: 아동보호전문기관에 접수된 사례현황 자료 분석결과임.
 자료: 보건복지부, 『2009전국아동학대현황보고서』, 2010.

피해아동의 연령을 보면 초등학교 시기인 만 7~12세 사이의 아동들이 가장 많은 것으로 조사되었다. 즉 만10~12세의 아동이 26.0%로 가장 높은 비율을 차지하였고 7~9세 23.7%, 만13~15세 19.7%, 만4~6세 12.5%의 순으로 나타났다.

〈표 4-3-38〉 피해아동 연령

연령(만)	1세 미만	1~3세	4~6세	7~9세	10~12세	13~15세	16~18세	계
건수	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, 『2008 전국 아동학대 현황 보고서』, 2009.

아동학대 예방을 위해서는 사회 구성원들의 관심, 아동학대 위험이 높은 집단과 지역사회가 아동학대로의 발전을 방지하려는 노력, 그리고 아동학대가 이미 발생한 아동과 그 가족을 대상으로 재발을 예방하려는 노력이 요구된다.

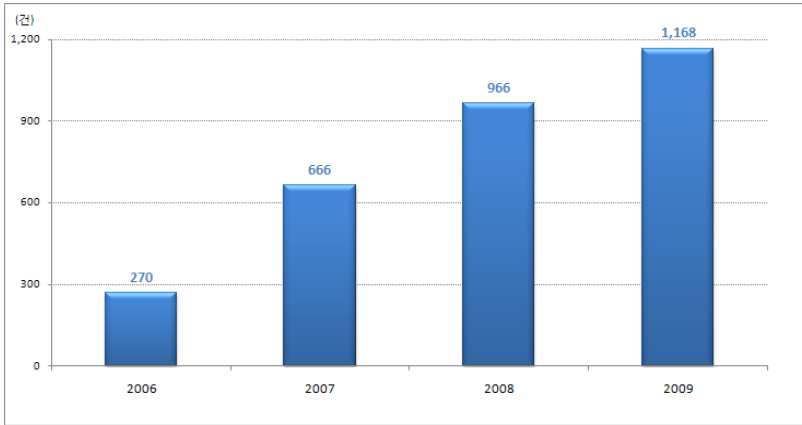
카. 헬프콜 1388 일일 이용건수

1388 청소년 전화는 진로, 학업, 가정문제, 교우관계 등의 일반상담 뿐만 아니라 가출, 성폭력, 성매매, 학교폭력 등의 위기 긴급 상담을 하고 있다. 청소년이라면 누구나 이 전화를 통해 다급한 위기 해결에서부터 근본적인 심리상담까지 종합적인 서비스를 제공받을 수 있다. 특히 청소년의 보호자와 지도자는 물론 청소년의 건강한 성장을 바라는 사람이라면 누구나 이 전화를 통해 청소년 유해환경 신고, 정보제공, 전문가와의 상담 등이 가능하다. 1388 청소년 전화는 보건복지부 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 인지도가 향상됨에 따라 이용건수가 2006년에 비해 2009년도에는 4.3배나 증가하였다.

[그림 4-3-35] 헬프콜 1388 일일 이용건수 추이: 2006~2009



〈표 4-3-39〉 헬프콜 1388 일일 이용건수

(단위: 건)

연도	2006	2007	2008	2009
건수	270	666	966	1,168

자료: 보건복지부, 아동청소년상담자활과 내부자료

타. 디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 지원수

디딤씨앗통장은 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(2007.4월 시행).

※ 디딤씨앗통장(아동발달지원계좌) 이란?

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 2009년에는 481억원이 적립되었다. 계좌개설아동 및 총적립액이 지속적으로 증가하고 있어 향후 저소득아동의 탈빈곤에 기여할 것으로 보인다.

〈표 4-3-40〉 아동발달지원계좌 지원현황: 2009(2009년 7월 기준)

통장발급	저축아동	저축률	아동저축액	총적립금 ¹⁾
35,474명	30,489명	95%	258억원	481억원

주: 1) 정부매칭 223억원
 자료: 보건복지부, 아동청소년복지정책과

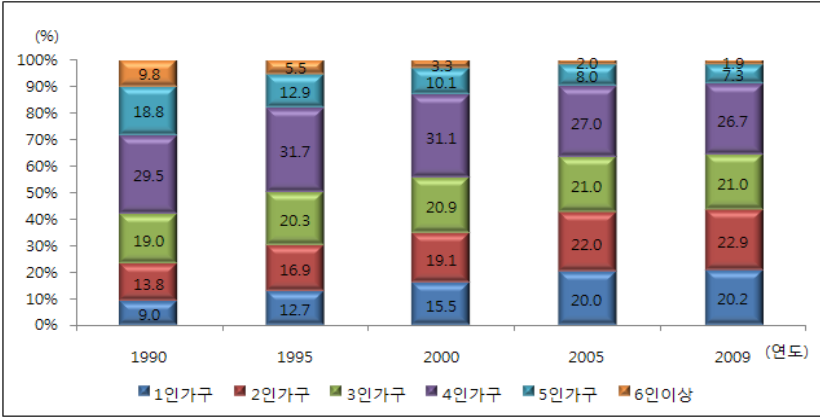
4. 가족 및 여성복지

가. 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 생활비를 분담하는 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 1,589만가구, 2009년 1,692만가구로 늘었다. 특히 1인가구의 비중이 급격히 증가한 것으로 나타났는데 이는 이혼과 만혼 등에 따른 미혼가구와 고령화로 1인 노인가구가 증가한 데 기인한다. 이와 대조적으로 4인 이상 가구의 비중은 급격히 감소하고 있는데 이는 핵가족 및 저출산 현상에 기인한다고 본다.

[그림 4-3-36] 가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2009



주: 2009년은 추정치임.

자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

<표 4-3-41> 가구원수별 가구형태: 1990~2009

(단위: 천가구, %)

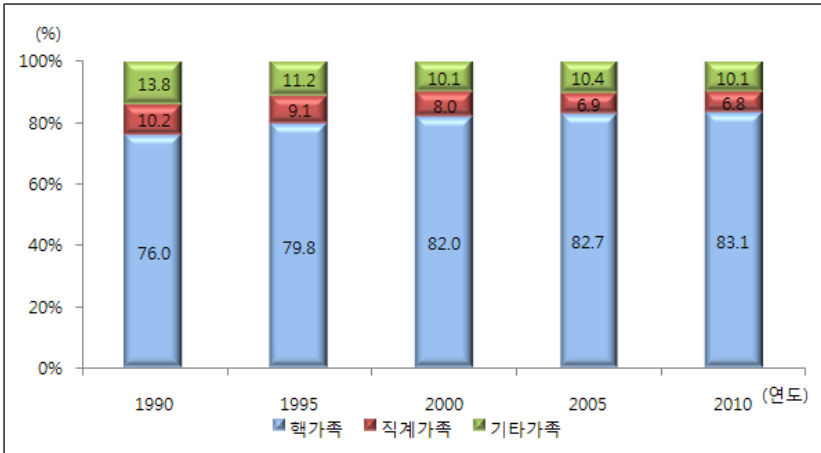
연도	일반가구	가구원수별 가구형태					
		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인 이상
1990	11,355	9.0	13.8	19.0	29.5	18.8	9.8
1995	12,958	12.7	16.9	20.3	31.7	12.9	5.5
2000	14,312	15.5	19.1	20.9	31.1	10.1	3.3
2005	15,887	20.0	22.0	21.0	27.0	8.0	2.0
2009	16,917	20.2	22.9	21.0	26.7	7.3	1.9

주: 2009년은 추정치임.

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 4-3-37] 가족의 형태별 분포: 1990~2010



<표 4-3-42> 가족의 형태별 분포: 1990~2010

(단위: 천가구, %)

연도	혈연가구 ¹⁾	핵가족				직계가족			기타가족
		소계	부부	부부와 미혼자녀	편부(모)와 미혼자녀	소계	부부와 양편친	부부와 양편친과 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
2010	13,471	83.1	19.3	52.6	11.1	6.8	1.3	5.5	10.1

주: 1) 일반가구에서 비혈연가구 및 1인가구를 제외한 가구수임.

2) 2010년은 추정치임.

자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

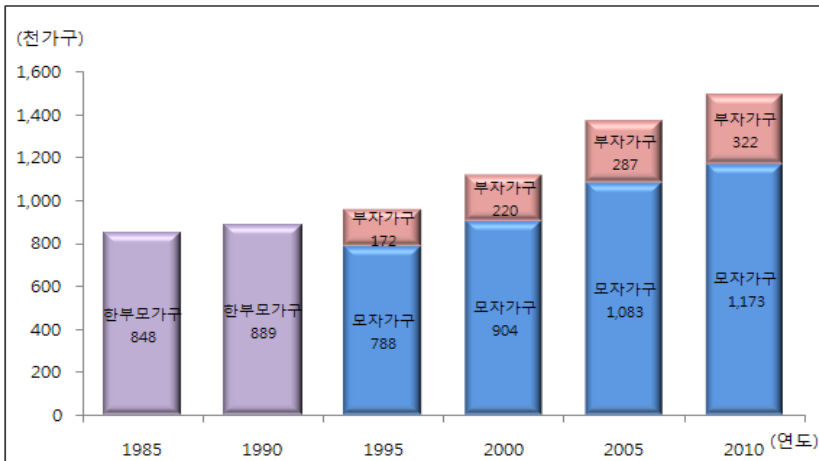
핵가족의 비율은 지속적으로 증가(1990년, 76.0% → 2010년, 83.1%)한 데 반해 직계가족의 비율은 1990년 10.2%에서 2010년 6.8%로 감소하고 있다. 또한 핵가족 중에서 부부가구의 비중은 매우 급격하게 증가하여 지난 20년 동안 2배 이상 늘어났고, 한부모와 미혼 자녀로 구성된 핵가족 역시 11.1%로 증가추세이다.

나. 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 돌봄노동과 경제활동 참여의 책임을 동시에 양립해야하므로 일반적인 가족과는 다른 혹은 추가적인 복지서비스에 대한 욕구가 발생한다.

한부모가족은 지난 25년간 연평균 2.4%의 증가를 보이고 있다. 총 가구수 대비 한부모가족의 비율은 1985년 8.9%에서 8.7%(2010)로 다소 감소하였다. 또한 전체 한부모가족 중 모자(母子)가구의 비율의 감소(1995년, 82% → 2010년, 79%)에도 불구하고 부자(父子)가구의 비율은 지속적으로 증가(18% → 22%)하고 있음을 알 수 있다.

[그림 4-3-38] 한부모가족의 추이: 1985~2010



주: 1985년과 1990년은 모자가구와 부자가구의 구분이 없음
2010년은 추정치임.
자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

〈표 4-3-43〉 한부모가족의 추이: 1985~2010

(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
2010	17,152	1,495(8.7)	1,173	322

주: 1985년과 1990년의 한부모의 성별(性別) 가구수의 분류에 관한 데이터는 유용하지 않음.
2010년은 추정치임.
자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

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 4-3-44〉 한부모가족 분포의 국제비교

(단위: %)

	덴마크	프랑스	미국	이탈리아	한국		
					2000년	2005년	2010년
계	5.1	8.0	9.2	8.9	7.9	8.6	8.7
여성한부모	85.1	85.3	77.5	82.5	80.4	79.0	78.5
남성한부모	14.9	14.7	22.5	17.5	19.6	21.0	21.5

주: 프랑스는 1999년; 미국, 덴마크와 이탈리아는 2001년임.
한국의 2010년은 추정치임.
자료: OECD, Family database 홈페이지; 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

다. 조손가구 수와 형성요인

이혼 등 가족해체의 증가와 노동시장의 고용불안정성 등의 이유로 자녀를 부모가 직접 양육하기 어려운 사례가 증가하고 있으며, 이런 경우 우선

적으로 비공식자원에 의존하게 된다. 경제위기를 겪으면서 조손가구의 수는 1995년 35,194가구에서 2010년 69,000가구로 지난 15년간 연평균 4.9% 증가한 것으로 나타났다. 또한 전체 가구수 대비 조손가구의 비율은 1995년 0.27%에서 2010년 0.40%로 증가하고 있다.

〈표 4-3-45〉 조손가구 수: 1995~2010

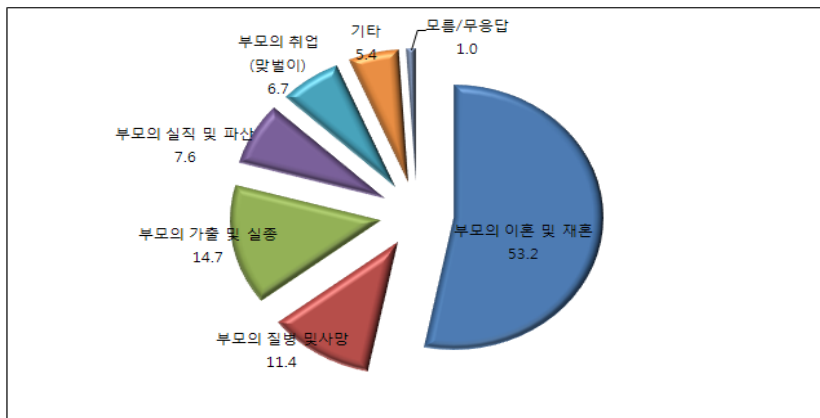
(단위: 가구)

연도	1995	2000	2005	2010
조손 가구수	35,194	45,225	58,101	69,000
전체가구수(천가구)	12,958	14,312	15,887	17,152
%	0.27	0.31	0.36	0.40

주: 2010년은 추정치임.
 자료: 통계청, 인구주택총조사, 각 연도.

여성가족부(2010)에서 조손가구 12,750가구를 대상으로 조사한 결과, 이들 조손가구가 형성된 주요한 이유는 부모의 이혼 및 재혼(53.2%), 부모의 가출 및 실종(14.7%) 등 부모의 선택으로 인한 경우가 전체의 약 68%를 차지하는 반면 부모의 질병 및 사망(11.4%), 부모의 실직 및 파산(7.6%), 부모의 취업(6.7%) 등 어쩔 수 없는 이유도 약 30%로 나타났다.

[그림 4-3-39] 손자녀 양육 이유: 2010



〈표 4-3-46〉 손자녀 양육 이유: 2010

(단위: 가구, %)

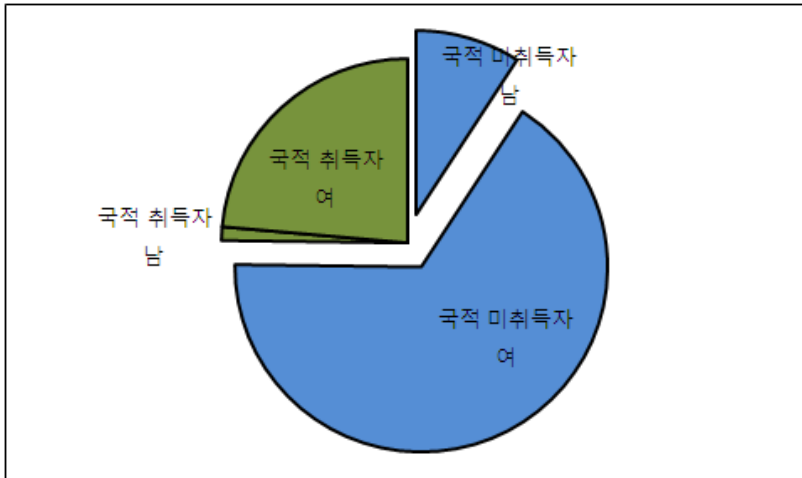
	부모의 이혼 및 재혼	부모의 질병 및 사망	부모의 가출 및 실종	부모의 실직 및 파산	부모의 취업 (맞벌이)	기타	모름/ 무응답
12,750 (100.0)	53.2	11.4	14.7	7.6	6.7	5.4	1.0

자료: 여성가족부(2010), 2010년 조손가족 실태조사

라. 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. 국적취득자 비율을 성별로 보면 남성이 1.2%임에 비해 여성이 23.6%로 약 2배 높게 나타났다.

[그림 4-3-40] 결혼 이민자 현황



자료: 보건복지가족부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

〈표 4-3-47〉 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: 보건복지부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

국제결혼의 활성화가 오래되지 않은 관계로 국제결혼가정 자녀의 연령은 약 86%가 12세 이하로 나타났다. 특히 만6세미만의 자녀가 전체의 59.6%에 해당할 정도로 매우 높게 나타나는데, 이들에게는 언어와 교육, 문화 등의 다양한 서비스 제공이 필요하다.

〈표 4-3-48〉 국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포

(단위: 명, %)

	계	만 6세 미만	만 7~12세	만 13~15세	만 16~18세
자녀수	103,484	61,700	27,568	7,785	6,431
비율	100.0	59.6	26.6	7.5	6.2

주: 2009년 5월 행자부자료임.
 자료: 보건복지부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

마. 모자보호생활시설 현황

한부모가족지원법(제4조)에 따라 무주택 저소득 모자가족은 모자보호생활시설의 입소자격이 있다. 모자가족은 모(母)가 만 18세미만(취학시 만 22세미만)의 아동을 양육하는 가족을 의미한다. 또한 미혼모자가구로 미혼 모자시설(또는 미혼모자 공동생활가정) 퇴소자 중 스스로 아동을 양육하는 미혼모 역시 모자보호생활시설의 입소 대상자 이다. 보호기간은 3년 이내로 하되, 보호기간 연장기준에 부합될 경우 2년의 범위 안에서 연장이 가능하다.

〈표 4-3-49〉 한부모가족생활시설 현황: 2004~2009

(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
2009	42	3,212	3	145	14	1,853	31	3,501	23	540

자료: 보건복지부 홈페이지, 가족정책 관련 통계; 2008년은 보건복지가족부 가족지원과 내부자료.
2009년은 여성가족부 가족지원과 내부자료이며, 부자보호시설 1개소('07년 개원, 인천, 20세대), 이용자수는 전년도말 보호인원+ 당해연도 입소인원, 세대주 및 가구원 합산함.

모자보호생활시설의 수는 이혼 등 가족해체의 증가에 따라 지속적으로 확대되고 있으나 이용인원은 오히려 감소하고 있다. 2004년 모부자보호시설의 이용인원은 3,451명인데 반해 2009년에는 3,212명이 이용하고 있다 (보건복지부, 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 있으며, 연입소인원의 수도 점진적으로 증가하고 있다. 모자보호생활시설의 수는 2004년 11개소에서 2008년 27개소로 4년동안 약 2.5배의 증가를 보였으며, 연입소인원 역시 같은 기간 동안 약 1.6배의 증가를 나타냈다.

미혼모자시설의 연령별 입소자 현황을 살펴보면, 17~29세 이하의 미혼모자가 전체의 78.2%를 차지하고 있다.

〈표 4-3-50〉 미혼모자시설 연령별 입소자 현황(2007년말 기준)

(단위: 명)

계	13세 이하	14~16세	17~19세	20~24세	25~29세	30세 이상
2,161	3	143	514	771	404	326

자료: 여성가족부(2007), 저소득 한부모가족실태조사.

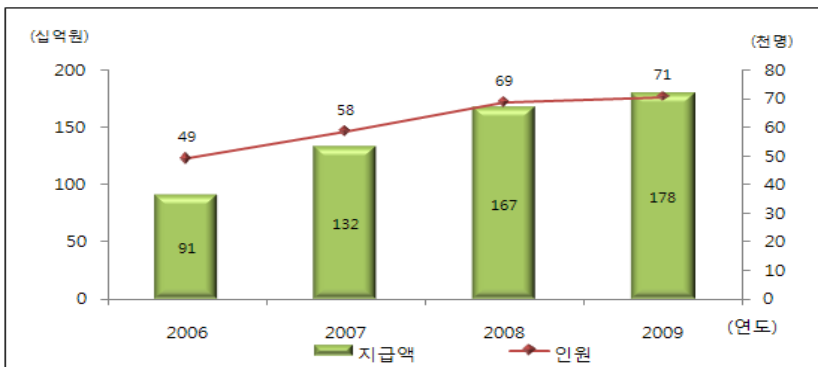
바. 일가족양립 휴가 현황

산전후휴가급여와 육아휴직급여는 여성의 노동시장 참여와 가정생활의 양립에 중요한 역할을 한다. 출산과 육아휴직으로 인한 소득의 상실과 육아 부담은 여성의 고용에 큰 장애가 되어 왔다. 우리나라는 1987년부터 산전후휴가와 육아휴직제도를 도입 후 2003년부터 본격적으로 실시하여 자녀의 출산 및 육아로 인한 소득상실을 대체하는 임금을 지급하고 있다.

산전후휴가급여는 임신중의 여성에 대하여는 산전후를 통하여 90일의 보호휴가를 계속 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 일정액을 고용보험에서 지급하고 있다(고용보험 홈페이지).

산전후휴가급여의 이용자 수는 2006년 48,972명에서 2009년 70,560명으로 44.1% 증가하였고, 급여액은 2006년 909억원에서 2009년 1,785억원으로 96.4% 증가하였다.

[그림 4-3-41] 산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2009



자료: 노동부, 「고용보험 DB」, e-나라지표(<http://www.index.go.kr>).

〈표 4-3-51〉 산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2006~2009

(단위: 명, 백만원, %)

구 분	2006		2007		2008		2009	
	인원	지급액	인원	지급액	인원	지급액	인원	지급액
산전후휴가급여	48,972	90,886	58,368	132,412	68,526	166,631	70,560	178,477
육아휴직급여	13,670	34,521	21,185	60,989	29,145	98,431	35,400	139,724
산전후 대비 육아휴직비율	27.9		36.3		42.5		50.2	

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 13,607명에서 2009년 35,400명으로 160.2% 증가하였고, 급여액은 2006년 345억원에서 2009년 1,397억원으로 304.8% 증가하였다. 산전후휴가급여자 대비 육아휴직급여자 비율을 보면 2006년 27.9%에서 2009년 50.2% 증가하고 있음을 알 수 있다.

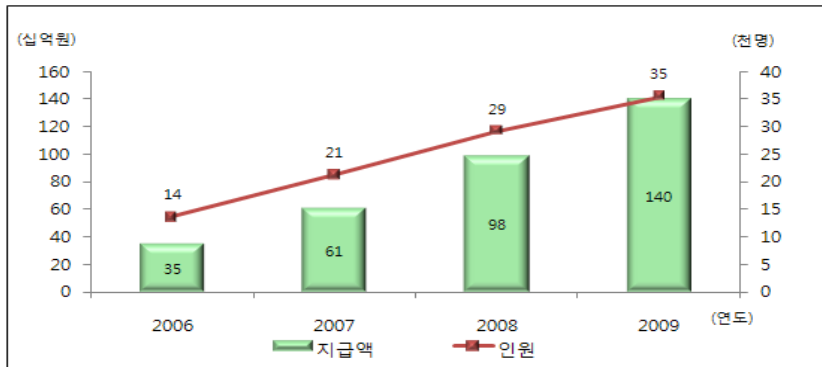
〈표 4-3-52〉 육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2009

(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
2009	139,724	35,400	34,898	502	50

자료: 노동부, 여성고용과, 「고용보험DB」.

[그림 4-3-42] 육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2009



자료: 노동부, 「고용보험 DB」, e-나라지표(<http://www.index.go.kr>).

사. 한부모가족 지원

한부모가족이 직면한 가장 큰 문제 중의 하나는 빈곤이다. 갑작스런 소득원의 상실(이혼, 사별 등)이 발생하는 한부모의 경우 직장생활과 가정 내 돌봄노동에 대한 책임이 배가되므로 주로 직장생활을 하면서 자녀의 돌봄에 대한 복지서비스를 이용한다. 하지만 어린 영아에 대한 보육시설이 현저히 부족한 관계로 비공식적인 보육지원을 제공받지 않는 한 어린 영아가 있는 한부모가 노동시장의 지위를 유지하는 것은 사실상 어려운 실정이다. 따라서 어린 영아가 있는 한부모의 경우 노동시장 진입을 포기하는 경우가 빈번할 수밖에 없다. 이러한 다양한 이유로 저소득 한부모가족이 증가하고 있으며, 이들은 국민기초생활수급대상 혹은 국가보호대상, 한부모가족지원법 보호대상이 된다. 2007년말 기준으로 전체 한부모가족(147,947세대) 중 정부 지원을 받는 저소득 한부모가족은 11.1%에 불과하다.

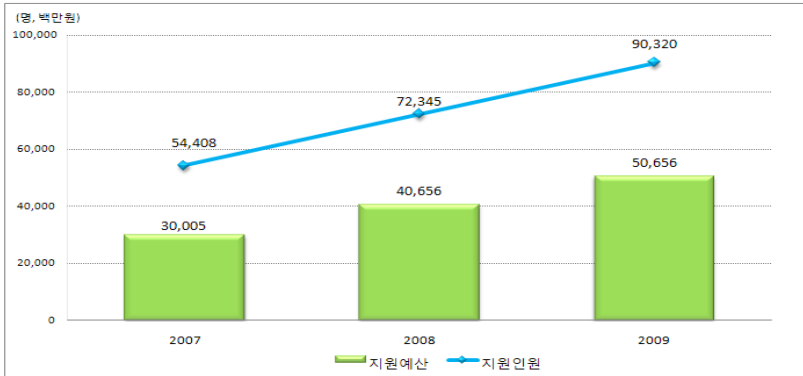
저소득 한부모가족의 실태를 보면 국민기초생활보장법과 국가보훈법의 대상 조건을 만족시키는 비율은 50.3%이며, 그 외 최저 생계비의 130%이하의 소득을 가진 사람들이다. 이들은 정부로부터 자녀양육비와 교육비를 지원받는데, 그 지원 대상 및 예산은 해마다 증가하고 있다.

〈표 4-3-53〉 저소득한부모가족 현황(2007년말 기준)

	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 4-3-43] 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2009



자료: 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내

지난 3년간 교육비 지원은 약 1.7배 증가하는 추세를 보이고 있다.

[표 4-3-54] 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.

아. 보육료 지원

국민의 소득과 여성취업의 증가로 일과 가정의 양립이 필요하다. 즉 자녀양육을 국가·사회가 지원하여야 한다는 국민의식이 확산되고 있다. 또한 국가 경제력이 높아질수록 탁아사업에서 아동보육 및 교육 중심으로 전환되는 양상을 보이는데 우리나라에서도 국민소득이 증가함에 따라 최근 양질과 다양한 형태의 보육에 부모들의 욕구가 증가하고 있다. 이러한 배경에 따라 보육사업에 대한 수요는 나날이 증가하고 있으며 보육료지원사업 역시 해마다 확대되고 있다.

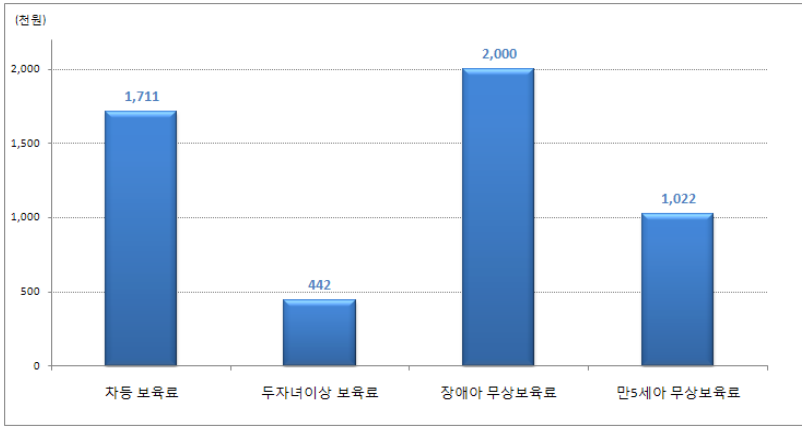
저출산현상이 심각한 사회문제로 인식되고 있는 가운데, 출산을 중단하는 가장 중요한 이유가 가계소득과 무관하게 자녀 양육에 대한 부담인 것으로 나타났다. 현재 영유아 1인당 월 평균 자녀양육비용은 영아 62.9만원, 유아 74.8만원이다(보건복지가족부 홈페이지). 2009년 보육료지원대상자 수는 730,757명에, 1조 2,183억원이 지원되었다. 1인당 보육료 지원현황을 보면, 장애아무상보육료지원이 200만원, 차등보육료지원이 171만원, 만5세 아무상보육료지원이 102만원의 순으로 나타났다.

〈표 4-3-55〉 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(만 4세 이하) 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
만 5세아 무상보육료 지원	- 소득하위 70% 이하 가구 자녀 중 초등학교 취학전 만 5세아	- 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 4-3-44] 1인당 보육료 지원 현황



〈표 4-3-56〉 보육료 지원 현황

(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.

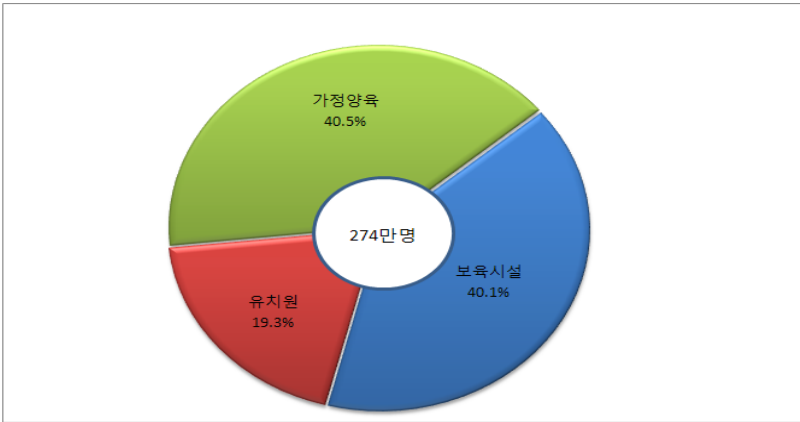
2) 두자녀이상보육료 지원 대상 아동은 차등보육료 지원 대상 아동과 중복되므로 대상자 합계에서는 제외함.

자료: 보건복지가족부(2009), 2009년 보육사업안내.(개정판).

자. 양육수당 지원

2008년 전체 영유아 274만명 중 보육시설을 이용하는 아동 110만명 (40.1%), 유치원을 이용하는 아동 53만명(19.3%)을 제외한 시설 미이용 영유아는 111만명(40.5%)에 달하는 것으로 나타났다(국회보건복지가족위원회, 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고). 2009년 7월부터 보육시설과 유치원을 이용하지 않는 아동에게 양육수당을 지원하여 보육시설 이용 아동과의 형평성을 제고하고, 자녀 양육으로 인한 가정의 경제적 부담을 완화하고 있다.

[그림 4-3-45] 영유아 보육형태별 비교: 2008



자료: 국회보건복지가족위원회, 2010년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고

<표 4-3-57> 영유아 보육형태: 2008

(단위: 만 명)

계	보육시설	유치원	가정양육
274 (100.0)	110 (40.1)	53 (19.3)	111 (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 취업 모의 70.9%는 조부모·친인척 등 비공식적인 지원을 받는 등 가정양육에 대한 선호가 커 시설이용 지원만으로는 한계가 있는 것으로 나타났다(육아정책개발센터, 2007).

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 반면 대부분의 국가들은 보편적으로 양육수당을 지급하고 있으며 아동의 연령범위도 훨씬 더 높은 것으로 나타난다.

〈표 4-3-58〉 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.

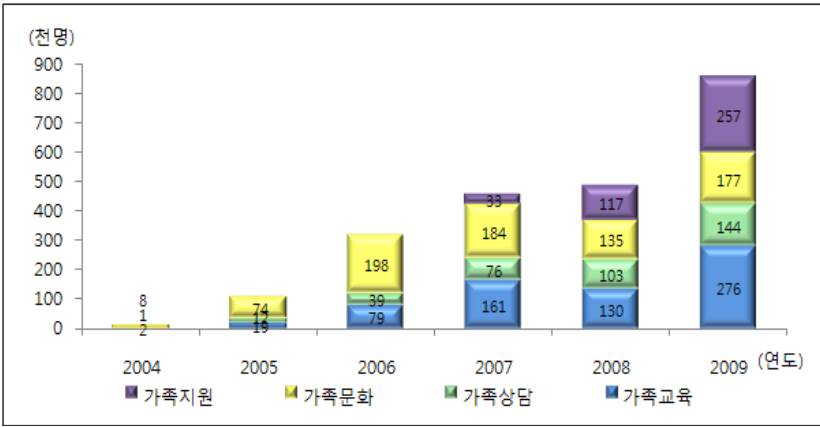
한국은 필자가 작성한 것임.

차. 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.

센터이용자는 지역주민을 대상으로 가족생활 주기에 맞는 가족교육·가족상담, 가족여가분화 및 가족생활 문화운동 등 가족관계를 증진시키기 위한 프로그램에 참가하여 제공받은 이용자를 말한다.

[그림 4-3-46] 건강가정지원센터 이용자 현황: 2004~2009



자료: 보건복지부, (각 시도 및 건강가정지원센터 자료)

<표 4-3-59> 건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황: 2004~2009

연 도		2004 ¹⁾	2005	2006	2007	2008	2009
건강가정지원센터 설치수		3	16	50	66	83	98
이용자 현황	계	11,740	105,055	316,221	454,786	486,167	853,377
	가족교육	2,283	18,903	78,851	160,579	130,361	275,562
	가족상담	1,273	11,752	39,180	76,470	103,382	143,963
	가족문화	8,184	74,400	198,190	184,393	135,324	176,602
	가족지원	-	-	-	33,344	117,100	257,250

주: 1) 건강가정지원센터 이용자: 2004년도는 7/1~12/31까지의 누계
 자료: 보건복지부, (각 시도 및 건강가정지원센터 자료)

2004년도 3개소의 11,740명 이용에서 2009년도 98개소로 확충되면서 이용자도 853,377명으로 크게 증가(71.7배)하고 있다.

카. 다문화가족지원센터 현황

다문화가족이 한국 문화에 적응하거나 이들이 자녀양육의 어려움을 돕기 위해 다문화가족지원센터가 운영되고 있다. 2010년 다문화가족지원센터는 전국 171개소에 이른다. 이에 대해 지역별로 살펴보면, 경기 24개소, 서울

20개소, 전남과 경북이 각각 16개소, 충남 15개소, 경남과 전북이 각각 14개소, 그리고 제주도가 2개소이다.

〈표 4-3-60〉 다문화가족지원센터 운영 현황: 2010. 3

(단위: 개소)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
20	7	6	7	3	2	3	24
강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
12	10	15	14	16	16	14	2

자료: 보건복지부 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 있다. 2002년도 외국인과의 이혼건수는 1,744건, 2006년 6,136건, 그리고 2009년에 11,692건으로 증가 추세이다. 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.

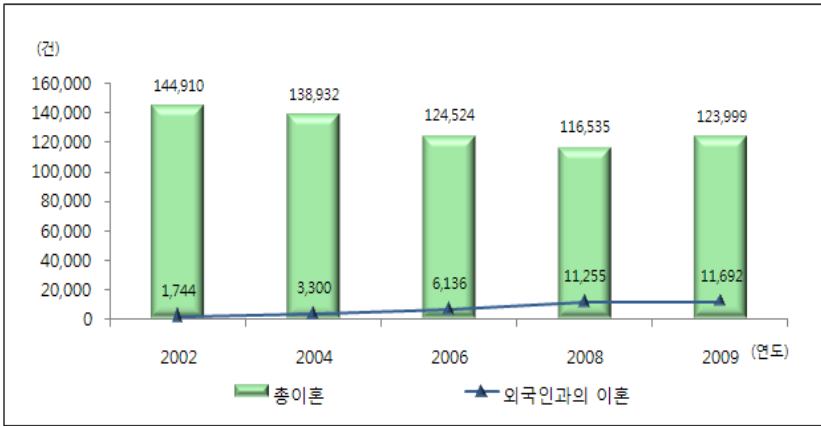
〈표 4-3-61〉 외국인과의 이혼 추이¹⁾: 2002~2009

(단위: 건, %)

	2002	2004	2006	2008	2009
총 이혼건수(A)	144,910	138,932	124,524	116,535	123,999
외국인과의 이혼 건수(B)	1,744	3,300	6,136	11,255	11,692
총 이혼 대비 구성비율(B/A×100)	1.2	2.4	4.9	9.7	9.4

자료: 보건복지부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.
통계청 홈페이지.

[그림 4-3-47] 외국인과의 이혼 추이: 2002~2009



자료: 보건복지부 홈페이지, 다문화가족 관련 통계.

타. 여성가家主 가구의 빈곤율

가족의 해체는 저출산고령화 현상에 영향을 미치고 있다. 즉 가족이 해체되면 자녀를 출산할 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 21.7%, 2010년 22.2%로 증가하고 있다.

〈표 4-3-62〉 여성가구주 비율: 1995~2010

(단위: 천 가구, %)

구 분	1995	2000	2005	2009	2010
전체	100.0 (12,958)	100.0 (14,507)	100.0 (15,971)	100.0 (16,917)	100.0 (17,152)
남성가구주	83.4	81.5	78.3	77.8	77.8
여성가구주	16.6	18.5	21.7	22.2	22.2

주: 2005년 이후는 「장래가구추계」, 자료임.
자료: 통계청, 「2010 통계로 보는 여성의 삶」.

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 4-3-63〉 여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2008

(단위: %)

구 분	소 득			지 출	
	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 기준한 연간자료임
자료: 김태완외(2009), 「2009년 빈곤통계연보」, 한국보건사회연구원.

여성가구주의 가구빈곤율은 소득측면(경상, 가처분)에서는 2003년에 비해 2008년도에 약간씩 개선됨을 알 수 있으나 지출측면에서는 오히려 약간씩 악화됨을 알 수 있다.

파. 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 남성 생활자 수는 여성에 비해 상대적으로 적은 편이나 점차 증가하고 있다.

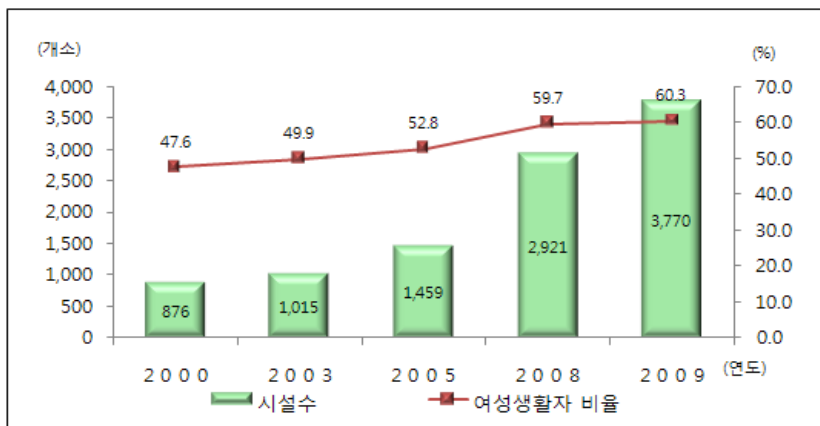
〈표 4-3-64〉 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2009

(단위: 개소, 명, %)

	시설 수	생 활 인 원		
		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)
2009	3,770	142,254 (100.0)	56,459 (39.7)	85,795 (60.3)

자료: 보건복지부, 『2010 보건복지통계연보』, 2010.

〔그림 4-3-48〕 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2000~2009

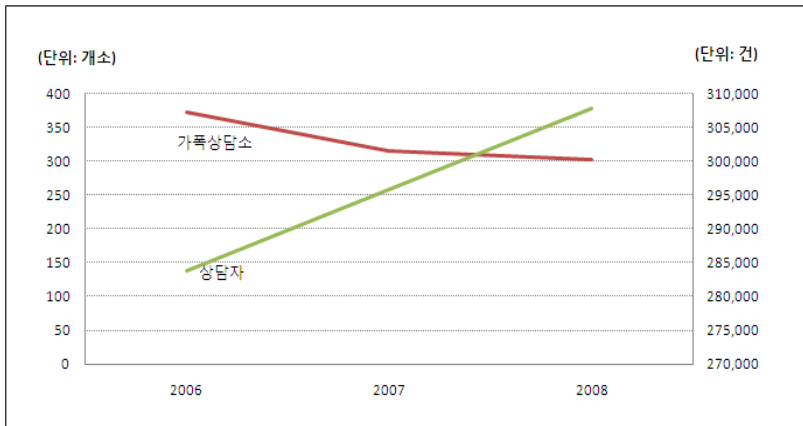


자료: 보건복지부, 『2010 보건복지통계연보』, 2010.

하. 가정폭력·성폭력상담소 현황

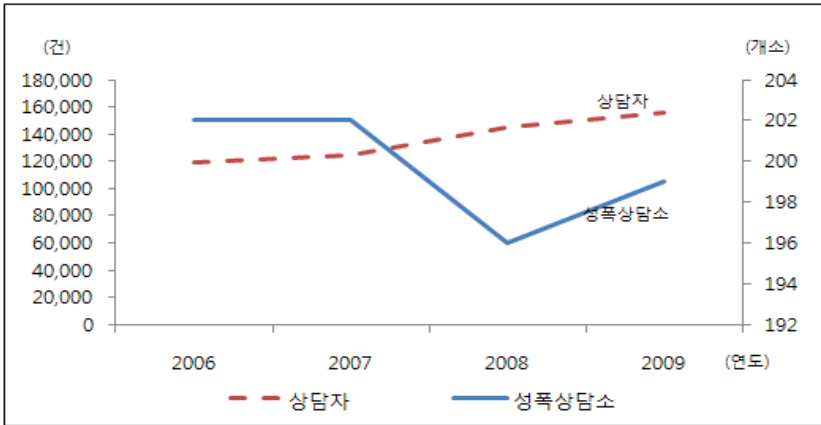
이혼 등 가족해체의 증가는 가족을 둘러싼 경제사회적 변화와 이에 대한 적응과정에서 야기되는 경우가 많다. 과거에는 폭행 및 학대, 성격 갈등, 고부갈등 등의 문제로 가족 내에서 문제가 발생하는 경우가 많았으나 1998년 이후에는 가정 폭력으로 인한 가족의 해체, 위기 등으로 인한 개입의 요구가 증가하고 있다. 특히 실직과 알콜 등 가족이 처한 위기는 가정폭력의 주요한 원인이 되고 있다. 이에 따라 가정폭력상담소는 위험에 처하거나 긴장상태에 있는 가족을 대상으로 가족상담 혹은 가족 치료를 통해 그들의 욕구를 해결하는 데 중요한 역할을 담당하고 있다(고경환 외, 2008).

[그림 4-3-49] 가정폭력상담소 현황: 2006~2008



자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

[그림 4-3-50] 성폭력상담소 현황: 2006~2009



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, 가정폭력상담소와 성폭력상담소의 시설 수는 감소하고 있다. 2006년 가정폭력상담소는 372개소에서 2009년 303개소로, 성폭력상담소는 202개소에서 199개소로 각각 18.5%, 1.5% 감소한 것으로 나타났다.

<표 4-3-65> 가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2009

(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
2009	303	150,969	65,522	85,447	199	155,902	67,221	88,681

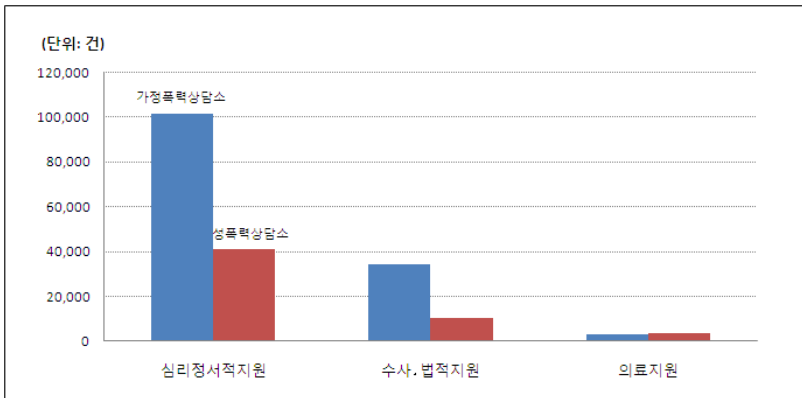
주: 가정폭력상담소 상담현황의 2009년 자료는 상반기 운영실적 참조함.

자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2010), 2010년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

거. 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설

최근 가정폭력방지법의 제정(1998년)으로 법원은 구타 배우자에게 수감 명령과 치료 위탁, 상담 위탁 등의 보호 처분을 내릴 수 있는 토대가 마련되었다. 또한 가정폭력·성폭력 피해자에게는 심리정서적 지원과 함께 수사·법적지원, 의료지원, 시설입소연계 등의 지원을 하고 있다.

[그림 4-3-51] 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용



자료: 여성부 권익증진국 인권보호과(2009), 2009년도 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적 보고

<표 4-3-66> 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용

	계	심리·정서적 지원	수사·법적 지원	의료지원	시설입소 연계	기타
계	225,074	142,427	44,904	6,617	4,107	27,019
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 지원내용을 보면 심리·정서적 지원(63.2%)과 법률지원(15.3%)이 대부분을 차지하는 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 4-3-67〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2008

(단위: 개소 명, 건)

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	1,115	544	320	20	211	134
2008	71	1,128	580	365	18	197	151

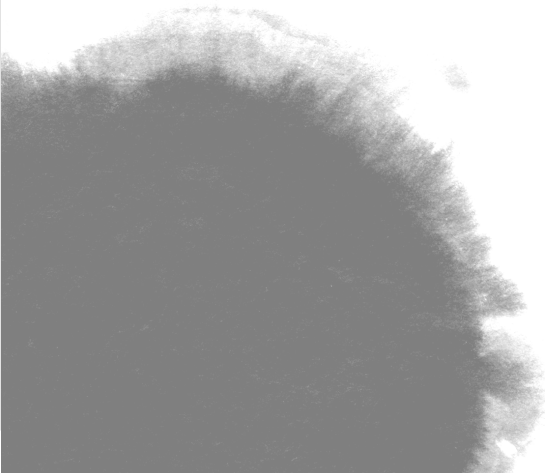
주: 가정폭력피해자 보호시설의 입소자와 동반아동은 연말 인원을 기준으로 작성한 것임.

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

1. 총인구, 성비 및 인구성장률 추이

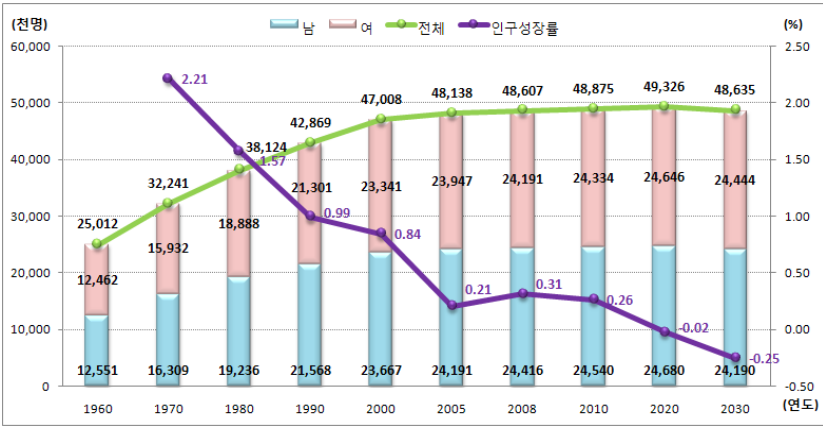
우리나라 인구는 1960년대의 고출산고사망에서 점차 저출산저사망 유형으로 변화하면서 최근에는 출산수준이 인구대체출산수준이하로 낮아져 세계에서 가장 낮은 출산수준을 나타내고 있지만 아직까지 인구증가는 지속되고 있다.

즉, 1960년 25,012천명에서 1980년에는 38,124천명으로 그리고 2000년에는 47,008천명, 2010년에는 48,875천명으로 증가하였다. 인구성장률은 1960년에 3.01%로 높았으나 출산율저하로 점차 낮아져 1990년에는 0.99%로 그리고 2010년에는 0.26%로 낮아졌다.

합계출산율이 1984년에 인구대체수준인 2.1명 수준에 이르고 이후 지속적으로 낮아져 현재는 세계에서 가장 낮은 수준이 되었지만 아직까지 인구증가는 지속되고 있다.

남녀간의 성비는 기대수명의 연장 특히 여성의 기대수명이 남성보다 높게 지속됨에 따라 전체적인 성비는 정상출생성비 보다는 낮은 수준이 지속되고 있다. 즉, 1960년 100.7에서 1990년에는 101.3으로 약간 증가하는 양상을 보였으나 2010년에는 100.8로 다시 낮아져 크게 변동이 없는 것으로 나타났다.

[그림 5-1-1] 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030



<표 5-1-1> 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030

(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
2008	48,607	24,416	24,191	100.9	0.31
2010	48,875	24,540	24,334	100.8	0.26
2020	49,326	24,680	24,646	100.1	-0.02
2030	48,635	24,190	24,444	99.0	-0.25

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2006

2. 인구의 연령구조 및 부양비 추이

우리나라의 인구구조는 출산수준의 저하와 기대수명의 연장 등의 영향으로 14세 이하의 저연령층 인구 비율은 꾸준히 낮아진 반면 65세이상 노인 인구의 비율은 지속적으로 높아져왔다.

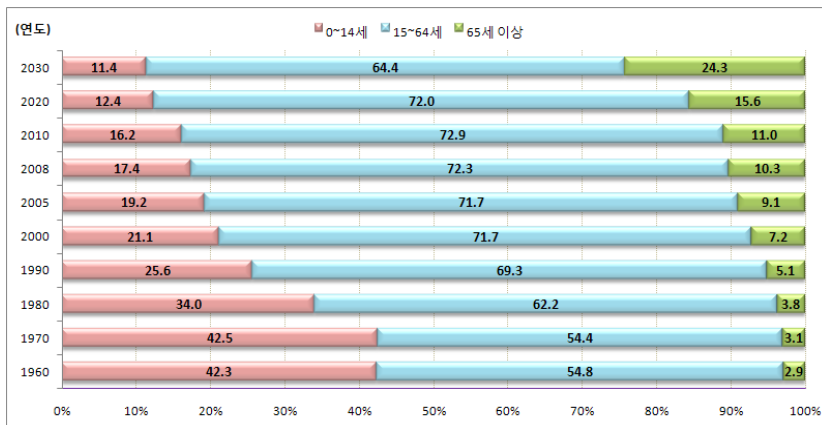
즉, 1960년 14세 이하의 인구비율은 42.3%였으나 1990년에는 25.6%로 낮아졌고, 2010년에는 16.2%로 낮아졌다. 15~64세 인구비율은 1960년 54.8%에서 1990년에는 69.3%로 높아졌고, 2010년에는 72.9%로 높아졌다. 또한 65세 이상인구의 비율은 1960년 2.9%에 불과하였으나 1990년에는 5.1%로 높아졌고 다시 2010년에는 11.0%로 높아졌다. 이와 같이 65세 인구비율의 증가는 저출산의 영향으로 꾸준히 증가하여 2026년에는 20.8%에 이르러 초고령사회에 접어들 것으로 전망되고 있다.

이와 같은 인구구조의 변동에 따라 노년부양비는 점차 증가하였으며, 반면 유소년부양비는 감소하는 양상을 보였고, 전체부양비는 노년부양비의 증가보다 유소년부양비의 감소가 커서 점차 감소하는 형태를 보였다.

즉, 노년부양비는 1960년 5.3에서 1990년에는 7.4로 그리고 2010년에는 15.0으로 증가하였으나 유소년부양비는 1960년 77.3에서 1990년에는 36.9로 감소하였고, 2010년에는 22.2로 크게 낮아져 전체부양비가 1960년 82.6에서 1990년에는 44.3으로 그리고 2010년에는 37.2로 낮아졌다.

노령화지수도 저출산과 고령화의 영향으로 크게 높아진 것으로 나타났다. 즉, 1960년 6.9에서 1990년에는 20.0으로 그리고 2010년에는 67.7로 증가하였다.

[그림 5-1-2] 인구의 연령구조 추이: 1960~2030



〈표 5-1-2〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2030

(단위: 천명, %)

연도	계	구성비			부양비			노령화 지수
		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
2008	48,607	17.4	72.3	10.3	38.4	24.1	14.3	59.3
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
2030	48,635	11.4	64.4	24.3	55.4	17.7	37.7	213.8

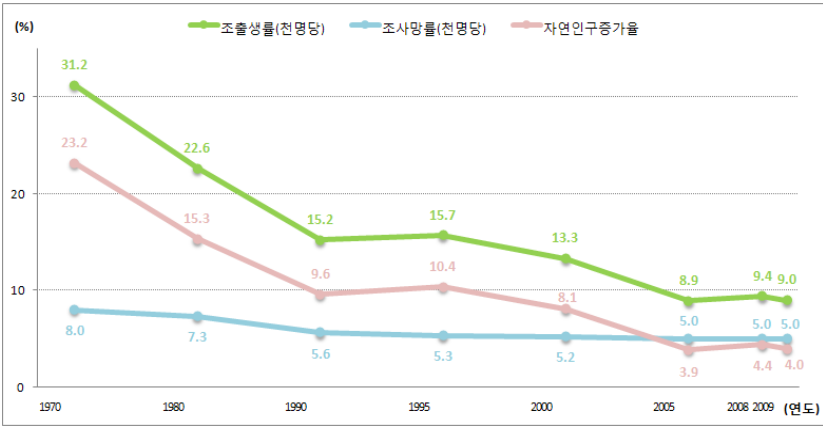
자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2006

3. 출생, 사망 및 자연 인구증가율

우리나라의 출생수는 1970년에는 높은 출산율의 영향으로 1,007천명에 이르렀으나 1990년에는 650천명으로 감소하였고, 2009년에는 445천명으로 감소하였다. 이와 같은 출생아수 감소의 영향으로 출생률은 1970년 31.2명(인구 1,000명당)이었으나 1990년에는 15.2명으로 그리고 2009년에는 9.0명으로 낮아졌다.

반면 사망자수는 1970년 259천명에서 1990년에는 242천명 그리고 2009년에는 247천명으로 감소하였으나 그 감소 폭은 크지 않았다. 이로 인해 조사망률은 1970년 8.0명(인구 1,000명당)에서 1990년 5.6명으로 그리고 2009년에는 5.0명으로 감소하였으나 이는 전체인구의 증가에 따른 영향으로 조사망률이 크게 낮아진 것으로 나타나고 있다.

[그림 5-1-3] 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2009



<표 5-1-3> 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2009

(단위: 명, %)

연도	출생		사망		자연인구 증가율
	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
2009	444,849	9.0	246,942	5.0	4.0

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2009 총람, 출생, 사망편)」, 2010.

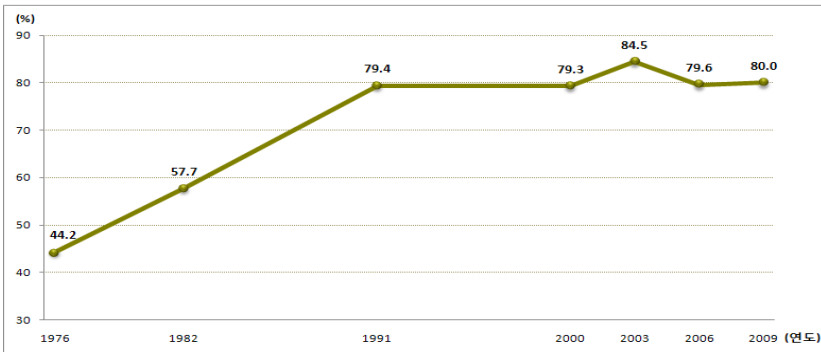
4. 15~44세 유배우 부인의 피임실천율

피임실천은 원하지 않는 출산을 올바른 방법을 통해 억제하는 수단이다. 따라서 피임실천율이 높다는 것은 바람직하지만 상대적으로 임신을 원하지 않는 사람이 많다는 것을 의미하고 있어 낮은 출산율의 지속을 나타내기도 한다.

우리나라 유배우부인의 피임실천율은 1960년대 초부터 시작한 정부의 가족계획사업의 영향으로 점차 높아져 왔다. 즉, 1976년 44.2%이던 피임실천율은 점차 증가하여 2000년에는 79.3%를 그리고 2009년에는 80.0%를 나타내고 있다.

피임방법별로는 불임수술은 난관수술이 1976년에는 4.1%에 불과하였으나 1991년에는 35.3%로 높아졌고, 이후 다시 낮아져 2009년에는 5.9%로 낮아졌다. 반면 정관수술은 1976년 4.2%에서 꾸준히 높아져 2009년에는 16.8%를 나타내고 있다. 콘돔은 1976년 6.3%에서 점차 높아져 2000년에는 16.5%로 그리고 2009년에는 24.3%로 높아졌다.

[그림 5-1-4] 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009



<표 5-1-4> 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009

(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
2009	80.0	5.9	16.8	12.8	2.0	24.3	18.2

자료: 한국보건사회연구원, 「2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」, 2009.

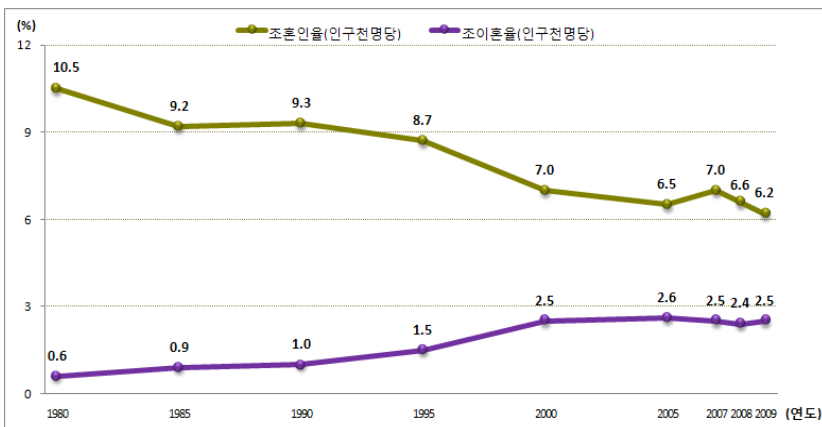
5. 조혼인율, 조이혼율

혼인과 이혼은 사회환경의 변화에 따라 함께 변화하여 왔다. 과거에는 대부분이 결혼하려는 경향을 보였으나 최근에는 점차 결혼을 안하거나 늦추려는 경향이 나타나고 이혼은 과거에는 가능한 참고 살아보려는 경향이 강했으나 최근에는 황혼에 들어서도 서로 맞지않으면 이혼하려는 경향이 증가하고 있다.

이와 같은 경향은 결혼건수와 이혼건수에서도 잘 나타나고 있는데 1980년 총혼인건수는 401.4천건이었으나 2009년에는 309.8천건을 보이고 있다. 이혼건수는 1980년 23.0천건에 불과하였으나 점차 증가하여 2009년에는 124.0천건을 나타내고 있다.

이에 따라 조혼인율은 1980년 10.5(인구 1,000명당)에서 2000년에는 7.0으로 그리고 2009년에는 6.2로 감소하였으며, 조이혼율은 1980년 0.6(인구 1,000명당)에서 2000년 2.5 그리고 2009년에는 2.5를 나타내고 있다.

[그림 5-1-5] 조혼인율, 조이혼율: 1980~2009



〈표 5-1-5〉 조혼인율, 조이혼율: 1980~2009

(단위: 천수)

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
2009	309.8	6.2	124.0	2.5

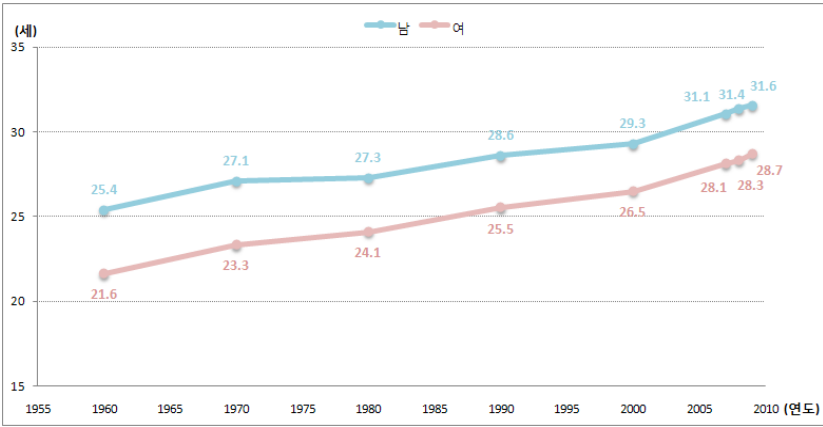
자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2009 혼인, 이혼편)」, 2010.

6. 평균초혼연령

평균초혼연령은 출산율과 밀접한 관련이 있다. 초혼연령이 낮을수록 출산에 노출될 수 있는 기간이 그 만큼 길어져 출산율이 높아질 수 있다. 그러나 우리나라는 교육수준의 향상, 여성 취업의 증가 등으로 초혼연령이 점차 늦어져 온 것으로 나타나고 있다. 즉, 여성의 초혼연령은 1960년 21.6세 였으나 1990년에는 25.5세로 높아졌으며, 2009년에는 28.7세로 높아졌다.

남성의 경우도 1960년 25.4세에서 1990년에는 28.6세로 높아졌고, 2009년에는 다시 31.6세로 높아졌다. 남성과 여성의 초혼연령의 차이는 1960년 3.8년에서 2000년에는 2.8세로 감소하였으나 2009년에는 다시 2.9년으로 증가하였다.

[그림 5-1-6] 평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2009



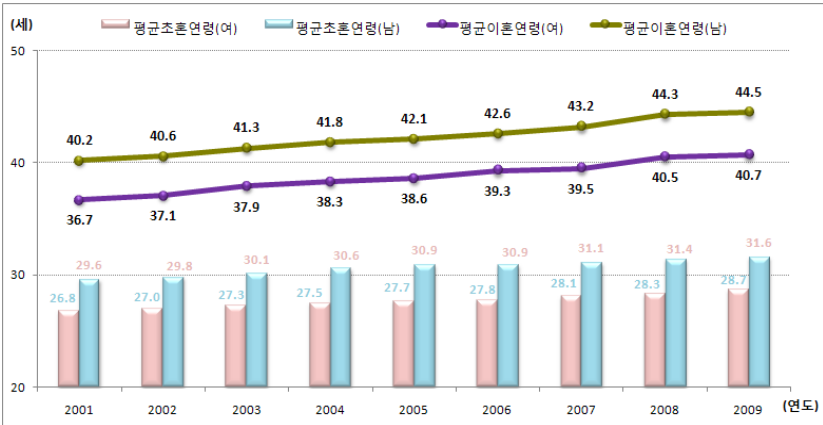
<표 5-1-6> 평균초혼연령: 1960~2009

(단위: 세, 년)

연도	1960	1970	1980	1990	2000	2007	2008	2009
남	25.4	27.1	27.3	28.6	29.3	31.1	31.4	31.6
여	21.6	23.3	24.1	25.5	26.5	28.1	28.3	28.7
차이(남-여)	3.8	3.8	3.2	3.1	2.8	3.0	3.1	2.9

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2009 혼인, 이혼편)」, 2010.

[그림 5-1-7] 평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2009



〈표 5-1-7〉 평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2009

(단위: 세)

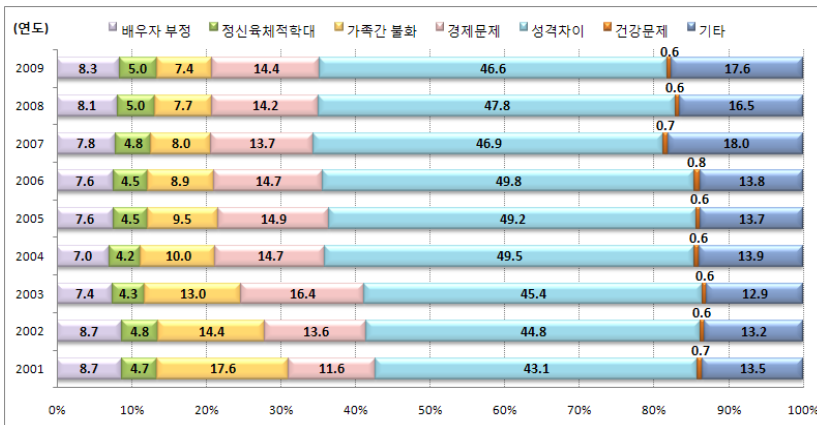
연도	평균초혼연령		평균이혼연령		평균재혼연령	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
2001	29.6	26.8	40.2	36.7	42.1	37.6
2002	29.8	27.0	40.6	37.1	42.2	37.9
2003	30.1	27.3	41.3	37.9	42.8	38.3
2004	30.6	27.5	41.8	38.3	43.8	39.2
2005	30.9	27.7	42.1	38.6	44.1	39.6
2006	30.9	27.8	42.6	39.3	44.4	39.7
2007	31.1	28.1	43.2	39.5	44.8	40.1
2008	31.4	28.3	44.3	40.5	45.0	40.3
2009	31.6	28.7	44.5	40.7	45.7	41.1

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2009 혼인, 이혼편)」, 2010.

7. 이혼사유별 구성비

이혼 사유는 사회환경의 변화에 따라 변하게 된다. 2001년 이후 이혼 사유를 살펴보면 가족간 불화로 인한 이혼은 큰 감소를 보여 왔고, 경제문제로 인한 이혼은 점차 증가를 보여 오다 최근에는 약간 감소한 상태에서 변화가 없다.

[그림 5-1-8] 이혼사유별 구성비: 2001~2009



〈표 5-1-8〉 이혼사유별 구성비: 2001~2009

(단위: %)

연도	배우자 부정	정신육체적 학대	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
2009	8.3	5.0	7.4	14.4	46.6	0.6	17.6

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2009 혼인, 이혼편)」, 2010.

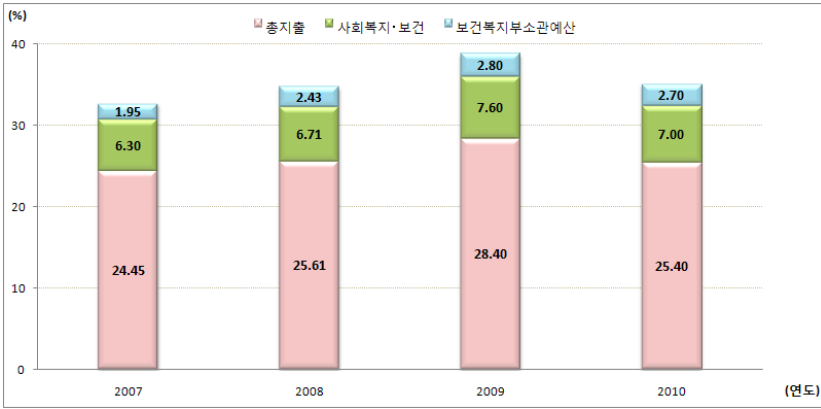
제2절 보건복지예산

1. 보건복지부 예산관련 지표

보건복지부문의 예산 규모는 보건복지사업을 수행하는 척도가 될 수 있다. 즉, 사업의 추진정도는 예산과 비례할 수 있기 때문이다. 보건복지부문의 예산 규모의 변동을 보면 2007년에 국내총생산대비 사회복지·보건예산이 6.3%, 보건복지부 소관예산이 2.0%였으나 2010년에는 국내총생산 대비 사회복지·보건예산이 7.0%, 보건복지부 소관예산이 2.7%로 증가하였다. 이는 총지출예산이 국내총생산 대비 2007년 24.5%에서 2010년 25.4%로 증가한 것에 비하여 크게 증가하였다.

이는 총지출에 대한 비율을 통해서도 알 수 있는데 2007년 사회복지·보건예산이 총지출의 25.8%, 보건복지부 소관예산 비율이 8.0%였으나 2010년에는 각각 27.7%, 10.6%로 증가하였다. 이는 점차 경제사회가 발전하면서 복지보건의 중요성이 강조되기 때문으로 생각된다.

[그림 5-2-1] 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010



<표 5-2-1> 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010

(단위: 조원, %)

연도	국내총생산 (경상)(A) (GDP)	세출예산			국내총생산에 대한 비율			총지출에 대한 비율	
		총지출 (B)	사회복지· 보건 (C)	보건복지부 소관예산 (D)	총지출 (B/A)	사회복지· 보건 (C/A)	보건복지부 소관예산 (D/A)	사회복지· 보건 (C/B)	보건복지부 소관예산 (D/B)
2007	975.0	238.4	61.4	19.0	24.45	6.30	1.95	25.75	7.97
2008	1,026.0	262.8	68.8	24.9	25.61	6.71	2.43	26.19	9.47
2009	1,063.1	301.8	80.4	29.6	28.4	7.6	2.8	26.65	9.81
2010	1,155.0	292.8	81.2	31.0	25.4	7.0	2.7	27.73	10.59

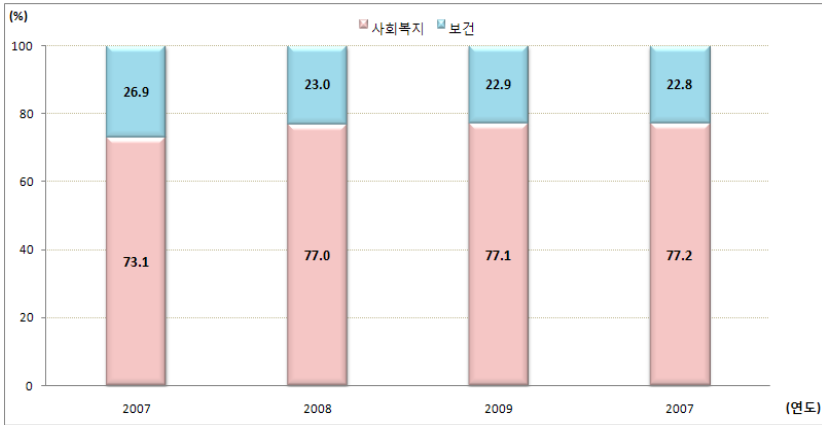
자료 : 보건복지부 재정운용담당관.

주 : 2010년 GDP는 추정치임, 예산은 추정포함 총지출.

2. 보건복지가족부문 예산관련 현황

보건복지부 예산은 정부 예산규모의 확대, 복지국가 구현을 위한 보건복지의 중요도 증가 등으로 점차 증가하여 왔다. 즉 2007년 18조 9,634억원 이던 예산은 2010년에는 31조 195억원으로 증가하여 약 1.6배가 증가하였다. 2010년은 조직개편 이후의 예산임을 감안한다면 훨씬 큰 폭으로 증가하였다고 볼 수 있다.

[그림 5-2-2] 보건복지부 예산 현황: 2007~2010



<표 5-2-2> 보건복지부 예산 현황: 2007~2010

(단위: 억원, %)

구분	2007		2008		2009		2010	
	예산	구성비	예산	구성비	예산	구성비	예산	구성비
계	189,634	100.0	248,863	100.0	296,367	100.0	310,195	100.0
사회복지	138,576	73.1	191,501	77.0	228,568	77.1	239,332	77.2
기초생활보장	65,759	34.7	72,644	29.2	79,731	26.9	72,973	23.5
취약계층지원	7,346	3.9	8,430	3.4	9,333	3.1	8,927	2.9
공적연금	56,470	29.8	68,694	27.6	81,732	27.6	95,811	30.9
보육·가족 및 여성	450	0.2	15,978	6.4	18,573	6.3	22,022	7.1
노인·청소년	5,967	3.1	22,058	8.9	32,812	11.1	35,172	11.3
사회복지일반	2,584	1.4	3,697	1.5	6,387	2.2	4,427	1.4
보건	51,058	26.9	57,362	23.0	67,800	22.9	70,863	22.8
보건의료	9,708	5.1	11,823	4.8	15,760	5.3	17,037	5.5
건강보험	41,350	21.8	45,539	18.3	52,040	17.6	53,826	17.4

자료 : 보건복지부 재정운용담당관.

주 : 예산은 추경포함 총지출, 10년은 조직개편이후 예산임.

부문별 예산을 살펴보면 조직개편의 영향을 적게 받은 사회복지예산과 보건예산의 경우 사회복지예산은 2007년에 비하여 2010년에 72.7%가 증가하였으며, 보건예산은 38.8%가 증가하였다. 보건예산보다는 복지부문의

예산이 더 큰 폭으로 증가하였다.

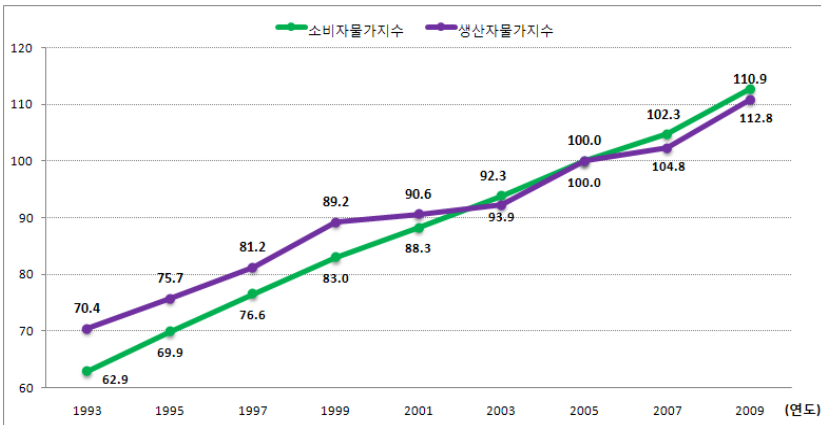
2010년에 사회복지예산은 보건복지부 전체예산의 77.2%, 보건예산이 22.8%를 차지하여 복지부문이 큰 비율을 점하고 있으며, 예산의 증가도 많은 것으로 나타났다.

3. 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(장영식, 2009).

소비자물가지수의 변동을 살펴보면 2005년을 기준으로 하여 1995년이 69.9, 2009년이 112.8로 나타났다. 생산자물가지수는 2000년을 기준으로 하여 1995년에 75.7, 2009년에 110.9로 소비자물가지수보다는 변동 폭이 조금 낮았다.

[그림 5-2-3] 1인당 국내 주요 물가지수: 1993~2009



〈표 5-2-3〉 국내 주요 물가지수: 1993~2009

연도	소비자물가지수		생산자물가지수		수출·입물가지수			
					수출물가지수		수입물가지수	
		전년비(%)		전년비(%)		전년비(%)		전년비(%)
1993	62.9	4.8	70.4	1.5	102.8	2.5	60.7	3.5
1995	69.9	4.5	75.7	4.7	107.1	1.4	66.7	5.8
1997	76.6	4.4	81.2	3.8	109.3	6.6	73.6	9.5
1999	83.0	0.8	89.2	-2.1	116.5	-18.9	82.9	-12.1
2001	88.3	4.1	90.6	-0.4	110.9	-3.8	92.4	3.5
2003	93.9	3.5	92.3	2.2	100.9	-2.2	88.2	1.8
2005	100.0	2.8	100.0	2.1	100.0	-6.7	100.0	2.9
2007	104.8	2.5	102.3	1.4	89.8	-2.1	105.5	4.5
2009	112.8	2.8	110.9	-0.2	109.2	-0.2	137.7	-4.1

자료 : 통계청, 「2009 소비자물가통계연보」, 「소비자물가」.

4. 국내총생산 및 국민총소득

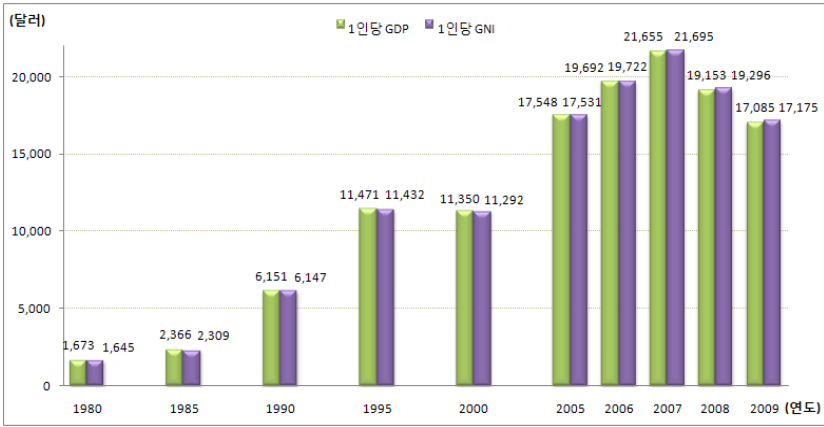
국내총생산(Gross Domestic Product: GDP)은 국민경제가 창출한 생산 규모를 파악하는 것으로, 우선 국내에 거주하는 모든 생산자가 생산한 부가가치를 합산함으로써 가능하며, 이와 같이 국내생산자가 생산한 부가가치 또는 최종생산물의 총계를 말한다(한국은행 1995).

국민총소득(Gross National Income: GNI)은 한 나라의 국민이 일정 기간 생산활동에 참여한 대가로 벌어들인 소득의 합계로서, 실질적인 국민소득을 측정하기 위하여 교역조건의 변화를 반영한 소득지표이다(네이버 백과사전).

우리나라의 1인당 GDP는 1980년 1,673달러에서 2000년에는 11,350달러로 그리고 2007년에는 21,655달러로 2만불을 넘어섰으나 이후 다시 낮아져 2009년에는 17,805달러로 낮아졌다.

우리나라의 1인당 GNI는 1980년 1,645달러에서 2000년에는 11,292달러로 그리고 2007년에는 21,695달러로 2만불을 넘어섰으나 이후 다시 낮아져 2009년에는 17,175달러로 낮아졌다.

[그림 5-2-4] 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2009



<표 5-2-4> 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2009

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
1985	84,061.0	96.6	82,033.2	94.2	206	2,366	201	2,309
1990	186,690.9	263.7	186,559.8	263.5	435	6,151	435	6,147
1995	398,837.7	517.3	397,458.7	515.5	884	11,471	881	11,432
2000	603,236.0	533.5	600,158.8	530.8	1,283	11,350	1,277	11,292
2005	865,240.9	844.7	864,427.3	843.9	1,797	17,548	1,796	17,531
2006	908,743.8	951.1	910,134.2	925.5	1,882	19,692	1,884	19,722
2007	975,013.0	1,049.3	976,813.9	1,051.2	2,012	21,655	2,016	21,695
2008	1,026,451.8	930.9	1,034,115.4	937.9	2,112	19,153	2,128	19,296
2009 ^{P)}	1,063,059.1	832.9	1,068,654.1	837.2	2,181	17,085	2,192	17,175

주 : 1999년 이전자료는 2000년 가격 기준계열이며, 2000년 이후 자료는 2005년 연쇄가격 기준 계열임.
 자료 : 한국은행, 「경제통계연보 2010」.

제3절 보건복지 관련 지수

1. 인간개발지수

UNDP(United Nations Development Programme)는 매년 인간개발지수(HDI; Human Development Index)를 발표하고 있다. 인간개발지수는 인간의 삶의 질을 측정한다고 하여 “삶의 질 지수”라고 불리기도 한다. 인간개발지수는 인간이 살아가는데 가장 기본이 된다고 판단되는 기대수명, 평균교육년수, 기대교육년수, 1인당 GNI 등을 가지고 점수화하여 국가별 순위를 제시하고 있다.

2010년 인간개발지수를 보면 우리나라는 0.877로 12위에 해당하고 있다. 1위 국가는 노르웨이였으며, 2위는 호주가 차지하였다. 일본은 우리나라보다 앞선 11위였다.

GNI(국민총소득, Gross National Income)와 인간개발지수와의 차이는 우리나라의 경우 16으로 이는 GNI순위는 28로 GNI에 비하여 인간개발지수가 매우 우위임을 나타낸다.

〈표 5-3-1〉 OECD 국가별 HDI 순위: 2010

국 가	HDI 순위	HDI값	기대수명	평균 교육년수	기대 교육년수	1인당 GNI (PPP)	1인당GNI 순위HDI 순위
한국	12	0.877	79.8	11.6	16.8	29,518	16
호주	2	0.937	81.9	12.0	20.5	38,692	11
오스트리아	25	0.851	80.4	9.8	15.0	37,056	-9
벨기에	18	0.867	80.3	10.6	15.9	34,873	3
캐나다	8	0.888	81.0	11.5	16.0	38,668	6
칠레	45	0.783	78.8	9.7	14.5	13,561	11
체코	28	0.841	76.9	12.3	15.2	22,678	10
덴마크	19	0.866	78.7	10.3	16.9	36,404	-1
핀란드	16	0.871	80.1	10.3	17.1	33,872	8
프랑스	14	0.872	81.6	10.4	16.1	34,341	9
독일	10	0.885	80.2	12.2	15.6	35,308	9
그리스	22	0.855	79.7	10.5	16.5	27,580	8
헝가리	36	0.805	73.9	11.7	15.3	17,472	10
아이슬란드	17	0.869	82.1	10.4	18.2	22,917	20
아일랜드	5	0.895	80.3	11.6	17.9	33,078	20
이스라엘	15	0.872	81.2	11.9	15.6	27,831	14
이탈리아	23	0.854	81.4	9.7	16.3	29,619	4
일본	11	0.884	83.2	11.5	15.1	34,692	11
룩셈부르크	24	0.852	79.9	10.1	13.3	51,109	-18
멕시코	56	0.750	76.7	8.7	13.4	13,971	-3
네덜란드	7	0.890	80.3	11.2	16.7	40,658	4
뉴질랜드	3	0.907	80.6	12.5	19.7	25,438	30
노르웨이	1	0.938	81.0	12.6	17.3	58,810	2
폴란드	41	0.795	76.0	10.0	15.2	17,803	4
포르투갈	40	0.795	79.1	8.0	15.5	22,105	0
슬로바키아	31	0.818	75.1	11.6	14.9	21,658	12
슬로베니아	29	0.828	78.8	9.0	16.7	25,857	3
스페인	20	0.863	81.3	10.4	16.4	29,661	6
스웨덴	9	0.885	81.3	11.6	15.6	36,936	8
스위스	13	0.874	82.2	10.3	15.5	39,849	-1
터키	83	0.679	72.2	6.5	11.8	13,359	-26
영국	26	0.849	79.8	9.5	15.9	35,087	-6
미국	4	0.902	79.6	12.4	15.7	47,094	5

자료: UNDP, Human Development Report 2010, 2010

2. 행복지수

삶의 질 수준을 측정하는 지표로서 주로 국민소득 수준을 비롯한 경제적 인 요인들을 활용하는 경향이 강하였다. 이는 삶의 질과 소득수준 간에 밀접한 상관관계가 존재한다는 가정하에 여러 국가 또는 여러 사회들을 비교하고 순위를 부여하는 시도로서 현재까지도 꾸준히 지속되고 있는 방식이다. 삶의 질을 측정하는 데에 있어서 소득수준이 가지는 의미는 여전히 있으나, 최근에 와서는 삶의 질 수준을 단순히 소득수준에 관련된 지표로만 측정할 수 없는 복합적인 특징을 가지고 있는 것으로 파악하는 경향이 주목받고 있다(한국보건사회연구원, 2009).

이를 고려하여 한국보건사회연구원에서는 경제적 자원 연관요인(NNI, 가구가처분 소득, 여가시간, equally-distributed income), 사회적 요인으로 자립(고용률, 미취업가구원 비율, 평균 교육년수, 평균 학업성취도), 형평성(Gini 계수, 상대빈곤율, 아동빈곤율, 노인빈곤율, 성별임금격차), 건강(기대수명, 건강수명, 영아사망률, 잠재적 수명손실), 사회적 연대(지역사회활동 참여, 자살률, 감옥수감자 비율, 범죄피해율), 그리고 환경 요인(1인당 CO2 배출량, Population connected to public water treatment plants(% of population), 1인당 쓰레기 배출량, 경지면적당 농약사용량), 주관적 생활만족도(생활만족도)를 감안한 행복지수를 산출하였다.

경제적 자원 연관요인 분야에서는 룩셈부르크가 1위를 차지하였고, 사회적 요인으로 자립 분야에서는 스위스가, 형평성 분야에서는 덴마크가, 건강 분야에서는 일본이, 사회적 연대 분야에서는 스페인이, 그리고 환경 요인 분야에서는 스웨덴이, 주관적 생활 만족도 분야에서는 덴마크가 1위를 차지하였다.

전체 순위는 스위스가 1위이고, 다음은 룩셈부르크가 2위, 노르웨이가 3위였으며, 우리나라는 25위를 차지하였다.

〈표 5-3-2〉 OECD 국가 행복지수 순위

국 가	종합 순위	종합 점수	경제적 자원	자립	형평성	건강	사회적 연대	환경	생활 만족도
한국	25	0.475	22	15	27	23	26	23	26
호주	17	0.618	12	12	19	6	6	28	18
오스트리아	5	0.712	9	14	13	13	5	14	4
벨기에	19	0.599	15	22	11	17	28	25	14
캐나다	6	0.697	6	2	18	11	8	21	9
체코	23	0.548	27	18	4	24	21	5	20
덴마크	7	0.692	20	4	1	21	25	20	1
핀란드	9	0.687	11	10	8	16	16	11	8
프랑스	16	0.626	17	23	5	9	12	10	23
독일	14	0.638	8	19	17	10	9	12	19
그리스	22	0.556	21	25	20	15	7	17	25
헝가리	29	0.404	24	26	7	28	29	13	28
아이슬란드	8	0.692	13	3	6	2	23	18	29
아일랜드	13	0.646	7	11	25	18	15	26	3
이탈리아	21	0.580	14	28	21	8	2	22	24
일본	18	0.617	19	5	26	1	13	27	22
룩셈부르크	2	0.745	1	13	9	12	3	29	7
멕시코	28	0.430	29	27	30	29	20	6	2
네덜란드	10	0.669	18	16	12	14	11	19	10
뉴질랜드	12	0.649	23	8	16	20	18	3	6
노르웨이	3	0.736	3	9	3	7	4	24	12
폴란드	26	0.450	26	29	23	26	27	2	21
포르투갈	24	0.525	25	20	24	22	10	16	30
슬로바키아	27	0.427	28	21	10	27	24	4	27
스페인	15	0.633	16	24	22	5	1	8	17
스웨덴	4	0.734	10	6	2	3	22	1	11
스위스	1	0.747	5	1	14	4	17	7	5
터키	30	0.310	30	30	29	30	30	15	15
영국	11	0.666	4	17	15	19	14	9	13
미국	20	0.588	2	7	28	25	19	30	16

자료: 한국보건사회연구원, OECD 국가 행복지수 산정에 관한 연구, 2009

3. 사회위기지수

사회위기의 광의의 개념은 한 사회에서 유지되어 오던 평형감, 질서, 권위, 합의, 도덕성 등에 가해진 사회 내·외부의 충격으로 기존의 사회체제가 의문시되거나 변화 또는 해체되는 과정으로, 기존의 질서에 가해진 변화의 충격 자체 및 그 결과, 그리고 이에 대한 사회적 우려의 집합이라고 보며, 협의로는 상식적 수준에서 이해되는 개념으로 ‘외부 또는 내부의 적’에 의한 위협이 있는 상황이거나 그러한 위협으로 인하여 야기되는 혼란 상태를 의미한다고 보고 있다(김승권, 2009).

김승권 등은 이와 같은 현상을 수치화하여 제시하였다. 사회위기 영역별 변화를 보면, 고용은 IMF가 있었던 1998년이 가장 위기가 높았고, 2007년이 가장 위기가 낮았으나 2008년에는 증가한 것으로 나타났다. 교육 영역은 1996년과 최근 2007년이 가장 높은 것으로 나타났다. 가장 낮은 년도는 2002년 인 것으로 나타났다. 주거영역은 가장 높은 년도는 2001년이었으며, 가장 낮은 년도는 2004년도인 것으로 나타났다. 인구·가족영역은 가장 높은 년도는 2003년도였으며, 가장 낮은 년도는 1997년 이었다. 복지영역은 가장 높은 년도는 1997년이었으며, 가장 낮은 년도는 2007년 이었다.

건강·안전영역은 가장 높은 년도는 1998년이었으며, 가장 낮은 년도는 2008년 이었다. 사회갈등·문화영역은 가장 높은 년도는 1998년이었으며, 가장 낮은 년도는 2005년 이었다. 불평등영역은 가장 높은 년도는 2007년 이었으며, 가장 낮은 년도는 2003년 이었다. 경제일반영역은 가장 높은 년도는 1997년이었으며, 가장 낮은 년도는 1999년 이었다. 정치일반영역은 가장 높은 년도는 2007년이었으며, 가장 낮은 년도는 2004년 이었다.

이와 같은 부문별 위기 수준을 감안한 한국의 사회위기 변화 수준을 살펴보면 1998년이 가장 높았고, 2005년이 가장 낮은 것으로 나타났다. 사회 위기 수준이 가장 높은 것으로 나타난 1998년은 1997년부터 어려워지기 시작한 경제위기로 모든 분야에 영향을 미치면서 나타난 결과이다. 이 위기는 경제가 호전되기 시작한 1999년 이전까지로 이를 잘 반영하고 있다.

〈표 5-3-3〉 영역별 위기수준 변화추이의 백분율 환산

사회위기 영역	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
고용	70.18	85.41	97.04	55.64	61.02	54.03	61.02	75.62	63.98	53.34	43.34	33.76	53.72
교육	90.05	75.12	57.80	34.09	89.07	50.43	33.38	54.86	39.07	34.09	59.36	90.05	73.43
주거	77.11	57.73	64.27	81.45	79.28	81.45	68.46	55.56	46.88	72.89	79.31	49.05	59.90
인구·가족	56.94	53.76	60.10	66.45	72.14	84.44	87.62	90.47	75.90	84.78	76.22	75.90	66.38
복지	76.41	93.12	76.74	70.21	87.91	91.52	71.20	75.83	51.22	61.05	52.89	43.73	66.04
건강·안전	76.39	40.07	80.53	49.98	56.58	46.57	50.44	72.90	51.31	49.30	45.25	67.85	41.42
사회갈등·문화	80.89	37.50	100.00	75.48	87.50	43.87	93.87	50.24	69.34	31.13	61.79	31.37	68.16
불평등	68.67	58.99	73.77	66.45	48.99	59.82	51.56	44.41	63.77	54.09	62.07	73.87	51.80
경제일반	75.06	76.13	66.45	39.44	50.33	50.39	55.68	60.81	58.23	49.55	51.11	53.15	68.49
정치일반	69.74	87.91	65.03	58.24	65.14	59.07	55.52	54.19	45.40	74.00	87.15	90.43	56.28

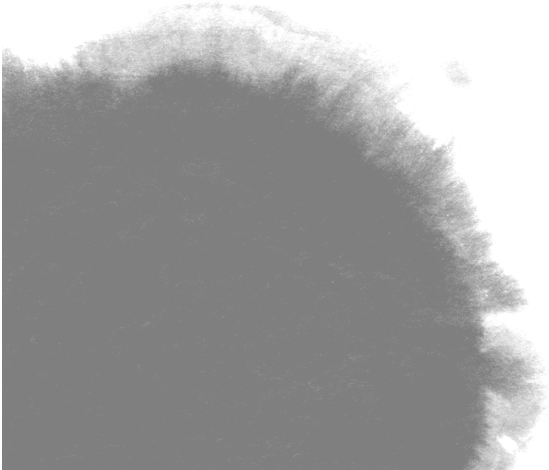
〈표 5-3-4〉 한국의 사회위기수준 변화추이(백분율 환산)

연도	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
사회위기 수준	74.32	67.30	74.73	58.94	69.43	61.46	62.37	63.68	56.65	55.64	60.75	59.82	60.70

06

K
I
H
A
S
A

보건복지지표의 발전방향



제6장 보건복지지표의 발전방향

우리는 실태 파악을 위해 조사를 실시하고 분석하여 통계를 산출하고 이를 다른 나라 혹은 다른 지역과 비교하거나 정책 기초자료나 연구자료로 활용한다.

이와 같은 보건복지 현상을 알아보기 위해 가장 기본적으로 우리가 필요로 하는 것이 각종 관련지표이다. 보건복지지표는 가장 기본적인 것이기도 하지만 이는 사회지표체계 내에서 다루어지고 서로 연관성을 가지고 분석 활용되어 왔다.

최근에는 단순한 통계의 제시뿐만 아니라 이 통계치 들의 변동과 이를 통한 동향을 함께 제시하고 있다. 이와 같은 동향 분석을 원활하게 하기 위해서는 우선 보건복지지표체계를 잘 구축하고 이와 관련된 통계가 잘 생산될 수 있도록 체계적인 생산체계의 구축과 생산통계의 체계적인 관리가 중요하다.

향후 우리의 보건복지실태를 가장 잘 나타내고 향후 우리의 보건복지의 변화를 예측하기 위해서는 이를 잘 나타낼 수 있도록 다음과 같은 노력이 요구된다.

□ 보건복지지표의 발전을 위해 통계생산의 양적 확대와 질관리 강화가 이루어져야 함. 보건복지의 세부적인 측면까지 파악하고, 정책적으로 활용하며, 국민의 궁금증을 해결해 주기 위해서는 보다 다양한 지표의 개발·생산과 함께 질적인 개선이 이루어져야 함.

○ 신규지표개발은 비교 활용성을 높이기 위해 국제적인 기준과 체계를

함께하는 것이 바람직함. 국가마다 통계생산 환경의 차이에 의한 경우 이외에는 가능한 동일한 기준으로 생산하는 것이 생산 통계의 활용성을 높이는 길임.

- 선진국에서는 국가내에서 그리고 국가간 비교성을 높이기 위해 생산 표준안을 마련하고 이 기준에 따라 생산하며, 매년 다수 전문가의 의견수렴을 통해 통계생산 표준안을 수정하고 있음.
- 생산 표준화와 함께 품질개선을 위한 꾸준한 품질관리는 보다 신뢰성이 높은 지표생산 및 활용에 도움이 될 것임.

□ 보건복지지표의 다양성을 이루기 위해서는 지역통계생산도 함께 활성화되어야 함. 이는 표준화된 지표생산기준에 따라 생산되고, 활용될 수 있도록 하여야 할 것임.

- 국가통계와 지역통계의 생산은 상호 연계 활용될 수 있는 방안 마련이 요구됨. 가장 바람직한 것은 국가에서 지역단위 통계까지 생산 제공해 주는 것이지만 예산 등의 어려움으로 지역단위까지 생산 제공하기에는 어려움이 있음.
- 재정상태가 양호한 지자체의 경우 자체적인 생산을 시도하고 있는 경우가 증가하고 있으나 재정이 어려운 지자체에서는 시도하지 못하고 있는 실정임. 따라서 재정 상태를 고려한 중앙정부의 생산 지원 방안 마련도 필요하다고 생각됨.
- 지역의 통계생산은 지자체의 독자적인 추진보다는 중앙정부의 통계 생산 기술과 정보를 이용하여 예산의 효율적인 활용 방안을 강구하는 것도 중요함.

□ 통계생산과 수집된 자료의 효율적 관리를 위한 공동활용 방안 마련 및 통계 DB구축이 필요함. 최근에는 개인정보보호에 따라 개인정보를 활용한 통계생산이 상당히 위축되고 있는 실정으로 이를 극복할 수 있는 대안이 마련되어야 할 것임.

- 개인정보를 보호하면서 효율적인 통계생산이 가능하도록 하는 방안

마련이 요구됨. 즉, 자료 간 연계 제공을 담당해 줄 기관의 설립도 고려되어야 할 것임.

- 통계생산을 위한 자료는 상호연계로 보다 활성화하여 다양한 통계생산이 이루어질 수 있도록 한다면 예산감축과 통계의 활용성을 높이는 효과를 가져오게 될 것임. 따라서 기관간 또는 조사간 자료 활용의 극대화를 위한 방안 마련이 요구됨.

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**
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.
- 김승권·장경섭·김호기, **한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구**, 한국보건사회연구원, 2009
- 김용하·윤강재·김계연, **OECD 국가 행복지수 산정에 관한 연구**, 한국보건사회연구원, 2009.
- 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·변화순·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.

_____(2008), **2007년 장애인지역사회재활시설통계.**

_____(2009), **2008년 국민기초생활보장 수급자 현황.**

_____, **등록장애인 현황(2008년 12월말)**

보건복지부(각연도), **보건복지통계연보**

_____, **보건복지백서**

보건복지가족부·중앙노인보호전문기관(2008), **2007 전국노인학대상담사업
현황보고서**

_____,(2009), **2008 전국이동학대현황보고서**

사립학교교직원연금관리공단(2009), **시학연금통계연보 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·김나연·최성용(2008), **2008년 지표로 본 한국의 보건복지 동향 정
책자료 2008-03**, 한국보건사회연구원.

장영식·고경환·류시원·이정우·김나연(2009), **한국의 보건복지 동향 : 2009,**
한국보건사회연구원.

정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우 외(2005), **2004년도 전국 노인생활실태
및 복지욕구조사 정책보고서 2005-03**, 보건복지부/한국보건사회연구원.

질병관리본부(2007), **2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년도
보건복지가족부·질병관리본부.**

- 통계청(2009), **한국의 사회지표 2008**.
 _____, **경제활동인구조사 2008**.
 _____, **소비지출가지수 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**.
 한영자·서 경·이상욱·이승욱·신창우, **2002~2003 영아·모성사망조사**, 한국
 보건사회연구원·보건복지부
 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.

UNDP, *Human Development Report 2010*, 2010

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 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8303)

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	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	회귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실바아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜린	미정
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정신	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금급금 해위투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3세대 육상방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	지활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지사본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	2010년 한국의 보건복지 동향	장영식	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 피급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산을 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산-고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은재(외부)	6,000
연구 2010-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	미정

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	엄지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-30-22	저출산고령사회 대응관련 쟁점 연구	이소정	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영식	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	미정
연구 2010-32-3	건강비율의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영(1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위기와 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리(1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축(1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	미정
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영(10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(Ⅰ)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
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	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회지본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생활활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가-법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
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	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	지활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급의자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000