

국제 수준에 비추어 본 우리나라 보건복지 현황과 통계 생산 과제¹⁾



Health, Welfare, and Challenges for Data
Production in Korea: A Perspective
from International Comparison

고경환 | 한국보건사회연구원 선임연구위원

우리나라 국민의 기대수명은(2016년) OECD 평균보다 1.6년 긴 반면 보건의료에 지출한 경상의료비(GDP 대비 비율, 2017년)는 OECD보다 1.3%포인트 낮았다. 공공사회복지지출은(2016년) OECD 평균의 43% 수준이지만 최근 16년간(2000~2016년) 매우 가파르게 증가(연평균 증가율 11.8%)하여 GDP 증가율(6.1%)을 약 2배나 상회하고 있다. 기부 규모는 약 13조 원(2015년)으로 GDP 대비 0.81%이다. 이는 캐나다(0.68%), 영국(0.51%)보다 높으나 미국(2.09%), 뉴질랜드(1.16%)보다는 낮았다.

개선 과제로 먼저, 국제기구가 요구하는 통계 중 아직 생산하지 못한 교육 수준별 기대여명, 의사의 소득, 환자가 경험한 보건의료서비스의 질 등의 통계 생산이 필요하다. 다음으로, 국제 기준에 따라 구축된 우리의 복지지출통계체계를 발전시켜 한국적 상호부조와 가구 간 이전지출을 포함하는 전통 복지의 통계 생산이 요구된다. 또한 자치복지권을 달성하기 위한 지역의 재정 능력과 인구구조, 복지 수요 등을 고려한 지역 보건복지지출의 생산이 필요하다. 끝으로 기부, 자원봉사, 생명 나눔 등 개별 및 연계 분석을 종합적으로 조망하는 신규 조사가 요구된다.

1. 들어가며

국민의 웰빙과 복지 욕구 증가로 사회보장제

도가 다양하게 확대, 확충되고 있다. 이로 인해 복지 재정이 해마다 10조 원 이상씩 증가하고 있다. 이러한 정책에 따라 국민의 기대수명이 연장

1) 이 글은 고경환, 장영식, 신정우, 김경훈, 고금지(2017), 고경환, 장영식, 이기호, 강지원, 김솔휘, 정영애(2016), 고경환, 장영식, 이연희, 고금지, 안민영(2017)의 연구 내용 중 일부를 발췌하여 보건복지 분야 주요 통계를 중심으로 동향을 파악하고 개선 방향을 도출하는 데 초점을 두어 집필하였다.

되고 복지 수준이 향상되며 사회가 윤택해지는 나눔활동이 형성되고 있다.

국민의 복지 수준을 측정하는 주요 통계로는 국제기구가 제출을 요구한 보건통계(Health Statistics)와 사회복지지출(Social expenditure) 그리고 주요 국가의 기부, 자원봉사 관련 나눔 통계가 있다. 이들 통계를 통해 국민 삶의 질 수준과 동향을 살펴볼 수 있다. 이것이 국가 차원에서 국제기구의 통계를 적극적으로 생산하며 미생산 통계에 대한 생산 방안을 수립하는 배경이다.

이 글에서는 보건복지정책을 둘러싼 주요 통계의 동향과 국제 비교를 통해 우리의 현 위치와 앞으로의 개선 과제를 살펴본다.

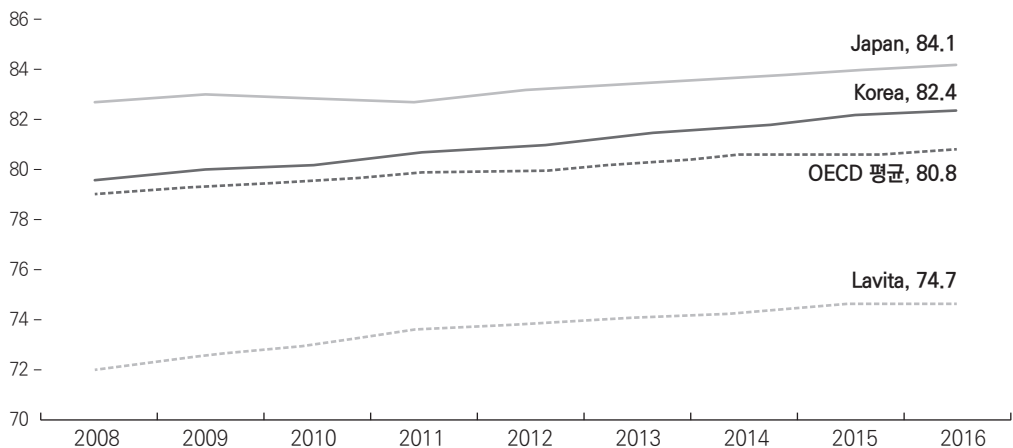
2. 보건복지 동향

가. OECD 보건통계

경제협력개발기구(OECD)는 회원국의 보건 현황을 매년 홈페이지에 'OECD Health Statistics'로 발표하고 있다. 발표 내용은 건강 상태, 보건의료 자원, 보건의료비용, 건강의 비의료적 결정 요인 등 크게 7개 분야로 회원국별 비교 통계를 수록하고 있다. 이들 통계는 OECD 회원국의 전반적인 보건 수준 현황을 동일한 기준으로 비교할 수 있어 보건의료정책 수립의 기초 자료로 활용되고 있다.

이 글에서는 보건의료정책의 대표 성과지표로 사용되는 기대수명과 이를 뒷받침하는 의료 자

그림 1. OECD 회원국의 기대수명 추이: 최대, 최저, OECD 평균, 한국



자료: OECD, (2018a). OECD Health Statistics, 2018.

원인 임상 의사 수, 의료비용인 경상의료비지출 규모 추이에 대해 살펴보기로 한다.

1) 기대수명과 추이

2016년 기준 우리나라의 기대수명은 82.4년으로 OECD 회원국 평균(80.8년)보다 1.6년

긴 것으로 나타났다. 최근 기대수명은 계속 증가하는 추세[(2014년) 81.8→(2015년) 82.1→(2016년) 82.4]이다. 기대수명이 가장 긴 나라는 일본으로 84.1년이며, 다음이 스위스(83.7), 스페인(83.4) 순이었다. 미국은 78.6년으로 우리보다 기대수명이 짧았으며 라트비아가 74.7년으로 가장 짧았다.

표 1. 주요 국가의 기대수명(2016): 최대, 최저, OECD 평균, 한국

(단위: 년)

	라트비아	미국	영국	한국	스페인	스위스	일본	OECD 평균
기대수명	74.7	78.6	81.2	82.4	83.4	83.7	84.1	80.8
남자	69.8	76.1	79.4	79.3	80.5	81.7	81.0	78.1
여자	79.6	81.1	83.0	85.4	86.3	85.6	87.1	83.4

자료: OECD. (2018a). OECD Health Statistics, 2018.

우리나라의 기대수명이 길어지는 배경에는 개인의 건강 상태 개선이 있다. 우리나라는 OECD 평균에 비해 과체중·비만인구 비율이 낮고(34.5%, OECD 평균 58.1%), 의료기술의 발달로 ‘암’에 의한 사망(인구 10만 명당 168.4명, OECD 평균 201.9명)과 ‘허혈성심장질환’에 의한 사망(인구 10만 명당 37.1명, OECD 평균 108.5명)은 OECD 회원국 중 최하위 그룹에 속할 만큼 낮다. 또한 우리나라 15세 이상 인구의 흡연율(18.4%)과 1인당 연간 주류 소비량(8.7ℓ)은 OECD 평균(흡연율: 18.5%, 주류 소비: 8.8ℓ)보다 낮다(OECD, 2018a). 이와 같은 기대수

명의 연장은 생활환경의 선진화, 교육 수준 향상, 의료서비스 발달 그리고 전국민개보험정책 등에 기인하는 것으로 보인다.

2) 임상 의사 수와 외래진료

2016년 기준 우리나라의 임상 의사 수(한 의사 포함)는 인구 1000명당 2.3명으로 OECD 회원국 중 가장 적고, OECD 평균(3.3명)에 비해 1.0명이 적다. 임상 의사가 가장 많은 나라는 오스트리아로 5.1명이고 다음으로 노르웨이(4.5명), 프랑스(3.1명) 순이었다. 미국(2.6명)과 멕시코(2.4명)는 우리와 비슷하다.

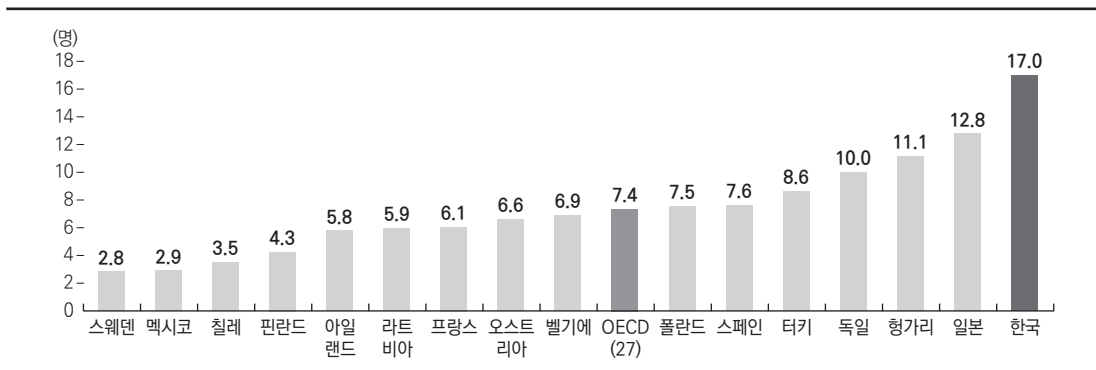
표 2. 주요 국가의 임상 의사 수 비교(2016년)

(단위: 명/인구 1000명)

한국	멕시코	미국	프랑스	노르웨이	오스트리아	OECD 평균
2.3	2.4	2.6	3.1	4.5	5.1	3.3

자료: OECD. (2018a). OECD Health Statistics, 2018.

그림 2. 국민 1인당 의사 외래진료 수진 횟수(2016년)



자료: OECD. (2018a). OECD Health Statistics, 2018.

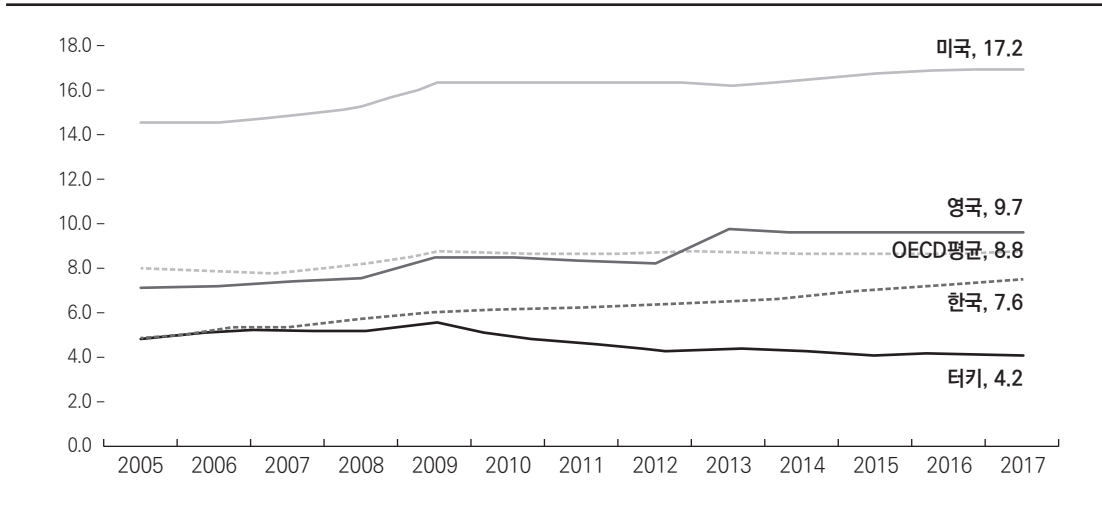
한편 우리나라 국민 1인당 의사에게 외래진료를 받은 횟수는 연간 17.0회(2016년)로 OECD 회원국 중에서 가장 많았고, 회원국 평균(7.4회)보다 2.3배 높은 수준이다. 일본(12.8회)이 우리나라에 이어 두 번째로 외래진료 횟수가 많았고, 스웨덴(2.8회)과 멕시코(2.9회)가 '3회 미만'으로 가장 적었다.

국제 수준에 비추어 볼 때 개인의 건강 상태는 개선되었으나, 보건의료 자원인 임상 의사는 부족한 반면 국민의 의료이용률은 높은 것으로 나타났다.

3) 경상의료비지출 규모와 추이

보건의료 부문의 서비스 및 재화에 소비된 연간 국민 전체의 총지출액인 경상의료비는 국내 총생산(GDP) 대비 7.6%(2017년)로 OECD 평균(8.8%)에 비해 그 비율이 다소 낮지만 매년 증가하는 추세이다. 즉 GDP 대비 의료비 비중은 2008년 5.7%에서 2011년 6.3%, 2014년 6.8%, 2017년 7.6%로 증가하고 있다. 특히 연평균 증가율은 OECD 회원국 중 가장 높은 것으로 나타났다. 지난 10년간(2007~2017년) 1인당 의료비

그림 3. 주요 국가의 GDP 대비 경상의료비(%) 추이 비교



자료: OECD. (2018a). OECD Health Statistics, 2018.

의 연평균 증가율은 5.9%로 같은 기간 OECD 증가율(1.7%)의 약 3.5배이다.

우리나라 국민 전체가 보건의료 자원 이용에 지출한 경상의료비는 OECD 평균보다 적지만 기대수명은 더 길었다. 이 둘의 관계만 놓고 볼 때 우리의 보건의료정책이 이들 국가(미국, 영국)에 비해 상대적으로 저비용 고효율 구조임을 알 수 있다.

나. 사회복지지출

사회복지지출은 OECD가 국가 간 사회정책을 비교, 분석하기 위해 개발한 지표로, 사회적 위험에 대한 국가의 보장 수준을 나타낸다. 이 지표는 사회적 목적을 가진 9가지 정책 영역의 급여로

구성된다. 구체적으로 보면 노령, 유족, 근로무능력급여, 보건, 가족, 적극적노동시장프로그램(ALMP), 실업, 주거, 그리고 기타 사회정책 영역으로 형성된다.

사회복지지출의 종류로는 공공사회복지지출, 법정민간사회복지지출, 자발적민간사회복지지출이 있다. 이 중 국제 비교 시 가장 많이 활용되는 공공사회복지지출(Public Social Expenditure)을 중심으로 살펴보고자 한다. 본 통계의 범위는 일반정부지출(공공부조, 사회보상, 사회복지서비스), 사회보험의 급여지출(연금, 건강, 산재, 고용), 그리고 공기업의 취약계층 교통·통신요금 감면으로 구성된다.

1) 공공사회복지지출의 수준과 추이

2016년 우리나라 공공사회복지지출은 GDP 대비 10.45%로 OECD 평균(24.1%)의 43% 수준이다. 비록 우리의 공공사회복지지출 수준은 낮지만 지난 16년간(2000~2016년) 매우 가파르게 증가(연평균 증가율 11.8%)해 GDP 증가율 6.1%

를 상회(1.9배)하고 있다.

최근 공공사회복지지출은 계속 증가하는 추세 [(2010년) 8.22 → (2015년) 10.16 → (2016년) 10.45]이다. 본 지출이 가장 높은 나라는 프랑스로 31.5%이며, 그다음이 스웨덴(27.1%), 영국(21.5%) 순이었다.

표 3. 공공사회복지지출 추이(1990~2016년)

(단위: GDP 대비 %)

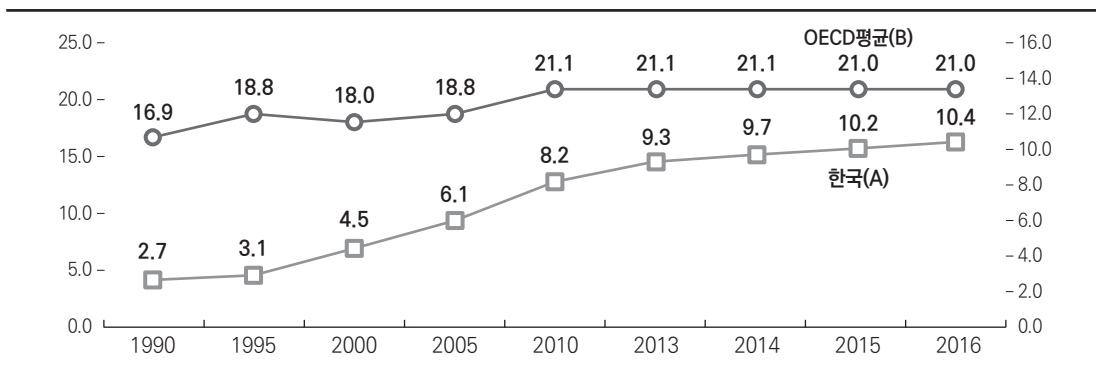
	1990	1995	2000	2005	2010	2016
한국(A)	2.7	3.1	4.5	6.1	8.2	10.4
OECD 평균(B)	16.9	18.8	18.0	18.8	21.1	21.0
격차(B-A)	14.2	15.7	13.5	12.7	12.9	10.6

자료: OECD, (2018b). OECD Social Expenditure Database, 2018.

우리의 공공사회복지지출 수준은 OECD 평균 매년 좁혀지고 있음을 알 수 있다(그림 4).
의 50% 미만이지만 2010년 이후부터 그 격차가

그림 4. 사회복지지출의 추이 비교(OECD 평균, 한국)

(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD, (2018b). OECD Social Expenditure Database, 2018.

표 4. 주요 국가의 공공사회복지지출(2016년)

(단위: GDP 대비 %)

	한국	미국	영국	일본	스웨덴	프랑스	OECD 평균
GDP 대비 %	10.4	19.3	21.5	23.1 ^{주)}	27.1	31.5	21.0

주: 2013년도 기준 자료.

자료: OECD. (2018b). OECD Social Expenditure Database, 2018.

2) 공공사회복지지출의 구성

우리나라의 공공사회복지지출을 구성하는 9개 세부 영역의 지출 비중을 살펴보면 ‘보건’이 40.5%로 가장 높고 이어 ‘노령’ 23.9% 순으로 두 영역이 약 65%를 차지하는 것으로 나타났다. 지

출 비중이 이러한 순서로 된 국가는 미국, 영국이다. 한편 ‘노령’의 비중이 가장 높고 다음으로 ‘보건’ 순으로 구성된 국가는 고령화율이 높거나 연금제도가 성숙한 일본, 프랑스, 스웨덴 등이다(표 5).

표 5. 주요 국가의 기능별 공공사회복지지출 비중 비교(2015년)

(단위: %)

정책 영역	미국	영국	한국	스웨덴	프랑스	일본	OECD 평균
1. 노령	33.4	29.9	23.9	34.9	39.9	46.4	36.4
2. 유족	3.7	0.3	2.5	1.4	5.4	6.1	4.6
3. 근로무능력 관련 급여	7.6	9.0	6.5	15.5	5.4	4.5	10.0
4. 보건	42.6	32.7	40.5	23.9	27.3	34.0	28.3
5. 가족	3.7	17.4	12.1	13.3	9.3	5.5	10.1
6. 적극적 노동시장 프로그램	0.6	1.0	4.9	4.9	2.7	0.8	2.3
7. 실업	2.3	1.4	2.9	1.7	5.2	1.0	4.2
8. 주거	1.5	6.6	0.0	1.7	2.6	0.5	1.6
9. 기타	4.7	1.7	6.0	2.6	2.1	1.2	2.5
계	100.0	100.0	99.3	100.0	100.0	100.0	100.0
GDP 대비 비율	18.8	21.9	9.3	27.4	31.5	23.1	21.1

자료: OECD. (2018b). OECD Social Expenditure Database, 2018.

다. 나눔통계

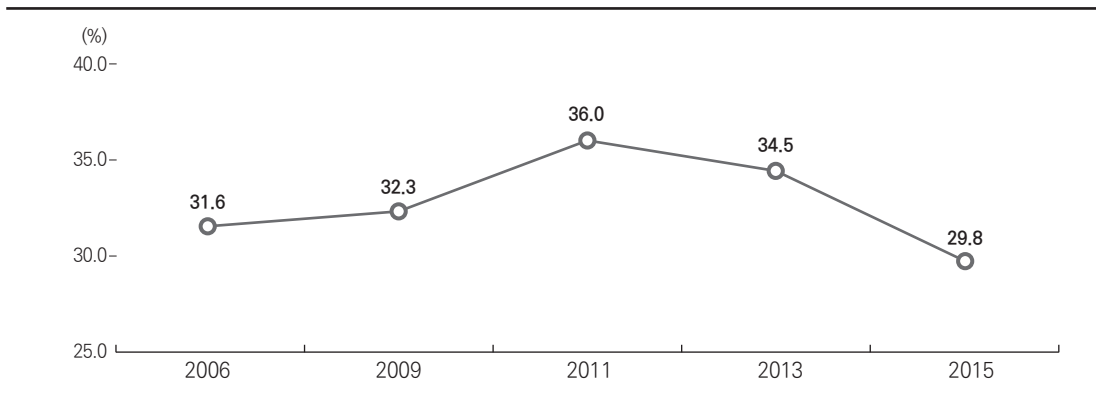
우리 사회는 점차 심화되는 경제사회적 불평등과 양극화로 인해 복지에 대한 욕구가 증대되고 있다. 이러한 가운데 국가의 복지정책을 보완하는 나눔활동이 확산되고 있다. 나눔은 기부와 자원봉사 등으로 구성된다. 다음에서는 이에 대해 살펴보고자 한다.

1) 기부

(가) 기부 참여율

15세 이상 인구의 2015년 기부 참여율은 29.8%로 10명 중 3명이 참여하는 것으로 나타났다. 이는 2006년 이래 점차 감소하는 추세이다(그림 5). 해외 주요 국가의 기부 참여율을 보면 캐나다가 82%(2013년), 영국이 88%(2017년) 등으로 우리나라에 비해 2~3배 높게 나타났다.

그림 5. 개인 기부 참여율 추이(15세 이상): 2006~2015년



주: 2011년 전과 2011년부터의 설문 문항이 정확히 같지 않음.
자료: 통계청, (각 연도), 사회조사.

(나) 개인 기부 규모

우리나라의 기부 규모는 12조 7110억 원(2015년)으로 나타났다. 기부 규모의 국제 비교를 위해 기부 총액을 GDP 대비 비율(%)로 살펴보면, 우리나라는 0.81%이다. 미국(2.09%)과 뉴질랜드(1.16%)는 우리보다 높았고, 다음으로 캐

나다(0.68%), 영국(0.5%), 그리고 호주(0.37%) 순으로 나타났다.

국가별 기부 참여율이나 기부 규모의 차이는 그 나라의 상호부조제도나 나눔 관련 문화, 모금 기관의 역사와 신뢰, 국민소득 수준, 그리고 조세 제도 등에 따른 것으로 본다.

표 6. 기부 규모와 기부 참여율의 국제 비교

	한국	미국 ³⁾	영국 ⁴⁾	호주 ⁵⁾	캐나다 ⁶⁾	뉴질랜드 ⁷⁾
기부 규모	12조 7110억 원 ¹⁾	3900억 USD	103억 GBP	53억 3000만 AUD	128억 CAD	27억 881만 NZD
GDP 대비 %	0.81	2.09	0.5	0.37	0.68	1.16
기부 참여율(%)	29.8 ²⁾	-	88	-	82	-
조사 시점(년)	2015	2016	2017	2012/2013	2013	2014
조사명	사회조사	Giving USA	UK Giving	Non-Profit Institutions satellite Account	General Social Survey on Giving, Volunteering and Participating (GSS GVP)	Giving New Zealand

주: 1) 한국은 15세 이상 개인, 미국은 16세 이상 개인, 영국은 16세 이상 개인, 캐나다는 15세 이상 개인, 호주는 16세 이상 개인, 뉴질랜드는 보조금 수혜 기관 및 배분 기관을 대상으로 함.

2) 기부 참여율은 대상 인구 대비 기부에 참여한 인구수의 비율.

자료: 1) 국세청. (2014). 국세통계연보.

2) 통계청. (2016). 사회조사.

3) Giving USA Foundation. (2017). Giving USA.

4) Charities Aid Foundation UK. (2018). UK Giving.

5) Australian Bureau of Statistics. (2014). Non-Profit Institutions satellite Account.

6) Statistics Canada. (2015). General Social Survey on Giving, Volunteering and Participating(GSS GVP).

7) Philanthropy New Zealand. (2015). Giving New Zealand.

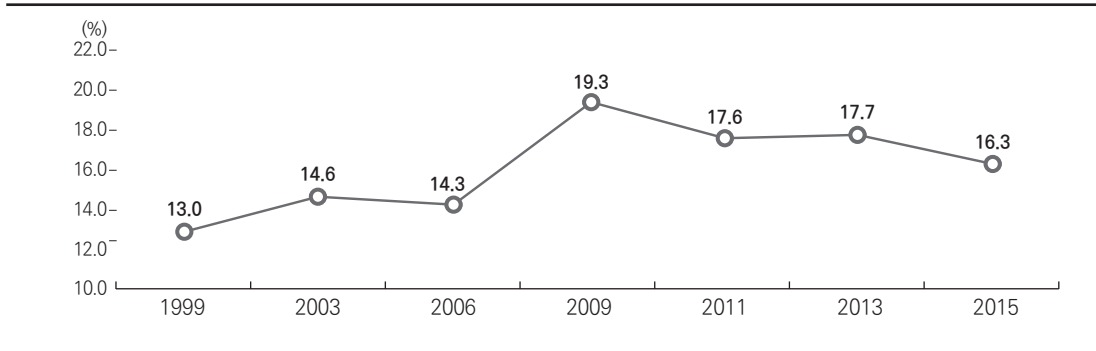
2) 자원봉사활동 참여율 추이

자원봉사활동 참여율은 장기적으로 볼 때 증가 추세이나, 2009년(19.3%)을 정점으로 계속 하락해 2015년 16.3%를 기록했다. 참여율이 낮은 이유로는 크게 두 가지를 들 수 있다. 한 가지는, 시간이 없다는 것이다. 일반 국민을 대상으로 미참여 이유를 조사한 결과에 따르면 ‘시간적 여유가 없어서’라는 응답이 많았다(새한국자원봉사 문화, 2014). 또 다른 이유는 과거 가족과 자원봉사자들에 의해 해결되던 영역들이 직업의 전문

화에 따라 점차 유급 인력으로 대체되었다는 점이다. 예컨대 과거 가족 혹은 자원봉사자의 역할이었던 병원의 간병 또는 장기요양보호 업무는 현재 돌봄 직업으로 전환되었다.

외국의 자원봉사 참여율은 캐나다 44%(2013년), 호주 36%(2010년), 뉴질랜드 30.6%(2012년), 미국 24.9%(2015년) 순으로 나타났는데, 이는 한국보다 1.5~2.7배나 높다.

그림 6. 자원봉사활동 참여율(15세 이상): 1999~2015년



자료: 통계청. (각 연도). 사회조사.

표 7. 자원봉사 참여율의 국제 비교

	한국 ¹⁾	미국 ²⁾	영국 ³⁾	호주 ⁴⁾	캐나다 ⁵⁾	뉴질랜드 ⁶⁾
자원봉사 참여율(%)	16.3	24.9	37	36	44	30.6
조사 시점(년)	2015	2015	2016~2017	2010	2013	2012
통계명	사회조사	Volunteering in the United States	Community Life Survey	Voluntary Work, Australia	GSS GVP	NZGSS

주: 1) 한국은 15세 이상, 미국은 16세 이상, 영국은 16세 이상, 캐나다는 15세 이상, 호주는 18세 이상, 뉴질랜드는 15세 이상을 대상으로 함.

2) 자원봉사 참여율은 대상 인구 대비 자원봉사에 참여한 인구수의 비율.

자료: 1) 통계청. (2016). 사회조사.

2) Bureau of Labor Statistics U. S Department of Labor. (2016). Volunteering in the United States.

3) Cabinet Office UK. (2017). Community Life Survey.

4) Australian Bureau of Statistics. (2011). Voluntary Work, Australia.

5) Statistics Canada. (2014). General Social Survey on Giving, Volunteering and Participating (GSS GVP).

6) Statistics New Zealand. (2013). New Zealand General Social Survey (NZGSS).

3. 보건복지통계의 개선 방안

가. 보건통계

우리나라는 그동안 국제기구가 요구하는 통계

생산에 꾸준히 노력하여 회원국 중 제출률이 상위 수준에 이른다. 그러나 아직 생산 및 제출을 하지 못한 몇몇 통계들이 있다. 주요 미제출 통계는 교육 수준별 기대여명, 의사의 소득, 환자가 경험한 보건의료서비스의 질 등이다. 이들 통계

표 8. OECD 요구 통계 중 미생산통계와 생산 방안

분류	미생산통계	생산 방안
건강 상태	교육 수준별 기대여명	※ 2013년 신규 지표 • 통계청은 신뢰성 있는 기초자료를 수집하기 곤란해 작성이 불가하다는 의견임. • 등록센서스의 발전과 나이스 같은 교육 자료 시스템과의 연계 등을 통한 생산 방안 고려.
보건의료인 소득	의사의 소득	• 고용 인력: 병원경영실태조사를 통한 산출 가능성과 산출 자료의 신뢰성 검토. • 자영 인력: 서비스업조사를 통한 산출 가능성과 신뢰성 검토.
	간호사의 소득	
의약품 시장	제네릭 시장	• 식품의약품안전처, 건강보험심사평가원, 약무정책과, 보험약제과 등과의 협의를 통해 전체 의약품 시장에서 복제 의약품 시장에 대한 통계 생산 방안을 모색 중임.
보건의료의 질	급성기 진료	국가 수준의 조사체계가 없어 제출하지 못함.
	일차의료(약제 처방)	급여의약품만으로 동시 사용률을 산출하여 결과를 검토하고, 산출 범위의 완전성을 높이기 위한 방안 마련.
	환자 안전	지표를 산출하였으나, 지표 산출 결과의 타당성이 낮아 제출하지 못함. 지표의 시계열적인 변화를 분석하고 산출 기준 등을 재검토할 필요 있음.
	환자 경험	의료서비스 경험 조사의 결과를 검토하여 2019년 제출 여부 결정.

자료: 고경환, 장영식, 신정우, 김경훈, 고금지. (2017). 2017년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리. 보건복지부, 한국보건사회연구원, pp. 10~11.

를 생산하기 위해 생산기관과 타 기관 시스템의 연계, 조사 자료의 산출 기준이나 신뢰성 검토 등의 개선 방안을 마련하고자 지속적으로 노력하고 있다.

나. 사회복지지출

국제기구의 회원국으로서 생산하는 공공사회복지지출 통계는 우리나라의 현재 위치 파악뿐만 아니라 정책 추진에도 다양하게 활용된다. 이러한 성과를 통해 먼저 한국형 복지지출통계의 기본 틀을 구축할 필요가 있다. 즉 우리의 고유 전통, 미풍양속뿐만 아니라 가족에 바탕을 둔 가

구 간 이전지출의 총량 파악과 분석이 필요하다. 여기에는 직장 또는 사회조직의 상조회, 한부모가족의 양육비 등이 해당된다.

다음으로 사회에 공헌하는 종교계의 복지활동에 관한 신규 조사가 요구된다. 조사 내용은 종교계가 직간접으로 사회취약계층에게 지원하는 현금·현물급여이다. 종교계가 매년 사회에 크게 기여하고 있지만 이에 대한 국가 통계가 없다.

끝으로 지역보건복지지출²⁾ 생산이 필요하다. 문재인 정부는 대선 공약 사항으로 제시했던 지방분권 공화국 건설과 자치재정 및 자치복지권 등의 지방자치권 확립을 강조하고 있다. 이 중 자치복지권을 달성하려면 지역의 재정 능력과 인구구조·복지 수요 등을 고려한 복지지출의 규모, 기능, 지출 구조 등을 분석하기 위한 체계적인 지역보건복지지출 연구가 필요하다. 작성은 OECD의 SOCX 작성 기준을 준용하며, 통계 생산 단위는 광역자치단체(17개)를 중심으로 한다. 이때 ‘지역보건복지지출’의 합은 ‘국가보건복지지출’과 같아야 한다.

다. 나눔통계

현재 나눔 관련 조사 자료와 행정 자료는 제한적으로 수집, 분석되고 있어 분석하고 활용하는데 한계가 있다. 이 글에서는 자료 수집 및 자료 활용 단계에서 나타나는 한계점을 살펴보고 개선 방안을 제시하여 본다.

먼저 조사 주기와 조사 항목의 제한이다. 현재 나눔 실태 파악을 위해 활용되는 자료는 통계청의 사회조사, 가계동향조사, 그리고 국세청의 국세통계연보 등이다. 이들 자료는 자료 이용과 분석 측면에서 한계가 있다. 즉, 통계청의 사회조사에서는 나눔 항목을 2년 주기로 조사하고 있을 뿐만 아니라 조사 항목이 매우 제한적이라 나눔

실태를 전반적으로 파악하기에는 부족한 실정이다. 또한 조사 여건을 고려할 때, 나눔 관련 조사 항목을 추가하기도 어렵다.

다음은 비교 시점의 통일성 보완이다. 자원봉사활동에 관한 대표적인 통계가 통계청 사회조사이다. 사회조사에서는 조사 시점을 기준으로 지난 1년 동안 참여했던 자원봉사활동 경험을 조사한다. 그러다 보니 행정안전부나 보건복지부가 발표하는 자원봉사활동 실적 통계와는 1년의 시차가 발생한다. 예를 들면 사회조사의 2015년 결과는 2014년도에 자원봉사활동에 참여했던 조사 내용이고, ‘1365 자원봉사활동’ 참가자 실적은 2015년도에 참여했던 실적으로, 비교 시점이 동일하지 않다는 것이다. 비교 시점을 동일하게 하려면 조사 시점을 지난 1년으로 할 것이 아니라 전년 1월부터 12월로 변경해야 한다.

끝으로 모자이크 방식의 개별 통계 활용은 한계가 있는 만큼 독립된 신규 조사가 필요하다. 지금까지는 나눔통계에 대해 기부, 자원봉사, 그리고 생명 나눔의 개별 통계를 중심으로 모자이크 방식으로 살펴보았다. 이들 통계는 개별 통계로서는 의미가 크지만 순수 자발적 나눔 파악의 어려움, 동일 통계의 상이한 결과, 그리고 기부·자원봉사·생명 나눔 간 연계 분석이라는 측면에서의 단절 등 통계 활용과 신뢰에 제한이 있다. 이러한 한계를 개선하기 위해 앞으로 나눔 분야의 독립된 신규 조사가 필요하다. 신규 조사는 기부,

2) 지역보건복지지출은 보건, 복지 부문의 기초통계를 바탕으로 추계한 해당 지역의 분배 자료로서, 시·도(시·군·구 포함) 단위의 종합 복지지표임. 본 통계는 국민계정과 마찬가지로 유엔이 권고한 국민계정체계(SNA: System of National Accounts)를 준용한 OECD의 사회지출(Social Expenditure Database) 작성 기준에 따라 추계할 계획임.

자원봉사, 생명 나눔 등의 개별 및 연계 분석을 강화하는 방안으로 개인 단위, 기업 단위, 그리고 매개기관 단위로 구분한 조사를 통해 종합적으로 조망할 수 있어야 한다. 또한 주기적인 조사 실시로 통계의 안정된 생산과 원활한 실태 파악을 위한 법적 근거 마련이 요구된다.

4. 나가며

국민의 보건복지 수준을 측정하는 주요 통계로는 OECD 작성 기준의 보건통계와 사회복지지출 그리고 주요 국가의 기부, 자원봉사 관련 나눔통계들이 있다. 이들 통계를 통해 국민의 보건과 복지 수준 그리고 나눔 정도를 국제 수준에 비추어 살펴보았다.

우리나라 국민의 개인 건강 상태는 개선되었으나, 보건의료 자원인 임상의사는 부족한 반면 국민의 의료이용률은 높은 것으로 나타났다. 또한 국민 전체가 보건의료 자원 이용에 지출한 경상의료비 비중은 OECD 평균보다 낮지만 기대수명 등 개인 건강 상태가 좋은 것을 알 수 있다.

또한 우리나라의 공공사회복지지출은 GDP 대비 10.45%(2016년)로 OECD 평균(24.1%)의 43% 수준이다. 우리의 공공사회복지지출 수준은 낮지만 지난 16년간(2000~2016) 매우 가파르게 증가(연평균 증가율 11.8%)하여 GDP 증가율 6.1%를 상회(1.9배)하고 있다. 공공사회복지지출의 구성 비중을 살펴보면 9개 영역 중 '보건'이 40.5%로 가장 높고 '노령' 23.9%, '가족' 12.1% 순으로 세 영역이 약 80%를 차지하는 것

으로 나타났다.

기부 참여율은 최근 감소 추세로 10명 중 3명이 참여하고 있으며, 개인 기부 규모는 약 12조 7110억 원(2015년)으로 GDP 대비 0.81%이다. 자원봉사활동 참여율은 2015년 16.3%로 2009년(19.3%)을 정점으로 계속 하락하는 추세이다.

앞으로 우리가 해결해야 할 과제는 먼저, 국제기구가 요구하는 통계 중 아직 생산 및 제출하지 못한 통계를 생산하는 일이다. 바로 보건 분야의 교육 수준에 따른 기대여명, 의사의 소득, 환자가 경험한 보건의료서비스의 질 등의 생산이다.

다음으로, 국제기구의 기준에 따라 구축된 우리의 통계체계에 이어 한국적 통계 생산이 요구된다. 즉 우리의 상호부조적 전통뿐만 아니라 가족에 바탕을 둔 가구 간 이전지출 관련 통계의 생산이다. 여기에는 직장 또는 사회조직의 상호회, 노부모 가구의 생활비 지원 등이 해당된다.

또한 자치복지권을 달성하기 위한 지역의 재정 능력과 인구구조·복지 수요 등을 고려한 지역 보건복지지출의 생산이 필요하다.

끝으로 나눔 관련 조사자료와 행정자료가 제한적으로 수집, 분석되고 있어 독립된 신규 조사가 필요하다. 신규 조사는 기부, 자원봉사, 생명 나눔 등의 개별 및 연계 분석을 강화하는 개인 단위, 기업 단위, 그리고 매개기관 단위의 조사로 종합적 조망이 가능해야 한다. 이러한 개선을 통해 보건복지 분야 통계가 한층 선진화되길 기대한다. ■

참고문헌

- 고경환, 장영식, 신정우, 김경훈, 고금지. (2017). 2017년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 고경환, 장영식, 이기호, 강지원, 김솔휘, 정영애. (2016). 2015년 기준 한국의 사회복지지출. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 고경환, 장영식, 이연희, 고금지, 안민영. (2017). 나눔실태 2016. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 국세청. (2014). 국세통계연보.
- ☞한국자원봉사문화. (2014). 2013년 전국자원봉사활동 및 기부실태조사.
- 통계청. (각 연도). 사회조사.
- Australian Bureau of Statistics. (2011). Voluntary Work, Australia.
- Australian Bureau of Statistics. (2014). Non-Profit Institutions satellite Account.
- Bureau of Labor Statistics U. S Department of Labor. (2016). Volunteering in the United States.
- Cabinet OfficeUK. (2017). Community Life Survey.
- Charities Aid Foundation UK. (2018). UK Giving.
- Giving USA Foundation. (2017). Giving USA.
- OECD. (2018a). OECD Health Statistics, 2018.
- OECD. (2018b). OECD Social Expenditure Database, 2018.
- Philanthropy New Zealand. (2015). Giving New Zealand.
- Statistics Canada. (2015). General Social Survey on Giving, Volunteering and Participating(GSS GVP).
- Statistics Canada. (2014). General Social Survey on Giving, Volunteering and Participating(GSS GVP).
- Statistics New Zealand. (2013). New Zealand General Social Survey (NZGSS).