

인구 전략과 국가 미래 제⑤권

저출산 고령화와
삶의 질 Ⅱ

● 집필자(게재순)

신의철(가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 교수)

박종연(연세대학교 보건정책 및 관리연구소 객원연구원)

이은환(가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실)

차승현(한국의료지원재단)

김현아(한국건설산업연구원 연구위원)

옥동석(인천대학교 무역학과 교수)

인구 전략과 국가 미래 제⑤권
저출산 고령화의 삶의 질 II

© 한국보건사회연구원, 2011

초판 1쇄 인쇄 | 2011년 12월 05일

초판 1쇄 발행 | 2011년 12월 10일

발행인 | 김용하

발행처 | 한국보건사회연구원

주 소 | 122-705 서울특별시 은평구 진흥로 235

전 화 | 대표전화 02-380-8000

F A X | 02-385-8106

등록번호 | 1994년 7월 1일(제8-142호)

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

ISBN 978-89-8187-861-0 (전7권)

978-89-8187-867-2 93330

* 잘못된 책은 구입하신 서점에서 바꿔드립니다.

* 책값은 뒤표지에 있습니다.

표지 삽입

국가 인구 전략과 지속가능한 미래

저출산 고령화라는 고속열차가 빠른 속도로 나아가고 있지만 기차에 타고 있는 우리는 별로 실감하지 못하고 있다. 이런 와중에 인구에 대한 불확실한 주장으로, 경제사회적 불안만 증폭시키고 있다. 조만간에 인구의 감소로 인해 노동력 부족이 발생하여 큰일 날 듯한 주장은 청년실업, 낮은 여성고용률, 중·고령층 일자리 부족 등 시장 현실과 배치됨에도 불구하고 정확한 근거 없는 주장들이 난무하고 있다. 더욱 심각한 것은 인구의 감소를 불가항력적 사안으로 수용하고 저출산 대책 혹은 미래를 위한 투자 무용론이 대두되기도 한다.

그러나 인구 증가의 지속가능성에 대한 전제 없이는 대한민국의 미래 경제 사회 전망은 사상누각에 불과하다. 단순한 아이 더 낳거나 노인복지 대책이 아닌, 국가 전략적 차원에서 새로운 인구 대책이 필요한 시점이다. 적어도 50년을 내다보면서 기간별·부문별 인

구 분석을 통하여 인구 미스매치를 찾아내고, 단기·중기·장기 전략의 인구 대책 포트폴리오를 구성하여 구체적인 대응 방안을 제시해야 한다. 다시 말해 인구 변동 리스크를 통제할 수 있는 NEW 국가 인구정책을 개발해 선진 일류국가 건설을 위한 미래 비전의 밑그림을 그려나가야 하는 것이다.

성공한 미래는 아팠던 과거도 긍정적으로 만든다. NEW 국가 인구 전략이 실현된다면 우리나라는 저출산·고령화로 미래가 불안한 국가가 아니라, 지금부터 저출산 Trap에서 성공적으로 탈피하면 인구 모범 국가로 전환 가능하게 된다. 1970년대의 산아제한정책을 비판한 사람도 있지만, 그때의 정책이 실패하였다면 현재의 인구는 7000만 명을 넘는 국가로 변하여 한반도 남쪽의 10만km² 국토에는 너무 많은 인구가 힘들어졌을지도 모른다. 인구 규모가 단순히 크다고 좋은 것이 아니라 국토 면적, 에너지, 부족 자원, 수자원, 식량 수급 여건 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

호주와 캐나다는 거대 국토 면적과 자원을 보유한 국가임에도 2000만~3000만 명 선의 인구 유지 전략을 가지고 총량인구를 통제하고 있다.

미국은 세계 초강대국으로서 인구 규모 확대 유지 전략을 추진하고 있으나, 백인 인구에서 히스패닉 및 흑인 인구로 인구 구성이 교체되고 있다.

중국·인도는 거대 인구 국가로 급성장하고 있으나 지구적 차원의 자원 부족 시대에 성장의 지속가능성은 불확실하다.

브라질·인도네시아는 인구가 증가하고 성장 잠재력이 있는 국가로 평가받고 있는데, 그 전제에는 광대한 국토와 풍부한 자원이 전제되고 있다.

프랑스·영국·스웨덴은 저출산·고령화를 극복할 수 있는 인구 유지정책이 성과를 보고 있다.

일본은 저출산·고령화로 세계 최고령 국가로 성장 잠재력이 상실되고 있다.

우리나라가 현재의 인구 트렌드를 유지할 경우 일본과 같은 유형의 국가로 전락할 우려가 크다. 한국은 일본의 성장 모델을 벤치마킹하여 경제적 번영을 달성하였으나, 이제는 일본 모델을 극복할 수 있는 새로운 패러다임을 모색할 시점이다. NEW 국가 인구 전략의 수립과 실천 전략을 통하여 지속가능한 한국형 발전 모델을 발전시켜야 한다.

기술 발전으로 국가를 선도할 수 있으나 끊임없는 혁신은 인류 역사적으로 불가능하고, 후진국에 의한 ‘Catch up’ 가능성은 상존한다. 중요한 것은 ‘인구수(人口數)’가 아니라 인구구성(人口構成)이다. 인구 고령화에도 경제활동참가율만 높이면 극복 가능하다는 논리가 있지만 고령화로 성장 잠재력의 잠식은 불가피하다. 저출산 현상을 성공적으로 극복한 영국·프랑스·스웨덴 등은 현재는 우리나라보다 고령화율이 높지만, 2050년에 이르면 25% 내외의 노인인구비율이 유지 가능하다. 반면 한국은 38% 수준으로 월등히 올라간다.

평균수명 연장에 따른 인구 고령화는 불가피하지만 저출산에 의

한 노인인구비율이 40%에 가까운 상황에서는 국가 경쟁력 유지가 불가능하다. 인구가 유지 가능한 합계출산율인 2.1 수준이 언젠가는 되어야 인구 고령화는 일정 수준으로 하향될 수 있다.

출산율이 2.1이 된다 하여도 한국 인구는 장기적으로 4300만 명 선으로 수렴될 것으로 전망된다. 4300만 명은 고도 성장기인 1989년의 인구 규모로서 충분히 수용 가능한 대안이 될 수 있다. 인구 정책에 성공한 국가 사례를 보면 합계출산율을 단기적으로 올리기는 어렵지만 장기간 연차적으로는 상향시킬 수 있다.

출생아 수를 지금 현재의 수준인 45만 명 내외를 유지하도록 하는 것은 가임여성 수의 감소분만큼 출산율을 높이면 충분히 달성 가능하다. 이렇게 되면 노인인구비율도 지금의 40%선에서 25% 수준으로 점차 하향 수렴하게 될 수 있다. 인구구성도 역피라미드형에서 장방형 구조로 전환하게 될 것이다(현재의 스웨덴·프랑스 등이 이런 구조를 가지고 있다).

우리 연구원의 인구 전망에 따르면 2020년을 기점으로 인구가 감소되는 국면으로 전환될 것으로 보인다. 핵심 노동력 인구는 2016년경부터 감소하지만, 2030년대까지는 노동력 부족 현상이 심화되지 않을 것으로 전망된다. 이는 현재 노동력 절감형 기술 발전이 계속되고 있고 한국의 경우 청년, 여성, 중·고령층 등의 유후 노동력 buffer가 존재하기 때문이다.

청년고용이 늘어남에 따라 청년실업 문제 해결 가능성이 존재한다. 여성 취업 활성화로 선진국형 여성고용률도 높아지는 추세다. 고령자 근로 참여 의욕이 높아 선진국형 근로 동기 부진 문제가

아직은 현재화되지 않고 있다.

그러나 2030년대 이후 청년·여성·고령자의 고용률이 선진국 수준에 이르면 국내 인구를 통한 수급 조절은 한계에 부딪히게 된다. 외국인 인력 유입의 필요성이 본격적으로 발생하게 될 것이다. 2030~2040년대에는 외국인 노동자의 도입, 개방적인 이민정책 등을 통하여 일정 기간 노동력 부족 문제를 해결할 수 있을 것이다. 북한 인력의 경우, 좁게는 외국인 인력 활용 차원에서 접근 가능하고, 넓게는 남북한 경제 통합 차원에 더 큰 경제 공동체도 구상할 수 있다.

2050년대 이후는 궁극적으로 출산력이 회복된 건전한 한국 인구 구조를 기반으로 안정된 인구 규모를 유지하면서 지속가능한 경제 사회 발전을 도모하는 State로 Soft landing하여야 한다. 이를 위해서는 향후 40년 동안 실현 가능한 출산율 제고 정책을 수립하여 구체적으로 실행하여 나가야 할 것이다.

이를 위해서 2011년 현재부터는 출산율 제고를 위하여 꾸준한 투자를 해야 하며, 이는 궁극적으로 출산율 저하로 맞이하게 될 고령화 비용에 비하면 훨씬 더 저비용이 소요되는 미래 투자 정책임을 인식하는 것이 중요하다.

출산율을 높이기 위해서는 선제적 투자가 필요하다. 저출산율 극복한 프랑스와 스웨덴과 같이 GDP의 3% 내외를 투입하는 양적인 정책은 현실적으로 한계가 있으나 최소한 이웃 나라인 일본 수준 GDP의 1.3% 수준까지는 연차적으로 높일 필요가 있다(현재 0.6%).

국가 인구 전략을 위한 종합 연구는 제2차 저출산 고령사회 계획을 보완하는 차원에서 구상되었다. 크게 경제성장을 선도하는 인구 전략, 적정 인구 가능성 탐색, 저출산 고령사회와 삶의 질, 선진국의 인구 문제의 도전과 대응 등 4편으로 구성하고, 총괄 보고서를 포함하여 7권의 책으로 편집되었다.

본 책의 저술에 참여한 모든 연구진과 한국보건사회연구원의 이삼식 실장 등 저출산고령사회연구실 직원 여러분께 감사드립니다.

2011년 가을

한국보건사회연구원 원장 김 용 하

contents

004 발간사_ 국가 인구 전략과 지속가능한 미래 | 김용하

제13편 질병구조 Evolution | 신의철·박종연·이은환·차승현

014 제1장 연구의 배경과 목적

019 제2장 저출산·고령화와 보건의료의 관계

066 제3장 노령화에 따른 질병구조 실태 및 추이 분석

090 제4장 고령사회의 보건의료 정책과제와 방향

109 제5장 요약 및 제언

제14편 주택 수급 시나리오 | 김현아

128 제1장 연구의 배경과 목적

135 제2장 인구구조 변화에 따른 주거구조 및 부동산 수요 변화

165 제3장 우리나라 연령별 주거소비 특성과 부동산 자산 분석

196 제4장 선진국 사례가 주는 교훈과 시사점

252 제5장 저출산·고령화에 따른 부동산 및 주거부문의 전망과 과제

제15편 복지재정의 빛과 그림자 | 옥동석

- 270 제1장 경제정책과 재정운용 그리고 복지재정
- 276 제2장 재정총량 성과의 결정요인
- 286 제3장 복지재정의 조달방안: 개요
- 292 제4장 재정총량 및 조세정책 조정방안
- 316 제5장 재정총량내 분야별 재정배분 방안
- 352 제6장 분야내 재정사업 조정방안



제 13 편

질병구조 Evolution

연구책임자: 신의철(가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 교수)
공동연구원: 박종연(연세대학교 보건정책 및 관리연구소 객원연구원)
이은환(가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실)
차승현(한국의료지원재단)
연구보조원: 남욱(가톨릭대학교 의과대학)
노해준(가톨릭대학교 의과대학)

제1장

연구의 배경과 목적

인구의 고령화는 21세기 인류가 직면한 가장 중요한 문제 중 하나이며, 우리나라에서도 최근 출산율의 급속한 저하 및 고령화 문제에 대한 인식이 커지고 있다. 인구 고령화는 지금까지 인류가 겪어 보지 못한 가장 큰 변화이다. 현재 30세 미만인 세계 중위연령이 2050년에는 40세에 육박하게 될 것으로 전망된다. 이러한 고령화는 사망률의 저하와 출산율의 저하라는 인구학적 흐름의 결과이다. 특히 출산율은 여성 1인당 평생 출산율이 2.1명 정도로 유지될 때 인구규모의 현상 유지가 가능한데 많은 선진산업국가들에서는 이러한 인구대체율 이하로 떨어져 저출산의 문제를 야기하고 있다. 우리나라는 특히 출산율 저하 현상이 심각하여 이 대체율의 절반 수준에 불과한 실정이다. 여성들이 전반적으로 예전에 비해 자녀를 적게 낳고 가족 규모도 작아지고 있는 것이다.

저출산은 생산가능인구의 양적 감소에 따른 노동력 부족과 더불어 노동력 고령화가 심화시켜 노동생산성을 약화시키게 된다. 최근의 인

구추계에 의하면(통계청, 2006), 생산가능인구(15~64세)가 2016년을 정점(3,619만명)으로 감소하게 되는데, 생산가능인구 평균연령은 향후 10년 새 3세 이상 고령화될 것으로 예상된다. 저출산은 또한 젊은 세대의 노인부양부담 증가로 인한 세대 간 부담문제를 제기하게 될 것이다. 노년부양비가 급증하여 2005년에는 생산가능인구 7.9명당 노인 1명을 부양했지만, 2020년에는 4.6명이, 2050년에는 1.4명이 노인 1명을 부양해야 하기 때문이다. 뿐만 아니라 공적연금의 지출 본격화, 건강보험 지출 확대로 사회보장 재정부담 가중이 전망되기도 한다.

저출산을 야기하게 된 원인은 가족제도, 자녀양육과 관련된 사회 전반적인 변화이다. 우선 양육부담의 증가가 있는데, 부모들은 자녀 양육에 소요되는 경제적 부담을 가장 큰 어려움으로 지적하고 있다. 가족을 이루게 되는 기초인 결혼제도에 대한 사회적 인식과 자녀관의 변화도 주요 요인이다. 결혼남녀의 결혼관, 유배우 부인의 자녀필요성 등의 약화 등 가치관의 변화가 저출산을 불러오는 한 원인이 되고 있는 것이다. 고용여건의 불안정으로 저출산 문제가 심화되기도 한다. 25~34세의 청년층이 처한 불안정한 고용여건은 결혼과 출산의 연기로 이어져 저출산 문제를 더욱 심화시키는 요인으로 작용하고 있다. 경제적 불안정 심화는 교육기간 증가 등 다른 사회적 요인과 맞물려 초혼연령 상승과 25~29세 청년층의 미혼율이 증가하고 있으며, 여성의 초혼연령은 1995년에 25.4세에서 2000년에는 26.5세, 2005년에는 27.7세, 2010년 28.9세로 지속적으로 상승하고 있다. 이러한 현상을 가져온 배경에는 여성의 경제활동 활성화를 위한 일과 가정의 양립 환경이 미흡한 것도 하나의 원인으로 작용하였다. 여성경제활동 참가율은 증가 추세이지만 2007년 현재 54.8%로 OECD국가 평균

61.2%보다 낮은 수준이다.

저출산의 문제와 함께 환경과 영양상태, 의학기술 등의 발전으로 인한 기대수명의 연장은 인구 고령화의 직접적 원인이 되고 있다. 향후 65세 이상의 노인 인구, 특히 80대 이상의 후기고령인구가 급증하고 전체 인구 중 차지하는 비중이 커지면서, 사회 각 부문에 미치는 파장이 커질 것이다(폴 윌리스, 2001; 조지 매그너스, 2010). 즉 저출산과 연동되어 있는 인구의 고령화는 경제, 사회의 다양한 측면에서 영향을 미치는 핵심적 요인이 될 것으로 예상되고 있는 것이다.

인구의 고령화는 현실적으로 건강보험, 노인복지 등 사회보장제도 운영을 위한 재정지출을 증가시키고, 재정운영에 있어서도 큰 어려움을 초래하는 등(최준욱 외, 2003; 황규산·권승, 2005; 강병구, 2006; 김영범, 2007) 실질적인 사회경제적 부담요인으로 부상하고 있다. 특히, 이미 고령사회에 도달한 다른 선진국들의 경험과 비교하여 유례가 없이 급속하게 진행되고 있는 우리나라의 저출산 고령화 현상은 사회 전반적인 적응 또는 대비를 곤란하게 하는 수준의 출산을 저하 및 그와 연계된 노인인구 비중의 급속한 확대를 의미한다는 점에 문제의 심각성이 더욱 크다. 저출산 고령화가 인구의 연령구조는 물론 경제 활동인구 비중이나 노인부양문제 등 사회경제적 조건이나 정치적, 문화적, 제도적 요인들에 대한 파급효과를 통해 인구집단의 생활습관과 건강행태는 물론 질병구조와 사망률 및 사망원인을 변화시킬 것이다. 이 점에서 우리나라의 저출산 고령화 현상은 국민의 질병이환과 사망원인의 변화의 핵심적인 결정요인으로서 다른 부문보다도 보건의료 부문에 우선적이고도 직접적인 영향을 미칠 것이다.

질병구조에 미치는 영향 등 저출산 고령화로 인한 환경 변화는 또

한 국민의 질병관리와 건강보장제도의 측면에서 사회 전반적인 영향력이 매우 큰 요인이므로 보건의료 제도 개선이나 정책 대안 마련을 위해 그 실태 분석과 향후 변화 추이에 관한 실증적 근거를 확보하는 것이 시급한 과제로 대두되고 있다. 이러한 배경하에 본 연구에서는 저출산 고령화에 따라 국민의 삶의 질에 결정적 영향을 미칠 수 있는 건강상태의 주요 구성요소인 질병구조의 실태와 추이를 분석하여 현황과 문제점을 파악하고, 이에 따른 향후의 정책적 시사점을 도출하고자 한다. 본 연구의 내용은 크게 세 부분으로 구분할 수 있다.

첫째, 저출산 고령화 현상이 보건의료 부문에 미치는 영향에 관한 최근 우리나라의 출산력과 노령화 지표 추이에 관한 자료와 문헌들을 전반적으로 고찰하고자 한다. 이는 최근의 인구구조 변화 추이가 질병구조에 미치는 영향을 일반론적으로 살펴보는 것으로서 생애주기별 질병구조 비교 및 저출산 고령화가 질병구조에 미치는 영향에 대한 개괄적 고찰이다. 기존의 자료들을 통해 저출산 고령화 현상의 결과인 노인인구의 증가로 인한 우리나라 인구의 질병구조 변화 실태 및 관련 요인들을 파악할 수 있다. 이를 위해 암, 고혈압, 심뇌혈관 질환, 당뇨, 치매, 우울증 등 만성질환은 물론 노인의 낙상, 교통사고, 자살 등 주요 건강 관련 실태와 함께 노인의 건강행태와 의료이용 행태, 주요 사망원인에 관하여 종합 정리하였다.

둘째, 저출산 고령화에 따른 최근의 우리나라 국민의 질병구조 변화에 대하여 분석하였다. 건강보험 통계자료를 중심으로 주요 질병 최근 추이 분석 및 추계를 하였는데, 우선 노인성질환으로 주목되는 주요 질병들의 진료실인원과 인구 10만명당 치료유병률, 진료비 실태를 분석함으로써 최근의 저출산 고령화에 따른 질병구조 추이의 단

면을 살펴보았다. 이어서 향후 인구구조 변화에 따른 질병구조를 추계하기 위하여 건강보험 급여자료에 의한 최근의 주요 질병별 치료유병률, 진료비 추이를 향후의 인구구조 추계에 적용하여 각 질병군별 추이를 전망하였다.

셋째로 문헌 고찰과 기존 자료에 대한 검토, 질병구조 추이 분석 및 추계를 바탕으로 하여 저출산 고령화로 인한 질병구조 변화가 향후의 보건의료 부문에 시사하는 바를 살펴보았다. 이는 향후 출산력 변화 및 인구고령화 추이에 관하여 전망하고, 저출산 고령화로 인한 질병구조 변화가 국민의 삶의 질에 미치는 영향을 파악할 뿐만 아니라, 이러한 변화의 흐름에 대처하기 위한 정책 방향과 과제 도출의 기초를 제시하기 위한 것이다.

제2장

저출산 · 고령화와 보건의료의 관계

제1절 우리나라 인구의 출산율과 고령화 추이

우리나라는 2000년 65세 노인인구 비율이 7.2%에 달해 노령화사회에 진입했고, 2018년에는 전인구 중 노인이 14.3%를 점하게 되어 노령사회에 진입한 후, 2026년에는 노인인구 비중 20.0%로 초고령사회에 도달할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2005). 이러한 인구고령화는 1960년대 이후 산업화 과정에서의 인구학적 변천(demographic transition)의 진행과 병행되어 온 강력한 출산억제 정책의 결과이다. 우리나라의 출산력은 1960년대 초 6.0 수준에서 급격히 감소하여 1980년대 중반에 이미 인구 대체수준인 2.0 이하로 떨어진 이후 안정화되지 않고, 더욱 떨어져 세계 최저 수준의 낮은 출산율에 이르게 되었다. 2010년의 경우, 총 출생아수는 46만9천9백명으로 전년보다 2만5천1백명(5.6%) 증가하는 등 약간 회복되는 듯 하였지만(<표 2-1>), 전반적으로 우리나라의 인구는 저출산의 탓에 빠진 것으로 우려되고 있다.

〈표 2-1〉 최근 우리나라 인구의 출생아수 및 조출생률

(단위: 천명, %, 명, 인구천명당 명)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
출생아수	634.5	554.9	492.1	490.5	472.8	435.0	448.2	493.2	465.9	444.8	469.9	
전년 대비	증감	20.3	-79.6	-62.8	-1.6	-17.8	-37.7	13.1	45.0	-27.3	-21.0	25.1
	증감률	3.3	-12.5	-11.3	-0.3	-3.6	-8.0	3.0	10.0	-5.5	-4.5	5.6
일평균 출생아수	1,734	1,520	1,348	1,344	1,292	1,192	1,228	1,351	1,273	1,219	1,287	
조출생률	13.3	11.6	10.2	10.2	9.8	8.9	9.2	10.0	9.4	9.0	9.4	

* 자료 : 통계청

낮은 출산력의 영향은 노령화의 진행을 가속화하는 요인으로 작용하고 있는데, 2010년 현재 우리나라 65세 이상의 노인인구수는 536만 명으로 전체 인구의 11.0%를 차지하고 있으며, 2030년에는 20%를 넘는 초고령사회를 넘어 전인구의 약 1/4이 노인인구에 진입할 것으로 예견되고 있다. 2005년에 우리나라 인구의 9.1%인 438만3천명이 65세 이상 노인인구였는데, 2010년에는 전인구의 11.0%인 536만명, 2020년에는 15.7%인 782만1천명으로 노인인구가 그 율과 절대수에서 급증할 것으로 전망되고 있다. 특히 2050년경에는 전체 인구가 현재보다 크게 감소한 4,234만8천명인데 이중 37.3%에 달하는 1,579만3천명이 노인이 될 것이라는 장기추계까지 나와 있는 실정이다.

그런데 우리나라의 고령화 속도는 사상 유례가 없는 급격한 것인데, 이는 주요 국가들이 고령화사회에서 고령사회로 진입하는데 걸린 기간을 비교해 보면 알 수 있다. 프랑스는 115년, 미국은 71년, 빠르게 고령화사회에 진입한 일본도 24년이 걸리는데 반해 우리나라는 불과 18년만에 고령화사회에 진입하게 된 것이다. 선진국들은 고령화사회의

충격을 흡수할 사회 각 부문별로 대비할 여유를 가진 반면, 우리나라는 그러지 못한 상태에서 이미 고령화사회로 진입하였고, 또한 급속도로 진행되고 있는 고령사회를 준비하여야 한다는 어려움에 직면해 있다.

인구의 고령화 수준에 대한 지표의 하나로서 생산가능인구(15-64세) 100명에 대한 65세 이상 인구의 비로 표현되는 노년부양비는 2009년 현재 14.7로 10년 전(1999년) 9.6에 비해 5.1 증가하였다. 즉 2009년 기준으로 노인 1명을 부양하는데 소요되는 생산가능인구가 6.8명인 것이다. 또한 유소년인구(0~14세) 100명에 대한 65세 이상 인구의 비인 노령화지수는 2009년 현재 63.5로 10년 전(1999년) 32.3에 비해 31.2 증가하여 급속한 노령화 진행 실태를 보여 주고 있다. 2016년에는 노령화지수가 100.7로 고령인구가 유소년인구 초과할 것으로 예상된다. 다른 지수들과 비교하여 노령화지수의 상승 속도가 특히 빠른 것은 저출산 현상이 고령화 추이를 가속화하고 있기 때문이다.

노령화에 따라 우리나라 인구의 평균수명은 지속적으로 연장되고 있다. 남녀 전체인구의 출생시 기대수명은 2001년에 76.53세였는데, 매년 꾸준한 증가세를 보여 2009년에는 80.55세로 4년 연장되었다(<표 2-2>). 같은 기간 중 남자의 기대수명은 72.82세에서 76.99세로 4세 가량 증가하였고, 여자의 기대수명은 80.04세에서 83.77세로 증가하였다. 이러한 추세는 노인인구의 기대여명에 대해서도 마찬가지이다. 65세 인구의 기대여명은 2001년 16.83년이었는데, 2009년에는 19.62년으로 약 3년 늘어났고, 남자의 경우는 14.57년에서 17.05년으로, 여자의 경우는 18.43년에서 21.51년으로 늘어나 노후의 여생도 상당 기간 늘어나는 추세를 보이고 있다.

〈표 2-2〉 최근 우리나라 인구의 연령별 기대여명(2001~2009)

(단위: 년)

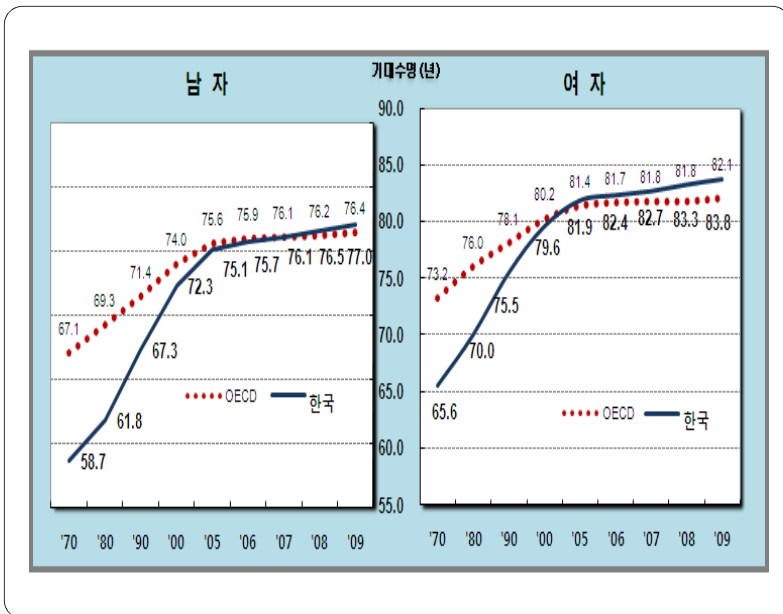
연령	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연령
	남녀전체									
0	76.53	77.02	77.44	78.04	78.63	79.18	79.56	80.08	80.55	0
60	20.72	21.03	21.32	21.77	22.21	22.53	22.87	23.32	23.80	60
65	16.83	17.11	17.35	17.75	18.15	18.41	18.72	19.15	19.62	65
70	13.23	13.48	13.69	14.04	14.39	14.59	14.87	15.25	15.70	70
75	10.06	10.24	10.42	10.71	11.00	11.13	11.39	11.75	12.14	75
80	7.45	7.59	7.71	7.92	8.14	8.19	8.40	8.69	9.06	80
85	5.45	5.52	5.60	5.78	5.94	5.94	6.03	6.29	6.59	85
90	4.00	4.03	4.10	4.24	4.36	4.36	4.32	4.56	4.76	90
95	3.01	2.99	3.08	3.19	3.30	3.32	3.13	3.39	3.47	95
100+	2.35	2.28	2.42	2.53	2.64	2.70	2.36	2.63	2.60	100+
	남자									
0	72.82	73.40	73.86	74.51	75.14	75.74	76.13	76.54	76.99	0
60	18.11	18.47	18.76	19.17	19.56	19.93	20.21	20.53	20.98	60
65	14.57	14.88	15.12	15.46	15.80	16.08	16.33	16.60	17.05	65
70	11.37	11.64	11.84	12.12	12.39	12.62	12.81	13.03	13.43	70
75	8.64	8.86	9.02	9.22	9.42	9.58	9.70	9.90	10.24	75
80	6.44	6.63	6.73	6.87	7.00	7.11	7.14	7.26	7.55	80
85	4.75	4.90	4.98	5.08	5.16	5.25	5.20	5.28	5.50	85
90	3.52	3.68	3.73	3.80	3.83	3.98	3.83	3.87	4.03	90
95	2.63	2.83	2.90	2.92	2.92	3.16	2.91	2.93	3.02	95
100+	2.00	2.26	2.37	2.34	2.32	2.69	2.35	2.35	2.35	100+
	여자									
0	80.04	80.45	80.81	81.35	81.89	82.36	82.73	83.29	83.77	0
60	22.75	23.06	23.33	23.83	24.32	24.60	25.00	25.52	26.02	60
65	18.43	18.72	18.96	19.43	19.90	20.13	20.52	21.02	21.51	65
70	14.41	14.66	14.87	15.29	15.70	15.89	16.26	16.72	17.19	70
75	10.86	11.05	11.21	11.56	11.91	12.01	12.36	12.78	13.22	75
80	7.92	8.08	8.18	8.45	8.72	8.73	9.02	9.35	9.77	80
85	5.71	5.82	5.84	6.06	6.28	6.22	6.38	6.64	6.98	85
90	4.15	4.22	4.21	4.37	4.53	4.49	4.48	4.68	4.95	90
95	3.15	3.21	3.13	3.26	3.39	3.40	3.18	3.36	3.55	95
100+	2.58	2.54	2.47	2.58	2.70	2.81	2.36	2.52	2.64	100+

* 자료: 통계청

우리나라 인구의 기대수명 수준을 OECD 회원국들의 기대수명(출생시 기대여명)과 비교해 보면, 우리나라 남자의 기대수명은 OECD 평균(76.4년)보다 0.6년이 높고, 여자는 OECD 평균(82.1년)보다 1.7년이 높다. 기대수명이 가장 높은 나라와 비교하면, 남자는 스위스(79.8년)보다 2.8년, 여자는 일본(86.1년)보다 2.3년이 낮은 수준이다(OECD Health Data, 2010). 남녀간 기대수명 차이는 6.8년으로 OECD 국가의 평균인 5.7년 보다 높으며, 프랑스, 일본, 핀란드, 슬로베니아와 유사한 수준이다.

[그림 2-1] OECD 국가 평균과 한국의 기대수명 추이

(단위 : 년)



〈표 2-3〉 OECD 국가별 기대수명

(단위: 년)

국 가	연도	평균*		남 자 (A)		여 자 (B)		차이(B-A)	
		기대수명	순위	기대수명	순위	기대수명	순위	차이	순위
일본	'08	82.7	1	79.3	4	86.1	1	6.8	6
스위스	'08	82.2	2	79.8	1	84.6	2	4.8	21
호주	'08	81.5	3	79.2	5	83.7	7	4.5	26
이탈리아	'07	81.5	3	78.7	7	84.2	5	5.5	14
스웨덴	'09	81.4	5	79.4	3	83.4	8	4.0	30
아이슬란드	'08	81.3	6	79.6	2	83.0	12	3.4	34
스페인	'08	81.2	7	78.0	13	84.3	4	6.3	11
프랑스	'09	81.2	7	77.8	14	84.5	3	6.7	9
이스라엘	'08	81.1	9	79.1	6	83.0	12	3.9	33
캐나다	'07	80.7	10	78.3	9	83.0	12	4.7	23
노르웨이	'08	80.7	10	78.3	9	83.0	12	4.7	23
룩셈부르크	'08	80.6	12	78.1	12	83.1	11	5.0	19
오스트리아	'08	80.6	13	77.8	14	83.3	9	5.5	14
뉴질랜드	'08	80.4	14	78.4	8	82.4	19	4.0	30
대한민국	'09	80.4	15	77.0	21	83.8	6	6.8	6
네덜란드	'09	80.3	16	78.3	9	82.3	21	4.0	30
독일	'08	80.2	17	77.6	16	82.7	16	5.1	17
그리스	'08	80.0	18	77.5	18	82.5	18	5.0	19
아일랜드	'08	79.9	19	77.5	18	82.3	21	4.8	21
핀란드	'08	79.9	19	76.5	22	83.3	9	6.8	6
벨기에	'07	79.9	21	77.1	20	82.6	17	5.5	14
영국	'07	79.7	22	77.6	16	81.8	25	4.2	29
포르투갈	'08	79.3	23	76.2	24	82.4	19	6.2	12
슬로베니아	'08	78.9	24	75.4	26	82.3	21	6.9	5
칠레	'09	78.8	25	75.7	25	81.9	24	6.2	12
덴마크	'08	78.8	25	76.5	22	81.0	26	4.5	26
미국	'07	77.9	27	75.3	27	80.4	28	5.1	17
체코	'08	77.3	28	74.1	28	80.5	27	6.4	10
폴란드	'08	75.7	29	71.3	31	80.0	29	8.7	2
멕시코	'09	75.3	30	72.9	29	77.6	33	4.7	23
슬로바키아	'08	74.8	31	70.9	32	78.7	31	7.8	4
에스토니아	'08	73.9	32	68.6	34	79.2	30	10.6	1
헝가리	'08	73.8	33	69.8	33	77.8	32	8.0	3
터키	'08	73.6	34	71.4	30	75.8	34	4.4	28
OECD평균		79.3		76.4		82.1		5.7	

* 주 1) 국가별 평균 기대수명은 남녀 기대수명의 단순 평균임

2) 국가의 배열 순서는 전체 기대수명 순서임

* 자료 : OECD(2010). OECD Health Data, 2010 : Statistics and indicators for 34 countries

그런데 이러한 노령화의 표면적인 지표들보다 더욱 심각한 문제는 노인을 65~74세(전기노인), 75~84세(중기노인), 85세 이상(후기노인)으로 보다 세분해 볼 경우, 전기노인보다는 중기와 후기로 갈수록 증가율이 높아서 보건의료 수요가 많은 후기 고령노인의 비중이 점점 증대한다는 점이다. 2010년 현재 65세 이상 노인인구 중 65~74세 연령군이 62.3%로 가장 높은 비율을 차지하고 있지만 향후 75~84세 연령군의 비율과 85세 이상 연령군의 인구가 증가하여 2050년에는 65~74세 연령군의 비율이 41.4%로 감소하고 75~84세 연령군의 비율이 37.7%로 증가할 것이며, 85세 이상 노인의 비율도 20.9%를 차지하여 중기와 후기노인의 비율이 58.6%에 이를 것으로 전망되고 있다<표 2-4>.

<표 2-4> 향후 우리나라의 노인인구수 추계

구분		2010년	2020년	2030년	2040년	2050년
노인인구수(만명)		536	770	1,181	1,504	1,616
연령대별 구성(%)	65~74세	62.3	58.3	60.2	49.3	41.4
	75~84세	30.7	31.7	29.3	37.6	37.7
	85세 이상	7.0	10.0	10.5	13.0	20.9

* 자료: 통계청, 전국장래인구추계, 2006.12.

제2절 노인의 건강상태와 의료

1. 건강행태

노인의 건강상태에 대한 주관적 평가를 보면, 2008년 65세 이상 인구의 경우 자신의 건강이 보통이하라는 응답이 80.4%로 전반적

으로 좋지 않은 것으로 평가하고 있다(<표 2-5>). 이는 2006년도 조사와 비교하여 건강이 좋다고 평가한 사람이 1.6%p 증가한 것임에도 불구하고, 노인의 주관적 건강상태의 경향을 보여주는 수치이다. 성별로는 남자(28.4%)가 여자(13.6%)보다 건강이 좋다고 생각하는 사람이 많았다. 이와 비교하여, 조만간 노인인구가 될 베이비붐세대의 건강특성에 관한 한 조사(한국보건사회연구원, 2010)에 의하면, 주관적 건강상태가 매우 좋다는 응답이 3.9%, 좋은 편이다 50.4%, 보통이다 34.7%, 나쁜 편이다 9.9%, 매우 나쁘다 1.1%로 노인들보다는 양호한 것을 알 수 있었다.

〈표 2-5〉 65세 이상 인구의 건강 평가

(단위: %)

	계	좋다	중간			나쁘다	나쁜 편이다	매우 나쁘다
			매우 좋다	좋은 편이다	보통이다			
2006	100.0	18.0	2.3	15.6	32.4	49.6	38.4	11.2
2008	100.0	19.6	2.3	17.3	31.7	48.7	40.0	8.7
남자	100.0	28.4	4.2	24.2	33.2	38.3	30.2	8.2
여자	100.0	13.6	1.0	12.5	30.7	55.8	46.7	9.0
65 ~ 69세	100.0	23.6	3.0	20.6	35.9	40.5	34.1	6.4
70 ~ 79세	100.0	18.2	2.1	16.2	29.9	51.8	42.8	9.0
80세 이상	100.0	13.2	1.4	11.8	26.5	60.3	46.5	13.8

* 자료 : 통계청, 「사회조사」, 각년도

노인의 건강관리행태를 보면, 2008년 65세 이상 인구의 건강관리는 2006년에 비해 건강관리 실천정도가 높아졌는데 특히 정기건강검진이 큰 폭(18.9%p)으로 증가하였다(<표 2-6>). 남녀 모두 아침식사하기, 적정수면에 대한 실천정도가 높고, 연령이 높을수록 건강관리에 관심이 많아 실천율이 높다.

<표 2-6> 65세 이상 인구의 건강관리

(단위 : %)

	계	아침식사하기		적정수면(6~8시간)		규칙적 운동		정기건강검진	
		실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다
2006	100.0	92.5	7.5	84.6	15.4	32.6	67.4	40.9	59.1
2008	100.0	95.5	4.5	86.2	13.8	33.2	66.8	59.8	40.2
남 자	100.0	95.5	4.5	88.7	11.3	39.2	60.8	64.0	36.0
여 자	100.0	95.5	4.5	84.5	15.5	29.1	70.9	56.9	43.1
65 ~ 69세	100.0	95.2	4.8	86.6	13.4	36.5	63.5	61.8	38.2
70 ~ 79세	100.0	95.5	4.5	85.6	14.4	33.0	67.0	61.4	38.6
80세 이상	100.0	96.5	3.5	86.9	13.1	24.5	75.5	48.2	51.8

* 자료 : 통계청, 「사회조사」, 각년도

향후 노인의 건강관리 행태를 전망하기 위해서는 베이비붐세대의 건강행위 특성을 살펴볼 필요가 있다. 한국보건사회연구원에서 최근 조사한 결과(베이비부머의 생활실태 및 복지욕구에 관한 조사) 중 건강상태 관련 부분을 살펴보면, 우선 흡연습관과 관련하여 전체적으로 담배를 피운 적이 없는 경우가 59.5%, 과거에 피웠으나 현재에는 피우지 않는 경우가 16.7%, 현재에도 담배를 피우고 있는 경우가 23.8%였는데, 베이비붐세대 간에도 교육수준, 결혼상태, 가구형태 및 가구

소득수준별로 흡연율의 차이를 보여주고 있다. 고학력 및 취업중인 세대에서 흡연율이 높은 것은 직장에서의 정신적 스트레스가 높다는 것을 시사해 주기도 한다. 음주습관과 관련해서는, 술을 마신 적이 없는 경우가 27.8%, 과거에는 마셨으나 현재는 마시지 않는 경우 9.4%, 현재에도 술을 마시고 있는 경우 62.8%였다. 약 63%가 현재에도 음주습관을 유지하고 있는데, 이는 흡연습관에 비하여 매우 높은 수준이고, 담배는 끊을지라도 술은 조금이라도 마시는 습관을 유지하고 있음을 알 수 있었다. 교육수준, 가구형태 및 가구소득수준별로 음주율의 차이를 보이고 있다. 특히 고학력, 자녀 등 다세대가구 및 취업중인 세대에서 음주율이 높는데, 이는 흡연의 경우와 같이 직장에서의 정신적 스트레스가 높다는 것을 시사해 준다. 운동습관 관련하여, 운동을 하고 있다는 경우가 전체의 68.5%로 상대적으로 높은 수치이다. 남녀간의 차이는 의외로 적는데, 이는 부부가 함께 운동하고 있는 것을 시사하는 것이고, 유배우자일수록 운동실천율이 높은 경향이 있었다. 대체로 보아 현재의 노인들과 비교하여, 베이비붐세대는 음주율이 높으나 흡연율이 낮으면서 운동을 열심히 하고 있는 것으로 보아 건강유지에 많은 신경을 쓰고 있음을 엿볼 수 있다. 식습관 측면에서는 다양한 식품섭취 성향이 있어서 이에 관해 매우 그렇다 17.3%, 그렇다 58.9%, 보통이다 16.8%, 그렇지 않다 6.6%, 전혀 그렇지 않다 0.3%의 응답을 보였다. 건강식품을 섭취한다는 경우가 59.7%로 건강에 대한 높은 관심도를 반영하고 있고, 소득이 높을수록 건강보조식품 섭취 경향이 높았다. 건강검진 수진행태를 보면, 검진을 받은 적 있는 경우가 80.8%로 매우 높았다. 건강검진 이후 증상이나 질병의 발견율은 19%, 발견 시 치료율은 89.1%였다.

노인들의 의료이용 행태의 특성을 보면(박종연 등, 2009), 대체로 투약이나 의료비에 대한 부담감, 장기입원 등과 관련된 행태에서 특성을 보인다. 의료이용 행태에 관해 노인들은 스스로 의료기관을 많이 이용하는 것으로 생각하면서도(91.8%), 이 중 81.3%는 질환치료 때문이라고 하여 불필요한 의료쇼핑에 대한 인식보다는 의료이용의 정당성을 부여하는 경향이 있다. 약물 복용행태에서 약을 중복하여 복용하는 경우가 19.9%에 달하는 것으로 조사되었는데, 문제는 이러한 중복복용이 건강 건강에 미치는 영향에 대해서는 잘 모르는 경우가 많기 때문에 이에 대한 적절한 교육이 필요하다는 점이다. 이는 한 조사에서 5종 이상 약을 복용하는 경우가 53.1%였고 처방받았지만 복용하지 않는 약이 있으며, 그 이유로 ‘몸이 힘들어서’인 경우가 많았으므로 처방약이 환자상태에 적합한지에 대한 주의가 필요하고, ‘잊어버려서’라고 응답한 노인들에 대한 집중관리가 필요한 조사 결과에서 알 수 있다.

외래 지불비용 부담감에 대한 조사 결과, 전체 응답자의 64.7%가 외래이용 시 지불비용에 대해 부담을 느끼고 있다. 이는 노인들의 의료이용 관리에 본인부담 비용 수준이 유용한 정책 수단이 될 수 있음을 의미한다. 한편 노인들 중 의료기관에 장기입원하는 경우가 많은데, 장기입원자의 약 10%는 ‘노인장기요양시설에 가려고 했으나 마땅한 곳이 없어서’라고 하였으며, 통원치료가 가능해도 84.6%는 계속 입원을 할 것인데, 그 이유로는 ‘집에 간병인이 없어서’인 경우가 50%를 차지하고 있다.

2. 노인의 기능 및 건강상태

2008년 노인실태조사 결과 우리나라 65세 이상 노인의 55.3%가 동년배와 비교했을 때 자신의 건강상태가 좋지 않은 것으로 평가하였다(박명화 등, 2009). 신체기능상태의 대표적인 지표를 보면 노인의 11.4%와 27.0%가 각각 일상수행능력(ADL: activities of daily living)과 도구적 일상생활수행능력(IADL: instrumental activities of daily living)의 장애를 보였다(<표 2-7>). 신체기능장애율은 여성이 남성에 비해 높았으며, 연령이 증가할수록 증가하는 경향을 보였다.

<표 2-7> 노인의 기본적 일상생활 및 도구적 일상생활 장애율

(단위: %)

	ADL 장애		IADL 장애	
	없음	1개 이상	없음	1개 이상
전체	88.6	11.4	73.0	27.0
성				
남자	89.8	10.2	81.9	18.2
여자	87.8	12.2	67.0	33.0
연령				
65-69세	93.3	6.7	86.0	14.0
70-74세	91.1	8.9	76.9	23.1
75-79세	86.8	13.2	65.9	34.1
80-84세	79.0	21.0	48.9	51.1
85세 이상	69.2	30.8	33.7	66.3

* 주 1) ADL (7개): 옷입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕·샤워하기, 차려놓은 음식 식사하기, 이부자리에서 일어나 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대소변조절.

2) IADL (10개): 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 약 챙겨먹기, 금전관리, 근거리외출, 상점물건사기, 전화 걸고 받기, 교통수단이용 장거리 외출.

* 자료: 박명화 등, 2009.

인지기능도 연령 증가에 따라 현격히 저하되는 경향을 보인다(<표 2-8>). 종합적인 인지기능 선별검사인 Mini-Mental State Examination(MMSE)의 평균이 연령에 따라 급격히 감소한다. 이러한 인지기능 저하는 치매의 위험을 증가시킨다. 실제 우리나라 65세 이상 치매환자수는 2008년 약 42만명(65세 이상 노인의 8.4%)으로 추정된다(그림 2-2). 이러한 추세가 계속될 경우 치매환자수는 2030년에 113만명, 2050년에 212만명에 이를 것으로 예상된다.

<표 2-8> 65세 이상 성·연령별 인지기능과 인지장애

(단위 : %)

구 분	MMSE-KC 점수		치매위험 높음 ¹
	평균	표준편차	
전체	23.1	4.9	25.5
연령	25.0	3.5	23.4
65-69세	23.6	4.2	25.5
70-74세	22.1	4.8	24.9
75-79세	19.8	5.5	26.4
85세 이상	17.2	6.3	37.6

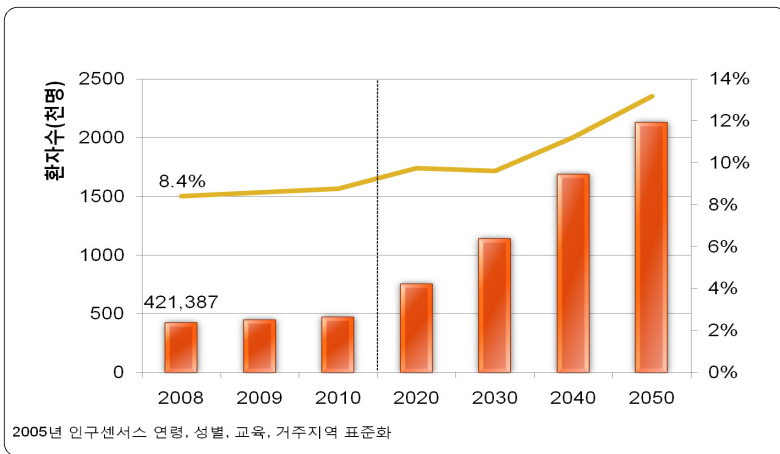
* 주 1) 성, 연령, 교육연한에 따른 MMSE-KC 정상규준점수의 하위 1.5 표준편차 미만에 해당하는 경우.

* 자료: 박명화 등, 2009.

노인은 만성질환 유병률이 매우 높다. 전국 단위의 한 조사(박명화 등, 2009)에 의하면, 우리나라 65세 이상 노인의 86.7%가 한 가지 이상의 만성질환을 갖고 있다(<표 2-9>). 개별 만성질환에 대한 의사진단 유병률을 보면 고혈압(47.0%)이 가장 높으며, 이어서 관절염(29.8%), 요통/좌골신경통(18.9%), 당뇨병(16.3%), 골다공증(13.8%)의 순을 보인다.

다. 노인은 이러한 만성질환을 복합적으로 지니고 있는 경우가 많은데, 두 가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 복합이환율(comorbidity)이 64.2%이며 3개 이상의 질환을 지닌 노인도 전체의 38.9%를 차지하고 있다. 이러한 만성질환의 높은 복합이환율은 신체기능 저하를 유발하는 주요 요인이 된다.

[그림 2-2] 치매 유병률 추이



* 자료 : 조맹제 등, 2008.

<표 2-9> 65세 이상 노인의 만성질환수

(단위 : 개)

구 분	없음	1개	2개	3개 이상
전체	13.3	22.5	25.3	38.9
65세 이상				
65-69세	16.9	25.3	25.2	32.5
70-74세	12.2	21.2	24.7	41.9
75-79세	10.1	19.3	26.3	44.2
85세 이상	8.7	20.6	24.8	45.9

* 자료: 박명화 등, 2009.

노인의 질환 상태를 의사로부터 진단받은 질병수, 의사로부터 진단받은 만성질환수, 고혈압유병률 등을 살펴보면(<표 2-10>), 연령대에 따라 약간의 차이를 보이고 있다. 우선 의사로부터 진단받은 질병수를 보면, 65~74세에서는 83.6%가 1개 이상의 질병을 보유하고 있었고, 3개 이상의 질병을 보유한 비율은 32.3%였다. 1개 이상의 질병을 보유하고 있는 비율은 60~64세의 75.6%에 비해서는 높은 수치였지만 1개의 질병을 가진 비율은 31.2%로 나타나 65~74세의 25.3%보다 높았다. 75~84세의 경우는 88.7%였고, 3개 이상의 질병 보유율은 38.6%로 나타나 65~74세보다 높은 비율을 보이고 있다. 85세 이상은 65세~74세와 비슷하였다.

노인이 의사로부터 진단받은 만성질환수를 살펴보면, 65~74세에서는 80.0%가 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있었고, 3개 이상의 만성질환을 보유한 비율은 29.2%였다. 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 비율은 60~64세의 72.8%에 비해서는 높은 수치였지만 1개의 질병을 가진 비율은 30.9%로 나타나 65~74세의 26.0%보다 높았다. 75~84세의 경우는 84.6%였고, 3개 이상의 만성질환 보유율은 35.2%로 나타나 65~74세보다 높은 비율을 보인다. 85세 이상은 65세~74세와 비슷하였다.

〈표 2-10〉 노인의 연령대별 질환 상태

구분		60-64세		65세 이상		65세 이상 세부 구분					
						65-74세		75-84세		85세 이상	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
의사진단 질환수	없음	1,061	24.4	1,627	15.1	1,178	16.4	334	11.3	116	16.9
	1개	1,357	31.2	2,728	25.3	1,847	25.8	679	23.1	201	29.3
	2개	948	21.8	2,794	25.9	1,831	25.5	796	27.0	168	24.5
	3개 이상	983	22.6	3,649	33.8	2,312	32.3	1,136	38.6	202	29.4
	계	4,348	100.0	10,798	100.0	7,167	100.0	2,944	100.0	687	100.0
의사진단 만성질환수	없음	1,183	27.2	2,018	18.7	1,432	20.0	453	15.4	133	19.4
	1개	1,344	30.9	2,747	25.4	1,862	26.0	685	23.3	199	29.0
	2개	904	20.8	2,719	25.2	1,776	24.8	770	26.2	173	25.2
	3개 이상	917	21.1	3,314	30.7	2,096	29.2	1,036	35.2	182	26.5
	계	4,348	100.0	10,798	100.0	7,167	100.0	2,944	100.0	687	100.0
고혈압 유병률	본인인지 유병률	38.1		47.3		45.3		53.2		43.7	
	의사진단 유병률	37.8		47.0		45.1		52.8		43.1	
	본인인지 3개월 이상 유병률	36.7		45.0		43.3		50.1		41.4	
	의사진단 3개월 이상 유병률	36.5		44.8		43.0		49.9		41.1	
관절염/ 류마티스 관절염 유병률	본인인지 유병률	27.3		37.2		34.5		41.9		44.5	
	의사진단 유병률	21.6		29.8		28.0		33.6		32.5	
	본인인지 3개월 이상 유병률	22.9		32.4		30.1		36.7		37.9	
	의사진단 3개월 이상 유병률	20.6		28.8		27.0		32.4		31.9	
뇌졸중/ 심경동 유병률	본인인지 유병률	15.0		23.4		21.7		26.9		25.9	
	의사진단 유병률	12.4		18.9		17.6		21.8		19.6	
	본인인지 3개월 이상 유병률	13.1		19.8		18.5		22.6		21.5	
	의사진단 3개월 이상 유병률	11.8		17.8		16.6		20.5		18.9	

* 자료: 박명화 등, 2009

건강보험 급여자료를 통하여 노인이 의사로부터 진단받은 고혈압 유병률을 살펴보면, 65~74세에서는 45.1%가 의사로부터 고혈압을 진단받았으며, 3개월 이상 지속된 유병률도 43.0%에 달한다. 60~64세의 각 37.8%와 36.5%보다는 높은 수치였지만, 75~84세의 52.8%와 49.9%에 비해서는 낮다. 85세 이상은 65세~74세와 비슷하였다. 의사로부터 진단받은 노인의 골관절염/류마티스관절염 유병률을 살펴보면, 65~74세에서는 28.0%가 골관절염/류마티스관절염을 앓고 있었으며, 3개월 이상 지속된 유병률은 27.0%였다. 60~64세의 각 21.6%와 20.6%보다는 높은 수치였지만, 75~84세의 33.6%와 32.4%에 비해서는 낮았다. 85세 이상도 만성질환이나 고혈압에 비해서는 현재 의사진단 유병률이 32.5%로 높았다. 의사로부터 진단받은 요통/좌골신경통 유병률을 살펴보면, 65~74세에서는 17.6%가 요통/좌골신경통을 앓고 있었으며, 3개월 이상 지속된 유병률은 16.6%였다. 60~64세의 각 12.4%와 11.8%보다는 높은 수치였지만, 75~84세의 21.8%와 20.5%에 비해서는 낮았다. 85세 이상의 현재 의사진단 유병률은 19.6%로 75~84세에 비해 낮았다.

노인의 다빈도 상병을 10세 단위로 연령을 분류하여 전기노인, 중기노인, 후기노인으로 구분하여 살펴본 결과(<표 2-11>), 65~74세는 1위가 본태성 고혈압, 2위가 치은염 및 치주질환, 3위가 급성 기관지염으로 나타나, 60~64세 노인의 다빈도 상병 순위와 일치하였고, 75~84세와 85세 이상의 2위가 배통, 3위가 무릎관절증인 것과는 약간의 차이가 있었다. 연령이 증가할수록 무릎관절증과 노년 백내장 질환으로 자주 병원을 방문하는 것으로 나타났다.

〈표 2-11〉 다빈도 상병(2009)

순위	60-64세	65세 이상	65세 이상 세부 구분		
			65-74세	75-84세	85세 이상
1	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압
2	치은염(잇몸염) 및 치주질환	배통	치은염(잇몸염) 및 치주질환	배통	배통
3	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	무릎관절증	무릎관절증
4	위염 및 십이지장염	치은염(잇몸염) 및 치주질환	배통	급성 기관지염	급성 기관지염
5	치수 및 치근단주위 조직의 일환	무릎관절증	무릎관절증	치은염(잇몸염) 및 치주질환	급성 코인두염[감기]
6	배통	위염 및 십이지장염	위염 및 십이지장염	위염 및 십이지장염	치은염(잇몸염) 및 치주질환
7	무릎관절증	급성 코인두염 [감기]	치수 및 치근단주위 조직의 일환	급성 코인두염[감기]	노년 백내장
8	급성 편도염	치수 및 치근단주위 조직의 질환	급성 코인두염 [감기]	노년 백내장	기타 관절염
9	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감	다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감	인슐린-비의존 당뇨병	알레르기성 접촉피부염
10	급성 코인두염 [감기]	인슐린-비의존 당뇨병	인슐린-비의존 당뇨병	다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감	다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감

* 자료: 국민건강보험공단

한편, 고액 의료비 지출 질환의 순위를 살펴보면(<표 2-12>), 65~74세는 고혈압과 무릎관절증, 당뇨병, 뇌경색증 만성 신장질환 순으로 고액의 진료비를 지출하고 75~84세는 고혈압, 뇌경색증, 무릎관절증, 당뇨병, 알츠하이머병에서의 치매 순으로 고액의 진료비를 지출하고 있어, 순위는 다르지만 같은 질환으로 고액의 진료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 85세 이상의 노인에서는 알츠하이머치매로 가장 많은 진료비를 지출하고 있는 것으로 나타났고, 그 다음으로 고혈압,

뇌경색증, 상세불명의 치매, 넓적다리뼈의 골절 순이었다.

<표 2-12> 고액 지출 질환 순위(2009)

순위	60-64세	65세 이상	65세 이상 세부 구분		
			65-74세	75-84세	85세 이상
1	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	알츠하이머병에서의 치매
2	인슐린-비의존 당뇨병	뇌경색증	무릎관절증	뇌경색증	본태성(원발성) 고혈압
3	만성콩팥(신장) 기능상실	무릎관절증	인슐린-비의존 당뇨병	무릎관절증	뇌경색증
4	무릎관절증	인슐린-비의존 당뇨병	뇌경색증	인슐린-비의존 당뇨병	상세불명의 치매
5	협심증	만성콩팥(신장) 기능상실	만성콩팥(신장) 기능상실	알츠하이머병에서의 치매	넓적다리뼈의 골절
6	기타	노년 백내장	협심증	노년 백내장	상세불명 병원의 폐렴
7	뇌경색증	협심증	노년 백내장	만성콩팥(신장) 기능상실	기타
8	기관지, 폐의 악성신생물	기타	기타	기타	인슐린-비의존 당뇨병
9	간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	알츠하이머병에서의 치매	기관지 및 폐의 악성신생물	협심증	뇌혈관 질환의 후유증
10	위의 악성신생물	기관지 및 폐의 악성신생물	기타 척추병증	넓적다리뼈의 골절	노년 백내장

* 자료: 국민건강보험공단

3. 사망률 및 사망원인

우리나라 인구의 2009년도 연령별 사망률(특정 연령인구 10만 명당 사망자수)을 보면(<표 2-13>), 10대부터 30대까지는 전년대비 증가하였고, 10세 미만 저연령층과 40세 이상 전 연령에서 사망률이 감소하였다. 특히 80세 이상의 고령층의 사망률은 전년대비 6.1%, 1~9세는 3.1% 감소하여 인구노령화 현상이 더욱 빠르게 진행되고 있음

을 알 수 있다. 남자의 연령별 사망률은 전년대비 30대(5.5%)와 10대(3.7%)에서 증가하는데 비해 여자의 연령별 사망률은 전년대비 30대(9.2%), 10대(9.0%), 20대(6.8%)에서 증가하였고, 사망률 성비는 연령이 증가할수록 커져, 50대에는 2.9배까지 높아진 후 감소하였다.

〈표 2-13〉 상·연령별 사망률 추이(1999-2009)

(단위: 인구 10만명당 명, %)

		연령											
		전연령	0세	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80세 이상	
남녀 전체	1999	520.2	462.3	34.8	38.2	71.3	133.8	306.1	689.6	1,594.0	4,347.0	12,847.4	
	2008	498.2	345.5	17.8	21.0	55.4	86.2	210.8	446.6	1,052.3	2,918.3	10,009.1	
	2009	497.3	325.7	17.2	22.2	56.8	92.1	206.5	433.0	1,001.8	2,766.0	9,398.7	
	08년 대비	증 감	-0.9	-19.8	-0.5	1.2	1.4	5.9	-4.3	-13.7	-50.5	-152.4	-610.5
		증감률	-0.2	-5.7	-3.1	5.5	2.5	6.9	-2.0	-3.1	-4.8	-5.2	-6.1
남자	1999	576.0	496.9	37.5	49.4	97.9	186.5	456.1	1,031.9	2,361.4	6,025.4	15,118.7	
	2008	553.1	357.5	19.6	26.1	66.9	109.1	300.1	662.1	1,561.2	4,176.9	12,500.6	
	2009	553.7	338.1	18.9	27.0	66.9	115.1	295.1	643.0	1,480.3	3,938.9	11,803.3	
	08년 대비	증 감	0.6	-19.3	-0.7	1.0	-0.1	6.0	-4.9	-19.1	-80.9	-238.1	-697.3
		증감률	0.1	-5.4	-3.6	3.7	-0.1	5.5	-1.6	-2.9	-5.2	-5.7	-5.6
여자	1999	464.0	424.2	31.8	26.1	43.4	78.6	149.8	357.9	992.5	3,377.1	11,981.3	
	2008	443.0	332.7	15.8	15.4	43.2	62.5	118.3	230.3	601.2	2,100.5	8,996.1	
	2009	440.7	312.4	15.4	16.8	46.1	68.2	114.9	221.9	572.4	1,985.2	8,423.0	
	08년 대비	증 감	-2.3	-20.3	-0.4	1.4	3.0	5.7	-3.4	-8.4	-28.7	-115.3	-573.1
		증감률	-0.5	-6.1	-2.4	9.0	6.8	9.2	-2.9	-3.6	-4.8	-5.5	-6.4
사망률 성비	2009	1.26	1.08	1.23	1.61	1.45	1.69	2.57	2.90	2.59	1.98	1.40	

* 자료: 통계청. 2009년 사망원인통계 결과.

한편 우리나라 인구의 10대 사인은 악성신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 운수사고, 만성하기도 질환, 간 질환, 폐렴, 고혈압성 질환으로 총사망자의 70.9%를 차지하고 있다 (<표 2-14>). 전년대비 사망원인 순위가 상승한 사인은 운수사고(7위→6위), 순위가 하락한 사인은 만성하기도 질환(6위→7위)였고, 1999년에 비해 사망원인 순위가 상승한 사인은 자살(7위→4위)과 당뇨병(6위→5위), 순위가 하락한 사인은 간 질환(5위→8위)과 운수사고(4위→6위) 등이었다.

<표 2-14> 사망원인 순위 추이(1999-2009)

(단위: 인구 10만명당 명, %)

순위	1999		2008		2009			
	사망원인	사망률	사망원인	사망률	사망원인	사망자수	구성비	사망률
1	악성신생물(암)	114.2	악성신생물(암)	139.5	악성신생물(암)	69,780	28.3	140.5
2	뇌혈관 질환	72.9	뇌혈관 질환	56.5	뇌혈관 질환	25,838	10.5	52.0
3	심장 질환 ¹⁾	38.9	심장 질환 ¹⁾	43.4	심장 질환 ¹⁾	22,347	9.0	45.0
4	운수사고	26.2	고의적 자해(자살)	26.0	고의적 자해(자살)	15,413	6.2	31.0
5	간 질환	23.4	당뇨병	20.7	당뇨병	9,757	4.0	19.6
6	당뇨병	21.8	만성하기도 질환	14.9	운수사고	7,147	2.9	14.4
7	고의적 자해(자살)	15.0	운수사고	14.7	만성하기도 질환	6,914	2.8	13.9
8	만성하기도 질환	13.7	간 질환	14.5	간 질환	6,868	2.8	13.8
9	고혈압성 질환	7.5	폐렴	11.1	폐렴	6,324	2.6	12.7
10	폐렴	6.7	고혈압성 질환	9.6	고혈압성 질환	4,749	1.9	9.6

* 주 1) 심장질환에는 허혈성심장질환 및 기타 심장질환 포함

* 자료: 통계청. 2009년 사망원인통계 결과.

성별 사망원인을 보면, 남녀 사망원인 순위가 4대 사인(암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 자살)까지 동일하고, 남자는 간 질환(5위)과 운수사고(6위)의 사망원인 순위가 여자(각각 10위, 9위) 보다 높았으며, 여자는 고혈압성 질환이 6위로 사망원인 순위가 남자(11위)보다 높았다. 뇌혈관 질환은 10순위 사인 중 여자 사망률(53.2명)이 남자(50.8명)보다 유일하게 높은 사인이다. 연령별 사망원인 3대 사인은 1~9세는 운수사고, 암, 선천기형, 변형 및 염색체 이상이고, 10대~20대는 자살, 운수사고, 암, 30대는 자살, 암, 운수사고인데 비하여 40대는 암, 자살, 간질환, 50대는 암, 자살, 심장질환, 60대 이상은 암, 뇌혈관질환, 심장질환의 순이었다(<표 2-15>).

<표 2-15> 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2009)

(단위 : 인구 10만명당 명, %)

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1-9	운수사고	17.5	3.0	악성신생물(암)	16.1	2.8	선천기형, 변형 및 염색체이상	7.1	1.2
10-19	고의적 자해(자살)	29.5	6.5	운수사고	19.7	4.4	악성신생물(암)	13.5	3.0
20-29	고의적 자해(자살)	44.6	25.4	운수사고	17.3	9.8	악성신생물(암)	9.3	5.3
30-39	고의적 자해(자살)	34.1	31.4	악성신생물(암)	19.2	17.6	운수사고	8.8	8.1
40-49	악성신생물(암)	28.8	59.5	고의적 자해(자살)	15.9	32.8	간질환	8.9	18.4
50-59	악성신생물(암)	38.6	167.0	고의적 자해(자살)	9.5	41.1	심장질환 ¹⁾	7.4	32.2
60-69	악성신생물(암)	42.5	425.5	뇌혈관질환	9.7	97.1	심장질환 ¹⁾	8.1	81.1
70-79	악성신생물(암)	33.5	927.4	뇌혈관질환	13.2	365.0	심장질환 ¹⁾	9.6	265.1
80이상	악성신생물(암)	15.7	1478.1	뇌혈관질환	12.5	1176.2	심장질환 ¹⁾	11.2	1048.0

* 주 ¹⁾ : 심장질환에는 허혈성심장질환 및 기타 심장질환이 포함

* 자료: 통계청. 2009년 사망원인통계 결과.

2009년 현재의 사망원인별 사망수준이 유지된다면, 2009년 출생아가 3대 사인(악성신생물(암), 뇌혈관질환, 심장질환)에 의해 사망할 확률이 남자 47.6%, 여자 40.3%로 가장 높다(통계청 2009년 생명표). ‘악성신생물(암)’ 사망확률이 남자 28.1%, 여자 16.7%로 가장 높고, ‘뇌혈관질환’ 사망확률은 남자 10.7%, 여자 12.3%이며, ‘심장질환’은 남자 8.7%, 여자 11.3% 순으로 높다.

[그림 2-3] 특정 연령의 3대 사인에 의한 사망확률(2009)



* 자료: 통계청

연령별 특정(18개) 사망원인에 따른 사망확률을 보면, 남자는 전연령에서 ‘악성신생물(암)’에 의한 사망확률이 가장 높고, 여자는 출생아의 경우 향후 ‘악성신생물(암)’에 의해, 80세는 ‘뇌혈관질환’에 의해 사망할 확률이 가장 높다. 1999년 대비, 2009년 출생아의 사망확률이 증가한 사인은 남자는 악성신생물(4.8%p), 자살(2.0%p), 폐렴(2.0%p) 순이며, 여자는 악성신생물(3.7%p), 심장질환(3.5%p), 폐렴(2.6%p) 등이

다. 1999년 대비, 2009년 출생아의 사망확률이 감소한 사인은 남자는 뇌혈관질환(-3.2%p), 간질환(-2.1%p), 운수사고(-1.4%p) 등이며, 여자는 뇌혈관질환(-4.1%p), 운수사고(-0.8%p), 간질환(-0.5%p) 등이다. 전년 대비, ‘악성신생물(암)’에 의한 사망확률은 남자는 감소(-0.4%p)한 반면 여자는 증가(0.6%p)하였다.

〈표 2-16〉 연령별 특정사인에 의한 사망확률 비교

(단위 : %, %p)

사 망 원 인		2008			2009			증감('09-'08)		
		0세	65세	80세	0세	65세	80세	0세	65세	80세
남 자	특정 감염성 및 기생충성 질환	2.4	2.4	2.5	2.4	2.4	2.4	0.0	0.0	-0.1
	악성신생물(암)	28.5	27.7	19.9	28.1	27.4	20.0	-0.4	-0.3	0.1
	위암	4.4	4.4	3.3	4.4	4.3	3.4	0.0	-0.1	0.1
	간암	4.3	3.3	1.8	4.1	3.1	1.7	-0.2	-0.2	-0.1
	폐암	7.7	8.0	5.3	7.5	7.8	5.3	-0.2	-0.2	0.0
	내분비, 영양및대사질환	4.0	4.0	3.5	3.8	3.8	3.3	-0.2	-0.2	-0.2
	당뇨병	3.7	3.8	3.2	3.5	3.6	3.0	-0.2	-0.2	-0.2
	순환기계 질환	22.0	23.4	24.4	21.7	23.1	24.3	-0.3	-0.3	-0.1
	뇌혈관 질환	11.4	12.3	12.4	10.7	11.7	11.9	-0.7	-0.6	-0.5
	고혈압성 질환	1.7	1.9	2.4	1.6	1.8	2.2	-0.1	-0.1	-0.2
	심장 질환	8.3	8.5	8.9	8.7	8.9	9.4	0.4	0.4	0.5
	호흡기계 질환	9.7	11.2	13.1	10.6	12.2	14.4	0.9	1.0	1.3
	폐렴	3.2	3.7	4.8	3.8	4.3	5.6	0.6	0.6	0.8
	소화기계 질환	3.8	2.9	2.4	3.7	2.9	2.5	-0.1	0.0	0.1
	간 질환	2.3	1.3	0.7	2.2	1.2	0.7	-0.1	-0.1	0.0
	사망의 외인(사고사 등)	9.2	6.4	5.0	9.7	6.7	5.3	0.5	0.3	0.3
	운수사고	2.2	1.4	0.8	2.2	1.4	0.8	0.0	0.0	0.0
	자살	3.4	2.1	1.5	4.0	2.4	1.7	0.6	0.3	0.2
	3대사인 (암, 뇌혈관질환, 심장질환)	48.1	48.5	41.2	47.6	48.0	41.4	-0.5	-0.5	0.2

사 망 원 인		2008			2009			증감('09-'08)		
		0세	65세	80세	0세	65세	80세	0세	65세	80세
여 자	특정 감염성 및 기생충성 질환	1.9	1.9	1.8	2.3	2.3	2.2	0.4	0.4	0.4
	악성신생물(암)	16.1	14.3	10.3	16.7	15.0	11.1	0.6	0.7	0.8
	위암	2.4	2.2	1.7	2.3	2.1	1.7	-0.1	-0.1	0.0
	간암	1.6	1.4	0.8	1.7	1.5	0.9	0.1	0.1	0.1
	폐암	2.8	2.7	2.0	2.9	2.8	2.1	0.1	0.1	0.1
	내분비, 영양 및 대사질환	4.5	4.5	3.7	4.3	4.4	3.7	-0.2	-0.1	0.0
	당뇨병	4.1	4.1	3.3	3.9	4.0	3.3	-0.2	-0.1	0.0
	순환기계 질환	28.2	29.3	29.0	28.0	29.1	29.2	-0.2	-0.2	0.2
	뇌혈관 질환	13.3	13.7	12.9	12.3	12.7	12.2	-1.0	-1.0	-0.7
	고혈압성 질환	3.6	3.8	4.2	3.8	4.0	4.5	0.2	0.2	0.3
	심장 질환	10.9	11.3	11.5	11.3	11.8	12.0	0.4	0.5	0.5
	호흡기계 질환	7.6	8.0	8.8	8.4	8.9	9.8	0.8	0.9	1.0
	폐렴	3.2	3.4	3.9	3.9	4.1	4.7	0.7	0.7	0.8
	소화기계 질환	2.7	2.7	2.5	2.9	2.9	2.8	0.2	0.2	0.3
	간 질환	0.8	0.7	0.5	0.8	0.7	0.5	0.0	0.0	0.0
	사망의 외인(사고사 등)	6.0	4.8	4.4	6.2	4.9	4.3	0.2	0.1	-0.1
	운수사고	1.0	0.7	0.4	0.9	0.7	0.4	-0.1	0.0	0.0
	자살	1.9	1.1	0.8	2.3	1.4	1.0	0.4	0.3	0.2
	3대사인 (암, 뇌혈관질환, 심장질환)	40.2	39.4	34.6	40.3	39.5	35.3	0.1	0.1	0.7

* 자료: 통계청

4. 노인성질환 실태

우리나라의 노인성질환자 수는 매년 증가하고 있으며, 건강보험의 급여비도 지속적으로 증가하는 추세에 있다. 노령화에 따라 주목되는 질병은 노인에게 발생률이 높은 질병들이다. 특히 노인성질환으로 분류되는 일부 질병들은 건강보험 급여가 최근 들어 급증하는 것으로 보인다. 국민건강보험공단의 2002~2009년 노인성질환자 진

료 추이 분석(국민건강보험공단 내부자료)에 따르면(<표 2-17>), 의료 기관을 이용하는 노인성질환자는 2002년 대비 205.7%(49만9천명→102만7천명), 총진료비는 419.5%(5,813억원→2조 4,387억원) 증가한 것으로 나타났다. 특히, 65세 이상 노인에서 진료실인원 255.4%, 총진료비 543.7%로 크게 증가한 것으로 나타나 노인성질환자 전체 의료비 증가는 65세 이상 노인의 의료이용 증가에 기인한 것으로 보인다.

<표 2-17> 연도별 노인성질환자 의료이용 현황

(단위: 천명, 천만원)

연도	전체			65세 미만 노인성질환			65세 이상 노인성질환		
	인구	진료실인원	총진료비	인구	진료실인원	총진료비	인구	진료실인원	총진료비
2002	48,080	499	58,130	44,265	236	26,427	3,815	263	31,703
2003	48,557	560	69,265	44,624	254	29,772	3,933	306	39,494
2004	48,901	621	82,812	44,738	268	34,154	4,163	353	48,658
2005	49,154	683	107,926	44,782	282	42,065	4,372	401	65,860
2006	49,238	759	134,291	44,696	303	48,198	4,543	456	86,092
2007	49,672	847	170,043	44,799	315	54,306	4,873	532	115,737
2008	50,001	952	219,827	44,915	345	66,633	5,086	607	153,194
2009	50,291	1,027	243,869	45,006	355	71,507	5,285	672	172,361
2002 대비증가%	104.6	205.7	419.5	101.7	150.4	270.6	138.5	255.4	543.7

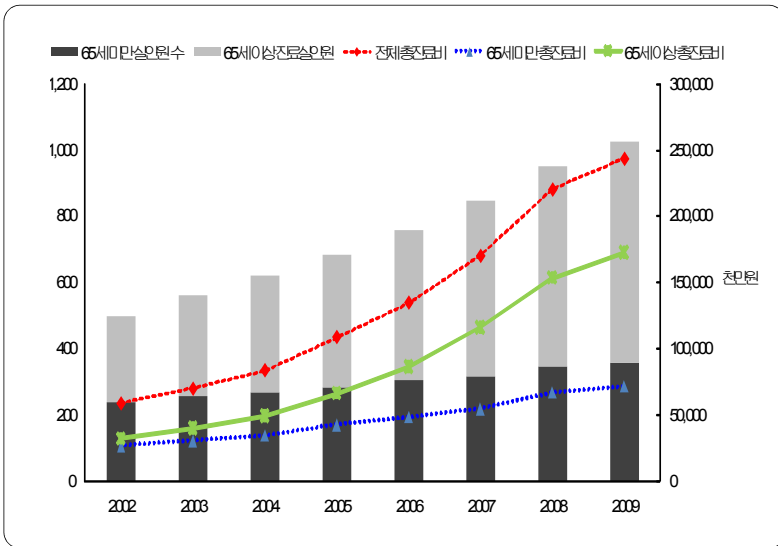
* 주 1) 주상병으로 노인성질환(치매, 파킨슨병, 뇌혈관 질환, 기저핵의 기타 퇴행성 질환)을 진료 받은 건(한방 진료건 제외)

- 2) 인구=건강보험적용인구+의료급여적용인구
- 3) 진료실인원: 한방, 약국진료 제외
- 4) 총진료비: 한방 제외, 약국진료 포함
- 5) 2002 대비 증가 %: 2002년 대비 2009년 증가량

이들 노인성질환자의 의료비 추이를 살펴보면, 2004년을 기점으로 해서 총진료비가 가파르게 증가하는 것을 볼 수 있으며, 65세 미만보

다 65세 이상에서 기율기가 더 크게 증가하고 있다. 2002년에는 65세 미만자와 65세 이상자의 총진료비 차이가 크지 않았지만, 2005년을 시작으로 두 군의 총진료비 차이가 벌어지는 것으로 나타났다. 전체 총진료비는 그 기율기가 2008년까지 꾸준히 높아지며 증가하다가 2009년에는 증가추세가 다소 완화되는 양상을 보이고 있다.

[그림 2-4] 노인성질환자 의료비 추이



10만명당 노인성질환자의 치료유병률을 살펴보면, 2002년에 10만명당 1,039명이 노인성질환자였던 것이 2009년에는 2,041명으로 약 2배 늘어난 것을 볼 수 있다. 65세 이상 노인에서 치료유병률이 두드러지게 증가였는데, 2002년도에 65세 이상 노인인구 10만명당 6,906명이 노인성질환자였던 것에 반해 2009년에는 12,711명으로 184.1% 증가하

였다. 65세 미만에서도 2002년 대비 2009년도의 치료유병률이 148.0%로 크게 증가하였다.

〈표 2-18〉 연도별 노인성질환 치료유병률(10만명당)

(단위 : 명)

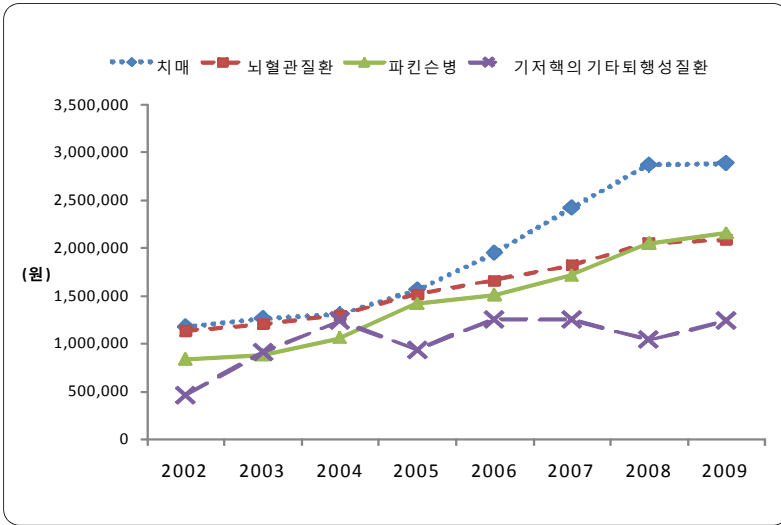
연도	전체	65세 미만	65세 이상
2002	1,039	533	6,906
2003	1,152	568	7,780
2004	1,270	599	8,477
2005	1,389	629	9,173
2006	1,542	678	10,049
2007	1,705	702	10,925
2008	1,884	768	11,935
2009	2,041	789	12,711

* 주 1) 치료유병률 : 일반적인 유병률과는 달리, 질병으로 이환되어 의료기관을 방문하여 치료를 받은 사람만을 대상으로 산출된 유병률

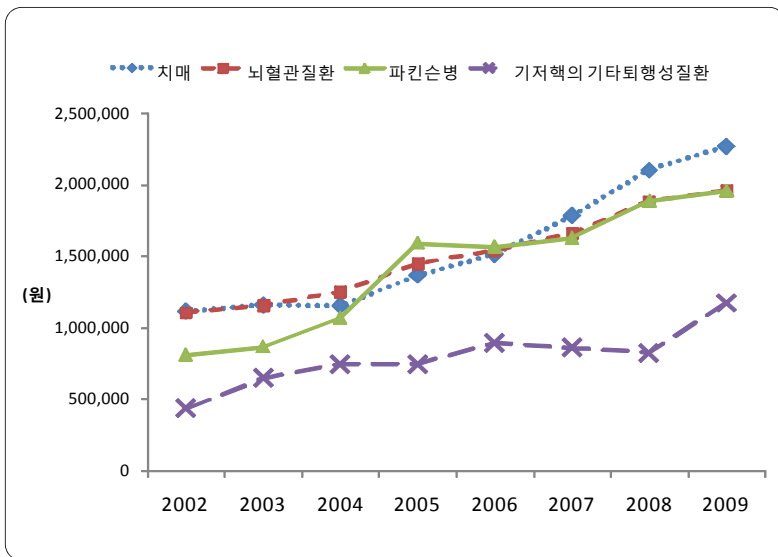
2) 주상병으로 노인성질환(치매, 파킨슨병, 뇌혈관 질환, 기저핵의 기타 퇴행성 질환)을 진료 받은 건(한방 진료건 제외)

이들 노인성질환의 전체 1인당 진료이용량은 꾸준히 증가하였고, 치매와 파킨슨병의 증가가 두드러지게 나타났다. 특히, 치매의 증가 폭이 2005년을 기점으로 가파르게 상승하는 것으로 나타났다. 이는 65세 미만 자에서나 65세 이상 자에서나 같은 양상을 보였다.

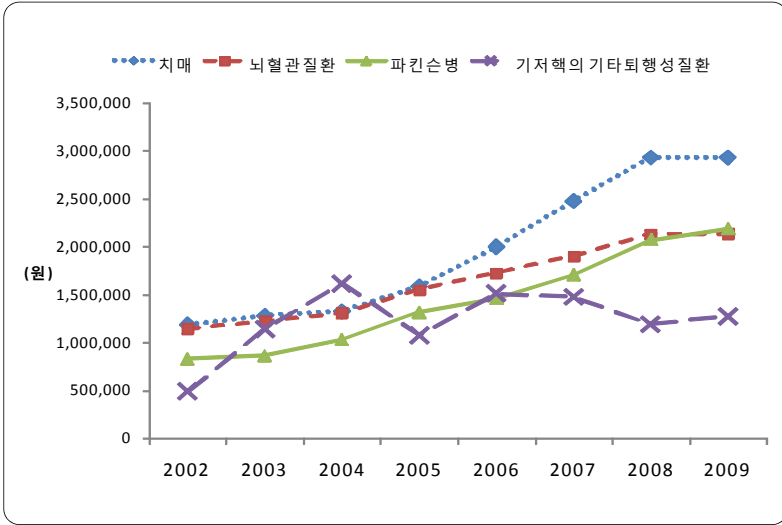
[그림 2-5] 노인성질환별 1인당 진료비 추이 (전체)



[그림 2-6] 노인성질환별 1인당 진료비 추이 (65세 미만)

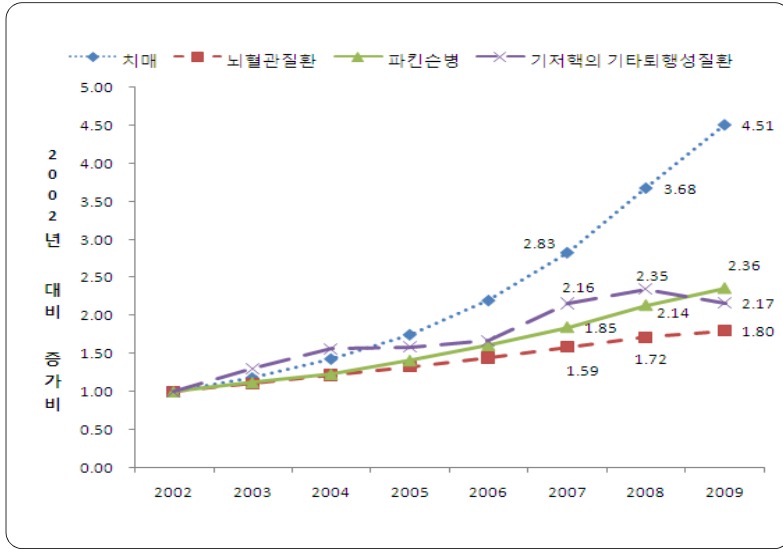


[그림 2-7] 노인성질환별 1인당 진료비 추이 (65세 이상)

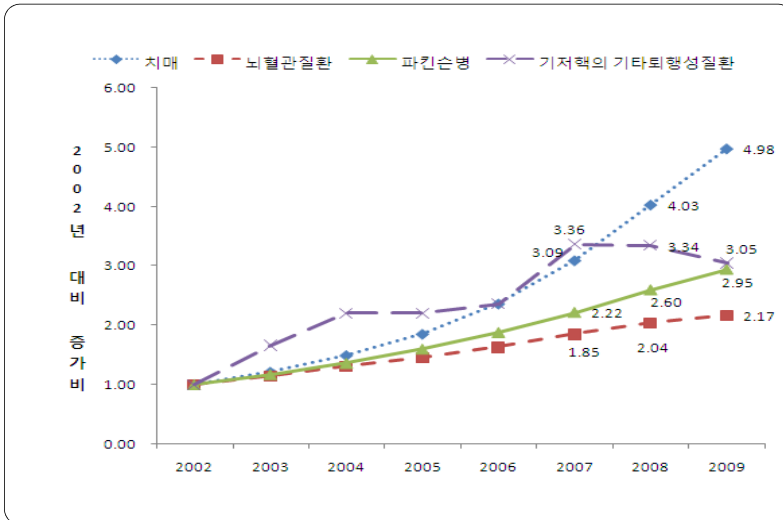


연도별 진료실인원은 뇌혈관질환이 가장 많았으나, 2002년 대비 2009년 증가율은 치매가 4.51배로 가장 많이 증가하였다. 65세 미만에서는 2007년을 기점으로 치매 질환자의 수가 가파르게 증가하였고, 65세 이상인 자에서 2002년 대비 2009년 치매 질환자수의 증가율이 4.98로 나타나 65세 이상에서의 치매질환자 증가가 전체 치매 질환자의 증가율에 영향을 미친 것으로 보인다(국민건강보험공단, 2002~2009년 노인성 질환자 진료 추이 분석결과, 2011.01.28. 보도자료).

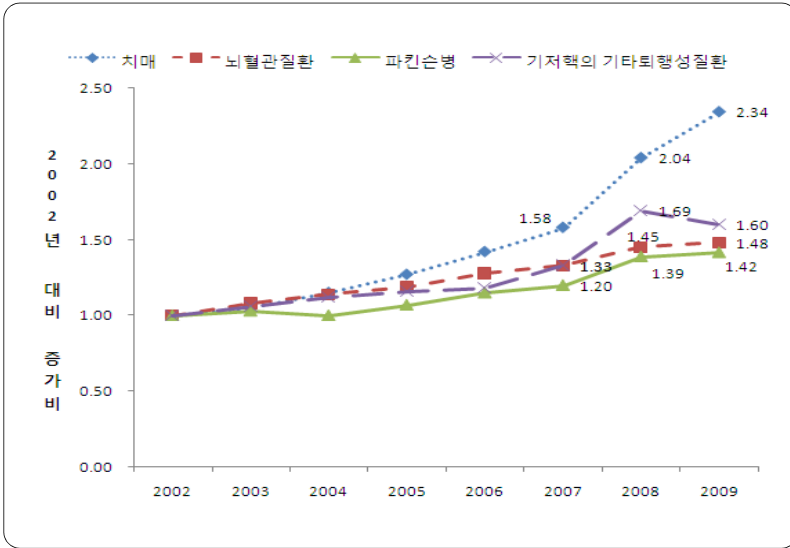
[그림 2-8] 노인성질환별 진료실인원 증가 추이 (전체)



[그림 2-9] 노인성질환별 진료실인원 증가 추이 (65세 미만)



[그림 2-10] 노인성질환별 진료실인원 증가 추이 (65세 이상)



이들 연도별 연령대별 노인성질환의 의료이용 현황을 살펴본 결과, 연령대가 높아질수록 진료실 인원과 총진료비가 증가하였으며, 특히, 치매의 경우 65세 이상 노인에서 2002년 대비 2009년의 진료실인원이 497.7% 증가하였고, 총진료비는 1,232.1%로 증가하였다. 65세 미만에서도 노인성질환으로 인한 의료이용이 꾸준히 증가하였는데, 치매의 경우 30대에서 2002년 대비 2009년 진료실인원은 증가하지 않았지만 총진료비가 465.0% 증가하였다(국민건강보험공단 내부자료).

이러한 노인성질환자 진료비 추이 중 특히 치매질환의 의료이용 증가의 이유는 노인인구의 증가, 적극적 진단, 치매에 대한 활발한 홍보 등이라고 할 수 있다. 노인인구 증가에 대해서 살펴보면, 치매는 나이가 들수록 위험도가 증가하는데, 65세 이후부터는 치매에 걸릴

확률이 5년에 2배씩 증가하고, 85세가 넘는 노인들은 유병률이 30%나 된다. 이전에는 감염, 사고 등으로 치매가 걸리기 전에 다른 원인으로 사망할 확률이 높았으나, 현재는 다른 질환에 의한 사망률이 크게 감소했고, 이로 인해 인구가 고령화됨에 따라, 곧 치매환자의 증가로 이어지고 있는 것이라고 보인다. 적극적 진단과 관련해서는 국민의 전반적인 생활수준이 향상됨에 따라 치매에 대한 관심이 높아졌고, 치매를 걱정해서 치매여부를 확인하기 위해 내원하는 환자가 점점 늘어나기 때문으로 보인다. 그리고 치매에 대한 홍보활동이 활발해짐에 따라 일반인이 치매에 대한 이해가 늘어난 것도 진단이 늘어난 이유가 될 수 있다. 이전에는 치매의 증상이 중증도 이상으로 심해져, 대소변을 가리지 못하는 등의 증상을 보여야 치매를 의심하고 병원에 내원하였으나, 현재는 초기의 인지기능의 변화를 보호자들이 발견하고 병원에 내원하는 경우가 많아진 것이다.

노인성질환들 중 진료비 증가에 영향을 많이 미치는 질병들로는 고혈압, 대뇌혈관질환, 골관절염을 들 수 있다. 이들 질환은 노인진료비의 2010년 상반기 건강보험 급여비 기준으로 전체 진료비의 20%를 점유하고 있다(국민건강보험공단, 2010. 11. 8일자 보도자료). 노인진료비 상위 질환은 고혈압, 대뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨, 치매 순이었는데, 고혈압 5,724억원, 대뇌혈관질환 4,960억원, 골관절염 3,341억원 등 상위 3개 질환으로 인한 진료비가 1조 4,026억원으로 전체진료비 6조 9,276억원의 20.2%에 해당한다. 진료비 총액으로는 고혈압, 대뇌혈관질환, 골관절염의 상위 3개 질환 진료비는 노인진료비의 상당 부분을 점할 뿐만 아니라 전체 진료비 21조 4,861억원의 6.5%를 점유하는 것으로 나타나 진료비 지출에 많은 영향을 주고 있는 것으로 분석

된다. 그런데 진료 실인원당 진료비를 보면 월평균 환자 1인당 908,558원 지출하는 신부전이 가장 부담이 큰 질환이었다.

〈표 2-19〉 노인진료비 지출 상위 20개 질환(2010 상반기)

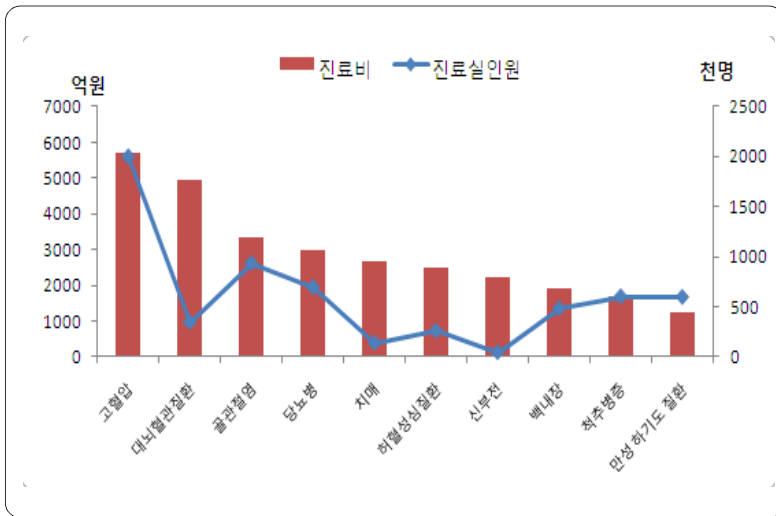
(단위 : 천명, 억원)

순위	질 환 명	진료 실인원	진료비	급여비	진료실인원당 월진료비(원)
	전 체	4,928	69,276	53,099	234,282
1	고혈압	2,001	5,724	4,100	47,689
2	대뇌혈관질환	343	4,960	3,641	241,275
3	골관절염	933	3,341	2,539	59,709
4	당뇨병	693	2,985	2,102	71,835
5	치매	134	2,656	1,916	331,310
6	허혈성심질환	255	2,512	2,000	164,255
7	신부전	41	2,229	1,951	908,558
8	백내장	479	1,933	1,522	67,323
9	척추병증	598	1,694	1,265	47,225
10	만성 하기도 질환	594	1,265	914	35,503
11	폐암	25	1,150	1,062	771,015
12	기타 배병증	824	1,133	885	22,918
13	주요 식도, 위 및 십이지장의 질환	586	1,020	715	28,988
14	폐렴	99	1,015	779	170,592
15	기타 형태의 심질환	140	957	741	113,899
16	구강, 타액선 및 악골의 질환	1,214	956	693	13,125
17	위암	49	948	878	325,462
18	남성 생식기관의 질환	324	888	610	45,674
19	둔부(엉덩이) 및 대퇴의 손상	53	871	663	274,778
20	추간판장애	338	861	644	42,509

* 자료: 국민건강보험공단

연령대별로 보면 65세~74세의 전기노인은 고혈압으로 인한 진료비가 3,336억원으로 가장 많았고, 75~84세의 중기노인은 대뇌혈관질환이 2,040억원으로, 85세 이상의 후기노인의 경우는 치매로 인한 진료비가 907억원으로 가장 많은 비중을 점하였다. 즉 노인 연령대별 진료비 지출 상위 질환은 서로 차이를 보였는데, 고혈압과 대뇌혈관질환은 전 연령대에 상위질환에 포함되었으나, 허혈성 심질환은 65~74세의 상위질환에만 포함되었고, 둔부(엉덩이) 및 대퇴의 손상과 폐렴은 85세 이상의 후기노인들에게서 상위질환에 포함되었다. 골관절염은 65~84세까지 상위질환에 포함되었고, 치매는 75세 이상 상위질환에 포함되어 연령대별 진료비 지출 규모가 상이하였다.

[그림 2-11] 노인진료비 상위 10개 질환 급여현황



* 자료: 국민건강보험공단

〈표 2-20〉 연령대별 진료비 지출 상위 5개 질환

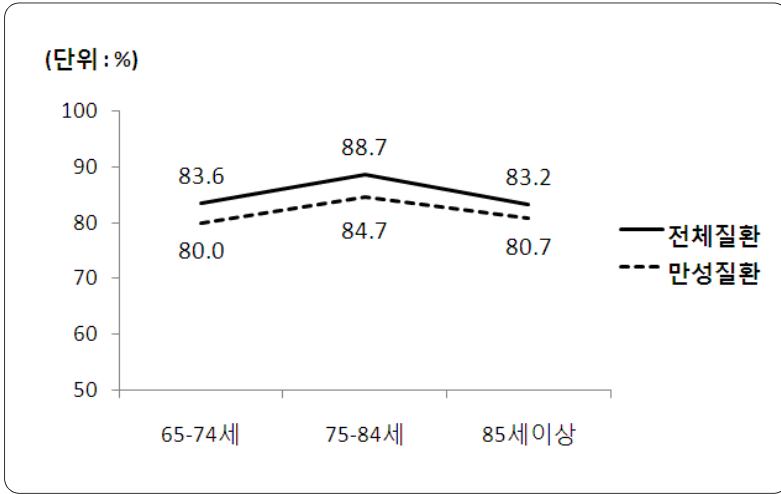
(단위: 억원)

순위	65~74세		75~84세		85세 이상	
	질환명	진료비	질환명	진료비	질환명	진료비
1	고혈압	3,336	대뇌혈관질환	2,040	치매	907
2	대뇌혈관질환	2,386	고혈압	1,900	대뇌혈관질환	534
3	골관절염	2,234	치매	1,263	고혈압	489
4	당뇨병	1,928	골관절염	1,005	둔부(엉덩이) 및 대퇴의 손상	220
5	허혈성심질환	1,559	당뇨병	919	폐렴	195

* 자료: 국민건강보험공단

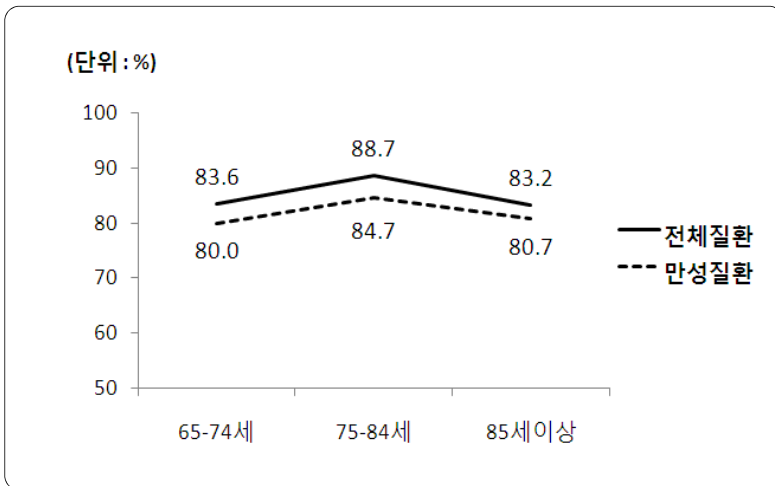
이와 관련하여, 노인의 연령대별 특성을 고려하는 세분화된 접근이 유용할 것이다. 65세 이상 인구를 연령대별로 건강상태 및 의료이용실태를 분석한 결과(국민건강보험공단), 75~84세 연령군에서 건강상태가 저하되어 있고 의료이용량도 가장 많았다는 점이 그 근거이다. 75~84세 연령군에서 질환 보유율과 만성질환 보유율이 각각 88.7%와 84.7%로 가장 높았고, 고혈압과 골관절염/류마티스 관절염, 요통/좌골신경통 유병률도 각각 52.8%, 33.6%, 21.8%로 75~84세 군에서 최고조에 이르다가 85세 이상 연령군에서 감소하는 경향을 보인다. 1인당 총진료비와 입내원일수는 75~84세 연령군이 298만원과 53일로 1인당 가장 많은 진료비를 사용하고 입원과 외래를 방문하는 일수도 많았다.

[그림 2-12] 노인의 의사진단 질환 보유율



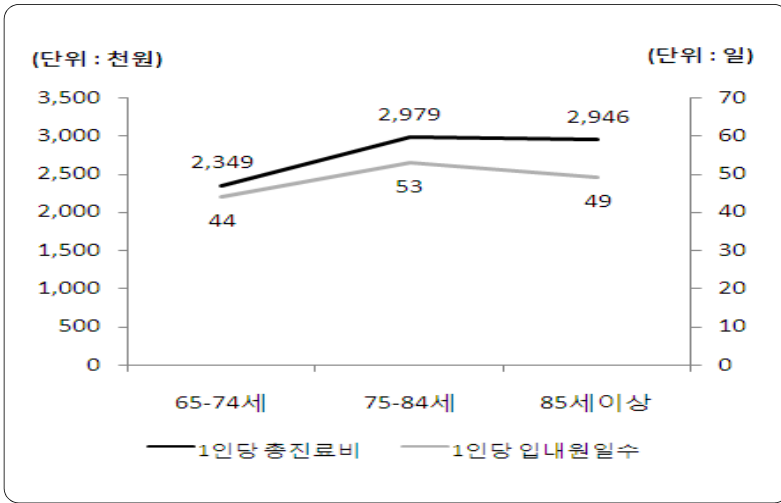
* 자료: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

[그림 2-13] 노인의 의사진단 유병률



* 자료: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

[그림 2-14] 1인당 총진료비와 입내원일수



* 자료: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

한편, 최근 장기요양보험에서 규정한 노인질환 중 한방질환을 제외한 19개 노인질환에 의한 최근 5년간의 의료이용 수준을 방문일수 및 의료비용 측면에서 비교하여 향후 노인성질환 관리의 기초자료와 근거를 생성한 연구(최영환, 2010)에 의하면, 지난 2003년부터 2007년까지 5년간 19개 노인성질환에 대한 의료이용 크기를 보면, 실수진자 1.58% -> 2.27%, 방문일수 0.72% -> 0.94%, 급여 1.84% -> 2.92%였다. 즉 19개 노인성질환이 건강보험 전체에서 차지하는 크기는 실수진자수의 규모에 비해 외래방문일수의 비중은 적으나, 보험급여의 비중은 오히려 더 컸다. 지난 2003년과 2007년 3개 영역에서 19개 노인성질환에 의한 입원 이용이 건강보험 전체 이용에서 차지하는 크기를 보면, 실수진자 4.52% -> 5.47%, 방문일수 13.40% -> 25.11%, 급여 12.66% -> 18.52%였다. 즉 19개 노인성질환이 건강보험 전체에서 차지하는 크기

는 실수진자수의 규모에 비해 입원일수와 보험급여의 비중은 매우 컸다. 2007년 외래 및 입원 단위 요양급여를 기준으로 2010년, 2020년 및 2050년에 노인성질환에 소요되는 보험급여액은 각각 2,088십억원, 2,868십억원 및 4,769십억원이었다. 보험급여 청구자료를 근거할 때, 전체 건강보험에서 19개 노인성질환에 의한 외래와 입원 모두 방문 일수가 차지하는 크기에 비해 보험급여의 비중이 상대적으로 더 컸다. 이는 노인질환의 단위 보험급여액의 증가율이 전체 건강보험의 증가율보다 높아, 향후 건강보험에서 노인성질환에 의한 비용부담이 크게 나타날 것으로 예상된다.

이외에 우울증과 관련된 문제의 하나로 노인자살의 증가가 주목된다. 노인자살에 관한 각종 매체의 보도가 증가하고 있는데서 알 수 있다. 한 세미나 발표(한림대 고령사회연구소, 2011.03.09)에 의하면, 최근 우리나라 65세 이상 노인 자살자가 20년 전에 비해 5배 이상 급증한 것으로 나타나 충격을 주고 있다. 특히 노인 자살률은 젊은 층 자살률의 3배 가까이 되는 것으로 나타나 초고령화 사회의 심각한 문제로 대두되고 있다. 2009년 우리나라 인구 10만명당 65세 이상 노인 자살자 수는 77명으로 1990년 14.3명의 5.38배로 급증했다. 이는 우리나라 인구 10만명당 15~34세 자살자 수가 1990년 9.3명에서 2009년 23.2명으로 2.49배, 35~64세 자살자 수가 1990년 10.5명에서 35.9명으로 3.41배 증가한 것보다 상승폭이 훨씬 높은 것이다. 특히 65세 이상 남성의 자살자 수는 123.5명으로 1990년 23.4명보다 5.27배 증가, 같은 기간 1.99배 증가한 젊은 층(15~34세) 보다는 무려 3배 가까이 늘어난 것으로 조사됐다. 반면 일본의 경우 자살률이 가장 높은 연령대는 노인 층이 아니라 중년층으로 나타났고, 과거 자살률이 높았던 일본 여성

노인의 자살률은 오히려 최근 20여 년간 큰 폭으로 감소한 것으로 나타났다. 이처럼 최근 20년간 우리나라 노인 자살률이 급증한 것은 핵가족화 등 가족 해체가 가속화되면서 경제력을 상실한 노인들이 크게 늘었기 때문으로 보인다. 2000년 이후 사회 양극화가 급속히 진행되면서 경제력을 상실한 노인들이 설 곳을 잃어가고 있으며 핵가족, 초고령화 사회에서 별 소득 없이 병들고 소외된 노인들이 자식에게 부담을 주지 않으려고 극단적인 결정을 내리는 것으로 해석된다. 이는 또한 상당수 노인들이 별다른 준비 없이 초고령화 사회를 맞이하는 점을 고려할 때 앞으로 노인 자살은 사회적 재앙이 될 수 있다는 의미를 갖고 있다.

노인성질환으로 인한 총진료비가 큰 폭으로 증가한 것은 우선 수요 측면에서 우리나라 노인인구, 특히 후기고령자의 급증에 다른 결과로 추정된다. 또한, 공급 측면에서 요양병원 및 노인전문병원 증가도 노인성질환 진료비 증가의 직접적 요인이라고 할 수 있다. 요양병원 병상은 2003년 8,355병상에서 2007년에 66,727병상으로 698.7% 증가하였고, 노인전문병원의 병상수도 2005년 5,209병상에서 2007년에는 10,096병상으로 93.8% 증가한 바 있다.

특히 노인성질환 중 치매와 파킨슨병의 2005년을 기점으로 한 급격한 1인당 총진료비의 증가는 노인인구 증가와 함께 노인의 부양문제가 사회문제로 대두되면서 치매와 파킨슨병의 부양문제가 사회적 화두가 되었고, 이와 맞물려 2008년 7월 1일 실시된 노인장기요양보험의 대상 질환이 되면서 사회적 관심의 증가에 의해 잠재수요가 현재화된 결과로 추정되기도 한다. 국민건강보험공단 자료에 의하면, 치매 질환자가 최근 7년간 무려 4.5배 증가하였다. 2002년에 4만 8천명

이었던 치매 환자가 2009년에는 21만 6천명으로 증가한 것이다. 치매의 급증에 따라 치매로 인한 진료비가 2002년 561억원에서 2009년 6,211억원으로 증가하였다.

제3절 질병구조 변화와 노인의료비

인구구조의 노령화는 일반적으로 보건의료비 지출을 증가시키는 것으로 알려져 있다. 평균수명의 연장과 노인들에 대한 보건의료서비스 수요 증가가 사회적 비용부담을 증대시키기 때문이다. 선진산업국들 중 다수가 노인인구율이 15% 수준을 넘어섰고, 이들 노인들이 보건의료 자원의 30-40%를 소비하고 있다. 이들 국가들의 경험에 의하면, 노령화로 인해 만성질환과 고가서비스를 필요로 하는 질환들이 급증한데 따른 결과이고, 이로부터 의료체계의 구조적 변화를 요구하고 있을 뿐만 아니라 장기요양제도의 확립이 중요한 과제로 대두되고 있다. 이에 관련된 보건의료 개혁이 세계 각국의 당면과제로 제기되고 있다. 노인인구의 증가가 노동력을 감소시킴으로써 오는 기회비용의 부담 또한 매우 중요한 관심의 대상이다. 미래의 노인보건의료정책이나 연금정책 수립에 관여하는 정책결정자들은 노년부양비와 같은 지표에 일차적으로 관심을 갖는다(WHO, 2002).

노인의 의료와 장기요양서비스 이용과 지출은 특히 연령, 성비, 여성 노동참여 비율과 전일제 여성 직업인의 비율과도 연관성이 있다. 즉, 연령이 증가하고 성비가 감소할수록 장기요양서비스 이용은 증가하고 여성노동 참여 비율과 전일제 여성 직업인의 비율이 증가할수

록 장기요양서비스 및 지출은 증가한다. 또한, 여성의 경제활동 참여와 장기요양서비스간의 관계의 경우, 전일제로 일하던 여성이 노인보호를 위해 시간제 일로 전환하면 장기요양서비스 이용은 감소하게 된다. 더불어, 만약 공적 재원이 감소하게 되면 노인들을 돌보기 위해서 그동안 경제활동을 하던 여성들의 노동력이 빠져나가게 되고 이들 여성들이 부담하던 세금이 감소하게 되므로 공적 재원은 더욱 줄어들게 될 것이다(Yoo, et al, 2004).

그런데 노인의 절대수가 증가하더라도 만약 건강한 노인의 수가 증가한다면 이들이 노동시장에 참여하는 것이 연장될 것이고, 이들이 공공수익에서 차지하는 공헌도 증가할 것이다. 결과적으로 질병을 치료하는 것보다 예방하는 것이 비용이 덜 소요되는 것이다. 예를 들어 중간 정도의 신체활동을 증진시키기 위해 투입되는 1달러는 나중에 3.2달러의 의료비 절감을 가져올 것으로 추정되기도 한다(CDC, 1999). 다시 말해 질병을 치료하는 것보다 사전에 예방하는 것이 더 비용-효과적이라는 것이다. 2003년 현재 OECD 국가들의 GDP 대비 보건의료비 비중은 미국이 15.0%로 가장 높은 수준이고, 스위스와 독일, 아이슬란드, 노르웨이, 프랑스 등이 10% 이상으로 국가경제에서 차지하는 국민의료비 지출 비중이 높은 국가군을 형성하고 있다. 이외에 GDP 대비 의료비 지출 비중이 9%대인 국가들에는 캐나다, 호주, 벨기에, 덴마크, 그리스, 네덜란드, 포르투갈, 스웨덴 등이 포함된다.

노령화 수준과 보건의료비 지출의 관계를 살펴보면(박종연, 2002), 1980년에는 노령화 수준이 보건의료비 지출의 30.0%를 설명할 수 있고, 정의 상관관계가 통계적으로 유의하고, 1990년과 2000년의 경우에도 노령화에 의한 보건의료비 지출 규모의 설명률이 각각 34.0%와

12.6%로 두 요인들 간에 상당한 정의 상관성이 있었다. 즉 인구구조의 노령화가 국가 보건의료비의 지출을 증가시킬 개연성이 있음을 이들 국가의 자료들의 분석에서 알 수 있다.

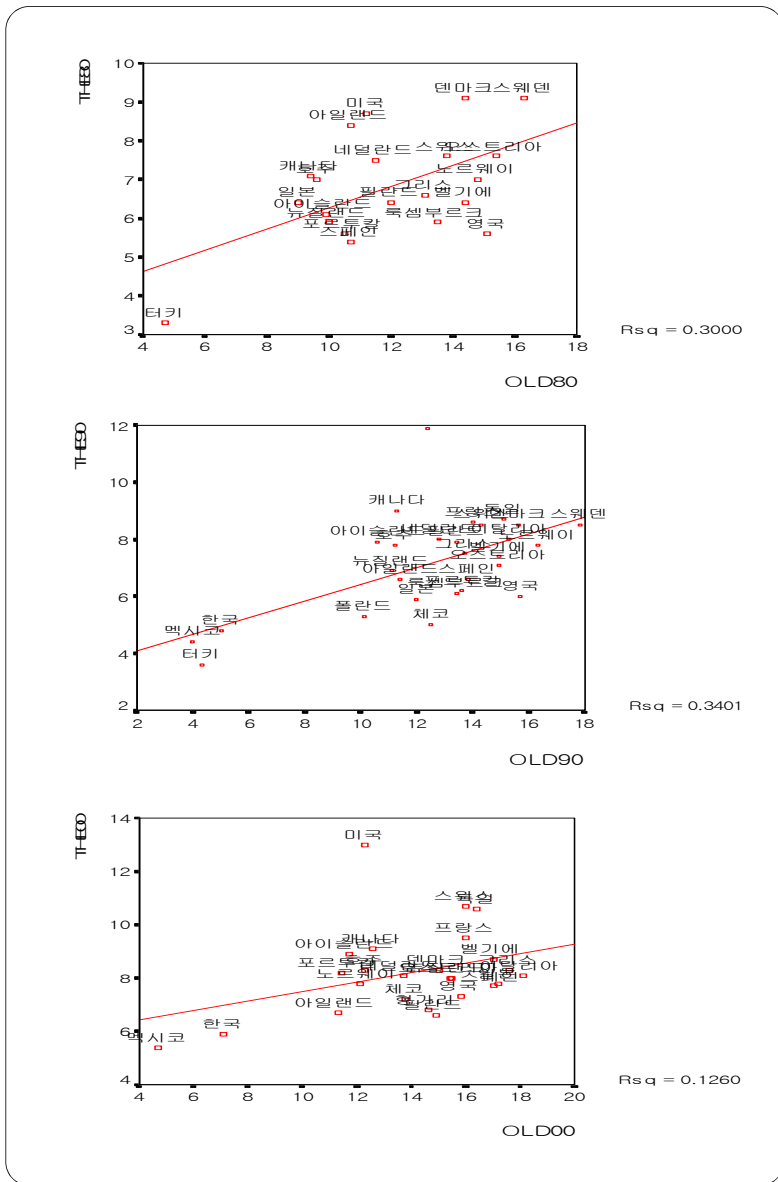
〈표 2-21〉 OECD 국가들의 노령화 수준과 보건의료비 규모

(단위: 전체 인구 중 %, GDP 중 %)

국 가	1980년		1990년		2000년		2003년	
	노령화 수준	보건 의료비	노령화 수준	보건 의료비	노령화 수준	보건 의료비	노령화 수준	보건 의료비
미국	11.3	8.7	12.5	11.9	12.4	13.1	12.4	15.0
일본	9.1	6.5	12.1	5.9	17.4	7.6	19.0	7.9
독일	-	8.7	-	8.5	16.4	10.6	17.7	11.1
이탈리아	13.1	-	14.9	7.9	18.3	8.1	19.1	8.4
프랑스	13.9	7.1	14.0	8.6	16.1	9.3	16.3	10.1
영국	14.9	5.6	15.6	6	15.6	7.3	16.0	7.7
캐나다	9.4	7.1	11.3	9	12.6	8.9	12.8	9.9
호주	9.6	7	11.1	7.8	12.4	9	12.8	9.3
오스트리아	15.4	7.4	14.9	7	15.4	7.6	15.5	7.6
벨기에	14.3	6.4	14.9	7.4	16.8	8.7	17.1	9.6
체코	13.5	-	12.6	6.6	13.8	7.5	13.9	-
덴마크	14.4	9.1	15.6	8.5	14.8	8.4	14.9	9.0
핀란드	12.0	6.4	13.4	7.8	14.9	6.7	15.6	7.4
그리스	13.1	6.6	13.8	7.4	16.6	9.9	-	9.9
헝가리	13.4	-	13.4	7.1	5.1	7.1	15.4	7.8
아이슬란드	10.1	6.2	10.6	8	11.7	9.3	11.7	10.5
아일랜드	10.7	8.4	11.4	6.1	11.2	6.3	11.1	7.3
한국	-	4.2	-	4.5	7.2	4.7	8.3	5.6
룩셈부르크	13.7	5.9	13.4	6.1	14.0	5.5	14.0	6.1
멕시코	3.8	-	4.0	4.8	4.9	5.6	5.3	6.2
네덜란드	11.5	7.5	12.8	8	13.6	8.3	13.8	9.8
뉴질랜드	-	5.9	-	6.9	11.7	7.8	11.9	8.1
노르웨이	14.8	7.0	16.3	7.7	5.2	7.7	14.8	10.3
폴란드	10.1	-	10.1	4.9	12.2	5.7	12.9	6.0
포르투갈	11.3	5.6	13.4	6.2	16.2	9.2	16.7	9.6
스페인	11.0	5.4	13.6	6.7	16.8	7.4	16.9	7.7
스웨덴	16.3	9.1	17.8	8.4	17.3	8.4	17.2	9.2
스위스	13.8	7.4	14.6	8.3	15.3	10.4	15.7	11.5
터키	-	3.3	-	3.6	-	6.6	3.9	6.6

* 자료: OECD Health Data, 2005.

[그림 2-15] 노령화 수준과 보건의료비의 관계(1980, 1990, 2000)



* 자료: 박종연, 2002.

노령화가 실제로 의료비 지출을 증가시킨다는 주장이 일반적으로 설득력을 갖고 있으나 기존의 연구들을 종합하여 보면 일관된 결론을 내리기는 쉽지 않다. Barros(1998)는 그의 연구에서 24개 OECD 국가를 대상으로 1960년에서 1990년까지 데이터를 사용하여 연령이 의료비지출의 결정요인인지를 살펴보았는데 이는 통계적으로 유의하지 않았다. O'Connell(1996)은 21개 OECD 국가를 대상으로 1975-1990년 동안의 자료를 분석하였는데 국가변수를 통제한 상태에서 보았을 때 7개 나라에서는 유의한 양의 관계를 보였고, 8개 나라에서는 유의한 음의 관계를 보였으며, 6개 나라에서는 통계적으로 유의하지 않았다. Gerdtham 등(1992)은 19개 OECD 국가를 대상으로 연구하였는데, 연령 변수가 유의한 양의 관계를 보이기는 했지만 다른 변수의 제외 여부에 따라 결과가 민감하게 나타났다.

연령이 의료비 지출에 영향을 미치는 것에 대해 부정적인 의견을 제시하는 측에서는 노령화 자체가 의료비 지출을 증가시키는 것이 아니라 소득수준이나 교육수준, 기술력과 같은 다른 요인들이 오히려 더 작용한다는 주장이다. 이론적으로 소득수준과 교육수준은 의료의 수요를 증가시킨다. 그러나 그 영향 정도는 명확치 않다. 소득은 의료 수요를 증가시키지만 교육은 반대의 효과를 줄 수도 있고 더욱이 교육과 소득은 서로 상호작용을 한다. 더 구체적으로 보아서 소득의 증가에 따른 의료비 지출의 증가는 젊은 층보다 나이든 계층에서 더 나타나는 경향이 있다. 한편 젊은 층이 나이든 층에 비해 더 기술적으로 향상된 교육을 받기 때문에 교육수준에 따른 지출의 영향은 젊은 층에서 덜 나타날 수 있다.

기술은 의료비를 증가시키는 중요한 요인이다. 기술의 발전은 노

령화를 가속시키는 것과 연관이 있다. 전통적으로 의료산업은 매우 노동집약적인 요소를 갖고 있었다. 그러나 시간이 지남에 따라 노동 시장에서 살아남기 위해서는 보다 경제적인 형태로 변화하여야 하기 때문에 투입노동량을 줄일 수 있는 방식의 기술(labor-saving technology)이 발전하게 된다. 아직도 개발의 여지가 많이 남아 있는 영역(예를 들어, 생명과학이나 나노기술)과 투입노동량을 줄이는 데에 큰 역할을 하게 될 영역들(예를 들어, 정보기술)의 향방이 앞으로의 의료시장을 결정지을 것이다(Reinhardt, 2003). 이외에 장기요양서비스가 노인층의 의료비를 증가시키는 데에 한몫을 하고 있다(Meerding, et al, 1998). 1995년~2000년간 전체 건강보험에서의 진료비는 연평균 16% 증가한 반면, 노인인구의 진료비는 24.8% 증가하여 노인의료비 부담이 가중되고 있다.

노령화의 직접적인 결과인지 다른 요인에 의한 간접적인 결과인지는 논란의 여지가 있지만, 노령화는 불가피하게 보건의료비의 급증과 유의할 만한 상관성이 있기 때문에 노령화의 진전에 따라 각국은 보건의료비를 조세로 충당하든 건강보험으로 충당하든 관계없이 사회적 비용을 필요로 하게 되고 그에 따른 각종 부작용에 직면할 수밖에 없게 된다. 노인 1인당 의료비는 비노인에 비해 2-5배에 달하는데, 출생률의 하락과 평균수명의 연장으로 노인인구가 상대적으로 크게 증가하면서 전체 의료비 증가는 물론 보험재정 파산 등 사회적 비용 측면에서도 사회적인 문제로 대두되고 있는 실정이다.

우리나라의 경우도 최근 인구구조의 노령화가 만성질환의 증가와 연계되어 보건의료비 부담이 가중되고 있다. 2010년 현재 전인구 중 노인인구율이 11% 수준인데, 노인의료비는 30%를 훌쩍 넘어섰다. 따

라서 노인의료비 증가의 억제는 국가건강보장체계의 지속가능성을 제고하여 노령사회의 삶의 질을 영속적으로 보장하기 위한 중대한 정책적 과제로 부상하고 있는 것이다. 이는 결국 노령화에 따른 질병 구조의 변화가 의료비 등 사회적 비용의 부담을 가중시키는 것이라고 할 수 있다.

제3장

노령화에 따른 질병구조 실태 및 추이 분석

제1절 자료 및 분석

저출산·고령화에 따른 우리나라 국민의 질병구조 변화에 대한 실증적 분석을 위해 건강보험 급여자료를 중심으로 주요 질병 최근 추이 분석 및 추계를 하였다. 우선 노인성질환으로 주목되는 고혈압질환 등 주요 만성질환에 대하여 각 질병코드별로 재분류하여, 연도별(2003~2009) 연령대별(65~69세, 70~74세, 75세 이상, 65세 미만)로 진료 실인원(인구 10만명당 치료유병률), 입원진료비, 외래진료비, 총진료비를 분석함으로써 최근의 저출산 고령화 추이 속에서 질병구조 실태의 단면을 살펴보고자 하였다. 이어서 향후 인구구조 변화에 따른 질병구조를 추계하기 위하여 건강보험 급여자료에 의한 최근의 주요 질환별 치료유병률, 진료비 추이를 향후 2015년부터 2050년까지 5년 단위로 각 연령대별 인구 추계에 적용하여 향후 각 질환별 추이를 전망하였다.

대상 질환에는 우선 노인장기요양보험법에서 규정한 노인성질환을 포함하였다. 노인장기요양보험법에서는 장기요양보험 급여 대상자의 자격을 65세 이상 노인과 65세 미만의 노인성질환으로 인한 일상생활 제한자로 규정하고 있다. 그리고 노인성질환의 범주에는 법 시행령의 별표에 알츠하이머병에서의 치매를 비롯한 19개의 질병코드와 매병, 노망을 비롯한 5개의 한의 질병코드에 해당하는 총 24개 질환을 명시하고 있다(<표 3-1>).

<표 3-1> 노인장기요양보험에 규정된 노인성 질병의 종류

구분	질병명	질병코드
1. 한국표준 질병사인 분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 거미막밑 출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	카. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	타. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관 질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	거. 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 속발성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
2. 한국표준 질병사인 분류 (한의)	버. 매병, 노망	자01
	서. 졸중풍	다04
	어. 중풍 후유증	다06
	저. 진전(振顫)1	다05
	쳐. 진전(振顫)2	차02,2

* 자료: 노인장기요양보험법 시행령 별표 1

여기에 최근 진료비 상위 10위권에 속하는 만성질환(본 보고서의 표 2-19 참조)에 해당하는 고혈압질환, 대뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨병, 신부전, 치매, 허혈성심질환, 백내장, 기타배병증, 만성하기도질환, 파킨슨병, 신경계질환 등의 질병군에 암질환을 포함하여 분석대상으로 하였다(<표 3-2>). 이들 질병을 대상으로 건강보험통계연보에서 질병군별 진료실인원, 진료비 통계자료를 통하여 추이를 분석하였다.

<표 3-2> 분석대상 질병군 및 질병코드

질환명	질병기호
고혈압 질환	I10~I15
대뇌혈관질환	I60~I69
골관절염	M15~M19
당뇨병	E10~E14
신부전	N17~N19
치매	F00~F03, G30
허혈성심질환	I20~I25
백내장	H25~H28
기타배병증	M40~M49, M53~M54
만성하기도질환	J40~J47
파킨슨병	G20
신경계질환	G10~G13, G21~G26, G36~G37, G46~G47, G60~G73, G90~G99
암질환	C00~C97, D00~D34, D48

제2절 최근의 노인성질환 추이

지난 2003년부터 2009년까지 건강보험 통계연보에 의하면, 고혈압질환 등 노인성질환이 크게 증가하였다(<표 3-3>). 2009년의 진료실인원을 기준으로 가장 많은 질환은 기타배병증으로 분류되는 척추관련 질환군으로 534만여명이 진료받았고, 만성하기도질환과 고혈압성질환

이 500만명 이상이 진료받았으며, 그 뒤를 이어 골관절염, 당뇨병 등의 순서로 많았다. 2003년부터 2009년까지의 증가 추이를 기준으로 하면, 치매가 24.93%로 가장 높은 증가율을 보였으며, 파킨슨병이 12.53%, 신부전과 신경계질환이 각각 10.28%와 8.41%, 대뇌혈관질환이 8.37%, 백내장과 고혈압질환, 암질환 등이 7% 이상의 높은 증가율을 보였다.

고혈압질환의 경우 2003년에 약 330만명이 진료받았으나 연평균 7.61%의 증가 추세를 보이며 2009년에 511만6천여명이 진료를 받았다. 이를 인구 10만명당 치료유병률 개념으로 환산해보면, 2003년에 7,442명에서 2009년에 11,335명으로 증가한 것이다. 이를 연령대별로 구분하여 살펴보면, 2003년 65~69세 49만6천여명, 70~74세 36만7천여명, 75세 이상 43만2천여명 등으로 같은 연령대 인구의 1/3 가량이 고혈압으로 진료를 받았고, 65세 미만에서는 약 200만명이 진료를 받음으로써 인구 10만명당 4,558명의 치료유병률을 보였다. 그런데 연령대별 진료실인원은 70대 이후의 중기와 후기 노인들에서 특히 증가율이 높아서, 2009년에는 70~74세 노인 중 65만여명, 75세 이상 노인 중 82만여명이 고혈압으로 진료를 받음으로써 치료유병률이 인구 10만명당 43,811명, 43,435명에 달했다. 이는 65세 미만 비노인 인구 6,684명에 비하여 거의 7배에 달하는 높은 유병률이다.

대뇌혈관질환은 2003년에 50만여명에서 2009년 72만여명으로 연평균 8% 이상 증가하였고, 같은 기간 동안 치료유병률은 1,204명에서 1,913명으로 증가하였다. 특히 70~74세 노인의 경우는 진료실인원의 연평균 증가율이 11.15%로 다른 연령층에 비해 높았다. 골관절염, 당뇨병, 신부전 등의 질병군들에서도 비슷한 추세를 보였는데, 치매와 파킨슨병의 경우는 그 증가율이 더욱 높았다.

치매의 경우 2003년 진료실인원이 47,860명이었던 것이 2009년에 181,248명으로 4배 가까이 증가하여 연평균 25% 가까운 증가율을 보였다. 이에 따라 치료유병률도 2003년 인구 10만명당 127명 수준이었던 것이 2009년에는 474명으로 증가하였는데, 65~69세 노인의 경우 인구 10만명당 436명에서 953명, 70~74세 노인은 597명에서 1,734명, 75세 이상 노인은 1,906명에서 6,268명으로 연령이 많을수록 급격한 증가세를 보였다. 이는 노인장기요양보험제도의 도입 과정에서 치매에 대한 사회적 인식이 높아져 잠재되어 있던 치매환자들이 표면화된 결과로도 보인다. 이외에 파킨슨병과 신경계질환의 증가율이 높았는데, 특히 65세 미만 인구보다는 65세 이상의 노인에게서 진료실인원의 증가율이 높았다.

암질환의 경우는 2003년에 진료실인원이 200만명 수준이었고 연도별로 편차가 상당히 크다는 특징이 있으나, 전반적으로 크게 증가하는 추세에 있는 것으로 보인다. 특히 암은 발생 부위가 다양하고, 최근 국가암검진 제도의 변화 및 진단기술 발전 등 다양한 측면의 영향 요인으로 인하여 연도별 진료실인원의 편차가 큰 것으로 추정된다. 또한 암질환의 경우 다른 질환들에 비해 65세 미만 환자의 비중이 크고, 치료유병률이 65세 이상 노인들과 비노인 간의 격차가 크지 않은 점이 주목된다.

〈표 3-3〉 주요 질환의 연령대별 진료실 인원 및 인구 10만명당 치료
유병률 추이(2003~2009)

(단위 : 명)

구 분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
〈고혈압질환〉									
전연령	진료실인원	3,295,572	3,566,833	3,933,300	4,197,719	4,544,104	4,833,119	5,115,574	7.61%
	치료유병률	7,442	8,021	8,845	9,438	10,182	10,782	11,335	7.28%
65~ 69세	진료실인원	496,122	538,479	576,877	619,496	695,100	723,769	733,819	6.80%
	치료유병률	31,118	32,782	34,287	35,790	38,961	39,841	40,328	4.44%
70~ 74세	진료실인원	367,167	402,874	452,856	500,307	553,959	603,966	650,915	10.02%
	치료유병률	33,402	34,471	36,338	37,923	40,113	42,050	43,811	4.63%
75세 이상	진료실인원	431,654	480,116	536,436	589,650	666,422	739,976	819,775	11.29%
	치료유병률	33,867	35,442	37,307	38,401	40,505	41,971	43,435	4.24%
65세 미만	진료실인원	2,000,629	2,145,364	2,367,131	2,488,266	2,628,623	2,765,408	2,911,065	6.47%
	치료유병률	4,558	4,890	5,408	5,692	6,023	6,344	6,684	6.60%
〈대뇌혈관질환〉									
전연령	진료실인원	500,464	531,184	561,769	609,849	661,037	744,493	718,672	6.33%
	치료유병률	1,204	1,285	1,415	1,548	1,689	1,826	1,913	8.04%
65~ 69세	진료실인원	87,701	95,419	100,058	106,575	120,093	127,257	129,033	6.70%
	치료유병률	5,501	5,809	5,947	6,157	6,731	7,005	7,091	4.36%
70~ 74세	진료실인원	73,977	82,426	91,851	102,544	115,439	129,303	139,374	11.15%
	치료유병률	6,730	7,053	7,370	7,773	8,359	9,002	9,381	5.70%
75세 이상	진료실인원	92,681	106,784	106,784	121,341	137,035	186,660	137,035	8.57%
	치료유병률	7,272	7,883	7,426	7,902	8,329	10,587	7,261	1.69%
65세 미만	진료실인원	246,105	246,555	263,076	279,389	288,470	301,273	313,230	4.12%
	치료유병률	561	562	601	639	661	691	719	4.26%
〈골관절염〉									
전연령	진료실인원	1,978,410	2,124,836	2,296,810	2,715,740	2,639,229	2,724,099	2,820,130	6.26%
	치료유병률	4,528	4,843	5,249	6,157	6,024	6,179	6,349	5.97%
65~ 69세	진료실인원	303,508	329,075	347,618	373,362	425,063	434,963	437,884	6.39%
	치료유병률	27,611	28,156	27,894	28,300	30,779	30,283	29,473	1.16%
70~ 74세	진료실인원	223,910	248,041	278,582	312,311	349,858	374,077	398,713	10.12%
	치료유병률	32,740	34,512	36,574	38,398	40,066	39,957	39,865	3.37%
75세 이상	진료실인원	232,023	259,679	289,131	322,963	371,098	404,447	443,743	11.43%
	치료유병률	18,204	19,169	20,108	21,033	22,555	22,940	23,511	4.37%
65세 미만	진료실인원	1,218,969	1,288,043	1,381,479	1,707,104	1,493,210	1,510,612	1,539,790	4.51%
	치료유병률	2,777	2,936	3,156	3,905	3,421	3,465	3,535	4.64%

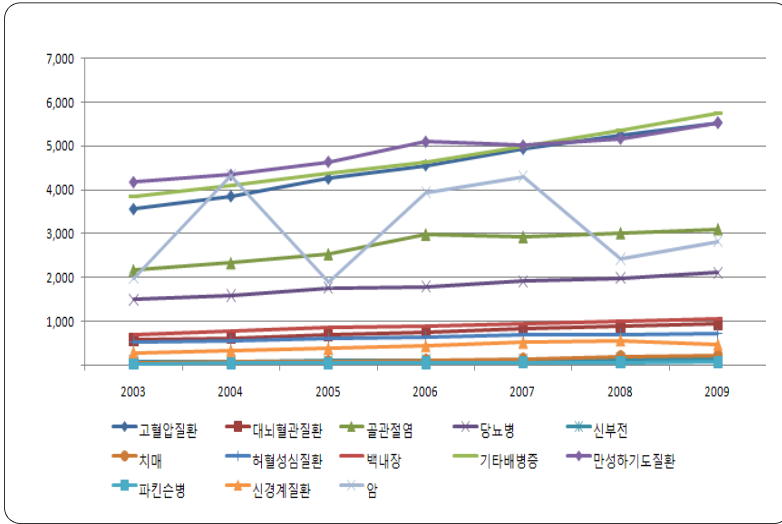
구 분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
〈골관절염〉									
전연령	진료실인원	1,978,410	2,124,836	2,296,810	2,715,740	2,639,229	2,724,099	2,820,130	6.26%
	치료유병률	4,528	4,843	5,249	6,157	6,024	6,179	6,349	5.97%
65~ 69세	진료실인원	303,508	329,075	347,618	373,362	425,063	434,963	437,884	6.39%
	치료유병률	27,611	28,156	27,894	28,300	30,779	30,283	29,473	1.16%
70~ 74세	진료실인원	223,910	248,041	278,582	312,311	349,858	374,077	398,713	10.12%
	치료유병률	32,740	34,512	36,574	38,398	40,066	39,957	39,865	3.37%
75세 이상	진료실인원	232,023	259,679	289,131	322,963	371,098	404,447	443,743	11.43%
	치료유병률	18,204	19,169	20,108	21,033	22,555	22,940	23,511	4.37%
65세 미만	진료실인원	1,218,969	1,288,043	1,381,479	1,707,104	1,493,210	1,510,612	1,539,790	4.51%
	치료유병률	2,777	2,936	3,156	3,905	3,421	3,465	3,535	4.64%
〈당뇨병〉									
전연령	진료실인원	1,381,007	1,457,128	1,610,575	1,623,740	1,723,523	1,786,778	1,904,930	5.56%
	치료유병률	3,126	3,296	3,661	3,715	3,944	4,082	4,315	5.56%
65~ 69세	진료실인원	201,345	217,058	236,974	245,068	273,829	278,444	285,715	6.07%
	치료유병률	12,629	13,214	14,085	14,158	15,348	15,328	15,702	3.74%
70~ 74세	진료실인원	130,866	145,121	167,414	183,292	205,412	220,233	243,034	10.90%
	치료유병률	11,905	12,417	13,434	13,893	14,874	15,333	16,358	5.46%
75세 이상	진료실인원	113,334	128,754	148,594	163,210	188,837	206,668	236,852	13.10%
	치료유병률	8,892	9,505	10,334	10,629	11,478	11,722	12,549	5.94%
65세 미만	진료실인원	935,462	966,195	1,057,593	1,032,170	1,055,445	1,081,433	1,139,329	3.40%
	치료유병률	2,131	2,202	2,416	2,361	2,418	2,481	2,616	3.54%
〈신부전〉									
전연령	진료실인원	59,095	64,899	70,787	75,882	84,787	96,008	106,179	10.26%
	치료유병률	167	183	203	229	243	266	280	9.03%
65~ 69세	진료실인원	7,372	8,268	9,357	10,390	12,130	13,618	14,660	12.17%
	치료유병률	462	503	556	600	680	750	806	9.71%
70~ 74세	진료실인원	5,172	5,883	7,181	8,493	10,358	12,250	14,262	18.46%
	치료유병률	471	503	576	644	750	853	960	12.66%
75세 이상	진료실인원	5,936	7,224	8,744	10,366	13,049	15,822	19,233	21.66%
	치료유병률	466	533	608	675	793	897	1,019	13.96%
65세 미만	진료실인원	40,615	43,524	45,505	46,633	49,250	54,318	58,024	6.15%
	치료유병률	93	99	104	107	113	125	133	6.29%
〈치매〉									
전연령	진료실인원	47,860	56,845	68,163	84,796	109,744	143,922	181,248	24.93%
	치료유병률	127	151	185	232	300	388	474	24.59%
65~ 69세	진료실인원	6,951	8,237	8,778	10,181	12,337	14,873	17,347	16.57%
	치료유병률	436	501	522	588	692	819	953	14.03%
70~ 74세	진료실인원	9,525	11,129	13,156	16,312	20,126	25,316	31,552	22.14%
	치료유병률	597	678	782	942	1,128	1,394	1,734	19.50%
75세 이상	진료실인원	24,299	29,701	37,871	49,232	67,337	91,720	118,302	30.28%
	치료유병률	1,906	2,193	2,634	3,206	4,093	5,202	6,268	22.02%

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
65세 미만	진료실인원	7,085	7,778	8,358	9,071	9,944	12,013	14,047	12.19%
	치료유병률	16	18	19	21	23	28	32	12.33%
〈허혈성심질환〉									
전연령	진료실인원	494,699	511,754	552,758	577,580	601,568	609,435	632,720	4.20%
	치료유병률	1,118	1,166	1,270	1,341	1,411	1,428	1,467	4.66%
65~ 69세	진료실인원	76,745	77,931	81,870	82,866	84,520	87,255	90,564	2.81%
	치료유병률	4,814	4,744	4,866	4,787	4,737	4,803	4,977	0.58%
70~ 74세	진료실인원	55,188	59,954	68,527	75,504	83,541	89,794	96,609	9.81%
	치료유병률	5,021	5,130	5,499	5,723	6,049	6,252	6,502	4.42%
75세 이상	진료실인원	59,210	65,707	74,798	81,781	92,144	100,787	112,269	11.26%
	치료유병률	4,646	4,850	5,202	5,326	5,601	5,717	5,948	4.22%
65세 미만	진료실인원	303,756	308,162	327,563	337,429	341,363	331,599	333,278	1.60%
	치료유병률	692	702	748	772	782	761	765	1.73%
〈백내장〉									
전연령	진료실인원	612,770	693,012	747,582	783,807	836,873	897,115	952,775	7.66%
	치료유병률	1,452	1,632	1,764	1,848	1,957	2,082	2,186	7.09%
65~ 69세	진료실인원	129,598	149,327	160,040	168,285	186,007	197,117	202,190	7.77%
	치료유병률	8,129	9,091	9,512	9,722	10,426	10,851	11,112	5.40%
70~ 74세	진료실인원	120,271	137,323	154,163	168,294	182,468	200,193	217,730	10.42%
	치료유병률	10,941	11,750	12,370	12,757	13,213	13,938	14,655	5.00%
75세 이상	진료실인원	149,086	169,252	185,473	199,500	217,783	236,933	258,186	9.60%
	치료유병률	11,697	12,494	12,899	12,992	13,237	13,439	13,680	2.66%
65세 미만	진료실인원	213,815	237,110	247,906	247,728	250,615	262,872	274,669	4.32%
	치료유병률	487	540	566	567	574	603	631	4.45%
〈기타배병증〉									
전연령	진료실인원	3,604,042	3,832,141	4,086,637	4,329,372	4,635,606	4,955,118	5,341,812	6.78%
	치료유병률	8,041	8,508	9,072	9,570	10,307	11,002	11,788	6.59%
65~ 69세	진료실인원	385,761	414,564	434,665	467,142	527,096	558,766	576,062	6.95%
	치료유병률	24,196	25,238	25,834	26,988	29,544	30,759	31,658	4.61%
70~ 74세	진료실인원	278,348	303,973	338,289	378,511	423,485	473,809	520,524	11.00%
	치료유병률	25,322	26,009	27,145	28,691	30,665	32,988	35,035	5.57%
75세 이상	진료실인원	296,205	322,939	355,189	392,474	447,836	509,998	579,313	11.85%
	치료유병률	23,240	23,839	24,702	25,560	27,220	28,926	30,694	4.76%
65세 미만	진료실인원	2,643,728	2,790,665	2,960,494	3,091,245	3,237,189	3,412,545	3,665,913	5.60%
	치료유병률	6,023	6,361	6,764	7,072	7,417	7,829	8,417	5.74%
〈만성하기도질환〉									
전연령	진료실인원	3,954,619	4,113,025	4,376,371	4,782,151	4,691,973	4,838,516	5,204,829	4.75%
	치료유병률	8,736	9,050	9,645	10,558	10,341	10,635	11,348	4.52%
65~ 69세	진료실인원	238,345	249,184	255,261	273,622	296,690	323,161	324,421	5.32%
	치료유병률	14,950	15,170	15,171	15,808	16,630	17,789	17,829	3.01%
70~ 74세	진료실인원	178,667	189,798	202,927	224,842	237,089	271,326	285,934	8.20%
	치료유병률	16,254	16,240	16,283	17,043	17,168	18,890	19,245	2.92%

구 분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
75세 이상	진료실인원	216,584	231,759	244,170	262,146	283,443	323,514	347,473	8.23%
	치료유병률	16,993	17,108	16,981	17,072	17,228	18,349	18,411	1.37%
65세 미만	진료실인원	3,321,023	3,442,284	3,674,013	4,021,541	3,874,751	3,920,515	4,247,001	4.28%
	치료유병률	7,566	7,846	8,394	9,200	8,878	8,994	9,751	4.42%
〈파킨슨병〉									
전연령	진료실인원	29,177	33,448	34,232	38,699	44,271	51,417	58,003	12.23%
	치료유병률	70	81	91	97	116	127	140	12.21%
60~ 69세	진료실인원	5,965	6,414	6,891	7,649	8,500	9,230	9,600	8.28%
	치료유병률	374	390	410	442	476	508	528	5.91%
70~ 74세	진료실인원	5,940	6,422	7,664	9,034	10,375	12,206	13,947	15.35%
	치료유병률	540	549	615	685	751	850	939	9.71%
75세 이상	진료실인원	7,453	8,846	10,480	12,413	15,431	19,046	23,038	20.72%
	치료유병률	585	653	729	808	938	1,080	1,221	13.07%
65세 미만	진료실인원	9,819	11,766	9,197	9,603	9,965	10,935	11,418	3.39%
	치료유병률	22	27	21	22	23	25	26	3.51%
〈신경계질환〉									
전연령	진료실인원	257,581	292,661	332,593	384,622	452,996	499,961	397,021	8.41%
	치료유병률	595	678	778	901	1,056	1,161	949	8.90%
65~ 69세	진료실인원	29,513	34,147	38,176	44,302	54,014	58,487	46,159	8.78%
	치료유병률	1,851	2,079	2,269	2,559	3,028	3,220	2,537	6.28%
70~ 74세	진료실인원	23,537	27,963	33,030	38,742	47,992	54,110	45,655	12.54%
	치료유병률	2,141	2,393	2,650	2,937	3,475	3,767	3,073	6.94%
75세 이상	진료실인원	27,926	34,002	40,792	48,542	61,501	67,426	58,889	14.07%
	치료유병률	2,191	2,510	2,837	3,161	3,738	3,824	3,120	6.86%
65세 미만	진료실인원	176,605	196,549	220,595	253,036	289,489	319,938	246,318	6.69%
	치료유병률	402	448	504	579	663	734	566	6.83%
〈암질환〉									
전연령	진료실인원	1,891,331	4,212,496	1,750,397	3,799,044	4,155,948	2,264,919	2,671,038	6.81%
	치료유병률	4,157	17,934	7,911	8,211	17,830	10,142	5,867	6.86%
65~ 69세	진료실인원	127,273	145,058	133,015	148,451	171,755	187,008	220,298	9.94%
	치료유병률	7,983	8,831	7,906	8,576	9,627	10,294	12,107	7.57%
70~ 74세	진료실인원	87,560	100,982	95,469	110,213	125,570	142,913	180,298	13.20%
	치료유병률	7,965	8,640	7,661	8,354	9,093	9,950	12,135	7.74%
75세 이상	진료실인원	88,568	104,976	91,552	103,619	122,398	139,024	183,471	13.77%
	치료유병률	6,949	7,749	6,367	6,748	7,439	7,885	9,721	6.53%
65세 미만	진료실인원	1,587,931	3,861,480	1,430,361	3,436,761	3,736,225	1,795,974	2,086,971	5.24%
	치료유병률	3,618	8,801	3,268	7,862	8,560	4,120	4,792	5.41%

[그림 3-1] 주요 질환의 진료실인원 추이(2003~2009)

(단위: 천명)



노인성질환의 진료실 인원과 치료유병률의 증가 추세는 국민의료비와 건강보험 급여비 등 진료비 부담으로 직결된다. 노인성질환에 속하는 질병군별로 입원진료비의 최근 추이를 보면(<표 3-4>), 2009년에 가장 많은 진료비를 지출한 질병은 대뇌혈관질환으로 2009년에 1조 2천억원에 육박하는 입원비를 지출하였고, 치매와 허혈성심질환이 5천억원 이상, 골관절염과 백내장, 기타배병증이 3천억원대, 신부전과 당뇨병이 2천억 내외 정도의 입원진료비를 지출한 질병들이었다. 2003년부터 2009년 사이의 연간 입원진료비 증가율을 보면, 파킨슨병과 치매가 연평균 50%를 넘는 높은 증가율을 보였고, 고혈압질환과 골관절염, 신경계질환, 기타배병증, 대뇌혈관질환 등도 연평균 입원진료비가 20% 이상 증가하였다.

고혈압질환의 경우 2003년에 총 442억여원의 입원진료비가 지출되어 환자 1인당 12,000원 수준이었는데, 2009년에는 총 1,582억원 수준으로 연간 24.2%의 높은 증가 추세를 보여 1인당 29,000원의 고혈압 입원진료비를 지출하게 되었다. 고혈압진료비를 노인과 비노인으로 구분하여 보면 2003년에 265억원과 177억원 수준이었던 입원진료비가 2009년에는 1,282억원 대 301억원 수준으로 격차가 크게 벌어져 노인인구의 고혈압질환으로 인한 지출이 더욱 빠른 속도로 증가하였다. 같은 기간 중 실제 고혈압질환으로 인한 입원진료비의 연간 증가율이 노인은 30%를 넘는데 비해 65세 미만 인구의 경우는 1.82%였다.

대뇌혈관질환의 입원진료비 또한 2009년 노인은 7511억원, 65세 미만 인구는 4,475억원으로 총 1조 2,000억에 가까운 비용이 지출되었다. 대뇌혈관질환으로 인한 1인당 입원진료비는 2003년 685,000원에서 2009년 1,285,000원 수준으로 연평균 11.62%의 증가율을 보였다. 한편 골관절염과 같은 퇴행성 질환의 입원진료비 증가율도 22.01%로 높은 수준을 보여 2009년에 총 3,927억원에 달했다.

당뇨병의 입원진료비는 2003년 99억 7천만원 수준에서 2009년에는 1,938억원 수준으로 연간 15.74%의 증가율을 보였다. 노인의 경우 연간 20%에 가까운 증가율을 보여 2009년 1,249억원의 입원진료비를 지출하여 65세 미만 인구의 입원진료비 689억원의 약 두 배의 입원비가 지출되었다. 신부전으로 인한 입원진료비 또한 2009년에 2,384억으로 당뇨병 진료비보다 많았다. 치매로 인한 입원진료비는 2003년 477억원 규모에 불과하였으나 2009년 5,203억원으로 10배 이상 증가하였고, 연간 증가율도 50%를 넘는 급증 현상을 보였다. 65세 이상 노인의 치매 입원진료비가 4,868억원으로 대부분을 점하고 있어 노령화의 영향

을 가장 많이 받는 질병이었다고 할 수 있다. 파킨슨병은 입원진료비 규모는 작지만, 치매와 유사한 증가 추세를 보이고 있어서 2003년부터 2009년까지 연간 51.36%의 증가율을 보였다.

한편, 주요 노인성질환들에 대한 외래진료비의 최근 추이를 보면 (<표 3-5>), 2009년에 가장 많은 진료비를 지출한 질병은 고혈압질환으로 2008년에 2조원대에 접어 들었고 2009년에는 2조 2,656억원 규모의 외래진료비 지출하였다. 같은 해에 신부전 또한 외래진료비가 1조 205억원에 달했고, 기타배병증과 당뇨병의 외래진료비도 각각 9,544억원과 9,386억원으로 매우 많은 의료비가 지출되는 질병군이었다. 이외에 골관절염과 만성하기도질환은 6,028억원, 대뇌혈관질환과 허혈성심질환은 각각 4,772억원과 3,794억원의 외래진료비를 지출하였다.

2003년부터 2009년 사이의 외래진료비 증가율이 가장 높았던 질병은 치매로서 2003년 83억원 규모에 불과하였던 것이 2009년에는 2,102억원 규모로 증가하여 연평균 92.85%에 달하는 증가율을 보였다. 이외에 허혈성심질환도 2003년 476억원에서 2009년 3,794억원으로 연평균 75.97%, 대뇌혈관질환은 2003년 637억원 수준에서 2009년에 4,772억원 규모로 외래진료비가 증가하여 연평균 69.52%의 증가율을 보였고, 고혈압질환, 파킨슨병, 당뇨병도 연간 50%를 넘는 급격한 외래진료비 증가율을 보이는 등 노인성질환 전반적으로 입원진료비보다 외래진료비의 증가율이 높았다. 외래진료비 증가 추세를 보면, 치매의 연평균 증가율이 92.85%로 가장 높았고, 이어서 허혈성심질환과 대뇌혈관질환 외래진료비가 각각 연평균 75.97%와 69.52%로 높았다. 이외에 고혈압과 당뇨병의 외래진료비 증가율이 50% 대 이상으로 높았고, 암질환의 외래진료비 증가율도 연평균 45.55%로 높았다.

〈표 3-4〉 주요 질환의 입원 및 외래진료비 추이(2003~2009)

(단위: 천원)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율	
고혈압 질환	입원	44,213,520	50,796,859	62,336,339	83,113,119	99,192,217	143,565,974	158,222,727	24.20%
	외래	350,864,374	401,962,865	475,630,791	528,930,557	554,763,417	2,069,735,882	2,265,583,977	55.25%
대뇌혈관 질환	입원	394,831,222	459,192,092	572,538,875	746,105,023	901,427,489	893,512,773	1,198,559,944	20.90%
	외래	63,707,448	71,949,248	95,578,225	122,290,305	136,258,199	619,973,601	477,212,897	69.52%
골관절염	입원	120,356,406	135,648,211	163,412,993	213,502,475	284,072,768	338,058,641	392,699,500	22.01%
	외래	204,231,418	228,355,654	264,198,868	325,694,768	368,878,159	582,665,619	602,844,824	20.91%
당뇨병	입원	99,660,848	108,564,106	125,079,473	154,504,916	181,394,891	177,909,725	193,796,610	15.74%
	외래	195,573,998	211,216,390	245,163,256	268,564,189	274,944,308	1,054,395,751	938,584,994	51.42%
신부전	입원	132,071,383	116,550,074	130,210,613	152,394,346	175,045,098	403,366,194	238,365,525	20.23%
	외래	540,446,583	617,035,805	675,790,136	757,706,020	837,886,518	760,900,203	1,020,524,896	11.89%
치매	입원	47,732,506	58,717,585	88,475,176	154,256,532	259,827,009	312,063,273	520,306,327	50.55%
	외래	8,338,846	10,425,450	15,611,684	21,661,027	42,012,508	182,542,610	210,172,994	92.85%
허혈성 심 질환	입원	221,251,113	264,381,324	299,523,893	404,563,800	457,522,507	436,124,966	505,052,568	15.35%
	외래	47,635,066	53,166,587	61,139,115	69,065,678	75,604,894	384,070,656	379,378,744	75.97%
백내장	입원	169,264,189	201,395,132	221,007,724	245,487,259	279,932,969	311,696,865	340,270,245	12.39%
	외래	57,571,268	64,734,638	73,719,375	80,371,800	85,787,227	127,337,002	138,905,507	16.60%
기타 배병증	입원	125,605,343	90,120,553	154,958,552	179,562,190	236,081,463	311,642,013	326,418,853	21.30%
	외래	335,883,395	379,918,826	434,051,305	492,337,800	573,271,180	810,585,257	954,350,118	21.62%
만성 하기도 질환	입원	104,443,416	118,124,400	132,503,575	154,007,221	166,340,815	157,503,070	205,682,910	12.46%
	외래	191,173,506	200,799,071	223,646,194	244,661,057	237,046,809	518,145,395	523,715,606	23.73%
파킨슨 병	입원	6,840,319	9,344,419	20,087,009	27,049,449	39,853,776	50,734,797	74,733,479	51.36%
	외래	13,503,396	18,660,438	53,052,523	30,678,092	36,076,873	76,234,410	76,042,066	51.50%
신경계 질환	입원	37,872,193	42,231,584	55,275,085	71,203,166	89,696,983	109,490,722	120,972,058	21.62%
	외래	21,138,692	23,903,680	29,620,631	37,295,639	42,857,222	95,525,501	93,293,490	33.06%
암질환	입원	1,088,348,674	462,644,267	1,376,024,988	3,292,695,539	3,886,167,061	2,315,451,729	2,540,096,319	22.23%
	외래	411,355,005	171,614,900	545,279,790	1,399,451,945	1,690,634,677	1,311,686,153	1,535,705,899	45.55%

2009년 노인성질환들에 대한 입원과 외래진료비를 합한 총진료비를 살펴보면(<표 3-5>), 고혈압질환이 2조 4,238억원으로 가장 많았고, 당뇨병이 2조 710억원, 대뇌혈관질환이 1조 6,758억원, 기타배병증과 신부전이 각각 1조 2,808억원과 1조 2,589억원 등의 순이었다. 이외에 진료비를 많이 지출하는 질병들로는 골관절염(9,955억원), 허혈성심질환(8,844억원), 치매와 만성하기도질환(7,300억원 내외) 등이 있었다.

총진료비 증가 추세를 보면, 치매가 연평균 54.33%로 가장 높은 증가율을 보이고 있고, 고혈압질환과 파킨슨병도 이와 비슷한 수준인 50% 내외의 높은 증가율을 보이고 있다. 이외에도 당뇨병이 37.26%, 신경계질환과 대뇌혈관질환, 허혈성심질환, 기타배병증, 골관절염도 지난 2003년부터 2009년 사이에 20%를 넘는 연평균 증가율을 보였다. 65세 이상의 노인층에서 연평균 총진료비 증가율이 가장 높았던 질병은 치매로서 2003년 480억원 정도였던 총진료비가 2009년에 6,076억원 수준으로 연평균 54.10%의 높은 증가율을 보였다. 같은 기간에 고혈압질환은 노인층에서 연평균 46.16%가 증가하였고, 기타배병증은 40.58%, 당뇨병은 38.75% 증가하였으며, 파킨슨병과 암질환, 신경계질환도 30% 이상의 높은 증가율을 보였다.

〈표 3-5〉 주요 질환의 총진료비 추이(2003~2009)

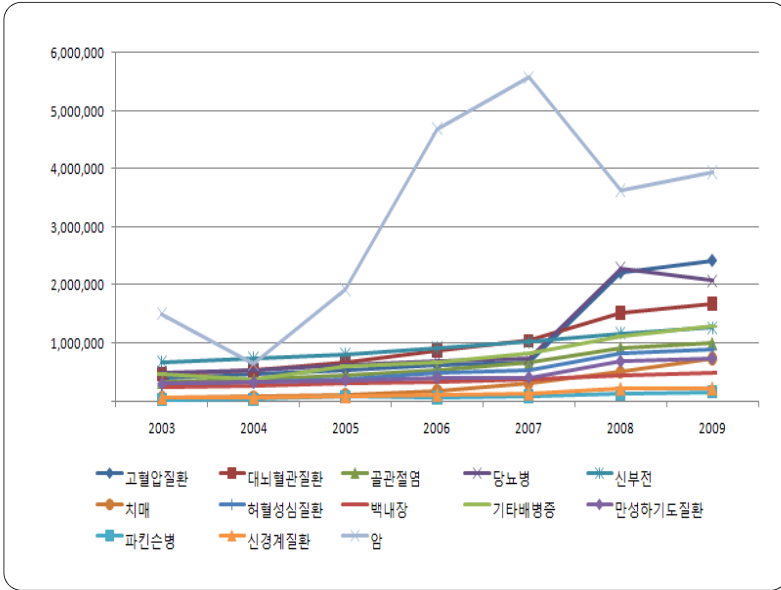
(단위: 천원)

질환구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
고혈압질환								
총진료비	395,077,894	452,759,724	537,967,130	612,043,676	653,955,634	2,213,301,856	2,423,806,704	50.33%
65세 이상	진료비 총계 182,172,081	213,396,618	255,086,502	300,307,552	336,591,188	1,020,016,634	1,139,471,533	46.87%
	1인당진료비 141	150	163	176	176	493	517	34.77%
65세 미만	진료비 총계 212,905,813	239,363,106	282,880,628	311,736,124	317,364,446	1,193,285,222	1,284,335,171	54.37%
	1인당진료비 106	112	120	125	121	432	441	45.47%
대뇌혈관질환								
총진료비	458,538,670	531,141,340	668,117,100	868,395,328	1,037,685,688	1,513,486,374	1,675,772,841	24.61%
65세 이상	진료비 총계 244,821,429	289,689,737	377,977,959	506,384,143	634,429,422	945,344,217	1,040,878,073	27.86%
	1인당진료비 963	1,018	1,207	1,463	1,602	2,133	2,182	15.08%
65세 미만	진료비 총계 213,717,241	241,451,603	290,139,141	362,011,185	403,256,266	568,142,157	634,894,768	20.32%
	1인당진료비 868	979	1,103	1,296	1,398	1,886	2,027	15.52%
골관절염								
총진료비	324,587,824	364,003,865	427,611,861	539,197,243	652,950,927	920,724,260	995,544,324	20.99%
65세 이상	진료비 총계 183,300,615	212,551,418	254,853,464	327,482,094	405,734,085	571,484,591	651,993,564	23.87%
	1인당진료비 241	254	278	325	354	471	509	13.61%
65세 미만	진료비 총계 141,287,209	151,452,447	172,758,397	211,715,149	247,216,842	349,239,669	343,550,760	16.70%
	1인당진료비 116	118	125	124	166	231	223	12.77%
당뇨병								
총진료비	295,234,846	319,780,496	370,242,729	423,069,105	456,339,199	1,232,305,476	1,132,381,604	37.26%
65세 이상	진료비 총계 113,238,385	127,099,740	150,970,513	178,220,001	216,444,527	542,761,694	603,638,960	38.75%
	1인당진료비 254	259	273	301	324	769	788	27.53%
65세 미만	진료비 총계 181,996,461	192,680,756	219,271,916	244,849,104	239,894,672	689,543,782	528,742,644	32.24%
	1인당진료비 195	199	207	237	227	638	464	28.34%
신부전								
총진료비	672,517,966	733,585,879	806,000,749	910,100,366	1,012,931,616	1,164,266,397	1,258,890,421	11.04%
65세 이상	진료비 총계 154,835,015	185,643,919	222,319,003	274,267,956	342,625,741	372,790,432	456,316,518	19.86%
	1인당진료비 8,379	8,685	8,794	9,377	9,641	8,942	9,476	2.18%
65세 미만	진료비 총계 501,372,623	554,157,198	589,509,207	643,516,287	689,543,443	773,212,221	812,106,633	8.40%
	1인당진료비 12,345	12,732	12,955	13,800	14,001	14,235	13,996	2.14%
치매								
총진료비	56,071,352	69,143,035	104,086,860	175,917,559	301,839,517	494,605,883	730,479,321	54.33%
65세 이상	진료비 총계 47,952,797	60,859,411	92,581,844	160,746,499	268,136,692	475,832,513	607,604,959	54.10%
	1인당진료비 1,176	1,240	1,548	2,123	2,687	3,607	3,634	21.50%
65세 미만	진료비 총계 435,560,919	486,460,061	520,602,314	568,362,703	611,367,384	500,785,714	722,565,387	10.27%
	1인당진료비 61,476	62,543	62,288	62,657	61,481	41,687	51,439	-1.46%
허혈성심질환								
총진료비	268,886,179	317,547,911	360,663,008	473,629,478	533,127,401	820,195,622	884,431,312	22.87%
65세 이상	진료비 총계 123,547,162	154,839,780	179,295,088	240,733,407	280,665,548	443,645,488	485,678,518	26.59%
	1인당진료비 654	753	779	966	1,013	1,510	1,549	16.51%
65세 미만	진료비 총계 145,339,017	162,708,131	181,367,920	232,896,071	252,461,853	376,550,134	398,752,794	19.21%
	1인당진료비 478	528	554	690	740	1,136	1,196	17.66%

질환구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균 증가율
백내장								
총진료비	226,835,457	266,129,770	294,727,099	325,859,059	365,720,196	447,306,374	479,175,752	13.34%
65세 이상	진료비 총계 157,581,058	187,019,101	209,303,490	234,610,957	268,308,913	332,563,101	356,819,538	21.07%
	1인당진료비 437	451	459	478	494	562	578	4.82%
65세 미만	진료비 총계 69,254,399	79,110,669	85,423,609	91,248,102	97,411,283	114,743,273	122,356,214	10.04%
	1인당진료비 324	334	345	368	389	436	445	5.51%
기타배병증								
총진료비	461,488,738	470,039,379	589,009,857	671,899,990	809,352,643	1,122,227,270	1,280,768,971	29.59%
65세 이상	진료비 총계 188,905,018	324,666,427	255,427,848	303,738,070	380,934,621	561,319,735	648,798,493	40.58%
	1인당진료비 168	72	80	87	108	305	324	29.22%
65세 미만	진료비 총계 272,583,720	145,372,952	333,582,009	368,161,920	428,418,022	560,907,535	631,970,478	25.52%
	1인당진료비 103	52	113	119	132	164	172	18.79%
만성하기도질환								
총진료비	295,616,922	318,923,471	356,149,769	398,668,278	403,387,624	675,648,465	729,398,516	18.02%
65세 이상	진료비 총계 105,671,209	119,515,968	132,826,947	150,383,071	164,951,943	267,375,251	277,714,688	18.85%
	1인당진료비 167	178	189	198	202	291	290	10.58%
65세 미만	진료비 총계 189,945,713	199,407,503	223,322,822	248,285,207	238,435,681	408,273,214	451,683,828	17.67%
	1인당진료비 57	58	61	62	62	104	106	13.14%
파킨슨병								
총진료비	20,343,715	28,004,857	73,139,532	57,727,541	75,930,649	126,969,207	150,775,545	49.21%
65세 이상	진료비 총계 13,750,053	19,626,122	29,914,622	41,365,808	56,870,831	100,260,018	122,217,851	44.85%
	1인당진료비 710	905	1,195	1,422	1,658	2,477	2,624	25.06%
65세 미만	진료비 총계 6,593,662	8,378,735	43,224,910	16,361,733	19,059,818	26,709,189	28,557,694	74.06%
	1인당진료비 672	712	4,700	1,704	1,913	2,443	2,501	90.77%
신경계질환								
총진료비	59,010,885	66,135,264	84,895,716	108,498,805	132,554,205	205,016,223	214,265,548	24.93%
65세 이상	진료비 총계 19,841,546	23,260,890	29,286,012	39,761,263	52,154,308	87,340,263	90,786,188	30.25%
	1인당진료비 245	242	261	302	319	485	602	17.37%
65세 미만	진료비 총계 39,169,339	42,874,374	55,609,704	68,737,542	80,399,897	117,675,960	123,479,360	21.84%
	1인당진료비 222	218	252	272	278	368	501	15.44%
암질환								
총진료비	1,499,703,680	634,259,167	1,921,304,778	4,692,147,484	5,576,801,738	3,627,137,882	3,939,548,264	27.11%
65세 이상	진료비 총계 412,776,540	508,455,727	587,679,921	802,649,404	1,013,662,693	1,281,470,967	1,307,868,248	35.37%
	1인당진료비 1,390	1,449	1,836	2,216	2,415	2,733	2,239	10.18%
65세 미만	진료비 총계 1,086,927,140	125,803,440	1,333,624,857	3,889,498,080	4,563,139,045	2,345,666,915	2,631,680,016	23.69%
	1인당진료비 684	33	932	1,132	1,221	1,306	1,261	14.06%

[그림 3-2] 주요 질환의 총진료비 추이(2003~2009)

(단위: 백만원)



제3절 향후 인구구조 변화에 따른 질병구조의 전망

우리나라 인구구조는 현재 급격한 노령화 과정에 있다. 장래의 우리나라 인구 추계에 의하면 총인구 규모는 2020년 경 정점에 도달한 후 점차 감소할 것으로 전망된다. 향후 2050년까지의 우리나라 인구규모 변화를 보면, 2010년에 4,887만여명 규모에서 미미한 증가세를 보여 2020년에는 4,933만명 정도에 이르다가 그 후로 2030년에는 4,863만명, 2040년에는 4,634만명으로 점차 감소 추세를 보여 2050년에는 4,234만명 규모로 감소될 것으로 전망되고 있다(<표 3-6>). 그런데, 연령별 구조를 보면, 전체적인 인구 규모의 감소에도 불구하고 65세 이상의 노인인구가 급증하여 인구고령화가 급격하게 진행되고 있음이 뚜렷할 것이다. 2010년에 65세 이상 노인인구수는 536만명 수준으로 인구 11.0%의 노령화율을 보였으나, 2020년에는 770만명으로 15.6%, 2030년에는 1,181만명으로 24.3%, 2040년에는 1,504만명으로 32.5%, 2050년에는 1,616만명으로 38.2%에 달하는 노령화율을 보일 것으로 전망되고 있다. 연령대별로 보다 세분화하여 추계인구를 살펴보면, 특히 질병 부담이 큰 80세 이상 노인인구의 비중이 커지면서 주요 노인성질환으로 인한 사회경제적 부담이 크게 증가할 것으로 전망되고 있다.

〈표 3-6〉 향후 우리나라 추계인구 규모(2010~2050)

(단위: 명)

연령구분	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
계	48,874,539	49,277,094	49,325,689	49,107,949	48,634,571	47,734,323	46,343,017	44,520,935	42,342,769
64세 이하	43,517,686	42,896,273	41,624,564	39,340,156	36,822,864	34,184,994	31,302,110	28,723,372	26,187,012
65세 이상	5,356,853	6,380,821	7,701,125	9,767,793	11,810,707	13,549,329	15,040,907	15,797,563	16,155,757
0 - 4	2,201,465	2,072,779	1,919,300	1,855,653	1,815,629	1,623,020	1,398,120	1,251,474	1,159,021
5 - 9	2,517,298	2,177,863	2,050,833	1,899,137	1,836,282	1,796,866	1,606,387	1,383,855	1,238,746
10 - 14	3,188,145	2,482,159	2,148,028	2,022,875	1,873,425	1,811,570	1,772,722	1,584,800	1,365,314
15 - 19	3,402,266	3,133,286	2,439,986	2,111,448	1,988,684	1,841,891	1,781,161	1,743,098	1,558,454
20 - 24	3,113,166	3,378,038	3,111,552	2,423,612	2,097,211	1,975,589	1,829,895	1,769,676	1,732,074
25 - 29	3,720,641	3,095,585	3,359,827	3,095,678	2,411,879	2,087,253	1,966,570	1,821,766	1,762,002
30 - 34	3,828,448	3,706,727	3,085,598	3,350,153	3,087,235	2,405,666	2,082,471	1,962,375	1,818,163
35 - 39	4,270,214	3,803,729	3,684,395	3,068,528	3,332,959	3,072,289	2,394,632	2,073,532	1,954,366
40 - 44	4,184,430	4,225,275	3,766,996	3,650,809	3,042,560	3,306,474	3,049,122	2,377,422	2,059,522
45 - 49	4,191,988	4,135,131	4,180,791	3,730,995	3,619,510	3,018,451	3,282,339	3,029,144	2,363,378
50 - 54	3,907,712	4,144,550	4,095,839	4,147,299	3,705,948	3,599,628	3,004,592	3,270,131	3,020,697
55 - 59	2,805,204	3,830,220	4,069,941	4,030,876	4,087,286	3,658,713	3,557,272	2,973,301	3,239,690
60 - 64	2,186,709	2,710,933	3,711,478	3,953,093	3,925,256	3,987,584	3,576,827	3,482,798	2,915,585
65 - 69	1,811,334	2,071,383	2,580,776	3,547,443	3,791,545	3,779,125	3,849,797	3,463,617	3,380,238
70 - 74	1,526,896	1,653,723	1,908,063	2,396,697	3,314,792	3,561,522	3,571,336	3,653,622	3,303,187
75 - 79	1,066,945	1,305,797	1,429,479	1,670,214	2,123,530	2,963,462	3,208,091	3,246,620	3,342,112
80세 이상	951,678	1,349,916	1,782,807	2,153,439	2,580,840	3,245,220	4,411,683	5,433,704	6,130,220

* 자료: 통계청

본 연구에서는 최근의 질병군별 인구10만명당 치료유병률 개념을 향후의 인구구조에 적용하여 주요 노인성질환자의 규모를 추계한 다음, 추계된 환자수에 각 질병군의 1인당 진료비를 곱하여 총진료비를 추계하였다. 본 연구에서 살펴본 질병군들이 생활습관이나 환경요인들과 밀접히 관련되어 있음을 고려하면 단순히 인구규모의 감소로 인하여 질병규모도 감소할 것으로 예측하기는 쉽지 않다. 특히 주요

만성질환들이 주로 노인들에게 빈발하는 질병들이라는 점을 감안한다면 향후 인구의 노령화로 인한 영향을 크게 받을 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 향후 추계인구의 연령구조 변화에 주목하여 질병군별로 2015년부터 2050년까지 5년 간격으로 65세 이상 인구와 65세 미만 인구로 구분하여 환자수를 추계하였다.

지난 2003년부터 2009년까지의 건강보험통계상의 주요 만성질환의 추세를 보면 주요 노인성 질병군들의 진료실인원 뿐만 아니라 인구 10만명당 치료유병률도 지속적으로 증가하였다. 건강보험과 의료급여 대상자들의 급여실적에 근거하여 진료실인원과 치료유병률을 구한 결과, 모든 대상 질병군들의 유병률과 진료비 부담이 지속적으로 증대되어 왔다. 따라서 향후 유병률 자체가 더욱 상승할 것이 예상되기는 하나, 질병별 유병률에는 유전적 요인, 생활습관, 환경 등이 복합적으로 작용한다는 점에서 미래의 유병률 자체를 추정하기는 매우 어렵다. 따라서 유병률 변화에 영향을 미치는 요인을 구하고 각각의 영향 정도를 반영하기 위해서는 경험적 자료에 기반한 모형을 구축하여 적용하는 것이 바람직하나, 이러한 선행 작업이 미비하고, 기존의 자료에 의존하여 그 추이를 측정하기에 시계열 자료의 기간이 너무 짧았기 때문에 본 연구에서는 가장 최근 자료인 2009년도 유병률을 적용하였다. 엄밀한 추계를 위해 세부적인 관련 요인들과 유병률의 관계에 대한 자료들을 시계열적으로 관찰한 자료에 근거하여 질병별 유병률 예측모형을 구축하고 그로부터 향후의 환경변화에 대한 시나리오를 가정하여야 할 것이나 여기에서는 제한된 범위에서 인구 노령화 요인의 영향 중심으로 개략적인 변화 추이를 전망해 보고자 하였다.

추계된 환자수에 각 질병군별 1인당 추정 진료비를 적용하여 각 질병군별 진료비 규모도 추계하였다. 추정진료비는 앞서 환자수 추계에서 2009년도의 유병률을 이용한 것과 마찬가지로 이유로 2009년도의 각 질병군별 1인당 진료비를 65세 이상 인구와 65세 미만 인구로 구분하여 각각 구하고 총규모도 추계하였다. 진료비 규모는 첨단의료기술의 발달과 건강보험 수가체계, 지불제도 등 정책 및 제도적 요인들과 환자들의 진료행태 등 매우 많은 변수 요인들에 따라 크게 달라질 수 있지만, 본 연구에서는 인구변화 요인 이외의 조건을 현재 상황에 고정시키는 것을 전제로 하여 개략적인 추이를 살펴보고자 한 것이다.

질병군별 진료실인원 추계 결과(<표 3-7>), 2015년에 기타배병증 환자가 566만명 정도로 추계되고 있어서 본 연구의 대상 질병군 13개 중 가장 많은 환자가 발생할 것으로 보이고, 이어서 고혈압질환자가 558만명, 만성하기도질환자가 536만명의 순으로 상위권을 점할 것으로 예상된다. 이외에 골관절염(341만명)과 당뇨병(205만명), 백내장(110만명) 환자도 많을 것으로 보인다. 그런데, 그 이후 환자수를 추계해보면, 2050년에는 고혈압질환자가 868만명으로 가장 많을 것으로 보이고, 그 뒤를 이어서 기타배병증 환자가 734만명, 만성하기도질환자가 554만명, 골관절염 환자가 547만명 등으로 일부 질병의 순위가 바뀔 것으로 추계되었는데, 이는 질병별로 연령대에 따른 유병률이 달라서 노령화 수준의 심화 영향이 반영된 결과라 할 수 있다. 이외에 암과 당뇨병 환자는 2040년대 초에 정점에 달했다가 2050년에는 300만명 수준이 될 것으로 추계되었고, 백내장은 232만명, 대뇌혈관질환과 허혈성심장질환자는 각각 143만명과 115만명에 이를 것으로 보인다.

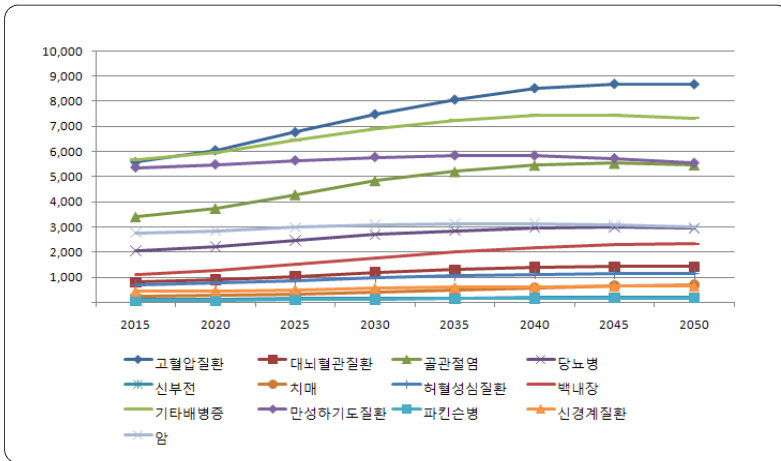
[표 3-7] 향후 주요 질환의 진료실인원 전망(2015~2050)

(단위: 천명)

구분	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
고혈압질환	5,580	6,054	6,771	7,486	8,066	8,519	8,688	8,675
대뇌혈관질환	803	895	1,037	1,186	1,299	1,386	1,425	1,426
골관절염	3,411	3,748	4,291	4,847	5,202	5,457	5,534	5,466
당뇨병	2,051	2,209	2,458	2,691	2,849	2,964	2,982	2,945
신부전	121	134	154	164	176	187	188	191
치매	229	272	328	400	498	586	650	692
허혈성심질환	697	762	861	966	1,051	1,117	1,146	1,147
백내장	1,106	1,268	1,517	1,783	2,007	2,191	2,289	2,321
기타배병증	5,661	5,975	6,448	6,905	7,227	7,444	7,459	7,339
만성하기도질환	5,359	5,478	5,634	5,771	5,836	5,829	5,720	5,536
파킨슨병	70	82	98	118	138	155	166	171
신경계질환	429	460	505	553	592	622	633	631
암질환	2,765	2,851	2,977	3,083	3,131	3,140	3,083	2,986

[그림 3-3] 향후 주요 질환의 진료실인원 추이 전망(2015~2050)

(단위: 천명)



질병군별 진료비 규모의 추계에 의하면(<표 3-8>), 2015년에 가장 많은 의료비 부담을 주는 질병이 암으로 4조 3,480억원이고, 이어서

고혈압질환은 2조 6,800억원, 대뇌혈관질환 1조 7,472억원 등이고 기타배병증(1조 4,212억원), 신부전, 골관절염, 당뇨병 등이 1조 3천억원 내외의 부담을 줄 것으로 보인다. 이외에 허혈성심질환, 치매 등도 1조원에 가까운 진료비가 요하는 질환이 될 것으로 전망된다. 그런데 2050년에 가면, 암은 5조 8,880억원, 고혈압질환은 4조 4,874억원, 대뇌혈관질환은 3조 7,633억원 등의 진료비가 지출될 것으로 전망되는데, 주목되는 것은 치매 진료비가 2조 6,885억원으로 제3위의 진료비 부담을 주는 질병이 될 것으로 보인다는 것이다. 이외에 골관절염(2조 5,201억원), 기타배병증(2조 4,294억원), 당뇨병(2조 1,674억원) 등이 사회경제적 부담이 큰 질병들이 될 것으로 보인다. 이외에 신부전과 허혈성심질환, 만성하기도질환, 백내장 등도 1조원 이상의 진료비가 소요될 것으로 전망되었다.

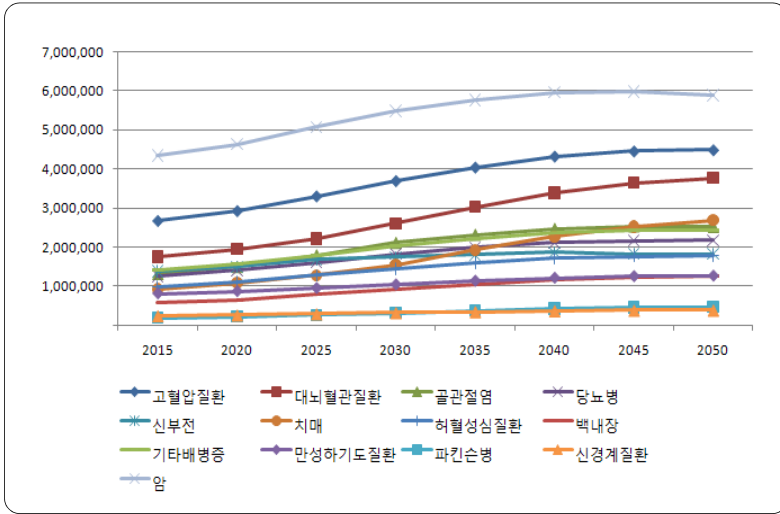
〈표 3-8〉 향후 주요 질환의 진료비 전망(2015~2050)

(단위: 백만원)

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
고혈압질환	2,679,813	2,933,299	3,309,030	3,699,151	4,045,749	4,326,635	4,457,521	4,487,372
대뇌혈관질환	1,747,157	1,949,048	2,210,689	2,600,134	3,028,275	3,385,337	3,646,857	3,763,263
골관절염	1,307,338	1,490,780	1,789,360	2,109,232	2,316,409	2,470,430	2,536,883	2,520,147
당뇨병	1,259,285	1,395,632	1,607,496	1,817,722	1,981,660	2,112,031	2,164,204	2,167,397
신부전	1,382,052	1,494,390	1,677,133	1,740,742	1,800,287	1,863,890	1,822,118	1,817,757
치매	919,524	1,080,986	1,276,983	1,540,010	1,919,477	2,266,042	2,516,793	2,688,455
허혈성심질환	990,215	1,100,822	1,270,039	1,445,048	1,588,496	1,703,815	1,756,988	1,766,707
백내장	563,469	649,477	778,719	924,287	1,053,030	1,159,739	1,221,872	1,245,252
기타배병증	1,421,184	1,565,664	1,785,197	2,015,957	2,204,316	2,353,514	2,421,700	2,429,386
만성하기도질환	796,291	854,915	935,218	1,027,920	1,122,492	1,198,988	1,239,998	1,251,331
파킨슨병	184,077	214,776	257,751	310,668	366,800	415,188	447,493	464,438
신경계질환	235,143	254,790	283,051	313,783	342,451	365,531	376,932	379,497
암질환	4,348,021	4,632,513	5,073,501	5,489,917	5,769,944	5,963,429	5,980,172	5,887,988

[그림 3-4] 향후 주요 질환의 총진료비 추이 전망(2015~2050)

(단위: 백만원)



제1절 질병구조 변화의 정책적 함의

인구구조의 변화는 질병구조에 지대한 영향을 미친다. 그 결과 많은 정책과제가 제기될 수 있고, 정책방향의 설정이 필요하다. 특히 저출산 고령화는 주요 만성질환들을 중심으로 일부 질병군의 유병률에 영향을 미침으로써 국민의 질병부담을 크게 증가시키고, 연령대별로 주요 질병 이환률이 변화됨에 따른 중장기 질병관리 과제와 정책 이슈를 제시할 수 있다. 이에 따라 저출산 고령화가 가지는 의료정책, 건강정책에 대한 함의를 면밀히 검토해 볼 필요가 있다.

우리나라 노인들은 전통적으로 가족과 지역사회 내에서 부양을 받으며 사회적으로 소외되지 않는 노후를 보냈으나, 현대 산업사회에서는 전통적인 효(孝)사상의 퇴색과 여성들의 사회 진출 등 급속한 사회문화적 환경의 변화로 인하여 매우 급격한 사회경제적 지위하락을 경험하고 있다. 현재의 노인세대는 개인적인 노후에 대한 대비가 미

비하였고, 공적 수준의 노후대책도 충분치 않은 세대로 경제적으로 열악한 상태이다. 특히 2020년경부터 노년기로 접어드는 베이비붐세대를 비롯하여 2050년까지 향후 40여년 간 노인인구의 절대수는 현재의 세 배 이상 규모로 증가할 것이 예상될 뿐만 아니라 노인인구의 연령구성이 80대 이상의 후기노인 비중이 더욱 커짐에 따라 보건의료서비스에 대한 수요와 사회경제적 부담도 예상보다 더욱 급증할 것이 확실하다. 이는 저출산 노령화로 인한 질병양상의 변화와 노인의 의존성이라는 특성 때문이다.

보건의료 부문은 다른 어느 분야보다도 인구학적 구조변화의 영향을 크게 받는다. 인구집단의 노령화는 양적으로나 질적으로 보건의료 수요를 변화시키는 근본 요인이 되는데, 그것은 질병구조 뿐만 아니라 질병행태의 변화에서 비롯된다. 이 점은 특정 질병의 경우 노인들에게 유병률이 높다는 점과 함께, 노인질환은 청장년기의 질환들과 비교할 때 일정한 특징을 갖고 있다는 점과 관련이 있다.

질병양상의 변화를 보면, 과거 인류 역사에서 질병의 전형적인 형태였던 전염병이나 위생과 관련된 질병 등 급성질환들은 점차 감소하고 있고 인구의 노령화와 생활행태의 변화에 따른 만성퇴행성 질환이 주류를 이루어 가는 추세가 뚜렷하다. 선진산업국가들의 경우를 보면 이러한 의료수요와 관련된 환경변화가 병원 및 병상구조에 직접적으로 영향을 줌으로써 급성질환자용 병상이 급격히 감소한 반면에 요양원 등 장기요양을 위한 기관과 병상은 증가하고 있다.

노인성질환은 일반적으로 발생기전에 많은 요인들이 복합적으로 관련되어 있고, 따라서 원인규명이 어려우며, 여러 질병이 동시에 발생할 수 있다. 또한 신체기능과 활력이 저하됨에 따른 저항력과 면역

력의 약화와 병행하여 평상시에 만성질환을 갖고 있는 경우가 많기 때문에 질병의 유형에 무관하게 발병 시기가 불명확하다. 또한 일단 질병이 발병하면 관리에 오랜 시간이 필요하고, 근본적인 치유가 곤란하며 비가역적인 장애로 남는 경우가 많다. 이러한 특성들에 의하여 노인성질환에 대응하기 위하여 급성기 질병에 대한 치료서비스보다는 장기요양서비스 부문의 강화가 필요하기도 하다. 노인환자의 경우 경증 급성질환과 복합적인 만성질환, 종말기 보호에 대한 필요가 중첩되기 쉽고, 이전에 병원에서 제공되었던 재활과 같은 급성기 치료 이후의 보호가 점차 요양시설이나 지역사회 보호시설로 옮겨지는 추세를 보이게 된다.

그런데 최근 일반 인구집단의 전반적인 건강수준이 향상되고 수명이 연장되면서 노인 안에서도 연령대에 따라 단일한 집단이 아니고 다양한 요구를 가진 집단으로 변화되고 있다. 즉 노화의 진행 시기에 따라 진입기와 이행기, 취약기의 노인으로 분류할 수 있는데(<표 4-1>), 이는 노인 안에서도 연령에 따라 혹은 노화 정도에 따라 욕구가 다원화하고 있음을 반영하는 것이다.

<표 4-1> 노화의 단계와 노인인구의 다양성

진입기 (entering old age)	- 아직 직업을 갖고 있고, 자녀를 양육하는 과정에 있는 경우도 있음 - 사회적으로 형성된 정의로, 50세 정도의 젊은 사람들부터 공식적인 은퇴연령인 60세 여성, 65세 남성들을 포함 - 대체로 활동적이고 독립적임.
이행기 (transitional phase)	- 이제 건강하고 활동적인 삶에서 취약기로 이행하고 있음. - 보통 70~80세 정도에 이르는 사람들이 포함되지만, 언제라도 노인 들에게 일어날 수 있음.
취약기 (frail older people)	- 이 시기의 사람들은 뇌졸중 또는 치매 등의 건강상의 문제를 가지고 있고 사회적 돌봄이 요구될 정도로 취약함. - 취약성(frailty)은 보통 노년기 후반에 발생하는데, 이러한 노인들의 요구에 적합한 서비스를 제공해야 함.

* 자료: 영국 Department of Health, 2001.

사회적 차원의 노령화는 질병구조의 변화를 초래하는데, 이는 노인의 건강 및 질병특성에서 기인한다. 노인은 일반적으로 만성질환 유병률이 매우 높고, 활동제한일이 많으며, 건강행태 가운데 운동부족, 검진결과 지표들 중 고혈압 유병률 등이 현저하게 높아서, 고령화가 진행됨에 따라 이에 대한 효과적이고 효율적인 정책적 대응이 요구된다. 뿐만 아니라 개인의 노화는 신체적으로나 정신적으로 쇠약해진다는 것을 의미하므로 다양한 형태의 기능 장애가 수반될 수밖에 없다. 노인의 경우 만성질환이 장애의 원인이 되고, 삶의 질을 저하시키는 요인이 되기도 한다. 신체적 혹은 정신적 장애로 인해 일상생활 수행능력(ADL)이 저하될 때 노인의 독립성은 위협받게 된다. 많은 사람들은 나이가 들에 따라 관절염, 당뇨, 치매 등과 관련된 장애를 가지게 되는데 심각한 인지적, 신체적 장애를 가질 가능성은 최고령층에서 더욱 증가한다. 이 때문에 65세 이상이라는 연령을 기준으로 하는 노인 중에서도 80대 이상의 후기노인들이 급속히 증가하고 있다는 점은 특히 주목되는 현상이다.

이에 따라 노인에 대한 사회적 보호 필요성이 더욱 증대하고 있는데, 인구의 고령화로 인한 보건정책에서 가장 큰 도전은 노인 스스로 돌보는 것(support self-care), 가족이나 친지들에 의한 비공식적 보호, 전문인력이나 시설에 의한 공식적 보호간의 균형을 맞추는 것이다. 전 세계적으로 가족, 친구, 이웃(이들 중 대부분이 여성)이 노인들을 지원하고 돌보는 경우가 많은데, 일부 정책결정자들은 공식적 보호서비스의 제공을 확대하는 것이 가족이나 친지의 참여를 줄일 것이라고 우려하지만 적절한 공식적 보호가 확립되어 제공될 때, 비공식적 보호의 의의가 더욱 커질 것이다. 보호를 필요로 하는 대부분의 노인

들을 자신의 집에서 보호받기를 선호한다는 점을 고려하여 보호자(caregivers, 종종 노인일 수 있음)가 건강하게 계속해서 보호서비스를 제공할 수 있도록 지원하는 것도 중요하다.

지난 2002년에 스페인 마드리드에서 개최된 고령화국제행동계획은 세계적인 노령화 추이 속에서 노인정책의 주요 방향의 하나로 노년까지의 건강과 안녕 증진을 제안한 바 있다. 여기에서는 대학의 관련 과정과 보건의료체계에 노인병의학의 도입을 고려하면서 노인들의 특별한 욕구에 대응할 수 있는 보건서비스를 설계하여 건강증진, 질병예방, 보조기술, 재활치료, 정신보건서비스, 건강한 생활습관 증진과 지원적인 환경을 포함한 평생건강증진 정책들이 노년에 따라오는 장애의 정도를 감소시키고 예산을 절감하여 효율적인 노후의 삶의 질 향상에 기여할 수 있음을 제안하였다.

고령화에 따른 질병구조 변화에 대응한다는 측면에서 볼 때, 전생애에 걸친 건강증진과 안녕으로서 질병의 위험의 감소, 노인질병 예방 정책과 함께 노인들에 대한 보건의료서비스에 대한 보편적이고 평등한 접근으로서 보건의료와 재활에 대한 투자를 통해 노인들이 건강하고 활동적일 수 있는 기간을 연장시키고자 하였다. 궁극적인 목적은 건강증진과 질병예방으로부터 일차보건의료의 제공, 급성질환치료, 재활, 만성건강문제에 대한 지역사회치료, 장애인인을 포함한 노인을 위한 신체적 정신적 재활, 고통스럽고 치료가 불가능한 질환으로 고통을 받고 있는 노인들을 위한 완화치료에 이르기까지의 연속적인 진료와 보호(care)이다. 노인을 위한 효과적인 보호를 위해 신체적, 정신적, 사회적, 영적, 환경적 요인들을 통합한 필요가 있다는 원칙을 제시하면서 노인욕구를 만족시키는 지속적인 보건의료 개발,

노인의 개발참여 및 일차보건서비스와 장기요양치료서비스 강화 등의 목표를 설정하였다.

예방 중심 노인 건강증진 정책의 대상자는 만성질환이 있거나 기능상의 장애가 있지만 아직까지 수발을 필요로 하지 않는 노인계층에 대해서 건강이 더욱 악화되지 않도록 하는 2차적인 예방을 위한 건강관리 정책이다. 노인의 보건 및 요양보호정책은 노인의 기능상태 악화를 방지하기 위해 지역사회를 중심으로 한 건강증진 및 예방사업, 경미한 요양욕구를 가진 집단을 위한 재가보호중심의 요양보호체계, 강도 높은 요양욕구를 가진 집단을 위한 요양시설 중심의 요양보호체계가 연속선상에서 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다(정경희 등, 2004).

보건의료 비용 증가의 상당 부분은 인구의 고령화에 기인한 결과로 인정되고 있으나, 최근에는 고령화와 관련된 질병을 어떻게 예방하고 지연시킬 것인가, 그리고 질병 없는 기간, 즉 건강수명을 어떻게 증가시킬 것인가이다. 이 점에서 국민건강증진종합계획에서 건강수명의 연장을 주요 목표로 제시한 것이라고 할 수 있다. 노화(aging)에 적절히 대처하기 위해서는, 수명 연장이 사회에 참여하고 건강할 기회를 계속 얻는 것과 동반되어야 한다. 세계보건기구(WHO)는 ‘활기찬 노화’(active ageing)라는 개념을 통해 이러한 비전을 성취하기 위한 과정을 표현하고자 하였다(WHO, 2002). 이 ‘활기찬 노화’라는 용어는 1990년대 후반 세계보건기구에 의해 제시되었다. 이것은 ‘건강한 노화’(healthy ageing)보다 더 포괄적인 메시지를 내포하고, 보건의료가 개인과 인구집단에 어떻게 영향을 미치는지를 이해하는 것이다. 활기찬 노화(active ageing)의 목적은 건강한 수명을 연장하고, 그들이 나이가

들든, 아프든, 장애가 있는 요양보호를 원하든지 간에 삶의 질을 향상시키는 데에 있다.

노령화는 어느 국가에서든 노인들에 대한 소득보장을 비롯하여 건강관리, 사회복지서비스 등의 정책적 과제를 제기한다. 세계보건기구에 의하면, 만성질환에 대한 위험요인이 증가하고 기능상태가 감소하더라도 보호해야 할 요인(protective factor)이 높게 유지되면 노인들은 삶의 질과 양을 더 누릴 수 있을 것이므로, 의료를 요구하는 노인들에 대해서는 그들의 요구와 권리를 충족시킬 수 있도록 모든 영역의 보건복지서비스가 제공되어야 한다. 이때의 보호요소에는 장애, 만성질환, 조기사망 예방 및 감소시키는 정책을 비롯하여 질병위험요인을 줄이고 건강보호요인을 증대시키는 정책, 노인들에게 우호적인 연속성 있는 보건복지서비스를 개발하는 것 등이 포함된다. 이를 위해서는 사회 각 부문간의 협조가 필요하고, 인구의 기대수명이 길어짐에 따라, 노인장애에 대한 부담을 예방하고 줄이는 것을 지원하는 정책과 프로그램이 요구된다. 노인들에 대한 보건과 복지욕구를 증가시키고 고립과 의존성을 높이는 요인이라고 할 수 있는 노인성질환으로부터 자유로울 수 있도록 하기 위한 정책적 방안들이 필요하다.

저출산 노령화가 만성질환들의 이환자를 증가시키고 그로 인한 보건의료비 부담을 증대시키는 요인이 되고 있음을 감안하여 향후 노령사회의 보건의료정책의 목표를 설정하여야 한다. 노령사회의 보건의료정책은 크게 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째는 증가하는 노인인구 특히 후기노인인구에 대한 삶의 질 문제이다. 이는 곧 노령사회의 삶의 질을 전반적으로 향상시키기 위한 정책목표와 과제의 설정과 추진이 필요함을 뜻한다. 둘째는 저출산 노령화로 인한 건강보장제도

의 지속가능성 위협에 대응하는 문제이다. 즉 노령화로 인한 질병구조의 변화가 사회경제적 부담을 가중시키고 있는데 기존의 사회보장체계를 가지고 대처해 나가는 어렵다는 점이다. 따라서 노령사회의 건강보장제도의 지속가능성을 확립하는 것이 중요한 정책목표가 될 것이다.

제2장 노령사회의 삶의 질 보장

저출산으로 인한 인구의 노령화 추세는 무엇보다도 노후의 삶의 질을 보장하여야 한다는 정책과제를 제기하게 된다. 노후의 삶의 질은 노인이 소외되지 않도록 하기 위한 사회적 지지체계의 마련, 경제적으로 적정한 소득의 보장, 노령사회 질병구조 변화에 대응한 노후 건강보장제도의 개선에 의해서 보장될 수 있다.

노인에 대한 건강보장은 노인의 건강특성과 빈발하는 질병의 특성을 고려하여 개선될 필요가 있다. 노인을 대상으로 하는 주치의제도, 일차의료체계의 활성화, 노인병전문의제도 등 의료공급체계의 개선을 통해 수요자 중심의 보건의료서비스 체계를 마련하고, 노인의 의료비 부담을 줄이면서 효율적인 건강보장이 가능한 제도적 개선을 지속적으로 발전시켜야 할 것이다.

노인의 특성을 고려한 건강보장체계의 근본적 개혁의 하나로 장기요양(long-term care, LTC)을 제도화하는 문제가 많은 국가들에서 논의되고 있지만, 특정 일부 국가에서만 실질적인 토의가 이루어지고 있다. 장기요양의 재정조달 부분이나 전달체계에 대한 일반적인 틀을

설정하기가 쉽지 않기 때문이다. 장기요양은, “육체적이고 정신적인 장애로 인해 지속적인 수발을 필요로 하는 개인들에게 제공되는 보건사회서비스로서, 시설, 가정, 지역사회에서 제공될 수 있고, 전문인력이나 기관에서 제공되는 공식적인 서비스뿐만 아니라 가족이나 친구들에 의해 제공되는 비공식적인 서비스를 포함한다”(Institute of Medicine, 1986)고 정의되기도 하는데, 장기요양을 별도의 사회보장체제로 도입한 국가는 독일과 일본뿐이고 대부분의 국가들에서 보건복지체계의 한 부분으로 되어 있다. 이러한 어려움에도 불구하고 우리나라는 이미 노인장기요양보험을 도입한 바 있다.

장기요양 측면에서 특히 공적인 그리고 사적인 책임에 대한 적절한 선을 구기가 어렵다. 사실, 모든 나라에서 지역사회에서 약한 노인에게 대한 직접적인 보호는 대부분 가족구성원을 통해 이루어지고 있다. 공식적인 서비스가 제공된다면, 가족들이 그만 둘 것인지의 문제가 제기될 수도 있다. 우리나라의 노인장기요양보험 시행 과정에서 공식적 보호와 비공식적 보호를 어떻게 조화시킬 것인지의 문제가 이미 발생하고 있는데, 현안으로 대두되어 있는 가족요양보호사 문제가 그것이다. 장기요양에선 보건과 사회서비스 요소가 공존하고 있는데, 이 두 분야의 종사자들은 서로 다른 목표와 서비스제공 방식을 가지고 있다. 일반적으로 보건 부문에서는 객관적이고 변화에 중점을 두어서 호전이 없을 것 같으면 흥미를 잃는 경향이 있는 반면, 사회서비스 부문에서는 감정적이고 현재시점에서 조정되므로 의료적인 처치로 인한 호전 가능성에는 관심이 별로 없다. 이처럼 교육과 훈련이 서로 다른 두 종사자들이 팀을 이루어 함께 일하는 것에는 어려움이 있다. 그런데 무엇보다도 장기요양서비스를 제도적으로 확장하는 하

는 것을 어렵게 만드는 가장 중요한 이유는 비용일 것이다. 모든 산업 국가에서는 연금과 보건의료제도에서 인구고령화로 인한 부담의 증가를 우려하고 있다.

이러한 엄청난 장애에도 불구하고 장기요양제도는 한 노령사회의 보건의료정책 이슈를 해결하기 위한 좋은 방안의 하나이다. 인구의 고령화에 따라 노인인구가 증가할수록 수발을 필요로 하는 노인수도 증가하고 있는데, 이는 질병구조의 변화와 밀접한 관련이 있다. 질병구조 변화에 따른 고령인구의 의료보장을 보완하기 위한 제도로서의 장기요양서비스는 병약한 노인들을 위해 공공성, 포괄성, 지역사회 기반, 독립적 체계를 충족해야 한다. 민간보험은 역선택이나 도덕적 해이를 가져올 수 있다는 점에서 공공성이 필요하고, 불평등이나 비합리적인 보조금을 지급하는 문제점을 해결하는 보편적 서비스를 추구하여야 하며, 노인들은 자신의 여생을 자신이 살아왔던 가정과 지역사회에서 보내기를 원하므로 지역사회에 기반을 두어야 할 뿐만 아니라 장기요양제도는 독자적인 그 자체의 논리가 있으므로 독립적 체계를 갖는 것이 바람직하다.

그런데 장기요양은 기존의 노인의료체계와 구분되는 성격을 갖는다. 그 이유는 고혈압이나 당뇨병과 같은 만성질환 비용증가에도 불구하고, 의사들이 급성기 질병에서와 같은 치료의 방법을 이용하기 때문이다. 이는 곧 말기질환에서는 과다이용, 재활에서는 과소이용을 시사하는 것이다. 또한 장기요양서비스에서는 수혜자의 의견이 그다지 중요치 않고, 전문가의 충고와 지원이 필요하고, 전통적인 보건의료 내에서의 장기요양서비스는 고비용을 유발하기 때문에 의료와 구분되는 체계를 필요로 한다. 그런데 무엇보다도 가장 중요한 것은 장

기요양이 의료에 비해 적은 비용으로 수급자를 편안하게 돌볼 수 있는 여지가 있다는 점이다.

선진국에서 장기요양 비용은 GDP의 0.6~1.0% 수준인데, 이 비용을 들이지 않더라도 의료나 사회서비스, 비공식 비용을 들이고 있는 실정이다. 이에 따라 실질적인 문제들로 보장범위, 서비스제공, 다른 부문과의 관계 등이 논의되고 있다. 보장범위와 관련하여 노인에 한정한다는 점이 문제로 제기되고 있는데, 젊은 장애인들이 추가의 비용 즉, 고용보조금, 더 높은 기동성을 위한 공급수준이 들지 않는 반면, 젊은 세대가 비용을 부담하기 때문에 세대간 갈등을 유발시킬 수 있다는 점이다. 다른 부문, 특히 의료와의 관계를 보면, 장기요양 관리와 비용에 있어 기능적인 차이와 적절하고 효과적인 통합이 필요하다.

요양시설과 같이 장기간 입소하여 보호를 받는 노인의 경우 건강상태에 대한 주기적인 평가와 이에 따른 신속한 대처가 필요하다. 현재 촉탁의와 협력기관제도를 강화하는 한편 시설입소자의 건강상태 변화를 전문적으로 평가하여 의료인에게 수시로 보고할 수 있는 체계를 확립해야 할 필요가 있다. 예를 들어 요양시설에 전문간호사를 두고 지역사회 의사와 협력팀을 이루게 하는 방안이 있다.

시설 전문간호사와 지역사회 의사 간의 협력팀을 통해 적절한 의료서비스가 시설 내에서 이루어질 수 있도록 제도적 장치도 갖추어져야 한다. 시설 내 간호사가 환자의 상태를 수시로 모니터하여 협력의사에게 일대일로 보고하고 적절한 의료처치를 행할 수 있도록 간호사와 협력의사의 권한과 책임을 부여하고 이에 따른 보상기전이 만들어져야 한다. 이를 통해 시설입소자에게 신속한 의료서비스가 제공됨으로써 조기진단 및 치료가 이루어짐은 물론 불필요한 외부 의료기관 이

용을 줄일 수 있을 것이다.

노인인구가 급증함에도 불구하고 노인을 전문으로 진료하는 의료인은 절대 부족한 현실이다. 노인의료와 노인간호는 포괄적인 건강평가와 다양한 서비스의 연계·조정을 중시하며 다학제팀적 접근을 견지한다. 따라서 노인의료와 장기요양에 대한 전문지식과 기술을 갖춘 의료인력 양성은 노인을 위한 의료와 장기요양체계 구축을 위해 필수적이다. 현재 논의되고 있는 노인의학(병)전문의제도나 노인전문간호사제도를 활성화하는 방안 등을 심도 있게 검토해야 할 필요가 있다. 나아가 노인전문인력 수급에 전문의교육만으로는 부족하므로 지역사회 일차의료인을 대상으로 재교육·훈련을 통해 노인의료와 장기요양서비스 의료인력을 양성해야 할 것이다.

일본의 경우 개호예방정책을 통해 장기요양의 수요를 낮추려는 노력을 수년 전부터 개진하고 있다. 노인은 건강문제가 발생하여 만성화할 경우 장기요양을 필요로 할 가능성이 매우 높다. 따라서 사전적 예방차원의 서비스는 연속선상의 의료와 장기요양 제공체계를 감안할 때 매우 중요한 일이다. 특히 노인은 동시에 다양한 만성질환을 지니고 있음으로 해서 신체적, 정신적 기능상태의 저하가 초래되므로 기능증진을 위한 예방서비스가 필요하고, 일차의료체계의 활성화가 서비스의 연속성 유지와 예방서비스 제공에도 일익을 담당할 수 있다.

우리나라는 세계 어느 나라보다도 급격히 진행되고 있는 고령화과정 속에서 노인보건의료제도를 보완해 나가야 하는 어려움에 직면해 있다. 이러한 상황에서 노인의 보건의료적 특성과 노령화 진행 속도를 감안하여 2008년 7월부터 본격적으로 노인장기요양보험제도가 도입된 바 있다. 장기요양제도가 지속가능한 사회보장제도로서 발전하

기 위해서는 의료와 장기요양 서비스의 이원화에 따른 문제점을 개선하면서 보다 유기적인 건강보장체계의 구축이 필요하다. 노령화에 따른 노인건강보장체계의 발전을 위해 노인장기요양보험제도가 기존의 의료보장(건강보험 및 의료급여) 및 노인복지체계와 효율적으로 연계 발전할 수 있도록 통합적으로 제공할 수 있는 케어 개념과 모형을 정립할 필요가 있다. 이를 통해 저출산 노령화에 따른 질병구조의 변화에 대응하는 건강보장체계의 중장기적 발전방향을 제시하여 노후의 삶의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다.

우리나라의 장기요양제도와 의료의 관계를 살펴본 바에 의하면, 장기요양의 주대상자가 되는 노인은 만성질환과 기능장애가 복합적으로 나타나는 특징을 보인다. 이는 노인장기요양법 상으로 최소한 6개월(180일)이상 지속되는 상태를 의미하며 연령이 올라갈수록 일상 생활에 필요한 기능을 점차 빠른 속도로 상실해 간다. 그런데 노인의 특성상 일상적 생활기능 지원을 위한 수발 이외에 갑작스런 건강상태 변화에 따라 의료적 처치를 받아야 하는 상황이 수시로 발생하기 때문에 장기요양에는 의료서비스 부분과 요양서비스 부분이 동시에 존재하며, 이를 명확하게 구분하여 제공하는 것은 쉽지 않다. 장기요양과 의료의 관계는 관리와 비용에 있어 기능적인 차이를 가지지만, 적절하고 효과적인 모형이 필요하다.

노인들의 경우 특히 장기요양과 의료 서비스 요구가 공존한다는 점을 고려하여 노인의 건강과 기능상태에 관한 기존 조사 결과들을 기반으로 노인의 의료이용과 건강 및 기능상태에 관한 코호트 또는 패널 자료가 구축된다면 노인성질환에 대한 보다 적절한 대비가 가능할 것이다. 의료와 장기요양의 조정 및 연계-통합체계의 구축함으

로써 노인의 건강기능수준 유지 및 향상, 불필요한 입원과 장기입원을 방지하기 위한 재가서비스 강화, 적정 시설서비스 이용, 효율적인 보건복지 자원 활용 등을 이루는데 크게 기여할 수 있을 것이다. 장기요양 급여대상으로 인정받은 대상자들의 의료 요구도와 의료이용 실태를 보면, 장기요양과 의료 간의 긴밀한 연계 서비스의 필요성이 더욱 부각되어진다. 연계와 통합케어 모형의 구축은 중장기적인 과제로서 인구구조의 노령화와 만성질환 중심의 질병구조 변화에 따른 건강보장체계 발전의 방향성을 제시하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

제3절 건강보장제도의 지속가능성 확립

저출산으로 인한 인구의 노령화 추세는 무엇보다도 경제활동인구의 감소와 의료비의 급증을 초래하여 향후 국가보건의료체계에서 국민의료비 부담을 가중시킬 것으로 우려된다. 실제로 전체 국민의료비 중 노인의료비가 차지하는 비중은 매년 급증 추세에 있는데, 노년층 가운데에서도 일부가 의료비의 대부분을 사용하고 있는 것으로 드러나 고위험군에 대한 집중관리와 노인의료체계의 효율화를 통해 의료비를 억제해야 하는 실정이다. 특히 의료와 복지, 급성치료와 장기요양, 지역사회와 시설서비스 등이 체계적으로 또는 유기적으로 연결되어 있지 못한 분절된 상태에 있어 다양한 비효율성이 나타날 수 있다. 노인성질환자는 매년 증가하고 있으며, 이에 따른 건강보험 급여비도 지속적으로 증가하고 있다. 따라서 노인의 의료이용 및 의료비 관리 방안이 중요한 정책과제로 대두된다.

〈표 4-2〉 향후 10년간 국민의료비 및 건강보험 급여비 추계

(단위: 조원, %)

연도	국민의료비	GDP 대비 비율	건보 급여액	건보 소요액 (관리운영비 포함)
2010	77	7.10	33.57	34.68
2011	83	7.38	36.89	38.11
2012	89	7.66	40.36	41.69
2013	96	7.91	44.31	45.77
2014	103	8.07	48.85	50.46
2015	110	8.30	51.76	53.47
2016	118	8.49	57.35	59.24
2017	127	8.84	62.37	64.42
2018	136	9.11	68.00	70.24
2019	146	9.38	74.78	77.25
2020	156	9.60	80.40	83.05

* 출처: 신영석, 2010.

노인의료비는 크게 수요자의 의료행태에 대한 관리, 공급자의 진료행태에 대한 관리, 건강보험 관리체계의 효율화 등의 측면에서 검토해 볼 수 있다(박종연 등, 2009; 신의철 등, 2011). 수요자 의료이용행태 개선 측면에서는 노인성질환 예방사업 중심의 건강사업이 활성화되어야 할 것이다. 의료비 증가의 상당 부분을 차지하는 만성질환은 노년기의 생활습관 뿐 아니라 노년기 이전의 습관과 밀접한 관련이 있으므로 전체 생애주기별 보건교육과 건강증진사업이 효율적 실시가 중요하다. 노인장기요양보험제도의 실시와 함께 노인성질환예방사업이 더욱 중요한 비중을 차지하게 되었는데, 기존의 국민건강증진종합계획 등 국가 차원의 건강사업의 일부를 노인의료비 절감에 초점을 맞추어 특성화하거나 재편할 필요가 있다. 특히 66세 생애전환

기 건강검진을 활성화하고, 검진결과를 근거로 노인건강운동사업의 대상자를 선정하거나, 건강증진센터를 활용하여 사후관리를 내실화하는 것이 바람직할 것이다. 또한 노인장기요양보험 등급외자들을 생활습관 개선교육, 상담, 운동강습 등 적정 건강지원서비스로 연계함으로써 노인의료비를 유발하는 의료서비스 수요로 전환되지 않도록 억제할 필요가 있다.

또한 노인들의 의료이용행태를 적정화하기 위해 과다의료이용으로 인한 문제점 및 바람직한 변화를 위한 의료이용에 대한 노인 대상 교육프로그램 실시 및 정보제공, 약물 과다중복 복용의 폐해 및 약물로 인해 발생할 수 있는 심각한 부작용에 대한 대국민 교육 및 홍보, 물리치료 등 의료 과다이용자에 대한 질병별 적정치료기간 등 홍보 및 교육 등이 필요하다. 공급자 진료행태 관리 측면에서는 투약, 물리치료, 장기입원 등 과다 의료제공기관의 적정진료 유도하고, 특히 적정빈도의 외래이용과 투약관리 기준을 설정하여 비용증가를 억제하는 정책이 필요하다. 한편 요양병원의 장기입원으로 인한 의료비 증가를 억제하기 위해, 지역별 인구사회학적 특성을 고려한 요양병상의 적정공급계획을 수립하여 요양병원과 요양시설 간의 적정역할 분담을 유도하는 것을 병행하여야 할 것이다.

이외에 노인의료이용 정보체계를 구축하기 위하여 노인의료패널 구축 등 노인의료비 관리 근거 기반을 확립하고, 노인의료체계 개선 및 진료비지불제도의 개편이 적극적으로 추진되어야 한다. 일차의료 및 문지기기능(gate keeping)을 강화하기 위한 노인주치의제도(단골의사제도) 도입 및 노인의 만성질환 관리 개선 추진, 과잉진료와 의료서비스 오남용을 억제하고 청구심사의 간소화를 위하여 노인성질환에

대한 포괄수가제 도입 등 지불제도 개선, 생애말기의 무의미한 의료 서비스와 비용지출을 억제하기 위한 종말기환자 가정간호 및 호스피스·완화의료 제도화 등이 이를 위한 세부적인 과제가 될 것이다. 본인 부담제 조정 및 장기입원 억제를 위해, 노인의 건강보험 본인부담 방식을 조정하여 본인부담 및 보험료 부담의 경감 기준이 되는 노인 연령기준을 65세에서 단계적으로 높여 노인층의 불요불급한 의료이용을 억제할 수 있고, 의료적 요구도가 적은 노인환자의 장기입원 등으로 인한 의료비 증가를 둔화시키기 위하여 장기입원환자에 대한 본인부담금을 인상하여 장기요양시설 입소나 재가서비스 이용 유도할 수도 있다.

끝으로 요양병원의 기능 정립 및 통합케어 검토를 고려할 수 있다. 노인요양시설의 지역간 불균형 분포와 제도적 미비로 인해 일부 노인요양시설 수요가 요양병원으로 전이되지 않도록 장기요양제도와 건강보험 간의 적정한 역할 분담이 가능할 것이고, 의료와 장기요양 요구도에 대한 적절한 판정이 가능하도록 노인 건강상태에 대한 판정도구를 개발하여 통합케어의 기반을 마련할 수 있다.

노인 개개인의 욕구는 매우 다양하며 기능상태 또한 수시로 변화하는 양상을 띤다. 보건부문의 건강증진, 진료, 치료, 재활, 요양에서부터 복지부문의 가정봉사원, 가사지원, 단기보호, 주간보호 등에 이르기까지 광범위한 서비스가 노인의 필요에 적합하게 연속적으로 이루어져야 한다. 이러한 다차원적인 복합서비스가 제대로 노인에게 전달되기 위해서는 사례관리자에 의한 노인의 포괄적 건강기능평가를 통한 통합적 케어계획 수립과 서비스 제공 및 연계와 조정, 모니터링이 이루어져야 한다.

통합서비스는 대상자의 건강과 기능상태의 특성에 따라 구분하여 접근할 수 있다. 우선 고위험군을 선별하여 시설이용과 불필요한 입원을 방지하는 고위험군 접근이 있다. 이 경우 요양등급 1, 2에 해당하는 중증장애를 지닌 노인과 만성질환 복합이환군을 대상으로 하여 종합적인 서비스를 제공하는 방안이다. 한편 노년증후군 및 장기요양 등급 3 이하인 경증노인을 대상으로 의료와 장기요양서비스 수요발생을 억제하고 최대한 이용을 지연하는 예방적 접근 방안이 있다. 고위험군 접근방식은 PACE와 PRISMA와 같은 통합 및 조정 모형을 통해 서비스 제공이 이루어질 수 있다.

예방적 접근방식은 지역사회 자원의 연계를 통하여 효율적인 서비스의 제공이 이루어지게 된다. 물론 조정-통합 모형과 연계모형은 지역별 특성에 맞게 이루어지는 것이 중요하다. 경우에 따라서는 사업의 성격에 따라 혼합형으로 서비스 제공체계가 구축될 수 있다. 의료기관과 장기요양기관 간의 환자이송체계의 미비로 인한 급성병상 점유 및 의료이용 지연은 결과적으로 제공체계의 비효율은 물론 노인 건강상태에 악영향을 미치게 된다. 이송체계의 미비는 병원과 요양시설의 입소기준 구분이 모호하며, 양 기관 간의 환자경쟁도 작용하는 것으로 보인다.

단기적으로는 의료와 장기요양서비스의 원활한 연계를 위해서는 요양병원과 요양시설간의 입소기준을 명확히 구분함으로써 적절한 이용이 이루어지도록 해야 할 것이다. 의학적 필요도가 높은 노인은 요양병원과 같은 의료기관에서 치료를 받게 하고 이어서 요양시설로의 전환이 용이하도록 이송체계를 구축할 필요가 있다. 이를 위해 병원입원 노인환자에 대한 지속적인 건강평가와 모니터링을 통해 의료

필요도가 낮은 환자의 퇴원 또는 전원을 유도해야 한다. 또한 병원에서 장기요양시설로의 전원을 위한 대기기간을 단축하기 위해 전문사례관리 시스템을 도입하고 전원 지연을 방지하기 위한 심사·평가체계도 구축해야 할 것이다.

제5장

요약 및 제언

저출산 고령화로 인한 환경 변화는 또한 국민의 질병관리와 건강보장제도의 측면에서 사회 전반적인 영향력이 매우 큰 요인이다. 본 연구에서는 저출산 고령화에 따라 국민의 삶의 질에 결정적 영향을 미칠 수 있는 건강상태의 주요 구성요소인 질병구조의 실태와 추이를 분석하여 현황과 문제점을 파악하고, 이에 따른 향후의 정책적 시사점을 도출하고자 하였다. 본 연구에서는 첫째 저출산 고령화 현상이 보건의료 부문에 미치는 영향에 관한 최근 우리나라의 출산력과 노령화 지표 추이에 관한 자료와 문헌들을 전반적으로 고찰하였고, 둘째 건강보험통계 자료를 중심으로 저출산 고령화에 따른 최근의 우리나라 국민의 질병구조 변화에 대하여 분석을 하였으며, 셋째로 향후 인구고령화에 따른 질병구조 변화의 정책적 시사점에 관하여 살펴보고자 하였다.

우리나라는 2000년 65세 노인인구 비율이 7.2%에 달해 노령화사회에 진입했고, 2018년에는 전인구 중 노인이 14.3%를 점하게 되어 노령

사회에 진입한 후, 2026년에는 노인인구 비중 20.0%로 초고령사회에 도달할 것으로 전망되고 있다. 낮은 출산력으로 인하여 노령화가 더욱 가속화하고 있는데, 2010년 현재 우리나라 65세 이상의 노인인구는 536만 명으로 전체 인구의 11.0%를 차지하고 있으나, 2030년에는 20%를 넘는 초고령사회를 넘어 전인구의 약 1/4이 노인인구에 진입할 것으로 예견되고 있고, 장기적으로 2050년경에는 전체 인구의 38.2%에 달하는 1,615만6천명이 노인이 될 것으로 전망되고 있다.

대상 질환에는 우선 노인장기요양보험법에서 규정한 노인성질환을 포함하였다. 노인장기요양보험법에서는 장기요양보험 급여 대상자의 자격을 65세 이상 노인과 65세 미만의 노인성질환으로 인한 일상생활 제한자로 규정하고 있다. 그리고 노인성질환의 범주에는 법시행령의 별표에 알츠하이머병에서의 치매를 비롯한 19개의 질병코드와 매병, 노망을 비롯한 5개의 한의 질병코드에 해당하는 총 24개 질환을 명시하고 있다. 여기에 최근 진료비 상위 10위권에 속하는 만성질환에 해당하는 질병들을 포함하여 고혈압질환, 대뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨병, 신부전, 치매, 허혈성심질환, 백내장, 기타배병증, 만성하기도질환, 파킨슨병, 신경계질환과 암질환으로 재분류하여 총 13개 질병군을 분석대상으로 하였다. 이들 질병을 대상으로 건강보험통계연보에서 질병군별 진료실인원, 진료비 통계자료를 통하여 추이를 분석하였다. 본 연구에서는 저출산·고령화에 따른 우리나라 국민의 질병구조 변화에 대한 실증적 분석을 위해 건강보험 급여자료를 중심으로 주요 만성질환들의 최근 추이를 분석하고 향후 2050년 무렵까지의 질병 규모에 대하여 전망하였다.

그런데 질병별 추이의 분석과 추계전망을 위해 필수적인 개념이

유병률 개념을 역학에서 의미하는 유병률 개념이 아닌 단지 해당 질병으로 인한 의료기관방문(의료이용)을 개념으로 대체하여 살펴보았다는 점에 본 연구의 제한점이 있다. 의료기관 방문율은 그 특성상 환자의 의료행태 요인의 영향이 매우 크다. 이는 생활습관이 질병 이환과 관련되어 있을 뿐만 아니라 의료서비스 이용행태에 대해서도 영향을 주게 되어 유병률 추정에 이중적인 혼란 요인이 되고, 또한 의료이용행태는 의료제공체계나 수가, 지불제도 등 건강보장제도와 연관된 정책요인들과도 복잡하게 얽혀 있기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 주요 질환별 정확한 유병률이 밝혀져 있지 않은 자료상의 한계로 인하여, 본 연구에서는 노령화 수준에 이상의 복합적 요인들이 함축되어 있는 것으로 가정하고 매우 단순화하여 전망하는 수준에 머물렀다. 보다 정밀한 질병규모 추계는 개별 질병군에 대한 보다 정확한 유병률 조사로부터 질환별 유병률에 영향을 줄 수 있는 국민의 생활습관, 의료행태 추이, 정책 요인 등에 대한 세부적인 연구가 어느 정도 축적된 이후에 그에 근거하여 수행될 수 있을 것이다.

• 최근의 주요 만성질환 추이

지난 2003년부터 2009년까지 건강보험 통계연보에 의하면, 고혈압 질환 등 노인성질환이 크게 증가하였다. 2009년의 진료실인원을 기준으로 가장 많은 질환은 기타배병증으로 분류되는 척추관련 질환군으로 534만여명이 진료받았고, 만성하기도질환과 고혈압성질환이 500만명 이상이 진료받았으며, 그 뒤를 이어 골관절염, 당뇨병 등의 순서로 많았다. 2003년부터 2009년까지의 증가 추이를 기준으로 하면, 치매가 24.93%로 가장 높은 증가율을 보였으며, 파킨슨병이 12.53%, 신

부전과 신경계질환이 각각 10.28%와 8.41%, 대뇌혈관질환이 8.37%, 백내장과 고혈압질환 등이 7% 이상의 높은 증가율을 보였다.

노인성질환의 진료실인원과 치료유병률의 증가 추세는 국민의료비와 건강보험 급여비 등 진료비 부담으로 직결된다. 노인성질환에 속하는 질병군별로 입원진료비의 최근 추이를 보면, 2009년에 가장 많은 진료비를 지출한 질병은 암질환으로 2조 5,401억원이었고, 이어서 대뇌혈관질환이 2009년에 1조 2천억원에 육박하는 입원비를 지출하였고, 치매와 허혈성심질환이 5천억원 이상, 골관절염과 백내장, 기타배병증이 3천억원대, 신부전과 당뇨병이 2천억 내외 정도의 입원진료비를 지출한 질병들이었다. 2003년부터 2009년 사이의 연간 입원진료비 증가율을 보면, 파킨슨병과 치매가 연평균 50%를 넘는 높은 증가율을 보였고, 고혈압질환과 암질환, 골관절염, 신경계질환, 기타배병증, 대뇌혈관질환 등도 연평균 입원진료비가 20% 이상 증가하였다.

한편, 주요 노인성질환들에 대한 외래진료비의 최근 추이를 보면, 가장 많은 진료비를 지출한 질병은 고혈압질환으로 2008년에 2조원대에 접어들었고 2009년에는 2조 2,656억원 규모의 외래진료비 지출하였다. 같은 해에 암질환은 1조 5,357억원에 달했고, 신부전 외래진료비는 1조 205억원, 기타배병증과 당뇨병의 외래진료비도 각각 9,544억원과 9,386억원으로 매우 많은 의료비가 지출되는 질병군이었다. 이외에 골관절염과 만성하기도질환은 6,028억원, 대뇌혈관질환과 허혈성심질환은 각각 4,772억원과 3,794억원의 외래진료비를 지출하였다.

〈표 5-1〉 질환별 진료실인원 및 치료유병률(2003/2009)

(단위: 천명, 10만명당 명)

질병군	2003	2009	연평균 증가율(%)
고혈압질환	3,562(7,442)	5,525(11,335)	7.61(7.28)
65세 이상	1,295(32,634)	2,205(42,454)	9.29(4.49)
대뇌혈관질환	576(1,204)	932(1,913)	8.37(8.04)
65세 이상	254(6,410)	477(9,187)	11.07(6.19)
골관절염	2,167(4,528)	3,095(6,349)	6.29(5.97)
65세 이상	759(19,139)	1,280(24,656)	9.13(4.34)
당뇨병	1,496(3,126)	2,103(4,315)	5.88(5.56)
65세 이상	446(11,228)	766(14,744)	9.48(4.67)
신부전	80(167)	137(280)	9.37(9.03)
65세 이상	18(466)	48(927)	17.33(12.18)
치매	61(127)	231(474)	24.97(24.59)
65세 이상	41(1,028)	167(3,220)	26.59(21.05)
허혈성심질환	535(1,118)	715(1,467)	4.98(4.66)
65세 이상	189(4,760)	314(6,040)	8.84(4.06)
백내장	695(1,452)	1,066(2,186)	7.42(7.09)
65세 이상	399(10,054)	678(13,059)	9.27(4.48)
기타배병증	3,848(8,041)	5,746(11,788)	6.91(6.59)
65세 이상	960(24,201)	1,676(32,274)	9.74(4.93)
만성하기도질환	4,181(8,736)	5,532(11,348)	4.84(4.52)
65세 이상	634(15,967)	958(18,446)	7.16(2.47)
파킨슨병	34(70)	68(140)	12.55(12.21)
65세 이상	19(488)	47(897)	15.78(10.71)
신경계질환	285(595)	462(949)	9.24(8.90)
65세 이상	81(2,041)	151(2,902)	11.80(6.84)
암질환	1,989(4,157)	2,824(5,867)	7.0(6.81)
65세 이상	303(7,632)	584(11,321)	15.46(8.06)

2009년 노인성질환들에 대한 입원과 외래진료비를 합한 총진료비를 살펴보면, 암질환이 3조 9,395억원으로 가장 많았고, 고혈압질환이 2조 4,238억원, 당뇨병이 2조 710억원, 대뇌혈관질환이 1조 6,758억원, 기타배병증과 신부전이 각각 1조 2,808억원과 1조 2,589억원 등의 순이었다. 이외에 진료비를 많이 지출하는 질병들로는 골관절염(9,955억원), 허혈성심질환(8,844억원), 치매와 만성하기도질환(7,300억원 내외) 등이 있었다.

〈표 5-2〉 질환별 총진료비(2003/2009)

(단위: 억원)

질병군	2003	2009	연평균 증가율(%)
고혈압질환	3,951	24,238	50.33
65세 이상	1,822	11,395	46.87
대뇌혈관질환	4,585	16,758	24.61
65세 이상	2,448	10,409	27.86
골관절염	3,246	9,955	20.99
65세 이상	1,833	65,200	23.87
당뇨병	2,952	11,324	37.26
65세 이상	1,132	6,036	38.75
신부전	6,725	12,589	11.04
65세 이상	1,548	4,563	19.86
치매	561	7,305	54.33
65세 이상	480	6,076	54.10
허혈성심질환	2,689	8,844	22.87
65세 이상	1,235	4,857	26.59
백내장	2,268	4,792	13.34
65세 이상	1,576	3,568	21.07
기타배병증	4,615	12,808	29.59
65세 이상	1,889	6,488	40.58
만성하기도질환	2,956	7,294	18.02
65세 이상	1,057	2,777	18.85
파킨슨병	203	1,508	49.21
65세 이상	138	1,222	44.85
신경계질환	590	2,143	24.93
65세 이상	198	908	30.25
암질환	14,997	39,395	27.11
65세 이상	4,128	13,079	35.37

총진료비 증가 추세를 보면, 치매가 연평균 54.33%로 가장 높은 증가율을 보이고 있고, 고혈압질환과 파킨슨병도 이와 비슷한 수준인 50% 내외의 높은 증가율을 보이고 있다. 이외에도 당뇨병이 37.26%, 암과 신경계질환, 대뇌혈관질환, 허혈성심질환, 기타배병증, 골관절염도 지난 2003년부터 2009년 사이에 20%를 넘는 연평균 증가율을 보였다. 65세 이상의 노인층에서 연평균 총진료비 증가율이 가장 높았던

질병은 치매로서 2003년 480억원 정도였던 총진료비가 2009년에 6,076억원 수준으로 연평균 54.10%의 높은 증가율을 보였다. 같은 기간에 고혈압질병은 노인층에서 연평균 46.16%가 증가하였고, 기타배병증은 40.58%, 당뇨병은 38.75% 증가하였으며, 암과 파킨슨병, 신경계질환도 30% 이상의 높은 증가율을 보였다.

향후 인구구조 변화에 따른 질병구조의 전망. 본 연구에서는 최근의 질병군별 인구 10만명당 치료유병률 개념을 향후의 인구구조에 적용하여 주요 노인성질환자의 규모를 추계한 다음, 추계된 환자수에 각 질병군의 1인당 진료비를 곱하여 총진료비를 추계하였다. 본 연구에서 살펴본 질병군들이 생활습관이나 환경요인들과 밀접히 관련되어 있음을 고려하면 단순히 인구규모의 감소로 인하여 질병규모도 감소할 것으로 예측하기는 쉽지 않다. 특히 주요 만성질환들이 주로 노인들에게 빈발하는 질병들이라는 점을 감안한다면 향후 인구의 노령화로 인한 영향을 크게 받을 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 고혈압질환 등 주요 질병군의 최근 치료유병률을 향후 추계인구에 적용하여 각 질병군의 환자수를 전망해 보았다.

우선 2015년부터 2050년까지 5년 간격으로 추계된 65세 이상 인구와 65세 미만 인구에 각 연령집단별 2009년 현재 건강보험 급여자료상의 치료유병률을 적용하여 향후 해당 질병의 환자수를 추계하였다. 한편 추계된 환자수에 각 질병군별 2009년의 1인당 진료비를 적용하여 각 질병군별 진료비 규모를 추계하였다. 추정진료비는 앞서 환자수 추계에서 2009년도의 유병률을 이용한 것과 마찬가지로 2009년도의 각 질병군별 1인당 진료비를 65세 이상 인구와 65세 미만 인구로 구분하여 각각 구하고 총규모도 추계하였다. 진료비 규모는 첨

단의료기술의 발달과 건강보험 수가체계, 지불제도 등 정책 및 제도적 요인들과 환자들의 진료행태 등 매우 많은 변수 요인들에 따라 크게 달라질 수 있지만, 본 연구에서는 인구구조의 노령화 수준 변화의 영향을 중심으로 개략적인 추이를 살펴보고자 하였다.

질병군별 진료실인원 추계 결과, 2015년에 기타배병증 환자가 566만명 정도로 추계되고 있어서 본 연구의 대상 질병군 중 가장 많은 환자가 발생할 것으로 보이고, 이어서 고혈압질환자가 558만명, 만성하기도질환자가 536만명의 순으로 상위권을 점할 것으로 예상된다. 이외에 골관절염(341만명)과 암(277만명), 당뇨병(205만명), 백내장(111만명) 환자도 많을 것으로 보인다. 그런데, 2050년에는 고혈압질환자가 867만 5천명으로 가장 많을 것으로 보이고, 그 뒤를 이어서 기타배병증 환자 734만명, 만성하기도질환자 554만명 등으로 일부 질병의 순위가 바뀔 것으로 추계되었는데, 이는 질병별로 연령대에 따른 유병률이 달라서 노령화 수준의 심화 영향이 반영된 결과라 할 수 있다. 이외에 2050년에 이르면 골관절염 환자는 547만명, 암질환자는 297만명, 당뇨병 환자는 295만명에 달할 것으로 예측되었고, 백내장은 232만명, 대뇌혈관질환과 허혈성심장질환자도 각각 142만명과 115만명에 이를 것으로 보인다.

〈표 5-3〉 질환별 진료실인원 추계(2015~2050)

(단위: 천명)

질병(군)	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
고혈압질환	5,580	6,054	6,771	7,486	8,066	8,519	8,688	8,675
대뇌혈관 질환	803	895	1,037	1,186	1,299	1,386	1,425	1,426
골관절염	3,411	3,748	4,291	4,847	5,202	5,457	5,534	5,466
당뇨병	2,051	2,209	2,458	2,691	2,849	2,964	2,982	2,945
신부전	121	134	154	164	176	187	188	191
치매	229	272	328	400	498	586	650	692
허혈성심 질환	697	762	861	966	1,051	1,117	1,146	1,147
백내장	1,106	1,268	1,517	1,783	2,007	2,191	2,289	2,321
기타배병증	5,661	5,975	6,448	6,905	7,227	7,444	7,459	7,339
만성하기도 질환	5,359	5,478	5,634	5,771	5,836	5,829	5,720	5,536
파킨슨병	70	82	98	118	138	155	166	171
신경계질환	429	460	505	553	592	622	633	631
암질환	2,765	2,851	2,977	3,083	3,131	3,140	3,083	2,986

질병군별 진료비 규모의 추계 결과, 2015년에 가장 많은 의료비 부담을 주는 질병이 암질환으로 4조 3,480억원에 달하고, 이어서 고혈압질환 2조 6,798억원, 대뇌혈관질환이 1조 7,472억원, 기타배병증 1조 4,212억원, 신부전 1조 3,821억원, 골관절염 1조 3,073억원, 당뇨병 1조 2,593억원 등으로 진료비 부담을 가중시키는 질환들이었다. 이외에 허혈성심질환과 치매가 1조원에 가까운 진료비가 지출될 것으로 예상되었다. 2050년에는 암질환의 진료비가 5조 8,880억원, 고혈압질환 진료비가 4조 4,874억원, 대뇌혈관질환 진료비가 3조 7,633억원 등이고, 치매가 2조 6,885억원, 골관절염이 2조 5,201억원, 기타배병증이 2조 4,294억원, 당뇨병이 2조 1,674억원 등으로 사회경제적 부담이 큰 질병

들이 될 것으로 보인다. 이외에 신부전과 허혈성심질환, 백내장, 만성 하기도질환 등도 1조원 이상의 진료비가 소요될 것으로 전망되었다.

〈표 5-4〉 질환별 진료비 추계(2015~2050)

(단위: 억원)

질병(군)	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
고혈압질환	26,798	29,333	33,090	36,992	40,457	43,266	44,575	44,874
대뇌혈관질환	17,472	19,490	22,107	26,001	30,283	33,853	36,469	37,633
골관절염	13,073	14,908	17,894	21,092	23,164	24,704	25,369	25,201
당뇨병	12,593	13,956	16,075	18,177	19,817	21,120	21,642	21,674
신부전	13,821	14,944	16,771	17,407	18,003	18,639	18,221	18,178
치매	9,195	10,810	12,770	15,400	19,195	22,660	25,168	26,885
허혈성심질환	9,902	11,008	12,700	14,450	15,885	17,038	17,570	17,667
백내장	5,635	6,495	7,787	9,243	10,530	11,597	12,219	12,453
기타배병증	14,212	15,657	17,852	20,160	22,043	23,535	24,217	24,294
만성하기도 질환	7,963	8,549	9,352	10,279	11,225	11,990	12,400	12,513
파킨슨병	1,841	2,148	2,578	3,107	3,668	4,152	4,475	4,644
신경계질환	2,351	2,548	2,831	3,138	3,425	3,655	3,769	3,795
암질환	43,480	46,325	50,735	54,899	57,699	59,634	59,802	58,880

그런데 본 연구에서의 향후 주요 질병군별 환자수 및 진료비 부담 규모 추계는 치료유병률, 진료행태는 물론 수가체계 및 지불제도 등 정책 요인들을 현재의 상태로 고정시킨 가운데 인구구조의 변화만을 고려한 단순 전망이라는 점에서 제한점이 많다는 점을 감안하여야 할 것이다. 또한 건강보험 진료통계를 기준으로 하였기 때문에 의료 급여 대상자로서의 진료 및 제도권 밖의 치료 및 질병이 있음에도 불구하고 진료받지 않은 경우 등은 포함되지 않았기 때문에 실제 질환 이환 규모는 본 연구에서의 수치와 다를 수 있다.

• 질병구조 변화의 정책적 함의

주요 만성질환의 질병군별 최근 추이와 그에 근거한 향후 질병구조에 의하면 인구구조 변화가 질병구조에 큰 영향을 미치는 것으로 보인다. 저출산 고령화는 일부 질병군의 유병률에 영향을 미침으로써 국민의 질병부담을 크게 변화시키고, 연령대별로 주요 질병 이환률이 변화됨에 따른 중장기 질병관리 과제와 정책 이슈를 제시할 수 있다. 이에 따라 저출산 고령화가 가지는 의료정책, 건강정책에 대한 함의를 면밀히 검토해 볼 필요가 있는데, 저출산 노령화가 만성질환들의 이환자를 증가시키고 그로 인한 보건의료비 부담을 증대시키는 요인이 되고 있음을 감안하여 향후 노령사회의 보건의료정책의 목표를 설정하여야 한다.

노령사회의 보건의료정책은 크게 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째는 증가하는 노인인구 특히 후기노인인구의 삶의 질 문제이다. 이는 곧 노령사회의 삶의 질을 전반적으로 향상시키기 위해서는 국민의 건강보장을 위해 노인인구의 건강 및 질병 특성을 반영한 정책목표와 과제의 우선순위를 높일 필요가 있음을 뜻한다. 이는 노인인구 자체에 대한 정책적 고려 뿐만 아니라 건강한 노후를 맞이할 수 있도록 하기 위한 생애주기별 건강관리의 강화가 필요함을 뜻하기도 한다. 이 점에서 단순한 기대수명의 연장이 아닌 건강수명의 연장에 초점을 맞추는 국민건강증진 정책은 바람직한 방향이라고 할 수 있다.

둘째는 저출산 노령화로 인한 건강보장제도의 지속가능성 위협에 대응하는 문제이다. 즉 노령화로 인한 질병구조의 변화가 사회경제적 부담을 가중시키고 있는데 기존의 사회보장체계를 가지고 대처해 나가는 어렵다는 점이다. 특히 노령화가 심화될수록 생활습관 개선은

물론 만성질환 유발 요인에 대한 자원부담 체계 개발 및 만성질환에 대한 진료비 지불방식 개선 등 건강보장 재원의 다양화와 국민의료비 지출의 효율화를 위한 노력이 지속적으로 이루어져야 한다. 이를 위해 건강보험 부과체계 및 진료비 지불방식 개선과 같은 건강보장 제도의 근본적 개선은 물론 기존의 치료 중심에서 예방 및 건강관리, 장기요양 등 만성질환 관리에 적합한 모형을 염두에 둔 종합적인 보건의료제공체계의 확립과 같은 의료체계의 효율화를 위한 구체적 방안들의 마련이 노령사회의 건강보장제도의 지속가능성을 확립하기 위한 차원에서 중요한 정책 방향 및 목표가 되어야 할 것이다.

참고문헌

- 강병구(2006). “고령화에 따른 복지지출 전망”, 『사회보장연구』 22(3): 1-21.
- 강병우(2009). 『공중보건학』, 청구문화사.
- 건강보장 미래전략위원회(2007). 『건강보장 미래전략』.
- 고재욱·황진수(2010). 『노인복지론』, 양서원.
- 권중돈(2010). 『노인복지론』, 학지사.
- 김영미·최영준·안상훈(2010). “한국의 복지지표체계 개발에 관한 연구”, 『보건사회연구』 30(2): 219-253.
- 김영범(2007). “인구 고령화와 복지지출 변동: 선진 국가의 경험을 중심으로”, 『사회보장연구』, 23(2): 115-131.
- 대한민국 정부(2011). 『2011-2015 제2차 저출산 고령사회 기본계획』.
- 미국 지역사회 예방서비스 특별위원회(스테파니 자자, 피터 A. 브리스, 케이트 W. 해리스 편집)(2005). 『지역보건연구회 역. 건강증진을 위한 지역사회 예방서비스』, 계축문화사.
- 박광준·김해도·오세영·오영란(2010). 『노인복지의 정책과 과제』, 양서원.
- 박명화 외(2009). 『2008년도 노인실태조사 - 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 보건복지가족부·계명대학교 산학협력단.
- 박용익·김선희·여미영(2010). 『노인보건』, 파란마음.
- 박재산·이정찬·김귀현·문재우(2009). “우리나라 노인의 자살충동에 영향을 주는 관련요인 연구”, 『보건과 사회과학』, 26: 115-136.
- 박종연·강임옥·김경하·서수라·신지연(2005). 『우리나라 노인의료보장체계의 개선 방안』, 국민건강보험공단.
- 박종연·고민정·한준태·권진희(2009). 『노인의 의료이용 실태와 건강보험 진료비 관리방안』, 국민건강보험공단.

- 박종연·이윤환·권진희·이은미·이호용·김용현(2010). 『장기요양과 의료 서비스의 통합케어 모형 개발』, 국민건강보험공단.
- 이지전·이상욱·유승흠·정혜영·김정인·이민(2002). “우리나라 노인의 사망 전 1년간 의료이용 수준과 비용분석”, 『대한예방의학회 추계 학술대회 연제집』
- 박종연(2002). “세계인구의 노령화 추이와 보건의료 제도개혁”, 『건강보험포럼』 1(4): 20-37.
- 방수향·장희정(2007). “노인 만성 질환자의 일상생활 수행도와 가족간호자의 부담감”, 『대한간호학회지』 37(1): 135-144.
- 변재관·강혜규(2001). 『지역사회 중심의 보건·복지 통합 서비스 연계모형 개발 연구』, 한국보건사회연구원.
- 보건복지부(2002). 『마드리드 고령화국제행동계획』, 보건복지부.
- 보건복지부(2011). “2020년까지 건강수명 75세까지 높인다”, 보도자료, 2011. 6. 2.
- 서울대 편찬위원회(2008). 『보건학개론』, 서울대출판부.
- 선우덕·송현중·이윤환·김동진(2004). 『허약노인대상의 보건의료서비스 개발 및 효율적 운영체계 구축방안』, 한국보건사회연구원.
- 선우덕·송현중·황나미·강은정·서영준·김태일·김동진(2005). 『고령화 사회에서의 노인보건의료체계 구축방안』, 한국보건사회연구원.
- 선우덕(2005). 『인구고령화에 따른 노인보건의료체계의 구축방안』, 한국보건사회연구원.
- 신의철·임금자·이은화·이윤환(2011). “노인요양보장체계의 효율화에 대한 소고”, 『보건행정학회지』 21(1): 115-131.
- 유승흠·이윤환(2009). 『노인보건학』, 서울: 계축문화사.
- 이금재·박혜숙(2006). “재가 도시 노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행 능력에 관한 연구”, 『여성건강간호학회지』 12(3): 221-230.
- 이상욱·이지전·박종연 등(2002). 『종말기 노인환자의 보건의료 비용과 삶의 질』, 관동의대 예방의학교실.
- 이윤경·정경희·염지혜·오영희·유혜영(2010). 『한국노인의 삶의 변화 분석 및 전망』, 한국보건사회연구원.
- 이윤환·임병우·장경옥. 『경기 노인케어센터 설치에 관한 연구』, 아주대학교·경

기도.

- 이인숙·배화숙(2008). “고용형태가 삶의 질에 미치는 영향 분석”, 『사회보장연구』, 24(2): 53-80.
- 이호성(2004). “노인의 건강상태와 의료비부담 관련요인에 대한 연구”, 『한국노년학회지』, 24(2): 163-179.
- 정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우·이윤경·김희경(2005). 『2004년도 전국 노인 생활실태 및 복지욕구조사』, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희·조애정·오영희·변재관·변용찬·문현상(1998). 『1998년도 전국 노인 생활실태 및 복지욕구 조사』, 한국보건사회연구원.
- 정옥분(2008). 『노인복지론』, 학지사.
- 조맹제 외(2008). 『치매 노인 유병률 조사』, 서울대학교병원·보건복지가족부.
- 조성일(2010). “건강 및 기능; 건강행태, 만성질환, 통증”, 『제 1회 고령화연구패널 학술대회 발표자료』, 한국노동연구원.
- 조지 매그너스(2010). 홍지수 옮김. 『고령화 시대의 경제학』, 부키.
- 최성재·장인협(2010). 『고령화사회의 노인복지학』, 서울대출판문화원.
- 최영환(2010). 19개 노인성질환의 의료이용 및 의료비의 시계열 비교. 건국대학교 박사학위 청구논문.
- 최준욱·전병목(2003). 『인구구조 변화와 조세·재정정책(1)』, 한국조세연구원.
- 폴 윌리스(2001). 유재천 옮김. 『증가하는 고령인구 다시 그리는 경제지도』, 시유시.
- 홍승연·이애경·박일수·서수라(2008). 『국민건강보험공단의 건강지원사업 효과 분석』, 국민건강보험공단.
- 황규선·권승(2005). “인구구조 변화가 사회복지 지출을 포함한 국가재정에 미치는 영향에 관한 실증적 분석”, 『사회보장연구』, 21(4): 37-55.
- Anderson, G. F. and Hussey, P. S. (2000). “Population aging: a comparison among industrialized countries”, *Health Affairs* 19, 191-203.
- Chernichovsky, D. and Markowitz, S. (2004). “Aging and aggregate costs of medical care: conceptual and policy issues”, *Health Economics* 13, 543-562.

- Davison, S. N. and Jhangri G. S. (2010). “Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease”, *Journal of Pain and Symptom Management* 40, 838-843.
- Desai, M. M., Lentzner, H. R., and Weeks, J. D. (2001). Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. *The Gerontologist* 41, 82-88.
- Drewnowski, A, Monsen, E, Birkett, D., et al. (2003). “Health screening and health promotion programs for the elderly”, *Disease Management and Health Outcomes* 11, 299-309.
- Hebert R, Tourigny A, and Gagnon M. (2005). eds., *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. EDISEM.
- Johri, M. & Beland, F. Bergman H. (2003). “International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence”, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 222-235.
- Katz S, Ford A. B, Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., and Jaffe M. A. (1963). “Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function.”, *JAMA* 185, 914-919.
- KEMPOREN(National Federation of Health Insurance Societies). (2005). Health insurance, long-term care insurance and health insurance societies in Japan.
- Larson, L. (2002). “A better way to grow old: the PACE model”, *Trustee* 55, 10-14.
- Leichsenring, K. (2004). “Developing integrated health and social care services for older persons in Europe”, *International Journal of Integrated Care* 4.
- Manton, K. G. (1989). “Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly”, *Milbank Quarterly* 67, 13-58.
- McKeown, T. (1994). *The Origins of HUMAN DISEASE*. Blackwell Publishers, (토마스 매큐언(저), 서일, 박종연(역). 질병의 사회적 기원. 동문선.
- OECD Health Project (2004). *Towards high-performing health systems*. OECD.
- Park, J., Lee, N. (2009). “First Korean Working Conditions Survey: A Comparison between South Korea and EU Countries”, *Industrial Health* 47, 50-54.
- Parsons, T. (2005). *Guided care study launched to aid seniors with chronic conditions*. The

JHU(Johns Hopkins University) Gazette.

- Reinhardt, U. E. (2003). “Does the aging of the population really drive the demand for health care?”, *Health Affairs (Millwood)* 22, 27-39.
- Seshamani, M., and Gray, A. (2002). “The impact of ageing on expenditures in the National Health Service”, *Age and Ageing* 31, 287-294.
- Spillman, B. C., and Lubitz, J. (2000). “The effect of longevity on spending for acute and long-term care”. *The New England Journal of Medicine* 342, 1409-1415.
- Wallace, P. (1999). *Agequake: Riding the demographic rollercoaster shaking business, finance and our world*. Nicholas Brealey Publishing Ltd(유재천 옮김. 증가하는 고령인구 다시 그리는 경제지도. 시유시, 2001.)
- World Health Organization(2002). *Active ageing: A policy framework*.
- Yoo, B. K, Bhattacharya J., McDonald, K. M, et al. (2004). “Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries”, *Health Service Research* 39, 1971-1992.



제 14 편

주택 수급 시나리오

연구책임자: 김현아(한국건설산업연구원 연구위원)

제1장

연구의 배경과 목적

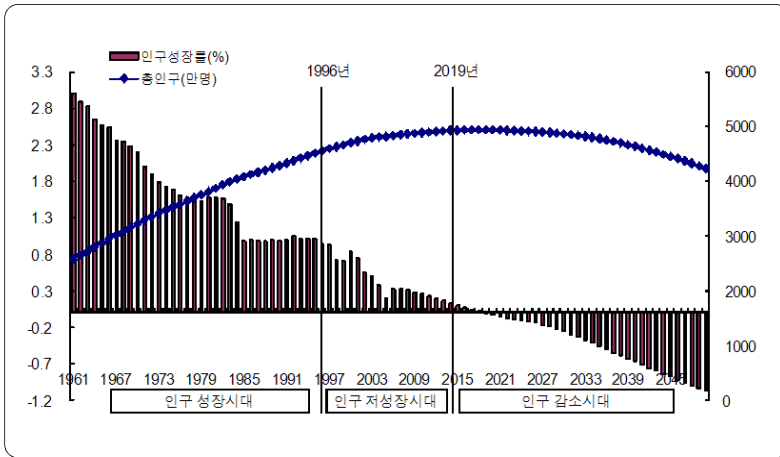
제1절 연구의 배경: 인구구조의 변화와 부동산 시장

통계청 추계에 의하면 한국은 2019년을 정점으로 그 이후부터는 인구가 감소할 것으로 예상되고 있다. 그러나 현재 세계 최저수준의 출산율(09년 1.15명)과 고령화 진행 속도로 본다면 인구구조의 변화에 따른 사회, 경제 환경 변화는 그 보다 앞서 진행될 것으로 예측된다. 저출산에 대한 효과적인 정책이 부재한 가운데 노인인구비율이 2050년이면 32%로 세계 최고수준에 이를 것으로 전망되고 있으며 일명 베이비 붐 세대의 첫 번째 연령층인 1955년 출생자들은 이미 2010년부터 민간기업 정년인 55세에 도달하여 은퇴를 시작하였다. 향후 10년에 걸쳐 714만 명에 이르는 베이비 붐¹⁾ 세대 중 약 76%(549만 명)의 취업자가 근로현장을 떠나는 이른바 “쌀물 은퇴”가 시작된 것이다.

1) 베이비붐세대 : 6.25전쟁 이후 산아제한이 있기 전까지(1955년 ~ 1963년) 태어난 세대로써 우리나라 총인구의 15.2% (714만 명) 차지

은퇴한 베이비부머들은 10년 뒤면 고령(65세 이상) 인구에 편입되며 코호트 효과를 갖는 새로운 노년층으로 사회, 경제 등 다양한 분야에서 그 특징을 나타낼 것으로 예상된다. 이처럼 인구구조 변화 중 저출산 고령화는 우리 사회가 거스를 수 없는 환경변화로 이미 우리 앞에 전개되고 있는 것이다.

[그림 1-1] 우리나라의 인구변화 추이



* 자료: 통계청

인구구조의 변화는 산업구조 및 경제현상, 가족제도, 일상적인 소비 등 사회 전반에 미치는 영향이 크다. 그 중에서도 저출산 고령화는 우리 사회에 위기로 작용할 것이라는 지적이 더 많다. 위기로 지적되는 주요 사항을 정리하면 다음과 같다.²⁾

첫째, 저출산은 궁극적으로 인구감소를 초래하게 되는데 인구감소

2) 한국정보화진흥원(2011), 「미래연구백서 2011」

는 수요 감소 - 노동력 저하 - 공급능력 저하로 이어지는 ‘경제의 축소’를 가져올 것이다. 뿐만 아니라 중장기적으로 내수시장과 총수요를 감소시키고 이로 인한 세수 저하와 자본시장의 위축 등 국가경쟁력 하락과 잠재 성장을 하락으로 귀결된다고 예측하고 있다.

둘째, 저출산 고령화는 연금, 보험, 의료 및 기타 사회복지 등의 확충으로 인해 정부의 사회적 지출을 급격히 증가시켜 국가 재정의 부담을 가져오게 될 것이다. 특히 고령자의 증가는 연금이나 의료비 지출의 증가를 필연적으로 수반하게 된다. 2005년 7.9명이 1명의 노인을 부양하던 것이 2050년이면 1.4명이 1명의 노인을 부양해야만 한다. 인구증가와 경제성장을 전제로 구축된 의료보험시스템이나 노인부양 부담이 인구감소시대를 맞아 젊은 세대들의 부담을 증대시켜 심각한 세대갈등을 유발할 수도 있다는 우려가 제기되고 있다.³⁾

마지막으로 인구감소는 국가나 민족의 존재가 약화되거나 사라질 수 있다는 민족주의적인 불안감을 수반할 수 있다. 특히 인구가 곧 국력이라는 거대 중국과 인접해 있는 우리나라는 인구감소로 인한 민족의 존립위협에 노출될 가능성이 크다.

한편, 범위를 좁혀 인구구조 변화가 부동산 시장에 미치는 영향은 어떨까? 크게 세 가지로 나누어 예측할 수 있을 것이다. 첫째, 수요의 감소이다. 부동산 시장을 자산으로 보나 공간적 측면으로 보나 인구의 감소는 곧 공간과 자산수요의 감소로 이어질 것이다. 다만 인구가 감소하더라도 가구수가 증가하거나 소득이 증가하면 1인당 공간수요

3) 현재 노인인구(65세 이상)는 전체인구의 11% 차지(10년)하고 있으나 지금과 같은 추세가 지속되면 2016년 경, 유소년인구(0~14세)가 노인인구 보다 적어지는 인구역전현상이 발생, 경제사회 전반의 국가운영에 다양한 문제가 발생할 가능성이 큼.

는 오히려 증가하는 질적 변화가 이루어지므로 수요 감소는 급진적이기보다는 점진적으로 진행될 가능성이 크다고 할 것이다. 둘째, 관련 산업의 변화이다. 인구증가시기의 부동산 관련 산업은 주로 신규 공급 및 개발과 관련된 산업이 크게 번창하게 된다. 그러나 인구증가세가 둔화되거나 인구가 감소하게 되면 신규 공급수요는 점차 감소하고 대신 기존 부동산의 유지관리 및 거래, 서비스, 가치증대를 위한 개보수 관련 산업이 건설 및 개발관련 산업을 대체해 나갈 것으로 예상된다. 마지막은 개인의 자산구성과 소비부문이다. 대부분의 가계들은 소득이 증가함에 따라 자가거주 주택을 보유하고자 하는 욕구가 커진다. 또한 정부정책 역시 안정적인 증산층을 확대하기 위해 다양한 자가 보유 지원정책을 시행하는 것이 일반적인 추세였다. 따라서 한계소득 계층을 제외하면 대부분 가계자산에 거주주택이 일정부분을 차지하게 된다. 특히 우리나라의 가계들은 다른 선진국에 비해 가계자산에서 부동산이 차지하는 비중이 높다. 대부분의 자산을 금융자산보다는 부동산으로 보유하고 있는 것이다. 70세 이상의 가계들의 부동산 자산비중은 거의 보유자산의 90%에 육박한다. 은퇴 후 고령 가구들은 그 동안 비축해 놓은 현금자산(예금 및 연금)과 보유 부동산을 처분하여 소비자금을 마련하는 것이 불가피하다. 그러나 부동산은 그 특성상 처분이 용이하지가 않아 현금화가 쉽지 않다. 따라서 인구구조 변화로 부동산 수요가 감소하게 되면 가계자산이 상당부분 부동산에 묶이는 부작용을 예상할 수 있다.

그러나 저출산 고령화에 대응하는 정부의 접근은 아직 부동산 시장에까지는 미치지 못하고 있다. 정부는 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정(2005년)하고 최근에는 제2차 ‘저출산·고령사회(’11~’15) 기본계

획⁴⁾을 수립하였다. 저출산에 대한 정책의 내용은 1차적으로는 출산율을 장려하는 금전적·행정적 인센티브와 보육지원으로 구성되어 있다. 그러나 궁극적으로 출산장려는 가족중심의 사회가 지속되어야만 그 효과가 가시화될 것이며 이는 교육이나 보육환경을 포괄하는 안정적인 정주환경에서 비롯된다고 볼 수 있다. 따라서 출산장려를 위해서는 거기에 부합하는 주거복지 정책도 반드시 수반되어야 할 것이다. 그러나 저출산에 대한 정책대응에 주거부분은 사실상 찾아보기 어렵다.

고령화에 대한 대응도 마찬가지이다. 이러한 노력들은 대부분 기초노령연금 및 의료복지에 편중되어 주거 및 부동산 부문에 대한 문제는 거의 다루어지지 못하고 있는 실정이다.⁵⁾ 그나마 관련부처 차원에서 부분적인 대응을 하고 있으나 아직 미미한 실정이다. 부동산과 관련된 대응의 한 예로 Barrier free 등 고령자를 위한 주택 등의 건축물 설계기준의 반영, 노인전용주택 관련 기준 등 고령사회에 대비한 주거유형 개발에 대한 연구에 그치고 있다. 좀 더 복지적 차원에서 접근한 ‘고령자 주거안정법’(국토부) 제정추진⁶⁾을 꼽을 수 있겠으나 그 내용을 살펴보면 임대주택의 일부를 고령자용으로 건설토록 추진하는 것으로서 그나마 일반임대주택 중에서 일정 비율을 고령자용으로 변경하는 것이어서 저소득층 임대주택공급은 오히려 감소시킨다는 비판을 받는 등 근본적인 대응에는 못 미치고 있다. 특히 부동산 가격

4) ‘제2차 저출산·고령화 기본계획’에서는 다양한 노동기회 제공, 다층 노후소득 보장 체계 확립, 사전 예방적 건강관리체계, 노후생활 설계 강화를 중심내용으로 다루고 있음.

5) ‘제2차 저출산·고령사회(11~15) 기본계획 시안 주요내용’ 공청회자료, 2010. 9, 관계부처 합동

6) 고령자 주거안정법 : 임대주택 건설시 일정비율을 고령자 임대주택으로 공급, 고령자 주택개조 지원 등 규정 (08.8 김소남 의원 발의, 현재 법안소위 계류 중)

급등기에 제정된 각종 수요관리 및 투기억제 대책은 여전히 원활한 부동산 거래와 처분에는 걸림돌이 되고 있는데 이는 아직 우리나라의 주택정책이 고령가구들의 부동산 처분에 대한 문제를 고려하고 있지 못한 것으로 해석할 수 있다. 고령가구들의 부동산 자산비중이 특별히 높은 우리나라는 향후 고령가구들이 보유 부동산을 어떻게 처분하고 활용하느냐가 노년의 생활 및 소비자금을 확보하는데 그 무엇보다 중요한 변수가 될 것이다. 아울러 고령가구들의 원활한 부동산 자산의 처분과 활용은 노인들에 대한 복지재정부담을 시장과 정부가 분담할 수 있는 가능성을 보여주는 중요한 사안이기도 하다.

제2절 연구의 목적과 내용

본 연구는 인구구조 변화 중에서 저출산과 고령화가 부동산 시장 및 주거구조에 미치는 파급효과를 종합적으로 분석하여 이에 적합한 주거 및 복지정책의 방향을 제시하는데 그 목적이 있으며 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 저출산으로 인한 가족규모 축소, 베이비붐세대 은퇴와 수명연장에 따른 고령인구의 확대 등의 사회경제적 환경변화가 주택시장에 미치는 영향을 정량적·정성적으로 분석하고자 한다. 인구 감소, 가구수 증가율 둔화에 따른 주택수요의 총량적 감소와 함께 연령별 주택소비 패턴 분석 및 외국 사례를 참고하여 인구구조 변화가 주택소비 패턴을 어떻게 변화시킬 것인지 정성적으로 예측하고자 한다.

둘째, 미국과 일본의 사례를 바탕으로 인구구조변화에 대한 주택

부동산 부문의 시사점을 도출하고자 한다. 특히 최근에 확산되고 있는 부동산 가격 장기 침체와 버블붕괴 등과 관련해 인구구조의 변화가 부동산 버블붕괴와 관련이 있는지를 검토하고자 한다. 아울러 고령화에 대응한 주거 및 부동산 부문의 정책적 대응사례를 취합하여 국내 시사점을 도출하고자 한다.

셋째, 연령별 주거 소비 행태와 자산구성 분석을 통해 연령별 주거 수요특성을 도출하고 고령가구들의 보유 부동산자산을 유형별로 분석하여 이에 대한 정책과제를 도출하고자 한다. 저출산 고령화 추세는 정부 복지예산의 부담 요인으로 작용할 것이며 이에 대한 대응방안으로써 비재정적 수단을 통한 복지시스템의 구축은 매우 절실한 상황이다. 인구구조에 적합한 주택공급시스템 및 정주확보방안은 물론 고령가구들의 부동산 자산의 원활한 유동화를 비재정적 복지시스템의 대안 중 하나로 검토하고자 한다.

제2장

인구구조 변화에 따른 주거구조 및 부동산 수요 변화

제1절 저출산·고령화에 따른 인구·가구 특성의 변화

1. 저출산에 따른 인구 및 가구 특성 변화

출산율의 저하는 이미 1920년대부터 서구 유럽에서 나타났던 인구 구조의 변화이다. 출산율 저하의 첫 단계는 의료기술의 발달 및 영향상태의 개선 등으로 영아사망률이 감소하면서 부모들이 많은 아이들이 필요하지 않다는 인식을 갖게 된다. 도시화, 여성 문맹률 감소, 피임기술의 발전 등도 출산율 저하에 중요한 역할을 했다. 그러나 그 이후에도 여성의 경제활동 참여의 증가, 만혼 및 결혼의 기피, 부부 중심의 가족구조 등이 확대되면서 무자녀 가족(babyless)이 증가하고 전통적 개념의 가족이 점차 쇠퇴하면서 출산율 저하는 좀 더 사회적인 요인에 의해 고착된다. 선진국에서는 이미 오래전부터 다양한 출산장려책을 마련하여 시행중에 있으나 가시적인 효과를 거둔 사례는

매우 미미)하다. 이는 출산장려정책의 실효성 문제가 원인일 수도 있겠으나 한번 낮아진 출산율을 다시 증가시키기에는 사회, 경제, 문화적 환경이 이미 구조적으로 크게 변화(개인주의 가치관의 확산, 공동체적 가치관의 퇴색, 이혼율, 동거율, 혼외정사의 증가 등)되었다는 것을 반증한다고도 볼 수 있을 것이다. 따라서 향후 출산율의 획기적인 전환을 기대하기는 어려울 것으로 예상되며 그나마 인구 대체율(population replacement rate)⁸⁾을 유지하는 수준에 머무를 수 있다면 다행으로 여길지도 모를 일이다.

저출산으로 인해 야기되는 향후 인구 및 가구특성의 변화를 요약하면 아래와 같다. 첫째 인구의 감소와 고령화이다. 인구 대체율 이하의 출산율까지 출산율이 낮아진다면 인구감소는 불가피할 것으로 예상된다. 인구가 감소하면 노동력 감소에 의한 공급 능력의 저하는 물론 수요의 감소도 함께 수반되기 때문에 일시적 현상이 아닌 장기간에 걸쳐 경제규모의 축소가 예상된다. 인구 및 경제의 축소는 사회경제 여러 부문의 파생효과를 유발하는데 세수감소, 자본시장의 위축, 잠재 성장률의 하락이 그것이다. 아울러 인구감소는 국가나 민족의 존폐까지 위협하게 되어 국력 및 국가경쟁력은 물론 민족의 존립을 위협하는 요인이 될 것이다. 특히 저출산에 의한 인구감소는 고령화를 초래하면서 소수의 청년층이 다수의 노년층을 부양해야 하는 세대간 불균형의 문제가 예상된다. 이는 청년층의 근로의욕 상실은 물론 심각한 세대간 갈등으로까지 확산될 수 있다.

7) 해외의 주요 선진국들은 우리보다 앞서 저출산 현상을 경험하고 이와 관련된 다양한 대응책을 내놓았으나 늘어난 출산율이 인구 대체율(2.1명)을 밑도는 수준임(프랑스, 스웨덴).

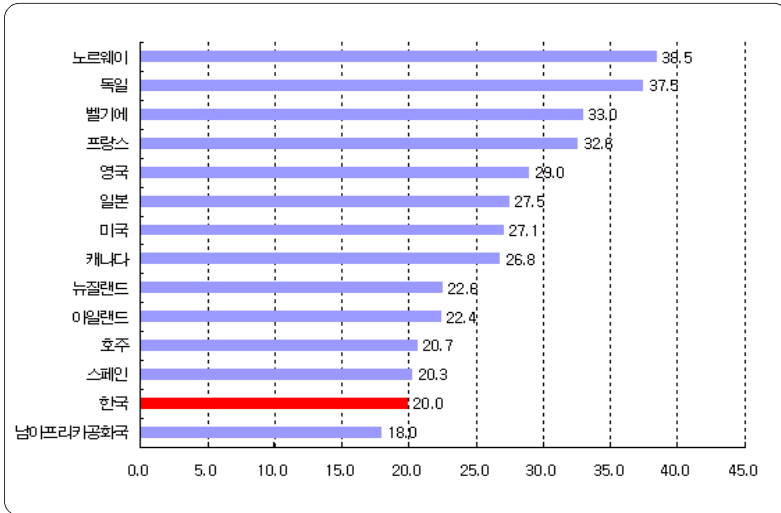
8) ‘인구 대체율’이란 출생과 사망사이의 균형을 이루기 위해 해외 인구유입을 고려하지 않는 최소 출산율(2.1명)을 의미함.

둘째 가구원수 감소에 따른 가구규모의 축소가 예상된다. 이러한 현상은 1~2인 가구가 전 연령층에서 증가하는 결과로 이미 나타나고 있다. 2010년 인구주택총조사 결과에 의하면 우리나라 가구의 평균 가구원 수는 2.69명으로 가장 주된 유형의 가구가 이미 2인 가구로 변화되었다. 1인 가구의 증가도 이미 2000년대 초부터 시작이 되었는데 젊은층과 노인층은 물론 중장년층에서도 1~2인 가구가 빠르게 증가하고 있는 것으로 조사되고 있다.

이미 선진국에서는 1인 가구 비율이 30%를 넘어서고 있으며 주요 도시에서는 이미 1인 가구 비율이 40%⁹⁾를 넘어서고 있다. 2008년 다보스 세계경제 포럼에서는 ‘싱글경제의 형성’을 핵심어로 언급한바 있다. 특히 서구권의 경우에는 근대화가 일찍 시작되면서 혼자 사는 사람(1인 가구)의 비중이 아시아 지역에 비해 3~4배 높은 수준이며 연령대도 노년층뿐만 아니라 중장년층에서도 높은 수준을 보이고 있다. 우리나라도 2010년 인구센서스 결과 1인 가구의 비율이 23.9%로 400만 명을 넘어섰다.

9) 동경의 1인가구는 45%에 육박함.

[그림 2-1] 주요 국가별 1인 가구 비율(2006)



* 자료: 변미라·신상영(2009)의 <그림1>을 재구성, 한국은 2005년 통계임.

한편, 저출산과 인구감소를 위기로 보는 시각이 주류를 이루고 있는 가운데 출산율 저하로 인한 인구감소는 위기보다는 오히려 기회라는 시각도 존재한다. 인구감소는 곧 “질(Quality)의 경제”이며 인구 감소에 대응한 경제체제를 확립하면 인구감소 속에서도 충분히 질 높은 생활을 영유할 수 있다는 주장이다.¹⁰⁾ 이를 뒷받침해주는 또 다른 해석도 제기되고 있다. 많은 환경론자들 역시 지금 우리가 겪고 있는 환경오염, 생태계 파괴, 자원 고갈 등의 근본적인 이유는 인구 증가에 기인한다고 주장한다. 인구가 감소하게 되면 교육, 주택, 교통

10) Takemura(2006)에 따르면 “GDP의 증가 자체가 행복을 가져오는 것은 아니며 경제 파이가 작아져도 개개인이 여유롭게 윤택하게 할 수 있는 성숙한 사회를 목표로 해야 한다”고 강조하고 있음. 이러한 주장은 주로 우리보다 저출산 고령화를 앞서 경험한 일본에서 대두되고 있음.

문제에 있어서 질적인 향상을 기대할 수 있고 쾌적한 환경 속에서 여유 있는 삶의 구현이 가능하다는 것이다. 인구감소를 기회로 보는 논자들에 따르면 인구감소로 인한 노동력 감소, 내수시장의 축소 등이 가져올 위기들에 대해 노동 생산성과 교육의 질 향상을 통해 충분히 극복 가능하다고 보고 있다¹¹⁾. 즉 인구의 양보다 질을 향상하는 정책을 통해 위기를 기회로 바꿀 수 있다는 것이다. 일본의 경우 인구는 감소하고 있지만 소비자들의 구매력은 오히려 증가하고 있는데 이는 보다 값비싸고 질 좋은 상품들을 찾고 있기 때문이라고 전문가들은 분석하고 있다.

그렇지만 아직은 저출산에 대해서는 긍정적인 예측보다는 부정적인 예측과 전망이 우세하다고 볼 수 있다. 그러나 우리나라 부동산 시장의 경우 그 동안 총량적 수요팽창은 경험하였으나 아직 질적인 측면에서의 수요변화는 미미했다¹²⁾는 분석이 많다. 따라서 인구감소에 따른 부정적인 영향도 있겠으나 그에 앞서 질적인 수요변화를 감안하는 관찰과 예측이 필요한 상황이다.

11) 그러나 이러한 주장을 하는 논자들은 인구감소로 외국 인력을 수혈할 경우 엄청난 사회적 비용을 치러야 한다고 경고하면서 부족한 생산가능 인구를 대체하기 위해 외국인민자를 수용하는 것은 바람직하지 않다고 주장하고 있음.

12) 인구 천명당 주택수, 1인당 주거면적, 최저주거수준 미달가구 등 질적인 수준을 측정하는 주요 지표들이 여전히 선진국에 비해 미흡함.

〈한국의 주요 주택지표 수준〉

- 「천인당 주택수」는 세계적으로 주택의 양적 공급수준을 측정하는 지표로서 국민에게 주택이 충분히 공급(보유 + 임대)되고 있는지를 판단하는 지표로서 국제 비교가 용이한 지표임.
- '05년 이후 추이를 분석한 결과, 매년 소폭 상승 추세이며, ('05) 330.4호 → ('06)330.8호 → ('07) 336.3호 → ('10) 363.8호
- 장래인구추계 및 주택공급 추이를 고려할 경우 '18년이 되어야 406.1호 수준에 이를 것으로 전망, 아직은 주요 국가와 비교시 우리나라의 천인당 주택수는 낮은 상황

1) 주요국의 천인당 주택수 비교

국가	한국	일본	미국	영국	프랑스
천인당 주택수	364호('10)	450호('05)	409.8('10)	438('09)	490('00)

* 일본 : 총무성 통계국 「2003년 인구센서스」

* 미국 : 2007년 American Community Survey, American Housing Statistics

- 「자가점유율」은 국민들이 자가가구에서 거주하는 정도, 자가가구 구입능력을 갖춘 가구 비율 등을 측정하는 지표임. 선진 외국과 비교할 경우 우리나라는 자가점유율이 낮은 상황

2) 주요국의 자가점유율 비교

국가	한국	일본	미국	영국
자가점유율(%)	54.2('10)	61.2('03)	68.1('07)	70('06)

* 일본 : 총무성 통계국 「2003년 인구센서스」

* 미국 : U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States

* 영국 : English House Condition Survey 2006

〈한국의 주요 주택지표 수준 (계속)〉

- 「1인당 주거면적」은 국민들이 누리는 주거서비스의 질적 수준을 예시적으로 평가하는 지표임.
- 통계청 조사결과를 분석한 결과 '95년 이후 5년 평균 15.4% 상승 ('95) 17.2㎡ → ('00) 20.2㎡ → ('05) 22.9㎡ → ('08) 27.8㎡
- 주요 국가와 비교할 경우 우리나라의 1인당 주거면적은 상대적으로 협소

2) 주요국의 1인당 주거면적 비교

국가	한국	일본	미국
1인당 주거면적(㎡)	27.8('08)	36.0('03)	71.4('07)

* 일본 : 총무성 통계국 「2003년 인구센서스」

* 미국 : American Housing Survey for the United States 2007 (median 값 기준)

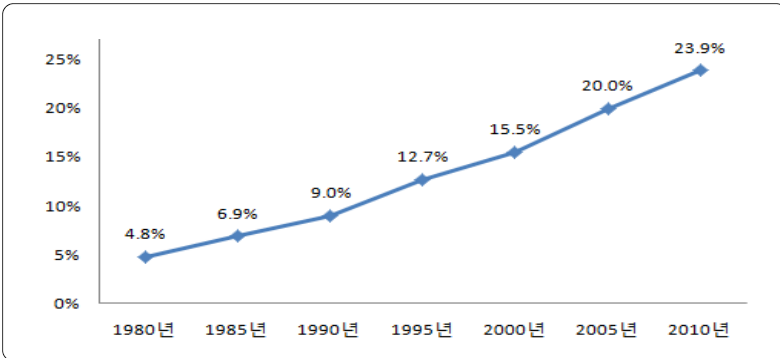
- 「주택당 거주가구수가 1가구인 주택」의 비중이 1975년(75.6%)에서 2005년 90.2%로 크게 증가

2. 1인 가구의 성장과 특성

2010 인구주택총조사 결과에 의하면 2010년 11월 현재 우리나라의 총 가구수는 1,757.4만 가구로 2005년에 비해 9.9%증가하였다. 평균 가구원수(2.69명)와 2세대 이상 가구수가 감소하였고 가구 분화는 계속 진행되면서 우리나라도 1·2인 가구 비중(48.2%)이 3·4인 가구(43.8%)를 추월, 4인 가구에서 2인 가구¹³⁾중심으로 가구 구성이 변화되고 있다.

특히 1인 가구의 증가속도가 빨라지고 있다. 2010년 1인 가구 비중(23.9%, 414만)은 2005년보다 3.9%p증가하였는데 대부분의 지역에 공통된 현상이다. 서울시는 2010년 1인 가구 비중이 24.4%로 조사되었는데 이는 5년(2005년) 전보다 4%p나 증가한 수치이며 서울시 주택종합계획상 2030년 1인 가구 비중(24.9%)예측치 수준이다. 그만큼 1인 가구의 증가 속도가 빨라진 것이다.¹⁴⁾

[그림 2-2] 1인 가구 비중 추이

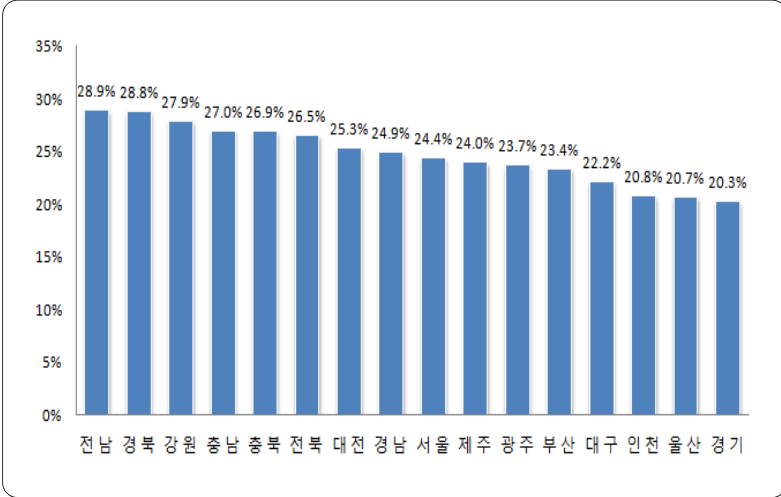


* 자료: 통계청, 2010년 인구주택 총조사 전수조사결과(가구 주택부문)

13) 2인 가구의 구성은 주로 부부 및 외부모+자녀 가구임.

14) 서울시(2011), 2020서울주택종합계획

[그림 2-3] 지역별 1인 가구 비중



* 자료: 통계청, 2010년 인구주택 총조사 전수조사결과(가구 주택부문)

이제 ‘혼자 사는 것이 더 이상 특별하지 않은 시대’가 도래하였다. 1인 가구의 구성도 변화하고 있다. 과거에는 주로 젊은 층이거나 고령층에 국한되어 있었으나 점차 모든 연령대에서 1인 가구의 비중이 증가하는 추세이다. 지역별로도 지금까지는 도시에 비해 농촌 및 지방도시에서 1인 가구의 비중이 높았으나 최근 고령화 속도가 빨라지면서 도시의 고령 1인 가구 비중도 늘어나고 있다. 서울은 이미 미혼 1인 가구 증가 속도보다 65세 이상의 노인 1인 가구의 증가 속도가 2배 이상 빠르다(85년 대비 2005년 1인 가구 비중으로 비교).

〈표 2-1〉 서울 1인가구의 유형별 구분

산업예비군	골드세대	불안한 독신자	실버세대
노동시장에 편입되지 못한 집단으로 '사회적 돌봄'의 대상	전문직, 화이트 칼러 중심의 30,40대로 '시장(market)의 포섭' 대상	30대 후반, 40~50대에 광범위하게 분포 가족해체, 중장년층 실업 요인의 중첩으로 형성된 그룹으로 '사회적 돌봄'의 대상 사회적 부유(浮遊) 세력이 될 가능성 농후	고령화의 산물로 '사회적 돌봄'의 대상

* 자료: 변미라·신상영(2009)의 내용을 바탕으로 재구성

그러나 1인 가구 중 사회적 약자층도 점차 확대되고 있는 추세이다. 현재(2010년) 1인 가구는 70세 이상의 고령자(19.2%), 여성(53.5%) 비율이 높고, 절반 이상(59.4%)이 단독주택에 거주하며 월세(39.5%)방식으로 주택을 임차하고 있다. 특히 다문화 가구¹⁵⁾의 경우에는 1인 가구 비율(30.5%)이 일반가구보다 높다.

〈표 2-2〉 성별 1인 가구의 연령 및 혼인상태(2005, 2010)

(단위 : 천 가구, %)

구 분	2005년				2010년			
	일반 가구	1인가구		일반 가구	1인가구		남자	여자
		남자	여자		남자	여자		
합 계	15,887 (100.0)	3,171 (100.0)	1,418 (100.0)	1,753 (100.0)	17,339 (100.0)	4,142 (100.0)	1,924 (100.0)	2,218 (100.0)
20세미만	71 (0.4)	44 (1.4)	23 (1.6)	22 (1.2)	68 (0.4)	49 (1.2)	24 (1.3)	24 (1.1)
20~29세	1,318 (8.3)	679 (21.4)	362 (25.5)	317 (18.1)	1,302 (7.5)	763 (18.4)	408 (21.2)	355 (16.0)

15) 전체 가구의 2.2%(387천)를 차지

구 분	2005년				2010년			
	일반 가구	1인가구		일반 가구	1인가구		남자	여자
		남자	여자		남자	여자		
30~39세	3,586 (22.6)	629 (19.9)	410 (28.9)	219 (12.5)	3,368 (19.4)	791 (19.1)	509 (26.4)	282 (12.7)
40~49세	4,369 (27.5)	474 (15.0)	269 (19.0)	205 (11.7)	4,432 (25.6)	628 (15.2)	381 (19.8)	247 (11.1)
50~59세	2,979 (18.7)	366 (11.5)	164 (11.6)	202 (11.5)	3,773 (21.8)	591 (14.3)	294 (15.3)	297 (13.4)
60~69세	2,111 (13.3)	430 (13.6)	106 (7.5)	324 (18.5)	2,364 (13.6)	527 (12.7)	167 (8.7)	360 (16.2)
70세이상	1,453 (9.1)	548 (17.3)	83 (5.9)	464 (26.5)	2,033 (11.7)	793 (19.2)	141 (7.3)	652 (29.4)
미혼	2,030 (12.8)	1,428 (45.0)	855 (60.3)	573 (32.7)	2,504 (14.4)	1,843 (44.5)	1,110 (57.7)	733 (33.1)
배우자 있음	11,120 (70.0)	368 (11.6)	236 (16.6)	132 (7.5)	11,547 (66.6)	534 (12.9)	338 (17.6)	196 (8.8)
사별	1,832 (11.5)	1,002 (31.6)	148 (10.4)	854 (48.7)	2,021 (11.7)	1,208 (29.2)	195 (10.1)	1,013 (45.7)
이혼	904 (5.7)	373 (11.8)	180 (12.7)	193 (11.0)	1,267 (7.3)	556 (13.4)	281 (14.6)	275 (12.4)

* 자료: 통계청, 2010년 인구주택 총조사 전수조사결과(가구 주택부문)

3. 고령화에 따른 인구 및 가구 특성의 변화

일반적으로 노인은 65세 이상으로 구분하고 있으며 본 연구에서는 2020년경을 전후로 노인세대가 되는 현행 50대의 인구¹⁶⁾를 신노년층(New Class of Older Person)으로 명명¹⁷⁾하여 그 이전 세대와 비교 분석함으로써 미래 고령화 그룹의 특성을 추정하였다. 70세 이상¹⁸⁾이 되는 노인인구는 현재 노인인구의 특성을 바탕으로 인구 및 가구 특

16) 55~59년에 출생한 전기 베이비 붐세대, 60~63년에 출생한 후기 베이비 붐세대라고 구분지음.

17) 정경희·손창균·박보미(2010), 『신노년층의 특징과 정책과제』, 한국보건사회연구원.

18) 이들은 한국전쟁 직후(53~54년)에 출생한 계층들임.

성과 주택소비 구조를 파악 및 예측하였다. 노인인구 특성에 대한 기초 데이터는 기존의 연구 및 조사자료¹⁹⁾를 활용하였으며 추가적으로 해외 문헌과 사례 등으로 보완하였다.

최근에 진행된 기존 연구결과를 종합하여 보면 고령인구를 크게 두 그룹으로 구분하고 있다. 첫째 그룹은 55년 이전에 출생한 기존 노인인구계층이다. 일부 연구에서는 이들 중 전후세대(53~54년생)²⁰⁾만을 분리하여 그 특성을 도출하기도 하며, 또 다른 연구²¹⁾에서는 해방시기를 기점으로 그 이전세대와 이후세대로 구분하기도 한다. 기존 연구의 내용을 종합분석하여 고령인구 및 가구의 특성을 요약하면 다음과 같다. 첫째 모든 노인세대가 과거보다 도시에 거주하는 비율이 높아지고 있다. 한국보건사회연구원 조사²²⁾결과에 의하면 베이비부머 및 그 이전 세대 등 조사대상의 81%가 도시에 거주하고 있는 것으로 조사되었다. 둘째, 고령인구들은 직업전선에서 은퇴한 경우가 대부분이므로 어느 정도 자산은 보유하고 있으나 소득이 이전에 비해 감소하는 특징을 보인다. 특히 총소득에서 근로소득의 비중이 크게 감소한다.²³⁾ 셋째 방위 가족수(family of orientation)에 비해 생식 가족수(family of procreation)가 적어 핵가족화 되어 있으나 기혼 유배우자인 경우가 높고 부모의 수명연장 및 자녀의 만혼 및 취업난 등으로

19) 정경희·손창균·박보미(2010), 전계서, 통계청 인구주택총조사 10% 표본자료, 통계개발연구원(2010), 베이비붐 세대의 현황 및 은퇴효과 분석 등을 참고하였음.

20) 정경희 전계서에서는 신노년층의 특성을 설명하면서 바로 직전세대인 전후세대의 특성을 함께 조사하여 비교하고 있음.

21) 통계개발연구원(2010) 참조

22) 정경희·손창균·박보미(2010), 전계서

23) 통계청의 가계동향조사(2009년)에 의하면 은퇴세대의 소득원천별 구성을 살펴보면 근로소득이 35%정도로 그 이전세대보다 절반 가까이 감소하는 대신 사업소득, 이전소득 등이 각각 23%, 32%를 차지하는 것으로 조사되었음.

인해 세대간 삶의 공유기간은 과거보다 늘어났다는 특징이 있다. 가구형태의 경우 미혼자녀와 생활하고 있는 비중이 69%에 달하고 있는데 전후세대보다 베이비부머에서 이 비중이 더 높게 조사되었다.

고령인구 중 향후 10년 안에 6대에 도래할 신노년층(베이비부머)의 특징을 구분하여 정리하면 다음과 같다. 첫째, 이들은 상대적으로 그 이전세대보다 교육 및 소득수준이 높다. 전후세대 노인층의 절반이 월소득 300만원 이하인 것에 반해 신노년층은 300만원 이하, 300~500만원 이하, 500만원 이상에서 모두 고른 분포(30%)를 보였을 뿐만 아니라 월소득이 500만원이 넘는 응답자도 30%넘게 조사되었다.²⁴⁾ 그러나 자식으로부터의 부양받는 경우가 감소하고 수명이 연장되는 등의 영향을 감안하면 실질적으로 신노년층의 소득이 이전세대보다 더 많다고 판단하기는 어려울 것으로 예상된다. 둘째, 경제활동 측면에서 이들은 그 이전세대가 주로 농림어업 등의 1차 산업에 종사했던 것과는 달리 2차 및 3차 산업에 주로 종사하였으며 사회·정치적 환경면에서 국가의 성장단계상 고도 성장기와 정치적 변혁기에 20~40대를 보냈던 계층이다. 셋째, 신노년층은 자신이 경험할 수 있는 위협에 대해 적극적으로 준비하고 있으며 소비에 있어서도 자기 선호를 구현하기 위해 적극적인 노력을 하고 있는 액티브 시니어(Active senior)인 것으로 조사되었다. 최근 통계청의 혼인통계에 의하면 50대 이상 남성의 재혼율이 높아지고 있는 것으로 조사되었다. 이 역시 노후 생활에 대한 적극적인 의지가 반영된 신노년층의 특성이 라고 볼 수 있을 것이다.

24) 통계청의 가계동향조사(2009년)에 의한 결과에서도 비슷하게 조사되었음.

〈표 2-3〉 설문조사에 의한 노인가구의 유형별 특성

특성	전 체		신노년층(베이비부머)		
	기존 노인층 (전후 세대)	소계	전기 (55~59년생)	후기 (60~63년생)	
교육수준					
초등학교 이하	14.7	26.9	10.5	14.1	6.4
중학교	22.5	27.8	20.7	24.0	16.8
고등학교	41.0	32.2	44.0	42.8	45.4
전문대학 이상	21.8	13.0	24.8	19.1	31.4
가구유형					
1인 가구	5.8	6.6	5.5	5.7	5.2
부부가족	14.2	28.4	9.4	13.1	5.1
부/모+미혼자녀	69.0	54.0	74.1	70.3	78.5
확대가족	10.9	10.7	10.9	10.8	11.0
기타가족	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1
가구소득					
30만원 미만	36.6	50.4	32.0	35.9	27.4
300~500만원 미만	32.9	27.7	34.7	33.8	35.6
500만원 이상	30.4	21.8	33.3	30.3	36.8
계 (명)	100.0 (4,050)	100.0 (1,022)	100.0 (3,027)	100.0 (1,633)	100.0 (1,395)

* 주: 본 조사 자료는 50대 후반의 전후세대 1,022명, 베이비 붐 세대(신노년층) 3,027명 총 4,050명을 대상으로 조사한 자료임.

* 자료: 정경화·손창균·박보미(2010). 「신노년층의 특징과 정책과제」, 한국보건사회연구원

제2절 저출산·고령화에 따른 주거 및 부동산 수요 변화

1. 저출산에 따른 주거 및 부동산 수요 변화

저출산에 따른 주거수요 변화는 앞에서 예측한 저출산에 따른 인구 및 가구 특성을 바탕으로 예측할 수 있을 것이다. 저출산이 궁극적으로 인구 및 경제 감소로 국가와 민족의 존립까지 위협할 수 있겠

으나 그에 앞서 저출산이 진행되는 동안 주거 및 공간수요에서는 먼저 질적인 변화가 있을 것으로 예상된다.

질적 변화의 첫 번째 모습은 가구원수 감소에 따른 1인당 주거 사용 공간 면적의 증가이다. 통계청 인구주택총조사 자료에 의하면 1980년 1인당 주거 공간(건평기준)은 10.1m²이었으나 2005년에는 22.9 m²로 25년 만에 2배 이상으로 늘어났다. 자녀를 출산하지 않게 되면 교육 및 양육비 부담이 줄어들게 되므로 가계의 가처분 소득은 현재 보다 높아질 것이다. 반면 소득이 증가하게 되면 좀 더 쾌적한 정주환경과 다양한 공간수요(사무 공간, 독립된 공간, 취미 공간 등)가 발생하게 되므로 소비여력이 높아진 가계들의 공간 소비는 더욱 확대될 것이다. 이는 가구원수가 감소하고 있음에도 불구하고 경차보다는 대형차의 소비가 증가하는 현상과도 연계지어 설명이 가능할 것이다. 물론 이러한 현상을 기존에 공급된 건축물 대비 가구원수가 계속 감소함에 따른 통계청 착시라고 평가 절하하는 비판도 있을 것이다. 그러나 우리나라의 1인당 주거면적의 수준을 선진 외국과 비교해 보면 질적 변화의 여지가 있음을 알 수 있다.

〈표 2-4〉 주거 공간 면적 추이

구 분	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
1인당 주거 공간(건평m ²)	10.1	11.3	13.8	17.2	20.2	22.9	27.8
방당 인구수(명)	2.1	1.9	1.5	1.1	0.9	0.8	

* 자료: 통계청 인구주택총조사 각년도

가구원수 감소를 이미 경험한 일본의 사례를 살펴본 결과 1인당 주거소비면적은 가구의 주택점유 형태나 소득수준에 따라 소비면적이 차별화되는 것을 알 수 있다. 아래 <표 2-5>에 의하면 2000년 이후 일본의 세대당 주거소비 총면적은 현재 수준으로 유지하거나 소폭 감소하는 것으로 조사되었다. 그렇지만 세대당 가구원수가 감소하면서 1인당 주거면적은 꾸준히 증가하고 있다.

<표 2-5> 일본 주택 점유형태별 1세대당 주거소비 면적 비교

전용면적(㎡)	전체			자가			민영임대		
	2000년	2005년	증감률	2000년	2005년	증감률	2000년	2005년	증감률
1세대당 연면적	91.3	91.8	0.5%	120.5	119.8	-0.6%	42.3	42.8	1.2%
1인당 연면적	33.8	35.7	5.6%	38.6	40.6	5.2%	22.6	23.6	4.4%
1세대당 구성원수(명)	2.7	2.6	-4.8%	3.1	3	-5.5%	1.9	1.8	-3.1%

* 자료: 일본 인구센서스

주택소비 면적이 적을 것으로 예상되는 1인 가구의 경우 예상과는 달리 주거소비 면적이 55.6㎡('05년)로 조사되었는데 이는 2000년 조사 결과보다 3.3㎡정도 증가한 수치이며 우리나라 평균 1인당 주거면적(27.8㎡('08))보다 2배 정도 넓은 면적이다. 또한 1인 가구일지라도 주택의 소유형태나 거주주택의 종류에 따라 주거소비 면적이 크게 차이가 나는 것을 발견할 수 있다. <표 2-6>에 의하면 2000년 1인가구의 자가주택 거주율은 29.1%에 불과했으나 2005년 조사에는 32.5%로 증가하였다. 또한 1인 가구라고 하더라도 주택점유형태에 따라 주거소비면적에 크게 차이가 나고 있었다. 자가의 경우에는 평균 98.7㎡인

반면 임차의 경우에는 자가의 절반수준에 불과하였으며 특히 민영임차주택에 거주하는 경우가 공영임차주택에 거주하는 경우보다 주거소비면적이 더 적었다. 이미 고령화가 진행된 일본의 경우 노인가구들이 과거에 구매한 주택을 처분하지 못해 계속 기존 주택에 거주하게 됨에 따라 주거소비면적이 크게 조사되는 문제점을 지적할 수도 있을 것이다. 그러나 다른 한편으로는 소득이 크게 감소하지 않는 상황에서 주택가격 및 가치 하락은 상대적으로 구매력을 높여줌으로써 주거소비면적을 넓히게 되는 질적인 변화를 유도하는 것 또한 부인할 수는 없을 것이다.

〈표 2-6〉 일본 1인가구의 주거소비

조사 연도	1인 가구의 평균 거주 면적 (㎡)				1인 가구의 주택소유형태 (%)	
	평균	자가 평균	공영 임차	민영 임차	자가 거주	민영 임차
'00	52.3	97.1	46.5	32.0	29.1	56.5
'05	55.6	98.7	48.1	32.8	32.5	53.9

* 자료: 일본 인구센서스

이처럼 가구원수의 감소는 1인당 주거소비 면적의 증가라는 질적인 변화를 초래할 것으로 예상된다. 그러나 가구의 소득, 주택의 점유 형태에 따라 그 소비면적의 확대 정도는 차별적으로 진행될 것으로 예상된다. 최근 우리나라는 1인 가구가 급격하게 증가하자 1인 가구 증가를 소형주택의 수요 증가로만 인식하는 경향이 확산되고 있다. 그러나 1~2인 가구라도 가구의 경제적 사회적 환경에 따라 주거소비면적이 달라질 수 있음을 주의할 필요가 있다.

1~2인 가구에 대한 다양한 기존 연구결과에서도 일본의 시사점을 반증할 수 있는 의미 있는 결과들이 도출된 바 있다. 강순주(2011)에 의하면 1~2인 가구는 다양한 연령대에서 발생하고 있으며 연령별 1~2인 가구의 특성과 주거시나리오가 매우 다양함을 제시하고 있다 (<표 2-7> 참조).

<표 2-7> 1~2인 가구의 세부 유형과 특성

구분	특성	주거시나리오	
1인 가구	학생	대학생 및 대학원생으로 혼자 거주 원거리 통학으로 부모로부터 독립 경제적으로 부모의 도움을 받아 임대로 거주	
	단기 싱글	직장인이면서 단기간 싱글인 남녀(35세 미만) 이혼이나 자녀 유학등으로 혼자 거주(35세 이상)	부모와 독립하여 임대(자가)로 거주
	장기 싱글	직장인이면서 장기간 싱글인 남녀(35~50세 미만)	독립적인 라이프스타일을 갖고 있으며 임대(자가)로 거주
	독거 노인	사별이나 황혼 이후 후 혼자 거주(60세 이상)	주택의 규모를 줄여 임대(자가)형태로 거주 투자대안으로서의 추가 주택구매의사 보유
2인 가구	신혼 부부	20대 중반 이후의 신혼부부	결혼 후 출산 전까지 라이프스타일에 맞는 주택을 임대(자가)로 거주
	장년 부부	50세 이상 ~ 60세 이하인 부부(베이비부머)	주택의 규모를 줄여 임대(자가)형태로 거주 투자대안으로서의 추가 주택구매의사 보유
	노인 부부	자녀들의 출가 및 독립으로 부부만 거주(60세 이상)	주택의 규모를 줄여 임대(자가)형태로 거주 노후 생활비 획득을 위한 추가 주택구매 혹은 주택연금가입의사 보유

* 자료: 강순주(2011)의 논문 표2를 바탕으로 재가공하였음.

1인 가구만 한정해서 보더라도 가구의 사회, 경제적 특징이 매우 이질적임을 알 수 있다. 서울의 1인 가구를 예로 들면 서울의 1인가구는 대략 4개의 그룹으로 구분이 가능하다(<표 2-8> 참조). 변미라·신상영(2009)은 이들을 도시의 트렌드 세터로서의 골드 미스미스터, 우울한 싱글인 산업예비군, 해체된 가족의 결과인 불안한 독신자, 고령 사회의 중심세력으로서의 실버세대로 구분하고 있으며 각각의 계층들이 요구하는 주거수준이나 정책수요도 다름을 제시하고 있다.

〈표 2-8〉 도시 1인 가구의 특성과 주택 및 정책 수요

구분	산업예비군	골드세대	불안한 독신자	실버세대
집단 특징	노동시장에 편입되지 못한 집단으로 '사회적 돌봄'의 대상 대학생 및 대학원생으로 혼자 거주 직장인이면서 단기간 싱글인 남녀(35세 미만) 이혼이나 자녀 유학 등으로 혼자 거주(35세 이상)	전문직, 화이트칼라 중심의 30,40대로 '시장의 포섭' 대상	30대 후반, 40~50대에 광범위하게 분포 가족해체, 중장년층 실업요인의 증함으로 형성된 그룹으로 '사회적 돌봄'의 대상 사회적 부유(浮遊) 세력이 될 가능성 농후	고령화의 산물로 '사회적 돌봄'의 대상
		직장인이면서 싱글인 남녀(35~50세 미만)	장기간 사별이나 황혼 이후 후 혼자 거주(60세 이상)	
가치관	3D 업종 기피 풍요롭게 성장한 세대의 가치 담지자	개인주의 개성과 다양성 존중	가족가치 약화	대가족제 약화
경제 환경	청년실업	여성경제활동 참가율 증가	중장년 실업	낮은 경제능력
사회 문화적 환경	사회 부유(浮遊)층화 가능성	가부장적 가치의 완화 긍정적 싱글 이미지	기리기 가족 이혼율 증가	고령화 사회의 중심세력
정책 수요	일자리 창출	다양한 주거 수요를 고려한 공간계획	가족재구성화를 위한 경제적, 심리적 지원	사회안전망 확충
주택 수요 특성	단기싱글		장기싱글	
	원거리 통학으로 부모로부터 독립, 경제적으로 부모의 도움을 받아 임대료 거주, 독자적으로 임대(자기)로 거주	독립적인 라이프스타일을 갖고 있으며 임대(자기)로 거주	주택의 규모를 줄여 임대(자기)형태로 거주 투자대안으로서의 추가 주택구매의사 보유	

* 자료: 강순주(2011)의 논문 <표2>와 변미리·신상영(2009)의 <표1> <표4>를 재구성

서울 1인 가구 중 골드 그룹은 전문직 화이트칼라 중심의 30~40대로 지난 10년 동안 1인 가구 중 전문가 계층이 2배 이상 증가하면서 새로운 소비계층으로 등장하고 있다. 그러나 이러한 집단과는 달리 서울의 1인 가구 대다수는 빈곤의 문제를 안고 있다. 1인 가구 10명 중 7~8명이 월소득 200만원 미만의 소득계층이며 취업자의 과반수가 서비스직 과 판매직 등 블루칼라 직업군이다. 따라서 이들은 시장의 포섭대상이

아닌 정책의 대상으로서 ‘사회적 돌봄’의 이슈를 제기하고 있다.

1인 가구 분위 집단별 평균 소득은 다인가구 평균소득의 30%내외로 열악한 수준인데 소득수준이 높은 5분위 1인 가구의 집단평균 소득은 다인가구 평균소득의 50%에 이르고 있어 같은 1인 가구라도 계층별 양극화가 이미 심각한 상황이라는 것을 짐작할 수 있다.

〈표 2-9〉 서울시 1인가구와 다인가구의 5분위 집단별 평균 소득 비교

소득평균	1분위 집단	2분위 집단	3분위 집단	4분위 집단	5분위 집단
1인 가구	343,291	654,948	1,046,187	1,646,916	3,547,229
다인 가구	1,153,307	2,265,713	3,131,220	4,206,642	7,086,639
1인가구/ 다인가구 평균 소득비중	29.7%	28.9%	33.4%	39.2%	50.0%

* 자료: 변미라·신상영(2009)의 <표3>

1인 가구의 양극화 문제는 비단 서울시만의 문제가 아니며 지방 소도시나 농촌지역의 경우에는 고령의 저소득 노인 1인가구가 계속 늘어나고 있는 상황이다. 2010년 인구센서스 결과에서도 이미 이러한 현상이 목격²⁵⁾되고 있다.

두 번째 수요변화는 저출산으로 전통적 가족이 쇠퇴하면서 비혈연 및 무연가구 중심의 비전형적 가족유형의 주거수요가 크게 증가할 것이라는 것이다. 이러한 변화는 주택의 평면과 주거서비스의 영역을 크게 변화시킬 것으로 예상된다. 과거 가족중심의 주거는 주택의 평면, 구조, 편의시설²⁶⁾이 모두 가족 구성원들이 필요로 하는 시설들이

25) 센서스 결과에 의하면 우리나라의 1인 가구는 연령계층별로는 70세 이상이 19.2%, 성별로는 여자가 53.5% (2,218천 가구)이며, 남성은 30대, 여성은 70세 이상에서 비율이 높은 것으로 조사되었다. 혼인상태별로 보면 남성은 미혼(남성 1인 가구의 57.7%)에서, 여성은 사별(여성 1인 가구의 45.7%)에서 높게 나타났다.

었다. 그러나 비혈연 가구와 무연가구의 동거가 증가하게 되면 주택의 평면이나 구조, 편의시설 등은 크게 달라질 것으로 예상된다. 먼저 주택의 구조는 무연가구의 공동주거가 증가하면서 방의 수가 다시 늘어나거나 취사 및 목욕시설을 주택내부가 아닌 외부로 옮길 가능성도 있다. 지난 10년 동안 주택의 방수는 총주택 면적과 상관없이 계속 감소해 왔다. 100평이 넘는 주택에도 방의 수가 4개를 넘지 않는 경우가 많았다. 이는 가구원수가 계속 감소하였기 때문이다. 또한 주방 및 욕실의 개수와 규모는 계속 커져왔다. 그러나 독신이나 비혈연 가구가 증가하게 되면 이러한 추세는 다시 반전될 수도 있을 것이다. 아울러 어린이 놀이터나 노인정을 공동 빨래방, 창고, 공동취사실, 공동 PC실 등이 대체할 가능성이 높다.

세 번째 변화는 도심으로의 집중 심화와 주거 점유형태의 변화이다. 이미 1~2인 가구가 빠르게 증가한 선진국에서도 1~2인 가구들의 도심회귀현상은 목격되고 있다. 1~2인 가구의 주택소비성향이 서비스 및 접근성을 중시하기 때문이다. 가족중심의 주거지 선정이 주로 쾌적한 주거환경과 교육환경이었다면 자녀들이 빠진 1~2인 가구의 주거지 선정은 접근성과 주거환경의 편리성으로 대체될 전망이다.

서울시²⁷⁾ 조사에 의하면 서울의 1인 가구들이 주로 거주하는 지역은 종로, 을지로, 회현동 중심의 도심과 연희동, 신림9동 중심의 대학가 고시촌, 역삼동, 논현동 중심의 역세권 지역인 것으로 나타났다. 이처럼 비교적 토지가격수준이 높은 도심으로의 수요 쏠림은 구매력

26) 우리나라의 경우 일정규모의 공동주택을 건설할 때에는 어린이 놀이터, 노인정 등 전통적인 가족개념에 수반되는 공공시설의 설치를 의무화하고 있음.

27) 변미라·신상영(2009) 전계서

을 감안할 때 소형주택으로 수렴할 가능성이 크다. 도심지들은 이미 도시화가 진행되고 택지가 고갈되었기 때문이다. 따라서 도심에서는 좀 더 효율적이고 입체적인 토지이용에 대한 수요가 높아질 것으로 예상된다. 또 다른 하나는 주거공간의 점유 형태 변화이다. 소득 수준이 높은 1~2인 가구에서는 여전히 구매수요가 높을 것이다. 그러나 소득 수준이 낮은 계층에서는 임대수요가 더욱 많을 것으로 예상된다. 일본의 예에서와 같이 소득수준별 점유 유형별 주거소비 공간 면적의 양극화는 더욱 심해질 것으로 예상된다.

2. 고령화에 따른 주거 및 부동산 수요 변화

고령화에 따른 주거수요의 변화는 기존 고령인구의 인구 및 가구특성과 함께 신노년층의 수요특성이 함께 고려되어야 할 것이다. 또한 연령이 높을수록 비거주용 부동산이 많은 우리나라의 경우 주거를 포함한 부동산 자산에 대한 수요변화를 함께 고려해야 할 것이다. 고령화에 따른 주거 및 부동산 수요 변화는 크게 세 가지로 정리할 수 있다. 첫째 주택이나 부동산 이용행태의 변화이다. 현대사회에 접어들면서 ‘주택’은 20대에는 자리 들어가는 집, 30~40대에는 주로 ‘자녀를 키우는 공간’, 50대에는 사회적 위치나 가족관계에서의 위상을 보여주는 자산상징의 도구로서 ‘주택’의 역할이 커진다. 60대 이후가 되면 주택은 노후 삶을 보내는 주거공간이 되며 일반적으로 60대 중반쯤 거주 주택이나 부동산을 처분하는 것으로 조사되고 있다. 그러나 수명연장으로 60대 이후의 삶의 기간이 길어지게 되면 60대 이후의 주택 용도와 이용 목적이 추가될 것으로 예상된다. 이제 노인가구들에게 ‘주택’은 ‘거주공간’이라는 일상적 ‘주공간’의 의미뿐만 아니

라 주택이 곧 ‘즐기는 공간, 독립적인 생활이나 취미활동을 할 수 있는 작업의 공간’이 되기 때문이다. 노인가구들은 대부분 자녀의 결혼과 독립으로 과거 부부+자녀중심에서 벗어나 부부 및 개인중심으로 주택을 이용할 수 있게 된다. 입지 선택의 폭도 확대될 것으로 예상된다. 과거에는 자녀 양육으로 인해 학군, 학원, 직장과의 교통 편리성 등이 주요한 입지선정의 기준이었으나 이러한 제약이 사라지기 때문이다. 다만 외국의 사례에서 나타나는 것과 같이 도시 외곽보다는 도심, 새로운 지역보다는 기존에 거주하면서 친숙했던 지역을 선택할 가능성이 더 높으며 은퇴 이후 금융자산 등 소비를 위한 여유자금의 보유 정도에 따라 입지선정의 패턴은 크게 달라질 것으로 예상하고 있다.

현재 노인가구들의 거주 주택유형을 살펴보면 절반 가까이가 단독주택에 거주하고 있다. 그러나 신노년층은 절반 가까이가 아파트에 살고 있다. 기존의 소비패턴이 이어진다면 신노년층 역시 은퇴 후에는 단독주택으로 이주할 가능성이 높다고 볼 수 있겠으나 이들의 인구, 사회, 경제적 특성을 볼 때 아파트 거주 비율은 크게 감소하지 않을 것으로 예상된다. 그 이유는 베이비 붐 세대의 경우 아파트 및 공동주택의 편리성을 누리왔던 계층이기에 단독주택이 이에 버금가는 기능을 제공하지 못할 경우 쉽게 주거이동을 하지 않을 것으로 예측되기 때문이다.

일본의 단카이 세대들의 주거소비 성향을 조사한 자료²⁸⁾에 의하면 주택가격 호황기에 높은 부담을 안고 도시외곽을 주택을 보유했던

28) 단카이 마켓(2007), 일본경제신문사

단카이 세대들이 노후에 도심의 맨션이나, 신축 주택, 혹은 기존 주택의 개보수 수요가 높은 것으로 조사되었다. 전통적으로 목조형태의 단독주택을 선호해 왔던 일본인들이 고령화되면서 기능적으로 편리한 도심 맨션을 선호하고 있는 것은 우리에게도 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 또한 미혼자녀와 거주 기간이 증가하면서 기존 주택을 처분하기 보다는 당분간 유지할 가능성이 높은 것도 아파트 수요 유지에 기여할 것으로 예상된다. 또한 택지여건상 도심에서 공급될 수 있는 단독주택이 매우 제한적이라는 이유도 추가 된다.

〈표 2-10〉 현 노인가구 및 신노년층(베이비 붐 세대)의 주거소비형태

(단위: 천명, (%))

특성	이전세대		신노년층 (베이비붐) ('55~'63년생)	이후 세대 ('64~'75년생)
	~'45년생	'46~'54년생		
거주주택유형				
단독주택	3,743(59.8)	2,060(46.4)	2,541(35.6)	3,068(31.4)
아파트	1,783(28.5)	1,731(39.0)	3,584(50.3)	5,285(54.1)
연립주택	199(3.2)	173(3.9)	266(3.7)	332(3.4)
다세대	333(5.3)	316(7.1)	523(7.3)	808(8.3)
기타	199(3.2)	157(3.5)	217(3.0)	280(2.9)
주택점유형태				
자 가	4,834(78.0)	3,267(74.0)	4,567(64.4)	5,019(51.6)
전 세	636(10.3)	522(11.8)	1,257(17.7)	2,682(27.6)
월 세	492(7.9)	480(10.9)	992(14.0)	1,554(16.0)
기타	239(3.9)	147(3.3)	280(4.0)	463(4.8)

* 주: 인구주택총조사 10% 표본자료

* 자료: 통계개발연구원(2010), 베이비붐 세대의 현황과 은퇴효과 분석 pp.215~216

주택의 점유형태를 보면 나이가 들수록 안정적인 거주가 확보되는 자가비용이 높다. 잠재적 주택구매고객인 전세수요는 고령화될수록 감소하는데 이는 구매능력이 있는 노인가구는 대부분 자가주택을 선택하기 때문인 것으로 판단된다. 따라서 현 베이비부머 세대 역시 은퇴 후 노후 자금 확보를 위해 보유 주택을 처분해야 하는 상황일지라도 거주주택을 임차하기 보다는 자가로 보유할 가능성이 클 것이라고 예상된다. 일본에서는 버블붕괴 이후 노년에도 주택을 구매하지 않고 임대로 거주하려는 수요가 늘고 있기는 하지만 장기임대주택이 부족하고 임대 관련 서비스가 미약한 우리나라에서는 당분간 임대 보다는 자가주택을 더 선호할 것으로 예상된다. 따라서 고령인구들을 위해서는 중소형 분양주택이나 장기간 안정적인 임대가 보장되는 장기임대주택의 공급이 필요할 것으로 예상된다.

둘째, 주택소비구조의 변화이다. 지금까지는 60대 이후가 되면 주택의 개보수나 교체수요가 크지 않은 것이 일반적인 현상이었다. 그러나 고령으로서의 생애기간이 확대되면서 고령 가구들의 주택 개보수 수요는 오히려 증가될 것이다. 과거 주택의 개보수 수요가 주로 면적 확대, 새로운 성능의 추가 등을 목적으로 했다면 고령 가구들의 주택개보수는 에너지 등 관리비용 절감, barrier free, universal design, 주거 내 업무 공간 및 작업 공간을 추가하는 개보수 수요로 전환될 것이다. 즉 지금까지는 주택소비의 대부분을 구입 시 조달했던 금융기관의 대출금을 갚는데 사용하였다면 앞으로는 주로 주택의 유지보수 및 기능향상(개축 및 교체구매 포함)에 비용지출을 확대해갈 것으로 예상된다.

셋째, 부동산의 처분 및 현금화(수익화)에 대한 수요의 증가이다.

이는 부동산으로부터 현금수익을 얻으려고 하는 수요로 귀결된다. 은퇴로 인해 안정적인 근로소득은 감소하는 반면 노후자금에 대한 수요는 증가함에 따라 가계자산의 상당부분을 차지하는 부동산을 처분 및 현금화하려는 수요는 높을 수밖에 없을 것이다. 특히 거주 주택의 부동산 자산도 상당부분 보유하고 있는 한국 노인 가계(55~65세는 20%, 65세 이상은 18.1%)들은 더더욱 그러한 수요가 커질 것이다. 그러나 부동산은 전통적으로 유동성이 낮은 자산이며 주택시장의 여건에 따라 처분 자체가 불가능해질 우려도 크다. 기대가격수준에 매각을 한다면 좋겠지만 만일 기대가격에 처분이 어렵다면 매각보다는 임대 등을 통한 수익창출을 도모할 가능성도 높다. 즉 부동산에 대한 기대이익이 매각 시 차익에 의존하는 자본이득 중심에서 보유 시 창출되는 임대 수익(운용소득)으로 전환될 것이다. 따라서 향후 부동산에 대한 수요는 유동화 및 현금화를 원활하게 할 수 있는 처분수요와 안정적인 임대수익 등의 운영소득이 발생하는 자산으로 전환하고자 하는 처분 및 교체수요가 크게 증가할 것으로 예상된다.

〈표 2-11〉 연령대별 자산구성(2009)

(단위: 만원, %)

구분	자산 (C=A+B)					총자산(E) = A+B+C	
	부동산 소계(C)	비중(C/E)	거주주택(A)	기타 부동산(B)		금융자산 (D)	
				비중(B/E)			
35세미만	8,491	77.4	6,743	1,763	8.8	1,078	9,569
35~45세	15,734	86.6	11,511	4,269	13.4	1,684	17,418
45~55세	21,188	89.8	13,780	7,473	17.3	1,744	22,932
55~65세	26,201	89.9	16,006	10,316	20.0	2,297	28,497
65세이상	17,849	91.4	12,277	5,671	18.1	1,775	19,624

* 자료: 한국노동패널(2009)

<표 2-12>에 의하면 고령화될수록 부부가 거주하는 1세대 가구 비중이 증가하는 특성을 보인다. 동시에 1인 및 비혈연 가구의 비중이 크게 증가한다. 따라서 인구가 고령화될수록 부부 혹은 1인 및 비혈연 가구에 적합한 중소형 주택에 대한 수요가 증가할 것으로 예상된다. 그러나 미혼자녀 혹은 손자녀를 함께 양육하기 위한 공간수요, 고령가구의 소득수준에 따라 기존에 보유하고 있는 중대형 주택에 계속 거주하려는 수요도 일정부분 유지될 것으로 예상됨에 따라 일률적인 소형주택으로의 수요 쏠림 현상만을 예측해서는 안 될 것이다.

<표 2-12> 현 노인가구와 신노년층(베이비 붐 세대)의 세대구성

(단위: 천명, (%))

특성	이전세대		신노년층 (베이비부머) ('55~'63년생)	이후 세대 ('64~'75년생)
	~'45년생	'46~'54년생		
세대구성				
1세대(부부)	2,136(34.1)	988(22.3)	687(9.6)	765(7.8)
2세대(부부+미혼자녀)	1,813(29.0)	2,641(59.5)	5,265(73.9)	7,154(73.2)
3세대	1,199(19.2)	420(9.5)	667(9.4)	962(9.9)
4세대 이상	29(0.5)	10(0.2)	5(0.1)	18(0.2)
1인 및 비혈연가구	1,079(17.3)	377(8.5)	505(7.1)	873(8.9)

* 주: 인구주택총조사 10% 표본자료

* 자료: 통계개발연구원(2010), 베이비붐 세대의 현황과 은퇴효과 분석 pp.215~216

주택의 점유형태를 보면 나이가 들수록 안정적인 거주가 확보되는 자가비율이 높다. 잠재적 주택구매고객인 전세수요는 고령화될수록 감소하는데 이는 구매능력이 있는 노인가구는 대부분 자가주택을 선택하기 때문인 것으로 판단된다. 한편에서는 노후자금의 수요가 확대된 향후 노인가구들은 보유 주택을 처분할 가능성이 높다고 주장하고 있다.

특히 최근 발표된 일련의 ‘인구구조변화와 관련된 부동산 시장의 파급효과’를 다룬 연구들은 베이비부머의 은퇴로 부동산 시장의 처분 수요가 크게 증가할 것으로 예상하고 있다. 그러나 1980년대 이후 미국에서 활발히 진행되고 있는 ‘정신적 자산계정(mental account)이론’이나 위에서 제기한 고령 가구들의 세대구성, 주택소비 형태 등을 감안할 때, 노인 가구들의 부동산 자산 처분은 거주주택의 처분과 거주주택 이외의 부동산 처분이 각기 다른 형태로 진행될 것으로 예상된다.

먼저, 거주주택의 처분이다. 여전히 임대가격의 변동성이 크고 장기임대가 보장되지 못하는 우리나라의 임대주택시장 여건상 노인가구들은 거주주택을 처분하더라도 주택의 규모(혹은 가격 수준)를 하향조정하고 점유 형태는 자가를 선택할 가능성이 클 것으로 예상된다.

반면 거주주택 이외의 부동산의 경우에는 처분하거나 혹은 수익화하려는 수요가 높아질 것으로 예상된다. 상대적으로 현금화가 용이한 건축물 등에 대해서는 처분수요가 높을 것으로 예상되지만 부동산 시장 상황이 침체되거나 적정가격의 매수자가 등장하지 않을 경우 보유 건축물을 통한 임대수익을 추구하는 수익화 노력이 우선될 것으로 예상된다. 보유 토지의 경우에는 직접적인 매각보다는 개발 후 매각하거나 개발사업자들에게 장기 임대하면서 수익을 얻으려는 수요가 많아질 것이다. 따라서 고령인구들을 위해서는 중소형 분양주택이나 장기간 안정적인 임대가 보장되는 장기임대주택의 공급이 필요하며 아울러 보유 부동산에서 현금수익을 창출할 수 있도록 하는 개발 및 금융 지원이 필요할 것으로 예상된다.

주택과 정신적 자산계정(mental account)

- 저출산 고령화의 진전 베이비 붐 세대의 본격적인 은퇴 등 주택수요 계층의 구조적 변화에 따라 향후 우리나라의 주택시장의 전망에 관심이 모아지고 있음.
- 생애주기이론에 의하면 사람들은 매년 현재소득과 순자산, 그리고 미래소득을 포함한 생애 총자산의 현재가치를 계산하고 이 금액으로 일생동안 매월, 또는 매년 얼마만큼의 일정금액을 받을 수 있는지 파악하여 이에 따라 소비활동을 함.
 - 따라서 은퇴 후에는 소득이 소비수준보다 낮으므로 그 동안 축적해 왔던 저축 또는 자산으로 부족한 부분을 충당할 수밖에 없고 보유 주택도 처분하여 소비를 유지할 수밖에 없다고 봄.
- 이미 미국에서는 1980년대부터 은퇴가구들이 소비를 충족시키기 위해 주택자산을 이용하는가에 관심을 갖고 연구를 시작
 - 연구 결과 은퇴가구들은 생애주기이론에 따르지 않고 오히려 연령이 증가할수록 주택자산을 늘렸음을 발견
- 은퇴가구 중 주택자산을 이용하여 소비를 충족시키고자 하는가구는 주택자산은 많으나 소득이 적은 가구들일 것으로 추정할 수 있으나 실제 주거이동을 한 가구들은 주택자산에 비해 비주택자산이 상대적으로 많은 가구인 것으로 조사됨.

주택과 정신적 자산계정(mental account)(계속)

- 리차드 탈러(Richard Thaler)교수는 '정신적 자산계정(mental account)'이론을 통하여 사람들이 자산을 유형별로 다르게 취급하고 있다고 주장함.
 - 즉 사람들의 마음속에서는 금융자산이나 주택자산 연금자산 등을 서로 다른 계정이 있는 것으로 취급하고 어떤 계정을 먼저 끌 것인가에 나름대로 우선순위를 두고 있다는 것임.
 - 즉 은퇴가구들은 소비자금이 부족할 때 연금자산이나 주택자산을 이용한 소비하기보다 특별한 사정이 없는 한 생애 끝까지 이러한 자산을 가져간다는 것을 의미
 - 탈러 교수는 사람들의 소비원칙은 번 소득만큼 소비한다는 것이며 특별한 위기 상황이 아니면 주택이나 연금과 같은 자산계정을 이용하여 소비하지 않는다는 것임, 설사 위기상황이 되면 소비를 먼저 줄임.
 - 벤트와 와이즈 교수 연구결과에 의하면 미국의 경우 예측치 못한 사건들(배우자의 사망, 건강의 심각한 악화, 양로원 입주 등)이 발생하였을 경우에만 주택자산이 감소하였음.

- 정의철(2011), 주택과 정신적 자산계정 중에서-

제3장

우리나라 연령별 주거소비 특성과 부동산 자산 분석

제1절 주거소비 현황과 특징

주거소비 특성을 파악하기 위해 사용한 데이터는 한국노동패널조사(KLIPS)²⁹⁾와 통계청 2010년 가계금융조사 자료이다. 현황 분석은 주로 통계청의 가계금융조사 자료를 사용하였으며 시계열 분석 및 지역별 연령별 세부 분석은 한국노동패널자료를 활용하였다. 분석항목은 주택보유율, 자가거주율, 거주주택 면적, 보유 자산의 구성이며 이러한 항목들을 연령별³⁰⁾, 지역별(서울, 수도권(노동패널의 경우 서울을 제외한 수도권), 지방광역시, 기타 지방도시)로 구분하여 2000년, 2004년, 2008년, 2009년의 4개 시점의 자료를 비교 분석하였다.

29) 현 시점(2011년 6월)에서 이용 가능한 가장 최신의 KLIPS(Korean Labor & Income Panel Study) 자료가 2009년 자료이며, 이 시점과 비교할 수 있는 과거 시점의 통계를 추출하기 위해 2000년과 2004년 2008년 자료를 분석함.

30) 연령대를 크게 35세 미만, 35세 이상 45세 미만, 45세 이상 55세 미만, 55세 이상 65세 미만, 65세 이상의 다섯 개 집단으로 구분

1. 연령별 주거소비

가. 주택보유와 거주

2010년 현재 전국의 가계 중 거주주택을 보유한 가구는 약 57.7%이며 거주주택의 평균 시장가격은 약 2억 45만원으로 조사되었다. 노동패널 데이터를 활용해 주택보유와 자가 거주율의 과거 추이를 살펴보면 주택보유율이나 자가거주율은 모두 연령이 증가함에 따라 증가하는 양상을 보이고 있는데 자가거주율의 경우 55-65세에서 정점을 보이고, 자가보유율의 경우에는 65세까지 증가하다가 그 이후 감소하는 추세를 보이고 있다. 이러한 패턴은 네 시점에서 모두 동일하게 나타나고 있다. 2000년에서 2004년 사이에 주택보유율이나 자가거주율은 모두 큰 폭으로 증가하였으나 2004년 이후에 주택보유율은 증가세가 둔화되고 자가거주율은 오히려 감소하였다. 2009년은 65세 이상을 제외한 모든 연령층에서 주택 보유율이 감소하였는데 글로벌 금융위기의 영향이 있었던 것으로 예측되며 특히 35세 미만의 연령층에서의 감소폭(-5.9%p)이 큰 편이다. 이들 계층은 2004년 이후 다른 연령층의 주택 보유율이 하락하였음에도 불구하고 주택 보유율이 증가하였던 연령층이다.

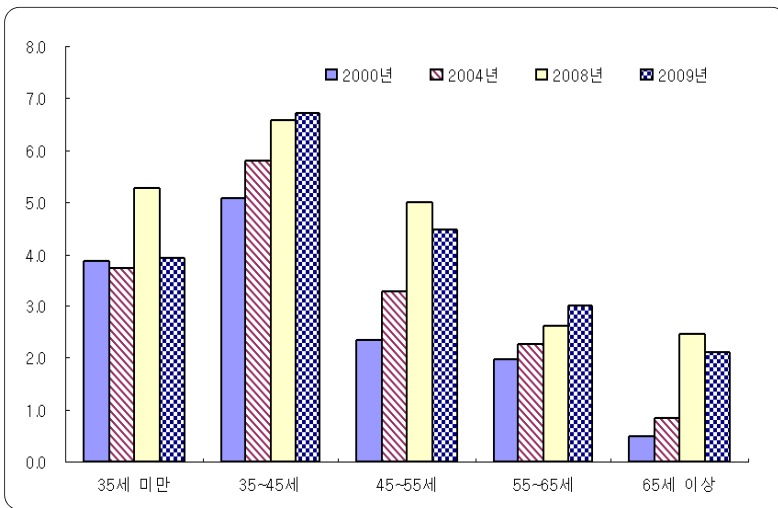
〈표 3-1〉 연령별 연도별 자가거주율 및 주택 보유율(전국)

구분	연도	전 체	35세 미만	35~45세	45~55세	55~65세	65세 이상
자가 거주율 (%)	2000년	56.9	23.1	47.6	66.9	73.9	73.9
	2004년	60.0	29.3	51.6	67.4	75.2	74.6
	2008년	58.6	29.2	49.1	60.9	76.1	71.5
	2009년	57.2	24.6	46.1	58.3	72.9	74.2
주택 보유율 (%)	2000년	59.9	27.0	52.6	69.2	75.8	74.3
	2004년	63.3	33.1	57.4	70.7	77.5	75.4
	2008년	63.0	34.4	55.7	65.9	78.7	73.9
	2009년	61.3	28.6	52.8	62.8	75.9	76.3

* 자료: 한국노동패널 각년도

생애주기별로 볼 때 주택 보유율과 자가거주율과의 격차는 35~45세 사이에서 가장 높으며 이후에는 감소하여 65세 이상의 경우에는 주택 보유율과 자가거주율의 차이가 매우 미미하다. 그러나 2000년 이후 모든 연령층에서 주택보유율과 자가거주율의 격차가 커지고 있으며 특히 45~54세, 65세 이상의 연령층에서 그 폭이 커졌음을 알 수 있다. 이중 45~54세의 경우에는 다른 연령층에 비해 2004년 이후 주택 보유율이 크게 감소한 것을 감안할 때 주택매도에 의한 자가거주율 하락으로 해석된다.

[그림 3-1] 연령별 주택보유율과 거주율의 격차 추이



* 자료: 한국노동패널 각년도

일반적으로 45-55세 연령층은 가구 생애 주기상 자가주택의 규모를 확대·교체하는 시기이며, 65세 이상의 경우에는 은퇴 이후 안정적인

정주를 원하면서 자가거주율이 높아지는 시기이다. 그러나 2004년 이후 두 연령층의 주거소비 특성이 이러한 일반적인 패턴에서 벗어나고 있는데 그 이유는 대략 두 가지로 요약할 수 있을 것이다. 첫째, 45~55세의 경우 2004년 이후 중대형 아파트 가격이 폭등하면서 이들 계층의 구매력이 원하는 중대형 아파트 구매에 미치지 못해 주택구매를 연기하거나 포기하면서 전세 등의 임차수요로 전환된 것으로 판단된다. 한편, 65세 이상의 경우에는 주택 보유율이 증가하였음에도 불구하고 자가거주율이 낮아졌는데 이는 주택을 보유하고 있지만 보유 주택에서 거주하지 않는 것으로 주택처분이 어려워지면서 보유 주택을 임대하고 자신들 역시 다른 주택에 임차로 거주하고 있는 것으로 해석된다. 이 두 계층의 공통점은 생애주기상 자가거주율이 높은 계층으로 주택구매력이 있는 계층이라는 점이다. 45~55세의 경우에는 소득이 절정기에 이르는 계층이며, 자산축적도 되어 있는 계층이라 자산이나 소득면에서 구매력이 높다. 65세 이상의 경우에도 소득은 감소하지만 대부분 부동산 자산을 보유하고 있어 기존 부동산 자산을 처분한다면 새로운 주택을 구매할 수 있는 구매력이 있는 계층이다. 이처럼 구매력이 비교적 높은 계층이 현재 주택시장에서 임차자로 존재하는데 이들의 주택 임차는 대부분 전세방식일 가능성이 높고 주택시장의 상황변화에 따라 언제든지 매매로 전환될 가능성이 높은 계층이라고 할 수 있다.

나. 주택소비 면적

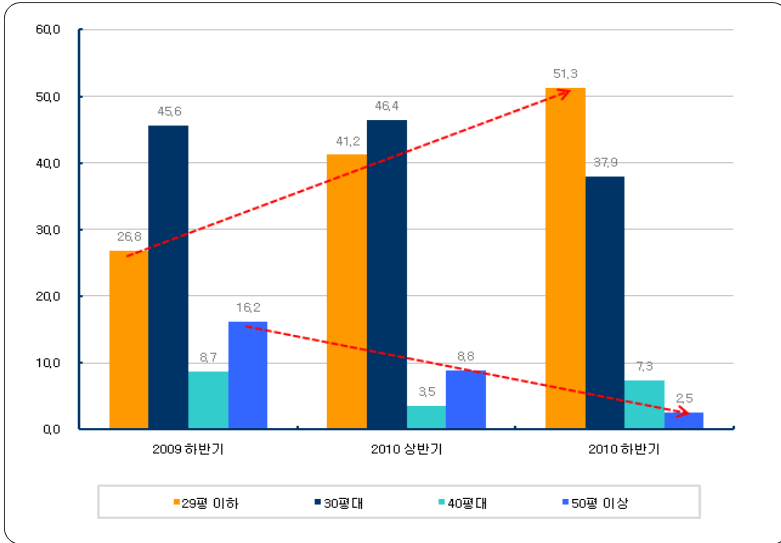
동일한 연령집단에 대해 주택 소비면적을 분석한 결과 모든 시점에서 35세 미만에서는 25평 미만의 소형주택이, 35세 이상 45세 미만

에서는 15~35평의 소형 및 중형주택이, 45세 이상 55세 미만에서는 25평 이상의 중대형주택이, 55세 이상 65세 미만에서는 35평 이상의 대형주택이, 그리고 65세 이상에서는 35평 이상의 대형주택과 함께 다시 15평 미만의 소형주택에 거주하는 비중이 높은 것으로 분석되었다. 이는 가구의 생애주기에 기초한 주택 소비 변화로 해석할 수 있을 것이다. 연령이 높아질수록, 시간이 지날수록 주거 면적이 점차 대형화되는 경향을 확인할 수 있는데 특히 55세 이상 65세 미만 집단의 경우 2004년 이후 35평 이상에서 거주하는 비율이 전체 평균을 크게 앞지르고 있는 것으로 보아, 대형에 대한 선호가 크게 늘어나기 시작하였음을 알 수 있다. 65세 이상 35평 이상의 가구 비율도 14.8%(00) → 17.0%(04) → 19.8%(08)로 지속적으로 늘고 있어 대형주택에 대한 선호가 은퇴 이후에도 상당 부분 유지되고 있음을 알 수 있다.

그러나 글로벌 금융위기 이후 은퇴이후 주택규모를 축소하겠다는 수요가 증가하고 있는 것으로 조사되었다. 2010년 하반기 부동산 114(주)와 한국갤럽이 공동 기획한 여론조사³¹⁾ 결과에 의하면 응답자의 절반가량이 29평 이하의 소형주택을 선호하였으며, 50평 이상의 대형규모의 선호도는 크게 감소하였다. 30평대 선호도가 가장 높았던 그동안의 조사와는 다른 결과이다. 이러한 현상은 2009년 노동패널데이터에서도 발견되는데 45세 이상의 연령층에서 모두 35평 이상의 주택에 거주하는 비중이 2008년에 비해 감소하였다.

31) 2010년 11월 17일~12월7일까지 전국 만18세 이상 한국인(표본수 1501명) 대상으로 은퇴 후 주택유형 및 이동에 관한 설문조사임.

[그림 3-2] 우리나라 은퇴 이후 걱정거주규모 여론조사 결과



* 자료 : 부동산 114 & 한국갤럽여론조사 (2010)

<표 3-2> 연령대별 주거면적 추이 (2000년/2004년/2008년/2009년)

(단위: 호, 열백분율(%))

구분	35세미만	35-45세	45-55세	55-65세	65세이상	총합
2000년						
15평미만	229 (30.9)	292 (22.5)	171 (16.5)	112 (14.3)	145 (25.8)	949 (21.5)
15-25평	353 (47.6)	559 (43.1)	372 (35.8)	311 (39.7)	210 (37.4)	1,805 (40.8)
25-35평	133 (17.9)	336 (25.9)	324 (31.2)	222 (28.4)	124 (22.1)	1,139 (25.8)
35평이상	27 (3.6)	110 (8.5)	171 (16.5)	138 (17.6)	83 (14.8)	529 (12.0)
2004년						
15평미만	169 (22.0)	170 (14.8)	148 (13.5)	87 (10.8)	140 (17.5)	714 (15.5)
15-25평	399 (52.0)	491 (42.6)	376 (34.2)	274 (34.2)	304 (38.0)	1,844 (39.9)
25-35평	171 (22.3)	390 (33.9)	379 (34.5)	261 (32.5)	219 (27.4)	1,420 (30.7)
35평이상	29 (3.8)	101 (8.8)	195 (17.8)	180 (22.4)	136 (17.0)	641 (13.9)

구분	35세미만	35-45세	45-55세	55-65세	65세이상	총합
2008년						
15평미만	134 (18.2)	129 (11.2)	138 (11.5)	94 (10.3)	181 (16.5)	676 (13.2)
15-25평	360 (48.8)	497 (43.1)	454 (37.9)	286 (31.3)	393 (35.7)	1,990 (39.0)
25-35평	205 (27.8)	421 (36.5)	401 (33.5)	307 (33.6)	308 (28.0)	1,642 (32.2)
35평이상	38 (5.2)	107 (9.3)	204 (17.0)	227 (24.8)	218 (19.8)	794 (15.6)
2009년						
15평미만	77 (28.3)	29 (7.3)	42 (9.7)	33 (8.5)	81 (11.6)	262 (12.0)
15-25평	124 (45.6)	197 (49.9)	174 (40.3)	137 (35.1)	293 (42.0)	925 (42.3)
25-35평	59 (21.7)	129 (32.7)	158 (36.6)	141 (36.2)	226 (32.4)	713 (32.6)
35평이상	12 (4.4)	40 (10.1)	58 (13.4)	79 (20.3)	98 (14.0)	287 (13.1)

* 자료: 한국노동패널 각년도

2. 가구규모별 주거소비

가. 주택보유와 거주

가구원수에 따라 집단을 크게 1인 가구, 2인 가구, 3~4인 가구, 5인 이상 가구 등 4개의 집단으로 구분하여, 이 집단에 대한 자가거주율 및 주거면적을 분석해 본 결과는 아래와 같다. 특이한 양상은 2004년 이후 전체 자가거주율이 감소하는 상황 속에서도 1인 및 2인 가구는 자가거주율이 증가하였으며 글로벌 금융위기 이후인 2009년에도 미미하지만 자가거주율이 증가세를 나타냈다.

〈표 3-3〉 가구규모별 자가거주율

(단위:%)

구분	1인	2인	3-4인	5인 이상	총합
2000년	32.9	58.0	56.4	71.3	57.2
2004년	38.4	61.7	60.9	75.1	60.0
2008년	36.1	63.7	61.7	66.9	58.6
2009년	36.4	64.8	60.6	65.8	57.2

* 자료: 한국노동패널 각년도

최근 증가세가 확대되고 있는 1~2인 가구에 대해서는 김주원·정의철(2011)의 연구에서 좀 더 세부적인 주거소비 특성을 분석한 결과를 볼 수 있다. 이 연구는 본 연구에서 다루고 있는 노동패널 데이터 중 1~2인 가구만을 표출하여 연령별로 주택소비에 대하여 분석하였는데 연구에 의하면 1~2인 가구 중 가구주의 연령이 높아질수록 자가 거주비율이 증가하고, 30대 및 40~50대 1~2인 가구에서는 전세 및 월세 등 임차로 거주하는 비중이 높았다. 30대 및 40~50대 1인가구의 주택점유형태는 전체 가구수의 패턴과 비교해 보면 동일한 연령대의 전체가구보다 자가거주율이 낮게 나타났으며 60대 이상에서는 전체 가구의 자가거주율 보다 높은 수준을 나타냈다. 이는 60대 이상의 가구 해체기에도 자가 점유를 축소하지 않고 있다는 것을 보여준다 (<표 3-4>참조).

나. 주택소비 면적

주거소비 면적의 경우는 연령뿐만 아니라 주택의 점유형태에 따라 소비특성이 달라짐을 알 수 있다. 즉 1~2인 가구라고 해서 모두 중소형 주택을 소비하는 것이 아니며 연령에 따라 주택의 점유형태에 따

라 1인당 주거소비면적에 차이가 나타났다. 차가주택에 거주하는 경우보다는 자가 주택에 거주할수록 1인당 주거소비 면적이 커지는데 자가의 경우에는 연령이 높을수록 1인당 주거소비 면적이 조금 커짐을 알 수 있다. 반면 차가의 경우에는 자가의 경우보다 1인당 주거보시 면적이 작고, 특히 30대 이하의 젊은 1~2인 가구보다 중고령대의 1~2인 가구의 주거소비면적이 더 작은 것으로 나타났다.

〈표 3-4〉 연령대별 1,2인 가구의 주택소비(1)

(단위: 만원, m², %)

구분		30대 이하	40~50대	60대 이상
주택점유형태 (비율, %)	자가	24.5	42.7	76.3
	전세	49.2	23.1	13.3
	월세	26.3	34.2	10.4
자가주거면적 (1인당 주거면적)		82.0(58.4)	93.1(61.5)	99.5(61.6)
차가주거면적 (1인당 주거면적)		56.4(43.0)	50.7(38.0)	52.9(39.7)

* 자료: 김주원·정의철(2011), p138의 표4를 재구성

전체 가구를 대상으로 한 주거소비 면적분석에서도 동일한 패턴이 파악되고 있다. 최근 10년 동안 가구원수와 상관없이 모든 규모의 가구에서 중대형 평형(25평 이상)에 거주하는 비중이 꾸준히 증가하고 있다. 또한 가구원수가 많을수록 주거면적이 증가하는 패턴이 관찰되며, 이는 모든 시점에서 공통적으로 발견되는 양상이다. 이는 주택수요가 가구원수에 따라 증가한다는 이론에 비추어 볼 때 당연한 결과로 해석될 수 있으나 눈여겨볼 것은 2000년이나 2004년 시점만 해도 2인 가구가 35평 이상에 점유하는 비중은 각각 11.3%와 13.6%로 전체

평균(12.0%, 13.9%)에 미달하는 수준이었으나, 2008년 시점에 이 비중은 17.5%로 전체 평균(15.6%)을 초과하고 있다. 2009년에도 비중은 소폭 감소하였지만 전체 평균(14.8%)보다는 높다(16.7%). 이는 소형가구의 주거소비 면적이 증대하는 경향과 함께 1인당 점유면적의 증가가 일어나고 있다는 증거로, 단순히 소형가구의 증대만으로 주택소비 면적의 감소가 나타난다고 보기 어려움을 시사한다.

〈표 3-5〉 가구규모별 주거면적 추이 (2000년/2009년)

(단위: 호, 열백분율(%))

구분	1인	2인	3-4인	5인이상	총합
2000년					
15평미만	242 (57.2)	153 (24.6)	461 (18.3)	93 (10.8)	949 (21.5)
15-25평	122 (28.8)	274 (44.1)	1,103 (43.8)	307 (35.7)	1,806 (40.8)
25-35평	46 (10.9)	124 (20.0)	690 (27.4)	279 (32.4)	1,139 (25.8)
35평이상	13 (3.1)	70 (11.3)	265 (10.5)	181 (21.0)	529 (12.0)
2009년					
15평미만	518 (39.5)	182 (12.7)	245 (7.3)	24 (4.0)	969 (14.5)
15-25평	506 (38.6)	561 (39.1)	1,334 (39.7)	182 (30.6)	2,583 (38.6)
25-35평	202 (15.4)	453 (31.6)	1,266 (37.7)	233 (39.2)	2,154 (32.2)
35평이상	84 (6.4)	240 (16.7)	515 (15.3)	155 (26.1)	994 (14.8)

* 자료: 한국노동패널 각년도

3. 소득별 주거소비

가. 주택보유와 거주

월 가구소득을 크게 다섯 집단으로 구분하여, 이에 대해 자가거주율과 주거면적을 산정한 결과는 다음과 같다. 먼저 자가거주율의 경우 소득수준이 높을수록 자가거주율이 증가하는 경향이 관찰되며, 이는 모든 시점에 대해 공통적인 현상이다. 특히 100만원 미만에 해당하는 최저소득 집단과 500만 원 이상에 해당하는 최고소득 집단간 자가거주율의 차이가 시간이 지남에 따라 감소하면서 주택자산의 불평등 문제가 상대적으로 완화되는 것으로 보인다. 그러나 월 가구 소득 100만원 미만의 계층을 제외한 전 소득계층에서는 2000년 이후 자가거주율이 감소하였다. 이는 100만원 미만에 해당하는 집단에 고자산 빈곤층(asset rich, income poor)이 상당수 포함되었을 가능성이 커 이에 대해서는 보다 엄밀한 분석이 필요할 것으로 판단된다.

〈표 3-6〉 소득수준별 자가거주율

(단위:%)

구분	100만원 미만	100~200	200~300	300~500	500만원 이상	총합
1999년	51.5	53.9	65.9	72.4	82.5	57.2
2004년	51.5	53.5	63.4	67.9	78.6	60.0
2008년	54.5	48.6	54.9	64.5	74.1	58.6
2009년	51.7	49.1	53.9	65.2	72.6	57.2

* 자료: 한국노동패널 각년도

기존 연구결과에 의하면 주택의 점유형태를 결정짓는 핵심변수는 항상소득과 순자산으로 항상소득과 순자산이 많을수록 주택을 소유할 확률이 높은 것으로 알려져 있다. 특히 연령이 낮을수록 항상소득

이나 자산의 변화에 더 높은 탄력성을 보이며 고령가구의 경우에는 덜 탄력적인 것으로 알려져 있다.

나. 주택소비 면적

주거면적은 소득수준이 높아질수록 증가하는 경향을 보이며, 이와 같은 경향은 모든 기간 내에 공통적으로 확인되고 있다. 그러나 200만 원 이하의 가구에서는 점차 15평 미만의 소형주택에 거주하는 비중이 감소하는 반면, 300만 원 이상의 소득이 있는 가구의 경우에는 15평 이하의 주택에 거주하는 비중이 오히려 증가하면서 주택소비면적이 비교적 중형대에 집중되어 있음을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 소득수준별 주거면적 추이(2000년/2009년)

(단위: 호, 열백분율(%))

구분	100만원 미만	100~200	200~300	300~500	500만원 이상	총합
2000년						
15평미만	509 (32.5)	343 (20.8)	78 (10.6)	18 (5.1)	1 (0.9)	949 (21.5)
15-25평	629 (40.1)	773 (46.9)	286 (38.8)	96 (27.0)	22 (19.5)	1,806 (40.8)
25-35평	310 (19.8)	385 (23.3)	248 (33.6)	146 (41.0)	50 (44.2)	1,139 (25.8)
35평이상	120 (7.7)	148 (9.0)	125 (17.0)	96 (27.0)	40 (35.4)	529 (12.0)
2009년						
15평미만	461 (27.2)	266 (19.7)	148 (11.3)	79 (5.2)	16 (1.9)	969 (14.5)
15-25평	685 (40.4)	587 (43.6)	596 (45.4)	543 (36.3)	172 (20.3)	2,583 (38.6)
25-35평	387 (22.9)	334 (24.8)	428 (32.6)	626 (41.8)	379 (44.8)	2,154 (32.2)
35평이상	161 (9.5)	161 (11.9)	142 (10.8)	250 (16.7)	280 (33.1)	994 (14.8)

* 자료: 한국노동패널 각년도

그러나 주택소비는 소득이나 자산 이외에 주거비용³²⁾에도 영향을 받는다. 특히 이미 자가주택에 거주하고 있더라도 고령의 1~2인 가구는 주거비용(이자율, 실효 보유세율, 유지관리비, 주택가격 상승기대율의 영향 등을 반영한 1년 주택에 거주하기 위해 지불해야 하는 비용)이 상승할 경우에는 젊은 1~2인 가구보다 수요 감소가 크게 나타난다는 연구결과(김주원·정의철, 2011)가 있다. 차가가구인 경우에는 30대 이하의 젊은층보다는 중·고령대 1~2인 차가가구가 임대료 상승에 따른 주택수요 감소가 더 큰 것으로 나타났다. 즉, 중·고령대의 차가가구는 향후 소득이 감소되면 주택소비 감소가 불가피할 것으로 예상되며 임대료가 상승하는 경우에도 주택소비의 추가적인 감소가 예상된다. 특히 60대 이상의 차가가구의 경우 RIR이 이미 30%를 넘고 있는 상태이므로 추가적인 임대료 상승은 이들 가구의 주거수준을 더욱 악화시킬 것이라고 지적하고 있다.

〈표 3-8〉 연령대별 1,2인 가구의 주택소비(2)

(단위: 만원, m², %)

구분	30대 이하	40~50대	60대 이상
PIR(중위수,배)	4.0	4.1	9.6
RIR(중위수, %)	13.3	13.0	30.1
현재 주택가격(m ² 당 가격)	14,711(178.8)	14,324(151.2)	16,599(168.0)
연 임대료(m ² 당 가격)	559.8(10.6)	409.3(8.7)	388.7(7.1)

* 주 1) PIR = 현재 거주주택가격의 중위수 / 연소득의 중위수

2) RIR = 보증금을 고려한 월세의 중위수 / 월소득 중위수

* 자료: 김주원·정의철(2011), p138의 표4를 재구성

32) 차가가구의 경우에는 사용자 비용 개념이며 차가가구의 경우에는 1년간 지불하는 임대료가 주거비용이라고 볼 수 있음.

4. 지역별 주거소비

가. 주택보유와 거주

가구의 거주 지역을 크게 서울과 서울을 제외한 수도권, 지방광역시 및 기타 도시지역의 네 가지로 구분하여 자가 거주 및 주택 보유율과 주거 면적을 산정한 결과는 다음과 같다.

먼저 <표 3-9>에 따르면 주택보유율과 자가거주율은 서울 및 수도권 보다 지방광역시 및 기타 도시지역에 더 높게 나타나며, 서울이 가장 낮은 수준으로 나타났다. 이는 지역별 주택가격의 수준을 비교할 때 상대적으로 서울의 주택가격수준이 높기 때문으로 해석된다. 특히 2004년 이후 서울 및 수도권의 주택 보유율과 자가거주율이 모두 하락한 반면 지방광역시는 2008년까지는 모두 증가하다가 그 이후 감소하였으며 지방 중소도시의 경우에는 주택 보유율 및 자가거주율 모두가 계속 증가하였다.

<표 3-9> 지역별 주택보유율 및 자가거주율 추이

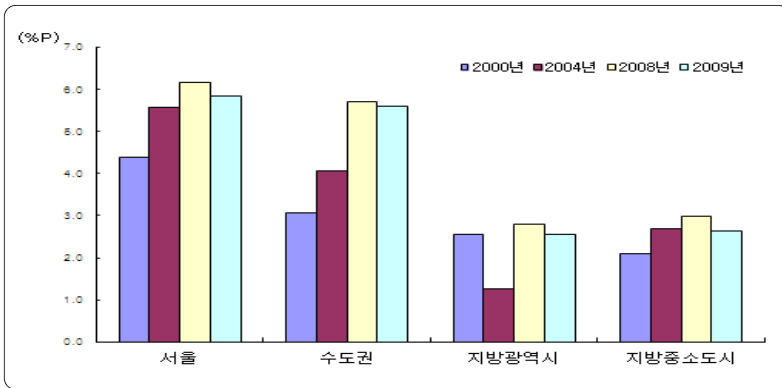
(단위: %)

	연도	서울	수도권	지방광역시	지방중소도시
주택 보유율	2000년	50.62	63.90	56.27	68.21
	2004년	56.12	63.87	62.36	69.61
	2008년	55.24	63.65	66.2	66.15
	2009년	50.61	59.43	63.73	67.90
자가 거주율	2000년	46.23	60.83	53.72	66.11
	2004년	50.56	59.82	61.11	66.93
	2008년	49.07	57.94	63.39	63.16
	2009년	44.77	53.84	61.17	65.26

* 자료: 한국노동패널 각년도

주택 보유율과 자가거주율의 격차는 지방도시에 비해 서울 및 수도권이 더 높게 나타나는데 이는 이들 지역의 주택가격이 소득수준 대비 높아 거주목적의 주택 구입 대신 주택 구입 밀천 마련을 위한 주택 구입³³⁾이 상대적으로 더 많기 때문으로 해석된다.

[그림 3-3] 지역별 주택보유율과 자가거주율의 격차 추이



* 자료: 한국노동패널 각년도

나. 주택소비 면적

주거소비면적에 있어서는 대부분의 지역에서 15평 미만의 소형주택에 거주하는 비중이 감소하고 있으나 2008년 글로벌 금융위기 및 부동산 경기 침체 이후인 2009년에는 대형평형 비중이 다시 감소하고 소형주택의 거주 비중이 다소 증가하고 있다. 그러나 2006년 이후 중대형 아파트 공급이 크게 증가했던 수도권의 경우에는 2009년에도 35평 이상의 대형 주택 거주 비중이 증가하였다. 특히 2008년부터는 집

33) 우리나라는 1가구 1주택은 양도세가 비과세됨에 따라 실제 거주하지 않더라도 구매해 두었다가 자본이득이 생기면 그것을 거주주택 구입의 밀천으로 활용하는 경우가 많음.

값이 상대적으로 비싼 서울, 수도권 지방광역시의 경우에는 25~35평의 중형 주택에 거주하는 비중이 전체 평균보다 높았으며 기타 중소도시에서도 비슷한 현상이 나타났다.

〈표 3-10〉 지역별 주거면적(2000/2004/2008/2009년)

(단위: 호, 열백분율(%))

구분	서울	수도권	지방광역시	기타	총합
2000년					
15평미만	321 (28.2)	181 (17.2)	250 (23.4)	197 (17.0)	949 (21.5)
15-25평	423 (37.2)	446 (42.3)	428 (40.0)	509 (43.8)	1,806 (40.8)
25-35평	247 (21.7)	281 (26.7)	259 (24.2)	352 (30.3)	1,139 (25.8)
35평이상	147 (12.9)	146 (13.9)	132 (12.3)	104 (9.0)	529 (12.0)
2004년					
15평미만	227 (21.8)	146 (11.3)	190 (17.8)	151 (12.4)	714 (15.5)
15-25평	361 (34.6)	508 (39.4)	423 (39.6)	552 (45.2)	1,844 (39.9)
25-35평	276 (26.5)	444 (34.4)	310 (29.0)	390 (32.0)	1,420 (30.7)
35평이상	178 (17.1)	191 (14.8)	145 (13.6)	127 (10.4)	641 (13.9)
2008년					
15평미만	214 (18.9)	152 (10.6)	159 (14.0)	151 (10.8)	676 (13.2)
15-25평	404 (35.6)	543 (38.0)	430 (37.9)	613 (43.7)	1,990 (39.0)
25-35평	329 (29.0)	511 (35.8)	362 (31.9)	440 (31.3)	1,642 (32.2)
35평이상	187 (16.5)	223 (15.6)	184 (16.2)	200 (14.2)	794 (15.6)
2009년					
15평미만	280 (21.2)	225 (12.1)	202 (15.2)	262 (12.0)	969 (14.5)
15-25평	477 (36.2)	694 (37.2)	487 (36.7)	925 (42.3)	2,583 (38.6)
25-35평	368 (27.9)	647 (34.7)	426 (32.1)	713 (32.6)	2,154 (32.2)
35평이상	193 (14.6)	301 (16.1)	213 (16.0)	287 (13.1)	994 (14.8)

* 자료: 한국노동패널 각년도

제2절 가계 자산구성분석과 부동산

1. 연령별 가계 자산구성과 부동산 자산

통계청의 가계금융조사 결과에 의하면 2010년 2월말 현재 우리나라 전체 가구의 가구당 평균자산은 2억 7천 268만원이며 부동산이 75.8%(거주주택 42.4% 포함)로 압도적으로 많고, 금융자산은 21.4% 수준인 것으로 조사되었다. 전체자산 대비 금융자산 비중은 주요 OECD국가의 중간수준이며 부동산 자산비중은 높으나 부동산 중 거주주택³⁴⁾ 비중은 상대적으로 낮았다(<표 3-11>참조).

<표 3-11>외국의 자산 유형별 총자산 대비 비중 및 보유가구 비율

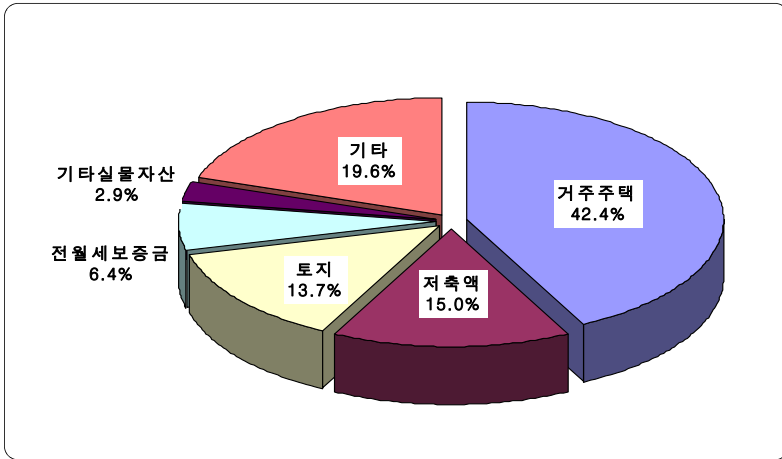
(단위: %)

구 분	한국		캐나다		핀란드		스웨덴		영국		미국	
	자산 대비 비중	보유 가구 비율	자산 대비 비중	보유 가구 비율	자산 대비 비중	보유 가구 비율	자산 대비 비중	보유 가구 비율	자산 대비 비중	보유 가구 비율	자산 대비 비중	보유 가구 비율
실물자산	78.6	86.4	78	64	84	68	72	57	83	70	62	70
거주주택	42.4	57.7	64	60	64	64	61	53	74	69	45	68
금융자산	21.4	99.3	22	90	16	92	28	79	17	80	38	91
(채권)	0.0	0.2	1	14	0	3	2	16	-	-	4	19
(주식)	1.2	10.1	7	11	6	33	6	36	-	-	15	21
부채	-	59.5	-	68	-	52	-	70	-	59	-	75

* 자료: 통계청(2010), 2010년 가계금융조사결과

34) 거주주택을 보유한 가구는 57.7%이며 이의 평균 시장가격은 2억 46만원(중위가구 1억 3천만원)이었다.

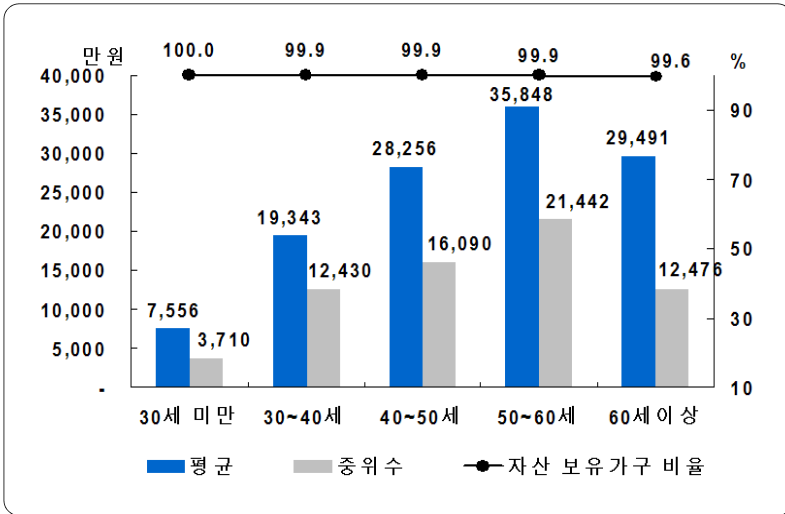
[그림 3-4] 자산의 항목별 비중



* 자료: 통계청(2010), 2010년 가계금융조사결과

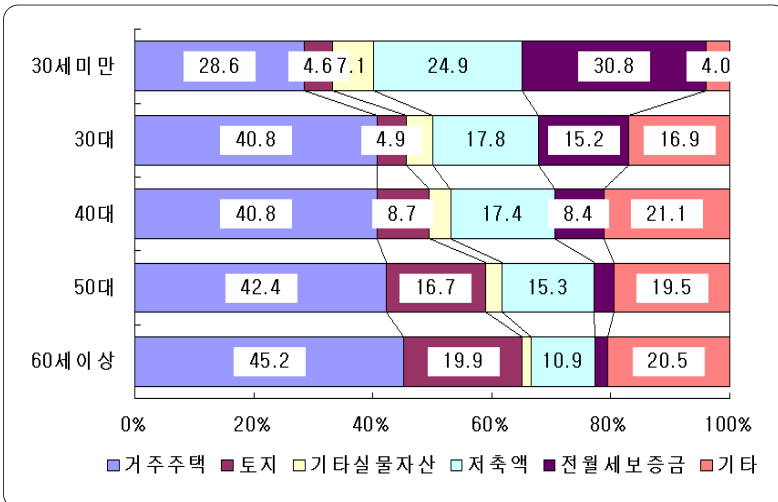
가구주 연령대별 가계자산규모는 30대 미만이 가장 적으며 50대 가구가 가장 많은 자산(2010년 3억 5천 848만원)을 보유하고 있다. 그러나 50대 가구는 동시에 가장 많은 부채(금액기준 8천 805만원)를 보유하고 있었다. 일반적으로 연령별 가계 자산은 50대까지 증가하다가 그 이후 감소하는 패턴을 보이고 있는데 이는 실물자산, 금융자산 등에서 모두 공통적으로 나타나고 있다. 연령이 높아질수록 부동산 보유비중이 증가하고 금융자산 보유 비중은 감소하여 60세 이상이 되면 전체 자산 총액 중 부동산 비중이 85.6%를 차지하게 된다.

[그림 3-5] 연령대별 자산가구 비율 및 가구당 자산



* 자료: 통계청, 2010년 가계금융조사

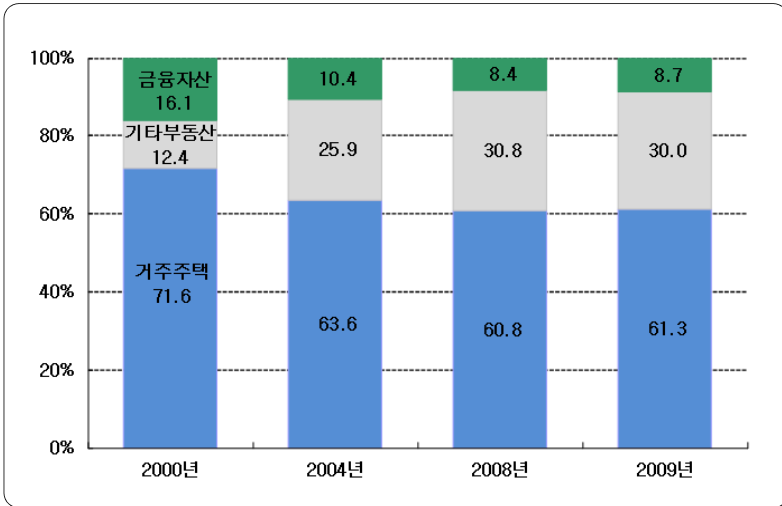
[그림 3-6] 연령대·항목별 자산보유 비중



* 자료: 통계청, 2010년 가계금융조사

통계청 가계금융통계의 시계열이 짧아 가계자산구성의 장기 흐름을 파악하기 위해 한국노동패널조사(KLIPS)자료를 분석한 결과는 다음과 같다. 우리나라 가구의 부동산 자산비중은 2000년 이후 계속 상승하였으며 여전히 가계자산의 절대적인 비중을 차지하고 있다. 그러나 부동산 자산 중 거주주택의 비중은 감소하고 거주주택 이외 기타 부동산 자산의 비중이 2000년에 비해 2배 이상 증가하였다. 한편 금융자산의 비중은 10년 전과 거의 변함이 없는 것으로 조사되었다.

[그림 3-7] 가계의 자산구성 추이(2009)



* 자료: 한국노동패널(2009)

노동패널데이터(2009년)에 의하면 65세 이상에서는 전체 자산 중 부동산 자산비중이 91.3%에 이르는 것으로 확인되면서 고령가구의 부동산 자산비중은 계속 증가 추세에 있음을 알 수 있다. 이는 고령가구들이 추가로 부동산을 구매한다기 보다는 부동산 자산을 처분하지

못해 은퇴 이후 부동산자산이 감소하는 비중보다 금융자산이 더 크게 감소하기 때문으로 판단된다.

부동산 자산을 좀 더 세부적으로 살펴보면 거주주택과 거주주택의 기타 부동산으로 구분할 수 있는데 거주주택외 기타 부동산이 총 부동산에서 차지하는 비중 역시 55-65세 연령대에서 20%로 가장 높게 나타났다. 65세 이상에서 이 비중은 다소 감소하지만 18%로 크게 감소하지는 않는 것으로 나타났다.

기타 부동산의 내역을 보다 상세하게 살펴보면 크게 주택, 건물, 임야, 토지, 기타³⁵⁾ 등으로 구분된다. 분석결과 현재 거주하고 있는 주택 이외 소유하고 있는 부동산으로는 토지가 11.1%로 가장 많으며, 이와 유사한 비율(9.6%)로 거주 주택 이외의 또 다른 주택을 소유하고 있는 것으로 확인되었다. 이에 비해 건물과 임야는 3.7%와 2.6%로 그 소유비율이 상대적으로 낮게 조사되었다.

연령대별로도 기타 부동산 보유 패턴의 차이가 발견되었는데 55세 미만 가구의 경우 상대적으로 주택이나 건물 등 건물자산을 소유하고 있는 반면 55세 이상 가구의 경우 임야나 토지 등을 소유하고 있는 비율이 높게 나타났다. 특히 연령대가 상승할수록 기타 부동산을 소유하고 있는 비율이 감소하는 전반적 패턴에 비해 토지를 소유하고 있는 가구의 비율은 65세 이상 가구에 있어 17.5%로 오히려 증가하고 있음이 관찰되었다. 이는 연령이 증가하면서 토지자산을 처분하지 못하고 계속 보유하면서 나타나는 결과로 해석된다.

35) 기타로 응답한 가구는 전체 5,116가구 중 5가구에 불과하므로 이를 제외하여 분석을 진행

〈표 3-12〉 연령대별 현재 거주주택 이외 부동산자산의 구성(2009)

(단위: 열백분율(%))

구분	주택	건물	임야	토지
전체 가구	8.2	3.4	2.5	12.2
35세미만	5.1	1.2	0.3	1.5
35~45세	9.5	1.9	1.5	6.1
45~55세	9.8	4.6	1.9	12.0
55~65세	9.7	5.6	4.2	18.7
65세이상	6.2	3.5	4.3	19.5

* 자료: 한국노동패널(2009)

이러한 분석결과는 고령 가구 일수록 부동산 자산이 많을 뿐만 아니라 부동산 자산 중에서도 유동성이 떨어지는 토지자산의 비중이 높다는 것을 보여준다. 따라서 부동산 자산을 처분하여 자금을 확보하기가 쉽지 않음을 알 수 있다. 이는 고령화가 확대되면서 자산은 있으나 빈곤한 노인층을 양산시킬 가능성이 내재되어 있다고 볼 수 있다.

2. 소득별 · 지역별 가계 자산구성과 부동산 자산

가계금융조사 자료에 의하면 소득이 낮은 1분위 계층이 상대적으로 금융자산(15.7%)보다 거주주택, 토지 등이 포함된 부동산(83.3%)자산 비중이 높게 나타났다. 반면 소득분위가 높아질수록 부동산 보유비중이 낮아지다가 5분위 계층(75.8%)에서 토지를 제외한 기타 부동산 자산의 증가로 부동산 자산비중이 약간 높게 나타나고 있다. 부채를 제외한 순자산별로 살펴보면 순자산이 적을수록 금융부채 비중이 높는데 이는 신용대출의 비중이 크게 때문이다. 반면 순자산

이 많은 가구들의 금융부채 비율이 낮은 이유는 자가 이외 부동산 임대 등 임대보증금으로 받은 부채가 많기 때문이다. 지역별로 수도권 가구는 임대보증금으로 받은 부채의 비중(37.5%)이 상대적으로 커서 금융부채의 비중이 62.5%인 반면에 비수도권 가구는 금융부채의 비중이 이보다 높은 77.2%이다.

〈표 3-13〉 가구 특성별 항목별 자산보유 비중

(단위: %)

가구특성		자산총액								
		금융자산			부동산			기타 실물 자산		
		저축액	전월세 보증금	거주 주택	토지	기타 ¹⁾				
전체	100.0	21.4	15.0	6.4	75.8	42.4	13.7	19.7	2.9	
소득 5분위별	1분위	100.0	15.7	9.8	6.0	83.3	51.0	23.5	8.8	1.0
	2분위	100.0	20.0	11.8	8.2	77.7	49.3	18.5	9.9	2.3
	3분위	100.0	23.4	14.5	9.0	73.4	47.4	12.8	13.3	3.1
	4분위	100.0	23.6	15.5	8.0	73.4	44.2	12.7	16.5	3.1
	5분위	100.0	21.0	16.6	4.4	75.8	36.9	11.6	27.4	3.1
순자산 5분위별	1분위	100.0	53.1	23.0	30.0	39.6	23.0	6.1	10.5	7.4
	2분위	100.0	47.4	20.1	27.2	46.8	38.4	4.2	4.1	5.9
	3분위	100.0	32.4	18.4	14.0	63.2	47.9	7.0	8.3	4.4
	4분위	100.0	24.3	17.5	6.8	72.4	50.3	9.8	12.4	3.3
	5분위	100.0	15.7	13.0	2.7	82.2	39.7	17.1	25.4	2.1
권역별	수도권	100.0	20.0	12.0	7.9	77.7	45.7	9.1	22.9	2.3
	비수도권	100.0	23.7	19.8	3.9	72.6	37.1	21.2	14.3	3.7

* 주. 기타는 토지를 제외한 거주주택이의 부동산(주택, 건물, 상가, 계약금, 중도금 등)

* 자료: 통계청, 가계금융조사(2010)

지역별로 부동산 자산비중은 수도권 거주가구의 부동산 자산비중이 비수도권 가구보다 높는데 이는 주로 거주주택 자산(45.7%)에 기인한 것이다.

〈표 3-14〉 가구특성 및 항목별 부채보유 비중(%)

가구특성		부채총액							
		금융부채					임대보증금		
		금융대출			신용대출	자가 임대	자가이외 부동산임대		
담보 대출	신용 대출	신용 대출							
전체		100.0	67.6	67.5	54.6	10.6	32.4	7.3	25.1
소득 5분위별	1분위	100.0	61.1	61.0	38.7	15.6	38.9	18.0	20.8
	2분위	100.0	67.3	67.2	46.9	14.8	32.7	14.9	17.8
	3분위	100.0	67.2	67.1	54.1	10.4	32.8	12.3	20.5
	4분위	100.0	69.0	68.9	55.8	10.8	31.0	6.2	24.8
	5분위	100.0	67.8	67.7	57.1	9.5	32.2	3.8	28.4
순자산 5분위별	1분위	100.0	94.9	94.7	54.3	32.1	5.1	0.9	4.2
	2분위	100.0	86.8	86.4	58.6	22.8	13.2	5.4	7.9
	3분위	100.0	79.3	79.2	64.4	11.8	20.7	4.6	16.1
	4분위	100.0	69.9	69.9	59.8	8.4	30.1	7.0	23.1
	5분위	100.0	55.7	55.7	49.4	5.5	44.3	9.5	34.7
권역별	수도권	100.0	62.5	62.4	53.1	7.6	37.5	8.5	29.0
	비수도권	100.0	77.2	77.1	57.4	16.3	22.8	5.0	17.8

* 자료: 통계청, 가계금융조사(2010)

한국노동패널 데이터를 사용하여 지역별 자산구성 현황을 연령별로 구분하여 보면 첫째, 수도권은 상대적으로 비수도권에 비해 부동산 자산비중이 높고 부동산 자산 중 거주주택과 토지를 제외한 기타 부동산의 비중이 높게 나타났다. 그러나 수도권 중에서도 서울은 기타 부동산 비중이 10.9% 수준인데 반해 서울을 제외한 수도권은 14.2%로 지방광역시(13.1%)보다 높은 수준이다. 연령별로도 65세 이상 가구의 기타 부동산 자산비중이 서울(7.0%)의 두 배(13.6%)수준을 나타냈다. 비수도권의 경우에는 수도권에 비해 부동산 자산 비중은 낮지만 거주주택 이외의 부동산 비중이 수도권에 비해 월등히 높다. 특히 지방 중소도시의 경우 기타 부동산의 비중이 22.6%에 달하며 65

세 이상 노인가구의 기타 부동산 비중은 27.2%에 달하고 있다. 이러한 현상은 주로 지방중소도시의 전답 등의 토지를 소유한 노인가구가 많기 때문으로 해석된다.

〈표 3-15〉지역별 연령별 부동산 자산구성 비중(%)

		전체	35세 미만	35~45세	45~55세	55~65세	65세 이상
전국	부동산자산	87.7	77.4	86.6	89.8	89.9	91.4
	거주주택	71.7	68.6	73.2	72.5	69.9	73.3
	기타부동산	16.0	8.8	13.4	17.3	20.0	18.1
서울	부동산자산	90.6	80.0	88.1	92.7	94.0	95.6
	거주주택	79.7	71.8	74.1	80.4	82.2	88.6
	기타부동산	10.9	8.2	14.0	12.3	11.8	7.0
수도권 (서울 제외)	부동산자산	91.0	83.5	91.2	93.2	94.0	92.9
	거주주택	76.9	73.5	79.2	76.8	74.2	79.2
	기타부동산	14.2	10.0	12.0	16.3	19.7	13.6
지방 광역시	부동산자산	85.4	77.0	84.9	86.2	85.3	89.7
	거주주택	72.3	69.9	71.9	70.6	70.7	77.2
	기타부동산	13.1	7.1	13.0	15.6	14.6	12.5
지방 소도시	부동산자산	84.4	68.3	80.8	86.8	87.3	89.7
	거주주택	61.8	59.4	65.8	63.6	57.7	62.5
	기타부동산	22.6	8.9	15.1	23.3	29.6	27.2

* 자료: 한국노동패널(2009)

한편 연소득 대비 부동산 임대소득 비중은 상대적으로 유동성이 높은 부동산 자산(추가 주택 및 건물)을 가진 수도권에 경우가 임대소득 비중이 높았으며 유동성이 낮은 토지 등의 부동산 자산비중이 높은 지방 중소도시의 가구는 연소득 대비 임대소득이 비중이 매우 적은 것으로 나타났다. 10년 동안의 추이를 살펴보면 서울 및 지방광역시에서는 조금씩 상승한 반면, 서울을 제외한 수도권과 지방 중소도시에서는 감소하였다.

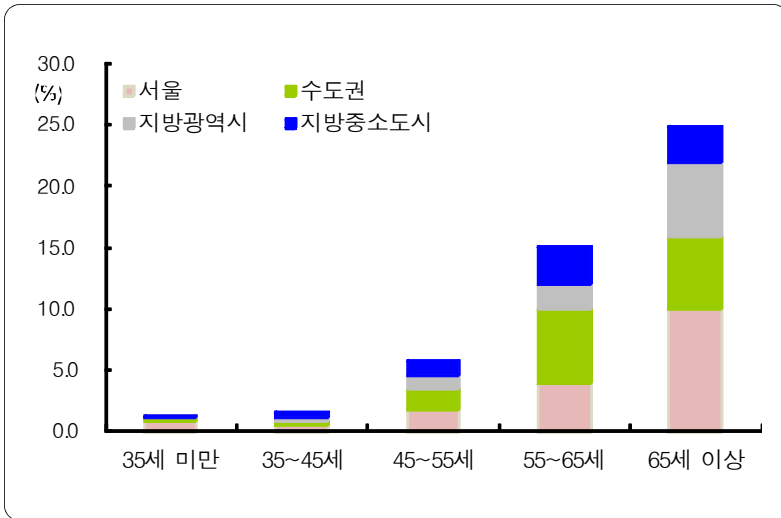
〈표 3-16〉 지역별 연소득대비 부동산 임대소득의 비중 추이(%)

	2000년	2004년	2008년	2009년
전국	2.3	2.3	2.2	2.4
서울	2.4	3.1	3.1	3.3
수도권(서울제외)	2.7	2.1	2.3	2.5
지방광역시	1.9	2.0	1.7	2.3
지방중소도시	2.1	2.1	1.6	1.9

* 자료: 한국노동패널 각년도

연령별로 살펴보면 부동산 자산비중이 높은 중고령대 가구의 연소득 대비 부동산 임대소득의 비중이 높게 나타났다. 그러나 지역별로 살펴보면 수도권에서는 55~65세의 가구가 서울 및 지방광역시에서는 65세 이상의 가구가 임대소득 비중이 높은 것으로 나타났다. 부동산의 활용이 이와 같이 변하는 것은 연령이 높아지면서 감소하는 근로소득을 임대소득으로 대체하려는 움직임이 나타나기 때문이다. 실제로 가 시작되는 50대부터 가구소득 중 근로소득이 차지하는 비중은 감소하는데 반해 임대소득이 차지하는 비중은 높아지고 있어, 근로소득 감소로 부동산 자산의 활용이 임대수익을 추구하는 방향으로 변한다는 것을 증명한다고 할 수 있다. 그러나 이러한 경우에도 지역별 편차가 매우 심함을 알 수 있다. 즉 수도권은 기타 부동산의 구성이 비교적 임대수익을 거둘 수 있는 주택이나 건물들이 많은 반면, 광역시나 지방 중소도시의 경우에는 거주주택 이외에는 대부분 토지 등으로 부동산 자산을 보유하고 있기 때문이다.

[그림 3-8] 지역별 연령별 연소득대비 부동산 임대소득의 비중



* 자료: 한국노동패널(2009)

제3절 시사점과 점검 요인

우리나라 가구들의 주거소비 특성과 부동산 자산의 비중 등을 분석한 결과로부터 얻을 수 있는 시사점은 아래와 같다. 첫째, 고령화 사회에서 ‘주택’이란 안정적인 정주환경 조성의 필수조건으로서 특히 노인가구들의 주택보유와 자가거주는 더욱 중요한 이슈가 될 것이다. 이미 연령이 증가할수록 주택보유 및 자가주택에 거주하려는 수요가 증가하며 이러한 패턴은 우리나라뿐만 아니라 다른 선진국에서도 동일하게 나타나고 있는 현상이다. 특히 평균 수명이 연장됨에 따라 은퇴 후 삶의 기간이 약 20~30년 정도로 길어졌다. 즉 은퇴이후의 주거는 은퇴 이전의 어떤 라이프 사이클 단계보다 길어질 수 있다. 따라서

고령가구들의 ‘안정적인 거주문제’는 사회적으로나 정책적으로 중요한 이슈가 될 것이다.

둘째, 우리는 지난 10년 동안 부동산 경기 호황에 따른 주택가격 급등으로 중장년층의 주택소비가 정상적으로 이루어지지 못했다는 것을 알 수 있다. 일반적으로 40~50대 사이에는 주택을 규모를 확대해 가는 주택소비의 절정기이나 과도하게 높아진 주택가격 수준, 글로벌 금융위기 등의 영향으로 이 연령대의 가구들은 주택을 보유하기보다는 차가를 선택, 주택시장에 대기자로 머물러 있다. 이들이 향후 노인 가구에 편입되면서 기존의 주택 라이프 사이클에 따라 다시 안정적인 자가거주로 이동할 것인지, 아니면 자가 대신 임대주택으로 이동할 것인지는 향후 경제 여건이나 주택 시장 상황, 정부의 정책적 의지에 따라 달라질 수 있을 것이다. 그러나 이들 계층이 가져올 주거선택의 코호트 효과는 분명 적지 않을 것이다. 기존 연구들에 의하면 자가 가구 보다는 차가가구에서, 연령대별로는 중·고령대일수록 주거비용에 의한 주택소비의 탄력성이 높았다. 그러므로 이들 계층의 주거 소비는 구매력에 따라 자가구매로 전환되거나 혹은 중소형 임대로 주거규모를 축소해 가는 양극화가 더욱 심화될 가능성이 크다. 특히 1~2인 가구의 증가가 젊은층보다 중장년층 및 노년층에서 크게 증가하고 있으므로 이들 가구들에 대한 안정적인 주거문제는 주택정책 뿐만 아니라 노인 복지정책의 하나로서도 중요한 정책과제가 될 것으로 예상된다.

세 번째는, 가계 자산 분석 결과를 통해 부동산 자산비중이 높은 우리나라 고령가구들의 자산처분 및 유동화가 매우 시급한 과제라는 사실을 알 수 있다.

2000년 이후 전체 가구들의 부동산 자산비중은 계속 증가해 왔으며 특히 거주목적의 주택보다 거주외 부동산의 비중이 매우 커졌음을 알 수 있다. 이러한 변화는 거의 모든 연령대에서 나타나고 있다. 그러나 다양한 통계에서 나타나듯이 주택을 보유하고 있지만 보유한 주택에 거주하지 않은 가구(보유주택과 거주주택이 불일치하는 가구)는 점차 늘어나고 있으며 중고령대 가구에서도 이 비율이 더 확대된다는 것은 주거 안정성이나 자산 건전성 측면에서 우려가 제기되는 사항이다. 이러한 계층들은 주택구매에 따른 금융비용을 부담하면서도 정작 임차로 거주함에 따라 주거만족도나 주거 안정성은 매우 떨어진다고 할 수 있다. 특히 거주 목적이 아닌 주택이나 부동산의 가격이 하락하거나 처분이 쉽지 않을 경우에는 가계자산에도 부정적인 영향을 미칠 것이 분명하다. 따라서 가계의 부동산 자산비중을 점차 줄여가는 것과 함께 거주주택과 보유주택을 일치시키는 주거소비의 정상화가 필요할 것이다.

넷째, 부동산 자산구성의 양극화로 발생하는 고자산 빈곤층(asset rich, income poor) 문제이다. 소득이 높을수록 부동산 자산 이외에 금융자산도 많은 반면, 소득이 낮은 계층일수록 부동산 자산의 비중이 높아 소득이 낮은 계층일수록 소득 감소 시 부동산 처분압력이 높아질 수밖에 없는 상황이다. 그러나 소득별 지역별로 살펴볼 때, 부동산 처분이 쉽지 않은 지방도시일수록 유동성이 낮은 토지나 임야 등의 비중이 높고 임대소득도 크지 않아 부동산 자산보유에 대한 부담이 더욱 커질 것으로 예상된다. 즉 자산은 있으나 현금화 시킬 수 없는 고자산 빈곤층이 고령가구들을 중심으로 증가할 가능성이 높은 것이다.

위와 같은 시사점을 바탕으로 저출산, 고령화 사회를 대비해 우리 사회가 점검해야 할 요인은 대략 3가지로 요약할 수 있다.

첫째, 앞의 분석결과는 고령가구들의 부동산 자산을 재구성해야 할 필요성을 제기하고 있다. 즉 과도한 부동산 자산비중을 줄여나가고 그 대신 금융자산을 늘여야 하는 것이다. 그렇다면 그 방안은 무엇일까? 현실적으로 이를 위한 실천방안은 부동산 자산을 매각하는 방법밖에 없을 것이다. 그러나 부동산 가격상승에 대한 기대감이 줄고 인구구조가 변화되면서 부동산 처분은 점점 더 어려워질 것이다. 따라서 부동산 자산의 비중을 줄여나가기 위해 ‘처분’에만 의존하지 말고 부동산 자산을 ‘수익화, 유동화’할 수 있는 자산 효율성 제고 방안을 함께 검토해야 할 것이다.

지금까지 부동산 자산의 보유 목적은 주로 처분 시 자본이득의 실현에 있었다. 그러나 인구구조의 변화와 주택수요 감소로 자본이득에 대한 기대감이 낮아지고 처분 시기도 선택하기 어렵다면 보유 부동산에서 일정한 임대소득이 발생할 수 있도록 수익화 하려는 시도가 불가피할 것이다. 그러므로 고령가구들의 안정적인 부동산 처분 및 수익화를 위해서 주택연금이나 역모기지, Sale & Lease-back 등 다양한 부동산 처분방식과 토지임차³⁶제도(차지법) 등 제도적으로 개선할 사항이 없는지 면밀한 검토가 요구된다.

둘째, 노인인구의 비중이 늘어나면서 시장의 세분화가 더욱 가속화되고 있는데 이렇게 다양한 노인주거 및 정주에 대한 대비가 충분히 이루어지고 있는지에 대한 점검이다. 베이비 부머들의 은퇴시작으

36) 보유한 토지를 장기 임대함으로써 사업자로 하여금 개발을 유도하는 것인데 토지소유자의 경우 처분하지 않고도 일정한 소득이 발생하게 됨.

로 이제 노인층에서는 ‘신노년층’이라 불리는 이전과 다른 특성을 보이는 노인계층이 편입될 예정이다. 아울러 신노년층 중에서도 자산이 많은 계층, 그렇지 못한 계층, 자산구성의 내용에 따라 노후시기의 주거나 소비에 큰 차이가 있을 것으로 예상된다. 아직까지는 노인주거나 노인들을 대상으로 하는 실버산업이 일부 계층만을 대상으로 한 적은 시장이나 노인인구가 증가하고 계층이 다양화된다면 이에 맞는 다양한 상품과 서비스의 수요는 크게 증가할 것이다. 특히 주거부분에 있어 이러한 수요를 단순히 ‘노인 전용주거’로만 접근할 것이 아니라 어떻게 수용할 것인지에 대한 물리적·경제적 고민이 필요한 시기라고 생각된다.

마지막으로 부동산과 금융을 연계하여 부동산 자산을 유동화시킬 수 있는 시장환경이 마련되어 있는가에 대한 점검이 요구된다. 부동산 자산비중을 줄여나가는 과정에는 임대서비스, 유지관리 서비스, 보험서비스, 자산의 매각과 리모델링 서비스 등 다양한 산업적 수요가 발생한다. 그러나 국내 주택관련 산업은 주로 신축 주택 건설에 치중되어 있으며, 금융은 구매자용 대출이 대부분이다. 아울러 주택관련 보험은 거의 전무한 실정이다. 따라서 원활한 부동산 자산의 유동화를 실현하기 위해서는 제반 산업여건의 점검이 우선되어야 할 것이다.

선진국 사례가 주는 교훈과 시사점

제1절 인구구조변화와 부동산 버블붕괴

인구구조의 변화는 장기간에 걸쳐 주택수요변화를 가져온다는 점에서 시장 변화의 주요 요인임에 틀림없다. 특히 코호트 효과를 갖는 각국의 베이비부머 세대들은 연령대별로 주택에서 뿐만 아니라 다양한 소비재 시장의 구조를 크게 변화시켜왔다. 특히 일본과 미국은 베이비부머 등의 핵심연령층의 변화가 장기주택시장 변화와 연계된 대표적인 사례라고 할 수 있을 것이다. 국가의 경제 환경이나 금융시장에 따른 원인도 있었겠지만 일본은 2차 세계대전 직후 태어난 베이비부머의 인구 비중이 감소하게 되는 1990년대 초, 미국은 2차 세계대전 후 탄생한 베이비부머의 인구 비중이 감소하는 2006년 이후 각각 주택 및 부동산 가격의 버블붕괴를 경험하였다.

〈표 4-1〉 한국과 미국, 일본의 베이비 붐 세대의 정의

구 분	한국	일본	미국
출생시기	1955~1963	1947~1949	1946~1964
연령(2010)	47~55세	61~63세	46~64세
인구규모 (전체인구대비비중)	712만명 (14.6%)	664만명 (5.2%)	77,980만명 (26%)

* 주: 전체인구수 대비 비중의 경우 일본은 2009년 기준, 미국은 2006년 추계인구 기준임.

* 자료 1) 박시내·심규호(2010), 베이비붐 세대의 현황 및 은퇴효과 분석, 통계개발연구원
2) 정호성 외(2010), 베이비붐 세대 은퇴의 파급효과와 대응방안, 삼성경제연구소

그러나 인구구조의 변화가 반드시 직접적이고 즉각적인 주택수요 감소를 유발했다고는 판단하기 어렵다. 인구가 감소하더라도 가구수 증가는 한동안 진행되며 소득증가에 따른 질적인 수요 증가가 인구 감소부분의 영향을 상당기간 상쇄해 주기 때문이다. 또한 인구구조 변화는 국가별 이민정책, 출산장려 정책 등의 정책에 따라 주택수요에 영향을 주는 경로가 매우 복잡하기 때문에 어떤 특정 국가의 사례를 일반화 하는 것도 바람직하지 않다.

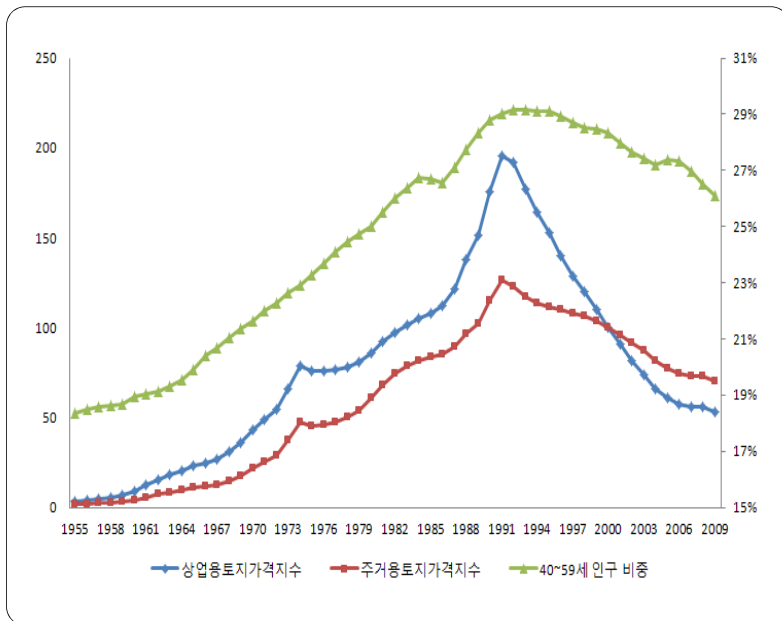
그럼에도 불구하고 일본과 미국의 사례는 인구구조의 변화, 특히 베이비부머 및 주택주요계층(35~54세) 인구의 축소가 주택 및 부동산 시장에 매우 긴밀한 관계가 있음을 보여주었으며 우리나라에 주는 시사점도 크다고 할 수 있을 것이다. 따라서 이 두 국가의 사례를 통해 저출산 고령화가 급속도로 진행되는 한국의 미래 상황을 대비하는 것은 충분히 의미 있는 작업이라고 판단된다.

1. 일본의 사례

일본 부동산시장은 여러 가지 면에서 우리나라 부동산시장의 미래상을 보는 데 유용한 시장이다. 같은 아시아 지역에 이웃하고 있는 국가라는 특징 이외에도 우리나라의 많은 법제도의 틀이 일본의 것들을 들여와 적용하고 있기 때문에 유사한 점이 많다.

일본은 1991년 이후 40-50대 인구 비중이 줄어들기 시작하는 시기에 부동산 버블붕괴를 경험하였으며 이후 본격적인 장기침체국면에 접어들었다. 일본의 사례는 자산버블붕괴의 후유증이 얼마나 큰 지를 보여준 대표적인 사례가 되어 버렸다.

[그림 4-1] 일본의 40-50대 인구 비중과 토지가격 추이



* 자료 : 일본 국토교통성, 통계청

가. 버블형성의 원인

일본은 1985년 플라자합의에 의한 엔고시대가 시작된 이후 7년간에 걸쳐 부동산 가격이 급등하였다. 이미 이 시기는 세계 2차 세계대전 이후 나타났던 절대적인 주택 부족문제가 어느 정도 해결된 때였다. 1967년 주택보급률 100%를 달성하였고 부동산 가격은 70년대 전반적으로 안정³⁷⁾되었다. 그러나 '85년 플라자합의 이후 저금리³⁸⁾(2.5%)가 본격화되자 설비투자 및 소비증가 등 내수가 크게 성장하면서 일본은 전후 최장의 호황기('86년 11월~'91년 2월, 4년 3개월)를 경험하게 된다. 이 당시 소비자물가는 안정(2% 내외)세를 나타냈으며, 막대한 경상수지 흑자를 기록한 일본기업들이 미국기업 인수, 해외 부동산 매입 등으로 몸집을 키워가면서 기업들의 주가도 높은 오름세를 나타냈다. 주식시장에서 기업가치가 높아지자 기업들은 여유자금을 계속 부동산에 투자하였으며, 부동산업 및 금융업에까지 진출하면서 사업다각화를 시도하였다. 그리하여 일본기업은 "사업회사 + 투자회사 + 부동산회사"의 복합체로 변모하기 시작하였다.

금융기관들의 과도한 대출경쟁³⁹⁾(LTV 120%)도 기업 및 개인의 부동산 투자를 증가시켜 6대 도시⁴⁰⁾의 상업지 가격은 '86~'90년 중 3배 이상 급등하였다. 초기의 지가 상승은 경기 호황에 따른 오피스 수요의 증가⁴¹⁾에서 시작되었으나 이후 주택지로 확산되었으며 '87년 「리

37) 연평균 지가상승률(73~79년) : 상업지 2.9%, 주택지 6.1%, 공업지 2.5% 였으나 연평균 물가상승률(73~79년)은 10.3% 수준이었음

38) 금리인하 : '86년 1월~'87년 2월, 5차례에 걸친 금리 인하 (5%→2.5%)

39) 특히, 카드사 등 비은행금융회사(Nonbank)의 부동산 대출 급팽창

40) 6대도시 : 도쿄, 오사카, 나고야, 요코야마, 교토, 고베 / 3대도시 : 도쿄, 오사카, 나고야

41) '수도개조계획('85년 5월)'에 의해 도쿄를 국제금융센터로 부상시키겠다는 계획을 발표하자 도쿄의 사무실 부족을 예상, 도쿄의 상업용지 가격상승에 대한 기대가 높아짐.

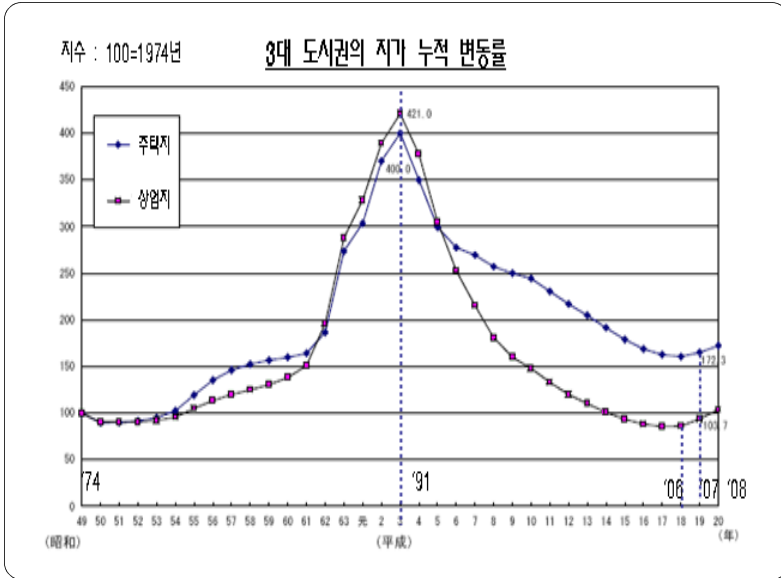
조트법」이 제정된 이후로는 도시뿐만 아니라 비도시 지역으로까지 확산되게 되었다.

일본의 부동산 투자는 개인보다 기업에서 크게 증가하였으며 실수요의 목적보다는 저금리 및 유동성 증가와 과도한 개발계획에 의한 영향이 컸다. 기업들은 저금리를 활용하여 부채를 늘려 처음에는 금융자산과 토지에 나중에는 설비에 과잉투자를 하였다. 그러나 1991년 대출총량규제책이 실시된 이후 일본의 부동산 시장은 장기침체국면으로 전환하여 2005년까지 15년간에 걸쳐 상업지는 고점대비 87%, 주택지는 67% 가격이 하락하였으며 그 이후에도 부동산 가격은 사실상 정체된 상황이다.

나. 버블붕괴의 원인

일본 정부는 버블 말기 전 방위적인 버블 확대 억제 정책(금융긴축 정책, 총량규제 도입, 토지세제 강화 등)을 진행하였다. 그러나 버블 붕괴의 결정적 단서는 '90년 3월 '부동산관련융자의 총량규제' 도입에서 비롯되었다. 대출총량 규제가 시행되자 부동산에 대한 수요가 원천 봉쇄되는 가운데 매물은 순식간에 시장에 쏟아져 나왔고 부동산 관련 대출의 부실화가 기업과 금융기관을 동시에 부실화시키며 복합 불황 국면으로 진입하게 되었다.

[그림 4-2] 일본 주요 3대 도시권의 토지가격 변동 추이



* 자료: 국토교통성

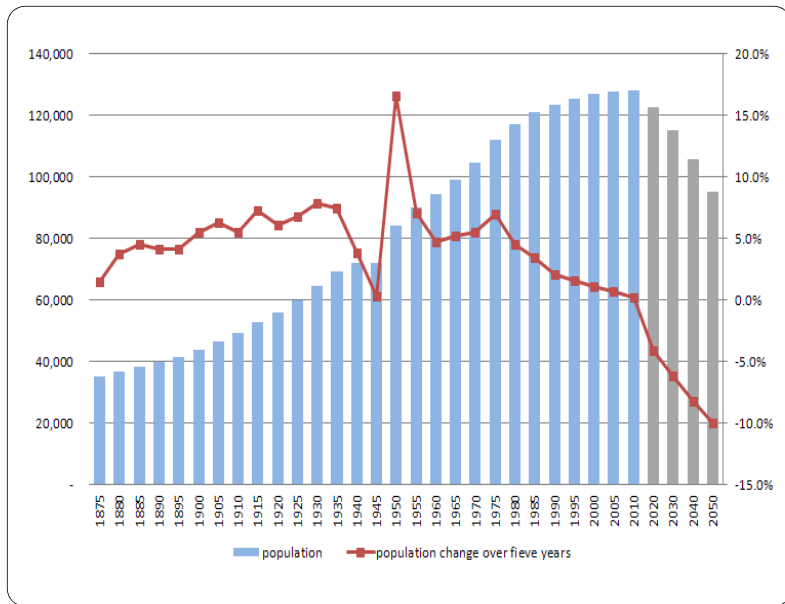
그러나 일본 경제의 장기불황 원인은 부동산 버블붕괴 이외에 부동산 버블 형성기에 이루어진 과잉투자, 과잉고용, 부실채권의 처리 지연 등의 문제가 복합적으로 작용한 결과라고 할 수 있다. 80년대 후반 누적된 과잉설비투자로 인해 2000년 전후 IT호황시기에도 일본은 적절한 투자를 적기에 하지 못하였다. 중신고용제 시스템의 일본 사회에서는 과잉고용의 문제도 해결이 쉽지 않아 장기 침체가 2/3 정도 진행된 시점인 '90년대 말에야 비로소 본격적인 고용조정이 시작되었다. 그러나 경기침체가 장기화된 시점에서의 고용조정은 연금에 대한 불신과 소비심리의 위축을 가져와 오히려 사회 전반에 불안을 가중시키는 결과를 초래하였다.

다. 버블붕괴와 인구구조 변화

일본의 총가구수는 2015년경까지 증가할 것으로 예측되나 총인구는 이미 2010년 128,056천명을 정점으로 감소세로 돌아섰으며 감소율은 더욱 확대될 전망이다. 일본 통계청 추정에 의하면 일본의 총인구는 2020년 122,735천 명, 2030년 115,224천 명, 2040년 105,695천 명, 2050년에는 95,125천 명으로 앞으로 40년 안에 2010년에 비해 32,931천명이나 감소할 것으로 전망되고 있다.

[그림 4-3] 일본 인구수 및 인구증가율

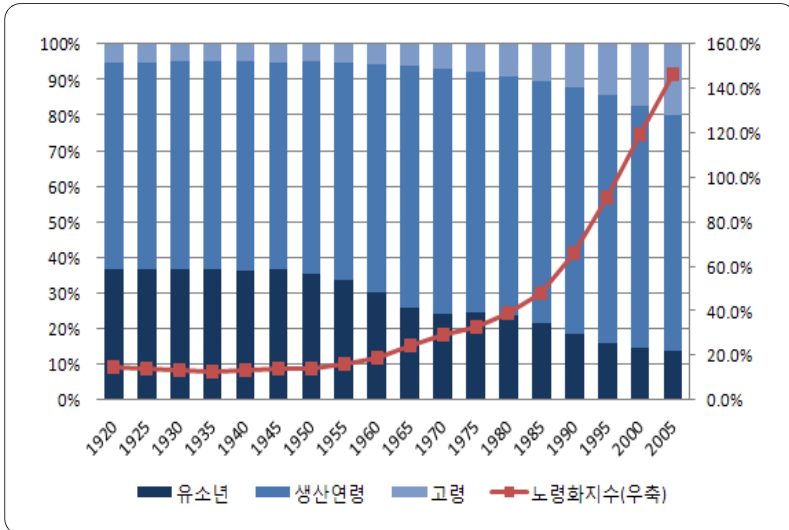
(단위 : 천 명, %)



* 자료: 1) 1875~2010년, 일본통계청 (www.stat.go.jp)
 2) 2020~2050년, "Population Projections for Japan", National Institute of Population and Social Security Research.

반면 65세 이상 고령인구 증가율은 이미 85년 이후 매우 빨라지고 있다. 1970년 65세 이상의 노인인구가 차지하는 비율은 약 7.1%에 불과하였으나 1990년에는 12.3%, 2000년에 17.5%, 2005년에는 20.5%를 기록한 후 2009년 말에는 22.7%로 상승하였다. 현재 일본은 유엔이 정한 기준⁴²⁾에 의하면 이미 초고령 사회(super-aged society)에 진입하였고, 향후 단카이 세대가 65세에 달하는 2012~2014년이 되면 노인인구 증가율이 급격히 증가할 것으로 예상된다.⁴³⁾

[그림 4-4] 일본 연령층별 분포 및 노령화 지수



* 자료 : Summary of Results 2005, 일본통계청

42) 전체 인구 중 65세 이상 고령인구 비율이 20% 이상인 사회를 ‘초고령화사회’로 규정

43) 단카이 세대는 1947~1949년 1차 베이비붐 기간에 태어난 약 664만 명을 지칭하며 2009년 기준 총인구(1억 2,751만 명)의 약 5.21%를 차지함. 정호성 외(2010.10), 베이비붐 세대 은퇴의 파급효과와 대응방안, 삼성경제연구소, p.94

한편, 출산율 역시 1947년 4.54명(합계 출산율)으로 정점을 기록한 후 2008년 1.37명까지 하락한 상황이다. 주택수요의 핵심연령층이라고 할 수 있는 35~54세 인구수도 1990년을 정점으로 감소하고 있는데 신축주택 착공수 역시 이 시점부터 감소하고 있다.

〈표 4-2〉 일본 주택 주수요 계층(35~54세) 인구 및 신규주택 착공수 추이
(단위 : 천명, %, 호)

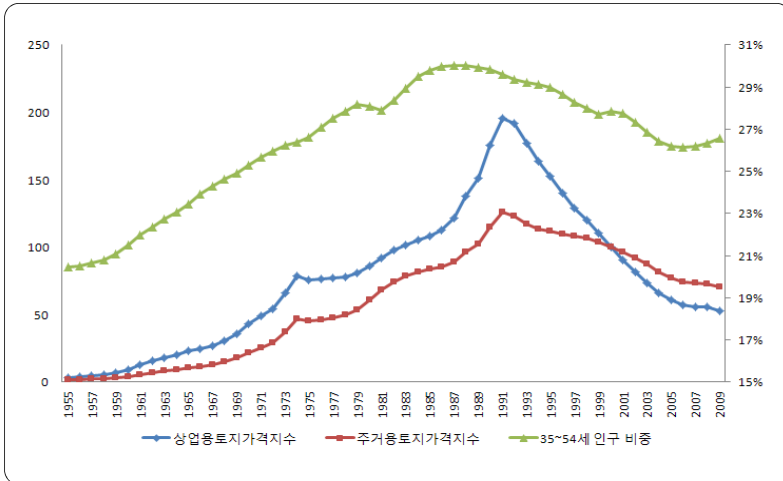
	전체 인구수	주택 주수요 계층(35~54세)		신규주택 착공수(호)
		인구수(천명)	비율	
1955년	83,200	16,931	20.3%	279,241
1960년	89,276	18,277	20.5%	452,889
1965년	94,302	20,223	21.4%	845,108
1970년	98,275	23,040	23.4%	1,490,872
1975년	104,665	26,428	25.2%	1,427,719
1980년	111,940	29,790	26.6%	1,213,859
1985년	117,060	32,829	28.0%	1,250,994
1990년	123,611	36,768	29.7%	1,665,367
1995년	125,570	36,369	29.0%	1,484,652
2000년	126,926	35,273	27.8%	1,213,157
2005년	127,286	33,339	26.2%	1,236,175

* 자료 : 일본 총무성 통계국, “인구센서스” 각년도

일본의 경우 베이비붐 세대는 두 유형으로 구분할 수 있다. 첫째, 1947년부터 1949년까지 3년간 매년 200만 명 이상 태어난 전후 세대이다. 일명 '단카이 세대'라고 부른다. 그러나 이들에 앞서 1930년부터 1939년 사이에 태어난 2,148만 명도 베이비붐 세대라고 부른다. 따라서 단카이 세대는 엄밀하게 2차 베이비붐 세대라고 할 수 있다. 이렇

계 구분지어 보면 일본의 경우 1930년대 출생한 베이비붐 세대가 은퇴하기 시작한 1991년이 장기침체의 출발점이 되고 있다.

[그림 4-5] 일본의 35-54세 인구 비중과 토지가격 추이



* 자료 : 일본 국토교통성, 통계청

이처럼 일본은 인구구조의 변화속도가 빨라지는 시점에 버블붕괴가 일어났으며 빠른 고령화의 진전과 경제 및 산업 구조조정의 지연이 결국은 버블붕괴 이후 경기회복의 걸림돌이 되어 장기불황을 초래하게 된 것으로 판단된다.

라. 버블붕괴이후의 변화

수요공급측면에서 보더라도 일본의 가구 수는 4,700만 세대지만, 주택 수는 5,400만 호를 넘어 700만호 이상 공가가 있는 공급 과잉 상태를 보이고 있다. 그리고 주택가격의 장기 하락을 경험하였기 때문

에 주택담보대출을 받아 주택을 구입하고, 가격이 상승하면 매각하는 방식의 부동산투자는 당연히 사라졌다. 이에 따라 이제 일본인들은 소유가 아니라 이용의 개념으로 부동산을 구입한다. 즉 주택을 구입 하더라도 영주하는 주거 개념으로 임하는 것이다. 특히 구매력이 약한 젊은 층의 경우는 매입보다도 임대를 선호하는 경향이 뚜렷해지고 있다.

일본에서 부동산을 저축이나 주식보다도 유리한 자산으로 인식하는 경향은 현저하게 약화되었다. 일본 국토교통성에서 조사한 바에 따르면 ‘토지가 저축이나 주식 등에 비교해서 유리한 자산인가’라는 질문에 대해 1990년대 초반 하더라도 ‘그렇다’는 긍정을 한 경우가 약 62%에 달했다. 그렇지만 이후 급속하게 이 비율이 떨어져서 2003년에는 32.9%로 절반 정도 수준으로 내려왔고, ‘그렇지 않다’고 답한 경우가 36.7%에 달했다.

이와 같은 변화의 배경에는 부동산가격의 지속적 하락이 작용하고 있다. 일본부동산의 시세차익은 1987년을 정점으로 해서 하락해서 1992년부터 마이너스를 기록해왔다. 공시지가의 경우 1974년 1월을 100으로 했을 때 1990년대 초에 450까지 갔다가 2005년에 다시 100으로 돌아왔다. 반면 임대수익률은 1996년부터 국채이자율보다 높게 형성되어왔다.

이에 따라 부동산의 시세차익에 대한 기대는 사라지고, 주택공급, 택지공급, 기존주택거래의 위축 등이 심화되었다. 특히 일부 신축맨션을 제외하고 기존주택에 대한 구매수요가 극도로 위축되면서 이제 중고주택유통촉진책이 제시될 지경에 이르렀다. 중고주택 성능평가 제도, 맨션의 유지관리에 관한 이력정보 등록제도, 리폼시장 활성화

를 위한 인터넷활용 등이 그런 제도들이다.

또 하나는 소유보다는 임대를 선호하는 경향이 뚜렷해지면서 분양 사업이 급속히 감소하고, 주택임대가 선호되면서 임대보증금 자체도 사라진 ‘먼스리 렌트’(monthly rent)가 등장하기에 이르렀다. 그리고 이처럼 주택시장에서 새로운 임대형태가 발전한 결과 과거처럼 개인들이 임대를 놓고 관리하는 방식의 임대시장은 빠른 속도로 기업화되기 시작했다. 기존 개인들이 소유한 토지나 주택은 부동산회사나 관리회사들이 위탁경영하거나 개발하는 것이 일반화되었다. 부동산회사들은 개인들이 부닥치고 있는 상속, 증여 등의 문제를 해결하기 위해 개인 토지나 주택을 임대사업체로 개발하고, 자산을 관리해주는 형태로 위탁을 받고 있다. 그리고 이와 같은 형태의 임대사업을 대리하는 업체는 부동산개발, 건설, 관리, 중개 모든 분야에 급속하게 증가하고 있다.

이처럼 장기침체로 인한 시장변화는 분양개발사업의 비중이 감소하는 대신에 임대중개, 관리, 보증 시장의 확대로 대체되는 흐름을 보여주고 있다. 나아가 저가주택이나 건물을 리모델링하는 사업이 신규 건설사업 비중을 앞서고 있으며, 부실자산을 매입하여 고부가가치자산으로 전환하는 사업들이 각광을 받고 있다. 결국 장기간의 자산디플레이션으로 인해 부동산소유에 따른 부담이 커짐에 따라 임대사업이 부상하였고, 이에 따라 부동산을 가격차익에 의한 수익보다는 월세의 현금흐름을 중심으로 활용하는 방식이 대세로 자리 잡고 있다.

한편, 토지의 경우에도 토지를 임대해서 개발하는 방식이 소유하는 방법보다 더 각광을 받고 있다. 일본의 경우 차지권에 의한 임대를 활용하여 개발비용을 줄이는 사업방식이 일반화되어 있다. 또한 부동

산을 직접소유하고 개발하는 사업보다 넌에셋(non-asset)사업이라 불리는 컨설팅, 중개, 위탁경영, 보증 사업이 신규 사업으로 확대되고 있다. 요컨대 부동산을 소유함으로써 얻는 자본이득보다는 그로 인한 손실을 회피하는데 더 관심이 있고, 부동산의 현금흐름을 활용하는 임대, 보증, 유동화 등이 새로운 사업의 핵심 키워드가 되고 있다.⁴⁴⁾

2. 미국의 사례

가. 금융위기와 주택시장

미국 금융위기의 발생 원인에 대해서는 다양한 논의가 있지만, 이번 금융위기는 주택시장과 연관된 과잉생산과 부실대출(서브 프라임 모기지)에 있다고 할 수 있다(Roubini, Nouriel and Stephen Mihm(2010)). 현재 미국 금융채권의 상당 부분을 차지하는 주택담보증권(MBS, mortgage backed securities)과 이를 기초로 한 파생상품들이 주택대출채권을 기초로 하고 있기 때문이다.⁴⁵⁾

소위 부동산 증권화(securitization)에 의한 이들 금융상품은 다수의 주택대출채권을 집합으로 하여 분할 판매하는 금융상품 형태였다. 이처럼 대량의 대출채권을 집합하여 새로운 금융상품을 발행하면 포트폴리오 효과(portfolio effect)로 인해 상품의 수익률은 올라가고, 위험도는 떨어진다. 이러한 원리를 활용하여 주택담보대출을 기초로 한 금융상품은 미국 금융시장의 핵심 상품으로 성장해 왔다(이상영,

44) 이상영·서후석(2011), “일본 민간 임대주택시장 발전과정의 특성과 그 시사점”, 「부동산학보」, 부동산학회 학회지 제45권

45) 미국 모기지대출잔고는 미국 GDP의 70% 수준에 달하며, 이를 기초자산으로 하는 MBS는 재무성채권보다 신뢰성이 높은 자산으로 간주되어 국내외 투자자들이 가장 선호하는 투자자산이었다.

2011).

미국 MBS시장의 성장은 1980년대 말 미국 부동산시장 위기와 더불어 시작된 것이다. 당시 저축대부조합(Savings and Loans, S&L)의 주택 대출이 갖는 취약점, 즉 단기 수신자금을 활용한 장기 주택자금 대출이라는 구조가 S&L의 전국적인 부도의 원인이 되었는데 이 부도를 해소하는 과정에서 페니메이(Fannie Mae)와 프레디맥(Freddie Mac)이라는 유동화전문기관이 성장⁴⁶⁾하게 되고 '90년대 MBS는 미재무성증권보다도 신뢰성이 높은 자산으로 간주되면서 빠르게 성장했다. 그러나 이들 파생상품에 대한 금융당국의 부실감독, 저금리 하에 신규주택의 과잉생산과 이를 해소하기 위한 디벨로퍼와 주택대부업자들, 그리고 소비자들에 의해 확산된 과잉 담보대출이 결국은 또 다시 오늘날의 금융위기를 초래하게 한 것이다.

서브프라임 모기지 사태의 출발점은 2007년 4월 미국 제2 서브프라임 모기지 회사였던 뉴센츄리파이낸셜(New Century Financial)의 파산이었다. 그러나 이 사태는 결국 미국 금융시스템의 붕괴로 이어졌다. 개별금융기관의 대출이 수차례의 유동화과정을 거쳐서 유동화 상품, 파생상품화되고, 이로 인해 최종 손실이 어디까지 영향을 미칠 것인지 파악이 되지 않는 상황에 이르게 되었다. 서브프라임 모기지의 경우는 신용도가 낮은 저소득층을 대상으로 이루어지는 고금리의 주택 대출이기 때문에 주택경기가 호황일 때는 주택가격 자체가 상승하고,

46) 페니메이는 연방저당권조합(Federal National Mortgage Association)의 약자인 FNMA를 부르기 쉽게 붙인 이름이고, 프레디맥은 연방 주택대출 저장권 회사(Federal Home Loan Mortgage Corporation)의 약자인 FHLMC를 부르기 쉽게 붙인 이름이다. 이들 기업은 모두 미국 연방법에 의거 설립된 회사로 정부산하 공기업에서 출발하여 민영화되었던 회사들이다. 그런데 2008년 금융위기 이후 다시 국영화되었고, 미국 MBS 보증 및 투자의 핵심회사들이다.

이에 따라 상환에 여유가 생길 수 있다. 그렇지만 불경기가 되어 주택 가격이 하락하게 되면, 저소득층으로서는 원리금을 상환하기가 쉽지 않다. 그 결과 연체나 압류가 발생할 확률이 높게 된다. 이 때문에 전체적으로 대출의 건전성이 약화되는 현상이 발생하게 된다. 주택경기가 계속적으로 침체되면 주택대출의 부실화는 더욱 가속도가 붙게 되고, 새로운 금융기법에 의한 유동화라는 증폭기 안에서 상당기간 부실문제를 확대시키게 된다.

여기에 투자의 세계화로 인해 이러한 상품에 투자한 각국의 금융기관들의 부실화되었다. 더욱이 이제 이 부실채권의 소유자는 미국보다는 중국, 일본 등 해외자본이 되면서 세계적 파급 효과를 가지게 된다. 90년대 말 외환 위기에서 촉발한 아시아 금융위기는 부동산시장의 붕괴와 대출부실로 이어져 2차 금융위기를 일으키는 구조였다. 이와 비교해 보면 현재는 부동산분야의 부실대출이 금융위기를 일으키고, 이것이 전체 금융계뿐만 아니라 전 세계적 규모로 파장을 가져오는 형태로 확대 재생산되고 있고, 그만큼 파급력이 큰 위기의 상황이라고 할 수 있다.

나. 금융위기와 인구구조

미국 주택시장의 회복여부는 결국 주택을 구매할 수 있는 인구구조가 뒷받침되어 주느냐가 가장 큰 변수가 될 것이다. 미국 인구는 2010년 3억 430만 명에 이르고 있으며 아직도 계속 증가하고 있다. 미국의 인구증가는 이민 등 외국인 인구 유입이 매우 큰 영향을 미치고 있다 (외국인수(Foreign Born)는 2010년 371만 명에 이르고 있으며 이는 전체 인구의 12.4%를 차지). 그러나 인구증가에도 불구하고 미국

사회 역시 청장년층의 인구는 감소하고 고령인구가 증가하는 고령화 사회가 진행되고 있다. 최근 10년 동안 미국의 인구 중 35~44세 인구는 오히려 감소하였다. 반면 은퇴기 전후인 55~64세 인구는 지난 15년 동안 두 자릿수 상승률을 기록하며 증가하고 있다.

〈표 4-3〉 미국 연령대별 인구 증감율

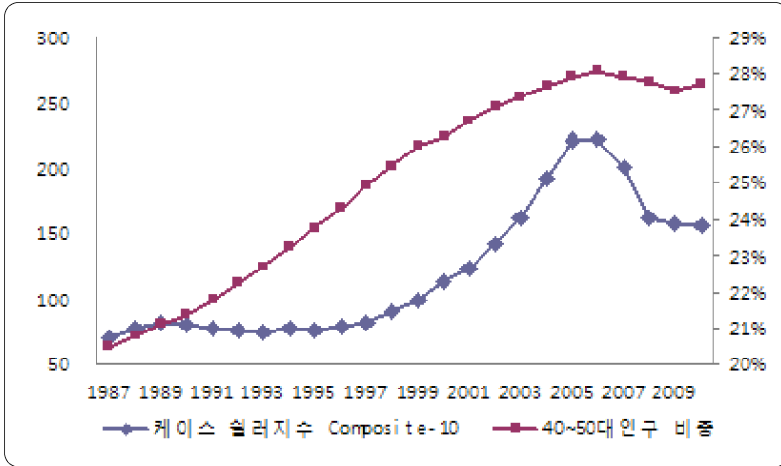
(단위 : 천명, %)

	인구수				증감율		
	1995	2000	2005	2010	'95~'00	'00~'05	'05~'10
0~14	59,374	60,241	60,729	62,112	1.5%	0.8%	2.3%
15~24	36,261	38,366	41,070	42,241	5.8%	7.0%	2.9%
25~34	41,261	39,031	39,310	41,085	-5.4%	0.7%	4.5%
35~44	42,496	44,474	43,350	40,447	4.7%	-2.5%	-6.7%
45~54	30,672	37,334	41,961	44,387	21.7%	12.4%	5.8%
55~64	20,766	23,981	29,536	35,395	15.5%	23.2%	19.8%
65~74	18,201	18,202	18,390	20,956	0.0%	1.0%	14.0%
75~84	10,204	11,991	12,978	12,964	17.5%	8.2%	-0.1%
85세이상	2,872	3,184	3,842	4,693	10.9%	20.7%	22.1%

* 자료 : U.S. Census Bureau, Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement

미국의 베이비부머는 1946년생부터 시작되는데 이들은 2006년부터 본격적으로 은퇴시점에 들어갔다. 베이비부머 은퇴와 같은 변화는 그동안 주택시장의 주요한 수요층이었던 40-50대들이 노령화되면서 이제 교외의 주택을 처분하고 노후를 보내기 위해 미국 남부의 선벨트(sun belt)나 대도시 도심 지역으로 이주하는 과정에 돌입했음을 의미한다. 그러나 주택구매에 주력해야 할 35~44세 인구가 10년 이상 감소하고 있고, 소득 수준상 외국 이민자들은 이들과 주택구매에서 경쟁의 상대가 되지 못함에 따라 베이비부머들의 주택처분은 쉽지 않을 것으로 예상된다.

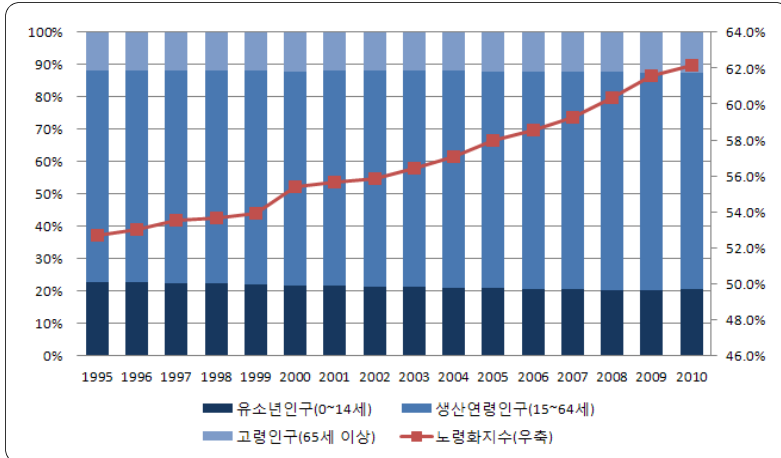
[그림 4-6] 미국의 베이비부머 인구와 주택가격 지수



* 주 : 매년 12월을 기준으로 함

* 자료: www.standardandpoors.com, U.S. Census Bureau, 2010 Census Summary

[그림 4-7] 미국 연령층별 분포 및 노령화지수

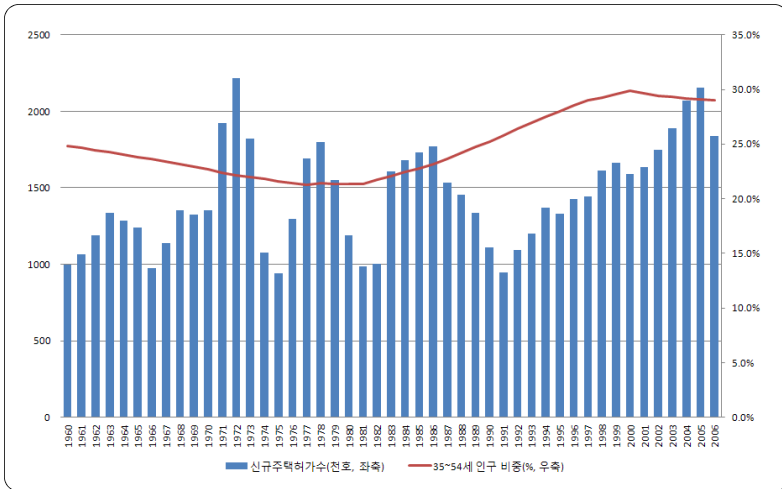


* 자료 : U.S. Census Bureau, Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement

반면, 미국의 노령화 속도도 2006년 이후 빨라지고 있다. 이는 베이비부머들의 은퇴가 본격화되었기 때문이다. 한 조사⁴⁷⁾에 의하면 베이비부머 은퇴자의 1/3이상은 은퇴 후 주거 이동 계획을 가지고 있는 것으로 조사되었다. 2009년 미국에서 거주지를 이동한 은퇴자 규모는 약 350만 명에 이른다. 이들의 주거이동의 고려요건을 살펴보면 베이비부머 세대의 경우 엔터테인먼트(Entertainment), 쾌적한 보행공간과 24시간 서로 보살필 이웃이 필요하다는 이유 등으로 교외지역 보다 도시(Down town)를 선호하는 것으로 조사되었다. 이들은 대도시보다 양호한 기후조건과 친환경적인 요소를 갖춘 소도시로의 이동을 원하는 것으로 조사되었는데 따뜻한 기후조건과 풍부한 레저 활동이 가능한 지역으로 남동쪽 지방의 플로리다, 캐롤라이나 등 대서양 근처 지역을 선호하고 있다. 주거이동계획에서 가장 중요하게 생각하는 것은 거주환경으로써, 휴식을 위한 공간과 접근성 등을 중요하게 생각하고 있었으며 주거이동에 소요되는 자금은 주로 연금제도, 역모기지론, 그리고 기 보유한 유동성 높은 금융자산을 활용하는 것으로 조사되었다.

47) 미래에셋부동산 연구소

[그림 4-8] 미국 신규주택 허가수 및 주택주수요계층(35~54세) 인구 비중 추이



* 자료 : U.S. Census Bureau

일본의 사례와 마찬가지로 미국의 경우에도 35~54세(주택의 주수요계층)의 인구가 감소하는 시점부터 신축주택 공급규모가 감소하는 패턴을 보이고 있다. 또한 미국도 과잉생산과 베이비부머의 인구 비중의 감소, 고령화의 속도가 빨라지는 시기에 과도한 주택담보대출의 확대가 결국은 과잉공급과 가격의 버블을 키웠다. 따라서 미국의 경우에는 인구가 총량적으로 여전히 증가함에도 불구하고 주택시장의 침체는 좀처럼 극복의 가능성이 보이지 않고 있다.

지금의 미국의 경기 침체는 부동산을 기초자산으로 하는 금융시장의 붕괴가 부동산 시장과 연쇄적으로 반응하고 있는 것이다. 따라서 주택경기의 회복 없이는 미국경제의 회복은 근본적 처방이 불가능한 상황이 되었다. 아울러 증가하고 있는 인구의 대부분을 차지하는 이민인들이 주택을 적극적으로 구매하기 위해서는 미국내 고용문제

가 회복되고 내수가 활성화되어야 하나 미국 경기 회복은 계속 지연되고 있는 상황이다.

종합하여 볼 때 미국의 주택버블 붕괴는 인구구조 변화에서 초래되었다가기보다는 부동산과 연계된 금융의 과잉투자에서 비롯되었다. 일본과 비교해 보았을 때, 여전히 인구성장잠재력이 있는 미국은 일본과는 다른 경로를 겪어야 할 것으로 추정된다. 그러나 미국 주택경기 회복에 대한 전망은 결코 낙관적이지 않다. 그 유는 무엇일까?

미국과 일본에서 공통적으로 나타나는 현상은 인구증감과 상관없이 진행되고 있는 인구의 고령화 추세이다. 또한 탈산업시대를 넘어 지식사회 등으로 진전되는 경제구조의 변곡점도 주요한 요인이다. 고령화 사회에서 젊은 청년층들은 과도한 노인부양부담으로 소비주체로서의 구매력이 낮아질 수밖에 없다. 더욱이 연소득의 3~5배 정도의 높은 비용을 지불해야 하는 주택구매에 있어서는 부담이 클 것이다. 동시에 노인가구들의 주택소비도 확대 성장 보다는 질적인 소비를 추구하되 소비규모를 줄여나가는 패턴이 더욱 일반화될 것이다. 즉 새로운 산업구조와 고령화 사회는 우리가 지금까지 경험하지 못했던 새로운 경제패턴과 사회모습을 가져올 것이라는 것을 짐작할 수 있다.

이러한 일련의 변화과정을 리차드 플로리다는 리셋(reset)이라는 개념으로 규정하고 있다. 그의 설명에 따르면 미국부동산시장은 19세기 이래 3차례의 리셋을 겪었다⁴⁸⁾. 가장 최근에 발생한 현재의 위기는

48) 1차 리셋은 19세기 후반 장기 불황과 1차 산업혁명이 한계에 도달했을 때 발생한 금융 위기에 기인한다. 이 때 해결방안이 공간적 해결책이었고, 미국이 농촌형 국가에서 대규모 산업도시 국가로 전환되었다. 2차 리셋은 1920년대 대공황과 함께 시작되었고, 교외 신도시 개발은 산업시대의 문제를 해결할 수 있는 공간적 해결책으로 경제적 모델의 지리학적 해법이였다. 즉 포드주의의 확립이 이러한 공간적 해결책에 의해 자리를 잡을 수 있었다는 것이다.

이제까지 경제성장을 주도해온 교외 신도시화 모델이 한계에 다다른 결과로 보고 있다. 즉 창의적 경제가 품고 있는 혁신과 생산능력을 전적으로 수용하는데 현재의 부동산시장구조가 적절치 않았기 때문에 위기가 온 것으로 보는 것이다(Florida, Richard, 2010).

따라서 다음절에서는 향후 미국과 일본 고령층의 핵심계층이 될 베이비부머들의 주택소비와 노인주거에 대한 문제들을 살펴보고자 한다.

제2절 베이비부머의 고령화와 주택·부동산 시장

1. 일본 단카이 세대⁴⁹⁾와 주택 부동산 시장

가. 일본 단카이 세대의 주택 수요 특성

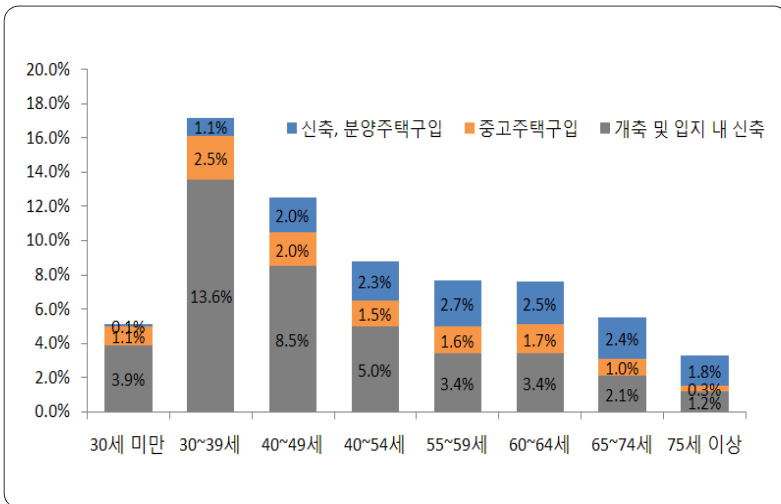
일본에서도 주택은 30대부터 40대에 걸쳐 취득하는 것이며, 정년퇴직 후에는 그 집에 계속해서 주거하는 것이 일반적인 통념이다. 때문에 단카이 세대의 대량퇴직은 주택투자를 하지 않는 연령층을 늘려 주택시장에 커다란 마이너스 요인으로 작용하게 될 것이라고 보는 것이 일반적이었다. 그러나 일본의 통계에 의하면 이미 주택소유 비율이 2/3가 넘는 50대 중반과 60대 이후 에서도 주택소유 비율이 소폭 상승하고 있는 것으로 조사되고 있다.⁵⁰⁾

49) 일본의 경우 베이비붐 세대를 '단카이(團塊, 덩어리) 세대'라고 하는데 이들은 1947년부터 1949년까지 3년간 매년 200만 명 이상 태어난 전후 세대이다. '단카이 세대'는 모리 요시로총리 내각에서 경제기획청 장관을 지낸 사카이야 다이치의 소설(1976년)에서 비롯된 말이다.

50) 일본에서는 고령자가 되어도 주택보유율은 오히려 상승, 자산액도 증가하지만, 미국의 경우 65세 이상이 되면 자산액과 보유율이 저하함. 이는 미국의 고령자가계에서는 은퇴 후 부부 둘이 생활하기에 충분한, 보다 좁은 주택으로 이사하는 경우가 많기 때문으로 보임. 일본에서도 그러한 라이프스타일의 변화 조짐이 엿보이긴 하지만, 아직 한계가 있음.

2003년의 ‘주택수요실태조사’에 의하면, 적어도 60대 초반까지는 신규주택을 취득하려는데 적극적이라는 조사결과가 나왔다. 또한 고령 가구들은 주택의 취득, 건설 외에 주택의 리폼에도 적극이어서 주택 투자의 전체적인 수준이 저하되지 않고 있다. 이처럼 기존 60대의 주택투자 수준이 하락하지 않은 상황에서, 특히 단카이 세대의 경우에는 퇴직 후에 퇴직 전 이상으로 주택에 자금을 투자할 가능성이 높은 것으로 보인다. 도큐 주거생활연구소에서 실시한 ‘샐러리맨의 주거 의욕조사’에 의하면, 장차 주택구입을 계획하는 비율은 경제 환경에 따라 달라지겠지만, 특히 50대 이상에서는 대체적으로 상승하고 있으며, 단카이 세대를 포함하는 50대에서는 더더욱 주택취득 의욕이 크게 조사되고 있다는 것이다.

[그림 4-9] 과거 5년간의 주택건설 및 취득비율



* 자료 : 국토교통성 주택수요실태조사 2003년

이처럼 단카이 세대가 주택투자에 적극적인 이유는 먼저 지금까지 주택과 이렇다 할 인연이 없었기 때문이다. 실제 50대부터의 단카이 세대의 자가 소유율은 윗세대와 비교해 상대적으로 낮은 편이다. 단카이 세대의 자산형성이 원활하지 않았던 것은, 주요 자산형성기에 인구의 대도시 집중으로 인한 자산가격 급등, 버블붕괴와 같은 자산 시장의 큰 변화를 직접 겪었기 때문이다. 대부분의 단카이 세대는 취직을 위해 지방에서 대도시권으로 상경했으며, 1970년대 초반에 결혼해서 가정을 형성하였다.(혼인건수의 정점은 1972년, 1970~74년이 높은 수준). 주택을 구입한 시기의 정점은 1980년대 초반이었는데 이 시기는 인구의 대도시 집중화가 급격히 진행되어 양질의 주택이 절대적으로 부족했던 때였으며, 단카이 세대는 집을 임대하거나 출퇴근에 1시간 이상 걸리는 교외주택을 구할 수밖에 없었다. 많은 단카이 세대가 수도권이라고 해야 치바, 사이타마, 카나자와현의 도심이나 베드타운, 뉴타운이라 불리는 지역에 거주했던 것은 이 때문이었다. 또한 단카이 세대의 주택취득은 버블기에 해당하는 1980년대 후반에 높은 수준을 유지하고 있는데, 1986~90년의 구입비율은 다른 세대와 비교해 높다.

버블 당시에 주택취득 비율이 높았기 때문에, 이후 단카이 세대는 주택가격 하락에 의한 손해와 막중한 부담을 떠안게 된다. 단카이 세대의 부채액 추이를 살펴보면,⁵¹⁾ 1980년대 후반에 급증한 다음, 1990년대 초반에는 계속 비슷한 곡선을 그렸다. 버블기의 주택투자와 부채의 확장이 훗날 대차대조표 조정의 형태로 주택투자를 억제했음을

51) 총무성 ‘저축동향조사’(현재는 ‘가계조사’)에 의한 것.

엿볼 수 있다. 1995~96년에 들어서서 겨우 단카이 세대의 대차대조표 조정은 마무리되는 것으로 나타난다. 하지만 단카이 세대의 소득은 1993년경에 정점을 찍은 후 1998년부터 감소세로 돌아섰다. 윗세대와 비교해 가장 소득이 높아지는 45세부터 퇴직 시까지의 소득이 증가하지 못했기 때문이다. 일본경제가 버블붕괴 후의 장기불황을 거치며 디플레이션 상황에 빠져 있는 동안, 기업이 임금 삭감 등 냉혹한 구조 조정을 실행한 것이 그 배경이었을 것이다. 마침 이 시기에 단카이 세대는 종래의 연공서열임금체계 하에서 비교적 높은 급여를 받던 세대에 해당되었기 때문에 타격을 입었을 것이다. 결국 이 소득감소가 주택투자의 억제요인으로 작용한 셈이다. 심각한 불황과 미래에 대한 불안도 강했던 탓에 선뜻 주택건설에 나서지 못한 사람들이 많았던 것이다.

이처럼 1970년대의 대도시권 주택부족, 버블붕괴의 피해, 40대 중반 이후의 소득감소 등으로 단카이 세대는 지금까지 주택투자에서 충분한 이익과 효용을 얻지 못했다. 그렇지만, 단카이 세대는 주택상황이 상대적으로 열악했던 만큼, 퇴직 후 인생에서 주생활을 중시하는 비중이 어느 세대보다 강했던 것 같다. 일반적으로 퇴직 후에는 직장과 출퇴근을 이유로 삼았던 주택취득이 감소한다. 한편 주거와 환경에 대한 불만 등을 이유로 주생활을 개선하고자 하는 주거이전이 증가하는 것이 기존의 패턴이다. 단카이 세대의 최근 주택취득을 살펴보면, 지금의 주택에 대한 불만을 이유로 하는 주택취득이 많았다. 단카이 세대의 주택구입이 피크를 이루었던 시기가 1980년대 초반이라 했을 때, 주택의 내구성이 30년 정도인 것도 최근 주택취득이 늘어난 배경일 것이다. 이들의 주택에 대한 불만은 단순히 ‘좁다, ‘해

가 잘 들지 않는다 등의 물리적 조건 뿐 아니라, 주택취득을 자신의 취미, 라이프스타일의 실현과 연결 짓는 패턴이 다른 세대보다 강하다는 점이다.⁵²⁾ 단카이 세대의 특징 중 하나인 취미적 인생의 추구를 볼 때, 주생활에 대한 집착, 기대가 특히 높을 가능성이 존재한다.

나. 일본 단카이 세대의 주택취득 자금원

2003년에 실시한 ‘주택수요실태조사’에 의하면, 이사를 하거나 집을 개축할 의사가 있는 세대가 동원할 수 있는 자금은, 55~59세까지 평균 1,860만 엔, 60~64세 평균 1,320만 엔이다. 전체 인구 평균 소요자금은 주문주택(건축비)이 2,824만 엔, 분양주택 3,636만 엔, 리폼 비용 210만 엔(국토교통성 주택시장동향조사 2004년도)으로 조사되고 있는데 55세 이상의 수요자가 동원 가능한 금액 대비 평균적인 주택가격은 여전히 높은 수준이다.⁵³⁾

특히 단카이 세대의 저축액은 고도성장 덕분에 이전 세대를 웃돌았지만, 소득의 감소로 인해 1990년 중반에 윗세대의 저축 수준으로 저하했다. 버블붕괴 이후부터는 돈을 빌리는 것 자체를 자제해 왔으며, 윗세대보다 부채가 많았던 탓에 순저축액도 상대적으로 적은 편이다.

따라서 퇴직 시기부터 노후까지 주택자금으로 보완할 만한 가능성

52) ‘주택수요실태조사(국토교통성 2003년)에 의하면, 최근주거를 옮긴 세대에게 그 이유를 묻은 결과, 단카이세대를 포함한 55~59세층의 4.0%가 딱히 불만은 없지만 좋은 주택으로 옮기고 싶었기 때문이라고 말했다. 이 비율은 각 연령층에서 최고를 차지했다. 이는 주택에 대한 현실적인 불만이라기보다, 취미적인 이유로 주택을 구입하는 사람이 단카이세대에서 늘어나는 것을 보여준다 하겠다.

53) 집을 다시 살 경우에는 매각대금을 취득자금으로 사용하게 되므로, 중고주택가격동향이 취득능력과 관계되어 있다.

이 있는 것은 퇴직금과 상속이다. 2004년 기준 상장기업 혹은 그에 필적하는 기업의 대졸 종합직의 적정 퇴직금은 2,368만 엔(노무행정연구소 조사), 실제 지급된 평균치(후생노동성의 ‘임금사정등 종합조사’ 정년퇴직 대상)는 2002년에 2,040만 엔이다.⁵⁴⁾ 상속 면에서는 피상속인(부모)의 사망 시기가 늦어지면서 상속인(자녀)이 유산을 상속하는 연령 또한 높아지고 있다. 2000년 부모 사망 시 자녀의 평균연령이 첫째가 57~61세, 둘째가 55~59세였는데 마침 퇴직 시기와 절묘하게 중복되는 시기였다.⁵⁵⁾ 결국 70대 이상의 노인이 50대에게 자산을 물려주는 셈이다. 단카이 세대는 퇴직을 전후로 퇴직금과 함께 부모님께 유산을 상속받으며 생겨난 돈을 주택자금에 투자할 여력이 생긴 셈이다. 주택을 상속받아 그 집에 살게 되는 경우도 있다. 그러한 경우는 새로운 주택투자를 억제하는 요인이 된다. 하지만 상속은 주거를 위한 것이라기보다 오히려 건축비나 새로운 주택의 구매자금이 될 가능성이 더 높은 것으로 조사되고 있다.

다. 일본 단카이 세대의 주택소비 패턴

(1) 개선·욕구 충족을 위한 이사

퇴직 후 주택투자는 출퇴근이나 결혼 등 일과 생활을 이유로 한 것부터, 주생활의 개선과 욕구 충족이라는 주택 자체의 가치 실현을 목적으로 하는 경향으로 변화하고 있다. 단카이 세대는 그러한 경향이

54) 다이이치생명경제연구소의 계산에 의하면, 단카이세대가 퇴직할 2007~2009년에 매년 15조 엔이 넘는 퇴직금이 지불되어야 하며, 3년 동안 총 47조 엔, 전후 해를 더하면 70~80조 엔이라는 계산이다. 은행, 증권사등이 이 거액의 돈을 놓고 분쟁전을 시작했다.

55) 동경미츠비시은행의 <미츠비시리뷰> 2003년 1월 23일호

보다 명백해질 가능성이 크다. 그렇다면 단카이 세대는 향후 주생활이라는 면에서 구체적으로 어떠한 수단을 구사하려고 생각하는 것일까.

2003년 ‘주택수요실태조사’에 의하면 당시 이사 혹은 집을 개축할 의지가 있는 세대는 단카이 세대에 해당하는 55~59세(20.4%)와 50~54세(21%)에서 가장 높게 나타났다. 그 내용은 리폼(전체의 10.6%가 계획)이 대부분이었지만, 집을 신축하거나 구입할 의향이 있는 세대의 비중도 도합 5.0%로 개축(2.5%)보다 높았다. 주택을 짓기 위해 토지를 매입한 세대가 많다는 데이터도 존재한다.⁵⁶⁾

1998년 조사와 비교해보면, 해마다 개축을 계획하는 세대 비율이 감소하고 있는데, 55세 이상의 세대에서는 주택의 신축과 구입을 계획하는 비율이 높아지고 있다. 특히 단카이 세대는 주생활 개선을 위한 선택에서 가장 능동적인, 주거이전을 피하려는 의지가 강하다고 볼 수 있다.

(2) 주택점유형태의 유연화

‘주택수요실태조사’(국토교통성)에서 연령별로 최근 주거상황의 변화를 살펴보면 55세 이상의 인구들이 주거지를 이전하면서 구매가 아닌 임대로 점유형태를 변화하는 경우가 늘고 있다. 임대주택으로 이사 간다는 것은 경제적인 이유에 의한 ‘자가소유포기’에 속할 수도 있다. 실제, 단카이 세대의 경우 자가에서 임대주택으로 옮겨가는 비율이 9.9%로 윗세대와 비교해 높았고, 반면 ‘임대에서 자가로 옮겨가

56) 국토교통성의 ‘토지보유이동조사’(2002년 거래)에 의하면, 분양주택과 맨션이 아니라, 주택을 짓기 위한 토지를 구입한 사람 가운데, 50~59세가 차지하는 비율이 23.0%로, 30대의 25.1% 다음으로 많았다. 이 세대에서 주택신축으로 이사를 계획하고 있는 사람이 많다는 점을 알 수 있다.

는 통상적인 이사형태의 비율은 상대적으로 낮았다. 이 세대의 경우 이미 자기 집이 있어도 매각하고 다른 주택을 임대해 옮겨가는, 임대를 적극적으로 선택하는 경향이 윗세대보다 높게 나타나고 있는 것이다.⁵⁷⁾

일본에서는 종래 임대주택 입주→분양주택 구입→원하는 주택 건설이라는 과정을 거쳐 왔으며, 최종적으로 단독주택을 소유하길 꿈꾸는 패턴이 일반적이었다. 이 조사에 드러난 단카이 세대의 행동에서는 일본인이 전통적으로 자기 집을 갖길 바라는 가치관이 변화해 새로운 주택을 선택하려는 조짐을 엿볼 수 있다. 이는 단카이 세대의 노후 주거에 대한 사고방식이 변했다는 증거일 것이다.

고령기에 적합한 주거형태를 조사한 결과(주택수요실태조사), 30대까지 단독주택을 소유하기를 바라는 층이 절반에 달했지만, 고령기에 가까워질수록 이러한 희망은 줄어들고 60대 이후가 되면 30% 이하로 감소한다. 다시 말해 실버타운을 선택하는 비율이 높아지고, 65세가 넘어서면 이러한 비율은 절반에 달한다. 집과 정원의 관리, 개호 등의 현실적인 문제를 고려했기 때문으로 보인다. 이러한 일반적인 경향에서 단카이 세대(2003년 55~59세)의 특징은 보다 젊은 세대와 비교했을 때 단독주택을 지향하는 경향이 일단 저하하는 한편, 공동주택과 임대주택을 선택하는 비율(각각 6.9%, 10.3%)이 현저하게 높아졌다는 것이다.

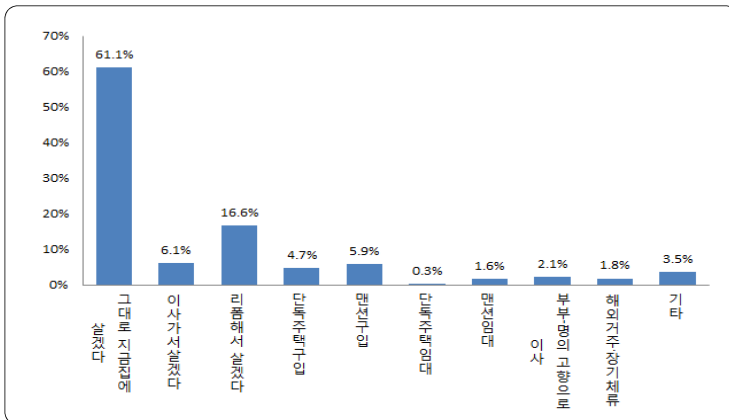
57) (주) 리쿠르트트의 조사(2003년 10~12월)에 의하면, 임대주택신규계약자 가운데 40세 이상 층에서 ‘앞으로도 임대주택에 살 계획’이라고 답한 사람이 25.2%, ‘조건에 따라 임대라도 상관없다’가 30.1%로, 임대선택비율이 30대보다 높았으며, 1999년에 실시한 조사보다 대폭으로 상승했음을 알 수 있다. 선택 이유는 ‘자유롭게 집을 바꾸고 싶어서’라는 대답이 35.8%로 가장 높았다.

국토교통성의 ‘향후 주거방식과 부동산에 대한 앙케트’(2004년 1월)에 의하면, 노후에 자녀와 함께 살기를 바라는 단카이 세대의 비중은 감소했으며, ‘부부끼리’ 살고 싶다고 대답한 사람이 63.9%에 달했다. 이렇게 고령자만의 생활을 바라는 주거수요 특성 때문에 보다 기능적인 공동주택과 임대주택을 바람직한 주거형태로 선택하는 측면도 있을 것이다. 아울러 주택 자체의 이용가치를 중시하는 단카이 세대의 주거선택 기준의 변화를 엿볼 수 있다.

〈단카이 세대에 향후 주거에 대해 조사한 결과〉

- 지금 사는 집에 계속해서 살고 싶다고 답한 사람이 **83.8%**, 이사 가고 싶다는 사람이 **12.5%**임. 어디까지나 ‘예정, 희망’이라고는 해도, 해외이주·장기체류도 **1.8%(50명 중 1명)**로, 노후생활의 다양화를 엿볼 수 있음.
- 집을 옮기고 싶다는 그룹에서도 맨션 등의 집합주택을 구입하겠다는 비율이(**5.9%**)로 가장 높았고, 단독주택의 구입을 원하는 비율이(**4.7%**) 뒤를 이음. 1할 이상의 사람(**5.9%+4.7%**)이, 곧 60세를 앞두고 있으며 자가를 취득하고 싶어 하는 것으로 나타남.
- 덧붙여서 지금 사는 집에 계속 살고 싶은 사람 가운데 이사를 희망하는 사람은 **6.1%**였고, 리폼을 원하는 사람은 **16.6%**, (특히 손을 대지 않고)그대로 살고 싶어 하는 사람은 **61.1%**였음.
- 주택구입희망자(**10.6%**)와 구입하진 않지만 지금의 집을 고치겠다는 사람(**22.7%**)을 합하면, 단카이 세대의 3명 중 1명이 주거와 관련해 투자할 계획을 갖고 있는 것으로 조사됨.

1) 단카이 세대의 향후 주거



* 주: 복수응답이 있으므로 합계는 100%를 넘는다.

* 자료 : 본 조사는 団塊マーケット(2006), 日本經濟研究センターセンター 編, 日本經濟新聞社 출판의 내용에서 발췌한 것임.

〈단카이세대에 향후 주거에 대해 조사한 결과(계속)〉

향후 이사계획이 있는 응답자들의 희망 이사 지역

- 남성의 경우 ‘현 주거지의 근처’가 4할에 미치지 못했고, ‘특별히 누군가와 가깝게 지내고 싶지 않다’가 약 6할을 차지하는 등, 지연이나 혈연에 대한 집착이 그리 강하지 않았고(남성은 원래 지역 커뮤니티에 녹아들지 못해 지연을 중시하는 사람이 적을지도 모르겠음), 좋아하는 곳으로 옮겨가려는 사람이 많음.
- 다만 부모에 대한 책임감이 여성보다 높은 탓인지, 부모의 근처에서 살거나 부모를 모시겠다는 의견이 여성보다 높은 비율을 차지
- 한편 여성은 ‘현 주거지의 근처’에 살겠다는 의견이 45.6%, 친척이나 지인 등 누군가의 근처에서 살기를 희망하는 사람이 도합 6할로, 지금까지의 생활과 환경을 그리 바꾸고 싶어 하지 않고 대인관계를 계속 이어갈 수 있는 장소를 희망. 또한 자녀 근처에 살거나, 자녀와 함께 살기를 원하는 사람이 남성보다 많음.

2) 단카이 세대의 성별 희망 이사지역

(단위 : %)

구 분		남성	여성
지역적	현주소 근처	38.5	45.6
	현주소와 같은 지역이거나 보다 도심	27.8	23.7
	현주소와 같은 지역이거나 보다 교외	7.1	7.0
	현주소와 다른 지역	23.7	20.5
	기타	3.6	5.6
인간관계적	자녀 근처	7.3	20.8
	자녀와 동거	1.2	6.3
	부모 근처	11.5	9.2
	부모와 동거	4.8	1.4
	형제나 친척 근처	6.7	12.1
	친구나 지인 근처	8.5	10.6
	특별히 없다	58.8	35.7
	기타	2.4	7.7

(3) 세컨드 하우스(2지역 거주 정책)와 재정부담의 분담

일본 총무성이 실시한 2003년 ‘주택·토지통계’에서 현재 거주하는 주택 외의 주택 보유현황을 살펴본 결과, 단카이 세대에 해당하는 55~59세의 보유율이 10.0%로 최대를 차지했다. 1998년 조사에서는 60대 이후 세대의 보유율이 높았지만, 2003년에는 고령층의 세컨드 하우스 보유율이 하락했는데, 단카이 세대의 저하는 상대적으로 적었다.

거주 주택 이외의 주택보유 내역을 살펴보면, 각 연령층 모두 임대용 주택의 비중이 하락했으며, ‘세컨드 하우스, 별장용’이 늘어나는 것이 최근 동향임을 알 수 있다.

2003년 ‘주택수요실태조사’에서 장차 살고 싶은 입지에 대해 설문 조사를 한 결과, 55~59세의 단카이 세대와 그 전후는 ‘전원, 리조트’를 희망하는 비율이 상대적으로 높았다.⁵⁸⁾ 지방출신이 많은 단카이 세대의 특성 중 하나로 어린 시절 경험한 풍요로운 자연으로 돌아가려는 ‘자연회귀’ 귀향이 강하는 점을 들 수 있는데, 그래서인지 퇴직 후 자연과 접하고 살고 싶어 하는 욕구가 강하게 나타나고 있다.

최근 중년층을 중심으로 농촌으로 유턴하는 비율이 상승하고 있다. 특히 출신지로 유턴하는 사람(남성)의 비율은 1996년부터 2001년까지 상승했으며, 그중에서도 중년층, 단카이 세대에 해당하는 50~54세의 상승이 현저했다.

58) 내각부 ‘주택에 관한 여론조사(2004년)’에서는, 도시와 교외 가운데 어느쪽에 살고 싶냐는 질문에, 교외를 희망한 사람은 50~59세 그룹이 68.9%로 최고를 차지했다. 또한 NPO법인 ‘고향복귀지원센터’(동경사무국)가 3대 도시권의 노동자를 대상으로 앙케트 한 결과, 단카이 세대를 포함한 50대에서 정년퇴직 후 농촌과 고원지역에서 살고 싶다고 대답한 사람은 64%에 달했다. 이사 가고 싶은 도도후현으로 1위는 오키나와, 2위는 홋카이도.

또한 향후 5년 내에 이사를 계획하고 있는 사람 가운데, 50대와 60대 초반의 경우 ‘대도시권에서 지방으로 옮겨가겠다’는 의견이 ‘지방에서 대도시권으로 옮겨가겠다’는 의견을 크게 웃돌았다.⁵⁹⁾ 그러나 이러한 바람을 실천한 경우는 많은 것 같지 않다. 도도부현의 인구이동은 2004년까지 9년 연속 감소했으며, 동경권에서의 전출도 감소경향을 보였다(총무성 주민기본대장 인구이동보고). 즉 실제 고령가구들이 도심으로 모여들면서 ‘동경일극집중’ 구조가 계속되는 것이다. 1990년대 후반 도심 맨션주택의 공급호수가 증가하는 것은 이러한 도심회귀가 진행되고 있는 것과 연계되어 있다. 이 배경에는 지가 하락, 도심부 용지의 공급증가로 인한 공급 요인과 교통과 쇼핑 등의 편리성, 문화시설, 관광 스폿 등 ‘어번 리조트’로서의 도심주거지의 매력에 대한 평가가 상대적으로 높아지면서 수요가 증가하고 있기 때문이다. 또한 지가가 전반적으로 하락하는 가운데, 도심부 물건이 자산보전 면에서 상대적으로 유리하다고 판단한 이유도 있을 것이다. 도심부를 중심으로 한 맨션은 구입연령층을 조사해 본 결과(‘나가타니(長谷工) 아베스트’가 판매제휴를 맺은 물건 구입자의 연령별 구성자료), 1990년대 후반 이후 50대 이후의 비율이 상승하는 경향을 보였다.

단카이 세대의 정년 후 주거이동은 일본 사회의 큰 이슈가 되고 있다. 이는 이들의 유입으로 인해 해당도시의 노인부양 부담이 늘어나기 때문이다. 1960년대부터 80년대까지 형성된 고도 성장기의 베드타운에는 단카이 세대 비율이 높다.⁶⁰⁾ 그러나 이들 지역에서는 향후 단

59) 아키타현의 조사에 의하면, 아키타현 출신으로 도시권에 사는 중년층 세대 가운데 27.8%가 계절적인 조건을 포함해 아키타현 내로의 이주를 고려하고 있다.

60) 부킨 지역경제연구소의 조사에 의하면, 사이타마현에서 단카이 세대의 인구비율이 높은 것은, 고도성장기에 뉴타운과 대형단지가 조성되어 대량으로 단카이 세대 인구가

카이 세대가 60세를 맞으면 인구구조가 한 번에 고령화로 치닫게 된다.⁶¹⁾ 이를 그대로 방치하면 노동 인구의 소득은 감소하는 반면 의료나 개호 등 지자체의 부담이 늘어나게 된다. 이러한 문제점을 해소하기 위해 등장한 정부의 정책이 바로 ‘2지역 주거’다. 평일은 편리한 도시에서 생활하고, 주말은 지방에서 자연을 즐기며 슬로우 라이프를 즐기자는 라이프스타일이다. 완전히 터전을 옮기는 ‘정주(定住)’와 비교해, 지역의 경제효과가 오히려 높을 것으로 예상된다. 국토교통성에서는 이러한 ‘2지역 주거’의 대상인구가 현재 약 100만 명에서 2010년 190만 명, 2020년 680만 명으로 증가할 것으로 예측하고 있다.

라. 요약 및 시사점

앞에서 살펴본 내용을 종합하여 보면, 단카이 세대는 퇴직을 하더라도 60세 초반까지는 주택투자의 수준을 낮추지 않을 것으로 보인다. 또한 다만 단카이 세대에 이어 인구의 핵심으로 부상한 단카이 2세대가 향후 자가를 취득할 시기⁶²⁾가 도래하는데 이들은(단카이 2세대) 자가를 소유하려는 경향이 강하다. 특히 낮아진 주택가격, 저금리를 배경으로 향후 주택투자를 활성화시킬 역할을 해낼 것이라고 업계에서는 기대하고 있다. 2003년 제정된 ‘상속세정산과세제도’ 등에

유입한 지역이 많기 때문이다.

- 61) 재무성(2004)은 단카이 세대의 고령인구 유입으로 인해, 2000년 단계에서 전국에서 가장 고령화가 진행되지 않은 사이타마현에서는 2000년~2010년의 60세 이상 인구 증가율은 53.0%로, 전국 1.8배의 하이 페이스를 기록, 60세 이상 인구 비율도 19.0%에서 28.2%로 9.6%나 상승했다. 3대 도시권의 고령화가 일거에 가속화된 것이다.
- 62) 약 800만 명에 달하는 단카이 시니어세대는 2005년 시점 31~34세라는 주택취득연령에 해당한다. 내각부 ‘소비저축행동과 국민부담에 관한 의식조사’(2005년)에 의하면, 단카이 세대의 주택취득연령이 30대 초반에 반해, 단카이 시니어 세대에서는 희망취득연령의 피크가 30대 후반으로 옮겨갔다. 2006년 이후 단카이 시니어에 의한 주택투자가 활발해질 것으로 보인다.

의해 부모 세대로부터 주택자금 증여도 증가⁶³⁾ 하고 있어 간접적인 단카이 세대의 주택투자도 예상된다.

둘째, 대부분의 단카이 세대의 주택이 지은지 30년이 지나 개축의 필요성이 높아지면서 동세대의 주택 개선, 이주 희망이 강하다는 점도 주택투자에 플러스적인 요인으로 작용한다. 그러나 이들의 주택수요는 기존의 출퇴근, 육아 등의 편리성 요인이 아니라, 주생활의 즐거움을 기준으로 주택을 선택할 것이며 교통편은 좋으면서도 개성적이고 취미적인 요소가 강한, 혹은 특정 라이프스타일을 실현하기 위한 주택 수요가 증가할 것이다.⁶⁴⁾ 또한 이들은 노후를 위한 이주에서 자가에 집착하지 않고 임대도 선호하고 있다. 따라서 고령세대를 위한 임대주택의 시장이 예상보다 크게 확대될 것으로 예상된다.

셋째 고령자의 주택보유율이 높고, 실물자산액이 큰 것이 일본의 특징이다. 따라서 부동산 자산의 원활한 처분이나 유동화를 위한 역모기지나 주택연금 등 부동산자산을 노후자금으로 활용할 수 있는 방안에 대한 수요가 매우 크다.⁶⁵⁾

63) 長谷 에어베스트의 ‘단카이, 단카이 시니어 세대의 의식조사’(2003년)에 의하면, 단카이 세대의 43.4%가 자금 원조를 생각하고 있다고 대답했고, 금액은 100만 엔 이상이 5.4%, 300만 엔 이상이 32.6%, 550만 엔 이상이 30.8%, 1,000만 엔 이내가 20.8%, 1,000만 엔 이상이 10.4%였다.

64) 최근 조용한 붐을 일으키고 있는 낡은 민가 재생, 수입주택 등을 살펴봐도, 수요를 리드하는 것은 단카이 세대를 중심으로 한 중년층이다.

65) 실물자산과 비교해 금융자산은 유동성이 높기 때문에, 노후 대비자금으로 유용하다. 이 때문에 주택에 돈을 지나치게 투자하면 노후생활에 불안을 느낄 수 있다. 이 문제를 해결하기 위해 고령자가 보유한 주택을 유동성 있는 자금으로 활용하는 수단으로 역모기지제도가 존재한다. 이는 보유한 주택을 담보로 일정금액을 빌려 연금방식으로 받으며, 계약이 종료되었을 때(사망 후)에 자산을 매각하고 차입액을 일괄 변제하는 시스템이다. 아직 일본에는 보급되지 않았지만, 2005년 대형 주택 메이커도 이 제도를 도입해 신규사업을 개시했다. 향후 혼자 살거나 부부만 사는 고령자세대가 증가하는 상황에서 정책지원에 따라 이용이 일반화할 가능성이 존재한다. 그러한 경우 주택투자를 촉진할 움직임, 금융자산에서 실물자산으로의 이동이 진행될 것으로 보인다.

1996년부터 이미 도쿄에서 JTI(Japan Trans-housing Institute, 사단법인)를 중심으로 교외지역의 고령자(50세 이상)주택을 젊은층에 임대하고 도심에 이주할 경우 정부가 사망시까지 반영구적으로 임대료를 보증하고 전국에서 이주자를 찾아주는 ‘마이홈 임차제도’를 운영하고 있다. 이는 일생동안 임대료 수입을 보장하며 3년마다 갱신이 가능하고 상속도 가능하다. 재원으로는 ‘고령자주택기금(약 5억엔)’을 활용하며 2008년부터는 부동산 회사와 국토교통성이 제휴하여 운영하고 있다. 이러한 주택은 각종 보증금 없이 시장가격보다 10~20% 저렴하게 임대하고 있다. 일종의 주택연금의 변형된 형태라고 할 수 있다.

〈고령자용 우량임대주택 공급을 위한 노력〉

□ 법률 제정 : 고령자용 우량임대주택에 관한 법률

- 일본은 급속하게 고령화가 진전되면서 고령자가 있는 세대가 2000년 30%에서 2015년에 40%로 증가할 것이라고 예상. 특히 독고고령자, 부부세대의 비율이 높아짐
- 이에 기인하여 2001년에 고령자의 거주안정확보에 관한 법률이 제정·공포되어 고령자용 우량임대주택제도가 창설
- 이 제도는 민간 등에 의해 양질의 고령자용 주택이 공급될 경우 건설비 보조, 집세 감액에 필요한 비용을 보조

□ 임대주택 공급촉진을 위한 세제지원

- 정부는 임대주택을 원활하게 공급하기 위해 임대주택용 택지 및 건물에 대해 다양한 금융지원 및 세제지원을 하고 있음
- 주택세제로는 취득·보유·양도 단계별 각종 조치가 있으나, 임대주택으로 이용되는 경우에는 소득세 및 법인세에 대한 조세지원을 아래와 같이 하고 있음
- 정기차지권으로 이용되는 택지를 상속받는 경우와 상속을 받은 재산을 특정 목적의 임대주택으로 이용되는 경우에는 조세특례제한법 및 상속세법 등에서 세제혜택을 부여하고 있음.

〈고령자용 우량임대주택 공급을 위한 노력(계속)〉

〈고령자용 우량임대주택에 대한 조정조치〉

		공급방식		
		도도부현지사의 인정을 받아 공급		지방공공단체
		민간주체	지방주택공급공사 등	
건설비 보 조	보조 대상	공공시설등 정비비 (공용통행부분, 고령자용 설비의 설치 등)	전체 공사비	전체공사비
	보조율	국가 1/3, 지방 1/3	국가 1/6, 지방 1/6	국가 1/3
개량비 보 조	보조 대상	공공시설등 정비비	공공시설 등 정비비	-
	보조율	국가 1/3, 지방 1/3	국가 1/3, 지방 1/3	-
임대료 보 조	보조 대상	- 집세와 입주자부담기준액과의 차액		
	보조율	- 국가 1/2, 지방 1/2		
	보조 기간	- 주택의 관리개시로부터 20년간 한도 (20년간 이내 갱신가능)		
주택금융공고 용자 등	- 주택금융공고에 의한 기본대출액 증액 (지방공공단체의 이자보조 조건) 총당률 80%		-	
	- 주택금융공고에 대한 지방공공단체의 이자보조			
	당초 5년간 2%	당초 10년 2% 11-20년 1%		

* 자료: 国土交通省(2002), 『新世紀の住宅政策 第八其 住宅建設 五個年計劃のポイント』

□ 조세특례제한법

- 조세특례제한법 제69의 4에 의하면 소규모택지 등에 대해서 상속세 과세가격 평가시 특례조치를 두고 있음
- 상속받은 자산 중 상속개시직전에 피상속인 등⁶⁶⁾이 국가사업용으로 제공되는 택지 중 한도면적요건을 충족하는 특례대상택지에 한해 상속세법 제11조의 2 규정(상속세 과세가격 평가규정)에서 다음과 같은 규정을 적용
 - 상속세 과세가격 평가시, 소규모택지 등의 가격에 다음 비율을 곱하여 산출(국영사업용 택지⁶⁷⁾인 소규모택지의 경우 100분의 20
 - 한도면적 요건은 국영사업용 택지의 경우: 400㎡ 이하

〈고령자용 우량임대주택 공급을 위한 노력(계속)〉

□ 소득세·법인세

- 특정우량임대주택의 공급촉진에 관한 법률(1993년 제정)에 기초하여 건설된 특정우량임대주택에 대한 소득세·법인세에 대해서는 할증상각(5년간 30% 할증)을 인정하고 있음. 단 내구연수 35년 이상인 해당 주택에 대해서는 5년간 40%로 할증상각을 인정
 - 그리고 고정자산세에 대한 특례조치로서 당초 5년간 120㎡ 상당부분에 대해서 3/5의 감액을 인정하고 있음

- “고령자의 거주안정확보에 관한법률(2001년)”에 기초하여 건설된 고령자용 우량임대주택에 대한 소득세·법인세에 대해서는 할증상각(5년간 40% 할증)을 인정하고 있음. 단 내구연수 35년 이상인 해당 주택에 대해서는 5년간 55%로 할증상각을 인정
 - 고정자산세에 대한 특례조치로서 당초 5년간 120㎡ 상당부분에 대해서 2/3을 감액을 인정해주고 있음

○ 도심공동주택의 할증상각

- 도심에서 주거사업을 추진해야할 지역에서 도심공동주택공급사업의 인정을 받아서 공급되어진 중고층 임대주택 또는 지구계획 등에 적합한 중고층 건축물(주택부분에 한함)에 대한 소득세·법인세에 대해서 할증상각규정(5년간 30% 할증)을 두고 있음 (내구연수 35년 이상인 해당주택에 대해서는 소득세·법인세 산출시 40% 할증상각을 인정)

66) 상속과 관련된 해당 피상속인 또는 해당 피상속인과 생계를 같이하는 친족

67) 국가사업용으로 사용하기 위해 상속인에게 상속개시후 5년 이상 임대한 택지를 말함.

〈고령자용 우량임대주택 공급을 위한 노력(계속)〉

- 상속세법 제12조 및 상속세법 시행령 제2조의 비과세대상에 포함되는 경우는 다음과 같음
 - 상속받은 재산을 공익목적으로 이용되는 경우에는 상속세를 부과하지 않음
 - 2000년 4월 개호보험법의 도입으로 무료나 저렴한 비용으로 개호시설이나 간호인 딸린 주택으로 이용할 수 있는 경우, 생활보호법, 아동복지법, 노인복지법, 신체장애자복지법 등에서 규정하는 공익목적으로 이용되는 경우에는 상속세 과세가액에서 제외됨
 - 상속세 납세유예 중 특정시가지구역 농지에 관한 전용 특례
 - 1988년 1월 1일부터 2000년 12월 31일 까지의 상속에 의해 이미 납세유예를 받은 3대 도시권의 특정시가지 구역 농지를 2001년 4월 1일부터 2004년 3월 31일 까지 중고층 임대주택을 건축하고 특정법인에게 임대하거나 국토교통대신이 정한 방법에 의해 계산한 임대료 한도액 이하로 공모에 의해 임대하는 등의 경우에는 납세유예가 지속됨

2. 미국 베이비 부머와 노인 주거 프로그램

미국의 베이비 부머는 현재 미국 전체 주택의 약 50%를 소유하고 있는 부동산 시장의 가장 큰 고객이다. 이들은 2008년 금융위기 이전까지만 해도 원하는 장소에 세컨드 하우스(second house)를 구입하여 노후에 하고 싶은 일을 하며 살고 싶다는 것이 일반적인 바램이었다. 따라서 미국사회에서는 퇴직이 곧 꿈(dream)으로 인식되었다. 특히 미국의 장년층(50대 이후) 인구들은 주택 등 부동산 자산 외에

금융자산도 상당부분 보유하고 있었기에 베이비 부머들의 은퇴이전에도 다양한 노인주거나 노인복지프로그램이 발달되어 있었다.

그러나 글로벌 금융위기를 겪으면서 미국인들의 정서에 큰 변화가 생기고 있다. 특히 미국의 중년층(40대)들은 퇴직을 가능한 한 늦게 하면서 오랫동안 ‘일’을 하고 싶어 한다. 아울러 퇴직 이후에 어디에서 살아야 하는가?(Where to live?)가 중요한 고민거리가 되었다. 지금까지는 퇴직을 하고나면 대부분이 실버타운으로 이주하겠다는 의사를 나타냈으며 최근에는 2/3 이상이 “그냥 살던 곳에 살겠다”는 응답을 하고 있다.

따라서 미국에서도 실버타운 중심의 노인 주거 복지프로그램을 좀 더 다양화해야 한다는 목소리가 커지고 있다. 본 고에서는 미국의 주요한 노인주거 프로그램을 소개하고 그의 시사점을 도출해 보고자 한다.

가. 미국의 노인커뮤니티 모델

(Continuing Care Retirement Communities : 이하 CCRCs)

일반적으로 노인들은 경제력이 있다면 보다 잘 갖추어진 의료시설과 서비스를 이용할 수 있고 보다 풍요로운 여가생활을 보낼 수 있는 노인주거환경을 원하고 찾는 것은 인지상정이다. 일본의 ‘실버타운’이 익숙한 용어가 되었지만 우리나라에서는 공공영역에서 ‘유료노인 복지주택’이라고 하고 있고 미국은 ‘은퇴자커뮤니티’라는 표현을 쓰고 있다.

미국의 노인커뮤니티의 대표적인 모델은 CCRCs라고 할 수 있다. CCRCs는 일반적으로 혼자서도 독립적인 생활이 가능한 건강한 노인들을 위한 Independent Living, 약간의 보조를 통해 일상생활을 영위하

는 Assisted Living, 혼자서는 생활할 수 없어 전적인 지원이 필요한 Skilled Nursing Home, 그리고 치매를 다루는 Dementia Unit, 재활을 도모하는 Rehabilitation Center로 구성되어 있다. 또한 지역사회에 기여하고자 주간보호센터(Adult Day Care Center)와 탁아소(Day Public Nursery)도 운영하기도 하며 CCRCs 권역 내에 별도의 단독주택 같은 Active Senior Housing에 거주하며 CCRCs에서 음식픽업서비스를 이용하는 경우도 있다.

미국 은퇴자커뮤니티의 시작은 18세기로 거슬러 올라가 종교단체, 지역사회 비영리기관 후원에 의한 부양가족이 없는 노인들의 양로시설에서 비롯되었다. CCRC모델은 원래 자선단체의 후원을 받는 은퇴한 성직자, 선교사, 종교인을 위한 시설이었다. 요즘과 같은 CCRCs 타입은 1970년에 비로소 본격화되었으며 당시 250개였던 CCRCs가 1995년에는 1,700개 까지 늘어났으며 은퇴지로 각광받는 따뜻한 남쪽지역인 플로리다, 아리조나 등에서 성장하게 되었다. CCRCs는 2007년 현재 약 2,400개로 매년 40개가 새로 생기고 있다. 운영자의 96%가 비영리단체 혹은 종교단체이고 4%만이 영리단체이며 주체도 병원 연계, 대학 연계, 서비스업체(호텔) 등 다양해지고 있다. 우리에게 고급호텔 프랜차이즈로 알려진 하얏트도 ‘The Classic Residences by Hyatt’라는 은퇴자커뮤니티를 미 전역에 20여개 운영하고 있다. 건강할 때 들어가서 다양한 여가, 취미생활의 커뮤니티를 이용할 수 있고 노인의 건강을 잘 아는 의료 지원을 받으며 죽을 때까지 한 시설에서 품위 있는 죽음을 맞이하고 때론 재산을 은퇴자커뮤니티에 기증하기도 하는 문화가 바로 미국 CCRCs의 단상이다.

앞으로의 CCRCs는 환경과 지역커뮤니티에 공간과 프로그램, 서비

스를 개방하여 열린 소통을 지향하는 것이 이슈가 될 전망이며 오래 된 CCRC의 경우 시대의 변화를 반영하고 고령친화적인 유니버설디자인에 기반한 리모델링이 필요한 사항이다. 또한 디지털 세상과 베이비부머의 부각에 맞춰 고령자 친화적인 기술적 장치와 여러 콘텐츠도 기획, 개발, 적용되리라 예상된다.

나. 시니어와 대학 교육의 만남 UBRC

(University Based Retirement Community)

선진국에서는 점점 지역사회에서 시니어커뮤니티(Retirement Community)들이 대학교의 평생교육(Lifelong Learning)을 활용하는 추세이다. 대표적인 예가 미국의 UBRC(University Based Retirement Community), URRC (University Related Retirement Community)와 일본의 칼리지링크(College-Link)형 시니어 커뮤니티이다. 대학교가 사업주체가 되어 은퇴자 커뮤니티를 직접 운영하거나 시니어커뮤니티가 대학교의 다양한 교육프로그램 등을 이용할 수 있도록 하여 은퇴자커뮤니티와 대학교 모두 시너지효과를 얻고 그 혜택도 시니어들에게 돌아가는 구조이다. 선진국에서는 시니어가 될수록 시간적인 여유가 많고, 자녀교육과 지원의 부담이 줄어 상대적으로 경제적으로 여유가 생겨 지적 호기심을 채우는 공부와 여가를 더욱 선호하기 때문이다.

미국에서도 UBRC가 부각되고 있는데 이는 앞으로 더욱 발전할 것으로 전망된다. 그 이유는 2011년부터 미국 대학교의 학생수가 감소할 것으로 예상되면서 대학 자체가 새로운 패러다임의 경영마인드가 필요하기 때문이다. 대학들은 바로 시니어계층들이 줄어드는 젊은 대학생의 대안이 될 수 있다고 보고 있다. 게다가 앞으로 미국 고령화

사회에 강력한 소비주체로 성장할 베이비부머들은 더욱더 평생교육에 대한 관심과 참여가 높아 베이비부머 은퇴이후를 더욱 주목하고 있다.

UBRC는 현재까지 100여 개의 대학교들이 추진해 왔지만 향후 20년간 미국에 있는 4천여 개의 대학교 중 약 10%에 해당하는 400여 개의 대학교가 UBRC를 추진할 것으로 전문가들은 예상하고 있다. 이러한 추세는 고령화 사회를 겪고 있는 유럽, 아시아, 호주에 까지 이어져 많은 대학교들이 UBRC를 적극적으로 검토하기에 이른다.

미국의 모든 UBRC가 성공한 것은 아니다. 대표적인 사례로는 스텐포드, 노틀담, 듀크, 코넬대학 등이 있으나 인디애나대학과 아이오와주의 그린힐 대학 등은 UBRC의 실패사례로 소개되고 있다. 은퇴자들이 대학교에서 제공하는 음식에 불만을 제기하거나 주거 사업자들이 관료주의적인 대학교와 파트너십을 이어나가기 어려운 면을 지적하기도 한다.

그래서 UBRC의 운영과 디자인에 관하여 조지 메이슨대학 프로그램에서는 5가지의 기준(1.6KM 이내의 주요시설 접근성, 대학 프로그램 및 자원봉사 참여 보장, 입주자대표·대학교·주거사업자의 프로그램 공동 모니터링 및 관리, 연속적 케어가 가능한 CCRC 접근, 적어도 입주의 10% 이상은 학교 임직원이나 가족, 동문 타겟팅)을 제시하고 있다.

조지 메이슨대학 프로그램의 평가에 따르면 대표적 UBRCs로 세계적 호텔 프랜차이즈로 잘 알려진 하얏트가 운영하는 ‘Classic Residence by Hyatt at Stanford University’을 비롯하여 ‘Oak Hammock at University of Florida’, ‘Lasell Village at Lasell College’, ‘The Village at Penn State, State College’ 이렇게 네 개의 대학을 소개하고 있다.

다. 은퇴자도시(Senior-Friendly City)

고령자를 위한 은퇴자커뮤니티가 발달한 미국에는 2만 여개가 넘는 미국 은퇴자 커뮤니티를 갖고 있다. 그 중에서도 세계 최고의 은퇴자 도시이자 50년의 역사를 갖고 있는 '선시티(Sun City)'는 '은퇴자들 천국'이라고 불릴 정도로 고령자들을 위한 종합선물세트라고 할 수 있다.

선시티는 서남부 선벨트와 해발 약 366m에 위치해 연중 온화한 기후를 유지하고 연간 312일 이상 햇빛이 비친다는 데서 그 명칭이 유래했는데 선시티가 있는 아리조나주는 미국 은퇴자들에게는 플로리다 다음으로 인기가 많다. 미국의 시니어주거산업 발전은 선시티 설립자인 고(故) 델 웹(Del Webb)씨의 시대를 읽는 탁월한 식견에서 비롯됐다.

그는 미국의 급속한 고령화와 전후 연금 등으로 은퇴 예정자들의 경제력이 좋아지고 과학의약기술 발달로 노인들이 풍요로운 노후를 즐길 것을 예상하면서 시니어를 대상으로 하는 은퇴자 도시를 설립했다. 약 1090만평(여의도의 12배 크기) 규모의 대지에 2만6000세대의 주거시설이 있고 인구 4만2000명이 거주하는 선시티는 시니어들에게 필요한 다양한 시설과, 프로그램, 콘텐츠를 보유하고 있다는 것이 장점이다.

평생교육이 가능한 대학 인프라, 골프를 대표로 하는 스포츠 여가, 건강과 생활의 안정을 도모할 수 있는 각종 의료 시설과 상업 시설, 종교 시설 등이 잘 갖춰져 있다. 하지만 선시티도 오랜 운영경험 속에서 여러 시행착오를 겪으며 극복해야 하는 과제를 안고 있다. 고령자들만의 도시에서 새로운 노인 유입부족에 따른 도시로서의 정체성, 생기부족, 전 세계의 경제위기와 연관된 미국의 경제침체도 선시티를 비롯한 은퇴자 커뮤니티의 미래를 불확실하게 만들고 있기 때문이다.

그래서 미국의 은퇴자커뮤니티들은 가족과 다른 세대 간 교류에 더 많은 관심을 보이고 있고 은퇴자들이 직접 커뮤니티 운영에 참여하고 있으며 각자 살아온 인생의 다양한 경험을 나눌 자원봉사시스템이 활성화되어 있다. 또한 지속적인 발전을 위해 '선시티 문화'를 선호하는 고령자들이 은퇴자 학교 설립과 젊은층 타깃 상점개설 등 자녀세대도 이용할 신도시를 건설 하는 등 시대적 변화에 대한 유연한 대응을 시도하고 있다.

라. 시니어 코하우징 (Living Together, Aging Together)

미국, 영국, 호주, 북유럽 등 선진국에서 유행하는 시니어들의 새로운 주거형태인 코하우징은 1960년대 덴마크에서 시작되었다. 코하우징은 이웃과 자주, 친밀한 교류를 모색하는 사람들이 개인생활영역과 공동 활동 공간을 하나의 공동체로 조합한 생활조직이다.

코하우징은 개인공간과 넓은 주방, 다양한 공동시설에서 친목활동과 운영활동의 공유를 통해 이웃과 세대간 교류를 넓히고 정보나 공간, 물건들을 함께 나눔으로 해서 경제적이고 환경적이면서도 실용적인 이득도 얻을 수 있는 장점이 있다. 특히 신체기능이 점점 떨어지고 사회적 유대가 보다 필요한 시니어들에게 AIP(Aging in Place), AIC(Aging in Community)를 실현하는데 코하우징이 유용하다는 시대적 트렌드에 발맞춰 시니어 코하우징이 부각되고 있다.

건축가 찰스듀렛(Charles Durrett)은 '시니어 코하우징 : 독립생활의 공동체적 접근(Senior Cohousing : A Community Approach to Living Independently)'이라는 책에서 시니어 코하우징의 단지설계와 공용건물, 개인생활공간의 설계와 프로그램에 대해서 자세히 안내하고 있

다. 대표적 시니어 코하우징으로 알려진 ‘실버세이지’와 ‘울프 크릭 랫지’를 설계한 것도 바로 그이다.

시니어 코하우징은 사생활과 공동생활의 조화(프라이버시를 존중받되 보살핌을 공유하자는 발상), 도서관/게스트룸/정원/세탁/주방 등 공유 및 식사 당번 로테이션 등 모든 결정은 회의를 통한 합의제(새로운 잔디 깎기 기계 구입, 커뮤니티 명의를 자선기금 헌납 등 주제 다양, 편의상 의장/서기/회계의 역할 분담, 잡초 뽑기와 눈/낙엽 치우기 등 집안 잡일을 이웃과 함께 ‘놀이’로 간주), 단기적으로는 비싸지만 장기적으로는 비용 절약(공동난방으로 에너지 절약, 각종 장비(잔디 깎는 기계, 자전거, 자가용 등) 공동 사용)을 추구한다는 특징이 있다.

시니어 코하우징이 잘 이루어지고 있는 미국의 사례를 보면 첫 시니어코 하우스링으로 2006년 입주를 마친 캘리포니아주 데이비스시의 ‘글레이시어서클(Glacier Circle)’을 들 수 있다. 60-86세의 40여명이 함께 거주하고 소유는 약 2억(165,000\$), 임대는 매달 약 35~55만원(315-500\$)이 소요되며 심리치료사/교사/교수/작가/물리학자/과학자 등 다양한 직업 출신이 함께 거주하며 도움을 주고받고 있다.

‘독립된 생활과 ‘이웃은 제2의 가족’이라는 개념으로 출발한글레이시어서클은 화장실 문 폭이 90cm이상으로 휠체어 사용이 가능하고 2층 집은 계단에 전동 의자를 설치할 수 있도록 유니버설 디자인이 잘 되어 있어서 케어가 필요한 입주자는 가족 같은 이웃들을 통해 빠르고 실질적인 도움을 받을 수 있는 장점이 있다.

워싱턴에서 서남쪽으로 560km 떨어진 애빙턴의 ‘엘더스피릿(ElderSpirit)’은 약 30가구에 약 40명이 거주하는데 전직교수/정원사/목사/간호사/펀드매니저 등 함께 생활하며, 9만~11만4천 달러에 분

양, 한 달 운영비는 150달러 수준으로 상대적으로 저렴한 편이다. 실버세이지(Silver Sage), 울프크릭랏지(Wolf Creek Lodge)가 대표적이다. 현재 미국에는 약 120개의 시니어하우징이 있고 80~100개가 세워질 예정이며 세대간 교류(multigenerational)를 지향하고 있다.

마. 요약 및 시사점

미국의 노인주거 프로그램은 비교적 고령화 사회가 도래하기 이전부터 발달되었다는 특징이 있다. 아울러 노인인구의 변화, 경제 사회 환경변화에 맞추어 노인주거 프로그램이 끊임없이 진화하고 있다는 점도 매우 흥미로운 사실이다. 즉 미국의 사례를 통해 우리는 노인커뮤니티의 완전한 형태는 존재하지 않으며 실버산업, 노인주거문화도 계속 진화하고 변화해야 한다는 것을 생각해 볼 수 있다. 특히 노인계층의 새로운 소비계층으로 등장하는 베이비 부머들의 라이프 스타일이 과거보다 다양한 세대와 삶을 공유하고 보다 친환경적인 주거환경을 요구하고 있다는 사실은 흥미로운 발견이다.

평생교육, 여행을 접목한 다양한 여가콘텐츠가 확대추세인 선진국의 경우처럼 세대가 같이 느끼고 즐길 수 있는 다양한 상품, 서비스가 개발, 접목되어야 할 것이다.

우리나라도 건국대가 관여한 ‘더클래식 500’을 시작으로 지방 소재 국립대 등이 대학과 연계된 노인주거 프로그램의 도입을 검토하는 것으로 알려져 있다. 그러나 단순히 VIP시니어들을 대상으로 비즈니스적으로만 접근할 게 아니라 미국, 일본 등 선진국처럼 대학교가 지역사회에서 갖는 역할, 차별화된 대학교의 경쟁력에 맞춰 접근되고 추진되어야 할 것이다.

미국은퇴자협회(AARP) 자료에 따르면 50~66세 인구의 22%가 코하우징에 관심을 갖고 있다고 한다. 미국의 베이비부머처럼 우리나라의 액티브시니어, 베이비부머들 역시 독립적, 적극적, 친환경적인 라이프스타일을 추구하고 있다. 실제 Aging boomer가 되고 있는 그들의 귀농·귀촌과 해외이민이 늘어나고 있는 상황에서 코하우징과 같은 새로운 주거문화에 대한 관심과 참여는 더욱 확대되어야 할 것이다.

제3절 교훈 및 시사점

인구구조의 변화는 매우 다양한 경로와 시차를 거쳐 우리 사회 및 경제 전반에 영향을 주는 것임에 틀림없다. 인구의 경우만 살펴보더라도 인구감소는 가구감소와 일정한 시차가 발생하며 인구감소에도 불구하고, 가구원수가 줄어들면서 가구분화가 촉진될 경우 공간적으로는 더 많은 독립된 주택이 필요하게 되는 과정을 거치게 된다. 가구분화의 주체는 젊은층인 신세대일수도 있고, 구세대 내지는 노인층일 수도 있다. 따라서 필요로 하는 주택의 규모나 형태 내용은 크게 다를 수 있다.

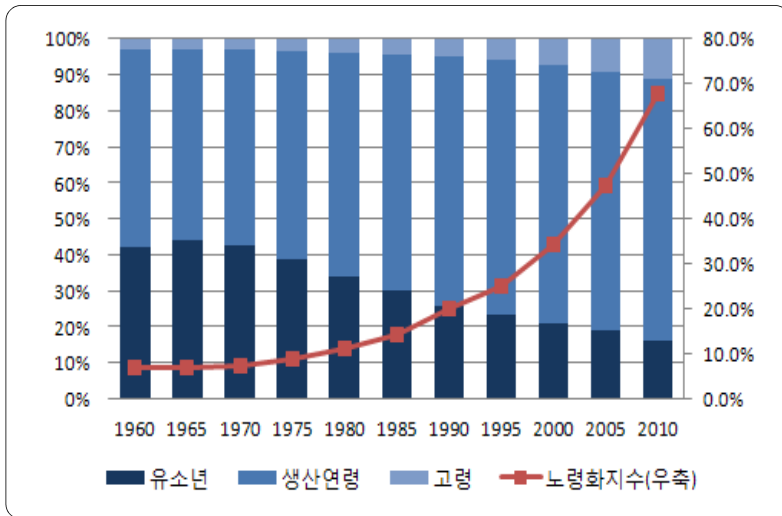
아울러 주택 및 부동산 버블 붕괴를 경험하였던 미국과 일본의 사례를 통해 우리는 인구구조의 변화 중에 고령화가 주택 및 부동산 시장에 가장 큰 영향을 주는 요소임을 발견할 수 있었다. 인구감소와 고령화가 동시에 진행되는 일본의 경우와, 인구는 여전히 증가하지만 고령화가 진행되는 미국의 사례를 보면서 인구의 절대적인 규모 보다는 실제 주택 및 부동산의 소비자계층의 경제적 여건과 구매력이 매우 중요하다는 사실도 깨달았다. 또한 인구구조의 변곡점을 넘어서

게 되면 부동산 버블이나 금융버블이 붕괴되고 나서 회복이 쉽지 않다는 점이다. 이는 전반적인 사회의 산업구조와 경제시스템이 변화하는 것과 맥을 같이 하기도 한다.

우리나라의 경우 가구 분화는 총인구가 감소하는 2018년 이후에도 지속되어 2030년까지는 이루어질 것으로 전망되기 때문에 인구감소에도 불구하고, 주택수요의 감소까지는 상당 기간 시간이 소요될 것으로 예상된다.

[그림 4-10] 한국 연령층별 분포 비율 및 노령화지수

(단위:%)



* 자료 : 통계청, 각년도.

〈표 4-4〉 한국 연령대별 인구 증감을

(단위 : 명, %)

	인구수				증감율		
	1995	2000	2005	2010	95~00	00~05	05~10
0 ~ 14	10,536,828	9,911,229	9,241,187	7,906,908	-5.9%	-6.8%	-14.4%
15 ~ 24	8,288,574	7,696,814	6,879,114	6,515,432	-7.1%	-10.6%	-5.3%
25 ~ 34	8,597,431	8,600,905	8,145,069	7,549,089	0.0%	-5.3%	-7.3%
35 ~ 44	7,087,442	8,293,517	8,481,750	8,454,644	17.0%	2.3%	-0.3%
45 ~ 54	4,509,615	5,287,305	6,828,251	8,099,700	17.2%	29.1%	18.6%
55 ~ 64	3,416,449	3,823,445	4,196,064	4,991,913	11.9%	9.7%	19.0%
65 ~ 74	1,815,007	2,303,425	2,928,734	3,338,230	26.9%	27.1%	14.0%
75 ~ 84	841,645	918,198	1,197,406	1,646,055	29.7%	30.4%	37.5%
85세 이상		173,273	240,502	372,568		38.8%	54.9%

* 주 : 95년은 84세 이상 인구조사가 도로 구분되어 있지 않아 75세 이상 인구를 기준으로 산정

* 자료 : 통계청

한국의 연령별 인구추계 자료에 따르면 주택 주수요 연령층인 35~54세 인구는 2011년 1,657만 명을 정점으로 감소하여 2050년에는 940만 명으로 전체인수에서 22.2%를 차지할 것으로 예상된다. 또한 선진국보다 빠른 정년으로 인해 베이비 부머의 은퇴가 2011년부터 시작되면서 직업전선에서 물어난 신노년층의 문제가 빠르게 부각될 것이다.

그러나 다른 나라와 달리 우리나라는 1964년 이후에도 출산율이 크게 감소하지 않고 연간 80만 명 이상이 유지되었으며 이러한 추세가 1980년대 초까지 이어졌다. 즉 1955년부터 1983년까지 29년간의 기간 동안 2,580만 명이라는 두터운 베이비부머 층을 형성하고 있다. 따라

서 주택의 수요가 감소한다고 하더라도 급속한 가격하락보다는 장기간의 완만한 가격하락이 나타날 가능성이 높다.

1998년 IMF위기 이후 우리나라 부동산가격도 단기간에 폭락하는 사태가 일어났다. 그렇지만 우리나라의 이러한 부동산 자산 가격 폭락은 일본에서 나타난 버블경기 붕괴와는 다른 원인이었다. 우리나라의 경우에는 부동산 자산 가격에 형성된 거품의 붕괴가 아니라 외환 위기에 따른 유동성 문제에서 출발하였기 때문이다. 따라서 유동성 위기가 해소되고, 경기가 회복되자 부동산가격은 다시 정상화되었다. 부동산과 연계된 금융기관의 대출 부실 등 2차 금융위기도 발생하지 않았다. 왜냐하면 버블붕괴현상이 있었던 일본이나 다른 아시아국가와 달리 우리나라의 부동산건설부문 대출비율이 대단히 낮았기 때문이다. 이 당시 총대출 중 부동산부문 대출 비중은 15% 수준으로 다른 나라의 절반 수준이었다. 주택담보대출의 비중도 국내총생산 대비 10%에 미치지 못함으로써 선진국의 30-65% 수준의 1/3 이하였다.

그리고 이후 경기회복에 따라 2000년까지 부동산가격은 IMF 외환위기 이전 수준을 회복하였고, 전세가격의 강세 현상 이외에 뚜렷한 부동산 가격 상승의 조짐을 보이지 않았다. 이에 따라 이후 부동산가격의 상승은 더 이상 이전과 같은 폭등세를 보이기 어려울 것으로 예상되었다.

그러나 이러한 예상과 달리 2001년 5월 이후 서울과 수도권을 중심으로 한 부동산 가격 폭등현상이 나타났다. 가격폭등 현상은 2001년에서 2003년간에 걸쳐 심각하게 진행되었다. 이 당시 문제의 심각성은 IMF 외환위기 이후 저금리가 구조화되고 급팽창한 담보대출을 기반으로 하면서 가격폭등 현상이 나타났다는 점이다. 마치 90년대 초

일본의 버블붕괴 직전과 비슷한 조짐을 보였던 것이다. 이에 따라 당시 일본 버블이 우리나라에도 나타나는 것이 아니냐는 논란이 사회적으로도 반향을 일으키게 되었다.

그렇지만 2004년 이후 아파트를 중심으로 한 가격 폭등현상은 주춤해졌고, 수도권을 중심으로 국지적인 가격상승이 있었지만, 과거 일본의 버블경기를 연상할 정도의 가격상승으로 이어지지는 않았다. 다만 중대형아파트를 중심으로 이루어진 2002년에서 2006년까지의 가격 강세 현상은 경기적 측면의 변화만이 아니라 인구 구조적 변화를 동시에 반영한 것이었다. 즉 대체수요의 폭발적 증가로 가격이 상승한 측면이 반영된 것이다.

그리고 2007년 이후에는 대출규제 등으로 인해 아파트가격이 몇 년간 정체되는 국면을 맞았다. 세계적 금융위기가 오기 전에 자연스럽게 정부규제에 의한 가격 안정 국면이 지속되었다. 그 결과 금융위기에도 불구하고 부동산시장의 가격하락은 오히려 IMF 외환위기 시절보다 더 작았다.

그렇지만 과거와 같은 부동산 시장의 성장을 기대하는 사람을 크게 감소하였다. 일본이나 미국과 같은 상황이 똑같은 강도로 당장 발생하지는 않겠지만 거시적 미시적 측면에서 모두 진행되고 있는 인구구조의 변화와 산업 및 경제시스템의 변화는 거스를 수 없는 변화이기 때문이다.

우리나라는 비교적 소비자에 대한 1차대출시장의 건전성이 높기 때문에 서브프라임 사태와 같은 위기는 발생하지 않고 있다. 즉 미국과 비교할 경우 우리나라는 부동산시장의 위험요소들이 비교적 잘 통제되어있는 나라라고 할 수 있다. 대표적인 부동산금융지표인 주택

담보인정비율(LTV)이 40% 수준에서 머물고 있고, 소득대비로 대출을 규제하는 총부채상환비율(DTI) 규제도 엄격하게 이루어져서, 주택대출 부실로 인한 위험도는 상대적으로 낮다.

베이비부머 첫 세대가 은퇴를 하더라도 후속세대가 크게 줄어드는 일본의 경우와는 상당히 차이가 있을 것으로 예상된다.⁶⁸⁾ 베이비부머가 은퇴를 하더라도 부동산자산을 처분하는 시점까지는 시차가 존재한다. 일반적으로 우리나라에서는 56세 전후로 은퇴를 하고 있는데, 주택의 처분은 약 65세 쯤 진행되는 것으로 조사되고 있다. 즉 은퇴를 하더라도 주택을 매각하기까지는 상당한 시간이 걸리고 있다. 이러한 현상은 일본의 베이비부머의 경우도 마찬가지로여서 70세 전후가 되어야 본격적인 매각이 시작되게 된다.

우리의 경우는 아직 인구감소로 인한 문제보다는 경기침체에 의한 미분양 아파트 증가, 부동산 관련 PF대출 등이 현안문제로 다루어지고 있다. 또한 주택보급률 등의 공급 상황이나 부동산 가격의 수준, 금융과의 연계성, 부동산의 투자주체(기업보다 개인의 부동산 구매가 가격 상승에 더 크게 영향을 미친 점)등도 일본이나 미국과 많이 다르다. 일본의 부동산 버블붕괴가 장기불황으로까지 갈 수 밖에 없었던 과잉고용과 과잉투자, 부실채권 처리의 지연, 미국과 같은 주택을 기초자산으로 하는 금융파생상품의 문제 등은 우리와 사뭇 다른 환경이라고 볼 수 있다.

그렇지만 일본과 미국의 사례는 인구구조 변화가 버블붕괴이후의

68) 일본의 경우는 2차대전 이전에 베이비부머가 있었고, 1947-1949년까지 단카이세대의 짧은 베이비붐이 있었다. 1950년대 초부터 산아제한정책이 시작되면서 출산율이 급락하였다.

시장회복에 걸림돌이 되었다는 것을 부인할 수 없는 사실이다. 따라서 본격적인 인구구조 변화가 도래하는 우리에게도 인구구조 변화기의 과도한 부동산 투자나 가격 상승은 위험요인이 될 수 있음을 경고하고 있다.

또 다른 문제는 가계자산 중 부동산자산의 비중이 매우 높은 상황에서 인구구조 변화에 따른 부동산 시장의 영향이 어떻게 진행될 것인가에 대한 문제이다. 만약, 소득이 감소하는 시점에 이러한 자산의 조정이 원활하게 이루어지지 못하면 어떠한 문제가 발생할 것인지 우려하는 목소리가 많기 커지고 있기 때문이다.

대체적으로 우리나라 가계의 부동산자산비중은 80%를 넘고 있고, 연령이 높은 65세 이상에서는 이 비중이 90%를 넘고 있다. 부동산자산의 포트폴리오를 보더라도 비수익형자산인 토지를 상당수가 보유하고 있지만, 대부분 매각하지 못하고 보유하고 있는 실정이다. 대부분 임대수익을 추구하며 보유에 대한 부담을 덜고 있지만 수익률은 매우 저조한 실정이다.

인구구조변화로 인한 주택수요 위축에 의한 영향은 인구정책이나 흐름이 바뀌지 않는 한 어쩔 수 없는 상황이다. 그렇지만 당장에 심각한 문제는 1인 가구 증가에 의한 주택 규모 구성의 불일치문제⁶⁹⁾와 가계자산 중 지나치게 높은 부동산자산의 비중, 특히 은퇴연령층의 노후자금을 마련하기 위한 자산포트폴리오의 조정이라는 문제라고 할 수 있다.

69) 여기에는 대형평형 위주의 아파트공급으로 인한 가족형(3.4인) 주택의 공급부족도 포함된다. 특히 전세수요자 층이 애로를 겪고 있는 것은 이러한 가족형 아파트 평형의 물량이 현저히 적다는 데 있다.

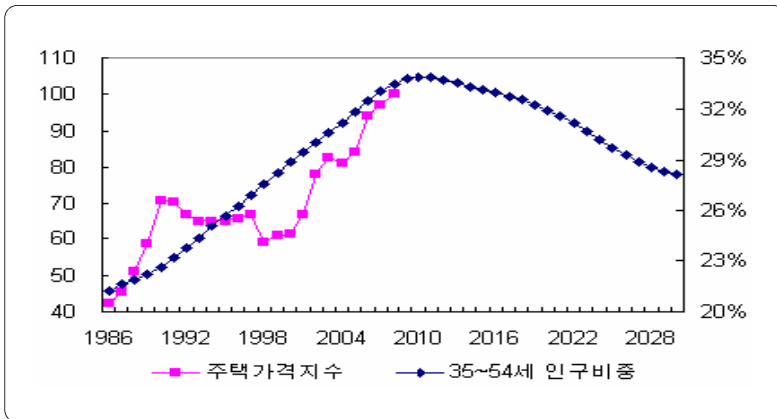
〈표 4-5〉 각국의 가계자산 중 부동산비중

	부동산 자산	금융자산
미국(2000)	58%	42%
일본(2000)	70%	30%
한국(2000)	87%	13%
한국(2008)	91%	10%

* 자료 : 한국은 노동연구원의 노동패널, 미국과 일본은 UN대학

현재로서는 인구변화가 해당 지역시장에 영향을 주어 위축되는 시점을 정확하게 알기는 어렵다. 왜냐하면 수요측면만을 보는 것도 한계가 있고, 공급측면이나 거시 경제적 변화, 성장률 등 다양한 변수가 부동산시장에 영향을 주기 때문에 구조적인 하락 시점을 정확히 말하기가 어려운 것이다. 그렇지만 확실한 것으로 이러한 인구구조의 변화가 결국 주택시장을 근본적으로 바꿀 것이라는 점, 그리고 그 시점이 그리 멀지 않다는 점이다.

[그림 4-11] 우리나라의 35~54세 인구 비중과 주택가격 추이



제5장

저출산·고령화에 따른 부동산 및 주거부문의 전망과 과제

제1절 미래 부동산 시장의 전망

1. 최근 시장동향과 특징

1998년 아시아 금융위기와 2008년 글로벌 금융위기시를 제외하면 사실상 한국의 부동산 가격은 줄곧 상승세를 유지해 왔다. 주택의 공급수준을 측정하는 인구 천명당 주택수 역시 344호(‘10) 정도로 주요 선진국 수준에 비하면 아직 공급이 부족하다는 평가가 지배적이어서 한국의 주택시장은 여전히 수요기반이 양호한의 시장으로 평가받고 있었다.

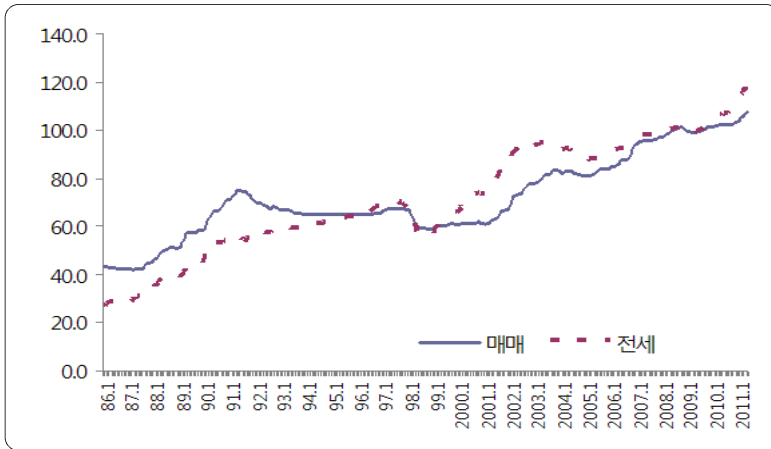
1960년대 시작된 제1차 경제개발계획으로 빠르게 도시화가 진행되면서 도시지역 주택공급은 크게 부족하였다. 아울러 경제개발에 수반된 각종 지역개발 및 인프라 개발은 토지가격 상승을 야기했다. 여기에 70년대(중동특수), 80년대(3저 호황), 2000년 초(저금리 및 유동성

증가) 시중 유동자금을 증가시키는 경제상황이 수반되면서 한국은 약 10년을 주기로 지난 40년 동안 부동산가격 급등을 경험하게 되었다. 1998년 아시아 금융위기에는 사상 최대의 가격 하락을 경험했지만 단기간(2~3년)내 가격이 다시 회복되었으며 그 이후에는 부동산 및 주택가격 상승세는 계속 이어져 왔었다.

그러나 2008년 글로벌 금융위기 이후 부동산 시장은 과거와는 다른 양상을 나타내고 있다. 2009년 잠시 회복세를 나타내는 듯 하였으나 주택시장은 2010년부터 다시 침체를 나타내고 있다. 특히 주택수요가 여전히 풍부하다고 믿었던 수도권 주택시장이 좀처럼 회복기미를 보이지 않고 있다. 이러한 현상을 두고 일각에서는 정부의 규제와 개입에 따른 일시적 현상이라는 평가와 다른 한편에서는 한국의 주택시장이 구조적 변환기를 겪고 있다는 의견으로 나뉘고 있다.

2011년부터 베이비부머들의 은퇴가 본격화 되고 1인 가구 증가 등 인구 및 사회경제구조의 변화가 가시화되면서 주택 및 부동산 시장에 대한 수요 한계론이 더욱 힘을 받고 있다. 특히 주택매매가격이 중대형을 중심으로 침체를 벗어나지 못하고 있으나 모든 규모의 주택임대 수요는 계속 증가하여 임대료가 계속 상승하고 있는 것은 주택의 수요가 구매에서 임차로 전이되고 있다는 증거로 해석되고 있다.

[그림 5-1] 전국 주택 매매 및 전세가격 지수 추이(1986~2011.5)



* 자료 : 국민은행

우리나라의 자가거주율은 54.2%(2010)로 주요 선진국에 비해 낮은 것으로 조사되고 있으나 주택 보유율은 약 60% 수준으로 거주주택과 보유주택이 불일치하는 경우가 많은 편이다. 대부분의 선진국들의 자가 거주율이 60%⁷⁰⁾ 이상인 것은 다양한 주택구매 금융이 발달된 것에 기인하므로 주택금융이 상대적으로 덜 발달한 우리나라의 주택보유율이 그리 낮은 수준이 아니라는 평가가 많다. 따라서 향후 우리나라의 주택수요는 이미 주택을 보유한 가구들의 주택교체 수요가 구매 수요의 대부분을 차지할 것이며 구매력이 낮은 계층에서는 보다 양질의 임대주택수요가 증가할 것으로 예상하고 있다.

70) 일부 국가들의 자가율이 60%를 초과하는 국가(스페인, 이탈리아, 영국, 미국 등)들이 있으나 이들은 대부분 2007년을 전후로 주택가격에 의한 금융위기와 자산가격 하락을 경험한 나라들로서 구매력이 낮은 계층에게 파생상품들을 활용하여 무리하게 주택구매 자금을 대출해 주었다는 비판을 받고 있음.

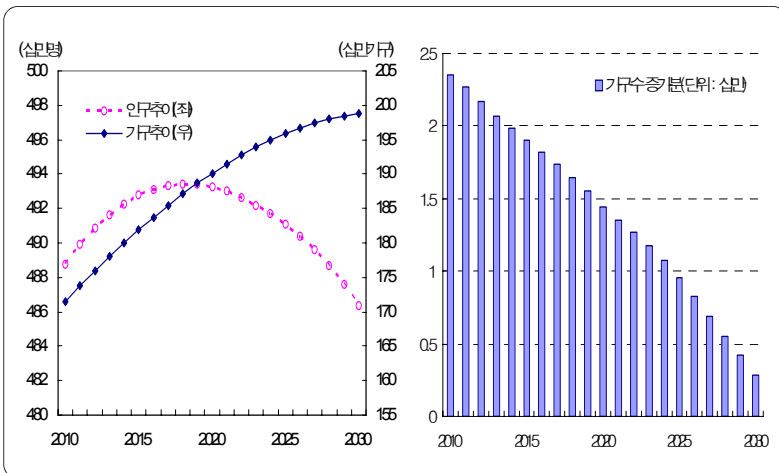
2. 부동산 시장의 구조변화와 미래 전망

가. 부동산 시장의 구조변화

비록 한국의 부동산 시장이 주기적으로 가격 상승이 반복되는 호황기를 이어오기는 하였으나 장기적인 측면에서 볼 때 미래 부동산 시장을 예측하는데 주요한 지표가 될 몇 가지 구조적인 변화가 이미 목격되고 있다. 이러한 구조변화의 내용은 대략 다섯 가지로 구분할 수 있다.

첫째, 인구 및 가구 성장에 의한 주택수요기반의 위축이다. 연간 가구 수 증가 규모는 2000년대 초반 30만 가구 수준을 유지했으나, 2004년 이후 지속적으로 감소해 2011년에는 약 25만호, 2020년에는 약 15만호 수준으로 계속 감소할 전망이다.

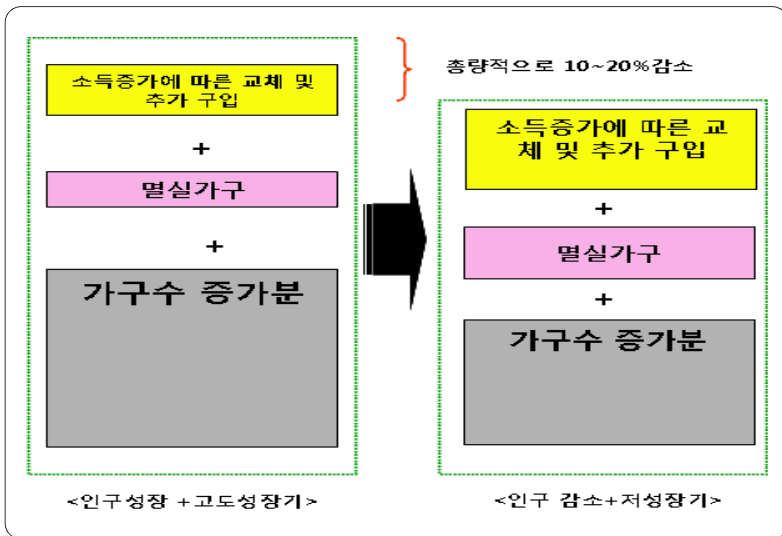
[그림 5-2] 장래 인구·가구 수 추이 및 장래 가구 수 증가분



* 자료 : 통계청

일반적으로 주택수요는 [그림 5-3]에서 보는바와 같이 가구수 증가, 소득증가, 멸실 등에 의한 수요로 구분할 수 있다. 선진국의 사례를 보면 인구증가와 고도 성장기에는 가구수 증가에 의한 주택수요량이 가장 크지만 인구감소 및 저성장 시기에는 인구 및 가구수 증가에 의한 주택수요는 크게 감소하며 대략적이지만 주요한 구조변화가 일어날 때마다 총량적으로도 약 10~20%정도 주택수요(공급)가 감소하는 것으로 나타나고 있다. 결국 우리나라의 주택수요도 점차 인구 및 가구수 증가분에 의한 영향이 약화될 것이다.

[그림 5-3] 총 주택수요의 구성요소 변화

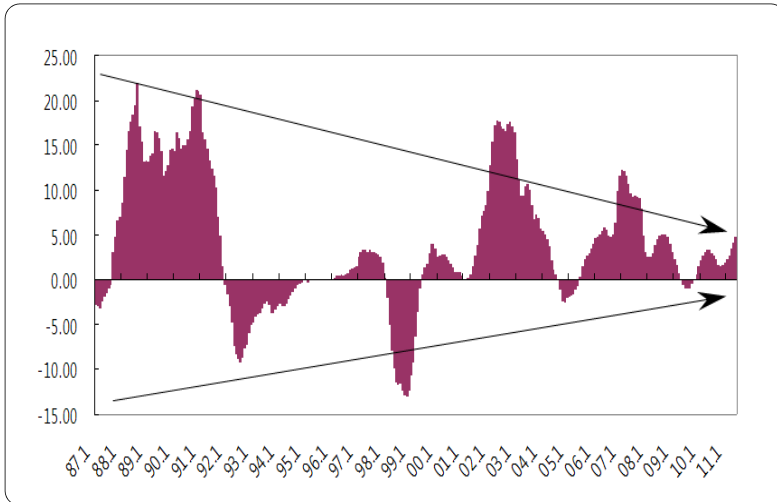


둘째, 가격 변동주기와 상승폭의 축소이다. 2000년대 주택가격이 오랜 기간 호황기를 누려왔으나 장기추세로 볼 때 주택가격의 상승폭은 과거 80년대보다 감소하고 가격 변동의 주기도 짧아지고 있다.

80년대 후반에서 90년대 초에만 해도 수도권 주택 가격 특히 아파트의 가격상승폭은 30-50% 수준을 보였다. 2000년대에도 20-30% 수준을 나타냈다. 그런데 최근 가격상승은 물가상승 수준을 넘지 못하고 있고, 향후에도 이러한 추세는 크게 달라지지 않을 것으로 예상된다. 주택 가격 변동주기 역시 80년대에는 대략 8~10년 정도였으나 최근에는 2~4년 정도로 줄어들고 있다. 이는 GDP성장률의 하락과 저금리, 주택 보급률의 증가, 신규주택건설수요의 감소 등에 기인하는 측면이 있다.

[그림 5-4] 전국 주택 매매가격 변동률 추이

(전년동월비, 단위 : %)



* 자료 : 국민은행, 한국건설산업연구원.

셋째, 거래빈도의 감소에 따른 거래량의 감소가 예상된다. 토지거래량이나 주택거래량 모두 2006년을 정점으로 해서 이후 감소 경향을 보이고 있다. 토지의 경우 지난 5년간 1/3이나 감소⁷¹⁾하였다. 정부는

글로벌 금융위기 이후 주택거래를 활성화시키기 위한 다양한 대책을 발표한 바 있다. 그러나 주택거래는 좀처럼 회복되지 않고 있다. 대부분 정부의 주택거래 활성화 대책이 효과가 없는 것으로 간주하고 있으나 일본의 경험⁷²⁾을 견주어 볼 때, 지금의 현상이 일시적으로 거래가 위축된 것으로 볼 수도 있겠으나 장기적인 가격 안정, 부동산 시장의 구조변화에 의한 거래빈도의 감소로 해석할 수 있을 것이다. 주택 등 부동산 가격 상승에 대한 기대감이 낮아지고 구매보다는 임차 수요가 증가하게 되면 당연히 주택이나 토지의 거래는 감소할 수밖에 없다. 아울러 고령화 사회가 되면 고령인구의 특성상 주거이동의 빈도가 줄어들 수밖에 없으므로 주택 등의 거래도 감소가 예상된다.

넷째 주택 및 부동산 소비에서 금융의존도가 높아지면서 주택 및 부동산 관련 금융의 영역과 역할의 확대가 예상된다. 1998년 아시아 금융위기 이후 우리나라는 주택금융에서 전세와 같은 비제도권 금융에 의존하는 비율이 감소하고, 주택구매시 모기지 등의 담보대출을 활용하는 것이 일반화된 구매 관행이 되어 버렸다. 정부는 가계대출의 부실화를 막고 연착륙을 유도하기 위해 LTV 및 DII 등 다양한 금융규제를 시행하고 있으나 주택담보대출은 지난 10년 동안 계속 그 규모가 커져 왔다. 우리나라 LTV는 선진국에 비해서는 아직 낮은 수준(40%)이다. 이는 잠재적 주택구매자들이 전세방식의 임차를 통해 주택구매에 필요한 자기자본을 어느 정도 축척해 왔기 때문으로 해

71) 온나라부동산포탈의 아파트거래량을 기준으로 보면 2006년 113만호에서 2007년 84만호를 기록한 후 85-93만호 사이를 기록하고 있음.

72) 일본은 70년 이후 지난 30년간 토지거래량이 1/3까지 줄어들었음. 가격의 폭락으로 구매자가 나서지 않고 있어 처분자체가 어려워 대부분 그대로 보유하면서 운영수익 등을 창출하려고 함.

석된다. 그러나 최근 전세방식의 임차가 감소추세에 있는데 이렇게 되면 주택구매에 금융의존도는 더욱 높아질 수밖에 없을 것이며 주택구매를 위한 담보대출의 경우에는 LTV가 50-60% 이상으로 상승할 수밖에 없을 것으로 예상된다.⁷³⁾ 따라서 주택담보대출의 규모는 당분간 증가가 이어질 것이다. 아울러 주택구매자의 인구학적 경제학적 특성이 다양화되면서 주택금융 상품의 구성도 훨씬 다양해질 것이다. 예를 들면 주택구매를 위한 모기지의 경우에도 첫 주택구매와 주택교체자를 위한 맞춤형 구매금융상품이 더욱 다양하게 등장할 것이며 역모기지나 주택연금 역시 고령화 인구가 증가하면서 더욱 다양한 상품과 내용으로 활성화 될 것이다. 아울러 노인가구들의 부동산이나 주택의 처분 및 유동화 수요가 증가하면서 주택을 처분하되 계속 거주할 수 있는 sale and lease back 등의 다양한 임차조건부 처분방식도 활성화될 것으로 예상된다.

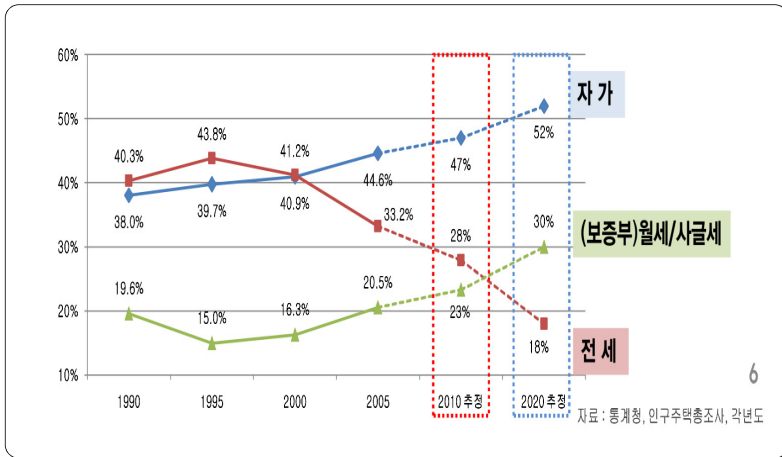
다섯째, 임대차 시장의 확대와 임대계약방식의 구조적인 변화이다. 주택가격 상승에 대한 기대감이 낮아지면서 주택구매수요 보다 거주수요가 증가하고 있다. 아울러 임대차 계약방식에서도 우위를 점하던 전세방식이 점차 월세방식으로 전환되고 있다. 이미 대부분의 부동산 유형에서 월세방식이 주류가 되고 있었으나, 유독 아파트 임대차 시장에서는 전세가 중심이었다. 그렇지만 전세제도는 미래의 기대이익을 전제로 한 임대 형태이기 때문에 만약 매매가격에 대한 상승기대가 무너지게 되면 임대인 입장에서 전세를 계속 유지하기는 어렵게 된다. 따라서 전세 공급자가 지속적으로 감소할 수밖에 없는 상황이

73) 은행권 주택담보대출은 2010년말 기준으로 284조원에 달한다. 이는 2005년 190조원 수준에서 5년간 100조원 이상 증가한 수준임.

다. 이미 이러한 현상은 글로벌 금융위기 이후 시장에서 나타나고 있다. 2008년 이후 아파트 매매가격이 정체되는 상황이 지속되면서 최근에는 장기 하강까지 예측되자, 전세공급이 감소하고 월세주택의 공급이 증가하고 있다. 궁극적으로 전세거주자는 구매로 전환되거나 월세로 전화되면서 전세시장은 점차 축소될 것으로 예상된다. 서울시의 2020 주택종합계획에 의하면 현재 25%에 달하는 전세방식은 향후 10년 뒤 약 18%까지 하락할 것으로 예측하고 있는 반면 자가와 월세 방식은 지금보다 증가할 것으로 예측하고 있다. 이는 기존의 전세거주자가 각각 자가와 월세로 이동한 결과이다.

[그림 5-5] 서울시 주택점유형태 추이와 전망

* 자료: 서울시(2011), 2020주택건설종합계획



마지막으로 주거소비 관점에서의 경제성과 효율성의 추구이다. 중소형은 주거소비의 관점에서 비용을 줄이기 위해서는 불가피한 선택

이다. 특히 물가수준이 높고, 실질소득이 증가하지 않은 경제상황에서 출퇴근 이동거리가 짧고 주거비용이 저렴한 도심 중소형 주택이 인기를 끄는 것은 너무나 당연할 것이다. 반면 도심은 물론 도시외곽의 대형주택은 여러 측면에서 주거비용이 증대됨에 따라 상대적으로 수요가 줄어들 것이다. 가구원수의 감소, 고령화 베이비부머 은퇴 등이 맞물리면서 대형주택에 대한 수요는 향후에도 지속적으로 증가요인보다는 감소요인이 더 많을 것으로 예상되고 있다. 아울러 유가 상승, 고령화에 의한 주거이동의 축소 등이 진행되면서 이미 미국이나 일본 시장에서 진행되었던 교외화중단과 도심회귀 현상이 우리나라에도 나타날 것으로 예상된다. 그러므로 대형주택은 일부 고소득층의 전유물로만 남게 될 것이며 외곽 신도시의 경우에도 광역교통망 등으로 도심으로의 접근성이 높은 지역만이 유지될 것이다.

일본의 사례에서 본 것과 같이 전통적으로 자가 거주를 선호해 오던 노인가구들이 자가에서 임대로의 전환하는 사례가 늘어난 것이다. 특히 향후 노년층은 기존의 노년층과는 다른 인구학적 특성을 보인다. 능동적이며 미래의 위협에 대한 준비나 정보력도 뛰어나다. 따라서 거동이 불편해지게 되면 실버타운 등으로의 이동을 고려하는 사람들도 늘고 있다. 즉 늘어난 수명을 대비해 노년의 주거비를 최소화 및 효율화 하려는 경향은 앞으로 더욱 심화될 것이다.

나. 미래 전망

앞서 살펴본 부동산 시장의 구조 변화는 우리나라 주택시장 및 부동산시장의 패러다임 변화를 일으키게 될 것이다. 구조변화의 내용을 통해 예측해 볼 수 있는 미래 부동산 시장의 모습은 다음과 같다.

첫째 개인들의 투기적 주택투자나 부동산 투자가 줄어들게 될 것이다. 고도 성장기에 이루어졌던 보편적 자본이득의 실현은 더 이상 유효하지 않다. 입지적 유형별 기능별로 부동산 상품의 가격이나 수익률은 더욱 격차가 심해질 것이다. 따라서 거주목적과 투자목적이 겹치되어 이루어진 구매력에 비해 과도한 고가주택에 대한 주거소비자가 크게 감소할 것이다. 대신 주거에 대한 질적 수요가 증대하면서 거주주택의 기능이나 여건을 개선하려는 이주나, 개축, 리폼 수요는 크게 증가가 예상된다.

둘째 주택금융이 더욱 발달하고 이에 기초한 모기지시장이 지금보다 성장할 것으로 예상된다. 지속적인 주택가격 상승에 의존한 다양한 주택개발 사업구조는 가격 상승이 실현되지 않게 되면 사업자체가 어려워진다. 결국 이는 다양한 금융조달을 통해 대체되어야 할 것이다. 결국 소비자의 여건과 구매력 수준에 맞춘 다양한 주택구매 금융 및 부동산 관련 금융의 발전이 요구될 수밖에 없다. 특히 고령자나 출산을 장려해야 하는 신혼부부 등에 대한 주택구매자금 혹은 주택 개보수 자금 지원등은 정책적 차원에서 그 규모를 확대해 나갈 것이다.

셋째 거주용 주택의 소비 규모가 축소되고, 시장이 자가(home owner) 주택시장과 임대용으로 이분화 될 가능성이 높다. 중대형 주택에 대한 선호는 실제적 필요보다는 가격 상승에 대한 기대감이 중소형 보다 높았기 때문이었다. 그러나 중대형 주택에 대한 가격하락과 수요 감소가 지속되면 중대형 주택의 수요는 구매력을 갖춘 소수계층에 한정될 가능성이 크다. 특히 임대차 방식에서 월세의 비중이 증가하게 되면 주택소비는 가구의 소득에 기반하여 결정될 가능성이 더 크다. 또한 월세(monthly rent)방식이 확산되면서 주거시장에서도 상업용

시장과 마찬가지로 임대사업과 투자자가 성장하고 활성화 될 것이다.

넷째 주거소비의 양극화 심화로 인한 주거 빈곤층의 확대이다. 우선 가구원수의 감소와 1~2인가구의 빠른 증가로 소형주택의 필요성은 더욱 커질 것이다. 특히 도심에서의 소형주택수요는 더욱 커질 것이다. 그러나 도심의 택지여건상 소비자들의 구매력에 맞는 저렴한 소형주택을 공급하기는 쉽지 않을 것이다. 따라서 도심에서의 소형주택 수급불균형은 상당 기간 발생할 것으로 판단된다. 반면, 부동산의 가치가 점진적으로 하락하면서 가계의 부동산투자나 자산구성에서 의미가 달라질 것이다. 높은 가격상승에 따른 자본이득을 누리던 상황이 사라지고, 사용가치가 중요해지는 시대가 도래하게 되면서 특히 노후 생활에 필요한 자금을 조달하는 방식에 큰 변화를 초래할 것이다. 부동산 등 실물자산은 있으나 금융자산이나 현금소득이 없는 노인빈곤층이 늘어나면서 부동산 자산을 유동화 하고 수익화해야 하는 필요성은 더욱 커질 것으로 예상된다.

마지막으로 주거의 기능이 현재보다 더욱 강화되고 융합되며 진화할 것으로 예상된다. 수명연장으로 은퇴이후에도 근로소득을 획득해야 할 필요성은 점점 커지고 있다. 자녀 출가 이후 자신들만의 인생과 여가를 즐기려는 노인가구들의 주거 욕구, 노인가구들에게 제공되어야 하는 다양한 주거 서비스의 영역(의료 서비스, 돌봄 서비스, 배달 서비스, 유지관리 지원 서비스 등)도 점차 확대될 것이다. SOHO 비즈니스의 확대로 재택근무가 확대되면서 주거공간에 업무기능이 추가됨에 물론, 주거공간 안에서의 오락, 치료, 교육 등의 기능도 추가될 수 있을 것이다. 아울러 출산 장려를 위한 주거 단지내 보육시스템의 확충은 공동주택⁷⁴⁾의 새로운 대안으로 자리매김 할 것이다. 아

올리 과거와 같은 공급 위주로 성장하는 부동산시장은 더 이상 유지되기 어렵다. 이는 인구 감소에 따라 부동산수요가 지속적으로 감소하면서 자연스럽게 나타나는 쇠퇴 현상으로 이미 미국, 일본 등 선진국에서 경험한 사실들이다. 이제 공급 위주의 시장은 수요 위주의 시장으로 변화될 것이다. 즉 공급자가 일방적으로 정한 주택사양이나 공급방식이 더 이상 유효하지 않고, 수요자의 필요에 맞는 형태의 주택사양과 공급방식이 채택될 것이다.

제2절 향후 과제

저출산·고령화 등 인구구조의 변화가 초래한 미래 부동산 시장의 변화에 필요한 정책 과제는 다음과 같다.

첫째 부동산시장의 정착률을 위한 조정과정이 필요하다. 부동산수요가 감소하는 것 자체는 불가항력적인 측면이 있지만, 이 과정에서 가계의 지나친 부동산자산 의존구조를 변화시키는 것이 시급하다. 부동산 자산의 축소를 일괄적인 매각에 의존하지 말고, 임대목적의 수익형 부동산으로 전환시키는 방안, 연금형식으로 유동화 시키는 방안 등 다양한 유동화 방식과 처분방식에 대한 제도마련과 시장 환경이 요구된다.

둘째, 양적 주거소비에서 질적 주거소비로의 전환에 대한 대비이다. 질적 주거소비로의 전환을 원활하게 하기 위해서는 다양한 임대

74) 향후 공동주택에 대한 수요는 주로 노인가구나 자녀양육시기 가족계층에게 유용한 주거양식이 될 것임.

주택의 공급과 임대시장의 형성이 필요하다. 계층별 수요를 수용할 수 있는 저렴한 임대주택에서부터 고급 임대주택에 이르기까지 임대주택의 등급별 다양화는 물론, 초단기 임대에서부터 장기 임대에 이르기까지 임대계약기간에 대한 유연성도 지금보다 더욱 확대되어야 할 것이다. 미국의 UBRC 등 대학이나 지역단체와 함께 이루어지는 다양한 주거 프로그램과 주거관련 서비스 산업의 육성도 요구된다.

셋째, 노인가구들을 위한 다양한 주택 및 주거서비스의 제공이 요구된다. 노인이 되어 주택에 머물러야 할 시간은 생애 그 어느 시기보다 길다. 따라서 과거보다 더욱 편리하고 기능적인 주거공간에 대한 수요는 높아질 수밖에 없다. 아직까지는 항시적으로 돌봐야 하는 고령 환자들을 중심으로 한 의료시설 중심의 노인주거와 경제적으로 여유가 있는 유료 노인시설 등이 전부이다. 그러나 독립적인 생활이 가능한 노인가구나, 고소득층이 아닌 중·서민층의 보편적인 노인가구에 대한 주거문제는 여전히 대안이 부재한 상황이다. 따라서 지금보다 훨씬 광범위한 차원에서 노인 주택수요에 대응할 수 있어야 한다.

특히 은퇴이후에도 살던 곳에 머물러 살려는 노인인구들이 증가하면서 기존 주택의 개보수 요구는 더욱 확대될 것이다. 따라서 주택 개축 및 리폼자금에 대한 지원확대와 금융상품의 개발이 요구된다. 기존의 주택연금이 주로 노후 생활비를 지원하는 것이었다면 향후 주택 연금은 주택의 개보수를 지원하는 금융으로도 대체가 가능해야 할 것이다. 아울러 불필요한 대형주택은 일부를 수익형 주택으로 개조할 수 있게 하는 등 부동산 자산을 수익화하고 유동화 하는데 필요한 물리적 개선에 대한 자금지원의 폭이 지금보다 더욱 확대되어야 할 것이다.

넷째, 가족중심의 주거지원을 통한 저출산과 노인 일자리 창출의

시도가 요구된다. 일본의 사례에서 보듯이 가족의 붕괴는 저출산이 가져온 가장 큰 재앙이 되고 있다. 주거비와 교육비 부담의 증가는 더욱 출산을 꺼리는 요인이 될 것이다. 따라서 이 둘의 문제를 한꺼번에 해결하기 위해서는 공동주택 안에 교육시설 및 보육시설의 보강을 통해 주거지원이 보육지원과 함께 이루어지도록 해야 할 것이다. 즉 주거지원이 출산율을 높이는 지원체제로 자리매김할 수 있도록 해야 할 것이다. 아울러 노인들의 일자리와 세대간 통합의 문제가 대두되는 가운데 보육서비스에 노인들이 적극적으로 참여할 수 있는 자원봉사시스템과 사회적 일자리 창출이 요구된다. 이는 노인계층에게 일자리 제공은 물론 젊은 세대와 소통하게 함으로써 고령사회를 좀 더 활기차게 만드는 역할도 할 것이다.

다섯째, 내집 마련이나 다주택자에 대한 각종 제도의 정책 방향을 재정비할 필요가 있다. 2008년 금융위기 이후 자가주택에 대한 수요가 감소하고, 이에 따라 임차로 남으려는 수요자가 급증하면서 임대시장에 위기가 초래되고 있다. 장기적인 주거 안정을 위해서는 현재 자가거주비율을 좀 더 확대할 필요가 있다. 이를 위해서는 거주 목적의 주택마련에 대한 금융세제지원을 더 확대할 필요가 있다. 동시에 다주택에 대한 징벌적 조세보다는 민간주택임대사업자를 늘려줄 수 있는 세제와 지원책을 마련해서 임대시장의 안정을 꾀할 필요가 있다. 이는 고령가구들의 부동산을 처분할 때 이를 받아줄 후속계층을 견고히 하는 측면에서도 신중히 검토해 볼 사항이다.

참고문헌

- 강순주·김진영·함석인·권윤지(2011). “1-2인 가구의 라이프스타일과 소형주택 요구도에 관한 연구”, 『한국주거학회논문집』 22(2): 121-129.
- 국토해양부(2006). 『도심지내 국민임대주택공급 확대 방안』
- 국토해양부(2010). 『전·월세시장 변동요인 분석 및 안정화방안 연구』
- 국토해양부·한국주거학회(2008). 『미래주거환경변화에 따른 미래주택건설 방안 연구』
- 권주안·이유진·최혜경(2007). 『1인가구 주택수요 전망 및 공급 활성화 방안』, 주택산업연구원.
- 김경록(2006). 『인구구조가 투자지도를 바꾼다』, 미래에셋투자교육총서7, 김앤정.
- 김주원·정의철(2011). “소형가구 연령대별 주택수요 특성 분석”, 『주택연구』 19(2): 123-150.
- 김주현(2009). 『베이비 붐 세대의 은퇴와 정책적 대응방안』, 현대경제연구원.
- 김현아(2010). 『2020 주택·부동산 시장 전망』, 한국건설산업연구원 개원 15주년 기념세미나 발표자료집.
- 김현아(2010). “주택시장의 구조변화에 따른 주택공급제도 선진화 방안 : 수요자 맞춤형 공급을 위한 유통 및 판매제도 개선을 중심으로”, 『한국주택협회』 제2차 주택산업선진화 세미나 자료집.
- 박시내·심규호(2010). 『베이비붐 세대의 현황 및 은퇴효과 분석』, 통계개발연구원.
- 변미리·신상영·조권중(2009). 『1인 가구, 서울을 변화시키다』, 서울시정개발연구원.
- 서울대학교 노화고령 사회연구소(2011). 『한국의 베이비 부머 연구』
- 서울시(2011). 『2020주택건설종합계획』
- 서정렬·김현아(2006). 『주택의 오늘, 내일의 도시』, 로크미디어.
- 손은경(2011). 『베이비붐 세대 은퇴에 따른 주택시장 변화』, KB금융지주 경영

연구소.

송두한·김현식(2008). 『가계 주택수요 분석을 통한 향후 주택시장 전망』, 농협경제연구소.

이상영(2009). 『내일의 부동산 파워』, 로크 미디어

이상영(2011). “금융위기 이후 부동산시장의 구조변화와 전망”, 『동향과 전망』 여름호, 113-146.

이상영·서후석(2011). “일본 민간 임대주택시장 발전과정의 특성과 그 시사점”, 『부동산학보』 45.

이홍일·박철한(2011). 『중장기 주택시장 전망』, 한국건설산업연구원.

일본 총무성 통계국. 『인구센서스』 각년도

정경희·손창균·박보미(2010). 『신노년층의 특징과 정책과제』, 한국보건사회연구원.

정의철·조성진(2005). “인구구조 변화에 따른 장기주택수요 전망에 관한 연구”, 『대한국토·도시계획학회』 40(3).

정의철(2011). “주택과 정신적 자산계정(mental accounts)”, 『부동산 포커스』, 한국감정원 부동산연구원.

정호성(2010). 『단카이세대 은퇴에 따른 일본 부동산시장의 변화와 전망』, 삼성경제연구소.

정호성·강성원·문외솔·박준·손민중·이찬영·이은미·이민훈·박변순(2010). 『베이비 붐 세대 은퇴의 파급효과와 대응방안』, 삼성경제연구소.

통계청(2010). 『2010 한국의 사회지표』

통계청(2011). 『2010 인구주택총조사 전수집계결과(인구부문)』

한국정보화진흥원(2011). 『미래연구백서 2011』

허윤경·엄근용(2011). 『2011년 하반기 주택·부동산 시장 전망』, 한국건설산업연구원 세미나 자료집

國土交通省(2002). 『新世紀の住宅政策 第八其 住宅建設 五個年計劃のポイント』

經濟研究センター編(2006). 『団塊マーケット』, 日本經濟新聞社.

Takemura, Koutarou. (2006). “Population Decline Will Help Japanese Civilization to Survive the Twenty-first Century”, Japanese Dynamism, 26.



제 15 편
복지재정의 빛과 그림자

연구책임자: 옥동석(인천대학교 무역학과 교수)

제 1 장

경제정책과 재정운용 그리고 복지재정

국민경제는 크게 민간부문(private sector)과 공공부문(public sector)으로 양분된다. 민간부문에서는 경제주체들 사이의 거래가 시장가격에 따라 자율적으로 형성되는 반면, 공공부문은 정치적인 의사결정(또는 선거)에 따라 선출된 개인들이 헌법과 법률에 의해 부여받은 강제력을 행사하는 집단이다. 공공부문 내에서 핵심적인 기능을 담당하는 부문은 일반적으로 ‘국가(sovereignty)’로 불리는 중앙행정조직 또는 정부인데, 이들은 국민 개개인들이 안전, 자유, 행복을 누릴 수 있도록 국민경제의 지속가능성(sustainability)을 제고해야 한다.⁷⁵⁾

국민경제의 지속가능성을 위해서는 국민경제 내에서 자원배분의 효율성, 경제안정화, 소득분배의 형평성이라는 세 가지 정책목표가 적절하게 추구되어야 한다. 일반적으로 경제학자들은 이들을 국민경제가 추구해야 하는 중요한 세 가지 정책목표로 규정하는데, 이들은

75) 우리나라 헌법 전문에는 “우리들과 우리들의 자손의 안전과 자유와 행복을 영원히 확보할 것을 다짐하면서...”로 국민경제의 지속가능성을 설명하고 있다.

개인들의 후생을 결정하는 중요한 요인들이라 할 수 있다. 자원배분의 효율성은 개인소득을 증가시키는 것을, 경제안정화는 개인소득의 기간별 분포가 안정적인 것을, 그리고 소득분배의 형평성은 국민경제가 단일성을 유지할 수 있도록 개인소득과 부의 분배가 적정하게 관리되는 것을 의미한다.

정부가 이러한 정책목표들을 달성하기 위해 보유할 수 있는 정책적 수단은 크게 재정정책(fiscal policy), 통화정책(monetary policy) 그리고 규제(regulation)로 나뉜다. 재정정책은 정부가 강제력을 발휘하여 조세수입을 확보하고 이를 집행하는 공공부문의 거래들을 의미하고, 통화정책은 정부의 발권력을 활용하여 통화량과 금리를 변동시키는 정책을 의미한다. 그리고 규제는 법률, 시행령, 시행규칙 그리고 이들에 의한 정부와 공공부문의 권한행사 등을 의미하는데, 공공부문을 매개하지 않고 민간부문 상호 간에 경제적 부담과 경제적 이익이 교차하는 과정을 의미한다.

규제가 자유방임적 시장기능의 효과를 극대화할 수 있도록 공정한 거래질서 확립 등 ‘경제적 힘의 균형’을 도모하는데 반해, 재정정책과 통화정책은 시장기능에서 달성하기 어려운 정책목표들을 구현하는 수단이다. 시장기능은 자원배분의 효율성을 제고하는데 효과적이지만 그 외의 정책목표를 달성하는 데에는 한계가 있다. 또한 외부성, 공공재, 자연독점, 정보의 비대칭성, 가치제 등의 경우에는 이상적 형태의 시장기능도 자원배분의 효율성을 보장하지 못한다. 이러한 경우들을 시장실패(market failure)라 하는데, 결국 민간부문의 자율적 시장기능으로 해결책을 찾을 수 없는 시장실패, 경제안정화, 소득분배의 형평성 등에 대해서는 강제력을 가진 정부의 정책적 개입이 필요

하다.

정부는 시장기능으로 달성할 수 없는 정책목표를 위해 재정정책과 통화정책을 동원한다. 그런데 통화정책은 본질적으로 국민경제 내의 총량적 유동성을 조절하기 때문에 경제안정화를 도모하는 정책수단이다. 물론 유동성을 조절하는 과정에서 정부(또는 중앙은행)는 개별 금융기관들을 통제하고 또 개별 금융기관들은 국민경제 내에서 부문별 유동성에 영향을 미치기 때문에 통화정책이 자원배분의 효율성, 소득분배의 형평성과 완전히 구분되어 있다고 말하기는 어렵다. 그러나 통화정책의 본질적 기능은 경제안정화에 있으며 자원배분의 효율성과 소득분배의 형평성에서는 보조적 기능을 수행한다고 할 수 있다.

통화정책과 달리 재정정책은 수행하는 정책적 기능의 범위가 매우 넓다. 재정정책은 크게 조세정책과 지출정책으로 구분되는데 이들은 재정총량 규모를 조절하며 경제안정화 목표를 추구하고, 시장실패를 교정하며 자원배분에 영향을 주고, 또 가계 소득에 직접적인 영향을 주며 소득분배에도 영향을 미친다. 재정정책을 통해 정부는 ①집단적 소비 또는 개별 가계의 소비를 위한 재화와 용역을 시장의외적(또는 비시장적) 방법으로 사회에 제공하며, ②이전지급을 통하여 소득과 부를 재분배하고 있다.⁷⁶⁾ 정부는 이러한 기능을 수행하기 위해 조세 또는 기타 강제이전금을 통해 그 재원을 보전하는 것이다.

재정정책과 통화정책의 운용에 대해서는 일정한 자원제약이 존재하는데, 이들은 정부가 강제력을 동원하여 확보할 수 있는 경제적 자원으로서 크게 조세수입과 화폐발행차익(scigniorage)으로 구분할 수

76) IMF(2001), 문단 2.1 참조.

있다. 일반적으로 조세수입은 재정정책의 재원인 반면, 통화정책의 재원은 화폐발행차익이 된다. 그리고 화폐발행차익에 대해서는 재정당국과 중앙은행 사이의 협약에 의해 그 분담구조가 결정되기에 이의 최종적 귀착은 재정운용에서 나타날 것이다. 이러한 관점에서 볼 때 경제정책의 세 가지 수단 중에서 재정정책은 가장 중요한 비중을 차지하고 또 정부의 정책기능이 안정적으로 작동하기 위해서는 재정의 지속가능성(fiscal sustainability)이 중요하다.

재정운용의 과정에서는 크게 재정총량, 분야별 재정배분, 분야내 재정사업 등 세 가지 영역에서의 의사결정을 필요로 한다. 재정총량은 재정지출, 재정수지, 정부부채 등 재정의 총량적 규모를 결정하는 것인데, 재정운용의 가장 초기 단계에서 이루어지는 의사결정이다. 분야별 재정배분은 재정총량 규모가 결정된 이후에 이루어지는 의사결정으로서, 정부기능과 세부 정책목표를 구분하여 각 분야에 대한 재정지출 규모를 결정하는 과정이다. 마지막 단계의 의사결정은 정부기능과 정책목표의 분야 내에서 구체적인 재정사업들을 결정하는 과정이다. 그런데 이러한 세 가지 형태의 의사결정은 반드시 순차적으로 이루어지는 것은 아니고 상호작용을 통해 최종적으로 결정된다.

분야별 재정배분에서 분야는 정부기능과 정책목표에 따라 구분되는데, 그 내용은 국가에 따라 또 시대에 따라 서로 다르게 나타난다. UN이 국가간 통계의 비교가능성을 위해 제시한 COFOG(Classification of Functions of Government) 분류에 의하면 정부기능은 10개로 대분류되고 각각의 대분류 내에서 5~9개의 중분류가 이루어진다.⁷⁷⁾ 대분류

77) UN, Classifications of Expenditure According to Purpose, New York, 2000 참조.

10개 기능은 일반공공행정, 국방, 공공질서 및 안전, 경제사업, 환경보호, 주택 및 지역사회개발, 보건, 휴양·문화·종교, 교육, 사회보호 등과 같다.

일반적으로 복지재정은 COFOG 분류 내에서 보건, 교육, 사회보호 분야에 대한 재정지출을 의미한다. 물론 복지정책은 재정운용을 통해 대부분 수행되지만 민간부문 상호간의 관계를 규율하는 규제를 통해서도 수행될 수 있다. 규제란 기본적으로 그 정책목표가 경제적 힘의 균형을 통해 민간의 자율적 경제활동을 제고하는데 있기 때문에 복지정책과는 일정한 거리가 있다. 그러나 동일한 복지정책 목표를 달성하는데 재정운용과 같은 정부의 직접개입에 더 많은 사회적 비용이 소요된다면, 규제와 같은 간접적 방법을 동원하여 복지정책을 추구할 당위성도 인정된다.

지금까지 살펴본 경제정책의 목표와 수단 그리고 재정운용 과정을 감안할 때, 복지재정을 조달하기 위해서는 두 가지 의문이 체계적으로 분석되어야 한다. 첫째, 국민경제 전반에 걸쳐 복지정책의 목표를 명확하게 규정하고 그 정책목표를 가장 효과적으로 달성하는 다양한 정책수단들의 조합을 모색해야 할 것이다. 복지정책의 목표는 재정정책뿐만 아니라 규제와 같은 비재정적 정책을 통해서도 달성될 수 있기 때문에 이들의 역할분담을 종합적으로 감안해야 할 것이다. 예컨대 사회적으로 보장되어야 할 최저임금의 수준을 결정하는 것은 기업과 근로자 사이의 관계를 정부가 규제하는 것으로서 복지재정이라 할 수는 없다. 그렇지만 최저임금의 수준을 결정하는 것은 복지재정의 정책방향을 수립하는데 상당한 영향을 줄 것이다.

둘째, 복지재정의 재원을 조달하는 방안은 재정총량 규모를 확대

하는 방법과 재정총량 규모 내에서 복지재정을 확충하는 방법이 구분될 수 있다. 재정총량 규모를 확대하는 방법은 증세와 정부채무 증가가 있고, 재정총량 규모 내에서 복지재정을 확충하는 방법은 분야별 재정배분을 변화시키는 구조조정을 의미한다. 그리고 복지재정 내에서 복지정책 목표를 가장 효과적으로 달성할 수 있도록 복지재정 사업체계를 구조조정하는 것도 복지재정 조달방법이라 할 수 있을 것이다.

본 원고에서는 두 번째 의문인 복지재정의 조달방법을 생각하기로 한다. 복지재정을 확충하기 위해 재정총량을 확대하는 방법, 그리고 주어진 재정총량 내에서 복지재정을 확대하는 방법이 무엇인지를 체계적으로 검토할 것이다. 복지재정의 조달방안에 대한 논의는 복지정책의 목표에 대한 논의처럼 완전히 가치중립적인 것은 아닐 것이다. 복지정책의 목표와 복지정책의 수단은 서로 긴밀하게 연계되어 있기 때문이다. 본 원고에서 이들에 대해 궁극적이고도 최종적인 해답을 제시할 수는 없지만, 보다 본질적이고도 종합적인 방법으로 문제를 분석하며 그 해결방안을 모색하는 과정을 정리할 수는 있을 것이다.

제1절 재정총량 성과의 반전과 재반전: 미국의 경험

제2차 세계대전 이전까지만 하여도 많은 선진국들은 재정총량 규모를 결정하는 재정준칙으로서 수지균형을 채택하였다. 조세수입을 포함한 재정수입의 총량규모 내에서 재정지출의 규모를 결정함으로써 수지균형의 준칙을 준수하였다. 그런데 1980년대까지 선진국들은 완전고용의 유지를 경제정책의 중요한 목표로 간주하면서 총수요를 관리하기 위한 적자재정을 용인하였다. 이 당시의 재정준칙은 ‘완전고용을 유지하는 재정수지’로서 수지균형의 개념을 국민경제 내의 총수요 관리 측면에서 규정하였다. 이러한 수지개념이 재정적자와 함께 정부의 채무를 누증시키자 다수의 선진국들은 재정건전성을 중시하여 경제정책의 신뢰성을 제고하기 위해 재정총량 성과를 개선하기 위한 노력들을 경주하였다.

본 원고에서는 재정적자 누증이라는 재정총량 성과가 반전되고 또

다시 반전되는 역사적 경험을 조명하면서 복지재정 조달을 위한 중요한 결정요인들이 무엇인지를 살펴보고자 한다. 본 원고에서는 1980년대 이후의 미국 재정운용 경험을 조명할 것인데, 미국을 선택한 이유는 우리나라와 같은 대통령제를 채택하여 시사점을 도출하기가 상대적으로 용이하고 또 미국의 재정운용 경험에 대해서는 충분하고도 심층적인 연구자료가 많기 때문이다. 이제 1980년대 이전 미국의 재정제도 변천을 간단히 정리한 후 1980년대 이후의 경험을 중심으로 재정총량 성과의 결정요인들을 살펴보기로 한다.

대통령제 하에서는 대통령과 의회의 상호작용 속에서 재정운용에 대한 국민적 의사(willingness)가 결정된다. 반면 내각책임제에서는 행정부의 재정운용 의지가 국민적 의사로 간주되며, 의회가 행정부의 의지에 동의하지 않는 경우 내각과 수상이 교체되거나 총선거를 통해 행정부와 의회의 갈등이 해소된다. 따라서 대통령제에서는 재정운용에 대한 국민적 의지가 결정되는 과정이 보다 다양하고 신축적이어서, 시대적 상황과 대통령의 리더십에 따라 의회의 예산의지가 대통령의 예산의지를 압도하기도 하고 또는 대통령이 재정운용을 주도하며 의회의 예산의지를 무력화하기도 한다. 이는 결과적으로 행정부와 입법부가 합리적 재정운용을 위해 상호 견제하고 협력하는 경쟁적 상황을 만들어낸다고 할 수 있다.

미국은 독립이후 거의 200여년의 역사를 통해 권력분립 정신에 입각한 대통령제의 전형적 재정제도를 확립하였다. 1787년 미국의 헌법은 의회의 재정권(power of purse) 이외에 별다른 예산제도를 규정하지 않아 독립 이후 거의 100여년간 의회가 주도적으로 예산을 편성하였다. 예산편성권은 의회 내 각 상임위원회로 분산되었는데 19세기

말부터 20세기 초에 연방정부의 재정은 매우 방만하게 운용되었다. 이를 개선하기 위해 의회는 1921년에 예산편성권을 행정부에 전적으로 위임하는 예산제도 개혁을 단행하였다.

1921년의 예산회계법(Budget and Accounting Act)은 예산과정에서 대통령의 우위를 제도적으로 보장한 계기가 되었다. 대통령은 정부기관들의 예산요구를 취합 조정하여 그 결과를 단일안으로 하여 의회에 제출하였다. 1950년대 이후 연방정부의 예산프로그램들이 급속하게 증가하며 대통령의 예산권이 더욱 더 강화되었는데 이 과정에서 대통령과 의회 사이에 예산갈등은 지속적으로 증폭되었다. 의회는 1921년 이후 50여년간 엄청나게 확대된 대통령의 예산권을 억제하고 헌법에 규정된 의회의 재정권을 회복하기 위하여 1974년에 의회의 예산제도를 정비하는 법률을 채택하였다.

1974년의 ‘의회예산 및 지출삭탈 금지법(Congressional Budget and Impoundment Control Act)’은 의회의 예산제도에 대해 두 가지 중요한 요소를 구비하였다. 첫째, 예산위원회(Committee on the Budget)를 설치하여 예산의 총지출액과 총수입액, 국채 금액, 신규지출 한도금액, 각 상임위원회의 소관별 지출한도액 등을 설정하도록 하였다. 둘째, 의회예산처(Congressional Budget Office)를 설치하여 행정부의 예산안을 분석하고 여러 가지 대안들을 정리하여 의회에 제공하도록 하였다. 이들 제도적 요소는 의회의 합리적 예산심사를 강화하기 위한 조치로서 의회의 예산통제권을 회복시켰는데, 미국은 1974년을 분기점으로 비로소 대통령제 국가의 전형적 예산제도를 확립할 수 있게 되었다.

그런데 1974년의 의회예산법은 예산의 수지균형을 준칙으로 강요하지는 않았다. 의회가 대통령의 예산권을 강력하게 견제하고 재정총

량 규모에 대해 의회가 명시적으로 의결한다면 재정적자를 감축할 수 있을 것으로 기대하였기 때문이다. 그러나 의회예산법이 통과된 이후 재정적자는 오히려 크게 늘어나기 시작하였다. 1976~1985년 10년 동안 누적된 재정적자는 1,110억달러(GDP의 3.6%)로서, 1966~1975년의 이전 10년간 재정적자 160억달러(GDP의 1.4%)에 비해 크게 늘어났다.

재정총량에 대한 이러한 성과는 경기불황에 기인한 탓도 있지만, 행정부와 입법부 사이의 예산갈등이 오랫동안 지속된 탓도 크게 작용하였다. 1974년을 분기점으로 의회의 예산통제권이 강화되었는데, 대통령은 자신의 예산안을 제출하고 의회도 그 자신의 예산결의안을 결의하며 예산갈등이 격화된 것이다. 이러한 예산갈등이 1980년대에는 재정적자를 확대하는 방법으로 해결되었다 할 수 있다.⁷⁸⁾ <표 2-1>에서 보는 바와 같이 1980년대에는 재정적자가 이전에 비해 크게 늘어나기 시작하였다. 1982 회계연도 이전에는 최대의 재정적자가 790억 달러였는데(1981회계연도), 1982년 이후 10년 동안에는 최소의 재정적자가 1,500억 달러(1987회계연도)를 기록하였다.

78) 민주당의 카터 대통령 시기(1977-1980)에는 의회도 민주당이 장악하였지만, 공화당의 레이건 대통령 시기(1981-1992)에는 민주당이 의회를 장악하였다. Schick(2007), pp. 20~21 참조.

〈표 2-1〉 미국 연방정부의 주요 총량 재정지표

(단위: 10억 달러)

년도	수입	지출	재정수지	대GDP	년도	수입	지출	재정수지	대GDP
1976	298.1	371.8	- 73.7	-4.2	1996	1,453.1	1,560.5	-107.4	-1.4
1977	355.6	409.2	- 53.7	-2.7	1997	1,579.2	1,601.1	- 21.9	-0.3
1978	399.6	458.7	- 59.2	-2.7	1998	1,721.7	1,652.5	69.3	0.8
1979	463.3	504.0	- 40.7	-1.6	1999	1,827.5	1,701.8	125.6	1.4
1980	517.1	590.9	- 73.8	-2.7	2000	2,025.2	1,789.0	236.2	2.4
1981	599.3	678.2	- 79.0	-2.6	2001	1,991.1	1,862.9	128.2	1.3
1982	617.8	745.7	-128.0	-4.0	2002	1,853.1	2,010.9	-157.8	-1.5
1983	600.6	808.4	-207.8	-6.0	2003	1,782.3	2,159.9	-377.6	-3.4
1984	666.4	851.8	-185.4	-4.8	2004	1,880.1	2,292.9	-412.7	-3.5
1985	734.0	946.3	-212.3	-5.1	2005	2,153.6	2,472.0	-318.3	-2.6
1986	769.2	990.4	-221.2	-5.0	2006	2,406.9	2,655.1	-248.2	-1.9
1987	854.3	1,004.0	-149.7	-3.2	2007	2,568.0	2,728.7	-160.7	-1.2
1988	909.2	1,064.4	-155.2	-3.1	2008	2,524.0	2,982.6	-458.6	-3.2
1989	991.1	1,143.7	-152.6	-2.8	2009	2,105.0	3,517.7	-1,412.7	-9.9
1990	1,032.0	1,253.0	-221.0	-3.9	2,010	2,165.1	3,720.7	-1,555.6	-10.6
1991	1,055.0	1,324.2	-269.2	-4.5	2,011	2,567.2	3,833.9	-1,266.7	-8.3
1992	1,091.2	1,381.5	-290.3	-4.7	2,012	2,926.4	3,754.9	-828.5	-5.1
1993	1,154.3	1,409.4	-255.1	-3.9	2,013	3,188.1	3,915.4	-727.3	-4.2
1994	1,258.6	1,461.8	-203.2	-2.9	2,014	3,455.5	4,161.2	-705.8	-3.9
1995	1,351.8	1,515.8	-164.0	-2.2	2,015	3,633.7	4,385.5	-751.9	-3.9

* 자료: Budget of the United States Government, Fiscal Year 2011, Historical Tables.

재정적자가 지속적으로 늘어나면서 의회는 1985년 ‘균형예산과 적자의 긴급통제법(the Balanced Budget and Emergency Deficit Control Act)’을 제정하였다. 이 법률은 제안자들의 이름을 따서 통상 GRH (Gramm-Rudman-Hollings) 법률이라고 부른다. 이는 추정된 재정적자 규모가 매 회계연도 목표치를 일정 금액 초과할 때 예산의 ‘자동삭감(sequestration)’이 발동되도록 하였다. 그런데 이러한 조치에도 불구하고

고 재정적자는 계속 늘어났는데, 자동삭감 조치가 실제의 재정적자보다 추정 재정적자를 기준으로 하였기 때문에 재정적자 추정치가 적당하게 주물러지고 회계 상의 편법이 주로 동원되었던 것이다.

재정적자에 대한 위기감이 고조되면서 1990년에 의회와 대통령은 BEA(Budget Enforcement Act)로 불리는 예산통제법을 제정하였다. BEA는 GRH와 달리 세 가지 내용의 새로운 재정적자 통제제도를 구비하였다. 첫째, 적자와 흑자의 목표치를 조정가능하도록 설정하였다.⁷⁹⁾ 둘째, 재량적 지출의 한도(discretionary spending caps)를 설정하였는데, 이를 위반할 때 예산의 자동삭감이 발동되도록 하였다. 셋째, 수입 및 직접지출(또는 의무적 지출)의 자기부담규칙(pay-as-you-go, PAYGO)을 확립하였다. 그 한도가 설정되는 재량적 지출과 달리, 의무적 지출은 여타의 지출삭감 또는 조세증가가 수반될 때 증가될 수 있도록 하였다. 이 세 가지 요소로 요약되는 BEA법은 재정수지가 흑자로 반전되면서 2002년을 기점으로 더 이상 유효하지 않게 되었다.

제2절 총량적 재정성과의 주요 결정요인

미국의 재정제도 그리고 재정운용은 역사적으로 볼 때 상당한 변화를 겪었다. 특히 1974년 이후 권력분립에 따른 재정제도가 확립되면서

79) 회계연도내 지출금액을 기준으로 예산을 편성하는 우리나라와 달리 미국은 특정 사업을 수행하는데 필요한 다년도 자금 전액을 예산권한(Budget Authority)으로 승인하기 때문에, 미국은 회계연도마다 재정적자의 목표치를 관리하기가 쉽지 않다. 회계연도의 지출금액은 예산권한을 부여받은 집행책임자가 결정하기 때문에 예산당국은 회계연도 개시 전에 이를 추정할 수 있을 뿐이다.

의회와 대통령 사이에 예산갈등은 증폭되고 이 과정에서 재정적자가 누증되고 해소되는 과정은 많은 정책적 시사점을 제공한다. 본 절은 세계적인 재무행정학자인 Allen Schick이 미국의 경험을 토대로 진단하고 설명한 총량적 재정성과를 결정하는 네 가지 요소들을 설명하기로 한다. 그는 1980년대 미국의 경험을 토대로 총량적 재정성과의 주요 결정요인을 경기변동, 조세정책, 국방비(또는 비경제적 요인) 그리고 정치인들을 구속하는 재정규율의 강도로 정리하고 있다.⁸⁰⁾

1. 경기변동

모든 예산은 경기변동에 좌우된다. 국내총생산이 하락하고 실업이 증가할 때에는 재정수지의 균형을 달성하기 어렵다. 재정수입은 경기조건의 변화에 매우 민감하게 변화하지만 재정지출은 상대적으로 덜 민감하기 때문이다. 특히 재정지출을 통해 경기조절기능을 적극적으로 수행하는 경우 경기변동이 재정지출의 변동에 미치는 영향은 크지 않을 것이다.

미국의 경험에서 볼 때 2000년대 이전 재정적자가 최고조에 이른 1992년은 1991년의 불황에 기인한 바가 크다. 또한 1998~2001년의 재정흑자는 미국 경제가 지속적으로 호황을 누린 결과에 기인한다고 볼 수 있다. 그러나 경기호조만으로 총량적 재정성과를 충분히 설명할 수는 없다. GDP 성장률만을 놓고 보면 1980년대 하반기의 경기는 1990년대 후반부의 경기호황보다 더 나았다. 그런데도 재정수지가 <표 2-1>과 같이 엇갈린 것은 상당 부분 조세정책에 기인한 바가 크다.

80) 본 절의 내용은 Schick(2007), pp. 27~32에 수록된 "How the Budget was Balanced and Unbalanced"를 참조하였다.

2. 조세정책

1990년대에 경기호조가 없었다면 재정수지의 흑자가 나타나지 않았겠지만, 만약 1980년대처럼 대폭적인 감세정책을 채택했다라면 재정적자는 지속되었을 것이다. 1981년 취임 직후 레이건 대통령은 의회가 세율을 인하하고 국방비를 증가시키며 여타 정책프로그램을 소규모로 삭감하는 의욕적인 경제정책을 채택하도록 하였다. 레이건 대통령은 ‘공급경제학(supply-siders)’의 입장에서 감세가 경기를 자극하고 미래에 더 높은 세수를 창출할 것이라고 주장하였다. 그러나 감세와 국방비 증액은 계획대로 실행되었으나 지출감축은 실질적으로 이루어지지 못했다.

1990년대 클린턴 대통령 시절에는 미국 의회가 증세를 의결함과 동시에 상당한 재정적자 감축 정책을 채택하였다. 그 결과 재정수입은 증가하고 재정적자가 해소되었으나, 2001년 부시 대통령이 취임하여 상당한 규모의 감세정책을 추진하며 다시 재정적자로 반전되었다. 1990년대의 증세 이후에는 예산수입을 탄탄하게 하는 경기호황이 이어졌지만, 2000년대의 감세는 경기부진으로 수입이 악화되는 시기에 나타났던 것이다.

3. 국방비 지출

미국 연방정부의 재정수지가 흑자로 전환되었던 1990년대는 소련의 붕괴와 냉전의 종식으로 시작하였지만, 2000년대는 9/11 테러와 이라크 및 아프가니스탄 전쟁으로 시작하였다. 1980년대 후반부에 안정적이었던 국방비는 소련의 붕괴와 냉전의 종식으로 1990년대 내내 그 실질 규모와 총예산 대비 비율이 꾸준히 감소하였다. 실질 국방

비가 1989년에 거의 4,000억 달러로 최고조에 달한 후 10년 뒤에는 2,850억 달러 이하로 감소하였던 것이다. 이 기간 중 총지출 대비 국방비 비중은 28%에서 16%로 하락하였는데 이후 9/11테러와 이라크 등의 전쟁으로 2005년에 총지출의 20%까지 상승하며 감소된 비중의 일부를 회복하였다.

4. 재정규율

1980년대에는 재정적자가 누증됨에도 불구하고 정치인들의 지출의욕을 억제하는 재정통제의 규율이 없었다. 물론 1985년에 GRH법률이 제정되었으나 실질적인 효과를 거둘 수 없었는데, 1990년대는 BEA법률에 의한 재정통제의 규율이 확립되었다. 이는 재량적 지출의 매년 한도를 설정하고 또 적자를 초래하는 급여사업(entitlement)을 증가시키는 경우 여타 의무적 지출의 삭감 또는 수입증가로 상계할 것을 요구하는 PAYGO 규칙을 확립하였다. BEA 규칙이 없었다 하더라도 대규모 적자 때문에 의회와 대통령은 새로운 급여사업을 채택할 수 없었을 것이며 또 기존 사업을 절감해야 했을 것이다. 그러나 BEA는 연방지출의 지속적인 증가를 규칙으로 억제하고 또 새로운 예산 요구에 저항하고자 했던 정치인들을 세력화함으로써 일정 기간 성과를 보였다.

1980년대 이후의 미국 재정운용 경험을 통해 총량적 재정성과를 좌우하는 요소들은 크게 경기변동, 조세정책, 국방비, 재정규율의 강도 등으로 설명할 수 있다. 다음의 <표 2-2>는 1990년대 재정수지의 균형과 흑자를 기록한 클린턴 대통령과 이후 재정적자를 기록한 부시 대통령을 각각의 요인별로 비교 분석한 내용이다. 표를 통해 네 가지

요소의 중요성을 이해할 수 있을 것이다.

〈표 2-2〉 클린턴 대통령과 부시 대통령(1차 임기)의 비교

요인	클린턴 대통령: 1993-2000	부시 대통령(1차 임기): 2001-2004
경기 변동	클린턴 임기 중 매년 실질 GDP 증가; 임기만료시 임기시작보다 1/3 정도 더 높음. 그러나 임기 마지막 수개월에는 경기악화.	부시 대통령 임기 초반 성장은 둔화되었고, 경기는 짧은 불황을 겪었으나(2001년 3개 분기동안 음의 성장) 이후 연도에 회복되었음.
조세 정책	클린턴은 증세로 임기를 시작함; 아버지 부시 대통령이 서명한 1990년 증세까지 예산수입도 증가하였음	부시는 대규모 감세로 임기를 시작하였음. 2003년에 추가적인 대규모 감세가 단행됨.
국방비 지출	1990년대는 베를린 장벽의 붕괴와 냉전의 종식과 함께 시작함. 명목기준으로 국방비는 안정적이었고 실질 국방비 지출은 하락함.	2000년대는 9/11 테러와 이라크, 아프가니스탄 전쟁과 함께 시작함. 실질 국방비 지출은 현저하게 상승하였음.
재정 규율	1990년대는 지출을 제약하는 예산통제규칙(budget enforcement rules)의 제정으로 시작하였음. 클린턴 임기 후반에는 예산흑자가 의회의 지출증대를 자극하여 이들 규칙의 준수가 느슨해졌음.	일반적으로 예산통제규칙이 무시되었고 2002년 만료를 방지함. 모든 분야의 지출(국방, 비국방 재량 및 의무)이 급격하게 증가함.

* 출처: Schick(2007), p. 28 참조.

제3장

복지재정의 조달방안: 개요

복지정책의 목표에 대해서는 다양한 견해가 철학적 개념을 기반으로 제시될 수 있는데, 그 목표를 달성하는 복지정책의 수단들도 매우 다양하다고 할 수 있다. 우선 정부가 복지정책을 수행하는 이유는 민간 부문의 자율적인 복지활동이 충분하지 않기 때문이므로 가장 중요한 복지정책은 민간의 자율적 활동을 장려하는 것이어야 할 것이다. 다시 말해 복지재정은 복지정책의 한 가지 분야이기 때문에 민간의 자율적인 활동을 장려함으로써 복지재정의 역할과 기능을 가볍게 하는 것도 복지재정을 조달하고 확충하는 중요한 수단이 될 것이다.

그리고 정부의 복지정책은 규제를 통해 수행되는 비재정적 복지정책과 재정정책을 구분할 수 있다. 규제를 통한 비재정적 복지정책으로는 사회적 약자를 보호하고 소득분배의 형평성을 위해 노동시장 및 산업부문에서 이루어지는 각종의 규제정책을 들 수 있다. 이러한 규제는 임금, 지대, 이자, 이윤 등의 부가가치로 구성된 GDP의 배분 비율에 영향을 주기 때문에 이를 통해 복지정책의 목표를 달성할 수

있다. 다시 말해 규제와 복지재정의 역할은 상호 연계되어 있다고 할 수 있다. 그러나 규제가 복지정책의 목표를 얼마나 효과적으로 달성할 수 있을 것인가를 구체적으로 파악하기는 매우 어렵기 때문에 규제를 통해 복지정책을 추구하는 데에는 한계가 있을 것이다.

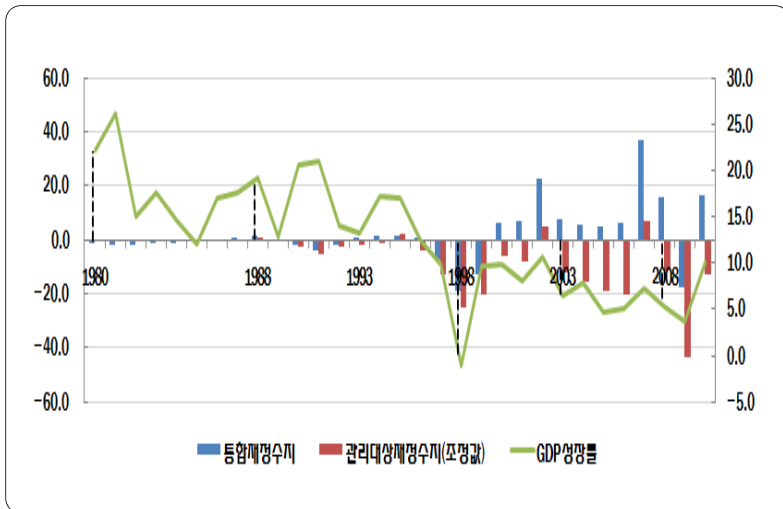
재정정책은 조세정책과 지출정책으로 구분되기 때문에 복지정책 또한 조세측면과 지출측면을 구분할 수 있다. 그런데 조세정책은 지출측면의 복지재정을 조달하는 수단일 뿐만 아니라 복지정책 자체를 추구하는 정책수단이기도 하다. 소득분배의 형평성을 위해 설계된 각종의 조세정책은 복지정책의 목표 자체를 추구하는 중요한 수단인 것이다. 그리고 재정지출이라는 복지재정의 측면에서는 특정 서비스를 보다 보편적으로 제공하기 위한 정책과 이전지출을 목적으로 하는 정책을 구분할 수 있다.

지출측면의 복지재정을 조달하는 방안으로는 재정총량 규모를 확대하는 방법과 재정총량 규모 내에서 복지재정을 확충하는 방법이 구분될 수 있다. 먼저 전자의 방법을 검토하기 위하여 우리나라 재정수지의 역사적 추이를 살펴보기로 한다. [그림 3-1]은 통합재정수지, 관리대상재정수지를 GDP 성장률과 함께 표시하고 있다. 관리대상재정수지는 통합재정수지에서 국민연금 등 사회보장성기금의 흑자분을 제외한 값이기 때문에 재정운용의 총량적 성과를 반영하는 지표가 될 수 있다.⁸¹⁾ 관리대상재정수지를 살펴볼 때 우리나라에서는 1997년 외환위기 이후 적자재정이 보편적으로 나타나고 있다. 다만

81) 관리대상재정수지는 2003~2006년 기간 중 나타난 총 49조원의 공적자금 국제전환도 제외하고 있지만, 이는 실질적으로 재정운용의 결과로 볼 수 있다. 따라서 [그림3-1]에서 '관리대상재정수지(조정값)'는 공적자금 국제전환을 반영하였다.

매 정권의 마지막 연도인 2002년과 2007년에는 일시적으로 관리대상 재정수지가 흑자를 기록하였다.

[그림 3-1] 우리나라의 재정수지 및 GDP 성장률 추이



통합재정수지와 관리대상재정수지의 추이와 무관하게 향후에도 계속 적자재정을 유지하고 국가채무를 증가시키며 복지재정을 확충하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 그러나 이 방안은 재정의 지속가능성을 저해하고, 우리나라가 소규모 개방경제로서 부담하는 국내외 환경의 불확실성을 대처하는 데에는 적절한 방안이라 할 수 없다. 또한 우리나라의 국가채무 지표에 대해서는 많은 논란이 있어 정부가 재정통계를 전면 개편하여 국제기준에 부합하는 재정총량 지표를 2012년에 생산 예정인 점을 감안하면, 채무증가를 통한 복지재정 확충에는 신중을 기해야 할 것이다.

적자재정을 해소하면서 재정총량 규모를 확대하는 방안으로는 증세를 생각할 수 있다. 그러나 미국의 경험을 참조할 때 증세는 경기변동을 감안하여 결정하는 것이 바람직하다. 클린턴 대통령 시절 미국 정부는 경기상승기에 증세를 결정함으로써 재정수지의 균형을 달성할 수 있었던 것이다. 만약 증세가 경기에 부정적인 영향을 주는 경우 오히려 재정수입을 감소시킴으로써 재정적자를 해소하는데 도움을 주지 못할 것이다. 경기에 부정적인 영향을 주지 않으면서 조세수입을 통한 복지재정 조달이 검토될 수 있는데, 이 경우에도 21%에 달하는 우리나라의 조세부담률이 경쟁상대국인 일본(18.0%), 싱가포르(13.7%), 홍콩(12.1%), 대만(14.1%), 중국(17.8%) 등에 비해 높다는 사실을 충분히 감안해야 할 것이다.

만약 증세를 검토한다면 어떤 조세를 증가시키는 것이 바람직할 것인가? 전통적으로 조세체계는 효율성과 형평성을 모두 감안하여 설계되지만, 복지재정 수요를 충당하기 위해서는 효율성의 측면에서 조세체계를 설계하는 것이 바람직할 것이다.⁸²⁾ 그러나 복지정책의 목표가 광범위한 소득재분배에 있다면 정책목표를 달성하는 수단으로서 소득세는 이전지급보다 훨씬 더 효과적이다. 또한 복지재정 조달을 위해서는 목적세 또는 세금의 용도지정(earmarking)이 정치적 비용을 줄일 수 있는 효과적 수단임을 감안해야 할 것이다. 특히 저부담 고급여로 설계되어 있는 현행 사회보장제도의 지속가능성을 제고하기 위해 사회보장기여금을 증가시키는 것은 복지재정의 장래 부담을 완화하는 중요한 수단이 될 것이다.

82) 김승래·김형준·이철인(2008)에 의하면 법인세, 소득세, 부가가치세가 효율성에 미치는 부정적 효과는 각각 0.298, 0.212, 0.155로서 평가된다.

그런데 증세가 복지재정을 단박에 확충할 수 있을 것으로 보는 것은, 마치 감세가 경기를 활성화하여 재정수입을 증가시킬 것으로 보는 공급경제학의 시각처럼 지나치게 단순한 논리라 할 수 있다. 미국의 재정운용 경험에서 볼 수 있듯이 총량적 재정성과에 영향을 주는 요소들은 경기상황, 조세정책, 국방비 등 경제외적 지출 그리고 정치인들을 구속하는 지출규율 등 매우 다양하기 때문이다. 복지재정의 조달방안으로서 증세 이외에 여타의 요인들을 종합적으로 검토하는 것이 바람직하다.

증세 대신 지출규율을 강화하는 것은 주어진 총량규모 내에서 복지재정을 확충하는 방안이 될 수 있다. 특히 우리나라에서는 정치인들의 지출욕구를 억제하는 재정준칙이 실질적으로 효과를 발휘한 적이 전혀 없기 때문에 이 방법을 동원할 필요성은 매우 높다고 할 수 있다. 우리나라는 대통령제를 채택하면서도 행정부에 거의 모든 재정 권한을 집중시키며 수지균형을 나름대로 준수해 왔으나, 2000년대 이후 적자재정이 지속되며 국회의 재정통제권에 대한 관심이 고조되고 있기 때문에 행정부와 국회의 상호작용 속에서 재정준칙과 규율을 강화하는 노력이 필요하다. 만약 이러한 노력이 없다면 1980년대 미국처럼 재정적자를 확대하는 방법으로 국회와 행정부의 예산갈등이 해소될 가능성이 매우 높다.

더구나 우리나라에서는 재정총량 규모를 분야별로 배분하는 의사결정을 거의 전적으로 행정부에 위임함으로써 국회를 통한 국민적 합의를 도출하기가 매우 어렵다. 국회 내에서 재정총량, 분야별 재정 배분, 분야내 재정사업에 대한 의사결정이 합리적으로 이루어짐으로써 복지재정 조달을 위한 재정지출 전반의 구조조정에 대해 국민적

합의를 충분히 이끌어낼 수 있어야 한다. 스웨덴 등의 복지국가에서도 이와 같은 재정제도의 개혁을 추진함으로써 복지재정에 대한 구조조정을 이끌어낼 수 있었던 것이다.

복지재정에 대한 국민적 합의가 이루어져야 할 또 다른 사항으로는 복지정책의 목표를 위해 보편적으로 제공되어야 할 서비스의 내용을 규정하는 것이다. 복지정책을 위한 지출정책에는 정부가 시장외적(또는 비시장적) 방법으로 재화와 용역을 사회에 제공하는 방법과 이전지급을 개인과 가계에 제공하는 방법을 구분할 수 있다. 전자에는 교육, 의료, 공공서비스 등의 서비스 요금을 시장가격 이하로 낮추는 방법으로 제공하는 방법이며, 후자는 직접적인 이전지급을 제공하는 방법이다. 이들 사이의 선택은 국민적 합의에 의해 이루어질 수밖에 없다. 과연 보편적으로 제공되어야 할 서비스의 범위와 가격인하의 정도는 어느 정도로 하는 것이 적절한가, 이 또한 반드시 복지재정의 틀 내에서 국민적 합의가 이루어져야 할 것이다.

제1절 기본방향

복지재정을 확대하는 방법으로서 가장 손쉬운 방법은 재정총량의 규모를 확대하는 것이다. 1980년대 미국의 재정운용 경험에서 확인할 수 있듯이, 재정총량에 영향을 미칠 수 있는 요인들은 경제성장을 촉진하는 경기호황, 증세를 유도하는 조세정책, 경제외적 요인에 의한 경직적 지출(예컨대 국방비), 재정규율 등 네 가지를 들 수 있다. 그런데 경기호황과 조세정책은 재정총량 규모를 직접적으로 증가시킬 수 있는 요인이지만 경제외적 지출과 재정규율은 재정총량 규모보다는 재정수지에 영향을 미치는 요인이다. 그러나 재정수지의 흑자를 통해 당해 잉여자금을 복지재정 확충에 사용할 수 있기 때문에 이들 네 가지 요인들은 모두 복지재정을 확충하는 수단이라 할 수 있다.

본 장에서는 재정총량을 확충하는 방법으로서 재정수지를 관리하

는 방안과 증세를 위한 조세정책 방향을 생각하기로 한다. 앞에서 언급한 네 가지 요인 중에서 경기호황과 경제외적 지출은 정부의 경제정책으로 통제가능하다고 할 수 없기 때문에, 재정수지를 관리하는 재정규율 그리고 조세정책을 재정총량에 대한 정책수단으로 볼 수 있을 것이다.

우선 재정총량 규모는 국민경제 내에서 정부와 공공부문의 자원사용 규모를 의미한다. 따라서 재정총량 규모의 확대는 곧 국민경제 내에서 민간부문의 자원사용이 축소되는 것을 의미한다. 복지재정을 확충하기 위하여 재정총량 규모를 확대하면 국민경제 내에서 어떤 사회적 비용을 부담할 것인가? 다시 말해 재정총량의 적정 규모를 선택하는 과정에서는 어떤 내용의 반비례 또는 맞교환(trade-off) 관계를 감안해야 할 것인가?

국민경제 내에서 재정총량 규모를 확대하는 것은 크게 두 가지 측면에서 사회적 비용을 부담한다. 첫째, 재정총량 규모를 확대하면 자율적 시장규모를 축소시킨다. 재정총량 규모를 증가시키기 위해서는 정부가 강제력을 동원하여 조성하는 조세의 부담을 증가시켜야 한다. 민간부문에서 조세가 부담되면 민간의 자율적 거래에 의해 형성되는 시장의 규모를 감소시킨다. 이러한 시장규모의 감소는 곧 수요자이건 공급자이건 자신이 시장에서 구현하는 개인적 이익의 규모를 감소시킨다.

조세는 민간시장의 적정 수급량을 축소시켜 해당 부분에 대한 소비자잉여를 사라지게 한다. 이를 조세의 초과부담(excess burden) 또는 사중손실(deadweight loss)이라고 한다. 정부가 특정한 정책목표를 달성하고자 사업을 시행하는 경우 여기에서 소요되는 재정자금을 위해

조세를 부과하는 경우 사중손실이 발생한다. 예컨대 조세의 사중손실이 1원당 0.25원이라고 한다면 정부가 1억원의 정책사업을 시행할 때 우리 사회가 부담하는 사회적 비용은 2천 5백만원이 되는 것이다.

조세의 사중손실을 재정자금의 집행에 반영하는 대표적 국가로는 미국을 들 수 있다. 미국은 조세의 사중손실이 1달러당 25센트로 추정되기 때문에, 공공투자의 비용을 계산할 때 1.25를 곱하여 계산한다. 다만 이용료 수입으로 충당되는 공공투자, 그리고 사회적 외부편익을 제공하는 원가절감형 정부사업에 대해서는 예외를 인정하고 있다.⁸³⁾

그러면 우리나라의 경우 조세의 사중손실은 얼마로 추정할 수 있는가? 유감스럽게도 우리나라에서는 아직 이에 대해 충분히 공감대가 형성되어 있는 연구결과를 인용하기는 어렵다. 다만 김승래·김우철(2007)은 자본소득과세 29.8%, 노동소득과세 21.2%, 일반소비과세 15.5%로 추정한 바 있다. 다른 나라의 연구결과를 전반적으로 조명할 때, 이들의 추정치는 대체적으로 합리적인 범위 내에 있다고 할 수 있다. <표 4-1>은 조세의 사중손실을 추정한 연구들을 정리하였는데, 대부분의 추정치가 25% 내외에 있음을 발견할 수 있다. 또 미국의 연방정부도 공식적으로 25%를 사용하고 있음을 감안할 때 우리나라도 최소 20% 이상으로 보는 것이 타당할 것이다.

둘째, 재정총량 규모의 확대는 국민경제 내에서 관료주의에 의한 개입범위를 확대시킨다. 제도경제학적 관점에서 볼 때 정부의 역할은 경제주체들 상호간의 경제거래들을 형성시키는데 필요한 거래비용을 감축시키는 것이다. 시장실패는 민간부문에서 자율적으로 형성되

83) 미국 OMB Circular A-94, "Guidelines and Discount Rates for Benefit-Cost Analysis of Federal Programs," pp. 11-12 참조.

기에는 거래비용이 너무 높은 경우를 지칭한다. 따라서 정부는 시장 실패를 교정하는데 소요되는 거래비용이 민간부문보다 더 낮기 때문에 개입하는 것이다. 그런데 정부의 역할은 민간부문에 대한 보완적 기능에 한정되는 것이 바람직한데도 불구하고 더 많이 개입하는 편향적 성향을 지니기 때문에 재정총량의 확대는 결국 정부와 공공부문의 확대를 초래할 수 있는 것이다.

〈표 4-1〉 사중손실에 의한 재정자금의 사회적 비용 추정

국가	과세유형	추정치	자료
호주	노동	1.19-1.24	Campbell and Bond(1997)
호주	노동	1.28-1.55	Findlay and Jones(1982)
호주	자본	1.21-1.48	Diewert and Lawrence(1998)
호주	자본	1.15-1.51	Benge(1999)
방글라데쉬	판매	0.95-1.07	Devarajan et. al.(2001)
방글라데쉬	수입	1.17-2.18	Devarajan et. al.(2001)
카메룬	판매	0.48-0.96	Devarajan et. al.(2001)
카메룬	수입	1.05-1.37	Devarajan et. al.(2001)
캐나다	상품	1.25	Campbell(1975)
캐나다	노동	1.38	Dahlby(1994)
캐나다	노동	1.39-1.53	Fortin and Lacroix(1994)
중국	판매	2.31	Laffont and Senik-Leygonie(1997)
인도	물품	1.66-2.15	Ahmad and Stern(1987)
인도	판매	1.59-2.12	Ahmad and Stern(1987)
인도	수입	1.54-2.17	Ahmad and Stern(1987)
인도네시아	판매	0.97-1.11	Devarajan et. al.(2001)
인도네시아	수입	0.99-1.18	Devarajan et. al.(2001)
뉴질랜드	노동	1.18	Diewert and Lawrence(1994)
스웨덴	모든 조세	1.69-2.29	Hansson and Stuart(1985)
미국	모든 조세	1.17-1.33	Ballard, Shoven and Whalley(1985)
미국	노동	1.21-1.24	Stuart(1984)
미국	노동	1.32-1.47	Browning(1987)
미국	모든 조세	1.47	Jorgenson and Yun(1990)
미국	노동	1.08-1.14	Ahmed and Croushore(1994)
아프리카	모든 조세	1.05-1.37	Wartlers and Auriol(2005)

* 자료: Wartlers and Auriol(2005), p.15

재정총량 규모를 확대하는 것은 민간의 시장규모를 축소시키고 관료주의의 폐해를 심화시키는 사회적 비용을 부담하지만, 다른 한편으로 장점도 존재한다. 재정총량 규모의 확대는 시장기능에 의해 달성되지 않는 사회적 목표를 보다 많이 달성할 수 있도록 한다. 시장기능에는 시장실패가 있고 또 국민경제의 안정화, 소득분배의 형평성을 추구하는데 한계가 있기 때문에 정부가 가진 강제력을 통한 획일적 규율로 시장기능을 보정할 수 있는 것이다.

재정총량 규모의 확대에 대한 장점과 단점을 감안할 때 복지재정을 위한 재정총량 확대에서는 어떤 점을 추가로 감안해야 하는가? 이에 답하기 위해서는 복지재정에서 추구하는 정책목표를 명확하게 하는 일이 필요하다. 그러나 여기서는 복지에 대한 철학적이고도 거대담론적 논의보다 OECD 국가들의 경험을 통해서 구체적인 정책방향을 설정하는 방법을 생각하기로 한다. OECD는 매년 사회복지지출(social expenditure)에 대한 통계(SOCX)를 생산하고 있는데, 이러한 통계에 관한 지침은 복지재정의 방향에 대해 상당히 많은 시사점을 제공하고 있다.⁸⁴⁾ 여기서는 이를 참조하여 복지재정의 정책방향을 논의하기로 한다.

SOCX통계는 사회복지지출(social expenditure)을 다음과 같이 정의하고 있다. “가계와 개인의 복지에 부정적인 영향을 미치는 상황 속에서 이들을 지원하기 위하여, 공공기관과 민간기관이 제공하는 급여 및 재정지원이다. 단, 제공되는 급여와 재정지원은 특정한 재화 또는 서비스에 대한 직접적인 대가도 아니고 또 개인적인 계약과 이전이

84) OECD, The Social Expenditure database: An Interpretive Guide; SOCX 1980-2003, June 2007 참조.

아니어야 한다.⁸⁵⁾ 여기서 가계는 기관 또는 제도단위로 생각되지 않기 때문에, 가계 상호간의 이전은 사회적 영역의 범위에서 제외되는 것이다.

SOCX는 사회복지지출에 대해 크게 다섯 가지 기준의 교차분류를 채택하고 있다. 이들은 정책기능, 제도부문, 강제성 여부, 소득재분배 여부, 현금 여부 등과 같다. 우선 정책기능은 노령(Old Age), 유족(Survivors), 근로무능력 관련 급여(Incapacity-Related Benefits), 보건(Health), 가족(Family), 적극적 노동시장 프로그램(Active Labour Market Programmes), 실업(Unemployment), 주거(Housing), 기타(Other) 등과 같은 기능별 구분을 채택한다. 그리고, 제도부문은 공공부문과 민간부문의 제도단위를 구분하는 것이며, 강제성 여부는 법령에 의한 강제성 여부를, 소득재분배 여부는 시장기능 결과의 교정 여부를, 그리고 현금 여부는 현금과 현물을 각각 구분하는 것이다.

이러한 다양한 분류가 이루어지기 때문에, SOCX는 통계의 종류를 공공사회복지지출(public social expenditure), 법정사회복지지출(total social expenditure), 총사회복지지출(gross social expenditure), 순사회복지지출(net social expenditure) 등을 구분하고 있다.⁸⁶⁾ 공공사회복지지출은 공공부문에 의한 사회복지지출을, 법정 사회복지지출은 공공사회복지지출에 민간부문의 법정 급여를 포함시킨 것을, 총사회복지지출은 법정 사회복지지출에 민간부문의 자발적 급여를 각각 의미하고, 순사회복지지출은 조세제도 내에서 사회복지적 성격의 내용을 추가

85) OECD, 전제서, p. 6 참조.

86) 우리나라의 SOCX에서는 'total social expenditure'를 '사회복지지출'로 번역하고 있는데, 이 용어는 보통명사로서의 사회복지지출과 구분하기 어려워 본 연구에서는 민간부문의 법정 지출을 포함한다는 의미에서 '법정 사회복지지출'로 번역하였다.

로 감안한 것이다.

SOCX에 대한 이러한 통계체제는 정부의 복지재정에 대한 정책결정 분야를 체계적으로 보여주고 있다. 한 사회가 추구하여야 할 국민경제 전반의 복지지출을 판단하고, 복지지출 중에서 기관들이 추구해야 하는 역할과 목표를 구분하고, 또 사회복지지출 내에서 민간기관과 공공기관의 역할을 구분할 뿐만 아니라 민간에 법령으로 강제되어야 할 복지지출의 성격을 규정해야 한다. 공공사회복지지출의 규모와 내용이 판단되면 이들을 조세정책과 어떻게 조화시킬 것인지에 대해서도 고민해야 할 것이다. 이러한 단계별 의사결정과정을 통해 복지재정에 대한 국민적 합의가 체계적이고도 명료하게 이루어질 수 있다.

제2절 조세정책의 방향

국민경제 전반에 걸쳐 복지정책의 목표를 명확하게 규정하고 그 정책목표를 가장 효과적으로 달성하는 다양한 정책수단들의 조합을 선택해야 할 것이다. 정부정책의 수단 중에서 복지정책의 목표를 달성하는 수단으로는 조세정책과 지출정책으로 구성된 재정정책 그리고 규제가 있다. 이들 정책수단들 중에서 동일한 복지정책 목표를 달성하는데 가장 낮은 사회적 비용이 소요되는 정책조합(policy mix)을 선택하는 노력이 필요하다.

우선 민간부문에 대한 정부의 각종 규제는 민간부문에서 생산된 GDP의 생산요소를 배분비율을 좌우할 것이다. GDP는 부가가치를

기준으로 할 때 근로자에 대한 임금, 토지에 대한 지대, 대여금에 대한 이자, 출자금에 대한 이윤으로 구분되는데, 민간의 노동시장, 기업 활동 등에 대한 정부의 각종 규제는 이들의 배분비율을 결정하는 것이다. 따라서 정부는 규제를 통해 민간부문의 활동에 영향을 주기 때문에 규제를 통해 복지정책의 목표를 달성할 수 있을 것이다. 그러나 규제는 국민경제와 개별 시장에 대한 전반적이고도 일반적인 내용을 담기 때문에 구체적인 정책목표를 구현하기는 어렵다. 따라서 규제를 통해 복지정책을 추구하는 데에는 한계가 있을 것이다.

정부가 규제를 통해 민간부문 내에서 복지적 성격의 활동을 강화하고자 할 때 가장 적극적으로 고려해야 하는 방안은 협동조합 형태의 비영리법인을 활성화하는 것이다. 조직경제학의 이론에 의하면 영리법인이건 비영리법인이건 법인은 시장에 존재하는 외부성 등 시장실패를 해소하는 방편으로 등장한다. 시장실패란 특정한 거래를 수행하는데 필요한 거래비용이 과도한 경우로 설명할 수 있는데, 법인은 거래의 양 당사자들을 하나의 조직에 통합함으로써 단일의 지휘명령 하에 둬으로써 거래비용을 줄여 시장실패를 해소한다는 것이다. 구입자와 판매자가 공동의 소유 하에 있을 때, 거래의 일방이 상대방에게 시장의 불완전성에서 비롯되는 착취의 유인이 거래 당사자들 사이에 감소되거나 제거될 수 있다.

그런데 영리법인은 영리추구라는 제약 하에서 이루어진 법인이지만 비영리법인은 영리 이외에 다양한 목적들을 추구할 수 있기 때문에 훨씬 더 광범하게 시장실패를 해소할 수 있는 것이다. 예컨대 노동시장에서 거래의 일방이 상대방에게 시장의 불완전성에서 비롯되는 착취의 유인이 존재할 때 1인 1표 등 다양한 의사결정 형태를 인정하

는 협동조합식 비영리법인이 형성된다면 이러한 유인은 경감될 수 있다. 따라서 민간부문 내에서 동일한 사업에 대해 영리법인 또는 비영리법인의 자유로운 선택이 이루어지도록 할 필요가 있다.

그러나 규제를 통한 민간부문의 자율적인 복지활동은 한계가 있기 때문에 정부는 재정정책을 통해 복지정책의 목표를 추구한다. 재정정책은 조세정책과 지출정책으로 구분되기 때문에 복지정책 또한 조세 측면과 지출측면을 구분할 수 있다. 그런데 조세정책은 기본적으로 지출측면의 복지재정을 조달하는 수단이지만 복지정책의 목표 그 자체를 추구하는 수단이기도 하다. 소득분배의 형평성을 위해 설계된 각종의 조세정책은 복지정책의 목표 자체를 추구하는 중요한 수단인 것이다. 복지정책의 목표를 효과적으로 달성하기 위한 최적의 정부정책 조합을 만들어내기 위해서는 복지정책의 수단으로서 조세정책과 지출정책의 장단점을 비교할 필요가 있을 것이다.

첫째, 지출정책은 개인 또는 가계 등 복지정책의 목표집단을 신축적으로 선택할 수 있지만 조세정책은 조세를 납부하는 사람들만을 목표집단으로 할 수밖에 없다. 다시 말해 조세의 규모와 내용은 민간부문의 활동 결과에 좌우될 수밖에 없지만 재정지출의 규모와 내용은 정부가 자율적으로 선택할 수 있는 것이다. 따라서 지출정책은 조세정책에 비해 복지정책의 보다 광범한 목표를 추구할 수 있다.

둘째, 조세정책에 비해 지출정책은 행정적 관리비용을 더 많이 소요한다. 조세의 경우에는 세금을 징수하는 행정비용 그리고 개인들이 지급하는 납세협력비용이 소요된다. 이에 반해 지출정책은 조세의 행정비용, 납세협력비용에 추가하여 이전지급 등을 위한 행정비용 등이 소요되는 것이다. 따라서 지출정책으로 추구하는 복지정책의 목표가

조세정책으로도 달성될 수 있다면 그 사회적 비용이 절감되는 조세 정책을 선택하는 것이 보다 적절할 것이다.

조세정책과 지출정책의 또 다른 차이점으로는 상대가격의 변화를 초래하는 경제적 유인효과를 드는 경우도 있다. 조세정책은 과세되는 소득 또는 재화의 가격을 상승시켜 이들의 상대가격을 변화시키는 반면 지출정책은 이전지급으로서 상대가격의 변화를 초래하지 않는다는 것이다. 그러나 이는 지출정책을 이전지급에 한정하기 때문에 도출되는 결론에 불과하다. 소득 또는 재화에 보조금을 지급한다면 조세정책에서 나타나는 상대가격의 변화가 지출정책에서도 나타날 것이기 때문이다.

그런데 복지정책의 수단은 조세정책, 지출정책을 보다 세분화하여 열거할 수도 있다. 조세정책은 조세의 유형별로 소득과세, 재산과세, 소비과세를 구분한 후 이들 내에서 세목별 형태를 기준으로 조세정책의 수단들을 세분화할 수 있다. 또한 지출정책도 복지서비스를 위한 지급과 소득을 이전시키는 이전지급을 구분하고, 복지서비스를 위한 지급은 출연, 출자, 보조, 정책금융(신용보증, 이차보전, 금융기관 투융자 등)들을 구분하여 세분화할 수 있다. 이들 세분화된 정책수단들이 복지정책의 목표를 달성하는데 어떤 비교우위가 있는지 자세히 파악하는 것도 최적 정책조합의 선택에 매우 유용할 것이다.

최적의 복지정책조합을 도출하기 위해서는 정책수단별 장단점뿐만 아니라 복지정책의 목표를 가능한 명확하게 하는 것도 필요하다. 복지정책의 목표는 다수 국민들이 공감대를 형성할 수 있는 내용이 될 수밖에 없는데, 이들은 크게 세 가지 내용으로 정리할 수 있을 것이다. 첫째, 국가의 임무는 특정한 산업, 기업, 일자리를 보호하는 것

이 아니라 보편적으로 개인들을 보호하는 것이라는 사실이다. 우리나라는 과거 고도성장과정에서 특정한 산업, 기업, 일자리를 보호하는 방법으로 경제성장과 함께 개인을 보호할 수 있었다. 그러나 이러한 정책기조는 점차 기득권 보호의 모습을 보일 수밖에 없게 되었다. 이제 국가는 개인에 대한 보호를 강화하는 복지정책을 채택하고 특정한 산업, 기업, 일자리를 보호하는 정책을 폐기함으로써 개인들이 자신의 위험과 창의를 통해 자율적 경제행위를 하도록 조장해야 할 것이다.

둘째, 개인에 대한 보호는 위험분담을 전제로 하는 집합적 사회보험을 강화하는 것이어야 한다. 이러한 인식은 복지정책의 목표를 소득분배의 형평성을 개선하는 것보다 사회보호기능을 강화하는데 두어야 한다는 것을 의미한다. 사회보호(social protection)란 질병, 실업, 노령, 사망 등 사회적 위험으로 인해 가계 및 개인이 겪는 고통을 완화시키는 것으로 특히 빈곤층으로의 전락을 방지하는 것이어야 한다. 또한 이는 생애기간 전체에서 소득의 안정성을 도모하는 것이 중요하다는 사실을 반영한다.

셋째, 시장기능 하에서 형성되는 부정적인 유인구조를 개선하는 것이어야 한다. 전자통신 기술의 발전, 사회적 네트워크의 강화 등으로 점차 시장기능 내에서 승자전취(winner-take-all) 현상이 가속화되고 있는데, 이는 시장기능으로 인한 부정적 유인구조를 낳게 된다. 특히 노동시장과 같이 특정 시장 내에서 승자전취 현상이 가속화되면 개인의 보수는 상대적 성과에 좌우되고, 또 개인들의 경쟁은 ‘조금만 더 투자하면 승리할 수 있다’는 생각으로 과도한 경쟁이 이루어진다는 것이다.

제로섬(zero-sum)의 결과를 낳는 상대적 성과에 대한 과도한 경쟁은 사회적 낭비를 초래하는데, 이를 교정하기 위해서는 누진소득세를 채택하여 승자의 과도한 보수를 줄이는 것이 필요할 것이다. 그러나 이러한 교정적 조치를 설계할 때에는 국가간 경쟁도 전 세계적 영역에서 상대적 성과에 좌우되고 있다는 현실을 간과해서는 곤란할 것이다. 상대적 성과에 대한 과도한 경쟁이 사회적 낭비를 초래하는 것은 폐쇄경제 하에서는 충분히 성립할 수 있지만 개방경제 하에서는 반드시 그런 것이 아니기 때문이다.

시장기능으로 형성된 유인구조는 개인들의 성취동기를 진작할 수 있을 때 바람직하다. 결과의 불평등을 초래한 요인이 개인의 노력으로 통제할 수 없는 환경의 차이에서 비롯된다면 시장기능에서 형성된 유인구조는 개인들의 성취욕을 자극하지 못하여 사회적으로 비효율적인 결과를 낳을 것이다.⁸⁷⁾ 따라서 복지정책의 목표는 기득권을 타파함으로써 시장기능으로 형성된 유인구조가 사회적 순기능을 발휘할 수 있도록 해야 할 것이다.

앞에서 설명한 세 가지 내용의 복지정책 목표 이외에 추가적으로 소득분배의 형평성을 개선하는 내용이 포함될 수 있다. 그러나 국민들의 공감대를 형성할 수 있는 바람직한 소득분배의 형태를 논리적으로 타당하게 제시하는 규범적 이론을 찾는 것은 어려운 일이다. 복지정책의 목표는 국민들의 선택을 통해 나타날 수밖에 없다. 그리고 소득분배의 형평성은 규제 효과, 임금수준에 대한 사회적 합의, 개인에 대한 보호기능의 정도 등을 종합적으로 감안해야 할 것이다.

87) 이에 대한 논의는 김우철·이우진(2008) 참조.

첫 번째와 두 번째의 복지정책 목표에 대해서는 지출정책의 효과가 더 크고 조세정책은 보완적 수단으로서 기능할 수 있을 것이다. 세 번째 측면에서는 조세정책이 상당한 효력을 발휘할 수 있다. 물론 재정지출을 통해서도 동일한 목적을 달성할 수 있지만 정책수단 운용의 사회적 비용을 감안할 때 세 번째 측면에서는 조세정책이 보다 타당한 것으로 생각된다.

조세정책은 복지정책의 목표를 추구하기도 하지만 복지재정을 확충하는 수단이기도 하다. 그렇다면 일정한 재정수입을 확보하기 위한 최적의 조세체계는 무엇인가? 최적조세(optimal taxation) 이론은 이에 대한 해답을 이론적으로 제공하고 있는데, 효율성의 측면에서 사중손실의 규모를 극소화하는 조세체계를 말한다. 사중손실은 조세가 부과되더라도 경제활동이 변화하지 않는 경우에 극소화되는데, 이러한 조세체계는 램지규칙(Ramsey rule)으로 불리는 역탄력성(inverse elasticity) 규칙이다. 그러나 이론적인 역탄력성 규칙을 현실에 적용하는 데에는 한계가 있다. 다만 경제활동의 왜곡을 최소화하고 보다 단순한 조세체계가 관리 비용을 줄인다는 측면에서 ‘넓은 세원, 낮은 세율’이 좁은 세원에 복잡하고 높은 세율로 세금을 부과하는 것보다 효율적이라는 전문가들의 공감대가 형성되고 있다.

따라서 조세체계를 복지재정의 확충 수단으로서만 생각할 때 소비과세를 동원하는 것이 바람직할 것이다. 일반적으로 조세체계는 효율성과 형평성을 모두 감안하여 설계되지만, 복지재정 수요를 충족하기 위해서는 효율성의 측면에서 조세체계를 설계하는 것이 더욱 바람직할 것이기 때문이다. 특히 부가가치세 세율 인상을 통한 세수 증대가 소득과세의 세율 인상보다 경제적으로 효율적이기 때문에 바람직하

다는 주장도 많이 제기되고 있다.⁸⁸⁾

<표 4-2> OECD 조세 분류체계에 따른 우리나라 국세분류

소득과세 (income and profits)	소득세, 법인세, 농어촌특별세(소득세법인세 감면분)
재산과세 (property)	상속증여세, 증권거래세, 인지세, 종합부동산세, 농어촌특별세(증권거래세종합부동산세분)
소비과세 (consumption)	부가가치세, 주세, 교통에너지환경세, 개별소비세, 관세, 교육세(주세·교통세·개별소비세·금융보험업자수입분), 농어촌특별세(개별소비세·관세감면분)
기타(other taxes)	과년도 수입

* 자료: 기획재정부, 2010년 조세개요, 2010년 10월.

효율성 측면에서 조세체계를 설계할 때에는 특히 각종의 비과세, 감면제도의 축소를 도모하는 것이 바람직하다. 비과세, 감면 제도는 특정한 정책목표를 위하여 과세대상, 세율 등을 기준적인 조세체계에서 벗어나는 특례의 형태로 개인이나 기업의 세부담을 줄여주는 것을 말한다. 우리나라에서는 소득세, 법인세, 상속증여세, 부가가치세, 교통세, 개별소비세, 주세, 인지세, 증권거래세 등 다양한 세목에서 비과세, 감면제도가 시행되고 있다.

이러한 비과세, 감면제도는 보조금이라는 직접적인 재정지출에 상응한다고 하여 조세지출(tax expenditure)이라고 한다. 조세지출보고서는 행정부가 매년 다음연도 예산안을 국회에 제출할 때 같이 제출하는데, 이들은 일반적인 재정지출과 마찬가지로 정부기능별 배분이 파악되고 있다.⁸⁹⁾ 다음의 <표 4.3>은 국세감면의 정부기능별 배

88) 이에 대한 문헌들은 김승래·김우철(2007) 참조.

분을 보여주고 있는데, 국세감면의 약 35% 내외가 교육, 보건, 사회복지 등 복지재정으로 분류되고 있다. 그리고 약 55% 내외는 경제사업의 정부기능으로 분류될 수 있다.

〈표 4-3〉 국세감면의 정부기능별 현황

(단위: 억원, %)

예산분류기준	2009년		2010년 (잠정)		2011년 (잠정)	
	액	비중	액	비중	액	비중
일반공공행정	24,414	7.9	19,763	6.6	16,670	5.3
외교·통일	1	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0
국방	3,227	1.0	2,873	1.0	3,096	1.0
교육	12,877	4.1	13,334	4.4	14,377	4.6
문화 및 관광	19	0.0	21	0.0	24	0.0
환경	6,127	2.0	6,780	2.2	7,167	2.3
사회복지	69,039	22.3	64,515	21.4	69,287	22.1
보건	33,957	10.9	33,360	11.1	36,714	11.7
농림수산	56,352	18.1	56,386	18.7	61,244	19.5
산업·중소기업 및 에너지	84,990	27.4	81,836	27.1	87,910	28.0
교통 및 물류	9,618	3.1	12,239	4.1	7,420	2.4
국토 및 지역개발	9,723	3.1	10,066	3.3	9,476	3.0
과학기술	277	0.1	223	0.1	215	0.1
합 계	310,621	100.0	301,396	100.0	313,600	100.0

* 자료: 대한민국 정부, 조세지출예산서, 2011년도, p. 2

국세감면 등 조세지출은 조세체계의 단순화를 위해 그리고 명시적인 재정지출과의 연관성을 통해 점진적으로 감축되는 것이 바람직하다. 특히 국세감면을 통한 복지재정의 기능과 명시적 재정지출을 통한 복지재정과의 차이를 조명하는 방법으로 조세감면제도에 대한 조

89) 지방세에 대해서는 조세지출보고서가 2011년 현재까지 아직 제출되지 않고 있다.

정을 도모하는 것이 바람직할 것이다. 다음의 <표 4-4>는 주요 국세 감면 항목들을 보여주고 있는데, 가장 규모가 큰 근로자에 대한 소득 공제는 <표 4-3>에서 사회복지로 분류되고 있다. 과연 이러한 기능분류는 타당한가에 대해 보다 근본적인 분석이 이루어져야 할 것이다.

소비과세와 달리 소득과세는 소득분배의 형평성을 개선하는 데 직접적인 영향을 미친다. 우리나라의 개인 소득세는 모든 소득을 종합하여 과세하는 종합과세 체계를 기본으로 하면서 양도소득, 퇴직소득, 산림소득 등 장기형성소득에 대해서는 분류과세한다. 종합과세되는 소득은 근로소득, 사업소득, 연금소득, 부동산임대소득, 이자소득, 배당소득, 일시재산소득, 기타소득 등으로 구체적인 소득유형은 법률로 정해져 있다. 여기서 근로소득과 사업소득은 종합소득에 포함되기 때문에 근로소득자와 사업소득자는 동일한 세율을 적용받는다.

<표 4-4> 주요 국세감면 항목 현황

(단위: 억원)

감면항목	2009년	2010년 (잠정)	2011년 (잠정)
근로자에 대한 소득공제 (보험료, 교육비, 의료비, 신용카드, 주택자금 공제)	62,639	61,583	62,422
농임업업종 석유류 부가가치세·개별소비세 면제 및 농축임 업종 기자재 부가가치세 영세율	29,211	29,967	32,142
R&D 비용 세액공제	15,535	18,597	28,161
임시투자세액 공제	20,032	17,789	14,320
자경농지에 대한 양도소득세 감면	18,779	17,134	18,683
중소기업 특별세액감면·창업중소기업 세액감면	14,066	13,120	13,946
신용카드 등 사용에 따른 부가가치세 세액공제	10,036	11,785	12,629
개인 기부금에 대한 특별공제	7,818	7,969	8,396
택시연료에 대한 개별소비세 등 면제	5,986	6,833	2,741
법인기부금의 손금산입 특례	6,398	6,032	5,770

* 자료: 대한민국 정부, 조세지출예산서, 2011년도, p. 12.

종합소득세는 상위 소득자 10.4%가 종합소득세 세수의 90.6%를 부담할 정도로 소수가 대부분의 소득세를 부담하여 세부담이 지나치게 누진적이라는 지적도 있다. 그리고 근로소득세의 경우에도 상위 소득자 10.2%가 75.7%의 소득세를 부담한다. 이러한 근로소득세의 경우에 소득재분배 기능이 다른 선진국에 비해 다소 미약한 수준인 것으로 평가된다.⁹⁰⁾

이러한 사실은 연구를 통해서도 확인되고 있다. 1996년도 소득자료를 이용한 현진권·임병인(2000)의 연구에서는 조세 및 사회부조가 약 8% 정도의 재분배효과를 가진다는 결과를 도출하였다. 또한 정진호 등(2001)은 2000년 ‘도시가계조사’ 원자료를 이용하여 재정정책의 소득분배 개선효과를 노동자 가구에 한정하여 추정하였다. 이에 의하면 지니계수 0.302로서 주어진 시장소득이 조세를 통해 2.0% 정도 개선되고, 재정지출을 통해 0.8% 정도 개선된다는 사실을 보여주고 있다. OECD 국가에서 조세의 소득재분배 효과가 42% 정도 되는 점을 감안하면 우리나라와는 비교가 되지 않는다.

더욱이 개인 소득세의 과세기반의 충실성을 나타내는 소득과약률은 매우 낮은 수준인데, 소득유형별 국민계정 대비 소득과약 비율이 2005년 기준 근로소득의 경우 72.6%, 사업소득 41.8%에 불과한 실정이다. 이러한 낮은 소득과약률은 사업소득의 투명성이 낮을 뿐만 아니라 사업소득자의 절반에 가까운 과세미달자의 소득세 신고가 이루어지지 않기 때문이다.⁹¹⁾

복지정책을 통해 소득분배의 형평성을 개선하고자 한다면 개인 소

90) 김승래·김형준·이철인(2008), p. 27 참조.

91) 김승래·김형준·이철인(2008), p. 27 참조.

득세를 증가시킬 필요가 있다. 그런데 소득과세로서 법인세가 소득분배의 형평성을 개선하는데 사용될 수 있는지 여부에 대해서는 분명하지 않다. 법인세는 법인의 이윤에 부과하는 조세로서 법인세는 법인의 부가가치인 임금, 지대, 이자, 이윤의 배분 전체에 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 따라서 법인세의 소득분배에 미치는 영향은 분명하지 않고, 또 법인세는 국가 간의 자본이동에 영향을 주기 때문에 비교적 낮은 세율을 유지하는 것이 바람직할 것이다.

부가가치세, 소득세 등 조세수입 증가를 통해 복지재정 조달이 검토되는 경우에도 경기에 부정적 영향을 주지 않도록 유의해야 할 것이다. 증세가 복지재정을 확충하는 유용한 수단으로 사용되기 위해서는 경기호황의 국면이 지속되는 것이 바람직하다. 경기가 하강국면에 있을 때 증세가 이루어지는 경우 경기하락을 부추겨 지속적인 증세를 유지하기 어려워질 것이기 때문이다. 따라서 증세는 경기변동을 충분히 감안하여 결정되어야 할 것이다.

또한 복지재정 조달을 위해서는 목적세 또는 세금의 용도지정(earmarking)이 정치적 비용을 줄일 수 있는 효과적 수단임을 감안해야 할 것이다. 특히 저부담 고급여로 설계되어 있는 현행 사회보장제도의 지속가능성을 제고하기 위해 사회보장기여금을 증가시키는 것은 복지재정의 장래 부담을 완화하는 중요한 수단이 될 것이다.

지금까지의 논의를 참고하여 우리나라의 조세부담율, 조세구조 등을 OECD 주요 선진국과 비교하며 정책적 방향을 생각해 볼 수 있다. 다음의 <표 4.5>는 사회보장기여금을 포함한 조세부담율, 또는 우리나라에서 일반적으로 사용하는 용어로서 국민부담율을 나타내고 있다. 여기서 조세란 정부행정조직과 준정부기관으로 구성되는 일반정

부 부문에 대하여 지급하는 강제적, 비대가적, 비상환적 지급을 의미한다. 우리나라에서 부담금으로 불리는 소위 준조세들은 OECD 개념에 의하면 조세로 간주되기 때문에 우리나라의 조세부담율은 이 부분만큼 과소평가된다고 할 수 있다. 그리고 우리나라의 사회보장기여금은 건강보험, 고용보험, 산재보험, 국민연금, 공무원연금 등에 대한 기여금을 합한 수치가 된다.

〈표 4-5〉 GDP대비 조세수입(사회보장기여금 포함) 비율

	1965	1975	1985	1995	2000	2007	2008	2009p
호주	20.5	25.2	27.6	28.0	30.3	29.5	27.1	n.a
캐나다	25.7	32.0	32.5	35.6	35.6	33.0	32.3	31.1
덴마크	30.0	38.4	46.1	48.8	49.4	49.0	48.2	48.2
핀란드	30.4	36.6	39.8	45.7	47.2	43.0	43.1	43.1
프랑스	34.1	35.4	42.8	42.9	44.4	43.5	43.2	41.9
독일	31.6	34.3	36.1	37.2	37.2	36.0	37.0	37.0
그리스	17.8	19.4	25.5	28.9	34.0	32.3	32.6	29.4
아일랜드	24.9	28.8	34.7	32.5	31.3	30.9	28.6	27.8
이태리	25.5	25.4	33.6	40.1	42.2	43.4	43.3	43.5
일본	18.2	20.8	27.1	26.8	27.0	28.3	28.1	n.a
한국	n.a	14.9	16.1	20.0	22.6	26.5	26.5	25.6
멕시코	n.a	n.a	15.5	15.2	16.9	17.9	21.0	17.5
네델란드	32.8	40.7	42.4	41.5	39.6	38.7	39.1	n.a
뉴질랜드	24.1	28.7	31.3	36.2	33.2	35.1	33.7	31.0
노르웨이	29.6	39.2	42.6	40.9	42.6	43.8	42.6	41.0
스페인	14.7	18.4	27.6	32.1	34.2	37.3	33.3	30.7
스웨덴	33.4	41.3	47.4	47.5	51.4	47.4	46.3	46.4
영국	30.4	34.9	37.0	34.0	36.4	36.2	35.7	34.3
미국	24.7	25.6	25.6	27.8	29.5	27.9	26.1	24.0
OECD 전체	25.5	29.4	32.5	34.4	35.5	35.4	34.8	n.a

* 자료: OECD, Revenue Statistics 1965-2009, 2010년.

<표 4-5>에서 보는 바와 같이 GDP대비 국민부담율이 OECD 평균은 1965년 25.5%에서 2000년의 35.5%로 증가하였으나 이후 조금씩 하락하고 있음을 알 수 있다. 국민부담율은 시간에 따라 그리고 국가에 따라 상당한 편차를 보이고 있다. 2008년의 경우 덴마크, 스웨덴은 45%를 초과하고 40%를 초과하는 국가들도 다수 존재하고 있다. 그런데 이들 국가들도 40여년 전에는 25~35%의 국민부담율을 보이고 있다. 2008년 현재 30%에 미달하는 국가들은 우리나라를 위시하여 호주, 아일랜드, 일본, 멕시코, 미국 등인데 이들도 복지재정과 국민부담율을 적절히 관리하지 않는다면 향후 상당한 수준으로 증가할 것이다.

GDP 대비 사회보장기여금의 비율은 <표 4-6>에 표시되어 있는데, OECD 국가가 10%를 상회한 연도를 비교할 수 있다. 프랑스, 네델란드는 1965년; 독일, 이탈리아는 1975년; 스페인, 스웨덴은 1985년; 핀란드는 1995년; 그리스는 2000년; 일본은 2007년에 각각 사회보장기여금의 비율이 10%를 상회하기 시작하였다. 국민부담율과 달리 OECD 전체의 사회보장기여금의 비율은 지난 40여년간 지속적으로 증가하고 있다. 10%를 초과한 국가들은 그리스, 이태리, 스페인을 제외하고는 비율이 증가하던 추세에서 다시 감소하고 있다. 그리스, 이태리, 스페인 등이 2008년 세계적 금융위기 이후 재정위기를 겪고 있음은 우연이 아닌 것으로 보인다. 반면 네델란드는 1985년 이후; 핀란드, 프랑스는 1995년 이후; 독일과 스웨덴은 2000년 이후에 각각 기여금비율이 감소하기 시작하였다. 이에 반해 OECD 전체 평균은 지속적으로 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-6〉 GDP대비 사회보장기여금의 비율

국가	1965	1975	1985	1995	2000	2007	2008
호주	-	-	-	-	-	-	-
캐나다	1.4	3.2	4.4	5.0	4.9	4.8	4.8
덴마크	1.1	0.2	1.4	1.1	1.8	1.0	1.0
핀란드	2.1	7.5	8.7	14.1	11.9	11.9	12.1
프랑스	11.6	14.4	18.5	18.4	16.0	16.1	16.1
독일	8.5	11.7	13.2	14.5	14.5	13.2	13.9
그리스	5.6	5.7	9.1	9.4	10.5	11.7	12.2
아일랜드	1.6	4.0	5.1	4.7	4.2	4.7	5.1
이태리	8.7	11.6	11.7	12.6	12.1	13.0	13.5
일본	4.0	6.0	8.2	9.0	9.5	10.3	10.9
한국	-	0.1	0.2	2.4	3.8	5.5	5.8
멕시코	-	-	1.7	2.5	2.8	2.7	2.7
네델란드	10.1	15.6	18.8	17.4	15.4	13.5	14.5
뉴질랜드	-	-	-	-	-	-	-
노르웨이	3.5	9.7	8.9	9.6	8.9	9.1	8.9
스페인	4.2	8.8	11.2	11.6	11.9	12.0	12.1
스웨덴	4.0	8.1	11.8	13.1	13.6	12.3	11.5
영국	4.7	6.1	6.6	6.1	6.2	6.7	6.8
미국	3.3	5.2	6.4	6.9	6.9	6.5	6.5
OECD 전체	4.6	6.5	7.6	8.9	8.9	8.9	9.0

* 자료: OECD, Revenue Statistics 1965-2009, 2010년.

GDP 대비 사회보장기여금의 비율이 2008년 현재 우리나라는 5.8%에 불과하다. 사회보장기여금의 비율이 적정항가를 판단하는 것은 인구통계변수, 연금제도의 내용 등을 종합적으로 감안해야 하기 때문에 쉬운 일이 아닐 것이다. 다만 여기서는 조세수입(사회보장기여금 포함) 전체에 대비한 사회보장기여금의 비율을 평가하고 이를 정부지출 대비 사회보호, 복지재정의 비율을 비교해보기로 한다.

<표 4-7>에서 볼 수 있듯이, OECD 국가들을 조명할 때 사회보장기여금의 비율은 약간의 변동은 있지만 1965년 이후 전반적으로 상승하고 있다. 그런데 정부지출에서 사회보호의 비중이 높다고 하여 사회보장기여금의 비중이 더 높은 것은 아니다. 대부분의 국가들은 조

세수입에서 사회보장기여금이 차지하는 비중보다 정부지출에서 사회보호 기능이 차지하는 비중이 더 높다. 표에서 일본, 한국, 네델란드, 스페인, 미국 등 5개국만 사회보장기여금의 비중이 사회보호 기능의 비중보다 더 높은 사실을 발견할 수 있다. 이들 이외의 국가들은 반대의 현상이 나타나는데 이는 사회보호 기능의 재원이 사회보장기여금 이외에 조세수입 또는 그 외의 정부수입으로 충당하고 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-7〉 조세수입 대비 사회보장기여금 비율

국가	1965	1975	1985	1995	2000	2007	2008	정부지출 비중 ¹⁾	
								사회보호	복지
캐나다	5.45	10.00	13.54	14.04	13.76	14.55	14.86	n.a	n.a
덴마크	3.67	0.52	3.04	2.25	3.64	2.04	2.07	43.13	71.62
핀란드	6.91	20.49	21.86	30.85	25.21	27.67	28.07	42.53	68.72
프랑스	34.02	40.68	43.22	42.89	36.04	37.01	37.27	41.32	67.25
독일	26.90	34.11	36.57	38.98	38.98	36.67	37.57	45.27	68.74
그리스	31.46	29.38	35.69	32.53	30.88	36.22	37.42	41.52	58.44
아일랜드	6.43	13.89	14.70	14.46	13.42	15.21	17.83	32.37	63.51
이태리	34.12	45.67	34.82	31.42	28.67	29.95	31.18	38.54	62.59
일본	21.98	28.85	30.26	33.58	35.19	36.40	38.79	34.91	65.66
한국	n.a	0.67	1.24	12.00	16.81	20.75	21.89	(20.18)	(36.27)
멕시코	n.a	n.a	10.97	16.45	16.57	15.08	12.86	n.a	n.a
네델란드	30.79	38.33	44.34	41.93	38.89	34.88	37.08	35.23	59.56
노르웨이	11.82	24.74	20.89	23.47	20.89	20.78	20.89	38.28	68.07
스페인	28.57	47.83	40.58	36.14	34.80	32.17	36.34	33.85	59.74
스웨덴	11.98	19.61	24.89	27.58	26.46	25.95	24.84	40.84	67.43
영국	15.46	17.48	17.84	17.94	17.03	18.51	19.05	33.51	62.52
미국	13.36	20.31	25.00	24.82	23.39	23.30	24.90	19.39	56.52
OECD전체	18.04	22.11	23.38	25.87	25.07	25.14	25.86	n.a	n.a

* 주: 2008년 정부지출대비 사회보호, 복지재정의 비중을 나타내는데 복지재정이란 사회보호, 보건, 교육을 합친 금액을 의미한다.

* 자료: OECD, Revenue Statistics 1965-2009, 2010년.

IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 2010년

OECD 국가들의 이러한 비교를 감안할 때 장차 우리나라에서 복지재정의 비중이 늘어날 때 사회보장기여금을 증가시켜 국민부담율을 제고하는 것이 바람직한 것으로 생각된다. 대체적으로 GDP대비 사회보장기여금의 비율을 5% 이내로 증가시켜 국민부담율을 30% 이내로 관리하는 것이 바람직할 것이다. 사회보장기여금을 통해 사회보호 정부기능을 충당하는 것이 사회보장기여금을 용도지정(earmarking)함으로써 정치적 반발을 완화할 수 있는 장점이 있을 것이다.

조세구조를 판단하기 위해서는 OECD 국가의 조세구조를 파악하는 것이 필요하다. 다음의 <표 4-8>은 지난 40여년간 OECD 국가 전체의 평균적인 조세구조 변화를 보여주고 있다. 대체적으로 볼 때 개인소득세는 하락하고, 사회보장기여금은 증가하고 있으며, 일반소비세는 증가하고 특수소비세는 감소하고 있음을 알 수 있다. 이러한 사실은 조세이론이 일반적으로 시사하는 바와 대체적으로 일치한다고 할 수 있다.

<표 4-8> OECD 국가 전체의 조세구조

	1965	1975	1985	1995	2000	2008
개인소득세	26	30	30	27	25	25
법인소득세	9	8	8	8	10	10
사회보장기여금	18	22	22	25	24	25
피용인	(6)	(7)	(7)	(9)	(9)	(9)
고용주	(10)	(14)	(13)	(14)	(14)	(14)
급여세	1	1	1	1	1	1
재산세	8	6	5	6	6	5
일반소비세	12	13	16	19	19	20
특수소비세	24	18	16	13	12	10
기타	2	2	2	3	3	3
합계	100	100	100	100	100	100

* 자료: OECD, Revenue Statistics 1965-2009, 2010년.

우리나라와 OECD 국가들의 조세구조를 전반적으로 비교할 때 우리나라는 개인소득세의 비중이 15.0%에 불과한데, 이는 OECD 전체의 25%보다 10% 정도 낮다. 그리고 법인소득세의 비중은 OECD 국가들보다 높은데 독일, 프랑스, 미국 등이 7%보다 낮은 수준을 유지하고 있음을 감안할 때 이는 특이할만한 사실이라 할 수 있다. 그리고 사회보장기여금의 비중이 낮은데 특히 고용주의 부담 비율이 9.6%에 불과하여 OECD 국가의 2008년 평균 14%보다 매우 낮다고 할 수 있다. 이는 기업에 대하여 법인세 부담을 완화하고 사회보장기여금의 비율을 높일 수 있음을 시사한다. 그리고 우리나라에서는 일반소비세보다 상대적으로 특수소비세의 비중이 높다는 특징도 발견할 수 있다. 만약 조세구조의 변화를 도모하고자 한다면 세율과 세원의 두 가지 측면에서 조정될 수 있을 것이다.

〈표 4-9〉 OECD 주요국의 조세구조(2008년)

	호주	프랑스	독일	일본	한국	영국	미국
개인소득세	37.6	17.4	26.0	20.0	15.0	30.1	38.1
법인소득세	21.7	6.7	5.1	13.7	15.9	10.0	7.1
사회보장기여금	-	37.2	37.6	38.6	21.8	19.0	25.1
피용인	-	(9.2)	(16.6)	(17.2)	(8.9)	(7.4)	(11.1)
고용주	-	(25.3)	(17.7)	(17.9)	(9.6)	(11.0)	(12.6)
급여세	5.1	2.9	-	-	0.3	-	-
재산세	8.2	7.8	2.3	9.4	11.9	11.6	12.1
일반소비세	12.9	16.8	19.2	8.9	16.1	17.8	8.1
특수소비세	12.1	7.0	8.3	7.0	14.5	9.8	6.3
기타	2.4	4.2	1.5	2.4	4.5	1.7	3.2
합계	100	100	100	100	100	100	100

* 자료: OECD, Revenue Statistics 1965-2009, 2010년

제1절 기본방향

재정총량 규모가 결정되면 이를 정부기능 및 정책목표에 따라 분야별로 재정을 배분하는 의사결정이 이루어진다. 일반적으로 분야의 구분은 UN의 COFOG 분류를 준수하여 국제적 비교를 가능하게 하지만, 국가에 따라서는 보다 세분화된 그리고 자국의 정책적 특성을 반영한 구분이 이루어질 수도 있다. 우리나라는 1970년대 이래로 IMF의 재정통계지침(GFSM, Government Finance Statistics Manual)에 따라 통합재정을 중심으로 기능별 분류가 이루어지고 있다. 2011년 현재 기능별 구분은 COFOG와 대체적으로 일치하는데 이들은 일반공공행정, 국방, 공공질서 및 안전, 경제사업, 주택건설 및 지역사회개발, 보건, 오락·문화·종교, 교육, 사회보장 및 복지, 주분류외 지출 등 10개로 대분류된다.⁹²⁾ COFOG에는 10개 대분류에 환경보호가 포함되지만 우리나라에서는 환경보호가 구분되지 않고 대신 ‘주분류외 지출’이라

는 미분류 항목을 포함시키고 있다.

우리나라에서는 분야별 재정배분의 현황과 함께 연도별 추이를 파악하는데 몇 가지 한계점이 있는데 이들을 살펴보기로 한다. 첫째, 우리나라에서 정부기능별 배분에 대한 통계가 파악되는 통합재정의 범위는 일반회계, 기업특별회계를 제외한 특별회계, 금융성기금을 제외한 기금 등으로 한정된다. 정부의 정책적 기능은 금융성기금, 준정부기관, 공기업의 준재정활동을 통해서도 이루어지기 때문에 이들을 제외하고 파악된 정부기능별 배분은 재정총량의 분야별 배분을 파악하는데 한계가 있다. 더구나 GFSM 등 국제기준이 정부의 정책활동 전반을 망라하는 일반정부 전체를 대상으로 한다는 점에서 우리나라의 분야별 재정배분 통계를 선진국들과 단순히 비교할 수는 없을 것이다.⁹³⁾

둘째, 지방자치단체의 재정에 대해서는 중앙정부의 재정과 통합하여 COFOG 기능이 파악되지 않고 있다. 기획재정부 ‘디지털브레인’에서 파악하는 통합재정 내에서 파악되는 기능별 배분의 ‘주분류외 지출’이 차지하는 비중은 전체의 약 15~20% 범위 내에 있어 매우 크다. ‘주분류외 지출’은 중앙정부의 지방정부에 대한 이전재원을 반영하는데, 지방자치단체에서 COFOG 기능이 체계적으로 파악되지 않기 때문에 이들의 비중이 높은 것이다. 따라서 우리나라의 기능별 재정배분에서는 지방정부의 재정지출이 모두 제외되어 있음을 명심해야 할 것이다.

셋째, 우리나라에서 정부기능별 재정배분을 파악하는 기본 단위는 예산항목 체계의 장·관·항 중에서 항인 프로그램 차원에서 이루어짐

92) 경제사업은 다시 연료 및 에너지, 농림·수산·수렵, 광업·제조업·건설업, 수송 및 통신, 기타 경제사업 등 모두 5가지로 중분류된다.

93) 일반정부를 파악하는 재정범위의 문제점에 대한 논의는 옥동석(2010)을 참조.

으로서 체계적인 기능분류를 기대하기가 어렵다. 2011년 현재 우리나라의 예산항목 체계는 ‘장(분야) - 관(부문) - 항(프로그램) - 세항(단위사업)’으로 이루어져 있는데, 여기서 프로그램은 대체적으로 정부부처의 실·국별 정책사업을 반영한다. 우리나라의 예산항목 체계에서 동일한 프로그램에 포함되는 단위 및 세부사업들은 모두 동일한 COFOG 기능으로 분류되는 것이다. 이와 같은 문제를 해소하기 위해서는 예산항목 체계가 ‘프로그램 - 단위사업’, 즉 개별 단위 및 세부사업들을 중심으로 정부기능이 파악되는 통계체제가 구비되어야 할 것이다. IMF의 GFSM에 의하면 정부기능을 파악하는 기본 단위는 원칙적으로 정부의 세부 거래들이 되어야 하는데, 단위사업과 세부사업을 위주로 정부기능을 구분할 때 비로소 정확한 재정배분의 모습이 파악될 수 있는 것이다.

셋째, 정부예산(기금 포함) 내에서 복지재정으로 간주되는 ‘장(분야)’의 구분 중 사회복지와 보건 분야 내의 재정지출 분류체계가 복지재정의 기능별 비중을 파악하고 국제적인 비교를 하는데 미흡하다. 세입세출예산과 기금운용계획 내에서 사회복지 분야는 기초생활보장, 취약계층지원, 공적연금, 보육·가족 및 여성, 노인·청소년, 노동, 사회복지일반, 주택, 보훈 등 관(부문)으로 구분되고, 보건 분야는 보건의료, 건강보험, 식품의약품안전으로 구분된다. 이러한 분류는 관습적으로 또 행정적으로 채택되고 있는 것으로 보이는데, 복지재정의 역할과 기능을 명확하게 하기 위해서는 OECD의 SOCX 분류체계를 반영하는 방법으로 장(분야)-관(부문)-항(프로그램)의 체계를 정비할 필요가 있다.

OECD의 사회복지지출 구조는 기본적으로 노령(Old Age), 유족

(Survivors), 근로무능력 관련급여(Incapacity-Related Benefits), 보건(Health), 가족(Family), 적극적 노동시장프로그램(Active Labour Market Programs), 실업(Unemployment), 주거(Housing), 기타(Other Social Policy Areas) 등 기능별로 구분된다. 그리고 각 기능에 대해서는 현금급여와 현물급여를 구분하고 또 공공부문, 법정민간부문의 역할과 내용을 파악하고 있는 것이다. 그런데 우리나라 복지재정을 OECD의 SOCX 분류체계로 정렬시키기 위해서는 모든 프로그램들의 내용을 파악하여 재분류해야 한다. 다음의 <표 5-1>은 2007년의 경우 복지재정에 포함되는 제반 예산 프로그램들을 SOCX 기능에 따라 예시적으로 분류하는 과정을 보여주고 있다. 표에서 알 수 있듯이 우리나라의 복지재정 체계를 파악하기 위해서는 SOCX에서 의미하는 복지지출의 진정한 성격을 반영하는 프로그램들을 파악해야 하는 것이다. SOCX 체계에 따라 복지재정을 분류하고 이에 따라 예산과 기금의 의사결정을 하는 것이 바람직할 것이다.

<표 5-1> SOCX 체계에 의한 정부예산 프로그램의 분류 예시(2007년도)

SOCX 기능	관련 부처	프로그램 예시
노령	보건복지부	- 노령연금, 교통수당, 독거노인도우미파견, 노인그룹홈 신축, 재가지원센터지원, 대한노인회취업지원센터, 한국노인인력개발원지원, 한인국민임대주택입주비, 공공임대주택건설비
	행정안전부, 교육과학기술부, 국방부, 노동부	- 공무원연금(퇴직연금 등), 사학연금(퇴직연금 등), 군인연금(퇴역연금 등), 별정우체국직원연금(퇴직연금 등)
유족	보건복지부	- 국민연금(유족연금), 건강보험(장제비)
	국가보훈처	- 보훈연금(군경유족 등)과 기타수당(625전몰군경자녀수당, 고엽제후유증 등), 수시보상금(사망일시금, 군인사망보상금, 사상급여금 등)
	행정안전부, 교육과학기술부, 노동부, 국방부	- 공무원연금(유족연금, 순직유족연금 등), 사학연금(유족연금, 유족연금부가금, 유족연금특별부가금 등), 군인연금(사망조위금, 유족연금 등), 별정우체국직원연금(유족연금 등)

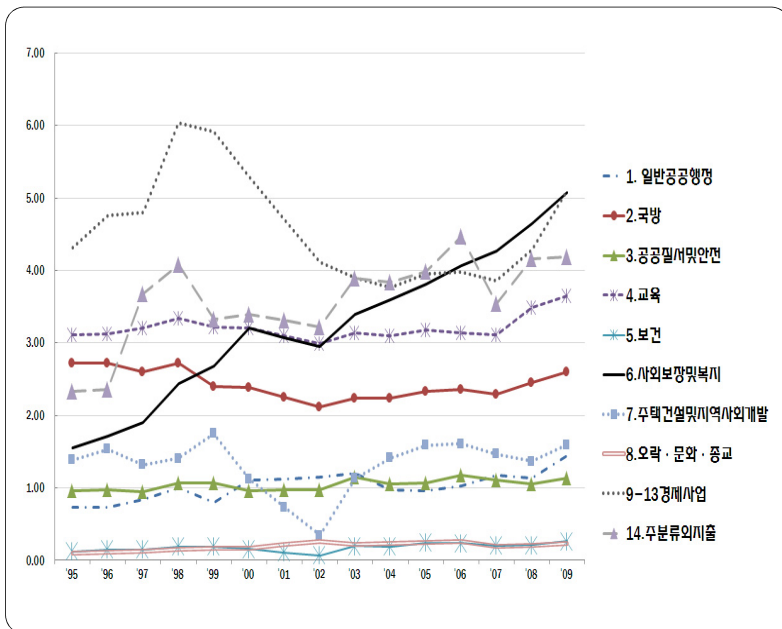
SOCX 기능	관련 부처	프로그램 예시
근로 무능력 관련 급여	보건복지부	- 국민연금(장애연금 등), 장애수당, 장애인 자녀학비지원, 장애아동 부양수당 지급, 장애인의료재활, 직업재활지원, 장애인주민주거센터도우미지원, 농어촌장애인주택개조사업, 장애인단체지원, 공공임대주택건설비
	행정안전부, 교육과학기술부, 노동부, 국방부, 국가보훈처	- 공무원연금(장애보상금, 장애연금, 공무상양양비 등), 사학연금(장애연금), 병원학교운영지원, 장애아무상교육비, 특수교육지원센터운영, 산재보험(간병급여, 유족급여, 장의비, 장애급여 등), 군인연금(상이연금), 보훈보상금(상이군경)
보건	보건복지부	- 의료급여, 건강보험(본인부담액보상금)
	교육과학기술부, 노동부, 국방부, 법무부	- 집단보건의료(교육과학기술부, 국방부, 법무부), 사학연금(직무상양양비 등), 산재보험(요양급여)
가족	보건복지부	- 학대실종아동보호지원기관, 성폭력상담센터, 입양아동양육수당지원, 장애아동입양양육보조금, 지역아동센터운영, 저소득층학생 공부방 운영, 아동발달지원계좌지원, 저소득층보육료지원, 만5세아 무상보육, 장애아보육료지원, 두자녀이상보육료지원, 산모신생아도우미 인건비, 불임부부지원
	교육과학기술부, 국가보훈처	- 유아교육비 지원, 방과후학교운영, 급식비지원, 농산어촌교육여건개선, 다문화가정지원, 교육복지투자우선지역지원, 학자금지급
	노동부	- 고용보험(산전후휴가급여, 육아휴직급여)
	여성부	- 여성긴급전화 1366 운영, 상담소 운영, 성매매방지 및 피해여성보호등
ALMP	노동부	- 고용보험(고용안정사업, 직업능력개발사업)
실업	노동부	- 고용보험(구직급여, 상병급여, 조기재취업, 기타)
주거	-	-
기타	보건복지부	- 생계급여, 주거급여, 교육급여, 자활소득공제, 자활공동체창업자금지원, 저소득층 생업자금융자, 부랑인 및 의사상자 지원, 공공임대주택건설비
	교육과학기술부	- 사학연금(재해부조금), 공무원연금(재해부조금), 군인연금(재해부조금), 별정우체국직원연금(재해부조금)
	교육과학기술부, 통일부	- 새터민 정착금, 교육훈련, 북한이탈청소년지원
	소방방재청	- 이재민구호, 주택피해복구비 등

* 주: ALMP는 적극적 노동시장 프로그램을 의미함.

* 자료: 보건복지가족부, 한국보건사회연구원, 「2007년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 노후소득보장체계」, 2009, p. 165.

지금까지 설명한 한계점들은 있지만 기획재정부의 디지털브레인에서 제공하는 통합재정의 기능별 배분(GDP 대비 비율) 추이는 [그림5-1]과 같다. 1995년 이후 2009년까지 연도별 추이에서 가장 많은 변동을 보이고 있는 정부기능은 경제사업으로 파악된다. 경제사업은 재정정책의 경기조절적 기능을 위해 주로 사용되었기 때문에, 1997년 외환위기와 2008년 금융위기 직후에 급속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 그리고 ‘주택건설 및 지역사회 개발’에서는 부동산 경기가 상대적으로 호황을 누렸던 2000~2003년 기간 중 그 비중이 급격히 하락하였다.

[그림5-1] 전통적 통합재정 부문의 기능별 배분추이(대GDP 비율)



* 주. 건강보험공단(보건기능)은 기금에 포함되지 않기 때문에 통합재정에서 제외되고 있음.

연도별로 많은 변동을 보이는 또 다른 분야는 ‘주분류외 지출’인데 이는 중앙정부의 지방정부에 대한 권한이양과 주로 관련된다고 할 수 있다. 반면 ‘사회보장 및 복지’에 대한 재정지출은 꾸준히 지속적으로 증가하여 2009년에는 정부기능 중에서 가장 많은 비중을 보이고 있다. 이들 이외에 국방, 공공질서 및 안전, 교육, 보건 등은 지난 20여년간 대체적으로 안정적인 비중을 보이고 있다.

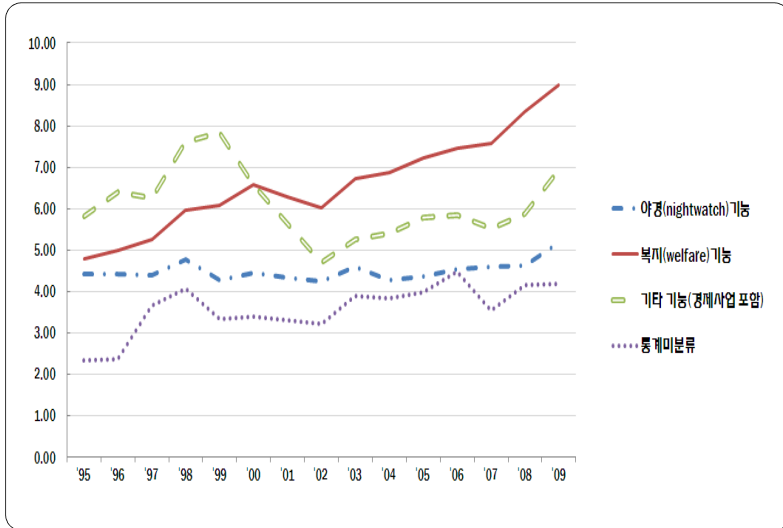
10가지 정부기능은 다시 전통적인 야경(nightwatch)기능, 복지(welfare)기능, 기타 기능 등 세 가지로 분류될 수 있다. 일반공공행정, 국방, 공공질서 및 안전은 야경기능으로 교육, 보건, 사회보장 및 복지는 복지기능으로 그 외의 기능은 기타 기능으로 구분된다. 이를 반영하여 세 가지 기능의 추이를 표시하면 [그림 5-2]와 같다. 여기서 분명하게 드러나는 사실은 2000년을 기준으로 중앙정부의 복지기능이 경제사업 등의 기능을 초과하였다는 것이다. 정부기능 중에서 복지기능이 가장 큰 비중을 차지하는 것은 여타 선진국들에서도 발견되고 있는 사실이다. 미국은 GDP대비 약 20%, EU 15개국은 약 30%, 북유럽 노딕국가들은 35~38%를 복지재정에 투입하고 있는 점을 감안한다면 이러한 추세는 당연한 것으로 받아들여질 수 있다.⁹⁴⁾

그런데 우리나라에서 복지기능의 이와 같은 변화는 ‘분야별 재정 배분’을 중장기적 관점에서 조정된 결과로 보기는 어렵다. 물론 매년도 예산편성과정과 5년 단위의 국가재정운용계획에서는 복지기능의 최우선적 증가를 도모하고 또 예측하고는 있다. 그러나 재정총량에 대한 10~20년 이상의 장기적 예측을 토대로 복지재정 규모의 중장기

94) Anderson, et. al(2007), p. 134 참조.

적 비중을 조정하는 정책적 노력이 있었던 것은 아니다. 복지재정의 내용과 규모를 중장기적 비전 하에서 조정하고자 한 최초의 시도는 노무현 정부에서 이루어진 ‘비전 2030’을 들 수 있다.

[그림 5-2] 전통적 통합재정 부문의 복지기능 추이(대GDP 비율)



* 주. 건강보험공단(보건기능)은 기금에 포함되지 않기 때문에 통합재정에서 제외되고 있음.

‘비전 2030’을 수립한 배경은 우리 경제의 장기적 발전방향에 대한 상황인식에서 비롯하고 있다. 외환위기를 겪은 2000년대 이후 우리 사회는 저출산·고령화, 저성장, 양극화 등 장기·구조적 도전요인에 직면하여 기로의 위치에 있다고 판단하였다. ‘先성장 後복지’의 기존 패러다임으로는 성장자체가 한계에 봉착할 뿐 아니라 분배개선도 곤란하므로 동전의 양면관계인 성장과 복지가 함께 가는 ‘동반성장’으로 전환할 필요성을 제기하였다. 따라서 경제 패러다임을 변경할 필요성

은 그 어느 때보다도 높다고 판단하여 전환의 방향을 <표 5-2>와 같이 정립하였다.

비전 실현을 위해 정부는 2010년까지 제도혁신을 마무리하고, 2010년부터 선진국 진입, 2020년에 세계일류국가에 달성하겠다는 단계를 제시하였다. 제도혁신의 단계에서는 국가 발전의 기반이 되는 주요 사회경제 제도의 혁신을 마무리하고, 선진국 진입 단계에서는 재정 지속가능성을 위협하는 요인을 사전에 제거하며, 세계 일류국가로 진입하는 마지막 단계에서는 국민의 삶의 질 향상과 성장기반 확충 분야, 향후 수요가 크게 증가하는 분야에 예방적 차원에서 미리 재정을 투자하겠다는 비전을 제시하였다.

<표 5-2> ‘비전 2030’의 패러다임 전환

구분	기존 패러다임	동반성장 패러다임
추진 배경	탈빈곤, 성장과 분배의 고리 작동	양극화 심화, 성장과 분배의 고리 약화
정부 역할	성장에 집중	성장과 복지의 조화
성장 전략	양적 투입위주-불균형 성장, 정부 주도	혁신주도-균형 성장, 시장 주도
복지 전략	가족공동체에 의존, 구호적 복지	정부의 역할 제고, 미래를 위한 투자
투자 중점	物的 자본	人的·社會的 자본*

* 사회적 자본: 구성원간 신뢰와 협력, 개방성 및 이를 촉진하는 제도·규범·네트워크 등

이러한 ‘비전 2030’을 추진하기 위해 소요되는 재원은 향후 25년간 총 GDP의 2% 수준으로 2030년까지 1,100조원을 예상하였다. 재원조달의 방향으로는 2010년까지 증세 없이 세출구조조정, 비과세·감면 축소 및 과세투명성 제고 등을 통해 소요재원을 충당하고자 하였다.

2011년 이후에는 증세, 국가채무 등의 조달방안에 대하여 국민적 논의가 필요할 것으로 보았다. 만약 ‘경제사업분야 지출감축을 통해 1,100조원을 조성하는 경우 경제사업분야 예산은 GDP 대비 1%수준으로 하락할 것이다. OECD 국가의 경제사업분야 예산규모는 GDP대비 10% 수준에 비해 이는 매우 낮은 수치가 될 것이다. 만약 1,100조원 전액을 국채로 조성하는 경우 2030년 국가채무 비율은 70% 수준으로 잠정 계산하였다. 그리고 1,100조원 전액을 조세로 조달하는 경우 2011년부터 GDP대비 조세부담률은 22%수준이 될 것으로 전망하였다.

그런데 ‘비전 2030’의 국민적 논의와 합의를 위해서는, 가장 먼저 현재의 재정여건을 냉철하게 진단하여 동원가능한 재원규모를 파악한 후에 ‘실현가능한 목표’를 수립하여 최적의 달성방안을 모색하는 절차가 필요했을 것이다. 현재의 재정여건을 진단하기 위해서는 ‘공공부문 전체의 부채액’과 ‘현재 추진 또는 계획 중인 재정사업의 향후 소요액’을 합리적이고 검증가능한 방법으로 평가하여야 한다. 그리고 ‘실현가능한 목표’와 목표를 위한 ‘최적의 달성방안’을 모색하며 증세, 국채발행을 검토할 수 있으며 또 이와 함께 공공부문의 경비절감 목표를 상당한 수준으로 제시해야 할 것이다. 일반적으로 계획은 동원가능한 자원을 합리적으로 예측하고, 가용재원의 범위 내에서 실현가능한 목표를 제시한 후, 목표를 달성하기 위한 최적의 방안을 모색·합의하는 방식이어야 할 것이다.

그리고 ‘비전 2030’과 같은 장기적 비전에 대한 국민적 합의를 이끌어내기 위해서는 국민의 의사를 결정하는 국회의 기능을 적극 활용하여야 한다. 국민적 의지는 권력구조에 따라 서로 다르게 결정되는

데, 내각책임제에서는 의회가 신임하는 행정부에 의해 결정되고 대통령제에서는 의회와 대통령의 상호작용에 의해 결정된다. 그런데 역사적 경험에서 살펴볼 때 권력구조와 무관하게 재정운용에 대한 국민적 의지를 결정할 때 점차 의회의 기능이 강화되고 있다. 이제 여기서는 내각책임제와 대통령제를 구분하여 재정운용에 대한 국민적 의지의 결정과정에서 의회가 어떠한 역할을 수행해야 하는지를 보다 자세히 살펴보기로 한다.

제2절 재정부분에 대한 내각책임제 국가의 사례⁹⁵⁾

내각책임제에서는 거의 예외 없이 예산편성을 행정부의 기능으로 간주한다. 예산편성에서 행정부의 우위는 헌법 또는 법률에 의해 명시적으로 규정될 수도 있지만, 대부분의 선진국들은 관례적으로 행정부의 우위를 인정하고 있다. 예산편성은 본질적으로 행정기능이기 때문에 행정부가 이 의무를 수행하는데 주도권을 갖는 것이 당연하다고 인식하는 것이다. 예산편성에 대한 행정 관료들 사이의 논쟁은 의회보다는 행정부 내에서 나타날 것이다. 이 때문에 내각책임제에서는 행정부만이 예산을 총괄 취합하며 조정하는 복잡한 과정을 수행하는 역량을 보유하고 있다.

대부분의 내각책임제에서 예산편성에 의회가 거의 참여하지 않는 가장 중요한 이유는 의회에서 선출한 수상과 내각의 책임을 수시로

95) 내각책임제 국가의 재정운용에 관한 본 절의 내용은 McGee(2007) 참조하여 정리하였다.

추궁할 수 있기 때문이다. 행정부가 예산편성의 책임을 의회에 위임하는 것은 정부의 책임을 방기하는 것으로 간주된다. 따라서 표면상으로 헌법적 관례에 따라 예산편성 단계에서 의회의 개입을 배제하는 것으로 간주된다. 실질적으로 예산은 의회의 참여 없이 행정부에 의해 편성되고, 정부는 의회에 제출하는 예산제안에 대해 직접적인 책임을 진다.

예산승인은 편성된 예산에 대해 법적 효력을 지닌 예산권한(budget authority)을 부여하는 과정이기 때문에, 예산승인은 입법권을 가진 의회의 기본적인 기능이 된다. 내각책임제에서 예산승인은 행정부에 대한 의회의 신임(confidence)으로 간주되어, 의회의 예산거부 또는 예산수정은 정치적 관행에 따라 내각불신임으로 간주된다. 행정부 예산안이 의회에서 승인되지 않아 내각불신임으로 간주되면 새로운 내각이 재구성되거나, 의회를 해산하고 총선을 실시하여 의회를 재구성한다. 내각불신임 여부는 각국의 정치적 전통에 따라 서로 다른데, 의회의 예산수정이 치욕적이라면(예컨대 수상의 봉급삭감) 아무리 사소한 것이라도 국정수행능력을 훼손하여 불신임으로 연결된다.

의회의 예산수정 범위는 내각불신임과 연계되는 정도에 따라 다르지만, 일반적으로 내각책임제는 행정부의 예산책임성을 강화한다는 취지에서 의회의 예산수정 권한을 제한하고 있다. 일반적으로 예산승인을 행정부에 대한 의회의 신임과 연계하는 정도가 강하면 강할수록 의회의 예산수정 범위는 더 작아진다. 영국식(Westminster) 내각책임제 전통이 강한 국가에서는 의회가 예산수정 권한을 많이 가지면 가질수록 행정부의 예산책임성이 희석 또는 모호하게 된다고 인식한다.

그러나 이와 같이 책임의 경계를 명확하게 하고 해명책임이라는

장점을 발현하기 위해 예산편성에서 사전적으로 모든 형태의 의회 참여를 배제하는 것인지 바람직한지에 대해서는 의문이 제기된다. 많은 국가들에서 행정부의 책임의식을 훼손하지 않고도 의회가 예산편성에서 일정한 역할을 하는 것이 가능한 것으로 생각된다. 정치적 합의를 중시하고 연립정부가 보편화되어 있는 국가에서는 행정부의 책임의식을 훼손하지 않으면서 예산편성에 의회의 역할을 인정하는 경향이 1990년대 이후 점차 나타나고 있다. 유럽국가(특히 스웨덴)에서 많이 활용되는 사전예산(pre-budget)은 행정부의 본격적 예산편성 이전에 이루어지는 재정총량 등에 대한 의회의 승인을 의미한다.

1. 예산편성 및 승인에 대한 의회의 기능변화

내각책임제 국가의 예산편성 및 승인에서 의회의 기능이 변화하는 대표적 사례로는 스웨덴을 들 수 있는데, 예산편성 단계에서 의회 내에서 광범한 토의가 이루어지고 있다. 토의의 과정을 통해 의회는 공공지출의 총량 수준 결정에 적극적으로 참여하는 것이다. 의회가 승인한 총량 수준 내에서 행정부는 일련의 예산사업들을 제안한다. 내각책임제 국가의 예산편성에서 의회가 가장 많이 참여하는 국가가 스웨덴이라 할 수 있다. 스웨덴에서는 전통적으로 정치적 합의를 중시하며 연립정부가 보편화되어 있는데, 이처럼 국민적 합의를 중시하는 경향은 정치적 필요에 따라 나타나는 것이라 할 수도 있다.

스웨덴에서 의회의 참여는 재정총량의 거시수준에서 이루어지는데, 그 이외의 역할은 미세조정적이라 할 수 있다. 총량수준을 중심으로 이루어지는 의회의 참여를 유럽국가에서는 사전예산(pre-budget)이라 하는데, 위원회 청문회를 통해 광범한 대중들이 예산에 대한 제안

을 독려할 수 있다. 예산형성에서 국민의 의견을 반영하는 이러한 의회의 역할을 2000년대 이전까지 내각책임제 국가들은 사실상 과소평가하였다. 예산편성 단계에서 의회와 국민의 참여를 제고하는데 의회가 주도적인 역할을 수행할 수 있을 것이다.

캐나다에서도 예산편성 단계에서 의회가 참여하는 공식적인 절차가 마련되었다. 1994년부터 예산제출 수개월 전에 보고되는 ‘경제 및 재정현황(economic and fiscal update)’에 대하여 재정위원회(Finance Committee)의 청문회가 도입되었다. 이 위원회는 재정 현황에 대하여 일반인이 참여하는 청문회를 가지고 또 예산에 포함되어야 할 사항을 정부에 지시하는 권고를 채택한다. 이러한 청문회가 최종 예산에 어느 정도 영향을 주는지 말하기는 어렵지만 이들이 예산편성 단계에서 인정되고 또 가치 있는 부분이 되었다. 남아프리카 공화국에서는 행정부가 스스로 의회가 예산편성에 참여해 줄 것을 요청하였다. 재정부(National Treasury)는 2005년에 수립한 일련의 지침에서 해당 상임위원회(portfolio committees)가 위원회의 견해를 다음 예산배분 결정에 반영하기 위해서는 그 내용을 정시에 권고할 것을 제안하고 있다.

예산편성은 기본적으로 행정부의 기능이지만 예산의 승인은 거의 전적으로 입법부의 기능이다. 내각책임제 국가에서 예산승인은 내각 또는 행정부에 대한 신임여부로 간주된다. 예산에 대한 승인이 이루어지는 첫 단계의 내용은 총량 또는 거시 수준이 된다. 이는 예산합의에 대한 의회의 결의, 또는 법안의 통과, 또는 법안 심의의 특정 단계에서 이루어지는 의회의 승인 등 다양한 형태가 될 수 있다. 총량 예산의 승인은 법적인 요구가 아닌 관습 상의 문제라 할지라도, 이는 분명히 의회의 행정부에 대한 신임 여부와 직접적으로 관련된다.

예산승인이 이루어지는 두 번째 단계는 예산안에서 제안되고 있는 여러 가지 재정분야에 대한 개별적인 승인이다. 행정부의 예산안은 경제의 특정 부문과 관련하여 여러 가지 정책들을 제안하는 유용한 수단이다. 그런데 이들 정책제안 중 하나가 의회에서 차질을 빚는다 하더라도 이를 예산안 전체가 기각된 것으로 볼 필요는 없다. 제안된 정책 제안 중 하나가 의회에서 승인되지 않는다 하더라도 이를 신임의 문제와 직접 연결시킬 필요는 없을 것이다. 물론 내각이 개별 정책을 신임 문제와 연계시켜 그 정책이 통과되지 않는다면 사임할 것을 선언한다면, 이는 신임여부로 연결될 것이다.

의회가 검토하는 세 번째 단계는 개별 예산항목에 대한 승인이다. 예산항목의 내용, 수준 그리고 형태는 예산항목의 구조와 추정치에 따라서 서로 다를 것이다. 원칙적으로 내각책임제 국가에서 행정부가 제출한 형태로 예산항목들이 승인되지 않더라도 이를 정부의 불신임으로 간주되지는 않는다. 그러나 예산의 수정이 잘 나타나지 않는 정치적 전통을 가진 국가에서 예산수정이 이루어진다면 이는 분명히 정치적 중요성이 있을 것이다. 불신임을 유발하는 의회 거부의 수준은 분명히 국가들에 따라 서로 다를 것이다.

2. 의회내 예산승인의 기능변화

의회 내에서 위원회를 구분하는 방법은 이들이 수행하는 업무 기능을 규정하는 방법과 이들이 소관하는 업무분야를 규정하는 방법이 있다. 전자는 위원회가 소관하는 분야, 주제와 상관없이 업무의 기능적 성격과 관련되는 모든 것을 관장하는 ‘횡적’ 업무를 담당한다. 영국식 내각책임제 국가들에서 보편적으로 채택되는 공공회계위원

회(Public Accounts Committees)는 이러한 성격의 기능적 위원회가 된다. 공공회계위원회는 공공회계를 점검하며 관련되는 이슈의 정부업무와(국방, 건강, 무역 등) 상관없이 감사원장(Auditors-General)의 보고서를 검토한다. 반면 주제별로 규정된 위원회는 ‘종적’ 관심을 갖고 있다. 이들은 자신들에게 할당된 정부의 특정 분야 -국방 문제, 건강 문제, 복지문제, 무역 문제 등등- 내에 해당하는 문제를 처리한다.

일반적으로 예산심사에서 기능적 유형의 위원회에서 부문별 형태의 위원회로 전환되는 경향이 있다. 영국에서는 예산계수조정(estimates examinations)이 이전에는 범정부적인 계수조정을 수행하는 '계수 위원회(Estimates Committee)'에서 수행되었다. 근래에는 관련되는 부처 또는 업무분야 위원회에 의해 - 재정부 지출에 대해서는 재정위원회, 국방부에 대해서는 국방위원회 등- 수행된다. 호주의 상원은 복합적인 제도를 갖고 있는데, 많은 전문적인 계수위원회가 각각 특정한 부문별 책임을 지고 있다.

예산심사 및 검토를 업무부문 심사 및 검토와 병행하는 방법으로 전환하는 것은 공공부문 업무를 종합적으로 검토하고 재정운용의 성과와 비재정적인 정책수단 사이의 구분을 최소화하는 노력을 반영한다. 재정운영은 별도의 영역이 아니라 부처와 그 대리기관들의 전체 업무 중 일부로서만 간주된다. 이들이 효과적이고도 효율적으로 작동되는지 여부, 이들이 수행하는 정책들이 궁극적인 목표에 기여하고 있는지 여부는 이들을 실행하는데 필요한 총원가의 관점에서 판단되고 있다. 따라서 예산심사와 정책의 성과평가 사이의 구분이 점차 모호해지고 있다. 정책성과 평가는 예산편성 과정의 일부가 되어, 예산심사가 전문적인 계수위원회에서 특정 업무부문의 상임위원회로 전

환되는 것이다.

위원회 조직과 위원회별 업무를 설계함에 있어 의회는 예산항목에 대한 심사 및 검토 업무를 배분하는 방법을 선택해야 한다. 한 가지 방법은 업무부문별 위원회 사이에 책임을 단순히 분산시키는 것이다. 이는 업무부문의 책임 영역 내에서 전문성을 발전시키고 또 당해 부문 내의 다양한 예산 프로그램 실행에 대해 보다 효과적인 검토가 가능할 것이다. 반면, 이는 전반적인 재정구조에 대한 총합적인 검토가 결여될 수 있다. 각각의 위원회는 예산의 특정 측면에 집중하지만 어떠한 위원회도 전체 그림에 대해 책임을 지지 않기 때문이다.

의회는 예산심사에서 전체적인 재정총량의 관점을 유지하는 일과 부문별 심사를 조화 결합하는 것이 점차 중요해지고 있다. 전반적인 재정구조는 행정부가 예산안에서 규정하거나 또는 스웨덴의 경우처럼 의회에 의해 사전에 승인된다. 따라서 예산위원회, 재정위원회 또는 지출승인 위원회 등과 같은 특정 위원회는 위원회별 승인과정을 전체적으로 총괄 감독하는 책임을 진다. 이 위원회는 특정 예산항목들의 심사를 업무부문별 위원회에 할당하고, 예산심사의 기준과 일관성을 제고하며, 특히 업무부문별 위원회가 제안하는 다양한 권고사항들이 전체 재정구조에 부합하는지를 관리한다. 이러한 방법으로 의회는 예산승인기능을 체계적으로 수행할 수 있는 것이다.

캐나다 하원은 이러한 방법으로 예산심사기능을 전환한 대표적 사례라 할 수 있다. 아주 최근까지도 캐나다의 예산계수 점검은 전체적인 관점 또는 총량적 수준의 점검이 부족하다고 비판받았다. 따라서 부문별 위원회 이외에 예산계수 점검 절차를 지도 감독하는 책임을 부담하는 ‘정부운영 및 계수위원회(Government Operations and Estimates

Committee)’가 설치되었다. 이는 기능별 접근과 업무부문별 접근의 장점을 결합할 것으로 기대되었다. 예산의 총량 및 사업별 계수에 대한 각종 지식이 체계적으로 정비되어 모든 위원회가 사용할 수 있도록 환류시키고, 동시에 관련 업무부문에 전문성을 가진 위원회와 의원들이 예산항목의 심사에 직접 참여하도록 하였다.

내각책임제 국가에서는 전통적으로 의회가 예산을 거의 수정하지 않는다는 사실을 비민주적으로 간주하지 않았다. 그러나 예산과정에서 의회가 거의 수정하지 않는다면 예산에 대한 의회의 기여가 효과적으로 이루어질 수 없다. 반면 예산이 상당한 정도로 수정된다면 그것은 애초에 예산편성이 잘못되었다는 것을 의미하기도 한다. 이러한 두 가지 입장의 대립에서 점차 많은 전문가들은 예산승인 과정에 의회가 예산의 가치를 제고할 수 있도록 기여해야 한다는 인식이 점차 나타나고 있다. 또 의원과 일반인의 입장에서 볼 때 예산수정의 가능성이 일부라도 있을 때 비로소 의회의 예산심사에 관심을 가질 수 있을 것이다. 의회의 예산승인은 무익하며 아무리 얘기해봐야 수정될 수 없다는 인상을 준다면 일반인의 참여의지를 훼손할 것이다.

남아프리카 공화국의 무역연맹조직(COSATU)은 남아프리카 의회가 예산을 변경할 권한을 갖고 있지 않기 때문에 예산 청문회 참여를 거부한 것으로 알려지고 있다. 행정부의 예산편성 단계에서 일반인이 직접 참여하는 것보다, 의회 내에서 일반인들의 광범한 토론을 자극함으로써 일반인을 예산과정에 참여시킬 수 있는 것이다. 가능한 조기에 정책결정에 참여하는 것은 거의 확정된 내용에 의견을 제시하는 것보다 이득이 될 것이다. 예산승인이 시작하는 초기에 의회가 건의할 사항들을 이미 정리하고 있을 때, 일반인들의 의견 제출은 공허

한 것이 되지 않을 것이다. 예산승인 단계에서 더 많은 참여를 보장하는 수단이 될 수 있는 것이다. 예산을 검토하는 위원회들은 일반인의 의견 제시에 개방적이어야 하는데, 예산의 세부 내용에 대해 의회의 기여가 가능하도록 정치문화가 변경될 필요가 있다.

제3절 대통령제 미국의 사례⁹⁶⁾

재정총량 내에서 복지재정을 확충하는 것은 재정총량 규모를 확대하여 복지재정을 확충하는 것보다 훨씬 더 효과적인 방법이다. 지출 구조조정을 통해 복지재정을 확충하는 것은 재정의 지속가능성을 전혀 저해하지 않을 것이기 때문이다. 그런데 지출 구조조정은 상당한 정치적 저항을 수반하기 때문에 이를 위해서는 재정운용에 관한 의사 결정을 개선할 필요가 있다. 앞의 절에서는 내각책임제 국가에서 의회의 예산기능이 변화하는 내용을 살펴보았는데, 본 절에서는 대통령제 국가인 미국을 중심으로 의회의 예산과정을 상세히 살펴보기로 한다. 이 내용은 우리나라가 복지재정을 확충하기 위해 반드시 구비해야 할 국회 예산제도에 상당한 시사를 줄 수 있을 것이다.

1. 의회의 예산권 강화

제2차 세계대전 중 미국 연방정부의 규모와 권한이 크게 증가하면서 의회의 예산제도에 대한 개혁 필요성이 인식되었다. 우선

96) 본 절의 내용은 옥동석(2005), Schick(2007)을 참조하여 정리하였다.

의회의 내부절차를 대폭 정비하는 내용을 담은 1946년의 ‘입법부 재정비법(Legislative Reorganization Act)’을 들 수 있다. 가장 핵심적인 내용은 위원회 조직을 정비하며 의회가 예산을 보다 포괄적으로 검토하고 의회의 예산 우선순위를 보다 효과적으로 확정하여 대통령의 예산안에 대항하여 입법부 예산안(legislative budget)을 도입하는 것이었다.

입법부 재정비법 제138조에서는 ‘합동 예산위원회(Joint Committee on the Budget)’의 설치가 규정되었는데, 이는 하원의 수입조성위원회(Committee on Ways and Means)와 지출승인위원회 그리고 상원의 재무위원회(Committee on Finance)와 지출승인위원회의 위원들로 구성된다. 합동위원회는 대통령의 예산안을 검토하여 지출승인 상한 금액을 매년 2월 15일까지 의회에 제안하여야 한다. 합동위원회는 지출상한을 명시하는 공동결의안(concurrent resolution)에 대한 보고서를 작성하는 역할을 수행하도록 하였다.

이는 당시까지 의회의 예산절차에서 중대한 결점으로 널리 인식되었던 것들을 치유하는 방안으로 생각되었다. 당시에는 의회 내에서 수입과 지출을 동시에 서로 연계하여 검토할 기회가 없었다. 또 하원과 상원은 서로 분리된 채 예산관련 법률을 제정하였으며, 하원의 지출승인위원회는 서로 독립된 소위원회로 분산되어 있었다. ‘공동결의안’은 의회가 예산을 포괄적으로 검토할 수 있는 기회를 부여하고 지출상한액을 스스로 부과함으로써 이전보다 훨씬 더 일관성을 가지고 예산관련 법률을 제정하도록 하는 것이었다.

그런데 1946년의 입법부 재정비법이 기대와는 달리 운영과정에서 제대로 그 효력을 발휘하지 못하였다. 입법부 재정비법 자체는 행정

부를 길들이려는 적대적 태도로서 일관하였다. 또한 예산삭감의 규모와 구체적인 삭감방법들을 제안하지 않았기 때문이다. 결국 공동결의안은 아무런 효력을 발휘하지 못했으며, 결과적으로 의회는 삭감된 규모보다 더 많은 예산을 승인하기도 하였다. 입법부 예산안을 효과적으로 실행하지 못한 중요한 이유 중 하나는 이를 정쟁의 수단으로 활용하였기 때문이다.

입법부 예산안이 실패하자 의회는 예산과정에서 통일성을 제고하기 위하여 또 다른 시도를 하였다. 13개에 달하는 연도별 지출승인법안들을 단일의 법안으로 통합하여 지출승인을 함으로써 의회의 정책이 보다 일관성 있게 수립될 수 있도록 하자는 것이었다. 그런데 이러한 포괄적 지출승인법안(omnibus appropriations bill)과 같은 대규모 지출승인법안에서는 의원들이 상대적으로 금액이 큰 항목들을 점검하기 때문에 개별 지출항목들을 은닉하기가 쉽다는 비판에 직면하였다. 개별 의원들이 신중하게 검토하기에는 포괄적 지출승인법이 너무 방대하다는 비판과 일맥상통하는 것이다. 또 다른 관점에서는 포괄적 법안이 지출의 일률적 삭감과 같은 획일적 조치에 보다 쉬이 노출된다고 비판되었다. 포괄적 지출승인법안에 대한 또 하나의 반론은 지출승인위원회에 더 많은 권한이 집중된다는 것이다.

입법부와 행정부 사이에는 예산과 재정운용에 관한 갈등이 지속적으로 나타나고 또 이를 해소하기 위한 다양한 노력들이 의회 내에서 추진되었지만, 1969년 닉슨 대통령이 취임하면서 이러한 갈등은 더욱 격화되었다. 닉슨 대통령은 의회의 무책임한 재정운용을 비난하였고, 의회는 대통령이 요구하는 예산을 자주 거부하였다. 이 갈등의 과정 속에서 의회내 예산절차의 문제점이 의원들에게 가시적으로 분명하

게 부각되었다.

가장 중요한 결점은 의회 내에서는 예산을 총체적으로 검토하여 상충하는 우선순위를 선택하는 체제가 결여되었다는 것이다. 그 결과 ‘예산통제에 관한 임시 합동연구위원회(Joint Study Committee on Budget Control)’를 설치하여 예산의 전반적 절차에 대한 개선안을 의회에 제시하도록 하였다. 의회의 예산지출과 총수입에 대한 통제를 개선하기 위해 의회가 채택해야 할 절차를 설계하도록 하였다. 당해 연도의 예산수입을 총체적으로 점검하여 충분히 조정하고, 또한 매년도 예산지출에 대한 총괄적인 검토를 가능하게 하는 절차를 제안하도록 한 것이다. 합동 연구위원회의 결과는 1974년 ‘의회예산 및 지출유보 금지법(Congressional Budget and Impoundment Control Act)’의 제정으로 이어졌다.

이 법률은 10개의 장(title)으로 구성되는데, 이들은 다시 4개의 영역으로 정리될 수 있다. 첫째, 제 I 장과 제 II 장에서는 하원과 상원에 예산위원회와 의회예산처(Congressional Budget Office)를 설치하는 내용이 포함되어 있다. 의회예산처는 의원들이 대통령 예산안을 검토하는데 필요한 분석보고서를 작성하여 의회에 제공한다. 둘째, 제 III 장과 제 IV 장에서는 새로운 예산절차와 이들의 집행기한을 규정하였다. 셋째, 제 V 장에서 제 IX 장까지는 새로운 회계연도, 대통령 예산안에 대한 예산용어와 정보의 개선, 연방정부 프로그램에 대한 평가 및 검토 개선, 법률의 발효기간 등을 규정하고 있다. 넷째, 제 X 장은 지출보류(impoundments)를 통제하기 위한 절차를 규정하고 있다.

2. 의회의 예산제도

미국 의회의 예산제도는 1974년 ‘의회예산 및 지출유보 금지법’의 제정으로 확립되었다. 여기서는 이 내용을 자세히 살펴보기로 한다. 우선 미국에서는 조세와 지출이 모두 법률로 규정되기 때문에 법률을 제정하는 의회 상임위원회들은 모두 예산과정과 직간접적으로 연관되어 있다. 조세에 대한 법률은 하원의 경우에는 ‘수입조성위원회(Committee on Ways and Means)’에서, 상원의 경우에는 ‘재무위원회(Committee on Finance)’에서 입법된다. 지출 측면에서 예산과 관련되는 위원회로는 상원과 하원의 예산위원회, 지출승인위원회의 두 개를 들 수 있다. 예산위원회의 역할은 지출의 분야별 할당액을 결정하여 공동결의안을 하원과 상원에 각각 보고하는 것이다. 공동결의안은 총 지출, 수입, 국채 등의 금액과 함께 국가의 총량적 재정운용을 규정하는 것이다. 반면 지출승인위원회의 역할은 예산항목 또는 지출승인항목과 관련되는 지출승인법을 제정 발의하는 것이다. 지출승인위원회는 13개의 소위원회로 구분되는데, 각각의 소위원회는 소관 지출승인법을 준비한다.

그런데 미국 연방정부의 지출은 ‘사업인준(authorization) - 지출승인(appropriation)’의 두 단계로 구성되는데, 사업인준법은 소관 상임위원회에서 준비되며 지출승인은 지출승인위원회에서 준비된다. 다시 말해 사업인준은 의회 내의 소관 상임위원회에서 처리되는데, 상임위원회들은 지정된 사업 또는 활동을 소관하는 사업인준 위원회(authorizing committee)가 되는 것이다. 이들 위원회가 수행하는 대부분의 일들은 사업인준에 관한 것이며, 이들이 생산하는 법률은 사업인준 위원회와 지출승인위원회의 관계를 규정한다.

그런데 의회에서 일부 기관과 사업에 대해서는 ‘사업인준-지출승인’이라는 두 단계의 절차가 무시되기도 한다. 사업인준법 만으로도 자금이 지출될 수 있는 경우를 직접지출(direct spending) 또는 의무적 지출(mandatory spending)이라고 한다. 이러한 형태의 사업인준을 1974년의 ‘의회예산 및 예산박탈 금지법’에서는 ‘지출권한(spending authority)’으로 불렀고, 또 가끔은 ‘뒷문지출(backdoor spending)’로 부르기도 하였다. 일반적으로는 직접지출이라는 용어가 많이 사용되는데, 그 이유는 이것이 재량적 지출과 구분되기 때문이다.

이에 반해 매년 지출승인법을 제정하는 예산편성절차에 따라 그 지출이 통제되는 경우를 재량적 지출이라 부른다. 재량적 지출에서는 지출승인의 권한을 매년도의 지출승인법에 위임하고 있지만, 의무적 지출에서는 사업인준법에서 지출원인행위의 권한을 직접 규정함으로써 지출승인법 없이 지출이 이루어질 수 있도록 하였다. <표 5-3>은 미국 연방예산에서 재량적 지출과 의무적 지출의 핵심적 네 가지 법적 단계를 구분하여 보여주고 있다.

통상 직접지출 또는 의무적 지출은 주로 사회보장, 의료보호(Medicare), 공무원 퇴직 및 장애사업, 실업보장 등의 급여사업(entitlement program)에서 주로 나타난다. 급여사업에서는 영구적 지출승인(permanent appropriations)이 이루어지기 때문에 매년 자동적으로 그 자금이 조성된다. 다시 말해 이 경우에는 별도의 지출승인법이 제정되지 않는다. 물론 의료보호(Medicare), 급식비 지원(food stamps), 재향군인 연금 등과 같은 일부 급여사업은 매년도 지출승인법에 따라 자금이 조성되지만, 실질적인 지출수준은 당해 급여사업을 설치하는 사업인준법에 의해 통제된다. 이와 같이 매년도 지출승인으로 자금이

제공되는 경우를 ‘지출승인이 필요한 급여사업(appropriated entitlements)’이라 한다.

〈표 5-3〉 재량적 지출과 직접지출의 법적 절차 비교

재량적 지출(Discretionary Spending)	의무적 지출(Mandatory Spending)
사업인준(Authorization)	사업인준(Authorization)
지출승인(Appropriation)	지출원인행위(Obligation)
지출원인행위(Obligation)	지출승인(Appropriation)
지급(Outlays)	지급(Outlays)

재량적 지출과 의무적 지출을 구분하는 것은 이들을 통제하는 국회 내의 위원회를 결정하기 때문에 상당히 중요한 정치적 의미를 갖는다. 지출승인위원회는 재량적 지출을 통제하고, 그 외의 모든 지출은 의무적 지출로서 해당 상임위원회에서 지출을 통제한다. 해당 상임위원회가 사업인준 위원회가 되기 때문이다. 지출승인위원회가 설치된 이래로 이 두 가지의 위원회 사이에는 가끔씩 갈등이 표출되었다.

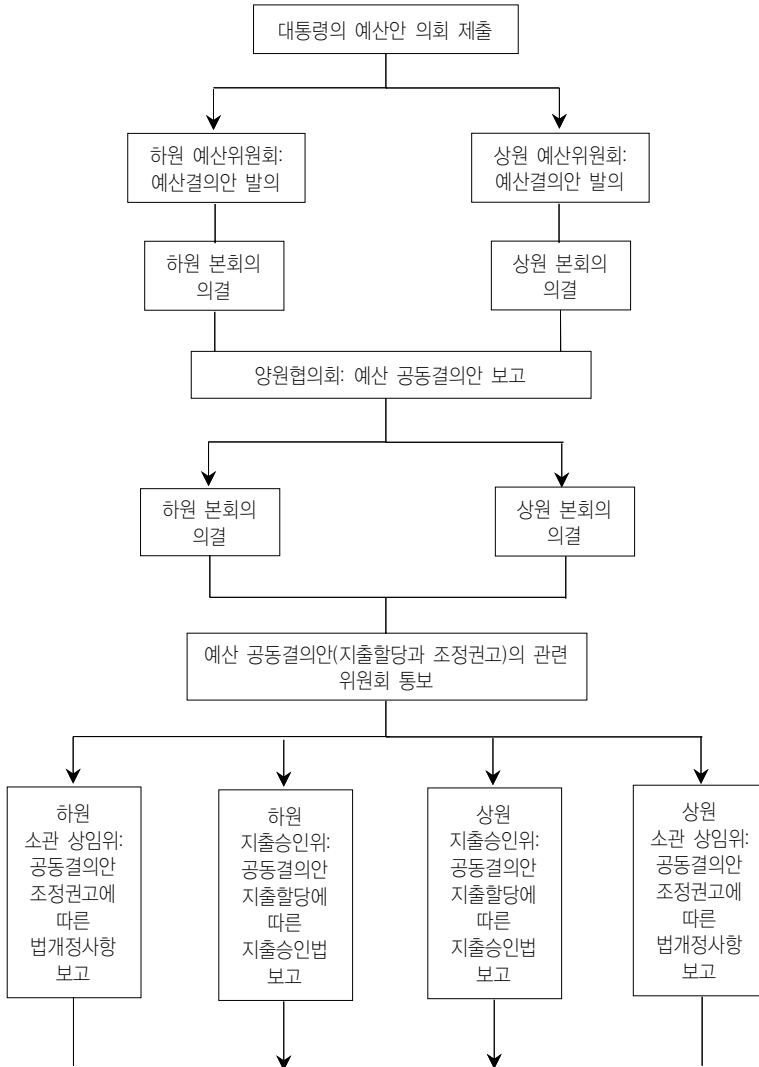
미국 의회의 예산심사 절차는 1974년의 ‘의회예산 및 예산박탈 금지법’에서 확정되었는데 [그림5-3]과 같이 요약된다. 대통령의 예산안이 의회에 제출되면 상원과 하원의 예산위원회는 공동결의안(concurrent resolution)의 형태로 예산결의안(budget resolution)을 발의하여 예산분야별 최대 허용범위의 금액을 결정한다. 각각의 원에서 의결된 공동결의안은 양원협의회에서 조정된 후 각각의 원에서 의결됨으로써 확정된다.

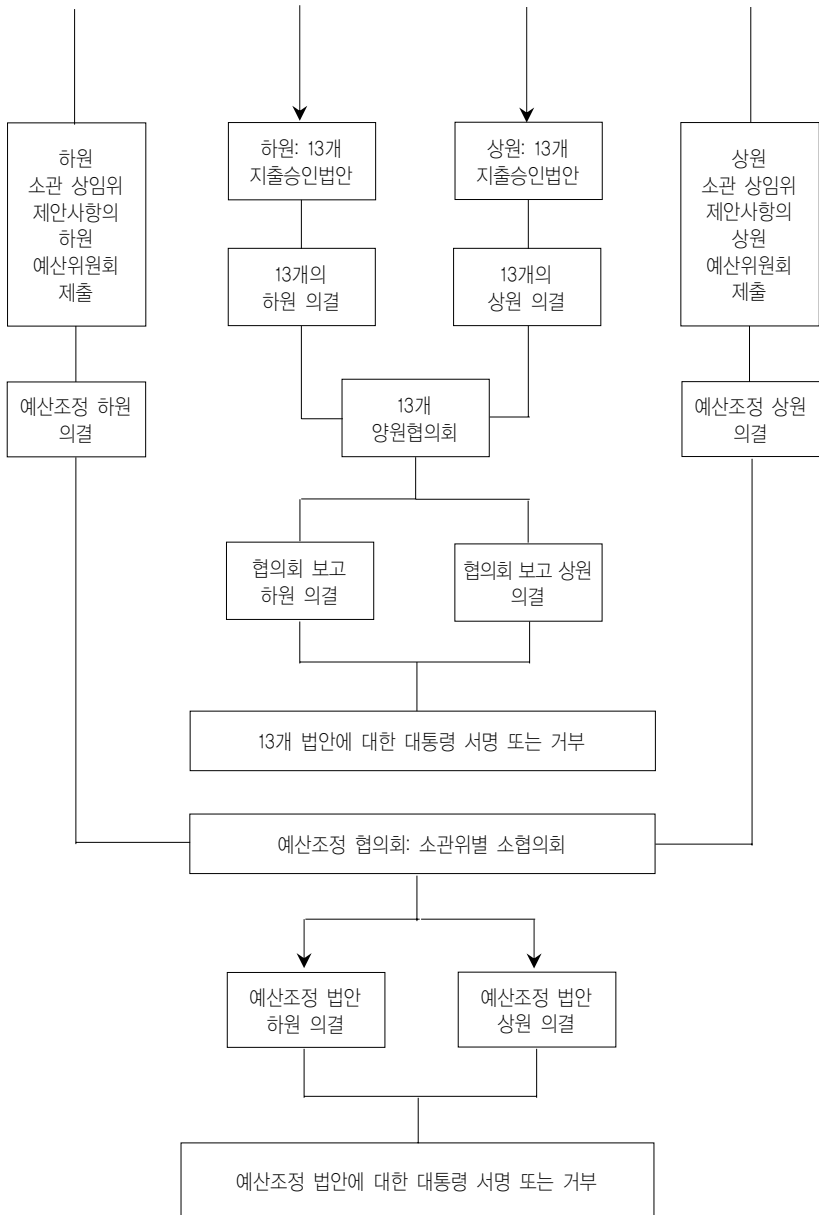
공동결의안은 대통령의 서명을 받는 법률의 효력이 없기 때문에

상원과 하원을 구속하는 의미만을 담고 있다. 예산결의안이 본회의를 통과하면, 예산의 공동결의안에 담고 있는 각 분야별 지출할당 금액이 결정되고 또 각종의 예산조정을 위한 권고사항을 담게 된다. 예산 분야별 할당금액과 예산조정을 위한 권고사항은 각각의 소관 상임위원회에 통보된다.

재량적 지출을 소관하는 지출승인 위원회는 분야별 할당금액을 13개의 소위원회에 재할당하는데, 소위원회는 각자의 소관에 속하는 연도별 지출승인법을 제정한다. 또한 사업인준법을 소관하는 상임위원회는 각자의 소관에 속하는 의무적 지출의 할당금액을 부여받는데, 예산위원회의 조정권고(reconciliation instructions) 사항에 따라 각종 프로그램들에 대한 사업인준법을 수정할 것이다.

[그림 5-3] 미국 의회의 예산심사 절차





예산결의안은 향후 10년간의 각 년도별 예산관련 총량지표의 규모 그리고 20개 정부기능별 할당금액을 결정한다. 의회예산법에서 규정된 총량지표는 네 가지로서, 총수입과 총수입 변경액, 신규 예산권한 (budget authority)과 지출총액, 적자 또는 흑자, 정부채무 등이다.⁹⁷⁾ 예산결의안의 총량지표에 대한 예시는 <표 5-4>에서 그리고 20개 정부 기능별 할당금액은 <표 5-5>에서 정리되어 있다.

의회 의원들은 예산결의안을 의결함으로써 이에 대해 책임을 부담 하는데 이는 입법부와 행정부의 상호독립성을 반영한다. 의회는 원하는 모든 것을 예산결의안에 담을 수 있는데, 이들을 구체적으로 입법 하기 위해서는 대통령의 동의를 구해야만 한다. 입법부와 행정부의 의견차이가 크면 클수록 그 차이를 줄이려는 노력을 더 많이 경주하여야 한다.

<표 5-4> 총량지표에 대한 예산결의안

<p>2005 회계연도부터 2010 회계연도까지 다음의 예산금액들이 적절하다.</p> <p>(1) 연방수입 - 본 결의안의 실행을 위하여</p> <p>(a) 연방수입 금액은 다음과 같이 제안된다.</p> <p>회계연도 2005: \$1,483,658,000,000.</p> <p>회계연도 2006: \$1,589,892,000,000.</p> <p>...(중략)...</p> <p>회계연도 2010: \$2,043,916,000,000.</p> <p>(b) 연방수입 총금액은 다음과 같이 감액되어야 한다.</p> <p>회계연도 2005: \$366,000,000</p> <p>회계연도 2006: \$17,758,000,000</p> <p>...(중략)...</p> <p>회계연도 2010: \$22,466,000,000</p>
--

97) 미국에서 예산권한은 현금지출을 초래하게 될 지출원인행위를 수행할 수 있는 법적 권한으로 정의된다. 따라서 특정 회계연도에 주어진 예산권한으로부터 나타나는 현금지출이 반드시 당해 회계연도에서 이루어질 필요는 없다.

- (2) 신규 예산권한 - 본 결의안의 실행을 위하여, 신규 예산권한의 적정 총액은 다음과 같다.
회계연도 2005: \$2,078,456,000,000
회계연도 2006: \$2,144,384,000,000
...(중략)..
회계연도 2010: \$2,524,958,000,000
- (3) 예산지출 - 본 결의안의 실행을 위하여, 예산지출의 적정 총액은 다음과 같다.
회계연도 2005: \$2,056,006,000,000
회계연도 2006: \$2,161,420,000,000
...(중략)..
회계연도 2010: \$2,514,745,000,000
- (4) 적자(예산내) - 본 결의안의 실행을 위하여, 적자(예산내) 금액은 다음과 같다.
회계연도 2005: \$572,348,000,000
회계연도 2006: \$571,528,000,000
...(중략)..
회계연도 2010: \$470,829,000,000
- (5) 채무한도 - 1974년 의회예산법 제301(a)(5)조에 따른 공공채무의 적정 수준은 다음과 같다.
회계연도 2005: \$7,962,000,000,000
회계연도 2006: \$8,645,000,000,000
...(중략)..
회계연도 2010: \$11,105,000,000,000

* 자료: Concurrent Resolution on the Budget for Fiscal Year 2006(conference report to accompany H. Con. Res. 95), H. Rept. 109-62, 109th Cong., 1st sess., April 28, 2005, pp. 2-3. Schick(2007), pp.126 ~ 127에서 인용.

예산과 재정운용의 전체 방향을 규율하는 예산결의안은 광범한 영역의 정책적 입법적 쟁점들을 포함하고 있다. 예산결의안에 반영되는 의회의 예산정책은 예산위원회와 여타 위원회 사이에 특정 분야의 전반적인 우선순위 및 지출수준에 대한 토의에 의해 결정될 것이다. 예산결의안이 전반적인 정책방향을 결정하기 때문에 이는 의회 내에서 정파적으로 결정된다. 한 개 또는 소수 몇 개 위원회의 예산정책적 선호가 아니라 공화당의 예산 또는 민주당의 예산이 되는 것이다.

〈표 5-5〉 회계연도 1999 예산결의안의 기능별 할당

(10억 달러)		1998	1999	2000	2001	2002	2003
050 National Defense	BA	267.7	270.5	274.3	280.8	288.6	296.8
	O	268.1	265.5	268.0	269.7	272.1	279.8
150 International Affairs	BA	15.2	14.6	14.3	15.1	15.2	15.2
	O	14.1	14.2	14.7	14.5	14.5	14.4
250 Science, Space and Technology	BA	18.0	18.3	17.8	17.7	17.3	17.0
	O	17.7	17.9	17.9	17.6	17.4	17.0
270 Energy	BA	0.5	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4
	O	1.0	0.3	...	-0.2	-0.4	-0.4
300 Natural Resources and Environment	BA	24.2	23.4	23.3	23.0	22.9	22.9
	O	23.0	23.4	23.5	23.4	23.0	22.9
350 Agriculture	BA	11.8	12.0	11.6	10.3	10.2	10.4
	O	10.8	10.5	9.9	8.7	8.5	8.8
370 Commerce and Housing Credit:	BA	7.9	4.2	15.5	14.7	15.6	14.9
Total(on-budget and off-budget)	O	1.3	3.2	10.4	10.4	11.8	11.7
400 Transportation	BA	46.0	51.5	51.8	52.1	51.4	52.0
	O	42.5	42.8	44.7	45.7	45.8	46.9
450 Community and Regional Development	BA	8.7	8.7	7.9	7.6	7.6	7.6
	O	11.2	10.9	9.7	8.9	8.1	8.1
500 Education, Training, Employment and Social Services	BA	61.3	63.0	63.3	64.5	64.9	68.4
	O	56.1	61.0	62.7	63.8	63.7	67.1
550 Health	BA	136.2	145.8	152.6	161.5	170.1	181.2
	O	132.0	143.7	151.6	160.4	169.9	181.1
570 Medicare	BA	199.2	210.3	221.8	239.4	251.2	273.4
	O	199.7	210.9	221.1	242.3	248.8	273.6
600 Income Security	BA	229.5	243.3	257.3	268.5	279.2	289.8
	O	234.7	248.1	259.4	266.7	274.2	282.4
650 Social Security	BA	378.9	394.7	412.0	430.9	451.9	474.5
	O	379.1	394.9	412.0	430.9	451.9	474.5
700 Veterans' Benefits	BA	42.6	42.8	43.4	44.8	46.2	48.2
	O	42.5	43.3	44.0	45.2	46.6	48.6
750 Administration of Justice	BA	25.1	25.8	24.5	24.5	24.7	25.0
	O	22.5	24.6	24.9	24.8	24.3	24.2
800 General Government	BA	14.5	14.4	13.9	13.6	13.4	13.5
	O	14.3	13.4	13.8	13.8	13.6	13.5
900 Net Interest:	BA	245.1	247.3	242.7	236.7	230.5	225.5
	O	245.1	247.3	242.7	236.7	230.5	225.5

* 주: BA는 예산권한(Budget Authority)을 O는 지출(Outlays)을 나타냄.

* 자료: Concurrent Resolution on the Budget: Fiscal Year 1999, S. Rept. 170, 105th Cong., 2d sess., 1998, pp.65-66. Schick(2000), pp.115에서 인용.

대부분의 다른 상임위원회가 초정파적으로 운영되는 것과 달리, 예산위원회에서는 다수당이 정책적 선호를 예산결의안에 반영하기 위해 정파적 결정을 주도한다. 오직 정당 지도자들만이 예산의 정당적 입장을 형성하고 옹호하는데 필요한 견해를 표시할 수 있다. 정당 내에서 정치노선에 대한 이견이 표출되기 때문에 정당 지도자들은 예산결의안을 위해 협상하고 압력을 행사한다. 만약 대통령이 의회의 다수당 소속이 아닐 때에는 행정부와 입법부 사이에 예산정책에 대해 갈등이 표출될 것이다.

예산결의안에서는 특정 사업 등과 같은 개별 세부항목에 대한 내용이 없기 때문에, 특정 사업 등에 자금이 편성된다는 확신을 가지지 못한 상태에서 의원들이 의결해야 하는 어려움이 있다. 그런데 의회의 규칙에 의하면, 의원들은 특정 사업들에 대한 예산반영 여부 또는 예산금액을 알지 못한 채 예산결의안에 투표할 것을 요구하고 있다. 물론 예산결의안이 사업들을 설명하지는 않지만 이에 수반되는 예산위원회의 보고서에서는 기능별 할당에 관련되는 제반 가정과 전제들이 명시될 것이다.

예산결의안은 간단한 서류이지만 실질적으로 의회 내의 모든 위원회들의 이해와 연관되어 있다. 예산위원회는 예산의 정책적 함의를 이해하기 위하여 다른 위원회들의 관심을 지속적으로 파악하여야 한다. 예산위원회는 청문회를 열고, 다른 위원회가 제출한 각종 견해와 추정치뿐만 아니라 의회예산처의 자료와 보고서를 참조한다. 그러나 이들의 가장 중요한 정보원은 정당 지도자, 위원회 의장, 일반 위원들과의 비공식적 상호교류로부터 나타난다.

이와 같이 예산위원회는 연중 내내 예산과 관련한 작업을 수행하

며 또한 다른 위원회의 작업들을 감독한다. 예산위원회는 강력하다고 할 수도 있고 실질적 권한이 미약하다고 할 수도 있다. 예산위원회는 조세 및 지출정책의 상당한 변화를 도모하기 때문에 강력하지만, 의회 내에서 이 변화를 추진하기 위해 다른 위원회에 의존하기 때문에 미약하다고 할 수도 있다. 예산결의안이 정책적 변화를 도모할 때에는 이들은 강력하지만 단순히 현상을 유지할 때에는 미약하다. 1974년 예산위원회가 설치되었을 때 의회 내에서 전지전능한 횡포를 행사하지 않을까 많은 의원들이 두려워하였다. 그러나 의회 내에서 예산에 대한 논란이 주요 쟁점으로 부각하느냐 여부에 따라 예산위원회의 의회 내 지위도 변화하였다.

1974년 의회예산법을 채택한 이후 처음으로 1998년에는 의회가 예산결의안을 채택하는데 실패하였다. 그런데 예산결의안이 의결되지 않았다고 하여도 큰 문제가 없이 예산의 심의가 진행된다. 그러나 어떤 연도에서는 의회의 예산결의안이 의욕적으로 추진되어 심각한 갈등을 초래하기도 한다. 이때에는 예산결의안과 조정법안(reconciliation bill)이 의회 내에서 핵심 쟁점으로 부각하여 의회가 수입 및 지출정책에 상당한 변화를 초래하는 입법을 한다.

예산위원회는 특정 위원회를 지정하여 기존 법률을 변경하는 입법을 보고하도록 지시하는 조정지침(reconciliation instruction)을 발급한다. 예산에 대한 조정은 의회가 기존의 법률 하에서 나타나는 수입과 직접지출을 예산결의안의 수준에 일치하도록 하는 것이다.

조정지침은 권고사항으로 크게 세 가지 요소로 구성된다. 우선 입법을 제안하도록 지시된 위원회의 명칭을 기재하고, 기존의 수입 또는 직접지출 법률이 변경되어 나타날 금액을 명시하고, 위원회들이

당해 변화를 실행하기 위한 입법을 제안하여야 할 최종기한을 설정한다. 조정 권고는 통상 예산결의안에서 규정된 회계연도와 동일한 연도를 대상으로 하지만, 구체적인 방법과 관련 프로그램의 내용을 규정하지는 않는다. 조정지침은 <표 5-6>과 같이 예시될 수 있다. 조정지침에 따라 이루어진 위원회들의 입법 작업들은 ‘포괄적 조정법안(omnibus reconciliation bill)’으로 통합된다.

<표 5-6> 예산의 조정지침

상원의 지침
<p>(a) 지출감소에 대한 조정 - 1997년 6월 13일까지 본 절에서 언급된 위원회들은 상원의 예산위원회에 자신들의 조정안을 제출하여야 한다. 조정안을 수령한 후 예산위원회는 중요한 내용의 수정 없이 이들 조정안 모두를 반영한 예산조정법안을 상원에 보고할 것이다.</p> <p>(1) 농업영양임업위원회 - 농업영양임업위원회는 직접지출(1985년의 균형예산 및 긴급 적자통제법의 제250(C)(8)조에서 규정된)의 증가가 2002 회계연도에 \$300,000,000을 초과하지 않도록 그리고 1998 회계연도부터 2002 회계연도까지에는 \$1,500,000,000을 초과하지 않도록 소관 법률의 개정을 보고하여야 한다.</p> <p>(2) 은행주택도시위원회 - 은행주택도시위원회는 적자를 2002 회계연도에 \$434,000,000를 감소시키도록 그리고 1998 회계연도부터 2002 회계연도까지에는 \$1,590,000,000를 감소시키도록 소관 법률의 개정을 보고하여야 한다.</p>
하원의 지침
<p>(1) 농업위원회 - 하원의 농업위원회는 당해 위원회의 직접지출 총액이 1998 회계연도에 \$34,571,000,000, 2002 회계연도에 \$37,008,000,000, 1998년 회계연도부터 2002 회계연도까지에는 \$179,884,000,000을 초과하지 않도록 소관 법률의 개정을 보고하여야 한다.</p> <p>(2) 은행금융위원회 - 하원의 은행금융위원회는 당해 위원회의 직접지출 총액이 1998 회계연도에 -\$8,435,000,000, 2002 회계연도에 -\$5,091,000,000, 1998년 회계연도부터 2002 회계연도까지에는 -\$32,743,000,000을 초과하지 않도록 소관 법률의 개정을 보고하여야 한다.</p>

* 자료 : Concurrent Resolution on the Budget: Fiscal Year 1998, H. Con. Res. 84, 105th Cong., 1st sess., 1997, pp.14와 16. Schick(2000), pp.126에서 인용.

예산결의안의 총량적 지표는 의회의 예산 우선순위를 반영하지만 의회 내부의 예산통제를 위해서는 위원회별 할당이 이루어져야 한다. 이를 의회예산법의 제302조 할당(Section 302 allocations)이라고 한다.

의회가 예산총량에 대한 결정을 준수하기 위하여 위원회들에 총량금액들을 할당하고 있는 것이다. 각 위원회에게 소관하는 업무의 예산을 할당한다면 예산총량에 대한 지출한도액을 효과적으로 통제할 수 있을 것이다.

〈표 5-7〉 하원 위원회에 대한 제302조 예산배분

	2005 총액	2005-09	2006 총액	2006-10
		(백만 달러)		
국방서비스 위원회				
현행 법률				
예산권한(BA)	85,355	473,465	91,209	494,600
지출(OT)	85,245	473,045	91,129	494,215
에너지 및 상업 위원회				
현행 법률				
예산권한(BA)	161,936	1,155,178	207,337	1,293,242
지출(OT)	161,946	1,157,483	207,955	1,295,935
재량적 결정				
예산권한(BA)	· · ·	1,525	100	2,000
지출(OT)	· · ·	1,525	100	2,000
조정				
예산권한(BA)	· · ·	· · ·	-2	-14,844
지출(OT)	· · ·	· · ·	-2	-14,734
재인준				
예산권한(BA)	· · ·	10,080	· · ·	15,120
지출(OT)	· · ·	5,985	· · ·	10,845

* 자료: Concurrent Resolution on the Budget for Fiscal Year 2006(conference report to accompany H. Con. Res. 95), H. Rept. 109-62, 109th Cong., 1st sess., April 28, 2005, p. 86. Schick(2007), p.152에서 인용.

제302조 할당은 두 가지 단계의 절차로 규정된다. 첫째, 302(a) 할당으로서 상하원의 예산위원회는 예산결의안의 지출총액을 하원과 상

원의 위원회에 할당한다. 이러한 절차는 각각의 지출승인들을 예산총액에 연결시키는 통제체제를 구축한다. 위원회에 할당된 금액은 총량결의의 예산권한과 지출총액을 초과할 수 없다. 이는 통상 예산결의안에 대한 양원의 회의보고서(conference report)에 수반되는 관리자진술서(statement of managers)에 수록되어 있다. 둘째, 302(b) 할당으로서 지출승인위원회는 재량적 지출에 대한 할당금액을 그들의 소위원회에 배분한다.

〈표 5-8〉 상원 위원회에 대한 제302조 예산배분

(10억 달러)	소관 직접지출		매년도 지출승인법에서 제공되는 급여지출	
	예산권한	지출	예산권한	지출
소관 위원회				
농업, 식품 및 임업	111.747	111.108	341.876	260.136
국방서비스	494.585	494.199	0.200	0.270
은행, 주택 및 도시업무	74.258	9.668	0	-0.028
상업, 과학 및 운송	68.875	40.886	5.076	5.054
에너지 및 자연자원	19.461	18.898	0.268	0.277
환경 및 공공사업	180.812	0.994	0	0
재무	5,505.551	5,517.365	2,424.576	2,423.728
외무	63.726	60.966	0.794	0.794
정부사업	402.936	387.261	99.879	99.879
법무	32.071	31.766	2.941	2.979
보건, 교육, 노동 및 연금	68.205	62.245	21.289	20.734
규칙 및 행정	0.366	0.323	0.640	0.639
정보	0	0	1.314	1.314
보훈사업	6.327	6.498	185.814	185.182
인디언 사업	2.555	2.682	0	0
소기업	0	0	0	0

* 자료: Concurrent Resolution on the Budget for Fiscal Year 2006(conference report to accompany H. Con. Res. 95), H. Rept. 109-62, 109th Cong., 1st sess., April 28, 2005, p. 89. Schick(2007), p.153에서 인용.

제1절 기본방향

재정운용의 관점에서 볼 때 정부의 기능은 ①집단적 소비 또는 개별 가계의 소비를 위하여 재화와 용역을 시장외적(또는 비시장적) 방법으로 사회에 제공하고, ②이전지급을 통하여 소득과 부를 재분배하는 것으로 규정할 수 있다. 본 장에서는 복지국가의 전형으로 인정되고 있는 스웨덴, 덴마크 등 북유럽 노딕국가들이 복지재정을 확충하고 재정지출을 감축하기 위하여 공공부문 전반에 걸쳐 일반적으로 채택되는 구조조정 원리들을 정리하고자 한다.⁹⁸⁾ 특히 ①의 첫 번째 기능과 관련하여 공공서비스의 범위를 지속적으로 조정하고 그 효율성을 제고하는 것은 이해관계인에 의한 적자편향적(deficit-biased) 재정운용의 문제를 해결하는데 매우 중요하다고 할 수 있다.

98) 본 장의 내용은 Andersen et. al(2007)의 제8장 “The Proper Scope of the Public Sector”를 주로 참조하여 정리하였다.

물론 공공부문은 국민경제의 환경변화, 거시경제의 동향, 재정총량적 제약 등에 따라 항상 끊임없이 적응하여야 한다. 시장기능의 가장 큰 장점은 수요자 요구와 공급자 창의에 따라 지속적으로 적응이 이루어진다는 것인데, 강제력을 행사하는 정부와 공공부문도 전략적 판단에 따라 이러한 변화를 선도하기도 하고 또 민간부문의 변화에 대응하여 지속적인 변화를 도모하여야 한다. 예컨대 민간부문에서 금융시장은 엄청나게 발전하고 있는데 특히 정보통신 부문의 기술진보로 성공적인 비즈니스 모형이 나타나고 있다. 공공부문은 이러한 변화를 모방하기도 하고 또 적극적으로 이용함으로써 변화를 도모해야 할 것이다.

전통적으로 정부와 공공부문에서 제공되던 시장외적 서비스에 대해 공공부문과 민간부문이 각각 어떤 역할을 수행할 것인지에 대해서는 극단적인 견해가 두가지로 나뉘고 있다. 한쪽 극단에서는 적절하게 규정된 재산권 하에서 가장 기본적인 정부 인프라를 제외한 모든 것을 민영화하여 시장의 힘으로 효율성을 달성할 수 있다는 자유주의적 견해(the liberal view)가 있다. 또 다른 극단에는 일반적으로 공공을 위한 서비스는 모두 공공부문에서 제공되어야 한다고 설명하는 극단적인 공익적 견해(the public interest view)가 있다.

복지국가를 지향하는 북유럽 노딕국가들은 이 두 가지 견해에서 어느 한 쪽을 선택하고 있지는 않다. 이들은 제도경제학의 원리에 따라 전개되는 조직경제학적(organizational economics) 시각에서 양 부문의 장단점을 분석하고 환경변화에 적절하게 대응하는 방안이 무엇인지 고민하고 있는 것이다. 다시 말해 우리나라가 복지재정을 확충하는 선택을 한다고 하더라도 그것이 반드시 공공부문이 더 많은 공공

서비스를 생산 제공해야 한다는 사실을 의미하지는 않는다. 조직경제학의 함의에 근거하여 균형된 시각을 견지해야 하는 것이다.

기본적으로 서비스의 생산 제공에서 민간부문과 공공부문은 각각의 장단점이 있어 비교우위가 서로 교차하고 있다. 이러한 비교우위는 시기와 상황에 따라 변화하기 때문에 지속적인 변화를 도모할 이유가 되기도 한다. 민간부문의 가장 큰 장점은 단일적(single-minded) 목표개념으로 이윤을 추구한다는 것이다. 보다 더 정확하게 표현한다면, 명확하게 규정되고 쉽게 측정되는 목표가 존재하여 효율적인 생산과 창의에 대한 유인을 제공할 수 있다는 것이다. 그러나 이윤극대화라는 단일적 목표 개념이 지나치게 협소하여 불만을 초래하기도 한다.⁹⁹⁾

공공부문의 장점은 이와 정반대로 나타난다. 공공부문은 이윤극대화보다 더 포괄적인 목표를 추구해야 하는데, 그 목표는 대리기관(agency)과 사무국(bureau)의 임무(미션)로 주어진다. 이와 같이 그 목표가 부정확하기 때문에 그 조직이 훨씬 더 도전적인 형태로 나타난다. 이윤이라는 단일의 목표가 아닌 훨씬 더 모호한 목표를 직원들이 달성하도록 조정하고 지시하기 위하여, 공공부문은 민간조직보다 더 관료적이고 또 훨씬 더 중층적인 관료제를 채택하여야 한다. 또한 정부와 공공부문은 사회적 정당성과 신뢰를 필요로 하기 때문에 민간부문에서는 불필요한 절차와 규칙들이 요구된다. 민간부문에서는 절차와 규칙이 불필요하기 때문에 경쟁이 보다 손쉽게 이루어질 수 있는 것이다.

99) 물론 민간부문은 조합(cooperatives)과 비영리(not-for-profits)와 같은 비이윤(non-profit)을 극대화하는 영업(enterprises)을 포함하고 있지만, 민간부문 활동의 대부분은 이윤극대화 영업에서 나타난다.

관료주의의 폐해와 무기력은 공공부문의 문제로 생각되지만 민간 부문에서도 나타날 수 있고, 또 조직경제학의 렌즈를 통해 살펴보면 공공부문의 관료주의는 보다 합목적적이라 할 수 있다. 다시 말해 관료주의란 정부와 공공부문이 보다 부정확한 목표를 추구하기 때문에 나타나는 조직적 문제를 합리적으로 해결하기 위한 수단이라는 것이다. 공공부문은 민간부와 달리 경쟁과 소비자 선택을 통해 그 성과가 환류되는 체제가 없기 때문에 관료주의가 불가피하게 나타난다는 것이다. 그리고 공공부문이 비효율적으로 인식되는 이유도 그 과업이 할당되는 방법, 즉 그 성과를 측정하기 어려운 과업을 부여받기 때문이다.

그러나 이러한 사실을 근거로 공공부문의 비효율성을 변명할 수는 없다. 공공부문에서 수행하는 과업의 정형성을 제고한다면, 이 과업을 분리하고 여기에 단일적 목표개념을 부여할 수 있을 것이다. 다시 말해 성과유인을 강화하고 관료주의를 약하게 함으로써 공공부문이 내부적으로 더 효율적으로 될 수 있다는 것이다. 결론적으로 공공부문은 그 비용이 많이 드는 값비싼 조직형태인데, 보다 광범위한 사회적 목표에 기여해야 한다는 공공부문에 고유한 품질요건이 반드시 필요한 경우에서만 사용되어야 한다.

그런데 과업의 정형성을 통해 단일적 목표를 추구하는 것은 극단적인 선택의 문제가 아니라 정도의 문제로 귀결된다. 과업의 정형성이 높다 하더라도 적절한 방법으로 성과의 유인을 약하게 하는 것이 공공서비스의 생산 제공에서 필수적인 경우도 많이 있다. 공공서비스가 존재하는 일차적 이유는 보다 광범한 목표개념을 견지해야 한다는 것인데, 이러한 시각을 잃지 않으면서 그 생산성을 제고하기 위해

서는 외부위탁, 민관협력(PPPs, Private-Public Partnerships) 등의 방법으로 경쟁을 도입해야 할 것이다.

제2절 경쟁과 민간기업의 조직활동

민간부문에서 작동하는 시장원리는 경쟁이 사회적으로 바람직한 사회적 성과를 초래하기 때문에 존중되고 있다. 경쟁을 통해 수요자들은 자신의 지불의사가 가격을 상회하는 경우에서만 구입하고, 또 공급자들은 자신의 판매의사가 가격을 하회하는 경우에서만 매각한다. 이러한 작동원리는 수요와 공급을 일치시키고 소비자잉여와 생산자잉여를 극대화하는 사회적 결과를 낳는 것이다. 이러한 원리를 바꾸어 말한다면 경쟁이 잘 작동되지 않는 경우에서만 재화와 서비스를 시장외적인 방법, 즉 공적인 방법으로 제공해야 할 것이다.

보다 구체적인 사례를 예시하기 위하여, 단일의 서비스 예컨대 원두커피 한 잔을 생각하기로 한다.¹⁰⁰⁾ 서로 인접해 있으면서 모두 동일한 원두커피를 제공하는 여러 개의 카페를 가정한다. 소비자들은 원두커피가 동일하다는 것을 알기 때문에 카페들이 서로 담합하지 않는 한 결국은 균형 상태에서 동일한 가격을 부과하게 될 것이다. 어떤 의미에서 이러한 결과가 사회후생을 극대화할 것인가? 공급이 수요와 일치하는 곳에서 가격이 형성되고, 이 가격에서 상호호혜적인 거래들은 모두 수행되고 그렇지 않는 거래는 수행되지 않기 때문이

100) 커피숍과 커피숍을 포함한 쇼핑물에 대한 사례는 Andersen et. al(2007) 제7장에서 제시된 내용을 그대로 인용한 것이다.

다. 원두커피를 구입하지 않기로 결정한 사람들은 원두커피의 가치를 현행 가격보다 낮게 평가하지만, 원두커피를 구입하고자 결정한 사람들은 모두 더 높은 가치로 평가한다. 따라서 공급이 수요와 일치한 이후에는 원두커피 공급자와 수요자들이 더 나아지는 그러한 배분방법이 더 이상 존재하지 않는다.

이윤극대화를 추구하는 원두커피 공급자들은 경쟁 때문에 고객의 후생을 배려하지 않을 수 없다. 경쟁이 있기 때문에 고객들은 원두커피 가격에 만족하지 않을 때 구입하지 않는데, Albert O. Hirschman의 용어를 빌리자면 바로 출구(exit)를 선택할 수 있다는 것이다. 경쟁이 수반된 자발적 거래는 고객의 선호를 정확하게 반영하고 공급자들은 이를 감안하여 이윤을 극대화하기 때문에 서비스에 대한 효율적 배분이 가능하게 되는 것이다.

이러한 경쟁적 균형은 환경의 변화를 신속하게 반영한다. 공급자들은 카페의 규모를 늘이는 투자를 하거나 또는 고객들의 서로 다른 선호를 충족시키기 위해 다양한 서비스를 제공하기도 한다. 공급자들이 이윤을 극대화하기 위해 이러한 선택을 할 때 이들은 고객의 편익과 비용을 적정하게 가늠하게 될 것이다. 그리고 공급자들은 카페를 조직하는 최선의 방법, 즉 근로자 수, 근로자 교육훈련, 근로시간, 봉급 그리고 이들에 제공할 현물급여 등도 검토하게 될 것이다. 결국 모든 사람들이 자율적으로 선택에 대해 경쟁적인 대안을 가질 때, 여기서 초래되는 시장의 성과는 파레토 최적의 의미에서 사회후생을 극대화할 것이다. 공급자들은 자신의 시간과 투자에 대해 시장수익을 얻지만 그 이상을 얻지는 못한다. 또한 관련 이해관계인들은 최선의 대안에서 얻는 만큼의 이득을 얻게 될 것이다.

지금까지 카페의 효율성을 평가함에 있어 카페 소유자와 고객들의 가치만을 감안하였다. 카페 영업이 다른 사람들에게 해악 또는 편익을 제공하는 등 외부성이 있는 경우에는 시장기능의 성과가 사회후생을 극대화하지 못한다. 많은 경우 외부성에는 일정한 형태의 정부개입이 수반되어야 한다고 한다. 외부성을 치유하기 위하여 교정적 조세를 부과하거나 ‘거래가능한 오염배출권’ 등 새로운 형태의 재산권이 설정되기도 한다. 또 다른 형태의 정부개입은 재화와 서비스에 대한 공적 생산과 제공을 의미하기도 한다.

그런데 민간부문의 기업들은 다양한 형태의 외부성을 정부개입 없이 자체적으로 내부화할 수 있다. 사실 조직경제학에 의하면 기업이라는 존재 자체는 외부성으로 인하여 분리된 형태의 시장거래가 적절하지 않은 활동들을 하나의 내부조직에서 수행할 필요성 때문에 나타난 것이다. 기업은 시장이 할 수 없는 일들을 할 수 있기 때문에, 이들은 시장의 효율성을 크게 확장시키고 있는 것이다. 따라서 특정한 외부성에 대해 정부가 개입할 것인지 여부는, 당해 외부성을 공공기관이 잘 처리할 것인지 아니면 민간기업이 잘 처리할 것인지에 따라 결정된다.

기업이 외부성을 내부화하는 방법은 백화점 또는 쇼핑몰 조직을 통해 설명할 수 있다. 일반적으로 백화점과 쇼핑몰은 여기에 포함된 상점 운영자와 다른 별도의 기업에 의해 소유되고 운영된다. 이 기업의 목표는 쇼핑몰이 각 상점의 운영자들뿐만 아니라 이용객들에게 가능한 매력적일 수 있도록 여러 종류의 상점들을 동일한 지붕 아래에 두는 것이다. 기업은 각 상점이 백화점과 쇼핑몰의 전체 가치에 제공하는 기여를 신중하게 평가한다. 임대료는 상점의 규모와 위치뿐

만 아니라 모두에게 이득을 주는 고객의 유인능력을 반영한다. 백화점과 쇼핑몰 소유자는 쇼핑몰 내에 상점을 운영하는 사람들의 충인여를 극대화하기 위하여 다양한 운영규칙과 제약을 명시하는 임대계약을 검토할 것이다.

만약 다양한 상점들이 이러한 방법으로 조정되지 않고 앞에서 설명한 카페와 같이 하나의 도로를 따라 여러 군데 설치된다면 외부성이 적절하게 처리되지 않고 비효율성이 초래될 것이다. 백화점과 쇼핑몰은 다양한 상점들의 근접성이라는 외부성을 내부화함으로써 많은 수익이 창출될 수 있다는 것을 설명하고 있다.

결국 기업은 서로 다른 활동들을 하나의 조직에 합친 백화점, 쇼핑몰과 같다. 기업들은 법률과 행정적 규제에 따라 자유로이 행동규칙을 설정하고, 종업원의 유인을 설계하며, 직무를 규정하고, 권한을 배분하며, 사업영역 및 고용전략 등을 선택할 수 있다. 기업은 민주주의와 거리가 있고 또 그렇게 할 필요도 없다. 이윤극대화를 추구하는 기업이 존재하면 이해관계인들이 출구를 선택할 수 있다는 대안이 존재하는 한 그들의 이익을 반영할 것이다. 출구(exit)라는 대안은 경쟁의 핵심이며, 서비스에 대한 민간공급과 공공공급의 핵심적 차이가 된다.

제3절 공공서비스에 대한 정부역할의 당위성

1. 시장의 실패

민간부문의 시장기능이 사회후생을 극대화하고 민간기업의 조직활동이 다양한 외부성을 내부화할 수 있다면, 정부와 공공부문의

서비스가 필요한 이유는 무엇인가? 그것은 정부가 이윤극대화 기업이 갖지 못한 것을 가지고 있기 때문이다. 정부는 이윤을 극대화하지 않는 대신 보다 광범한 사회적 목표를 감안하는 능력을 갖고 있다. 기업은 자신들이 이윤을 끄집어내지 못하는 외부성을 내부화하지 않는다.¹⁰¹⁾ 이 경우에는 정부가 외부성을 처리하는 것이 보다 효율적인데, 조직경제학의 관점에서 볼 때 서비스의 공적 제공이 필요한 경우는 크게 네 가지로 구분될 수 있다.

첫째, 공공재(public goods, public bads)를 들 수 있다. 공공재의 대표적인 사례로는 국방서비스를 들 수 있다. 국민들은 강력한 국방을 원하지만 개인적으로 국방서비스에 대한 기여를 요청받을 때 여기에 기여할 유인을 거의 갖지 못한다. 문제는 한 시민을 보호하기 위해 지불된 금전이 모든 사람을 보호하는 무임승차의 문제가 광범하게 나타나기 때문이다. 국가 운영에 필요한 많은 서비스 예컨대 사법제도, 행정업무(administration), 조세징수, 경찰, 소방 등은 모두 공공재로서 정부가 처리하는 것이 바람직하다. 만약 민간기업이 이들 공공재를 제공하며 이윤추구의 목적으로 사용한다면, 독점공급자로서 많은 이익을 창출하지만 이는 사회후생에 기여하지 못할 것이다. 국민들이 적절한 출구권(exit rights)을 가질 수 없기 때문이다.

둘째, 비대칭적 정보(asymmetric information)가 존재하면 경쟁시장의 자율적 계약에서 외부성이 초래된다. 건강보험시장에서 나타나는 역선택의 문제가 여기에 해당된다. 사람들이 자신의 건강상 위험을 보

101) 현대적인 기업이론에 의하면, 기업 내의 분업이 별도의 기업으로 분리되는 중요한 이유는, 독립된 기업으로 분업을 하는 것이 이윤을 추구하는데 더 강력한 유인이 되기 때문이다. 이에 따른 비용은 조정이 사라지는 것인데, 독립적 분업은 더 협소한 목표를 갖기 때문이다.

험회사보다 더 잘 알고 또 자신의 개인적 정보에 따라 보험을 구입할 때 역선택이 나타난다. 보험회사도 개인의 건강상 위험을 알고 싶으나, 이들은 개인의 구입태도로부터 위험을 불완전하게 추론할 수밖에 없다. 따라서 아주 아픈 사람을 제외한 모든 사람들이 건강보험에 가입하지 않을 때까지 역선택은 계속될 것이다. 이러한 역선택이 지속되면 경쟁시장은 완전한 보험을 제공할 수 없을 것이다. 이 때문에 강제적인 건강보험이 바람직한 것으로 폭넓게 인정되고 있다. 그러나 정부는 또 다른 형태의 비대칭적 정보의 문제인, 도덕적 해이를 처리하는 데에는 비교우위가 있지 않다.

셋째, 공공감시(public oversight)의 영역을 들 수 있다. 시장효율성은 소비자가 완전한 정보에 기초하여 소비행위를 결정한다는 전제 하에서 성립한다. 경우에 따라 정보는 개별적으로 획득하는 것보다 대리인에 의해 획득하는 것이 저렴할 수 있다. 생산물의 안전성은 바로 이 경우에 해당한다. 민간기업들은 자신의 대리인을 통해 제품의 안전성을 홍보할 수 있지만 사람들은 이 대리인의 결정을 신뢰하지 않을 것이다. 반면 정부에 대한 신뢰는 이러한 대리인에 대한 신뢰를 넘어설 것이다. 정부가 생산물의 안전에 대해 최소한의 보증기준을 제시한다면 소비자의 생산물에 대한 점검비용(monitorsing cost)은 현저하게 줄어들 것이다. 요양서비스와 같이 자신이 결정을 내리지 못하는 사람들에게 서비스가 제공될 때 보다 복잡한 문제가 나타날 것이다. 이 때에는 정부와 공공부문에 의한 요양서비스가 가능한 해법이 될 수 있다.

넷째, 낮은 품질(poor quality)의 문제가 있다. 요양서비스, 의료서비스, 의무교육 등에서는 공공서비스 형태가 갖는 장점을 보여준다. 이

윤을 극대화하는 기업은 품질, 여타 측정이 불가능한 소비자의 편익을 희생하며 원가절감에 과도하게 초점을 맞출 것이다. 만약 교육의 전반적인 가치보다 계량적인 성과를 강조하다보면, 고강도의 성과유인을 통해 교사들을 유인하는 것이 반생산적일 수 있다. 저강도의 성과유인이 교사들의 자기동기와 의무감을 제고하기 때문이다. 물론 명예에 대한 관심은 품질저하(quality shading)를 줄이고 고강도의 유인과 광범한 목표 사이의 간격을 줄일 것이다. 원가절감의 유인과 소비자 불만에 대한 순응성이 약할 때, 특히 절차적 거버넌스가 보완되면 품질에 대한 관심은 더 높아질 것이다.

이 모든 사례의 공통적 특징은, 이윤극대화가 모든 외부효과를 감안하지 않기 때문에 이윤극대화가 사회가치 극대화와 어긋난다는 것이다. 이러한 경우에는 공공서비스의 제공이 민간제공보다 잠재적으로 더 낫다. 그러나 공공부문 자체에 문제가 있기 때문에 공공부문이 더 잘 수행할 것이라는 보장이 없다. 이 문제는 다음에서 살펴볼 것이다.

2. 관료제의 정당성

관료주의에 대해서는 비관적인 이미지가 강하다. 관료주의는 느리고 완고한 공무원의 이미지를 상기시키고 번문욕례를 일으키며 창의성이 없다는 부정적 의미로 많이 사용된다. 공공부문에서 관료주의가 나타나는 이유는 두 가지로 설명할 수 있다.

첫째, 정부는 사회전반에 강제력을 행사하는 독점적 집단이기 때문이다. 시민의 권리를 보호할 만큼 강한 정부는 시민의 권리를 침해하는 데에도 강력할 것이다. 정부는 예외적인 권한을 갖기 때문에 이

들 권리가 남용되지 않도록 각별히 조심해야 한다. 따라서 정부에 대한 신뢰의 가치는 매우 크다. 만약 규율과 제약이 없다면 정부의 관료들은 심각한 피해를 개인들에게 야기할 수 있다. 대규모 기업도 유사한 문제에 직면하여 관료주의 폐해가 나타난다. 그러나 정부와 기업 사이에는 큰 차이가 있다. 기업의 권력은 자발적 거래에 의하여 제어될 수 있지만, 정부의 서비스에 대해서는 출구의 선택권이 없다. 따라서 기업은 주관적인 판단을 내리고 그 권력과 권한을 재량적으로 행사하도록 하여도 무방하다. 반면 정부는 정당성을 가져야 하기 때문에 이를 대리하는 관료(bureaus)와 대리기관(agencies)을 더 많이 제어해야 한다.

둘째, 공공부문은 규정된 임무(missions)를 수행하기 때문에 경쟁시장이 처리하는 데에는 어려움이 있다. 이윤극대화가 사회후생 극대와 어긋난다면, 이는 서비스의 사회적 총가치를 반영하는 성과지표가 없다는 것을 의미한다. 정부는 사회후생을 극대화해야 하는데, 명확한 성과지표가 없기 때문에 정부는 훨씬 더 모호한 목표들과 더 빈약한 해명책임을 처리해야 한다. 정부기관들은 그 성공을 측정하기 어려운 임무에 의해 지시되기 때문에 서비스를 관리하기가 어렵다.

유용한 성과지표가 없을 때 이를 처리하는 방법은 두 가지를 생각할 수 있다. 하나는 유인을 약하게 하고 피용인들의 내재적 동기에 의존하는 것이다. 그러나 개인적인 동기가 모든 측면에서 공익에 반드시 부합하지는 않기 때문에 내재적 동기로는 충분하지 않다. 열정적인 교사는 원가절감에 항상 열정적인 것은 아니다. 또 다른 하나는 행동을 지시할 때 관료적 절차를 사용하는 것이다. 정부기관의 비목별 예산은 이러한 원리의 대표적 사례다. 비목별 예산은 서비스 개선

의 기회를 포기하기 때문에 아주 낭비적인 것으로 보인다. 그러나 여러 가지 활동을 위해 얼마만큼의 자금이 필요한지 판단하기 어려운 경우에는 불가피하게 사용될 수밖에 없다.

공공서비스의 경우 이를 대체하는 민간서비스가 제공되지 않기 때문에 또는 민간서비스가 비싸기 때문에 소비자들은 다른 선택의 여지를 갖지 못한다. 이와 같이 출구가 없기 때문에 사람들은 만족하지 못할 때 목소리(voice)를 사용하는 것이다. 여기에도 합리적인 이유가 있다. 사람들이 무언가를 포기하는 출구와 달리, 서비스가 무료인 경우에 목소리는 값싸며 과도하게 사용될 수 있다. 번문옥례는 목소리의 과도한 사용을 제한한다. 이는 정당하지 않은 청구를 감소시키지만, 불행히도 정당한 청구까지 감소시킨다. 그 결과 정부기관들은 소비자 욕구에 부응하고 기회뿐만 아니라 새로운 이슈에 반응하는 것이 더 어렵다.

공공부문이 민간부문과 매우 다른 유인구조 하에서 작동하는 이유를 이해하는 것은 정부의 합리적 역할을 규정하는데 필수적이다. 공공부문의 어떠한 개혁도 공공부문의 해명책임성이라는 특수한 성격을 감안해야 한다. 피용인의 유인을 개선하고 보다 많은 재량권을 부여하여 관료주의를 타파함으로써, 공공부문의 내부운영을 손쉽게 효율적으로 만들 수 있다고 생각하는 사람들은 그 결과에 실망하기 쉽다. 물론 사람들은 더 잘할 수 있지만, 민간부문과는 달리 정부관료제가 임무(missions)와 공적 정당성에 대한 깊은 이해에 의해 작동된다는 사실을 감안한다면, 다른 접근법이 필요하고 또 개선의 이득이 보다 제한될 수밖에 없다.

제4절 공공서비스에 대한 민간부문의 역할 제고

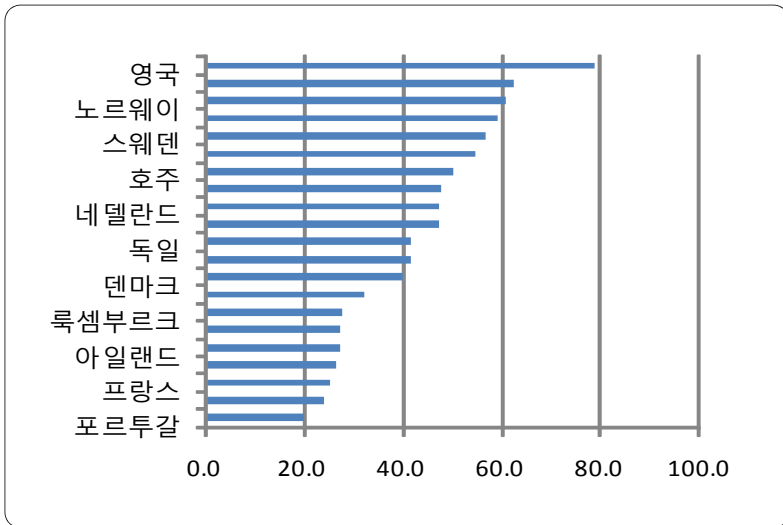
공공부문 관료제의 불가피한 부담 때문에, 정부의 광범한 사회적 목표를 훼손하지 않으면서 공공부문의 생산성을 제고하는 최선의 길은 민간부문을 ‘활성화(leverage)’하는 방법을 찾는 것이다. 이는 핵심적 활동을 정부통제 하에 두면서 민간공급 서비스에 대한 신뢰도를 제고하는 것이다. 이는 민간부문 내에서 많이 활용되는 외부위탁과 유사한데, 여기서 습득된 교훈들이 유용하게 사용될 수 있다.

노딕국가를 포함하여 많은 OECD 국가들은 이미 정부 서비스의 일부를 민간부문에 상당한 정도로 의존하고 있다. [그림 6-1]은 외부위탁을 통해 정부가 구입하는 재화와 서비스 전체를 이전지출과 이차지급을 제외한 총지출의 비율로 표시하고 있다. 노딕국가들은 국가에 따라 상당한 변화가 있지만 대규모 정부부문에도 불구하고 중간 이상에 위치하고 있다. 유감스럽게도 이 수치들은 지방정부의 지출을 포함하지 않는다. 서비스에 대한 민간부문의 역할은 예산사정이 아주 빠듯한 지방정부에서 특히 빠르게 증가하고 있다.

민간부문을 활용하는 목적은 더 많은 경쟁을 도입하는 것이다. 경쟁에서 기대하는 편익은 자원배분의 제고, 서비스 원가의 절감, 서비스 품질의 제고, 혁신강화 그리고 새로운 비즈니스 모형 등인데, 이들은 모두 경쟁의 장점들이다. 그런데 이러한 편익들은 필연적으로 정부의 통제필요성에 의해 제한될 것인데, 정부의 통제를 통해 보다 광범한 임무들이 달성되고 그 정당성을 유지할 수 있는 것이다. 많은 관료주의적 규칙들이 민간부문과 정부 사이의 관계에서 계속 적용될 것이다. 예컨대 민간기업은 그가 원하는 어떠한 기준과 그가 원하는

어떠한 서비스 공급자도 자유로이 주관적 기준에 따라 선택할 수 있지만, 정부는 사업자를 선택할 때 투명하고, 객관적이며, 평등한 기준을 적용해야만 한다. 서비스에 대한 공평한 접근도 종종 요구된다. 이는 정부가 민간사업자를 활용할 때에도 정부서비스 비용이 민간부문보다 더 높다는 것을 의미한다.

[그림 6-1] 정부서비스의 민간위탁(2001년도)



* 자료: Andersen(2007), p. 146 참조

정부가 민간부문을 활용하는 네 가지 중요한 방법이 있는데, 이들은 (a)민간위탁, (b)민관협력(PPPs), (c)민영화(규제와 동시에), 그리고 (d)바우처(Vouchers) 등이다. 이들 방법은 다소간 중첩된다. 예컨대, PPPs는 민간부문에 대한 외부위탁의 변형으로서 단순히 민간위탁으로 분류될 수도 있다. 그리고 이들의 나열순서는 대개 정부통제의 약

화를 반영한다. 민간위탁에서는 정부가 대부분의 통제를 보유하는 반면, 민영화와 바우처 제도에서는 민간기업에 상당히 많은 재량권을 부여한다. 여기서는 민영화를 제외한 나머지 세 가지를 설명할 것인데, 이들의 기본방향은 경쟁을 활용하는 것이다.

1. 민간위탁(Outsourcing)

민간위탁에서는 한 명 이상의 서비스 공급자가 경쟁입찰을 통해 선정되는데, 계약이 종료되면 경쟁입찰이 반복된다. 정부는 해명 책임에 대한 요구를 많이 받기 때문에 입찰은 필수적이다. 마찬가지로 이유로 낙찰자를 선정할 때 거의 전적으로 입찰가격이 중시되는데, 서비스 품질과 기타 요구사항들은 자세한 계약조건에 반영된다. 사업자의 성과에 대해서는 주관적인 정보가 많이 사용될 수 없는데, 이때문에 사업자가 명성을 위해 투자할 유인을 감소시키고 또 명시적 요구의 필요성을 증가시킨다. 계약조건들은 생산의 내용뿐만 아니라 생산되는 방법에 대해서도 종종 기술한다. 그리고 정부의 관료주의적 개입은 서비스가 민간위탁될 때에도 아주 많이 나타난다.

이와 같이 객관성에 대한 요구 때문에 정부가 효율적으로 민간위탁할 수 있는 부분은 상당히 제한될 수 있다. 그러나 많은 국가에서 다양한 형태의 공공서비스에 대해 민간위탁이 시도되었다. 이들은 두 가지 형태를 구분할 수 있는데, (i) 직접적으로 소비자와 관련되지 않는 유지 및 관리 서비스로서 청소 및 안전업무의 IT관리 및 기타 후선지원 업무 등, (ii) 소비자 서비스로서 쓰레기 수거에서부터 의료와 노인요양과 같은 복잡한 서비스를 포함한다. 관련되는 근로자의 반발을 무시한다면, 유지 및 관리 서비스는 정부의 비핵심업무이기 때문

에 별다른 논란을 불러일으키지 않는다. 그런데 두 번째 유형의 소비자 서비스 민간위탁에서는 반비례 관계가 많이 나타나는데, 이는 민간과 공공의 이익이 충돌하는 곳이기 때문이다.

지금까지 광범하게 나타난 많은 증거에 의하면, 민간위탁은 평균적으로 상당한 정도의 효율성 이득을 갖고 있다. 또한 민간위탁 서비스에 대한 우려로서 품질의 하락이 있는데, 이는 사람들이 생각하던 것보다 크게 문제가 되지는 않았다. 일반적인 경험에서 볼 때 서비스의 품질은 외부위탁시 동일하거나 개선되었다. 지금까지의 외부위탁 경험에서 어떤 교훈을 얻을 수 있는가?

가장 큰 교훈은 경쟁이 성과개선의 핵심이라는 것이다. 서비스 입찰에서 민간기업이 낙찰되건 공공기관이 낙찰되건 이것이 중요한 것은 아니다. 민간부문과 공공부문의 사업자가 모두 낙찰될 수 있는, 쓰레기 수거업무의 외부위탁 연구에서 이러한 사실이 발견되었다. 고객이 포획되어 있다면 그 사업자는 효율적으로 운영될 수 없다. 사업자가 경쟁에 직면하면 가격을 낮추고 또 대부분은 품질개선의 압력을 받을 것이다.

정부가 외부위탁을 결정할 때에는 대상 서비스가 임의로 이루어지지 않는다. 그 선택은 잠재적인 순편익을 감안하여 이루어질 것이다. 초기에는 비핵심적인 서비스 그리고 이후에는 보다 일상적인 핵심 서비스가 외부위탁되었다. 외부위탁으로의 전환이 빨라지고 또 정부의 핵심활동으로 -안전, 응급서비스, 교육, 교도 및 전투 등- 깊게 확산될수록 그 결과는 점차 보다 다양하게 나타나기 시작하였다.

두 번째 교훈은, 서비스의 세부 설계가 중요하다는 사실이다. 미래의 모든 우발상황을 충분히 예측하고 또 창의적이고 이윤추구적인

사업자가 이득을 취하는 여러 가지 방법들을 정부가 파악하기란 불가능하다. 더욱이 재정적 유인이 약한 정부기관과 강력한 이윤유인을 갖는 민간기업 사이에는 근본적인 불균형이 존재한다.

세 번째 교훈으로서는, 외부위탁에서는 명확하게 규정된 목표와 신중하게 선택된 성과지표가 필요하다. 더 나은 성과지표를 채택한다면 사업자는 서비스의 수행방법보다 그 결과에 더 많은 관심을 가질 것이다. 이는 서비스 제공자의 자주성(autonomy)과 열정(initiative)을 증가시킬 것이다. 성과지표에 대한 사후검사의 개선, 특히 독립된 평가기구를 갖는다면 상당한 성과를 얻을 수 있다. 외부위탁을 많이 시행하면 정부는 민간기업과의 계약을 충족하기 위해 회계실무 등 정부 업무를 변경시킬 필요가 생기기도 한다.

2. 민관협력(Public Private Partnerships)

민관협력사업(PPPs)은 비교적 최근에 등장하였다. 1992년 영국에서 존 메이저 수상의 민자정책(PPI) 이후 활발하게 추진되었다. PPPs는 정부와 민간부문 사이에 공동으로 협약된 다양한 서비스 계약을 의미하지만, 이는 특정한 형태의 외부위탁을 말한다. PPPs는 민간투자자의 컨소시엄이 병원, 학교, 공항, 고속도로, 철도 등 사회기반 시설의 일부를 조달, 기획, 시공, 유지 및 운영하기 위해 기업을 설립하는 거버넌스 구조이다. 이 기업은 병원에서 환자를 진료하지 않고 또 학교에서 학생들을 가르치지 않는다. 이의 유일한 목적은 사회기반 시설과 관련된다. 대규모 사회기반 프로젝트의 모든 단계들을 단일 기구의 책임 하에 통합함으로써 프로젝트의 다양한 단계들을 조정하고 단기와 장기의 효과들을 동시에 감안하는 방법으로 각 단계를 수

행함으로써 유인구조를 개선하는 것이 이의 목적이다. 또한 프로젝트의 재원조달 책임을 민간투자자로 이전함으로써, 특정 위험을 가장 잘 점검하고 관리할 수 있는 당사자에게 위험을 배분할 수 있다는 것이 이의 기본 생각이다.

3. 바우처(Vouchers) 제도

바우처는 중앙 또는 지방정부가 소비자에게 발행하여 소비자가 이용하는 공공서비스를 보조하고자 할 때 사용된다. 바우처는 소비자를 통하여 직접 또는 간접적으로 이루어지는 모든 형태의 보조금을 통칭하는 일반적 용어다. 바우처는 항상 특정한 목적에 대하여 발행된다. 이들은 금전으로 교환될 수 없으며 서비스 비용의 일부분을 보전하기 위해서도 발행될 수 있다.

바우처의 목적은 소비자에게 다양한 서비스 대안 사이의 선택권을 부여하는 것인데, 출구권을 부여함으로써 이해관계의 포획으로부터 자유롭게 만든다. 바우처는 공정성뿐만 아니라 소비자가 자신의 선택을 표현하도록 하고 서비스 제공자가 사업을 서로 경쟁하도록 함으로써 배분적 및 생산적 효율성을 동시에 추구하고 있다. 어떤 서비스에서는 소비자가 특정 서비스 제공자가 최선인지 여부를 판단할 수 없기 때문에 소비자가 선택하도록 하는 것이 의미가 없을 것이다. 예컨대 쓰레기 수거 또는 대중교통에서는 한 명의 서비스 공급자를 갖는 것이 효율적일 것인데, 여기서는 정부가 서비스 입찰의 경쟁을 보장하는 것이 보다 적절하다.

바우처는 OECD 국가에서 의료, 보육, 노인요양 및 교육 등과 같은 소비자별 서비스를 보조하기 위해 광범하게 사용된다. 바우처 제도는

제공자들 사이에 서비스를 배분할 뿐만 아니라 개인의 서비스 소비 수준을 결정한다는 측면에서 효율성을 중시한다. 무료로 제공되는 서비스는 과도 소비되거나 배급과 대기 등과 같이 비효율적으로 지급되기 때문이다.

그런데 일반인들은 민간 서비스에는 돈을 지불하지만 공공서비스는 무료여야 한다는 인식을 갖고 있는 경우가 많다. 이는 요금이 부과되는 민간 서비스를 무료로 제공되는 공공서비스로 대체하는 것을 말한다. 최근 우리나라에서 논란이 되는 무상급식은 이러한 현상으로 이해할 수 있을 것이다. 그런데 '특정한 서비스는 모두에게 무료로 제공되어야 한다는 주장의 논거는 그것이 공평하기 때문이라는 것이다. 다시 말해 이들 서비스를 제공하는 것이 집합적 보험시스템의 일부라는 것이다. 사람들이 상당한 보조를 받아야 할 서비스에 관심을 갖는다면, 이는 이해할 수 있는 논리라 할 수 있다.

그런데 이 경우에도 의료와 기초교육이 그 대상이 될 수 있는데, 이는 모든 사람들에게 필수적이기 때문이다. 고등교육을 무료로 제공하는 것은 많은 비용이 소요되고 또 소비자의 선호가 서로 분명히 다른 경우에는 불공정한 보조가 되기도 할 것이다. 그러나 공공서비스의 낮은 요금과 무료 제공은 걱정하지 않고 또 공평성의 논리로도 방어하기가 쉽지 않다.

참고문헌

- 김승래·김우철(2007). 『우리나라 조세제도의 효율비용 추정: 주요 세목간 비교를 중심으로』, 한국조세연구원.
- 김승래·김형준·이철인(2008). 『적정 조세체계에 관한 연구』, 한국조세연구원.
- 김우철·이우진(2008). 『한국 조세재정정책의 기회 평등화 효과에 대한 연구: 소득획득에 대한 기회를 중심으로』, 한국조세연구원.
- 옥동석(2005). 『국회 예산심사제도에 관한 연구』, 여의도연구소.
- 옥동석(2009). 『재정지표와 재정범위 그리고 중앙은행』, 한국조세연구원.
- 옥동석(2010b), “한국의 정부부채, 왜 논란이 거듭되는가?: 펀드단위 vs. 제도단위”, 『한국경제학회』, 3(3): 31-58.
- Andersen, Troben, M., Bengt Holmström, Seppo Honkapohja, Sixten Korkman, Hans Tson Söderström, Juhana Vartiainen (2007). “*The Nordic Model: Embracing globalization and sharing risks, The Research Institute of the Finnish Economy(ETLA)*”, Helsinki.
- Carey, J. M. (2005). “*Presidential versus Parliamentary Government*” *Handbook of New Institutional Economics*, 91-122.
- David. G., McGee, Q. C. (2007). “*The Budget Process: A Parliamentary Imperative*”, Commonwealth Parliamentary Association.
- Hallerberg, M., Rainer, S. R., and Von, H. J. (2009). “*Fiscal Governance in Europe*”, New York.: Cambridge University Press.
- IMF(2001). “*Government Finance Statistics Manual 2001, International Monetary Fund*”(한국어 번역본, 재정경제부, 2001년 발간).
- Linz, Juan J. (1994). “Presidentialism or Parliamentarism: Does It Make a Difference?” in Linz, Juan J. and Arturo Valenzuela, eds., *The Failure of Presidential Democracy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, pp. 3-90.
- Oleszek, W. J. (1996). “*TCongressional Procedures and the Policy Process*”, eds., CQ Press.(한

국어 번역본, 『미국의회 의사절차』, 국회사무처 의사국 발간, 2000년)

Schick, A. (2007). *“The Federal Budget, eds., Brookings Institution”*, Washington, D. C. Press.

Wartlers, M. and Auriol, E. (2005). “The Marginal Cost of Public Funds in Africa,” *World Bank Policy Research Working Paper*, 3679.