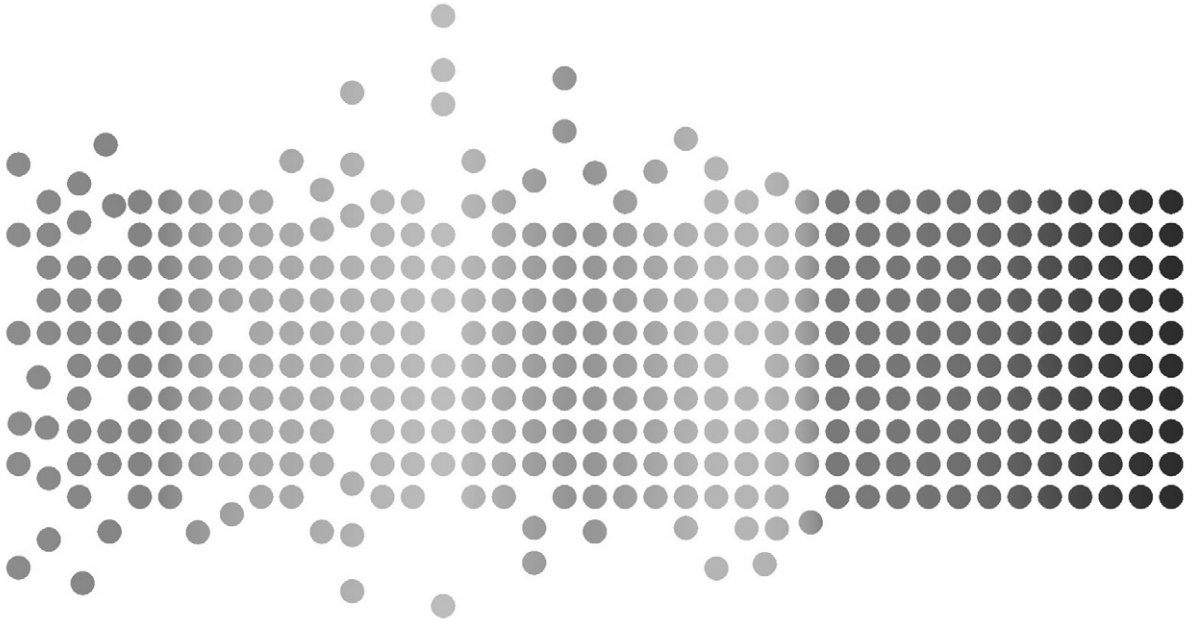




한국의 보건복지동향 2011

Korea's Health and Welfare Trends 2011

장영식 · 고경환 · 이승욱 · 이정우 · 고희연 · 진재현



한국보건사회연구원

연구보고서 2011-36

한국의 보건복지동향: 2011

발행일 2011년 12월
저자 장영식 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄 대명기획
가격 11,000원

© 한국보건사회연구원 2011

ISBN 978-89-8187-812-2 93510

머리말

사회경제 발전은 생활의 다양화와 판단의 어려움으로 보다 다양하고 정확한 통계정보를 필요로 하며, 통계정보는 정책수립 및 추진뿐만 아니라 삶의 질 향상을 추구하는 국민의 생활에서도 매우 중요한 역할을 하기 때문에 이를 충족시켜 줄 수 있는 다양하고 질 높은 통계의 체계적인 생산 및 관리 제공이 요구된다.

우리는 통계에 의존한 생활환경 속에서 살아가지만 때로는 이를 잘 인식하지 못하고 살아간다. 우리가 관심을 갖는 일기 예보나 경기 예측 등 다양한 형태의 통계정보를 접하며 우리는 살아가고 있다. 이와 같은 통계정보는 경제선진국일수록 보다 다양하게 필요한 곳에 적절히 활용될 수 있도록 생산 제공되고 있으며, 그 필요성도 크게 절감하고 있다. 그러나 후진국의 경우는 통계 정보의 제공이 낮을 뿐 아니라 그 필요성에 대한 인식도 선진국만큼 높지가 못하다.

우리나라는 경제사회가 발전하면서 통계에 대한 관심도 높아지고 있다. 특히 OECD에 가입 후 우리나라의 통계생산 수준 파악과 함께 통계의 질적 향상과 양적 확대 등을 위해 꾸준히 노력하고 있다.

국제기구에서 요구하는 통계도 점차 다양하고 세분화 되어지는 경향이 있다. OECD에서는 비금전적분야인 의료자원분야의 통계를 WHO, EU 등과 공동으로 요구하면서 요구항목을 보다 세분화하여 다양한 항목으로 확대하였다.

이와 같이 국제기구 요구 통계의 증가 등 국제적인 통계수요 충족과 과학적인 통계에 기초한 정책수립 및 추진 그리고 국민의 알권리 충족

등을 위한 보건복지통계의 DB 구축이 요구된다. 이와 같은 DB 구축을 통해 정책입안자, 관련 연구수행자, 그리고 일반 국민에게 보다 효율적으로 제공이 가능하도록 할 필요성이 있다.

최근 국제기구와 선진국에서는 수집된 통계를 보다 쉽게 보급할 수 있도록 보고서 형태이외에 인터넷, CD 등 다양한 형태의 자료를 활용하고 있다. 그러나 이 가운데 아직까지 익숙한 것은 보고서 형태의 자료이다. 보고서는 기존 보고서의 틀을 벗어나 시각적인 효과를 얻을 수 있는 형태의 보고서가 선진국 및 국제기구에서 시도되고 있다.

즉 선진국 및 국제기구에서는 각 분야의 동향보고서를 발간하여 독자로부터 좋은 반응을 얻고 있다. 우리나라도 점차 각 분야에서 동향보고서 발간을 통한 정책입안자, 연구자 그리고 국민의 이해를 높이려고 노력하고 있다.

본 보고서는 보건복지분야의 변화 양상을 쉽게 파악할 수 있도록 주요 지표를 중심으로 통계표와 도표 그리고 해설을 추가하여 보건복지분야의 궁금증을 통계를 통하여 해소할 수 있도록 하였다.

아무쪼록 본 보고서가 보건복지분야에 관심있는 정책입안자 및 관련 전문가 그리고 일반 국민에게 유용하게 활용될 수 있기를 기대한다.

연구진은 본 연구에 대해 귀중한 조언을 아끼지 않으신 통계교육원 최봉호원장, 한국여성정책연구원 문유경 연구위원, 방송통신대학교 윤병준 교수 그리고 원내의 변용찬 선임연구위원과 손창균 연구위원, 이연희 전문위원께 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.

2011년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	19
제1절 연구의 필요성 및 목적	19
제2절 연구의 내용 및 방법	20
제2장 보건복지동향 선행 연구 및 지표선정	25
제1절 보건복지동향 선행연구 및 외국의 지표체계	25
제2절 보건복지 지표선정	42
제3장 노인의 동향	63
제1절 노인인구 및 가구	63
제2절 노인건강	69
제3절 노인의 취업 및 고용	79
제4절 노인의 소득 및 사회보장	88
제5절 노인학대 유형 및 주된 행위자	99
제6절 노인복지시설	102
제4장 보건의 동향	107
제1절 건강상태	107
제2절 보건의료자원	129
제3절 보건의료이용	142

제4절 출생, 사망 및 질병, 상해	158
제5절 건강의식행태	189
제6절 보건비용	197
제7절 보건의 비의료 결정요인	207
제5장 복지의 동향	217
제1절 공공부조	217
제2절 사회보험	231
제3절 사회복지서비스	299
제6장 보건복지 관련 지표	363
제1절 인구 및 경제지표	363
제2절 보건복지예산	375
제3절 보건복지 관련 지수	380
제7장 보건복지지표의 발전방향	391
참고문헌	395

표 목차

〈표 2-1- 1〉 OECD 요구 보건통계 분야	28
〈표 2-1- 2〉 국제표준화기구 선정 보건지표	29
〈표 2-1- 3〉 일본의 보건지표체계(일본 후생통계요람)	32
〈표 2-1- 4〉 호주의 주요 보건지표 체계	36
〈표 2-1- 5〉 미국 보건지표체계의 관심영역과 개별지표	37
〈표 2-1- 6〉 캐나다의 지역별 보건지표	38
〈표 2-1- 7〉 호주의 복지통계 현황	39
〈표 2-1- 8〉 독일의 복지통계 현황	40
〈표 2-1- 9〉 일본의 복지지표체계	42
〈표 2-2- 1〉 보건지표체계	43
〈표 2-2- 2〉 복지지표체계	47
〈표 2-2- 3〉 보건분야별 주요지표	54
〈표 2-2- 4〉 보건지표	55
〈표 2-2- 5〉 복지 분야별 주요지표	57
〈표 2-2- 6〉 복지지표	58
〈표 3-1- 1〉 노인인구의 연도별 추이: 1990~2050	64
〈표 3-1- 2〉 남편연령별 이혼율: 2002~2010	67
〈표 3-1- 3〉 노인 가구 및 독거노인 가구 비율의 연도별 추이: 2000~2030	68
〈표 3-2- 1〉 65세 연령의 기대여명: 1970~2010	70
〈표 3-2- 2〉 65세 이상 당뇨병 유병률: 1998~2009	72
〈표 3-2- 3〉 65세 이상 당뇨병 유병률(소득수준별): 1998~2009	72

〈표 3-2- 4〉 65세 이상 고혈압 유병률: 1998~2009	73
〈표 3-2- 5〉 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050	75
〈표 3-2- 6〉 연령별 자살에 의한 사망률: 2000~2010	77
〈표 3-2- 7〉 연령별 1인당 의료비: 1980~2009	78
〈표 3-3- 1〉 60세 이상 고령 취업자의 비율 및 산업별 분포: 2005~2010	79
〈표 3-3- 2〉 60세 이상 취업자의 비임금 근로비율: 2010	81
〈표 3-3- 3〉 60세 이상 임금근로자의 비정규직 비율: 2010	82
〈표 3-3- 4〉 생애 주된 일자리에서의 퇴직 연령 분포: 2010	83
〈표 3-3- 5〉 생애 주된 일자리에서의 퇴직 사유별 분포: 2010	85
〈표 3-3- 6〉 정부지원 노인 일자리수: 2005~2010	86
〈표 3-4- 1〉 노인 가구소득원의 연령별·성별 구성 현황: 2008	88
〈표 3-4- 2〉 노인의 소득원별 구성	90
〈표 3-4- 3〉 노인의 월평균 개인소득의 성별·연령별 분포 현황: 2008	91
〈표 3-4- 4〉 노인의 용돈 마련 책임자 분포: 2008	93
〈표 3-4- 5〉 노인 기초생활보장 수급자와 빈곤노인의 연도별 추이: 2001~2010	95
〈표 3-4- 6〉 기초노령연금 수급자수: 2010	96
〈표 3-4- 7〉 노인장기요양보험 등급별 자격별 현황: 2010	97
〈표 3-4- 8〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2010	99
〈표 3-5- 1〉 노인학대 유형(학대유형 건수 기준): 2006~2010	100
〈표 3-5- 2〉 노인학대 행위자 분포: 2010	101
〈표 3-6- 1〉 노인복지시설수 추이: 2007~2010	103

〈표 4-1- 1〉 기대수명 추이: 1948~2010	108
〈표 4-1- 2〉 영아사망률(출생 1,000명당): 1970~2008	110
〈표 4-1- 3〉 저체중출생아비율: 1993~2010	112
〈표 4-1- 4〉 어린이 치아건강(12세): 1995~2010	114
〈표 4-1- 5〉 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008 ..	115
〈표 4-1- 6〉 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2009	117
〈표 4-1- 7〉 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1970~2009 ..	119
〈표 4-1- 8〉 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009 ..	121
〈표 4-1- 9〉 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009 ..	123
〈표 4-1-10〉 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009	125
〈표 4-1-11〉 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2009	126
〈표 4-1-12〉 성별 건강수명(20~74세), 산출기준: 2005	128
〈표 4-2- 1〉 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2010	130
〈표 4-2- 2〉 시도별 의료기관종사 의료인력 수(의사, 한의사): 2001~2010	131
〈표 4-2- 3〉 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2009 ..	133
〈표 4-2- 4〉 의대·간호대졸업자 의료인력배출(인구 100,000명당): 1999~2010	134
〈표 4-2- 5〉 병원병상수(인구 1,000명당): 1990~2010	136
〈표 4-2- 6〉 병의원수: 2001~2010	137
〈표 4-2- 7〉 시도별 병의원수 및 분포: 2001~2010	139
〈표 4-2- 8〉 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2010	141

〈표 4-3- 1〉	외래진료(국민 1인당): 1999~2009	143
〈표 4-3- 2〉	2주간 외래 이용률(만19세 이상): 2001~2009 ...	145
〈표 4-3- 3〉	연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2007~2009 ..	146
〈표 4-3- 4〉	골수이식(인구 100,000명당): 2000~2010	148
〈표 4-3- 5〉	심장이식(인구 100,000명당): 2000~2010	149
〈표 4-3- 6〉	간이식(인구 100,000명당): 2000~2010	150
〈표 4-3- 7〉	폐이식(인구 100,000명당): 2000~2010	152
〈표 4-3- 8〉	신장이식(인구 100,000명당): 2000~2010	153
〈표 4-3- 9〉	제왕절개(출생아 1,000명당): 2001~2009	155
〈표 4-3-10〉	암검진수진율(만19세 이상): 1998~2009	157
〈표 4-4- 1〉	합계출산율 및 출생아수: 1960~2010	160
〈표 4-4- 2〉	5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1995~2010	161
〈표 4-4- 3〉	전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	163
〈표 4-4- 4〉	뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	165
〈표 4-4- 5〉	허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	166
〈표 4-4- 6〉	당뇨로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	168
〈표 4-4- 7〉	자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	171
〈표 4-4- 8〉	교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009 ...	172

〈표 4-4- 9〉 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2009	174
〈표 4-4-10〉 유병률: 조사직전 2주간: 1992~2010	176
〈표 4-4-11〉 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2010	178
〈표 4-4-12〉 백일해 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010	179
〈표 4-4-13〉 홍역 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010	180
〈표 4-4-14〉 결핵신환자 발생률(인구 100,000명당): 1996~2010	182
〈표 4-4-15〉 당뇨병 유병률(만 30세 이상): 2001~2009	184
〈표 4-4-16〉 고혈압 유병률(만 30세 이상): 2001~2009	185
〈표 4-4-17〉 암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008	187
〈표 4-4-18〉 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2010	188
〈표 4-5- 1〉 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2010	190
〈표 4-5- 2〉 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2009	191
〈표 4-5- 3〉 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008	192
〈표 4-5- 4〉 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009	194
〈표 4-5- 5〉 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009	196
〈표 4-6- 1〉 연령별 1인당 의료비: 1980~2009	198
〈표 4-6- 2〉 국민의료비(GDP 대비): 1980~2010	200
〈표 4-6- 3〉 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2010	201
〈표 4-6- 4〉 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2010	203

〈표 4-6- 5〉 국민의료비 중 가계지출 비율: 1980~2010	204
〈표 4-6- 6〉 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2009	206
〈표 4-7- 1〉 과체중 및 비만인구비율(15세 이상): 1998~2009	208
〈표 4-7- 2〉 흡연인구비율(15세 이상): 1992~2009	210
〈표 4-7- 3〉 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2009	211
〈표 4-7- 4〉 주류소비량(15세 이상): 1991~2009	212
〈표 4-7- 5〉 연간음주율(만19세 이상): 2005~2009	214
〈표 5-1- 1〉 최저생계비 추이: 2000~2012	218
〈표 5-1- 2〉 2011년 4인가구 최저생계비 비목별 구성: 2010년 계측조사 기준	219
〈표 5-1- 3〉 2012년도 가구규모별 최저생계비	220
〈표 5-1- 4〉 주요 국가들의 상대빈곤선	220
〈표 5-1- 5〉 기초생활보장 수급자수 추이: 2002~2010	221
〈표 5-1- 6〉 생애주기별 일반수급자 현황: 2010	222
〈표 5-1- 7〉 의료급여대상자 추이: 2002~2010	224
〈표 5-1- 8〉 의료급여1종 유형별 분포: 2010	225
〈표 5-1- 9〉 자활사업참여자 현황: 2010	227
〈표 5-1-10〉 기초생활수급자 부적정급여 조정 비율: 2005~2009	227
〈표 5-1-11〉 공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2010	228
〈표 5-1-12〉 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2010	229
〈표 5-1-13〉 기초생활보장수급자의 자활사업 (창·취업)성공률	230
〈표 5-2- 1〉 의료보장 적용인구 현황: 1980~2010	232
〈표 5-2- 2〉 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2010	234

〈표 5-2- 3〉 건강보험제도별 부양률의 변화추이: 2002~2010	…236
〈표 5-2- 4〉 건강보험 가입 외국인수 및 재외국민수의 연도별 추이: 2003~2010	……………237
〈표 5-2- 5〉 건강보험 세대당 · 1인당 보험료의 연도별 추이: 2003~2010	……………238
〈표 5-2- 6〉 국민건강보험 지역가입자 보험료 징수율의 연도별 추이: 2003~2010	……………240
〈표 5-2- 7〉 국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이: 2001~2010	……………242
〈표 5-2- 8〉 국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2010	……………243
〈표 5-2- 9〉 국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성: 2001~2010	…245
〈표 5-2-10〉 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 변화 추이: 2001~2010	……………247
〈표 5-2-11〉 65세 이상 노인의 진료비 현황 및 진료비 점유율의 연도별 추이: 2003~2010	……………250
〈표 5-2-12〉 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 연도별 추이: 2001~2010	……………252
〈표 5-2-13〉 공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비: 1990~2010	……………253
〈표 5-2-14〉 공적연금제도별 가입자 대비 수급자 비율(제도부양비율)의 연도별 추이: 1990~2010	……………256
〈표 5-2-15〉 국민연금 가입자의 종별 구성의 연도별 추이: 2002~2010	……………263
〈표 5-2-16〉 국민연금 외국인 가입자의 연도별 추이: 2002~2010	……266

〈표 5-2-17〉	공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이: 2000~2010	…267
〈표 5-2-18〉	공적연금제도별 적립기금의 변화추이: 2000~2010	…269
〈표 5-2-19〉	공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여: 2000~2010	…270
〈표 5-2-20〉	산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이: 2003~2010	…275
〈표 5-2-21〉	사업규모별 산재보험 적용 근로자 현황 및 비율: 2010	…277
〈표 5-2-22〉	산재보험 임의가입 대상 사업별 적용 사업장과 근로자의 현황	…278
〈표 5-2-23〉	산업재해 발생현황: 1980~2010	…280
〈표 5-2-24〉	산재보험급여 지급총액과 1인당 평균보험급여의 연도별 추이: 2000~2010	…282
〈표 5-2-25〉	산재보험급여 지급총액의 사업규모별 분포 현황: 2010	…284
〈표 5-2-26〉	산재보험 수급자 및 급여지급총액에서 외국인 근로자가 차지하는 비중의 연도별 추이: 2002~2010	…287
〈표 5-2-27〉	산재보험 재정수지 및 적립기금의 현황: 2007~2010	…289
〈표 5-2-28〉	산재보험 재정수지의 연도별 현황: 1995~2010	…290
〈표 5-2-29〉	고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황: 1996~2010	…292
〈표 5-2-30〉	고용보험기금의 연도별 변화 추이: 1995~2010	…295
〈표 5-2-31〉	고용보험 사업별 급여지급 실적: 1995~2010	…296
〈표 5-2-32〉	고용보험 사업별 수급인원의 연도별추이: 2005~2010	…298
〈표 5-3- 1〉	등록장애인의 장애등급 분포: 2010	…300
〈표 5-3- 2〉	등록장애인의 장애종류별 성별 분포: 2010	…300

〈표 5-3- 3〉 장애급여 수급자 비율: 2004~2010	302
〈표 5-3- 4〉 장애수당 현황: 2005~2010	304
〈표 5-3- 5〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2005~2010	305
〈표 5-3- 6〉 장애인 활동보조서비스 수혜 현황	306
〈표 5-3- 7〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2010 ...	308
〈표 5-3- 8〉 OECD 주요국 장애인의 고용률, 실업률	309
〈표 5-3- 9〉 직업재활시설 및 보호고용수: 2005~2010	310
〈표 5-3-10〉 장애인 지역사회 재활시설수: 2005~2010	312
〈표 5-3-11〉 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008	313
〈표 5-3-12〉 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	315
〈표 5-3-13〉 아동·청소년인구 추이: 1990~2011	316
〈표 5-3-14〉 요보호아동 발생원인: 2007~2010	317
〈표 5-3-15〉 요보호아동 보호현황: 2007~2010	318
〈표 5-3-16〉 입양아동수 추이: 2003~2010	320
〈표 5-3-17〉 연도별 아동학대 발생률	321
〈표 5-3-18〉 아동빈곤율 추이: 2003~2010	323
〈표 5-3-19〉 가출청소년 발생추이: 2002~2008	325
〈표 5-3-20〉 아동·청소년 자살률 연령대별, 성별: 2010	326
〈표 5-3-21〉 아동·청소년 10만명당 학교폭력 경험자 수: 2006~2010	328
〈표 5-3-22〉 아동학대 유형별 추이: 2003~2010	330
〈표 5-3-23〉 피해아동 연령	331
〈표 5-3-24〉 헬프콜 1388 일일 이용건수	332
〈표 5-3-25〉 아동발달지원계좌 지원현황: 2011. 6월말 기준	333

〈표 5-3-26〉	가구원수별 가구형태: 1990~2010	.....334
〈표 5-3-27〉	가족의 형태별 분포: 1990~2010	.....335
〈표 5-3-28〉	한부모가족의 추이: 1985~2010	.....337
〈표 5-3-29〉	한부모가족 분포의 국제비교	.....337
〈표 5-3-30〉	조손가구 수: 1995~2010	.....338
〈표 5-3-31〉	손자녀 양육 이유: 2010	.....339
〈표 5-3-32〉	결혼 이민자 현황: 2011. 1월 기준	.....340
〈표 5-3-33〉	국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포: 2011. 1월 기준	....341
〈표 5-3-34〉	한부모가족생활시설 현황: 2004~2010	.....341
〈표 5-3-35〉	미혼모자시설 연령별 입소자 현황: 2007~2010	....342
〈표 5-3-36〉	산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2007~2010	....344
〈표 5-3-37〉	육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2010	....344
〈표 5-3-38〉	저소득한부모가족 현황: 2010	.....346
〈표 5-3-39〉	한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2011	....347
〈표 5-3-40〉	보육료 지원사업의 대상 선정 기준과 급여액: 2010	....348
〈표 5-3-41〉	보육료 지원 현황	.....349
〈표 5-3-42〉	건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황: 2004~2010	....350
〈표 5-3-43〉	다문화가족지원센터 운영 현황: 2011. 1	.....352
〈표 5-3-44〉	외국인과의 이혼 추이: 2002~2010	.....352
〈표 5-3-45〉	여성가구주 비율: 2000~2010	.....354
〈표 5-3-46〉	여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2010	.....355
〈표 5-3-47〉	사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2001~2010	.....356
〈표 5-3-48〉	가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2010	.....359

〈표 5-3-49〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	360
〈표 5-3-50〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2010	360
〈표 6-1- 1〉 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030	364
〈표 6-1- 2〉 신·구인구추계결과 비교: 2005~2050	365
〈표 6-1- 3〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2030	367
〈표 6-1- 4〉 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2010	368
〈표 6-1- 5〉 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009	370
〈표 6-1- 6〉 조혼인율, 조이혼율: 1980~2010	371
〈표 6-1- 7〉 평균초혼연령: 1960~2010	373
〈표 6-1- 8〉 평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2010	373
〈표 6-1- 9〉 이혼사유별 구성비: 2001~2010	374
〈표 6-2- 1〉 보건복지부문 예산관련 지표: 2008~2011	376
〈표 6-2- 2〉 보건복지부 예산 현황: 2008~2011	377
〈표 6-2- 3〉 국내 주요 물가지수: 1993~2010	378
〈표 6-2- 4〉 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2010	380
〈표 6-3- 1〉 OECD 국가별 HDI 순위: 2011	381
〈표 6-3- 2〉 OECD 국가 행복지수 순위	383
〈표 6-3- 3〉 영역별 위기수준 변화추이의 백분율 환산	385
〈표 6-3- 4〉 한국의 사회위기수준 변화추이(백분율 환산)	385
〈표 6-3- 5〉 IMD 국가경쟁력지수 보건복지분야 순위: 2011	387

그림 목차

[그림 3-1- 1] 노인인구의 연령별 구성비: 1990~2050	64
[그림 3-1- 2] 노년부양비 및 노령화지수의 연도별 추이: 1990~2030	65
[그림 3-1- 3] 남편의 연령별 이혼율: 2002~2010	66
[그림 3-1- 4] 노인 가구 및 독거노인 가구의 연도별 추이: 2000~2030	68
[그림 3-2- 1] 65세 연령의 기대여명: 1970~2010	70
[그림 3-2- 2] 65세 이상 당뇨병 유병률: 1998~2009	71
[그림 3-2- 3] 65세 이상 고혈압 유병률: 1998~2009	73
[그림 3-2- 4] 치매유병률: 2008~2050	74
[그림 3-2- 5] 자살에 의한 사망률: 2000~2010	76
[그림 3-2- 6] 연령별 자살에 의한 사망률: 2000~2010	76
[그림 3-2- 7] 연령별 1인당 의료비: 1980~2009	78
[그림 3-3- 1] 60세 이상 고령 취업자의 산업별 분포 현황: 2010 ..	80
[그림 3-3- 2] 60세 이상 고령 취업자 비율의 변화추이: 2005~2010	80
[그림 3-3- 3] 생애 주된 일자리에서의 근속기간별 분포: 2010 ..	84
[그림 3-3- 4] 생애 주된 일자리에서의 퇴직 사유별 분포: 2010 ..	85
[그림 3-3- 5] 정부지원 노인 일자리수: 2005~2010	87
[그림 3-4- 1] 노인 가구소득원 구성비의 연령별 추이: 2008	89
[그림 3-4- 2] 노인의 월평균 개인소득의 연령별 분포: 2008	91
[그림 3-4- 3] 노인의 용돈 마련 책임자 성별 분포	93
[그림 3-4- 4] 노인의 용돈 마련 책임자 연령별 분포	93

[그림 3-4- 5] 노인 기초생활보장 수급률의 연도별 추이: 2001~2010	95
[그림 3-4- 6] 노인장기요양보험 급여이용자 분포: 2010	97
[그림 3-4- 7] 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2009	98
[그림 3-5- 1] 노인학대 유형별 추이: 2007~2010	100
[그림 3-5- 2] 노인학대 행위자 분포: 2010	101
[그림 3-6- 1] 노인복지시설수: 2010	102
[그림 4-1- 1] 기대수명 추이: 1948~2010	108
[그림 4-1- 2] 영아사망률: 1970~2008	110
[그림 4-1- 3] 저체중출생아비율: 1993~2010	111
[그림 4-1- 4] 어린이 치아건강(12세): 1995~2010	113
[그림 4-1- 5] 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008 ..	115
[그림 4-1- 6] 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2009	116
[그림 4-1- 7] 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009 ...	118
[그림 4-1- 8] 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1998~2009 ...	120
[그림 4-1- 9] 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009 ..	122
[그림 4-1-10] 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009	124
[그림 4-1-11] 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2009	126
[그림 4-1-12] 성별 건강수명(20~74세), (EQ-5D이용): 2005 ...	128
[그림 4-2- 1] 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2010 ..	130
[그림 4-2- 2] 시도별 의료기관종사 의료인력 수(의사, 한의사): 2010 ..	131
[그림 4-2- 3] 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2009 ..	132

[그림 4-2- 4] 의대 · 간호대졸업자 (인구 100,000명당):	
1999~2010	134
[그림 4-2- 5] 병원병상수(인구 1,000명당): 1990~2010 ..	135
[그림 4-2- 6] 병의원수: 2001~2010	137
[그림 4-2- 7] 시도별 병의원수: 2010	138
[그림 4-2- 8] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2010	140
[그림 4-3- 1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2009	143
[그림 4-3- 2] 2주간 외래 이용률(만19세이상): 2001~2009 ..	144
[그림 4-3- 3] 연간 미처료율(병의원) (만19세 이상): 2007~2009 ..	146
[그림 4-3- 4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2010 ...	147
[그림 4-3- 5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2010 ...	149
[그림 4-3- 6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2010	150
[그림 4-3- 7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2010	151
[그림 4-3- 8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2010 ...	153
[그림 4-3- 9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2009	155
[그림 4-3-10] 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2009	156
[그림 4-4- 1] 합계출산율: 1960~2010	159
[그림 4-4- 2] 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당):	
1995~2010	161
[그림 4-4- 3] 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2009	163
[그림 4-4- 4] 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2009	164
[그림 4-4- 5] 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당):	
1985~2009	166

[그림 4-4- 6] 당뇨병으로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	·168
[그림 4-4- 7] 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	·170
[그림 4-4- 8] 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009	·172
[그림 4-4- 9] 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2009	·173
[그림 4-4-10] 유병률: 조사직전 2주간: 1992~2010	·176
[그림 4-4-11] 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2010	·177
[그림 4-4-12] 백일해 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010	·179
[그림 4-4-13] 홍역 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010	·180
[그림 4-4-14] 결핵신환자 발생률(인구 100,000명당): 1996~2010	·182
[그림 4-4-15] 당뇨병 유병률(만 30세 이상): 2001~2009	·183
[그림 4-4-16] 고혈압 유병률(만 30세 이상): 2001~2009	·185
[그림 3-4-17] 암 발생률(인구 100,000명당): 2002, 2008	·186
[그림 4-4-18] 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2010	·188
[그림 4-5- 1] 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2010	·189
[그림 4-5- 2] 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2009	·191
[그림 4-5- 3] 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008	·192
[그림 4-5- 4] 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009	·193
[그림 4-5- 5] 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009	·195

[그림 4-6- 1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2009	198
[그림 4-6- 2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2010	199
[그림 4-6- 3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2010	201
[그림 4-6- 4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2010	202
[그림 4-6- 5] 국민의료비 중 가계지출 비율: 1980~2010	204
[그림 4-6- 6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2009	205
[그림 4-7- 1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 1998~2009	208
[그림 4-7- 2] 흡연인구비율(15세 이상): 1992~2009	209
[그림 4-7- 3] 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2009	211
[그림 4-7- 4] 주류소비량(15세 이상): 1991~2009	212
[그림 4-7- 5] 연간음주율(만19세 이상): 2005~2009	213
[그림 5-1- 1] 최저생계비 추이: 2000~2012	218
[그림 5-1- 2] 기초생활보장 수급자수 추이: 2002~2010	221
[그림 5-1- 3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2010	222
[그림 5-1- 4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2002~2010	223
[그림 5-1- 5] 의료급여1종 유형별 분포: 2010	225
[그림 5-1- 6] 자활사업참여자 현황: 2010	226
[그림 5-2- 1] 의료보장 적용률의 변화추이: 1980~2010	233
[그림 5-2- 2] 건강보험 적용인구의 보험종별 구성: 1980~2010	235
[그림 5-2- 3] 직장/지역 건강보험제도 평균 부양률의 연도별 추이: 2002~2010	236
[그림 5-2- 4] 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황: 2010	237
[그림 5-2- 5] 건강보험 세대당 · 1인당 월 평균 보험료의 연도별 추이: 2003~2010	239

[그림 5-2- 6] 국민건강보험 및 국민연금 지역가입자의 보험료 징수율: 2003~2010	240
[그림 5-2- 7] 건강보험 재정수지 차액 및 수지율의 변화 추이: 2001~2010	242
[그림 5-2- 8] 국민건강보험 보험료 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2010	244
[그림 5-2- 9] 국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율: 2001~2010	245
[그림 5-2-10] 국민건강보험 수가 인상률의 변동추이: 1980~2010	· 246
[그림 5-2-11] 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 추이: 2001~2010	247
[그림 5-2-12] 건강보험 급여수급 연간 실인원의 연령별 분포: 2010	248
[그림 5-2-13] 연간진료비총액의 연령별 분포: 2010	249
[그림 5-2-14] 노인 1인당 월평균진료비 및 노인진료비 점유율의 연도별 추이: 2003~2010	250
[그림 5-2-15] 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 현황: 2010	...252
[그림 5-2-16] 공적연금제도별 가입자 규모의 변화 추이: 1990~2010	254
[그림 5-2-17] 공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이: 1990~2010	257
[그림 5-2-18] 총인구 대비 공적연금 가입률의 연령별 추이: 2010	.....259
[그림 5-2-19] 국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이: 2010	260

[그림 5-2-20] 국민연금 가입자의 기준소득월액 등급별·성별 구성:	
2010	261
[그림 5-2-21] 국민연금 납부 예외율의 변화 추이: 2002~2010	263
[그림 5-2-22] 국민연금 가입자의 종별·기준소득월액 등급별 현황:	
2010	265
[그림 5-2-23] 외국인의 국민연금 가입현황: 2002~2010	266
[그림 5-2-24] 공적연금제도별 재정 수지율의 연도별 추이:	
2000~2010	268
[그림 5-2-25] 공적연금 제도별 기금 적립배율의 변화 추이:	
2000~2010	269
[그림 5-2-26] 공적연금제도별 급여지출총액의 연도별 추이:	
2000~2010	271
[그림 5-2-27] 공적연금제도별 평균급여의 연도별 추이:	
2000~2010	272
[그림 5-2-28] 국민연금 급여종류별 수급자수: 2010	273
[그림 5-2-29] 국민연금 급여종류별 급여지급 현황: 2010	273
[그림 5-2-30] 산업재해보상법 적용근로자의 연도별 추이:	
2003~2010	275
[그림 5-2-31] 산업재해보상법 적용사업장의 연도별 변화추이:	
2003~2010	276
[그림 5-2-32] 사업규모별 산재보험 적용 근로자의 분포 현황: 2010	277
[그림 5-2-33] 산재보험 임의가입자의 사업별 분포: 2010	279
[그림 5-2-34] 산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율:	
1980~2010	281

[그림 5-2-35] 산재보험급여의 지급총액의 연도별 추이: 2000~2010	282
[그림 5-2-36] 1인당 산재보험 평균보험급여의 연도별 추이: 2000~2010	283
[그림 5-2-37] 산재보험급여 지급총액의 사업규모별 분포 현황: 2010	284
[그림 5-2-38] 산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황: 1999~2010	285
[그림 5-2-39] 산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별·연도별 지급 현황: 1999~2010	286
[그림 5-2-40] 외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이: 2002~2010	287
[그림 5-2-41] 외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이: 2002~2010	288
[그림 5-2-42] 연도별 산재보험 재정수지 현황 (수납률, 수지율): 1995~2010	290
[그림 5-2-43] 고용보험제도 적용 현황의 사업장 연도별 추이: 1996~2010	292
[그림 5-2-44] 고용보험제도 적용 근로자의 연도별 추이: 1996~2010	293
[그림 5-2-45] 상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용 인구: 1997~2010	294
[그림 5-2-46] 고용보험기금의 연도별 변화 추이: 1995~2010	295
[그림 5-2-47] 고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이: 1995~2010	296

[그림 5-2-48]	고용보험 사업별 급여지출의 비중: 2010	.....297
[그림 5-2-49]	고용보험 급여사업별 수급자의 구성: 2010	.....298
[그림 5-3- 1]	등록장애인의 등급별 성별 구성: 2010	.....299
[그림 5-3- 2]	장애급여 수급자 비율: 2004~2010	.....301
[그림 5-3- 3]	장애인연금과 장애수당과의 관계	.....303
[그림 5-3- 4]	장애수당 수급자수와 재정추이: 2005~2010	...304
[그림 5-3- 5]	장애아동수당의 수급자 수와 재정추이: 2005~2010	·305
[그림 5-3- 6]	장애인과 전체인구의 고용률과 실업률 비교	.....308
[그림 5-3- 7]	직업재활시설 및 보호고용수: 2005~2010	.....310
[그림 5-3- 8]	장애인 지역사회 재활시설수: 2005~2010	.....311
[그림 5-3- 9]	장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008	.....313
[그림 5-3-10]	장애인 편의시설 설치율: 1998~2008	.....314
[그림 5-3-11]	아동·청소년인구 추이: 1990~2010	.....315
[그림 5-3-12]	요보호아동 발생원인과 추이: 2007~2010	.....317
[그림 5-3-13]	요보호아동 보호현황 추이: 2007~2010	.....318
[그림 5-3-14]	국내 및 국외 입양아동수 추이비교: 2004~2010	.....320
[그림 5-3-15]	아동학대 발생률: 2000~2007	.....321
[그림 5-3-16]	아동빈곤율 추이(중위 50%, 시장, 경상, 가처분): 2003~2010	.....323
[그림 5-3-17]	가출청소년 발생추이: 2002~2008	.....325
[그림 5-3-18]	청소년 자살률 연령대별, 성별: 2010	.....326
[그림 5-3-19]	아동·청소년 10만명당 학교폭력 경험자 수 추이: 2006~2010	.....328
[그림 5-3-20]	아동학대 추이: 2003~2010	.....329

[그림 5-3-21] 아동학대 유형: 2010	330
[그림 5-3-22] 헬프콜 1388 일일 이용건수 추이: 2006~2010	332
[그림 5-3-23] 가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2010	334
[그림 5-3-24] 가족의 형태별 분포: 1990~2010	335
[그림 5-3-25] 한부모가족의 추이: 1985~2010	336
[그림 5-3-26] 손자녀 양육 이유: 2010	339
[그림 5-3-27] 결혼 이민자 현황	340
[그림 5-3-28] 산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2010	343
[그림 5-3-29] 육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2010 ...	345
[그림 5-3-30] 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2010	346
[그림 5-3-31] 1인당 보육료 지원 현황: 2010	349
[그림 5-3-32] 건강가정지원센터 이용자 현황: 2005~2010	351
[그림 5-3-33] 외국인과의 이혼 추이: 2002~2010	353
[그림 5-3-34] 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2001~2010	356
[그림 5-3-35] 가정폭력상담소 현황: 2006~2010	357
[그림 5-3-36] 성폭력상담소 현황: 2006~2010	358
[그림 5-3-37] 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용	359
[그림 6-1- 1] 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030 ..	364
[그림 6-1- 2] 인구의 연령구조 추이: 1960~2030	366
[그림 6-1- 3] 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2010	368
[그림 6-1- 4] 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009 ...	369

[그림 6-1- 5] 조혼인율, 조이혼율: 1980~2010	371
[그림 6-1- 6] 평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2010	372
[그림 6-1- 7] 평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2010	373
[그림 6-1- 8] 이혼사유별 구성비: 2001~2010	374
[그림 6-2- 1] 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010	375
[그림 6-2- 2] 보건복지부 예산 현황: 2008~2011	376
[그림 6-2- 3] 1인당 국내 주요 물가지수: 1993~2010	378
[그림 6-2- 4] 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2010	379



Korea's Health and Welfare Trends 2011

Social and economic development, along with diversity of life style and difficulties in decision making demands various and precise statistical information. In addition, statistical information plays an important role in policy making and implementation and enhancement of quality of people's lives. Due to these reasons, provision of systematic development and management for various and high-quality statistics is in great expectation.

In Korea, interest in statistics is growing, along with its economic advancement. In particular, after Korea became a member of OECD, it has been making steady and persistent efforts to identify the status of national statistics development and qualitative and quantitative improvement in statistics.

Requested statistics by international organizations tend to be more diverse and segmentalized than before. For instance, OECD applied to member countries for segmentalized and expanded variables on non-monetary health resources statistics jointly with WHO and EU.

In order to satisfy the global demands for statistics and people's

right to know and promote policy making and implementation based on scientific statistics, the establishment of health and welfare database is highly requested. It is necessary to provide such information effectively to policy makers, researchers, and general public through the establishment of the database.

Some developed countries and international organizations have published trend reports in various arenas in health and welfare, and their efforts have received positive responses. South Korea, also, is making its best endeavors to raise the understanding on health and welfare issues among policy makers, researchers, and general public by publishing trend reports.

This report provides statistical tables and charts in order for readers to understand the trends in the field of health and welfare in more simple way. This, we believe, will help readers answer their diverse questions on health and welfare matters in Korea.

The criteria that have been used in the making of this volume, in the selection of reference sources, categories and years for which statistics are given, are those of the authors' and not necessarily reflect the views of KIHASA.

요약

1. 서론

□ 연구의 필요성 및 목적

- 사회경제의 발전에 따라 국가와 국민은 삶의 질 향상을 위해 노력하고 있으며, 이와 관련된 정보를 더욱 필요로 하고 있음. 이들의 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 체계적인 그리고 이해가 용이한 보건복지통계정보의 시계열적 제공이 필요함.
- 국내뿐만 아니라 OECD, WHO 등 국제기구 등에서도 우리나라의 보건복지실태에 대한 관심이 증대되고 있으며, 매년 관련 통계제공을 요구하고 있음. 이를 충족 시켜 줄 수 있는 체계적인 보건복지정보의 구축 및 제공이 요구됨.
- 국제기구 및 선진국에서는 보건복지분야별 동향을 쉽게 파악할 수 있도록 통계와 도표 그리고 이에 대한 설명자료를 시계열적으로 제시하여 이해를 용이하도록 하고 있으며, 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 보건복지지표체계를 구축하고, 우리나라의 보건복지 동향을 지표를 통하여 살펴보고, 이들 통계지표의 제공체계를 지속적으로 개선·발전시켜 보건복지통계의 이용도를 제고하고, 정책발전에 기여하는데 있음.

□ 연구내용

- 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보 및 동향자료의 분류체계 검토
 - － 선진국 혹은 국제기구에서 발간하는 지표집 및 동향분석보고서의 기술체계를 검토하여 가장 적합한 분류체계 확립
- 보건복지분야 지표체계 구축
 - － 보건복지분야의 지표체계를 국제기구 및 선진국의 지표체계를 참조하여 구축
 - － 보건복지분야별로 구분하여 이용자들이 보다 용이하게 사용할 수 있도록 통계지표체계를 정리
- 각종 보건복지통계 중 주요 지표 선정
 - － 구축된 보건복지지표 가운데 주요한 지표를 선정하고 이에 대한 시계열적인 자료를 수집 분석 정리함.
- 분야별 동향 분석
 - － 각 분야별 변화를 통계표뿐만 아니라 이에 대한 동향을 분석 제시하여 이해를 용이하게 하고 활용도를 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

○ 선정된 지표에 대한 자료를 수집 동향을 분석 보고서 발간

II. 보건복지 동향 선행연구 및 지표선정

□ 국제기구 및 선진국에서는 사회현상의 과거와 현재를 보다 정확히 파악하고 미래를 전망해 볼 수 있는 방안의 하나로 각 분야의 지표 보고서나 동향보고서를 발간하고 있음.

○ 지표보고서는 과거의 단순한 지표체계의 보고서에서 벗어나 사회경제의 발전에 따른 다양한 지표를 포함하는 형태의 보고서로 발전하고 있음.

○ 최근에는 단순지표의 제공에서 벗어나 이용자들이 보다 쉽게 사회적 현상 변화를 이해할 수 있도록 통계수치와 함께 도표와 해설을 추가한 동향보고서를 발간하고 있음.

○ 일본에서는 사회복지의 동향, 국민위생의 동향, 보험과 연금의 동향 등 보건과 복지분야의 현상을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 동향보고서를 발간하고 있음.

○ 호주에서는 보건복지연구소에서 격년으로 보건과 복지 동향보고서를 발간 호주의 보건복지분야의 현상 변화를 쉽게 파악할 수 있도록 하고 있음.

- 우리나라에서는 통계청에서 ‘한국의 사회동향’이라는 보고서를 매년 발간하고 있으며, 이 보고서는 사회전반에 걸쳐 주요 지표를 선정하여 그 변화를 설명하고 있음.
- 동향보고서의 발간 추세는 국내외적으로 점차 확산될 것으로 예상됨.

□ 지표체계는 국제기구나 국가의 특성에 따라 다양한 형태로 제시하고 있음. “한국의 보건복지 동향”에서 제시한 보건지표체계는 OECD와 선진국의 보건지표체계를 참고하여 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 출생·사망 및 질병·상해, 보건의식행태, 보건비용, 보건의 의료결정요인으로 분야를 나누었음.

- 건강상태는 건강의 정도와 관련된 지표로 관련지표 중 주요지표로 기대여명, 어린이건강, 모성건강, 건강상태, 영양 등으로 구분 이 가운데 주요지표를 분석대상으로 하였음.
- 보건의료자원은 의료제공을 하는데 필수적인 인력과 시설 및 장비와 관련된 분야로 주요 인력인 의사, 간호사 등과 종별 의료기관 및 병상수 및 장비를 분석대상으로 하였음.
- 보건의료이용은 의료의 이용 수준을 나타내는 지표로 진료, 의료이용 및 수술, 이식 등과 관련지표로 구성되어 있음.
- 출생·사망 및 질병·상해 분야는 인구변동의 주요 분야인 출생과 사망 관련지표와 유병률 및 감염병발생, 상해 등과 관련된 지표를 포함하고 있음.
- 보건의식행태는 건강에 영향을 미치는 분야의 지표로 구성되어 백일해나 홍역과 같은 어린이 예방접종관련 지표, 노령인구 인플루엔자 예방접종, 운동실천율과 같은 건강관리 관련 지표로 구성 하였음.

- 보건비용 분야는 국민의 건강유지 및 치료에 들어가는 비용과 관련된 지표로 보건비용, 기능 및 재원별 비용, 대상별 보건비용 등으로 구분하여 관련지표의 동향을 살펴보았음.
 - 보건의 비의료결정요인 분야는 우리의 건강에 영향을 미칠 수 있는 분야로 비만, 흡연, 음주 등과 관련된 지표를 선정하여 변화를 살펴보았음.
- 복지부문의 지표 체계도 국제기구 및 국가에 따라 다양한 형태로 구성되어 있음. 복지분야의 특성을 살려 복지 현상의 파악이 용이하도록 공공부조, 사회보험, 사회복지서비스 등 제도별로 분류하여 동향을 살펴보았음.
- 공공부조분야의 지표는 국가에서 생활능력이 없는 사람을 대상으로 하는 지원시스템으로 최저생계비 추이 등 공공부조 일반과 생활보호, 의료급여로 구분하여 관련 주요 지표를 선정하여 그 변화를 살펴보았음.
 - 우리는 건강유지를 위해 그리고 직장, 산업현장에서 일어날 수 있는 위험에 대비하기 위해 건강보험, 산업재해보상보험, 고용보험 등과 같은 사회보험제도를 두고 있으며, 또한 노후소득 보장 제도로 연금보험제도를 두고 있음. 이들 분야와 관련된 주요 지표를 선정 그 변화를 살펴보았음.
 - 정부에서는 사회 취약계층을 대상으로 각종 복지서비스 정책을 추진하고 있음. 복지서비스를 노인, 장애인, 아동·청소년, 가족·여성복지 등과 같이 대상을 중심으로 구분하여 관련 주요지표를 선정하여 변화를 살펴보았음.

III. 노인동향

□ 우리나라는 급격한 저출산의 영향으로 어느 나라보다도 빠른 인구의 고령화를 경험하고 있음. 이와 같은 고령화는 저출산의 지속, 기대수명의 연장 등으로 빠른 속도로 진행될 것으로 전망됨.

○ 65세 이상 노인인구는 2000년에 7.2%로 고령화사회로 들어섰고, 2026년에는 20.8%로 초고령사회인 20%를 넘어서 사회경제적인 부담은 크게 가중될 것으로 전망됨.

○ 노년부양비는 고령화의 급속한 진행으로 2000년 10.1명에서 2030년에는 38.6명으로 크게 높아질 것으로 전망되고, 노인 1명당 생산가능인구는 2000년 9.9명에서 2030년에는 2.6명으로 감소하여 노인부양부담은 크게 높아질 것으로 전망됨.

○ 65세 이상 노인가구는 2000년 11.9%에서 2010년에는 17.4%로 그리고 2030년에는 32.3%로 증가할 것으로 전망되어 노인의 간병 및 수발문제, 정서적 소외와 자살 문제 등의 각종 사회문제를 야기하게 될 것임.

□ 노인의 기대여명은 점차 증가하고, 또한 만성질환, 자살률, 의료비도 증가하고 있음.

○ 65세 연령의 기대여명은 1970년 남자가 10.2년 여자가 14.6년이었으나 점차 증가하여 2010년에는 남자가 17.2년 여자가 21.6년으로 증가하였고 남녀의 차이는 4.4년의 차이를 보이고 있음. 이 같은 기대여명의 증가는 향후에도 지속될 것으로 전망됨.

○ 65세 이상 노인의 당뇨병 유병률은 1998년 18.1%에서 2009년에는 22.7%로 증가하였으며, 고혈압은 1998년 56.1%에서 2009년에는 64.9%로 증가하였음.

- 우리나라의 자살에 의한 사망률은 점차 높아지고 있으며, 노인의 자살에 의한 사망률은 60대의 경우 2000년 25.8명(인구 10만명당)에서 2010년에는 52.7명으로 높아졌음.
 - 노인의료비는 질환의 증가, 건강한 삶에 대한 관심 증가, 의료기술의 발달, 기대여명의 증가 등으로 점차 증가하는 추세를 보이고 있음.
- 인구의 고령화로 노인의 취업은 점차 증가하는 추세를 보이고 있음. 농업이나 어업에 종사하는 노인취업자는 감소하는 반면 사회간접자본 등에 취업하는 노인인구는 증가하고 있음.
- 60세 이상의 취업자 비율은 2005년에 9.4%에서 2010년에는 10.5%로 1.1%포인트가 증가하였음.
 - 60세 이상 고령 취업자의 취업분야는 사회간접자본 및 기타가 가장 높고, 다음은 농·어업, 제조업, 광공업의 순임.
 - 노인일자리마련을 위한 노인일자리사업은 매년 꾸준히 증가하여 2006년 83천개에서 2010년에는 216천개로 증가하였으며, 특히 공익형분야에서 크게 증가하여 2010년에 127천개로 58.6%에 이르고 있음.
- 대부분의 노인들은 적은 소득으로 생활하고 있으며, 여성은 남성에 비하여 더 소득이 낮았음. 특히 연령이 높아질수록 소득은 더 적어졌음.
- 2008년 60세 이상 노인가구의 소득은 근로소득이 43.5%이고, 사적이전소득이 26.6% 그리고 공적이전소득이 20.1%로 나타났음. 연령이 증가할수록 근로소득의 비율이 감소하고 사적이전소득의 비율이 증가하는 경향을 보이고 있음.
 - 2008년 60세 이상 노인의 월평균 개인소득은 20만원 미만이 33.4%였으며, 150만원 이상은 11.8%에 불과하였으며, 여성이 남

성보다 소득이 적었고, 연령이 높아질수록 저소득의비율이 증가 하였음.

- 노인기초생활보장 수급자는 2001년 334천명에서 2009년에는 388천명으로 증가하였으나 전체인구의 증가가 더 빨라 전체인구에서 차지하는 비율은 2001년 9.3%에서 2009년에는 7.5%로 감소하였음.

IV. 보건동향

□ 보건수준은 경제사회발전에 따라 함께 향상되는 경향을 지니고 있음. 우리나라의 경제사회수준은 꾸준히 발전하여 왔으며, 이와 함께 우리나라의 보건수준도 향상되어 왔음. 이는 국가의 보건수준을 대표하는 지표인 기대수명의 연장, 영아사망률의 감소 등으로 잘 나타나고 있음. 또한 의료이용의 개선을 통한 건강수준을 향상 시키는데 가장 큰 역할을 하는 의료인력과 의료시설 및 장비의 증가, 국민의 건강에 대한 의식개선 등 보건분야의 대부분에서 건강증진에 긍정적인 방향으로 변화하여 왔음.

- 경제사회발전은 영양상태의 향상, 위생여건의 개선 그리고 의료이용의 용이와 의료기술 발전을 도모하여 기대수명을 연장시키고, 영아사망률의 감소와 어린이치아건강에도 긍정적인 방향으로 변화하였음. 그러나 산모의 연령증가, 산모의 건강수준의 영향 등으로 저체중출생아의 비율은 점차 증가하는 것으로 나타나 이를 개선시키기 위한 정책적인 대안마련이 요구됨.
- 우리나라의 자살에 의한 사망률은 점차 높아져 2009년에는 OECD 국가 중 가장 높은 수준이 되었으며, 노인의 자살에 의한 사망률도 점차 높아져 사망순위가 2010년에는 50대는 2위, 60대는 4위로 높아졌음.

- 사회경제발전과 국민의 건강에 대한 관심 증가 그리고 정부의 보건환경 개선을 위한 보건정책의 영향 등으로 우리나라의 의료인력과 시설 그리고 장비는 꾸준히 향상되어 왔음.
- 보건의료이용은 국민의 건강상태, 질환의 발생정도, 의료시설수의 차이 등에 따라 달라질 수 있음. 의료이용 수준은 꾸준히 증가하여 왔으며, 각종 이식은 꾸준히 증가하는 추세임. 그러나 다른 나라에 비해 높은 제왕절개율은 개선되어야할 과제임.
- 우리나라의 합계출산율은 점차 낮아져 이제는 세계에서 가장 낮은 수준을 보이고 있음. 질환에 의한 사망률은 점차 낮아지는 경향을 보이고 있으나 자살에 의한 사망률은 매우 높아 이를 예방하기 위한 국민에 대한 의식 전환을 위한 교육 강화가 요구됨. 고혈압, 당뇨 등 만성질환과 암발생은 식생활의 서구화 등으로 점차 높아지고 있어 이를 개선하기 위한 정책적인 대안 마련이 요구됨.
- 어린이와 노인 등 노약자들에 대한 예방접종 등 질병예방을 위한 활동은 비교적 바람직하게 나타나고 있음. 이는 정부차원에서의 노력과 국민의 건강에 대한 관심 증대의 영향임.
- 보건비용은 경제사회가 발전할수록 함께 증가하는 경향을 보임. 우리나라도 예외는 아니어서 GDP의 증가와 함께 국민의료비도 증가하여 왔음. 선진국의 예에서와 같이 우리나라의 국민의료비는 경제사회의 발전과 함께 GDP 대비 비율은 점차 증가할 것으로 예상됨.
- 건강의 적신호로 판단되는 비만은 점차 증가하는 경향을 보임. 이는 경제사회수준의 발전으로 영양분의 과다섭취, 운동부족 등의 원인에 기인하는 것으로 판단됨. 비만은 각종 만성질환 등을 유발하는 주요 요인이 되므로 적정 수준의 체중을 유지할 수 있

도록 저연령층에서부터 관리를 철저히 할 수 있도록 하여야 할 것임.

V. 복지동향

- 경제사회가 발전할수록 복지에 대한 관심은 높아지게 됨. 그래서 우리는 선진국일수록 복지국가라고 얘기함. 우리나라는 경제사회발전과 함께 복지정책에 대한 관심의 증가와 함께 다양한 정책의 추진과 예산의 증가를 통한 국민의 복지증진을 위해 노력하여 왔음.
 - 정부에서는 생활이 어려운 일정 소득 이하의 대상자에게 최소한의 생활을 영위할 수 있도록 생활비를 지원하여 왔음. 최저생계비는 경제수준의 향상에 따라 그 수준을 높여 왔으며, 그 결과 예산은 지속적으로 증가하였으며, 의료지원 대상자인 의료보장대상자수도 증가하여 왔음.
 - 국민의 건강보호를 위해 우리나라는 전국민을 대상으로 한 건강보험제도를 도입하여 추진하고 있음. 국민건강보험부담 능력이 없는 저소득층은 의료급여로 정부에서 지원하고 있어 우리나라는 전국민이 의료혜택을 받을 수 있도록 하고 있음.
 - 우리나라는 신체적 장애나 노령으로 인해 소득이 어려울 때를 대비한 연금제도를 운영하고 있음. 연금은 적용 대상별로 국민연금, 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 등을 운영하고 있으며, 이와 같은 공적연금 수급자는 점차 증가하는 추세에 있음.
 - 산업현장에서 일하다 다치거나 병이 발생하는 경우를 대비하여 운영하는 산업재해보상보험 대상자수는 꾸준히 증가하고 있음. 또한 산업재해 건수도 꾸준히 증가하고, 보상금도 증가하는 추세에 있음.

- 직장을 실직하는 경우를 대비하기 위해 운영하는 고용보험제도
는 그 대상사업장과 대상자를 지속적으로 확대하여 왔으며, 이를
수급 받는 대상자도 증가하고 있음.
- 국가에서는 효율적인 복지서비스의 제공을 위해 대상자별로 구
분하여 사업을 수행하고 있음. 즉, 노인, 장애인, 아동·청소년, 가
족·여성 등으로 구분하여 각종 사회복지서비스를 시행하고 있음.
이들 대상으로 한 사업개발은 복지서비스 증대 차원에서 증가하
여 왔음.

VI. 보건복지 관련 동향

- 우리나라의 인구는 저출산과 고령화로 특징지을 수 있음. 어느 나라
보다 낮은 출산수준으로 급격한 고령화와 노동력인구의 부족 등 부
작용을 유발하고 있으며, 2030년을 전후하여 인구규모도 감소할 것
으로 전망되고 있음.
- 우리나라의 출산수준은 어느 나라보다 급격하게 낮아졌고, 그 수
준도 매우 낮아 인구구조 및 인구규모에 매우 부정적인 영향을
미치고 있으며, 이와 같은 현상은 인구대체수준으로 근접하지 않
는 한 그 영향은 지속될 것으로 전망됨.
- 우리나라는 저출산의 영향으로 65세 이상 인구의 비율이 급속하
게 증가하고 있음. 특히 급격한 저출산의 영향으로 다른 선진국
에 비하여 고령화비율이 급격하게 증가하는 현상을 보여 사회경
제적 부담을 가중시킬 것으로 전망됨.
- 우리나라의 1인당 GDP는 점차 증가하여 2007년에는 2만불을 넘어
섰으나 2008년에는 다시 2만불이하로 저하되었음. 그러나 2010년에
는 다시 2만불을 넘어서고 있음.

○ 보건복지부의 예산규모는 경제사회발전에 따라 삶의 질 향상을 위한 보건 복지부문의 중요성이 부각되면서 점차 증가하여 왔음. 1995년 1조 9,839억원에서 점차 증가하여 2011년에는 33조 5,694 억원으로 크게 증가하였음.

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

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

□ 2011년 UNDP에서 발표한 인간개발지수(Human Development Index; 삶의 질 지수라고도 하며, 기대수명, 평균교육년수, 기대교육년수, 1인당 GNI 등의 지표로 측정)에서 우리나라의 순위는 15위로 전년도에 비해 다소 낮아졌으나 매우 높은 국가에 속하여 있음. 가장 높은 국가는 노르웨이였으며, 그 다음 2위 국가는 호주이고, 일본은 12위로 우리 보다는 높았음.

VII. 보건복지지표의 발전방향

□ 체계적인 지표체계 구축

○ 과거와 현재의 상황을 정확히 파악하고 미래를 전망하여 국민의 삶의 질 향상을 위한 정책수립 및 추진을 위해서는 우리가 알고자

하는 분야를 가장 잘 나타낼 수 있는 지표의 선정과 이들 지표에 대한 정확한 수준을 파악할 수 있는 통계 생산이 필요함. 따라서 가장 선행되어야 할 것은 각 분야를 대표할 수 있는 관련지표의 선정임. 각 분야를 잘 나타낼 수 있는 지표는 시대나 환경의 변화와 함께 변할 수 있기 때문에 이를 반영한 체계적인 지표체계의 구축 및 지속관리가 요구됨.

□ 통계의 선진화는 정확한 통계생산에 있고, 이를 위해 통계의 품질향상을 위한 노력 필요

- 사회현상을 정확히 파악하기 위해서는 이를 판단할 수 있는 정확한 통계가 필요함. 통계의 정확성은 주어진 절차 및 기준을 얼마나 잘 준수하였느냐에 따라 결정됨. 따라서 통계생산을 위한 기획단계부터 최종 생산 및 관리, 제공에 이르기까지 정확한 통계 생산 및 관리를 위한 절차를 준수하여 생산할 수 있도록 분야별 관련 매뉴얼의 개발 등이 요구됨.
- 국제기구 및 선진국은 이전에는 부족한 통계를 생산하기 위하여 양적인 확대에 치중하였으나 이제는 생산통계의 정확성 향상을 위해 노력하고 있음. 이를 위해 통계의 질적인 개선을 위한 품질향상에 주력하고 있음. 우리나라도 품질향상을 위한 통계 항목별 정의, 생산방법, 생산기준 등에 대한 전문가의 합의를 도출 통계 생산의 표준화를 위한 노력이 요구됨.

□ 다양한 요구에 부응할 수 있는 통계생산

- 사회현상을 잘 설명하기 위해서는 이를 설명할 수 있는 다양한 통계가 뒷받침되어야 할 것임. 경제사회가 발전 할수록 필요로 하는 통계는 보다 다양하고 세분화되기 때문에 이를 만족할 수 있는 통계의 생산을 위한 노력이 요구됨.

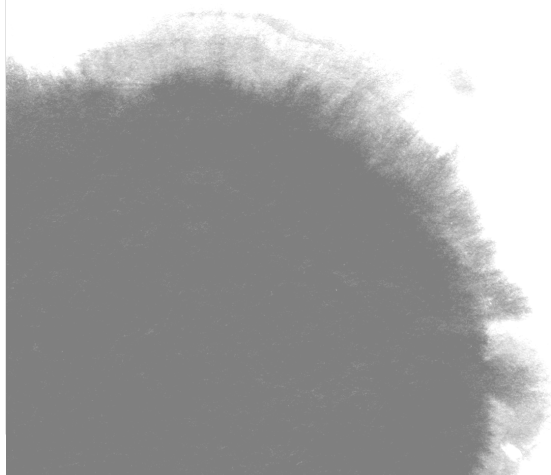
- 또한 지자체의 실시이후 지역실정에 맞는 정책의 수립 및 추진 필요성이 높아지고 있음. 이를 위해서는 해당지역의 현황을 보다 정확히 파악할 수 있는 통계가 필요함. 통계의 생산은 정확하여야 하고 생산된 통계는 다른 지역과 비교가 가능하여야 함. 이를 위해 중앙정부는 생산의 표준화를 위한 지침서를 개발하고 지자체에서는 중앙정부와 통계생산 기술과 정보를 공유하고 국제적인 규격에 맞는 통계생산이 될 수 있도록 노력하여야 함.

□ 생산통계의 효율적 관리 및 제공

- 통계의 생산 못지않게 중요한 것이 생산 통계의 효율적인 관리에 있음. 생산통계의 효율적인 관리 목적은 통계를 필요로 하는 곳에 잘 활용할 수 있도록 뒷받침 해주기 위해서임. 따라서 생산통계의 체계적이고 효율적인 관리와 각종 매체를 활용한 통계정보의 전달이 효과적으로 이루어질 수 있도록 하여야 할 것임.
- 생산통계는 관련 자료들의 연계 활용이 가능하도록 하여 통계의 활용성을 높여야 함. 개인정보보호를 지켜가며, 보다 합리적인 방법으로 자료의 연계제공 및 통계생산이 가능하도록 법 및 제도의 뒷받침이 요구됨. 또한 해당분야별 개인정보가 포함된 자료의 취합관리 책임기관을 선정 육성할 필요성이 있음.

01

서론



제1절 연구의 필요성 및 목적

사회경제가 발전할수록 우리는 다양하고 정확한 통계정보를 필요로 하며, 통계정보는 정책수립 및 추진뿐만 아니라 삶의 질 향상을 추구하는 국민의 생활에서도 매우 중요한 역할을 하기 때문에 이를 충족시켜 줄 수 있는 다양하고 질 높은 통계의 체계적인 생산 및 관리 제공이 요구된다.

통계는 현재 상황의 정확한 판단을 위한 자료로 활용되고 불확실한 미래를 예측하는 자료로 이용되기도 한다. 사회경제가 발전할수록 통계는 우리생활과 밀접한 관련을 가지고 나아가고 있다. 그래서 후진국보다 선진국에서는 통계의 중요성에 대한 인식도 클 뿐만 아니라 통계생산 및 활용을 위한 노력도 후진국보다 더욱 적극적이다. 그래서 대부분의 경제선진국이 통계에 대한 관심도 높고 생산 통계항목도 많이 보유하고 있다.

우리나라는 경제사회가 발전하면서 통계에 대한 관심도 높아지고 있다. 특히 OECD에 가입 후 우리나라의 통계생산 수준 파악과 함께 통계의 질적 향상과 양적 확대 등을 위해 꾸준히 노력하고 있다.

국제기구에서 요구하는 통계도 점차 다양하고 세분화 되어지는 경향이 있다. OECD에서는 비금전적분야인 의료자원분야의 통계를 WHO,

EU 등과 공동으로 요구하면서 요구항목을 보다 세분화하여 다양한 항목으로 확대하였다.

이와 같이 국제기구 요구 통계의 증가 등 국제적인 통계수요 충족과 과학적인 통계에 기초한 정책수립 및 추진 그리고 국민의 알권리 충족 등을 위한 보건복지통계의 DB 구축이 요구된다. 이와 같은 DB 구축을 통해 정책입안자, 관련 연구수행자, 그리고 일반 국민에게 보다 효율적으로 제공이 가능하도록 할 필요성이 있다.

최근 국제기구와 선진국에서는 수집된 통계를 보다 쉽게 보급할 수 있도록 보고서 형태이외에 인터넷, CD 등 다양한 형태의 자료를 활용하고 있다. 그러나 이 가운데 아직까지 익숙한 것은 보고서 형태의 자료이다. 보고서는 기존 보고서의 틀을 벗어나 시각적인 효과를 얻을 수 있는 형태의 보고서가 선진국 및 국제기구에서 시도되고 있다.

즉 선진국 및 국제기구에서는 각 분야의 동향보고서를 발간하여 독자로부터 좋은 반응을 얻고 있다. 우리나라도 점차 각 분야에서 동향보고서 발간을 통한 정책입안자, 연구자 그리고 국민의 이해를 높이려고 노력하고 있다.

본 보고서는 보건복지분야의 변화 양상을 쉽게 파악할 수 있도록 주요 지표를 중심으로 통계표와 도표 그리고 해설을 추가하여 보건복지분야의 궁금증을 통계를 통하여 해소할 수 있도록 하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

보건복지분야에 대한 전반적인 실태와 변화양상을 제시하기 위해서는 이를 설명할 수 있는 지표 선정이 우선 되어야 한다. 이를 위해 보건복

지분야의 지표를 체계적으로 파악 정리할 필요가 있다.

보건복지지표체계는 이를 통해 보건복지분야를 잘 파악할 수 있도록 구성되어야 한다. 어느 한 분야에 치우침이 없이 보건복지전반에 걸쳐 관련 지표가 고루 포함될 수 있도록 정리하는 것이 보건복지분야의 동향을 잘 설명할 수 있는 방법이다.

지표의 구성을 위해 기 연구된 지표와 외국의 사례, 국제기구 등에서 선정한 지표를 살펴보고 가능한 보건복지를 포괄할 수 있는 지표로 보건복지지표체계를 구축하였다.

이들 지표체계에 포함된 모든 지표를 활용한 동향설명에는 어려움이 있기 때문에 보건복지분야의 주요지표를 선정하여 우리나라의 보건복지의 변화 양상을 살펴보았다. 동향 설명은 통계의 제시뿐만 아니라 그림을 함께 제시하여 이용자의 이해를 높이도록 하였다.

또한 최근 관심의 주요 대상이 되는 지표는 다른 지표에 비해 보다 상세한 심층분석을 실시하여 이용자의 관심을 충족시킬 수 있도록 하였다. 또한 판단의 용이성을 제공하는 보건복지지수들을 정리 제시하여 보건분야와 복지분야의 변화나 수준을 보다 쉽게 파악할 수 있도록 하였다.

보건복지분야의 이해에 도움을 줄 수 있는 관련분야인 인구, 경제분야의 주요지표를 추가하여 보건복지지표와 함께 그 동향을 살펴볼 수 있도록 하였다. 우리나라의 보건복지동향을 비교 파악할 수 있도록 OECD 회원국의 통계도 함께 수록하여 그 변화를 살펴보았다.

2. 연구방법

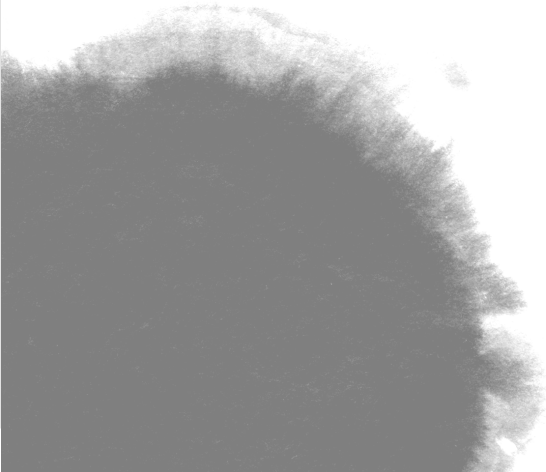
□ 문헌연구

- 선진국 및 국제기구에서 발간한 각종 통계연보 및 사회지표, 동향보고서의 분류체계 검토

- 우리나라의 관련통계 연보 및 사회지표, 동향보고서 등 분석
- 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 보건복지동향 선행 연구 및 지표선정

제1 절 보건복지동향 선행연구 및 외국의 지표체계

1. 보건복지동향 선행연구

보건복지동향은 각종 지표만으로 설명되는 경우와 통계표, 그림 그리고 해설을 함께 제공하여 동향을 설명하는 경우가 있다. 과거에는 지표만을 정리하여 제시하는 형태가 주를 이루었으나 최근에 이룰수록 통계수치와 그림 그리고 해설을 함께하여 시계열적인 변화를 좀더 쉽게 파악할 수 있도록 하고 있다.

한국인구보건연구원에서 2001년 발간한 한국의 보건복지지표(장영식 외)에서는 보건복지분야의 통계지표 개발, 분야별 체계적인 보건복지통계의 분류, 분야별 중요한 보건복지지표에 대한 통계를 제시하여 시계열적인 변화의 파악이 용이하도록 하였다. 또한 한국보건사회연구원에서 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 등 각 분야의 보건복지통계를 체계적으로 분류 제시하였다.

보건복지부에서 2011년 발간한 보건복지통계연보에서는 인구, 국민건강, 보건의료인력 및 시설, 보건산업, 사회복지서비스, 공공부조, 사회보험, 생활환경, 재정·경제, 국제통계 분야로 구분하고 체계적으로 통계를

분류 시계열적으로 제시하고 있다.

통계청에서 2011년 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, 국제비교 등으로 구분하고 분야별로 주요지표를 선정 통계를 제시하고 있다.

통계개발원에서는 2008년부터 한국의 사회동향을 발간해 오고 있다. 2010년 발간한 “한국의 사회동향”에서는 인구, 가족과 가구, 교육, 노동, 소득과 소비, 문화와 여가, 주거와 교통, 보건, 사회안전, 사회통합 등에 대해 각 분야의 주요변화와 함께 주요 지표에 대해 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 of Health and Welfare)에서 2010년에 발간한 Australia's Health 에서는 호주의 보건, 결정요소 예방을 위한 중요 요소, 질병과 부상, 건강한 사람, 어떻게 인구집단이 변하는가?, 연령과 성별에 따른 건강상태, 보건서비스, 지출 및 인력, 호주의 보건성과 등으로 호주의 보건실태 전반을 설명하고 있다. 또한 2009년 발간한 Australia's Welfare에서는 유아, 아동 및 가족, 노령 및 노인보호, 장애인 및 장애인서비스, 보호제공자 및 비공식적 보호, 주택과 주택지원, 무주거 등으로 복지실태를 설명하고 있다. 호주의 보

건복지연구소에서는 격년으로 보건과 복지 동향보고서를 발간하고 있다.

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 재원조달 등 관련 내용을 시계열적으로 분석하여 제시하였다.

2. 국제기구 및 외국의 보건복지지표 체계

가. 보건지표체계

1) 경제협력개발기구(OECD)

우리나라는 1996년 국제적인 경제협력을 위하여 1961년에 설립된 경제협력개발기구인 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)에 가입하였고, 2010년에 칠레, 슬로베니아, 이스라엘, 에스토니아가 추가로 회원으로 가입되어 현재 34개국을 회원국으로 하고 있다.

OECD는 매년 회원국으로부터 각종 통계를 수집해오고 있다. 보건복지분야의 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, 만성질환, 영아건강, 치아건강, 전염병, 상해, 결근
보건의료자원 (Health Care Resources)	보건전문인 소득
보건의료이용 (Health Care Utilization)	예방접종, 검진, 진단상의 검진, 왜래진료활동, 입원시설, 입원 및 급성질환 평균재원기간, 진단범주별 평균재원기간, 진단범주별 퇴원율, 외과수술, ICD-CM별 외과수술, 이식
장기요양 (Long-term Care)	요양보호사(장규분야, 비정규분야), 장기요양급여자
보건비용 (Expenditure on Health)	보건부문 총지출, 개인보건진료비, 의료서비스 총지출, 입원치료비용, 주간치료비용, 외래치료비용, 재가진료비, 보조 의료서비스, 총의료용품비, 의약품, 치료기기 및 의료장비, 집단적 보건진료비, 예방 및 공중보건, 사업 운영 및 의료보험, 보건관련 기능비용, 참고자료, 공급자별 보건비용, 재원별 보건비용, 연령층별 비용, 물가지수
사회보장 (Social Protection)	적용범위, 민간건강보험
의약품시장 (Pharmaceutical market)	의약품소비, 의약품판매
비의료 건강결정요인 (Non-medical Determinants of Health)	식품소비, 알코올소비, 담배소비, 체중 및 체형
의료인력 (Health employment)	의사, 성연령별의사, 분야별의사, 조산사, 개인보조원, 약사, 물리요법사, 병원근무자, 졸업생
의료시설 및 장비 (Physical resources)	병원, 병원병상, 요양 및 주민의료시설병상, 의료기술

자료: OECD, OECD Health Data 2011 Electronic Questionnaire, 2011.

보건통계는 분야를 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 장기요양, 보건비용, 사회보장, 의약품시장, 비의료 건강결정요인 등 8개 분야와 WHO, EU 등과 공동으로 의료인력, 의료시설 및 장비 2개 분야 등 총 10개 분야에 대한 통계를 요구하고 있다. 각 분야에 포함된 지표는 중요성과 활용성을 감안하여 선정 요구하고 있다. OECD에서는 수집된

이들 통계와 보건과 관련된 인구와 경제분야의 통계를 함께 제공해 주고 있다.

2) 국제표준화기구(ISO)

국제표준을 관장하는 국제표준화기구(ISO: International Organization for Standardization)에서는 각종 분야의 표준화를 시도하면서 보건분야에 대해서도 지표체계를 구축하였다. 보건분야를 건강상태, 비의료 건강 결정요인, 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 처치가 가능한 질병으로 인한 사망 등
	효율성(Efficiency)	주간수술률, 병원입원을 필요로 하지 않는 율, 입원일의 수준, 필요 입원일에 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 제출

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

WHO에서 2011년에 수집하고 있는 지표를 살펴보면 국토면적, 추정 인구, 인구증가율, 인구구성, 도시인구, 조출생률, 조사망률, 자연증가율, 기대여명, 건강여명, 합계출산율, 성인문자해독률, 1인당 GDP, 1인당 GDP 성장률, HDI(인간개발지수), 보건의료폐기물발생, 감염병, 급성호흡기전염병, 설사병, 결핵, 암, 순환계질환, 당뇨, 정신이상, 상해, 주요질병, 사망원인, 피임실천율, 임신부의 과산포 면역비용, 빈혈이 있는 임산부 비율, 신생아사망률, 저체중출생아, 영아예방접종률, 모성사망원인, 주요 질병, HIV 검사시설 및 상담서비스, 의료시설, 국민의료비, 총인구중 의료보험수혜율, 보건인력, 보건분야 졸업생수, 5세 이하 저체중아비율, 영아사망률, 5세이하 사망률, 1세 아동의 홍역예방접종률, 모성사망비, 전문가에 의한 가정출산율, 보건전문인에 의한 출산율, 청소년출산율, 출산전 진료비용, 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 인

구와 보건위생으로 대분되고 인구에는 인구동태통계를 그리고 보건위생 분야는 보건, 의료, 생활환경, 약사로 구분하여 관련지표를 선정하여 통계를 수록발간하고 있다(장영식, 2009).

〈표 2-1-3〉 일본의 보건지표체계(일본 후생통계요람)

관심영역	세부관심영역	개별지표
인구	인구동태	출생률, 합계출산율, 주산기사망률, 사망률, 사인순위, 악성 신생물의 사망률, 유아사망률, 평균초혼연령, 기대여명, 기대수명
보건위생	보건	영양소 등의 섭취량, 식품군별섭취량, 음주·흡연·운동습관, 혈압, 비만, 신장·체중, 아동신체발육, 감염병의 발생, 인공임신중절건수
	의료	의료시설수, 병상수, 입퇴원환자, 외래환자, 재원환자, 병상이용률, 평균재원일수, 병원 종사자수, 의사·치과의사·약사수, 취업의료기관관계자수, 추계환자수, 퇴원환자평균재원일수
	생활환경	식중독발생수·환자수·사망자수, 수도보급률, 묘지·화장장·납골당수(도도부현별), 식품관계영업시설수, 식품위생관리지수, 생활위생관계영업시설수
	약사(藥事)	약국수·무약국 정촌수, 헌혈지수, 의약품제조소수·생산금액, 종사자규모별, 의약품 수출입, 의약품외품생산금액, 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 건강결정요인과 건강 시스템의 성과로 구분하고, 건강결정요인은 요인들이 긍정적으로 변화하고 있는가?, 어느 곳에서 또는 누구에게서 이러한 결정요인의 변화가 나타나는가?, 이러한 변화들이 모든 사람에게 동일하게 일어나는가?에 관심을 가지고 환경적요소, 지역사회 사회경제적요소, 건강관련 행동 요소, 생체 의학적 요소로 구분하여 지표를 살펴보고 있다.

건강 결정요인

건강상태를 결정하는 요인들이 긍정적으로 변화하고 있는가?
어느 곳에서 또는 누구에게서 이러한 결정요인의 변화가 나타나는가?
이러한 변화들이 모든 사람에게 동일하게 일어나는가?

환경적 요소	지역사회와 사회경제적 요소	건강관련 행동	생체 의학적 요소
공기, 물, 그리고 토양의 질과 같은 신체적, 화학적 그리고 생물학적 요소.	사회적 자본이나 보조서비스와 같은 커뮤니티 요소들이나 주택, 교육, 고용과 소득과 같은 사회경제적 요소	식습관, 신체 활동, 흡연과 음주와 같은 태도, 신념, 지식과 행동	유전적 요인으로 인한 질병 및 혈압, 콜레스테롤 레벨, 그리고 체중과 같은 기타 요소.

건강시스템의 성과분야에서는 건강 시스템이 어떻게 수행되었습니까?, 환자들의 다양한 서비스 필요 범위 전반에 걸쳐 서비스의 품질의 정도는 어떠합니까?, 이러한 변화들이 모든 사람에게 동일하게 적용됩니까?, 이 시스템이 경제적인 가치를 제공하는가? 지속가능한가? 등으로 구분하여 효과성, 안전, 민감성, 지속성, 접근성, 효율성과 지속가능성 등으로 구분하여 지표를 살펴보고 있다.

호주의 보건복지연구소에서 발간하는 호주의 보건에서 제시하고 있는 보건지표 체계는 관심영역으로 건강상태, 건강결정요인, 건강시스템 성과로 구분하고, 세부관심영역으로 건강상태, 인간기능, 건강평가, 사망, 환경요인, 지역 및 사회경제적 요인, 건강관련 행위, 효과성, 안전성, 지속성, 접근성, 효율성 및 지속가능성으로 구분하여 개별지표를 다루고 있다.

건강 시스템의 성과

건강 시스템이 어떻게 수행되었습니까?
 환자들의 다양한 서비스 필요 범위 전반에 걸쳐 서비스의 품질의 정도는 어떠합니까?
 이러한 변화들이 모든 사람에게 동일하게 적용됩니까?
 이 시스템이 경제적인 가치를 제공하는가? 지속가능한가?

효과성	안전	민감성
보호, 개입, 혹은 조치의 제공이 환자의 필요 및 확립된 기준과의 관계 있음. 보호, 개입, 혹은 조치들은 원하는 결과를 성취함.	병원조직 혹은 기타 의료서비스를 제공하는 환경을 운영함에 있어서 실질적인 또는 잠재된 문제들을 용인될 수 있는 수준으로 감소 혹은 방지	환자 중심 서비스. 존엄성과 비밀보장을 기본으로 환자들을 대함. 또한 환자들 자신의 보건의료 서비스 선택 과정에의 참여 권장.
지속성	접근성	효율성과 지속가능성
프로그램, 제공자, 기관에 상관없이 장기적으로 지속적 체계적으로 서비스를 제공할 수 있는 능력	소득, 물리적 위치, 그리고 문화적 배경에 관계없이, 의료서비스를 적절한 장소와 때에 제공받을 수 있음	원하는 결과를 가장 비용효과적인 자원 활용을 통해 성취함. 혁신과 새로운 필요에 부응하기 위해 필요한 시스템의 인력 및 기반 시설 지속 능력

건강상태에서는 심근경색발생률, 암발생률(결장암, 흑색종, 폐암, 여성유방암, 자궁암), 성감염병 및 혈액 바이러스 감염률(매독, HIV, B형 간염, C형 간염, 클라미디아, 임균성 감염), 말기신부전 발병률, 부상 및 중독에 의한 입원 등을 인간기능에서는 중증 주요 활동 제한을 건강평가에서는 자신이 생각하는 건강상태, 심리적 스트레스 등을 사망에서는 신생아/아동 사망, 기대여명 등을 환경요인에서는 가정에서 흡연에

노출된 어린이, 음용수의 질 등을 지역 및 사회경제적 요인에서는 저소득 층, 저체중출생아 비율, 교육정도, 건강정보 활용 능력 등을 건강관련 행위에서는 매일 흡연율, 음주로 인해 장기간 손상의 위험에 있는 비율, 과일 및 야채섭취율, 소극적 신체활동, 과체중 및 비만 성인 인구비율 등을 효과성에서는

불안정한 주사바늘 공유, 국가 일정에 따른 예방접종률, 선별된 예방 가능한 입원, 심장마비 후 생존율, 미연에 방지 가능한 사망 등을 안전성에서는 부작용치료율, 의료과실 발생률 등을 지속성에서는 당뇨환자비율(연간 지역보건의 치료계획을 가진 환자), 천식환자 비율(서면 치료계획서를 가진 환자), 정신질환자 비율(의료보험 치료계획을 가진 환자) 등을 접근성에서는 지역보건소의 소개 받지 않은 환자비율, 지역보건의 서비스로 방지 가능한 응급치료, 선정된 수술 대기시간, 응급치료 대기시간, 암검진율, 임신 3개월 이내에 병원 진료율, 병원 수술에 대한 차별적 접근 등을 효율성 및 지속가능성에서는 의료인력 순증가율, 급성의료에 대한 조정 및 분리 비용 등을 개별지표로 하고 있다.

〈표 2-1-4〉 호주의 주요 보건지표 체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
건강상태	건강상태	심근경색발생률, 암발생률(결장암, 흑색종, 폐암, 여성 유방암, 자궁암), 성전염병 및 혈액 바이러스 감염률(매독, HIV, B형 간염, C형 간염, 클라미디아, 임균성 감염), 말기신부전 발병률, 부상 및 중독에 의한 입원
	인간기능	중증 주요 활동 제한
	건강평가	자신이 생각하는 건강상태, 심리적 스트레스
	사망	신생아/아동 사망, 기대여명
건강결정 요인	환경요인	가정에서 흡연에 노출된 어린이, 음주수의 질
	지역 및 사회경제적 요인	저소득층, 저체중출생아 비율, 교육정도, 건강정보 활용 능력
	건강관련 행위	매일 흡연을, 음주로 인해 장기간 손상의 위험에 있는 비율, 과일 및 야채섭취율, 소극적 신체활동, 과체중 및 비만 성인 인구비율
건강시스 템 성과	효과성	불안전한 주사바늘 공유, 국가 일정에 따른 예방접종률, 선별된 예방 가능한 입원, 심장마비 후 생존율, 미연에 방지 가능한 사망
	안전성	부작용치료율, 의료과실 발생률
	지속성	당뇨환자비율(연간 지역보건의 치료계획을 가진 환자), 천식환자 비율(서면 치료계획서를 가진 환자), 정신질환자 비율(의료보험 치료계획을 가진 환자)
	접근성	지역보건소의 소개 받지 않은 환자비율, 지역보건의 서비스로 방지 가능한 응급치료, 선정된 수술 대기시간, 응급치료 대기시간, 암검진율, 임신 3개월 이내에 병원 진료율, 병원 수술에 대한 차별적 접근
	효율성 및 지속가능성	의료인력 순증가율, 급성의료에 대한 조정 및 분리 비용

자료: Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Health 2010

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 2-1-5〉 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·입원치료건수, 증상별 정신병원 신규입원환자, 증상별 정신병원 외래환자수, 의료비 지불방법
사망 (생명의 지속기간)	20·65세시 기대여명, 50세 이상에서의 심장질환과 암으로 인한 사망률, 아동과 청소년의 사인별 사망률, 영아사망률, 성·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 2-1-6〉 캐나다의 지역별 보건지표

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

자료: 캐나다 보건정보원

나. 복지 지표 체계

1) 경제협력개발기구(OECD)

OECD에서 제시하는 복지 지표는 사회 지표의 틀 속에서 찾아볼 수 있으며, 사회 지표는 일반상황 지표, 자활 지표, 형평성 지표, 건강 지표, 사회통합 지표 등으로 구분하여 관련 지표를 제시하고 있다. 일반상황 지표로 1인당 국민소득, 부양비, 출산율, 이민, 결혼과 이혼, 자활 지표로 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, 건강 지표로 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 2-1-7〉 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 2-1-8〉 독일의 복지통계 현황

관심영역	세부관심영역	개별지표
아동과 청소년 복지	어린이집/유치원 현황	지방자치단체별 법인유형, 지방자치단체(지방, 특별시, 군)
	교육지도	상담자를 통한 도움, 사회집단 상담을 통한 도움
	가족을 위한 사회교육지도	서비스기관
	부모의 집 밖에서 실시되는 교육 프로그램	지역별
	입양	입양아동과 입양청소년
	위탁 후견 양육권 등	아동의 개인특성
	일시적보호	아동의 개인특성
	청소년보호를 위한 수입/지출	수입/지출 내역
장애인 및 노인복지	중증장애인	연령·성·장애정도·국적, 가장 심한 장애유형, 국적·연령·성, 가장심한 장애유형과 합병 장애유형, 연령·장애수·장애정도·성별, 장애 이유, 지방자치단체별
	성인장애인을 위한	시설별, 법인별, 행정구역별, 설립연도별, 장애인 특성, 장

관심영역	세부관심영역	개별지표
	복지시설	애인들을 위한 서비스 종류, 장애인들의 전 주거지, 장애인들의 근로상태
	요양시설과 수발수당수급자	시설 근로자, 평균 시설 사용료(하루당), 수발등급에 따른 수발현금급여수급자, 수발현금급여 수급자, 재가수발서비스: 서비스법인유형- 근로자, 재가수발서비스, 서비스수급자, 요양원, 요양원 이용료(유료)
	노인보호시설	법인유형별, 행정구역별, 시설유형별, 서비스유형별, 설립연도별, 근로자, 시설이용자
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	자기거주자, 시설거주자, 지방자치단체별

4) 일본

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

〈표 2-1-9〉 일본의 복지지표체계

관심영역	세부관심영역	개별지표
사회복지	생활보호	피보호인원, 피보호실세대, 의료부조인원, 생활부조기준의 변천
	이동복지· 모자복지	세대구성별 평균이동수, 이동상당소 응답건수, 위탁이동수, 보육소수, 보육이동수, 이동수당지급상황
	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), 노동자상해 보상보험(적용사업장수, 신규수급자수)
사회보장 등		국민소득대비 사회보장지급액, 고령자 관계 지급액, 아동·가족관계 지급액, 사회보장재원, 사회보장관계 예산

자료: 후생노동성, 후생통계요람, 2008

제2절 보건복지 지표선정

보건복지지표를 선정하기 위하여 우선 국제기구 및 선진국에서 선정한 지표를 살펴보았다. 국제기구 및 선진국에서 선정한 지표는 지표의

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

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	개별지표
건강상태	기대여명	기대수명
		65세의 기대여명
		건강수명
	영아소아건강	영아사망률
		5세미만사망률
		자연사산율
		신생아사망률
		저체중출생아비율
		어린이 치아건강(12세 아동 영구치 우식경험률)
		모유수유
		산전진찰률

대분류	중분류	개별지표
	모성건강	주산기사망률
		모성사망비
		유배우부인인공임신중절률
		제왕절개비율
	건강평가	인지하고 있는 건강상태
	영양	1인당 열량 섭취량
		1인당 단백질 섭취량
		1인당 지방 섭취량
		1인당 탄수화물 섭취량
		1인당 쌀소비량
		1인당 육류 소비량
보건의료자원	의료인력	활동의사
		활동간호사
		보건의료인력 1인당 인구수(의사, 간호사, 치과의사, 의료기사 등)
		의료인력배출 (의대졸업자, 간호대졸업자)
		보건부문 전문인 소득
	의료시설 및 장비	병상수
		의료기관수
		의료기술(CT, MRI, 쇄석기)
진료	국민1인당외과의래진료회수	
	국민1인당치과의사의래진료회수	
	건강검진율	
	암검진율	
보건의료이용	의료이용 및 수술	병상이용률
		병상회전율
		환자 1인당 평균재원일수
		국민 1인당 평균재원일수
		1인당 연평균 내원일수
		1인당 연간 외래 진료횟수
		1인당 연간 치과 진료횟수
		입원율
		진단범주별 평균재원기간
		총수술건수
		입원수술건수
		당일 수술후 퇴원건수
ICD-CM별 수술건수		

대분류	중분류	개별지표
출생, 사망 및 질병, 상해		의약품 소비량(ATC 분류)
		의약품 판매액(ATC 분류)
		의료서비스에 대한 만족도
		의료서비스 충족률
	이식	골수이식
		심장이식
		간이식
		폐이식
		신장이식
	출생	합계출산율
		피임실천율
		불임률
		조출생률
		제왕절개률
	사망	조사망률
		주요 사망원인
		암사망률
		암 생존율
		뇌혈관질환사망률
		허혈성심장질환사망률
		당뇨로 인한 사망
교통사고에 의한 사망률		
자살률		
사망의 외인		
산업재해사망률		
유병률 및 감염병발생, 상해	2주간 유병률(성별)	
	HIV/AIDS 감염자 및 환자수	
	백일해 발생건수	
	홍역 발생건수	
	만성질환유병률	
	고혈압 유병률	
	당뇨병 유병률	
	암발생률	
	암유병률	
	도로교통사고 상해	
	말기신부전환자	
	정신질환 유병률	
치매유병률		

대분류	중분류	개별지표	
		우울증	
		정신질환 치료 경험률	
		산업재해 발생률	
		장애자 비율	
		활동제한일수	
		와병일수	
		질병으로 인한 결근일수	
		심부전환자수	
보건의식행태	예방	디프테리아	
		파상풍	
		백일해	
		홍역	
		노령인구 인플루엔자 예방접종	
		건강검진율	
	건강관리	운동실천율	
		식습관(식사의 규칙성)	
보건비용	보건비용	1인당 국민의료비	
		총국민의료비	
		1인당 의료비 증가추이	
		GDP대비 의료비	
		진료비 중 약제비 비율	
		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 비의료 결정요인	비만	비만율(과체중과 비만)
			아동비만율
흡연		흡연인구비율	
		1일 평균 흡연량	
		1인당 담배소비량	
		간접흡연에의 노출	
음주		주류소비량	
		음주인구비율	
	음주운전으로 인한 사망자수		

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	개별지표
공공부조	대상	수급지수 수급률 생애주기별 수급지수 장애인 수급지수 장애인수급률 청소년 수급률 노인 수급률 시설 수급지수 시설 수급자비율 수급자기구수 일반수급지수 일반 수급자 비율 생계급여수급 가구수 생계급여수급지수 주거급여수급 가구수 주거급여수급지수 교육급여수급지수 자활사업 참여율 전국민대비 기초생활보장 수급자비율
	급여	교육급여총액 해산급여수급지수 장제급여수급지수 의료급여수급지수 자활급여수급지수 최저생계비 기초생활보장수급자 평균급여액

관심영역	세부관심영역	개별지표
		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 국가보험(사회보험) 국민연금 수급자수
	급여	국민연금급여실적 건강보험급여율
	재정	건강보험재정현황 국민연금 기금운영현황
	전달체계	국민연금적용사업장 수
노인	대상	노인인구비 노인인구(초기, 중기, 고령) 경제활동참가율 정부지원 노인 일자리수 ADL 제한비율 IADL 제한비율 노인만성질환율 노인치매유병률 기초노령연금 수급자수와 수급률 노인인구 1,000명당 노인학대 발생률 독거노인수와 그 비율 치매노인수 및 치매유병률 추이 황혼이혼비율 노인장기요양보험 인정자 노인(65세 이상)의 취업현황과 추이
	급여	경로연금수급자 비율 공적노후소득보장 수혜율 요양서비스 수혜자 비율

관심영역	세부관심영역	개별지표
	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 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 여가활동방법 노인학대 유형 및 주된 행위자 노인의 노후생활비 마련책임자
아동	대상	아동 및 청소년인구 아동인구 비율 장애아동수 장애아동출현율

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

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

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

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

보건의료이용은 진료를 어느 정도 받았는지를 파악해 볼 수 있는 지

표로 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 감염병발생, 상해 등과 관련된 지표를 선정하였다.

보건 의식행태에서는 보건에 대한 의식을 알아볼 수 있는 예방접종, 건강관리 등과 관련된 지표를 선정하였다. 보건 의식행태는 건강유지와 밀접한 관련이 있어 보건 의식행태에 따라 질병이나 사망수준이 달라질 수 있다.

보건비용은 질병의 치료에 들어가는 비용으로 경제사회수준이 발전할수록 GDP 대비 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, 건강수명, 인지하고 있는 건강상태
보건의료자원	활동의사, 활동간호사, 병상수
보건의료이용	국민1인당외래진료회수, 국민1인당치과의사외래진료회수
출생, 사망 및 질병, 상해	암사망률, 자살률
보건 의식행태	예방접종
보건비용	GDP 대비 국민의료비
보건의 비의료결정요인	흡연, 음주, 비만

〈표 2-2-4〉 보건지표

대분류	중분류	개별지표
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		
보건의료자원	의료인력	활동의사
		활동간호사
		의료인력배출(의대졸업자, 간호대졸업자)
	의료시설 및 장비	병상수
		병의원수
		의료기술(CT, MRI, 쇄석기)
보건의료이용	진료	국민1인당의사외래진료회수
		국민1인당치과외래진료회수
		외래이용률
		암검진율
	의료이용 및 수술	제왕절개
		골수이식
	이식	심장이식
		간이식
		폐이식
		신장이식
출생, 사망 및 질병, 상해	출생	합계출산율
		출생률
		제왕절개율
	사망	주요 사망원인
		암사망률
		뇌혈관질환사망률
		허혈성심장질환사망률
		당뇨로 인한 사망

대분류	중분류	개별지표	
		교통사고에 의한 사망률	
		자살률	
		사망의 외인	
	유병률 및 감염병발생, 상해		2주간 유병률(성별)
			미치료율
			후천성면역결핍증
			백일해 발생건수
			홍역 발생건수
			결핵신환자 발생건수
			암발생률
			고혈압 유병률
			당뇨병 유병률
			치매유병률
			도로교통사고 상해
보건의식행태	어린이 예방접종	디프테리아	
		파상풍	
		백일해	
		홍역	
	건강관리	노령인구 인플루엔자 예방접종 운동실천율	
보건비용	보건비용	1인당 의료비 증가추이	
		GDP대비 의료비	
	기능 및 재원별	약품비	
		국민의료비 중 가계지출 비율	
		공공지출 비중	
	대상별	연령층별 비용	
보건의 비의료 결정요인	비만	비만율(과체중과 비만)	
	흡연	흡연인구비율	
		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 분류하였다.

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, 공적연금제도별 연금부양률
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).

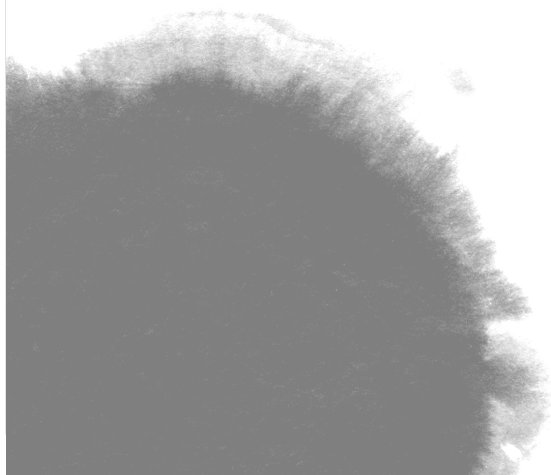
〈표 2-2-6〉 복지지표

대분류	중분류	개별지표
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
		건강보험 가입외국인
		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

대분류	중분류	개별지표
		노인학대 유형 및 주된 행위자
		노인의 취업현황과 추이
		노인(65세 이상)의 노후생활비 마련 책임자
		노인가구소득원
		주된일자리에서의 퇴직연령
		치매노인수 및 치매유병률 추이
		정부지원노인 일자리 수
		노인자살률
		노인복지시설수
	장애인 복지	등록장애인 수
		장애수당 수급자수
		장애아동수당 수급자수
		장애인 의무고용 준수율
		장애인의 고용률
		장애인의 실업률
	아동·청소년복지	아동청소년인구
		요보호아동 발생현황
		아동발달지원계좌 지원수
		학대피해아동 보호 추이
		입양아동수 추이
		아동·청소년 10만명당 위험환경 경험 수
		가출청소년 발생현황
		청소년 자살률
	가족·여성복지	한부모가족 수와 추이
		조손가구 수와 형성요인
		한부모가족 지원
		일가족양립 휴가 현황
		보육료 지원
		건강가정지원센터 이용현황
		다문화가족지원센터 현황
여성가구주 가구의 빈곤율		
사회복지생활시설 수와 여성비율		
가정폭력·성폭력 피해자 보호시설		

03

노인의 동향



제3장 노인의 동향

제1절 노인인구 및 가구

1. 노령인구의 규모 및 비율

오늘날 인구의 고령화 문제는 세계의 대다수 국가들에 있어서 중대한 사회문제로 대두되고 있다. 특히 우리나라는 세계에서 유래를 찾아볼 수 없는 낮은 출산율 그리고 평균수명의 꾸준한 연장 등으로 인하여 빠른 속도로 고령화 사회로 진행을 하고 있다.

우리나라 전체 인구 가운데 노령인구가 차지하는 비중은 매년 빠르게 증가해 오고 있으며, 이러한 추세는 앞으로도 상당기간 동안 지속될 것으로 전망되고 있다. 일례로 2010년 현재 60세 이상 인구의 규모는 약 765만명으로 전체인구의 15.5%를 차지하고 있으며, 향후 2050년에는 2,120만명에 달하여 당시 전체인구의 44.1%에 이르게 될 것으로 예상되고 있다. 뿐만 아니라 80세 이상 초고령인구의 규모 또한 급속하게 증가하여 2010년 전체인구의 1.9%에서 2050년에는 무려 14.3% 가량을 접하게 될 것으로 예상되고 있다.

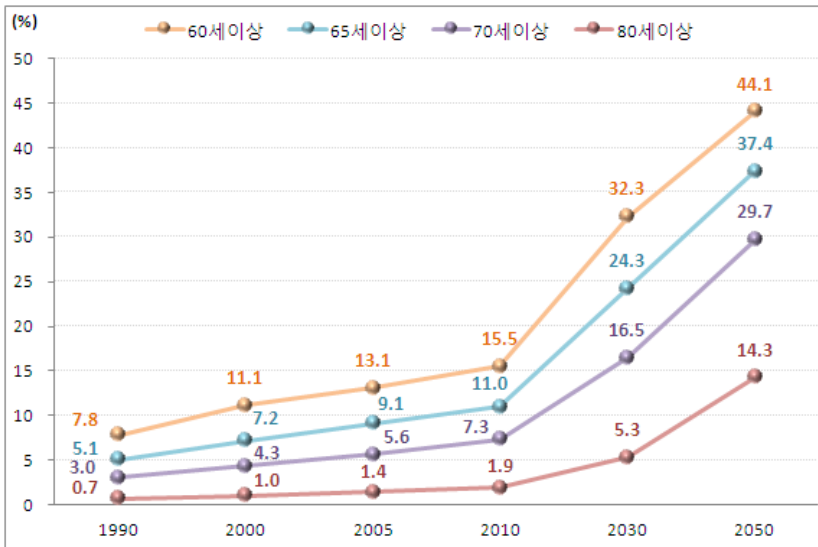
〈표 3-1-1〉 노인인구의 연도별 추이: 1990~2050

(단위 : 천명, %, 여성 100명 당)

		1990	2000	2005	2010	2030	2050
총인구		42,869	47,008	48,138	49,410	52,160	48,121
60세 이상	인구	3,352	5,212	6,293	7,654	16,846	21,201
	구성비	7.8	11.1	13.1	15.5	32.3	44.1
	성비	64.6	70.3	72.6	75.6	84.6	86.0
65세 이상	인구	2,195	3,395	4,367	5,452	12,691	17,991
	구성비	5.1	7.2	9.1	11.0	24.3	37.4
	성비	59.8	62.0	65.8	69.1	81.1	82.8
70세 이상	인구	1,294	2,014	2,684	3,606	8,606	14,297
	구성비	3.0	4.3	5.6	7.3	16.5	29.7
	성비	52.6	53.8	57.1	61.8	75.0	78.9
80세 이상	인구	302	483	676	961	2,786	6,894
	구성비	0.7	1.0	1.4	1.9	5.3	14.3
	성비	35.8	39.1	41.4	42.3	55.7	67.9

주 1) 2010년까지는 확정인구이며, 2011년 이후는 다음 인구 추계시 변경될 수 있음.
 자료 : 통계청 「장래인구추계」, 2011.

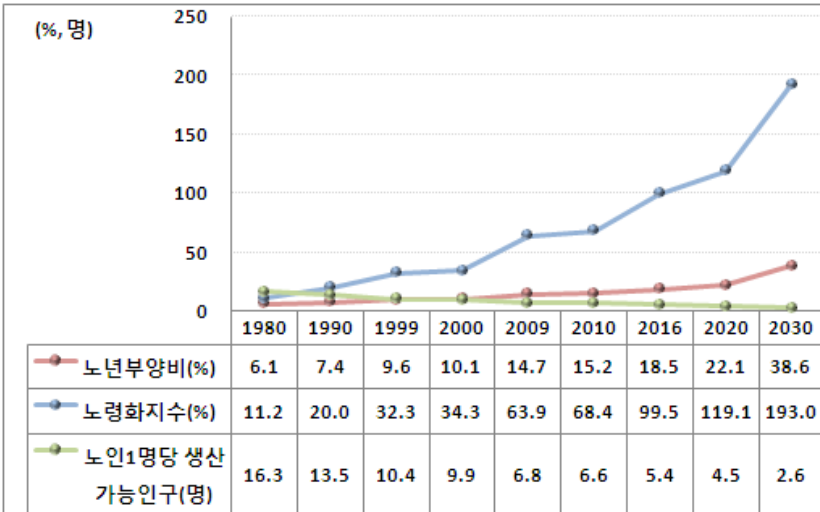
[그림 3-1-1] 노인인구의 연령별 구성비: 1990~2050



2. 노년부양비 및 노령화지수

노인인구의 급속한 증가로 인하여 인구구조 또한 빠르게 고령화 사회로 진행하고 있다. 이와 같은 인구구조의 특징적 변화를 주요 지표를 통하여 살펴보면 다음과 같다. 먼저 생산가능연령의 인구 대비 65세 이상 노령인구의 비율을 의미하는 노년부양비는 1990년 7.4%에서 2010년 15.2%로 2배 가량 상승하였으며, 장차 2030년에 가서는 38.6%에 도달하게 될 것으로 전망되고 있다. 다음으로 14세 미만의 유년인구 대비 65세 이상 노령인구의 비중을 나타내는 노령화지수 또한 1990년 20.0%에서 2010년 68.4%로 3배 이상 상승하였으며, 향후 2030년에는 무려 193.0%를 기록하게 될 것으로 예상하고 있다. 마지막으로 노인 1명당 생산가능인구는 1990년 13.5명에서 매년 빠른 속도로 감소하여 2010년 6.6명 그리고 2030년에는 2.6명에 불과하게 될 것으로 예상되고 있다.

[그림 3-1-2] 노년부양비 및 노령화지수의 연도별 추이: 1990~2030



주 1) 노년부양비 = (65세이상 인구 / 15~64세 인구) X 100

노령화지수 = (65세이상 인구 / 0~14세 인구) X 100

노인 1명당 생산가능인구 = 15~64세 인구 / 65세이상 인구

2) 2010년까지는 확정인구이며, 2011년 이후는 다음 인구 추계시 변경될 수 있음.

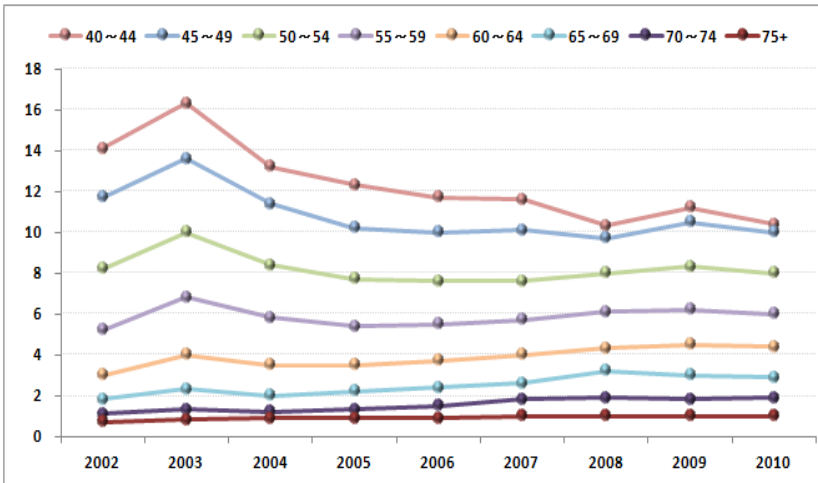
자료 : 통계청 「장래인구추계」, 2011.

3. 노인 이혼

결혼 이후 부부는 여러 가지 이유로 이혼을 택하게 된다. 이혼은 원만한 결혼을 유지하지 못할 때 발생하므로 바람직하지 못하다. 이혼의 사유는 경제적이유, 성격차이 등 여러 가지 이유로 일어나며, 사회경제적 및 주변 환경의 영향을 받기도 한다.

우리나라의 이혼실태를 남편의 연령별 연도별로 살펴보면 40~44세의 경우 2002년 14.1건(해당연령인구 1,000명당)에서 2003년에는 16.3건까지 증가하기도 하였지만 2010년에는 10.4건으로 낮아져 점차 낮아지는 경향을 보이고 있다. 50~54세의 경우는 2002년 8.2건에서 2003년에는 10.0건으로 높아졌으나 이후 7~8건 수준을 유지하고 있다. 60~64세의 경우는 2002년 3.0건에서 약간씩 높아져 2010년에는 4.4건으로 높아졌다. 70~74세 연령층도 2002년 1.1건에서 2010년에는 1.9건으로 높아졌다. 이와 같이 49세 이하에서는 낮아지는 경향을 60세 이상에서는 높아지는 경향을 보이고 있다.

[그림 3-1-3] 남편의 연령별 이혼율: 2002~2010



〈표 3-1-2〉 남편연령별 이혼율: 2002~2010

(단위 : 해당연령 인구천명당)

	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75+
2002	14.1	11.7	8.2	5.2	3.0	1.8	1.1	0.7
2003	16.3	13.6	10.0	6.8	4.0	2.3	1.3	0.8
2004	13.2	11.4	8.4	5.8	3.5	2.0	1.2	0.9
2005	12.3	10.2	7.7	5.4	3.5	2.2	1.3	0.9
2006	11.7	10.0	7.6	5.5	3.7	2.4	1.5	0.9
2007	11.6	10.1	7.6	5.7	4.0	2.6	1.8	1.0
2008	10.3	9.7	8.0	6.1	4.3	3.2	1.9	1.0
2009	11.2	10.5	8.3	6.2	4.5	3.0	1.8	1.0
2010	10.4	10.0	8.0	6.0	4.4	2.9	1.9	1.0

자료 : 통계청 「인구동태통계연보(혼인·이혼편)」, 각년도

4. 노인가구의 규모와 가구 형태

노인인구의 증가에 따라 노인가구의 비중과 형태 또한 빠르게 변화해 오고 있다. 우리나라 65세 노인가구의 비율은 2010년 현재 전체 가구의 17.4%에 이르고 있으며, 2030년에는 대략 2배인 32.3%를 기록하게 될 것으로 전망되고 있다. 다음으로 독거노인 가구의 비중 또한 점차 증가하여 2010년 6.0%에서 2030년 11.8%로 역시 2배 가량 증가하게 될 것으로 예상된다. 이와 같은 현상과 향후 전망은 노인의 간병 및 수발문제, 정서적 소외와 자살문제 등 각종 사회문제를 야기하게 될 우려가 높다. 따라서 독거노인들에게는 말벗 서비스나 이동도우미서비스, 또는 가정봉사자 파견서비스 등 그들의 욕구에 따라 다양한 복지서비스 제공이 필요하다.

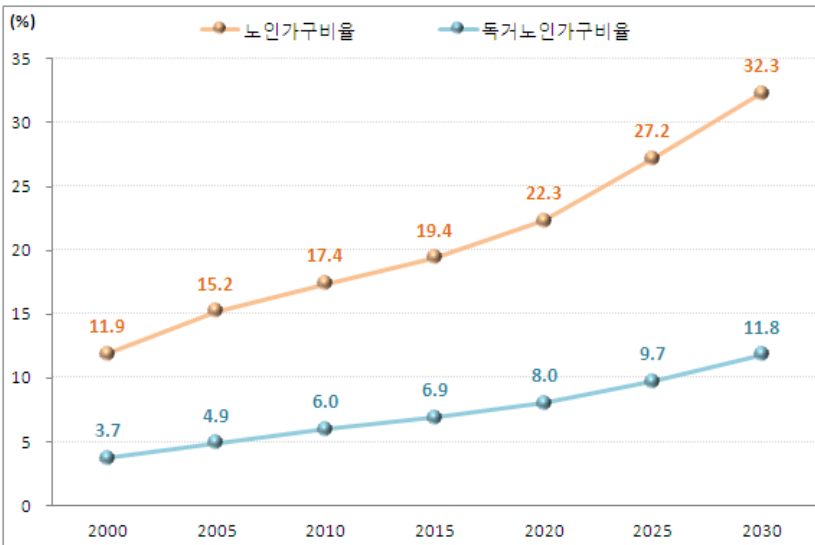
〈표 3-1-3〉 노인 가구 및 독거노인 가구 비율의 연도별 추이: 2000~2030

(단위 : 가구, %)

	총 가구 (A)	65세 이상		65세 이상	
		노인 가구 (B)	비율 (B/A)	독거노인 가구 (C)	비율 (C/A)
2000	14,507,010	1,733,525	11.9	543,522	3.7
2005	15,971,010	2,432,247	15.2	776,996	4.9
2010	17,152,277	2,982,240	17.4	1,021,008	6.0
2015	18,191,663	3,533,961	19.4	1,250,792	6.9
2020	19,011,815	4,231,578	22.3	1,512,082	8.0
2025	19,593,767	5,338,955	27.2	1,894,260	9.7
2030	19,871,144	6,410,665	32.3	2,338,354	11.8

주 1) 2005년까지는 확정가구이며, 2006년 이후는 다음 가구 추계 시 변경될 수 있음.
 자료 : 통계청 「장래가구추계」, 2007.

〔그림 3-1-4〕 노인 가구 및 독거노인 가구의 연도별 추이: 2000~2030



제2절 노인건강

1. 65세 연령의 기대여명

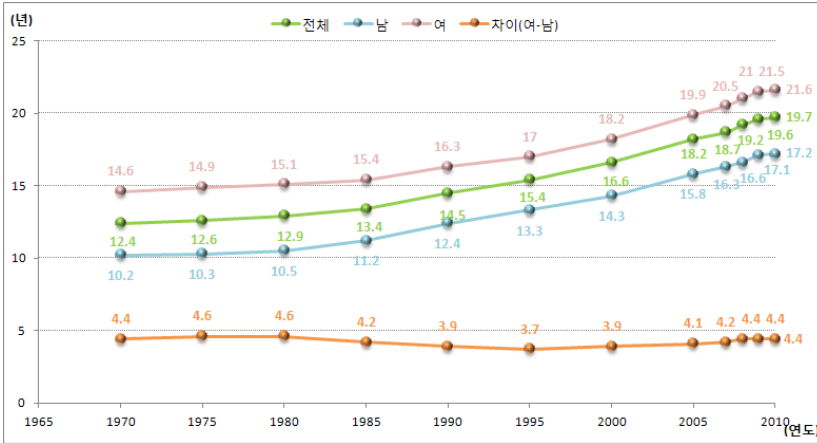
기대여명은 어느 연령에 도달한 사람이 그 이후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 계산한 평균생존년수이며, 기대수명은 각 세의 기대여명에 따라 얻어진 결과이다. 특히, 65세 이상 노령인구의 기대여명은 현재 대두되고 있는 고령화사회 문제와도 직결된다.

의료수준의 향상과 국민 영양상태 개선으로 기대여명은 향후에도 지속적인 증가를 보일 것으로 예상된다. 이에 노후기간이 점차 길어짐에 따라 경제적·사회적 문제에 대한 정책적 대책 마련에 관심이 증가하고 있다.

1970년 남자의 65세의 기대여명은 10.2년이었으나 1980년에는 10.5년, 2000년에는 14.3년으로 계속 증가하였으며, 이는 이후에도 지속되어 2010년에는 17.2년으로 1970년에 비해 7.0년이 길어졌다. 또 여성의 65세 기대여명은 1970년에는 14.6년이었으나 1980년에는 15.1년, 2000년에는 18.2년, 2010년에는 21.6년으로 길어져 1970년에 비하여 남자의 경우와 같이 7.0년이 길어졌다.

한편 65세 연령의 남녀의 기대여명 차이는 1970년에 4.4년, 1980년에 4.6년 그리고 2000년에 3.9년, 2010에는 4.4년으로 큰 변화를 보이지 않고 있다.

[그림 3-2-1] 65세 연령의 기대여명: 1970~2010



<표 3-2-1> 65세 연령의 기대여명: 1970~2010

(단위: 년)

연도	전체	남	여	차이(여-남)
1970	12.4	10.2	14.6	4.4
1975	12.6	10.3	14.9	4.6
1980	12.9	10.5	15.1	4.6
1985	13.4	11.2	15.4	4.2
1990	14.5	12.4	16.3	3.9
1995	15.4	13.3	17.0	3.7
2000	16.6	14.3	18.2	3.9
2005	18.2	15.8	19.9	4.1
2007	18.7	16.3	20.5	4.2
2008	19.2	16.6	21.0	4.4
2009	19.6	17.1	21.5	4.4
2010	19.7	17.2	21.6	4.4
OECD 최근 평균 ^{a)} (34)				
2009		17.2	20.5	3.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다(2007), 프랑스(2008), 이탈리아(2008).

자료: 통계청 「생명표」

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

2. 만성질환

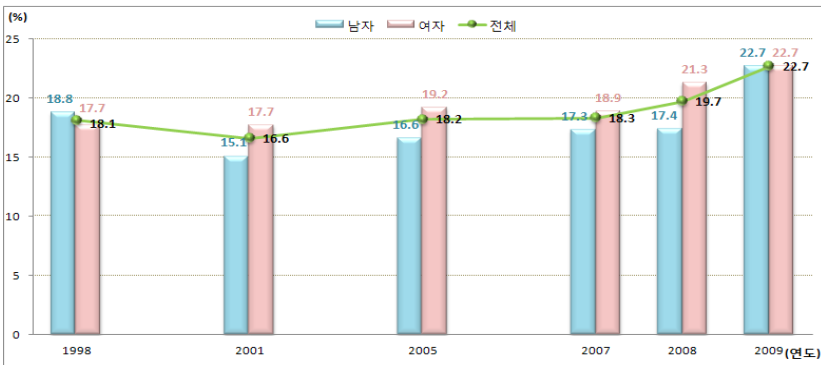
우리는 기대수명의 연장과 함께 건강한 삶을 살아가기 위한 노력을 지속하고 있다. 그러나 한번 질환이 발생하면 살아가는 동안 함께 가야하는 만성질환을 예방하기 위해 노력하고 있으나 영양 과다섭취 및 운동부족 등으로 인한 비만 등으로 만성질환 유병률은 감소하지 않고 있다.

가. 당뇨병

만성질환 가운데 대표적인 질환으로 당뇨병이 있다. 당뇨병은 한번 질환이 발생하면 쉽게 치유되지 않으며, 합병증을 일으키는 질환으로 우리는 예방을 위해 노력하고 있으나 유병률은 감소하지 않고 있다.

즉, 65세 이상 노인의 당뇨병 유병률은 1998년에는 18.1%였으나 2008년에는 19.7%로 그리고 2009년에는 22.7%로 증가하였다. 이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자가 1998년 18.8%에서 2009년에는 22.7%로 증가하였으며, 여자는 1998년 17.7%에서 2009년에는 22.7%로 증가하였다.

[그림 3-2-2] 65세 이상 당뇨병 유병률: 1998~2009



〈표 3-2-2〉 65세 이상 당뇨병 유병률: 1998~2009

(단위: 명, %)

연도	전체		남자		여자	
	N	유병률	N	유병률	N	유병률
1998	912	18.1	349	18.8	563	17.7
2001	693	16.6	270	15.1	423	17.7
2005	836	18.2	333	16.6	503	19.2
2007	656	18.3	274	17.3	382	18.9
2008	1,377	19.7	542	17.4	835	21.3
2009	1,463	22.7	620	22.7	843	22.7

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

당뇨병이 소득수준과 어떤 연관성을 가지는지를 알아보기 위해 소득 수준별 당뇨병 유병률을 살펴보았다. 1998년 소득수준 하층의 유병률은 30.3%, 중하는 30.9%, 중상은 29.7%, 그리고 상은 29.3%로 최고와 최하의 차이는 1.6%포인트의 차이를 보였다. 2009년에는 소득수준 하층의 유병률은 30.7%, 중하는 31.1%, 중상은 30.3%, 그리고 상은 28.6%로 최고와 최하의 차이는 2.5%포인트의 차이로 1998년보다 증가하였으며, 이는 중하소득연령층의 증가와 상소득층의 감소에 따른 결과이다.

〈표 3-2-3〉 65세 이상 당뇨병 유병률(소득수준별): 1998~2009

(단위: 명, %)

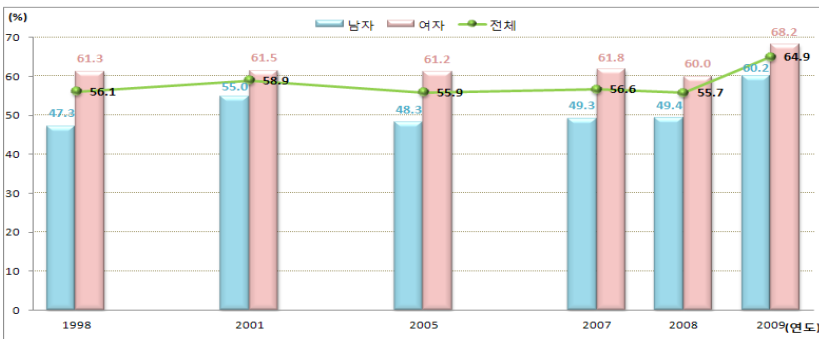
	하		중하		중상		상	
	N	유병률	N	유병률	N	유병률	N	유병률
1998	1518	30.3	1650	30.9	1612	29.7	1655	29.3
2001	1133	30.7	1147	27.7	1229	30.1	1207	25.5
2005	1227	30.8	1207	27.7	1154	27.0	1168	26.8
2007	619	29.1	604	24.2	636	21.3	613	25.3
2008	1408	28.2	1414	26.8	1439	27.3	1451	25.2
2009	1226	30.7	1221	31.1	1208	30.3	1149	28.6

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

나. 고혈압

만성질환 가운데 당뇨병과 함께 대표적인 질환으로 고혈압이 있다. 고혈압은 예전에는 일정 연령 이상의 연령층에서 주로 많이 발생하였으나 점차 젊은 연령층까지 고혈압 유병률이 높아지는 추세이다. 65세 이상의 고혈압 유병률은 1998년 56.1%였으나 2009년에는 64.9%로 증가하였다. 이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자는 47.3%에서 60.2%로 여자는 61.3%에서 68.2%로 증가하여 여성의 유병률이 높은 것으로 나타났으나 이는 노인연령층의 인구가 여성이 더 많기 때문일 수 있다.

[그림 3-2-3] 65세 이상 고혈압 유병률: 1998~2009



<표 3-2-4> 65세 이상 고혈압 유병률: 1998~2009

(단위: 명, %)

연도	전체		남자		여자	
	N	유병률	N	유병률	N	유병률
1998	1,004	56.1	392	47.3	612	61.3
2001	845	58.9	326	55.0	519	61.5
2005	904	55.9	365	48.3	539	61.2
2007	703	56.6	297	49.3	406	61.8
2008	1,509	55.7	578	49.4	931	60.0
2009	1,304	64.9	540	60.2	764	68.2

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

다. 치매노인수 및 치매유병률 추이

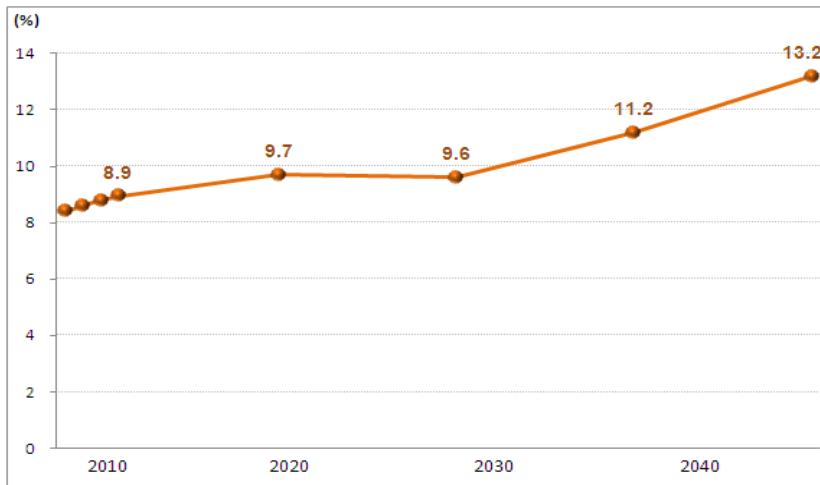
2011년 우리나라의 65세 이상 노인 중 치매환자가 8.9%로 49만명으로 예상되며, 급속한 고령화로 치매노인의 수도 빠르게 증가하여 2030년에는 치매환자가 9.6%, 치매노인이 100만명 넘을 것으로 예상된다.

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 3-2-4] 치매유병률: 2008~2050



자료: 보건복지가족부, 『2008년 전국치매유병률조사(2009.4)』

〈표 3-2-5〉 치매노인수 및 치매유병률: 2008~2050

(단위: 천명, %)

연 도	2008	2009	2010	2011	2020	2030	2040	2050
65세이상 노인수	5,016	5,193	5,357	5,742	7,701	11,811	15,041	16,156
치매노인수	421	445	469	495	750	1,135	1,685	2,127
치매 유병률	8.4	8.6	8.8	8.9	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)』

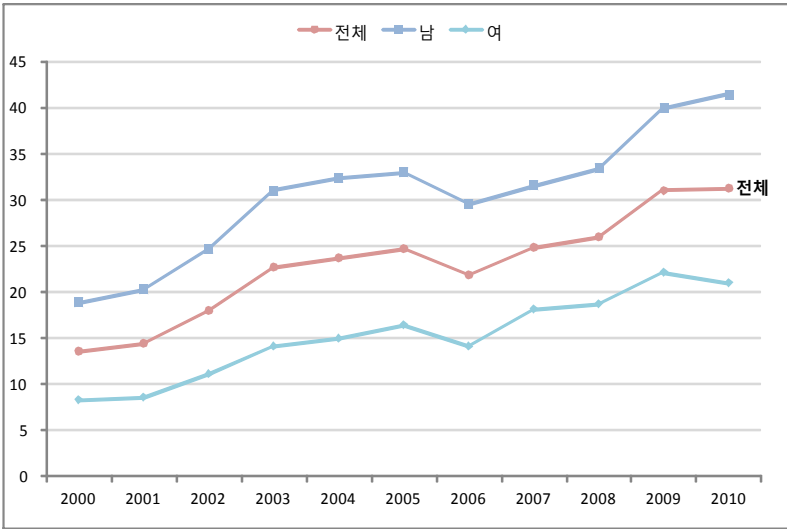
3. 노인자살

우리나라의 자살에 의한 사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 것으로 나타났다. 우리나라의 자살에 의한 사망률은 2000년 13.6명(인구10만명당)이었으나 2005년에는 24.7명으로 그리고 2010년에는 31.2명으로 증가하여 단기간에 급격히 증가하는 양상을 보여주고 있다. 이를 남녀별로 구분하여 살펴보면 남자의 경우 2000년 18.8명에서 2005년에는 32.9명으로 그리고 2010년에는 41.4명으로 증가하였으며, 여자의 경우는 2000년 8.3명에서 2005년에는 16.4명으로 그리고 2010년에는 21.0명으로 증가하였다. 남녀의 차이는 2000년 10.5명에서 2010년 20.4명으로 증가하였다.

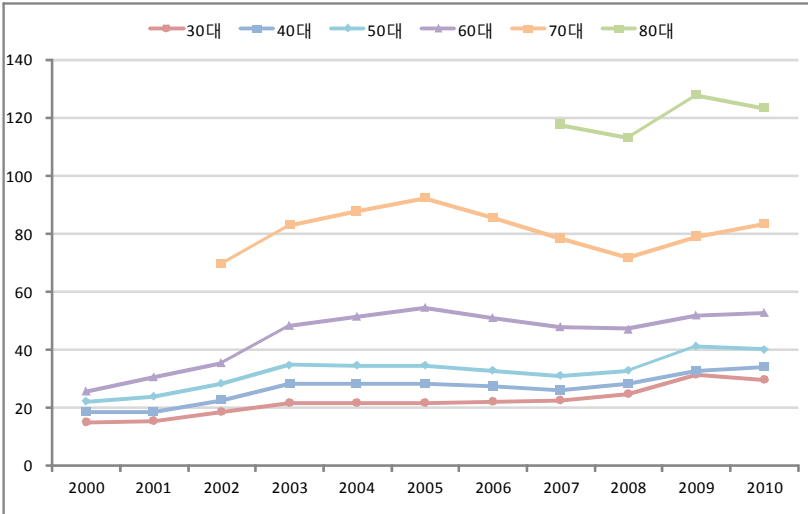
자살에 의한 사망률을 연령별로 살펴보면 50대 연령층은 2000년 22.2명에서 2010년에는 40.1명으로 그리고 60대 연령층은 2000년 25.8명에서 2010년 52.9명으로 배 가까이 증가하였다.

자살은 본인의 사회부적응으로 나타날 수도 있지만 사회의 무관심과 예방을 위한 노력부족으로 나타난 결과일 수도 있으므로 예방을 위한 노력이 절실히 필요한 분야이다.

[그림 3-2-5] 자살에 의한 사망률: 2000~2010



[그림 3-2-6] 연령별 자살에 의한 사망률: 2000~2010



〈표 3-2-6〉 연령별 자살에 의한 사망률: 2000~2010

(단위: 10만명당)

	전체	남	여	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
2000	13.6	18.8	8.3	15.1	18.8	22.2	25.8		
2001	14.4	20.2	8.6	15.4	18.4	23.8	30.7		
2002	17.9	24.6	11.1	18.6	22.5	28.2	35.4	69.4 ¹⁾	
2003	22.6	31.0	14.1	21.8	28.2	34.8	48.5	83.1 ¹⁾	
2005	24.7	32.9	16.4	21.8	28.3	34.6	54.6	92.3 ¹⁾	
2007	24.8	31.5	18.1	22.4	26.3	31.1	47.7	78.5	117.3
2008	26.0	33.4	18.7	24.7	28.4	32.9	47.2	72.0	112.9
2009	31.0	39.9	22.1	31.4	32.8	41.1	51.8	79.0	127.7
2010	31.2	41.4	21.0	29.6	34.1	40.1	52.7	83.5	123.3

주: 1) 70세 이상
 자료: 통계청, 『사망원인 통계연보』, 각년도

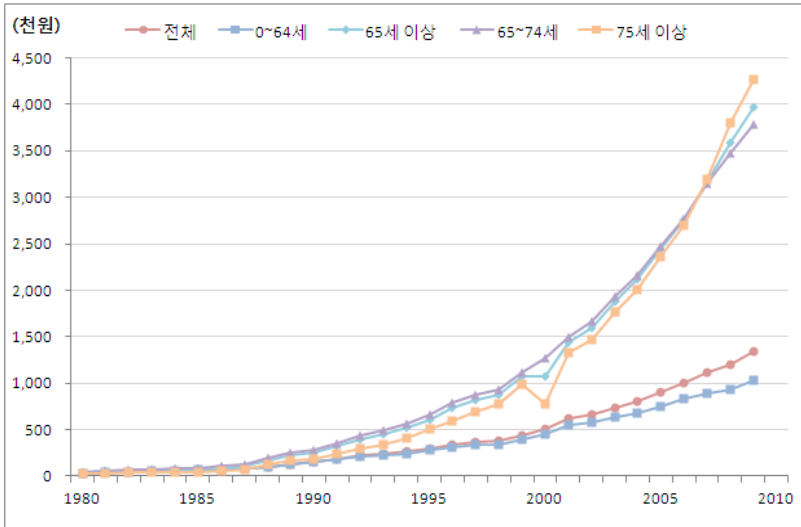
4. 노인 의료비 지출

의료비는 질환의 증가, 건강한 삶에 대한 관심 증가, 의료기술의 발달, 의료인력의 증가, 의료기관 이용의 용이성 증가 등 의료환경의 개선 등으로 인해 점차 증가하는 추세를 나타내고 있다.

즉, 1인당 의료비는 1980년 3만 3천원 정도였으나 2000년에는 50만 5천원으로 그리고 2009년에는 133만 7천원으로 크게 증가하였다. 이는 물가상승을 고려하더라도 크게 높아졌음을 알 수 있다.

이를 연령별로 구분하여 살펴보면 0~64세의 경우 1980년 3만 3천원에서 2009년에는 102만 4천원으로 65세 이상은 1980년 4만 1천원에서 2009년에는 396만 4천원으로 증가하여 0~64세는 약 31배의 증가를 보인 반면, 65세 이상은 약 97배의 증가를 보여 향후 인구 노령화에 따른 노인의료비의 증가는 사회적 부담을 가중시킬 것임을 예상할 수 있다.

[그림 3-2-7] 연령별 1인당 의료비: 1980~2009



<표 3-2-7> 연령별 1인당 의료비: 1980~2009

(단위 : 천원)

	전체	0~64세	65세 이상	65~74세	75세 이상
1980	33	33	41	47	25
1985	67	66	74	87	42
1990	159	154	254	286	184
1995	295	276	611	662	501
2000	505	454	1,068	1,265	781
2005	905	752	2,437	2,478	2,354
2006	1,009	826	2,748	2,771	2,703
2007	1,117	891	3,168	3,157	3,189
2008	1,201	927	3,585	3,470	3,797
2009	1,337	1,024	3,964	3,786	4,274

자료: 보건복지부·연세대학교 의료·복지연구소, 『2009년 국민의료비 및 국민보건계정』, 2011. 7.

제3절 노인의 취업 및 고용

1. 고령인구의 취업자 비율

고령화 사회에 있어서 노후소득보장이나 의료보장 등 노인부양으로 인한 경제적·사회적 비용부담의 문제는 궁극적으로 생애노동기간의 연장을 통하여 원만하게 해결할 수 있다. 이 경우 국민경제는 그에 상응하는 만큼 부양인구의 축소와 생산인구의 확대를 통하여 이중적으로 경제적 부담을 경감할 수 있는 효과를 가지게 된다.

〈표 3-3-1〉 60세 이상 고령 취업자의 비율 및 산업별 분포: 2005~2010

(단위 : %)

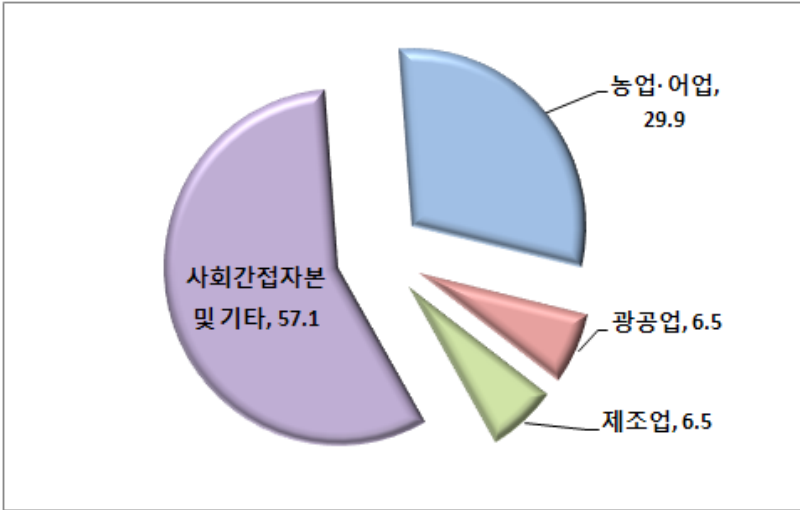
연도	60세 이상 취업자 비율	60세 이상 산업별 취업자 비율				
		소계	농업· 어업	광공업	제조업	사회간접 자본 및 기타
2005	9.4	100.0	39.0	6.6	6.6	47.8
2006	9.8	100.0	37.1	6.5	6.5	50.0
2007	10.2	100.0	34.2	6.5	6.4	52.9
2008	10.3	100.0	33.5	6.9	6.8	52.9
2009	10.5	100.0	32.1	6.0	5.9	55.9
2010	10.5	100.0	29.9	6.5	6.5	57.1

주: 1) 60세 이상 취업자 비율 : 총 취업자 중에서 60세 이상 취업자가 차지하는 비율

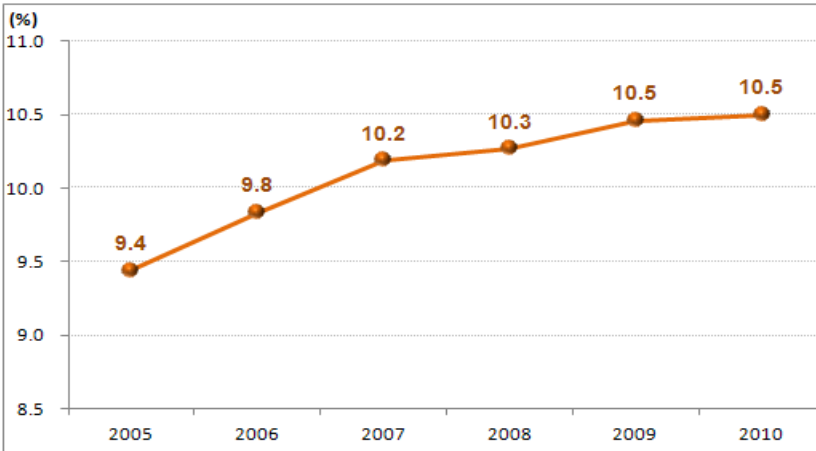
2) 60세 이상 산업별 취업자 비율 : 한국표준산업분류 9차 개정 기준임.

자료 : 통계청, 「경제활동인구연보」, 2010.

[그림 3-3-1] 60세 이상 고령 취업자의 산업별 분포 현황: 2010



[그림 3-3-2] 60세 이상 고령 취업자 비율의 변화추이: 2005~2010



우리나라 고령인구의 취업 현황을 보면 전체 취업인구 가운데 60세 이상의 고령인구가 차지하는 비중은 매년 지속적으로 증가해 오고 있으며, 2010년 현재 10.5%를 차지하고 있다. 이와 같은 고령인구의 취업 현황을 다시 산업부문별로 구분하여 살펴보면 사회간접자본 및 기타 그

리고 농업 및 어업이 차지하는 비중이 2010년 현재 각각 57.1%와 29.9%로 전체 고령 취업자 가운데 87.0%를 기록하고 있다. 이러한 현상은 무엇보다도 고령 취업자의 노동시장과 고용 상황이 매우 취약하다는 사실을 반증해주고 있다.

2. 고령의 비임금 취업자와 비정규직 근로자의 비율

고령 취업인구의 양적 증가는 장차 고령화 사회를 대비하는 차원에서 바람직한 성과로 판단된다. 하지만 동시에 이들 연령계층의 취업이 질적 차원에서도 일정한 요건을 충족하여야만 할 것이다. 아래의 표에 의하면 먼저 60세 이상 고령 취업자들 가운데 임금이 제공되지 않는 자영업의 분야에 종사하고 있는 사람의 비율은 2010년 현재 59.3%를 기록하고 있으며, 이는 전체 연령집단의 29.2%보다 2배 가량 높게 나타나고 있다. 다음으로 전체 고령의 자영업층 가운데 단독 자영업이나 무급가족종사자가 대다수를 점유하여 사업의 불안정성과 소득의 취약성을 시사해주고 있다. 마지막으로 60세 이상 고령의 임금근로자 가운데 비정규직이 차지하는 비중은 69.6%로서 전체 연령계층의 33.3%와 비교해 볼 때 2배 이상의 높은 비중을 기록하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-3-2〉 60세 이상 취업자의 비임금 근로비율: 2010

(단위 : 천명, %)

		취업자 (A)	비임금 근로자 (B)	비율 (B/A)	비임금 근로자		
					고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족 종사자
2010년	전체	23,829	6,958	29.2	1,477 (6.2)	4,150 (17.4)	1,331 (5.6)
	60세 이상	2,737	1,622	59.3	101 (3.7)	1,183 (43.2)	339 (12.4)

주 1) 연령은 60세 이상 기준이며, 구성비는 전체 인원 중 60세 이상의 구성비를 의미
자료 : 통계청, 「경제활동인구조사 부가조사 결과(근로형태별 및 비임금 근로)」, 2010

〈표 3-3-3〉 60세 이상 임금근로자의 비정규직 비율: 2010

(단위 : 천명, %)

	임금 근로자	비정규직 인원	비율			
				한시적	시간제	비전형
전체	17,048	5,685	33.3	3,281 (19.2)	1,620 (9.5)	2,289 (13.4)
60세 이상	1,272	885	69.6	551 (43.3)	361 (28.4)	420 (33.0)

주: 1) 한시적 근로자 : 근로계약기간을 정한 근로자 (기간제근로자) 또는 정하지 않았으나 계약의 반복 갱신으로 계속
일할 수 있는 근로자와 비자발적 사유로 계속 근무를 기대할 수 없는 근로자 (비기간제근로자)를 포함
2) 시간제 근로자 : 직장에서 근무하도록 정해진 소정의 근로시간이 동일 사업장에서 동일한 종류의 업무를 수행
하는 근로자의 소정 근로시간보다 1시간이라도 짧은 근로자로, 평소 1주에 36시간 미만 일하기로 정해져 있는
경우가 해당
3) 비전형 근로자 : 파견근로자, 용역근로자, 특수형태근로종사자, 가정내근로자, 일일근로자
4) 연령은 60세 이상 기준이며, 구성비는 전체 인원 중 60세 이상의 구성비를 의미
5) 임금근로자 조사는 통계청 「경제활동인구조사」 결과를 사용.
자료: 통계청, 「경제활동인구조사 부가조사 결과(근로형태별 및 비임금 근로)」, 2010
통계청, 「경제활동인구조사」, 2010

3. 생애 주된 일자리에에서의 퇴직연령과 퇴직사유

우리나라 일반 국민들의 생애기간 동안 근로활동의 패턴은 먼저 주된
일자리에서 일정한 기간 동안 종사한 이후 정년, 명예퇴직, 정리해고 등
의 사유로 퇴사를 하고, 이후 상당한 기간 동안 제2의 직업생활을 수행
한 후 최종적으로 노동시장에서 퇴거를 하게 되는 형태를 보이고 있다.
여기서 제2의 직업은 최종적 퇴직 시까지의 ‘교량적 직업(bridge job)’
으로서 일반적으로 소득 수준 또는 안정성 측면에서 매우 취약한 특성
을 보이고 있다.

우리나라 일반 근로자들이 생애 주된 일자리에에서 퇴직을 하게 되는
연령의 분포를 살펴보면 2010년 현재 50~59세가 전체의 43.1%로 가
장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 60~69세 23.7%, 40~49
세 17.5% 등과 같은 순서로 나타나고 있다. 그리고 전체 근로자의 평
균퇴직연령은 만 53세로서, 이를 다시 성별로 구분해서 살펴보면 남성
이 만 55세 그리고 여성이 만 51세로 기록되고 있다.

〈표 3-3-4〉 생애 주된 일자리에서의 퇴직 연령 분포: 2010

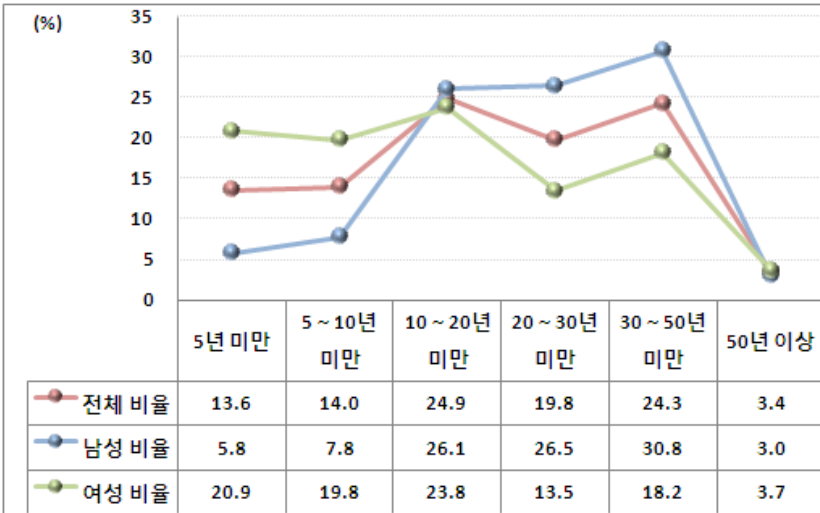
(단위 : 천명, %)

		가장 오래 근무한 일자리 이직자	연령						평균 퇴직연령
			30세 미만	30~ 39세	40~ 49세	50~ 59세	60~ 69세	70~ 79세	
전체	인원	6,562	365	336	1,146	2,831	1,553	330	
	비율	100.0	5.6	5.1	17.5	43.1	23.7	5.0	만53세
남	인원	3,009	20	108	519	1,437	800	125	
	비율	100.0	0.7	3.6	17.2	47.8	26.6	4.1	만55세
여	인원	3,553	345	228	628	1,394	753	206	
	비율	100.0	9.7	6.4	17.7	39.2	21.2	5.8	만51세

자료 : 통계청, 「경제활동인구조사 고령층 부가조사」, 2010년.

우리나라 일반 근로자들이 생애 주된 일자리에서 종사한 근속기간의 분포를 성별로 구분하여 살펴보면 아래와 같은 특성을 보이고 있다. 남성의 경우 30~50년 미만의 근속기간이 전체의 30.8%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 20~30년 미만 26.5%, 10~20년 미만 26.1% 등과 같은 순서를 보이고 있다. 반면에 이와는 달리 여성의 경우 10~20년 미만의 근속기간이 전체의 23.8%로 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 다음으로 5년 미만 20.9%, 5~10년 미만 19.8%, 30~50년 미만 18.2%의 순을 기록하고 있다. 이상을 종합해 보면 여성의 경우 남성과는 달리 출산 및 육아 등과 같은 전통적 성역할과 이에 따른 경력단절의 문제로 인하여 생애근로기간이 상대적으로 짧을 뿐만 아니라, 임금수준이나 고용환경 또한 남성에 비해 열등하게 된다. 그리고 이러한 문제는 국민연금 등 사회보장 수급권의 취약성으로 인하여 여성들의 경우 상당수는 향후 노후빈곤의 위험에 직면하게 될 가능성이 높다는 것을 알 수 있다.

[그림 3-3-3] 생애 주된 일자리에서의 근속기간별 분포: 2010



자료 : 통계청, 「경제활동인구조사 고령층 부가조사」, 2010

끝으로 우리나라 일반 근로자들이 생애 주된 직장에서 퇴직을 하게 된 사유를 살펴보면 아래와 같다. 먼저 전체 해당 근로자들의 퇴직 사유로는 사업부진 등으로 인한 휴폐업이 26.8%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 건강문제 25.8%, 가족돌봄 14.6%, 기타 13.6% 그리고 정년퇴직 11.2% 등의 순서를 보이고 있다. 다음으로 남성 근로자의 퇴직 사유별 분포는 사업부진 등에 따른 휴폐업이 31.7%로 가장 높게 나타나고 있으며, 다음으로 정년퇴직 21.9%, 건강문제 18.6%, 명예퇴직이나 정리해고 13.4% 등과 같은 순서를 기록하고 있다. 반면에 남성과는 달리 여성의 경우 건강문제가 31.9%로 가장 높은 비중을 보이고 있으며, 다음으로 가족돌봄 25.6%, 사업부진 등으로 인한 휴폐업 22.6% 등의 순으로 나타나고 있다.

이상의 내용에서 중요한 특징을 살펴보면 우리나라 여성들의 경우 한편으로는 여전히 아동의 양육 또는 가족수발 등과 같은 전통적 역할로 인하여 취업이나 경력의 단절문제를 겪고 있으며, 다른 한편으로는 동시에 여성들의 대다수는 주변적 노동력으로서 그들의 고용안정은 경기변화나 시장상황에 상대적으로 민감하게 반응을 하고 있다는 점이다.

그리고 이러한 현상은 경제활동시기는 물론 가까운 장래의 노후시기에 가서도 빈곤문제와 남성에 대한 경제적 의존성 문제를 심화시키게 될 가능성이 높다.

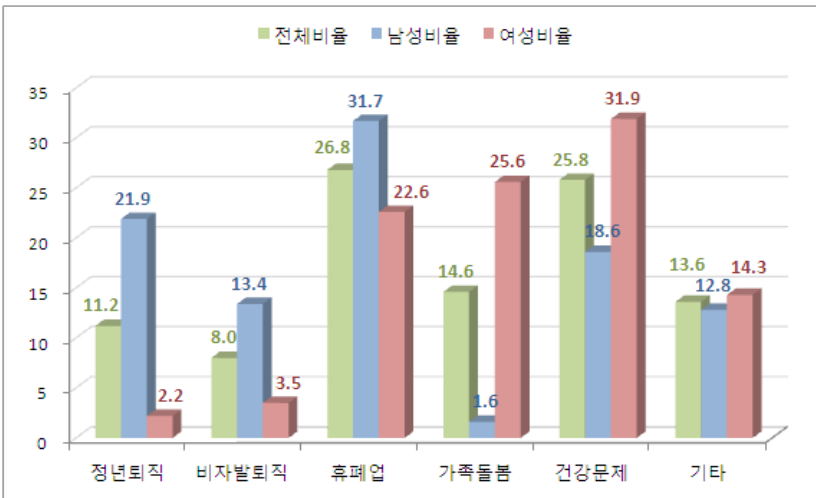
〈표 3-3-5〉 생애 주된 일자리에서의 퇴직 사유별 분포: 2010

(단위 : 천명, %)

		가장 오래 근무한 일자리 이직자	정년퇴직	권고사직, 명예퇴직, 정리해고	사업부진, 조업중단, 휴업, 폐업	가족돌봄	건강문제	기타
전체	인원	6,562	736	526	1,756	960	1,692	891
	비율	100.0	11.2	8.0	26.8	14.6	25.8	13.6
남	인원	3,009	658	403	955	49	560	384
	비율	100.0	21.9	13.4	31.7	1.6	18.6	12.8
여	인원	3,553	79	123	801	910	1,133	507
	비율	100.0	2.2	3.5	22.6	25.6	31.9	14.3

자료 : 통계청 「경제활동인구조사 고령층 부가조사」, 2010

[그림 3-3-4] 생애 주된 일자리에서의 퇴직 사유별 분포: 2010



4. 노인일자리 사업

노인일자리사업은 고령화 사회를 대비하여 노인의 능력과 적성에 맞는 일자리를 창출·제공함으로써 노인의 삶의 질 향상과 사회적 부담의 경감 그리고 국가경쟁력의 강화를 목적으로 2004년부터 시행되어 오고 있다(보건복지부, 2011). 이러한 노인일자리사업은 먼저 공공분야의 사업으로서 공익형, 교육형, 복지형 그리고 시장형이 있으며, 다음으로 민간분야의 사업으로서 인력파견형과 창업모델형이 있다.

〈표 3-3-6〉 정부지원 노인 일자리수: 2005~2010

(단위: 개, %)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
계	47,309	83,038	115,646	126,370	222,616	216,441	(100.0)
공익형 ¹⁾	31,101	47,195	57,015	61,732	134,976	126,894	(58.6)
교육형 ²⁾	7,063	8,708	13,240	14,493	16,523	17,480	(8.1)
복지형 ³⁾	4,581	17,809	33,160	34,164	44,299	47,302	(21.9)
시장형 ⁴⁾	3,633	7,459	9,630	11,530	17,757	15,984	(7.4)
인력파견형 ⁵⁾	931	1,867	2,601	4,451	9,061	8,781	(4.1)

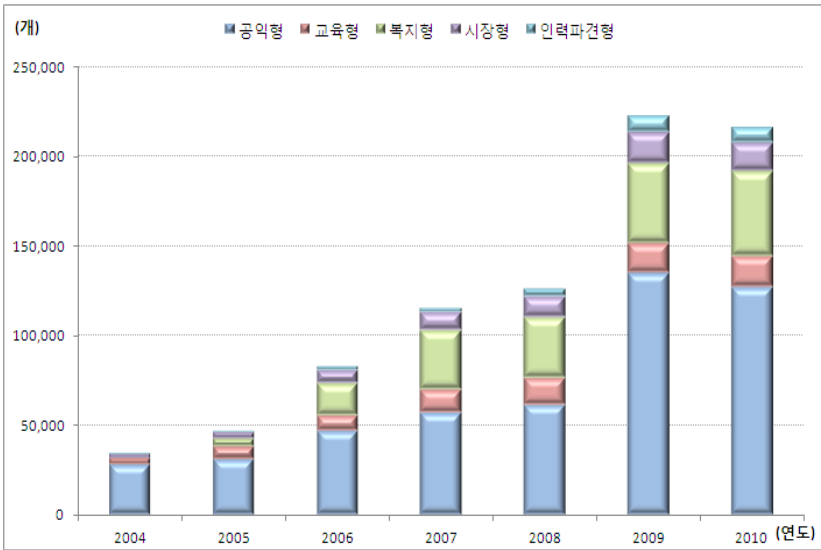
- 주: 1) 공익형: 지방자치단체의 고유업무영역(환경, 행정, 시설관리 등)에서 창출된 노인적합형 일자리로써 지역사회 발전 및 개발에 공헌하는 공익성이 강한 일자리
 2) 교육형: 특정분야의 전문지식이나 경험을 소유하였거나 전문교육을 받은 자가 교육기관 및 문화재시설 등에서 피교육자를 대상으로 강의 또는 해설을 하는 일자리
 3) 복지형: 돌봄이나 상담 등 전문기술을 습득한 건강한 노인이 사회적 취약계층을 대상으로 필요한 사회서비스를 제공하는 일자리
 4) 시장형: 노인들이 공동으로 일정 수준 이상의 수익이 창출되는 다양한 업종의 사업단 운영을 통해 확보하는 일자리.
 5) 인력파견형: 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무능력이 있는 자가 해당 수요처에 파견되어 근무한 대가로 임금을 지급받을 수 있는 일자리

자료: 보건복지부, 노인지원과.

이상과 같은 노인일자리사업은 매년 꾸준히 확장되어 2010년 전체 일자리창출 건수가 216,441개로서, 2006년 대비 2.6배 가량 증가한 규모를 보이고 있다. 다음으로 이러한 사업의 유형별 분포를 살펴보면

2010년의 경우 공익형이 126,894개로 전체 사업의 58.6%를 차지하고 있으며, 다음으로 복지형 21.9%, 교육형 8.1%, 시장형 7.4%, 민간분야의 인력파견형 4.1%의 순으로 나타나고 있다.

[그림 3-3-5] 정부지원 노인 일자리수: 2005~2010



자료: 보건복지부, 노인지원과.

제4절 노인의 소득 및 사회보장

1. 노인의 가구소득 구성

노후의 경제적 안정은 가계생활은 물론 노인의 건강과 사회·문화적 참여 등 전반적 차원에서 영향을 미치게 된다.

아래에서는 우리나라 60세 이상 노인의 가구소득을 연령별 그리고 성별로 구분하여 보여주고 있다. 먼저 60세 이상 전체 노인가구의 소득 원별 구성비를 살펴보면 2008년의 경우 근로소득이 전체 소득의 43.5%를 차지하고 있으며, 다음으로 사적 이전소득 26.6%, 공적 이전 소득 20.2% 등과 같은 순서를 보이고 있다.

〈표 3-4-1〉 노인 가구소득원의 연령별·성별 구성 현황: 2008

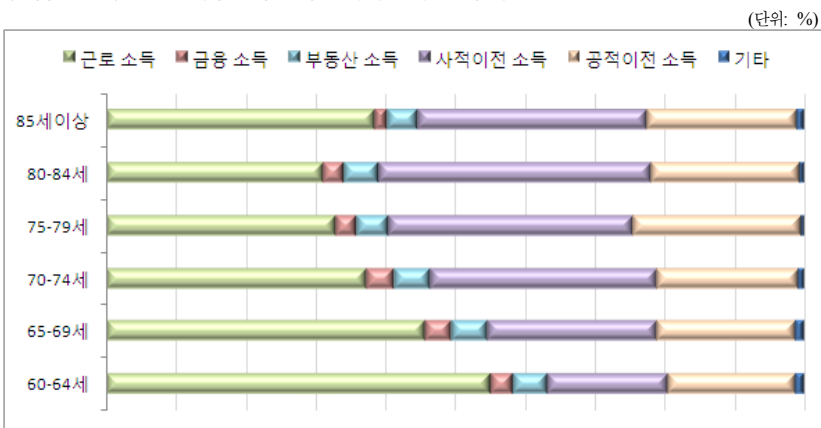
(단위: %)

특성	근로 소득	금융 소득	부동산 소득	사적이전 소득	공적이전 소득	기타	계
전체							
60세 이상	43.5	3.4	5.0	26.6	20.2	1.2	100.0
성별							
남성	46.7	4.0	5.3	22.0	20.6	1.4	100.0
여성	41.2	3.0	4.8	30.0	19.9	1.0	100.0
연령							
60-64세	54.8	3.3	5.0	17.2	18.3	1.4	100.0
65-69세	45.5	3.8	5.2	24.2	19.9	1.4	100.0
70-74세	37.2	4.0	5.1	32.4	20.3	1.0	100.0
75-79세	32.9	2.9	4.6	34.9	24.1	0.6	100.0
80-84세	30.9	3.1	5.0	38.9	21.3	0.7	100.0
85세이상	38.3	1.9	4.4	32.7	21.6	1.1	100.0

출처: 보건복지부, 저출산고령사회정책실 노인정책과, 내부자료

다음으로는 이상의 내용을 다시 성별로 구분하여 살펴보면 남성과 여성 공히 근로소득의 비중이 가장 높게 나타나는 공통점이 있다. 하지만 여기서 주목할만한 차이점으로서 남성의 경우 자력에 의한 소득원(일례로 근로소득, 금융 및 부동산소득, 공적이전소득)의 비중이 여성에 비해 상대적으로 높게 차지하고 있다. 마지막으로 가구소득의 구성비를 연령계층별로 구분하여 살펴보면 나이가 젊은 노인들일수록 근로소득의 비중이 높게 나타나고 있는 반면, 나이가 점차 증가함에 따라 공적 그리고 사적이전소득에 대한 의존성이 점차 심화되고 있음을 보여주고 있다.

[그림 3-4-1] 노인 가구소득원 구성비의 연령별 추이: 2008



2. 노인의 개인소득

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 자산 소득이 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 3-4-2〉 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.

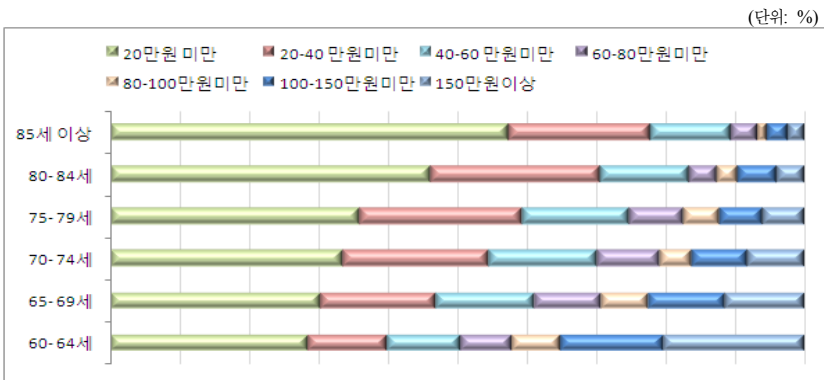
반면에 노인의 수입원을 연령대별로 살펴보면 65~69세 저연령 노인의 경우 공적이전소득보다는 근로소득 및 자산소득의 비율이 높게 나타났다. 70~74세의 중연령 노인의 경우도 근로소득과 자산소득이 저연령 노인에게 비해 다소 낮았지만 사적이전소득은 높았다. 마지막으로 75~79세 고연령 노인의 경우 사적이전소득의 비율이 매우 높게 나타나는 반면 근로소득과 자산소득은 가장 낮게 나타났다.

노인 개인별 소득의 규모를 성별 그리고 연령별로 구분해 보면 아래와 같다.

먼저 성별 구분 없이 60세 이상 노인 개인별 월평균 소득의 분포는 20만원 미만의 저소득 노인이 전체의 33.4%로 가장 높은 비중을 차지

하고 있으며, 다음으로 20~40만원 미만이 17.6% 그리고 40~60만원 미만이 13.4%의 순으로 나타나고 있다. 하지만 100만원 이상의 상대적으로 고소득 노인의 비중 또한 22.0%로 비교적 높은 수치를 보이고 있어, 소득의 양극화 문제가 노령인구에 있어서도 점차 현저하게 나타나고 있음을 알 수 있다.

[그림 3-4-2] 노인의 월평균 개인소득의 연령별 분포: 2008



<표 3-4-3> 노인의 월평균 개인소득의 성별·연령별 분포 현황: 2008

(단위: %)

특성	20만원 미만	20-40만원 미만	40-60만원 미만	60-80만원 미만	80-100만원 미만	100-150만원 미만	150만원 이상	계	(명)
전체									
60세 이상	33.4	17.6	13.4	8.0	5.7	10.2	11.8	100.0	15,122
성별									
남성	17.8	12.4	12.5	9.9	7.7	16.6	23.1	100.0	6,448
여성	44.9	21.4	14.1	6.6	4.2	5.4	3.4	100.0	8,675
연령									
60- 64세	28.3	11.4	10.6	7.5	6.9	14.9	20.3	100.0	4,334
65- 69세	30.3	16.6	14.1	9.6	6.9	11	11.5	100.0	4,093
70- 74세	33.5	20.9	15.6	9.1	4.6	7.9	8.4	100.0	3,067
75- 79세	35.8	23.3	15.4	7.9	5.2	6.2	6.1	100.0	1,897
80- 84세	46.0	24.5	12.8	3.9	3.0	5.7	4.1	100.0	1,043
85세 이상	57.3	20.4	11.7	3.8	1.3	3.1	2.5	100.0	687

출처: 보건복지부, 저출산고령사회정책실 노인정책과

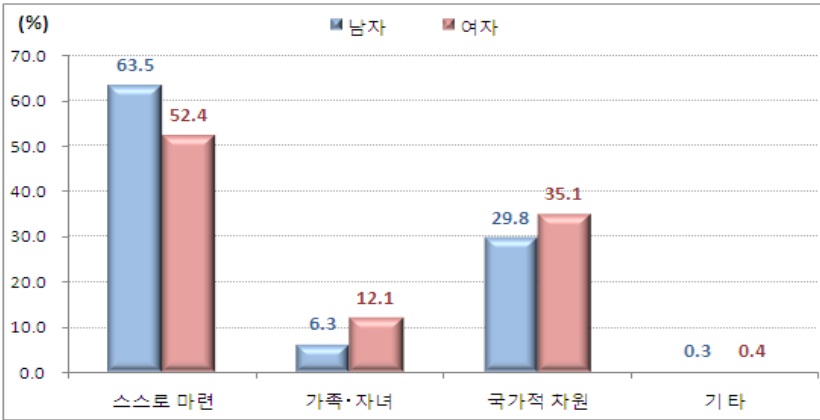
다음으로 개인별 소득의 분포를 성별로 구분하여 살펴보면 남성 노인의 경우 100만원 이상이 전체의 39.7%로 가장 높은 비중을 차지하고 있는 반면, 여성 노인의 경우 절반가량이 월 20만원 미만의 소득으로 생활하고 있다는 것을 보여주고 있다. 이러한 사실은 빈곤의 여성화가 노령계층에 있어서 첨예하게 나타나게 된다는 것을 반증해주고 있다.

마지막으로 노인 개인의 월평균 소득의 분포를 연령별로 구분하여 살펴보면 일반적으로 노인들의 나이가 증가할수록 상대적으로 낮은 소득에 있는 노인의 비중이 점차 증가하게 된다는 것을 알 수 있다. 일례로 월 20만원 미만의 최하위 소득 노인의 비중은 60~64세의 경우 28.3%에 불과한 반면, 85세 이상 초고령 노인의 경우 그 비중이 무려 57.3%를 보이고 있다.

3. 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 받은 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.

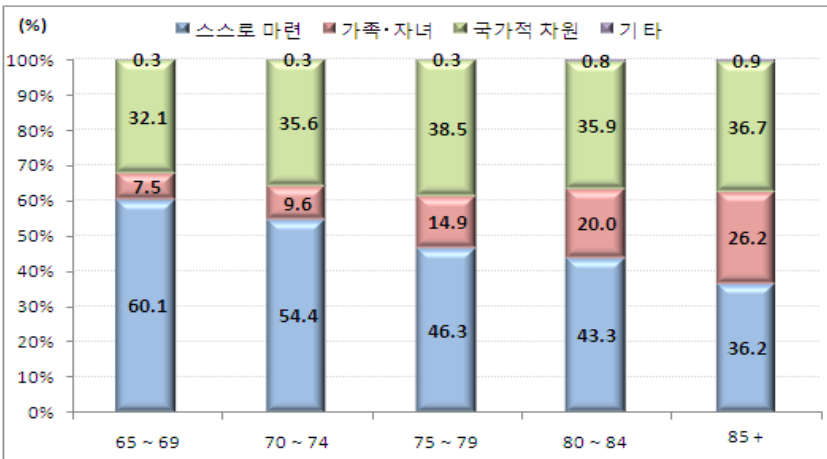
[그림 3-4-3] 노인의 용돈 마련 책임자 성별 분포



자료: 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단, 「2008년도 노인실태조사」, 2009.

노인의 용돈마련을 연령대별로 살펴보면, 65~69세 저연령 노인들은 스스로 마련하는 비율이 가장 높게(60.1%) 나타났으며, 국가차원(32.1%), 가족·자녀의 순으로 나타났다. 반면에 85세 이상 고연령 노인들은 스스로 마련하는 비율(36.2%)과 국가차원(36.7%)이 비슷하게 나타났다. 이는 연령대별 활동능력과 관련된 것으로 보인다.

[그림 3-4-4] 노인의 용돈 마련 책임자 연령별 분포



자료: 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단, 「2008년도 노인실태조사」, 2009.

〈표 3-4-4〉 노인의 용돈 마련 책임자 분포: 2008

(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.

4. 노인의 빈곤율

복지선진국의 역사적 사례에서 볼 때 공적연금제도를 포함한 사회보장제도의 성숙과정에 따라 노인계층의 빈곤문제가 점차 감소되어가는 경향을 보이고 있다. 이러한 추세에 따라 우리나라의 경우에서도 전체 65세 이상 노인인구 가운데 기초생활보장 수급자의 비율은 2001년 9.3%에서 점차 하락하여 2010년에 와서는 7.2%의 기록을 보이고 있다.

하지만 그럼에도 불구하고 최저생계비 미만의 절대적 빈곤노인의 비율은 노인의 기초생활보장 수급률보다 월등하여 2010년의 경우 무려 32.5%의 수준을 나타내고 있다. 이러한 사실은 엄격한 자산 및 소득조사 및 부양의무자 기준의 적용 등으로 인하여 최후의 안전망인 국민기초생활보장제도의 사각지대에 놓여 있는 노인들의 규모가 상당 수준 존재하고 있다는 것을 시사해 주고 있다. 나아가 우리나라 매년도 중위소득의 50% 미만으로 생활해 오고 있는 상대적 빈곤노인의 비중 또한 매년 지속적으로 증가하여 2010년의 경우 무려 전체 노인의 47.1%를 차지하는 것으로 조사되고 있다.

〈표 3-4-5〉 노인 기초생활보장 수급자와 빈곤노인의 연도별 추이: 2001~2010

(단위: 명, %)

연도	총 노인 인구 ¹⁾ (A)	노인 기초생활보장 수급자 ²⁾ (B)	노인의 기초생활 보장 수급률 (B/A)	최저생계비 미만의 절대빈곤 노인의 비율(C)	중위소득 50% 미만의 상대빈곤 노인의 비율(D)
2001	3,578,370	334,272	9.3	-	-
2002	3,772,075	329,251	8.7	-	-
2003	3,968,118	340,527	8.6	-	-
2004	4,165,974	352,348	8.5	27.3 ³⁾	38.8 ³⁾
2005	4,366,642	367,658	8.4	28.5 ³⁾	38.1 ³⁾
2006	4,592,367	373,595	8.1	32.2	45.9
2007	4,827,514	386,157	8.0	33.2	46.4
2008	5,052,155	382,050	7.6	33.7	46.7
2009	5,255,835	387,847	7.4	37.1	48.3
2010	5,452,490	391,214	7.2	32.5	47.1

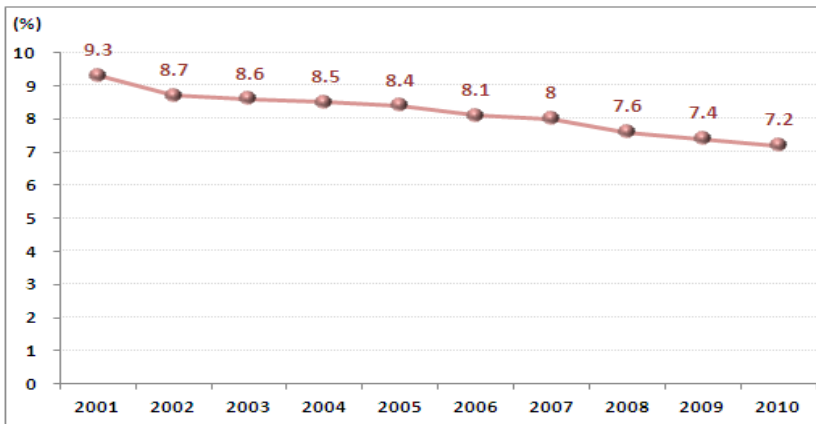
주: 1) 노인은 65세 이상임

2) 일반수급자이며 현원 기준임

3) 2004년과 2005년 자료의 경우 1인 가구를 제외한 것이며, 이후의 자료는 1인 가구를 포함한 수치임.

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2011; 보건복지부, 「2010년 국민기초생활보장 수급자 현황」; 한국보건사회연구원, 「2011년 빈곤통계연보」, 2011년.

〔그림 3-4-5〕 노인 기초생활보장 수급률의 연도별 추이: 2001~2010



주: 1) 노인의 기초생활보장 수급률 = 기초생활보장 수급 노인의 수 / 총노인인구

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2006; 보건복지부, 「2010년 국민기초생활보장 수급자 현황」; 한국보건사회연구원, 「2011년 빈곤통계연보」, 2011년.

4. 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.

2010년 65세이상 수급률은 67.7%(373만명)로 분석되었다.

〈표 3-4-6〉 기초노령연금 수급지수: 2010

(단위 : 명, %)

65세 이상 노인 인구수(A)	수급자(B)	65세 이상 수급률(B/A)
5,452,490	3,727,940	67.7

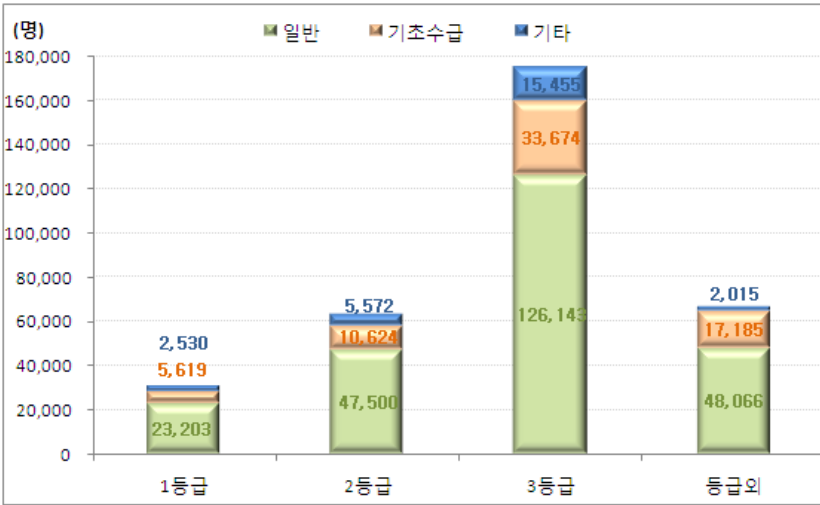
자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

5. 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 2010년 인정자는 270,320명이다. 2010년도 이용자는 348,561명에 이르는데, 이용자 중 대부분(69.8%)은 재가급여를 받고 있으며, 다음으로 시설급여 30.2%이다.(급여기준) 등급 외는 장기요양인정점수가 낮은 사람(55점 미만)으로써 향후 경증대상자로 진입할 사람들이다.

[그림 3-4-6] 노인장기요양보험 급여이용자 분포: 2010



자료: 보건복지부, 『2010 장기요양보험 통계연보』, 2011.

<표 3-4-7> 노인장기요양보험 등급별 자격별 현황: 2010

(단위: 명)

	계	일반	경감	의료급여	기초수급
계	337,586	244,912	21,109	4,463	67,102
1등급	31,352	23,203	2,102	428	5,619
2등급	63,696	47,500	4,746	826	10,624
3등급	175,272	126,143	13,244	2,211	33,674
등급외 A	45,733	34,357	683	677	10,016
등급외 B	17,208	11,004	265	254	5,685
등급외 C	4,325	2,705	69	67	1,484

주: 2010년 노인장기요양보험 신청자 기준이며, 등급관정자 중 중복 및 사망(연도말 기준)된 제외
 자료: 보건복지부, 『2010 장기요양보험 통계연보』, 2011.

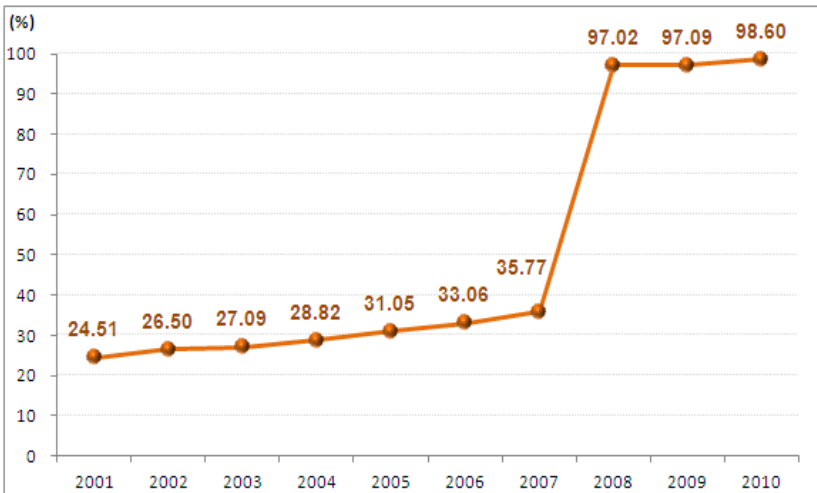
6. 공적노후소득보장 수혜율

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 2010년에는 전체 노인인구의 약 68.4%인 373만명이 수혜를 받을 것으로 나타났다. 여기에 공적연금 수혜자 수(1,648,364명)를 포함한 공적노후소득보장 수혜율은 98.60%로 나타나고 있다. 일정한 자격요건을 갖춘 65세 이상노인의 대부분이 수혜를 받고 있음을 알 수 있다.

[그림 3-4-7] 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜율: 2001~2009



자료: 통계청, 장래인구추계, 2011.; 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.
국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단 연금통계연보, 국방부 내부자료.

〈표 3-4-8〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수혜자수 및 수혜율: 2001~2010

(단위: 명, %)

구분	65세 이상 노인수(a)	국민연금	공무원연금	군인연금	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	4,592,367	751,897	104,511	35,214	13,646	613,000	1,518,268	33.06
2007	4,827,514	944,651	118,503	37,661	15,800	610,000	1,726,615	35.77
2008	5,052,155	1,103,007	131,482	39,413	17,663	3,609,794	4,901,359	97.02
2009	5,255,835	1,268,935	143,868	40,267	19,592	3,630,147	5,102,809	97.09
2010	5,452,490	1,428,414	155,778	42,339	21,833	3,727,940	5,376,304	98.60

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, 2011. 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단 연금통계연보, 국방부 내부자료.

제5절 노인학대 유형 및 주된 행위자

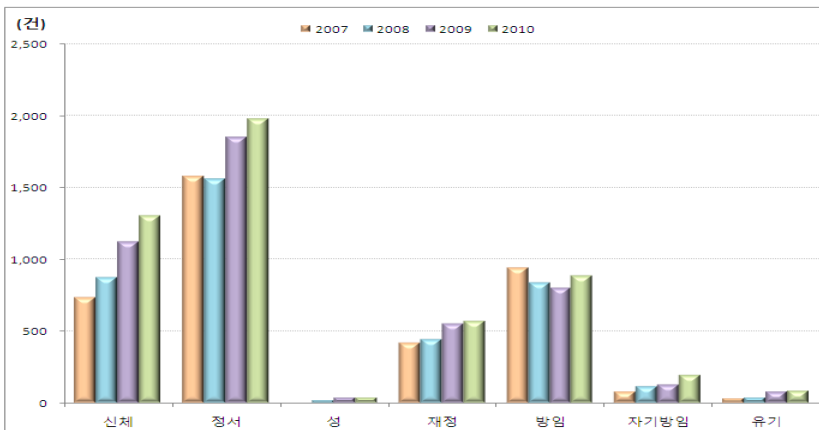
노인학대는 노인의 정신장애, 알콜중독 등 개인적 특성과 장애·질병·치매 등의 노인의 의존성과 부양자의 부양스트레스, 그리고 세대간 학대의 전이 등으로 발생하고 있다. 학대는 가족 간호자, 간병인, 빛나간 가족 구성원이나 무능한 가족구성원으로부터 받는다. 2006년도 노인학대 건수는 3,675건에서 2010년에 5,076건으로 약한 증가세를 보이고 있다.

학대의 유형은 학대 행위와 관련해서 신체적 학대, 정서적 학대, 재정적 학대 그리고 방임 등으로 분류된다. 이들 학대 중 정서적 학대가

가장 높고 신체적 학대, 방임의 순으로 나타났다(표 5-3-13). 또한 노인 학대는 친족에 의해 주로 발생하고 있다. 즉, 아들(60.3%), 딸(13.9%), 배우자(13.1%) 등의 순서이다. 아들이 가장 높은 이유는 대부분 부모부양을 아들이 하기 때문으로 생각된다.

앞으로 이를 줄이기 위해 사회적 차원에서는 노인부양과 사회의 노인 차별, 경시풍조를 근절하고 예방교육을 실시하며, 가족차원에서는 부양 스트레스를 경감시키기 위해 가족지원프로그램이 필요하다.

[그림 3-5-1] 노인학대 유형별 추이: 2007~2010



자료: 보건복지부, 노인정책과

<표 3-5-1> 노인학대 유형(학대유형 건수 기준): 2006~2010

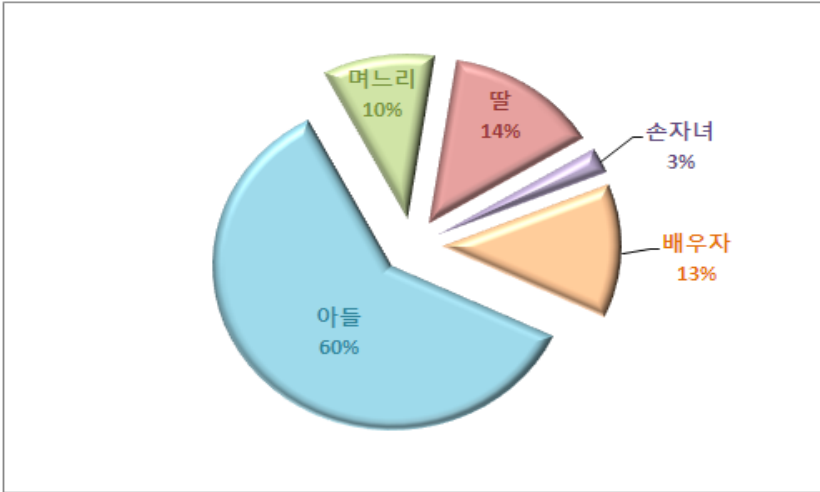
(단위: 건)

	계	신체	정서	성	재정	방임	자기방임	유기
2006	3,675	768	1,557	15	415	816	61	43
2007	3,805	739	1,577	12	422	941	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
2010	5,076	1,304	1,981	39	574	891	196	91

주: 중복학대유형임.

자료: 보건복지부, 노인정책과

[그림 3-5-2] 노인학대 행위자 분포: 2010



자료: 보건복지부, 노인정책과

<표 3-5-2> 노인학대 행위자 분포: 2010

(단위 : 건, %)

유형 관계	신체적 학대	정서적 학대	성적 학대	재정적 학대	방임	자기 방임	유기	계
배우자	239	279	18	37	63	6	8	650
	(19.6)	(14.3)	(62.1)	(7.1)	(5.9)	(10.7)	(7.1)	(13.1)
아들	716	1,140	6	345	662	36	77	2,982
	(58.8)	(58.6)	(20.7)	(66.1)	(62.2)	(64.3)	(68.8)	(60.3)
며느리	117	251	0	46	82	1	6	503
	(9.6)	(12.9)	(0.0)	(8.8)	(7.7)	(1.8)	(5.4)	(10.2)
딸	102	219	3	81	249	13	21	688
	(8.4)	(11.2)	(10.3)	(15.5)	(23.4)	(23.2)	(18.8)	(13.9)
손자녀	44	58	2	13	8	0	0	125
	(3.6)	(3.0)	(6.9)	(2.5)	(0.8)	(0.0)	(0.0)	(2.5)
계	1,218	1,947	29	522	1,064	56	112	4,948
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

주: 중복학대유형임

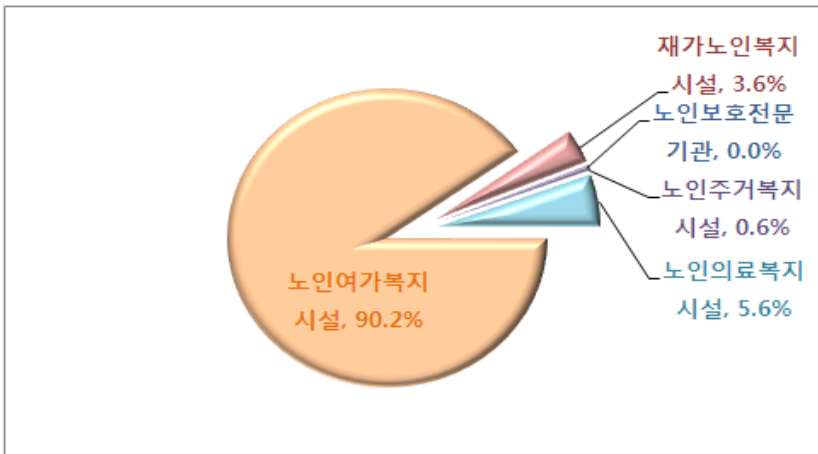
자료: 보건복지부, 노인정책과

제6절 노인복지시설

1. 노인복지시설수

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

[그림 3-6-1] 노인복지시설수: 2010



자료: 보건복지부, 『2011년 노인 복지시설 현황』, 2011.

노인복지시설은 크게 5개의 종류 즉, 주거, 의료, 여가, 재가노인, 그리고 노인보호전문기관이다. 이들 노인복지시설은 2010년도 69,237개 소이며, 이중 경로당, 노인교실 등 노인여가시설이 대부분(90.2%)을 차지하고 있으며, 다음으로 노인의료시설(5.6%), 재가노인시설(3.6%)의 순이다.

〈표 3-6-1〉 노인복지시설수 추이: 2007~2010

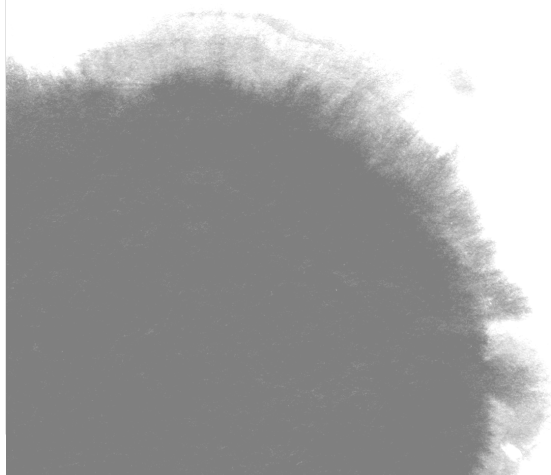
(단위: 개소, %)

종류	시설	2007	2008	2009	2010
합 계		60,788	63,919	66,854	69,237 (100.0)
노인주거 복지시설	소 계	398	347	360	397 (0.6)
	양로시설	384	306	285	300
	노인공동생활가정		21	56	75
	유료노인복지주택	14	20	19	22
노인의료 복지시설	소 계	1,186	1,832	2,712	3,852 (5.6)
	노인요양시설	1,114	1,332	1,642	2,429
	노인요양공동생활가정		422	1,009	1,346
	노인전문병원	72	78	61	77
노인여가 복지시설	소 계	57,777	59,422	61,065	62,469 (90.2)
	노인복지관	211	228	237	259
	경로당	56,480	57,930	59,543	60,737
	노인교실	1,082	1,260	1,280	1,464
	노인휴양소	4	4	5	9
재가노인 복지시설	소 계	1,408	2,298	2,696	2,496 (3.6)
	방문요양서비스	767	1,111	1,228	1,118
	주야간보호서비스	504	621	714	786
	단기보호서비스	137	217	288	67
	방문목욕서비스		349	466	525
노인보호 전문기관		19	20	21	23 (0.0)

주: 노인복지법 제31조에 의한 노인복지시설의 종류별 현황임.
 자료: 보건복지부, 『2011년 노인 복지시설 현황』, 2011.

04

보건의 동향



제4장 보건의 동향

제1 절 건강상태

1. 기대수명

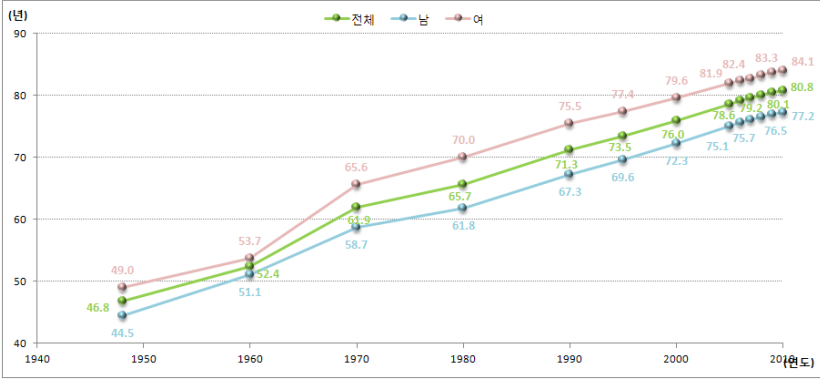
수명은 우리 사회의 큰 관심사 중의 하나이다. 예방의학의 발달과 생활조건의 향상으로 수명이 점차 연장되고 있음에도 여전히 장수에 관한 연구가 진행되고 있으며, 누구나 오래 살기 위해 노력한다.

경제사회의 발전은 인간을 삶의 질 향상에 대한 문제에 더욱 관심을 갖게 하였고, 식습관개선, 운동 등 건강관리를 위해 더 많은 시간을 소비하게 되었으며, 이는 건강한 삶의 연장으로 이어졌다. 기대수명은 이와 같이 국민의 건강수준을 나타내는 지표로 그 나라의 보건수준을 대표하는 지표로 이용되고 있다.

해방이후의 경제상황이나 국민의 건강상태가 매우 안 좋은 1948년 기대수명은 46.8년으로 매우 낮은 수준이었으나 1970년에는 61.9년으로 증가하였으며, 경제사회 수준의 향상에 따른 의료수준 발달 등으로 1990년에는 71.3년, 2010년에는 80.8년으로 지속적으로 증가하였다. 이는 OECD 회원국의 2009년 평균기대수명인 79.5년보다 약간 높은 수준이다.

남녀 기대수명의 차이는 1980~90년에는 8.2년의 큰 차이를 보였으나 이후 점차 감소하여 2005년에서 2010년 사이에는 6.8~7.0년의 차이를 보이고 있다.

[그림 4-1-1] 기대수명 추이: 1948~2010



<표 4-1-1> 기대수명 추이: 1948~2010

(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
2010	80.8	77.2	84.1	6.9
OECD최근평균(34)				
2009	79.5	76.7	82.2	5.5

주: 1960년은 1955~1960년 자료임.

자료: 통계청 「생명표」

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

2. 영아사망률

영아사망률은 출생 후 1년 이내에 사망하는 영아의 수준을 나타내는 지표로 기대여명과 함께 그 나라의 보건수준을 가늠하는 가장 대표적인 지표 중 하나이다. 영아사망률은 모체의 건강상태와 사회경제적 수준과 그 지역 환경조건의 영향을 많이 받는 지표이다.

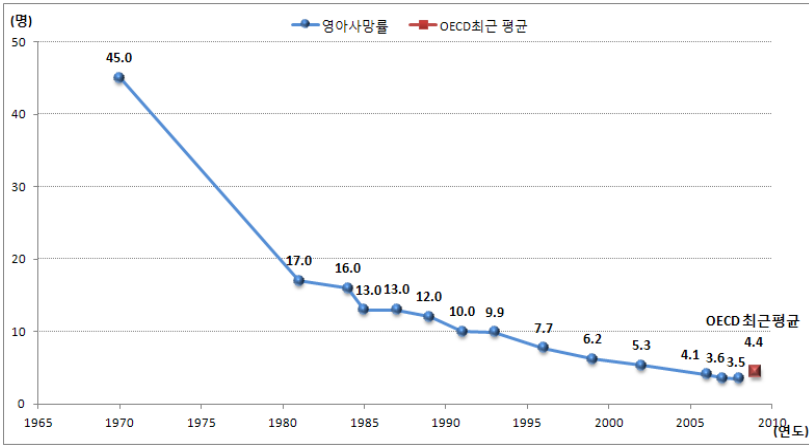
하지만 영아사망률은 신고시스템이나 의료기관의 인식에 따라 정확한 수준의 파악여부가 결정되기 때문에 후진국에서는 정확한 수준 파악에 어려움이 있다. 우리나라는 인구동태신고제도에 따라 출생과 사망을 신고하게 되어 있어 이를 통하여 통계가 산출되어야 하나 특히, 출생 후 24시간 이내에 사망하는 경우 출생과 사망신고의 번거로움 등으로 정확하게 신고되지 않는 경향이 있어 산출에 어려움이 있다.

정확한 영아사망률의 산출을 위해서는 임신단계에서부터 국민건강보험을 통해서 관리되도록 하고, 출산결과를 출생신고망 등과 연계관리하여 미신고 출산에 대한 관리를 보다 철저히 한다면 보다 정확한 산출이 가능할 것이다.

우리나라의 1970년 영아사망률은 45.0명(출생 1,000명당)으로 매우 높은 수준이었으나 1981년에는 17.0명으로 절반 이하로 낮아졌으며, 2002년에는 5.3명으로 그리고 2008년에는 3.5명으로 점차 감소하여 2009년의 OECD 평균 영아사망률 4.4명보다 낮은 수준이다.

이와 같이 우리나라의 영아사망률은 경제사회발전과 소자녀출산에 따른 자녀의 건강에 대한 관심 증대, 의료기관의 증가에 따른 접근성 증대와 각종 미숙아 관련 장비의 증가 등으로 영아사망률은 빠르게 감소하였으나 저출산이 지속되고 있는 상황에서 자녀의 건강 유지는 매우 중요하므로 영아사망률 저하를 위한 노력은 지속되어야 할 것이다.

[그림 4-1-2] 영아사망률: 1970~2008



<표 4-1-2> 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	3.6
1991	10.0	2008	3.5
OECD 최근 평균 ^{a)} (34)			
2009	4.4		

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

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 영아모성사망실태조사
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

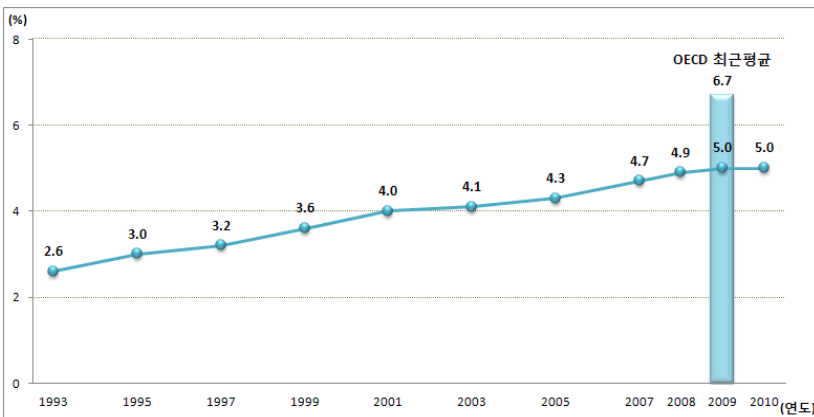
3. 저체중출생아비율

저체중출생아는 출생 시 체중이 2,500g미만인 출생아로 이 경우 건강상의 문제로 생존의 어려움이 크기 때문에 영아사망률과도 밀접한 관련이 있는 주요 지표의 하나이다. 의료과학의 발전으로 몸무게가 더 적은 아이도 생명을 유지하거나 건강하게 살아갈 수 있는 여건이 되었지만 현재까지는 이 기준을 출생아의 저체중 판단 기준으로 삼고 있다.

저체중출생아의 비중이 높을수록 영아의 건강유지에 문제가 있을 수 있기 때문에 영아사망률과도 밀접한 연관이 있다. 저체중출생아는 보건수준을 파악하는데 중요한 지표로 활용될 수 있으며, 이에 OECD에서도 영유아의 주요 보건지표로 저체중출생아를 선정하고 회원국에 자료를 요구하고 있다.

저체중출생아의 비율은 기대수명 등의 다른 보건지표와는 달리 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 즉, 1993년 2.6%이던 저체중출생아의 비중은 점차 높아져 2001년에는 4.0%로 그리고 2010년에는 5.0%로 높아졌다.

[그림 4-1-3] 저체중출생아비율: 1993~2010



〈표 4-1-3〉 저체중출생아비율: 1993~2010

(단위: %)

연도	저체중출생아비율	연도	저체중출생아비율
1993	2.6	2005	4.3
1995	3.0	2007	4.7
1997	3.2	2008	4.9
1999	3.6	2009	5.0
2001	4.0	2010	5.0
2003	4.1		
OECD 최근 평균 ^{a)} (34)			
2009	6.7		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 벨기에(2007), 캐나다(2008), 프랑스(2007), 그리스(2008), 이탈리아(2008), 네덜란드(2008), 노르웨이(2008), 스웨덴(2007), 터키(2008).

자료: 통계청, 인구동태통계연보

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

OECD 회원국도 우리의 경우 마찬가지로 저체중출생아 비율이 점차 높아지는 경향을 보이고 있으며 2009년 OECD 국가의 저체중출생아 비율의 평균은 6.7%로 우리나라보다 높은 수준을 보이고 있다.

경제사회 발전으로 인한 의료수준 향상, 영양상태의 개선 등 긍정적인 요인의 증가에도 불구하고 선진국일수록 오히려 저체중출생아의 비율이 높아지는 것은 경제활동 등으로 늦은 결혼연령에 따른 늦은 출산, 무리한 체중조절로 태아에 부정적인 영향이 미칠 수 있기 때문으로 보인다.

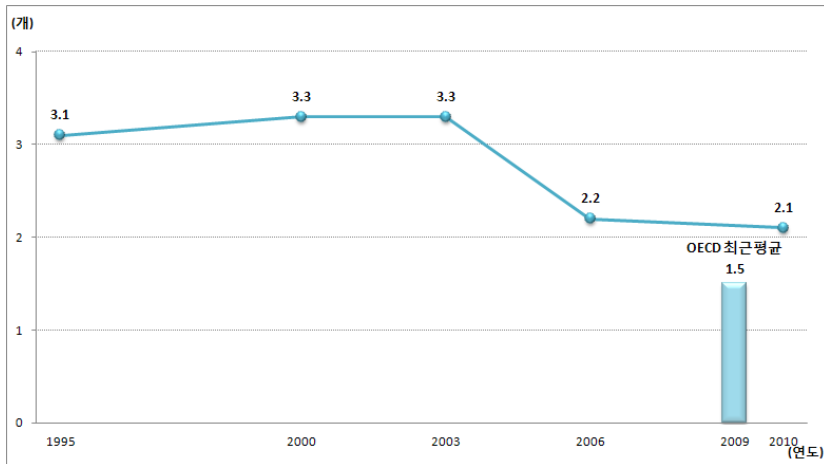
이에 현재 대두되고 있는 저출산 시대에 건강한 자녀 출산 및 양육을 위해 영아사망률과 함께 저체중출생아 지표를 모자보건사업 정책수립에 기초자료로 이용하여 그 원인을 찾아 대처해 나갈 필요가 있다.

4. 어린이 치아건강

치아는 우리에게 필요한 영양을 섭취할 수 있도록 도와주기 때문에 평생의 건강을 좌우할 수 있는 중요한 것 중의 하나가 치아이다. 따라서 치아관리는 건강한 생활을 영위하는데 중요한 요인이 되고 있으며 특히 어린이 치아건강은 평생을 좌우하기 때문에 OECD에서도 12세 아동에 대한 치아상태를 지표로 선정하여 회원국의 자료제공을 요구하고 있다.

우리나라도 최근에 이 지표의 중요성을 인식하여 주기적으로 국민구강건강실태조사를 통해 치아 관련 자료 수집 시 12세 아동의 치아 건강상태에 대한 자료를 수집하고 있다.

[그림 4-1-4] 어린이 치아건강(12세): 1995~2010



12세 아동을 대상으로 이들 연령층의 상실치, 충진치, 우식치의 평균을 산출한 어린이 치아건강상태는 우리나라의 경우 1995년 3.1개에서 2003년에는 3.3개까지 증가하였으나 점차 낮아져 2010년에는 2.1개로 감소하였다. 이는 영양상태의 개선과 함께 부모의 관심증가, 교육에 의

한 어린이의 치아관리, 사전예방조치 등 치아에 대한 관심이 높아지면서 어린이의 치아관리에 대한 정부와 가정의 노력의 결과로 보이지만 여전히 OECD 회원국 평균인 1.4개보다 높은 수치이므로 지속적인 개선 노력이 필요하다.

〈표 4-1-4〉 어린이 치아건강(12세): 1995~2010

(단위: 개)

연도	충치, 발치, 의치-12세	연도	충치, 발치, 의치-12세
1995	3.1	2006	2.2
2000	3.3	2010	2.1
2003	3.3		
OECD 최근 평균 ^{a)} (17)			
2009	1.4		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주, 벨기에, 캐나다, 에스토니아, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 멕시코, 네덜란드, 폴란드, 슬로베니아, 스페인, 터키, 미국 제외. 오스트리아(2007), 칠레(2007), 체코(2006), 프랑스(2006), 헝가리(2008), 한국(2010), 포르투갈(2006), 스웨덴(2008), 영국(2008).

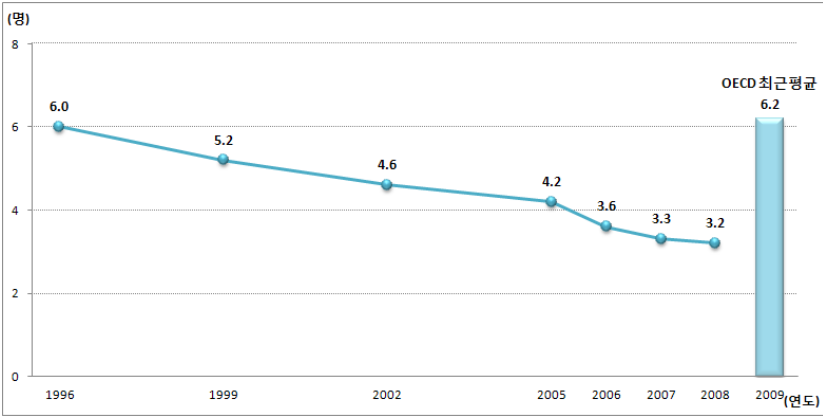
자료: 보건복지부, 「국민구강건강실태조사」
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

5. 주산기사망률

주산기사망률은 생후 7일 미만에서의 사망이수와 임신 28주 이후에서의 사산수를 총출생아 1,000명당으로 나타낸 지표로 임신 및 출산과 관련하여 모체가 태아에 미치는 영향 그리고 신생아의 건강상태와 의료환경의 정도를 나타내 주는 중요한 지표이다.

우리나라의 경우 주산기사망률은 1996년에는 6.0명(출생 1,000명당)이었으나 2002년에는 4.6명으로 낮아지고, 2008년에는 3.2명으로 감소하는 등 지속적으로 감소하였다. 2009년 OECD 회원국의 평균은 6.2명으로 우리나라의 주산기사망률은 다른 국가에 비해 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다.

[그림 4-1-5] 주산기사망률(출생 1,000명당): 1996~2008



<표 4-1-5> 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)			
2009	6.2		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주, 벨기에, 덴마크, 미국 제외. 캐나다(2007), 칠레(2008), 아일랜드(2008), 이탈리아(2008), 한국(2008), 뉴질랜드(2007).
 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원·대한의무기독교사협회, 「영아·모성 사망조사」
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

6. 자신의 건강이 양호하다고 생각하는 비율

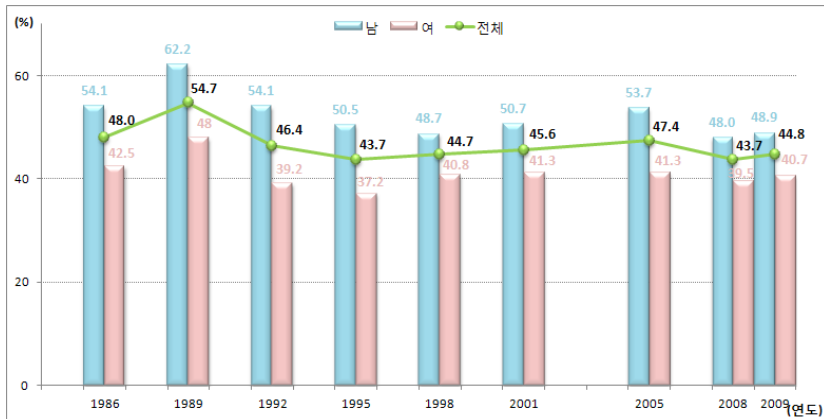
자신의 건강이 양호하다고 생각하는 비율은 15세 이상 성인을 대상으로 자신의 전반적인 건강상태가 어떠한가에 대한 응답을 측정된 것이며, 100명에 대한 비율을 나타낸 것이다. 이는 주관적인 건강평가 지표로서 실제의 객관적인 건강상태와 함께 매우 중요한 보건지표의 하나이다.

우리나라 사람은 1986년에 전체국민의 48.0%가 자신의 건강상태가

양호하다고 생각하였으며, 1989년에는 54.7%가 양호하다고 생각하여 약간 증가를 보이기도 하였으나 그 이후에는 전반적으로 감소하는 추세를 보이고 있다. 2009년에는 44.8%로 OECD 회원국의 2009년 평균 70.2%보다 다소 낮은 수준을 보이고 있다.

남성의 경우 여성에 비하여 자신이 건강하다고 생각하는 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 즉, 1986년에 남성이 여성보다 11.6%포인트 높은 54.1%가 자신의 건강이 양호하다고 응답하였으며, 1995년도에도 남성이 여성보다 13.3%가 높은 50.5%가 자신의 건강이 양호하다고 응답하였다. 이와 같이 2005년까지는 대부분의 연도에서 10%포인트 이상의 차이를 보이며, 남자가 자신의 건강이 양호하다고 생각하는 비율이 높았으나 2009년에는 8.2%포인트의 차이를 보이는 등 최근에는 점차 차이가 줄어드는 경향을 보이고 있다. 한편, 2009년 OECD 국가의 남녀의 차이는 4.7%포인트로 남성이 자신의 건강이 양호하다고 생각하는 비율이 높았다.

[그림 4-1-6] 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2009



자신의 건강이 양호하다고 생각하는 비율은 문화적 배경이나 국가의 특성 등에 의해 영향을 받을 수 있는 만큼 전반적인 건강에 대한 평가가 주관적일 수 있으므로 국가별로 그 차이가 크게 나타나는 것으로 보인다.

〈표 4-1-6〉 건강이 양호하다고 생각하는 비율(15세 이상): 1986~2009

(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
2009	44.8	48.9	40.7
OECD 최근 평균 ^{a)} (32)			
2009	70.2	72.6	67.9

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스(남, 여), 포르투갈 제외. 호주(2007), 오스트리아(2006), 벨기에(2008), 칠레(2006), 체코(2008), 덴마크(2010), 프랑스(2008), 독일(2008), 일본(2007), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2007), 노르웨이(2008), 슬로바키아(2008), 슬로베니아(2007), 스위스(2007), 터키(2008).

자료: 보건복지부·질병관리본부, 「국민건강·영양조사」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

7. 에너지 1일 섭취량

우리는 활동에 필요한 에너지를 식품으로부터 섭취하고 있다. 식품을 골고루 섭취하여 영양소가 편중되지 않도록 하는 것도 중요하지만 근래에는 에너지 과다 섭취로 인해 비만 비율이 증가하는 등 성인병 유발 위험을 높이고 있어 적정 체중을 유지하여 건강한 생활을 할 수 있도록

노력하여야 할 것이다. 이를 위해 적정 에너지의 섭취도 중요하다.

우리나라의 에너지 섭취량은 1970년에는 2,150kcal였으나 1990년에는 1,868kcal, 2001년에는 1,897kcal, 2009년에는 1,883kcal로 점차 감소하는 추세를 보이고 있다. 특히, 에너지 섭취량의 남녀 차이는 점차 커지고 있어 2009년에는 580.6kcal의 차이를 보이고 있다.

[그림 4-1-7] 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009



〈표 4-1-7〉 에너지 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1970~2009

(단위: kcal)

연도	전체	연도	전체
1970	2,150.0	1983	2,012.0
1971	2,072.0	1984	1,901.0
1972	1,904.0	1985	1,936.0
1973	2,059.0	1986	1,930.0
1974	2,054.0	1987	1,819.0
1975	1,992.0	1988	1,935.0
1976	1,926.0	1989	1,871.0
1977	2,134.0	1990	1,868.0
1978	1,833.0	1991	1,930.0
1979	2,098.0	1992	1,875.0
1980	2,052.0	1993	1,848.0
1981	2,052.0	1994	1,770.0
1982	1,991.0	1995	1,839.0
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	1,829.6	2,106.5	1,548.9
2008	1,867.5	2,146.4	1,583.4
2009	1,883.4	2,170.1	1,589.5

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2009: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

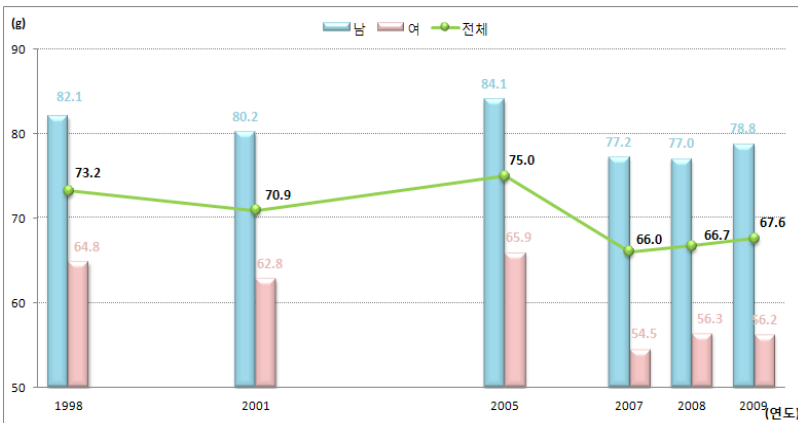
자료: 보건복지부, 「2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))」

8. 단백질 1일 섭취량

단백질은 모든 살아 있는 세포를 구성하는 기본요소로서 생명체를 구성하고 유지시키는 필수성분이다. 단백질 기능의 중요성은 새로운 조직을 합성하고 이미 합성된 조직의 유지를 위해서 아미노산을 공급해 주는 데 있다. 대체로 성인은 체중 1kg당 0.9g의 단백질이 필요하며, 이 양은 성장기 어린이·임신부·수유부 또는 질병과 수술 후에는 증가된다. 한국인 영양권장량은 성인(20~49세)의 단백질 권장량을 하루 남자 70g, 여자 55g으로 규정하고 있다(네이버 백과사전).

우리나라의 단백질 섭취량은 1970년 64.6g에서 1990년에는 78.9g, 2001년에는 70.9g으로 점차 증가하다가 2009년 67.6g으로 근래에는 감소하는 경향을 보이고 있다. 남녀별로 보면 남자의 섭취량이 여자보다 훨씬 많아 2001년에는 17.4g의 차이를 보이고 있으며 점차 그 차이가 커져 2009년에는 남자가 78.8g, 여자가 56.2g으로 22.6g의 차이를 보이고 있다.

[그림 4-1-8] 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세이상): 1998-2009



〈표 4-1-8〉 단백질 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1970	64.6	1983	69.6
1971	67.0	1984	69.3
1972	64.7	1985	74.5
1973	64.4	1986	74.2
1974	68.0	1987	79.2
1975	63.6	1988	91.6
1976	60.4	1989	83.6
1977	71.0	1990	78.9
1978	59.5	1991	73.0
1979	69.6	1992	74.2
1980	67.2	1993	72.6
1981	69.9	1994	71.9
1982	67.4	1995	73.3
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	66.0	77.2	54.5
2008	66.7	77.0	56.3
2009	67.6	78.8	56.2

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2009: 국민건강영양조사
 * 2005년 추계인구로 연령표준화
 자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

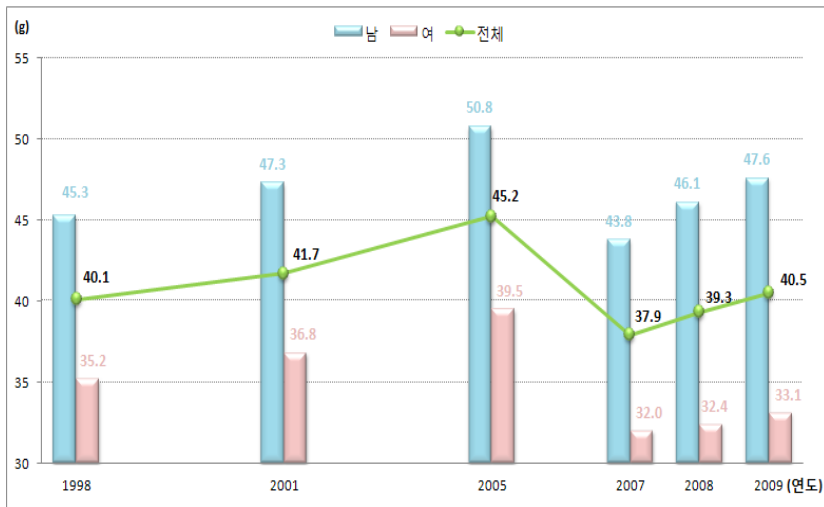
9. 지방 1일 섭취량

지방은 탄수화물과 같이 탄소·수소·산소 등 3원소로 구성되어 있으나 분자 내에 산소의 비율이 탄수화물보다 작고 체내에서 연소되면 에너지를 발생하는데, 같은 무게당 발생열량을 비교하면 탄수화물의 2배 이상

이 되는 농축된 에너지원이다. 식품을 통하여 탄수화물·지방·단백질 형태 중 어떤 것이든지 열량 소모량 이상으로 섭취했을 때 나머지 열량은 피하지방조직에 지방으로서 저장되며, 반면 열량섭취가 부족하면 체내에 저장된 지방이 건강에 아무 지장을 주는 일 없이 소모될 수 있다(네이버 백과사전).

우리나라의 지방섭취량은 1970년 17.2g에서 1990년에는 28.9g, 2001년에는 41.7g으로 점차 증가하다가 2009년에는 40.5g으로 약간 감소하는 경향을 보이고 있다. 남자의 경우 지방섭취량이 여자보다 훨씬 많은 것으로 나타났는데 1998년에는 남자와 여자의 지방섭취량 차이가 10.1g의 차이를 보였으나 2009년에는 남자가 47.6g, 여자가 33.1g으로 14.5g의 차이를 보여 점차 증가한 것으로 나타났다.

[그림 4-1-9] 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009



〈표 4-1-9〉 지방 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1970	17.2	1983	23.5
1971	13.1	1984	24.0
1972	19.2	1985	29.5
1973	19.2	1986	28.1
1974	15.5	1987	29.7
1975	19.0	1988	30.0
1976	20.0	1989	27.9
1977	28.0	1990	28.9
1978	22.6	1991	35.6
1979	26.2	1992	34.5
1980	21.8	1993	36.9
1981	20.3	1994	35.9
1982	21.1	1995	38.5
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	37.9	43.8	32.0
2008	39.3	46.1	32.4
2009	40.5	47.6	33.1

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2009: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

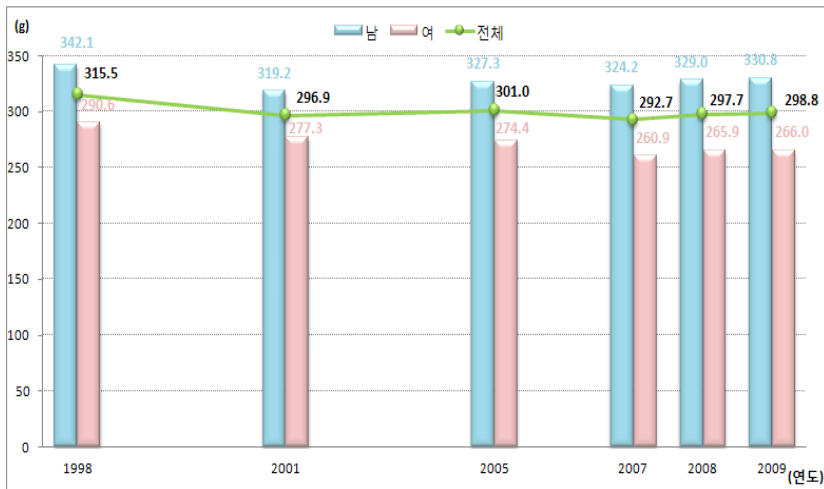
10. 탄수화물 1일 섭취량

사람이 필요로 하는 에너지를 대부분 공급해 주는 열량원으로서, 당질 또는 합수탄소라고도 한다. 탄소·수소·산소 등 3종류의 원소로 구성되어 있으며 주기능은 에너지를 제공하는 것이다. 동물은 체내에서 당질을 산화(연소)시킴으로써 식물의 엽록소가 화학에너지로 전환되어 저장한 태양에너지를 간접적으로 이용한다. 지방이나 단백질도 에너지를

내지만 탄수화물은 가장 값이 싸고 소화흡수율이 높으며 체내에서 완전 산화되는 가장 경제적이고 효율적인 에너지이다. 특히, 중추신경계를 움직이게 하는 연료는 탄수화물이며, 탄수화물이 분해되어서 나온 포도당은 신경조직이 제기능을 유지하는 데 꼭 필요하다(네이버 백과사전).

우리나라의 탄수화물섭취량은 1970년 434.0g에서 1990년에는 316.0g, 2009년에는 298.8g으로 점차 감소하는 경향을 보이고 있다. 남녀별로 보면 남자의 탄수화물섭취량이 단백질과 지방과 마찬가지로 여자보다 많은 것으로 나타났다. 1998년의 경우 남자의 섭취량이 342.1g인 반면 여자는 290.6g으로 51.5g의 차이를 보였으나 점차 증가하여 2009년에는 남자가 330.8g, 여자가 266.0g으로 64.8g의 차이를 보이고 있다.

[그림 4-1-10] 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1998~2009



〈표 4-1-10〉 탄수화물 1일 섭취량 추이(만 1세 이상): 1970~2009

(단위: g)

연도	전체	연도	전체
1970	434.0	1983	380.0
1971	422.0	1984	351.0
1972	368.0	1985	342.0
1973	401.0	1986	343.0
1974	405.0	1987	308.0
1975	399.0	1988	330.0
1976	380.0	1989	323.0
1977	397.0	1990	316.0
1978	346.0	1991	325.0
1979	395.0	1992	313.0
1980	396.0	1993	301.0
1981	394.0	1994	286.0
1982	381.0	1995	295.0
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	292.7	324.2	260.9
2008	297.7	329.0	265.9
2009	298.8	330.8	266.0

주: 1) 1969~1995: 국민영양조사, 1998~2009: 국민건강영양조사

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

11. 모성사망비

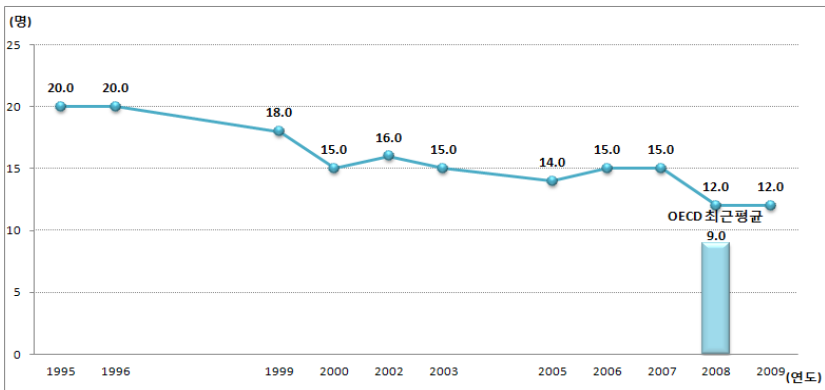
모성사망비는 영아사망률과 함께 모자보건실태를 알아보는 주요 지표의 하나이다. 모성사망은 임신 중 또는 임신종료 후 42일 이내에 사고나 고의에 의하지 않은 사망으로, 임신에 의하거나 임신에 의해 악화된 어떤 질환이나 이로 인한 사망을 의미한다(한영자, 2005).

모성사망비는 모성사망자수를 출생아수로 나눈 값으로 출생아 100,000명당 임신과 관련된 모성사망수를 나타낸다. 이는 가임기 여성의 모성사망 위험지표로 사용되고 있으며 이 수치가 높다는 것은 임신

으로 인한 모성사망 위험이 높다는 것을 의미한다.

우리나라의 모성사망비는 1995년 20.0명에서 2005년에는 14.0명으로 낮아졌고, 2009년에는 12.0명으로 점차 낮아지고 있는 추세다. OECD 회원국의 2009년 평균 모성사망비가 9.0명 수준으로 우리나라 보다 낮아 우리나라도 이를 더 낮추기 위한 노력이 요구된다.

[그림 4-1-11] 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2009



〈표 4-1-11〉 모성사망비(출생 100,000명당): 1995~2009

(단위: 명)

연도	전체	연도	전체
1995	20.0	2005	14.0
1996	20.0	2006	15.0
1999	18.0	2007	15.0
2000	15.0	2008	12.0
2002	16.0	2009	12.0
2003	15.0		
OECD 최근 평균 ^{a)} (34)			
2009	9.0		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 벨기에(2007), 캐나다(2006), 체코(2008), 핀란드(2008), 프랑스(2007), 그리스(2008), 이스라엘(2008), 이탈리아(2006), 한국(2008), 뉴질랜드(2007), 포르투갈(2008), 슬로베니아(2008), 미국(2007).
 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원·대한의무기독교사협회, 「영아·모성 사망조사」, 해당년도 OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

12. 건강수명

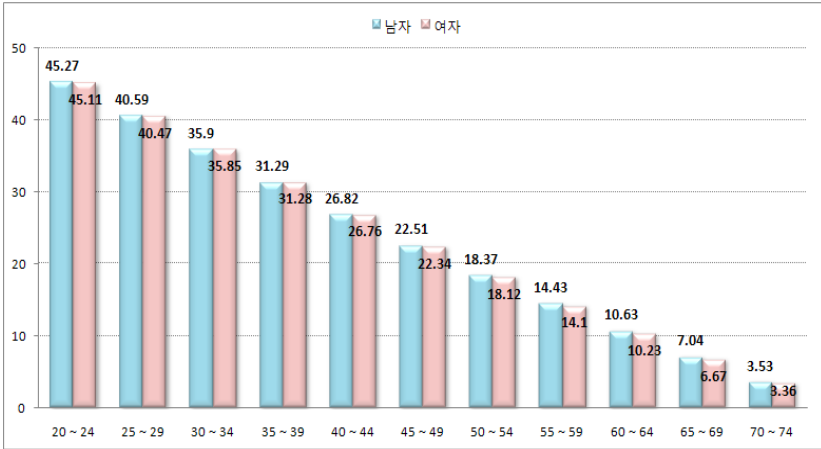
건강수명은 기대균수명에서 질병이나 장애로 인해 손실되는 기간을 제외한 기간으로 일생 동안 건강하게 살 수 있는 기간이 얼마나 되는지를 측정하는 것이다. 경제사회가 발전하면서 삶의 질에 대한 관심이 높아지고 이에 따라 기대수명과 함께 건강수명의 중요성도 부각되고 있다.

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-5D방법을 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 4-1-12] 성별 건강수명(20~74세), (EQ-5D이용): 2005



<표 4-1-12> 성별 건강수명(20~74세), 산출기준: 2005

(단위: 년)

연령	EQ-5D를 이용한 건강수명		매우 좋음/ 좋음/ 보통의 비율을 이용한 건강수명		활동제한 없음의 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

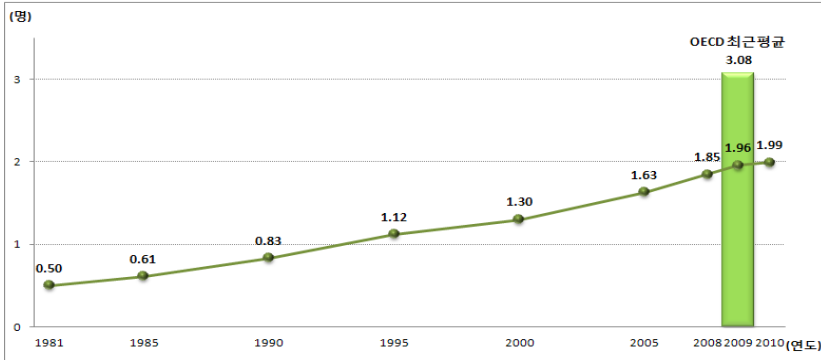
1. 활동의사수

의료인력이나 의료시설의 미비와 부족은 그만큼 국민의 건강상태에 좋지 않은 영향을 미치게 되므로 의료자원은 국민의 건강과 밀접한 관련이 있다. 따라서 의료인력, 의료시설 및 장비와 관련된 지표는 보건분야에서 중요한 지표로 꼽히고 있다.

의료인력 자원 중 의사는 가장 핵심적인 인력으로 의사 관련 통계는 면허의사와 의료기관을 포함한 전문기관에서 일하는 전문분야활동의사, 그리고 의료기관에서 일하는 활동의사로 구분한다. 특히, 활동의사는 연구기관이나 회사 등에서 활동하는 의사를 제외한 실제 의료현장에서 활동하고 있는 의사의 수를 나타내므로 면허의사수보다 그 중요도가 높고 또 그만큼 많이 활용되고 있다.

우리나라의 경우 의과대학의 정원수가 꾸준히 증가하여 활동의사수도 함께 증가하고 있다. 1981년 활동의사수는 인구 1,000명당 0.50명, 1990년에는 0.83명이었고 2010년에는 1.99명으로 최근 20년간 2배 이상 증가하였다. 그러나 OECD 회원국의 2009년 평균 활동의사수인 3.08명보다 낮은 수치이다.

[그림 4-2-1] 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2010



<표 4-2-1> 활동의사수(인구 1,000명당): 1981~2010

(단위: 명)

연도	활동의사수	연도	활동의사수
1981	0.50	2005	1.63
1985	0.61	2008	1.85
1990	0.83	2009	1.96
1995	1.12	2010	1.99
2000	1.30		
OECD 최근평균^{a)}(26)			
2009	3.08		

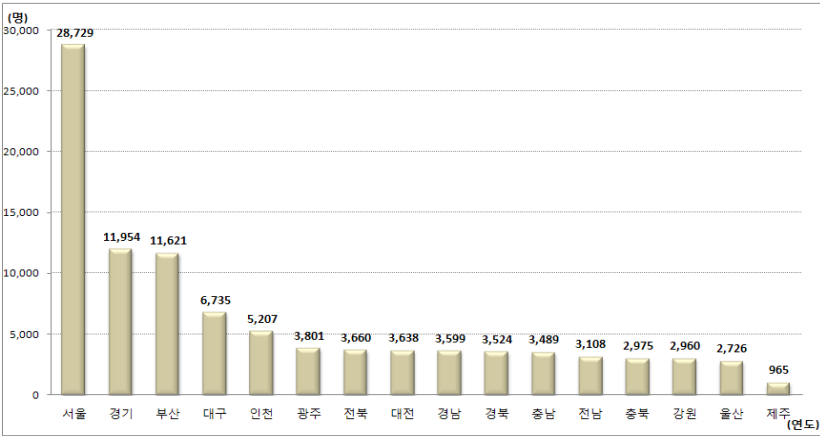
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다, 칠레, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 네덜란드, 포르투갈, 터키 제외. 호주(2008), 덴마크(2008), 핀란드(2008), 일본(2008), 슬로바키아(2007), 스웨덴(2008).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

2010년 현재 시도별 의사분포는 서울이 가장 높은 29.1%를 점유하고 있으며, 다음은 경기로서 12.1% 그리고 부산이 11.8%였다. 서울, 경기, 인천의 수도권지역이 차지하는 비율은 전체의 46.5%를 점하고 있다.

[그림 4-2-2] 시도별 의료기관종사 의료인력 수(의사, 한의사): 2010



<표 4-2-2> 시도별 의료기관종사 의료인력 수(의사, 한의사): 2001~2010

(단위: 명)

시·도	2001		2005		2010	
	수	%	수	%	수	%
계	65,715	100.0	78,391	100.0	98,691	100.0
서울	21,146	32.2	22,584	28.8	28,729	29.1
부산	5,685	8.7	6,497	8.3	11,621	11.8
대구	4,286	6.5	4,429	5.6	6,735	6.8
인천	2,731	4.2	3,413	4.4	5,207	5.3
광주	2,390	3.6	2,715	3.5	3,801	3.9
대전	2,406	3.7	2,946	3.8	3,638	3.7
울산	1,092	1.7	1,378	1.8	2,726	2.8
경기	8,532	13.0	13,382	17.1	11,954	12.1
강원	2,025	3.1	2,382	3.0	2,960	3.0
충북	1,719	2.6	2,086	2.7	2,975	3.0
충남	2,016	3.1	2,714	3.5	3,489	3.5
전북	2,891	4.4	3,171	4.0	3,660	3.7
전남	2,034	3.1	2,617	3.3	3,108	3.1
경북	2,799	4.3	3,352	4.3	3,524	3.6
경남	3,407	5.2	3,999	5.1	3,599	3.6
제주	556	0.8	726	0.9	965	1.0

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

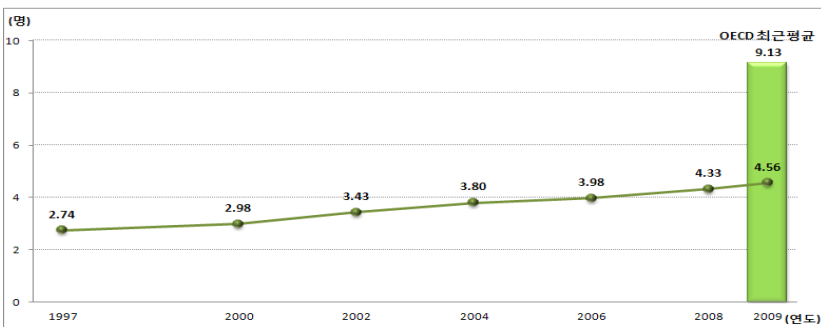
2. 활동간호사수

의사수와 함께 중요시되는 의료인력 자원으로 간호사가 있다. 간호사 역시 환자를 간호하는데 필요한 수 보다 수가 부족하다면 의료행위를 하는데 있어서 많은 제약을 받기 때문에 중요한 지표로 활용된다.

간호사의 경우에는 세 가지의 통계제시가 가능한데, 하나는 면허소지자 통계이고, 다른 하나는 의료기관에서 일하는 간호사 통계 그리고 또 다른 하나는 의료기관을 포함한 전문기관에서 일하는 간호사 통계이다. 활동간호사는 활동의사와 마찬가지로 학교나 연구기관 등 의료기관 이외에서 근무하는 간호사를 제외한 의료기관에서 실제 활동하고 있는 간호사를 의미한다.

우리나라의 활동간호사수는 활동의사수와 함께 꾸준히 증가하여 왔다. 1997년 인구 1,000명당 2.74명이던 간호사수는 2004년에는 3.80명 그리고 2009년에는 4.56명으로 증가하였다. 하지만 이와 같은 지속적인 증가에도 불구하고 다른 OECD 회원국가와는 다소 많은 차이를 보이고 있다. OECD 국가의 인구 1,000명당 평균 간호사수는 2009년에 9.13명으로 우리나라 보다 2배 정도 많은 수준이다. 간호사와 의사는 의료인력 자원에서 큰 역할을 차지하고 있기 때문에 적정인력을 확보하기 위한 노력이 필요하다.

[그림 4-2-3] 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2009



〈표 4-2-3〉 활동간호사수(인구 1,000명당): 1997~2009

(단위: 명)

연도	활동간호사수	연도	활동간호사수
1997	2.74	2006	3.98
2000	2.98	2008	4.33
2002	3.43	2009	4.56
2004	3.80		
OECD 최근평균 ^{a)} (24)			
2009	9.13		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 프랑스, 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 슬로바키아, 스웨덴, 터키, 미국 제외. 호주(2008), 덴마크(2008), 핀란드(2008), 일본(2008), 룩셈부르크(2006), 네덜란드(2008).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

3. 의료인력배출

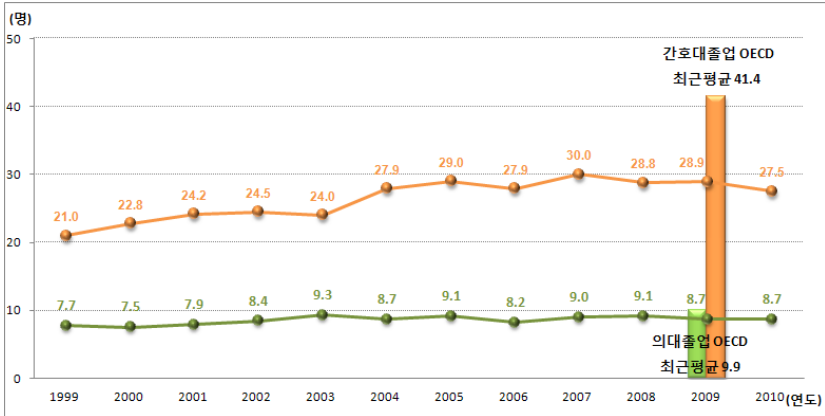
활동의사수나 활동간호사수는 먼저 학교에서 얼마나 많은 수의 졸업생을 배출하느냐에 달려있기 때문에 이를 나타내주는 의료인력배출 지표는 활동의료인력 지표와 매우 밀접한 관계가 있다.

많은 의료인력을 배출하면 의료접근성이 용이해질 것이라는 견해와 과도한 의료인력 배출은 의료의 질을 떨어뜨린다는 견해 등 보는 관점에 따라 적정선이 달라질 수 있기 때문에 적정 의료인력을 결정하는 것은 쉽지 않다. 따라서 장기 의료인력을 추계하고 적정여부를 판단하여 해당 대학의 정원을 조정하는 것은 국가의 중요한 역할이라 하겠다.

우리나라 의대졸업자는 인구 10만명당 2000년 7.5명에서 2003년에는 9.3명으로 점차 증가하다가 그 이후에는 증가와 감소를 반복하며 2010년에는 8.7명 수준을 나타냈다. 2009년 OECD 평균은 9.9명으로 우리나라보다 1명 정도 높은 수준을 보이고 있다.

간호대의 경우에도 인구 10만명당 졸업자수가 2000년 22.8명에서 2010년에는 27.5명으로 증가하였으나 OECD 국가의 2009년 평균 41.4명과 비교하면 낮은 수준이다.

[그림 4-2-4] 의대·간호대졸업자 (인구 100,000명당): 1999~2010



<표 4-2-4> 의대·간호대졸업자 의료인력배출(인구 100,000명당): 1999~2010

(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	30.0
2008	9.1	2008	28.8
2009	8.7	2009	28.9
2010	8.7	2010	27.5
OECD 최근평균 ^a (32)		OECD 최근평균 ^b (26)	
2009	9.9	2009	41.4

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 멕시코 제외. 오스트리아(2008), 프랑스(2007), 그리스(2007), 헝가리(2008), 포르투갈(2008).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 그리스, 한국, 멕시코, 슬로베니아, 스웨덴, 미국 제외. 오스트리아(2008), 덴마크(2008), 헝가리(2008), 포르투갈(2008).

자료: 교육과학기술부, 「교육통계연보」, 해당연도.

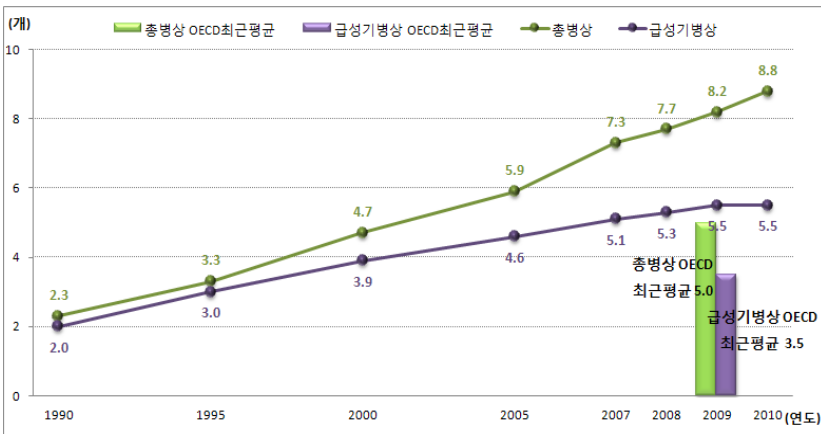
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

4. 병원병상수

병상수는 의료기관이 보유하고 있는 병상의 수로 인구수에 비해 병상수가 적을수록 치료 및 수술 등을 적절한 시기에 받지 못할 경우가 발생할 수 있어 의료자원에서 중요한 영역을 차지한다.

우리나라의 총병상수는 1990년 인구 1,000명당 2.3개, 2000년에는 4.7개로 점차 증가하여 2010년에는 8.8개 수준으로 나타났다. 이는 OECD 회원국의 2009년 평균 병상수 5.0개인 것과 비교하면 보다 높은 수준인 것으로 나타났다. 급성기병상수도 1990년 2.0개에서 2000년에는 3.9개로 그리고 2010년에는 5.5개로 지속적 증가세를 보이고 있으며, 이 수준은 2009년 OECD 평균 3.5개와 비교할 때 훨씬 많은 수의 급성병상수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 4-2-5] 병원병상수(인구 1,000명당): 1990~2010



〈표 4-2-5〉 병원병상수(인구 1,000명당): 1990~2010

(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	7.7	2008	5.3
2009	8.2	2009	5.5
2010	8.8	2010	5.5
OECD 최근평균 ^a (34)		OECD 최근평균 ^b (32)	
2009	5.0	2009	3.5

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 캐나다(2008), 칠레(2008), 아이슬란드(2007), 아일랜드(2008), 뉴질랜드(2010).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 아이슬란드, 제외. 호주(2006), 캐나다(2008), 아일랜드(2008), 뉴질랜드(2010), 미국(2007).

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

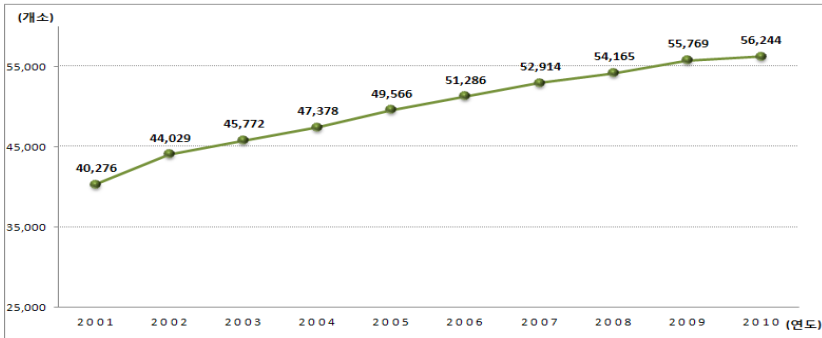
5. 병의원수

의료시설 자원의 중요한 부문인 의료기관의 수를 살펴보면 전체의료기관의 수는 2001년 40,276개소에서 2005년에는 49,566개소로 점차 증가하여 2010년에는 56,244개소로 나타났다.

종합병원의 경우에는 2001년 268개소에서 2010년에는 312개소로 16.4% 증가하였으며, 의원은 2001년 20,819개소에서 2010년에는 27,334개소로 31.3%, 그리고 치과의원은 2001년 10,556개소에서 2010년 14,074개소로 33.3%, 한의원은 2001년 7,499개소에서 2010년 11,804개소로 57.4%가 증가하여 모두 높은 증가세를 보였으며 특히 한의원이 가장 큰 증가를 보였다.

이와 같이 우리나라의 의료기관은 의료인력과 함께 꾸준히 증가하여 왔으며, 이와 같은 의료환경의 변화는 국민의 의료접근성을 높이고 따라서 국민건강증진에도 크게 기여하여 왔다.

[그림 4-2-6] 병의원수: 2001~2010



〈표 4-2-6〉 병의원수: 2001~2010

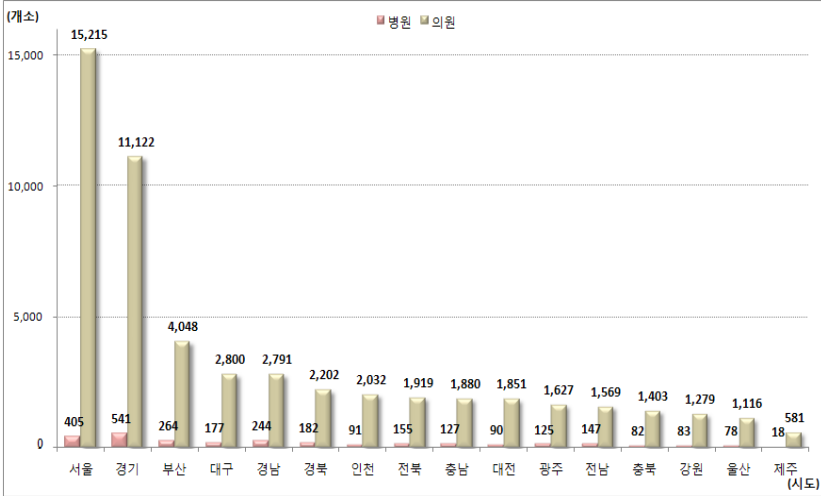
(단위: 개소)

연도	2001	2003	2005	2007	2008	2009	2010	
계	40,276	45,772	49,566	52,914	54,165	55,769	56,244	
병의원	종합병원	268	283	290	302	313	312	312
	요양병원	-	68	177	593	690	762	849
	일반병원	599	730	794	945	1,064	1,129	1,154
	의원	20,819	23,502	25,412	26,265	26,581	27,104	27,334
특수의원	결핵	2	4	3	3	3	3	3
	한센	3	2	1	1	1	1	1
	정신	70	88	102	107	118	130	143
치과병원	치과병원	60	99	123	151	184	178	188
	치과의원	10,556	11,890	12,520	13,280	13,618	14,071	14,074
한방병원	한방병원	131	151	146	138	139	151	159
	한의원	7,499	8,734	9,765	10,895	11,248	11,705	11,804
부속의원 ¹⁾	169	150	187	182	175	185	186	
조산원	100	71	46	52	31	38	37	

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

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

[그림 4-2-7] 시도별 병의원수: 2010



2010년 현재 시도별 병의원수는 서울이 15,620개소로 전체의 27.8%를 점하고 있으며, 다음은 경기도가 20.7%, 부산이 7.7%의 순이다. 서울, 경기, 인천의 수도권지역에 전체의 52.3%가 소재해 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-2-7〉 시도별 병의원수 및 분포: 2001~2010

(단위: 개소)

시·도	2001			2005			2010		
	병원	의원	%	병원	의원	%	병원	의원	%
계	1,062	39,143	100.0	1,636	47,930	100.0	2,809	53,435	100.0
서울	219	11,213	28.4	277	13,067	26.9	405	15,215	27.8
부산	96	3,489	8.9	148	3,855	8.1	264	4,048	7.7
대구	69	2,387	6.1	109	2,701	5.7	177	2,800	5.3
인천	47	1,914	4.9	63	2,249	4.7	91	2,032	3.8
광주	37	1,240	3.2	63	1,452	3.1	125	1,627	3.1
대전	30	1,450	3.7	52	1,686	3.5	90	1,851	3.5
울산	29	795	2.0	48	964	2.0	78	1,116	2.1
경기	152	5,924	15.1	278	9,554	19.8	541	11,122	20.7
강원	39	1,053	2.7	56	1,179	2.5	83	1,279	2.4
충북	30	1,122	2.9	43	1,269	2.6	82	1,403	2.6
충남	41	1,336	3.4	65	1,643	3.4	127	1,880	3.6
전북	53	1,596	4.1	82	1,782	3.8	155	1,919	3.7
전남	56	1,221	3.2	91	1,424	3.1	147	1,569	3.1
경북	63	1,820	4.7	107	2,060	4.4	182	2,202	4.2
경남	94	2,173	5.6	143	2,523	5.4	244	2,791	5.4
제주	7	410	1.0	11	522	1.1	18	581	1.1

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

6. 의료기술(장비, 기기)

의약기술이 발달하면서 의학과 관련된 각종 의료장비와 기기의 개발도 함께 이루어져 왔다. 그 가운데 CT(Computed Tomography scanners)와 MRI(Magnetic Resonance Imaging units)는 좀 더 정확한 진단이 가능하도록 해주는 고가장비들로 그 활용도도 높은 수준이다.

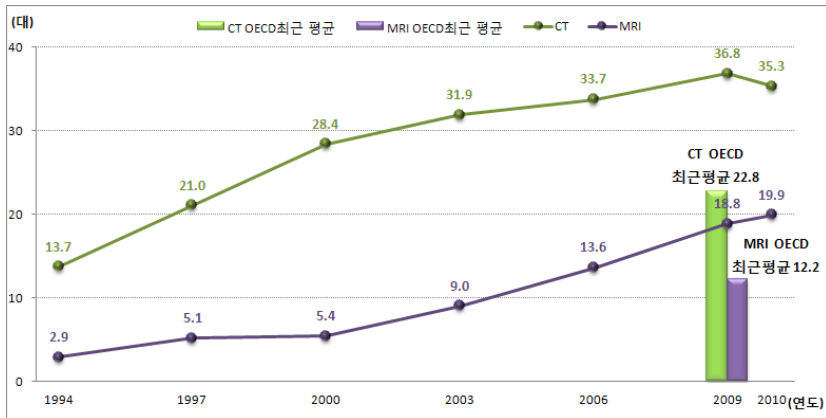
CT는 1994년 인구 100만명당 13.7대였으나 2000년에는 28.4대, 2009년에는 36.8대로 급격하게 증가하였고 2010년에는 35.3대로 조금 감소하였다. 하지만 이는 1994년에 비하여 약 152%가 증가한 것이다.

2009년 OECD 국가의 평균 CT 보유대수가 인구 100만명당 22.8대인 점과 비교했을 때 우리나라는 매우 많은 CT를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

MRI의 경우는 1994년 인구 100만명당 2.9대에서 2003년에는 9.0대, 2010년에는 19.9대로 증가하여 1994년에 비하여 572%의 급속한 증가를 보이고 있음을 알 수 있다. 한편, 2009년도 OECD 회원국의 인구 100만명당 MRI 보유대수는 12.2대로 우리나라가 다른 국가에 비해 많은 MRI를 보유하고 있음을 알 수 있다.

보다 정확한 진단을 위해 이러한 의료장비 및 기기들을 많이 확보하는 것도 중요하지만, 장비보유에 따른 부담이 그대로 환자의 부담을 가중시키는 요인이 될 수 있으므로 적절한 보유량에 대한 판단도 필요할 것이다.

[그림 4-2-8] 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2010



〈표 4-2-8〉 의료기술(인구 1,000,000명당): 1994~2010

(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
2009	36.8	2009	18.8
2010	35.3	2010	19.9
OECD 최근평균 ^a (28)		OECD 최근평균 ^b (27)	
2009	22.8	2009	12.2

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 독일, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 제외. 일본(2008), 포르투갈(2007), 영국(2010), 미국(2007).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 칠레, 독일, 노르웨이, 스페인, 스웨덴, 스위스 제외. 일본(2008), 포르투갈(2007), 영국(2010), 미국(2007).

자료: 건강보험심사평가원, 내부자료.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

제3절 보건의료이용

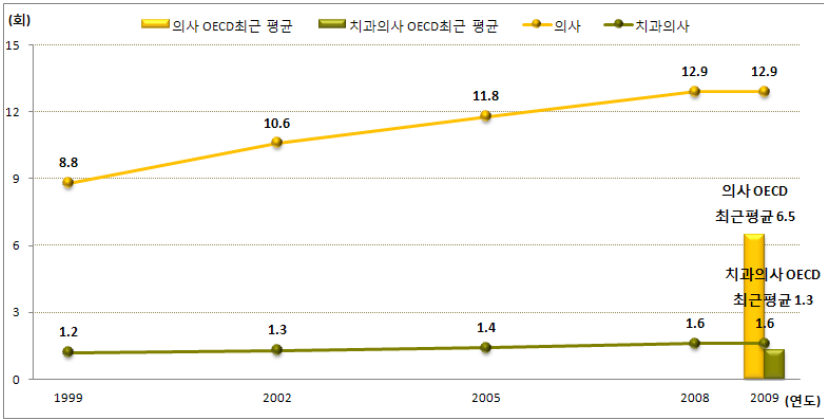
1. 외래진료

국민의 의료이용은 국민의 건강상태와 의료환경에 따라 달라질 수 있다. 우선 국민의 건강수준이 어떠한가에 따라 그리고 국민이 의료이용이 요구될 때 쉽게 의료기관을 찾을 수 있는가의 여부에 따라 의료이용은 달라질 수 있다. OECD에서는 의료이용 정도를 보기 위하여 국민 1인당 어느 정도 의사나 치과의사를 방문하였는가를 지표로 활용하고 있다. 이와 같은 지표가 갖는 의미는 여건에 따라 달리 해석될 있다. 의료기관의 접근도가 같을 경우 1인당 방문 횟수가 많다면 그만큼 질환의 발생이 많았다고 볼 수 있으나 의료기관의 접근도가 다르다면 이는 질환 발생의 다소로 판단하기는 힘들다. 또한 동일한 질환의 발생률을 가지고 있다면 방문 횟수가 많다는 것은 의료기관의 이용이 용이하거나 국민의 건강에 대한 관심이 높다고 판단할 수 있을 것이다.

국민 1인당 연간 의사외래진료 횟수는 1999년 8.8회에서 점차 증가하여 2009년에는 12.9회의 방문이 이루어졌다. OECD 국가의 평균이 6.5회인 것과 비교하면 우리나라의 의사방문횟수는 상당히 높은 수준이다. 이는 우리나라 국민의 질환발생률이 높기 때문이라기보다는 전국민 건강보험의 적용으로 의료기관의 이용이 보다 용이해졌기 때문으로 판단된다.

국민 1인당 연간 치과의사 방문횟수는 1999년 1.2회에서 2009년에는 1.6회로 증가하였다. 이는 OECD 국가의 평균 1.3회 보다는 약간 높은 수준이다. OECD와 비교한 치과의사의 방문횟수가 의사의 방문횟 회수만큼 높지 않은 것은 치과의 경우 아직까지는 건강보험의 적용을 받지 못하는 부문이 많이 있어 이용에 상당한 부담을 느끼기 때문으로 생각된다.

[그림 4-3-1] 외래진료(국민 1인당): 1999~2009



<표 4-3-1> 외래진료(국민 1인당): 1999~2009

(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	12.9	2008	1.6
2009	12.9	2009	1.6
OECD 최근평균 ^a (32)		OECD 최근평균 ^b (22)	
2009	6.5	2009	1.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 이탈리아, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 캐나다(2008), 칠레(2008), 그리스(2006), 아일랜드(2007), 일본(2008), 뉴질랜드(2007), 슬로바키아(2008), 스위스(2007), 미국(2008).

b) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다, 프랑스, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 슬로베니아, 스웨덴, 영국 제외. 호주(2008), 벨기에(2007), 일본(2008), 슬로바키아(2008), 스위스(2007), 미국(2008).

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「환자조사」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

2. 2주간 외래 이용률

국민의 의료이용 정도를 나타내는 지표는 국민들이 어느 정도 의료시설을 이용하는지를 평가하는 지표이다. 이를 위하여 2주간 외래이용률 지표를 많이 이용한다. 이는 가장 정확한 기억력을 확보하기 위하여 지난 2주간 외래를 이용한 적이 있는 경험을 바탕으로 측정하는 것이다. 이는 질문의 시점에서 지난 2주간 외래를 이용하였는지의 여부를 질문하여 작성하게 된다.

2001년에는 20.6%로 나타났다가 2005년에는 26.3%로 그리고 2008년에는 29.3%로 2주간 외래이용률은 다시 증가하는 모습을 보이고 있다. 그러나 2009년에는 27.9%로 다시 감소하고 있다.

남녀별로 구분하여 2주간 외래이용률을 살펴봐도 이와 비슷한 변화를 보이고 있다. 즉, 남자의 경우 2001년 17.1%에서 2005년에는 22.1%로 그리고 2008년에는 24.8%로 변화하였으나 2009년에는 23.7로 다시 감소하였으며, 여자의 경우는 2001년의 23.7%에서 2005년에는 30.5%로 그리고 2008년에는 33.7%로 증가하였다가 2009년에는 32.1%로 감소하였다. 2009년에도 남자보다는 여자가 외래이용이 많은 것으로 나타났다.

[그림 4-3-2] 2주간 외래 이용률(만19세이상): 2001~2009



〈표 4-3-2〉 2주간 외래 이용률(만19세 이상): 2001~2009

(단위: %)

	전체				남자				여자			
	2001	2005	2008	2009	2001	2005	2008	2009	2001	2005	2008	2009
19세이상 (표준화)*	20.6	26.3	29.3	27.9	17.1	22.1	24.8	23.7	23.7	30.5	33.7	32.1
19세이상	20.7	26.3	30.0	28.7	16.8	21.3	24.9	23.8	24.2	31.3	35.1	33.6
19-29	9.6	14.7	21.4	22.5	7.5	10.5	16.2	17.5	11.3	19.3	26.9	28.0
30-39	14.2	19.3	20.2	20.7	11.5	16.2	16.7	18.0	16.9	22.6	23.8	23.7
40-49	17.6	23.5	26.5	23.2	14.5	20.3	22.5	18.8	20.7	26.7	30.7	27.8
50-59	28.9	32.6	38.1	33.8	22.3	27.1	31.9	27.3	35.1	38.2	44.3	40.4
60-69	40.4	47.4	47.5	43.2	34.6	39.9	44.0	41.1	45.3	53.8	50.7	45.0
70+	41.0	52.7	49.3	49.4	39.6	48.4	44.0	45.2	41.7	55.2	52.5	52.0

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

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

자료: 보건복지가족부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

3. 연간 미치료율(병의원)

다양한 의료기관이 존재하므로 질병발생 시 적절한 치료를 받을 수 있다. 그러나 일부의 경우에는 여러 가지 이유로 치료하지 못하기도 한다. 그 규모를 파악하기 위하여 연간 미치료율을 측정하기도 한다. 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 치료의 기회로 건강을 해치는 행위이기 때문에 바람직하지 못하다.

성인인구가 아닌 19세 이상 인구의 미치료율을 살펴보면 2007년 22.4%에서 2008년에는 22.8%로 약간 높아졌다. 그러나 2009년에는 그 비율이 24.1%로 비교적 많이 증가하였다. 이처럼 점차 증가하는 비율은 점차 의료인력의 증가와 의료기관의 증가로 보편적으로 의료이용이 용이하여졌음에도 국민의 건강관리 측면에서 부정적인 영향을 미칠 가능성이 커 원인제거차원에서 접근해야할 문제점으로 보인다.

다시 남녀별로 구분하여 보면 남자의 경우 2007년 18.5%에서 2008년에는 18.2%로 높아졌고 2009년에는 20.2%로 증가하였다. 여자의 경우는 2007년 25.9%에서 2008년 27.3%로 높아졌다가 2009년에는 27.7%로 다시 상승하였다. 이 비율은 여전히 여자의 비율이 높아 남자보다 여자에게 더 문제가 있음을 나타내고 있다.

[그림 4-3-3] 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2007~2009



〈표 4-3-3〉 연간 미치료율(병의원) (만19세 이상): 2007~2009

(단위: %)

	전체			남자			여자		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
19세이상 (표준화)*	22.4	22.8	24.1	18.5	18.2	20.2	25.9	27.3	27.7
19세이상	22.4	22.8	24.0	18.5	18.1	20.0	26.1	27.4	27.9
19-29	25.2	24.1	26.7	27.7	20.7	22.8	22.7	27.8	30.9
30-39	23.4	23.7	25.1	21.7	20.4	24.7	25.2	27.2	25.5
40-49	20.8	21.8	21.3	15.4	18.2	19.1	26.4	25.6	23.6
50-59	22.8	21.9	24.5	15.6	16.6	17.3	30.0	27.3	31.7
60-69	19.2	20.1	19.8	9.5	9.6	12.5	27.7	29.5	26.3
70+	19.6	24.4	26.0	7.2	17.7	16.8	27.0	28.5	31.7

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

* 2005년 추계인구로 연령표준화.

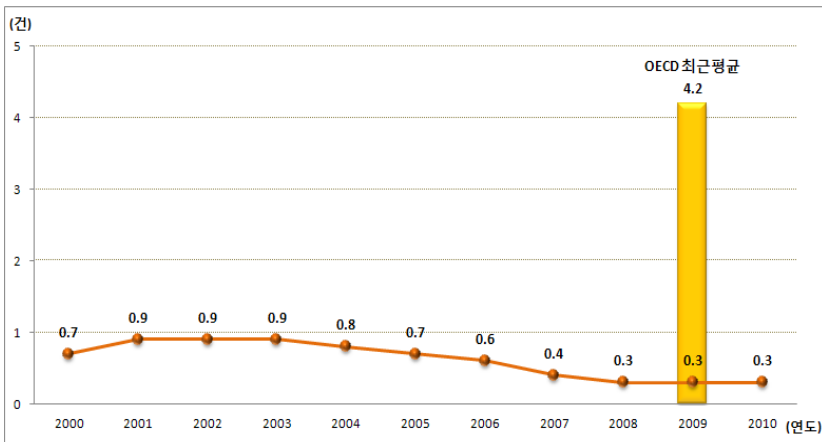
자료: 보건복지가족부, 「2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))」

4. 골수이식

각종 질환의 후유증이나 특정장기의 질환으로 인하여 해당기관의 생리적 기능이 마모되어 치료가 불가능할 경우 우리는 장기이식을 실시할 수 있다. 그 중에서도 골수이식은 매우 정교한 의료기술을 필요로 하나 최근의 의료기술의 발달로 각종 이식수술율이 점차 높아지고 있다. 그러나 골수이식의 경우는 2000년 인구 10만명당 0.7건이었으나 2005년에는 0.7건 그리고 2009년에 이어 2010년에도 0.3건을 유지하고 있어 매우 쉽지 않음을 보여주고 있다.

우리나라의 실제 골수이식은 다른 선진국에 비하여 활발하지 못하다. 즉, OECD 국가의 경우 2009년 인구 10만명당 4.2건으로 우리나라보다 훨씬 많은 골수이식이 이루어지고 있다.

[그림 4-3-4] 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2010



〈표 4-3-4〉 골수이식(인구 100,000명당): 2000~2010

(단위: 건)

연도	골수이식	연도	골수이식
2000	0.7	2006	0.6
2001	0.9	2007	0.4
2002	0.9	2008	0.3
2003	0.9	2009	0.3
2004	0.8	2010	0.3
2005	0.7		
OECD 최근 평균 ^{a)} (29)			
2009	4.2		

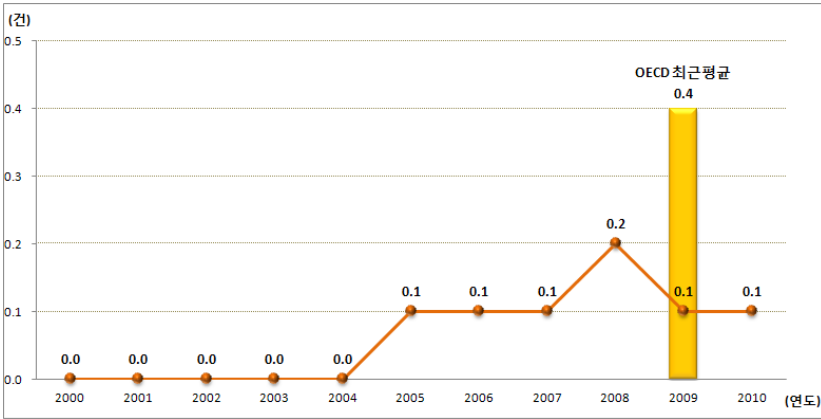
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 에스토니아, 그리스, 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 캐나다(2008), 일본(2007).
 자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

5. 심장이식

우리나라의 심장질환의 발생률은 높음에도 불구하고 심장이식은 다른 이식에 비하여 그렇게 활발하게 이루어지지 못하고 있다. 이는 장기제공의 어려움 등 우리나라 여건이 아직 다른 나라에 비해 인식이 낮기 때문으로 보여진다.

우리나라에서 심장이식은 2004년까지 거의 이루어지지 않고 있다가 2005년부터 0.1건(인구 10만명당) 수준으로 높아졌고 2008년에 0.2건으로 상승하였다가 다시 2010년에는 초기의 0.1건 수준으로 되돌아가고 있다. 그러한 반면에 OECD 국가는 심장이식의 평균은 2008년에 인구 10만명당 0.4건으로 우리나라보다 훨씬 높은 수준을 보이고 있다.

[그림 4-3-5] 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2010



<표 4-3-5> 심장이식(인구 100,000명당): 2000~2010

(단위: 건)

연도	심장이식	연도	심장이식
2000	0.0	2006	0.1
2001	0.0	2007	0.1
2002	0.0	2008	0.2
2003	0.0	2009	0.1
2004	0.0	2010	0.1
2005	0.1		
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2009	0.4		

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

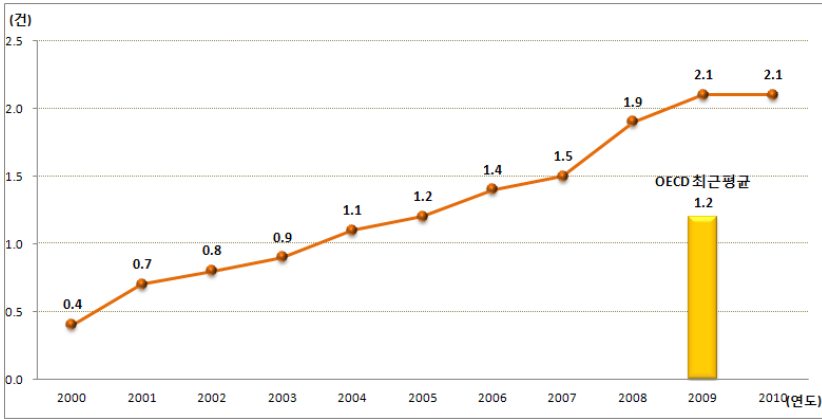
자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

6. 간이식

간의 해부생리학적 특성에 따라 간이식은 부분 간이식이 가능하여 다른 이식에 비해 약간 높은 수준을 보이고 있다. 2000년 인구10만명당 0.4건이던 이식 건수는 2005년에는 1.2건으로 증가하였고, 2010년에는 다시 2.1건으로 증가하였다.

[그림 4-3-6] 간이식(인구 100,000명당): 2000~2010



<표 4-3-6> 간이식(인구 100,000명당): 2000~2010

(단위: 건)

연도	간이식	연도	간이식
2000	0.4	2006	1.4
2001	0.7	2007	1.5
2002	0.8	2008	1.9
2003	0.9	2009	2.1
2004	1.1	2010	2.1
2005	1.2		
OECD 최근 평균 ^{a)} (32)			
2009	1.2		

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

자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

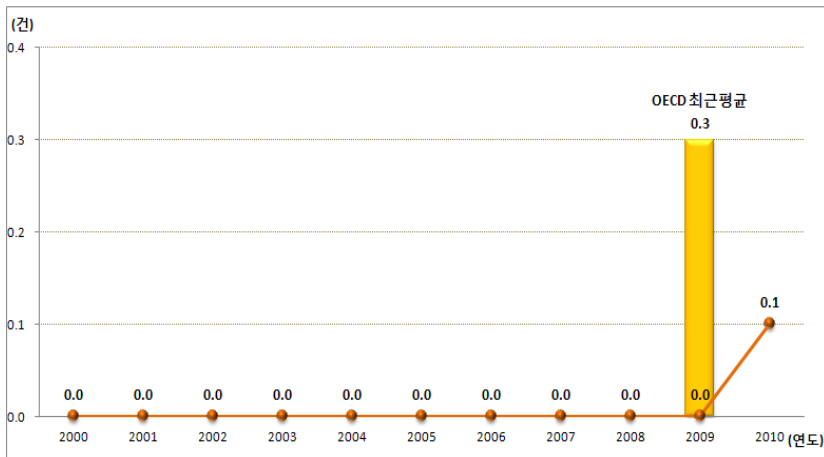
한편 다른 이식에 비해 간이식은 OECD 국가 보다 높은 수준을 보이고 있다. 즉, OECD 국가의 평균 간이식 건수는 2009년 1.2건으로 우리나라의 절반정도인 것으로 나타나고 있어 우리나라의 간이식이 다른 나라에 비해 활발하게 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

7. 폐이식

폐이식도 심장이식과 같이 난이도가 높은 관계로 이식이 쉽게 이루어지지 않고 있다. 폐이식은 2008년까지 거의 이루어지고 있지 않다가 2010년도에 0.1건(인구 10만명당)을 기록하였다. 이를 시술건수로 살펴보면 2000년에 1건의 시술이 이루어졌고, 이후 증가가 매우 느리게 나타나 2005년 8건, 2010년 32건의 폐이식이 이루어져 아직 적은 건수이기는 하지만 서서히 증가하고 있는 것으로 나타났다.

OECD 국가의 인구 10만명당 폐이식 건수는 2009년 통계에 따르면 0.3건으로 나타나 우리나라 보다는 많이 이루어지고 있다.

[그림 4-3-7] 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2010



〈표 4-3-7〉 폐이식(인구 100,000명당): 2000~2010

(단위: 건)

연도	폐이식	연도	폐이식
2000	0.0	2006	0.0
2001	0.0	2007	0.0
2002	0.0	2008	0.0
2003	0.0	2009	0.0
2004	0.0	2010	0.1
2005	0.0		
OECD 최근 평균 ^{a)} (32)			
2009	0.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 룩셈부르크, 노르웨이 제외. 벨기에(2007), 에스토니아(2010).
 자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

8. 신장이식

우리나라에 신장투석을 하는 사람들이 많다. 따라서 신장이식의 요구도도 높아 신장이식은 다른 장기에 비해 이식이 활발하게 이루어지고 있다. 이는 다른 장기에 비해 우선 이식이 용이하기 때문으로 많이 보편화되어 있기 때문이다.

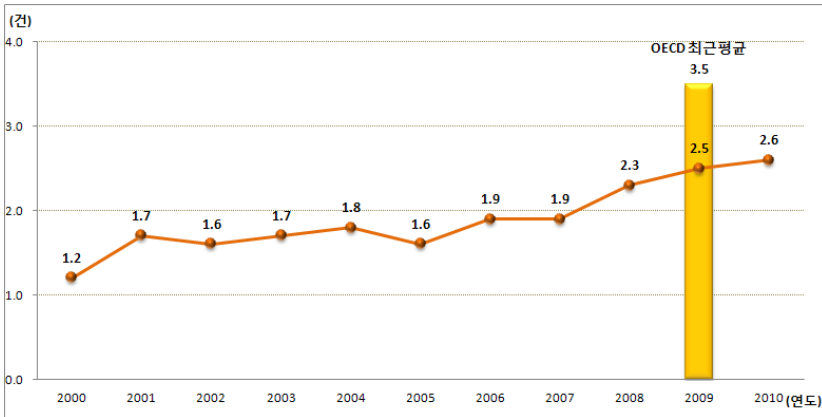
만성신부전환자가 신장을 이식받게 되면 장기간 투석을 받아야 하는 고통으로부터 벗어날 수 있는 유일한 기회가 된다. 그러나 아직까지 신장을 제공하는 사례가 그리 많지 않아 이식 받기를 원하는 사람이 신장을 제공해 주겠다는 사람보다 많은 관계로 아직도 많은 환자들이 투석에 의존하고 있다.

우리나라의 신장이식건수는 2000년 인구 10만명당 1.2건에서 2005년에는 1.6건으로 그리고 2008년에는 2.3건으로 증가하였다. 한편 2010년에는 2.6건까지 증가하였다. 증가속도가 매우 빠른 것은 아니지만 2000년에 1.2건에 2010년에 이와 같은 증가를 보인 것은 향후 이식을 필요로 하는 많은 환자들에게 이식의 기회가 넓어지고 있음을 보여주는 것이라 할 수

있을 것이다.

OECD 국가의 신장이식은 2009년에 인구 10만명당 3.5건으로 우리나라 보다는 높은 것으로 나타나고 있다. 그러나 OECD 국가의 평균 신장이식건수의 증가는 우리나라에 비해 매우 느린 편이다.

[그림 4-3-8] 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2010



〈표 4-3-8〉 신장이식(인구 100,000명당): 2000~2010

(단위: 건)

연도	신장이식	연도	신장이식
2000	1.2	2006	1.9
2001	1.7	2007	1.9
2002	1.6	2008	2.3
2003	1.7	2009	2.5
2004	1.8	2010	2.6
2005	1.6		
OECD 최근평균 ^a (34)			
2009	3.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에(2007), 노르웨이(2008).
 자료: 국립장기이식관리센터, 장기이식통계.

OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

9. 제왕절개

분만은 정상적으로 이루어지는 것이 매우 바람직하다. 그러나 정상적인 분만이 어려울 경우 제왕절개를 통해 분만이 이루어지게 된다. 우리나라에서 제왕절개는 어쩔 수 없이 이루어지는 경우도 있지만 의사의 권유나 본인이 원해서 이루어지는 경우도 상당수 있어 우리나라의 제왕절개술비율은 매우 높다.

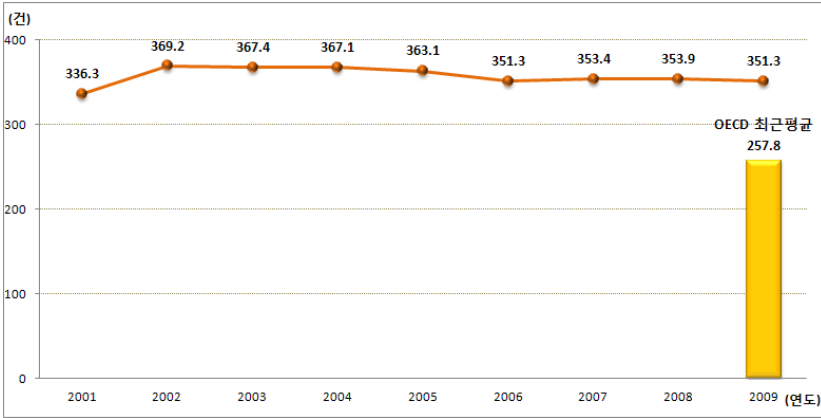
따라서 건강보험 등에서는 제왕절개분만을 줄이고 가능한 정상분만으로 이루어질 수 있도록 제재하기 위하여 제왕절개가 많이 이루어지는 의료기관을 공개하고 있지만 획기적으로 감소하지는 않고 있다.

우리나라에서 제왕절개비율은 2001년에 출생 1,000명당 336.3건이었으나 점차 증가하여 2003년에는 367.4건으로 증가하였고 그 이후 약간 감소하여 2009년에는 351.3건으로 나타나고 있다.

OECD 국가의 제왕절개비율은 2009년에 평균 257.8건으로 우리나라가 외국에 비하여 상당히 높게 나타나고 있다.

제왕절개가 산모가 건강상의 이유 등으로 어쩔 수 없어 이루어지는 경우는 부득이하다 할 수 있겠으나 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 4-3-9] 제왕절개(출생 1,000명당): 2001~2009



〈표 4-3-9〉 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)} (31)			
2009	257.8		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스, 일본 제외. 호주(2008), 벨기에(2007), 캐나다(2008), 네덜란드(2008), 노르웨이(2008), 미국(2008).

자료: 국민건강보험공단, 「주요수술통계」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

10. 암검진

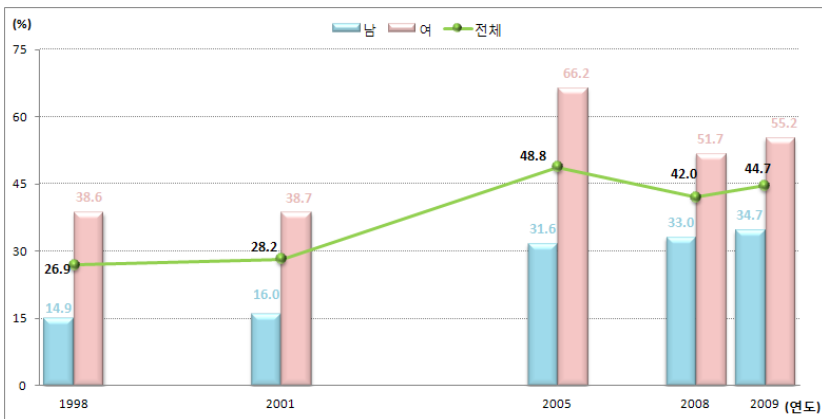
암의 특성은 발병의 예측이 불가능하고 증상이 없다는 것이다. 이에 따라 발견이 어려워 많은 경우에 상당히 진행된 후야 발견이 되고 또 이때는 이미 진행이 많이 되어서 치료가 불가능한 경우가 많다. 따라서 암은 예방이 중요한데 이는 평소에 올바른 생활습관을 갖거나 아니면

조기검진을 실시하여 미리 발견하는 것이 최상이다. 특히 유전적 요인 등으로 본인이 암발생의 개연성을 갖고 있다면 주기적인 검진을 실시하는 것은 필수적이다. 그리하여 초기에 발견하여 필요한 조치를 취하는 것이 무엇보다 중요하다.

우리나라도 식생활이 점차 서구화되어 가면서 암발생이 증가하는 추세에 있다. 식품섭취의 불완전성으로 암이 발생하는 경우도 많은 것으로 보고되고 있기 때문에 암으로 인한 사망을 최소화할 수 있는 방법인 식이조절이나 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 2008년에는 다시 42.0%로 낮아졌으나 2009년에는 다시 44.7% 수준으로 증가한 것으로 나타났다. 이를 남녀별로 비교해 보면 여자의 검진율이 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%포인트의 격차를 보였다. 그리고 2009년에는 남자 34.7%, 여자 55.2%로 2005년보다는 감소한 20.5%포인트의 차이를 보이고 있다.

[그림 4-3-10] 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2009



〈표 4-3-10〉 암검진수진율(만19세 이상): 1998~2009

(단위: %)

	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
	2008			2009					
	전체	남	여	전체	남	여			
19세 이상(표준화)*	42.0	33.0	51.7	44.7	34.7	55.2			
19세 이상	42.9	33.7	52.0	46.1	35.8	56.1			
19~29세	14.4	3.5	26.1	17.2	7.0	28.4			
30~39세	38.2	23.8	53.2	39.0	23.6	55.4			
40~49세	58.1	47.3	69.3	58.7	47.6	69.8			
50~59세	59.4	52.4	66.4	63.0	53.2	72.9			
60~69세	57.1	52.4	61.3	64.2	61.4	66.8			
70 +	36.1	45.0	30.7	43.1	44.2	42.4			

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, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

제4절 출생, 사망 및 질병, 상해

1. 합계출산율

정부는 인구규모나 구조에 따라 적절한 규모나 형태를 유지하기 위해 인구조절정책을 추진하여 왔다.

우리나라는 가족계획사업이 가장 성공한 나라로 인정되고 있다. 한편 출산억제경향은 견제없이 이어져 이제는 지구상에서 가장 낮은 출산력을 나타내는 국가가 되었다. 이러한 인구억제정책추진과 그 경위는 다른 인구과밀국가에게는 좋은 경험사례가 될 것이다.

우리나라는 1960년대 초반부터 높은 출산율이 가져오는 경제에 미치는 부정적인 면의 해소를 위하여 가족계획사업을 통한 인구(조절)억제정책을 추진하여 왔다. 그 결과 1960년 6.0명이던 합계출산율은 정부의 출산조절정책의 영향으로 점차 줄어들기 시작하여 1982년에는 2.39명 수준에 도달하였으나 이듬해인 1983년에는 대체수준을 하회하는 2.06명에 도달하였고 그 감소경향은 멈추지 않아 1990년에는 대체출산수준보다 훨씬 낮은 1.6명 수준으로 낮아졌으며, 2005년에는 역사상 가장 낮은 1.08명을 기록하게까지 되었다. 그 이후 다시 천천히 증가하면서 2010년에는 1.23명에 까지 이르게 되었다.

이러한 현상은 근본적으로 인구억제정책의 결과로 보는 것이 타당하나 시간이 흐르면서 경제수준의 변동과 소득수준 향상과 여가활동의 중요성에 대한 인식 등에 따른 제반 사회의식의 변화, 여성의 적극적인 사회참여현상과 맞물리면서 일어난 결과로 보여진다. 특히 출산력 하락은 세계적으로도 유례없이 빠른 속도로 진행되어 출산력은 세계최하위, 노령화역시 가장 빠른 속도로 진행되고 있다.

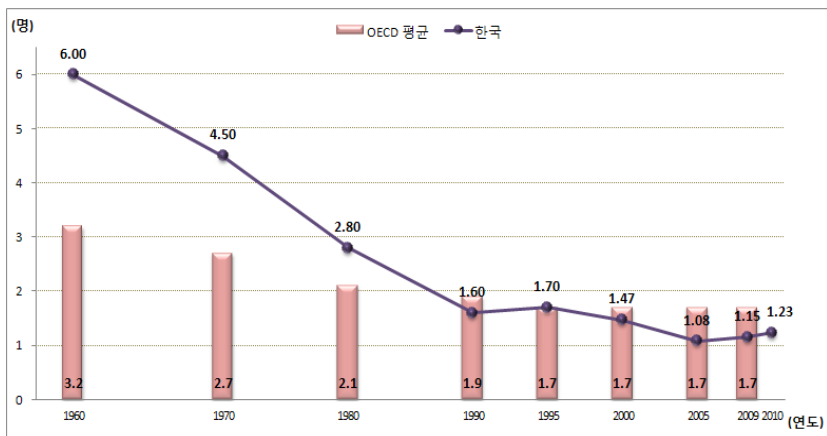
그러나 출산수준은 너무 높아도 문제지만 너무 낮아도 문제이다. 낮은 출산수준에 따라 저연령층과 노동력인구의 비율은 크게 낮아지고 노

령층의 비율은 크게 높아져 인구구조의 불균형을 야기하여 이로 인한 사회지출의 급속한 증가 등 부정적인 영향을 미쳐 국가의 부담을 가중시키는 요인으로 작용할 우려가 커지게 되기 때문이다.

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

[그림 4-4-1]과 <표4-4-1>에서 보는 바와 같이 합계출산율은 2005년에 가장 낮은 수치를 보였으나 그 후 약간의 진동을 하면서 증가하는 추세를 보이고 있다. 이는 근래의 적극적인 저출산대책 마련과 무관하지는 않을 것이다. 이처럼 한번 낮아진 출산수준을 높이는 것은 출산율을 낮추는 것보다 국민의식수준의 변화에 몇 배의 노력이 요구되는 어려운 일이기 때문에 짧은 기간에 급격한 변화를 기대하기는 어려울 것으로 보이지만 정부의 노력과 국민의 인식변화에 따라 출산율이 높아질 것으로 예상된다.

[그림 4-4-1] 합계출산율: 1960~2010



〈표 4-4-1〉 합계출산율 및 출생아수: 1960~2010

(단위: 명)

연도	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
합계출산율 (한국)	6.00	4.50	2.80	1.60	1.65	1.47	1.08	1.15	1.23
합계출산율 (OECD)	3.2	2.7	2.1	1.9	1.7	1.7	1.7	1.7	
출생아수(천명)		1,007	863	650	715	636	435	445	470

자료: 통계청 「인구동태통계연보」

OECD, OECD Health Data2011, 2011

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

2. 사망원인

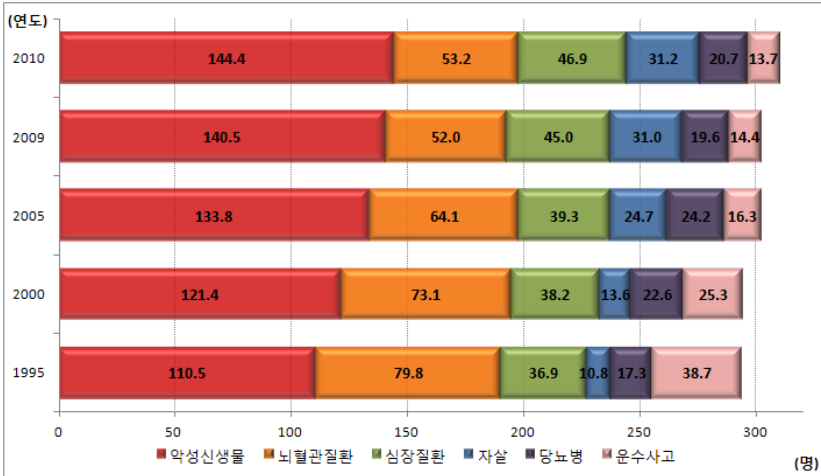
사망수준은 사회경제 수준에 따라 그리고 인구구조에 따라 국가나 지역마다 다른 양상을 보인다. 우리나라의 경우 경제사회문화의 발전에 따라 식생활의 변화와 주변 환경의 변화 등으로 인해 사망 원인은 점차 바뀌어져 왔다.

사망수준을 정확히 파악하는 것은 사망의 원인을 제거 혹은 최소화함으로써 수명의 연장을 꾀하고 궁극적으로는 질병의 제거로 보다 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하여 준다는 점에서 매우 중요한 일이다.

우리나라는 출생·사망·이동 및 혼인·이혼 등을 가족관계등록법에 의하여 법원에 신고하도록 제도화하고 있으며, 이들 자료는 통계청에도 보내져 이들 자료에 대한 통계분석을 실시하며 통계청에서는 이를 바탕으로 매년 동태통계를 발표하고 동시에 인구동태통계연보를 발간하고 있다.

OECD에서는 매년 회원국들의 각종 통계를 취합하여 발표하는데 사망과 관련된 통계도 발표하고 있다. 이렇게 각국에서 제공된 통계를 바탕으로 전체 회원국의 통계를 한 눈에 볼 수 있도록 제공해 줌으로서 OECD 회원국간의 비교를 통하여 자국의 각종 정책수립에 이용하고 있다.

[그림 4-4-2] 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1995~2010



<표 4-4-2> 5대 사인순위별 사망률(인구 100,000명당): 1995~2010

(단위: 명)

	1위	2위	3위	4위	5위	6위
1995	악성신생물 110.5	뇌혈관질환 79.8	운수사고 38.7	심장질환 36.9	당뇨병 17.3	자살 10.8
2000	악성신생물 121.4	뇌혈관질환 73.1	심장질환 38.2	운수사고 25.3	당뇨병 22.6	자살 13.6
2005	악성신생물 133.8	뇌혈관질환 64.1	심장질환 39.3	자살 24.7	당뇨병 24.2	운수사고 16.3
2009	악성신생물 140.5	뇌혈관질환 52.0	심장질환 45.0	자살 31.0	당뇨병 19.6	운수사고 14.4
2010	악성신생물 144.4	뇌혈관질환 53.2	심장질환 46.9	자살 31.2	당뇨병 20.7	운수사고 13.7

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

우리나라 사람들의 사망원인을 보면 가장 많은 사람들이 죽는 사인은 암이다. 소위 악성신생물로 가장 많이 죽고 다음은 순환계질환으로 많이 죽는다. 실제 사망원인을 1995년부터 2010년 기간 중 살펴보면 가장 사망률이 높은 사인은 악성신생물이고, 다음은 뇌혈관질환, 심장질환의 순이었다. 가장 큰 사망원인인 5대 사인별 사망률을 살펴보면 상위 3개의 사인 외에 가장 높은 사망률을 보인 4위는 1995년 심장질환,

2000년은 운수사고가 그리고 2005년 이후로는 자살이 그 원인으로 나타났다. 또, 1995년부터 2010년까지 당뇨병에 의한 사망률이 5위를 차지하였다.

근래의 순위별 사망원인의 특징은 운수사고에 의한 순위는 낮아진 반면, 자살에 의한 사망순위가 높아졌다는 점이 괄목할 점이다. 이는 점차 사회적으로 문제가 되고 있는 자살의 실태가 이처럼 심각한 수준에 이르고 있음을 잘 반영된 것으로 이의 예방을 위한 노력이 더욱 절실하다 하겠다. 특히 자살은 신체적인 기능이 정상적인 상태에서 갑자기 생명력을 잃게 되는 것으로 여러 가지 측면에서 손실이 큰 사인이다.

지난 10년간 우리나라의 전체사망률은 인구천명당 5.1명 수준에서 정체되어 있다. 그러한 가운데 오랫동안 사망순위 1위를 지속하고 있는 악성신생물은 점차 그 율이 높아지고 있다. 즉 암으로 인한 사망자의 비중이 더욱 커지고 있다는 것이다. 따라서 암으로 인한 사망률을 감소시킬 수 있는 방안 마련과 함께 국민들의 건강관리에 대한 의식을 전환하기 위한 노력도 함께 이루어져야 할 것이다.

3. 전체 암의 연령표준화 사망률

전체 암의 연령표준화 사망률은 국제간 비교를 위해서 꼭 필요한 것이다. 이는 연령구조에 의한 차이를 제거하여 비교를 합리적으로 하기 위한 것인데 이 방법은 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 사망률을 구하는 방법으로 진행된다.

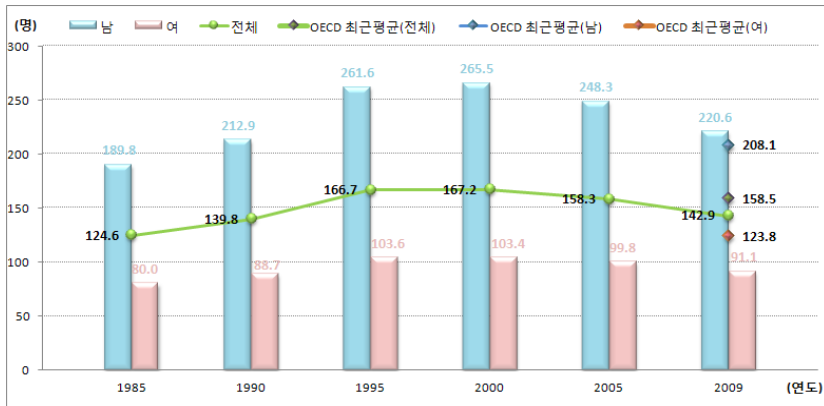
그 결과를 살펴보면 암은 한국에서 뇌혈관질환 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 하나로서 중요하게 관리되어야 할 지표로 나타나고 있다.

2009년도 한국의 암의 연령표준화 사망률은 142.9명이며, 남자가 여

자보다 129.5명이 많은 220.6명이다. 이는 한국을 포함한 OECD 국가 중 통계가 파악 가능한 31개 국가의 2009년도의 평균인 158.5명 보다 약간 낮은 수준이며, 남녀별로 보면 OECD 국가 평균보다 남자는 높고 여자는 낮은 것으로 나타났다.

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

[그림 4-4-3] 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



<표 4-4-3> 전체 암의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	142.9	220.6	91.1
OECD 최근평균 ^{a)} (31)			
2009	158.5	208.1	123.8

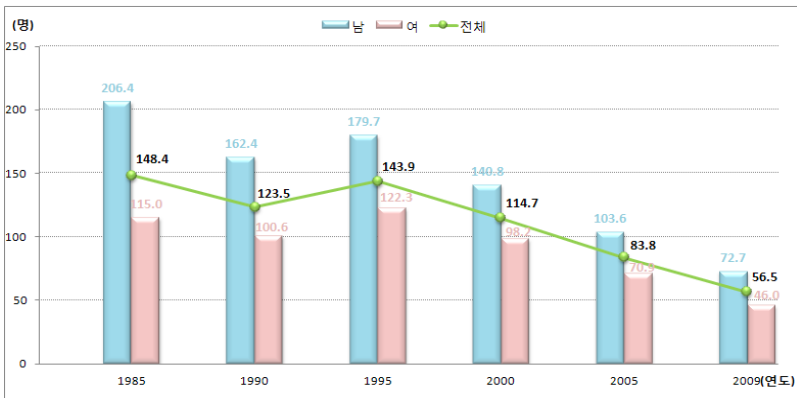
주: a) 최근 평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2007).
 자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

4. 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률

뇌혈관질환 연령표준화사망률은 역시 국제간 비교를 위해서 연령구조의 차이를 제거하고 비교하기 위해 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 사망률이다. 뇌혈관질환은 한국에서 암 및 심장질환과 함께 3대 사망원인 가운데 두 번째로서 중요하게 관리되어야 할 지표이다.

한국의 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률은 1985년도에는 인구 10만명당 148.4명, 1995년에 143.9명 2009년에는 56.5명으로 1995년 이후 꾸준히 감소하는 추세를 보이고 있다. 성별로 살펴보면 암과 마찬가지로 남자가 여자보다 높은 수준을 유지하고 있는데, 1995년에는 남자가 인구 10만명당 179.7명으로 여자보다 57.4명이 많고 2009년에는 남자가 72.7명, 여자가 46.0명으로 남자가 여자보다 26.7명이 더 많다.

[그림 4-4-4] 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



OECD 회원국 2009년 평균 사망률은 인구 10만명당 48.0명으로 우리나라가 다른 회원국보다 다소 높은 수준을 나타냈다. 하지만 우리나라도 그 사망률이 점차 감소하고 있는 추세를 보이고 있어 사전예방을 위한 국가적 노력으로 더 낮은 사망률을 기대할 수 있을 것이다.

〈표 4-4-4〉 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	56.5	72.7	46.0
OECD 최근평균 ^a (31)			
2009	48.0	55.1	42.5

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

5. 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률

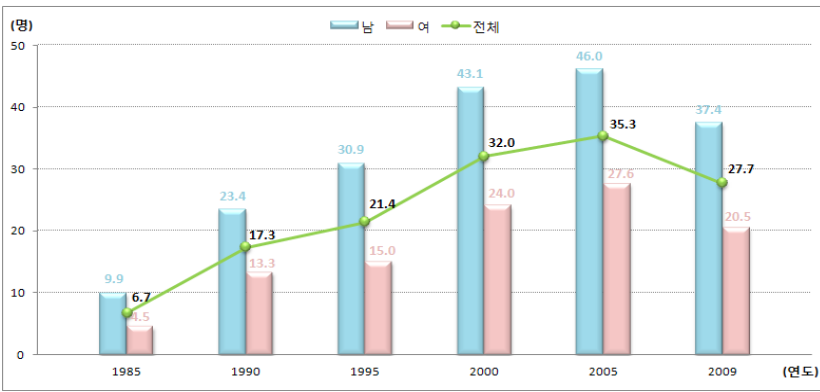
허혈성심장질환 연령표준화사망률 역시 국제간 비교를 위해서 연령구조의 차이를 제거하고 OECD 기준인구로 표준화한 인구 10만명당 허혈성심장질환 사망률이다. 허혈성심장질환은 일명 관상동맥질환이라고도 하는 것으로 관상동맥의 기능의 폐쇄로 적절한 산소와 영양의 공급이 차단되어 심장기능의 장애로서 한국인의 사망원인 가운데 3번째에 해당하는 심장질환에 해당한다.

1985년에 6.7명 수준에서 지속적으로 증가하고 있다. 2009년도 한국의 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률은 27.7명이며, 남자가 여자보다 16.9명이 많은 37.4명이다. 이는 한국을 포함한 OECD 31개 국가의 2009년도의 평균인 85.5명의 1/2 미만수준으로 비교적 낮은 편이다.

OECD 국가에 비하여 성별로 볼 때 한국인 남자는 0.32배, 여자는

0.34배로 매우 낮은 편이다. 그러나 이는 1985년에만 해도 불과 6.7명에 해당하였을 정도로 낮았으나 식생활 등 사회환경의 변화와 경제수준이 향상되는 것과 관련하여 가파르게 증가하고 있다. 이는 소위 선진국형 사망원인으로 이들 국가의 수준보다는 아직 낮으나 장기적인 차원에서 이로 인한 사망률의 억제를 위한 보건정책이 필요하다.

[그림 4-4-5] 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



<표 4-4-5> 허혈성심장질환의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	27.7	37.4	20.5
OECD 최근평균 ^{a)} (31)			
2009	85.5	118.3	61.0

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

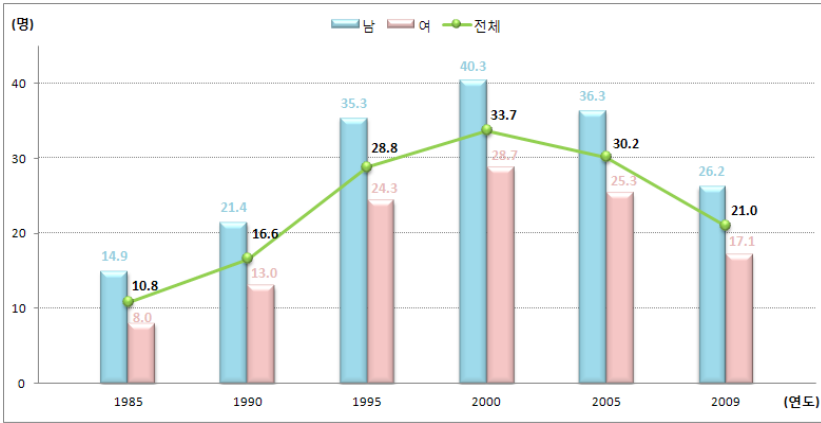
6. 당뇨병으로 인한 사망률

당뇨로 인한 사망은 2000년까지 증가하는 추세이다가 그 이후 점차 감소를 보이고 있다. 1985년 인구 10만명당 사망률이 10.8명이었으나 2000년에는 33.7명으로 증가하였다가 2009년에는 21.0명으로 다시 감소하는 추세를 보이고 있다.

이를 남녀별로 구분하여 보면 다른 사망원인과 마찬가지로 여자에 비해 남자에게서 훨씬 높게 나타남을 볼 수 있다. 즉, 1985년에 남자는 14.9명, 여자는 8.0명으로 6.9명의 차이를 보였고, 2000년에는 남자가 40.3명, 여자가 28.7명, 그리고 2009년에는 남자가 26.2명, 여자가 17.1명으로 9.1명의 차이를 보여 그 차이가 약간 줄어들기는 하였으나 여전히 남자가 높은 수준을 유지하고 있다.

OECD 회원국과 비교해보면 2009년 당뇨병으로 인한 사망률은 평균이 인구 10만명당 16.3명, 남자가 18.6명, 여자가 14.3명으로 2000년 이후 사망률이 감소하고 있는 추세이긴 하나 우리나라가 다른 국가들보다 훨씬 높았다. 성별에서도 우리나라가 남자와 여자 모두 높은 것으로 나타났다 특히 남자의 경우 그 차이가 더 컸다.

[그림 4-4-6] 당뇨병으로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



<표 4-4-6> 당뇨병으로 인한 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	21.0	26.2	17.1
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2009	16.3	18.6	14.3

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2005).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

7. 자살의 연령표준화 사망률

자살로 인한 사망률의 산출은 사망의 원인이 자살인 수를 일반인구수(10만 명당)로 나눈 보통사망률의 수치를 이용한다. 사망률 산출시

OECD 기본인구를 이용하여 표준화된 연령구조를 적용하면 각국의 인구구조의 상이함에서 사망률의 차이를 배제하여 비교가 가능한 방법으로 국가 간 비교 시 필수적이다.

자살에 의한 사망률의 비율이 높다는 것은 그 만큼 사회가 불안정함을 의미하는 것으로 간주되고 있다. 자살은 신체적으로 정상적인 사람이 의도적으로 생명력을 단절하는 비정상적인 사망이다. 또한 이러한 행위가 많이 일어나면 사회적인 문제를 야기하게 된다. 자살의 원인은 여러 가지가 있을 수 있으나 그 제공 원인이 당사자에게 너무 큰 짐으로 작용하는 경우 본인이 이를 극복할 수 없을 때 일어나게 되는 것으로 보고 있다. 이는 때로는 상황을 극복하지 못하는 정신적인 나약함 때문일 수도 있으나 외부적인 스트레스가 그 원인일 수도 있기 때문에 그 변동 과정을 보고 정책적으로 대처할 점이 무엇인지를 찾아 이를 감소시킬 수 있도록 하는 노력이 요구된다.

우리나라의 경우 자살에 의한 사망률은 연도별로 차이를 보이고 있지만 전반적으로 가파르게 증가하는 추세를 보이고 있다. 1985년에는 인구 10만명당 10.2명 수준에서 1990년에는 약간 감소하였으나 그 이후 점차 증가하여 2000년에는 14.1명 그리고 2009년에는 28.4명을 보이고 있어 비교적 빠르게 증가하여 왔다. 2009년 OECD 국가의 자살에 의한 사망률의 평균이 11.2명인 점과 비교한다면 우리나라의 자살에 의한 사망률이 매우 높다는 것을 알 수 있을 것이다. 2010년의 통계를 보면 자살은 우리나라 사망원인 중 4번째를 차지한다. 2000년대만 해도 8위였던 사망순위가 2003년에는 5위로 올라섰고 2004년 4위를 차지한 이후 지금까지 이를 유지하고 있다. 세계적으로 보면 1, 2위를 다투는 수준이다.

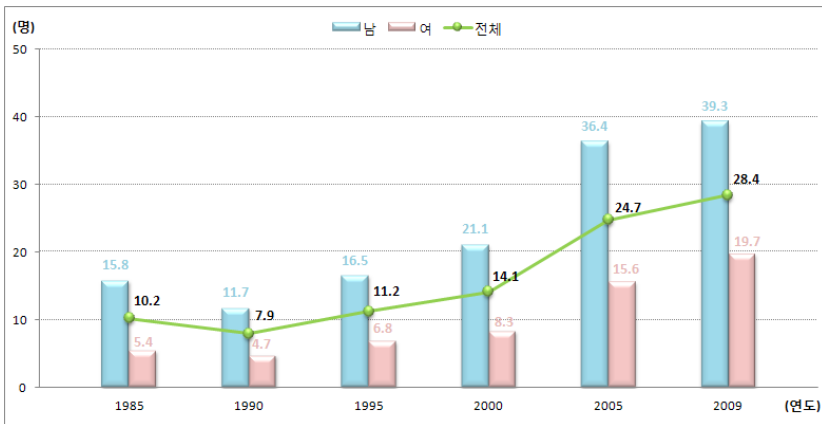
남녀별로 보면 남자의 경우 1985년 15.8명에서 점차 증가하여 2009년에는 39.3명 수준으로 높아져 2009년 OECD 평균 18.0명보다 매우

높은 수준을 나타내고 있으며, 여자의 경우는 1985년 5.4명에서 2009년에는 19.7명으로 높아져 OECD 평균 5.0명에 비하여 상당히 높은 수준이다.

이와 같이 남녀로 볼 때도 남녀 모두 OECD 국가들 보다 매우 높은 것으로 나타나 이에 대한 대책마련이 필요하다. 보건복지부에서는 자살의 예방을 위하여 예산을 배정하는 등 정부차원에서의 노력이 추진되고 있어 점차적으로 개선될 것으로 기대한다.

자살을 시도하기까지는 우울증 등 정신질환으로 시달리는 경우가 많아 정신보건사업의 추진을 국가적 차원에서 시도하는 것이 바람직하다. 정신보건사업을 통하여 개인이 우울증이나 각종 스트레스를 이겨낼 수 있도록 신체적 정신적 건강증진에 좀 더 많은 사업의 전개가 필요하다.

[그림 4-4-7] 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



〈표 4-4-7〉 자살의 연령표준화 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	28.4	39.3	19.7
OECD 최근평균 ^a (31)			
2009	11.2	18.0	5.0

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

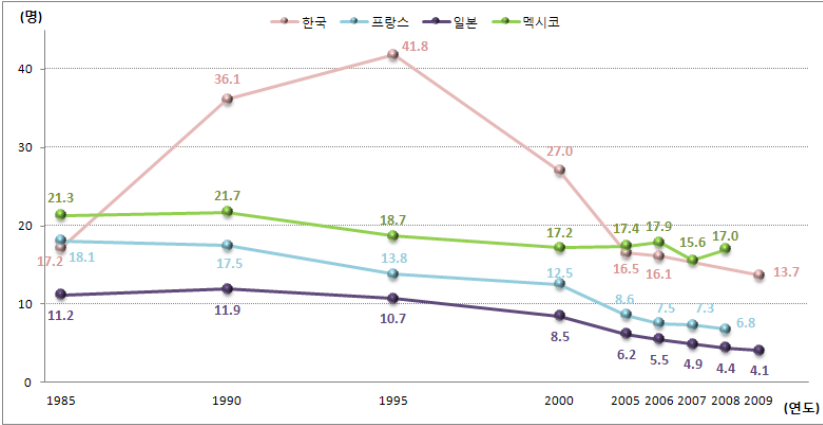
8. 교통사고로 인한 사망률

교통사고는 일반적인 질병에 의한 사망과는 달리 비의도적인 상태로 교통사고율이 높다는 것은 국민의 교통안전에 대한 의식수준이 낮다는 것을 의미하기도 한다. 따라서 교통사고는 사회적 안전성을 대표하는 지표로 사용되기도 한다.

우리나라의 교통사고 사망률은 인구 1985년 10만명당 17.2명에서 1995년에는 41.8명까지 급속하게 증가하였으나 그 이후 점차 감소하여 2009년에는 13.7명의 수준을 보이고 있다. 이러한 감소추세는 이 시기에 일어난 안전띠 착용 등과 같은 국민적 교통질서캠페인 등에 영향을 받은 것으로 보여진다.

이는 예를 들어 프랑스와 스위스를 비교해 보면 그 사망수준이 매우 높은 편이다. 교통사고 사망은 여러 가지 원인에 의하여 발생하지만 대체로 교통에 대한 안전의식의 취약성이 그 원인이다.

[그림 4-4-8] 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009



<표 4-4-8> 교통사고 사망률(인구 100,000명당): 1985~2009

(단위: 명)

	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
한국	17.2	36.1	41.8	27.0	16.5	16.1	-	-	13.7
호주	19.5	14.4	10.9	10.2	-	7.1	-	-	-
캐나다	16.0	13.9	10.6	9.6	-	-	-	-	-
프랑스	18.1	17.5	13.8	12.5	8.6	7.5	7.3	6.8	-
그리스	20.4	21.2	21.4	18.2	15.7	15.0	15.0	14.2	13.8
일본	11.2	11.9	10.7	8.5	6.2	5.5	4.9	4.4	4.1
멕시코	21.3	21.7	18.7	17.2	17.4	17.9	15.6	17.0	-
스위스	13.3	13.1	10.2	8.2	5.0	5.1	5.1	-	-
미국	18.6	18.5	16.4	15.8	15.4	15.2	14.6	-	-

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

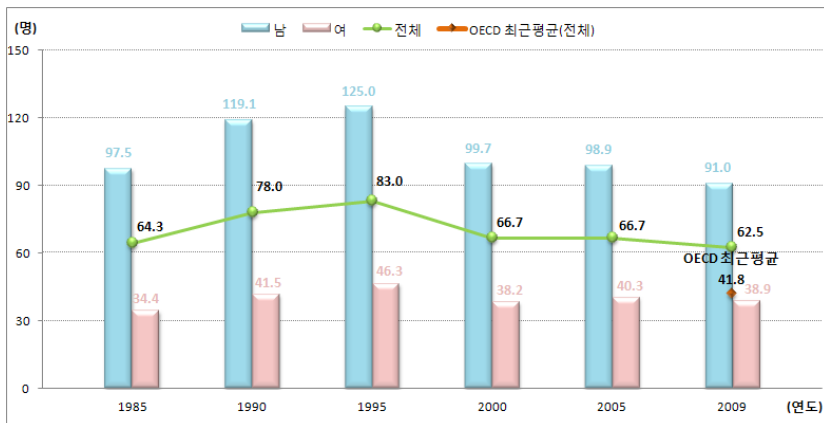
9. 사망의 외인

사망의 외인은 운수사고, 추락사고, 사고성 익수, 자살, 피살, 연기, 불 및 화염에의 노출 등에 의하여 사망하게 되는 경우를 말한다.

사망의 외인 사망률은 1985년에는 인구 10만명당 64.3명에서 10년 후인 1995년에는 83.0명까지 증가하였으나 그 후 점차 감소하여 2009년에는 62.5명의 수준을 보이고 있다. 남자의 경우 여자보다 사망의 외인으로 인한 사망률이 매우 높게 나타났는데 1985년에는 남자가 인구 10만명당 97.5명, 여자가 34.4명로서 남자가 여자의 2.8배에 달했고 1995년에는 남자가 125.0명, 여자가 46.3명으로 나타났으며 2009년에는 남자가 91.0명 여자가 38.9명으로 그 차이는 줄었으나 여전히 남자가 월등히 높은 수준을 보이고 있다. OECD 회원국의 경우 2009년에 인구 10만명당 41.8명으로 우리나라 보다는 훨씬 낮았으며, 남자가 63.8명, 여자가 21.6명으로 남자가 높은 현상은 우리나라와 비슷하였으나 우리나라 보다는 그 수치들이 낮았다.

이 외인에 의한 사망률은 앞서 살펴본 교통사고 사망률과 비슷한 추이를 보이고 있음을 알 수 있다. 즉, 교통사고 사망률은 전체 외인사의 1/3 정도를 차지할 정도로 그 비중이 크기 때문에 외인에 의한 사망률을 낮추려면 먼저 교통사고 사망률의 저하에 우선적으로 관심을 두어야 할 것이다.

[그림 4-4-9] 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2009



〈표 4-4-9〉 사망의 외인(인구 100,000명당): 1985~2009

(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
2009	62.5	91.0	38.9
OECD 최근 평균 ^a (31)			
2009	41.8	63.8	21.6

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 벨기에, 캐나다, 터키 제외. 호주(2006), 칠레(2007), 덴마크(2006), 프랑스(2008), 독일(2006), 이스라엘(2008), 이탈리아(2007), 룩셈부르크(2008), 멕시코(2008), 뉴질랜드(2007), 폴란드(2008), 스페인(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007), 미국(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

10. 유병률

국민의 건강정도를 설문을 통하여 파악해 볼 수 있는 경우, 그 측정 지표의 하나로 2주간 유병률을 파악하고 있다. 유병률이 높아졌다는 것은 국민의 건강이 좋지 않아졌다는 것을 의미하는 것으로 판단할 수 있으나 이는 직접적인 건강의 수준이라고 단정할 수는 없다. 왜냐하면 설문의 형식이나 응답자의 응답기준이 과학적이 아니고 그냥 응답에 의해서만 기록되기 때문이다. 각자의 건강의 기준이 다르기 때문이다. 그러나 달리 과학적인 측정이 적절한 것이 없기 때문에 이 방법에 의존하는 경향이 강하다.

사망률은 생명력이 상실되는 것이나 유병률은 생존기간 동안의 건강 수준을 반영하는 지표로서 사망률과는 다른 측면에서의 보건지표로서의 가치를 지닌다. 생존하는 동안에는 건강한 경우와 이환일 경우의 반복적인 현상을 누구나 겪게 되나 유병의 기간은 소위 기대수명 중에 건강

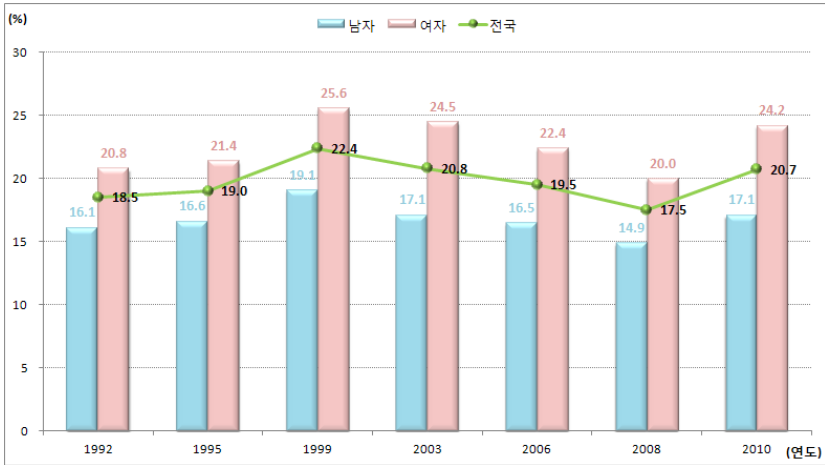
수명의 기간이 감소하는 것을 의미하는 것으로서 유병률의 수준의 평가는 매우 중요하다.

유병상태는 주로 설문조사를 통하여 평가하는 방법으로 조사시점 직전 2주간의 유병률을 파악한다. 1992년 유병률을 18.5%로 1999년 22.4%까지 증가하였다가 다시 감소하여 2008년에는 17.5%로 나타났으나 2010년에는 20.7%로 다시 증가하는 추세를 보이고 있다. 여자는 남자보다 높은 유병률을 나타냈는데, 남자의 경우 1992년 16.1%였다가 1999년 19.1%로 증가하였고 이후 감소하여 2008년에는 14.9% 그리고 2010년에는 다시 17.1%로 증가하였다. 여자의 경우도 남자와 비슷한 추세로 1992년에는 20.8%, 1999년 25.6%, 2008년 20.0% 그리고 2010년에는 24.2%를 나타내고 있다.

이를 동부와 읍·면부로 구분하여 살펴보면 동부는 1999년 이전에는 동부의 유병률이 읍·면부보다 높았으나 1999년 이후 그 상황이 반전되어 동부보다 읍·면부의 유병률이 더 높게 나타나고 있다. 즉, 1992년 동부의 유병률은 19.8%로 읍·면부 14.5%에 비교하여 높은 편이었으나 1999년 동부는 22.0%, 읍·면부는 23.8%로 나타났고 2010년에도 동부의 유병률은 19.7%, 읍·면부는 25.3%로 그 차이가 더 증가했다. 이는 농어촌 인구의 고령화 영향에 기인한 것으로 의심된다.

유병률이 점차 감소하다가 근래 들어 다시 증가하는 추세를 보이고 있는 만큼 유병률을 줄이기 위한 방안을 모색하는 것이 중요하며 특히 농어촌 및 여성의 유병률을 감소시키기 위한 대책마련에도 노력해야 할 것이다.

[그림 4-4-10] 유병률: 조사직전 2주간: 1992~2010



<표 4-4-10> 유병률: 조사직전 2주간: 1992~2010

(단위: %)

	전국	동부	읍·면부	남자	여자
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
2010	20.7	19.7	25.3	17.1	24.2

자료: 통계청, 『한국의 사회지표』, 2010.

11. 후천성 면역결핍증

후천성 면역 결핍증(AIDS, Acquired Immune Deficiency Syndrome) 즉, 에이즈는 HIV 바이러스에 감염되어 발병하는 감염병으로 인체의 면역기능을 점차 상실하여 다른 질병에 감염될 위험성이 증가하므로 치료를 받지 않을 경우 다른 질병으로 인한 합병증으로 사망

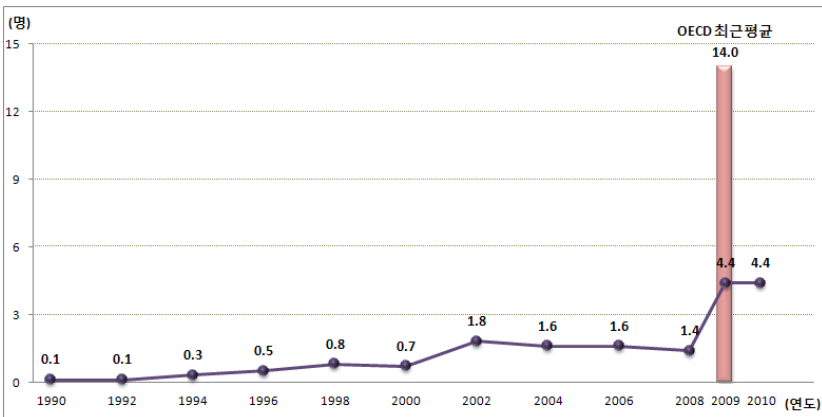
하게 되는 경우가 많다.

에이즈는 아프리카 지역에서 발생된 것으로 알려져 있듯 아프리카 대륙에서 가장 높은 감염률과 그에 따른 사망률을 보이고 있고 특히, 중앙 및 서부 아프리카 국가에서는 전체 인구의 10% 이상이 에이즈에 감염된 것으로 추측하고 있다.

OECD 회원국의 2009년 평균은 인구 10만명당 14.0명으로 우리나라에 비해 매우 높은 수준이지만 우리나라의 경우에도 최근 들어 그 수가 증가하는 추세이다. 우리나라는 1990년 인구 10만명당 0.1명에 불과했으나 이 후 점차적으로 증가하여 2008년에는 1.4명에서 2010년에는 4.4명으로 급속하게 증가하였다.

현대과학의 끊임없는 연구로 에이즈도 완치가 가능하다고 알려졌으나 아직까지 보편화된 치료법은 없으며 치사율도 높기 때문에 감염에 대한 특별한 관리가 필요하다. 특히 우리나라에서도 그 발병률이 급속하게 증가하고 있는 만큼 국가차원에서 더욱더 강력한 관리정책이 요구된다.

[그림 4-4-11] 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2010



〈표 4-4-11〉 후천성 면역결핍증(인구 1,000,000명당): 1990~2010

(단위: 명)

연도	후천성 면역결핍증	연도	후천성 면역결핍증
1990	0.1	2002	1.8
1992	0.1	2004	1.6
1994	0.3	2006	1.6
1996	0.5	2008	1.4
1998	0.8	2009	4.4
2000	0.7	2010	4.4
OECD 최근평균 ^a (34)			
2009	14.0		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2007), 오스트리아(2008), 스웨덴(2007), 터키(2007), 미국(2008).

자료: 질병관리본부, 전염병웹통계

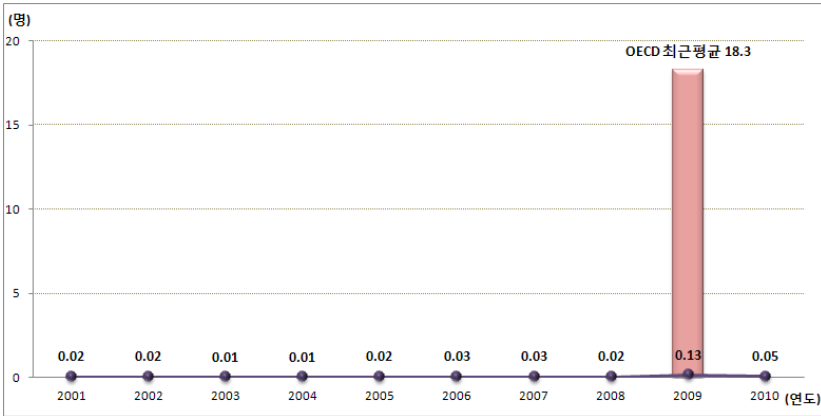
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

12. 백일해 발생

백일해는 백일해균으로 감염되는 호흡기 질환으로 어린이에게 발병하는 소아감염병이다. 한번 발병하면 평생 면역이 되지만 폐렴, 폐기종 등의 합병증을 유발할 수 있으며 어린 연령일수록 사망률이 높아 백신 예방이 중요하다. 우리나라에서도 D.T.P백신 접종을 권하고 있다.

2001년 이후 우리나라의 백일해 발생건수는 인구 10만명당 0.05건 미만을 유지하고 있으나 2009년 0.13건으로 증가하는 추세를 보였으나 2010년에는 0.05건으로 다시 감소하였다. 2009년 OECD 회원국의 평균은 인구 10만명당 18.3명으로 우리나라에 비해 매우 높은 수준을 나타내고 있다.

[그림 4-4-12] 백일해 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010



<표 4-4-12> 백일해 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010

(단위: 명)

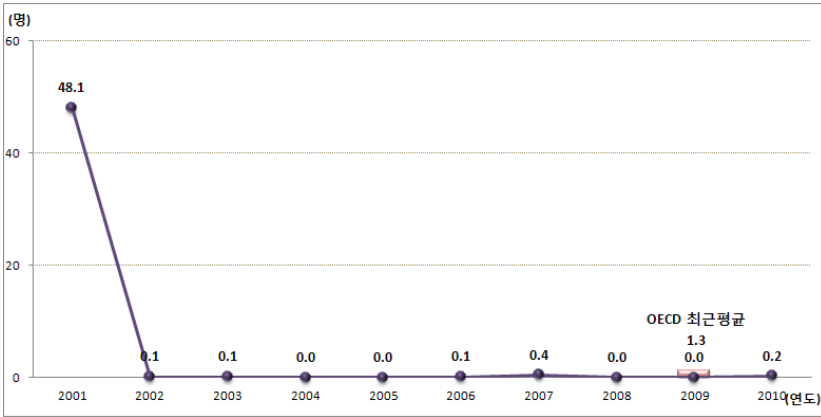
연도	백일해	연도	백일해
2001	0.02	2006	0.03
2002	0.02	2007	0.03
2003	0.01	2008	0.02
2004	0.01	2009	0.13
2005	0.02	2010	0.05
OECD 최근평균 ^{a)} (30)			
2009	18.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 프랑스, 독일, 멕시코, 폴란드 제외. 캐나다(2008), 핀란드(2008), 그리스(2008), 포르투갈(2008), 영국(2008), 미국(2008).
 자료: 질병관리본부, 전염병웹통계
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

13. 홍역 발생

홍역은 홍역 바이러스에 의한 감염성 질환으로 예방접종관리대상이다. 주로 코, 기관지, 폐 등으로 감염되며 감염성이 강하여 접촉자의 90% 이상이 발병하는 것으로 나타난다. 기관지염, 폐렴 등의 합병증으로 유발하기도 한다.

[그림 4-4-13] 홍역 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010



<표 4-4-13> 홍역 발생률(인구 100,000명당): 2001~2010

(단위: 명)

연도	홍역	연도	홍역
2001	48.1	2006	0.1
2002	0.1	2007	0.4
2003	0.1	2008	0.0
2004	0.0	2009	0.0
2005	0.0	2010	0.2
OECD 최근평균 ^{a)} (32)			
2009	1.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 멕시코, 폴란드 제외. 캐나다(2008), 핀란드(2008), 프랑스(2008), 그리스(2008), 포르투갈(2008), 미국(2008).

자료: 질병관리본부, 전염병웹통계

OECD, OECD Health Data 2011, 2011

홍역의 발생건수는 2000년에 인구 10만명당 69.5명, 2001년에는 48.1명으로 그 수가 매우 많았고 2002년에는 0.1명으로 1년 동안 급속히 감소하였다가 그 후 거의 발생하지 않는 것으로 나타났다. 2010년의 발생건수는 인구 10만명당 0.2명으로 약간 증가하였지만 2009년

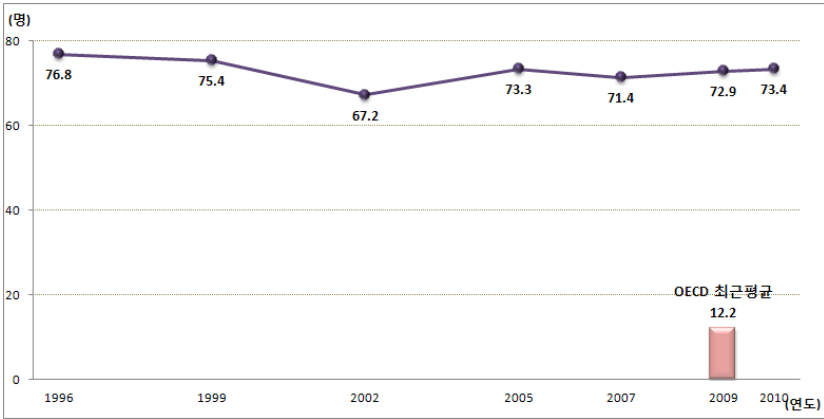
OECD 회원국의 평균이 인구 10만명당 1.3명인 것으로 비교해 볼 때 우리나라는 다소 낮은 수준인 것으로 나타났다.

14. 결핵신환자 발생

결핵은 결핵균에 의한 감염성 질환으로 감염이 되었다고 모두 발병하는 것은 아니나 면역력이 약한 상태에서는 발병할 가능성이 크다. 결핵은 폐에 잘 발생하며 제때 치료하지 않고 방치하면 사망에 이를 수 있는 위험한 질병이다. 결핵에 대한 예방은 환자의 접촉을 피하는 것과 백신 접종에 의존한다. 우리나라에서도 출생후 1개월 이내에 백신을 접종할 것을 권하고 있다.

우리나라의 결핵환자 발생수는 1996년 인구 10만명당 76.8명으로 이후 점점 감소하여 2010년에는 인구 10만명당 73.4명을 나타내고 있다. 높은 발병률을 낮추고자 국가차원은 물론 민간차원에서도 많은 노력을 기울이고 있으나 큰 저하를 보이지 않고 있다. 하지만 OECD 회원국 평균인 12.2명에 비하면 약 6배에 달하는 수치로 정확한 원인을 분석하여 발병률을 낮추는 것이 중요한 과제 중 하나이다.

[그림 4-4-14] 결핵신환자 발생률(인구 100,000명당): 1996~2010



<표 4-4-14> 결핵신환자 발생률(인구 100,000명당): 1996~2010

(단위: 명)

연도	결핵	연도	결핵
1996	76.8	2007	71.4
1999	75.4	2009	72.9
2002	67.2	2010	73.4
2005	73.3		
OECD 최근평균 ^{a)} (34)			
2009	12.2		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 벨기에(2007), 캐나다(2008), 칠레(2007), 그리스(2006), 일본(2008), 뉴질랜드(2008), 미국(2007).
 자료: 질병관리본부, 전염병웹통계
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

15. 당뇨병 유병률

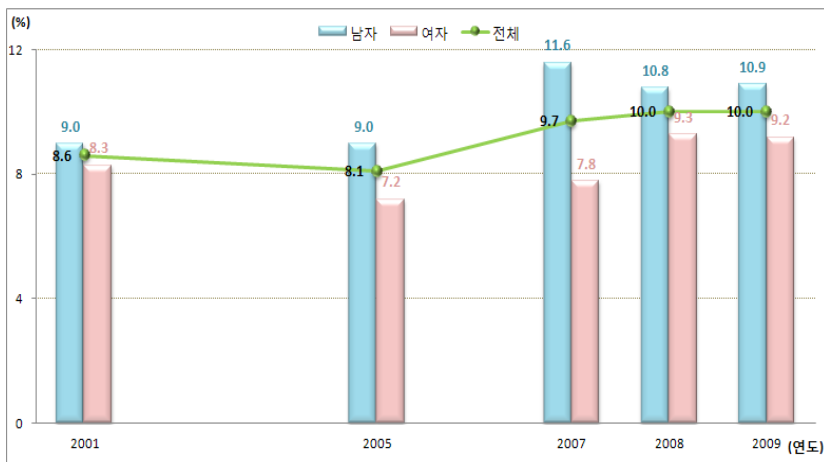
당뇨병은 인슐린 분비량이 부족하거나 기능이 정상적으로 이루어지지 않는 등의 대사 이상을 수반하는 질환으로 인슐린 부족으로 인한 고혈

당증을 특징으로 한다. 당뇨병은 가족력과 같은 유전적 요인이 가장 크며 비만, 운동부족, 고열량식사, 과음, 흡연, 스트레스 등 환경적 요인이 함께 작용하여 발병하는 것으로 알려지고 있다. 우리나라도 급격한 사회발전과 경제수준의 증가에 따라 유병률이 높아지고 있는 실정이다.

우리나라 만 30세 이상 성인의 경우 2001년 8.6%에서 2009년에는 10% 수준으로 증가하였다. 성별에서도 차이가 났는데 여자보다 남자의 유병률이 더 높았으며 특히 남자의 경우 2001년 9.0%에서 2007년 11.6%까지 급속하게 증가하는 현상도 나타났다.

앞서 살펴보았듯이 우리나라 주요사망원인으로 주목될 만큼 당뇨병은 현대생활에 가장 중요한 만성질환 중 하나이다. 특히 고혈압, 동맥경화증 등의 심혈관계 질환과 신장질환, 피부질환 등 당뇨병으로 인한 합병증을 유발하므로 운동이나 올바른 식습관으로 체중관리 및 건강관리에 관심을 가지는 것이 중요하다.

[그림 4-4-15] 당뇨병 유병률(만 30세 이상): 2001~2009



〈표 4-4-15〉 당뇨병 유병률(만 30세 이상): 2001~2009

(단위: %)

연도	전체	남자	여자
2001	8.6	9.0	8.3
2005	8.1	9.0	7.2
2007	9.7	11.6	7.8
2008	10.0	10.8	9.3
2009	10.0	10.9	9.2

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

16. 고혈압 유병률

혈압을 측정할 때에는 수축기 혈압(최고혈압)과 확장기 혈압(최저혈압)으로 확인하는데 수축기 혈압이 120mmHg 미만이고 확장기 혈압이 80mmHg 미만인 경우 정상으로 진단하며, 고혈압은 수축기 140mmHg 이상이거나 확장기 90mmHg 이상인 경우를 말한다.

고혈압 환자의 90%는 일차성(본태성) 고혈압으로 원인 질환이 발견되지 않은 경우이며, 10%는 밝혀진 원인 질환에 의해 나타나는 이차성 고혈압이다. 고혈압은 가족력에 의해 발생하는 경우도 있지만 운동 부족, 비만, 잘못된 식습관, 음주, 흡연, 스트레스 등 그 원인이 다양하다.

우리나라의 고혈압 유병률은 만 30세 이상 성인의 경우 2001년 29.8%에서 2007년에는 25.1%로 감소하다가 다시 2009년에는 31.9%로 크게 증가하였다. 특히 남자의 경우 여자보다 고혈압 유병률이 높게 나타났다.

고혈압은 특별한 증상을 나타내지는 않으나 장기간 유지되거나 과도하게 높으면 뇌졸중이나, 허혈성 심질환 등과 같은 2차성 증상을 발생하게 되어 극단적인 경우에는 죽음에 이르기도 한다. 따라서 운동, 금연, 올바른 식습관으로 예방하는 것이 중요하다.

[그림 4-4-16] 고혈압 유병률(만 30세 이상): 2001~2009



<표 4-4-16> 고혈압 유병률(만 30세 이상): 2001~2009

(단위: %)

연도	전체	남자	여자
2001	29.8	34.4	26.5
2005	28.1	30.9	25.4
2007	25.1	26.5	23.8
2008	27.9	29.4	26.4
2009	31.9	35.1	28.9

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 해당연도.

17. 암 발생률

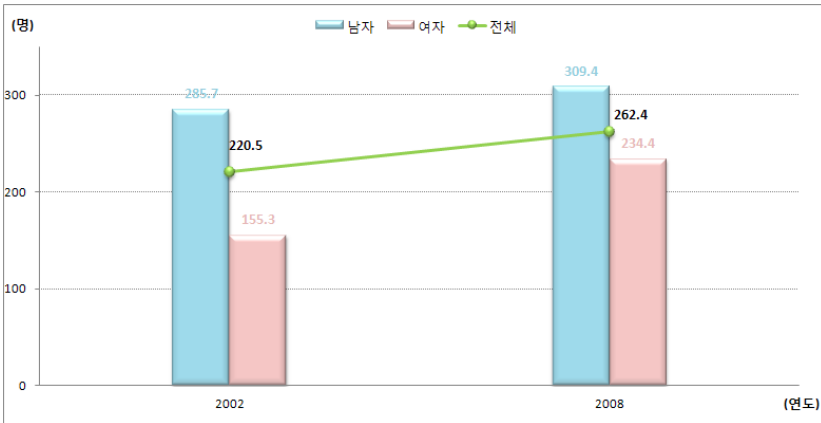
우리나라의 주요 사망원인 중 하나인 암은 경제사회 발전에 따른 환경의 오염, 스트레스 증가, 식생활의 서구화 등으로 그 발생률이 점점 증가하는 추세이다.

우리나라의 경우 위, 대장, 폐 등에서 암이 가장 많이 발견되고 있으며 암 발생률은 신체 각 장기에서 발생하는 모든 암들을 통합하여 산

출하는 것으로 통상 인구 10명당 암 발생환자 수를 나타낸 것이다.

우리나라의 암발생률을 살펴보면 2002년 인구 10만명당 220.5명이었으나 2008년에는 262.4명으로 증가하는 추세를 보였다. 남녀별로 구분하여 살펴보면 2002년에 남자는 285.7명으로 여자 155.3명보다 130.4명이 높았으며, 2008년에는 남자가 309.4명으로 여자 234.4명보다 75.0명이 높아 여자의 경우 암발생률 증가폭이 남자보다 큰 것으로 나타났다.

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



2009년 OECD 회원국의 암발생률 평균은 인구 10만명당 260.9명으로 나타나 우리나라와 비슷한 수준인 것으로 나타났다. 암은 다른 질환에 비하여 생존율이 낮은 질환이므로 조기발견이 중요한 만큼 건강에 대한 꾸준한 관심을 가지도록 해야 하고 무엇보다 암이 발생하지 않도록 예방하는 것이 가장 중요하다.

〈표 4-4-17〉 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)} (34)			
2009	260.9	301.0	232.7

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음.
 자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

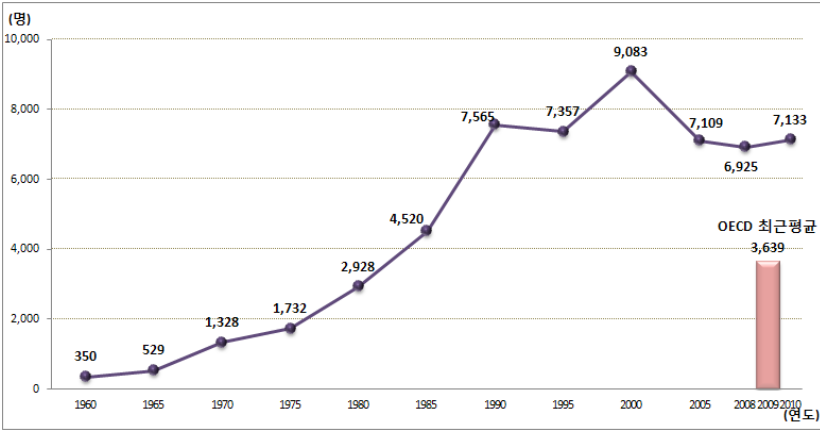
18. 도로교통사고 상해

자동차 보유율이 높아짐에 따라 교통사고의 발생률도 함께 증가하고 있다. 교통사고의 원인은 여러 가지가 있으나 운전자 및 보행자 부주의에 의한 사고가 가장 많은 부분을 차지하고 있다.

우리나라의 도로교통사고는 인구 100만명당 1960년 350건에 불과하던 것이 1980년에는 2,928건으로 크게 증가하였고 2000년에는 9,083건으로 1960년대에 비해 26배까지 증가하였다. 그 이후 감소하는 추세를 보였으나 2010년에는 다시 증가한 것으로 나타났다. OECD 회원국의 도로교통사고 상해 평균은 인구 100만명당 3,639건으로 우리나라의 절반 수준에 미치는 것으로 나타났다.

1990년대 까지만 해도 우리나라 사망주요 사망원인이었던 것을 감안하면 자동차 보유율 증가에 비해 교통사고 발생에 따른 사망률이 감소하고 있는 것은 사실이지만 교통사고의 주된 원인이 부주의에 따른 것이니만큼 교통안전 의식 제고, 교통안전 수칙 준수 등 국민과 정부의 지속적인 노력이 있다면 교통사고 발생 건수도 크게 줄일 수 있을 것이다.

[그림 4-4-18] 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2010



〈표 4-4-18〉 도로교통사고 상해(인구 1,000,000명당): 1960~2010

(단위: 명)

연도	도로교통사고 상해	연도	도로교통사고 상해
1960	350	1990	7,565
1965	529	1995	7,357
1970	1,328	2000	9,083
1975	1,732	2005	7,109
1980	2,928	2008	6,925
1985	4,520	2010	7,133
OECD 최근 평균 ^{a)} (33)			
2009	3,639		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 멕시코 제외. 호주(2006), 캐나다(2008), 아일랜드(2008), 룩셈부르크(2008), 포르투갈(2008), 터키(2008).

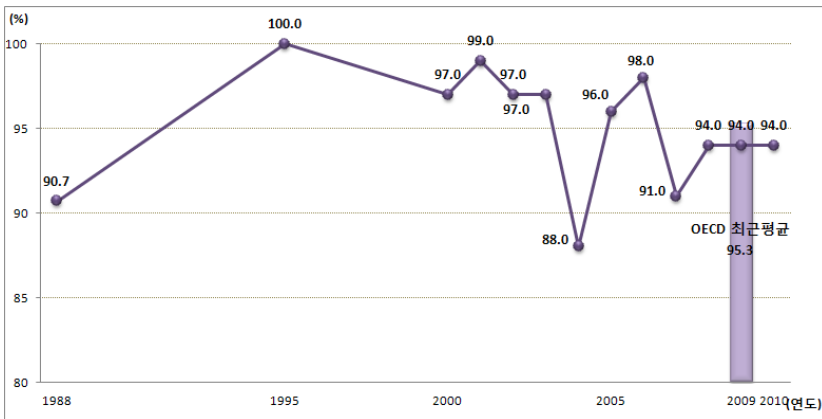
자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

제5절 건강의식행태

1. 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률

디프테리아(Diphtheria), 파상풍(Tetanus), 백일해(Pertussis)는 각각 디프테리아균, 파상풍균, 백일해균(*Bordetella pertussis*)에 의한 것으로 모두 감염성 질환이다. 감염 후 치료가 가능한 경우도 있지만 합병증 발병 및 사망 가능성도 있어 예방이 매우 중요하다. 특히 면역력이 떨어지는 어린아이의 경우에는 출생 시부터 예방접종을 권유하고 있는데 통상 D.T.P라고 하여 이 세 가지 질환에 대해 예방가능하다.

[그림 4-5-1] 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률 1988~2010



우리나라는 D.T.P 예방접종률이 1988년에 90.7%, 1995년에는 100%까지 올라가는 등 매년 90% 이상의 높은 예방접종률을 나타내고 있으나 2004년에는 88.0%로 급감하는 등 기복이 심한 것을 볼 수 있다. 이는 통계보고수치의 일관성 결여 및 통계수집 상의 미신고 부분 등에 원인이 있는 것으로 추정된다. 정부에서는 예방접종률의 정확한 추정을 위하여 다양한 조치를 취하고 있으나 아직 예방접종률의 신고가 체계적으로 이루어지고 있지 않아 자료수집에 관한 종합적인 접근방법

이 필요하다. 그러나 우리나라는 전체적으로 소아들의 예방접종률은 매우 높은 편이지만 디프테리아의 경우는 오히려 20대 이후 성인에서 면역력이 급격하게 감소하는 경향도 있어 예방접종률을 100%로 높이기 위한 꾸준한 노력이 필요하다.

〈표 4-5-1〉 디프테리아, 파상풍, 백일해(D.T.P.) 어린이 예방접종률: 1988~2010

(단위: %)

연도	D.T.P. 예방접종률	연도	D.T.P. 예방접종률
1988	90.7	2004	88.0
1994	99.5	2005	96.0
1995	100.0	2006	98.0
2000	97.0	2007	91.0
2001	99.0	2008	94.0
2002	97.0	2009	94.0
2003	97.0	2010	94.0
OECD 최근 평균 ^{a)} (33)			
2009	95.3		

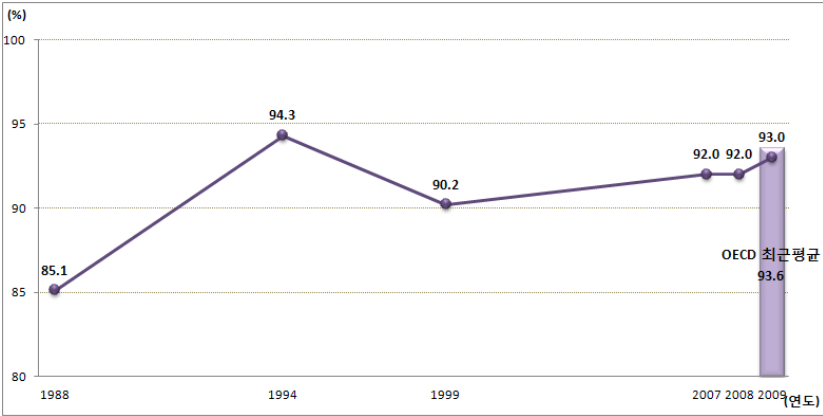
주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 캐나다 제외. 독일(2008), 이스라엘(2007), 룩셈부르크(2007).

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

2. 홍역 어린이 예방접종률

홍역은 바이러스에 의한 감염으로 감염성이 강하여 반드시 예방접종을 필요로 하는 질환이다. 우리나라의 홍역에 대한 예방접종률은 1988년 85.1% 수준이었으나 1994년 이후에는 90% 이상의 비교적 높은 예방접종률을 나타내고 있다. 2009년 우리나라의 홍역예방접종률은 93.0%로 OECD 회원국의 평균인 93.6%와 비슷한 수준을 보이고 있으나 이를 상회하기 위한 예방접종의 홍보사업 등이 필요하다.

[그림 4-5-2] 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2009



〈표 4-5-2〉 홍역 어린이 예방접종률: 1988~2009

(단위: %)

연도	홍역 예방접종률	연도	홍역 예방접종률
1988	85.1	2007	92.0
1994	94.3	2008	92.0
1999	90.2	2009	93.0
OECD 최근 평균 ^{a)} (34)			
2009	93.6		

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

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 출산력 및 가족보건실태조사보고서」, 해당연도.
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

3. 노령인구 인플루엔자 예방접종률

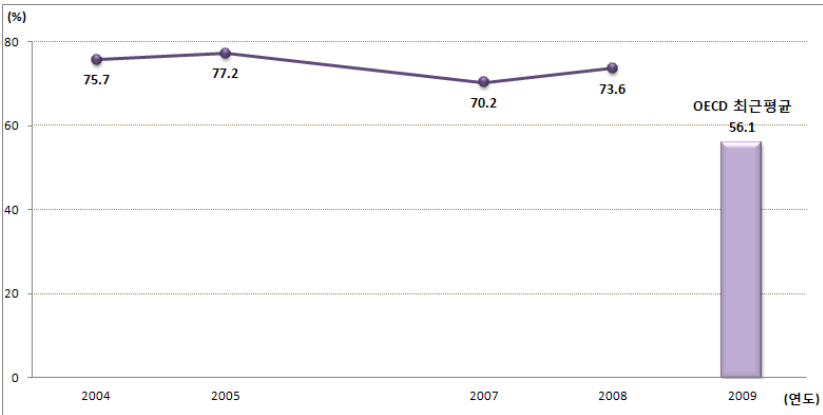
노인의 경우에는 신체적으로 건강하지 못해 각종 질병에 대한 면역력이 감소하게 되므로 건강을 유지하기 위해서는 예방 가능한 질환에 대해 예방접종을 철저히 하는 것이 가장 좋은 방법이다.

그 중 인플루엔자는 감염성이 강하고 합병증 발생 등의 위험이 크며 또한 최근 인플루엔자의 유행이 발생하는 만큼 신체적 취약자인 노인을 대상으로 하는 예방접종은 매우 필요하다. 우리나라에서도 저소득층에게

무상으로 접종을 실시하는 등의 노인인구의 건강을 위해 노력을 하고 있다.

인플루엔자 예방접종률은 이러한 노력에 힘입어 2004년 이후 70% 이상의 수준을 유지하고 있으며 2008년에는 73.6%로 2009년 OECD 회원국의 평균 56.1%보다는 높게 나타나고 있다. 하지만 우리나라의 고령화가 다른 나라에 비해 급속도로 진행되고 있는 점을 감안하여 이러한 노령인구의 보건문제에 대해 더욱더 각별한 관심과 대책이 요구된다.

[그림 4-5-3] 노령인구 인플루엔자 예방접종률: 2004~2008



<표 4-5-3> 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)} (29)			
2009	56.1		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 그리스, 아이슬란드, 노르웨이, 폴란드, 터키 제외. 오스트리아(2006), 벨기에(2008), 체코(2008), 독일(2008), 한국(2008), 네덜란드(2008), 스웨덴(2008), 스위스(2007).

자료: 한국보건사회연구원, 「전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」
OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

4. 중등도 신체활동 실천율

현대사회에 살고 있는 우리는 운동부족으로 인한 문제점을 느끼는 경우가 많다. 대부분의 사람들이 실내 활동을 중심으로 살고 있으며 교통수단의 발달, 운동시설 및 장소 불비 등으로 신체활동을 할 수 있는 기회가 줄어들고 있는 실정이다. 신체활동이 많아지면 정상혈압의 유지, 비만관리 등 각종 성인질환의 예방이 가능해지기 때문에 적절한 운동실천으로 건강을 유지하는 것이 중요하다.

19세 이상 인구의 운동실천율을 연령표준화를 통하여 2005년과 2009년 사이의 변화를 살펴보면 2007년에는 21.1% 그리고 2009년에는 26.3%로 증가하였으나 2005년 29.6%에 비해서는 낮은 수준이다. 남자의 경우는 2005년에는 33.3%에서 2009년에는 28.4%로, 여자의 경우는 26.1%에서 24.1%로 낮아진 것을 볼 수 있다.

[그림 4-5-4] 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009



건강증진사업에서 지역사회단체중심으로 활발한 걷기 운동행사를 갖고 있어 운동의 중요성에 대한 홍보를 많이 하고 있다. 근래에는 근린공원 등에 다양한 체육시설이 들어서고 있으며 걷기 및 마라톤 대회, 도시 및 근교의 산책코스 조성, 자전거도로 확충 등 현대인의 운동 및

여가생활을 위한 여러 가지 대책이 마련되고 있어 본인의 의지와 노력이 있다면 충분한 신체활동을 할 수 있는 여건이 마련되어 있다.

〈표 4-5-4〉 중등도 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009

(단위: %)

	2005			2007			2008			2009		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세이상(표준화)*	29.6	33.3	26.1	21.1	24.3	18.1	25.9	27.5	24.2	26.3	28.4	24.1
19세 이상	29.6	33.6	25.8	21.1	24.3	18.0	25.9	27.7	24.1	26.2	28.5	24.0
19~29세	26.6	30.9	21.9	21.2	26.3	16.1	25.5	30.7	20.0	27.8	31.9	23.3
30~39세	30.6	33.9	27.0	18.4	24.2	12.6	25.4	25.9	24.8	23.9	26.0	21.6
40~49세	34.9	36.2	33.6	25.8	25.8	25.9	26.5	26.1	26.9	28.1	28.8	27.4
50~59세	34.1	38.2	30.0	22.8	21.0	24.7	31.4	32.5	30.4	30.8	32.7	28.9
60~69세	27.8	32.4	23.8	22.3	27.7	17.5	25.6	27.1	24.3	24.9	24.2	25.5
70 +	13.8	22.2	9.1	9.8	15.1	6.6	16.5	18.2	15.4	16.8	21.5	13.8

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: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

5. 격렬한 신체활동 실천율

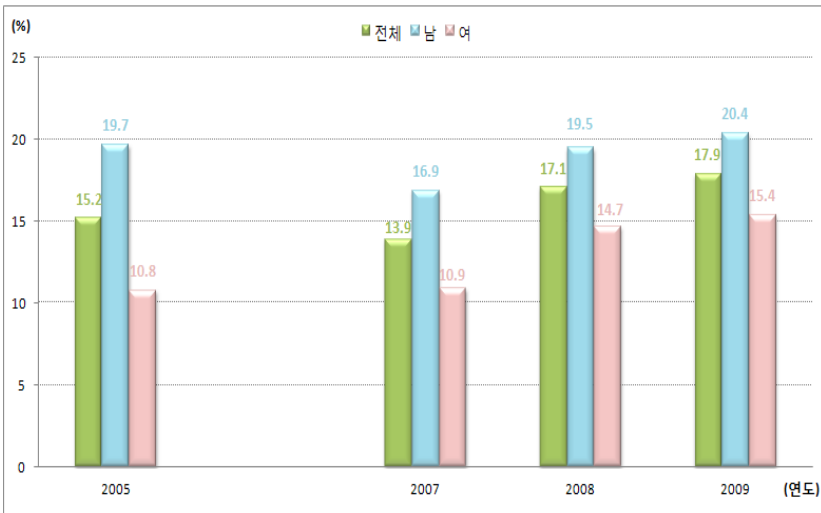
운동은 건강유지에 필수적인 사항이지만 일반적인 운동에 추가하여 격렬한 운동도 건강유지에 좋은 효과를 준다. 따라서 격렬한 운동을 하루에 한번 이상하는 것이 좋다는 보고도 있다. 이에 따라 측정할 수 있는 격렬한 신체활동 실천율은 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1일 20분, 주 3일 이상 또는 중등도 신체활동을 1일 30분, 주 5일 이상 실천한 비율로 측정한 것으로 19세 이상 연령을 표준화하여 나타낸 비율이다.

2005년에서 2009년의 변화를 살펴보면 2005년 15.2%에서 2009년

에는 17.9%로 높아졌으며 여자의 경우도 10.8%에서 15.4%로 매년 증가하는 반면, 남자의 경우는 2005년에는 19.7%에서 2009년에는 20.4%로 큰 변화가 없는 것으로 보인다. 그러나 2007년 이후에는 남녀 공히 꾸준히 증가하고 있는 양상을 보이고 있다.

이처럼 격렬한 신체활동 실천율이 높아지는 것은 현대인들이 자기 건강관리에 많은 노력을 하고 있으며, 여성의 경우에도 점차 운동에 대한 관심이 높아짐을 나타내고 있는 것으로 보인다.

[그림 4-5-5] 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009



〈표 4-5-5〉 격렬한 신체활동 실천율(만19세 이상): 2005~2009

(단위: %)

	2005			2007			2008			2009		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세이상(표준화)*	15.2	19.7	10.8	13.9	16.9	10.9	17.1	19.5	14.7	17.9	20.4	15.4
19세 이상	15.2	20.0	10.6	13.8	16.9	10.8	17.0	19.6	14.5	17.7	20.5	15.1
19~29세	14.2	18.2	9.8	15.7	20.6	10.5	18.2	22.8	13.3	20.8	24.7	16.6
30~39세	15.7	20.7	10.3	12.2	16.1	8.2	17.7	20.2	15.4	16.5	17.7	15.2
40~49세	19.6	23.9	15.0	17.9	18.9	16.9	17.8	18.2	17.5	19.1	21.3	16.9
50~59세	17.8	22.8	12.7	13.1	13.0	13.3	19.9	22.6	17.3	20.5	23.5	17.6
60~69세	11.5	15.4	8.1	12.4	18.2	7.3	13.9	15.6	12.4	15.5	17.8	13.5
70 +	4.2	7.5	2.3	5.1	7.9	3.3	8.1	10.9	6.4	7.5	9.9	6.0

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: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009))』

제6절 보건비용

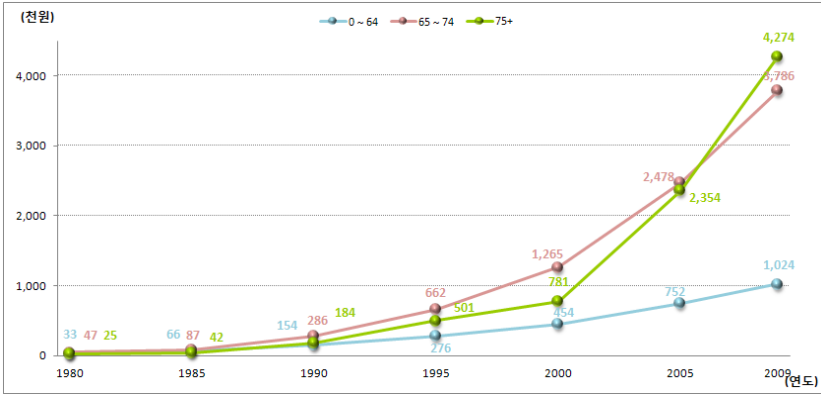
1. 연령별 의료비

우리나라 국민 1인당 의료비는 1980년 3만3천원에서 1990년 15만9천원으로 증가하여 2000년 50만5천원, 2009년 133만7천원으로 최근에 이를수록 크게 증가하고 있다. 남자의 경우 1980년 3만2천원에서 1990년 15만1천원으로 그리고 2000년에는 46만7천원, 2009년에는 123만4천원으로 증가하였으며, 여자의 경우에는 1980년 3만5천원, 1990년 16만7천원 그리고 2000년 54만3천원, 2009년 144만1천원으로 증가하여 여자의 의료비가 남자보다 항상 높은 수준을 유지했고 또한 남자보다 1980년에는 9.2%, 2009년에는 16.7% 가량 더 많아 그 차이가 최근 들어 더 크게 나타나는 것으로 보인다.

건강상태나 질환의 발생률 등 의료비에 영향을 주는 요인들은 연령에 따라 차이를 보이기 때문에 이에 의한 의료비 또한 연령별로 다소 차이를 보이는 경향이 있다. 자세히 살펴보면 0~64세의 경우 1980년 3만3천원에서 1990년에는 15만4천원, 2000년 45만4천원으로 증가하여 2009년에는 102만4천원을 나타냈으며, 65세 이상인 경우에는 1980년 4만1천원, 1990년 25만4천원 그리고 2000년 106만8천원, 2009년에는 396만4천원으로 증가하여 1980년 대비 2009년에 0~64세는 31.0배, 65세 이상은 96.7배가 증가하여 노년층의 의료비가 크게 증가한 것으로 나타났다. 특히, 75세 이상 연령의 경우 1980년에 2만5천원에서 2009년에는 427만4천원으로 171.0배 증가한 것으로 연령이 높아짐에 따라 그 증가율에서도 차이가 남을 알 수 있다.

이러한 급속한 증가 추세는 노령인구비율의 증가와 더불어 의료서비스 접근성 확대, 기대수명의 연장에 따른 노년층의 만성질환 유병률의 증가 등에 원인이 있는 것으로 보인다.

[그림 4-6-1] 연령별 1인당 의료비: 1980~2009



〈표 4-6-1〉 연령별 1인당 의료비: 1980~2009

(단위: 원)

구분	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
전체	33,107	66,639	158,758	295,466	504,582	905,127	1,336,992
남	31,671	63,790	150,940	282,050	466,673	831,955	1,234,397
여	34,570	69,537	166,675	309,072	543,019	979,044	1,440,501
0~64	32,798	66,327	153,619	275,720	453,889	752,264	1,023,818
남 0~64	31,043	62,759	144,589	262,194	410,372	698,572	964,851
여 0~64	34,624	70,038	163,021	289,901	491,390	808,836	1,086,079
65+	40,896	73,649	253,983	610,873	1,068,331	2,437,432	3,963,745
남 65+	53,255	95,006	311,262	719,284	1,338,496	2,559,748	4,088,159
여 65+	33,511	60,694	219,702	546,854	984,746	2,356,894	3,878,398
65~74	47,106	87,444	286,453	661,708	1,264,792	2,478,234	3,786,375
남 65~74	56,411	103,408	332,548	740,539	1,313,528	2,491,109	3,861,006
여 65~74	40,757	76,317	254,871	609,632	1,230,675	2,468,433	3,726,626
75+	24,838	41,525	183,954	501,246	780,982	2,354,327	4,274,376
남 75+	41,933	68,247	250,067	661,219	1,387,108	2,745,462	4,607,235
여 75+	17,775	30,057	154,939	428,008	678,398	2,165,692	4,102,322

자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

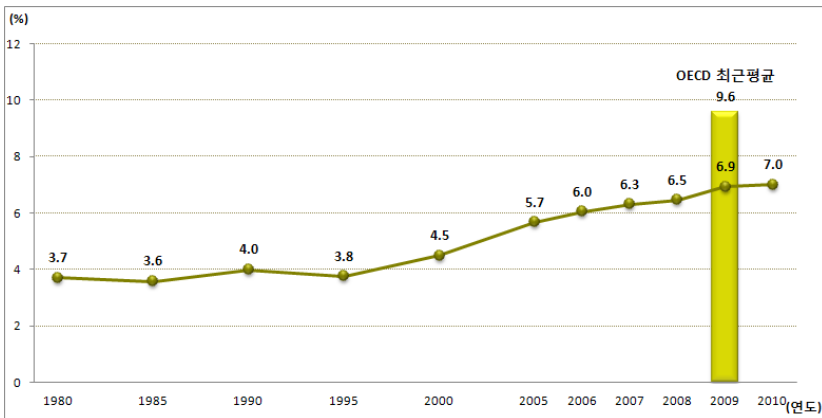
2. GDP 대비 국민의료비

국민의료비는 국민 또는 정부가 국민의 건강유지를 위하여 지출한 비용으로 경제적 수준이 발달할수록 증가하는 경향이 있다. GDP 대비 국민의료비는 국민의료비를 GDP로 나눈 값으로 국가 간의 비교가 가능한 객관적인 수치를 산출할 수 있어 국민의료비의 규모를 측정하는 지표로 가장 많이 이용된다.

국가의 경제가 발전할수록 의료시설 및 의료기술의 향상에 따라 그에 대한 비용이 높아져 국민의료비는 증가하게 되고 이와 함께 GDP 대비 비율도 높아지는 경향을 볼 수 있다.

우리나라의 국민의료비의 지속적인 증가와 함께 GDP 대비 비율도 꾸준히 증가하여 왔다. OECD 회원국의 GDP 대비 국민의료비 평균인 9.6%에 비해 다소 낮은 수치이지만 1980년에는 3.7%, 2000년에는 4.5%, 2010년에는 7.0%로 증가하여 그 증가속도는 높은 편이다.

[그림 4-6-2] 국민의료비(GDP 대비): 1980~2010



〈표 4-6-2〉 국민의료비(GDP 대비): 1980~2010

(단위: %)

연도	GDP 대비	연도	GDP 대비
1980	3.7	2006	6.0
1985	3.6	2007	6.3
1990	4.0	2008	6.5
1995	3.8	2009	6.9
2000	4.5	2010	7.0
2005	5.7		
OECD 최근평균 ^a (34)			
2009	9.6		

주: a) 최근 평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 그리스(2007), 일본(2008), 포르투갈(2008), 터키(2008).
 자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

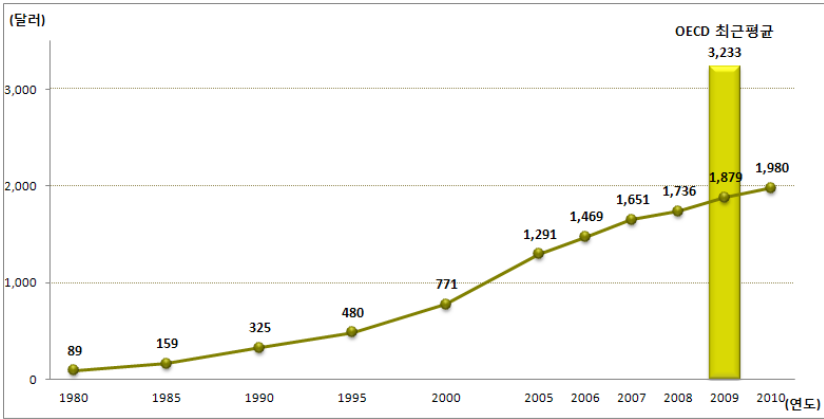
앞으로도 우리나라의 경제사회 발전과 의료수준 향상, 건강에 대한 관심으로 인해 국민의료비는 점차 증가할 것이며, 이와 함께 GDP 대비 국민의료비도 꾸준히 증가할 것으로 예상된다.

3. 국민 1인당 보건의료비 지출

국민의료비를 전체인구수로 나눈 값인 국민1인당 보건의료비는 정부, 기업 또는 가계에서 지출된 의료비를 국민 1인당으로 산출한 값으로 국민 한 사람당 지출한 의료비의 정도를 나타내는 지표이다. 이 또한 국민 의료비가 증가할수록 높아지는 경향을 나타내고 있다.

우리나라 국민 1인당 의료비는 1980년 89달러에서 1990년에는 325달러, 2000년에는 771달러, 2010년에는 1,980달러로 30년간 약 22.2배 증가하였다. 하지만 OECD 회원국 평균인 3,233달러와 비교했을 때는 다소 낮은 수치이다.

[그림 4-6-3] 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2010



〈표 4-6-3〉 국민 1인당 보건의료비 지출: 1980~2010

(단위: 달러)

연도	전체	연도	전체
1980	89	2006	1,469
1985	159	2007	1,651
1990	325	2008	1,736
1995	480	2009	1,879
2000	771	2010	1,980
2005	1,291		
OECD 최근평균 ^{a)} (34)			
2009	3,233		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2008), 그리스(2007), 일본(2008), 포르투갈(2008), 터키(2008).
 자료: 보건복지부, 『국민의료비 및 국민보건계정』
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

4. 국민의료비 중 공공지출 비율

국민의료비 중 공공지출 비율은 국민의료비 가운데 공공부문, 즉 정부나 사회보장기금 등의 공공재원에 의한 지출의 비중을 나타내는 지표이다. 이 비율이 높다는 것은 가계나 기업 등의 민간부문보다 공공부문

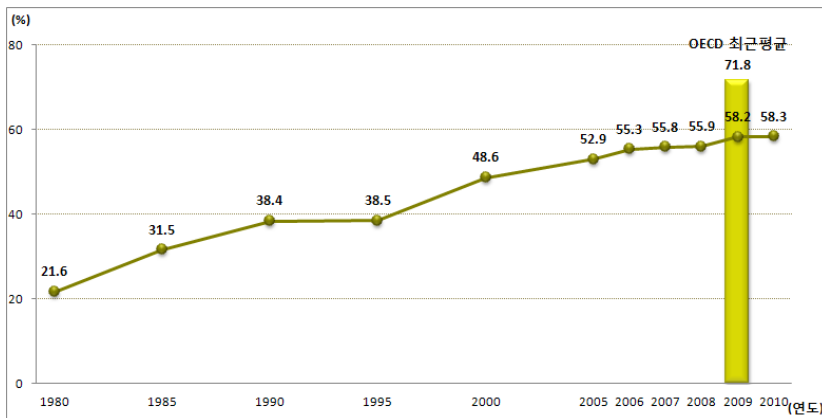
에서 의료비에 대한 부담비율이 큰 것을 의미하는 것으로 각 국가의 의료제도에 따라 큰 차이를 보이고 있다. 사회주의 국가의 경우에는 국가에서 국민의료비를 대부분 부담하기 때문에 상대적으로 높은 비율을 나타내고 있으며, 민간보험이 발달한 국가의 경우에는 그 비율이 낮게 나타나는 경향이 있다. 따라서 국가 간의 비교를 위해서는 각 국가의 특성 및 의료비 체계를 먼저 살펴보는 것이 바람직할 것이다.

우리나라에서 국민의료비 중 공공지출 비율은 1980년 21.6%였으나 1990년에는 38.4%, 2000년에는 48.6% 그리고 2010년의 공공지출 비율은 58.3%로 1980년에 비하여 36.7% 포인트가 증가한 것이다.

이와 같이 공공지출 비율이 크게 증가한 것은 먼저 국가의 건강보험제도 도입과 같은 사회보장기금의 증가와 그 적용대상의 확대에 따른 것으로 보인다.

하지만 2009년 OECD 회원국의 평균인 71.8%에 비하면 다소 낮은 수준으로 의료비 지출로 인한 가계의 부담을 줄이기 위해서 공공부문 비율을 높이는 방안을 마련하는 것도 국가의 중요한 과제이다.

[그림 4-6-4] 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2010



〈표 4-6-4〉 국민의료비 중 공공지출 비율: 1980~2010

(단위: %)

연도	공공지출 비율	연도	공공지출 비율
1980	21.6	2006	55.3
1985	31.5	2007	55.8
1990	38.4	2008	55.9
1995	38.5	2009	58.2
2000	48.6	2010	58.3
2005	52.9		
OECD 최근평균 ^{a)} (33)			
2009	71.8		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 네덜란드 제외. 호주(2008), 그리스(2007), 일본(2008), 포르투갈(2008), 터키(2008).
 자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
 OECD, OECD Health Data 2011, 2011

5. 국민의료비 중 가계지출 비율

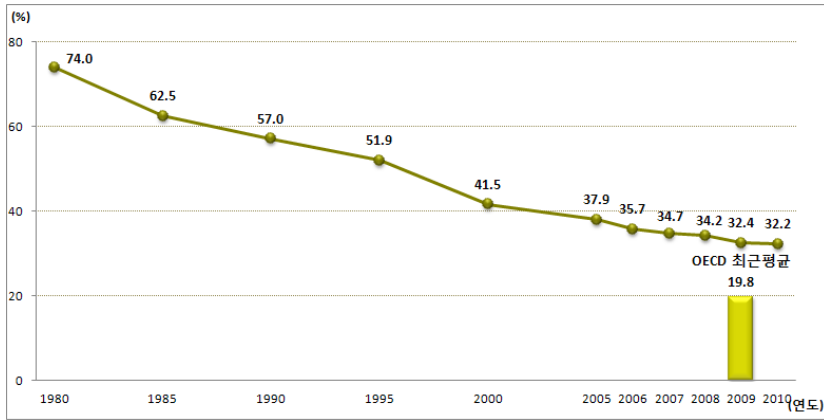
국민의료비 중 가계지출 비율은 국민의료비 가운데 가계의 지출부담 정도를 나타내는 지표로 앞서 알아본 공공지출 비율과는 서로 역의 관계를 가지고 있다. 즉, 국민의료비는 크게 공공부문과 민간부문으로 구분되는데 가계지출이 민간부문의 가장 큰 부분을 차지하기 때문에 공공부문의 비율이 높아지면 가계지출 비율이 낮아지고 공공부문의 비율이 낮아지면 반대로 가계지출 비율이 높아지게 된다.

가계지출 비율의 변화를 살펴보면 1980년에는 74.0%로 매우 높은 수준이었으나 1990년에는 57.0%로 낮아지고, 2000년에는 41.5%로 그리고 2010년에는 32.2%로 지속적으로 낮아졌다. 이는 건강보험제도의 도입과 보장성의 강화 등으로 건강보험의 부담을 증가시키는 등 공공부문의 지출비율의 증가에 따른 것으로 판단된다.

가계부담 비율은 각 국가의 의료체계에 따라 차이가 날 수 있지만 우리나라의 가계지출 비율은 OECD 회원국의 2009년 평균인 19.8%보

다 높아 OECD의 다른 국가에 비해 의료비 지출에 있어 가계부담의 비중이 높다고 할 수 있다. 이는 국민 개개인의 의료비 부담이 큰 것을 의미하므로 이를 줄이기 위한 정책을 마련하여 추진하여야 할 것이다.

[그림 4-6-5] 국민의료비 중 가계지출 비율: 1980~2010



<표 4-6-5> 국민의료비 중 가계지출 비율: 1980~2010

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	74.0	2006	35.7
1985	62.5	2007	34.7
1990	57.0	2008	34.2
1995	51.9	2009	32.4
2000	41.5	2010	32.2
2005	37.9		
OECD 최근평균 ^a (31)			
2009	19.8		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 덴마크, 그리스, 네덜란드 제외. 호주(2008), 오스트리아(2007), 일본(2008), 포르투갈(2008), 터키(2007).

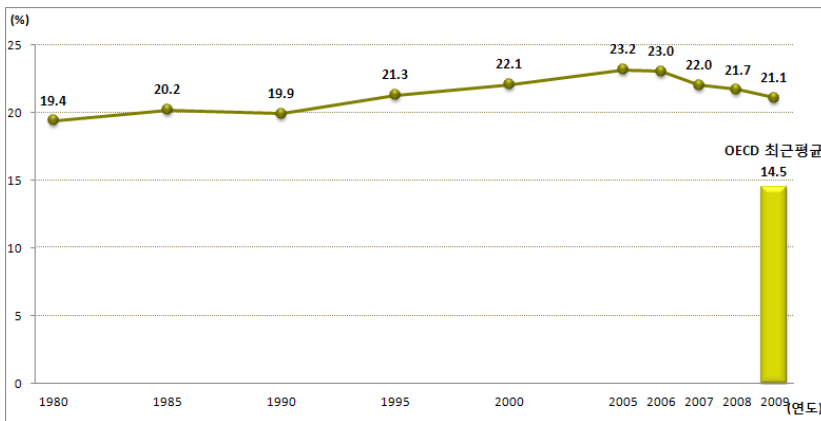
자료: 보건복지부, 「국민의료비 및 국민보건계정」
OECD, OECD Health Data 2011, 2011

6. 국민의료비 중 의약품지출 비율

국민의료비 중 의약품지출 비율은 전체 의료비 지출 중에서 의약품 사용에 따른 지출 비율을 나타내는 것으로 우리나라에서의 의약품지출 비율은 큰 변화가 없었다. 즉, 1980년 19.4%이던 의약품 지출비율은 1990년에는 19.9%로 그리고 2000년에는 22.1%, 2009년에는 21.1%로 그 변화가 크게 나타나지 않고 있다.

이와 같은 수준은 OECD 회원국 평균인 14.5%와 비교했을 때 매우 높은 수치로 이 비율이 높게 나타나는 것은 의약품 가격이 높다거나 국민의 의약품 의존도가 높은 등의 여러 가지 이유를 들 수 있어 분석을 통한 정확한 원인을 규명해 볼 필요성이 있다.

[그림 4-6-6] 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2009



〈표 4-6-6〉 국민의료비 중 의약품지출비율: 1980~2009

(단위: %)

연도	전체	연도	전체
1980	19.4	2005	23.2
1985	20.2	2006	23.0
1990	19.9	2007	22.0
1995	21.3	2008	21.7
2000	22.1	2009	21.1
OECD 최근평균 ^{a)} (24)			
2009	14.5		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 칠레, 그리스, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 멕시코, 노르웨이, 포르투갈, 터키, 영국 제외. 호주(2008), 벨기에(2008), 일본(2008), 룩셈부르크(2008).

자료: 보건복지부, 『국민의료비 및 국민보건계정』
OECD, OECD Health Data 2011, 2011.

제7절 보건의 비의료 결정요인

1. 과체중과 비만인구비율

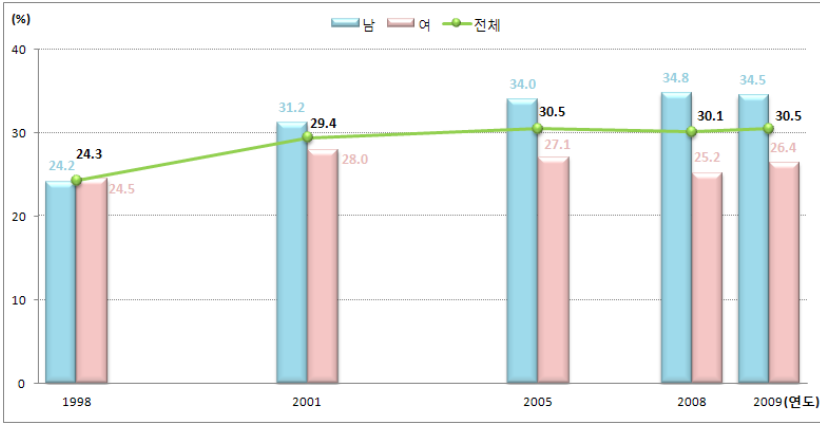
현대에는 불규칙한 식생활 습관, 운동 부족 등으로 비만 인구가 점점 늘어나고 있는 추세이다. 비만은 당뇨병, 고혈압 및 관상동맥질환, 암, 불임 등의 원인이 되므로 체중이 증가할수록 이러한 질환의 발생위험을 증가시켜 수명 단축에도 영향을 줄 수 있다. 이에 비만은 개인 자신의 문제에서 벗어나 함께 해결해야할 사회적 문제로 인식해야 할 것이다.

비만은 체내에 지방조직이 과다한 상태로 정의하며, 이는 보통 체질량지수로 진단하는데, 체질량지수(BMI: Body Mass Index)란 체중(kg)을 신장(m)의 제곱으로 나눈 값으로 측정한다. 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 15세 이상의 과체중 및 비만인구의 비율은 1998년에 24.3%에서 2009년은 30.5%로 크게 증가하였다. 성별로 살펴보면 여자의 경우 24.5%에서 26.4%로 증가폭이 작은 반면 남자의 과체중 및 비만인구의 비율은 24.2%에서 34.5%로 10% 포인트 정도 크게 증가하였다. 이는 2009년도 OECD국가의 평균인 56.0%(남자 61.0%, 여자 51.9%)에 비하여 낮은 수준이지만, 아시아 국가의 신체 특성을 고려하면 결코 낮은 수치가 아니다.

비만은 예방이 무엇보다 중요한 만큼 올바른 식생활 습관과 꾸준한 운동으로 체중 관리를 해야 하고 특히, 성인이 되기 전 소아·청소년기에 비만해지지 않도록 지속적인 관심이 요구된다.

[그림 4-7-1] 과체중과 비만인구비율(15세 이상): 1998~2009



<표 4-7-1> 과체중 및 비만인구비율(15세 이상): 1998~2009

(단위: %)

연도	전체	남	여
1998	24.3	24.2	24.5
2001	29.4	31.2	28.0
2005	30.5	34.0	27.1
2008	30.1	34.8	25.2
2009	30.5	34.5	26.4
OECD 최근 평균 ^{a)} (13)			
2009	56.0	61.0	51.9

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

자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011
보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사보고서

2. 흡연인구비율

담배는 여러 가지 유해물질이 포함되어 있어 흡연을 할 경우 암, 호흡기 질환, 심장질환 등 여러 질환의 원인이 된다. 흡연은 전세계적으로 인류의 건강을 해치는 원인으로 지적받고 있으며 흡연으로 인한 사망률

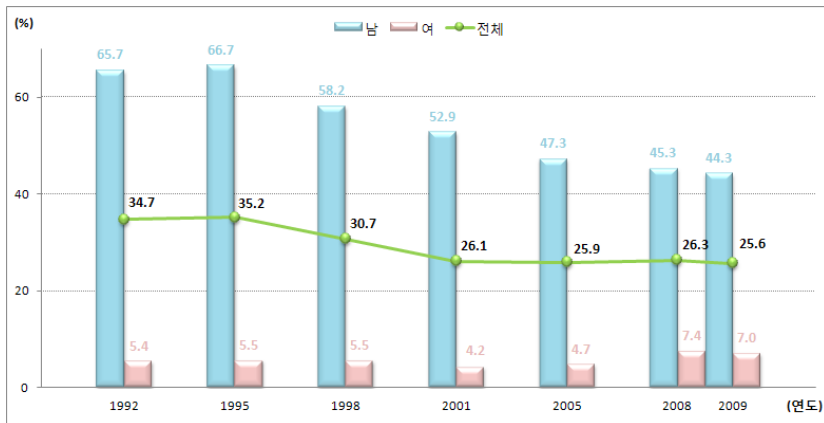
또한 큰 문제점으로 부각되고 있다.

한국인의 15세 이상 성인 100명 중 흡연인구비율은 1992년에 전체 34.7%이었으나, 국가차원의 금연정책으로 인해 2009년에는 전체 25.6%로 감소하였다. 성별로 살펴보면 남자가 65.7%에서 44.3%로 크게 감소한 반면, 여자의 경우는 5.4%에서 7.0%로 오히려 증가하였다.

OECD국가의 평균은 22.3%(남자 27.5%, 여자 17.5%)로 우리나라와 비교했을 때 전체 흡연율은 큰 차이가 없으나 남자의 경우 우리나라 남자 흡연율이 OECD국가 남자보다 16.8% 포인트나 높으며, 여자는 10.5% 포인트 낮은 것으로 나타났다.

우리나라에서는 발암성 물질 경고 문구를 표시하는 등의 금연정책을 시행하고 ‘금연길라잡이’와 같은 여러 가지 금연 지원 서비스를 제공하는 등 국가적으로 흡연 인구를 줄이기 위해 많은 노력을 하고 있다.

[그림 4-7-2] 흡연인구비율(15세 이상): 1992~2009



〈표 4-7-2〉 흡연인구비율(15세 이상): 1992~2009

(단위: %)

연도	전체	남	여
1992	34.7	65.7	5.4
1995	35.2	66.7	5.5
1998	30.7	58.2	5.5
2001	26.1	52.9	4.2
2005	25.9	47.3	4.7
2007	24.0	43.0	5.4
2008	26.3	45.3	7.4
2009	25.6	44.3	7.0
OECD 최근 평균 ^a (34)			
2009	22.3	27.5	17.5

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 호주(2007), 오스트리아(2006), 벨기에(2008), 체코(2008), 에스토니아(2008), 프랑스(2008), 그리스(2008), 아일랜드(2007), 멕시코(2006), 뉴질랜드(2007), 포르투갈(2006), 슬로바키아(2006), 스위스(2007), 터키(2008).

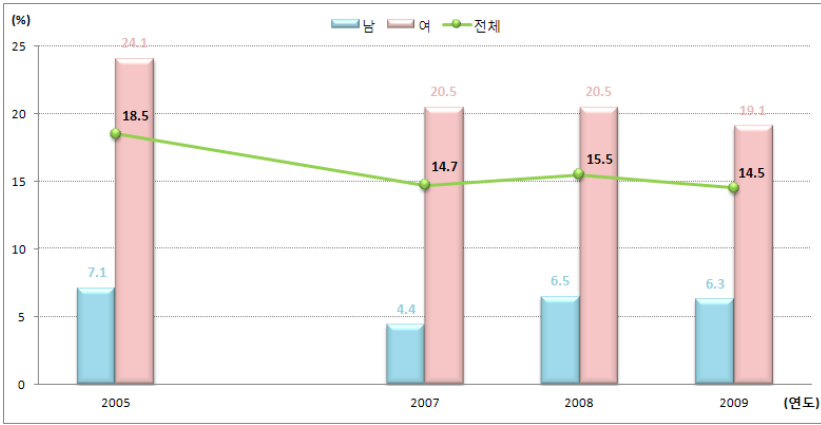
자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011
보건복지부·질병관리본부, 국민건강영양조사보고서

3. 간접흡연노출률

흡연자 주위에서 담배연기를 마시는 것 또한 직접흡연과 동일하게 각종 질병발생과 사망위험을 증가시킨다. 이런 피해가 점점 늘어나면서 간접흡연에 대한 연구가 본격적으로 진행되었으며, 세계보건기구 금연운동본부는 2004년부터 세계 192개국의 자료를 분석한 결과 간접흡연으로 매년 60여만 명이 숨진다고 보고했다. 간접흡연 노출 위험은 성인보다 어린이와 태아의 경우 그 피해 정도가 크며, 특히 여성이 남성보다 50% 이상 높은 것으로 매년 28만1천명의 여성들이 간접흡연으로 사망하고 있는 것으로 나타났다.

우리나라 경우, 2009년도 만 19세 이상 인구의 가정실내 간접흡연 노출률은 전체 14.5%였으며, 남자의 경우 6.3%, 여자의 경우 19.1%로 여성의 간접흡연 노출률이 더 높게 나타났다.

[그림 4-7-3] 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2009



〈표 4-7-3〉 가정실내 간접흡연노출률(만 19세 이상): 2005~2009

(단위: %)

	2005			2007			2008			2009		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세이상표준화	18.5	7.1	24.1	14.7	4.4	20.5	15.5	6.5	20.5	14.5	6.3	19.1
19~29세	24.0	19.7	26.2	17.9	10.4	22.3	19.2	17.1	20.4	20.3	18.5	21.3
30~39세	19.2	3.3	26.2	17.3	1.9	24.5	14.4	5.1	19.1	14.1	5.1	18.7
40~49세	17.9	1.8	25.8	12.0	0.0	18.7	15.7	1.1	23.9	13.3	1.6	19.8
50~59세	17.8	5.2	24.8	14.0	4.9	20.4	14.7	2.4	22.1	15.1	4.3	21.7
60~69세	11.6	3.6	16.0	13.0	4.0	18.6	12.9	5.3	17.7	11.5	3.7	16.3
70 +	12.4	5.1	15.7	8.9	7.0	9.9	12.1	3.7	16.1	9.8	2.1	13.7

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

* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

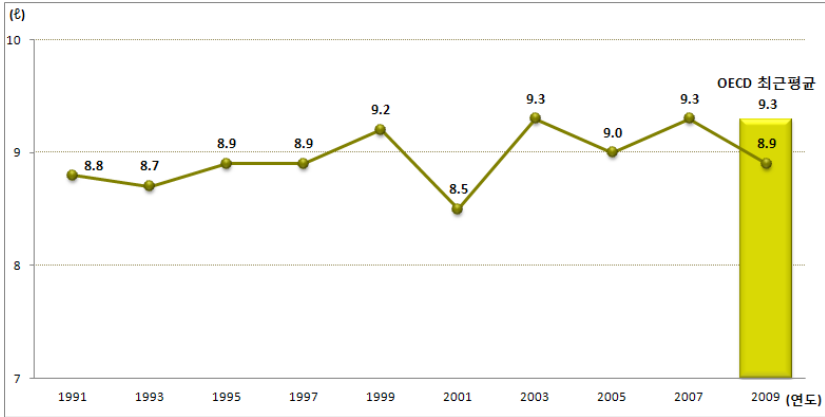
4. 주류소비량(1인당)

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

우리나라의 1인당 주류소비량은 1991년 8.8 l에서 감소와 증가를 받

복하다가 2009년에는 8.9ℓ의 수준을 나타냈으며 이는 OECD 회원국의 평균 주류소비량 9.3ℓ보다 낮은 수치이다.

[그림 4-7-4] 주류소비량(15세 이상): 1991~2009



〈표 4-7-4〉 주류소비량(15세 이상): 1991~2009

(단위: ℓ)

연도	소비량	연도	소비량
1991	8.8	2001	8.5
1993	8.7	2003	9.3
1995	8.9	2005	9.0
1997	8.9	2007	9.3
1999	9.2	2009	8.9
OECD 최근 평균 ^{a)} (31)			
2009	9.3		

주: a) 최근평균은 OECD 국가의 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음. 이스라엘, 룩셈부르크, 포르투갈 제외. 벨기에(2006), 프랑스(2008), 그리스(2008), 헝가리(2008), 아이슬란드(2008), 이탈리아(2006), 멕시코(2008), 스페인(2006), 미국(2008).

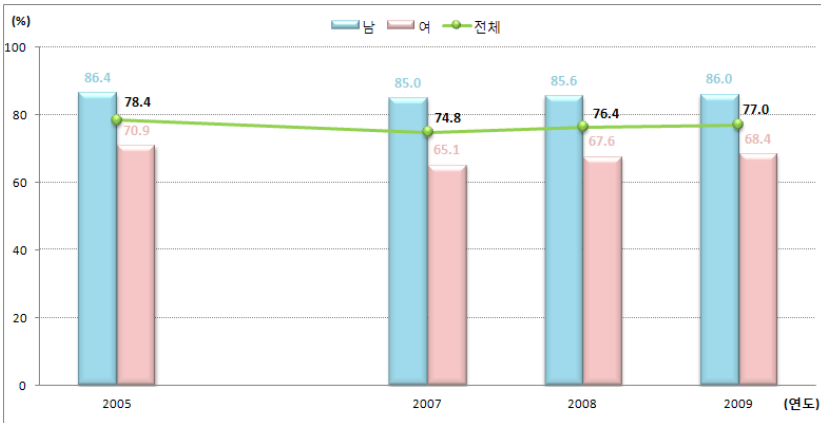
자료: OECD, OECD Health Data 2011, 2011

국세청, 국세통계연보
관세청, 무역통계연보

5. 음주인구 비율

2009년도 우리나라의 만 19세 이상 인구의 연간 음주 비율은 77.0%로 2005년 78.4%에서 약간 감소하였고, 남자의 경우 86.0%로 여자의 68.4%보다 높았다. 연령별로는 남자의 경우 20대에서 50대에 걸쳐 모두 높았고, 여자는 20대가 가장 높고 이후 연령이 높을수록 감소하는 경향을 보였다.

[그림 4-7-5] 연간음주율(만19세 이상): 2005~2009



〈표 4-7-5〉 연간음주율(만19세 이상): 2005~2009

(단위: %)

	2005			2007			2008			2009		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
19세이상표준화	78.4	86.4	70.9	74.8	85.0	65.1	76.4	85.6	67.6	77.0	86.0	68.4
19세 이상	78.4	87.2	69.8	74.2	85.4	63.3	75.5	85.8	65.4	75.7	86.0	65.6
19~29세	90.5	93.4	87.4	85.3	90.0	80.5	87.6	90.9	84.0	89.4	93.1	85.4
30~39세	86.1	93.3	78.6	82.7	91.8	73.2	84.0	92.8	74.7	83.3	89.7	76.4
40~49세	82.0	88.5	75.3	79.1	89.4	68.5	81.1	89.5	72.4	82.0	89.7	74.1
50~59세	73.8	85.2	62.3	71.8	84.4	59.0	70.6	81.3	59.8	70.8	83.6	58.0
60~69세	58.2	73.5	45.0	53.8	67.6	41.7	58.4	76.3	42.5	58.9	75.7	43.9
70 +	42.0	56.7	33.6	38.0	59.7	25.1	39.0	55.6	29.0	39.3	59.9	26.7

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

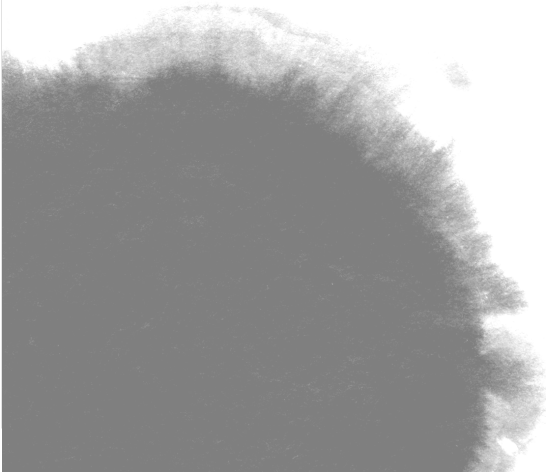
* 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 보건복지부, 『2009 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009.))』

적절한 양의 음주는 스트레스 해소 등 건강에 좋은 영향을 줄 수 있으나 지나친 음주는 소화기계, 심혈관계에 피해를 줄 수 있고 지속적인 음주습관은 알코올 중독을 일으키는 경우도 있다. 또한 임신 중 음주는 태아알코올증후군(FAS)을 초래하여 아기의 지능이 낮아지거나 외적인 기형아를 출산할 가능성도 있어 건강을 위한 절주 및 건전한 음주 문화를 위한 노력이 필요하다고 여겨진다.

05

복지의 동향



제5장 복지의 동향

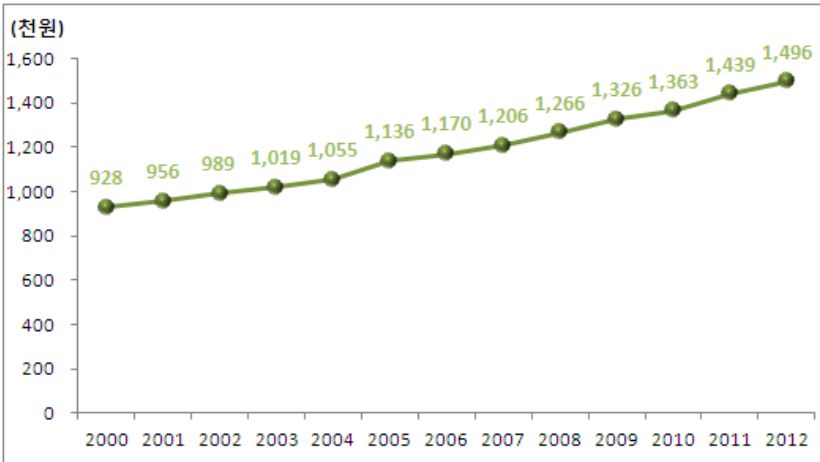
제1절 공공부조

1. 최저생계비 추이

최저생계비는 국민의 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 소요되는 최소한의 비용을 의미한다. 급여수준은 "가구소득과 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여 등 각종 급여를 합하여 최저생계비 이상이 되도록" 국민기초생활보장법은 규정(법제7조제2항)하고 있는데, 매년 발표되는 최저생계비는 다음해 기초생활보장 수급자 등 각종 복지대상자 선정 및 급여의 기준으로 활용된다.

[그림 5-1-1]에서 살펴보면 2000년 이후의 최저생계비는 지속적으로 증가했으며, 최저생계비 증가율은 2005년과 2009년을 제외하고는 GDP 증가율보다 낮은 것을 알 수 있다.(표 5-1-1 참조)

[그림 5-1-1] 최저생계비 추이: 2000~2012



자료: 최저생계비와 증가율은 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>).
GDP증가율은 한국은행 홈페이지(<http://www.bok.or.kr>)

<표 5-1-1> 최저생계비 추이: 2000~2012

연도	(단위: 천원)												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
최저생계비	928	956	989	1,019	1,055	1,136	1,170	1,206	1,266	1,326	1,363	1,439	1,496
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	3.9
GDP증가율	9.9	8.0	10.6	6.5	7.8	4.6	5.0	7.3	5.3	3.8	10.1		

주: 4인가구 기준으로 작성함. 명목 GDP증가율임.
자료: 최저생계비와 증가율은 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>).
GDP증가율은 한국은행 홈페이지(<http://www.bok.or.kr>)

보건복지부는 3년마다 실시되는 계측조사를 통해 표준가구의 최저생계비를 결정하고, 여기에 가구균등화지수를 적용하여 가구규모별 최저생계비를 도출한다. 2010년 계측조사에서는 2007년과 같은 전물량 방식(Market Basket 방식)으로 최저생계비가 계측되었는데, 전물량 방식은 소득탄성치 0.5 이하인 품목, 소득이 0일 때 보유(또는 소비)할 확률 60% 이상인 품목, 하위 40% 이하 계층의 보유비율 2/3 이상인 품목 등을 필수품으로 선정하고, 시장조사 및 통계청 자료 등을 활용하여 품

목별 가격 및 사용량을 결정한다.

다음 <표 5-1-2>는 2011년 4인가구 최저생계비의 비목별 구성을 보여준다. 최저생계비 비목별 구성에서 식료품비는 37.7%로 가장 높았으며, 다음으로 주거비(15.8%), 교통통신비(10.2%)이다.

<표 5-1-2> 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>).

2012년 가구규모별 최저생계비는 <표 5-1-3> 과 같다. 2011년에 비해 3.9% 증가하였다. 보건복지부 중앙생활보장위원회는 국민생활실태 변화를 3년에 한 번씩 계속조사를 통해 반영하고, 비계측년도에는 최저생계비 인상폭이 최소한 소비자 물가 상승 수준만큼(전년 7월~금년 6월) 인상되도록 보장하고 있다.

〈표 5-1-3〉 2012년도 가구규모별 최저생계비

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	인상율
						3.9%
2011년	533	907	1,173	1,439	1,706	
2012년	553	942	1,219	1,496	1,772	

자료: 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr).

한국의 상대빈곤선은 생산직 평균소득의 70%수준이며, 이는 OECD와 World Bank, 영국(평균 소득의 50%), 프랑스(중위소득의 50%), 일본(평균소비지출의 68%)의 상대빈곤선보다 높은 수준이다.

〈표 5-1-4〉 주요 국가들의 상대빈곤선

	상대빈곤선 기준
OECD	중위소득의 40%, 50%, 60%
World Bank	개발도상국은 평균소득의 1/3, 선진국은 평균소득의 1/2
한 국	생산직평균소득의 70%
영 국	평균소득의 50%
프 랑 스	중위소득의 50%
일 본	평균소비지출의 68%

자료: 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr).

2. 기초생활보장수급자수 추이

국민기초생활보장제도는 국가가 가족이나 스스로의 힘으로 생계를 유지하기 어려운 최저생계비 이하 절대빈곤층 국민의 기초생활을 보장해 주고, 근로능력이 있는 국민에게는 체계적인 자활 자립지원 서비스를 제공하여 주는 제도이다. 국민기초생활보장 수급자는 ‘부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자’이면서 ‘개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하’여야 선정된다.

국민기초생활보장 수급자수는 사회취약 계층에 대한 보호현황을 파악

하는 사회통합과 관련된 중요한 지표이다. [그림 5-1-5] 를 살펴보면 수급자수가 2002년 1,351천명에서 2010년 1,550천명으로 꾸준히 증가한 것을 확인할 수 있는데, 이는 최저생계비 인상, 부양의무자 기준 완화, 수급자 재산기준 인상 등의 수급자 선정 기준 완화와 빈곤층의 규모가 지속적으로 증가하고 있는 데서 기인한다.

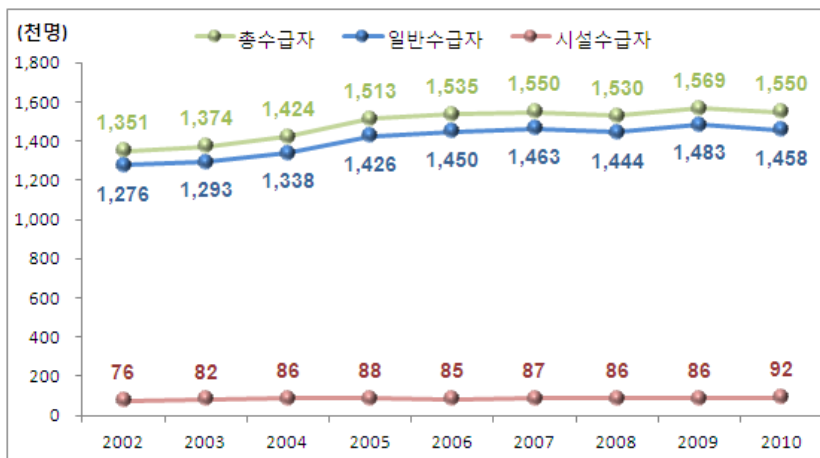
〈표 5-1-5〉 기초생활보장 수급자수 추이: 2002~2010

(단위: 명)

연도	총수급자	일반수급자	시설수급자
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
2010	1,549,820	1,458,198	91,622

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

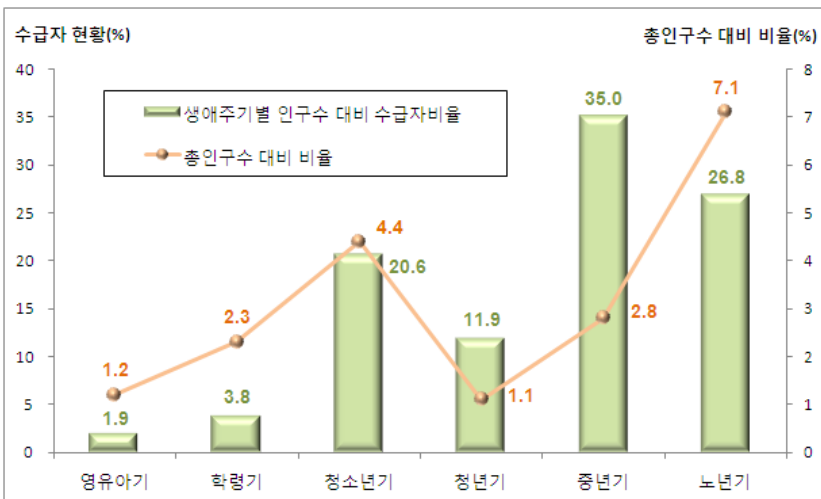
[그림 5-1-2] 기초생활보장 수급자수 추이: 2002~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

국민기초생활보장 수급자를 생애주기별로 살펴보면 중년기가 35.0%로 가장 많고, 노년기(26.8%), 청소년기(20.6%), 청년기(11.9%), 학령기(3.8%), 영유아기(1.9%)가 뒤를 이었다. 총 인구수 대비 수급자 비율로 살펴보면 노년기(7.1%), 청소년기(4.4%), 중년기(2.8%), 학령기(2.3%), 영유아기(1.2%), 청년기(1.1%) 순으로 나타난다.

[그림 5-1-3] 생애주기별 수급자 비율과 총인구수 대비 수급률: 2010



자료: 보건복지부, 「2010년 국민기초생활보장 수급자 현황」, 2011.

<표 5-1-6> 생애주기별 일반수급자 현황: 2010

(단위: 명, %)

구분	영유아기	학령기	청소년기	청년기	중년기	노년기
수급자 수	27,106	56,051	301,001	172,868	509,958	391,214
생애주기별 인구수 대비 수급자비율	1.9	3.8	20.6	11.9	35.0	26.8
총인구수 대비 수급자비율	1.2	2.3	4.4	1.1	2.8	7.1

주: 생애주기는 영유아기(0~4세), 학령기(5~9세), 청소년기(10~19세), 청년기(20~39세), 중년기(40~64세), 노년기(65세 이상)로 분류함.

자료: 보건복지부, 「2010년 국민기초생활보장 수급자 현황」, 2011.

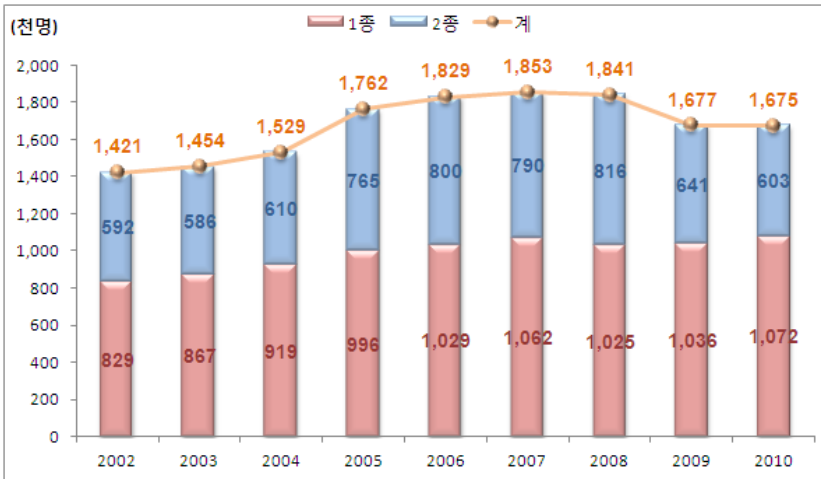
3. 의료보장 수급자수

의료보장제도는 삶을 유지할 능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 의료서비스를 제공하는 공공부조제도로서, 소득보장제도와 함께 국민의 사회안전망을 살펴보는 중요한 지표이다.

2001년 「의료급여법」의 시행에 따라 최저생계비 이하의 저소득층 등은 의료급여 수급권자로 선정되어 상대적으로 저렴한 비용으로 의료 이용을 할 수 있다.

의료급여 수급권자는 근로능력의 유무에 따라 1종과 2종으로 구분하는데 기초생활보장수급자 중 근로능력이 없는 자는 1종, 근로능력이 있는 자는 2종으로 구분하여 본인부담금에 차등을 둔다.

[그림 5-1-4] 연도별 의료급여 수급권자 현황: 2002~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

다음의 <표 5-1-7>에 따르면 의료급여대상자는 2002년 1,421천명에서 2008년 1,841천명으로 증가하였지만, 2008년부터 단계적으로 차상위계층을 건강보험가입자로 전환하면서 2010년 1,674천명으로 감소한

것으로 나타났다. 즉, 1종 의료급여대상자는 2002년 829천명에서 2010년 1,072천명으로 꾸준히 증가하고 있으나 2종 의료급여대상자는 2002년 592천명에서 2008년까지 816천명으로 증가세를 보이다 2010년 603천명까지 감소하였다.

〈표 5-1-7〉 의료급여대상자 추이: 2002~2010

(단위: 명, %)

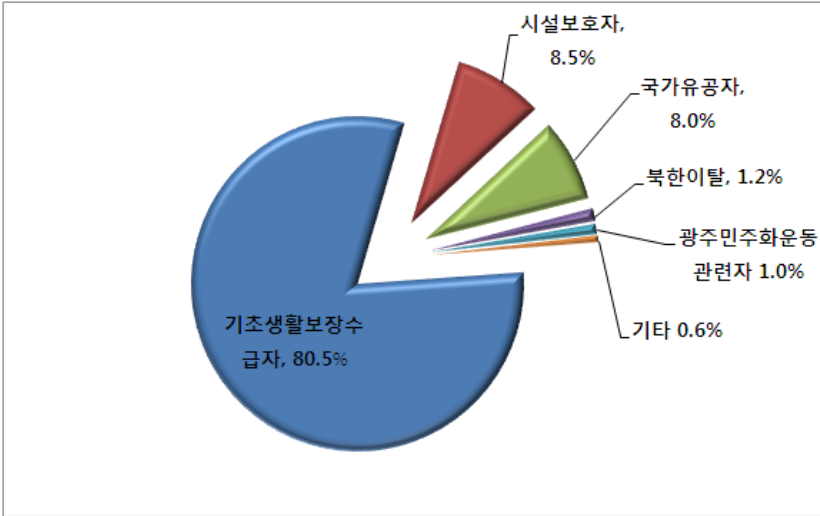
구분	계	1종	2종
2002	1,420,539(100.0)	828,922(58.35)	591,617(41.65)
2003	1,453,786(100.0)	867,305(59.66)	586,481(40.34)
2004	1,528,843(100.0)	919,181(60.12)	609,662(39.88)
2005	1,761,565(100.0)	996,449(56.57)	765,116(43.43)
2006	1,828,627(100.0)	1,028,536(56.25)	800,091(43.75)
2007	1,852,714(100.0)	1,062,263(57.34)	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)
2010	1,674,396(100.0)	1,071,686(64.00)	602,710(36.00)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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

2010년 의료급여 1종 수급자의 분포를 보면 기초생활보장수급자수가 80.5%, 시설보호자 8.5%, 국가유공자 8.0%, 북한이탈주민 1.2%, 광주민중화운동 관련자 1.0%, 기타(인간문화재, 의사상자 및 유족, 국내입양아동) 0.6%이다.

[그림 5-1-5] 의료급여1종 유형별 분포: 2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

<표 5-1-8> 의료급여1종 유형별 분포: 2010

(단위: 명, %)

계	기초생활보장수급자	시설보호자	국가유공자	북한이탈주민	인간문화재	광주민주화운동 관련자	의사상자 및 유족	국내입양아동
1,071,686	863,080	91,622	85,366	12,691	224	10,360	887	5,600
100.0	80.5	8.5	8.0	1.2	0.0	1.0	0.1	0.5

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

4. 자활사업 대상자수 추이

자활사업은 2000년 10월부터 시행된 국민기초생활보장법에서 보장하는 제도로서 근로능력이 있는 저소득층에게 능력과 욕구에 맞게 근로의욕 고취, 기술습득 및 근로기회 제공 등의 지원을 통해 이들의 자립자활을 지원하는 사업이다. 특히 자활사업의 주요 대상인 조건부 수급자에게는 자활사업 참여를 조건으로 국민기초생활보장제도의 생계급여 및

기타 급여를 지급하여 국가의 보호에 대한 과도한 인주를 방지하고자 하는 목적을 갖는다. 따라서 자활대상자 수는 장기적이고 수동적 복지 수급자에서 벗어나 능동적 복지 대상자로서 향후 탈빈곤 혹은 자립 자활이 가능한 대상자를 추정할 수 있는 지표로, 대상자에 적합한 빈곤정책의 수립에 중요한 근거가 된다.

현재 자활사업 대상자들은 근로능력 점수를 기준으로 근로유지형, 인턴형, 사회적 일자리형, 시장진입형 등에 참여하고 있는데, 근로유지형이 최소한의 경제활동을 제공한다는 데 의의가 있는 반면 사회적 일자리형과 시장진입형은 대부분의 수급자들이 연령과 건강상의 이유로 근로하기에 부적합하거나 기술 숙련 정도가 낮다. 그러나 최근에는 자활사업 참여 대상자 중 상당수는 보호된 고용시장에서 근로 가능한 시장진입형(17.1%)과 인턴형(0.1%)이 증가하고 있다.

[그림 5-1-6] 자활사업참여자 현황: 2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

〈표 5-1-9〉 자활사업참여자 현황: 2010

(단위: 명, %)

총 계	보 건 복 지 부									고용노동부
	소계	시장 진입형	사회 서비스 일자리형	인턴형	근로 유지형	사회적응 프로그램	자활 공동체	창업 지원	성과중심 자활 시범사업	취업알선 직업훈련 등
77,639	75,199	13,294	27,178	83	19,607	1,367	9,351	107	4,212	2,440
(100.0)	(96.9)	(17.1)	(35.0)	(0.1)	(25.3)	(1.8)	(12.0)	(0.1)	(5.4)	(3.1)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

5. 기초생활수급자 부적정 급여조정 비율

부적정급여자는 자신의 소득 재산 등을 은닉하거나 허위신고 하는 등 부정한 방법으로 기초생활수급을 받고 있는 자를 의미한다. 부적정급여 조정은 부적정급여자의 급여 정지나 감소와 실제 수급을 받을 대상자에게 지급하는 등 관리를 강화하는 것이다. 사회복지통합망의 개통으로 관련기관과의 협조, 자료연계를 통한 기초수급자 및 부양의무자의 소득 자산조사 및 금융자산조사 절차개선을 통한 업무 효율성 제고로 부적정 급여수급자의 급여정지 또는 급여감소 등으로 수급자 관리를 강화하고 아울러 예산누수의 조정 방지 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 5-1-10〉 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 2010년에는 0.023으로 증가하였다.

〈표 5-1-11〉 공적이전소득 전후 지니계수 비교: 2003~2010

구 분	공적이전소득 전 지니계수 (A)	공적이전소득 후 지니계수 (B)	지니계수개선효과 (A-B)
2003	0.292	0.281	0.011
2004	0.301	0.289	0.012
2005	0.306	0.292	0.014
2006 ¹⁾	0.312	0.296	0.016
2007 ¹⁾	0.321	0.302	0.019
2008 ¹⁾	0.323	0.303	0.020
2009 ¹⁾	0.320	0.297	0.023
2010 ¹⁾	0.314	0.291	0.023

주: 1) 1인가구, 농어가가구를 제외한 전가구 기준
 자료: 한국보건사회연구원, 「2011 빈곤통계연보」, 2011.

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 1.6%포인트였으나 2010년에는 2.8%포인트로 증가하였다.

〈표 5-1-12〉 공적이전소득 전후 상대빈곤율 비교: 2003~2010

구 분	공적이전소득 전의 상대빈곤율 ¹⁾ (A)	공적이전소득 후의 상대빈곤율 (B)	상대빈곤율개선효과 (A-B)
2003	13.1	11.5	1.6
2004	13.8	12.1	1.7
2005	14.7	12.8	1.9
2006	14.8	12.8	2.0
2007	15.5	13.1	2.4
2008	15.0	12.9	2.1
2009	15.4	12.8	2.6
2010	14.9	12.1	2.8

주: 1) 1인가구, 농어가가구를 제외한 전가구 기준
 자료: 한국보건사회연구원, 「2011 빈곤통계연보」, 2011.

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 탈출하는데 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 5-1-13〉 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
 보건복지부, 「2010 보건복지통계연보」, 2010.

제2절 사회보험

1. 국민건강보험

국민건강보험제도는 질병·부상·출산·사망 등과 같은 사회적 위험에 대처하여 예방·진단·치료·재활 그리고 건강증진과 같은 보험급여를 제공함으로써 한편으로는 국민보건을 향상시키고, 다른 한편으로는 의료비용의 부담문제를 사회보험의 원리에 기초하여 전체 국민들에게 분산시켜 국민의 생활안정을 도모하기 위한 역할을 수행해 오고 있다(보건복지부, 2011).

가. 의료보장 적용인구와 적용률

이상과 같은 국민건강보험제도의 기능적 특성이 모든 국민들에게 공정하고 평등하게 적용될 수 있도록 하기 위해서는 제도의 가입과 보험료의 납부에 있어서 강제성의 원리가 요구된다. 따라서 강제성을 바탕으로 한 전국민 의료보장의 실현은 한편으로는 사회정책적 차원에서 의료보장의 보편성 확보, 다른 한편으로는 재정정책적 차원에서 보험재정의 안정성과 지속가능성을 유지하기 위해서 매우 중요한 정책과제가 될 수 있다.

1963년 「의료보험법」의 제정에 따라 도입된 우리나라 최초의 공적 의료보험제도는 300인 이상을 고용하고 있는 대규모 사업장의 근로자와 그 가족들을 대상으로 하는 임의제도의 형태로 운영되었다. 이후 급속한 경제성장에 따른 경제적 부담능력 그리고 의료보장에 대한 국민적 욕구에 부응하여 제도의 당연적용 범위가 단계적으로 확대되어 왔다. 이러한 성과에 따라 마침내 1988년 1월 농어촌지역 그리고 1989년 7월 도시지역의 자영업자들에게도 제도의 의무가입 대상이 되어 마침내 우리나라는

전국민의료보장의 시대를 열 수 있게 되었다.

우리나라에 있어서 전국민 의료보장의 과제는 사회보험의 원리를 바탕으로 하는 건강보험제도와 이를 보완해 주는 부조원리의 의료급여제도를 통하여 실현되어 오고 있다. 전국민 의료보장의 시대가 본격적으로 이루어진 1990년 이래 제도 적용의 공백으로 인한 의료보장의 사각지대 문제는 발생하지 않고 있는 것으로 나타나고 있다. 일례로 2010년 말 현재 전 국민의 99%인 약 4,891만명이 건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 3%인 약 168만명은 국민기초생활보장 대상자 등으로 의료급여제도에서 보호를 받고 있다.¹⁾

〈표 5-2-1〉 의료보장 적용인구 현황: 1980~2010

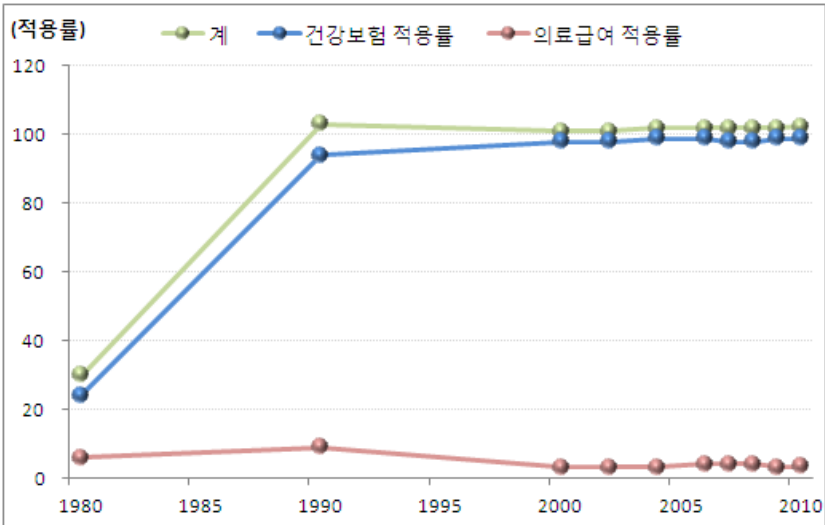
(단위 : 천명)

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	48,372	49,238	47,410	1,829	1.02	0.99	0.04
2007	48,598	49,672	47,820	1,853	1.02	0.98	0.04
2008	48,949	50,001	48,160	1,841	1.02	0.98	0.04
2009	49,182	50,291	48,614	1,677	1.02	0.99	0.03
2010	49,410	50,581	48,907	1,674	1.02	0.99	0.03

자료: 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, 「2010 건강보험통계연보」, 2011.
통계청 「장래인구추계」, 2011.

1) <표 5-2-1>에서 의료보장 적용률이 100%를 초과하는 것으로 나타나고 있는 이유는 일부 국민들의 경우 건강보험과 의료급여의 적용을 이중으로 받고 있기 때문인 것으로 판단됨.

[그림 5-2-1] 의료보장 적용률의 변화추이: 1980~2010



자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

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 교직원은 그들의 피부양자와 함께 직장가입자(구체적으로 종전의 경우 관리주체에 따라 각각 직장건강보험과 공교건강보험 가입자로 구분)가 되며, 농어촌지역 주민과 도시지역 자영업자 등은 지역가입자가 된다.

이래에서는 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 가

운데 직장건강보험 가입자의 비중은 39.9%, 공교건강보험 10.1% 그리고 지역건강보험 50.0%의 수준을 기록하였다. 그러나 이와는 달리 2010년에 와서는 정반대의 현상으로 직장건강보험 가입자의 비중이 56.7%, 공교건강보험 9.5% 그리고 지역건강보험 33.8%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 있어서 변화요인으로 작용하게 되었다는 점이다.

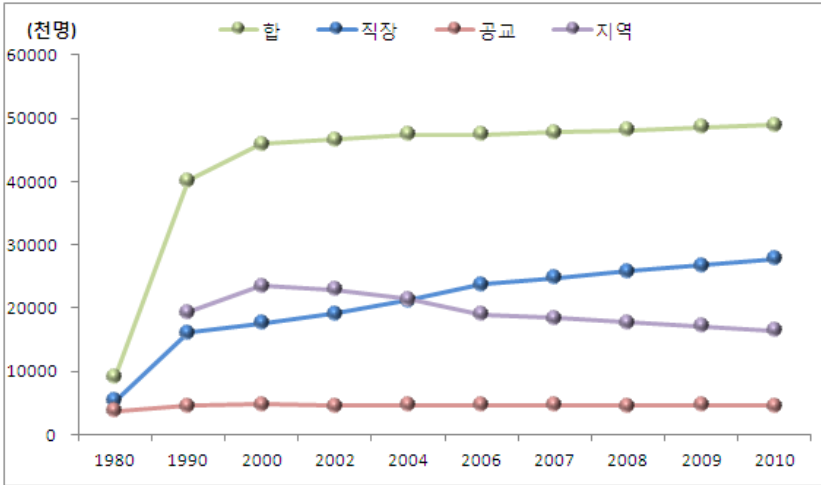
〈표 5-2-2〉 건강보험 적용인구의 보험종별 구성에 대한 변화 추이: 1980~2010

(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	4,633	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
2010	48,907	27,747	4,637	16,523

자료: 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

[그림 5-2-2] 건강보험 적용인구의 보험종별 구성: 1980~2010



자료: 국민건강보험공단-건강보험심사평가원, 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

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 부양률은 국민건강보험제도의 재정상태를 가늠해 볼 수 있는 매우 중요한 지표가 될 수 있다. 아래에 따르면 조사기간 동안 지역건강보험의 제도 부양률이 직장건강보험의 경우에 비해 상대적으로 낮게 나타나고 있으며, 그 격차는 시간이 경과할수록 점차 확대되는 경향을 보이고 있음을 알 수 있다. 일례로 2010년의 경우 지역건강보험의 제도 부양률은

1.08명으로 직장건강보험의 1.54명에 비해 낮게 나타나고 있으며, 이러한 측면에서만 국한해 볼 때 전자가 후자에 비해 재정적 측면에서 건전성을 보이고 있다는 것을 시사해 주고 있다.

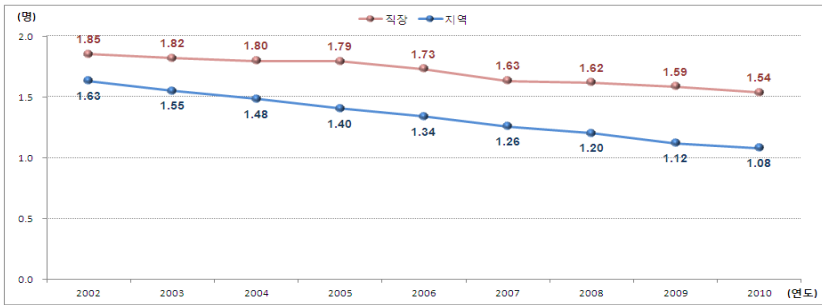
〈표 5-2-3〉 건강보험제도별 부양률의 변화추이: 2002~2010

(단위: 명)

연도	직장				지역		
	계	가입자	피부양자	부양률	가입자	세대수	부양률
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
2010	32,383,526	12,763,729	19,619,797	1.54	16,523,269	7,940,227	1.08

자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험주요통계」, 2011.

〔그림 5-2-3〕 직장/지역 건강보험제도 평균 부양률의 연도별 추이: 2002~2010



자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험주요통계」, 2011.

라. 외국인 및 재외국민 등 사회적 소수자에 대한 건강보험 적용

세계화(globalization)의 추세에 따라 우리나라에서도 점차 물적·인적 자원의 국제간 이동성(mobility)이 뚜렷하게 나타나고 있다. 이에 따라 외국인노동자와 다문화가정 등의 외국인 그리고 해외에 국적이나 거주

지를 두고 있는 재외국민 등 정치적·사회적 소수자에 대한 건강보험의 적용은 사회보장의 보편적 원리 그리고 인권적 차원에서 당연한 사안으로 판단된다. 2010년 현재 건강보험의 적용을 받고 있는 외국인과 재외국민의 규모는 각각 약 457천명과 약 24천명으로 총 481천명으로 집계되고 있다. 그리고 이들 가운데 직장가입자가 약 371천명 그리고 지역가입자가 약 110천명인 것으로 파악되고 있다.

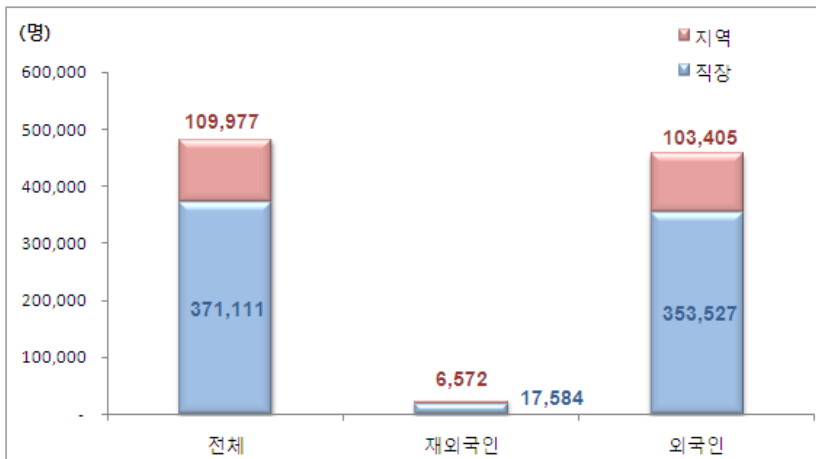
〈표 5-2-4〉 건강보험 가입 외국인수 및 재외국민수의 연도별 추이: 2003~2010

(단위: 명)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
총계(A+B)	135,555	218,580	215,198	271,236	326,085	378,888	422,987	481,088
외국인(A)	124,766	204,319	199,082	251,634	303,939	355,523	400,670	456,932
-직장 -지역	86,723 38,043	156,444 47,875	143,844 55,238	196,343 55,291	232,731 71,208	270,170 85,353	305,489 95,181	353,527 103,405
재외국민(B)	10,789	14,261	16,116	19,602	22,146	23,365	22,317	24,156
-직장 -지역	6,492 4,297	9,169 5,092	10,681 5,435	13,226 6,376	15,156 6,990	16,181 7,184	15,891 6,426	17,584 6,572

자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험주요통계」, 2011.

〔그림 5-2-4〕 외국인 및 재외국민 건강보험 적용현황: 2010



자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험주요통계」, 2011.

마. 건강보험 보험료: 세대당 월보험료와 1인당 월보험료

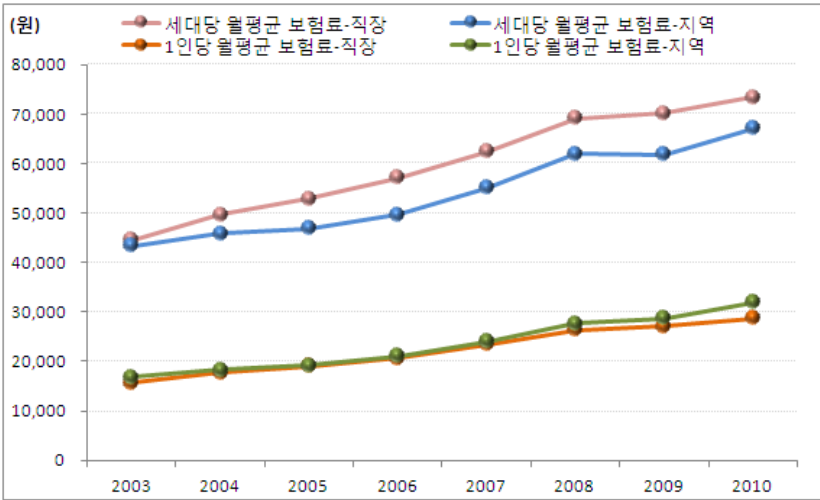
건강보험료의 산정과 부과는 보험재정의 안정성 차원에서뿐만 아니라, 비용부담의 공평성 차원에서도 매우 중요한 과제가 될 수 있다. 2010년 현재 건강보험료 총부과액은 28조 4,577억원으로서, 이 중 약 78%인 22조 831억원은 직장보험료 그리고 나머지 22%인 6조 3,746억원은 지역보험료로 각각 집계되고 있다. 이러한 전체 건강보험재정을 다시 개인단위로 분류하여 건강보험료의 세대당 그리고 1인당 월평균 부담액을 살펴보면 개략적으로 다음과 같은 특징을 발견할 수 있다. 먼저 세대당 월평균 보험료의 경우 직장건강보험이 전체 조사기간에 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 2010년의 경우 직장건강보험의 세대당 평균보험료는 73,399원으로 지역건강보험의 67,168원에 비해 6천원 가량 높게 나타나고 있다.

〈표 5-2-5〉 건강보험 세대당·1인당 보험료의 연도별 추이: 2003~2010

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
보험료(억원)	137,409	156,142	169,277	188,106	217,287	249,730	261,661	284,577
-직장	91,684	108,283	121,209	138,975	163,485	190,297	202,377	220,831
-지역	45,725	47,859	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284	63,746
세대당월보험료(원)	43,978	47,787	50,080	53,773	59,278	66,217	66,916	70,989
-직장	44,581	49,675	52,956	57,092	62,430	69,169	70,250	73,399
-지역	43,390	45,818	46,871	49,688	55,054	61,982	61,902	67,168
1인당 월보험료(원)	16,248	17,985	19,104	20,851	23,690	26,837	27,620	29,765
-직장	15,727	17,752	18,999	20,713	23,449	26,304	27,049	28,659
-지역	16,807	18,256	19,237	21,050	24,065	27,736	28,652	31,899

자료: 국민건강보험공단, 『2010 건강보험주요통계』, 2011.

[그림 5-2-5] 건강보험 세대당·1인당 월 평균 보험료의 연도별 추이: 2003~2010



하지만 이상과는 반대의 현상으로서 1인당 월평균 보험료의 경우 2004년 이후부터 지역건강보험이 직장건강보험에 비해 일정 수준 앞서는 것으로 나타나고 있으며, 그 폭은 점차 확대되어 가는 경향을 보이고 있다. 이러한 현상은 무엇보다도 농어촌지역의 경우 일반 도시지역에 비해 가구원의 규모가 상대적으로 작기 때문에 발생하는 현상으로 판단해 볼 수 있다. 일례로 2010년의 경우 지역건강보험의 1인당 평균 보험료는 31,899원으로 직장건강보험료 28,659원에 비해 약 3,200원 정도 높은 것으로 나타나고 있다.

바. 지역가입자 보험료 징수율

직장가입자의 경우 보험료는 임금소득을 대상으로 노사가 반반씩 부담하게 되고, 사용주가 일괄적으로 납부하여야 한다. 이와는 달리 지역가입자의 경우 보험료는 소득, 재산, 세대원의 수 등에 근거하여 부과되고 그 금액을 본인이 직접 납부하여야 하므로 보험료의 체납문제가 상

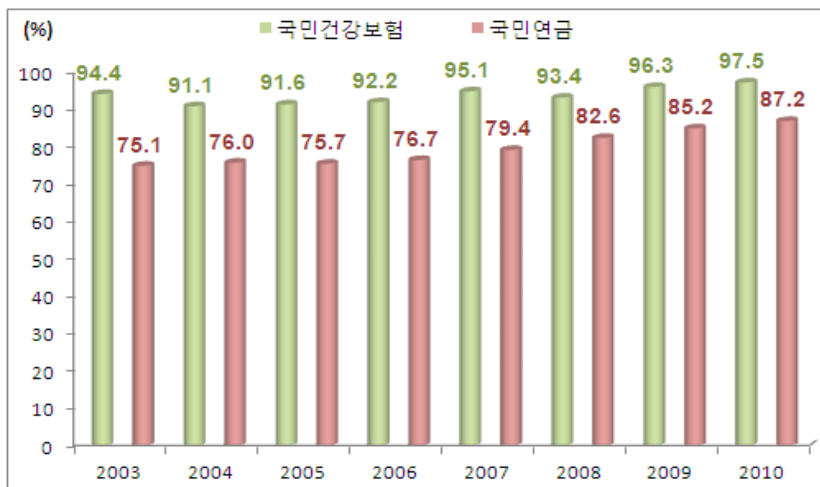
대적으로 높게 발생할 수 있다. 아래의 표에 따르면 지역건강보험의 징수율은 매년 일정한 변화를 보이고 있지만, 전체 비교기간 동안 90% 이상의 수준을 유지해 오고 있다. 그리고 단기성 위험을 담당하고 있는 국민건강보험의 경우 그 운영상의 특성으로 인하여 장기성 위험을 대상으로 운영되는 국민연금에 비해 상대적으로 체납의 문제가 경미하게 발생할 개연성이 높다. 아래의 그림에 의하면 2010년 국민건강보험제도의 지역가입자 보험료 징수율은 97.5%로 같은 해 국민연금의 87.2%보다 현저하게 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 5-2-6〉 국민건강보험 지역가입자 보험료 징수율의 연도별 추이 2003~2010

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
부과액 (억원)	45,725	47,859	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284	63,746
징수액 (억원)	43,145	43,592	44,091	45,284	51,140	55,526	57,117	62,143
징수율 (%)	94.4	91.1	91.6	92.2	95.1	93.4	96.3	97.5

자료: 국민건강보험공단, 『2010 건강보험주요통계』, 2011.

〔그림 5-2-6〕 국민건강보험 및 국민연금 지역가입자의 보험료 징수율 2003~2010



자료: 국민연금관리공단, 「2010 국민연금통계연보」; 국민건강보험공단, 「2010 건강보험주요통계」, 2011.

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 것을 의미한다.

우리나라 국민건강보험제도의 재정수지는 2001년과 2002년 재정적자를 기록하였던 반면, 이후부터는 적어도 외건상으로 보았을 때 흑자기조를 유지해 오고 있는 것으로 나타나고 있다. 하지만 이러한 재정수지의 흑자규모는 매년도 정치적·경제적 상황에 따라 큰 변화를 보이고 있다. 구체적으로 2004년 흑자규모는 최고수준인 2조 1,133억원에 도달한 이후 매년 지속적으로 감소해 오다가 2009년 3,112억원으로 낮아졌고, 2010년에는 9,775억원의 적자를 기록하고 있다. 그리고 아래의 그림에서 매년도 국민건강보험재정의 수입과 지출의 비율을 나타내는 수지율을 살펴보면 2001년과 2002년 각각 100%를 초과한 이후, 그 비율은 점차 호전되어 100%의 이내의 비교적 균형적인 재정상태를 유지해 오고 있다.

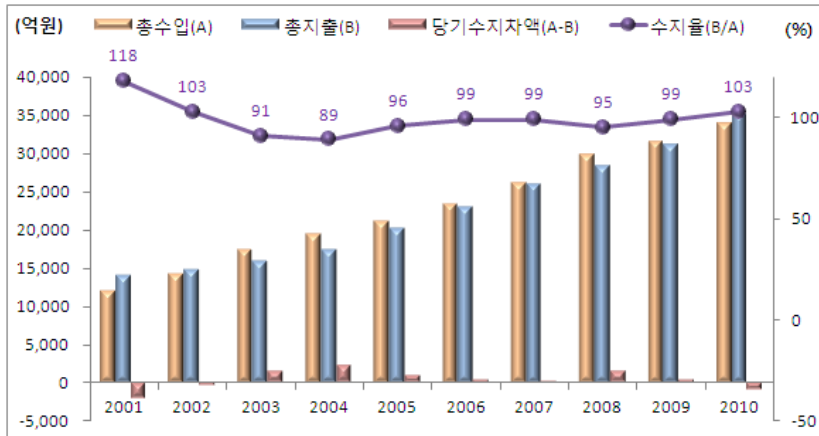
〈표 5-2-7〉 국민건강보험 재정수지의 연도별 변화 추이: 2001~2010

(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
2010	33,948,880	28,457,726	4,856,096	34,926,339	33,749,303	-977,459	1.03

자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

〈그림 5-2-7〉 건강보험 재정수지 차액 및 수지율의 변화 추이: 2001~2010



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

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

있다. 이와 같은 재정수지의 적신호는 주로 다음과 같은 현상에 기인을 하는 것으로 판단된다.

아. 건강보험 적용인구 1인당 보험료 부담 대비 보험급여비의 비율

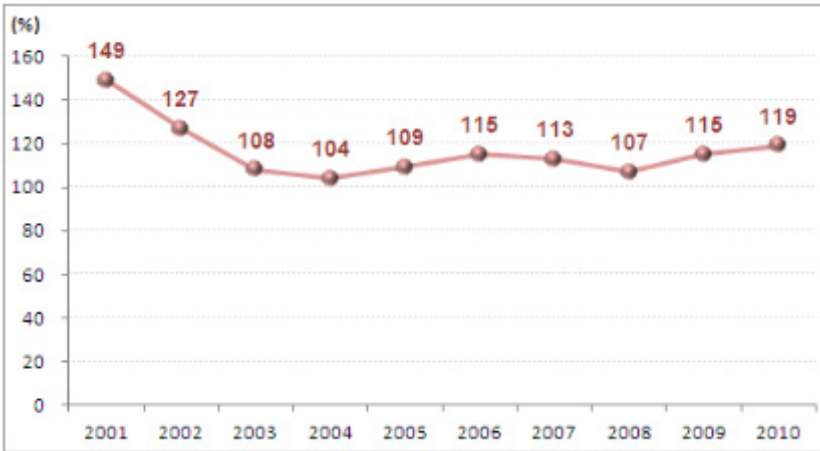
건강보험 적용인구 1인당 평균급여비의 증가속도가 1인당 평균 보험료부담액에 비해 상대적으로 빠르게 나타난다면 이는 중장기적으로 보험재정의 불안정성을 시사해주는 지표가 될 수 있다. 1인당 보험료 대비 보험급여비의 비율을 살펴보면 2001년에는 보험료에 비하여 급여비가 49% 정도 높았으며, 2008년에는 7% 정도 높아 그 차이가 적어 졌으나 이후 다시 점차 높아져 2010년에는 19%가 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 보험료보다 높은 급여비는 부족분은 주로 정부보조금으로 충당이 된다는 사실을 의미하고 있다.

〈표 5-2-8〉 국민건강보험 부담액 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2010

연도	보험료 (백만원)		보험급여비 (백만원)		보험료 대비 급여비 비율 (B/A)
		1인당(원)(A)		1인당(원)(B)	
2001	8,856,158	192,144	13,195,616	286,294	1.49
2002	10,927,688	234,987	13,823,665	297,261	1.27
2003	13,740,851	292,611	14,893,489	317,135	1.08
2004	15,614,223	329,642	16,264,501	344,151	1.04
2005	16,927,714	357,094	18,393,587	388,017	1.09
2006	18,810,579	396,776	21,587,980	455,360	1.15
2007	21,728,700	455,714	24,560,092	515,096	1.13
2008	24,973,026	520,260	26,654,305	555,286	1.07
2009	26,166,082	540,437	30,040,871	620,467	1.15
2010	28,457,726	583,635	33,749,303	692,159	1.19

자료: 국민건강보험공단 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

[그림 5-2-8] 국민건강보험 보험료 대비 급여비 비율에 대한 변화추이: 2001~2010



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

자. 건강보험에 대한 국가의 재정 기여율

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 아래에서 나타난 바와 같이 그 규모 면에서 볼 때 2007년만을 예외로 할 경우 매년 꾸준히 증가해 오고 있음을 알 수 있다. 이에 따라 2010년의 경우 건강보험에 대한 국가의 재정보조 규모는 4조 8,560억원에 달하고 있다. 하지만 이러한 절대규모의 증가에도 불구하고 전체 건강보험 재정수입에서 정부지원금이 차지하는 비중은 매년 지속적으로 하락하는 것으로 나타나고 있다. 구체적으로 아래의 그림에 따르면 국가보조금의 건강보험 재정기여율은 2001년 22.0%에서 2010년 14.3%로 꾸준히 감소하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 5-2-9〉 국민건강보험에 대한 국가보조금의 구성: 2001~2010

(단위 : 백만원)

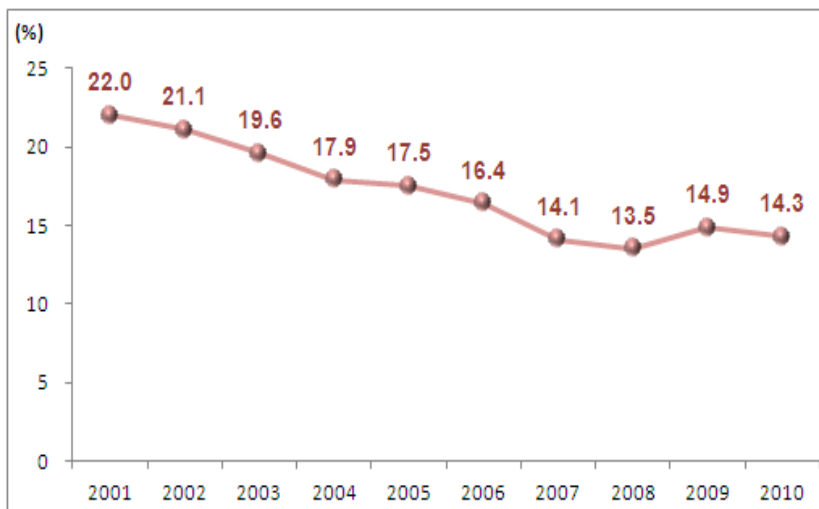
연도	건강보험 총수입 (A)	정부지원금 총계 (B)	지역국고지원금			담배부담금		
			소계	관리 재정 ¹⁾	보험재정	소계	지역 배분금 ²⁾	직장 배분금 ²⁾
2001	11,928,330	2,624,980	2,624,980	158,420	2,466,560	-	-	-
2002	14,305,319	3,013,934	2,574,723	129,883	2,444,840	439,211	197,645	241,566
2003	17,466,651	3,423,829	2,779,241	136,361	2,642,880	644,588	286,197	358,391
2004	19,443,801	3,482,965	2,856,652	140,452	2,716,200	626,313	268,062	358,251
2005	21,091,074	3,694,802	2,769,500	126,500	2,643,000	925,302	374,747	550,555
2006	23,263,083	3,816,190	2,869,770	113,270	2,756,500	966,420	367,240	599,180
2007	26,049,843	3,671,795	2,704,200	-	2,704,200	967,595	-	-
2008	29,787,149	4,026,245	3,002,300	-	3,002,300	1,023,945	-	-
2009	31,500,393	4,682,831	3,656,585	-	3,656,585	1,026,246	-	-
2010	33,948,880	4,856,096	3,793,034	-	3,793,034	1,063,062	-	-

주 1) 2006년까지 지역재정 지원 국고지원금 재정건전화특별법 만료로 2007년부터 총재정에 지원.

주 2) 2007년부터 국민건강증진법 부칙 제7조 제2항에 의거 국민증진기금에서 지원받은 금액은 국민건강보험법 제92조 제4항의 각호의 사업에 지원함에 따라 지역 및 직장 배분금 구분 없음.

자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

〔그림 5-2-9〕 국민건강보험에 대한 국가의 재정기여율: 2001~2010

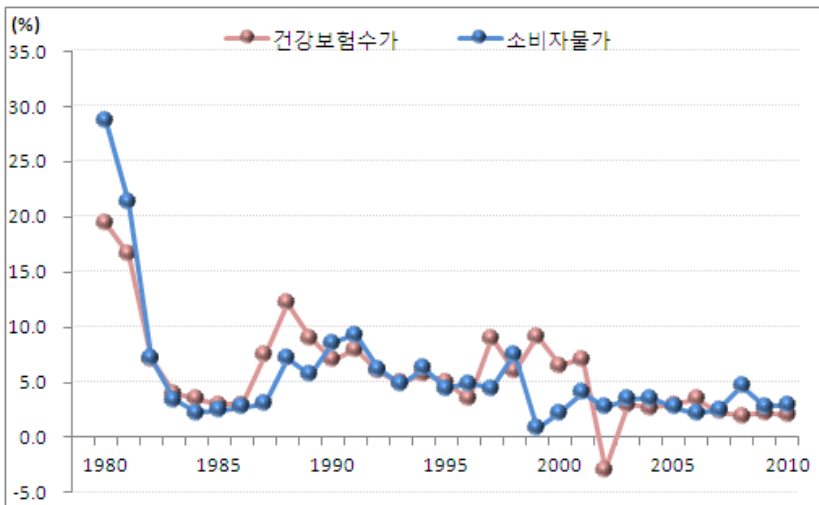


자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

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 건강보험 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 그림에서 보는 바와 같이 매년도 경기상황에 따라 소비자 물가수준과 일정한 시차를 두고 변동하고 있는 것을 보여주고 있다.

[그림 5-2-10] 국민건강보험 수가 인상률의 변동추이: 1980~2010



자료: 국민건강보험공단, 『2010 건강보험주요통계』, 2011.

카. 건강보험 준비적립금의 규모와 적립률

국민건강보험제도는 경기변동이나 기타 경제·사회적 환경변화에 따른 보험재정의 불안정성과 이로 인한 보험료의 수시적 변동요인을 제도적

으로 완충하기 위한 목적으로 일정한 규모의 준비적립금을 운용해 오고 있다. 2010년 현재 국민건강보험의 준비적립금은 약 9,593억으로 적립률은 2.8%의 수준을 보이고 있다.

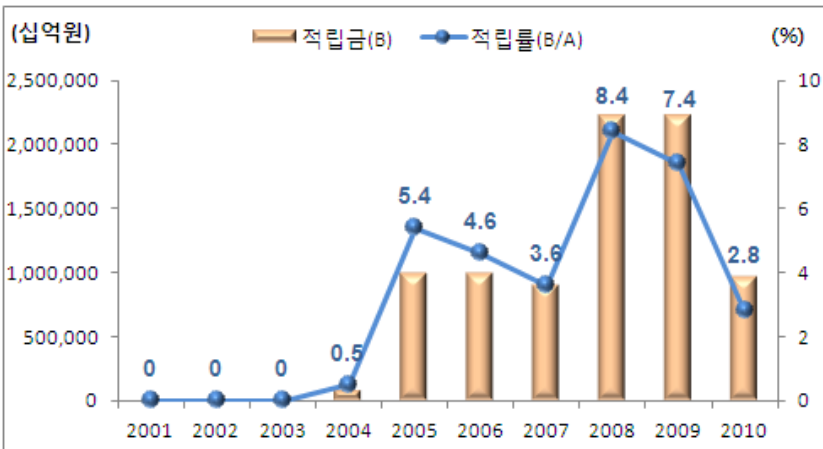
〈표 5-2-10〉 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 변화 추이: 2001~2010

(단위 : 백만원, %)

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
2010	33,749,303	959,258	2.8

자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

〔그림 5-2-11〕 국민건강보험 준비적립금과 적립률의 연도별 추이: 2001~2010



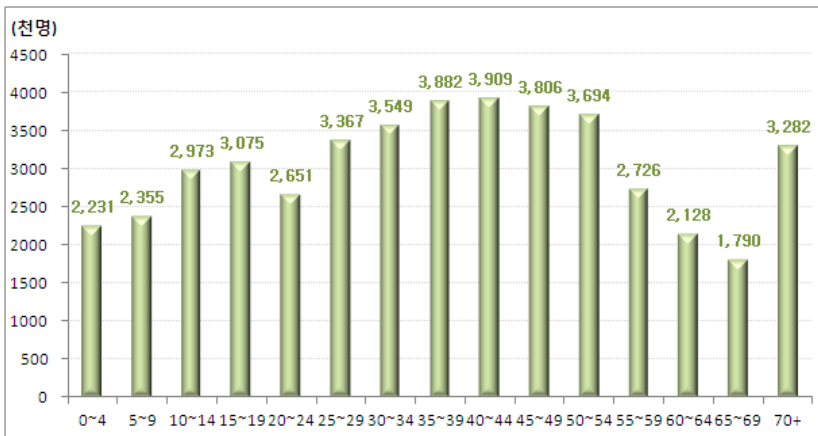
자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 『2010 건강보험통계연보』, 2011.

다. 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 5-2-12]에서 보는 바와 같다. 그림에서 급여수급 연인원의 연령별 분포는 뚜렷한 특징을 보이고 있지 않으나 40~44세 연령계층이 약 391만명으로 가장 큰 규모를 보이고 있으며, 반대로 65~69세 연령계층은 약 179만명으로 그 규모가 가장 낮게 나타나고 있다.

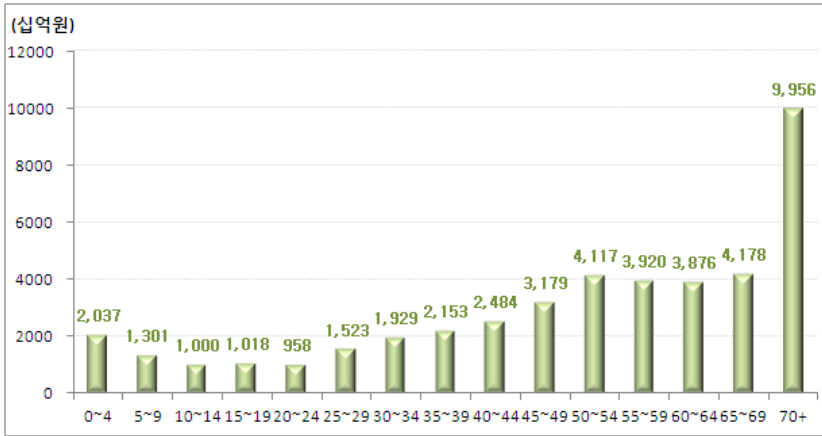
다음은 전체 연간 진료비 총액을 연령별로 구분하여 살펴보면 아래의 [그림 5-2-13]에서 보는 바와 같다. 전체적으로 볼 때 2010년 20~24세 연령계층의 연간진료비 총액이 9,581억원으로 가장 낮은 비중을 차지하고 있으며, 이후 연령이 증가할수록 점차 증가하여 최종적으로 70세 이상 연령계층의 경우 연간진료비가 총 9조 9,565억원으로 가장 높게 나타나고 있다. 그리고 70세 이상 연령계층의 연간 진료비 총액은 20~24세 연령계층의 경우와 비교해서 볼 때 무려 10.4배 가량 높은 것으로 기록되고 있다.

[그림 5-2-12] 건강보험 급여수급 연간 실인원의 연령별 분포: 2010



자료: 보건복지부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「2010 건강보험통계연보」, 2011.

[그림 5-2-13] 연간진료비총액의 연령별 분포: 2010



자료: 보건복지부, 보험급여과 / 국민건강보험공단, 「2010 건강보험통계연보」, 2011.

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. 노인의 진료비 점유율과 노인 1인당 월평균 진료비

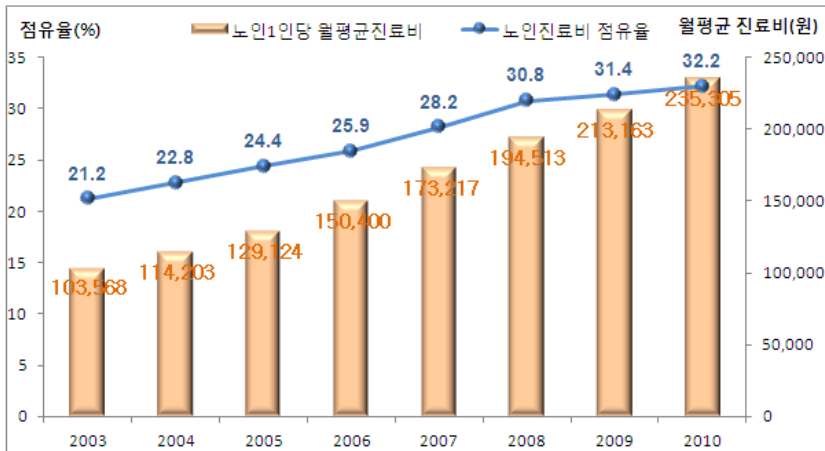
일반적으로 연령이 증가할수록 개인별 의료비의 지출수준은 절대적으로나 상대적으로 증가하게 된다. 아래에서 보는 바와 같이 연도별로 전체 진료비 총액에서 65세 이상 노인의 진료비 점유율은 2003년 21.2%에서 매년 빠르게 증가하여, 2010년의 경우 그 비율은 무려 1.5배가 증가한 32.2%의 수준을 보이고 있다. 뿐만 아니라 노인 1인당 월평균 진료비의 경우에도 유사한 경향을 보여 그 금액은 2003년 103,568원에서 2010년 235,305원으로 2.3배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-2-11〉 65세 이상 노인의 진료비 현황 및 진료비 점유율의 연도별 추이: 2003~2010

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
적용인구(천명)	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907
노인인구(천명)	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387	4,600	4,826	4,979
노인인구점유율 (%)	7.5	7.9	8.3	8.6	9.2	9.6	9.9	10.2
총진료비(억원)	207,420	225,060	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390	436,281
노인진료비(억원)	44,008	51,364	60,731	73,504	91,189	107,371	123,458	140,583
노인진료비점유율 (%)	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2	30.8	31.4	32.2
노인1인당월평균 진료비(원)	103,568	114,203	129,124	150,400	173,217	194,513	213,163	235,305

자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험 주요통계」, 2011.

〔그림 5-2-14〕 노인 1인당 월평균진료비 및 노인진료비 점유율의 연도별추이: 2003~2010



자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험 주요통계」, 2011.

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 표에서 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 2010년의 경우 그 반대 현상으로 70대 이상이 전체 진료비총액의 22.6%를 차지하여 가장 높은 비율을 기록하고 있고, 상대적으로 젊은 연령집단인 10대 4.6%, 20대 5.7% 그리고 9세 이하 7.7%로 가장 낮은 비중을 보이고 있다.

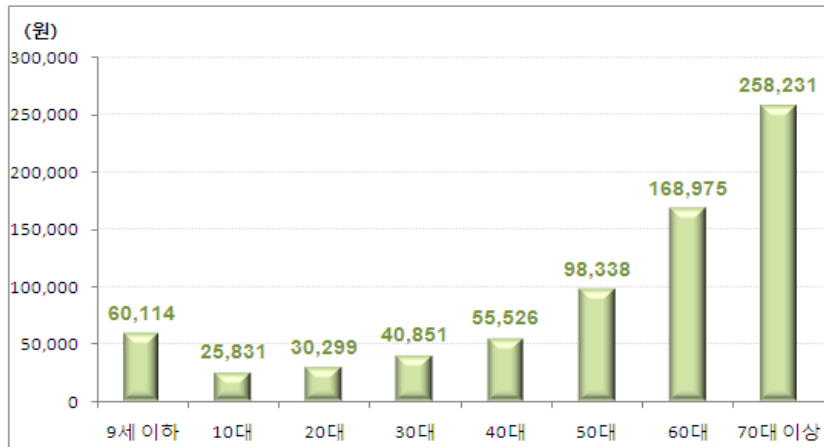
이상과 같은 경향과는 별개의 현상으로서 건강보험 월평균 진료비의 연령별 현황을 살펴보면 아래의 그림과 같다. 이에 따르면 1인당 월평균 진료비가 가장 높은 집단은 70대 이상의 연령계층으로서 258,231원의 수준을 보이고 있으며, 다음으로 60대, 50대, 40대 등의 순서를 보이고 있다. 그리고 1인당 월평균 진료비가 가장 낮은 연령집단은 10대 25,831원으로, 이는 70대 이상 연령집단의 경우에 비해 10% 수준에 불과한 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-2-12〉 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 연도별 추이: 2001~2010

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
2010	진료비 (억원)(%)	33,620 (7.7)	20,104 (4.6)	25,060 (5.7)	40,910 (9.4)	57,035 (13.1)	80,283 (18.4)	80,629 (18.5)	98,640 (22.6)
	1인당 월진료비 (원)	60,114	25,831	30,299	40,851	55,526	98,338	168,975	258,231

자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험 주요통계」, 2011.

〔그림 5-2-15〕 연령대별 건강보험 월평균 진료비의 현황: 2010



자료: 국민건강보험공단, 「2010 건강보험 주요통계」, 2011.

2. 공적연금

공적연금제도는 노령, 장애, 부양자의 사망 등과 같은 사회적 위험의 발생에 따른 소득단절문제에 대처하여 별도의 대체소득인 연금급여를 지급함으로써 가입자 가계의 생계보장을 목적으로 운영되고 있다.

가. 공적연금제도별 적용인구와 구성비

우리나라의 공적연금제도는 직역별로 구분하여 각각 별도의 제도로 운영되고 있다. 구체적으로 일반국민들을 대상으로 하는 국민연금제도 그리고 특수직역 종사자를 위한 공무원연금제도, 군인연금제도와 사립학교교직원연금제도가 있다. 각각의 공적연금제도별로 가입자의 규모 그리고 구성비는 아래에서 보는 바와 같다.

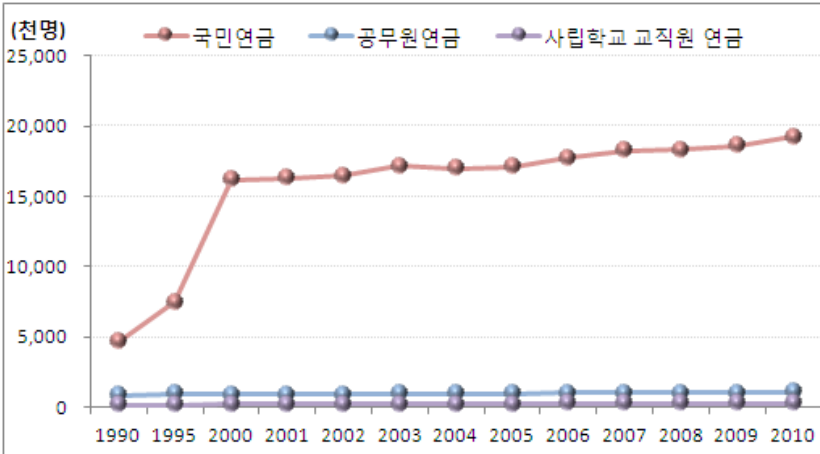
〈표 5-2-13〉 공적연금 가입자의 제도별 현황과 구성비: 1990~2010

(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
2010	20,549	100.0	19,229	93.6	1,052	5.1	268	1.3

자료: 국민연금공단, 「2010 국민연금통계연보」, 2011. 공무원연금공단, 「2010 공무원연금통계」, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 「2010 사학연금통계연보」, 2011.

[그림 5-2-16] 공적연금제도별 가입자 규모의 변화 추이: 1990~2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011
사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011.

먼저 공적연금제도별로 가입자의 규모를 살펴보면 1990년의 경우 국민연금 465만명, 공무원연금 84만명 그리고 사립학교교직원연금 15만명으로 총 565만명에 불과하였던 것으로 파악되고 있다. 하지만 이후 그 규모는 빠르게 확대되어 2010년의 경우 국민연금 1,923만명, 공무원연금 105만명 그리고 사립학교교직원연금 27만명으로 총 2,055만명이 공적연금제도에 가입을 하고 있는 것으로 조사되고 있다. 이러한 가입 규모의 확대는 특히 국민연금제도에서 두드러져 1990년에서 2010년 사이 약 4.1배 증가한 실적을 보이고 있다. 여기서 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 지역주민으로 단계적으로 확대해 왔던 제도적 성과의 결과로 판단된다.

다음으로 공적연금제도별로 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 2010년 현재 국민연금 가입자의 비중은 전체 공적연금제도 가입자의 93.6%로 1990년 대비 10% 이상 확대되었으나, 공무원연금이나 사립학교교직원연금의 경우 그 비중이 각각 5.1%와 1.3%로 꾸준히 하락하는 경향을 보이고 있다.

나. 공적연금제도별 제도부양비율

개별 공적연금제도의 성숙도는 각각 전체 가입자 대비 수급자의 비율을 나타내는 ‘제도부양비율(system dependency ratio)’을 통해 가늠해 볼 수 있다. 뿐만 아니라 이러한 지표는 ‘세대간 계약’을 토대로 운영되는 공적연금제도에 있어서 재정적 지속가능성(financial sustainability)을 판단해 볼 수 있는 중요한 척도로 활용될 수도 있다. 특히 제도부양비율은 단순히 15~64세 인구 대비 65세 이상 인구의 비중을 나타내는 노년부양비(old-age dependency ratio)와는 달리, 실제 연금가입계층 대비 연금수급자의 비율로 나타내게 되므로 개별 제도들의 재정건전성이나 장래전망을 보다 직접적으로 보여줄 수 있는 유효한 지표가 될 수 있다.

아래에서 보는 바와 같이 우리나라 공적연금제도들의 제도부양비율은 공히 꾸준히 증가해 오고 있음을 알 수 있다. 여기서 개별 제도별로 제도부양비율의 격차는 제도별 도입 역사와 일정한 관련성을 보이고 있다. 그 사례로서 1960년에 도입된 공무원연금제도의 제도부양비율은 2010년 현재 29.6%로 가장 높게 나타나고 있으며, 다음으로 국민연금(1988년)과 사립학교교직원연금(1975년)의 경우 그 비율이 각각 15.6%와 13.8%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 짧은 점 그리고 ②국민연금제도 도입 초기 5년 가입요건을 충족하면 지급되었던 특례노령연금제도의 운영 등에 따른 결과로 생각된다.

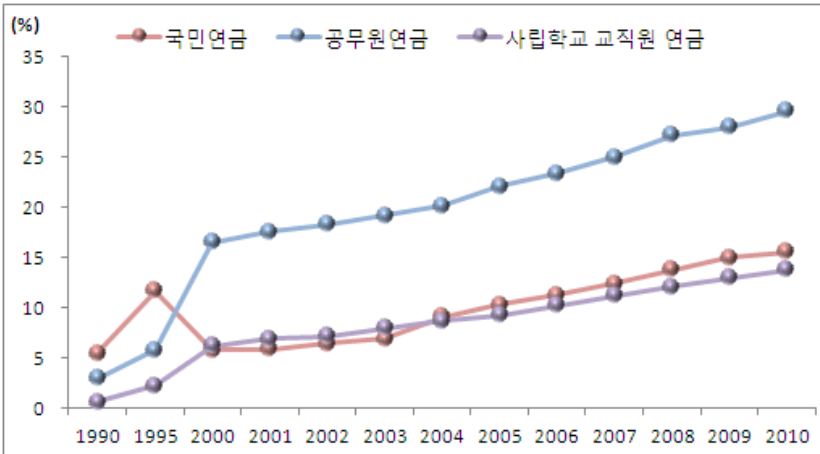
〈표 5-2-14〉 공적연금제도별 가입자 대비 수급자 비율(제도부양비율)의 연도별 추이:
1990~2010

(단위 : 천명, %)

연도	가입자(A)			수급권자(B)			제도부양비율(B/A)		
	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
2010	19,229	1,052	268	2,992	311	37	15.6	29.6	13.8

자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011.

[그림 5-2-17] 공적연금제도별 제도부양비율의 변화 추이: 1990~2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011.

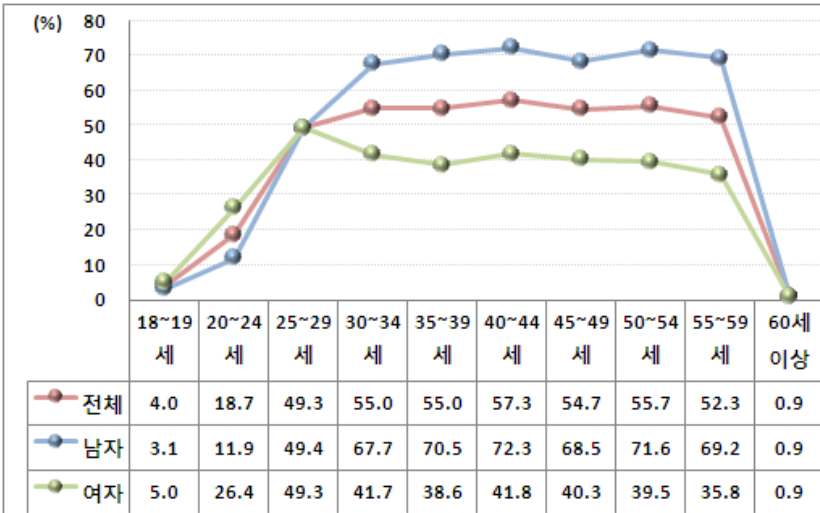
다. 공적연금제도의 가입자 비율과 국민연금제도의 가입자 비율

우리나라 사회보장제도의 핵심적 축이 되는 노후소득보장제도는 모든 국민에게 제도가입의 기회를 보편적으로 제공하고, 동시에 이를 토대로 급여의 충분성과 적절성이 보장될 수 있도록 하여야 할 것이다. 사회보험의 원리를 바탕으로 운영되는 공적연금제도에 있어서 개인들이 이러한 정책목표를 달성할 수 있기 위해서는 일생동안 안정된 가입경력을 유지할 수 있어야만 한다.

이상과 같은 정책목표의 성과를 측정할 수 있는 지표의 일환으로서 ‘공적연금 가입자 비율’은 연령구간별로 전체 인구 가운데 국민연금 + 공무원연금 + 사립학교교직원연금 가입자가 차지하는 비중으로 측정될 수 있다. 그리고 이와 같은 지표는 개인별로 생애기간 동안 공적연금 가입경력이 얼마나 안정적으로 유지되고 있는지를 우회적으로 가늠해 볼 수 있는 척도로서도 활용이 될 수 있을 것이다.

아래의 그림은 2010년 현재 공적연금제도 가입자 비율을 성별 그리고 연령별로 구분하여 보여주고 있다. 그 중요한 특징들을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 절대적 규모의 측면에서 볼 때 우리나라 공적연금제도의 가입자 규모는 2,055만명으로 이 중 남성의 가입규모가 여성의 경우에 비해 높게 나타나고 있다는 점이다. 구체적인 사례로서 2010년의 경우 남성의 공적연금 가입자 규모는 1,234만명으로 여성 821만명보다 20% 가량 높은 규모를 보이고 있다. 둘째, 성별 구분이 없이 전체 공적연금 가입자 비율의 연령별 변화추이를 살펴보면 생애 주된 경제활동 시기인 25세 이후 59세 사이 연령계층의 경우 개별 연령계층 해당인구의 대략 60%만이 공적연금제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 셋째, 남성에게 있어서 공적연금 가입자 비율은 연령이 증가함에 따라 점차 상승하여 30~59세 사이 남성의 경우 해당 연령계층 인구의 70% 이상이 공적연금제도의 적용을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 넷째, 반면 여성의 공적연금 가입자 비율은 남성의 경우와는 달리 혼인 연령에 해당되는 25~29세에서 최고수준인 49.3%에 도달한 이후, 30세 부터 59세 사이 연령구간에 있어서는 대략 30~40% 이내의 범위를 유지해 오고 있음을 알 수 있다.

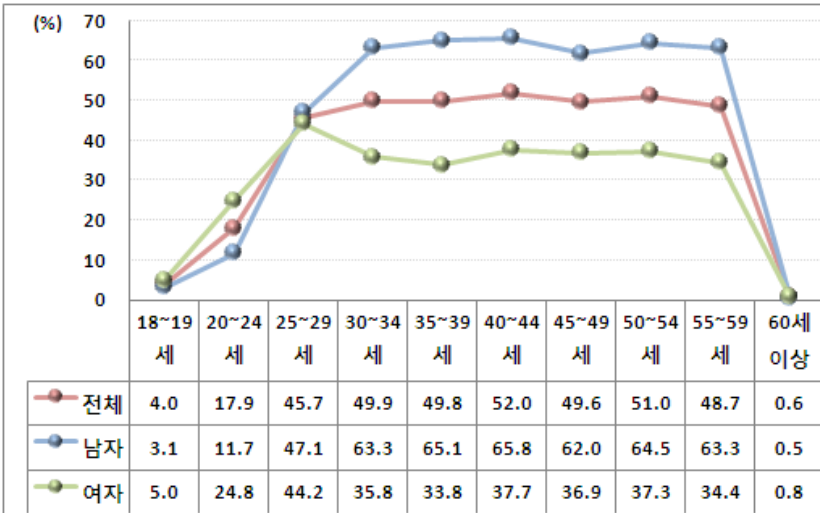
[그림 5-2-18] 총인구 대비 공적연금 가입률의 연령별 추이: 2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.
 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011.
 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011,
 통계청, 「장래인구추계」, 2011. 12.

이상의 내용을 다시 국민연금제도에 한정을 하여 살펴보면 아래와 같다. 2010년 현재 남성의 국민연금 가입자 규모는 1,157만명으로 여성 766만명보다 절반 가량 높게 나타나고 있다. 둘째, 성별 구분이 없이 전체 국민연금 가입자 비율의 연령별 변화추이를 살펴보면 25세 이후 59세 사이 연령계층의 경우 해당 연령별 인구의 절반 정도가 국민연금 제도의 적용을 받고 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, 반면 여성의 국민연금 가입자 비율은 남성의 경우와는 달리 혼인연령에 해당되는 25~29세에서 최고수준인 44.2%에 도달한 이후, 30세부터 59세 사이 연령구간에 있어서는 대략 40% 이내의 범위에서 유지해 오고 있다.

[그림 5-2-19] 국민연금제도 가입자 비율의 성별·연령별 변화 추이: 2010



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.

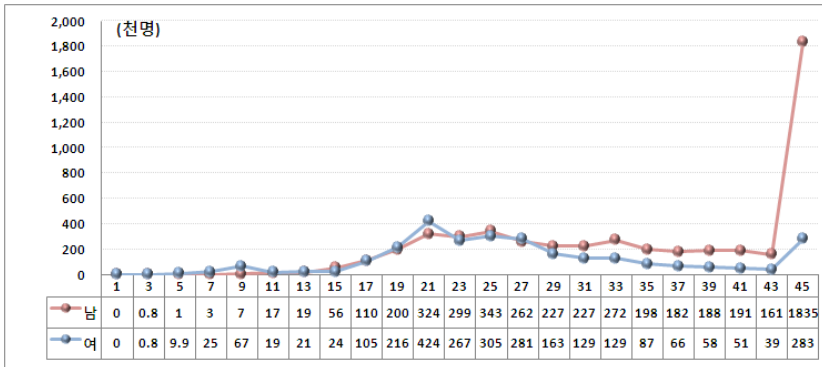
자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011, 통계청, 「장래인구추계」, 2011. 12.

이상의 내용을 토대로 하여 살펴볼 때 우리나라 전체 생산가능인구들 가운데 대략 절반만이 실제로 공적연금제도의 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 공적연금제도의 가입경력 확보에 있어서도 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 기준소득월액 등급별 분포

개인별로 국민연금 가입기간 동안의 소득흐름은 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 매우 중요한 변수로 작용하게 된다. 2010년 6월 말 현재 국민연금제도의 기준소득월액은 소득하한선 22만원 그리고 소득상한선 360만원의 범위 이내에서 개인별로 결정되고 있다.²⁾ 아래에서는 이러한 기준소득월액을 45개의 구간으로 나누어 각 소득등급별 가입자의 분포를 성별로 구분하여 보여주고 있다. 이에 의하면 전체 45개 소득등급 가운데 그 중간이 되는 22등급 이후부터 고소득 등급으로 갈수록 남성의 숫자가 여성에 비해 두드러지게 높게 나타나고 있음을 알 수 있다. 특히 그림에서 최고소득인 45등급의 경우 남성이 무려 184만명을 기록하고 있는 반면, 여성은 28만명 정도에 불과한 것을 보여주고 있다.

[그림 5-2-20] 국민연금 가입자의 기준소득월액 등급별·성별 구성: 2010



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

2) 보험료 및 연금급여의 산정기준이 되는 기준소득월액은 매년 7월부터 이듬해 6월 까지 적용되는 소득하한선과 소득상한선의 범위 이내에서 매년 재조정되고 있음.

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 노후빈곤이 중대한 사회문제로 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.

아래에서는 국민연금 가입자의 종별 구성에 대한 연도별 추이를 보여 주고 있으며, 그 특징을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 국민연금 총가입자의 규모는 1988년 443만명에서 2010년 현재 1,923만명으로 4배 이상 증가한 것으로 나타나고 있다. 둘째, 국민연금 가입자를 종별로 구분하여 살펴보면 사업장가입자의 경우 꾸준히 증가하여 2010년 현재 1,042만명을 기록하고 있는 반면, 지역가입자는 2000년 1,042만명에서 2010년 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 매년 지속적으로 감소하고 있는 반면, 납부예외자는 그 규모가 꾸준히 확대되어 오고 있다.

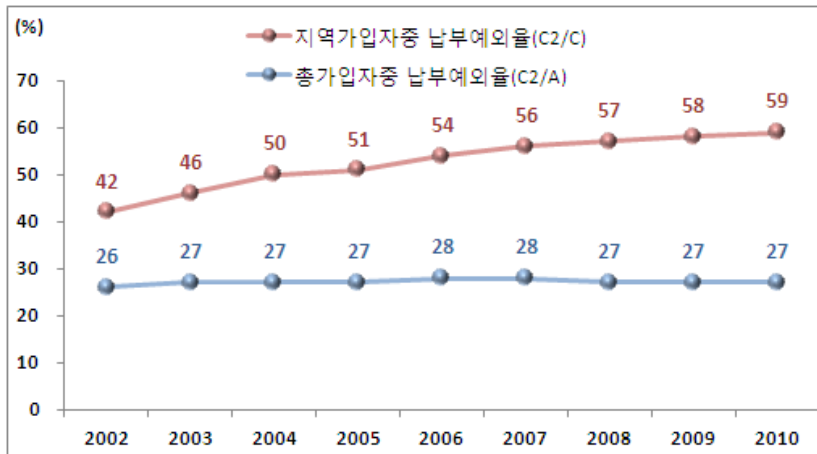
〈표 5-2-15〉 국민연금 가입자의 종별 구성의 연도별 추이: 2002~2010

(단위 : 천명)

연도	총가입자 수 (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
2010	19,229	10,415	3,575	5,100	90	49

자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

〔그림 5-2-21〕 국민연금 납부 예외율의 변화 추이: 2002~2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

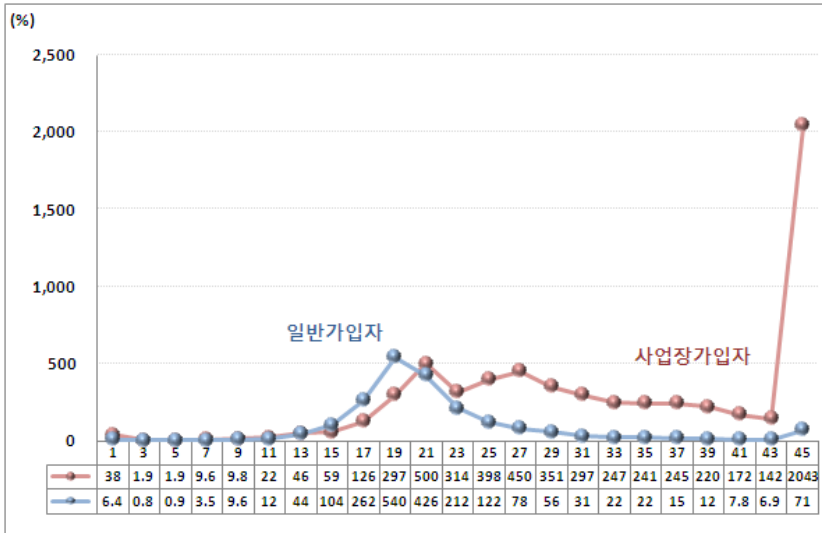
이에 따라 2010년의 경우 납부예외자는 무려 510만명으로 전체 지역가입자의 약 59% 그리고 국민연금 총가입자의 약 27%를 차지하고 있으며, 이러한 현상은 향후 국민의 노후사회안전망에 있어서 중대한 결함요인으로 작용하게 될 것으로 예상된다.

바. 국민연금 사업장가입자와 지역가입자의 소득등급별 분포

국민연금 가입자는 개인별로 자신의 기준소득월액을 기준으로 보험료를 납부하게 되며, 이러한 기준소득월액은 개인별로 향후 연금급여의 수준 결정에 있어서 중대한 영향을 미치게 된다.

이래의 그림은 국민연금 가입자의 기준소득월액 등급별 분포를 사업장가입자와 지역가입자로 구분하여 보여주고 있다. 전체적으로 볼 때 중간 소득등급인 22등급 이하의 경우 사업장가입자와 지역가입자의 소득분포는 대체로 상호 유사한 분포형태를 보이고 있다. 하지만 23등급 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 2010년 현재 45등급에 해당되는 사업장가입자의 수는 무려 204만명에 해당되는 반면, 지역가입자의 경우 그 규모가 겨우 7만여명에 불과한 것으로 나타나고 있다.

[그림 5-2-22] 국민연금 가입자의 종별·기준소득월액 등급별 현황: 2010



주: 지역가입자 중에서 납부예외자는 제외하였음.
 자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

사. 국민연금 외국인 가입자의 현황

사회보험제도로서 국민연금은 적용의 보편성과 무차별성의 원칙에 입각하여 내국인은 물론 외국인에 대해서도 동등한 조건으로 제도 가입을 허용하여야 한다. 외국인으로서 국민연금 가입자는 매년 지속적으로 증가해 오고 있으며, 2010년 현재 18만명 가량에 달하고 있다. 그리고 이 중 사업장가입자가 전체의 99% 이상을 차지하고 있는 것으로 집계되고 있다.

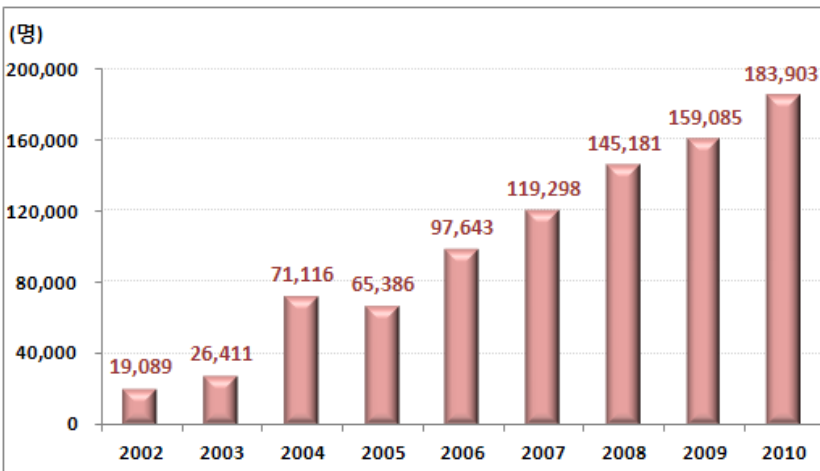
〈표 5-2-16〉 국민연금 외국인 가입자의 연도별 추이: 2002~2010

(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
2010	183,903	183,136	767	343	424

자료: 국민연금공단, 「2010 국민연금통계연보」, 2011.

〔그림 5-2-23〕 외국인의 국민연금 가입현황: 2002~2010



아. 공적연금 제도별 재정수지: 수지율

공적연금과 같이 장기적 성격의 사회적 위험을 대상으로 하는 사회보장제도에 있어서 재정운영의 안정성은 제도의 지속가능성과 수급권의

보장에 중대한 영향을 미칠 수 있다. 아래에서는 공적연금제도별로 재정수지의 변화추이를 보여주고 있다. 구체적으로 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 재정지출에 비해 재정수입이 상대적으로 크게 나타나 매년도 재정수지의 흑자 규모가 점차 확대되는 추세를 보이고 있다. 이를 보여주는 지표로서 지출 대비 수입의 비율을 나타내는 수지율은 2010년의 경우 국민연금이 0.171로 가장 낮게 나타나고 있으며, 다음으로 사립학교교직원연금 0.547 그리고 공무원연금의 경우 이미 2001년부터 수지율이 1의 상태를 보이고 있다. 따라서 공무원연금은 사실상 매년도 재정지출을 그 해의 보험료 수입과 정부보조를 통하여 충당해 오고 있음을 알 수 있다.

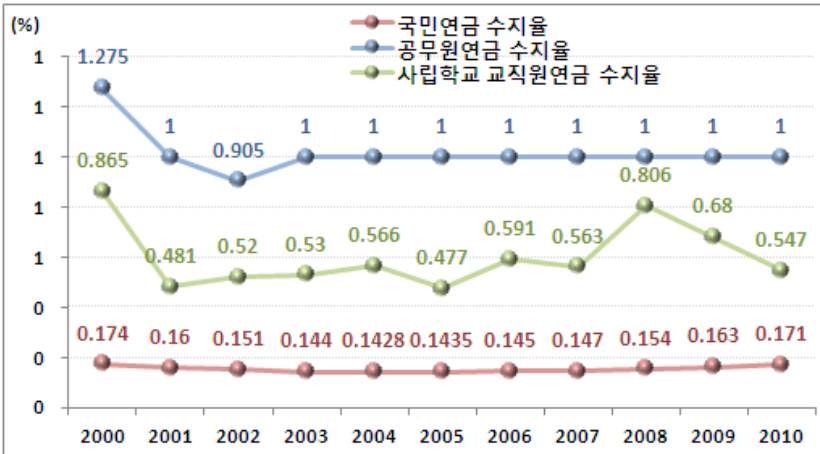
〈표 5-2-17〉 공적연금제도별 재정수지의 연도별 추이: 2000~2010

(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
2010	351,873	60,148	0.171	8,423	8,423	1	2,277	1,246	0.547

자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

[그림 5-2-24] 공적연금제도별 재정 수지율의 연도별 추이: 2000-2010



자. 공적연금제도별 적립기금의 규모와 적립배율

공적연금제도의 적립기금은 장래의 급여지출을 충당해 주는 담보장치로서의 기능을 담당하고 있다. 이러한 의미에서 볼 때 적립기금의 절대 규모 그리고 매년도 급여지출 대비 적립기금의 비율(= 적립배율)은 제도별로 재정건전성을 평가할 수 있는 중요한 지표가 될 수 있다.

아래에서 보는 바와 같이 제도의 도입 역사가 상대적으로 짧은 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 적립기금의 규모가 매년 꾸준히 증가해 오고 있으며, 2010년 말 현재 국민연금의 경우 약 292조원 그리고 사립학교교직원연금의 경우 약 11조원에 달하고 있다. 그리고 매년도 적립기금 대비 연금재정지출의 비율을 나타내는 적립배율은 국민연금과 사립학교교직원연금의 경우 2010년 말 현재 각각 4.9배 그리고 9.0배로 나타나고 있다. 반면에 공무원연금의 경우 이미 2003년부터 매년도 재정수입과 지출이 상호 일치하는 부과방식의 속성을 보이고 있으며, 적립기금의 규모는 2010년 말 현재 약 6조원을 기록하고 있다. 그리고 공무원연금의 적립배율은 0.7배에 불과하여 우리나라 공적연금제도들 가운데 재정적 기반이 가장 취약한 것으로 나타나고 있다.³⁾

〈표 5-2-18〉 공적연금제도별 적립기금의 변화추이: 2000~2010

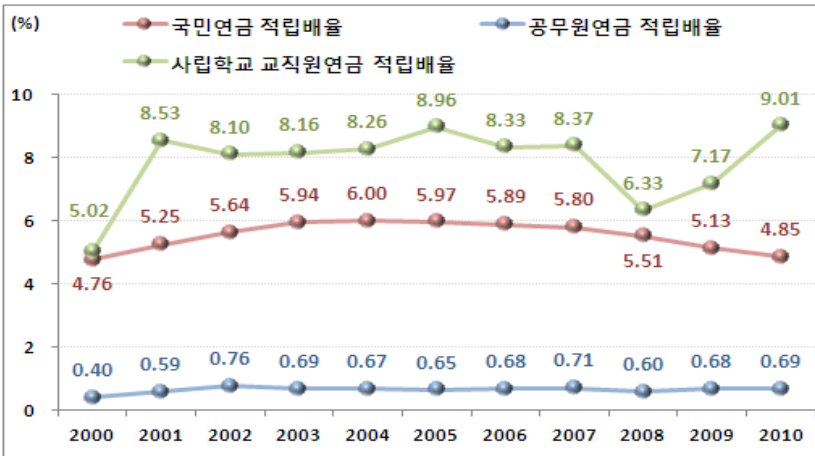
(단위: 백만원, %)

연도	국민연금		공무원연금		사립학교교직원연금	
	적립기금	적립배율 ¹⁾	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
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
2010	291,725,057	4.85	5,830,741	0.69	11,228,225	9.01

주 : 1)적립배율이란 매년도 말 적립기금을 그 해의 보험재정지출로 나눈 값을 의미함

자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

〔그림 5-2-25〕 공적연금 제도별 기금 적립배율의 변화 추이: 2000~2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

3) 이러한 연금제정의 취약성은 군인연금에서 더욱 높게 나타나고 있는 것으로 알려지고 있으나, 이와 관련한 실제적 통계자료는 공표되지 않고 있음.

차. 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여

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 연금급여의 수준 또한 제도별로 현저한 격차를 보이고 있다. 먼저 제도별 급여지출총액의 경우 1990년 국민연금 423억원, 공무원연금 1,736억원 그리고 사립학교교직원연금 1,133억원으로 총 3,292억원에 불과하였던 것으로 나타나고 있다. 하지만 이후 그 규모는 빠르게 증가하여 2010년 급여지출총액은 국민연금 8조 6,355억원, 공무원연금 8조 4,821억원 그리고 사립학교교직원연금 1조 233억원으로 총 18조 1,409억원으로 집계되어 전체 기간 동안 절대금액을 기준으로 무려 51배 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.

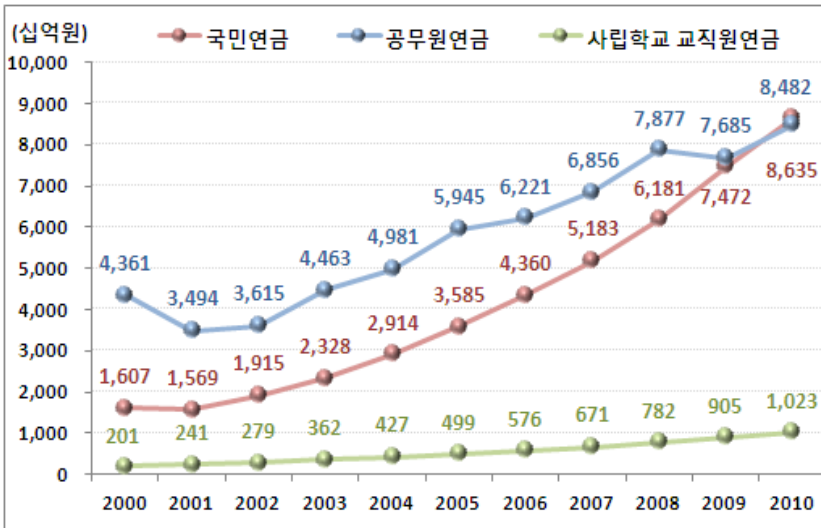
〈표 5-2-19〉 공적연금제도별 급여지출총액 및 평균급여: 2000~2010

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	905,212	2,681	26,219	26,517
2010	8,635,467	8,482,085	1,023,322	2,886	24,300	27,375

자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

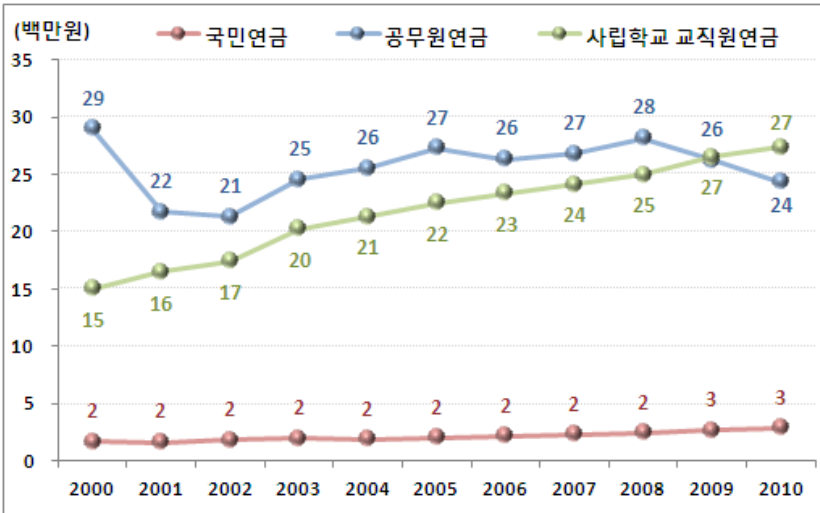
다음으로 1인당 연평균 연금급여의 수준을 제도별로 구분하여 살펴보면 2010년 현재 사립학교교직원연금과 공무원연금의 경우 각각 약 2,738만원과 2,430만원으로 비슷한 수준을 유지하고 있는 반면, 국민연금의 경우 평균급여는 289만원에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이처럼 사립학교교직원연금 그리고 공무원연금의 급여수준이 상대적으로나 절대적으로 높게 나타나게 된 이유는 고용관계의 안정성, 급여산식의 우월성 그리고 제도의 성숙도 등에 상당부분 연유하는 것으로 생각된다.

[그림 5-2-26] 공적연금제도별 급여지출총액의 연도별 추이: 2000~2010



자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

[그림 5-2-27] 공적연금제도별 평균급여의 연도별 추이: 2000-2010



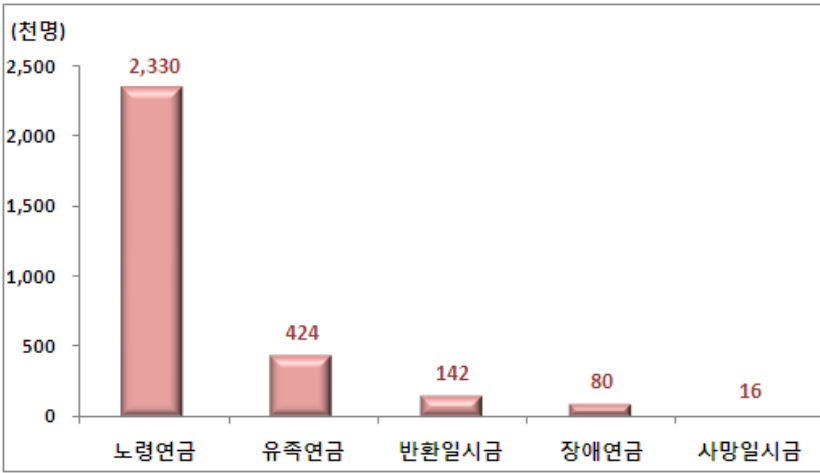
자료: 국민연금공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011. 공무원연금공단, 『2010 공무원연금통계』, 2011. 사립학교교직원연금관리공단, 『2010 사학연금통계연보』, 2011

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. 아래의 그림에서 연금급여의 종류별 수급자의 분포를 살펴보면 2010년 현재 노령연금의 수급자가 233만명으로 전체의 78%를 차지하고 있으며, 다음으로 유족연금 수급자 42만명 그리고 반환일시금 수급자 14만명의 순으로 나타나고 있다.

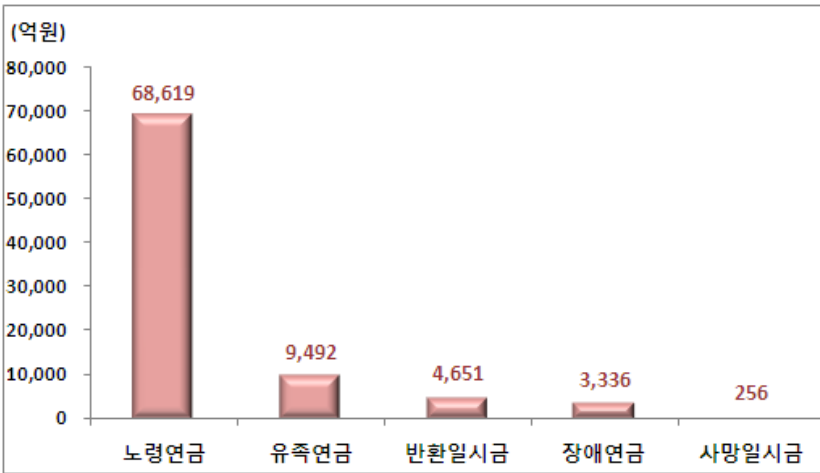
다음으로 연금급여의 종류별 지출총액을 살펴보면 위의 경우와 마찬가지로 노령연금이 6조 8,619억원으로 전체 급여지출의 78%를 점하고 있으며, 다음으로 유족연금, 반환일시금, 장애연금의 순을 보이고 있다.

[그림 5-2-28] 국민연금 급여종류별 수급자수: 2010



자료: 국민연금관리공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

[그림 5-2-29] 국민연금 급여종류별 급여지급 현황: 2010



자료: 국민연금관리공단, 『2010 국민연금통계연보』, 2011.

3. 산재보험제도

산재보상제도는 대부분의 국가들에 있어서 가장 최초의 사회보장제도이며, 우리나라에 있어서도 가장 먼저 도입된 제도이다. 이러한 산재보험제도는 근로기준법이 정하고 있는 산업재해에 대한 사용주의 무과실 책임을 경제적으로 담보하기 위한 목적으로 도입되었다. 이에 따라 산재보험제도의 기능은 산업재해나 직업병으로 인한 신체적 피해와 경제적 비용을 신속하게 보상하여 피해근로자와 그 가족의 생활안정을 도모하고, 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.

가. 산재보험제도 적용 근로자 및 사업장

우리나라의 산재보험제도는 경제개발의 시작 단계인 1964년 최초로 도입되었으며, 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 2010년 현재 전체 약 161만개 사업장의 약 1,420만명의 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.

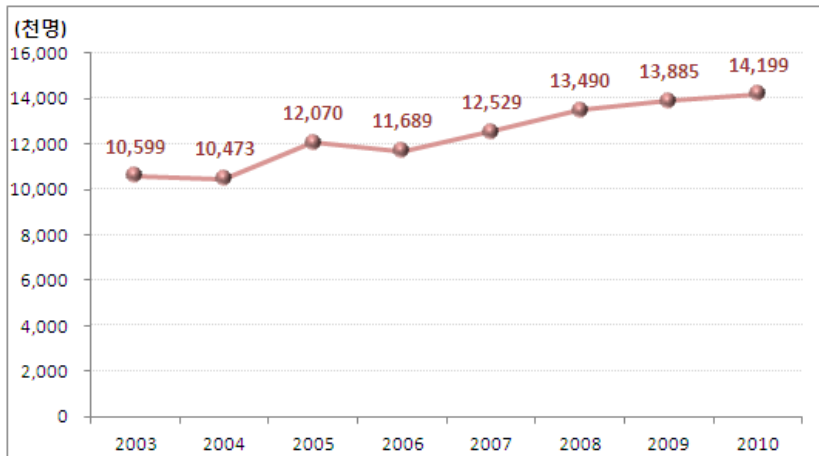
〈표 5-2-20〉 산업재해보상법 적용근로자와 적용사업장의 추이: 2003~2010

(단위 : 천명, 개소)

연도	산재보험적용 근로자수	산재보험적용 사업체수
2003	10,599	1,006,549
2004	10,473	1,039,208
2005	12,070	1,175,606
2006	11,689	1,292,696
2007	12,529	1,429,885
2008	13,490	1,594,793
2009	13,885	1,560,949
2010	14,199	1,608,361

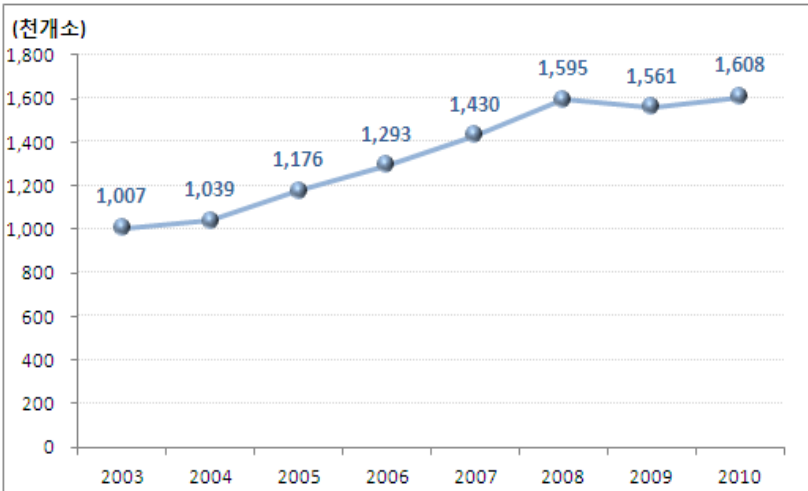
자료: 고용노동부, 『2010 산재보험 사업연보』, 2011.

[그림 5-2-30] 산업재해보상법 적용근로자의 연도별 추이: 2003~2010



자료: 고용노동부, 『2010 산재보험 사업연보』, 2011.

[그림 5-2-31] 산업재해보상법 적용사업장의 연도별 변화추이: 2003~2010



자료: 고용노동부, 『2010 산재보험 사업연보』, 2011.

산재보험 적용 근로자들을 다시 사업규모별로 구분하여 살펴보면 5 ~ 49인 미만의 소규모 사업장이 약 483만명으로 전체의 33.9%를 차지하고 있으며, 다음으로 건설업 22.5%, 5인 미만 사업장 12.4%의 순으로 기록되고 있다. 반면에 300인 이상의 대규모 사업장 종사 근로자의 규모는 약 174만명으로 전체 산재보험 적용 근로자의 12.3%에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이상과 같은 상황을 감안해 볼 때 상대적으로 산재사고나 직업병 등에 대해 취약한 영세사업장이나 건설업 종사 근로자들을 위한 산재예방이나 작업환경개선사업들이 보다 적극적으로 시행되어야 할 필요성이 있음을 알 수 있다.

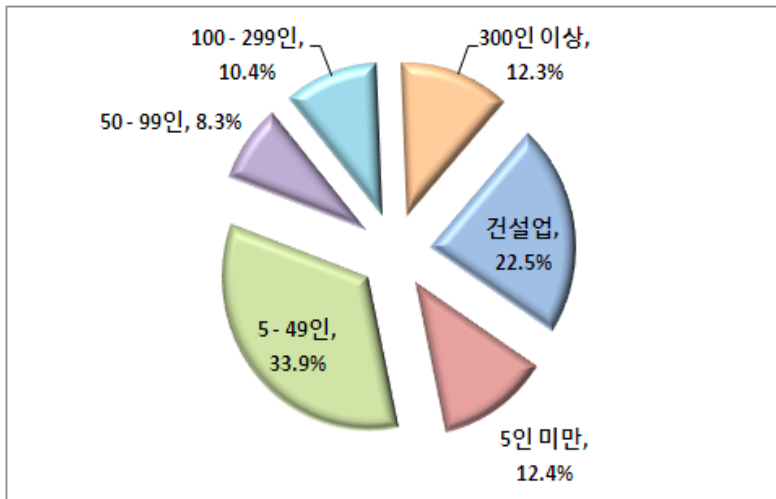
〈표 5-2-21〉 사업규모별 산재보험 적용 근로자 현황 및 비율: 2010

(단위 : 명, %)

구 분	산재보험 적용 근로자의 수	산재보험 적용 근로자의 비율
전 체	14,198,748	100.0
건설업	3,200,645	22.5
5인 미만	1,765,942	12.4
5 - 49인	4,830,116	33.9
50 - 99인	1,182,023	8.3
100 - 299인	1,477,093	10.4
300인 이상	1,742,389	12.3

자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

〔그림 5-2-32〕 사업규모별 산재보험 적용 근로자의 분포 현황: 2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

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 가입자로서의 신분은 산재보험제도의 담당기관인 근로복지공단의 승인을 얻게 될 경우 획득할 수 있다.

이러한 임의가입의 대상이 되는 사업으로는 중소기업 사업주, 해외파견근로자 그리고 하수급인이 된다. 2010년 산재보험 임의가입 사업장은 총 25,019개소로서 이 중 하수급 사업장이 15,592개소로 전체의 62%를 차지하고 있으며, 다음으로 중소기업 사업장 그리고 해외파견근로자의 순으로 나타나고 있다. 그리고 산재보험 임의가입 근로자는 2010년 현재 총 58,228명으로, 이 중 하수급 종사 근로자가 45,054명으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 중소기업 사업장 근로자 그리고 해외파견 근로자의 순으로 나타나고 있다.

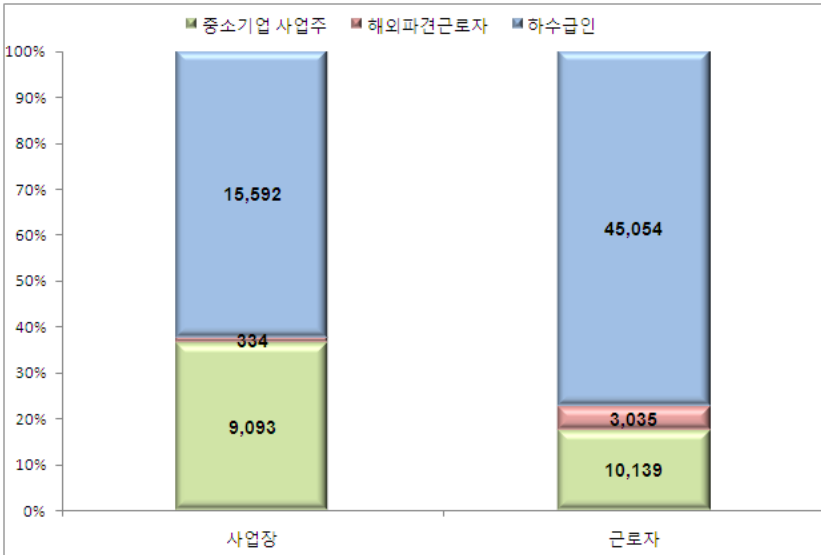
〈표 5-2-22〉 산재보험 임의가입 대상 사업별 적용 사업장과 근로자의 현황

(단위 : 개소, 명)

구분	2007년		2008년		2009년		2010년	
	사업장	근로자	사업장	근로자	사업장	근로자	사업장	근로자
합계	12,847	57,383	14,691	58,540	23,362	62,286	25,019	58,228
중소기업 사업주 (전체)	7,596	9,517	8,316	9,848	8,784	10,353	9,093	10,139
해외파견 근로자	337	2,936	425	4,102	361	3,925	334	3,035
하수급인	4,914	44,930	5,950	44,590	14,217	48,008	15,592	45,054

자료: 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011.

[그림 5-2-33] 산재보험 임의가입자의 사업별 분포: 2010



자료: 고용노동부, 『2010 산재보험 사업연보』, 2011.

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

산업재해는 개인은 물론 국민경제적 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 아래에서 보는 바와 같이 2000년 이후부터 지속적으로 증가해 오고 있으며, 2010년 현재 재해건수는 97,923건으로 2000년 대비 약 44.1% 상승한 것으로 기록하고 있다. 반면에 연간근로시간 대비 총근로손실일수와 재해건수의 비율을 나타내는 강도율이나 도수율은 점차 하락하는 경향을 보이고 있으며, 2010년 현재 각각은 1.9과 3.3을 기록하고 있다. 나아가 근로자 1만명당 산재사고 사망자의 건수를 의미하는 사망률

은 꾸준히 감소하여 2010년 현재 1.6명을 기록하고 있다. 뿐만 아니라 전체 산재피해근로자들 가운데 사망자의 천인율은 아래의 그림에서 보는 바와 같이 2000년 이래 지속적으로 감소해 오는 추세를 보여 전체적으로 중대재해의 발생비율이 하락해 오고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-2-23〉 산업재해 발생현황: 1980~2010

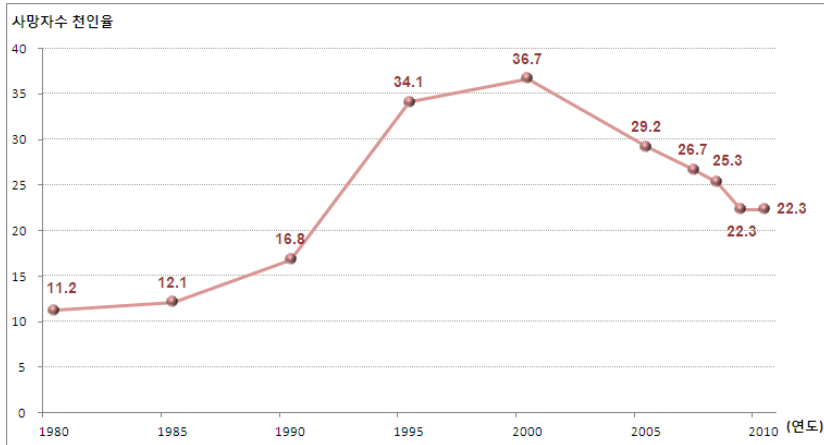
(단위 : 명, 건)

연도	재해자수(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	3.4	1.6	
2010	98,645	2,200	97,923	1.9	3.3	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, 「2010 고용노동통계연감」, 2011.

[그림 5-2-34] 산재사고 피해자수 대비 사망자 수 천인율: 1980~2010



자료: 고용노동부, 『2010 고용노동통계연감』, 2011.

라. 산재보험 급여지급 현황

(1) 산재보험급여 지급총액 및 1인당 평균보험급여

산재보험제도는 산재사고나 직업병으로 인한 경제적·육체적·정신적 피해에 대한 보상의 차원에서 다양한 종류의 급여를 제공하고 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 피해근로자의 수나 재해건수의 증가로 인하여 보험급여 지급총액 또한 매년 꾸준히 증가하여 2010년에는 3조 5,237억 원에 달하였으며, 이는 2000년 대비 2.5배 가량 확대된 규모를 보이고 있다. 반면에 피해근로자 1인당 평균 보험급여는 2005년 이후 매년 소폭으로 감소하여 2010년의 경우 1,391만원으로 조사되고 있다.

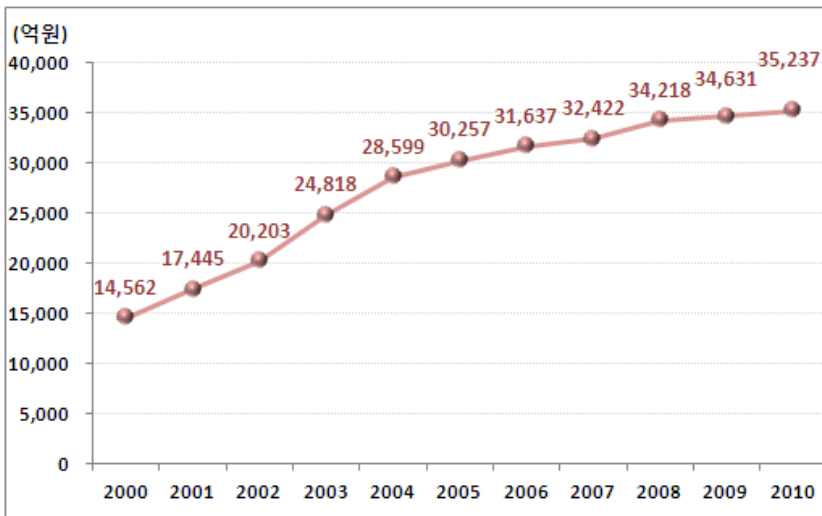
〈표 5-2-24〉 산재보험급여 지급총액과 1인당 평균보험급여의 연도별 추이: 2000~2010

(단위 : 명, 억원, 만원)

	재해자수	보험급여 지급총액 (억원)	1인당 평균 보험급여(만원)
2000	68,976	14,562	1,272
2001	81,434	17,445	1,218
2002	91,911	20,203	1,244
2003	94,924	24,818	1,375
2004	88,874	28,599	1,510
2005	85,411	30,257	1,539
2006	89,911	31,637	1,533
2007	90,147	32,422	1,534
2008	95,806	34,218	1,422
2009	97,821	34,631	1,374
2010	98,645	35,237	1,391

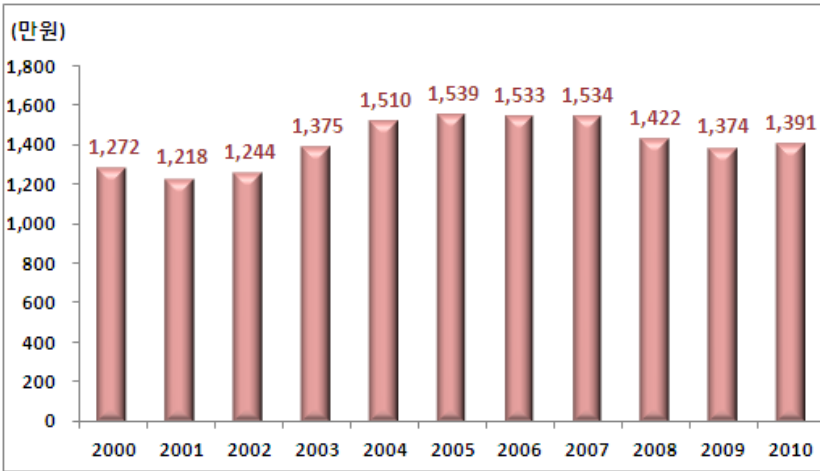
자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

〔그림 5-2-35〕 산재보험급여의 지급총액의 연도별 추이: 2000~2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

[그림 5-2-36] 1인당 산재보험 평균보험급여의 연도별 추이: 2000~2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

(2) 사업규모별 산재보험급여 지급 현황

아래에서는 보험급여 지급총액을 사업규모별로 구분하여 보여주고 있다. 이에 따르면 2010년 현재 보험급여 지급총액 3조 5,237억원 가운데 건설업이 1조 1,028억원으로 전체의 31%를 차지하여 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 5~49인 사업장 8,980억원(25%), 5인 미만 사업장 5,120억원(14.5%) 등의 순을 보이고 있다. 이상을 종합해 볼 때 건설업 및 50인 미만의 영세사업장에서 전체 보험급여 지급총액의 무려 71%를 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다.

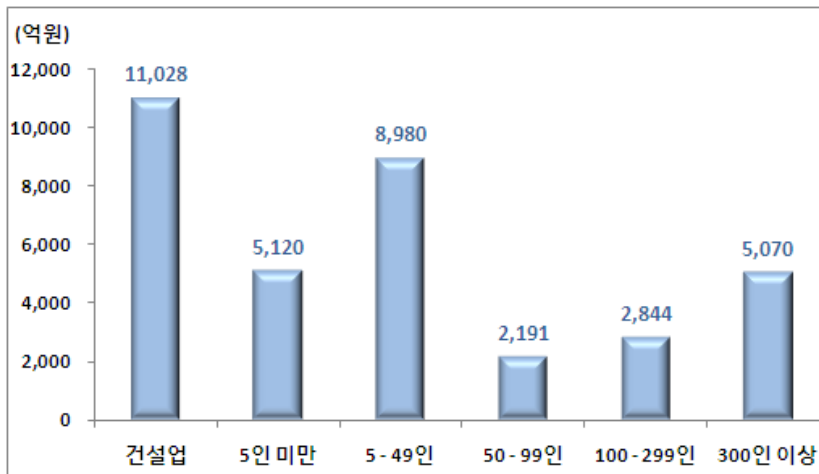
〈표 5-2-25〉 산재보험급여 지급총액의 사업규모별 분포 현황: 2010

(단위 : 억원)

	보험급여지급액
합계	35,237
건설업	11,028
5인 미만	5,120
5 - 49인	8,980
50 - 99인	2,191
100 - 299인	2,844
300인 이상	5,070

자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

〔그림 5-2-37〕 산재보험급여 지급총액의 사업규모별 분포 현황: 2010



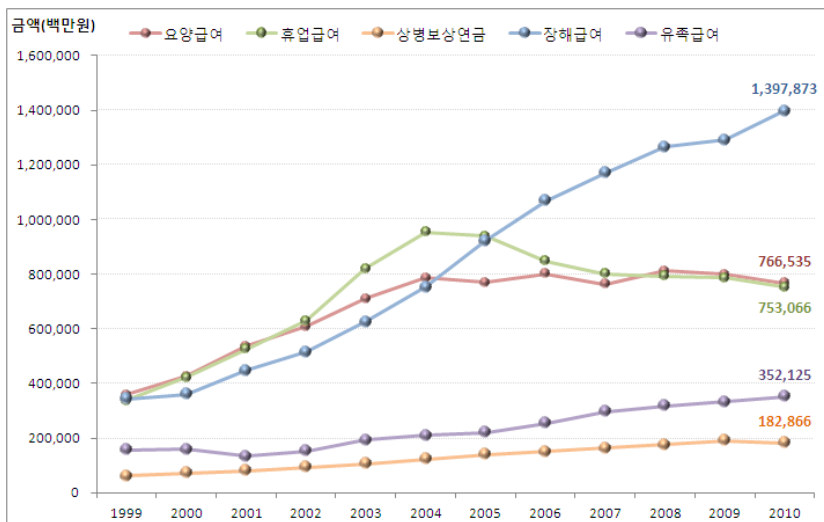
자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

(3) 산재보험 주요 급여의 종류별 보험급여 지급 현황

여기서는 제반의 산재보험급여들 가운데 재정소요 규모의 측면에서나 대상자의 측면에서 특히 중요한 것으로 판단되는 요양급여, 휴업급여, 상병보상연금, 장애급여 그리고 유족급여를 중심으로 종류별 보험급여 지급 현황을 살펴보고자 한다.

아래의 그림은 산재보험급여의 종류별로 각각의 지급총액을 연도별로 보여주고 있다. 이에 따르면 2010년의 경우 장해급여가 1조 3,979억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 요양급여 7,665억원, 휴업급여 7,531억원, 유족급여 3,521억원 그리고 상병보상연금 1,829억원의 순으로 나타나고 있다. 이러한 보험급여 종류별 급여총액의 우선순위와 관련하여 특징적인 사항으로서 2005년 이전의 경우 단기성 현금급여인 휴업급여의 지급총액이 지속적으로 가장 높은 비중을 유지하였으나, 이후부터는 장기성 급여인 장해급여가 1위의 자리를 차지해 오고 있다는 점이다.

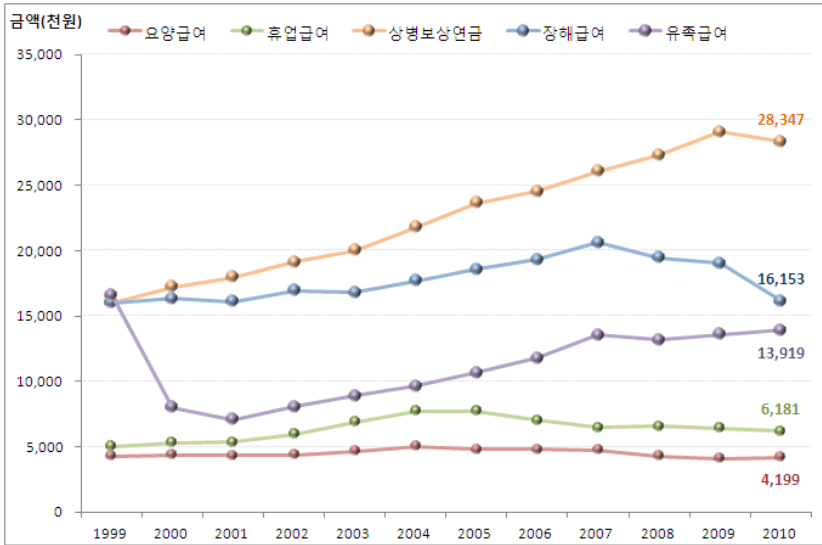
[그림 5-2-38] 산재보험급여의 종류별·연도별 지급 현황: 1999~2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

다음으로 산재보험급여의 종류별로 구분하여 각각의 1인당 평균보험급여의 수준을 보여주고 있다. 아래의 그림에 따르면 2010년의 경우 상병보상연금이 2,835만원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 장해급여 1,615만원, 유족급여 1,392만원, 휴업급여 618만원 그리고 요양급여 420만원의 순을 보이고 있다.

[그림 5-2-39] 산재보험 수급자 1인당 보험급여의 종류별·연도별 지급 현황: 1999-2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011

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 아래에서 보는 바와 같이 2002년 2,760명에서 2010년 8,705명으로 무려 3.2배 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 외국인 산재피해자에 대한 보험급여의 지급현황을 살펴보면 2002년 350억원에서 2010년 1,089억원으로 3.1배 가량 증가한 것으로 나타나고 있다.

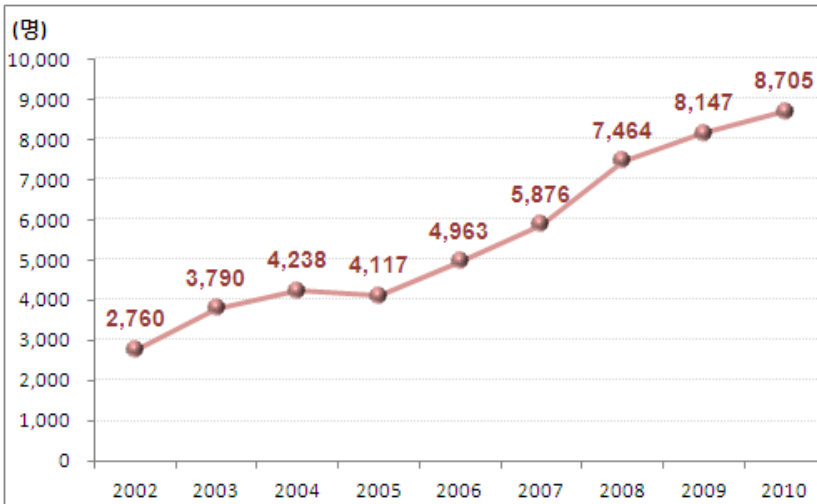
〈표 5-2-26〉 산재보험 수급자 및 급여지급총액에서 외국인 근로자가 차지하는 비중의 연도별 추이: 2002~2010

(단위 : 명, 백만원)

연도	전체(A)		외국인근로자(B)		(B/A)	
	수급자수	급여총액	수급자수	급여총액	수급자비율	급여비율
2002년	162,283	2,020,335	2,760	35,028	0.02	0.02
2003년	180,441	2,481,814	3,790	49,335	0.02	0.02
2004년	189,275	2,859,914	4,238	58,869	0.02	0.02
2005년	196,515	3,025,771	4,117	59,938	0.02	0.02
2006년	206,333	3,163,769	4,963	67,732	0.02	0.02
2007년	211,284	3,242,276	5,876	79,086	0.03	0.02
2008년	240,520	3,421,885	7,464	102,320	0.03	0.03
2009년	252,035	3,463,141	8,147	106,302	0.03	0.03
2010년	253,279	3,523,734	8,705	108,942	0.03	0.03

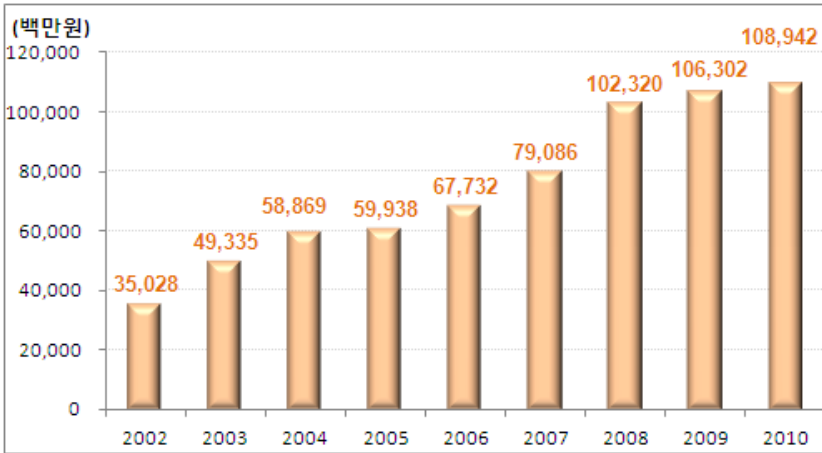
자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011

〔그림 5-2-40〕 외국인 산재보험 수급자의 연도별 추이: 2002~2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011

[그림 5-2-41] 외국인에 대한 산재보험급여 지급규모의 연도별 추이: 2002~2010



자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011

바. 산재보험의 재정수지

(1) 산재보험의 재정수지와 적립기금의 규모

산재보험제도의 재정운영방식은 매년도 보험급여 지출을 고려하여 보험료율을 결정하는 부과방식을 적용하고 있다. 다만 향후 연금급여 증가 추이를 고려하여 장기성 급여의 일부를 적립하는 방법을 적용하고 있다. 구체적으로 산재보험법 제99조 1항의 규정에서는 산재보험재정의 안정적 운용을 목적으로 법정책임준비금의 적립을 의무화하고 있으며, 그 규모는 전년도 1년 동안 지급 결정한 보험급여 총액의 수준으로 유지하도록 하고 있다.

아래에서는 산재보험 재정수지와 적립금의 현황을 연도별로 보여주고 있다. 먼저 2010년 현재 재정수입 및 재정지출은 각각 5조 299억원 그리고 4조 3,332억원으로 총 6,967억원의 흑자를 기록한 것으로 나타나고 있다. 하지만 이러한 흑자의 규모는 점차 감소하는 경향을 보이고

있다. 다음으로 적립기금의 경우 그 규모는 매년 점차 확대되어 2010년 현재 5조 5,569억원으로 법정책임준비금 3조 4,631억원보다 약 60% 초과한 것으로 기록되고 있다.

〈표 5-2-27〉 산재보험 재정수지 및 적립기금의 현황: 2007~2010

(단위: 억원, %)

구 분		2007	2008	2009	2010
재정수지	수입	48,120	52,987	52,386	50,299
	지출	39,823	41,846	42,096	43,332
	수지	8,297	11,141	10,290	6,967
적립기금	법정책임준비금	57,826	32,423	34,219	34,631
	적립기금	27,171	38,312	48,602	55,569
	적립률	47.0	118.2	142.0	160.5

자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011

(2) 산재보험제도의 수납률과 수지율

산재보험제도는 부과방식의 원리에 기초하여 운영되는 제도로서 매년 도 재정수지의 균형 유지는 보험재정의 안정성과 제도 신뢰에 있어서 필수적인 요소가 된다. 이러한 차원에서 산재보험재정의 건전성을 점검할 수 있는 지표의 개발이 매우 중요한 정책과제가 될 수 있으며, 그 일환으로서 수납률과 수지율을 언급해 볼 수 있다.

먼저 수납률은 매년도 징수결정액(보험료, 경상이전수입, 재산수입, 이월금 및 타 회계 전입금) 가운데 실제 수납액이 차지하는 비중을 의미한다. 아래의 표와 그림에서 볼 때 이러한 수납률은 조사기간 동안 80~90%의 범위에서 소폭 변동을 하고 있는 것으로 나타났다. 이처럼 수지균형의 유지에 부족한 부분이 발생하게 된 원인으로는 보험료의 체납 등이 주요 요인으로 작용하는 것으로 파악되고 있다. 다음으로 수지율은 매년도 보험료 수입총액 가운데 보험급여가 차지하는 비중을 나타

내는 지표로서, 그 수치가 낮을수록 재정건전성이 높다는 것을 시사하게 된다. 이에 따르면 수지율은 매년 변동 폭이 큰 것으로 나타나고 있으나, 개략적으로 2003년 이후부터 점차 하향안정화되어 가고 있는 경향을 보이고 있다. 그리고 2010년 현재 산재보험의 수지율은 76.0%를 기록하고 있다.

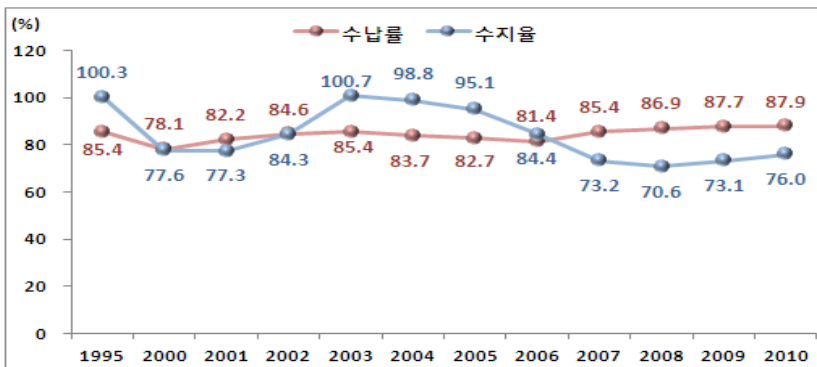
〈표 5-2-28〉 산재보험 재정수지의 연도별 현황: 1995~2010

(단위 : %)

연도	수납률	수지율
1995	85.4	100.3
2000	78.1	77.6
2001	82.2	77.3
2002	84.6	84.3
2003	85.4	100.7
2004	83.7	98.8
2005	82.7	95.1
2006	81.4	84.4
2007	85.4	73.2
2008	86.9	70.6
2009	87.7	73.1
2010	87.9	76.0

자료 : 고용노동부, 「2010 산재보험 사업연보」, 2011

〔그림 5-2-42〕 연도별 산재보험 재정수지 현황 (수납률, 수지율): 1995~2010



주 1) 수납률 = 수납액/징수결정액. 수지율 = 보험급여/보험료수입

자료 : 고용노동부 「산재보험사업연보」, 2010

4. 고용보험제도

고용보험제도는 실직자들에게 대체소득인 실업급여를 제공하여 가계의 생활안정을 지원하는 전통적 의미의 실업보험사업 이외에도 적극적인 취업알선을 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.

가. 고용보험의 적용 현황

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 아래에서 보는 바와 같이 1995년 최초 도입 이후 꾸준히 확대되어 2010년 현재 약 141만개 사업장의 총 1,013만명의 근로자들이 제도적 보호를 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

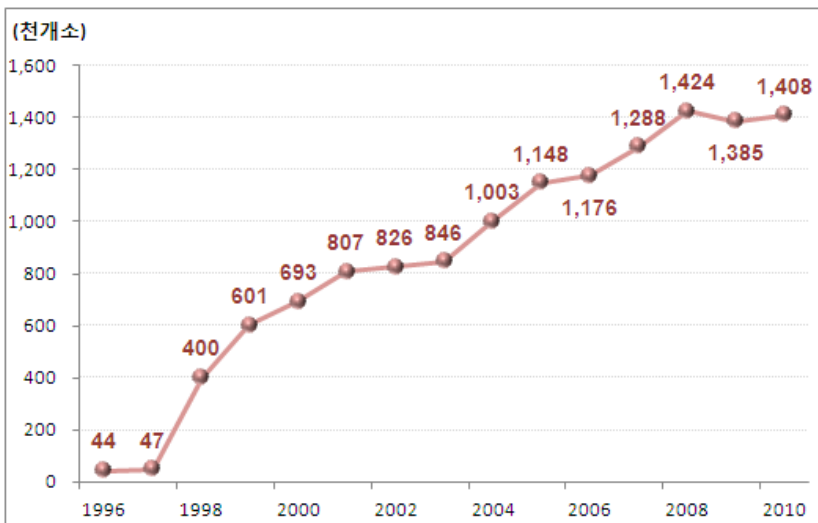
〈표 5-2-29〉 고용보험제도 적용사업장과 적용근로자의 현황: 1996~2010

(단위: 개소, 명)

연도	사업장수	피보험자수	연도	사업장수	피보험자수
1996	43,723	4,330,885	2004	1,002,638	7,481,618
1997	47,427	4,280,430	2005	1,148,474	7,965,597
1998	400,000	5,267,658	2006	1,176,462	8,436,408
1999	601,394	6,054,479	2007	1,288,138	8,941,639
2000	693,414	6,747,263	2008	1,424,330	9,271,701
2001	806,962	6,908,888	2009	1,385,298	9,653,678
2002	825,531	7,171,277	2010	1,408,061	10,131,058
2003	845,910	7,203,347			

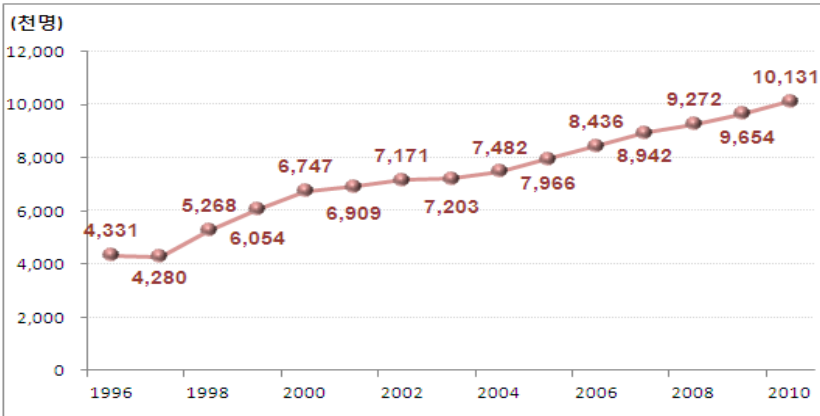
자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

〔그림 5-2-43〕 고용보험제도 적용 현황의 사업장 연도별 추이: 1996~2010



자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

[그림 5-2-44] 고용보험제도 적용 근로자의 연도별 추이: 1996~2010

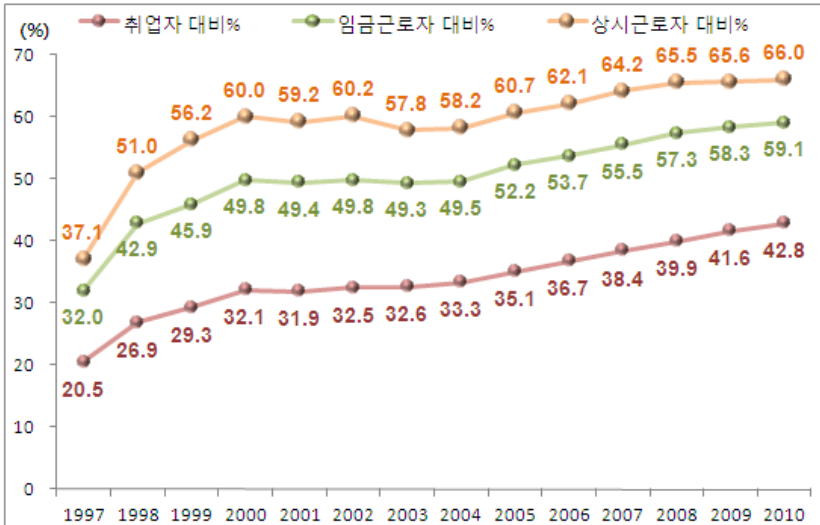


자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

나. 고용보험 적용인구의 비율

우리나라의 고용보험제도는 원칙적으로 임금을 목적으로 사용자에게 사용종속관계에 있는 근로계층을 적용대상으로 하고 있다. 이에 따라 전체 경제활동인구 가운데 실업자, 자영업자, 공무원 등 특수직역 종사자 그리고 기타 한시적 형태의 비정규취업자 등은 제도의 적용에서 제외하고 있다. 아래에서 보는 바와 같이 고용보험제도의 적용인구는 매년 꾸준히 증가해 오고 있는 추세를 보이고 있다. 2010년 현재 전체 취업자 가운데 고용보험의 가입자는 42.8%로 전년 41.6%에 비해 1.2% 상승한 것으로 나타나고 있다. 그리고 이러한 고용보험의 적용자들을 임금근로자 그리고 상시근로자와 대비하여 볼 때 그 적용률은 다소 증가하여 전자의 경우 59.1% 그리고 후자의 경우 66.0%의 수준을 보이고 있다. 하지만 이상과 같은 제도적 발전의 성과에도 불구하고 여전히 고용보험 적용의 사각지대가 상당한 수준으로 존재하고 있으며, 따라서 이들에 대한 제도의 적용을 위한 특별한 정책적 노력이 요구되고 있다고 볼 수 있다.

[그림 5-2-45] 상시근로자, 임금근로자, 취업자 대비 고용보험의 적용인구: 1997~2010



자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

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.

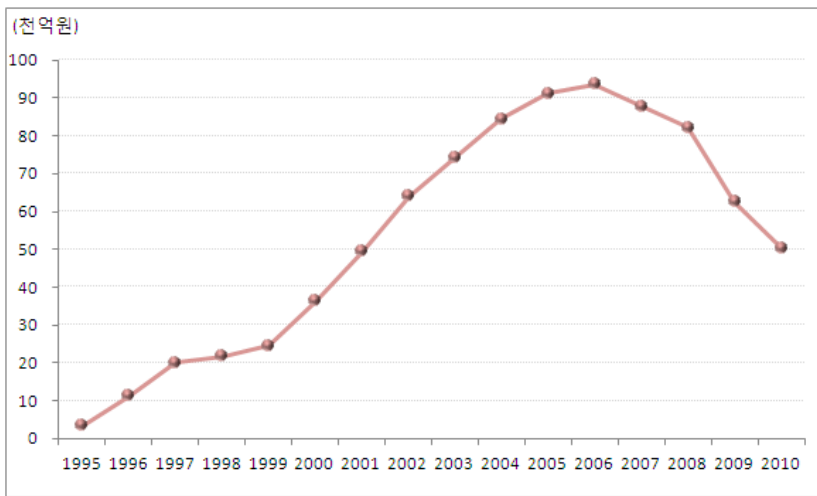
아래의 그림에서 보는 바와 같이 고용보험기금은 2006년 최고점인 9조 3,635억원에 도달한 이후 점차적으로 감소하여 2008년의 경우 8조 2,173억원의 수준을 유지하고 있다. 이와 같은 현상은 2007년, 2008년 세계적인 금융위기의 여파로 인한 경기침체와 고용불안의 결과로 판단된다.

〈표 5-2-30〉 고용보험기금의 연도별 변화 추이: 1995~2010

(단위: 억원)							
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
3,351	11,245	19,916	21,704	24,507	36,276	49,431	64,125
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
74,278	84,486	91,197	93,635	87,871	82,173	62,581	50,276

자료: 고용노동부 내부자료; 국회예산정책처, 『2011년도 대한민국 재정』, 2011

〔그림 5-2-46〕 고용보험기금의 연도별 변화 추이: 1995~2010



자료: 고용노동부 내부자료; 국회예산정책처, 『2011년도 대한민국 재정』, 2011

라. 고용보험 사업별 급여지출 현황

우리나라 고용보험의 급여 사업은 크게 실업급여사업, 고용안정사업, 직업능력개발사업 그리고 모성보호로 구성되어 있다. 아래에서 고용보험 급여총액을 사업별로 구분하여 살펴보면 실업급여사업은 1998년 7,994 억원에서 2010년 3조 6,865억원으로 4.6배 가량 증가하여, 전체 비교 기간에 걸쳐 보험재정에서 해당 급여가 차지하는 비중이나 증가속도가 가장 높고 빠른 것으로 나타나고 있으며, 다음으로 직업능력개발사업, 고용안정사업, 모성보호의 순을 보이고 있다.

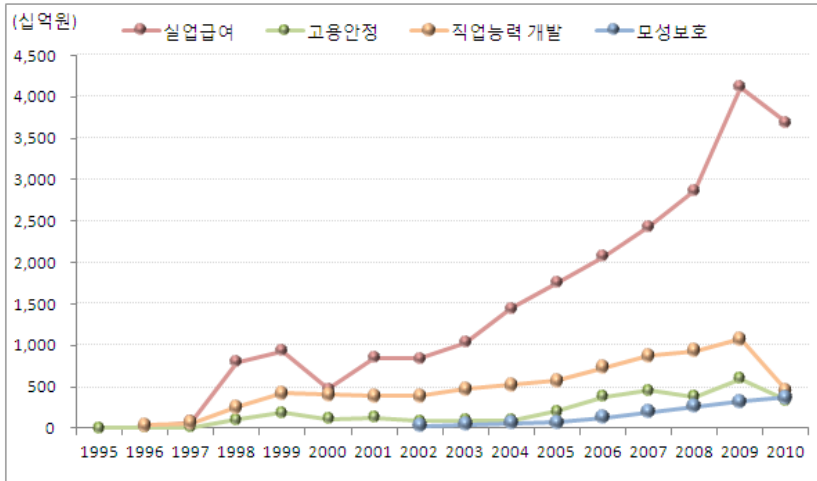
〈표 5-2-31〉 고용보험 사업별 급여지급 실적: 1995~2010

(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
2010	3,686,530	334,028	452,554	370,685

자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

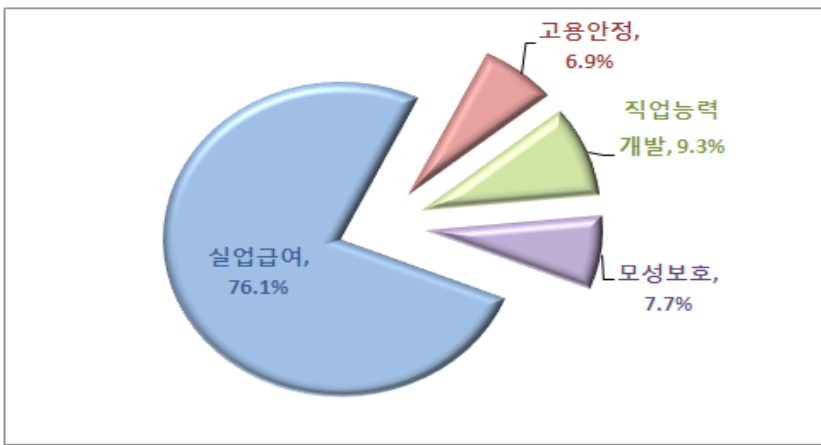
[그림 5-2-47] 고용보험 사업별 급여지급 실적의 연도별 추이: 1995~2010



자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

아래의 그림은 2010년 고용보험의 급여실적을 사업별로 구분하여 보여주고 있다. 이에 따르면 실업급여사업의 지급실적은 총 3조 6,865억 원으로 같은 해 전체 급여지출총액의 76.1%로 가장 높은 비중을 차지하였으며, 다음으로 직업능력개발사업(9.3%), 모성보호(7.7%) 그리고 고용안정사업(6.9%)의 순으로 나타나고 있다.

[그림 5-2-48] 고용보험 사업별 급여지출의 비중: 2010



자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

마. 고용보험 급여의 수급자 현황

고용보험 급여 사업별 수급자의 구성은 앞서 살펴본 급여지출의 경우와는 다른 순위를 보이고 있다. 아래의 그림에서 고용보험 사업별로 구분하여 각각의 수급자 규모를 살펴보면 2010년 현재 직업능력개발사업이 총 421만명(69.0%)으로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 실업급여사업 134만명(21.9%), 고용안정사업 44만명(7.2%) 그리고 모성보호 12만명(1.9%)의 순으로 나타나고 있다.

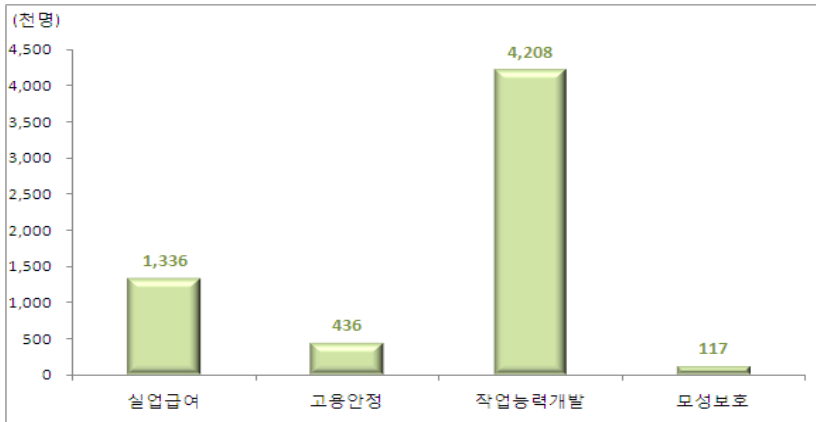
〈표 5-2-32〉 고용보험 사업별 수급인원의 연도별추이: 2005~2010

(단위: 명)

구분		2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010
실업 급여	수급인원	812,768	943,542	1,009,180	1,162,534	1,528,407	1,336,439
	순 인원	695,544	767,314	854,400	990,061	1,301,132	1,238,665
고용안정		509,945	707,831	812,188	706,303	1,404,312	436,492
작업능력개발		2,534,516	3,017,154	3,693,914	4,098,902	5,016,295	4,208,310
모성 보호	산전휴가	41,104	49,539	60,964	72,260	75,047	75,742
	육아휴직	10,700	13,672	21,185	29,145	35,400	41,733

자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

[그림 5-2-49] 고용보험 급여사업별 수급자의 구성: 2010



자료: 한국고용정보원, 『2010 고용보험통계연보』, 2011.

제3절 사회복지서비스

1. 장애인복지

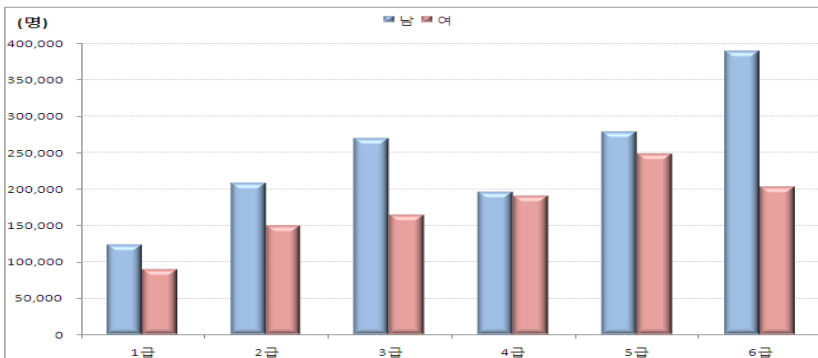
가. 등록장애인 수

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 위험의식을 갖게 되었다. 또한 장애인들 역시 노동시장 참여와 사회활동 등을 통해 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 요구하게 되었고 국가와 지방자치단체는 장애인에 대한 사회적 책임을 명백히 갖게 되었다.

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.

2010년 12월을 기준으로 등록장애인 수는 2,517,312명이며, 이 중 남성은 1,468,333명(58.3%), 여성은 1,048,979명(41.7%)으로 남성의 비율이 더 높다.

[그림 5-3-1] 등록장애인의 등급별 성별 구성: 2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

장애등급별로 살펴보면 가장 중증인 1급 장애인이 214,996명(8.5%)이며 반면, 가장 경증인 6급은 593,411명(23.6%)으로 나타난다. 즉, 중증인 1-2급은 22.8%이고, 경증인 5-6급은 44.5%를 차지한다.

〈표 5-3-1〉 등록장애인의 장애등급 분포: 2010

(단위: 명)

	계	남	여
계	2,517,312	1,468,333	1,048,979
1급	214,996	124,623	90,373
2급	359,301	208,647	150,654
3급	435,403	270,092	165,311
4급	387,556	196,784	190,772
5급	526,645	278,586	248,059
6급	593,411	389,601	203,810

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

〈표 5-3-2〉 등록장애인의 장애종류별 성별 분포: 2010

(단위: 명, %)

장애종류	계		남		여	
	명	%	명	%	명	%
계	2,517,312	(100.0)	1,468,333	(100.0)	1,048,979	(100.0)
간	7,920	(0.3)	5,881	(0.4)	2,039	(0.2)
간질	9,772	(0.4)	5,440	(0.4)	4,332	(0.4)
뇌병변	261,746	(10.4)	150,599	(10.3)	111,147	(10.6)
시각	249,259	(9.9)	149,354	(10.2)	99,905	(9.5)
신장	57,142	(2.3)	32,411	(2.2)	24,731	(2.4)
심장	12,864	(0.5)	7,986	(0.5)	4,878	(0.5)
안면	2,696	(0.1)	1,571	(0.1)	1,125	(0.1)
언어	17,207	(0.7)	12,506	(0.9)	4,701	(0.4)
자폐성	14,888	(0.6)	12,575	(0.9)	2,313	(0.2)
장루요루	13,072	(0.5)	8,106	(0.6)	4,966	(0.5)
정신	95,821	(3.8)	50,886	(3.5)	44,935	(4.3)
지적	161,249	(6.4)	97,808	(6.7)	63,441	(6.0)
지체	1,337,722	(53.1)	777,411	(52.9)	560,311	(53.4)
청각	260,403	(10.3)	143,824	(9.8)	116,579	(11.1)
호흡기	15,551	(0.6)	11,975	(0.8)	3,576	(0.3)

주: 1) 시군구에 등록된 장애인

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

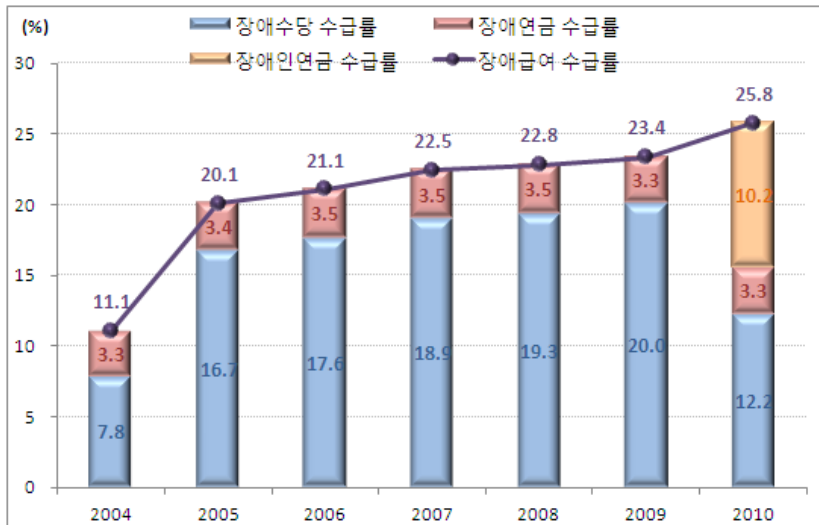
등록장애인의 장애종류별 구성을 살펴보면 지체장애(53.1%)의 비율이 가장 높으며 뇌병변(10.4%), 청각장애(10.3%), 시각(9.9%)이 유사한 정도로 나타났다. 성별로 살펴보면, 남성은 지체(52.9%), 뇌병변(10.3%), 시각(10.2%) 순으로 나타났고, 여성은 지체(53.4%), 청각(11.1%), 뇌병변(10.6%), 시각(9.5%) 순으로 나타났다.

나. 장애급여 수급자 비율

장애급여수급자비율은 장애인의 소득을 보장하며, 사회통합의 실현을 반영하는 지표이다. 이 지표는 등록장애인수 대비 장애급여(장애수당+장애연금+장애인연금) 수급자수의 비율이다.

$$\text{장애급여 수급자 비율} = \frac{(\text{장애수당} + \text{공적장애연금} + \text{장애인연금}) \text{ 수급자수}}{\text{등록장애인수}} \times 100$$

[그림 5-3-2] 장애급여 수급자 비율: 2004~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.
 국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단 연금통계연보, 각 년도

2010년도 장애수당수급자 수는 308천명, 장애연금수급자 수는 83천명, 장애인연금수급자 수는 258천명으로 약 649천명이 장애급여를 받고 있다. 장애급여수급자비율은 2004년도 11.1%에서 수급자가 대폭 확대된 2005년도 20.1%로 늘어난 이후 2010년 25.8%까지 꾸준히 증가하였다. 참고로, 2010년 7월부터 장애인연금이 도입되어, 종전 중증장애수당 수급자가 장애인연금 수급자로 전환되었다.

〈표 5-3-3〉 장애급여 수급자 비율: 2004~2010

(단위: 명, %)

구 분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
장애수당 수급자(A)	126,061	296,565	346,024	398,197	433,413	486,642	308,243
장애연금 수급자수(B)	52,418	60,647	68,950	74,717	79,696	81,136	82,545
장애인연금 수급자수(C)	-	-	-	-	-	-	257,958
등록장애인수(D)	1,610,994	1,777,400	1,967,326	2,104,889	2,246,965	2,429,547	2,517,312
장애급여수급률 (A+B+C/D×100)	11.08	20.10	21.09	22.47	22.84	23.37	25.77

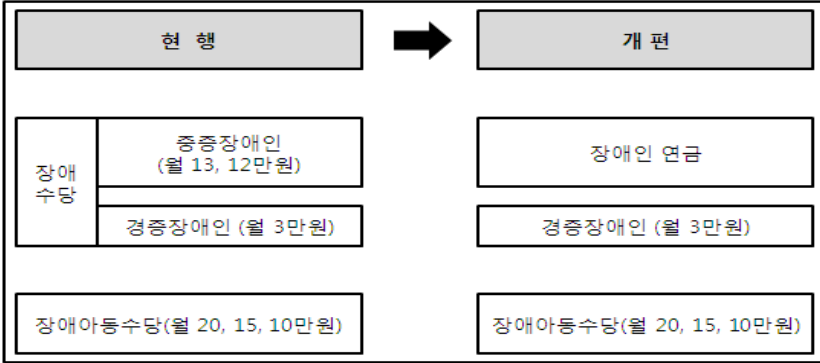
주: 국민연금은 장애일시보상금포함, 공무원연금은 장애유족연금수급자(446명) 제외, 사학연금은 유족연금전환자 제외.
 자료: 보건복지부 장애인연금팀, 국민연금관리공단, 공무원연금관리공단, 사립학교교직원연금공단 연금통계연보, 각 년도

다. 장애인연금 지급

2010년 7월 시행된 장애인연금제도는 중증장애인의 생활안정을 지원하고 복지증진을 도모하고자 생활이 어려운 중증장애인에게 매월 일정액의 연금을 지급한다. 장애수당이 기초생활수급자 및 차상위 계층에게만 지급되는 것에 비해 장애인연금은 중증장애인 중 차상위초과계층(소득하위 56%)까지 지급대상을 확대하였다.

장애인연금 대상자는 18세 이상의 등록된 중증장애인(장애등급 1급, 2급 및 3급 중복 장애인)중 소득인정액이 선정기준액 이하인 자로서 2010년 12월 말 기준 총 25만 8천명의 중증장애인에게 지급되었다. 선정기준액은(2011년도 현재) 단독가구 53만원, 부부가구 84.8만원이다.

[그림 5-3-3] 장애인연금과 장애수당과의 관계



라. 장애수당 수급자수

1990년 도입된 장애수당은 다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 저소득중증 및 중복장애인의 경제적 생활안정을 위해 지급하고 있었으나, 2010년 7월 장애인연금이 도입됨에 따라 그 지급대상이 조정되었다. 2010년 7월 이후 지급대상은 국민기초생활보장법에 따른 수급자 및 차상위 계층으로 18세 이상의 경증(3~6급) 등록장애인이다. 2010년 12월말 30만 8천명의 장애인에게 월 2~3만원의 장애수당을 지급하였다.

〈표 5-3-4〉 장애수당 현황: 2005~2010

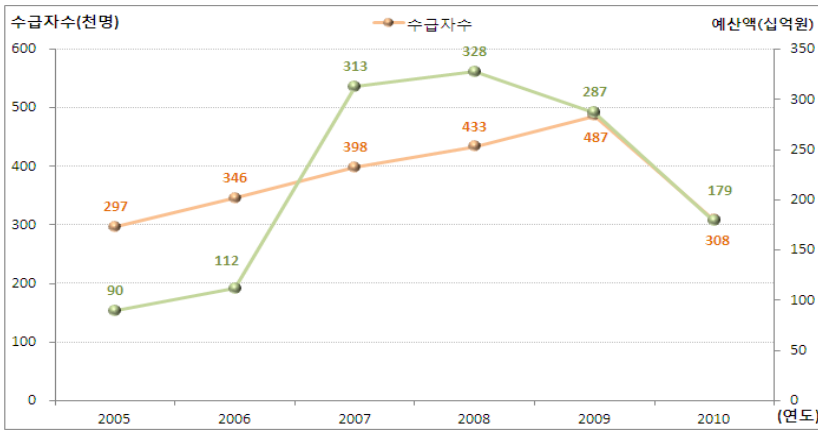
(단위 : 백만원, 천명)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
예산액	89,683	111,931	313,032	327,891	287,036	179,162
수급자수	296,565	346,024	398,197	433,413	486,642	308,243
지급금액	* 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	* 기초 및 차상위경증 월 3만원

- 주: 1) 중증 : 장애등급이 1~2급인 자, 3급 지적 또는 자폐성 증복장애인
 2) 경증 : 장애등급이 3~6급인 자
 3) 장애수당수급자수는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 18세이상 등록장애인 중 장애수당을 받고 있는 실집행수급자수임.

자료: 보건복지부, 장애인연금팀

〔그림 5-3-4〕 장애수당 수급자수와 재정추이: 2005~2010



자료: 보건복지부, 장애인연금팀

마. 장애아동수당 수급자수

저소득(기초생활수급대상 또는 차상위계층 등) 장애인가구의 생활안정을 도모하기 위해 장애아동의 보호·양육에 소요되는 추가비용을 부양자에게 지급하고 있다. 수급자수는 2005년도 약 3,054명에서 2010년도 23,057명으로 5년간 7.5배 증가하였다. 2010년부터 기초생활수급자 및

차상위계층의 모든 재가등록 장애아동(18세 미만)으로 그 대상을 확대 하였다.

〈표 5-3-5〉 장애아동수당 수급자수와 재정현황: 2005~2010

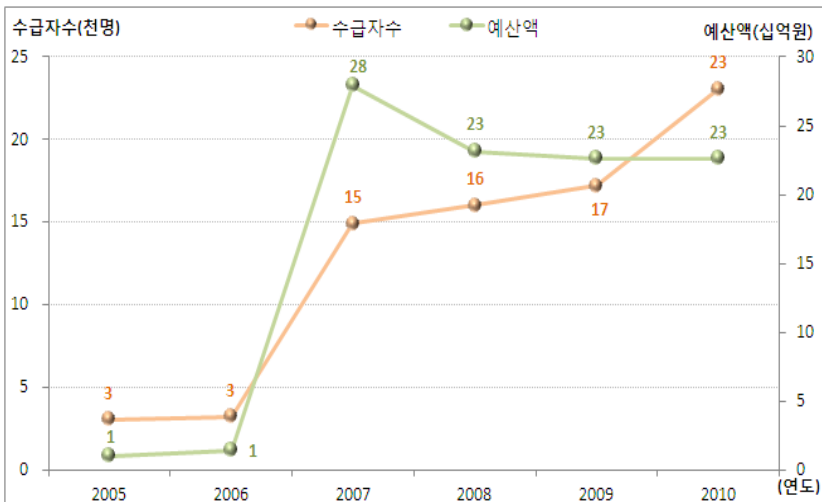
(단위: 백만원, 명)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
예산액	1,039	1,455	27,930	23,158	22,630	22,630
수급자수	3,054	3,217	14,895	16,001	17,224	23,057

자료: 보건복지부, 장애인연금팀

재정은 2005년도 10억원에서 2010년도 226억원으로 4년간 21.8배 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 5-3-5〕 장애아동수당의 수급자 수와 재정추야: 2005~2010



바. 장애인 활동보조서비스 수혜율

장애인의 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인의 자립생활과 사회참여를 증진하고자 장애인에게 활동보조 서비스를 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 5월부터 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 5-3-6〉 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.

사. 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 2010년도 장애인고용률이 36.0%이다. 이는 전체 고용률(60.0%)의 60.0%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.

$$\text{장애인 실업률} = \frac{\text{15세 이상 장애인 실업자수}}{\text{경제활동 장애인 인구}} \times 100$$

2010년도 장애인실업률은 6.6%로 이는 전체 실업률(3.2%)의 2.1배에 해당한다.

〈표 5-3-7〉 전체인구와 장애인의 경제활동상태 성별 비교: 2010

(단위: 명, %)

성 별	15세 이상 인구	경제활동인구			경제활동 참가율	실업률	고용률
		계	취업자	실업자			
장애인구	2,376,431	915,217	855,158	60,059	38.5	6.6	36.0
남 성	1,391,839	673,231	631,960	41,271	48.4	6.1	45.4
여 성	984,592	241,985	223,197	18,788	24.6	7.8	22.7
전체인구 (천명)	41,435	25,099	24,306	793	60.6	3.2	58.7
남 성 (천명)	20,607	14,635	14,116	519	71.0	3.5	68.5
여 성 (천명)	20,808	10,464	10,190	274	50.2	2.6	49.0

주 : OECD기준, 즉 통계청의「경제활동인구조사」의 경제활동판단기준(실업자[4주간 구직기간])으로 제시함
가중치 적용 등으로 전체 수치와 표내의 합계가 일치되지 않는 경우가 있을 수 있음
전체인구의 경우 천명 단위임

경제활동참가율(%)=(경제활동인구/15세 이상 인구)×100

실업률(%)=(실업자/경제활동인구)×100

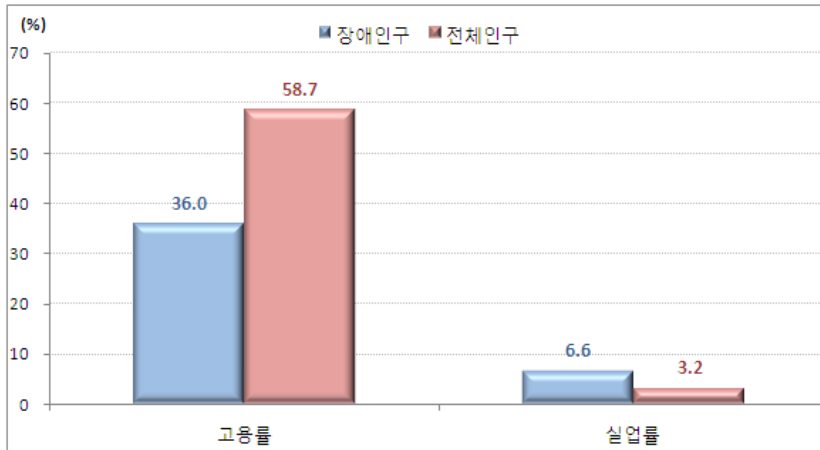
고용률(%)=(취업자/15세 이상 인구)×100

2010년 5월 기준임

자료 : 한국장애인고용공단, 『2010 장애인 경제활동 실태조사』, 2010.

통계청, 『장애인구추계(2011년 12월)』, 통계청, 『경제활동인구조사(2010년 5월)』, 2010에서 재구성.

〔그림 5-3-6〕 장애인과 전체인구의 고용률과 실업률 비교



자료 : 한국장애인고용공단, 『2010 장애인 경제활동 실태조사』, 2010.

통계청, 『경제활동인구조사(2010년 5월)』, 2010에서 재구성.

〈표 5-3-8〉 OECD 주요국 장애인의 고용률, 실업률

(단위: %)

	장애인		비장애인		고용격차 장애인/비장애인	
	고용률	실업률	고용률	실업률	고용률	실업률
한국	36.0	6.6	58.7	3.2	61.3	206.3
호주	39.8	7.8	79.4	4.2	50.1	185.7
룩셈부르크	50.4	12.8	71.3	3.9	70.7	328.2
스페인	35.7	21.7	71.1	9.5	50.2	228.4
스위스	54.9	8.4	85.5	2.7	64.2	311.1
영국	45.3	7.4	81.4	4.2	55.7	176.2
노르웨이	44.7	6.9	83.4	3.7	53.6	186.5
폴란드	17.6	21.8	62.1	19.0	28.3	114.7
덴마크	52.3	7.6	81.6	4.5	64.1	168.9
핀란드	43.5	19.5	76.8	8.4	56.6	232.1
아일랜드	32.9	20.1	72.7	7.3	45.3	275.3
네덜란드	44.5	8.0	80.5	3.4	55.3	235.3

주 1) 2000년 후반 기준임

2) 본 조사에서 근로가능연령은 20~64세로 봄

자료 : OECD, 『Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers』, 2010.

원자료 : EU-SILC 2007(Wave 4), ECHP 1995(Wave 2)

호주(Survey of Disability and Carers 2003, 1998), 덴마크(LFS 2005, 1995), 핀란드(ECHP 1996), 네덜란드(LFS 2006, 1995), 노르웨이(LFS 2005), 폴란드(LFS 2004, 1996), 스웨덴(ECHP 1997), 영국(LFS 2006, 1998)

노동부·한국장애인고용촉진공단 고용개발원, 『2010 장애인 통계』

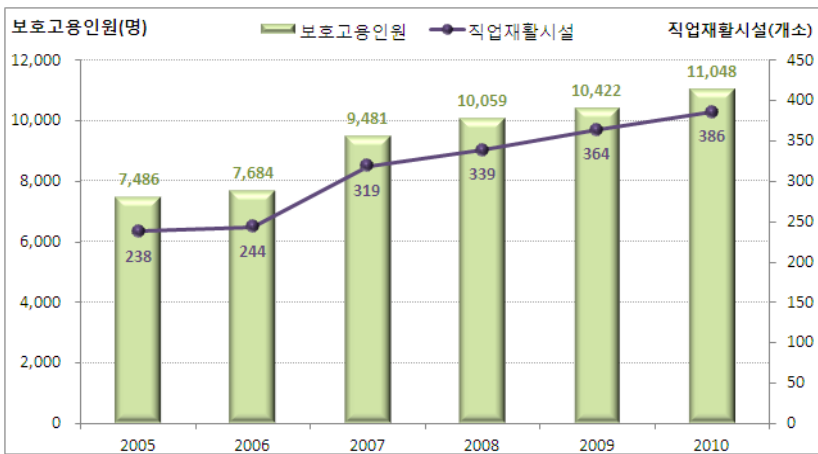
OECD 주요국가의 2000년 중반 장애인 고용률은 50%수준의 스위스(54.9%)와 룩셈부르크(50.4%), 40%대의 호주(39.8%), 우리(36.0%)와 비슷한 35.7%의 스페인이 있다. 실업률은 21.8%의 폴란드, 21.7%의 스페인, 20.1%의 아일랜드가 20%대였고, 우리(6.6%)와 비슷한 국가로는 노르웨이(6.9%)가 있다.

아. 장애인 직업재활시설 및 보호고용수

중증장애인의 고용률 성과지표로 직업재활시설 보호고용비율을 이용한다. 직업재활시설 보호고용 장애인수는 장애인 직업재활의 현실태를 나타낸다. 장애인직업재활시설은 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장

애인이 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.

[그림 5-3-7] 직업재활시설 및 보호고용수: 2005~2010



자료: 보건복지부, 『2011 보건복지통계연보』, 2011.

직업재활시설은 2005년 238개소에서 2010년 386개소로 매년 꾸준히 증가하고 있다. 이와 더불어 근로장애인 수도 2005년 7,486명에서 2010년 11,048명으로 매년 꾸준히 증가추세이다.

〈표 5-3-9〉 직업재활시설 및 보호고용수: 2005~2010

(단위: 개소, 명)

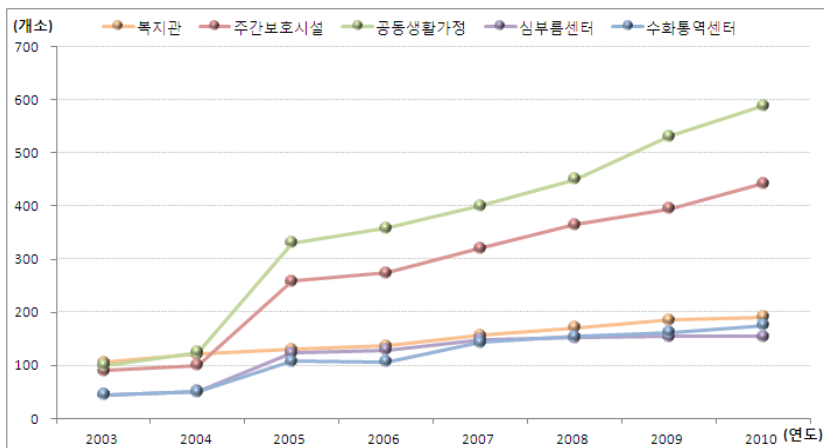
구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010
직업재활시설	238	244	319	339	364	386
보호고용인원	7,486	7,684	9,481	10,059	10,422	11,048

자료: 보건복지부, 『2011 보건복지통계연보』, 2011.

자. 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.

[그림 5-3-8] 장애인 지역사회 재활시설수: 2005~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

이중 장애인지역사회재활시설은 장애인복지관, 장애인공동생활가정, 장애인주간보호, 단기보호시설, 장애인의료재활시설, 장애인수련시설, 수화통역센터, 심부름센터, 점자도서관, 점자 및 녹음서출판시설 등이 있다. 이들 지역사회재활시설은 규모, 종류, 형태가 다양하고 프로그램도 다양하므로 시설수만 가지고 복지수준을 판단할 수 없다.

〈표 5-3-10〉 장애인 지역사회 재활시설수: 2005~2010

(단위: 개소)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
계	1,049	1,125	1,286	1,419	1,563	1,701
복지관	130	137	157	171	185	191
의료재활시설	14	26	16	17	18	18
주간보호시설	259	274	321	365	395	443
단기보호시설	61	69	76	84	91	103
공동생활가정	331	358	400	450	531	589
체육관	22	25	24	26	27	27
심부름센터	124	129	149	152	154	154
수화통역센터	108	107	143	154	162	176

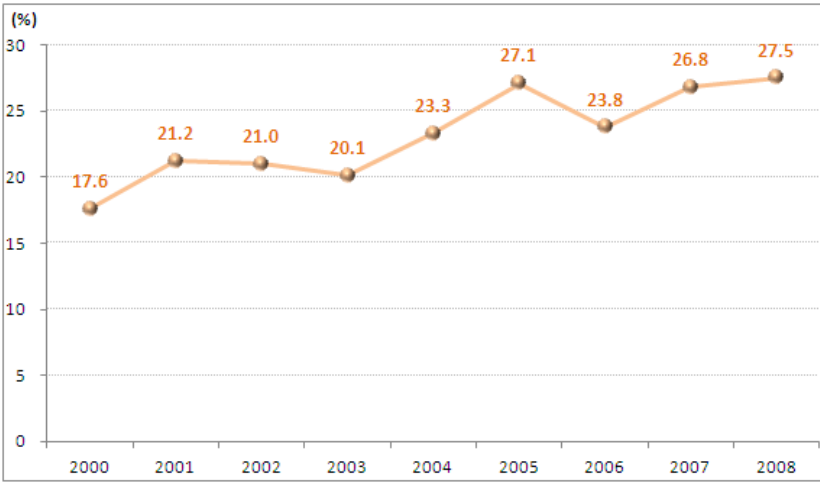
자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

지역사회재활시설은 2005년 1,049개소에서 2006년 1,125개소를 거쳐 2010년 1,701개소로 증가하였다. 2010년 현재 지역사회재활시설은 공동생활가정이 589개소, 주간보호시설이 443개소, 복지관이 191개소의 순으로 구성되어 있으며 증가추세이다.

차. 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 일정금액을 부담하여야 한다. 1995년도 장애인의무고용 준수율은 10.8%, 그 후 꾸준히 증가하여 2008년도 27.5%로 증가하였다.

[그림 5-3-9] 장애인의무고용 준수율 추이: 1995~2008



자료: 통계청, 한국의 사회지표, 각 년도
한국장애인고용촉진공단 고용개발원, 「2008년 사업체 장애인고용 실태조사」, 2009.

<표 5-3-11> 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 300인이상, 2004년 이후는 50인 이상인 사업체인
2) 상시근로자의 2% 이상을 장애인으로 고용한 사업체.
자료: 통계청, 한국의 사회지표, 각 년도
한국장애인고용촉진공단 고용개발원, 「2008년 사업체 장애인고용 실태조사」, 2009.

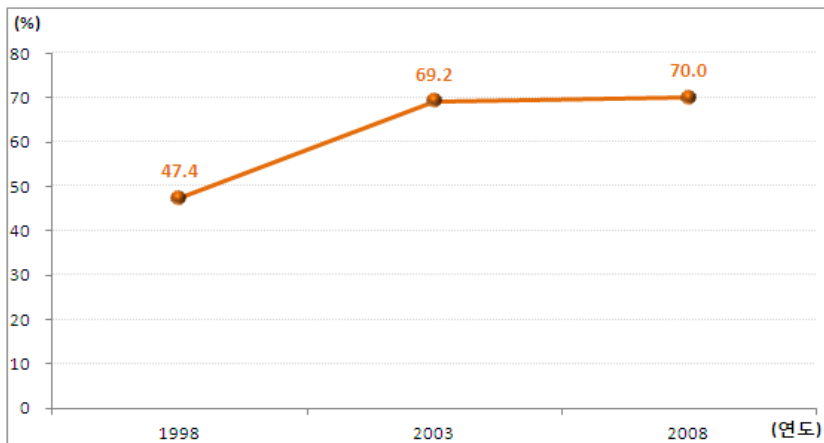
카. 장애인 편의시설 설치율

장애인 편의증진 확충을 위한 평가지표로 장애인 편의시설 설치대상 기관의 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 정책활동도를 한층 높였다.

[그림 5-3-10] 장애인 편의시설 설치율: 1998~2008



〈표 5-3-12〉 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)

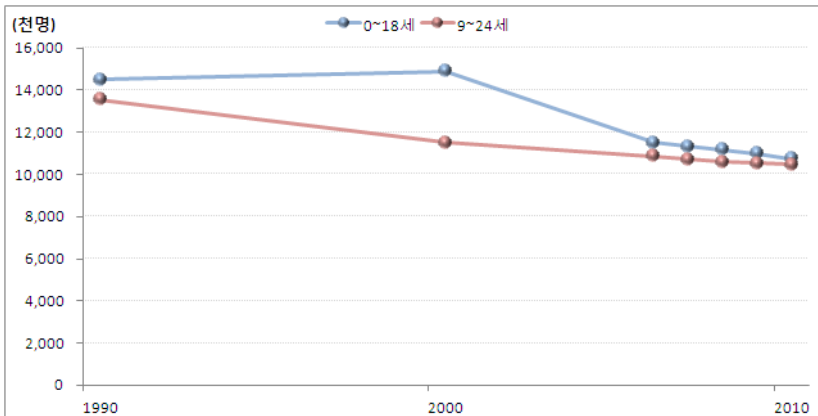
주: 장애인 편의시설 설치율은 5년마다 실시하는 전수조사 결과임.

2. 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 5-3-11] 아동·청소년인구 추이: 1990~2010



자료: 통계청, 「장애인구추계(2011.12)」.

〈표 5-3-13〉 아동·청소년인구 추이: 1990~2011

(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
2006	48,372	11,521	23.8	10,873	22.5
2007	48,598	11,338	23.3	10,707	22.0
2008	48,949	11,187	22.9	10,582	21.6
2009	49,182	10,996	22.4	10,522	21.4
2010	49,410	10,763	21.8	10,465	21.2
2011	49,779	10,538	21.2	10,360	20.8

자료: 통계청, 「장래인구추계(2011.12)」.

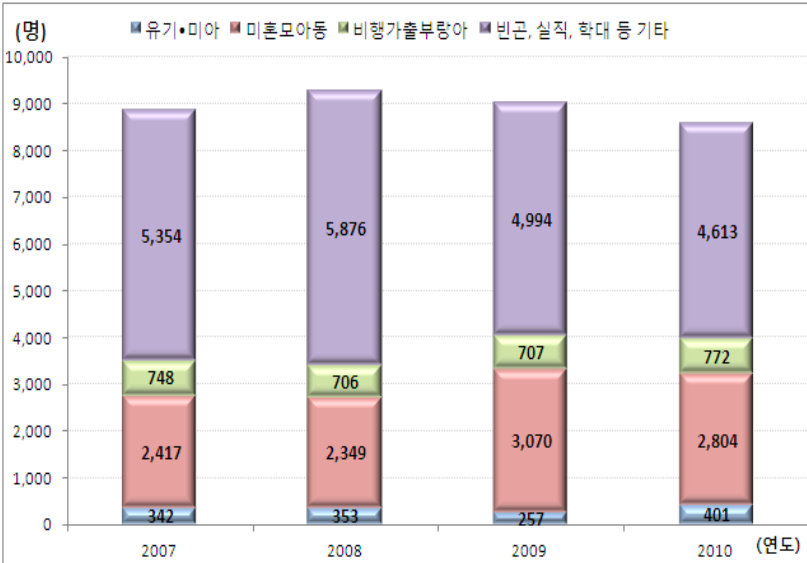
2010년도 아동인구(0~18세) 및 청소년 인구(9~24세)는 각각 전체 인구의 21.8%, 21.2%이다. 이들 인구는 1990년과 비교해 볼 때 계속 감소추세이지만 사회복지는 더 필요로 하고 있다.

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 비행기출 등이 요보호아동 증가에 작용하고 있다.

요보호아동 발생유형을 보면 2010년 한해 동안 발생한 요보호아동은 8,590명. 이 가운데 빈곤, 실직, 학대 등이 4,613명으로 전체의 53.7%를 차지했고, 미혼모아동이 2,804명으로 32.6%로 나타났다.

[그림 5-3-12] 요보호아동 발생원인과 추이: 2007~2010



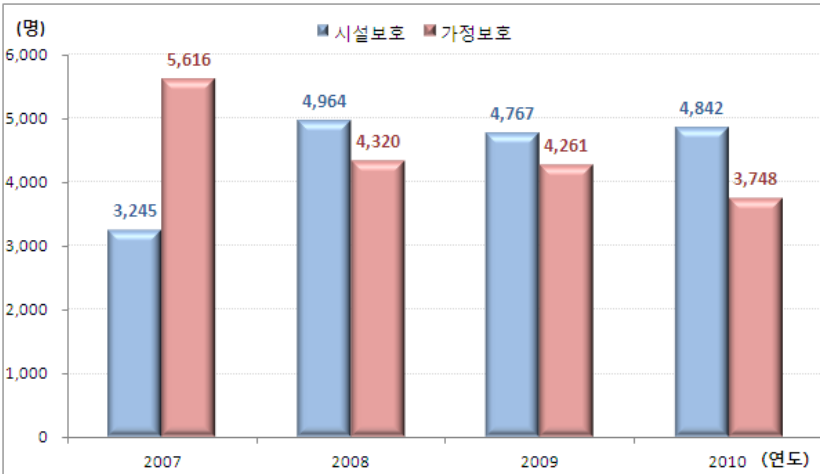
자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

<표 5-3-14> 요보호아동 발생원인: 2007~2010

	(단위 : 명, %)			
	2007	2008	2009	2010
계	8,861 (100.0)	9,284 (100.0)	9,028 (100.0)	8,590 (100.0)
유기	305 (3.4)	202 (2.2)	222 (2.5)	191 (2.2)
미혼모아동	2,417 (27.3)	2,349 (25.3)	3,070 (34.0)	2,804 (32.6)
미아	37 (0.4)	151 (1.6)	35 (0.4)	210 (2.4)
비행가출부랑아	748 (8.4)	706 (7.6)	707 (7.8)	772 (9.0)
빈곤, 실직, 학대 등 기타	5,354 (60.4)	5,876 (63.3)	4,994 (55.3)	4,613 (53.7)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

[그림 5-3-13] 요보호아동 보호현황 추이: 2007~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

우리의 아동보호는 비밀입양위주의 입양문화와 혈연중심의 가족문화 등으로 입양가정위탁보다는 아동시설보호 위주로 이루어져 왔다. 2010년도 시설보호 비율(56.4%)이 위탁보호 비율(24.7%)에 비해 높다.

<표 5-3-15> 요보호아동 보호현황: 2007~2010

(단위 : 명, %)

	계	시 설 보 호			가 정 보 호			
		소계	아동 시설	장애아 시설	소계	소년소녀 가정	입양	위탁 보호
2007	8,861	3,245	3,206	39	5,616	247	1,991	3,378
	(100.0)	(36.6)			(63.4)			
2008	9,284	4,964	4,925	39	4,320	178	1,304	2,838
	(100.0)	(53.5)			(46.5)			
2009	9,028	4,767	4,732	35	4,261	213	1,314	2,734
	(100.0)	(52.8)			(100.0)			
2010	8,590	4,842	4,819	23	3,748	231	1,393	2,124
	(100.0)	(56.4)			(43.6)			

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, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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 가치 있는 미래투자이다.

다. 입양아동수 추이

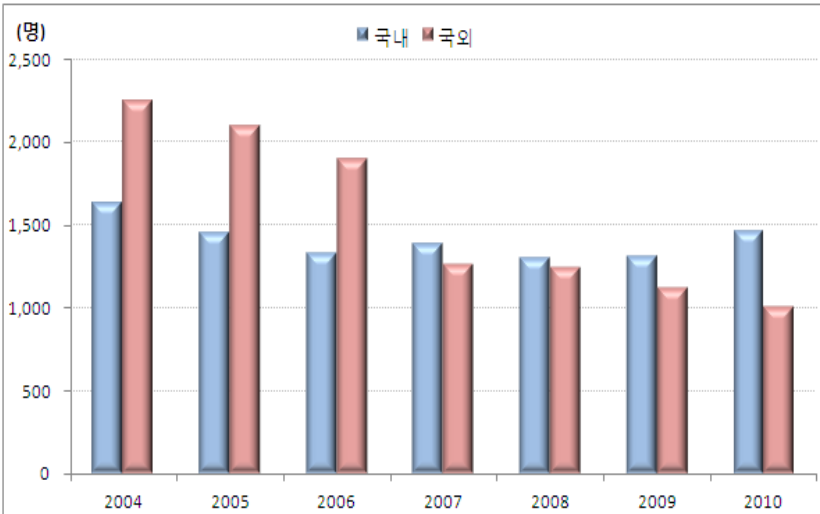
아동의 입양정책은 요보호아동에게 건전하고 영구적인 가정의 보호를 받도록 하는 국가적 사회적인 대책이다. 우리나라에 있어서 입양사업은 한국전쟁 이후의 전쟁고아에 대한 국외입양이 시작된 이래로 2003년 이전까지 총 217,291명이 입양되었으며, 이 중 전체입양아동의 70%를 국외입양아동이 차지하고 있다. 이후 아동은 자신이 태어난 나라에서 우선적으로 보호되어야 한다는 아동복지적 관점에서 국내입양의 활성화 노력들이 정부와 사회에 의해 지속되었다.

최근 입양아동수는 3,899명(2004년)에서 2,475명(2010년)으로 감소 추세이다. 특히 해외입양아동은 2,258(2004년)에서 1,013명(2010년)으로 급감하고 있다.

또한 정부의 국내입양 활성화 정책의 추진, 입양에 대한 사회적 인식 제고 등으로 2007년부터 전체 입양아동 중 국내입양비율이(2010년 59.1%) 국외입양비율을 추월하였다.

앞으로 국내입양의 활성화를 위해 국민인식 개선을 위한 대국민 홍보 활동, 입양가정에 대한 제도적/경제적 지원, 그리고 효율적인 입양사후 관리 서비스 제공체계구축 등이 요구된다.

[그림 5-3-14] 국내 및 국외 입양아동수 추이비교: 2004~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

〈표 5-3-16〉 입양아동수 추이: 2003~2010

(단위: 명, %)

연도	계	2003년 이전	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
입양아동	238,105	217,291	3,899	3,562	3,231	2,652	2,556	2,439	2,475
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
국내	74,409	64,505	1,641	1,461	1,332	1,388	1,306	1,314	1,462
	(31.3)	(29.7)	(42.1)	(41.0)	(41.2)	(52.3)	(51.1)	(53.9)	(59.1)
국외	163,696	152,786	2,258	2,101	1,899	1,264	1,250	1,125	1,013
	(68.7)	(70.3)	(57.9)	(59.0)	(58.8)	(47.7)	(48.9)	(46.1)	(40.9)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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. 아

동학대발생률은 학대경험이 있는 아동수의 비율을 의미한다.

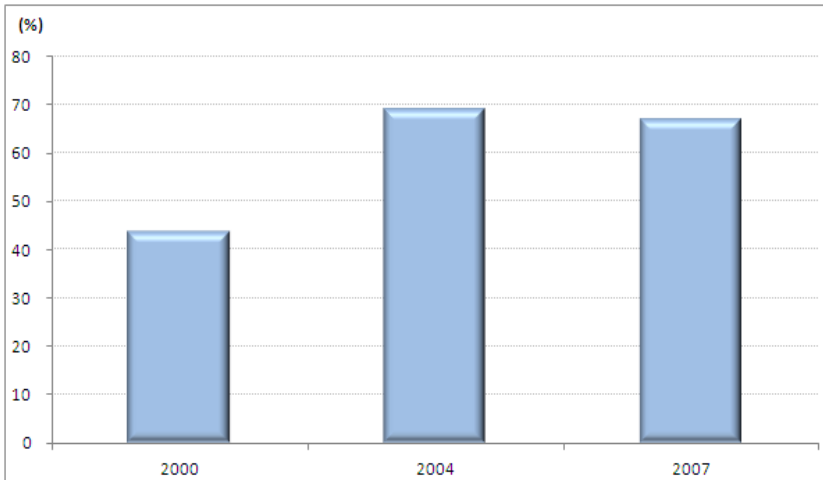
아동학대발생률의 증가는 현재 신고에 의한 통계치로 아동학대 발생률을 대표하기 힘들다는 한계점이 있다. 또한 우리나라는 아동보호서비스 도입이 10년도 채 되지 않는 짧은 기간을 고려한다면, 선진국과의 비교에서 발생률이 낮은 것도 긍정적으로 평가하기 힘들다. 이는 아직 아동학대에 대한 인식이 선진국에 비하여 낮은 것에 기인할 가능성이 높기 때문이다.

〈표 5-3-17〉 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 5-3-15〕 아동학대 발생률: 2000~2007



자료: 1) 보건복지가족부, 『아동학대의 실태 및 후유증 연구』,2000.
 2) 여성가족부, 『2004년 전국 가정폭력 실태조사』,2004.
 3) 여성가족부, 한국보건사회연구원, 『2007년 전국 가정폭력 실태조사』,2007.

2007년 8월을 기준으로 1년 이내 발생한 아동학대발생률은 66.9%로 아동 10명당 6.7명 정도가 아동학대경험이 있는 것으로 나타났다. 아동학대발생률은 2000년도에 비해서는 23.2%포인트가 증가한 수치이고, 2004년도에 비해서는 2.3%포인트가 감소한 수치이다.

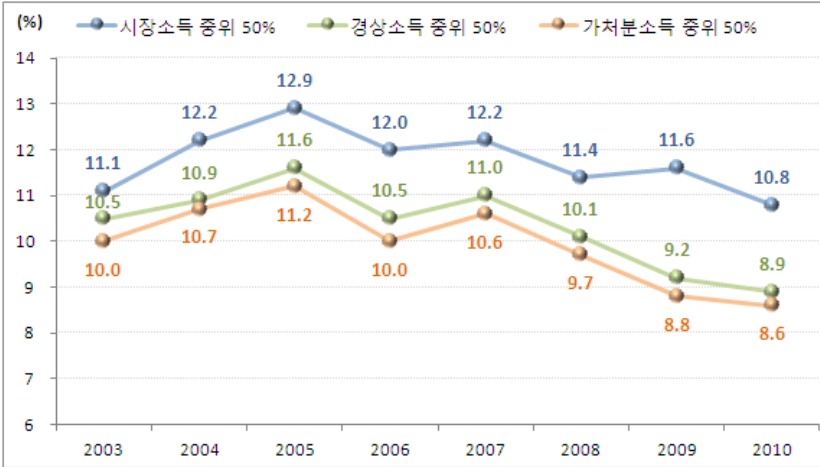
마. 아동빈곤율 추이

아동빈곤이란 18세 미만의 아동으로 빈곤한 가족에 속해 있는 경우를 말하는데 아동들은 피부양자이고 다른 연령층에 비해 사회정책적인 관심을 덜 받기 때문에 빈곤 가능성이 높다. 아동빈곤율은 각 년도 18세 미만의 전체 아동인구 가운데 빈곤가구에 살고 있는 아동인구 비율이며, 대부분의 연구에서 사용한 가구수입을 기준으로 빈곤 대 비빈곤 아동을 구분하여 지표로 활용한다.

$$\text{아동빈곤율} = \frac{\text{빈곤선 이하(중위소득 50\%)의 가구에 살고있는 아동인구}}{\text{전체 아동인구}} \times 100$$

아동빈곤율(시장소득, 중위 50%)은 2005년 12.9%를 정점으로 꾸준히 감소하여, 2010년에는 10.8%로 나타났다. 이는 빈곤아동 가정지원 서비스 확대와 지역아동센터 활성화 등으로 빈곤의 개선효과가 가시화된 것으로 생각된다.

[그림 5-3-16] 아동빈곤율 추이(중위 50%, 시장, 경상, 가처분): 2003~2010



자료: 한국보건사회연구원 「2011년 빈곤통계연보」, 2011.

<표 5-3-18> 아동빈곤율 추이: 2003~2010

(단위: %)

	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위40%	중위50%	중위60%	중위40%	중위50%	중위60%	중위40%	중위50%	중위60%
2003	6.3	11.1	17.2	5.6	10.5	17.1	5.4	10.0	16.6
2004	7.1	12.2	18.5	5.9	10.9	18.3	5.8	10.7	17.7
2005	7.6	12.9	18.7	5.9	11.6	18.2	5.5	11.2	17.6
2006 ¹⁾	7.4	12.0	18.2	5.7	10.4	17.5	5.5	10.0	16.9
2007 ¹⁾	7.8	12.2	18.5	6.1	10.9	17.8	5.6	10.6	16.9
2008 ¹⁾	7.3	11.3	16.6	5.3	10.0	15.5	5.0	9.6	15.3
2009 ¹⁾	7.3	11.6	17.0	4.7	9.1	15.9	4.4	8.8	15.5
2010 ¹⁾	7.3	10.8	15.3	5.0	8.9	14.3	4.9	8.6	13.9
2006 ²⁾	7.4	12.0	18.2	5.7	10.5	17.5	5.5	10.0	16.9
2007 ²⁾	7.9	12.2	18.5	6.1	11.0	17.8	5.6	10.6	16.9
2008 ²⁾	7.3	11.4	16.7	5.3	10.1	15.6	5.0	9.7	15.4
2009 ²⁾	7.3	11.6	17.0	4.7	9.2	15.9	4.4	8.8	15.5
2010 ²⁾	7.3	10.8	15.3	5.0	8.9	14.3	4.9	8.6	13.9

주: 중위소득 지출, 전가구 기준

1) 1인가구, 농어가가구 제외.

2) 1인가구포함, 농어가가구 제외.

자료: 김태완 외(2011), 「2011년 빈곤통계연보」, 한국보건사회연구원.

바. 가출청소년 발생현황

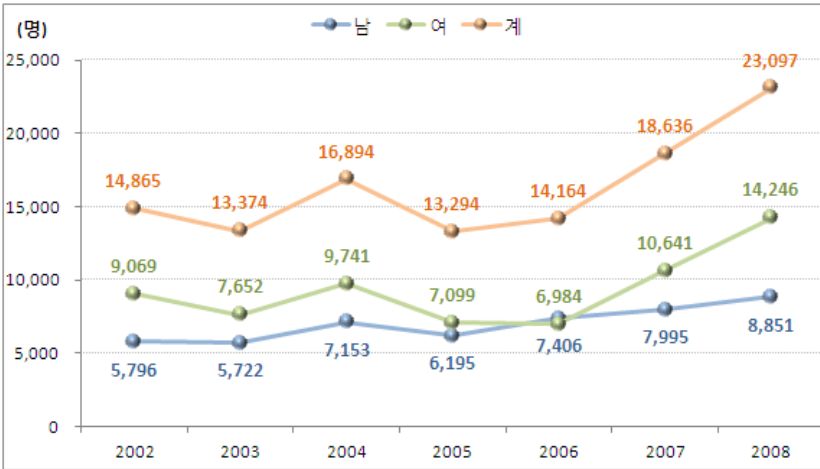
청소년 가출과 이에 따른 문제는 간과할 수 없는 사회현상이 되고 있으며, 모든 청소년 문제의 출발점이 된다. 가출청소년이란 18세 미만의 청소년이 부모나 보호자의 동의 없이 집을 떠나서 24시간 이상 귀가하지 않는 경우를 말한다. 청소년가출은 단순히 집을 떠난다는 사실보다 집을 떠나 여러 가지 예상치 않은 어려움과 위험에 처하게 된다는 점에서 문제의 심각성이 있다.

먼저 의식주를 해결하기 위해 돈을 마련해야 하지만, 자신에게 맞는 일자리를 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 초등학교 생까지로 저 연령화되고 집으로 돌아가지 않는 "만성화"가 되어가는 것이 문제이다. 가출청소년에 대한 국가와 사회의 대책뿐만 아니라 가정에서도 관심이 필요하다.

[그림 5-3-17] 가출청소년 발생추이: 2002~2008



자료: 보건복지가족부, 「청소년유해환경 집중종합실태조사(2008)」

<표 5-3-19> 가출청소년 발생추이: 2002~2008

(단위 : 명)

	2002	2003	2004	2005	2006 ¹⁾	2007	2008
계	14,865	13,374	16,894	13,294	14,164	18,636	23,097
남	5,796	5,722	7,153	6,195	3,406	7,995	8,851
여	9,069	7,652	9,741	7,099	5,984	10,641	14,246

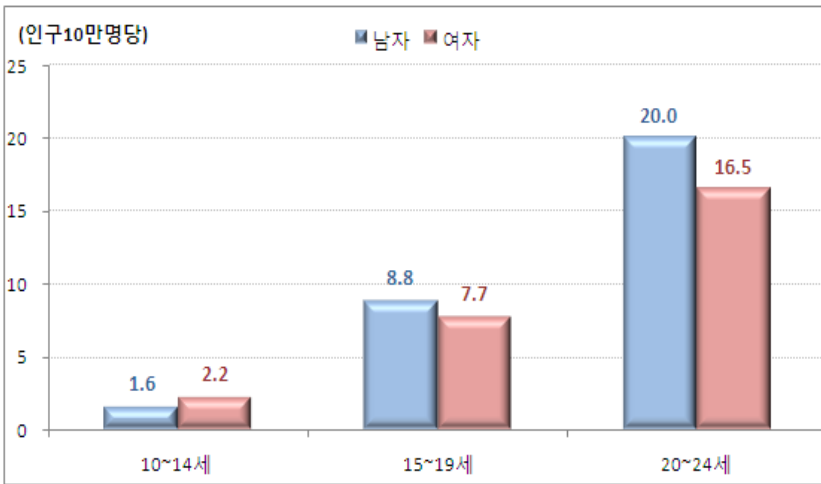
주: 1) 성별 분류가 안 되는 4,774명은 9~13세의 실종아동 등임.
 자료: 보건복지가족부, 「청소년유해환경 집중종합실태조사(2008)」

사. 아동·청소년 자살률(5~24세)

아동·청소년기는 신체적, 정서적, 도덕적, 사회적으로 급속한 성장을 겪는 시기이다. 이때는 감수성이 예민하여 사소한 일에도 상처를 받고, 이성에 대해 관심을 가지기 시작하며 이러한 일 들이 왜곡되어 나타날 때에는 반사회적인 행동으로 나타나기도 한다. 아동·청소년의 자살이 발생하는 주요 원인으로는 급속한 정신적·신체적 변화에서 오는 스트레스,

과열경쟁적인 교육제도에 따른 스트레스유발, 매스미디어를 통한 자살정보 등을 들 수 있다. 우리나라 청소년의 자살은 매년 이들 사망원인의 1위에서 3위를 차지할 정도로 심각하다.

[그림 5-3-18] 청소년 자살률 연령대별, 성별: 2010



자료: 통계청, 「사망원인통계(전국편)」

<표 5-3-20> 아동·청소년 자살률 연령대별, 성별: 2010

(단위: 명, 인구 10만 명당)

	아동·청소년의 자살(고의적 자해)					
	계		남자		여자	
	사망자수	자살률	사망자수	자살률	사망자수	자살률
원인별 총계	15,566	31.2	10,329	41.4	5,237	21.0
아동·청소년 자살계	926	7.6	520	4.3	406	3.3
5~9세	0	-	0	-	0	-
10~14세	61	1.9	27	1.6	34	2.2
15~19세	292	8.3	165	8.8	127	7.7
20~24세	573	18.3	328	20.0	245	16.5

자료: 통계청, 「사망원인통계(전국편)」

아동·청소년(5~24세)의 2010년도 자살에 의한 사망자수는 926명으로 하루 평균 2.5명이 자살하고 있다. 또한 인구 10만명당 자살률은 7.6명이며 남자 4.3명, 여자 3.3명으로 남자가 높게 나타났다. 자살률을 연령대별로 보면, 10~14세는 1.9명, 15~19세는 8.3명, 그리고 20~24세는 18.3명으로 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.

아. 아동·청소년 10만명당 위험환경 경험수

모험심과 호기심이 많은 아동과 청소년들에게 안전사고가 많이 발생하고 있다. 이들 사고로는 교통, 익사, 추락, 질식, 화상, 중독 등이다. 또한 학교폭력이 빈번히 발생하고 있다. 최근 학교폭력은 저연령화, 여학생폭력, 집단폭력, 목격자들의 방관 경향, 장난을 빙자한 폭력, 폭력서클 형성, 영상매체 영향력, 폭력에 대한 두려움 등의 증가 현상이 뚜렷해지고 있다.

이 지표는 만18세 미만 아동·청소년의 안전사고경험자수와 학교폭력피해경험자수의 합을 의미하며, 아동·청소년 인구10만명당 위험환경 경험률은 증가 추세이다.

$$\text{아동·청소년 10만명당 위험환경 경험률} = \frac{\text{18세 미만 아동·청소년의 안전사고 경험자수} + \text{학교폭력 피해경험자수}}{\text{18세 미만 아동수}} \times 100,000$$

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 5-3-19] 아동·청소년 10만명당 학교폭력피해 경험률 추이: 2006~2010



자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2011.12, 교육과학기술부 학교문화과 내부자료

<표 5-3-21> 아동·청소년 10만명당 학교폭력피해 경험자수: 2006~2010

(단위: 건)

구분	학교 폭력		아동·청소년 10만명당 학교폭력 경험자 수
	심의건수 ¹⁾	피해학생 수	
2006	3,980	5,752	52.8
2007	7,660	14,190	132.6
2008	8,813	16,320	155.6
2009	5,605	14,605	142.5
2010	7,823	19,949	200.0

주: 1) 학교폭력자치위원회 심의건수 임.

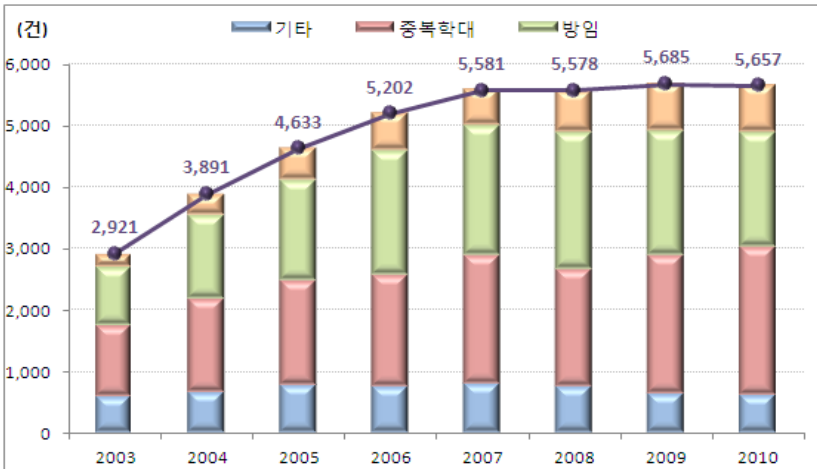
자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2011.12, 교육과학기술부 학교문화과 내부자료

자. 학대피해아동 보호 추이

아동학대는 보호자를 포함한 성인에 의하여 아동의 건강 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 성적 폭력 또는 가혹행위 및 아동의 보호자에 의한 유기와 방임(아동복지법 제2조 4항) 등을 의미한다. 학대피해아동 보호건수는 아동학대의심사례로 아동보호전문기관이 신고 받은 건수 중 아동학대로 판정받은 사례건수이다.

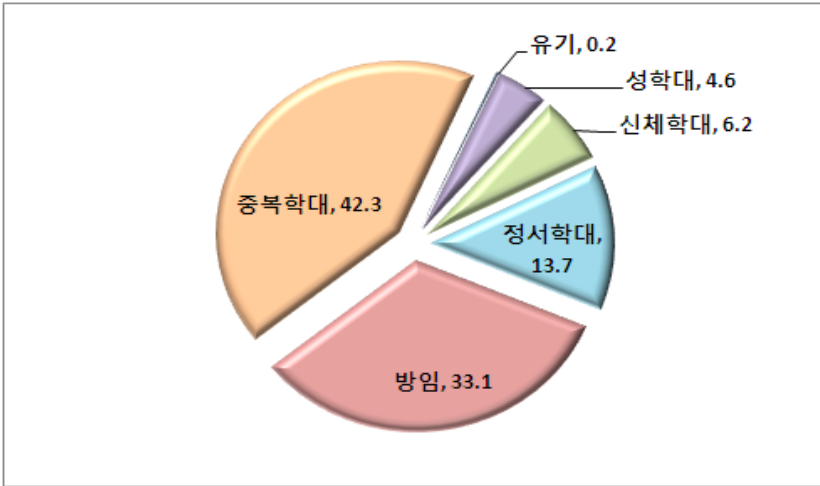
최근 아동학대보호건수는 2003년 2,921건에서 2010년에는 5,657건으로 증가추세이다. 아동학대 사례유형을 보면 두 가지 이상의 학대유형이 동시에 일어나는 중복학대가 42.3%로 가장 높았고, 방임이 33.1%, 정서학대 13.7%, 신체학대 6.2%, 성학대 4.6%, 그리고 유기 0.2%의 순서였다.

[그림 5-3-20] 아동학대 추이: 2003~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

[그림 5-3-21] 아동학대 유형: 2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

<표 5-3-22> 아동학대 유형별 추이: 2003~2010

(단위: 건, %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
계	2,921	3,891	4,633	5,202	5,581	5,578	5,685	5,657 (100)
신체학대	347	364	423	439	473	422	338	348 (6.2)
정서학대	207	350	512	604	589	683	778	773 (13.7)
성학대	134	177	206	249	266	284	274	258 (4.6)
방임	965	1,367	1,635	2,035	2,107	2,237	2,025	1,870 (33.1)
유기	113	125	147	76	59	57	32	14 (0.2)
중복학대	1,155	1,508	1,710	1,799	2,087	1,895	2,238	2,394 (42.3)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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 5-3-23〉 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, 『2008전국아동학대현황보고서』, 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.

차. 헬프콜 1388 일일 이용건수

1388청소년 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 사람이면 누구나 이 전화를 통해 청소년 유해환경 신고, 정보제공, 전문가와의 상담 등이 가능하다. 1388청소년 전화는 보건복지부 주관으로 한국 청소년상담원과 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 2010년도에는 4.3배나 증가하였다.

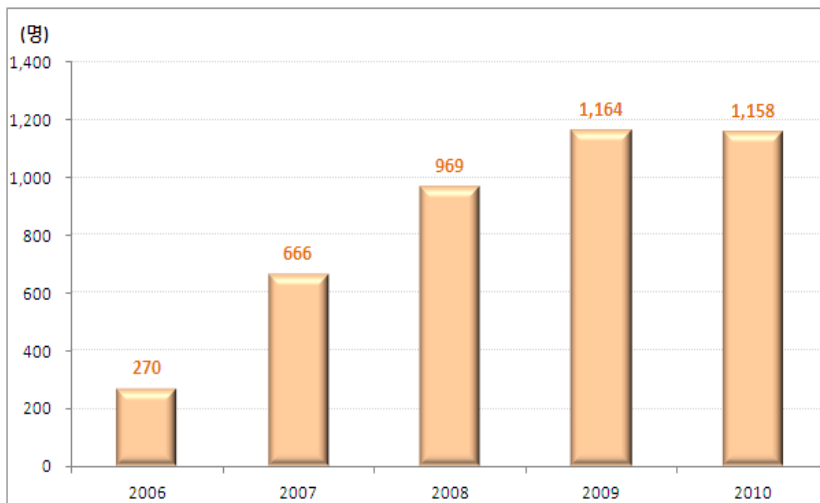
〈표 5-3-24〉 헬프콜 1388 일일 이용건수

연도	2006	2007	2008	2009	2010
건수	270	666	969	1,164	1,158

(단위: 건)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

[그림 5-3-22] 헬프콜 1388 일일 이용건수 추이: 2006~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

카. 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 2010년에는 815억이 적립되었다. 계좌개설아동 및 총적립액이 지속적으로 증가하고 있어 향후 저소득아동의 탈빈곤에 기여할 것으로 보인다.

〈표 5-3-25〉 아동발달지원계좌 지원현황: 2011. 6월말 기준

통장발급	저축아동	저축률	아동저축액	총적립금
42,958명	41,077명	95.6%	451억원	815억원

주: 1) 총적립금 815억원 중 정부매칭은 223억원
 자료: 보건복지부, 아동복지정책과

3. 가족 및 여성복지

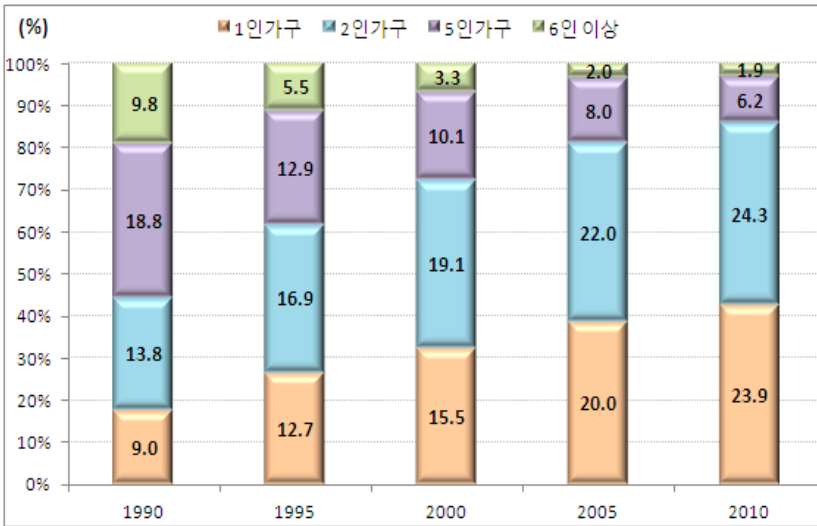
가. 가구 및 가족의 형태

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 가구에서 2005년 1,589만가구, 2010년 1,734만가구로 늘었다. 특히 1인

가구의 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 5-3-23〕 가구원수별 가구형태의 추이비교: 1990~2010



자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

〈표 5-3-26〉 가구원수별 가구형태: 1990~2010

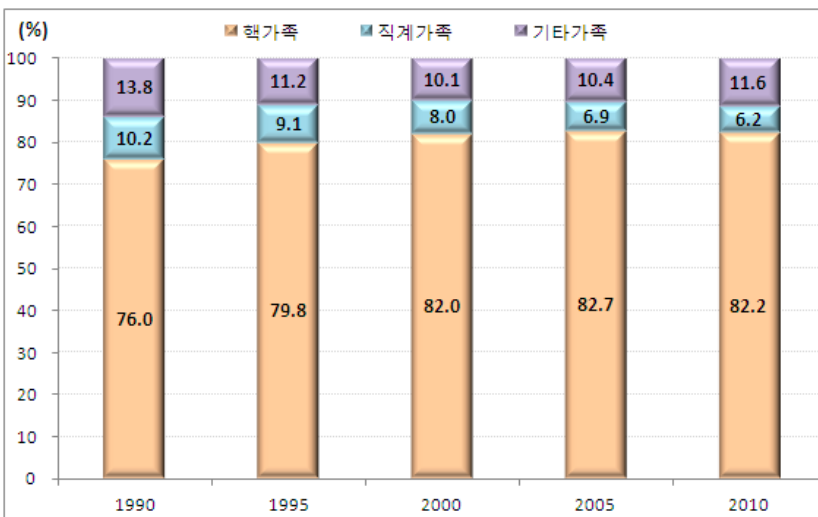
(단위: 천가구, %)

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
2010	17,339	23.9	24.3	21.3	22.5	6.2	1.9

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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 5-3-24] 가족의 형태별 분포: 1990~2010



자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

<표 5-3-27> 가족의 형태별 분포: 1990~2010

(단위: 천가구, %)

연도	혈연가구 ¹⁾	핵가족				직계가족			기타가족
		소계	부부	부부와 미혼자녀	편부(모)와 미혼자녀	소계	부부와 양(편)친	부부와 양(편)친과 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	12,995	82.2	20.6	49.4	12.3	6.2	1.2	5.0	11.6

주: 1) 일반가구에서 비혈연가구 및 1인가구를 제외한 가구수임.

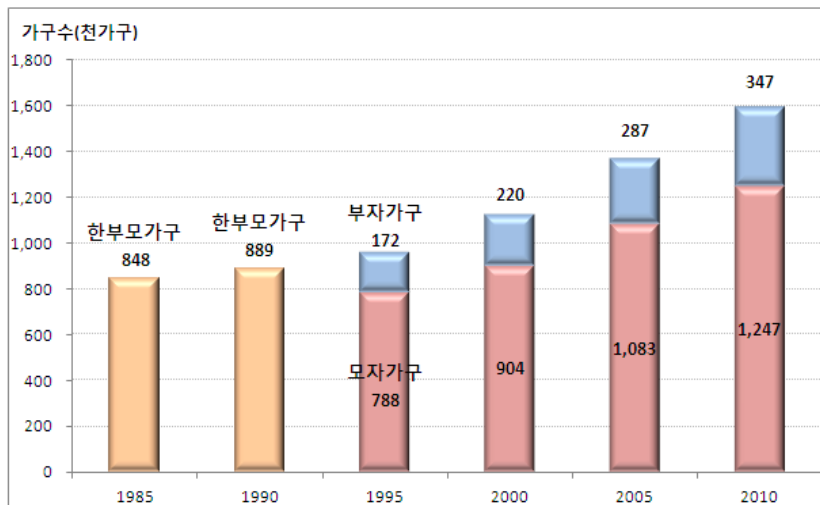
자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

핵가족의 비율은 지속적으로 증가(1990년, 76.0% → 2010년, 82.2%)한데 반해 직계가족의 비율은 1990년 10.2%에서 2010년 6.2%로 감소하고 있다. 또한 핵가족 중에서 부부가구의 비중은 매우 급격하게 증가하여 지난 20년 동안 2배 이상 늘어났고, 한부모와 미혼 자녀로 구성된 핵가족 역시 12.3%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 돌봄 노동과 경제활동 참여의 책임을 동시에 양립해야하므로 일반적인 가족과는 다른 혹은 추가적인 복지서비스에 대한 욕구가 발생한다.

[그림 5-3-25] 한부모가족의 추이: 1985~2010



주: 1985년과 1990년은 모자가구와 부자가구의 구분이 없음
 자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각 연도.

한부모가족은 지난 25년간 연평균 2.4%의 증가를 보이고 있다. 총 가구수 대비 한부모가족의 비율은 1985년 8.9%에서 9.2%(2010년)로 다소 증가하였다. 또한 전체 한부모가족 중 모자(母子)가구의 비율의 감소(1995년, 82.1% → 2010년, 78.2%)에도 불구하고 부자(父子)가구의 비율은 지속적으로 증가(17.9% → 21.8%)하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-3-28〉 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	17,339	1,594(9.2)	1,247	347

주: 1985년과 1990년의 한부모의 성별(性別) 가구수의 분류에 관한 데이터는 유용하지 않음.
 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 5-3-29〉 한부모가족 분포의 국제비교

(단위: %)

	덴마크	프랑스	미국	이탈리아	한국		
					2000	2005	2010
계	5.1	8.0	9.2	8.9	7.9	8.6	9.2
여성한부모	85.1	85.3	77.5	82.5	80.4	79.0	78.2
남성한부모	14.9	14.7	22.5	17.5	19.6	21.0	21.8

주: 프랑스는 1999년; 미국, 덴마크와 이탈리아는 2001년임.
 자료: OECD, Family database(2010.1.7일자); 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 우선적으로 비공식자원에 의존하게 된다. 경제위기를 겪으면서 조손가구의 수는 1995년 35,194가구에서 2010년 68,175가구로 지난 15년간 연평균 4.9%증가한 것으로 나타났다. 또한 전체 가구수 대비 조손가구의 비율은 1995년 0.27%에서 2010년 0.39%로 증가하고 있다.

〈표 5-3-30〉 조손가구 수: 1995~2010

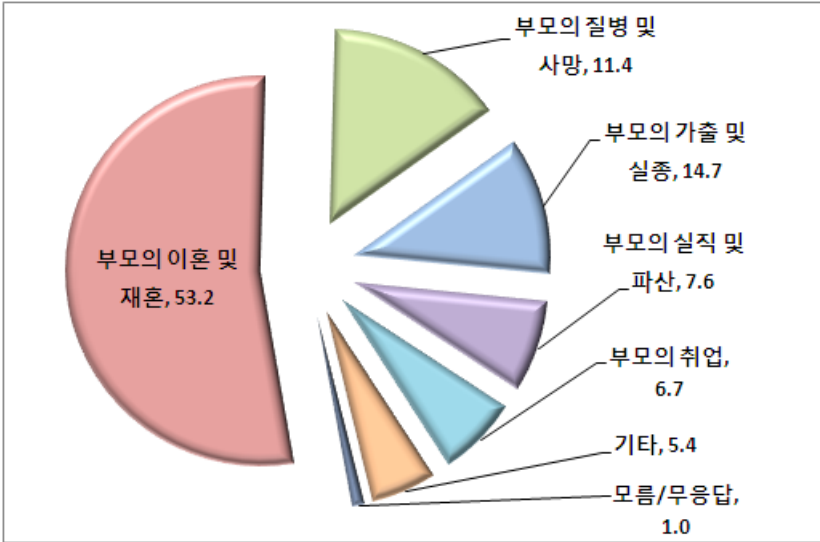
(단위: 가구)

연도	1995	2000	2005	2010
조손 가구수	35,194	45,225	58,101	68,135
전체가구수(천가구)	12,958	14,312	15,887	17,339
%	0.27	0.31	0.36	0.39

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 기출 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 5-3-26] 손자녀 양육 이유: 2010



자료: 여성가족부, 2010년 조손가족 실태조사, 2011.1

<표 5-3-31> 손자녀 양육 이유: 2010

(단위: 가구, %)

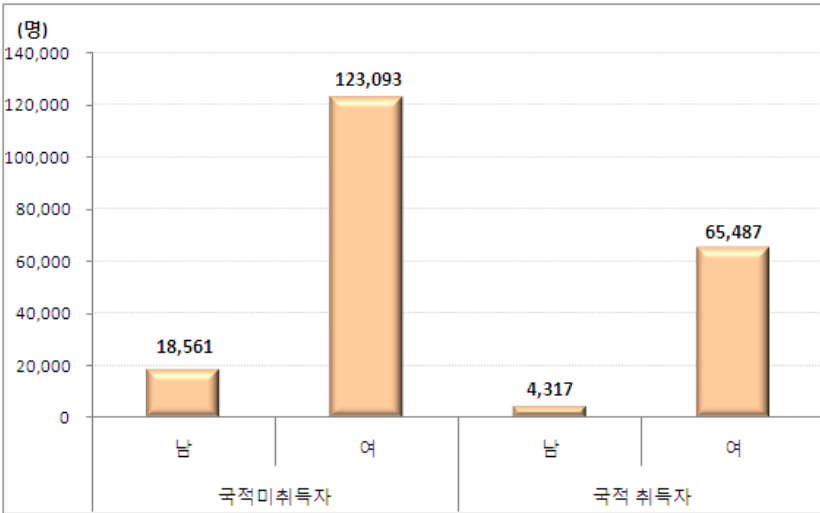
계	부모의 이혼 및 재혼	부모의 질병 및 사망	부모의 가출 및 실종	부모의 실직 및 파산	부모의 취업 (및별이)	기타	모름/무응답
12,750 (100.0)	53.2	11.4	14.7	7.6	6.7	5.4	1.0

자료: 여성가족부, 2010년 조손가족 실태조사, 2011.1

라. 결혼이민자 수와 자녀

국제결혼이 증가하면서 한국에서 생활하는 외국인의 수가 급증하고 있다. 지난 2011년 조사에 따르면 국제결혼 이민자 중 여성이 압도적으로 많았으며(89.2%), 남성은 10.8%에 불과하다. 이들 중 국적을 취득한 사람의 비율은 33.0%로 상대적으로 낮게 나타났다. 국적취득자 비율을 성별로 보면 남성이 2.0%임에 비해 여성이 31.0%로 약 15.5배 높게 나타났다.

[그림 5-3-27] 결혼 이민자 현황



자료: 행정안전부 자치행정과, 2011년 지방자치단체 외국인 주민 현황, 2011

<표 5-3-32> 결혼 이민자 현황: 2011. 1월 기준

(단위: 명, %)

전체			국적 미취득자			국적 취득자		
계	남	여	계	남	여	계	남	여
211,458	22,878	188,580	141,654	18,561	123,093	69,804	4,317	65,487
100.0	10.8	89.2	67.0	8.8	58.2	33.0	2.0	31.0

자료: 행정안전부 자치행정과, 2011년 지방자치단체 외국인 주민 현황, 2011

국제결혼의 활성화가 오래되지 않은 관계로 국제결혼가정 자녀의 연령은 약 86.8%가 12세 이하로 나타났다. 특히 만6세이하의 자녀가 전체의 61.9%에 해당할 정도로 매우 높게 나타나는데, 이들에게는 언어와 교육, 문화 등의 다양한 서비스 제공이 필요하다.

〈표 5-3-33〉 국제결혼 이민자 자녀의 연령별 분포: 2011. 1월 기준

(단위: 명, %)

	계	만 6세 이하	만 7~12세	만 13~15세	만 16~18세
자녀수	151,154	93,537	37,590	12,392	7,635
비율	100.0	61.9	24.9	8.2	5.1

자료: 행정안전부 자치행정과, 2011년 지방자치단체 외국인 주민 현황, 2011

마. 모자보호생활시설 현황

한부모가족지원법(제4조)에 따라 무주택 저소득 모자가족은 모자보호 생활시설의 입소자격이 있다. 모자가족은 모(母)가 만 18세미만(취학시 만 22세미만)의 아동을 양육하는 가족을 의미한다. 또한 미혼모자가구로 미혼모자시설(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 5-3-34〉 한부모가족생활시설 현황: 2004~2010

(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
2010	42	1072세대	3	41세대	15	460명	32	767명	29	260세대 +10명

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.

2010년은 여성가족부 2011년도 한부모 가족지원 사업안내.

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 임산부 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 2010년 32개소로 6년동안 약 2.9배의 증가를 보였으며, 연입소인원 역시 같은 기간 동안 약 1.6배의 증가를 나타냈다.

미혼모자시설의 2010년 연령별 입소자 현황을 살펴보면, 16~28세 이하의 미혼모자가 전체의 81.3%를 차지하고 있다.

〈표 5-3-35〉 미혼모자시설 연령별 입소자 현황: 2007~2010

(단위: 명)

연도	계	만15세이하	만16~18세	만19~23세	만24~28세	만29세이상
2007	2,161	146	514	771	404	326
2008	2,153	197	556	756	340	304
2009	2,462	87	544	908	558	363
2010	2,799	120	757	1,007	511	401

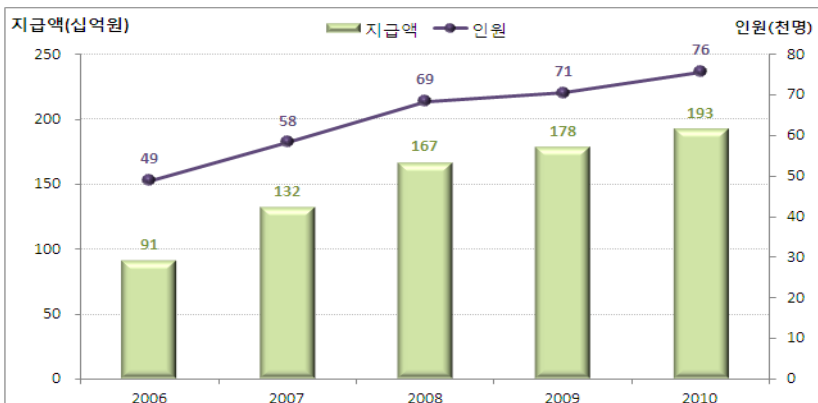
자료: 여성가족부 가족지원과

바. 일가족양립 휴가 현황

산전후휴가급여와 육아휴직급여는 여성의 노동시장 참여와 가정생활의 양립에 중요한 역할을 한다. 출산과 육아휴직으로 인한 소득의 상실과 육아부담은 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).

[그림 5-3-28] 산전후휴가급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2010



자료: 고용노동부, 「고용보험 DB」

산전후휴가급여의 이용자 수는 2007년 58,368명에서 2010년 75,742명으로 약 1.3배 증가하였고, 급여액은 2007년 1,324억원에서 2010년 1,926억원으로 약 1.5배 증가하였다.

〈표 5-3-36〉 산전후휴가급여 수급자 및 지급액: 2007~2010

(단위: 명, 백만원, %)

구 분	2007		2008		2009		2010	
	인원	지급액	인원	지급액	인원	지급액	인원	지급액
산전후휴가급여	58,368	132,412	68,526	166,631	70,560	178,477	75,742	192,564
육아휴직급여	21,185	60,989	29,145	98,431	35,400	139,724	41,733	178,121
산전후 대비 육아휴직비율	36.3		42.5		50.2		55.1	

주: 산전후 휴가자 수는 산전후 휴가급여 수급자수, 육아휴직자 수는 육아휴직급여 수급자수를 의미
 자료: 고용노동부, 「고용보험 DB」

또한 육아휴직급여의 이용자 수는 2007년 21,185명에서 2010년 41,732명으로 약 1.9배 증가하였고, 급여액은 2007년 610억원에서 2010년 1,781억원으로 약 2.9배 증가하였다. 산전후휴가급여자 대비 육아휴직급여자 비율을 보면 2007년 36.3%에서 2010년 55.1%로 증가하고 있음을 알 수 있다.

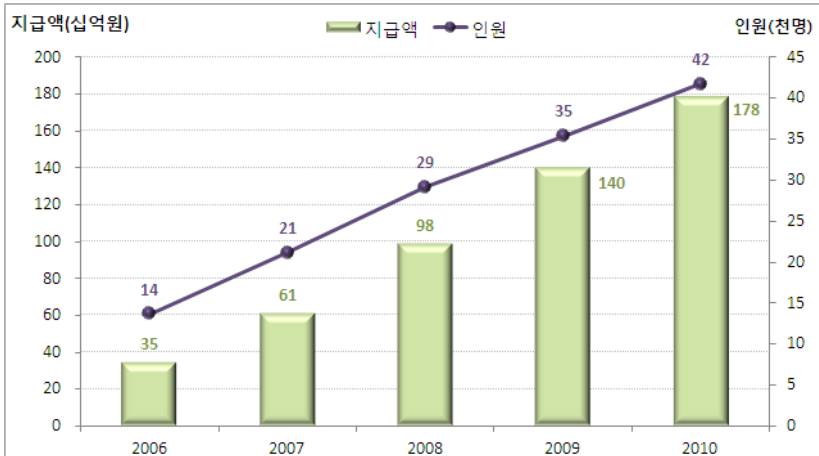
〈표 5-3-37〉 육아휴직급여 수급자 및 지급액: 2006~2010

(단위: 백만원 명)

연 도	지급액	인원		
		전체	여성	남성
2006	34,521	13,607	13,440	230
2007	60,989	21,185	20,875	310
2008	98,431	29,145	28,790	355
2009	139,724	35,400	34,898	502
2010	178,121	41,733	40,914	819

자료: 고용노동부, 「고용보험 DB」

[그림 5-3-29] 육아휴직급여 수급자 및 지급액 추이: 2006~2010



자료: 고용노동부, 「고용보험 DB」

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 국가보훈법

의 대상 조건을 만족시키는 비율은 41.1%이며, 그 외 최저 생계비의 130%이하의 소득을 가진 사람들이다. 이들은 정부로부터 자녀양육비와 교육비를 지원받는데, 그 지원 대상 및 예산은 해마다 증가하고 있다.

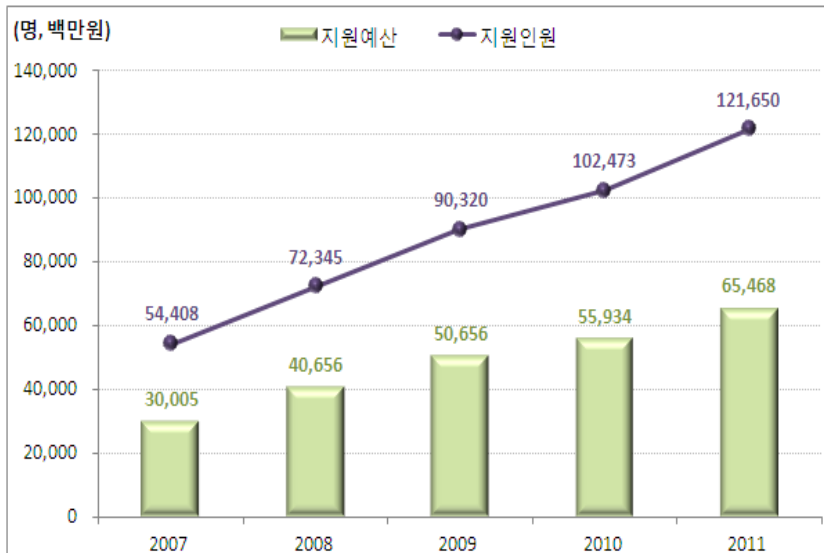
〈표 5-3-38〉 저소득한부모가족 현황: 2010

(단위: 세대수, 명)

	계	한부모가족지원법 보호대상			국민기초 수급대상	국가보호 대상
		소계	재가보호	시설보호		
계	181,601	106,953	106,497	456	74,626	22
(%)	(100.0)	(58.9)			(41.1)	(0.0)
여성한부모	140,463	80,956	80,514	442	59,501	6
남성한부모	41,138	25,997	25,983	14	15,125	16

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011

〔그림 5-3-30〕 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2010



자료: 2010년 이전 자료는 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내, 2010
2010년 이후 자료는 여성가족부, 2011년도 한부모가족 지원 사업안내, 2011

2007년 이래 4년간 교육비 지원은 약 2.2배 증가하는 추세를 보이고 있다.

〈표 5-3-39〉 한부모가족 자녀양육·교육비 지원 추이: 2007~2011

(단위: 명, 백만원)

		계	고교생학비	아동양육비
2007	지원인원	54,408	23,930	30,478
	지원예산	30,005	16,881	13,124
2008	지원인원	72,345	29,542	42,803
	지원예산	40,656	21,819	18,837
2009	지원인원	90,320	42,064	48,256
	지원예산	50,656	29,482	21,174
2010	지원인원	102,473	45,473	57,000
	지원예산	55,934	30,914	25,020
2011	지원인원	121,650	55,596	66,054
	지원예산	65,468	36,530	28,938

자료: 2010년 이전 자료는 보건복지가족부(2009), 2009년도 한부모가족지원사업 안내, 2010
2010년 이후 자료는 여성가족부, 2011년도 한부모가족 지원 사업안내, 2011

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(보건복지부 홈페이지). 2009년 보육료지

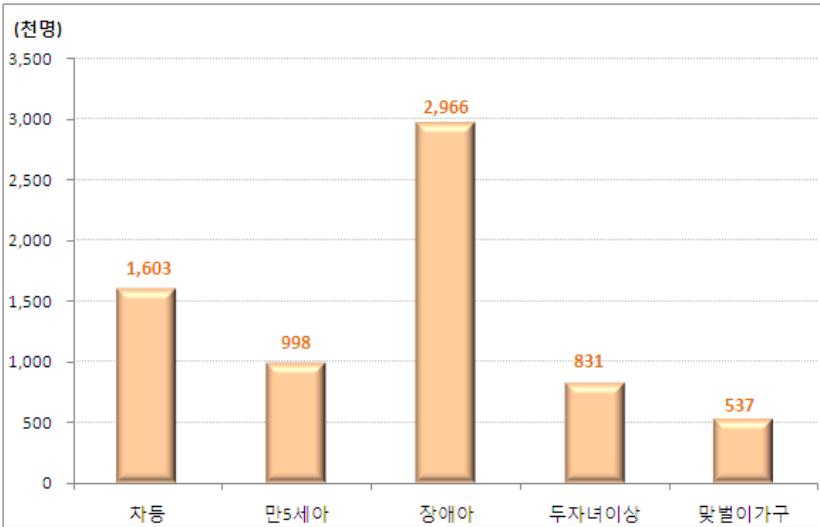
원대상자 수는 1,112,600명에, 1조 6,322억원이 지원되었다. 1인당 보육료 지원현황을 보면, 장애아무상보육료지원이 297만원, 차등보육료지원이 160만원, 만5세아무상보육료지원이 99.7만원의 순으로 나타났다.

〈표 5-3-40〉 보육료 지원사업의 대상 선정 기준과 급여액: 2010

세부사업	대상 선정 기준	급여액
차등보육료 지원	- 소득하위 70%이하 가구의 보육시설 이용 영유아	- 소득수준과 자녀연령, 시설종류에 따라 급여액이 차등지급 - 월51,600~574,500원
두자녀이상 보육료	- 소득하위 50%초과 ~ 70%이하 가구의 차등보육료 지원대상으로 출생순위상 둘째아 이상인 영유아	- 소득수준과 자녀연령, 시설종류에 따라 급여액이 차등지급 - 월68,800~268,100원
만 5세아 보육료	- 소득하위 70%이하 가구 자녀 중 초등학교 취학전 만5세아	- 월 172,000 지원
맞벌이기구 보육료	- 부모가 모두 근로소득이 있는 가구로서 부모 소득중 낮은 소득의 일부(25%)를 감액하여 소득인정액을 산정할 경우 소득분위가 하위 분위로 이동하는 가구의 영유아	- 맞벌이 감액후 소득분위에 따라 차등보육료 60~100% 또는 만5세아 보육료 100% 지원
장애아 무상보육료	- 만 12세 이하 미취학 장애아	- 장애아반에 편성된 아동:383,000 - 일반아동반에 편성된 아동 :반별보육료상한액
방과후 보육료	- 기준 소득액 이하 가구 및 장애아동에 해당되는 12세 이하 취학아동이 방과후에 보육시설을 4시간 이상 이용하는 경우	- 정부지원단가(만5세아보육료)의 50% 범위 내에서 지원
시간연장형 보육료	시간연장 보육료	- 기준시간 초과(19:30~24:00) 보육료는 시간당 2,400원, 장애아동은 3,400원 지원
	야간 보육료	- 야간보육(19:30~익일07:30)료 지원은 차등보육료 단가와 동일하게 지원
	24시간 보육료	- 차등보육료 단가와 동일
	휴일(토요일 제외) 보육료	- 정부지원 일 보육료 x 150%
	시간제 보육료	- 종일제 보육을 이용하지 않는 아동이 비정기적으로 보육을 받을 경우 법정저소득층 아동 2,600원, 장애아동 3,500원 지원

자료: 보건복지부, 2010년 보육사업안내, 2011

[그림 5-3-31] 1인당 보육료 지원 현황: 2010



자료: 보건복지부, 2010년 보육사업안내, 2011

〈표 5-3-41〉 보육료 지원 현황

(단위: 명, 백만원)

세부사업	지원 대상자 수	2010년 예산	1인당 지원액(원)
계	1,112,600	1,632,204	6,935,046
차등보육료 ¹⁾	854,000	1,368,880	1,602,904
만5세아 보육료	122,000	121,753	997,975
장애아 무상보육료	15,600	46,271	2,966,090
두자녀이상 보육료	103,000	85,641	831,466
맞벌이가구 지원	18,000	9,659	536,611

주: 보건복지부 소관 보육사업만 포함한 것으로 교육과학기술부 유아교육비 지원 사업은 포함하지 않음.

1) 차등보육료에는 방과후보육지원이 포함됨.

자료: 보건복지부, 2010년 보육사업안내, 2011

자. 건강가정지원센터 이용현황

건강가정지원센터는 건강가정기본법의 시행(2005.1.1)과 함께 요보호 가족을 중심으로 사후 치료적으로 제공되던 가족지원서비스 제공 외에도 일반가족 및 다양한 가족을 위한 사전 예방적이고 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.

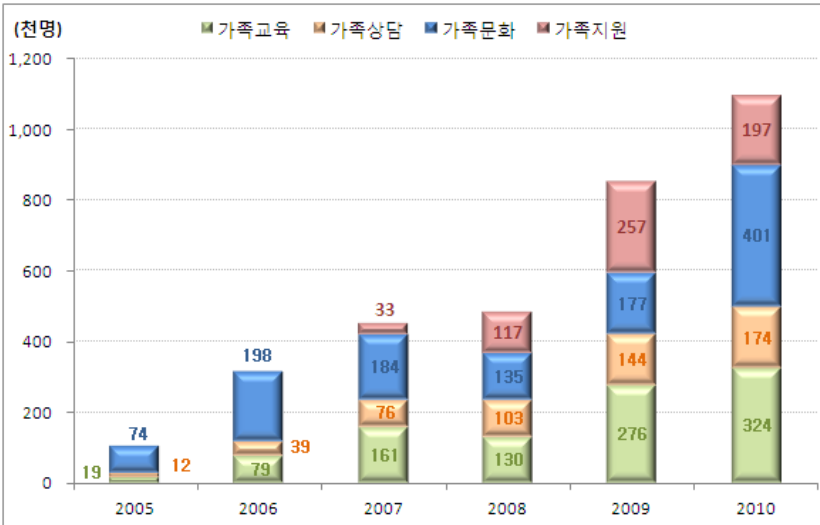
〈표 5-3-42〉 건강가정지원센터 시설 및 이용자 현황: 2004~2010

(단위: 개소, 명)

	설치수	이용자 현황				
		계	가족교육	가족상담	가족문화	가족지원
2004	3	11,740	2,283	1,273	8,184	-
2005	16	105,055	18,903	11,752	74,400	-
2006	50	316,221	78,851	39,180	198,190	-
2007	66	454,786	160,579	76,470	184,393	33,344
2008	83	486,167	130,361	103,382	135,324	117,100
2009	98	853,377	275,562	143,963	176,602	257,250
2010	138	1,095,928	323,685	174,101	401,276	196,866

주: 건강가정지원센터 이용자: 2004년도는 7/1~12/31까지의 누계
 자료: 보건복지부, 『2011 보건복지통계연보』, 2011

[그림 5-3-32] 건강가정지원센터 이용자 현황: 2005~2010



자료: 보건복지부, 『2011 보건복지통계연보』, 2011

2004년도 3개소의 11,740명 이용에서 2010년도 138개소로 확충되면서 이용자도 1,095,928명으로 크게 증가(93.3배)하고 있다.

차. 다문화가족지원센터 현황

다문화가족이 한국 문화에 적응하거나 이들이 자녀양육의 어려움을 돕기 위해 다문화가족지원센터가 운영되고 있다. 2011년 다문화가족지원센터는 전국 200개소에 이른다. 이에 대해 지역별로 살펴보면, 경기 29개소, 서울 23개소, 전남과 경북이 각각 20개소, 경남 17개소, 충남 15개소, 그리고 제주도가 2개소이다.

〈표 5-3-43〉 다문화가족지원센터 운영 현황: 2011. 1

(단위: 개소)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
23	8	7	8	4	4	4	29
강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
14	11	15	14	20	20	17	2

자료: 여성가족부, 2011년 다문화 가족지원 사업안내, 2011

최근 외국인과의 혼인뿐만 아니라 이혼도 급격히 증가하고 있다. 특히 중매를 통한 혼인의 경우 결혼이민자들이 한국 사회에 부적응하거나 가정폭력 등의 이유로 이혼하는 사례가 급증하고 있다. 2002년도 외국인과의 이혼건수는 1,744건, 2006년 6,136건, 그리고 2010년에 11,245건으로 증가추세이다. 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.

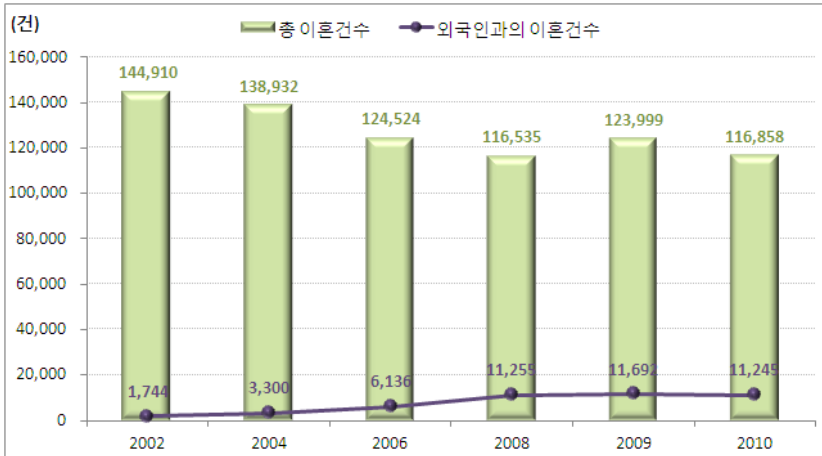
〈표 5-3-44〉 외국인과의 이혼 추이: 2002~2010

(단위: 건, %)

	2002	2004	2006	2008	2009	2010
총 이혼건수(A)	144,910	138,932	124,524	116,535	123,999	116,858
외국인과의 이혼 건수(B)	1,744	3,300	6,136	11,255	11,692	11,245
총 이혼 대비 구성비율(B/A×100)	1.2	2.4	4.9	9.7	9.4	9.6

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(혼인, 이혼편)」

[그림 5-3-33] 외국인과의 이혼 추이: 2002~2010



자료: 통계청, 「인구동태통계연보(혼인, 이혼편)」

카. 여성가구주 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 2000년 18.5%에서 2005년 21.9%, 2010년 25.9%로 증가하고 있다.

〈표 5-3-45〉 여성가구주 비율: 2000~2010

(단위: 가구, %)

구 분	2000	2005	2010
전체	14,311,807 (100.0)	15,887,128 (100.0)	17,339,422 (100.0)
남성 가구주	11,658,797 (81.5)	12,401,908 (78.1)	12,841,928 (74.1)
여성 가구주	2,653,010 (18.5)	3,485,220 (21.9)	4,497,494 (25.9)

주: 일반가구를 대상으로 집계, 집단가구(6인 이상 비혈연가구, 기숙사, 사회시설 등) 및 외국인 가구 제외
 자료: 통계청, 「인구주택총조사」, 각년도

여성이 가구주가 되는 경우는 일반적으로 이혼과 사별, 그리고 미혼인 경우이다. 특히 이혼과 사별의 경우 갑작스런 경제 소득원의 상실과 여성 가구주의 노동시장 미진입으로 인한 빈곤의 위험은 매우 높게 나타난다. 또한 여성이 가구주인 가구의 빈곤율은 자녀에게 직접적인 영향을 끼친다는 점에서 중요한 지표가 된다.

〈표 5-3-46〉 여성가구주 가구의 빈곤율: 2003~2010

(단위: %)

구 분	소득			지출	
	시장소득	경상소득	가처분소득	소비지출	가계지출
2003	24.6	22.1	21.3	9.1	12.1
2004	26.6	23.5	21.9	9.9	13.8
2005	29.1	25.7	24.5	11.8	14.9
2006	29.4	25.6	24.2	12.9	15.2
2007	27.7	24.3	23.2	12.6	17.2
2008	26.9	23.7	22.2	12.1	16.1
2009	29.3	25.0	23.5	12.5	16.4
2010	28.0	25.6	24.9	13.2	17.4

주: 중위소득·지출, 전가구 기준(단, 1인가구, 농어가가구 제외)
 자료: 한국보건사회연구원, 『2011년 빈곤통계연보』, 2011.

여성가구주의 가구빈곤율은 소득측면, 지출측면 모두에서 약간씩 악화됨을 알 수 있다.

타. 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.

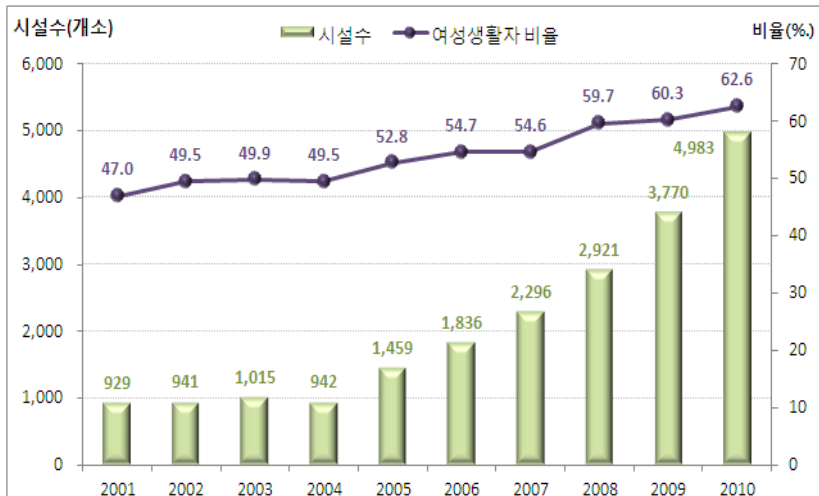
〈표 5-3-47〉 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2001~2010

(단위: 개소, 명, %)

	시설 수	생활인원		
		계	남	여
2001	929	80,942 (100.0)	42,912 (53.0)	38,030 (47.0)
2002	941	81,030 (100.0)	40,952 (50.5)	40,078 (49.5)
2003	1,015	82,877 (100.0)	41,536 (50.1)	41,341 (49.9)
2004	942	79,818 (100.0)	40,340 (50.5)	39,478 (49.5)
2005	1,459	93,183 (100.0)	43,999 (47.2)	49,184 (52.8)
2006	1,836	101,587 (100.0)	46,027 (45.3)	55,560 (54.7)
2007	2,296	114,047 (100.0)	48,329 (42.4)	62,265 (54.6)
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)
2010	4,983	165,672 (100.0)	61,898 (37.4)	103,774 (62.6)

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

〔그림 5-3-34〕 사회복지생활시설수, 생활인원 및 여성비율: 2001~2010

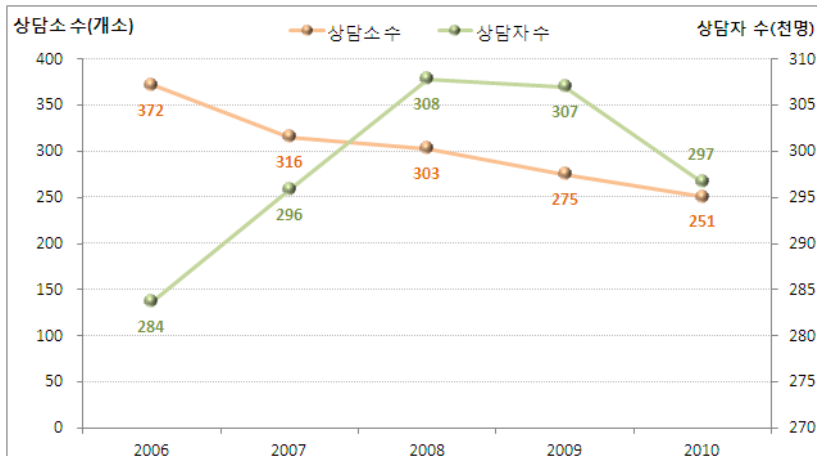


자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

파. 가정폭력·성폭력상담소 현황

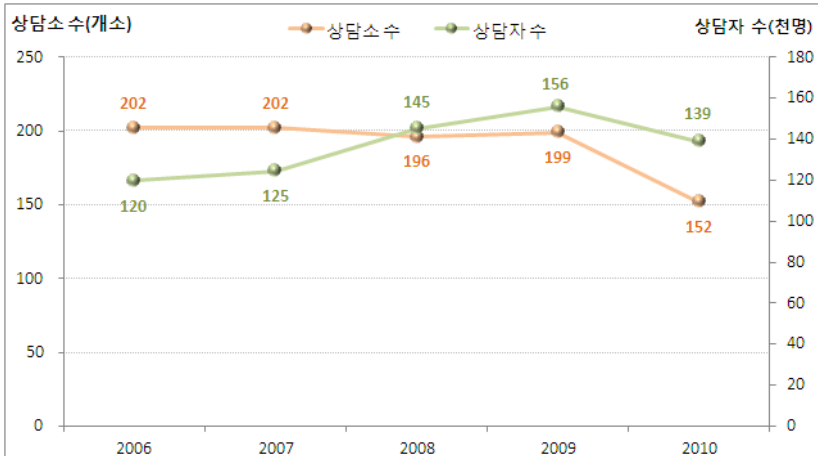
이혼 등 가족해체의 증가는 가족을 둘러싼 경제사회적 변화와 이에 대한적응과정에서 야기되는 경우가 많다. 과거에는 폭행 및 학대, 성격 갈등, 고부갈등 등의 문제로 가족 내에서 문제가 발생하는 경우가 많았으나 1998년 이후에는 가정 폭력으로 인한 가족의 해체, 위기 등으로 인한 개입의 요구가 증가하고 있다. 특히 실직과 알콜 등 가족이 처한 위기는 가정폭력의 주요한 원인이 되고 있다. 이에 따라 가정폭력상담소는 위험에 처하거나 긴장상태에 있는 가족을 대상으로 가족상담 혹은 가족 치료를 통해 그들의 욕구를 해결하는 데 중요한 역할을 담당하고 있다(고경환 외, 2008).

[그림 5-3-35] 가정폭력상담소 현황: 2006~2010



자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011
 여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

[그림 5-3-36] 성폭력상담소 현황: 2006~2010



자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011
 여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

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 2010년 251개소로, 성폭력상담소는 202개소에서 152개소로 각각 32.5%, 24.8% 감소한 것으로 나타났다.

〈표 5-3-48〉 가정폭력·성폭력상담소 현황: 2006~2010

(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
2010	251	296,686	135,069	161,617	152	138,900	68,530	70,370

주: 2010년 12월 기준임.

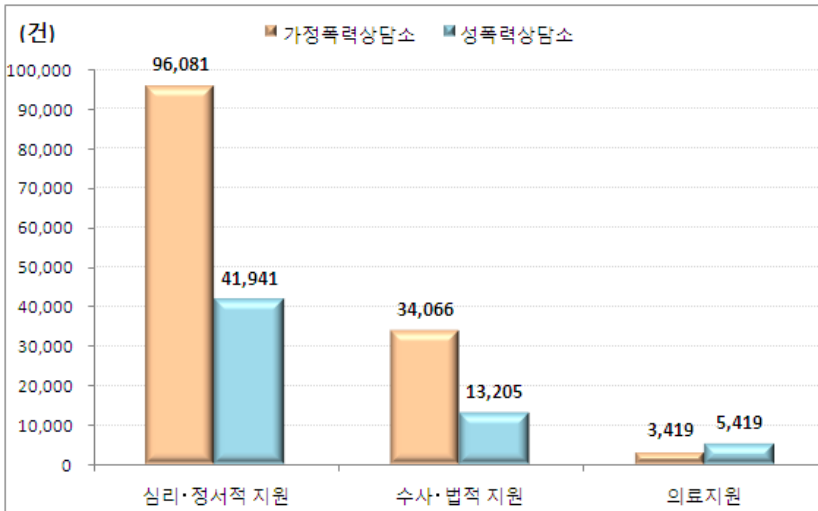
자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011

여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

하. 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설

최근 가정폭력방지법의 제정(1998년)으로 법원은 구타 배우자에게 수감명령과 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 5-3-37] 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용



자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011

여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

〈표 5-3-49〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용

(단위: 건)

	계	심리·정서적 지원	수사·법적 지원	의료지원	시설입소 연계	기타
계	229,946	138,022	47,271	8,838	7,647	28,168
가정폭력상담소	155,844	96,081	34,066	3,419	6,297	15,981
성폭력상담소	74,102	41,941	13,205	5,419	1,350	12,187

주: 2010년 12월 기준임.

자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011

여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

2010년 가정폭력·성폭력상담소의 피해자 지원내용을 보면 심리·정서적 지원(60.0%)과 법률지원(20.6%)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 5-3-50〉 가정폭력·성폭력 피해자 보호시설: 2005~2010

(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
2009	66	1,094	526	385	20	214	142
2010	64	1,114	518	345	19	199	187

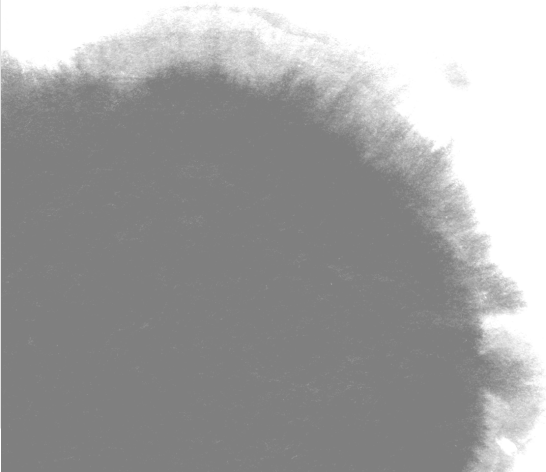
주: 2010년 12월 기준임. 성폭력피해자 보호시설의 현원은 입소자와 동반아동을 포함한 수치임.

자료: 여성가족부, 2010년도 가정폭력 보호시설 및 상담소 등 운영실적, 2011

여성가족부, 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적 보고(2010. 12), 2011

06

보건복지 관련 지표



제6장 보건복지 관련 지표

제1절 인구 및 경제지표

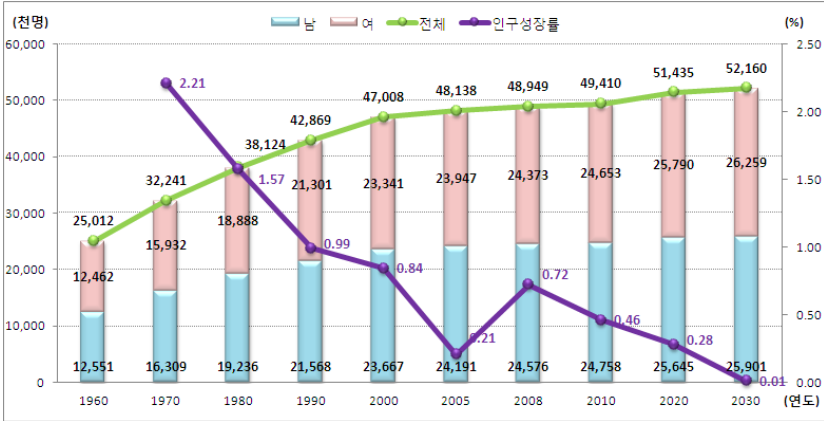
1. 총인구, 인구성장률 및 성비 추이

우리나라의 인구규모 및 구조는 출산율과 사망률에 따라 계속 변화하여 왔다. 1960년대의 높은 출산수준이 대체출산수준으로 낮아진 1980년대 중반에 이르기까지 인구는 지속적으로 증가하여 왔으며, 이와 같은 증가는 향후에도 지속되어 2030년대 전후하여 그 규모가 감소로 돌아설 것으로 전망되고 있다.

즉, 1960년 25,012천명에서 1980년에는 38,124천명으로 그리고 2000년에는 47,008천명, 2010년에는 49,410천명으로 증가하였다. 인구성장률은 1960년에 3.01%로 높았으나 출산율저하로 점차 낮아져 1990년에는 0.99%로 그리고 2010년에는 0.46%로 낮아졌다.

우리는 전체 남녀간의 성비와 출생시의 성비에 관심을 갖는다. 출생시의 성비는 전체 인구의 성비에도 영향을 미치게 된다. 출생성비는 이전에는 남아선호의 영향으로 정상출생성비보다 높게 나타났으나 이제는 정상출생성비를 나타내고 있다. 그러나 전체 인구의 남녀성비는 기대수명의 연장 특히 여성의 기대수명이 남성보다 높게 지속됨에 따라 출생성비보다는 낮은 수준이 지속되고 있다. 즉, 1960년 100.7에서 1990년에는 101.3으로 약간 증가하는 양상을 보였으나 2010년에는 100.4로 다시 낮아져 크게 변동이 없는 것으로 나타났다.

[그림 6-1-1] 총인구, 성비 및 인구성장률 추이: 1960~2030



<표 6-1-1> 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	48,949	24,576	24,373	100.8	0.72
2010	49,410	24,758	24,653	100.4	0.46
2020	51,435	25,645	25,790	99.4	0.28
2030	52,160	25,901	26,259	98.6	0.01

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2011

통계청에서는 2010년 인구주택총조사 등을 반영한 인구추계 결과를 2011년 12월에 발표하였다. 신인구추계의 중위추계결과에 따르면 우리나라의 인구는 2020년에 5,144만명으로 2006년에 추계한 4,933만명에

비하여 211만명이 증가한 것이며, 2040년에는 5,109만명으로 475만명이 그리고 2050년에는 4,812만명으로 578만명이 증가한 것으로 나타난다.

이와 같은 추계결과는 2006년 추계에서 우리나라 인구의 최고점이 2018년에 4,934만명에 이른 후 감소할 것으로 전망한 것이었으나 이번 추계결과에서는 2030년에 5,216만명에 이른 후 감소하는 것으로 전망되어 시기는 12년이 늦어지고 규모는 282만명이 증가한 것으로 나타났다.

〈표 6-1-2〉 신·구인구추계결과 비교: 2005~2050

(단위: 천명, %)

연도	구추계 ¹⁾				신추계 ²⁾			
	계	0~14세	15~64세	65세 이상	계	0~14세	15~64세	65세 이상
2005	48,138	9,241	34,530	4,367	48,138	9,241	34,530	4,367
2006	48,297	8,996	34,715	4,586	48,372	8,989	34,791	4,592
2007	48,456	8,734	34,912	4,810	48,598	8,725	35,046	4,828
2008	48,607	8,458	35,133	5,016	48,949	8,489	35,408	5,052
2009	48,747	8,180	35,374	5,193	49,182	8,232	35,694	5,256
2010	48,875	7,907	35,611	5,357	49,410	7,975	35,983	5,452
2020	49,326	6,118	35,506	7,701	51,435	6,788	36,563	8,084
2030	48,635	5,525	31,299	11,811	52,160	6,575	32,893	12,691
2040	46,343	4,777	26,525	15,041	51,091	5,718	28,873	16,501
2050	42,343	3,763	22,424	16,156	48,121	4,783	25,347	17,991

주) 1) 통계청, 『장래인구추계』, 2006

2) _____, 『장래인구추계』, 2011

2. 인구의 연령구조 및 부양비 추이

인구구조는 출산수준과 사망률 그리고 인구이동에 따라 달라지게 된다. 우리나라의 인구구조는 1960년대의 높은 출산수준에서 지속적인 저하와 사회경제 발전에 따른 기대수명의 연장으로 저연령층의 비율은 꾸

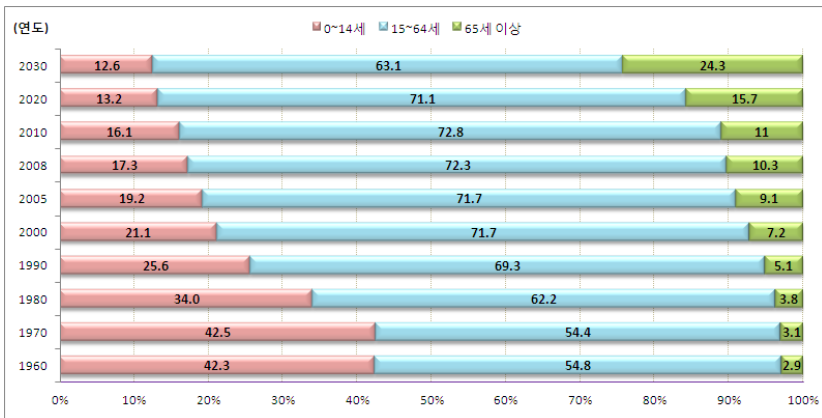
준히 낮아진 반면 고연령층은 지속적으로 증가하여 왔다.

즉, 1960년 14세 이하의 인구비율은 42.3%였으나 1990년에는 25.6%로 낮아졌고, 2010년에는 16.1%로 낮아졌다. 15~64세 인구비율은 1960년 54.8%에서 1990년에는 69.3%로 높아졌고, 2010년에는 72.8%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 인구비율은 저출산의 영향으로 꾸준히 증가하여 2026년에는 20.8%에 이르러 초고령사회에 접어들 것으로 전망되고 있다.

이와 같은 인구구조의 변동에 따라 노년부양비는 증가하였으나 유소년부양비는 감소하는 양상을 보였고, 전체부양비는 노년부양비의 증가보다 유소년부양비의 감소가 커서 점차 감소하는 형태를 보였다.

즉, 노년부양비는 1960년 5.3에서 1990년에는 7.4로 그리고 2010년에는 15.2로 증가하였으나 유소년부양비는 1960년 77.3에서 1990년에는 36.9로 감소하였고, 2010년에는 22.2로 크게 낮아져 전체부양비가 1960년 82.6에서 1990년에는 44.3으로 그리고 2010년에는 37.3으로 낮아졌다.

[그림 6-1-2] 인구의 연령구조 추이: 1960~2030



65세이상 인구대비 14세 이하 인구의 비율로 나타내는 노령화지수도 저출산과 고령화의 영향으로 크게 높아진 것으로 나타났다. 즉, 1960년 6.9에서 1990년에는 20.0으로 그리고 2010년에는 68.4로 증가하였다.

이와 같은 인구의 고령화는 생산연령인구의 감소와 함께 고령인구로 인한 사회경제적 부담을 가중시킬 것으로 전망되고 있다.

〈표 6-1-3〉 인구의 연령구조 및 부양비 추이: 1960~2030

(단위: 천명, %)

연도	계	구성비			부양비			노령화 지수
		0~14세	15~64세	65세 이상	총부양비	유소년 부양비	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	48,949	17.3	72.3	10.3	38.2	24.0	14.3	59.5
2010	49,410	16.1	72.8	11.0	37.3	22.2	15.2	68.4
2020	51,435	13.2	71.1	15.7	40.7	18.6	22.1	119.1
2030	52,160	12.6	63.1	24.3	58.6	20.0	38.6	193.0

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2011

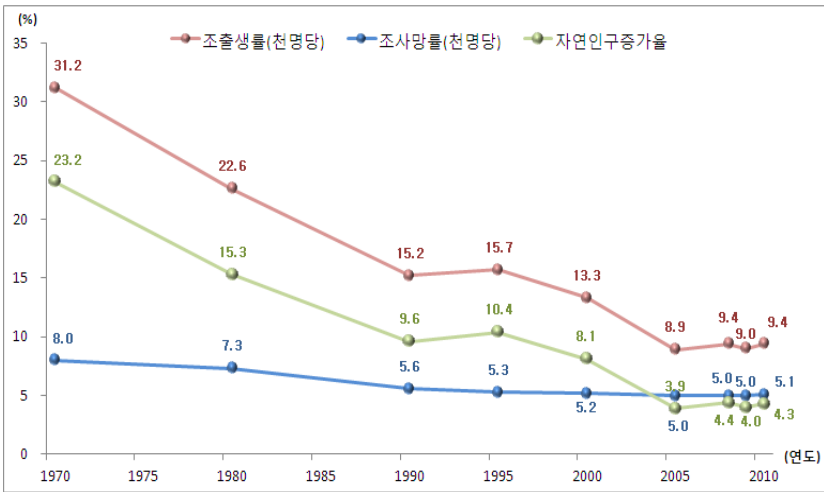
3. 출생, 사망 및 자연 인구증가율

우리나라의 출생아수는 1970년에는 높은 출산율의 영향으로 1,007천명에 이르렀으나 1990년에는 650천명으로 감소하였고, 2010년에는 470천명으로 감소하였다. 이와 같은 출생아수 감소의 영향으로 출생률은 1970년 31.2명(인구 1,000명당)이었으나 1990년에는 15.2명으로 그리고 2010년에는 9.4명으로 낮아졌다.

반면 사망자수는 1970년 259천명에서 1990년에는 242천명 그리고

2010년에는 255천명으로 감소하였으나 그 감소 폭은 크지 않았다. 이로 인해 조사망률은 1970년 8.0명(인구 1,000명당)에서 1990년 5.6명으로 그리고 2010년에는 5.1명으로 감소하였으나 이는 전체인구의 증가에 따른 영향으로 조사망률이 크게 낮아진 것으로 나타나고 있다.

[그림 6-1-3] 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2010



<표 6-1-4> 출생, 사망 및 자연 인구증가율: 1970~2010

(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
2010	470,171	9.4	255,403	5.1	4.3

자료: 통계청, 『인구동태통계연보(2010 총괄, 출생, 사망편)』, 2011.

4. 15~44세 유배우 부인의 피임실천율

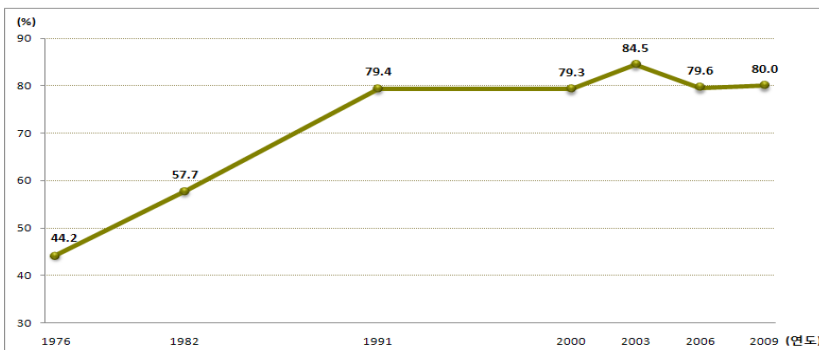
피임실천율은 인구증가와 밀접한 관련이 있다. 피임실천율이 높다는 것은 그 만큼 자녀를 원하지 않은 사람이 많아 출생아수의 감소와 출산율의 낮아질 수 있다는 것을 의미하고 반대일 경우 출생아수의 증가와 출산율이 높아져 인구증가를 가져 올 수 있음을 의미한다.

따라서 피임실천율은 반드시 높은 것이 바람직하다든가 낮은 것이 바람직하다든가 말할 수 없으며, 인구규모나 구조의 판단에 따라 바람직한 방향을 달리할 수 있다.

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 6-1-4] 15~44세 유배우 부인의 피임실천율: 1976~2009



〈표 6-1-5〉 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.

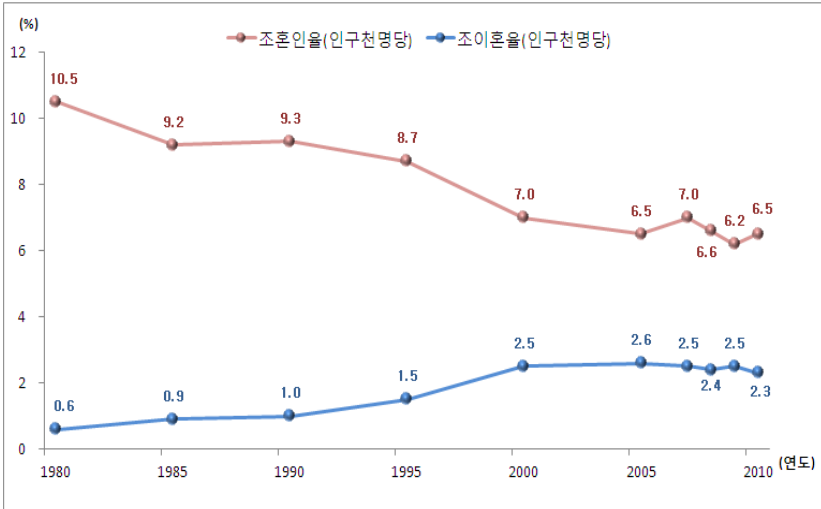
5. 조혼인율, 조이혼율

혼인과 이혼은 사회환경의 변화에 따라 함께 변화하여 왔다. 과거에는 결혼을 당연한 것으로 받아들였으나 최근에 이룰수록 사회경제적 여건의 변화에 따라 혼자 살아가는 것도 괜찮다고 생각하는 사람들의 증가로 점차 결혼을 안하거나 늦추려는 경향이 있으며, 이로 인해 초혼연령의 증가 유배율의 감소, 이혼율의 증가 등이 나타나고 있다.

이와 같은 경향은 연도별 결혼건수와 이혼건수의 변화에서도 잘 나타나고 있는데 1980년 총혼인건수는 401.4천건이었으나 2000년에는 304.1천건, 2010년에는 326.1천건으로 감소하였고 이혼건수는 1980년 23.0천건에 불과하였으나 2000년에는 119.5천건으로 증가하였으며, 2010년에는 116.9천건으로 증가하였다.

이에 따라 조혼인율은 1980년 10.5(인구 1,000명당)에서 2000년에는 7.0으로 그리고 2010년에는 6.5로 감소하였으며, 조이혼율은 1980년 0.6(인구 1,000명당)에서 2000년 2.5 그리고 2010년에는 2.3를 나타내고 있다.

[그림 6-1-5] 조혼인율, 조이혼율: 1980~2010



<표 6-1-6> 조혼인율, 조이혼율: 1980~2010

(단위: 건수)

연도	총혼인건수		총이혼건수	
	수(천건)	조혼인율(인구천명당)	수(천건)	조이혼율(인구천명당)
1980	401.4	10.5	23.0	0.6
1985	375.3	9.2	38.4	0.9
1990	399.3	9.3	44.9	1.0
1995	398.5	8.7	68.3	1.5
2000	304.1	7.0	119.5	2.5
2005	314.3	6.5	128.0	2.6
2007	343.6	7.0	124.1	2.5
2008	327.7	6.6	116.5	2.4
2009	309.8	6.2	124.0	2.5
2010	326.1	6.5	116.9	2.3

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2010 혼인, 이혼편)」, 2011.

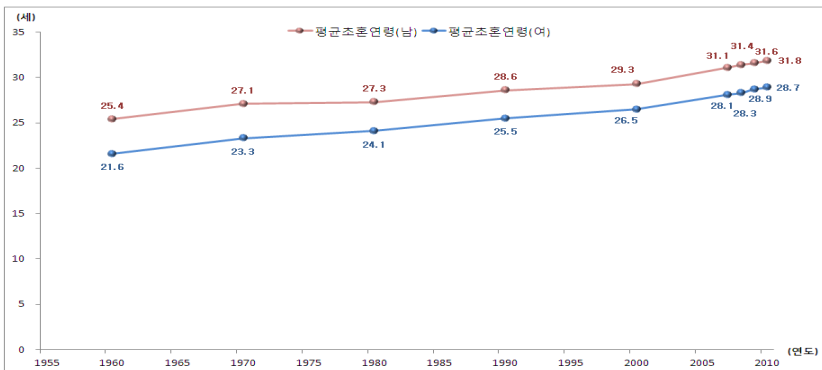
6. 평균초혼연령

평균초혼연령은 출산수준과 밀접한 관련이 있다. 초혼연령이 빠를수록 출산에 노출될 수 있는 기간이 그 만큼 길어져 출산율이 높아질 가능성이 높아진다. 반면 평균초혼연령이 높아진다면 그 만큼 자녀를 가질 수 있는 기간이 짧아져 출산수준은 낮아질 가능성이 높아진다. 따라서 출산수준의 높아지기를 바란다면 가능한 초혼연령이 낮아질 수 있도록 유도하는 정책추진이 필요할 것이다.

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, 2010년에는 28.9세로 높아졌다.

남성의 경우도 1960년 25.4세에서 1990년에는 28.6세로 높아졌고, 2010년에는 다시 31.8세로 높아졌다. 남성과 여성의 초혼연령의 차이는 1960년 3.8년에서 2000년에는 2.8세로 감소하였으나 2010년에는 다시 2.9년으로 증가하였다.

[그림 6-1-6] 평균초혼 연령 변화 추이: 1960~2010



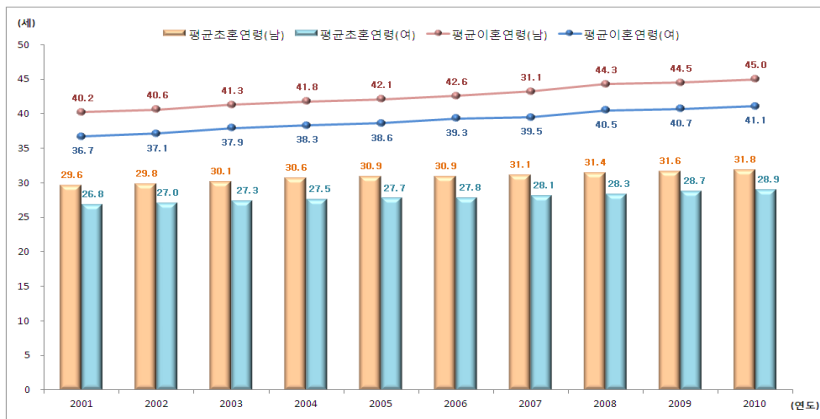
〈표 6-1-7〉 평균초혼연령: 1960~2010

(단위: 세, 년)

연도	1960	1970	1980	1990	2000	2007	2008	2009	2010
남	25.4	27.1	27.3	28.6	29.3	31.1	31.4	31.6	31.8
여	21.6	23.3	24.1	25.5	26.5	28.1	28.3	28.7	28.9
차이 (남-여)	3.8	3.8	3.2	3.1	2.8	3.0	3.1	2.9	2.9

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(2010 혼인, 이혼편)」, 2011.

〔그림 6-1-7〕 평균 초혼, 이혼 연령: 2001~2010



〈표 6-1-8〉 평균 초혼, 이혼 및 재혼 연령: 2001~2010

(단위: 세)

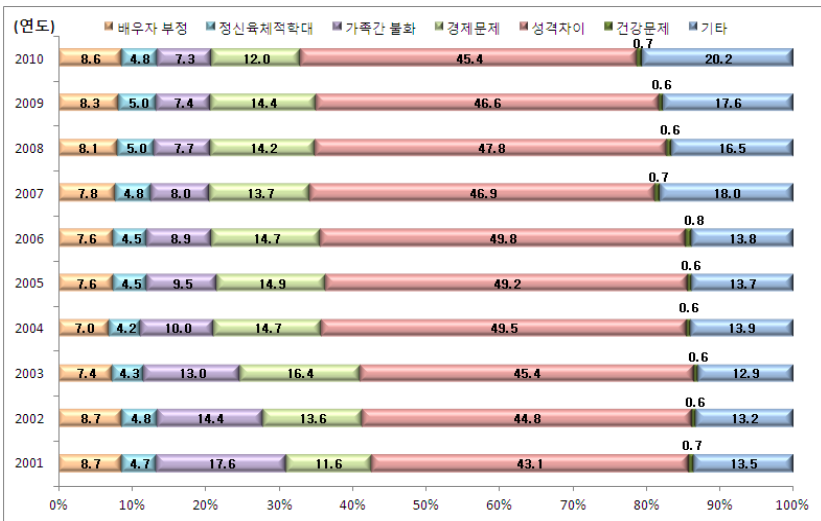
연도	평균초혼연령		평균이혼연령		평균재혼연령	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
2001	29.6	26.8	40.2	36.7	42.1	37.6
2002	29.8	27.0	40.6	37.1	42.2	37.9
2003	30.1	27.3	41.3	37.9	42.8	38.3
2004	30.6	27.5	41.8	38.3	43.8	39.2
2005	30.9	27.7	42.1	38.6	44.1	39.6
2006	30.9	27.8	42.6	39.3	44.4	39.7
2007	31.1	28.1	43.2	39.5	44.8	40.1
2008	31.4	28.3	44.3	40.5	45.0	40.3
2009	31.6	28.7	44.5	40.7	45.7	41.1
2010	31.8	28.9	45.0	41.1	46.1	41.6

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 6-1-8] 이혼사유별 구성비: 2001~2010



<표 6-1-9> 이혼사유별 구성비: 2001~2010

(단위: %)

연도	배우자 부정	정신육체적학대	가족간 불화	경제문제	성격차이	건강문제	기타
2001	8.7	4.7	17.6	11.6	43.1	0.7	13.5
2002	8.7	4.8	14.4	13.6	44.8	0.6	13.2
2003	7.4	4.3	13.0	16.4	45.4	0.6	12.9
2004	7.0	4.2	10.0	14.7	49.5	0.6	13.9
2005	7.6	4.5	9.5	14.9	49.2	0.6	13.7
2006	7.6	4.5	8.9	14.7	49.8	0.8	13.8
2007	7.8	4.8	8.0	13.7	46.9	0.7	18.0
2008	8.1	5.0	7.7	14.2	47.8	0.6	16.5
2009	8.3	5.0	7.4	14.4	46.6	0.6	17.6
2010	8.6	4.8	7.3	12.0	45.4	0.7	20.2

자료: 통계청, 「인구동태통계연보(혼인, 이혼편)」, 2011.

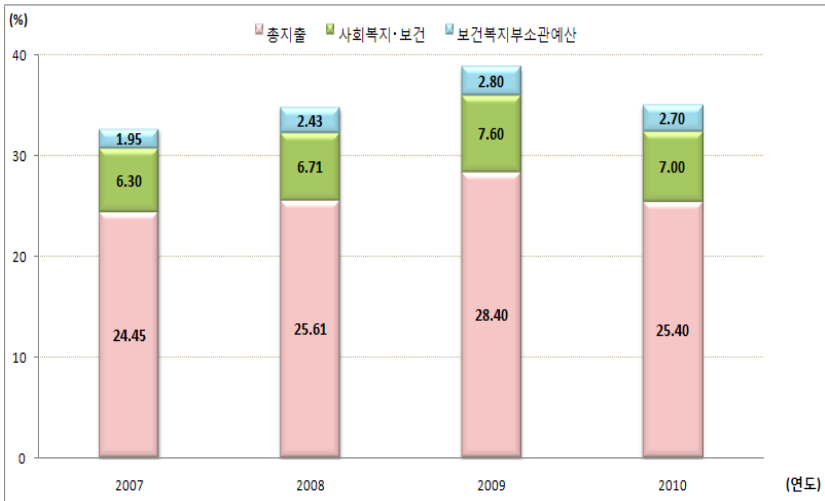
제2절 보건복지예산

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 2008년에 국내총생산대비 사회복지·보건예산이 6.7%, 보건복지부 소관예산이 2.4%였으나 2010년에는 국내총생산 대비 사회복지·보건예산이 6.9%, 보건복지부 소관예산이 2.6%로 증가하였다. 이는 총지출예산이 국내총생산 대비 2008년 25.6%에서 2010년 25.0%로 증가한 것에 비하여 크게 증가하였다.

이는 총지출에 대한 비율을 통해서도 알 수 있는데 2008년 사회복지·보건예산이 총지출의 26.2%, 보건복지부 소관예산 비율이 9.5%였으나 2011년에는 각각 28.0%, 10.9%로 증가하였다. 이는 점차 경제사회가 발전하면서 복지보건의 중요성이 강조되기 때문으로 생각된다.

[그림 6-2-1] 보건복지부문 예산관련 지표: 2007~2010



〈표 6-2-1〉 보건복지부문 예산관련 지표: 2008~2011

(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)
2008	1,026.0	262.8	68.8	24.9	25.61	6.71	2.43	26.19	9.47
2009	1,065.0	301.8	80.4	29.6	28.3	7.6	2.8	26.65	9.81
2010	1,172.8	292.8	81.2	31.0	25.0	6.9	2.6	27.73	10.59
2011	-	309.1	86.4	33.6	-	-	-	27.95	10.87

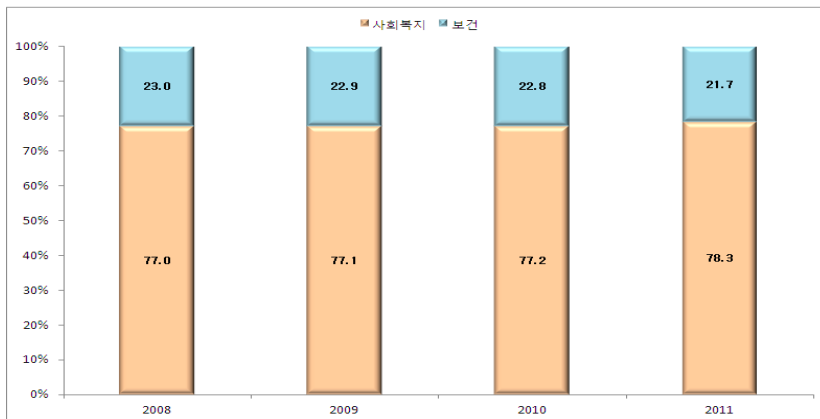
자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

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 2008년 24조 8,863억원이던 예산은 2011년에는 33조 5,694억원으로 증가하여 약 1.3배가 증가하였다. 2011년은 조직개편 이후의 예산임을 감안한다면 훨씬 큰 폭으로 증가하였다고 볼 수 있다.

[그림 6-2-2] 보건복지부 예산 현황: 2008~2011



〈표 6-2-2〉 보건복지부 예산 현황: 2008~2011

(단위: 억원, %)

구분	2008		2009		2010		2011	
	예산	구성비	예산	구성비	예산	구성비	예산	구성비
계	248,863	100.0	296,367	100.0	310,195	100.0	335,694	100.0
사회복지	191,501	77.0	228,568	77.1	239,332	77.2	262,993	78.3
기초생활보장	72,644	29.2	79,731	26.9	72,973	23.5	75,168	22.4
취약계층지원	8,430	3.4	9,333	3.1	8,927	2.9	10,512	3.1
공적연금	68,694	27.6	81,732	27.6	95,811	30.9	109,106	32.5
보육·가족 및 여성	15,978	6.4	18,573	6.3	22,022	7.1	25,600	7.6
노인·청소년	22,058	8.9	32,812	11.1	35,172	11.3	37,306	11.1
사회복지일반	3,697	1.5	6,387	2.2	4,427	1.4	5,301	1.6
보건	57,362	23.0	67,800	22.9	70,863	22.8	72,701	21.7
보건의료	11,823	4.8	15,760	5.3	17,037	5.5	15,599	4.6
건강보험	45,539	18.3	52,040	17.6	53,826	17.4	57,102	17.0

자료: 보건복지부, 「2011 보건복지통계연보」, 2011.

주: 예산은 추정포함 총지출, 10년은 조직개편이후 예산임.

부문별 예산을 살펴보면 조직개편의 영향을 적게 받은 사회복지예산과 보건예산의 경우 사회복지예산은 2008년에 비하여 2011년에 37.3%가 증가하였으며, 보건예산은 26.7%가 증가하였다. 보건예산보다는 복지부문의 예산이 더 큰 폭으로 증가하였다.

2011년에 사회복지예산은 보건복지부 전체예산의 78.3%, 보건예산이 21.7%를 차지하여 복지부문이 큰 비율을 점하고 있으며, 예산의 증가도 많은 것으로 나타났다.

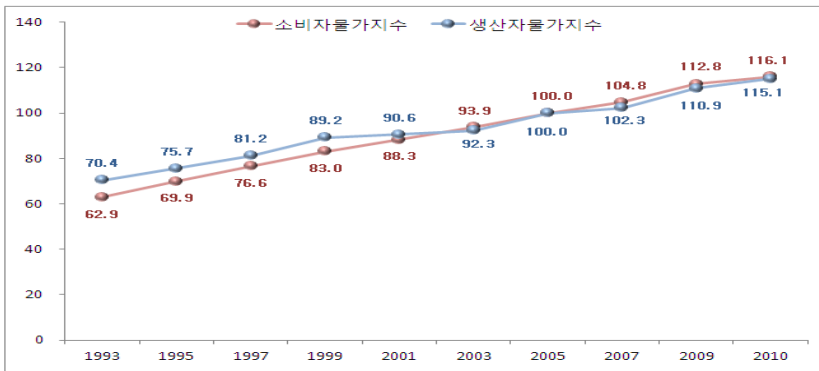
3. 국내 주요 물가지수

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, 2010년이 116.1로 나타났다. 생산자물가지수는 2000년을 기준으로 하여 1995년에 75.7, 2010년에 115.1로 소비자물가지수보다는 변동 폭이 조금 낮았다.

[그림 6-2-3] 1인당 국내 주요 물가지수: 1993~2010



<표 6-2-3> 국내 주요 물가지수: 1993~2010

연도	소비자물가지수		생산자물가지수		수출·입물가지수			
	전년비(%)	전년비(%)	전년비(%)	전년비(%)	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
2010	116.1	2.9	115.1	3.8	106.4	-2.6	145.0	5.3

자료 : 통계청, 「2010 소비자물가지수연보」

4. 국내총생산 및 국민총소득

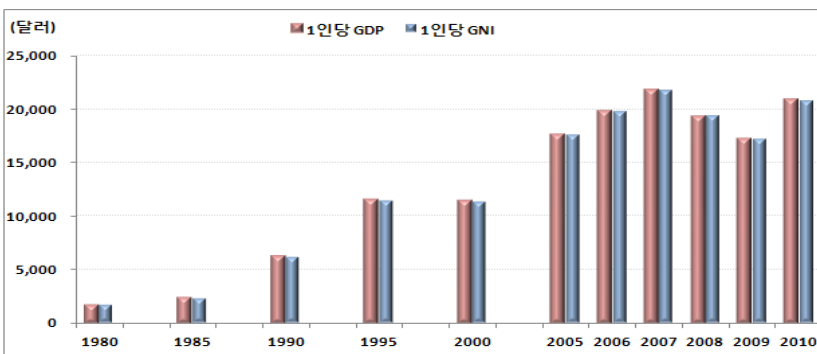
국내총생산(Gross Domestic Product: GDP)은 국민경제가 창출한 생산규모를 파악하는 것으로, 우선 국내에 거주하는 모든 생산자가 생산한 부가가치를 합산함으로써 가능하며, 이와 같이 국내생산자가 생산한 부가가치 또는 최종생산물의 총계를 말한다(한국은행 1995).

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 17,117달러까지 낮아졌으나 2010년에는 다시 20,753달러로 증가하였다.

우리나라의 1인당 GNI는 1980년 1,645달러에서 2000년에는 11,292달러로 그리고 2007년에는 21,695달러로 2만불을 넘어섰으나 이후 다시 낮아져 2009년에는 17,175달러까지 낮아졌으나 다시 2010년에는 20,759달러로 증가하였다.

[그림 6-2-4] 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2010



〈표 6-2-4〉 국내총생산 및 국민총소득: 1980~2010

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	1,063,059.1	832.9	1,068,654.1	837.2	2,185	17,117	2,192	17,175
2010	1,172,803.0	1,014.0	1,173,123.0	1,015.0	2,400	20,753	2,400	20,759

주 : 1999년 이전자료는 2000년 가격 기준계열이며, 2000년 이후 자료는 2005년 연쇄가격 기준 계열임.
 자료 : 한국은행, 「경제통계연보 2011」.

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.

2011년 인간개발지수를 보면 우리나라는 0.897로 15위에 해당하고 있다. 1위 국가는 노르웨이였으며, 2위는 호주가 차지하였다. 일본은 우리나라보다 앞선 12위였다.

GNI(국민총소득, Gross National Income)와 인간개발지수와의 차이는 우리나라의 경우 12로 이는 GNI순위는 27로 GNI에 비하여 인간개발지수가 매우 우위임을 나타낸다.

〈표 6-3-1〉 OECD 국가별 HDI 순위: 2011

국 가	HDI 순위	HDI값	기대수명	평균 교육년수	기대 교육년수	1인당 GNI (PPP)	1인당GNI 순위HDI 순위
한국	15	0.897	80.6	11.6	16.9	28,230	12
호주	2	0.929	81.9	12.0	18.0	34,431	16
오스트리아	19	0.885	80.9	10.8	15.3	35,719	-4
벨기에	18	0.886	80.0	10.9	16.1	33,357	2
캐나다	6	0.908	81.0	12.1	16.0	35,166	10
칠레	44	0.805	79.1	9.7	14.7	13,329	14
체코	27	0.865	77.7	12.3	15.6	21,405	14
덴마크	16	0.895	78.8	11.4	16.9	34,347	3
핀란드	22	0.882	80.0	10.3	16.8	32,438	0
프랑스	20	0.884	81.5	10.6	16.1	30,462	4
독일	9	0.905	80.4	12.2	15.9	34,854	8
그리스	29	0.861	79.9	10.1	16.5	23,747	5
헝가리	38	0.816	74.4	11.1	15.3	16,581	11
아이슬란드	14	0.898	81.8	10.4	18.0	29,354	11
아일랜드	7	0.908	80.6	11.6	18.0	29,322	19
이스라엘	17	0.888	81.6	11.9	15.5	25,849	14
이탈리아	24	0.874	81.9	10.1	16.3	26,484	6
일본	12	0.901	83.4	11.6	15.1	32,295	11
룩셈부르크	25	0.867	80.0	10.1	13.3	50,557	-20
멕시코	57	0.770	77.0	8.5	13.9	13,245	2
네덜란드	3	0.910	80.7	11.6	16.8	36,402	9
뉴질랜드	5	0.908	80.7	12.5	18.0	23,737	30
노르웨이	1	0.943	81.1	12.6	17.3	47,557	6
폴란드	39	0.813	76.1	10.0	15.3	17,451	7
포르투갈	41	0.809	79.5	7.7	15.9	20,573	1
슬로바키아	35	0.834	75.4	11.6	14.9	19,998	8
슬로베니아	21	0.884	79.3	11.6	16.9	24,914	11
스페인	23	0.878	81.4	10.4	16.6	26,508	6
스웨덴	10	0.904	81.4	11.7	15.7	35,837	4
스위스	11	0.903	82.3	11.0	15.6	39,924	0
터키	92	0.699	74.0	6.5	11.8	12,246	-25
영국	28	0.863	80.2	9.3	16.1	33,296	-7
미국	4	0.910	78.5	12.4	16.0	43,017	6

자료: UNDP, Human Development Report 2011, 2011

2. 행복지수

삶의 질 수준을 측정하는 지표로서 주로 국민소득 수준을 비롯한 경제적인 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 생활 만족도(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 6-3-2〉 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 사회

체제가 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 2007년이었으며, 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. 사회위기 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 6-3-3〉 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 6-3-4〉 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

4. 국가경쟁력지수

국제경영개발연구원(IMD: International Institute for Management Development)은 스위스 로잔에 위치해 있으며 상설 부속 기관인 세계 경제포럼(WEF)을 통해 1989년부터 해마다 세계 각국의 국가 경쟁력을 종합 평가, 순위를 매기고 있다. 매년 발표되고 있는 세계경쟁력 보고서는 객관적인 평가와 정확성으로 국제적인 권위를 인정받고 있다(네이버 지식백과).

IMD의 평가요소는 2000년도까지 조사항목을 국내경제, 국제화, 정부, 금융, 기업, 사회간접자본, 과학기술, 인적자본 등 8개부문으로 나누어 종합국가경쟁력과 함께 부문별 경쟁력을 발표했으나 2001년부터는 ① 무역·국제투자·고용 등의 거시경제성과, ② 정부의 효율성, ③ 생산성·금융인력 등 기업경영의 효율성, ④ 사회 인프라 등 크게 4개 부문으로 국가별 경쟁력을 측정하고 각 부문별 5개의 중분류를 두어 4개의 대분류와 20개의 중분류로 그 분류를 달리하고 있다. IMD는 국가경쟁력을 평가하기 위해 총 280~300여개의 세부항목을 평가기준으로 활용하고 있는데 이들 기준은 새로운 이론, 연구 및 자료에 근거해 자주 삭제되거나 갱신되고 있어 2003년에는 321개 항목이 평가되었다(송권호, 2003).

보건 및 환경은 인프라 부문에속해 있으며, 2011년의 보건 및 환경 부문 평가 항목 가운데 보건과 관련된 평가 항목은 보건의료 총지출, 일인당 보건의료 지출, 공공분야 보건의료 지출(%), 보건의료 기반시설, 출생시 기대여명, 건강기대수명, 영아사망률, 의사 및 간호사 인구당 수, 인간개발지수, 삶의 질 등이다.

2011년 우리나라의 국가경쟁력지수의 순위는 22위이며, 보건 및 환경 순위는 28위이며, 보건환경분야에서 1위는 스웨덴, 2위는 핀란드, 3위는 아이슬란드의 순이다.

〈표 6-3-5〉 IMD 국가경쟁력지수 보건복지분야 순위: 2011

국가	IMD 순위	보건 및 환경순위	보건의료 총지출(5)	일인당 보건의료 지출	공공분야 보건의료 지출(%)	보건의료 기반시설	출생시 기대수명
한국	22	28	6.6	1,259	54.90	7.20	80.0
호주	9	9	8.8	4,205	67.96	6.95	82.0
오스트리아	18	7	10.1	5,029	76.57	8.92	80.0
벨기에	23	15	9.7	4,564	74.35	9.24	80.0
캐나다	7	10	10.3	4,610	69.84	6.57	81.0
칠레	25	34	6.9	704	59.43	4.96	78.0
체코	30	30	6.8	1,408	84.67	7.57	77.0
덴마크	12	4	9.9	6,185	84.70	8.23	79.0
에스토니아	33	32	5.3	938	76.27	5.33	74.0
핀란드	15	2	8.4	4,249	74.75	8.08	80.0
프랑스	29	14	11.1	5,084	78.96	8.17	81.0
독일	10	8	10.4	4,591	76.84	8.33	80.0
그리스	56	26	9.7	3,002	60.86	5.00	80.0
헝가리	47	39	7.4	1,141	70.27	3.39	74.0
아이슬란드	31	3	11.7	6,285	87.52	8.53	82.0
이스라엘	17	16	8.7	5,191	82.01	4.43	80.0
아일랜드	24	19	8.0	2,201	57.17	6.96	81.0
이탈리아	42	25	9.0	3,493	77.41	6.38	82.0
일본	26	11	8.1	3,081	80.92	7.68	83.0
룩셈부르크	11	17	7.2	8,645	91.09	8.04	80.0
멕시코	38	44	5.9	602	46.66	4.44	76.0
네덜란드	14	13	9.1	4,792	82.07	7.77	80.0
뉴질랜드	21	12	9.0	2,702	78.74	6.34	81.0
노르웨이	13	5	8.6	8,050	84.20	7.84	81.0
폴란드	34	42	6.6	912	70.97	2.85	76.0
포르투갈	40	22	10.1	2,390	70.21	6.48	79.0
슬로바키아	48	33	7.8	1,368	66.85	3.75	75.0
슬로베니아	51	29	7.8	2,106	71.36	5.00	79.0
스페인	35	20	8.7	2,994	72.84	7.87	81.0
스웨덴	4	1	9.1	4,840	81.96	8.09	81.0
스위스	5	6	10.5	6,869	58.96	9.04	82.0
터키	39	41	5.0	522	69.00	5.06	74.0
영국	20	21	9.0	3,882	82.76	6.74	80.0
미국	1	18	16.0	7,532	46.52	6.00	78.0

주: 1) 보건의료 보조: 일인 의사/간호사 당 국민수

2) 보건의료 문제(질병, 에이즈, 알코올, 약물남용, 등)

자료: IMD, World Competitiveness Yearbook 2011 2011

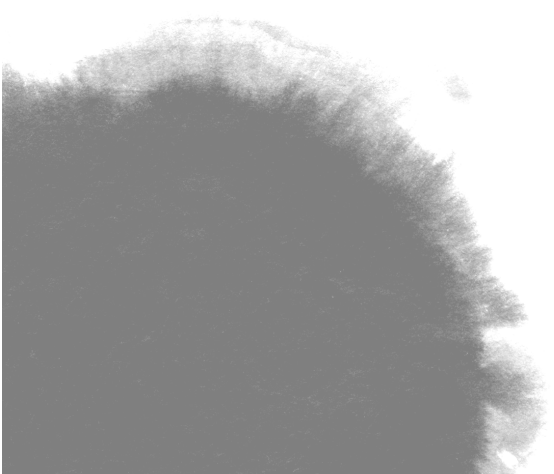
〈표 6-3-5〉 IMD 국가경쟁력지수 보건복지분야 순위: 2011(계속)

국가	건강 기대수명	영아 사망률 순위	보건의료 보조 ¹⁾		인간개발 지수	보건의료 문제 ²⁾	삶의 질
			의사	간호사			
한국	71.6	6.32	504	220	0.88	6.67	6.32
호주	73.8	9.40	350	92	0.94	7.57	9.40
오스트리아	72.2	9.65	213	128	0.85	8.64	9.65
벨기에	72.5	9.17	248	54	0.87	7.77	9.17
캐나다	73.2	8.90	458	109	0.89	7.21	8.90
칠레	69.9	7.14	617	1,262	0.78	6.78	7.14
체코	70.4	7.42	281	120	0.84	7.74	7.42
덴마크	71.8	9.21	290	69	0.87	8.77	9.21
에스토니아	66.8	4.67	298	150	0.81	5.33	4.67
핀란드	72.8	8.78	366	62	0.87	8.42	8.78
프랑스	73.9	8.00	291	113	0.87	7.07	8.00
독일	73.2	9.17	278	90	0.88	8.24	9.17
그리스	72.8	5.64	162	273	0.85	8.07	5.64
헝가리	65.7	3.96	320	157	0.80	5.40	3.96
아이슬란드	74.1	8.58	256	61	0.87	8.98	8.58
이스라엘	73.0	7.61	321	65	0.89	6.98	7.61
아일랜드	73.3	7.96	298	175	0.87	7.92	7.96
이탈리아	74.8	6.96	236	150	0.85	7.35	6.96
일본	75.7	7.30	458	95	0.88	8.11	7.30
룩셈부르크	73.3	9.09	344	87	0.85	7.32	9.09
멕시코	67.3	4.61	496	418	0.75	5.13	4.61
네덜란드	73.3	8.93	269	94	0.89	8.04	8.93
뉴질랜드	73.5	8.71	403	90	0.91	6.84	8.71
노르웨이	73.3	9.63	245	68	0.94	7.87	9.63
폴란드	67.3	4.63	463	173	0.79	6.93	4.63
포르투갈	71.5	5.94	262	179	0.79	7.58	5.94
슬로바키아	67.2	5.56	338	152	0.82	6.79	5.56
슬로베니아	72.0	5.90	416	125	0.83	5.70	5.90
스페인	73.7	7.83	288	194	0.86	7.58	7.83
스웨덴	73.5	9.02	264	83	0.88	8.27	9.02
스위스	74.9	9.66	264	67	0.87	8.49	9.66
터키	66.1	5.24	628	477	0.68	7.72	5.24
영국	72.3	7.37	368	99	0.85	6.77	7.37
미국	70.2	8.15	412	94	0.90	6.38	8.15

07

K
I
H
A
S
A

보건복지지표의 발전방향



제7장 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.

□ 체계적인 지표체계 구축

- 과거와 현재의 상황을 정확히 파악하고 미래를 전망하여 국민의 삶의 질 향상을 위한 정책수립 및 추진을 위해서는 우리가 알고

자 하는 분야를 가장 잘 나타낼 수 있는 지표의 선정과 이들 지표에 대한 정확한 수준을 파악할 수 있는 통계 생산이 필요함. 따라서 가장 선행되어야 할 것은 각 분야를 대표할 수 있는 관련 지표의 선정임. 각 분야를 잘 나타낼 수 있는 지표는 시대나 환경의 변화와 함께 변할 수 있기 때문에 이를 반영한 체계적인 지표체계의 구축 및 지속관리가 요구됨.

□ 통계의 선진화는 정확한 통계생산에 있고, 이를 위해 통계의 품질 향상을 위한 노력 필요

○ 사회현상을 정확히 파악하기 위해서는 이를 판단할 수 있는 정확한 통계가 필요함. 통계의 정확성은 주어진 절차 및 기준을 얼마나 잘 준수하였느냐에 따라 결정됨. 따라서 통계생산을 위한 기획단계부터 최종 생산 및 관리, 제공에 이르기까지 정확한 통계 생산 및 관리를 위한 절차를 준수하여 생산할 수 있도록 분야별 관련 매뉴얼의 개발 등이 요구됨.

○ 국제기구 및 선진국은 이전에는 부족한 통계를 생산하기 위하여 양적인 확대에 치중하였으나 이제는 생산통계의 정확성 향상을 위해 노력하고 있음. 이를 위해 통계의 질적인 개선을 위한 품질 향상에 주력하고 있음. 우리나라도 품질향상을 위한 통계 항목별 정의, 생산방법, 생산기준 등에 대한 전문가의 합의를 도출 통계 생산의 표준화를 위한 노력이 요구됨.

□ 다양한 요구에 부응할 수 있는 통계생산

○ 사회현상을 잘 설명하기 위해서는 이를 설명할 수 있는 다양한 통계가 뒷받침되어야 할 것임. 경제사회가 발전 할수록 필요로 하는 통계는 보다 다양하고 세분화되기 때문에 이를 만족할 수 있는 통계의 생산을 위한 노력이 요구됨.

- 또한 지자체의 실시이후 지역실정에 맞는 정책의 수립 및 추진 필요성이 높아지고 있음. 이를 위해서는 해당지역의 현황을 보다 정확히 파악할 수 있는 통계가 필요함. 통계의 생산은 정확하여야 하고 생산된 통계는 다른 지역과 비교가 가능하여야 함. 이를 위해 중앙정부는 생산의 표준화를 위한 지침서를 개발하고 지자체에서는 중앙정부와 통계생산 기술과 정보를 공유하고 국제적인 규격에 맞는 통계생산이 될 수 있도록 노력하여야 함.

□ 생산통계의 효율적 관리 및 제공

- 통계의 생산 못지않게 중요한 것이 생산 통계의 효율적인 관리에 있음. 생산통계의 효율적인 관리 목적은 통계를 필요로 하는 곳에 잘 활용할 수 있도록 뒷받침 해주기 위해서임. 따라서 생산통계의 체계적이고 효율적인 관리와 각종 매체를 활용한 통계정보의 전달이 효과적으로 이루어질 수 있도록 하여야 할 것임.
- 생산통계는 관련 자료들의 연계 활용이 가능하도록 하여 통계의 활용성을 높여야 함. 개인정보보호를 지켜가며, 보다 합리적인 방법으로 자료의 연계제공 및 통계생산이 가능하도록 법 및 제도의 뒷받침이 요구됨. 또한 해당분야별 개인정보가 포함된 자료의 취합관리 책임기관을 선정 육성할 필요성이 있음.

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 빈곤아동지원방안 연구보고서 2007-13, 한국보건사회연구원.
- 김승권·조애저·김유경·도세록·이건우(2006), 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 연구보고서 2006-24, 한국보건사회연구원.
- 김승권·김유경·조애저·김성희·이건우 외(2008), 2007년 전국 가정폭력 실태조사 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, 한국 보건사회연구원, 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·변희순·최선희 외(2005), 2004 전국 가정폭력 실태조사, 여성부.

변용찬·김성희·윤상용·강민희·손창균 외(2009), 2008년 장애인 실태조사 정책보고서 2009-16, 보건복지가족부/한국보건사회연구원.

보건복지가족부, 보건복지가족부 길잡이 통계, 2009.

_____(2008), 2007년 장애인지역사회재활시설통계.

_____(2009), 2008년 국민기초생활보장 수급자 현황.

_____, 등록장애인 현황(2008년 12월말)

보건복지부(각연도), 보건복지통계연보

_____, 보건복지백서

보건복지가족부·중앙노인보호전문기관(2008), 2007 전국노인학대상담사업 현황보고서

_____(2009), 2008 전국아동학대현황보고서

사립학교교직원연금관리공단(2009), 사학연금통계연보 2008.

서문희·임유경·박애리(2002), 2002년도 전국보육실태조사 보고 정책보고서 2002-39, 보건복지부/한국보건사회연구원.

송권호(2003), IMD와 WEF의 국가경쟁력 평가방법 비교, 무역연구소
장영식·도세록·고경환(2001). 한국의 보건복지지표 2001 정책연구자료 2001-01, 한국보건사회연구원.

장영식·김나연·최성용(2008), 2008년 지표로 본 한국의 보건복지 동향
 정책자료 2008-03, 한국보건사회연구원.

장영식·고경환·류시원·이정우·김나연(2009), 한국의 보건복지 동향 :
 2009, 한국보건사회연구원.

정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우 외(2005), 2004년도 전국 노인생
 활실태 및 복지욕구조사 정책보고서 2005-03, 보건복지부/한국보
 건사회연구원.

질병관리본부(2007), 2007 국민건강통계(국민건강영양조사 제4기 1차년
 도, 보건복지가족부·질병관리본부.

통계청(2010), 한국의 사회지표 2009.

통계청(2009), 경제활동인구조사 2008.
 _____, 소비자물가지수 연보 2008.
 _____, 사회조사보고서 2008.
 _____(2011), 인구동태연보 :총괄·출생·사망편 2010.
 _____(2006), 2005 인구주택총조사보고서.
 _____(각연도), 장래인구추계.
 _____, 물가연보.
 _____, 「2007년 추계 인구·가구 자료」.
 _____, 「사망원인통계」
 _____, 전국가계조사 원자료, 2003, 2007.

통계개발원(2008), 한국의 사회동향 2008.

통계개발원(2009), 한국의 사회동향 2009.

통계개발원(2010), 한국의 사회동향 2010.

한국은행(1995), 알기쉬운 경제지표 해설.

한국노동연구원(2009), 2009 KLI 노동통계.

한영자·서 경·이상욱·이승욱·신창우, 2002~2003 영아·모성사망조사,
한국보건사회연구원·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(2010), Australia's Health.

_____(2009), Australia's Welfare.

OECD(2006), Society at a Glance.

_____(2011), Health at a Glance.

_____, OECD Health Data 2011.

_____, 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 2011, 2011

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)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 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 |

■ 2011년	11-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민	9,000원
	11-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국	미정
	11-03	친서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영	6,000원
	11-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박살비아	5,000원
	11-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가야채다 개발 등 추진전략 수립	정기혜	7,000원
	11-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성	7,000원
	11-07	저소득층 아동비만 및 저체중문제의 진단과 대응방안	김혜련	6,000원
	11-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진	6,000원
	11-09	인구집단 의료이용 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해	김동진	6,000원
	11-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응 방안	황나미	미정
	11-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석	7,000원
	11-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명	7,000원
	11-13	사회보장제정과 계원조달에 관한 연구	최성은	5,000원
	11-14	보편적복지와 선별적복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘	미정
	11-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연	6,000원
	비발간	해외사회보장제도 정보서비스 제공	강유구	미정
	11-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙	미정
	11-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진	6,000원
	11-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지제정 수준에 관한 연구	고경환	6,000원
	11-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환	8,000원
	11-17-3	2011 사회예산분석	최성은	7,000원
	11-17-4	2011 보건복지 제정의 정책과제	유근춘	10,000원
	11-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	미정
	11-17-6	사회복지제정 추계모형개발	원종욱	8,000원
	11-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호	5,000원
	11-18	공정사회를 위한 친서민 정책 개선 방안	이태진	미정
	11-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명	7,000원
	11-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진	6,000원
	11-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수	미정
	11-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완	6,000원
	11-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주	7,000원
	11-24	2011 빈곤연계연보	김문길	8,000원
	비발간	2011 기초보장평가 및 정책대안 모색	이태진	미정
	비발간	2011 기초보장모니터링 및 현장보고	최현수	미정
	11-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규	미정
	11-26	중산층가족의 복지제감도 증진방안 연구	김유경	미정

11-27	다문화가족이동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙	미정
11-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬	5,000원
11-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희	7,000원
11-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희	6,000원
11-31	사회적기업의 사회복지서비스제공 실태 및 운영구조 연구	강혜규	미정
11-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과분석	이삼식	7,000원
11-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철	5,000원
11-34	보건복지통계의 품질관리표준화 방안 연구	손창균	6,000원
11-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록	6,000원
11-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식	11,000원
11-37-1	출산율 예측모형 개발	이삼식	6,000원
11-37-2	저출산에 대한 만혼의 영향과 정책과제	김태홍 (외부)	미정
11-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아 건강 동향과 정책과제	최정수	7,000원
11-37-4	소득계층별 출산 양육 행태 분석 및 정책방안	김은정	6,000원
11-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희 (외부)	미정
11-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식	7,000원
11-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서	6,000원
11-37-8	외국의 이민정책변천과 사회경제적 영향	임정덕 (외부)	미정
11-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희	9,000
11-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임모색: OECD 국가별 비교를 중심으로	이소정	미정
11-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경	미정
11-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕	8,000원
11-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구- M시 종적연구기반(1)	오영희	6,000원
11-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉	미정
11-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희	8,000원
11-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판	이삼식	5,000원
11-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희	7,000원
11-37-18	저출산고령사회 대응 관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석	이소정	미정
11-37-19	출산관련 조사자료DB구축	신창우	10,000원
비발간	국제신포자음	이삼식	미정
비발간	저출산고령사회연구관련 학술대회	이삼식	미정
11-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 유지방안에 관한 연구	김기홍 (외부)	미정
11-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	이삼식	미정
비발간	저출산고령화와 사회갈등	이삼식	미정
11-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회환경 조성방안	(미정) (외부)	미정
11-37-23	저출산고령화대응영세자영업자생활실태연구	박종서	미정
11-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006~2010년 결과 보고서-	오영호	8,000원
11-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영	10,000원
11-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술 지원	김동진	11,000원
11-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가의 정책동향	최은진	10,000원

	11-39-4	건강영향평가 DB구축	김동진	10,000원
	11-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순	9,000원
	11-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선	8,000원
	11-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표	8,000원
	11-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안	홍석표	5,000원
	11-42	취안, 위기 및 다문화가족의 예방및응급 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구(2차년도)	김승권	11,000원
	11-43	친서민정책으로의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 아동분야 사회서비스 중심으로	김미숙	13,000원
	11-44-1	한국의 복지실태	남상호	미정
	11-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱	8,000원
	비발간	한국의 사회복지분석	남상호	미정
	11-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(II)	정영호	7,000원
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료정책방향 모색	박실비아	미정
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료분석	조재국	미정
	11-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민	7,000원
	11-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희	6,000원
■ 2010년	10-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000원
	10-02	화귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	5,000원
	10-03	해의의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	7,000원
	10-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000원
	10-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000원
	10-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000원
	10-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000원
	10-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000원
	10-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	5,000원
	10-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000원
	10-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000원
	10-12	한국 제3세대 육성방안에 대한 연구	노태명	8,000원
	10-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000원
	10-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000원
	10-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노태명	7,000원
	10-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000원
	10-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000원
	10-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000원
	10-19	아동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000원
	10-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000원
	10-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	8,000원
	10-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000원
	10-23	민간 복지자원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000원
	10-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000원
	10-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000원
	10-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000원
	10-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000원
	10-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000원
	10-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000원

10-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	17,000원
10-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000원
10-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변홍찬	5,000원
10-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000원
10-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000원
10-30-6	저출산의 가시경제적 효과분석	남상호	6,000원
10-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지 (외부)	6,000원
10-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000원
10-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000원
10-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000원
10-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000원
10-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최경수	6,000원
10-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000원
10-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000원
10-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000원
10-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000원
10-30-17	산노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000원
10-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000원
10-30-19	에비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000원
10-30-20	산노년층(에비노년층)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	신우덕	5,000원
10-30-21	산노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	7,000원
10-31-1	2010 사회예산 분석	최정은	8,000원
10-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	9,000원
10-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000원
10-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최정은	6,000원
10-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000원
10-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000원
10-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000원
10-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000원
10-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000원
10-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000원
10-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000원
10-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000원
10-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000원
10-35	취약위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	10,000원
10-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000원
10-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000원
10-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000원
10-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(II)	정영호	11,000원
10-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(I)	정영호	7,000원
10-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000원
10-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000원