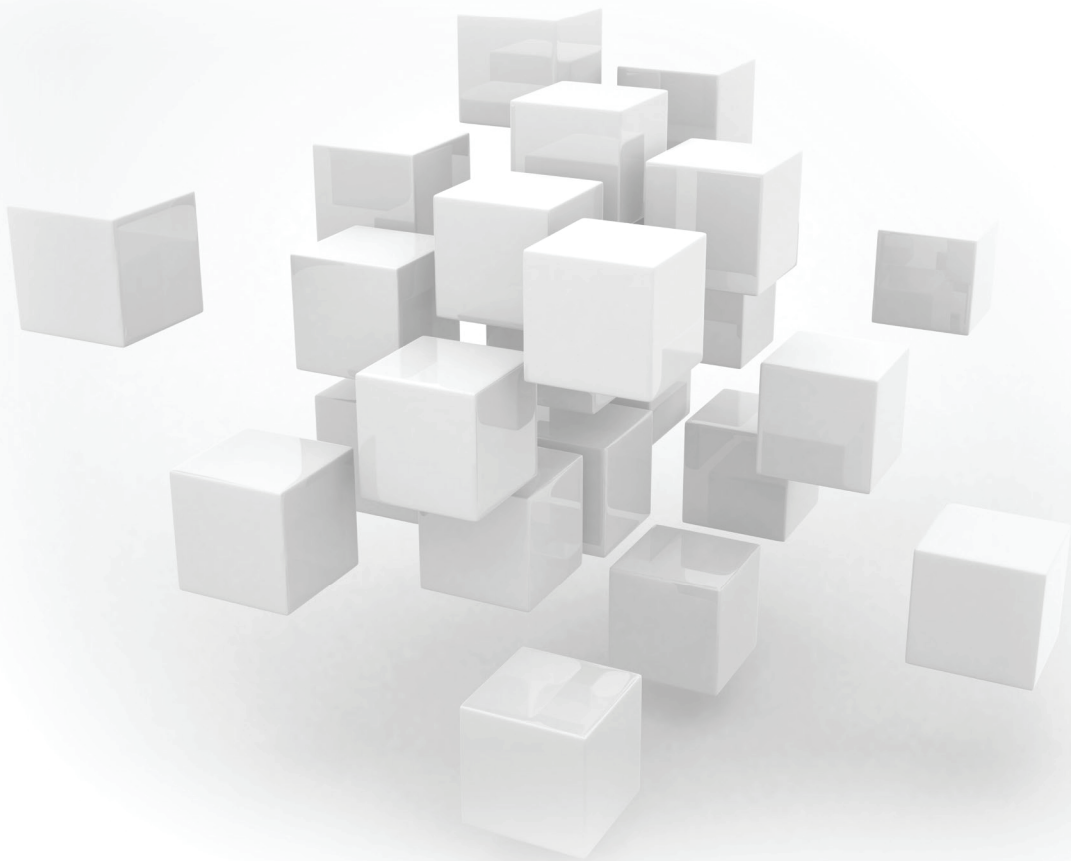


보건복지 분야 국정현안과 대응방안 2013

National Policy Agenda in Health and Welfare 2013



현안보고서 2013-05

보건복지 분야 국정현안과 대응방안 2013

발행일 2013년 12월
저자 한국보건사회연구원
발행인 최병호
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전화 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 한디자인 (02-2269-9917)
가격 비매품

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-119-9 93330

발간사

한국보건사회연구원은 2013년 한 해 동안 사회정책의 국가비전을 선도하고 국가정책에 대한 기여도를 높이하고자 노력하였습니다. 이를 위하여 우리 연구원은 우리 상황에 적합한 창의적 복지 패러다임 연구, 국가의 사회정책 평가와 중장기 계획 수립의 지원, 지속가능하며 위기에 대처 가능한 복지시스템 연구라는 중점 추진과제를 수립하여 체계적인 연구를 수행하여 왔습니다. 또한 한국 복지정책 발전의 역사적 과정과 교훈에 대한 연구와 더불어 선진국 복지정책의 역사와 미래 전망을 바탕으로 국민을 위한 지속가능한 복지정책 설계와 실현을 위해 국가 사회정책의 중장기 발전계획 수립을 지원하여 왔습니다.

본 보고서는 2013년 한 해 동안 우리 연구원이 정부에 정기적으로 보고한 정책건의를 집약하여 국회, 정부, 각계의 전문가를 비롯한 국민들에게 알리기 위하여 발간하게 되었습니다. 보고서에 수록된 정책건의 자료가 사회정책 수립에 기여함은 물론 우리나라 보건의료·사회보장정책에 관심을 가진 각계 전문가들에게 귀중한 자료로 활용되기를 기대합니다. 또한 우리 연구원은 향후에도 국민 행복과 삶의 질 제고를 위한 실용적 정책대안과 실천전략을 제시하고자 능동적인 정책연구와 근거 중심의 정책연구 수행을 통한 정책건의를 강화하고자 노력할 것입니다.

본 보고서의 작성에 적극 참여해 준 연구원의 연구자들에게 감사를 드리며, 편집·연구지원을 위하여 수고해 준 직원 여러분에게도 고마움을 전합니다.

2013년 12월
한국보건사회연구원장
최 병 호



Contents

I. 보건정책

- 건강보험 진료비 분석 및 정책방향 / 신현웅 3
- 고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로 / 정영호 19
- 담배가격 변화에 따른 인식 및 행태 변화 / 고숙자 37
- 담배규제기본협약 성과제고를 위한 정책과제 / 최은진 51

II. 사회정책

- 저소득층을 위한 서민금융지원제도 개선방안 / 김태완 67
- 가구구조 변화와 소득불평등, 그 정책함의 / 김문길 81
- 장애노인의 실태와 과제 / 김성희 95

Ⅲ. 인구정책

- EU 국가의 출산율 및 가족 구조 동향과 시사점 / 신윤정 113
- 소득계층별 출산행태 분석 및 정책방안 김은정 127
- 국내 혼인동향 분석과 정책과제 / 이상림 143
- 노인의 건강실태와 정책추진방안 / 오영희 157

Ⅳ. 미래전략정책

- 국제회계기준에 따른 공적연금 연금부채 산정방식 검토 / 신화연 ... 175

표 목차

〈표 I- 1〉 건강보험 재정추이(2002~2012년)	6
〈표 I- 2〉 진료비 증가 요소별 평균증가율 추이(2003~2012년)	8
〈표 I- 3〉 진료비 증가요소별 증가율 추이: 입원, 외래, 약국별(2003~2011년)	9
〈표 I- 4〉 진료비 증가요소별 증가율 추이: 입원, 외래, 약국별(2007~2012년)	10
〈표 I- 5〉 진료비 증가 요소별 평균증가율 추이(2003~2011년)	11
〈표 I- 6〉 진료비 증가 입원, 외래, 약국별 평균증가율 추이(2003~2012년)	12
〈표 I- 7〉 2012년 월별 급여비 지급내역 분석	13
〈표 I- 8〉 21대 상병별 진료비 증가 실태	14
〈표 I- 9〉 연령대별 진료비 구성	15
〈표 I-10〉 우리나라의 성별·연령별 건강관련 삶의 질	24
〈표 I-11〉 우리나라 성인의 주요 만성질환 유무에 따른 건강관련 삶의 질	24
〈표 I-12〉 65세 이상의 복합만성질환 유형 및 분포	26
〈표 I-13〉 65세 이상의 복합만성질환자의 평균 외래이용 의료비 지출(2009년)	28
〈표 I-14〉 65세 이상의 복합만성질환에 관한 교차비(Odds ratio)	29
〈표 I-15〉 46개 만성 질환과 ICD-10코드	32
〈표 I-17〉 복합만성질환의 유병률(%) 및 유병 순위	34
〈표 I-18〉 연령별 흡연량	42
〈표 I-19〉 소득수준별 흡연량	43
〈표 I-20〉 금연시도 및 금연의향	44
〈표 I-21〉 소득수준별·연령별 금연치료제 효과에 대한 인식	44
〈표 I-22〉 소득수준별 금연의사 담배가격	45
〈표 I-23〉 소득수준별·연령별 금연치료 참가 의향	47
〈표 I-24〉 가격 및 비가격 정책 강화에 따른 2020년 성인 남성 흡연율(%) 예측	57
〈표 II- 1〉 소득분위별 자산 및 부채규모(평균)	74
〈표 II- 2〉 가구유형별 자산 및 부채규모(2012년)	74
〈표 II- 3〉 소득분위별 부채 용도	75
〈표 II- 4〉 가구유형별 부채 용도	76
〈표 II- 5〉 소득분위별 부채 구성	77
〈표 II- 6〉 소득분위별 소득 변화 및 증가율	87

〈표 II- 7〉 가구유형별 비중 및 변화(1990~2012년)	88
〈표 II- 8〉 가중치조정에 의한 빈곤·불평등지수 변화의 효과(변화율)	89
〈표 II- 9〉 가구유형별 불평등지수 변화	91
〈표 II-10〉 집단 내 불평등, 집단 간 불평등의 분해결과	92
〈표 II-11〉 인구하위 집단 별 불평등 분해 결과(1990~2012년)	93
〈표 II-12〉 독거 장애노인의 국민기초생활보장 수급여부 및 일상생활 도와주는 사람 유무 ...	100
〈표 II-13〉 장애노인의 주된 장애유형	102
〈표 II-14〉 장애노인의 장애발생시기 및 장애기간에 따른 주관적 건강상태	104
〈표 II-15〉 장애노인과 전체노인의 기본적 일상생활동작(ADL) 비교	105
〈표 II-16〉 장애노인과 전체노인의 수단적 일상생활동작(IADL) 비교	105
〈표 III- 1〉 소득계층별 출산행태 비교	132
〈표 III- 2〉 추가출산을 하지 않는 이유(현재 자녀수별)	135
〈표 III- 3〉 추가출산을 하지 않는 이유(소득계층별)	136
〈표 III- 4〉 추가출산을 하지 않는 이유(소득계층별: 현재자녀수 2인 경우)	136
〈표 III- 5〉 자녀관련 가치관에 대한 동의 정도	137
〈표 III- 6〉 소득계층별 생애 총 자녀수에 영향을 미치는 변수	139
〈표 III- 7〉 성별 혼인형태별 초혼연령의 증가 추세	147
〈표 III- 8〉 우리나라의 건강수명 및 기대수명	161
〈표 III- 9〉 성별 노인의 본인인지 만성복합질환 유병률	162
〈표 III-10〉 연령별 노인의 일상생활수행능력(ADL) 제한율	164
〈표 III-11〉 노인의 수단적 일상생활수행능력(IADL) 제한율	164
〈표 III-12〉 노인(65세 이상)의 기능상태 제한 현황	164
〈표 III-13〉 노인의 공적 장기요양보호율	165
〈표 III-14〉 사망원인 및 사망률(65세 이상, 2012년)	165
〈표 III-15〉 연도 및 성별 노인 자살률(2010년 기준)	166
〈표 III-16〉 건강보험 적용 노인인구의 일반건강검진 및 암검진 수검률	168
〈표 III-17〉 장기요양 및 건강보험 보험급여비 지출 비교	171
〈표 IV- 1〉 기존 국가채무와 국가재무제표의 부채 비교	180
〈표 IV- 2〉 기업연금회계의 연금부채 산출방식	182

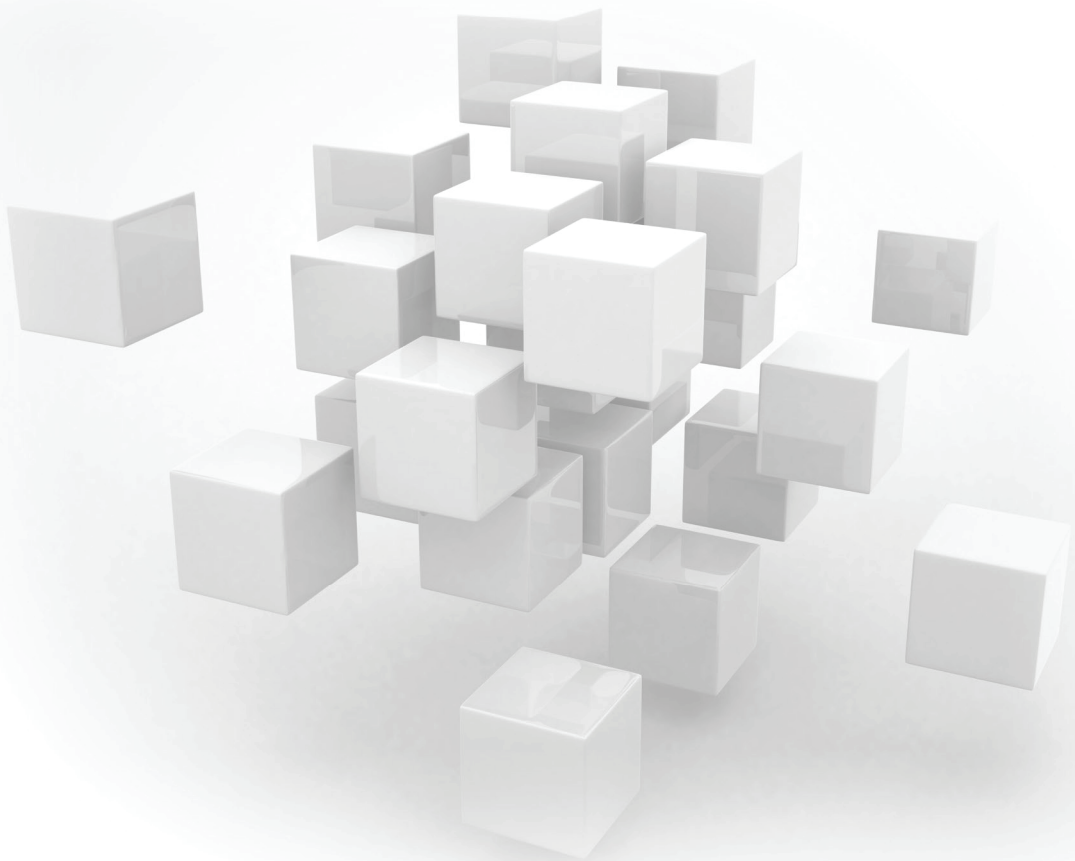
그림 목차

〈그림 I - 1〉 2012년 실제급여비와 예측급여비 차이	13
〈그림 I - 2〉 고령자의 연령별 만성질환 수 분포	27
〈그림 I - 3〉 복합만성질환자의 만성질환 평균값 및 중위수	27
〈그림 I - 4〉 연도별 흡연율 추이	40
〈그림 I - 5〉 소득수준별 흡연율 추이	40
〈그림 I - 6〉 OECD 국가의 흡연율 및 담배가격 비교	41
〈그림 I - 7〉 연령별 금연치료 지원 희망액	48
〈그림 I - 8〉 소득수준별 금연치료 지원 희망액	48
〈그림 I - 9〉 OECD국가의 남자 흡연율(2010년)	56
〈그림 I-10〉 금연구역 확대정책의 기준	59
〈그림 I-11〉 세계 각국의 금연경고 그림의 예시	61
〈그림 II- 1〉 가구규모 변화 추이	84
〈그림 II- 2〉 노인 가구원 수 변화 추이	84
〈그림 II- 3〉 아동 가구원 수 변화 추이	84
〈그림 II- 4〉 상대적 빈곤율, 지니계수 추이	85
〈그림 II- 5〉 빈곤층, 중간층, 부유층 규모 변화 추이	86
〈그림 II- 6〉 전체 인구나 장애인구의 65세 이상 비율	99
〈그림 II- 7〉 장애인과 전체노인의 인구학적 특성 (성별/연령/교육수준/배우자 유무/가구유형) 비교	101
〈그림 II- 8〉 장애노인의 장애발생시기	102
〈그림 II- 9〉 장애노인의 장애기간	102
〈그림 II-10〉 장애노인의 주된 개인소득원	103
〈그림 II-11〉 장애노인의 성별 주된 개인소득원	103
〈그림 II-12〉 장애노인의 남의 도움 필요정도	106
〈그림 II-13〉 장애노인의 혼자 외출 가능여부	106

〈그림 II-14〉 장애인노인의 여가활동 참여	107
〈그림 II-15〉 장애인노인의 장애인복지사업 이용경험	107
〈그림 II-16〉 전체 장애인 및 장애인노인의 복지욕구	108
〈그림 III- 1〉 EU 국가의 유형별 출산율 추이(1980~2009년)	118
〈그림 III- 2〉 EU 국가 여성의 평균 출산 연령과 합계 출산율(2009년)	119
〈그림 III- 3〉 유럽 국가의 30세 이상 여성의 출산율 비중(2000년, 2009년)	120
〈그림 III- 4〉 EU 국가의 자녀가 있는 가구 유형별 분포(2009년)	121
〈그림 III- 5〉 EU 국가 평균 조혼인율과 조이혼율(1970~2009년)	122
〈그림 III- 6〉 EU 주요 국가들의 혼외 출산 비중(2009년)	123
〈그림 III- 7〉 EU 국가의 혼외 출산 비중과 합계 출산율(2009년)	123
〈그림 III- 8〉 EU 국가의 25~49세 여성 취업률과 합계 출산율(2009년)	124
〈그림 III- 9〉 EU 국가의 0~2세 보육 서비스 이용 비중과 합계 출산율(2009년)	125
〈그림 III-10〉 소득계층별 현재자녀수	132
〈그림 III-11〉 소득계층별 생애 총 자녀수	133
〈그림 III-12〉 소득계층별 추가출산 계획 비율	134
〈그림 III-13〉 성별 미혼자 비율 증가 추이(1980~2010년)	148
〈그림 III-14〉 성별 초혼연령 분포(2000년, 2010년)	149
〈그림 III-15〉 연령별 혼인이행률의 분포	150
〈그림 III-16〉 미혼 잔존확률 분포	151
〈그림 III-17〉 성 및 연령별 기대여명(65세 이상, 2012년)	161
〈그림 III-18〉 한국 노인(65세 이상)의 치매 유병률 및 치매 환자수 추이	163
〈그림 III-19〉 60세 이후 자살을 생각해 본 이유	167
〈그림 III-20〉 성별 노인의 건강생활 실천율	168
〈그림 III-21〉 연도별 건강보험 노인진료비 추이	169
〈그림 III-22〉 노인의 다빈도 상병 10순위	170

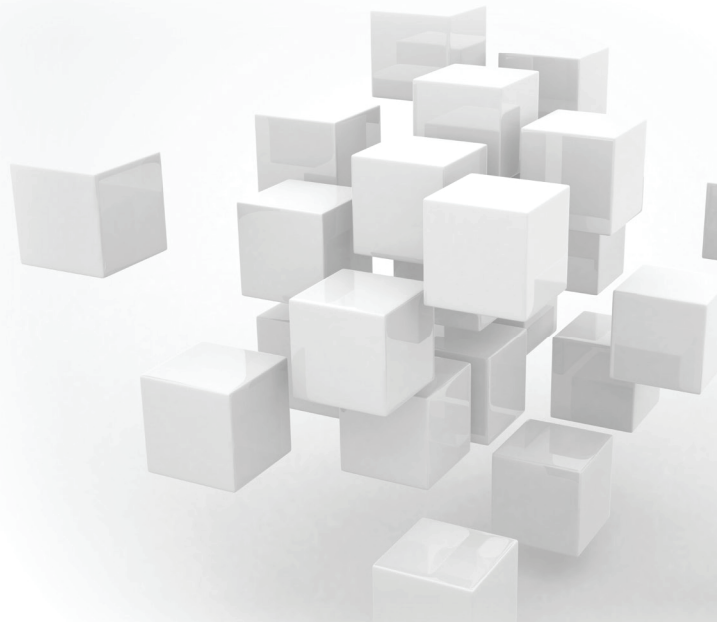
I

보건정책



건강보험 진료비 분석 및 정책방향

연구위원 신현웅



[요약]

- 2003년에서 2012년까지 9개년 동안 연평균 진료비 증가율은 9.73%였고, 방문 일당 진료강도 증가율은 연 4.21%와 내원일수 증가율은 연 3.01%로 나타났음 (표 I - 2).
 - 매년 환산지수(수가수준) 인상은 2% 이내에서 건강보험공단과 의료공급자간에 협상이 이루어졌고, 0.1~0.2% 차이의 이견 때문에 협상이 결렬되는 등 진통을 겪지만 의료기관의 진료비 수입은 연평균 10% 이상씩 증가하였음.

- 최근 진료비 증가는 과거 증가 패턴과는 다르게 증가가 둔화되는 현상을 보이고 있음 (2011년 6.0%, 2012년 3.5%).
 - 증가둔화 요인으로 경기침체로 인한 의료이용 둔화, 2012년 4월 약품비 인하 및 기타 다양한 재정안정대책의 효과
 - 전염성 질환 감소, 만성질환 비용감소, 50, 60대 진료비 증가 둔화, 일시적인 계절적 요인(황사 영향 등) 등을 들 수 있음.
 - 하지만 이러한 패턴이 지속될 것인지 관찰 필요

- 건강보험 지출 효율화를 위해서 단기적으로 공급관리 측면과 수요자 측면의 방안 마련 필요
 - 중장기적으로 건강보험 진료비 지불제도 개선, 진료량을 반영한 수가계약방식로의 전환 등이 필요

1. 논의배경

- 새로운 정부가 출범한 2013년부터는 건강보험의 보장성 측면에서 커다란 변화가 예상됨.
 - 제18대 대통령 선거의 핵심공약 중의 하나가 건강보험 보장성 확대였음.
 - 따라서 보장성 강화에 정책적 우선순위가 주어질 것으로 전망됨.
 - 아울러 2013년에는 그간 수립·추진되어 온 보장성 강화 로드맵이 종료되면서 대선공약 상의 보장성 강화 계획을 포괄하는 새로운 중장기 로드맵이 수립되어야 함.

- 2011년 말까지 1.6조원의 누적수지 흑자를 기록하였던 건강보험 재정은 2012년 말 기준으로 약 4조 6천원의 누적흑자를 기록하고 있음(표 I-1).

〈표 I-1〉 건강보험 재정추이(2002~2012년)

(단위: 억원, %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
수입	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,606	379,774	418,192	11.65
보험료	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,629	323,995	358,536	12.91
지출	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	10.23
급여비	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	376,318	10.47
당기수지	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	
누적 재정수지	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,628	22,586	9,592	15,600	45,757	

주: 현금수지기준

- 하지만 보장성 강화에 대한 국민적 요구의 증대, 고령화 등 진료비 증가요인 등으로 진료비 지출 증가가 예상됨.
- 중장기 재정지출 규모를 종합적으로 고려한 안정적 자원조달 방안 마련이 필요

- 건강보험 수입측면에서 보험료 인상과 국고지원의 한계
 - 보험료 부과기반 증가율 둔화 추세, 보험료율 인상의 어려움 등
 - 국고지원을 진료비 증가율만큼 지속적으로 투입하기 어려운 한계

- 지출측면에서도 고령화와 소득수준 향상, 신기술의 확산 등 의료수요 증가로 진료비가 지속적으로 늘어나고 있으며, 보장성 강화 요구 등으로 인해 건강보험 재정지출도 계속 증가할 것으로 예상됨.
 - 따라서 현행 10% 이상 증가하고 있는 진료비 증가를 적정하게 관리할 지출구조 효율화 방안 마련이 필요

- 이를 위해 진료비 지출 실태를 정확하게 분석하고 이에 따라 재정지출을 안정적으로 관리해야 함.

- 2012년 진료비 증가 둔화 요인에 대한 분석과 향후 전망 등이 필요

2. 진료비 지출 실태분석

1) 2003~2012년 진료비 실태

- 2003년에서 2012년까지 9개년 동안 연평균 진료비 증가율은 9.73%였고, 이중 환산지수(수가수준) 인상으로 인한 증가율은 1.61%에 그친 반면, 방문일당 진료강도 증가율은 4.21%, 1인당 내원일수 증가율은 3.02%로 진료비증가에 크게 기여하였음.

- 매년 환산지수 인상률은 2% 이내에서 건보공단과 의료공급자간에 협상이 이뤄져 왔으나 양자간 0.1~0.2%의 이견 때문에 협상이 결렬되는 등 진통을 겪었음.

- 의료기관 입장에서 실질적인 진료비 수입은 10% 이상 증가하였음.
- 입내원일수 증가는 수요자의 요구가 커진 부분이 있지만, 방문일당 진료강도는 공급자 측면의 영향이 큼.
 - 방문일당 진료강도는 환산지수 수가 인상 이외에 상대가치점수 인상, 상대가치점수가 높은 항목의 빈도 증가, 그리고 진료당 행위 가짓수의 증가로 구분됨.¹⁾
 - 행위별 수가제 하에서는 수익이 많이 남는 행위에 집중하고, 빈도를 늘리려는 유인이 있음.

〈표 I-2〉 진료비 증가 요소별 평균증가율 추이(2003~2012년)

(단위: %)

연도	총진료비 증가율	적용인구 증가율	적용인구당 진료비 증가율	적용인구당 내원일수 증가율	입내원일당 진료비 증가율(A)	환산지수 증가율 (B, 행위비적용)	방문일당 진료강도 ()
2004	8.50	0.57	7.89	1.56	6.23	1.84	4.31
2005	10.47	0.04	10.42	3.11	7.09	2.02	4.97
2006	14.27	0.04	14.23	4.48	9.34	2.38	6.80
2007	14.01	0.86	13.03	3.25	9.47	1.53	7.82
2008	7.66	0.71	6.90	1.47	5.35	1.28	4.01
2009	12.82	0.94	11.77	6.74	4.71	1.47	3.19
2010	10.90	0.60	10.24	3.33	6.69	1.36	5.26
2011	5.98	0.80	5.14	1.34	3.75	1.09	2.63
2012	3.46	0.74	2.71	2.02	0.67	1.51	-0.82
2003-2012 평균증가율	9.73	0.59	9.09	3.02	5.89	1.61	4.21
2003-2007 평균증가율	11.79	0.38	11.36	3.10	8.02	1.94	5.96
2007-2012 평균증가율	8.11	0.76	7.30	2.96	4.21	1.34	2.84

1) 수가=상대가치점수×환산지수 & 진료비=상대가치점수×환산지수×빈도

- 진료비 지출을 입원, 외래, 약국으로 구분하여 살펴볼 때 최근 10년간 입원이 가장 많이 증가하였음.
 - 약국의 경우 과거 2003~2007년까지는 연증가율이 12.89%로 외래보다 높았으며, 특히 방문일당 진료강도가 연 9.18%로 이는 약가인상, 약 가짓수 증가 등이 원인으로 판단됨.
 - 최근 5년간 증가율이 5.81%로 떨어진 부분은 2012년 4월 약가인하 등 약제비 절감 노력에 기인하는 것으로 판단됨.

〈표 I-3〉 진료비 증가요소별 증가율 추이: 입원, 외래, 약국별(2003~2011년) (단위: %)

구분	기간별 평균증가율	총진료비 증가율	적용인구 증가율	적용인구 당진료비 증가율	적용인구당 내원일수 증가율	입내원일당 진료비 증가율(A)	환산지수 증가율 (B, 행위비 적용)	방문일당 진료강도 ()
입원	2003-2012	12.78	0.59	12.12	8.64	3.20	1.61	1.57
	2003-2007	15.81	0.38	15.38	9.47	5.39	1.94	3.39
	2007-2012	10.41	0.76	9.58	7.97	1.48	1.34	0.14
외래	2003-2012	8.19	0.59	7.55	2.45	4.98	1.61	3.32
	2003-2007	8.65	0.38	8.24	2.52	5.58	1.94	3.57
	2007-2012	7.82	0.76	7.00	2.39	4.50	1.34	3.12
약국	2003-2012	8.90	0.59	8.26	2.20	5.93	0.64	5.26
	2003-2007	12.89	0.38	12.46	2.17	10.07	0.82	9.18
	2007-2012	5.81	0.76	5.02	2.23	2.73	0.51	2.21

- 이러한 현상을 진료비 4대 구성요소인 기본진료료, 진료행위로, 약품비, 재료비로 구분하여 보면 2012년 약품비가 2.64% 감소한 것으로 나타남.
 - 반면 기본진료료 8.58%, 진료행위료는 7.36%로 상대적으로 높게 증가한 것으로 나타남.

〈표 I-4〉 진료비 증가요소별 증가율 추이: 입원, 외래, 약국별(2007~2012년) (단위: %)

	총진료비	행위로			약품비	재료비
		기본진료료	진료행위로	행위로 합		
2008	8.61	9.18	7.18	8.09	9.17	12.93
2009	12.54	10.60	14.65	12.79	12.22	10.85
2010	10.72	8.21	13.01	10.85	9.57	16.72
2011	5.54	3.95	7.31	5.83	5.16	3.69
2012	4.69	8.58	7.36	7.88	-2.64	4.88
연평균 증가율	8.38	8.08	9.85	9.06	6.57	9.71

- 요양기관 종별로 살펴볼 경우 병원 14.53%, 상급종합 10.61%, 종합병원 10.27%로 병원급의 증가율이 가장 높았음.
 - 병원급 진료비 증가율이 높은 것은 2004년²⁾ 이후 급증한 요양병원의 영향이 큰 것으로 판단됨.
 - 반면, 치과 5.90%, 의원급 6.44% 순으로 증가율이 가장 낮았음.
- 병원급은 다른 종별보다 적용인구당 내원일수와 방문일당 진료강도가 높게 증가하였으며, 이러한 증가요인이 반영되어 환산지수는 가장 낮게 인상되었음

2) 〈부표〉 연도별 요양병원 개소수

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
개소수 (개)	19	28	54	68	113	203	361	591	690	777	867	992	1,104

〈표 I-5〉 진료비 증가 요소별 평균증가율 추이(2003~2011년)

(단위: %)

연도	총진료비	적용인구	적용인구당 진료비	적용인구당 내원일수	입내원일 당진료비 (A)	환산지수 증가율 (B, 행위비 적용)	방문일당 진료강도 ()
전체	9.73	0.59	9.09	3.02	5.89	1.61	4.21
병원급	상급종합	10.61	0.59	9.96	4.37	5.36	4.02
	종합병원	10.27	0.59	9.62	3.81	5.60	4.13
	병원	14.53	0.59	13.86	8.49	4.95	3.35
의원	6.44	0.59	5.82	1.64	4.11	2.23	1.85
치과	5.90	0.59	5.28	0.58	4.67	2.82	1.79
한방	9.01	0.59	8.37	4.32	3.89	2.68	1.17
약국	8.90	0.59	8.26	2.20	5.93	0.64	5.26

2) 최근의 진료비 지출동향

- 2011년과 2012년도 진료비 증가는 과거 증가 패턴과는 다르게 증가가 둔화되는 현상을 보이고 있음
 - 이러한 둔화요인이 무엇이고 둔화요인이 지속될 것인지에 대한 판단이 필요
- 2012년도 진료비 증가 중 약국의 진료비가 2.49% 감소하였으며, 이중 약품비와 관련된 방문일당 진료강도가 5.94% 감소한 것이 주요 원인임
 - 입원의 경우도 약품비 인하에 따라 방문일당 진료강도가 1.98% 감소한 것으로 나타났으나, 입원일수 증가가 4.57%로 상대적으로 높은 것으로 나타남

〈표 I-6〉 진료비 증가 입원, 외래, 약국별 평균증가율 추이(2003~2012년)

(단위: %)

연도	구분	총진료비 증가율	적용인구 증가율	적용인구당 진료비 증가율	적용인구당 내원일수 증가율	입내원일당 진료비 증가율(A)	환산지수 증가율 (B, 행위비 적용)	방문일당 진료강도 ()
2003 -201 2	전체	9.73	0.59	9.09	3.02	5.89	1.61	4.21
	입원	12.78	0.59	12.12	8.64	3.20	1.61	1.57
	외래	8.19	0.59	7.55	2.45	4.98	1.61	3.32
	약국	8.90	0.59	8.26	2.20	5.93	0.64	5.26
2012	전체	3.46	0.74	2.71	2.02	0.67	1.51	-0.82
	입원	4.81	0.74	4.04	4.57	-0.50	1.51	-1.98
	외래	6.20	0.74	5.43	1.69	3.67	1.51	2.13
	약국	-2.49	0.74	-3.21	2.25	-5.34	0.63	-5.94

□ 2012년 급여비 지출을 월별로 살펴보면 2012년 1~9월까지 과거 증가율을 반영한 예측급여비와 실제급여비 간에는 1조 3,639억원의 차이가 있었음

- 특히 6월에 3,468억원, 7월 2,558억원으로 가장 많이 급여비가 절감되었음
- 6월 지급분은 4~5월 의료 이용분으로 4월 약가인하, 황사가 적었던 계절적인 요인이 원인으로 작용한 것으로 판단됨
 - 약품비 인하로 인해 2012년 4~9월까지 6개월간 9,086억원의 진료비가 절감되었으며, 이중 공단부담금 6,360억원이 절감되었음(보건복지부 보도자료 - 2013년 2월 7일)
 - 기상청에 따르면 2012년 황사 발생일수는 총 15일로 2011년 같은 기간(25일)에 비해 10일 적은 것으로 관측되었으며, 황사의 강도도 약했음(기상청 6월 12일 보도)

〈표 I-7〉 2012년 월별 급여비 지급내역 분석

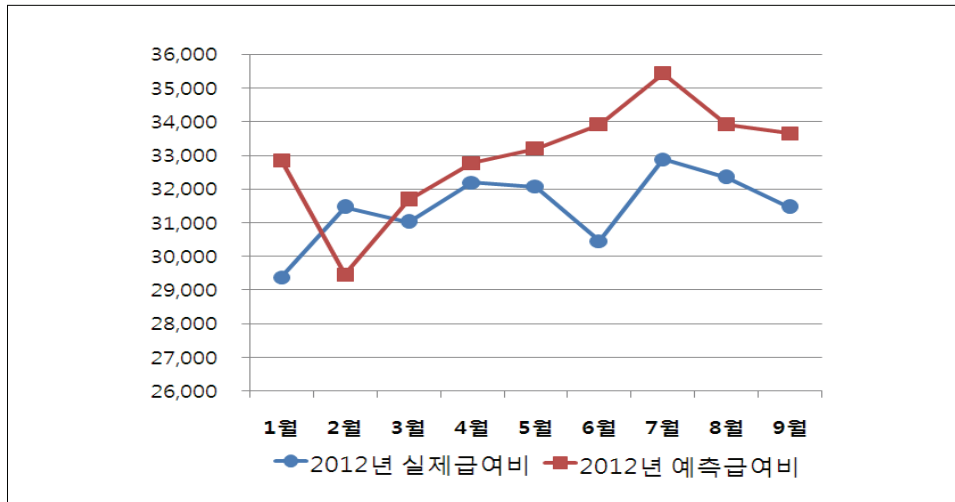
(단위: 억원, %)

월	2006년	2007년	---	2011년	2012년	2012년 예측급여비	차액	연평균증 가율	2012년 증가율
1월	17,373	19,994		29,542	29,384	32,851	3,467	11.20	-0.53
2월	16,083	19,485		26,638	31,458	29,466	-1,992	10.62	18.09
3월	17,228	19,312		28,623	31,021	31,682	661	10.69	8.38
4월	17,205	19,949		29,434	32,201	32,771	570	11.34	9.40
5월	18,483	21,001		30,117	32,076	33,206	1,130	10.26	6.50
6월	17,504	19,497		30,381	30,455	33,923	3,468	11.66	0.24
7월	17,434	21,471		31,490	32,885	35,443	2,558	12.55	4.43
8월	18,636	20,567		30,702	32,346	33,926	1,580	10.50	5.35
9월	19,227	19,481		30,659	31,461	33,658	2,197	9.78	2.62
합계	159,173	180,757		267,586	283,287	296,926	13,639	10.95	5.87

주: 10~12월까지는 월별자료가 공지되지 않음

〈그림 I-1〉 2012년 실제급여비와 예측급여비 차이

(단위: 억원)



□ 질병요인

- 또한 2010년 신종플루 이후 손 씻기 등 위생상태 개선과 독감 예방접종률 증가 등으로 인해 2011, 2012년 유행병의 발병률이 떨어진 것도 하나의 원인으로 판단됨
 - <표 I-8>을 보면 전염성이 강한 ‘눈 및 부속기 질환’의 증가율이 2012년에는 -3.0%로 전체 평균보다 4.6%p 적게 증가하였음
- 최근 만성질환자들이 건강관리를 잘해 만성질환자 절대 숫자는 늘었지만, 만성질환자 1명에게 들어가는 의료비용은 떨어지고 있는 추세로 보임
 - <표 I-8>을 보면 대표적으로 고혈압, 당뇨가 포함된 순환기계 질환과 내분기계 질환의 증가율이 각각 -3.5%와 -10.2%로 낮게 나타남
 - 이러한 패턴이 지속될 것인지 관찰 필요

<표 I-8> 21대 상병별 진료비 증가 실태

(단위: 억원, %)

구분	'09.1~8월	'10.1~8월	'11.1~8월	'12.1~8월	'09~'11연평균 증가율
21대 상병 소계	176,727 (11.6)	202,568 (14.6)	214,416 (5.8)	217,754 (1.6)	(10.7)
순환기계 질환	25,414 (10.7)	28,840 (13.5)	30,342 (5.2)	29,274 (△3.5)	(9.8)
내분비, 대사질환	7,710 (12.8)	8,478 (10.0)	9,300 (9.7)	8,350 (△10.2)	(10.8)
눈 및 부속기 질환	6,448 (11.1)	7,290 (13.1)	7,827 (7.4)	7,594 (△3.0)	(10.5)

□ 인구학적 특성

- 인구의 고령화가 진료비 증가요인으로 작용하고 있는 것은 사실이지만, 50-60대의 최근 진료비 증가율이 떨어지고 있고 이에 대한 분석 필요

〈표 I-9〉 연령대별 진료비 구성

구 분	2011년			2012년			증감률(%)	
	진료비		적용인구당 월평균 진료비 (원)	진료비		적용인구당 월평균 진료비 (원)	진료비	월평균 진료비
	금 액 (억원)	구성비 (%)		금 액 (억원)	구성비 (%)			
전 체	462,379	100.0	78,424	478,392	100.0	80,545	3.5	2.7
9세 이하	34,038	7.4	61,466	34,455	7.2	62,646	1.2	1.9
10대	19,864	4.3	25,738	19,427	4.1	25,825	△2.2	0.3
20대	24,877	5.4	30,411	24,802	5.2	30,798	△0.3	1.3
30대	42,048	9.1	42,219	42,823	9.0	43,344	1.8	2.7
40대	58,225	12.6	56,595	58,619	12.3	56,563	0.7	△0.1
50대	88,479	19.1	103,898	91,311	19.1	102,598	3.2	△1.3
60대	83,524	18.1	174,089	84,362	17.6	171,737	1.0	△1.4
70대	77,977	16.9	264,502	84,386	17.6	266,327	8.2	0.7
80세 이상	33,346	7.2	329,103	38,207	8.0	348,906	14.6	5.60

자료: 국민건강보험공단, 2012년 건강보험주요통계.

- 〈표 I-9〉에서와 같이 최근 60대, 50대의 진료비 증가가 둔화되고 있어 건강한 고령화가 둔화요인으로 작용하였다고 판단됨
 - 하지만 80대 이상 노인들의 진료비는 계속 급증하고 있어 80대 이상 노인진료비는 증가요인으로 판단됨

3. 정책제언

- 정부의 보장성 강화정책으로 재정이 중장기적으로 빠르게 증가할 것으로 예상되므로
재원마련과 진료비 지출 합리화의 노력이 필요함
 - 2012년에 잠시 진료비 증가가 둔화되었지만, 이러한 추이가 어떻게 진행될 것인지 재정증가요인들을 중심으로 모니터링해 나가야 함.
 - 많은 건강보험 재정추계 연구들은 중장기적으로 재정운영의 어려움을 전망하고 있음.

- 공급관리 측면의 지출효율화 방안
 - 적정급여 자율개선제 확대3)
 - 현재 시행하고 있는 적정급여 자율개선제의 대상 의료기관을 확대하고 대상 기관 선정방식 등을 효율화
 - 심사 평가 강화
 - 기관단위의 진료비 심사시스템 강화
 - 병원단위의 진료비 발생의 과거실적을 분석하고, 새로운 진료비 발생의 패턴을 면밀히 분석하여 심사에 반영
 - 허위부당청구 기관 처벌 강화 및 명단 공표, 현지실사 제도 강화 등의 단기적 관리방안을 강화함

- 건강보험 진료비 지불제도 개선
 - 정부가 계획하고 있는 입원서비스에 대한 포괄수가제 확대 실시
 - 신포괄수가제 시범 사업 확대

3) 적정급여 자율개선제는 요양기관별 맞춤형 종합정보(진료 및 심사정보, 평가정보, 자원정보, 청구정보 등) 제공 및 사전 예방적 활동을 통해 요양기관 스스로 진료행태를 개선토록 지원하는 것임. 이를 통해 요양기관의 적정 진료 실현 및 의료의 질 향상 도모에 그 의미가 있음.

- 성과에 따른 진료비 지불방식의 도입
 - 진료 투입에 비례하여 지불보상하기 보다는 진료성과를 측정하여 지불보상액을 조정하는 기전을 확대

□ 진료량을 반영한 수가계약방식으로서의 전환

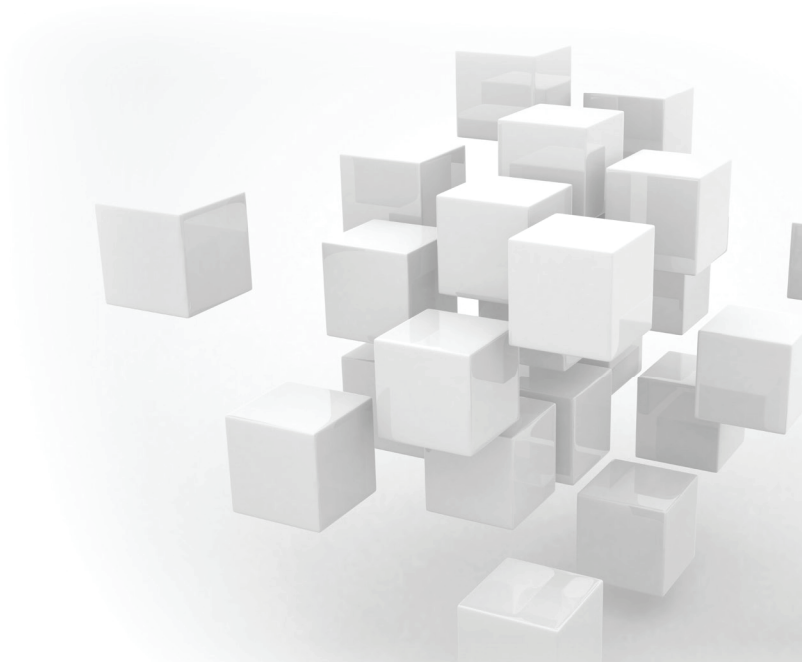
- 현재와 같이 가격만 통제하는 방식에서 가격과 진료량을 동시에 고려
 - 실질적인 구속력을 가질 수 있도록 환산지수 계약 방식을 변경
- “진료비 목표관리제(Targeted Healthcare Expenditure)” 도입방안 검토
 - 보험자와 공급자간에 가격과 양을 모두 고려하여 차기 연도 목표진료비에 대해 합의하고, 이를 기준으로 차차기 연도 환산지수를 결정하는 구조

□ 수요관리 측면에서의 지출 효율화

- 대형병원 약국본인부담 인상 대상 질환 확대
 - 현행 경증 52개 질환으로 상급종합병원, 종합병원의 외래 이용시 약국본인부담을 인정한 방안에 대해 질환수를 확대하여 실시할 필요가 있음.
- 노인의료비 본인부담 조정
 - 현행 노인이 의원급을 이용할 경우 진료비가 15,000원 이하인 경우에 본인부담이 정액 1,500원인데 본인부담을 정률로 바꾸는 방안을 검토할 필요가 있음.

고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로

연구위원 정영호



[요약]

- 우리나라 국민의 기대여명은 80.7세(2009년)임에 비해 건강수명은 72.6세로 8년 정도의 차이를 보이고 있는데, 건강수명의 취약성은 주로 만성질환에 기인한다고 할 수 있음.
- 만성질환을 보유하고 있는 65세 이상 고령자를 대상으로 분석한 결과, 평균 4.1개의 만성질환을 가지고 있으며, 이들 중에서 70.9%가 3개 이상의 복합만성질환을 가지고 있음.
 - 3개 이상 복합만성질환보유자의 평균 만성질환 수는 5.1개이며, 비복합(3개 미만) 만성질환자의 평균 만성질환 수는 1.6개이었음.
- 3개이상의 복합만성질환자 그룹과 비복합만성질환자 그룹의 2009년도 외래이용 의료비(비급여제외)를 비교한 결과, 복합만성질환자 그룹의 외래이용 의료비(613,902 원)는 비복합만성질환자 의료비(233,869원)보다 환자당 연간 380,033원을 더 많이 지출하는 것으로 나타남.
- 고령자의 안녕 및 건강관리를 위해서는 현재의 단일질병 위주의 치료중심에서 포괄적이고도 다차원적인 접근을 통한 wellness 서비스 제공체계를 구축하는 노력이 필요함.

1. 서론

- 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA)의 핵심적인 주제 11개 중 “예방적 보건의료와 재활관련 보건의료를 포함한 노인을 위한 보건의료, 지원, 사회적 보호의 제공”은 ‘노년기의 빈곤해소 및 노후 안정성 확보’에 이어 중요도 면에서 두 번째로 높은 순위를 우리나라의 전문가들이 부여하고 있음(정경희 외, 2012).¹⁾
 - 그러나, 관련 주제의 이행실태는 취약한 것으로 제시되고 있음.
 - 중요도 점수 4.6에 비해 이행실태점수는 2.6정도에 이룸.

- 우리나라 국민의 기대여명은 80.7세(2009년)임에 비해 건강수명은 72.6세로 8년 정도의 차이를 보이고 있는데, 건강수명의 취약성은 주로 만성질환에 기인한다고 할 수 있음(정영호 외, 2011).²⁾
 - 건강 및 의료의 체계적 관리 미흡으로 일생 중 약 10% 기간을 질병으로 생을 보내게 되는 것을 의미

- 우리나라 65세이상 고령자의 상당부분은 여러 개의 복합 만성질환을 보유하고 있음(정영호 외, 2011).³⁾
 - 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행한 한국의료패널 조사결과에 의하면, 우리나라 국민의 만성질환 분포를 보면, 50대에는 68.7%가 최소 1개 이상의 의사진단 만성질환을 보유하고 있으며, 60대에서는 83.7%, 70대 이상에서는 91.3%가 만성질환을 보유하고 있음.

1) 정경희 외(2012). 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획 이행실태 및 평가. 한국보건사회연구원.

2) 정영호 외(2011). Health Plan 2020의 건강성과에 대한 기대효과. 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단.

3) 정영호 외(2011). 2009년 한국의료패널 기초분석보고서. 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.

- 만성질환으로 인한 삶의 질 악화는 고령자 등에 더욱 심각한 실정이라 할 수 있으며, 건강관리에 상대적으로 소홀하고 미충족 의료 발생의 개연성이 높음.
 - 2009년 기간 중 65세 이상 고령자의 20% 정도에서 미충족 의료 발생의 것으로 조사됨.⁴⁾
 - 65세 이상 고령자의 경우, 미충족 의료발생의 원인 중 '치료비용에 따른 경제적 부담'이 가장 높은 것으로 나타남.

- '고령자의 건강과 안녕 증진'⁵⁾을 위해서는 복합만성질환의 분포, 유병상태 등에 대한 이해와 더불어, 고령자들에 대한 새로운 통합되고 포괄적인 의료적 접근법에 대한 고찰이 필요
 - 이에, 본 고에서는 고령자의 외래 이용을 중심으로 복합만성질환을 분석하고 건강관리 대응방향에 대한 기초적인 논의를 하고자 함.

2. 고령자의 만성질환으로 인한 건강관련 삶의 질

- 건강수준의 효용 혹은 가치를 평가하기 위한 도구로 건강관련 삶의 질(health-related quality of life)이 측정되고 있으며, 우리나라 성인의 건강관련 삶의 질 지표는 0.945임(최대값=1).
 - 60~69세의 건강관련 삶의 질은 0.916, 70세 이상의 경우에는 0.861로, 연령이 증가함에 따라 건강관련 삶의 질도 감소하고 있음.

4) 정영호(2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. 보건·복지 Issue & Focus, 120.

5) 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA)의 기본방향 중의 하나임.

〈표 I - 10〉 우리나라의 성별·연령별 건강관련 삶의 질

구분	18-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70세 이상
남	0.971	0.971	0.964	0.942	0.895	0.833
여	0.982	0.980	0.969	0.956	0.941	0.899
계	0.976	0.975	0.966	0.948	0.916	0.861

주: 질병관리본부(2007)의 효용가중치를 적용한 결과임.

EQ-5D문항은 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상 활동(usual activities), 통증/불편감(pain/discomfort), 불안/우울감(anxiety/depression)의 5개 차원으로 구성되고 3가지 척도(어려움 없음, 약간 어려움, 어려움 많음)로 분류

자료: 정영호 외(2011). 한국의료패널 기초분석보고서. 한국보건사회연구원.

□ 주요 만성질환인 당뇨병, 관절염, 고혈압, 천식, 디스크의 건강관련 삶의 질 지표 점수를 살펴보면, 이들 5개의 만성질환 중에서 천식으로 인한 건강관련 삶의 질이 0.850으로 가장 낮은 점수를 보이고 있고, 당뇨병 환자나 고혈압 환자에 비해 천식 환자의 삶의 질이 상대적으로 낮음을 알 수 있음.

- 천식 다음으로 관절염이 0.854, 디스크가 0.879, 당뇨병 0.880, 고혈압 0.888의 순으로 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타남.

〈표 I - 11〉 우리나라 성인의 주요 만성질환 유무에 따른 건강관련 삶의 질

질환	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상	연령보정*	건강관련 삶의 질 저하 순위
당뇨병	0.969	0.937	0.919	0.885	0.821	0.880	4
관절염	0.914	0.905	0.900	0.865	0.821	0.854	2
고혈압	0.968	0.944	0.926	0.897	0.839	0.888	5
천식	0.971	0.944	0.936	0.848	0.791	0.850	1
디스크	0.926	0.895	0.885	0.857	0.841	0.879	3

주: *5세 단위로 연령 표준화 함.

자료: 정영호 외(2011). 한국의료패널 기초분석보고서.

3. 고령자의 복합만성질환 분석

- 고령자의 복합만성질환이 증가함에 따라 복합만성질환 관리의 중요성이 강조되고 있으나, 최근까지 복합만성질환에 대한 분석 사례가 소수에 불과함.

- 본 고에서는 고령자의 복합만성질환의 구성에 대해 살펴보기 위해 건강보험심사평가원에서 제공하는 환자표본자료의 외래환자 샘플을 활용하였음.
 - 환자표본자료는 2009년의 1년간 의료이용을 한 모든 환자를 대상으로 성별, 연령구간에 따라 환자단위의 층화계통 추출을 통하여 표본을 구축한 후 제공하는 자료임.

- 우리나라 65세 이상 고령자의 복합만성질환 유형 및 분포를 살펴보기 위해 만성질환 범위 및 복합만성질환의 개념을 다음과 같이 정의하였음.
 - 만성질환의 범위는 Bussche et al.(2011)⁶⁾을 참고하여 총 46개의 질환을 포함하였음.
 - 만성질환에 대한 상세한 질환정보는 부록에 제시되어 있음.
 - 복합만성질환에 대한 기준은 2개 이상의 만성질환을 일상적으로 적용하기 보다는 외래의 경우에 노인환자에 대해 3개 이상의 만성질환을 기준을 하는 것이 보다 타당성이 있다는 연구결과에 근거하여(Vanden et al., 2001)⁷⁾, 본 고에서는 3개 이상의 만성질환 보유자를 복합만성질환자로 정의하였음.

6) van den Bussche et al.(2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health, 11.

7) Vanden et al.(2001). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. J Clin Epidemiol, 54, pp.675-679.

- 만성질환을 1개 이상 보유하고 있는 65세 이상 고령자를 대상으로 분석한 결과, 평균 4.1개의 만성질환을 가지고 있으며, 이들 중에서 70.9%가 복합만성질환을 가지고 있는 것으로 나타남.
 - 복합 만성질환자의 평균 연령은 72.4세이며, 비복합 만성질환자의 평균연령은 73.1세이었음.
 - 복합만성질환자의 평균 만성질환 수는 5.1개이며, 비복합 만성질환자의 평균 만성질환 수는 1.6개이었음.
 - 복합만성질환을 보유하고 있는 남성의 경우 만성질환 수는 평균 4.8개이었으나, 여성의 경우는 5.3개로, 여성이 남성보다 만성질환 수를 더 많이 보유하고 있는 것으로 나타남.

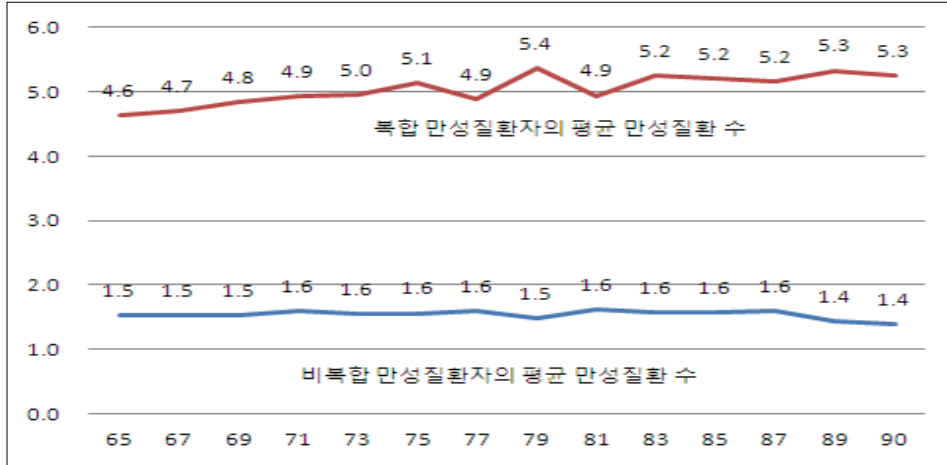
〈표 I-12〉 65세 이상의 복합만성질환 유형 및 분포

구분		복합 만성질환 그룹	비 복합만성질환 그룹	계
분석대상자수		26,373 70.9%	10,840 29.1%	37,213 100.0%
평균 연령	전체 (SD)	72.4 (5.9)	73.1 (7.2)	72.6 (6.3)
	남 (SD)	71.8 (5.5)	71.7 (6.3)	71.7 (5.8)
	여 (SD)	72.7 (6.0)	74.5 (7.7)	73.1 (6.5)
평균 만성질환수	전체 (SD)	5.1 (2.0)	1.6 (0.5)	4.1 (2.4)
	남 (SD)	4.8 (1.9)	1.5 (0.5)	3.7 (2.2)
	여 (SD)	5.3 (2.1)	1.6 (0.5)	4.4 (2.4)

주: SD: 표준편차

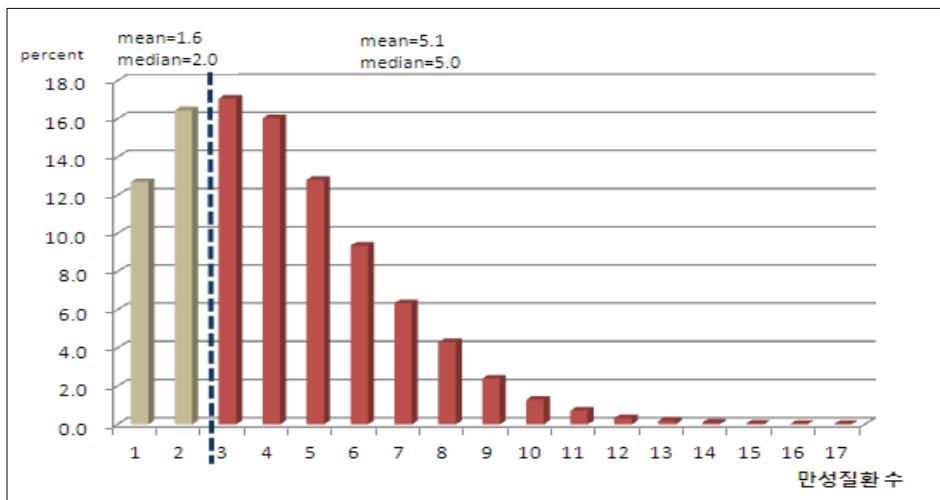
- 〈그림 I-2〉에서 제시되어 있는 바와 같이, 복합만성질환 그룹에 속하는 고령자의 평균 만성질환 수는 일부 연령대를 제외하면 연령이 증가하면서 만성질환 수도 점차 증가하고 있음.

〈그림 I-2〉 고령자의 연령별 만성질환 수 분포



- 〈그림 I-3〉에서 보여주고 있는 점선의 오른쪽은 복합만성질환자 그룹이며, 점선의 왼쪽은 비복합만성질환자 그룹을 제시하고 있음.
 - 복합만성질환자 그룹의 평균값과 중위값은 각각 5.1, 5.0개를 보이고 있음.
 - 즉, 복합만성질환자의 절반이 6개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타남.

〈그림 I-3〉 복합만성질환자의 만성질환 평균값 및 중위수



- 65세 이상 고령자를 대상으로 복합만성질환자 그룹과 비복합만성질환자 그룹의 외래 이용 의료비(비급여 제외)를 비교한 결과, 복합만성질환자 그룹의 외래이용 의료비는 비복합만성질환자보다 환자당 연간 380,033원을 더 많이 지출하는 것으로 나타남.
 - 또한, 보험자 부담금에 있어서 복합만성질환자 그룹이 상대적으로 환자당 연간 292,373원의 재정소요가 더 높은 것으로 나타났으며, 비급여를 제외한 환자부담금에서도 환자당 연간 87,660원이 더 높았음.

〈표 I - 13〉 65세 이상의 복합만성질환자의 평균 외래이용 의료비 지출(2009년)

구분	복합 만성 질환그룹	비 복합만성 질환 그룹	계	p-value
본인부담금	134,690	47,030	109,155	<.0001
Diff.(그룹별차액)			87,660	
보험자부담금	479,212	186,839	394,045	<.0001
Diff.(그룹별차액)			292,373	
계	613,902	233,869	503,200	<.0001
Diff.(그룹별차액)			380,033	

주: 비급여는 제외됨.

- 만성질환이 복합만성질환과 연관되어 있는지를 파악하기 위해 주요 만성질환을 대상으로 교차비(Odds ratio)를 분석한 결과, 심장질환 3.26, 암 3.91, 고혈압 2.91이었음.
 - 심장질환의 복합만성질환에 대한 교차비가 3.26이라는 의미는 이러한 질환(또는 증상)을 가진 환자는 복합만성질환을 가지게 될 위험도가 비복합 만성질환에 비해 3.26배 더 높음을 의미함.
 - 남성과 여성을 비교해 보면 대체로 유사한 위험도를 가지고 있으나, 뇌졸중의 경우 남성의 복합만성질환에 관한 교차비가 2.30으로 여성 1.90보다 다소 높았으며, 여성은 암을 가지고 있을 경우 복합만성질환을 보유하게 될 위험도(4.49)가 남성(3.25)보다 더 높은 것으로 나타남.

- 건강보험대상자에 비해 의료급여대상자는 복합만성질환 위험도가 약 1.5배 정도 높은 것으로 나타남.
 - 즉, 저소득층의 복합만성질환의 위험도가 예상대로 높은 것을 알 수 있음.
- 한편, 성별로 분석한 결과, 남성보다 여성의 경우가 복합만성질환 보유의 위험도가 상대적으로 높음.

〈표 I - 14〉 65세 이상의 복합만성질환에 관한 교차비(Odds ratio)

구분	전체	남성	여성
고혈압	2.914	2.785	3.073
뇌졸중	2.071	2.303	1.902
당뇨병	2.685	2.768	2.643
심장질환	3.255	3.263	3.209
암	3.905	3.246	4.489
65~69세	1.213	0.860	1.546
70~74세	1.403	1.078	1.643
의료급여/건강보험	1.458	1.431	1.496
남성/여성			0.609

주: 로지스틱 회귀분석 결과임.

4. 논의

- 우리나라의 65세 이상 노인인구 수는 2012년 12월 31일 현재 5,165,719명으로 전체 인구의 11.7%를 차지하고 있으며,⁸⁾ 고령인구의 수는 앞으로도 베이비부머의 고령진입 등으로 더욱 가파르게 증가할 것임.
 - 노화는 생물학적, 기능적, 사회적, 심리적 요소의 변화를 초래하고 의학적 신체 기능의 약화를 수반함.
 - 또한 고령화는 만성질환과 복합유병, 장애, 쇠약, 사회적 고립 등을 수반하는 특성을 보임.
 - 세계적으로 만성질환은 2020년까지 전체 사망원인의 73%, 전체 질환의 60%를 차지하게 될 것으로 예측되어, 신뢰성 있고 지속적인 환자-의사 관계 속에서의 복합만성질환관리의 중요성이 강조되고 있음.

- 고령자에 대한 복합만성질환에 대한 관리를 위해서는 현재의 단일 질병 중심에서 새로운 임상적 접근과 치료의 패러다임이 필요
 - 많은 임상적 기준은 목표 질병 위주로 설정되며 노인학적으로 중요한 장애, 인지적 장애, 복합유병, 기대 수명, 사회경제적 차이점 등은 거의 고려되지 않고 있음.
 - 복합약물처방에 따른 약물의 부작용 문제, 처방의 지속성의 문제도 충분히 고려되지 않고 있음.
 - 고령자의 노화와 노쇠화에 의한 영향도 관습적인 치료 과정이 가지는 한계점이라 할 수 있음.
 - 신체적 기능 장애를 가진 고령자의 증가에 따른 의료 수요의 증가와 시청각적 장애, 인지 장애, 독거 등의 문제가 결합하여 현재의 치료 기준으로서는 노인의 의료수요에 적합한 서비스 제공부족 문제가 발생하고 있음.

8) 출처: 국민건강보험공단

- 따라서 고령자의 차별화된 욕구에 초점을 맞춘 더욱 포괄적인 치료·관리 가이드라인이 필요함.

□ 고령자 특수적인 인지적 감퇴, 기능 장애, 통증, 노년 증상 등을 고려하여 보건 의료 서비스를 전달하기 위해 임상적, 영양학적, 기능적, 인지적, 심리적, 사회경제적 영역 등을 포함하는 다차원적인 접근이 필요

- 고령자의 만성질환관리를 위해서는 복합만성질환과 복합약물처방에 대해 양질의 서비스 제공하기 위해서는 다양한 분야를 포함하는 팀이 조직되어야 함.
 - 이러한 팀에는 전문의, 임상 약리학자, 노인관련 간호사, 영양사, 물리치료사, 심리학자, 사회복지사 등이 포함될 수 있음.
 - 환자에 대한 전체적 정보를 포괄하는 전자적 의무기록 정보의 활용과 전문의와 환자의 가족, 일차의료기관의 의사, 사회복지사가 긴밀한 관계를 유지해야 할 필요가 있음.
- 처방되는 모든 약품에 대해 주기적으로 재검토하여, 환자의 전반적인 건강 기능이 취약해 졌을 때 공격적인 약물 처방을 재조정하는 과정을 거칠 필요가 있음.

□ 고령자의 질병 관리에 대한 새로운 패러다임으로 포괄적이고도 다차원적인 접근으로 서비스 체계를 구축한다면, 중증질환으로의 전이 예방 및 질병 관리를 통하여 고령자의 건강과 안녕 증진 및 비용 절감효과를 기대할 수 있을 것임.

〈표 I - 15〉 46개 만성 질환과 ICD-10코드

번호	만성질환명	ICD-10 코드
1	고혈압	I10-I15
2	지질대사장애	E78
3	만성 요통	M40-M45, M47, M48.0-M48.2, M48.5-M48.9, M50-M54
4	고도시력감퇴	H17-H18, H25-H28, H31, H33, H34.1-H34.2, H34.8-H34.9, H35-H36, H40, H43, H47, H54
5	무릎관절증	M15-M19
6	당뇨병	E10-E14
7	만성 허혈성 심장 질환	I20, I21, I25
8	갑상선 이상	E01-305, E06.1-E06.3, E06.5, E06.9, E07
9	심부정맥	I44-I45, I46.0, I46.9, I47-I48, I49.1-I49.9
10	비만	E66
11	대사교란/동풍	E79, M10
12	전립선비대증	N40
13	하지정맥류	I83, I87.2
14	간 질환	K70, K71.3-K71.5, K71.7, K72.7, K73-K74, K76
15	우울증	F32-F33
16	천식/만성폐쇄성폐질환	J40-J45, J47
17	비염증성 부인과 질환	N81, N84-N90, N93, N95
18	죽상동맥경화증/말초 동맥폐색질환	I65-I66, I67.2, I70, I73.9
19	골다공증	M80-M82
20	신기능부전	N18-N19
21	만성 뇌졸중	I60-I64, I69, G45
22	심부전증	I50
23	고도청각손실	H90, H91.0, H91.1, H91.3, H91.8, H91.9
24	만성담낭염/담석	K80, K81.1

25	신체형장애	F45
26	치핵	I84
27	장 계실증	K57
28	류마티스 관절염	M05-M06, M79.0
29	심장 판막 질환	I34-I37
30	신경장해	G50-G64
31	어지럼증	H81-H82, R42
32	치매	F00-F03, F05.1, G30, G31, R54
33	요실금	N39.3-N39.4, R32
34	요로 결석	N20
35	빈혈증	D50-D53, D55-D58, D59.0-D59.2, D59.4-D59.9, D60.0, D60.8, D60.9, D61, D63-D65
36	불안	F40-F41
37	건선	L40
38	편두통/만성 두통	G43-G44
39	파킨슨씨병	G20-G22
40	암	C00-C14, C15-C26, C30-C39, C40-C41, C43-C44, C45-C49, C50, C51-C58, C60-C63, C64-C68, C69-C72, C73-C75, C81-C96, C76-C80, C97, D00-D09, D37-D48
41	알레르기	H01.1, J30, L23, L27.2, L56.4, K52.2, K90.0, T78.1, T78.4, T88.7
42	만성위염/위-식도 역류 질환	K21, K25.4-K25.9, K26.4-K26.9, K27.4-K27.9, K28.4-K28.9, K29.2-K29.9
43	성기능 장애	F52, N48.4
44	불면증	G47, F51
45	담배 남용	F17
46	저혈압	I95

주: ICD= International Classification of Diseases (10th edition)

〈표 I - 17〉 복합만성질환의 유병률(%) 및 유병 순위

번호	만성질환명	전체		복합만성질환		비복합만성질환	
		유병률	유병순위	유병률	유병순위	유병률	유병순위
1	고혈압	29.7	4	34.7	5	17.5	2
2	지질대사장애	9.6	14	12.0	14	3.8	12
3	만성 요통	36.1	3	46.5	3	10.9	4
4	고도시력감퇴	24.2	6	30.8	6	8.1	6
5	무릎 관절증	28.6	5	37.3	4	7.4	7
6	당뇨병	18.1	9	21.2	9	10.6	5
7	만성 허혈성 심장 질환	7.7	15	9.4	15	3.5	14
8	갑상선 이상	4.3	23	5.7	23	1.1	22
9	심부정맥	2.1	28	2.6	28	0.9	26
10	비만*	0.0	45	0.0	45	0.0	44
11	대사교란/통풍	1.1	34	1.3	34	0.5	32
12	전립선비대증	7.5	16	9.3	16	3.0	15
13	하지정맥류	0.9	36	1.2	36	0.2	37
14	간 질환	4.8	22	6.3	22	1.1	21
15	우울증	2.5	27	3.3	27	0.5	31
16	천식/만성폐쇄성폐질환	18.5	8	23.3	8	6.7	8
17	비염증성 부인과 질환	2.7	26	3.6	26	0.5	30
18	죽상동맥경화/말초동맥폐쇄	10.2	12	12.9	12	3.5	13
19	골다공증	13.1	10	17.3	10	3.0	16
20	신기능부전	0.7	37	0.8	37	0.4	34
21	뇌졸중	7.3	17	8.4	18	4.6	10
22	심부전증	1.7	31	2.1	32	0.9	27
23	고도청각손실	3.3	25	4.1	24	1.1	20
24	만성담낭염/담석	0.4	40	0.6	40	0.1	40
25	신체형장애	1.7	32	2.3	31	0.3	35

번호	만성질환명	전체		복합만성질환		비복합만성질환	
		유병률	유병순위	유병률	유병순위	유병률	유병순위
26	치핵	1.2	33	1.6	33	0.3	36
27	장 계실증	0.1	44	0.1	44	0.0	45
28	류마티스 관절염	19.4	7	24.9	7	5.8	9
29	심장 판막 질환	0.3	41	0.3	41	0.2	38
30	신경장해	6.6	18	8.9	17	1.2	19
31	어지럼증	9.7	13	12.8	13	2.0	18
32	치매	3.4	24	3.9	25	2.4	17
33	요실금	1.9	29	2.5	29	0.5	33
34	요로 결석	0.5	38	0.7	38	0.1	42
35	빈혈증	1.9	30	2.5	30	0.6	29
36	불안	4.9	21	6.5	21	1.0	25
37	건선	0.5	39	0.7	39	0.2	39
38	편두통/만성 두통	5.7	20	7.6	20	1.1	24
39	파킨슨씨병	1.1	35	1.3	35	0.6	28
40	암	10.9	11	13.8	11	3.9	11
41	알레르기	40.1	2	49.8	2	16.6	3
42	만성위염/위-식도 역류 질환	58.6	1	70.8	1	28.8	1
43	성기능 장애	0.2	42	0.2	42	0.1	41
44	불면증	5.9	19	7.9	19	1.1	23
45	담배 남용*	0.0	46	0.0	46	0.0	46
46	저혈압	0.1	43	0.2	43	0.0	43

주: *우리나라의 경우 건강보험급여가 적용되지 않아 유병률이 낮게 나오는 것으로 추정됨.

담배가격 변화에 따른 인식 및 행태 변화

부연구위원 고숙자



[요약]

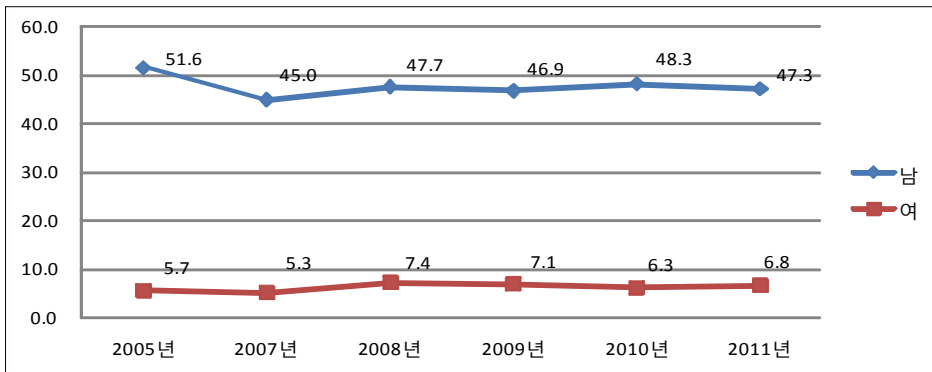
- 19세에서 59세에 이르기 까지 연령이 높아짐에 따라 흡연강도가 점차 높아져, 점차 담배 중독성이 강하게 작용하게 되는 것이라 추론할 수 있음.
- 금연할 의사가 있는 평균 담배가격은 8,900원대로 추정되었으며, 소득수준이 높을수록 금연의사 담배가격 수준도 높아지고 있음.
- 담배가격을 인상할 경우에 고소득층보다 저소득층이 더욱 가격인상에 민감하게 반응할 것임을 예상할 수 있어 저소득층에서 상대적으로 높은 금연 실천율을 기대할 수 있음.
- 무료로 금연치료제가 제공될 경우에 참여할 의향은 41% 정도로, 1년 이내 금연의향 51%에 비해 낮은 수준이었으며, 금연치료제의 효과성에 대한 다소의 부정적인 견해를 보이고 있음.
- 금연치료제에 대한 비용분담에 대해 국가에서 약 70%를, 본인이 30% 정도 부담을 원하는 의사가 있었음.
- 효과적 금연치료제의 경우 금연을 지원할 수 있는 체계마련이 필요함.

1. 흡연을 및 담배가격 현황

□ 우리나라 성인의 연도별 흡연율 추이

- 2005년 담배가격 인상 이후에 흡연율 감소를 보이다가, 최근에 정체상태를 보이고 있음.

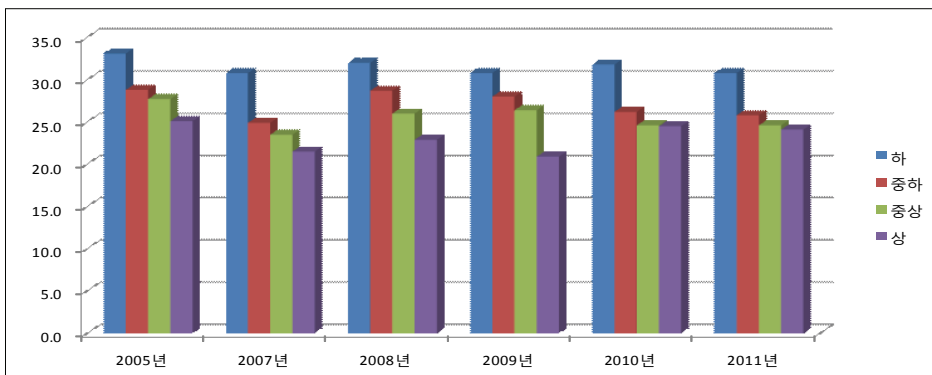
〈그림 I-4〉 연도별 흡연율 추이



□ 소득수준별 흡연율 추이

- 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높게 유지되고 있음.

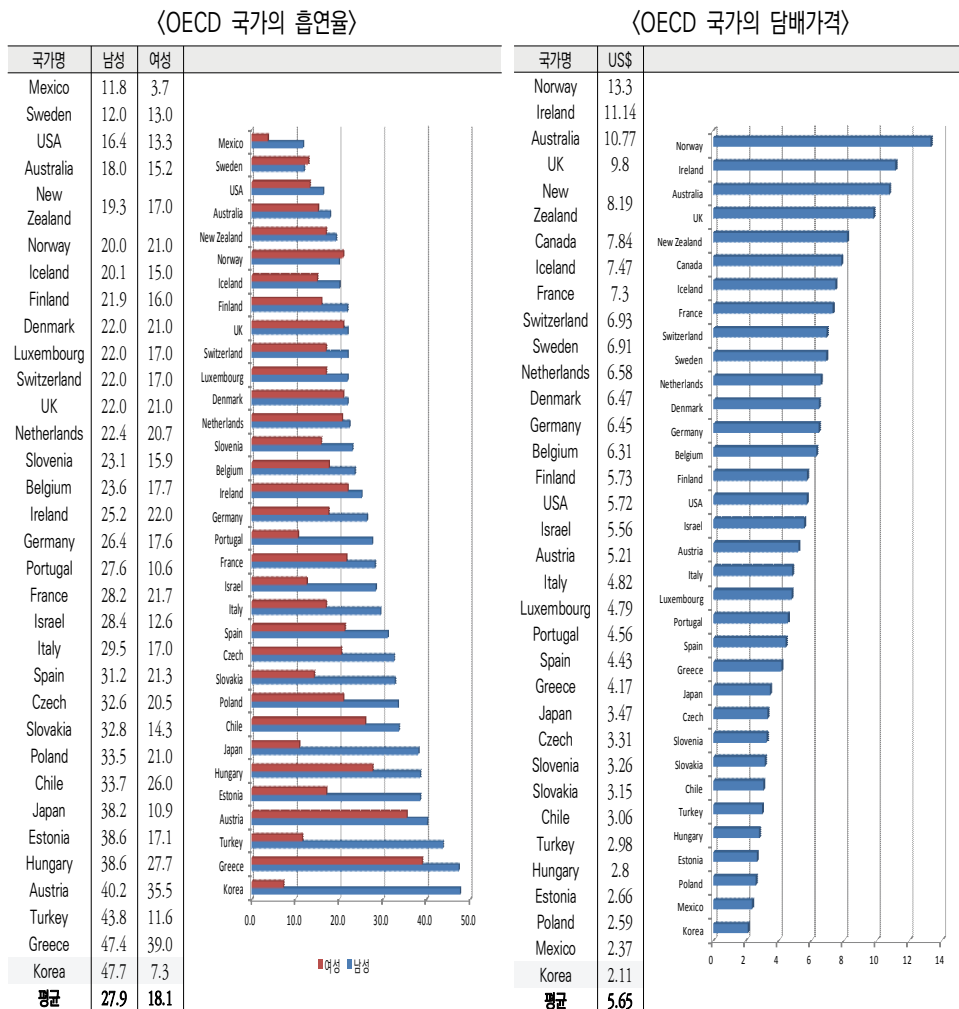
〈그림 I-5〉 소득수준별 흡연율 추이



□ OECD 국가와의 흡연율 및 담배가격 비교

- OECD 국가의 남성 흡연율을 보면, OECD국(평균 27.9%)에 비해 우리나라가 가장 높은 남성 흡연율(47.7%)을 보이고 있음.
- 이에 비해 우리나라는 OECD국가(평균 5.65달러) 중에 담배가격이 2.11달러로 가장 낮은 국가에 해당됨.

〈그림 I-6〉 OECD 국가의 흡연율 및 담배가격 비교



2. 금연의향 및 금연시도

□ 연령별 흡연량

- 19세 이상 흡연자 중 매일 흡연자는 95.6%에 하루 평균 16.8개피의 담배를 피우고 있으며, 가끔 흡연자는 4.4%로 하루 평균 5.1개비, 월평균 13.7일정도 담배를 피우고 있음.

□ (담배 중독성) 매일 흡연자의 경우 19세에서 59세에 이르기 까지 연령이 높아짐에 따라 흡연강도가 점차 높아져, 점차 담배 중독성이 강하게 작용하게 되는 것이라 추론할 수 있음.

- 19~29세 사이에서의 매일흡연자의 비중이 전 연령대에 비해 가장 낮은 수준이며, 가끔 흡연자의 비중은 가장 높은 수준인 결과가 이러한 추론을 지지

〈표 I - 18〉 연령별 흡연량

구분	매일 흡연자		가끔 흡연자		
	비중(%)	일평균 (개비)	비중(%)	월평균 (일수)	일평균 (개비)
19~29세	89.2	14.0	10.8	14.8	6.4
30~39세	97.0	15.9	3.0	11.5	4.3
40~49세	97.2	17.8	2.8	11.0	5.0
50~59세	96.1	19.8	4.0	15.0	5.2
60세 이상	95.8	15.7	4.2	14.6	4.0
계	95.6	16.8	4.4	13.7	5.1

□ 소득수준별 흡연량

- 소득수준별로 보면, 매일 흡연자의 경우 대체적으로 고소득 4분위를 제외하면 소득수준이 낮을수록 흡연강도가 강해지는 것을 알 수 있음.

〈표 I - 19〉 소득수준별 흡연량

구분	매일 흡연자		가끔 흡연자		
	비중(%)	일평균 (개비)	비중(%)	일평균 (일수)	일평균 (개비)
1분위(저소득)	21.7	15.9	28.6	14.7	7.1
2분위	22.1	16.7	20.0	14.7	5.6
3분위	22.4	17.5	14.3	8.4	4.0
4분위(고소득)	21.6	17.1	20.0	13.6	3.7
모름/무응답	12.3	17.1	17.1	15.3	4.0
계	100.0	16.8	100.0	13.7	5.1

□ 소득수준별·연령별 금연의향

- 현 흡연자의 51.4%가 1년 이내 금연의향이 있는 것으로 응답
 - 소득수준이 낮은 계층이 상대적으로 높은 응답을 보임.
 - 연령대별로 보면, 50~59세가 가장 높은 60.5% 수치를 보임.
 - 50대의 건강에 대한 우려가 높은 금연의향으로 이어지고 있는 것으로 추론

□ 소득수준별·연령별 금연시도

- 소득 1분위 저소득층의 금연시도 횟수가 다른 소득수준계층에 비해 적었음.

□ 금연의향과 금연시도의 연계

- 금연시도 횟수와 같이 고려하면 금연의향이 실제로 행동(실천)으로 연결되는 부분이 낮은 것으로 추론됨.
- 금연의향이 실천으로 갈 수 있도록 지원과 전략마련이 필요

〈표 I - 20〉 금연 시도 및 금연 의향

소득수준별	금연 시도 (평균 횟수)	금연 의향 (전체 중 %)	연령별	금연 시도 (평균 횟수)	금연 의향 (전체 중 %)
1분위(저소득)	3.2	59.7	19~29세	2.4	40.2
2분위	4.2	55.7	30~39세	3.8	50.2
3분위	4.1	50.0	40~49세	3.3	49.2
4분위(고소득)	4.1	51.7	50~59세	4.7	60.5
모름/무응답	3.3	31.0	60세 이상	4.3	53.6
계	3.8	51.4	계	3.8	51.4

□ 금연치료제 효과성에 대한 인식

- 금연치료제 효과성에 대한 인식수준을 소득수준별로 보면, 1분위(저소득층)에서는 2.7점, 4분위(고소득층)에서는 2.6점이었고, 연령대별로 보면, 20대 또는 30대에서는 2.5점, 60세 이상에서는 2.8점이었음.
- 금연치료제의 효능에 대해서는 다소 부정적인 견해가 전 연령층에 고루 분포되어 있음을 알 수 있음.

〈표 I - 21〉 소득수준별·연령별 금연치료제 효과에 대한 인식

소득수준별	평균	연령별	평균
1분위(저소득)	2.7	19~29세	2.5
2분위	2.6	30~39세	2.5
3분위	2.5	40~49세	2.6
4분위(고소득)	2.6	50~59세	2.7
모름/무응답	2.7	60세 이상	2.8
계	2.6	계	2.6

주: 매우 효과가 있다(5점)~전혀 효과가 없다(1점)

3. 금연의향의 담배가격

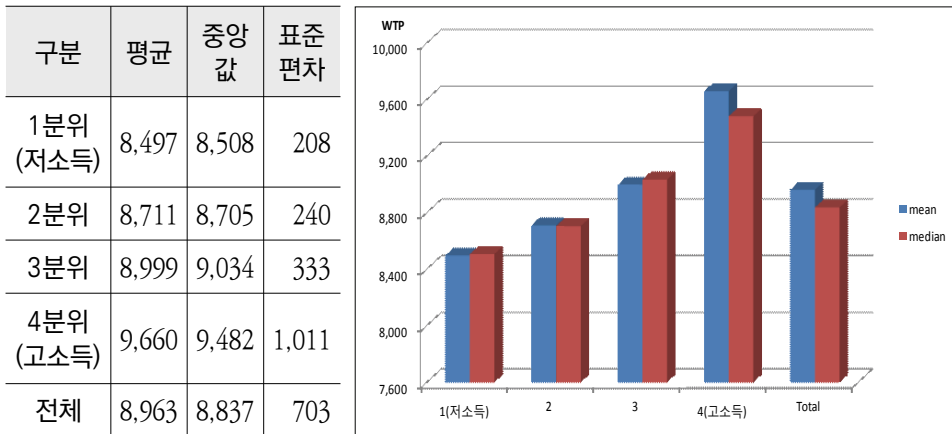
□ 금연의향 담배가격 추정

- 조건부가치측정법을 적용한 금연의사 평균 담배가격은 8,900원대로 추정됨.

□ 소득수준별 금연의향 담배가격

- 소득수준이 높을수록 금연하게 되는 담배가격이 높아짐을 알 수 있어, 담배가격을 인상할 경우에 고소득층보다 저소득층에서 더욱 가격인상에 민감하게 반응할 것임을 예상할 수 있음.
 - 담배가격 인상의 효과가 저소득층에 상대적으로 집중될 수 있는 개연성을 보여줌.
 - 담배가격 인상은 담배의향을 상대적으로 많이 가지고 있는 저소득층에서 상대적으로 높은 금연 실천율을 기대할 수 있음.

〈표 I - 22〉 소득수준별 금연의사 담배가격



- 가격 인상에 따라 조성된 재원을 금연치료에 지원하도록 설계를 하면 저소득층의 금연 실천율을 더욱 높일 수 있는 선순환적 효과를 기대할 수 있을 것임.

4. 금연치료제에 대한 본인부담 지불의사액

- 무료 금연치료 참가 의향
 - 무료로 금연치료제가 제공될 경우에 금연치료에 참여할 의향이 있는 지에 대해서는 설문대상자 800명 중에 329명이 참여의향(41.1%)이 있다고 응답함.
 - 1년 이내 금연의향을 응답한 51.4%에 비해 낮은 수준인 41.1%로 앞의 금연치료제에 대한 다소의 부정적인 견해를 다시 확인할 수 있었음.
 - 저소득층의 흡연율이 높지만 무료 금연치료프로그램에 참여할 의향이 높은 것을 알 수 있음.
 - 저소득층에 대한 금연치료 지원을 강화하여 금연치료 비용을 경감시켜 주는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있음을 시사
 - 연령별로 보면, 50~59세의 연령대에서 1년 이내 금연의향은 가장 높은 것으로 나타났지만, 금연치료프로그램 참여의향은 다른 연령대보다 상대적으로 낮게 나타나 50대의 금연의향이 실제 실천으로 이어질 수 있도록 방안마련이 필요함.

〈표 I - 23〉 소득수준별·연령별 금연치료 참가 의향

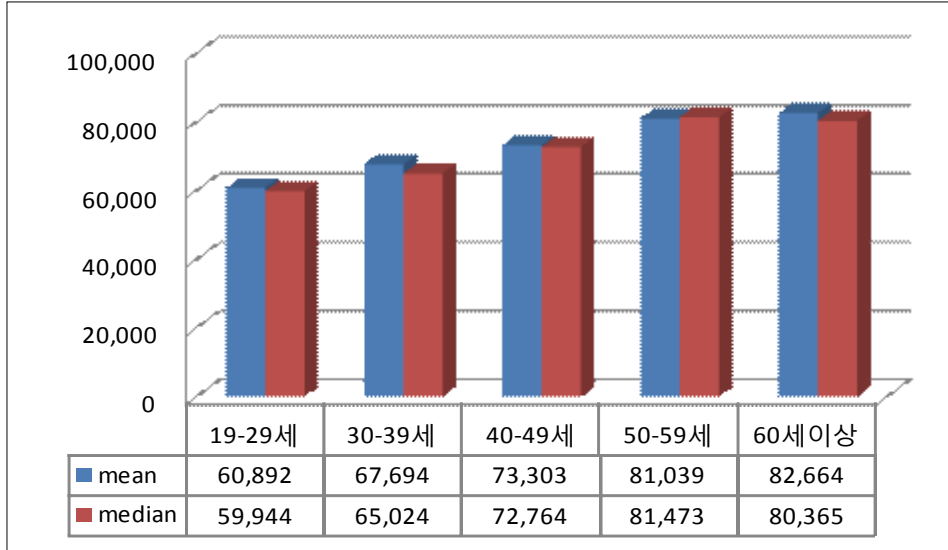
	소득수준별			연령별			
	전체중 %*	참여	비참여		전체중 %	참여	비참여
1분위(저소득)	48.3	25.8	19.3	19~29세	39.2	12.2	13.2
2분위	43.8	23.4	21.0	30~39세	37.3	22.8	26.8
3분위	41.5	22.2	21.9	40~49세	43.6	23.7	21.4
4분위(고소득)	37.2	19.5	22.9	50~59세	39.5	18.2	19.5
모름/무응답	30.0	9.1	14.9	60세 이상	45.8	23.1	19.1
계	41.1	100.0	100.0	계	41.1	100.0	100.0

주: *(소득분위별 참여의향/소득분위별 응답자)×100

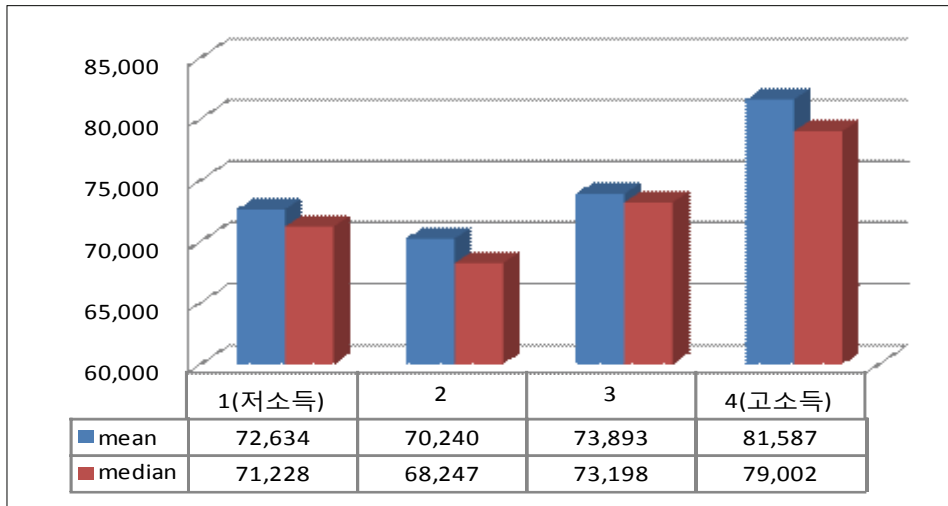
□ 금연치료제에 대한 본인부담 지불의사액

- 금연치료에 참여할 의향이 있는 응답자를 대상으로 본인부담 지불의사액을 분석하였음.
 - 3개월간 금연치료제를 복용해야하고 한달간 비용이 10만원일 경우 국가가 월 평균 얼마를 지원해 주면 참여할 의향이 있는지를 질문함.
- 추정 모형에 따라 월 평균 72,282원~74,429원만큼 지원을 해 준다면, 금연치료를 받고자 하는 의사가 있음을 보여주고 있음.
 - 즉, 금연치료제가 월평균 10만원이 소요된다면 약 70%는 국가에서 부담을, 나머지 약 30%는 본인이 부담하고자 하는 의사가 있다고 할 수 있음.
- 이를 연령별, 소득수준별로 구분하여 분석해 보면,
 - 연령이 증가할수록 국가에서 부담해 주는 지원금이 높아야 금연치료에 참여할 의향이 있음을 알 수 있음.
 - 소득수준 2분위를 제외하면 대체적으로 소득수준이 높을수록 참여의향 지원액수가 높아지고 있음.

〈그림 I-7〉 연령별 금연치료 지원 희망액



〈그림 I-8〉 소득수준별 금연치료 지원 희망액



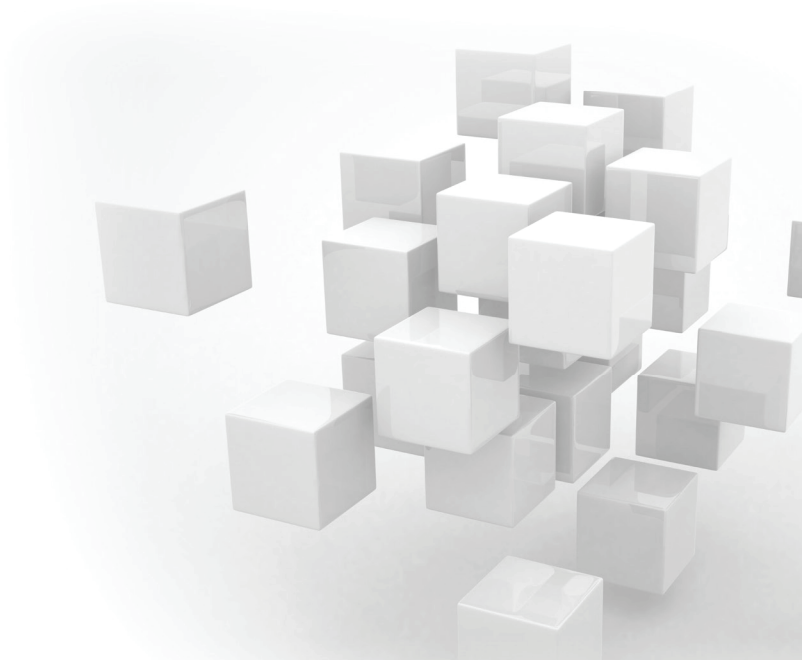
5. 결론 및 정책제언

- 성인남성 흡연자들은 연령대가 높아질수록, 그리고 대체로 소득수준이 낮을수록 흡연 강도가 높아지고 있는 것으로 나타남.
- 저소득층과 50대의 연령대가 높은 수준의 1년 이내 금연의향을 보였으나, 저소득층의 금연 시도 횟수는 낮았으며, 50대는 국가의 무료 금연치료에 참가할 의향이 가장 적게 나타남.
 - 흡연 강도가 높은 저소득층과 50대의 금연의사가 실제 실천으로 이어질 수 있도록 정책적 배려가 요구됨.
- 금연할 의사가 있는 평균 담배가격은 8,900원대로 추정되었으며, 소득수준이 높을수록 금연의사 담배가격 수준도 높아지고 있음.
 - 담배가격을 인상할 경우에 고소득층보다 저소득층이 더욱 가격인상에 민감하게 반응할 것임을 예상할 수 있어, 저소득층의 상대적으로 높은 금연 실천율을 기대할 수 있음.
- 무료로 금연치료제가 제공될 경우에 금연치료에 참여할 의향은 41% 정도로, 1년 이내 금연의향 51%에 비해 낮은 수준이었으며, 금연치료제에 대한 다소 부정적인 견해를 보이고 있었음.
- 금연치료에 참여할 의향이 있는 응답자를 대상으로 3개월간 금연치료제를 복용해야 하고 한달간 비용이 10만원일 경우 국가가 월 평균 얼마를 지원해 주면 금연치료에 참여할 의향이 있는지를 질문한 결과, 평균 약 70%는 국가에서, 30%는 본인이 부담하고자 하는 의사가 있었음.

- 담배관리를 건강보험 영역으로 포함시켜 임상적으로 효과가 입증된 담배치료제를 보험 급여화하는 노력이 필요함.
 - 담배중독(의존)을 만성질환으로 인식하고 금연치료를 건강보험 제도권으로 포함해 보건의료 시스템 내에서 관리를 하도록 제도개선이 바람직함.

담배규제기본협약 성과제고를 위한 정책과제

연구위원 최은진



[요약]

- 흡연은 폐암 사망의 원인이며, 우울증 및 자살생각 등 정신건강과도 밀접한 관련이 있음(CDC, 2010).
 - 우리나라 국민이 암으로 인해 사망할 확률은 21.6%, 자살로 사망할 확률은 3.1%임(통계청, 2012).
 - 남자의 경우 암으로 사망할 확률은 27.7%, 자살로 사망할 확률은 4.2%임(통계청, 2012).

- OECD국가의 남자 흡연율은 평균 25.7%인데, 우리나라는 40.8%로 최고 수준임.

- 우리나라는 2005년 세계보건기구 담배규제기본협약을 비준함으로써 국제법상의 금연정책 이행의무를 가지고 있음.

- 금연정책의 체계적 추진을 위해서는 담배규제 관련 법 제도 개선과 담배가격정책의 개선이 필요함.
 - 우리나라는 2005년 500원 담배소비세인상 이후 인상되지 않고 있어 OECD국가 중 담배가격이 가장 싼 국가에 해당됨.
 - 2012년 9월 한국보건사회연구원이 발표한 금연정책통합지표평가자료에 의하면 우리나라는 OECD 34개국 중 담배가격지표는 최하위인 34위였으며, 공공장소 규제지표는 OECD 29개 국가 중 15위, 광고규제는 OECD 29개국 중 28위였음.

1. 개요

- 폐암 및 심혈관질환 사망의 주요 위험요인인 담배에는 4,000천 가지의 화학물질이 포함되어 있고, 60여종의 발암물질이 있는 것으로 미국 Surgeon General's Report 에서 보고된 바 있음.
 - 세계보건기구의 보고에 의하면 담배제품에 포함되는 첨가물질만 600여종임.
 - 미국의 FDA에서는 담배제품과 담배연기에 포함된 유해물질 93가지를 선별하여 관리대상으로 지정하였음.

- 세계보건기구에서 추진해 온 담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control: 이하 FCTC)은 세계보건기구에서 추진한 최초의 보건협약이며, 높은 수준의 건강권을 확보하게 하기 위한 근거중심의 조약임.
 - 담배문제를 중독성약물의 문제로만 보는 것이 아니고, 담배공급과 수요에 초점을 두고 흡연인구 증가에 미치는 주된 요인을 담배회사의 마케팅전략으로 보고 있음.
 - FCTC 협약은 2005년 2월 27일부터 발효되었고, 2012년 12월 현재 담배규제기본협약에는 168국이 서명하고, 비준국은 176개국임.

- 2000년 세계보건기구의 사무총장이었던 Gro Harlem Brundtland 박사가 제출한 담배규제 관련 WHO의 입장은 담배로 인한 건강의 피해를 줄이기 위한 네 가지 방법으로 요약됨.
 - 첫째, 청소년과 비흡연자들이 흡연을 시작하지 않도록 예방하는 것
 - 둘째, 흡연자들을 금연하도록 독려하는 것
 - 셋째, 비흡연자들(태아를 포함)이 담배연기에 노출되는 것을 막는 것
 - 넷째, 담배제품에 있는 유해물질의 수준을 줄이는 것

- World Bank 및 기타 보건전문가들이 제시한 측정가능하고 지속가능한 금연정책은 담뱃세인상, 담배광고후원판촉금지, 공공장소의 흡연규제, 효과적인 금연방법에 대한 접근성 향상, 강력한 금연광고, 불법무역 규제 등이었음.

- FCTC의 추진을 위하여 WHO의 TFI(Tobacco Free Initiative)에서는 여섯가지 필수정책을 MPOWER¹⁾로 제시함.
 - 담배사용 및 예방정책의 모니터링(Monitor tobacco use and prevention policies)
 - 간접흡연으로부터의 보호(Protect people from tobacco smoke)
 - 흡연자의 금연을 돕기 위한 정책(Offer help to quit tobacco use)
 - 담배의 위험에 대한 경고(Warn about the dangers of tobacco)
 - 담배광고, 판촉, 후원의 금지(Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
 - 담배세인상(Raise taxes on tobacco) 등임.

2. 담배규제정책현황과 문제점

- 담배규제 법령의 이원화로 인한 정책추진의 어려움
 - 현재 우리나라의 담배관련법령은 기획재정부가 집행하는 담배사업법과 보건복지가족부가 집행하는 국민건강증진법으로 이원화되어 있음.
 - 기획재정부의 담배사업법은 담배를 국가의 전매물품으로 하던 시기에 그 연혁적 기원을 두고 있고, 기본적으로 영업규제법으로 기능하고 있음.

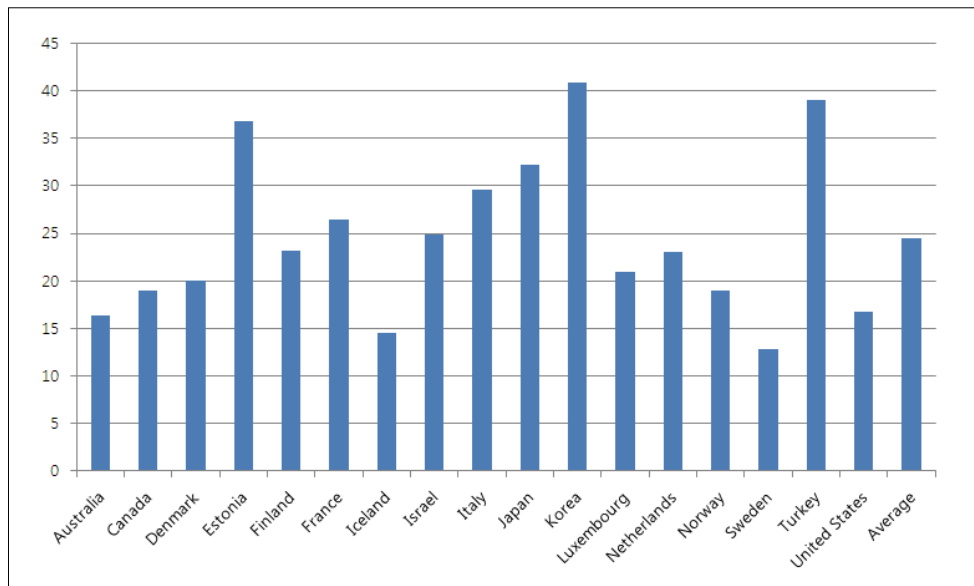
1) <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>

- 하지만 국민건강증진법과의 관계에서 담배유해성관련규제와 동일한 내용이 중복적으로 규정되어 있거나(담뱃갑 및 광고에 대한 경고문구 표시의무), 관련규정이 두 법률에 산재해 있는 상태임(예: 담배성분표기규정은 담배사업법, 발암물질 표기는 국민건강증진법에 규정됨).
- 담배의 국민보건적 유해성 관련규제를 중심으로 법률이 단일화 할 필요가 있음. 현재와 같이 복수의 법률과 집행기관으로 규제권한이 분산되어 있는 상태에서는 이러한 종합적·포괄적 접근이 이루어지기 어려운 상황임.

□ 우리나라 성인남자의 흡연율은 OECD국가 중 최고 수준임.

- 영국, 캐나다, 호주 등 선진국에서는 FCTC를 비준하고 강력한 금연정책을 추진하여 흡연율이 현저하게 감소하고 있음.

〈그림 I-9〉 OECD국가의 남자 흡연율(2010년)



□ 국민건강증진종합계획상 흡연율 달성을 위한 담배 가격인상이 필요함.

- 국내 실정에 맞게 개발된 Korea SimSmoke 모형을 이용한 분석 결과
(조성일 등, 한국보건사회연구원, 한국건강증진재단, 2011),
 - 2013년부터 가격 정책만 강화되어 담배 가격 인상이 1,000원 인상된다면 2020년 성인 남성 흡연율 38.9%로 예상되고, 2,000원 인상되면 37.4%일 것으로 예상됨.
 - 반면 2013년부터 강력한 비가격 정책과 함께 가격 인상(5,000원 인상으로 7,500원이 될 경우)이 된다면 제3차 국민건강증진종합계획(HP 2020*) 성인 남성 흡연율 목표인 29% 달성할 수 있을 것으로 예상됨.
- * 「국민건강증진법」 제4조에 근거하여, 국민의 건강증진·질병예방을 위한 건강증진정책의 방향을 제시하는 법정부적 중장기 종합계획

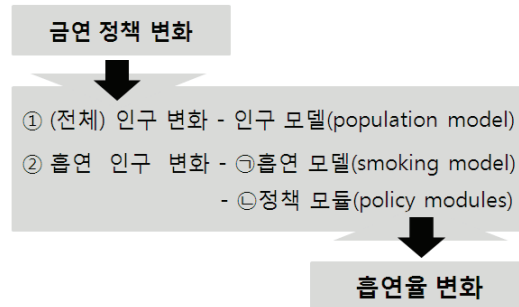
〈표 I-24〉 가격 및 비가격 정책 강화에 따른 2020년 성인 남성 흡연율(%) 예측

(ㄱ) 가격정책만 강화하는 경우						
	2011	2012	2013	2014	2015	2020
현재 정책수준 유지	44.5	44.0	43.5	43.1	42.7	40.9
2013년부터 정책강화						
1000원 인상	44.5	44.0	41.7	41.2	40.8	38.9
2000원 인상	44.5	44.0	40.4	39.9	39.4	37.4
3000원 인상	44.5	44.0	39.5	38.9	38.5	36.3
4000원 인상	44.5	44.0	38.7	38.2	37.7	35.5
5000원 인상	44.5	44.0	38.2	37.6	37.1	34.9
6000원 인상	44.5	44.0	37.7	37.1	36.6	34.4

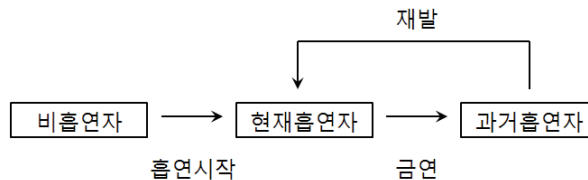
(L) 강력한 비가격정책과 함께 가격정책을 강화하는 경우						
	2011	2012	2013	2014	2015	2020
현재 정책수준 유지	44.5	44.0	43.5	43.1	42.7	40.9
2013년부터 정책강화						
가격인상 없음	44.5	44.0	35.4	34.6	34.0	31.7
1000원 인상	44.5	44.0	33.9	33.0	32.5	30.0
2000원 인상	44.5	44.0	32.8	32.0	31.4	28.9
3000원 인상	44.5	44.0	32.0	31.2	30.6	28.0
4000원 인상	44.5	44.0	31.4	30.6	30.0	27.4
5000원 인상	44.5	44.0	31.0	30.1	29.5	26.9
6000원 인상	44.5	44.0	30.6	29.7	29.1	26.5

〈참고〉 SimSmoke 모형

◆ 금연정책의 변화가 미래 흡연율에 미치는 영향을 분석하는 모형으로, 미래 인구를 추계하는 인구모델에 근거하여 흡연율 등을 고려한 **흡연모델**을 개발하고, 기존의 연구에서 알려진 개별 정책효과를 반영함



◆ 흡연모델(Smoking Model): 흡연행태의 역학(Dynamics)



□ 우리나라의 금연구역 정책*은 국민건강증진법을 근거로 확대하고 있으나, 세계보건 기구가 정하는 기준에는 아직 부족한 점이 많으며 간접흡연을 예방하기 위하여 포괄적인 규제 정책이 필요함.

* “금연구역 확대”는 비흡연자를 간접흡연의 피해로부터 보호할 뿐만 아니라 흡연행위를 제한함으로써 흡연을 감소에도 기여함

- 우리나라의 경우 의료 기관과 학교(대학교 제외), 정부 시설에서만 전체 금연을 실시하고 있으나 모든 대학교, 실내 사무실 및 작업장, 식당, 술집, 대중교통 실내에서의 금연구역정책을 강화해야 함.
- 또한, 승용차, 아파트·공동주택 뿐만 아니라 청소년이 많이 이용하는 시설, 대중이 많이 이용하는 장소, 흡연행위가 빈번히 발생하는 장소를 중심으로 단계적인 금연 구역 확대가 필요함.

〈그림 I-10〉 금연구역 확대정책의 기준



자료원: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic(2011).

- FCTC에서는 실내작업장, 대중교통수단, 실내공공장소 및 적절한 경우 기타 공공장소에서의 담배연기노출을 규제할 것을 권고하고 있음.
- 공공장소와 작업장에서의 담배규제는 담배소비를 4%-10% 감소시키는 효과를 내는 것으로 알려져 있음(신윤정, 2004).
- 미국 정부에서도 공공장소 등에서 흡연을 제한하는 것으로 인해 담배소비감소를 가져올 뿐만 아니라 직장인 및 일반인의 금연율을 높이는 효과를 가져오는 것으로 전망하고 있음(미국 CDC, 2004).
- 간접흡연의 노출안전기준(safe level)은 존재하지 않으며, 노출되는 즉시 신체 반응이 발생하므로, 미국의 질병관리본부에서는 실내의 모든 장소를 전면금연 구역화하는 것을 권장하고 있음(미국 CDC, 2006).

□ 담뱃갑 건강경고에 경고그림 추가 필요

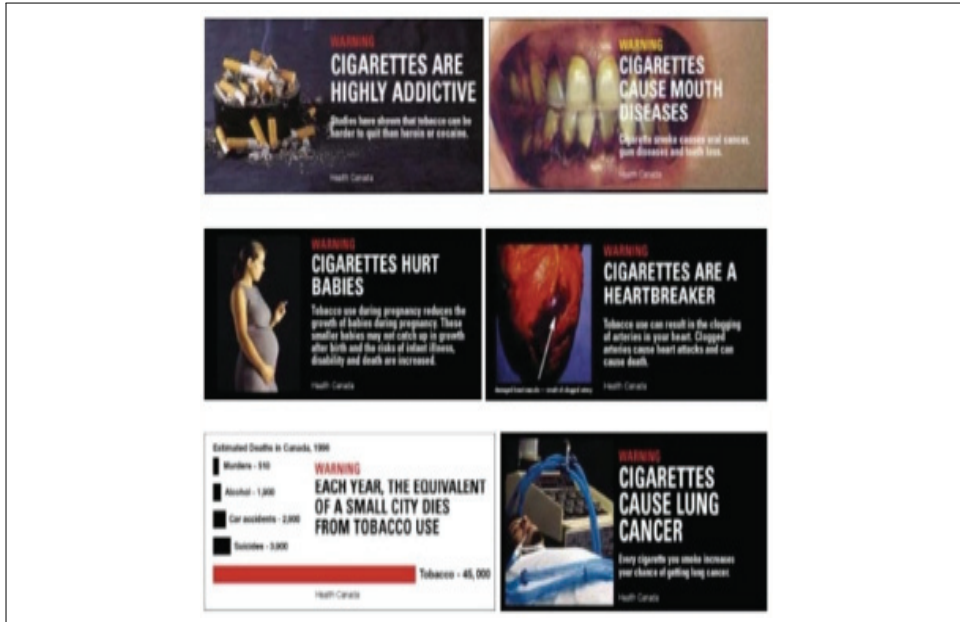
- 스웨덴으로부터 시작된 담뱃갑 경고 문구는 유럽 국가는 물론 미국과 캐나다 등에서 도입되었으며, 최근에는 경고 그림이나 사진을 추가하는 추세임.
- 2002년 경고 그림을 도입한 브라질의 경우 약 9%p의 성인 흡연율 감소 효과('02년 31.1% → '03년 22.4%)가 있었으며, FCTC에서도 단순 경고문구보다 경고 그림·사진이 훨씬 효과적이라고 권고함.

* FCTC(Framework Convention on Tobacco Control): 담배규제기본협약

- 또한 호주는 2012년부터 담뱃갑에 경고 그림·사진의 삽입보다 담뱃갑 자체의 디자인을 바꾸는 Plain Packaging을 실시하겠다고 발표함.
- 우리나라 보건복지부에서는 2011년 6월 개정된 「국민건강증진법」에 따라 담뱃갑*에 새로 2개 경고문구(타르흡입량, 금연상담전화)를 추가 추진(2012년 12월 시행)하였으나, 그림경고의 도입이 시급함.

* (현행 경고문구) ① 흡연은 폐암 등 각종 질병의 원인이 되며 내 가족, 이웃까지 병들게 합니다. ② 담배연기에는 발암성 물질인 나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐 콜로라이드, 비소, 카드뮴이 들어 있습니다.

〈그림 I-11〉 세계 각국의 금연경고 그림의 예시



캐나다



말레이시아

호주 Plain packaging



3. 정책 제언

- 흡연을 감소를 통하여 만성질환을 예방하기 위해서는 종합적인 금연정책 및 담배규제정책이 필요함.
 - 인구집단을 대상으로 하여 흡연시작을 예방하고, 간접흡연으로부터 비흡연자(아동청소년, 임신부, 노약자)를 보호해야 함.
 - 모든 실내공공장소, 음식점, 사업장 등을 금연구역으로 지정하도록 지원해야 함.
 - 학교흡연예방교육, 사업장 금연교육홍보 등의 사업을 확대해야 함.
 - 담배사업법과 국민건강증진법에 산재되어 중복규제되는 법제도를 개선하여 보다 체계적으로 담배제품과 담배연기를 규제하도록 해야 함.

- 흡연자의 금연치료를 지원하는 서비스를 다양화하고 서비스제공을 다원화하여 접근성을 높이도록 해야 함.

□ 담뱃세인상과 건강증진기금의 지원확대

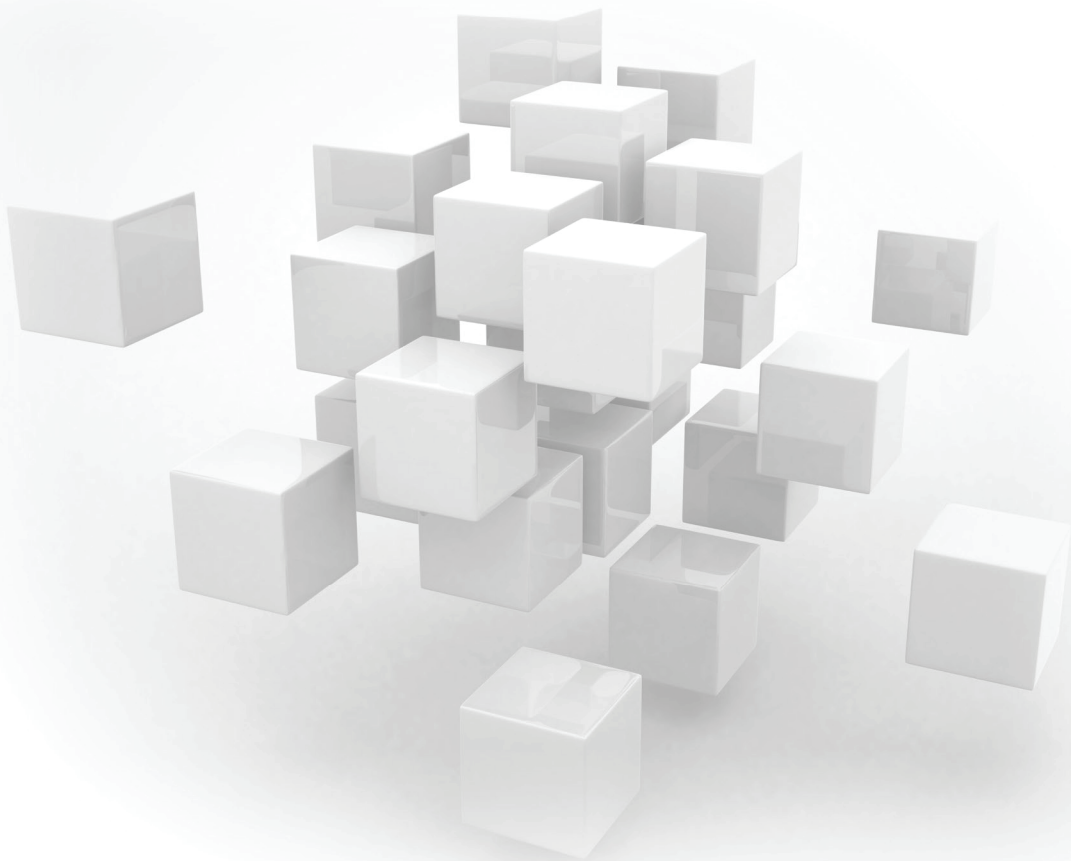
- 담뱃세 인상을 통하여 건강증진기금을 확대 확보하여 흡연자의 금연을 지원하고 약물요법을 적절하게 지원할 수 있는 체계가 마련되어야 함.
- 청소년의 흡연예방, 취약계층의 흡연예방과 건강보호를 위하여 건강증진정책 지원을 확대해야 함.
- 다양한 담배제품의 성분을 측정하고 유해물질과 위해성을 평가하여 국민에게 홍보하기 위한 연구지원이 필요함.
- 산업체, 공공기관 등 다양한 장소에서 금연을 지원하고 금연구역, 흡연실 설치를 지원하며, 담배연기로부터 국민을 보호하기 위한 환경적 지원을 확대하기 위하여 예산을 확보해야 함.
- 담배제품 사용에 대한 현황파악을 위하여 지속적인 모니터링을 위한 예산지원이 필요함.

□ 담배갑 포장에 그림경고 채택 및 담배규제관리법 제도화

- 국민에게 담배제품 및 담배연기의 유해물질과 건강위해성을 제대로 알리기 위해서 그림경고문을 채택하도록 추진해야 함.
- 담배제품의 오도성을 바로잡기 위하여 담배갑 라벨링에 대한 규제정책이 동시에 강화되어야 함.
 - 울트라 라이트, 마일드 등의 오도성 문구사용을 금지해야 함.
 - 담배광고, 판촉, 후원 규제를 강화하여 청소년의 구매욕을 감소시키도록 해야 함.

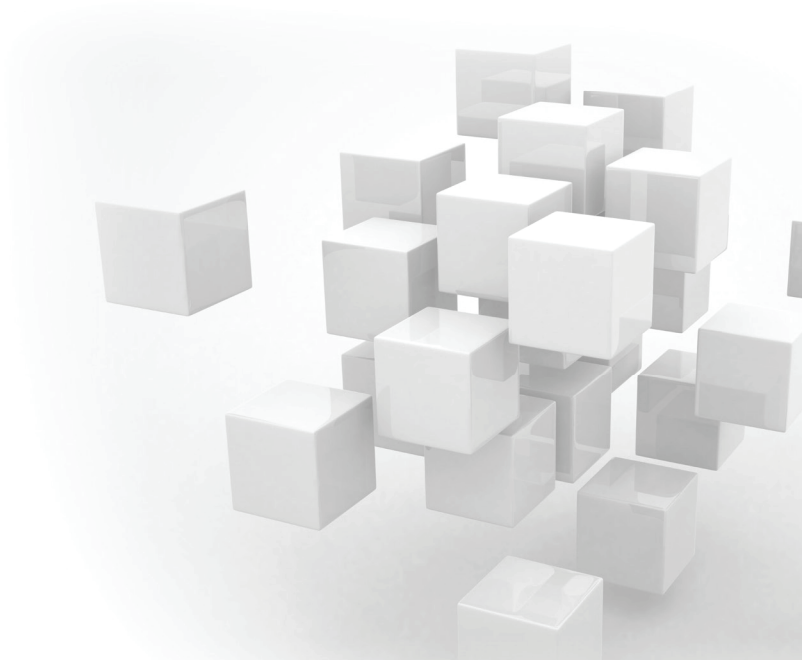
II

사회정책



저소득층을 위한 서민금융지원제도 개선방안

연구위원 김태완



[요약]

- 저소득층 및 저신용자들을 대상으로 하는 서민금융제도는 2000년대 이후 정부와 민간주도로 다양하게 만들어져 왔음.
 - 저소득층의 금융지원에 대한 욕구는 늘어나고 있지만, 현행 서민금융제도들은 대상자 및 대출상품의 종류, 제도간 연계, 지속가능성에 대한 문제들이 제기되고 있음.

- 자산과 부채를 보유하고 있는 가구 기준으로도 소득1분위 하위 20%의 경우 2011년 자산은 10,846만원, 부채는 4,400만원에서 2012년에는 각각 9,899만원과 3,054만원으로 감소함.
 - 소득1분위에 속하는 사람들의 부채용도는 2011년 기타와 사업자금마련에서 2012년에는 거주주택마련, 사업자금마련으로 바뀌고 있음.
 - 소득1분위 계층의 경우 소득이 낮은 점에서 생활비 마련을 위한 부채용도가 2011년 11.7%에서 20.0%로 증가하여 저소득층의 주택마련과 생활비로 인한 부채 부담이 높게 나타나고 있음.

- 금융복지라는 측면에서 저소득층을 대상으로 하는 협동조합형 금융지원제도, 부채상환방식의 다양화, 서민금융에 대한 전문가 양성과 더불어 현 서민금융제도에 대한 객관적 평가와 발전방향 수립이 필요함.

1. 들어가며

- 2000년대 들어 신용불량자를 돕거나 또는 이들을 지원하기 위한 서민금융이라는 표현이 금융분야에서 많이 사용되고 있음.
 - 저소득층을 대상으로 하는 금융이라는 점에서 저소득층 생활안정을 금융부문에 서 지원하기위한 점에서 사회보장의 주요한 한 부문임에도 불구하고
 - 사회보장 측면에서는 많이 다루어지지 않고 있으며 저소득층의 금융이용 실태와 분석도 충분히 진행되고 있지 못한 상황임.
 - 서민금융에 대한 정의는 선행연구에서는 저소득층을 대상으로 소득이나 재산이 일정수준 이하인 서민들과 낮은 신용을 가진 사람들에게 제공되는 금융서비스로 표현하고 있음(손상호 외, 2013).
 - 서민금융에 대한 논의는 금융분야에서 주로 다루어지고 있으며, 지원방향에 있어서도 재정안정과 도덕적 해이를 방지함으로써 금융시장에의 영향을 최소화하는 방향을 논의되고 있음.
 - 소득이 낮은 계층은 중산층·고소득층과는 달리 금융이용의 목적과 그 수준에서 차이를 보인다는 점에서 채무조정, 대출이자율의 조정과 같은 금융측면만으로는 욕구를 담아내기에는 한계가 있음.

- 본 고에서는 현재 운영중인 저소득층 대상 서민금융제도들과 현정부에서 도입된 행복기금에 대해 살펴보고, 실제 통계청 자료를 활용하여 저소득층의 부채와 금융이용 실태에 대해 분석해 보고자 함.
 - 이를 통해 사회보장측면에서 저소득층 또는 서민들을 위한 금융지원방향에 대해 논의하고자 함.

2. 저소득층 금융지원 제도와 저소득층 자산 및 부채 현황

1) 저소득층 금융제도의 현황 및 한계

- 우리나라에서 저소득층을 대상으로 한 서민금융제도에 대한 관심은 2003년 신용위기가 대두되면서 부터라 할 수 있음.
 - 2000년대 초반 IMF 경제위기 극복과정에서 과도한 신용대출의 증가로 신용불량자들이 양산되면서 사회적 이슈로 부각되면서 정부에서는 신용회복기금 등을 통한 지원방안제도를 강구함.
 - 민간에서는 새롭게 저소득층의 자활을 돕기 위한 방안으로 마이크로 크레딧에 대한 관심이 증가하였으며, 이를 돕기 위한 기관들이 만들어지고 관련 사업을 수행함.

- 저소득층을 대상으로 하는 서민금융제도는 시장에서 지원하는 방식과 정부와 민간이 함께 지원하는 방식으로 구분할 수 있음.
 - 시장지원 방식은 금융기관을 통해 저소득층의 신용과 자산에 근거 주거, 생활자금 등을 대출받는 것으로 이들은 소득·신용도가 낮다는 점에서 시장금융기관 이용은 다른 계층에 비해 불리함.
 - 정부·민간의 지원은 두 가지 형태로서 정부의 직접적인 지원형태는 저소득층을 대상으로 하는 정책금융과 지난 정부에서 도입된 미소금융, 햇살론, 새희망홀씨 제도들을 들 수 있음.
 - * 손상호 외(2013)의 연구는 서민금융을 시장성 서민금융과 정책성 서민금융으로 구분하고 있음.
 - * 시장성 서민금융은 민간금융기관들이 낮은 신용자들을 대상으로 운영하는 금융으로 주로 상호금융, 상호저축은행, 대부업체 등을 통한 대출제도를 말하고 있음.
 - * 반면에 정책성 서민금융은 각 부처가 운영하고 있는 '정책서민금융제도'와 민간자원을 바탕으로 한 미소금융, 햇살론, 새희망홀씨 등의 '정책성 서민금융'으로 구분하고 있음.

- 저소득층을 대상으로 하는 정책금융은 다양한 형태로 지원되고 있으며, 예를 들어 저소득층의 주택안정을 위해 국민주택기금을 통한 근로자서민 (전세)주택자금대출, 저소득층 전세자금 대출,
- 청년 대학생을 위한 학자금대출사업, 창업지원을 위한 공공기관(근로복지공단, 지역신용보증재단 등)들의 지원사업 등을 들 수 있음.
- 이와 별도로 현정부에서는 채무불이행자와 저소득층의 과도한 채무부담을 완화하기 위해 국민행복기금을 조성하여 저소득층을 대상으로 한 금융지원체계를 갖추고자 하고 있음.

□ 지난 정부에서는 저소득층 및 저신용자들의 생활안정을 위해 민간재원을 기반으로 하는 미소금융, 햇살론, 새희망홀씨제도들을 도입

- 미소금융제도는 2008년 7월에 은행들에서 보유하고 있는 휴면예금과 금융기관 및 민간기업에서 기부한 자원(10년간 2조2천억원)을 바탕으로, 저소득층(신용등급 7등급 이하)의 생활안정과 창업자금 및 운영자금 등을 대출해 주는 제도임
- 햇살론은 저소득층의 금융지원을 위해 상호금융기관과 저축은행을 통해 지역신용보증이 출연한 자원(5년간 10조원)을 기초로 서민대출제도를 운영
 - 대상은 신용등급 6등급 이하이면서 연소득 4천만원 이하인자를 대상으로 하고 있으며, 지원은 창업, 사업자금 이외에 생계자금을 함께 다루고 있음.
- 새희망홀씨제도는 민간은행(농협, 수협 및 새마을금고 등)을 기반으로 신용등급 5등급 이하이면서 연소득이 4천만원 이하인 자를 대상으로 지원, 생계 및 사업자금을 대출
- 위 사업들은 지난 정부 저소득층 및 저신용자들의 탈빈곤과 생활안정을 위한 핵심적인 사업들이었지만, 여러 측면에서 한계를 지니고 있음.
 - * 남주하(2013). 서민금융제도의 현황 및 활성화 방안, 금융대토론회, 한국경제학회·한국금융연구원.
 - 먼저 창업자금 위주의 지원으로 생계지원을 바라는 저소득층의 욕구와 차이를 보이며, 저소득과 저신용자를 대상으로 함에 따라 다른 금융기관에 비해

연체율이 높고, 대출관리가 어려움.

- 미소금융과 저소득층을 대상으로 금융 및 재무관리를 도울 수 있는 전문인력이 부족하며, 다른 금융지원, 일자리 지원 및 복지서비스 간의 연계가 이루어지고 있지 못함.

- 현 정부는 국민행복기금으로 동 사업은 지속적으로 늘어나고 있는 가계부채 문제를 해결하기 위한 대안으로 제시된 것으로 과도한 채무부담을 완화하고 일자리 지원 및 소득지원과 연계함으로써 가계부채의 악순환을 해소하는데 목적이 있음.
 - 사업은 크게 채무불이행자에 대한 신용회복지원, 대학생들의 학자금 대출 채무 조정, 고금리대출의 저금리 대출로의 전환의 세가지 형태로 구성되어 있음.
 - 동 사업의 경우 재원과 지원대상자들의 도덕적 해이(성실부채상환자의 형평성), 제도의 한시성 등의 문제가 있다는 점들이 지적되고 있음.

2) 저소득층 금융이용 실태

- 가계금융·복지조사를 통해 소득분위별 자산 및 부채규모를 보면, 전체가구 소득1분위의 경우 자산은 2011년 10,846만원에서 2012년 9,899만원으로 부채는 2011년 1,445만원에서 2012년에는 982만원으로 자산과 부채가 모두 감소함.
 - 다른 소득분위의 경우 자산과 소득이 2011년대비 2012년에 소폭이지만 증가하고 있는 것과는 다른 양상을 보여주고 있음.
 - 자산과 부채를 보유하고 있는 가구 기준으로 소득1분위의 경우 2011년 자산은 10,846만원, 부채는 4,400만원에서 2012년에는 각각 9,899만원과 3,054만원으로 감소함.
 - 특히 다른 소득분위에 비해서는 큰 폭으로 부채액이 감소하고 있는 것으로 조사됨.

〈표 II-1〉 소득분위별 자산 및 부채규모(평균)

(단위: 만원)

구분	전체가구						보유가구					
	2011년			2012년			2011년			2012년		
	자산액	부채액	순자산	자산액	부채액	순자산	자산액	부채액	순자산	자산액	부채액	순자산
전체	29,765	5,205	24,560	31,495	5,291	26,203	29,765	8,289	21,476	31,495	8,187	23,308
1분위	10,846	1,445	9,401	9,899	982	8,917	10,846	4,400	6,445	9,899	3,054	6,845
2분위	16,130	2,748	13,381	16,619	2,812	13,807	16,130	4,595	11,535	16,619	4,638	11,982
3분위	22,813	3,850	18,963	23,204	3,856	19,348	22,813	5,637	17,177	23,204	5,289	17,915
4분위	33,732	5,953	27,779	33,803	5,620	28,183	33,732	7,879	25,853	33,803	7,349	26,455
5분위	65,281	12,023	53,258	73,941	13,186	60,756	65,281	15,530	49,751	73,941	16,279	57,662

자료: 통계청(2012). 가계금융복지조사. 보도자료.

- 가구유형별로 장애인, 한부모 및 노인가구들에 대한 자산, 부채 및 순자산액 규모를 살펴보면, 자산에서는 한부모가구가 17,645만원으로 가장 적었으며, 장애인 및 노인 가구는 비슷한 수준이었음.
 - 부채 규모에서는 한부모가구들이 가장 많은 약 4천만원 수준을 장애인가구가 3천만원 이었으며, 노인가구가 1,700만원 수준, 조손가구가 가장 적은 1,200만원 수준이었음.

〈표 II-2〉 가구유형별 자산 및 부채규모(2012년)

(단위: 만원)

가구유형	자산총액	부채총액	순자산액	경상소득
장애인가구	20,196	2,996	17,200	2,621
한부모가구	17,645	4,004	13,641	2,939
노인가구	21,160	1,768	19,392	1,243
조손가구	14,327	1,199	13,128	1,738

자료: 통계청(2012). 가계금융복지조사. 원자료 분석.

- 이들 가구의 자산, 부채 및 순자산의 규모는 소득분위를 기준으로 볼 경우 2분위 이하에 해당되며 저소득가구와 더불어 이들 가구 역시 자산 및 부채에서 취약가구임을 확인할 수 있음.

□ 소득분위별로 부채용도를 보면 저소득층은 소득 1분위에 속하는 사람들의 부채용도는 2011년 기타와 사업자금마련에서 2012년에는 거주주택마련, 사업자금마련으로 바뀌고 있음.

- 다른 분위 계층에 비해 소득이 낮은 점에서 생활비 마련을 위한 부채용도가 2011년 11.7%에서 20.0%로 증가하여 저소득층의 경우 주택마련과 생활비로 인한 부채 부담이 높게 나타나고 있음.
- 소득분위별로 차이를 보이지만 소득이 높을수록 거주주택이외 부동산 마련으로 인한 부채가 높다는 점에서 저소득층의 부채와는 다른 특성을 보여주고 있음.

〈표 II-3〉 소득분위별 부채 용도

(단위: %)

구분	2011년							2012년						
	거주주택마련	거주주택이외부동산마련	전·월세보증금마련	부채상환	사업자금마련	생활비마련	기타	거주주택마련	거주주택이외부동산마련	전·월세보증금마련	부채상환	사업자금마련	생활비마련	기타
전체	30.3	18.0	4.6	3.5	29.0	5.3	9.3	34.8	16.3	5.8	2.5	28.2	5.8	6.6
1분위	16.9	6.4	6.4	4.6	22.0	11.7	32.0	25.1	6.9	6.4	4.3	24.7	20.0	12.7
2분위	26.7	20.5	5.4	3.8	23.1	7.9	12.5	28.3	8.7	7.9	5.7	32.2	9.6	7.6
3분위	36.0	9.4	7.0	7.8	25.1	7.0	7.8	38.1	11.0	8.4	2.7	22.4	9.0	8.4
4분위	32.8	18.9	5.5	3.8	24.9	6.2	8.0	44.2	14.9	6.9	2.3	18.8	5.9	6.9
5분위	29.6	21.3	2.9	1.8	34.5	3.0	6.9	31.7	20.8	4.2	1.6	33.4	3.1	5.2

자료: 통계청(2012). 가계금융복지조사. 보도자료.

- 가구유형별로 부채용도를 분석해보면, 장애인가구의 경우에는 거주주택 마련(40.01%)을 위해, 한부모가구는 사업자금 마련(42.43%), 노인 및 조손가구도 사업자금 마련을 위한 부채가 가장 많은 것으로 나타남
 - 생활비 및 의료비 등을 위한 부채는 장애인 및 한부모가구는 11%내외, 노인가구는 10% 이내라면 조손가구의 경우에는 17%로 다른 가구유형에 비해서는 높은 수준이었음.
 - 만약 가구유형과 소득분위를 함께 분석시 저소득 가구유형의 생활이 취약하다는 점을 가정시에서는 거주주택과 생활비 등에 대한 부채 의존도가 좀 더 증가할 것으로 보임.

〈표 II-4〉 가구유형별 부채 용도

(단위: %)

가구유형	거주주택 마련	거주주택 이외 부동산마련	전·월세 보증금 마련	부채상환	사업자금 마련	생활비 마련	의료비 마련	기타
장애인가구	40.01	12.81	4.50	2.76	21.96	9.94	1.70	6.32
한부모가구	19.88	11.74	6.25	3.05	42.43	9.42	0.74	6.49
노인가구	22.06	28.36	2.50	3.31	26.76	7.22	1.88	7.92
조손가구	25.45	1.63	1.89	3.36	32.55	16.33	1.33	17.45

자료: 통계청(2012). 가계금융복지조사. 원자료 분석.

- 소득분위별로 부채구성을 보면 전체적으로 부채구성은 금융부채가 임대보증금에 비해 높은 비중을 점유하고 있음.
 - 소득 1분위 저소득층의 경우 보유비율에 있어 다른 소득계층에 비해서는 금융부채와 임대보증금을 가지고 있는 가구비율은 높지 않음.
 - 금융부채층에서는 소득1분위의 경우 담보대출과 신용대출을 가지고 있는 가구들이 2012년 기준으로 12.5%와 10.2%로 다른 소득계층에 비해 낮았으며, 신용카드관련 대출가구도 2012년 5.9%에 불과함.
 - 특징적으로 소득 1분위 가구들의 경우 신용카드 대출을 가진 가구의 비중은 적었지만, 대출금에 있어서는 다른 분위에 비해 매우 높게 나타나고 있음.

〈표 II-5〉 소득분위별 부채 구성

(단위: %, 만원)

구분			전체	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
부채액	2011	비율	62.8	32.8	59.8	68.3	75.6	77.4
		평균	8,289	4,400	4,595	5,637	7,879	15,530
	2012	비율	64.6	32.2	60.6	72.9	76.5	81.0
		평균	8,187	3,054	4,638	5,289	7,349	16,279
금융 부채	2011	비율	56.2	27.1	53.8	62.2	69.5	68.5
		평균	6,396	3,849	3,512	4,332	6,035	11,907
	2012	비율	58.5	26.2	55.1	67.9	71.2	72.3
		평균	6,147	2,410	3,545	3,976	5,505	12,157
담보 대출	2011	비율	35.5	15.0	28.1	38.8	46.4	49.1
		평균	8,024	3,998	4,734	5,354	7,357	13,876
	2012	비율	34.3	12.5	28.0	37.8	44.4	48.9
		평균	8,386	3,099	5,033	5,403	7,027	15,207
신용 대출	2011	비율	23.2	10.1	21.5	24.2	29.9	30.6
		평균	2,690	3,832	2,038	2,073	2,182	3,757
	2012	비율	23.3	10.2	20.1	26.1	27.9	31.9
		평균	2,548	1,833	2,156	1,927	2,419	3,644
신용 카드 관련 대출	2011	비율	7.1	3.6	10.0	9.2	7.0	5.6
		평균	668	1,119	665	572	493	764
	2012	비율	5.9	3.6	7.7	8.8	5.7	3.8
		평균	798	1,176	795	671	638	976
임대 보증금	2011	비율	17.0	8.7	11.6	14.8	20.1	29.7
		평균	9,474	4,605	7,437	7,820	8,726	13,032
	2012	비율	16.5	7.9	11.6	13.8	18.8	30.1
		평균	10,288	4,413	7,384	8,374	9,033	14,624

주: 1) 위자료는 보유가구를 기준으로 작성함에 따라 합에 대한 비율이 차이가 발생
(예, 부채액 ≠ 금융부채 + 임대보증금)

자료: 통계청(2012). 가계금융복지조사. 보도자료.

3. 정책방안

- 저소득층의 삶의 질 향상과 생활안정을 위해 금융부문에서 지원제도와 실태에 대해 살펴보았음. 앞에서 검토 된 것들을 통해 저소득층을 위한 금융지원이 사회복지차원으로 확대되고 재생산되기 위한 방안들이 무엇이 있는지 그 방안을 살펴보고자 함.

- 첫 번째 금융이라는 상업적 목적과 저소득층을 지원한다는 사회복지적 측면을 함께 접목한 형태로 협동조합형 금융기관의 설립을 지원할 필요가 있음.
 - 서민형 금융기관(농수협, 새마을금고, 신협 등)은 자발적으로 형성되기 보다는 정부의 정책적 지원하에서 설립되고 운영되었지만 현재는 주로 일반 금융기관으로서의 역할을 수행하고 있음.
 - 즉 순수하게 저소득층 지원이라는 목적보다는 상업적 금융으로서의 형태를 많이 지니고 있어 우선적으로 상업적 이익 추구에 목표를 두고 있다 할 수 있음.
 - 2012년 말부터 협동조합기본법이 발효되면서 우리나라에서도 협동조합이 자유롭게 설립되고 있음. 하지만 유일하게 제한을 받는 분야가 금융분야라 할 수 있음.
 - 협동조합형 금융기관은 상업적 목적에서의 이윤추구와 더불어 협동조합이 지니고 있는 연대와 사회통합의 정신을 고려시 조합원은 물론 저소득층을 위한 소규모 금융지원이 가능할 것임.
 - 실태에서도 저소득층의 최근 생활비에 대한 부채가 증가하고 있다는 점에서 생활비, 의료비 및 교육비 등에 대한 소액대출의 필요성이 제기되고 있음.
 - 일반인 또는 조합원을 대상으로는 일반 금융체계를 통해 이윤추구를 목적으로 하고, 저소득층을 위해서는 낮은 금리로 장기간 대출을 유지할 수 있는 지원체계의 이원적 구조의 설립이 가능할 것임.

- 또한 금융적 지원과 동시에 다른 사회적 협동조합과의 연계를 통해 정보 부족으로 지원받지 못하고 있는 복지지원과 민간에서 제공하는 복지서비스 등을 지원받을 수 있도록 하는 공공 및 민간 복지자원에 대한 소개와 연계가 가능할 것임.

□ 두 번째로 서민금융을 이용한 저소득층에 대한 대출 상환방법을 다양화 필요. 현재는 서민금융의 대출금에 대해 대출기간을 길게 해주는 상환유예나 대출이자를 낮추는 방안을 주로 삼고 있음.

- 서민금융으로부터 대출을 받는 금액이 소액(표 II-1, 평균 982만원)이라는 점을 고려시 현금위주의 상환방법에서 현물을 통한 상환방식으로 확대
- 서민금융으로 대출을 받은 저소득층에 대해 우선 정부지원 재정일자리 사업에 배정하고, 일을 통해 대출금을 상환하고 남은 금액으로 생활안정을 유지할 수 있도록 지원

□ 세 번째로 서민금융을 이용하는 저소득층을 대상으로 재무관리와 금융제도와 서비스를 제공할 수 있는 서민금융 전문가들을 양성해야 함.

- 미소금융 운영자들은 금융기관 재직경험을 기초로 무보수로 봉사하고 있어 책임감 및 소속감에 한계가 있음. 또한 청장년들이 동 분야에서 활약하고 싶어도 낮은 보수는 진입을 막게 됨.
- 미소금융을 운영하는 운영자 및 그 직원에 대한 적절한 보수 지급과 함께 금융기관 종사 경험자 서민금융제도에 관심을 두고 있는 청장년들을 위한 서민금융 교육프로그램 운영을 통해 전문가 양성

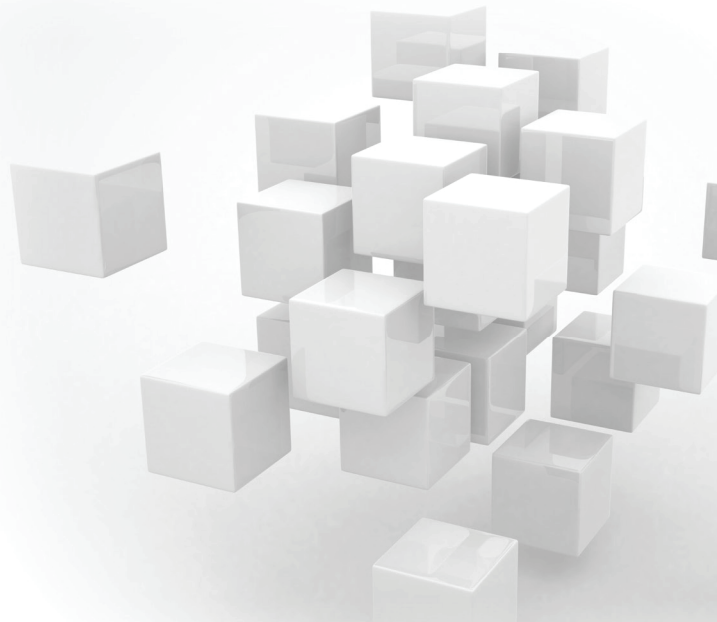
□ 마지막으로 서민금융제도 전반에 대한 정부·민간차원의 평가와 장기 발전계획이 필요함.

- 저소득층을 위한 제도들은 많이 있음에도 제도들의 효과와 연계, 금융의 한 축과 복지제도의 두가지 역할 수행 등에 대한 평가가 이루어지지 못함.

- 중장기적 계획에 따라 수립되는 것이 아닌 집권한 정부의 필요에 따라 생김으로서 지속가능성에 대한 문제를 지니고 있음.
- 발전적 지원과 제도 안정적 정착을 위해 저소득층을 대상으로 하는 서민금융제도 및 금융성 복지지원 제도들에 대한 체계적인 평가와 발전계획 수립을 위한 노력들이 필요함.

가구구조 변화와 소득불평등, 그 정책함의

부연구위원 김문길



[요약]

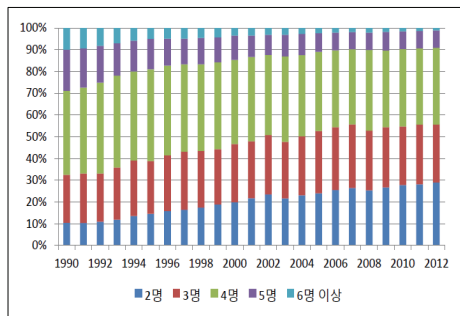
- 인구고령화와 저출산 경향에 따라 가구규모가 축소되는 형태로 가구구조가 변화해왔으며, 앞으로도 1인 가구가 증가해 최빈가구화하고, 현재 최빈가구인 4인 가구는 급감할 것으로 전망
- 상대적 빈곤인구와 부유인구가 꾸준히 증가 후 정체하면서 중간계층이 감소 후 정체하는 경향을 보이고 있으며, 지니계수도 상승 추세에서 정체하고 있음.
- 가구구조 변화가 없다는 가정 하에 가상적 가중치를 적용해 산출한 빈곤·불평등지수를 실제 지수와 비교해보면 가구구조 변화가 지수별 변화의 약 51~83%를 설명하는 것으로 확인
- 가구유형별로 구성비가 크게 증가한 동시에 전체 불평등보다 높은 불평등도를 보이는 유형은 성인2인 가구와 성인3인 가구로 나타남.
- 불평등 분해방법을 통해서 인구 하위집단 내의 불평등이 전체 불평등의 약 95~98%를 설명하는 것으로 확인
 - 아동이 없는 소규모 가구의 비중확대로 주도되는 가구구성의 변화가 소득불평등 확대에 영향을 미치고, 가구유형 내의 불평등이 전체 불평등의 대부분을 설명하는 것으로 파악됨.
- 이 같은 결과는 가구구조에 영향을 미치는 인구·사회정책이 소득재분배 정책으로 기능할 수 있는 가능성과, '분배지향적 가구구조' 형성을 지향하는 정책마련의 필요성을 시사함.

1. 가구구조의 변화

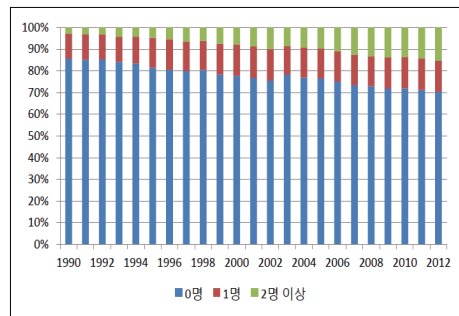
□ '90년에서 '12년 까지 가구규모와 가구구조가 크게 변화

- 2인 가구는 '90년 10.4%에서 '12년 29.0%로 약 3배로 증가, 같은 기간 4인 가구는 38.6%에서 35.3%로 감소
- 노인이 없는 비노인 가구는 같은 기간 85.6%에서 70.4%로 감소, 노인이 2명 이상 있는 가구는 2.8%에서 15.4%로 급증
- 아동이 없는 가구는 같은 기간 32.0%에서 59.9%로 약 2배 증가, 아동이 2명 있는 가구는 30.4%에서 18.0%로 감소

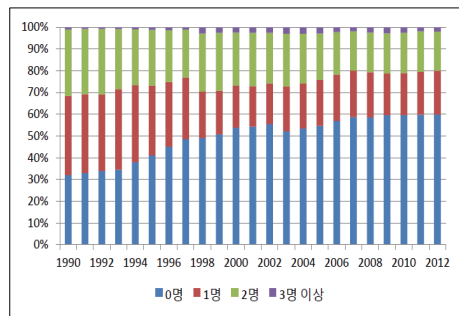
〈그림 II-1〉 가구규모 변화 추이



〈그림 II-2〉 노인 가구원 수 변화 추이



〈그림 II-3〉 아동 가구원 수 변화 추이



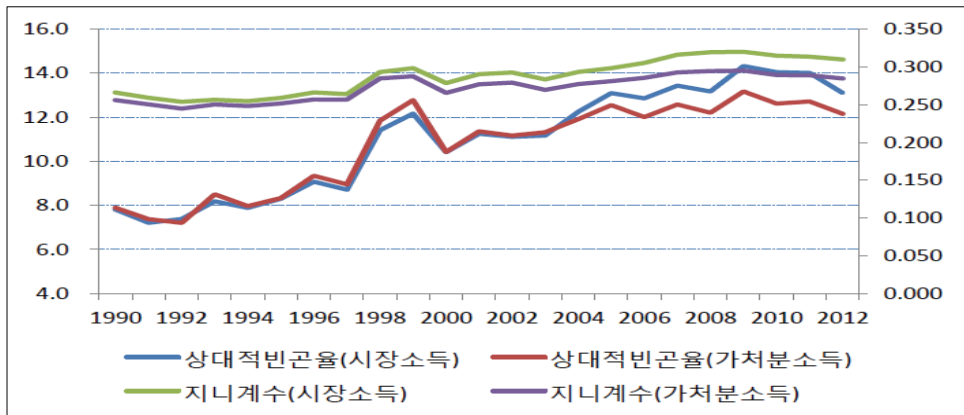
자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

- 인구고령화 진전에 따라 향후 가구규모 축소 경향이 더욱 뚜렷해 질 것으로 전망
 - 1인 가구 비율 '12년 25.3%에서 '35년 34.3%로 증가하는 반면, 4인 가구 비율은 같은 기간 20.9%에서 9.8%로 급감(장래인구추계)
 - 고령화에 따른 소규모 노인 가구의 증가가 가구규모 축소 경향을 주로 추동할 것으로 예상('35년. 1인 가구 중 70대 가구가 최빈)

2. 소득불평등 동향

- '90년에서 '12년 까지 상대적 빈곤율과 지니계수는 꾸준히 증가 후 정체
 - (가처분소득 기준) 상대적 빈곤율은 '90년 7.9%에서 꾸준히 증가, '09년 13.2%로 정점에 달한 후 '12년 12.2%로 다소 하락했으나 정체상태
 - (가처분소득 기준) 지니계수도 '90년 0.256에서 꾸준히 증가, '09년 0.295로 정점에 달한 후 '12년 0.285로 다소 하락했으나 정체상태

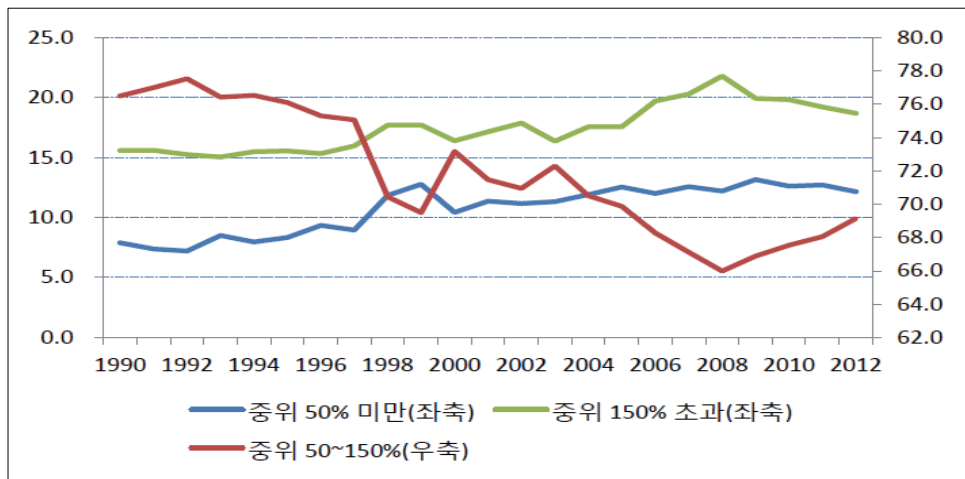
〈그림 II-4〉 상대적 빈곤율, 지니계수 추이



주: 상대적빈곤율은 중위소득 50% 기준, 2인 이상 도시가구
 자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

- '90년에서 '12년 까지 부유층도 빈곤층과 비슷한 추이로 확대되면서 중간층 규모가 축소
 - (가처분소득 기준) 중위소득 150% 초과 비율은 '90년 15.6%에서 '08년 21.8%로 정점에 달한 후 다소 감소하여 '12년 18.7%로 다소 하락했으나 정체상태
 - 빈곤층과 부유층이 동시에 증가하면서 중위소득 50~150%의 중간층은 '90년 76.5%에서 '13년 69.1%로 축소

〈그림 II-5〉 빈곤층, 중간층, 부유층 규모 변화 추이



주: 2인 이상 도시가구
 자료: 통계청(각 연도), 가계동향조사 원자료.

- '90년에서 '12년 까지 소득분위별로 소득 증가율에 상당한 격차를 보임
 - (균등화 시장소득) 1분위 소득은 '90년 월 464천원에서 '12년 월 663천원으로 43.1% 증가하는데 그친 반면, 5분위 소득은 같은 기간 월 1,822천원에서 월 3,817천원으로 109.4% 증가
 - (균등화 가처분소득) 1분위 소득은 '90년 월 465천원에서 '12년 월 743천원으로 59.8% 증가한 반면, 소득 5분위 소득은 같은 기간 월 1,728천원에서 월 3,476천원으로 101.1% 증가

- 시장소득에 비해 가처분소득의 두 집단간 소득 증가율의 격차가 다소 작은 것은 정부의 조세-이전정책 효과로 볼 수 있겠으나 두 집단별 소득 증가율의 격차는 상당한 수준으로 보여짐.

〈표 II-6〉 소득분위별 소득 변화 및 증가율

(단위: 천원, %)

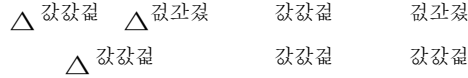
구분	시장소득			가처분소득		
	1990년	2012년	증가율	1990년	2012년	증가율
1분위	463	663	43.1	465	743	59.8
2분위	722	1,374	90.2	710	1,336	88.1
3분위	912	1,854	103.4	890	1,763	98.1
4분위	1,152	2,416	109.6	1,117	2,264	102.8
5분위	1,822	3,817	109.4	1,728	3,476	101.1

자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

3. 가구구조 변화가 소득불평등에 미치는 영향: 가중치 조정방법

- 가구구조 변화가 소득불평등에 미치는 영향을 파악하기 위한 방법으로 가중치 조정 방법(re-weighting)이 있음.
 - 두 시점간의 실제 불평등지수의 변화와 가구구조가 변하지 않았다고 가정했을 때의 불평등지수의 변화를 비교하는 방법임.
 - 성인과 아동의 수를 조합해서 13개의 가구유형을 설정하고, 이 유형별 가중치를 이용하여 '90년에서 '12년 까지의 소득불평등에 가구구성 변화가 기여하는 정도를 파악하고자 함.
 - 기준 시점 대비 최종 시점의 실제 지수(값)의 변화분 대비 최종 시점의 가상적 지수(값)의 변화분의 크기로 측정됨.

* 지수 자체에 대한 절대적 기여도가 아니라 지수 변화분에 대한 기여도라는 점에 유의할 필요



- 만일, '12년의 가중치 조정된 불평등지수가 '12년의 실제 지수와 같으면 0. 이는 가구구조변화가 소득불평등 변화에 아무런 영향을 주지 않는다는 의미가 됨.

□ 가구유형(k)별 비중과 비중변화는 아래 <표 II-7>와 같음

- 가장 큰 변화를 보인 유형은 성인 2인으로만 구성되는 가구(유형4)로 18.0%p 증가했고, 성인 2인과 아동 2인으로 구성되는 가구(유형6)는 -4.7%p 감소

<표 II-7> 가구유형별 비중 및 변화(1990~2012년)

(단위: %, %p, 천원)

유형(k)	성인	아동	비중('90)(A)	비중('12)(B)	B-A	유형(k)	성인	아동	비중('90)(A)	비중('12)(B)	B-A
1	1	1	0.6	1.0	0.5	8	3	0	6.9	17.1	10.2
2	1	2	0.7	0.9	0.2	9	≥3	1	21.4	10.5	-10.9
3	1	≥3	0.0	0.2	0.2	10	≥3	2	10.9	3.0	-7.8
4	2	0	9.9	27.9	18.0	11	≥3	≥3	0.6	0.2	-0.4
5	2	1	14.5	8.6	-5.9	12	4	0	7.9	13.1	5.3
6	2	2	18.8	14.1	-4.7	13	≥5	0	7.4	1.8	-5.6
7	2	≥3	0.5	1.5	1.0	전체	-	-	100.0	100.0	0.0

주: 2인 이상 도시가구

자료: 통계청(각 연도), 가계동향조사 원자료.

- 가중치 조정방법에 의해 계산된 빈곤율 및 불평등지수의 변화분은 빈곤율과 불평등 지수별, 그리고 기준소득별로 차이를 보이고 있음.
 - (시장소득 기준 상대적빈곤율) 실제 변화는 67.7%, 가중치 조정에 의한 변화는 21.1%로 가구구조 변화가 빈곤율 변화의 68.9%를 설명.
(가처분소득 기준 상대적빈곤율) 54.1%를 설명
 - (시장소득 기준 지니계수) 실제 변화는 16.5%, 가중치 조정에 의한 변화는 7.2%로 가구구조 변화가 지니계수 변화의 56.1%를 설명.
(가처분소득 기준 지니계수) 65.6%를 설명
 - * 참고로 OECD의 경우 인구구조 변화가 가처분소득 지니계수 변화의 88.2%를 설명 (OECD, 2008, Growing Unequal? p.66)
 - * 독일의 경우는 가처분소득 지니계수 변화의 12.8%를 설명(Peichl et al., 2010, "Size Matters: The Impact of Changes in Household Structure on Income Distribution in Germany" p.19)
 - (시장소득 기준 일반화 엔트로피지수(GE(0)) 실제 변화는 75.0%, 가중치 조정에 의한 변화는 36.5%로 가구구조 변화가 GE(0) 변화의 51.3%를 설명.
(가처분소득 기준 GE(0)) 65.5%를 설명
 - (시장소득 기준 일반화 엔트로피지수(GE(1)) 실제 변화는 31.8%, 가중치 조정에 의한 변화는 11.4%로 가구구조 변화가 GE(1) 변화의 64.3%를 설명.
(가처분소득 기준 GE(1)) 82.5%를 설명

〈표 II-8〉 가중치조정에 의한 빈곤·불평등지수 변화의 효과(변화율) (단위: %)

지수	시장소득				가처분소득			
	△ 값	값	△ 값	값	△ 값	값	△ 값	값
빈곤율	67.7	21.1	68.9	54.0	24.8	54.1		
경과경	16.5	7.2	56.1	11.2	3.8	65.6		
	75.0	36.5	51.3	32.5	11.2	65.5		
	31.8	11.4	64.3	19.9	3.5	82.5		

주: 2인 이상 도시가구 기준
 자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

4. 가구구조 변화가 소득불평등에 미치는 영향: 불평등 분해방법

- 소득불평등지수를 인구 하위 집단별로 분해하는 방법을 통해 인구구조 변화가 소득 불평등도에 미치는 영향력을 파악
 - 인구 하위 집단별 분해에 적합한 일반화 엔트로피($GE(\theta)$)지수를 선택
 - GE지수를 집단 내(within) 불평등과 집단 간(between) 불평등으로 분해해서 각각의 영향력을 확인해 볼 수 있음.
 - 집단 내 불평등은 다시 불평등 변화 효과(A)와 인구구성 변화가 집단 내 불평등에 미치는 효과(B)로 분해
 - 집단 내 불평등은 다시 인구구성 변화가 집단 간 불평등에 미치는 효과(C)와 인구 하위집단 평균소득의 변화의 효과(D)로 분해

- 가구유형별 불평등지수의 변화는 아래 <표 II-9>와 같음.
 - 구성비가 10% 이상인 유형(음영표시) 중 전체 지수보다 높은 유형은 지니계수와 $GE(0)$ 지수 모두 유형4와 유형8임.
 - 두 유형 모두 아동이 없는 성인들로만 구성된 가구라는 공통점이 있음. 이는 자녀가 없는 가구의 비중은 줄어들었지만 이들 가구유형의 불평등도가 심각하다는 것을 보여줌.

- 불평등지수의 분해를 통해 인구 하위집단 내 - 하위집단 간 불평등에 미치는 영향은 다음과 같음.
 - (시장소득 기준) '90년 $GE(0)$ 지수 0.122는 약 96%가 인구 하위집단 내의 불평등에 의해, 나머지 약 4%는 인구 하위집단 간의 불평등에 의해서 각각 설명

〈표 II-9〉 가구유형별 불평등지수 변화

구분			시장소득				가처분소득			
			지니계수		GE(0)		지니계수		GE(0)	
k	성인	아동	1990	2012	1990	2012	1990	2012	1990	2012
1	1	1	0.371	0.365	0.237	0.504	0.365	0.346	0.228	0.235
2	1	2	0.343	0.330	0.256	0.194	0.342	0.304	0.246	0.160
3	1	≥3	0.667	0.257	1.307	0.156	0.622	0.259	0.956	0.148
4	2	0	0.321	0.447	0.200	0.448	0.305	0.379	0.173	0.267
5	2	1	0.234	0.284	0.095	0.170	0.229	0.267	0.092	0.128
6	2	2	0.233	0.242	0.093	0.121	0.227	0.231	0.089	0.093
7	2	≥3	0.232	0.260	0.083	0.122	0.225	0.249	0.078	0.126
8	3	0	0.310	0.326	0.174	0.231	0.292	0.302	0.150	0.165
9	≥3	1	0.258	0.273	0.112	0.140	0.250	0.257	0.106	0.110
10	≥3	2	0.255	0.258	0.107	0.115	0.245	0.240	0.097	0.103
11	≥3	≥3	0.288	0.414	0.137	0.376	0.279	0.401	0.128	0.355
12	4	0	0.284	0.246	0.141	0.127	0.264	0.233	0.123	0.093
13	≥5	0	0.257	0.298	0.112	0.192	0.242	0.272	0.100	0.133
전체			0.266	0.310	0.122	0.214	0.256	0.285	0.112	0.149

주: 2인 이상 도시가구 기준. 음영은 구성비가 10% 이상인 집단
 자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

- '12년의 경우는 약 97%가 인구 하위집단 내의 불평등에 의해, 나머지 약 3%는 인구 하위집단 간의 불평등에 의해 설명. 즉, 집단 내의 불평등에 의한 영향력이 약간 커졌음.
- '12년 가상적 인구가중치를 적용했을 때는 약 98%가 집단 내 불평등에 기인하는 것으로 나타나 실제의 경우보다 큰 영향력을 보임.
- 결국 가구구조 변화가 없었다면 전체 불평등도는 실제보다 낮았을 것이고, 집단 내 불평등에 의해 설명되는 부분이 더욱 커졌을 것임을 의미함.

〈표 II-10〉 집단 내 불평등, 집단 간 불평등의 분해결과

(단위: %)

구분		전체	집단 내	(비중)	집단간	(비중)
시장 소득	GE(0) 1990 act	0.122	0.117	95.9	0.005	4.1
	GE(0) 2012 act	0.214	0.207	96.5	0.007	3.5
	GE(0) 2012 rew	0.167	0.163	97.6	0.004	2.4
가처분 소득	GE(0) 1990 act	0.112	0.107	95.6	0.005	4.4
	GE(0) 2012 act	0.149	0.144	96.6	0.005	3.4
	GE(0) 2012 rew	0.125	0.122	97.4	0.003	2.6

주: 2인 이상 도시가구 기준

자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

□ 불평등지수의 2차 분해를 통해 인구구성의 변화가 총 불평등 변화에 미치는 영향력을 살펴보면 다음과 같음.

- 이는 총 불평등 변화에서 인구구성 변화가 인구 하위집단 내 불평등에 미치는 효과(B)와 인구 하위집단 간 불평등에 미치는 효과(C)를 더한 비율로 산출됨.
- 시장소득의 경우 인구구성 변화가 소득불평등에 양(+)의 효과를 가지는 집단은 유형4,7,8이며, 가처분소득의 경우는 유형1,4,5,7,8로 나타남.
- (종합) 아동이 없는 소규모 가구(유형4, 8)와 2인 가구(유형1)의 비중 변화는 소득불평등을 확대시키는 결과, 반면 아동이 있는 4인 이상 대규모 가구(유형 9,10)의 비중 변화는 소득불평등을 감소시키는 효과

〈표 II- 11〉 인구하위 집단 별 불평등 분해 결과(1990~2012년)

(단위: %)

집단 (k)	성인	아동	시장소득					가처분소득				
			값	값	값	값	값 △	값	값	값	값	값 △
1	1	1	0.1	0.1	0.4	-0.1	1.8	0.0	0.1	0.3	-0.1	58.1
2	1	2	0.0	0.1	0.3	-0.4	-5.9	-0.1	0.1	0.3	-0.4	-4.3
3	1	≥3	-0.2	0.2	0.3	-0.1	-0.4	-0.1	0.1	0.3	-0.1	-0.5
4	2	0	2.7	3.8	12.0	-3.6	63.5	1.0	2.7	12.1	-2.3	157.3
5	2	1	0.7	-0.4	-3.0	-0.5	-44.9	0.3	-0.3	-2.9	-0.7	-90.5
6	2	2	0.5	-0.2	-1.5	-1.3	-59.9	0.1	-0.1	-1.6	-2.0	-442.1
7	2	≥3	0.1	0.2	1.8	-0.7	49.7	0.1	0.2	1.8	-0.7	40.3
8	3	0	0.6	2.1	10.6	2.0	222.8	0.2	1.7	10.7	2.3	796.2
9	≥3	1	0.5	-1.4	-11.0	0.3	-447.1	0.1	-1.2	-11.1	0.0	-3015.1
10	≥3	2	0.1	-1.1	-10.3	-1.4	-1402.6	0.1	-1.0	-10.3	-1.5	-2017.3
11	≥3	≥3	0.2	-0.2	-0.6	-0.1	-3.3	0.2	-0.1	-0.6	-0.1	-3.5
12	4	0	-0.2	1.1	8.4	3.9	-667.4	-0.4	0.9	8.4	3.6	-306.4
13	≥5	0	0.5	-1.1	-7.1	2.1	-101.9	0.2	-0.8	-7.1	2.0	-245.5

주: 2인 이상 도시가구 기준
 자료: 통계청(각 연도). 가계동향조사 원자료.

5. 정책함의

- 인구고령화와 사회·문화적 환경변화로 인한 가구구성의 변화는 소득분배 상황에 영향을 미칠 수 있다는 사실을 확인할 수 있었음.
 - 아동이 없는 소규모 가구의 비중 확대로 주도되는 가구유형별 구성비의 변화가 소득불평등 확대에 영향을 준다는 것과 가구유형 내의 불평등이 전체 불평등의 대부분을 설명한다는 것으로 분석결과를 요약할 수 있음.

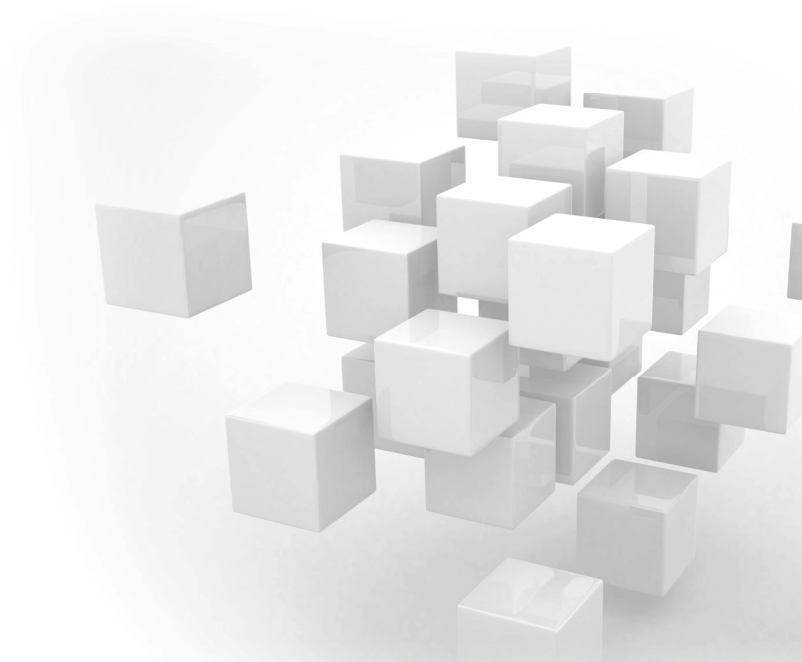
- 이는 조세-이전을 통한 사후적·직접적 소득분배 정책 이외에 인구 및 가족정책과 같은 여타의 사회정책을 통해서도 불평등 문제에 접근할 수 있다는 단초를 제공하는 것으로 볼 수 있음.

- 이 같은 측면에서 소위 ‘분배지향적 가구구조’를 형성하는 다음과 같은 정책방안에 대한 고민이 필요할 것임.
 - 첫째, 아동이 없는 소규모 가구의 확대가 소득불평등 확대에 기여하는 부분이 크다는 점에서 출산과 양육에 대한 부담을 줄이는 방향의 정책을 고민할 필요가 있음.
 - 저출산 대책과 크게 다르지 않겠지만 소득재분배정책의 관점에서 인구정책을 조망한다는 계기로 삼을 필요가 있음.
 - 인구정책뿐만 아니라 여타의 사회정책 수립에 있어서도 소위 ‘저출산 인지적’ 관점을 확대할 필요가 있음.
 - 둘째, 2인 가구 등 소규모 가구의 비중 확대가 소득불평등 확대를 심화시켰다는 점으로부터 가구규모를 확대할 수 있는 정책에 대한 고민이 필요함.
 - 핵가족화 경향을 반전시킬 수 있는 정책수단을 찾기는 쉽지 않지만 소비에 있어서 규모의 경제를 실현하고 소득과 지출을 공유할 수 있는 ‘그룹홈’과 같은 대안적 가족제도를 고민할 필요가 있음.
 - * 본 고에서는 자료의 한계로 1인 가구를 포함시키지 못했으나, 만약 1인 가구가 포함되었다면 1인 가구의 영향이 가장 컸을 것으로 예상할 수 있음. 이는 소득불평등도 측정에 있어서 가구균등화 소득을 사용하는 것과 관련이 있음.²⁾
 - * 독일의 경우 1인 가구 확대에 의한 인구구조 변화가 소득불평등 확대를 설명하는 가장 주요한 요인으로 지목됨(Peichl et al., 2010).

2) 다수의 가구원이 동일한 소득을 공유하는 가구가 많은 사회와 1명의 가구원이 하나의 소득을 가지는 1인 가구가 많은 사회를 비교해 보면, 전자에서 보다 균등한 소득분배가 일어남. 이는 가구균등화 지수를 적용하는 단순한 기술적인 문제에 의한 것이 아니라 가구균등화 지수가 가구 내 규모의 경제를 고려하는 것과 관련이 있음.

장애노인의 실태와 과제

연구위원 김성희



[요약]

- 인구 고령화와 함께 장애인구 역시 고령화 현상 보임.
 - * 전체 장애인 중 65세 이상 장애인구 비율: 32.5%(2005) → 38.8%(2011)
- 낮은 교육수준과 개인소득, 높은 독거가구 비율 등 취약한 사회·경제적 환경
 - 무학 포함 초등학교 이하가 69.8%, 가구유형 중 독거가구는 2.6%로 전체 노인(19.6%)에 비해 많음. 월평균개인소득은 57만4천원, 주된 소득원은 공적이전소득(37%)임.
- 주된 장애유형은 지체장애(51.7%), 장애정도는 경증(4~6등급)이 67%, 장애발생은 60세 이상 노년기에 58.5% 발생함.
- 주관적 건강상태는 장애발생시기가 늦을수록 나쁜 경향, 장애기간이 길수록 양호, 남의 도움을 필요로 하는 경우는 31.0%로 전체 장애인 평균인 27.5%보다 높음.
 - 주 도움제공자는 가족 79.5%, 공적돌봄서비스 제공자 11.9%임.
- 국가 및 사회에 대한 가장 큰 복지욕구는 의료보장(41.2%)으로, 전체 장애인이 소득보장(38.2%)인 것과 비교시 차이가 있음.
- 장애인복지사업과 노인복지사업간 연계, 장애상태 및 차별적 욕구에 따른 사회참여 및 돌봄서비스 제공, 장애예방 위한 건강관리사업 확대, 독거장애노인 우선지원 등이 필요

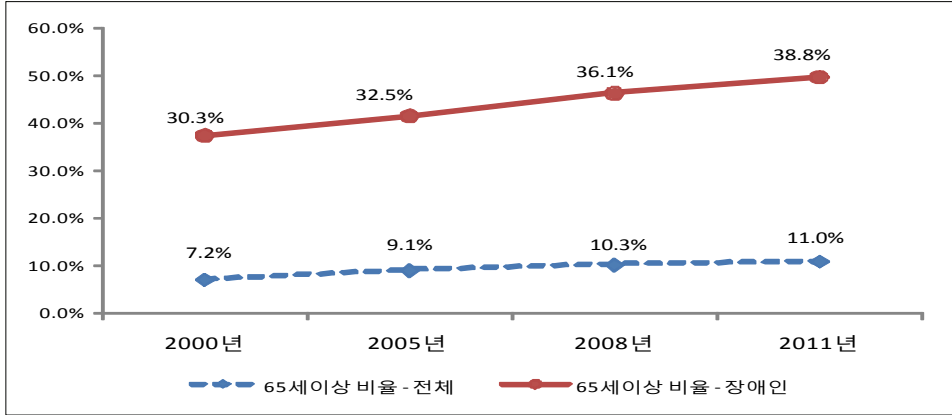
1. 장애노인의 증가

- 인구고령화가 사회적 문제로 대두되고 있으며, 전체 인구의 고령화와 함께 장애인구 역시 고령화되는 현상을 보이고 있음.
 - 장애인구의 고령화 현상은 공공보건의 개선, 의료기술의 발전 등으로 장애인들의 수명이 증가하고 있는 것으로 추정되며, 장애발생이 노년기(58.7%)에 많이 발생하고 있기 때문임.
 - * 장애노인의 장애발생시기: 발달기(8.2%), 청장년기(33.1%), 노년기(58.7%)

- 장애노인은 ‘장애인’이면서 ‘노인’인 집단으로 장애인문제와 노인문제를 복합된 형태로 갖게 되는 취약계층으로 볼 수 있음.
 - 장애와 노인이라는 이중적인 어려움을 가진 장애노인의 욕구 기반 맞춤형 서비스 제공방안 마련이 필요함.

- 2011년 장애인실태조사 결과, 65세 이상 장애노인은 전체 장애인의 38.8%인 101만4천명으로 추정되며, 2005년도의 32.5%, 2008년도의 36.1%에 비해 지속적으로 증가함.
 - 전체 인구 중 65세 이상 인구 비율이 11.0%(2010년 기준)인 것과 비교시 장애인구 중 65세 이상 인구 비율(38.8%)이 상대적으로 3배 이상 더 높음.

〈그림 II-6〉 전체 인구와 장애인구의 65세 이상 비율



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 장애인실태조사(각 연도); 통계청 인구주택 총조사(각 연도)

- 본 고에서는 점차 증가하고 있는 65세 이상 장애노인의 다양한 실태³⁾를 파악하고 이에 따른 과제를 제시하고자 함.

2. 장애노인의 인구학적 특성

- 성별은 여자가 53.2%, 교육수준은 무학을 포함한 초등학교 이하가 69.8%, 결혼상태는 기혼이 58.4%로 가장 많음.
- 가구특성을 보면, 가구유형은 부부가구가 43.5%, 가구원수는 평균 2.4명, 그리고 주택소유 형태는 자가 69.7%로 가장 많음.

3) 장애노인의 실태는 보건복지부의 의뢰를 받아 한국보건사회연구원에서 수행한 「2011년 장애인 실태조사」 자료를 활용하여 65세 이상 장애노인 2,452명(추정장애노인 1,014,086명)을 재분석한 결과임.

- 특히, 가구유형 중 독거가구는 65~69세 19.3%, 70~74세 21.9%, 75~79세 23.7%, 80세 이상 27.6%로 연령이 높을수록 증가
 - 독거장애노인은 기초생활보장 수급률이 24.3%로 높고 일상생활을 도와주는 사람이 있는 비율은 55.7%로 다른 가구유형에 비해 낮음.
 - * 독거장애노인의 국민기초생활보장 수급 비율은 24.3%로, 전체 장애인 10.0%, 2인 이상 가구 장애노인의 5.8%에 비해 매우 높음.
 - * 일상생활 도움 필요 독거 장애노인 중 도와주는 사람이 있는 경우는 55.7%로, 전체 장애인 83.8%, 2인 이상 가구의 90.5%에 비해 매우 낮아 향후 돌봄서비스 제공의 우선적 대상으로 고려됨.

〈표 II-12〉 독거 장애노인의 국민기초생활보장 수급여부 및 일상생활 도와주는 사람 유무
(단위 : %)

	국민기초생활보장 수급 유무				일상생활에서 도와주는 사람 유무		
	독거	2인 이상	전체		독거	2인 이상	전체
수급	24.3	5.8	10.0	있음	55.7	90.5	83.8
비수급	75.7	94.2	90.0	없음	44.3	9.5	16.2
계	100.0	100.0	100.0	계	100.0	100.0	100.0

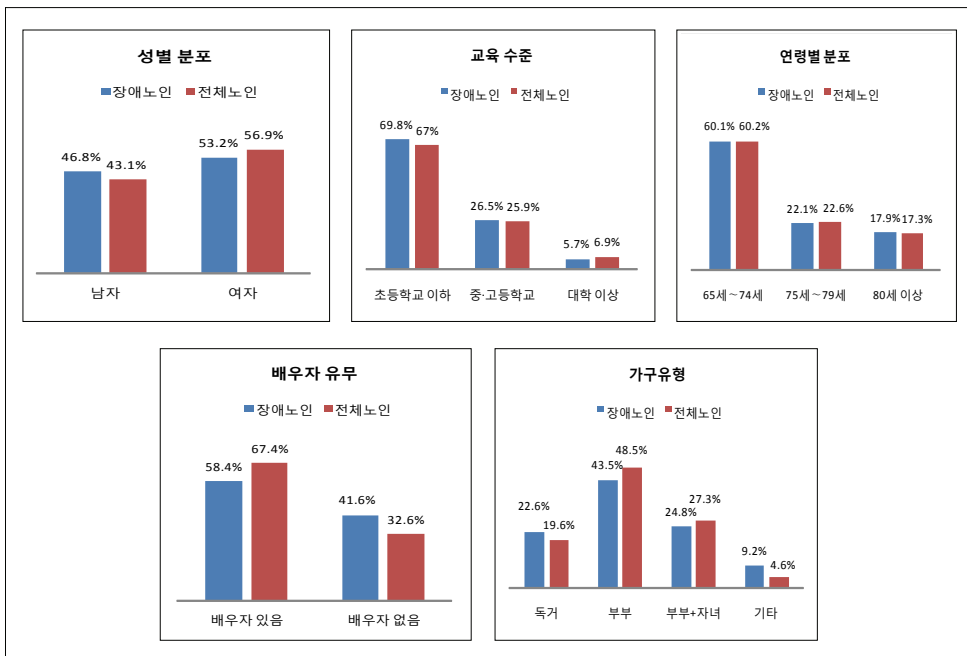
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

- 인구학적 특성을 장애노인과 전체노인으로 구분·비교하면⁴⁾ 전반적으로 비슷한 경향을 보임.
 - 장애노인과 전체노인 모두 성별은 여자가, 연령대는 65~74세 연령대가, 교육 수준은 초등학교 이하가, 배우자 유무의 경우 배우자가 있는 경우가, 가구유형의 경우 부부가구가 가장 많음.

4) 장애노인은 장애를 가진 노인을 말하며, 전체 노인은 장애와 비장애노인을 모두 포함함.

- 그러나 장애노인의 경우 남자가, 초등학교 이하 교육수준이, 배우자가 없는 경우가 전체 노인에 비해 더 많았고, 특히 가구유형 중 독거상태(22.6%)와 기타유형(9.2%)이 전체노인에 비해 매우 많음.

〈그림 II-7〉 장애노인과 전체노인의 인구학적 특성(성별/연령/교육수준/배우자 유무/가구 유형) 비교



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사; 2011년 전국노인실태조사.

3. 장애노인의 장애특성

- 주된 장애는 지체장애(51.7%), 청각장애(16.3%), 뇌병변장애(14.5%) 순으로 많고, 간질장애, 간장애, 안면장애는 0.1% 수준으로 가장 적음.
 - 장애정도는 중증(1~3등급) 32.4%, 경증(4~6등급) 67.6%

〈표 II-13〉 장애노인의 주된 장애유형

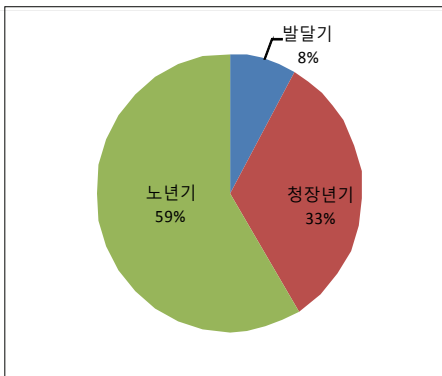
(단위: %)

장애 유형	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루장애	간질 장애	계
비율	51.7	14.5	11.2	16.3	0.4	0.4	0.7	1.5	0.7	1.1	0.1	0.1	1.3	0.1	100.0

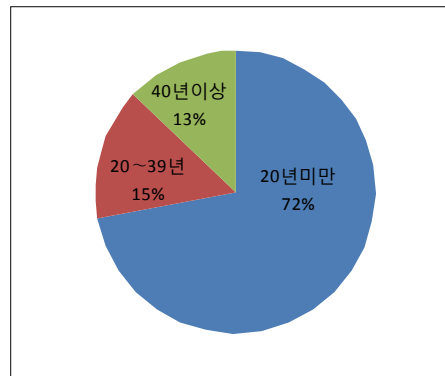
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

- 장애발생 시기는 노년기(58.7%)가 가장 많고, 장애기간은 '20년 미만' (71.9%)이 가장 많음.

〈그림 II-8〉 장애노인의 장애발생시기



〈그림 II-9〉 장애노인의 장애기간

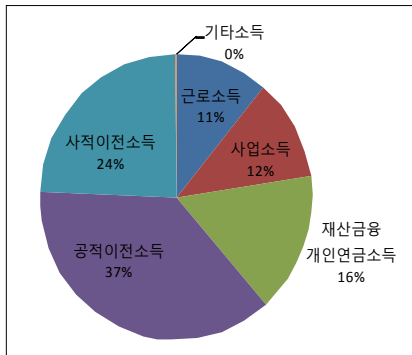


자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

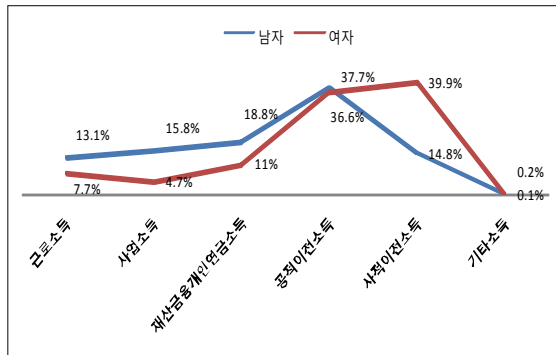
4. 장애노인의 경제적 특성

- 월평균개인소득은 57만4천원으로 전체노인(70만8천원)에 비해 적고, 주된 소득원은 공적이전소득(37%)임.
 - 월평균개인소득은 남자(76만4천원)가 여자(40만8천원)보다 많음.
 - ‘공적이전소득’은 특히, 남자장애노인(37.7%)이 가장 높았는데, 이는 기초생활보장, 기초노령연금, 장애인연금, 기타사회보험 급여 등이 주된 수입원이 되고 있음을 나타냄.
 - * 장애노인의 주된 개인소득원: 공적이전소득(37%), 사적이전소득(24.3%), 재산금융개인연금소득(16%), 사업소득(12%), 근로소득(11%)

〈그림 II-10〉 장애노인의 주된 개인소득원



〈그림 II-11〉 장애노인의 성별 주된 개인소득원



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

5. 장애노인의 건강 및 보호 특성

- 주관적 건강상태는 장애발생시기가 늦을수록 나쁜 경향을 보이고, 장애기간이 길수록 양호함.

〈표 II-14〉 장애노인의 장애발생시기 및 장애기간에 따른 주관적 건강상태 (단위: %)

	장애발생시기			장애기간		
	발달기	청장년기	노년기	20년 미만	20-39년	40년 이상
매우 나쁨	8.0	13.7	20.2	18.4	17.8	8.5
나쁨	57.2	61.9	59.7	60.9	57.7	59.6
좋음	33.8	24.2	19.8	20.4	24.3	30.9
매우 좋음	1.0	0.2	0.3	0.3	0.3	0.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

- 장애노인과 전체노인의 기본적 일상생활동작의 경우, 장애노인은 전반적 영역에서 완전자립률이 80% 수준대, 전체노인은 90% 수준대로 장애노인의 완전자립률이 전체 노인에 비해 10% 수준으로 낮음.
 - 일상생활동작에서 완전자립의 어려움을 가지고 있는 장애노인의 경우는 노인장기요양의 대상이 될 수 있음을 나타냄.

〈표 II-15〉 장애인과 전체노인의 기본적 일상생활동작(ADL) 비교

(단위: %)

	장애인				전체노인				
	완전 도움	부분 도움	완전 자립	계	완전 도움	부분 도움	완전 자립	계	
일상 생활 동작	옷 벗고 입기	4.7	10.4	85.0	100.0	0.4	2.1	97.5	100.0
	목욕하기	7.9	11.8	80.3	100.0	1.3	4.0	94.6	100.0
	식사하기	2.2	8.2	89.6	100.0	0.4	1.0	98.6	100.0
	방 밖으로 나가기	5.6	8.7	85.7	100.0	0.4	1.2	98.3	100.0
	화장실 이용하기	4.4	7.0	88.6	100.0	0.6	1.4	98.1	100.0

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사; 2011년 전국노인실태조사

□ 장애인과 전체노인의 수단적 일상생활동작의 경우, 장애인은 전반적 영역에서 완전자립률이 70% 수준대, 전체노인은 90% 수준대로 장애인의 수단적 일상생활동작의 완전자립률이 20% 정도 낮음.

- 수단적 일상생활동작에서 완전 자립에 어려움을 가지고 있는 장애인은 이동 지원 및 돌봄지원서비스 필요 대상이 될 수 있음.

〈표 II-16〉 장애인과 전체노인의 수단적 일상생활동작(IADL) 비교

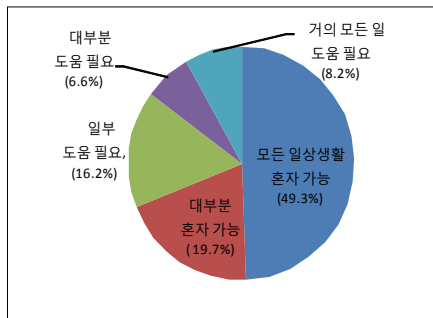
(단위: %)

	장애인					전체노인					
	완전 도움	많은 도움	적은 도움	완전 자립	계	완전 도움	많은 도움	적은 도움	완전 자립	계	
수단적 일상 생활 동작	전화사용	7.5	6.9	9.1	76.5	100.0	0.3	1.2	3.9	94.5	100.0
	물건사기	9.8	3.9	10.8	75.4	100.0	0.6	1.3	2.6	95.6	100.0
	식사준비	13.3		15.3	70.1	100.0	2.5		5.4	92.1	100.0
	빨래하기	13.6		6.8	71.1	100.0	2.6		5.2	92.3	100.0
	교통수단 이용	7.3	11.1	15.4	66.3	100.0	0.4	3.2	5.2	91.2	100.0

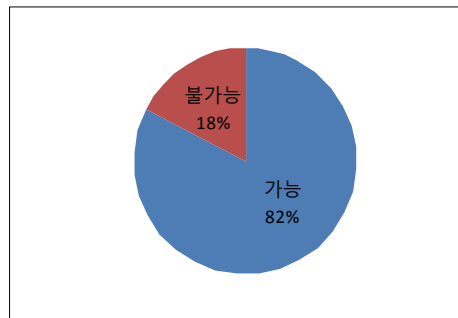
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사; 2011년 전국노인실태조사.

- 남의 도움을 필요로 하는 장애인인은 31.0%, 장애인인 중 88.2%가 도와주는 사람이 있었으며, 주로 도와주는 사람은 배우자(45.2%), 자녀(34.3%), 요양보호사(8.3%), 간병인(3.6%)의 순으로 많음.
- 장애노인의 혼자 외출 가능여부에 대해서는, 전체 장애인인 중 82.5%가 혼자 외출 가능하며 17.5%가 외출 불가능하다고 함.

〈그림 II-12〉 장애노인의 남의 도움 필요정도



〈그림 II-13〉 장애노인의 혼자 외출 가능여부

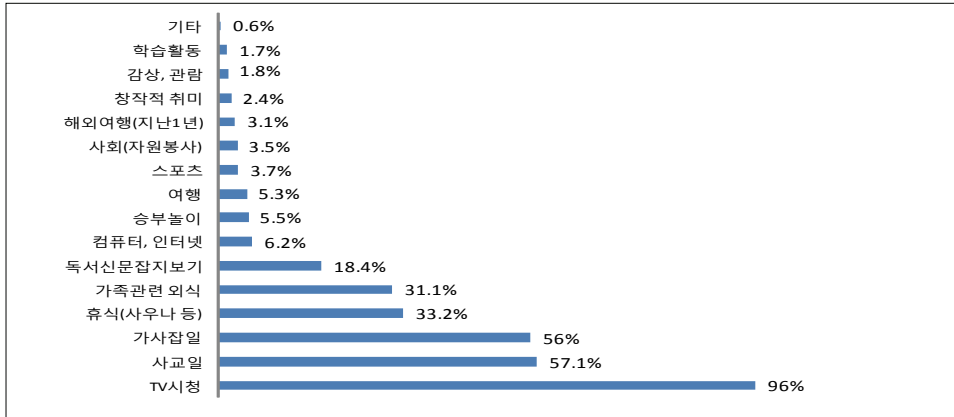


자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

6. 장애노인의 여가 및 복지 특성

- 장애노인의 여가활동 참여의 경우, TV시청(96.0%)이 가장 많고, 사교(57.1%), 가사잡일(56.0%), 휴식(사우나)(33.2%), 가족관련 외식(31.1%), 독서신문잡지보기(18.4%)의 순으로 많았음.
 - 반면 참여정도가 낮은 활동은 학습활동(1.7%), 감상, 관람(1.8%), 창작적 취미(2.4%) 등으로 장애노인의 여가활동이 소극적 여가에 치중되어 있음.

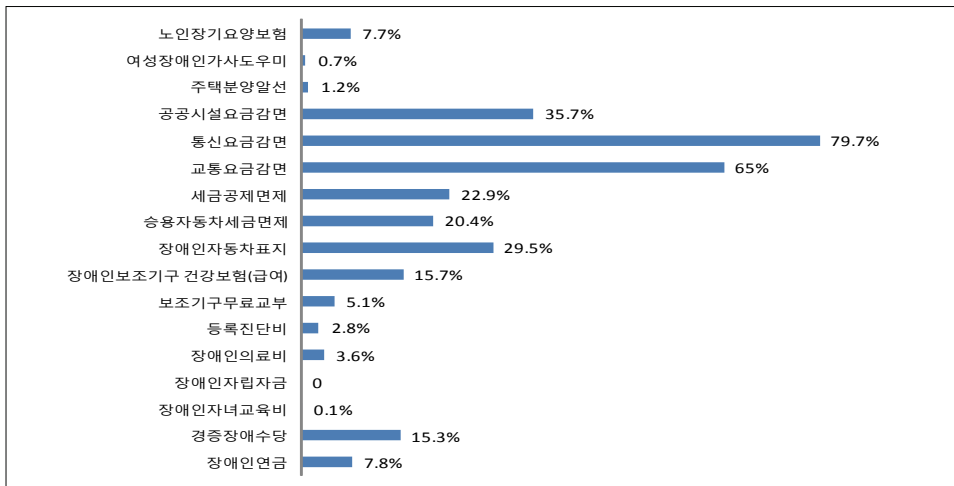
〈그림 II- 14〉 장애노인의 여가활동 참여



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

- 장애인복지사업 이용경험은 통신요금감면(79.7%), 교통요금감면(65.0%), 공공시설요금감면(35.7%), 장애인자동차 표지(29.5%), 승용자동차 세금면제(20.4%)의 순으로 나타남.
 - 장애인복지시설 이용 경험은, 장애인복지관(6.2%)을 제외하고, 장애인복지시설 이용은 5% 미만임.

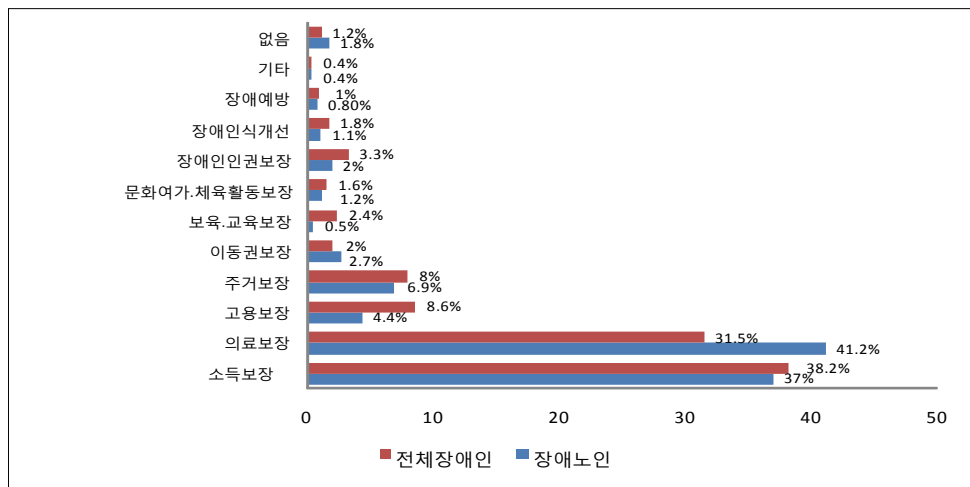
〈그림 II- 15〉 장애노인의 장애인복지사업 이용경험



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

- 복지욕구는 의료보장(41.2%), 소득보장(37.0%), 주거보장(6.9%), 고용보장(4.4%), 이동권보장(2.7%)의 순으로 나타남.
 - 전체 장애인의 경우는 소득보장(38.2%), 의료보장(31.5%), 고용보장(8.6%)의 순으로 장애인과 비교시 차이 있음.

〈그림 II-16〉 전체 장애인 및 장애노인의 복지욕구



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인 실태조사.

7. 과제

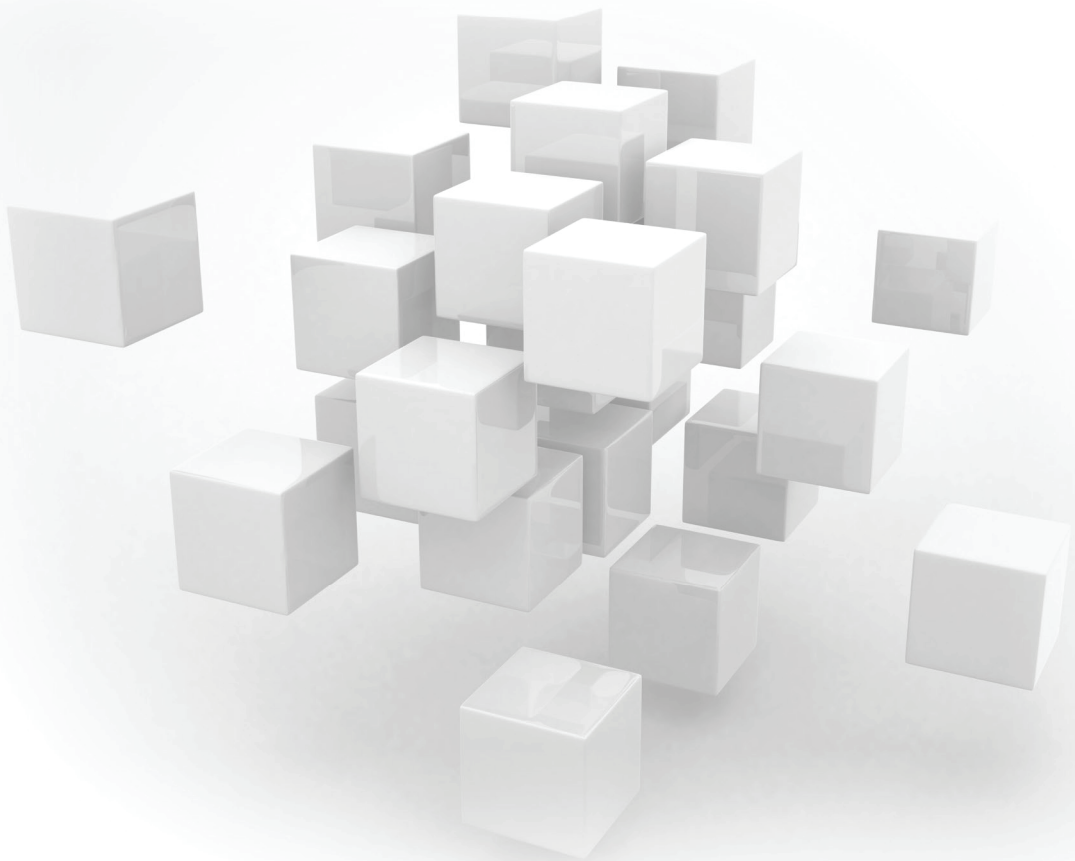
- 노인복지영역과 장애인복지영역의 서비스 제공기관간 연계망 구축
 - 현재 노인과 장애인영역은 서로 다른 영역으로 인식되어 각각 사업을 시행하고 있으나, 장애인 대상 두 영역의 사업 중 유사사업의 경우 연계가 가능하도록 두 영역의 서비스 제공기관간 연계망 구축
 - 장애인 대상 장애와 노인영역의 유사사업으로는 도우미파견사업, 지역사회 재가복지사업 등이 대표적임.

- 장애인복지관과 노인복지관에서 장애특성과 노인특성을 모두 고려한 장애인 통합프로그램 등을 개발·운영
- 장애상태 및 차별적 욕구에 따른 서비스 제공
- 장애인 중 장애정도가 경증인 경우 이동지원서비스 등 사회활동 참여의 욕구가 높고, 외상상태 등의 중증장애노인은 돌봄서비스 및 의료서비스의 욕구가 더 높음을 고려한 차별적 서비스 제공
 - 특히, 장기요양 욕구를 가진 중증장애노인의 경우 노인장기요양보장제도의 수급자격을 얻지 못할 경우, 유사 기능을 수행하는 노인돌봄바우처·지역보건복지서비스를 활용한 서비스 제공방안 마련
- 장애노인의 외부 및 여가활동 지원을 위한 프로그램 개발 및 공급
- 장애노인의 여가활동 참여는 대부분 소일형, 소극적 여가활동에 머무는 경향이 있으며, 이러한 여가활동도 연령이 증가할수록 감소하므로 여가활동 지원을 위한 지역사회 프로그램 개발이 중요
 - 지역사회 장애인복지관, 장애인체육관 등에서 장애노인의 여가활동 지원프로그램을 개발하고 공급할 필요가 있음. 더불어 노인여가시설을 통한 장애노인 여가활동 지원사업 필요
- 건강관리사업 확대 및 재활서비스 제공 강화
- 장애노인의 장애발생이 노년기에 가장 많이 발생하고 있음을 고려할 때 노년기의 지속적인 건강관리 및 재활서비스의 확대 등을 통한 장애발생 예방 필요
 - 장애인의 노화에 따른 2차적 장애발생에 대한 교육과 예방 등 재활프로그램과 장애노인의 장애특성을 고려한 전문적 평가 및 관리를 통한 맞춤형 건강증진 프로그램 개발 및 보급
 - 장애인 증가를 대비한 지속적 건강재활 프로그램 보급, 만성질환 예방 및 관리 중심의 건강관리사업 수행, 장애인 건강검진 강화

- 장애인 중 독거가구 등의 취약계층에 대한 우선적인 고려
 - 독거 장애노인가구는 사회적으로 더욱 고립될 수 있고 빈곤문제 역시 더욱 심화·고착될 가능성이 높은 취약계층임.
 - 안녕 상태에 대한 정기적 점검과 경제적 지원, 돌봄 지원 등 다양한 지원에서의 정책적 관심 및 우선적인 고려가 필요

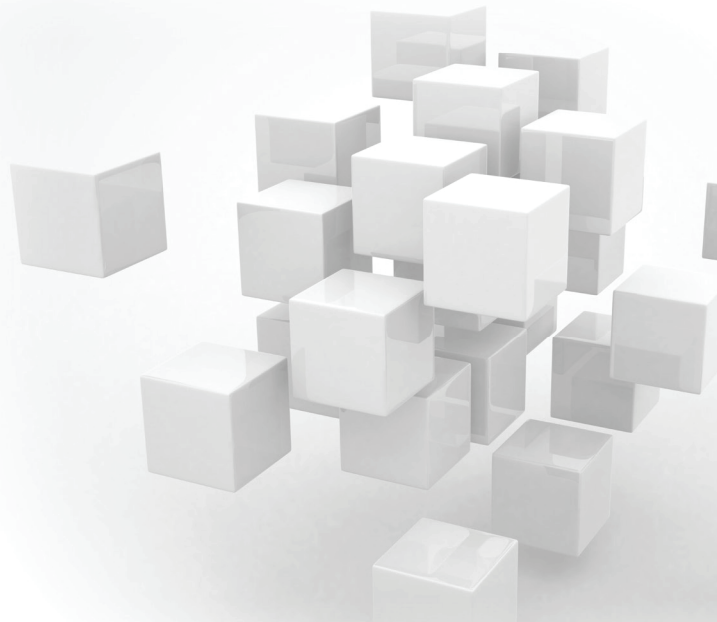
Ⅲ

인구정책



EU 국가의 출산율 및 가족 구조 동향과 시사점

연구위원 신윤정



[요약]

- 최근 회복세를 보이고 있는 EU 국가의 출산율은 가족 구조의 변화 및 다양한 유형의 가족 출현에 대하여 국가가 능동적으로 대응한 결과임
 - EU 집행 위원회는 인구 구조 변화에 따른 도전에 대해 적절하게 대응함으로써 중요한 기회로 작용 할 수 있다고 권고

- 인구 고령화 문제에 대응하기 위해서는 생산성 및 고용의 증대가 필수적이며 이를 위한 적극적인 가족 지원 정책이 수반되어야 할 것임
 - 우수한 인적 자원 확보를 위해 아동의 건전한 발달을 지원하며 일과 가정 생활 양립 정책을 통해 여성 경제 활동 참여 제고

- 현금 지원, 서비스 지원, 시간 지원의 조화로운 추진을 통해 출산율 제고를 위한 자녀 양육 부담 감면 정책 강화

- 가족 구조의 변화 및 다양한 유형의 가족 대두 등 사회적인 변화에 능동적으로 대응하는 정책 추진 필요
 - 가족 가치의 부흥을 통해 출산율 제고 뿐만 아니라 현대 사회 문제에 효과적으로 대응할 것으로 기대

1. 보고 배경

- 2000년대에 들어와서 증가 추세를 보이고 있는 EU 국가의 출산율은 여성들이 연기한 출산의 실현, 가족 구조의 변화, 그리고 이에 대응한 정부 정책에 힘입은 바가 큼
 - EU는 인구 문제에 적극적으로 대응하기 위하여 2006년 “The Demographic Future of Europe - from Challenge to Opportunity”를 마련하여 회원국 간의 공동의 노력을 도모

- EU 집행위원회는 인구 고령화에 대응하기 위한 주요 정책 아젠다로서 인구의 회복, 고용 확대, 생산성 증대, 이민자 통합, 공공 재정의 지속 가능성을 제시
 - 인구 구조 변화에 따른 도전에 대해 각 회원국들이 적절하게 대응함으로써 중요한 기회로 작용할 수 있다고 보고 있음
 - 특히, 인구 고령화는 각 국가가 유연한 제도를 도입할 수 있는 기회로 작용하여 사회 전반에 걸쳐 긍정적인 변화를 유도할 수 있는 가능성을 제공할 수 있음

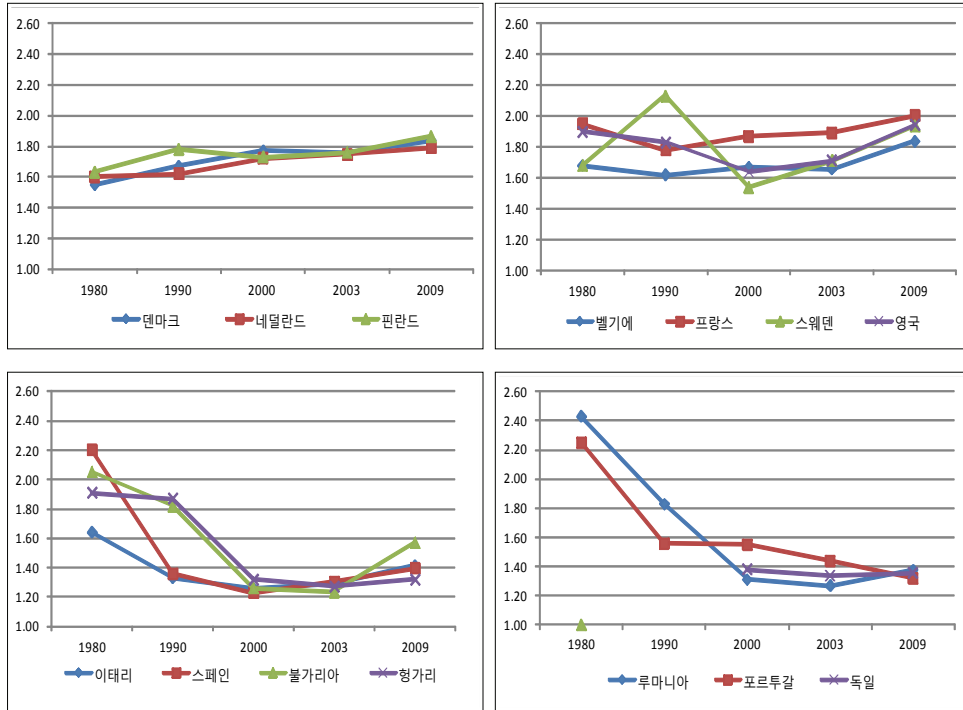
- EU 국가의 최근 출산율 회복은 신사회적 위험에 따른 가족 구조의 변화 및 다양한 유형의 가족의 출현에 대하여 국가가 능동적으로 대응한 결과임
 - 본 고에서는 2010년도 제3차 유럽 인구 보고서 내용 중 EU 국가의 출산율과 가족 구조 변화 추이를 검토함으로써 국내 저출산 정책 추진을 위한 정책적 시사점을 모색함

2. EU 국가의 출산율 동향

- 2000년대에 들어와서 EU 인구 동향의 주요한 긍정적인 양상 중 하나는 출산율의 회복으로 EU 27개 국가의 평균 합계 출산율은 2003년 1.47명에서 2009년 1.6명으로 증가하였음
 - 여성 1명당 평균 1.3명의 자녀 출산을 보이는 초저출산 국가는 더 이상 EU 회원국들에게서 나타나고 있지 않음
 - EU 국가의 출산율 회복은 인구 대체 수준인 2.1명에 도달하기에는 아직 미약한 수준이지만 중장기적으로 인구 감소 속도를 완화하는데는 기여할 것으로 평가됨

- 1980년 이후 최근까지 유럽 국가의 출산율 회복 양상은 국가별로 다음과 같은 특징적인 현상이 관찰되고 있음
 - 덴마크, 핀란드, 네덜란드 등 복지 수준이 높은 북구 유럽 국가에서는 1980년대 이후 출산율이 지속적으로 증가
 - 프랑스, 스웨덴, 벨기에, 영국 등에서는 1990년대까지 하락하다가 2000년대에 들어와서 상승하여 1980년대 보다 높은 수준을 보임
 - 이태리, 스페인, 불가리아, 헝가리는 1980년대 이후 하락하다가 2000년대 와서 상승하고 있으나 1980년대 수준으로 회복하지 못하고 있음
 - 루마니아와 포르투갈에서는 출산율이 지속적으로 하락하고 있으며 독일의 경우 1.30명 수준에서 별다른 증가를 보이지 않고 있음

〈그림 III- 1〉 EU 국가의 유형별 출산율 추이(1980~2009년)



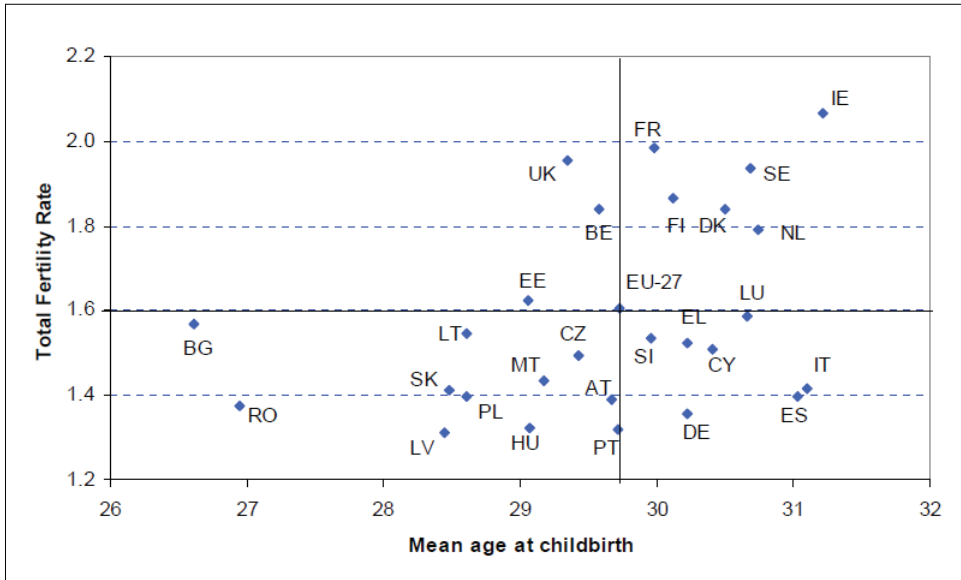
자료: Eurostat(2012). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>

□ 최근 EU 국가의 출산율 상승은 여성들이 자녀 낳는 시점을 미루다가 실현된 출산에 기인한 바가 크며 함께 출산율이 높은 국가에서 평균 자녀 출생연령도 높게 나타남

- 2009년 현재 EU 국가 평균 자녀 출산 연령은 29.7세로, 30세 이상인 국가는 덴마크, 독일, 프랑스, 이태리, 그리스, 스페인, 룩셈부르크 등 13개 국가임
- 가족 지원 정책이 발달한 국가에서 함께 출산율과 자녀 출산 연령이 모두 평균 수준보다 높은 것으로 나타남

* 덴마크, 프랑스, 네덜란드, 핀란드, 스웨덴 등

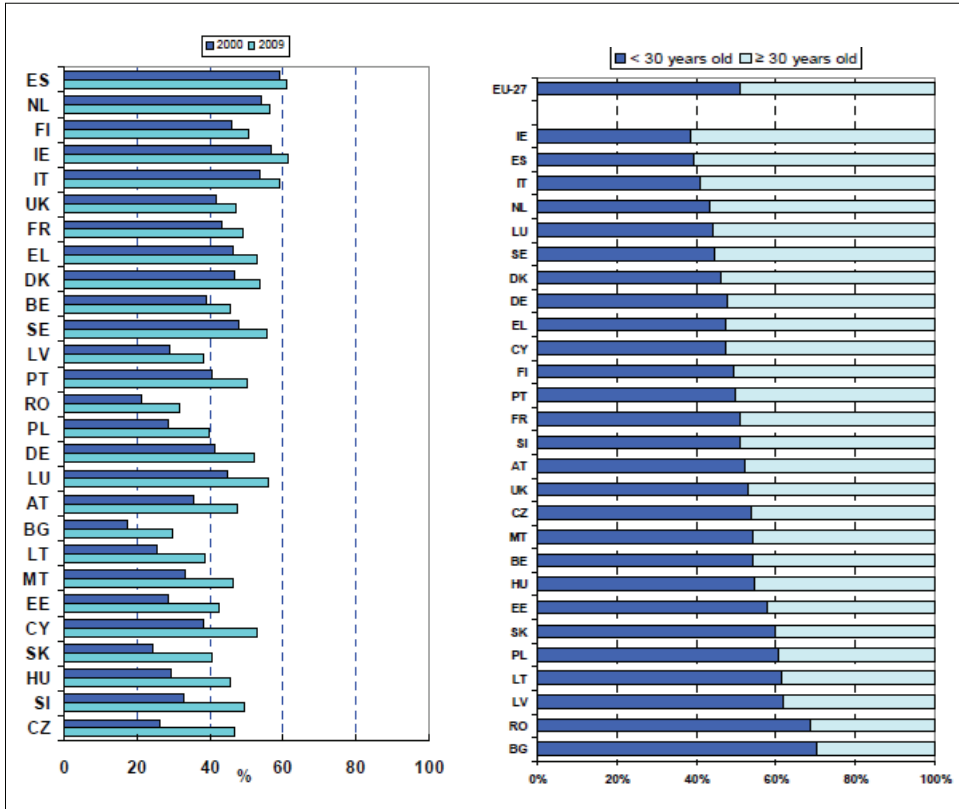
〈그림 III-2〉 EU 국가 여성의 평균 출산 연령과 합계 출산율(2009년)



자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

- 1980년대 이후 30세 이상 연령 여성의 출산율은 증가하고 있어 대부분의 EU 국가에서 전체 출산의 과반수 이상이 30대 이상 연령층에서 이루어지고 있음
 - 과거 EU 국가에서 출산율 저하가 여성들이 출산 시기를 늦춘 것과 연관성이 있다는 사실을 시사하고 있음
 - 30세 이상 여성들이 높은 출산율을 보이고 있는 아일랜드가 EU 회원국들 중에서 가장 높은 합계 출산율을 보이고 있으며,
 - 슬로바키아, 폴란드, 루마니아, 불가리아 등 30세 미만 여성의 출산이 전체 출산의 60% 이상을 차지하고 있는 동구권 국가에서 출산율이 낮은 것으로 나타남

〈그림 III-3〉 유럽 국가의 30세 이상 여성의 출산율 비중(2000년, 2009년)

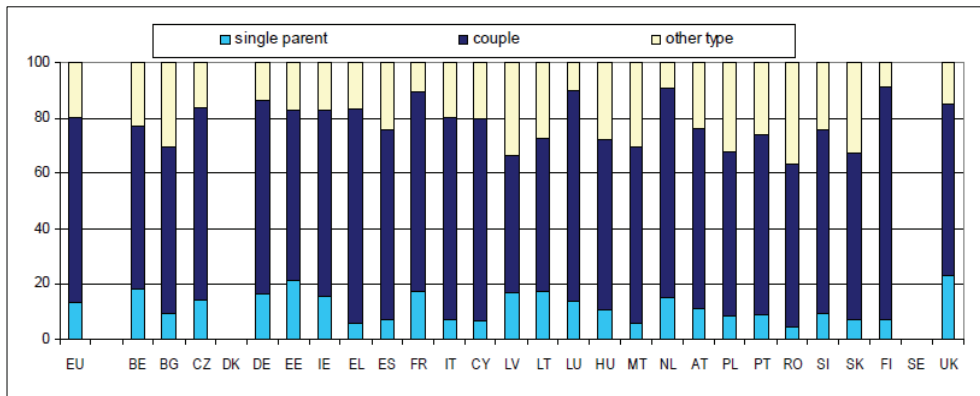


자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

3. EU 국가의 가족 구조 변화 동향

- 최근 출산율 상승 추이에도 불구하고 EU 국가의 평균 가구원 수는 2005년 2.5명에서 2009년 2.4명으로 감소하고 있음
 - 가족 규모의 감소는 낮은 출산율과 인구 고령화에 기인한 바가 크며 EU 국가 전반에 걸쳐 부부 가족 비중 감소를 동반하고 있음
 - 전체 가구 중 부부 가구 비중은 EU 국가 평균적으로 2005년 29%에서 2009년 27.5%로 하락
 - 인구 고령화에 따른 독거 노인 증가에 따라 1인 가구 비중 증가

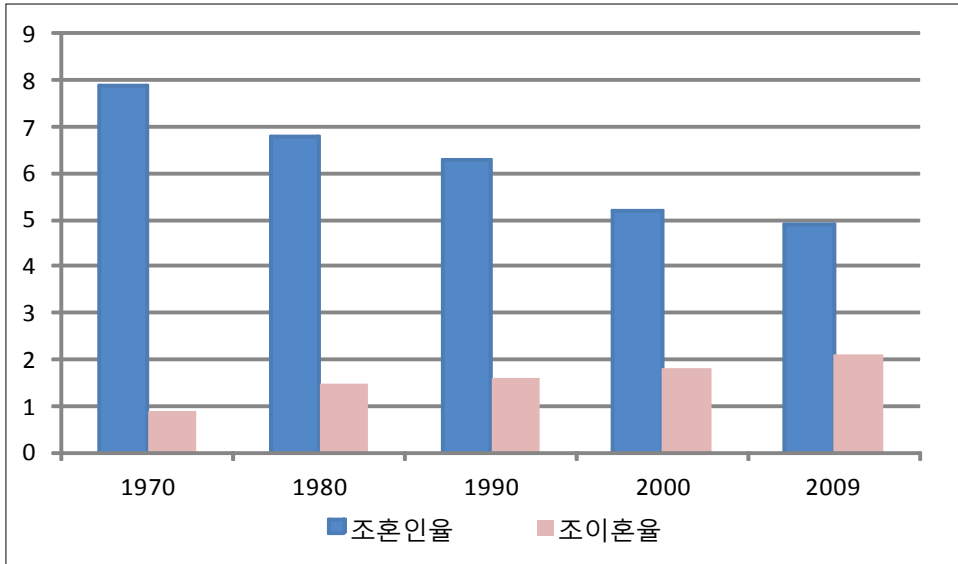
〈그림 III-4〉 EU 국가의 자녀가 있는 가구 유형별 분포(2009년)



자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

- EU 국가의 최근 출산율 회복은 결혼 감소, 동거혼 및 이혼 증가, 혼외 출산 및 한부모 증가 등 가족의 변화에 의해 야기된 바가 큼
 - 1970~2007년 동안 조혼인율은 7.9건에서 4.9건으로 감소하였으며, 조이혼율은 0.9건에서 2.1건으로 상승

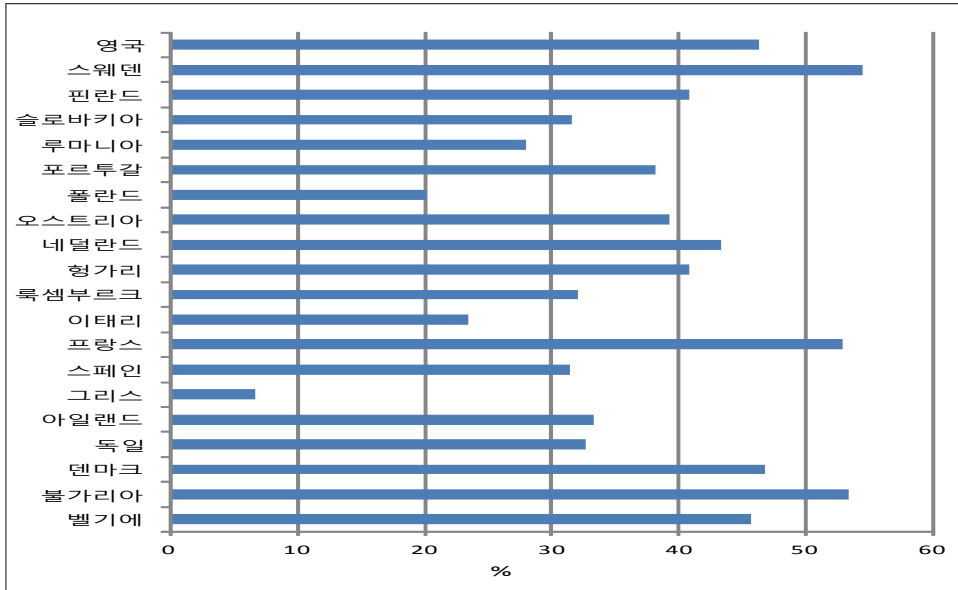
〈그림 III-5〉 EU 국가 평균 조혼인율과 조이혼율(1970~2009년)



자료: Eurostat, European Commission(2010). Demography Report 2010에서 재구성.

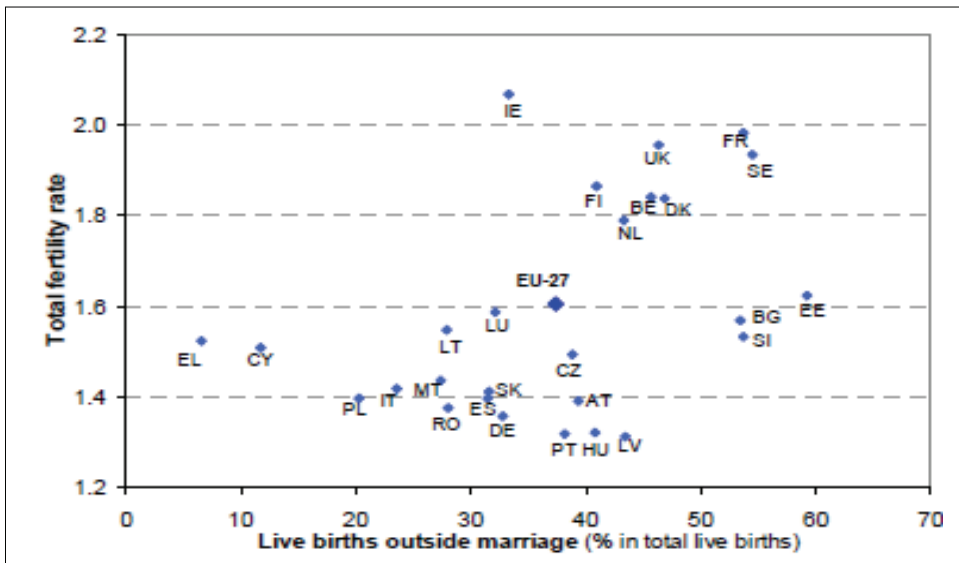
- 혼외 출산 비중이 증가하고 있어 전통적인 가족 유형과는 별도의 새로운 가족 유형으로 대두되고 있으며, 혼외 출산 비중이 높은 국가에서 합계 출산율 또한 높다는 특징이 발견되고 있음
 - 특히 북유럽국가에서 다수의 출생자가 혼인 외 관계에서 출생하고 있으며,
 - 그리스, 이탈리아, 폴란드, 루마니아 등 전통적인 가족 문화가 강한 국가에서 출생아의 70% 이상이 혼인 관계에서 출생하고 있음

〈그림 III-6〉 EU 주요 국가들의 혼외 출산 비중(2009년)



자료: Eurostat, European Commission(2010). Demography Report 2010에서 재구성.

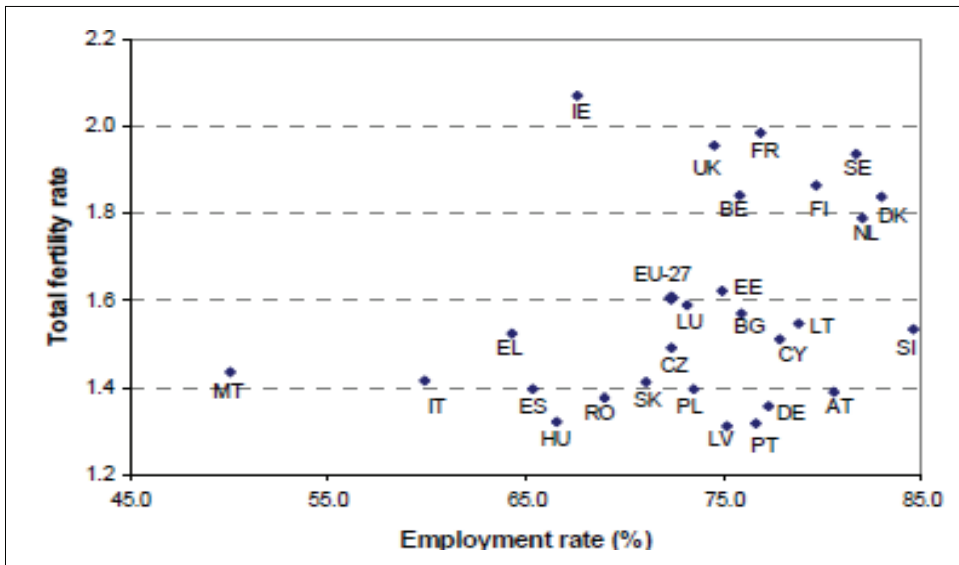
〈그림 III-7〉 EU 국가의 혼외 출산 비중과 합계 출산율(2009년)



자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

- 1960년대 이래 유럽 가족 구조 변화에 영향을 미친 가장 중요한 요인은 여성 경제 활동 참여 증가로 특히 공공 부분에서의 여성 취업 증가가 두드러지게 이루어졌음
 - 대부분의 경우 높은 여성 취업률을 보이는 국가가 출산율 또한 높은 수준을 보이고 있어 일과 가정 양립 환경 조성에 따른 취업 여성 지원이 출산율 제고에 기여한 것으로 평가됨

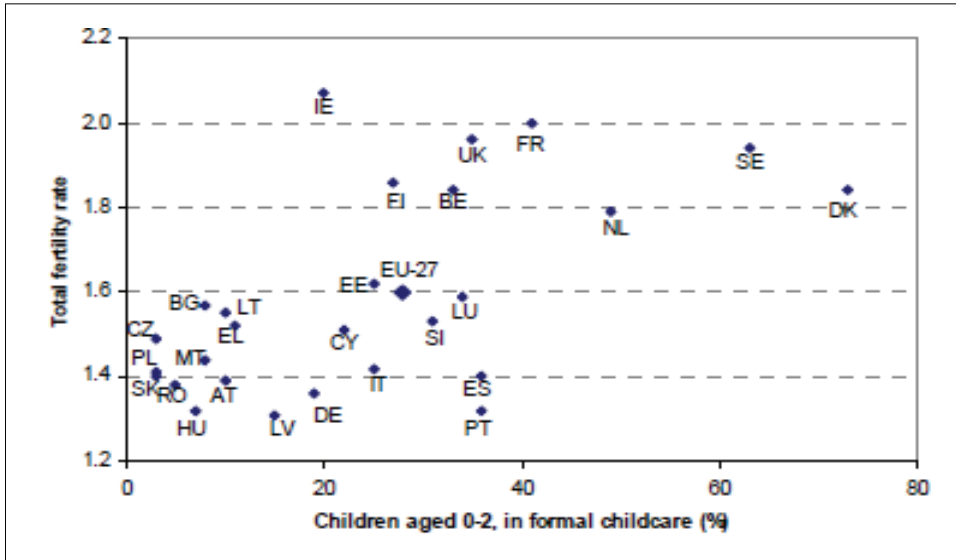
〈그림 III- 8〉 EU 국가의 25~49세 여성 취업률과 합계 출산율(2009년)



자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

- EU 국가 전반에 걸쳐 0~2세 공식적인 보육 서비스 이용률과 출산율 간에 상관 관계가 있는 것으로 나타남
 - 적극적인 보육 서비스를 제공함으로써 부모 역할을 지원하고 있는 국가가 높은 출산율을 유지하고 있다는 사실을 지적
 - EU 집행 위원회는 이상적인 출산율을 실현시킬 수 있는 정책적 방안으로 취업 여성의 직업 안정성 강화, 양성 평등 실현, 일과 가정 생활의 양립을 제시

〈그림 III-9〉 EU 국가의 0~2세 보육 서비스 이용 비중과 합계 출산율(2009년)



자료: European Commission(2010). Demography Report 2010.

4. 정책 제언

- EU 국가는 인구 고령화가 경제적·의학적 발달에 따른 사회 변화의 결과이며 각 국가들이 이러한 변화에 수반하는 도전에 적절하게 대응함으로써 새로운 기회가 제공 될 것이라고 보고 있음
 - 2010년 EU 인구 보고서는 인구 고령화에 대응하는 전략으로서 다음의 다섯 가지 사항을 제시함
 - 가족 지원, 고용 증진, 생산성 및 경제성 향상, 이민자 지원 및 통합, 공공 재정의 지속성 강화

- 최근 유럽의 경제 위기는 인구 고령화에 대응하는 각 국의 의지를 감소시키지 않았으며 오히려 인구 문제에 대응하려는 노력은 더욱 강화되고 있는 양상을 보임
 - EU 집행위는 유럽 경제 위기 상황에서 벗어나는 전략을 구축함에 있어 각 회원 국가가 인구학적인 측면을 충분히 고려하도록 권고

- 인구 고령화 문제에 대응하기 위해서는 생산성 및 고용의 증대 그리고 이를 뒷받침할 수 있는 적극적인 가족 지원 정책이 수반되어야 할 것임
 - 미래 우수한 생산 동력을 확보하기 위하여 아동의 건전한 발달을 도모하는 정책적인 지원을 제공하고,
 - 일과 가정 생활의 양립 및 가족 돌봄 노동 지원을 통해 여성 경제 활동 참여를 제고시키는 노력이 필요함

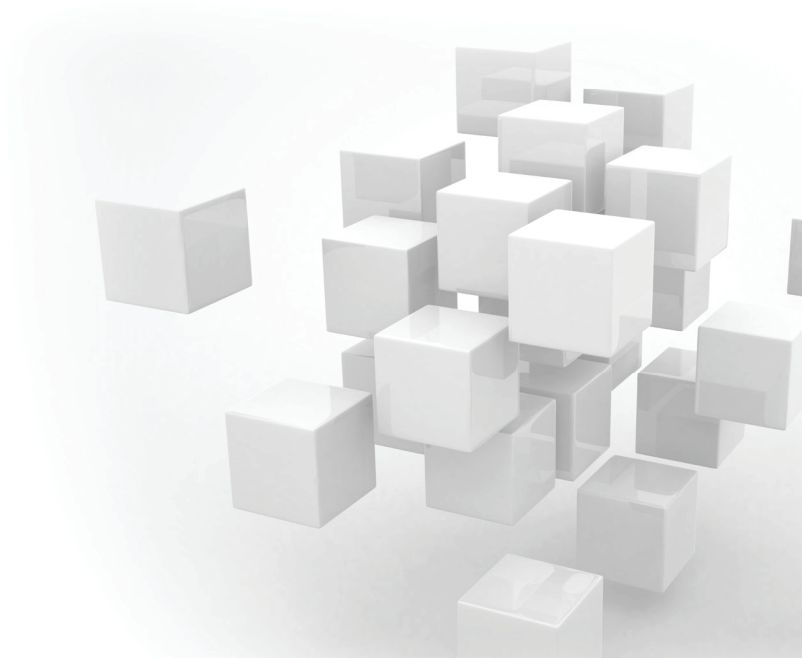
- 여성의 출산 연령이 높아지고 있는 국내 현실에서 출산율 제고를 위해서는 희망하는 자녀 수 만큼 낳을 수 있도록 국가가 지원하는 노력이 강구되어야 할 것임
 - 자녀 양육에 대한 부담을 감면할 수 있는 정책을 현금 지원, 서비스 지원, 시간 지원 차원에서 조화롭게 추진하는 방안 모색

- 취업 여성의 자녀 양육 부담 감면을 위해 국가가 자녀 양육을 위한 적극적인 지원을 제공하고, 특히 일과 가정 생활의 조화를 이룰 수 있는 환경의 조성이 필요
 - 육아 휴직 제도 대상 확대 및 이용 활성화, 탄력적 근로, 가족 돌봄 휴가 제도 등 유연한 근로 환경 조성 필요

- 가족 구조의 변화 및 다양한 유형의 가족의 대두 등 사회적인 변화에 대응하여 정부 차원에서의 적극적인 지원 방안 모색
 - 가족 변화에 대해 국가가 능동적으로 대응할 때 출산율 제고 뿐만 아니라 각종 사회 문제 해결에 효과적으로 기여할 것으로 기대

소득계층별 출산행태 분석 및 정책방안

부연구위원 김은정



[요약]

- 전체적으로 주거환경이 좋을수록(단독주택, 자가소유) 생애동안 자녀를 더 많이 낳을 가능성이 있으나, 소득수준이 높을수록(소득하위 25% 계층 제외) 자녀를 덜 낳을 가능성이 있는 것으로 나타남(표 Ⅲ-6).
 - 중상소득계층(50~75%) 내에서는 가계소득이 높을수록, 취업모 가구일수록 아이를 덜 낳을 가능성이 있음.

- 전체 가구 중 50.0%가 추가 출산을 하지 않는 이유로 '현재 자녀수에 만족하기 때문'이라고 응답하였으며 이들의 평균 자녀수는 2.17명임.
 - 전체 가구 중 15.6%가 추가 출산을 하지 않는 이유로 '나이가 많아서'라고 응답하였으며 이들의 평균나이는 41.14세임.
 - 저소득층일수록 '경제적인 이유로' 추가 출산을 하지 않는다고 응답한 비율이 높음(표 Ⅲ-3, 표 Ⅲ-4).

- 소득수준이 높은 계층에서도 저출산이 심화되고 있는 상황으로 저소득층을 중심으로 한 경제적 지원과 더불어 중상소득층 대상의 출산양육 친화적 환경 제공을 위한 지원 강화가 요구됨.

1. 논의배경

- 2006년부터 시행된 저출산·고령사회기본계획을 중심으로 국내의 출산 및 양육지원 정책은 저소득층 위주의 경제적 부담완화에 초점을 맞추어 왔음.
 - 2013년도 전 계층 무상보육 및 양육수당 정책이 도입되기 전까지 보육료 지원은 소득기준을 적용하고 있었으며, 전 계층 무상보육 및 양육수당 도입을 시작으로 보편적 지원체계의 틀을 갖추기 시작함.

- 이전까지 정부는 점진적으로 수혜대상자를 넓히고 지원 폭을 늘려왔으나, 출산율에서는 현재까지 뚜렷한 성과를 보이고 있지 못할 뿐만 아니라 당면한 당사자들의 정책 체감도는 낮은 것으로 보고된 바 있음.
 - 2009 보육실태조사에 따르면 조사대상 영유아 가구의 약 8%가 보육료·유아교육비 감면 정책에 대해서 알지 못하고 있었으며, 한 번도 수혜 받지 못한 가구는 약 58%에 해당함.
 - 또한 영아 기본보조금 지원 정책에 대해서는 약 37%가 인지하지 못한다고 응답하였으며, 87%의 가구가 한 번도 수혜대상자가 되어본 적이 없다고 응답하였음.

- 이러한 상황에서 새 정부 출범과 함께 전 계층 무상보육과 양육수당 지급정책이 도입됨에 따라 대상자들의 정책 체감도는 상당히 높아질 것으로 예견됨.

- 대표적인 출산지원 정책인 무상보육과 양육수당 지원 정책이 보편적인 지원체계를 따르고 있으나 이 밖의 많은 출산지원 정책들이 소득수준에 따라 지원되고 있음.
 - 기저귀 및 조제분유 지원(시행예정), 난임 부부 체외수정 지원, 산전 방문간호 및 산모 신생아 도우미 지원, 아이돌보미 지원, 신혼부부 주택자금지원 등의 정책들은 저소득층 중심의 비용 지원정책 특성을 가지고 있음.

- 소득기준 중심의 경제적 지원정책이 주로 이루어진 배경은 출산 및 양육에 따른 경제적 부담이 출산기피의 주요 요인으로 인식되었기 때문임.
- 그러나 소득수준이 높은 계층에서 또한 출산기피 현상이 지속되고 있음에 따라 경제적 부담 이외의 출산기피 요인에 대한 이해와 그에 따른 다양한 접근의 출산지원정책이 요구됨.
 - 이를 위해 소득수준에 따른 출산행태를 살펴보고 과연 저출산의 중심에 있는 계층이 어떤 계층인지 분석할 필요가 있음.

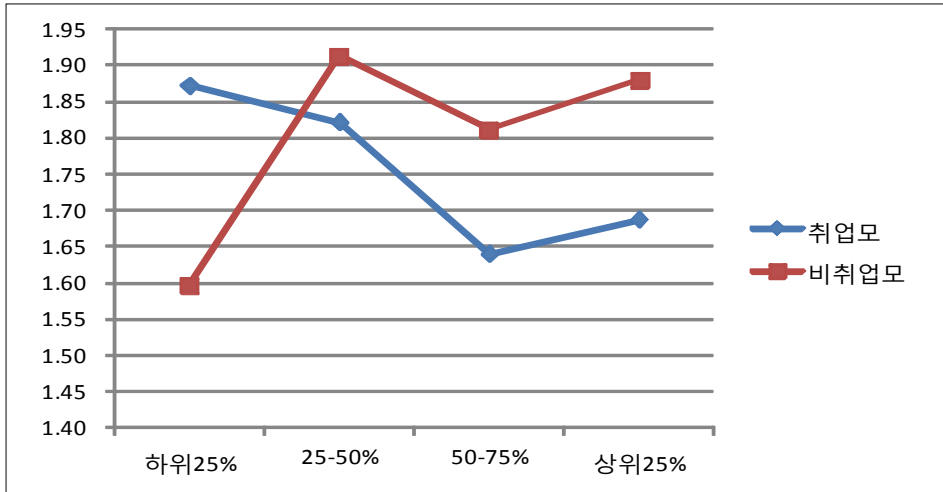
2. 소득계층별 출산행태 비교¹⁾

1. 자녀수, 추가 출산계획, 자녀관련 가치관

- 소득계층²⁾별로 취업모 가구와 비취업모 가구³⁾를 비교한 결과 소득하위 25% 그룹을 제외한 모든 소득계층에서 비취업모 가구의 현재자녀수가 더 많은 것으로 나타남 (표 III-1, 그림 III-10).
 - 현재자녀수가 가장 적은 그룹은 소득 하위 25%의 비취업모 가구로 1.60명이며, 가장 많은 그룹은 소득 국간 25~50% 그룹의 비취업모 가구로 1.91명임.

1) 한국여성정책연구원에서 실시한 여성가족패널 조사 3차 자료(2011)를 활용하였으며 만 20세 이상 45세 이하 기혼여성 중 현재 자녀가 없거나 10세 이하의 자녀가 있는 1,119가구를 분석 대상으로 하였음.
 2) 분석 표본의 평균 총가계소득은 연간 4,277만원으로 조사되었으며 소득구간을 각각 하위 25%(3,000만원 이하), 50%(3,800만원 이하), 75%(5,000만원 이하)로 나눔.
 3) 취업모 가구와 비취업모 가구의 모의 연령을 비교한 결과 각각 38.31세, 37.06세로 취업모 가구의 연령이 더 높게 조사됨.

〈그림 III- 10〉 소득계층별 현재자녀수



〈표 III- 1〉 소득계층별 출산행태 비교

(단위: %, 명)

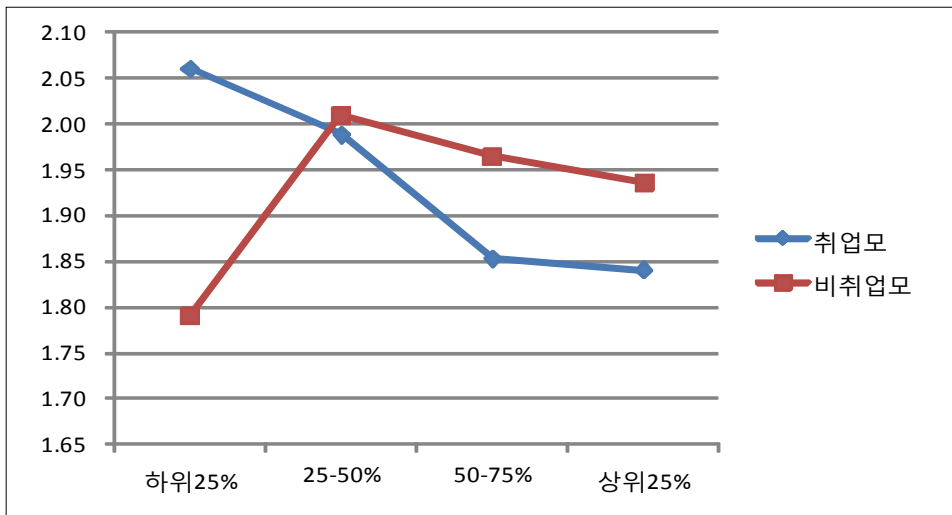
구분		소득 구간				F-value
		0~25%	25~50%	50~75%	75~100%	
취업모 가구	자녀수	1.87	1.82	1.64	1.69	1.74
	생애 총 자녀수	2.06	1.99	1.85	1.84	2.33*
	추가출산 의도	0.12	0.12	0.12	0.10	0.16
비취업모 가구	자녀수	1.60	1.91	1.81	1.88	4.89***
	생애 총 자녀수	1.79	2.01	1.96	1.94	2.98**
	추가출산 의도	0.13	0.08	0.09	0.05	2.07

주: 추가출산 의도는 binary coding으로 평균을 확률의 의미로 분석하였음.

주: * p<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

- 생애 총 자녀수⁴⁾를 비교한 결과 소득하위 25% 그룹을 제외한 모든 소득계층에서 비취업모 가구의 생애 총 자녀수가 더 많은 것으로 나타남(표 III-1, 그림 III-11).
 - 현재자녀수와 마찬가지로 생애 총 자녀수가 가장 적은 그룹은 소득 하위 25%의 비취업모 가구로 평균 1.91명이며, 가장 많은 그룹은 소득하위 25%의 취업모 가구로 평균 2.06명임.

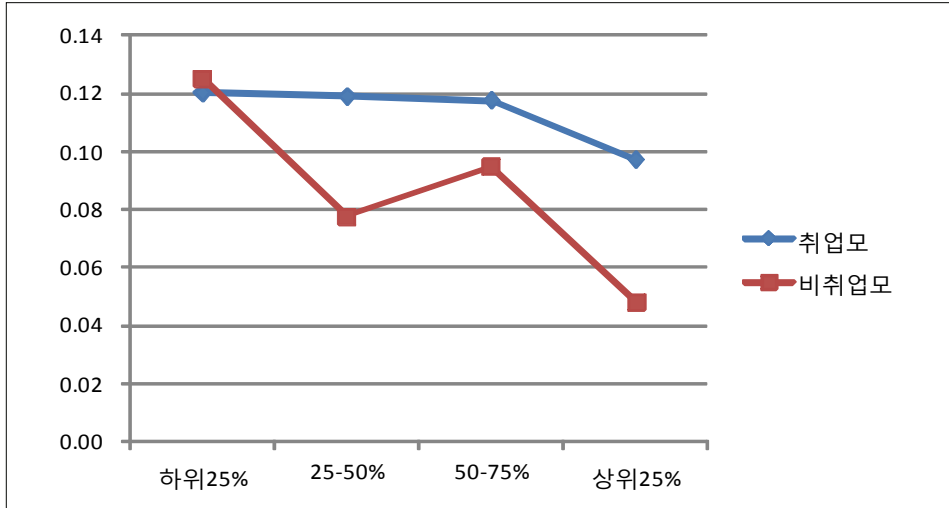
〈그림 III-11〉 소득계층별 생애 총 자녀수



- 향후 추가출산을 계획하고 있는 비율을 비교한 결과, 소득하위 25%를 제외한 모든 소득계층에서 취업모 가구의 추가출산 계획 비율이 더 높은 것으로 나타남(표 III-1, 그림 III-12).
 - 소득상위 25%의 비취업모 가구는 약 5%만이 추가출산을 계획하고 있는 반면, 소득 하위 25%의 비취업모 가구는 약 13%가 추가출산을 계획하고 있음.

4) 생애 총 출산 자녀수는 현재 출산자녀수와 향후 출산을 계획하고 있는 자녀수를 더하여 산출하였음.

〈그림 III- 12〉 소득계층별 추가출산 계획 비율



- 소득하위 25%의 비취업모 가구는 향후 추가출산을 계획하고 있는 비율이 상대적으로 높음에도 불구하고 현재자녀수 뿐만 아니라 추가출산을 고려한 생애 총 자녀수도 가장 낮은 그룹으로 나타남.
- 추가출산계획이 없는 가구를 대상으로 추가출산을 하지 않는 이유를 분석한 결과 전체적으로 ‘현재 자녀로 충분하기 때문에’ 라고 응답한 비율이 가장 높음(표 III- 2).
 - 전체가구 중 50.0%가 ‘현재 자녀로 충분해서’라고 응답하였으며 이들의 평균 자녀수는 2.17명으로 조사됨.
 - 전체가구 중 15.6%가 ‘나이가 많아서’라고 응답하였으며 이들의 평균 나이는 41.14세로 조사됨.
 - 현재자녀수가 1명인 경우 주된 이유는 ‘현재 자녀로 충분해서(28.6%)’와 ‘경제적인 문제 때문(26.3%)’인 것으로 나타남.
 - 자녀가 없는 가구의 경우 주된 이유는 ‘나이가 많아서(30.6%)’와 ‘경제적인 문제 때문(28.6%)’, ‘자녀의 필요성을 못 느껴서(24.5%)’ 순으로 조사됨.

〈표 III- 2〉 추가출산을 하지 않는 이유(현재 자녀수별)

(단위: %, 명)

(총=202.453***)	현재 자녀수				전체
	0	1	2	3명 이상	
경제적인 문제 때문에	28.6	26.3	20.6	17.2	21.2
건강상의 문제 때문에	8.2	9.8	1.9	2.9	3.4
나이가 많아서	30.6	14.3	16.3	9.8	15.6
직장생활에 지장을 주어서	2.0	6.0	0.6	0.0	1.3
현재 자녀로 충분해서	0.0	28.6	53.9	66.1	50.0
자녀의 필요성을 못 느껴서	24.5	2.3	3.9	2.9	4.5
자녀를 잘 키울 자신이 없어서	4.1	12.8	2.3	1.1	3.6
기타	2.0	0.0%	0.6	0.0	0.5
전체	100 (49)	100 (133)	100 (646)	100 (174)	100 (1,002)

주: * p<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

□ 추가출산을 하지 않는 이유를 소득계층별로 분석한 결과 저소득층일수록 ‘경제적인 문제 때문에’라고 응답한 비율이 높고 ‘현재 자녀로 충분해서’라고 응답한 비율이 상대적으로 낮음(표 III- 3, 표 III-4).

- 소득하위 25%, 소득 구간 25~50% 그룹은 ‘경제적인 문제 때문에’라고 응답한 비율이 각각 29.8%, 26.9%인 반면 소득 구간 50~75% 그룹과 소득상위 25% 그룹은 각각 17.5%, 10.1%임.
- 현재자녀수를 2로 통제할 경우, ‘경제적인 문제 때문에’라고 응답한 비율은 최대 30.9%에서 최소 7.7%로 소득계층별 격차는 더욱 커지는 것으로 나타남(표 III- 4).⁵⁾
- 소득수준 50%이하 그룹은 ‘현재자녀로 충분해서’라고 응답한 비율이 각각 42.9%, 47.9%인 반면 소득수준 50% 이상 그룹은 응답률이 각각 55.2%, 54.8%임.
- 이밖에 소득수준이 높을수록 ‘나이가 많아서’라고 응답한 비율이 높았으며 이는

5) 현재자녀수를 통제했을 때 현재자녀수가 2인 경우만 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타남.

고소득층 모의 평균연령이 더 높기 때문인 것으로 이해됨.⁶⁾

〈표 III- 3〉 추가출산을 하지 않는 이유(소득계층별)

(단위: %, 명)

(총=57,681***)	소득 구간				전체
	0~25%	25~50%	50~75%	75~100%	
경제적인 문제 때문에	29.8	26.9	17.5	10.1	21.2
건강상의 문제 때문에	3.4	2.4	3.4	4.0	3.4
나이가 많아서	14.1	13.8	14.6	19.8	15.6
직장생활에 지장을 주어서	0.0	0.6	1.9	2.8	1.3
현재 자녀로 충분해서	42.9	47.9	55.2	54.8	50.0
자녀의 필요성을 못 느껴서	5.3	6.0	3.4	3.6	4.5
자녀를 잘 키울 자신이 없어서	3.4	2.4	4.1	4.0	3.6
기타	0.9	0.0	0.0	0.8	0.5
전체	100 (49)	100 (133)	100 (646)	100 (174)	100 (1,002)

주: * p<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

〈표 III- 4〉 추가출산을 하지 않는 이유(소득계층별: 현재자녀수 2인 경우)

(단위: %, 명)

(총=54,088***)	소득 구간				전체
	0~25%	25~50%	50~75%	75~100%	
경제적인 문제 때문에	30.9	28.8	15.7	7.7	20.6
건강상의 문제 때문에	1.6	2.5	2.2	1.3	1.9
나이가 많아서	11.2	14.4	17.3	22.6	16.3
직장생활에 지장을 주어서	0.0	0.0	0.5	1.9	0.6
현재 자녀로 충분해서	47.3	48.3	58.4	60.6	53.9
자녀의 필요성을 못 느껴서	5.3	4.2	2.7	3.2	3.9
자녀를 잘 키울 자신이 없어서	2.1	1.7	3.2	1.9	2.3
기타	1.6	0.0	0.0	0.6	0.6
전체	100 (188)	100 (118)	100 (185)	100 (155)	100 (646)

주: * p<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

6) 소득계층별 모의 평균연령은 소득 하위그룹부터 37.7세, 37.2세, 38.4세, 39.6세임.

□ 자녀관련 가치관을 비교한 결과 소득계층별로 유의한 차이가 없는 것으로 나타남⁷⁾

(표 III- 5).

- ‘결혼하면 자녀를 일찍 갖는 것이 좋다’라는 의견에 대해 4점 척도로 조사한 결과 전체 대상자의 약 70.4%가 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘조금 그렇다’라는 동의 의사를 가지고 있는 것으로 나타남.
- ‘자녀는 반드시 있어야 한다’라는 의견에 대해 전체 대상자의 약 79.8%가 동의 의사를 가지고 있는 것으로 조사됨.
- ‘결혼하지 않아도 아이를 낳아 기를 수 있다’라는 의견에 대해 전체 대상자의 약 15.3%만이 동의 의사를 가지고 있는 것으로 나타나 대부분 이에 대해 동의하지 않는 것으로 나타남.

〈표 III- 5〉 자녀관련 가치관에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

자녀가치관	매우 그렇다	조금 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	전체
결혼하면 자녀를 일찍 갖는 것이 좋다	19.4	51.0	26.1	3.5	100.0 (1,119)
자녀는 반드시 있어야 한다	29.8	50.0	17.1	3.0	100.0 (1,119)
결혼하지 않아도 자녀를 낳아 기를 수 있다	0.9	14.4	42.0	42.7	100.0 (1,119)

7) 소득계층별로 통계적으로 유의한 차이가 없어 전체를 대상으로 분석한 내용만 제시함.

2. 생애 총 자녀수에 영향을 미치는 요인⁸⁾

- 소득계층을 독립변수로 지정하여 분석한 전체표본의 경우 소득계층, 주택유형, 주택 점유형태가 유의한 영향을 미치는 것으로 나타남(표 III-6).
 - 소득하위 25% 그룹을 제외하고 소득수준이 낮을수록, 단독주택에 거주할수록, 자가소유 주택에 거주할수록 생애 총 자녀수가 상대적으로 더 많을 가능성이 있는 것으로 나타남.

- 소득계층별로 분석한 결과 각 계층별로 영향을 미치는 요인이 다른 것으로 분석됨 (표 III-6).
 - 소득 하위 25% 그룹 표본의 경우 주택유형과 주택점유형태가 유의한 영향을 미치는 변수로 조사되었으며, 단독주택에 거주할수록(연립·다세대에 비해), 주택이 자가소유일수록(전세나 월세에 비해) 총 생애자녀수가 많을 가능성이 있음.
 - 소득 25~50% 구간 표본의 경우 남편연령이 많을수록, 비취업모 가구일수록, 단독주택에 거주할수록(아파트 거주자에 비해), 주택이 자가 소유일수록(전세에 비해) 총 생애자녀수가 많을 가능성이 있음.
 - 소득 50~75% 구간 표본의 경우 연간 가계소득이 낮을수록, 주택이 자가 소유 일수록(전세에 비해) 총 생애자녀수가 많을 가능성이 있음.
 - 소득 75~100% 구간 표본의 경우 남편의 소득이 높을수록, 부인의 교육수준이 낮을수록, 단독주택에 거주할수록(연립·다세대 거주자에 비해) 총 생애자녀수가 많을 가능성이 있음.

8) 생애 총 자녀수가 0명인 경우가 너무 작아 분석에서 제외하였으며, 2명인 가구와 3명 이상인 가구특성이 차이를 보이지 않은 이유로 생애 총 자녀수가 1명인 가구와 2명 이상인 가구로 나누어 소득계층별로 Binary logistic regression을 실시함.

〈표 III-6〉 소득계층별 생애 총 자녀수에 영향을 미치는 변수

변수		전체	소득구간			
			0~25%	25~50%	50~75%	75~100%
소득	소득구간 (상위 25%)	-	-	-	-	-
	하위 25%	0.517	-	-	-	-
	25~50%	0.944**	-	-	-	-
	50~75%	0.581*	-	-	-	-
	연간 총 가계소득	-	0.000	-0.001	-0.002***	0.000
부의특성	남편 소득	0.001	0.000	-0.003	0.000	0.004*
	남편 교육수준	0.075	-0.058	0.303	0.033	0.182
	남편 연령	0.018	-0.046	0.328**	-0.014	0.118
모의특성	부인 교육수준	-0.101	0.099	-0.053	-0.030	-0.312**
	부인 연령	0.031	0.057	-0.222	0.048	-0.002
	부인 비취업	-0.237	-0.458	2.201***	0.469	-0.182
주거특성	주택유형 (단독주택)	-	-	-	-	-
	아파트	-0.925***	-0.826	-3.019**	-0.633	-1.024
	연립·다세대	-1.235***	-1.143*	-0.557	-0.924	-2.384**
	상업시설내	-0.622	0.324	-2.183	19.230	-1.593
	주택 점유형태 (자가)	-	-	-	-	-
	전세	-0.615***	-0.725*	-1.689**	-0.865**	-0.398
	월세	-0.621*	-0.866*	-0.816	-1.062	-0.826
무상	-0.440	-1.038	0.339	18.313	-0.901	

주: * p<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

3. 정책 제언

- 전반적으로 주거지원 정책이 요구되면 특히 저소득층을 대상으로 한 지원 강화가 필요함.
 - 신혼부부 및 기혼의 출산대상자들에 대한 주택자금 지원 대상자 확대 및 지원 강화 요구됨.

- 중층의 경우 취업모가 상대적으로 덜 출산하는 경향이 있음에 따라 중산층 맞벌이 부부에 대한 지원 강화가 필요함.
 - 현행 소득기준을 중심으로 이루어지고 있는 지원 정책들에서 중상층의 맞벌이 부부는 대부분 소외되는 경향이 있음.
 - 보육시설 입소 우선순위 등, 실질적으로 수혜 받을 수 있는 맞벌이 부부에 대한 지원 강화가 요구됨.

- 고령임신에 대한 지원 강화와 대상 확대가 요구됨.
 - ‘나이가 많아서’ 출산을 계획하고 있지 못한 가구가 상당수에 이르며 이들의 평균연령 41.14세를 고려할 때 고령임신 지원강화가 필요하며, 중상소득층에 해당 가구가 더 많음에 따라 지원대상에 대한 소득기준 완화가 요구됨.

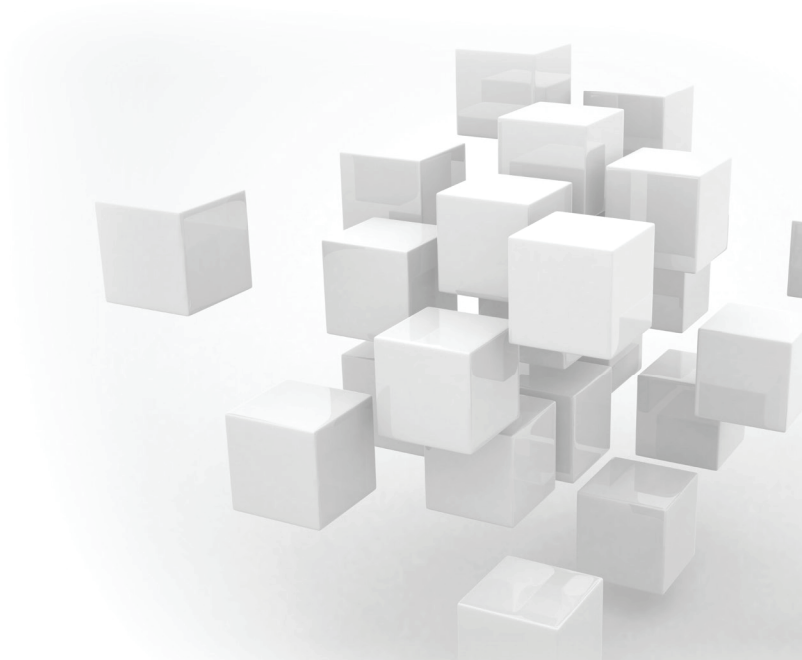
- 경제적 지원 정책의 소득기준 완화 및 지원확대와 함께 보편 주의적 접근에 의한 출산 친화적 사회시스템 구축이 요구됨.
 - 출산의 어려움을 겪고 있는 계층이 저소득층에 한정되어 있지 않을 뿐만 아니라 오히려 소득수준이 높을수록 자녀를 덜 출산할 가능성이 있음에 따라 출산의 어려움이 단순히 경제적인 문제로 귀결되지 않음을 알 수 있음.
 - 이에 따라 사회 전반적으로 부담 없이 양육될 수 있는 환경 조성과 함께 보편적 지원 특성을 갖는 정책 개발이 요구됨.

- 가정에서 양성평등, 일·가정양립등의 사회문화적 기반을 토대로 다양한 지원정책이 이루어져야 하며 관련 정책들이 서로 유기적으로 적절히 연계되어 시너지 효과를 이루도록 해야 함.

- 가족중심의 사회문화 구축과 가족친화적 가치관 확산을 위한 전 방위적인 노력이 요구됨.
 - 경제적인 이유보다 대부분 현재 1, 2명의 자녀수가 충분하다고 여기기 때문에 더 이상 출산을 안 하는 것으로 나타남.
 - 이에 따라 소자녀를 선호하는 가치관 확산에 따른 대응이 필요함.

국내 혼인동향 분석과 정책과제

부연구위원 이상림



[요약]

- 혼인력의 약화는 저출산 현상의 가장 중요한 원인임에도 불구하고, 저출산 정책으로서의 혼인지원 정책은 매우 제한적
 - 서민을 위한 잔여적 주택정책의 성격이 강한 주택정책을 제외하고는 대부분 매우 부수적인 정책에 불과하며, 주택 정책도 사실상 이미 결혼한 부부 지원 정책이 중심
 - 지자체의 혼인 정책도 이벤트성 사업이나 일부 경제적 지원에 한정되는 수준

- 초혼연령 및 미혼율의 상승 등 최근 우리나라의 혼인력은 빠르게 약화되고 있으며, 저출산 현상에 심각한 영향을 미칠 수준
 - 혼인에 대한 연령 규범이 빠르게 약화되고 있으며, 혼인을 포기한 고연령 미혼자들의 빠른 증가도 발견됨.
 - 현재의 혼인 수준이 계속될 경우 고령미혼자가 극적으로 증가할 것이며, 앞으로 혼인율의 반등 없이 출산율의 증가를 기대하기 매우 어려움.

- 혼인율을 높이고, 혼인연령을 낮추고자 하는 실제적 정책 노력이 필요하며, 이를 위해 혼인지원의 정책 대상의 확대와 함께 청년 정책과 연계된 종합적 혼인지원 정책이 필요

1. 들어가며

- 혼인연령 및 미혼율의 증가로 대표되는 우리사회 혼인 경향의 변화는 저출산 현상을 설명할 수 있는 중요한 요인이며, 전반적인 혼인력의 감소는 다양한 사회문제를 유발
 - 혼외 출산이 전체 출산에서 불과 2%를 차지하는 국내 현실에서 미혼율의 증가는 출산 가능한 부모 수의 감소를 의미하여 사실상 출산 규모를 제한하는 기본 전제
 - 만혼의 증가는 부부의 출산 가능기간 감소를 의미하기 때문에 장기적으로 전체 출산율의 감소에 영향
 - 더불어 혼인력의 감소는 다양한 사회적 문제를 야기할 위험
 - 성인 자녀의 독립시기를 늦춰 노부모의 노후준비 자원 축소를 유발하고, 미혼 고령자의 증가에 따른 사회적 부양부담 및 고독사 증가 등의 사회문제를 야기할 위험

- 혼인지원 정책은 저출산정책 중에서 가장 주목받지 못하고 있는 분야로 그 실효성에 대해서도 문제가 제기
 - 중앙정부의 정책은 사실상 신혼부부를 대상으로 하고, 지자체의 경우에도 미혼 남녀 만남주선 행사 등의 이벤트성 사업이나 국제결혼 지원으로 한정되어 혼인 유발에는 한계

- 본 고에서는 지금까지 추진된 중앙정부와 지방정부의 혼인지원 정책들을 살펴보고, 통계청 자료들을 활용하여 국내 혼인 경향의 변화들을 다각적으로 분석하여 보고서 함
 - 이를 통해 저출산 정책의 일환으로서 혼인지원 정책 방향성을 제시하고자, 정책 범위의 확대를 제안하고자 함

2. 국내 혼인 동향 변화와 정부의 혼인지원 정책 현황

1) 국내 혼인 동향 변화

- 우리나라에서 평균 초혼 연령은 꾸준히 증가 중인데, 2000~2010년간 초혼 연령은 남성의 경우 만 28.8세에서 만 31.3세로, 여성의 경우는 만 26.0세에서 28.4세로 각각 2.6세와 2.4세의 증가
 - 동년배 부부와 여자 연상 부부의 증가추세에도 불구하고 평균 2.8세의 부부 간 연령 차이
 - 이러한 모순적 현상이 나타나는 것은 매우 낮은 연령의 외국인 신부와 높은 연령의 내국인 신랑이 결혼하는 국제결혼이 증가에서 비롯
 - 내국인의 초혼만을 대상으로 범위를 좁히면 같은 기간 동안 남성은 거의 같은 수준의 평균 초혼연령 증가를 보이지만, 여성의 경우에는 초혼연령이 2.7세 증가하여 약 0.3년 더 높은 증가추이

〈표 III- 7〉 성별 혼인형태별 초혼연령의 증가 추세

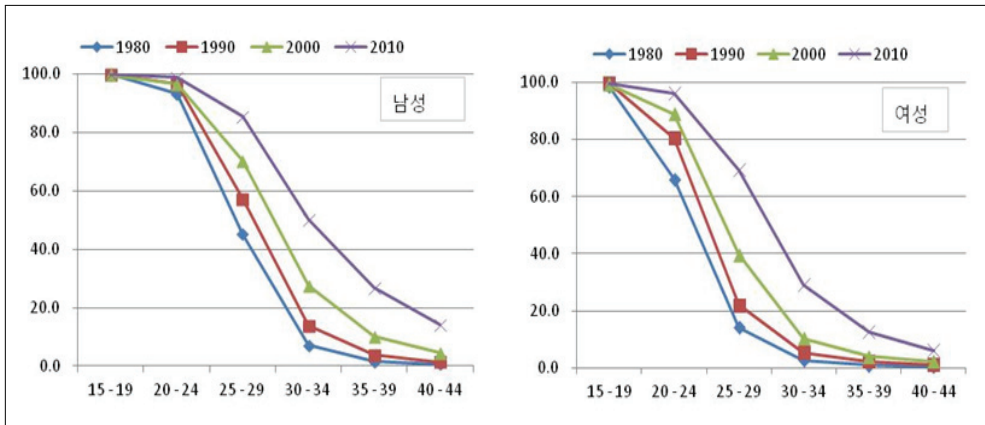
	모든 결혼		내국인 혼인	
	남	녀	남	녀
2000a	28.8	26.0	28.7	26.0
2005	30.4	27.2	30.3	27.4
2010b	31.3	28.4	31.3	28.7
차이(b-a)	2.6	2.4	2.6	2.7

자료: 통계청(각 연도). 혼인통계.

- 혼인연령의 증가와 함께 미혼자들의 비율도 빠르게 증가하고 있는데, 지난 1980년과 2010년 사이 30년 동안 남녀 모두에서 미혼자의 비율이 지속적으로 높아지고 있음

- 특히 최근(2000~2010년) 미혼율의 증가가 두드러지는데, 이는 1990년대 후반 소위 IMF경제 위기 이후의 사회적 변동의 결과가 구조화되고 있기 때문으로 해석 가능
- 2000년과 2010년 사이의 미혼율의 증가에서 남성의 경우에는 30대 초반 연령 집단에서 미혼자 비율이 가장 높게 증가하였고, 여성은 20대 후반 그룹에서 가장 높은 미혼율 증가
 - 남성의 미혼율의 증가는 여성과 달리 20대 중반 이후 모든 연령에서 고르게 증가했는데, 30대 중반과 40대 초반 고연령층의 미혼율도 높은 수준의 증가
 - 여성 30대 중반 이후 연령층에서 미혼율 상승이 더딘 것은 30대 중반 이전에 혼인하려는 경향이 강하기 때문

〈그림 III- 13〉 성별 미혼자 비율 증가 추이(1980~2010년)

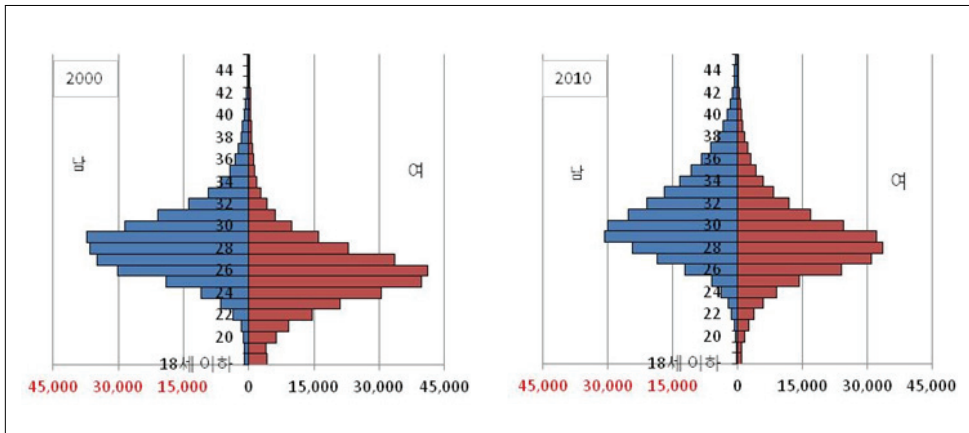


자료: 통계청(각 연도), 인구주택 총조사.

- 2000년과 2010년 사이 혼인연령의 분포를 살펴보면 혼인건수가 크게 감소하였고, 성별 혼인 연령분포가 크게 변화하였는데, 이는 주 초혼 코호트의 인구크기 변화와 혼인율의 감소에 기인

- 2000년에는 최빈값인 남성 29세, 여성 26세를 중심으로 집중적으로 분포하였으나, 2010년에는 최빈 연령 중심의 집중도가 크게 낮아짐.
 - 2000년에는 최빈값 이전의 혼인건수가 더 많았으나, 2010년에는 최빈값 이후 혼인이 더 많은 분포로 변화
 - 이는 ‘특정 연령까지는 결혼해야 한다’는 ‘미혼한계 연령규범’이 약화되고 있음을 시사하며, 이러한 연령규범의 약화 경향은 과거 연령 분포를 볼 때 남성에게서 먼저 나타났음
 - 그러나 최근 미혼한계 연령규범의 약화 현상은 여성에게서도 나타나고 있으며, 이는 30대 중후반 미혼율의 증가 등 여성의 초혼연령이 크게 높아질 위험이 있음을 의미

〈그림 III- 14〉 성별 초혼연령 분포(2000년, 2010년)

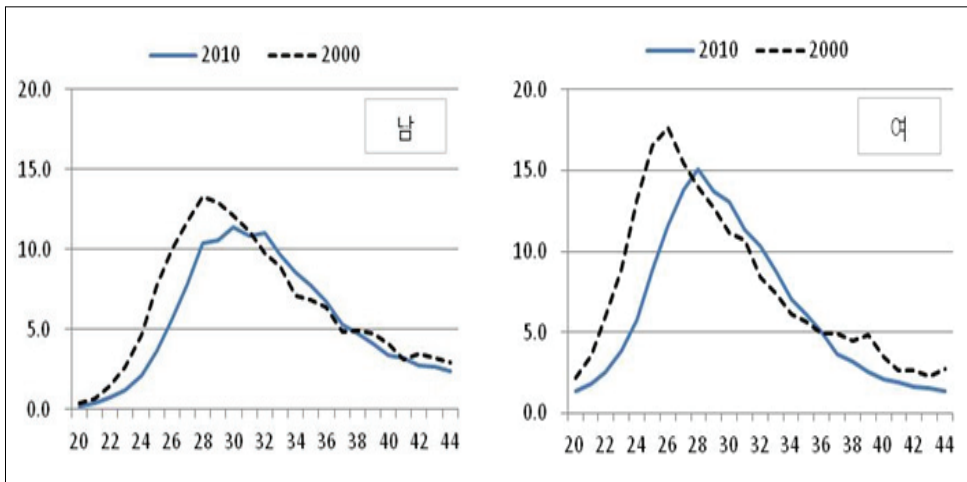


자료: 통계청(2000; 2010). 혼인통계.

- 미혼에서 기혼으로 전환하는 혼인이행률의 연령별 분포에서 2000년과 2010년 사이 20대의 혼인이행률이 감소하고, 30세 전후부터의 고연령층에서 혼인이행률이 증가하는 분포의 변이가 나타남

- 혼인이행률의 최고치가 나타나는 연령의 혼인이행률은 과거 10년 동안 크게 낮아졌으며, 특히 여성 최고치의 감소가 매우 선명하게 나타남. 남성혼인의 경우 최고치 집중이 사실상 사라지는 분포로 변화
 - 이는 미혼한계 연령구범의 약화가 상당 수준 진전되었음을 의미하며, 여성에서는 그 감소 속도가 더욱 빠르게 진행되고 있음.

〈그림 III- 15〉 연령별 혼인이행률의 분포

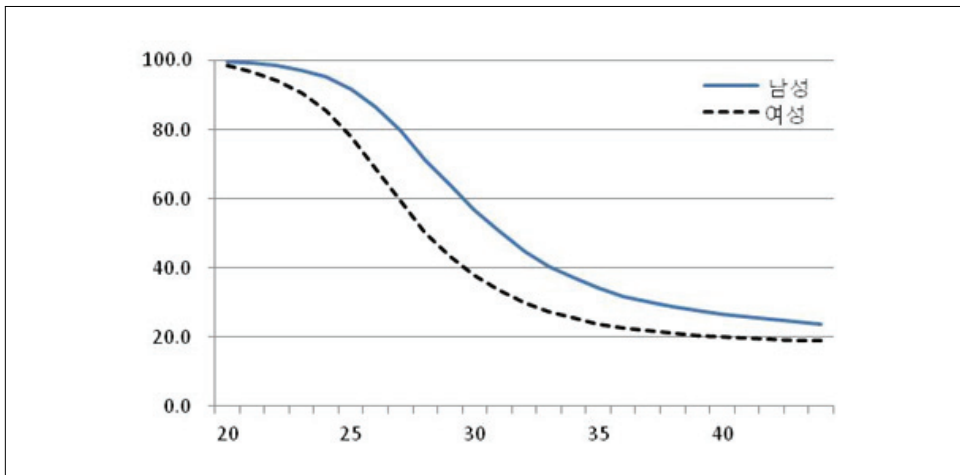


자료: 통계청(2000; 2010). 인구주택 총조사; 통계청 혼인통계.

- 전반적인 고령연령 혼인이행률의 증가에도 불구하고 30대 중반 이후 오히려 혼인이행률이 2000년에 비해 더 낮아는 현상이 나타나는데, 이는 적극적 혼인포기가 증가하였기 때문으로 추정됨
 - 고연령으로 갈수록 배우자를 찾기 힘들어지는 혼인시장의 왜곡이 고연령 미혼 여성의 혼인 포기를 강화한 것으로 보임
 - 현재 혼인력의 약화 경향은 혼인연령의 상승과 함께, 앞으로 혼인 포기의 증가에 따른 미혼 노인도 증가할 것임을 시사하는 결과

- 2010년의 연령별 혼인율이 계속 유지된다는 가정 아래 미혼 잔존확률을 추정한 결과를 보면, 앞으로 혼인력이 크게 감소하고 고령 미혼인구가 빠르게 증가할 것으로 예측됨
 - 여성은 이십대 중반, 남성은 20대 후반부터 미혼자의 수가 빠르게 감소하기 시작하고, 이러한 감소세는 여성은 삼십대 초반, 남성은 삼십대 중반부터 완화된 기 시작

〈그림 III-16〉 미혼 잔존확률 분포



자료: 통계청(2000; 2010). 인구주택 총조사; 통계청 혼인통계.

- 분석결과에 따르면 가까운 장래에 44세 남성의 무려 23.8%, 여성의 18.9%가 미혼으로 남아있는 것으로 추산. 이는 2010년 센서스의 44세 미혼자 비율, 남성 10.1%, 여성 4.6%를 크게 상회하는 충격적인 수치
- 추가적인 혼인력 약화 없이 현재의 상황이 계속될 경우에도 국내 인구구조 변화에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되며, 가까운 장래에 혼인력의 반등 없이 출산력의 증가는 기대하기 매우 어려울 것

2) 혼인지원 정책 실태

- 정부는 출산율을 높일 수 있는 환경을 조성하기 위하여 다각적인 노력을 기울이고 있지만, 혼인 지원의 영역에서는 상대적으로 정책적 노력이 미흡한 실정

- 현재 정부에서 진행 중인 혼인지원 정책은 <제 2차 저출산·고령사회 기본계획>에서 ‘결혼·출산·양육부담 경감’의 영역 중 ‘가족형성 여건 조성’이라는 정책목표 아래 추진
 - 혼인지원 정책은 신혼부부 주택 정책(국교부)을 핵심으로, 유자녀 현역병 상근 예비역 편입(국방부), 국공립 대학·대학원 내 학생부부 기숙사 확대(교육부), 결혼준비 프로그램 운영(여가부) 등 일부 정책들이 포함

- 출산 정책 중 가장 핵심이라고 할 수 있는 주택 마련과 관련된 결혼 지원정책은 ‘신혼부부 대상 주택자금 지원 확대’와 ‘미임대 국민임대주택 우선 지원’ 정책이 있음.
 - 주택정책은 그 기초가 되는 국민주택기금법에서 알 수 있듯이 취약계층에 대한 주거 복지지원 정책의 성격이 강해, 신혼부부 주택자금 지원은 서민주택 구입 및 전세자금 대출제도와 동일선상에서 시행
 - 또한 지난 정부에서 실시한 신혼부부의 전세자금 지원과, 공공주택 사업(보금자리주택)의 신혼부부 특별 분양 등은 실효를 거두지 못함
 - 지원 대상 범위와 내용이 다소 완화되었음에도 불구하고, 제공되는 물량이 매우 한정적이고 잔여적 주택지원의 성격이 강해 일반적 미혼자들을 위한 정책으로서는 많은 한계(이상림 외, 2012)

- 출산 정책의 핵심인 주택지원 정책은 그 대상 범위가 저소득층에 집중되고, 지원 내용(주택 규모 등)이 현실적 실수요를 반영하지 못하고, 지원 물량이 제한적이라는 한계

- 이들 대부분의 정책은 사실상 결혼을 통해 가족을 형성한 부부를 대상으로 하고 있기 때문에 엄밀한 의미에서 미혼에서 결혼으로의 이행을 지원하는 정책으로는 한계를 포함
 - 분양권 배정 시 다자녀 부부 가산점 부여 등 실제 정책 실행에서 사실상 미혼 혹은 신혼 초기 부부를 제외하는 결과

- 현재 혼인지원 정책들은 주거비용 절감 등의 주택문제에만 집중되는데, 결혼 비용 절감 이외의 다른 제도적 사회적 노력 방안을 살펴보고자 하는 노력은 매우 부족
 - 주택비용 부담의 증가가 혼인을 가로막는 주요 장애요인인 것은 사실이지만, 혼인단계 혹은 결혼 초기의 신혼단계의 결혼비용의 문제에만 집중
 - 경제적 비용 절감에 집중한 정책은 가족형성을 위한 사회적 여건 조성을 위한 포괄적 정책노력을 제한
 - 혼인지원 이외 다른 영역의 저출산 정책들은 근로조건, 노동시장, 사회적 인식 등에서 포괄적 사회적 환경 개선을 위한 다양한 정책마련을 시도 중
 - 일가족 양립 환경마련이나 가족친화적 기업 문화 조성 등 비경제적, 사회문화적 맥락의 정책 사업이 실시 중

- 지방자치단체의 혼인정책도 다른 저출산정책에 비해 예산규모나 사업내용이 상대적으로 부족하며, 미혼남녀 만남주선 등의 이벤트성 사업(광역)과 국제결혼지원 및 건강검진(기초)에 집중되는 실정
 - 국교부의 주택정책 등 중앙정부의 혼인지원정책은 지자체 사업들과의 연계성이 극히 낮으며, 예식장 제공 등 지자체의 자원을 활용한 결혼 비용경감 사업 등에서 중앙정부의 지원은 부족

- 미혼에서 혼인으로의 이행 과정을 돕는 혼인지원정책에 대한 필요성은 이미 제기되고 있으며, 사회적 요구 수준도 높은 것으로 여겨짐

- 〈2009년 전국 결혼 및 출산 동향조사 결과〉에 따르면 국가정책으로서 미혼남녀의 결혼을 지원하는 결혼 정책이 필요하다는 의견은 미혼남성의 76.3% 그리고 미혼 여성의 76.2%를 차지(이삼식 외, 2009)
 - 〈2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사〉의 구체적 혼인지원 정책 내용에 관한 질문에 대해 청년실업 해소(36.1%), 서민층의 주택용자(18.9%), 혼인 및 출산 가치관의 확립(17.7%)을 가장 우선되어야 할 정책들로 응답(김승권 외, 2009)
- 결혼의 특성 상 정책지원을 통한 혼인력 효과를 기대하기 위해서는 구체적인 혼인비용 절감 정책과 함께 포괄적인 환경개선을 위한 노력이 병행되어야 할 필요

3. 정책방안

- 국내 혼인 동향의 변화 양상들을 다양한 인구통계 분석을 통해 살펴보고, 저출산 정책의 차원에서 중앙정부와 지방정부에서 추진하고 있는 혼인지원 정책에 대해 살펴봄. 앞에서 검토 된 내용을 바탕으로 정부의 혼인지원 정책의 필요성과 그것이 지향해야 할 방향성을 제시해 보고자 함
- 앞서 제시된 혼인력 약화 경향의 국내 혼인동향에 적극적으로 대처하여 혼인율을 높 이려는 정책 노력이 매우 시급하다는 점을 보여줌
- 지금과 같은 혼인력의 약화 경향이 계속된다면 앞으로 출산력 감소는 물론이고, 미혼노인 증가에 따른 노인부양 및 고독사의 문제 등이 심각해질 것임
 - 더불어 혼인력의 약화는 부부 출산기간의 감소로 이어져 현재 범정부 차원에서 실행하고 있는 많은 출산지원 정책의 효과성도 크게 낮아질 수밖에 없을 것

- 가까운 장래에 혼인율의 증가, 혼인연령의 감소 등 가시적인 혼인력의 반등 없이 출산력의 제고를 기대하기는 매우 어려움

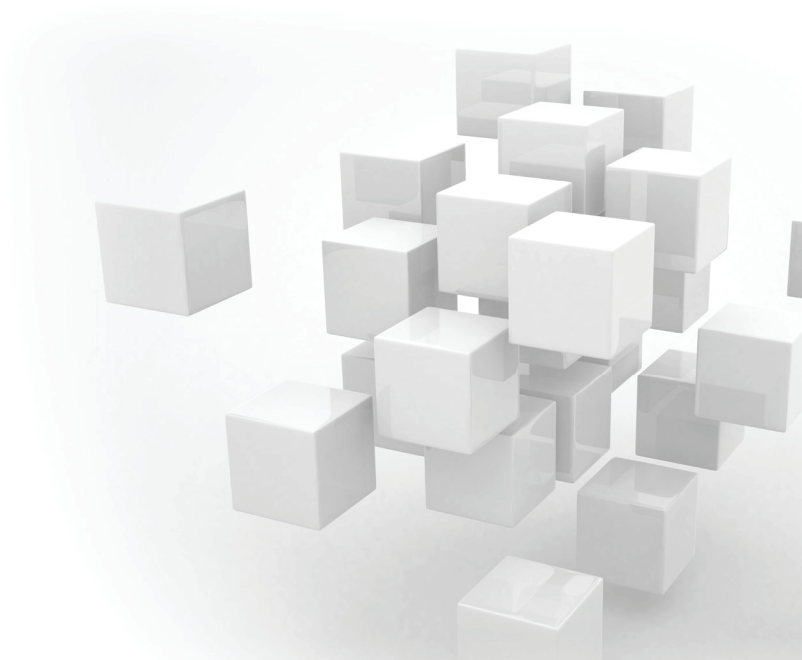
- 혼인력의 제고를 위한 혼인 지원 정책은 두 가지 측면에서 고려되어야 할 필요가 있는데, 하나는 전체적 수준에서 혼인율을 올리기 위해 혼인건을 늘리려야 한다는 것과 다른 하나는 평균 혼인연령을 낮추기 위한 정책 시도가 병행되어야 한다는 것
 - 젊은 연령층의 혼인을 늘리는 것은 자녀 재생산 기간을 늘려 출산율 상승을 기대할 수 있어 출산력 정책의 측면에서 중요
 - 또한, 고연령 미혼인구 증가에 따라 심화될 수 있는 혼인시장의 왜곡을 완화시켜줄 수 있다는 점에서 그 필요성이 새롭게 인식되어야 할 필요

- 혼인연령을 낮추기 위해서는 현재의 기혼 부부 지원 중심의 결혼 정책의 개선이 필요하며, 또한 연령에 따라 차등적 지원을 제공하는 정책방안들을 모색할 필요
 - 정부에서 추진 중인 행복주택 사업은 실제 미혼자들의 결혼 생활 관련 수요를 충족시킬 수 있어야 하며, 혼인 예정자 포함 등의 적극적 대상 확대가 필요

- 미혼자 혼인 지원으로 확대된 주택 지원 등 경제적 지원과 함께, 고용 안정성, 근로 시간 절감, 일자리 나눔, 성인자녀 독립 지원 등 포괄적 정책접근이 가능하도록 청년 정책과의 연계성을 높일 필요

노인의 건강상태와 정책추진방안

연구위원 오영희



[요약]

- 금연, 절주, 영양 균형, 규칙적 신체활동 등 스스로 건강한 생활습관을 실천하는 일차예방 차원의 건강관리가 필요함.
- 노인의 건강과 기능상태에 알맞은 건강검진을 실시하고, 검진 사후관리가 지속적으로 이루어지는 사전예방 및 조기발견 강화함.
 - 인지기능의 저하, 일상생활수행을 위한 기능상태, 허약, 하지 및 상지 기능, 낙상, 사회활동 등 건강한 노화 등을 평가할 수 있는 적절하고 타당한 선별검사가 필요
- 만성질환에 대한 자기건강관리 능력의 향상과 지속적·체계적 질환관리를 강화함
 - 개인별 맞춤형 건강관리서비스를 통한 만성질환 합병증 예방
- 연령 증가에 따라 신체적·정신적 기능이 급격히 저하되지 않도록 지역사회중심의 장기요양 예방사업 활성화가 요구됨.
 - 기능 저하 노인을 대상으로 한 특정 건강증진 프로그램 개발 및 지원이 필요
- 사전 예방의료서비스 및 건강관리서비스 제공 등 노인 건강수준 향상을 위한 예방적 건강 정책의 강화

1. 노인 건강정책의 목표

□ 노인 건강정책은 노인에게 건강수준을 유지하게 하여 자립적인 생활을 영위하도록 함으로써 노후 삶의 질을 향상시키는데 목적이 있음.

□ 건강수명

- 건강수명은 전반적인 건강수준을 나타내는 지표로 ‘얼마나 건강하게 오래 사는가’에 중점을 두고 산출됨.
 - 건강수명은 건강수준 향상을 통한 삶의 질 제고와 국민 의료비 절감의 효과가 있음.
- WHO 2007년 기준으로 우리나라 건강수명은 71.0세로 OECD 평균(72.0세)보다 낮음.
 - GBD연구에서 2010년 기준으로 우리나라 건강수명은 70.3세로 OECD회원국 평균(68.4세)보다 높음.
- 우리나라 2012년 출생아의 기대수명(출생시 기대여명)은 81.4년이고, 남자는 77.9년, 여자는 84.6년임(통계청, 2013).
 - OECD회원국 기대수명인 80.1년보다 상회하고, 남자는 OECD 평균(77.3년)보다 0.6년, 여자는 OECD 평균(82.8년)보다 1.9년 높음.
- 2012년 출생아의 유병기간 제외 기대여명은 남자 65.2년, 여자 66.7년임.
 - 2012년 출생아의 기대수명 중 남자 12.7년(16.3%), 여자 17.9년(21.2%)을 질병이나 사고로 인해 유병상태로 생존(통계청, 2013)

〈표 III- 8〉 우리나라의 건강수명 및 기대수명

(단위: 세)

구분	건강수명			0세시 기대수명		
	계	남자	여자	계	남자	여자
2007년(WHO)	71.0	68.0	74.0	78.8	75.9	81.7
2010년(GBD)	70.3	67.9	72.6	79.6	76.5	82.7
2012년(통계청) ¹⁾	66.0	65.2	66.7	81.4	77.9	84.6

주: 1) 2012년 통계청의 건강수명은 유병기간 제외 기대여명(질병이나 사고로 인해 아프지 않은 기간)임.

자료: 1) '보건복지부·한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020). 보건복지부·한국보건사회연구원'에 정리된 통계를 정리하였음(원자료: World Health Statistics 2009(2007년 통계).

2) 김혜련(2013). 우리나라 보건의료체계 어디에 와 있나?. 한국보건행정학회 후기학술대회 자료집(원자료:Salomon JA et al(2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet 2012)

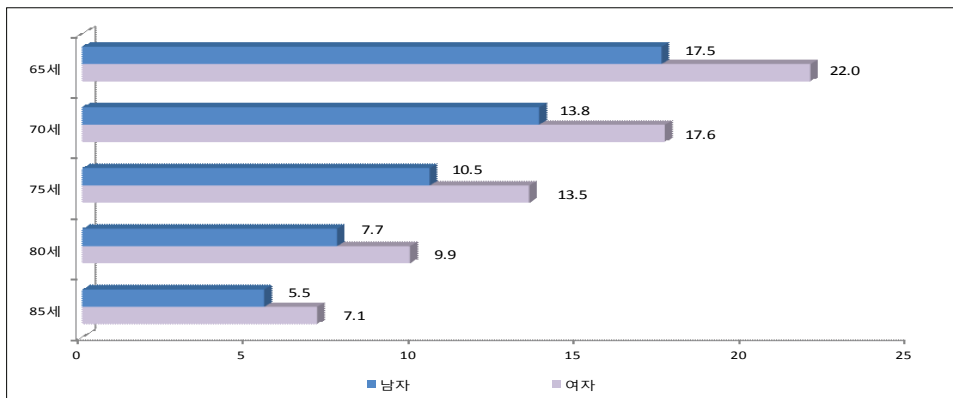
3) 통계청(2013.12). 2012년 생명표. 보도자료.

□ 연령별 기대여명

- 2012년 기준 65세 노인이 앞으로 더 생존할 것으로 예상되는 기대여명은 남자 17.5년, 여자 22.0년임.

〈그림 III- 17〉 성 및 연령별 기대여명(65세 이상, 2012년)

(단위: 년)



자료: 통계청(2013.12), 2012년 생명표.

2. 노인 건강수준 및 건강실천의 실태

□ 질병상태

- 노인의 88.5%는 만성질환이 있고, 만성질환이 2개 이상인 만성복합이환율은 68.3%, 3개 이상 비율도 44.3%임.
- 여자 만성복합이환율(77.6%)은 남자(56.1%) 보다 21.5%p 높음.

〈표 III-9〉 성별 노인의 본인인지 만성복합질환 유병률

(단위: %, 명)

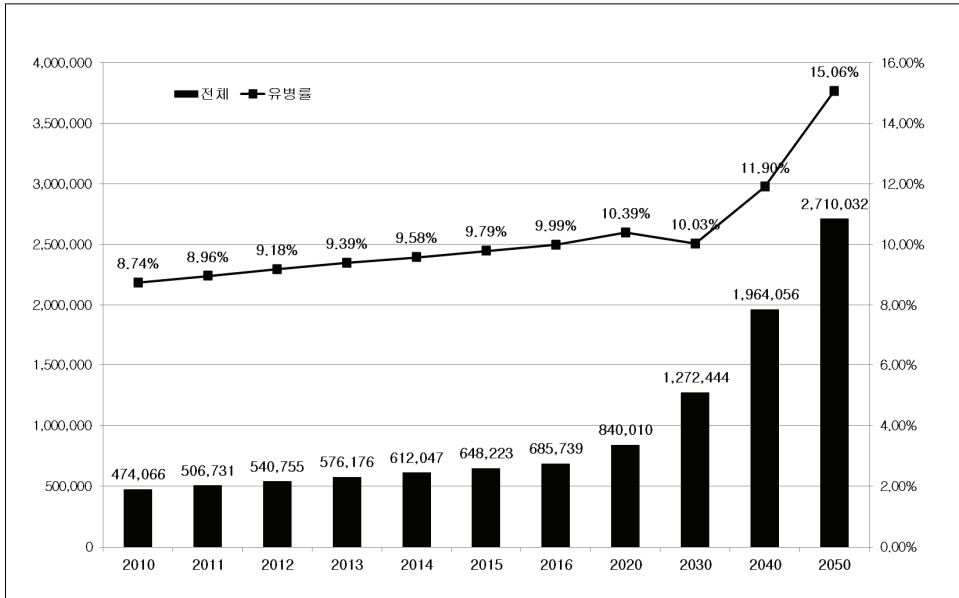
구분	만성복합질환 유병률			만성질환 1개	만성질환 없음	계	(명)	평균(개)
	소계	2개	3개 이상					
전체	68.3	24.0	44.3	20.3	11.5	100.0	(10,544)	2.5
남자	56.1	24.5	31.6	25.7	18.2	100.0	(4,548)	2.0
여자	77.6	23.6	54.0	16.1	6.3	100.0	(5,996)	2.9

주: 본인응답자 10,544명을 분석대상으로 함.

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 2013년도 65세 이상 노인 치매 유병률은 9.39%로 추정되었고, 2013년 장래 인구추계 65세 이상 인구수를 적용하면 치매노인수는 약 58만명으로 추정됨 (보건복지부, 2013).

〈그림 III-18〉 한국 노인(65세 이상)의 치매 유병률 및 치매 환자수 추이



자료: 1) 통계청(2011.12). 장래인구추계: 2010년~2060년.
 2) 보건복지부 보도자료(2013.5.3). 2012년 치매 유병률 조사 결과

□ 생활기능장애상태

- 7개의 기본적인 일상생활수행(ADL)에 도움이 필요한 노인이 7.2%이고, 1개 도움이 필요한 경우 3.1%, 2~3개 도움이 필요한 경우 2.0%이며, 4개 이상 도움이 필요한 상태는 2.0%임(정경희 외, 2012).
- 75세 이후 일상생활수행능력의 저하가 급격히 진행되어, 75~79세는 7.4%가 제한을 받고, 80~84세는 12.1%가 제한을 받음.

〈표 III- 10〉 연령별 노인의 일상생활수행능력(ADL) 제한율

(단위: %, 명)

구분	일상생활수행능력 제한율(부분 도움+완전 도움)								완전 자립	계	(명)
	소계	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개			
전체	7.2	3.1	1.3	0.7	0.5	0.3	0.5	0.7	92.8	100.0	(10,674)
65~69세	4.2	1.4	0.4	0.5	0.5	0.2	0.6	0.6	95.8	100.0	(3,179)
70~74세	4.9	2.8	0.8	0.2	0.2	0.1	0.2	0.6	95.1	100.0	(3,240)
75~79세	7.4	3.2	1.1	1.0	0.8	0.3	0.5	0.5	92.6	100.0	(2,413)
80~84세	12.1	5.3	3.1	0.8	0.7	0.6	0.8	0.8	87.9	100.0	(1,182)
85세 이상	24.1	8.8	6.5	2.1	0.8	1.4	1.2	3.3	75.9	100.0	(658)

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 10개의 수단적 일상생활수행능력 항목에 도움이 필요한 노인은 13.8%이고, 1~2개 도움이 필요한 비율은 4.9%, 3~4개는 2.9%, 5개 이상은 6.0%임.

〈표 III- 11〉 노인의 수단적 일상생활수행능력(IADL) 제한율

(단위: %, 명)

구분	수단적 일상생활수행능력 제한율(부분 도움+완전 도움)						완전자립	계	(명)
	소계	1~2개	3~4개	5~6개	7~8개	9~10개			
전체	13.8	4.9	2.9	2.6	1.2	2.3	86.2	100.0	(10,674)

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 노인의 일상생활수행능력을 종합하면, 노인의 7.7%는 수단적 일상생활수행능력(IADL)만 제한을 경험하고 있으며, 7.2%는 일상생활수행능력(ADL) 제한까지 경험함.

〈표 III- 12〉 노인(65세 이상)의 기능상태 제한 현황

(단위: %, 명)

구분	기능제한 없음	IADL만 제한	ADL도 제한 경험	계	(명)
전체	85.1	7.7	7.2	100.0	(10,666)

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 2012년 노인장기요양보험제도에 의한 장기요양서비스 또는 지자체의 노인돌봄 종합서비스를 이용한 노인의 공적 장기요양보호율은 6.1%임.

〈표 III- 13〉 노인의 공적 장기요양보호율

(단위: 천명, %)

구분	공적 장기요양서비스 이용자1)			65세 이상 노인 수2)	공적 장기요양 보호율
	전체	장기요양서비스	노인돌봄종합서비스		
2011년	324	293	31	5,656	5.7
2012년	359	322	37	5,890	6.1

자료: 1) 보건복지부 내부자료(2013). 장기요양서비스 이용자 현황
 2) 통계청(2011). 장래인구추계: 2010년~2060년.

□ 사망실태

- 사인별 사망률을 보면 2012년 65세 이상 노인의 사망원인 1위는 암(852.9명)이고, 2위는 뇌혈관질환(372.9명), 3위 심장질환(367.1명), 4위 폐렴(166.4명), 5위 당뇨병(163.0명)등의 순으로 나타남(통계청, 2013).
 - 연도별 사망원인 순위는 차이가 적으나, 2010년 이후 암, 뇌혈관질환의 사망률은 줄어들고 심장질환, 폐렴, 당뇨병의 사망률은 증가하는 경향임.

〈표 III- 14〉 사망원인 및 사망률(65세 이상, 2012년)

(단위: 인구 10만명당 명)

구분	1 위	2 위	3 위	4 위	5 위
2000년	암 (929.7)	뇌혈관질환 (785.3)	심장질환 (358.9)	당뇨병 (218.4)	만성하기도질환 (209.1)
2010년	암 (882.4)	뇌혈관질환 (409.4)	심장질환 (344.0)	당뇨병 (153.1)	폐렴 (127.6)
2011년	암 (847.8)	뇌혈관질환 (381.1)	심장질환 (361.2)	당뇨병 (155.4)	폐렴 (143.2)
2012년	암 (852.9)	뇌혈관질환 (372.9)	심장질환 (367.1)	폐렴 (166.4)	당뇨병 (163.0)

주: 만성하기도질환은 기관지염, 천식, 폐기종 등 만성적으로 호흡에 장애를 주는 폐질환의 총칭임
 자료: 통계청(2013.9). 2013 고령자 통계.

- 한국의 노인 자살률은 2010년 기준 인구 10만 명당 80.3명으로 OECD국가에서 가장 높은 수준을 보임(OECD, 2011).
 - 일본 27.9명, 스웨덴 16.8명, 프랑스 28.0명에 비하여 약 3배 정도 높음.

〈표 III- 15〉 연도 및 성별 노인 자살률(2010년 기준)

(단위: 명/인구 10만명 당)

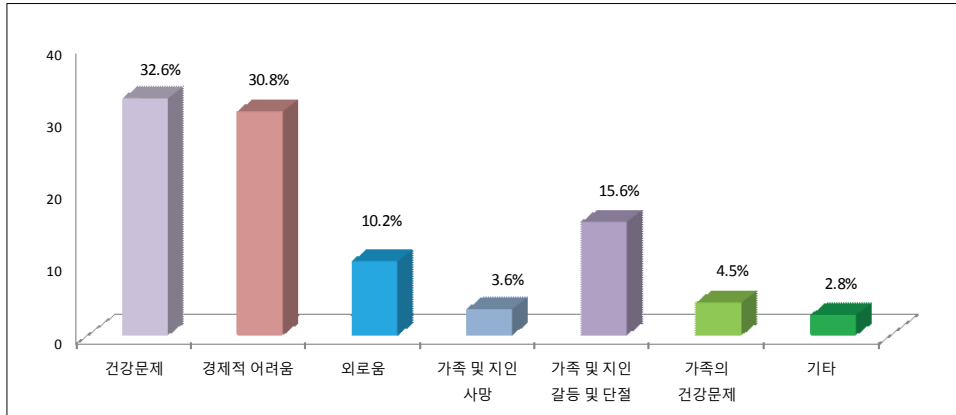
구분	한국				외국		
	2000년	2010년			일본	스웨덴	프랑스
		전체	남자	여자			
노인자살률 (65세 이상)	34.2	80.3	125.0	49.4	27.9	16.8	28.0
경제활동가능인구 (15~64세)	15.6	30.9	40.9	20.5	26.1	13.9	18.5
아동·청소년 (10~24세)	6.4	9.4	10.0	8.7	10.2	7.0	4.9

자료: 1) 구체적인 수치는 '진재현·고혜연(2013), OECD국가와 비교한 한국의 인구집단별 자살률 동향과 정책 제언. 보건복지포럼, 195, p.141~p.154'를 인용하였음(원자료: WHO의 Mortality Database와 OECD의 Stat)
 2) 정경희 외(2012). 한국 노인의 삶의 질 지표체계 개발 및 적용. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 60세 이후 자살을 생각해본 적이 있다고 응답한 노인은 11.2%임.
 - 자살을 생각한 주된 이유로는 건강문제가 32.6%로 가장 높고, 경제적 어려움 30.8%, 부부·자녀·친구 갈등 및 단절 15.6%임.

〈그림 III- 19〉 60세 이후 자살을 생각해 본 이유

(단위: %)



주: 60세 이후 자살생각을 해 본 응답자(1,181명)를 분석대상으로 함.

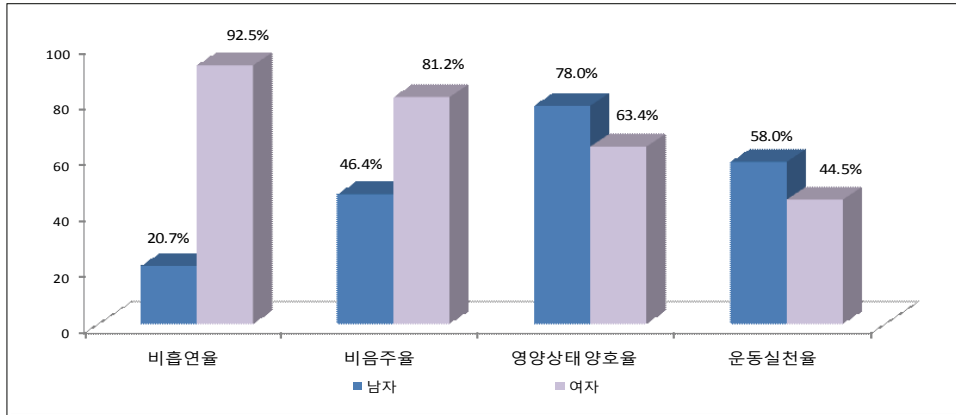
자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

□ 건강증진의 노력

- 여자노인의 비흡연율은 92.5%로 남자노인의 비흡연율 20.7%에 비하여 약 4배 정도 높음.
- 비음주율도 여자노인은 81.2%로 남자노인 46.4%에 비하여 약 2배 높음
- 영양상태가 양호한 비율은 남자노인은 78.0%인데 비하여, 여자노인은 63.4%로 약 15%p 낮음.
- 운동실천율은 남자노인이 58.0%인데 비하여, 여자노인은 44.5%로 남자보다 운동실천율이 13.5% 낮음.

〈그림 III- 20〉 성별 노인의 건강생활 실천율

(단위: %)



주: 본인응답자 10,544명을 분석대상으로 함.

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

□ 일반건강검진 및 암검진 수검률

- 2011년도 건강검진대상 노인인구 중 수검자 비율은 전체 노인의 61.8%임(국민건강보험공단, 2012).

〈표 III- 16〉 건강보험 적용 노인인구의 일반건강검진 및 암검진 수검률

(단위: 명, %)

구분	2011년 일반건강검진(1차) 실적			2011년 건강검진사업의 암검진 실적		
	대상 인원	수검 인원	건강검진 수검률	대상 인원	수검 인원	암검진 수검률
전체	2,103,710	1,299,205	61.8	2,746,517	1,423,013	51.8
65~69세	431,876	333,237	77.2	825,593	523,156	63.4
70~74세	872,852	594,159	68.1	979,290	566,340	57.8
75~79세	389,564	226,827	58.2	446,775	213,762	47.8
80~84세	280,210	114,366	40.8	333,008	98,569	29.6
85세 이상	129,208	30,616	23.7	161,851	21,186	13.1

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년 건강검진통계연보.

- 2011년 암검진대상 노인인구 중 암(위, 간, 대장, 유방, 자궁 경부암 등) 검진을 받은 비율은 전체 노인의 51.8%임.
- 연령이 증가할수록 건강검진 수검률이 낮아짐.

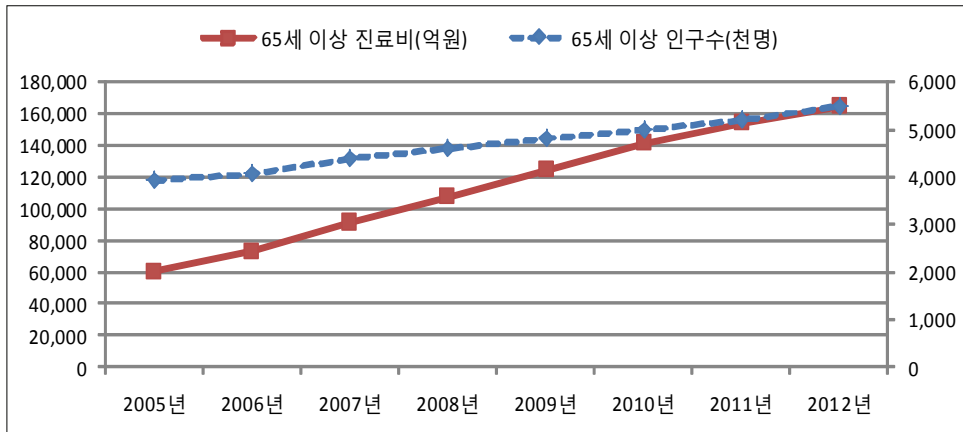
3. 노인 보건의료서비스 지출 규모의 실태

□ 노인의료비 지출증가 실태

- 노인인구 증가는 노인진료비 증가로 이어져 2012년 노인진료비는 16조 4,494 억원으로 2005년과 비교하면 2.7배 증가함.
- 65세 이상 진료비는 건강보험 총 진료비의 34.4% 차지함.

〈그림 III- 21〉 연도별 건강보험 노인진료비 추이

(단위: 억원, 천명)



65세 이상 진료비 비율(%)	24.4%	25.9%	28.2%	30.8%	31.6%	32.4%	33.3%	34.4%
------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

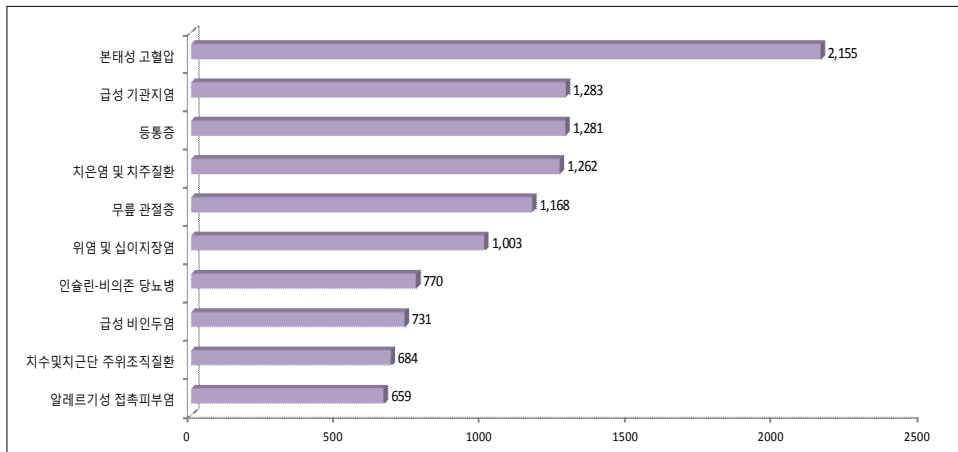
자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원 보도자료(2013.10.14). 2012년 건강보험통계연보 공동발간, 재판집.

□ 치료의 다빈도 상병실태

- 2011년도 노인의 다빈도 상병 순위는 1위가 본태성(일차성)고혈압으로 진료인원이 가장 많고, 그 다음이 급성 기관지염, 등통증, 치은염 및 치주질환, 무릎관절증 등의 순임.
- 중증질환으로 발전 가능한 고혈압, 당뇨병은 의료비 증가의 주요 요인임.

〈그림 III- 22〉 노인의 다빈도 상병 10순위

(단위: 천명)



자료: 1) 국민건강보험공단 내부자료(2013). 2011년 건강보험통계 재분석.
 2) <http://www.activebb.kr/issue/boardList.do?ctg1=M0045> 재편집.

□ 장기요양 보험급여비 지출 규모

- 2012년도 노인 장기요양 보험급여 지출 규모는 건강보험 급여비 지출 규모의 약 7.3%임.
- 향후 장기요양서비스 수급대상자의 확대 등으로 지출 규모는 더 증가할 것임.

〈표 Ⅲ- 17〉 장기요양 및 건강보험 보험급여비 지출 비교

(단위: 백만원)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
장기요양 지출(A)	431,414	1,746,732	2,415,263	2,602,664	2,732,833
건강보험 지출(B)	26,654,305	30,040,871	33,749,303	35,830,249	37,581,294
(A)/(B) (%)	1.62	5.81	7.16	7.26	7.27

자료: 1) 국민건강보험공단·건강보험심사평가원(2013). 2012년 건강보험통계연보.
2) 국민건강보험공단(2013). 2012년 노인장기요양보험통계연보.

4. 노인건강을 위한 정책추진방안

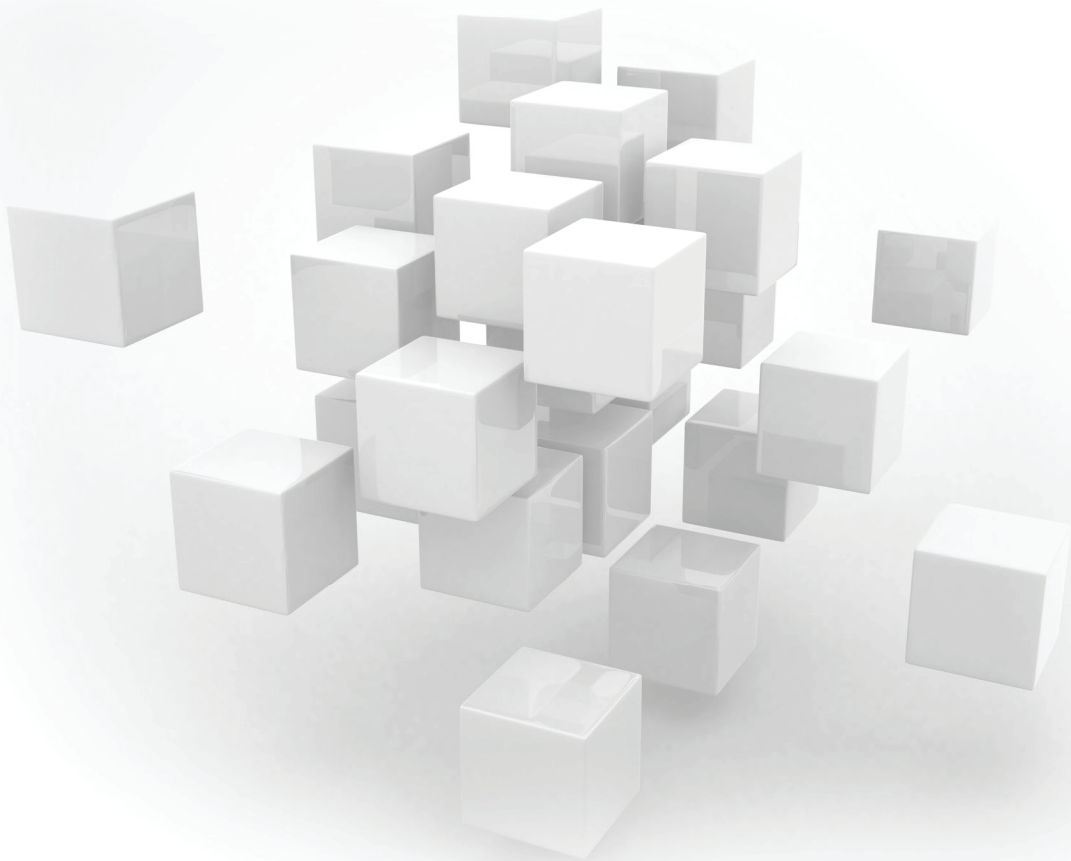
- 금연, 절주, 영양 균형, 규칙적 신체활동 등 스스로 건강한 생활습관을 실천하는 일차예방 차원의 건강관리가 필요함.
 - 건강한 노인의 경우 건강생활습관의 형성 및 적극적인 사회활동을 통해서 신체적·정신적·사회적 건강상태 유지
- 노인의 건강과 기능상태에 알맞은 건강검진을 실시하여 수검률을 증가시키고, 검진 사후관리가 지속적으로 이루어지는 사전예방 및 조기발견을 강화함.
 - 인지기능의 저하, 일상생활수행을 위한 기능상태, 허약, 하지 및 상지 기능, 낙상, 사회활동 등 건강한 노화 등을 평가할 수 있는 적절하고 타당한 선별검사가 필요
- 만성질환에 대한 자기건강관리 능력의 향상과 지속적·체계적 질환관리를 강화함.
 - 개인별 맞춤형 건강관리서비스를 통한 만성질환 합병증 예방
 - '의원급 만성질환관리제'의 참여 활성화
 - 스트레스 및 우울증 관리 등 정신건강에 대한 적극적 개입

- 연령 증가에 따라 신체적·정신적 기능이 급격히 저하되지 않도록 지역사회중심의 장기요양 예방사업 활성화가 요구됨.
 - 기능 저하 노인을 대상으로 한 특정 건강증진 프로그램 개발 및 지원이 필요

- 사전 예방의료서비스 및 건강관리서비스 제공 등 노인 건강수준 향상을 위한 예방적 건강 정책의 강화

IV

미래전략정책



국제회계기준에 따른 공적연금 연금부채 산정방식 검토

부연구위원 신화연



[요약]

- 국제기준(2001 GFS)을 적용한 「국가재정법」 부칙에 따라 2011년부터 공무원연금과 군인연금 총당부채를 매년 산출하도록 규정하고 있음. 이에 따라 국민연금 등 공적연금부채에 대한 관심이 높아지고 있음.
 - 공무원연금과 군인연금에 대한 연금부채는 산출은 하되 공식적인 국가부채에는 포함하지 않음.
 - 2011년 기준 공무원연금과 군인연금 총당부채는 342조원(GDP 대비 29%)으로 국가재무제표상 부채의 44%를 차지하고 있어 국가재정에 미치는 영향이 매우 크다고 볼 수 있음.

- 국민연금의 경우 국제기준(2001 GFS 4.34)과 선진국 사례에 따라 공식적인 국가부채에는 포함하지 않고 있으나, 국민연금부채 산출에 대해서도 지속적으로 관심이 제기됨.
 - 세대간 부양과 소득재분배 기능을 반영하고 있는 공적연금제도에 수자상등원칙에 의한 기업연금부채 산정방식을 그대로 적용하기에는 한계가 있음.
 - 국가가 운영하는 공적연금제도가 영구적으로 지속될 것으로 전제로 연금부채의 개념과 산정방식을 검토하고 산출된 연금부채를 어떻게 해석할 것인가에 대해 검토할 필요가 있음.

1. 검토 배경

- 최근 국제기준(2001 GFS; Government Finance Statistics)에 따라 발생주의 회계원칙을 반영해 국가재정통계를 개편하면서 공무원연금과 군인연금의 총당부채를 산출하도록 함.
 - 2011 회계연도부터 매년 공무원연금과 군인연금의 총당부채를 산출하고 있으나, 공식적인 국가부채에는 제외

- 국민연금과 공무원연금, 사학연금 등의 공적연금 부채산정에 있어서 기업연금과 개인연금에 비해 이론적, 실무적으로 방법론이 정리되지 않은 상태
 - 국가에서 운영하는 공적연금은 보험료와 급여수준이 수리적으로 결정되는 것이 아니라 정책적으로 결정되고 영구적으로 유지될 것으로 가정
 - 국민연금의 경우 소득재분배 및 세대간 부양에 기초하여 기여와 급여간 관계가 개인연금과 기업연금에 비해 연계성이 낮으므로 수지상등원칙을 적용하여 연금부채를 산정하는데 한계가 있음.

- 국민연금 재정방식과 제도개선방향을 검토할 경우 기존의 잠재부채를 산정하고 평가기준을 마련할 필요가 있음.
 - 인구고령화, 세계경제위기 등 제도외적 요인과 저부담·고급여 등 제도내 문제 등을 내포하고 있는 국민연금 재정평가시 자산규모 뿐 아니라 연금부채를 함께 반영할 필요가 있음.

- 본고에서는 공적연금부채 산정방식에 대해 국제회계기준과 기업연금부채와 비교분석하고 해외사례를 살펴봄으로서 시사점 도출

2. 최근 국제기준에 따른 공무원연금과 군인연금 총당부채 산출

- 「국가재정법」 부칙 제2조제2항에 의해 2011 회계연도 결산부터 발생주의 회계기준에 따라 자산과 부채 등 국가재무제표를 국회에 제출하도록 함.
 - 2011 회계연도부터 기존 국가채무와 국가재무제표상 각각의 기준으로 국가채무 산출
 - 국가재정운용계획 수립시 활용하는 기존 국가채무는 중앙정부와 지방정부를 포함하여 421조원
 - 국가재무제표상 자산과 부채비율 등 재정상태를 파악하기 위해 공무원연금과 군인연금 총당부채를 반영한 채무는 774조원
 - IMF 등 국제기구에서 국가간 재정건전성 비교시 적용하고 있는 국제기준(2001 GFS)에 따라, 중앙정부와 지방정부 뿐 아니라 비영리공공기관을 포함한 국가채무는 469조원
 - 발생주의 회계원칙에 의한 국가재무제표의 부채에는 「국가재정법」 제91조의 국가채무 이외에, 공무원연금과 군인연금의 총당부채가 포함된다고 볼 수 있음.
 - 2012년 12월 24일 국회에 제출한 2011년 국가재무제표에서 부채는 774조원으로, 이 중 공무원연금과 군인연금의 총당부채는 342조원(GDP 대비 29%)으로 산출되었음.

〈표 IV-1〉 기존 국가채무와 국가재무제표의 부채 비교

구분	기존 국가채무 (현금주의에 의한 1986 GFS 기준)	국가재무제표의 부채
법령	국가재정법(제91조)	국가회계법(제14조)
국채	○	○
차입금	○	○
공채	○ (단 공공기관 관리기금 공채는 제외)	○
총당부채 (공무원연금, 군인연금)	×	○
기타 부채항목 (예수금, 미지급금 등)	×	○
국민연금기금 보유국채 등	○	×

□ 국제기준에 의하면 공무원연금과 군인연금의 총당부채는 국가부채에 포함될 수 있다고 규정하고 있으나(2001 GFS 4.35), 정부에서는 해외사례를 들어 공식적인 국가부채에서는 제외하고 있음.

- 2011년 1월 발생주의 등 국제기준과 선진국 사례를 참조하여 재정통계 개편방안을 발표한 바 있음.

* 개편안 논의당시에도 논란이 되었던 공적연금의 총당부채는 국제기준의 규정에 부합하지는 않으나, 공식적인 국가부채에서는 제외하고 국가재무제표에 공시하기로 하였음.

- OECD 국가 중 호주, 뉴질랜드, 아이슬란드 3개국만 특수직역연금 부채를 국가부채에 포함하고 있음.

- 국가재무제표 상 공적연금부채를 포함할 경우 예상하는 바와 같이 공적연금부채가 국가재정에 미치는 영향이 매우 크다고 볼 수 있음.

* 재정위기를 겪고 있는 유럽의 경우 퇴직자나 고령자에 대한 공적연금부채가 국가재정문제에서 큰 비중을 차지하고 있음.

- OECD에서는 공적연금제도에 대한 국가부채 반영여부 및 반영할 경우의 평가방식 등에 대해 2007년 ‘발생주의 심포지엄’에서 논의한 바 있음.
 - 공적연금은 연금대상자나 급여수준을 낮추는 등 개혁할 경우 가입자가 법적으로 정부에 소송을 제기할 권한이 주어지지 않고, 인구구조 및 경제여건 등 미래의 예측불가능한 변화를 현재 재정상태에 반영하기에는 한계가 있으므로 공식적인 국가부채에는 포함되지 않도록 해야 한다고 주장함.
 - 정부가 운영하는 공적연금제도에 대해 지급보장을 할 것이라는 측면에서 국가재정에 연금부채를 포함해야 한다는 의견도 제기

- IMF에서도 사회보장급여의 부채는 정부재정통계에 반영하지 않고 있음.
 - 현재 시점까지 발생한 수급권의 현재 가치를 추정하여 이를 부수적으로 기록할 필요는 있다고 규정하고 있음.

- 미국의 연방정부회계기준(SFFAS)에서는 연방정부공무원 연금에 대해서는 연금부채로 반영하고 있음.
 - OASDI 등 사회보장제도는 회계기준의 연금부채에는 반영하지 않고, 재무보고에서 기본 재무제표인 사회보험보고서 작성
 - 장기재정추계결과 및 연금부채산정을 위한 보험계리적 가정(할인율, 사망률, 임금상승률 등)에 대한 민감도 분석 포함

3. 기업연금회계에 의한 연금부채 산정방식

□ 기업연금회계에 의한 연금부채산출

- 퇴직연금부채를 산출하기 위해 기업연금회계에서 주로 적용하고 있는 평가방식은 평가시점을 기준으로,
 - 향후 발생할 급여수급권 반영여부, 향후 발생할 급여산정시 미래의 임금상승 반영여부, 급여수급후 물가상승률 등 급여연동 반영여부에 따라 평가방식 구분

〈표 IV-2〉 기업연금회계의 연금부채 산출방식

평가시점 기준	수급자	기존 가입자		
		향후 발생할 급여수급권 반영여부	향후 급여액 산정시 미래의 임금상승률 반영여부	향후 급여개시 후 계속연금액 연동 (물가상승률 등) 여부
VBO				
ABO				
PBO				
IBO				

자료: •VBO(Vested Projected Benefit): 평가시점에서 연금제도가 폐지된다는 가정 하에서 최소가입기간 조건을 만족하는 현재 발생한 수급권만 반영
 •ABO(Accumulated Projected Benefit): 평가시점에 이미 발생한 수급권 뿐 아니라 평가시점에서는 최소가입기간 등을 충족하지 못하여 수급권이 발생하지 않았으나 향후 연금수급시점에서 수급권 발생시 기존 가입기간만 반영하여 부채 산정(단, 향후 연금수급시점까지 임금인상분 등은 반영하지 않음.)
 •PBO(Projected Benefit Obligation): ABO와 마찬가지로 미래 발생할 수급권에 대한 기존 가입기간에 대한 부담분을 반영하여 부채 산출(단, 향후 임금상승분을 반영하여 미래 급여 산정)
 •IBO(Indexed Benefit Obligation): PBO와 마찬가지로 미래 발생할 수급권에 대한 급여산정시 임금상승분을 반영하여 부채를 산출하고, 제도상으로 계속 급여에 대해 물가상승 등 경제성장과 연동되도록 되어 있다면 이를 반영하여 부채 산정

- 퇴직연금부채는 VBO, ABO, PBO 방식을 일반적으로 적용
 - IBO 방식은 제도상으로 급여 지급 이후 연금액을 물가 또는 임금상승분에 연동되는 경우 이를 반영하여 부채산출
 - 2011 회계연도에 적용된 공무원연금과 군인연금의 총당부채는 ABO 방식으로 산출되었고, IBO 방식의 계속 급여액에 대한 물가연동부분만 반영하였음.
 - 2012년부터는 PBO방식을 적용하여 연금부채를 산출하고 계속 급여액에 대해서는 물가상승률에 따라 연동되는 부문 반영
- 연금부채 산정시 미래의 급여 또는 보험료 기여에 대한 현금흐름을 할인율을 통해 평가시점으로 현금화할 필요가 있음.
- 사망시까지 지급하는 연금의 특성상 장기간에 걸쳐서 지급되는 급여를 평가시점으로 현금화하기 때문에 할인율 가정에 따라 부채 규모가 크게 달라질 수 있음.
 - 할인율 가정은 주로 투자기대수익률과 무위험이자율 반영
 - 공적연금부채를 산출하고 있는 해외사례를 살펴보면 주로 자산형성에 반영되는 기대수익률과 동일한 할인율 적용
 - 우리나라 국민연금의 경우 연금부채를 자산규모와 비교하여 적립수준을 파악하여 재정상태를 점검하는 하나의 평가기준으로 활용하려면 자산평가와 동일한 기금투자수익률을 적용할 필요가 있음.
- 수지상등원칙에 의한 개인연금의 책임준비금이나 기업연금회계의 부채산출 방식을 공무원연금과 군인연금 및 국민연금에 그대로 적용하기에는 한계가 있음.
- 국제기구나 공적연금부채 산정방식에 대한 해외사례를 살펴봄으로서 공적연금의 특수성을 반영할 수 있는 연금부채 산정방식 검토

4. 공적연금 부채산정방식에 대한 해외사례: 캐나다 CPP, 미국 OASDI, 일본 후생연금

- 캐나다 CPP의 경우 3년마다 시행하는 재정계산결과¹⁾ 발표시 연금부채 산출
 - 캐나다 CPP의 경우 2006년 23차 재정계산²⁾까지는 기발생주의 평가방식에 따라 현재 가입자와 수급자만을 대상으로 연금부채(2005년말 기준)를 산출하여 재정수지상태를 점검하였음.
 - 2010년 발표된 25차 재정계산에서는 현재 가입자 뿐 아니라 미래 가입자에 대한 급여를 반영한 연금부채 평가가 추가되어 기발생주의와 미래발생주의 2가지 방식으로 (미적립)부채 산출
 - 캐나다 CPP는 1998년 법개정을 통해 부과방식에서 적립방식으로 전환하는 과정 중에 있음.
 - 현재 완전적립방식이 아닌 부분적립방식으로 운영됨에 따라 평가시점별 연금부채 규모와 현행 보험료율 유지시 적립률 변화추이를 살펴볼 목적으로 연금부채 산출
 - 2010년 발표된 25차 재정계산보고서에서는 2009년말 기준과 2019년말 2가지 평가시점별로 기발생주의와 미래발생주의 연금부채 산정
 - * 2006년 23차 재정계산에서는 2007년~2050년 까지 매년 연도말 기준으로 연금부채 규모 산출
 - 연금부채 산출시 할인율은 기금투자수익률 적용
 - * 23차 재정계산까지 할인율에 대해 3가지 가정별로 연금부채를 산정하였으나, 25차 재정계산에서는 할인율에 대한 민감도분석 결과 미발표

1) Office of the Superintendent of Financial Institutions Canada(2010). Actuarial Report (25th) on the Canada Pension Plan. http://www.osfi-bsif.gc.ca/app/DocRepository/1/eng/oca/reports/ CPP/cpp25_e.pdf

2) Office of the Superintendent of Financial Institutions Canada(2007). Actuarial Report (23th) on the Canada Pension Plan.

- 미국 OASDI³⁾는 Board of Trustees에서 매년 재정평가결과를 발표하고 있는데 연금부채는 2001년부터 매년 산출
 - 연금제도가 영구적으로 지속가능하다는 가정하에서 부과방식으로 운영되는 미국 OASDI 제도의 특성상 ‘특정 세대’가 아닌 ‘기간’을 중심으로 현금흐름 위주로 평가
 - 매년 재정평가에 반영하는 인구 및 경제변수 가정에 따라 부채규모가 달라지고 있는데, 최근 연금부채 규모가 증가하는 것으로 나타남.
 - 연금부채 평가기간동안(75년 또는 무한대) 부채를 산정하고 장기적으로 평가기간동안 수지상등을 위한 필요(부과방식) 보험료율 제시에 목적이 있음.
 - 향후 현금흐름을 반영하여 평가시점으로 현가화한 연금부채를 발표하기는 하나, 매년 재정평가를 통한 보험료율 산정시 부채규모를 직접적으로 반영하기 보다는 하나의 부수적 평가지표(장기간(영구적) 제도를 유지한다는 가정하에 수지상등 보험료율) 제시를 위해 연금부채를 활용하고 있음.
 - 연금부채 산출시 할인율은 기금투자수익률 적용

- 일본의 후생연금은 5년마다 시행하는 재정계산 보고서⁴⁾에서 ‘부채’ 대신 ‘이중부담액’이라는 표현으로 명시하고 있음.
 - 1999년 보고서에서 처음 산출하였고 2004년에도 이중부담액을 산출하여 제시하였음.
 - ‘이중부담액’의 의미는 후생연금제도가 적립방식으로 전환될 경우 현재까지의 미적립부채 뿐 아니라 미래의 보험료 부담분도 함께 고려한다는 측면에서 사용하고 있음.
 - * 현재의 후생연금제도는 적립방식이 아니므로 미적립 부채로 표현하기에는 한계가 있음.
 - 연금부채 산출시 할인율은 기금투자수익률 적용

3) the Board of Trustees of the Federal OASDI Trust Funds(2012). 2012 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal OASDI Trust Funds. <http://www.ssa.gov/OACT/TR/2012/index.html>

4) 후생노동성 연금국(2005). 후생연금·국민연금 평년 16년 재정재계산 결과. 후생노동성 연금국(2010). 후생연금·국민연금 평년 21년 재정검증 결과. <http://www.mhlw.go.jp/>

5. 정책 제언

- 최근 국제기준을 적용하여 공무원연금과 군인연금에 대한 총당부채를 매년 산출하도록 규정함에 따라 국민연금 연금부채 산출에 대해서도 관심이 높아지고 있는 상황임.
 - 2011년도 기준으로 공무원연금과 군인연금 총당부채를 산출하였으나 공식적인 국가부채에는 포함하지 않고 있음.
 - 국민연금의 경우 국가재정상태를 나타내는 회계결산에 반영하기 보다는 연금제도의 특성에 맞게 연금부채의 범위 및 평가방식, 산출기간 등을 정하여 재무건전성 차원에서 별도의 부속 보고서(또는 부록)에서 매년 산출하는 방식을 검토할 필요가 있음.
 - 국민연금부채에 대해서는 우선적으로 연금부채에 대한 명확한 개념과 산정방식을 정립한 이후에 연금부채를 산출하고 그 결과를 평가해야 할 것임.
 - 공적연금인 국민연금제도의 경우 세대간 부양을 일정부분 반영한 재정방식으로 운영되고 있고 기업연금과 같이 기여와 급여의 관계가 밀접하게 연계되어 있는 것으로 볼 수 없음.
 - 국가에서 운영하는 국민연금제도는 영구적으로 지속될 것을 전제로 하므로 산출된 연금부채의 규모를 어떠한 방식으로 해석해야 할지는 보다 면밀하게 접근할 필요가 있음.
 - 또한 연금부채의 개념과 별도로 할인율, 평가시점, 평가대상 등 평가방식 자체에 대해서도 다양한 논란이 존재하므로 이에 대해서도 향후 연구가 필요함.