

보건복지 현안분석과 정책과제 2017

Health and Welfare Policy Issues 2017



목 차



1. 사람 중심 보건의료제도와 환자의 의료서비스 이용 경험	신정우	4
2. 저소득층의 소비 특성과 그 함의	이현주	12
3. 비혼 동거 인구의 경험 및 가치관	변수정	16
4. 4차 산업혁명 및 지능정보사회의 사회적 위험과 복지 패러다임 전환 필요성	최현수, 오미애	24
5. 한국의 글로벌 금융위기 극복 과정에서 복지지출 역할에 대한 비교 연구	임완섭	32
6. 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 체계 구축 방안	황도경	40
7. 아동빈곤의 추이와 함의	여유진	48
8. 주관적 안녕의 추이와 함의	정해식, 우선희	56
9. 치매 위험요인 기여도 분석과 치매 관리 방안 모색	정영호, 고숙자	64
10. 한국 복지국가의 현 좌표	여유진	72
11. 지역박탈에 따른 회피가능사망률 격차와 함의	김동진, 이정아	80
12. 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공을 위한 지원 방안	김정선, 황은미	88

13. 고가 신약의 효과적 급여 관리를 위한 해외 동향과 시사점	박실비아	96
14. 소득계층에 따른 의료비 부담과 부문별 비용의 추이- 중증질환을 중심으로	정연, 정수경	100
15. OECD 지표를 통해서 본 우리나라 저출산 대응 정책의 진단과 과제	신윤정	108

Korea Institute for Health and Social Affairs

사람 중심 보건의료제도와 환자의 의료서비스 이용 경험

신정우 정보통계연구실 부연구위원

- 미래의 보건의료는 사람을 더욱 중요하게 생각하고 환자에게 일어나는 일을 더 잘 이해하려는 문화를 바탕으로 발전될 것임.
- 사람이 중심에 서는 보건의료제도를 만들기 위한 노력이 국내외에서 활발히 이뤄지고 있는 가운데 OECD는 2017년 1월 16, 17일에 정책 포럼과 OECD 보건장관회의를 열었음.
- 이 자리에서는 보건의료제도가 나아가야 할 방향에 대한 검토가 이루어졌으며, 의료제도의 개혁과 가치 향상, IT 활용, 의료서비스에 대한 환자의 경험(experience)과 결과(outcomes) 측정 등이 주요하게 논의되었음.
- 보건복지부는 이와 같은 국제사회의 흐름에 맞춰 '의료제도에 대한 국민의 인식'과 '환자의 의료서비스 이용 경험'을 확인해 이를 국민을 위한 보건의료제도 구상의 기초 자료로 활용하고자 함.

1. 국제사회의 논의

- 각국은 역사적, 문화적, 사회경제적 특성을 배경으로 각자의 상황에 맞게 보건의료제도를 형성하고 발전시켜 왔으나 최근에는 더 나은 제도를 만들기 위해 서로 지식을 나누고 경험을 공유하고 있음.
- 이러한 취지에서 경제협력개발기구(OECD)는 2017년 1월 16~17일에 OECD 회원국을 중심으로 미래의 보건의료제도 구상에 대한 정책 포럼¹⁾과 OECD 보건장관회의를 개최하였음.
- 첫째 날에는 사람이 오래 살고 건강한 삶을 살아갈 것이라는 측면에서 보건의료는 미래가 밝아 보이지만 많은 혁신과 중요한 도전 과제들²⁾에 직면해 있다는 앙헬 구리아 OECD 사무총장의 기조연설을 시작으로 정책 포럼이 열렸음.

1) 'People at the Centre'라는 주제로 실시된 이날 행사는 인터넷(Webcast)을 통해 실시간으로 방송되었으며, 본고는 이를 바탕으로 구성됨. 포럼에서는 데이비드 블루먼슬 박사(코먼웰스 펀드)와 마이클 포터 교수(하버드 비즈니스 스쿨)의 주제 발표, 정책 결정자들(캐나다, 핀란드, 일본, 노르웨이, 코스타리카 보건부 장관 등) 간의 대화 등이 이루어졌음.

2) 모든 연령층, 모든 사람의 건강한 삶 보장과 웰빙(well-being) 증진, 보편적 의료보장의 실현, 재정적 이유로 발생한 미충족 의료(unmet needs), 고령화 현상으로 인한 만성질환 확산, 의료비 증가, 의료의 질 문제 등.

- 구리아 사무총장은 환자 중심 의료는 환자가 사랑을 받는 것이며 환자가 자신의 건강과 치료(care)에 관여할 수 있는 것을 의미한다면서 환자의 의료서비스 이용 경험과 결과를 측정해 이들에게 무슨 일이 일어나고 있는지 이해해야 한다고 주장함.³⁾ 또 이를 측정하지 못한다면 의료제도를 관리할 수 없다는 것을 명심해야 한다고 언급함.
- 정책 포럼에서는 진정한 의미의 사람 중심 보건의료제도가 무엇인지, 의료서비스의 근본적인 변화를 위해 어떤 작업들이 이뤄져야 하는지, 보건의료제도의 가치를 높이기 위해 정책 결정자들이 해야 하는 역할이 무엇인지에 대한 제안과 토론이 이루어짐.
- 둘째 날에는 차세대 보건개혁(The next generation of health reforms)을 주제로 OECD 보건장관회의⁴⁾가 열렸음.
 - 회의에서는 보건의료제도의 그간의 성과를 확인하고, 국제사회가 직면한 도전 과제를 극복하기 위해 앞으로 무엇을 해야 할 것인가에 대해 논의함.
 - 각국의 장관들은 의료제도의 가치를 향상시키고, 새로운 의료기술과 혁신을 수용하며, 의료제도의 중심에 사람을 세우고 이를 실현하기 위해 다양한 주제와 기관 간의 대화와 협력의 폭을 넓혀 갈 것임에 합의함.
 - 특히 OECD에는 의료서비스에 대한 환자의 경험과 결과를 측정하고, 이를 전통적으로 수집돼 오던 지표(의료비, 자원, 안전과 효율성 등)와 잘 연계해 의료에 대한 욕구(needs)를 파악할 수 있는 근거 자료를 쌓고, 보건의료제도의 개혁을 이루는 데 도움을 줄 것을 요청함.

2. 국내의 움직임

- 국내에서도 2000년대 중·후반부터 보건의료제도의 핵심 가치인 ‘의료 질 향상’ 노력이 다각도로 이뤄지기 시작했으며, 2016년에는 ‘환자안전법’을 제정해 국민의 권리 보호를 실체화하였음.
- 이에 더해 보건복지부는 ‘2017년 보건복지 정책 추진 방향’에서 국민 중심 보건의료체계를 구축해 수요자 중심의 보건복지서비스를 실현하겠다는 것을 주요 목표 중 하나로 제시함.⁵⁾
 - 구체적으로 의료서비스 전달 체계 개선, 존엄한 죽음 지원 체계 마련, 디지털 의료 확산 및 제도화 등을 기반으로 환자 중심 의료서비스를 강화하고자 함.
 - 그 밖에 필수·공공의료 강화와 감염병에 대한 체계적 대응, 예방적 건강 증진 강화, 보건산업 성과 창출 본격화 및 일자리 확대 강화도 중점 계획으로 내세움.

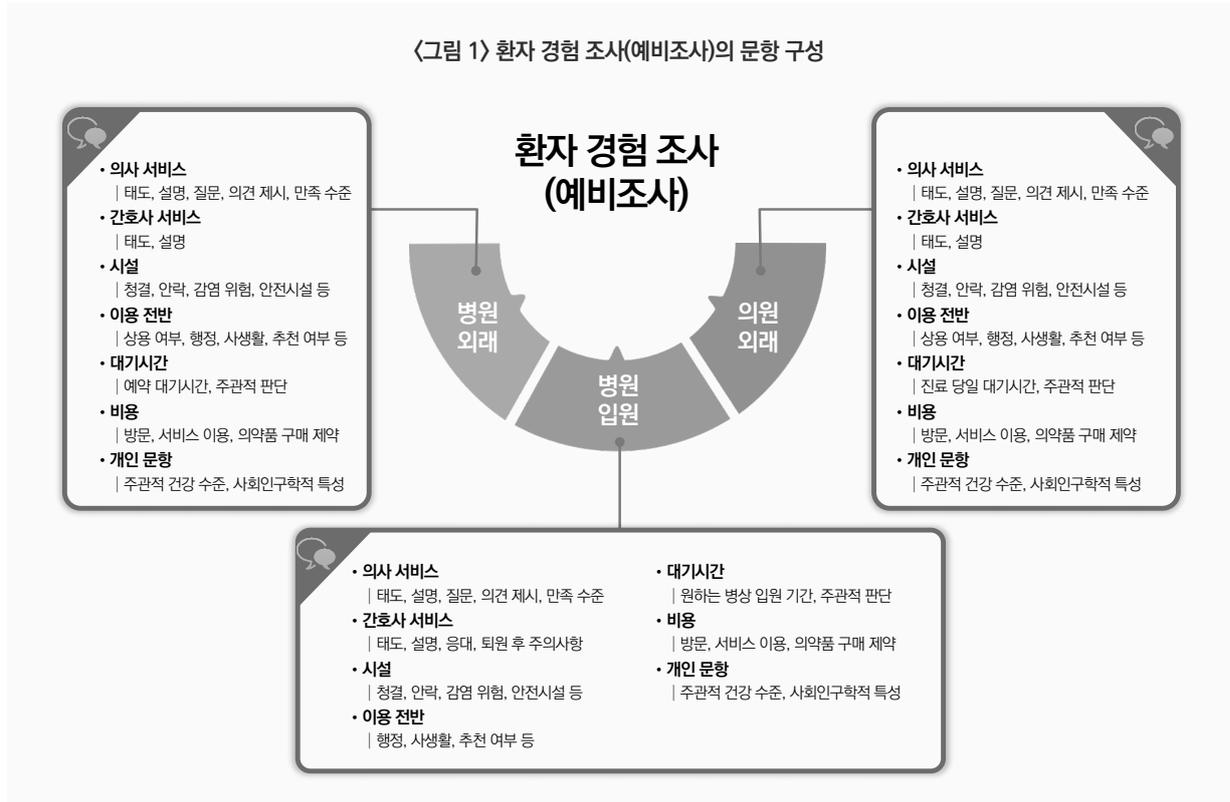
3) 양철 구리아 사무총장은 3가지 행동 강령을 강조함. ① 환자를 치료의 단위(unit)가 아닌 인격체(human being)로 간주할 것 ② 공급자들이 적합한 의료 기술, 인프라, 장비를 갖출 것 ③ 환자들에게 무슨 일이 일어나고 있는지 잘 이해할 것.

4) 자세한 내용은 보건복지부 보도자료(‘정진업 장관, OECD 회원국들과 미래의 보건개혁에 관해 논의’, 2017. 1. 18.)와 OECD Ministerial Statement(2017. 1. 17.)를 참고하기 바람.

5) 읍면동 복지허브, 980개에서 2100개로 대폭 확대[보건복지부 보도자료(업무보고), 2017. 1. 5.].

■ 한편 ‘의료제도에 대한 국민의 인식’과 ‘환자의 의료서비스 이용 경험’을 확인하는 대국민 조사(가칭 ‘의료 서비스 실태조사’)를 새롭게 기획 중임.⁶⁾

- 이를 위해 보건복지부와 한국보건사회연구원은 2016년 11월 환자 600여 명을 대상으로 시험조사를 한 바 있음.
- 본 조사의 도입 가능성을 점검하기 위해 면접조사, 혼합조사, 전화조사 등 다양한 방식으로 예비조사를 수행⁷⁾ 했으며, 문항은 의료서비스 이용 경험에서의 서비스(의사, 간호사), 시설, 이용 전반, 대기시간, 비용 부담에 따른 의료 이용 제약에 대한 것으로 구성하였음.



- 조사 결과는 사회인구학적 특성(성, 연령, 거주 지역, 소득 구간 등), 주관적인 건강 수준과 의료서비스 유형(외래, 입원)에 따라 살펴볼 수 있게 설계했으며 예비조사 과정에서 확인된 제반의 문제점을 보완하여 문항을 최종 확정할 예정임.

6) 보건복지부 정책통계담당관실은 2017년도 환자 조사(2017년 1월 용역사업으로 발주 중)를 통해 이를 수행할 계획이며, 이에 앞서 2016년 12월 9일 한국보건사회연구원과 공동으로 관련 공청회(환자 조사 발전 방향 모색을 위한 공청회)를 실시하였음.

7) ‘면접조사’는 의료기관 입구와 인근 가구에서 실시했으며, ‘혼합조사’는 의료기관의 수납처에서 조사 참여에 동의한 환자를 모집단으로 해 진행됨. 이를 위해 의료기관 223곳에 협조를 요청했으며, 이 중 54개 기관(24.2%)이 참여 의지를 밝힘. 한편, ‘전화조사’는 무작위로 생성한 RDD 유선전화번호를 이용해 전 국민을 대상으로 진행됐으며, 최종 유효응답률은 17.5%였음. 현장 조사원에 따르면 조사 도중 환자의 참여 거부, 응답 중단, 불만 표현의 사례는 거의 없었던 것으로 확인됨.

3. 환자 경험 시험조사의 결과⁸⁾

- 조사는 병원의 '입원서비스', 병원의 '외래서비스', 의원의 '외래서비스'를 대상으로 실시했으나 여기에서는 의원의 '외래서비스'에 관한 문항 몇 가지를 예로 제시하고자 함.
- 의료서비스 이용 경험에서 응답자는 대부분의 영역에서 4점 이상(5점 기준)의 긍정적인 반응을 보였으나 영역 간 상대적인 차이를 제시함으로써 일부 개선의 필요성을 생각해 보게 함.
- 의원의 '외래서비스'에 대한 환자의 경험을 영역별로 살펴보면,
 - '의사 서비스' 영역에서 응답자는 의사가 예의를 갖추고 정중하게 대했느냐는 질문에 4.68점으로 가장 높은 점수를, 진료 중에 질문을 하거나 걱정거리를 물어볼 기회가 충분했느냐는 질문에 4.56점으로 가장 낮은 점수를 부여함.
 - '간호사 서비스' 영역에서는 간호사가 예의를 갖추고 정중하게 대했느냐는 질문에 4.50점, 진료 절차를 알기 쉽게 설명해 주었느냐는 질문에 4.40점을 부여함.
 - '시설' 영역에서는 의료기관이 청결했느냐는 질문에 4.49점을, 시설이 안락하고 편안했느냐는 질문에 4.38점을 부여하였음. 한편, 의료기관을 이용하는 동안 감염의 위험을 느낀 적이 있느냐는 질문에 1.28점을 부여한 것으로 보아 2015년 메르스(중동호흡기증후군) 사태 이후 감염에 대한 국민의 경계와 불안 정도가 여전함을 알 수 있음.
 - 행정 지원 부서(접수, 수납)의 전반적인 서비스에 대한 만족도는 4.40점, 개인의 사생활 보호 수준은 4.41점이었으며, 해당 의료기관을 다른 사람에게 추천하고자 하는 의지는 4.21점으로 다른 서비스 영역에 비해 점수가 다소 낮음.
 - 진료 당일, 의료기관(의원의 '외래서비스')에서 진료를 받기 위해 접수 후 기다린 시간은 평균 20.7분이었으며, 이 시간이 길다고 느낀 정도(주관적인 대기 정도)는 2.3점으로 보통 수준인 것으로 확인됨.
 - 이번 의료기관을 방문하기 전에 비용 부담 때문에 의료기관을 방문하지 못한 경험이 있었느냐는 질문에 응답자의 11.5%가 있다고 답했으며, 해당 의료기관을 이용하는 동안 비용이 부담돼 받지 못한 치료나 진료가 있었느냐는 질문에 응답자의 7.1%가 있다고 답하였음. 한편, 의사에게 처방은 받았으나 비용이 부담돼 의약품 구매하지 못한 경험은 상대적으로 적은 것(1.3%)으로 보임.

8) 시험조사로 표본의 대표성이 확보되지 않은 상태에서 이뤄졌으며, 의료기관의 종별 구성(종합병원, 병원, 의원 등)이 고려되지 않았기 때문에 세부적인 해석에는 한계가 있음. 조사 대상자 중에 병원을 이용한 사례가 많지 않았으므로 본고에서는 의원을 방문한 환자의 경험을 중심으로 기술함.

〈그림 2〉 영역별 환자의 경험(의원의 '외래서비스'를 중심으로)

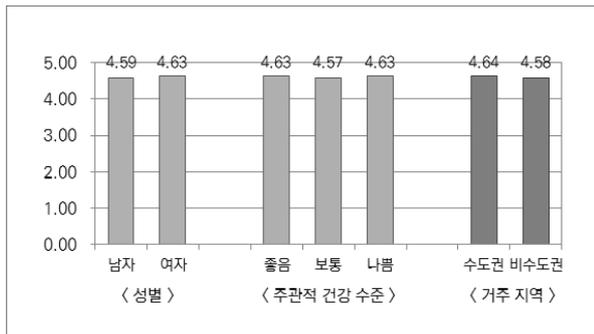


주: 1) 시험조사로 표본의 대표성이 확보되지 않았으므로 인용에 주의를 요함.
 2) '감염의 위험을 느낀 정도'와 '대기 시간에 대한 느낌 정도'는 역선택 문항이었음.

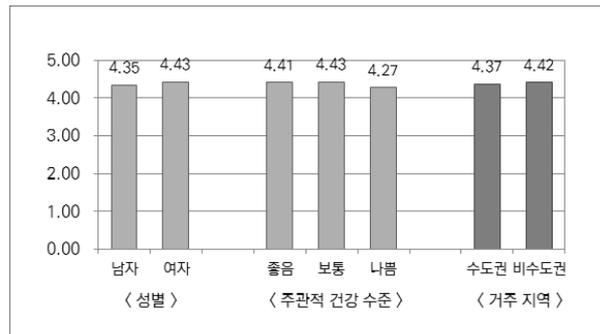
■ 영역별 주요 문항을 응답자의 성별과 거주 지역,⁹⁾ 주관적 건강 수준에 따라 살펴보면,

- 담당 의사가 환자의 의견을 잘 반영해 진료했는지에 대한 질문에 남자는 4.59점을, 여자는 4.63점을 줬으며 주관적 건강 수준이 보통인 경우는 4.57점으로 가장 낮게, 좋은 경우는 4.63점으로 가장 높게 점수를 부여하였음. 한편, 비수도권(4.58점)에 비해 수도권(4.64점)에서 진료를 받은 사람이 자신의 의견이 더 존중됐다고 생각하였음.
- 간호사가 진료 절차를 알기 쉽게 설명해주었는지에 대한 질문에 남자는 4.35점을, 여자는 4.43점을 줬으며 주관적 건강 수준이 나쁜 경우는 4.27점으로 가장 낮게, 보통인 경우는 4.43점으로 가장 높게 점수를 부여하였음. 한편, 수도권(4.37점)에 비해 비수도권(4.42점)에서 진료를 받은 사람이 간호사의 설명이 알기 쉬웠다고 생각하였음.
- 의료 기관을 이용하던 중에 감염의 위험을 느낀 적이 있었느냐는 질문(역선택 문항)에 남자는 1.21점을, 여자는 1.33점을 줬으며 주관적 건강 수준이 좋은 경우는 1.26점으로 가장 낮게, 나쁜 경우는 1.33점으로 가장 높게 점수를 부여하였음. 한편, 비수도권(1.31점)에 비해 수도권(1.24점)에서 감염의 위험을 적게 느꼈음.
- 의료기관에서 개인 사생활이 잘 지켜졌다고 생각하느냐는 질문에 남자는 4.43점을, 여자는 4.40점을 줬으며 주관적 건강 수준이 나쁜 경우는 4.24점으로 가장 낮게, 좋은 경우는 4.57점으로 가장 높게 점수를 부여하였음. 한편, 비수도권(4.38점)에 비해 수도권(4.46점)에서 진료를 받은 사람이 사생활 보호가 잘됐다고 생각하였음.
- 의료기관(의원의 '외래서비스')에 진료 접수 후 대기한 시간은 수도권에 거주하는 경우가 27.7분, 비수도권이 15.4분이었으며, 의료기관 방문 시 비용에 대한 부담으로 이용하지 못한 치료나 진료서비스가 있었던 경우는 수도권이 7.9%, 비수도권이 6.4%로 확인됨.

〈그림 3〉 주요 사회인구학적 특성에 따른 환자의 경험(의원의 '외래서비스'를 중심으로)

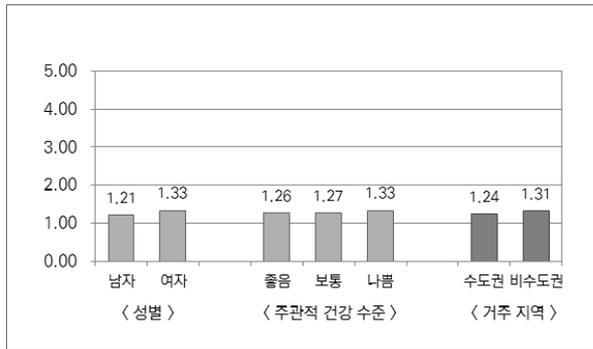


〈의사 서비스: 환자의 의견 반영 정도〉

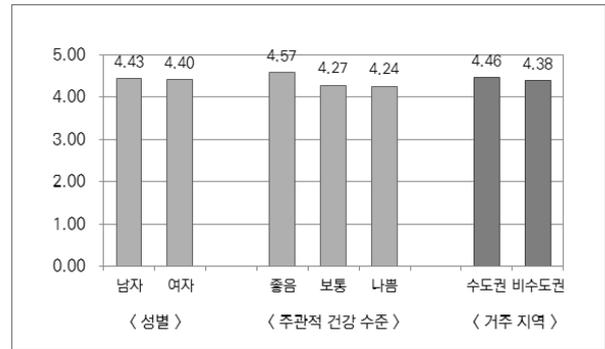


〈간호사 서비스: 진료 절차 설명 정도〉

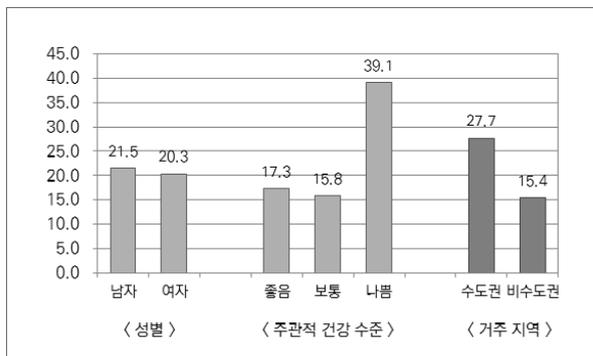
9) 응답자의 거주지는 시·군·구 단위로 조사됐으나 표본의 대표성을 확보하지 못한바 여기에서는 수도권과 비수도권으로 구분한 결과를 제시함.



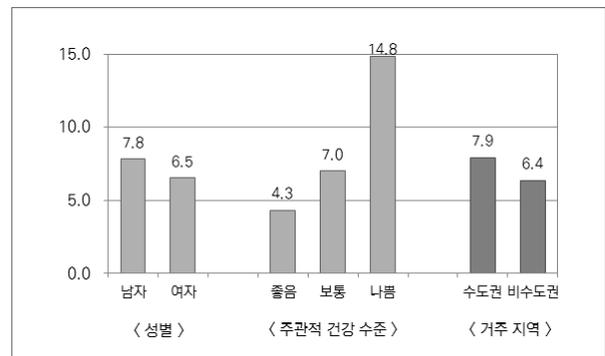
〈사실: 감염의 위험을 느낀 정도〉



〈이용 전반: 사생활 보호 정도〉



〈대기시간: 진료 당일 접수 후 대기시간(분)〉



〈비용 부담: 받지 못한 치료나 진료 발생(%)〉

주 1) 시험조사로 표본의 대표성이 확보되지 않았으므로 인용에 주의를 요함.
 2) '감염의 위험을 느낀 정도'와 '대기 시간에 대한 느낌 정도'는 역선택 문항이었음.

4. 나가며

■ OECD는 최근 실시된 정책 포럼과 OECD 보건장관회의를 통해 미래의 보건의료제도에서는 사람이 중심이 되어 함을 강조하며 이를 위해 앞으로 어떤 작업들이 이뤄져야 할 것인지를 살펴보았음.

- 정책 포럼에 참석한 한 토론자(페트라 월슨: 국제당뇨병연맹)는 환자 중심적인 보건의료제도를 만들기 위해서는 환자가 협력자(co-creator)가 되어 함께 설계(co-design)하고, 함께 제공(co-delivery)하고, 함께 평가(co-assessment)해야 함을 강조하였음.
- 보건부 장관들은 '의료제도의 가치 향상', '신의료기술과 혁신', '사람 중심 의료제도'가 중점 사항이라는 데 뜻을 모았으며, 환자의 의료서비스 이용 경험과 결과를 측정해 나갈 것을 OECD에 촉구함.

■ 이와 같은 국제사회의 흐름에 맞춰 국내에서도 국민 중심 보건의료체계를 만들려는 움직임이 이어지고 있으며, 특히 보건복지부는 주도적으로 환자의 의료서비스 이용 경험을 확인하고자 함.

- 예비조사(2016년 11월 실시)를 통해 조사의 도입 가능성을 확인한바, 이에 대한 의료공급자와 국민의 태도가 긍정적이고 적극적임을 알 수 있었음.¹⁰⁾

10) 개별 접촉한 200여 곳의 의료기관 중 24.2%가 조사에 끝까지 임해 주었고, 환자 대부분이 조사 중간에 응답을 포기하지 않았다는 점이 이를 시사함. 또한 전화조사의 유효응답률 17.5%는 조사의 특수성을 감안한다면 높은 수준이라고 해석됨.

- 다만, 예비조사는 의료기관의 선택적 지원을 기초로 모집된 600여 명의 제한된 환자를 대상으로 실시된 것으로, 결과가 다소 편향되었을 수 있고 국민 전체를 대표하는 뜻으로 해석할 수 없는바, 본 조사(가칭 ‘의료서비스 실태조사’)는 의료기관과 독립적으로 전국 5000여 가구를 대상으로 이루어질 예정임.
- 조사 결과는 환자의 의사 결정력을 높이고 국가 보건의료제도의 방향을 설정하고 의료공급자의 서비스를 개선하는 도구로 활용 가능할 것으로 기대됨.
- 정부는 의료제도에 대한 국민의 인식과 의료서비스 이용 경험 조사를 건고히 해 국민의 생각을 듣는 계기를 마련하고, 국민과 함께 보건의료체계를 구상하고 보건의료의 가치 실현이라는 그림을 그려 나가야 함.
- 이와 같은 추가적인 노력은 수년간 강조돼 왔던 의료제도의 공공성 강화, 형평성 개선, 의료기술 및 자원의 효율적 관리와 투명한 운용 등 기존 정책들과의 균형 속에서 이루어져야 할 것임.

Korea Institute for Health and Social Affairs

저소득층의 소비 특성과 그 함의¹⁾

이현주 기초보장연구실 연구위원

- 소비빈곤율은 2008년부터 증가하다 2011~2012년 잠시 감소, 2013년 이후 다시 증가함.
- 2015년 기준 저소득층의 식비·주거비·보건의료비 지출 비율이 다른 계층에 비해 더 높음.
- 주거, 교육, 보건의료 영역에서의 소비지출을 고려할 때 저소득층은 박탈을 경험할 위험이 상대적으로 큰 상황임.

1. 저소득층 소비 분석의 유용성

- 소비는 소득에 비해 삶의 현실을 더 분명하게 대변할 수 있으며, 사회정책에서 고려해야 하는 다양한 욕구의 실태와 욕구 미충족 위험을 감지할 수 있는 유용성이 있음.
- 불안정 고용의 위험이 커 소득 파악이 어려운 저소득층의 생활을 이해하는 데 소비는 상대적으로 큰 유용성이 있음. 또한 소득이 동일하더라도 소비 특징이 달리 나타나는 저소득층의 내부 구성을 더욱 정확하게 이해할 수 있게 함.

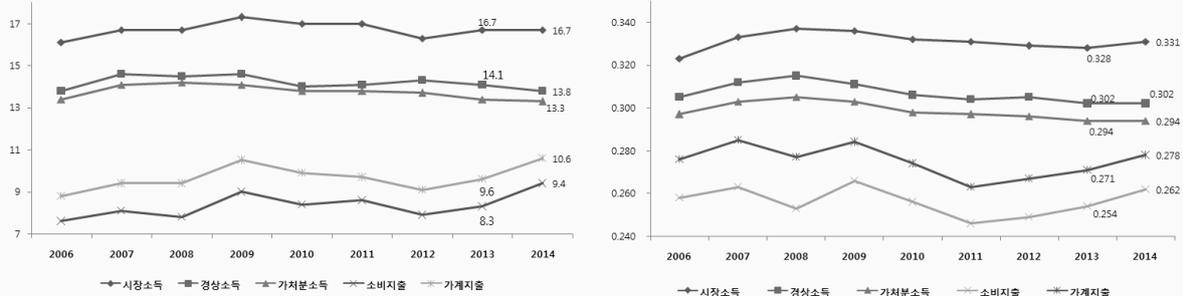
2. 소비빈곤 및 소비불평등의 악화

- 소비빈곤율(중위소비 50% 기준)은 2008년부터 증가하다 2011~2012년 잠시 감소하였으나 2013년 이후 다시 증가함. 소비불평등의 변화 양상도 이와 유사함²⁾.
- 중위소득 50% 이하 저소득층의 실질 소비지출 변화를 보면 2006년에 비해 2015년에 1.1% 증가했으며, 중위 50~150% 소득계층은 9.2%, 중위 150% 이상 소득계층은 5.8% 증가함.
 - 저소득층의 실질 가처분소득은 같은 기간 15.2% 증가하였으나 실질 시장소득은 18.5% 감소함. 중위 50~150% 소득계층의 가처분소득은 16%, 시장소득은 13.5% 증가하고, 중위 150% 이상 소득계층은 각각 14.3%, 14.6% 증가함.

1) 본 원고는 '이현주, 강신욱, 김현경, 이병희, 주상영, 전지현(2016). 저소득층 가구소비 변화와 사회정책적 함의. 한국보건사회연구원' 의 내용 중 일부를 인용합니다.

2) 2006년 이후로 분석 시점을 제한한 이유는 가계동향조사 자료가 그 이후 1인 가구를 포함하기 시작했기 때문임.

〈그림 1〉 소비 기준 상대적 빈곤(중위 50% 기준) 가구 비율 및 불평등의 변화



자료: 통계청. 가계동향조사. 2006~2014년 원자료.

- 저소득층은 실질소비는 늘었으나 비저소득층보다는 증가 수준이 낮음.
- 소비 능력을 대리하는 소득을 보면 저소득층의 실질 가처분소득이 비저소득층과 유사한 수준으로 증가함. 비저소득층의 실질 시장소득은 증가한 반면 저소득층의 실질 시장소득은 감소함.

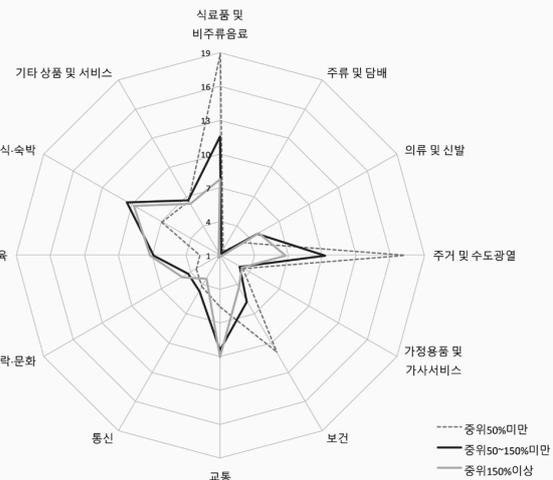
- 2011년 이후 저소득층의 소비 성향이 낮아지고 있으나 소비 성향이 100을 크게 넘는 수준을 유지함.
 - 2006년 대비 2015년 저소득층의 실질 가처분소득은 증가해도 소비 성향이 여전히 100을 넘는 상황에서 저소득층은 비저소득층과 비교해 소비의 압박이 더 심각하였을 것으로 추정됨.

- 저소득층의 소비빈곤율이 증가하는 상황에서 빈곤의 증가 그 자체뿐만 아니라 어느 비목의 소비가 부담이 되고 있는지를 파악하는 것이 정책적으로 더 많은 시사점을 제공할 것으로 판단됨.

3. 저소득층의 비목별 소비

- 2015년 기준 저소득층의 식비·주거비·보건의료비 지출 비율이 다른 계층과 비교해 더 높음. 반면 음식·숙박비, 교육비 지출 비율은 낮음.

〈그림 2〉 소득계층별 총지출 대비 비목별 가계지출 비율(2015년)



자료: 통계청. 가계동향조사. 2015 원자료.

- 저소득층의 교육비 지출 비율이 낮아진 데는 저소득층의 가구 구성상 특성의 영향도 있을 것으로 추정됨.
 - 2015년 6~18세 가구원 비율을 보면 저소득층의 경우 9.3%. 비저소득층은 18.6%임.

- 저소득층도 가구 형태나 욕구가 상이한 집단으로 구성됨. 이 점을 고려해 소비를 이해하는 것이 저소득 가구의 소비 부담이나 욕구 미충족 위험을 이해하는 데 더 적절함.

- 기초육구 영역에서 육구 미충족 위험을 경험하는 지는 정책적으로 중요한 고려점이 될 수 있음.

4. 주거·교육·보건의료 영역에서의 저소득층 소비

■ 육구가 유사한 가구들 중 해당 비목의 소비지출이 중위 수준 이하인 가구라면 상대적 박탈의 위험이 크다고 전제하고, 상대적 박탈 위험이 큰 가구의 비율을 소득계층별로 비교함.

- 평균 소비지출은 상위 소득계층의 소비로부터 좀 더 크게 영향을 받을 위험이 있어 중위 소비지출을 기준으로 함.

■ 기초육구 영역 중 주요 영역인 주거, 교육, 보건의료 영역에 한해 분석함.

- 주거 영역에서는 월세 가구³⁾ 중 중위 월세 이하의 지출을 하는 가구 비율을 파악함.
- 교육 영역에서는 초·중·고등학생이 있는 가구, 대학생이 있는 가구 중 사교육비를 포함해 중위 교육비 이하의 지출을 하는 가구 비율을 파악함.
- 보건의료 영역에서는 만성질환자(6개월 이상 투병·투약하는 질환자)가 있는 가구 중 중위 의료비 이하 지출 가구의 비율을 파악, 그리고 높은 빈도의 만성질환군(고혈압, 당뇨, 관절염, 요통, 좌골통, 디스크) 질환자가 있는 가구를 대상으로 중위 의료비 이하 지출 가구의 비율을 파악함. 단, 보건의료 영역 분석에서 의료비 지원 여부를 고려해 추가 분석함. 이는 의료비 지원에 따라 보건의료비 지출이 줄어들었을 가능성을 확인하기 위함임.

■ 월세 가구 중 중위 수준 이하의 월세를 지출하는 가구를 살펴보면 저소득층에서는 그 비율이 서울 64.6%, 군 지역 55.1%임. 반면 비저소득 가구에 서는 비율이 각각 46.8%, 47.4%임.

〈표 1〉 월세 가구 중 중위 수준 이하 지출 가구의 비율

(단위: %)

계층 \ 지역	서울	광역시	시	군	도농복합군
전체 가구	50.6	50.3	50.2	50.0	56.3
저소득 가구	64.6	67.7	63.4	55.1	44.3
비저소득 가구	46.8	40.0	44.4	47.3	59.3

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널, 2015년 10차 원자료.⁴⁾

■ 초·중·고등학생이 있는 가구의 교육비 지출을 비교해 보면 중위 수준 이하의 지출을 하는 가구 비율이 저소득 가구에서는 거의 87%에 이룸. 비저소득 가구는 46.9%였음.

- 대학생이 있는 가구의 교육비 지출을 비교해 보면 중위 수준 이하의 지출을 하는 가구 비율이 저소득 가구에서는 약 61%에 이룸. 비저소득 가구는 49.3%였음.

〈표 2〉 학생이 있는 가구 중 중위 수준 이하 교육비 지출 가구의 비율

(단위: %)

계층 \ 지역	초·중·고등학생 가구	대학생 가구
전체 가구	50.1	50.0
저소득 가구	86.5	61.4
비저소득 가구	46.9	49.3

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널, 2015년 10차 원자료.

3) 지역별 분석을 함으로써 지역을 통제하고 가구 규모는 균등화지수로 통제함.

4) 주거, 교육, 보건의료 영역의 육구 유사성을 확보하기 위해 필요 변수가 있는 자료로 한국복지패널 자료를 활용함.

- 보건의료비 지출을 비교해 보면 만성질환자가 있는 가구의 경우에는 저소득가구에서 중위 수준 이하의 의료비 지출을 하는 가구 비율이 63.6%이고 비저소득 가구는 45%였음.
- 고혈압 등 주요 질환자 가구의 계층 간 의료비지출을 비교해 보면 역시 저소득 가구에서 중위 수준 이하의 지출을 하는 비율이 높음.
- 의료 지원에 따라 저소득층의 해당 지출이 줄어들 수 있어 의료 지원을 받는 가구를 제외하고

비교해 보더라도 저소득 가구에서 중위 수준 이하의 보건의료비 지출을 하는 비율이 만성질환자가 있는 가구의 경우 61%, 높은 빈도의 만성질환군 질환자가 있는 가구의 57%에 이룸.

- 의료 지원을 받는 가구와 그렇지 않은 가구에서 중위 의료비 이하 지출 가구의 비율 차이가 작은 것은 의료비 지원 대상 선정 기준이 엄격한 상황에서 비롯된 것으로 추정됨.

〈표 3〉 주요 질환자 가구 중 중위 수준 이하의 보건의료비 지출 가구의 비율

(단위: %)

지역 계층	만성질환자가 있는 가구			고혈압·당뇨·관절염·요통·좌골통·디스크 질환자가 있는 가구		
	전체	의료 지원 가구	의료 지원 가구 외 가구	전체	의료 지원 가구	의료 지원 가구 외 가구
전체 가구	50.5	50.3	51.1	50.2	50.3	50.3
저소득 가구	63.6	61.5	61.0	63.0	62.5	57.3
비저소득 가구	45.0	40.3	49.7	44.7	40.1	49.3

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널, 2015년 10차 원자료.

5. 시사점

- 저소득층은 식비·주거비·보건의료비 지출 비율이 다른 계층과 비교해 더 높으므로 기초육구의 충족을 위한 지출 부담이 큰 것으로 추정됨.
- 저소득층의 소득이 낮으므로 소비 성향뿐 아니라 소비 수준 자체를 분석함. 기초육구 영역에서 저소득층에 대한 지원이 좀 더 확대되어야 할 필요성이 있다고 판단됨.
- 저소득층 가구는 아직 주거, 교육, 보건의료 영역에서 상대적인 박탈의 위험이 높은 것으로 추정됨.
- 주거, 의료, 교육보장의 확충은 주요 정책과제인 것으로 판단됨.

Korea Institute for Health and Social Affairs

비혼 동거 인구의 경험 및 가치관¹⁾

변수정 저출산고령화대책기획단 부연구위원

- 가족 형태의 다양화 속에 출현한 비혼 동거 가족을 수용할 수 있는 사회적 환경 마련을 위해 우선 비혼 동거 인구에 대한 기초적인 이해가 필요한 상황임.
- 비혼 동거 인구는 우리 사회가 동거에 호의적이지 않다고 느끼고 있었으며, 동거에 대한 부정적인 인식으로 인해 불편함을 느끼거나 차별을 경험하기도 하였음.
- 동거 관계 사이에 계약이나 각서가 필요하다고 생각하지만 실질적으로 행동에 옮기지는 못하고, 동거 관계와 관련한 제도적 장치의 필요성에 대해 긍정적인 견해를 보임.
- 동거에 대한 우리 사회의 인식을 개선하기 위한 노력과 함께 비혼 동거 인구 관련 통계자료 구축이 필요하며, 앞으로 동거 관계 등록과 같은 기초 보호 장치 마련에 대해 장기적인 관점을 가지고 접근할 필요가 있음.

1. 들어가며

- 한국 사회 가족 형태의 다양화 속에서 비혼 동거 가족과 같이 가족 형성의 시작에서부터 우리 사회의 전통적인 가족과 차이를 보이는 가족이 출현함.
- 이러한 사회 변화에 맞춰 '제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)'은 '다양한 가족에 대한 포용성 제고'라는 정책과제를 포함하는 등 정책적으로 바람직한 변화를 보이고 있음.
 - 이를 통해 다양한 가족이 편견 없이 가족생활을 영위할 수 있도록 하고, 나아가 어떠한 형태의 가족이라도 아이를 잘 키울 수 있는 사회적 지지를 강화하기 위한 계획을 세우고 있음.
 - 세부적으로는 '비혼 동거 가족에 대한 사회·제도적 차별 개선'을 과제로 포함하여 우리 사회의 변화하는 가족 형태를 정책에 반영하고 환경 개선을 추구하는 노력을 하고 있음.

1) '변수정 등(2016). 다양한 가족의 출산 및 양육실태와 정책과제: 비혼 동거가족을 중심으로, 한국보건사회연구원'의 내용 중 일부를 발췌, 수정·보완한 것임. 본고에 제시된 모든 표는 위 보고서에서 발췌, 수정한 표임.

- 현재 동거 관련 통계나 연구가 부족해 비혼 동거 인구의 특성이 제대로 파악되지 않은 상황임.
 - 비혼 동거 가족이 우리 사회에서 가족으로 자리 잡고 안정된 가족생활을 영위할 수 있는 기본적인 환경 마련과 변화하는 사회현상에 맞춘 정책 방향 설정을 위해 우선적으로 비혼 동거 인구의 경험과 생각에 대한 기초적인 이해가 필요함.
 - 이에 비혼 동거 인구의 동거 선택 이유, 동거 생활 중 경험 또는 결혼 및 가족에 대한 가치관 등을 알아보고자 함.

2. 비혼 동거 선택의 동기와 동거 관련 경험

가. 분석 대상

- 「다양한 가족의 출산 및 양육실태와 정책과제: 비혼 동거가족을 중심으로」 연구에서 실시한 ‘비혼 동거가족 실태조사’를 통해 수집한 데이터를 활용해 분석함.
 - 현재 동거 가족에 대한 모집단이 없어 대표성 있는 표본 설계는 어려움. 본 연구는 온라인 패널에서 스크리닝 문항들(screening questions)을 거쳐 결혼 경험이 없는 만 18~49세 중 현재 이성과 동거 중인 사람 또는 2000년 이후에 동거 경험이 있는 사람만 설문에 참여하도록 하여 온라인 조사를 실시함.
 - 온라인 조사에 참여한 253명 중 46.2%는 현재 동거 중인 응답자이고, 나머지 53.8%는 동거 경험이 있는 응답자(현재는 동거인과 헤어진 경험자 36%, 동거 후 혼인신고를 한 경험자 17.8%)임.
 - 전체 응답자 중 남성이 60%, 여성이 40%의 비율을 보임. 조사 응답자의 연령을 만 18~49세로 제한한 본 조사에서 동거 시작 평균 연령은 만 29.3세로 나타남.

나. 동거 선택의 동기

- 동거 선택의 동기는 경제적인 이유, 의지할 상대와 함께 지내고 싶어서, 상대에 대한 확신을 갖기 위해, 주거 비용 및 생활비 절약을 위해, 결혼제도나 규범에 얽매이지 않기 위해 등으로 다양하게 나타남.

〈표 1〉 동거 선택 이유

(단위: %, 명)

구분	비율	(명)	
전체	100.0	(253)	
임신해서	4.0	(10)	결혼 과정의 한 단계로서의 동거 49.4(125)
혼인 의사가 있지만 집 마련, 결혼식 비용 등 경제적인 이유로	24.1	(61)	
혼인 의사가 있지만 집안의 반대 등으로	4.0	(10)	
혼인 전에 살아 보면서 상대에 대한 확신을 갖기 위해	17.4	(44)	결혼의 대안으로서의 동거 및 혼인과 관계없는 동거 50.6(128)
결혼제도나 규범에 얽매이지 않고 자유롭게 살려고	13.0	(33)	
혼인 계획이 구체적이지는 않지만 의지하며 같이 지내고 싶어서	19.0	(48)	
이성 교제 중 데이트 비용, 방값 및 생활비 절약을 위해	18.6	(47)	

주: 반올림 수치이므로 비율의 합이 100이 아닐 수 있음.

■ 선행 연구에 따르면 이유와 형태가 다양화된 현대의 동거는 ① 결혼의 서막(Prelude to marriage), 시험적 결혼(a trial marriage), 경제적인 이유로 인한 동거 그리고 결혼제도에 대해서는 불만이지만 결혼 의도는 있는 동거 등을 포함하는 결혼 과정의 한 단계로서의 동거(cohabitation as a stage in the marriage process)와 ② 결혼을 거부하거나 결혼과 관계없이 하는 동거를 묶어 결혼의 대안으로서의(as an alternative to marriage) 동거 및 혼인과 관계없는 동거로 구분할 수 있음.²⁾

■ 선행 연구에서와 같이 본 조사의 동거 선택 이유에 대한 결과를 결혼 의도에 따라 분류할 수 있었음.

- (결혼 과정의 한 단계로서의 동거: 전체 응답자 중 49.4%) 혼인 의사가 있지만 경제적인 이유로, 혼인 전에 상대에 대한 확신을 갖기 위해, 임신해서, 혼인 의사가 있음에도 집안의 반대 등으로 동거 선택.
- (결혼의 대안으로서의 동거 및 혼인과 관계없는 동거: 전체 응답자 중 50.6%) 결혼제도나 규범에 얽매이지 않고 자유롭게 살려고, 이성 교제 중 방값·생활비 절약을 위해, 상대와 의지하며 함께 지내고 싶어서 등의 이유로 동거 선택.

다. 동거 관련 경험

■ 동거 사실 공개

- 동거 사실 공개 비율을 보면 아무에게도 공개하지 않은 비율이 전체 응답자의 26.9%, 가족, 친구, 동료 등 일부에게 공개한 비율은 66.8%, 모두에게 공개한 경우는 6.3%에 그침.

〈표 2〉 동거 사실 공개 대상

(단위: %, 명)

전혀 공개하지 않음	일부에게 공개	모두에게 공개	계	(명)
26.9	66.8	6.3	100.0	(253)

- 모두에게 동거 사실을 공개하지 않은 구체적인 이유 중 '다른 사람들이 안 좋게 생각하거나 편견을 가지고 볼까 봐'가 가장 높은 비율을 차지함.

〈표 3〉 모두에게 동거 사실을 공개하지 않은 이유

(단위: %, 명)

구분	비율	(명)
전체	100.0	(237)
내 스스로 몇몇하지 못해서	13.9	(33)
부모, 가족 및 주변의 우려나 잔소리가 듣기 싫어서	35.4	(84)
다른 사람들이 안 좋게 생각하거나 편견을 가지고 볼까 봐	48.5	(115)
기타	2.1	(5)

자료: 반올림 수치이므로 비율의 합이 100이 아닐 수 있음. 기타 의견은 '굳이 공개할 이유 없음', '서로에 대한 배려', '특별한 이유 없음', '관심을 가지는 사람이 없음'임.

2) Hiekel, N., Liefbroer, A. C., & Poortman, A-R.(2014). Understanding diversity in the meaning of cohabitation across Europe. European Journal of population. 30, 391-410.
Rindfuss, R. R., & VandenHeuvel, A.(1990). Cohabitation: A precursor to marriage or an alternative to being single? Population and Development Review, 16(4), 703-726.

■ 인식적·제도적 차별 경험

- 타인에게 차별을 받은 경험이 있다고 응답한 비율은 전체 응답자의 51%로 경험이 없다고 답한 비율보다 약간 높은 반면, 정부 혜택 및 서비스 등에서의 차별을 경험했다고 응답한 비율은 45.1%로 경험이 없다고 답한 비율보다 약간 낮은 것으로 나타남.

〈표 4〉 차별 경험

(단위: %, 명)

구분	있다	없다	계	(명)
타인으로부터의 인식적 차별 경험 여부	51.0	49.0	100.0	(253)
정부 혜택 및 서비스 등에서의 차별 경험 여부	45.1	54.9	100.0	(253)

- 인식적 차별 경험이 있다고 응답한(51%, 129명) 경우 차별 내용을 추가적으로 알아본 결과, 성적으로 개방적이라고 생각하거나 도덕적이지 않은 사람으로 보는 것을 느꼈던 경험 또는 불륜으로 간주하거나 책임감 없는 사람으로 보는 등 타인의 부정적인 시선에 대한 경험과 동거에 대한 사회 전반적인 편견 등이 언급됨.

■ 우리 사회의 동거에 대한 호의 정도

- ‘우리 사회가 동거에 대해 어느 정도 호의적이라고 생각하는가’라는 질문에 전체 응답자 중 88.6%는 ‘호의적이지 않다(전혀 호의적이지 않음 37.2%, 약간 호의적이지 않음 51.4%)’, 11.5%는 ‘호의적이다(약간 호의적임 9.9%, 매우 호의적임 1.6%)’라고 답함.

〈표 5〉 동거 가족에 대한 우리 사회의 호의 정도

(단위: %, 명)

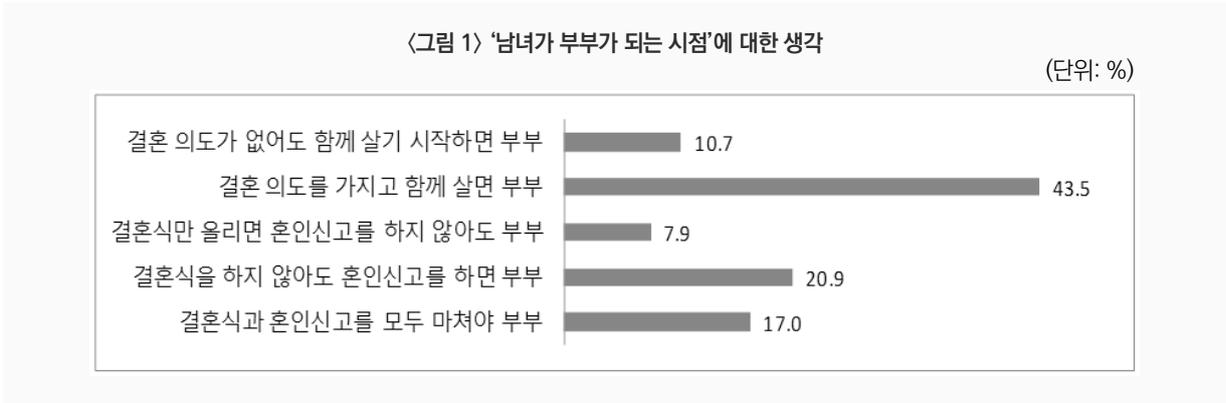
전혀 호의적이지 않음	약간 호의적이지 않음	약간 호의적임	매우 호의적임	계	(명)
37.2	51.4	9.9	1.6	100.0	(253)

주: 반올림 수치이므로 비율의 합이 100이 아닐 수 있음.

3. 혼인 및 가족 가치관

■ ‘부부의 기준’에 대한 생각

- ‘결혼 의도를 가지고 함께 살기 시작하면 부부’로 본다는 견해가 가장 높은 비율(43.5%)을 보임.
- 혼인신고를 기준으로 보면 전체 응답자의 62.1%가 혼인신고를 하지 않아도 부부로 생각한다는 것을 알 수 있었음.



■ 혼인신고의 필요성

- 조사 참여자 중 혼인신고 경험이 없는 응답자(207명)에게 동거하면서 혼인신고에 대한 필요성을 느낀 적이 있는지 알아본 결과, 44.4%는 혼인신고의 필요성을 느낀 적이 있다고 응답했고, 나머지는 필요성을 느끼지 않았다고 응답함.

〈표 6〉 혼인신고 필요성

(단위: %, 명)

혼인신고 불필요	혼인신고 필요	계	(명)
55.6	44.4	100.0	(207)

■ 혼인신고 계획

- 동거 경험자를 제외하고 현재 동거 중인 응답자(117명)만을 대상으로 향후 혼인신고 계획에 대해 알아본 결과, 응답자의 77.4%가 '혼인신고 계획이 있다'고 응답함.

〈표 7〉 혼인신고 계획

(단위: %, 명)

없다	있다	계	(명)
25.6	74.4	100.0	(117)

- '혼인신고 할 계획이 있다'고 답한 74.4%의 응답자(87명)를 대상으로 그 시기에 대해 추가적으로 알아본 결과, '경제적인 조건이 어느 정도 갖추어졌을 때', '자녀를 임신·출산했을 때', '상대에 대한 확신이 생겼을 때' 등의 순으로 나타남.

〈표 8〉 혼인신고 계획 시기

(단위: %, 명)

구분	비율	(명)
전체	100.0	(87)
경제적인 조건이 어느 정도 갖추어졌을 때	49.4	(43)
자녀를 임신·출산했을 때	29.9	(26)
상대에 대한 확신이 생겼을 때	17.2	(15)
결혼식 후에	3.5	(3)

■ 우리나라 ‘가족문화’에 대한 생각

- 결혼을 함에 따라 경험할 기회가 더욱 많아지는 명절, 제사, 가족 모임 등과 같은 우리나라의 가족문화에 대해 어떻게 생각하는지 알아본 결과, ‘불편하지만 유지해야 하는 문화’로 생각한다는 응답이 43.9%로 가장 많음.
- ‘불편하지만 유지해야 한다’와 ‘불편하기 때문에 바뀌어야 한다’를 묶어 ‘불편하다’고 응답한 비율로 분류해 보면 응답자의 72.4%가 가족문화에 대해 불편함을 느끼고 있는 것으로 나타남.

〈표 9〉 우리나라 ‘가족문화’에 대한 생각

(단위: %, 명)

당연히 있어야 할 문화이다	불편하지만 유지해야 한다	불편하기 때문에 바뀌어야 한다	계	(명)
27.7	43.9	28.5	100.0	(253)

주: 반올림 수치이므로 비율의 합이 100이 아닐 수 있음.

4. 동거 관련 제도의 필요성

■ 동거 관계 계약서나 각서 등의 필요성

- 동거 관계에서 상대 동거인과 계약서나 각서 등을 작성할 필요가 있다고 생각하는지를 알아본 결과, 전체 응답자 중 41.5%는 ‘필요하지 않다(전혀 불필요 13.0%, 약간 불필요 28.5%)’, 58.5%는 ‘필요하다(약간 필요 46.6%, 매우 필요 11.9%)’고 생각하는 것으로 나타남.

〈표 10〉 상대 동거인과 계약서나 각서 등을 작성해야 할 필요성

(단위: %, 명)

불필요		필요		계	(명)
전혀 불필요	약간 불필요	약간 필요	매우 필요		
13.0	28.5	46.6	11.9	100.0	(253)

■ 동거 관계 계약서나 각서 작성 경험

- 실제로 계약서나 각서를 작성한 경험이 있는지 알아본 결과, 응답자 253명 중 30.4%가 ‘있다’고 답한 반면 69.6%는 ‘없다’고 답함.

〈표 11〉 상대 동거인과 계약서나 각서 등을 작성한 경험 여부

(단위: %, 명)

있다	없다	계	(명)
30.4	69.6	100.0	(253)

■ 동거 관련 제도 도입에 대한 태도

- 동거 관계를 법적으로 등록하고 인정받는 등의 제도를 우리나라에 마련하는 것에 대한 생각을 알아본 결과, 전체 응답자 중 28%는 '반대(매우 반대 5.5%, 약간 반대 22.5%)'의 입장을 나타냈고, 72.0%는 '찬성(약간 찬성 52.2%, 매우 찬성 19.8%)'의 입장을 보임.

〈표 12〉 동거 관련 제도 도입에 대한 태도

(단위: %, 명)

반대		찬성		계	(명)
매우 반대	약간 반대	약간 찬성	매우 찬성		
5.5	22.5	52.2	19.8	100.0	(253)

5. 나가며

- 동거 선택의 동기는 경제적 이유, 상대에 대한 확신을 갖기 위해, 혼인제도로부터 자유롭게 살기 위해, 의지하며 지내기 위해 등으로 다양하게 나타나는 것을 볼 수 있었음.
 - 국외의 선행 연구에서와 마찬가지로 조사에 참여한 응답자의 동거 이유를 결혼 의도에 따라 ① 결혼 과정의 한 단계로서의 동거와 ② 결혼의 대안으로서의 동거 및 혼인과 관계없는 동거로 나눌 수 있었음.
- 우리 사회에서 타인의 시선과 편견 때문에 동거 사실에 대한 공개가 자유롭지 않은 것을 알 수 있었고, 조사 응답자 다수가 타인으로부터 인식적 차별을 경험한 것으로 나타나 여전히 우리 사회에 동거에 대한 부정적 인식과 그로 인한 불편함이 남아 있는 것으로 보임.
 - 동거 가족뿐 아니라 다양한 상황에 있는 가족들에 대한 사회적 편견과 부정적인 인식을 개선하기 위해 다양한 가족에 대한 이해 교육 및 캠페인 등을 확대할 필요가 있음.
- 동거 시 계약이나 각서가 필요하다는 생각은 많이 하지만 실제로 행동에 옮기지 못하는 것으로 나타남. 이어 동거 관계를 등록하는 기초적인 제도적 장치의 필요성에 대해 긍정적인 견해를 나타내 동거 관계 보호에 대한 요구를 엿볼 수 있음.
 - 앞으로 동거와 관련된 보호 장치 마련에 대해 장기적으로 접근할 필요가 있음. 이를 위해서는 기본이 되는 비혼 동거 인구에 대한 통계자료 구축 및 세부적인 연구가 우선시되어야 할 것임.

Korea Institute for Health and Social Affairs

4차 산업혁명 및 지능정보사회의 사회적 위험과 복지 패러다임 전환 필요성

최현수 정보통계연구실 사회보장통계센터장

오미애 정보통계연구실 빅데이터연구팀장

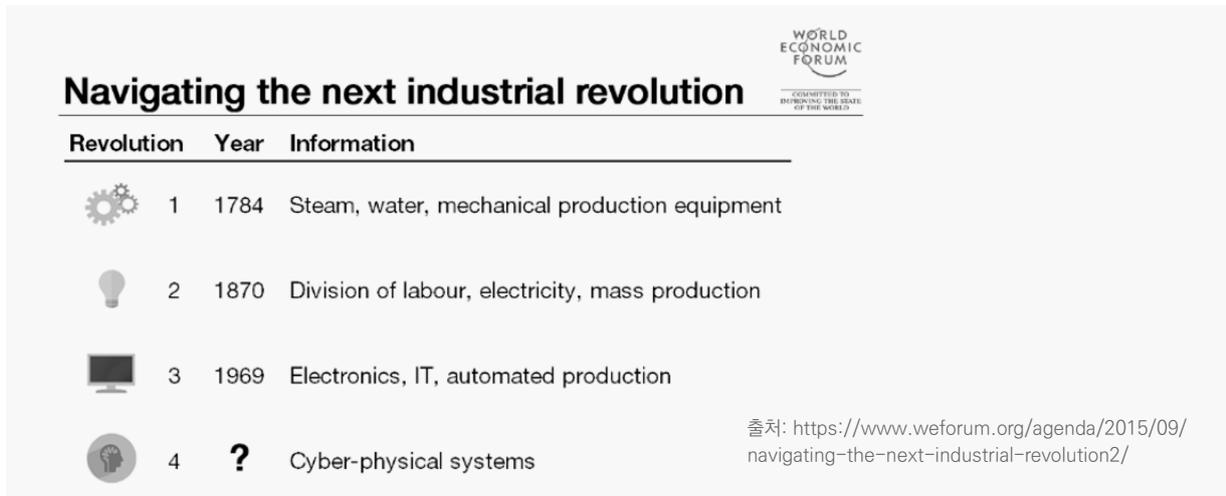
- 지능정보사회는 빅데이터와 인공지능이 삶의 다양한 분야에 보편적으로 활용됨으로써 새로운 가치가 창출되고 발전하는 사회를 의미함.
- 4차 산업혁명에 따른 변화가 초래할 것으로 예상되는 지능정보사회의 '상상이 현실이 되는 사회적 위험(imaginary social risk)'에 대응하기 위하여, 인간 중심의 지능정보사회를 목표로 사회적 신뢰를 기반으로 한 혁신적 사회안전망을 구축하는 등 복지 패러다임의 전환이 필요함.

1. 4차 산업혁명과 지능정보사회

■ 4차 산업혁명이란

- 4차 산업혁명(Fourth industrial revolution)이란 정보통신기술(CT)의 융합으로 이루어 낸 혁명의 시대¹⁾를 의미하며, 2016년 스위스 다보스에서 개최된 세계경제포럼(World Economic Forum)에서 제시된 이후 크게 주목받고 있음.
- 1784년 영국에서 시작된 증기기관과 기계화에 의한 1차 산업혁명, 1870년 전기의 이용과 노동력의 분화를 통한 대량생산이 본격적으로 시작된 2차 산업혁명, 1969년 정보기술(IT)과 인터넷이 이끈 정보화 및 자동 생산 시스템이 주도한 3차 산업혁명에 이어 최근 모든 영역에서 가장 이슈가 되고 있는 4차 산업혁명은 인공지능과 빅데이터를 중심으로 주목받고 있는 혁신적인 변화임.

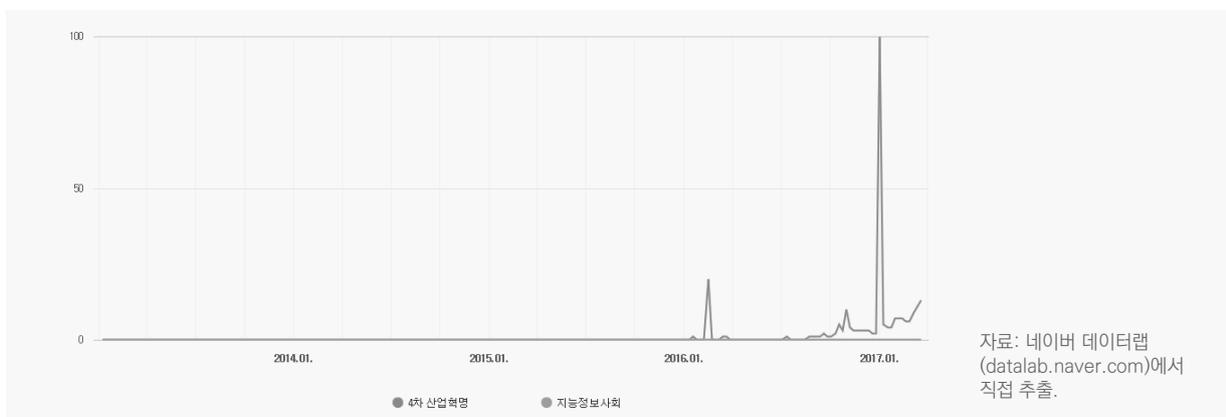
1) Schwab, Klaus. "The Fourth Industrial Revolution: what it means, how to respond". World Economic Forum.



- 4차 산업혁명의 핵심은 인공지능(AI), 로봇공학, 사물인터넷(IoT), 무인 운송 수단(자율주행차량, 무인항공기), 3차원 인쇄(3D 프린팅), 나노기술 등 6대 분야에서 나타나고 있는 새로운 기술 혁신임.
- 4차 산업혁명은 물리적, 생물학적, 디지털 세계를 빅데이터에 입각해 통합하고 경제 및 산업 등 모든 분야에 영향을 미치는 다양한 신기술로 설명될 수 있음.

■ 지능정보사회란

- 지능정보사회(Intelligent Information Society)란 고도화된 정보통신기술 인프라(ICBM)를 통해 생성, 수집, 축적된 **데이터(Big data, 빅데이터)**와 **인공지능(AI)**이 결합한 지능정보기술이 삶의 다양한 분야에 보편적으로 활용됨으로써 새로운 가치가 창출되고 발전하는 사회²⁾를 의미함.
 - 데이터와 지식이 기존의 생산요소(노동, 자본)보다 더욱 중요해지고, 다양한 제품·서비스의 융합으로 이종(異種) 산업 간 경계가 붕괴되며, 지능화된 기계를 통한 자동화가 지적 노동 영역으로까지 확장되는 등 경제, 사회 전반에 혁신적인 변화가 발생함.
- 4차 산업혁명과 관련된 우리 사회의 관심은 2016년 다보스 세계경제포럼 이후 시작되었으며, 2016년 중반 서서히 증가하기 시작해 2017년 1월 다보스 포럼과 정부의 지능정보사회 종합대책 발표 이후 본격적으로 증가하는 상황임.



2) 제4차 산업혁명에 대응한 지능정보사회 중장기 종합대책(2017. 1. 16.) 보도자료.

2. 인공지능과 빅데이터

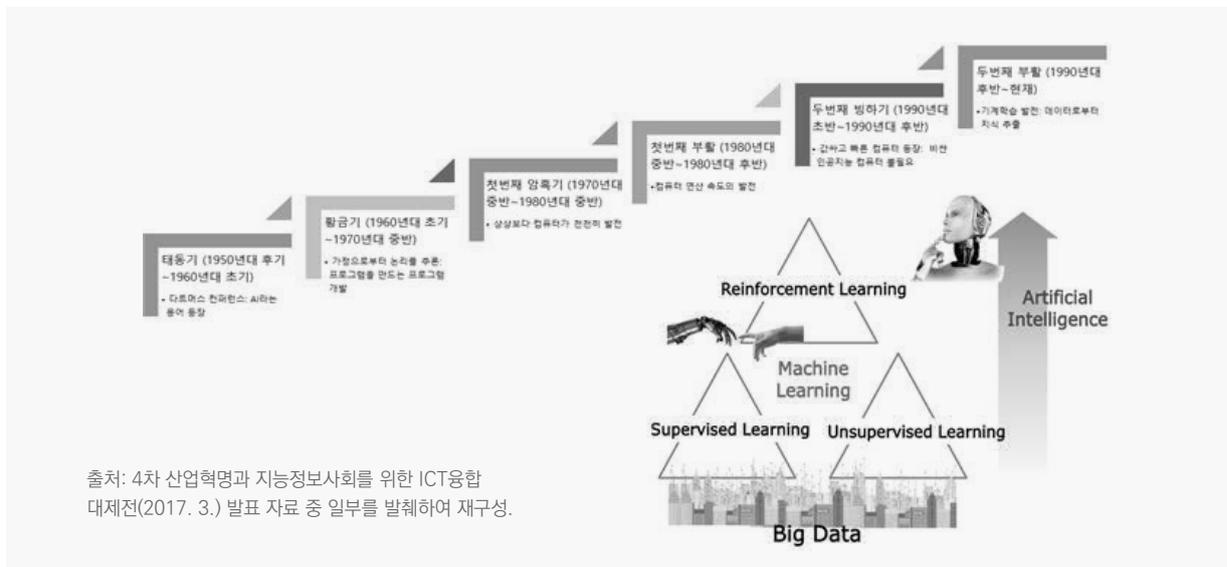
4차 산업혁명 = 지능정보사회 ⇨ 지능정보기술(인공지능 + 빅데이터) 활용
 ⇨ 인간 삶의 모든 분야에서 새로운 가치 창출

■ 지능정보사회의 핵심 기술은 **인공지능(AI)과 빅데이터(Big data)**로, 대규모로 축적된 데이터에 대한 기계 학습(Machine Learning) 기반 자가 진화(self-evolving)를 통한 알고리즘 성능의 지속적인 강화가 중요한 원천 기술임.

■ 인공지능

○ 인공지능이란 인간의 지능으로 할 수 있는 인식, 판단, 추론, 문제 해결, 그 결과로서의 언어나 행동, 더 나아가 학습 기능과 같은 인간의 두뇌 작용을 컴퓨터가 할 수 있도록 실현하는 기술을 의미함.

○ 인공지능의 역사



■ 빅데이터

○ 빅데이터란 기존 데이터베이스 관리 도구로 데이터를 수집, 저장, 관리, 분석할 수 있는 역량을 넘어서는 대량의 정형 또는 비정형 데이터 집합과 이러한 데이터로부터 가치를 추출하고 결과를 분석하는 기술을 의미하며, 치열한 경쟁 사회일수록 빅데이터 분석의 중요성은 커짐.³⁾

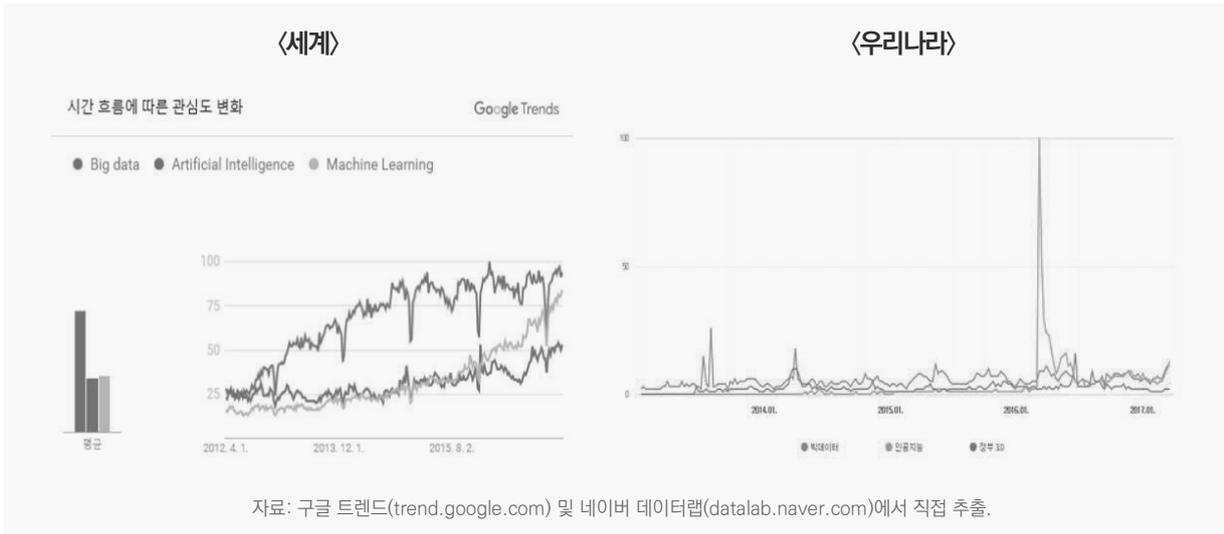
- 데이터로부터 얼마나 많은 부가가치를 창출할 수 있는가의 관점에서, 데이터를 분석해 새롭게 얻을 수 있는 지식 또는 부가가치의 양과 그 차이는 크지 않지만, 국가 또는 회사 간 기술 격차의 감소로 인해 경쟁이 치열해지는 환경 속에서 빅데이터의 활용은 중요한 차이를 만들어 낼 수 있음.

3) 김용대, 조광현(2013). 빅데이터와 통계학. 한국데이터정보과학회지, 24(5), pp.959-974.

■ 빅데이터와 기계학습 그리고 인공지능

○ 빅데이터, 기계학습, 인공지능에 대한 관심도 변화

우리나라는 정부 3.0 추진에 의해 빅데이터에 대한 관심도가 서서히 제고되었으며, 알파고 이후 인공지능에 대한 관심이 급증한 후 서서히 증가하고 있으나 여전히 세계적인 흐름과는 차이를 보임.



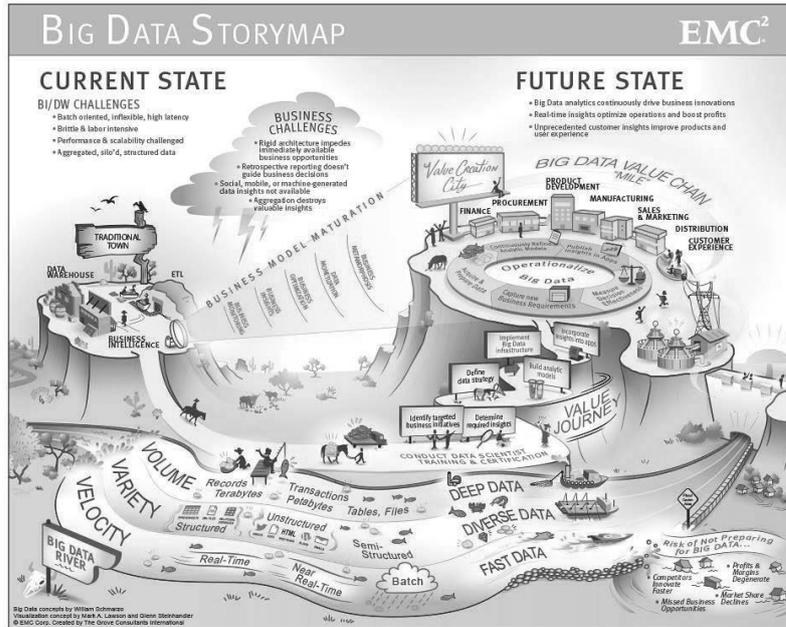
- 빅데이터와 인공지능, 기계학습에 대한 관심도 역시 국가별로 편차를 나타내는데 인도와 중국이 상대적으로 높은 수준이며, 특히 기계학습의 경우 중국이 매우 높게 나타남.



자료: 구글 트렌드(trend.google.com) 및 네이버 데이터랩(datalab.naver.com)에서 직접 추출.

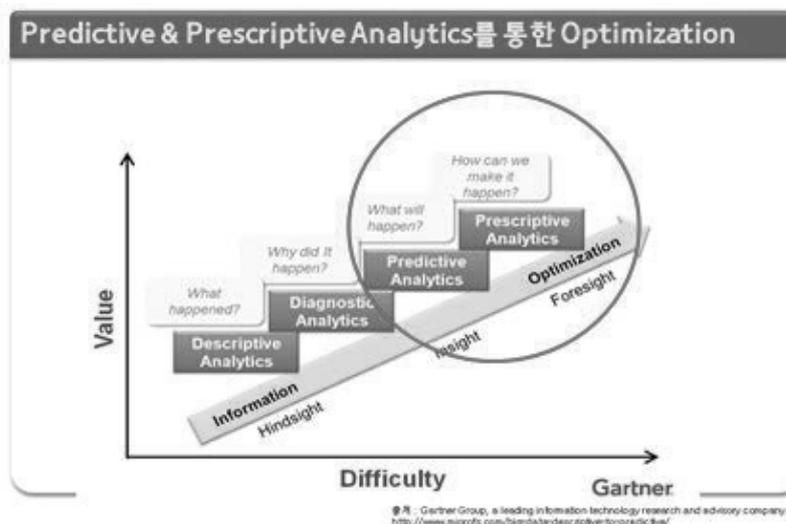
○ 빅데이터 활용을 통한 새로운 가치 창출의 중요성

- 최근 들어 빅데이터를 활용하여 새로운 가치를 창출하고 복지 수요자에게 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 연구가 공공 및 민간 영역에서 다양한 형태로 진행되고 있음.
- 다양한 유형의 빅데이터를 연계, 활용하여 새로운 가치를 창출하고 미래를 예측하는 것은 지능정보사회에서 요구되는 중요한 역할임.



출처: https://infocus.emc.com/william_schmarzo/the-big-data-storymap/

- 과거에는 데이터 분석이 단순한 정보를 제공하거나 원인을 진단하는 것이었다면 지능정보사회에서는 미래 예측을 통해 최적화(optimization)된 해법을 제시하는 것이 중요함.
- 사회보장 빅데이터 활용과 기계학습 기반 예측을 통해 시간, 공간, 인간에 대한 최적화된 문제 해결 방안을 삶의 영역 전반에서 활용할 수 있는 혁신적 연구·개발(R&D)과 정책적 활용이 필요함.



출처: Gartner Group, a leading information technology research and advisory company
<http://www.gartner.com/sgn-data-descriptive-to-predictive/>

자료: 최현수, 오미애(2016. 9. 9.), 사회보장 빅데이터 거버넌스 구축 및 활용전략. 사회보장정보포럼 발표자료.

3. 지능정보사회의 사회적 위험

■ 복지국가의 전통적 사회적 위험 vs. 새로운 사회적 위험

○ 전통적 사회적 위험(Old Social Risk) ⇔ 20세기

- 20세기의 전통적인 사회적 위험은 실업, 노령, 질병, 산업재해 등으로 인한 소득 중단과 빈곤, 예외적 지출 부담 발생에 따른 위험을 의미함.
- 이와 같은 전통적인 사회적 위험에 대한 대응으로, 남성 가장 모델을 기반으로 사회보험, 공공부조 등 복지국가의 사회보장제도가 확립됨.

○ 새로운 사회적 위험(New Social Risk) ⇔ 21세기 초반

- 저출산·고령화, 여성의 경제활동 참여 증가, 노동시장의 구조적 변화와 불안정, 1인 가구 증가로 대표되는 가족 구조 변화와 더불어 노동력 부족과 잠재성장률 감소, 양육·돌봄 부담 증가에 따른 일·가족 양립의 어려움, 장기 실업과 근로빈곤, 청년 실업, 주거비 부담 등의 다차원적 빈곤과 사회적 배제 등의 새로운 사회문제가 대두됨.
- 전통적인 사회적 위험에 대응하기 위해 설계된 사회보험 및 공공부조 등 소득보장 중심의 제도로 이러한 새로운 사회적 위험에 대응하기에는 한계가 있음.
- 이에 따라 사회보험의 사각지대 해소·지속 가능성 제고를 위한 개편, 근로 연계를 통한 공공부조 개편 등 전통적인 사회안전망 개편을 통해 대응 방안을 모색하고 있음.
- 또한 새로운 사회적 위험에 대응할 수 있는 개인과 사회의 능력을 향상시키기 위해 삶의 다양한 영역으로의 사회서비스 확대, 인적 자본 향상 및 사회 참여 기회 확대 방안을 모색함.

■ 지능정보사회의 사회적 가치 변화와 완전히 새로운 사회적 위험

⇔ 더 이상 미래의 꿈이 아닌, 상상이 현실이 되는 사회 그리고 사회적 위험

○ 지능정보기술의 활용으로 인한 4차 산업혁명과 지능정보사회의 사회적 가치 변화

- 일상성, 전문성 중심 ⇔ 융합, 유연성, 창의성, 다양성 중심
- 성장, 효율 등 지속 가능성 중심 ⇔ 인권, 형평, 분배 등 인간 중심
- 생산, 공급, 근로 중심 ⇔ 소비, 수요, 여가 및 사회 참여 중심
- 물질, 자원, 소유 중심 ⇔ 정보, 관계, 공유 중심

○ 지능정보기술의 활용으로 인한 4차 산업혁명과 지능정보사회의 변화 및 사회적 위험

- 평균 수명과 건강 수명의 연장에 따른 근로 가능 연령의 획기적인 증가
- 인공지능으로 인한 인간의 일상성·전문성 대체에 따른 노동시장 영역별 일자리 양극화
- 비정형 일자리의 증가와 양극화로 인한 소득 창출 기회 제한 및 개인별 소득과 부의 양극화
- 시간·공간적으로 유연한 근로 형태 증가와 일·가족 양립 환경 변화
- 다양한 정보와 오픈 소스를 기반으로 한 비정형 일자리와 1인 기업 증가로 인한 노사 관계의 변화
- 소유 경제에서 공유 경제로의 전환에 따른 자본주의 생산·분배·소비체계의 변화
- 인간과 로봇이 함께 생활하는 사회, 현실과 가상이 혼재된 가상현실(VR) 사회의 윤리적 문제

- 이러한 사회적 가치 변화와 함께 인공지능과 빅데이터에 기반을 둔 지능정보기술의 활용으로 인해 나타날 수 있는 다양한 사회경제적 변화는 **'상상이 현실이 되는 사회적 위험(Imaginary Social Risk)'**을 초래할 수 있으나 이와 같은 사회적 위험은 위기이면서 동시에 인간 중심의 지능정보사회 실현을 가능하게 하는 새로운 기회를 제공할 수 있음.

4. 지능정보사회의 사회적 위험에 따른 복지 패러다임 변화 전략의 필요성

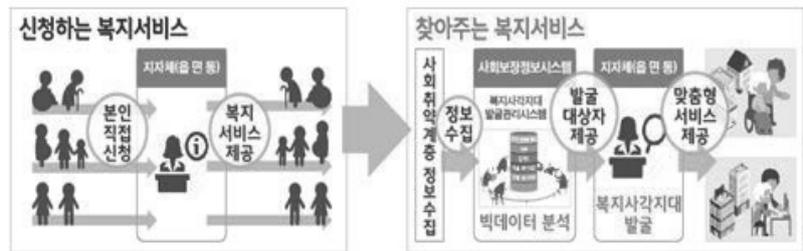
- 우리나라는 전통적인 사회적 위험(old social risk)에 대응해 사회안전망을 구축함과 함께 21세기 들어 서구 복지국가의 새로운 사회적 위험(new social risk)이 심화됨에 따라 다양한 정책적 변화를 모색하고 있는 상황.
 - 그러나 이러한 상황과 더불어 4차 산업혁명과 지능정보사회의 변화가 가져올 사회적 가치의 변화와 **'상상이 현실이 되는 사회적 위험(Imaginary Social Risk)'**에 대응하기 위해 복지 패러다임을 전환하고 사회보장체계의 혁신적 전략을 수립해야 하는 상황에 직면함.
- 지능정보사회의 사회적 위험에 대응하기 위한 복지 패러다임 전환 및 대응 전략 모색의 필요성
 - **'인간 중심의 지능정보사회'**를 목표로 **사회적 신뢰 기반의 혁신적 사회안전망 구축**이 필요함.
 - ☞ 현실과 가상이 인간 중심으로 융합되어야 하며, 국가 정책으로 국민들에게 제공해야 하는 필수적인 가치를 정의하고 이를 위한 혁신적 서비스 기반을 마련하는 것이 중요함.
 - 전통적인 사회적 위험에 대응해 왔던 기존 사회안전망의 변화를 통해 새로운 사회적 위험에 대처함과 동시에 혁신적 사회안전망 개편 전략 수립, 추진을 통해 지능정보사회의 사회적 위험을 국민의 삶의 질 향상과 행복 실현을 위한 기회로 전환해야 함.
- 인간 중심의 지능정보사회를 위한 사회적 신뢰 기반의 사회안전망 구축 방향
 - 2016년 1월 다보스 세계경제포럼의 주요 이슈가 4차 산업혁명의 개념과 흐름, 이로 인한 변화였다면 2017년 1월 포럼의 핵심적인 이슈는 2016년 다보스 포럼 이후 1년 동안 모든 영역에 커다란 반향을 일으켰던 4차 산업혁명이 초래할 다양한 위험(Global risk)에 대한 대응 전략 모색이었음.
 - 4차 산업혁명으로 인한 위험 요인을 크게 5가지 영역(Economic, Environmental, Geopolitical, Societal, Technological)으로 구분하고, 생애주기적 대응 관점(Whole-of-Life Approach)에서 새로운 사회보장체계의 추진 방향을 제시한 바 있음.⁴⁾
 - 인간 중심의 지능정보사회를 실현하기 위한 사회적 신뢰 기반의 사회안전망 구축 방향
 - 권리와 의무의 상호 존중, 행동 가치와 윤리 규범 중시 등 사회적 신뢰 기반 구축.
 - 지속 가능한 생산과 혁신적 성장을 촉진할 수 있는 유연한 사회보장체계(flexicurity) 구축.
 - 인공지능으로 인한 일자리 양극화로 심화될 소득·부의 양극화에 대한 대응 전략으로 재분배 정책 강화를 위한 보편적 사회수당 확대 또는 기본소득 도입과 다양한 사회서비스의 확장 및 융합 모색.

4) World Economic Forum, The Global Risks Report 2017, 12th Edition 참조.

- ☞ (제안) 최근 네덜란드, 핀란드, 인도 등에서 다양한 스펙트럼에 따라 여러 형태로 실험 및 시행 중인 기본소득의 우리나라 도입 가능성 검토와 한국형 기본소득 도입 및 사회서비스 연계 추진 방안에 대한 사회적 합의 도출.
- 사회보험, 공공부조 등 기존 사회안전망 관련 법·정책·운영체계의 혁신적인 재구조화.
 - ☞ (제안) Real-Time Information(RTI) System 기반 소득파악 및 정보 연계를 통한 사회보험 사각지대 해소와 공공부조 운영체계 혁신.
- 인공지능과 빅데이터를 기반으로 한 사회변화 예측 및 자가 진화에 따른 정책적 판단과 조정이 가능한 유연한 사회보장제도로의 혁신이 필요.
 - ☞ (제안) 복지정책 수급률, 예산 집행 비율 등 다양한 변화 인지에 기초한 선정 기준 자동 조정과 Real-Time Analytics(RTA)를 통한 정책 목표 달성 및 효율적인 집행 지원 시스템 구축.
- 빅데이터와 인공지능 기반 예측과 맞춤형 서비스 중심의 혁신적인 지능정보사회형 복지전달체계 구축.
 - ☞ (제안) 빅데이터 연계와 인공지능 활용을 통해 복지 대상을 판별하고 위험요인을 예측한 결과를 기반으로 다양한 영역의 보건복지서비스 추천 시스템 및 신청이 연계된 복지전달체계 구축.

〈사례1〉 빅데이터와 인공지능 기반 복지 사각지대 발굴 시스템에 의한 복지 패러다임 전환

출처: http://gov30.hiphem.net/bbs/board.php?bo_table=case&wr_id=73



☞ 2015년부터 보건복지부, 한국보건사회연구원, 사회보장정보원, 서울대학교 통계학과가 협업하여 추진 중인 빅데이터와 인공지능 기반 복지 사각지대 발굴 시스템을 통해 위험 예측 및 발굴 대상 정보를 전문가(사회복지 공무원 및 사례관리 전문가)에게 제공하고, 이를 활용하여 직접 방문·상담한 후 적합한 복지서비스를 찾아주는 패러다임으로 전환함.

〈사례2〉 빅데이터와 인공지능 기반 온라인 쇼핑몰 혁신 사례 벤치마킹

출처: <http://www.ttimes.co.kr/view.html?no=2017020116387782644>

머신러닝, 스티치 픽스에서 빛을 발하다

옷사진 하나 없이 연매출 3천억원 옷쇼핑몰 STITCH FIX

- * 주문 건수: 2011년 1월 100만 건 → 2013년 4월 2,000만 건
- * 투자 유치: 2013년 2월 4750만 달러(약 547억원), 2013년 10월 1200만 달러(약 137억원), 2014년 3월 3000만 달러(약 344억원)

2012년부터 60여명 데이터분석가를 채용했고 특히 넷플릭스의 예측 골슨 부회장을 영입하면서 추천 능력을 결정적으로 끌어올렸다.

이전에는 기본적인 필터링 알고리즘만 활용. 예를 들어 사이즈가 M(중간)이면 필터가 크거나 작은 셔츠는 제외하는 식이었다.

그러나 소비자 취향에 맞춰 콘텐츠를 추천하는 넷플릭스의 인공지능을 도입하면서 고객 맞춤형 추천을 더 정교하게 했다.

☞ 인공지능 알고리즘을 활용한 추천 시스템과 원격으로 근무하는 전문가(스타일리스트)의 융합을 통한 가치 창출 사례로, 앞으로 이러한 추천 시스템을 접목해 수요자 맞춤형 복지서비스를 제공할 수 있음.

Korea Institute for Health and Social Affairs

한국의 글로벌 금융위기 극복 과정에서 복지지출 역할에 대한 비교 연구¹⁾

임완섭 사회보장평가단 부연구위원

- 경제위기 발생 시 복지제도와 이에 수반되는 복지지출은 경기 안정화 및 소득 재분배 효과를 통해 급격한 경기 침체로 인한 충격을 흡수하는 역할을 수행함.
- 한국의 복지지출 수준과 공적이전의 소득 재분배 효과는 비교 국가들에 비해 낮은 수준이지만 복지지출 증가와 함께 그 효과성이 확대됨.
- GDP 대비 복지지출의 비중이 높다고 소득 재분배 효과가 큰 것은 아니기 때문에 복지지출 확대에 있어 소득 재분배 효과를 제고하는 정책 설계와 제도 개선이 필요
- 한국은 사회지출의 경기 안정화 효과가 점차 커지고 있으며, 세부적으로는 노령 부문과 적극적 노동시장 부문, 가족 부문의 안정화 효과가 커짐.

1. 들어가며

- 급격한 경기 변동을 동반한 경제적 충격은 사회 구성원의 생활수준과 여건을 단시간에 악화시켜 정부의 정책 개입을 강화하는 요인으로 작용함.
 - 한국도 1997년 IMF 외환위기와 2008년 글로벌 금융위기를 겪으며 경제·사회적 위기에 대처하기 위한 정부의 역할이 강화되었으며, 이는 복지제도의 확충 및 관련 지출의 확대로 나타났음.
 - 글로벌 금융위기는 유럽 대부분의 국가를 비슷한 시기에 경기 침체 상황에 빠뜨림. 이에 따라 경기 침체 상황에서 복지지출 역할에 대한 국제 비교 평가가 가능함.
- 이 연구는 경제위기로 발생한 소득분배지표 악화에 대한 대응과 급격한 경기 변동의 충격을 완화하는 자동 안정화 기능 측면에서 복지제도 및 복지지출의 역할을 국제 비교를 통해 파악하고자 함.

1) 이 원고는 '임완섭 등(2016). 경제위기 극복과정에서 복지제도의 역할에 대한 사례연구. 한국보건사회연구원'의 일부를 발췌 및 수정한 것임.

- 자동 안정화 장치로서의 기능을 확인하기 위해서는 글로벌 금융위기 전후 기간을 포괄한 국가별 시계열 자료가 필요한데, 대부분의 연구는 글로벌 금융위기 기간을 반영하지 못한 분석 결과를 제시하였음.
- 소득분배지표에 대해서도 자료의 제약²⁾으로 인해 다양한 국가 유형과 경제위기 기간을 충분히 포괄한 국제 비교 연구가 이루어지지 않았음.
- 소득 재분배 효과는 공적이전 지출을 통한 빈곤율과 지니계수의 변화로, 자동 안정화 장치로서의 기능은 국민소득 계정상의 연쇄식을 이용한 복지지출과 국내총생산(GDP)의 관계를 통해 파악하였음.

2. 글로벌 금융위기와 국가 유형별 복지지출의 변화

- 국제 비교를 위해 유럽 주요 국가들을 다음과 같이 유형화하여 분석함.³⁾
 - (영미형) 아일랜드 · 영국, (북구형) 덴마크 · 스웨덴 · 노르웨이 · 핀란드, (대륙형) 네덜란드 · 오스트리아 · 벨기에 · 프랑스 · 독일, (남유럽형) 그리스 · 이탈리아 · 포르투갈 · 스페인, (한국) 한국
- 글로벌 금융위기로 인한 경기침체로 인해 소득과 소비 수준이 하락하고 실업이 증가하여 경제적 기반이 취약한 빈곤층이 증가하게 됨.
 - 대부분의 국가에서 빈곤율이 상승함(한국 16.4 → 17.2%, 영국 30.7 → 31.3%, 네덜란드 23.9 → 24.4%, 스페인 27.8 → 33.0%, 핀란드 30.0 → 31.6% 등. 2007년과 2009년 시장소득 적용 빈곤율, OECD.stat).
 - 당시 경제성장률을 살펴보면, 2008년에는 분석 대상 국가 중 6개국(한국 제외)이 마이너스 성장률을 나타냈으며 2009년에는 분석 대상인 모든 유럽 국가가 마이너스 성장률을 나타냄.

〈표 1〉유형별 GDP 성장률(2007~2009년)

(단위: %)

	영미형		대륙형					북구형				남유럽형				한국
	영국	아일랜드	오스트리아	벨기에	프랑스	독일	네덜란드	덴마크	핀란드	노르웨이	스웨덴	그리스	이탈리아	포르투갈	스페인	
2007	2.6	5.5	3.5	3.4	2.4	3.4	3.7	0.8	5.2	2.9	3.5	3.2	1.3	2.5	3.8	5.5
2008	-0.5	-2.2	1.2	0.7	0.2	0.8	1.7	-0.7	0.7	0.4	-0.7	-0.2	-1.1	0.2	1.1	2.8
2009	-4.2	-5.7	-3.6	-2.3	-2.9	-5.6	-3.8	-5.1	-8.3	-1.6	-5.1	-4.3	-5.5	-3.0	-3.6	0.7

자료: OECD.stat

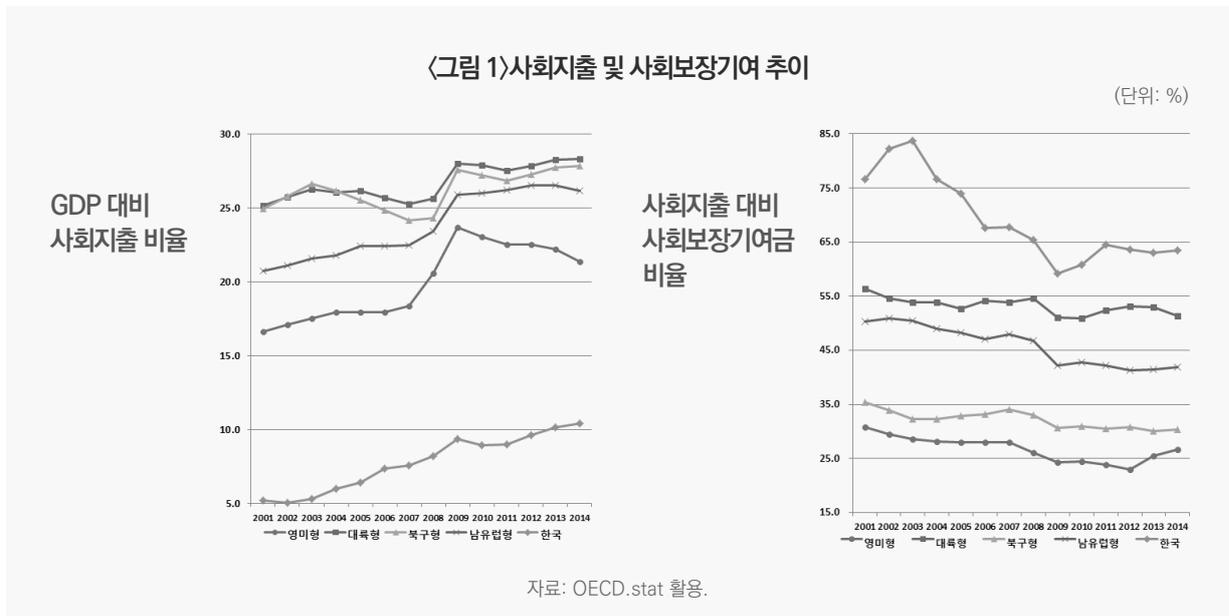
- 소득이 하락하고 빈곤층 등 취약계층이 증가하면 사회보장제도는 자동 안정화 기능을 통해 복지지출을 늘려 소득 하락을 보전하고 취약계층 증가를 막는 역할을 수행함.
- 글로벌 금융위기 전후의 국가 유형별 복지지출⁴⁾의 수준과 추이를 살펴보면,

2) 2016년 9월 기준 'OECD.stat'을 통해 입수 가능한 최신 소득분배지표의 시점은 2013년이었지만 지표 값이 수록된 국가는 분석대상 16개국 중 7개국에 불과하였음. 따라서 본 연구는 분석 대상 국가의 지표가 모두 제시된 기간이자 경제위기의 영향이 가장 컸던 2008~2010년을 중심으로 분석을 실시함.

3) '유근춘 등(2011). 2011 보건복지재정의 정책과제. 한국보건사회연구원' 등 선행연구의 유형화 작업 결과를 토대로 분류함.

4) 여기서의 복지지출은 'OECD.stat'에서 제공하는 사회지출(social expenditure) 중 공공지출(public expenditure)을 의미함.

- GDP 대비 사회지출 비율은 모든 유형에서 충격이 본격화된 2008년과 2009년에 급격히 상승.
 - 2010년 이후 영미형 국가는 긴축정책으로 인해 사회지출이 지속적으로 하락하는 추이를 보이게 되지만 대륙형과 북구형 국가 그리고 한국은 다소간 등락하다 상승하는 추이를 보임.
- Bonoli(1997)의 국가 유형별 분류 방법을 참조하여, GDP 대비 사회지출 수준에 따라 고복지 국가 유형과 저복지 국가 유형으로 구분하고, 사회보장기여금이 사회지출에서 차지하는 비중에 따라 사회보험 중심 국가와 비사회보험 중심(조세 중심) 재원 마련 국가로 구분함(유근춘 등, 2011, p.95 참조).
 - 아래 그림을 살펴보면, 대륙형과 북구형이 다른 유형에 비해 상대적으로 고복지 유형임.
 - 또한 대륙형과 남유럽형은 다른 유형에 비해 사회보장기여금 기반의 사회보험 중심 국가이고 영미형과 북구형은 복지재원이 조세를 기반으로 마련되는 국가임을 알 수 있음. 한편, 한국은 사회보험 중심 국가로 나타났지만 점차 사회보장기여금이 사회지출에서 차지하는 비중이 작아지고 있음.
- 한국은 GDP 대비 사회지출 비율과 총조세부담률⁵⁾이 가장 낮은 저부담·저복지 국가 유형임.
 - 대륙형과 북구형은 다른 유형에 비해 사회지출 수준과 총조세부담률이 더 높은 것으로 나타나 고부담·고복지 유형으로 볼 수 있음. 한편, 상대적으로 저부담·저복지인 영미형과 남유럽형 중에서 남유럽형이 영미형보다 총조세부담률이 높으면서 사회지출 수준도 높은 것으로 나타남.



5) 총조세부담률(GDP 대비 총조세수입) 수준 및 추이

(단위: %)

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
영미형	31.7	30.4	30.6	31.2	31.5	32.7	32.3	31.3	30.0	30.1	30.5	30.5	31.0	31.2
대륙형	40.1	39.6	39.3	39.2	39.4	39.4	39.3	39.7	39.2	39.2	39.7	40.4	41.1	42.3
북구형	44.5	44.1	43.8	44.1	44.8	44.3	43.8	42.9	42.8	42.8	43.0	43.3	43.7	44.1
남유럽형	34.1	34.2	34.0	33.5	34.2	34.6	35.3	34.2	33.2	34.0	34.8	35.6	36.4	36.8
한국	21.8	22.0	22.7	22.0	22.5	23.6	24.8	24.6	23.8	23.4	24.2	24.8	24.3	24.6

자료: OECD.stat

3. 빈곤 및 불평등 감소 효과

- 국가(유형)별 소득 재분배 효과를 파악하기 위해 상대적 소득빈곤율과 지니계수를 활용하였음.
 - 빈곤율 및 불평등 감소 효과는 'OECD.stat'에 수록되어 있는 시장소득과 가처분소득으로 산출된 상대적 빈곤율 (중위소득 50% 기준)과 지니계수를 활용하였음.
 - 빈곤율 감소 효과 =
$$\frac{\text{시장소득 적용 빈곤율} - \text{경상소득 적용 빈곤율}}{\text{시장소득 적용 빈곤율}}$$
 - 불평등 감소 효과 = 시장소득 적용 지니계수 - 가처분소득 적용 지니계수
 - 조세와 공적이전을 포함하지 않은 시장소득과 달리 가처분소득은 국가의 정책 개입까지 모두 고려된 최종 단계의 집계(agggregated) 소득임.
- 경제위기로 인한 경기 침체가 한국과 유럽 전반에 영향을 미친 2008~2010년의 소득 재분배 효과를 살펴 보면, 한국은 빈곤율 감소 효과가 확대된 것으로 나타났지만 비교 유형 중 가장 낮은 수준임.
 - 빈곤 감소 효과는 고부담·고복지에 속하는 대륙형이 가장 크고, 그다음이 북구형인 것으로 나타났지만 정부의 이전지출 및 조세를 모두 감안한 가처분소득 적용 빈곤율은 북구형이 가장 낮은 것으로 나타남.
 - 북구형 국가는 시장소득 적용 빈곤율도 다른 유형보다 낮기 때문에 시장소득과 가처분소득의 빈곤율 차이로 측정하는 빈곤 감소 효과가 대륙형 국가보다 다소 작은 것으로 나타남.
 - 상대적으로 저부담·저복지 유형인 영미형 국가의 시장소득 빈곤율은 남유럽형 국가보다 높지만 빈곤 감소 효과가 남유럽형 국가보다 커 가처분소득 적용 빈곤율은 더 낮은 것으로 나타남.
 - 2009년을 기준으로 GDP 대비 사회지출⁶⁾ 비중은 남유럽형 국가가 25.9%로 영미형 국가의 23.7%보다 다소 높았지만 빈곤 감소 효과는 영미형 국가가 더 크게 나타남.
 - 대륙형 및 북구형 국가의 사회지출 비중은 남유럽형보다 높지만 빈곤 감소 효과는 훨씬 더 큰 것으로 나타남.
- 한편, 한국의 불평등 감소 효과는 2008년보다 2009년에 더 크며 가처분 적용 지니계수의 크기는 2008년과 2009년보다 2010년에 더 작은 것으로 나타남.
 - 불평등 감소 효과는 저부담·저복지에 속하는 영미형이 가장 크고 남유럽형이 가장 작은 것으로 나타났음.
 - 북구형은 불평등 감소 효과가 영미형과 대륙형보다 작지만, 이는 북구형의 시장소득 적용 지니계수가 다른 유형보다 낮기 때문임. 따라서 북구형 국가는 불평등 감소 효과가 다른 유형의 국가보다 작지만 가처분소득 적용 지니계수는 가장 낮은 수준을 나타냄.
- 한국은 시장소득 적용 빈곤율과 지니계수가 유럽 국가에 비해 양호한 수준이지만 빈곤 및 불평등 감소 효과는 비교 국가들 중에서 가장 낮은 것으로 나타남.
 - 이는 아직까지 매우 낮은 수준인 복지지출에 기인한 것으로 볼 수 있지만, 국가 유형별 비교를 통해 복지지출의 비중이 높다고 무조건 정책 효과성이 높게 나타나지는 않는 것을 확인할 수 있었음.

6) '3. 빈곤 및 불평등 감소 효과'에서 제시된 사회지출은 'OECD.stat'에서 제공하는 중 공공지출(public expenditure)을 의미

〈표 2〉 글로벌 금융위기 기간(2008~2010년)의 소득분배지표와 GDP 대비 사회지출 비율

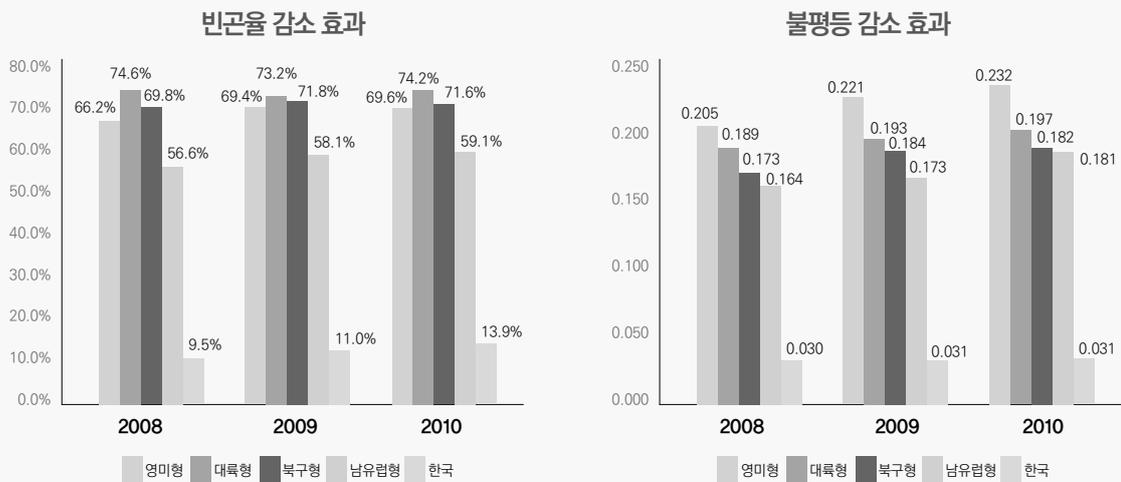
유형	구분	2008		2009		2010	
		시장소득	가처분소득	시장소득	가처분소득	시장소득	가처분소득
영미형	빈곤율(%)	31.8	10.8	32.1	9.8	32.7	9.9
	지니계수	0.523	0.319	0.550	0.329	0.551	0.320
	사회지출/GDP(%)	20.6		23.7		23.1	
대륙형	빈곤율(%)	31.4	8.0	32.1	8.6	32.5	8.4
	지니계수	0.472	0.282	0.478	0.284	0.480	0.283
	사회지출/GDP(%)	25.6		28.0		27.9	
북구형	빈곤율(%)	25.8	7.8	27.2	7.7	27.3	7.7
	지니계수	0.428	0.254	0.437	0.253	0.441	0.259
	사회지출/GDP(%)	24.3		27.6		27.2	
남유럽형	빈곤율(%)	29.6	12.9	31.4	13.2	32.6	13.3
	지니계수	0.497	0.333	0.503	0.330	0.517	0.336
	사회지출/GDP(%)	23.4		25.9		26.0	
한국	빈곤율(%)	16.8	15.2	17.2	15.3	17.3	14.9
	지니계수	0.344	0.314	0.345	0.314	0.341	0.310
	사회지출/GDP(%)	8.2		9.4		9.0	

원자료: OECD.stat 활용.

주: * 빈곤율은 가처분소득 적용(중위 50% 기준) 빈곤율이며 국가별 인구를 반영함.

** 지니계수와 GDP 대비 사회지출은 각 유형에 속한 국가별 산술평균을 적용함.

[그림 2] 글로벌 금융위기 기간(2008~2010년)의 국가 유형별 소득 재분배 효과



자료: OECD.stat 활용.

4. 경기 침체 완화 효과

- 자동 안정화 장치는 경기 침체나 경기 호황 등의 경기 변동이 발생하면 기존 제도적 장치들이 재정지출이나 조세수입을 자동적으로 변화시켜 경기 변동의 충격을 흡수하는 기능을 의미함.
 - 범세계적 규모의 경제적 충격 발생 빈도가 높아진 가운데 한국에서는 복지제도의 확충과 관련된 지출이 빠르게 증가하고 있으므로 복지제도에서 발생하는 지출이 경기 안정 및 회복에 미치는 영향을 파악하는 것은 정책적 함의가 크다고 할 수 있음.
 - 복지 선진국의 경우 경기 침체나 과열 시 정부의 특별한 개입 없이도 잘 정비된 사회보장시스템이 관련 지출을 증가시키거나 감소시킴으로써 경기변동을 안정화시키는 역할을 수행함(김원섭 등, 2010, pp.59-60).⁷⁾
 - 한국의 경우 글로벌 금융위기 이후 기초노령연금과 근로장려세제가 시행되었고 공적연금 수급률⁸⁾이 가파르게 상승하는 등 사회지출 증가로 인한 안정화 효과의 확대가 예상됨.
 - 복지지출의 경기변동 안정화 효과는 다음과 같이 GDP와 총지출($C_i + G_i$) 사이의 연쇄식에서 도출한 식을 활용하여 추정하였음(Afonso & Furceri, 2008: 174-176).⁹⁾
 - 국민소득계정의 연쇄식: $GDP_i = \frac{GDP_i}{GNP_i} \frac{GNP_i}{NI_i} \frac{NI_i}{DNI_i} \frac{DNI_i}{(C_i + G_i)} (C_i + G_i)$
 - GNP: 총국민생산, NI: 국민순소득, DNI(가처분국민소득), C: 민간지출, G: 정부지출
 - 복지지출의 안정화 효과¹⁰⁾: $\Delta \log DNI_{i,t} - \Delta \log (DNI + f)_{i,t} = \alpha^f + \beta^f \Delta \log GDP_{i,t} + \epsilon_{i,t}^f$
 - f: 사회지출, : β^f 사회지출에 의해 완화되는 충격의 크기
 - 'OECD.stat'의 자료를 활용, 한국 관련 자료 이용이 가능한 1990년 이후(1990~2014년)의 경기 안정화 효과를 측정하였으며, 복지지출에 해당하는 사회지출로는 OECD 35개국의 공공 및 의무(Public and mandatory private) 지출을 활용하였음.
- 1990~2014년 한국의 사회지출 안정화 효과는 10.5%로, OECD 전체의 안정화 효과(14.2%)보다 적은 것으로 나타남.
 - 시기별로 살펴보면 1990~1999년은 12.4%, 2000~2010년은 17.4%, 2011~2014년¹¹⁾은 20.5%로 점차 증가하는 추이를 보이며, 2000년 이후(2000~2014년)의 안정화 효과도 1990년대의 안정화 효과보다 큰 것으로 나타남.
 - OECD의 경우(분석 대상 35개국) 1990~1999년보다 2000~2010년의 안정화 효과가 더 큰 것으로 나타났지만 2011~2014년에는 2000~2010년보다 다소 감소한 것으로 나타남.

7) 김원섭, 양재진, 이주하(2010). 최근 금융위기에 대한 서구 복지국가들의 사회정책적 대응. 정부학연구, 16(3): pp.57-89.

8) 통계청 e-나라지표에 의하면 65세 이상의 공적연금 수급률은 2014년 38.7%로, 2008년 대비 약 55% 증가함(2008년 25%).

9) Afonso & Furceri(2008). EMU enlargement, stabilization costs and insurance mechanisms, Journal of International Money and Finance 27

10) 국민소득계정의 연쇄식에서 $\frac{DNI_i}{(C_i + G_i)}$ 를 $\frac{DNI_i}{(DNI + f)_i} \cdot \frac{(DNI + f)_i}{(C + G)_i}$ 로 대체하고 연쇄식에 로그를 취한 후 차분하는 등 일련의 과정을 통해 도출된 각 요소의 안정화 기능 추정식 중 사회지출의 안정화 기능 추정식을 활용함. 이는 GDP 변화율과 사회지출을 고려한 국민가처분소득 변화율 간의 관계를 나타냄.

11) 2011~2014년 추정 계수는 통계적으로 유의미하지 못 하였는데, 이는 짧은 시계열로 인한 분석 대상 부족에 기인한 것임. 2010~2014년으로 분석 기간을 1년 증가시킨 경우 계수값이 19.7%로 나타났으며 통계적으로도 유의미 하였음.

〈표 3〉 사회지출의 시기별 경기 안정화 효과 비교

	(1) 1990~1999년	(2) 2000~2010년	(3) 2011~2014년	(2) + (3) 2000~2014년	(1)+(2)+(3) 1990~2014년
한국 (OLS)	0.124 [7.48]***	0.174 [3.62]***	0.205 [0.86]	0.145 [3.26]***	0.105 [3.58]***
OECD (state fixed effects)	0.117 [2.15]**	0.163 [11.62]***	0.123 [4.07]***	0.150 [11.20]***	0.142 [9.81]***

주: 괄호 안은 T-statistics(Robust standard errors 적용). *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1
 자료: OECD.stat 활용.

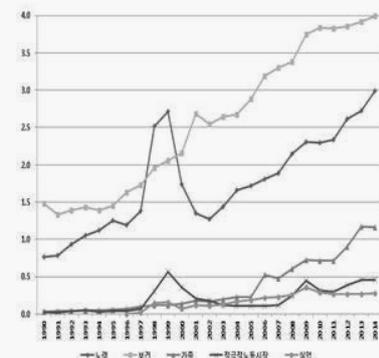
- 사회지출의 안정화 효과를 세부 영역별로 살펴보면, 1990~2014년의 경우 노령 부문 지출의 경기 안정화 효과가 5.7%로 가장 컸으며, 다음으로 보건 부문(2%)과 적극적 노동시장 부문(1.4%) 순으로 나타남.
 - 1990~2014년을 1990년대와 2000년대 이후로 구분하여 살펴보면, 노령 부문의 안정화 효과는 1990년대보다 2000년대 이후 더욱 강화되었으며, 1990년대는 물론 2000년대 이후에도 경기 안정화 효과에서 노령 부문이 차지하는 비중이 가장 큼을 확인할 수 있음.
 - 반면, 보건 부문은 경기 완화 효과가 두 번째로 큰 것으로 나타났지만 시기별로 살펴봤을 때 2000~2014년에는 그 영향이 감소하고, 통계적으로도 유의미하지 않은 것으로 나타남.
 - 가족 부문은 1990년대보다 2000년 이후에 안정화 효과가 제고되었음을 확인할 수 있음.
 - 적극적 노동시장과 실업 등 취업, 고용과 관련된 사회지출의 안정화 효과는 1990년대에 비해 2000년대 이후 전반적으로 확대되었으며, 특히 적극적 노동시장의 안정화 효과가 두드러지게 확대된 것으로 나타남.
- 한국의 영역별 사회지출의 안정화 효과와 주요 영역별 사회지출 추이

〈표 4〉 한국의 경기 안정화 효과(OLS 적용)

	1990~1999년	2000~2014년	1990~2014년
노령	0.077 [7.50]***	0.084 [2.17]**	0.057 [2.36]**
유족	0.001 [1.72]	0.000 [0.16]	0.001 [1.25]
근로 무능력	0.003 [1.40]	0.000 [-0.10]	0.002 [1.08]
보건	0.022 [4.47]***	0.017 [0.97]	0.020 [3.13]***
가족	0.002 [5.77]***	0.017 [1.85]*	0.010 [1.92]*
적극적 노동시장	0.013 [1.94]*	0.032 [4.69]***	0.014 [1.80]*
실업	0.010 [5.37]	0.011 [2.30]**	0.010 [3.14]***
기타	0.001 [0.68]	-0.005 [-0.64]	0.000 [0.02]
전체	0.124 [7.48]***	0.145 [3.26]***	0.105 [3.58]***

주: <표 4> 괄호 안은 T-statistics 임(Robust standard errors 적용), *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1
 자료: OECD.stat 활용.

〈그림 3〉 한국의 주요 사회지출 추이(GDP 대비 %)



- 한국 사회지출의 안정화 효과 확대는 사회지출 영역별로 노령 부문과 가족 부문 그리고 고용 및 취업 관련 부문의 안정화 효과성 제고에서 기인한 것을 확인할 수 있음.
 - 이렇게 경기 변동의 충격이 단기간에 발생하는 것을 복지지출이 보다 긴 기간으로 나누어 완화시키고 있음을 확인할 수 있었으나, 정부지출의 자동 안정화 기능은 경기 변동의 일부분만을 완화시키기 때문에 복지지출의 무조건적 증가가 경기 안정화를 담보하지는 못함.
 - 또한 지출 영역별로 해당 지출 규모가 크다고 안정화 효과가 담보되는 것은 아님. 그림 3에서 확인할 수 있듯이

노령 부문의 지출은 보건 부문보다 적지만 안정화 효과는 더 큰 것으로 나타남.

- 2000~2014년의 경우 보건 부문은 지출 규모가 훨씬 작은 가족 부문과 안정화 효과가 거의 비슷하며, 적극적 노동시장 부문은 안정화 효과가 보건 부문보다 더 큰 것으로 나타남.

5. 정책적 함의

- 경기 침체 장기화와 저성장 고착 가능성에 대한 우려가 점차 커지는 상황에서의 급격한 경기 변동으로 인한 경제적·사회적 피해를 최소화하기 위해서는 제도적 대비가 필요함.
 - 글로벌 금융위기 시 복지제도와 지출은 경기 안정화 및 소득 재분배 효과를 통해 경제위기로 인한 충격을 흡수하는 방식으로 국가의 지속 가능성을 높이는 역할을 수행하고 있음.
- 글로벌 금융위기의 영향이 가장 큰 것으로 판단되는 2008~2010년의 소득 재분배 효과를 살펴본 결과 이 기간 동안 한국에서 빈곤율 감소 효과와 불평등 감소 효과가 확대된 것을 확인할 수 있었으며, 글로벌 금융위기 이후에도 다소 등락은 있었지만 소득 재분배 효과의 제고를 관찰할 수 있음.¹²⁾
 - 하지만 유럽 국가들에 비해 소득 재분배 효과는 낮았는데, 이는 복지지출 수준과 복지제도의 성숙도 등에 기인한 것으로 볼 수 있음.
 - 하지만 빈곤 및 불평등 감소 효과가 복지지출의 규모와 무조건 비례하지는 않는 것으로 나타남.
 - 북구형과 대륙형에 비해 상대적으로 저부담·저복지 유형에 속하는 영미형은 마찬가지로 저부담·저복지에 속하는 남유럽형에 비해 GDP 대비 사회지출의 비중이 더 낮고 총조세부담률의 규모가 더 작음에도 소득 재분배 효과성이 더 큼.
 - 따라서 복지지출 증가에 대해서는 이러한 제도의 효과성을 제고할 수 있는 방향으로 제도가 설계되고 보완되어야 할 것임.
- 복지지출의 자동 안정화 기능은 외부적 충격으로 인한 급격한 경기 변동을 완화시킴.
 - 한국에서는 사회지출의 안정화 효과가 점차 확대되고 있으며, 세부적으로는 노령 부문과 적극적 노동시장 부문, 가족 부문의 안정화 효과가 확대됨.
 - 하지만 사회지출이 경제적 충격의 영향을 모두 흡수할 수 있는 것도 아니고 세부 영역별로 경기 안정화에 미치는 영향이 다르기 때문에 사회지출의 급격한 증가는 경기 침체 기간을 늘릴 가능성도 있음.
 - 이는 단기 경기 변동의 충격을 보다 긴 기간으로 나누어 완화시키는 안정화 기능의 특성과 관계가 깊기 때문에 경제위기 시 충격을 분산하면서도 위기 기간을 축소할 수 있는 제도적·정책적 방향 설정이 필요함.

12) 한국의 소득 재분배 효과 추이

	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
빈곤 감소 효과	13.9%	14.5%	13.1%	15.5%	17.2%	16.9%	17.0%	18.0%	19.6%	25.8%
불평등 감소 효과	0.024	0.028	0.030	0.031	0.031	0.031	0.031	0.034	0.039	0.046

자료: 통계청. 국가통계포털-소득분배지표; 원자료 통계청. 가계동향조사·농가경제조사. 각 연도.
 주: 통계청 자료의 시장소득과 본고에서의 시장소득은 정의가 다르므로 소득 재분배 효과의 수치는 다르게 나타남.

Korea Institute for Health and Social Affairs

노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 체계 구축 방안¹⁾

황도경 사회보험연구실 건강보험연구센터장

- 급속한 고령화로 65세 이상 노인의 의료비와 요양비가 빠르게 증가할 것으로 예측되며, 이에 따라 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속 가능성과 효율적인 노인 의료·요양서비스의 제공 방안에 대한 적극적인 대비가 필요한 시점임.
- 2008년 노인장기요양보험의 도입으로 외형적으로는 노인 의료와 요양서비스 제공 체계가 마련되었으나 건강보험제도와 노인장기요양보험제도로 이원화되어 운영되면서 복합적 욕구를 갖고 있는 노인에 대한 서비스 단절과 기능 중복, 비효율적 자원 활용으로 인한 사회적 비용 급증이 초래됨.
- 노인 의료와 요양서비스에 대한 통합적 제공체계를 마련하여 노인의 다양한 욕구에 대응함과 동시에 합리적 전달 체계 구축을 통해 효율적인 재정 지출 방안을 모색함.

1. 들어가며

- 통계청에 따르면 2015년 현재 우리나라 전체 인구 8명 중 약 1명이 65세 이상 노인인구이며, 2026년에는 총인구 대비 65세 이상 노인인구가 20.8%로 초고령 사회에 진입할 것으로 예상됨.
 - 반면 초저출산 현상의 지속, 베이비붐 세대의 고령인구 진입, 기대수명의 증가 등은 생산가능인구(15~64세)의 노인 부양에 대한 부담을 가중시키고 있음.
 - 2015년 기준 생산가능인구 5.6명이 65세 이상 노인 1명을 부양하고 있으나 2030년에는 생산가능인구 2.6명, 2060년에는 1.2명이 노인 1명을 부양할 것으로 전망됨.
- 인구구조의 변화는 사회 모든 영역에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되며, 특히 노인과 관련된 의료와 요양서비스 분야에서는 국가, 사회, 개인의 의료비 및 부양비 부담의 급증을 초래할 것임.

1) '황도경 등(2016), 노인 의료와 요양서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구, 한국보건사회연구원'의 내용 중 일부를 발췌, 수정·보완한 것임.

- 노인인구 증가는 의료와 요양 비용의 증가를 야기하고 생산가능인구 감소는 건강보험과 노인장기요양보험의 부과 기반 감소를 가져오게 되므로 사회보장제도의 지속 가능성에 대한 끊임없는 노력과 대비가 필요함.
- 이에 따라 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속 가능성과 노인을 위한 효율적인 의료·요양서비스의 제공 체계에 대한 적극적인 대비가 필요함.
- ‘사회보험 중기 재정추계’²⁾에서는 노인장기요양보험과 건강보험의 적립금이 각각 2020년, 2023년경에 소진될 것으로 전망하면서 지출 효율화 방안으로 요양병원과 요양시설의 합리적인 역할 분담의 필요성을 제시한 바 있음.
- 의료와 요양서비스의 분절적 제공 체계는 복합 질환과 기능 저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하지 못하며 기능의 중복, 비효율적 자원 활용으로 사회적 비용의 급증을 초래함.
- 따라서 본고에서는 노인 의료와 요양서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있는 통합적 케어 제공 체계 구축을 통해 수요자 중심의 시의적절한 서비스를 제공함과 동시에 중복·과잉 서비스 등 불필요한 비용 증가를 억제할 수 있는 통합적 서비스 제공 체계를 모색하고자 함.

2. 노인 의료와 요양서비스 이용 현황

가. 노인 의료서비스 이용 현황

- 2015년 현재 전체 건강보장 인구 중 65세 이상 노인인구는 약 12.3% 수준이나 노인 진료비는 전체 진료비의 약 37.8%에 이룸.
- 건강보험 총진료비 중 65세 이상 노인 진료비는 2008년 약 10조 7371억 원에서 2015년 22조2361억 원으로 지난 7년 새 두 배 이상 증가하였음.
- 특히, 건강보험 총입원 진료비 중 65세 이상 노인 입원비가 차지하는 비중은 46.1%로 전체 입원 진료비의 절반 수준에 이르며 매년 약 12.8%씩 빠르게 증가하고 있음.

〈표 1〉 총진료비 대비 노인 진료비 점유율 추이

(단위: 억 원, %)

구분	총진료비(A)	65세 미만 총진료비	65세 이상 총진료비(B)	노인 진료비 점유율(B/A)
2008년	348,690	241,319	107,371	30.8%
2009년	393,390	269,153	124,236	31.6%
2010년	436,283	294,933	141,350	32.4%
2011년	462,379	308,486	153,893	33.3%
2012년	478,392	313,898	164,494	34.4%
2013년	509,262	328,410	180,852	35.5%
2014년	549,639	349,952	199,687	36.3%
2015년	587,869	365,508	222,361	37.8%
연평균 증가율	7.75%	6.11%	10.96%	

주: 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2015년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
 자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(각 연도), 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

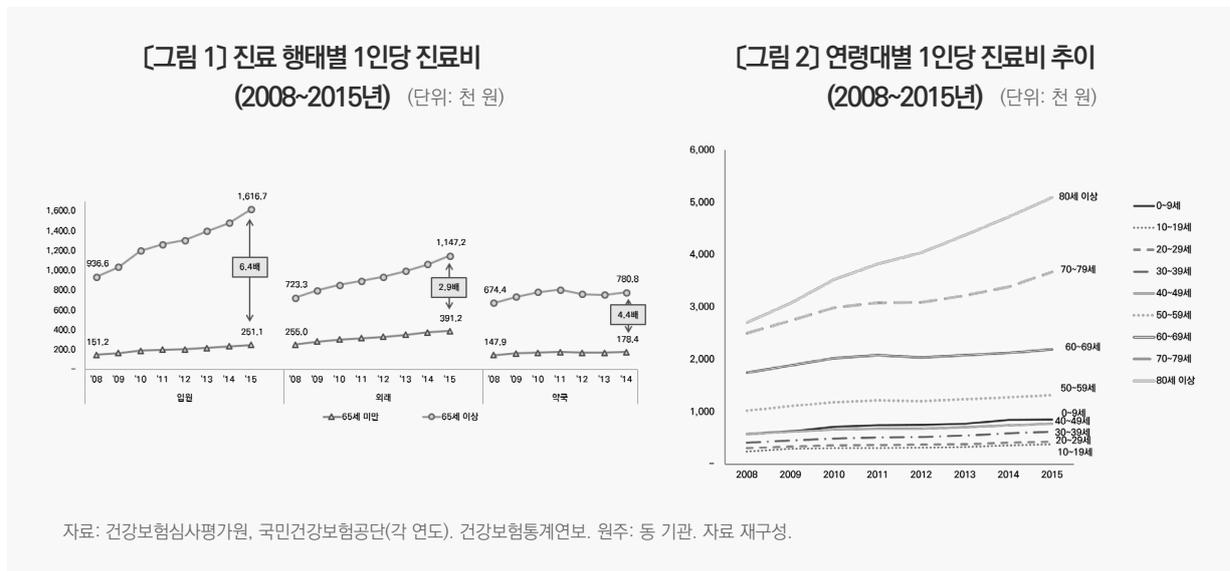
2) 기획재정부 보도자료(2017. 3. 7.). 「'16~'25 8대 사회보험 중기재정추계 결과」 및 '16년 자산운용실적 발표.

■ 65세 이상 노인 1인당 진료비는 65세 미만 대상자의 약 4.3배에 이릅니다.

- 2015년 현재 건강보험 대상자는 연평균 1인당 약 116만 원의 의료비를 지출하였으나, 연령이 높아질수록 1인당 진료비는 급격히 증가하였습니다. 특히 65세 미만 대상자의 1인당 진료비는 83만 원 수준인 데 반해 65세 이상 노인은 1인당 357만 원 정도의 진료비를 지출하였습니다.
- 65세 이상 노인 대비 65세 미만 대상자의 1인당 입원 진료비는 약 6.4배, 외래는 약 2.9배, 약국은 4.4배로 큰 차이를 보이며, 특히 최근 7년 동안 노인의 입원과 외래 진료비 증가율(곡선의 기울기)도 빠르게 상승하고 있습니다.

■ 1인당 진료비는 연령대별로 큰 격차를 보이고 있으며 연령이 높아질수록 빠르게 증가하였습니다.

- 50대 이하의 1인당 진료비는 연간 90만 원 미만 수준이었으나 60대는 약 219만 원, 70대는 367만 원, 80대는 510만 원으로 급격히 증가하였으며 특히 70대 이상의 진료비는 가파른 증가 추세를 보이고 있습니다.



■ 총진료비 증가 요인을 적용 인구수 증가, 의료 이용 강도(입·내원일당 진료비), 의료 이용량(입·내원일수)으로 구분하여 분석한 결과, 65세 이상에서는 노인인구의 증가가 총진료비 증가의 가장 큰 요인으로 작용하고 있었습니다.

- 65세 미만 대상자 진료비 증가 요인: 의료 이용 강도 65.9% > 의료 이용량 29.5% > 적용 인구 수 증가 4.5%
- 65세 이상 대상자 진료비 증가 요인: 적용 인구수 증가 43.1% > 의료 이용 강도 34.6% > 의료 이용량 22.2%

나. 노인 장기요양서비스 이용 현황

■ 2015년 현재 노인장기요양보험 누적 인정자는 46만 7752명으로, 이는 전체 노인인구의 7%에 해당하는 규모임.

- 전체 노인인구 대비 장기요양보험 등급인정자는 2011년 5.7%에서 2015년 7.0%로 지속적으로 증가하고 있음.

- 2008년부터 시행된 장기요양보험의 대상자는 노인인구보다 빠르게 증가하고 있으며 이는 장기요양에 대한 그동안의 미충족 욕구가 반영된 것이라 볼 수 있음.

〈표 2〉 노인장기요양보험 신청 및 인정자 추이(2011~2015년도) (단위: 명)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 증가율
노인인구(65세 이상)(A)	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244	4.5%
신청자(B)	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024	6.3%
인정자(C)	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752	9.6%
신청자 대비 인정률(C/B)	52.6%	53.1%	55.2%	57.6%	59.3%	-
노인인구 대비 인정률(C/A)	5.7%	5.8%	6.1%	6.6%	7.0%	-

자료: 국민건강보험공단(각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

■ 2015년 현재 노인장기요양보험의 연간 급여비는 4조 5382억 원으로 지난 5년 동안 연평균 약 11.1%씩 증가하였음.

- 2015년 1인당 월평균 급여비는 106만 원 수준이며 1인당 급여일수는 평균 212일임.
- 등급별로는 2등급 인정자의 요양일수가 201일로 가장 많았고 3등급 197일, 1등급 189일 순으로, 신체 기능 저하 정도와 장기요양서비스 이용일수가 비례하여 증가하지는 않았음.

〈표 3〉 노인장기요양보험 등급인정자 1인당 급여일수 추이(2011~2015년도) (단위: 일)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
1등급	204	200	193	193	189
2등급	203	205	200	201	201
3등급	196	198	199	177	197
4등급	-	-	-	91	179
5등급	-	-	-	47	116
평균	220	217	215	213	212

자료: 국민건강보험공단(각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.
 주: 2014년 하반기부터 노인장기요양보험 인정 등급이 1~3등급에서 1~5등급까지 확대되었음.

■ 신체적 기능 저하로 요양, 수발 중심의 서비스를 제공하고 있는 노인장기요양보험 대상자 중 질병이 없는 대상자는 약 2.4%에 불과하였음. 즉, 적어도 하나 이상의 질환을 갖고 있는 대상자는 약 97.6%로 이들은 요양서비스와 의료서비스가 함께 제공되어야 하는 대상자라 할 수 있음.

- 주요 질환으로는 치매(30.2%)가 가장 많았으며 이어 뇌졸중(18.7%), 요통·좌골통(10.4%) 순으로, 치매와 뇌졸중 유병자가 전체의 55.6%로 가장 많았음.

■ 노인의 의료와 요양서비스의 복합 욕구 실태를 파악하기 위하여 노인장기요양 등급인정자의 의료 이용 데이터를 분석한 결과, 전체 노인장기요양보험 등급인정자의 96.0%(43만 3920명)는 의료서비스를 이용하고 있었으며, 장기요양보험 등급인정자의 82.2%(37만 1715명)는 장기요양과 의료서비스를 함께 이용하는 것으로 나타났음.

〈표 4〉 노인장기요양보험 등급별 주요 질병 현황(2015년도)

(단위: 명, %)

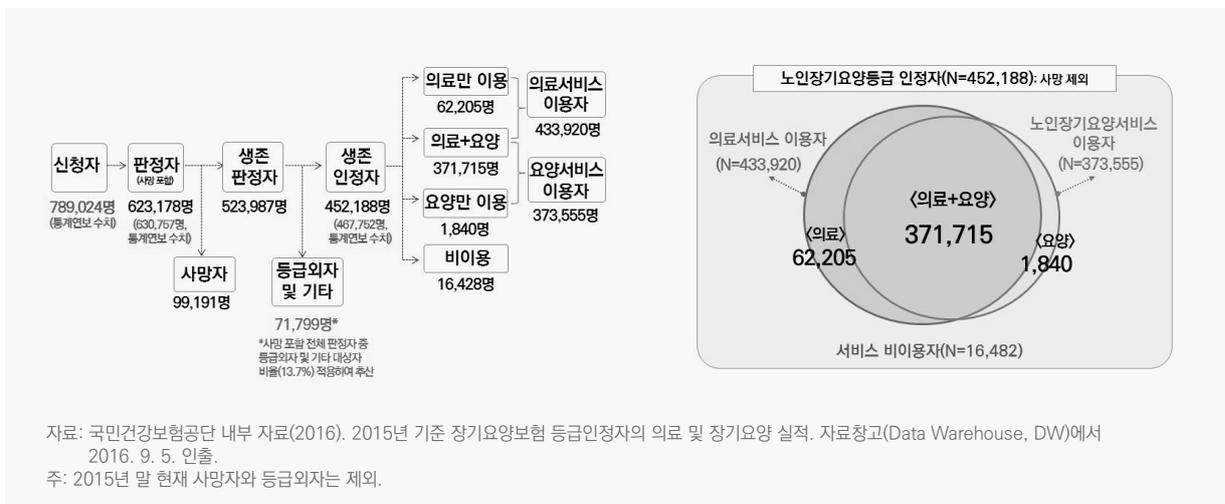
구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계	467,752 (100.0%)	37,921 (100.0%)	71,260 (100.0%)	176,336 (100.0%)	162,763 (100.0%)	19,472 (100.0%)
치매	141,385 (30.2%)	9,336 (24.6%)	18,662 (26.2%)	51,268 (29.1%)	46,391 (28.5%)	15,728 (80.8%)
중풍(뇌졸중)	87,402 (18.7%)	12,026 (31.7%)	16,792 (23.6%)	34,920 (19.8%)	23,395 (14.4%)	269 (1.4%)
치매+중풍	31,537 (6.7%)	5,562 (14.7%)	8,536 (12.0%)	11,206 (6.4%)	5,475 (3.4%)	758 (3.9%)
고혈압	4,238 (0.9%)	143 (0.4%)	395 (0.6%)	1,516 (0.9%)	2,095 (1.3%)	89 (0.5%)
당뇨병	6,438 (1.4%)	258 (0.7%)	763 (1.1%)	2,471 (1.4%)	2,845 (1.7%)	101 (0.5%)
관절염	38,114 (8.1%)	762 (2.0%)	2,954 (4.1%)	14,153 (8.0%)	19,740 (12.1%)	505 (2.6%)
요통, 좌골통	48,656 (10.4%)	757 (2.0%)	4,932 (6.9%)	18,565 (10.5%)	23,844 (14.6%)	558 (2.9%)
호흡곤란	2,520 (0.5%)	76 (0.2%)	284 (0.4%)	925 (0.5%)	1,204 (0.7%)	31 (0.2%)
난청	608 (0.1%)	8 (0.0%)	32 (0.0%)	222 (0.1%)	322 (0.2%)	24 (0.1%)
백내장 등 시각장애	5,359 (1.1%)	76 (0.2%)	283 (0.4%)	2,000 (1.1%)	2,956 (1.8%)	44 (0.2%)
골절, 탈골 등 사고 후유증	37,526 (8.0%)	2,294 (6.0%)	7,603 (10.7%)	15,937 (9.0%)	11,434 (7.0%)	258 (1.3%)
암	7,130 (1.5%)	486 (1.3%)	1,279 (1.8%)	2,626 (1.5%)	2,678 (1.6%)	61 (0.3%)
기타	45,718 (9.8%)	5,266 (13.9%)	7,155 (10.0%)	16,382 (9.3%)	16,357 (10.0%)	558 (2.9%)
질병 없음	11,121 (2.4%)	871 (2.3%)	1,590 (2.2%)	4,145 (2.4%)	4,027 (2.5%)	488 (2.5%)

주: 1) 2015년 연도 말 현재 인정 자격 유지자 기준(사망건 제외).
 2) 기타는 만성질환 및 정신질환, 기타 감염성 질환 등 포함.
 3) 주요 질병은 인정조사 결과를 바탕으로 한 것으로서 의사 소견과 다를 수 있음.
 자료: 국민건강보험공단(2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. <표 II-7> 자료 재구성.

○ 장기요양 등급인정자 중 의료서비스만을 이용한 사람은 약 13.8%(6만 2205명), 장기요양서비스만을 이용한 대상자는 0.4%(1840명), 의료와 요양서비스 모두 이용하지 않은 대상자는 전체 등급인정자의 3.6%인 1만 6428 명이었음.

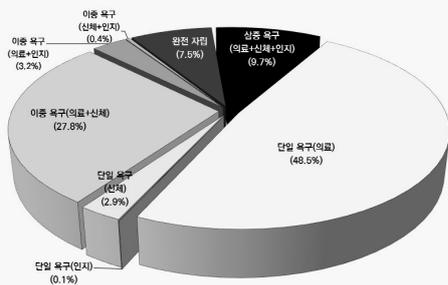
〈그림 3〉 노인장기요양보험 등급인정자의 의료와 요양서비스 이용 현황(2015년도)

(단위: 명)

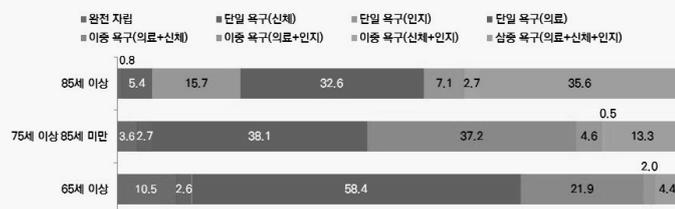


- 의료와 요양서비스를 모두 이용한 대상자는 37만 1715명이었으며 이들의 총의료비는 2조 2535억 원이 었음.
 - 이 가운데 41.1%(15만 2925명)는 의료기관에 입원한 경험이 있었으며 의료기관 유형별로는 종합병원 입원 자 수가 가장 많았음.
 - 장기요양 등급인정자 중 입원자 수³⁾ : 종합병원 7만 1798명 > 요양병원 5만 2649명 > 병원 4만 3162명 > 상 급종합병원 3만 25명 > 의원 9288명
 - 1인당 입원일수는 의료기관 유형별로 차이를 보였으며 특히 요양병원 1인당 입원일수는 140일로 매우 높게 나타났음.
 - 요양기관 종별 1인당 입원일수: 요양병원 140일 > 병원 36일 > 한방 31일 > 종합병원 24일 > 상급종합병원 18일
 - 요양병원에서의 입원이 장기화됨에 따라 1인당 입원진료비 또한 요양병원이 연간 약 1157만 원으로 가장 높았 음.
 - 요양기관 종별 1인당 입원진료비: 요양병원 1157만 원 > 상급종합병원 598만 원 > 종합병원 482만 원 > 병 원 396만 원 > 한방 233만 원
 - 노인장기요양보험 등급인정자의 요양병원 장기입원은 요양시설과 요양병원의 기능 미분화로 인한 것으로 판단 되며, 앞으로 이들 기관 간의 명확한 기능 정립이 필요함.
- 전체 노인의 다양한 욕구를 파악하기 위하여 노인실태조사⁴⁾ 자료를 활용하여 분석한 결과, 전체 노인의 41.1%는 두 가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있는 것으로 나타났으며 이러한 복합 욕구는 연령이 높아질수 록 증가하는 경향을 보였음.
 - 노인의 욕구를 ‘의료 욕구’, ‘신체적 돌봄에 대한 욕구’, ‘인지적 돌봄에 대한 욕구’로 구분하여 분석한 결과, 두

[그림 4] 노인의 욕구 유형별 분포 (단위: %)



[그림 5] 연령별 노인의 욕구 유형별 분포 (단위: %)



자료: 노인실태조사 원자료를 활용하여 재구성.

3) 요양기관 종별 중복 입원자 포함.
 4) 노인복지법에 의한 3년 주기의 법정 조사로 65세 이상 1만 451명을 대상으로 면접 조사한 결과임.

가지의 복합 욕구를 가진 집단은 31.4%였으며 세 가지 욕구를 모두 가진 복합 욕구 집단은 9.7%인 반면 완전 자립 상태의 노인은 전체 노인의 7.5% 수준에 불과한 것으로 나타났음.

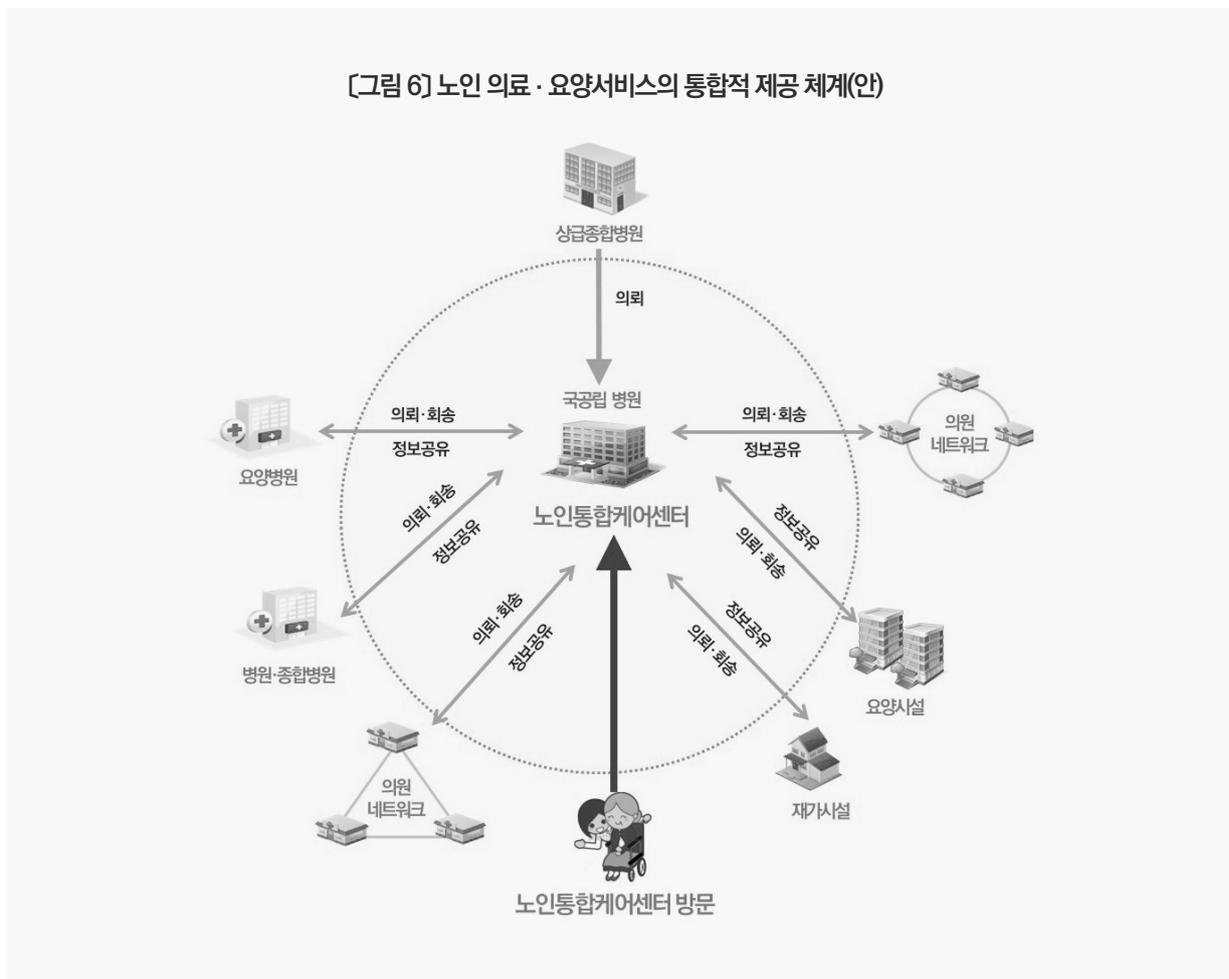
- 특히, 이러한 복합 욕구는 연령이 높아질수록 증가하였는데 75세 이상 84세 미만 노인의 55.6%, 85세 이상 노인의 78.0%는 두 가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있는 것으로 나타났음.

3. 노인 의료와 영양서비스의 통합적 제공 체계 모색

- 시의적절한 노인 의료와 영양서비스를 제공하기 위해서는 각 개별 서비스가 통합적으로 연계되어 제공될 수 있는 체계가 마련되어야 함.

- 특히, 노인이 급성기에서 장기요양으로 이어지는 일방향적 진행이 아닌 각 개별 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 서비스의 통합적 제공은 서비스의 연속성에서 중요한 가치가 있으며 시의적절한 서비스를 통합적으로 제공함과 동시에 각 서비스 제공 기관 간 연계를 원활하게 할 수 있도록 설계하는 것이 핵심임.

- 노인 의료와 영양서비스의 통합적 제공 체계 모형



- 우선 진료생활권 또는 행정구역 단위로 진료권을 설정하고 해당 국·공립 의료기관에 ‘(가칭) 노인통합케어센터’를 설치하여 이를 중심으로 의료 공급자들 간의 수직적-수평적 네트워크를 구축하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
 - 노인통합케어센터는 통합적 케어를 주도할 총괄 조직으로서 20~30명 정도로 구성하며 내과, 가정의학과와 같이 노인의 의료·요양에 적합한 전문의, 간호사, 지역 보건인력, 상담인력 등 다학제 팀으로 구성함.
- 노인통합케어의 대상자는 우선적으로 의료와 요양 등 다양한 서비스가 요구되는 75세 이상 노인으로 하되 공급자와 수요자에게 참여에 따른 별도 수가 신설, 본인 부담 축소 등의 인센티브를 제공할 수 있음.
- 노인통합케어센터는 대상자에 대한 필요 서비스 사정, 지역 내 의료·요양 자원 정보 수집, 의뢰와 회송 관리 및 연계, 효과적인 자원 연결과 협력 등 전반적인 통합적 케어 제공 과정이 효과적으로 운영될 수 있도록 하는 중심 역할을 담당함..
 - 진료권 내 노인통합케어센터를 중심으로 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공 기관 간 네트워크를 구성함.
 - 장기요양보험 대상자가 의료기관에 입원하는 경우에는 노인통합케어센터의 사정 결과에 따라 장기요양보험의 간병비 지원이 연계될 수 있도록 함.
- 노인통합케어의 또 다른 중요한 역할은 전자건강기록(Electronic Health Record)의 공유임.
 - 노인통합케어센터를 중심으로 한 케어 네트워크 내 기관들이 진료 기록, 건강검진 정보, 장기요양보험 인정 자료 등을 공유함으로써 환자 중심의 치료 계획을 수립하고 중복 검사, 치료, 투약을 방지할 수 있음.
- 노인통합케어센터를 중심으로 노인 의료와 영양서비스 제공 기관 각각의 역할과 기능을 연계하여 서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있는 통합적 케어 제공 체계를 구축함으로써 수요자 중심의 시의적절한 서비스를 제공함과 동시에 중복·과잉 서비스 등 불필요한 비용 증가를 억제하기 위한 제공 체계를 마련해야 하는 시점임.

Korea Institute for Health and Social Affairs

아동빈곤의 추이와 함의¹⁾

여유진 기초보장연구실장

- 2006~15년 기간 동안 전체 인구 빈곤율은 거의 변함없이 유지되거나 약간 하락한 데 비해 아동빈곤율은 크게 감소함.
- 이러한 아동빈곤의 감소는 아동이 있는 가구의 가구소득 상승, 아동이 있는 가구에 대한 보육서비스 등 현물이전을 포함한 사회적 이전의 효과 증가, 현재 가난한 혹은 결혼이나 출산으로 인해 빈곤해질 가능성이 높다고 예견되는 청년들의 결혼과 출산 연기나 포기 등에서 그 원인을 찾을 수 있음.
- 아동기 빈곤은 장기적·다차원적 영향이 큰 만큼, 빈곤 아동과 가족의 소득 향상을 위한 노동시장정책과 사회복지정책의 적극적 개입과 노력이 요구됨.

1. 들어가며

- 지금까지 우리나라에서 아동빈곤은 다른 연령집단의 빈곤에 비해 상대적으로 덜 주목받아 왔음.
 - 이는 아동빈곤의 원인이 아동 자신이 아니라 아동의 부양자, 즉 부모에게서 주로 기인한다는 데 따른 것이기도 하고, 심각한 노인빈곤에 대한 실태와 대응책 마련에 고심하면서 상대적으로 아동빈곤은 우선순위에서 뒤쳐졌던 데서도 그 원인을 찾을 수 있음.
 - 하지만 아동기의 빈곤과 박탈 경험은 성인기 이후까지 지속적으로 그리고 다차원적으로 영향을 미친다는 점에서 아동빈곤의 실태와 원인을 파악하고 이에 대한 대책을 수립하는 것은 매우 중요한 연구주제인 동시에 정책과제라 할 수 있음.
 - 여기에서는 아동빈곤의 추이와 규모를 추정하고, 최근 아동빈곤율 감소의 원인을 분석함으로써 정책적 시사점을 얻고자 함.

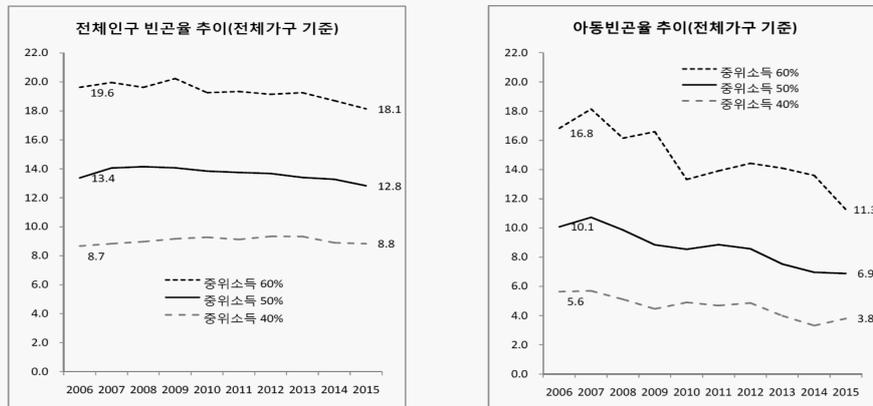
1) 본 원고는 2017년 3월 31일 본원의 주최로 개최된 '아동빈곤포럼'에서 발표한 내용의 일부를 수정한 것임.

2. 아동빈곤의 추이

- 2006~15년 기간 동안 전체 빈곤율은 거의 변함없이 유지되거나 약간 하락한 데 비해, 아동빈곤율은 큰 폭으로 하락함.
- 특히, 균등화된 중위소득 60% 기준 아동빈곤율은 2006년 16.8%에서 2015년 11.3%로 10여 년간 32.7% 감소한 것으로 나타남.

[그림 1] 전체빈곤율과 아동빈곤율 추이

(단위: %)

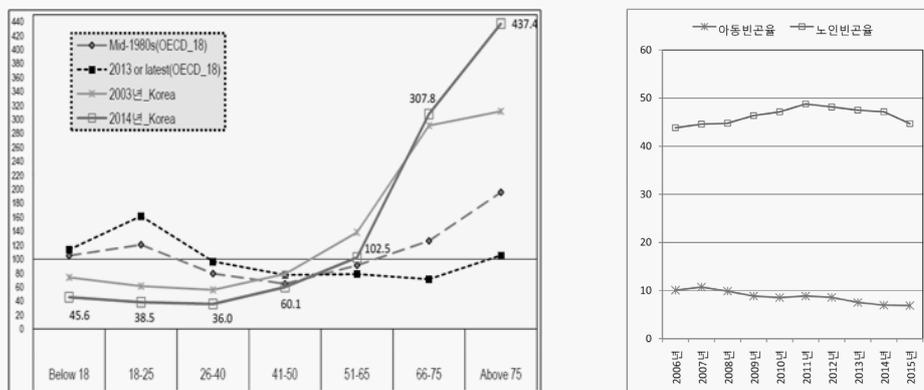


출처: 여유진 등(2016). 『아동의 빈곤예방을 위한 실태연구』, 보건복지부 · 한국보건사회연구원. p.130.

- 연령별로 볼 때, 한국의 아동빈곤율은 평균 빈곤율을 100으로 볼 때 45.6에 불과하여 노인빈곤율은 물론이고 전체빈곤율에 비해서도 크게 낮은 수준.
- 노인빈곤율은 2010년 전후까지 지속적으로 상승해 오다, 최근 기초연금 도입과 급여 증액 등의 영향으로 다소 감소하는 추세.
- 이에 비해, 아동 빈곤율은 지난 10여 년간 꾸준히 하락하고 있는 추세임.

[그림 2] 연령별 빈곤위험률과 노인·아동의 빈곤율

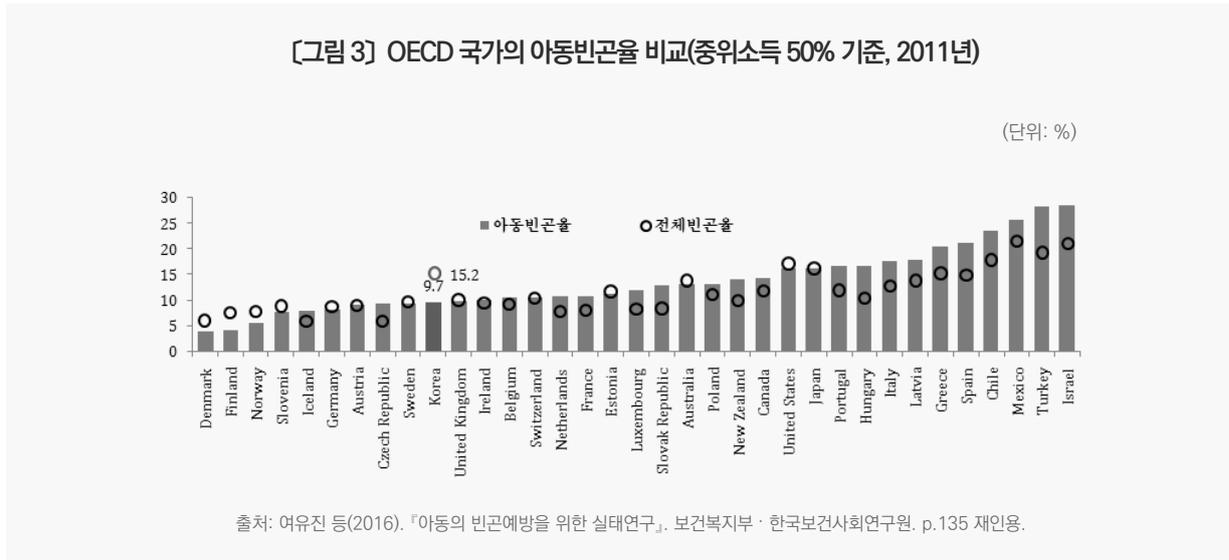
(단위: %)



출처: 여유진 등(2016). 『아동의 빈곤예방을 위한 실태연구』, 보건복지부 · 한국보건사회연구원. p.132.

■ 국제적으로 보아서도, 한국의 아동빈곤 수준은 상대적으로 낮은 수준임.

- 통계청 자료를 바탕으로 경제협력개발기구(OECD)에 제공된 자료를 보면, 2011년 아동빈곤율은 9.7%로 덴마크, 핀란드, 노르웨이, 독일, 스웨덴 등 소위 복지선진국들에 이어서 상당히 낮은 수준의 빈곤율을 보이고 있음. 대부분의 자유주의 복지국가나 남유럽 복지국가 그리고 일본에 비해서도 크게 낮은 수준임.



3. 아동빈곤 감소의 원인 진단

■ 왜 한국의 아동빈곤율은 낮은 수준이며, 최근에 더욱 낮아지고 있는 추세인지, 추정 가능한 요인은 다음과 같은 세 가지임.

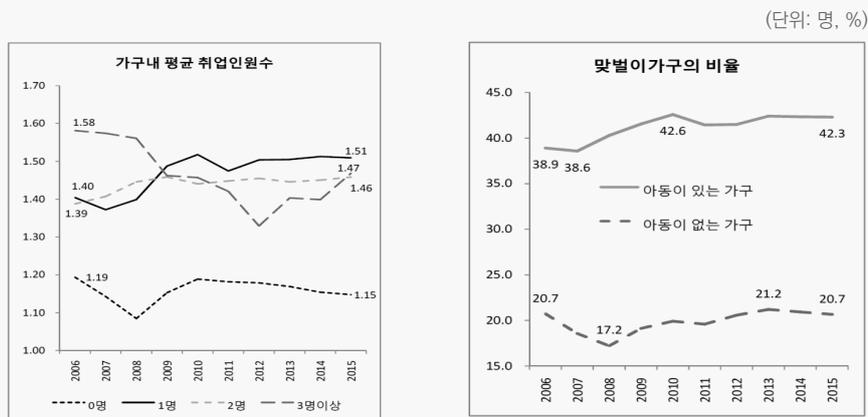
- 첫째, 직접적인 요인으로 아동이 있는 가구의 가구소득 상승을 꼽을 수 있음. 여기에는 인구고령화의 영향으로 인해 노인가구 비중이 높아짐에 따라 아동가구의 상대소득이 높아진 결과도 포함될 수 있음.
- 둘째, 아동이 있는 가구에 대한 사회적 이전의 재분배효과(빈곤감소효과)가 커진 결과 또한 빈곤감소의 요인으로 볼 수 있음.
- 셋째, 현재 가난한 혹은 결혼이나 출산으로 인해 빈곤해질 가능성이 높다고 예견되는 청년들이 결혼이나 출산을 포기하거나 미룬 결과, 즉 한국의 초저출산율과의 상관성을 조심스럽게 타진해 볼 수 있음.
- 이 세 가지는 복합적인 상호작용을 하고 있어 완전히 분리된 효과를 추정하기는 쉽지 않음. 여기서의 한 가지씩 차례로 살펴보고자 함.

■ 첫째, 아동가구 내 경제활동을 하는 성인 수의 증가와 근로소득 증가

- 앞의 그림에서 보면, 2010년을 전후로 자녀가 1명인 가구뿐 아니라 2명, 3명 이상인 가구의 아동빈곤율도 크게 하락하는 것으로 나타남. 이 시기를 전후로 아동이 있는 가구 내 경제활동을 하는 성인의 수가 전체적으로 증가.

- 아동이 1명인 가구의 경우 2006년 1.40명에서 2015년 1.51명으로, 2명인 가구의 경우 1.39명에서 1.47명으로 증가. 3명 이상인 가구의 경우 1.58명에서 다소 하락하다가 다시 상승하여 1.46명.
 - 아동이 있는 가구의 맞벌이가구 비율도 동 기간 동안 38.9%에서 42.3%로 증가.
- 가구 내 경제활동을 하는 성인의 수 혹은 맞벌이가구 비율의 증가가 2010년 전후로 두드러진 것은 세계적 금융위기에 따른 가구 소득보전의 필요성 증가와 더불어 이 시기 보육지원의 확대와도 관련이 있을 것으로 추정됨.

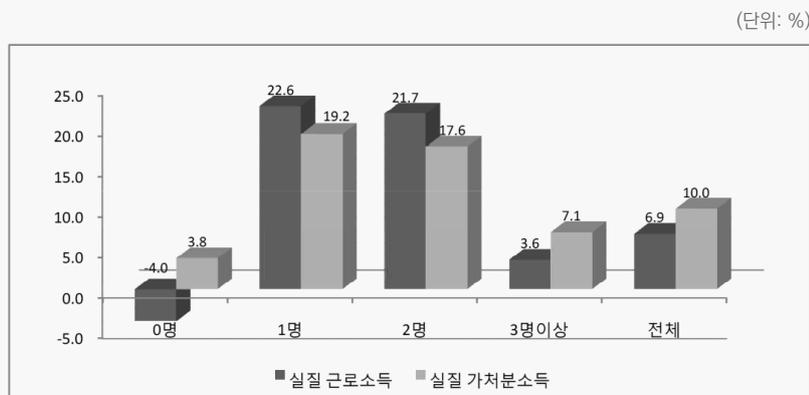
[그림 4] 가구 내 경제활동을 하는 성인의 수와 맞벌이가구 비율



출처: 여유진 등(2016). 『아동의 빈곤예방을 위한 실태연구』. 보건복지부 · 한국보건사회연구원. p.137.

- 그 결과, 이 시기 동안 아동이 1명인 가구의 실질 근로소득은 22.6%, 2명인 가구의 실질 근로소득은 21.7% 상승하였는데, 이는 아동이 없는 가구의 실질 근로소득이 4% 감소한 것과 대조를 이루는 것임.
- 아동이 있는 가구의 빈곤율이 감소한 직접적인 요인은 가구 근로소득의 증가임을 알 수 있음.

[그림 5] 아동 수별 실질소득 변화('06~'15)

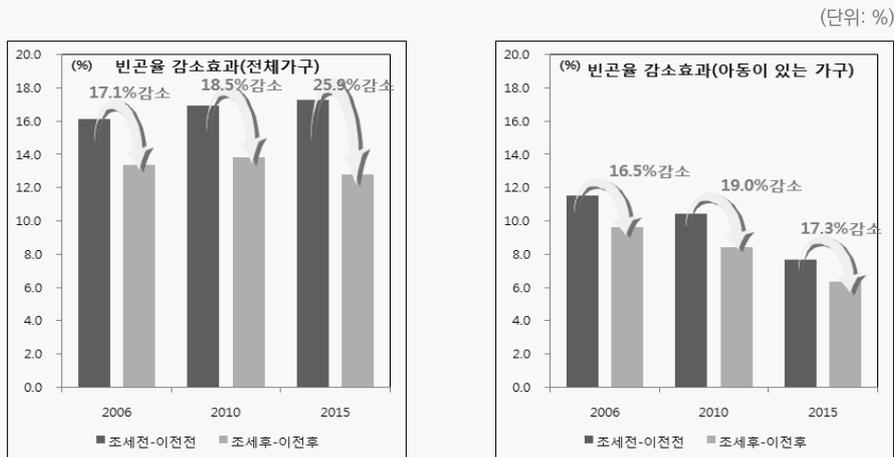


출처: 여유진 등(2016). 『아동의 빈곤예방을 위한 실태연구』. 보건복지부 · 한국보건사회연구원. p.138.

■ 둘째, 현금 사회이전의 빈곤감소효과

- 2006~15년 동안 전체 가구의 현금 사회이전의 빈곤감소 효과는 2006년 17.1% --> 2010년 18.5% --> 2015년 25.9%로 상당히 증가한 것으로 나타남
 - 동일한 시기 동안 아동가구를 대상으로 현금 사회이전의 빈곤감소효과를 살펴보면, 전체 가구에 비해서는 미미하지만 2006년에 비해서는 약간 증가한 것을 알 수 있음.
- 이와는 별개로, 가족을 대상으로 한 복지 중 가장 큰 부분은 보육지원 서비스로 이는 현금이전의 효과에서 파악되지 않는 부분임.
 - 보육서비스 확대와 같은 일-가정양립정책은 앞서 언급한 바와 같이, 가구의 경제활동을 증가시킴으로써 근로 소득을 상승시키는 데 간접적으로 기여했다고 볼 수 있음.

[그림 6] 공적이전의 빈곤율 감소 효과

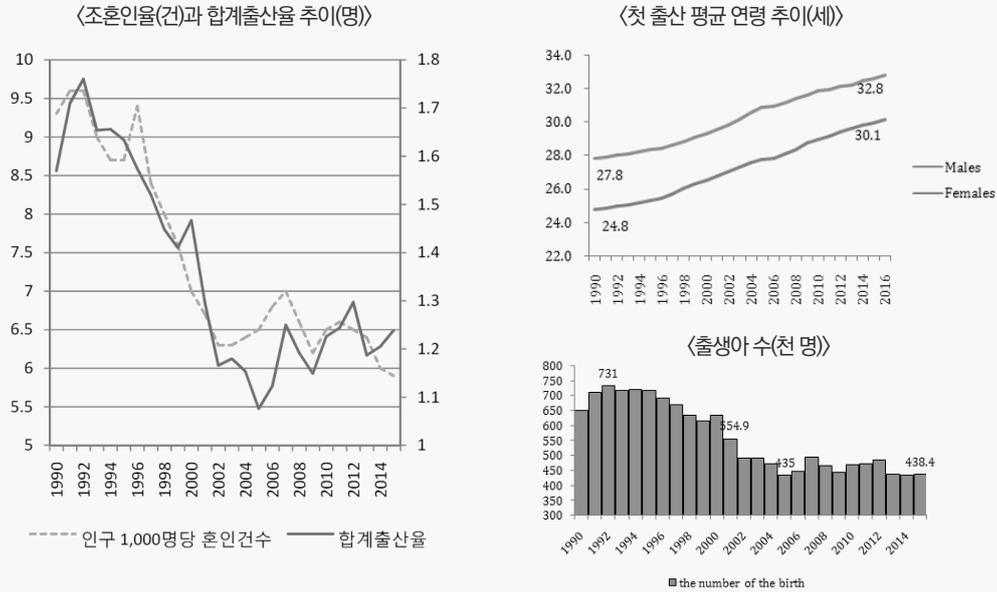


출처: 여유진 등(2016). 『아동의 빈곤예방을 위한 실태연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원. p.140.

■ 셋째, 경제위기와 결혼 및 출산의 연기

- 한국에서 1997년 외환위기는 Before crisis와 After crisis라 해도 좋을 만큼 전후(前後) 경제·사회·문화·인구에서의 상당한 균열을 야기함.
 - 그림에서 보는 바와 같이, 외환위기 직전인 1996년에 1천 명당 결혼 건수가 9.4명이던 것이 2003년에는 6.3명까지 하락, 합계출산율은 1992년 1.76명에서 2005년 1.08명까지 하락.
 - 1990년 이래 초혼 연령도 지속적으로 상승하여 1990년 남자 27.8세, 여자 24.8세이던 것이 2016년에는 남자 32.8세, 여자 30.1세로, 1990년 대비 각각 5.0세, 5.3세 상승하였음.
 - 이와 같이 결혼 건수가 줄고, 평균 결혼 연령이 높아지고, 합계출산율이 낮아지면서 출생아 수는 급감하여 왔음. 1992년에 73.1만 명이던 출생아 수는 외환위기 직후인 2000년 63.5만 명, 2001년 55.5만 명, 2002년 49.2만 명으로 급전직하로 감소

[그림 7] 출산율 관련 통계

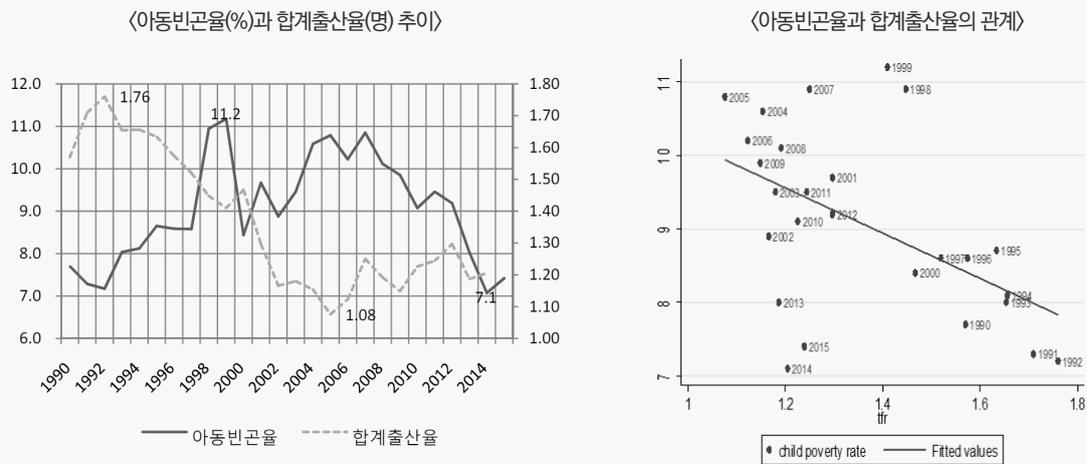


자료: 통계청(kosis.kr에서 2017. 3. 25. 인출).

○ 이러한 출산율 감소가 아동빈곤과 무슨 관계가 있을까?

- 아동빈곤율과 합계출산율 간에는 상당히 높은 상관관계가 있는 것으로 나타남(1990~2015년 둘 간의 $Corr. = -0.5134$).

[그림 8] 아동빈곤율과 합계출산율 간의 관계



자료: 통계청(kosis.kr에서 2017. 3. 25. 인출).

- 표에서 보는 바와 같이, 2014년 청년단독가구의 빈곤율은 11.0%로 이전에 비해 상승. 하지만 나머지 청년가구(아동이 없는 부부, 아동이 1명 혹은 2명인 가구)의 빈곤율은 크게 하락함.
- 외환위기 전후에 나고 자란 세대(현재 18~27세)는 아동기 내내 상당히 높은 수준의 빈곤을 경험. 이에 비해, 외환위기 이후에 태어난 세대(현재 8~17세)는 아동기 동안 빈곤에서 벗어나거나 낮은 빈곤율 속에서 성장. 후자의 경우 주로 저출산 시기에 태어난 아동임.

〈표 1〉 아동과 청년의 빈곤율 (단위: %)

〈청년의 가구 유형별 빈곤율〉

청년가구	2003	2005	2009	2011	2014
단독	9.4	6.9	7.9	7.7	11.0
부부	7.3	10.6	3.6	3.2	2.9
부부+1자녀	6.7	6.4	6.9	4.8	3.0
부부+2자녀	8.0	6.8	6.1	5.3	4.4
한부모+자녀	53.5	54.3	53.9	58.9	49.0

자료: 한국보건사회연구원(각 연도), 국민생활실태조사, 복지욕구조사 원자료.

〈아동의 출생연도별 빈곤율〉

현재연령('17)	출생연도	0-4세	5-9세	10-14세
23-27세	1990-1994	8.6	11.1	11.5
18-22세	1995-1999	10.9	9.7	11.3
13-17세	2000-2004	11.3	9.5	7.1
8-12세	2005-2009	7.6	6.4	-

자료: 통계청(각 연도), 가계동향조사 원자료.

- 요컨대, 외환위기라는 전무후무한 경제·사회적 충격의 여파 속에서 아동·청소년기를 보낸 현세대 청년들이-자이든 타이든-현재의 빈곤상태 혹은 결혼·출산으로 인한 빈곤위험을 최대한 회피하고자 하는 전략을 사용한 결과를 통해 현재의 초저출산과 낮은 아동빈곤율의 원인을 부분적으로 유추해 볼 수 있음.

4. 나가며

■ 최근 아동빈곤 실태와 추이가 주는 함의

- 첫째, 아동이 있는 가구의 근로소득 증가가 최근 아동빈곤 감소의 직접적인 원인이라는 점에서, 가구 내 성인의 경제활동과 근로소득을 증가시킬 수 있는 정책적 수단이 강화될 필요성이 제기됨.
 - 유럽연합(EU) 국가들이나 미국에서 아동빈곤의 근본적인 해결책으로 부모의 근로능력 제고를 꼽고 있는 것도 동일한 맥락임.
 - 보육과 돌봄 서비스와 더불어 숙련도가 낮거나 경력이 단절된 사람들의 직업훈련, 취업알선, 고용보호와 같은 적극적 노동시장정책 또는 고용서비스(enabling service)를 강화할 필요가 있음.
- 둘째, 최근 우리나라의 공적 사회지출이 크게 증가하면서 공적이전의 빈곤감소효과 또한 증가하고 있는 추세.
 - 하지만 여전히 공적 사회지출의 상대적 규모나 그것의 재분배효과는 OECD 국가 평균에 크게 못 미치는 수준이며, 특히 근로능력이 있는 가구에 대한 현금지원에는 상대적으로 소극적인 편임.

- EU에서는 아동빈곤을 줄이기 위해 아동수당을 강화해 기본소득으로 나아가자는 주장이 설득력을 얻고 있을 정도로 소득보장에 대한 논의가 진척되고 있음. 이 정도까지는 아니더라도 아동이 있는 가구, 특히 빈곤아동가구에 대한 현금지원을 강화함으로써 빈곤율과 빈곤갭을 감소하는 방안이 강구되어야 할 것임
- 마지막으로, 우리나라의 아동빈곤율은 국제적으로 보아도 상대적으로 양호한 수준일 뿐만 아니라, 최근 들어 더욱 낮아지는 추세라는 것은 의미 있는 결과임.
 - 하지만 이것이 반가워만 할 일인지는 좀 더 꼼꼼이 따져 볼 필요가 있음. 아동빈곤의 감소가 출산율 감소로 인한 아동인구 감소와 어떤 관계가 있는지에 대해 추가적인 연구가 필요하기 때문. 즉, 아동빈곤율이 낮은 것 자체는 평가할 만한 결과지만, 이러한 결과가 만약 오폭세대와 같이 애초에 결혼이나 출산을 포기한 청년세대가 늘고 있거나, 결혼을 했더라도 자녀를 출산할 경우 빈곤해질 것으로 예상돼 산아제한을 한 결과라면 이야기는 또 달라질 수 있음.
 - 이러한 상호작용의 가능성에 대해서는 추가적인 연구가 필요한 부분. 우리가 추구해야 할 방향은 빈곤 아동이 감소하면서 동시에 출산율은 증가하는 방향이기 때문임.

Korea Institute for Health and Social Affairs

주관적 안녕의 추이와 함의

정해식 기초보장연구실 부연구위원

우선희 연구기획조정실 전문연구원

- 정책 목표로 '주관적 안녕'이 등장하면서 많은 관심을 받고 있지만 그 추이와 결정 요인에 대한 깊은 탐색은 이뤄지지 못하고 있음.
- 주관적 안녕 수준은 인식적 차원에서 결정되기 때문에 사회적 상황에 따라 급변하는 경향도 있어 추이에 대한 면밀한 관찰이 요구됨.
- 우리 사회에서는 주관적 만족감과 행복도가 2015년에 연령, 소득계층과 무관하게 일제히 하락한 바 있어 사회적 상황이 반영됐다고 볼 수 있으며, 이는 2016년 소폭 회복됨.
- 2016년 행복도의 회복은 국제 비교의 거시적 관점에서는 사회적 지지와 관대성의 개선으로 설명할 수 있으나, 미시적으로는 경제적 요인의 설명력이 적어지는 등 행복도 설명 모델의 설명력이 줄어들고 있음. 즉, 행복도의 집단 간 차이가 희석되고 있음.

1. 들어가며

- '주관적 안녕(subjective well-being)'이 정책 목표로 등장하면서 그 결정 요인에 관심이 쏠리고 있음.
 - 주관적 안녕의 측정 요소로는 행복감(happiness), 삶의 만족감(life satisfaction), 긍정적 정서(positive affect) 등이 있음.
 - 그간 여러 연구에서 우리나라는 물질적 삶의 조건보다 주관적 안녕과 같은 인식적 삶의 질 차원에서 열악하다는 것이 밝혀진 바 있음.
- 한국 사회의 주관적 안녕 수준이 낮음에 따라 학술적, 정책적으로 다양한 분석과 정책 제언이 이루어지고 있음.
 - 첫째, 객관적 상황 이상으로 불안해하는 원인을 탐색하고 미시적 지원 방안을 설계하는 연구가 진행되고 있음.
 - 둘째, 한국 사회의 경제성장 패러다임의 한계를 지적하고 삶의 질(quality of life)을 높일 수 있도록 정책의 전환이

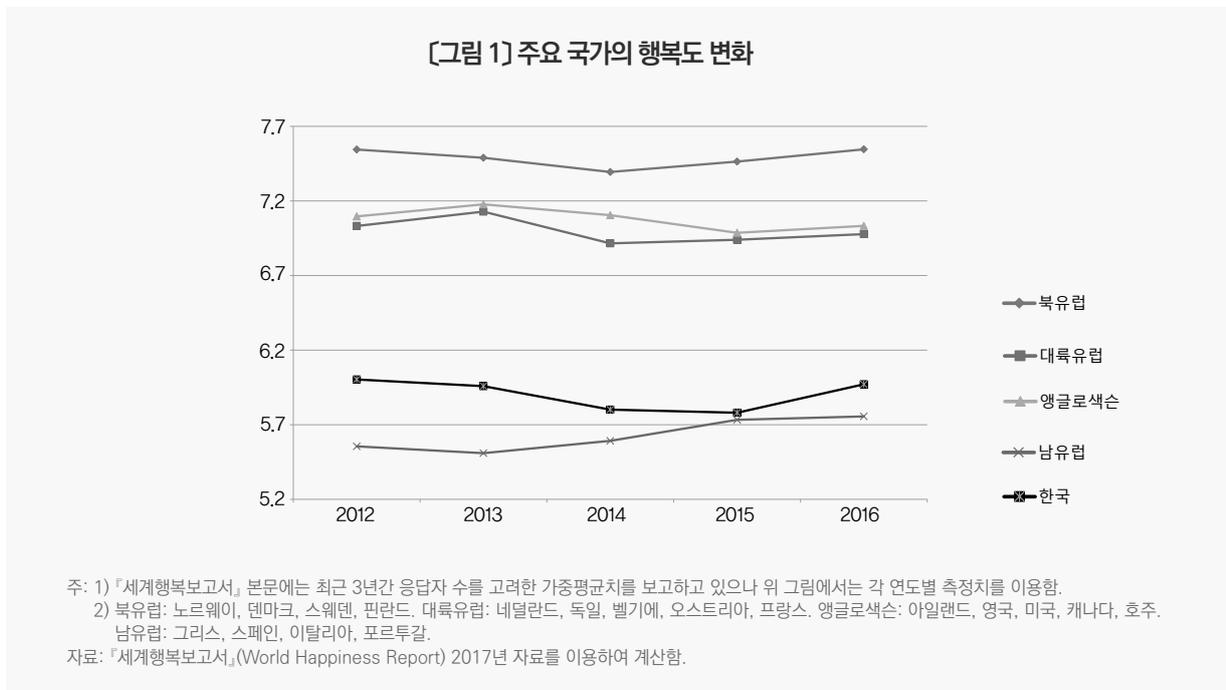
이루어져야 한다는 주장도 있음.

- 주관적 측정 지표는 사회적 상황을 크게 반영하므로 그 추이에 대한 해석도 병행할 필요가 있음.
 - 사회통합의 측정에는 빈곤, 불평등과 같은 객관적 측정 지표 외에 신뢰 수준, 연대감과 같은 주관적 측정 지표도 활용하고 있음.
 - 특히 최근 3년 동안 세월호 참사, 메르스 사태 등이 있어 주관적 지표의 변화가 상당하였음. 이에 따라 그 추이를 살펴보기로 함.
 - 한국보건사회연구원의 사회통합 관련 조사 결과 외에도 ‘갤럽월드폴’의 행복도 조사, 통계청의 ‘사회조사’ 결과를 함께 살펴보기로 함.
 - 이를 통해 주관적 인식 지표를 이용한 해석 등에서 주의해야 할 사항을 진단해 보기로 함.

2. 주관적 안녕의 변화 추이

가. 행복도 변화: 유엔 『세계행복보고서』 자료를 이용한 해석

- 『세계행복보고서』에서 ‘갤럽월드폴’을 이용하여 측정한 우리나라의 행복도는 2012년 6.00에서 2015년 5.78로 점차 낮아지다 2016년 5.97로 반전하였음.¹⁾
 - 2016년 북유럽 4개국은 평균 7.55점, 앵글로색슨 5개국은 평균 7.03점, 대륙유럽 5개국은 6.98점, 남유럽은 5.76점을 보였음.



1) 참고로 『세계행복보고서』는 발표하는 행복도의 급변을 피하기 위해 이전 3년 측정치의 가중평균(응답자 수를 고려)값을 이용하고 있으며, 이에 따르면 우리나라의 행복도는 2013~15년 평균 5.835, 2014~16년 평균 5.838임. 그러나 경제협력개발기구(OECD)의 '보다 나은 삶 지수(BLI: Better Life Index)'는 갤럽월드폴의 연도별 행복도 측정값을 이용함.

○ 지역별로 각국의 행복도는 작게나마 2014년, 2015년의 하락세에서 벗어났으며, 남유럽 지역에서는 2013년 이후 지속적으로 상승하고 있음.

■ 우리나라의 주관적 행복도 상승은 ‘사회적 지지’ 및 ‘관대성’ 개선과 함께 나타났음.

○ 어려움에 처했을 때 도움을 받을 수 있는지를 측정하는 사회적 지지, 지난달 기부를 했는지를 고려하여 추정하는 관대성이 2016년에 크게 개선되었음.

○ 그 외 1인당 국내총생산(log), 건강기대수명은 개선되었지만 ‘자유로운 삶의 선택’과 ‘부패인식’은 악화되었음.

- 자유로운 삶의 선택은 하고 싶은 것을 선택할 수 있는 자유에 대한 만족, 부패인식은 정부와 기업 영역의 부패에 대한 인식을 측정한 것임.

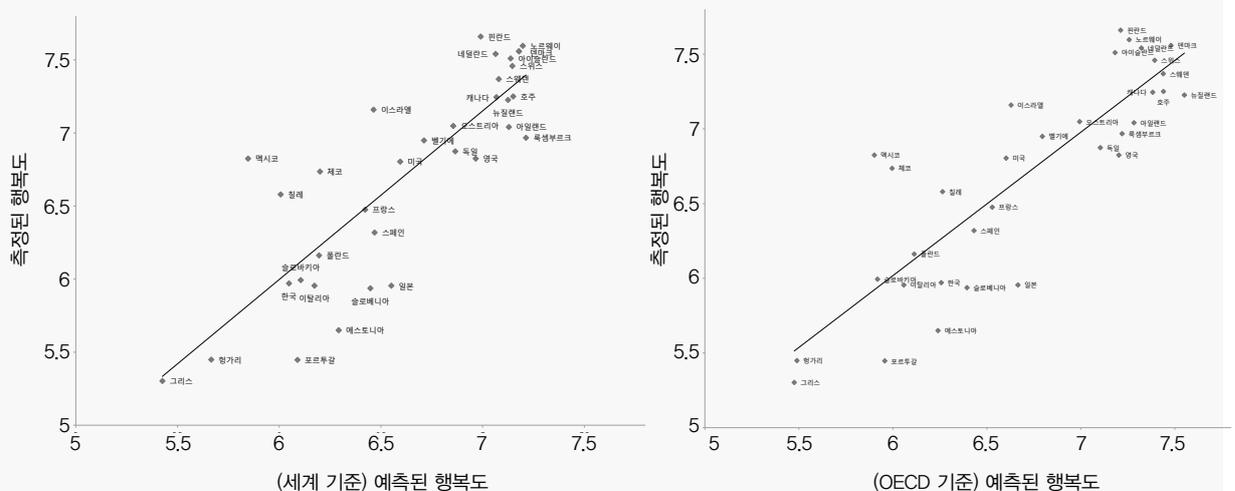
〈표 1〉 행복 설명 요인의 국가별·지역별 차이

구분	1인당 GDP(log)	사회적 지지	건강기대수명	자유로운 삶의 선택	관대성	부패인식
세계 평균	9.237	0.810	62.348	0.728	-0.004	0.752
남유럽	10.302	0.880	71.865	0.655	-0.139	0.906
한국(~2015)	10.368	0.788	73.321	0.637	-0.062	0.817
한국(2016)	10.468	0.811	74.854	0.591	0.015	0.862
OECD 평균	10.446	0.907	70.550	0.802	0.041	0.644

주: OECD 평균, 남유럽, 세계 평균은 2009년부터 2016년의 평균값이며, 한국(~2015)은 2009년부터 2015년까지의 평균값임.
자료: 앞과 동일.

○ 행복 설명 요인으로 추정된 예측치보다 높은 행복도를 보이는 국가로는 이스라엘, 체코, 멕시코, 칠레가 있으며 핀란드, 노르웨이, 덴마크, 네덜란드, 아이슬란드, 스위스는 행복 예측치도 높고 실제로 행복도도 매우 높음.

[그림 2] OECD 국가의 행복도 예측과 실제



주: 1) 세계 기준으로 예측된 행복도는 모든 국가, 모든 시기를 이용한 행복도 설명 요인의 계수를 이용하여 2016년 값을 추정된 것임. OECD 기준으로 예측된 행복도는 OECD 국가에 한정하여 설명 요인의 계수를 추정된 것임.

2) 행복도 설명 요인 추정에 대해서는 ‘정해식(2016), 행복도 추이와 설명요인(보건복지 ISSUE & FOCUS, 317호)’ 참고.

자료: 앞과 동일.

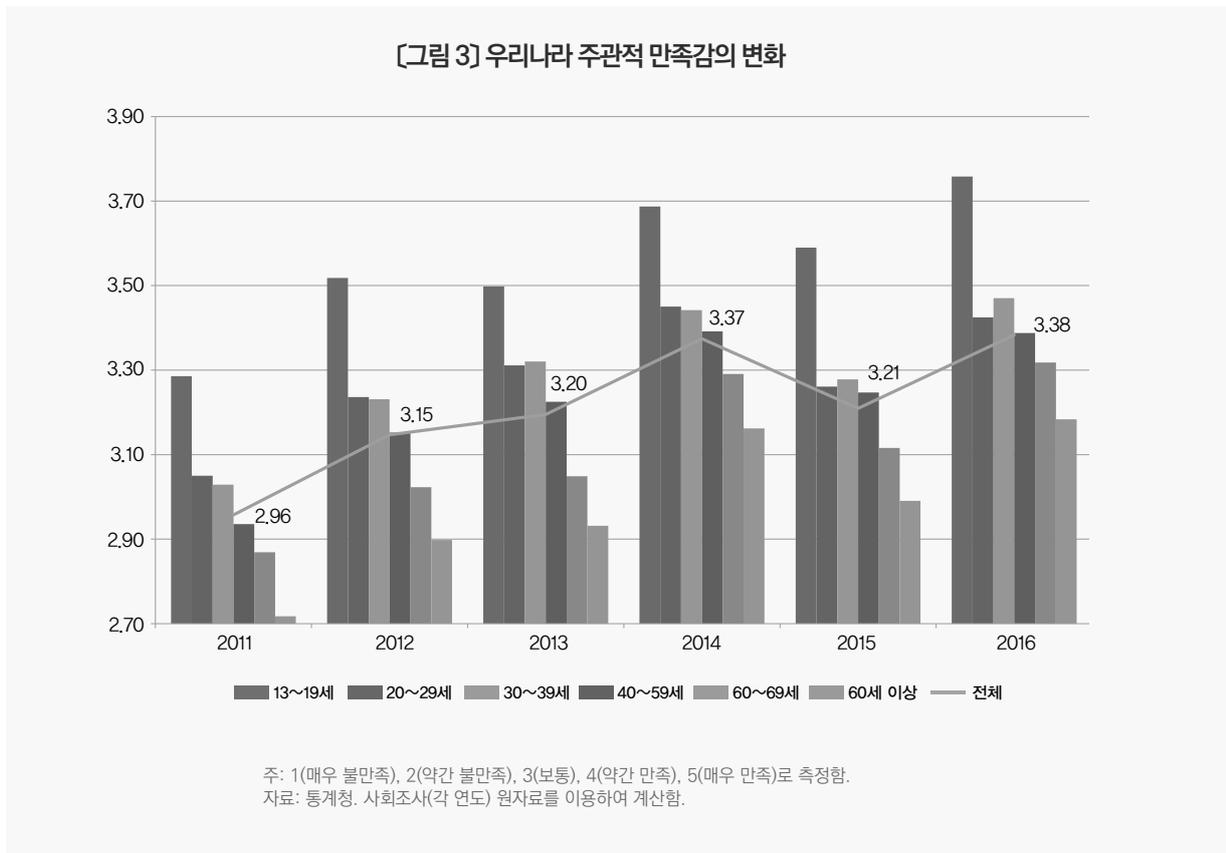
- 우리나라는 2015년에는 추정된 예측치(세계 기준 5.92, OECD 기준 6.18)보다 행복도가 크게 낮았지만, 2016년에는 예측치(세계 기준 6.05, OECD 기준 6.26)에 조금 더 가까운 수준의 행복도를 보였음.

나. 주관적 만족도의 변화: 통계청 ‘사회조사’를 이용한 해석

- 통계청의 ‘사회조사’에서 주관적 만족감은 2011년부터 2014년까지 높아지다가 2015년 크게 감소하고 2016년 다시 2014년 수준을 회복하였음.

- 통계청은 매년 5월 중순부터 2주일간 ‘사회조사’를 하고 있으며, 세부 항목에 ‘주관적 만족감’의 측정 항목을 매년 포함하고 있음.
- 2015년 만족감의 급락이 있었으나 2014~2016년 동안에는 세대별 만족감의 큰 변화 없이 일제히 하락, 상승하는 변화를 보였음.²⁾
 - 이런 일괄적 이동 경향은 교육 수준, 가구 소득 수준으로 구분해도 나타남.

- 그러므로 2015년의 만족감 수준 급락에는 각 개인에게 차등적인 영향력을 미치는 인구학적 요인, 경제적 요인이 아닌 모든 집단에 일괄적으로 영향을 미칠 만한 사회적 요인이 작동하였다고 보아야 할 것임.

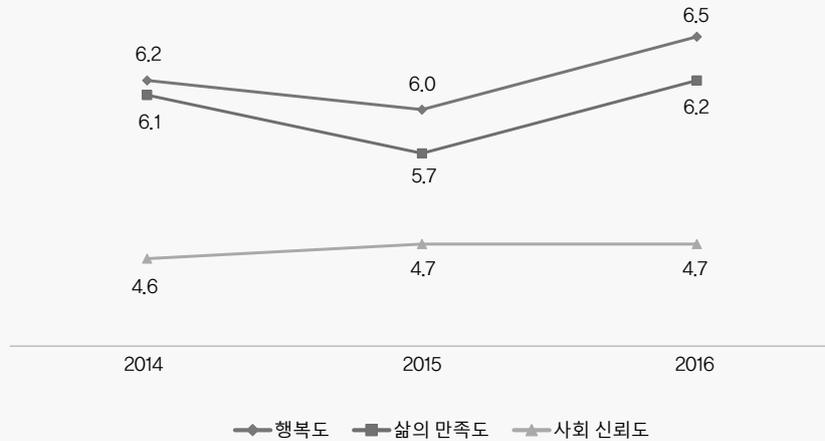


2) 20~29세 청년 집단의 만족감은 일부 순위 변화가 있었음.

다. 사회통합 관련 지표의 변화: 한국보건사회연구원 사회통합 관련 조사를 이용한 해석

- 한국보건사회연구원 사회통합연구센터에서는 한국의 사회통합 수준을 진단하고 정책 방향을 설정하기 위해 ‘사회통합정책영향평가’ 연구를 진행하고 있으며, 그 일환으로 2014년부터 매년 사회통합 관련 조사를 실시하고 있음.
- 조사 결과에 따르면, 행복도와 삶의 만족도는 2014년에 비해 2015년 다소 하락하였다가 2016년 증가하여 2014년 수준보다 높아진 것으로 나타남.
 - 반면 전반적인 사회 신뢰도는 큰 변화 없이 2014년 4.6점에서 2015년, 2016년 4.7점을 유지하고 있음.

[그림 4] 행복도, 삶의 만족도와 사회 신뢰도의 변화 추이



주: 행복도와 삶의 만족도, 사회 신뢰도는 각각 ‘어제 어느 정도 행복하셨습니다?’, ‘요즘 삶에 전반적으로 만족하십니까?’, ‘우리 사회가 어느 정도 믿을 수 있는 사회라고 생각하십니까?’에 대해 0~10점까지 11점 척도로 질문하여 조사함.
 자료: 한국보건사회연구원의 ‘사회통합 및 국민행복 인식조사’(2014년 실시), ‘사회이동과 사회통합 실태조사’(2015년 실시), ‘사회통합 실태 및 국민인식 조사’(2016년 실시) 원자료를 이용함.

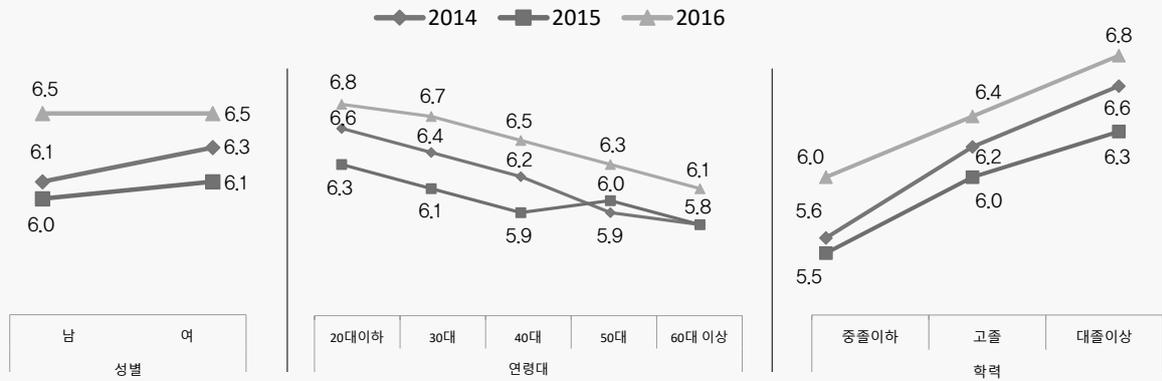
■ 인구학적 특성에 따른 행복도 추이

- 남성보다는 여성이, 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록 행복도가 높게 나타나며 이러한 경향은 지난 3개년 모두 유사하게 나타났음.
 - 그러나 여성과 남성의 행복도 격차는 지난 3년간 점차 줄어들어 2016년에는 각각 6.5점으로 동일하게 나타났음.
 - 2015년에는 50대의 행복도가 주변 연령대보다 높은 특징을 보였으나 그 원인은 명확하지 않음.
 - 인구학적 특성 중에서도 성과 연령보다 학력에 따른 행복도의 격차가 가장 크게 나타남.

■ 소득계층에 따른 행복도 추이

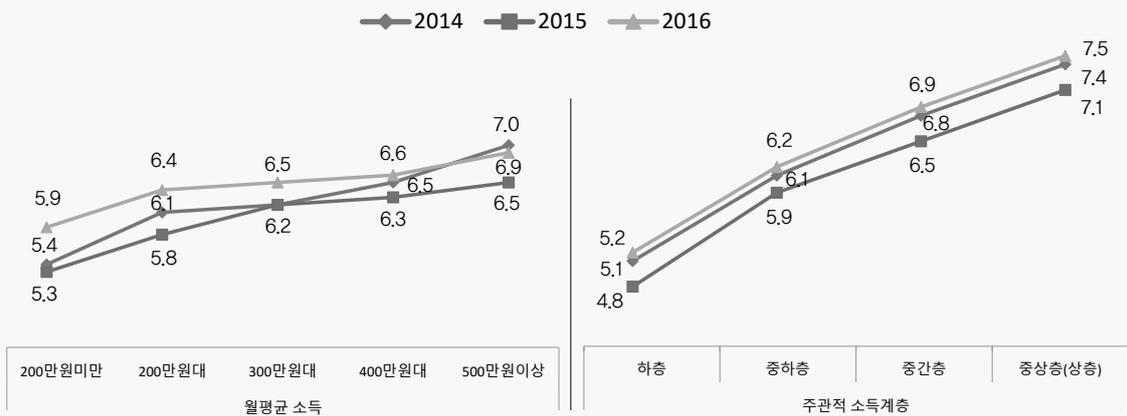
- 3개년 모두 월평균 소득과 주관적 소득계층이 높을수록 행복도가 높게 나타남.
- 다만, 2014년에 비해 2015년, 2016년에는 월평균 소득에 따른 행복도 증가가 두드러지지 않았음.

[그림 5] 인구학적 특성에 따른 행복도 추이



자료: 앞과 같음.

[그림 6] 소득계층에 따른 행복도 추이



자료: 앞과 같음.

3. 행복도에 영향을 미치는 요인

- 지난 3년간 나타난 행복도 변화의 원인을 찾아보기 위해 행복도를 종속변수로 하고, 인구·사회적 요인 등을 독립변수로 하여 회귀분석을 실시함.
 - 독립변수로는 사회 신뢰도, 사회 참여(자원봉사+기부)의 사회통합 요인, 성별, 연령, 교육 수준과 같은 인구·사회학적 요인, 로그 월평균 가구 소득, 주관적 소득계층, 경제활동 상태의 경제적 요인을 투입함.
- 분석 결과는 다음과 같이 요약할 수 있음.
 - 사회 신뢰도가 높고 사회 참여(자원봉사, 기부)가 많을수록 행복도는 높은 것으로 나타남.

- 행복도 설명 요인 중 사회 신뢰도의 영향력은 유지되지만 사회 참여 정도의 영향력은 2016년 크게 하락하였음.
- 여성이 남성보다 행복하고, 학력이 높을수록 행복도가 높은 것으로 나타남.
 - 학력은 경제적 상황을 통제할 경우 설명력이 크게 줄어드는 것으로 나타남. 한편, 성별도 2016년도에는 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타남.
- 경제적 요인 변수의 추정계수와 모델의 설명력 변화도를 기준으로 할 때, 행복도 결정에서 경제적 요인의 영향력은 점차 줄어드는 것으로 나타남.
 - 한편, 객관적 수준으로서 로그 월평균 가구 소득보다는 주관적 수준인 주관적 소득계층이 행복도 차이를 더 잘 설명하는 것으로 나타남.
- 경제활동 상태에서는 상용직 임금근로자 대비 비정규직, 실업자, 비경제활동 인구의 행복도가 낮은 것으로 나타남.
- 전반적으로 행복도의 증가에도 불구하고 2016년 행복도 설명 모델의 설명력은 낮아졌음.
 - 2015년의 전반적인 행복도 하락이 모든 계층에서 체계적으로 이뤄진 것이라면 2016년의 행복도 증가는 체계적 회복이 아님을 의미함.

〈표 2〉 행복에 영향을 미치는 요인

		모형 (1)	모형 (2)	모형 (3)	모형 (4)	모형 (5)	모형 (6)	최종 모형	2014년	2015년	2016년
사회 신뢰도		0.297 ***	0.297 ***	0.297 ***	0.308 ***	0.299 ***	0.276 ***	0.270 ***	0.281 ***	0.253 ***	0.279 ***
사회 참여			0.258 ***	0.257 ***	0.246 ***	0.176 ***	0.143 ***	0.142 ***	0.146 ***	0.187 ***	0.080 **
성별(남성=0)				0.123 ***	0.162 ***	0.197 ***	0.167 ***	0.168 ***	0.299 ***	0.140 *	0.063
연령					-0.019 ***	-0.008 ***	-0.012 ***	-0.013 ***	-0.018 ***	-0.007 ***	-0.015 ***
학력 (중졸 이하 =0)	고졸					-0.037	0.042				
	대졸 이상					0.137 *	0.137 *				
로그 월평균 가구 소득						0.507 ***					
주관적 소득계층							0.637 ***	0.611 ***	0.633 ***	0.614 ***	0.565 ***
경제 활동 상태 (상용임금 근로자=0)	비정규 임금근로자							-0.425 ***	-0.506 ***	-0.373 ***	-0.416 ***
	비임금근로자 (고용주, 자영자, 무급가족종사자)							-0.066	-0.246 *	0.023	-0.005
	실업자							-0.918 ***	-1.203 ***	-0.825 ***	-0.754 ***
	비경제활동							-0.148 **	-0.351 ***	-0.141	0.053
조사 연도 (2014=0) 기타	2015	-0.227 ***	-0.199 ***	-0.199 ***	-0.203 ***	-0.239 ***	-0.260 ***	-0.258 ***			
	2016	0.252 ***	0.299 ***	0.299 ***	0.296 ***	0.187 ***	0.155 ***	0.145 ***			
상수		4.835 ***	4.624 ***	4.441 ***	5.178 ***	1.896 ***	3.589 ***	3.979 ***	4.021 ***	3.502 ***	4.408 ***
사례 수		11,357	11,357	11,357	11,357	11,289	11,352	11,352	3,631	4,052	3,669
adj. R-sq		0.082	0.101	0.102	0.120	0.148	0.185	0.195	0.200	0.197	0.171

주: * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001
 자료: 한국보건사회연구원, 사회통합실태조사 3개년 원자료.

4. 마치며

■ 주관적 안녕과 같은 인식 수준의 측정 지표는 사회적 상황에 따라 크게 변화할 수 있음.

○ 우리나라에서 행복도, 주관적 만족도는 2015년 크게 하락하였음.

- 이때는 전년도 세월호 참사에 이어 메르스 사태가 발생해 국민적 실망감이 극에 달한 상황이었음. 2014~2016년의 조사 자료를 분석하면 2015년의 행복도 하락은 모든 집단에서 상당히 일관된 방식으로 이루어졌음을 알 수 있음.

- 다만, 2014년의 사회적 혼란이 사회조사 결과에 즉각적으로 반영되지 않은 것에 대해서는 추가적인 분석이 필요할 것으로 보임. '갤럽월드폴'의 행복도 측정은 2014년에 전년 대비 급락하였고, 통계청의 '사회조사'는 2014년에 오히려 전년 대비 상승하였음. 한국보건사회연구원의 사회통합 관련 조사는 2014년부터 실시되어 이전 연도와와의 경향 비교가 불가함.

○ 반대로, 2016년에는 뚜렷한 사회적 상황 개선은 없는 상태에서 행복도는 상승하고 행복도 추정 모델의 설명력은 낮아지는 양상을 보였음.

■ 그러므로 주관적 수준에서 측정되는 사회지표에 대해서는 그 배경을 함께 이해하려는 노력이 필요함.

○ '갤럽월드폴'을 이용하여 측정한 행복도가 높아졌고, 이것이 6월 중 OECD의 BLI 지표에 반영되면 '발표'되는 한국의 삶의 질이 크게 개선될 것으로 예상됨.

- 한국보건사회연구원 사회통합 관련 조사에서의 주관적 안녕 수준 측정 결과도 유사함.

○ 이때, 단순히 수치상 개선에 주목할 것이 아니라 개선 배경을 고려해야 할 것임.

- 특히 행복도 변화의 추세 분석에서는 2015년과 같이 행복도가 일시적으로 급락하는 상황에 대한 사회적 해석도 함께 할 필요가 있음.

○ 주관적 수준에서 측정되는 각종 사회지표에 대한 지속적이고 면밀한 관찰이 필요함.

- 한편, 주관적 측정 지표의 급변에 대한 집단별 차이와 관련해서도 추가적인 분석이 필요함.

Korea Institute for Health and Social Affairs

치매 위험요인 기여도 분석과 치매 관리 방안 모색

정영호 보건의료연구실 선임연구위원
고숙자 보건의료연구실 부연구위원

- 2002년에 60세 이상인 동일 인구 집단을 11년간 추적 조사한 결과, 치매 유병률이 2002년의 0.52%에서 2013년에 10.70%로 급증하였음.
- 한편, 교육 수준(중졸 이하), 65세 미만 성인의 비만, 65세 미만 성인의 고혈압, 신체 비활동, 흡연, 당뇨병, 우울증 등 7개의 치매 위험요인이 전체적으로 영향을 미친 치매에의 기여도는 59.69%인 것으로 분석됨.

1. 서론

- 치매(dementia)는 전 세계적으로 우선순위가 매우 높은 공공보건 정책 이슈 중 하나라고 할 수 있음 (World Health Organization, 2012).
 - 전 세계적으로 치매를 앓고 있는 환자 수는 2015년에 약 4680만 명으로 추산되며 2030년 7470만 명, 2050년에는 1억 3150만 명으로 증가할 것으로 예측됨(World Alzheimer's Report 2015).¹⁾
 - 우리나라가 포함된 아시아·태평양 고소득 국가(Asia Pacific High Income)의 2015년 치매 환자 유병률은 약 7%이며, 치매 환자 수 증가율은 2015년부터 2030년까지 약 56%, 2015년부터 2050년까지는 약 115%가 될 것으로 예상됨.²⁾

1) Alzheimer's Disease International(2015). World Alzheimer's Report 2015. London. pp.22-23.

2) 앞의 책. p.24.

〈표 1〉 국가 소득별 치매 환자 수

(단위: 명)

세계은행 소득 그룹	치매 환자 수							
	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년	2050년
저소득 국가	119만	142만	168만	200만	241만	290만	355만	435만
중저소득 국가	977만	1152만	1372만	1635만	1948만	2312만	2718만	3154만
중고소득 국가	1632만	1936만	2333만	2839만	3428만	4043만	4690만	5339만
고소득 국가	1950만	2197만	2473만	2795만	3172만	3571만	3914만	4218만
전 세계	4678만	5427만	6345만	7469만	8788만	1억 215만	1억 1678만	1억 3145만

자료: Alzheimer's Disease International(2015). World Alzheimer's Report 2015.

- 우리나라에서는 2015년 노인장기요양보험 인정자 중 30.23%가 치매를 앓고 있으며, 뇌졸중도 동시에 앓는 경우는 6.74%로 나타남.

〈표 2〉 등급별 장기요양의 치매 환자 비중: 2015년

(단위: 명, %)

	치매(A)		치매+뇌졸중(B)		전체 장기요양 대상자(C)
	(명)	A/C(%)	(명)	B/C(%)	
1등급	9,336	24.62	5,562	14.67	37,921
2등급	18,662	26.19	8,536	11.98	71,260
3등급	51,268	29.07	11,206	6.35	176,336
4등급	46,391	28.50	5,475	3.36	162,763
5등급	15,728	80.77	758	3.89	19,472
계	141,385	30.23	31,537	6.74	467,752

주: 2015년 연도 말 현재 인정 자격 유지자 기준(사망 건 제외). 질병은 인정조사 결과를 바탕으로 한 것임.
자료: 국민건강보험공단. 2015년 노인장기요양보험통계연보.

- 치매 환자의 유병인구 증가와 함께 치매 환자를 치료·수발하기 위한 비용과 사회적 부담도 급증할 것으로 예상되어 치매 예방·관리 방안 마련이 시급한 실정임.
 - 국회예산정책처(2014)³⁾는 치매의 사회적 비용이 2013년 11조 7000억 원에서 2030년 23조 1000억 원, 2040년 34조 2000억 원 등으로 급격하게 증가할 것이라고 제시하고 있음.
 - 보건복지부는 제3차 치매관리종합계획(2016~2020년)을 수립하여 치매 예방과 관리를 위한 정책을 수행하고 있음.
 - 전국 시·군·구 보건소에서는 치매 환자 조기 발견과 치료를 위해 매년 치매검진사업을 실시하고 있으며, 치매 노인 등록과 관리, 치매 노인과 보호자에 대한 상담·지원, 치매 예방 및 치매 노인 간병 요령 등과 관련한

3) 김상우, 이채정(2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 국회예산정책처.

교육 실시, 재가 치매 노인 방문·관리, 치매 노인 관련 사회적 지원 안내 등의 업무를 하고 있음.

- 치매의 정책적 중요성에도 불구하고 관련 역학 연구가 미흡한 실정이므로 본고에서는 기초 역학 분석을 하고, 효과적으로 치매를 예방·관리하기 위한 정책 방향을 모색하고자 함.
 - ① 치매 유병률 ② 치매 환자의 복합만성질환 유형 분석 ③ 치매 사망률 ④ 치매 위험요인이 치매에 미치는 영향력 (기여도) 분석 ⑤ 치매 예방 및 관리 사업의 개선 방향 제시

2. 치매 환자의 유병률과 사망률

- 국가 통계로서의 치매 유병률에 대한 자료가 부족하여⁴⁾ 본고에서는 국민건강보험공단에서 제공하고 있는 노인 코호트 자료(2002~2013년)를 활용하여 치매 환자 유병률을 분석함.
 - 치매 환자를 선정하기 위해 치매치료비 지원 대상 질병에 해당하는 알츠하이머병에서의 치매(F00), 혈관성 치매(F01), 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02), 상세불명의 치매(F03), 알츠하이머병(G30)을 포함하였다. 건강보험공단 청구 자료에서 주상병 및 제1부상병인 치매 코드로 입원하거나 외래를 방문한 경우를 치매 사례로 선정함.
- 2002년 60세 이상 노인 코호트의 치매 유병률은 0.52%였으나 11년 후인 2013년에는 동일 집단의 치매 유병률이 10.70%로 급증한 것으로 나타남.

〈표 3〉 치매 유병률

	2002년				2013년			
	비치매	치매	계	치매 유병률 (%)	비치매	치매	계	치매 유병률 (%)
60~64세	195,802	314	196,116	0.16				
65~69세	146,857	504	147,361	0.34				
70~74세	96,989	668	97,657	0.68	133,923	6,580	140,503	4.68
75~79세	60,593	624	61,217	1.02	114,425	11,370	125,795	9.04
80~84세	34,715	500	35,215	1.42	60,616	11,377	71,993	15.80
85세 이상	20,310	271	20,581	1.32	37,946	12,256	50,202	24.41
전체	555,266	2,881	558,147	0.52	346,910	41,583	388,493	10.70

주: '국민건강보험공단 노인 코호트 자료'를 활용하여 계산. 코호트 자료의 특성상 2002년의 60대 연령층이 10년 이후에 70대가 되므로 2013년에는 60대의 자료가 존재하지 않음.

- 치매 환자를 대상으로 복합만성질환을 분석한 결과를 살펴보면, 치매 환자가 가장 많이 갖고 있는 만성질환은 고혈압인 것으로 나타남.
 - 치매 환자가 갖고 있는 치매 이외의 만성질환에 대한 네트워크 관계를 계량적으로 분석한 결과, 고혈압 >위염 >만

4) 보건복지부는 2017년부터 치매 유병률에 대한 국가 통계를 생산할 계획임.

성요통 >알레르기 >관절증 >당뇨병 >뇌졸중 >우울증 >천식 >불면증 등의 순으로 만성질환과의 관계가 높은 것으로 나타남.

〈표 4〉 치매 환자의 복합만성질환 순위

순위	만성질환명	점수	순위	만성질환명	점수
1	고혈압	0.09102	23	편두통/만성두통	0.01433
2	만성위염/위-식도역류질환	0.08443	24	암	0.01351
3	만성요통	0.06002	25	간질환	0.01327
4	알레르기	0.04747	26	신경장해	0.01313
5	무릎관절증	0.04708	27	갑상선이상	0.01234
6	당뇨병	0.04361	28	심부정맥	0.01211
7	만성뇌졸중	0.04307	29	심부전증	0.01197
8	우울증	0.03854	30	신기능부전	0.00902
9	천식/만성폐쇄성폐질환	0.03718	31	고도청각손실	0.00788
10	불면증	0.03325	32	치핵	0.00729
11	고도시력감퇴	0.03289	33	신체형장애	0.00689
12	죽상동맥경화증/말초동맥폐색질환	0.03283	34	비염중성부인과질환	0.00665
13	지질대사장애	0.03281	35	만성담낭염/담석	0.00604
14	류마티스관절염	0.02889	36	대사교란/통풍	0.00493
15	어지럼증	0.02839	37	하지정맥류	0.00492
16	골다공증	0.02822	38	건선	0.00465
17	불안	0.02686	39	심장판막질환	0.00458
18	만성허혈성심질환	0.02598	40	저혈압	0.00439
19	전립선비대증	0.01801	41	요로결석	0.00414
20	요실금	0.01788	42	성기능장애	0.00371
21	파킨슨병	0.01649	43	장계실증	0.00361
22	빈혈증	0.01571			

자료: '국민건강보험공단. 노인 코호트 자료' 원시자료를 활용함.

- 노인 코호트 자료에서는 통계청의 사망원인통계조사 자료와 연계한 결과를 제공하고 있어 분석 대상자의 사망 원인에 대한 정보를 파악할 수 있음.
 - 2013년도 노인 코호트 자료를 활용하여 치매 환자의 사망 당시 평균 연령을 보면 약 84.02세로, 치매를 앓지 않은 환자의 평균 사망 연령인 81.39세보다 3세 정도 더 높은 것으로 나타남. 이는 기대여명 증가와 더불어 고령자의 기능 저하가 수반되면서 고령층에서의 치매 발병률이 높음을 보여 준다고 할 수 있음.

〈표 5〉 치매 환자의 사망 당시 평균 연령: 2013년

	치매 환자	비치매 환자
관측치(명)	4,427	12,065
평균 연령(세)	84.02	81.39

자료: '국민건강보험공단. 노인 코호트 자료' 원시자료를 활용함.

- 치매 환자의 사망 원인을 보면 치매가 사망의 직접 원인으로 작용하기보다는 여타의 질병 또는 사고로 인한 사망에 기인하는 경우가 많음.
 - 치매 환자의 사망 원인을 질환별로 살펴보면 순환기계 질환(26.55%)으로 인한 사망이 가장 높으며, 그다음으로 호흡기계 질환(14.54%), 신경계 질환(11.85%), 악성신생물(11.35%)에 의한 사망이 높은 것으로 나타남. 참고로 비치매 환자의 사망 원인 분포를 보면 가장 높은 사인은 악성신생물(29.14%)이며 그다음으로 순환기계 질환(24.76%), 호흡기계 질환(10.22%) 등의 순이었음.

〈표 6〉 치매 환자의 사망 원인 분포: 2013년

질병 분류	치매 환자		비치매 환자	
	(명)	(%)	(명)	(%)
특정 감염성 및 기생충성 질환	124	2.83	315	2.63
악성신생물	498	11.35	3,490	29.14
양성신생물, 혈액 및 조혈기관질환과 면역기전 특정 장애	32	0.73	106	0.89
내분비, 영양 및 대사질환	234	5.33	533	4.45
정신 및 행동장애	267	6.08	119	0.99
신경계의 질환	520	11.85	215	1.8
눈 및 눈 부속기의 질환			1	0.01
순환기계의 질환	1,165	26.55	2,966	24.76
호흡기계의 질환	638	14.54	1,224	10.22
소화기계의 질환	127	2.89	378	3.16
피부 및 피하조직의 질환	18	0.41	18	0.15
근골격계 및 결합조직의 질환	31	0.71	74	0.62
비뇨생식기계의 질환	119	2.71	286	2.39
선천성기형, 변형 및 염색체 이상	1	0.02	4	0.03
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	419	9.55	1,452	12.12
소계(질병)	4,193	95.55	11,181	93.36
운수 사고(V)	11	0.25	142	1.19
낙상 및 불의의 익사(W)	32	0.73	110	0.92
연기, 불, 유독성, 중독의 노출(X)	115	2.62	425	3.55
타살 및 기타(Y)	37	0.84	119	0.99
소계(사고 및 손상)	195	4.44	796	6.65
계	4,388	100.00	11,977	100.00

주: 치매 환자 39명, 비치매 환자 88명의 사망 원인에 대한 정보 결측.
 '노인 코호트 자료'를 활용하여 분석한 결과임.

3. 치매 위험요인의 기여도 분석

■ 본고에서는 Norton et al.(2014)⁵⁾에서 제시한 치매 위험요인을 적용하여 국민건강영양조사에서 활용할 수 있는 변수를 참고하여 치매의 위험요인을 분석하고자 하였음.

○ Norton et al.(2014)은 교육 수준, 65세 미만 성인의 비만, 65세 미만 성인의 고혈압, 신체 비활동, 흡연, 당뇨병, 우울증의 7개 위험요인을 제시함.

〈표 7〉 치매 위험요인 정의

위험요인	정의*
교육 수준	성인 중 중학교 졸업 이하의 교육 수준 비율
65세 미만 성인의 비만	35세 이상 64세 미만의 BMI 25 이상 유병률
65세 미만 성인의 고혈압	35세 이상 64세 미만의 고혈압 유병률
신체 비활동	일주일에 중강도 신체 활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체 활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체 활동을 섞어 각 활동에 상당하는 시간을 실천
흡연	성인 현재 흡연율
당뇨병	20세 이상 당뇨병 현재 유병률
우울증	PHQ-9점수 27점 중 10점 이상(우울증 선별 도구 9문항 점수 합)

주: * '국민건강영양조사' 원시자료를 활용하여 Norton et al.(2014)에서 제시한 변수 정의와 대응할 수 있도록 정의함.

5) Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D., Yaffe, K., & Brayne, C.(2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13(8). pp.788-794.

- 치매 위험요인이 치매 발병에 영향을 주는 기여도를 산출하기 위해서는 우선 치매 위험요인에 대한 상대위험도를 도출해야 함. 앞에서 제시한 7개 위험요인의 상대위험도와 관련해서는 Barnes and Yaffe(2011)⁶⁾와 이를 업데이트한 Norton et al.(2014)의 자료를 활용함.
- 7개의 위험요인 중 신체 비활동의 상대위험도가 1.82로 가장 높게 제시되었으며 이어 우울증의 상대위험도가 1.65로 나타남.

〈표 8〉 치매 위험요인의 상대위험도

위험요인	상대위험도 (Relative risk)
교육 수준	1.59
65세 미만 성인의 비만	1.6
65세 미만 성인의 고혈압	1.61
신체 비활동	1.82
흡연	1.59
당뇨병	1.46
우울증	1.65

자료: Norton et al.(2014).

- 치매의 위험요인별 상대위험도와 유병률을 토대로 위험요인별 인구기여위험도(PAR)⁷⁾를 산출하였고, 다음으로 위험요인을 독립적이라 가정하고 전체적으로 합쳐진 기여도(combined PAR)를 산출함.
- 7개의 위험요인 중 상대위험도가 가장 높은 신체 비활동의 인구 비중이 49.20%로 가장 높은 수준이었으며, 이러한 결과 등으로 신체 비활동의 치매 기여도가 다른 위험요인의 기여도에 비해 월등히 높은 28.74%인 것으로 분석됨.

$$- PAR = \left[P_{RF} \frac{RR-1}{1 + P_{RF} [RR-1]} \right] \quad \begin{array}{l} \overline{P_{RF}} = \text{위험요인의 인구 유병률} \\ \overline{RR} = \text{각 위험요인의 상대위험도} \end{array}$$

- 7개의 위험요인이 전체적으로 영향을 미친 치매에의 기여도(Combined)는 59.69%인 것으로 나타남.

$$- PAR_{combined} = 1 - \Pi_1 - PAR$$

- 한편, 개별 위험요인 간의 연관성이 존재할 수 있음을 고려하여 위험요인이 독립적이라는 가정을 완화한 위험요인의 공통성(communality) 분석을 수행함.⁸⁾ 개별적인 위험요인이 아닌 전체적으로 위험요인이 합쳐진 기여도($PAR_{AdjustedCombined}$)를 도출함.
- 위험요인 간 독립성 가정을 완화하여 7개 위험요인이 전체적으로 합쳐진 기여도($PAR_{AdjustedCombined}$)를 도출한 결과, 7개의 위험요인에 따른 치매 유병의 기여도는 18.02%인 것으로 나타남.

6) BARNES, D. E. & YAFFE, K. Y. 2011. The Projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. The Lancet Neurology, 10, pp.819-828.
 7) 해당 인구집단 내의 질병(치매) 발생 중 특정 위험요인으로 인해 발생했다고 간주되는 부분(%)으로, 기여위험도가 높을수록 해당 위험요인을 제거했을 때 질병의 발생률을 줄이는 효과가 큼. '보건복지부, 심·뇌혈관질환 관련 요인의 일반인구 기여위험도, 2007'에서 발췌.
 8) Norton et al.(2014)이 제시한 주요소분석(principle components analysis)을 수행하였음.

$$- PAR_{AdjustedCombined} = 1 - III - (w \times PAR)$$

여기서 w는 위험요인 간 공통성 부분의 비중인 가중치.

〈표 9〉 치매 위험요인이 영향을 미친 치매 환자 수

위험요인	유병률* (%)	인구기여위험도(PAR) (%)
교육 수준	25.57	13.11
65세 미만 성인의 비만	31.45	15.87
65세 미만 성인의 고혈압	8.01	4.66
신체비활동	49.2	28.74
흡연	21.57	11.29
당뇨병	5.49	2.46
우울증	5.88	3.68
Combined	-	59.69
Adjusted Combined	-	18.02

주: * '국민건강영양조사(2014)' 원시자료를 활용함.

4. 치매 예방 및 관리 사업의 개선 방향

- 치매 예방과 관리를 위해서는 치매 진단 이전에 치매에 영향을 미치는 위험요인을 관리할 필요가 있으며, 검진을 통해 치매를 조기에 발견함으로써 중증화되지 않도록 하는 것이 우선적으로 요구됨.
 - 일반적인 건강 위험요인이라 할 수 있는 신체 비활동, 비만, 흡연, 고혈압, 우울증, 당뇨 등이 치매의 위험요인으로 파악되는바, 전반적인 건강증진과 예방 강화를 통해 치매 예방을 기대할 수 있음.
- 우리나라의 치매예방·관리사업은 '치매관리체계 구축', '노인 건강관리', '지역사회통합건강증진사업'으로 대부분이 국민건강증진기금으로 수행되고 있음.
 - 치매관리사업에서 국가치매관리사업, 치매상담콜센터는 중앙정부의 예산으로 운영되고 있으나 광역치매센터 운영, 공립요양병원 기능 보강 사업 운영, 공립요양병원 BTL 정부 지급금 지원, 치매치료관리비 지원, 치매 조기 검진은 국고보조율이 50~70% 적용되는 국고보조사업으로 이뤄지고 있음.
 - 치매 발생 요인을 관리하여 치매를 예방, 조기 발견하여 중증화로 진행되는 것을 차단하기 위해서는 현 수준보다 예산을 증액할 필요가 있으며 국민건강증진기금 지출 전반에 대해 우선순위와 예산 배분 관련 논의를 거쳐 치매를 예방, 관리하기 위한 건강 투자를 재검토할 필요가 있음.

〈표 10〉 치매관리사업 현황과 소요 예산(중앙정부 부담금)

(단위: 억 원)

사업명		2013년	2014년	2015년	2016년	국고보조율
[국민건강증진기금]						
치매관리체계 구축	국가치매관리사업 운영	13	16	18	20	100%
	치매상담콜센터 운영	2	17	17	14	100%
	광역치매센터 운영	46	46	48	55	70%
	광역치매센터 추가 설치	-	-	11	23	
	공립요양병원 기능 보강 사업	95	60	8	8	50%
	공립요양병원 BTL 정부 지급금	17	37	39	39	50%
노인 건강관리	치매치료관리비 지원 등	126	125	124	126	50% (치매치료관 리비 지원: 서울 30%, 지방 50%)
지역사회통합 건강증진사업	치매 조기 검진	16	21	21*	21*	50%
계		315	322	286	306	

주: * 통합건강증진사업의 일부로 예산이 집행되어 세부 예산 내역이 제공되지 않아 전년도와 동일한 것으로 가정함.
자료: 보건복지부, 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, 각 연도.

- 우리나라의 치매관리사업을 수행하는 기관은 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매상담센터이며 국민건강보험공단의 관리·감독하에 요양병원과 요양시설이 서비스를 제공하고 있음.
- 외국의 경우 치매는 1차의료 또는 보건기관에서 2차, 3차 의료서비스로 의뢰하는 시스템이 작동하고 있으나 1차의료체계가 구축되어 있지 않은 우리나라는 치매 진단과 치료를 위한 일차적 경로의 기능이 약화되어 있음.
 - 유럽 국가에서는 보건의료서비스와 사회서비스를 통합해 지역사회를 기반으로 치매를 관리하며 가정에서 시설 등으로 이어지는 사회서비스를 제공하고 있음.
- 치매관리사업이 분절되지 않고 연계되어 치매 진단과 치료, 관리 경로를 다각화할 수 있는 접착 포인트로 구성된 보건의료 및 사회서비스 전달체계를 구축할 필요가 있음.

Korea Institute for Health and Social Affairs

한국 복지국가의 현 좌표¹⁾

여유진 한국보건사회연구원 기초보장연구실장

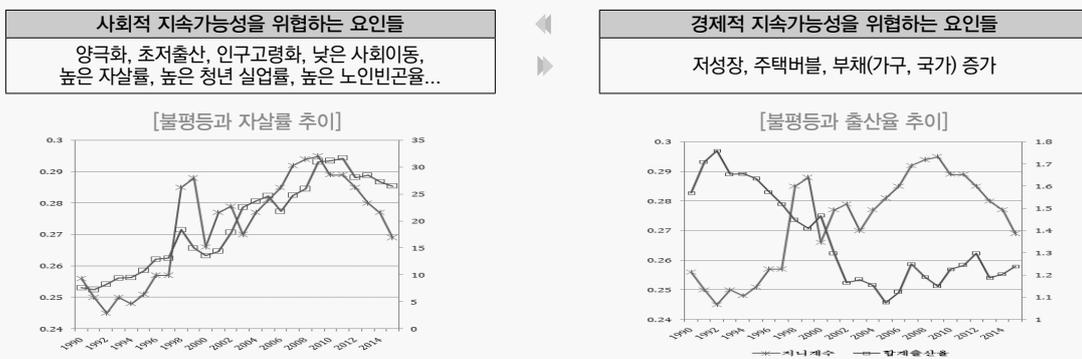
- 우리나라는 사회복지의 재분배와 위험 분산 기능이 취약하여 다양한 재생산 위기가 표출되고 있음. 우리나라의 현 좌표를 요약하면, 노동시장정책은 부실한 사회안전망형, 가족지원정책은 남성생계부양형, 노후생활보장 정책은 서비스중심형, 조세 유형은 간접세·조세중심형, 사회지출은 가족지출·현물중심형에 가깝게 분류됨. 하지만 아직은 많은 변화의 여지를 남겨 두고 있는 만큼 복지국가들의 성공과 실패로부터 배우고 새로운 도전에 대응하는 복지체계를 구축하도록 노력할 필요가 있음.

1. 들어가며

■ 현재 우리나라의 재생산 위기는 ‘압축 성장’으로 인한 ‘위기의 압축’으로 표현될 수 있음.

○ 근대화·산업화 과정에서 해체된 공동체주의가 복지국가의 시민권과 연대주의로 치환되지 못한 채 시장경제가 야기 하는 다양한 사회적 위험을 개인과 가족의 몫으로 떠넘긴 결과로 높은 노인빈곤율과 높은 자살률, 초저출산, 빈곤의 대물림 등의 문제가 야기되고 있으며, 이것이 다시 저성장으로 이어지는 악순환 고리가 형성되고 있음(그림 1 참조).

〈그림 1〉 재생산 위기의 표출 양상



1) 본고는 본원에서 수행된 보고서인 『한국형 복지모형 구축: 복지레짐 비교를 통한 한국복지국가의 현 좌표』(여유진 등, 2016)의 결론 부분을 발췌하여 수정·요약한 것임을 밝힌다. 또한, 본문의 영역별 좌표 그림은 위 보고서 각 장에서 퍼지셋이상형 분석을 수행한 결과를 필자가 그림으로 재구성한 것이다.

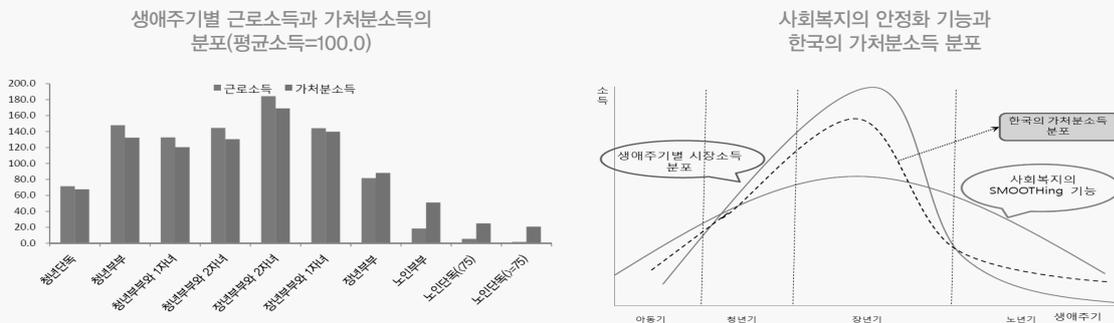
- 물론 현재의 양극화와 저출산·고령화 문제 등은 선진 복지국가도 공통적으로 경험해 온 것이지만, 위와 같은 이유로 우리나라에서 심도(深度)와 강도(強度), 그리고 체감도(體感度) 측면에서 더욱 심각한 양상으로 나타나고 있음.
- 이러한 문제의식하에 우리나라 복지국가의 현 좌표를 국가 비교적 관점에서 짚어 보고 주요 과제를 제시하고자 함.

2. 한국 복지국가의 현 좌표

■ 사회복지의 안정(security) 기능 강화 필요성

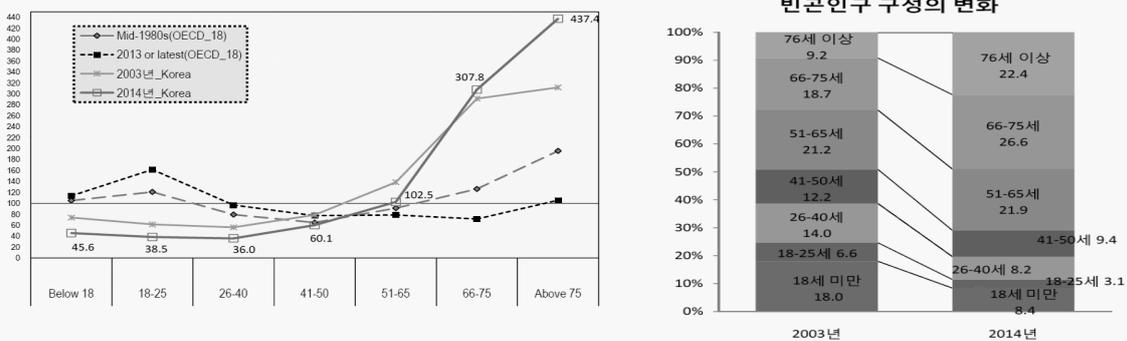
- 사회복지의 가장 중요한 기능은 계층 간 재분배(redistribution)와 더불어 사회적 위험(실업, 질병, 장애, 노령 등)에 대한 생애주기 간·세대 간 분산 기능(inter-life course, inter-generational risk pooling)임.
- 사회복지의 재분배와 위험 분산 기능이 취약할 경우 발생할 수 있는 청년빈곤, 노인빈곤이 우리나라에서 전형적으로 나타나고 있음(그림 2와 그림 3 참조).
 - 특히 높은 노인빈곤율과 더불어 인구구조의 고령화로 인해 빈곤 인구 중 노인이 차지하는 비중이 급증하는, 이른바 '빈곤의 고령화'가 급속히 진행 중임.

〈그림 2〉 생애주기별 평균 소득분포



자료: 여유진 등(2015). 한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·재산·소비 연계형 복지모형 구축. 한국보건사회연구원. pp.339-340.

〈그림 3〉 연령대별 빈곤위험 및 빈곤인구의 구성

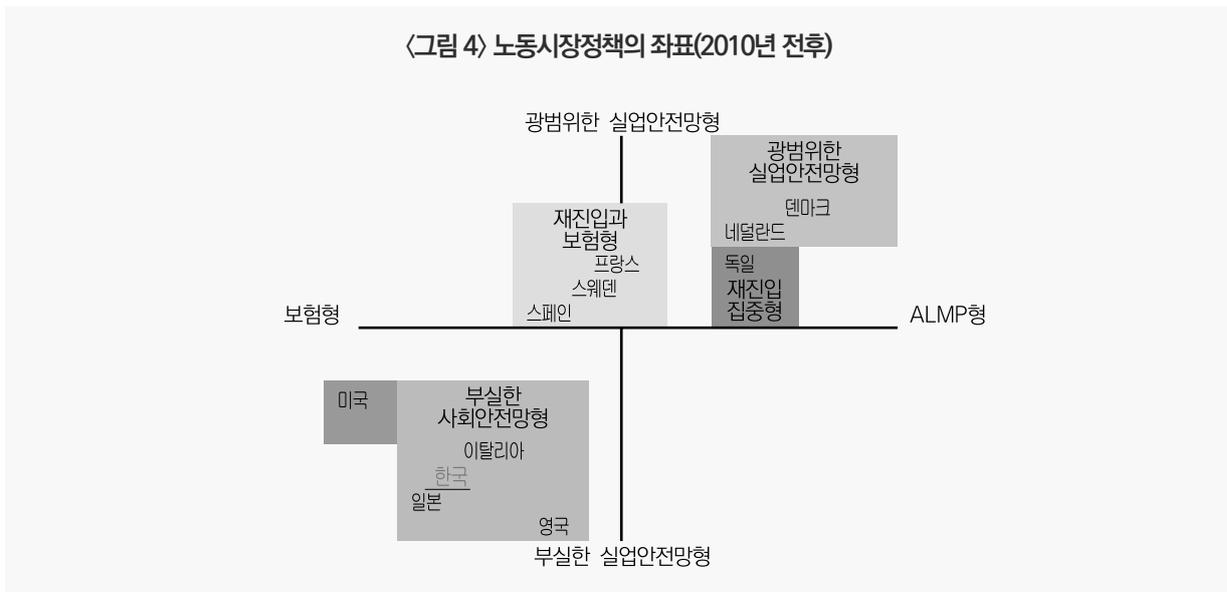


원자료: OECD(2015). In It Together: Why Less Inequality Benefits All. p.25; 국민생활실태조사(2003), 복지욕구실태조사(2014) 원자료.

■ 노동시장정책의 좌표

- 우리나라는 ‘부실한 실업안전망형’으로, 실업보험 최대 수급 기간이 8개월로 영국 다음으로 짧았으며 대체율도 50%로 비교 대상국 중 가장 낮음. 실업보험의 수급이 종료된 뒤 사회안전망으로 실업부조가 부재하고 공공부조제도만 존재함.
- 여기에 더해 노동시장 이중구조화의 결과로 정규직과 비정규직, 저임금자와 고임금자 간의 사회보험 가입률 격차가 매우 큰 것이 특징임.
 - 이로 인해 노동시장의 이중구조화가 사회복지의 이중구조화로 이어져 가장 중요한 안정 기제로서의 사회보험이 오히려 가장 불안정한 개인과 가족에게 정작 도움이 되지 못하는 모순을 낳음으로써 빈곤과 불평등을 심화하는 데 일조함.
 - 전체 취업자(2580만 명) 중 비임금근로자(자영자, 무급가족종사자 등)의 비율이 25.5%에 달하고, 임금근로자(1923만 명)의 약 32%가 비정규직이며, 이들 중 한시근로자가 58%를 초과함.
- 사회보험의 사각지대를 해소하려는 노력과 더불어 노동 이력과 덜 연계되는 소득보장 방안, 청년구직수당, 아동(가족)수당, 기초연금, 사회서비스 등이 강화(조)될 필요가 있음.

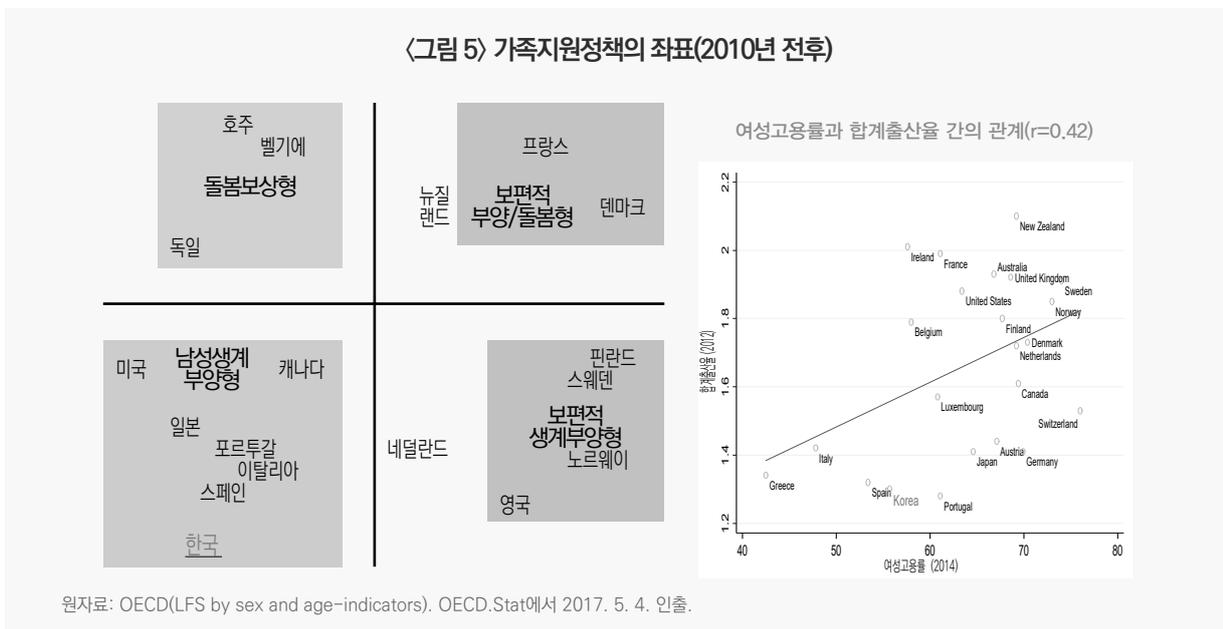
〈그림 4〉 노동시장정책의 좌표(2010년 전후)



■ 가족지원정책의 좌표

- 산업사회에서 가족의 복지 기능을 지나치게 강조하는 것은 두 가지 측면에서 부정적임.
 - 가족의 복지 기능이 강조될수록 ‘빈익빈 부익부’의 불평등한 사회가 대물림될 가능성이 높아짐.
 - 전통적인 여성의 역할이 강조됨으로써 여성의 상대적 지위가 약화되는 동시에 여성이 이중의 역할(어머니로서의 역할과 노동자로서의 역할)을 떠안게 될 가능성이 높아짐.
- 우리나라는 비교 대상 국가 중 가족수당 현금지원, 육아휴직, 그리고 보육서비스 수준 모두 낮은 ‘남성생계부양형’으로 분류됨.
 - 우리나라와 같이 급격한 경제·사회·가족의 변화에도 불구하고 여전히 여성에게 강한 이중 부담이 부과되고 남성, 기업, 사회가 양육과 돌봄, 가사 부담을 충분히 분담하지 못하는 경우 초저출산 현상이 공통적으로 나타남.

- 여성의 노동시장 참여율이 낮고 성별 분업이 불평등할수록, 즉 남성생계부양 모델이 지속될수록 저출산과의 잠금(lock-in)현상이 나타나고 소위 '저출산균형(low fertility equilibrium)'에 빠질 수 있다는 것임.
- 단순히 한두 가지 정책만으로 출산율과 여성고용률을 높이는 데는 한계가 있음. 국가-기업-가족의 전반적인 문화와 정책 기조가 젠더중립적으로 재편되고, 일·가정 양립이 가능한 사회로 거듭나야만 출산율과 여성고용률이 실질적으로 증가할 것임.
- 남녀 임금 격차와 차별의 해소, 근로시간 단축, 비정규직 감축과 차별 금지, 청년 실업과 불안정한 주택 문제 경감, 공평한 가사 분담, 질 높은 보육서비스의 제공과 같은 직접적인 방안과 더불어 전반적인 사회양극화와 불안정을 해소하는 정책과 제도를 모색할 필요가 있음.



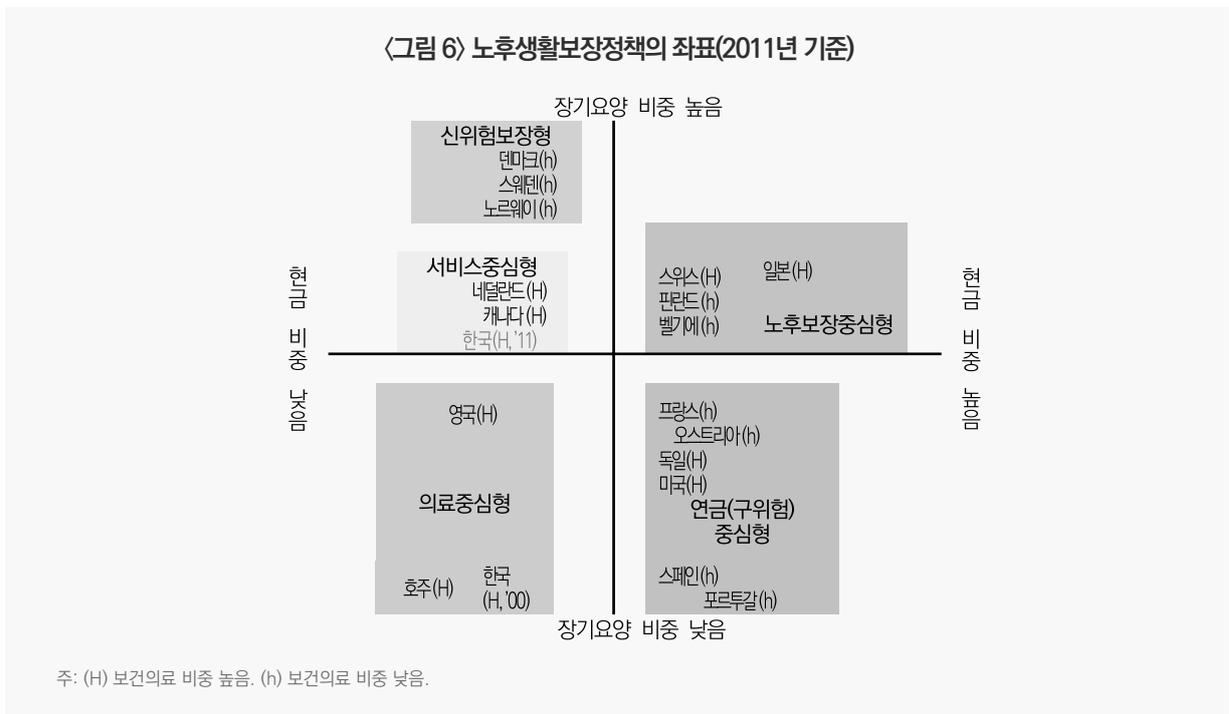
■ 노후생활보장정책의 좌표

- 노인에 대한 현금지출, 보건의료지출 그리고 장기요양지출의 비중을 지표로 분석한 우리나라 노후생활보장정책의 현 좌표는 2000년 '의료중심형'에서 2011년 '서비스중심형'으로 변화함.
 - 국민연금을 비롯한 공적 노후소득보장 장치가 취약한 가운데 상대적으로 건강보험이 발달되어 있는 점과 2008년부터 시행된 노인장기요양보험제도가 정착하면서 요양보호서비스가 급격히 확대된 측면이 기여한 결과임.
 - 2011년 국내총생산(GDP) 대비 지출 수준을 기준으로 볼 때, 한국은 연금지출 수준이 2.2%로 매우 낮고 (18개국 평균 8.1%), 보건의료지출과 장기요양지출 수준 역시 각각 4%와 0.6%(18개국 평균 각각 6.9%와 1.3%)로 낮은 편(다만 후자는 사회지출에서 차지하는 비중이 높은 편).
- 전(前)노인 시기인 51-65세 시기에 고용 불안정성 증가, 조기 퇴직, 자영업 전환과 폐업 등으로 빈곤율이 급격하게 증가하기 시작함.

- 노동시장에서 저임금·불안정 일자리에 속해 있을수록 미래 빈곤이나 불안정에 대비할 수 있는 사회보험 가입률이 낮아서 청장년 시기의 불안정이 노후의 빈곤으로까지 이어지면서 생애주기 전반의 불안정성을 가속하는 악순환 고리를 형성.

○ 다주제(multi-pillar) 노후생활보장체계의 구체화가 필요함.

- 공적연금(기여율 인상+급여 인상)+기초연금(인상)+기초생활보장제도(부양의무자 기준 점진적 폐지)+주택연금(활성화)의 재구조화
- 장기요양보험 재정 문제, 서비스 공급체계, 서비스 질 등의 문제에 대한 효율적이고 효과적인 정책 대안 개발을 비롯해 통합적이고 지속 가능한 노후생활보장체계를 구축할 필요가 있음.



■ 조세체계의 좌표

- 한국은 포르투갈 등과 함께 조세수입과 그중 간접세 비중이 상대적으로 높은 나라로 분류되었으나 칠레, 멕시코와 같이 이들 비중이 극단적으로 높은 편은 아님.
 - 2013년 기준으로 우리나라의 총부담세율(24.3%) 가운데 총사회보험기여금(종업원, 고용주 합계) 5.4%, 개인소득세 4.8%, 법인세 3.7%, 일반소비세 3.5%, 개별소비세 2.4%로 세원 간 편차가 크지 않음.
- 아직은 조세 부담과 공공복지지출 수준이 OECD 국가에 비해 상당히 낮고, 향후 수요와 욕구 등을 감안할 때 증세가 불가피함.
 - 현재 조세 부담의 좌표를 고려할 때, 증세의 방향은 어느 한쪽으로 치우치지 않는 것이 유리함. 법인세 감면 축소와 세율 조정, 소득세율 조정, 비필수재 중심의 소비세 인상, 연금 기여금 등 사회보험료 인상 등의 적절한 배합을 통해 조세 저항을 최소화하면서 증세 효과를 최대화하는 황금률을 찾아야 함.

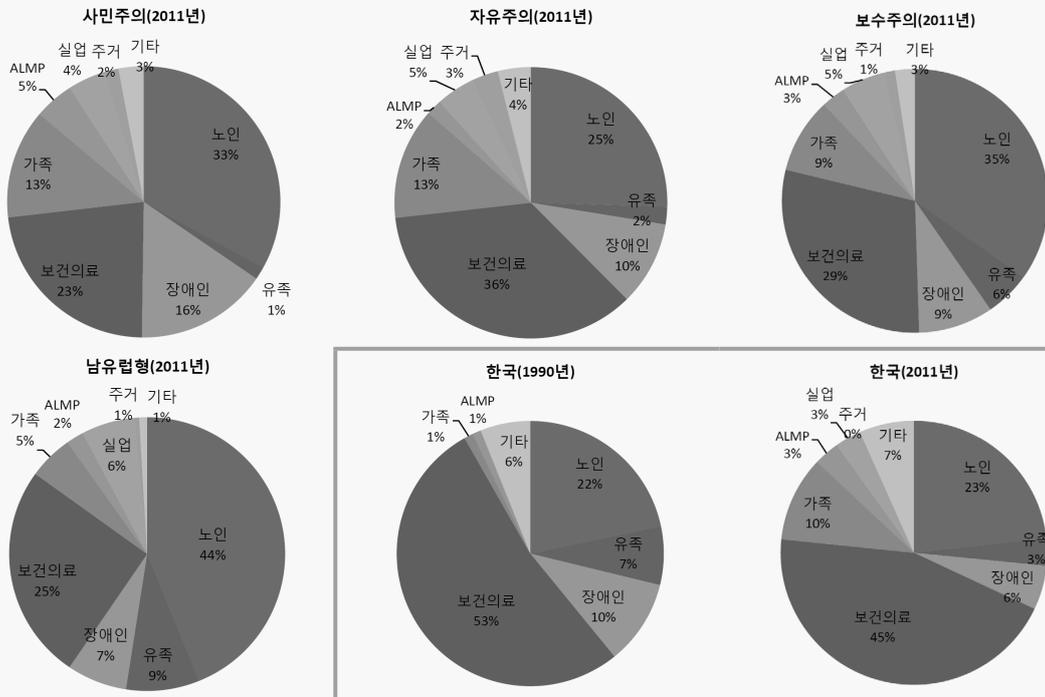
- 우리나라는 지금까지 복지의 직접적 제공보다는 면세점을 높이고 소득공제를 통해 세금을 환급해 주는 방식을 선호, 복지재원 마련을 위해서는 면세점을 낮추고 소득공제를 축소하는 것이 불가피하다는 점을 국민들이 인식하도록 하는 노력도 병행. 많은 적든 간에 능력에 따라 세금을 납부하고 필요에 따라 돌려받는 것이 복지국가에서 시민 연대의 기본 원리임.
- 국가의 직접적인 경제개발 비용을 최소화하는 등 세출을 재조정할 필요도 있음(공공지출에서 경제개발비가 차지하는 비중 축소 등).



■ 사회지출의 좌표

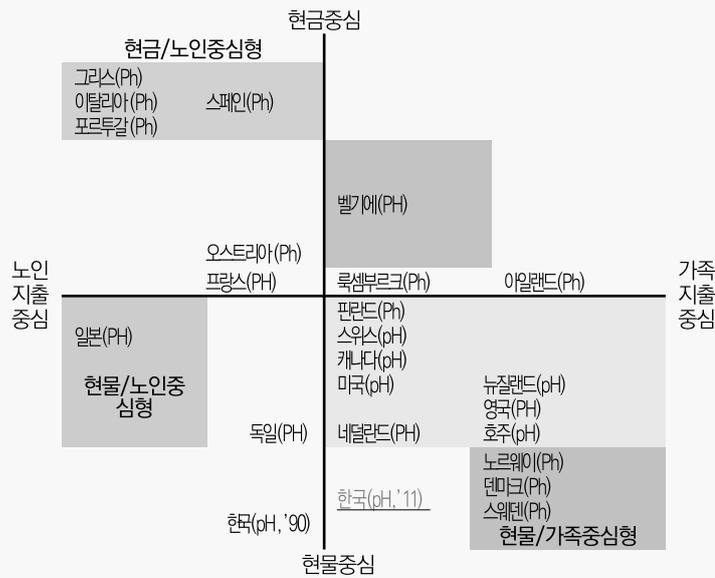
- 한국의 경우 전반적으로는 공공복지지출이 매우 낮고, 상대적으로 보건의료지출 비중이 높지만, 1990년대 노인 지출 비중이 높은 '현물-노인중심형'에서 2011년에는 가족지출의 비중이 상대적으로 높은 '현물-가족중심형'에 근접한 유형으로 변화함.
 - 이는 여전히 공적연금이 미성숙한 상태에서 보육, 사회서비스지출이 급격하게 늘면서 나타난 현상으로 추정됨.
- 여전히 우리나라의 공적 사회지출은 GDP 대비 10%를 겨우 넘어서는 정도로 OECD 평균의 절반에도 미치지 못하는 수준이라는 점, 그리고 급격한 인구고령화가 진행되는 가운데 노인빈곤율이 매우 높아 공적연금과 기초연금 등 공적 노후소득보장제도의 강화 필요성에 대한 목소리가 강하게 제기된다는 점 등에서 노인과 현금지출 쪽으로 좌표가 이동할 가능성을 배제할 수 없음.
 - 다른 한편, 초저출산으로 인해 아동과 가족에 대한 투자와 일·가정양립정책 관련 수요가 높고, 청년 실업 등 청년의 고용 불안정에 대한 사회정책적 대응 필요성 문제도 강하게 제기되고 있으며, 향후 장기요양보호와 같은 사회 서비스 수요도 크게 증가할 것으로 예측되는 등 현재의 가족·현물 중심 좌표가 유지되거나 더 강화될 수도 있음.

〈그림 8〉 복지국가 유형별 · 복지지출 부문별 지출 수준(GDP 대비 %)



원자료: social Expenditure Statistics. stats.oecd.org에서 2016. 8. 16. 인출.

〈그림 9〉 사회지출의 좌표(2011년 내외)

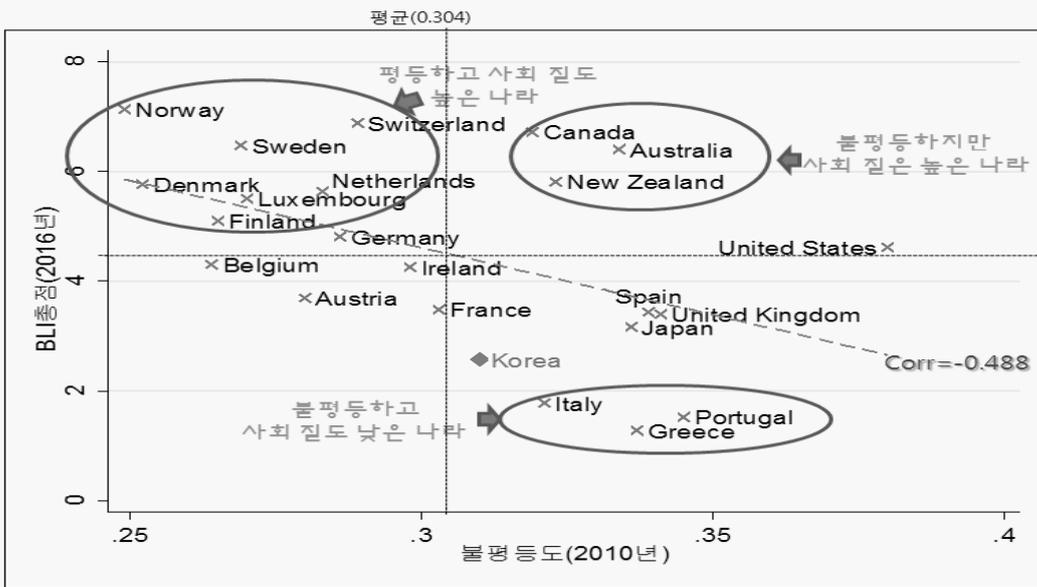


주: (PH) - GDP 대비 공공복지지출 비중이 높고, 공공복지지출 대비 건강지출 비중이 높음. (Ph) - 공공복지지출 비중이 높고, 건강지출 비중이 낮음. (pH) - 공공복지지출 비중이 낮고, 건강지출 비중이 높음. (ph) - 공공복지지출 비중이 낮고, 건강지출 비중이 낮음.

3. 나가며

- 위와 같은 복지체계의 결과, 우리나라의 불평등 수준은 평균보다 약간 높고 삶의 질 수준은 평균을 크게 하회하지만 포르투갈과 그리스 등 남유럽 국가들에 비해서는 상대적으로 나은 편임.

〈그림 10〉 불평등도(2010년)와 BNI지수(2016년) 간의 관계



원자료: OECD.stat. stats.oecd.org에서 2016. 8. 10. 인출.

- 높은 사회적 비용을 들이고도 삶의 질은 낮고 불평등도는 높은 남유럽 국가들의 전철을 밟지 않도록 반면교사로 삼아야 함. 선진 복지국가의 성공과 실패로부터 배우되 우리나라가 처한 사회·경제·문화적 특수성과 새로운 도전들(예를 들면 4차 산업혁명, 초저출산과 급격한 고령화 등)에 조응할 수 있는 복지체계를 신중하게 설계해 나가야 할 것임.
- 또한 복지국가의 현실적 필요성뿐 아니라 그 이면의 가치와 철학적 기반에 대해 국민적 인식을 제고할 필요가 있음.

Korea Institute for Health and Social Affairs

지역박탈에 따른 회피가능사망률 격차와 함의

김 동 진 보건의료연구실 부연구위원

이 정 아 보건의료연구실 연구원

- 지역박탈 수준과 지역의 회피가능사망률은 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 특히 지역박탈 수준은 치료 가능사망보다 예방가능사망과 상관관계가 높은 것으로 나타남.
- 지역의 결핍 수준과 사망률의 연결 고리를 끊기 위해서는 단순히 의료에 대한 접근성을 높이는 것뿐만 아니라 사회적 건강결정요인(Social Determinants of Health)에 대한 포괄적 정책이 필요함을 의미함.
- 지역의 결핍 수준에 따른 회피가능사망의 차이가 확인된 만큼 결핍 수준이 높은 지역의 건강 수준을 지속적으로 모니터링할 필요가 있음.

1. 들어가며

- 최근 새 정부가 발표한 100대 국정과제 중 ‘건강보험보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원’ 과제의 목표에 ‘건강증진사업 확대로 계층·지역별 격차 완화와 건강수명 연장’이 포함됨.
 - 건강불평등이나 건강형평성 등과 같은 구체적인 단어로 표현되지는 않았으나 이전 정부들과는 달리 지역별 건강 격차를 인정하고 이를 완화하려는 노력을 정책적 목표로 설정한 것은 매우 고무적임.
- 이에 앞서 2016년 개정된 지역보건법 시행령에도 지역의 건강불평등과 관련된 내용이 추가됨.
 - 지역보건법 제4조 지역보건의료계획의 세부 내용으로 “취약계층의 건강관리 및 지역 주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진 계획”을 포함¹⁾함으로써 지역 차원에서 건강형평사업을 실시할 수 있는 기반을 마련함.

1) 보건복지부(2016). 지역보건법 시행령 전부개정안.

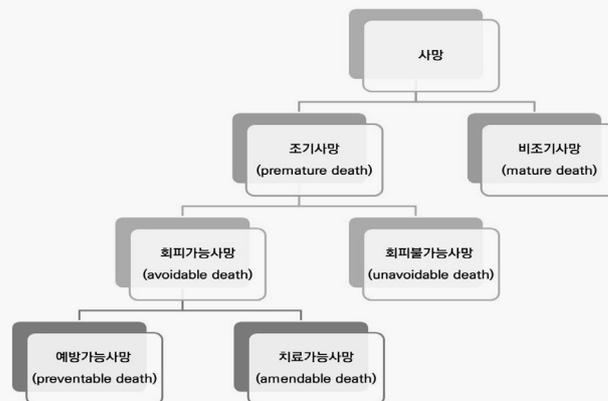
- 정책 대상으로서 지역의 중요성이 높아짐에 따라 다양한 지역 현황 조사가 여러 차원에서 수행되고 있으나 정책 수립 근거로서의 지역 현황 자료는 아직 많이 부족한 실정임.
- 본 연구에서는 지역박탈 수준과 회피가능사망의 격차를 분석하고 함의를 도출하여 지역 기반 정책 수립의 필요성을 강조하고자 함.

2. 지역박탈과 회피가능사망의 개념

■ 회피가능사망의 개념

- 회피가능사망(Avoidable mortality)은 치료가능사망(Amenable mortality)과 예방가능사망(Preventable mortality)으로 구분됨.
- 치료가능사망은 현재의 의료적 지식과 기술을 고려했을 때 조기 검진, 시의적절한 치료 등과 같은 양질의 보건 의료서비스(medical service)를 통해 피할 수 있는 사망을 의미하며, 예방가능사망은 건강결정요인을 고려했을 때 광의의 건강정책(health policy)으로 예방할 수 있는 사망으로 정의됨.²⁾

〈그림 1〉 회피가능사망의 구성 개념도



자료: Office for National Statistics(2012). Definition of avoidable mortality. United Kingdom; 정영호(2014). 우리나라의 회피가능사망 분석. 보건복지포럼, 2014년 8월호(통권 214호), p.43.

- 회피가능사망을 측정하기 위해서는 보건의료서비스나 질병예방정책에 따라 '피할 수 있는' 사망에 대한 정의와 범주 그리고 연령의 한계를 정할 필요가 있는데, 우리나라에는 아직 그러한 정의와 범주에 대한 합의가 부재함.
- 본 연구에서는 영국 통계청(Office for National Statistics, 2012)과 강희정 등(2016)³⁾에서 사용한 분류를 활용함.

2) 정영호(2014). 우리나라의 회피가능사망 분석. 보건복지포럼, 2014년 8월호(통권 214호), pp.42-53.

3) 회피가능사망에 대한 최근의 연구는 '정영호(2014). 위의 책, pp.42-53; 서성호 등(2016). 우리나라 사망원인통계를 이용한 회피가능 사망 분석. 주간 건강과 질병, 9(6), pp.98-99; 강희정 등(2016). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 I. 한국보건사회연구원' 등이 있으며, 이들 연구는 모두 영국 통계청(ONS)의 분류법을 기본으로 적용한 것임. 본 연구에서는 '강희정 등(2016). p.165'의 분류법을 활용하였음.

■ 지역박탈지수의 개념과 활용

- 지역박탈지수⁴⁾는 지역의 박탈 혹은 결핍 정도를 지수화하여 지역의 사회경제적 수준을 대표할 목적으로 만들어진 지표로 영국, 호주 등에서 활용함.
 - 영국에서는 지역건강불평등 해소를 목적으로 결핍이 심한 지역에 공공 자원을 추가로 배분하는 근거(evidence)로 박탈지수를 활용함.
- 지역박탈지수는 일반적으로 지역의 소득과 교육 수준, 고용 정도, 주거 및 생활환경 등과 관련된 변수를 활용하여 측정함.
 - 본 연구에서는 '2010년 인구주택총조사' 10% 표본자료를 활용하여 지역의 경제적 박탈과 사회적 박탈을 구성하는 9개 지표⁵⁾를 사용하여 산출한 지수를 활용함.
 - 지역박탈지수가 가장 높은 지역은 전남 신안군이었고, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역은 경기 용인시 수지구로 나타났음.

3. 총사망률과 회피가능사망률

■ 총사망률과 회피가능사망률 수준

- 2013년 우리나라의 총사망률은 인구 10만 명당 377.1명으로 나타났음. 남자는 인구 10만 명당 527.5명, 여자는 263.1명으로 남자가 두 배 이상 높았음(표 1 참조).
 - 회피가능사망률은 인구 10만 명당 138.5명으로 남자는 인구 10만 명당 202.6명, 여자는 인구 10만 명당 80.4명으로 나타났음.
 - 예방가능사망률은 인구 10만 명당 118.0명으로 남자는 인구 10만 명당 173.9명, 여자는 인구 10만 명당 67.5명으로 나타났음.
 - 치료가능사망률은 인구 10만 명당 53.1명으로 남자는 인구 10만 명당 68.1명, 여자는 인구 10만 명당 39.5명으로 나타났음.
- 우리나라의 총사망 중 회피가능사망은 36.7%를 차지함. 총사망 중 예방가능사망은 31.3%, 치료가능사망은 14.1%로 나타났음(표 1 참조).
 - 남자의 회피가능사망은 38.4%, 예방가능사망은 33.0%, 치료가능사망은 12.9%로 나타났고, 여자의 회피가능사망은 30.5%, 예방가능사망은 25.6%, 치료가능사망은 15.0%로 나타났음.
 - 회피가능사망과 예방가능사망의 비율은 남자가 여자에 비해 남자가 더 높은 반면 치료가능사망은 상대적으로 여자의 비율이 더 높음.

4) 현재 우리나라에서는 지역박탈지수 혹은 지역결핍지수의 명칭이 혼용되고 있음. 이 글에서는 지역박탈지수로 통일하여 사용함.

5) 지역박탈지수 산출 방식에 대해서는 특별한 합의 없이 연구자별로 목적에 따라 서로 다르게 산출하여 사용하고 있음. 본 연구에서 활용한 지역박탈지수는 '낙후된 주거 환경, 낮은 교육 수준, 노인인구, 낮은 사회계급 변수, 1인 가구, 자가용 소유, 아파트 거주, 여성 가구주, 이혼 및 사별'임. 국내외의 지역박탈지수 사례와 본 연구에서 활용한 지역박탈지수의 구성에 대한 자세한 설명은 '김동진 등(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원, p.176'을 참고하기 바람.

〈표 1〉 인구 10만 명당 총사망률과 회피가능사망률

(단위: 인구 10만 명당, %)

	총사망률		회피가능사망률		예방가능사망률		치료가능사망률	
	사망률	분율	사망률	분율	사망률	분율	사망률	분율
전체	377.1	100.0	138.5	36.7	118.0	31.3	53.1	14.1
남자	527.5	100.0	202.6	38.4	173.9	33.0	68.1	12.9
여자	263.1	100.0	80.4	30.5	67.5	25.6	39.5	15.0

주: 인구표준화율임.
자료: 통계청, 2013년 사망원인통계 원자료.

■ 지역박탈지수 분위별 총사망률 및 회피가능사망률 수준

- 지역박탈지수를 4분위 나누어 분위별로 사망률을 구한 결과 지역박탈지수가 클수록, 즉 박탈정도가 심할수록 지역의 총사망률과 회피가능사망률이 높았음(표 2 참조).
 - 지역박탈 정도가 가장 심한 1분위 지역의 회피가능사망률은 인구 10만 명당 171.9명인 반면, 지역박탈 정도가 덜한 4분위 지역의 회피가능사망률은 인구 10만 명당 124.9명으로 두 집단 간에는 인구 10만 명당 47.0명(남자 76.8명, 여자 18.3명)의 차이가 있었음.
 - 지역박탈이 가장 심한 1분위 지역의 예방가능사망률 평균은 146.2명, 지역박탈이 가장 덜한 4분위 지역의 예방가능사망률 평균은 106.1명으로 두 집단 간 격차는 인구 10만 명당 40.1명(남자 66.4명, 여자 14.9명)이었음.
 - 지역박탈 1분위와 4분위의 치료가능사망률 평균의 격차는 인구 10만 명당 10.2명(남자 15.3명, 여자 5.3명)이었음.

〈표 2〉 박탈지수 분위별 총사망률과 회피가능사망률 격차

(단위: 인구 10만 명당)

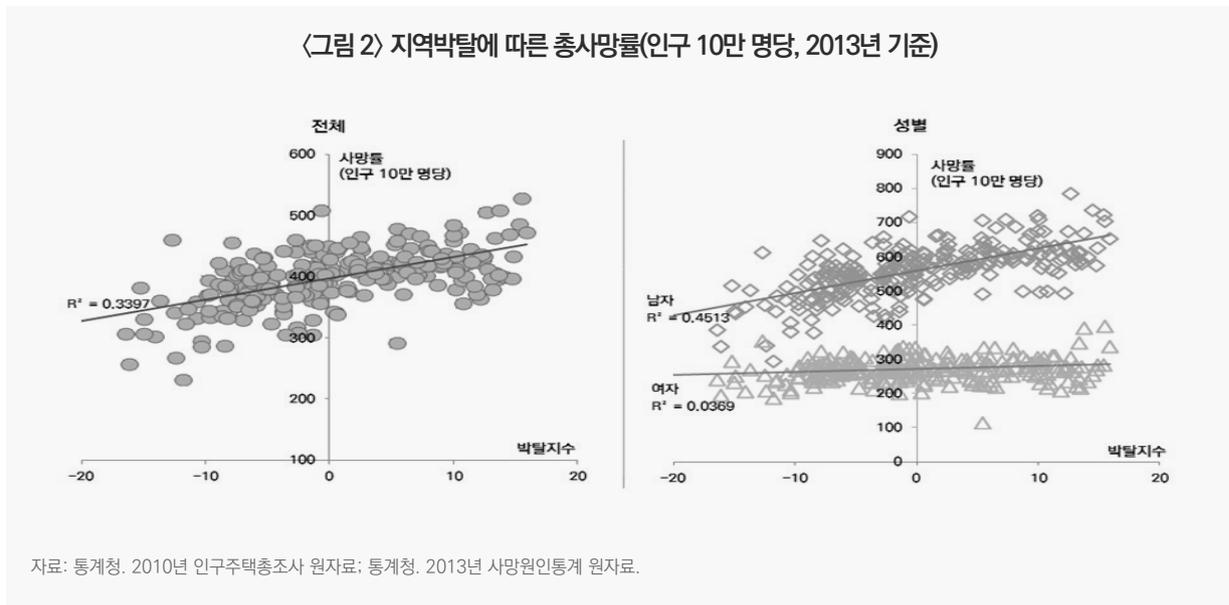
박탈 지수	총사망률			회피가능사망률			예방가능사망률			치료가능사망률		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자
1분위	426.8	620.0	278.5	171.9	256.2	93.9	146.2	219.9	78.2	59.7	77.8	43.0
2분위	406.3	573.5	273.4	156.8	231.8	87.1	134.4	200.7	73.0	58.8	76.6	42.6
3분위	381.0	529.9	266.6	139.1	202.7	81.0	118.9	174.1	68.5	53.5	68.7	39.8
4분위	354.7	484.4	257.4	124.9	179.4	75.6	106.1	153.5	63.3	49.5	62.5	37.7

주: 인구표준화율임.
자료: 박탈지수는 '통계청, 2010년 인구주택총조사 원자료'를 활용. 총사망률과 회피가능사망률은 '통계청, 2013년 사망원인통계 원자료'를 활용.

4. 지역박탈에 따른 사망률 격차

■ 지역박탈에 따른 총사망률 격차

- 전국 시·군·구별 지역박탈지수와 연령표준화사망률의 관계를 나타낸 결과는 [그림 2]와 같음.
 - 전체 및 성별로 구분하여 지역박탈지수와 사망률의 관계를 비교해 본 결과 양의 상관관계를 보였음.
 - 지역박탈지수가 가장 높은 지역의 총사망률은 인구 10만 명당 473.22명, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역의 총사망률은 인구 10만 명당 261.68명으로, 두 지역 간 총사망률 절대격차는 인구 10만 명당 211.54명, 상대격차는 1.81배임.
 - 성별로는 여자에 비해 남자가 더 강한 상관관계를 보였음.



■ 지역박탈에 따른 회피가능사망률 격차

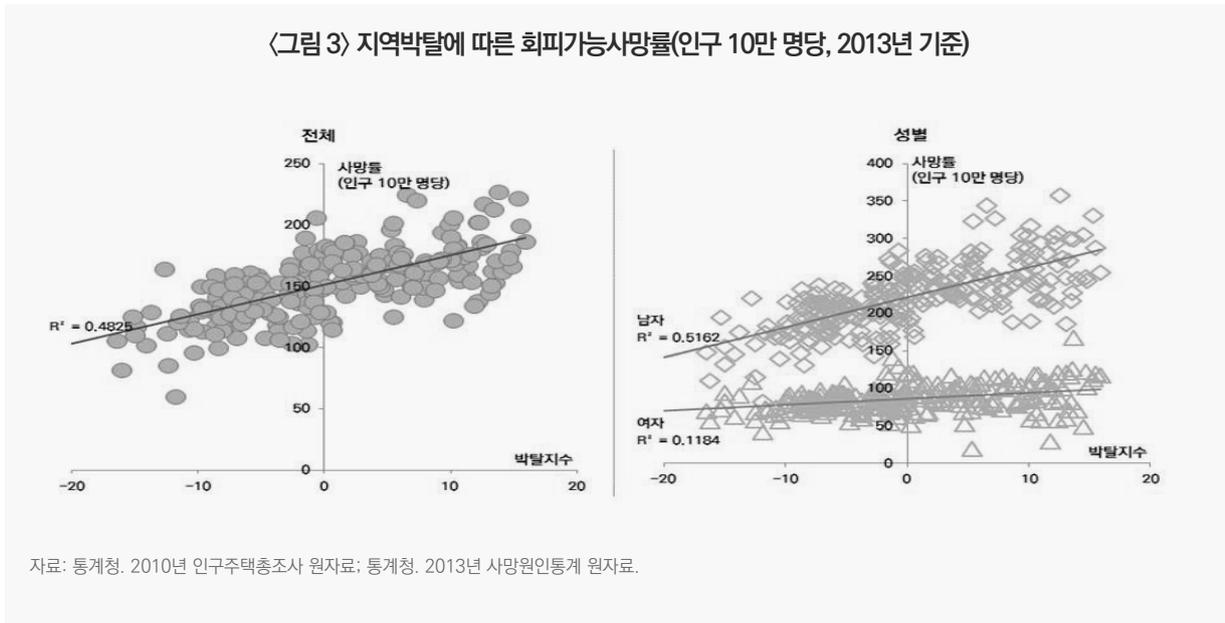
- 지역박탈지수와 회피가능사망률 간에는 양의 상관관계가 있었으며, 상관계수는 0.48로 지역박탈과 총사망률 간의 관계보다 강한 상관관계가 나타났음(그림 3 참조).
 - 지역박탈지수가 가장 높은 지역의 회피가능사망률은 인구 10만 명당 187.09명, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역의 회피가능사망률은 인구 10만 명당 84.88명으로, 두 지역 간 회피가능사망률의 절대격차는 인구 10만 명당 102.21명, 상대격차는 2.20배임.
 - 성별로는 여자보다 남자의 지역박탈과 회피가능사망률 간 상관관계가 높게 나타났음.

■ 지역박탈에 따른 예방가능사망률 격차

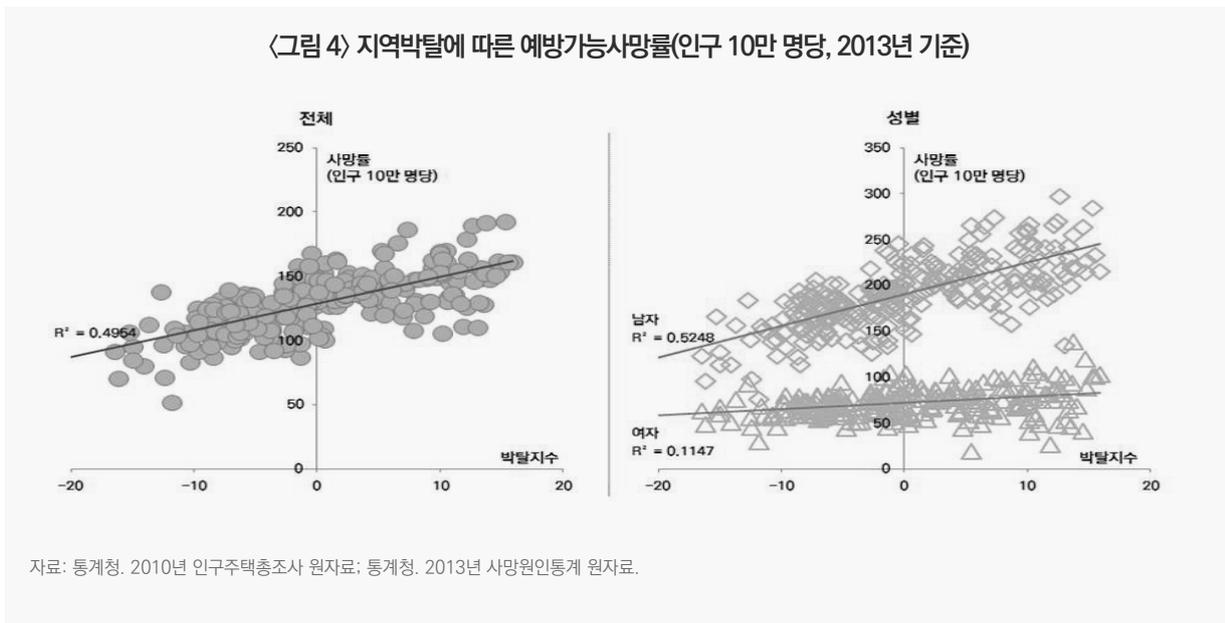
- 회피가능사망률을 구성하는 요소 중 치료가가능사망률보다 예방가능사망률이 지역박탈지수와의 상관관계가 높은 것으로 나타났음(그림 4 참조).

- 지역박탈지수가 가장 높은 지역의 예방가능사망률은 인구 10만 명당 160.86명, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역의 예방가능사망률은 인구 10만 명당 74.13명으로, 두 지역 간 예방가능사망률의 절대격차는 인구 10만 명당 86.73명, 상대격차는 2.17배임.
- 지역박탈 수준과 예방가능사망률의 상관계수는 0.50으로 나타났고, 남자의 상관 정도가 여자에 비해 높았음.

〈그림 3〉 지역박탈에 따른 회피가능사망률(인구 10만 명당, 2013년 기준)



〈그림 4〉 지역박탈에 따른 예방가능사망률(인구 10만 명당, 2013년 기준)

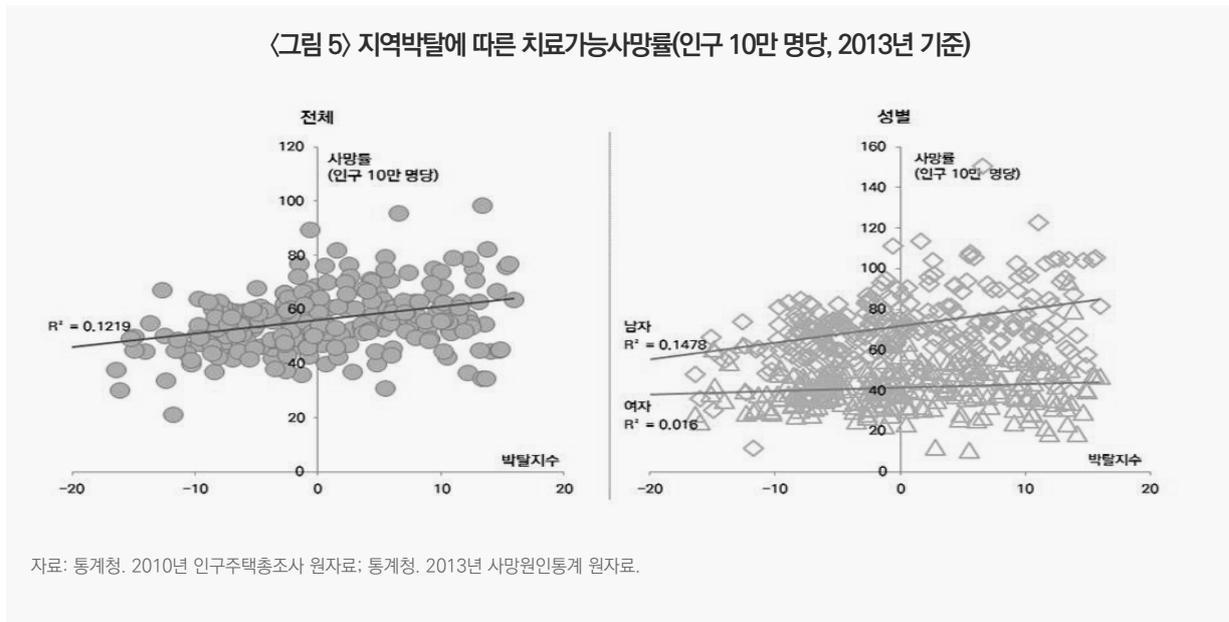


■ 지역박탈에 따른 치료가능사망률 격차

○ 치료가능사망률의 지역박탈 수준과의 상관관계는 예방가능사망률보다 낮았음(그림 5 참조).

- 지역박탈지수가 가장 높은 지역의 치료가능사망률은 인구 10만 명당 64.04명, 지역박탈지수가 가장 낮은 지역의 치료가능사망률은 인구 10만 명당 29.36명으로, 두 지역 간 치료가능사망률의 절대격차는 인구 10만 명당 34.68명, 상대격차는 2.18배임.
- 여자의 경우 지역박탈 수준과 치료가능사망률 간 상관관계가 거의 없는 것으로 나타났고, 남자도 낮은 상관관계를 나타냈음.

〈그림 5〉 지역박탈에 따른 치료가능사망률(인구 10만 명당, 2013년 기준)



5. 지역박탈에 따른 회피가능사망률 격차의 함의

■ 지역박탈 수준과 사망률의 관계

○ 본 연구 결과 지역박탈 수준과 지역의 총사망률은 양의 상관관계가 있는 것으로 나타남.⁶⁾

- 지역의 결핍은 낮은 소득 수준뿐 아니라 인구구성, 고용 상태, 교육 수준, 주거 환경 등 다양한 요인의 결합으로 나타나는 현상임.
- 지역의 결핍 수준과 사망률의 연결 고리를 끊기 위해서는 단순히 의료에 대한 접근성을 높이는 것뿐만 아니라 사회 건강결정요인(Social Determinants of Health)에 대한 포괄적 정책이 필요함을 의미함.

6) 지역박탈지수 외의 다른 지역적 특성들이 지역의 건강 수준에 관계하는 부분도 있다는 점을 고려하여 해석할 필요가 있음.

■ 지역박탈 수준과 회피가능사망률의 관계

- 본 연구 결과 지역의 박탈 수준은 치료가능사망보다 예방가능사망과 더 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났음.
 - 회피가능사망을 구성하는 요소 중 치료가능사망은 현재의 의료서비스 수준과 의료지식을 적용한 검진과 치료 등으로 피할 수 있는 사망을 의미하며, 예방가능사망은 건강결정요인 등을 고려한 광의의 공중보건정책으로 예방할 수 있는 사망을 의미함.
- 회피가능사망을 예방하여 전체적인 기대여명 수준을 높이기 위해서는 박탈 수준이 높은 지역을 대상으로 한 공중보건사업에 더 많은 노력을 기울일 필요가 있음을 의미함.
- 지역박탈 수준과 회피가능사망률 간의 관계에서 성별 격차는 회피가능사망을 정의하는 데 포함되는 사망 원인에 기인한 것으로 해석할 수 있음.
 - 일반적으로 사고나 손상으로 인한 사망은 여자보다 남자에게서 많이 나타나는데, 이로 인한 결과로 해석될 수 있음.

6. 나가며

- 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)의 정책 목표는 ‘건강수명 연장과 건강형평성 제고’임. 이 목표를 달성하기 위해서는 ‘조기사망’ 예방이 무엇보다 중요하며, 이를 모니터링할 수 있는 지표가 회피가능사망임.
 - 지역의 결핍 수준에 따른 회피가능사망의 차이가 확인된 만큼 기대여명이나 건강기대여명을 제고하기 위해서는 결핍 수준이 높은 지역을 지속적으로 모니터링할 필요가 있음.
 - 지역 간 건강형평성 제고를 위해서는 사후 질병 치료나 개인의 행동 변화에 대한 중재 외에도 사전 예방 활동과 환경 요인 관리에 더 많은 노력이 요구됨.
 - 지역박탈이 심한 지역에 대해서는 세계보건기구(WHO: World Health Organization)에서 강조하는 ‘사회적 건강결정요인’ 개선 노력이 뒷받침되어야 함.
- 지역 수준에서 회피가능사망을 지속적으로 모니터링하기 위해서는 관련 지표에 대한 추가적인 검토가 필요함.
 - 회피가능사망을 측정하기 위해서는 정책이나 서비스 제공 등에 따라 피할 수 있는 사망의 원인을 우리나라 실정에 맞게 정하는 작업이 매우 중요하나 우리나라에는 아직 공식적으로 합의된 기준이 마련되어 있지 않음.
 - 아울러 지역의 박탈 정도를 측정하는 지수에 대해서도 표준화와 타당성 검증이 필요함.⁷⁾

7) 영국 정부는 지역박탈 수준에 대한 체계적인 조사를 2000년부터 시작하여 최근까지 4차례의 조사를 실시하였으며, 그 결과를 지역의 건강 수준 제고를 위한 자원 배분에 가중치로 활용하고 있음[이영아(2012). 영국의 지역 결핍지수. 지역과 발전 vol.9. p.34].

Korea Institute for Health and Social Affairs

노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공을 위한 지원 방안

김정선 보건의료연구실 연구위원

황은미 (주)복지유니온 부설 한국고령친화식품연구소장

- 고령화가 가속화되면서 노인층의 의료비가 급증하고 있어 노인의 건강 유지 및 개선을 위해 안전한 식품 선택과 영양 공급을 통한 예방적 건강 지원 방안에 대한 요구가 많아짐.
- 노인의 자립적 생활 정도에 근거한 식생활 특징에 따라 노인을 분류하여 이들이 적절한 영양을 섭취할 수 있도록 특징별 맞춤형 식사서비스 제공 방안을 제안하고, 이를 실현하기 위한 법·제도적 지원 방안을 제시함.
- 고령친화산업진흥법 시행령에서 정하고 있는 고령친화식품의 용어 정의를 ‘노인의 건강을 유지하거나 개선하는데 유용한 식품 및 건강기능식품, 급식서비스’로 확대하고 고령친화산업진흥법에 고령친화식품의 정의를 신설하여 다양한 식품이 활용될 수 있는 근거를 마련하는 일이 시급함.

1. 고령친화식품의 필요성

■ 고령화가 가속화되면서 노인층의 의료비가 급증하는 추세임.

- 한국은 고령화 속도가 지나치게 빨라 2000년에 고령화 사회(65세 이상 인구가 7% 이상)에 진입한 이후 2017년에는 고령인구가 유소년(0~14세)인구를 앞지르며 700만 명을 돌파해 고령 사회(14% 이상)로, 2026년에는 초고령 사회(20% 이상)로 접어들게 됨.¹⁾
- 노인의 89.2%는 만성질환이 있는 상태로 평균 2.6개 이상의 만성질환을 가지고 있으며,²⁾ 국내 노인 의료비는 전체 의료비의 34%를 차지하고, 생애 전체 의료비의 절반 이상이 노년기에 지출되는 것으로 나타남.³⁾

■ 노인의 건강 유지 및 개선을 위해 안전한 식품 선택과 영양 공급을 통한 예방적 건강관리 방안의 필요성이 커짐.

1) 통계청. (2014). 2014 고령자 통계.

2) 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등. (2014). 2014년도 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

3) 건강보험심사평가원. (2014). 2014년 건강보험통계연보 중 65세 이상 건강보험 노인진료비 현황.

- 노년기는 노화 진행에 따른 신체적인 변화와 식욕 감퇴, 사회에서의 소외감, 경제 수준 저하 등의 심리적·사회적 요인 등에 의해 적절한 영양 공급이 어려워지고 영양 위험 요인이 증가하는 시기임.
- 질병 구조가 변화하고 건강 위해 요인이 증가함에 따라 노인의 삶의 질을 높일 수 있는 건강 유지 방안 모색이 필요함.

■ 예방적 건강관리 도구로서 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 지원이 필요함.

- 노인의 건강 문제는 대부분 영양 공급의 적절성과 직결되므로 건강 유지와 질병 예방 및 치료를 위한 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공이 필요함.
 - 노인의 건강은 노후 생활의 질을 결정하는 데 매우 중요하고, 식생활은 노인 건강에 직접적인 영향을 주는 요인으로 작용함.
 - 특히 핵가족화가 급속히 진행되면서 노인들만 사는 가구가 증가하고 있고, 그 결과 식사 준비와 조리 등의 가사 활동이 자식이 아닌 노인 자신의 부담이 됨에 따라 노인의 식생활이 더욱 나빠지고 심한 경우 영양불량이 초래될 수 있음.
- 장기요양기관 중 입소자를 위하여 자체적으로 조리한 식사를 제공하는 기관이 84.4%인 데 반해 영양사를 고용하고 있는 기관은 56.4%로 비율이 낮으므로⁴⁾ 장기요양기관에서도 씹거나 삼키기를 어려워하는 입소자를 위하여 점도와 경도가 적합한 고령친화식품을 많이 활용할 것으로 기대됨.

2. 노인의 식생활 현황 및 시사점⁵⁾

1) 노인의 분류별 식생활 현황

- 노인의 자립적 생활 정도와 건강 수준에 따라 4가지 유형으로 분류하여 식생활을 분석함.
 - 노인의 자립 생활 가능 여부에 따라 식생활에 대한 중요도, 만족감, 욕구나 필요 항목 등이 매우 달라짐.

(1) 자립적 생활이 가능한 건강한 노인(Active Seniors)

- 65세 이상의 건강한 노인이나 노인 가구가 해당되며, 식생활에도 많은 변화가 있고 선택하는 식품군이나 식생활 방법도 과거와는 다른 조건을 필요로 하는 대상임.
- 식생활의 특징
 - 노인 부부 가구의 하루 식사 횟수는 평균 2식으로 한 끼만 제대로 식사하고 아침에는 한식보다 주로 과일, 떡, 고구마, 샐러드 등으로 간단하게 식사하는 편임. 1인 가구 노인의 하루 식사 횟수는 3식으로 적정하였음.
 - 선호하는 식재료는 달걀, 김, 김치이고 밑반찬은 거의 먹지 않으며, 단백질 공급원으로 주 1회 이상 육류를, 주 2~3회 이상 달걀 음식을 섭취하고 있었음.
 - 생선 섭취의 필요성은 알고 있었으나 조리할 때 냄새가 나고 남은 음식을 다시 데워 먹을 때 식감이 떨어진다는 이유로 생선류 조리는 거의 하지 않았음.
 - 가구 구성원이나 경제적인 상황과 무관하게 조리 시의 피로도와 낮은 식사 빈도, 적은 가족 구성원 수 등의 사유로 집밥 조리에 대한 관여도가 낮았음.

(2) 자립적 생활이 가능하지만 건강하지 않은 노인(Active Seniors in Risk)

- 독립적 생활이나 활동이 가능한 재가노인이나 생활환경 특성상 건강·영양 위험 집단으로 판정받은 노인 또는 노인 가구를 말함.
 - 65세 이상 노인 중 독거노인, 노인 가구의 배우자 또는 부부 모두 질병으로 아프지만 자녀의 돌봄을 받지 못하고 배우자가 돌보아야 하는 경우, 주거나 생활 조건에 관계없이 75세 이상인 고령노인 등이 여기에 속함.
 - 우리나라 재가노인은 50% 정도가 영양 위험군으로,⁶⁾ 이를 장기간 방치하게 되면 노인장기요양보험 수급자로 전환될 가능성이 높음.

4) 김정선, 선우덕, 김경래, 김소은, 김지연, 김종민 등. (2015). 고령친화형 식품의 제도적 지원시스템 구축 및 경제/사회적 지원방안 연구. 한국식품연구원, 한국보건사회연구원.
 5) 황은미(2015). 광진구 돌봄특구사업 수용도 조사 재구성.
 6) 김초일, 김복희, 이윤나, 남지운, 김도희, 이지연 등. (2017). 노인 식생활안전관리 종합계획 수립을 위한 연구. 식품의약품안전처, 한국보건산업진흥원.

○ 식생활의 특징

- 75세 이상 재가 고령 노인의 하루 식사 횟수는 평균 3식임. 자녀와 동거하는 경우에는 매일 1회 이상 가족과 함께 식사를 하지만 독거노인은 대부분 혼자 식사를 하고 있음.
- 고령 노인이 자녀 동거 여부에 관계없이 혼자 식사할 때는 주로 밥과 김치 또는 밥과 국 등으로 구성이 단조로운 편이고 노인 스스로 상을 차려 혼자 식사할 때는 자녀들이 준비한 반찬이 있어도 다른 반찬을 챙겨 먹으려 하지 않는 경향이 있어 고령 독거노인의 경우 만성적으로 단조로운 식사를 하는 것이 영양 상태를 악화시키는 요주의 식습관으로 판단됨.
- 외식은 선호하지 않는 편인데 이는 음식이 자극적이거나 입에 맞지 않고 음식을 많이 남기게 되기 때문임. 배달 반찬도 입에 맞지 않아 지속하지 못하는 편임.

(3) 자립적 생활이 불가능하고 거동이 불편한 재가노인 (Non Active Seniors)

- 노인장기요양등급 판정을 받은 노인, 등급 판정을 받지 않았지만 65세 이상의 기초생활수급자이면서 거동이 불편한 독거노인, 기타 독립적 생활이 불가능한 노인으로 노인돌봄종합서비스를 이용하는 노인이 여기에 속함.

○ 식생활의 특징

- 장기요양등급 판정(주로 3~5등급)을 받아 장기요양수가 지급되는 재가요양서비스 이용 노인의 식생활은 요양보호사가 매일(주 5일) 방문하기 때문에 비교적 안정적이지만 대부분 경제 상황이 좋지 않아 식재료 구입에 어려움을 겪고 있음.
 - 치매 노인은 1일 3식의 식사를 하는 편이며, 와상의 노인이나 삼킴 장애(연하곤란)가 있는 경우 하루에 1~2식 정도로 식사가 제한적이었음.
 - 치매의 경우 일반 식사를 하는 데 어려움이 없지만 연하곤란이 있을 때는 장기간 흰죽으로만 식사를 하는 문제가 있음.
- 기초생활수급자들은 복지관이나 종교단체, 적십자사 등에서 주 2회 밀반찬을 제공받는데 반찬이 대부분 이용자의 건강이나 식사 기능을 고려하지 않은 것이라 맵고 자극적이거나 딱딱해서

먹지 못하는 경우가 적지 않음. 따라서 노인의 식사 능력(씹는 기능 저하와 소화 장애, 기타 질병)을 고려한 음식 제공이 요구됨.

(4) 자립적 생활이 불가능하고 거동이 불편한 장기요양 시설 입소 노인(Non Active Seniors)

- 노인장기요양보험 수급자로 장기요양시설에 입소한 노인이 이 유형에 속함.

- 우리나라의 노인장기요양시설 입소자는 2017년 7월 기준 12만 565명(전체 노인의 1.78%, 노인장기요양보험공단)이고, 그중 약 57%에 해당하는 입소자는 영양사가 상근하는 중대형 시설에, 43%는 영양사가 없는 소형 시설에 입소한 것으로 조사되었음.⁷⁾

○ 식생활의 특징

- 요양시설에는 대부분 식사 능력이 제각기 다른 노인들이 함께 거주하는데, 입소 노인 가운데 60~70%는 일반 식사를 부드럽게 조리해 주면 별다른 어려움 없이 스스로 식사할 수 있으나 30~40%는 씹거나 삼키기를 어려워해서 음식을 잘게 잘라 주거나(자른식 또는 다진식) 덩어리가 전혀 없도록 갈아서 배식을 해야 함.
- 또한 와상 환자나 치매가 심하여 자발적으로 식사를 전혀 못 하는 경우 비강을 통한 경장영양식이 식사로 제공됨.

2) 노인장기요양기관의 규모에 따른 급식서비스 현황

- 영양사가 의무적으로 상근하는 50인 이상의 중대형 노인장기요양시설의 현황

- 중대형 요양시설에서는 영양 관리가 원칙에 의거하여 식단과 조리 방법, 식재료 구성 등이 노인에게 적합하게 이루어지고 영양사가 입소자의 개별 특성을 잘 파악하여 그에 맞는 식사 형태를 결정함.
- 식사 형태는 일반식, 자른식, 간 음식, 미음식과 죽, 유동식 등으로 나뉘는데 영양사가 있는 대부분의 시설에서는 입소자의 식사 기능을 고려하여 5~6가지 형태의 식사를 제공함.
- 경관급식 최소화 원칙도 적용하여 가급적 입으로 식사할 수 있도록 노력하고, 씹거나 삼키는

7) 황은미. (2017). 영양돌봄을 위한 한국형 노인맞춤 신선편이식 개발 및 아동급식사업 모델 구축. 서울특별시 사회적경제지원센터. p. 8.

것이 어려운 입소자를 위한 자른식(다진식)과 간 음식은 조리실에서 미리 별도로 준비함. 입소자가 많아 입원실이 여러 층으로 나뉜 시설의 경우 해당 층의 담당 영양보호사가 믹서나 가위 등을 이용하여 대상자에게 맞는 형태로 음식을 준비해 주기도 함.

- 식사량은 활동 여부와 소화 및 식사 기능에 따라 편차가 크며, 섭취 권장량을 적용하기보다는 개별 식사 능력에 따라 식사량을 정함.⁸⁾
- 우리나라 65세 이상 여성 노인의 1일 섭취 권장량은 1600kcal이고 요양시설 입소 노인의 섭취량은 성인의 70% 정도라는 점을 참고하면 1일 섭취량이 1400kcal 정도라고 예측할 수 있는데, 실제로 2주간 식사 상황을 관찰했을 때 요양시설 노인의 대부분이 1일 1000~1200kcal 이상의 열량을 섭취하기 어려운 것으로 보임.⁹⁾
- 간식은 1회 식사량이 적은 노인에게 부족한 열량과 영양을 공급해 주는 중요한 기능을 하는데, 요양시설에서는 보편적으로 1일 2회 간식을 제공함. 연하곤란이 있다 하더라도 연하곤란자용 간식을 별도로 제공하는 쉽지 않음.

○ 영양사가 없는 입소자 50인 미만의 소형 요양시설의 현황

- 소형 노인장기요양시설도 식사 제공의 방법이나 형태는 중대형 시설과 유사하여 입소자의 건강 상태에 따라 일반식, 자른식, 간 음식, 유동식 등 다양한 음식을 준비하고는 있으나 영양사 배치 의무가 없기 때문에 복지관이나 장애인 시설 등과 같이 여러 개의 시설과 하나의 법인으로 묶여 있는 시설을 제외하고는 대부분 월간식단은 급식 관련 비전문 인력(시설자, 사무장, 사회복지사 등)이 온라인 정보 등을 이용해 확보하거나 식재료 공급 업체로부터 제공받음.
- 소형 시설을 위한 식재료 공급 업체 역시 대부분 영세한 사업장이기 때문에 노인요양시설용으로 식단을 구성해 공급하기가 어려워 조리업종에서 오랜 경험을 쌓은 조리사가 임의로 식단을 짜서 식사 준비를 하는 경우도 적지 않은 실정임.

- 전반적으로 상차림에 대한 시각적 고려나 전체적인 영양 구성, 간 음식 등 음식 물성을 조율해야 하는 것, 저염식 조리, 장기적으로 흰죽을 주식으로 제공하면 안 되는 것 등의 중요 사항이 식단이나 식탁의 조건에서 고려되기 어려우며 고기완자나 어묵, 돈가스 등 가공식품의 이용률이 상대적으로 높고 위생 문제, 식품 보관 등 식품 및 조리실 안전 관리에 대한 인식이 부족한 편임.

3) 시사점

- 노인의 영양 섭취 수준을 분석한 결과에 따르면 아래와 같은 특징이 도출됨.¹⁰⁾
 - 영양상 가장 바람직한 경우는 시설 노인이 아닌 노인 부부였고, 독거노인의 영양 상태가 가장 나쁨.
 - 노인 부부 가구에 비해 독거노인은 주로 혼자 식사하기 때문에 조리할 필요성을 느끼지 못하고, 식욕이 떨어져 결식이나 편식을 하는 일이 잦으며, 다른 사람에게 도움을 요청하기가 부담스러워 식사를 미루는 편임.
- 복지시설에서 제공되는 밑반찬서비스에 대해서도 아래와 같은 개선 요구가 있음.
 - 스스로 준비하기 어려운 채소 식품을 충분히 제공할 필요가 있음.
 - 열량을 높일 수 있는 지방 섭취 가능 식품을 제공할 필요가 있음.
 - 반찬 종류가 적어지더라도 노인에게 적절한 음식이 한 가지라도 제공되기를 바람.
- 요양시설 입소자의 식생활 문제
 - 식사 기능에 따라 간식을 따로 준비하기가 쉽지 않은 상황에서, 연하곤란이 있더라도 다른 사람들과 마찬가지로 간식에 대한 욕구가 있는 연하곤란자에게 맞춰 간식을 제공하기가 쉽지 않고, 요양시설 자체에서 매일 노인의 기호와 섭취 기능에 맞게 간식을 만들거나 구매해 제공하기가 어렵기 때문에 업체로부터 다양한 간식거리를 공급받는 것이 절실함.

8) 참고로 우리나라에서는 65세 이상 노인에게 대한 섭취 권장량은 제시되고 있지만 요양시설 입소 노인들의 건강 상태나 활동 강도를 고려한 섭취 권장량이 따로 산정되어 있지는 않음. 그 대신 일정하게 식사량을 준비한 다음 개별 잔반량을 측정, 기록하여 개별 섭취량을 관리하고 있음.

9) 황은미, (2013). 한국형 유동식 개발 결과보고서.

10) 김초일 등, (2017). 노인 식생활안전관리 종합계획 수립을 위한 연구. 식품의약품안전처, 한국보건산업진흥원.

- 노인장기요양시설의 식사서비스에 대한 보호자의 불만을 해소하기 위해서는 식재료비 상승과 관련 인력 비용이 반영된 의료비 상승이 불가피하다는 문제점이 대두됨.

○ 노인장기요양보험에서 식재료 관련 비용은 비급여 항목으로 분류되어 있음.

- 식재료비는 입소자의 자부담으로 총담됨. 서울은 1식당 2500원에서 3000원 선(월 22만 5000~27만 원)이고, 지방에서는 입소자 수를 채우기 위한 마케팅 목적으로 식재료비를 2000원 이하로 책정하는 경우도 있는데, 여기에 1일 간식비 1000원에 해당하는 비용을 추가하면 월 25만~30만 원의 비용은 입소자나 그 가족이 요양시설에 지불하고, 조리원 인건비는 장기요양보험 내에서 처리됨.

- 현재의 월간 식사 비용 수준을 평가해 보면, 요양시설 입소 노인의 섭취량은 성인에 비해 적고 식사 구성도 1국 3~4찬으로 제한적이기 때문에 현재 전통시장 식재료 가격을 기준으로 할 때 영양 섭취를 충족시킬 수 있는 수준의 식사 공급은 가능하다고 판단됨.

○ 영양사가 상주하지 않는 노인장기요양시설에 대한 급식의 질 담보가 중요함.

- 영양사가 없고 식단이나 식사 형태에 대한 기준도 명확히 제시되지 않을 뿐만 아니라 어떤 식재료를 얼마의 비용으로 구매하여 어떤 수준의 식사를 입소자에게 공급하는지에 대한 아무런 기준이나 근거가 없어 급식의 질을 평가할 수 없다는 것이 문제임.

- 그러다 보니 여러 가지 시설 운영상의 애로 사항 발생 시 구매하는 식재료의 종류나 품질 등이 떨어지게 되어 영양 균형을 충족시키기가 어려워지고, 경우에 따라서는 열량 공급까지도 부족해지는 상황이 장기화될 위험이 있으므로 개인 시설의 운영 합리화와 더불어 식재료나 식단 구성 관련 부분에서 필요한 원칙과 기준에 대한 제도화가 요구됨.

3. 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공을 위한 지원 방안

1) 노인의 분류별 맞춤형 식사서비스 제공 방안

○ 의료적 진단이 관여하는 식생활에 활용될 수 있는 고령친화식품

- 의료 진단에 의거한 기능적 식사 장애(저작 및 연하 기능 장애)가 있는 노인에게 제공되는 식품으로 아래에 기술된 소분류 식품을 기준에 맞게 특화하여 인증제를 도입하거나 국제연하장애식 표준화협회(IDDSI)¹¹⁾의 기준에 근거해 표준화 체계를 구축할 필요가 있음.

- ① 부드러운 식사(고형식 또는 반고형식/잇몸으로 부술 수 있는)
- ② 씹기 쉬운 식사(다진식 또는 자른식/저작 필요, 입자 크기 제한)
- ③ 삼키기 쉬운 식사(튀레식 또는 덩어리나 큰 입자가 없는/저작 없이 혀로 부술 수 있는/흐름성 거의 없음/extremely thick)
- ④ 삼키기 쉬운 식사(반유동식/흐름성 있음/moderately thick)
- ⑤ 미음식(점성 있음/mildly thick)
- ⑥ 유동식(점성 거의 없음/slightly thick)

- 이들 중 특히 ③과 ⑥의 식사는 의료 진단이 병행되고 식품 가공 과정이 전제되는 범위이기 때문에 식품공전상 특수용도식품의 기준 규격 마련 또는 고령친화식품 인증제와 같은 제도적 접근이 필요함.

○ 노인의 자립적 생활 정도와 건강 수준에 따른 맞춤형 식사서비스 제공 방안

- 노인의 자립적 생활 여부에 따라 제공되는 식품의 종류, 이를 위한 제도화·산업화 대상, 식사 서비스 방법과 비용 부담에 대해 제안함.

- 자립 생활이 가능한 노인은 식품을 직접 구매하거나 외식을 할 수 있으나 자립 생활이 불가능한 노인장기요양보험 수급자는 대부분 급식업체로부터 식품을 배달받거나 시설에서 급식서비스를 제공받음.

11) International Dysphagia Diet Standardization Initiative(IDDSI): 10개국의 전문가들이 연하(삼킴) 장애 질환자를 위한 국제 공통 용어와 정의 개발.

노인 분류	대상자	식품 종류	제도화 · 산업화	식사서비스 방법 및 비용 부담
노인장기 요양보험 수급자 (시설급여, NAS-시설)	중대형 시설 입소자	일반 급식	노인식 조리법 개발 냉동식품 및 식재료, 시설용 반제품 개발	급식업체 (식단 표준화 인증)
		저작용이식 연하용이식 수분 보충용 첨가 식품 환자용 식품	표준화, 상품화 저작용이식과 연하용이식에 대한 기준 규격 마련	급식업체(연하식 포함) 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화
		간식	노인시설 전용 상품 개발	자체 제공 또는 급식업체 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화
	소형 시설 입소자	일반 급식	표준 식단 가이드 필요 노인식 조리법 개발 냉동식품 및 식재료 개발	공동중양기친 운영 또는 급식업체 (식단 표준화 인증)
		저작용이식 연하용이식 수분 보충용 첨가 식품 환자용 식품	표준화, 상품화 저작용이식과 연하용이식에 대한 기준 규격 마련	급식업체(연하식 포함) 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화
		간식	노인시설 전용 상품 개발	자체 제공 또는 급식업체 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화

주: NAS(Nurses' aids).

돌봄 종합은 65세 이상의 기초생활수급자이면서 거동이 불편한 독거노인과 기타 독립적 생활이 불가능한 노인으로 노인돌봄종합서비스를 이용하는 노인을 뜻함.

2) 법 · 제도적 지원 방안

■ 고령친화산업진흥법 개정

○ 고령친화산업진흥법 제2조 “고령친화제품등”중 “아. 노인을 대상으로 개발되는 제품 또는 서비스로서 대통령령이 정하는 것”과 동법 시행령 2조에서 이를 설명하는 항목의 “3. 노인을 위한 건강기능식품 및 급식서비스”를 고령친화산업진흥법 제2조 “아. 노인을 위한 식품 및 건강기능식품, 급식서비스”로 개정하여 고령친화식품 인증제도 운영의 기반을 마련함.

- 보건복지부에서는 고령친화산업진흥법 제12조(우수 제품 등의 지정 · 표시)에 근거하여 고령친화제품의 품질 향상을 통한 기술 경쟁력 제고 및 고령친화산업의 건전한 발전을 위해 2008년도 4월부터 고령친화 우수 제품 (S마크 표시) 지정 표시 제도를 도입해 운영하고 있음.
- 현행 고령친화산업진흥법 시행령에서 정의하는 식품산업의 영역은 건강기능식품과 급식서비스로 제한되어 있어 타 항목과의 형평성 차원에서 식품위생법에 따른 식품을 포함하도록 조정하여 노인의 예방적 건강관리 도구로서 다양한 식품이 활용될 수 있도록 하고, 고령친화 우수 제품의 S마크 등의 인증 근거를 마련해야 함.

〈표 1〉 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 · 자립 생활이 가능한 노인

노인 분류	대상자	식품 종류	제도화 · 산업화	식사서비스 방법 및 비용 부담
자립 생활이 가능한 건강한 노인	건강한 75세 미만 노인	일반식품 -소포장, -표기 사항 -가격, -포장용기 건강기능식품 영양보충식품 다이어트식품 필요시: 저작용이식, 연하용이식	노인용 식품 자체보다는 식품을 제공하는 용기나 포장 등에 대한 고령친화제품 인증 필요 저작용이식과 연하용이식에 대한 기준 규격 마련	가공식품 구매/배달 외식 집 근처의 저렴한 식당(집밥) 본인 부담
자립 생활은 가능하지만 건강하지 않은 노인	건강하지 않은 75세 미만 또는 75세 이상 노인	일반식품 -소포장, -표기 사항 -가격, -포장용기 건강기능식품 영양보충식품 다이어트식품 필요시: 식품꾸러미(반찬 대체용) 도시락 필요시: 저작용이식, 연하용이식	노인용 식품 자체보다는 식품을 제공하는 용기나 포장 등에 대한 고령친화제품 인증 필요 식사 · 영양서비스 제공 표준 식단 가이드 마련 노인식 조리법 개발 저작용이식과 연하용이식에 대한 기준 규격 마련	급식업체 가공식품 배달외식 집 근처의 저렴한 식당(집밥) 본인 부담 또는 자선단체의 지원
	독거노인	일반식품 -소포장, -표기 사항 -가격, -포장용기 건강기능식품 영양보충식품 다이어트식품 필요시: 저작용이식, 연하용이식	노인용 식품 자체는 식품을 제공하는 용기나 포장 등에 대한 고령친화제품 인증 필요 저작용이식과 연하용이식에 대한 기준 규격 마련 노인용 간편식 개발	가공식품 구입/배달외식 집 근처의 저렴한 식당(집밥) 본인 부담 또는 자선단체의 지원
	배우자가 병환 중인 노인	식품꾸러미(반찬 대체용) 도시락	식사 · 영양서비스 제공 표준 식단 가이드 마련 노인식 조리법 개발 노인용 간편식 개발	급식업체 가공식품 배달 본인 부담 또는 자선단체의 지원

주: 75세 이상 노인은 건강 영양 위험군으로 간주함.

〈표 2〉 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 · 자립 생활이 불가능한 건강하지 않은 노인

노인 분류	대상자	식품 종류	제도화 · 산업화	식사서비스 방법 및 비용 부담
노인장기 요양보험 수급자 (재가급여, NAS-제가)	재가요양	식품꾸러미, 도시락 (연하식, 수분 보충용, 한자용 식품 등 포함)	재가급여 선택 항목에 식사 · 영양서비스 포함 표준 식단 가이드 마련 노인식 조리법 개발 노인용 간편식 개발 재가급여 선택 항목에 식사 · 영양서비스 포함	급식업체 가공식품 배달 정부 지원(수급자 또는 돌봄서비스 이용자) 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화 급식업체가공식품 배달
	돌봄 종합	식품꾸러미, 도시락 (연하식, 수분 보충용, 한자용 식품 등 포함)	표준 식단 가이드 마련 노인식 조리법 개발 노인용 간편식 개발	정부 지원 (수급자 또는 돌봄서비스 이용자) 현재: 본인 부담 향후: 인증된 고령친화식품의 급여화

고령친화산업진흥법 개정안

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “고령친화제품등”이라 함은 노인을 주요 수요자로 하는 제품 또는 서비스로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 노인이 주로 사용하거나 착용하는 용구·용품 또는 의료기기
 - 나. 노인이 주로 거주 또는 이용하는 주택 그 밖의 시설
 - 다. 노인요양 서비스
 - 라. 노인을 위한 금융·자산관리 서비스
 - 마. 노인을 위한 정보기기 및 서비스
 - 바. 노인을 위한 여가·관광·문화 또는 건강지원서비스
 - 사. 노인에게 적합한 농업용품 또는 영농지원서비스
 - 아. 노인을 위한 식품 및 건강기능식품, 급식 서비스(신설)
 - 자. 그 밖에 노인을 대상으로 개발되는 제품 또는 서비스로서 대통령령이 정하는 것
2. “고령친화산업”이라 함은 고령친화제품등을 연구·개발·제조·건축·제공·유통 또는 판매하는 업을 말한다.

■ 노인장기요양보험제도 개선

- 식사·영양서비스를 재가요양서비스의 급여 항목으로 확대.
 - 거동이 불편한 재가요양서비스 이용 노인들은 하루 3식의 끼니 해결이 어려운 상황임. 바람직한 영양 섭취는 질환으로 인한 건강 악화를 예방할 수 있기 때문에 전문영양사를 통한 식사·영양서비스를 선택 항목으로 추가해 건강관리를 지원함.
- 식사 재료비 비용 부담의 특례 마련.
 - 장기요양시설이나 재가서비스의 요양보호사가 저작 능력, 연하 기능 등의 심신 상태, 영양 상태, 개인적 기호 등 수급자의 개별적인 상황까지 고려하며 영양사나 조리사 역할까지 수행하기에는 한계가 있기 때문에 개별적 관리에 활용할 수 있는 고령친화식품을 보급하는 것이 바람직함.
 - 현재 장기요양보험법상 비급여 대상으로 분류되어 있는 식사 재료비에 대해 개별 노인의 영양 관리를 위해 고령친화식품을 간헐적으로라도 제공할 수 있도록 인증된 고령친화식품은 급여화하는 비용 부담의 특례로 수정하는 방안임.

■ 국민 의료비 절감, 노인의 삶의 질 제고 등을 위해 노인의 식생활 특징별로 맞춤형 식사서비스를 제공하기 위한 법·제도적 지원을 하는 데 따른 기대 효과

- 초고령 사회에서는 국민 의료비가 급증할 것으로 예상되므로 국민 의료비, 특히 노인 의료비 절감에 기여할 수 있음.
- 고령후기 노인들은 치아 소실, 구강·인두·식도 근육 약화에 따라 씹거나 삼키는 데 불편을 겪고 있는 것이 일반적이고 이에 따라 상시적으로 영양불량의 위험에 노출되어 있으므로 맞춤형 식사서비스 지원은 노인의 영양 상태와 삶의 질 개선 차원의 대책이 될 것임.

Korea Institute for Health and Social Affairs

고가 신약의 효과적 급여 관리를 위한 해외 동향과 시사점

박실비아 보건의료연구실 연구위원

- 의약기술의 발전으로 고가 신약이 빠르게 증가하고 있고, 이는 각국의 신약 급여체계에 도전이 되고 있음.
- 신약의 양적 증가에 비해 혁신성 향상은 미흡한 것으로 나타나 건강보장제도를 운영하는 국가들은 급여체계에서 신약의 가치 평가 기전을 새로 도입하거나 강화하는 추세임.
- 치료 효과가 뛰어나고 재정에 미치는 영향이 매우 큰 고가 신약에 대해 건강보장 재정의 지속성 확보를 위한 대안적 가격체계가 필요하다고 제안되고 있음.
- 급여 기준을 충족하지 못하는 고가 신약을 별도 재정으로 신속히 급여하는 것은 재정적으로 지속 가능하지 않으며 환자가 얻는 임상적 편익도 미흡한 것으로 평가됨.

1. 고가 신약의 증가

- 의약기술의 발전에 따라 신약이 꾸준히 개발되고 암, 희귀 질환 등 중증 질환 치료 성과가 우수한 약이 증가하고 있음.
 - 희귀 의약품, 항암제 등의 고가 중증 질환 치료제(specialty medicines)는 세계 의약품시장에서의 비중이 2016년 30%에서 2021년에는 35%가 될 것으로 전망되며, 우리나라 의약품시장에서는 2021년 20%를 차지할 것으로 예상됨.¹⁾
- 최근 개발되는 신약들은 기술적 특성에 따라 약가가 매우 높은 것이 특징이며 이는 점차 약품비 재정에 큰 부담이 되고 있음.
 - 미국에서 항암제 신약의 가격은 지난 15년 동안 5~10배로 높아졌고, 2014년 미국에서 허가된 모든 항암제 신약의 일인당 연간 약값은 12만 달러 이상임.²⁾

1) Quintiles IMS. (2016). Outlook for Global Medicines through 2021.

2) Paying a high price for cancer drugs. (2015). *The Lancet*, 386, p. 404.

- 이러한 고가 신약은 우리나라에서도 대부분 허가되어 높은 가격으로 급여 신청이 되고 있음.
 - 국내 급여체계에서는 비용효과성 평가를 기반으로 하는 등재 결정과 약가 협상으로 급여와 약가가 결정되나 고가의 신약은 위험분담제나 경제성 평가 면제 등의 예외적 절차를 통해 급여되는 경우가 많으며, 고가 신약이 증가하면서 의사 결정의 어려움은 점점 커지고 있음.

2. 건강보장체계에서의 신약 급여 및 가격 정책과 논의의 동향

가. 가치 평가에 의한 가격체계 강화

- 신약이 매년 꾸준히 도입되고 있으나 혁신성은 미흡한 것으로 평가됨.
 - 2007~2016년 프랑스에서 신약 및 새로운 적응증 추가 약의 혁신성을 평가한 결과 총 992개 의약품 중 65개 (6.6%)만이 기존 약보다 개선된 것으로 평가됨.

〈표 1〉 프랑스에서의 신약 및 새로운 적응증 추가 약의 혁신성 평가 결과

(단위: 개)

구분	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
Bravo	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
A real advance	2	0	0	1	0	1	0	2	3	1
Offers an advantage	14	6	3	3	3	3	6	5	5	5
Possibly helpful	27	25	14	22	13	14	12	15	15	9
Nothing new	79	57	62	49	53	42	48	35	43	56
Not acceptable	15	23	19	19	16	15	15	19	15	16
Judgment reserved	3	9	6	3	7	7	9	10	6	5
합계	141	120	104	97	92	82	90	87	87	92

자료: New products and new indications in 2016: a system that favours imitation over the pursuit of real progress. (2017). *Prescrire Int*, 26(182), pp. 136-139.

- 독일에서 2011년 이후 신약의 가치 평가를 한 결과 신약 116개 중 34개(29%)만이 기존 약에 비해 개선되었고 71개(61%)는 개선된 편익이 없으며 1개 약은 기존 약보다 열등한 것으로 평가됨.³⁾
- 호주에서는 2005~2007년 허가된 의약품 217개 중 7개만이 중요한 치료적 혁신성이 있는 것으로 평가됨.⁴⁾
- 한정된 재정으로 운영하는 건강보장체계에서 지불의 가치를 확보하기 위하여 신약의 급여 및 약가를 결정할 때 가치-비용효과성, 비용효과성-평가를 도입하거나 강화하는 경향이 증가함.
 - 호주, 영국, 스웨덴, 캐나다 등의 국가는 경제성 평가에 기반하여 급여, 약가를 결정하는 제도를 운영해 왔음.
 - 프랑스는 2013년 10월부터 신약의 가치 평가 요소에 비용효과성을 추가함.
 - 임상적 유효성의 개선 정도가 높은 ASMR(임상적 편익 개선) 1~3등급 약에 대한 비용효과성 분석 자료 제출을 의무화함. 분석 결과가 급여 결정에 사용되지는 않으나 약가에 영향을 미칠 수 있음.⁵⁾

3) Collier, G. (2014, February 14). Chance of positive benefit assessment in Germany? Less than 30%. SCRIP.

4) Vitry, A. I., Shin, N. H., Vitre, P. (2013). Assessment of the therapeutic value of new medicines marketed in Australia. *J Pharm Policy Pract*, 6(2).

5) WHO Europe. (2015). Access to New Medicines in Europe. Copenhagen: WHO Europe.

- 독일은 2011년 AMNOG(의약품시장개혁법) 개혁을 단행하여 신약의 치료 효과 개선 정도를 평가하여 가격 결정에 반영하는 것을 제도화함.

나. 재정 지속성 확보를 위한 고가 신약의 대안적 가격체계에 관한 논의

- 치료 효과가 우수한 고가 신약이 증가하면서 가치 기반 가격체계의 지속가능성에 의문이 제기됨.
 - 시장독점권을 가진 제약기업은 막대한 신약 개발 비용을 이유로 높은 가격을 주장하고, 대체 치료제가 없는 중증 질환 치료제는 고가임에도 급여되는 경우가 많음.
 - 고가의 신기술 의약품 개발이 증가하는 추이를 고려할 때 대체 치료제와의 비교효과성, 비용효과성 평가에 의한 가격 결정이 매우 큰 재정 부담으로 이어질 가능성이 높음.
 - 2014년 세계 시장에 출시된 C형 간염 치료제 신약은 치료 효과가 뛰어나고 고가(환자당 약값 8만 4000~9만 4500달러)일 뿐 아니라 비희귀 의약품으로 대상 환자도 많아 각국의 약제 급여체계에 도전을 던진 바 있음.
- 고가 의약품에 대해서는 개발 비용을 계산하여 약가를 결정하자는 제안이 나옴.
 - 고가 의약품이 증가하면서 제약사의 비용 자료 제출에 대한 사회적 요구가 증가하고 있음.⁶⁾
 - Fellows와 Hollis(2013)는 대다수의 건강보장체계에서 약가 결정에 사용하고 있는 비용효과성 분석 또는 가격 비교 방식이 고가 희귀 의약품에는 적합하지 않다고 보고, 개발 비용을 고려한 가격 결정 방식을 제안함.⁷⁾
 - 희귀 의약품은 연구·개발 비용이 높고 한계생산비용은 낮으므로, 설비에서 적용되는 비용 기반 가격 설정을 적용할 것을 제안함.
 - Simoens(2011)는 제품별로 연구·개발 비용에 관한 상세 정보에 기초하여 가격 결정을 해야 한다고 주장함.⁸⁾
 - 신약 연구·개발 비용은 추계 방식에 따라 편차가 크고 제품마다 상이하여, 비용에 근거한 가격 설정을 위해서는 연구·개발 비용을 정확히 파악할 수 있는 방법과 제도 설계에 관한 추가 논의와 전략이 필요함.
- 호주 정부는 고가의 신약인 C형 간염 치료제와 관련해 환자 6만 2000명에 대한 5년간 총 10억 호주달러의 약품비를 제약회사와 계약하여(총량 및 총액 계약) 보장성과 재정 예측성을 동시에 확보함.
 - 환자 1인당 약값은 표시 가격의 8분의 1인 1만 1715달러로 낮은 수준임.

다. 별도 재정을 이용한 접근성 보장 노력

- 잉글랜드는 NICE(National Institute for Health and Care Excellence)가 비용효과성 평가를 한 결과 국가보건서비스(NHS: National Health Services)에서의 사용을 권고하지 않는 항암제가 증가하자 환자의 접근성을 높이기 위해 2010~2016년 7월까지 CDF(Cancer Drug Fund)라는 별도 재정으로 고가의 항암제를 급여함.
 - 항암제 신약 허가가 증가하면서 CDF는 예산을 초과하였고 비용효과적 의약품의 선택 및 재정 문제에 다시 직면함.
 - 총 13억 파운드를 투입한 CDF는 항암제에 대한 접근성은 높였으나 급여한 항암제의 일부만이 환자에게 임상적 편익을 준 것으로 나타나 “거대한 예산 낭비”라는 비난을 받음.

6) Pollack, A. (2015, July 23). Drug prices soar, prompting calls for justification. *New York Times*.

7) Fellows, G. K., Hollis, A. (2013). Funding innovation for treatment for rare diseases: adopting a cost-based yardstick approach. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8(180).

8) Simoens, S. (2011). Pricing and reimbursement of orphan drugs: the need for more transparency. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6(42).

- 2015년까지 CDF로 급여된 47개 항암제 중 18개(38%)만이 환자의 생존을 연장했다는 임상적 근거가 있으며, 연장 기간의 중간값은 3개월(최저 1.4개월, 최고 15.7개월)에 불과한 것으로 나타남.⁹⁾
- 2016년 7월부터 모든 항암제 신약의 가치를 평가하여 NHS 체계 내에서 급여하는 ‘new CDF’를 시행함.
 - 허가된 모든 항암제에 대해 NICE가 90일 내에 평가하고 그동안 임시로 CDF에서 급여함.
 - 90일 후 평가 결과는 ‘NHS로 급여’, ‘NHS에서 사용 불가’, ‘CDF로 일시 급여’로 나뉘며, ‘CDF로 일시 급여’ 판정을 받은 약은 2년 후 NICE가 재평가하여 NHS 급여 여부를 결정함.
- CDF 운영 사례는 고가 신약에 대한 가치 평가보다 신속한 급여를 우선시하여 ‘별도 재정 도입’이라는 대안으로 접근하는 것은 지속 가능하지 않음을 보여 줌.

3. 시사점

- 의약품시장의 글로벌화로 국내에서도 고가 신약이 급속히 증가하고 있으며 이에 따라 효과적인 보장과 재정 지속성 확보가 정책과제로 부각됨.
- 고가 신약의 빠른 증가 추세를 감안할 때 신속한 급여를 우선시할 경우 재정 낭비가 우려되며, 신약 급여체계에서 가치 평가를 강화할 필요가 있음.
- 앞으로 더욱 증가할 것으로 예상되는, 치료 효과가 뛰어나고 재정 영향이 매우 큰 고가 신약을 효과적으로 보장하기 위해서는 대안적 가격 지불 방법에 대한 논의와 연구가 필요함.

9) Aggarwal, A., Fojo, T., Chamberlain, C., Davis, C. & Sullivan, R. (2017). Do patient access schemes for high cost cancer drugs deliver value to society? - Lessons from the NHS Cancer Drugs Fund. *Annals of Oncology*. doi:10.1093/annonc/mdx110

Korea Institute for Health and Social Affairs

소득계층에 따른 의료비 부담과 부문별 비용의 추이- 중증질환¹⁾을 중심으로

정연 보건의료연구실 부연구위원
정수경 보건의료연구실 전문연구원

- 중증질환 가구의 의료비 지출액은 가구의 소득 수준이 높을수록 순차적으로 높아졌으며, 이는 개인의 사회경제적 수준이 의료이용에 미치는 영향이 상대적으로 작을 것이라고 예상되는 중증질환에서조차 소득 수준에 따라 의료비 지출의 차이가 발생하고 있음을 보여 줌.
- 의료서비스 총량에서뿐 아니라 부문별 이용 양상에서도 소득 수준에 따른 차이가 나타나, 저소득층은 처방의약품 을 제외한 외래와 입원서비스 이용 모두에서 불리한 위치를 드러냄.
- 의료이용의 형평성을 달성하고 저소득층의 미충족 의료 필요를 충족시키기 위해서는 더 적극적인 보장성 강화 정책이 요구되며, 새 정부의 건강보험 보장성 강화 정책이 의료이용의 형평성을 제고하는 데 어떠한 영향을 미치는지 에 대해서도 면밀한 검토가 필요함.

1. 들어가며

- 전 국민 건강보험제도 실시에도 불구하고, 우리나라 건강보험의 낮은 보장률은 의료 접근성을 제한하고 의료비로 인한 가계 부담을 높이는 주요 원인으로 지적되어 옴.
 - 2015년 기준 우리나라 전체 진료비 중 건강보험이 부담하는 보장률은 63.4% 수준으로,²⁾ 경제협력개발기구(OECD) 평균인 79.7%에 한참 못 미침.³⁾
- 이에 건강보험 보장률을 높이기 위한 정책들이 그간 지속적으로 실시되어 왔으며, 특히 건강보험 보장성을 체계적으로 강화하기 위해 2005년부터 4~5년간의 중장기 계획이 수립, 운영됨.

1) 본 연구에서는 전체 중증질환 중 암, 심장질환, 뇌혈관질환에 한해 분석함. 해당 질환은 2005년 건강보험 중기 보장성 강화 계획이 시행된 이후 가장 활발하게 보장성이 강화되어 온 질환임과 동시에 현재 산정특례로 가장 낮은 본인부담률이 적용되는 질환이라는 점에서 소득 수준에 따른 의료비 지출 차이 분석을 통해 건강보험 보장성 측면에서의 함의를 제시하기에 적절한 대상이라고 판단함.
2) 건강보험공단. (2016). 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사.
3) OECD. (2017). Health Statistics 2017.

- 1차 중기 계획(2005~08년)에서는 암, 심장, 뇌혈관 등 중증질환의 본인부담이 경감되고, 6세 미만 입원 본인 부담 면제 등의 정책이 시행되었으며, 2차 중기 계획(2009~13년)에서는 중증질환에 대한 본인부담이 추가로 경감되고, 산정특례 상병군에 중증화상과 결핵이 추가됨. 또한 본인부담상한제가 소득 수준별로 차등 적용되는 등 취약계층 부담 완화를 위한 정책이 시행됨.
 - 지난 정부 역시 고액 진료비 부담을 경감하기 위해 4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환)을 중심으로 급여 대상과 항목을 확대하는 등 적극적인 보장성 강화 정책을 추진함.
- 건강보험 보장성 확대 정책은 근본적으로 진료비로 인한 가계의 부담을 줄이고, 의료이용이 의료필요에 따라 형평성 있게 이루어질 수 있도록 보장하는 것을 목표로 함.
- 동일한 금액의 본인부담 의료비라 하더라도 가구의 지불 능력에 따라 ‘부담’의 수준은 다를 수 있으며, 이러한 부담은 의료이용이 의료 필요에 따라 형평성 있게 이루어지는 것을 제한할 수 있음.
 - 소득 수준에 따른 의료비 지출액의 차이를 살펴보는 것은 바로 이러한 의료이용의 형평성이 어떻게 달성되고 있는지를 모니터링하는 척도가 될 수 있음.
- 본 연구는 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등의 중증질환을 중심으로 소득계층에 따라 가구의 의료비 지출 수준이 어떻게 변화하고 있는지 살펴보고, 특히 의료비 지출의 차이가 부문별로 다르게 나타나는지 비교하고자 함.
- 해당 질환은 그동안 보장성 강화 정책이 가장 활발하게 실시되어 온 질환이라는 점에서,⁴⁾ 해당 질환자들의 의료비 지출액이 소득 수준에 따라 어떻게 변화해 왔는지 살펴보는 것은 정책의 실효성을 모니터링하는 의미가 있음.
 - 또한 소득계층에 따라 전체 의료비 총량뿐 아니라 의료비 구성에서도 차이가 나타나는지 확인하기 위해 입원, 외래, 처방의약품으로 나누어 각 지출액의 차이를 살펴봄.

2. 소득계층별 가구의 연평균 의료비 지출액과 비중

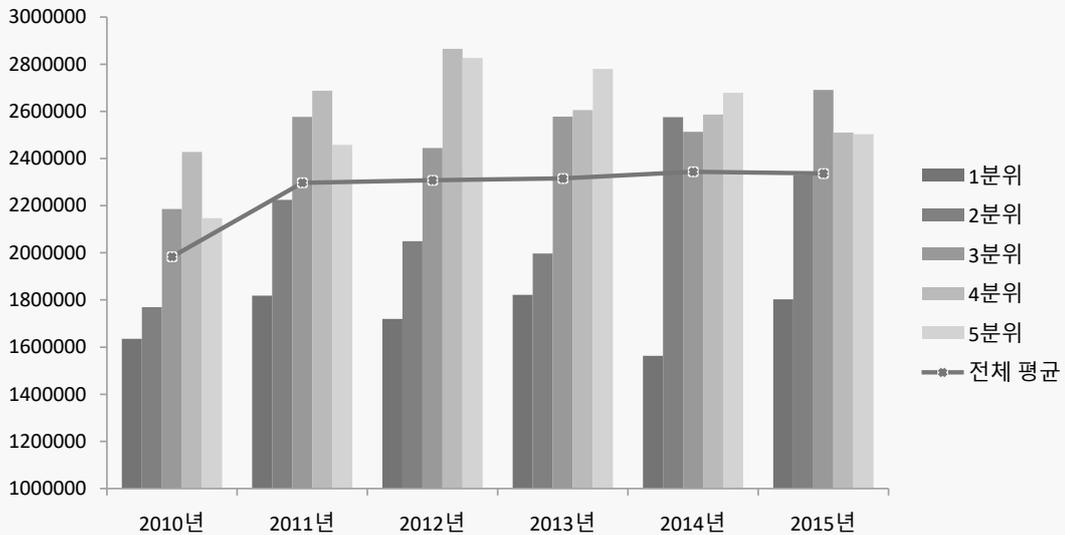
- 한국의료패널 자료를 이용해 2010년부터 2015년까지 암, 심장질환, 뇌혈관질환을 앓고 있는 가구원이 있는 가구의 전체 의료비 지출액을 살펴봄.⁵⁾
- 소득 수준과 가구의 의료비 지출액 간에 완전한 선형관계가 나타나지는 않았으나 대체로 소득수준이 높을수록 의료비 수준도 높게 나타남.
 - 1분위에서 3분위까지는 소득 수준이 높아질수록 의료비 지출액도 계단형으로 높아졌으나, 3분위에서 5분위는 소득에 따른 일관된 경향성을 보이지 않았으며 대체로 비슷한 수준의 지출액을 보임.

4) 2005년과 2009년 산정특례제도를 통해 해당 질환에 대한 본인부담률을 인하하였으며, 2013년부터는 4대 중증질환 보장성 강화 정책의 일환으로 2016년까지 총 672개 항목에 대한 비급여가 급여로 전환됨.

5) 건강보험 가입자만을 대상으로 하였으며(의료급여, 국가유공자 특례자 제외), 의료기관 이용 시 수납 금액을 기준으로 계산한 값이므로 본인부담상한제에 따른 사후환급 금액이나 재난적 의료비 지원액 등은 계산에 포함되지 않음. 가구의 전체 의료비는 응급, 입원, 외래의 수납액과 처방약값만을 더하여 계산함.

- 의료비 지출액이 가장 낮은 집단은 저소득층에 해당되는 1분위였으며, 의료비의 전체 평균 수준에 미치지 못하는 경향이 일관되게 발견됨.
- 중증질환 가구의 연평균 의료비 지출액은 2010년 약 200만 원에서 2011년에 약 230만 원으로 증가하였으며, 이후 계속해서 비슷한 수준을 유지하고 있음.
- 1분위와 5분위 의료비 지출액의 절대 금액 차이로 측정된 소득계층 간 격차는 2010년 이후 계속 증가하여 2014년에 가장 큰 값을 보였으며(111만 6천 원), 2015년에는 다시 감소하여 약 70만 원 정도의 격차를 보임.

〈그림 1〉 중증질환 가구의 소득계층별 연평균 의료비 지출액



자료: 한국의료패널 2010~2015년 자료 분석.
 주: 1) 2014, 2015년의 경우 신규 표본이 추가된 통합 표본 자료를 분석한 수치임.
 2) 모든 수치는 가구원 횡단면 가중치를 적용한 값임.

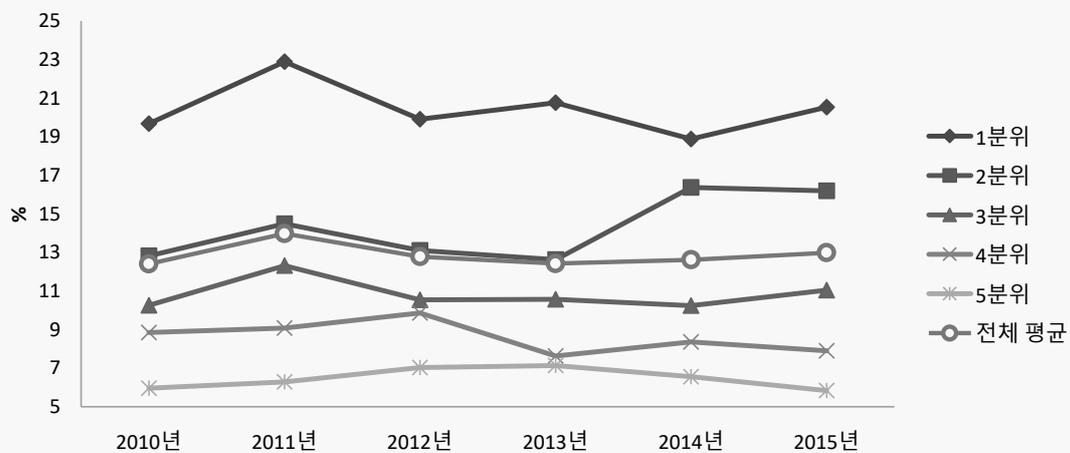
■ 소득 수준에 따른 가구의 의료비 부담 차이를 살펴보기 위해 생활비 대비 의료비 비중을 분석함.⁶⁾

- 전체 가구의 평균 생활비 대비 의료비 비중은 연도별로 약간의 증감은 있으나 대체로 13% 전후의 안정적인 값을 보임.

6) 가구의 의료비 부담 수준을 측정하기 위해 분모로 어떤 값을 사용해야 하는가에 대해서는 일관된 기준이 제시되고 있지 않음. 가구의 지불 능력을 대리하는 지표로 소득 자료를 그대로 활용하는 연구도 있으며, 소비지출액을 사용하기도 함. 소비지출의 경우에도 식료품비를 제외한 값을 사용하기도 하고, 그렇지 않은 연구도 있음. 한국의료패널에서는 가구의 지출을 월평균 생활비(저축 제외)와 월평균 비소비지출로 나누어 조사하고 있으며, 본 분석에서는 가구의 월평균 생활비, 즉 소비지출액을 기준으로 의료비 부담을 계산함.

- 소득 수준이 낮을수록 생활비 대비 의료비 비중이 높았으며, 이는 모든 연도에서 일관되게 관찰됨.
 - 특히 1분위 그룹의 의료비 비중은 20% 수준으로, 평균을 훨씬 웃도는 높은 비중을 유지하고 있음.
 - 2015년 기준으로 1분위의 의료비 비중은 20.5%, 5분위는 5.8%로 나타나는 등 1분위가 5분위보다 4배가량 의료비 비중이 높았음.

〈그림 2〉 중증질환 가구의 소득계층별 생활비 대비 의료비 비중

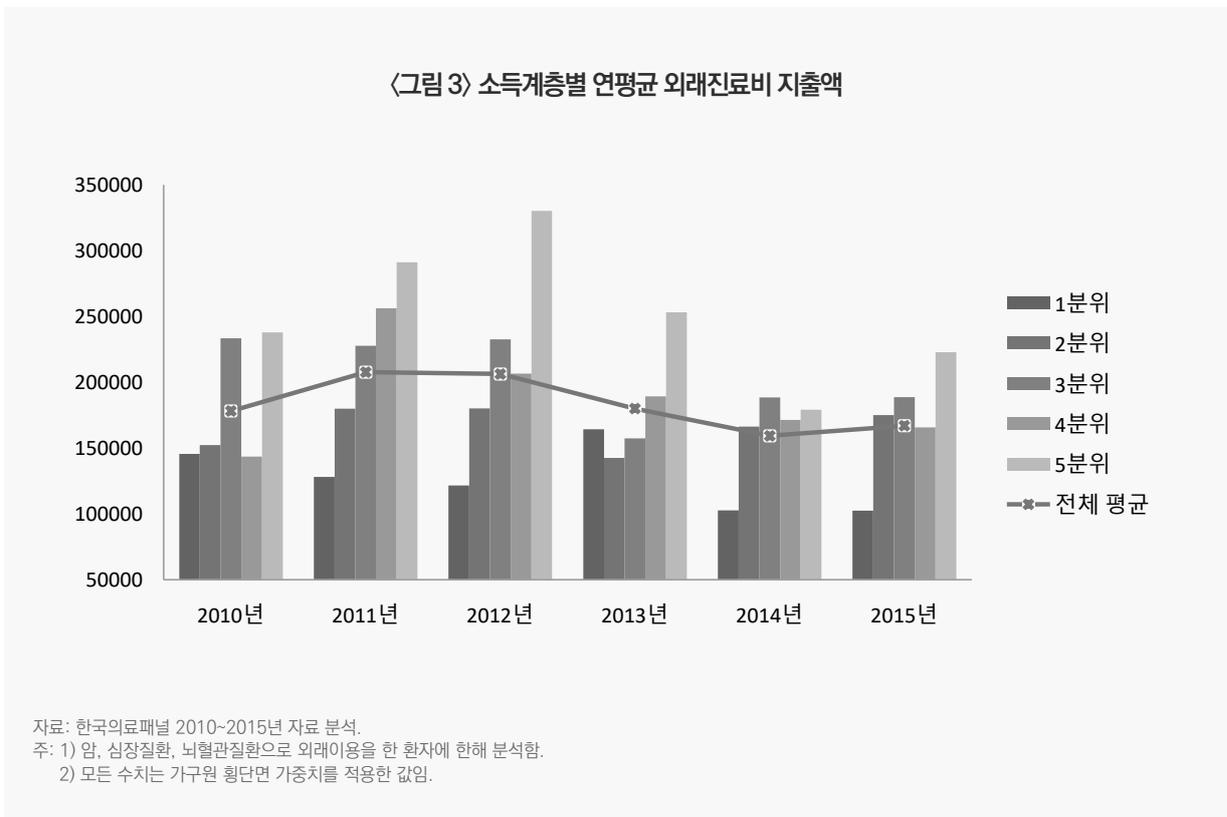


자료: 한국의료패널 2010~2015년 자료 분석.
 주: 2014, 2015년의 경우 신규 표본이 추가된 통합 표본 자료를 분석한 수치임.

3. 소득계층에 따른 부문별 의료비 지출액과 추이

- 암, 심장질환, 뇌혈관질환 치료를 위해 외래를 이용한 환자를 대상으로 본인부담 외래진료비의 소득계층별 차이와 연도에 따른 추이를 살펴봄.
 - 대체로 소득 수준이 높을수록 외래진료비 지출액도 증가하는 양상을 보였으며, 1분위 그룹의 경우 전체 평균 지출액에 못 미치는 경향이 일관되게 나타남.
 - 2012년을 제외하면 1분위는 계속해서 가장 지출액이 낮은 집단에 해당하였으며, 2014년을 제외하면 가장 지출액이 높은 집단은 5분위였음.

- 2010년 17만 8천 원 수준이었던 전체 평균 외래진료비는 2011년과 2012년에 20만 7천 원 수준으로 증가함. 이후 2013년부터 다시 감소하여 2015년에는 16만 7천 원으로 나타남.
 - 1분위의 외래진료비 지출액은 2013년에 일시적으로 증가한 것을 제외하면 지속적으로 감소하는 추세임.
- 1분위와 5분위 의료비 지출액의 차이로 측정된 소득계층 간 격차는 2010년 9만 2천 원에서 2012년 20만 8천 원까지 크게 증가하다가 이후 2014년에 7만 6천 원으로 감소하더니 2015년에 다시 격차가 커짐.
 - 2015년 기준으로, 5분위는 1분위에 비해 2.2배가량, 절대 금액으로는 약 12만 원 정도 더 외래진료비를 지출한 것으로 나타남.

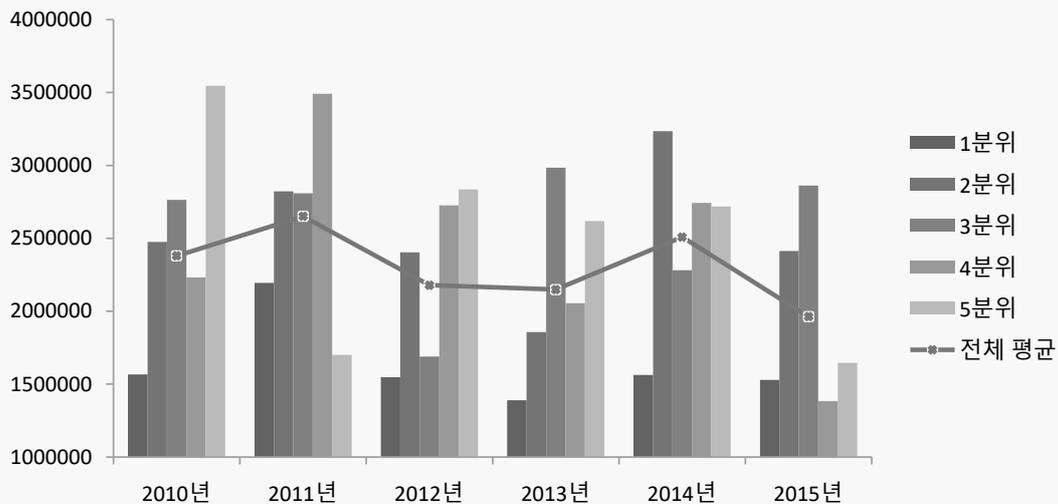


- 암, 심장질환, 뇌혈관질환 치료를 위해 입원서비스를 이용한 환자를 대상으로 본인부담 입원의료비의 소득 계층별 차이와 연도에 따른 추이를 살펴봄.
 - 입원의 경우, 분석 대상 건수가 적어 소득 수준에 따른 유의한 차이와 추이를 파악하기 어려웠으나,⁷⁾ 입원 부문에서도 역시 1분위 집단의 진료비가 전체 평균에 한참 못 미치는 경향은 일관되게 관찰됨.

7) 연도별로 분석 대상 건수가 100건 정도에 그침.

- 전체 평균 지출액과 1분위 지출액 간 차이는 2011년 이후 지속적으로 증가하여 2014년에는 94만 원까지 차이났으나, 2015년에는 43만 원으로 다시 감소함.

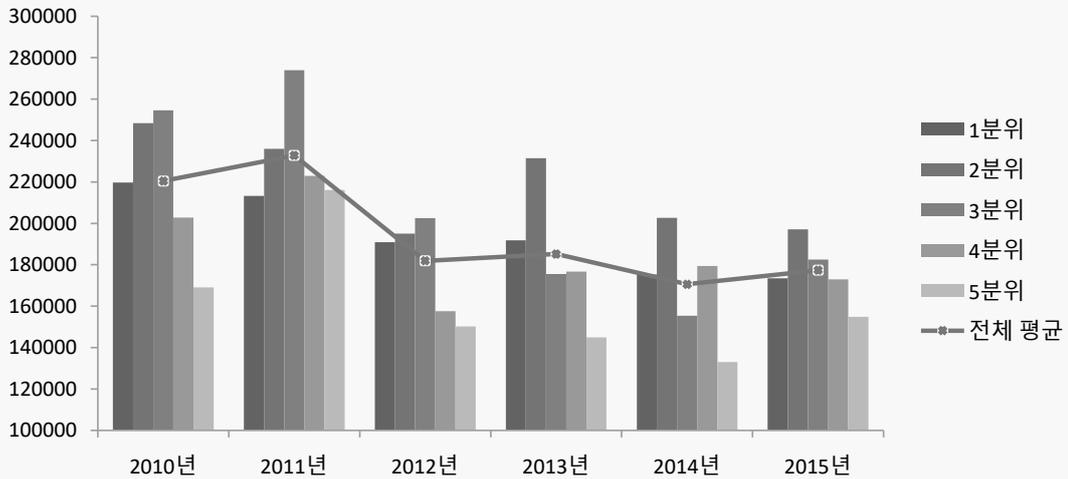
〈그림 4〉 소득계층별 연평균 입원의료비 지출액



자료: 한국의료패널 2010~2015년 자료 분석.
 주: 1) 암, 심장질환, 뇌혈관질환으로 외래이용을 한 환자에 한해 분석함.
 2) 모든 수치는 가구원 횡단면 가중치를 적용한 값임.

- 암, 심장질환, 뇌혈관질환 치료를 위해 처방의약품을 이용한 환자를 대상으로 본인부담 처방약제비의 소득 계층별 차이와 연도에 따른 추이를 살펴봄.
 - 처방약제비의 경우 앞서 살펴본 외래 및 입원 부문과 달리 대체로 소득 수준이 높은 집단에서 약제비 지출액이 낮게 나타남.
 - 모든 연도에서 5분위 집단의 처방약제비 지출액이 가장 낮았으며, 4분위 역시 2014년을 제외하면 계속해서 전체 평균을 밑도는 수준을 보임.
 - 반면, 1분위의 지출액은 전체 평균과 유사한 수준을 유지하고 있음.
 - 그러나 소득계층 간 절대 금액의 차이는 크지 않아 2010년 1분위와 5분위의 처방약제비 지출액 차이는 5만 원 정도였으며, 2015년에는 1만 8천 원으로 감소함.
 - 전반적으로 약제비 지출액은 시간이 지남에 따라 감소하는 양상을 보임.
 - 2011년 23만 원 수준이었던 전체 평균 약제비 지출액은 2012년 약 18만 원으로 감소한 이후 비슷한 수준을 유지하고 있음.

〈그림 5〉 소득계층별 연평균 처방약제비 지출액



자료: 한국의료패널 2010~2015년 자료 분석.
 주: 1) 암, 심장질환, 뇌혈관질환으로 외래이용을 한 환자에 한해 분석함.
 2) 모든 수치는 가구원 횡단면 가중치를 적용한 값임.

4. 소득계층에 따른 의료비 지출액 차이의 함의

■ 중증질환 가구의 의료비 지출액은 가구의 소득 수준과 밀접한 연관성을 보임.

- 의료비 지출액은 소득 수준이 높을수록 순차적으로 높아졌으며, 가구의 생활비 대비 의료비 지출액 비중은 소득 수준이 낮을수록 순차적으로 높아짐.
- 이는 소득계층에 따른 의료비 지출액의 차이를 분석한 기존 연구들의 결과와 일치하는 것으로,⁸⁾ 이 연구 결과는 개인의 사회경제적 수준이 의료이용에 미치는 영향이 상대적으로 작을 것이라고 예상되는 중증질환에서조차 소득 수준에 따라 의료비 지출의 차이가 발생하고 있음을 보여 줌.
 - 본 분석 결과에 포함하지는 않았으나 중증질환자들의 외래이용 건수 및 입원 일수는 저소득층일수록 더 높게 나타났으며, 입원 건수는 소득 수준에 따라 차이가 나지 않음.

8) 이와 관련해 다음과 같은 연구가 있음.
 김민정, 감신, 이원기. (2017). 가구의 가계소득분위에 따른 의료비지출 분포의 불평등 실태와 과부담 의료비 관련요인.
 김태일, 허순임. (2008). 소득계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제.
 이용재, 김승연. (2006). 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성.
 정연, 허순임. (2012). 가구의 경제수준에 따른 의료비 부담과 부문별 비용의 추이.

- 즉, 의료이용의 양적 측면에서는 소득 수준에 따른 차이가 없거나 오히려 저소득층에게 유리한 방향의 불형평이 존재한다면, 의료비 지출액으로 나타난 의료이용의 질적 측면에서는 고소득층에게 유리한 방향의 불형평이 존재함을 보여 줌.
- 앞으로 질환의 중증도에 대한 반영과 함께 본인부담액을 구성하는 항목들이 소득 수준에 따라 어떻게 다른지도 추가 분석할 필요가 있음(예: 필수의료와 비필수의료(상급병실료 등)의 구성).

■ 소득계층에 따른 의료 부문별 지출액의 차이는 의료서비스 총량에서뿐 아니라 이용 양상에서도 소득 수준에 따라 차이가 있음을 보여 줌.

- 저소득층은 처방의약품을 제외한 외래와 입원서비스 이용 모두에서 불리한 위치에 있음을 드러냄.
- 의료 부문별 지출액은 부문별 보장률과 밀접한 관련성을 가질 수밖에 없는데, 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사 자료에 따르면 부문별 건강보험 보장률이 입원 65.7%, 외래 54.5%, 처방의약품 69.1%로 나타남.
- 처방의약품의 경우 입원, 외래에 비해 절대 금액이 크지 않고 보장률도 가장 높아 저소득층이 이용상 제한을 겪을 가능성이 적은 반면, 보장률이 낮은 외래나 보장률도 낮고 절대 금액도 큰 입원에서는 고소득층과 저소득층 간에 이용 격차가 나타났을 가능성이 있음.

■ 이러한 가운데 최근 들어 중증질환 가구의 소득계층별 의료비 지출액의 차이가 감소하기 시작한 것은 의료 이용 형평성 개선 측면에서 고무적인 일임.

- 그럼에도 불구하고 입원, 처방과 달리 외래지출액의 차이는 감소하다가 2015년에 다시 증가하였다는 점, 1분위는 다른 소득 분위에 비해 가구 의료비 증가 정도가 낮게 나타난 점 등을 고려할 때 소득계층에 따른 전체 의료비 지출액 및 부문별 비용의 추이가 건강보험보장성 강화 정책과 어떠한 연관성을 갖는지, 그리고 보장성 강화 혜택이 어떤 계층에게 더 많이 돌아갔는지에 대해서는 추후 정교한 분석이 필요함.

■ 본 결과는 의료이용의 형평성을 달성하고 저소득층의 미충족 의료 필요를 충족시키기 위해 더 적극적인 보장성 강화 정책이 필요함을 시사함. 새 정부의 건강보험 보장성 강화 정책이 의료이용의 형평성을 제고하는데 어떠한 영향을 미치는지에 대해서도 앞으로 면밀히 모니터링할 필요가 있음.

Korea Institute for Health and Social Affairs

OECD 지표를 통해서 본 우리나라 저출산 대응 정책의 진단과 과제

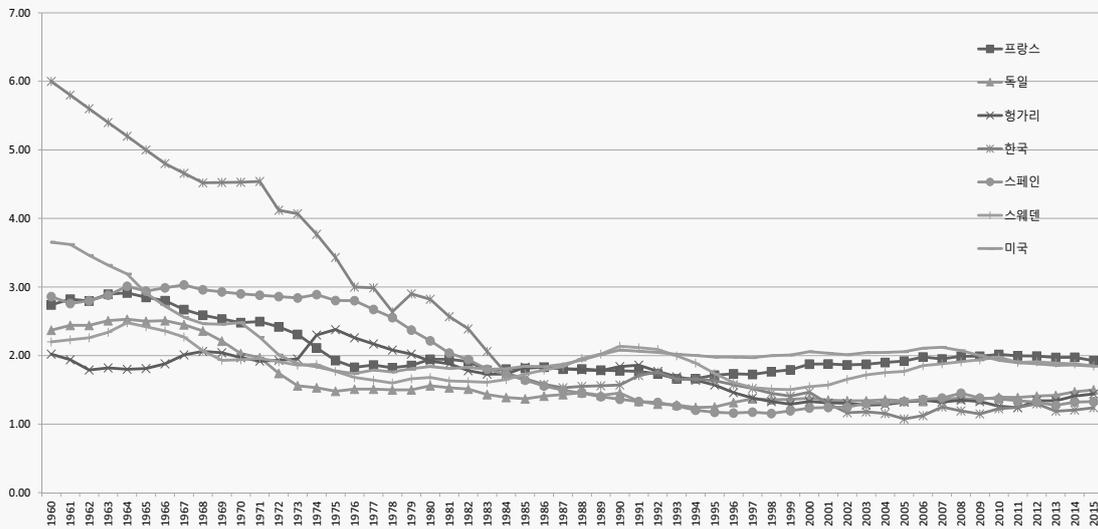
신윤정 저출산고령화대책기획단 연구위원

- 우리나라의 합계출산율은 2001년 이래로 초저출산 수준 이하에서 벗어나지 못하고 있어 저출산 대응 정책의 효과성에 대한 비판이 나오고 있다. 본고에서는 OECD Family database의 주요 지표를 통해 국내 저출산 대응 정책의 현황과 한계를 진단하고 향후 방향성을 모색해 본다. 몇 가지 가족 정책의 확대만으로는 출산율을 제고하는 데 한계가 있으며 전방위적인 사회 정책 영역에서 저출산·고령사회에 대응하는 방향으로 정책이 이루어져야 할 것이다. 이러한 노력은 과거 성장주의적으로 인구 문제에 접근했던 거시적인 시각에서 벗어나 국민들이 필요로 하는 결혼·출산·양육에 대한 실질적인 지원이라는 보다 미시적인 접근 방식을 통해 이루어질 필요가 있다.

1. 들어가며

- 우리나라의 출산율은 2001년 이래로 1.30명의 초저출산 수준 이하에 머물러 있으며 2006년부터 '저출산·고령사회기본계획'을 추진한 이후에도 별다른 반등을 보이지 않음.
 - 출산율 상승이라는 정책적 목적하에 가족에 대한 공공 지출이 국내총생산(GDP)에서 차지하는 비중은 2001년 0.24%에서 2013년 1.32%로 급속하게 상승하였으나(OECD, Family database) 출산율이 회복되지 않아 정책의 실효성에 의문이 제기되고 있음.
- OECD 국가들은 1990년대 이전까지 출산율이 하락하였으나 1990~2000년 기간 동안 몇몇 국가들에서 출산율이 인구 대체 수준까지 회복되어 우리나라에 유용한 정책적 시사점을 주고 있음.
 - 가족에 대한 사회적 지원 수준이 높은 프랑스나 양성 평등 의식이 높은 스웨덴에서는 출산율이 적절한 수준을 보이고 있음.
- 본고에서는 OECD Family database에 나타난 주요 국가의 현황을 비교하여 지금까지 추진한 국내 저출산 대응 정책의 현황과 실태를 진단하고 향후 방향성을 논의하고자 함.

〈그림 1〉 OECD 주요 국가의 출산율 현황(1960~2015년)



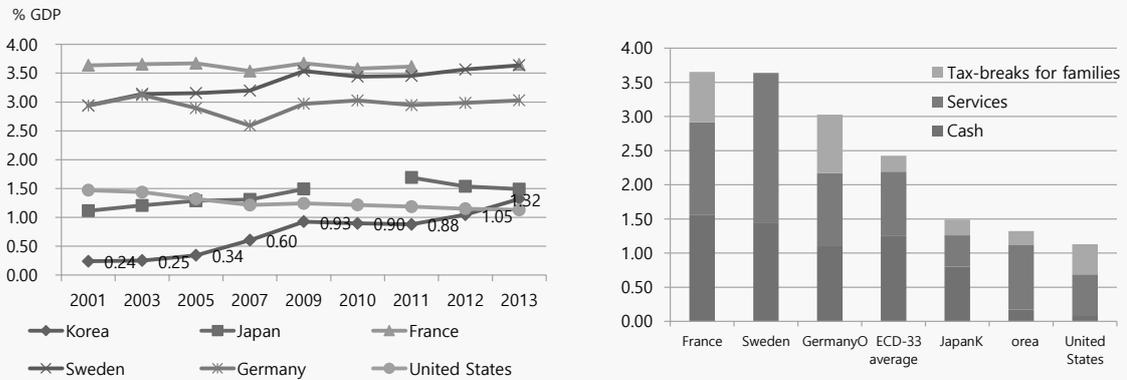
자료: OECD. (2017). Family database. <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>에서 2017. 11. 15. 인출.

2. 우리나라 가족 정책의 확대 현황¹⁾

- OECD는 가족을 지원하는 정책을 현금 지원, 서비스 지원, 시간 지원으로 구분하고 있으며 가족 지원 정책이 추구하는 목표로 아래와 같은 내용을 제시하고 있음.
 - 부모들의 일과 가정생활 양립을 지원하고 장애 요인을 제거하는 것, 잠재적인 여성 인력의 적극적인 활용, 가족의 빈곤 감소, 아동 발달 강화, 양성 평등 증진, 부모들이 원하는 시기에 원하는 수만큼의 자녀를 낳는 것을 가능하게 하는 것.
- 우리나라의 가족에 대한 공공 지출이 GDP에서 차지하는 비중은 2013년 현재 1.32%로 프랑스, 스웨덴, 독일 등 유럽 복지국가에 비해 상당히 낮지만 미국의 1.13%보다 높고 일본의 1.49%에 근접한 수준임.
 - 가족에 대한 공공 지출의 비중은 2001년도 0.24%에서 2009년 0.93%로 급속하게 상승하였으며 2012년도부터 GDP의 1%가 넘는 수준을 유지하고 있음.
 - 현금 지원 비중이 낮게 나타나고 있으나 2018년 9월부터 0~5세 아동을 대상으로 월 10만 원의 아동수당을 도입할 예정이므로 가족 지원 규모는 더욱 확대될 것으로 예상됨.

1) OECD 회원국 등 서구 국가들은 저출산 문제에 대응하기 위해 가족 지원에 초점을 둔 '가족 정책'을 중심으로 정책을 추진하고 있음. 국내 저출산 대응 정책도 상당 부분 가족을 지원하는 성격이 강하므로 본 절에서는 '저출산 대응 정책'에 대해 '가족 정책'이라는 용어를 사용하고자 함.

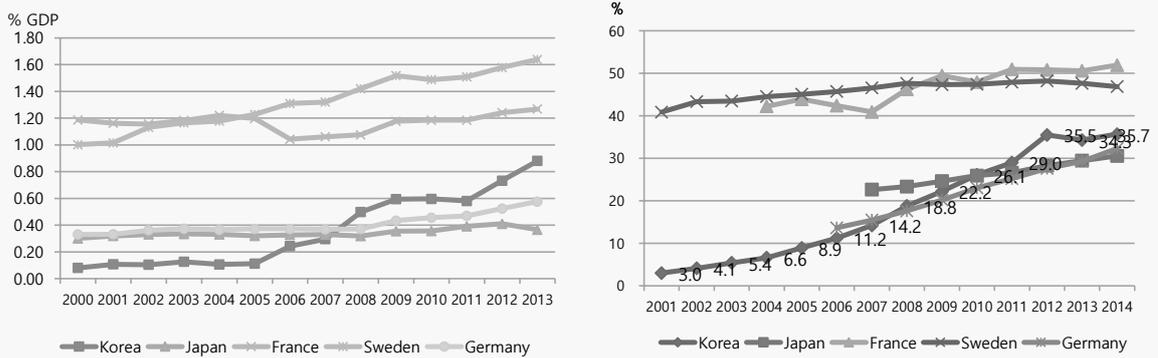
〈그림 2〉 OECD 주요 국가의 가족에 대한 공공 지출이 GDP에서 차지하는 비중 변화(왼쪽)와 2013년도 현황(오른쪽)



자료: OECD. (2017). Family database. <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>에서 2017. 11. 15. 인출.

○ 0~5세 취학 전 아동을 대상으로 하는 보육 서비스 지원도 확대되어 2013년도부터 전 계층 아동을 대상으로 보육료를 지원하고 있으며, 그 결과 0~2세 아동의 보육시설 이용률은 2014년 현재 35.7%로 일본 및 독일과 유사한 수준으로 상승하게 되었음.

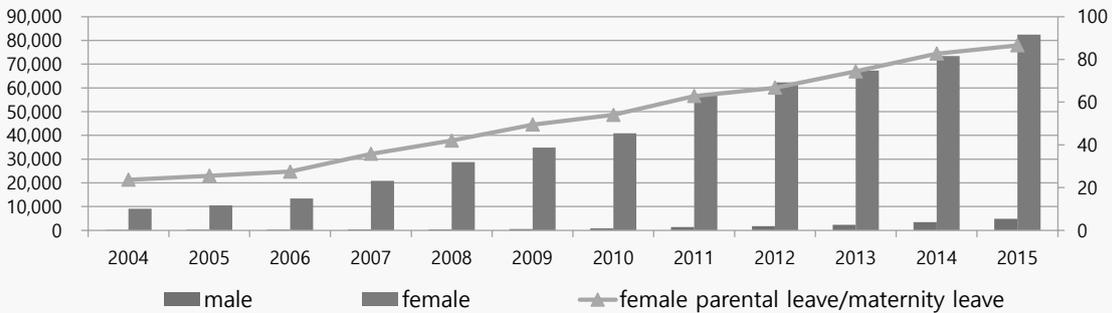
〈그림 3〉 보육·교육에 대한 공공 지출이 GDP에서 차지하는 비중(왼쪽)과 0~2세 아동의 보육 시설 이용률 변화(오른쪽)



자료: OECD. (2017). Family database. <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>에서 2017. 11. 15. 인출.

- 정책제로 지급하던 육아휴직 급여가 2011년부터 정률제로 변경되어 급여 액수가 상승하게 되었으며, 육아휴직 급여를 받는 여성 근로자 수는 2004년 9122명에서 2015년 8만 2467명으로 증가하게 되었음(고용보험통계, 각 연도).
 - 2004년도에는 산전후휴가 급여자의 23.7%만이 육아휴직을 사용하였으나 2015년도에 들어서는 그 비중이 86.6%로 증가하여, 출산을 한 여성 고용자의 상당수가 육아휴직을 사용하는 것으로 파악됨.
 - 남성 육아휴직 급여자 수는 2004년 181명에서 2015년 4871명으로 크게 증가하였으나 전체 급여자에서 차지하는 비중은 5% 내외로 여전히 낮은 수준임.

〈그림 4〉 성별 육아휴직 급여 수급자 수와 산전후휴가 급여 수급자 수에서 육아휴직 급여 수급자가 차지하는 비중



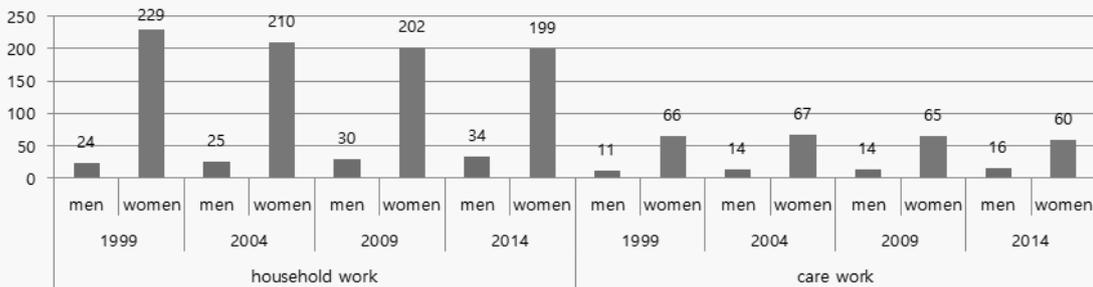
자료: 고용보험통계. (각 연도).

- 가족 정책의 확대에도 불구하고 우리나라의 출산율이 초저출산 수준을 벗어나지 못하고 있는 이유를 OECD 국가들의 경험을 통해 진단하면 다음과 같음.
 - 출산은 가족을 지원하는 정책 이외에도 노동·교육·주거 정책 등 타 사회 분야의 정책들과 일·가족 양립, 성별 분업, 젠더 규범 등 삶의 다양한 측면에서 작용하는 문화적·구조적인 시스템의 결과라고 할 수 있음.
 - 따라서 사회 영역 전반에서의 변화 없이 한두 가지 가족 지원 정책의 확대만 가지고서는 출산율 제고를 기대하기 어려움.
- 단시간 내에 빠르게, 한번에 저출산 문제를 해결할 수 있는 정책 수단은 없음. 안정성 있게 지속적으로 정책이 발전해 나가야 할 것이며, 정책 효과를 보기 위해서는 일정 기간이 소요되어야 함.
 - 스웨덴은 1995년에 1개월의 '아버지 육아휴직 할당제'를 도입하였으며 현재는 3개월을 부여하고 있음. 2016년 현재 전체 육아휴직자 중 남성의 비중은 45%로 높지만, 실제로 사용하고 있는 육아휴직 일수는 여전히 여성이 남성보다 두 배 이상 더 많음.
 - 프랑스는 2014년도에 최소 6개월의 기간 동안 아버지만이 육아휴직 급여를 받을 수 있는 제도를 마련하였으나 평균 급여의 16%에 불과한 낮은 급여 수준으로 인해 2016년 현재 육아휴직자 중 남성 비중은 4.4%로 저조한 실정임.

3. 우리나라에서 출산율 제고를 가로막는 요인들

- 국내 출산율 회복을 막는 중요한 요인 중의 하나는 장시간 근로 문화이며, 이로 인해 야기되는 남성의 가사와 육아 참여 부족, 일·가정 양립의 어려움이 저출산 문제를 가중시키고 있음.
 - 2014년 현재 주당 60시간 일하는 남성 근로자의 비중은 한국이 26.3%로 일본의 13.6%보다 높고 OECD 평균인 7.9%보다 상당히 높음(OECD 통계).
 - 유배우자 남성이 하루 평균 가사 노동에 참여하는 시간은 1999년 24분에서 2014년 34분으로 10분 증가하였으며, 돌봄 노동에 참여하는 시간은 1999년 11분에서 2014년 16분으로 5분 증가한 수준에 불과함(통계청, 생활시간조사).
 - 프랑스에서는 남성이 가사와 돌봄 노동에 참여하는 시간이 길수록 둘째 자녀를 낳는 경우가 많은 것으로 나타났으며, 핀란드에서는 특히 자녀 돌봄에 남성이 더 많은 시간을 투입할수록 출산율 제고 효과가 큰 것으로 나타남.

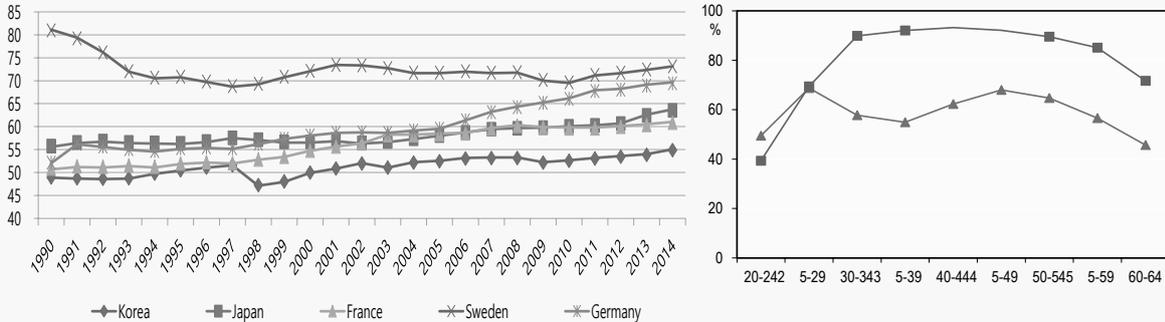
〈그림 5〉 하루 평균 유배우자 부부가 가사 활동과 돌봄 노동에 참여하는 시간



자료: 통계청. (각 연도). 생활시간조사.

- 한국의 여성 고용률은 1990년대 이후부터 50~55% 내외 수준을 유지한 채 큰 상승을 보이지 않고 있으며 결혼과 임신, 출산 시기에 여성 고용률이 하락하는 ‘M-커브’ 현상이 사라지지 않고 있음.
 - 최근 들어 여성 고용률이 높은 OECD 국가에서 출산율도 높게 나타나는 현상은 일과 가정을 양립하게 하는 정책과 사회 문화가 여성 고용률과 출산율을 모두 높이는 것이 가능하다는 것을 보여 줌.
 - 우리나라에서 여성 고용률과 출산율이 모두 낮게 나타나는 것은 여성들의 일과 가정생활 양립을 가능하게 하는 사회적 기반이 미비하다는 것을 의미함.
 - 고용률에서 성별 격차가 감소되는 경우 확보될 것으로 추계되는 노동 인력 수는 한국이 상대적으로 많아 한국의 여성 인력은 미래 저출산·고령화 사회에서 유용한 노동력으로 활용될 것으로 기대됨.

〈그림 6〉 OECD 주요 국가의 여성 고용률(왼쪽)과 한국의 연령별 여성 고용률(오른쪽)

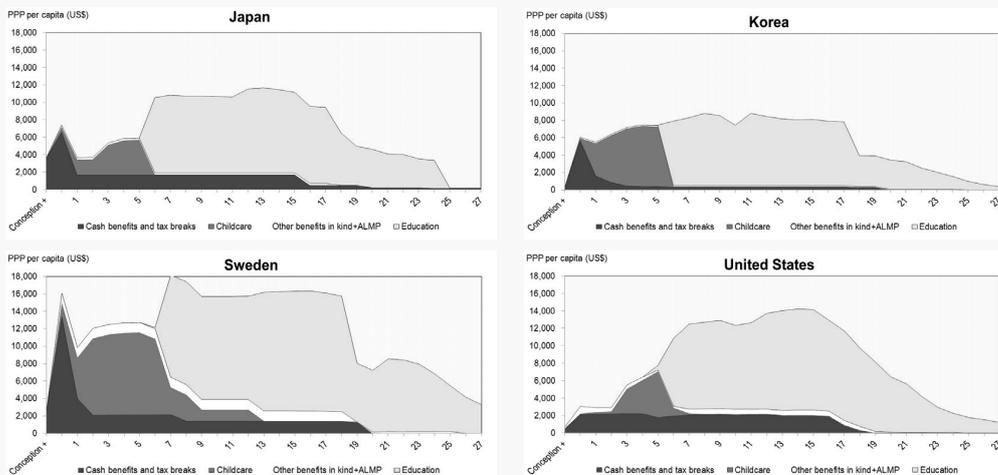


자료: OECD. (2017). Family database. <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>에서 2017. 11. 15. 인출.

- 자녀에 대한 과도한 교육비 지출은 부모로 하여금 자녀 양육에 부담감을 갖게 하여 자녀 낳는 것을 주저하게 만들 뿐 아니라 정부의 자녀 양육비 지원에 대한 국민들의 체감도도 낮아지도록 영향을 미침.
- 사교육에 참여하는 비중은 초등학교 학생 80%, 중학교 학생 63.8%, 고등학교 학생 52.4%이며, 사교육 참여 학생 1인당 사교육비 월평균 지출액은 각각 30만 2000원, 43만 1000원, 49만 9000원으로 나타남(통계청, 2016년 사교육비 조사).
- 출산율과 여성 고용률이 모두 높은 스웨덴에서는 아동에 대한 공공 지출 수준이 높고 아동의 전 연령 기간 동안 고르게 공공 투자가 이루어진다는 특징이 있음(그림 8).
- 한국도 공교육 강화 등 교육에 대한 공적인 투자를 확충하여 아동의 발달을 도모할 뿐 만 아니라 사교육비를 절감하여 부모의 양육비 부담을 경감해야 할 것임.

〈그림 8〉 OECD 주요 국가와 한국의 아동 연령별 공공 지출 현황

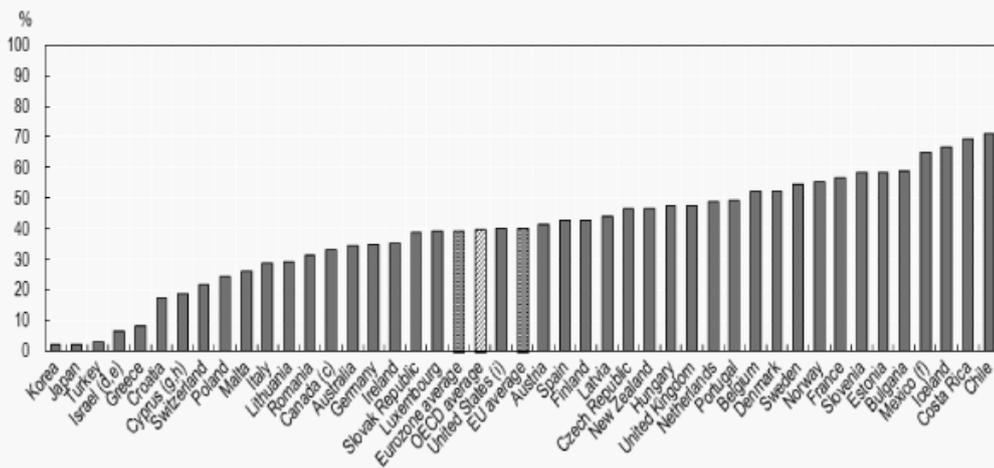
(단위: 1인당 PPP, US\$)



자료: OECD. (2009). Doing better for Children. OECD Publication.

- 한국의 낮은 양성 평등 수준도 저출산의 원인 중 하나로 지적되고 있어 양성 평등한 사회 구축을 위한 사회적 노력이 강구될 필요가 있음.
 - 세계 양성 격차 지수(The Global Gender Gap Index)에 따르면 2006년도에 한국은 전체 115개 국가 중 92위로 하위권을 차지하였으며, 2016년에도 전체 144개 국가 중 116위로 하위권에 머물러 있음.²⁾
 - 여성이 고위직으로 진출하기 어려운 정도를 측정하는 '유리천장지수(The glass ceiling index)'에서도 한국은 최하위권임.³⁾
 - 최근 OECD 국가 동향을 살펴보면 초기에는 성평등적인 가치가 확산될수록 출산율이 낮아지다가 중기 이후에는 성평등 가치가 확산될수록 출산율이 높아지는 것으로 나타남(Esping-Anderson & Billari, 2015).
- 다양해지는 가족 유형에 대응하여 결혼과 출산에 대해 가지고 있는 보수적인 관념도 변화될 필요성이 있음.
 - 2014년도 현재 전체 출생아 수에서 혼외 출생아 차지하는 비중이 2% 미만으로 OECD 국가 중에서 가장 낮은 수준임. 이는 한국 사회에서 출산과 법적인 혼인 관계가 강하게 연결되어 있음을 말하는 것임.
 - 프랑스와 스웨덴 등 출산율이 인구 대체 수준으로 적정하게 유지되는 국가들에서는 배우자(couple)의 개념이 결혼한 부부 외에도 배우자로서 등록하고 함께 거주하는 사람들까지로 확장되고 있음(OECD, Family database, 2017).
 - 우리나라의 인구 센서스 등 국가 통계 자료는 법률혼과 사실혼을 구분할 수 없는 구조로 되어 있어 다양화되어 가는 가족 구조를 정확하게 파악할 수 없어 더욱 정확한 가족 구조 파악을 위한 통계 자료의 개선이 필요한 실정임.

〈그림 9〉 전체 출생아 중에서 혼외 출생아가 차지하는 비중(2014년)



자료: OECD, (2017). Family database.

2) 세계 양성 격차 지수는 2006년부터 세계경제포럼(World Economic Forum)이 양성 격차 정도와 연도별 변화를 측정하기 위해 발표하고 있음. 이 지수는 경제활동 참여와 기회, 교육 수준, 보건 및 생존, 정치 참여의 네 가지 영역으로 구성되어 있음(세계경제포럼, 2017년도 세계양성격차보고서).

3) 유리천장지수는 영국의 일간지 이코노미스트가 매해 3월 8일 세계여성의 날에 여성들이 직장에서 동등한 기회를 갖고 있는가를 살펴보기 위해 발표하고 있음. 이 지수는 고등교육, 노동시장 참여, 급여 수준, 보육비용, 모성권, 경영대학원 신청, 고위직에서의 대표성 등 아홉 가지 지표를 가중 평균하여 각 국가의 점수를 발표하는 것임(The Economist, 2014).

4. 나가며

- 우리나라의 가족 지원 정책은 출산율을 제고한다는 목표하에 지난 10년 이상의 기간 동안 상당 수준 확대 되었으나 출산율 반등이 가시적으로 이루어지지 않아 저출산 대응 정책 실패론이 대두되는 등 비판을 받고 있음.
 - 출산에 대한 결정은 정부 정책 외에도 다양한 사회 요인이 복합적으로 작용하여 나타난 결과로, 한두 가지 정책의 확대만으로 단시간 내에 출산율을 제고하는 것은 기대하기 어려움.
 - 출산율 제고를 위한 노력으로 가족에 대한 지원이 강화된 것 이외에 노동시장, 주거, 교육 환경, 그리고 양성 평등 수준에서는 별다른 개선이 이루어지지 않았으며 이것이 출산율 제고에 한계로 작용한 것으로 판단됨.
- 국내 유배우자 여성들이 이상적으로 생각하는 자녀 수는 2.25명인데 실제로 낳는 자녀 수는 1.75명에 불과하여 국민들은 실제로 낳고 싶어 하는 자녀 수만큼 자녀를 낳지 못하고 있음(2015년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사).
 - 정부의 출산 지원 정책은 국민들이 직면하고 있는 실생활에 더 가까이 다가가 낳기를 희망하는 자녀를 원하는 시기에 낳도록 지원하여 희망과 현실 간의 괴리를 좁히는 데 초점을 두어야 할 것임.
- 정부가 추진하는 ‘저출산 대응 정책’은 가족에 대한 지원을 포함하여 아동·교육·주거·노동을 포함한 각 사회 분야의 정책들이 저출산과 인구 고령화 문제를 인식하고 우리 사회를 지속 가능하게 하는 방향으로 추진되어야 실효성을 볼 수 있을 것임.
 - 사회 제반에 걸친 정책들이 저출산·고령사회에 대응하는 지향성을 갖고 각 고유 분야에서 요구되는 이슈에 건실하게 대응하도록 정책의 발전이 이루어질 때 우리 사회는 보다 능동적으로 저출산과 고령화 문제에 대응할 수 있을 것임.
 - 저출산 대응 정책을 총괄하는 기능을 갖춘 기구(예를 들면 ‘저출산고령사회위원회’)의 컨트롤 타워 기능을 강화하여 관련 부서의 정책들이 일관성 있는 방향으로 추진될 수 있도록 해야 할 것임.
 - 프랑스는 가족아동고령자고등심의회(Haut Conseil de la famille, de l'enfance, et de l'âge)에서 정부, 단체, 전문가 대표들이 이슈가 되고 있는 가족·아동·고령자 정책에 대해 평가 및 제언을 제공하여 정책의 발전과 사회 통합을 도모하고 있음.
- 저출산·고령사회에 적합한 사회 패러다임의 전환이 필요하며 과거 산아 제한 정책을 중심으로 한 국가 주도 및 성장주의 중심의 거시적인 정책에서 벗어나 더욱 미시적인 차원에서 개인에게 초점을 맞춰 국민들이 출산과 가족생활에서 겪는 어려움을 해결해 주는 데 정책의 강조점을 두어야 할 것임.
 - 사회 문화와 환경이 변화하기 위해서는 일정 기간이 소요되어야 하므로 정부와 국민 모두 안정적이고 지속적인 노력을 강구하는 것이 필요하다 하겠음.



보건복지 현안분석과 정책과제 2017

발행일 2018년 1월
저자 한국보건사회연구원
발행인 김상호
발행처 한국보건사회연구원
주소 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(우. 30147)
전화 044) 287-8000
팩스 044) 287-8052
홈페이지 www.kihasa.re.kr
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처 경성문화사(02-786-2999)
가격 비매품