

S U M M A R Y

주요국의 사회보장제도

요약



주요국의
사회보장제도
:
요약본

【 연구진 】

정 기 혜 한국보건사회연구원 선임연구위원

김 용 하 순천향대학교 교수

이 지 현 한국보건사회연구원 연구원

요약편

주요국의 사회보장제도

© 한국보건사회연구원, 2012

초판 1쇄 인쇄 | 2012년 7월 15일

초판 1쇄 발행 | 2012년 7월 20일

발행인 | 최병호

발행처 | 한국보건사회연구원

주 소 | 122-705 서울특별시 은평구 진흥로 235

전 화 | 대표전화 02-380-8000

등록번호 | 1994년 7월 1일(제8-142호)

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

인쇄처 | (주)한국장애인고용안정협회

값 11,000원

ISBN 978-89-8187-894-8 94330

978-89-8187-882-5 (전12권)

* 잘못된 책은 교환하여 드립니다.

주요국의
사회보장제도
:
요약본

【 국가별 연구책임자 】

국 가	연구책임자	소 속
네덜란드	정홍원	한국보건사회연구원 연구위원
독 일	이정우	인제대학교 교수
미 국	김태현	연세대학교 교수
스웨덴	최연혁	스웨덴 쇠데르턴대학교 교수
영 국	최영준	고려대학교 교수
이탈리아	홍이진	성신여자대학교 교수
일 본	정기혜	한국보건사회연구원 선임연구위원
중 국	김병철	중국 인민대학교 교수
프랑스	노대명	한국보건사회연구원 연구위원
한 국	김용하	순천향대학교 교수
호 주	여유진	한국보건사회연구원 연구위원



2008년 경제위기 이후 2011년 남유럽을 중심으로 한 글로벌 경제 위기가 다시 도래하면서 국가차원의 사회보장 확대에 대한 논의가 활발해지고 있다.

경제위기의 악영향을 완충시켜줄 수단으로 사회보장제도의 확대는 필요하지만, 저성장에 따른 제도의 지속가능성, 효율성에 대한 의구심은 증폭되고 있는 상황이다.

우리나라의 사회보장제도는 영미형, 유럽형 등 주요 선진국의 발전사를 답습하는 형태로 발전해 왔지만, 최근 해당국의 제도적 실패로 더 이상 참고국(Reference Country)이 없이 한국형 사회보장제도를 추구해야 할 시점에 이르렀다.

더욱이 빠른 속도로 진행되고 있는 저출산 고령화, 국민들의 복지수요 증가 등 우리나라의 특징적인 사회구조적 변화는 더 이상 특정 국가를 참고할 수 없게 하고 있다. 최근 한국형 복지모델 개발 등이 강력하게 회자되고 있는 것은 이런 맥락에 의한 국가적인 정책요구라고 할 수 있다.

실효성있는 한국형 사회보장제도의 구축을 위해서는 다양한 국가의 제도 분석과 시사점 도출에 의한 벤치마킹이 필요하다. 하지만 기존의 연구들은 대개 특정국의 사회보장제도에 대한 분절적인 연구만 수행되었다.

이러한 배경을 바탕으로, <주요국의 사회보장제도>는 우리나라를 포함한 주요국 10개국(네덜란드, 독일, 미국, 스웨덴, 영국, 이탈리아, 중국, 프랑스, 한국, 호주)의 최신 사회보장제도에 대한 현황 파악 및 분석을 통해 한국형 사회보장제도 확립을 위한 시사점을 얻고자 기획되었다.

국가별 연구는 사회보장제도의 전 영역을 아우르기 위하여 크게 3부로 구성하였다. 1부는 사회보장제도 및 사회보장 개혁 동향에 대한 총괄적 검토를 다루고 있으며, 2부는 고용보험, 연금제도 등 소득보장제도에 대한 연구, 3부는 의료보험 등의 의료보장과 고령자, 장애인, 아동, 주거 등 각종 사회서비스 제도에 대한 연구를 담았다.

연구의 전문성을 제고하기 위해 집필작업에는 연구경험이 풍부한 국내외 여러 연구기관과 대학교의 분야별 전문가가 참여하였다.

짧은 기간 동안 본 보고서 발간작업에 심혈을 기울여주신 원내의 모든 연구자분들께 감사의 말씀을 드리며, 연구행정까지 담당한 원내 연구진의 노고도 치하하는 바이다.

이 모든 노력의 결실로 발간된 <주요국의 사회보장제도>가 한국사회의 지속가능한 사회복지제도 마련의 큰 보탬이 되기를 기원한다.

끝으로 이 보고서에 개진된 연구결과는 연구자 개인의 의견으로 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀두는 바이다.

2012년 5월

한국보건사회연구원장 **최 병 호**

C·O·N·T·E·N·T·S

제1권 네덜란드	11
제1장 사회보장 총괄제도	12
제2장 소득보장제도	25
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	37
제2권 독일	53
제1장 사회보장제도 총괄	54
제2장 소득보장제도	96
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	109
제3권 미국	123
제1장 사회보장제도 총괄	124
제2장 소득보장제도	140
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	157
제4권 스웨덴	175
제1장 사회보장제도 총괄	176
제2장 소득보장제도	195
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	207
제5권 영국	225
제1장 사회보장제도 총괄	226
제2장 소득보장제도	245
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	260

제6권 이탈리아	275
제1장 사회보장제도 총괄	276
제2장 소득보장제도	289
제3장 의료보장과 사회서비스제도	300
제7권 일본	315
제1장 사회보장제도 총괄	316
제8권 중국	327
제1장 사회보장제도 총괄	328
제2장 소득보장제도	343
제3장 의료보장과 사회서비스제도	353
제9권 프랑스	367
제1장 사회보장제도 총괄	368
제2장 소득보장제도	384
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	396
제10권 한국	409
제1장 사회보장제도 총괄	410
제2장 소득보장제도	427
제3장 의료보장과 사회서비스제도	438
제11권 호주	457
제1장 사회보장제도 총괄	458
제2장 소득보장제도	472
제3장 의료보장과 사회서비스 제도	485

제1권

네덜란드

제 1 장

사회보장 총괄제도

1. 역사적 전개과정

- 네덜란드 사회보장체제는 일반적으로 혼합유형(hybrid type)으로 평가
 - 보수주의 조합주의 복지국가 : 직업군에 따른 제도배열과 비스마르크형 사회보험 형태, 사적제도의 비중이 큼.
 - 사회민주주의 체제 : 보편적 사회보장제도로써 기초연금과 공공부조, 급여의 수급조건이 관대하고 수준이 높음.
- 2차 세계대전 이전의 근대적 복지국가 형성기
 - 사회보장비용은 대부분 노동자가 부담하는 보험료로 충당되었으며, 사적제도의 원리에 충실하여 연대성과 재분배 기능이 제한적
 - 사회보험은 기업 혹은 산업별로 조직화되면서 파편화된 제도적 배열로 구성되었고, 노동자 중심의 보장제도로 국한되는 경향성
 - 정부재정은 최소수준을 보증하는 역할에 한정되었으며, 빈곤법이 정하는 수준 정도의 급여를 제공하는 역할을 담당

□ 복지국가 확대 발전기(2차 대전~1970년대)

- 2차 대전 이후 네덜란드 사회보장제도는 국민보험, 노동자보험, 그리고 공공부조의 3개 영역 체계로 발전
 - － 국민보험영역의 제도는 모든 시민에게 최저수준의 소득보장을 목표로 재분배를 통한 사회연대성 원칙의 중시와 정부 재정으로 충당하였으며, 노령연금과 아동수당이 대표적
 - － 노동자보험 영역의 제도는 보험원리를 기반으로 질병, 사고, 실업 등 위험에 직면한 노동자에 대해서 임금수준과 연계한 급여를 지급하였으며, 고용주와 노동자가 부담하는 기여금으로 재원 조달
 - － 공공부조는 생계유지가 곤란한 모든 시민들에게 사회안전망의 역할을 담당하였으며, 소득조사와 구직등록을 하는 근로능력자를 대상으로 하는 제도로 정착
- 이 시기 네덜란드의 가장 두드러진 특징은 남성부양자 모델의 원칙이 사회보장제도 전반에 매우 강하게 투영되었다는 점
- 조합주의적 사회정책의 전통 복지국가 초기에 제도의 발전을 억제하는 요인으로 작용하였으나, 1960~70년대 네덜란드 사회보장제도가 통제하기 어려울 정도로 팽창하게 된 직접적인 원인

□ 1980년대 이후 복지국가 재편기

- 재정지출 감축을 위한 사회복지개혁
 - － 임금과 사회보장급여의 연동체제는 만성적인 재정적자 요인으로 작용하고 있었으며, 1970년대 중반 이후 경제상황

이 악화되면서 사회보장 비용증가에 대처하기 위한 정책 수단이 결여

- 장애연금에 대한 개혁 논의와 더불어 1980년대 중반에 임금연동제가 폐지되면서 복지급여의 수준의 실질적 하락과 복지지출이 감소
- 복지급여 축소는 네덜란드 복지체제의 성격 변화를 동반하는 변화로 실업자에 대한 사회안전망의 확충보다 노동시장에 남아있도록 유도하는 방향으로 제도가 개혁

○ 공공부문의 축소와 시장역할의 확대

- 공적연금의 비중이 감소한 반면에 직역연금과 개인연금의 비중이 증가하였으며, 이는 네덜란드 복지체제에 있어서 민영화, 시장화가 강화되면서 사회적 연대성이 약화되는 추세를 반영

○ 남성부양자 모델의 약화

- 여성의 경제활동 참가율 증가, 사회보장급여의 여성 수급권 강화, 부모휴가제 도입 등은 남성부양자 모델의 성격을 약화시킨 것은 사실이나 양성평등이라는 관점에서 효과가 미흡
- 시간제 노동의 촉진과 가사노동을 사적책임의 영역에 귀속시키도록 하는 것이 복지지출 절감과 실업률 감소의 정책목표를 달성하기 위한 현실적인 선택

□ 네덜란드 사회보장 개혁의 의미와 향후 전망

○ 1980년대 이후 네덜란드 사회보장개혁의 성과

- 사회보장 지출이 감소하였으며, 특히 실업과 장애부문의 지출감소가 두드러짐

- 사회보장 지출의 감소는 고용창출과 실업의 감소에 따른 것이며, 이는 여성의 노동시장 참여율의 급격한 증가와 서비스 부문의 팽창에 따른 시간제 근로의 확대가 가장 큰 요인
- 이러한 결과는 후기 산업사회에서 생활양식과 가족구조 변화에 사회보장체계가 효과적으로 적응한 사례
- 네덜란드 사회보장개혁의 가장 큰 성과는 유럽대륙형 사회보장체제도 개혁이 가능하며, 특히 큰 혼란과 갈등 없이 사회보장체계의 개혁이 가능하다는 점을 보여준 것임.
- 1980년대 이후 사회보장개혁의 놀라운 성과에서도 불구하고, 네덜란드 사회보장체계의 미래는 낙관적이라 하기 어려움
 - 국가간 경쟁의 심화, 인구고령화, 이민자 증가는 공통적으로 사회보장 지출을 증가시키는 요인인 동시에 비용부담을 감소시켜야 한다는 이중적 압력으로 작용
 - 네덜란드 복지모델은 높은 수준의 고용에 의존한다는 점에서 장기실업자와 근로무능력자의 증가에 취약하다는 문제가 있음.

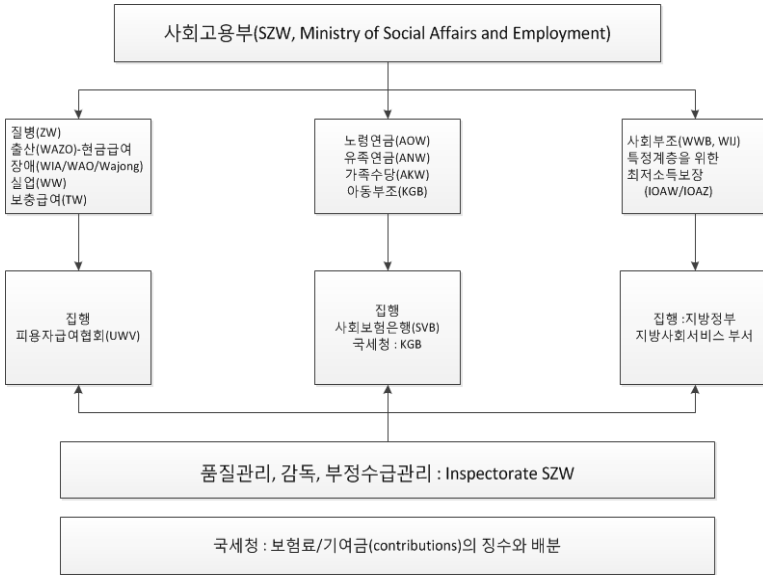
2. 사회보장 관리체계

□ 네덜란드 사회보장 관리체계 개요

- 사회보장정책의 총괄 관리·운영은 사회고용부(SZW)
- 사회보장 관리체계는 국민보험, 노동보험, 공공부조의 3개 영역으로 구성되어 있으며 국민보험 영역의 집행기관은 사회보험은행(SVB)이 핵심이며, 노동보험 영역의 제도는 피용

자급여협회(UWV)가 그리고 공공부조는 지방정부와 지역의 고용사무소가 집행을 담당

[그림 1-1] 네덜란드 사회보장 관리체계(2012년)



□ 사회보장 관리체계의 특징

- 사회보장체계의 영역별로 관리체계가 단순화된 구조로 이루어져 있으며 역할분담이 명확
- 사회보장정책 및 제도운영에 있어서 관리·감독기구를 통합하여 역할을 강화
 - 2012년 1월에 기존의 노동감독기관, 공공부조 관리감독기구, 그리고 사회고용부 관리감독 부서를 통합하여 사회보장 전체 영역을 관리감독하는 기구를 출범

- 사회보장제도의 집행기관 사이의 수평적 연계가 강화
 - － 사회보장 급여와 고용지원서비스가 통합적으로 이루어지며, 관련기관간의 긴밀한 업무연계가 구축됨.

3. 인구구조 및 인구문제

□ 인구변동 요인

- 네덜란드의 출산율은 1.5 수준까지 감소하였으나 최근에는 1.8 수준으로 증가
 - － 네덜란드는 다른 독일어권국가들과 마찬가지로 보육시설이 부족하고 보육서비스로서의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있으며, 육아휴직은 사용률이 매우 저조하며, 특히 남성들이 육아휴직을 사용하는 비율도 매우 낮음.
 - － 이와 같이 ‘일-가족양립’이 어려운 조건임에도 불구하고 출산율은 상대적으로 높은 수준을 유지하고 있는데, 이는 네덜란드 특유의 일자리나누기(시간제 근로 등) 시스템이 어느 정도 영향을 미친 것으로 분석되고 있음.
- 평균수명은 1995년 남성 74.6세, 여성 80.4세에서 꾸준히 증가하여 2000년에 남성 75.5세, 여성 78.8세, 2010년에 남성 78.8세, 여성 82.7세로 나타남.
- 이민자의 유입은 꾸준히 증가하고 있으나, 이들이 네덜란드 인구 성장에 미치는 기여도는 다른 국가에 비해 낮은 수준
 - － 인근 국가와 달리 네덜란드의 인구 증가는 주로 자연증가에 기인

□ 인구구조 및 인구문제

- 통계청 추계 결과에 의하면, 총인구는 2040년경 17.8백만 명으로 정점을 이룰 것으로 예상
 - － 인구증가율은 1950년 17.3%에서 1960년대 후반 10%까지 감소하고, 1980~1990년대는 5~7%수준에서 유지되었으며, 2006년에는 1.5%까지 감소하기는 하였으나, 최근에는 5%수준(2008년 4.9%, 2009년 5.4%, 2010년 4.9%)에서 유지
- 비교적 높은 출산율 유지로 인하여 유소년인구 및 생산가능인구도 최근까지 증가하고 있으나, 평균수명의 상승과 베이비붐세대의 노년층 진입 등에 따라 노인인구도 2039년까지 빠르게 증가할 전망
 - － 인구고령화수준은 1950년에 이미 7.7%에 도달하여 고령화사회에 진입하였으며, 2005년에 14.0%로 고령사회에 진입, 2011년 현재 고령화수준은 15.6%이며 2021년에는 20.1%에 도달하여 초고령사회에 진입할 전망
 - － 네덜란드의 인구변동은 비교적 안정적인 모습을 보이고 있음에도 불구하고, 출산율이 인구대체수준 이하에서 머무르고 이민자의 유입 역시 낮은 수준에서 지속되는 반면 평균수명이 지속적으로 상승하여 인구구조의 고령화가 불가피

4. 경제와 정부재정

- 네덜란드는 1970~80년대 초반에 걸쳐 마이너스 경제성장, 극심한 실업률(최대 13%), GDP의 60%에 달하는 정부의 방만한

재정지출과 그에 따른 막대한 재정적자 그리고 방만한 사회보장제도의 운영과 그에 따른 높은 복지 의존성 등으로 소위 ‘네덜란드병’이라는 이름을 얻을 정도로 심각한 경제위기에 직면함.

- 특히 무분별한 복지확충은 재정지출 증가, 임금 및 물가상승, 실업률 증가 및 경제성장 저하, 복지 및 국가재정의 악화 등으로 이어지는 악순환을 경험하고 있었음.
- 그런데 이러한 나라가 90년대 이래로 탄탄한 경제성장, 고용의 기적, 국가재정의 안정 등이 이루어짐으로써 네덜란드의 기적(Dutch miracle)이라고 불리며 세계적으로 부러움을 받고 있음(주OECD 대표부, 2006).

□ 네덜란드는 미국발 글로벌 경제위기 여파가 한창이었던 2009년 7월 기준 네덜란드의 실업률은 유럽국가 중 가장 낮고, 우리나라의 3.8%보다 0.4%가 적은 3.4%로 거의 완전고용수준에 도달했음.

- 특히 미국의 금융위기의 한파가 한창 몰아쳤던 2009년에도 실업률이 그 정도라는 것은 사실 놀라운 일이었음. 당시 OECD 평균은 8.3%였다는 점을 감안하면 더욱 놀라운 성과임.
- 고용율은 75.8%로 더더욱 경이로운 수준인데, OECD 평균보다 거의 9%p 더 높은 수준에 도달함.

□ 경제성장률도 유럽국가 중 가장 선두에 서 있으며, 최근 20년간 거의 플러스권에 머물러 있음.

- 정부재정적자도 가장 낮은 국가의 하나로 자리잡고 있으며,

유럽경제통합 당시 가장 먼저 EU 경제통합기준으로서 정부 재정적자기준(GDP의 3%)과 국가부채기준(GDP의 60%)을 맞춘 국가임.

- 이처럼 70~80년대 ‘네덜란드병’에서 벗어나 90년대 이후 ‘네덜란드의 기적’으로 명성을 얻게 된 것은 단순한 행운이 아니라 과감한 노동시장 및 복지개혁, 정부재정 축소, 복지개혁, 미래 경쟁력 확보를 위한 투자 등 뼈아픈 노력의 결과였음.
- 네덜란드병을 치유하게 된 가장 큰 동력은 안정적인 노사관계에 기초한 노동시장의 유연안정성 전략이었음.
 - 1982년 ‘바세나르협약(Wassenaar Accord)’, 90년대의 두 차례에 걸친 노사정 협약(93년의 신노선협약, 96년의 유연안정성 협약)으로 이어진 노사정 대타협은 노동시장의 유연성과 안정성을 높이는 것이 핵심이었음.
 - 이 전략은 최근 20년간 가장 큰 성장 동력이 되었으며, 근로자는 임금삭감과 근로시간 단축, 이를 통한 일자리 나누기에 동참하고,
 - － 사용자는 투자확충을 통한 일자리창출, 국가는 사회보장개혁 등을 통한 국가재정의 안정화에 매진함으로써 경제안정과 국가재정안정의 두 마리 토끼를 동시에 잡게 됨.
- 네덜란드는 90년대 중반 이래로 경제가 크게 회복되면서 국가재정의 건전성도 크게 강화되었음.
 - 특히 1999년 유럽경제통합(EMU) 출범 시 가장 먼저 유럽연합의 정부재정적자(3%)와 부채규모(60%)에 대한 가이드라인

을 충족시키는 국가가 될 정도로 재정건전성이 유럽국가 중 최고 수준

- 이러한 상황은 최근까지 이어졌으며, 2000년대에는 안정된 경제성장과 높은 고용률 덕분에 정부재정은 거의 흑자 기조를 시현하고 있었음.

□ 하지만, 최근 유럽의 국가부채위기 등의 여파로 경기침체에 직면하면서 국제경제의 위기를 빚겨가지는 못하고 있음.

- 경제성장과 고용이 크게 둔화되는 상황에서 세수감소와 경기부양을 위한 지출증가로 재정적자도 증가하고 있기 때문임.
- 이에 2010년 10월에 출범한 우익 신정부는 다시 자율과 책임이라는 이름아래 긴축정책을 추진하면서 유럽국가 중에서는 가장 빠르게 경제 및 재정위기를 극복할 것으로 전망되고 있음.

5. 소득분배와 사회보장재정

□ 1980년대 이후 네덜란드의 소득 불평등 지표의 추이를 살펴보면 지니계수가 장기간에 걸쳐 0.24~0.27 범위에서 크게 변화하지 않고 있어서 상대소득 불평등은 1980년대부터 2000년대 중반까지 큰 변화가 없는 것으로 나타남.

분위수 비율의 경우에도 특별히 분배불평등이 심화되고 있다는 증거는 나타나지 않음. 오히려 (9분위수/중위값)이 장기에 걸쳐서 낮아지는 추세를 보이고 있는 점은 바람직한 현상으로 보임.

- 중위소득의 50%를 빈곤기준선으로 볼 때, 상대빈곤율은 1980년대 초 6.46%에서 다소의 변화를 보이기는 하지만 2000년대 초에는 6.34%에 이르고 있음. 중위소득이 대체로 일정하게 나타났던 점을 감안하면 상대빈곤 규모는 대체로 일정한 규모를 유지하고 있는 것으로 보임.
 - 1980년대 초 4.8%에 불과하였던 아동빈곤율이 2000년대 초에는 9.2%까지 높아지고 있어서 아동빈곤 문제는 최근으로 올수록 그 정도가 심해짐.
 - 편모가정의 아동 비율이 지속적으로 높아지고 있으며, 1990년 이후 편모가정의 아동빈곤율이 현저하게 높아지는 현상이 관찰되어 장기적으로 사회적으로 문제가 될 것으로 보임.
- 네덜란드의 경우 지니지수의 변화로 살펴본 소득재분배 효과는 상당한 크기임.
 - 1970년대 중반의 경우 세전 지니지수는 0.426, 세후 지니지수는 0.263인 것으로 나타나났는데, 지니지수의 감소분은 0.163에 이룸. 이는 조세로 인하여 소득불평등의 약 38% 정도가 감소하였음을 의미함.
 - 2000년대 중반의 경우 세전 지니지수는 0.426, 세후 지니지수는 0.284였으며, 그 차이는 0.142로 나타났음. 여기에서도 조세로 인한 불평등 감소효과는 33%에 이르고 있음.
- 1995년 928.9억 유로이던 사회보호수혜 규모는 지속적으로 증가하여 2008년 1,619.1억 유로에 달하고 있음.
 - 세부항목 중 가장 큰 비중을 차지하는 항목은 ‘노령’인데,

1995년 285.8억 유로에 달하였으며, 이 역시 지속적으로 증가하여 2008년 567.5억 유로까지 높아졌음.

- 그 다음으로 큰 비중을 차지하는 항목은 ‘질병 및 보건’으로 1995년 251.3억 유로에서 2008년 524.6억 유로로 두 배 이상으로 증가하였음.
- 2008년을 기준으로 볼 때, 세 번째로 큰 항목은 ‘장해’이고, ‘가족’이 그 다음을 따르고 있음.

□ 네덜란드의 사회지출 추이를 살펴보면 공공 및 민간지출의 합은 1980년 28.8%, 1985 30.2%에서 낮아지는 추세를 보이고 있으며, 2007년에 와서는 27.0%까지 낮아지고 있음.

- 네덜란드의 사회지출 수준을 OECD 평균과 비교해 보면 전체로 보나 항목별로 구분해서 보나 상당히 높은 수준인데, 그 중에서도 민간지출은 그 차이가 특히 현저함.

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 네덜란드는 유럽의 다른 나라에 비하여 실업률이 낮고, 국민 소득 수준은 높은 편임. 또 안정적으로 경제가 성장하고 있다는 점에서 소득보장체계의 급격한 변화는 없을 것으로 보임.
- 그러나 베이비붐 세대의 은퇴가 현실화 되고, 인구고령화가 지속된다면 향후 기초연금의 재원조달 문제는 세대간의 갈등으로 이어질 수 있을 것임.
- 이 경우 기초연금 급여수준의 하향조정은 불가피하게 될 것

이며, 국가가 보장하는 사회적 최저 수준의 하락은 궁극적으로 노인빈곤을 심화시키는 결과를 초래하게 될 것임.

- 네덜란드의 소득보장체계 개혁과 관련된 논의는 체계의 구조적 개혁이 아닌 형행 다층체계를 유지하면서 각 제도의 내용을 부분적으로 고쳐나가는데 초점을 두고 있음.
- 구체적인 핵심내용은 공적기초연금의 경우에는 재원조달과 재정균형의 달성, 그리고 직역연금은 기금투자수익의 변동성 축소에 그 초점을 두고 있음.
- 개혁의 기본적인 방향은 재원부족 보충을 위해 퇴직연령을 상향하는 방향, 즉, 연금수령액에 변화를 주지 않고 좀 더 오래도록 일을 함으로써 재원을 확대하는 방안을 검토하고 있음.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 네덜란드는 덴마크 등과 함께 고용정책에 있어 유연안정성(flexicurity) 정책을 펴는 대표적인 국가의 하나임.
- 노동의 유연성 정책은 네덜란드 고용정책에 있어 가장 큰 부분을 차지하고 있으며, 1980년대 경제위기를 극복하고 90년대 고용과 성장기적을 가져온 큰 요인이기도 했음.
- 그러나 이러한 차원의 고용/노동정책은 사실 거시 경제정책의 일부분인데다 이에 대해서는 이미 앞에서 관련부분(경제와 국가재정)에서 다루었으므로 여기서 미시적 차원(소득의 안정성)에서의 네덜란드 고용 및 실업정책을 살펴봄.
- 미시적 차원의 고용 및 실업정책은 크게 고용보험대상자와 비대상자계층으로 구분하여 살펴보는 것이 유용함.
- 고용보험의 대상자(일반근로자)는 고용보험의 틀 내에서 소득과 취업지원이 이루어지고, 고용보험의 비대상자인 나머지 계층(청년, 장애인, 노인, 전업주부, 이민자, 장기실업자 등 취약계층)은 주로 실업부조(사회부조)의 테두리내에서 소득보장과 취업지원이 이루어지고 있음.

- 네덜란드 고용정책의 핵심은 일할 능력이 있는 사람은 최대한 일할 수 있는 여건(취업지원 및 훈련서비스)를 제공하여 복지급여에 대한 의존성을 최소화하는 것인데, 이는 취약계층에게도 그대로 적용되고 있음.
 - 각 취약집단별 철저하게 특성화된 고용연계 교육훈련프로그램을 제공하되, 그래도 취업에 실패하는 경우에 한해 실업부조급여 지급
 - 네덜란드에서 거의 모든 사회보장급여가 그렇듯이 실업부조 역시 최저임금에 연계되어 있으며 최저임금은 연령별로 차등화되어 있는 점이 특징
- 일반근로자(단기실업자 포함)의 고용/소득정책은 고용보험틀 내에서 이루어짐.
 - 1949년에 도입된 고용보험은 1960~70년대에 매우 관대한 고용보험제도로 발전하였으나 80년대 초반 국가재정위기에 처하면서 연이은 개혁에 직면하게 되었음.
 - 당시의 고용보험은 지금과 달리 57.5세 이상의 고령실업자에 대해서는 구직의무를 부여하지 않았으며 나아가 65세까지 실업급여가 연장지급되는 등 사실상 장애연금과 함께 조기 퇴직의 주요 통로로 크게 남용되고 있었음.
 - 1996년, 2006년 등 큰 개혁을 통해 수급요건이 크게 강화되고, 특히 근로활성화 조치 등 적극적 노동시장정책이 강화되었음.
 - 1996년의 경우 단기급여의 수급요건은 최근 52주 중 26주 이상 근로에서 39주 중 26주 이상으로 강화되고, 고령근로

자에게도 구직의무를 부과하였음.

- 2006년의 경우 단기와 장기급여의 수급요건을 크게 강화하였다. 단기급여의 수급요건은 다시 실직전 '39주' 중 26주 이상 근로에서 '36주' 중 26주 이상 근로로 강화되었음.
- 나아가 장기급여의 수급가능기간은 최장 5년에서 3년 2개월로 축소하였으며, 장기급여의 급여기간은 연령기준이 아니라 가입기간에 비례하도록 하였음.
- 나아가 개인별맞춤형 취업지원서비스와 성실 구직의무도 크게 강화(gatekeeper assesment)하였음.

□ 한편, 네덜란드는 1996년 개혁을 통해 일찍이 모든 공공고용 알선서비스를 민영화하는 획기적 조치를 취한 것으로 유명함.

○ 2004년 중반 개별재취업계약제(Individual Reintegration Agreement)를 도입하여 개인이 스스로 (민간)취업서비스기관을 선택(종전에는 취업지원에 일차적 책임이 있는 고용안정기관인 UWV와 지자체가 민간(시장)에서 취업지원서비스를 일괄 구매하는 형식)할 수 있도록 하여 개인의 선택권을 확대하였음.

○ 현재 구직자의 1/2은 이러한 맞춤형 취업지원서비스를 이용하고 있으며, 이를 통해 장기실업자의 축소 및 높은 고용율로 이어지는 성과를 달성하고 있음.

2. 연금제도

□ 네덜란드는 OECD나 IMF 등 국제기구에 의해 전형적이고 모

범적인 다층 노후보장제도를 갖춘 국가로 자주 언급되는 국가 중의 하나임.

- 공적연금은 노령과 사망 위험을 보장하는 기초연금만 가지고 있으며(1층), 사적연금인 퇴직연금(2층)은 산업별 단체협약에 의한 준강제가입제도로 전체 피용자의 95%가 적용될 정도로 보편화되어 있음.
- 이처럼 부과방식, 보편적 기초연금의 공적연금과 적립방식, 비례연금의 기업연금이 유기적 연계와 보완을 통해 균형과 조화가 이루어지도록 설계되어 있기 때문에 다층화의 전형적 구조임.
- 한편, 공사연금 두 제도를 통해 네덜란드는 평균소득자 기준 실수급액이 퇴직전 소득의 70%를 보장하는 것을 정책목표로 하고 있음.
 - 70%의 전체 보장수준 내에서 공적연금이 비대해지면 자동으로 사적연금(기업연금)이 축소되도록 규정하고 있어 공사연금이 상호 균형적으로 발전할 수 있는 제도적 틀을 가지고 있는 점이 특징
- 공적연금인 기초연금은 네덜란드에 거주한 이력이 있으면 누구나 수급이 가능하므로 보편적 사회수당형 제도에 가까운 제도임.
 - 다만, 급여액은 기여 및 거주기간에 따라 감액된다는 점 즉, 기여원칙을 일부 가미하고 있어 사회수당형과 사회보험(기여)형의 혼합형태라고 할 수 있음.

- 기초연금의 재원은 거의 보험료로 조달되는데, 보험료는 가입자 개인별 소득에 부과되며, 부과소득의 범위는 근로소득과 자영소득 그리고 사회보장급여 등임.
 - 국고는 연금재정의 적자가 발생할 경우 등에 대비하여 보조하는 수준에 머물러 있음.
- 한편, 기업연금은 해당기업별 혹은 산업별 단체교섭에 따른 합의에 의해 결정되는 보험료로 조달되며, 보험료율은 평균적으로 임금의 약 16.1% 수준임.
- 보험료는 노사분담을 원칙으로 하나, 기업연금은 실질적으로 이연임금(deferred wage)으로 보고 있어 사용자가 상당부분을 부담(통상 고용주 : 근로자 = 67%: 33%의 비율)
 - 기업연금의 재정은 완전적립식으로 운영되며, 2005년 현재 적립기금은 7억 3천만 유로로 GDP의 144%에 육박하고 있음. 거의 모든 연금펀드는 적립률 100%를 확보하고 있어 재정적으로 건전하게 운영 중임.
 - 기업연금의 급여형태는 거의 대부분 DB이며, 급여수준은 완전가입 시 70%이나 기초연금(30%)을 제외한 부분만 지급
- 네덜란드도 다른 서구선진국처럼 인구고령화로 인해 특히 공적연금의 장기 재정불안정정에 직면할 전망이다.
- 2060년까지 근로인구는 일정수준 유지될 전망이지만, 연금수급자는 2030~40년대 피크기(peak periode)에 현재 수준의 약 2배로 증가할 것으로 예상되고 있음.
 - 2007년 기준 공적연금의 지출규모는 GDP 대비 6.6%, 기업연

금부문이 5.2%에 달하고 있는데, 두 제도의 지출규모를 합할 경우 OECD국가의 평균수준을 이미 넘어서고 있는데다 2060년경에는 인구고령화 등의 영향으로 공사연금의 지출규모가 GDP의 20%에 육박할 것으로 예상되고 있는 실정임

- 이에 최근 인구고령화의 피크기에 대비하여 2001년부터 정부는 저축기금(Savings Fund: 일종의 고령화대비 완충기금)을 마련하기 시작했으며,
- 조기연금수급 시 세제 강화, 수급연령 상향조정, 고령근로자 취업지원서비스 강화 등 수급억제책을 적극적으로 추진 중임.

3. 재해보험

- 네덜란드는 우리나라와 같은 산업재해에 특화된 보험제도를 별도로 두지 않고 있음. 즉, 산업재해에 기인하는 사고나 질병에 대한 요양과 소득보장을 위한 특수한 제도를 두지 않고 있다는 것임.
- 그러나 사고나 질병으로 인한 사회적 위험에 대해 건강보험, 상병급여보험(건강보험과 분리된 별도법으로 제정) 및 장애보험 등 재해와 관련한 다양한 제도를 통하여 보장하고 있음.
- 따라서 네덜란드는 산업재해와 일반재해를 구분하지 않고 동일한 보장을 제공한다는 점도 특징 중의 하나임. 즉, 사고나 질병의 원인에 상관없이 동일하게 보장된다는 것임.
- 재해(사고와 질병)와 관련된 사회보장제도로는 건강보험, 상

병급여보험(ZW), 장애보험(WAO/WIA), 일반유족보험 그리고 청년학생장애부조제도(Wajong) 등이 각각 그 역할을 수행하고 있음.

- 구체적으로 살펴보면, 사고나 질병에 대한 요양 및 치료보장(의료재활 포함)은 건강보험을 통해 이루어지고 있으며
- 소득보장의 경우 단기적 소득보장(최대 2년)은 상병급여보험제도, 장기적(2년 이상) 소득보장은 주로 장애보험과 일반유족보험 등을 통해 이루어지고 있음.
- 즉, 치료와 요양 등의 경우 국민보험형태(즉, 전국민에게 적용)를 취하고 있으며, 소득보장의 경우(상병급여보험, 장애보험)은 피용자보험형태로 피용자에게만 주로 적용되고 있음.
 - 이러한 피용자제도는 사용자책임보험이라는 점에서 순수한 산재보험의 특징을 가지고 있는데, 여기서는 이를 중심으로만 살펴봄.

□ 재해(사고나 질병)로 인한 단기적 소득상실에 대비하는 상병급여제도(ZW)는 네덜란드 복지국가 개혁과정에서 가장 크게 변화된 분야 중의 하나임.

- 원래 상병급여보험제도는 피용자에게 70%의 소득을 보장하는 공적제도로 출발하였으나 일련의 개혁과정에서 도덕적 해이를 근절하고 사용자의 책임의식을 강화하기 위해 거의 민영화(사용자가 개별부담)되었기 때문임.
- 다만, 임산부, 부분장애자, 혹은 비정규직근로자나 직업훈련종인자 등 일부를 대상으로 하는 공적보험제도만 남아 있음.
- 반면, 근로자의 85%에 상당하는 다수는 이제 민법상의 사용

자책임규정에 의해 상병급여를 지급받고 있는 바 공적보장 제도는 사적보장제도를 일부 보완하는 공·사보장의 이원체 제로 운영중

- 한편, 장기적 장애보장관련 제도로는 피용자(WAO: Disablement benefit Scheme)와 자영자 장애연금제도(AAW) 모두 도입 (1967년)되어 있었음,
- 이들 제도 역시 사회보장개혁과정에서 피용자장애연금(WAO) 은 2006년부터 엄격한 수급요건과 엄격한 근로복귀의무를 요구하는 신제도인 WIA(Work and Income according to Labour Capacity Act)로 대체되었으며, 자영자연금은 2004년에 폐지 내지 민영화되었음.
- 이러한 복지개혁을 통해 상병급여이나 장애연금수급자가 크게 줄어들어는 효과를 보고 있음.

4. 가족수당

- 네덜란드는 고복지를 실시하고 있는 국가로 복지급여의 소득 대체율은 70%나 되고 있음.
- 고복지 중의 하나가 가족수당제도임.
 - 이는 1939년 도입되어 아동이 있는 가족에 대한 추가소득을 보전하고 있음.
- 네덜란드의 가족수당(family allowances)에는 여러 가지 유형 이 있는데, 여기에는 아동수당(child benefit), 아동부조(child

budget), TOG 장애아동 양육수당(TOG care allowance), 그리고 아동양육수당(child care allowance) 등이 있음.

□ 아동수당(Child Benefit)

- 18세 미만 아동이 있는 가족의 아동부양 및 양육에 대한 비용을 보전해 주는 것
 - 국가아동수당법(National Child Benefits Act: AKW)에 의거해서 지불됨.
 - 아동수당의 액수는 자녀수와 무관하고, 연령에 기반함.
 - 아동이 6세, 12세가 되면 액수가 증가
 - 아동이 장애가 있거나 직업훈련 및 특수교육을 받고 있다면 아동의 상황에 상관없이 아동수당을 받을 수 있음.

□ 아동부조(Child Budget)

- 아동부조는 정부가 저소득가족에게 매월 제공하는 부가급여
 - 아동부조의 수급여부는 가족의 월소득에 의하여 결정됨.
 - 이는 신청할 필요가 없이 국세청 사무소에서 해당가족에게 통보를 하는 형식을 취함.

□ 장애아동 양육수당(TOG Allowance)

- 장애아동을 양육하는 경우 이에 소요되는 비용이 많으므로 이에 대한 비용을 보전해 주는 것임.
 - 아동이 상당히 아프거나 장애가 심할 때, 아동을 돌보는 데 소요되는 비용을 추가로 받을 수 있음.

□ 아동양육수당(Childcare Allowance)

- 아동이 유치원(pre-school), 보육시설(daycare), 방과후 보육시

설(afterschool care) 등에 다니면 아동양육수당을 받음.

- 아동양육수당(kinderopvangtoeslag)은 네덜란드 정부와 고용주가 근로자 가구의 아동양육 비용을 지원해주는 매우 중요한 보조금지원제도임.
- 이 수당은 네덜란드 세무서(Dutch Tax Office)에서 지급하고, 가족의 소득과 무관하게 지급됨.
- 단, 저소득가족은 일반적으로 고소득 가족보다 수당을 더 많이 받음.
- 아동양육수당의 규모는 양육되는 아동의 수, 아동양육시간, 부모의 소득 등에 의해서 결정됨.
 - 2011년 기준 전일제 보육에 대한 최대 지급액은 시간당 6.36유로이고, 방과후 보육의 경우 5.93유로임.

□ 가족수당제도의 시사점

- 네덜란드는 강한 가족복지와 높은 아동 삶의 질을 가짐.
 - UNICEF(2007)에서 분석한 아동 삶의 질 수준에 있어서 OECD 국가 중 최고의 성적을 보임.
 - 특히 주관적 삶의 질에서는 1위를 차지함.
- 아울러 고용율, 부모의 교육수준, 출산률 등도 모두 높음.
 - 여성취업율: 70.6%('09년), 합계출산율: 1.73('05년), 아동 빈곤율: 7.6%
- 즉, 가족생활, 아동의 삶의 질, 여성의 사회참여 등 다방면의 측면에서 매우 양호한 성과를 보임.

5. 공공부조

□ 네덜란드 공공부조제도의 특징

- 공공부조는 전국민의 최저소득을 보장하는 보편적 속성과 근로활동과의 연계를 강화하기 위한 선별적 속성을 공유
- 아동과 노인에 대한 소득보장은 보편적 복지제도를 통해서 이루어지는 반면에 경제활동인구에 대한 소득보장은 근로활동의 연계를 강조하고, 급여의 보충성 원칙을 강조한다는 점에서 선별적 제도를 통해서 이루어짐

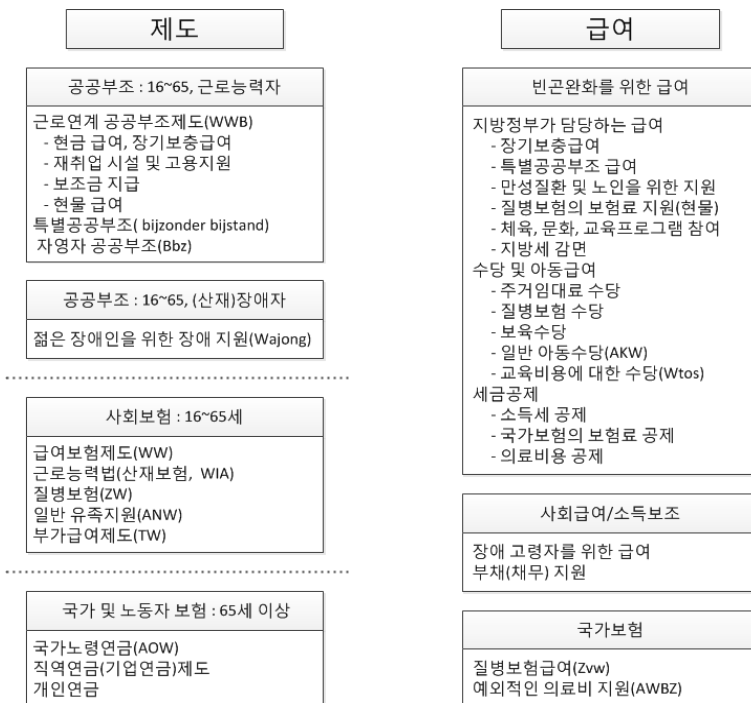
□ 네덜란드 공공부조제도의 개요

- 공공부조제도는 수급대상자의 연령과 근로능력 유무에 따라 18세 미만의 아동, 18~64세의 근로가능 계층, 그리고 65세 이상의 노인 등의 3가지 영역으로 구분됨
- 18세 미만의 아동에 대한 공공부조
 - － 네덜란드 사회보장체계가 남성부양자 중심의 가족구조에 기반하여 구성되어 있으며, 이러한 맥락에서 18세 미만의 아동에 대한 소득보장은 아동수당(AKW)과 같이 부모를 지원하거나, 유족급여(ANW) 등의 방식으로 이루어짐
- 65세 이상의 노인에 대한 최저수준의 소득보장
 - － 65세 이상의 노인에 대해서 보편적 기초연금방식의 정책 급여를 제공하는 국가노령연금(AOW)과 노령연금을 수급하지 못하는 경우 보충연금(AIO)을 통해서 소득을 보장
- 경제활동인구에 대한 공공부조제도
 - － 경제활동인구에 해당하는 빈곤층과 실업 등의 이유로 소

득이 중단된 경우 근로연계 공공부조(WWB)를 통하여 최저소득을 보장

- WWB는 취업을 촉진하기 위한 근로연계를 강조하는 제도이며, 수급자가 급여를 받기 위해서는 구직등록, 직업훈련 등 정부가 제공하는 고용지원 서비스에 적극적인 참여가 필수
- 본인 및 가구의 소득과 자산을 고려하여 급여를 산정하는 등 공적지원에 대한 의존성을 줄이기 위한 정책수단을 강화

[그림 1-2] 네덜란드의 최저소득보장을 위한 사회보장체계



제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

□ 네덜란드의 재정구조

- 네덜란드는 2006년 개혁이 도입된 이후, GP는 현재 인두제와 행위별수가제의 조합으로 지불받고 있고, 병원은 DBC (Diagnosis and Treatment Combinations)의 지불체계가 운영되고 있으며, 장기요양제공자는 돌봄수준패키지(care intensity packages)에 따라 지불받고 있음.
- 국민의료비의 재원을 보면 의료보험료 66%, 본인부담 10%를 포함하여 민간부문 14%, 정부지출 14%로 구성되어 있음.
- 중앙정부의 지출은 18세이하 아동 및 청소년, 장애인을 위한 지출, 병원재정체계 발전, 건강증진, 의료인 양성 등을 위한 지출이며, 지방정부는 사회서비스 제공을 위한 Wmo의 지출이 주를 이루고 있음.
- 정부 지출에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 영역은 사회적 돌봄(social care)으로, 정부가 전체 사회적 돌봄 지출의 1/5을 부담하고 있음.

□ 환자 권리

- 모든 네덜란드 시민들은 GP에 등록해야하며 GP에 의해 제공되는 의료서비스는 기본적 의료보험으로 보장됨.
 - － 이론적으로는 환자가 GP를 자유롭게 선택하도록 하고 있으나, 실제로는 다소 제약이 따름.
- 정부는 인터넷으로 환자에게 정보를 제공하고 있어, 소비자는 다양한 의사 또는 보험사를 선택할 수 있고, 제공 사이트로부터 서비스 내용, 가격, 대기시간, 서비스 질 등에 관한 일반적인 정보를 얻을 수 있음.
- 병원서비스에 대해서는 Dutch Health Care Authority(NZa)가 의료의 질에 대한 정보를 제공하고 있으나, 아직은 다소 제한점이 존재하여, Health Care Inspectorate(IGZ)에서 병원서비스에 대한 80% 투명성 확보(2011년기준)를 목표로 프로젝트를 수행하고 있음.

□ 보건의료서비스 전달체계

- 보건의료서비스는 예방서비스, 일차의료서비스, 이차의료서비스, 장기요양서비스로 구분된다. 예방서비스는 주로 공공 보건의료서비스로 제공되며, 일차의료에서는 일반의(GP)가 주요 역할을 담당

□ 보건의료제도 평가

- 네덜란드는 보건의료제도가 얼마나 잘 기능하고 있는지 그리고 모든 사람들이 제공된 자원으로 동등하게 혜택을 받고 있는 지, 그리고 가용자원을 통하여 충분히 효율적으로 작동하는 지에 관한 모니터링에 중요성을 인식하고 보건의료 성

과 보고서(Dutch Health Care Performance Report(DHCPR)를 격년주기로 발간하고 있음.

- 평가항목으로는 의료의 질, 접근성, 비용 및 효율성 측면에서 점점.
- 네덜란드 국민들을 대상으로 자국의 보건의료체계에 대해 0점(매우 나쁨)부터 10점(매우 우수)으로 만족도를 평가한 결과, 2005년보다 2008년에 7점 이상 비율이 더 높아진 것으로 나타남.
- 보건의료체계에 대한 만족도의 국가간 비교에 있어서, 네덜란드가 독일이나 영국에 비해 상대적으로 만족도가 높은 것으로 나타남.
- 네덜란드의 보건의료체계는 다른 서유럽국가들의 주요한 지표와 비교하여 의료서비스 질과 효율성에서 평균적인 수준으로 제시되고 있음.
- 네덜란드 정부는 개혁을 통하여 수요에 기반한 의료서비스를 만들고 보건의료체계 내에 효율성과 질적 수준을 향상시킬 것으로 예상하고 있음.
- 현재, 의료보험사는 보험정책의 가격과 서비스 비용에 대한 경쟁에서 아직은 제한적이며, 의료의 질이 구매과정에서 영향을 미치는 것도 아직은 제한적이고 의료의 질, 환자의 치료결과에 대한 정보도 다소 부족한 실정
- 개혁이 성공하기 위해서는 환자들에게 가격과 서비스 질에 대한 지속적으로 개선된 정보를 제공해야하며, 의료의 질적 측면이 관찰가능하고 측정가능할 수 있어야하며, GP 및 병원에 대한 가격체계의 투명성이 확보되어야 할 것임.

2. 의료보장

- 네덜란드와 우리나라는 사회보험방식의 의료제도를 갖추고 있으나 우리나라의 경우 단일 보험자형태로 운영되며 모든 국민에 적용되는 국가보험(National Health Insurance)인데 반해, 네덜란드의 경우는 다보험자 형태로 운영되고 있음.
- 민간 보험형태로 운영되지만 전 국민이 가입되며, 국가의 관리 하에 운영되는 사회민간보험(Social-Private Insurance) 형식임.
- 제한된 경쟁체제(managed competition)를 도입하여 운영하고 있으며 이는 개혁 이전에 나타나던 소득상한제로 인한 보험료 형평성 문제나 강한 공급통제로 인한 비효율성을 개선시키기 위해 정부가 민간보험정책을 엄격히 규제하는 정부주도의 제한 경쟁체제를 도입한 것임.
- 건강보험 재원은 사용자와 정부, 보험가입자가 나누어 부담하고 있는데 모든 가입자는 소득에 비례한 지불능력에 따라 보험료를 지불하고 있으며 소득비례로 부과된 정률보험료 50%와 정부기금 5%가 중앙기금으로 구성되는데 이 기금은 위험균등화(Risk Equalization) 작업을 거쳐 보험자에 배분되고 있음.
- 위험균등화기금은 위험선택으로 인한 가입자 차별을 방지하는 기능을 하며, 고위험환자에 대한 보험자의 위험부담을 상쇄하는 기능을 담당하고 있음.
- 2006년 건강보험 개혁을 거치면서 이원화되어 있던 부과체계

는 단일화되었으며, 보험료는 소득기반 정률보험료와 정액보험료로 구분되며 정률보험료는 소득수준에 따라 차등적으로 부과되고 있음.

- 보험자는 민간보험회사와 의료공급자를 선택할 수 있으며 대기시간, 의료수가, 진료항목 및 진료기관 등에 대해 계약하며 보험수가의 경우 의료공급자와의 협상을 통하여 정할 수 있음.
- 네덜란드에서 이루어진 신건강보험제도 개혁은 비효율적인 의료보험료 감소 등을 통한 재정적인 안정화 추구, 효율적인 관리 운영 및 국민만족도 향상 등에 비추어 볼 때 현재 우리나라 건강보험제도와 관련해 여러 시사점을 줄 수 있음.
- 네덜란드는 2006년 1월 Dekker 의료개혁위원회의 개정안을 골자로 하여 기존의 공적건강보험과 민간건강보험을 통합하여 민간보험사에 의해 운영되는 제도로 개혁하였으나 민간 건강보험에서 발생할 수 있는 사회적 연대성, 접근성이나 역선택의 문제를 방지하기 위해 철저히 관리된 경쟁방식으로 제도를 운영하고 있음.
 - － 건강보험이 단일보험자에 의한 공보험 형태로 운영되는 우리나라의 경우 지역 본부 간 제한된 경쟁체계를 통해 지출을 효율적으로 관리할 수 있는 방안과 관련하여 고민 할 필요가 있다고 보여짐.
- 네덜란드 건강보험제도에서는 필수적인 급여에 대해서는 국가차원에서 보장하고 있으며, 전국민이 가입의 의무를 지님으로써 본인부담이 없는 형태로 운영되고 있음.

- 우리나라 역시 기본적 보장수준이 충분하게 마련된 상태에서 개인별 특성에 부합하게끔 보험상품을 다양화하여 추가 보험료를 부과하게 함으로써 보장성을 확대해 나가는 대안을 고민해볼 필요가 있음.
- 네덜란드 민간보험회사는 효율적인 의료공급자를 선택하여 계약할 수 있으며 의료수가 등을 의료공급자와 협상하여 체결할 수 있는데 의료공급자간 적절한 경쟁을 하도록 유도함으로써 비효율적인 의료비 지출을 억제하고 의료서비스를 개선시키는데 도움을 줄 수 있는 것으로 판단됨.
- 의료기관간 적절한 경쟁 방안을 통해 의료비 지출을 절감하기 위해선 우선 의료기관 서비스의 질을 객관적으로 평가할 수 있는 지표개발이 우선시 되어야 할 것이며, 보험자 및 의료기관에 대한 정보에 대한 접근이 용이해져야 할 것이며 객관적인 지표로 성과평가를 측정하고, 좋은 성과평가를 얻은 의료기관에게는 긍정적인 인센티브가 제공되는 방안등과 관련해서 고민이 필요함.

3. 노인장기요양보험

□ 노인장기요양보험제도의 구조

- 네덜란드의 노인장기요양보험 제도는 1968년에 실시됨.
- 네덜란드에 거주하는 모든 사람들은 장기요양급여인 특별의료비보장제도(AWBZ) 하에 보장을 받게 되는데, 노인뿐 아니라 고액의 본인부담이 소요되어 민간시장의 보험을 이용할

수 없는 만성질환자도 포함

- AWBZ는 신체수발서비스(personal care), 간호서비스(nursing care), 지원서비스(assistance), 치료서비스(treatment), 일시적 시설거주 서비스(stay in an institution)의 서비스 패키지를 보장
 - － 과거의 지원서비스(assistance)는 사회참여를 개선하기 위함이었으나, 현재는 독립적으로 거주할 수 있도록 함.
 - － 가사도움서비스(domestic help)는 AWBZ에서 2007년에 Wmo(Law on Social Support)로 이전되어 지역단위에서 사회서비스가 제공되고 있음.

□ 서비스 제공 관리

- 장기요양제도의 전반적인 관리는 중앙정부가 담당하게 되며, 서비스 구매는 환자 개인이 개인 계정을 통해 구매를 하거나 지역사무소regional care offices(zorgkantoren)가 환자를 위해 현물을 구매하는 경우가 있음.
- 환자는 현물급여 또는 현금급여 중에 선택 가능하지만, 현금급여(personal budget)는 현물급여보다 25% 적게 배정됨.

□ 장기요양보험의 재정

- AWBZ 재정은 2007년을 기준으로 하였을 경우에 GDP의 약 4%(2,200만 유로)를 차지하고 있음.
 - － 이는 장기요양을 위한 지출뿐 아니라 임시적 치료서비스를 포함하는 금액으로, 순수하게 노인들만을 위한 LTC 지출은 GDP의 2.5%에 미치지 못함.
- AWBZ는 원칙적으로 사회 보험료와 본인부담으로 재원을

조달하나 AWBZ 보험료는 비용을 감당하기에 충분한 수준으로 설정되지 못하여 AWBZ 지출의 일부가 조세로 조달되고 있음.

- 2008년을 기준으로 볼 때 소득비례 보험금이 AWBZ의 전체 재원 중에 68%를 차지하고 있으며, 본인부담은 9%, 조세는 24%를 차지하고 있음.

○ AWBZ와 Wmo의 비용 분담(cost-sharing)은 시설서비스와 재가서비스 간에 차이가 있음.

- 시설 외부에서 AWBZ 급여자는 시간당 돌봄 서비스에 대해 12.60유로(최대)를 지불하는데, 이는 소득 뿐 아니라 가구 내의 가구원 수, 65세 이상이 있는지 등으로 결정됨.
- 1인 거주 노인의 경우 연간소득이 14,1812유로보다 작다면 4주당 비용분담액 최대액은 17.20유로이며, 시간당 돌봄 가격보다 적은 금액으로, 만약 40,000유로의 소득이 있는 사람의 경우에는 4주동안 최대 307.83유로를 분담해야 함.

□ 장기요양보험제도의 평가 및 향후 과제

- 2000년 이후부터 지속적으로 개혁을 단행하였음에도 불구하고 네덜란드의 장기요양제도에서는 많은 문제점이 제기되고 있음.
- 첫째, 특정 상황 하에서 부여해야 하는 보험자격 결정을 위한 명확한 가이드라인이 확립되어 있지 않음.
- 둘째, 효율성을 위한 인센티브가 부재하다는 측면이 있음.
 - 최근에 장기요양지출을 통제하기 위한 방안으로 급여 축소, 본인부담 증가, 효율성 향상을 중심으로 수행하고 있음

나, 네덜란드 장기요양체계에서 효율성에 대한 인센티브는 다소 취약한 실정임.

- 셋째, 공급측에서의 시장문제 다시 말해서, 재가서비스 시장이 소수 공급자에 의해 제공되는 집중화 현상이 나타나고 있음.
- 넷째, 네덜란드에서는 장기요양서비스에 대한 현금급여가 증가하고 있는 추세로, 현금급여는 의도와는 다른 이용(unintended use), 환자 직접 구매에 따른 서비스 질 감시기능 저하 등의 문제를 가지게 됨.
- 다섯째, AWBZ는 고령화 또는 인구구조적 문제로 설명할 수 있는 부분을 넘어선 그 이상으로 급격히 증가하고 있음.
- 향후 장기요양보험제도와 관련해서 해결해야 할 당면과제로 다음과 같은 이슈들이 제기될 것으로 예상하고 있음(Mot et al, 2010).
 - 장기요양서비스 제도의 기능과 범위에 관한 문제
 - 사회적 연대와 관련한 정치적 선택 문제: 사회적 책임 수준과 개인 책임으로의 이동 수준
 - 평가과정에서의 정치적 선택문제: 재정문제를 위한 역할 수준
 - 제도 내 효율성 인센티브의 적정성 문제
 - 서비스 질적 수준에 대한 정보문제
 - 공공제도 하에서 제공되어야 하는 질적 서비스지에 관한 문제
 - 민간보험의 역할이 존재하는 지에 대한 문제

4. 아동 및 보육서비스

- 아동 및 보육서비스(Early Childhood Education and Childcare Services)는 학령기전 0~6세 아동의 발달, 보호, 교육을 목표로 제공되는 모든 형태의 서비스를 의미함.
- 아동보육서비스 제공은 아동빈곤을 감소시켜 아동의 건강, 복지, 교육에 미칠 수 있는 부정적인 영향을 줄일 수 있음.
아동보육서비스가 요구되는 시대적 사회적 배경은 여성의 사회경제적 역할 변화, 인구구조의 변화와 다양화, 그리고 교육평등과 조기교육에 초점을 두는 새로운 교육 사조임.
- 아동보육서비스 제공으로부터 얻어지는 효과성 하나는 경제적 및 노동시장의 반사이득이고 둘째는 교육적 반사이득임
- 네덜란드의 아동 및 보육서비스는 20세기 들면서 정부의 본격적인 개입이 시작되었으며, 1970년대까지 대폭 확대됨. 1980년대 경제침체와 더불어 지방분권화와 규제완화로 선회함.
- 아동보육서비스 제도를 뒷받침하는 고용정책은 가족친화적 노동정책이라고 할 수 있음.
 - 주 대상은 맞벌이부부이며, 저소득층 가정에 비해 고소득층 가정이 보육서비스를 더 이용하게 되는 결과를 낳음.
 - 0~6세 아동을 대상으로 하여 교육, 사회복지, 보건의료 영역을 아우르는 통합적 서비스 접근을 하고 있음.
 - 최근 소수민족아동이나 다문화아동을 포함하는 위기아동에 대해 투자를 확대하는 쪽으로 선회하였음.

- 네덜란드의 아동보육서비스 제도는 지방분권화와 규제완화로 특징지어짐.
 - 분권화 정책에 따라 정책 및 서비스 예산은 총괄보조금 방식으로 중앙에서 지방으로 이전됨. 행정적 책임은 완전히 이루어지지 않음.
 - 보육영역에서 다양한 행위주체의 역할이 부각됨. 고용주, 부모단체, 노동조합, 지원기관 등 의사결정에 참여함.
 - 아동보육서비스는 중앙정부와 지방정부가 공동으로 책임을 분담함. 중앙에는 보건복지스포츠부(Ministry of Health Welfare and Sport)와 교육문화과학부(Ministry of Education, Culture and Science)가 주로 역할을 담당함.
- 2010년 현재 네덜란드의 0~6세 보육아동은 124만 6천 명으로 추산되며 전체 인구의 7.6%를 구성함.
 - 평균아동수는 2.1명이고 다문화가정의 아동수는 3.7명임. 11.1%는 한부모가정에서 성장하고 있음.
- 네덜란드는 근로와 보육의 양립정책을 실행하고 있음.
 - 정책의 내용으로는 시간제 근로, 출산휴가와 육아휴직, 세금 공제, 보조금 지원으로 구성됨.
- 아동보육서비스 형태는 크게 3가지로 0~6세 아동을 위한 일반적인 보육서비스, 추가개입서비스, 장애아동 및 위기아동 특별서비스임.
- 일반보육 및 조기교육서비스를 연령대별로 살펴보면 0~2.5세

아동 보육서비스 준비프로그램, 2.5~4세 아동 보육시설 혹은 놀이방, 4~6세 아동(1~2학년) 기존의 유치원, 그리고 6~12세 아동(3~8학년) 교육서비스를 제공하고 있음.

- 서비스 유형은 다양하며 민간 설립과 공공 설립, 공식적 보육과 비공식적 보육, 가정보육과 시설보육 혹은 직장보육으로 구분함.
 - 공식적 아동보육서비스 유형은 보육센터, 가정보육, 방과후 보육이 있음. 비공식적 보육은 가족이나 친지, 이웃에 의해 제공됨. 공식적 이용률은 17%이며, 83%는 공식적 보육서비스와 더불어 유료 혹은 무료의 비공식적 서비스를 이용함.
 - 1997년말 0~3세 아동 보육센터 1,499개, 0~12세 아동 종합보육센터 479개, 4~12세 아동 방과후센터 462개 및 가정보육기관 271개로 보고되고 있음.
- 보육교사는 4년제 대학졸업이나 2년제 대학졸업과 2~3년 근무경력 요구함.
 - 보육교사 1인 담당 아동수는 아동 연령대별로 낮아짐. 4~12세 아동의 경우 10명당 1인임.
 - 1995년 현재 보육시설, 놀이방, 기타를 합쳐 정규직 2만8천 명임.
- 아동보육서비스 비용은 개인이 부담하는 것이 원칙이나 다양한 방식으로 공적 지원이 이루어지고 있음.
 - 서비스 유형에 따른 부모 비용부담률은 전일제 100%, 반일제 66%, 방과후보육 50% 수준임.

5. 주택 및 주거서비스

- 네덜란드의 1인당 주거면적은 41㎡, 호당 주거면적은 98㎡로('00년 기준), 유럽에서 넓은 편에 속함
 - 주택당 방수는 4.3개('09), 평균 가구원수는 2.4명('08)이며, 중위소득 60% 이하의 저소득가구 중 과밀가구는 6.3%에 불과
 - 천명당 주택수는 431호로 양적인 주택부족 문제는 없음
 - 사회임대주택(social housing)은 전체 주택의 32%, 전체 임대주택의 75%('08)로 매우 높은 비율을 보이고 있으며, 2000년대 이후 자가율이 증가하여 '90년 45%에서 '08년 58%까지 증가
- 사회임대주택은 제2차 세계대전 이후 지속적으로 공급이 이루어져 2004년 기준 240만호의 재고가 있음.
 - 거의 모든 사회임대주택은 비영리민간조직인 주택협회('05년 기준 전국 500여개)가 공급·관리
 - 주택협회는 주택건설에 대한 보조금을 지원받고, 사회주택보증기금이 보증하는 저리대출도 받을 수 있음.
 - － 금융상 문제에 봉착하거나 파산한 경우 중앙주택기금(CFV)을 통해 재정지원을 받을 수 있음.
 - 1995년 정부는 주택협회의 모든 부채를 탕감해주는 대신 건설보조금 지원을 중단하는 정책 시행
 - － 주택협회는 임대료와 보유자산매각 등으로 재원 충당
 - 건설보조금 폐지에 따라 주택협회의 기업가적 마인드 강화, 취약계층 지원에 대한 정부요구의 확대, 노후주택 재생 관련

비용부담 등이 주요 쟁점임.

- 임대료보조제도는 1975년 도입되어 1984년 임대료보조법 (Housing Allowance Act) 제정으로 법적 틀을 갖추게 됨
 - 일정 수준 이하의 소득과 자산을 가진 저소득가구는 임대료 일부를 보조받을 수 있으며, '01년 기준 가구당 평균 1,622유로 지원
 - － '01년 기준 96만 여 가구가 지원받고 있으며, '08년 기준으로 전체가구의 15.4%가 임대료 보조를 받고 있음
 - 사회임대주택 건설보조금 폐지에 따라 임대료 보조에 대한 의존도가 높아지고 있으며, 정부의 재정부담 확대, 제도의 부작용으로서 근로의욕 저하, 주거과소비 문제 등이 주요 쟁점임.
- 1980년대 들어 자가소유 촉진정책이 추진되었으며, 세제혜택, 주택수당, 모기지 보증 등의 정책수단이 있음
 - 2000년에는 2010년까지 자가율을 65%까지 끌어올리는 목표가 설정되어, 이를 위해 10년간 약 70만호의 사회임대주택을 불하하는 정책이 제시되기도 했음
 - 세제혜택으로는 모기지 이자에 대한 소득공제가 있으며, 소득 대비 대출비율이 높은 가구는 정부가 모기지 보증을 통해 이자율을 낮춰주고 있음.
 - 매월 모기지 상환에 따른 부담을 경감시키고자 가구소득수준에 따라 보조금을 지원하는 주택수당제도 시행
 - 주요 쟁점으로는 세제혜택이 과도하고, 모기지 대출 한도가

다소 느슨하여 모기지 상환체납이 발생할 수 있으며, 주택수당 지원대상이 제한적이고 사회임대주택 불하는 부진하여 저소득층의 자가소유 축진이 제한적이라는 문제 등이 있음.

- 네덜란드의 시사점은 주택점유형태의 중립성(tenure-neutrality)에 근거하여 주택점유형태간 형평성 있는 정책을 시행하고 있다는 점임.
- 우리나라의 공공임대주택 재고율은 5% 수준의 낮은 편이므로, 적어도 10%의 재고율을 달성할 때까지는 지속 공급 필요
 - － 공급주체를 다양화하기 위해 민간비영리조직들이 저렴한 주택을 공급할 수 있는 제도적 장치 필요
- 민간임대 거주 저소득가구를 대상으로 임대료보조제도 도입 필요
 - － 가구별 소득, 지역별 임대료 수준 파악을 위한 인프라 정비, 기존의 주거급여와 관계 정립 등이 사전적으로 이뤄져야 함.
- 자가소유에 대한 저소득층의 접근성 제고를 위해 모기지 원리금 상환에 대한 부담 경감, 분납형 임대주택 공급 확대 등 다양한 방안을 마련할 필요 있음.

제2권

독 일

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 독일의 “사회정책”(Sozialpolitik)은 앵글로 색슨 국가의 “사회 보장”(Social Security)과 정책영역이 완전히 일치하지 않으며, 19세기 후반 독일의 도시화/산업화 과정에서 노동자문제에 대응하기 위하여 진화된 개념
- 비스마르크(Otto von Bismarck, 1815~1898)는 선진국 중 처음으로, 근대국가 프로젝트의 일환으로, 또 당시 첨예화되고 있던 노동자문제의 해결방안으로 사회보장제도, 특히 사회보험 제도를 도입
 - 1883년 「노동자질병보험법」, 1884년 「재해보험법」, 1889년 「장애 및 고령보험법」 제정, 1911년 사무직노동자 대상의 별도 보험법 제정
 - 상대적으로 정치적 영향력이 별로 없었던 빈민을 대상으로 하는 빈민정책은 사회정책 도입과정에서 무시되었음.
- 바이마르공화국과 나치독일에서는 사회보장제도의 전진과 역진을 동시에 경험함.

- 비스마르크 사회보험법은 1911년 「제국보험법」으로 일원화, 전후 현대독일에서 사회보장법전 편찬 작업 전까지는 사회보험 기본법으로 기능
 - 1927년 「고용알선 및 실업보험법」 제정으로 실업급여 청구권이 부여되고, 1969년 「고용촉진법」으로 대체시 적용
 - 바이마르공화국 후기는 인플레이션//경제침체로 제도발전은 정체, 공적부조가 사회보험 기능을 대체
 - 히틀러의 나치정권은 사회보장을 정책홍보 수단으로 이용하고, 사회보험의 자치운영 원칙을 폐기처분
 - 1924년 바이마르공화국은 「공적부조법」을 제정, 생활욕구의 범위를 의료, 재활, 교육 등으로 다양화, 직권보호제도 도입. 이 법은 1961년 「연방사회부조법」의 원형이 됨.
- 전후 독일에서 아데나워 정권은 사회적 시장경제(Soziale Marktwirtschaft) 기치아래 전전의 사회보험을 복구, 사회보장 제도는 팽창주의적 기초를 유지
- 1957년 고령연금개혁 단행, “세대간 계약” 논리를 근거로, 재원조달을 적립방식에서 부과방식으로 변경
 - 사무직 노동자를 포함, 자영업자·예술가 등 일반(육체) 노동자가 아닌 계층으로 의무가입을 확대함.
 - 1972년 「제국보험법」 제1233조의 제정으로 독일 국내에 주소지를 갖거나 상시 체류의 요건만 갖추면 16세 이상의 모든 사람에게 연금보험 가입 자격 부여
 - 1975년 낙태에 보험급여 인정, 실업(교육)기간 중 소득상실을 보호하고, 조기퇴직에 따른 조기연금수령 인정

- 빈곤정책은 1954년 연방행정법원 판결로, 1962년 연방사회부조법에 사회부조급여 청구권을 명문화하고, 관련 조항이 현행 「사회보장법」(SGB)에서 그대로 유지됨.
- 1970년대 이후 오일위기로 인한 경제후퇴와 저출산/고령화 등 인구통계 요인을 고려, 사회보장제도는 1980년 후반 이후 팽창시대에서 수축시대로 전환
 - 1989년 「건강제도구조개혁법」과 1992년 「연금개혁법」 제정으로, 사회보장의 각종 혜택을 축소하여, 독일이 처한 새로운 상황에 적응하기 시작
 - 사회보장의 재조정에도 불구하고, 80년대 이후 고령자의 장기요양에 대한 사회적 보호의 필요성이 제기되면서 1995년에는 요양보험을 도입
- 독일에서 실업부조와 사회부조의 2원체제로 운영되던 빈민정책은 2003년 구직자 기초보장(Grundsicherung für Arbeitsuchende)으로, 새로운 시대를 맞이함.
 - 슈뢰더 수상은 노동시장개혁특별위원회 건의안에 따라서, 실업부조와 사회부조를 통합하여 전후 가장 광범위한 사회보장개혁을 단행
 - 고용촉진법상의 실업부조는 폐지되고, 노동시장개혁의 성패에 관한 수많은 논란이 생겨났음.
- 전통적인 사회보장법의 보호대상이 확대, 새로운 사회보장의 영역 출현, 이것은 당초 공무원이나 전장희생자를 지원하는 제도에서 사회보상을 확대 각종 촉진시스템을 진전시키는 방

향으로 전개됨.

- 1950년대부터 공무원/전쟁희생자 피해만이 아니라, 군인, 민간단체복부수행자, 접종피해, 범죄희생 등의 피해는 물론 유치원 보호아동, 대학생, 장애인 등에 발생하는 피해에도 보호 대상에 포함
- 사회촉진 시스템으로 아동수당, 양육수당, 주택보조금, 고용 및 교육 촉진수당 등이 있음.

2. 사회보장 관리체계

- 독일 사회보험은 공적보험과 민간보험으로 구분, 공적보험은 전반적인 사회보장제도에서 주도적 역할, 보험기금이 연금보험, 질병보험, 실업보험, 재해보험, 요양보험 준 각종 보험의 관리기관
 - 건강보험, 요양보험은 연방보건부(BMG), 노동시장정책부터 연금보험, 실업보험, 실업부조 등 사회보장 전반은 연방노동사회부(BMAS), 아동정책 및 가족정책은 연방 가족, 고령자, 여성, 청년부(BMFSFJ)에 감독책임이 부여됨.
 - 보험기금은 전국조직을 구성하기 위하여 참여하는 공법상의 자치법인, 개별기금은 사회보장법(SGB) 상 자치운영원칙에 따라 관리됨.
- 독일의 공적 연금보험조직은 2005년 대규모의 조직개편 이후, 3개 단위로 재편되었음. 한편, 민간보험은 별도 지휘감독 체계

- 조직개편으로 첫째, 기존의 노동자연금보험공단이 통합하여 연금보험연합(DRB)으로 발족. 기존의 주보험공단은 연방보험연합의 지역단위 편입. 둘째, 독일연금보험연합(DRB)는 기존의 사무직노동자 연금보험공단과 기존에 모든 연금보험자 연합체인 독일연금보험공단연합회(VDRV)이 통합됨. 셋째, 광산, 철도, 선원 연금보험공단임.
- 이 조직개편으로, 독일 연금보험의 관리·운영기관은 종전의 27개에서 16개로 축소되었음.
- 2000년 초반부터, 직역별 플랜이나 개인저축(2001년 Reister 개혁, 2005년 Rürup 개혁)으로 공적 연금보험의 부족분을 보완하는 연금개혁에 의한 민간보험의 관리기관은 연방금융서비스감독청(BAFin), 상급감독기관은 연방재무부(BMF)
- 공적 질병보험의 운영기관은 “질병금고”(Krankenkassen)라 불리는 건강보험조합, 독일질병금고연합회(GKV)를 조직하여, 건강보험에 대한 품질이나 경제성에 대한 수요증대에 대응
 - 질병금고는 지역별로, 직종별로, 조합 종류가 다원적, 그 종류는 지역질병금고(AOK), 직장질병금고(BKK), 수공업자질병금고(IKK), 대체질병금고(EKK), 농민질병금고(LKK), 광부질병금고(BKn) 등 6종류
 - 질병금고 총수는 1994년 1,145개에서 2011년에는 155개로 감소하였음(지역금고, 직장금고, 수공업자금고 수 대폭 감소).
 - 질병보험 가입자는 특정 금고 가입의무가 강제되지 않음. 특히, 1996년 이후 대체금고를 일반국민에게 개방, 다른 금고들이 대체금고와 동일 조건으로 경쟁하도록 함.

- 1993년 구조조정법으로, 질병금고의 자발적 선택권 보장, 가입자는 통상적인 탈퇴예고기간인 3개월을 기다리지 않고, 1개월의 예고기간만으로도 탈퇴할 수 있음. 보험료율 인상은 질병금고에게 불이익을 가져다줌, 질병금고 간에 무한경쟁을 초래
- 실업보험/실업부조 운영주체는 연방고용공단(Bundesagentur für Arbeit)으로, 연방정부 위임으로, 노동시장이나 직업훈련에 대한 각종 서비스 제공, 일자리나 훈련기관 알선, 직업교육/추가교육 지원, 실업수당/아동급여 지불
 - 연방고용공단은 2003년 노동시장 개혁안에 따라, 연방노동청을 재편. 주노동청은 연방고용공단의 고용공단지역지부로 편입. 10개 지부, 178개 고용공단, 610개 지역사무소를 둔 방대한 조직
 - 연방고용공단 자치운영기구인 행정위원회(Verwaltungsrat)는 노동자와 고용주의 대표는 물론 공익대표가 1/3씩 동수로 참여 사용자 단체, 노동조합 및 연방정부, 연방상원 등 제청, 연방노동사회장관이 임명권 행사
- 재해보험은 1884년 도입, 이 보험을 운영하는 기관은 공법상의 단체로 자치운영원칙에 의하여 관리. 산업별 직역조합, 농업종사 직역조합, 재해금고 및 소방부문 재해보험 등이 운영됨
 - 2007년 이후 계속 통폐합 진행, 현재 산업별직업조합연합회와 연방재해보험기금연합회는 통합하여, 독일법정재해보험연합회로 재발족

- 2009년 「법정재해보험 현대화법」보험조직과 재원조달방식 변경. 추가적 통폐합, 직역조합간 부담조정과, 위험률 기준 위험등급부여권을 고용주에게 줌 파산보상금은 질병보험금 고에 변제하도록 하여, 가입자의 사회보험료 총액으로 관리
- 1995년 장기요양보험 도입. 현재 800만 명 이상에게 각종 혜택을 부여, 관리기관은 요양보험금고로, 질병보험금고 산하에 조직
 - 질병보험기금은 요양보험금고를 별도로 두고, 공법상의 독립 법인, 자치행정을 원칙 준수
 - 요양보험금고 운영기관은 질병보험기금의 운영기관과 동일 하며 또, 요양보험금고 근무자는 모두 건강보험금고 근무자 로 함.
- 독일의 사회부조 운영기관은 무수히 많음 예: (1) 연방고용공단 및 지방고용공단 (2) 구직자 기본보장 관리기관 (3) 연방 수준과 주 단위 훈련촉진청 등. 추가로 질병금고, 장기요양금고, 직업조합, 지방자치단체 재해보험연합회, 재해보험금고, 공적 연금보험금고, 농업종사자 고령보험금고, 부양청 및 주부양청, 통합사무소, 가족수당금고, 공적 청년부조 운영기관(청년복지공단), 주택수당 관리기관 등이 있음.
 - 2012년 현재, 21개의 초지역적인 사회부조 운영기관 존재, 이들은 자발적인 협의체(BAGüS)를 조직하며, 협의체는 총회를 개최하고, 본위원회. 전문위원회, 이사회로 구성
 - 연방고용공단은 사회부조 서비스와 관련, 지역지부와 지방자

치단체는 통합사무소를 조직. 이 통합사무소에서는, 연방고용공단 지역지부와 지방자치단체가 one-stop service를 위하여 상호 협력하여 업무를 수행함.

- 연방헌법재판소는 2007년 통합사무소 운영은 독일헌법의 연방제 원칙을 위반한다고 판결, 2010년 말까지 조직 재정비를 주문

□ 독일에서는 새로운 사회정책의 영역에 속하는 다양한 사회부조 급여가 존재하고 있으며, 관리기관도 다양함.

- 장애인에게 의료급여, 직업 및 복지 급여를 제공하는데, 이들을 “통합급여”로 일원화, 각종 보험조합(금고)들은 그들의 고유 업무 외 특정부문 재활/통합을 담당
- 부양사무소, 고용공단, 통합사무소는 장애인 재활/통합 담당 사무소이며, 부양사무소는 해당자의 장애, 장애등급 기타 장애급여 청구에 필요한 추가적인 건강상태를 결정하는 기관으로 기능. 전쟁피해자 보상은 부양청 또는 주부양청이 관리.
- 아동급여, 연방양육급여, 육아휴직, 생계비지원, 보충자녀수당, 연방자녀수당은 지역고용공단 가족급여과(Familiekasse)가 관리운영의 주체, 연방 가족·고령자·여성·청년부(BMFSFJ)가 전반적 행정사항을 감독
- 모성보호급여는 각 주에 설치된 관리기관이 집행, 연방수준에서는 연방가족·고령자·여성·청년부이 감독기관
- 주택수당은 연방 운수, 건설, 도시개발부(BMVBS)에 의하여 관리되는 사회보장급여

3. 인구구조 및 인구문제

- 독일 연방통계청(Destatis)에 의하면, 비스마르크 시대 독일의 인구가 5,000만 명을 약간 초과하였으나, 독일연방화국은 2010년 현재 8,188만 명으로, 유럽연합 최대인구를 자랑하며, 전 세계 15번째 인구대국
- 독일은 현재 인구성장률이 사실상 마이너스, 저출산, 고령화, 인구감소에 대한 두려움이 사회정책 특히 사회보장의 영역에서 현실화
 - 합계출산율(TFR)은 2010년 여자 1인당 1.4명으로 1990년 이후 최고 수치. 독일의 TFR은 출산템포를 보정하면, 1.6명 정도
 - 독일에서 외국인/이민자가 1,600만 명. 외국인/이민자의 96.1%는 구서독지역과 베를린에 거주, 약 700만 명은 독일 시민권이 없는 외국인 거주자, 터키계가 이민자 소수인종 집단에서 최고 비율
 - 1960년대 이후, 독일은 터키는 물론 동유럽과 서유럽 출신의 이민 대거 유입, 그 중 다수가 독일 국적 취득. 이들 이민은 취업 등 경제적 이유 때문에 독일에 유입하였지만, 독일은 개발도상국 출신의 난민들의 일차적 목적지로 기능
- 독일의 인구는 전후 7,000만 명 미만, 1990년 8,000만 명에 도달했으나, 2003년 이후 인구감소 전망
 - 독일의 인구감소는 지속적이고 가속화될 것으로 전망, 2060년에는 그 수가 6,500만 명(중위 인구의 하한-연간 10만 명의

순이동)과 7,000만 명(중위 인구의 상한-연간 20만 명의 순 이동)에 이르게 될 것으로 예상되고 있음.

- 최근 장래추계의 최대 인구 시나리오(출산율 증가, 기대수명의 증가, 연간 20만 명의 순 이동)에서도, 독일인구는 2060년에 7,700만 명으로 감소, 현재의 독일인구보다 500만 명 규모가 감소함.
- 독일의 출산율은 여자 1인당 1.4명으로 추계기간 내내 거의 변함이 없을 것이라고 예상되어, 다음 세대는 부모세대보다 그 규모가 약 1/3 정도 줄어들 것이라고 예상
- 이것은 사회보장체제의 지속가능성에 대하여 상당한 의미를 주고 있으며, 독일이 사회보장국가로서 명맥을 유지하는데 큰 장애 요인이 될 것이 분명함.

□ 독일의 인구는 비스마르크 당시에는 피라미드 모양, 현재는 “홀트리진 무화과 나무” 모양으로, 젊은 연령과 고령층이 상대적으로 줄어들면서, 중년 코호트는 상대적으로 그 규모가 증대. 2060년, 규모가 큰 코호트는 점점 고령화하면서, 상대적 비중이 줄어들고, 마침내 상대적으로 규모가 작은 코호트에 의하여 대체됨.

- 현재, 독일은 20세 미만 인구가 19%이고, 20~64세 인구의 비율이 61%이고, 65세 이상 인구가 20%. 중위인구 시나리오(하한)에 의하면, 2060년에는 65세 이상 고령자 인구의 비율이 34%, 70세 이상 인구는 출생아수의 2배에 이르게 되는 초고령사회에 진입
- 향후 10년 동안 독일 인구는 중대한 변화를 경험하게 될 것

임 50~64세은 2020년에는 24%가 증가, 80세 이상은 48%가 증가, 한편 50세 이하의 인구는 16%가 감소. 30~49세 인구는 400만 명 감소, 감소분은 16%에 도달(중위인구 하한 시나리오)

- 이러한 변화로, 인구의 중위연령은 빠른 속도로 증가함. 현재 독일인구의 중위연령은 43세, 2040년 중반, 중위연령은 52세 이상(중위인구 하한 시나리오)

□ 생산연령인구는 인구감소와 고령화로, 사회보장 시스템의 보험료 납부는 물론 연금보험료 납방식에에 심대한 영향

- 독일 연방통계청의 방식에 따라, 20~64세 인구를 생산연령인구로 정의하면, 2009년 현재, 이 연령집단은 5,000만 명이나, 그 수는 2020년부터 현저하게 감소하여, 2030년에는 4,200~4,300만 명으로 감소
- 2060년 중위인구의 상한인 이민유입을 연간 20만 명으로 가정 - 3,600만 명이 경제활동인구로, 현재 수치와 비교하면 27% 감소
- 이민유입을 10만 명으로 가정(중위인구의 하한)-생산연령인구는 3,300만 명, 감소분은 2008년 인구 기준으로 34%
- 한마디로, 저출산이 장기적으로 지속되는 경우, 해외이민의 유입은 생산연령인구의 감소속도에 영향을 미치는 중대변수
 - 생산연령인구 감소와 함께, 생산연령인구의 고령화도 주목 대상. 현재, 생산연령인구 중 20%가 20~29세, 약 990만 명, 30~49세의 핵심 생산연령인구는 2,430만 명(49%) 차지

- 젊은 연령의 생산연령인구가 600~700만 명으로 감소, 전체 생산연령인구에서 차지하는 몫은 거의 불변. 그러나 생산연령층의 다른 두 집단의 구성비는 다른 방향으로 전개. 10년 이내, 곧 2017~2024년에, 독일 경제는 연령구조의 변화라는 극적 상황하게 직면하게 될 것으로 예상됨.

- 독일에서 총부양비는 계속 증가하게 될 것이며, 장래인구추계에서 어떤 가정을 하든 간에, 현재의 독일 인구의 연령구조에서, 중년층 코호트가 상대적으로 규모가 크고, 젊은 코호트가 상대적으로 규모가 작은 인구구조가 장기적으로 독일의 인구 부양비를 결정짓고, 사회보장의 핵심인 세대 간 연대에서 유소년인구, 고령층인구, 생산연령인구의 관계를 결정하게 될 것으로 예상
- 유소년 부양비는 장래인구추계의 기간인 2008~2060년 동안에 비교적 안정화. 이유는 20세 미만의 인구는 생산연령인구와 같이 평행하여 감소하기 때문
- 연령구조의 변화로 고령자 부양비가 더욱 더 고령자 인구의 규모를 증대시키는 상황을 야기. 2008년에는 고령자 부양비가 34였지만, 중위인구 하한 시나리오(연간 10만 명의 순이동을 고려하는 중위인구)에 의하면 고령자 부양비는 2008년의 2배로 증가, 중위인구 상한 시나리오(연간 20만 명의 순이동을 고려하는 중위인구)에 의하면, 고령자 부양비는 63으로 상승
- 은퇴연령을 67세로 인상하게 되면, 은퇴인구가 감소하고 생산연령인구의 증가를 가져옴. 따라서 은퇴연령의 상승은 고

령자 부양비를 59(중위인구 하한)와 60(중위인구 상한)의 범위에 있도록 함.

- 은퇴연령의 상승이 고령자 부양비를 감소하는데 기여하기는 하지만, 고령자 부양비는 계속 증가하기 때문에, 독일의 사회정책 특히 사회보장 중에서 연금보험, 질병보험, (장기)요양보험은 물론, 고령자의 빈곤문제를 해결하는데 고령화의 부정적 영향을 저지하기는 대단히 힘들 것으로 예상

□ 독일에서는 히틀러의 나치시대에 인종주의와 인구정책이 결합하여 인구학 발전에 암운(暗雲)이 드리진 후, 출산행태를 연구하거나 정책적으로 개입하는 것 자체가 도덕적으로 위험하다는 생각이 상존

- 최근에는 사회보장제도의 지속성과 관련하여 독일의 인구변동이 주는 정책적 함의에 대한 논쟁이 재부상. 지금까지는 논의가 주로 경제나 사회체제를 주제로 논의가 전개되었으며, 최근에는 고령연금 문제를 고령화의 관점에서, 곧 고령자의 존재가 아니라 청소년의 부족현상을 중심으로 객관적인 논의를 진행하기 시작
- 독일은 2005년 합계출산율(=여자 1인당 한평생 낳을 수 있는 자녀의 수로, 특정 시점의 연령별 출산율을 합산한 수치)이 여자 1인당 1.34명으로, 남유럽의 이탈리아나 스페인과 비슷한 수준에 있고, 구 동유럽의 몇몇 나라가 독일보다 합계출산율이 약간 낮음.
- 독일은 현재, 다른 나라와 마찬가지로 이른바 “인구-경제의 역설”이라는 딜레마에 직면. 구미선진국에서, 사회가 복지,

자유, 교육 등의 지표가 높은 수준에 이르면 이를수록, 부부들은 자녀를 적게 낳는 경향이 있지만, 구미 선진국의 국가 간 비교를 보면, 인구-경제 역설은 더 이상 사실이 아닌 것으로 나타나고 있음.

- 독일의 사회보장제도가 현재 직면하는 재정난은 인구학적 요인에 의한 것은 아니지만, 지금 이미 예측되고 있는 장래인구의 리스크는 급여금의 삭감이 불가피하다는 근가가 되고 있음.
 - 인구 리스크가 증가하면 영향은 커질 것이라는 주장에 논의의 여지는 있지만, 후계세대의 감소가 클수록, 압력은 증대
 - 독일의 국민경제는 21세기에 들어서 글로벌리제이션의 영향 아래서 적응에 대한 압력이 점점 커지고 있는 가운데, 인구 감소, 저출산, 고령화라는 새로운 인구학적 도전에 직면하고 있음.
 - 현대사회의 기본적으로 높은 적응에 대한 잠재능력은 국민 국가 시대의 종말에 이르러 점점 높아지는 적응에 대한 압력에 직면하여, 그 압력은 인구변천에 의하여 차츰 강화되었음.
 - 그러나 동시에 인구변천이 적응에 대한 적응능력을 약화하고 있으며, 여기에는 역사적으로 새로운 국면이 시작되고 있음을 주목할 필요가 있음.
- 독일의 인구변동에 주목하고 차세대보장의 양적 측면과 질적 측면을 구분되어야 할 필요가 있다는 주장을 하는 학자들이 있음.
 - 하나는 양적인 차세대 보장으로, 이것은 가족정책의 과제로

서 특히 “인구를 의식하는 가족정책이며, 다른 하나는 질적인 차세대보장으로, 교육정책의 과제로 간주될 수 있음.

- 가족정책은 단순히 출산장려정책만이 아니라 가족의 사회화를 영속적으로 추진하는 과제가 대단히 중요하며, 교육정책은 학생의 자질향상을 목표로 하는 것만이 아니라 보다 높은 수준의 자질을 획득하는 학생의 수와 비율을 늘리는 것이 중요함.
- 이러한 통일적 사고방식에 근거하여 “차세대보장”이라는 강령개념을 설정하는 것이 향후 사회보장정책에 중요하게 될 것으로 판단되고 있음.

□ 독일에서 세대 간 형평성 문제는 적어도 하나는 양성불평등 문제이고, 또 하나는 무자녀 가족과 유자녀 가족 간에 발생하는 분배상의 충돌, 이들은 바로 “재생산”이라는 새로운 영역을 창출, 또 이 영역은 종래에는 복지국가 관점에서 존립근거가 부족하였지만, 이제는 사회보장제도에서 하나의 새로운, 영역으로 존재감을 키워나고 있음.

- 독일의 출산력 감소는 1950년 이후에 태어난 세대는 3세대 계약이 내포하는 책임을 다하는 것이 지극히 어려움.
- 합계출산율이 1.6이하로 떨어지면, 사회복지수준이 가속적으로 악화할 수 있으며, 현재의 출산율 여자 1인당 1.3~1.4는 비취업자의 생활비에 대한 집단적인 재정지원으로 야기되는 문제가 빠른 속도로 악화하기 때문에 독일은 신호 앞에 있음을 확인하여 주고 있음.
- 형평성 겹의 배경에는 부모로서의 책임을 지는 사람과 지지

않는 사람으로 성인인구가 양극화하고 있다는 사실을 무시할 수는 없음. 사실, 독일의 저출산, 특히 초저출산이 진전되는 배경에는 자녀를 낳는 여성 1명당 자녀수는 증가하는 반면, 한평생을 무자녀로 사는 여성의 비율은 종전의 10%에서 30%를 넘는 수준에 이르고 있음.

- 물론, 여기서 개인으로서 독신자를 비난할 수는 없지만, 현재의 독일 사회제도가 무자녀인에게 유리하고, 유자녀인에게 불리하게 작용하는, 이른바 이러한 이해격차(利害隔差)가 새롭게 형성되는 사회적 불평등을 조장하는 역할을 한다는 사실이 쟁점사항으로 다루어야 함.

4. 경제와 정부재정

- 독일 경제는 유럽 제일이고, 미국달러 환율 기준 명목 GDP는 미국, 중국, 일본 다음 3번째, 구매력평가(PPP) GDP로는 미국, 중국, 일본, 인도 다음으로 4번째임.
- 수출은 국가생산의 1/3을 차지. 수출은 1995~2001년 간 호조를 보였으며, 최근 독일 경제의 마이너스 성장에도 불구하고 수출은 경제의 지속가능성을 보장해주는 주춧돌
- 독일은 프랑스와 함께, 유럽연합을 통한 지역통합을 주도하며, 유로를 유럽중앙은행의 통화로 하는 통화정책을 추진함.
- 서독은 1948년 이후 미국의 원조와 독일 국민의 근면성, 경제의 효율적 관리로, 고도성장을 이룩하고, 그 후 경제가 성장과

안정이 결합되면서, 1990년대 이후 통일비용으로 사정이 악화되기는 했지만, 세계에서 가장 존경받는 시스템을 갖추게 되었음.

- GNP 성장률 1951~1961년의 10년 동안 연률 8%, 영국, 프랑스, 미국의 2배에 근접, 수출도 3배 증가하였음.
- 주기적 경제후퇴(가령, 1973~1974년의 오일 위기)가 있기는 하였지만, 서독 경제는 전반적으로 상승추세였음. 서독 경제는 1990년 통일 당시에도 호황기였으며, 그 호황기는 1980년대 이후 지속되어 1992년까지 계속
- 1980년대까지 독일은 단일국가로서, 세계 3위 경제대국, 세계무역을 선도. 특히, 독일은 이러한 경제성장을 유지하면서도, 물가상승률이 대단히 낮았음.

□ 고르바초프의 글라스노스트/페레스트로이카 정책으로, 1989년 경제통합이 이루어지고, 서독의 마르크는 동독지역의 단일통화로 도입

- 1990년 10월 3일 동서통일이 공식화, 1992년까지는 독일경제가 계속 성장하나, 그 후 후퇴국면에 들어감. 1992년 이후 10년 동안, 독일 경제는 연평균 1.4%씩 증가하여, 서유럽 국가들 중에서 최저성장률을 기록
 - 이러한 경제의 하강국면의 원인을 엄격한 노동정책, 높은 세금, 낮은 수준의 투자 인센티브, 관대한 사회보장 급여체제 또는 동독경제의 문제점 특히, 기술적 후진성, 낮은 생산성, 제조업 회사의 혼미상태와 관련하여, 통일과 직접 관련이 있다고 보는 의견이 있음.

- 독일연방정부가 사전준비 없이 서독마르크를 동독지역에 너무 우호적인 비율로 도입하여, 경제통합은 동독 노동자들에게 어려움을 가져다줌.
 - 통일 이후, 동독의 실업률은 상승하고, 산업생산량은 2/3 수준으로 줄었고, 그 영향은 식품가공부문, 금속, 건축자재, 기계류 및 자동차, 전자제품 및 관련 장비, 그리고 직물 부문에서 현저하였음. 동독지역의 농업도 심한 영향을 받아서, 고용은 3/4 수준으로 격감
 - 동독경제는 나중 반등했지만, 2000년대 초에 노동력의 1/6이 실업자로 실업률이 서독의 2배에 근접하고, 특히 여자의 실업률이 높았으며, 실직 결과, 1990년대와 2000년대 초반 동독지역에서 서독지역으로의 이주행렬은 계속
 - 동독지역의 경제회복이 지연된 것은 변화의 급격함, 특히 통화교환, 거대한 산업 콤비나트의 해체, 동독이 1990년 7월 경제통합 이후 사실상 무정부 상태 등이 주된 이유
- 독일 경제는 통일 관련 비용이나 문제와는 별도로, 400만 명을 넘는 실업자 수는 정치문제로 비화하고, 고임금과 높은 세율은 경제성장을 위축시킴.
 - 1990년대 독일은 에너지 부문에, 증세, 탄광지원금 축소, 거대한 동독지역 에너지 회사 민영화 조치를 단행
 - 2002년에 연방의회는 2022년까지 원자력발전소의 가동중지를 규정하는 입법안 통과. 입법안은 2010년에 가동중지시점을 2030년으로 연장하였다.
 - 2007년에는 10년 이내 탄광업을 점진적으로 폐지하기로 계획

- 동독지역에서 서독지역의 증세를 재원으로 하여, 대규모 재건계획(Aufbau-Ost)에 착수함.
- 독일의 통일이 경제에 미친 영향도 심대한 것이었지만, 통일 이후, 글로벌리제이션의 파급효과에 대한 논란이 발생

- 글로벌리제이션에 대하여 장기간 불만스러운 정치적 해답이 2005년에는 13%의 정점에 도달했던 실업률의 증가로 나타남.
- 경제정책 상 대응방법은 1990년 유럽 경제 및 통화동맹의 창설. 유로존(Eurozone)의 구축으로, 환율 불안정성 문제 해소 시작
- 독일 노동시장의 어려운 상황에 대한 반응은 가령 1991~1998년에 자영업자 비율이 18.3%로 증가 → 포디스트 산업사회(Fordist industrial society)에서 전통적인 자영업과는 다른 “신자영업”이란 용어 출현
- 독일 저임금 노동자가 신흥국가의 저임금 노동자가 성공적으로 일자리에서 경쟁할 수 있게 되면서, 저임금 부문이 촉진개발, 결합임금/최소임금모델의 장단점 논의 전개
- 슈뢰더 수상 주도로 2003~2005년에 아젠다 2010(Agenda 2010)과 하르츠 위원회의 노동시장 개혁으로, 사회보장체제와 노동시장은 근본적 변화를 맞이함.
- 노동시장 개혁으로, 1인회사(1ch-AG)나 생활 곤궁자(실업수당II의 수급자)란 신개념의 생성, 독일의 해외기업 육성 방침과도 연계되었음.
- 실업률은 2007년 12월 8.1%, 2008년 11월에는 7.1%로 감소 시작

- 2008년 이후, 「노동자파견법」 제정 서로 다른 최소임금제도를 단일화함.
- 2007년에 서독지역의 사민당 좌파(WASG)와 동독지역의 인민민주당(PDS)를 중심으로 전독좌파 정당 결성, 신자유주의 방식으로 경제정책을 운용한다는 정치권의 합의는 종말을 고했음.
- 독일은 수년 동안 세계의 수출주도국으로, 2008년에는 1,470억 US 달러를 수출. 글로벌리제이션 과정에서 기관 투자자들을 대상으로 주식발행 또는 기업대부를 실시함으로써 국제자본시장의 중요성 증대
 - 2004년 5~6월 단기차익을 노리는 금융투자자에 대한 찬반 논쟁(Heuschreckendebatte)
 - 슈뢰더 수상의 2000년 조세개혁: 기업지분의 매각에 세제 혜택을 제공하여, 기업의 크로스 소유권 해소대책을 마련
- 국제금융위기로 독일 은행, 특히 지방은행과 IKB 산업은행, 히포 부동산의 재정상태는 악화되고, 앙겔라 메르켈 수상은 금융시장 안정을 위한 특별기금(SoFFin)의 창설 등 모든 독일 은행의 지불능력을 보증한다는 정치적 의지를 표명
 - 2008년 12월 5일에는 연방내각이 “패키지대책” 2009년 1월 14일에는 “경기부양패키지 II”를 발표
 - 메르켈 수상은 2005/2009년 2009/2013년 임기 중에 경기부양을 촉진하기 위한 여타 법률의 개정안 의결
 - 2009년의 GDP 성장률은 -5.1%로 근년에 보기 드문 마이너스 성장률 기록
 - 금융위기 중에 금융시장안정화기금은 코메르츠뱅크 지분

인수, 히포부동산 국유화

- 2009년 5월, 150만 노동자 조업단축은 절정에 이름. 또 중요한 것으로 이 시기에 노동시간 계정과 같은 개념으로 노동시간의 유연성이 극대화되기 시작

○ 금융위기 중에서 실업자는 약간밖에 상승하게 하지 않았으며, 이 때문에 취업자당 노동시간은 2008년 초부터 2009년 말까지 5% 정도 감소하고, 2010년에는 노동시장은 반등하여, 2010년 10월 등록실업자 수는 3백만 명 이하로, 실업률은 7% 수준으로 감소하였음.

- 몇 가지 이유 중 하나는 2005년 슈뢰더 수상은 노동시장 개혁조치로 도입된 실업수당 II 때문에 많은 사람들은 임금조건이 좋지 않은 일자리에서도 취업하고, 시간제 노동으로 일을 하지 않으면 안 되었기 때문임.

○ 2009~2010년 그리스 금융위기가 시작되어 2010년 봄에는 유럽지역의 국가채무 위기로 확대됨.

- 독일 재무장관은 2009년 초 “채무브레이크”라는 개념을 도입하였고, 후임장관 Wolfgang Schuble는 경제상황의 호전으로 독일의 금융위기 중에 발생한 신규채무를 변제하는데 성공

□ 2010년 국가예산은 연방정부, 주정부, 자치체 간의 각종 교부관계를 조정한 후, 1조 1,278억 유로, 지출 순위별로 사회보장 부문으로 5,123억 유로, 연방정부 3,533억 유로, 주정부 3,035억 유로, 기초자치단체 1,822억 유로, 유럽연합(EU) 재정 분담액 280억 유로 2010년 독일의 국가재정(차입은 제외)의 세입

은 1조 496억 유로로, 재정적자가 780억 유로 수준

- 독일은 1970~2010년의 40년 동안 국가재정이 세입은 물론 세출이 대폭증가. 1991~2010년의 20년 동안만 해도, 세입은 57.2%가 증가, 세출은 56.3%가 증가. 1970년 이후, 거의 모든 회계연도에, 공공예산의 세출은 세입을 초과하는 적자재정 누적적자의 총규모는 1950년에는 96억 유로에서 1990년에는 5,362억 유로로 증가
 - － 재정적자는 동서독 통일 이후 3년이 지난 1993년에, 682억 유로로 처음으로 정점에 이름
 - － 1994년과 1995년에는 재정적자가 약간 축소되어(587억 유로와 609억 유로), 1996년부터 1996년 회계연도에는 재정적자가 680억 유로에서 220억 유로가 감소
 - － 2000년의 재정흑자(186억 유로)는 연방정부가 UTMS-모바일라디오 라이선스의 매각에서 얻은 1회성 수익금 508억 유로 때문
 - － 그 후에도 재정적자가 누적적으로 확대되면서, 2003년에 740억 유로의 재정적자가 발생 또 한 번 정점에 도달. 그 후, 재정적자는 내국세 수입과 준조세형 수수료의 증가로 감소
 - － 2007년에는 92억 유로의 재정흑자를 기록. 그럼에도 불구하고, 2008년에는 59억 유로의 재정적자를 기록, 2009년에는 세계와 유럽의 경제 및 금융위기로 때문에 1,069억 유로의 재정적자를 기록. 2009년 재정적자는 전후 최고적자 기록
 - － 2010년에는 재정적자가 782억 유로로, 공공재정의 역사상

2009년 다음으로 최대의 적자를 기록

- 현재, 독일 정부는 재정긴축을 강화하여, 재정적자의 폭을 축소하는데 큰 관심을 집중
- 공공재정 지출을 GDP(BIP: Bruttoinlandsprodukt) 대비로 표시하면, 국민경제계산에서 국가부문이 차지하는 비율, 곧 국가의 크기에 대한 아이디어를 얻을 수 있음.
 - 국가부문의 비율이 1991~1996년 동안 46.3%에서 49.35%로 약간씩 증가
 - 2002/2003년을 예외로 하고, 1997년부터는 국가부문의 비율은 점점 감소
 - 2007년과 2008년은 국가부문의 비율이 43.6%와 44.0%로, 1990년 동서독 통일 이후 가장 낮은 비율을 보임.
 - 2009년과 2010년에는 세계 및 유럽의 경제/금융위기의 여파로, 국가부문의 비율이 48.1%와 46.6%로 증가
 - 독일연방재무부에 의하면, 2011년에는 국가부문의 비율을 45.6%로 낮추어, 재정운영을 더욱 더 엄격히 할 계획
- 독일은 유럽의 다른 나라들에 비하여 GDP 대비 공공재정 지출의 확대에 대하여 상당한 절제를 해 왔다.
 - 독일의 GDP 대비 공공재정 지출을, 유럽연합 내의 다른 나라와 비교할 때, 2010년 현재 프랑스, 영국, 이탈리아보다는 작고, 스페인보다는 약간 큰 것으로 나타남.
 - 2000년대 초반에는 독일의 GDP 대비 공공재정 지출은 프랑스보다는 작고, 이탈리아와 비슷한 수준이었으며, 영국이나 스페인보다는 큼.
 - 독일의 GDP 대비 재정적자의 규모(%)는 유럽연합 내 같

은 나라들과 비교할 때, 영국, 프랑스가 재정수지가 2007년 리만사태 이후 세계경제의 혼란과 그 여파가 유럽연합 지역으로 파급되기 전에는 적자규모가 적었지만, 이들 두 나라는 물론 스페인, 이탈리아 등이 모두 재정적자의 폭이 엄청나게 증가함.

- 이로 말미암아 유럽연합의 위기가 생기고 유로화의 미래에 대한 어두운 명암이 생길 때 마다, 독일에 대하여 거는 기대가 클 수밖에 없다는 사실을 유추할 수 있음.

○ 2008년 회계연도에, 이들 재정주체들은 과세수행을 위하여 총액으로 1조 56억 유로를 지출하고, 국민 1인당 13,201유로를 지출

- 2008년 재정지출의 가장 많은 부문은 가족부조, 사회부조, 청년부조, 노동시장정책, 사회보험을 포함하는 사회보험 영역(586억 유로, 55.5%)
- 1998~2008년의 공공재정의 지출을 비교하면, 학술·연구·개발, 공안/질서 및 사법보호, 사회보험, 문화 및 종교 관련 예산 지출이 가장 많이 증가했고(각각 23.4%, 20.8%, 18.3%, 17.7%), 국방 부문(7.8%)과 초중고, 대학 및 기타 교육제도 예산(4.2%)은 약간 증가
- 한편, 주택 및 공간계획, 경제촉진 프로그램, 운수 및 통신이 가장 많이 감소, 건강, 환경, 스포츠, 레크리에이션(-0.4%)도 약간 감소
- 전체적으로, 공공예산의 지출은 1998년과 2008년의 10년 동안에 13.2%가 증가
- 사회보장 부문의 지출 증가는 물론 사회보장의 전반적 수

준이 상승했다는 것을 의미하지는 않음. 또한, 독일의 국내 총생산(GDP: BIP)가 1998~2008년 동안 26.0% 이상 증가하여, 공공재정 지출의 증가율(13.2%)을 2배 이상 초과하였지만, 그것이 각종 사회보장 서비스의 완전한 축소를 의미하지는 않음.

○ 각종 조세와 준조세를 모두 합치면, 공공재정의 총 세입(연방정부, 주정부, 자치체, 사회보험)이 2010년에 1조 496억 유로. 공적 사회보험의 보험료 수입(3,928억 유로), 경제활동 수입(194억 유로), 각종 수수료 및 여타 서비스 비용(282억 유로) 외에, 5,305억 유로에 이르는 조세수입이 공공재정의 수입에서 가장 큰 구성비를 차지

－ 조세수입은 1991~1999년에 3,384억 유로에서 4,568억 유로로 증가하였다가, 2000년을 제외하고, 2002년에는 4,417억 유로로 감소

－ 향후 2년간은 조세수입이 큰 변화는 없었으며, 2006년에 4,884억 유로로 증가. 2007년에 조세수입이 전년 대비 10.2% 증가

－ 또, 2008~2010년에는 5,612억 유로에서 5,305억 유로로 감소한 것으로 나타나고 있지만, 독일 조세제도가 대단히 복잡하고, 주세와 지방자치단체세가 잠정추계에 해당

○ 2010년 조세유형별 정부재정 수입 자료에 의하면, 부가가치세(수입품부가치세를 포함)와 급료원천징수(아동수당 공제 후)는 2010년에 각각, 1,697억 유로와 1,408억 유로로, 가장 중요한 세원으로 모든 내국세의 1/4(27.5%)과 1/3(35.6%)이 이들에 귀속되는 것으로 나타남.

- 2010년 공유세의 구성비가 총 조세수입의 70.3%. 한편, 연방세는 17.6%, 주세는 2.3%, 기초자치단체세는 10.4%이고, 나머지 0.8%는 관세수입이 차지
 - 2010년 자료를 보면, 연방정부에 2,258억 유로로 가장 많은 조세수입(42.6%)이 배분되었고, 두 번째로 주정부에 2,101억 유로(39.6%)이 배분되었으며, 세 번째로는 지방자치단체/자치단체연합에는 704억 유로(13.3%)이 배분
 - 조세수입의 배분은 연방정부의 몫이 1960년 이후 계속 감소하는 추세이고, 주정부의 몫은 대략 10%p 정도 증가. 한편, 조세배분에서 기초자치단체의 몫은 보험세를 유지함.
- 유럽지역의 경제위기가 발생하기 전인 2007년을 기준으로 보면, 부채의 총규모가 1조 5,524억 유로, 주민 1인당 18,880 유로. 급 정부별로 구분하면, 공공부채는 연방정부는 주민 1인당 11,637유로, 주정부는 주민 1인당 5,898유로, 기초자치단체는 주민 1인당 1,447유로의 공공부채를 안고 있는 셈이다. 경제위기가 도래하기 전인 2007년 말 기준으로 독일의 총부채규모는 주민 1인당 18,880 유로
- 1997~2008년, 주정부나 자치체의 신용시장에서의 채권발행에 의한 차입이나 현금차입은 주민 1인당 4,943유로에서 7,243유로로 증가(2006년: 7224유로), 주민 1인당 공공부채는 10년 만에 46.5% 증가
 - 1950년 이후, 공공재정은 대부분 세입보다 세출이 많기 때문에, 공공재정의 총부채는 계속 증가
 - 1950~1970년의 20년 동안은 총부채규모(현금차입 제외)는 96억 유로에서 629억 유로로 증가

- － 1970년대 초반 이후 부채규모는 가속적으로 증가하여, 1980년대에는 이미 2,366억 유로에 도달하였다.
 - － 1992년, 공공재정의 총부채규모는 5,799억 유로. 1992~2007년간에, 공공재정의 부채규모는 120% 이상 증가. 1990년대 동서통일 여파로, 동독 재건사업의 비용으로 재정정책 자금수요는 증가, 전년도 대비로 평가할 때, 특히 재정적자의 증가폭은 대단히 큼.
- 연방정부의 총부채 규모는 1992~2007년에 4,076억 유로에서 9,376억 유로로 130.1%가 증가. 주정부의 총부채 규모도 1963억 유로에서 4828억 유로로 대폭 증가(증가율, 145.9%). 특히, 구 동독지역의 총부채 규모도 빠른 속도로 증가
- 기초자치단체의 2007년 총부채 규모(818억 유로)는 1992년 총부채 규모(760억 유로) 대비 7.7%가 증가. 기초자치단체의 통합노력이 있었고, 다른 한편으로 자치체들은 과제영역을 핵심예산에서 분리하는 전략을 구사
 - － 기초자치단체들은 본질적 목적을 위배하면서, 항상 당해 연도의 지출에 대한 재원을 확보하기 위하여 끊임없이 현금차입에 의존
- 연방, 주, 기초자치단체 정부예산의 부채 외에, 50%이상 정부가 지분을 가지고 있거나 의결권을 보장받는 여타 공공기업, 기관, 기업들의 2007년 말 현재 부채규모는 4783억 유로, 이를 포함하면, 2007년 말 현재 독일 국가재정의 총 부채규모는 1조 5524억 유로에 육박

- 현재, 독일의 누적 재정적자는 2008~2009년의 세계 및 유럽의 경제위기를 지나면서, 2010년 말 현재 공공부채는 2조 유로를 초과하고 있는 상황에서, 독일의 경우도 공공부채로 인한 문제점이 향후 독일의 사회보장 시스템은 물론 다른 영역의 지출에도 막대한 영향을 미칠 수밖에 없음.
- 현재, 기민당/기사당/자민당의 연립정부는 향후 2년 이내에 균형예산이라는 목표를 달성하기 위하여, 불필요한 예산지출 감축하기 위하여 노력
- 그러나 연방고용공단이나 그렇지 않아도 열악한 것으로 평가되고 있는 가족정책 예산을 축소하지 않고서는 불가능하다는 주장도 있음.
- 특히 독일의 현재 경제상태가 예상보다 나쁘지는 않지만, 긴축재정을 통하여 균형예산을 달성하려는 노력이 세계경제의 불확실성 때문에 어려울 수도 있을 것이라는 전망도 있음.

5. 소득분배와 사회보장 재정

- 독일에서는 부와 소득의 분배가 다양한 방법으로 측정될 때, 1990년대 말까지는 중산층의 비중이 증대하였지만, 그 후부터 2000년대 중반까지 상황이 악화되어 왔음.
- 상대소득지위: 1990년대 초반부터 중반까지, 상대적 빈곤층과 상위 고소득 집단이 전체인구에서 차지하는 비율은 감소하다가, 1990년대 말 중간층 소득집단의 인구가 차지하는 비율은 단기적으로 증가한 이후, 다시 감소 장기적으로 계속

안정화

- 비자영업 활동 총소득의 10분위수별 구성비: 풀타임 노동자는 물론 노동자 전체의 경우에도 2002~2005년에는 소득불평등이 증가함.
- 순 동등소득의 10분위별 구성비: 소득의 양극화는 더욱 심화. 물가인상을 고려하는 경우, 순 동등소득이 2002~2005년에 평균 2.5% 감소하고, 구동독지역의 감소(3.9%)는 구서독 지역의 감소(2.4%)보다 더 큼. 총소득에서 소득 하위 50%(1-5번째 10분위수의 합계)의 구성비는 2002~2005년의 4년 동안에 30.4%에서 28.7%로 감소함. 최상위 소득 10%(10번째 십분위수)의 경우는 전체 순 동등소득에서 차지하는 구성비가 2002~2004년에 약간 변하였으며, 그 변화는 2004~2005년에 1.6% 정도 증가
- 부의 10분위수별 구성비: 순자산 분배는 대단히 불평등하며, 2007년에 최상위 10% 부유층 집단은 총자산의 61.1%를 보유. 성인 인구의 27.7%는 전혀 자산을 보유하지 있지 않거나 채무가 있는 집단. 2002년과 비교할 때, 순자산의 상위 10% 집중은 증가하였으며, 다른 10분위수 집단에서 상응하는 구성비는 2007년에 감소한 것으로 나타남.
 - 서독지역은 순자산이 11% 이상 증가하고, 동독지역은 10% 가량, 물가상승률을 고려하면 17% 이상 감소함. 그 이유는 동독지역에서 개인이용의 토지 등 부동산의 시장가치 하락에 기인
 - 연령별, 성별, 이민경험별로의 차이에서도 개인자산의 규모와 상관관계를 확인할 수 있음. 남자가 여보다, 젊은 연

령보다 고 연령대에서, 이민경험자보다 무경험자가 자산규모가 많음.

- 소득수준이 보유자산보다는 집중의 정도가 분명히 적지만, 이들 두 지표의 분포 간에는 밀접한 상관관계가 존재함.

□ 독일에서는 부와 소득의 분배가 마찬가지로, 빈곤문제도 측정 방법에 따라 대부분, 상태가 악화되고 있음.

○ 빈곤위험률: 2008년 현재, 독일 인구의 15.6%가 빈곤의 위험에 처해 있으며, 이것은 2005년 12.7%보다 증가한 수치

- 남자의 빈곤위험률은 2008년 14.7%로, 여자의 빈곤위험률 16.3%보다는 낮음.
- 연령집단별 차이는 현재의 범주별에서는 그리 크지 않은 것으로 나타남.
- 실업상태는 빈곤위험률의 상승에 대폭 기여: 2008년 독일에서, 실업자의 62.0%가 빈곤위험에 있음.
- 최종학력의 수준도 빈곤위험률에 영향: 고등교육을 받은 사람은 8% 정도가 빈곤위험, 중고교 교육을 받은 사람은 15%가 빈곤위험, 가장 낮은 수준의 최종교육을 이수한 사람들은 23%가 빈곤위험
- 한부모 가족의 경우, 2008년 현재, 37.5%가 빈곤위험. 전체 1인구 가구의 1/3을 약간 넘는 수준
- 사회보장제도의 소득재분배 효과를 고려하지 않는 경우에는 2008년 빈곤위험률이 24%로 상승
 - 사회서비스의 이전효과를 고려하지 않은 빈곤위험률은 18세 이하의 경우 31%, 사회서비스의 이전효과를 고려하

면, 빈곤위험률은 15%로 감소

- 이민경험 유무: 소득수준은 이민경험 있는 사람은 분명히 낮은 수준. 이민경험이 있는 취업자의 14%만이 소득이 2,000유로 이상이였다(이민경험이 없는 사람은 23%), 이민경험이 있는 취업자의 45%는 소득이 1,100유로 미만으로, 이민경험이 없는 사람의 37%보다 저소득일 개연성이 높음.
 - － 독일 마이크로센서스의 평균 소득이하를 저소득층으로 파악할 때, 이민경험이 있는 사람들의 빈곤위험률이 높음. 2005년 마이크로센서스 자료에 의하면, 총인구의 14.8%가 빈곤위험에 있음.
 - － 이민경험이 있는 15세 미만의 아동이나 청소년의 빈곤위험률은 2005년 현재 32.5%로 평균 이상이고, 이민경험이 없는 15세 미만 청소년의 경우에는 빈곤위험률이 13.7%로 평균을 훨씬 밑돌고 있음.
- 유럽연합 소득 및 생활여건 조사(EU-SILC)의 자료에 의하면, 한부모 가족 가구의 빈곤위험률이 26.3%로 2명의 성인이 동거하는 가족의 빈곤위험률 9.4%보다 큰 것으로 나타남.
 - － 한부모 가족은 물론 2명의 성인이 같이 사는 가족의 경우에도 자녀수가 많아지면, 빈곤위험률이 증가. 한부모 가족의 경우, 18세 이하의 자녀가 1명이면 빈곤위험률이 24.3%이고, 2명이면 26.5%이지만, 3명 이상 자녀가 있는 한부모 가족의 빈곤위험률은 42.0%로 빈곤위험이 가장 높음.
- 소비자파산의 총수는 1999년의 3,357건에서 2003년에는 33,609건으로, 2007년에는 100,500건으로 증가. 파산이 증가한 것은 채무규제가 사법적으로 강화되었기 때문이며, 추가

적으로, 다년간에 누적된 과다채무의 계기들이 점점 현재화하였기 때문

- 2006년 채무상담사무소 자료에 의하면, 실업이 과다부채의 주요인. 별거, 이혼, 배우자와의 사별, 사고, 질병, 약물남용 등 생활여건의 변화가 상담을 받은 사람들의 두 번째 이유 또 금전적 어려움, 가령 금전관리의 비효율, 부동산 투자의 실패, 불법 활동으로 인한 피해 등도 이유

○ 독일 홈리스부조 연방운영기관(BAG-W) 자료에 의하면, 홈리스는 2006년 현재 25만 5000명(오데르 나이세션 이동 지역에서 귀환한 독일계 이주자 중 홈리스인 사람은 제외). 2005~2006년 동안 홈리스는 2.7%가 증가하였으며, 홈리스 1인 거주자의 수는 처음으로 2.3%가 증가

- 2006년 25만 4000명으로 추정되는 홈리스 중에서, 52%는 1인 가구에, 48%는 2인 이상의 가구에 거주. 대략 1만 8,000명은 완전한 노상에 거주하는 홈리스(homeless), 그 중 1/3은 아동과 청소년. 홈리스 중 여성의 비율은 2006년 현재 25% 정도. 아동과 청소년 비율은 대략 28%로 2만 8,000명 수준

- 2003년의 추정치와 비교할 때, 홈리스 아동과 청소년의 수는 반감

□ 독일의 2010년 잠정 사회보장예산(Sozialbudget)에 의하면, 행정비용을 포함하여 7,451억 유로가 사회보장예산으로 지출. 그 중 2,979억 유로가 고령 및 유족보험, 2,869억 유로가 질병/장애보험, 753억 유로가 아동, 배우자, 모성보호 부문에 지출.

한편, 실업 부문에 450억 유로, 주택에 154억 유로, 생계부조에 43억 유로가 지출

- 기능별 지출내역: 2009년 서비스의 가장 많은 부분이 연금보험(34.6%), 질병보험(23.3%)에 지출. 다음으로 고용주 관련 제도(8.5%), 공무원 연금 및 부양제도(7.6%) 구직자 기본보험(6.4%), 실업보험(5.5%), 공무원연금(5.0%), 아동수당/가족조정수당(5.4%)에 지출
- 1990~2009년의 20년간, 사회보장예산은 1.2배 증가, GDP는 같은 기간에 0.83배 증가함. 특히 2008~2009년의 경우에는, 세계경제와 유럽경제의 위기로 말미암아 GDP의 증가율이 -3.4%으로 경제규모가 위축되었음에도 불구하고, 사회보장예산은 3.7%가 증가함. 그 이유는 경제위기에 대처하는 방식으로 실업보험과 아동수당 및 가족급여에 대하여 지출을 증가시켰기 때문
- 사회보장재정이 GDP에서 차지하는 비율은 1995~2009년의 15년 동안, 1995년의 30.3%에서 2003년까지는 꾸준히 상승하여, 32.2%에 이르렀으나, 그 후 상승률이 정체되어서, 사회적 서비스가 GDP에서 차지하는 비율은 계속 감소하여 2007년에는 1992년 수준인 29.2%에 도달. 그러나 2008~2009년에 경제위기를 맞이하여 사회보장 지출을 다시 확대함.
- 사회보장예산의 재원을 보면, 일반가구가 기업보다 점점 사회적 서비스의 재원확보에 더 많은 기여를 하고 있음. 이것은 이제 더 이상, 피고용자와 고용주가 1: 1의 평등한 보험료 각출을 하지 않는다는 것과, 또한 민간 고령부양제도의 구축이 정체되어 있음을 의미

- 독일의 사회보장예산은 5대 영역의 보험료 납부액이 GDP 총액에서 차지하는 비율은 1990년대 통일 이후 24%에서 2000대 초반에는 30%로 꾸준히 증가하나, 최근에는 GDP 총액 대비 보험료 납부액의 구성비가 감소하여, 2008년까지는 27~28%로 감소하여 안정적인 수준에 있음. 한편 2009년과 2010년에는 다시 보험료 납부액이 차지하는 비율이 상승하고 있음.
- 독일에서 최근까지, 사회보장 관련 지출은 영역별로 아주 상이한 방식으로 발전하여 왔음.
 - 1990년대 이후, 변화의 폭이 가장 큰 1995~2006년의 12년을 선택하여 보면, GDP 수준이 29.7% 증가한데 반하여, 사회보장 관련 지출은 아동수당과 사회적 요양보험 영역의 지출은 평균을 훨씬 넘어, 243%와 241%가 각각 증가함.
 - 1995~2006년의 12년 동안, 아동부조와 청년부조, 공적 연금보험, 공적 질병보험, 광부 연금보험, 그리고 공적 재해보험의 영역에서 지출이 증가. 그러나 이들 영역의 지출 증가율은 이 기간 중의 GDP 증가율보다는 낮은 수준
 - 사회부조와 실업수당/실업부조, 비호취업자(庇護就業者) 서비스법, 주택수당, 전쟁고아부조 영역의 지출은 각각 23.2%, 34.8%, 58.4%, 60.4%, 60.4% 감소
- 사회보장예산 지출부담의 경우 조세부담은 1960년대 이후 급속히 상승하였으나, 사회보장 보험료 부담은 반드시 그렇지 않음. 사회보장예산 지출에서 조세를 제외하고는 보험료 면제

나 누진제도가 존재하지 않음.

- 가령, 자녀가 없는 미혼 노동자(50세 미만, 평균소득자, 조세 분류 I/0)의 경우, 조세부담은 1997~2010년에 연간 총소득의 19.1%에서 13.8%(2009년 기준: 15.1%)로 감소하였다. 한편, 두 명의 자녀를 둔 유배우 노동자의 경우 조세부담(1인 취업으로, 평균소득자, 조세분류 III/2)은 1997년의 6.6%에서 2006년에 4.2%로 감소함.
- 사회보장 예산에서 노동자들의 보험료 부담은 1992년 이후 일관되게 증가하지 않음. 1992년 그 몫은 총소득의 18.4%였지만, 1998년에는 이미 보험료율이 21.1%로 증가. 2000/2001년에 보험료율이 20.6%로 약간 감소하기는 했지만, 2010년 사회보장 예산에 보험료 부담은 최고수준에 도달하여, 전체 노동자 기준으로 22.0%, 자녀가 없는 노동자의 경우는 22.2%에 도달함.

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 사민당/녹색당의 새로운 연립정권은 아젠다 2010(Agenda 2010)의 기치 아래, 만성적인 실업률을 줄이기 위하여, 실업보험과 실업부조를 일체화하는 개혁을 조치를 단행하고, 과거와의 “단절과 혁신”(Aufbruch und Erneuerung)이라는 새로운 원칙 아래 사회보장개혁 개혁을 추진하였음.
- 당면한 핵심문제는 1980년 초반부터 독일의 가장 심각한 사회문제의 하나였던 높은 실업률로, 1980년대 중반에는 실업

률이 9.1%였으며, 1990년대에는 7.2%로 약간 감소했지만, 1998년에는 12.8%로 반등하였음.

○ 2000년대 초, 슈뢰더 수상은 「노동시장 현대화 개혁위원회」는 실업문제를 해결하고 고용창출을 위한 포괄적인 방안을 개발하는 하기 위한 아이디어를 제안하였음. 본 위원회의 건의사항을 토대로, 향후 몇 년간에 걸쳐서 노동시장의 서비스를 현대화하기 위한 4개의 법률을 입법화하였음.

－ 하르츠 I과 하르츠 II(2003년 1월 1일 발효): 하르츠 I법에서는 새로운 방식을 도입하여, 새로운 일자리를 창출하도록 하였음. 재교육 바우처 제도가 도입되어, 실업자는 재교육기관을 자신이 선택할 수 있도록 하였음. 실업자는 즉각 신고하여, 실업자 등록을 의무화하였으며, 그렇지 않은 경우에는 실업수당이 단축될 수 있었음. 하르츠 II법은 미니잡(mini-job), 미디잡(midi-job)과 같은 고용형태와 1인 회사(Ich AG)(혼자서 사업가 되는 회사)의 설립, 구직활동을 도와주는 고용센터(Job Center)의 설립에 관련되는 규정을 포함하고 있음.

－ 하르츠 III법(2004년 1월 1일 발효): 이 법의 시행으로 연방 고용청은 연방고용공단으로 재편하여, 고객 지향적 업무를 개시하였음. 또, 실업보험에 대한 자발적인 추가보험이 신규사업가나 가족의 간병인들을 위하여 도입되었음.

－ 하르츠 IV법(2005년 1월 1일 발효): 하르츠 위원회가 제시한 포괄적인 법령의 기반이 되었으며, 또한 엄청나게 가혹한 비판을 받았음. 이 법률에 의하여, 실업부조와 사회부조가 폐지되고, 실업급여 II(구직자 기초보험이 Hartz IV

라고 불리는 경우가 많음)이 도입되고, 15~64세의 노동능력이 있는 사람은 누구나 이 급여를 받을 수 있었음. 또한 부조가 필요가 사람과 동거하는 배우자 또는 미성년 아동은 실업급여 II를 신청할 수 있음. 가족이 노동능력이 없는 경우에는 신규로 도입된 사회부조를 받을 수 있도록 하고 있음.

- 사민당/녹색당(2001~2005)의 슈뢰더 수상은 독일식 신자유주의(s)를 주장하면서, 2003년 3월 14일 독일식 “제3의 길”(Dritter Weg)에 해당하는 “아젠다 2010”(Agenda 2010)을 공포하였음.

- － 아젠다 2010은 수많은 사회정책상의 주제나 혁신을 위한 목표로 간주되고, 혁신은 사회보험은 물론 경기동향, 정부 예산, 노동, 경제 등 모든 영역의 핵심주제가 부상하였음.

- 연금개혁 논의에서 인구변동, 저출산, 고령화, 수명연장 등이 본격적 논의의 대상이 되었음. 소규모의 개혁이나 요양보험이 1970~2000년 사이에 이루어졌지만, 연금개혁이 지속가능성의 차원에서 본격적으로 논의되기 시작함.

- － 2001년 1월부터 “직업상의 무능력으로 인한 연금”이 “소득활동 무능력으로 인한 연금”으로 변경되어, 연금수급 자격을 제한함.

- － 2001년 봄에는 공적 연금보험 개혁과 적립식 고령자산의 축적을 지원하는 「고령지원자산축진보완법」(AVmEG)을 제정함.

- － 2005년부터 보험료 납부자 대비 연금수급자의 인구변동요인을 연금계산공식에 포함하기로 함.

- 공동결정 방식의 쇄신으로, 경영위원회(Betriebsrat)을 통한 작업현장에서의 공동결정을 강화하기 위하여, 2001년 「경영조직법」(BetrVG)을 개정하고 이를 토대로 추가적인 개혁이 진행되었음.
- 장애자의 사회생활 참여를 촉진하기 위하여, 2001년에는 사회보장법 제9편에 “장애자의 재활과 참여”이 삽입되고, “중증 장애인의 실업 경감을 위한 법”에 의하여, 중증장애인의 실업은 3년 이내에 1/4로 줄이도록 규정하였음. 2002년에는 「장애인평등법」이 발효하였고, 2004년 사회보장법 제9편의 보완법으로 「장애자의 훈련 및 취업을 촉진하기 위한 법률」을 제정함.
- 공적 보건의료 부문에의 혁신과 보건의료부문의 지속적 발전, 환자의 건강을 돌보는 것을 동시에 고려하는 개혁이 추진되기 시작하였음.
 - － 2003년 「보험료율안정법」이 발효하여, 질병금고의 재정상태를 안정화하여, 공적 질병보험에 대한 재정건전성을 강화함.
 - － 2004년 건강보험 개혁으로, 보험료 인상과 피보험자의 발원권을 강화하였음. 의료케어 센터를 이용한 통합케어를 추진하려는 노력으로 의료서비스 품질향상에 주력하는 개혁을 추진함.
- 2008년에 미국에서 시작된 금융위기가 유럽으로 파급되면서, 글로벌리제이션은 독일에서도 경제와 사회체제, 그리고 개인 생활에 영향을 미쳤으며, 21세기에 들어, 사회시스템을 경제 변동이나 사회변동에 적응하도록 독일의 복지국가와 사회보

장제도의 가장 중요한 과제로 남아 있음.

- 2005년 기민당/기사당/사민당 대연정의 메르켈 수상은 슈뢰더 전임 수상이 제시한 “아젠다 2010”(Agenda 2010)의 개혁 정책을 계속 추진하였음.
 - － 하르츠법 I-V는 2005~2010년 새로운 규정을 통하여 변경 보완되었으며, 최초의 변경사항은 실업수당 수급권의 대기 기간에 관련되는 것이었음.
 - － 공적 실업보험 가입대상자를 자유직업이나 자영업자에게로 확대하였음.
 - － 2006년 8월에는 실업수당이나 실업수당 II 수혜자가 아닌 경우, 긴급직업알선제도를 도입하여 눈앞의 실업을 피할 수 있도록 함.
 - － 사회부조와 실업부조를 통합하여 만든 실업수당 II 의 설계는 독일 국민들을 찬성그룹과 반대그룹으로 양분하였고, 2010년 초에 연방헌법재판소는 실업수당 II이 성인 및 미성년자에 대한 지급규정의 투명성 결여를 이유로 위헌이라고 판결하고, 대체법안을 주문함.
- 인구구조의 변동, 특히 고령화에 대비하기 위한, 연금제도의 지속가능성 확보
 - － 연금수급연령을 67세로 단계적으로 인상하고, 65세 연금수급에 대해서는 각종 제한 조치를 부과하였음. 단계적으로가 연금수급 개시연령 인상
 - － 2008년 이후, 글로벌 재정 및 경제위기 이후, 2009년 임금/급료의 삭감으로 인한 연금수령액 축소에 대한 보호조항을 마련함.

- 새로운 사회정책의 영역인 가족정책에 대해서도 새로운 개혁조치들이 도입되기 시작하였음. 2007년 부모수당, 2009년 육아휴직 제도를 도입함.
 - － 2009년에는 「아동지원법」이 발효하여, 2013년까지 독일 전역에 걸쳐서, 3세 미만의 셋째자녀에게 보육원 입소 또는 보육모의 지원을 보장하는 여건이 마련되었음.
 - － 2009년부터, 실업수당 II를 지급받는 부모는 학년당 100유로의 수당을 받을 수 있도록 함.
- 보건의료개혁에서는 2007년 4월 1일에 새로운 개혁입법이 발효하였고, 모든 사람에게 의료보호를 보증하고, 서비스를 고품화 사회에 부합하도록 하고, 질병금고와 새로운 재정모델 간에 경쟁체제를 도입하여 점증하는 보건의료 비용을 사회보장국가의 원칙에 따라 분배하는 것이 제도개혁의 목적이었음.
 - － 2009년부터, 질병금고 가입이 모든 시민에게 의무화되고, 가입자는 포괄적 건강보호권을 가지게 됨.
 - － 건강기금의 도입: 건강보험의 보험료는 중앙관리방식을 채택하여, 2009년부터 새로이 설립된 건강기금으로 적립하도록 함.
 - － 2011년에는 공적 질병보험에서 민간보험으로의 전환을 촉진하기 공적 보험 의무가입자의 소득상한선을 49,500유로에서 매년 450유로씩 인하하도록 하였음.
 - － 질병금고는 약국과의 리베이트 협상을 통하여 약제비 지출을 축소할 수 있도록 하고, 질병금고가 효율적으로 운영되면, 피보험자에게 보험료의 일부를 반환할 수 있도록 하

는 보너스 제도를 도입함.

- 민간질병보험은 2009년부터 법정 질병보험의 서비스나 기여금에 해당하는 기본요율을 제시하도록 함.

○ 독일의 급격한 고령화는 1995년 이후 존재했던 장기요양보험에 대한 제도개혁작업을 긴급과제로 하였음.

- 장기수발 수요자와 장기수발 중인 사람들의 재정적 부담은 증가하며, 2015년부터는 3년마다 인플레이션 율에 따라 요양보험 비용은 증가하도록 함.
- 치매 환자는 많은 경우, 아직은 장기요양할 필요는 없고 단기보호만 필요한 경우에도 서비스를 받을 수 있도록 함.
- 가족 구성원을 수발하는 피고용자는 6개월까지 수발휴가를 신청할 수 있도록 함.

○ 고용유지와 경제강화: 저축에 대한 보증조치를 실시하고, 은행에 대한 보호우산을 확대하고, 자동차 산업을 지원하기 위하여 2009년 폐차 프리미엄(Abwrackprämie)을 발효함.

- 2008년 11월과 2009년 2월에는 경제발전(단기국면)에 긍정적인 영향을 주고, 동시에 제한된 기간이기는 하지만 교육, 인프라 그리고 기타 영역에 대하여 금융자원이 투자될 수 있도록 하기 위한 각종 부양조치를 발동하였음.

□ 독일의 사회정책은 현재, 비스마르크의 사회보험법 도입 이후 가장 중대한 도전을 경험하고 있음. 2005년 총선거는 물론 2009년의 총선거는 영국식 “제3의 길” 또는 신자유주의 방식으로 사회보장 시스템을 재구축할 것인가 아니면, 최소한의 제도보완을 통하여 당초의 사회보장 시스템을 유지할 것인가

에 대하여 해결해야 할 과제들을 두고 독일 내 각 세력들 간의 긴장관계가 조성되고 있음을 보여주었음.

- 최근 몇 년간, 특히 2005년과 2010년의 연방하원 총선거에서 불안감은 국가의 적극적 개입을 부추기는 비관론이 비등하고 있음.
- 2007년의 경제상황 반전으로, 불안감이나 비관론이 수그러들기는 했지만, 다시 2008년과 2009년 경제위기의 파급으로, 과거 어느 때보다도, 사회정책과 사회보장에 대한 불안은 지속화되고, 독일정치의 전면에 부상하고 있음.
- 현 상황에서, 독일의 사회보장개혁은 슈뢰더 수상의 당초 “아젠다 2010”의 개혁전략과는 거리가 먼 구 정치 패러다임의 중도주의와 변화의 필요성에 대한 새로운 인식이나 새로운 사회적 포폴리즘 사이의 어느 한 지점에 위치하고 있다고 볼 수밖에 없음.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험

- 독일의 노동시장정책과 고용보험제도에 대한 법적 규정은 사회법전 제3권 『고용촉진법』에 그 내용을 수록하고 있음.
- 고용촉진법은 실업의 방지와 고용촉진과 관련한 ‘적극적 노동시장정책’의 기능뿐만 아니라, 동시에 노동시장의 구조와 노동력의 거래환경을 규율하는 ‘노동시장질서정책’ 그리고 실업으로 인한 경제적 피해를 보전해 주는 순수한 의미의 사회정책으로서 ‘수동적 노동시장정책’의 기능도 함께 수행하고 있음.
- 이러한 정책목표를 구현하기 위한 정책수단으로는 향상교육 및 재교육, 고용창출사업, 채용장려금, 조업단축급여, 생업기반조성의 지원, 이동성 지원, 고령자 파트타임 장려사업 그리고 실업자의 상담과 직업알선, 실업급여 등이 있음.
- 고용촉진제도는 독일 사회보험제도 고유의 전통인 자치운영의 원리에 입각하여 운영되고 있으며, 이는 제도운영에 있어서 분권화와 민주화와 같은 긍정적 기능을 해오고 있음.
- 하지만 이와 같은 장점에도 불구하고 고용촉진제도는 행정전달 체계의 복잡성과 관료적 경직성 등으로 인하여 정책적 우선순위

의 선택 그리고 사업별·지역별 예산배분에 있어서 왜곡문제를 초래하는 부정적 결과를 가져다주게 되었음.

- 이에 따라 고용촉진제도는 거시경제적 차원의 균형적 조절기구로서의 기능을 상실하게 되었고, 대신 점차 관대하고 무원칙적인 ‘수동적 노동시장정책’의 기능만을 확장시키게 되는 결과를 초래하였음.
- 대표적인 사례로서 1970년대 중반 이후 1990년대 후반까지 독일은 본격적인 저성장의 시대와 만성적 고도실업을 거치게 되었음에도 불구하고, 연방정부는 실업급여의 연장 그리고 각종 조기 퇴직제도를 통하여 노동력의 과잉공급을 해소하고자 하는 매우 미온적인 전략을 유지해 왔음.
- 하지만 이러한 실업대책은 사회보장재정의 가속적 확대와 조세 및 사회보험료의 인상을 초래하게 되었고, 이는 다시 고용불안의 요인으로 작용하는 악순환을 겪게 되었음.

□ 독일의 노동시장정책에 대한 근본적 재검토 그리고 정책이념이나 수단동원의 획기적 발상전환에 대한 사회적 요구에 따라 마침내 2002년 폴크스바겐의 회장이었던 페터 하르츠를 위원장으로 하는 하르츠위원회의 최종보고서 『노동시장 서비스의 현대화 전략』가 발간되었음.

- 이후 이러한 보고서를 토대로 독일 노동시장의 체질을 근본적으로 개혁하고자 하는 법률들(하르츠법률 I, II, III, IV)이 속속 도입될 수 있게 되었음.

□ 독일의 노동시장정책 개혁방안과 그 성과가 우리에게 줄 수

있는 시사점은 다음과 같이 정리해 볼 수 있음.

- 독일의 고용촉진제도는 종전 실업보험 위주의 제도운영으로부터 탈피하여 '적극적으로 고용을 지원해 주는 제도로 기능전환이 이루어지게 되었음. 이와 같은 활성화 정책의 일환으로서
- 고용촉진제도는 개인들이 지역·직종·직업 전반에 걸쳐 이동성의 능력과 의지를 갖출 수 있도록 지원해 주는 방안을 강구하였음.
- 고용촉진제도는 개인별 상황이나 선호를 반영해 주기 위하여 다양한 종류의 제도들(대표적으로 바우처제도)을 도입함으로써 개인의 선택권과 자율권이 최대한 보장될 수 있도록 하였음.
- 제도 또는 프로그램 운영의 효율성과 효과성을 목표로 직업알선 - 상담 - 교육 등의 분야에 있어서 경쟁의 원리가 적용될 수 있는 방안을 적극적으로 강구하였음.
- 고용촉진제도 본연의 목적 사업에서 벗어나는 성격의 사업들, 대표적으로 가족정책이나 모성보호사업의 재원은 보험료가 아닌 국가의 일반재정에서 충당하도록 하는 법률적 근거를 마련하였음.
- 일반국민들에게 있어서 임금소득은 중요한 생존수단이 될 수 있으므로 실업문제에 대한 사회안전망으로서의 기능(소득보장과 재취업)을 강화하기 위하여 기존의 실업부조제도를 폐지하고, 대신 '실업자 기초소득보장제도(달리 실업급여Ⅱ)'를 새롭게 도입하였음.

2. 연금제도

- 독일의 공적연금제도는 산업별·직역별·지역별로 매우 다양한 형태로 이루어져 있으며, 보험료의 수준 및 보장의 범위 또한 제도별로 상당한 차이를 보이고 있음.
- 이와 같은 공적연금제도로는 국민연금제도, 공무원연금제도, 농민연금제도, 예술가사회보험제도 그리고 특수직역 자영자 공제조합제도 등이 있음.
- 연방노동사회부의 발표자료(2011)에 의하면 2009년 현재 독일의 전체 생산인구 약 5,110만 명 가운데 68.7%인 약 3,513만 명이 국민연금제도에 가입을 하고 있음. 여기에 공무원, 농어민 그리고 의사·약사·변호사 등 특수직역 자영자를 위한 공제조합제도를 감안하면 실제 공적연금제도의 가입자는 전체 생산인구의 93% 가량이 되는 것으로 파악되고 있음.
- 2009년 독일의 사회복지지출총액 7,606억 유로(같은 해 GDP의 30.4%) 가운데 공적연금제도는 2,979억 유로로 전체의 31.9%를 차지하여 가장 높은 지출비중을 보이고 있음.
- 그리고 전체 노후소득보장제도의 재정지출총액 가운데 국민연금제도가 77%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 다음으로 공무원연금제도 13% 등의 순으로 나타나고 있음.
- 국민연금제도는 종전 각각 독자적으로 운영되어 왔던 민간부문의 사무직근로자연금제도, 노동자연금제도 그리고 광산업종사자연금제도가 2005년 『국민연금 조직체계의 개혁에 관한 법률(Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen

Rentenversicherung)』에 따라 통합된 형태로 새롭게 탄생한 제 도입.

- 독일의 국민연금제도는 세대간 계약의 원리에 기초한 부과방식을 채택하고 있음. 하지만 이러한 부과방식은 다양한 장점에도 불구하고, 인구구조의 고령화에 특히 취약한 특성을 보이고 있음. 따라서 독일은 급속한 고령화 사회로의 진행에 따른 연금재정의 불안문제를 해결하기 위한 목적으로 2001년, 2004년 그리고 2007년 세 차례에 걸친 연금개혁을 단행하였음.
- 독일의 연금개혁이 우리에게 주는 시사점은 다음과 같음.
 - 연금개혁의 기본방향과 관련하여 독일은 인구의 고령화로 인한 연금재정의 부담을 현세대와 미래세대가 공정하게 분담할 수 있도록 하는 방향에서 개혁방안을 마련하였다는 점임. 구체적으로
 - 첫째, 중장기적으로 인구구조의 고령화에 상관없이 보험료의 인상폭이 일정한 범위 이내에서 억제될 수 있도록 하는 법적 근거가 최초로 마련되었다는 점임.
 - 둘째, 중장기적으로 국민연금 급여수준의 삭감부분을 보충하는 기능을 담당하게 될 추가노후소득보장제도(Riester-Pension)가 마련되었으며, 정부는 이를 활성화하기 위하여 다양한 형태의 보조금제나 조세감면제도를 운영해 오고 있음.
 - 셋째, 인구구조의 고령화로 인한 연금재정의 불안문제에 적극적으로 대처하기 위하여 독일 정부는 연금수급연령을 단계적으로 상향조정하고, 이와 병행하여 고령자의 고용연장과

고용환경의 개선을 위한 정책적 노력을 기울이고 있다는 점임.

3. 재해보험

- 독일의 재해보험제도는 1881년 『사회보험에 대한 황제의 칙령』에 기초하여 1884년에 세계 최초로 도입되었음. 이러한 재해보험제도의 발전과정을 살펴보면 아래와 같은 세 가지의 특징을 발견할 수 있음.
 - 적용대상의 지속적인 확대
 - － 제도의 도입 초기 저임금 육체노동자에서부터 시작하여 점차 고소득근로자와 사무직근로자에게까지 제도의 적용이 확대되어 마침내 1942년부터는 전체 임금근로자가 재해보험의 적용대상이 될 수 있게 되었음.
 - － 이후 유치원원아, 학생, 실습생, 재소자 등과 같은 비경제활동인구도 제도의 보호를 받을 수 있게 되었음.
 - 제도적 보호범위의 확대:
 - － 종전 작업장 내부의 산업재해에 한정된 보상위주의 제도운영에서 시작하여 1925년 이후부터는 직업병과 통근재해도 보호의 범위에 포함될 수 있게 되었음.
 - － 이 이외에도 각종 자원봉사, 인명구조, 의용소방대, 국제구호활동 등과 같은 공익적 행위의 과정에서 발생한 사고에 대해서도 동등한 제도적 보호가 이루어질 수 있게 되었음.
 - 초기의 단순한 재해보상적 기능에서 재해예방 및 피재자의 재활적 기능 등 사업의 다각화를 도모

- 독일의 재해보험제도는 조합주의의 원칙에 입각하여 직역별 또는 지역별로 분리 운영되고 있음.
 - 이러한 조합들은 영역의 구분에 따라 크게 산업부문 직업조합, 농업부문 직업조합 그리고 공공부문 재해보험금고로 구분해 볼 수 있음.
 - 산업부문 직업조합들은 업종별 구분에 따라 각각 독립적인 조직으로 운영되고 있음. 2008년 『재해보험 현대화법』이 발효 이후 조합들 상호간 대대적인 합병이 이루어지게 되었으며, 그 결과 2010년 현재 총 9개의 직업조합이 운영되고 있음.
 - 농업부문 직업조합은 지역단위로 운영되며, 2010년 현재 전국적으로 총 9개의 조합이 운영되고 있음. 이러한 농업부문 직업조합은 비록 형식적으로는 독립적인 제도적 체계를 갖추고 있지만, 실제로는 농업사회보험제도의 일부로서 운영되어 오고 있음. 구체적으로 개별 농업사회보험은 일종의 종합보험자로서 하위 조직으로서 농업연금금고, 농업질병금고, 농업수발금고, 농업직업조합을 두고 있음.
 - 공공부문 재해보험금고는 운영 주체별로 구분하여 크게 연방정부 재해보험금고, 주정부 재해보험금고, 자치단체 재해보험금고 그리고 소방산재금고로 분류해 볼 수 있음. 이러한 공공부문 재해보험금고는 전국적으로 총 27개가 존재하고 있음.
- 독일의 재해보험조합들은 특성별 구분에 따라 2개의 재해보험 연합회에 회원으로 가입을 하고 있음.
 - 먼저 산업부문 직업조합과 공공부문 재해보험금고는 ‘독일 공적 재해보험 연합회’에 가입하여야 하고, 다음으로 농업부문 직업조

합은 ‘농업사회보험 최고연합회’에 가입하게 됨.

- 각각의 연합회는 자치운영의 원리를 바탕으로 소속 조합의 이해를 대변하고, 조합간 업무 협조체계를 구축함을 주된 목적으로 하고 있음. 나아가 개별 연합회는 소속 조합들로부터 징수한 출연금을 기금의 형태로 조성하여 조합간 재정조정사업도 실시하고 있음.

4. 가족수당

- 독일은 가족수당이라는 표현을 사용하지 않으며, 가족을 지급 단위 대상으로 하는 주요 수당에는 아동수당(Kindergeld)과 부모수당(Elterngeld)이 있음.
- 아동수당의 도입은 취업남성을 수급권자로 했다는 점을 고려할 때, 독일 보수주의 국가에서는 오히려 여성보다는 남성에 대한 사회 정책적 차원의 지원이 더 먼저 발달했다는 의미를 가짐.
- 공공보육시설을 제공할 경우 가족 내 아동보육기능이 약화될 것이라는 우려로 남성 가장의 임금을 보충해 주는 아동수당을 통해 남녀 성별 노동 분리를 고착화 시키는 노력으로 연결.
- 소득세법에 근거한 자영업자대상 아동수당과 연방아동수당법에 근거한 취업근로자 대상 아동수당법으로 법체계를 분류할 수 있으며, 아동수당의 지급주체는 가족금고임.

- 아동수당은 임금 보충적 성격을 띠며, 이혼, 재혼과 그리고 이에 따른 아동수당 수급에서 발생할 수 있는 수급권이나 수급 액수 문제를 편입아동이라는 개념으로써 해결하고 있음.

□ 부모수당

- 1986년 도입된 보육수당·휴가제도는 여성을 대상으로 하는 여성정책(Frauenpolitik)이었음.
- 정책목표는 전통적 성역할 분리에 의한 파트너십(Partnerschaft) 유지였음.
- 1992년부터 동거 남성 역시 보육수당과 휴가 수급권을 갖게 되었음.
- 2001년 취업활동과 가족생활을 병행할 수 있는 수단을 제시하기 위해 기존 보육수당이 제공했던 보육휴가(Erziehungsurlaub)를 부모시간(Elternzeit)으로 대체하였음.
- 1986년 보육수당·휴가 제도 도입으로 인하여 아동보육노동만을 통해서도 연금 수급권을 갖게 됨으로써 보육노동이 갖는 사회적 가치를 인정하는 상징적 계기 생겨남.
- 아동보육으로 인한 근무시간 단축에 대한 법적 권리 보장, 시간제 노동 제한 시간 연장을 통해 시간제 취업 노동 기회 확대, 부모시간을 동시에 사용할 수 있게 한 점 등은 아동보육 주체를 더 이상 여성으로만 한정하지 않고 부모로 확대했다는 의미를 가짐.
- 부모수당제도 도입은 아동양육비용이 아니라 소득을 대체해주는 개념으로 출산기회비용을 최소화하는 가족 정책적 시도라는 점에서 의미가 있음.

- 부모시간제도는 1년이며 부모가 모두 사용할 경우 14개월까지 사용이 가능하다. 상대적으로 참여율이 낮은 아버지의 부모시간 참여를 높일 수 있는 일종의 아버지 할당제의 역할을 함.
- 독일 수당정책은 아동양육수당(Kindererziehungsgeld)위주 현금급여에서 부모수당(Elterngeld) 및 부모시간(Elternzeit)프로그램으로의 전환, 3세 미만 아동 대상 보육시설 확대, 기업의 가족친화경영장려, 가족 친화 지역사회 환경 등으로 구성됨.
- 독일의 아동수당과 부모수당 제도의 변화는 우리에게 시사점을 제공함. 첫째, 제도 도입 목적을 명확히 할 필요가 있음. 둘째, 독일에서 아동수당은 저당이나 압류 대상이 될 수 없음. 셋째, 제도 도입 시 아동수당을 기초생활수급자 소득 인정액에 포함해야 하는가 혹은 하지 않아야 하는가의 문제를 명확히 할 필요가 있음. 넷째, 아동수당 수급 연령을 독일에서는 원칙적으로 18세로 규정하면서도 자녀 취업 상황, 취업 훈련 상황, 장애 정도 등을 고려하여 탄력적으로 운영하고 있음. 다섯째, 아동수당 제도 도입 시 지급 범위를 어떻게 정할 것인가 하는 문제가 남음. 여섯째, 보육후당·휴가제도에서 부모수당, 시간제로의 변화는 부양자 모델 복지국가 체제로는 고용 시장 변화 양상, 지속적 저출산 현상 등에 더 이상 대응할 수 없다는 정책적 인식의 결과라고 볼 수 있음.

5. 공공부조

- 2000년대에 들어서면서 독일의 공공부조제도체계는 대대적인 변혁과정을 거쳐 왔음. 이러한 현상이 주요 배경은 다음과 같음.
 - 독일 사회부조제도를 포함한 전체 공공부조제도의 수급자가 매년 지속적으로 증가해 왔으며,
 - 이차적 안전망의 급여들이 예외적인 빈곤상황에 대한 일시적 보호가 아니라, 점차 다수의 사람들에게 정상적인 사회보장제도의 수급권으로 인식되어 왔으며,
 - 이와 같은 부정적 현상의 주된 원인이 광범위한 실업문제로 인하여 발생하였다는 점임.
 - 이러한 문제인식에 대처하여 독일 연방정부는 공공부조체계의 현대화와 행정처리의 간소화를 목표로 하는 개혁전략을 일관되게 추진해 왔음. 이에 따른 성과로서 독일의 공공부조제도들은 아래와 같은 제도적 체계를 갖추게 되었으며, 이 중에서 사회부조제도가 적용대상 그리고 지출수준 등의 측면에서 가장 역할 비중이 높은 제도임.

[그림 2-1] 독일의 공공부조제도체계



자료: BMAS, Übersicht über das Sozialrecht, 2011의 내용을 토대로 임의로 작성한 것임.

□ 독일 공공부조제도체계의 핵심적 특징은 범주별 그리고 비범주별 제도로 구성되어 있다는 점임.

○ 범주별 공공부조는 대상자들의 인구사회학적 구분에 따라 노인·장애인 기초소득보장제도, 실업자 기초소득보장제도, 주거부조제도, 아동 및 청소년부조제도 그리고 외국인 망명자 사회부조제도로 구성되어 있음.

— 먼저 노인·장애인 기초소득보장제도는 소득활동이 현실적으로 불가능한 65세 이상 노인과 중증장애인의 최저생계보장을 목적으로 2003년 최초로 도입되었음. 하지만 동 제도는 2005년 독일의 전체 사회보장제도를 단일의 사회법전 체계로 통합되는 과정에서 기존의 사회부조제도와 함께 사회법전 제12권으로 통합되었음.

— 다음으로 실업자 기초소득보장제도는 종전 장기실업자들을 위한 실업부조제도를 폐지하고, 이와 함께 사회부조제도의 대상

자 중 근로능력이 있는 사람들을 별도로 분리하여 2005년 독립적인 제도로 탄생하였음. 동 제도의 내용은 사회법전 제2권에 수록되어 있으며, 주된 기능은 장기실업자들의 소득보장과 고용알선을 목표로 하고 있음.

- 마지막으로 아동청소년 부조제도, 주거부조제도 그리고 외국인 망명자 사회부조제도는 각각의 대상자들에게 적합한 내용과 수준의 급여를 제공하기 위한 목적으로 운영되고 있음.
- 비범주별 공공부조는 독일의 경우 사회부조제도가 있으며, 동 제도는 범주별 공공부조제도 또는 기타 사회제도로부터 적절한 보호를 받지 못하게 된 빈곤계층을 위한 최후의 사회안전망(the last safety net)으로서 역할을 하게 됨. 이에 따라 사회부조제도는 생계급여와 노인·장애인 기초소득보장과 같은 현금급여 이외에도 의료급여, 장애인 재활지원, 장기요양부조, 긴급급여 및 기타 급여 그리고 시설급여 등과 같은 서비스급여도 제공하고 있음.

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

□ 의료서비스 공급체계

- 외래진료에서 주치의 제도는 매우 중요한 역할을 담당하는데 이를 선택하는 환자에게 보험료 및 본인부담을 감면함. 또 다른 외래진료인 방문간호는 최대 4주까지 인정함.
- 입원진료에는 일반적인 병원 외에도 예방과 재활을 위한 숙식의 제공도 포함됨. 병원에서의 외래진료는 예외적으로 허용되며 특히, 입원과 외래를 연계하는 프로그램은 권장됨.
- 의약품은 약국판매와 약국 외 판매가 가능한 종류로 구분됨. 환자는 최대 약품가격의 10%까지 본인이 부담하여야 하지만 취약계층에 대한 경감이 가능함. 약사에 의한 대체조제는 인정됨.

□ 의료공급자에 대한 지불제도

- 의사에 대한 진료비는 총액으로 보험의사협회에 지불되고, 거기서 다시 계약한 보험의사들에게 분배됨.
- 표준상대가치는 보험의사협회와 질병금고연합회의 대표가 연방차원에서 합의하여 결정함. 환산지수는 총진료량에 따라

서 변화하도록 함.

- 병원의 시설에 대한 투자비는 주정부가 보조금으로 지원하고 시설유지관리와 환자 진료로 발생하는 운영비용은 질병금고가 환자들의 일일 입원비형태로 부담함.

□ 독일의 의료정책

- 연방보건부가 의료보장에 관련된 정책을 입안하고 법제정을 주도하되 세부적인 것은 이해관계 전문조직들이 자치적으로 운영
- 주정부는 연방에서 제정한 법의 집행과 기초자치단체 보건소들의 전문성 및 서비스에 대한 감시 권한을 가짐.
- 의료보장과 관련된 주요 사항은 연방질병금고연합회와 보험의사협회가 협의하여 자치적으로 결정

□ 결론 및 시사점

- 진료비 총액예산제 대신에 행위별수가제를 채택하였지만 진료의 총량은 사전에 합의, 환산지수는 사후에 조정하는 방식으로 전환
- 진료비 억제를 위해 독일에서 채택한 이러한 방식들을 우리나라에서도 도입 가능할 것인지 검토가 필요함.

2. 의료보장

□ 독일 질병보험제도의 현황

- 독일의 질병보험은 모든 국민이 강제로 가입하는 것이 아니

라 일부 고소득자는 자유롭게 선택할 수 있음.

- 독일의 질병보험은 통합방식이 아니라 다양한 종류의 200여 개의 조합들에 의해 관리되는 조합방식임.
- 질병보험의 현물급여 내용은 대부분 우리나라와 유사하지만 우리보다는 보장성이 높고 현금급여인 상병수당이 있다는 점에서 차이가 있음.
- 독일 통일이후 의료비가 급증하고 있는데 약제비의 증가가 가장 눈에 띄고 그 다음이 입원진료비임.
- 의료비 재원은 사회보험료, 조세수입, 본인부담 그리고 민간 보험으로 조달되는데 그중 사회보험의 재원이 약 66~69%에 달함.
- 각종 사회보험료들은 이른바 ‘건강기금’에 납입되고 거기서 가입자들의 연령, 성별 및 건강상태에 따라 각 질병금고들에 배분됨.

□ 민간의료보험

- 소득이 사회보험 강제가입 소득상한선 보다 높은 국민은 민간보험에 가입할 수 있음. 공무원과 자영업자를 포함하여 전체 국민의 약 10% 정도가 민간보험에 가입
- 전체 의료비 중 8.8%가 민간보험으로 재원조달되고 있음.

□ 독일 질병보험의 현안 및 과제

- 1990년대부터 지속적인 질병보험의 재정 적자와 그에 따른 보험료율의 인상이 있었음. 의료비 억제에 위해 다각적인 노력을 하고 있음

- 급여제한과 본인부담금 인상 등 개인책임을 강조하고 질병금고간의 경쟁도 도입
- 건강기금에 의한 통합적 재정관리 및 보험가입의무 확대 그리고 국고지원 증가 등을 통해 사회적 연대를 강화하는 전략도 병행
- 결론 및 우리나라에 주는 시사점
 - 최근의 개혁에서 통합주의적 요소가 강화되고 국가 책임이 강조되며 이해당사자 간의 사회적 합의가 존중되는 관행은 우리나라의 제도 운영에 중요한 사례가 될 것임.

3. 노인장기요양보험

- 독일 장기요양보험 도입 배경 및 제도 개요
 - 인구고령화로 인한 사회문제의 해결과 사회부조를 담당하는 지자체 재정 부담의 경감이 독일 장기요양보험 도입의 주요 배경임.
 - 질병보험가입자는 장기요양보험에도 의무적으로 가입하고 질병금고가 장기요양보험의 관리도 겸함.
 - 장기요양등급은 질병금고의 의료지원단(MDK)에 의해 판정되며 3등급으로 구분됨.
 - 임원요양보다 재가요양을 우선적으로 강조하고 가족수발자 등에 대한 현금급여를 인정하고 있음.
- 독일 장기요양보험의 현황과 개혁동향

- 재가급여 강화, 환자의 서비스선택 지원, 의료와 요양의 분리, 포괄수가제도의 도입 그리고 무자녀 가입자에 대한 요양보험료 인상 등의 개혁방안이 논의 중임.
- 우리나라 노인장기요양보험에 주는 함의
 - 재가요양을 강조하고 환자의 선택을 지원하기 위해 질병금고의 의료지원단을 통한 사례관리를 실시하고 있는 점은 참고할 만함.

4. 고령자 및 노인복지 서비스

- 독일 사회서비스는 다음의 3가지 원칙으로 구성되어 있음: 기초지자체의 구심점 역할, 민간사회복지사업단의 공존, 보충성 원칙
- 독일의 고령자 복지서비스는 크게 ‘재가복지’(ambulante Altenhilfe)와 ‘시설복지’(stationäre Altenhilfe)로 나뉨.
- 한국식 개념으로 보자면 재가복지란 ‘노인복지재가시설’에서 제공하는 서비스에 해당하고, 시설복지란 ‘노인복지시설입소’에서 제공하는 서비스를 의미함. 독일에 한국식 개념의 ‘노인복지여가시설’은 거의 존재하지 않음.
- 고령자 재가복지에는 ‘자택돌봄’(häusliche Pflege)과 시설에서의 주간 혹은 야간 돌봄을 의미하는 ‘단기시설돌봄’(teilstationäre

Pflege) 그리고 장기입소시설에서의 ‘단기체류돌봄’(Kurzzeitpflege)이 포함됨.

□ 국제기구의 독일의 입소시설의 종류는 크게 다음의 3가지로 나뉘짐: ‘노인기숙시설’(Altenwohnheime), ‘노인양호시설’(Altenheime), ‘노인요양시설’(Altenpflegeheime)

- ‘노인기숙시설’은 요양서비스가 필요하지 않은 일반 건강한 고령자가 머무는 양로시설임.
- ‘노인양호시설’은 질병 시에 필요한 요양서비스가 필요하지는 않지만, 가사일을 혼자 꾸려나가는 데 어려움을 지닌 고령자가 입소할 수 있음.
- ‘노인요양시설’에서는 질병 등으로 인해 요양서비스가 필요한 고령자가 입소하여 돌봄을 받을 수 있음.

□ 독일의 장애인 복지서비스는 크게 ‘의료재활’(medizinische Rehabilitation), ‘근로에 참여’(Teilhabe am Arbeitsleben)과 ‘사회생활에 참여’(Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft)로 나뉘짐.

- ‘의료재활’: 장애를 극복 또는 완화하고, 장애의 악화를 예방하고자 하는데 그 목적이 있음. 의료 재활에는 의사에 의한 치료, 약물 및 도구 지급, 심리치료 등이 포함되며, 경우에 따라서는 생활비 지급(예를 들어 질병수당, 상해수당 등)까지 이루어짐.
- ‘근로에 참여’: 장애인의 생업능력을 유지, 증진, 회복시키고, 근로에 참여하고 있는 경우에는 그 참여를 지속시키고

자 하는 목적을 지님. 근로에 참여의 서비스 종류는 매우 다양한데, 대표적인 것으로는 직업 훈련 및 재훈련, 직업훈련 시 생활비 지원, 취업 촉진(상담, 알선, 작업장비 및 이동 장비에 대한 보조 등), 보호고용 등을 꼽을 수 있음.

- ‘사회생활에 참여’: 일상의 사회생활에 참여를 가능하게 하고, 타인에 의한 수발로부터 최대한 벗어나서 독립적으로 생활하도록 하는 목적을 지님. ‘사회생활에 참여’ 서비스로는 장애에 적합한 거주지 마련 지원, 비장애인과의 만남 등을 촉진하는 문화생활 지원, 주변 환경과의 의사소통 촉진(예를 들어 수화통역사 대동), 취학 전 아동을 위한 치료 교육 프로그램 등이 포함됨.

□ 장애등급 50 이상의 중증장애인만이 받을 수 있는 서비스는 별도로 구분되어 있는데 대표적인 것이 ‘일반고용’ 서비스임. 일반고용의 대표적인 정책으로는 다음과 같은 것들이 있음.

- 의무고용
- 임금 보조
- 근로에 수반하는 지원
- 해고로부터의 보호
- 추가 유급휴가
- 사업장내 중증장애인 대표단 구성
- 통합전문서비스

5. 아동 및 보육서비스

- 독일에서 아동지원서비스 근거법은 ‘아동·청소년지원법(Kinder- und Jugendhilfegesetz)’으로 성장과정에 있는 아동과 청소년에 대한 필요를 기초로 하여 아동과 청소년을 같은 정책 대상으로 함.
- 아동지원 서비스는 구호에서 보호, 그리고 지원으로 그 주요 흐름이 변화하였음.
 - 청소년구호는 19세기 말부터 20세기 초까지 특히 저소득층 빈곤·유기아동·청소년을 대상으로 국가·학교·복지단체(Wohltätige Vereine)·사회참여적개인이 제공하는 모든 종류의 도움을 의미하였음.
 - 요보호 아동청소년과 일반 아동청소년을 어떤 식으로 대하느냐에 대한 사회적 논쟁은 1911년 프로이센 청소년령에서 청소년 구호와 청소년 보호를 분류하였음.
 - 1924년 아동청소년을 대상으로 한 독일 최초 전국 적용법에 따라 지자체 별 청소년국을 운영하였으며, 오늘날에도 아동·청소년 복지서비스를 주는 최일선 공공조직으로 운영되고 있음.
 - 동서독 통일후 1991년부터 시행된 아동청소년지원법은 청소년사업과 청소년사회복지로 분류하여 제시하였음.
 - 아동·청소년사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 가정, 어린이집, 학교, 직업학교 외 영역에서 보충적으로 이루어지는 형태이고 아동·청소년사회복지의 주대상은 사회적 약자 혹

은 문제를 가진 아동청소년으로서 아동·청소년 대상 사회교육적 지원(sozialpädagogische Hilfen) 제공을 통하여 해당 아동·청소년의 사회적·개인적 불리 상황 극복에 개입 초점을 맞추고 있음.

- 아동청소년 지원법에 근거하여 제공하는 양육지원은 아동청소년가족정책 중 대인서비스의 주 내용을 이룸.
 - 가족 내 지원은 아동청소년이 가족과 함께 살고 있으면서 받는 서비스이며 가족 밖 지원은 아동청소년이 가족을 떠나 살면서 받는 서비스임.
- 대인서비스로서 아동지원서비스 지출 규모는 2001년 약 1천 7백억 유로에서 최근까지 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있음.
- 아동지원서비스 전달체계는 기초지방자치단체, 주정부, 연방정부, 그리고 대인서비스 제공 기관으로서 민간비영리복지단체 등이 주체가 되어 이루어짐.
 - 기초지방자치단체는 헌법에 따라 가족정책의 일차적 책임자로 연방·주정부 차원에서 정한 가족정책 내용을 생활 현장에서 통합·조정·실천하는 역할을 함.
 - 헌법에서 특별히 권한 규정을 하지 않은 행정 영역은 모두 주정부가 연방정부에 우선하여 맡게 되며 그만큼 주정부의 자치 행정 권한이 크다고 할 수 있음.
- 가족 내 보육과 보충성 원칙을 강조하는 독일의 전통적인 정책으로 보육 인프라 3세 미만 아동 보육시설이 부족하였으나

2007년 기독교민주당·사회민주당 연립정부의 보육시설 구축 계획 합의와 아동지원법의 발효로 만 1세가 되면 모든 아동이 보육시설을 이용할 법적 권리를 보장 받게 되었음.

- 독일의 아동·청소년 지원서비스는 국가가 “재정 지원을 하되 간섭과 통제를 최소화하고 민간 비영리 서비스 제공자의 자율성과 책임성을 최대한 존중한다”는 서비스 제공원칙을 독일 사례가 우리에게 주는 중요한 시사점이라 볼 수 있음.
- 이주민자녀를 중심으로 인구집단으로서 2세대가 갖는 질적문제가 제기되면서 아동·청소년 정책이 새로운 사회적 관심을 모으는 양상을 보이며 더 많은 대상자에게 서비스 제공을 시도한다고 볼 수 있음.
- 보육서비스의 경우 지난 보육률 확대에도 불구하고 저출산의 주원인으로 부각된 3세 미만 아동 보육의 어려움 해결전망이 당분간 어두운 상황임.
- 독일 아동·청소년 대상 서비스 전달체계에서의 전형적 특징은 국가보다 가족 책임을 우선시하는 보충성 원칙임. 그러나 이런 보충성의 원칙은 가족 책임을 가족에게 모든 책임을 미루는 것이 아니라 가족이 돌봄 책임을 우선 수행 할 수 있도록 국가가 지원을 해주지만 국공립 기관등을 통하여 국가가 가족에게 직접 개입하는 양상은 피하고, 가족의 돌봄 기능을 국가가 적극적으로 지원하는 것임.

6. 주택 및 주거 서비스

- 독일에서는 주택과 주거에 관한 사회정책을 주거정책(Wohnungspolitik)이라 함.
 - 통상 주거정책은 국민에 대한 주거제공에 영향을 미치려는 목표를 가지고 공공주체나 경제 혹은 사회정책의 담당자에 의해 행해지는 모든 조치를 의미함.
- 주거정책의 방향에는 크게 주거를 새로 건설하는 방향과 주어진 주거를 대상으로 하는 방향의 두 가지 정책 방향이 있음.
 - 주거건설정책의 목표는 양, 구조, 질, 그리고 가격의 측면에서 정책의 목표에 상응하는 주거건설이 확보될 수 있도록 하는 것임.
 - － 주거건설정책의 주목적은 경제시스템과 독립적으로 크기, 질, 교통 그리고 가격의 측면에서 사회에서 통용되는 주거에 관한 기대치에 상응하게 가능하면 최대한으로 주거라는 기본욕구를 충족시키는 것을 가능하게 하는 주거를 모든 가족과 독신자들에게 공급하는 것임.
 - 반면 기존 주거를 대상으로 하는 정책은 정책의 목표에 상응하게 기존 주거총량의 사용, 배분, 유지 그리고 관리가 제대로 이루어지도록 하는 것임.
 - － 기존주거 관련 정책은 두 가지의 목적을 추구함. 하나는 경제적인 유지와 기존주거총량의 보수 및 배분을 목표로 하고,
 - － 다른 하나는 세입자를 주거상실과 가격인상에 대해 보호

하는 것임.

- 독일의 경우 주거가격이 토지가격에 많이 영향을 받고, 또한 주거의 질의 경우에는 주거환경에 많이 영향을 받는다는 사실을 강조하여, 주거정책이 토지정책, 도시개발정책, 지역질서정책 그리고 환경보호정책과 긴밀한 관계를 갖도록 하고 있음.
- 독일의 주거정책에 대한 고찰은 우리나라에 다음과 같은 시사점을 제공하고 있다고 생각됨.
 - 첫째로, 주거정책은 새로운 주거를 건설하는 정책과 기존의 주거를 대상으로 하는 정책을 구분할 수 있는데 후자는 전자가 충분히 달성되었을 때 의미를 가질 수 있다는 것임.
 - － 즉 주거물량이 충분하지 않으면 주거에 대한 규제나 집세 동결 등의 규제정책을 사용할 수밖에 없게 되는데, 이는 자율적인 주거시장의 형성을 방해하여 또 다시 충분한 주거물량을 확보하지 못하는 악순환을 발생시킴. 따라서 주거물량이 부족한 상황에서는 강제된 주거건설정책이 우선한다고 볼 수 있겠음.
 - － 즉 주거물량이 확보될수록 규제나 세입자 보호를 완화할 수 있어 수익성 있는 독립적인 주택시장 형성이 가능하고, 이어서 소득취약계층에 대한 집세보조를 문제없이 시행할 수 있게 된다는 것임.
 - 둘째로, 저소득자, 다자녀 가구 그리고 단독양육자, 노인, 장애인, 무주택자와 같이 주택시장에서 특히 불리한 위치에 있는 집단에 대해서는 자기주거의 건축이나 집세에 있어 지원

이 필요함.

- 독일의 경우 주택시장의 규제를 철폐하면서 이들 집단에 대해 더욱 필요해진 지원은 특히 공공재원의 지원을 받은 공공주택을 통해 이루어짐.
 - 즉 공공주택에 대해서는 취약계층의 보호를 위한 집세와 주거권에 대한 규제가 여전히 존재함.
- 셋째로, 독일 주거정책에서는 주택건설에 대한 각종 보조보다 취약계층에 대한 주거수당이 분배적 정의와 시장순응성이라는 측면에서 더 우수한 것으로 판단하고 있음.
- 그러나 그 경우에도 발생하는 나름대로의 문제점이 있는데 이에 대해 독일과 같이 적절하게 정책적으로 대응하는 것이 필요함.

제3권

미 국

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 미국 복지국가가 다른 선진국 복지체제와는 전혀 다른 특성을 가짐.
- 예외주의의 관점을 따라 미국 사회정책의 특수성을 두 가지 시각에서 접근함. 무엇이 미국복지국가를 예외적인 것으로 하는가에 대해 설명하면 다음과 같음.
 - 미국사회정책의 특수성은 미국의 예외주의가 말할 수 있는 구체적 사례임. 일차적으로 미국사회정책의 특수성은 미국의 왜소한 사회복지 지출에서 드러남. 미국은 OECD 국가 가운데 가장 잘사는 국가 군에서 속하면서 사회지출은 가장 낮은 수준에 머물러 있음.
 - 사회정책연구에 대한 비교적 시야를 처음 제시하여 개척자적 역할을 했던 영국의 티트머스(R. Titmus)는 복지국가를 유럽대륙을 일반적으로 사민주의 및 대륙형 복지국가로 유형화하는 한편 미국은 그와는 대조적 형태를 보인다는 점에서 잔여형(residual) 사회정책으로 분류함으로써 이미 미국의 취약한 복지체제를 강조한 바 있음.

- 미국에서 왜 예외적 복지국가가 만들어질 수밖에 없었는가를 제시하고 그것이 이후에 어떤 경로를 통해 오늘 날의 모습으로 형성되었는가를 밝히는 것이 중요함.
- 미국복지국가는 1935년을 기점으로 전통적 잔여형 제도에 사회보장제도를 더하여 본격적으로 구축되어 현재의 모습을 갖추. 보편적 복지와 잔여적 복지가 급여 자격에 따른 분류라면 공적 복지와 사적 복지는 급여를 제공하는 원천에 따른 분류임. 복지체제는 국가 외에 가족, 공동체, 그리고 시장의 역할과 참여도 포함함. 공적 복지가 국가를 통한 복지라면 사적 복지는 국가 이외의 통로를 거침. 미국은 다른 선진민주주의 국가에 비해 복지국가의 사적 비중이 높은 것을 특징으로 함. 사적 복지의 역사적 도입과 이후의 발전과 변화를 논의하지 않고는 미국복지국가를 분석하기 힘들.
- 사적 복지와 공적 복지의 상호작용이라는 관점에서 분석하고자 함.
- 글은 다음과 같은 순서로 진행될 것임. 첫째 부분은 문제제기의 부분으로서 미국복지국가의 왜소성에 대해 정밀한 논의를 제공함.
- 미국의 특수성은 미국만을 보아서는 드러나기 어렵고 따라서 비교적 관점을 통해 다른 선진민주주의 국가와의 비교분석을 제공하고 있음.
- 두 번째 부분은 미국 복지국가가 역사적으로 어떻게 형성되었는가를 관찰함.

○ 최초의 구축은 경제적 위기의 극치를 대표하는 대공황에 대한 반응임. 복지국가의 건설은 뉴딜 개혁체제의 중요한 일부를 구성했음.

제2의 획기적 전환은 과거와는 달리 경제적 빅뱅이 아니라 정치적 빅뱅에 따라 발생했음. 1960년대 민권운동의 폭발적 발발을 위시한 전반적 진보적 환경 속에서 만들어졌음. 존슨 민주당 대통령이 주도했던 ‘위대한 사회’ 프로그램은 뉴딜 복지국가에서 미완된 부분을 보강했음.

□ 세 번째는 오늘날 미국복지국가를 특징짓는 사적복지의 역할이 강화되는 것에 대해 분석임.

○ 미국복지국가는 사적복지를 고려하면 흔히 알려진 것과는 달리 그리 작지 않으며 다만 ‘은폐된 복지국가(hidden welfare state)’의 형태를 취하고 있음. 이런 점에서 ‘은폐된 복지’를 구명하는 것이 필요함. 미국 복지국가의 특수성에 대한 최근 연구동향을 비교연적 시각에서 주목하면서 각각의 시점에서 왜 그렇게 형성되었는가를 밝히는 것임.

○ 복지국가의 대표적 은폐영역에 속하는 근로장려세제는 1975년 도입된 이후 대중적 지지가 높아 지속적으로 확대되어 왔음.

2. 사회보장 관리체계

□ 미국의 사회보장분야 관리체계는 기본적으로 연방정부가 재원과 운영지침을 제공하지만, 구체적인 운영체계 및 프로그램

제공은 주정부 및 지방정부별로 다양한 형태를 보이고 있으며, 주정부 및 지역단위에서 상당부분 재량권을 가지고 있음.

- 따라서, 주정부 또는 지방정부별로 사회보장제도의 구체적인 운영체계 및 프로그램 제공이 다양한 형태를 보이고 있음.
- 그러나, 실제로 연방정부와 주정부의 사회보장에 관한 업무 분담은 사회보장, 보건, 복지에 있어서 연방정부가 어떤 역할을 해야 하는지에 대한 두개의 이념차이에 의해 영향을 받아 왔음.

- 즉, 작은 정부가 강령인 공화당이 행정부를 장악했을 때, 그 권한이 대거 주정부로 이양되는 경향을 보였고, 연방정부의 권한 확대를 추구하는 민주당이 행정부를 장악했을 때, 연방정부의 역할이 증대되는 경향을 보였음.

□ 사회보장을 크게 사회복지서비스와 사회보험, 그리고 공공부조 등의 세 개 영역으로 구분할 경우, 이들 영역에 대한 미국의 연방정부의 관리체계는 이원화되어 있음.

- 우선, 대인 사회서비스 관련 정책과 빈곤가족한시지원제도(Temporary Assistance for Needy Families, TANF), 메디케이드(Medicaid), 일반부조(General Assistance) 등의 공공부조 관련 제도는 연방 보건복지부(Department of Health and Human Services, DHHS)에서 관할함.
- 그 외 사회보험 및 사회보장(Social Security)과 보충적 소득부조(Supplemental Security Income) 관련 업무는 사회보장청(Social Security Administration)이 담당하고 있음.

- 미국은 사회보험 중 연금보험(Social Security)과 노인인구 의료보장인 메디케어(Medicare)는 주로 연방정부가 관장하고, 저소득층 의료보장인 메디케이드(Medicaid), 실업보험 및 산재보험은 주정부가 관리하거나 운영하는 형태를 띠고 있음.
- 미국의 사회보험 관리 운영의 또 다른 특징은 재무부(Treasury Department), 국세청(Internal Revenue Service), 사회보장청(Social Security Administration)이 업무를 분담하면서 연계하고 있다는 것임. 즉, 재무부는 기금의 관리 및 현금급여의 집행을, 국세청은 보험료의 징수 및 적용대상 사업장의 관리를, 사회보장청은 피보험근로자의 관리 및 급여의 심사 등의 업무를 분장하고 있으며, 정보의 교환을 통해 분장업무간의 연계를 이루고 있음.
- 미국의 사회보장혜택(Social Security Benefit)에는 Old-Age, Survivors, Disability insurance(OASDI)라고 하는 ① 은퇴연금 ② 사망보험 ③ 장애보험 세 가지 종류가 있음.
 - 2010년 사회보장청은 5천 4백만 은퇴자에게 65조원에 달하는 은퇴연금을 지불했으며, 이 금액은 연방정부 지출의 약 37%, 국내총생산의 7%에 달하는 금액에 해당됨.
 - 이러한 사회보장연금은 그동안 은퇴자의 빈곤율을 줄이는데 크게 기여한 것으로 나타나고 있으나, 사회보장제도 기금이 과연 급격하게 증가하는 노령인구를 지탱할 수 있는가에 대한 우려 또한 고조되고 있음.
 - － 미 의회 회계감사국(General Accounting Office)에 따르면

이 기금은 지출이 수입을 갈수록 앞질러 2036년에는 완전히 고갈될 것으로 예상되며, 은퇴자 의료보험제도인 메디케이드의 기금은 이보다 빠른 2024년에 그 바닥을 드러낼 것으로 예상되고 있음.

- 미국의 사회보장제도는 유럽의 복지국가 모델을 본 떠 시작되었으나, 지나치게 낙관적으로 미래의 수요와 지출을 계산해, 현재 심각한 재정난에 처해 있음. 인구의 급증과 평균수명의 급격한 증가, 가속화 되고 있는 인구의 노령화를 예측하지 못하고, 장미빛 청사진을 그려놓고 각종 공식을 만든 것이 문제의 원인으로 특히, 2008년 이후의 경제위기로 인해 사회보장체계를 개혁하려는 움직임이 활기를 띠고 있음.

3. 인구구조 및 인구문제

- 인구변동 요인
 - 미국의 합계출산율은 1960년 3.65명에서 1976년 1.74명으로 아주 빠른 속도로 감소하였으나, 이후 다시 회복하여 2006년에는 인구대체수준인 2.1명까지 상승, 2007년 2.12명, 2009년 2.01명, 2010년 1.93명으로 2.0명에 가까운 수준
 - 남성의 평균수명은 1900~1902년 평균 47.9세에서 2003년 74.8세 2007년 75.4세, 2009년 75.7세로, 여성의 평균수명은 동 기간 동안 50.7세, 80.1세, 80.4세, 80.6세로 증가
 - － 평균수명은 과거에 비하여 증가하고 있으나 세계적으로는

낮은 수준에 속하는데, 주된 이유로는 주된 이유는 미국 성인의 높은 비만율, 인종적 편차, 부실한 의료보험체계 등에 기인하는 것으로 분석

- 총인구 중 이민자가 차지하는 비중은 1900년 13.6%에서 1970년 4.7%까지 감소하였으며, 이후 1990년 7.9%, 2000년 10.0%, 2005년 12.1%, 2010년 12.9%로 지속적으로 증가
 - － 이민자들의 출신국별로는 최근 라틴아메리카계와 아시아계 이민자들의 유입이 증가

□ 인구구조 및 인구문제

- 미국 통계청 추계결과에 의하면, 총인구는 지속적으로 증가하여 2050년경 4억 4천만 명이 될 것으로 전망되고 있으며, 인구성장률은 2050년까지 양적(+)으로 유지될 것이나, 다만 증가분은 감소할 전망
- 높은 출산율, 영아와 아동사망률 감소, 젊은 근로자와 그 가족들로 구성된 이민자들의 높은 순이민율로 인하여 20세기 초반 미국의 인구는 젊은 구조를 유지하였으나, 베이비부머의 고령층 진입으로 인하여 인구고령화 문제 불가피
 - － 1950년 인구피라미드는 규모도 큰 크리스마스 트리형 구조였으나, 2000년에는 출산율 저하로 피라미드의 아랫부분이 줄어들고 평균수명 연장으로 윗부분이 증가
 - － 2050년에는 80세 이상의 초고령 인구가 차지하는 비중(7.4%)이 증가하는 등 인구고령화가 가속화
 - － 다만, 상대적으로 젊은 연령층으로 구성된 이민자들의 유입이 인구고령화를 완화시킬 것으로 예상

4. 경제와 정부재정

- 미국은 단일 국가로서 세계 최대의 국민경제 규모를 갖춰, 2011년 현재 명목 국내총생산(GDP)이 15조 달러에 달하며 1인당 국내총생산(GDP)은 48,147달러로 세계 10위 수준임.
- 그러나, 미국은 2007년 12월부터 공식적으로 경기후퇴 단계에 접어들었고, 지속기간이나 그 규모면에 있어서 1930년대의 대공황 이래 최장기인 상황임.
- 현재 미국 경제침체의 주요 원인은 이전의 닷컴버블이나 오일 가격의 변동성이 아닌 서브프라임 모기지라는 금융위기로부터 야기된 것임. 현 상황에서 미국 경제의 회복에 관건이 되는 것은 주택시장의 회복이며, 주택가격의 회복은 주택관련 금융시장의 안정화를 가져오며 동시에 일반소비의 회복을 통한 경제성장을 가져올 것으로 예상됨. 그러나, 고용 및 주택 시장의 불안은 계속되고 있는 것으로 보임.
- 2010년 7월, 미국 의회는 금융개혁법안(이른바, 도드-프랭크 법안)을 통과시켰고, 미국 경제성장의 중요한 축을 담당해 온 금융산업에 대한 규제 강화를 본격화 하였음. 이러한 금융개혁법안의 주된 내용은 위험관리와 시장투명성 제고를 위한 규제 강화를 통해 자본시장과 증권산업의 투명한 거래와 대형 금융사고를 미연에 방지하고자 하는 것임. 아울러 서브프라임 모기지 사태 발생 이후, 주택구입 수요자에 대한 대출 심사도 대폭 강화되었음.

- 최근 미 의회예산처(Congressional Budget Office, CBO)는 2012년 말, 미국정부의 재정적자 규모가 1조 5천억 달러에 이를 것이라고 전망했음. 또, 2012 회계연도 말에, 총 연방재정적자 규모가 16조 4천억원에 달할 것이며, 이는 미국 국내총생산(GDP)과 거의 동일한 액수에 달하는 엄청난 규모라고 밝히고 있음.
- 이와 더불어, 일반 시민들이 구입한 각종 정부채를 제외한 공공부채 규모만도 2012년도 말에는 국내총생산(GDP)의 67%에 달할 것으로 예측되어, 미국 정부의 재정건전성 제고가 시급한 상황임을 반증하고 있음.
- 백악관은 2011 회계연도(2010.10~2011.9)에도 세수는 2.2조 달러, 지출은 3.8조 달러에 달할 것으로 추정하고 있으며, 국가채무 역시 급증하고 있는 것으로 파악하고 있음. 이와 더불어 무역수지 역시 적자가 지속되어 미국은 이른바 ‘쌍둥이 적자’를 기록하고 있는 상황임. 특히 미국은 글로벌 금융위기 이후 금융기관의 부실해소 및 경기부양을 위해 노력하는 동안 재정적자가 큰 폭으로 증가했음.
- 오바마 정부는 신 재정정책을 발표하여 부시정부의 감세법의 시한을 연장하고, 사회보장세율을 인하하며, 장기 실업수당의 지급시한을 연장하고, 기업투자에 대한 가속감사상각을 확대하기로 하였음.
총 8,578억 달러 규모에 달하는 신 재정정책은 경제회복에 어느 정도 기여하고 경기부양을 위한 연방 지불준비이사회의 통

화정책에 대한 부담을 완화시킬 것으로 기대되나, 신 재정정책 시행에 따른 재정적자 확대로 재정건전화가 지연되면, 중장기적으로는 오히려 성장에 걸림돌이 될 수 있다는 의견 역시 나오고 있음.

일부에서는 또한 신 재정정책의 효과가 2009년에 시행된 미국 경기부양법(The American Recovery and Reinvestment Act, ARRA)에 비해서는 크지 않을 것으로 예상하고 있는데, 그 이유는 신 재정정책이 새로운 재정지출이 아닌 기존의 감세 조치를 연장한 데다 승수효과가 낮은 세율인하 항목이 다수를 차지하고 있기 때문으로 분석됨.

반면, 신 재정정책은 2011~2020년까지 재정적자를 총 8,578억 달러 수준으로 확대시킬 것으로 분석되고 있음. 이중 7,214억 달러는 세수감소로 인해, 나머지 1,364억 달러는 재정지출의 확대에서 비롯되는 것으로, 연도별로는 2011~2013년(9,169억 달러)에 집중됨.

5. 소득분배와 사회보장 재정

- 일반적으로 미국은 소득 불평등 정도가 매우 큰 것으로 알려져 있는데, 2007년 현재, 미국은 지니 계수가 37.8로 산업화된 국가들 중 소득 불평등이 가장 심한 나라 중의 하나로 OECD 회원국가 34개국 중 31위에 해당됨.
- 미국 상무부와, 미의회예산국(CBO), 국세청(IRS)의 자료에 따르면 1970년대 후반부터 가구간 소득 불평등이 크게 증가

해 왔다고 함. 또, 2011년 CBO의 보고서에 따르면 1979년에서 2007년 사이에 상위 1%에 해당하는 가구의 소득은 약 275% 증가한 반면, 하위 80%의 가구는 현재 미국 전체 소득의 절반 이하만을 차지하고 있는 상황임.

- 최근 미국 의회의 공동 경제 위원회(U.S. Congress Joint Economic Committee, 2010)는 소득 불평등에 관한 보고서에서, 2007~2010년의 3년 동안 빈곤율이 1980년대 초반 이래 가장 빠른 속도로 증가했으며, 실업률 또한 2년 연속 9% 이상으로 유지되고 있어 빈곤율이 급속히 증가했음을 밝힘.

□ 일반적으로 미국의 공공부조제도는 근로능력이 있는 자와 근로능력이 없는 자를 엄격히 구분하며, 그에 따라 보장의 정도를 달리하고 있는데, 현재, 미국에서 소득지원 대상에 해당하는 저소득층은 크게 두 집단으로 나뉨.

- 하나는 노동시장에 참여하기 어려운 저소득층, 혹은 근로능력상실자에 해당하는 고령자와 장애인을 대상으로 하는 보충적 소득보장(Supplemental Security Income, SSI) 프로그램임.
- 다른 하나는 일시적으로 경제적인 어려움을 겪고 있는 빈곤 가정과 그에 속한 아동을 지원하는 빈곤가정일시부조(TANF) 프로그램이다. 이 두 프로그램의 대상이 되는 집단은 현재 상황과 미래에 대한 전망, 그리고 그 인과성에서 차이가 나고, 그러한 차별성으로 인해 지원 프로그램의 내용과 수준뿐 아니라 급여의 한시성과 자격조건도 달라지게 됨.

- 가장 최근 2011 회계연도 기준으로 미국 정부의 재정지출에 가장 큰 비중을 차지하는 것은 보건복지와 사회보장 부문으로 보건복지와 사회보장에 각각 24%와 21%를 지출함으로써 총 45%의 재정이 이 두 부문에 지출되고 있음.
- 미국의 사회보장관련 정부 기능별 지출에는 보건(Health), 메디케어(Medicare), 소득보장(Income Security), 국민연금(Social Security), 제대군인 급여 및 서비스(Veterans Benefits and Services) 등이 포함됨.
- 2010년 사회보장 관련 총지출은 2조 2,580억 달러로, 이 중에서 Social Security 31.3%, 소득보장관련지출이 27.5%, 메디케어 20%, 보건의 16.3%, 그리고 제대군인 급여 및 서비스가 4.9%를 차지하였음.
- 미국은 기본적으로 재정연방주의(Fiscal Federalism)에 근거하여 정부의 수입과 지출에 대한 책임과 권한을 연방, 주, 지방정부가 일정수준으로 공유하고 있으며, 각종 재원이 공유되어 다양한 행정서비스가 보다 효과적이고 효율적으로 제공되도록 제정의 수직적, 수평적 형평성과 공유에 초점을 두고 있음.
- 미국에서 소득분배 프로그램의 하나로 대표적인 공적부조제도인 TANF 프로그램의 재정은 연방정부와 주정부에 의해 조달되며 연방정부는 포괄보조금(Block Grant)방식으로 지원함. 연방정부와 주정부의 TANF 프로그램에 대한 전체 재원 비율은 각 주마다 다름.
- TANF를 운영하는데 소요되는 비용 중 연방정부가 지원한 재원은 연방정부의 규정에 부합하는 프로그램에만 사용될

- 수 있으며, 각 지역의 사업평가에 따라 TANF의 예산지원은 달라짐. 주정부는 자체적인 사업비를 마련할 수 있으며 이러한 재원은 주로 주 자체 프로그램을 운영하기 위하여 활용됨.
- 또 다른 소득분배 제도로 활용되고 있는 빈곤한 65세 이상 노인과 장애인에게 제공되는 현금급여인 보충적 소득보장(SSI)는, 연방정부의 규정에 따라 모든 주에서 동일한 자격기준과 급여기준이 적용되며 그 재원은 연방정부의 일반재정에 의해 조달됨. 연방정부의 SSI 급여와는 별도로 주정부마다 SSI 급여를 보충하기 위한 급여 또한 제공하고 있음.

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 미국복지의 중대한 변화는 1990년대 일어남. 복지정책을 분류하는데는 여러 기준이 있지만 미국적 특성을 관찰하면 두 종류가 있음.
 - 사용자연금이나 주택구입 금융지원과 같이 포괄적 복지가 있는 한편 근로장려세처럼 자산조세에 기반하는 공적복지가 있음.
- 본 보고서에서는 1990년대 이후 미국복지국가의 변화에서 중요한 사건은 자산조사를 기반으로 하는 빈곤정책의 변화에 주목함.
- 현금급여 빈민정책은 1990년대 중대한 변화를 겪었음. 빈곤정책의 변화는 두 가지 통로를 통해 이루어졌음.

- 첫째는 아동부양가족에 대한 제도를 개혁하여 급여조건과 신청자격을 제한하는 것임. 이는 공적 복지국가의 획기적 변화라는 점에서 중요함. 한부모의 아동 보호권은 더 이상 시민의 사회적 권리가 아니라 노동하지 않으면 획득할 수 없다는 것으로 바뀜.
 - 다른 하나는 사적 복지국가를 확대하는 방향으로서 근로장려세제의 확대임. 근로장려세제는 동일하게 빈민을 대상으로 하는 정책이지만 노동에 대한 동기부여를 강화하기 위해 도입되었음. 2007년 미국복지국가는 사적복지의 비중이 가장 많은 부분을 차지하고 있음.
 - 미국은 1996년 8월 민주당과 공화당 모두의 지지 하에 중대한 빈민정책개혁을 통과시킴. 1996년의 빈민정책 개혁을 상징하는 PROWRA 입법 이후 미국의 저소득 지원정책은 오늘날까지 큰 변화없이 그 보수적 기조를 유지하고 있음. 보수적 기조는 사회적 양극화의 심화와 소득불평등의 악화에서 잘 나타남. 1996년의 변화를 이해하는 것은 현재의 미국을 이해하는 것과 같으며 후자를 위해서는 1996년의 변화가 어떻게 가능했는지를 철저히 분석해야 함.
- 두 번째 주요 변화는 1990년대 일어난 사적 복지국가의 강화임.
- 사회보장이나 사회부조가 공적복지의 근간을 형성한다면 근로장려세제는 의료보험과 아울러 대표적 사적 복지국가를 구성함. 근로장려세제의 대폭확충임. 1996년 클린턴 정부와 의회는 근로장려세제를 수혜대상인원과 소요예산을 대폭 확충하는 법안을 통과시켰음.

- 근로장려세제는 가장 논란의 대상이었던 아동을 부양하는 가족을 지원하는 제도인 AFDC/TANF보다 많은 수의 가정에 혜택을 주고 따라서 많은 예산을 필요로 하는 빈곤정책임. 이후 미국의 근로장려세제는 근로빈민을 빈곤선에서 탈출시키는 일차적 도구로서 부상하였음.
- 1980년대 레이건의 보수혁명 이후 미국복지국가는 전반적으로 뉴딜시대 만들어진 자유주의적 기초로부터 벗어나 보수화의 길을 시작했음.
 - 1990년대 이후의 가장 획기적 변화가 두 차례 있었음. 그 첫째는 1994년 공화당 하원의장 뉴트 긴리치가 주도한 소위 ‘미국과의 계약(Contract with America)’이고 둘째는 1996년 8월에 하원을 통과한 ‘개인책임과 근로의 조화법(PRWORA)’임. 이처럼 미국복지국가의 최근 행보는 정치적 풍향과 밀접히 관련됨.
- 최근 미국정치의 기조는 진보경향이 주류임. 2006년과 2008년 선거결과가 말해주듯 민주당 대통령과 양원 또는 적어도 상원은 민주당이 차지해왔음. 사회정책은 모든 정책과 마찬가지로 정치에 의해서 결정되기 때문에 집권정부의 정치적 색깔은 복지국가의 성격을 결정한다고 해도 크게 틀리지 않음. 1930년대 미국복지국가가 처음으로 만들어진 것도 민주당 정부에서였으며 1960년대에 일어난 ‘위대한 사회’의 건설도 마찬가지임.
 - 그러나 여기서는 미국복지국가의 성격에 심대한 영향을 미친 1990년대의 변화에 주목하고자 함. 또한 1990년대 변화는

10년 이상이 경과함에 따라 역사적 평가가 가능한 시점에 있음. 반면 최근 변화는 1996년의 개혁과 같은 역사적 중요성을 갖지 않을 뿐 아니라 아직 학술적인 차원의 객관적 평가를 하기에는 정책의 운용경험이 충분하다고 보기 어렵기 때문임.

제2장

소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 고용정책의 성격은 각 국의 축적된 사회적 경험과 제도들에 의존하게 되는데, 소극적 노동시장 정책과 적극적 노동시장 정책으로 구분하여 살펴볼 수 있음.
- 미국의 고용정책 역시 실업급여 등 소극적 노동시장 정책과 고용안정사업, 직업능력개발, 공공고용서비스 등 적극적 노동시장 정책으로 구분하여 볼 수 있음.
- 여기에서는 이러한 고용정책의 분류에 기초하여 시기별 각 고용정책 및 법제도의 형성과 변화를 통해서 미국 고용정책을 개괄해 봄.
- 대표적인 소극적 노동시장 정책인 실업보험제도는 미국에서 대공황에 따른 대량실업과 빈곤 문제를 해소하고자 제정된 1935년 사회보장법(Social Security Act)으로부터 시작됨.
- 실업보험제도의 운영에 있어서 연방정부와 주정부가 역할분담을 하게 되는데, 연방정부의 경우 실업보험의 운영과 관련된 기본 사항을 담당하며, 주정부의 경우 실업급여의 지급 등 실업보험제도를 자체적으로 운영함. 따라서 주정부마다

실업급여 징수액과 지급액에는 차이가 남.

- 미국에서 실업보험의 납부대상은 거의 대부분의 주에서 사용자임. 미국 실업보험제도의 특징 가운데 하나는 경험료율제도를 운영하고 있다는 점임. 경험료율제도는 해고로 인한 실업급여의 지출을 많이 발생시킬수록 높은 보험료율을 책정하는 방식으로 실업에 따른 비용부담을 각 사업장의 실업발생경력에 비례하여 분담시키기 위한 것임.
- 미국의 실업급여는 일반실업급여(Regular Benefits, UB), 연장실업급여(Extended Benefits, EB), 비상실업급여(Emergency Unemployment Compensation, EUC)로 구분됨.
 - － 미국의 실업급여 수준은 2010년 현재 47%로서 낮은 수치를 보여주고 있음.
 - － 시간 경과에 따른 소득대체율 감소 역시 다른 국가들에 비해 빠르다는 특징을 가짐. 5년 동안의 평균 순소득대체율을 보면 미국이 12.3%로서 OECD 평균 29.9%에 비해 매우 낮은 수준임.
- 적극적 노동시장 정책 가운데 하나인 공공고용서비스제도는 미국에서 대공황 극복을 위해 1933년에 제정된 와그너 페이서 법(Wagner Peyser Act)에 의해 본격화됨.
- 공공고용서비스제도는 연방정부와 주정부 공동에 의해 수행되나 연방정부가 보다 주된 역할을 담당함.
 - － 현재 실업자의 5명 중 1명 정도가 공공고용서비스를 이용하고 있는데 이것은 민간고용서비스기관의 두 배임. 그리고 사용자의 경우 사용자의 30%가 공공고용서비스를 이용함.

－ 2012년 현재 미국의 원스톱센터는 총 2,822개이며, 종합원스톱센터 1,790개, 지부원스톱센터가 1,032개임.

- 현재와 같은 미국의 직업능력개발사업은 1998년 제정된 인력투자법(WIA)에 기초하여 구축됨. 동 법을 기준으로 공급자 위주의 훈련사업에서 수요자 위주의 훈련사업으로 전환하게 됨.
 - 훈련사업은 주로 연방정부에 의해 이루어지는데, 연방정부는 가이드라인을 제공하고 주정부는 사업의 집행을 담당하는 역할을 함.
 - 미국의 고용정책이 상대적으로 실업자, 빈곤층에 보다 집중해 옴으로써 재직자를 대상으로 하는 직업능력개발사업은 주로 주정부에 의해 이루어지고는 있으며 그조차도 미약했던 것이 사실임. 그러나 인력투자법(WIA)이 과거에서처럼 특정 목적을 위해 특정 계층을 대상을 목표로 하기보다는 보다 보편적인 접근을 강조함으로써 전통적인 정책기조에서 다소간의 변화가 있게 됨.
- 미국의 고용안정사업에는 취업취약계층의 고용에 보조금을 지급하는 근로기회세액공제(WOTC)와 복지에서고용세액공제(WWTC) 프로그램 그리고 근로빈곤층에게 소득을 지원해주는 근로장려세제(EITC) 등이 있음.
 - 미국의 경우 다른 OECD 국가들에 비해서 고용안정사업의 비중이 크지 않으나 최근 다소간의 증가세에 있음.
 - － 2009년 현재 전체 GDP 가운데 적극적 노동시장 정책의 비중은 0.16%로서 OECD 평균 0.62%에 비해 상당히 낮은

수준임.

- 특히 덴마크의 1.62%에 비해 1/10밖에 되지 않은데, 이것은 국가의 노동시장 개입을 최소화하려는 미국의 작은 정부라는 정책기조와 맞물려 나타난 결과임.

- 미국의 최저임금제도는 1938년 제정된 공정노동기준법(FLSA, Fair Labor Standards Act)의 제정과 함께 공식적으로 출범함.
- 연방최저임금(Federal minimum wage)은 1938년 공정근로기준법(FLSA)이 제정된 첫 해의 0.25달러에서부터 2012년 현재 7.25달러까지 지속적으로 조정되어 왔음.
 - 그러나 실질최저임금의 추이를 보면 1938년 연방최저임금이 처음 결정된 이래 60년대 말까지 지속적으로 상승하다가 70년대 이후 정체되어 왔음. 더욱이 90년대 이후에는 실질최저임금이 하락함.
 - 이에 따라 2007년에는 민주당 주도로 5.15달러에서 2009년까지 3단계에 걸쳐 7.25달러로 인상하기로 하였으며 현재까지 유지되고 있음.
- 미국 최저임금제도의 특징 가운데 하나는 연방 차원의 최저임금과 주 차원의 최저임금이 이원화 되어 있다는 점임.
 - 연방최저임금이 7.25달러였던 2011년에 5.15달러의 와이오밍주에서부터 8.67달러의 워싱턴주에 이르기까지 주별로 최저임금은 매우 다양함.
 - 일반적으로 연방정부와 주정부의 최저임금에 차이가 있을 경우에 높은 쪽의 최저임금이 적용됨.

2. 연금제도

- 미국의 공적 연금은 1935년 제정된 사회보장법(Social Security Act)에 기초한 노인·유족·장애인연금보험제도(Old Age, Survivors, and Disability Insurance: OASDI)와 일부의 공무원과 철도직원이 가입하는 특별한 제도임.
- OASDI는 미국 대다수 종업원과 자영업자들이 가입하는 중심적 공적 연금제도임. 미국의 이런 공적 연금제도는 실업보험(Unemployment Insurance) 내지 고용보험과 함께 1935년 루즈벨트(FDR) 대통령하에서 제정된 사회보장법(Social Security Act)의 두 핵심 축이기도 함.
- OASDI에는 2010년 12월 기준 약 1억 5670만 명이 가입되어 있으며, 미국 취업자의 약 94%가 포괄됨.
- 2010년 12월 시점에서 노인연금, 유족연금, 장애인연금을 포함한 전수급자수는 5,400만 명, 그 중 노인연금 수급자가 3750만 명, 유족연금 수령자가 640만 명, 장애인연금수령자가 1020만 명에 이름. 미국 전체 인구로 보았을 때, 6명 중 1명은 사회보장연금을 받는 셈임. 또한 65세 이상 인구 중 91% 정도가 사회보장연금을 받는 상황임.
- OASDI의 재원은 사회보장세(social security tax)로 충당되며 종업원이든 자영업자든 관계없이 세율은 12.4%임.
- 자영업자는 12.4%를 모두 본인이 부담하지만 종업원의 경우 사용자와 균등하게 6.2%씩 부담함.

- 이 사회보장세를 세분하면 노인유족연금분은 10.6%이고 장애인연금분은 1.8%임.
- 여기에 65세 노인들을 위한 전국민공적의료보험인 메디케어(medicare)세 2.9%를 합친 OASDHI의 세율은 15.3%임. 이 경우에 종업원과 사용자의 부담세율은 각각 7.65%로 역시 동일함.

- 미국 사회보장연금(OASDI)의 가장 중요한 특징은 확정급여형(DB: Defined Benefit) 사회보험프로그램이라는 점임. 즉 받게 될 연금은 일정한 룰에 기초하여 사전에 확정됨. OASDI의 두 번째 중요한 특징은 부과방식(Pay-As-you-Go) 시스템을 기본으로 하면서도 일정한 규모의 적립금을 보유하는 수정부과방식을 유지하고 있다는 점임. 수정 부과방식이란 현재급여에 필요한 금액보다 높게 사회보장세를 설정하여, 상당정도 준비금을 보유하는 방식을 말함.
- 일정 기간 사회보장세를 납부하고 퇴직연령에 도달한 사람에게서는 노인연금이 지급되고, 그 가족에게는 가족급여가 지급됨. 이 노인연금을 수급할 수 있기 위해서는 몇 가지 조건이 충족되어야 함.
 - 첫째, 일정액 이상의 소득이 있어야 함. 둘째, 사회보장세를 납부했을 경우 부여되는 기간 단위, 즉 가입사분기(Quarters of Coverage: QC)가 일정 수 이상이 되어야 함.
 - 1 QC를 취득하는 데에는 1,120달러(2011년) 이상의 소득이 요구됨. 노인연금을 받을 수 있으려면 40 QC(40 credits)

을 획득해야 하며 62세부터 연금수령이 가능함. 이는 노인 연금급여를 받으려면 10년 꼬박 사회보장세를 납부해야 한다는 것을 의미함.

- 노인 연금 수령자에게 배우자 및 이혼한 원배우자 및 아들이 있을 경우, 이들에게 가족급여가 지급됨. 2010년 12월 현재 배우자 급여액 평균은 580달러, 자식의 급여액 평균은 576.70달러에 이름.
- OASDI에 가입한 자가 사망한 경우, 배우자, 자식 등의 유족에 유족연금이 지급됨. 2010년 12월 현재 급여액은 배우자의 평균이 1,133.90달러, 자식(surviving children)의 평균이 751.80달러에 이름.
- OASDI에 가입한 자가 일정한 장애를 갖게 되거나 일을 할 수 없어 소득을 벌지 못하는 경우, 장애인연금이 지급됨. 2010년 12월 수급자 본인의 수급액은 평균 1067.80 달러에 이름.

□ 현역세대들의 사회보장세는 퇴직세대의 연금급여의 지급에 사용되고, 남은 부분은 장래의 늘어날 퇴직세대의 연금급여 지급 지출 증가에 대비하기 위해 사회보장신탁기금(Social Security Trust Fund)에 적립됨. 사회보장신탁기금은 설립시기가 서로 다르고 성격이 달라 서로 분리된 두 기금, 즉 노인유족연금신탁기금(OASI Trust Fund) 장애인연금 신탁기금(DI Trust Fund)으로 구성됨.

○ 2010년 12월 말 현재기준으로 OASDI의 재정현황을 보면 가입자로부터 거두어들인 사회보장세가 81.6%의 압도적 비중

을 차지함. 그 다음으로 적립금의 운용수익이 15.0%를 차지하며 끝으로 가입자가 받는 연금급여에 대해 부과되는 세금이 3.1%를 차지함.

- OASDI의 지출구조를 보면 해당 가입자에게 지급되는 노인연금, 장애연금 등 각종 연금급여가 압도적으로 높은 비중을 차지하고 있음. 그 다음으로 OASDI를 운영하는데 드는 행정관리비용, 그리고 철도퇴직연금으로의 재정이전자금 등이 주요 지출항목을 구성함.

□ 미국의 사회보장신탁기금의 적립금은 다른 어떤 나라의 사례에 찾을 수 없을 정도로 특별하게 운용됨.

- 이 적립금은 국채 혹은 연방정부가 그 원금과 이자를 보증하는 증권에 투자하도록 되어 있음. 이 특별증권의 발행주체는 재무부임. 이 적립금은 사회보장신탁기금만이 구입할 수 있는 비시장성 특별채권에 모두 투자하도록 되어 있음. 특별채권의 구입대금인 사회보장세는 재무성의 일반회계에 편입되어, 연방정부의 지출과 정부채권상환에 사용됨.

- OASDI신탁기금의 재정상태는 OASI신탁기금의 재정상태와 DI신탁기금 재정상태를 그대로 반영함. 이 중에서도 OASI신탁기금의 재정상태가 DI신탁기금 재정상태보다는 압도적으로 양호함. 이에 비해 DI의 재정상태는 아주 열악함. 2009년 이미 DI의 수지는 85억 달러 적자(마이너스)를 기록했고 그 이후 적자규모가 계속 증가하는 것으로 추정됨. 그리하여 DI의 적립금이 2018년에 완전히 고갈되는 것으로 예상됨.

3. 재해보험

- 미국의 산재보상은 민법(보통법)에 근거한 보상시기 이후 임의가입시기를 거쳐 강제가입의 형태를 갖춘 산재보상법이 입법되었음.
 - 미국 산재보상 제도의 주요 특징
 - － 첫째, 연방정부의 개입이 적어 주 별로 크게 차이가 나며,
 - － 둘째, 사용자 무과실 책임주의의 보험가입 강제 방식이며,
 - － 셋째, 대부분의 주에서 ‘자가 보험자’를 허용하고 있음.
 - 산재보상에 대한 연방의 역할
 - － 연방은 특수직역 근로자를 대상으로 일부 프로그램을 운영함.
 - － 1972년 연방하원에 설치되었던 ‘주 재해보상법에 대한 국가 위원회’의 권고를 통해 주 정부 제도의 기준을 제시함.
- 주정부 프로그램의 내용
 - 적용대상과 보상대상
 - － 많은 주에서 소규모 사업장, 농업노동자, 가사노동자, 종교 단체의 근로자 등은 적용제외됨.
 - － 산재보상의 대상이 되는 요건은 고용 과정에서 발생하는 상해, 질병, 사망임. 업무시간 이외나 통근재해는 제외됨.
 - 급여
 - － 산재보상에 대한 일반적인 급여 종류는 유사함.
 - 치료나 통증 경감을 위한 처치, 재활 서비스, 손실 임금에 대한 보상, 유족 급여 및 장제비, 직업 재활 서비스 등

- 주정부간 급여의 수준이나 기간에서 상당한 차이를 보임.
- 장애급여는 일시적 장애 급여(휴업급여)와 영구적 장애급여로 나누어지며, 양자 모두 다시 전체 장애와 부분 장애로 구분됨.
- 일시적 장애급여는 일정 대기기간 후 지급됨.
- 전체 장애시 평균임금의 2/3(순임금의 80%)를 기준으로 함.
- 부분 장애시 손상, 소득능력 또는 상실근로소득을 따름.
- 유족급여
 - 급여수준은 재해전 순임금의 약 35%에서 70%이며, 아동이 있을 경우 60~80%임. 최고급여액이 정해져 있음.
- 의료서비스
 - 응급조치, 진료나 검사, 처치 및 수술, 입원, 간호, 처방 의약품 및 의료적 보장구, 이송비 등
- 직업재활서비스
 - 가능하면 원직장 복귀, 불가능할 경우 적절한 일자리 알선, 불가능할 경우 의료 재활, 훈련, 알선 서비스를 계속함.
 - 직업 재활 서비스에 적극적으로 참여하지 않는 사업주나 근로자에게는 보험료를 인상하거나 급여가 중지될 수 있음.
- 전달체계
 - 보험행정기관과 관장기관
 - 사업주는 영리 보험사나 허가된 비영리 보험조직에 가입함.
 - 기금을 설치하는 경우 주정부 또는 법원에서 관리
 - 자가보험이 허가된 경우 개별 회사나 단체 단위로 운영
 - 모든 주에서 주무 부처의 국(노동부의 산재보험국) 또는 노동 관련 위원회(예를 들면 산업위원회)에서 관장함.

○ 재정부담

- 거의 모든 주에서 사용자의 부담으로 충당됨.
- 산업(업종), 직업과 임금을 기준으로 보험료가 책정됨.

□ 평가와 시사점

○ 미국 제도의 단점

- 주정부간 과도한 급여 차이
- 과도한 소송 및 관리운영비

○ 시사점

- 사용자 책임의 면책 도입 가능성
- 직업재활에 대한 책임 강조

4. 가족수당

- 미국에서는 연방 정부나 지방 정부 차원에서 가족수당(family allowance)나 아동수당(child allowance)이 존재하지 않음. 따라서 보고서에서는 미국의 피부양 아동을 양육하고 있는 빈곤가정에 대한 소득지원 프로그램의 내용을 살펴보았음.

- TANF: 수급자격 요건은 AFDC(Aid to Family with Dependent Children)의 조건과 같다고 볼 수 있음. 즉 부모의 사망, 가출, 정신적 또는 신체적 무능력, 실업 등에 의하여 부모로부터 부양받지 못하는 18세 미만의 아동이 있는 가정 중 법정공제액을 제외한 소득이 주에서 정한 표준 생계비(need standard)의 185% 이하여야 하며, 재산액이 1,500달러 이하여야 함.

- Food Stamp: 소득과 자산을 기준으로 저소득 가정에 대해서 식품교환권을 지급함으로써 저소득 가정으로 하여금 생활에 필요한 식품을 구입할 수 있게 하는 제도임.
- WIC: 여성, 유아 및 아동 식품보조 프로그램으로서 저소득층 임산부, 출산 직후의 여성, 영유아 및 5세 이하의 아동들을 대상으로 식품, 영양, 상담 및 의료지원을 목적으로 공공부조 프로그램임.
학교급식 프로그램은 TANF 수급가정의 아동, 식품교환권의 혜택을 받고 있는 가정의 아동, 저소득층 아동에게 학교에서 저렴한 비용 혹은 무료로 아침과 점심 급식을 제공함과 동시에 국내 농산물 소비를 촉진하기 위한 목적을 가진 공공부조 프로그램임.
- 공공주택 프로그램은 저소득층(노인, 장애인 및 인디언을 포함)을 위한 공공임대주택을 건설하여 저소득층에게 주택을 보급하는 프로그램임.
- 섹션 8 프로그램은 연방정부가 극빈층을 대상으로 주택임대증서(rental voucher) 또는 주택임대 권리증(certificate)을 지급함으로써, 저소득가구, 노인 및 장애인의 주택임대를 보조하는 프로그램임.
- LIHEAP: 저소득가구 광열비 부조 프로그램은 1970년대의 연료비 급등 이후에 연방정부가 저소득가구의 냉난방 비용 및 에너지 절약을 목적으로 주택을 보수하는데 드는 비용을 보조

하는 제도임.

- Medicaid: 의료부조는 저소득층에게 의료 및 보건 서비스를 제공하기 위해 만들어진 제도임.
- General Assistance: 일반부조는 연방정부의 재정지원 하에 운영되는 공공부조 프로그램의 혜택을 받을 자격이 없거나, 또는 혜택을 받고는 있지만 그것만으로는 기본적인 욕구를 충족 시키기에 부족하여 별도의 지원을 필요로 하는 저소득 개인 혹은 가구를 지원하기 위해서 주 정부 또는 지방자치단체가 독립적으로 운영하는 제도임.
- EITC: 근로소득 보전세제는 단순히 소득세 체계를 통해서 세금을 거두는 것이 아니라, 일을 하면서도 소득수준이 낮아 어려운 생활에서 벗어나기 힘든 계층을 지원하기 위한 복지적 성격의 조세제도임. 피부양 아동이 있는 저소득층의 세금 부담을 덜어주고 더 나아가 근로소득이 일정 수준 이하인 근로 빈곤층 가구에 대해 현금급여를 제공하는 제도임. 저소득 가구가 내야 할 세금보다 공제돼야 할 금액이 많은 경우 단순히 세금을 면제하는데 그치지 않고 차액만큼 현금으로 지급하는 제도임.
- Day Care Program: 빈곤한 가정의 아동들은 그들의 부모에게만 양육을 맡기면 학교에서 성공하거나 노동시장에서 취업하기 위해 필요한 특성들을 얻지 못하기 때문에, 이러한 불리한 환경에 처한 아동들을 위한 보상적 프로그램이 가정 밖에서

이루어질 필요가 있음. 이러한 배경 하에서 나온 프로그램이 보육 프로그램(Day care or child care program)과 Head Start Program임. 빈곤가정의 아동을 위한 보육 프로그램은 정부의 지원에 의하여 빈곤가정의 부모들에게서는 적절히 받을 수 없는 교육, 사회화 그리고 정서적 안정을 위한 양육방법 들을 제공하고 있음.

5 공공부조

□ 미국 공공부조제도의 역사 개요

- 미국에서 도덕적으로 비난의 대상이 될 만한 빈곤층, 근로가 가능한 빈곤층에 대한 구제는 사회적 갈등을 초래하는 이슈로 오랜 동안 지방정부의 책임으로 미루어져왔음.
- 1969년 대법원의 수석재판관 워렌 버거(Warren Burger)가 복지수급권을 인정하는 행정 절차를 규정하도록 한 뒤, 복지에 대한 권리인정은 견고해졌지만 근로빈곤층에 대한 지원은 여전히 민감한 이슈였음.
- 1970년대 이후 빈곤구제의 책임은 민간에서 지방정부로, 주 정부로 그리고 연방정부로 옮겨져 왔고 연방정부의 책임 수용이 매우 높아졌음.
- 하지만 사회부조에서 효율성 가치가 강조되기 시작하는 1980년대부터 상위정부의 빈곤구제에 대한 책임은 서서히 모호해지기 시작함.
 - － 레이건 행정부는 옴니버스 예산 조정법(Omnibus Budget

Reconciliation Act)으로 주정부의 권력을 강화시킨 바 있음.

□ 1996년 복지개혁과 TANF의 개요

- 1990년대 이전 미국의 공적 부조제도는 1935년 사회보장법 (Social Security Act of 1935)에 기초한 AFDC였음.
 - － AFDC는 부모의 양육을 받지 못하는 아동의 보호를 목적으로 하는 대표적인 공공부조 제도로 그 수급자격 및 급여 수준 등은 연방정부의 정책과 규정에 의해 결정되었음.
 - － 하지만 AFDC는 태생적으로 편모를 대상으로 한 제도로 근로를 강조한 제도는 아니어서 수급자의 근로의욕을 저하시키고 사생아와 미혼모를 증가시킨다는 비난을 직면
- 근로의욕의 고취를 위한 복지개혁에 관한 논쟁은 1996년 개인책임및노동기회조화법(The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act: PRWORA)이 국회를 통과하면서 일단락
- PRWORA의 주된 내용은 AFDC, JOBS, 위기지원을 대체하는 정책으로 TANF를 도입한 것임.
- TANF의 특징
 - － 개인에게 제공되었던 현금급여 수급권리(entitlement)를 폐지
 - － 연방정부가 주정부에 포괄보조금(Block Grant)을 제공함으로써 주정부와 지방정부의 재량권과 책임의무를 강화
 - － 수급기간을 최대 60개월로 제한
 - － 근로요건이 부과, 근로 의무를 이행하지 않은 경우 제재조항을 부과

□ 공공부조의 최근 동향

- PRWORA는 2002년 9월 30일까지만 효력이 있는 한시적 법안이었음.
- 재승인 시기 2002년을 넘기고 2006년 2월에서야 the Deficit Reduction Act of 2005(DRA)에 따라 1차 재승인이 완료
 - TANF는 근로활동참가율 산정기준의 조정 등 수급자의 근로활동 참여와 이에 대한 주정부의 책임성을 강화시키는 방식으로 재승인이 이루어졌음.
- 복지개혁이후 호황기에 진행된 평가의 대부분은 예정된 재승인을 위한 긍정적 평가라 할 수 있으나 이후 경기하락과 함께 복지개혁에 대한 평가는 TANF의 취약한 기능에 주목하기 시작
 - 2001~02년부터 악화된 경제가 쉽게 호전되지 않았고 2009년 미국 실업은 9.3%로 대불황 이후 최고치
 - 1996년 TANF를 도입한 후, 2008년까지 현금보조를 받는 집단의 비율이 62%에서 27%로 급락. 동시에 일과 복지의 연계에도 실패하여 33%의 아동이 있는 결혼여성이 직업도 없고 현금보조도 받지 못하고 있었음.
- 2010년 9월말에 폐기되는 TANF의 재인증과 관련해서 2011년 말까지도 재승인 과정을 마무리하지 못하였음.
 - 2012년 TANF를 위한 포괄보조금 재승인을 위한 법안, Welfare Integrity and Data Improvement Act H.R. 3659는 공화당이 다수를 차지하는 하원만 통과하였고 민주당이 다수인 상원의 통과를 기다리는 상태였음.
 - 공화당 의원이 발의한 이 법안은 아동의 복지, 주 단위 자

료의 수집과 보고를 강조하는 것

- 민주당을 비롯한 진보적 입장은 TANF가 경제 불황에 반응하는 제도로 보완되기를 기대할 것이지만 제도적 보강에서는 예산 확보가 관건일 것으로 전망

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

- 미국 의료제도의 특징은 세계 최고의 의료비용 지출에도 불구하고 의료의 접근성과 질이 상대적으로 낮으며, 특히 공공부문의 역할이 취약함을 들 수 있음.
- 2009년 ‘GDP 대비 의료비 비중’은 17.4%로 OECD회원국 중 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 프랑스(11.8%), 독일(11.6%), 영국(9.8%) 그리고 한국(9.9%)과 비교하였을 때 상당히 높은 수준임.
- 그러나 2009년 현재 전체 미국민의 11.4%는 의료서비스 구입에 곤란을 겪고 있는 것으로 확인되고 있으며, 특히 무보험자(36.5%)와 메디케이드(13.6%) 등 저소득층에서 의료비용에 대한 부담이 높은 것으로 확인되고 있음.
- 의료서비스의 질을 평가하는 지표로 활용되고 있는 ‘신생아 1천 명당 영아사망률’ 역시 6.5명으로 프랑스(3.8명), 독일(3.5명), 영국(4.7명)등과 비교하였을 때 취약성을 드러내고 있음.
- 공공부문의 지출비중 또한 2009년 현재 47.7%로 프랑스 77.9%, 독일, 76.9%, 영국 84.1%, 한국 58.2%에 비해서도 낮은 편임.

- 미국 내의 의료인력에 대한 자격여부는 연방정부가 아닌 주정부에서 관장하고 있으며, 이로 인해 보건의료인력의 양성과 직종의 분화가 다양한 편임.
 - 2008년 현재 전체 의사 수는 95만 명이며, 이중 현업에 종사하는 수는 78만 명으로 인구 1천 명당 의사 수는 2.4명임.
 - 의사인력의 양성은 다소 복잡하게 이루어지고 있으며, 의대(대중요법, 정골요법), 검안의대, 발전문의대, 치대 등 세분화되어 있다는 것이 특징임.
 - 이외의 주요 의료인력은 2008년 현재, 약사 27만 명, 간호사 258만 명, 치위생사 17만 명, 실무간호사 73만 명, 간호조무사 144만 명 등임.

- 2008년 현재 전체 병원 수는 5,815개 이며, 이중 연방 병원 213개, 비연방 병원 5602개 등이며, 특기할 것은 민간병원이 영리병원과 비영리병원으로 구분되고 있다는 것임.
 - 영리병원 982개, 비영리병원 2,923개이며, 비영리 병원은 국세청으로부터 ‘자선목적(charitable purpose)’의 조직자격을 획득함으로써 각종 세제혜택과 기부금 등을 받을 수 있는 반면, 영리병원은 이익배당 등과 같은 이윤추구가 가능함.
 - － 병원의 영리성에 대한 연구결과는 상반된 결과들이 나타나고 있음.

- 2009년 현재 미국의 의료종사인력은 전체 고용인구 중 11.1%를 차지하고 있음.
 - 의료기관 종사자는 2009년 현재 155만 명이며, 이중 병원이

63만 명, 요양간호 19만 명, 내과 관련 의료기관 16만 명 등이 종사하고 있음.

- 미국의 의료재정은 사회보장세, 민간보험료, 본인부담금에 의해 충당되며, 2008년 현재 연간 의료관련 비용은 2조 3,387억 달러이며 인당 의료비는 7,681달러임.
 - 특기할 것은 의료비용이 빠른 속도로 증가하고 있으며, 1960년 대비 2008년 GDP는 2,645% 증가한 반면, 의료비용은 8,404% 증가하였음.
 - 의료비용이 차지하는 비중 역시 증가, 1960년 GDP 5.2%에서 2008년 16.2%로 그 비중이 크게 확대되었음.
 - 이와 같은 의료비용의 증가는 수요의 증가, 의료기술의 발달로 인한 신규 의료서비스 수요의 발생, 메디케어와 메디케이드 등 공공의료서비스의 확대 등으로 인해 발생하였음.
 - 전체 의료비 2조 3,387억 달러 중 의료서비스 및 공급 비용이 2조 1,813억 달러이며, 연구개발과 관련한 투자는 1,575억 달러로 6.7%를 차지하고 있음.
- 미국의 의료전달체계와 관련하여 의료기관의 선택은 원칙적으로 환자 본인의 선택이 이루어지고 있으나, 현실적으로는 각자가 선택한 의료보험을 중심으로 선택권이 제한되고 있음.
 - 예를 들어, HMO 방식의 민간의료보험을 가입한 경우, 이들 의료보험이 병원 혹은 의사와의 계약을 통해 네트워크를 형성한 기관을 중심으로 실질적인 선택권을 행사하도록 하고 있음.

- 외래환자를 중심으로 한 1차 진료의(primary care physician)는 2008년 현재 약 38만 명에 이르고 있으며, 이들 규모는 현업 의사의 약 48%에 이르고 있음.
- 1차 진료는 하나 혹은 둘 이상의 전문의들과 공동으로 개업하는 집단개업 형태가 일반적이며, 병원입원이 필요한 경우에는 1차 진료의와 연계된 개방(open) 병원을 이용한 진료가 이루어지고 있음.
- 의료비 지불방식은 의료보험가입자의 가입유형과 의료서비스 형태에 따라 다양하게 이루어지고 있으며, 가장 일반적인 것은 행위별 보상제, 인두제 그리고 포괄진료비 보상제임.

2. 의료보장

- 미국의 의료보장은 일차적으로 민간부문이 책임을 지고, 노인(메디케어)과 저소득층(메디케이드) 그리고 아동(칩) 등에 대해서만 정부의 개입이 제한적으로 이루어졌으며, 2010년 3월 오바마 행정부의 의료개혁법안이 통과됨으로써 2014년 이후 미국민의 의료보장성이 획기적으로 개선될 것이 예상됨.
- 2008년 현재 의료보장 형태는 민간의료보험 66.7%, 메디케어 14.3%, 메디케이드 14.1%, 보훈관련 3.8% 등이며, 무보험자는 15.4%임.
- 2008년 현재 1인당 의료비로 6,411달러를 쓰고 있으며, 전체 의료비는 1조 9,523억 달러이며, 이중 민간부문 53.5%, 정부

부문 46.5%를 각각 담당하고 있음.

- 민간보험은 미국 의료보장의 중추적 역할을 담당하고 있으며, 2009년 현재 전체 인구 중 63.3%가 가입하고 있으며 이들 중 대부분은 직장가입자임.
 - 민간의료보험의 유형은 의료보장 형태는 2007년 현재 HMO(21%), PPOs(57%), POS(13%), HDHP/SOs(5%), 전통적 Health plan(3%) 등의 순으로 구분(가입)되어 있음.
 - 민간의료보험료는 의료보장 유형에 따라 달라지며, 보험료의 책정은 집단보험료 방식 혹은 개인보험 방식이 있음.
 - － 가장 많이 가입한 PPOs를 기준으로 할 경우, 연간 평균 보험료는 개인 5,584달러(피고용인 1,002달러, 고용인 4,582달러), 가족 15,405달러(피고용인 4,072달러, 고용인 11,333달러)로 상당히 높은 편임.
 - 민간의료보험에서의 급여범위는 각 보험가입자가 가입한 상품과 대상자에 의해 차등적으로 적용되며, 일반적으로 중소기업과 전통적 보험상품은 급여율이 낮음.
 - 민간의료보험에서는 불필요한 의료이용을 억제하는 수단으로 일정기간 동안 일정액수를 부담하는 일정액부담금(deductible)이 부과되며, 이외에도 정보제공과 사례관리(case management)가 이루어짐.
- 메디케어는 1965년 이후 노년층과 일부 장애인 및 말기 신장병질환자 등을 대상으로 사회보장세를 중요한 재원으로 하여 운영되는 대표적인 공공의료보장임.

- 메디케어는 병원보험(파트 A), 의료보험(파트 B), 외래처방전(파트 D), 어드밴티지 플랜(파트 C)로 구분되며, 이외에 보충적 의료보험인 메디갭으로 구분되며, 이중 파트 A를 제외하고는 임의가입형태로 운영됨.
- 메디케어의 주요한 재원은 사회보장세이나, 대상자와 보험상품 가입형태에 따라 별도의 보험료가 책정되며, 2012년 파트 A의 보험료는 월 451달러이며, 파트 B와 파트 D는 연간 소득과 가족 형태(개인, 부부) 등에 따라 달라짐.
 - － 참고적으로 2010년 연간기준 소득을 기준으로 최저소득구간인 ‘개인 85,000달러 이하, 부부 17,000달러 이하’의 경우, ‘파트 B 99.9달러’, ‘파트 D 약정보험료’를 납부하도록 함으로써 상당한 보험료 부담이 존재함.
 - － 각 주정부는 일정한 지원프로그램(QMB, SLMB, QI, QDWI)을 통해 저소득층의 보험료를 지원하고 있음.
- 메디케어의 급여범위는 가입한 상품에 따라 달라지는데 일반적으로 파트 A는 수혈, 호스피스, 가정간호, 입원 등을 담당하며, 파트 B는 외래진료를 담당하고 있으며, 틀니, 미용성형, 보청 등은 의료서비스 항목에서 제외
- 메디케어에는 일정액부담금(deductible), 기본진료비(copayment), 본인정률부담금(coinsurance) 등의 본인부담금이 존재하고 있음.
- 메디케어는 연방정부 산하의 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Service)에서 전반적인 정책수립과 기획 그리고 모니터링과 관련한 사항을 담당하고 있음.

- 메디케이드/칩(Medicaid/Chip)은 6천만 명의 저소득층에 대한 의료보장과 장기요양서비스를 제공하고 있는 공공의료보장으로 메디케이드는 1965년 시작되었고, 칩은 1997년 이후 아동의 의료보장성을 강화하기 위한 일환으로 시작됨.
- 메디케이드/칩의 가입대상 선발에 있어서는 연방빈곤선(FPL)이 중요한 기준선이 되며, 구체적인 기준은 각 주정부에 의해 결정
 - 예를 들어 2011년 칩의 경우, FPL 200% 미만 4개주, FPL 200~249% 22개주, FPL 250% 이상 25개 주 등 차별화됨.
- 메디케이드/칩은 입원서비스, 임산부 금연 상담, 외래병원서비스, 내과서비스, 의학적서비스, 가정간호서비스 등의 의무적 급여와 외래처방약, 클리닉서비스, 물리치료 등의 선택적 급여로 구분됨.
- 메디케이드/칩과는 본인부담과 관련한 대상자와 의료서비스가 달리 설정되며, 응급서비스, 가족계획서비스, 임신관련 서비스 등에 대해서는 본인부담금이 면제되며, 이외에 대해서는 본인부담이 있으나 최대한도가 설정되어 있음.
 - 2012년 일정액부담금(deductible)의 최대한도는 2.55달러로 책정되어 있으며, 비응급상황 혹은 비처방약의 구입에 대해서 일정한 의료비 부담이 존재함.
- 한편, 2010년 3월 오바마 정부의 의료보장법안이 통과됨으로써 본격적으로 법이 시행될 2014년 이후에는 미국민의 의료보장성이 크게 강화될 것이 기대됨.
- 2014년 이후 개인의 의료보험가입의 의무화와 고용주의 의

- 료보험 제공 의무를 강화하며, 만약 위반시 벌금을 부과함.
- 의료보험상품의 중개 및 관리를 담당하는 교환소(Exchange)를 설립과 저소득층에 대한 지원의 강화를 통해 접근성을 제고함.
 - 교환소의 보험상품에 대한 급여 적정성을 일정수준 이상으로 유지할 것과 민간 의료보험 시장에 대한 규제를 통해 보험자의 역선택 방지
 - 메디케어 파트 D의 외래 처방의약품에 대한 본인부담비율 축소와 급여부문 폐지, 메디케이드 가입자격의 FPL 133%로 확대 등을 통한 공공의료보장성 강화
 - 의료보장성을 강화에 필요한 재정(향후 약 9,380억 달러)은 고소득자와 기존 의료보장체제 수혜자에 대한 세율인상 및 신설 등을 통해 해결

3. 고령자 및 장애인 복지서비스

□ 고령자 복지서비스

- 1973년에 만들어진 ‘가정·지역사회 기반 지원 서비스’는 주로 60세 이상 노인들이 가능한 한 오래도록 그들의 가정에서 머물 수 있도록 하는 광범위한 서비스에 재정을 지원하고 있음.
- 미국노인법(Older Americans Act) ‘영양 프로그램’(nutrition program)(미국노인법 제330조)은 굶주림과 식량 불안정을 줄이고 노인의 사회화를 촉진하며 영양에 대한 접근, 기타의

질병 예방, 건강 증진 서비스를 통하여 노인의 건강·복지를 증진하고 부정적인 건강 상태를 지연시키기 위한 것임.

- 제3장 C1(미국노인법 제331조)은 집단 환경에서의 식사 제공 및 관련 영양 서비스를 인가하고 있는데, 이것은 미국 노인들이 건강을 유지하고 좀 더 값비싼 의료적 개입의 필요성을 예방하는 데 도움이 되고 있음.
- 제3장 C2(미국노인법 제336조)는 집에 있는 노인에게 대한 식사 배달 및 관련 영양 서비스를 인가함.
- 영양 서비스 인센티브 프로그램은 주, 준주, 유자격 부족 조직에게 추가적인 기금을 제공하는데, 오로지 식품을 구입하는 데만 사용되며 다른 영양 관련 서비스 또는 주나 지역의 행정 비용을 지불하기 위해 사용되어서는 안 됨.

○ 2000년에 만들어진 ‘가족 수발자 지원 국가 프로그램’(National Family Caregiver Support Program)은 가족과 비공식적 수발자가 그들의 사랑하는 사람들을 가능한 한 오랫동안 가정에서 돌볼 수 있도록 돕는 다양한 지원에 기금을 대기 위하여 70세 이상 인구의 비율에 근거하여 주와 준주에게 보조금을 제공함.

□ 장애인 복지서비스

- 개별지원서비스는 행복, 외모, 안락, 안전 그리고 지역사회와 전체 사회와의 상호작용을 유지하는데 목표를 둔 과업을 수행하도록 장애인을 돕는 것에 개인을 종사시키는 것임.
- 서비스의 기금원으로 연방 기금원에는 노인의료보험제도(Medicare), 국민의료보조제도(Medicaid), 사회서비스 정액

교부금(Social Services Block Grants), 미국노인법 제3장, ‘재향군인국 원조와 보조 수당’(Veterans’ Administration Aid and Attendance Allowance), 직업 재활(Vocational Rehabilitation) 등이 있고, 그 밖에 주(州) 기금원, 민간 기금원이 있음.

- 미국의 개별지원서비스 프로그램에서 활용되는 보조인의 유형은 기관 공급자, 정부 공급자, 개인 공급자의 세 가지 범주로 분류될 수 있음.
- 서비스 모델은 보조인을 누가 고용하느냐에 따른 유형이라 할 것인데, 기관 주도 모델과 소비자 주도 모델이 있음.
- 급부 방식에는 각각 현물 급부, 현금 급부, 현금 상당물로 급부에 기반을 둔 방식이 있음.
- 주의 자격 기준을 충족시키는, 출생부터 2세(세 번째 생일)까지의 아동은 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Act)의 Part C 하에서 ‘조기 개입 서비스’를 제공받음.
 - 각 주의 주관 기관은 조기 개입에 관련된 아동·부모의 기본권을 보호하기 위하여 절차적 안전장치를 취해야 함.
 - 주지사는 조기 개입 서비스를 수행하도록, 주 교육 기관이든 기타 별개의 기관이든, 각 주에서 주관 기관을 지정하는 권한을 가지고 있음.
- ‘연방 중계서비스’는 농인이거나 난청인이거나 언어장애인이 연방 정부와 그리고 연방 정부 내에서 공적 업무를 수행할 수 있도록 통신 서비스를 제공함.
- 미국장애인법(Americans with Disabilities Act)은 고정노선 서비스를 제공하는 대중교통 기관이 장애 때문에 고정노선 버

스·철도 서비스를 이용할 수 없는 장애인에게 ‘보조 교통수단 서비스’를 제공할 것을 요구하고 있음.

4. 아동 및 보육서비스

□ 소득보장

- 1996년 개인 책임과 근로기회조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconsolidation Act: PRWORA)의 통과로 인해 기존의 AFDC, 긴급구조(emergency assistance) 및 JOBS의 세 가지 개별 프로그램이 ‘요보호가정 일시부조를 위한 정액보조금(Block Grants for TANF)’이라는 통합적 부조프로그램으로 대체되었음.

□ 아동학대

- 1974년 제정된 연방정부의 아동학대 예방 및 치료법(Child Abuse Prevention and Treatment Act)은 아동학대에 대한 조사와 예방을 위한 연방정부의 재정을 의무적 아동학대 신고법(Mandatory Child Abuse Reporting Law)과 연계하여 이러한 의무적 아동학대 신고법을 제정한 주에만 예산을 분배하는 규정을 명시하였음.
- 이러한 인센티브 정책을 사용한 결과, 1974년 이후 미국의 모든 주는 의무적 아동학대 신고법을 제정·실시하게 되어 미국의 아동보호체계가 확립되었음.

□ 입양

- 입양사후관리 규정은 입양된 후 6개월에서 1년 정도의 기간 동안 입양 아동의 복지에 관한 보고서를 입양 전문 사회복지사가 입양부모 거주지의 가정법원에 제출함으로써 입양이 종결될 수 있음. 즉 공식적인 입양종결과 동시에 입양부모의 성을 따른 새로운 출생증명서가 법원에 의해 발급됨. 사후관리의 과정이 법원에 의한 입양절차에 포함되어 사후관리를 철저히 수행하고 있음.
- 최근에서는 영구적 배치(permanent placement)에 대한 관심이 늘어나면서 입양을 적극 강조하고 있으며, 특히 장애아동이나 연장아동, 특별한 욕구를 가진 아동 등 입양되기 어려운 조건을 가진 아동들의 입양을 위해 특별 보조금을 지급하고 있음.

□ 가정위탁

- 미국의 위탁가정 종류는 친인척위탁과 일반위탁으로 나누어져 있음. 친인척위탁은 친척 등의 연고자에게 아동을 위탁하는 것으로 전체 위탁아동의 약 30%를 차지하고 있음.
- 일반가정위탁의 종류에는 가정위탁(foster home care), 긴급가정위탁(emergency foster home), 집단가정위탁(family group care), 특수가정위탁(specialized foster home care), 치료적 가정위탁(therapeutic foster home care) 등이 있음. 이 중 긴급가정위탁은 24시간 이상 아동을 위탁할 수 있으며, 위탁기간은 30~60일 정도의 단기간임.
- 특수가정위탁이나 치료적 가정위탁은 비행청소년이나 심한

정서장애 또는 행동장애가 있는 아동을 치료하는 가정위탁, 에이즈에 걸린 아동 또는 장기보호가 필요한 아동을 위탁받는 가정위탁, 친부모와 아동을 모두 위탁하여 보호하는 가정위탁 등으로 나누어지며 위탁가정 부모들의 치료적 개입을 필요로 하는 경우임.

□ 시설보호

- 미국의 집단 또는 시설형태의 아동보호(group and institutional child care)는 아동이 자신의 신체적·정신적·행동적 문제 등으로 인해서 치료가 필요한 경우로 한정하고 있음.
- 치료가 필요한 경우가 아니라면 영구적 가정을 발견할 때까지 가정에서 개별적인 보호를 받을 수 있는 위탁가정에 임시적으로 아동의 양육보호를 의뢰하는 것을 원칙으로 하고 있음.
- 즉 아동들 중에서 단지 지체부자유 등의 신체적 장애나 정신적 지체 등의 정신적 장애가 있는 아동, 정서적으로 심한 상처를 받은 정서적 장애가 있는 아동, 혹은 재활훈련이 필요한 비행청소년들만이 집단으로 시설에 거주하면서 계획적인 치료와 보호를 받게 됨.

□ 보육서비스

- 미국의 대표적인 프로그램 중 하나인 Head Start Program은 아동의 발달과 교육을 지원하는 연방정책임. 반빈곤 정책(anti-poverty policy)으로서 Head Start Program은 저소득 가정과 아동에 대해서 포괄적이고 발전적인 서비스를 제공하고 있으며, Office of Head Start가 주관함.

- 이 프로그램은 1965년부터 시행되었는데, 주로 0~5세 저소득 아동을 대상으로 하며, 교육, 보육, 건강서비스 제공을 통해 아동들의 사회적·인지적 발달을 도모함. 주요 서비스 제공 기관은 비영리단체, 지역학교, 지역단체로서 지역사회에 기반을 둔 기관에 자금을 지원하며, 유아의 건강과 발달수준을 심사하고 복지혜택을 제공함.

5. 주택 및 주거서비스

- 미국은 제2차세계대전 직후 귀환 군인의 주택수요와 누적된 대도시 및 베이비 부머의 주택요구 등을 해결하기 위하여 정부가 주관하여 공공임대주택을 대량공급하였으나 70년대 중반 이후 슬럼지역문제가 제기되고, 해결책으로 수요자 요구 맞춤형 주거지원으로 전환하고 민간주택 활용과 바우처 활성화, 케어시설 및 홈케어서비스 등 연속적 연계를 위한 사례관리 등 소비자 중심형 주택공급을 사례관리 지원함.
- 2010년 인구센서스 기준으로, 전국에 3억 8백만 인구와 1억 1,670만 가구, 1억 3,170만 호 주택에서 평균 3.14명의 가족 수 등의 실태를 보임.
 - 주택거주 형태를 보면, 주택 거주자가 3억 명(97.4%)으로서 절대적 비율을 보였고, 생활시설 거주 및 비주택 거주자는 각각 1.4%로서 약 390만씩 인구가 거주한다.
 - 자가주택 소유율 변화를 보면, 1900년 46.7%에서 2010년

65.1%로 1.4배 증가하였고, 60년대 이후 주택공급정책으로 자가 보유율은 60%이상으로 증가되어 80년대 이후는 64% 보유율이 유지됨.

□ 미국의 주택·주거지원정책은 형평성 원칙에 근거하며, 1968년 이래 형평성 있는 주거권 보장을 위하여 유관 법제 및 제도 개혁을 반복하고, 주택바우처 및 주택시장 민간자본 혼합정책으로 발전되면서 각 시대별 특성과 시사점은 아래와 같이 요약됨.

- － 연방정부의 주택지원 기반구축(~1960년대) : 제2차대전 이후 세대균인 주택지원을 계기로 정부에서 주택공급을 담당하게 되며 주택법 및 빈민지역 개발을 위한 법적 근거를 마련하고 연방정부에서 주관하여 공공주택을 공급하도록 기반을 구축함.
- － 공공임대주택 공급(1960~1974년) : 연방정부의 주택공급량은 주택수요에 미흡하였고, 주택불만은 사회이슈와 함께 사회문제로 표출되어 주거 형평성 보장을 법제화하고 10개년 공공주택 600만호 공급계획 등은 실적부진과 주거환경 불량문제 누적됨.
- － 민간임대주택과 주택바우처 도입(1974~1980년대) : 공공임대주택 공급실적 부진으로 인하여 민간주택 활용안을 모색하고, 그 실현안으로 민간주택바우처로 임대보조금을 지급함.
- － 매입전환 및 지역개발권한 이양(1990~2000년대) : 공공임대주택임대지원을 자가소유 매입전환으로 전환하고, 민간

주택소유자 및 건설사업자에게 동참 권장형 감세혜택으로 민간재원과 민간임대주택을 확보하고, 기존 공공임대주택 단지에는 교육, 의료, 근린시설 등을 유치하여 민간에게 재개발, 매입 권한.

- 장기임대보장 및 홈리스 예방(2010년대~) : 경제위기 이후 임대주택 매입전환자가 주택매입할부금 납부부담으로 하우스-푸어 및 홈리스가 발생되자 민·관 혼합형 기금을 마련하고, 저가(低價)주택을 30년 이상 장기입주를 보장하기로 지원함.

□ 결론 및 시사점: 미국은 형평성 원칙에 의거 저소득계층에게 공공임대주택을 공급하였으나 실적이 저조할 뿐만 아니라 슬럼지역 우범화문제를 야기하였고, 그 해결책으로 주택바우처 및 민간임대주택 활성화, 매입전환 등을 추진하여 오늘날은 저가주택 30년 보장으로 홈리스를 방지하고, 주거지원사례관리로서 케어시설과 케어서비스를 주거지원과 병합발전되었으며, 시사점은 아래와 같이 요약됨.

- 중앙정부 계획에 준한 민영화 및 혼합재원 : 공공임대주택 단지의 슬럼방지를 위하여 지방정부에 지역개발권을 허용 하되 먼저 중앙정부에서 총괄적 지역개발계획을 수립하고, 그 계획에 의거 지방정부에서 실행계획안을 제출승인을 받아야 개발예산을 지급하기 때문에 지방정부의 개발권한은 연방정부의 조정통제를 받게 됨. 공공주택단지 개발자금은 민영화 및 매입전환, 민간임대사업자 등으로 혼합재원을 구성하여 지역재개발기금으로 사용되었음, 한국의 공

공임대주택이 20년 이상 노후되는 지역에서는 미국의 민영화 및 혼합재원을 검토 필요함.

- 주택바우처 및 주거환경최저요건 보장 : 민간임대주택을 주택바우처로 지원하면서 동시에 민간임대주택사업자에게는 주택의 주거환경 및 시설여건을 사전점검허가 받을 필요가 있다. 한국에서도 이미 주택바우처를 제도화하겠다고 발표한 시도 있으나 중앙정부의 전국 제도화를 위한 정책 마련 후에 각 지역별 균형을 고려하여 실행되어야 하고, 바우처 확대 이전에 민간임대주택의 주거환경요건 심사등록제도가 선행되어야 함.
- 연속성 케어와 주거사례관리 : 노인, 장애인, 질환자들을 위한 주거지원에 케어시설 및 케어서비스와 연속성이 유지되도록 통합지원되므로 주거사례관리자로부터 주택배정을 상담하면서 동시에 케어서비스 지원을 안내받을 수 있다. 한국은 2012년부터 주거복지 상담 및 주택배정을 지방자치단체로 이양되지만, 주택물량 파악 및 케어서비스 연계체계가 정립되지 못하여 주거사례관리 직무개발과 사례관리 정보·자원이 필요함.

제4권

스웨덴

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 스웨덴은 다른 유럽국가 들에 비해 늦게 시작된 산업혁명으로 경제가 낙후되어 있었으나, 1900년대 초 1차 세계대전과 2차 세계대전 기간을 거치며 경제성장, 균형적 분배 그리고 복지를 동시에 추진해 옴.
- 1910년대부터 20년대까지는 빠른 경제성장과 함께 노동조건의 악화로 노조와 사민당의 공조로 노동조건의 개선에 주력함.
 - 1916년 처음으로 노동재해 보호법이 시행됨.
 - 1919년 1일 8시간 근무제가 도입되면서 노동자의 건강을 해치는 장시간 노동을 금지함.
 - 1928년에는 중앙교섭법이 실행되면서 노사간의 문제를 평화적으로 해결하려는 노력을 기울임.
 - 그러나 1931년 총파업 시 군대를 동원한 노동자 탄압과 탄압은 계급충돌로 이어져 사회적 불안감을 조성함.
- 스웨덴은 1930년대 사민당의 정권 수립 후 복지제도의 구축이 국민의 집이라는 프로그램으로 명명되어 시작된 후 1970년대

까지 꾸준히 발전되어 왔음.

- 1932년부터 실업보험금제도 실시됨.
 - 1935년부터 국민연금제가 도입되면서 본격적으로 노동자 뿐 아니라 일반국민들에게도 연금보장의 기반을 닦음.
 - 사민당의 등장으로 노동자들의 노동조건과 처우에 대한 관심이 높아지기는 했지만, 좌우의 대립은 지속적으로 이루어져 정국의 불안정이 지속됨.
 - 1936년부터 1939년 사이의 좌우연정은 스웨덴의 정치와 사회적 측면에서 상생의 정치, 공존의 사회에 대한 공동의 지향점을 제공하는데 큰 기여를 함.
 - 2차대전 기간 및 이후에도 지속적으로 이루어져 1938년 2주 유급휴가제가 도입됨.
 - 1948년 스웨덴의 전국 아동에 대한 아동수당의 지급으로 보편적 복지의 틀을 갖춰가기 시작함.
 - 아동복지와 산모보호정책으로 당시 출산기피증으로 인한 저출산의 진행을 차단하는데 큰 역할을 함.
- 1950년대부터는 사회보장제도를 통해 모든 국민이 일정한 삶의 질을 향유할 수 있도록 사회적 권리를 강조함. 아동, 장애인, 임산부들의 권리를 보장할 수 있는 보장정책을 지속해 나감. 이 같은 정책은 1932년 이후 장기집권을 통해 가능할 수 있었음.
- 그러나 1970년대 황금기를 맞고 1980년대 이후 지속적으로 도전받아 오다가 1990년대 초 재정위기를 겪음.

- 1990년대 중반 이후 다시 복지제도의 부분적 축소, 재정 건정성의 확보를 거쳐 안정적인 경제발전과 분배의 순환적 구조를 유지해 오고 있음.
- 2008년 이후 세계의 재정위기에도 지속적으로 복지제도를 운영할 수 있었던 배경은 고세금, 고부담, 고혜택의 모델은 평상시에는 고비용, 저효율 구조처럼 보이지만, 빈부격차의 해소로 인한 사회의 안정과 상호신뢰는 사회를 건정하게 발전시키는 촉매제가 됨.
- 최근의 도전양상과 전망
 - 2007년 유럽사법재판소로 위임된 해외노동자 고용에 대한 결정은 더 이상 스웨덴의 노조가 노동시장에 절대적 영향력을 행사할 수 없다는 점이 부각됨.
 - 스웨덴의 복지제도는 국가주도의 사회민주주의 형태의 보편적 복지에서 기여한 만큼 가져가는 책임복지제도 서서히 이동하고 있는 추세에 있음.
 - 자원봉사자와 같은 제3의 섹터와 적극적 시민(Active citizenship)의 역할이 강조되고 있음.
 - 스웨덴을 포함한 북유럽모델은 세계재정위기 시 대안으로 떠오르고 있으며 국민의 높은 세금은 국가의 적극적 역할을 담보로 하지만, 무엇보다도 신뢰와 믿음을 바탕으로 하고 있기 때문에 기여한 만큼 유사시 국민의 사회적 불안정성을 효과적으로 대처할 수 있는 수단으로 활용되면서 위기에 강한 면을 보여주고 있음.

- 따라서 경제성장을 지속적으로 떠받치는 재정건전성과 위기를 극복하게 하는 복지의 결합은 미래 모델로 각광을 받을 것으로 보임.
- 좌우 정당들은 복지정책에 있어 큰 차이가 없는 포괄정당(Catch-all party)으로 선거이슈의 선점과 지도자들의 역할이 더 중요한 영향을 미침.
- 복지축소는 미래 정권들의 중요한 정책수단이 되지 못하며, 경제성장을 통한 복지세원확보, 균형적 분배를 통한 사회구성원들간의 신뢰의 유지 등은 앞으로 지속적 복지정책의 유지에 중요한 수단이 될 것으로 보임.

2. 사회보장 관리체계

- 1920년대 들어 사민당이 정치의 전면에 서면서 사회복지분야의 세분화와 확장이 이루어짐.
- 연금관리, 노동, 건강, 위생 등 다양한 사회적 문제의 대두는 정부부처의 다양한 분화를 이루어냄.
- 1930년대부터 수상, 재무부 장관 다음으로 중요한 장관으로 사회부장관이 떠오르면서 정부 내의 위상이 높아짐.
- 1940년대 이후 노동정책, 노사정책, 고용정책 뿐 아니라 가족정책이 포괄적 복지정책의 영역으로 편입되면서 사회부는 가장 예산을 많이 사용하는 핵심부처로 떠오름.

- 1960년대 이후 사회부, 주택부, 노동시장부, 지방자치부, 의료보건부 등으로 분화되었으며, 상호밀접한 관계 속에서 사회보장정책 분야는 사회부의 소관 하에서 관리됨.
- 현 스웨덴의 사회보장정책은 14개 유관 사회정책부처에서 담당하고 있음.
 - 지적정보국: 국가의 모든 세금을 책정하기 위해 모든 국민의 재산, 인적사항 등을 관리함.
 - 아동옴부즈만: 아동복지의 감시자로 국민의 불평불만을 접수해 직접 처리하는 아동복지정책의 감시자라 할 수 있음.
 - 노동사회연구원: 국책연구 기관으로 노동사회 문제에 대한 정책연구와 대안을 제시함.
 - 국립보험청은 1961년 설립되었으나, 2005년 현 이름으로 명칭이 변경된 이후 사회보험을 총괄하는 기관. 보험금의 지급을 심사, 결정, 집행하는 정부산하기관.
 - 건강 및 의료감독원: 이 기관은 의료 및 의료정책을 감독하고 감사하는 기능을 갖고 있음.
 - 치과 및 제약지원청: 치과 및 제약의 업무를 지원함.
 - 약품청: 국민건강을 보호하기 위해 식약품 업무를 총고라함.
 - 국제입양청: 가족복지의 일환으로 불임가정의 입양 업무지원을 총괄함.
 - 노령연금청: 노인연금의 관리와 지급을 책임짐.
 - 질병예방청: 국가의 질병관리 기관으로 국민 삶의 질을 보장하는데 중요한 역할을 담당함.
 - 국립보건복지청: 건강 및 의료기관의 질, 효율성에 대한 총감

독 기관

- 의약평가국: 환자들의 요구에 부응하기 위해 연구 및 감독을 진행해 옴.
 - 국민보건국: 국민보건 담당 총 책임자
 - 청소년 보호감호국: 성인이 되지 않은 청소년들의 비행을 계도하고 바로 잡기 위해 합숙훈련을 통한 인성교육을 책임짐.
 - 장애인 장비지원국: 장애자들의 고가장비의 제작, 주문, 비용 등의 정산과 보조를 통해 장애인 복지를 총괄함.
- 스웨덴의 사회보장의 특징은 고세금, 고혜택의 틀 속에서 국민들이 폭넓은 지지로 지속적 유지를 원함.
- 1986년부터 스웨덴 국민들의 복지여론을 연구한 스발포쉬(Stefan Svallfors) 교수는 스웨덴의 복지에 대한 높은 열의와 국민적 지지는 복지제도의 유지에 큰 방향성을 제시하고 있음.
- 스웨덴 국민의 75% 정도는 퇴직연금제도의 유지를 위해 더 높은 세금을 낼 용의가 있음을 보일 정도로 현 제도의 유지를 강력 희망함.
- 그리고 의료보건복지 66%와 무상교육을 유지 60% 등이 더 높은 세금을 내더라도 현 수준을 유지하기를 희망함.
- 최근의 도전양상과 전망
- 2008년 이후 세계재정위기 이후 정부는 재정균형과 경제성장을 통한 일자리 창출, 그리고 세원확보 등을 통해 복

지제도를 유지하고자 함.

- 청소년 실업율이 25%까지 이르면서 기존 노동자 중심의 노동시장 정책의 틀을 청소년들의 노동시장 진출을 용이하게 하는 제도를 도입하고자 함. 즉 초임인하, 청년실업자 고용촉진을 위한 보조금, 창업지원금 등의 다양한 정책을 시행하고 있음.
- 또한 장기병가 및 노동시장 참여 거부 등 무임승차 국민들의 책임성과 의무를 강조하는 채찍과 당근의 정책을 병행함.
- 효율적 복지와 참여의 복지를 강조하는 추세임.

3. 인구구조 및 인구문제

- 스웨덴의 인구는 1923년 600만, 1950년 700만, 1969년 800만, 그리고 2004년에 900만을 돌파한 후 현재 942만으로 증가. 2030년에 1,000만 명을 돌파할 것으로 예상됨.
- 2010년 기준 0~19세의 비율이 23.4%, 20~64세 57.9%, 65세 이상 18.4%를 기록하고 있어 노령사회로 진입했음. 앞으로 노령 인구의 증가로 인한 초고령사회로의 진입으로 경제성장의 저해요인과 함께 복지세입, 세출 모두 심각한 상황으로 인식되고 있음.
- 스웨덴인구의 주요 증가요인으로 빠른 외국인의 유입을 들 수 있음. 이민정책은 폐쇄정책으로 일관했으나 2차대전 이후 인 도적 차원과 노동력 유입을 위해 이웃 핀란드에서 이주해 왔

고, 이후 1980년대부터는 인도적 차원에서 정치망명객을 많이 받아들이고 있음. 세계에서 인구대비 가장 많은 인도적 정치 망명객을 받아들이고 있음.

- 따라서 다문화 가정의 비율이 전체 인구의 17.4%를 차지하고 있어 스웨덴은 1990년대 말부터 사회통합정책을 시행함.
- 스웨덴의 인구는 경제위기와 반비례해서 변화해 옴. 1930년대, 1990년대 경제위기시에 인구 증가율의 둔화는 여성출산율의 저하에 따른 현상임.
- 1948년 아동수당의 도입으로 아동가정의 경제적 상황이 많이 호전되어 출산율이 획기적으로 상승하는 효과를 가져옴. 스웨덴의 아동수당은 저소득층 수입의 5% 정도를 차지할 정도로 매우 중요한 수입원으로 받아들여지고 있음.
- 스웨덴 여성들의 노동참여율은 세계에서 가장 높은 80% 정도를 차지하고 있어 직장여성의 육아휴직, 공공탁아소 시설, 방과후 프로그램 등을 제공해 직장출산을 병행해서 할 수 있도록 뒷받침 함.
- 이같은 결과 스웨덴은 여성의 노동참여율이 세계에서 가장 높음에도 불구하고 일반 산업국가들보다도 훨씬 높은 출산율 1.98을 기록하고 있음.
- 이같은 현상은 복지제도의 수준이 비슷한 다른 북유럽 국가들도 보여지고 있음.

- 따라서 유급출산휴가, 아동복지, 탁아소시설, 무상교육, 방과 후 프로그램 등은 출산율과 직접적 관계가 있다는 것을 연구 결과들이 입증하고 있음.
- 2015년 이후는 0~19세보다도 65세 인구의 비율이 더 커질 것으로 보이며, 80세 이상의 수명도 빠르게 늘어나면서 노동인구와 비노동인구의 비율이 1:0.9가 될 것으로 전망되고 있어 스웨덴의 지속적 복지제도에 큰 부담이 되고 있음.
- 인구문제와 관한 최근의 논의 및 정책
 - 2012년 현 정부는 75세 퇴직연령을 현 67세에서 75세로 점진적으로 늘려야 할 것이라고 발표함.
 - 현 수상인 라인펠트는 신년인터뷰에서 조심스럽게 75세 퇴직연령을 언급하면서 사회적으로 큰 반향을 일으킴.
 - 우익정당들과 사측의 입장은 장기적으로 75세로 가지 않을 경우 복지기금의 고갈로 복지제도 자체가 유지될 수 없다고 경고함.
 - 노조 및 시민당의 경우 장기적으로는 어쩔 수 없지만 당장은 힘들고 20년 정도의 준비기간을 거쳐야 가능할 것이라고 봄.
 - 이와 함께 40세에 제2교육을 제공해 생애 2직장 제도를 정착해야 한다고 현 정부는 보고 있음.
 - 따라서 교육제도, 노동시장 구조 등을 재구성할 필요가 있을 것이라고 주장하고 있음.
 - 노인복지도 가급적 노인들의 자립을 유도하고, 지방자치단체가 불요불급한 도움을 제공하는 방향으로 정책을 선회하고

있음.

- 그러나 노인성 질병인 치매와 노인 장애인들에게는 관대한 복지를 지속적으로 제공할 것으로 보임.
- 현재 외국인 출신들의 인구증가율이 빠르게 늘고 스웨덴 내 국인 출신 국민들의 증가율은 낮아지고 있어 사회의 긴장관계를 초래하는 문제로 부각되고 있으며, 점차 사회적 격차와 비노동인구의 증가 등 복지문제로도 연관되어 있어 큰 정치 이슈로도 부각됨.

4. 경제와 정부재정

- 스웨덴의 경제성장은 1800년대 말부터 1950년대에 비약적으로 이루어졌는데, 가장 가난한 유럽국가 중 하나였던 스웨덴이 고도의 산업국가로 발전될 수 있었던 계기는 사민당과 노조의 유기적 관계를 통한 노동세력화와 함께 정치적 참여에 따른 책임정당으로서의 역할, 그리고 노사간의 화합을 이끌어낸 정치지도자의 능력 등이 어우러진 결과라 할 수 있음.
- 이와 함께 산업혁명과정에서 혁신적 기업이 많이 나오면서 대기업 중심의 산업체제를 구축함. 이 대기업 중심의 수출경제는 1차대전과 2차세계대전을 거치면서 비약적 팽창을 이룸.
- 그리고 1938년 체결된 노사상생의 선언, 즉 살트셰바덴조약은 중앙교섭을 정례화 해 노사평화를 바탕으로 경제성장에 중요한 역할을 함.

- 이와 함께 1930년대 들어선 사민당이 추진한 국민의 집 복지 정책은 1940년대와 50년대의 사회복지제도의 구축에 중요한 기반이 되었고, 1970년대 들어 복지황금기를 만들어 냄.
- 경제성장, 복지의 증가는 반비례적 관계 혹은 엇박자의 관계라고 일반적으로 알려져 있으나, 복지와 경제성장을 함께 가능하게 한 스웨덴의 모델은 이를 부정함.
- 1960년대부터 가파르게 증가하기 시작한 증세가 경제성장의 발목을 잡을 것이라는 재계와 우익정당들의 주장에, 사민당과 노조는 복지는 사회구성원의 사회적 권리라는 주장과 함께 일 자리가 가장 좋은 복지라는 인식과 함께 완전고용, 세금, 복지 등의 삼박자의 선순환구조를 바탕으로 한 경제모델을 구축함.
- 스웨덴의 세금부담율은 2006년까지 세계에서 가장 높은 51% 수준에 있다가 우익정권이 들어선 후 서서히 떨어져 현재는 46% 수준으로 덴마크에 이어 세계 2위를 차지함.
- 세금은 소득세와 같은 직접세의 비율이 높고, 소비세인 부가세의 비율도 25%로 다른 OECD 국가들에 비해 높은 편임.
- 평균 개인소득세는 31%를 차지하고 있고 최고세율 60%를 기록하고 있어 소득수준에 따른 누진세율의 차이가 큼.
- 기업들은 법인세 뿐만이 아니라 고용주세를 31.42%를 별도로 부담하기 때문에 사회보장비의 상당부분을 기업이 떠 안고 있음.

- 고소득자들에 부과하는 국세부분은 1차, 2차 상한선을 정해 그 이상 월 수입이 있는 봉급자들에게 부과하고 있어 재분배 효과를 가져옴.
- 부유세는 1995년에 신설되어 보유재산의 1.5퍼센트를 부과했는데, 전체 국가세금원의 0.43% 밖에 차지하지 않는 반면, 자본 및 자산을 해외로 빼가는 문제가 생겨 2007년 폐지함.
- 스웨덴의 재정정책은 렌-마이드너의 경제모델로 주로 설명함.
- 1950년대 중반부터 적극적 노동시장 정책을 통한 완전고용, 균형분배를 통한 양극화 해소, 낮은 소비자물가 상승률을 통한 실질소득 증가, 시장자본의 중앙통제를 통한 긴축재정정책을 기조로 하면서도 빠른 경제성장을 이끌어온 원동력이 됨.
- 이같은 모델은 케인즈모델이라고 알려져 있으나, 긴축재정과 확대재정을 번갈아가면서 경제적 팽창과 수축을 반복하는 정책과는 달리, 지속적 긴축재정정책을 통한 경제성장이라는 측면에서 차이가 있음.
- 1991년 재정위기가 찾아오면서 균형재정의 중요성이 부각되었고, 높은실업율을 상수로 하는 경제재정정책의 필요성이 대두됨.
- 재정부분의 최근의 변화
 - 1990년대 중반 사민당의 정권복귀와 함께 복지제도의 일시적 후퇴를 감수하면서도 균형재정을 달성하고, 국가채무 수

준을 낮춤으로서 건전한 재정상태는 지속적 경제성장의 중요한 동력이 됨.

- 이와 함께 1990년대 말부터 시행하고 있는 예산정책의 과학화는 일시적 마이너스 재정의 3년째 균형재정 규정, 7년 동안의 대내외의 경제상황의 분석을 통한 예산증가율의 책정과 증가분 한도 내에서의 예산분배 등을 통해 부처간의 무리한 예산증가를 통제함.
- 2006년 이후 들어선 우익정권 하에서도 예산정책의 과학화는 지속적으로 유지되고 있으며, 2008년 세계경제 위기 시에도 건정재정을 바탕으로 한 안정적 재정구조로 다른 OECD 국가 들보다도 경제적 충격이 적었고, 일시적 충격 이후 다른 국가들보다도 빠른 회복과 성장세를 보여주고 있음.
- 높은 세금부담율은 비효율적이라는 예상을 깨고, 경제위기시에 다시 재기할 수 있는 가능성을 제공해 주기 때문에 빨리 회복할 수 있는 제도로 인식됨.

5. 소득분배와 사회보장재정

- 절대적 가난은 국가경제정책의 변화로 극복할 수 있지만, 상대적 가난은 사회정책으로 극복할 수 있음.
- 스웨덴의 재분배는 누진세의 도입과 복지제도를 통한 복지서비스로 이루어짐.
- 스웨덴의 복지제도는 4가지로 구분됨.

- 공공 복지서비스 부문: 의료 보건서비스, 공공탁아시설, 노인 요양시설 및 학교교육 등 공공서비스 분야를 통틀어 포함함.
 - 노동시장과 연계된 사회보험: 직장생활자들의 출산휴가보험, 육아보험, 의료보험 등을 포함함.
 - 보편적 복지 및 보조금제도: 모든 아동에게 지급되는 아동수당 및 기초 노령수당 등 수입과 관계없이 자격요건을 갖춘 스웨덴사람에게 모두 일괄적으로 지급함.
 - 특별보조금: 마약중독자, 극빈자, 장애인, 알코올 중독자 등 개인의 상황에 따른 특별히 지급하는 보조금제도
- 스웨덴의 사회보장을 통한 재분배는 공공부분의 팽창을 가져왔고, 예산 지출항목에서도 가장 큰 비율을 나타냄.
- 스웨덴의 예산 중 사회보장 관련 지출 비중은 33.3퍼센트를 차지하고 있으며, 질병 및 장애보장, 가정 및 아동복지, 노령연금 순으로 지출의 비중이 높음.
- 복지병으로 인식되는 병가자의 증가는 1990년대 전체 노동자의 5%까지 치솟다가 최근 들어 2% 정도로 떨어짐.
- 가족구성에 변화가 일기 시작하면서 복지제도의 사각지대가 생겨나고 있음. 이혼율의 증가, 독거생활자 들의 증가, 동거의 보편화에 따른 편부, 편모의 현상이 현저히 증가하고 있으며, 이들 가정의 아동들의 삶의 질도 위협받고 있는 상황임.
- 편부 및 편모가정의 경우 60% 정도가 생활비의 고통을 받고 있다는 정부보고서에 밝히고 있듯, 새로운 양극화 현상에 주

목하고 있음.

- 이와 함께 노령 연금생활자의 비중이 늘고, 평균수명이 길어지면서 여성연금생활자들의 삶의 질이 상대적으로 낮게 나타남. 이는 남편과 사별하고 혼자 살면서 평생 일하지 않았던 여성의 경우 연금이 낮아 삶의 질에도 영향을 받음.
- 이같은 문제를 해결하기 위해 정부에서는 편부, 편모가정 특별지원책을 내놓고 있으며, 고령연금 생활자들의 특별지원금도 배정해 지급함.
- 복지재정과 분배의 최근의 논의
 - 이는 2006년 들어 봉급대체율을 85%에서 75%까지 낮추면서 일하는 사람들에게 인센티브를 주고, 일하지 못하는 사람은 가급적 빨리 치료 후 노동시장에 복귀하도록 재활프로그램을 효율적으로 가동하면서 이루어짐.
 - 최근 들어 무리하게 노동시장으로 복귀를 시키는 과정에서 완전 치유되지 못하는 중병환자 예를 들어 암환자 등도 노동시장에 복귀시키는 무리수를 두면서 우익정권이 공격을 받음.
 - 기여한 만큼 받아가는 적극적 시민, 책임시민의 역할을 강조하는 일반적 분위기는 우익정권의 강수가 어느 정도 효과적이라는 지지세력도 많이 확보하고 있음.

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 1991년부터 1994년까지 우익정권이 들어서 복지개혁을 단행했으나 1994년 다시 사민당 정권이 들어서 지속성이 없었음.
- 그러나 2006년 들어선 우익정권은 2010년 선거에서 다시 승리하면서 연속성을 가질 수 있었음.
- 따라서 2006년부터 2014년까지 지속적으로 복지의 누수부분의 개혁, 비효율부분의 점검 등 복지제도의 변화가 감지됨.
- 최근의 변화에 있어서의 특징은 크게 몇가지로 구분됨.
 - 첫째, 일하는 사람의 사기진작과 소비의 촉진. 2006년에 들어선 현 정부의 정부교서에서 일하는 사람들에게 세금면제를 통한 실질 소득 증가를 유도해 소비를 촉진시키는 정책을 펼침. 소비의 증가를 통한 생산의 유발을 유도함.
 - 둘째, 일하는 사람들의 의욕을 저하시키는 사회보장 부분을 개혁함. 봉급대체율이 높은 경우 심각한 복지의존이 증가하는 현상이 발생해 복지누수가 발생함. 일하는 사람들의 병가율이 높은 이유는 너무 관대한 병가보상제도에 있다고 보고, 무급병가휴가 일수를 늘리고, 병가수당도 최고 봉급의 75% 수준으로 낮추는 등 일하는 사람들의 의욕을 저하시키는 부분을 과감히 개혁함. 복지는 꼭 필요한 사람이, 꼭 필요한 시기에 쓰는 것이라는 인식을 갖게 하는데 기여하고 있다고 자평하고 있음.
 - 셋째, 기업활동의 활성화를 위해 법인세를 인하하고 회사의

병가수당 부담률을 낮춰 생산과 고용에 기여할 수 있도록 유도하고자 함.

- 넷째, 여성과 남성의 차별적 부분을 줄이기 위해 현재 남성의 87% 밖에 되지 않는 여성의 임금을 우선 인상해 남성과 여성의 봉급차이를 줄여가고 있음.
- 다섯째, 자녀가 있는 독거가정을 집중적으로 지원해 소외가정의 아동들이 고통받지 않도록 정책을 펴. 사회변화에 발빠르게 대처하지 않으면, 소외계층이 양산되어 빈부격차, 양극화가 빠르게 진행될 것으로 보고 소외계층 줄이기 정책을 다양하게 내놓고 있음.
- 여섯째, 우익정권인 만큼, 사회복지 서비스의 개인 선택권을 강조하고, 1차진료소, 학교, 탁아소 등 민영화를 통해 경쟁을 유도하고자 함. 공공서비스의 비율이 점차 낮아지고 있는 원인이기도 함.

□ 2010년 들어서는 그동안 상대적으로 소외되었던 연금생활자들의 삶의 질의 개선과 향상을 위해 연금액수를 일인당 평균 1000크로네(17만원 상당)로 인상하고, 특히 저연금생활자 중 여성연금생활자들의 지원을 확대함.

□ 환자의 적체율이 높아지고 있다는 사회적 불만을 무마하기 위해 환자보호법을 2010년 제정하여 3개월 이내에 의료서비스를 제공할 수 있도록 함.

□ 응급실도 적체율이 심해 4시간 내 모든 서비스를 받을 수 있도록 조치를 취하고 있으나, 지방으로 분권화된 의료서비스의

일괄적 향상을 끌어내는 데는 한계가 있음.

- 이와 함께 의료기관의 고비용 시설, 고비용 의약품 등의 증가와 함께 재정적자가 만성적으로 발생할 경우, 복지제도 운영 전체에 악영향을 미치기 때문에 서비스의 질, 비용과의 균형을 맞추기 위해 노력하고 있음.
- 최근의 복지논의와 전망
 - 스웨덴의 의료복지는 현재 1차 및 2차의료 기관의 일부 민영화를 추진하면서 경쟁력을 도입하고자 하고 있으며, 국민의 선택권을 일반적 사회권리로 규정하고자 노력하고 있음.
 - 그러나 사민당의 입장에서는 개인선택권을 강조하다보면 결국 국민들의 빈부격차에 따른 의료시설을 이용하게 되면서 양극화가 진행되고 사회적 관용과 이해, 그리고 신뢰의 관계가 무너질 수 밖에 없기 때문에 개인의 선택권은 적정 수준에서 제한되어야 한다고 보고 있음.
 - 따라서 2014년 선거에서는 우익정권의 지속적 개인책임성, 그리고 개인선택권의 주장과 이에 반하는 공공성의 유지와 국민 삶의 질의 보편성 및 균형성을 강조하는 사민당과 경쟁하면서 국민이 어느 편을 들 것인가가 중요한 관전 포인트임.
 - 이와 함께 새로 구성된 사민당의 지도부가 국민의 대폭적 지지를 받고 있는 현 상황 속에서 좌익당 및 환경당을 포함한 좌익계열 정당들의 집권 가능성이 큰 상태에서 우익정당들의 복지제도에 대한 개혁에 어떤 변화가 있을지 것이지 큰 관심사임.

- 이와 함께 현재 진행되고 있는 유로존의 재정위기에 얼마나 능동적으로 잘 대처하고, 경제성장 및 일자리 창출에 수완을 발휘하느냐에 따라 정권의 향방도 좌우될 것으로 보임.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 스웨덴의 고용보험제도는 1935년 노동조합이 운영하던 소규모 실업구제 보험이 국가가 지원하는 제도로 발전한 겐트시스템(Ghent System)임.
 - 2007년 6월 현재 36개의 독립적 실업기금이 있는데, 겐트시스템에서 노동조합은 고용보험을 제공할 뿐만 아니라 고용센터를 통해 실업자들에게 일자리를 찾아주는 역할도 수행.
- 스웨덴의 고용보험은 소극적 노동시장정책과 적극적 노동시장정책을 실행하는 기능을 수행
 - 고용보험은 강제보험이 아니며, 노동조합 내의 실업보험금고와 노동시장청에서 각각 소극적 노동시장정책과 적극적 노동시장정책을 관할하는 2원적 행정체계를 가짐.
- 소극적 노동시장정책은 노동자가 실직한 경우 소득보장을 위해 실업급여를 지급하는 것으로 노동조합 내의 실업보험금고에서 관할하고, 노동자가 노동조합에 가입할 경우 자동적으로 실업보험금고에 가입됨.

- 고용보험 대상자가 되기 위해서는 실직 이전 12개월 이상 노동조합의 실업보험금고에 가입되어 있어야 하고, 실직 전 12개월 중 6개월 동안 매월 80시간 이상 일했거나 또는 연속된 6개월 내에 480시간 이상, 매월 50시간 이상 일을 했어야 함.
 - 하루에 3시간 이상, 주당 17시간 이상 일할 수 있어야 하고, 기초자치단체의 고용사무소에 구직자로 등록되어 있어야 함.
 - 이 때 고용사무소와 상담하여 재취업에 대한 계획을 세우고, 구직활동을 계속적으로 해야 하며, 고용사무소에서 알선해 준 적절한 일자리를 받아들이도록 준비해야 함.
- 적극적 노동시장정책은 직업상담, 직업알선, 직업훈련 등을 통해 재취업 지원 등을 수행하는 정책으로 노동시장청에서 관할
- 보수-자유연정 정부가 들어선 직후인 2007년 1월 1일 이후 근로 유인 강화를 목적으로 고용보험을 변화하여 보험료가 인상되고, 수당이 축소됨.
- 대기기간이 기존의 5일에서 7일로 증가하고, 소득비례실업급여의 보상수준이 실직 후 200일 동안 기존 소득의 80%에서 70%로 감소
 - 고용조건을 충족시키지 못하고, 2차 수혜기간에 돌입하는 경우 이전에는 장기실업자로 지원을 받을 수 있었으나, 새 정부 하에서 이 규정이 폐지
- 그러나 2008년 세계 경제위기 여파로 실업이 증가하면서 실업급여 수혜조건 완화

- 스웨덴은 1989년 남녀고용평등법을 제정한 이후 남녀고용평등을 위한 조치와 여성의 경제활동을 지원하기 위한 제도를 지속적으로 수행하고 있고, 이에 따라 한 여성이 평생 출산하게 되는 자녀수의 비율인 합계 출산율이 1.94로 선진국에서도 상당히 높은 수치를 보임.
- 남녀고용평등의 측면에서 여성과 남성 사이에 부당한 임금 격차가 있는지를 확인하고, 이를 막기 위해 고용주는 작업장에서의 임금차별 현황을 매년 조사하고 분석해야 함.
- 여성의 경제활동 지원을 위해 국가 차원에서 여성들을 대신하여 ‘돌봄노동’을 제공하고, 출산전후의 각종 수당과 육아휴직 보험, 남성에게도 육아 부담을 분담시키는 육아휴직보험 제도 실시
- 미취학 아동을 위한 보육원 확충 등 다양한 보육서비스를 제공하고, 자녀 관련비용은 원칙적으로 무료임.
 - － 의료서비스는 지방자치단체가 주민에게 제공하고, 19세 이하의 미성년자는 전액 무료이고, 학교 교육도 무상으로 실시되고, 95%의 학생이 진학하는 고등학교 교육의 경우 급식비를 제외한 학비와 교재비가 무료임.

2. 연금제도

- 높은 소득보장성과 소득재분배성이 특징인 스웨덴의 연금제도는 사회보험방식과 사회수당방식이 결합된 형태로서 연금제도의 전체적인 업무는 중앙정부의 사회보장청에서 관장

- 1998년 이전까지 2층으로 이루어진 소득비례연금제도를 실시하였으나, 불투명한 경제전망과 인구의 노령화 등으로 연금의 지속가능성이 위협 받게 되어 지속적인 연금개혁 실시
 - 연금개혁을 통해 기초연금과 비례연금제를 폐지하고, 명목확정기여방식(NDC)의 소득비례연금(IP)과 완전적립식 개인저축계정방식의 부가연금(PP)을 통합하는 형태로 전환
 - － 노령연금을 장애연금이나 유족연금과 분리된 하나의 독립된 보험으로 하며, 기초연금과 부가연금제도의 일원화 도모
 - － 개인생애소득의 18.5%를 연금보험료로 각출하되, 이 중 16%는 명목확정기여 방식의 연금제도에 부과방식으로 지출되고, 나머지 2.5%는 초과연금보험료 적립제도(premium reserve scheme)에 의거 개인계정으로 관리
 - － 연금가입자에 대해 보험료 자기부담원칙을 적용하고, 평균 기대여명의 변화에 따라 연금급여액을 자동으로 조정
 - － 연금급여 인상폭을 실질임금 및 물가지수에 연동하여 산출하고, 연금수리에 기초하여 연금수급 개시연령을 탄력적으로 조정
- 연금개혁 이후의 공적연금제도는 공적 기초연금보험, 직업연금보험, 사적연금보험의 3계단적 연금제도로 구성
 - 공적 기본연금 및 보험은 3단계 중 가장 기본적인 단계로서 소득비례연금(IP), 완전적립식 개인연금(PP), 최저보증연금(GP)로 구분
 - － 최저보증연금은 연금체계와 연결되어 있지만 공공부조 형식으로 운용된다. 소득이 아주 낮거나 없는 스웨덴 시민권

자 및 영주권자에게 적용되는 연금으로 기본생활 유지비용 정도가 지급

- 소득비례연금은 기준임금의 16%가 적립되고, 16세 이상의 모든 피고용자와 자영업자, 실업, 질병, 장애와 관련된 사회보장급여수급자(사회보장급여를 기준으로 보험료납부), 자녀양육, 군복무, 교육 중에 있는 자(가상적 소득에 기초하여 국고가 보험료납부) 등이 가입할 수 있고, 하한 및 상한은 없음.

- 완전적립식 개인연금은 각 개인 연금의 기본이 되는 임금의 2.5%에 해당하며, 이는 각 개인이 선택한 약 800개에 달하는 민간펀드회사가 운영하는 펀드에 투자

○ 직업연금보험은 사업주와 노동조합의 단체협약을 통해 직원들을 위해 추가로 적립되는 연금

- 사업주가 소속 직원을 위해 얼마나 많은 금액을 적립할지, 개인들이 금액의 일부 또는 전부를 어떤 펀드에 투자할지를 개인과 소속 직장의 직업연금기금 담당자가 함께 결정하고, 현재 직업생활을 하는 사람 10명 중 9명이 가입했으며 총 노령연금액의 15~20%를 차지하고 있다.

○ 사적연금보험의 경우 연 12,000크로나만큼 소득공제가 되고, 소득수준이 높아서 공적 기본연금 및 보험에 더 이상 적립할 수 없을 경우와 연금액이 본인이 은퇴 이전 소득보다 많이 낮아질 위험이 있는 경우에 가입하는 것이 유리

□ 공적연금 이외에 부가급여(Ancillary Benefits)라고도 하는 공적연금관련 기타 사회보장제도로써 저연금 무연금의 65세 이

상 노인(특히 이민자를 중심)에게 지급하는 생활보조금(Maintenance support for elderly persons), 연금 또는 급여가 국가연금체제내에서 지급되지는 않지만, 이 체계와 밀접한 연관성을 가지는 장애연금, 유족연금 등이 있음.

3. 재해보험

- 스웨덴에서는 산재보험과 함께 노동자가 근무 중이나 출퇴근 시 상해를 입어 일을 할 수 없게 되었을 때 지급하는 상병 시 소득보장제도를 운영하고 있음.
 - 산재보험은 한국과 달리 전체적인 사회보험체계의 일부분으로 연금제도, 고용보험 등과 연계하여 보충적으로 운영됨.
- 상병 시 소득보장제도로써 병가급여, 활동보상과 상병보상, 재할수당, 가족위로수당, 보균자 수당 등이 있음.
 - 병가급여는 임금을 통해 생활하고 있는 노동자가 건강상의 문제 발생으로 근로를 일시적으로 중단하고, 의료서비스를 받아야 할 경우 지급됨.
 - 병가급여 지급액은 월평균소득의 80%로서 기준 월평균소득은 노동자의 경우 예측된 실업 이후 1년간 월평균소득이고, 실업자는 실업급여임.
 - 병가급여 산정 기준소득 및 급여액의 경우 최고액과 최저액을 설정하여 소득에 따라 발생할 수 있는 급여 수혜의 형평성 문제를 해결함.

- 활동보상과 상병보상은 질병과 다른 손상으로 육체적 혹은 정신적 측면에서 일을 할 수 있는 능력이 1/4 이상 감소된 상태가 영구적 또는 1년 이상 지속될 경우 지급
 - － 일을 할 수 있는 능력이 감소된 정도와 일을 통해서 자신의 생계를 건사할 수 있는 기회가 축소된 정도에 따라 1/4, 2/4, 3/4, 4/4(완전 활동보상금)의 금액이 지급되며, 재원은 조세로 충당
 - 재활수당은 재활치료 시 지급하고, 임금의 80%임.
 - － 재활수당은 병가급여의 일환으로 그 대상자, 전달체계 및 재정은 병가급여와 동일하고, 상병 후 다른 직업을 찾기 위해 훈련을 받는 경우에도 3개월까지 병가급여와 동일한 급여를 지급
 - 가족위로수당은 가족구성원이 암과 같은 중증질환을 앓게 되었을 때 그 보호자가 일을 쉬면서 환자를 위로할 수 있도록 하기 위해 제공하는 수당
 - 보균자수당은 노동자가 일을 할 수 있으나 전염병이나 전염병으로 의심되는 병을 앓고 있는 경우 또는 아직 발병은 되지 않았으나 전염병을 가졌거나 가진 것으로 의심되는 경우 사회보장사무소가 지급
- 산재보상 또는 산재보험은 직장에서 얻은 상해로 인한 질병이나 무능력 상태에 대해 먼저 의료보험과 연금보험에서 일반급여를 지급한 후, 직업상해보험에서 보충
- 스웨덴에서 일하는 모든 고용인에게 적용되지만, 자영업자의 적용은 스웨덴에 거주하는 사람으로만 제한되고, 한국의 경

우 농민은 산재보험 대상에서 제외되지만, 스웨덴의 경우 농민도 산재의 대상임.

- 상해로 인해 더 이상 노동을 할 수 없는 경우나 근로소득의 경감이 있는 경우 연금을 받을 수 있고, 산재연금액은 노동자가 산재로 인해 손실된 소득액과 동일하며, 상병보상이나 활동보상을 받고 있는 경우 해당 보상금이 연금으로 조정
- 산재보상으로 요양급여 및 휴업급여, 유족급여 및 훈련수당이 지급됨.

4. 가족수당

- 스웨덴의 경우 이혼이나 별거 등으로 인한 한부모 가족과 결혼하지 않고 사는 동거가족 증가, 가족 규모의 축소 등의 현상이 나타나고 있음.
- 스웨덴의 가족정책은 남녀 모두가 육아와 일을 양립하는 것을 가능하게 하는 환경을 조성하는 것을 목적으로 함.
부의 재분배와 경제적 안정성, 그리고 아동의 평등권과 복지 증진이라는 목표 하에 자녀를 가진 모든 가정이 매일 매일의 최소한의 삶의 수준을 영위할 수 있는 환경을 조성하는데 있음.
가족 지원 정책은 보편적 수당, 사회보험, 소득조사 또는 욕구조사 수당 세 가지 유형으로 추진
- 가족수당은 제도적-노동중심주의 가족정책의 일환으로 운영

되고 있고, 사회적 노동력 공급의 측면에서 보육이 개인적 측면의 문제가 아닌 사회적 문제로 인식되어 가족정책과 가족수당이 운영되고 있음.

- 가족수당에는 임신현금급여, 출산휴가 및 출산급여, 아동간병휴가 및 급여, 아동수당, 한부모에 대한 양육지원비, 입양수당 등이 있음.
 - － 임신현금급여는 임신한 여성에게 대체업무가 제공되기 어려울 때 보장받는 휴가 시 지급되는 급여임.
 - 임신한 여성이 육체적으로 힘든 업무나 작업환경법(Work Environment Act)에 의해 금지된 위험한 업무를 수행하고 있을 때 이를 대체할 수 있는 업무가 제공되어야 함.
 - 대체업무가 제공되기 어려울 때 임신한 여성은 60일간 휴가를 가질 수 있고, 휴가기간 동안 월평균소득의 80%에 해당하는 임신현금급여를 받을 수 있음.
 - － 출산한 부모는 480일의 출산휴가를 가질 수 있고, 출산휴가를 받은 부모는 390일까지 월평균소득의 80%에 해당되는 출산급여를 받을 수 있고, 나머지 90일은 1일 180크로나(약 24,300원)의 출산급여를 받을 수 있음.
 - 출산휴가는 아동이 8세가 되기 직전까지 또는 초등학교 1학년을 마칠 때까지 사용가능하고, 모와 부가 공동으로 나누어 사용할 수 있으며, 반드시 부와 모 각각은 최소 60일 이상을 사용해야 함.
 - － 아동을 가진 부모는 아동의 연령이 12세가 되기 직전까지 아동을 간병하기 위해 아동간병휴가를 받을 수 있고, 아동간병휴가를 받은 부모는 월평균소득의 80%에 해당하는 아

동안병급여를 받을 수 있음.

- 부모는 아동 1인당 1년에 60일간의 아동간병휴가를 받을 수 있고, 이 60일이 경과한 후에도 계속해서 아플 경우 60일간의 추가 아동간병휴가를 받을 수 있음.
- 아동수당은 1946년 아동양육에 필요한 비용을 지원하기 위해 만들어진 제도로써 16세 미만의 아동을 양육하는 부모는 아동이 스웨덴에 거주하고 있으면 아동수당을 받을 수 있음.
- 외국인도 아동이 스웨덴에 거주하고 있으면 아동수당을 받을 자격이 있음.
- 아동수당의 총액은 아동 수가 증가할수록 증가되고, 아동 수가 2인 이상일 경우 기본수당 이외에 추가수당 지급

5. 공공부조

- 스웨덴은 실업보험, 노령연금제도 등의 혜택을 받을 수 없는 스웨덴 거주자에게 자산조사를 통해 공공부조 제공
- 공공부조의 대상이 되는 거주자에 국적 취득여부는 고려사항이 되지 않아 이민자들도 공공부조 대상자가 될 수 있음.
- 공공부조제도는 1982년 제정된 사회서비스법(Social Service Act)에 근거해서 운영됨.
- 공공부조에 관한 사회서비스법은 급여 수급 등에 관한 상세한 규정 없이 일반적인 제도의 목적과 취지 등을 표명하고

있고, 공공부조의 운영 및 재정에 관한 지방정부의 책임성을 강조

- 2002년 사회서비스법 개정을 통해 공공부조에 대해 보다 강화된 향소권, 아동을 대체가정에 보낼 경우 필수적으로 체계적인 양육플랜 마련, 범죄 피해자와 해당 가족에 대한 원조 제공, 노인 및 장애인 요양 관련 서비스 이용료에 대한 새로운 규정, 사회서비스에 대한 보다 강화된 관리 감독 등에 관한 규정을 추가

□ 스웨덴에서 공공부조를 일컫는 용어로는 경제적 지원(ekonomiskt bistand)과 사회보조(socialbidrag)가 있고, 사회서비스법에 의해 제공받을 수 있는 모든 경제적 도움을 포괄함.

- 생계지원은 경제적 지원 또는 사회보조의 일부로서, 주거, 가사, 출장, 가족재산보험, 조합원비, 실업기금을 위한 특별비용이 포함

- － 생계지원을 받기 위해서는 급여, 금융자산, 임대료영수증, 주거수당 등에 대한 자료를 제출하여야 하며, 이를 기초로 자격요건에 부합해야 수급이 가능함.

- 경제적 지원은 통상 국가기준에 근거하여 지급된다. 그러나 특별사유 발생 시 합리적인 생활수준이 가능하도록 추가로 지급 가능

- － 국가기준은 생계수단을 위한 지출(의복, 신발, 놀이, 자유시간, 소비재, 보건 및 위생, 신문, 전화, TV 수신요금)이 포함되고, 특별사유가 있다면 비용은 더 높은 액수로 책정될 수 있음.

- － 특별사유 발생시, ‘경제적 지원’ 신청자는 생계지원과 더불어 가구, 가재도구, 의료, 약품, 치과치료와 관계한 생활지원을 받을 수 있고, 이러한 필요에 따른 지원은 개인적인 조사를 통해 이루어짐.

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

- 현대적인 의료보장 제도가 갖추어져간 시기는 2차대전 이후라 할 수 있음. 그 이전까지는 1862년에 정식으로 설치된 란스팅(Landsting)에서 국민건강을 관리하는 책임을 맡고 있었지만 책임 및 재정독립은 하지 못하고 있었음.
- 1928년 병원법의 발효와 함께 란스팅의 역할이 부각되기 시작함. 이전까지만 해도 개인병원의 역할이 더 컸으나, 1928년 병원법 발효 이후 환자의 입원치료에 대한 책임을 란스팅에 둠. 1946년 건강보험법이 발효되고 난 이후부터 스웨덴의 현대적 의료제도가 정착됨. 의사상담, 의약품처방, 상병수당의 근거가 되는 의사진단서 등을 란스팅에서 담당하기 시작함.
- 1966년에는 중앙정부에 남아있던 정신질환자 관리도 란스팅으로 가져옴. 1960년대 들어 의사의 고용구조는 80%가 란스팅 소속, 나머지는 개인병원 등을 운영하는 형태를 띠.
- 1970년 7 크로네 개혁(Sjukronorsreform)을 통해 외래환자의 본인부담금을 7크라운으로 제한해 개인의 국민 의료비를 획기

적으로 감소시킴. 이를 통해 의료소비의 양극화 현상을 해소함. 이전까지는 가난한 국민은 아파도 비싼 의료비 때문에 병원에 방문하지 못했으나, 국가의료보험으로 일하지 않는 일반 국민들도 동일하게싼 값으로 방문할 수 있도록 함.

- 1971년에는 의약품판매를 국가가 직접 담당할 수 있도록 약국의 국유화를 단행함. 이전까지만 해도 약국은 개인이 장악하고 있었으나, 국가가 약국을 국유화 하면서 의료시설, 의약품 개발 및 판매까지 국가가 관장하게 됨.
- 1982년과 1985년의 의료개혁을 통해 적자구조로 되어 있던 란스팅의 재정독립을 이룩했고, 도시와 농촌간의 의료시설 운영도 유기적 협조를 통해 의료시설간의 격차가 없도록 함.
- 1990년대 들어서는 의료개혁을 다시 단행해 노인 및 장애자의 의료는 지방자치단체에 일임함. 1992년 애델개혁(Ädel reform)을 단행해 치매환자 및 노인장기요양환자를 기초지방자치단체가 담당하도록 해 란스팅의 비중을 상당부분 감소시킴. 1993년에는 장애인 지원법을 시행해 장애인까지 기초지방자치단체가 담당함으로써 지방자치단체가 상주 의사, 간호사, 심리상담원 등을 고용할 수 있도록 함.
- 1995년에는 정신병원 개혁을 통해 정신질환자까지 기초지방자치단체에서 담당하도록 함.
- 1990년대 들어 공공의료서비스가 정착되면서 병원의 효율성이 문제가 되기 시작함. 예를 들어 환자적체율이 확대되고 대

기시간이 길어지기 시작하면서 한정된 재원으로 원활한 의료 서비스를 제공하기 위해 우선순위를 정하기 위해 연구에 착수

- 1997년에 시작된 연구가 2001년에 완료되어 출간한 우선순의 특별조사위원회 보고서에 따르면 생명과 직결되는 질병치료, 고통을 완화시키는 수술, 만성병 환자치료, 장애인 서비스를 최우선으로 하고, 그 다음으로 예방 및 재활 서비스, 나머지는 생명에 지장이 없는 환자, 병이나 부상이 아닌 환자의 의료 서비스 등으로 구분해 의료업무를 보도록 함.

□ 최근의 논의

- 2005년 들어 환자의 적체현상, 그리고 대기시간이 다시 늘어나면서 0-7-90-90 개혁을 단행함. 이는 발병 당일 의사와 통화, 7일 이내 의사 상담, 90일 이내 전문병원 검사, 90일 이내 수술 및 조치 등의 보증제를 실시함.
- 가장 큰 문제는 대도시 주변의 병원은 환자대기시간이 길고, 인구가 적은 농촌지역 및 중소도시지역은 상대적으로 짧아 란스팅간의 협조관계가 필수적이라는 점임.
- 따라서 2011년 이후 환자안전법을 시행해 0-7-90-90 보증제를 다시 실시하고, 의사 선택권, 기초의료시설 선택권 등을 전국단위로 확대해 거주 지역에 한정시키지 않고 의사간의 경쟁을 도입함.
- 스웨덴 의료서비스에서 또 한 가지 문제가 되는 것은 란스팅 의회가 선출직 의원으로 구성되기 때문에 좌와 우의 정당색

에 따라 서비스의 개선, 의료서비스 등의 우선순위 결정 등 자체적인 재량권이 있어 20개의 란스팅에서 제공하는 의료 서비스는 각각 질에 있어 차이가 남. 이는 지역별 수요의 차이로 인해 충분히 수급할 수 있는 부분으로, 각 지역주민들의 선호도에 따라 결정되는 사안이라는 점도 있지만 국민개 개인의 기준으로 볼 때 지역에 따라 다른 서비스의 질을 경험하게 되기 때문에 어느 지역에서는 서비스의 질이 높고, 그렇지 않은 지역주민의 경우 상대적으로 질이 떨어진 서비스를 받게 되어 같은 세금을 내고도 평등적 처우를 받지 못한다는 점은 비난의 대상이 됨.

- 앞으로 의료복지분야는 어느 수준까지 개인부담을 지우고, 국가주도로 공공의료 제도를 유지하느냐에 있음. 2012년의 선거는 의료개혁의 방향성과도 밀접한 관계가 있어 매우 중요한 선거로 평가됨.

2. 의료보장

- 스웨덴의 현 사회보장규정집의 법률에 따라 시행되고 있음.
- 환자가 받을 수 있는 의료서비스는 란스팅이 제공하며 발병부터 퇴원 및 회복까지 전 서비스를 란스팅이 관리함.
- 우선 발병이 나거나 발병의심이 있을 경우 전화로 먼저 간호사 상담을 받고 7일 이내 의사와의 상담시간을 배정받음. 19세 이상의 경우 의사진료비용은 200크로네, 응급실은 400크로네

를 지불함. 암전문 병원 등 특수병원은 350크로네를 지불함.

- 저소득층의 의료부담비를 줄여주기 위해 의료비용상한제를 실시해 2012년 기준 900크로네를 초과할 경우 무료로 진료와 치료를 받을 수 있음. 장기 만성환자의 경우 매우 유용한 의료 보장으로 활용됨.
- 의약품을 장복하는 환자의 경우에 있어서도 의약품상한제가 적용되어 1800크로네 이상은 무료, 1700~1800 크로네인 경우 환자부담분 10%, 1300~1700크로네의 경우 25%, 900~1400크로네의 경우 50% 등으로 경감시켜 줘 저소득층의 의약품 구입을 도와주고 있음.
- 해외 여행 중 발병, 사고로 인해 치료, 수술 등의 비용은 전액 추후 변상받을 수 있음.
- 장기 병가휴가를 받아야 할 정도로 위독하거나 수술을 받아야 할 경우 병가 첫날은 무급휴가이지만, 2틀째부터 15일까지는 봉급의 80%를 보상을 받음. 이 부분은 직장에서 부담함.
- 16일째부터는 국영보험청에 신청해 심사를 받은 후 환자자격 요건을 갖추었을 경우 12개월동안 봉급 80%의 병가수당을 받을 수 있음. 그리고 추가로 3개월을 휴직하고자 할 때는 무급으로 병가를 연장할 수 있음.
- 같은 병으로 다시 장기치료를 하게 될 경우 1년 동안 다시 병가휴가를 받을 수 있음. 이 기간동안은 봉급의 75%를 보상받

을 수 있음.

- 이 기간동안 직장에 복귀할 수 있는지 상담 혹은 치료를 진행해 나감.
- 1~90일 동안 치료해 완치되거나 다시 출근할 수 있는 건강상태가 될 수 있다고 판단되면 원래 직장에 복귀하지만 이 기간이 지나면 다른 직장으로 복귀할 수 있도록 다른 직장, 혹은 동일 직장내에서 다른 직종을 수행할 수 있을지 직업소개소와 상의를 함.
- 치아건강 상태가 부모 혹은 자신의 소득수준에 따라 차이가 나고 있다고 보고 어린이 들은 치아건강관리를 무상으로 제공해 주고, 성인의 경우에도 2년마다 쿠폰을 제공해 치과병원 방문할 수 있도록 유도함.
- 18세까지는 치아교정도 무상으로 제공해 주고 있으나, 지역치과 의사의 진단에 따라 치아교정시술의 여부를 결정함.
- 성인의 경우 매월 국가보조금을 제공하는 요금제를 적용해 치아건강 상태에 따라 최고 양호상태인 1등급 58크로네, 최악의 상태인 10등급 488크로네를 개인부담으로 지불하도록 해 담당 치과 의사를 주기적으로 만날 수 있도록 함. 따라서 치아의 건강상태를 최상으로 만들어주기 위해 국가보조금을 지급한 개인요금제를 적용하고 있음.
- 또한 20세 이상의 모든 성인의 경우 1년 치아치료비용이

3000~15000크로네를 지불하는 경우 50%를 란스팅이 지원해주고, 15000크로네 이상의 경우 15%만 본인이 부담하도록 하고 있음.

□ 최근의 논의

- 스웨덴의 의료보장은 1980년대까지 사민당의 집권기간동안 이룩된 제도에 근간을 두고 있음.
- 기본적 틀은 국민건강 보건의 보편성과 평등성에 기초를 두고 의료서비스의 질에 있어서 차별을 두지 않기 위해 노력함.
- 그러나 2006년 이후 환자적체율의 증가, 대기시간의 증가 등이 대두되면서 국민들의 개인 선택권 보장을 강조하는 우익정당의 집권과 함께 의사선택권, 기초의료시설 선택권 등을 국민에게 주고 거주지와 관계없이 전국 단위로 선택하게 함.
- 그러나 의료서비스의 양극화가 사회의 위화감을 조성하고 사회 불안요소로 작용될 것을 우려하고 있기 때문에 개인의 선택권을 보장하면서도 의약품 상한제, 그리고 의료서비스 비용 상한제를 두어 저소득층의 의료비 부담을 줄이기 위해 노력하고 있음.
- 2011년 이후 환자안전법을 시행해 0-7-90-90 보증제를 다시 실시하고, 의사 선택권, 기초의료시설 선택권 등을 전국단위로 확대해 거주 지역에 한정시키지 않고 의사간의 경쟁을 도입함.
- 사민당이 2014년 재집권을 하게 될 경우, 개인부담율의 인하가 점쳐지고, 의료기관 민영화의 제한과 공공 의료시설의 역할확대를 추진할 거승로 보임.

- 하지만 사민당이 집권을 할 경우에도 재원의 한계와 의료기관의 비효율적 운영이라는 고질적 문제점이 있기 때문에 기본적인 한계는 내재하고 있음.
- 따라서 사민당이 집권하는 경우, 개인의 선택권은 제한할 수 있을지 몰라도, 개인 부담금의 유지 혹은 약간의 확대는 불가피할 것으로 보임.

3. 고령자 및 장애인 복지서비스

- 1982년 제정된 건강의료법 18조는 노인 및 장애인 의료서비스의 내용을 담고 있음.
- 또한 구체적 시행규칙은 사회서비스법에 규정되어 있음.
- 1990년대의 의료개혁을 통해 노인 및 장애인 환자의 치료 및 보호는 기초지방단체가 담당하고 있음.
- 노인복지서비스는 크게 재택보조, 노인시설서비스, 그리고 저연금생활자의 지원을 위한 보조금제를 들 수 있음.
- 2000년 들어 두드러진 현상으로 재택노인의 비율이 지속적으로 늘고 있음.
- 2000년대 이전까지만 해도 배우자의 사별 등으로 독거노인이 될 경우 양로시설을 주로 선호했으나, 연금생활자 부부 뿐 아

나라 독거노인들의 경우에 있어서도 재택노인 비율이 점차 늘고 있음.

- 2002년 재택노인 서비스를 이용하는 노인의 경우 65세 이상 전체 노인인구의 8.2%를 차지했고, 특수노인시설에서 거주하는 경우는 전체 노인인구의 7.5%를 차지했지만, 2009년의 통계를 보면 재택서비스 혜택비율 12.3%, 특수노인시설 입주 5.7%로 낮아지면서 그 차이는 점차 벌어지고 있음.
- 위의 통계에서 확인할 수 있는 것은 2002년 기준 65세 이상 전체노인 중 15.7%만 기초지방자치단체의 노인복지 서비스를 받고 있고, 나머지 노인인구는 전혀 도움을 받지 않고 생활하고 있음을 보여주고 있음. 2009년의 경우에도 18%로 상승하기는 했지만 아직도 82% 노인인구는 개인의 능력으로 생활하고 있음을 알 수 있음.
- 기초지방자치단체가 제공하는 노인거주시설에는 두 가지가 있음.
 - 우선 일반노인시설이 있는데 특별한 병이 없고 혼자 거동할 수 있는 경우 시설만 임대해 사용함. 부부가 사용할 수 있는 객실, 독신자객실 등이 있으며 공동 음식제공, 단체여가시간, 건강프로그램, 간단한 건강검진 등을 제공함.
 - 일반노인시설에서 거주하다가 연로해지거나 병이 걸려 거동하는 것이 힘들어질 때 특별주거시설로 입주함. 이곳에는 상주하는 의사, 간호사, 호흡기 및 간단한 진단시설 등이 있어 유사시에 대비할 수 있고, 종합병원으로 이동할 수 있는 시

설을 갖추고 있음. 이곳에 입주하면 장기적으로 임종할 때까지 거주함.

- 일반노인시설과 특별주거시설의 임대료는 최고 6,296크로네를 지불함(지역마다 약간씩 다르기 때문에 스톡홀름을 예로 듦). 그러나 이 요금도 최고생계비보전의 규칙에 따라 모든 요금을 지불하고 4,967크로네가 남아야 하기 때문에 이 액수가 남지 않으면 임대료가 그만큼 면제되기 때문에 저소득층의 경우 임대료는 대폭 낮아짐. 일생 직장생활을 해 보지 못한 연금생활자의 경우 기초연금이 독거노인의 경우 7780크로네를 지급받는데, 위의 경우 4,967크로네 보전규칙에 따라 6,296크로네의 임대료 중 2,813크로네만 지불하게 됨(7780~4967).

- 외국이민자의 경우 기초연금을 받기 위해서는 40년 동안 스웨덴에 체류해야하는 규정에 따라 기초연금을 받을 수 없는 경우도 있기 때문에, 외국이민자 출신 노인들의 생활을 돕기 위해 저소득노인지원금 60,943크로네를 지급함(2012년 기준). 매달 5,078크로네를 지불하게 됨. 저소득층 노인의 생활비 보조금으로 주택수당도 주거형태에 따라 지불하기 때문에 모든 비용을 지출하고 최저생활비를 확보할 수 있도록 돕고 있음.

□ 장애인의 경우는 장애정도와 생활의 필요성에 따라 차등적으로 보조금을 지급함.

□ 신체장애로 인해 발생하는 보조의 종류, 직장생활 혹은 교육 참여에 필요한 보조의 종류, 신체장애로 파생되는 고가장비구입 등을 파악해 보조금을 지급함.

- 1급장애인의 경우 기초산정액의 69%, 2급장애인의 경우 53%, 3급 36%를 보조금으로 지급받음. 2012년의 기준에 따라 1급 30,360크로네, 2급 23,320크로네, 그리고 3급 15,840크로네를 지급받음.
- 신체장애의 정도에 따라 노동을 할 수 없는 경우 기초의료비를 추가로 지급함. 1급 79,200크로네, 2급 52,800크로네, 그리고 3급 26,400크로네를 추가로 의료보조금 형식으로 지급함.
- 장애의 정도에 따라 직장생활을 할 수 있도록 장애인취업교육센터인 삼할(Samhall)은 직업교육과 직장알선 등을 도와줌.
- 장애인의 서비스 지원은 장애인지원법 9조에 따라 다음의 서비스를 제공함. 상담 및 개인별 지원, 경제적-신체적 지원, 동반자 지원, 커뮤니케이션지원, 대변지원, 고통을 줄여주는 지원, 12세 이상 학업지원, 장애아동의 가정보조, 장애인주택 지원, 직장생활 및 학업활동 보조 등
- 장애인의 생활에 필요할 경우 자동차 구입금을 9년마다 한번 씩 최고 10만 크로네를 지원하고 차량개조 비용은 추가로 지원함.
- 장애아동의 간호를 위해 부모는 보조금을 받을 수 있음. 최고 11만 크로네, 최저 5만 5천 크로네를 장애정도에 따라 지급 받을 수 있으며 직장생활과 병행할 때 손실분만 보조받을 수도 있음.

□ 최근의 논의

- 최근 1990년 들어 노인복지와 장애인복지의 책임소재가 기초지방자치단체로 이전되면서 각 단체의 경제상황에 따라 복지수준이 영향을 받기 있음.
- 2008년 재정위기 이후 재정상황의 악화로 예산삭감을 단행한 이후의 노인복지의 질이 저하되어 국가의 감독기능을 강화할 필요가 있다는 국가보고서가 제출됨.
- 문제의 핵심은 효율성제고와 비용절감을 위해 외주업체에게 노인재택서비스 등을 맡긴 결과 서비스의 질이 급속도로 저하되고 있다고 함.
- 또한 자원봉사자의 역할이 더욱 증가되면서 서비스의 질이 위협받고 있다고 보고 있음. 예산이 지속적으로 삭감되면서 자원봉사자의 의존율은 더욱 높아지고 있는 추세에 있음.
- 사민당 등 야당들의 주장은 노인복지사의 고용을 확대해 노인복지의 질을 향상시키고, 국가의 관리감독 강화로 노인복지의 질이 보장되지 않는 기초지방자치단체장 들에게 책임을 묻는 형식으로 서비스의 질을 끌어올려야 한다고 주장함.
- 장기적으로 기초지방자치단체가 노인복지서비스의 질을 보장하지 못할 경우 대대적인 개혁이 요구될 수 있음.
- 그러나 한정된 예산으로 복지서비스의 질을 보장해야 한다는 측면에서는 같은 문제에 봉착함.
- 결국 국가보조금의 증대를 통한 노인복지서비스와 장애인복지 서비스의 질을 유지해야 할 경우, 세금인상을 불가피하다고 할 수 있음.
- 정권의 교체에 따른 개혁이 예상될 수 있음.

4. 아동 및 보육서비스

- 스웨덴의 복지를 엄마 뱃속에서 무덤까지로 표현될 정도로 복지의 시작은 임신부터 시작됨.
- 여성출산율의 가장 중요한 정책수단이기도 한 아동 및 보육서비스는 스웨덴에서 출산율을 끌어올리는데 매우 중요한 역할을 담당함.
- 아동보육 서비스는 여성이 임신을 하면서부터 시작됨. 사회보험법 10장은 임신여성과 뱃속아이의 권리에 대해 기술하고 있음.
- 임신 중인 여성이 직장생활을 할 때 신체의 변화에 따른 환경적응이 제대로 되지 못할 때 최대 50일까지 임신수당제를 사용할 수 있음. 이 기간 동안 봉급의 80%를 보전해 줌. 이 기간은 출산 10일 전까지 사용할 수 있음.
- 임신 중 담당 보모가 결정되며 건강 및 부부생활 상담, 부모의 소양교육, 출산 전후에 알아야 할 기본 상식과 준비물, 운동 등을 체계적으로 교육시킴.
- 출산 전후 병원이동시 택시비용을 추후에 기초자치단체에서 전액상환해줌. 병원에 머무는 동안 입원료는 일반환자와 같이 하루에 80크로네가 전부임.
- 출산 후 16개월(480일) 동안 육아 및 보육을 위해 사용할 수

있음. 13개월 동안은 봉급의 80%를 지급하고, 나머지 3개월은 하루 180크로네 씩(한달 5,400크로네) 지급함.

- 480일을 다 사용하지 않고 다시 직장에 복귀했을 때 언제든지 다시 사용할 수 있음.
- 쌍둥이 출산 시에는 추가로 180일(6개월)을 80% 유급휴가로 쓸 수 있음.
- 직장 생활 중 자녀 병간호를 위해 120일을 사용할 수 있음. 이 때도 봉급의 80%를 보전받게 됨.
- 자녀가 아플 때 본이도 아파서 자녀를 돌볼 수 없을 가족이나 친척 중 대신 자녀의 병간호를 위해 120일을 사용할 수 있음. 이 때도 봉급의 80%를 지불하게 됨.
- 자녀가 만1세가 되면 탁아소를 보낼 수 있음. 공공탁아소나 개인탁아소를 선택해 보낼 수 있음. 사설탁아소의 경우 약간 더 비싸지만 공공탁아소의 저소득층을 보호하기 위해 최대상한제를 실시함. 요금으로 봉급의 3%나 최대 1,260크로네를 요금으로 지불함.
- 실업자의 경우, 혹은 유급출산휴가 중인 부보가 아이를 탁아소에 보낼 때는 주당 15시간을 활용할 수 있음. 비용은 봉급의 2% 혹은 최대 840크로네를 요금으로 지불함.
- 부모의 수입이 한달에 4,000크로네 이하일 경우 탁아소 요금

을 면제받음.

- 취학 전 아동교육은 6세에 무상으로 제공함. 하지만 방과 후 프로그램에 참가하기 위해서는 봉급의 2%를 요금으로 지불함.
- 1948년부터 지급되기 시작한 아동수당제도는 아직까지 유지해 오고 있음. 1인당 1,050크로네를 지급하고, 자녀가 2명, 3명, 4명 등 한명씩 증가할 때마다 보너스가 추가됨. 자녀를 4명을 낳을 경우 자녀수당은 5,814크로네를 지급받음.
- 아동의 부모가 이혼 혹은 별거를 했을 경우 부모 중 한사람이 경제적 능력이 되지 못해 자녀부양비를 부담하지 못할 때 국영 보험국에서 1,273크로네를 매달 지원해줌.
- 육아 및 아동보육 제도는 저출산의 중요한 정책수단이 됨.
- 적극적 육아-아동보육제도는 여성이 직장생활을 영위하더라도 직장 때문에 임신과 출산을 포기하지 않도록 지원하는 정책으로 여성의 출산율을 끌어올리는데 중요한 역할을 함.
- 우리나라의 경우도 사교육비를 없애기 위해 학교에서 다양한 방과 후 프로그램을 제공할 필요가 있으며, 스웨덴의 경우 문화, 체육, 언어, 음악 등 다양한 장르를 선택할 수 있어 엘리트 체육인과 문화인을 키우는데 중요한 역할을 할 수 있음.
- 육아 및 보육서비스는 여성의 임신 및 출산을 끌어올리는데 중요한 정책수단이 되기 때문에 한국에서 보다 체계적으로 정

착시할 필요가 있음.

5. 주택 및 주거 서비스

- 스웨덴에서 임대주택 주거비율은 전체 주거형태 중 33.7%를 차지하고 있음. 도심지 임대주택은 임대권이 거래까지 될 정도로 인기가 높고, 젊은 층과 노년층에서 많이 선호하는 주거 형태임.
- 그러나 일반적으로 나이가 들고 봉급수준이 높아지면, 단독주택 혹은 조합아파트를 구입하는 경우가 많음. 스웨덴 국민의 거주형태를 보면 개인소유주택이 49.9%, 조합아파트 15.4%, 그리고 임대아파트 33.7%로 구분됨.
- 25~34세 젊은층의 경우 50.2%가 임대주택을 선호함. 이는 경제적 능력이 아직 갖추어져 있지 않아 단독주택을 구입하지 못함.
- 취약 가정, 즉 독거유자녀 가족 특히 자녀가 있는 여성독거자의 경우 가장 취약계층에 속함. 최근 들어 스웨덴에서도 홈리스가 속출하고 있는데, 이는 주택정책의 실패, 그리고 노동시장정책의 실패 등이 복합적으로 영향을 미침.
- 최근 들어 외국인민자 출신 중 실업 독거여성의 경우 사회 소외계층으로 분류되며 이들의 삶의 질은 매우 낮음.

- 스웨덴 내국인 및 외국인 출신 중 실업상태에 있거나, 저소득 일 경우 주택수당을 보조해줌.
- 스웨덴 전체 499만 가구 중 6%인 30만 가구 정도가 주택수당의 수혜자임.
- 3인 아동이 있는 가정의 경우 4,000크로네, 2인 아동의 경우 3,000크로네, 1인 아동의 경우 2,500크로네를 별도로 지급받음.
- 최근의 논의
 - 2008년 현 집권 정당 중의 하나인 중앙당(전신 농민당) 당수가 부유층 자녀들은 제외하고 나머지 가정 아동에게만 아동수당을 지급하자고 했다가 국민들의 지탄을 받음. 1948년부터 시행된 이 제도는 아동수당이 모든 아동의 기본권리 사항으로
 - 2011년에 들고 나온 부유층 자녀의 아동수당을 유지하는 대신, 소외계층 자녀들에게는 2배로 지급하자는 제안을 했다가 다시 비판의 대상이 됨.
 - 아동가족의 경우 재정위기와 함께 임대료를 내지 못해 강제 퇴거를 당하는 사례가 속출하면서, 주택정책의 실패에 대한 목소리가 커짐.
 - 최근 들어 2000 아동가정이 임대아파트의 임대료를 내지 못해 강제퇴거당하면서 사회적 물의를 빚음.
 - 현 정부는 앞으로 임대주택을 더 공급해 소외계층이 사용할 수 있도록 하겠다는 의지를 천명하고 있음.
 - 그러나 더욱 중요한 것은 사회적 약자의 생성 원인이 노동시

장의 재진입에 어려움이 있거나, 아예 노동시장으로 진입조차 하지 않은 외국출신 여성 및 자녀를 둔 독거여성의 경우이기 때문에 보조금제도나 임대아파트를 통한 일정 삶의 질을 보장해 주는 것도 중요하지만 이들이 소외계층에서 벗어날 수 있도록 다양한 취업프로그램을 제공해 노동시장에 진출해 자립을 할 수 있도록 도와주는 것도 중요하다고 보고 있음.

- 따라서 이들을 위한 당근과 채찍의 정책이 무엇인가에 대한 정치적, 사회적 논의가 진행되고 있음.

제5권

영국

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

□ 영국에서 근대 사회보장제도의 도입은 베버리지 보고서(Beveridge Report)로 알려진 ‘사회보험과 연계서비스에 관한 중앙정부간 위원회 보고서’(Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services)의 발표로 시작됨. 복지국가에 대한 베버리지보고서의 핵심적 원리는 국민일반에게 사회보장에 대한 확신을 주는 것이었음. 사회보장제도는 보편적이며, 강제가입 및 기여형태를 가져야 한다고 보고 고용인, 자영업자, 가정주부, 아동, 노인뿐만 아니라 불가피하게 장애를 경험하고 있는 장애인을 포함하고 실직자와 환자, 파산자 등을 위한 현금급여와 장애수당, 가족수당, 장제급여 및 노령연금도 제안함. ‘1946년 국가보장법’(1946 National Insurance Act)과 ‘1946년 국가의료보장법’(1946 National Health Service Act)이 통과됨으로 실업·초중고의무교육·노령연금과 보편적 의료보장을 전 국민에게 확대하는 근대 사회보장제도의 길을 마련한 계기가 마련됨.

□ 보수당을 기반으로 하는 마가렛 대처 내각이 들어섰을 때 영

국은 경기침체와 경제악화 상황에서 1976년 IMF 기금으로 정부를 꾸려가야 하는 상황에서 공공예산 감축은 필수적으로 전개되어야 할 국내외 압박이 심각하였음. 특히 사회보장지출이 공공지출의 1/3을 차지하고 있었기 때문에 총생산 대비 공공지출의 감소가 절실한 상황이었음. 특히 사회적 지출이 많아지면 근로공급과 저축의 유인을 낮추고 결국 경제침체의 주원인으로 작용한다고 보고 1979년부터 1997년 집권시절 대처내각은 전형적인 보수당 정권의 정강정책을 따라 복지국가를 향한 공공예산감축, 민영화, 빈곤층에 대한 사회보장서비스를 최소화하기 위하여 철저한 자산조사를 통한 보장서비스를 시도 등 주요 정책을 추구함.

□ 좌파 성향이 강한 노동당을 배경으로 1997년 집권한 토니블레어는 냉전체제의 붕괴 후 전통적 사회주의적 가치와 경제체제를 주장하는 전통좌파인식을 바꾸어 우파의 신자유주의와 좌파의 사회주의 이념의 비현실성을 지적하면서 좌와 우를 넘어서는 새로운 길 즉 제3의 길(Third Way) 즉 국내외 경제상황을 고려한 신중한 경제정책과 복지제도개혁을 국가정책의 핵심적 원칙으로 추구함.

－ 토니블레어 정부는 이와같은 제3의길을 기조로 하여 영국의 사회보장제도를 근로의욕 저하와 복지의존을 억제하기 위한 공공부조체제로 재편하는 개혁정책을 입안하였으며. 첫째, 영국은 저소득층의 근로유인을 위하여 1999년 10월에 ‘근로가족소득지원제도(Working Families’ Tax Credit: WFTC)를 도입함.

- 둘째, 경제상황이 악화되자 1996년에 현금급여보다는 근로 연계 복지전략에 초점을 두어 실업보험을 구직수당으로 개정하여 실업자 및 시간제 근로자의 구직활동과 자활지원서비스를 강화하는 방향으로 전개함.
- 셋째, 1999년에는 공공부조 대상별로 근로가족세금공제, 근로장애인세금공제, 구직자수당, 근로보조 등 4가지 제도를 두고 근로가족세금공제는 18세 이상 65세 미만의 16시간 이상 근로자로서 부양아동을 가진 근로가족만을 대상으로 하여 근로를 유인하려함.
- 이와같은 복지개혁은 복지급여의존 대상을 줄이고 구직자수당 지급수를 줄이는데 효과적으로 기여하였다고 평가할 수 있다. 근로인구와 한부모가족 고용율이 복지개혁이후 지속적으로 성장한 것이 그런 평가를 가능하게 하였으나 교육훈련의 비중을 높인 반면 그 교육훈련의 질이 높지 않아 결국 양질의 일자리를 얻는데에 기여하지 못하므로 빈곤을 벗어나는 것에는 한계가 있었던 것으로 평가됨.

2. 사회보장관리체계

□ 노동·연금관련 사회보장관리체계

- 영국은 2001년 6월 복지와 연금부분을 관장하되 아동·장애인·실업자의 빈곤문제를 재고하고 이 계층의 사회복지 의존도를 줄이며 노동의욕을 고취하며 취업관련 맞춤형 서비스를 제공하기 위하여 교육노동부(Department of

Education and Employment)의 노동부분과 사회보장부(Department of Social Security)를 통합 노동연금부(Department of Work and Pensions)를 설치함.

- 노동연금부는 고객중심 서비스를 위하여 2002년부터 전국 400여개의 사회보장사무소를 통하여 사회급여를 관장하던 사회보장성 산하 급여청(Benefit Agency)를 폐지하고 인구 대상별조직에서 급여와 서비스를 담당하도록 조직을 개편하고 모든 공공부조와 사회보장급여는 노동연금부의 집행 체계인 연금서비스, 고용센터플러스, 돌봄자서비스의 각 지역사무소를 통하여 관리·운영함.
- 지역 사회보장관리체계로 사회복지급여체계를 관리하고 운영하는 전달체계의 지역담당은 실업수당, 장애급여, 고용 및 부양수당, 유족급여, 산재급여등을 관장하는 담당하는 연금서비스청(Pension Service), 노동인구의 복지와 노동여건을 돕고 취업알선을 관장하는 고용센터플러스청(Jobcentre Plus)와 장애인과 돌봄자 서비스를 관장하는 장애인, 돌봄자서비스청(Disability and Carers Service)이 각각 전국에 흩어진 업무조직을 두고 실제업무를 담당하도록 함.

□ 보건·사회서비스관련 사회보장관리체계: 영국의 보건부는 중앙정부기구로서 공중보건, NHS, 그리고 사회적 돌봄관련 업무를 관장하도록 함. 그러나 보건부가 공중보건 및 사회적돌봄서비스를 직접수행하는 것은 아니며 NHS, 지방정부, 그리고 다양한 형태의 사회적돌봄서비스 제공기관들과 밀접한 관

계속에서 보건의료대상 인구의 욕구에 부합하고 새로운 도전에 적합한 정책을 제시하고 재정을 지원하여 원활한 서비스가 수행될 수 있도록 돕는 역할을 함. 즉 보건부는 정책제시와 재정할당을 담당하고 있다. 보건부 정책목적을 수행하기 위하여 밀접한 관계를 맺고 있는 기관으로는 국가보건시스템(NHS), 국가보건의료증진연구원(National Institute for Health and Clinical Excellence), 공공복지 분야 협력기관(Public Wealth Arm's length Bodies/ALBs), NHS 핵심서비스 관련기관(Central services to NHS Arm's length Bodies/ALBs), 그리고 법규관련 기관(Regulatory Arm's length Bodies/ALBs)등이 존재함.

- 빈곤계층을 위한 주택관리체계: 영국의 공공주택정책에 대하여 전담하고 있는 중앙정부부처는 ‘지역사회 및 지방정부부(Department of Communities and Local Government)’이다. ‘지역사회 및 지방정부부’는 공공주택을 공급하고, 지역욕구에 맞게 선택가능한 임대공공주택물량을 확보하며, 사회적소외계층이 안전하게 거주할 수 있도록 도모하며, 공공주택의 질과 쾌적한 주거환경을 제공하는데 목표를 둠.
- 장기보양보험 관리체계: 장기요양서비스 관리체계의 정책과 재정조달을 책임지고 있는 부서는 보건성(DoH, Department of Health)이며, 일반조세를 통해 조달되는 NHS의 의하여 보건서비스를 무료로 제공하고, 동시에 NHS는 지역보호, 물리치료와 같은 치료요법서비스 및 장기요양 서비스 관련 급여도 제공하고 있음. 영국정부는 2003년 보건·사회적돌봄·지역사회

보건 표준법(Health and social care community health and standards act 2003)을 제정하여 모든 사회적 돌봄서비스의 질 담보를 위한 독립적인 감독기구인 ‘사회적돌봄감독위원회 (Commission Social Care Inspection)을 설치하여 노인요양시설 과 민간의료기관, 거주홈 및 아동홈 등 모든 사회적 시설을 대상으로 인증평가시스템을 운영함. 지방정부는 1993년 지역돌봄법(Community Care Act)에 따라 국가보조 및 지방세로 운영되는 재가서비스 신체장애 1등급(경증)에 해당하는 노인을 위한 서비스와 시설서비스의 관리 및 운영을 책임짐.

- 영국에서는 중앙정부가 각각의 사회보장관련 부처가 정책 및 자원마련을 담당하고, 지방정부는 욕구파악, 사회서비스의 구매와 감독역할에 초점을 행정지원 역할을 하고 있음.

3. 인구구조 및 인구문제

- 인구변동 요인
 - 영국의 합계출산율은 2001년에는 1.63으로 최저점에 도달한 후, 2003년 1.71, 2005년 1.84, 2008년 1.96, 2009년 1.94, 2010년 1.98 수준
 - － 출산율 상승은 가족에 대한 다양한 지원정책 등으로 그간 출산율 미루었던 여성들의 출산 이행, 이민여성들의 출산율 증가 등에 기인
 - 남성과 여성의 평균수명은 1985년 각각 85.6세, 89.8세에서

2010년에는 90.2세, 93.7세로 꾸준히 증가하였으며, 미래에도 꾸준히 증가할 전망인데 2035년 기준으로 남성은 94.2세, 여성은 97.2세가 될 것으로 전망

- 국외에서 영국으로 유입하는 장기 이민자(12개월 이상 거주자)는 2004년 이후 약 60만 명을 유지하고 있는데, ‘학업’을 목적으로 이주하는 이민자들이 최근 증가하였음.

□ 인구구조 및 인구문제

- 2011년 현재 총인구는 6,200만 명 이상으로 향후에도 매년 50만명 정도가 증가할 것으로 예상되고 있음.
 - － 현재의 인구 증가는 인구대체수준에 가까운 출산율 증가에 따른 자연증가에 기인하나, 미래의 인구증가는 순이민에 주로 기인하는 것으로 예상
- 영국 인구의 고령화수준은 1970년 7.9%에서 2010년 16.6%로 증가하였고, 2030년에는 23.6%로 높아질 전망이다, 영국의 인구문제는 인구고령화보다는 좁은 국토 내에서 인구가 계속적으로 증가하여 인구밀도가 높아지고, 이에 따라 사회경제적으로 각종 문제가 발생할 것이라는 데 있음.
 - － 이에 따라 자연적으로 영국 인구의 증가를 유발하고 있는 이민자의 억제에 대한 논의가 진행되기도 하였음.

4. 경제와 정부재정

- 영국은 2차 세계 대전 이후 경제상태가 매우 악화되었지만 기

간사업 국유화 및 사회보장제도 확충 등 사회경제적 개편을 통해 극복함.

- '50~'60년대 호황을 통해 높은 고용수준과 경제 성장을 이룸. 이후 오일쇼크 등의 경제적 위기를 겪기도 하지만 금융서비스산업의 호조를 통해 비교적 높은 성장세 유지함.
- 하지만 금융부실과 경기침체가 확대되고, 미국 서브프라임 모기지 사태로 발생한 금융위기로 인해 심각한 위기 상황을 맞게 됨.
 - － '08년 경제성장률은 -1.1%, '09년 -4.4%로 나타났고 '10년에는 플러스로 돌아섰지만 침체를 벗어난 것으로 보기 어려움.
 - － 실업률의 경우 '01~'05년까지는 5%대 미만이었지만 '09년에는 7%대를 넘어, 현재(11.11월 기준)는 8.4%를 기록
 - 더욱 심각한 것은 25세 이하 청년 실업률이 '09년 12월 19.4%에서 '11년 11월 현재 22.2%로 급속도로 증가함.
 - － 높은 실업률은 정부의 긴축 정책으로 인한 공공부문 일자리 축소, 경제침체에 대응한 기업들이 비용절감과 고용축소에서 기인함. 특히 신규고용 축소는 청년실업을 심화시키고 있음.
- 소비자물가상승률의 경우 '05년부터 2%대를 넘었고 '10년에는 3.3%인 것으로 나타남. 기준금리는 '09년 3월 이후 0.5%로 동결된 상태이지만 스태그플레이션에 대한 우려와 파운드화 가치 하락을 막기 위해 금리를 인상시키자는 압력이 가중되고 있음.
- (중앙)정부부채는 '07년까지는 GDP 대비 40%대를 유지했지

만, 경기침체 타개를 위한 경기부양과 금융안정화를 위한 채권보증 등으로 '08년에는 61.1%, '10년에는 85.5%로 증가함.

- 영국 공공부문의 재정은 중앙정부와 지방정부 등으로 구성된 일반정부 재정과 공기업으로 구분해 볼 수 있음.
 - 영국에는 정부조직법이 없으며, 정부의 결정에 의하여 부처의 수, 기능, 명칭 등이 신설되거나 폐지될 수 있는 등 매우 신축적으로 운영되어 그 변동이 다른 국가에 비해 큰 편임.
 - 영국은 지역별로 상이한 지방행정체제를 갖고 있지만 국가가 자치권에 대한 모든 권한을 가지고 있으며 지방정부는 중앙정부 통제하에서 제한된 권한만을 가지고 있음.
 - 공기업(Public Corporations)은 고객에게 부여하는 요금으로 비용을 충당하는 상업적 기능을 가지고 있으며 경영이나 기업운영에 있어서 해당부처로부터 독립성이 있음.
- 예산은 통합국고펀드(Consolidated Fund)와 투융자특별회계에 해당하는 국가융자기금(National Loans Fund) 그리고 기타기금으로 구성
 - 통합국고펀드(CF)는 일반회계에 해당, 공채수입을 제외한 모든 중앙정부 수입은 통합국고펀드의 수입으로 들어가 통합관리됨.
 - － 국가융자기금(NLF)은 일반회계 적자 시 이를 보전, 흑자 시 일반회계에서 국가융자기금으로 이전되는 등 서로 연관·운영
 - － 예산안(Budget)은 3월 또는 4월에 의회에 제출되며, 회계

연도 개시전년도 11월(또는 12월)에 사전예산안(Pre-Budget)을 의회에 제출하여 내년 예산의 기초의 내용을 사전에 예고함.

- 격년 주기로 세출심사(CSR 또는 SR)가 이루어지며 각 부처별로 3월말에 Departmental Report(부처별 보고서)가 발표됨.
- 본예산 외에도 추가경정세출예산(Supplementary Estimates)은 연간 3회(6월, 11월, 2월) 편성되기도 함.

□ UN SNA의 기능별 분류에 따른 세출규모를 살펴보면, 정부 지출중 사회보호(Social protection)의 비중이 가장 높으며, 그 다음으로 보건(Health)과 교육 부문이 높은 비중을 차지하고 있음.

○ 보건부문은 지속적인 증가세를, 사회보호는 '90년대 중반이후 감소세를 보이다 99/00년부터 증가하여 10/11년 15.7%에 이름.

- 09/10년에 사회보호 지출이 급상승하였는데, 이는 글로벌 금융위기 이후 위기 극복을 위한 일시적인 확대의 성격이 강함.

○ OECD는 세목을 크게 6개 부문을 분류, 국제비교 자료를 제공

〈표 5-1〉 OECD 세목분류

구분	대분류
1000	소득과 이윤 그리고 자본이득 과세(Taxes on incomes, profits and capital gains)
2000	사회보장기여금(Social security contributions)
3000	총급여 및 노동력세(Taxes on payroll and work force)
4000	재산세(Taxes on property)
5000	재화 및 서비스에 대한 과세(Taxes on goods and services)
6000	기타(Other taxes)

- 소득과세인 1000번은 총조세수입에서 가장 큰 비중을 차지, '00년 이후 약 39~40% 정도로 안정적 추세를 유지
- 사회보장기여금의 경우 조세수입의 약 19%를 차지함. 고용주가 가장 높은 부담을 지고 있으며 그 비중도 대체로 증가하고 있는 반면 피고용자의 부담은 '05년부터 감소세를 나타냄.
 - 과거 사회보장 재정은 일반조세에서 대부분 충당되었지만, 점차 사회보장 기여금의 비중이 점차 증가해 오고 있음.
- 재화 및 서비스에 대한 과세는 '08년 현재 28.8%로 소득, 이윤 및 자본이득세 다음으로 조세 수입중 높은 비중을 차지함.

- 영국정부의 재원은 직접세와 간접세 그리고 여기에 각종 세제 혜택과 지방세과 어우러져 구성 되지만 세목의 대부분이 국세임.
- 소득세, 부가가치세, 법인세등 대부분의 세목이 중앙정부의 세금이며, 지방정부는 중앙으로부터의 교부금에 주로 의존하

고 있음.

- 조세부담은 조금씩 줄어들고 사회보장부담은 조금씩 늘어나고 있지만 세부적으로 볼 때 간접세 비중이 조금씩 늘어나고 있음.
- 이는 정치적으로 민감한 소득세를 인상하여 재원을 마련하지 않고 간접세를 통해 부족한 부문을 충당하기 때문이고 사회보장부담금의 증가는 고령화로 인한 자연적 증가와 관계가 깊음.

5. 소득분배와 사회보장 재정

- 영국경제는 상대적으로 쇠락해 갔지만 사회복지 관련 지출은 증가하여, '51년 GNP의 16.1%에서 '75년에는 28.8%로 비중이 높아짐.
- '80년 이후 복지지출 수준을 OECD SOCX 기준으로 살펴보면 노동당은 물론, 보수당 집권시기에도 공공사회지출이 증가함.
- 이는 '80년대 중반부터 본격적인 경제 회복과 성장, 고령화로 인한 연금 지출 증가 및 보건수요의 증가에서 기인함.
- 또한 소득불평등의 심화와 구조조정을 통한 대규모 실업의 발생은 복지 및 실업 관련 지출 증가를 유발시킴.
- 공공사회지출을 구성하는 9개 항목중 '노령', '근로무능력', '보건', '가족', '주거' 부문이 '80년대 이후 점진적으로 증가

- 그중 보건 부문은 공공사회지출 중 가장 큰 비중을 차지하고 있으며 '90년대 후반 이후 가장 높은 증가세를 보임.

- 사회보장재원은 국민보험보험료(NIC)와 같은 사회보장기여금과 일반조세(직접세, 간접세), 지방세 그리고 정부 수입 범위를 넘는 총지출 부문에 대한 정부 차입 등으로 구성됨.
 - 공공사회지출을 충당하기 위한 예산 배분 조정 방법을 살펴보면, 대표적으로 국방비 삭감과 공공투자 감소를 꼽을 수 있음.
 - NATO에 가입하면서 국방비 예산을 줄여 재원을 마련하였고 민영화를 통해 공기업 투자를 줄여 정부재정을 확충함.
 - 사회보장재원의 대부분은 사회보장기여금과 정부일반수입으로 구성되며, 점차 정부일반수입의 비중이 높아지고 있음. '09년 현재 GDP대비 정부일반수입이 사회보장기여금보다 약 1.5%p 높음.
 - 기타수입의 경우 '06년까지는 그 규모가 매우 미미한 했지만 '07년부터 GDP의 1%대를 넘어 '09년 현재 2.3%를 차지
 - 사회보장재원 부담추이를 부담 주체별로 살펴보면, '90년과 '09년 비교시 기업과 중앙정부의 부담이 가장 큰 폭으로 증가함.
 - 기업의 사회보장재원 부담은 GDP 대비 5.2%에서 9.0%로 1.7배 이상 증가, 중앙정부 부담수준은 약 1.5배 정도 증가함.
 - 반면 지방정부는 1% 내외의 일정한 수준을 유지하고 있으며 사회보장기금 및 비영리단체의 경우 그 비중이 줄어들고 있음.

- 기업과 중앙정부의 부담은 대폭 증가했지만 사회보장재원에서 부가 부담하는 비중은 비교적 완만히 증가함. 지방정부도 절대적인 규모는 증가하였지만 재원에서 차지하는 비중은 오히려 감소함.

□ 영국의 노동연금부(DWP)는 HABI(Households Below Average Income)를 통해 소득분배 및 빈곤상태에 대해 파악하고 있음.

- HABI에서는 균등화된 가구 가처분소득의 중위값을 이용, 중위소득의 50%, 60%, 70% 이하를 빈곤층으로 정의하고 주거비용을 소득에서 제거한 것과 그렇지 않은 것으로 구분하여 제시함.

- － 주거비용을 제하지 않은 경우 중위소득 50%이하 규모추이는 9~11%대, 중위소득 60%이하는 17~20%대, 중위소득 70%이하는 25~28%대이며, 대체로 약간이나마 감소하는 추세임.

- － 반면 주거비용을 제한 경우에는, 각 기준별 저소득층의 규모가 주거비용을 감하지 않은 경우보다 크게 나타나 저소득층이 주거비용에 큰 영향을 받고 있음을 보여줌.

- 소득 5분위를 통해 소득분배 정도를 살펴보면, 주거비용을 고려했을 경우 그렇지 않을 경우보다 1분위와 2분위의 소득 점유율이 낮아졌고 3분위와 4분위는 비슷한 반면, 5분위는 높아짐.

- － 영국의 높은 주거비용으로 인해 저소득층이 고소득층보다 주거비용에 따라 가처분소득에 더 큰 영향을 받는데서 기인

- 소득점유율의 추이를 살펴보면 주거비용과 상관없이 1분위는 다소 감소한 것으로 5분위는 증가한 것으로 나타나 소득불평등 현상이 심각해지고 있음을 직관적으로 알 수 있음.

□ 소득분배와 사회보장 재정

- 정부 이전지출을 통한 소득불평등도의 개선을 지니계수를 통해 파악할 수 있음. 본원적 소득을 기준으로 총소득, 가처분소득, 세후소득으로 국가의 개입을 통한 소득불평등의 개선 정도를 파악
 - 본원적 소득 기준 불평등도는 '90~09/10년, 50~52%대 유지
 - 가처분 소득으로 측정한 경우가 불평등도가 가장 낮고 세후소득은 다른 두 소득에 비해 대체로 높은 불평등도를 나타냄.
 - '00년대 중반이후 본원적 소득 기준 불평등도가 약간 상승하는 추세이지만 다른 소득 기준 불평등도는 다소 낮아져 정부의 재분배 정책이 다소 강화되었음을 유추해 볼 수 있음.
- '사회보호' 지출이 GDP에서 차지하는 비중이 높을 때 지니계수가 개선되는 추세가 관찰됨. 사회보호지출 및 사회보장재원과 지니계수간의 관계를 단순상관관계 분석을 통해 파악해 보면,
 - 총소득기준 지니계수와 GDP대비 사회보장총수입은 부(-)의 상관관계가 나타났지만 통계적으로 유의미하지 않게

나타남. 사회보장기여금 적용시에도 통계적으로 유의미 하지 않음.

- 반면, GDP대비 정부일반수입 비중은 지니계수와 부(-)의 관계가 있는 것으로 나타났으며 통계적으로도 유의미함. 이러한 경향은 가처분소득기준·세후소득기준 지니계수에 서도 나타남.

〈표 5-2〉 사회보장재원과 지니계수간의 단순상관분석

구분	사회보장총수입	사회보장기여금	정부일반수입
GINI(총소득기준)	-0.314	0.060	-0.496*
GINI(가처분소득기준)	-0.278	0.293	-0.597***
GINI(세후소득기준)	-0.310	0.271	-0.584***

* : P<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

- 사회보호지출과 지니계수와의 관계는 예상대로 부(-)의 관계가 나타났으며, 간접세까지 감안한 세후소득기준 지니계수와 가장 강한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타남.

〈표 5-3〉 사회보호지출과 지니계수간의 단순상관분석

구분	GINI (총소득기준)	GINI (가처분소득기준)	GINI (세후소득기준)
사회보호지출	-0.566***	-0.582***	-0.603***

* : P<0.1, ** P<0.05, *** P<0.01

6. 최근의 사회보장 개혁동향

- 각종 수당제도와 세금공제시스템을 노동과 빈곤퇴치에 초점을 맞춘 통합급여(Universal Credit) 제도로 단순화: 영국의 현행 사회보장제도에서 드러나는 문제들을 상쇄할 급진적 변화로서 선택한 ‘통합급여(Universal Credit)’는 근로동기부여에 핵심이 있고, 현행 소득보조(Income Support), 자산조사에 기초한 구직급여(income-based Jobseeker’s Allowance), 소득관련 고용지원수당(income-related Employment and Support Allowance), 주거수당(Housing Benefit), 아동세금공제와 근로세액공제(Child Tax Credit and Working Tax Credit) 제도를 대치함. 통합급여(Universal Credit)는 소득과 가족상황수준에 따라 근로를 시작할 때, 떠날 때 차등 지급하여(실직 시 최소소득을, 근로 이행 시간이 많아질 때 더 많이 지급하여 빈곤탈출을 돕는다) 현행 보장제도가 근로의욕을 저하시키는 문제를 실질적으로 개선하기를 목표로 함.
- 장애수당(Disability Benefit), 돌봄수당(Carer’s Benefit) 개혁동향: 현재 자기기여성 사회보험과 자산조사무상급여 두 가지로 나뉘어져 있는 장애급여를 하나로 통합하되 장애인 중 중증으로 근로능력이 없는 대상자는 최대장애급여를 수혜받을 수 있도록 하고, 경증 장애인에게는 근로계획에 참여할 때만 급여를 수혜 받을 수 있도록 하는 개혁안을 추진할 계획임. 경증장애인의 경우 근로계획에 동의하였다 할지라도 만약 해당 수급자가 근로참여계획에 따라 근로참여에 따른 성과가 없을 경우

급여를 줄이는 것이는 형태로 운용됨. 한편, 영국정부는 장애 정도와 근로능력실사를 위하여 병원정밀검사와 근로능력제한 설문(Limited capability for work questionnaire ESA50)을 도입하여 엄밀한 근로능력 심사제도를 도입할 것임.

- 한부모가족급여(Lone Parent Benefit) 개혁동향: 한부모 가족의 자녀가 7세가 되면 소득보조는 중단되고 수급 지위는 구직급여(Job Seeker's Allowance unemployment benefits)로 전환되어 구직관련 활동에 전념하도록 함. 부양아동이 중증장애인거나 이로인해 돌봄수당을 받고 있을 경우, 그 밖의 자녀가 7세 아동이 있을 경우에는 급여를 계속 받을 수 있는 형태로 진행함.
- 지방주거급여(Local Housing Allowance) 개혁동향: 과거 임대 담당관에 의한 개별실사에 따라 수급자격과 수급액이 결정되던 것을 지방정부로 하여금 지역의 임대료 수준을 반영한 기준에 따라 수급자격과 수급액을 결정하도록 함. 지방주거급여 수준은 매달 말 공시되며 가족 수, 성인동거인, 10~15세 아동 동거여부, 10세 이하 아동 동거여부, 재임대여부, 24시간 돌봄대상 장애인 부양여부, 지역(방수와 주거형태, 지역 실질 부동산 임대료를 반영함)에 따라 급여액이 달라지는 형태로 운용함.
- 연금(Pension) 개혁동향: 과거 신노동당의 개혁원칙이었던 다섯 가지 원칙 즉 ‘개인 책임증진(promote personal responsibility)’, ‘공정화(be fair)’, ‘단순화(be simple)’, ‘지속적제공가능성(be affordable)’, ‘유지가능성(be sustainable)’을 계승하여 연

금수급 연령을 높이고, 근로기반 연금개혁을 시도함.

- 장애인 및 노인 사회서비스 개혁동향: 장애인과 노인 등 장기 돌봄 욕구대상자들을 위한 사회적 서비스 제공주체를 중앙정부에서 지방정부와 민간서비스제공자로 다변화하고 지방정부는 서비스 구매자로서 비용통제 및 서비스 질에 대한 책임을 지도록 하고 자립생활을 목표로 하는 사회서비스의 제공자로서 민간자율경쟁체제를 도입, 자율경쟁에 의한 서비스 질 제고분위기를 조성함.
- 아동양육서비스 개혁동향: 아동장애, 정신건강과 관련된 아동 문제행동, 위기행동을 조기에 판별할 수 있도록 아동의 정보를 수집, 사정하여 문제상황의 아동과 가족을 대상으로 문제 개선과 개입을 위한 서비스 계획을 이행하는 사례관리서비스가 일반화되도록 함.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 영국은 20세기 후반에 이르러 사회보장 급여의 개편과 함께 근로연계복지(welfare to work)를 도입함. 다양한 급여와 세제 혜택을 근로와 강하게 연계시킴으로써 고용과 복지의 간극을 좁히고자 함.
- 1990년대 후반 이전의 고용 정책의 발전 방향은 현재의 영국 고용 정책을 축약해주는 근로연계복지와 근로유인정책(Make Work Pay)에 역사적 유산을 남겨줌.
- 1834년의 신구빈법(New Poor Law)은 20세기 초반까지 열등 처우의 원칙을 핵심으로 하는데, 이는 실업과 빈곤은 개인책임에서 비롯되며 문제해결도 가능한 시장해서 해야 함을 의미함. 법적으로 실업을 보호하기 위한 정부의 노력은 20세기 초반에 시작됨.
 - 수동적인 보호와 적극적인 고용정책이 결합된 출발은 노동자의 기여에 반한 실업보험의 시작이 됨. 이후 지속적인 실업보험의 제도적 확대가 이루어졌으나 1973년에 들어선 대처정부는 경제위기의 배경에서 자유주의 경제관을 추구

하여 실업급여의 관대성을 축소하는 동시에 근로연계복지를 강조함.

- 1997년 이후의 정책발전은 신노동당 정부가 들어섰음에도 불구하고 이전의 정책기조를 유지하여 근로연계복지를 더욱 강하게 추진함. 고용자체 보다는 고용가능성이나 고용기회를 중요한 정책 목표로 함.
- 현재 영국고용보험은 국민보험 내에 자리 잡고 있으며, 이는 1995년 구직자 수당으로 전환됨.
 - 구직자 수당은 기여를 기초로 하는 부분과 소득을 기초로 하는 부분으로 구성되어 있음. 이와 함께 소득을 기초로 하는 구직자 수당의 경우 근로연계복지를 통해서만 급여를 받을 수 있음.
 - 구직자 수당으로 대표되는 실업급여는 대처정부 이후 급격한 지출 감소가 일어남.
 - 실업급여 자격조건을 매우 까다롭게 하여 실업급여 자체를 삭감하는 개혁이 일어남.
 - 2010년에 들어선 보수당 연합정부는 높은 실업률과 5만명에 이르는 노동가능층의 공공부조 수급상황, 높은 청년 실업률, 높은 비경제활동 비율에 대처하기 위하여 2013년부터 통합급여(Universal Credit)를 시행할 예정임.
 - 통합급여는 근로가능 수급자에게 근로유인을 제공하고, 재정적 지원을 보다 단순화하고 투명화 함.
 - 기여에 기반한 구직자수당은 유지되지만 소득에 기초한

구직자수당과 고용지원수당은 여기에 통합됨.

- 또한 통합된 근로가능 연령 공제 프로그램으로서 기본수당과 함께 아동, 장애, 주택 및 돌봄 서비스를 제공함.

□ 근로프로그램(Work Programme)은 2011년 영국에서 시작된 새로운 성과관리형 근로연계복지 프로그램으로 통합급여(UC) 개혁과 함께 연합정부 복지개혁의 핵심적인 내용임.

- 근로프로그램(WP)은 실직자들이 장기 실직자로 전락하는 것을 막기 위해 고안된 민관협력 프로그램임.
- 서비스 공급자들에게 장기적인 인센티브를 제공하기 위해 성과관리방식을 도입. 서비스 공급자는 자신이 획득한 성과에 기반하여 보상을 받으며, 미리 지원금을 확정하지 않음.
- 또한 이 프로그램은 대상의 다양한 특징을 반영하여 장기 실직의 위험에 처한 참가자와 장애인, 건강에 문제가 있는 사람들을 지원함.
- 서비스 공급자는 사업의 운영에 있어서 높은 자율성과 재량을 가져 대상자의 구직 및 직업을 유지하도록 돕기 위한 효과적인 방안을 지역 내에서 조직할 수 있음.
- 지역 내 다양한 주체들과 장기적인 파트너십 형성을 위하여 5년 간 계약이 체결되고, 서비스 관리 및 운영에 있어서 유연성과 경쟁의 원리를 도입함.

2. 연금제도

- 영국은 기초연금 제도를 갖고 있으나 기여를 중심으로 운영되고 있고, 소득비례급여가 아닌 정액형 기초연금의 형태를 띠고 있음. 그러나 기초연금이 핵심이 되기보다는 직역연금(Occupational Pensions)이 20세기 전부터 꾸준히 발전해오면서 소득보장의 역할을 담당해 옴.
- 연금제도의 발전과 변화는 형성기와 축소기, 재편기로 나누어 볼 수 있음.
 - 연금제도의 형성기는 1970년대 노동당 정부 시기까지임.
 - 전통적인 직역연금의 성격은 자선이라기보다는 사업의 중요한 부분으로 간주됨. 높은 급여수준의 포괄적인 사회보장제도라기보다는 개인의 저축과 민간급여에 추가되는 사회안전망 성격
 - 연금제도의 축소기는 보수당의 대체와 메이저 수상이 집권했던 1980년대에서 1990년대 중반까지임.
 - 1970~80년대의 경제위기에 직면하여 재정안정성 등의 이슈를 이유로 축소됨. 사적연금으로 대체하는 전면적인 민영화는 아니었음.
 - 연금제도의 재편기는 1997년에 시작된 블레어 수상의 신노동당 정부에서부터 최근의 보수당-자민당 연합정부를 포함함.
 - 축소기를 지나면서 재정의 안전성은 확보하였으나 사적연금과 관련된 이슈들이 발생함. 사적연금에 대한 정부의 규

제가 충분하지 않아 많은 문제가 발생함. 따라서 다음에서 설명할 연금제도들로 개편함.

□ 공적연금

- 기초연금은 영국 공적연금의 근간이 되는 제도로서 국민보험(National Insurance)가입자들의 기여로 운영되며, 기여는 자산조사 급여에 기반 한 소득비례이고 급여는 정책으로 운영되고 있음. 또한 부과방식(pay-as-you-go)으로 운영됨.
- 국가이충연금은 노동시장에서 지속적으로 일을 해 온 저소득 근로계층에게 기초연금에 더하여 빈곤선 이상의 연금급여를 제공하는 제도임. 소득구간에 따라서 차등 산식을 적용하여 급여를 계산함.

□ 지역연금 및 개인연금: 민간연금은 영국 연금제도의 핵심적인 위치에 있으며 최근까지 정부가 장려해옴. 공공지출이 5.8%임에 반해 민간지출이 4.6%에 이르는 것은 OECD국가들에 비하여 상당히 민간에 대한 의존도가 높음을 보여줌. 그러나 사적연금의 불안정한 기금운용, 높은 수수료와 잘못된 정보로 인한 연금수급권의 약화 등의 문제로 인하여 민간연금가입자는 줄어들고 있는 상황임.

- 지역연금은 이충체계에서 핵심으로서 ‘최후소득기반제도’라고 불리는 확정급여형 제도와 ‘현금구입형제도’라고 불리는 확정기여형제도로 나눌 수 있음. 확정급여형의 경우 일반적으로 급여는 피고용인의 퇴직 직전의 소득수준에 의하여 결정되고 근속연수가 감안됨.

- 스텝홀더연금은 1990년대 개인연금의 다양한 문제점들을 극복하기 위하여 신노동당정부가 도입한 새로운 형태의 개인 연금임. 스텝홀더연금을 도입하게 된 동기는 기존의 개인연금의 높은 관리비용 때문임.
 - 관리형 개인연금으로서 기금운영이나 행정비용 등에 대해 보험회사가 피보험자에게 부과하는 비용을 제한함.
 - 관리비용의 압박을 가장 많이 받는 중간소득계층 중에서 기업연금에 가입하지 않았거나 개인연금에 가입하는 것이 적당하지 않는 사람들을 주 대상으로 함.
- 민간연금에 대한 법적, 규제적 수단
 - 금융서비스청은 연금에 대한 전문적 기관은 아니나 전반적 금융시장을 감독하는 기관으로서 연금을 비롯한 금융 서비스에 대한 국가의 규제능력을 향상하고자 함.
 - 연금보호기금은 2005년부터 시작되어 회사가 부도나게 되어 연금을 받지 못하는 경우 기금을 통하여 일부 연금급여를 지급할 수 있게 함.
 - 연금기금 관리에 대한 규제로서 2004년 연금법은 기업연금제도 규제의 역할을 명확하고 단순화 하는 등 다양한 변화를 시도함.

3. 재해보험

- 사회복지제도의 출발은 산업재해 보상제도라고 할 수 있을 만큼 대부분의 복지국가에서 산업재해보상 제도는 가장 처음 발

달한 제도인 경우가 많음.

- 영국에서 산업재해에 대한 보상제도는 1897년 근로자보상법으로 시작되었지만 현재의 제도는 1946년과 1975년의 국가보험(산업재해)법에 기반을 두고 있음.
 - 하지만 산업재해 보상제도는 현대에 들어서는 논의나 변화가 가장 적은 제도이기도 하며 영국에서도 산업재해 보상제도의 가장 핵심 급여인 산업재해 장애급여(Industrial Injuries Disablement Benefit, IIDB)는 1948년 이후 변화가 없는 급여제도 중 하나임.
- 영국의 산업재해 보상제도의 특징 중 하나는 사회보험에 기반을 하고 있지 않다는 점이며 이 때문에 산업재해 피해자는 사회보험 기여금 납부 경력이나 고용주의 사회보험 가입여부와 관계없이 국가로부터 보상급여를 받을 수 있음.
- 이러한 의미에서 산업재해 보상제도는 영국의 맥락에서 장애급여 제도의 출발점이 되기도 하여 이렇게 보험금 기여부와 관계없이 장애라는 욕구에만 기반을 둔 비기여 보편적 급여제도는 1970년대 노동당 정부에 의해 도입되어 지금까지 장애생활수당(Disability Living Allowance), 간호수당(Attendance Allowance) 등으로 이어지고 있음.
- 산업재해보상제도는 근로 중 사고나 특정 직업과 관련하여 발병 위험이 있다고 알려진 70여개의 질병으로 인해 발생한 장애에 대해 보상하는 비기여 급여이며 대표적으로 산업재해 장애급여가 있지만 이와 관련하여 지속간호수당(Constant

Attendance Allowance), 예외적 중증장애수당(Exceptionally Severe Disablement Allowance) 등이 있으며 그 외 소득이나 실업에 대한 급여인 소득손실수당(Reduced Earning Allowance), 은퇴수당(Retirement Allowance), 산업사망수당(Industrial Death Benefit), 비고용성보조(Unemployability Supplement) 등이 있음.

○ 하지만 소득이나 실업에 대한 급여는 현재 새롭게 발생한 사고나 질환에 의한 장애에 대해서는 신규신청이 중지되었고, 직업훈련 참가자나 군인, 수감자의 사고나 질병에 의한 장애에 대해서는 각각 별도의 제도에 의해서 보상을 제공하고 있음.

○ 산업재해 장애급여의 경우 장애율에 따라 만 18세 이상의 경우 최저 30.06파운드(약 5만 4천원)에서 최대 150.30파운드(약 27만원)이 만 18세 미만인 경우 최저 18.42파운드(약 3만 3천원)에서 최대 92.10파운드(약 16만원)이 지급됨.

○ 지속간호수당은 산업재해로 인한 부상과 질환으로 발생한 장애로 인하여 지속적인 수발과 주의가 필요한 경우 지급되며 시간제, 일반적 최고한도, 중간, 예외적 등 4가지로 구분이 되는 급여율은 최저 30.10파운드(약 5만 4천원)에서 최대 120.40파운드(약 21만원)임.

□ 법정질병급여는 산업재해와 관계없이 고용된 근로자가 장애나 질병으로 인해서 일을 할 수 없을 때 근로자를 소득상실로부터 보호하기 위하여 법적 의무에 의해서 고용주가 지급해야 하는 급여로 근로자가 사고인한 장애나 질환으로 인해 주말과 휴일을 포함하여 최소 4일 연속으로 일을 하지 못할 때 지급

해야 함.

- 법정질병급여의 표준 주당 지급액은 주당 81.60파운드(약 15만원)이지만 많은 경우 직장에서 자체적인 질병 급여 제도를 가지고 있고 그럴 경우 더 높은 질병 급여를 수급할 수 있음.
- 장애생활수당은 장애로 인해 발생하는 추가적인 비용에 대한 지원으로 비과세 급여로 신체, 정신 장애 모두 해당이 되며 65세 이하이면서 장애로 인해 추가적인 돌봄이 필요하거나 이동에 불편을 겪고 있는 경우 수급을 받을 수 있음.
- 장애를 가진지 3개월 이상이며 향후 6개월 이상 추가적인 개입수발이나 이동상 불편이 예상되어야 하며 65세 이상인 경우에는 간호수당을 신청할 수 있음.
- 장애생활수당은 돌봄요소(care element)와 이동요소(mobility element)로 구분되며 돌봄요소는 욕구 수준에 따라 급여율은 저율, 중률, 고율로 나뉘어 주당 19.55파운드(약 3만 5천원)에서 최대 73.60파운드(약 13만원) 수급 가능하고 이동요소는 저율(19.55파운드)과 고율(51.40파운드)이 있음.
- 간호수당은 고율과 저율 두 가지로만 급여수준이 구분되고 고율급여는 주당 73.60파운드(약 13만원), 저율급여는 49.30파운드(약 8만 8천원)임.

4. 가족수당

- 영국의 아동수당제도의 출발은 Speenhamland 제도를 들 수 있

음. 18세기말 실업, 전쟁 및 수확 부족으로 곡물가격이 폭등하자 1795년 치안판사들은 Speenhamland에서 회합을 개최하여 밀빵의 가격과 노동자의 가족 수에 비례하여 임금을 보충해 주기로 하였음. 이러한 임금보조제도로써 Speenhamland 제도는 오늘날 아동수당제도의 출발로서 커다란 의의를 지니고 있음.

- 영국의 Beveridge는 아동수당(Child Allowance)라는 용어로 제안을 하였으나 입법 시에는 가족수당(Family Allowance)라는 명칭으로 변화되었음. 1970년에는 가족소득보조금(Family Income Supplements)제도로 변경되었으며, 1974년에 아동급여(Child Benefit)로 명칭이 변경되었음.
- 영국은 처음에는 둘째 자녀부터 지급하였으나, 1975년 아동급여법의 제정과 함께 첫째 자녀부터 적용하는 보편주의 방식으로 전환하였음. 영국은 프랑스와 동일하게 거주조건을 원칙으로 하고 있음. 영국 국민이 아니더라도 거주에 따라 가장이 영국지역 이외에서 출생한 국민 또는 영국보호령의 사람 또는 아일랜드 시민일 경우는 신청일 직전 2년간에 합계 52주간을 영국에서 생활하고 있는 경우에는 수당을 받을 권리가 있음.
- 영국의 아동수당 대상은 만 16세 이하(의무교육연령상한선)의 모든 아동과 재학 중인 16~19세의 정규 교육과정에 있는 학생을 부양하고 있는 부모임. 1985년 사회보장개혁으로 아동수당은 모친에게 지급되며 비과세임. 자녀와 동거하지 않더라도 일정액의 자녀양육비를 부담하고 있는 경우도 포함되며, 외국

인이라도 영국 안에서 합법적으로 근로하고 있는 경우 아동수당을 받을 수 있음. 둘째 자녀부터는 첫째 자녀보다 1.5배 많은 수당을 받을 수 있음. 16세 또는 17세 아동이 학교를 떠나 직업 및 훈련 프로그램을 찾을 경우 최대 4개월까지 유효함.

- 2004년부터 자격요건을 갖춘 첫째 자녀에 대해 매주 정액 16.05 파운드를 지급하며, 둘째 자녀의 경우 16.54 파운드가 추가 지급됨. 특히 영국에서는 아동세액공제제도가 있어 공제액은 부모의 소득에 의존하며, 주당 10.40 파운드이고 최소공제는 연봉 50,000 파운드 이하의 소득자에게 지급됨. 또한 공제는 아동수당과 노동세금공제에 더해 지급됨.
- 영국에서는 사회수당과 공공부조 등 현금급여를 관장하는 부서는 노동연금부(Department of Work and Pension: DWP)임. 노동연금부를 통해 근로연령층, 고용주, 연금수급자, 가족, 아동, 장애인 등을 위한 급여 전달이 이루어지고 있음. 노동연금부는 2001년 6월 기존의 사회보장부(Department of Social Security: DSS)와 교육고용부(Department for Education and Employment: DfEE)의 고용파트를 합하여 만들어졌음. 종전 교육고용부의 교육파트는 교육기술부(Department for Education and Skills: DfES)로 이전되었음.
- 아동급여의 경우 7개 권역에 Child Support Agency Unit을 통해 전달됨. 그 밖에 보호자 관련 급여나 사회복지서비스와의 연계를 필요로 하는 경우 County Council, Borough Council, Unitary Authority, London Borough 등의 지방사회복지서비스

국과 연계하도록 하고 있음. 아동수당 신청은 아동 출생 이후 어느 때나 가능하지만, 신청시점부터 3개월까지만 소급하여 지급되며, 신청자의 선택에 따라 은행이나 우체국을 통하여 매월 송금됨.

- 2000년 사회보장부(Department of Social Security)에서 발간한 “The Changing Welfare State: Social Security Spending”에 의하면, 아동수당의 지출은 1991~1992년의 6조 5천억 파운드에서 1996~1997년의 7조 3천억 파운드로 증가되었음. 아동수당은 해마다 소매물가지수에 의해 그 가치가 인상되었고, 영국의 아동수당의 재정은 정부가 모든 비용을 충당하는 보편주의 제도임.

5. 공공부조

- 영국에서 가장 기초적인 공공부조제도도 1948년 국가부조에 서 1966년 보충급여로, 그리고 다시 1988년 소득지원으로 다시 대체되었는데 오히려 최근에 와서는 구직자 수당, 고용지원수당, 근로세액공제, 아동세액공제 등 서로 다른 대상 집단과 위한 별도의 급여제도가 발달됨.
- 이러한 일반적인 소득대체와는 별도로 지방정부를 중심으로 발달한 공적부조제도가 있으며 이런 급여제도의 대표적인 사례가 지방정부 주거정책의 일부로 발달한 주거급여(제도, 주거단위로 부여되는 지방세를 납부하기 어려운 사람을 위

해 이 비용을 보존해주는 현금 급여인 지방세 급여 등이 있음.

- 이러한 기존의 소득대체 및 특정비용보충을 위한 정기적인 급여로는 포괄되지 않는 일시적이고 예외적인 욕구에 대응하기 위한 임시적인 급여제도가 있으며 이는 사회기금으로 운영되는 급여 및 대출제도가 대표적이고 그 밖에 난방비 개선을 위한 에너지 효율 보조금, 날씨에 따라 주어지는 혹한 급여(시설에서 지역사회로의 정착을 위해 주어지는 지역사회보호 보조금, 크리스마스 비용 보전을 위한 크리스마스 보너스 등이 있음.

- 현재 보수당과 자유민주당 연정정부는 통합급여(Universal Credit)을 중심으로 한 또 한 번의 대대적인 개혁을 추진 중에 있으며 이 정책은 기존의 복지급여 제도들이 지나치게 복잡하여 수급자들도 이해하기 어렵고 행정에 있어서도 비효율성을 야기한다고 보고 이를 통합급여를 통해 단순화하고자 하고 있음.

- 대표적인 소득대체 공공부조제도로 꼽을 수 있는 것은 구직자 수당으로 영국에 거주하는 만 18세 이상 은퇴연령 미만인면서 평균 근로시간이 주당 16시간 미만이지만 노동능력이 있는 실업자를 대상으로 함.

- 국민보험기여금 납부경력이 2년 이상일 경우 실업 시 최초 6개월은 자산조사 없이 급여를 받을 수 있는 사회보험 급여이지만 기여경력이 모자라거나 수급기간이 6개월을 넘어갈 경우 자산조사에 의하여 지급되는 공공부조 급여로 전환됨.

- 공공부조 급여에 해당하는 소득기반 구직자수당은 자산이 16,000파운드(약 2천 8백만원) 이하인 경우 수급할 수 있는데 수급액은 나이 등에 따라 차이가 나며 주당 최대 53.45 파운드(약 10만원) 또는 67.50파운드(약 12만원)을 받을 수 있음.
- 고용지원수당은 질병이나 장애로 인해 근로를 하지 못하는 사람들을 위한 공공부조제도로서 기존의 무능력 급여, 중증장애 수당, 소득지원 수급자 중 장애인이나 질환자를 모두 포괄함.
- 고용지원수당 역시 기여기반과 소득기반 두 가지 종류가 있으며 국민보험 기여경력이 충분하면 자산조사 없이 기여기반 수당을 받지만 그렇지 않은 경우에는 자산조사에 의하여 자산이 16,000파운드 이하이고 저소득일 때 수당을 받을 수 있음.
- 신청자는 근로능력실사의 결과에 따라 직업관련 활동그룹과 지원그룹으로 나뉘며 직업관련 활동그룹에 속한 경우에는 전문 상담사와 직업집중상담을 받고 지속적으로 상담사를 통해 재취업을 위한 준비와 훈련 등을 받아야 하며 지원 그룹에 속하게 되며 이 경우 별다른 취업관련 활동에 대한 의무는 없음.
- 급여액은 직업관련 활동그룹의 경우 주당 94.25파운드(약 17만원), 지원그룹의 경우 주당 99.85파운드(약 18만원)이 최대이고, 6,000파운드 이상의 자산이나 별도의 소득이 있는 경우 그에 따라 급여액이 삭감되며 연금 소득의 경우 주당 85 파운드를 넘으면 초과분의 절반만큼 급여가 감액됨.

- 만 16세에서 은퇴연령 사이이고 저소득에 자산이 16,000파운드이면서 주당 근로시간이 16시간 미만인데 구직자수당이나 고용지원수당을 받지 않는 영국 거주자는 소득지원을 수급할 수 있음.
- 급여액은 연령과 가구형태에 따라 다양하며 독거의 경우 주당 최대 67.50파운드(약 12만원), 커플의 경우는 105.95파운드(약 20만원)를 받을 수 있음.
- 주거급여는 소득과 자산이 일정수준 이하이면서 임대료를 내고 있는 사람에 지급되며 급여 수준은 지방의회의 공공주거나 다른 공공 주택에 거주할 경우 급여대상 임대료 만큼 주거 수당이 지급되고 민간 임대업자나 집주인으로부터 임대를 하고 있을 경우 각 주거 형태 당 해당 지역 임대료 범위에서 하위 30% 수준으로 급여기준이 설정됨.
- 사회기금 대출 및 보조금 제도는 일상적인 비용이외의 예상되지 않고 예외적인 경우 수급할 수 있는 임시급여 제도로 비용 대출, 위기대출, 지역사회보호 보조금 등이 있음.

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

- 영국이 직면하고 있는 보건의료부문의 주요 현안은 주민들의 보건의료수요 및 기대 수준의 증가, 신의료기술의 발전과 도입, 보건의료재원의 부족 등임. 이에 대하여 영국정부는 다각적인 대응방안을 강구하고 있음.
 - 이를 위하여 영국은 보건의료제도 개혁을 통하여 보건의료 체계 개혁과 서비스 현대화, 인력 확충, 보건의료 재원의 확충, 서비스의 질적 증대를 추구하고 있음.
- 보건의료체계
 - 중앙정부조직으로 보건부와 보건의료서비스 제공을 위한 NHS조직이 있음. 권역조직으로 전략보건국, 지역조직인 지역행정당국, 일차의료트러스트, 의료질위원회, 모니터, 파운데이션트러스트 등이 있음.
- 의료제도 관리 체계
 - 의료제도의 효율적 관리를 위한 다각적인 노력을 하고 있음. 이를 위하여 의료의 질 보장을 위한 조직의 정비, 효율성 개

선을 위한 프로그램 도입, 혁신 및 개선 연구소 설립을 통한 NHS 변화추구, 비용 통제를 위한 NHS운영체계 개편 등을 추구하고 있음.

□ 일차보건의료조직의 개혁

- 영국의료제도의 특징의 하나는 병원의료서비스에 대한 문지기(Gate keeper)로 알려진 GP제도임. 그러나 NHS제도 실시 초기부터 의료서비스 공급 측면의 비 효율성은 고질적인 문제로 지적되어 오고 있음. 이로 인하여 내부시장제도의 도입을 기점으로 일차의료조직의 변화를 통한 의료제도개혁을 추구하고 있음.
- 그동안 영국은 내부 시장(Internal Market)제도의 도입으로 공급자간의 경쟁을 유도하였음.
- 이러한 시장제도의 도입과 운영을 위하여, 일차보건의료조직에서의 예산보유 일반의제도(GP Fundholding)를 도입하였음. 또한 지역 중심의 일차의료제공체계의 혁신을 위한 개별적 의료 서비스(Personal medical services) 사업, PCG와 PCT제도 등을 차례로 도입함.
- 신 정부에서는 또 다시 NHS조직의 개편을 시도하고 있음.

□ NHS의 향후 전개 방향

- 영국의 신정부의 의료개혁 주요 내용으로 일차보건의료조직인 PCT 및 권역조직인 SHA의 해체와 이를 대체할 지역 임상커미션닝그룹(local clinical commissioning group) 및 NHS 커미션닝 국(NHS Commissioning Board)의 설립임.

- 이를 통하여 일차의료서비스제공을 위한 조직의 변화와 운영의 혁신을 도모하고 있음.
- 지방당국(Local authorities)은 NHS, 사회서비스, 공중보건과 타 지방서비스간의 통합과 파트너십의 증진을 위한 책임을 가지게 됨. 병원운영 측면에서 기존의 모든 NHS병원은 파운데이션트러스트로 변환함. 모니터(Monitor)의 역할은 환자들의 이익을 대변하고, NHS서비스제공에 있어 비용의 가치와 질을 증진함.
- 이러한 일련의 변화는 의료제도의 효율성을 증대를 위한 것이며, 특히 의료재정조달의 틀에 있어 더 큰 변화가 예측하고 있음.

2. 의료보장

- 영국의 의료보장제도는 1911년 국가보건의료보험제도 실시 이후 1948년에 현재의 국민보건서비스(National Health Service, NHS)제도로 변화됨.
- 국가보건의료서비스제도(National Health Service: NHS)의 특징과 구조
 - NHS는 정부주도의 보건의료서비스제공체제로 보건의료제공의 형평성”이 기본이념으로 강조됨.
 - 주요 특징은 지역의 일반의(General Practitioner: GP) 등의 일차의료제공자들을 통한 포괄적인 일차보건의료서비스의

제공, 모든 국민들의 필요한 의료 이용 권리, 지불능력과 상관없는 보건의료서비스의 제공임.

□ 의료보장제도 발전과정

- 의료보장을 위한 공정재원의 투입은 1848년의 공중보건법(Public Health Act)을 제정으로 시작됨. 이후 1910년 국민보험법(National Health Insurance Act)의 통과로 영국에서 처음으로 국민질병보험제도가 도입되었음.
- 1946년 NHS 법(NHS Act)의 제정으로 영국 NHS는 1948년 7월 5일부터 도입되었고, 이후 많은 변화를 거쳐 2011의 보건 의료와 사회적 케어 법안(Health and Social Care Bill)의 발효로 환자관리의 성과를 중점적으로 다루는 새로운 모형을 제시됨.
 - 이 법안은 잉글랜드 NHS를 개선과 시장중심의 모형 즉, 지역 중심의 계약과 중앙정부로부터의 통제를 벗어난 보건의료서비스 제공자, 지방정부, 환자, 지역주민들의 목소리를 키우는 과정으로 이러한 법안이 제출됨. 이를 통하여 현행의 보건의료서비스 계약과 지역 조직(PCT, SHA)을 폐지하고 NHS계약 국(NHS Commissioning Board)과 GP consortia를 설립하여, 보다 지역수요 중심의 임상의료 중심의 계획 및 계약으로의 제도적인 변화를 추구함.

□ 의료보장제도 특징

- 재원조달은 주로 조세에 의함. 영국의 사회 보험(social insurance)에 상응하는 것이 국민 보험(National insurance)임.

또한 민간 의료 보험료는 단체 및 개인 보험 약관에 따라 부과되며, 보험료에 대한 규제는 없음. 이용자 부담은 처방약, 안과 서비스 및 치과 서비스에 부과된다. 국민들에 의한 직접 지불은 NHS시설에서의 민간의료이용, OTC 의약품, 안과 서비스와 사회적 케어; NHS처방료 및 NHS치과의료에 대한 본인부담이 포함됨. 이러한 부담은 인구일인당 증가추세에 있음.

□ 영국의료보장제도의 함의

- 영국의 의료보장제도의 개편을 통하여 보건의료서비스의 질 향상과 더불어 보다 효율적 보건의료를 제공하기 위한 중장기적인 개혁을 실행하고 있음. 이러한 의료보장제도 혁신과 재설계는 정책입안과 입법을 통해 더욱 강화되고 있음.

3. 고령자 및 장애인 복지서비스

- 영국의 고령자와 장애인을 대상으로 하는 복지서비스는 지방정부를 중심으로 발달해왔다는 뚜렷한 특징이 있음.
- 영국의 사회서비스는 질병을 치료하는 의료제도와 분리되어 지방정부가 고령이나 질환, 장애로 인하여 일상생활을 수행하기가 어려운 사람을 대상으로 서비스를 제공하는 제도로 발달해옴.
- 현대 영국 사회서비스 제도는 시범 보고서에 기초하여 1970년 지방정부 사회서비스법에 의해 지방정부에 사회서비스국

(social service department)이 설치되면서 확립됨.

- 1990년 국가건강서비스및지역사회보호법에 따라 지방정부 사회서비스국은 지역사회보호에 있어 중심적인 전략적 기관 이되 다양한 공공, 민간자원을 조율하는 기관으로 자리매김함.
 - 영국 전역에 사회서비스 공급책임을 가지고 있는 지방정부는 152개에 이르며 지방정부 중심으로 운영되는 만큼 각 지방정부마다 서비스를 운영하는 형태가 서로 차이가 있음.
- ‘제3의길(The Third Way)’로 표방하며 1997년 선거에서 압승한 신노동당 정부는 사회서비스를 포함한 모든 공공서비스 개혁에 있어서 ‘시장’과 ‘경쟁’의 기초를 ‘협력(corporation)’과 ‘동반자 관계(partnership)’로 대체할 것을 표방함.
- 신노동당 정부는 소극적인 서비스 공급에서 벗어나 사회서비스를 통하여 이용자가 자기 삶에 대한 통제권을 회복함으로써 자립할 수 있도록 촉진시키는 것을 지향함.
 - 현금을 받아 직접 이용자가 보조인을 고용할 수 있도록 하는 직접 지불제(Direct Payment)를 적극적으로 확대하였으며 그 이후 사회복지사와 이용자가 협의하여 이용자가 원하는 대로 서비스를 구성할 수 있도록 하는 개인 예산제(Individual Budget)를 도입함.
 - 사회서비스와 의료서비스간의 장벽을 허물기 위해 지방정부와 보건의료기관간의 파트너십에 대한 법적 책임을 부여하고, 노인 서비스에 있어 통합적인 예방적 서비스를 제공하는 노인을 위한 파트너십 프로젝트(Partnerships for Older People

Projects)를 시행하는 한편 규제감시기구를 통합하여 돌봄의 질 위원회(Care Quality Commission)를 설치함.

- 최근 많은 지방정부에서 도입하고 있고 큰 효과를 거두고 있는 것으로 주목받고 있는 것은 재기(reablement) 서비스로 공식적인 서비스가 들어가기 전 대체로 일정 기간 동안 무상으로 일상생활 능력을 회복하는데 목적으로 주고 집중적으로 제공되는 서비스임.

□ 사회서비스의 욕구가 있을 때 대상자는 지방정부의 사회서비스국이나 그에 준하는 부서에 서비스 신청을 하면 보건 및 사회보호 실사(health and social care assessment)를 받게 되며 그 결과에 따라 28일 이내에 서비스 제공여부가 결정됨.

- 서비스 제공여부와 내용은 실사과정에서 파악된 욕구와 욕구의 우선순위에 기반하며 기상, 목욕, 식사와 같은 개인 수발을 비롯, 청소, 장보기와 같은 일상생활 지원, 보조장비 설치, 주택개조와 같은 환경 개선 등을 포함함.
- 이와 같은 내용으로 지원 계획(support)이 수립되면 이에 따라 서비스가 제공되는데 재가 서비스의 경우 보통 개인수발과 일상생활 지원을 위해 개인 보조인(personal assistant)이 주당 몇 시간 정기적 방문으로 서비스가 제공됨.
- 욕구 실사 과정 중에 별도의 과정으로서 재정 실사(financial assessment)를 실시하여 얼마만큼의 비용을 이용자가 스스로 부담할 것인지를 결정하고 서비스 의뢰를 접수하고 서비스 패키지를 구성하는데 있어서 부담능력이 원칙적으로 고려되지는 않음.

- 영국에서는 사회 서비스가 대응하는 욕구는 경제적 욕구가 아닌 일상생활의 ‘기능’ 상실의 문제이며 인권이나 안전보호와 같은 현금급여로만은 해결이 되지 않는 ‘서비스’ 욕구를 명확히 규정하고 있음.
- 지방정부에게 법적으로 사회서비스 공급에 대한 책임을 부여하고, 대부분의 지방정부가 상당한 욕구 이상의 대상자에게 사회서비스 수급자격을 부여하는 데에서 볼 수 있듯이 개인 돌봄 등 일상적인 생활을 독립적으로 영위할 수 없는 경우 ‘서비스’를 통해 그 욕구를 ‘해결’해 주는 것을 명확한 공적 책임으로 설정하고 있음.
- 현실적으로 공적 책임으로 포괄하지 못하는 중간 욕구나 낮은 욕구의 경우는 그 역할을 민간과 분담하여 지역사회 민간 비영리조직에 대한 보조금 지원을 하고 있으며 이러한 보조금 사업에 의한 간접적인 서비스들도 각 서비스 대상집단별 수급 현황이 의무적인 보고를 통하여 전국적으로 파악되고 있음.

4. 아동 및 보육서비스

- 아동 및 보육서비스(Early Childhood Education and Childcare Services)는 학령기전 0~6세 아동의 발달, 보호, 교육을 목표로 제공되는 모든 형태의 서비스를 의미함.
- 아동보육서비스 제공은 아동빈곤을 감소시켜 아동의 건강, 복

지, 교육에 미칠 수 있는 부정적인 영향을 줄일 수 있음.

- 아동보육서비스가 요구되는 시대적 사회적 배경은 여성의 사회경제적 역할 변화, 인구구조의 변화와 다양화, 그리고 교육평등과 조기교육에 초점을 두는 새로운 교육 사조임.
 - 아동보육서비스 제공으로부터 얻어지는 효과성 하나는 경제적 및 노동시장의 반사이득이고 둘째는 교육적 반사이득임.
- 영국은 90년대 후반부터 아동보육서비스 제공에 있어서 공공의 역할을 확대한 국가임.
- 1998년 국가아동보육정책(National Childcare Strategy), 2004년 아동보육 10개년 전략(10 Years Strategy for Childcare)을 발표하고 2006년 아동보육법(Childcare Act 2006)을 제정함.
- 3~4세 보육아동에 대한 무료보육서비스(매주 12.5시간, 매회 2.5시간 5회)를 법적으로 도입하였으며, 아동보육확대서비스센터(Children's Centers and Extended Services)를 설립하고 정보, 보건, 부모지원, 아동보육, 기타 서비스를 통합적으로 제공한다. 2010년까지 아동센터를 전국적으로 확산시키려는 목표를 달성한 상태임.
- 보육교사 질 제고를 위하여 2006년 교사자격기준(Qualified Teacher Status)와 동일한 보육교사자격기준(Early Years Professional Status)을 도입함.
- 장애아동을 위하여 특수보육시범서비스접근성(Disabled Children's Access to Childcare Pilots)을 도입한 바 있음.

- 보육아동을 둔 모의 취업 촉진을 위하여 근로세액공제(Working Tax Credit) 도입, 아동보육지원 고용주에게 세금혜택, 출산휴가 연장과 부모의 근로시간 분할 가능토록 함.
- 영국의 현금, 현물, 세제지원을 포함하여 공적 보육비 지출 수준은 높지 않은 편이며 2006년 현재 GDP 대비 0.4% 수준을 유지함.
 - 따라서 개개 가정이 부담하는 보육비 지출 부담이 큰 편임. 저소득층과 일부 정부시설에만 재정 지원을 함.
- 다양한 아동보육서비스 유형이 있음.
 - 시설보육 유형으로는 보육학교 혹은 보육교실, 주간보육시설, 방과후서비스, 조식클럽 등이 있음.
 - 가정보육 유형으로는 아동돌보미, 놀이방, 주거형 돌봄서비스 유형 등이 있음.
 - 2009년 현재 아동보육서비스를 받는 0~14세 아동은 547만 7천 명, 가족은 374만 3천 가정으로 추계되고 있음.
 - 2004년 현재 서비스 이용률은 94%에 이르고 있음.
 - 대부분 시간제로 운영되고 있으며, 전체 0~4세 보육아동은 매일 평균 5.9시간, 매주 20.1시간 공식적 보육 및 조기교육 서비스를 이용하고 있음.
 - 2005년 공식적으로 등록된 영국의 보육시설 수는 약1백36만 개소임.

5. 주택 및 주거서비스

- 영국은 제2차 세계대전 직후 국가재건과 복지국가 실현에 대한 국민염원으로 정부 주도형 국영임대주택공급정책을 반세기 이상 실시한 결과 수요자 중심의 주택소유·임대 선택권한을 허용하고, 지방자치단체에게 공공임대주택 공급량 결정 및 계획, 실행하도록 허용하여 각 지역별 주택시장 시세를 반영하도록 하고, 노령 및 장애 등 케어서비스 요구가 있는 입주자에게는 케어형 주거지원을 사례관리로 지원함.
- 2007년 주택조사 기준으로, 전국에 2,471만 8천 가구와 가구당 평균 2.35명의 가구원으로 구성됨.
 - 주택의 보유형태 중 자가소유 71%이고, 그 중 31%는 순수개인재원, 40%는 주택모기지 활용 소유임.
 - 주요 주택정책은 소유권장형으로서 영국정부의 ‘양질의 주거환경을 저렴한 주택으로 보장’한다는 방침과 더불어 주택소유율은 지속적으로 증가하리라 기대됨.
 - 자가 소유 및 임대주택 거주자 모두 ‘개인주택’을 선호함.
- 영국의 주택·주거지원정책은 집권당책과 중앙·지방정부 간의 관계, 경제 및 복지국가 건설에 대한 국민의견 등을 반영하여 인구, 고용, 교통, 보건, 교육 등 지역발전에 필요한 포괄적 시설 유치정책과 더불어 지방정부의 지역개발계획과 함께 설정되면서 변화하고 발전됨.
 - 국가재건과 복지국가 건설을 위한 주택정책(1947~60년대)

- : 노동당 정부가 제2차세계대전 이후 국가재건과 복지국가 건설을 목표로 신도시 개발과 도심융합개발계획에 의한 빈민가 철거 및 주거환경개선 등을 추진하고 공공주택을 공급함.
- 지방도시 사회개혁(1970~1979): 노동당정부의 사회주의개혁으로 지방정부의 사회화가 추진되면서 중앙정부의 통제력 상실과 추진력 약화, 지방정부간의 조정, 협의기능 상실하고 재정압박이 가중화되자 중앙정부는 무력화되고 도시 개혁은 상실됨.
 - 신자유주의적 민영화 및 규제완화(1979~1997): 보수당 정부는 신도시 사업을 중단하고 예산 감축, 민영주택 보급, 공공주택의 매입전환 및 민영화, 지방정부의 지역별 개발 계획 허용 등을 실시하고, 도심 임대주택가에서는 일자리와 병합형 주택제공, 범죄 감축 환경개선사업 등을 추진하였으나 실적 저조하였음.
 - 중앙집권형 지역주의와 계획체계(1997~2010): 신노동당 정부는 지방분권화 및 권력이양은 계승하되 관·민 및 도시사회 파트너십으로 사회민주주의를 건설하되 자유민주주의 방식으로 통합하여 계획체계를 구성하고, 저렴하되 양질의 주택공급을 추진하고, 사회주택에 대한 규제와 감독을 실시함.
 - Big Society 지방주의(2010~현재): 보수·자유민주당 연합 정부는 지방정부에게 지역개발권한을 허용하되 해당지역 주민과 자원단체의 계획 및 의견수렴을 제도화하고, 중앙·지방정부 간의 계획승인, 평가절차를 통하여 지역간 조정

및 통제기능을 유지함. 민간주택사업자에게도 관·민 파트너십으로 공공개발 동참을 허용하였으나 공공부문 일자리 감축논란이 제기됨.

□ 결론 및 시사점: 중앙정부와 지방정부는 협업파트너로서 중앙정부의 재정계획체계 하에 지방정부가 지역개발계획을 승인받고, 재정지원 신청, 실행, 평가 등의 절차를 통하여 지방정부를 통제조정하는 계획체계행정 구조로 발전되었으며, 시사점은 아래와 같이 요약됨.

- 중앙정부의 권한이양과 분권화: 70년대 노동당의 지방도시 사회개혁으로 지방정부에 지역개발권한을 허용한 이래 보수당에서는 신도시위원회 해체 및 민영화를 추진하였고, 97년 신노동당은 중앙집권형 지역주의, 2010년 보수·자유민주당 연합정부는 Big-society로 중앙정부와 주민·지역단체 의사소통 하도록 하는 등 약 40년에 걸쳐 중앙-지방정부 간 권한조정문제가 지속되었음. 한국의 중앙·지방정부 간 권한이양으로 인하여 예기되는 중앙·지방정부간의 권한과 역할을 구분하고, 각 영역별 계획승인과 조정, 평가 등 중앙의 통제기능을 보유해야 함.
- 수혜자 중심의 주택·주거지원: 주택공급정책은 슬럼 및 우범지역을 형성하였으나 수혜자 요구해결을 위하여 고용, 교육, 교통, 의료, 등 복지자원과 서비스 등 맞춤형 주거지원으로 전환하여 도시경쟁력과 도시환경을 재건가능하였음.
- 주택·주거지원과 병합된 맞춤형 사례관리: 임대주택 지원 신청자의 가족구성원 중 어린이, 노인, 장애인, 질환자 등

케어서비스 요구도를 확인하고 맞춤형 사례관리로 주택과 케어서비스를 병합지원할 수 있는 주거지원을 실시하고, 청소년 노숙예방 및 실업인 주거지원을 노동부와 병합운영됨. 우리나라에서도 국토해양부, 보건복지부, 고용노동부 등의 중앙부처 연합 정보지원과 사례관리 체계화를 개발하고, 시도정부에게 실행지침을 제공할 필요가 있음.

제6권

이탈리아

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 이탈리아 복지국가는 사회보험의 원리를 중심으로 하는 보수 조합주의국가 유형에 속함. 소득 상실의 위험으로부터 국민을 보호하는 소득비례적인 사회보장 시스템이라고 요약할 수 있음. 이탈리아의 사회보험제도는 소득수준을 유지해야 하는 목적과 더불어, 노동시장에서의 사회적 지위를 유지하려는 의도가 강하기 때문에, 사회보험제도는 노동시장구조를 반영하여 단편적으로 구분된 직업별 기금들로 운영되어 왔음.
- 역사적으로 1946년 공화국 설립 이래 중·우파 정부들이 계속해서 이어서, 정치의 경쟁이 결여하는 상황 가운데 복지는 시민들의 생활을 향상시키기 위해서라기보다는 국민들의 합의를 얻기 위한 정치적인 도구의 성향을 가지면서 발전해 왔음. 19세기 말부터 현재까지 역사적인 흐름은 크게 설립기간(1890~1940년대), 사회지출의 증가기간(1940~1970년대), 그리고 개혁기간(1970년대~현재)으로 구분할 수 있음.
 - 설립기간(1890~1940년대): 영국에 비하면 이탈리아의 산업화 과정이 상당히 늦은 편이었기 때문에, 20세기에 들어설

때가 되었어야 산업분야에서 활동하는 근로자들의 열악한 생활수준과 그들에 대한 충분하지 않은 보호수준이 사회적인 이슈가 되었음. 이에 따라 1919년 적립방식의 연금보험 제도가 도입되는데, 이는 제1차 세계 대전으로 인하여 발생할 손해보상을 제공하기 위한 목적을 갖고 있었음.

- 1925년부터 파시즘 시대가 시작되었을 때 경제회복을 위해서 국가가 주도적으로 경제정책에 개입하였음.
 - 파시즘 시대 때 이탈리아 복지의 정치적인 성향의 뿌리가 심었음. 즉, 노동조합이나 전문직 근로자들이 직접 운영해오던 사회기금제도들을 폐지시키면서 파시즘 정부를 지지하는 노동집단을 중심으로 다양한 소득보장 운영조직들을 만들었음.
 - 1943년 그 동안 별도로 운영되어 오던 질병기금들을 같은 조직 하에 모으는 의도를 갖고 국민질병보험제도(INAM)가 설립되었음.
- 사회지출의 증가기간(1940~1970년대): 중도 성향을 가진 천주교민주당(DC) 정치인들은 케인스주의적 적자지출(deficit spending)의 전략을 통해서 정치적 지지를 받기 위해서 복지혜택을 배분함으로써 국민들의 합의를 얻어내는 전략을 취했음.
- 가장 대표적인 케이스는 역시 연금임. DC 적립방식이던 민간부문의 근로자 연금제도는 1945년부터 점차적으로 변화되어 1969년부터 본격적으로 PAYG제도가 도입되었음.
 - 복지지출의 증가는 주로 연금 및 보건정책 위주로 이루어

졌으며, 빈곤정책과 사회서비스 부문은 여전히 부가적인 문제로 간주되었음.

- 개혁기간(1970년대 말~현재): 1970년대 오일쇼크로 인해 복지지출 삭감과 공공부채가 주요한 이슈들로 부각되어 많은 개혁들이 이루어졌음.
- 1990년대 초반에 Dini 개혁은 개인적인 보험방식을 강화시키는 NDC제도를 도입해서 점차적으로 부과방식을 대체하기로 하였음.
- 1978년은 보건의료제도(SSN)가 본격적으로 시작되었는데, 의료기금제도와 비교하면 보험원리가 완화된 세금으로 재정을 충당하는 보편적 제도의 방향으로 변화하였음.

2. 사회보장 관리체계

- 본 장에서는 본 단행본의 제2편과 제3편에 자세하게 다룰 이탈리아의 연금제도, 보건정책, 산재보험, 실업정책 및 탈빈곤 정책과 사회서비스를 간략하게 소개하고자 함.
- 연금제도: 이탈리아 연금제도는 초기 설립되었을 때부터 1990년대까지 단일공공연금제도였으며, 이의 운영은 적립방식에서 1940년 중반부터 1970년 말 까지 점차적으로 사회지출이 부풀리게 되는 부과방식(PAYG)으로 전환되었음.
- 1990년대 개혁을 거쳐 현재는 예전 확정급여(DB) 제도 하에 이루어지던 재분배를 억제하는 NDC 제도로 변화하고 있음.

- 1990년대 개혁 이래 연금제도는 다층체제의 형태를 갖추면서 3개의 기둥(pillar)으로 구분할 수 있게 되었음.
- 보건정책: 1978년 제833법에 의해 기존의 의료기금제도 대신 보건의료제도(SSN)가 설립되었을 때, 영국의 NHS제도를 모범으로 했었음.
 - 1992년 제502조 법령 제1항에 의하여 제정된 보건의료제도(SSN)는 모든 국민들에게 적용하는 보편적인 제도이며, 재원조달은 주로 세금과 본인부담금으로 이루어짐.
 - 최근에 과도한 본인부담 비용, 신속하지 못한 응급서비스, SSN에서 보장하지 않는 서비스 등의 문제로 민간단체들이 보험방식으로 운영하는 ‘부가의료기금’들이 대두되어 많은 관심을 끌고 있는 중임.
- 산재보험: 산재보험의 운영조직인 ‘직업상 재해보험공단(INAIL)’은 재해 건수의 삭감, 위험한 일에 근무 중인 근로자의 보호, 재해를 당한 근로자의 재취업 등 다양한 목적을 추구하고 있음.
 - 최근 2007년 제123법과 2008년 제81법령에 의하여 재해를 당한 근로자의 보호는 직업 환경에서의 재해발생 예방조치, 의료 및 현금급여, 재활 및 사회생활 등 보다 통합적인 제도로 변환하고 있음.
- 실업정책: 실업급여는 기업의 규모와 계약 종류에 따라 수급 조건이나 수준이 달라지며, 기본적으로 보험가입기간을 반영하는 방식임. 이탈리아 실업정책은 ‘적극’ 조치보다 ‘수동적’인 부분이 보다 강한 특징이 있음.
 - 1990년대 개혁은 유럽식의 flexicurity(유연안전성) 방식에 따라 비정규직 형태의 일자리를 늘렸으나, 관련된 실업정

책(사회 충격 흡수 정책)의 부재로 인해 젊은 세대에게 가장 불리한 제도가 되었음.

- 탈빈곤 정책: 전통적으로 이탈리아 복지국가는 사회보험적인 성격이 강한 반면, 빈곤대비 정책과 사회서비스 분야는 공식적인 틀의 결여로 인해 오히려 부족한 편임.
- 2000년 제328법 제정을 통해서 보다 체계적인 사회서비스 틀을 구축할 의도이었으나, 이는 지방 분권화 개혁과 충돌되어 제대로 이루어지지 못하고 있는 상태에 머물러 있음.

3. 인구구조 및 인구문제

- 이탈리아 통계청(ISTAT)에 따르면 2010년 말 기준으로 60,626,442명이 이탈리아에 거주하고 있으며, 이는 전년도에 비해 4.7% 증가한 것으로, 주로 이민자에 의한 것으로 나타났음.
- 2000년대 초반 동안에는, 이탈리아는 인구상의 중요한 성장을 경험하게 되는데, 이는 이탈리아로 유입된 많은 이민자에 의한 것으로 볼 수 있음. 2010년 말 기준으로 약 460만 명의 거주자는 외국인이었음. 2001년 이탈리아 내 외국인 거주자는 총 인구의 2.3%였으나 2010년 외국인 거주자는 총 인구의 7.5%에 해당함.
- 이탈리아의 인구분포 양상은 주로 두 가지로 변별됨.
 - 북부와 중부에서는, 인구의 자연변화감소를 상쇄하는 이민자의 유입으로 인해 총 인구가 상대적으로 높은 비율로 증가하

였음.

- 반면에 이탈리아 남부와 도서지역의 연간 인구의 자연증가율은 상대적으로 낮는데, 이는 인구의 낮은 자연증가율과 더불어 이민자들의 낮은 유입도가 동시에 작용했기 때문인 것으로 보임.
- 2010년, 총 출산율은 약 1.42%로 추정되었고, 이는 여전히 대체출산율보다 낮게 측정되었으나, 이 출산율 측정치는 1995년에 최저치를 기록한 1.19보다는 높은 것이었음.
 - 이탈리아에 살고 있는 외국 여성들이 이탈리아 국가 총 출산율의 약 12%정도 기여한 셈임. 2010년에 태어난 아동의 대략 19%정도인 557,000명이 외국인 어머니에게서 태어났음.
 - 비록 이탈리아에서 인구고령화 문제는 여전히 남아 있지만, 이주민의 연령대가 높지 않은 것이 다른 측면에서 경제활동 인구의 고령화를 늦춰준 것으로 볼 수 있음.
- 이탈리아는 유럽 국가들 중 노인인구 비율이 가장 높은 국가 중 하나로 남아있음. 2010년에는 5명 중 1명이 65세 이상이고, 10명 중 1명이 75세 이상이며 더욱이 전체인구 100명 중 한 명(거의 1%)은 90세 이상임.
 - 출산율과 사망률은 실상 인구 고령화율을 조절하는 주 동력으로 남아있는 데 반해 주(主)인구의 연령분포 변화에 있어 국제적 이주의 역할은 꽤 일반적으로 중요하게 작용되지는 않았음.
 - 1950년대에는 남부와 도서지역 여성들의 평균 총 출산율이

중부와 북부 지역에서는 여성들의 총 출산율의 평균과 비교할 때 대략 1.2배가 되었음. 단지 2005년에서 2010년 사이에 북부와 중부지역의 총 출산율만이 남부와 도서지역의 출산율보다 더 높았음.

○ 이탈리아에서 0~14세의 인구비율은 2010년 14%에서 2050년 12.6%로 감소할 것으로 예측되는 한편, 같은 시점에 65세 이상 인구는 2010년 20.1%에서 2050년 33.1%로 증가할 것으로 예측되며(ISTAT, 2011a), 2010년의 80세 이상 인구가 적어도 10%가 될 것 또한 매우 강하게 예측됨.

— 2036년에 이탈리아의 의존적 노인의 비율(OADR: Old Age Dependency Ratio)은 50을 넘어갈 것임. 이것은 곧 노동인구의 2명당 책임져야 할 노인의 수가 1명이 될 것이라는 의미임.

— 이탈리아 인구의 평균연령은 차후 40년 동안에도 계속해서 증가할 것이며 2050년에는 거의 50세가 될 것으로 추측 됨.

□ 인구고령화는 공공재정의 유지 가능성과 연금 비용과 같은 복지공급, 노동인구의 축소, 가족 내 부양의 유효성, 건강보험의 비용, 문화의 통합을 포함한 국제 이민정책에 영향을 미칠 가능성이 있음.

4. 경제와 정부재정

- 이탈리아의 경제성장은 최근 몇 년간 침체된 상태에 머물러 있음. 특히 중과세의 부담, 거대한 공공부채 수준, 유연안정성이 부족한 노동시장과 뇌물적인 정치환경 등은 이탈리아 경제의 주요 결함으로 지적할 수 있음.
- 국내총생산의 총 수요는 국내 수요(국민의 소비, 공공지출, 투자 및 재고의 변화)와 국외 수요(수출 마이너스 수입)로 분리하면, 경제위기 이후에 2010년의 경제성장률이 +1.3% 다시 상승하였음.
 - 국내 수요가 괜찮아졌던 반면에, 국외 수요는 타 유럽국가에 비교하였을 때 아직 회복되지 않은 상태에 머물러 있었음.
- 이탈리아의 경제에서 정부의 역할은 상당히 큼. OECD 분석에 의하면, 2000~2008년까지 공공지출은 국내총생산의 약 48% 비율을 차지하였으나, 2008년 경제위기로 인한 GDP 감소로 공공지출의 수준도 52%까지 상승하였음.
 - 1960년대부터 1990년대까지의 이탈리아 정부 재정은 케인주의적 적자지출(deficit spending)의 유지와 오랜 기간 동안의 가톨릭민주당(DC) 집권 체제로 인한 정권교체의 부재로 인해 지속적으로 국채 총액이 증가해 왔음.
 - 1990년 당시 이탈리아는 유럽연합(EU)의 전신인 유럽통화연합(EMU) 가입을 위해 Maastricht 조약의 경제학적 조건을 충족시켜야만 하였음.

- 1994년의 공공부채는 GDP의 121.8%로 가장 높은 수준을 기록하였다가 이후 2004년까지 공공부채가 점차적으로 감소하여 GDP의 103.8%에 도달하였음. 그러나 최근 2009년 이후 공공부채는 다시 상승하기 시작하였음.
- 2012년의 ‘경제와 금융 문서(DEF)’에 따르면, Monti 정부는 정부재정의 안정성을 목적으로 하며 이와 더불어, 장기적으로는 경제성장 및 사회평등을 추구함.
 - 2011년 예산법을 통해 공공부채의 GDP 비율을 2012년 3.1%, 2014년 4.9%로 설정하며 2013년에 국내총생산 대비 국채총액은 -0.5%로 균형이 맞춰 질 것으로 예상함.
 - 비록 2012년의 GDP는 -1.2% 성장을 기록하지만, 2013년에 +0.5%로 회복되기 시작되면서, 2014년 +1%, 또는 2015년 1.2% 성장할 것으로 예상됨.
 - 사회지출은 현재와 비슷한 수준으로 유지될 것으로 예상되지만(GDP의 22.3%), 공무원 감축과 조세정책(탈세 반대하는 정책) 등으로 공공지출이 축소될 것임.
- 2010년 고용수준이 2009년에 비해 -0.7%로 감소되면서 153,000개의 일자리가 줄어들었음. 이는 직업별로 다른 경향을 보여, 전문직 일자리는 감소한 반면 비전문직 일자리와 자영업/서비스 일자리들은 오히려 각 130,000 및 94,000개로 증가하였음.
- 지난 4월 17일에 헌법 제81항 제정을 통해서 정부가 균형예산의 의무를 헌법의 규정으로 만들었지만, 국민들의 소비력을 약화시키는 균형예산 정책이 경제성장에 이바지하기 위한 정

책인지 의문이 됨. 사회적으로도 정부재정 개혁만을 중심으로 하는 Monti 정부에 대한 논란이 많음.

5. 소득재분배와 사회보장재정

- 사용 가능한 모든 데이터에 따르면, 이탈리아는 선진국 중 가장 불평등한 국가 중 하나임.
- 이탈리아의 가처분소득 지니계수는 1992년에서 1993년 급증한 이후, 일정하게 유지되고 있으나 이러한 지속성은 두 가지 이유로 재고되어야 함.
 - － 첫 째, 인구 하위집단간의 다양한 소득분포의 양태를 드러 내지 못함. 예를 들어, 노인이나 자영업자에게 유리한 반면, 블루칼라나 청년층 고용인은 불리한 위치에 있게 됨.
 - － 둘째, 취업률이 상당히 증가했음에도 불구하고 이러한 현상이 나타나고 있다는 것임. 취업률의 증가는 불평등을 감소시키는 주요한 원인으로 알려져있지만, 취업률 불평등 감소의 효과를 상쇄시키는 반대효과가 존재하고 있음을 주목해야 함. 최근의 위기, 실업의 증가가 소득불평등으로 이행될 가능성이 높다는 점도 강조되어야 함.
- 이탈리아의 북동지역을 제외하고 소득불평등은 모든 지역에서 높게 나타나는 것으로 확인됨.
- 지역 간 상대 빈곤율의 차이는 불평등의 차이보다 훨씬 높게 나타나고 있음.
 - － 이탈리아의 빈곤선을 기준으로 하면 중앙 균등소득의 60%

보다 낮은 소득을 얻는 개인의 인구 분포가 30%가 넘는 곳은 남부(32.5%), 도서지역(36.1%)으로 나타났다. 이에 반해 다른 세 지역은 상대빈곤인구가 16%를 넘지 않음.

- 이탈리아는 상대적으로 낮은 소득 불평등국가이지만, 자영업을 고려하면 지니계수가 급증함.
- 이탈리아의(직접세) 현금이전소득(연금제외)을 통한 재분배 효과는 매우 제한적으로 나타나고 있음. 재분배이전과 이후의 지니계수를 비교하면, 지니계수의 감소는 0.040으로 나타남.

□ 이탈리아의 사회지출은 2009년 28.4%로 EU15 평균, 독일, 프랑스, 노르딕 국가들보다 낮고 영국과 비슷하게 나타남.

- 이탈리아에서는 2000년부터 2007년까지 사회지출이 1.7%정도 증가하여, 경제위기 이전에 약간의 사회지출 증가가 감지되었음. “경제위기”를 제외하고, 이탈리아의 추세는 복지지출에 관대해지기보다는 GDP의 더딘 증가에 주로 달려있는 것으로 보임.
- 사회지출의 2/3는 노령 관련 사회보장에 사용되고 있으며 장애, 노령, 유족보호를 위한 지출은 다른 주요 EU 15국가의 50%에 머물고 있음. EU15국이 사회보장지출의 30%를 질병의 위험 보호에 지출하고 있는 반면, 이탈리아는 25% 수준의 지출에 머물고 있음.
- 순 퇴직금(TFR) 지출과 장애, 실업, 유족, 고령의 총 지출을 고려하면 이탈리아의 실적은 EU의 평균과 비슷함.

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 이탈리아 복지국가의 최근의 개혁 경향은 복지지출 삭감, 보험원리의 보다 엄격한 적용에 따른 개인의 사회적 위험부담 증가, 그리고 통합적인 사회서비스 제도구축의 시도 등으로 요약할 수 있음.
- 연금제도는 1945년부터 1968년까지 적립방식으로 운영되다가 1969년부터 보다 관대한 급여를 제공하는 부과방식(PAYG)으로 전환되었음.
 - － 1970년대에 연금재정은 적자지출의 원리를 따라서 장기적 기금의 지속가능성이 빠른 속도로 악화되어 갔음.
 - － 1992년의 Amato 개혁과 Notional Defined Contribution (NDC)제도를 도입한 1995년의 Dini 개혁은 보험원리를 보다 엄격하게 만들어 보험료와 급여의 비례성을 강화시킨 조치들임.
- 보건제도의 개혁동향은 1999년 제229법령으로 제정된 <건강을 위한 연대 협정>협상제도 도입과 지방분권화를 이루기 위한 2000년 제56법령 및 2001년 제3법 등의 법적인 틀로 설명할 수 있음.
 - － <건강을 위한 연대 협정>방식은 중앙 및 지방 정부, 시민 단체, 영리 및 비영리 의료서비스 생산업자 등 사회적 행위자들을 포함해서 격년으로 실시하는 일종의 ‘건강계획’으로 볼 수 있음.
 - 즉, 건강 상태의 결과가 의료 서비스의 기술적인 질에 의해서만 달라지는 것이 아니라 관련 주체의 책임감과 민주

주의적인 협력성에 의해서도 만든 조치임.

- 이탈리아에서는 의료서비스가 아닌 현물급여의 예산은 국내 총생산(GNP) 대비 약 0.84%에 불과함.
 - － 정부는 보다 구조적이고 전문적인 사회서비스제도를 마련하기 위해서 2000년 제328법(통합적인 사회서비스 실현을 위한 법적인 틀)을 제정하였음.
 - － 그러나 지방분권화 과정의 결과로 2001년 헌법 제117항이 신설되면서 사회정책을 규정하는 유일한 행위자가 주(regione)가 되고, 이에 따라 국가의 개입이 배제되어 결국 제328법의 원래 목적이 애매모호해지고 주정부와 국가 간 역할분담의 선이 불분명해졌음.
- 1990년대에 이루어진 노동시장의 개혁은 직업의 유연성을 자극하는 반면에, 이를 뒷받침할 수 있는 복지망을 제공하지 못했음.
 - － 현재 Monti 정부는 광범위한 노동시장 개혁을 실시하기 위해서 사회적 행위자들과 협상하고 있는 중임.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 이 장에서는 이탈리아의 해고방지제도와 비정규직의 주요 형태 규정으로 볼 수 있는 고용보호 입법, 임금 설정 제도, 그리고 소득 보장 체계에 대해 개괄적으로 설명할 것임.
- 이탈리아의 노동시장제도들은 전통적으로 일자리 보호의 목적에 중점을 두어왔음. 해고방지제도는 민간 부문의 근로자들, 특히 집단 해고에 보다 엄격하게 적용됨.
- 엄격한 자격 규정 때문에 실업급여는 전체 실업자들에 대해 2007년 31.4% 가량의 매우 낮은 보상범위를 나타냄. 게다가 국가적 최저소득제도의 부재로, 이러한 제도를 필요로 하는 개인들은 마지막 수단으로서의 사회안전망조차도 제공받지 못하고 있음.
- 지대한 영향을 가져온 1997년과 2003년의 개편으로, 임시 파견직과 프로젝트 계약 규정과 관련하여 사용자들은 임시직을 더 많이 고용하게 되었고 가능한 계약 형태의 범위도 다양해졌음. 그러나 고용보호입법에 있어서 정규직 근로자들의 개별

그리고 집단 해고 규정은 같은 기간 동안 바뀌지 않은 채 남아있었음.

□ 1993년 이후 이탈리아의 임금교섭체제는 두 가지 차원으로 나누어져 왔음.

- 산업별 차원에서의 국가적 협약(Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, CCNL)은 국가 차원의 정해진 산업 내 모든 종속 근로자들에게 공통적으로 적용되는 최저 기준을 설정하며, 임금 수준과 근무 조건 규정의 주요 근거로 구성되어 있음.
- 사업장 또는 권역 차원에서의 분산화된 협약은 CCNL가 보장하지 못하는 특정 사안에 대해 조항을 추가하여 CCNL을 보완함.

□ 임금 설정 규정과 절차를 만들기 위해 국가적 차원에서 사용자 협회와 무역 조합이 조인한 peak collective agreement임.

- 이를 바탕으로, 산업별 사용자 연방과 ‘가장 대표적인 산별 노조’¹⁾는 각자의 가입자들을 대표하여 CCNL을 놓고 협상함.

□ 비교연구적 관점에서 볼 때 최근 경제 위기로 그 수치가 올라갔다고는 하나 여전히 이탈리아의 노동시장정책 지출은 서유럽 평균에 미치지 못하고 있음.

- EU 평균 5.6% 대비 이탈리아는 실업 정책에 2%만을 지출하고 있음.

1) 2011년 6월의 Peak level agreement에 따르면, 산별 노조는 지도부 선출시 산업 내 최소 5%의 득표를 하면 그 산업을 대표하여 노사협약을 진행할 수 있다.

- 고용 인센티브 또는 직접적 일자리 창출과 같은 적극적 노동시장정책보다 실업자에게 소득 지원을 해주는 소득적 정책에 공공 지출이 더 많이 이루어지고 있음을 보여줌.

□ 소위 ‘사회적 충격 완화제(ammortizzatori sociali)’로 불리는 이탈리아 제도로 대표되는 세 가지 중심적 특징을 살펴볼 수 있음.

- 첫째, 이탈리아는 전통적으로 업무단축제도가 임금보상기금(WCF, Cassa Integrazione Guadagni)보다 우세함.
 - WCF는 사업장의 위기 동안의 입시 휴업으로 영향을 받는 근로자들에게 대체 임금을 제공함.
- 둘째, 각기 다른 경제적 산업과 사업장 규모 등급을 나누는 공공 제도 조직의 적절한 분할로 사회적 충격 완화제의 ‘조합주의적’ 특성이 나타남.
- 셋째, 그리스를 제외한 나머지 유럽 국가들과는 달리, 이탈리아의 소득지원제도는 오로지 사회보험구조에만 기반하고 있음. 부족한 기여금 또는 실업 급여 재정의 고갈 때문에, 이탈리아에는 사회보험 급여를 받을 수 없는 개인들을 지원하는 보편적 최저 임금 제도가 없음.

2. 연금제도

- 상대적으로 관대한 연금제도 덕에, 이탈리아는 ‘연금국가’로 불림.
- 이탈리아의 공적연금 지출은 전체 사회지출의 2/3에 달하

며, GDP의 1/6 수준임 - EU 15개국의 평균은 8.8, OECD 국가 간 비교에서는 7.0임.

- 이탈리아의 연금은 전국민을 대상으로 하는 보편적 적용 범위를 가지고 있음. 65세 저소득 노인은 빈곤을 예방하는 대비책인 자산조사 기반 급여를 수급할 수 있음.

□ 1992년부터 연금제도의 구성은 비스마르크식의 1주 전통에서 세계은행에서 제시되어 보급된 다주체제로 바뀌고 있음.

- 현재 이탈리아의 연금제도는 근로소득세(Payroll tax)와 일반 세로 운영되는 부과방식의 법정 공적 '1주'가 그 중심임. 근로자들의 공적 급여의 대부분은 국민사회보장공단(INPS)에 의해 관리됨.
- 기본적으로 사회부조는 특정 요구조건에 기반해 다양한 방식으로 통합된 자산조사수당과 배상금 등의 복잡한 제도를 통해 이루어짐.
- 직업연금으로 구성된 2주(2nd pillar)는 모두 세제혜택이 있고 고용주가 재정을 일부 부담하도록 강제하고 있음.
 - 첫째는 예전 보충연금제도에서 밀려났지만 사실상 현재 퇴직제도로 흡수된 제도로, TFR로 불리는 강제적인 퇴직금('계약만료급여' 이후부터는 TFR로 한다) 지급제도임.
 - 다른 모든 두 번째 -세 번째 또한- 기동은 사전 적립식이고 단체협약에 의한 사례라고 할 지라도 개인의 자발적 가입을 기준으로 함.
- 마지막으로, 개인연금 플랜(PIP)은 세 번째를 구성하는 제도임.
 - 따라서 강제적인 층은 이 두 개의 주에서 TFR이며 이외

는 모두 자발적이거나 세금이 보조되는 것들임.

- 1992년과 1995년 개혁은 이탈리아가 다주체계를 형성하는 데 중요한 역할을 담당했음. 이러한 개혁들은 점진적인 시행기간과 법의 수정을 거쳤음. 반대로, 2009~2011년 개혁은 단기 저축을 현금화하고 규제 간 조화를 위해서 이행 기간을 줄이면서, 세대 간 규정의 철저한 조화를 추구했음.
- 경제적 지속가능성에 관해서 말하자면, 90년 대 초의 막연한 불안감, 즉 공적 연금 지출이 2040년경 GDP의 23%가 될 것이라는 불안감은 현재까지 적절하게 다루어지고 있음.
 - 결과적으로, 이탈리아는 대부분의 EU국가보다 고령화 속도가 빠름에도 불구하고 유럽에서 GDP 대비 연금비용이 앞으로 감소될 것으로 예상되는 몇 개 안 되는 나라 중에 하나임.
- 그럼에도 불구하고, NDC제도가 완전히 적용되고, 공적 연금과 보충연금을 결합할 때만이 퇴직 이후의 소득생활비를 보장하게 된다고 할 때, 적절성을 분석은 비관적인 전망이다.
- NDC 방식에 기여방식을 합한 확정형 제도(NDC와 DC)에 배타적으로 의존하는 것은 퇴직위험을 개인화하는 것임.
 - 지속적인 경력이 대다수였던 산업시대에는 큰 문제가 아닐 수도 있으나, 유연한 후기 산업사회 노동시장에서 비정규직 노동자(계약직, 파트타임, 혹은 프로젝트)가 증가하고 있는 현실에서(약 20%), 특히 젊은 세대에게 이것은 중요한 문제일 수 있음.

3. 재해보험

- 이탈리아의 국가 통일 후(1865년 당시 민법이 시행 중), 보험 기관들이 부족했고 노동-근로자가 기업주의 과실이건, 사고의 검증이건 간에 입증해야 하는 부담을 고려하면, 이 같은 현행 법은 어쩌다가 손해배상을 인정받기는 하더라도 근로자에게 실질적인 도움은 되지 못하였음.
- 이와 같은 고용주의 사고행태 때문에 운영조직의 존재가 필요하다는 아이디어가 생기게 되었고, 그 기능이 근로 산업 재해자에게 급여지불을 보장하도록 고용주에게 필요한 재원을 마련하게 하였음.
- 1898년(헌법 80조) 근로자를 위한 보험은 의무화 되었고 국영업체나 위임업체 혹은 지방기관 근로자들은 유일하게 국립 금융기관에 맡겨졌음.
- 1970년대 초부터 절약할 목적으로 공공계정에서 사회보장을 폐기하거나 재조정을 시도했던 다수의 예들이 발견됨.
 - 2011년에 “위기로부터 탈출”이라고 타이틀이 붙은 보고서를 제출했던 Bruno Leoni 연구소의 제안이었음. “민영화 비망록” 개략 원칙에서 요점은 시스템의 효율성을 높이면서 손실과 부채를 줄이는 목적으로 최대한 자유시장으로 회기하는 것이었음.

□ 유럽 공동체(CEE) 지도부의 출범과 그 이후²⁾ 이탈리아 헌법

2) 1994년 헌법 626조와 1996년 494조 조항으로 1999년대 유럽 공동체가 이탈리아에 수용되었음.

에 이 같은 유럽 공동체 수용은 직업병과 산재에 대한 보험 및 재해 예방체제를 구축하는데 강력한 구조적 변천을 가져왔음.

- 법률상 새로운 체제는 안전관리와 생산공정에 관련된 모든 근로자들의 참여와 적극적인 조력을 요구하는 “운영체제”의 논리에 답하게 되고, 각 개인은 노동의 위생과 안전에 대한 자기 행동에 대하여 직접 답하게 됨.

□ 직업상 위험의 종류는 사고 및 환경의 위생도로 인해서 두 분류로 크게 나누었으며 사고 발생 시 관련 보험은 INAIL에서 모두 처리했었음. 하지만 이탈리아가 고용주의 의무에 대한 유럽연합의 노동법을 위반한 결과, 유럽연합재판소의 선고에 따라서 이탈리아에서 그동안에 고려하지 못했던 회사 조직, 인체 공학, 심리사회적인 면과 연계된 위험요인들이 노동안전 제도에 추가되었음.

□ 몇 년 전부터 직업병과 직업상의 사망 및 재해에 대한 조치 방법이 시급해서 이탈리아 근로안전법을 수정하는 과정이 필요했으며 근로안전법에 2007년 법령 123 1조에 2008년 4월 9일에 법령 81이 추가되었음(‘안전에 대한 통합 문서’).

4. 가족수당

□ 이탈리아의 가족정책은 국가, 지방(주)과 도시들 간에 서로 다른 수준을 검토할 필요가 있으며 법적인 규정에 국가의 거시

적인 차원과 지방 정부의 미시적인 과정이 혼합된 결과임.

- 법국가적 수준에서 최근 10년간 가족에게 취해진 정책의 대부분은 현금급여 이전이나 관리 서비스에서 각 개인에 대한 급여문제였는데 이것은 특히 어려운 처지에 있는 가족의 임무를 좀 더 경감시키기 위한 조치임.
 - － 최근 년의 예산법은 1988년 법안 153조 도입으로 가족수당 구축과 부양가족을 위한 세금삭감을 재편하였으나, 이탈리아에서 세금삭감은 실제 소요에 비하여 아직도 많이 낮은 편이고, 대부분 유럽 국가들에서 적용하는 가족에 대한 대우에 비하면 저조한 편이며, 한편으로 가족수당은 일정한 소득기준 이하에 처해있는 가계소득을 지원하는데 더 선별적인 정책이 되었음.
 - － 2000년대 초반부터 정부는 법적으로 혁신적인 법률을 제정하여 더욱이 모성과 맞벌이 부부를 보호하는 정책을 실행하였음. 그러나 실제로 법 실천에 있어서 2000년도 육아휴가와 모성수당에 관한 법 집행이 특히 잘 이루어지지 않았음.
- 주 수준에서 좋은 법률제정이 있었는데 이것은 이미 1980년 말에 이미 대두되었던 법률이었음. 1989년 이 법 제정이 처음 시작된 곳은 Emilia Romagna 주였는데 가족에 관한 법이 아니라, 주로 출산과 치료법에 관한 것이었음.
 - － 단지 지역 법 체제들만이 단순히 재취업하기 어려운 가족에게 다양하고 상당한 중재와 지원을 하고 있음. 많은 주들이 소위 말하는 “학교 바우처”와 사회적 약자를 위한 또 다른 형태의 서비스 바우처를 도입하고 있음.

- 구역 수준에서 점증하는 도시 행정은 가족생활을 지원하는 일련의 정책들을 기획하고 있음. 그것은 물론 제한된 한계에 있고, 전체 국가 안에서 고르지는 못하다 해도 실질적으로 의미 있는 실제 경험에 관한 것임.
- 다른 유럽 국가들과 달리, 이탈리아에서의 보편적 가족급여 시스템은 존재하지 않음. 가족을 부양하기 위한 유일한 급여는 가족급여인데, 그 성격상 적용에 두가지 한계를 보이고 있다.
 - 급여 수령인은 단지 피 고용 노동자와 근로자 자격을 갖춘 수급자이며, 또는 실업수당을 받는 실직자와 연금 수급자임.
 - 1990년대 초부터 급여의 분배는 급여 수령인 가족의 소득에 결부되어 있고, 가족 유형에 따라 그 구성원들에 관련하여 달라질 수도 있음.
- 현재의 가족수당은 본래 지니고 있던 보험적인 성격을 거의 전부 상실하였고, 가족의 특수한 부류로 지정된 일종의 공공 부조 정책으로 간주될 수 있을 것임.

5. 공공부조

- 다른 EU 국가들과 달리 이탈리아에는 국가적 수준에서 연령, 성별, 거주지와 관계없이 설사, 그것이 최소한의 기준에 국한된다 할지라도, 모든 시민에게 동일한 소득지원조치가 없음.
- 먼저 국가적 측면에서 재정 지원과 함께 어떠한 기준 및 표

준, 권리, 최저 수준을 정하지 않은 체, 빈민층 원조의 대부분을 지역적 차원으로 위임한 것은 한편으로 지역 수준의 개혁 현상들을, 그리고 또 다른 한편으로는 자유재량권의 확대와 더불어 일반적인 시민 자격의 약화를 가져왔음.

- 80년대에는 아직 드러나지 않았던 “신(新) 빈곤”이 지금 우리가 살고 있는 이 시기에 갑자기 빠르게 부각된 것임.
- 깨어진 가정으로 인한 이혼 여성, 중도하차하고 다른 연고도 없는 실업 청년, 일정한 거주지가 없는 성인, 특히 낮은 나이에 직장을 잃어 재취업의 기회조차 없는 이들이 “신 빈민층” 부류에 속하게 됨.
- 빈곤과 사회적 배제, 그리고 소득 보장 정책 연구 전문가와 분석학자들은 이탈리아의 탈빈곤 제도가 “복잡하고 단편적이며 불완전”하다는 사실에 모두 동의하고 있음. 각 필요에 다양한 해답을 제시하며 불평등을 해소해야 할 이 제도가 역설적이게도 또 다른 불평등을 만들어 내고 있음.
- 유일하게 보편적인 측정방식, 즉 간병급여부터 설명해보자면, 거동이 불편하거나 자기 스스로를 돌볼 수 없어 지속적인 간병을 필요로 하는 개인 중, 한 달 이상 공공시설에서 무상으로 보호받지 못하고 있는 사람이 해당됨.
 - － 신체적 상황에 대한 의학적 진단에 의해 좌우되지만, means test를 받지는 않음.
- 사회보험 급여에서 가장 두드러지는 것은:
 - － 소득 조사 후 매달 지급되는 것으로 한 직장의 직원이거나

- 혹은 직원이었던 퇴직자 가정을 대상으로 하는 가족 수당
 - 최저 연금 보조
 - INPS 장애 연금 등으로 요약할 수 있음.
- 공공부조 성격의 급여에 대해서 기억해야 할 항목은 다음과 같음.
 - 시민 장애 연금
 - 퇴직 연금을 받을 수 있는 모든 조건을 충족시키지 못한 65세 이상의 노인을 위한 자산 조사를 바탕으로의 최저 소득 보장 제도인 사회 연금
 - 1995년부터 사회연금을 대신하는 사회 수당
 - 구성원 수가 많은 가정들을 위한 세 명 이상의 자녀를 둔 가족 수당
 - 지급은 ISEE 지표에 의한 자산 평가를 거쳐야 하는 출산 수당
- 임금 및 사회 내 지속적인 불평등과 신(新) 빈곤의 확대를 야기시키는 현 사회-경제적 위기 상황에 전통적으로 분리되어 왔던 정책 분야 간의 통합이 불가피할 것으로 보임.

제3장

의료보장과 사회서비스제도

1. 의료제도

- 이탈리아 보건의료제도 보편적인 유형으로, 세 개의 주요 단계로 구분되어있음: 국가, 주 및 도시
 - 국가적 단계로는 예방, 치료 및 재활 관련 국민 보건 시스템의 근본적인 목표와 주요 방침 결정, 그리고 전 지역에서 동일한 방식으로 보장받을 수 있는 기초보호수준(LEA) 설정 등에 해당하는 계획 수립(국민보건계획 작성을 통해)을 담당하는 것임.
 - 주는 지역적 계획 편성과 재정 지원, 조직화, 서비스 공급 방식 및 운영 결과 조정 등을 책임지며 예산균형 의무를 갖음.
 - 지역보건소(ASL)의 지리적 네트워크는 지역 단위로 운영되며(2011년 말 기준 총 145개) 의료 서비스 공급을 담당함.
- 1978년 보편적인 국민보건서비스가 만들어졌고 헌법 제정자들에 의해 합법적으로 승인된 건강 권리를 만족시키는 것을 주 목표로 삼았음(이탈리아 헌법 제 32항). 개혁의 목적은 모든 이탈리아 국민에게 직업이나 소득, 거주지 상의 차별이 없는 동일한 의료 서비스를 보장하는 것이었음.

○ 그러나 정치적이고 조직적, 제도적 성향의 이러한 목표들은 보건 제도의 운영에 있어 다양한 수준의 정책 당국 사이에서 분쟁을 초래하였음. 특히 지방정부의 자금을 공급하는 국가적 책임과 지방 정부의 재정 자치권 사이 분열은 견잡을 수 없는 의료 비용지출 상승을 가져왔음.

□ 이탈리아 보건 제도에 영향을 끼친 개혁은 1990년부터 2000년까지 10년 동안 계속 이루어졌고 두 개의 개혁 주제에 활력을 주었음: 하나는 서비스의 경영자화(managerialization), 다른 하나는 지방분권화임.

□ 1998~2000년 국민보건종합계획은 70년대의 위계조직적 유형으로 되돌아가지 않으면서도 90년대 초의 시장지향 보건정책 방침의 과도한 증진을 제한하며, 국민보건 제도의 지역화 및 민영화 절차를 더욱 강화하였고 국민보건제도의 각 단계 간에 협력을 최대한으로 이끌어 내는 방향으로 조정해 나갔음.

○ 국민보건종합계획은 <건강을 위한 진정한 연대 협정>을 제안하였는데 이는 건강 보호 관련 책임 기관과 다음과 같은 여러 대상들을 결속시키는 것임: 시민; 의료 종사자; 기관; 자원봉사자; 영리 및 비영리의 의료관련 물품 및 서비스 생산업자; 커뮤니케이션 조직 및 기구; 유럽 및 국제 연합

○ 2006년 건강 협정으로 의료서비스 운영을 위한 SSN(의료보전제도) 관계자들 간의 관계 역학이 강화되었음.

○ 2010~2012 건강협정의 유일한 목적은 재정 안정성을 확보하는 것이고 2006 협정에 포함되었던 의료 서비스의 쇄신 및

품질에 해당하는 목표는 희생되어야 했음.

- 이러한 전략은 지출 수준 결정을 보건복지부 통제 아래 두고 항상 최적이라 할 수는 없지만 자원의 유용성과 함께 의료 서비스 집행 의무를 지방정부에 두는 것임.

- 지역적 차이의 완화와 감소, 서비스 통합(특히 의료 및 사회복지 서비스 간), 그리고 대기시간의 감소가 SSN이 아직 이행이 불확실한 연방주의적 개혁의 부조화를 극복할 기회를 만들 수 있다는 의식을 가지고 앞으로 직면해야 할 가장 중요한 과제일 것임.

2. 의료보장

- 이탈리아에는 현재 1978년에 도입된 국민건강보험이 규정되어 있음. 하지만 그 이전의 이탈리아에는 아래 2장에서 다룰 보험 형식의 의료 시스템이 운영되어 왔었음. 보험적 제도에 서 보편적 타입의 제도로 이동한 후 보험은 조합 및 민간보험, 기업들이 지원한 의료기금과 부가적 의료기금으로 인해 지속될 수 있었음.

- 이탈리아 내 부가의료기금이 생겨나고 전개된 단계로 되돌아가보면 주요한 최초 관련 법률을 위임 입법령 229/1999 제 9항에서 찾아볼 수 있는데 여기에서는 기금 창설을 위한 ‘가이드라인’을 제공하고 있음.

- 위임 입법령 229/1999는 부가의료기금이 국민건강보험에

서 보장하는 내용과 비교하여 보완적인 건강보험 형식의 공급을 장려하려는 목적으로 제정되어야 한다고 정하고 있음.

- 보완적 의료보장에 관한 소식은 2000년대 초 세 개의 중심축으로 이루어진 체계에 따라 구분되었던 이탈리아 의료 시스템의 구조를 근본적으로 변경하여 다음 세 개로 구분되었음.
 - LEA에 해당되는 서비스를 모든 시민에게 제공하는 국민건강보험;
 - 공공 제도에서 다루지 않는 모든 서비스에 대하여 집단적인 기준으로 적용범위를 제공하면서 SSN의 기본 급여를 보완하는 비영리 의료기금(기업 자금, 범주 및 전문 자금, 공제조합)
 - 이전 단계에서 보장하는 적용 범위 수준을 추가적으로 확장하는 개인의료보험
- 2009.10.27 노동 및 보건 사회정책부령(일명 Sacconi Decree)은 장기요양이 필요한 개인을 대상으로 하는 치과 서비스와 사회 보건 서비스, 그리고 질병 및 재해로 인해 일시적 장애를 겪는 개인의 건강 회복을 목적으로 하는 의료 서비스 제공을 위한 해당 자원 금액 계산을 위한 기준 및 방식을 결정하였음.
 - － 이러한 법적 개입은 시민의 의료 지원 요청을 만족시키기 위한 보완적인 의료 보장의 도입을 통해 정부의 보건복지와 더불어 ‘제2의 중심축’으로 세우려는 정책 결정자의 의도를 잘 보여주고 있음.
- 금액이 청구되는 의료 서비스를 신청하는 대부분의 경우는 긴

급한 상황이고 공공의료 서비스는 특히 긴 대기자 명단을 의미하는 것과 더불어, 제공된 서비스의 질하고도 연결되어 있음.

- 이자신의 돈으로 전문 진료 및 검사 비용을 지불하는 사람들 중의 다수가 공중보건의를 신뢰하지 못하기 때문이며 이는 특히 환자들이 복부의 의료시설을 찾을 수 밖에 없는 남부에서 빈번한 증상임.

□ 보험회사 경영에 있어 중대한 기능장해(유럽에서 상호부조론(mutualism)에 관한 높은 관심을 갖도록 기여하고 있는 옹호 advocacy 단체 네트워크의 존재 이외에)를 드러나게 했던 근래의 경제 위기는 이런 타입의 조직에 대해 새로운 관심을 불러 일으켰음.

○ 반면 상호부조식 조합 내에서는 조합원들이 곧 주주인 동시에 고객으로 연대주의 원칙에 따라 행동함. 회사를 운영하는 구조와 이에 대한 경영권을 갖고 있는 조합원들 간의 관계가 복잡할 수 있을지라도, 이 조합에서는 주주들의 이익에 심각한 손해를 끼치는 행동들로부터 보호하는 메커니즘이 작동 중임.

- 경제적 원리 측면에서 보면 이런 조합이 의료 서비스를 운영하는데 있어 대표적인 이점은 역선택 및 도덕적 해이임.

□ 공제 조합의 의료관련 제공은 다음의 세 가지 중심 분야로 나누어짐.

- 첫 번째로는 재해 및 장기 질병, 전신 장애, 사망의 경우 수입 보조

- 두 번째는 의료 티켓 지불과 지출비 상환 또는 가택 및 병원 의료 지원 서비스 제공
- 세 번째로는 지출비 상환 및 장기 요양 상태를 유지하는데 필요한 주거 서비스 제공, SSN가 보장하지 않는 중대한 외과 수술과 진단에 사용한 비용의 상환
- 복지 국가, 특히 의료 복지의 위기 앞에서 서비스 제공을 확장하고 시민들의 요구에 응답하기 위한 새로운 방안들이 윤곽을 드러내고 무대에 새로운 주역들이 등장하는 중요하고 주목할 만한 신호임.
- 그러나 의료 기금이 직면하고 해결해야 할 가장 중요한 문제는 활발한 참여와 민주적 조정을 보장하면서 다양한 형태의 상호부조를 경제적으로 유지하도록 하는 것임.
- 또한 공중보건 시스템의 품질 저하와 본 시스템으로의 접근 기준의 재설정 등을 수반하는 두 번째 중심축의 생성을 억제함에 있어서도 주의를 기울여야 할 것임.

3. 고령자 및 장애인 복지서비스

- 본 장에서는 노인과 장애인복지서비스를 다루고자 함. 사회서비스 분야에 있어 이탈리아에서 가장 논쟁 되는 주제는 장기 요양인데, 현재 아직까지 이러한 사회적인 이슈에 대결할 수 있을 만한 체계적인 제도가 결여된 상태에 머물러 있음.

- 그렇다고 노인대상으로 하는 타 사회서비스가 없는 것은 아님. 급식서비스와 주거서비스, 여가행사와 대중교통 이용을 위한 카드 등 다양한 사회서비스들이 실행 중이지만, 이들은 각 주와 도시에 따라 차이가 있기 때문에, 체계적으로 다루기에 한계가 있을 수 밖에 없음.
- 본국가적 사회부조제도의 부재와 사회적 돌봄 서비스가 미약한 이탈리아의 사례와 같은 특성은 가족과 친족 연대를 향한 전형적으로 강력한 제도적 기대를 반영함.
 - 이탈리아는 OECD 국가들 중 노인과 장애인에 대한 가족 돌봄을 제공하는 인구의 비중이 가장 높음.
- 장기요양에 있어서 국가적 차원에서 가장 중요한 사건은 본래 장애인들만을 대상으로 했다가 돌봄을 필요로 하는 노인들에게까지 대상을 확대한 공공요양급여의 도입이었음.
- 2007~2013년 사이에, 복지 서비스 감축의 피할 수 없는 결과로 Berlusconi 정부는 본래 지방 정부에 의해 운영되던 국가 사회기금 할당을 15억 9천 4백만 유로에서 1억 4천 4백만 유로로 삭감했음.
 - 정부의 변화가 정치적 그리고 사회적 환경에 눈에 띄는 전환을 가져왔지만, 현재 Monti 정부가 제안된 복지 재편과 떠오르고 있는 다른 이슈들을 어떤 방식으로 다룰 것인지에 대해 언급할 지는 미지수임.
- 이탈리아의 노인장기요양 정책에 대한 책임은 국가, 주 그리

고 지방자치단체간의 역량 네트워크 안에서 공유됨.

- 정부의 역량은 한 편으로는 공공 요양 급여의 액수 크기와, 또 다른 한 편으로는 서비스 제공 기준(LEA)을 위한 전반적인 법적 골조의 정의에서 드러나는데, 이는 여전히 부족함.
- 주에서는 보건 서비스 제공과 같은 중요한 입법상 역량을 지니고 있으며, 지방자치단체(도시)는 사회적 돌봄 서비스 제공을 책임짐. 따라서 서비스의 유용성은 주에 따라, 때로는 심지어 도시에 따라 크게 차이가 남.
 - 일반적으로 노인장기요양서비스 체제는 좀 더 부유한 북부와 남부 지방 사이의 불균형을 나타냄.

□ 국가적 차원에서 가장 중요한 정책은 법률 18/1980호에 의거해 도입된, 나이와 소득에 상관없이 일상생활에 지속적인 도움이 필요한 심각한 장애를 가진 이들에게 지급되는 공공요양 급여(indennità di accompagnamento)임.

- 이것은 지역 보건당국에 의한 욕구 사정이 이루어진 뒤 제공되며 조세가 그 재원임.

□ 1990년대 중반 - 유럽의 비슷한 사회 정책 동향에 발맞추어 - 여러 주 또는 지방자치단체들은 공공요양급여와 함께 각기 다른 돌봄 문제 해결을 재정적으로 지원하기 위해 노인 또는 그들의 친족에게 직접 지급하는 새로운 지역현금급여(assegni di cura)를 도입하였음.

- 주 또는 지역 요양급여는 노인들의 병원 입원을 방지하고, 공공 서비스에 대한 압력 - 특히 요양시설에 대한 - 을 완화

하기 위해 경제적으로 어려운 의존성 노인들을 지원하기 위해 보통 자산 조사를 수행함.

- 이탈리아의 시설 서비스의 용이성도 거의 없을 뿐 아니라 중산층에게도 고비용이어서 장기요양시설에 대한 욕구는 가족들에게 커다란 부담을 지울 수 있다는 뜻이 됨.
- 다른 유럽 국가와 비교해보면, 공식 가사도우미서비스를 받는 노인 비율은 상당히 낮음.
 - 노인 인구의 4.9% 만이 재가 서비스를 이용하고 있으며, 3.2%가 통합 방문보조를 그리고 1.7%가 가정도우미 서비스를 이용하고 있음.
- 이탈리아 복지체제에서 장애인들이 처한 상황은 빛과 그림자로 특징지어질 수 있음. 공공 서비스의 부족과 현금 급여(연금과 사회부조 둘 다)에 대한 선호가 현물급여보다 강해서 장애인 가족들이 대부분의 수발 책임을 계속해서 떠맡고 있음.
 - 현금 급여와 관련해서는, 사회보장공단(INPS)이 장애인들을 위한 다양한 종류의 급여를 제공하고 있음. 이 중 가장 중요한 것들은 18세부터 65세 사이의 100% 등급 판정을 받은 이들을 위한 장애 연금(pensione di inabilità), 실직 상태이며 74%에서 99% 사이의 등급 판정을 받은 18세에서 65세 사이의 이들을 위한 월별 수당임.
 - 자료에 따르면 장애인 구성원이 있는 이탈리아 가족의 32.8%가 방문보건서비스를 필요로 하고 있으나 서비스를 제공받지 못하고 13.2%만이 방문보건서비스를 받고 있으며, 한

명 이상의 중증 장애인을 구성원으로 둔 이탈리아 가정의 48.2%는 여전히 돌봄 노동에 있어 어떠한 형태의 외부적 도움(비공식 도움과 민간/공공서비스 모두)을 받고 있지 못함.

- 대체로 이탈리아의 돌봄 서비스에 대한 욕구 증가는 이에 상응하는 정책과 구조적 재편으로 충족되지 못하고 있음. 이탈리아는 증가하는 서비스 욕구와 사회적 위험들을 점점 더 감당하지 못하고 있는 가족 및 친족 연대모델에 크게 의존하고 있음.

4. 아동 및 보육서비스

- 아동을 위해서 유아원에 대한 국가의 첫 언급은 1925년 12월 10일, 법률 법령2277호로 ONMI(모성 및 아동 보호기구) 도입되었으며 아이 양육이 어려운 가족도 정부의 도움을 받을 수 있는 대상자가 되었음.
- 그 이후 1950년 8월 26일 법령 860호인 직장여성을 육체적 및 경제적 보호를 따르면 ‘최소 50세 이하인 30명의 유부녀’를 고용한 공장은 모유실 및 유아 시설을 의무적으로 적용해야 했음.
- 유아를 위한 교육 제도의 불확실한 정의를 교정하기 위해 지방정부들 간의 내부 협상한 결과 모든 사회복지 서비스에 관한 용어집을 정했음. 2009년에 지역협회가 ‘지역들의 사회복지 용어집’을 지정한 결과 사회복지에 관한 모든 조치를 추적하

기 위한 도구가 만들어졌음.

- 아동 교육 제도는 두 분류로 크게 나뉘어 있음.
 - 0~3세 유아를 위한 서비스, 아이의 육체적·정신적·정서적인 면과 이해력, 사회성 발달을 지원하는 유아원;
 - 18~36개월 아이들을 위한 놀이공간, 최대 5시간 근무, 아이와 부모를 위한 센터, 방문 서비스와 교육 프로그램이 제공되는 보충서비스.
- 유아들을 위한 서비스들이 다양해지면서 복지에 관한 경험이 쌓인 민간 기관 역할도 커졌으며 이제 지방 기관들과 해당 서비스의 발달 및 운영에 중요한 파트너로써 힘쓰고 있음.
- 이탈리아 부모들은 다른 국가 부모들에 비해 아이의 양육에 대해 어려움을 겪고 있음. 다른 국가들에 비해 육아 휴가 기간이 짧고 급여가 낮기 때문임.
 - 그 연령대 아이들을 위한 유아원 중 이용이 가능한 시설 비율이 11%, 유럽 국가 중 최하위권임.
 - 이탈리아 남부 지역의 비율은 5%도 안 되며 상황이 특히 심각함. 사실상 남부 지역에는 직장여성들의 비율이 가장 낮으며, 출생률도 1.3으로 역시 낮음.
- 이탈리아에는 아동 복지 서비스의 결함이 있으므로 아이를 키울 때 처가와 시댁 도움이 매우 중요함.
- 유아원 이용을 거부하는 이유들은 주로 해당 서비스 상황과 상관없이 문화와 관련된 자율적인 판단인 것임. 관련 조사때

마다 확인되는 사실은 서비스 공급이 증가하므로 수요도 늘고, 유아원에 자리가 많을수록 많은 아이들이 그곳을 다니며 유아원에 아이를 보낸다는 것도 흔한 일로 볼 수 있다는 것임. 유아원을 이용하지 않은 이탈리아 엄마들 중 30%가 아이를 보낼 마음은 있으나 포기하는 경향이 있음. 그 이유는 자리가 없거나 거리가 멀기 때문임. 나머지 다수는 비용과 품질 비율에 만족하지 못해 자발적으로 선택하는 경우임.

5. 주택 및 주거서비스

- 이탈리아상황만의 특이성은 높은 주택 소유율, 낮은 공공 임대주택의 건축률, 주요 거주용이 아닌 높은 별장의 비율, 주택을 구입하는 데에 할애하는 높은 가족의 기여도, 수요자가 스스로 지은 무허가주택의 높은 비율로 요약할 수 있음.
- 전쟁이 끝난 직후, 공공주택사업은 무엇보다도 전쟁파괴로 인한 상당한 주거수요의 문제를 직면해야 하였음.
 - 이러한 상황에서 기독교 민주당(Democrazia Cristiana(DC) - 공화국 수립이후 거의 50년간 권력을 쥐어온 당 -은 많은 대중이 부동산을 소유할 수 있도록 하는 안을 추구하였음.
- 이탈리아는 1950~60년대에 경이로운 경제성장을 경험하였고, 이는 경제관측자들이 이 시기를 “경제기적” 및 “경제의 봄”이라 정의할 정도였음.
 - 도시계획의 개혁 옹호자들은 1950, 60, 70년대의 로마시의

확장 - 혼잡하고 무질서한 팽창 - 을 추구하여, 인구 거의 3백만의 도시가 되었음. 이시기 도시 팽창은 매우 다양한 용도의 건물들의 건축에 의한 것으로서, 중산 내지는 중저 소득층 계급을 위한 민간 주택들을 집중적으로 지었으며, 근린 서비스 시설 및 열린 공간이 없는 것이 특징이었음.

- 1978년, 소위 ‘국가 연대(Solidarietà Nazionale)’ - 이에는 주요 야당으로서 그 당시까지 권력을 잡지 못 했던 ‘이탈리아 공산당(Partito Comunista Italiano)’도 속해 있음 - 의 새로운 여당은 주택 공공정책을 다시 내놓았음. 한편으로는 공공건설을 위한 새로운 10개년 정책에 출자하고, 또 한편으로는, 임대를 강력하게 규제하는 정책, 이른바 “Equo Canone(부동산시세와는 관계 없이 법이 책정하는 공정임대료)” 라 알려진 정책을 내놓았음.
- 민간임대시장의 중요성이 지속적으로 부각되는 위급상황에 놓이자, 10년간 특정 계급에 속하는 세입자의 추방을 막는 정책이 도입되었으나, 이것은 불가피하게 임대주택의 공급을 더욱 감소시키는 효과를 낳았음.
- 또다른 부동산소유방법은 무허가건축물들 중 상당수를 합법화하거나 또는 스스로 집을 짓는 행위였음.
- 1993년 공공재정의 어려운 상황과, 마스트리흐트(Maastricht) 조약 - 유럽통화연합국을 위한 조약 - 에서 규정한 일치 기준에 따라야 하는 필요성에 의해, 시장지향적이고 공공지원을 제한하는, 강하게 한정적인 예산법이 통과되었음. 이러한 상황에서 임대계약의 근본적인 규제완화를 실시하여, 세입자와 집

주인 쌍방이 자유롭게 수정가능한 공정임대료(equo canone)규범에 따라 새로운 계약서를 체결할 수 있도록 하였음.

- 2007년에는 세금공제 시스템이 도입되었는데, 이 시스템에 의하면, 2000년도의 전 제도와 비교해 볼 때에, 세입자에게 세금 공제를 해 주어, 수익자대상을 확대할 수 있는 가능성이 있었음.
- 2008년에는 자가주택 소유자의 비율이 69.6%, 무상임대가 10%로 상승한 반면, 세입자 가구는 20.6%로 감소하였음.
 - 그럼에도 불구하고, 주택가는 여전히 상승하였음. 이탈리아 은행에 의하면, 2008년 주택매매가 1제곱 미터당 실제가격은 평균적으로, 1993년에 비해 47%가 상승했고 1986년에 비해서는 115%가 상승하였음.
 - 임대료도 1993년~2008년 사이에 눈에 띄게 상승하였음. 1제곱미터당 실제 임대료 시세가 68%나 올랐는데, 이 현상은 북부와 중부지역에서 더욱 두드러졌음.
- 오늘날, 새로운 “주거문제”차원에 처해져 있는 인구들 사이에는 반드시 단순히 빈민층이라고 할 수는 없는 인구도 속해 있음.
 - 젊은이들의 사회포용(social inclusion)의 어려움, 경제위기 이전의 불안정하고 낮은 임금, 경제위기와 더불어 시작된 실업률의 증가는 곧 주거문제로 이어졌고, 공공 기관의 저조한 공급과 민간시장의 후진성에서 빚어진 주거의 문제가 가정 경제에 미치는 파급효과의 문제점을 강조하였음.
 - 공공 기관의 역할 부재 시에는, 전통적으로, 부동산의 순환과 소유에서 중요한 역할을 하는 것은 다름 아닌 가족망임. 전

세대로부터 부동산을 상속받는 것 또는 부동산 구입 시 전세
대로부터 재정적인 도움을 받는 것은 사실상 널리 퍼진 관습임.

- 도시 재개발이 저조한 시기에도 유지된 것으로 보이는 몇 가지의 원칙은 “social housing”의 모범사업이 이루어졌음.
- 소셜 하우스의 공급대상자는 저소득층 가족이 아니라, 중저소득층의 세대들과 노인층, 가족중한사람만이 수입이 있는 경우, 젊은 커플, 이민자들, 분가한 학생들, 근교 통근자, 그리고 임시 계약직 근로자들임.
- 이런 주거수요를 충족시키기 위해서는 민간시장수준보다 낮은 월세수준의 부동산들을 찾아, 합리적인 가격에 임대주택이나 매매주택에 수요자들을 배치하는 것이 관건이임 이것은 즉 윤리적인 목적을 가진 민간자본을 가지고 출자할 수 있는 limited profit housing이라고 말할 수 있겠음.

제7권

일 본

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 일본 사회복지의 역사적 전개과정은 크게 세 부분으로 나누어짐
 - 구빈제도인 생활보호가 있음.
 - 자본주의가 발달하면서 빈곤을 방지하는 차원에서 제도적 접근방식인 사회보험이 있음.
 - 사회복지서비스로서 복지3법, 복지6법 등이 있음.

- 공공부조는 홀구규칙, 구호법, 구(舊)생활보호법이 있음.
 - 홀구규칙은 각 지방자치단체나 민간이 자주적으로 실시하던 구빈제도를 1874년에 하나의 제도로 중앙정부에서 규칙으로 정해서 통일을 도모한 것
 - 구호법은 의회를 통과한 법체계로서 1918년의 쌀소동, 1923년의 광둥대지진 등으로 대량빈곤이 발생하여 이에 대한 대응책으로 제정하였음.
 - 사회의 안정과 질서유지를 위해 연합군총사령부(GHQ)가 1946년 9월에 구생활보호법을 제정·공포함.

- 일본의 사회보험은 공적연금, 의료보험, 산재보험, 고용보험 등이 있음.
 - 공적연금제도는 크게 공제조합, 후생연금보험, 국민연금 등 세 가지임. 공무원을 대상으로 하는 공제조합은 1870년대 은급제도에서 출발하여 사회보험으로서 발전해 오다가 각 조합별로 분리되었음. 후생연금은 1941년에 근로자연금보험법으로 출발하여 1944년 근로자를 대상으로 하는 후생연금제도로 개칭되어 오늘에 이르고 있고, 국민연금은 1959년에 국민연금법이 공포되고 1961년에 실시하였는데 20세 이상의 전국민을 대상으로 실시하고 있음.
 - 일본의 의료보장제도는 크게 두 가지가 있는데, 하나는 기업의 노동자를 대상으로 노사가 절반씩 보험료를 부담하는 1922년에 건강보험법이 제정되었고, 1938년에는 퇴직자 등 가입자가 보험료의 전액을 부담하는 지역가입자를 위한 국민건강보험법이 제정되었음. 국민건강보험이 전국민을 대상으로 보험제도가 실현된 것은 1959년임.
 - 노동자재해보상보험법은 1947년에 제정되었고, 이 제도는 주로 노동과정에서 발생하는 재해를 대상으로 함.
 - 일본의 실업보험법은 1947년에 제정되었고, 1974년 고용보험법으로 바뀜.
- 고도경제성장기에는 사회보험이 전국민을 대상으로 하는 제도로 확충·발전함. 이러한 발전은 사회복지서비스로 이어지는데 이것을 일본에서는 복지3법, 복지6법 등의 숫자로 표현하는 경향이 있음.

- 1945년 패전 직후에 부모를 잃은 고아들이 급증하여 이들을 적절하게 보호할 법체계가 필요하여 1947년 12월 아동복지법이 공포, 1948년 1월부터 일부 시행, 4월부터 전면실시가 이루어졌음.
- 생활보호법에 적용을 받아오던 장애인들의 문제가 심각하여 이들의 보호를 위한 적절한 법체계가 필요하여 1949년 12월에 신체장애자복지법이 제정되었음.
- 경제의 활성화로 세금수입이 확대되고, 제도의 발전을 가져오는 1973년 복지원년으로 인식함. 이 시기에 노인의료비의 무료화, 노령복지연금의 증액 등 확대가 이루어짐.

2. 사회보장관리체계

- 빠른 인구 노령화와 출산을 감소로 일본 사회는 노인, 가족, 장애인, 무직자등에 대한 사회보장의 중요성이 커지고 있음.
- 일본 사회보장 관리체계의 특징은 (1) 연금, 의료, 개호를 포괄하는 국민皆보험皆연금제도, (2) 보험료(약 60%)와 세금(국비 약 30%, 자산수입 약 10%)을 합하여 재정을 운영하고, (3) 봉급생활자를 대상으로 하는 직역보험(건강보험, 후생연금)과 자영업자, 농민, 고령자등 자영업자를 대상으로 하는(국민건강보험, 국민연금)의 2가지 제도로 운영하며, (4) 국가, 지방자치단체(都道府縣, 市町村)가 책임과 역할을 분담하고 공유한다. 연금등은 국가가, 의료행정은 지자체(都道府縣)가, 복

지행정은 市町村가 각각 중심이 되어 운영하는 것임.

- 후생노동성(Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan)
이 사회보장체계를 관리하고, 지방자치단체(都道府縣, 市町村)는 거주자들에게 밀접한 사회보장 공공 서비스를 제공함. 사회 복지관, 어린이 보호 센터와 공공 의료기관도 지방정부 산하의 사회 보장 전문 행정기관임.
- 건강관리를 위한 병원, 노인의 장기 관리를 위한 주간보호 시설이나 기관들, 장애인을 위한 재활센터와 지원센터와 같은 사회보장 서비스 제공의 주체는 공공 기관과 사립기관임. 공공병원과 개인병원은 공공건강보험의 지원을 받기 때문에 후생노동성의 관리 감독을 받음.
- 사회보장 관리를 주도하는 후생노동성(Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan)의 조직은 (1) 장관실, (2) 의정국, (3) 건강국, (4) 의약식품국, (5) 노동기준국, (6) 직업능력 개발국, (7) 인력개발국, (8) 고용균등, 아동가정국. (9) 사회원호국, (10) 노인건강국, (11) 건강보험국, (12) 연금국, (13) 정책총괄관으로 구성되어 있음.
 - 건강국: 건강 만들기, 질병예방 등 “건강증진, 질병 대책”과 수도, 생활위생 등 “공중위생의 향상” 대책
 - 의약식품국: 의약품 판매, 시판후 안전대책 규제, 헌혈 등의 혈액사업, 약물남용방지대책, 수입식품의 안전성 확보, 국제협력, 제휴

- 노동기준국: 노동자의 건강과 안전, 적정 노동조건 관리
- 직업능력 개발국-공공 직업 안정소와 구직자 지원제도
- 고용균등아동가정국: 일하는 여성에게 일과 가정의 양립 지원, 파트타임노동자대책 등에 따른 “일과 생활의 조화”의 실현과 저출산 대책, 보육 지원과 아동 학대 방지대책, 보자보건시책 등에 따른 “보육 지원 서비스”
- 사회원호국: 생활보호, 무주택자 대책 지원, 사회복지사, 개호복지사 등의 인재 육성과 확보, 사회복지의 “기반” 제도 기획, 입안, 장애인 “지원비 제도”
- 노인건강국: 개호보험제도 관리
- 건강보험국: 후생노동성 사회보장 검토본부 설치 운영
- 연금국: 공공 법인인 “일본연금기구” 감독
- 정책총괄관: 사회보장담당참서관실, 정책 평가관실, 노동정책담당참서관실, 노정담당참서관실, 노사관계담당참서관실

3. 경제와 정부재정

- 2023년까지의 경제성장률은 연간 1.0~2.0%, 세금 상승률은 0.4~3.1%, 물가상승률 0.0~1.2%, 명목 GDP는 587조엔(2023년), 실질 성장률은 1.0~1.8%로 추산되고 있음.
- 사회보장 지출 추산(GDP 대비율)은 2011년 108조엔(22.3%), 2015년 121조엔(23.9%), 2020년 135조엔(24.3%), 2025년 151조엔(24.9%)으로 추산됨.

- 사회보장 연금의 보증인이 정부인가 아닌가로 공공연금과 개인연금을 구분함.
 - 기초 연금은 수입과 관련이 없이 노인인구를 위한 기본적인 수입을 보장하고 모든 국민을 강제적으로 참여시키기 위한 것이며, 후생연금은 직장인에게 보험료와 소득구조에 따라 다르며 특정크기 이상의 모든 회사에 강제 적용되며 보험료는 고용인과 피고용인이 나누어 분담하게 됨.
 - 기초연금의 보장성은 국민 모두에게 적용되어 20세 이상의 모든 일본인거주자 및 외국인거주자를 포함함. 국민 연금의 경우 연금 혜택을 받을 자격은 보험료 납부 25년 이상 있어야하며, 최대 가입 기간은 40년임. 국민연금과 고용연금보험의 보험사는 정부이며 노인 가구의 60% 이상이 소득을 공적 연금 혜택에 의존함.
 - 연금지불금액은 가입기간에 따라 $792,100 * ((\text{가입개월수} + 1/2 * \text{면제개월수}) / 480)$ 로 계산되며, 고정 금액(2010년 월 15,100엔)이 보험료로 각 가입자에 과세됨. 지급금은 보험료를 모아 지불하며, 지급금의 반은 정부의 일반예산에서 보조함.
- 국민연금의 가장 큰 문제는 미납과 면제자의 수가 증가하고 있는 것임. 2009년도 조사에 의하면 3만 3천 명이 국민(기초)연금에 전혀 가입하지 않았으며 예상보험료와 실제 납부된 월 보험료의 비율은 60%밖에 되지 않았음.
- 급속한 고령화, 낮은 경제 성장과 금리로 국민연금과 직장연

금보험은 자금 확보에 어려움을 겪고 있음. 미래 세대에 너무 많은 부담을 주지 않기 위해서 미래 혜택을 줄이고, 지불을 제한할 다양한 개혁과 보험료 인상, 연금 연령을 60세에서 65세로 올리는 개혁이 시행되었음.

- 일본의 건강보험 제도는 (1) 75세 미만에서 직장 근거 또는 지역 근거, (2) 75세 이상에서 독립된 건강 보험, (3) 75세 미만이면서 일정 크기 이상 기업 노동자의 사회 관리 건강 보험(Society-managed Health Insurance)의 3가지 유형으로 나누어져 있음.
- 국민 건강 보험과 협회관리 건강보험은 각각 약 30%를 차지하며, 사회관리 건강보험은 약 25%, 후기 고령자 의료 제도는 약 10%를 차지함.
- 보험료의 하한선과 상한선은 30/1000~120/1000으로, 수입, 재산, 가족내 피보험자수에 따라 다르게 부과됨. 의료 보험 체계의 정부 보조금, 보험료, 환자 부담금에 의한 출자는 각각 36.7%, 49.2%, 14.1%임(2007년도).
- 고령자(70세 이상 및 거동이 불편한 65~69세)건강 보험 제도는 국가와 지방 정부 보조금(30%)과 국민 건강 보험과 직장건강 보험(70%)에서 구성되었음. 2008년도에 75세 이상을 대상으로 한 후기고령자 의료 제도가 시작되었으며 원칙적으로 개인 부담금은 10%임.

4. 소득분배와 사회보장재정

- 노동 보험은 고용 보험과 근로자 보상 보험을 모두 의미하며, 두 가지 보험은 독립적인 시스템 아래 운영되지만, 보험사는 정부이며 현(縣의) 지방노동청에서 보험료를 징수하고 있음.
- 고용 보험은 실직자 생계 지원 실업기금(구직 기금, 고용촉진 기금, 직업교육훈련 기금, 고용지속 기금)과 직원 해고방지를 위한 고용 안정 기금과 인적 자원 개발 기금이 있음.
- 근로자 보상 보험은 직장이나 출퇴근 동안 부상이나 질병에 대한 보상 혜택을 제공하는 것임. 고용 방식이나 사업 규모와 관계없이 모든 직원은 보험에 적용되고, 원칙적으로 고용주 부담 보험료에 의해 자금이 지원됨.
- 공적부조의 4가지 주요 원칙
 - 빈곤 국민에 대한 공적 부조는 국가가 책임져야 한다.
 - 성별, 사회배경, 빈곤 발생 원인과 무관하게 모든 국민들은 공적부조를 요구할 권리를 가지고, 경제상태로만 공적부조 해당 여부를 판단한다.
 - 국가는 모든 국민들에게 최소한의 보건 상태 및 문화 생활 수준을 보장해야 한다.
 - 공적부조는 신청자들의 최선의 노력과 사용 가능한 모든 자원을 보충하기 위해서 사용되어야 한다는 것이다.
- 성평등부는 관련된 다른 부서들과 함께 가족정책을 담당하며, 출산율 감소는 정부가 해결해야 할 가장 중요한 사회 문

제 중 하나로 인식되고 있으며, 여성들이 일을 지속면서 아이를 가질 수 있는 “일과 삶의 균형 정책”이 개인의 생활을 향상시키기 위한 중요한 지침임.

- 소득보조금은 일반아동수당은 의무교육인 중학교 졸업(15세)아동당 13,000엔이 지급되며, 편부모 가족을 위한 자녀(18세 이하) 양육 수당은 자녀 양육 수당은 41,720엔(두번째 5,000엔, 세 번째 이후 3,000엔)임. 특별 자녀(장애아 20세 미만) 양육 수당은 50,750엔(2급 33,800엔)임. 육아 시설(주간 보호 센터)
- 자녀와 가족지원서비스는 8시간의 보호를 제공하는 주간 보호 센터를 2,040,000명(5세 미만 아동의 31%, 2009년)이 이용하였으며, 가정폭력 아동을 위한 아동 보호시설은 58개가 있음. 2008년에 대략 38,000명의 아동이 양부모로부터 보호를 받았음.
- 공공부조법, 아동복지법, 지체장애인 복지법, 지적장애인 복지법, 노인 사회복지서비스법, 부양가족이 있는 여성과 미망인을 위한 법이 포함된 6개의 법이 장애인을 위한 서비스를 제공함.
- 만 18세 이하 장애인을 위한 장애인지원법의 원칙은 1) 신체적, 지적, 정신적 세 가지 유형의 장애를 총괄하여, 2) 장애인 중심으로 제공하는, 3) 장애인들의 적극적인 노동 참여를 유도하는 것임.

5. 최근 사회보장 개혁동향

□ 사회보험의 발전과정에서의 사회적 배경

- 1973년 오일쇼크로 10% 전후의 고도경제성장기이 1974년부터 마이너스 성장, 75년 3.9% 성장 등 저성장기에 접어들.
- 1986년부터는 급격한 엔화의 강세로 2.7%의 경제성장을 기록하는 등 산업구조의 변화함.
- 제2차 임시행정조사회의 노선에 의해서 작은 정부를 향한 정책을 추진. 일본은 신보수주의적 경향을 나타냄.
- 최대의 표적은 1973년 노인복지법의 개정에 의한 노인의료비의 무료화와 혁신자치단체의 보충적 복지급여임.

□ 국민연금의 개혁

- 이전의 3종 7제도로 분리되어 있던 공적연금제도의 통합화를 도모
- 40년 가입조건의 기초연금을 추가연금제도로 재편성
- 무직인 배우자에 대해서 국민연금의 강제 가입시켜서 기초연금을 보장
- 1994년 개혁은 연금보험료를 2025년까지 30%에 약간 미치지 못하는 수준까지 단계적으로 인상하는 것. 연금급여를 총임금이 아닌 순임금에 연계. 정액연금 수급연령을 현행의 60세에서 65세로 2001년부터 3년마다 1세씩 연장
- 2004년 개혁에서 후생연금의 65세 연장을 결정
- 기초연금 국고부담비율을 2분의 1로 인상
- 급여수준의 자동조정(마이크로 경제슬라이드)제도의 신설

□ 의료보장의 개혁

- 일본의 의료보험제도는 사업소를 단위로 하는 직장보험과 거주지를 단위로 하는 지역보험으로 구성된 공적의료보험체제로 나눔.
- 제도간, 피보험자·가족간의 이용자부담의 수준차가 전국민 보험 성립 후의 과제로 등장. 현재는 이용자 부담이 비용전체의 30%로 통일됨.

□ 공공부조는 신청자의 제한, 심각한 자산조사, 중앙정부 부담비율의 축소 등으로 큰 개혁을 추진

□ 노인복지 분야에서는 1973년 노인의료비의 무료화가 지역의료보험의 막대한 부담으로 나타나, 1982년 노인보건법 제정을 가져왔고, 급기야 세계 최장수국의 하나가 되어가는 노인인구를 감당할 수 있는 체계를 모색하면서 2000년 4월부터 개호보험제도를 도입함.

□ 아동복지는 저출산 극복방법으로 1995년부터 엔젤플랜을 5년간 3회에 걸쳐서 계획을 세워 착실하게 저출산에 대응하고 있고, 경제적으로 어려움이 아동학대로 연결되어 2004년 아동복지법 개정으로 아동상담소의 기능을 강화하여 대응함.

□ 장애인복지 분야는 내부적인 요인보다는 국제적으로 인권 및 권리선언 등으로 2006년 장애인자립지원법이 제정되어 시설 및 사업체계가 변화됨.

□ 장애종류별로 나누어지던 것을 6개의 일상활동과 거주지원사업으로 재편함.

제8권

중 국

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 중국은 1980년 이후 개혁개방정책에 따른 ‘사회주의 시장경제’로 이행하면서 중국은 시장경제에 부합하는 사회보장제도를 수립하는데 역점을 두면서 개혁에 박차를 가하고 있음.
- 개혁개방 이전 중국 사회보장제도는 계획경제체제 하에서 국가·단위·개인의 상호협력을 강조하는 원칙 하에서, 국가는 단위(單位)를 통해 관련 사회보장제도를 실시함.
 - 도시와 농촌에서 단위는 그 소속된 주민을 위해 생활보장의 기능을 광범위하게 이행했으며, 도시 주민과 농촌 주민들은 소속된 단위와 밀접한 관계를 유지함.
 - － 도시에서 대다수 주민들은 단위를 중심으로 구성되었고, 정부주도 하에서 “고 취업 및 저 임금” 정책과 광범위한 사회보장제도가 실시됨.
 - － 도시 주민은 국가로부터 철밥통(鐵飯碗)이라 일컫는 평생 취업을 보장받고 단위에 배정되었고, 단위는 평생고용제와 함께 호의적인 복지혜택을 도시 주민에게 제공하였으며, 단위에 소속된 직원은 단위의 임금과 복지를 의지하여 생

로병사의 어려움을 해결했다.

- 단위가 없는 주민들은 “삼무(三無)”계층으로 분류되어 민정부(民政部)로부터 관련 사회보장 혜택을 받음.

○ 농촌에서 농업협작화가 진행됨에 따라 - 특히 전국적으로 인민공사(人民公司)가 수립된 후 - 농촌 주민들은 인민공사를 중심으로 구성됨.

- 근로능력이 있는 농촌 주민은 집체노동에 가담했고, 집체경제를 의존하여 기본적인 생활보장과 사회복지의 혜택을 받았으며, 그 경비는 인민공사와 생산대대의 수입회계에서 충당됨.

- 근로능력이 일부 혹은 완전히 상실한 계층 - 즉, 아동, 과부, 장애인 및 기타 의지할 곳이 없는 사람 - 들은 “오보(五保)”제도 대상자로 분류되어 집체경제가 그들의 기본적인 생활을 책임졌음.

□ 1980년대 개혁개방 이후, 농촌의 가정생산책임제와 도시의 경제개혁이 추진됨에 따라, 단위가 사회보장의 책임을 도맡아 처리했던 “단위보장제”에서 벗어나 여러 사회주체(정부, 기업, 개인, 시장과 사회단체 등)이 공동으로 사회보장의 책임을 분담하는 “사회보장제”로 전환됨.

○ 개혁개방 이후, 단위의 사회복지 기능은 끊임없이 약화되었는데, 단위는 점차 생산에만 전담했고, 사회복지와 복지관련 서비스는 점차 국가와 기타 사회조직이 분담함.

○ 사회주의 시장경제로의 이행에 따른 경제체제 개혁이 가속화됨에 따라, 사회보장제도 개혁이 심화됨.

- 1990년대 후반부터 중국 사회보장제도가 전면적인 개혁에 들어가면서 신형 사회보장제도가 신속하게 수립되기 시작함.
 - － 도시 주민 최저생활보장제도가 1993년 최초로 상하이시에 시범사업으로 실시되었다가 점차 다른 도시로 확대·적용되었으며, 2007년 모든 농촌 주민에게도 적용됨.
 - － 사회보험제도 역시 가시적인 성과를 이루었는데, 1995년 사회통합기금과 개인계좌가 서로 결합된 형태의 신형 양로보험제도와 신형 의료보험제도가 실시됨.
 - － 2010년 10월 28일에 통과된 「중화인민공화국 사회보험법」의 제정은 제정은 기본적으로 중국 사회보장제도의 기틀을 확고히 하는 시점이자, 신형 사회보험제도가 전국민을 대상으로 실시되는 법적 기반을 마련했음.
- 개혁개방 이전의 도시와 농촌이 이원화된 상황에서 고착된 “단위보장제”에서 도시와 농촌을 모두 아우르는 사회화된 “사회보장제”로의 전환은 중국 사회보험제도의 발전과정에서 중요한 의미를 지님.

2. 사회보장체계

- 개혁개방을 전후로 중국 사회보장제도에 커다란 변화가 발생함.
 - 이러한 변화를 초래한 근본적인 원인은 개혁개방 이후의 사회·경제제도의 변화에서 기인됨.
- 중국은 개혁개방정책에 따른 ‘사회주의 시장경제’로의 이행에

따라 시장경제에 적응하는 사회보장제도 개혁을 점진적으로 실시함.

- 개혁개방 이전 단위를 위주로 실시된 중국 사회보장제도는 개혁개방 이후 새로운 사회·경제상황에 부합되지 못함.
- 경제개혁의 일환인 기업조정으로 수많은 하강 및 실업자가 발생하였고, 그 결과 전통적인 사회복지체계로서는 개혁개방 이후 발생한 새로운 사회문제를 감당할 여력이 부족했음.
- 중국 정부는 사회주의 시장경제에 부합되는 일련의 사회보장제도 개혁을 실시하고 있다.

□ 개혁개방 이후 최근 30여 년간의 사회보장제도 개혁을 거치면서 중국은 이미 기본적인 사회보장제도의 골격을 형성했음.

- 개혁개방 이후 중국 사회보장제도는 점차적으로 새로운 사회·경제상황에 부합되는 방향으로 바뀜.
- 사회보장의 주체가 단위에서 점차적으로 정부, 기업, 개인, 시장, 사회단체 등으로 다양해지기 시작함.
- 중국 사회보장제도는 기타 국가들과 유사한 면이 있지만, 이원화된 경제·사회구조로 인해 관리체제, 제도 구조, 운영방식에 있어 기타 국가들과 차이점이 현저함.

□ 최근 30여 년간의 경제·사회발전을 통해 중국 정부는 사회보장제도의 기본 틀을 구축했으며, 그 주요 특징은 다음과 같음.

- 거의 모든 방면의 사회보장제도가 수립됨.
- 급여수준이 낮은 편이고, 선택성(selective)이 짙은 복지의 특성을 보이며, 보편적인(universal) 복지성향은 약한 편임.
- 중국 사회보장제도는 도시와 농촌의 이원화된 구조임.

- 「중화인민공화국 헌법」에서는 “중화인민공화국 국민은 노년, 질병 혹은 노동력을 상실할 때 국가와 사회로부터 물질적인 도움을 받을 권리를 가진다”고 명시함.
- 「중화인민공화국 노동법」, 「중화인민공화국 노동계약법」, 「중화인민공화국 취업촉진법」, 「중화인민공화국 조정중재법」, 「중화인민공화국 장애인 권익보장법」, 「중화인민공화국 부녀자 및 아동 권익보장법」, 「의무교육법」 등은 전국민의 사회보장권리와 관련된 규정을 제시함.
- 사회보장 행정부서는 직무별로 나누어져서 분담 및 협력하는 행정관리체제가 형성됨.
- 모든 기관은 국무원의 관리 하에 있으며, 각 부서별로 사회보장 행정관리를 분담함.
 - － 인력자원·사회보장부는 주로 기본양로보험, 기본의료보험, 실업보험, 공상보험, 생육보험, 농촌사회보험, 취업촉진, 취업 보조, 사회보험기금 운영 등을 관리함.
 - － 민정부에서는 주로 도·농주민 최저생활보장, 의료 보조, 임시 보조, 자연재해보조, 안치무휼, 사회복지서비스 등을 관리함.
 - － 위생부에서는 주로 공공위생, 질병예방, 의료서비스, 농촌 합작의료 등을 관리함.
 - － 재정부에서는 주로 사회보장기금의 예산, 결산, 감독 등을 관리함.
 - － 주택·도·농건설부에서는 주로 주택공직금, 임대주택, 경제적용방, 주택 보조 등을 책임짐.

- 교육부에서는 주로 무상 의무교육, 보조금, 장학금, 교육 보조 등을 책임짐.
- 사법부에서는 주로 법률 지원, 사법 보조 등을 책임짐.
- 심사처에서는 주로 사회보장기금의 예산 및 집행 방면의 심사업무를 책임짐.
- 전국총공회에서는 직원 상호부조의 관리를 책임짐.
- 중국장애인연합회에서는 장애인의 공통 이익과 합법적인 권익을 보호하고, 각종 장애인을 위한 업무, 활동과 서비스를 전개하며, 정부에서 위탁한 일부 행정 기능을 담당하며, 장애인 사업을 실시·관리함.

□ 각급 정부 분할관리의 사회보장체제는 각급 정부가 사회보장 관리에 있어 직권이 달라서 중앙정부, 성 정부, 하급 정부 등 3개로 분할된 관리체제가 형성됨.

- 중앙정부와 그 기능부서는 정책을 집행함.
- 성 정부와 하급 정부는 자율적인 관리권을 행사하는 편이며, 사회보장과 관련된 인권, 재산권, 업무권은 일반적으로 지방 정부에 해당됨.

□ 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스제도의 구분에 따라, 구체적인 사회보장 업무는 각급 사회보험 처리기관, 공공부조 처리기관, 사회복지서비스 처리기관에서 담당함.

- 인력자원·사회보장부는 기금감독기관을 갖추고 있으며 각급 정부는 사회보험감독위원회를 갖추어 있지만, 사회보장 업무 운영에 대한 감독과 피드백을 제때에 실시하지 못하는 실정임.

- 중국 사회보장제도는 행정관리, 처리 및 감독기관 설치 등의 형식적인 면을 갖추었으나, 감독과 피드백 기능은 아직 미흡한 편임.
- 중국의 사회보장체계는 크게 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 등 3가지 주요 제도와 상업보장, 자선사업 등 2가지 보충형 제도로 구성됨.
- 그 중 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스는 전체 사회보장체계의 기본 틀을 구성함.
- 사회보험은 전체 사회보장체계의 핵심이고 직원의 노후문제를 해결하며 직원 복지서비스를 증진시키는 동시에, 노동관계의 조화와 안정을 도모하는 제도임.
- 공공부조는 전체 사회보장제도 가운데 가장 기본적인 제도로써 국민의 생존위기를 해소하고 국민의 기본생활을 보장하며 취약계층이 곤궁에 빠지지 않도록 도와주는 제도임.
- 사회복지서비스는 국민의 특정한 생활 욕구를 충족시키고 전국민 모두가 경제발전의 성과 분배에 참여하고 그 성과를 함께 누리도록 하는 제도임.

3. 인구구조와 인구문제

- 2010년 중국 인구(홍콩, 마카오 및 해외 화교 제외함)는 13억 4,735만 명으로 2010년보다 644만 명이 증가했음.
- 중국은 전 세계 총인구의 19.4%를 차지하여 세계에서 인구

가 가장 많은 나라로 기록됨.

- 새롭게 출생한 사람은 1604만 명으로 출생률은 11.93%으로 전년도보다 0.03% 높아졌으며, 사망자는 960만 명으로 사망률은 7.14% 기록함.

□ 2010년에 실시된 제 6차 전국 인구조사의 통계자료에 따르면, 남성은 총인구의 51.27을 차지한 반면, 여성은 총인구의 48.73%을 차지함.

- 중국 총인구의 남녀비율은 2000년 제5차 인구조사 시 106.74에서 2010년 제6차 인구조사 시 105.20으로 감소함.
- 2011년 중국 출생인구의 남녀비율은 117.78를 기록하여 2010년에 비해 0.16이 감소함.

□ 2011년 노동연령 인구의 비중이 처음으로 감소한 반면 60세 이상 인구가 점차적으로 증가하고 있음.

- 15~64세 노동연령 인구의 비중은 2002년 이후 처음으로 감소했는데, 2011년 15~64세 노동연령 인구는 74.4%를 기록했는데 2010년에 비해 0.10%가 감소했음.
- 2011년 말 전국 60세 이상 인구가 1억 8,499만 명에 이르러 총인구의 13.7%를 기록했는데 2010년도에 비해 0.47%가 증가했음.
- 그 중 65세 이상 인구는 1억 2,288만 명에 이르러 총인구의 9.1%를 차지했는데, 2010년도에 비해 0.25%가 증가했음.

□ 총 부양비율은 감소하고 있지만, 노인 부양비는 증가하고 있음.

- 아동 양육비율은 1964년 72.1%에서 2004년 30.2%로 감소했음.

- 65세 이상 노인부양비율은 1964년 6.3%에서 2003년 10.7%로 증가했음.
- 인구연령 구조가 유소년형에서 성인형으로, 성인형에서 노년형으로 변화하고 있음.
 - 1953년과 1964년 제1차, 제2차 인구조사 시 중국의 인구연령 구조는 유소년형에 속했음.
 - 1970년대 이후 육아정책을 강하게 추진 후에는 동반인구의 출생률과 총 출생률이 급격히 감소했고, 아동인구가 감소했으며, 노인인구가 증가했음.
 - 1982년 제3차 인구조사 시 인구연령 구조가 초기 성인형에 근접했고, 1990년 제 4차 인구조사 시 전형적인 성인형에 근접했음.
 - 1990년대 말부터 인구고령화의 정도는 가속되면서 인구 연령구조가 점차 노년형으로 변하고 있음.
 - 2010년 65세 이상 노인인구 비율이 8%를 초과했고, 2040년 20%를 초과할 것으로 예상되어 5명 중 1명은 65세 이상 노인일 것으로 예상됨.
- 인구변화 과정 중 인구 사망률과 출생률이 빠르게 하락하고 예상 수명이 끊임없이 높아지면서 0~14세 아동 수는 점점 줄어들고, 60세 이상 노인 수는 빠르게 증가하고 있음.
 - 제6차 인구조사 발표를 살펴보면, 중국에서 60세 이상 인구는 13.26%로 2000년 인구 조사에 비해 2.93%가 증가했고, 그 중 65세 및 이상 인구는 8.87%로 2000년 인구 조사 시보

다 1.91%가 증가했음.

- 2050년쯤에는 총인구 중 30% 정도가 60세 이상 노인일 것으로 예상됨.

□ 불균형한 남녀비율 문제는 1980년대부터 지속적으로 심화되고 있음.

- 2010년 출생 남녀비율은 118.06를 기록했음.
- 불균형한 남녀비율은 현상은 근본적으로 남아편애 사상으로 인해 조성됨.
- 1980대 중반부터 불법으로 태아의 성별을 확인하는 것과 불법적으로 진행된 유산 등은 남녀비율을 더욱 불균형하게 만든 원인임.
- 중국 사회과학원에서 2010년에 발표한 「사회청서」를 살펴보면, 중국 19세 미만 남녀비율이 심각하게 불균형적이며, 매년 출생하는 100명의 0부터 4세의 여아와 상응하는 동일 연령의 남아는 123.4명뿐임.

□ 제6차 전국 인구조사 통계자료에 따르면, 중국의 총 출산율은 1.5보다 낮고, 도시화율은 49.7%이며, 유동인구는 2.21억 명에 이르렀음.

4. 소득분배와 사회보장 재정

□ 중국 국민 소득분배 구조 중 점유비율의 순서는 주민, 기업, 정부 순서로 나타남.

- 지난 17년 동안 주민 평균점유 비중은 61.41%, 기업은 20.10%, 정부는 17.50%를 기록했음.
 - 주민의 점유비중은 점차 줄어들고 있고, 정부와 기업의 점유 비중은 점차 늘어나고 있음.
 - 1992~2008년 사이에 중국 주민 소득의 점유비율은 66.06%에서 57.23%로 감소하고, 정부와 기업 부문에서 1차 분배의 총 수입은 각각 17.37%, 16.57%에서 25.26%, 17.53%로 증가했음.
- 2000~2010년 동안 도시와 농촌주민 1인당 총 소득과 소득구조는 전반적으로 증가했음.
- 도시 소득은 주로 월급형 소득이지만, 11년 동안 그 비중은 감소하는 추세이고, 경영형 소득과 자산형 소득의 비중은 점점 상승하고 있음.
 - － 전이형 소득도 증가 추이를 보이는데, 중국 사회보장 등 기타 우대(惠民)정책의 효과로 드러났음.
 - 농촌의 농가소득은 주로 가정경영 소득이지만 그 비중이 감소하고 있음.
 - － 월급형 소득과 자산형 소득의 점유비중은 다소 증가하였는데, 이는 농촌 원천소득의 다양화를 반영함.
 - － 비록 전이형 소득이 증가 추세를 나타내고 있으나, 1인당 총소득 중 그 비중은 농촌보다 낮은 추세임.
 - － 중국 재정과 사회보장 중 재분배수단이 여전히 도시에 편중되어 있음.

- 개혁개방 이전 중국은 도시와 농촌으로 이원화된 구조가 형성되어 도·농 간의 소득격차가 발생하였음.
 - 개혁개방이후 도시와 농촌 주민의 소득이 두드러지게 증가했고, 엥겔지수도 대폭 감소했지만, 도·농 간의 소득격차는 지속적으로 확대되었음.
 - － 1978년 도·농간 1인당 소득 격차는 209.8위안이었고, 2009년 도·농간 1인당 소득 격차는 12,021.5위안임.
 - － 1978년 도·농간 1인당 소득 비율은 2.57:1이었고, 2009년 도·농간 1인당 소득 비율은 3.33:1로 확대됨.
 - 소득불평등을 나타내는 지니계수도 해마다 지속적으로 증가하여 2000년 이래로 불균형한 소득분배가 사회 불안을 초래할 수 있는 수준인 0.4를 넘었고, 2010년 불평등한 소득분배 문제로 사회동란이 발생할 수 있는 수준인 0.5에 도달함.
- 1990년대 후반부터 중국 사회보장제도가 점진적으로 그 기본적인 틀을 갖추면서 사회보장 지출이 확대되고 있음.
 - 양로보험과 실업자의 기본생활을 보장하기 위해 보조금을 매년 지급하고 있으며, 사회보험관리 및 운영비용을 재정예산에 반영하고 있음.
 - 2010년 5대 사회보험(신형 농촌사회양로보험 포함하지 않음) 기금의 총 수입은 18,823억 위안으로 전년도에 비해 2,707억 위안이 늘어나 16.8%가 증가하였고, 5대 사회보험기금의 총 지출은 14,819억 위안으로 전년도에 비해 2,516억 위안으로 늘어나 20.5%가 증가했음.

5. 사회보장 개혁동향

- 개혁개방 이후 30년 동안의 사회보장제도 개혁과 발전을 거치면서 중국 사회보장체제의 기본적인 틀이 형성됨.
 - 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스를 기초로 하고, 기본양로보험, 기본의료보험, 최저생활보장제도를 중점으로 하며, 자선사업, 상업보험을 보충으로 하는 사회보장체제가 기본적으로 형성됨.
 - 중국의 사회보장체제는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스, 군인안치제도, 사회호조, 개인저축성보험 등 6개 측면을 포함한 다층적인 체제로 구성됨.
 - 현재 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스를 핵심 내용으로 한 사회보장제도가 정부에 의해서 강제적으로 실시되고 있고, 대상자 적용범위가 확대되었으며, 기본적인 생활욕구를 만족시키는 것을 목적으로 함.
 - 사회보험은 양로, 의료, 실업, 공상(산업재해), 생육(출산) 등 5개 영역으로 구성되어 있고, 공공부조는 도·농주민 최저생활보장, 의료부조, 교육부조, 사법부조, 주택부조 등으로 구성되어 있으며, 사회복지서비스는 노인복지, 장애인복지, 고아 및 장애아동 복지 등으로 구성됨.
 - 자선사업과 상업보험은 사회보장에 대해 보충적인 기능을 발휘하고 있음.
- 개혁개방 전후로 “단위보장제”에서 “사회보장제”로의 전환이 이루어졌음.

- 개혁개방 이후 “단위보장제”는 기업 경쟁과 노동력 이동의 요구에 부응하지 못해서 단위의 둘레를 벗어난 사회화된 사회보장제도의 수립이 요구됨.
 - 사회보장제도의 수립을 통해 적용범위를 확대하고, 사회보험 기금중 사회통합기금을 운용하며, 직원이 단위에서 벗어나 사회의 일원으로 탈바꿈했음.
 - 사회보장의 사회화는 사회보장의 책임을 기업으로부터 분리시켜 기업부담을 완화하는 한편, 공정한 경쟁을 촉진하여 현대적인 기업제도를 수립하는데 기여함.
- 중국 사회보장제도의 개혁은 지난 30여 년 동안 거시적인 성과를 거두었지만, 장기적인 사회보장제도 수립목표에서 보았을 때 지금까지의 개혁은 초보적인 단계에 속함.
- 한 가지 희소식이라면 「중화인민공화국 사회보험법」 등의 법률 및 법규가 제정·시행됨에 따라 시범사업에 그치고 있는 수많은 사회보장 관련 제도들이 앞으로 점차 정형화되고 안정되며 지속가능한 단계로 발전할 수 있는 토대를 마련할 수 있을 것으로 예상됨.
 - 2010년 10월 28일에 통과된 「중화인민공화국 사회보험법 (이하 「사회보험법」)」은 중국 최고 입법기관이 최초로 사회보장제도를 입법화시킨 법안이어서 큰 의미를 가짐.
 - 2011년 7월 1일 부터 시행된 「사회보험법」은 중국 최초의 종합적인 사회보장 관련 법안으로써 사회보험의 원칙, 적용 범위, 운영 및 감독 등의 내용을 포함하고 있음.
 - 「사회보험법」은 국민의 노후, 실업, 질병, 상해, 출산 등에

서 경제적 보장을 마련했을 뿐만 아니라, 외출 농민공과 외국인에 대한 사회보험 적용에 관한 내용을 담고 있어 획기적인 법안이라고 볼 수 있음.

- 2020년까지 전면적인 샤오강(小康)사회의 수립은 중국 정부의 국가발전계획에 있어 확정된 목표임.
- 도시 주민과 농촌 주민들을 대상으로 사회보장 체계를 수립하고, 모든 사람들이 사회보장의 혜택을 누릴 수 있도록 주력할 것으로 예상됨.
- 중국 사회보장의 발전 전략을 실현하는 절차를 다음과 같이 3단계로 구분할 수 있음.
 - － 1단계: 불완전한 사회보장 체계에서 건전하고 완비된 제도로 발전하는 단계
 - － 2단계: 선별적인 사회보장에서 공평하고 보편적인 제도로 발전하는 단계
 - － 3단계: 개인의 기본생활보장에서 인간의 자유, 평등, 공평을 보장하는 제도로 발전하는 단계

제2장 소득보장제도

1. 실업보험제도

- 실업보험제도는 1986년에 도입되었으며, 실시과정에서 지속적으로 국유기업 개혁에 부합되는 제도로 점차 발전했음.
- 실업보험제도는 중국에서 입법으로 규정하여 강제적으로 실시하는 사회보장제도 중의 하나임.
 - － 1986년 국무원에서 「국영기업 직공 대업보험 임시규정」을 반포한 시기부터 1991년 1월 국무원에서 「실업보험조례」를 반포한 시기까지 수차례 수정과 개정을 거쳤음.
 - － 2010년 10월 28일 11차 전국인민대표대회 상무 위원회 제 17차 회의에서 표결을 통해 「사회보험법」이 통과되어 2011년 7월 1일부터 실시되면서, 실업보험제도가 입법과정을 통해 법률적 성격으로 실업보험의 강제성과 규범화 및 안정성을 강화시켰음.
- 실업보험의 적용대상자는 도시 기업과 사업단위 직원이며, 도시 기업에는 국유기업, 도시 단체 기업, 외자기업, 도시 민영기업 및 기타 도시 기업이 포함됨.
- 도시 기업과 사업단위 실업자는 규정에 따라 실업보험료를

납부하고 실업보험 급여를 지급받음.

- 「사회보험 급여 부과 임시시행 조항」은 성, 자치구, 직할시 인민정부에 권한을 부여하여 현지 상황에 근거하여 실업보험의 적용범위를 확대시켜 사회단체 및 전임사원, 민영 비기업단체 및 직원, 고용 인부가 있는 도시 자영업 및 고용 인부를 실업보험 범위에 포함시킴.
- 각 지역에서도 연이어 관련 문서를 반포하여 실업보험의 적용범위를 확대했음.
- 「사회보험법」에 따르면, “직원은 실업보험에 가입해야 하고 고용업체와 직원은 국가 규정에 따라 공동으로 실업보험료를 납부해야 한다”고 명시했음.
- 다만 비 전일제 근로자 등 일부는 아직 실업보험에 적용되지 못하고 있음.

□ 실업보험 급여의 지급기준에서는 그 세부적인 금액과 실업자의 실업 전 임금과 관련된 기준을 명확히 정하지 않고 지급기준의 범위를 정했음.

○ 해당지역 최저임금의 기준보다 낮고 도시 주민 최저생활보장의 기준보다 높은 기준으로 정하되, 각 성, 자치구, 직할시 인민정부에서 현지 상황에 맞추어 자체적으로 정함.

- 고용업체에서 임용한 연속 근무 만 1년 이상이고 해당업체에서 실업보험료를 납부하고 만기 노동계약 미 연장 또는 앞당겨 노동계약을 해지한 농민계약제 직원은 사회보험 처리기관에서 근무년한에 따라 일회성 생활보조금을 지급받을 수 있음.

- 보조 방법과 기준은 성, 자치구, 직할시 인민정부에서 자체적으로 정하되, 각 지역에서 자체적으로 현지 상황에 맞추어 세부적인 급여를 정할 수 있음.
- 실업자에게 지급된 실업보험 급여는 사실상 실업 전 임금과 실업 기간과 무관하게 지급됨.
- 실업보험료 납부기간이 만 1년에서 5년 미만일 경우, 실업보험 급여를 지급받을 수 있는 기간은 최대한 12개월임.
- 납부기간이 만 5년에서 10년 미만일 경우, 실업보험 급여를 지급받을 수 있는 기간은 최대한 18개월임.
- 납부기간이 10년 이상일 경우, 실업보험 급여를 지급받을 수 있는 기간은 최대한 24개월임.
- 재취업 후 다시 실업한 경우, 납부기간은 다시 산출하며 실업보험 급여를 지급받을 수 있는 기간은 실업보험 급여를 지급받지 않은 기간을 합쳐 계산하되 최대한 24개월임.
- 실업보험 가입자가 지속적으로 증가하고 있으며, 기금 규모도 확대되고 있음.
- 「2010년도 인력자원과 사회보장 사업발전 통계」에 따르면, 2010년 말 중국 실업보험 가입자는 13,376만 명으로 전년도 대비 660만 명이 증가하여 2000년 말 대비 28.5% 증가함.
- 실업보험에 가입한 농민공은 총 1,990만 명으로 전년도 대비 347만 명이 증가함.
- 연말 기준 전국적으로 실업보험 급여를 지급받는 인원수는 209만 명으로 전년도 대비 26만 명이 감소함.
- 전국적으로 총 59만 명의 노동계약 만기 미 연장 또는 앞

당겨 노동계약을 해지한 농민 계약제 직원에게 일회성 생활보조금을 지급했음.

- 자금 조성의 규모를 살펴보면, 최근 10여 년간 실업보험 기금의 규모는 확대되는 추세임.
 - － 2010년 실업보험기금의 수입은 650억 위안으로 전년도 대비 12.0% 증가했음.
 - － 실업보험기금의 잔고는 지속적으로 증가하고 있는데, 2000년 실업보험기금의 잔고는 196억 위안에서 2010년 1750억 위안으로 증가하여 10년 사이에 10배 증가하여 연간 20%의 증가율을 보였음.

2. 양로보험제도

- 양로보험제도는 전반적으로 전통적인 ‘단위보장제’ 선상에서 개혁개방 이후의 현대화와 산업화의 요구에 따라 점차 ‘사회보장제’로 전환되었음.
- 개혁개방 이전의 중국 양로보험제도는 ‘도시와 농촌의 각종 조직단위가 모두 도시와 농촌 주민의 노후문제에 책임을 지고, 기본적인 생활보장의 기능을 광범위하게 수행하였음.
 - － 도시와 농촌 주민들은 그들이 소속된 단위로부터 기본적인 생활을 보장받았음.
- 개혁개방 이후의 중국 양로보험제도는 점차적으로 ‘사회보장제’로 전환되고 있음.
 - － 단위·개인 간 사회보장의 공급과 수요형태가 점차 다양해짐.

- 국가가 사회보장의 책임을 일방적으로 담당했던 ‘단위보장제’에서 벗어나 정부, 기업, 개인 및 사회단체들도 사회보장의 책임을 공동으로 분담하는 ‘사회보장제’로 전환됨.

- 개혁개방 이전 실시된 “단위보장제”의 영향으로 도시 주민은 단위(도시에서는 기관, 사업단위, 기업으로 분류됨)에 배정되어 그 소속된 단위로부터 별도의 임금과 복지를 제공받았음.
- 현행 양로보험제도는 호구제도, 사회지위와 직업 등의 신분적 특징에 따라 도시에서는 기업 직원 기본양로보험제도, 국가기관 및 사업단위 양로보험제도, 도시 주민 양로보험제도가 실시되는 반면, 농촌에서는 신형 농촌양로보험제도가 실시되고 있음.
 - 도시 기업 직원 기본양로보험제도: 도시 각종 기업과 그 직원 그리고 자영업자와 비전일제 근로자를 대상으로 함.
 - 기업은 총 기업 임금의 20%를 사회통합기금에 납입하고, 직원은 본인 임금의 8%를 개인계좌에 납입함.
 - 퇴직 시 기초양로급여의 월 기준은 해당지역 전년도 재직 직원 월평균 임금과 본인의 월평균 납부 지수의 평균값을 지수로 하고 1년에 1%를 지급함.
 - 개인계좌 양로급여 월 기준은 개인계좌 적립액의 매월 지급 월수로 하고, 지급 월수는 직원 퇴직 시 도시 인구 평균 예상수명, 본인 퇴직연령, 이자 등의 요소에 근거하여 확정됨.
 - 국가기관 및 사업단위 양로보험제도: 보험가입자는 남성 60세, 여성 55세 법정 연령에 이르는 국가기관 및 사업단

위 직원은 근속 연수를 10년 충족시킬 경우 국가로부터 퇴직금을 지급받음.

- 도시 주민 양로보험제도: 보험가입자는 만 16세(재학생 포함하지 않음) 이상이어야 하고, 직원 기본양로보험 가입조건에 부합되지 않는 도시의 비취업자는 호적지에서 도시 주민 양로보험에 자발적으로 가입할 수 있음.
- 신형 농촌양로보험제도: 보험가입자는 농촌호구이며 만 16세(재학생 포함하지 않음) 이상이어야 하고, 도시 기업 직원 기본양로보험에 가입하지 않은 자여야 하며, 보험에 가입하고자 하는 자는 본인 신분증과 호구부를 가지고 소속 행정촌에 가서 보험등록을 하고 지정된 금융기구에 가서 보험료를 납부해야 함.

□ 농촌의 양로보험제도는 도시의 양로보험제도와 비교하여 각 방면에 있어 제도의 개선과 체계화가 필요함.

○ 양로보험제도의 차별화된 내용으로 인해, 농촌의 양로보험제도가 농촌 주민의 노년생활의 어려움을 완화하는 수단으로서 역할이 감당하기가 어려움이 따름.

- 2006년도의 통계를 기준으로 도시의 양로보험 급여수준은 농촌의 보장수준보다 약 15배 가량 높음.
- 도시의 퇴직자가 평균적으로 매년 약 10,325위엔을 지급받는 것에 반해, 농촌의 수혜자는 평균적으로 매년 약 695위엔을 지급받음.
- 농촌 양로보험제도에 가입한 농민이 평균적으로 지급받는 양로급여는 농민 평균 소득의 대략 6분의 1에 미치지 못함

며, 농민 평균 지출의 대략 4분 1에 이르지 못하는 실정임.

3. 공상보험제도

- 2011년 1월 1일에 새롭게 시행된 「공상보험조례」는 2003년 이전 조례에 대해 24곳을 수정·개선하여 공상보험의 제도를 확립했음.
 - 공상보험제도는 직원의 권익을 보장하고, 안정적인 생산을 추진하고, 사회안정을 유지하는 등 매우 중요한 역할을 담당함.
 - － 공상보험의 적용범위를 확대하고 공상의 인정범위를 명확히 제시함.
 - － 공상인정, 평가, 쟁의 처리 순서를 간략하게 하고 공상혜택의 기준을 제고하며 납부주체 문제 및 공상보험기금의 출처와 안전성 문제 등을 해결했음.
- 중국 공상보험의 적용범위는 주로 국영기업 직원 위주에서 중국 내 기업 및 직원, 직원을 고용한 개인자영업자로까지 확대되면서 그 기금 규모가 확대되고 그 수급자가 확대됨.
 - 공상보험법이 법정보험으로 자리 매김에 따라 적용범위를 효과적으로 확대할 수 있었음.
 - － 공상보험 가입자는 1993년 이래 지속적으로 확대되어 2010년 말 전국적으로 공상보험에 가입한 인원은 1억 6,161만 명이 이르러서 전년도 대비 1,265만 명이 증가했음.
 - － 공상보험에 가입한 농민공 수는 총 6,300만 명이며, 전년

도 대비 713만 명이 증가했음.

- 공상보험의 적용범위가 확대됨에 따라 공상보험기금의 수입도 해마다 증가하고 있다.
 - － 2003년 「공상보험조례」가 정식으로 공포된 이후, 기금 수입은 지속적으로 증가하고 있으며, 2009년 공상보험기금은 240억 위안에 육박했음.
- 공상보험의 적용범위가 확대됨에 따라 공상보험 급여 수급자가 증가하고 있음.
 - － 2011년 전국적으로 공상보험 급여 수급자는 162만 명으로 10.2% 증가했음.
 - － 인력자원·사회보장부의 통계에 따르면, 2010년 전국적으로 303만 명이 공상보험 혜택을 받고 있고, 개인당 501위안을 받았으며, 그 비중은 18% 증가했음.
 - － 병원의료비 총 지출은 67.24억 위안으로 그 중 약품이 47.29%를 차지했고, 검사치료비가 37.56%, 평균 입원비는 8,743위안, 1일 입원비는 382위안으로 기록됨.
- 공상보험기금의 잔액금은 이미 공상보험기금의 지출을 상회했음.
 - 2006년부터 중국 공상보험기금은 돌발적인 중대 공상 사고, 기업리스크 분산, 공상 직원보험 혜택 지불능력 보장에 대응하기 위해 준비금을 마련하면서 그 기금 규모가 증가했음.
 - － 인력자원·사회보장부에 따르면, 2008년 공상보험급여의 지출을 계산하면 전국 도시 자료 중 공상보험기금 누적금은 2년 이상 18개 성에 지급할 규모로 누적금이 많은 편임.

4. 공공부조제도

- 공공부조제도는 도시와 농촌 취약계층의 최소한 생활유지를 위한 가장 기본적인 사회복지제도임.
 - 개방개혁정책에 따른 현대화의 요구에 따라, 새롭게 수립된 공공부조제도는 전통적인 공공부조제도에 비하여 근로능력과 관계없이, 개인의 책임을 강조하는, 사회권리를 기본으로 하는 특징을 가짐.
 - 공공부조제도는 크게 도·농주민 최저생활보장제도와 각종 전문적인 부조제도로 구성되어 있음.
 - － 공공부조는 구체적으로 도시 주민 최저생활보장, 농촌 주민 최저생활보장, 농촌오보공양, 재해부조, 유랑하며 구걸하는 인원(인원)에 대한 부조, 의료부조, 교육부조, 주택부조 및 법률지원 등을 포함함.
- 생활보호제도에는 도·농 최저생활보장, 농촌 오보공양제도를 포함하는데, 이는 국민의 최저생활을 보장하기 위한 최후 안정망의 역할을 실시함.
 - 도시 주민 최저생활보장과 농촌 주민 최저생활보장제도는 도시와 농촌 주민의 기본적인 생활을 보장하고, 농촌오보공양제도는 농촌지역 오보가정의 기본적인 생활을 보장함.
- 긴급부조에는 재해부조와 임시부조로 구성됨.
 - 재해부조는 협의적이거나 광의적으로 매우 광범위한 범위를 포함하고 있음.

－ 국가와 사회가 법에 의거하여 자연재해를 당하거나 생활이 곤란한 사회구성원을 위해 일정한 물질적 및 서비스 지원하는 함으로써 그들이 최저생활을 유지할 수 있도록 보장하고 수재민이 자립적으로 생존할 수 있는 능력과 사회 참여 하는데 도움을 주는 제도임.

○ 임시부조는 어려움에 처할 지경에 놓인 계층, 유랑하며 구걸하는 인원을 도와주는 제도임.

□ 생활보호제도 이외에도, 빈곤계층은 종종 기타 사회계층에 비해 의료, 주택, 교육 등의 방면에서 심각한 곤란을 겪고 있음.

○ 의료, 주택, 교육 등의 방면의 부조를 제공하는 것은 현대 중국 공공부조제도의 기본 내용임.

제3장

의료보장과 사회서비스제도

1. 의료보험제도

- 1949년 중화인민공화국 성립 이후 중국 의료보장제도의 발전 과정을 살펴보면, 시기적으로 개혁개방 이전의 전통 의료보장 시기와 개혁개방 이후의 신형 의료보장시기로 구분할 수 있음.
- 전통 의료보장시기에서는 의료보장제도가 단위별로 상이하게 적용되었으며, 도시와 농촌으로 이원화된 구조속에서 3가지 종류의 제도가 실시되는 이른바 “이원삼제(二元三制)”의 특징을 나타냄.
- 개혁개방 이전 중국 의료보험제도는 1950년부터 시작되었고, 도시와 농촌으로 이원화된 구조로 인해 도시에서는 공비의료제도와 노동보험의료제도가 실시된 반면, 농촌에서는 농촌합작의료제도가 실시됨.
- 도시의 직원의료보장제도는 국가노동보험제도의 일부로서 1950년대 초반부터 수립되기 시작했는데, 기관 및 사업단위의 직원을 대상으로 하는 공비의료(公費醫療)제도와 국유기업의 직원을 대상으로 하는 노동보험의료(勞動保險醫療)제도로 구성됨.

- 농촌에서는 농촌협작의료가 농촌집체경제를 바탕으로 수립되었는데, 이는 농촌 주민 상호협력보장제도라고 볼 수 있음.
- 개혁개방 이후의 의료보장체제는 계획경제시대의 의료보장체제가 해체되거나 그 기능을 상실하여 의료의 시장화가 급격하게 진행됨.
- 국유기업의 개혁이 심화되면서 도시직원의 의료보장에 대한 개혁이 단행되었으며, “도시 직원 기본의료보험”에 관한 정책이 전국적으로 확립되면서 거의 모든 기업에 적용됨.
- 신형 농촌협작의료제도 역시 새롭게 구축됨으로써 전국민을 대상으로 의료보험을 실시하고 있음.

2. 생육보험제도

- 중국에서 현재 시행되고 있는 기업 직원 생육보험의 법률적 근거는 1994년 7월 5일에 반포된 「중화인민공화국 노동법」, 노동부에서 1994년 12월 14일에 발표하고 1995년 1월 1일부터 시행되었던 「기업직원의 생육보험 시행방법」(노동부 발표 [1994] 504호), 1988년 7월 21일 반포된 「여성 직원의 노동 보호 규정」(국무원령 제 9호)과 이전 노동부가 1988년 9월 4일에 발표한 「여성 직원 출산 혜택의 몇 가지 문제에 관한 통지」(노동부 발표 [1988] 2호), 그리고 2011년 7월 1일부터 시행된 「중화인민공화국 사회보험법」(국무원 발표 [2010] 35호)까지 총 5가지 문건임.

- 현행 도시 주민 생육보험제도의 법률적 근거는 2009년 9월10일 인력자원·사회보장부에서 발표한 「도시 주민 생육보험 시행도시 확정에 관한 통지」(인력자원·사회보장부 발표 [2009] 355호)임.
- 계획생육보험의 법률적 근거는 2007년 6월 4일 국가인구위원회와 계획생육위원회, 중국 보험감독관리위원회에서 반포·시행한 「계획생육보험 시행에 관한 방안」(국가인구위원회 발표 [2007] 44호)임.
- 「사회보험법」의 규정에 따르면, 생육보험의 가입대상자는 기업에 고용된 직원과 직원의 비고용 배우자임.
 - 「사회보험법」 제53조와 제54조에 따르면, 생육보험 대상자에 대해 더욱 명확하게 규정했고, 기업에 고용된 직원 외에 직원의 비고용 배우자도 포함되어 국가 규정에 따라 출산비용 보조금을 지급받을 수 있음.
 - 도시에서 일하는 농촌 주민들도 「사회보험법」의 규정에 따라 생육보험에 가입할 수 있어 보험의 적용범위가 확대되었음.
 - 「사회보험법」 제53조 규정에 따르면, 직원을 고용한 기업은 국가 규정에 근거하여 생육보험료를 납부하며, 직원 개인은 생육보험료를 납부하지 않음.
 - － 기업은 임금총액 중 일정한 금액을 사회보험 처리기관에 생육보험료로 납부하여 생육보험기금을 구성함.
 - － 해당 지방정부가 출산 인원 수, 출산 보조금 그리고 출산 의료비 등 관련 항목에 대해 계획에 따라 납부할 생육보험료의 금액을 결정하며, 각종 비용의 지출 상황에 맞춰서

적절히 조정함.

- 생육보험료는 임금총액의 10%를 초과하지 않음.
- 직원 본인은 생육보험료를 납부하지 않음.
- 「사회보험법」 제54조에 따르면, 생육보험료를 이미 납부한 기업의 직원은 생육보험 혜택을 받을 수 있음.
- 직원의 비고용 배우자 역시 국가 규정에 따라 출산 혜택을 받을 수 있으며, 재원은 생육보험금에서 지급됨.
- 「사회보험법」 제55조에 따르면, 출산비용, 계획생육 의료 비용 그리고 법률, 법규 상 규정된 기타 항목의 모든 비용은 생육보험비용에 포함됨.
- 「사회보험법」 제56조에 따르면, 출산휴가나 계획생육 수술 휴가를 받거나, 법률 및 법규상 규정된 기타 상황에 처한 여성 직원은 국가 규정에 따라 출산 보조금을 받을 수 있음.
- 출산 보조금은 직원이 일하고 있는 기업의 상반기 직원 월 평균 임금을 기준으로 계산하여 지급함.
- 「사회보험법」에서 “여성 직원의 출산휴가”와 관련된 구체적인 규정은 「여성 직원 노동보호 규정」(국무원 발표[1988] 9호), 노동부에서 발표한 「여성 직원 출산 혜택의 몇 가지 문제에 관한 통지」(노동부 발표 [1988] 2호), 그리고 「인구와 계획생육법」(국무원 발표 [2001] 63호)을 참조하면 됨.
- 「여성 직원 노동보호 규정」에 따르면, 여성 직원의 출산휴가 기간은 90일이며, 그 중 출산 전 휴가 기간은 15일임.
- 난산일 경우 15일을 추가 연장하고, 다태아 출산 시 한 아 이당 15일씩 연장함.
- 여성 직원이 유산할 경우 본 직원이 소속된 기업은 의무부의

증명서를 바탕으로 일정한 시간의 출산휴가를 허락함.

- 노동부에서 발표한 「여성 직원 출산 혜택의 몇 가지 문제에 관한 통지」는 여성 직원의 유산 후에 대한 출산휴가에 관해 임신 후 4개월 이내에 유산할 시, 의무부의 의견에 따라 15일에서 30일의 출산휴가를 주고, 임신 4개월 후 유산할 때, 42일의 출산휴가를 제공함.
- 「인구 계획생육법」에 따르면, 늦게 결혼하고 늦게 출산한 국민은 출산휴가를 연장할 수 있음.
- 다만 생육보험의 시행은 각 지역에서 관리하기 때문에, 각 성과 시에서는 상술한 규정들을 토대로 출산휴가에 관해 더욱 자세하게 규정하고 있음.

- 「기업직원의 생육보험 시행방법」에 따르면, 생육보험의 실시는 각 지역에서 관리하고 각 성(시)은 자체 실제 상황에 맞게 구체적인 집행방법을 제정하도록 규정함.
- 생육보험기금은 사회보험 처리기관에서 접수, 지급 및 관리되며, 사회보험 처리기관이 은행에 개설한 생육보험기금 전용계좌에 납입됨.

3. 노인 및 장애인복지서비스

- 인구 고령화 속도가 급속하게 진행되고 있음.
- 2010년 전국 65세 이상 인구는 1.38억 명으로 총인구의 8.3%를 차지함.
- 인구학자의 예측에 의하면 2050년이 되면 중국 65세 이상

인구는 1.52억 명을 초과하여 총인구의 21.8%에 이를 것으로 예상함.

- 중국에서 성인형 사회에서 노인형 사회로 전환하는데 소요된 시간은 18년에 불과함.
- 80세 이상 노인 인구의 증가 속도는 60세 이상 노인 인구의 증가 속도보다 훨씬 빠르게 증가하고 있음.
- 개혁개방 이후 중국인의 평균 기대수명은 이미 68세에서 73세까지 증가함.

□ 개혁 개방 이후 중국 노인복지제도에 상당한 변화가 발생함.

○ 1980년대까지 중국 노인복지는 여전히 민정부가 주축을 이루면서 노인복지를 관리하는 방법이 유지됨.

- 도시의 독거노인은 정부에서 운영하는 복지시설에서 생활했으며, 기타 도시 주민의 복지 욕구는 사실상 그들이 소속된 직장에서 부담했음.
- 농촌의 독거노인은 집체경제 조직에서 보호받았으며, 기타 농촌 주민은 집체생산의 분배과정에서 다른 사람들과 평등하게 복지를 제공받았음.

○ 1990년대 이후부터 노인복지사업에 가시적인 성과를 이루었음.

- 농촌 오보부양제도를 개선하고, 「중화인민공화국 노인권익보장 법」을 제정함.
- 중국정부는 노인서비스에 민간 자본의 투자를 유도하였으며, 복지복권 등을 통해 복지기금을 조달함.
- 1994년 1월 23일 국무원은 「농촌 오보 부양사업 조례」를 공포하여 오보 부양사업에 대해 명확히 규범함.

- 1996년 8월 29일 「중화인민공화국 노인권익보장법」이 제8기 전국인민대표대회 상무위원회 제21차 회의에서 통과되면서 개혁개방 이후 노인복지에 있어서 상당한 기여를 함. 가장 중요한 진전이 있었다.
- 1997년 3월 18일 민정부에서는 「농촌 경로원 관리 시행 방법」을 반포함.

○ 2000년대에 들어서면서 노인복지사업이 급속히 발전했음.

- 노인복지서비스의 발전 방향이 명확해지고 적극적으로 시행했음.
- 노인복지의 일환으로 전문적인 공공지출을 통해 노인생활과 노인서비스를 담당하는 지역사회에서 노인서비스기구를 활성화하고 보완하는 것을 목적으로 실시하는 성광계획을 실시함.
- 노인복지사업에 대한 지원정책이 강화됨.
- 경제가 발달한 지역에서 저소득층 노인들을 위해 무각출 노인수당을 지급함.

□ 2008년 4월 24일 수정된 「중화인민공화국 장애인보장법」 제2조에 따르면, “장애인이란 심리적, 생리적, 해부학적 구조의 장애로 인해 정상적인 방법으로 특정 활동 또는 여러 가지 활동에 종사할 수 있는 능력을 잃은 사람”이라고 규정함.

□ 중국에서는 2011년 5월 1일 처음으로 정식으로 실시된 「장애인 장애 분류 및 등급」에 따라서, 장애의 종류를 다음과 같이 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지체장애, 지적장애, 정신장애,

다중(多重)장애 등 7가지로 구분함.

□ 2006년 4월 1일까지 중국 장애인 수는 총 8,296만 명으로 전체 인구의 6.34%를 차지함.

○ 장애인 수는 늘었지만, 숫자는 구조적으로 감소함.

- 5~20세 저연령층과 75세 이상 고연령층은 장애비율은 뚜렷하게 감소함.
- 시각장애인은 1,223만 명으로 14.86%를 차지하고, 청각 장애인은 2,004만 명으로 24.16%를 차지하고, 언어 장애인은 127만 명으로 1.53%를 차지하고, 지체 장애인은 2,421만 명으로 29.07%를 차지하고, 지적 장애인은 554만 명으로 6.68%를 차지하고, 정신 장애인은 614만 명으로 7.40%를 차지하며, 다중 장애인은 1,352만 명으로 16.30%를 차지함.
- 1987년과 비교해 볼 때, 시각 장애 1, 2급 중증 장애인의 비중은 각각 28.77%과 14.10에서 23.12%과 9.57 감소함.
- 정신 지체 1급 장애인 비중은 47.53%에서 23.83%로 감소함.

□ 최근 중국 장애인사업발전은 일정한 성과를 거둠

- 장애인 취업 방면에서 「장애인 취업조례」를 정식으로 시행하여 장애인 사업을 전면적으로 추진할 수 있는 기회를 마련함.
- 2007년 말까지 도시 장애인 취업자 수는 433.7만 명에 이르렀고, 농촌 장애인 취업자 수는 1696.6만 명에 달함.
- 2007년 7월 1일 새롭게 복지기업 세금혜택정책을 실시한 이래 장애인의 취업공간은 더욱 확대되었고 장애인의 노동취업권익도 더욱 보장됨.

- 전국 복지기업에서 장애인 종업원 수는 56.3만 명에 달함.
- 복지보장 방면에서 2003년 6월까지 전국 2267.7만 명의 도시 최저보호대상자 중 장애인은 약 128.1만 명으로 전국 도시 저보호 대상자의 5.6%를 차지함.
- 3749.9만 명의 농촌 최저생활보호대상자 중 장애인은 약 326.5만 명에 이르렀고, 66.7만 명의 장애인이 농촌 오보 부양 대상자에 포함됨.
- 124.5만 명의 도시 빈곤 장애인이 도시 의료보험에 가입하였으며, 그 중 성인 중증장애인은 102.4만 명이고, 미성년 중증장애인은 22만 명에 달함.

4. 아동복지제도

- 2008년 말까지 중국 내 0~18세 아동 수는 총 2.78억 명으로, 전체 중국인구의 20.93%를 차지함.
- 인구 분포상으로 보았을 때, 중국 내 0~14세 아동 가운데 34.9%가 동부지역에, 각각 33.0%와 32.2%의 아동이 중부와 서부지역에 분포되어 있어 현저한 지역 격차가 없음.
- 아동 부양비율을 살펴보면, 아동 수가 상대적으로 적은 서부 지역의 부양비율이 29.0%인데, 여기에서 14~65세 사이 인구 100명당 0~14세의 아동 29명을 부양해야 하는 반면, 동부지역의 비율은 겨우 19.25%에 불과함.

□ 아동 소득보장제도에 상당한 발전을 거듭

- 2006년 이전 중국에는 전문적인 아동생활보장정책이 존재하지 않음.
 - － 생활이 곤란한 아동들은 주로 농촌오보(农村五保), 도·농 최저생활보호제도를 통해 기본생활을 보장하였고, 그 지급 수준은 낮은 편이었음.
- 2009년 2월과 6월을 전후로 민정부는 「고아 최저양육기준 제정에 관한 통지」와 「복지기관 아동 최저양육기준 제정에 관한 지도의견」등 2가지 중요 문건을 하달함.
 - － 전국이 획일적으로 사회에 산거하는 고아들의 최저생육기준을 매월 1인당 600원으로 확정함.
 - － 복지기관 아동들의 높은 장애비율, 수많은 질병의 종류, 영양회복과 높은 의료 수요 등의 특징에 초점을 맞추고 측정 논증을 통해 매월 1인당 1000위안의 복지기관 아동 최저 양육기준을 건의함.
- 2010년 10월 12일 원자바오 총리 주치의 국무원 상무회의에서 심의 통과된 「고아보장사업 강화에 관한 의견」은 고아보장사업의 강화를 민생 개선과 조화로운 사회 건설의 중요한 임무로 인식하고, 중국 경제·사회발전수준에 맞는 고아보장 제도를 수립하여 고아들이 더욱 행복하고 존엄성 있는 삶을 영위할 수 있도록 할 것을 건의함.
- 2010년 11월 16일 「고아보장사업에 대한 국무원 사무처 의견」(국무원 사무처 발표〔2010〕 53호)은 고아안치, 기초생활, 교육, 의료, 구직, 주거 등의 정책조치에 대해 전면적이고 체계적인 규범을 정식으로 하달함.

- － 민정부와 재정부가 「고아 기초생활비 지급에 관한 통지」에서 중앙재정 중 25억여 위안의 특별자금을 마련하여 각 지역의 고아 기초생활비를 지급하는데 사용함.
- 2010년 12월 30일 국무원이 개최한 전국 고아보장 강화사업 화상통신회의에서 웨이량위(回良玉) 부총리는 고아보장사업을 강화할 것을 강조하고, 중국의 경제·사회발전수준에 맞는 고아보장제도의 수립은 당 중앙과 국무원이 시대의 발전에 순응해 이루어 내야 할 하나의 중요한 제도이며, 민생보장과 개선에 있어 중요한 임무라 밝힘.
- 북경의 경우 2011년 3월 21일 「북경시 고아 정책사업을 한층 강화하는데 대한 북경시 인민정부 사무처의 의견」을 하달하여 국가 사무처 「의견」 정신을 관철시킴.
- 2010년에는 자연재해의 발생이 빈번했는데, 중국은 재난지역의 고아들에 대해 신속하고 긴급한 구조조치를 취함.
 - － 2010년 4월 17일 위슈(玉树)지진발생 3일 이내에 칭하이성(青海省) 민정청은 즉각적으로 고아에 대한 긴급구조활동을 전개함.
 - － “삼고(고아, 독거노인, 독거장애인)” 인원내 대해 매달 1000위안의 보조금을 지원함.
 - － 고아 보조기한은 18세까지로 제한하는 동시에, 공청단 중앙소속 중국청소년발전기금회에서도 지진발생 3일 이내에 제1 지진대비 희망학교를 설립하여 우선적으로 208명의 고아들에 대한 구제활동을 전개함.
 - － 중화소년아동자선구조기금회(中華少年兒童慈善救助基金會)는 위슈(玉树)와 저우취(舟曲) 물난리 재난구역의 고아

들을 위해 1주간 북경 휴양활동을 전개함.

5. 주택보장제도

- 중국 정부는 최근 주택난에 시달리고 있는 주민들을 위해 주택보장을 국가정책의 중요한 목표로 삼고 있음.
- 개혁개방정책에 따른 경제체제의 전환으로 인해 주택보장제도 역시 점차적으로 변하고 있음.
 - － 계획경제체제하에서 중국이 실시한 주택정책은 농촌을 포함하지 않은 도시 주민만을 대상으로 실시한 정책이었음.
 - － 개혁개방 이후 중국 주택보장은 도시 주택제도의 상품화 및 화폐화 개혁과 함께 생겨나고 발전하였으므로 중국 주택보장제도는 주로 도시 주택보장제도를 일컫음.
- 현재 중국 주택보장제도는 주로 염조방(廉租房, 저가 임대주택)제도, 경제적용방(經濟適用房, 서민형 주택)제도, 양한방(兩限房, 가격과 면적을 제한한 상품주택) 제도, 공조방(公助房, 공공임대주택)제도와 주방기금(住房公積金, 주택기금, 이하 주택기금) 제도로 구분됨.
- 염조방은 정부와 단위가 주택분야의 복지기능을 수행하는 것으로 도시상주주민 호구(戶口)를 가지고 있는 저소득층 가정에게 제공하는 임대료가 비교적 저렴한 보통주택을 가리킴.
- 경제적용방은 국책사업으로 도시 정부가 부동산개발기업 또

는 공동투자주택 단위(单位)를 구성하여 건축하는 것으로 도시의 중·저소득층 가정에게 적은 이윤으로 판매하는 주택을 가리킴.

- 양한방 또는 가격제한 주택은 가격제한 분양주택의 속칭임.
 - 가격제한 분양주택이란 도시 인민정부의 기준을 거쳐 주택의 면적비율과 판매가격을 제한하는 것을 바탕으로 토지가격 경쟁과 주택가격 경쟁 방식을 이용하고 입찰·공고를 통해 주택사업개발 건설단위를 확정한 후 낙찰된 단위가 약정한 기준에 따라 건설하고 조건에 부합하는 주민에게 약정한 가격수준으로 분양하는 중저가, 중소형의 보통 분양주택을 일컫음.
- 공조방은 공공임대주택으로써, 정부의 정책적 지원을 통해 주택유형 면적과 공급대상을 제한함으로써 주택난을 겪는 중·저소득층 가정 등의 계층에게 시장가격 보다 낮거나 임차인이 부담할 수 있는 가격으로 임대해주는 주택을 말함.
 - 공조방의 재산권은 개인에게 귀속된 것이 아니라 정부 혹은 공공기관에서 소유함.
- 주택기금은 직원이 규정에 따라 납입한 돈으로 주택지출에만 전문적으로 사용할 수 있는 기금임.
 - 2007년 말까지 전국적으로 주택기금 적립액은 총 16,230.30억 위안이었는데, 이는 2006년보다 27.92% 증가함.

제9권

프랑스

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 프랑스 사회보장제도의 역사적 전개과정을 사회보험체계가 태동하는 1945년 이전, 사회보장제도의 일반화가 이루어지는 1945~1975년, 복지국가의 위기와 사회보장제도의 변용이 일어나는 1975년 이후부터 현재까지로 구분
- 19세기 말에서 1945년까지의 기간은 사회보험(Assurance sociale)에 기반을 둔 프랑스 사회보호제도(Système de la protection sociale)의 현재 모습을 만들어 낸 산파기로서 사회부조를 거부하고 사회보험을 선택
- 1945년 사회보장체계는 완전고용이라는 전망에서 모든 시민이 피용자가 되어 사회보장의 보편적 혜택을 향유할 수 있다는 목표, 즉 국민연대를 실현하려는 것이었음.
 - 그러나 단일성, 보편성, 형평성이라는 세 가지 원칙은 그 목표를 구체적으로 제도화하는 방향타 역할을 하는 것이었으나 그 성과는 미진
 - 따라서 오늘날의 프랑스 사회보호제도는 모자이크식 비스

마르크 복지모델 또는 다양한 직종과 직역단체의 이익을 반영한 보수주의적-조합주의적 구조로 고착화

- 1970년대 중반부터 시작된 스태그플레이션 국면이 1980년대 중반까지 지속되면서 복지국가 위기가 거론되고 사회보장제도 개혁이 긴급한 정치적 과제로 등장
 - 이에 프랑스의 사회보장제도는 변용을 경험하여야 하는 시대를 맞이하게 되고 그 중심에 재정적자 문제가 부각되면서 사회보장 지출을 축소하기 위한 사회보장제도의 각 부문별 개혁이 현재까지 진행
 - － 재정적자는 프랑스 사회보험의 재원조달 방식인 세대 간 분배체계(système par répartition)의 근간을 흔들 수 있기 때문에 국가의 퇴직연금과 건강보험 개혁은 사회적 동반자의 합의 원칙을 초월하여 추진
 - 국가의 재정정책을 통한 개입은 1990년 일반사회보장부담금(CSG)에 이어 1996년 사회부채상환부담금(CRDS)이라는 사회보장세를 신설하고, 국가는 1996년 건강보험지출목표(ONDAM)를 정하여 건강보험의 지출을 통제
- 국가의 재정정책과 사회정책이 결합되면서 국가의 개입 영역은 두 방향으로 진행
 - 하나는 국가가 사회보험체계의 개혁의 주체가 되어가고 있는 것이고, 다른 하나는 국가가 사회보험체계에서 벗어나 있는 시민에게 사회적 위험으로부터 보호받을 권리를 부여
- 프랑스 사회보장제도는 그 시작에서 비스마르크 모델에 베버리지 모델을 접합시켰기 때문에 그 역사적 전개과정은 두 모

델 간의 균형을 찾아가는 갈등의 역사이면서 공화주의적 보편주의 또는 국민연대를 상징하는 국가 재등장의 역사라고 할 수 있음.

- 프랑스는 비스마르크식 사회보험체계 내에 베버리지 혁신을 진행하고 있고, 이에 따라 프랑스 사회보장제도는 이중구조화 되면서 재건축
- 두 영역의 균형점을 결정하는 것은 오로지 프랑스 국민의 정치적 선택에 의존

2. 사회보장 관리체계

- 프랑스 사회보장제도는 사회보험과 사회부조로 양분되어 있으며 사회보험은 업종, 직종, 직업에 따라 일반레짐, 특별레짐, 자율레짐, 농업레짐 등으로 다원적 체계를 이루며, 이들 레짐 안에 기초레짐, 보충레짐, 추가레짐이 부가되는 모자이크식 복잡한 구조를 형성
- 한편 사회부조는 사회보험에 가입되지 못한 사회적 취약계층을 위한 제도로써 사회적 미니멈, 보충급여, 사회복지서비스를 제공한다.
- 일반레짐은 프랑스 인구의 80% 정도를 대상으로 하고 있는 대표적인 레짐이며 다른 레짐의 기본모형으로서 역할
- 일반레짐은 사회적 위험에 따라 건강보험, 산재 및 직업병 보상, 연금보험, 가족수당 부문으로 구성되어 있으며 각 부문

마다 전국금고(caisse nationale)있으며 이는 고용주 및 피용자 대표, 조합원에서 선출된 의장, 자금 관리자 등으로 구성된 위원회에 의해 관리

- 건강보험은 질병에 대한 의료서비스와 질병 시 생활구제를 목적으로 하는 질병수당금이 있으며 이들 급여는 ‘임금노동자건강보험전국금고’(CNAMTS)에서 관리
- 연금보험은 노령연금, 장애연금, 유족연금이 있으며, ‘임금노동자노령보험전국금고’(CNAVTS)를 통해 자치관리방식으로 운영
- 가족수당은 ‘가족수당전국금고’(CNAF)의 노사 당사자 대표에 의해 자치관리 방식으로 운영
- 전국금고와 함께 1967년 설립된 ‘사회보장조직중앙기구’(ACOSS)는 기여금과 국가보조의 재원을 위의 세 전국금고에 분배

- 특별레짐은 공무원, 철도, 전기, 가스, 선원, 광부 등 국가기관이나 공기업 종사자를 위한 레짐으로서 단일의 레짐이 있는 것은 아니고 직종 및 지역에 따라 다양하게 구성되는 레짐
- 농업의 자율레짐은 농업부문의 피용자와 농업경영자를 위한 제도로 구분되며 프랑스 농업부 산하의 ‘농업공제조합’(MSA)이 그 모체
- 자영업자레짐은 농업을 제외한 비임금노동자들을 위한 레짐(일명, Régime non-non)으로서 상공업분야의 자영업자, 의사, 변호사 등 독립적이고 자유로운 직업을 가진 사람들을 대상

- 프랑스 사회보장제도의 재원은 고용주와 피용자의 기여금과 사회보장세로 충당
 - 1991년 일반사회보장부담금(CSG) 시행 이후 조세의 조달 비중이 증가하면서 현재 고용주와 피용자의 기여금과 조세의 비율은 70:30 정도
 - － 이는 1991년 이전의 비율이 97:3인 점을 감안하면 조세에 의한 재원 조달 비중이 급증
 - 2008년 기준 전체 사회보호 지출 가운데 사회보험의 지출은 80%, 사회부조 지출은 12%, 공제, 추가보충연금 등이 8% 정도를 차지
- 프랑스 사회보장제도는 사회적 동반자(고용주단체와 피용자 단체)를 위한 사회보험으로서 순수하게 기능하는 영역은 법정 기초레짐의 퇴직연금보험, 보충레짐 건강보험, 실업보상레짐 등으로 한정되어가는 반면,
 - 국가의 조세에 의한 보편적 복지의 영역은 가족수당, 기초레짐의 건강보험, 사회적 약자에 대한 취업활동 지원 및 최저생활 지원 등으로 확대

3. 인구구조와 인구문제

- 프랑스의 인구는 2011년 1월 1일 현재 6,500만 명(해외 거주 포함)으로 유럽연합(EU) 회원국 가운데 독일(8,180만 명, 2010년 기준)에 이어 인구 강국으로 부상

- 프랑스의 2010년 합계출산율이 1974년 이후 처음으로 2.01을 기록하면서 높은 출산율을 유지하고 있고, 이것이 인구 증가의 주요 요인으로 작용
- 이민인구의 유입도 인구증가에 기여하고 있는데 1982~2007년 사이 프랑스 인구의 자연적 인구증가는 1,000만 명 증가하였는데 그 가운데 이민을 통한 인구증가는 110만 명 정도로 인구 증가의 10% 정도를 차지
- 프랑스인의 기대수명은 1740년대의 25세에서 260년이 지난 2010년에는 80세로 3배 정도
 - 프랑스 인구 전체의 평균 연령은 1960년 33세에서 2010년 39.8세로, 2060년 44.5세로 상승할 전망
- 향후 프랑스 인구 증가 전망과 관련하여 50년 이후인 2060년의 프랑스 인구는 7,360만 명으로 추산하고 있는데 이는 2011년 인구에서 800만 명 정도 증가
 - 인구변화의 특징은 65세 이상의 고령층이 전체 인구의 26.7% 정도를 차지하면서 초고령사회로 진입
- 프랑스의 2010년 말 연령별 인구 비중을 보면 15세 이하 인구는 전체 인구 대비 18.3%, 15~64세 인구는 65.1%, 65세 이상 인구는 16.6%를 기록
 - 2010년 프랑스 고령층 부양비율은 25.6로 생산가능인구 10명이 65세 이상 고령층 2.56명을 부양
 - － 50년 이후인 2060년 프랑스의 고령층 부양비율은 46.6로

생산가능인구 2명이 고령층 1명을 부양하게 될 것으로 예상

- 프랑스의 인구 고령화는 선진국에서 나타나는 일반적인 현상이지만 평균수명의 증가와 베이비붐 세대의 고령연령층 진입이 원인으로 작용
- 프랑스의 고령층 인구의 비중과 초고령화 속도는 EU 주요국에 비해 상대적으로 낮으나 고령화 관련 공공재정 지출은 증가
 - 프랑스 경제의 지속성장 및 국가재정에 상당한 부담으로 작용하고 있고 앞으로도 지속될 것으로 보여 프랑스 정부는 고용, 건강, 연금 및 실업보험 등 다양한 사회분야에서 개혁을 진행
 - － 인구의 고령화로 인한 노령퇴직연금의 적자는 2015년 150억 유로에서 2050년 680억 유로, 최악의 경우 1,140억 유로로 증가할 것으로 전망
 - － 건강보험의 경우, 평균수명의 증가와 보건의료 지출이 높은 75세 고령층 인구의 증가로 건강보험 재정은 적자에서 벗어나기 쉽지 않을 것으로 전망
- 인구의 고령화의 파급영향으로 노동력의 주축인 핵심 경제활동인구(25~54세)가 감소하고 있는 가운데 노동력 부족 현상을 야기할 것으로 전망
 - 또한 고령자의 경제활동인구는 점차적으로 증가하여 노동력 구성에서 고령화를 초래할 것으로 예상
 - 노동력의 고령화를 표시하는 평균연령이 프랑스의 경우 2010년 39.8세에서 2060년에는 44.5세로 증가하게 되어 노동

생산성의 하락을 초래

프랑스는 인구고령화와 글로벌 경쟁이라는 환경에서 국가의 미래 잠재성장률을 제고하고 지속성장의 틀을 유지·확대하기 위해서는 노령퇴직연금, 건강보험, 고령층 고용시장 등 사회보장시스템에 투입되는 자원의 재배치를 요구받고 있으며 이를 위해 사회보장 각 부문에서 재정적자를 해소하기 위한 개혁을 진행

4. 경제와 정부재정

- 1999년 유로화 출범으로 유럽경제는 역내 교역 규모 및 외국 인직접투자(FDI)의 증가로 각국의 경제성장률 격차가 축소되고 물가 상승률도 수렴하는 등 경제 및 금융시장 통합이 진전
- 그러나 2000년 IT 버블붕괴로 미국을 비롯한 세계경제가 경제불황을 맞이하게 되면서 민간소비를 확대하여 불황을 타개할 목적으로 미국은 정책금리를 1%까지 인하하는 초저금리정책을 사용
- 유럽은 ‘성장·안정협약(SGP)’으로 재정상황이 상대적으로 양호하였으나, 남유럽국가 그룹인 PIIGS(포르투갈, 이탈리아, 아일랜드, 그리스, 스페인)의 재정적자와 국가부채가 심각한 문제로 대두되면서 유럽경제는 재정위기에 시달리고 있는 상황
- 프랑스 경제가 글로벌 경제위기에서 EU 국가들에 비해 상대적으로 빠르게 회복

- 이는 경기부양책의 영향도 있었으나 프랑스 경제의 구조적 문제점으로 지적되어온 높은 공공지출(GDP 대비 30% 수준)이 오히려 경기의 급격한 하락을 억제시킨 측면도 크게 작용
 - 즉 경기침체로 인한 프랑스 가계의 가처분소득 감소가 높은 사회보장성 공공지출로 국내소비 수준을 어느 정도 유지할 수 있었고 이것이 급격한 경기 하락을 방지
- 전반적으로 프랑스 경제는 기업의 투자 악화와 내수기반의 약화 등이 경기 둔화의 주요 요인이며 마이너스 성장 가능성도 배제할 수 없으나 2012년 하반기에 회복세로 전환될 것으로 전망
- 프랑스 경제의 구조적인 문제의 하나인 높은 실업률은 2001년부터 2010년까지 8~9%대에서 개선되지 않고 있으며 2010년 실업률은 9.8%로 실업자는 270만 명에 이르고 있는 실정
 - 프랑스의 높은 실업률은 프랑스만의 고질적인 문제가 아니고 EU 국가들의 공통적인 특징이나 프랑스의 고용을 위한 공공지출이 EU 주요국의 수준보다 높음에도 불구하고 실업률은 높고, 고용률은 비슷한 수준을 유지
- 2007년 사르코지 정부는 향후 5년간 실업률을 5%로 줄이고 고용률을 70%로 증대시킨다는 목표로 적극적인 노동시장 정책을 강화하고, 고용주의 세금 감면, 다양한 형태의 일자리 창출 정책 등을 추진
 - 최근 프랑스의 노동시장 개혁의 핵심은 주 35 근로시간의 사실상의 폐지에 기초한 초과근로시간제 도입

- 사르코지 정부가 주 35시간 근로시간제의 폐지에 중점을 두었던 것은 그간 기업경쟁력, 근로자들의 구매력, 정부 공공재정에 미치는 부작용을 해소할 수 기반을 마련하기 위한 목적

- 사르코지 정부의 탄생과 발생한 글로벌 금융위기로 2009년과 2010년의 프랑스의 GDP 대비 재정적자 규모는 각각 7.5%, 7.0%로 1959년 제5공화국 출범이래 가장 큰 폭으로 증가
 - 2007~2010년 기간 동안 국가와 중앙정부기관(Etat + ODAC)과 사회보장기관(ASSO)의 재정을 비교하면 전자는 GDP 대비 3.1%인 630억 유로의 재정적자가 발생하였고, 후자는 GDP 대비 1.5%인 280억 유로의 재정적자가 발생
 - 프랑스 정부는 공공재정 건전성 확보를 위해 지출 측면에서 정부지출과 사회보장 지출의 감축, 수입 측면에서 의무과세 정비 등의 조치를 실행
- 프랑스 정부가 악화된 공공재정 적자를 해소하려는 이유는 지속가능한 경제성장세를 빨리 회복하기 위한 것임.
 - 프랑스 경제의 불균형이 심화되고 있는 분야는 무엇보다도 공공재정 분야이고, 이러한 이유 때문에 공공재정 적자의 악화를 막기 위한 개혁이 정부의 공공행정과 조세 및 예산제도, 사회보장제도, 노동시장 등 전 사회분야에 걸쳐 진행

5. 소득분배와 사회보장 재정

- 프랑스의 2009년 사회보호 총지출은 6,245억 유로로 이 가운데 5,976억 유로가 사회급여로 지출되어 국민 1인당 9,215유로를 지급
 - 사회보험제도는 사회급여로 사회보호 총지출의 80%를 지출하였고 이 가운데 일반레짐이 45%를 차지
 - 2009년 기준 사회적 위험에 따른 사회보호제도의 사회적 재분배 비중은 노령부문(39.2%)과 유족부문(6.4%)이 45.6%, 건강부문이 28.3%로 이들 두 부문이 전체의 73.9%(GDP 대비 23.2%)를 차지
 - 가족부문은 모성과 함께 9%, 실업부문은 직업적 (재)편입을 더하여 6.1%, 주거부문은 2.7%, 빈곤과 사회적 배제 부문은 1.8%를 점유
- 2010년 프랑스의 최상위 20%의 생활수준은 연소득 53,582유로로 최하위 20%의 생활수준인 연소득 7,400유로보다 7.2배로 측정
 - 소득재분배 이후 5분위배율은 7.2에서 3.9로 축소되어 거의 절반 정도로 축소
 - 사회재정적 이전지출을 통한 소득재분배로 최상위 20%의 생활수준은 연소득 53,582유로에서 43,561유로로 20% 정도 감소하고 최하위 20% 소득계층의 생활수준은 연소득 7,400유로에서 11,923유로로 50%정도 증가함으로써 소득불평등이 축소

- 가족급여 가운데 자산조사형 수당은 선별적 급여로서 소득불평등 감소에 9.9% 정도로 기여
 - 가족급여는 소득재분배에 중요한 역할을 하고 있는데 이는 전체 인구의 4%에 해당하는 소득 최하위 20% 계층의 소득 재분배 이후의 총 가처분소득에 15%를 차지하고 있기 때문
 - 주거수당과 사회적 미니멈(Minima sociaux)은 소득불평등 감소에 각각 18.5%, 17.4% 기여를 하고 있으며, 특히 사회적 미니멈은 가장 목적성을 가진 선별적 급여로 소득 최하위 20%의 가처분소득의 11%를 차지
- 1996~2008년 기간 동안 빈곤율은 1996년 인구의 14.5%에서 2008년 13%로 감소하면서 소득빈곤이 감소
 - 특히 1997년에서 2001년까지는 실업률 하락이 빈곤율과 빈곤도의 하락에 강하게 영향을 미치고 있으며, 2001~2005년 기간 동안의 실업률 상승은 빈곤율과 빈곤도를 증가시킴.
- 2009년 사회보호 재정 수입은 6,067억 유로로 전년 대비 0.7% 증가하였는데 이는 2000~2009년 기간 동안의 연평균 증가율 4.0%에 비하면 증가율이 상당히 낮은 수준
 - 이는 2009년 글로벌 경제위기의 영향으로 인한 프랑스 경제의 침체에 기인
- 2009년 사회보호 재정의 수입구조를 보면 크게 실효 사회부담금이 3,442억 유로로 전체 수입의 57%이나 총당 부담금까지 합치면 65%를 차지
 - 조세에 의한 수입은 1,328억 유로로 전체 수입의 22%이나

공공부담금까지 합치면 32%까지 상승

- 2009년 건강부문 사회급여 지출은 지난 3년간과 비교하여 소폭 상승하였으나 2001년 이래 전반적으로 감소하는 추세
 - 사회급여 지출 형태를 보면 사회보험제도가 85.6%, 보편의료보장제도(CMU) 등 공공개입제도에 의한 지출은 1.5% 정도를 차지
 - 가족부문의 지출은 2001년 이후 지속적으로 증가세를 유지하고 있으며 사회보험제도의 지출이 69%, 공공개입제도에 의한 지출이 24%를 차지
 - 빈곤과 사회적 배제 부문의 지출은 2005년을 기점을 증가세를 유지하다가 다시 감소세로 돌아섰다가 2008년 경기침체 영향으로 대폭적으로 증가하고 있으며 동 부문의 지출은 공공개입제도에 의한 지출이 80%를 차지
- 이러한 사회적 재분배 구조 하에서 사회보장 재정은 만성적인 적자구조를 보이고 있으며, 주로 퇴직노령연금과 건강보험이고 그 적자폭이 가장 큼.
 - 노령퇴직연금과 노령연대기금(FSV)의 재정적자가 151억 유로로 2010년 재정적자의 1/2를 차지하고 있어 가장 심각한 재정적자를 보이고 있으며, 건강보험 또한 114억 유로를 기록

6. 최근 사회보장 개혁 동향

- 프랑스 사회보장제도가 당면하고 있는 현안은 당면 노령연금과 건강부문의 재정적자 문제이다. 이 양대 부문의 재정적자 문제를 해결하기 위한 개혁은 진행형
- 2010년 퇴직연금 개혁은 노동계, 야당, 사회단체를 비롯하여 고등학생까지 참가한 반대시위에도 불구하고 단행
 - 퇴직연금 개혁의 대상이 재정적자 문제로 부각된 배경에는 경제적·인구학적 변화가 크게 작용
 - － 세대 간 분배체계는 퇴직연금의 지급을 위해서는 충분한 생산가능인구가 확보되어야 하는데 퇴직자의 부양비율이 가파르게 하락
 - 2010년 개혁은 법정정년연장을 현행 60세에서 62세로 연장하고 완전퇴직연금 수령 시점을 기존 65세에서 67세로 연장
 - 2010년 개혁이 남긴 과제 가운데 핵심적인 사안은 완전연금 수급연장으로 특히 법정정년 이전에 퇴직한 고령자의 고용 문제를 해결하는 것임.
 - － 고령층의 고용을 촉진하기 위해서는 노동시장, 특히 임금구조의 개혁이 필요하나 프랑스의 강한 조합주의 전통으로 인해 이를 추진할 정치적 동력도 명분도 없다는 것에 프랑스 정부의 고민이 깊게 내재되어 있음.
- 건강보험의 재정수지는 2008년까지 상당히 개선되었으나 2008년 글로벌 경제위기 이후 건강보험 재정적자는 2009년 104억

유로, 2010년 114억 유로, 2011년 98억 유로로 재정적자가 급증

- 이에 프랑스 정부는 2010년 10월 ‘건강보험의 미래에 관한 고등위원회’를 발족하여 건강보험제도의 구조적 문제점을 진단하였고 개혁에 착수
 - 개혁의 방향은 건강보험의 운영원리인 기여에 따른 수혜라는 직업연대의 정신에 따라 더 좋은 의료서비스를 받기 위해서는 더 많은 사회부담금을 지출
- 사회부조 개혁 가운데 사르코지 프랑스 대통령은 ‘빈곤에 대항하는 활동연대 고등위원회’를 설치하고 임기 5년간 빈곤을 1/3로 축소하기 위한 수단으로서 활동연대수당(RSA)의 창설을 발표
 - RSA제도는 장기실업에 빠지기 쉬운 최소통합수당(RMI)과 한부모수당(API) 수급자의 취업촉진뿐만 아니라 새로운 근로빈곤층을 대상으로 빈곤을 감축한다는 목표로 2009년 6월부터 시행
 - 근로빈곤층의 양산에 대응한 RSA제도는 수급자의 고용복귀와 고용복귀 후 경제적 안정 보장을 목적
 - RSA제도 시행 첫 해인 2009년 6월에 1,503,000세대에서 시작하여 2010년 6월에 1,799,000세대, 2011년 6월에 1,865,000세대에게 RSA를 지급
 - RSA 수급 세대가 2009~2011년 기간 동안 연평균 10% 정도 증가하였고, 2010년 80억 유로 정도의 RSA가 가족수

당금고(CAF)에서 지출

- RSA제도의 취업지원정책인 ‘사회·직업적 동행’의 권리와 의무에 관한 시행은 상당히 적극적인 사회편입정책을 반영
 - － RSA 수급자는 수급개시 시점부터 취업활동을 위한 개별 지도상담원을 요청할 수 있는 권리가 있고 또한 의무로 규정
- RSA제도는 근로빈곤층에 대한 소득보전으로 빈곤을 하락에 기여하였다는 점에서 빈곤감축정책으로는 효과가 있음.
 - － 그렇지만 RSA 수급자의 고용형태를 보면 저임금의 불안정한 임시직 고용이 많아 고용정책으로서는 아직 그 효과를 판단하기는 이르고 향후 전개 과정을 관찰할 필요

제2장

소득보장제도

1. 고용보험 및 고용정책

- 프랑스 실업보험은 1958년에 도입되어 몇 차례 중요한 변화를 가져왔음. 1980년대와 90년대의 중요한 변화로는 급여와 기여기간의 연계, 보험제도와 연대제도(실업부조)의 분리, 단일감면급여제도의 도입을 들 수 있음. 2001년의 실업 보험 개혁은 단일감면급여의 대체 급여인 재취업복귀지원급여 제도의 도입과 수급요건으로서의 활성화 혹은 근로 연계 복지 개념을 중시하고 있음.
- 프랑스 실업보험제도는 노사공동분담체제의 성격을 띠고 있음. 즉, 실업보험에 관련된 규정이 국가가 아닌 사회 파트너간의 단체 협약에 의해 마련되고 있음. 하지만 국가 역할이 완전히 배제된 것은 아님. 예컨대, 사회파트너들에 의해 체결된 직종간 협약이 장관에 의해 거부될 수도 있음.
- 프랑스 실업보험 운영 기구로는 관장 기구로서 전국상공업고용조합(UNEDIC)이 있음. 민간비영리기구로서 전국상공업고용조합은 관련 규정의 전국적 적용 및 운영 기구의 조정 역할 등의 기능을 수행하고 있음. 실업보험의 실질적 운영은 고용

센터에서 담당하고 있음. 본래 상공업고용협회(ASSEDIC)가 운영기관이었으나 2009년 개혁을 통해 현재는 고용센터에서 기존 업무인 직업 알선뿐만 아니라 가입자 등록 및 급여 제공 업무까지 맡고 있음. 한편, 실업 보험 기여금 징수 업무는 통합징수기구인 Urssaf(사회보험료통합징수기관)를 통해 수행되고 있으며, 국립성인직업훈련기관인 AFPA는 공공직업훈련을 담당하고 있음.

- 2009년 기준 프랑스 실업자 중 취업복지지원급여를 받는 사람의 비율은 54%임. 실업보험 기여율은 근로자 보수 총액의 6.4%이며 이 중 사용자 부담률은 4.00%, 근로자 부담률은 2.40%임(보수 총액 상한액 있음). 취업복지지원급여 수급 기간은 50세 미만은 최단 4개월에서 최장 24개월, 50세 이상은 최단 4개월에서 최장 36개월임. 수급기간은 가입기간에 의해 결정됨. 급여 수준은 연령과는 무관하며 대신 실직 전 임금 수준에 의해 결정되며, 저임금 근로자의 급여 수준은 세전 소득의 75%, 고임금 근로자는 세전 소득의 57.4%임.
- 프랑스 고용 정책의 본격적인 등장은 1970년대부터 시작되었음. 고용지원계약제도, 사회보장부담금 감면제도가 노동시장 취약집단의 취업 및 일자리 창출을 위한 대표적인 제도임.
- 고용지원 계약제도의 적용 대상은 노동시장 참여 애로 집단 및 청년 집단으로서 이들 집단의 채용에 대한 보상으로써 국가는 사용주에게 임금보조금, 사회보장부담금의 감면, 훈련비용 보조 혜택을 제공하고 있음. 민간 영역과 공공 영역에서 고

용지원 계약제도 취업자 수는 5십만 명을 초과함(2009년 기준).

- 1970년대 중반에 도입된 사회보장 부담금 감면 정책은 프랑스 일자리 창출의 대표적인 제도로 정착되었음. 사업체의 규모, 근로자 임금에 따라 사용자 부담금 혹은 사용주와 근로자 양자 부담금 감면 제도로 구분되어 있음. 프랑스 봉급생활자의 40%에 해당하는 천여만 명 정도가 사회보장 부담금 감면 제도의 적용 하에 있음.
- 프랑스 최저임금제도는 1950년 도입, 1968년 전국적 적용의 역사를 가지고 있음. 적용 대상은 민간 분야에 근로 중인 18세 이상의 사람이며, 정부가 최종 결정 주체임. 2012년 1월 기준, 시간 당 최저 임금은 시간 당 9.22유로, 35시간의 주 근로 시간 대비 월 1398.37유로임. 이는 근로자 평균 임금 대비 63%로서 OECD 회원국 중 가장 높은 편임.

2. 연금제도

- 프랑스 공적연금제도는 기본레짐(régimes de base), 보충레짐(régimes complémentaires obligatoires), 민간 연금보험(assurance vieillesse, surcomplémentaire), 세 층위로 구성되어 있음.
- 프랑스 공적연금제도는 사회보험의 형태로 운영되는 공적 연금제도와 공공부조제도의 형태로 운영되는 최소노령수당제도로 대별됨.
 - 수급자 규모를 보면, 2009년 공적연금 수급자는 1,474만 명

에 이르고, 최소노령수당 수급자는 58만 명에 이름.

- 2009년 60세 이상 인구가 1,399만 명이라는 점을 감안하면, 대부분의 노인들이 공적연금을 수급하고 있는 것으로 추정됨.

□ 프랑스 공적연금제도의 급여수준과 그 추이를 보면,

- 2009년 현재 기본연금의 평균 금액은 882유로이며, 보충연금의 평균 금액은 약 442유로임.
- 그리고 이 둘을 합한 전체 연금의 평균 금액은 1,196유로임.

□ 프랑스 공적연금제도는 재정적자와 부채문제에 직면해 있음.

- 연금재정의 적자는 지속적으로 증가하고 있으며, 2010년 현재 재정적자 규모는 약 1,036억 유로에 이르는 것으로 추정됨.

□ 현재 프랑스 공적연금제도가 해결해야 할 과제는 크게 두 가지임.

- 지속적인 재정적자와 그에 따른 사회보장 부채 증가의 문제임.
 - － 연금퇴직자문위의 2010년 보고서에 따르면, 공적연금제도의 재정적자는 2015년 GDP의 1.82%(약 394억 유로), 2030년 GDP의 2.46%, 2050년 2.63%에 이를 것으로 추정됨.
- 직능집단 간, 일반근로자와 공무원 간, 일반근로자와 고위직 간의 형평성 문제임.
 - － 상원의 최근 보고서(2010)에 따르면, 2007년 현재 퇴직자의 10%는 월 913유로에 미치지 못하는 연금급여를 받고, 최상위 10%는 월 2,885유로 이상의 급여를 수급

□ 원론적으로 공적연금제도 개혁을 위한 갈등은 정치세력 간 개

혁방향을 둘러싼 이념적 대립이라고도 해석할 수 있음.

- 하나는 총 노동시간을 연장함으로써 보험료 납입금을 늘리는 전략이고, 이것이 우파 정치권의 핵심전략이었음.
- 다른 하나는 자본소득에 대한 과세 등을 통해 연금재정의 기반을 강화하는 전략임. 이것이 좌파(특히 사회당)의 핵심전략이었음.

- 최근 10년간 프랑스 공적연금제도 개혁전략은 공식퇴직연령을 늦추고, 실제 보험료 납입기간을 연장함으로써 재정수입을 늘리는 것임.
- 하지만 이 전략은 실업과 저임금 문제가 심각한 상황에서 연금가입자들의 안정적인 보험료 납입 또는 고령인구의 취업 자체가 어렵다는 한계에 직면할 개연성이 높음.
- 최근 보다 근본적인 문제제기로 어떠한 경제성장이며, 어떠한 조세정책이며, 어떠한 노동시장 조절(regulation)인가 하는 문제가 제기되고 있음.

3. 재해보험

- 프랑스 재해보험의 대표적 제도인 산재보상보험은 1898년 도입되어 110여년의 역사를 보이고 있음. 110여년간 있었던 개혁에도 불구하고 요양급여, 휴업급여, 장해급여, 유족급여 등 4대 산재보상급여의 종류, 기여금의 사용주 단독 부담 원칙, 업무상 재해 개념, 무과실 책임주의는 변함없이 유지되고 있음.

- 110여년에 걸친 프랑스 산재보상보험 개혁은 적용 대상의 확대와 운영 기구의 변화에서 그 특징을 발견할 수 있음. 1938년에 적용 대상에서 보편주의 원칙이 실현되었음. 관장 및 운영 기구로는 몇 차례의 변화를 거쳐 현재 중앙의 임금근로자 건강보험전국공단, 지역의 연금 및 산재 지역공단, 도 차원의 건강보험기초공단이 산재 및 직업병 관련 업무를 맡고 있음.
- － 임금근로자 건강보험 전국공단은 총괄기구로서 공법인, 행정적 성격을 띤 공공단체임. 중앙행정부처의 통제에도 불구하고 재정적 자율성을 인정받고 있음. 산재 및 직업병 관련 정책 방향 제시 및 활동의 전국적 조정 역할을 하고 있음. 2005년부터 4년마다 체결되는 목표 및 관리 협약(COG)과 관련, 정부 상대 협상 주체이기도 함.
 - － 연금 및 산재 지역 공단은 공적 서비스를 수행하는 민법상 조직임. 2010년 기존의 건강보험 지역공단을 대체, 설립되었음(전국 16곳 예정, 현재 14곳). 산재 예방 활동 및 관할 지역 사업장의 기여율 산정이 주요 업무임.
 - － 건강보험 기초공단 역시 공적 서비스를 수행하는 민법상 조직임. 사업장 가입, 급여, 서비스 제공 등 산재 및 직업병과 관련된 실질적 업무를 맡고 있음. 2010년 기준, 전국 220만 여 사업장이 가입, 경제활동인구의 70%에 달하는 1,800만 여 명의 근로자가 산재보상보험의 적용 하에 있음.
 - － 공단마다 최고 의결 기구인 이사회가 있음. 이사회 구성원은 동수의 노사 대표로 구성되어 노사동등주의를 견지하고 있음.
 - － 여타 사회보험제도와 마찬가지로 산재 및 직업병 기여금 징

수는 사회보험료통합징수기관(Urssaf)에서 담당하고 있음.

- 프랑스 산재보상보험의 당연적용대상으로는 종속적 근로 상태인 근로자, 파견 근로자 그리고 13개의 확대 적용 근로자 집단이 있음. 자영자, 주부, 가족종사자, 일용직 근로자 등은 임의 가입이 가능함.
 - － 산재 및 직업병 보험과 관련된 사회적 위험은 업무상 재해, 출퇴근 재해 그리고 직업병 등 세 가지임. 특히 출퇴근 재해는 1946년 관련법에 독립된 사회적 위험의 하나로 분류되어 있음. 세 유형의 인정율은 각각 79.5%, 77.2%, 68%임(2010년 기준).
 - － 기여율은 사업장의 고용 규모에 따라 산정 방식이 다른 차등요율 방식에 바탕을 두고 있음. 2012년 기준, 고용 규모가 20인 미만 사업장에 대해서는 사회적 위험 발생 정도에 관계없이 업종별로 요율이 정해지는 집단요율이 적용됨. 고용규모가 150인 이상 사업장은 기준 기간(3년)에 발생한 산재로 인한 지출 비용, 재해 정도에 따른 평균 비용의 종합적 고려를 통해 기여율이 도출되는 개별실적요율이 적용됨. 20인 이상 149인 이하 사업장에 대해서는 집단요율과 개별실적요율이 동시에 반영되는 혼합요율이 적용됨.
 - － 요양급여(현물급여), 휴업급여, 장해급여, 유족 연금이 제공되고 있음. 휴업급여는 산재로 인해 노동 능력이 일시적으로 상실되었을 때 대기기간 없이 지급되는 것으로 상실기간이 길수록 급여 수준이 높아짐. 장해급여는 영구장해 판정이 난 경우 제공되는 것으로 장해 정도 10%를 기준으

로 일시금과 연금의 두가지 급여 형태가 있음.

- 최근 프랑스 산재 보험은 산재 예방 조치의 강화에 역점을 두고 있음. 2005년에 도입된 목표 및 관리 협약(COG)의 주요 내용, 개별 실적 요율 산정 방식의 변화, 산재로 인한 비용 산정 기간의 제한은 이러한 경향을 반영하고 있음.

4. 가족 수당

- 프랑스 가족 정책은 제2차 세계대전 직후인 1945년 국가 사회 보장제도가 마련되면서 국가 사회보장의 하나의 영역으로 추진되기 시작하였음.
- 가족 수당은 초기에 민간 기업을 중심으로 지원되었으나 국가 사회보장체계가 마련되면서 보편적인 수당으로 확대되었고 이후 수직적 형평성 제고를 위한 취약계층 대상의 소득 보장 성격이 강해지게 되었음.
- 프랑스 가족 수당은 엄밀한 의미에서 가족수당, 주거 수당, 사회 수당이 있으며, 엄밀한 의미에서의 가족 수당 정책은 영아를 위한 수당, 다자녀 가족 수당, 한부모 수당, 기타 취약가족을 위한 수당으로 구분됨.
 - 영아를 위한 수당은 영아보육수당(PAJE: Prestation d'accueil du jeune enfant)이 대표적으로서 출생수당, 기초수당, 보육방

식의 자유로운 선택을 위한 보조금, 직업활동의 자유로운 선택을 위한 보조금이 포함됨.

- 다자녀를 우대하는 수당에는 가족수당, 가족보조금, 연금보험료지원이 포함
- 한부모를 위한 수당에는 가족부양수당, 부양료 징수 지원이 포함
- 기타 취약가족을 위한 수당에는 장애아 교육수당, 성인장애수당, 자녀간호수당, 개학수당이 포함

□ 가족정책을 담당하는 사회보장기구는 가족수당공단이며 중앙에서 중심적인 역할을 하는 기구인 가족수당 전국공단(Caisse nationale des allocations familiales)을 중심으로 123개 지역사무소인 가족수당 지역공단의 조직망으로 구성되어 있음.

- 가족수당공단은 가족 수당을 집행하는 기능 뿐만 아니라 영아 보육 서비스 지원, 가족 상담, 연구 조사 사업 등 자녀 양육 가정을 지원하는 다양한 업무를 수행

□ 2009년 현재 가족수당금고가 가족 지원을 위해 지출한 규모는 722억 유로로서 전체 GDP의 6.4%를 차지

- 2011년 프랑스 사회보장정책의 총 예산에서 가족 정책 예산이 차지하는 비중은 일반 정책 3,276억 유로 중 553억 유로(16.6%), 기초정책 4,490유로 중 558억 유로(12.3%)로 적지 않은 비중을 차지
- 가족수당 전국공단의 재정은 기업이 지불하는 고용주 분담금(44.2%), 국민이 지불하는 확대보호세(21.7%), 국가 부담

(20.5%)로 구성

- 2010년 현재 5백만에 가까운 가족들이 가족 수당 급여를 지원 받고 있으며 수급자수의 증가는 2001~2009년 기간 동안 연간 0.4%의 증가율을 보임.
- 소득 조건 없이 혹은 소득 수준에 따라 차등적으로 급여를 지불하지 않는 수당이 전체의 73%를 차지
- 237만 명의 가족의 영아 보육 수당에 해당하는 적어도 하나의 수당을 지원받고 있으며, 811,000가족이 자녀 보육 방식에 대한 지원금을, 558,000가족이 직업 활동의 자유로운 선택을 위한 보조금을 지원 받음.

5. 공공부조

- 프랑스 공공부조제도는 8개의 사회적 미니멈(Minima Sociaux) 외에 자산조사를 통해 제공되는 욕구별 급여를 포함하는 것으로 해석할 수 있음.
- 사회적 미니멈은 오히려 우리나라의 생계급여와 유사한 것으로 간주할 수 있음.
- 기타 욕구별 급여는 엄격한 자산조사를 통해 제공되는 것과 보편적 서비스 또는 사회수당의 형태로 제공되는 것을 포괄하고 있음.
- 프랑스 공공부조제도의 특징은 1) 인구학적 집단에 따른 급여의 다양성과 2) 재원과 지출관리 측면에서의 분산성에 있음.

- 하지만 이는 프랑스 공공부조제도의 구조를 이해하거나, 관 리측면에서도 비효율을 야기하는 측면이 있음.
 - 따라서 지난 10년간 프랑스 정부는 이들 급여를 크게 몇 가 지 유형으로 통합하려는 시도를 해 왔음.
 - 이는 장기적으로 프랑스의 공공부조제도, 특히 생계급여에 해당되는 사회적 미니멈의 급여가 통폐합을 거쳐 더 단순화 될 개연성이 있음을 말해 줌.
- 지출과 재정관리 측면에서 프랑스의 공공부조제도의 특징 중 하나는 모든 급여가 정부(중앙정부 및 지방정부) 예산의 형태 로만 지출되는 것이 아니라는 점임.
- 이는 프랑스 사회보장제도가 1990년대 후반 이후 걸어왔던 재원구조의 복합화 전략에 따라 공공부조제도에 다양한 재 원이 투입되어 왔음을 의미함. 실제로 일부 급여는 가족수당 금고(CAF)를 통해, 다른 급여는 실업보험기금을 통해 지급되 고 있음.
 - 이 점에서 프랑스 공공부조제도는 “공공부조제도=정부예산 사업”이라는 도식에서 벗어난 경우라고 말할 수 있음.
- 대부분의 서구 복지국가가 그러하듯, 프랑스 또한 다양한 보 편적 지원프로그램과 선별적 지원프로그램을 결합하여 빈곤 문제를 해결하는 역할을 하도록 설계되어 있음.
- 프랑스 사회보장제도에서 공적 연금제도와 보편적 의료보장 제도 그리고 가족정책은 가장 핵심적인 정책으로 간주되며, 다양한 사회보장 프로그램이 작동하여 하나의 전체를 만들

어 내고 있음.

- 이는 각국의 공공부조제도가 전체 사회보장제도의 발전, 특히 주요 정책영역별 사회보장제도의 발전정도에 따라 상이한 형태를 갖추게 되는 이유이기도 함.
- 하지만 프랑스 또한 1990년대 후반이후 경제사회환경의 변화에 따라 공공부조제도 개혁이 불가피했음.
- 그것은 바로 근로빈곤층 문제를 해결하기 위한 정책적 노력 및 정책성과를 제고하기 위한 지속적인 정책실험과 개혁을 지칭함.
 - － 1988년 폭 넓은 공감대 위에서 추진되었던 최소통합수당(Revenu Minimum d'Insertion: RMI)이 성과부진으로 많은 비판을 받았고,
 - － 이후 도입된 활동통합수당(Revenu Minimum d'Activité: RMA) 등도 온전히 정착하지 못하였으며,
 - － 2009년 다시 활동연대수당(Revenu de Solidarite Active: RSA)을 도입함으로써 공공부조제도 전반에 걸쳐 큰 변화가 나타났던 것임.

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

- 프랑스는 2000년 세계보건기구(WHO)의 각국 보건의료체계성과 평가에서 가장 우수한 국가로 평가
 - 사회보험에 기반하고 있지만 동시에 취약계층에 대한 무료 의료혜택을 보장하는 보편적 의료제공(99.9% 의료보험가입), 환자의 자유로운 공급자 선택과 건강보험자와의 선택적 협약체결 등 의사의 자유로운 영업활동, 그리고 높은 의료보장성 등이 원인
- 프랑스 의료제도의 기본체계가 완성된 것은 세계 2차대전 이후. 공공의료 분야를 강화하고, 의료비지출을 절감하기 위한 다양한 정책 도입
 - 1941년 공공병원을 정비하여, 읍면단위(CH), 도단위(CHR)로 공공병원을 설립하고 1958년 대학병원(CHU)제도 도입, 공공 의료서비스를 강화하기 위해 1970년 이후 민간비영리병원에게 공공의료서비스제공 할 수 있도록 제도화
 - 1996년 이후 의료보험연간지출목표(ONDAM)제도를 도입하여 의료비지출 강력 통제, 지역간 균형있는 의료자원 공급을

위해 국가보건계획수립

- 1996년 지방병원청(ARH)를 설립하여, 지역단위로 보건계획 수립, 수가협약 및 계약체결 수행, 이후 2008년 지방보건청(ARS)를 설립하여 ARH 포함 각종 지방보건행정 기관 통폐합

- 1983년 총액예산제 도입, 2004년 포괄수가제 도입 등 의료비 지불체계 도입

□ 의료서비스 공급체계

- 외래: 외래환자들은 의사를 자유롭게 선택할 수 있으나, 2004년 도입된 건강보험개혁법에서 주치의 제도를 도입함에 따라 지금은 약 85%의 프랑스인이 주치의 보유
 - 진료비는 개원의조합과 보험공단간의 협약을 통해서 결정, 비협약의는 자유롭게 책정할 수 있으나 보험환불을 받지 못함.
- 병원: 공공병원과 공공의료서비스를 제공하는 민간비영리병원(PSPH)의 병상수의 합은 전체 병상수의 76.2%(병원수 기준으로 55%), 다른 선진국에 비해서는 민간부분의 비중이 높은 편
 - 프랑스 민간영리병원은 외과와 단기치료분야에서 특히 높은 비중을 차지하고 있다.
- 의사총수는 약 20만 명(2010년 기준)이며 이중 임상이가 11만 명(일반의 6만, 전문의 5만)이 조금 넘고 나머지는 제약회사, 연구소, 보험회사 등에서 활동

□ 시사점

- 프랑스는 의료비 지출과 의료자원관리, 보건의료계획수립 업무를 지역보건행정기관(ARS)이 담당하고 있는 것이 특징
 - － 보건의료공급의 효율성을 높이기 위해서 보건계획의 수립을 전문적으로 담당할 수 있는 조직 또는 체계를 검토해 볼만 함
- 프랑스는 다른 선진국에 비해 민간병원의 비중이 높은 편. 그러나 다양한 인센티브를 통해 공공의료서비스제공에 참여하도록 제도 마련
 - － 우리나라 민간병원의 공공보건의료수행기관으로 지정 시 지원강화 검토

2. 의료보장

- 1945년 확립된 프랑스 의료보장제도는 독일식 비스마르크(Bismarck) 제도와 영국식 베버리지(Beveridge) 제도의 혼합형
- 2009년 프랑스는 사회보장지출의 70.1%를 노동자와 고용주의 기여금에서 조달. 그러나 전국민에 대한 복지서비스 제공과 국가에 의한 사회정책 운영을 또한 운영 목표로 하고 있음.
- 그러나 이후 기여제에 의한 재원충당 방식, 가입자에 의한 자치관리원칙에 바탕을 둔 비스마르크 모델에서 베버리지 모델로 더 가까워지는 모습을 보이기 시작
- 1970년 중반부터 경기침체로 건강보험수입이 줄어들자 재정

적자 문제를 해결하기 위해 1990년 특별소득세인 일반사회 보장부담금(CSG)를 도입하는 등 국가가 적극적으로 개입

- 2000년 1월부터 월소득이 일정수준 미만이며, 의료보험에 가입이 되어있지 않을 경우, 의료보험혜택을 부여하는 보편의료보장제도(CMU) 시행. 현재는 약 480만 명 정도가 혜택을 받고 있음.

- 프랑스의 의료보험 가입은 의무사항. 법정보험에는 직업군에 따라 일반레짐, 농업레짐, 자영업자레짐, 특수레짐이 공존
 - 민간부문 임금근로자를 대상으로 하는 일반레짐이 대표적인 제도로 전체인구의 약 87%가 가입
 - － 임금근로자를 대상으로 하는 건강보험 전국공단(CNAMTS)은 도수준에 101개 건강보험기초공단(CPAM)을 두고 건강보험 급여 및 서비스를 제공
 - 사회보장관련 보험료 요율 및 관련 조세(분담금 및 목적세)의 세율은 의회가 사회보장재정법에 따라 매년 결정
 - － 의료보험의 재정수입원은 건강·출산·장애·사망보험, 일반사회보장부담금(CSG), 사회보장부채 상환금, 사회보장목적세(ITAF) 등 다양
 - － 2011년 기준, 보험료 56.4%, CSG 35.1%, 목적세 5.4% 등
- 2004년 이후에 포괄수가제도(T2A) 도입. T2A는 환자 치료활동을 799개 질병군(GHM)으로 분류하고, 각 치료활동내에서의 평균 치료비용을 계산하여 상환

- 현재는 공공병원과 민간병원의 GHM수가 상이하게 적용되고 있으나, 2018년까지 모든 형태 병원의 지불체계를 단일화 예정
- 프랑스의 민간의료 보험은 공적건강보험을 보충해주는 제도로, 공적건강보험에서 보장해 주지 않는 서비스나, 공적건강보험의 보장율에 추가 보장을 해주어 보장율을 높여주는 역할
- 보충적 민간보험시장에는 동종 직업군의 종사자들을 위한 비영리기관인 공제조합(Mutuelles)이 55.5%을 점유, 민간영리보험회사 26.4%, 또다른 비영리기관인 공제기관이 약 18.1%를 점유
- 프랑스에서는 전체 가구의 약 94%가 보충보험에 가입

3. 노인장기요양보험

- 우리나라의 노인장기요양보험에 해당하는 프랑스 제도는 노인간병수당(APA)제도임.
- 간병수당제도는 2002년 부터 시행되었으며, 60세 이상 노인 중 노인성 질환 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 및 가사활동에 필요한 급여를 제공하기 위한 목적으로 도입
- 현재 간병수당을 받고 있는 노인 인구는 약 110만 명 정도로 전체 60세 이상 인구 1,640만 명의 6.7%가 혜택을 누림.

- 간병수당제도의 수혜자는 수혜자의 요보호 수준에 대한 평가에 근거하여 일정등급(1~4등급)을 받은 60세 이상 모든 노인이 그 대상
 - 자립등급은 자립성 상실정도가 가장 높은 1등급부터 가장 낮은 6등급까지 존재, 자립등급수준(AGGIR)평가는 10가지 변수를 통해 책정. 자립등급(GIR) 4등급까지 노인간병수당(APA) 대상, 자립등급별로 급여상한선 차등
 - 요양서비스 급여를 받는 사람 중 일정소득 이상인 사람은 본인부담금을 지불. 소득수준이 높을수록 본인부담금이 높고, 경우에 따라 최대 90%까지 본인부담금 지불
- 서비스체계로는 재가서비스와 시설급여가 존재
 - 2009년 약 114만 8천 명이 간병수당 수혜자 중 재가급여가 69만 9천 명으로 시설급여수혜자인 44만 9천 명을 상회
 - 재가 서비스를 제공하는 형태로는 재택돌봄서비스(SAD)나 재택치료서비스(SSIAD)등이 존재
 - 재가급여는 매달 실소요금액을 기준으로 본인부담금을 뺀 금액을 지급. 본인부담금은 수급자의 소득수준에 따라 차등
 - 요양시설의 종류로 요간병보호 노인만을 대상으로 하는 노인요양복지시설(EHPAD)과 원칙적으로 건강한 노인을 대상으로 하는 노인홈과 고령자주택 그리고 장기요양시설(USLD)로 구분
 - 2009년 발표한 요양시설실태조사에 의하면, 프랑스 요양시설은 총 10,300개에 총 655,386명이 생활

- 노인요양복지시설(EHPAD)의 점유율 75.5%, 고령자주택 17.1%, 노인 홈 4.95, 장기요양시설 2.6% 순

- 프랑스의 노인장기요양보험 재원은 지방세를 근간으로 하는 지방자치단체 예산과 준조세성격의 기금이 보충
 - 2009년 기준 총지출금액 중 30% 가량은 노인장애인연대전국공단(CNSA)에서 충당, 나머지는 도 재정에서 충당
 - 2009년 기준 간병수당 지출금액은 51억 유로, 이중 재가급여 지출액이 33억 유로, 시설급여가 18억 유로로, 인당 환산하면 재가급여 월평균 500유로, 시설급여 478유로에 해당

4. 고령자 및 장애인 복지서비스

- 최근 프랑스 고령자 및 장애인 복지서비스 전달체계는 단일화 추세임.
 - 2010년 통폐합 목적으로 설립한 지방 건강 관할청(ARS)은 지역의 사회·의학기관 계획 및 장애인 고령자 대상 서비스 기관의 건강보험 자원 분배를 결정함.
 - 노인 장애인 연대전국공단(CNSA)은 고령과 장애로 인하여 자립을 손실한 이들을 대상으로 한 사회의학 서비스 및 기관의 재정을 담당할 목적으로 2006년 설립한 공공기금임.
- 고령과 장애를 사회적 위험 중 다섯 번째 ‘의존’으로 정의함. 재가 복지 서비스 정책을 기본으로 추진하고 있음.

- 프랑스 사회복지 서비스 기관의 특징은 고령과 장애 대상에 따라 특수 사회-의학 통합기관이며, 운영관할책임자가 국가 및 지방정부, 재정 역시 소수의 영리 노인 홈 제외하고는 공공 영역임.
 - 의존 노인 주거시설은 의료서비스 제공이 가능한 사회-의학 기관
 - 장애 관련 시설은 의학-교육기관, 의학-취업 양성기관, 교육-치료기관
 - － 노인관련주거시설은 10,525개소, 성인장애인 서비스시설은 53,000개소, 아동 장애인시설은 2,080개소임.
- 고령자 복지 서비스
 - 정보 및 조정 지역 센터(CLIC)는 일반 노인들을 위한 정보 제공 및 상담
 - 고령자 주택은 의존 노인을 대상으로 한 아파트 형태의 사회적 시설임, 수급자는 총 11,550,000명
 - 노인 홈은 80세 이상이 절반을 차지하는 시설로 자립 노인홈, 호스피스 전환 시설과 영리 노인홈이 있음. 입소자 430,000명.
 - 소규모 주거 시설(PUV)은 의존 노인대상 공동 주택으로 소형, 소수를 지향함. 대표적으로 농촌노인주택(MARPA)
 - 장기 요양 시설(USLD)로 주거-의료보장이 이루어짐. 670,000 병상

□ 장애인 복지 서비스

- 전체인구의 6.8%임.
- 성인장애인수당 71,195유로, 전체 880,000 수급자임.
- 6% 목표 장애인고용할당제를 두고 있으나 현, 2.8% 기록함.
- 장애아동 취학 및 교육 서비스로는 취학도우미(AVS), 취학 고용보조(EVS), 장애인 권리 및 자립 위원회(CDAPH)에서 취학 결정
- 장애보상급여(PCH)는 인적 서비스(41%), 동물에 의한 서비스(0.2%), 헬체어 서비스(23.9%), 주택 및 자동차 설비 서비스(17.3%), 현물급여, 자산 조사 없음.
- 지역 장애인 서비스 기관(MDPH)은 장애보상급여를 대상자의 욕구에 따라 진단 및 사정함. 2005년 처음 설립되어 현 100개소임.

5. 아동 및 보육 서비스

- 프랑스 보육 정책의 이념은 19세기말 제3공화국의 원칙에 입각하여 설립되었으며 그 세가지 원칙은 첫째, 인구학적 원칙, 둘째, 동등한 기회의 원칙, 셋째, 건강의 원칙임.
- 6세 미만 영유아 보육은 크게 시설 보육과 개인 보육의 두가지 유형으로 구분되며, 시설 보육은 집단 보육시설과 가족 보육 시설로 구분됨.
- 집단 보육 시설에는 종일제 보육 서비스를 제공하는 집단 어

린이집, 시간제 보육 서비스를 제공하는 일시 어린이집, 미취학 아동까지 돌보는 놀이방이 있음.

- 개인 보육 서비스에는 인가된 보육사, 보육사들의 집, 가정 내 보육사 제도가 있음.

□ 프랑스 보육 시설 수는 2009년 현재 10,565개소로서 종일제 보육 서비스와 일시 보육 서비스를 함께 제공하는 복합 보육 시설이 54.1%(5,702개소)를 차지하며 단일 보육 기관이 38.9%(4,107개소)를 차지함.

- 2005년 이후 영유아 보육 시설은 연간 2.2%의 성장률을 보이고 있는데 이러한 증가는 주로 복합 보육 기관의 증가에 의한 것임.

- 2009년 현재 보육 시설 정원은 352,738명으로 2005년 이해 매년 평균 2.6%의 증가율을 보임.

□ 등록된 보육사의 수는 2008년 412,000명으로 이 중 약 282,000명이 보육사로서 활동하고 있으며 이들이 제공할 수 있는 보육 정원은 610,8000명의 아동임.

- 보육사 수는 보육사에 대한 주요 제도인 “보육사를 고용하는 가정에 대한 지원”과 “위탁 보육사 이용에 대한 보조금”이 마련되고 보육사 자격에 대한 개정이 이루어진 1990년 이후 현저하게 증가하였음.

□ 프랑스에서 부모가 직접 영아(0~3세) 자녀를 돌보는 경우는 63%로서 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 보육사가 보육사 집에서 돌보는 경우가 18%, 집단 어린이집 돌보는 경우는

10%, 조부모 혹은 친인척이 돌보는 경우는 4%로 나타남.

- 종일제 맞벌이 부부 영아 자녀의 경우 부모가 직접 돌보는 경우(27%), 인가된 보육사(37%), 시설보육(18%), 조부모 혹은 친인척(9%), 가정 내 보육 서비스(4%), 기타(5%)로 나타남.

□ 3세 이상 유아는 대부분의 평일 낮 시간에 학교(école maternelle; 유치원)에서 시간을 보내며, 학교 수업 시간 외의 시간에는 대부분 부모가 유아 자녀를 돌보고 있음.

- 학교가 쉬는 수요일에는 4분의 3에 해당하는 3~6세 유아가 대부분의 시간을 부모와 함께 보내며 주중의 방과후인 오후 4시 30분 부터 7시까지 유아의 83%가 부모와 함께 시간을 보냄.

□ 보육시설과 보육사 이용율은 소득 수준에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 부모가 직접 돌보지 않는 경우 소득 수준이 낮을수록 보육 시설 이용율이 높게 나타났으며, 반대로 소득 수준이 높은 경우 보육사 이용율이 상대적으로 높은 것으로 나타남.

6. 주택 및 주거 서비스

- 프랑스의 주거지원 정책은 주거복지의 대상을 자가가구까지 포함하며 대부분의 국민을 대상으로 하고 있음.
- 70년대까지 공공임대주택 공급정책에 중심을 두고 주거복지 정책을 추진함.

- 이후 차등적 주거수당(Aide Personnalisée au Logement) 도입을 통해 주거비 보조 제도를 강화하여 주거지원 제도의 두 축인 공급자 지원과 수요자 지원 제도를 상호보완적으로 운영하고 있음.
 - 프랑스는 극빈층에 대한 강한 공공부조 제도를 운영하고 있어 보편성과 차별성을 동시에 보여주고 있으며 주거문제에 있어 공공의 참여가 매우 적극적이며 광범위하게 나타난.
- 20세기 초부터 공급되기 시작한 프랑스의 공공임대주택은 공공과 민간기업의 참여로 마련된 재원을 바탕으로 지자체가 직접적으로 운영에 참여하는 공공임대주택기구(Organismes HLM)에 의해 공급되고 관리됨.
- 2007년 현재 프랑스의 공공임대주택 재고는 약 510만 호 정도로 전체 주택재고의 약 18%를 차지하고 있으며 70년대 이후 공급량이 감소하고 있음.
- 프랑스의 주거비 보조 제도는 최소부담의 원칙, 한계지원의 원칙, 차등부담의 원칙이란 3가지 원칙을 전제하고 있으며 1948년 도입된 주택수당(Allocation logement)과 77년 도입된 차등적 주거수당으로 구분됨.
- 주택수당은 사회보장법을 기초로 일정소득 이하의 민간주택 임차인에게 지급됨.
 - 차등적 주거수당은 민간과 공공주택의 임차가구뿐 아니라 자가가구에게도 지급되며 국가 재정과 민간기업의 기여금으로 형성된 주거지원기금(Fonds National d'Aide au Logement)

을 재원으로 함.

- 70년대 초반까지 10%정도이던 주거비지원 가구의 비율은 차등적 주거수당제도 도입 이후 13.6%로 증가하였고 92년 18.2%로 지속적으로 증가하고 있음.

□ 주거지원 정책으로 저소득 임차가구의 주거비 부담이 20% 이하 수준을 보이고 있으며 주거수준 또한 높아졌음.

□ 한국도 공공임대주택을 공급하며 주거급여 제도 등 수요자 지원 방식을 운영하고 있어 겉으로는 프랑스와 비슷한 지원체계를 보이고 있음.

- 하지만, 공공임대주택 재고가 5%에 미치지 못하고 있으며 주거급여 역시 기초생활수급자에게 제한적으로 지원하고 있어 실제적인 보편성을 가지기 위한 노력이 필요함.

- 한편으로 현재까지도 해결되지 않고 있는 프랑스 공공임대주택 단지의 슬럼화는 국내 공공임대주택 정책의 신중한 추진을 요구함.

제10권

한 국

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 1980년대 이후 한국 사회보장제도의 발전 단계는 다시 세 가지 국면에 의해 특징지어짐.
 - 첫 번째 국면은 정치적 민주화를 둘러싼 갈등이 폭발하고 그 결과 적어도 정치권력의 민주화를 둘러싼 절차적 민주화가 완성되기까지의 국면으로 1980년부터 1992년까지의 시기를 의미함.
 - 두 번째는 국면은 1993년 이후로, 세계화가 사회보장제도의 발전에 본격적으로 영향을 미치기 시작한 시기로 설명될 수 있음.
 - 세 번째는 1997년 위기 이후의 시기로, 이 시기를 경유하면서 경험한 대량 실업과 빈곤의 출현은 사회보장제도의 발전에 중요한 계기로 작용함.
- 1990년대 후반 이후 형성된 우리나라 사회보장제도의 모습
 - 첫째, 사회보장제도의 양적 특성을 보자면, 사회지출은 OECD 평균과 비교해도 매우 낮은 수준이며, 지난 10년간 빠른 속도로 확충하였으나 여전히 다양한 사회적 욕구를 충족시키

기에 미흡한 상태임.

- 둘째, 제도의 외형적 틀 면에서는 1998년을 기점으로 주요 사회보험의 가입대상을 1인 이상 전체 사업장으로 확대하였으나, 비정규직 임금근로자와 영세자영업자 대부분이 사각지대에 남아 있는 상황임.

□ 사회보장제도를 확충하는 과정에서 나타났던 중요한 문제점은 다음과 같이 요약됨.

- 첫째는 성장주의적 담론이 지배적이었다는 사실임. 즉 경제성장이 가구의 소득을 증대시키면 이는 빈곤의 해소는 물론 복지욕구의 상당한 부분을 해소해줄 것이라는 생각이 그것임.
- 둘째, 주로 노동시장서 안정된 지위에 있는 대규모 사업장 정규직 노동자를 중심으로 사회보험제도를 형성하는 전략을 취해왔다는 점임. 이 점은 1997년 위기 이후 노동시장의 유연화가 급속히 진행되면서 상대적으로 열위에 있는 노동자들이 오히려 사회적 보호의 범위 내에 머무르지 못하게 되는 역설을 초래하게 되었음.
- 셋째, 빈곤층에 대한 소득보장과 관련해서 가족의 책임과 근로의무를 강조하는 경향을 나타냄.
- 넷째, 제도의 확충과 신설에 따른 재정부담과 그에 상응하는 기업이나 가계의 조세부담에 대해 체계적인 고려가 이루어지지 못했다는 점임.

□ 요컨대 한국은 과거 고도성장기 동안 성장주의 담론의 그늘 아래서 사회보장제도 확충을 소홀히 해왔었으나 세계화, 인구

구조의 변화, 기술구조의 변화 등으로 인해 사회구성원들이 직면하는 다양한 사회적 위험이 증가하자 사회보장제도의 확장이 불가피해짐.

- 하지만 20세기 유럽 복지국가처럼 사회보험 확대에 기반한 복지확장전략을 추진하는 것이 용이하지 않은 상황임.
- 또한 한국의 사회보장제도는 민주화이후 정치체제의 불안정성에 따른 제약도 받고 있음. 정당정치의 불안정성은 사회정책에 대한 지속가능한 비전을 가진 정치집단의 출현을 저해하였음.
- 그 결과 정당보다는 행정부 주도의 제도 확대가 진행되었으며, 다양한 이해관계집단의 요구를 조정할 수 있는 사회적 합의기구가 취약했다는 점 또한 지적해야 할 것임.

2. 사회보장 관리체계

- 사회보장부문 제도 운영을 위한 관리기구의 기본 구도는 다음과 같음<표 10-1>.

〈표 10-1〉 사회보장제도 영역별 관리기구 및 전달체계의 구조

		중앙정부			지자체		민간
		중앙부처	보험공단	특별행정기관	시군구	읍면동	주요기관
사회 보험	국민연금	복지부	연금공단				
	건강보험	복지부	건보공단				
	고용보험	노동부	→	고용지원센터			
	산재보험	노동부	근로복지 공단				
	노인요양 보험	복지부	건보공단				
공공 부조	기초보장	복지부	→	→	○	○	종합 복지관
	자립지원	복지부	→		○	○	→ 지역자활 센터
사회 정책 부문 서비스	고용지원	노동부	→	고용지원센터	일자리센터		
	교육복지	교육부	→	지방교육청	→	○	
	주거복지	국토부	→	→	→	○	
	보건	복지부	→	→	보건소		
복지 서비스	노인	복지부	(건보공단)	→	○	○	→ 노인 복지관등
	장애인	복지부 노동부	(연금공단)	장애인고용 촉진공단	→ ○	○	→ 장애인 복지관
	아동	복지부 여성부	→	→	○	○ (드림스타트)	→ 지역아동 센터
	가족	여성부	→	→	○	→	건강가정 센터

자료: 강혜규a(2011)

- 사회보장제도를 관리하는 공공행정기관으로서, 공공부조제도 등의 사회복지사업 관련 행정을 담당하는 지방자치단체 사회복지부서와 사회보험제도 운영을 담당하는 공단들을 살펴 볼 수 있음.

- 지방자치단체의 경우 사회복지행정을 담당하는 16개 시·도, 230개 시·군·구 및 3,464개 읍면동의 인력은 총 20,926명(2010년 6월 기준)이며, 이 중 사회복지직 공무원은 1만여 명임.
- 사회보험관련 주요 기관은 5대 사회보험을 관리하는 국민건강보험공단, 국민연금공단, 근로복지공단 등이 있으며,
 - － 지역사무소는 국민건강보험공단 6개 지역본부에 178개 지사, 국민연금공단 91개 지사, 근로복지공단 6개 본부 46개 지사
 - － 사회보험 유관기관의 총 종사자는 2만4천 명(국민건강보험공단 12,404명, 국민연금공단 4,627명, 근로복지공단 4,940명)
- 사회복지부문의 서비스 사업을 담당하는 복지부 소관 민간시설은 생활시설 5,170개소, 이용시설 47,574개소로서, 이들 기관에 종사하는 인력은 2010년말 기준 총 387,374명(생활시설 78,877명, 이용시설 308,497명)임.
- 전체 종사자 중 보육시설 인력이 59.1%, 노인시설(생활 및 이용시설) 인력이 27.0%(104,572명)로서 전체의 86.1%를 차지
- 사회보장 관리체계의 쟁점과 과제
 - 다기화된 전달체계로 인한 복지서비스 전달의 비효율성의 개선: 통합적 복지수행 기반 마련
 - 찾아가는 서비스의 부진: 최일선 창구의 복지기능 강화
 - 지자체 복지행정의 서비스 여건 개선: 복지담당 인력의 확충과 활용

3. 인구구조 및 인구문제

□ 인구변동 요인

- 합계출산율은 1960년 6.0명에서 인구증가억제정책과 급속한 경제·사회 발전 등의 영향으로 1983년에 인구대체수준(2.1명)에 도달
 - － 1997년 외환위기 이후 출산율은 다시 급격하게 낮아지기 시작하여 2000년대에 들어서는 1.2명 내외 수준에서 장기화되고 있으며, 2005년에는 세계최저수준(1.08)까지 낮아졌으며, 이후 다소 작은 폭으로 등락을 거듭하여 2010년에는 1.23명으로 나타남.
- 평균수명은 1970년 61.93세에 불과하였으나 약 40년 후인 2009년에는 80.55세로 거의 20세가 증가
 - － 동 기간 남성의 평균수명은 58.67세에서 76.99세로 18.32세, 여성의 평균수명은 65.57세에서 83.77세로 18.20세 증가
 - － 사망률은 보건의료기술 발달, 질병 퇴치, 영양상태 증진, 생활습관 개선 등에 기인하여 급격하게 낮아졌는데, 이와 같은 요인들은 향후에도 계속 사망률 감소에 유리한 방향으로 변화하할 전망
 - 통계청 2011년도 인구추계에 의하면 한국인의 평균수명이 2060년 남자 85.76세, 여성 90.30세로 증가할 전망
- 최근에 들어 국내 체류(90일 이상 기준) 외국인의 규모가 증가하고 있으며, 외국인의 순이동도 플러스로 지속
 - － 유입 외국인의 성비는 2000년 154에서 2010년에는 127로

낮아져, 여전히 남성외국인이 우세하나 여성외국인이 상대적으로 더 빠르게 증가

□ 인구구조 및 인구문제

- 인구변동요인들이 상호작용한 결과로서 총인구는 2010년 4,941만 명에서 2030년 5,216만 명을 정점으로 감소하기 시작하여 2060년에는 4,396만 명에 도달할 전망
- 베이비붐세대(1955~1974년생)가 본격적으로 노년층에 진입하고 저출산현상의 장기 지속으로 인하여 유소년인구 및 생산가능인구가 계속 감소하여 고령화 수준은 급속도로 높아질 전망
 - － 65세 이상 인구는 2010년 현재 545만 명(11%), 2030년 1,269만 명(24.3%), 2060년 1,762만 명(40.1%) 수준으로 성장
 - － 85세 이상 인구는 2010년 37만 명(0.7%)에서 2060년 448만 명(10.2%)로 10배 이상 증가

4. 경제와 정부재정

1) 경제성장과 구조 변화

□ 경제성장 여건의 변화와 경제전망

- 우리나라의 경제는 전후복구이후 10%를 상회하는 경제성장을 보이며 짧은 기간내에 괄목할 만한 경제성장을 이루었으나, 1997년의 외환위기와 이후 2008년 글로벌 금융위기를

거치며 경제성장이 둔화되는 저성장 국면에 직면하게 되었음.

- 고도성장기의 경제성장은 산업화에 의한 광공업부문의 빠른 성장에 의해서도 상당량 주도되었다고 볼 수 있음.
 - 산업별 GDP 성장기여도를 보면 70년대와 80년대에 광공업분야의 GDP 성장 기여도가 2.15%와 2.08%로 전체 GDP 성장의 40%이상을 차지하는 것을 볼 수 있음.
 - SOC 및 서비스업의 GDP 성장 기여도는 70년대 이후 감소하기 시작하여 2000년대에는 2.25% 기여도에 그치고 있음.
- 수요부문별로는 고성장시대에는 총소비가 GDP성장에 대한 기여가 상당히 높았던 반면, 저성장으로 접어들면서 점차 성장 기여도가 총수출로 옮겨감을 볼 수 있음.
- 정부주도하의 성장전략에 따른 부작용의 누적은 1990년대 후반 외환위기로 이어지며, 기업의 도산과 실업 등으로 인한 고용구조의 변화와 실직가정의 증가 등으로 인한 소득분배 구조의 악화를 가져오게 되었음.
- 이와 함께 저출산고령화 등 인구구조의 변화와 이혼율의 급증 등 가족구조의 변화는 고용구조의 변화와 함께 성장동력을 악화시키게 되는 등 장기적인 저성장국면으로의 가도가 구가되고 있음.
- 또한 글로벌경제위기와 남유럽국가의 재정위기로 인한 세계 금융시장의 불확실성이 국내경제에도 많은 영향을 미치고 있음.

□ 고용과 노동시장

○ 경제활동참가율과 실업률

- 취업률과 경제활동참가율은 꾸준히 증가하여 왔으나 외환 위기 이후 경기침체에 의한 고용구조의 변화와 함께 경제 활동참가율이 저하된 이후 성장세가 둔화되고 있음.
- 실업률은 주요 선진국과 비교하여 낮은 편이기는 하지만, 60년대이후 지속적인 감소추세에서 외환위기를 겪으며 실업률의 급증을 경험
- 여성경제활동참가율은 주요 선진국과 비교하여 낮은 수준으로 2007년 기준 53.2%로 OECD평균 59%보다 훨씬 낮은 수준이지만, 80년대 이후 지속적으로 증가하고 있음.
- 청년경제활동참가율은 학력이 높아짐과 더불어 80년대 이후 지속적으로 감소추세이나 경기침체의 여파와 일자리수 감소, 청년층의 중소기업기피등의 현상으로 인해 2000년대 후반 감소추세가 가속화

○ 노동시장의 구조변화

- 외환위기 이후 노동시장은 실업률의 증가와 함께 비정규직이 확대되고, 저임금근로자의 비중이 확대되는 등 저숙련 노동자의 지위가 하락되는 방향으로 변화되는 추세에 있음.
- 노동시장의 이러한 변화는 근로빈곤층의 문제와 양극화의 심화, 중산층의 축소 등 우리나라 소득분배구조의 전반적 악화에 근본적인 원인을 제공하고 있음.

○ 기업규모별 임금격차 증가

- 대기업과 중소기업의 평균임금의 격차도 2000년대에 들어

서 더욱 벌어지고 있는 추세에 있어 소득분배구조 악화의
요인으로 작용

2) 정부재정

□ 재정지출과 국민부담율

- 우리나라 정부 재정부문의 규모는 OECD국가들 중에서 현저하게 낮은 수준으로, 2009년 기준 GDP대비 일반정부 재정지출의 비율은 33.1%로 OECD국가 중 가장 규모가 작은 것으로 나타나고 있음.
 - － 세입 규모도 OECD국가들에 비하여 낮는데, 2008년 기준 국민부담률은 26.5%로 OECD평균 34.8%보다 현저히 낮음.
 - － 국민부담률은 사회보험의 도입과 정착이 이루어진 90년대부터 현재까지 급속히 증가하고 있음을 볼 수 있음.
 - 국민연금의 도입과 확대, 전국민 건강보험시대의 도래와 함께, 급속한 고령화와 소득증가로 인한 의료비 상승은 건강보험 재정안정화를 위한 보험료의 지속적 인상을 불가피하였음.
- 우리나라의 분야별 재정투입 비중을 살펴보면 OECD 국가들에 비하여 분단 상황이라는 특수성하에 국방비 지출 비중이 크고, 경제개발부분에 대한 투자비중이 큼을 알 수 있음.
 - － OECD국가들에 비하여 사회보호와 보건부문의 부문별 재원투입 비중이 상대적으로 낮게 나타나고 있음.
 - 사회보호부문에의 투자비중은 사회보장제도의 발전과 사회보험 도입과 확대와 더불어 지속적으로 증가되어 왔음.

- GDP대비 사회복지지출이 OECD 평균에 비하여 낮은 수준으로 평가되고 향후에도 보육 및 가족에 대한 복지수요, 고령화로 인한 복지지출의 증가, 연금급여지출의 가속화로 인한 지출비중의 확대가 예상된다.
 - 보건부문의 지출도 노인의료비와 국민의료비의 증가와 함께 70년대에는 평균 1.8%였던 것이 2000년대에는 평균 11.3%로 지속적 증가세를 보이고 있음.
- 우리나라는 외환위기 이전까지 균형재정 달성을 재정운용의 기조로 삼아왔었던 까닭에, 재정수지는 비교적 균형재정을 달성하며 건전하게 유지되어 왔고 국가채무 수준도 OECD국가들에 비교하면 낮은 수준임.
- 그러나 외환위기 이후에는 위기극복을 위한 재정지출의 확대로 재정수지가 악화되기 시작하였고, 국가채무도 급속히 증가하였음.

5. 소득분배와 복지재정

1) 소득분배 현황과 복지지출의 효과성

□ 소득분배 현황

- 우리나라의 소득불평등도는 OECD국가들에 비하여 높은 것으로 나타나고 있음.
- 2000년대 중반의 경우 우리나라 소득불평등도는 OECD 30개국 평균 지니계수 0.311보다 0.002가 더 큰 것으로 나

타남.

- 우리나라의 소득분배구조는 외환위기를 겪으며 악화된 이후 지속적인 악화추세에 있음.
 - 가처분소득과 시장소득의 지니계수는 90년대 초반 개선의 기미를 보이다 외환위기 이후 급격한 악화세를 보임.
- 중위소득 50% 기준 상대빈곤율의 악화 추세는 더욱 현저히 보임.
 - 상대빈곤율은 1990년 약 7.1%에서 지속적으로 증가하여 2010년에는 약 12.5% 까지 증가하였음.
- 소득갭비율도 외환위기 이후 악화되기 시작하여 수적인 측면에서 뿐 아니라 빈곤의 깊이도 악화되고 있음을 보여주고 있음.
- 우리나라의 노인빈곤율은 외국과 비교하여 매우 높은 것으로 알려져 있음.
 - 2000년대 중반 한국의 노인빈곤율은 45.1%로 OECD 평균 13.5%에 비하여 현저하게 높게 나타남.
 - 노인빈곤율도 비슷한 추이를 보이며 외환위기 이후 급격한 악화추세임.

□ 복지지출의 효과성

- 소득분배구조의 악화추세는 전국민 사회보험시대가 개막되고 사회보장제도가 빠르게 발전한 90년대와 외환위기 이후 사회안전망강화와 함께 급속히 증가한 복지지출의 규모와는 상반되는 현상이라는 점에 주목할 필요가 있음.
- 이는 사회보장지출의 효율성이 축소되어 가고 있지는 않

는지 의구심이 드는 측면이라 할 수 있음.

- 지출의 효과성을 나타내는 만원당 소득재분배 효과와 사회후생효과가 동기간동안 전 연령그룹에서 전반적인 하락 추세를 보임.
- 이러한 지출 효율성 축소 가능성의 근간에는 사회보장제도 사각지대에 있는 빈곤층의 문제와 고용시장의 문제 등 사회보장제도의 구조적 취약점도 있고, 사회보장 전달체계상의 비효율성 문제와 복지의존도와 근로의욕 저하 등 비효율성을 초래하는 제도상의 문제점들도 내재해 있다고 볼 수 있음.

2) 복지재정

□ 복지지출 현황과 전망

- 우리나라의 복지지출 규모는 주요 선진국가들과 비교해 빠른 기간 동안 급속하게 증가하였음.
- OECD기준 공공사회복지지출은 2007년 GDP 대비 7.5%로 OECD국가 평균의 약 38%정도로 낮은 수준이지만, 90년 이후 연평균 5.93%의 증가율로 빠르게 증가하였음.
- 동기간동안 OECD국가 평균 공공사회복지지출의 연평균 증가율이 0.52%임을 감안하면 최근 20~30년 동안 우리나라 사회복지지출이 급격히 성장해 온 것을 알 수 있음.
- 복지지출은 향후에도 지속적으로 늘어날 것으로 전망됨.
 - 복지지출의 대부분이 경직적인 법정지출이어서 매년 자연적으로 증가하는 경향이 있고, 저출산 고령화 등 인구

의 구조적 변화로 인한 노인의료비, 노후소득보장비의 증가가 예상되며, 출산율제고, 보육의 공공화등 수요에 의한 향후 보육지원의 확대가 대거 예상되고 마지막으로, 선거철 표몰리즘적 복지지출의 증가요인이 있다는 점을 꼽을 수 있음.

□ 복지부문 재원배분

- 복지부문 재원배분의 추이를 보면 공적연금, 주택, 노동, 건강보험지원을 포함한 보건의료, 국민기초생활지원, 보훈, 보육 및 취약계층 순으로 재원 배분이 이뤄지고 있음.
- OECD국가 평균적으로 노령(33.5%), 보건(30.2%), 장애(11.1%), 가족(10.1%), 유족(5%)순으로 재원배분이 이뤄지고 있음.
- 우리나라는 보건(46.5%), 노령(21.4%), 장애(7.3%), 가족(6.1%) 순이나 기타부문의 재원배분이 전체 공공사회복지지출의 10.3%로 주요 선진국에 비해 높은 비중을 보임.
- 전반적으로 보아 우리나라는 보건, 실업(3.3%)부문에 대한 재원배분이 OECD국가들에 비해 높은 반면, 노령, 가족, 적극적노동 시장부문의 재원배분은 주요 OECD국가들에 비해 매우 낮은 편임.
- 노령부문의 경우 급속한 고령화속도, 노인의료비의 증가와 연금급여지출의 본격화, 최근의 기초노령연금과 장기요양보험등 신규 제도의 도입으로 인해 향후 노령부문의 지출이 급속히 증가할 것으로 예상
 - 우리나라의 노인빈곤율은 주요선진국에 비해 높은 것으로 나타나고 있기는 하지만, 향후 노인부문의 자연적 재원

배분의 증가에 따라 노인빈곤율도 상당부분 완화될 것으로 전망되고 있음.

- 가족부분에의 재원배분 비중에 관한 논의는, 각나라의 복지레짐에 따른 차이가 있으므로 신중할 필요가 있음.
 - － 무료보육료지원 대상의 확대와 양육수당 확대등 자녀양육관련 지출의 확대가 예상되므로, 가족부분의 재원배분 비중도 향후에는 증가할 것으로 전망
 - － 그러나 가족부분에 대한 배분이 북유럽국가의 경우와 유사하게 가야 할 것인가에 대해서는 의문의 여지가 있음.

□ 복지부문 국고보조사업과 지방비

- 복지부문의 국고보조사업은 총 국고보조사업의 33.4%(2007년)을 차지하여, 보건복지지출에 따른 지방비 부담도 큰 실정임.
 - － 지자체 복지지출의 절반이상은 국고보조사업으로 구성되어 있고 지자체 전체 예산의 약 19%(2010년)가 사회복지부문에 투입되고 있음.
 - － 중앙정부의 복지지출의 증가와 함께 지방정부의 지방비 매칭 부담 증가추세가 뚜렷이 나타나고 있음.
- 복지부문 사업의 중앙정부와 지자체간의 책임성에 대한 재논의와 분류를 통한 국고보조율의 재조정 필요

6. 최근 사회보장 개혁동향

- 2000년대 후반 한국의 사회보장제도 발전의 방향을 규정하는

정책환경의 특징 중 가장 중요한 것은 경제성정률의 저하와 저성장국면으로의 진입이라고 할 수 있음.

- 노동시장 특징도 매우 중요한 요인인데, 1997년 위기 이후로 진행된 노동시장 유연화의 결과 비정규직 근로자가 광범위하게 존재하고 여전히 자영업 종사자의 비중이 높음.
 - 한편 급속히 진행되고 있는 고령화의 위협으로 인해 의료비 증가, 노인빈곤의 증가, 생산인구의 감소, 연금재정 압박 등 다양한 문제가 심화될 것으로 예상되고 있음.
 - 경제성장의 둔화와 더불어 분배구조의 악화, 즉 불평등의 확대 또는 양극화가 진행되고 있다. 지난 20년간의 경향을 놓고 볼 때 빈곤과 불평등이 심화되었고 중산층은 위축되었음.
- 이러한 도전요인에 대응하여 최근 들어서도 사회보장제도는 계속적인 변화와 발전을 지속하여 왔음.
- 2000년을 기점으로 사회보험과 공공부조제도로 구성되는 사회보장제도의 외형적 틀이 갖추어진 이래, 이후에는 기존 제도들의 대상범위나 급여수준을 높이려는 노력이 지속적으로 이루어져왔음.
 - 그 대표적인 예가 기초노령연금제도의 실시(2008)년, 근로장려세제의 실시(2008년), 장애인연금제도의 실시(2010)등 소득보장제도 측면에서의 발달과 영유아보육료지원(2006), 노인장기요양보험제도 실시(2008) 등임.
- 그러나 여전히 사회보장제도의 광범위한 사각지대가 존재하고 동시에 저소득층의 소득지위가 악화됨에 따라 다수 국민들

의 안정적 생활이 위협받고 있음.

- 특히 최근에는 의료, 주거, 보육, 교육 등 필수적 생활영역에서의 지출부담이 과중해짐에 따라 이들 영역의 복지욕구 해소에 국가의 지출확대를 요구하는 목소리가 점차 높아지고 있음.

□ 현재 한국의 사회보장제도는 한편으로는 양적 확대와 동시에 다른 한편으로는 질적 내실화의 과제를 동시에 안고 있음.

- 사회보장지출의 양적 확대가 물론 필요하지만 동시에 사회보장제도가 국민의 탈빈곤 및 자립을 지원하고 근로유인을 강화하여 장기적으로 지속가능한 사회보장체제를 구축해야 하는 과제를 안고 있는 것임.
- 동시에 사회보장에 필요한 재원의 확대를 위해 불가피하게 국민부담률의 확대가 요구되는 바, 그에 대한 지지기반을 확보해야 하는 이중의 과제를 안고 있음.

제2장

소득보장제도

1. 고용보험제도와 고용정책

- 우리나라는 1993년 고용보험법을 제정하고 1995년 고용보험 제도를 도입하였음. 우리나라의 고용보험제도는 실업을 예방하고 실업급여를 통해 실직자의 생계를 지원함. 또한 취업애로계층의 고용을 촉진하며 직업능력개발을 통해 생산성 및 취업가능성을 제공하는 적극적 노동시장 역할을 수행함.
- 우리나라 고용보험제도는 강제적 제도에 속함. 따라서 사회보험방식에 의해서 일정한 요건에 해당하는 근로자는 의무적으로 적용대상이 됨.
- 우리나라 고용보험제도의 적용대상 사업체는 지속적으로 확대되어, 2012년 현재 1인 이상 근로자를 고용하는 모든 사업장은 고용보험에 의무적으로 가입하여야 함.
- 우리나라 고용보험제도는 강제적 제도에 속함으로 대상 사업장에 종사하는 모든 근로자는 고용보험제도의 적용대상이 됨. 그리고 2004년 1월 1일부터는 일용근로자 그리고 60세 이후에 새로이 고용되는 자(64세까지 적용)에 대하여도 고용보험 적용이 확대됨.

- 우리나라 고용보험사업에 소요되는 비용은 노사가 각각 부담한다. 보험가입자인 사업주와 피보험자인 근로자로부터 징수하는 보험료는 고용안정·직업능력개발사업 보험료와 실업급여 보험료로 구분하여 산정됨.
 - 2011년 이후 우리나라 고용보험요율을 보면 실업급여의 경우 사업주가 0.55%, 근로자가 0.55% 부담함. 고용안정·직업능력개발사업 보험료는 기업규모에 따라 차등이 있어서, 상시근로자 150인 미만 기업 0.25%, 150인 이상(우선지원대상기업) 0.45%, 150인 이상~1,000인 미만 0.65%, 1,000인 이상 기업, 국가·지방자치단체(직업훈련의무업체)의 보험료는 0.85%임.
- 고용보험기금은 고용보험법 제 78조에 따라 징수된 보험료와 징수금, 적립금, 기금운영수익금과 그 밖의 수입에 의해서 조정됨. 2010년 고용보험기금 운영규모는 7조 6,164억원임.
- 고용보험법에 의하면 대량실업의 발생이나 그 밖의 고용상태의 불안에 대비한 준비금으로서 그 연도의 지출비용을 초과하는 여유자금을 적립해야 함.
 - 여유자금의 적립규모는 고용안정·직업능력개발사업 계정의 경우, 연말 적립금을 해당 연도 지출액의 1배 이상 1.5배 미만으로 유지해야 함.
 - － 고용안정·직업능력개발사업 계정의 적립금배율은 2006년 결산기준 2.4에서 2009년 1.2로 지속적으로 하락하였다가, 2010년에 1.5로 소폭 증가함.

- 실업급여 제정은 연말 적립금을 해당 연도 지출액의 1.5배 이상 2배미만으로 유지해야 함.
 - － 실업급여 제정의 적립금배율도 2006년 2.4에서 지속적으로 하락하여 2010년 0.6으로 법적 요건을 충족하지 못하게 됨. 이에 따라 2011년에 근로자와 사업주가 각각 부담하는 실업급여 보험료율을 0.9%에서 1.1%로 인상하였음.
- 우리나라의 고용보험사업은 크게 세 가지 즉, 실직자의 생계지원 및 재취업을 촉진하는 실업급여 사업, 실업의 예방, 재취업촉진 및 노동시장 취약계층의 고용촉진을 위한 고용안정사업, 그리고 근로자의 생애 직업능력개발체제 지원하는 직업능력개발사업으로 구성되어 있음.
- 고용안정사업은 2010년 1월에 고용유지지원금, 신규고용촉진장려금 등 총 16개 사업으로 확대됨. 그러나 2011년에 사업의 효율성을 위해 전면 개편하여 2010년 16개에 이르는 의무지출지원금을 7개 지원금 및 3개 재량지출 사업으로 재편하였음.

2. 연금제도

- 우리나라의 공적연금제도는 일반국민을 대상으로 하는 국민연금과 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 등의 특수직역연금으로 구분됨.
- 국민연금과 특수직역연금은 소득대체율과 보험료율, 연금 수

급위한 최소가입기간, 연금수급개시연령 등에서도 양 제도는 많은 차이가 있으나, 특히 급여형태 및 급여산식에서 차이점이 있음.

- 국민연금제도에서는 주로 노령연금을 지급하고 있는 반면 특수직역연금은 노령연금, 퇴직금, 산재보상 등의 성격이 혼재되어 있음.
- 급여산식에서는 균등부분과 소득비례부분의 합으로 구성된 국민연금과 달리 특수직역연금은 소득비례부분으로만 구성되어 소득재분배 기능이 없음.

□ 국민연금과 특수직역연금제도 모두 불균형한 수급구조로 인해 연금재정의 장기불안정이라는 공통된 문제점에 노출되어 있음.

□ 국민연금은 장기적 관점에서 재정건전성을 평가하고 제도의 발전방향을 제시하기 위하여 1998년 국민연금법 개정시 재정계산제도를 도입하였음.

- 보건복지부 장관은 5년마다 국민연금 재정수지를 계산하고 국민연금 운영전반에 관한 계획을 수립하도록 되어 있으므로 2003년에 이어 2008년에 제2차 재정계산이 시행되었음.
- 2003년 재정계산 결과에 따라 보험료는 그대로 유지하고 급여수준을 낮추는 것을 주요골자로 하는 개정안이 우여곡절 끝에 2007년 7월 국회를 통과함.
- 2008년 시행된 제2차 재정계산에서는 재정안정화보다는 사각지대 해소방안 등 국민연금제도 운영의 중장기 방향을 설정하는데에 주안점을 두었음.

□ 공무원연금제도는 1990년대 중반에 이르러 수급구조 불균형과 제도가 성숙함에 따라 장기적으로 재정불안을 겪을 것으로 예측되어 2001년 연금개혁을 단행하였으나, 재정불안정 문제는 여전히 존재할 것으로 전망됨.

□ 2009년말 재정안정화를 위해 기여율의 인상, 급여수준 인하 등 수급구조 조정 등을 골자로 하는 공무원연금법 개정이 이루어짐.

○ 2009년말 법개정에서는 보험료율은 인상하고 급여수준을 낮추는 등 더내고 덜받는 식으로 개정되었음.

－ 단 지급개시연령에 대해서는 재직자는 종전 제도를 적용하고 신규임용자에게만 65세를 적용하는 등 재직자와 신규임용자로 구분함.

－ 2009년 연금법 개정은 공무원 세대간 수급구조 이원화에 기초한 모수개혁을 지향하고 있는데 장기적으로 정부 부담을 감소시킨다고 평가할 수 있음.

○ 연금법 개정에도 불구하고 미래의 후세대 및 정부가 여전히 추가 부담해야 하는 규모가 적지 않을 것으로 예상됨.

－ 장기재정절감의 상당 부분이 공무원의 수급구조 조정으로 기인하고 있는데, 법개정에도 불구하고 공무원연금재정의 적자폭이 커질 것으로 전망되므로 미래 정부의 추가 부담이 불가피한 것으로 전망됨.

□ 사학연금의 경우³⁾ 공무원연금과 마찬가지로 재정안정화를 목

3) 공무원 및 사학연금법은 2010년 1월 1일부터 개정법이 시행되고 있으나 군인연금법 개정안은 2011년 6월 8일 국회에 제출되었고 현재 국회에서 논의 중임.

적으로 2009년말 법개정이 이루어졌으나 재정건전성 확보 차원에서는 추가적인 제도개혁이 불가피함.

- 더내도 덜받는 식으로의 개정에도 불구하고 사학연금기금은 2032년에 소진되어 이후에는 재정적자 보전을 위한 추가재정이 투입되어야 하는데, 그 규모도 시간이 지남에 따라 점차 확대될 것으로 전망됨.

3 재해보험

□ 재해보험 개관

- 근로자가 업무상 재해로 인한 임금소득 활동이 불가능할 경우, 소득을 보장하는 제도로 산업재해보험과 근로자재해책임보장보험이 있음.
- 산재보험은 산재근로자와 그 가족의 생활보장을 위해 국가가 책임을 지는 의무보험으로서 우리나라 최초의 사회보험 제도임.
- 근재보험은 근로자의 업무상 재해에 대해 사용자가 근로기준법 또는 선원법상 재해보상금과 민법상 손해배상책임분인 손해보상금을 담보하는 민간보험임.
- 산재보험과 근재보험은 의무가입 여부와 근로자의 재해에 대한 사용자의 과실유무의 적용범위에서 차이가 있음.
 - － 산재보험은 사용자의 과실유무에 상관없이 적용되는 반면, 근재보험은 사용자의 과실 확인 시 적용됨.

□ 산재보험은 일제통치기에 광부들의 재해에 대한 부조에서부터, 근재보험은 1970년대 근로자들의 해외 건설 시기부터 도입됨.

○ 산재보험은 1938년 광부의 업무상 부상 등에 대해 광업권자가 수급권자에게 부조하는 「조선광업령」과 「조선광부 부조 규칙」의 제정으로 시작됨.

○ 근재보험은 해외건설 현장의 취업근로자들에 대한 보험가입 의무화조치가 취해진 1978년부터 본격적으로 도입됨.

□ 재해보험의 현황

□ 산재보험의 경우, 적용 근로자와 사업장이 전체 대비 여전히 낮지만, 징수와 보상, 재활복지 측면에서는 발전한 상황임.

○ 산재보험 적용 근로자와 사업장은 2010년 기준 1,420만 명, 161만 개소로 전체 취업자와 사업장 대비 59.6%, 46.5%임.

○ 산재보험 징수결정액과 보험료는 2010년 기준 각각 4조 8,247억 원과 4조 5,993억 원이며, 수납률은 95.3%임.

○ 보상수급자는 2010년 기준, 25만 여 명, 급여지급액은 2.5조 원으로 2000년 대비 수급자는 연평균 8.3%, 금액은 9.2% 증가함.

○ 재활복지에서는 초기 급여수준 인상에 치중했지만 2000년 이후, 노동정책과 관련된 산재근로자 재활 및 사회복귀 사업이 도입

□ 근재보험은 산재보험의 범위적용 확대에 의한 보험사들의 요율 조정으로 보험료가 감소했지만, 근로자 복리후생 방안으로

서 근재보험 부상으로 국내 비종과 직업훈련생들의 보험금과 손해액이 증가한 상황

- 2000년 대비 2009년 계약건수는 152,184건으로 연평균 5.8% 증가했으나, 보험료는 912억 원으로 연평균 -0.6% 감소함.
- 전체 보험금과 손해액에서 국내 부분이 차지하는 비중이 2000년 대비 각각 15.3%p, 19.2%p 증가함.
- 직업훈련생 근재보험의 보험금과 손해액이 각각 연평균 7.1%, 18.0%로 급상승함.

□ 향후 과제

□ 재해보험은 과거에 비해 범위적용이 확대되면서 사회안전망으로서 점차 자리를 잡아가고는 있지만 여전히 다음과 같은 과제가 존재함.

- 대상 측면에서 재해보험 혜택을 받지 못하고 있는 약 947만 명의 근로자들에 대한 적용 확대 정책이 요구됨.
- 보상측면에서 기업이미지 하락과 고용불안으로 산재보험이 아닌 기업과 근로자간 직접 보상이 암암리에 이루어지는 공상처리 문제를 해결하기 위한 정책이 필요
- 운영측면에서 산재발생시 신속한 응급처리와 신청, 그리고 보상행정과 재활이 이루어지도록 재해보험제도의 효율성가 요청됨.
- 재정측면에서 사회보험으로서 재해보험의 기능 확대를 고려해 재정문제의 재검토 과정이 요청됨.

4. 공공부조

- 한국의 공공부조제도인 국민기초생활보장제도는 1998년 발생한 IMF 경제위기를 배경으로 하고 있음.
 - 기존 생활보호제도의 선정기준의 엄격성으로 인해 경제위기 상황에서 저소득 및 많은 실업자들의 생계유지에 어려움을 겪게 되어 이를 극복하기 위해 국민기초생활보장제도(2000년 10월)가 도입
- 과거 생활보호제도가 저소득층 보호를 위한 시혜적 차원의 제도였다면 기초보장제도는 저소득층에 대해 국가책임을 강조하는 제도로써 기초보장 수급자의 권리성을 강조하고 사회전체적인 빈곤의 책임을 강조하는 제도임.
 - 그러나 동시에 자활제도를 둠으로써 수급자들도 빈곤탈피를 위해 노력할 것을 규정하고 있음.
 - 특히 인구학적 기준, 연령기준 등을 폐지함으로써 생활보호 제도에서는 거택보호대상자에게만 제공되는 생계보호가 기초보장제도에서는 수급자 모두에게 생계급여를 지급하는 것으로 변경됨.
- 기초보장제도의 세가지 중심제도로는 최저생계비(기초법 6조), 소득인정액(기초법 5조), 보충급여제도(기초법 3조)를 들 수 있음.
 - 최저생계비는 1999년부터 공식된 것으로 초기에는 매 5년을 주기로 2004년 이후에는 3년을 주기로 조사되고 발표되는

것으로 수급자의 선정기준과 급여기준의 역할을 수행하고 있음.

- 생활보호제도가 소득 및 재산을 통해 수급자를 선정하는 Cut-off제도로써 형평성 측면에서 문제가 있었다면 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액을 통해 수급자를 선정하는 방식으로 기존 방식을 보다 개선한 과학적 선정방법이라 볼 수 있음.
 - 기존 생활보호제도의 급여는 정액지급방식이었지만, 기초보장제도는 최저생계비와 수급자의 소득인정액과의 차액을 지원하는 보충급여제도를 적용하고 있음. 이를 통해 수급자의 안정적 생활을 도모할 수 있게 됨.
- 기초보장제도의 수급규모는 2000년 제도 도입 초기에는 전체 수급자는 약 148만 명으로 이중 일반수급자는 141만 명, 시설수급자는 6만 9천 명이었음.
- 2000년대 초반 수급자가 135만 명(2002)까지 감소하였으나, 2004년 이후 부양의무자 기준 등 선정기준의 완화에 따라 수급자규모가 증가하여, 2010년에는 약 155만 명으로 제도 도입 초반에 비해 약 7만 여 명이 증가하였음.
 - 전체 인구 대비 수급률을 보면 2001년 전인구 대비 3.0%에서 2010년에는 3.1%으로 소폭의 증가하며, 3%내외의 수준을 유지하고 있음.
- 기초보장제도가 저소득층의 생활안정을 위해 중요한 사업이고 제도 도입이후 선정기준 등의 변경을 통해 수급자가 지속

적으로 증가하고 있지만 여전히 여러 한계를 지니고 있음.

- 선정기준에 있어 부양의무자 기전의 엄격한 적용으로 인해 소득과 재산은 정부가 정한 기준에 비해 낮지만, 기초보장제도의 혜택을 받지 못하는 수급가구와 비슷한 규모의 비수급 빈곤층이 존재하고 있음.
- 기초보장제도를 오랜 기간 수급하고 있는 장기수급층이 증가하고 있어, 자칫 빈곤의 함정에 놓일 수 있으며, 장기수급층이 고령화되고 있다는 점에서 수급탈피를 위한 제도적 장치들이 마련되어야 할 것임.
- 최저생계비 계측방식과 수준에 관한 것으로 최저생계비가 계측년도는 전물량방식, 비계측년도에는 소비자물가상승률을 적용함에 따라 시간이 지남에 따라 일반가구의 소득 또는 지출과 최저생계비가 지속적으로 격차가 벌어지고 있음.
 - － 향후 최저생계비 계측에 있어 상대적 방식 또는 변형된 전물량방식으로의 전환이 요구됨.

제3장

의료보장과 사회서비스제도

1. 의료제도

- 한국의 의료제도는 공급사이드는 민간 부문의 자유경쟁에 맡기면서 수요사이드에서 공적 관리를 하고 있음.
- 병의원은 기관수로 볼 때 94%가, 병상수로 볼 때 89%가 민간 소유임.
- 의료제도의 재원조달은 건강보험제도에 주로 의존하고 있는데, 특히 대부분의 국민이 건강보험제도에 속하기 때문에 건강보험제도의 적절한 운영 여부가 의료제도의 적절한 작동 여부를 의미하는 것으로 이해해도 과언이 아님.
- 한국 의료제도는 의사나 간호사와 같은 ‘인적 자원’의 투입을 최소화하면서 이를 병상, 의료기기 등의 ‘물적 자원’의 과다 투입을 통해 보충하고 있음.
- 2009년 기준 한국의 ‘인구 천명당 임상 의사수’는 1.9명으로 OECD 국가 평균 3.1명의 3분의 2수준에 불과함.
- 간호 인력의 부족은 더욱 심각한 수준인데, 한국의 ‘인구 천명당 임상간호사수’는 4.5명으로 OECD 국가 평균 8.4명의 절반에 그침.

- 한국의 인구 천명당 급성기병상수는 8.3개로 OECD 국가 평균 4.9개의 1.6배임.
 - CT 및 MRI 보유대수 역시 일본, 미국 등과 함께 OECD 국가 평균을 훨씬 상회하고 있음.
- 한국의 2010년 국민의료비는 82.9조원으로, GDP의 7.1%에 해당함. 이는 OECD 34개 국가 중 31번째에 해당됨. 구매력지수로 환산한 1인당 국민의료비는 2,064 US\$PPP로 34개 국가 중 28번째임.
- 국민의료비의 증가율은 여타의 경제부문에서 보기 힘든 높은 수준인데, 이로 인해 의료제도의 지속가능성이 계속 쟁점으로 다루어짐.
 - 국민의료비의 58.2%(48.3조원)는 공공재원, 나머지 41.8%(34.6조원)는 민간재원에 해당됨.
 - － 공공재원의 비중은 1980년대 초반 해도 20%를 갓 넘는 수준이었으나, 꾸준한 보험급여 대상자의 확대와 보험급여의 확대 정책으로 빠르게 증가하였음.
 - － 민간재원은 공공재원과 반대의 경향을 보임. 민간재원의 대부분을 차지하는 가계직접부담은 1980년에 국민의료비의 74.0%를 차지하였으나, 전국민의료보험, 보장성 강화대책 등의 영향으로 그 비중이 차츰 감소하여 2010년에는 32.1%로 줄어듦.
- 국민건강의 향상이라는 의료제도의 목표를 달성하기 위해서는 보다 효과적이고 안전하며 환자의 니드에 맞는 보건의료가

제공되어야 함. 이는 의료의 질(quality of care)에 대한 적절한 보상을 통해서 이를 수 있음.

- 과거에는 질을 고려한 지불은 거의 없었으나, 21세기에 들어서면서 ‘질에 대한 보상’이 강조되고 있음.
- 최근에는 ‘성과에 근거한 지불 방식’(P4P: pay-for-performance)으로 ‘가감지급사업’을 진행하고 있음.

□ 다양한 지표를 통해 한국 국민이 OECD 국가의 평균 이상의 건강 수준 향상을 보여 왔음을 확인할 수 있음.

- 남녀 평균수명은 2009년 기준 80.3세로 OECD 국가의 평균인 79.5세를 상회함. 더욱이 건강수명은 지난 50년 사이에 27.9년이 증가하여 OECD 국가 중 가장 높음.
- 한국의 영유아사망률은 출생아 천명당 평균 3.5명으로 OECD 평균 4.4명보다 낮으며, 과거 40년간 감소폭도 OECD 국가에서 가장 높은 수준임.
- 이와 같은 지표들은 우리의 의료제도가 국민의 건강수준의 향상에 일정부분 기여하였음을 추정하게 하는 것임.

2. 의료보장

□ 우리나라의 의료보장제도로는 보건복지부가 관장하는 건강보험 및 의료급여제도와, 노동부가 관장하는 산업재해보상보험이 대표적임.

- 건설교통부 소관의 자동차보험도(특히, 책임보험) 일정 부분

의료보장의 역할을 하고 있지만, 민간보험회사가 운영하는 만큼 사회보장의 논의에서는 제외되는 것이 보통임.

- 노동부가 관장하는 산업재해보상보험은 가장 먼저 시행되었지만, 대상자가 국한되어 있기 때문에 규모의 증가가 크지 않음. 따라서 의료보장의 대부분은 건강보험제도와 의료급여 제도를 통해서 이루어지고 있다고 해도 과언이 아님.

□ 국민건강보험제도는 재원의 적절한 조달을 통해서 국민 건강 수준의 향상이라는 목표에 기여하고 있음.

- 우리나라 건강보험의 역사는 국민건강보험이 없었던 1977년 7월까지의 기간, 건강보험의 부분 적용 이후 전국민의료보험까지의 1977~1989년, 건강보험 급여의 확장기인 1990~2000년, 그리고 건강보험의 구조 변화기인 2000년 이후의 시기로 나누어 볼 수 있음.

- 자비부담의 시대: 1977년 이전에는 산업재해를 당한 경우를 제외하고는 모든 의료서비스에 대해 환자가 자비로 부담해야 했음. 이 시기에는 산재보험이 유일한 사회보험이 있음.
- 건강보험 적용인구의 확대: 1977년 공적으로 재원이 조달되고 관리되는 사회보험으로서의 건강보험이 도입됨. 12년 후인 1989년에는 전국민의료보장이 실시됨.
- 건강보험 급여의 확대: 전국민의료보험 달성 후, 약국 처방 약 조제의 급여패키지 포함(1989년), 연간 보험 적용 일수의 확대 및 제한 해지(1995~2000년) 등 급여 확대 노력이 계속됨.

- － 건강보험 구조 개혁: 2000년 7월, 수백 개의 조합이 하나의 조직(국민건강보험공단)으로 통합됨. 이어 2000년 하반기에는 의약분업이 실시됨. 2000년대 중반 이후에는 급여의 확대를 통해 건강보험 보장성을 높이기 위한 시도가 계속됨.
- 건강보험사업은 보건복지부 장관이 관장하지만, 건강보험의 관리 운영은 보험자조직인 국민건강보험공단이 하고 있음.
- 건강보험의 주된 재원은 보험료이고, 정부지원금이 이를 보충하고 있음. ‘정부지원금’에는 국고지원과 건강증진기금(담배부담금)이 포함됨.
- 1977년 건강보험제도가 도입될 당시부터 의료서비스의 비용은 모두 행위별수가제에 의해 상환되고 있음.
 - － 한국의 행위별수가제는 5천개 이상임. 이는 의료제공자들로 하여금 서비스의 양을 늘림으로써 수입을 늘릴 유인을 제공함.
 - － 정부는 이러한 문제점을 인식하고 입원에서 K-DRG를 중심으로 한 포괄수가제를 도입하기 위한 제도 개혁을 실시한 바, 2011년부터는 7개 DRG군을 의원 및 병원으로 확대하게 됨.
 - － 한편, 2009년부터 포괄방식과 일당지불방식을 혼합하고 많은 예외를 인정하여 혼합한 소위 ‘신포괄수가제도’의 시범사업을 진행하고 있음.
- 의료급여제도(구 의료보호제도)는 생활이 어려운 국민의 의료문제를 국가가 보장하기 위해 도입한 제도임. 이는 공공부조

의 하나로, 자산조사에 근거하여 빈곤선 이하의 국민을 대상으로 운영됨.

- 1961년 생활보호법이 제정되면서 의료보호에 관한 규정이 최초로 제정되었고, 1977년 의료보호법이 제정되고 하위법령이 정비되면서 ‘의료보호제도’가 본격적으로 시작됨.
- 의료급여비용은 국고보조금, 지방자치단체의 출연금 등을 재원으로 하여 시·도에 설치된 의료급여기금에서 충당됨.
 - － 광역시·도는 국고 80% 지방비 20%, 서울특별시는 국고 50% 지방비 50%의 비율로 부담하게 됨.
 - － 서울특별시와 광역시의 경우는 특별시와 광역시가 지방비의 50%와 20%를 다 부담하고 자치구는 부담을 하지 않음. 도의 경우는 도가 14~16%를, 시가 6%를, 군이 4%를 부담함.
- 의료급여에서 의료제공자들에게 지불되는 비용은 정부예산에 의해 충당되기 때문에 재정의 수지의 균형은 유지할 수 있지만, 결국 정부의 부담이므로 효과적이고 효율적인 관리가 요구됨.

3. 노인장기요양보험

- 2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’이 제정되어 2008년 7월부터 ‘노인장기요양보험제도’가 시작되었음.
- 노인장기요양보험은 ‘치매·중풍 등의 노화 및 노인성 질환으로 신체·정신적 기능이 쇠퇴된 대상자들에게 다양한 장기요

양서비스를 제공하는 것'을 목적으로 하고 있음.

- 노인장기요양보험은 건강보험과 마찬가지로 보건복지부장관이 관장하되, 보험자의 역할은 국민건강보험공단이 하고 있음.

- 정부가 노인장기요양보험을 도입하면서 내세운 기대효과는,
 - 첫째, 비전문적 가족요양 체계에서 벗어나 계획적이고 전문적인 요양, 간호 서비스를 제공받을 수 있으며, 신체기능 호전 및 사망률 감소로 노인의 삶의 질이 향상된다는 점,
 - 둘째, 가족의 정신적, 육체적, 금전적 부담부담을 경감시킨다는 점,
 - 셋째, 장기요양관리요원 및 요양보호사의 고용창출과 사회서비스 일자리를 확대한다는 점,
 - 넷째, 복지용구, 재활용구 산업을 활성화하고 지역요양시설을 확대하여 고령친화산업과 지역경제의 활성화에 기여한다는 점 등임.
- 노인장기요양보험제도의 적용 대상은 전국민이고 보험료를 부담하는 자 즉, 노인장기요양보험가입자는 건강보험료 납부 대상자와 같음.
 - 장기요양인정을 신청할 수 있는 대상자는 '65세 이상의 노인' 또는 '65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자'임.
 - '요양의 필요도'에 따라 등급이 판정되는데, 1~3등급의 판정을 받으면 장기요양급여를 받을 수 있음. 2012년 현재 시설급여는 2급까지, 재가급여는 3급까지 적용되고 있음.

- 2011년 현재의 인정자수는 32.4만 명으로, 전체 노인인구 564만 명의 5.7%에 해당됨. OECD 평균인 10% 수준에 비해 낮은 편임.
- 장기요양서비스 이용자수는 29.2만 명으로, 이 중 10.5만 명은 시설 이용자, 18.7만 명은 재가 이용자임.
- 입소시설과 재가기관을 합한 전체 요양시설수는 2011년 23,599개로 2009년에 비해서는 늘어났으나 2010년과는 비슷한 수치임.
- 장기요양급여에는 현물급여로 재가급여와 시설급여가 있고, 현금급여로 가족요양비가 있음.
 - 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구대여가 있음. 재가급여액의 대부분은 방문요양(2011년 기준 81%; 1,001억 원)으로 지출됨.
 - 시설급여에는 요양시설 입소서비스와 공동생활가정(그룹홈) 입소서비스가 있음. 시설급여액의 대부분은 요양시설 입소서비스(2011년 기준 89%; 1,128억 원)로 지출됨.
- 노인장기요양보험의 재원은 장기요양보험료, 국가지원금, 이용자본인부담으로 구성됨.
 - 장기요양보험료는 공단이 건강보험료, 국민연금보험료, 산재보험료와 함께 일괄 징수하여 노인장기요양보험에 해당 부분을 배분함. 보험료를 재원으로 한 수입은 2011년 3.2조 원이었음.
 - 국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액

을 부담하고, 의료급여수급권자의 장기요양급여 비용의 대부분을 부담함. 2011년 국고부담은 4,601억으로 2009년 2,629억 원, 2010년 3,751억 원에 비해 크게 증가함.

- 이용자는 재가서비스의 경우 급여항목 전체비용의 15%, 시설서비스의 경우 20%를 본인부담으로 지불함.

4. 고령자 및 장애인복지서비스

□ 복지서비스의 대상인구인 노인 인구 및 장애인 인구는 1980년대 이후부터 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있음.

- 전체 인구 중 65세 이상 인구비율은 2010년 11.0%로 535만 명임. 이러한 노인인구의 증가는 고령사회에 대한 범사회적 준비가 필요하다는 사회적 문제인식을 공유하게 함.
- 장애인의 경우, 전국인구추계 대비 등록장애인 수는 1990년 0.52%, 2000년 2.04%, 2010년 5.18%로 지속적으로 증가하고 있으며, 2010년 말 현재 등록장애인 수는 251만 명임.

□ 복지서비스 현황

- 노인복지서비스는 노인에게 제공하는 복지서비스로 영역별로 분류하자면 건강보장, 직업지원, 주거보장, 사회서비스의 영역으로 나누어 볼 수 있음.
 - － 건강보장 영역은 2008년부터 실시되고 있는 노인장기요양 보장보험제도에 의해 서비스가 제공, 이외에 노인의료복지 시설, 재가노인복지사업으로 등급외 자에게도 서비스를 제공하는 방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주야간보호서비스

스, 단기보호서비스, 재가노인지원서비스가 제공되고 있음.

－ 직업지원 영역은 노인 일자리지원사업이 가장 두드러진 사업이라고 할 수 있으며, 주거보장 영역에는 양로시설, 공동생활가정, 복지주택과 같은 노인주거복지시설의 운영을 통해 이뤄지고 있음.

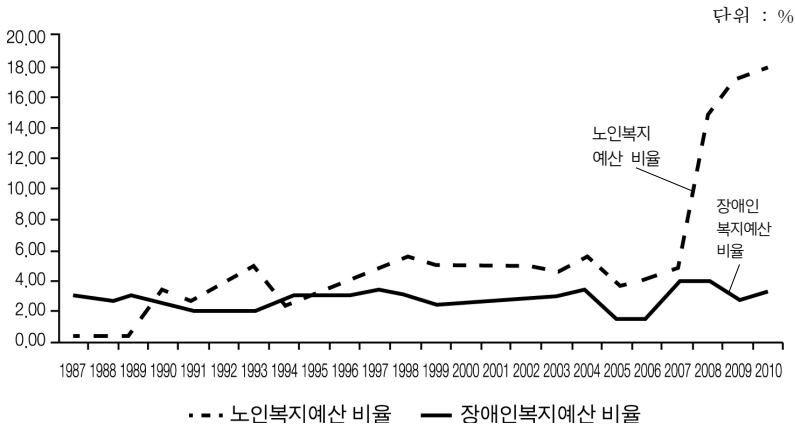
－ 사회서비스 영역에는 독거노인과 지역사회에 거주하는 돌봄이 필요한 노인에 대한 생활실태 파악, 지역사회 서비스 연계를 지원하는 노인돌봄기본서비스, 건강상태와 소득수준을 통해 더 도움이 필요한 대상에게 서비스를 지원하는 바우처를 통한 사회서비스 방식인 노인돌봄종합서비스가 있음. 이외에 경로당과 노인복지관을 통해 여가문화 생활을 지원하고 있으며, 결식이 우려되는 노인에 대한 무료급식지원사업, 교통시설 이용 및 공공시설 이용시 감면과 할인서비스를 제공하는 경로우대제 등이 있음.

○ 장애인복지서비스는 장애에 대한 예방과 조기발견, 재활서비스 제공, 장애유형에 맞는 직업재활 서비스의 제공, 현재는 기초수급자를 중심으로 서비스를 지원하는 거주시설 서비스, 자립생활 지원을 위해 2011년 제도화 된 활동지원서비스, 복지관, 수화통역센터, 시각장애인도서관 등 지역사회재활서비스, 이동편의서비스로 구분할 수 있음.

□ 노인복지서비스와 장애인복지서비스는 지난 20년간 확대되어 왔음. 이는 노인복지예산의 비중 확대를 통해 확인할 수 있으며, 장애인복지의 경우 패러다임 변화에 따른 예산비중의 변화를 확인할 수 있음.

○ 보건복지부 예산에 대한 노인복지예산 비율은 2007년에서 2010년 동안 비중이 4배 이상 증가함. 이러한 증가의 주요 동인은 기초노령연금의 도입(2008)과 노인장기요양보험제도 도입(2008)에 따른 국가지원의 증가로 볼 수 있음. 그러나, 무엇보다도 노인복지를 취약계층에 대한 ‘복지’로의 접근에서 고령화사회에 대한 ‘사회적 정책’으로 접근방식의 변화에 따른 양적 확대로 볼 수 있음.

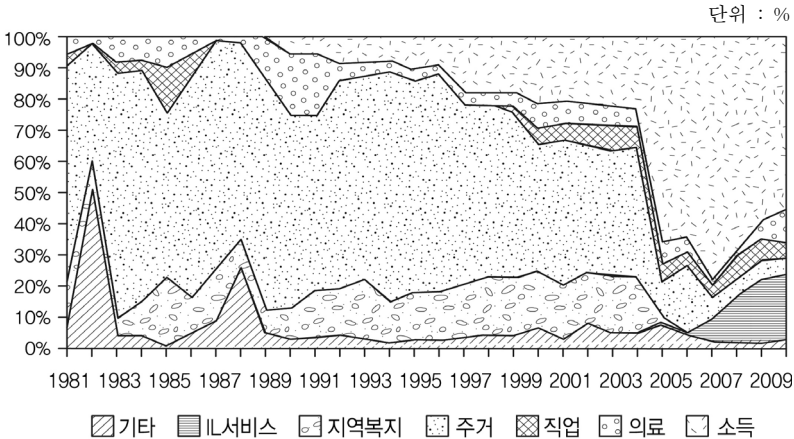
[그림 10-1] 노인복지 및 장애인복지예산의 보건복지예산 대비율 (1987~2010년)



주: 보건복지부 일반회계 예산 기준

○ 장애인복지예산은 예산 비중의 변화가 진행되었는데, 전체적으로 장애인생활시설, 장애인복지관 등 기관을 중심으로 제공되던 장애인복지가 2005년 지방이양사업으로 전환됨에 따라 점차 장애인연금(장애수당), 장애인 활동지원제도와 같이 장애인 개인에 대한 소득보장과 욕구에 기반한 수요자 중심의 사회서비스 제공으로 변모됨.

[그림 10-2] 장애인복지예산 항목 구성비 추이(1981~2010년)



□ 향후 과제

- 향후 노인복지서비스에서는 전체 인구의 11% 이상이 노인인 구임을 감안할 때 사회경제적 구조, 돌봄구조, 지역사회서비스 구조 등에서 고령사회에 대한 사회정책적 접근이 필요함. 이는 경제활동, 돌봄서비스, 지역사회 생활구조에서 고령화에 대한 고려를 보편적으로 해야함을 의미함. 아울러 노인에 대한 영양과 의료서비스의 통합적 접근, 보건과 복지의 통합적 제공 체계 구축 노력이 필요함.
- 공급자 중심 사회복지서비스전달 체계에서 이용자 중심체계의 개편 작업이 지속적으로 진행될 것으로 전망됨. 이는 현 공급자 중심 서비스 전달체계의 단편적, 분절적인 서비스 제공을 통합적 사례관리 시스템 도입을 통해 이용자의 욕구에 부응하는 서비스 제공, 서비스 분절성 극복과 아울러 중복 서비스 및 서비스 사각지대의 최소화를 통해 전달체계의

효과성과 효율성을 높이하고자 하는 노력임.

- 노인 장애인(만 65세 이상 노인 중 장애인) 증가에 따라 노인복지서비스와 장애인복지서비스의 중복 지대에 대한 고려가 필요함. 이는 노인장기요양보험제도, 장애인 활동지원제도와 같은 유사제도의 동일 대상에 대한 개입전략의 정리에 서부터, 지역사회 서비스 제공에 있어서 노인과 장애인이라는 대상별 분류에서 의료서비스, 건강관리서비스, 돌봄서비스, 여가생활서비스 등 영역별 접근으로의 재편의 가능성도 고려할 수 있음.

5. 아동 및 보육 서비스

- 우리나라의 보육정책은 과거 탁아사업 위주 정책에서 1991년 「영유아보육법」이 제정되면서 ‘보육’으로 정부의 정책방향이 전환됨.
- 2012년 보육예산은 2.7조원으로 지난 10년간 약 8.5배에 증가하였으며 최근 5년 동안 약 2배 증가하였음.
- 보육서비스 지원의 확대로 2009년에는 양육수당을 도입하였고 2011년에는 소득계층에 따라 차등적으로 지원하던 보육료를 보육료 전액지원 대상을 중산층(소득하위 70%)까지 보육료 지원을 확대하였으며, 2012년에는 만5세 누리과정과 만 0~2세의 보육료 지원을 도입하였음.

□ 보육서비스 관련 인프라 현황

- 보육시설 유형별 현황을 보면 2010년 보육시설은 약 3.8만개소로 10년 전인 2000년에 비하여 약 2배 증가하였음.
- 민간 어린이집이 대다수이며 국공립보육시설은 5.3%로 법인보육시설 3.8%로 비교적 공공성이 강한 어린이집은 9.2%로 소수임. 국공립어린이집에 대한 선호도는 높지만, 여전히 국공립어린이집의 증가 수준은 저조함.
- 특수 보육시설로는 영아전담 보육시설, 장애아 전담통합 보육시설, 보육시간 탄력성을 위하여 방과후 지정시설, 시간연장 지정 시설, 휴일 및 24시간 지정시설 등이 있음.
- 보육정보센터는 영유아 보육에 대한 지역내 보육정보와 육아지식, 상담 등을 제공하는 기관임. 총 57개소가 운영중으로 대부분 민간단체에 위탁 운영되고 있음. 2012년부터는 가족공동체의 육아기능을 보완할 수 있는 지역사회 중심의 육아지원기관으로 육아종합지원센터의 설립이 지원됨.

□ 보육서비스 관련 제도 현황

- 보육 바우처(아이사랑카드) 제도(2009년 9월 도입)는 정부지원 보육료를 전자카드 형태로 부모에게 직접 지급하여 결제하도록 하는 방식으로 어린이집 이용 아동 중 105만 명이 사용 중임.
- 어린이집 평가인증제도는 어린이집의 서비스의 질을 효과적으로 관리하고 이용자(부모)가 합리적으로 어린이집을 선택할 수 있도록 정보를 제공하는 시스템으로 2011년 평가인증 통과시설은 27,392개소로 약 72.6%가 인증을 통과함.

□ 보육서비스 지원 현황

○ 보육시설 이용 지원(보육료 지원)

- 2010년 보육료 지원 아동수는 약 87만 8천 명으로 전체 보육아동 대비 68.7%로 보육료를 지원받았음. 2012년부터는 만 5세, 만0~2세 아동의 경우 소득에 관계없이 보육료가 일정금액 지원되며 만3·4세의 경우 현행과 같이 소득하위 70%에 대해 지원이 실시됨.
- 만 5세아 보육료 지원(누리과정): 2012년부터는 만5세아 모두에게 확대지원. 지원액은 2012년 20만원, 2014년 24만원으로 높이고, 2016년에는 월 30만원으로 늘려 지원할 계획. 2012년부터는 모든 만5세아 교육·보육비를 지방교육재정교부금에서 지원. 또한 만5세 과정을 ‘5세 누리과정’으로 일원화
- 만 0~4세아 보육료지원: 2012년부터는 0~4세 영유아 중에서 0~2세 아동은 소득과 관계없이 전 계층에게 보육료를 지원하고 있으며 3~4세 아동은 소득하위 70% 가구를 대상으로 보육료를 지원. ‘13년부터는 만 3, 4세 유아에 대하여 가정의 소득수준과 관계없이 유치원비, 보육비를 지원할 예정
- 맞벌이가구 보육료 지원: 맞벌이 가구로서 부모 소득 합산한 금액의 25%를 감액하여 소득인정액을 산정할 경우 해당 가구의 소득인정액이 소득하위 70%에 해당하는 가구의 만3~4세아의 보육료를 지원하는 제도
- 이 밖에도 시간연장, 야간, 24시간, 휴일 보육료 지원, 차상위 이하 및 장애 취학아동의 방과후 보육료 지원, 장애아

무상보육, 다문화 아동 보육료 지원제도가 있음.

- 양육수당: 양육수당은 보육시설 및 유치원을 이용하지 않는 아동을 지원하여 부모의 양육부담을 경감하고 보육료 지원 아동과의 형평성을 제고하기 위해 2009년 도입된 제도. 2013년부터는 지원대상이 차상위에서 소득하위 70%까지 확대
- 가정내 파견보육서비스(아이돌보미) 제도는 「건강가정기본법」에 근거하여 0~12세 초등학생 이하 아동이 있는 가정에 아이돌보미를 파견해 보육, 어린이집 등하원 지원, 놀이 활동 등을 제공하는 서비스. 소득기준에 따라 서비스 이용료 차등 지원함.

- 보육의 공공성 확보와 보육서비스의 질 향상은 보육서비스의 기본적 쟁점이자 중요한 과제로 제시되고 있음. 특히 2012년부터 실시되는 만5세 누리과정, 0~2세 보육료 지원과 2013년 3~4세 누리과정 도입으로 미취학아동 전체를 대상으로 확대 될 보육지원계획에 따라 더욱 보육서비스의 공공성과 질을 제고하는 것이 강조되고 있음.

6. 주택 및 주거서비스

- 한국민은 헌법 제34조 및 제35조3항에 의한 주거안정망이 보장되며, 정부가 주도하는 주택물량공급정책 추진결과 주택보급을 100%이상 달성하였고, 주거취약계층과 준주거시설 거주자를 위한 주거환경 개선 및 주거복지정책을 수요자 요구해결

중심으로 전환하여 주택지원과 사회서비스를 병합제공하며 주거생활의 질적 향상을 도모하고 있음.

- 2010년 주택보급율은 101.9%로서 17,339가구 대비 17,672 주택을 공급하였으며, 1967년 주택보급율 60.4%에 비하여 168% 이상 증가율로 주택물량공급정책의 성과를 보였음.
- 주택의 점유형태를 1980~2010년간 변동추세를 비교하면, 2010년 ‘자가’ 비율 54.3%로서 1980년 58.6%에 비하여 감소되었으나 30년간에 걸쳐 전반적으로 54% 전후의 변동을 반복하였으나 1990년 49.9% 최저율 이후 꾸준한 증가추세를 보임.
 - － 주택 점유형태의 변동으로는 ‘월세’ 비율이 1980년 15.5%에서 2010년 21.4%로 증가하였으나 2005년 이후 증가추세임.
 - － 주거취약자를 반영하는 ‘기타’ 주거자 비율은 1980년 2.0%에서 2010년 4.9%로 2.5배 증가하였고, 변동을 보였더라도 3%이상의 기타 주거자 비율은 상존한다고 할 수 있으며, 사회복지시설 외 준주거 시설 등 주거복지 수요자 비율에 해당됨.
 - － 비거주용 건물 거주자 비율은 2010년 기준, 56만 6천 명으로서 총가구원 수의 1%가 15만 1천호 방에 거주하고 있음.
- 연도별 임대주택 공급은 1994년 32.9천호에서 2010년 139만 9,300호로 42.5배 이상 증가되었으며, 사업자별 구성율은 2010년 기준 주택건설사업자 72.1%, 매입임대사업자 18.6%로서 1997년 이후 매입임대사업을 주택건설사업자에서 매입임대사업자 및 건축법 허가자로 전환됨.

□ 주택·주거지원정책은 경제개발 및 복지국가 건설에 대한 양면적 사회성숙과 더불어 발전되었다. 산업화로 인한 생활향상과 저소득취약계층에 대한 주거권 보장에 대한 사회적 염원이 시대별 사회이슈와 병합되어 주택·주거지원에 대한 주요정책과제를 변화시키며 발전함.

- 주택공급 확충기(1960~80년대): 한국동란 이후 국가재건과 산업화로 인한 대도시 인구 밀집, 베이비 부머의 결혼 적령기 진입 등 주택수요 폭등하자 산업노동자 권익보호이슈와 더불어 사회분규로 표출되고, 주택건설10개년계획 의거 주택, 교육, 보건복지, 노동 등 종합적 경제개발계획과 더불어 정부가 주도하는 주택물량공급정책을 수립, 추진함.
- 공공주택 공급제도 발전기(1990년대): 중앙정부와 더불어 지방정부, 민간주택사업자 등 주택공급기관을 다양화하고 98년 이후 공공임대주택을 전국 확산하였음. 경제위기 대응책으로 주택관련 규제완화 및 주택시장 활성화정책은 주택가격의 급상승과 과잉투자 등으로 사회적 갈등과 격차를 초래함.
- 주거복지 성숙기(2000년대~현재): 주거취약계층의 요구해결 중심의 주거지원정책으로 전환하고 국민기초생활보장법의 수급권자의 주거급여, 주거환경개선사업, 준주택 거주자를 위한 주거복지, 공공임대주택 입주자를 위한 삶의 질 향상 등 주택공급에 사회서비스를 병합전달체제로 발전시킴.

□ 결론 및 시사점: 영구임대주택 이외에 국민임대주택, 공공임

대주택, 기존주택매입·전세임대 등 대상범위를 확대하여 일반서민도 수혜가능하며, 장기임대주택 입주자 삶의 질 향상을 위하여 노령, 질병, 장애, 실업 등 의존적 서비스요구를 해결하도록 수혜자 중심 맞춤형 주택공급정책으로 발전되어야 하며, 주택공급 이 외에도 지역·사회로부터 고립방지 및 케어적 환경요건을 추가보완하고 발전되어야 함.

- 대규모 임대주택단지를 건설하기 보다는 일반주택단지로 분산하거나 지역발전계획 및 사회통합 모색하여야 하고, 그 실현방안으로 주택바우처 및 세입자 매입전환 등 제도적 발전요함.
- 최저주거기준으로 부엌, 화장실, 목욕시설, 침실면적 등 주택의 물리환경적 요건 이외에 노인, 장애인, 질환자, 노숙자, 장기실업자 등을 위한 안전, 이동 편의성, 서비스 제공을 위한 시설요건 등을 최저주거기준에 추가되도록 보완 필요함.
- 삶의 질 향상을 위한 친환경·건강 주거환경 개선과 주택·주거지원서비스의 맞춤형 통합관리가 필요함.
- 국토해양부, 보건복지부, 시·도정부 간 통합형 주거복지사 레관리를 체계화하여 수요자 맞춤형 주택과 주거생활·케어서비스 등을 병합전달하도록 효율적 관리체계를 구축 요함.

제11권

호 주

제 1 장

사회보장제도 총괄

1. 역사적 전개과정

- 연방 성립 초기의 사회복지 성립 과정
 - 전(前)연방제 시기 동안 빈곤에 대해서는 주로 민간 차원의 자선과 주정부 차원의 빈민구제에 의존하여 전국 차원의 통일성이나 제도화는 취약했음.
 - 1901년 연방정부가 수립되면서 연방 차원에서 복지제도와 노동관련 제도가 본격적으로 도입되기 시작함.
 - 노동자들에게 그들의 품위를 유지할 수 있는 합당한 임금 수준이 제도화됨.
 - 1909년에는 연방의 노령연금이 성립되었으며, 수급을 위한 기본조건은 노동시장에서 영구적으로 배제된 사람, 본인의 노력으로 욕구를 충족시킬 수 없는 사람, 연금수급자가 관할지역 내에서 일정 기간 이상 거주해야 한다는 것임.
 - 1910년에는 장애급여가 도입되었으나 지급 대상에서 동양인, 원주민, 알콜릭, 전과자, 최근 이민자는 자격이 없었음.
 - 양차대전 사이인 전간기(戰間期) 정국의 주도권은 자유당과 국민당에게 있었으며, 이 시기에 연방 정부에 의해서는 소득보장 급여도 도입되지 않았음.

□ 2차 대전 이후 사회복지 발달 과정

- 노동당이 연속 집권한 1941~1945년 사이 오늘날 호주 복지 국가의 기본적 특성을 형성하는 주요 제도들이 도입되었으며, 이 시기는 ‘위대한 시대(the heroic age)’로 불리움.
 - 먼저, 1941년 통합호주당에서 설립한 사회보장 총회의위원회가 제작한 보고서를 바탕으로 연방 사회서비스 급여의 확대가 진행되었으며, 1941년 아동수당(Child Endowment)이 도입되었음.
 - 두 번째 개혁은, 전국적으로 단일한 소득세를 부과함으로써 소득세에 대한 연방 정부의 독점권 부여임(1942년).
 - 1941년부터 이차대전 말까지 집권한 노동당의 Curtin 정부는 소득보장급여와 의료보장에 대해 연방정부가 책임을 지는 것을 목표로 삼고, 사회보장제도의 관리방식을 통합한 ‘사회서비스부’가 설립함.
 - 1942년 유족연금(Widow's Pension), 1943년에는 복지기금(National Welfare Fund)이 설립으로 과세액 증가
 - 1944년 실업, 질병 및 특별 급여법(Unemployment, Sickness and Special Benefits Act)이 통과되어 실업급여와 호주연방 고용서비스가 설립됨.
- 자유당/국민당 연정 정부가 집권한 1949~1972년은 보수의 시기로 새로운 자원의 창출이나 연방정부 책임의 확대보다는 현존하는 민간자원과 제공자에 대한 보조를 강조함.
- 노동당 Whitlam정부(1972년~1975년)는 인구 중 불리한 위치에 있는 집단들에게 서비스에 대한 접근을 증진시키기 위한 시도로 건강, 주택, 도시개발, 교육 영역에 투자하는 사민주

의적 개혁을 시도함.

- 고아연금(Double Orphans' Pension)도입, 새로운 범주의 편모급여(Supporting Mothers' Benefit) 도입, 재외호주인에게도 연금 지급 시작, 노숙인지원법(Homeless Person's Assistance Bill)을 발의, 노령연금에 대한 자산조사 폐지

□ 1970년대 중반 이후 사회복지의 변화

- 자유당정부(1975년~1983년)의 사회적 자유주의는 정부정책은 민간지출 유인 제공에 유리하도록 공공부문을 삭감하고, 큰 정부로 인해 예상되는 의존도 증가를 줄이는데 초점을 둬.
- 그러나 개혁적 성과는 미비하였고, 실업급여수급자의 급증으로 반복지적인 신우파(New Right)가 출현하기도 함.
- Hawke/Keating 노동당 정부(1983년~1996년)는 일자리 창출과 공정한 소득분배를 위해 시장에 직접적으로 개입하기 보다는 자유시장 정책의 경제적, 사회적 결과를 완화시키는데 강조점을 두는 '표적화된 복지'를 지향하였음.
- 기존 보편급여였던 노령연금과 가족수당에 다시 자산조사 도입, 가족급여 패키지(Family Package)를 도입, 한부모에 대한 일자리, 교육 및 훈련제도, 아동지원제도, 메디케어(Medicare), 복지사기 방지(anti-welfare fraud) 캠페인 추진, 장기실업자에 대한 의무훈련제도 도입 등.
- 1980년대 후반에 실업률의 급격한 상승과 이에 따른 사회보장 급여자 및 지출 증가 등으로 재정압박을 경험하면서 1990년대 이후 사회보장 개혁방향은 복지축소를 지향하게 됨.
- 자유연립 보수당 정부(1996~2007년)에 의해 확립된 상호의

무제(Mutual Obligation)는 복지계약주의에 입각한 워크페어 정책으로서, 기존의 권리(entitlements)에 기반한 복지 대신에 조건부 복지로의 이동을 의미함.

- ‘급여를 위한 노동(Work for the Dole)’ 프로그램은 청년, 실업수당의 수급자가 구직관련 활동 및 프로그램이 인증하는 지역사회 활동에 참가하도록 함.

2. 사회보장 관리체계

- 호주 사회보장 제도는 연방정부가 재정을 지원 분배하고 주정부 서비스 제공을 하는 것을 큰 틀로 구성되어짐.
- 호주 사회보장 전달 체계는 누가 서비스를 전달하느냐보다 얼마나 효율적으로 양질의 서비스를 전달하느냐가 더 중요하게 인식되어 서비스 전달 체계의 통합이 이루어짐.
- 사회보장 전달 및 관리체계의 통합은 공공기관의 서비스가 보다 소비자 위주가 되어야 한다는 원칙하에 접근성을 강화시키고자 하는 노력의 일환으로 이루어짐.
- 사회보장의 주요내용을 차지하는 급여체계는 1997년에 창설된 센터링크에서 통합관리 및 전달됨. 센터링크는 인적자원부 소속으로 급여지급을 주 목적으로 함.
- 2004년에 설립된 인적자원부는 2011년에 또 한 번의 개편으로 그 역할이 확대되어 의료, 사회보장, 아동보호 및 장애인

고용에 관련된 업무들이 통합 관리되기 시작함. 호주 연방정부 재정 3분의 1이상에 해당하는 경비를 운용하는 호주 보건 복지 부처라고 할 수 있음.

- 통합관리조직의 주축인 센터링크는 소득보조, 고용망연계 그리고 기타 서비스제공을 주요 업무로 하고, 이중 가족 및 지역 사회서비스와 관련된 사항이 가장 큰 비중을 차지하고, 다음으로는 고용과 교육에 관한 사항임. 이외의 사회보장 전달에 관여하는 조직으로는 메디케어 오스트레일리아, 가족보조국, 장애인 고용국, 아동보호국, 그리고 구직망 등이 있음.
- 센터링크의 주 수입원은 서비스를 의뢰한 정부의 주무 부처가 되는데 대부분의 재원이 이를 통해 확보되고 소량의 정부충당금이 존재함.
- 각 정부부처는 센터링크에서 제공하는 서비스의 종류에 따라 가격을 책정하고 이를 협상함.
- 독립성을 보장받고 사회보장 관리체계의 통합을 대표하는 기관으로서의 센터링크이지만 이의 효율성과 독립성이 의문으로 남아있음.
- 센터링크는 일종의 독립된 사업체의 성격을 띠지만 사회복지 관련 지출을 경쟁 없이 도맡아 처리하다보니 독점의 우려가 있음.
- 정부가 센터링크의 이사회를 임명하고 이사회가 센터링크의

수장을 정하는 식의 구성이 센터링크를 정부의 규제로부터 자유롭지 못하게 한다는 반론이 있음.

3. 인구구조 및 인구문제

□ 인구변동 요인

- 출산율은 2001년 1.73으로 호주 역사상 가장 낮은 수준으로 떨어진 이후 2008년 1.9, 2009년 1.90, 2010년 1.89 등 1.90에 가까운 수준 유지
 - － 2010년에는 출생아수가 297,903명으로 가장 많은 수가 태어나 ‘미니 베이비붐’이라는 논의가 등장하기도 하였으며, 최근 연구에 의하면 호주 출산율은 장기적으로 1.75~ 1.90 수준에서 유지될 것으로 전망
- 평균수명은 1881~1890년 남성 47.2세, 여성 50.8세에서 2008~2010년 남성 79.5세, 여성 84.0세로 증가하였음.
 - － 호주의 기대여명은 전 세계에서 가장 높은 수준이 지속될 것으로 기대되고 있음.
- 호주 통계청에 의하면, 2010년 6월 기준으로 호주 거주 인구 중 27%(6백만 명)는 외국에서 태어난 인구이며, 이들은 호주의 초기생산가능인구(15~34세)에 큰 영향을 미치고 있음.

□ 인구구조 및 인구문제

- 호주 통계청에 의하면, 2011년 6월 기준 호주에 거주하는 인구는 22,620,600명으로 추정되고 있으며, 인구증가율은 1.4%

로 다른 어느 국가에 비해서도 인구가 빠른 속도로 증가하고 있음.

- 지난 20여 년간 호주 인구성장은 순이민보다 자연증가에 의한 것이 더 큰 기여를 하였으나 최근 5년 동안 순이민이 인구성장의 주요 요인이 되고 있음.

○ 대부분의 선진국과 마찬가지로 대체수준 이하의 출산율과 길어진 평균수명으로 인구고령화를 경험하고 있음.

- 노인인구비율은 1991년 11.3%에서 2011년 13.7%로 증가하였으며, 특히 85세 이상 고연령층은 동기간 0.9%에서 1.8%로 두 배 증가하였음.
- 2차 세계대전 이후의 베이비붐세대(1947년생)의 거대 규모와 이민자들이 노인인구에 진입하여 노인인구의 연간 성장률은 2012년 4.4-4.5%로 정점을 이루고, 2025년에는 노인인구가 유소년인구 보다 많을 것으로 예상

4. 경제와 정부재정

□ 호주는 1980년대 후반 심각한 경기침체를 겪은 후 1990년 초반부터 최근 20년 동안 다른 어떤 선진국가보다도 화려한 산업발전을 이룩하였음.

- 물론 1990년대 후반 아시아의 경제위기와 침체, 그리고 21세기 초 대기근(the “Big Dry” drought)을 겪기도 했지만, 호주는 지속적으로 높고 안정적인 경제성장을 구가하고 있는 중
- 이러한 최근의 견고한 성장이 이루어진 이면에는 광활한 국

토(특히 동부지역)에 산재해 있는, 석탄·철광석·구리·석유·천연가스 등 풍부한 자연자원을 바탕으로 광공업이 발달했고 이를 수출하면서 벌어들인 수입이 국부의 큰 원천이 되고 있음.

- 또 호주는 2000년대 말 미국발 경제위기 그리고 최근의 유럽 발 국가채무위기 속에서 크게 흔들지 않고 경제성장을 지속하고 있는 몇 안되는 국가 중의 하나라고 할 수 있을 정도로 경제적 체력이 대단함.
 - 1990년대 기간 동안 자본과 노동의 통합생산성은 평균 2%에 달하였는데, 이는 OECD 국가의 그것보다 2배나 높은 수준이며, 미국경제보다도 더 빠르게 상승하고 있음.
 - 물론 이러한 빠른 경제성장과 번영은 풍부한 천연자원의 국토를 가진 ‘행운’ 덕분이기도 하지만,
 - 80년대 눈부신 경제성장을 구가하는 아시아 국가에 대한 적극적인 경제개방과 개혁정책을 통해 풍부한 천연자원을 효과적으로 국부신장에 활용하는데 성공한 국가라고 할 수 있음.
- 서비스산업이 호주경제의 기축이 되고 있지만, 최근 경제성장의 핵심동인은 천연광물자원의 수출 증대에 있었음.
 - 중국으로의 막대한 천연자원 수출은 만성적인 무역수지적자 국가였던 호주를 큰 폭의 경상수지 호전국으로 변모시켰으며, 안정적인 성장가도의 길을 열어주었음.
 - 호주경제가 비록 천연자원 수출에 지나치게 의존하는 문제를 안고는 있지만, 중국 등 아시아경제가 견고한 성장을 지

속하는 한 높은 성장률과 낮은 실업률은 계속 유지할 전망.

- 호주는 원래 자유주의적 경제정책 등으로 정부재정규모가 원래 선진국중 가장 낮은 수준(2008~9년도 정부지출은 GDP의 27%)이며
 - 이와 함께 견고하게 지속중인 경제성장 덕분에 정부재정은 지속적으로 흑자기조를 유지하고 정부부채도 가장 낮은 국가에 속함.
 - 다만, 최근 미국발 경제위기 이후 확장적 재정정책 등으로 2008~09년의 경우 GDP 대비 -2.5%, 2009~10년의 경우 GDP 대비 -4.7%에 달하는 재정적자를 시현했으나
 - 2012~13년에는 GDP대비 -1.1%로 축소할 계획이며, 2015년경에는 다시 흑자로 돌아설 전망이다.
- 호주 정부예산 중 가장 큰 부분을 차지하는 것(총예산의 1/3)은 사회보장 및 복지부분이며, 그와 함께 보건(15.1%)과 교육(10.4%) 부분이 3대 지출분야로 꼽히고 있음.
 - 그럼에도 불구하고 다른 유럽 복지국가와는 달리 사회보장 및 국가재정이 국민경제에서 차지하는 비중이 크게 낮은 수준인데다 사회보장지출은 오히려 지속적으로 줄어나가고 있어 사회보장으로 인한 재정의 경직성도 낮은 상태임.
 - 인구고령화도 우리나라나 유럽국가 등 다른 복지선진국에 비하면 사실 '문제'로 볼 수 없을 정도로 완만하게 진행되고 있어 인구고령화에 따른 재정지출(연금 및 의료비 등)의 증가를 크게 우려할 상황이 아닐 정도로 안정적인 미래가 보이는 국가의 하나임.

5. 소득분배와 사회보장재정

- 일반적으로 호주는 고부담·고복지의 유럽복지국가군과 저부담·저복지의 영미권 국가군의 사이에 위치하는 국가로 분류될 수 있음.
- 그럼에도 불구하고 복지를 필요로 하는 곳에 자원을 집중 투입하는 형태의 사회보장체계와 누진적 조세제도 그리고 높은 수준의 최저임금제도 등을 잘 결합시켜 사회적 불평등도와 빈곤율이 상대적으로 낮은 복지국가로 명성이 높음.
- 특히 최근 선진국 중 탁월한 경제성장을 보이고 있는데다 인구고령화 시대에 상대적으로 유연한 복지국가유형이라는 점에서 주목을 받고 있음.
- 호주의 사회보장급여는 건강보험 등 일부 제도를 제외하곤 대부분 소득과 자산조사에 기초하는 부조원리에 기초하여 지급되는 점이 특징임.
- 복지대상자를 노인, 장애인 등과 같은 근로무능력자와 실업자 등 근로연령대에 있는 근로능력자로 엄격하게 구분하고 전자에 대해서는 복지급여수급권을 다소 관대하게 적용하고 후자에 대해서는 엄격하게 적용하고 있음.
- 비록 부조원리에 의해 사회보장제도가 설계되어 있긴 하지만, 보편성은 상대적으로 높은 편임. 예를 들어, 노령연금의 경우 노인의 80% 정도가 수급하고 있을 정도로 보편적임.
- 모든 복지급여는 기초생계비를 보장하는 정도의 정액(flat

rate)으로 설정하고 있음. 나아가 복지급여는 소득과 자산수준(소득 및 자산조사)에 따라 다시 차등화하고 있어 보충성원리가 지배하고 있음.

- 표적화되고 전반적으로 낮은 복지급여를 제공하지만 이를 가장 필요로 하는 사람에게 집중적으로 자원을 투입함으로써 빈곤해소 등의 효과가 높음.
- 게다가 이러한 복지급여는 거의 모두 누진적 조세제도를 통해 재원을 조달하고 있어 재분배효과도 이중적으로 발생하고 있음.

□ 아울러 호주는 근로장려세제(부의 소득세) 등 조세체계를 통해 저소득근로계층에 대한 소득보장을 강조하고 있음.

- 이외에도 노동 및 임금정책측면에서도 사회보장적 요소가 강하게 정착되어 있는데, 가족임금 내지 생활임금개념(가족의 구성에 따라 적절한 생활을 유지할 수 있는 임금수준의 보장)에 기초한 최저임금의 결정체계 등은 시장소득의 격차를 줄이는데 크게 기여하고 있음.
- 이처럼 근로계층의 경우 시장소득의 결정과정에서 최저생활이 보장되고, 비근로 및 무능력계층의 경우 조세와 사회보장급여를 통해 최저생활을 보장함으로써 빈곤 및 분배문제를 동시에 해결하는 사회시스템을 구축하고 있음.

□ 국민복지에 대한 국가의 개입이 전반적으로 저소득층 및 근로 무능력층을 대상으로 최저수준보장에 초점을 두고 있으므로 복지지출 및 국가부담이 다른 OECD국가에 비해 상대적으로

적은 편임.

○ 그럼에도 불구하고 호주는 비교적 평등한 국가로 평가받고 있음.

□ 물론 최근 세계화, 정보화, 인구고령화 등으로 특징지워지는 후기산업사회로 진입하면서 대부분의 선진국은 소득분배의 악화를 체험하고 있는 바 호주도 그 예외는 아님.

○ 그러나 호주 특유의 임금-조세-사회보장체계 덕분에 소득분배의 악화가 대체로 양호한 수준에서 움직이고 있음.

○ 게다가 호주 역시 인구고령화 등에 따른 재정적 위험에 직면하고 있지만, 그 위험이 상대적으로 크지 않아 복지재정이 관리가능하고 지속가능한 수준에 있는 몇 안 되는 국가 중의 하나임.

○ 즉, 내외부적 환경적 위험에도 불구하고 현재 호주는 상대적으로 분배악화나 복지재정의 위기문제로부터 비교적 자유로운 상황임.

6. 최근 사회보장 개혁동향

□ 호주의 사회보장제도는 노동시장의 변화와 밀접한 관계를 유지하며 발전해 왔으며 최근의 개혁동향 또한 이러한 맥락에서 이해하는 것이 적합한 것으로 보임.

□ 1983년 실업률 10%를 정점으로 전개된 사회보장 개혁은 세계적으로 불고 있던 신자유주의 노선과 병합하여 민영화와 개인화의 방향으로 진행되어옴.

- 1980년대 노동당 정부에서 시작된 신자유주의적 사회보장개혁은 1990년대에 들어서 자유연합당 집권 하에 공고화 됨.
- 일련의 사회보장개혁에도 불구하고 사회정책의 보장성이 약화되는 추세가 보임. 이에 대한 원인으로는 국가 주도의 세금 정책과 소득이전매체를 통한 소득재분배 효율성의 약화가 주요하다고 사료됨.
- 소득불평등의 증가 요인으로는 첫째, 임시직 근로자 수의 증가 둘째, 노동시장의 유연화와 낮은 고용보호. 셋째, 중위 소득대비 최저임금의 감소추세를 들 수 있음.
- 1990년대에 정점에 달했던 공공부문의 민영화 바람은 사회정책의 영역에도 전파되어 1990년대 호주의 민간사회지출 비용은 17개 OECD 국가 중 3번째로 높은 수준을 기록함.
- 민영화된 사회보장 영역의 대표적인 예로는 아동보육, 고용, 의료보험 등이 있음.
- 사회보장의 민영화와 더불어 시행되어 온 개혁으로는 전통적인 급여제공방식과 구분되는 세제를 통한 혜택의 증가추세를 들 수 있음.
- 2007년에 집권한 노동당정부는 이전까지 이루어진 일련의 신자유주의적 사회보장개혁을 재개편하기 시작했으며 그 시작점이라고 할 수 있는 것이 산업관계구조의 개혁이었음.

- 노동당의 사회보장개혁은 사회포함을 그 큰 틀로 하여 이루어졌는데 이는 경제성장, 보다 평등한 사회보장, 양질의 서비스, 튼실한 가족과 지역사회를 변화의 발판으로 삼는 것에 중점을 둠. 이러한 사회포함의 큰 틀 내에서 실행한 주목할 만한 정책으로는, 유상부모휴직도입, 기초노령연금 지원확대, 노인 간호 개혁, 의무소득관리체계 확대적용 등을 들 수 있음.
- 전체적으로 최근의 개혁동향은 세제를 통한 사회보장, 사회보장의 민영화, 근로의 중요성에 대한 재강조와 조건적 복지로 요약될 수 있음.

제2장 소득보장제도

1. 고용보험제도와 고용정책

- 호주의 실업자에 대한 소득지원은 고용보험이 아니라 조세제도를 통해서 운영되는 사회보장급여에 실업급여(unemployment benefits)가 포함되어 있음.
- 호주는 1944년에 제정된 실업 및 상병급여법(Unemployment and Sickness Benefits Act 1944 ; No. 10 of 1944)에 의해서 1945년에 실업부조제도가 도입됨.
 - － 호주는 1990~91년 적극적 고용전략(active employment strategy)의 일환으로서 정부소득지원프로그램을 구조적으로 변화시킴에 따라 현행 실업급여제도 구조는 1991년부터 실시 됨.
 - － 호주의 실업급여는 세부적인 내용은 1969년 이후 상당한 변화가 있었으나, 기본적으로 2층 구조(two-tier system of benefit) 즉, 12개월 미만 구직자에게 지급되는 구직수당(Job Search Allowance; JSA)과 12개월 이상 장기 실업자를 대상으로 하는 뉴스타트 수당(NEUWSTART Allowance; NSA)로 되어 있음.

- 호주의 실업자 소득지원제도를 보면 실업급여는 크게 독신자 여부, 연령, 집에서 거주하는 경우와 떨어져 생활하는 경우를 구분하여 차등 지급함.
- 1969년부터 실업급여는 연령별 혼인상태별로 차등 지급함. 1984년에는 ‘독신자’와 ‘파트너가 있는 기혼’로 구분하여 지급함.
 - － 독신 실직자는 18~20세, 21세 이상을 구분하여 달리 지급했음. 이후 18~20세 실업급여는 뉴스타트 수당(NAS)과 청소년 수당(YA), 21세 이상은 구직수당(JSA) 및 뉴스타트 수당으로 통합됨.
 - － 파트너가 있는 기혼실직자에게 지급되는 실업급여는 1992년에 구직수당(JSA) 및 뉴스타트 수당으로 지급됨.
- 호주는 1991년에 적극적 고용전략의 일환으로 실업자에 대한 소득지원제도를 개편하면서 뉴스타트 수당제도를 도입함. 당시에 도입된 구직수당은 12개월 미만 구직자 그리고 뉴스타트 수당제도는 12개월 이상 장기 실업자에 대한 소득지원제도임.
- 뉴스타트 수당의 기본적인 자격지급요건은 ‘실업상태에 있거나 혹은 실업자로서 인증’, ‘연령은 21세에서 연금수급연령 이하’, ‘적절한 일자리에 취업할 의사가 있어야 하며’, 예외사유에 해당되지 않는 한 ‘승인된 활동 혹은 구직에 참가 혹은 참가할 의사가 있어야 함’.
 - － 2012년 1월 1일~3월 19일 기준 기본지급률은 2주일 기준(per fortnight; pf)으로 486.8~641.5달러 수준으로 지급함.
 - － 뉴스타트 수당 수급자는 2002년 55만 5천 명에서 2008년 39만 9천 명으로 급격히 감소하였다가, 2008년을 기점으로

다시 증가하기 시작하여 2010년 55만 4천 명임. 전체 소득 지원 수혜자 중에서 뉴스타트 수당 수급자 비율은 2010년에는 11.2%임.

- 호주 실업급여 또 다른 축인 청소년관련 소득지원제도 또한 여러 번 제도가 개편되었음. 1998년 7월부터 현재까지 운영되고 있는 청소년 수당(JA)은 1998년에 청소년훈련수당제도를 대체한 제도임.
- 청소년 수당의 급부수준은 2012년 미혼 청소년은 220.4달러(pf)~648.0달러(pf) 수준이고, 파트너가 있는 실직자의 경우 무자녀이면 402.7달러(pf), 유자녀이면 442.1달러(pf)임.
 - － 청소년 수당(YA) 수급자 수를 보면 2002년 이후 지속적으로 감소하는 추이를 보여 2002년 40만 3천 명에서 2008년 32만 2천 명이 됨. 2008년 이후 다시 급증하여 2009년 36만 2천 명, 2010년 38만 5천 명으로 크게 증가함. 청소년 수당 수급자가 전체 소득지원 수혜자에서 차지하는 비율은 2010년 7.8%이었음.

2. 연금제도

- 전통적으로 노령연금에 전적으로 의존해 온 호주의 노인소득 보장체계는 1990년대부터 공적 급여와 사적 급여가 결합된 복합적 소득보장 체계로 발전해 왔음.
- 소위 3층 체계(three-pillar system)라고 하여, 공공부조 방식의

노령연금(Age Pension), 강제 기업연금(Superannuation Guarantee) 그리고 자발적 기업연금(voluntary superannuation) 등 서로 다른 세 가지 체계로 구성되어 있음.

- 이 중 공적 노령연금과 강제 기업연금은 호주 노인소득보장의 핵심요소로서 은퇴 후 노인들의 주요 소득원으로 기능하고 있음.
- 2008년 현재 68%의 65세 이상 노인들이 노령연금을 수령하고 있으며, 43%의 은퇴한 노인들이 기업연금 급여를 받고 있음.

□ 노령연금은 호주의 대표적인 사회안전망으로서 급여 대상자의 노동시장 기록과는 무관하게 현재의 경제적 욕구에 따라 부여되며, 정부의 일반 조세수입을 재원으로 하기 때문에 보편적인 급여라고 할 수 있음.

- 단, 노령연금을 받기 위해서는 영주권자 이상의 호주 거주민으로서 10년 이상의 거주가 요구됨.
- 거주요건을 충족한 자는 소득 및 자산조사를 거쳐야 하며, 둘 중 낮은 급여액을 산출하는 기준을 적용받음.
- 노령연금은 급여 수준의 급여액은 ‘소비자 물가지수’ 또는 ‘연금수령자 생계비 지수(Pensioner and Beneficiary Living Cost Index)’에 연동 조정됨.
- 남성 노동자의 평균 급여(Male Total Average Weekly Earnings)를 준거로 하여, 1인 가구의 경우는 이의 25 내지 27.7%, 그리고 2인 가구의 합산급여액은 이의 41.76% 수준에서 결정되어 왔음.

- 노인들을 위한 사회보장 체계의 두 번째 축인 강제 기업연금
은 소득에 연계된 급여로서, 전적으로 고용주의 기여에 의해
재원이 마련됨.
 - 고용주는 법에 의해 1년에 4번 이상 근로자 급여의 9% 이상
을 기업연금 기금에 적립해야 하며, 기여금은 근로자 급여에
서 삭감되는 것이 아니라 말 그대로 급여에 추가된 고용주의
기여분(contribution)임.
 - 노후소득보장 적절성 개선을 위해 2020년까지 고용주 기여
금은 12%로 상향조정될 것으로 입법 예고되어 있음.
 - 가입자는 55세가 되면 기업연금을 수령할 수 있으며, 수령
연령은 2015년에서 2025년 사이에 60세로 상향조정될 계획임.
- 기업연금의 높은 가입율과 제도적 성숙에 따라, 기업연금 수
령자는 더욱 증가할 것으로 예상되며, 앞으로 노인 소득보장
체계에서 기업연금이 노령연금을 점점 대체하는 경향을 띠 것
으로 추정됨.
 - 즉, 최대 금액(100%)의 노령연금을 받는 노인의 비율은 기업
연금이 시작되기 직전 67%(1991년)에서 56%(2008년)로 점점
줄어드는 추세임.
 - 호주 정부의 추정에 의하면, 2050년에는 노령연금과 기업
연금을 동시에 받는 노인이 50%를 차지하고, 노령연금 및
기업연금을 단독으로 받는 노인이 각각 25%를 차지할 것
으로 예상됨.

3. 재해보험

- 최근 호주의 산업 재해율은 상당히 감소하고 있는 추세임.
 - 호주 통계청에 의하면, 2009~2010 회계년 현재 전체 근로자의 5.3%가 업무와 관련한 상해나 질병을 경험한 것으로 나타났다으며, 2005~2006년의 6.4%에 비해 크게 감소함.
 - 전체적인 산업재해 감소 추세 속에서 중대한 상해로 인한 재해보상 청구도 감소하고 있음.
- 20세기 호주의 산업재해보상제도 역사는 과실주의에서 무과실주의로의 점진적인 이전으로 요약될 수 있음.
 - 산업재해보상제도가 도입되기 이전에 근로자들은 상해에 대한 보상을 받기 위해 고용주의 과실을 법정에서 증명해야 했고, 이것이 분쟁의 주요 요인이었음.
 - 산업재해보상제도 시행으로 무과실 원칙이 채택됨에 따라 근로자는 해당 상해가 업무와 관련이 있는지만 증명하면 됨.
- 연방주의 헌법에 따라 호주의 재해보상 정책은 주정부(State and Territory governments)의 고유 권한으로 인식되어 왔으며, 각 주정부는 자신만의 강제 재해보상제도를 운영하고 있음.
 - 6개의 주(States)와 2개의 특별자치구(Territories)들은 독자적인 재해보상제도를 발전시켜 왔으며, 연방정부에 별도로 연방정부 공무원(Commonwealth)과 해상근로자(Seafarers)를 위한 제도가 있어, 호주에는 현재 총 10개의 주요 재해보상 제도가 독자적으로 운영되고 있음.

- 각 관리주체별로 상이한 자격조건이 적용됨에 따라 호주의 근로자들은 동일한 재해에 대해 상이한 급여를 받게 되고, 전국 단위의 고용주의 경우 지역에 따라 상이한 보험요율이 적용되는 등 ‘관할주체간 비일관성(inter-jurisdictional inconsistency)’이라는 관리체계 상의 문제가 발생함.
 - － 현재 전국 단위의 재해보상 관련 정책 기구로 산업안전청(Safe Work Australia)이 설립되어, 각 관할주체들의 제도 개선 노력을 지원하고 조율하는 기능을 담당하고 있음.
- 호주의 재해보험제도는 민간영역과 공적영역이 혼합된 다소 복잡한 형태를 띠고 있음.
 - － 즉, 정부 당국은 민간보험회사 인가 및 관리감독 기능을 담당하고, 민간보험회사는 보험요율 결정 및 부과, 보상 청구 등의 실질적인 보험업무와 관련된 역할을 담당함.
- 호주의 산업재해보험은 거의 대부분의 근로자들에게 업무 관련 재해와 질병으로부터 보호를 제공하고 있음. 2008~2009 회계년도 현재 호주 전체적으로 988만 명의 근로자가 재해보험 제도에 포괄되어 있으며, 이는 전체 노동력의 약 90%에 해당함.
 - 재해보상제도는 기본적으로 재해로 인해 상실된 임금과 상해치료 및 재활에 필요한 비용을 보상함.
 - 출퇴근 및 출장 상해 청구(journey claims)는 호주의 재해보상 제도 포괄성 확대의 중요한 도구였음.
 - － 현재 호주의 모든 관할주체들은 업무 수행에 필요한 여행 과정에서 발생한 상해에 대해서는 보호를 제공하고 있음.

며, 출퇴근 과정에서 발생한 상해에 대해서는 각 관할주체별로 상이한 규정을 적용하고 있음.

- 재해보상제도는 정부가 고용주에게 강제적으로 부과한 보험료를 재정으로 하며, 보험요율은 해당 고용주가 지불하는 임금총액(payroll)에 기초하여 산정됨.
 - 재해보상 보험요율은 전반적으로 감소하는 추세로서, 2005-2006년 회계년에 2.01%였던 평균 보험요율은 지속적으로 하락하여 2008-2009 회계년부터 1.53%를 유지하고 있음.
 - 보험요율은 관리주체별로 독립적으로 책정하고 있으며, 고용주의 산업적 특성에 따라서도 차별적으로 적용됨.
 - － 예를 들어, 목재 벌채 등 고위험 직업군에 대해서는 12%까지 상승하는 경우도 있고, 반대로 사무직 등의 저위험 직종에는 0.2%의 보험요율이 적용되기도 함.

4. 가족수당

- 호주에서는 1941년 가족수당제도를 도입함.
 - 자산조사를 거쳐서 제공됨.
- 가족수당에는 가족세제급여 A, B(Family Tax Benefit Part A & Part B), 베이비 보너스(Baby Bonus), 보육수당(Child Care Allowances), 아동양육비 환급(Child Care Rebate), 예방접종수당(Maternity Immunisation Allowance), 육아휴직수당(Paid Parental Leave Scheme for Working Parents) 등이 있음.

□ 가족세제급여 A형(Family Tax Benefit Part A)

- 아동을 양육하는 부모 또는 양육자에게 지원되는 급여임.
 - － 급여액은 가족의 소득과 자녀의 나이 및 수에 따라 결정됨.
 - － 자격요건은 소득조사 기준을 충족하는 자, 호주 시민권 취득을 위한 거주요건에 부합한 자, 21세 미만의 부양자녀가 있고 이들을 돌보는데 최소 35% 또는 그 이상의 시간을 소요하는 자, 부양 자녀가 풀타임 학생(21~24세)이며 이들을 돌보는데 최소 35% 또는 그 이상의 시간을 할애하는 자 등임.

□ 가족세제급여 B형(Family Tax Benefit Part B)

- 주소득원이 1명이 가정에게 지급되는 추가 지원금
 - － B형은 16세까지의 피부양자녀 또는 부모에게 의존하는 18세까지의 풀타임 학생 자녀(청년 수당 또는 이와 유사한 수당을 받지 않는 경우임)를 위해 지급됨.
 - 시간의 35%를 자녀양육에 사용해야 함.

□ 베이비 보너스(Baby Bonus)

- 자녀를 출산 또는 입양할 때 제공되는 육아지원비로, 신생아를 출산하거나 16세 미만의 아동을 입양한 경우 지원되고, 사산아를 출산하였거나 태어난 후 즉시 사망하였을 경우에도 지원됨.
- 베이비 보너스를 유급육아휴직수당(Paid Parental Leave scheme)과 함께 받을 수 없음.

□ 보육수당(Child Care Benefit)

- 보육수당은 ‘승인’ 또는 ‘등록’ 보육서비스를 받는 자녀를 위한 보육비 지원임. ‘승인’된 보육 서비스 지원금은 ‘연간 가족 소득’을 기준으로 설정됨.
- 승인된 보육서비스를 이용할 경우, 일주일에 자녀 1명당 24시간까지 지원되며 이는 모든 가족에게 해당됨.

□ 보육비 환급(Child Care Rebate)

- 직장에서 일하는 가족들에게 보육비 부담을 덜어주는 추가적 지원으로 2011년 7월 4일부터 시작된 제도임.
- 근로중이거나 교육훈련을 받으면서 아동을 양육할 때 비용을 지원해 줌.
- 대상이 되는 보육 서비스에는 아동보육, 가정보육, 방과전 및 방과후 돌봄, 방학중 돌봄, 수시돌봄 등임.

□ 예방접종수당(Maternity Immunisation Allowance)

- 1회 수당은 자녀가 18개월~24개월사이에(성장기에 필요한) 예방접종을 모두 다 받았을 경우 지급되고, 2회 수당은 자녀가 4세~5세 사이에 예방접종을 받았을 경우 지급

□ 유급육아휴직 수당(Paid Parental Leave Scheme for Working Parents)

- 유급육아휴직수당은 가장 최근인 2011년 1월부터 시작
- 자격에 부합되기 위해서 부모는 근로를 해야 함.
- 부모는 18주간 정부로부터 국가의 최저임금의 비율로 받음.
- 가족세제혜택 B형과도 함께 받을 수 없음.

□ 가족수당제도의 시사점

- 호주에서는 저출산과 인구고령화라는 선진국이 직면한 문제를 안고 있어 이에 대한 대응 일환으로 가족수당을
 - － 부모의 일과 가정을 양립하도록 독려하고, 과도한 복지는 최대한 줄이려는 경향
- 가족수당 안에 다양한 현금과 수당을 포함하면서 가족의 상황과 필요에 맞는 각종 프로그램을 제시한다는 특성을 보임.

5. 공공부조

- 호주의 사회보장 체계는 다른 서구국가에서와는 달리 사회보험 방식의 사회보장이 발달되지 않았고, 거의 모든 사회보장 급여 및 서비스가 공공부조 방식으로 제공됨.
- 노령, 실업, 그리고 장애 등 소득보장을 요구하는 대부분의 사회적 위험에 대해 공공부조로 대처함.
 - － 즉, 호주는 사회보험을 통한 시장임금 보전보다는 강력한 공공부조를 통한 빈곤 감소에 정책목표를 둔 전형적인 베버리지안(Beveridgean) 사회보장 체계의 특성을 지님.
- 따라서, 호주 사회보장 제도는 공공부조 제도의 특성상 강한 대상 표적성, 일반 조세에 의한 재원 조달, 그리고 균일급여 방식으로 요약됨.
- 저소득 계층에 대한 소득 지원이 강조됨에 따라 호주는 다른 나라들에 비해 중간계층이 복지혜택을 덜 받는 구조를 가지고 있음.

- 정부로부터 지급되는 사회보장 급여는 일반조세로 재원이 조달되기 때문에 자격조건이 급여 대상자의 노동시장 기여로부터 발생하지 않으며, 이에 따라 보편적 대상 포괄성(universal coverage)의 성격을 띤.
 - 단, 모든 소득지원 급여 및 보충급여들에 대한 자격요건은 소득 및 자산조사에 기초하고 있으며, 자격 요건을 충족한 자는 최대한의 균일급여를 받을 수 있음. 이 방식은 욕구가 많은 사람에게 복지자원을 집중적으로 할당함으로써 효율적으로 빈곤을 감소시키는 접근방식으로 간주되어 호주 사회보장 체계에서 선호되어 왔음.
- 정부로부터 지급되는 소득보장 급여는 크게 수당(allowances or benefits)과 연금(pensions) 등 두 가지 형태로 구분됨.
 - 수당은 일시적인 보호의 수단으로 지급되는 단기적 급여를 말하며, 연금은 장기적으로 사회보장 시스템에 의존해야 하는 계층에게 주어짐. 대체로 수당에 비해 연금에게 더 높은 금액이 지원됨.
 - － 일정 기준 이하의 가구에게는 ‘자유영역(free area)’이 적용되어 최대 급여액을 받게 되나, 소득 및 자산 기준에 따라 급여감소율이 적용됨. 일반적으로 수당은 연금에 비해 낮은 자유영역과 높은 급여감소율이 적용됨.
 - 호주의 저소득 가구 소득보장 급여는 크게 부양아동이 있는 가구를 위한 소득지원 급여와 일반 저소득 가구를 위한 급여로 구분될 수 있으며, 일반적으로 부양아동이 있는 가구에 대해 더 많은 지원이 이루어지고 있음.

- 전자는 부양아동을 조건으로 지급되는 급여로서 소득세 시스템과 직접적인 현금급여를 통해 제공되며, A형 가족세제급여(Family Tax Benefit Part A), B형 가족세제급여(Family Tax Benefit Part B), 그리고 보육급여(Child Care Benefit)등이 이에 해당함.
- 후자는 부양아동이 없을지라도 실업, 노령 및 장애로 적절한 소득활동이 어려운 가구에 지급되는 급여를 말함. 실업수당(New Start Allowance), 양육수당(Parenting Payment), 그리고 청년수당(Youth Allowance) 등 실업 관련 급여에 대해서는 구직활동이 요구됨.

- 호주 사회보장 급여 수준의 적절성은 각 급여 범주에 따라 상이하게 평가되고 있음. 즉, 부양아동이 있는 가구는 OECD 국가들에 비해 크게 높은 급여를 받고 있는 반면, 노령 및 실업 관련 급여는 상대적으로 낮은 소득대체율을 보임.
- 호주 정부는 공식적인 빈곤선을 채택하지 않기 때문에, 현 수준의 사회보장 급여가 적절한 수준인지를 판단할 객관적인 준거가 존재하지 않음.
 - 호주 학계에는 헨더슨 빈곤선(Henderson poverty line)을 대안적으로 이용해 왔고, 호주의 사회보장 급여의 절대적 적절성 역시 이 기준에 근거하여 평가되어 왔음.
 - 이에 의하면, 대체적으로 호주의 사회보장 급여는 헨더슨 빈곤선보다는 낮은 수준에서 결정되어 왔고, 적절한 생활수준을 제공하기에는 불충분한 것으로 평가되어 왔음.

제3장

의료보장과 사회서비스 제도

1. 의료제도

- 2009년도 국민 1인당 의료비 3,445미국달러(OECD 평균 3,233 미국달러), 평균기대수명 81.6세(OECD 회원국 중 5위)인 호주는 의료제도의 효과성 및 효율성을 세계적으로 인정받고 있으나 최근, 정부는 의료제도의 성과에 대한 재조명과 미래 의료서비스 환경의 변화에 대한 인식을 바탕으로 의료제도에 대한 전반적인 개혁을 추진 중에 있음.
- Medicare로 일컫는 전국민건강보험제도 하에서, 공공의료부문과 민간의료부문의 역할분담 및 균형유지를 통해 질적 의료서비스 제공과 국민의 의료선택권 보장을 도모해 옴.
- 호주 정부는 Medicare와 Pharmaceutical Benefits Scheme 등 의료비 지원제도를 통해 총 의료비의 약 70%(연방정부 2/3, 주 및 지방정부 1/3 분담)를 부담하고 있는 가운데, 의료자원 공급과 의료서비스 제공 등에 있어서 중요한 역할을 수행함.
- 연방정부에서는 국가보건을 기획하고 공공재원의 조달을 통해 주 및 지방정부와 민간부문에서 제공되는 의료서비스를 지원함.

- 주정부에서는 대부분의 급성병원 및 정신병원을 통한 의료 서비스 제공, 지역의료 및 공중보건업무, 의료인력 규제 등을 실시함.
- 지방정부에서는 환경보건, 가정의료, 맞춤형예방사업 등을 실시함.
- 정부의 보조금(약 30%) 지급 하에서 거의 반수에 달하는 국민이 민간의료보험에 가입하고 있으며, 이를 통해 개인은 공공병원에서의 선택의사 진료, 민간의료기관의 이용, 물리치료사 등 유사의료전문가의 서비스 이용 등에 의료비를 지원받음.
- 민간부문의 의료비지출은 민간의료보험과 환자의 본인부담금 등으로 이루어지며, 환자의 본인부담금은 전체 의료비지출의 17%내외에서 유지되고 있음.
- 의료서비스는 서비스 제공자의 유형에 따라 일반개업의사 진료, 병원 진료, 전문치료(specialised care), 지역사회기반 의료, 기타 민간부문 유사의료전문가 치료 등으로 크게 구분되며, 의료비지불방법에 따른 이용상 제한 등을 보이고 있음.
- 일반개업의사 진료는 gatekeeper로서 역할하며, 개인이 의사를 선택할 수 있고 Medicare로부터 의료비를 지원 받음.
- 공공병원 진료는 응급실을 통하거나 진료의뢰 등으로 이루어지며, 공공병원에서는 Medicare에서 보장되는 의료서비스를 무료로 제공함. 무료서비스의 경우에 환자는 의사나 진료시기를 스스로 정할 수 없으며, 의료비를 본인 혹은 민간의료보험을 통해 부담하는 경우에 한해 선택진료가 허용됨.

- 의료인력으로는 의사, 치과의사, 간호사/조산사 외에도 의료와 치과의료분야에 유사 혹은 보조 전문인력이 있으며, 이들에 대한 수요는 향후 꾸준히 증가할 것으로 전망됨.
- 2009년도 가용의사는 인구 10만 명당 350명(FTE)으로 2005년 대비 2009년에 21.4% 증가하였으며, 간호사는 인구 10만 명당 1,105명(FTE)으로 2005년에 비해 6.2% 증가함.
- 지방 등 외곽 지역에 종사하는 (전문)의사, 치과의사, 물리치료사의 부족현상이 심화되고 있으며 특히, (전문)의사의 부족은 의사인력의 여성비율 증가추세 및 고령화 등과 맞물려 향후 더욱 증대될 것으로 전망됨.

2. 의료보장

- 호주의 의료보장체계는 양질의 의료서비스에 모든 국민이 보편적으로 접근할 수 있도록 보장함을 핵심적 원칙으로 하며, 공공 및 민간부문의 다양한 이해관계자의 적극적인 참여를 이끄는 연방 및 주 정부의 지속적인 협상을 통해 관리됨. 본 장에서는 호주의 의료보장에 대해 크게 4부문으로 구분하여 기술하였음.
- 의료보장의 발전과정
 - 20세기 중반까지만 해도 호주는 개인이 자신의 건강관리를 책임지거나 자생적으로 생겨난 질병기금 등 민간보험을 통해 산발적으로 운영되어왔음. 제2차 세계대전 이후 재향군인

에 대한 관리 등이 요구되면서 호주정부가 보건의료에 대해 주도적으로 관여 하게 됨. 이러한 역사적 배경과 보건정책의 변화과정을 시대별로 기술하였으며, 또한 1975년 본격적으로 도입된 국가건강보험제도에 대해 소개함.

□ 의료보장을 관리하는 법적 규제방법

- 호주 연방 및 주정부는 국가 차원에서 보건의료 종합계획을 수립하는 역할을 하며, 관련정책을 수행하기 위해 법적 강제 보다는 전문가 단체와 민간부문간의 협약을 통한 자율적 기전에 의해 관리함. 이러한 파트너십을 이루기 위한 제3자불자, 의료제공자의 참여가 필요한 각종 위원회와 이들의 권한 등을 검토함.

□ 의료보장의 관리운영체계

- 크게 공공과 민간부문으로 구분되지만 사실 민간 영역과 정부 차원의 경계선은 분명하지 않음. 정부는 법적 권한 하에 지속적인 협의와 협력을 이끌어 내므로 상호연계하려는 노력을 하고 있음. 연방, 주정부 및 지방정부의 의료보장에 대한 법적 권한과 기능, 역할 뿐 아니라 민간부문의 현황과 책임 등을 기술하였음.

□ 의료보장 체계

- 정부 재원에 의한 국가건강보험인 메디케어와 민간건강보험으로 구성된 의료보장체계에 대해 분석하였음 주로 메디케어를 중심으로 적용대상, 급여서비스, 급여의 종류와 보장성 수준, 메디케어의 비용분담정책, 안정망 등의 급여범위에 대

해 자세히 기술하였고, 메디케어와 민간건강보험의 재원조성, 의료전달체계의 구성, 비용통제방법을 조사함.

- 호주의 의료보장은 현재에도 계속 진화하고 있음. 병원 개혁 위원회와 국립예방보건 태스크포스팀에 의해 다양한 검토를 시도하고 있으며, 노인간호와 만성질환을 관리하고자 일차보건의료 강화를 주도하고 있음.

3. 고령자 및 장애인 복지서비스

- 호주의 고령인구는 65세 이상으로 정의할 경우 2010년 기준으로 고령인구가 전체 인구의 13.4%를 차지하고 있으며 비교적 점진적인 고령화를 경험하고 있는 국가임.
 - 장애인의 경우 호주의 통계청에 의하면 장애를 가진 인구는 1981년부터 2003년간 두배로 증가하여 인구의 20%인 390만 명 수준임.
- 사회통합이라는 관점에서 고령자 및 장애인 복지정책을 수립·수행하고 있으며, 국제적인 정책적 지향점을 준수하려 노력하고 실제 서비스 제공에 있어 필요한 인프라 구축에 관심을 두고 있음.
- 노인보호서비스는 노인들에게 건강한 노후생활을 보낼 수 있도록 지원하고, 기능상태가 좋지 않아 보호가 필요한 노인과 그 가족에게는 양질의 비용효과적인 케어를 제공하는 것을 목

표로 하여 노인의 기능 상태에 따라 다양한 선택을 할 수 있는 연속적인 서비스 제공 체계를 갖추고 있음.

- 가정 및 지역사회 지원서비스(Home and Community Care: HACC), 보훈 프로그램(DVA), 지역사회 노인복지 패키지(Community Aged Care Packages: CACP), 광범위 노인재가복지 패키지(Extended Aged Care at Home Package: EACH)와 같은 재가서비스와

- － 어느 정도 거동이 용이한 노인을 대상으로 하는 호스텔 개념의 저보호 노인요양시설(Low Level Care)과 거동이 매우 불편하여 24시간 보호 및 지속적인 의료 간호를 필요로 하는 노인을 대상으로 하는 너싱홈인 고보호 노인요양시설(High Level Care)로 구성된 시설 서비스(Residential Aged Care)가 있음.

- 장애인을 대상으로 하는 전국적인 프로그램으로는 장애인에 특화된 CSTDA(Commonwealth State Territory/Disability Agreement)와 청년층 장애인을 대상으로 특화된 YPIRAC(Younger People with Disability in Residential Aged Care)이 있음.

또한 장애인뿐만 아니라 노인 등과 같은 장애의 종류나 장애 발생시기와 무관하게 독립적인 생활이 어려운 지역거주자를 대상으로 하는 HACC(Home and Community Care) 프로그램이 있음.

- 고령자의 주류화를 위한 서비스(Mainstream Services)로는 고령자와 ‘함께 일하는 호주인’(Australians Working Together)이라는 프로그램을 통한 50세 이상에 대한 특화된 고용관련 정

책과 다양한 고령층이 노동시장에 오래 남게 하기 위한 다각적인 조치를 취하고 있음.

- 장애인의 주류화를 위한 서비스로는 장애인을 위한 교육기준을 2005년 8월부터 시행에 옮기고 있음.

고등교육을 위해서는 장애를 가진 학생들에게 장애로 인하여 발생하는 추가비용을 지원하고 있음.

- 더불어 장애를 가진 학생의 입학에 강화하기 위하여 교육 서비스 제공자에게 재정적 지원(Performance-based Disability Supprot Funding) 제공
- 장애인을 대상으로 하여 교육화 훈련에 관한 정보를 제공하고 있는 웹사이트(「Australian Disability Clearinghouse on Education and Training」)에도 재정적 지원 실시
- 장애인의 고용촉진과 관련해서는 2009년에 「정신건강과 장애에 관한 고용전략」(National Mental Health and Disability Employment Strategy)」 발표
- 많은 장애인이 센터링크라는 일반적 서비스체계를 통하여 일자리를 찾고 있음.

- 고령자를 위한 현금서비스로는 정부 일반 예산으로 재원을 충당하는 자산조사형 연금 제도인 노령연금(Age Pension)과 고용주를 사적연금에 강제 가입시키는 강제 퇴직연금(Superannuation Guarantee)이 있음.

- 이 외에도 노년기의 다양한 지출항목을 반영한 보완적 조치를 통하여 실질적인 경제적 수준을 확보할 수 있도록 하고

정책을 펴고 있음.

- 장애인을 대상으로하는 주요 소득지원프로그램으로는 장애지원연금(Disability Support Pension)과 장애연금(Disability Pension)이 있음.
- 한편, 장애인을 수발하고 있는 수발자에 대하여 지급되는 수발자 수당, 이동지원급여, 상병급여, 새출발 급여와 청년급여 등이 있음.

4. 아동 및 보육 서비스

- 호주는 1980년대 이후 2.0 이하의 낮은 출산율을 보이는 저출산 국가로 연방정부 중심으로 다양한 정책이 추진되고 있음.
- 2012년부터 교육 및 보육서비스 수준의 향상을 꾀하고 영유아 보육교육기관에 대한 더욱 투명하고 포괄적인 정보를 부모에게 제공함으로써 자녀들을 위한 최상의 서비스를 선택할 수 있도록 보육서비스를 관리하는 전국 양질 교육 및 보육 기본안(The National Quality Framework)을 도입하여 시행하고 있음.
- 주요 정책 아젠다
 - 국가아동발달 전략
 - － 2009년 수립, 2020년까지 부모들이 양질의 서비스를, 이용이 편리하고, 적절한 가격으로 이용할 수 있도록 지원한다는 목표 하에 구체적인 계획을 수립함.

- 보육서비스, 보육과 교육서비스의 연계, 보육교사 지원, 보육프로그램 질 향상, 보육비 지원, 부모의 취업지원, 아동 발달, 취약지역 아동지원 등이 포괄적으로 포함되어 있음.

○ 전국 양질교육 및 보육 기본안

- 영유아 대상 서비스를 관리하고자 2012년 1월부터 도입, 종일제 보육과 가정보육, 방과후 보육, 유치원 등 모든 시설에 적용됨, 높은 수준의 기준을 새로 도입하여 호주 전역에 일관성 있고 수준높은 유아교육 및 보육 서비스를 제공하는 목적으로 함.
- 보육교사 비율 개선, 새로운 교사자격요건 도입, 시설 및 서비스 질 등급제도 시행, 품질보증관리 국가기관 설립의 네 가지 방안을 제시함.

□ 보육서비스 현황

○ 보육서비스 유형

- 호주 보육서비스는 인가보육과 등록보육으로 이원화되어 있음.
- 인가보육은 주 및 연방정부로부터 인가를 받아서 운영하는 기관 중심의 서비스로서, 종일제보육, 가정보육, 방과후 보육, 일시보육, 가정내 보육이 속함.
- 등록보육은 등록을 하고 인정을 받은 개인에 의한 보육서비스로 가족지원사무소에 보육제공자로 등록한 조부모, 친인척, 친구, 부모 등과 개인이 운영하는 민간시설에 의한 보육을 말함.
- 등록보육 이용부모는 인가보육의 최소한의 보육급여 수준

으로 비용이 지원되며 보육비 조세환급 대상은 아님, 영세 지역이나 원주민을 대상으로 가정보육과 가정내 보육서비스를 제공하며, 직장보육이 있음.

○ 보육서비스 및 시설 규모

- 호주의 보육시설수는 계속해서 증가하고 있는 추세이며, 보육서비스 유형으로는 종일제 보육이 60.7%로 가장 많이 차지하였으며 방과후 보육이 29.5%, 가정보육이 12.1%를 차지함.

○ 보육료 지원

- 호주의 보육료 지원은 보육급여(Child care Benefit: CCB)와 보육비상환제도(Child Care Rebate: CCR)로 이루어짐
- 보육급여는 자산조사에 기반하여 제공되며 가구소득과 부모의 취업유무에 따라 이용시간과 이용비용이 책정되며, 보육비 상환은 보육급여 대상자가 안되는 고소득 가구를 위하여 제공되며 소득과 자녀수에 따라 달리 책정됨.

□ 시사점

○ 보육의 질적 수준 보장 체계 확립

- 호주의 평가인증제도는 우리나라 평가인증제도 도입시 벤치마킹한 사례 중의 하나이나 아직 우리나라는 인증결과와 재정지원과의 연계를 통하여 민간중심의 보육서비스의 질적 수준을 관리하고 있는 호주 제도가 갖는 효율성을 아직 따라가지 못하고 있음.
- 현재 우리나라의 보육서비스 대부분의 정책내용이 보육료 지원에 치우쳐 있지만, 보육서비스의 질을 담보하지 않은

상태의 보육료 지원에는 여러 가지 문제점이 드러날 것으로 예상된다는 점에서 호주정부의 새로운 보육서비스의 질 관리 체계에 대해 다시한번 벤치마킹 할 필요가 있음.

○ 보육비 지원정책 정교화·세분화

- 호주의 보육급여는 전 소득계층을 대상으로 하지만 소득 수준, 보육시간, 아동의 취학여부, 보육시설에 보내는 이유에 따라 차등으로 지급하여, 정책의 수혜층은 폭넓게 적용하지만 수혜대상을 세분화하여 적절한 서비스를 제공하는 한다고 할 수 있음.
- 보육서비스 평가인증체계에서는 보육비의 지원을 등록된 보육서비스로 국한하여 보육료 지원을 보육시설의 인증상태와 연계하여 보육수요자가 등록된 보육서비스에 대한 선호를 높이게 하여 서비스제공자가 스스로 양질의 서비스를 제공하도록 유인체계를 구축함.
- 보육료 지원요건에 필수예방접종을 의무화하여 보육정책을 아동보건정책과도 연계하여 영유아통합정책의 역할을 지향하고 있음.

5. 주택 및 주거서비스

□ 자가소유(home ownership)는 호주 주택정책의 중요한 목표로 서, 2010년 현재 호주의 자가소유 비율은 68.8%임.

○ 미국(65%), 영국(69%), 뉴질랜드(71%) 등 영미권 국가들과 비슷한 수준이며, 아일랜드(78%), 벨기에(74%) 등 몇몇 국

가들에 비해 낮은 자가소유율을 기록하고 있지만, 호주의 자가 소유율은 국제평균보다 높은 수치를 유지해 왔음.

- 좀 더 구체적으로 주거현황을 살펴보면, 주택 용자를 가진 자가(36.2%)와 용자 없는 완전 자가 (32.6%)가 반반 정도로 비슷한 수준을 유지하고 있으며, 나머지는 임대 가구로 분류됨. 이 중 민간임대 가구(27.8%)가 대부분을 차지하고, 사회주택(social housing)에 거주하는 가구는 3.9%임.

□ 그러나, 많은 다른 서구 국가들과 마찬가지로 호주는 주거 지불능력(housing affordability) 문제를 경험하고 있음. 주거 지불능력 문제는 자가 구입(home ownership) 뿐만 아니라 민간주택 임대료 지불 능력에 걸쳐 광범위하게 제기되고 있음.

- 호주 전체 가구 중 10.4%는 가구 총소득의 30% 이상을 용자금 상환이나 임대료 지불에 지출하며 소위 주거 스트레스를 경험하고 있음.
 - 저소득 자가 소유 가구의 반정도(46.6%)가 총 가구소득의 30% 이상을 주택 담보대출 상환에 사용하고 있고, 대부분 (70%)의 민간 임대 저소득가구는 총소득의 30% 이상을 임대료 지불에 사용하고 있음.
- 주거 지불능력 문제는 다양한 요인에 의해 기인하고 있는데, 인구증가에 따른 가구 수 증가와 소규모 가구의 증가로 인한 주택 수요 증가 및 이로 인한 민간 주택시장의 경쟁 심화, 주택 가격 상승에 미치지 못하는 실질임금 상승, 공공주택에 대한 정부지출 감소 등이 구조적 요인으로 지목되고 있음.

- 다른 많은 사회정책 영역과 마찬가지로 주택정책 역시 주정부가 핵심적인 정책 기능을 담당하고 있음. 주정부는 주택 건설 승인 및 규제 등에 대해 책임을 지며, 특히 공공주택의 경우는 연방정부의 재정지원 하에 전적으로 주정부 당국에 의해 관리 운영되고 있음. 그러나, 지속적인 주택가격 상승 및 주거 지불능력 악화 문제에 대처하기 위해 최근 호주의 주택정책 관리 체계는 더욱 중앙 집중화된 방식으로 이동하고 있음.
- 가장 주요한 변화는 ‘지불가능한 주거를 위한 국가협약(National Affordable Housing Agreement)’의 시행으로서, 연방정부, 주정부 그리고 지방정부까지 참여하는 포괄적인 협약기구임.
 - 이 국가협약은 주거 지불능력 향상에 더욱 장기적이고 강화된 정책목표를 두고 있으며, 연방정부는 주요 정책 목표 별로 주정부와 제휴협약(partnership agreements)을 맺고, 주정부의 주거지불능력 향상 노력 및 성과는 재정지원을 하는 연방정부에 의해 관리됨.
- 호주의 주거지원은 다양한 프로그램을 통해 제공되는데, 크게 자가 소유 지원과 임대 지원으로 구분될 수 있음.
- 현재 호주 정부가 주택구입을 위해 지원하고 있는 프로그램으로는 주정부로부터의 직접융자 및 계약금 지원을 포함하는 자가구입 지원(Home purchase assistance), 첫 주택구입 보조금(First Home Owner Grant) 지급, 그리고 첫 주택구입 계좌(First Home Saver Accounts) 등이 있음.
- 호주에서는 1958년부터 자산조사에 기반한 민간임대주택 임대료 보조가 시행되어 왔으며, 연방정부 임대료 지원은 비과

세 소득보충급여로 지급되고 있음.

- 사회주택(Social housing)은 크게 정부 그리고 지역사회 비영리기구(not-for-profit sector)로부터 관리되는 주택으로 나눌 수 있음.
- 국가협약의 시행으로 2009년부터 사회주택에 많은 투자가 이루어지고 있으며, 2012년까지 20,000호의 신규 사회주택이 건설되고, 기존의 노후한 사회주택도 대대적인 보수가 진행되고 있음.
- 지금까지는 주정부가 총 사회주택의 80% 이상을 제공하는 주요한 역할을 담당해 왔으나, 호주 정부는 사회주택 분야에서 지역사회 비영리기구의 역할 증가를 장려하고 있고, 2014년까지 지역사회 사회주택을 35%까지 증가시킬 계획임.

요약

주요국의 사회보장제도 S U M M A R Y

