

지표로 본 한국의 보건복지 동향

Trends of Health and welfare in Korea

장영식 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라의 보건복지수준은 경제사회의 발전에 따라 변화하여 왔으며, 이에 대한 국민의식도 크게 변화하여 왔다. 특히 저출산의 지속에 따른 인구구조의 변화로 인한 사회경제적 부담이 증가하고 있으며, 영양수급의 향상과 보건에 대한 관심증대 그리고 국민건강의 질적 향상을 위한 보건정책의 추진에 따라 평균수명은 지속적으로 증가하여 이제는 선진국 수준에 이르렀다. 그러나 어느 국가보다 높은 자살에 의한 사망률, 그리고 암사망률의 증가, 비만 혹은 과체중 인구비율의 증가 등과 같은 부정적인 결과도 나타나고 있다.

복지측면에서는 전국민의 건강보험적용, 사회복지지출의 증가 등이 이루어졌으나 노인인구비율의 증가로 노인급여비의 비중이 크게 높아지고 있으며, 다른 사회복지지출비도 지속적으로 높아지는 경향을 보이고 있다.

1. 서론

우리나라의 보건복지수준은 경제사회의 발전에 따라 변화하여 왔으며, 이에 대한 국민의식도 크게 변화하여 왔다. 특히 저출산의 지속에 따른 인구구조의 변화로 인한 사회경제적 부담의 증가, 영양수급의 향상과 보건에 대한 관심증대 그리고 국민건강의 질적 향상을 위한 보건정책의 추진에 따라 평균수명은 지속적으로 증가하여 이제는 선진국 수준에 이르렀다. 그러나 어느 국가보다 높은 자살에 의한 사망률, 그리고 암사망률의 증가, 비만 혹은 과체중 인구비율의 증가 등과 같은 부정적인 결과도 나타나고 있다.

복지측면에서는 전국민의 건강보험적용, 사

회복지지출의 증가 등이 이루어졌으나 노인인구비율의 증가로 노인급여비의 비중이 크게 높아지고 있으며, 다른 사회복지지출비도 지속적으로 높아지는 경향을 보이고 있다. 여기서는 보건복지분야의 주요 지표를 통하여 보건복지 동향을 살펴보고자 한다.

2. 인구의 변화

1) 인구규모

우리나라의 인구는 1960년대부터 높은 출산수준의 영향으로 꾸준한 증가를 보여왔다. 1960년 25.0백만명이던 인구는 1980년에는

38.1백만명으로 증가하였고, 2008년에는 48.7백만명으로 크게 증가하였다. 인구증가율은 1961년 3.01%에서 점차 감소하여 1980년에는 1.57% 그리고 2000년에는 0.84%, 2008년에는 0.31%로 크게 낮아졌다.

이와 같은 인구증가율은 2018년에 정점에 이른 후 그 이후는 감소로 돌아설 것으로 전망되고 있다. 1980년대 중반이후 합계출산율이 대체출산수준이하로 저하되었음에도 인구의 증가가 2018년까지 지속되는 것은 인구구조적인 문제 때문이다. 인구가 정점에 이르는 2018년은 1980년대 중반에 대체출산수준에 이른 후 약 30여년이 지난 시점으로 이는 다른 국가에 비하여 그 진행이 매우 빠른 것이다. 이와 같은 빠른 변화는 이에 적절히 대응할 수 있는 시간

의 부족으로 서서히 진행되는 국가에 비하여 더 큰 부담을 갖게 한다.

저출산의 지속에 따른 인구의 빠른 고령화와 인구의 급격한 감소는 많은 문제를 야기하게 된다. 즉, 저출산의 지속은 저연령층비율과 경제활동인구비율의 감소를 초래하고 노인인구의 비율은 증가시켜 사회적 부담을 가중시키게 되며, 장기적으로 인구규모의 감소에 따른 문제가 발생하게 된다. 따라서 적정출산수준에 접근할 수 있도록 하는 정책이 지속적으로 추진되어야 한다.

2) 합계출산율

인구변동에 가장 큰 영향을 미치는 출산수준

은 1960년대 초반의 높은 출산 수준에서 인구 증가억제정책의 영향으로 점차 낮아져 이제는 세계에서 가장 낮은 출산수준을 경험하고 있다. 즉, 1960년 합계출산율은 6.0명이었으나 점차 낮아져 2005년에는 1.08명으로 세계에서 가장 낮은 수준으로 저하되었으며, 이후 약간의 증가를 보였으나 2007년에 1.26명으로 여전히 낮은 수준을 보이고 있다. 2006년에 보여준 우리나라의 합계출산율 1.13명은 OECD 평균 합계출산율 1.65명 보다 상당히 낮은 수준이다.

그러나, 2005년 이후 혼인건수의 증가, IMF 이후 경제안정 및 범 국가적인 저출산·고령사회 정책 추진 영향으로 2007년에 1.26명으로 출산율 하락 추세를 반전시켰다. 이와 같은 상승

추세를 계속 이어가기 위해서는 여성의 경제활동 참여 증대에 따른 직장가정의 조화로운 양립에 친화적인 사회 환경이 조성되어야 하고 무엇보다 안정적인 경제성장과 일자리 창출로 결혼과 출산이 용이한 환경으로 조성되는 것이 무엇보다 중요하다. 그러나 최근 경제상황의 악화로 결혼 및 출산의 보류 등이 증가할 경우 출산율은 다시 저하하게 될 것이다.

3) 평균 초혼연령

학력 수준 상승 및 여성의 취업증가, 취업의 어려움 등으로 초혼연령은 꾸준히 높아지고 있다. 1960년 남자의 초혼연령은 25.4세, 여자의

그림 1. 인구의 변화 추이

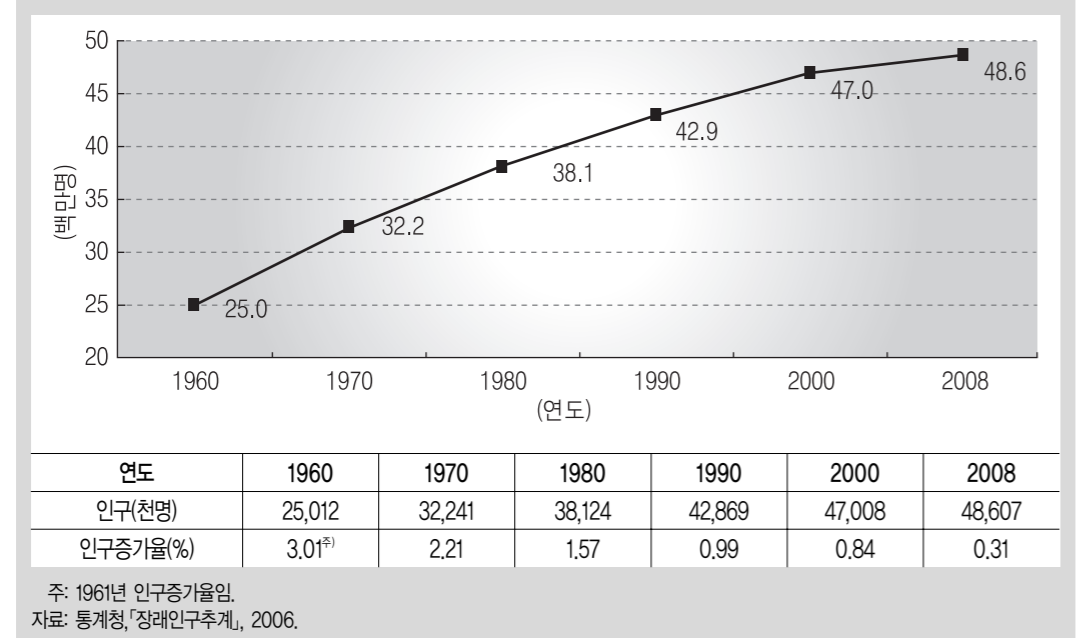
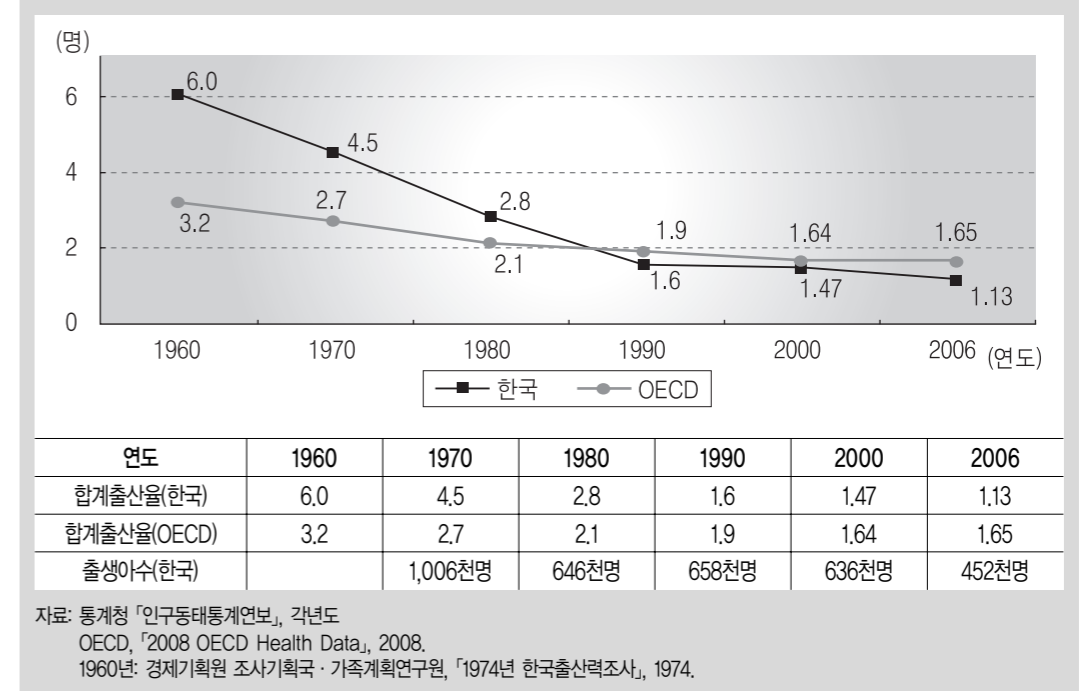


그림 2. 합계출산율 변화 추이



초혼연령은 21.6세였으나 점차 높아져, 2007년에는 남자 31.1세, 여자 28.1세로 높아졌다. 이와 같은 초혼연령의 증가는 첫아이 출산 시기를 늦춰 결국 출산을 감소의 한 요인이 되고 있다.

남자와 여성의 결혼연령의 차이는 1960년에는 3.8년의 차이를 보였으나, 점차 줄어들어 2007년에는 3.0년의 차이를 보였다. 이는 최근 들어 남자와 여자의 연령차에 대한 고정 관념이 점차 바뀌고 있음을 보여주는 데 따른 결과로 보인다.

출산율 상승과 건강한 아이의 출산을 위하여 현재와 같이 초혼연령이 점차 높아지는 것은 바람직한 현상은 아니다. 가능한 건강한 아이를 출산할 수 있는 기간이 연장되도록 지금 보다 낮은 연령에서 결혼이 이루어질 수 있도록 사회

적 분위기를 조성하는 것도 모자보건을 위하여 바람직한 일이며, 이와 같은 노력의 결실은 출산율 증가로 이어질 것이다. 또한 가정과 직장의 양립이 가능하도록 사회환경을 조성하여 결혼 후에도 직장생활을 지속할 수 있도록 하는 것도 초혼연령을 낮추는데 기여할 것이다.

4) 입양아동

1953년부터 2007년까지 해외입양을 통해 한국을 떠난 아동은 약 16만명에 이른다. 이와 같은 해외입양 위주의 입양행태는 우리나라가 아동수출국이라는 오명을 갖게하였다. 그러나 해외입양은 2001년 이후 감소세로 돌아서 2007년

은 국내입양(1,388명)이 해외입양(1,264명)을 앞지르기 시작하였다. 이는 입양에 대한 편견이 점차 개선되고 있기 때문이다.

부득이한 사정으로 입양이 이루어져야 한다면 가능한 국내에서 이루어질 수 있도록 양육보조금 및 의료급여 혜택 제공, 공무원 대상 입양휴가제 실시 및 입양의 날 제정 등 정부 차원의 정책적인 노력 외에 선진국과 같은 아동복지 차원의 입양문화 정착을 위한 사회 분위기 조성이 필요하다.

5) 노년부양비

경제사회발전에 따른 영양수준의 향상, 의료기술의 발달과 저출산의 영향 등으로 우리나라 노인인구비율은 1990년 5.1%에서 2007년에는

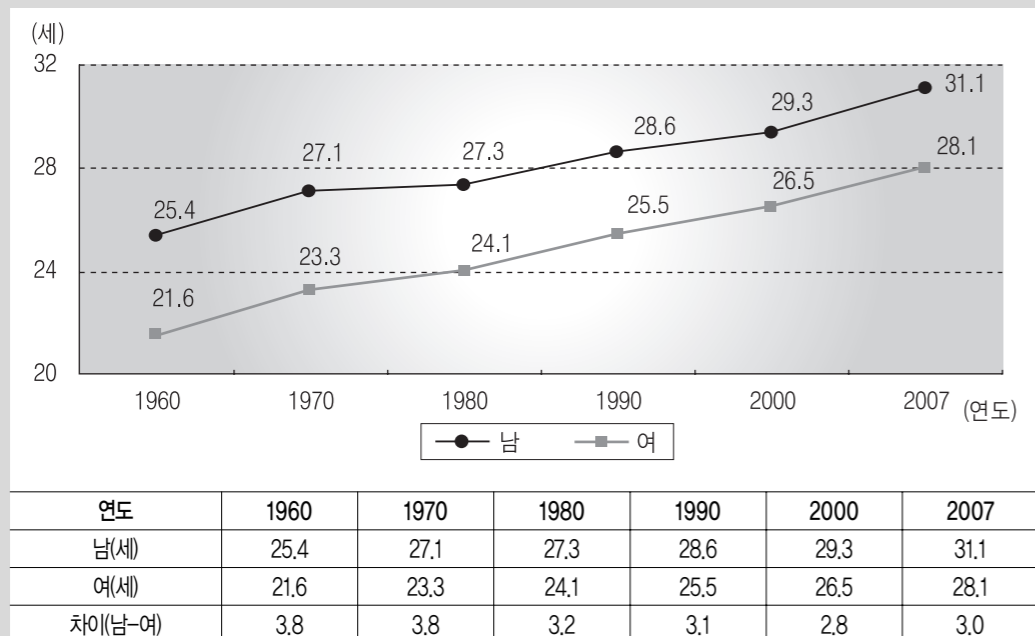
9.9%로 증가하였으며, 2050년에는 38.2%로 빠르게 증가할 것으로 예상된다.

노인인구비율의 증가에 따라 노년부양비도 크게 증가할 것으로 예상된다. 1990년 7.4에 불과하던 노년부양비는 2007년 13.8로 배가 높아졌으며, 2050년에는 72.0으로 크게 가중될 것으로 전망된다.

즉, 1990년에는 생산가능인구 13.5명당 1명의 노인을 부양하였으나 2007년에는 7.3명당 1명, 그리고 2050년에는 1.4명당 1명의 노인을 부양하게 되어 부담이 크게 증가할 것으로 예상된다.

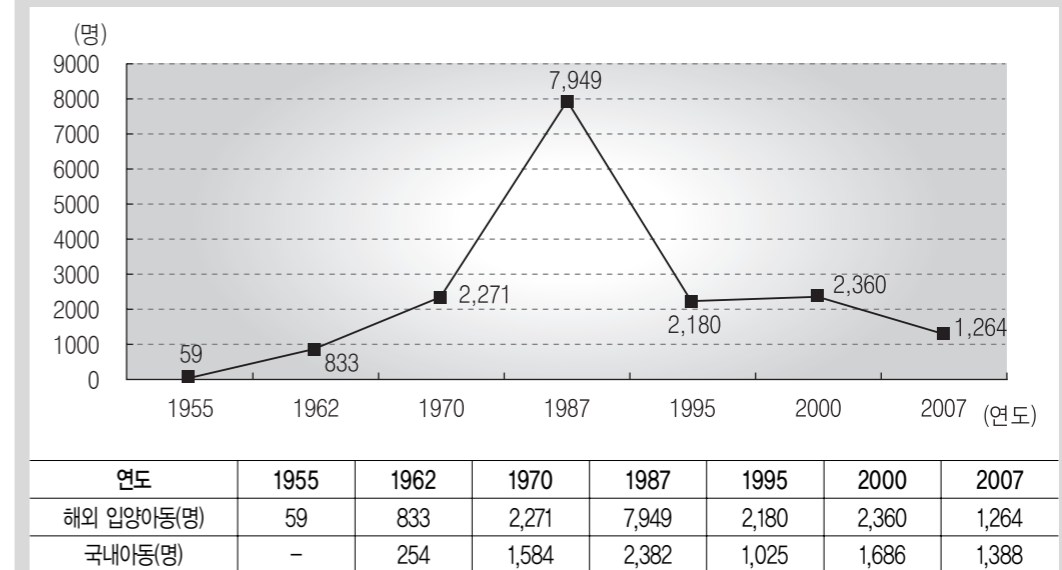
OECD 국가와 노년부양비의 변동을 비교해 보면 2006년 현재 노년부양비가 우리나라 보다 낮은 국가는 멕시코, 터키뿐이다. 노인부양비의 급격한 증가에서 오는 부담을 최소화하기 위해서는 출산율을 증가시켜 저연령층의 비율이 증

그림 3. 평균 초혼연령 변화 추이



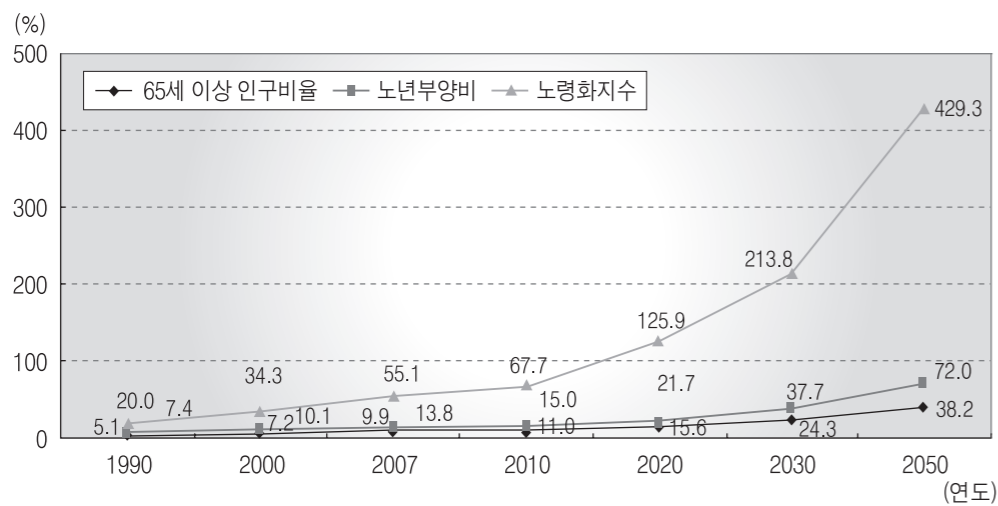
자료: 통계청, 「한국의 사회지표」, 각년도 통계청, 「인구동태통계연보」, 각년도

그림 4. 해외입양아동



자료: 보건복지가족부, 「보건복지가족통계연보」, 각년도

그림 5. 노년 부양비 변화 추이



	1990	2000	2007	2010	2020	2030	2050
65세 이상 인구비율	5.1	7.2	9.9	11.0	15.6	24.3	38.2
총부양비	44.3	39.5	38.8	37.2	38.9	55.4	88.8
유년부양비	36.9	29.4	25.0	22.2	17.2	17.7	16.8
노년부양비	7.4	10.1	13.8	15.0	21.7	37.7	72.0
노령화지수	20.0	34.3	55.1	67.7	125.9	213.8	429.3

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2006.

가하도록 하여야 한다. 이는 장기적으로 안정된 규모와 구조를 유지할 수 있도록 적정출산수준(보편적으로 인구대체출산수준을 말함)에 근접시키는 노력이 요구된다.

3. 보건수준의 변화

1) 평균수명

경제사회의 발전으로 영양섭취의 향상과 의

료시설이용의 접근성이 향상되어 점차 평균수명이 증가하여왔다. 1980년 평균수명은 65.7세였으나 2006년에는 79.1세로 증가하였으며, 이와 같은 증가 추세는 지속되어 2050년에는 86.0세로 증가할 것으로 전망된다.

2006년에는 OECD 회원국의 평균수명 78.9세 보다 높아져 우리나라의 건강수준이 빠르게 향상되고 있음을 보여주고 있다. OECD 회원국 중 평균수명이 가장 높은 국가는 일본으로 82.4세이며, 가장 낮은 국가는 헝가리로 73.2세로 우리나라 보다 5.9년이 낮았다.

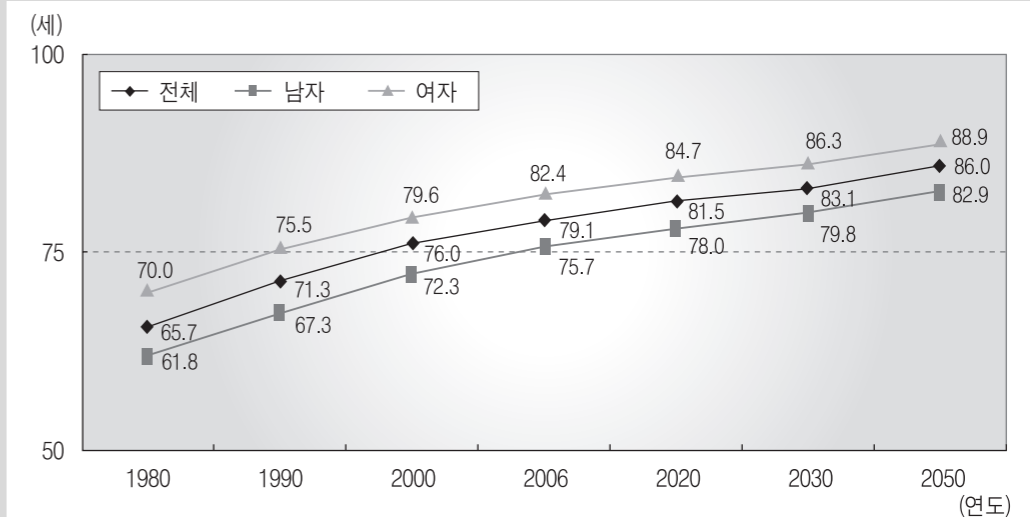
남녀 평균수명의 차이는 1980년 8.2년의 차이를 보였으나 점차 좁아져 2006년에는 6.7년의 차이를 보이고 있다. 그러나 평균수명이 늘어나는 것도 바람직하지만 건강한 상태에서 삶을 살아갈 수 있는 기간이 길어지는 즉, 건강수명이 증가할 수 있도록 보건정책이 추진되어야 할 것이다.

2) 암에 의한 사망률

경제사회발전에 따른 영양의 과잉섭취, 운동 부족, 생활환경의 변화 등으로 암에 의한 사망률이 점차 증가하고 있다.

1985년 암에 의한 사망률은 인구 10만명당 88.3이었으나 점차 증가하여 2005년에는 136.0

그림 6. 평균수명 추이



	1980	1990	2000	2006	2020	2030	2050
전체	65.7	71.3	76.0	79.1	81.5	83.1	86.0
남자	61.8	67.3	72.3	75.7	78.0	79.8	82.9
여자	70.0	75.5	79.6	82.4	84.7	86.3	88.9
남여차	8.2	8.2	7.3	6.7	6.7	6.5	6.0

	평균 ('06)	한국 ('06)	일본 ('06)	호주 ('06)	프랑스 ('06)	헝가리 ('06)	스위스 ('06)	슬로바키아 ('06)	영국 ('05)	미국 ('05)
전체	78.9	79.1	82.4	81.1	80.9	73.2	81.7	74.3	79.1	77.8
남자	76.1	75.7	79.0	78.7	77.3	69.0	79.2	70.4	77.1	75.2
여자	81.7	82.4	85.8	83.5	84.4	77.4	84.2	78.2	81.1	80.4

주: 1960년은 1955~1960년 자료임.
 자료: 통계청, 「생명표」, 2008.
 OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

까지 높아졌다. 남녀의 차이는 남자의 암에 의한 사망률이 훨씬 높아 1985년 남자 109.4, 여자 66.6이었으나 2005년에는 남자 171.0, 여자 100.9로 그 차이가 더 커졌다.

식생활의 서구화로 인한 암에 의한 사망률을 감소시키기 위하여 우리의 올바른 식습관 개선 그리고 암의 조기검진을 통한 조기발견, 적절한 운동, 스트레스 해소 등 암에 의한 사망률 감소를 위한 정책의 추진과 함께 개개인의 노력이 요구된다.

3) 자살에 의한 사망률

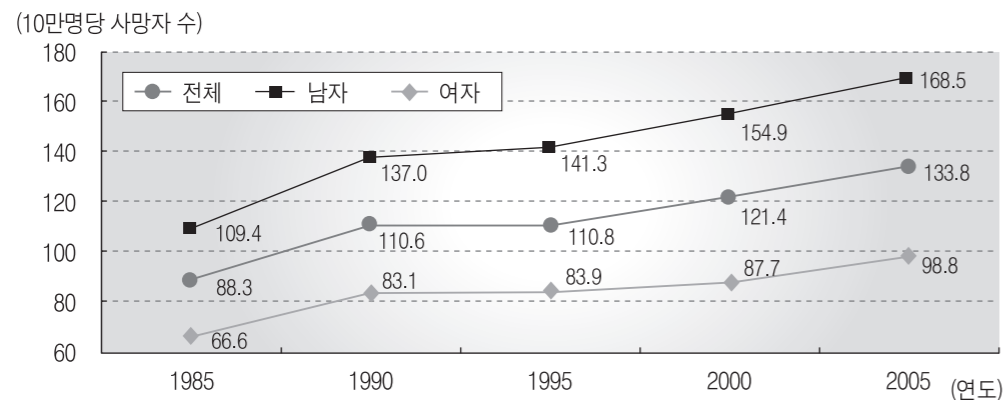
자살에 의한 사망률은 1985년 10.2(인구 10만명당)이었으나 점차 증가하여 2005년에는

24.7로 이어졌다.

남자의 자살률은 여자보다 높아 1985년 15.8이었으며, 점차 높아져 20년 후인 2005년에는 두배 이상이 증가한 36.4로 높아졌다. 여자의 자살률은 남자보다는 낮으나 역시 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 즉, 1985년에는 5.4였으나 점차 높아져 2005년에는 15.6으로 20년 동안 세배가 증가하여 남자의 증가속도보다 빠르게 증가하고 있음을 보여주고 있다.

육체적인 건강 못지않게 중요한 것이 정신적 건강이다. 그러나 우리가 살고 있는 사회가 빠르게 변화하고 있고, 정신적인 스트레스는 높아지고 있으나 이의 해소방안이 미약하며, 정신적으로 쉽게 낙담하거나 포기하는 경향이 늘어나고 있어, 이와 같은 분위기의 개선이 요구된다.

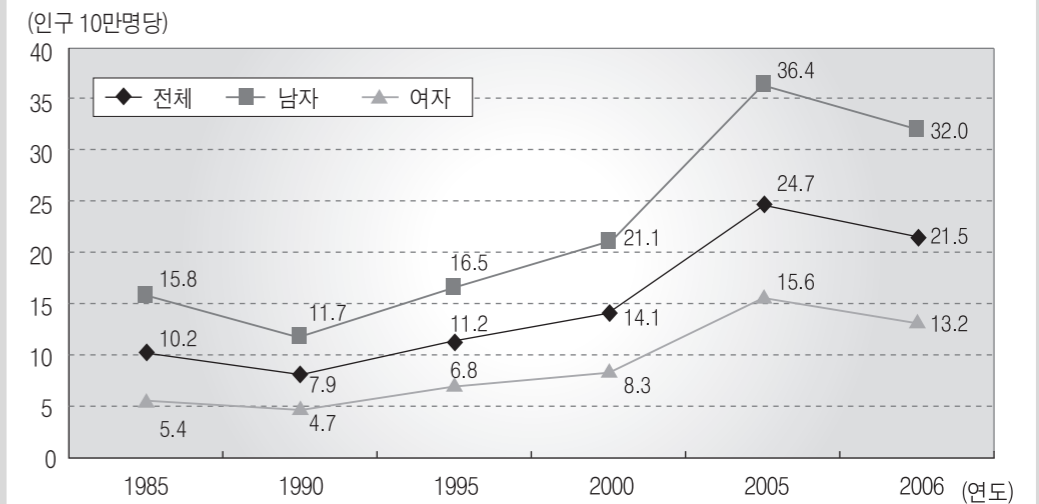
그림 7. 암에 의한 사망률 추이



연도	1985	1990	1995	2000	2005
전체	88.3	110.6	110.8	121.4	133.8
남자	109.4	137.0	141.3	154.9	168.5
여자	66.6	83.1	83.9	87.7	98.8

자료: 통계청, 「동태통계연보」, 각년도

그림 8. 자살에 의한 사망률 추이



	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
전체	10.2	7.9	11.2	14.1	15.1	18.7	23.3	24.2	24.7	21.5
남자	15.8	11.7	16.5	21.1	23.0	28.1	35.3	36.3	36.4	32.0
여자	5.4	4.7	6.8	8.3	8.7	11.1	13.8	14.4	15.6	13.2

주: 연령표준화사망률임.
자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

자살예방을 위한 적절한 대책 마련과 지속적 정책의 추진이 요구된다.

4) 교통사고 사망률

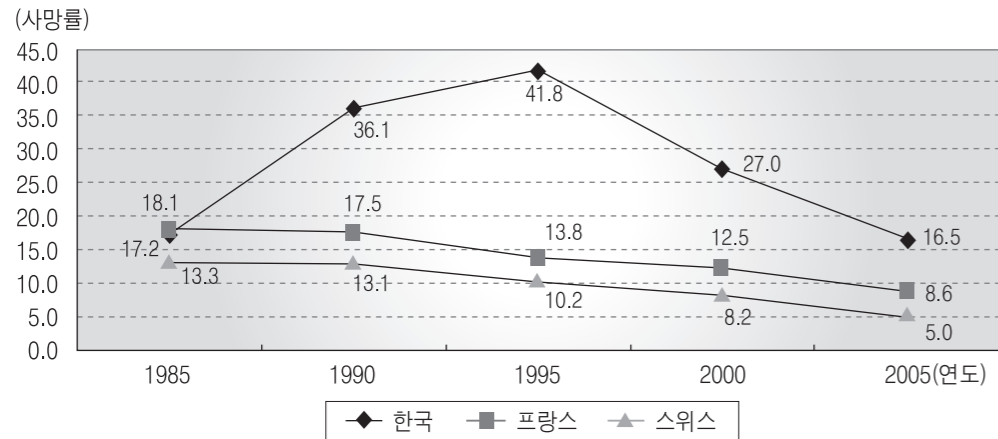
우리나라의 교통사고에 의한 사망률은 1985년 17.2(인구 10만명당)에서 1995년에는 41.8까지 크게 증가하였으나 그 이후 점차 감소하여 2005년에는 16.5 수준으로 낮아졌다.

그러나 OECD 회원국과 비교해 보면 멕시코를 제외하면 가장 높은 수준이다. 일본의 경우는 우리나라보다 훨씬 낮은 6.5 수준을 보이고

있으며, 스위스는 가장 낮아 우리나라의 1/3 수준인 5.0에 불과하였다.

교통사고 사망률 감소는 올바른 운전문화가 정착되어야 가능할 것이다. 경제의 빠른 성장과 함께 가져온 편리한 교통환경은 올바른 교통문화가 정착되지 못한다면 오히려 우리의 수명을 단축시키고, 신체적인 장애로 인한 삶을 불편하게 하는 부정적인 요인으로 작용할 수 있기 때문이다.

그림 9. 교통사고 사망률



	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005
한국	17.2	36.1	41.8	27.0	20.1	19.9	17.7	16.5
호주	19.5	14.4	10.9	10.2	9.3	8.4		
캐나다	16.0	13.9	10.6	9.6	9.3	9.0	8.8	
프랑스	18.1	17.5	13.8	12.5	12.0	9.7	8.7	8.6
일본	11.2	11.9	10.7	8.5	7.7	6.9	6.6	6.2
멕시코	21.3	21.7	18.7	17.2	16.9	17.0	16.9	17.5
스위스	13.3	13.1	10.2	8.2	6.7	7.4	6.7	5.0
미국	18.6	18.5	16.4	15.8	15.9	15.6	15.4	15.4

주: 연령표준화사망률임.
자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

5) 국민의료비 수준

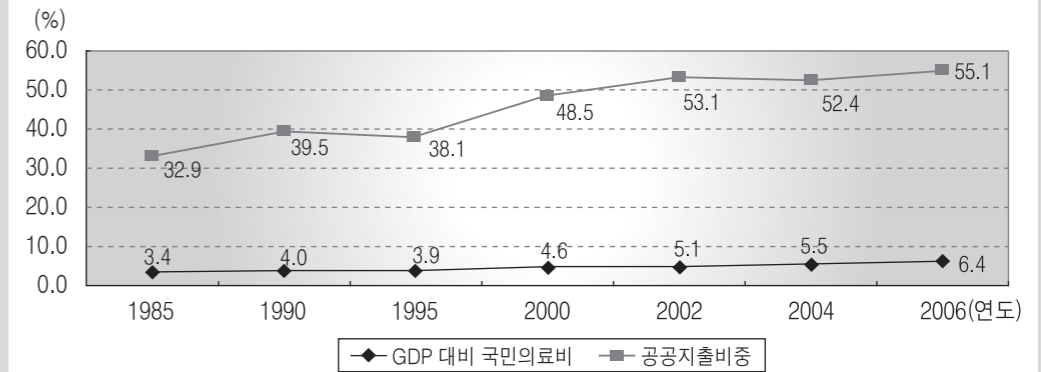
국민의 건강에 대한 관심이 높아지면서 의료 시설 이용 빈도도 높아졌으나 아직까지 국민의료비가 차지하는 비중은 높지 않은 편이다. 그러나 인구의 노령화에 따라 노인성 질환인 만성 질환과 같은 비용 부담이 큰 질환이 증가하고 노인인구에서 의료비용이 증가할 것으로 예상되어 GDP대비 국민의료비는 점차 높아질 것으로 예상된다.

GDP대비 국민의료비는 선진국일수록 높아지는 경향이 있다. 우리나라도 경제수준의 향상과 국민의 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 점차 의료비는 증가할 것으로 예상된다.

6) 활동의사수

우리나라의 활동의사수는 1990년 인구 1,000명당 0.8명이었으나 2006년에는 1.7명으로 증가하여 1990년에 비하여 0.9명이 증가하

그림 10. 국민의료비 수준



	1985	1990	1995	2000	2002	2004	2006
GDP 대비 국민의료비	3.4	4.0	3.9	4.6	5.1	5.5	6.4
공공지출비중(%)	32.9	39.5	38.1	48.5	53.1	52.4	55.1

	호주('05)	캐나다	프랑스	일본('05)	노르웨이	영국	미국	스위스
GDP 대비 국민의료비	8.8	10.0	11.1	8.2	8.7	8.4	15.3	11.3
공공지출비중	67.0	70.4	79.7	82.7	83.6	87.3	45.8	60.3

자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

였다.

OECD 다른 회원국에 비하여 인구 1,000명당 활동의사수는 빠르게 증가하는 것으로 나타나고 있는데, 일본의 경우는 1990년 1.7명에서 2006년에는 2.1명으로 0.4명이 증가하였으며, 프랑스는 3.1명에서 3.4명으로 0.3명이, 영국은 1.6명에서 2.5명으로 0.9명이 증가하여 다른 나라에 비하여 증가 폭이 컸으며, 캐나다는 2.1명으로 같은 수준을 유지하고 있다.

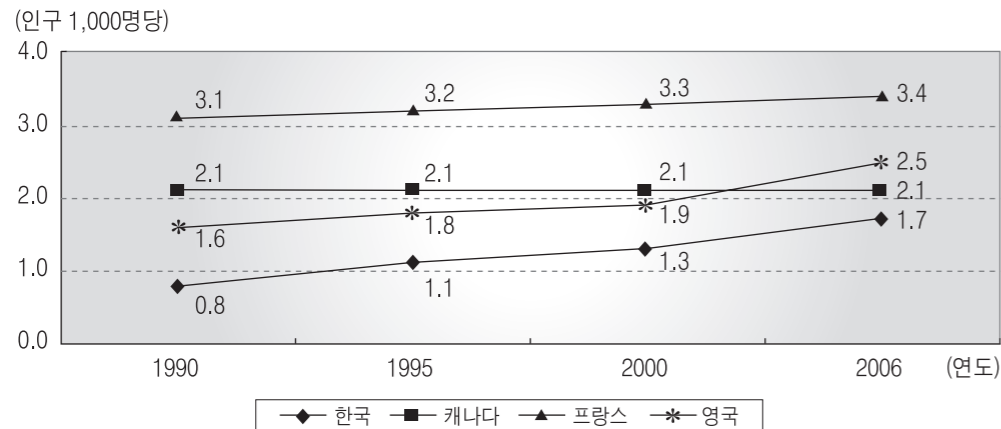
7) 자신이 건강하다고 생각하는 비율

우리나라 국민들이 생각하고 있는 '자신의 건강이 좋다'고 생각하는 비율은 남자와 여자

모두 약간의 증가를 보이고 있으나 아직까지 낮은 상태이다. 남자들이 자신의 건강상태가 좋다고 생각하는 비율은 1995년 50.5%였으나, 2005년에는 약간 증가한 53.7%로 3.1%p의 증가를 보였다. 여자들은 1995년 37.2%가 자신의 건강이 좋다고 생각하였으나 2005년에는 41.3%로 4.1%p가 증가를 보였다.

OECD 회원국 중 미국은 남자의 경우 자신의 건강이 좋다고 생각하는 비율이 2005년에 89.6%로 매우 높게 나타났으며, 스웨덴 78.0%, 그리고 핀란드도 64.2%로 우리나라 보다 높았다. 그러나 일본의 경우는 남자 40.9%(2004), 여자 36.7%만이 자신의 건강이 좋다고 생각하고 있어, 가장 평균수명이 길은 국가지만 자신의

그림 11. 활동 의사수



	1990	1995	2000	2002	2004	2006
한국	0.8	1.1	1.3	1.5	1.6	1.7
호주	2.2	2.5	2.5	2.5	2.7	
캐나다	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
프랑스	3.1	3.2	3.3	3.3	3.4	3.4
일본	1.7		1.9	2.0	2.0	2.1
영국	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5
미국		2.2	2.3	2.3	2.4	2.4

자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

건강상태에 만족하는 비율은 매우 낮은 것으로 나타났다.

8) 비만 혹은 과체중 인구비율

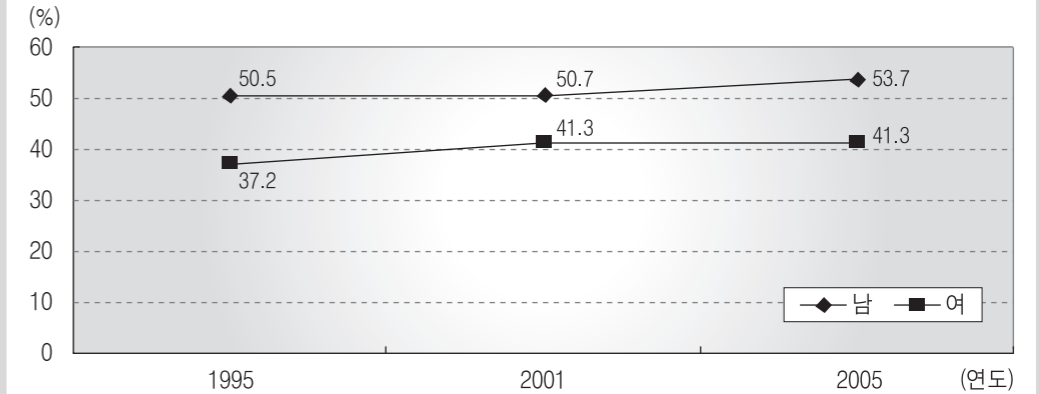
과체중(체질량지수 25이상 30미만) 혹은 비만(체질량지수 30이상)인 인구비율은 2001년 30.6%에서 2005년도에도 비슷한 수준을 유지하고 있다. 그러나 남자의 경우 2001년 32.4%에서 34.0%로 증가하였다.

OECD 회원국과 비교할 때 일본을 제외하면

가장 낮은 수준이며, 대부분의 국가가 40% 이상이 과체중 혹은 비만인 것으로 나타났으며, 영국의 경우는 60% 이상이 과체중 혹은 비만인 것으로 나타났다.

우리나라의 비만 혹은 과체중 인구비율은 유럽국가에 비하여 낮은 편이나 일본과 비교하면 높은 수준이다. 비만 혹은 과체중의 증가는 만성질환 등 각종 질환을 유발하는 위험요인의 증가를 의미하기 때문에 적정체중을 유지할 수 있도록 정부의 계도와 개개인의 노력이 요구된다.

그림 12. 자신이 건강하다고 생각하는 비율



		1995	2001	2003	2005
한국	남	50.5	50.7	-	53.7
	여	37.2	41.3	-	41.3
일본	남	52.0	40.7	-	40.9('04)
	여	46.3	35.9	-	36.7
핀란드	남	70.7	65.9	66.0	64.2
	여	76.1	68.0	66.9	68.3
미국	남	89.9	89.7	89.7	89.6
	여	87.9	88.2	87.8	88.8
스웨덴	남	77.7	75.8	78.8	78.0
	여	73.6	71.3	70.4	71.8

자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.

4. 사회보험 및 복지서비스의 변화

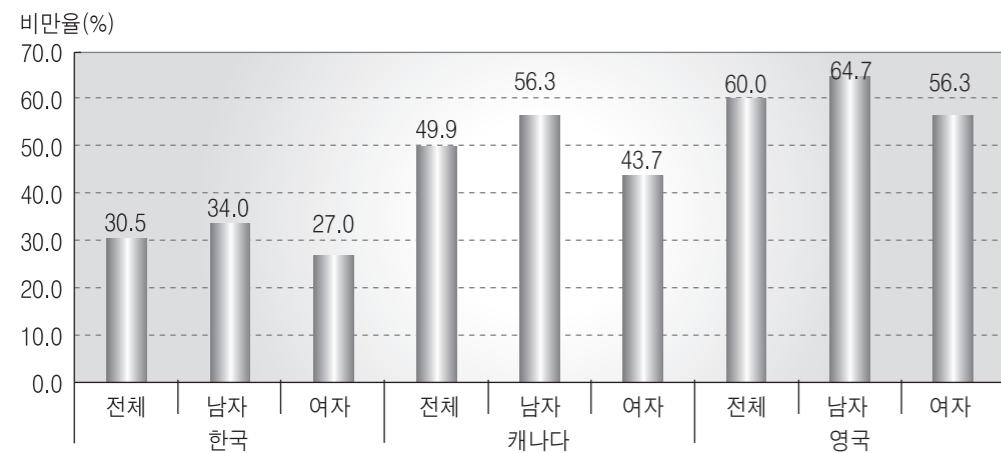
1) 건강보험적용인구

국민의 건강보험 적용률은 크게 증가하여 2007년 98.7%를 달성하였다. 이는 1977년 500인 이상 사업장근로자를 대상으로 공적 사회보장제도인 의료보험이 실시된 이래, 농어민의료

보험(1988) · 도시지역의료보험(1989) 확대 등으로 전 국민건강보험이 이루어졌기 때문이다.

국민의 건강보험적용률을 감안할 때 대부분의 국민이 의료혜택을 받을 수 있는 여건이 조성되었다고 할 수 있다. 그러나 추가적인 부담을 최소화하면서 보다 양질의 진료혜택과 보다 광범위한 의료혜택을 받을 수 있도록 하는 방안의 모색이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

그림 13. 비만 혹은 과체중 인구 비율(2005)



국가	성별	2001		2005	
		전체	30.6	30.5	42.4
한국	남자	32.4	34.0	51.2	54.0
	여자	29.4	27.0	34.2	35.9
일본	전체	24.4	24.9	44.8	44.9
	남자	28.0	28.6	50.0	50.4
캐나다	여자	21.6	22.0	39.6	39.6
	전체	45.1	49.9	62.0	60.0
영국	남자	52.2	56.3	67.6	64.7
	여자	38.2	43.7	56.4	56.3

자료: OECD, 「2008 OECD Health Data」, 2008.
 체질량지수(BMI): 체중/신장²
 25 ≤ BMI < 30 과체중, 30 ≤ BMI 비만

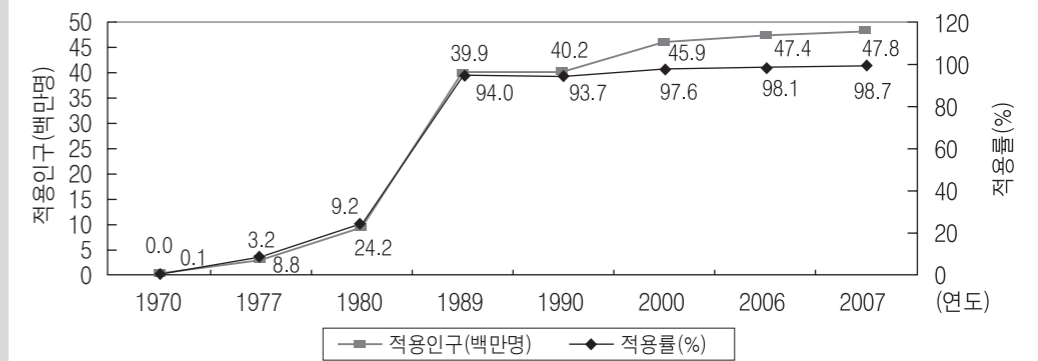
2) 공적연금적용률

공적 소득 보장제도인 연금제도는 1960년 공무원 대상으로 공무원 연금이 처음 실시된 이래, 1963년 군인 연금이 공무원 연금에서 분리되어 독자적으로 실시되었다. 이후, 1973년 사립학교 교직원 대상으로 연금이 실시된 이후, 1988년 10인 이상 사업장 근로자를 대상으로

국민연금이 확대되었고, 1999년에는 도시 자영자에게까지 가입이 확대되어 전 국민 연금시대가 개막되었다.

18세 이상 취업자 중 공적연금이 가입한 비율을 보면 30년 전에는 공무원과 교직원에 국한(5.6%)되었으나 국민연금이 도입(1988)되고 농어촌 지역가입 확대('95년), 도시지역 가입 확대('99년) 등 점차 성숙되면서 2007년 말 현재 공

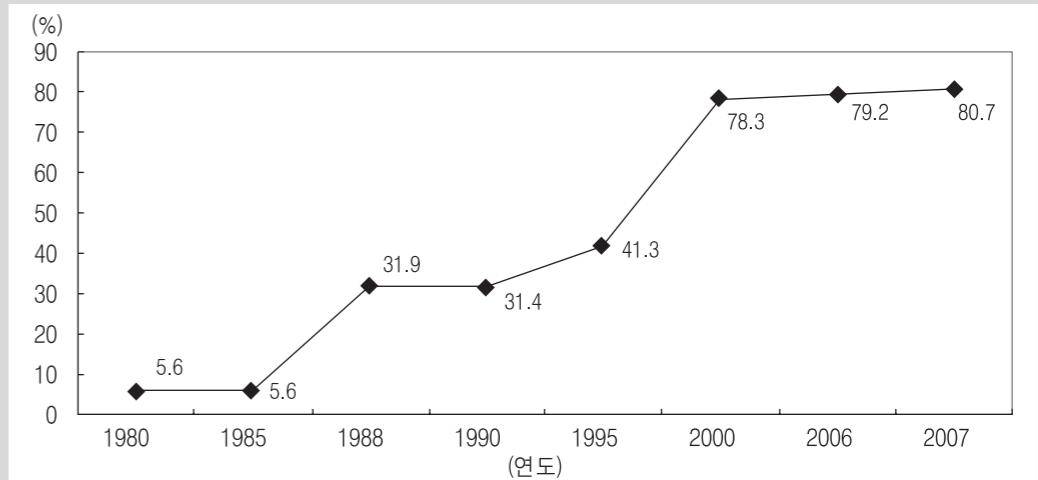
그림 14. 건강보험 적용인구와 적용률



연도	1970	1977	1980	1989	1990	2000	2007
적용인구(천명)	18.6	3,203.0	9,226.4	39,922.4	40,180.0	45,895.7	47,819.7
적용률(%)	0.1	8.8	24.2	94.0	93.7	97.6	98.7

자료: 보건복지가족부, 「보건복지가족통계연보」, 각 연도
 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 각 연도

그림 15. 공적연금 적용률



연도	1980	1985	1988	1990	1995	2000	2007
공적연금 적용률(%)	5.6	5.6	31.9	31.4	41.3	78.3	80.7

주: 군인연금 제외
 자료: 국민연금관리공단, 「국민연금통계」, 각연도; 공무원연금관리공단, 「공무원연금통계」, 각연도; 사립학교교직원연금관리공단, 「사학연금통계」, 각연도

적 연금 적용률은 80.7%에 달하고 있다.

3) 65세 이상 노인 급여비 비중

노인인구의 급속한 증가는 의료보장, 사회복지서비스 등 사회적인 부양 부담을 가중시키며, 그 증가속도도 매우 빠르다. 65세 이상 노인을 대상으로 하는 건강보험 급여비 지출 비중은 1990년 8.6%에서 2000년 18%, 2007년 상반기에는 28.5%로 대폭 증가하여 노인 인구 증가율을 크게 상회한다. 거동이 불편한 노인들을 위한 장기 주거복지시설인 노인복지생활시설 역시 1970년 44개소에 불과하였으나 2000년에는 247개소로 증가하였고, 2007년에는 1,498개소로 대폭 증가하였다.

저출산의 지속과 평균수명의 연장으로 대상

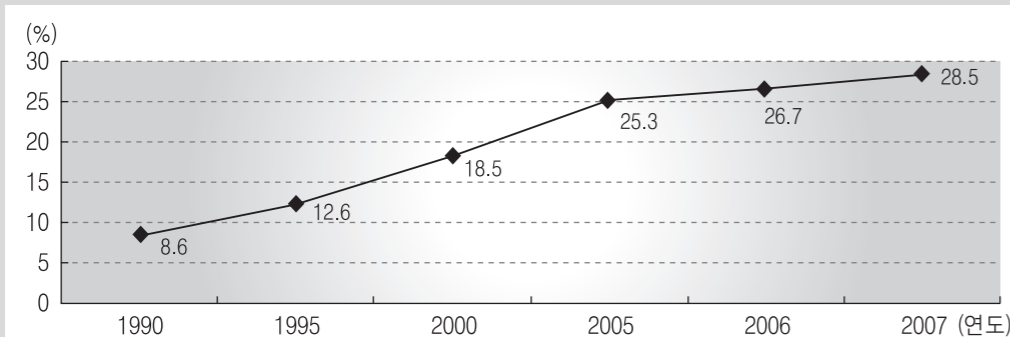
인구 및 노인급여비 증가는 지속될 것으로 전망되고 있어 노인복지시설의 확충, 재원마련 등에 대한 적절한 대책마련이 요구된다.

4) 공공부문 사회복지지출

노령, 질병, 재해, 실업 등 사회적 위험에 직면한 개인에 대한 국가나 사회의 제도적 지원을 뜻하는 공공부문 사회복지지출(Social Expenditure) 비중은 최근 15년간 약 2배 가까이 증가하였다.

1990년 공공부문 사회복지지출은 5.6조원(GDP 대비 3%)에서 2005년 55.7조원(6.87%)으로 지속 증가하였다. 이 기간 동안 연평균 증가율은 16.5%로 GDP 증가율 10.3%를 상회하는 정도로 확충되었으나 2005년 공공부문 사회복지

그림 16. 65세 이상 노인 급여비 비중

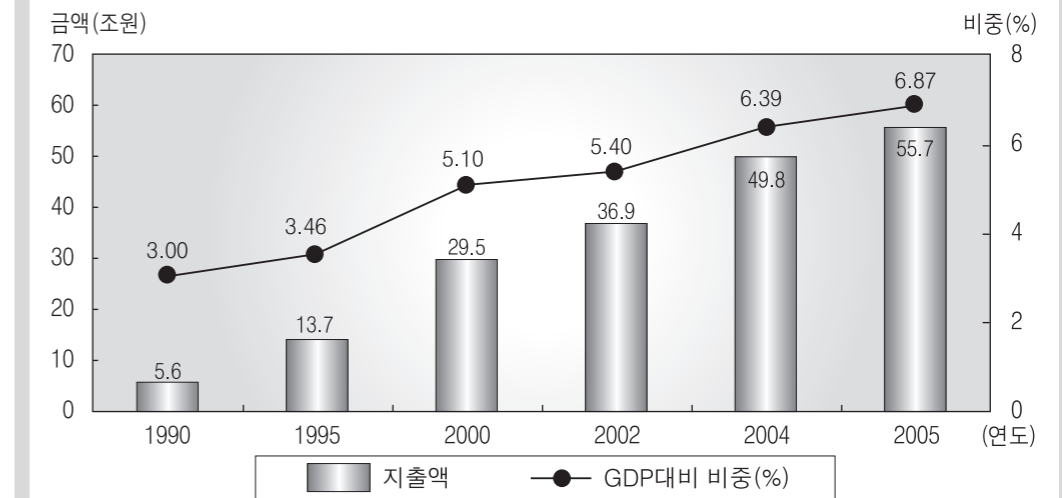


연도	1990	1995	2000	2005	2006	2007
65세 이상 노인 급여비 비중	8.6%	12.6%	18.5%	25.3%	26.7%	28.5%

연도	1970	1980	1990	2000	2007
노인복지생활시설	44	48	89	247	1,498

자료: 보건복지가족부, 「보건복지가족통계연보」, 각년도

그림 17. 공공부문 사회복지지출



연도	1990	1995	2000	2002	2004	2005
금액(조원)	5.6	13.7	29.5	36.9	49.8	55.7
GDP 대비 비중(%)	3.0	3.46	5.10	5.40	6.39	6.87

자료: 보건복지가족부, 「한국의 사회복지지출추계」, 2008.

지출 수준은 OECD 30개국 평균(GDP 대비 20.7%)의 약 1/3 수준에 불과하다.

오히려 출산율을 높이기 위한 각종 정책을 도입 추진하고 있다. 이는 저 출산이 가져오는 인구의 구조적, 양적, 부정적인 측면을 최소화하기 위한 노력의 일환이다.

5. 결론 및 정책제언

우리나라는 1960년 이후 경제사회 발전과 함께 보건복지부에서 양적인 확대와 함께 질적 향상이 이루어져 왔다. 인구부문에 있어서는 1960년대 초부터 진행된 인구증가억제를 위한 가족계획사업의 영향으로 출산율이 지속적으로 낮아져 1980년대 중반에는 인구대체수준에 이르렀고 그 이후에도 지속적으로 낮아져 이제는 세계에서 가장 출산율이 낮은 국가가 되어

인구증가를 위한 노력의 결실이 눈에 보일만큼 가시적이지 못하지만 선진국의 예에서도 경험하듯이 점차 그 효과가 보일 것으로 기대된다. 만일 이와 같은 노력이 없다면 우리나라의 출산율은 세계에서 가장 낮은 상태가 지속되어 그로 인한 영향은 사회경제적으로 매우 크게 작용할 것이기 때문에 결코 늦춰서는 안 될 일이다.

보건부문의 가장 큰 변화는 보건수준을 가장 잘 나타내는 평균수명의 연장이다. 우리나라의

평균수명은 이제 OECD 국가의 평균을 넘어서 선진국 수준이라고 말할 수 있다. 그 만큼 보건 부문에서의 환경이 많이 좋아졌다고 볼 수 있다. 그러나 얼마나 오래 사느냐 하는 것도 중요하지만 얼마만큼 건강한 상태로 오래 사느냐 하는 것은 더 중요하다. 따라서 높은 자살률이나 암사망률, 교통사고 사망률과 같은 부정적인 측면을 최소화하여 건강한 정신과 육체를 가지고 건강한 삶을 살아갈 수 있도록 국가와 개인은 노력하여야 할 것이다.

복지부문에 있어서 우리나라는 전국민 의료보험의 실시, 국민연금제도 등을 도입하여 건강보험적용률은 2007년 현재 98.7%, 공적연금 적

용률은 2007년 80.7%에 이르는 등 복지부문에 서 커다란 발전을 이루어왔다. 그러나 인구의 노령화로 65세 이상 노인의 급여비 비중이 급속히 증가하고 있고, 공공부문의 사회복지지출도 크게 증가하고 있다. 이는 매우 긍정적인 부분이기도 하지만 급속한 증가에 따른 부작용을 최소화 할 수 있는 방안이 함께 강구되어야 할 것이다.

우리나라는 경제사회수준의 발전에 따라 보건 및 복지부문의 발전도 지속될 것으로 전망된다. 이와 같은 환경의 변화가 보다 긍정적으로 또한 효율적으로 이루어질 수 있도록 정책적인 배려와 노력이 함께하여야 할 것이다. 