

연구보고서 2016-45

아시아 사회보장정책 비교연구

– 아시아 주요국 사회보장체계 비교를 중심으로



노대명 · Goishi Norimichi · Wang Chunguang · Ku Yeun Wen
Somchai Jitsuchon · Giang Thanh Long · 김근혜

【책임연구자】

노대명 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】

아시아 각국의 복지제도 비교연구-소득보장체계를 중심으로
한국보건사회연구원, 2015(공저)

각국 공공부조제도 비교연구: 영국 & 일본 편
한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】

Goishi Norimichi	일본 오사카 시립대학교 교수
Wang Chunguang	중국 사회과학원 교수
Ku Yeun Wen	대만 국립타이완대학교 교수
Somchai Jitsuchon	태국개발연구원 연구위원
Giang Thanh Long	베트남 국립경제대학교 교수
김근혜	한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-45

아시아 사회보장정책 비교연구

- 아시아 주요국 사회보장체계 비교를 중심으로

발 행 일 2016년 12월 31일
저 자 노 대 명
발 행 인 김 상 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처 (주)한디자인코퍼레이션
가 격 10,000원

© 한국보건사회연구원 2016
ISBN 978-89-6827-406-0 93330

지금 세계 사회보장체제는 매우 빠른 속도로 변화하고 있다. 경제영역의 세계화와 새로운 산업혁명의 도래 그리고 저출산과 인구고령화, 소득 불평등의 심화 등으로 이러한 변화는 더욱 가속화될 것으로 예상된다. 그 중에서도 최근 들어 가장 빠르게 성장하고 있는 지역이 바로 아시아 지역이라고 말할 수 있다. 오랜 시간 주목받지 못했던 아시아 각국에서 사회보장제도가 빠른 속도로 정비되고 있는 것이다.

지금까지 한국에서는 아시아 각국의 사회보장제도에 대한 연구가 그다지 활성화되지 못했다. 그것은 한국 사회에서 사회보장제도에 대한 연구가 본격화된 지 그리 오래되지 않았을 뿐 아니라 사회보장제도를 빠르게 확충하는 과정에서 서구의 사회보장제도에 대한 연구수요가 더 컸기 때문일 것이다. 하지만 이제 아시아지역의 사회보장제도에 대한 연구를 활성화해야 할 시점이다. 경제·사회·문화적으로 아시아 지역 내 교류가 활발해지는 상황에서 지역연구를 강화해야 하며 그중에서도 사회시스템에 대한 연구에 강조점을 둘 필요가 있다. 지금까지 경제 문제에 초점을 두고 연구해 왔다면 사회시스템에 대한 연구로 해당 국가들에 대한 보다 균형 잡힌 연구가 필요한 것이다.

이 연구는 아시아 각국의 사회보장제도에 대한 전문영역별 연구에 앞서 사회보장체계 전체를 이해하는 데 초점을 두고 진행되었다. 그것은 건강보험이나 공적연금, 빈곤정책이나 ODA와 같은 특정 분야에서의 국제 비교연구를 활성화할 수 있는 토대를 구축하는 데 초점을 맞추고 있다. 특정한 사회보장제도는 전체 사회보장체계의 맥락에서 변화를 이해해야

하며, 이를 위해서는 각국의 사회보장체계 전체를 가늠하는 일이 시급하다고 판단했기 때문이다. 그리고 이 연구는 해당 국가의 사회정책 전문가에게 의뢰하여 각국의 사회보장체계의 구조와 특징, 그리고 최근의 정책 현안을 기술하는 방식을 취하였다.

흥미로운 것은 최근 아시아 각국의 사회보장제도가 빠른 속도로 확장되고 있으며 이 과정에서 각종 연구 인프라 또한 구축되고 있다는 점이다. 그리고 이러한 변화는 지금까지 주목받지 못했던 아시아 각국의 사회보장제도에 대한 국제비교연구가 활발해질 것임을 예고하는 것으로 판단된다. 아직 실증분석에 필요한 각종 데이터와 문헌에 대한 접근성이 낮은 한계가 있지만 각국 전문가가 함께 참여해 연구 설계와 수행을 하는 새로운 방식의 국제협동연구의 가능성은 더욱 커졌다고 말할 수 있다. 이 연구보고서에 실린 각각의 논문은 아시아 주요국 사회보장제도의 최근 동향과 정책현안, 그리고 이를 둘러싼 쟁점을 소개하고 있다. 모두 일독의 가치가 있는 흥미로운 논문이라고 말할 수 있을 것이다.

이 연구는 한국보건사회연구원 노대명 연구위원의 연구책임으로 이루어졌으며 같은 연구원의 김근혜 연구원이 참여하였고 외부에서는 일본 오사카시립대학교의 고이시 노리미치(Goishi Norimichi) 교수, 중국 사회과학원의 왕춘광(Wang Chunguang) 교수, 대만 국립타이완대학교의 구옌원(Ku Yeun Wen) 교수, 태국개발연구원의 솜차이 지수촌(Somchai Jitsuchon) 연구위원, 베트남 국립경제대학교의 장타인롱(Giang Thanh Long) 교수가 참여하였다. 이 연구를 수행하는 과정에서 많은 분의 도움이 있었다. 먼저 영어 외에 일본어와 중국어로 작성된 원고를 한글로 번역해 주신 번역자들에게 감사드린다. 그리고 이 보고서를 검독해주신 원내외의 익명의 검독자들에게도 감사드린다.

이 연구 결과가 향후 아시아 지역의 사회보장제도 국제비교연구를 활성화하는 데 작은 거름이 되기를 기대해 본다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	5
제1장 서 론	9
제1절 연구목적	11
제2절 연구방법	15
제3절 연구내용과 한계점	19
제2장 이론적 검토	21
제1절 개념정의	23
제2절 선행연구 검토	26
제3절 비교연구를 위한 분석방법	37
제3장 일본의 사회보장체계	43
제1절 들어가며	45
제2절 사회경제적 배경	45
제3절 사회보장제도의 구조와 특징	58
제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단	67
제5절 최근 복지현안과 개혁동향	81
제6절 맺으며	97
제4장 중국의 사회보장체계	101
제1절 들어가며	103

제2절 사회경제적 배경	103
제3절 사회보장체계의 구조와 특징	111
제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단	121
제5절 맺으며	135

제5장 대만의 사회보장체계 141

제1절 들어가며	143
제2절 사회경제적 배경	144
제3절 사회보장제도의 구조와 특징	156
제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단	165
제5절 최근 복지현안과 개혁동향	178
제6절 맺으며	187

제6장 태국의 사회보장체계 191

제1절 들어가며	193
제2절 사회경제적 배경	193
제3절 사회보장제도의 역사와 구조	198
제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단	201
제5절 최근 복지현안과 개혁동향	209
제6절 맺으며	217

제7장 베트남의 사회보장체계 219

제1절 들어가며	221
----------------	-----

제2절 사회경제적 배경	222
제3절 사회보장체계의 구조와 특징	231
제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단	235
제5절 최근 복지현안과 개혁동향	256
제6절 맺으며	262
 제8장 한국의 사회보장체계	 265
제1절 들어가며	267
제2절 사회경제적 배경	269
제3절 사회보장제도의 구조와 특징	279
제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단	287
제5절 최근 복지현안과 개혁동향	302
제6절 맺으며	310
 제9장 결론: 아시아 주요국 사회보장체계의 비교	 313
제1절 다른 시간과 다른 공간	315
제2절 공통의 도전과 상이한 조건	318
제3절 대안적 사회보장체계를 위한 도전	330
제4절 몇 가지 제안	335
 참고문헌	 337
 부 록	 351

표 목차

〈표 1-1〉 아시아 각국의 사회보장체계 비교를 위한 분석틀 예시	18
〈표 2-1〉 ADB의 사회보장지수(SPI)에 따른 사회보장체계 구성도	32
〈표 2-2〉 아시아 각국 사회보장체계의 주요 제도와 특징(예시)	41
〈표 3-1〉 일본 총인구, 65세 이상 인구 비율, 합계출산율 추이	47
〈표 3-2〉 1인 가구, 고령 1인 가구, 부자 또는 모자가구가 일반 가구 중 차지하는 비율 ...	49
〈표 3-3〉 18~34세 미혼자 중 교제 중인 이성인 없는 비율	50
〈표 3-4〉 일본의 GDP, 1인당 GDP, 실업률 추이	51
〈표 3-5〉 지니계수와 재분배에 따른 지니계수 개선도 추이	53
〈표 3-6〉 각종 통계에 따른 빈곤율 추계	54
〈표 3-7〉 아동 빈곤율과 취학 지원을	55
〈표 3-8〉 15~64세 인구의 취업상태 및 종업상 지위(2015년도 평균)	57
〈표 3-9〉 공적연금 가입상황(20세 이상 60세 미만)	58
〈표 3-10〉 비기여형 급여 비용부담 비율	63
〈표 3-11〉 2014년도 사회보장급여액 수지표	64
〈표 3-12〉 의료·개호보험, 연금, 노동보험 현황(2016년 9월 현재)	70
〈표 3-13〉 분야별·담당기관별 주요 상담지원기관	80
〈표 3-14〉 사회보장비용 장래 추계(2012년 3월)	82
〈표 3-15〉 최근 사회보장 및 노동시장에 관한 주된 보고서·제도 개혁	99
〈표 4-1〉 중국 주민소득 구성표: 1978년과 2012년	106
〈표 4-2〉 중국 재정지출에서 주요 사회지출 3개 지표가 차지하는 비중	132
〈표 4-3〉 글로벌에이치워치지수 한중일 3국 비교(순위, 최고 1)	136
〈표 5-1〉 대만 노동시장 구조상의 변화, 1966년~2015년(노동력별)	148
〈표 5-2〉 소득 격차 및 공적이전 노력, 1980년~2014년	153
〈표 5-3〉 인구 고령화 및 출산율, 2001~2015년	155
〈표 5-4〉 대만 사회보장제도 현황, 2000~2007년	161
〈표 5-5〉 부문별 사회보장수입, 2007년	162
〈표 5-6〉 사회보장급여의 특징	163

〈표 5-7〉 사회보장기능별 급여, 2007년	164
〈표 5-8〉 고용보험법의 보장범위, 노동력 및 노동보험 대비 비중, 2003~2015년	168
〈표 5-9〉 국가별 GDP 대비 적극적노동시장정책(ALMP) 지출비, 2004~2014년	169
〈표 5-10〉 국가별 의료보장제도 비교, 2012년	174
〈표 6-1〉 경제성장률이 지속적으로 높은 13개 국가	194
〈표 6-2〉 사회보장제도 보장범위	200
〈표 6-3〉 제도별 건강보험 보장범위	202
〈표 6-4〉 국민사회연금 2016년 급여 수준	203
〈표 6-5〉 노인, 장애인 및 AIDS 환자에게 지급하는 보조금	205
〈표 6-6〉 태국사회보장 관련 재정비용, 2013년	212
〈표 7-1〉 성별 및 주거지역별 인구평균	223
〈표 7-2〉 조출생률, 조사망률, 주거지역별 인구자연증가율	224
〈표 7-3〉 성별 및 주거지역별 15세 이상 노동인구	225
〈표 7-4〉 성별 및 주거지역별 15세 이상 연간 고용인구수	226
〈표 7-5〉 지역 및 연령대별 노동인구의 실업률 및 불완전고용률, 2015년	226
〈표 7-6〉 실질 GDP 및 경제성장률, 2010~2015년	227
〈표 7-7〉 주요 사회지표	230
〈표 7-8〉 빈곤가구 비율	231
〈표 7-9〉 사회보험 의무가입 및 임의가입 제도 보장범위, 2007~2014년	236
〈표 7-10〉 가입자 유형(ownership)별 사회보험제도 보장범위, 2007~2014년	237
〈표 7-11〉 사회보험제도 자립도(support ratio), 2007~2014년	238
〈표 7-12〉 사회보험 연간 준비금 증가율, 2010~2014년	238
〈표 7-13〉 연금조사(pension-tested) 현금이전 프로그램	242
〈표 7-14〉 자산소득평가(means-tested) 현금이전 프로그램	242
〈표 7-15〉 보건의료 시설의 수	245
〈표 7-16〉 병상 수	246
〈표 7-17〉 보건의료 종사자의 수	246
〈표 7-18〉 외래환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가격)	250

〈표 7-19〉 입원환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가격)	252
〈표 7-20〉 입원환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가격)	255
〈표 7-21〉 대체율 조정	256
〈표 7-22〉 연기금산정에 사용하는 기본연도 조정	256
〈표 7-23〉 자산소득평가(means-tested) 현금이전 프로그램	258
〈표 8-1〉 종사지위별 임금의 추이, 2004~2016년	273
〈표 8-2〉 상대빈곤율과 소득배율의 추이	274
〈표 8-3〉 한국 사회지출의 구성과 추이	285
〈표 8-4〉 한국 사회보장지출의 구성: 사회보험과 일반재정지출(2013년 예산 기준)	286
〈표 8-5〉 사회보장지출 전망	287
〈표 8-6〉 고용보험의 성별 가입자 수 추이	288
〈표 8-7〉 직업별, 종사상 지위별 고용보험 가입률, 2015년	289
〈표 8-8〉 고용보험 실업급여사업 지원실적	290
〈표 8-9〉 65세 이상 노인의 공적연금 수급률	292
〈표 8-10〉 빈곤율 변화와 기초생활보장제도 수급자 규모 변화	296
〈표 8-11〉 65세 이상 노인의 기초보장 수급률	297
〈표 8-12〉 의료보장 제도별 수급자 규모 추이	298
〈표 8-13〉 건강보험제도의 재정 추이	299
〈표 8-14〉 고용지위에 따른 사회보험 가입률 추이	305

부표 목차

〈부표 1〉 일본의 주요 사회보장제도의 특징	353
〈부표 2〉 중국의 주요 사회보장제도의 특징	356
〈부표 3〉 대만의 주요 사회보장제도의 특징	362
〈부표 4〉 태국의 주요 사회보장제도의 특징	364
〈부표 5〉 베트남의 주요 사회보장제도의 특징	366
〈부표 6〉 한국의 주요 사회보장제도의 특징	367

그림 목차

[그림 2-1] ILO와 UNDG의 사회보장체계 구성도	33
[그림 2-2] 국제비교를 위한 사회보장체계 구성도의 예시	38
[그림 3-1] 소득분배 N자곡선 가설	84
[그림 4-1] 중국의 경제성장 그래프, 1995~2014년	105
[그림 4-2] 중국 지니계수 곡선 그래프, 1982~2013년	107
[그림 4-3] 중국 농촌 빈곤인구수 및 빈곤 발생률의 변화, 1984~2014년	108
[그림 4-4] 도시등기실업자 수 추이, 1995~2014년	109
[그림 4-5] 도시등기실업률, 1995~2014년	110
[그림 5-1] 대만의 경제적 변화, 1951~2015년	147
[그림 5-2] 고용변화, 1991~2005년	151
[그림 5-3] 대만 노후소득보장을 위한 다층체계보장제	170
[그림 5-4] 사회부조 보장범위	172
[그림 6-1] 경제성장률(11년 이동평균)	195
[그림 6-2] 빈곤율(HCR)	195
[그림 6-3] 태국의 지니계수	197
[그림 6-4] 최상위 및 최하위 10분위배율 추이	197
[그림 6-5] 65세 이상 인구	208
[그림 6-6] 아시아권 국가들의 사회보장지수(SPI), 2009년	209
[그림 6-7] 공공부채 추정: GDP 4% 성장률로 가정	213
[그림 6-8] 공공부채 추정: 경제성장률 4%와 3% 비교	214
[그림 7-1] GDP 구성요소: 공급 및 수요 측면	228
[그림 7-2] 재정수지 및 공공부채	229
[그림 7-3] 베트남의 사회보장제도 구조	232
[그림 7-4] 베트남의 사회보험(SI) 및 연금제도의 발전 과정	233
[그림 7-5] 연금제도에서 '사라진 중간계층(missing middle)'	240
[그림 7-6] 연기금 추정치, 2008~2049년	240

[그림 7-7] 노인 대상 현금이전 관련 지출	243
[그림 7-8] 베트남 사회건강보험제도의 발전과정과 주요 내용	247
[그림 7-9] 연령대별 건강보험 보장범위, 2006~2014년	249
[그림 7-10] 노인에게 지급하는 현금이전 관련 지출	257
[그림 7-11] 노인 수급자 파악을 위한 생애주기형 리스크 접근방식	259
[그림 8-1] 업종별 취업자 규모의 변화(1981~2011년)	270
[그림 8-2] 고용구조의 양적 변화	272
[그림 8-3] 노인빈곤율 추이	276
[그림 8-4] 연령집단별 인구 규모 전망	277
[그림 8-5] 국민연금 가입자 및 수급자 전망	293
[그림 8-6] 55~79세 인구의 공적연금액 분포와 그 추이	294
[그림 9-1] 아시아 주요국의 산업별 취업자 비중 추이	319
[그림 9-2] 아시아 주요국의 출산율과 노인인구 비중 추이	323
[그림 9-3] 전체 정부지출 대비 사회보장지출 비중 추이	325
[그림 9-4] 아시아 주요국의 지니계수(2012년)	329
[그림 9-5] 태국과 베트남 빈곤층의 사회보장 수급률 추이	333

Abstract <<

A Comparative Study of Social Policy in Asian Countries : Focusing on the System of Social Protection Policies

In the 1990's, the studies on welfare state in East Asia have been greatly influenced by the experience of western welfare states, accepting Esping-Andersen's arguments about three worlds of welfare regimes. However recent studies have begun to be led by the asian researchers who recognize the comparative study on social protection in asian countries as important academic and policy issues. It is considered that they have begun the critical reflections from the inside on the welfare state in this region. In this study, the authors intend to show various models and paths of Asian welfare states as they are, without developing the discourse as like East Asian welfare regime. Six authors, from Korea, Japan, China, Taiwan, Thailand and Vietnam, explain the main issues and reform trends in social protection policies in each countries.

In Japan, the Abe's government, given the rapid growth of age-related spending, has implemented substantial structural reforms of the social security system. Some of the examples include : 1) increasing medical co-payments for individuals over

74 years to 20 per cent, 2) raising the retirement and eligibility ages for receiving public pension payments from 65 to 67 years or higher, and 3) reducing the ratio of the pension to average annual earnings to below 50 percent. It is interesting to see that the Japanese government tried also to expand social insurance coverage to non-regular workers for the purpose of reducing the labour market duality and boosting youth employment.

In China, the social protection system will play an increasingly important role in economic growth, the balance of income distribution, poverty alleviation and maintenance of social cohesion. Although China has made great achievements in poverty alleviation, but has made little progress in terms of narrowing the income gap. Whether it is in urban areas or in rural areas, the income gap is far greater than that at the initial stage of reform. Current social protection system needs further reform, not only to achieve full coverage of main social insurance and social assistance programs, but also to reduce inequality between different groups and different regions in the same security system, to further increase the redistributive effect of the social security system.

In Taiwan, it was witnessed a remarkable development of statutory welfare systems in the decade of 1990s, including the realization of the National Health Insurance, unemployment insurance, allowances for elderly people, special protections for children and women against violence. And a lot of policy

debates on National Pension Insurance was finally enacted in 2007 and implemented one year later. Faced with the challenges of population ageing and job precarity, now the policy debates pay much attention on the establishment of long-term care system and the reforms for a sustainable pension system.

In Thailand, the social protection system consist of two elements : One is the Social Security Scheme(SSS) in which has been implemented by the Social Insurance Act of 1954 and revised several times to 2015. SSS include seven social protection programs : Health insurance, Birth delivery, Death benefit, Disability benefit, Pension, Children assistance benefit, and Unemployment benefit. The problem is that SSS cover only slightly over one third of the labor force. And the other is a tax-based program as like Universal Social Pension, Universal Health Care, Universal Disability Aids, Patient Assistance Grant, etc. The fact that SSS covers only just above one third of workforce indicates the need to expand social protection for working Thai. Another gap in the social projection system is the welfare for young children before school age. Long-term care is also another area that has some gap in term of coverage. The financial sustainability of social protection system will be another problem to solve.

In Vietnam, current social protection system is facing the challenges as follow : The first is ensuring fiscal sustainability of the social pension scheme. The second challenge is accu-

rately identifying beneficiaries for the efficiency of social assistance programs. For this, life-cycle approach will be appropriate in identifying various risks at different stages of life, so that policies and programs will be adaptive to such risks. The third is increasing coverage. Expanding coverage of the social pension scheme to include poor older persons living in rural and coastal areas. The fourth is improving the benefit delivery system. And the final challenge is enhancing the scheme's monitoring and evaluation system

Finally, the social protection system in Korea has been expanded and strengthened in the aftermath of the 1997 financial crisis, with the introduction and reinforcement of four social insurances systems. However the current system has still many problems : 1) poors and irregular workers excluded from welfare programs, 2) low benefit level of public pension and social assistance, 3) fragmented welfare delivery systems between the central and local governments, and inside the central government. Also given the population ageing and low fertility and the low economic growth since the late 1990s, the government is concerned about the future of social protection system. Korea is now at a crossroads, seeking alternative social protection models beyond the limits of existing social insurance system.

요약 <<

1990년대 동아시아 복지국가에 대한 연구는 상당 부분 서구 복지국가의 역사적 경험에서 영향을 받았다고 말할 수 있다. 구체적으로는 복지레짐에 대한 에스핑-앤더슨의 이론의 영향을 받아 많은 연구자가 아시아 복지국가를 비교연구해왔다. 하지만 최근의 연구들은 아시아 연구자들에 의해 주도되고 있으며 이들은 아시아 각국의 사회보장체계에 대한 비교 연구를 매우 중요한 학문적·정책적 현안으로 인식하고 있다. 이들은 이 지역의 복지국가에 대한 내부로부터의 비판적 성찰을 시작한 것이라고 보아도 무방할 것이다. 이 연구에서 각 저자들은 기존의 동아시아 복지레짐 등과 같은 담론을 채택하기보다 아시아 복지국가의 다양한 모델과 경로를 있는 그대로 보여주하고자 하였다. 한국·일본·중국·대만·태국·베트남의 여섯 연구자는 각국 사회보장정책의 주요 현안과 개혁동향을 자세히 설명하고 있다.

일본의 경우 아베 신조 정부는 고령화 관련 사회지출이 급격히 증가하는 상황에서 사회보장시스템에 대한 실질적인 구조개혁을 추진해 왔다. 그것은 다음 몇 가지로 요약할 수 있다. 1) 74세 이상 노인들의 의료비 부담을 20%까지 인상하고 2) 퇴직과 공적연금 수급 연령을 65세에서 67세로 인상하며 3) 연평균소득 대비 공적연금의 비율을 50% 이하로 낮추는 조치 등이다. 흥미로운 점은 일본 정부가 사회보험의 가입과 수급범위를 파트타임 노동자 등 비정규직 노동자를 보호할 수 있도록 확장하였다는 점이다. 이로써 이원화된 노동시장 구조로 인해 발생하는 소득불평등을 해소하고 청년들을 위한 일자리 창출을 촉진하려는 것이다.

중국의 사회보장체계는 경제성장뿐 아니라 소득분배와 빈곤완화, 그리

고 사회결속력 유지 등과 관련해 더욱 중요한 역할을 수행할 것으로 예상된다. 물론 중국이 빈곤완화와 관련해 매우 큰 성과를 거두었다고 하지만 소득불평등 또는 소득격차를 축소하는 데서는 그다지 큰 성과를 거두지 못했다. 이러한 소득분배구조 악화는 도시나 농촌 지역을 막론하고 발생하고 있으며 그것은 개혁개방 초기보다도 심각한 수준이다. 이러한 이유로 중국의 사회보장체계는 추가적인 개혁을 필요로 하는 것이다. 이는 핵심 사회보험제도와 사회부조제도의 적용범위를 확대해야 할 뿐 아니라 동일한 사회보장체계에서 집단 간, 지역 간 불평등을 해소해야 하기 때문이다.

대만에서 사회보장제도는 1990년대 법정복지프로그램이 도입되면서 빠르게 확장될 수 있었다. 그것은 국민건강보험, 실업보험, 노령수당, 아동 및 여성을 위한 반폭력 보호프로그램 등이다. 그리고 국민연금보험과 관련된 많은 정책적 논의를 거쳐 2007년 법률이 제정되었고 이듬해 시행되기에 이르렀다. 대만 또한 인구고령화와 고용불안의 심화 문제에 직면해 있으며 이 문제를 해결하기 위해 한편으로는 장기요양보험제도를 도입하고 다른 한편으로는 공적연금제도의 지속가능성을 높이기 위한 개혁에 많은 관심을 기울이고 있다.

태국에서 사회보장체계는 크게 두 가지로 구성되어 있다. 하나는 사회보장체계(Social Security Scheme: SSS)라 불리는 것으로 1954년 사회보험법이 제정되고 2015년 최근의 개혁이 있을 때까지 많은 개정이 있었다. 사회보장체계란 다양한 사회보험 프로그램, 즉 건강보험·출산지원·장애급여·장애통제·아동지원수당·실업급여 등을 포괄하는 것이다. 하지만 문제는 사회보장체계의 보장범위가 매우 좁아 전체 노동인구의 3분의 1을 보호하는 데 그치고 있다는 점이다. 다른 하나는 조세기반형 프로그램으로 보편사회연금·보편의료돌봄·보편장애지원·상병지원수당 등으로 구성되어 있다. 이 제도는 위에 언급한 사회보장체계에 가입하지 못한 집단

을 대상으로 하는 것이다. 태국 사회보장체계의 당면한 문제는 대표적 프로그램의 보장범위가 매우 좁아 지속적인 확대가 필요하다는 점이다. 그리고 다양한 제도와 집단 간의 격차가 크다는 점이다. 복지 확대를 뒷받침할 수 있는 재정적 지속가능성의 문제 또한 제기되고 있는 것이다.

베트남의 사회보장체계는 현재 다음과 같은 과제를 안고 있다. 첫째, 사회연금체계의 지속가능성을 담보하는 일이다. 둘째, 복지급여의 효율성을 제고하기 위해 수급자 파악을 보다 정교하게 하는 일이다. 이를 위해서는 생애주기별 접근을 통해 삶의 단계별로 사람들이 처하게 되는 사회적 위험을 파악함으로써 정책과 프로그램이 이러한 위험에 효과적으로 대처할 수 있게 해야 하는 것이다. 셋째, 복지프로그램의 커버리지, 보장범위를 확대하는 것이다. 특히 농어촌 지역의 가난한 노인을 위해 사회연금 적용범위를 확대하는 것이 핵심이다. 넷째는 복지급여 전달체계를 개선하는 것이다. 끝으로 사회보장체계를 모니터링하고 평가할 수 있는 시스템을 강화하는 것이다.

끝으로 한국의 사회보장체계는 1997년 금융위기 이후 4대 사회보험을 도입하면서 확대되고 강화되었다. 하지만 현행 사회보장체계는 여전히 많은 문제점을 안고 있다. 첫째, 빈곤층과 비정규직 노동자가 여전히 복지급여에서 배제되고 있다는 점이고 둘째, 공적연금과 사회부조제도의 급여수준이 매우 낮다는 점이며 셋째, 복지전달체계가 중앙정부와 지방정부 간, 그리고 중앙부처 간에도 분절화되어 있다는 점이다. 1990년대 말부터 인구고령화 및 저출산 문제에 직면한 상황에서 정부는 사회보장체계의 미래에 대한 많은 우려를 표현하고 있다. 지금 한국은 갈림길에 서서 기존의 사회보험 중심체계를 넘어 대안적 사회보장모델을 모색하고 있는 것이다.

*주요 용어: 아시아, 복지국가, 사회보장, 사회정책, 국제비교연구

제 1 장

서론

제1절 연구목적

제2절 연구방법

제3절 연구내용과 한계점

제1절 연구목적

사회보장정책 연구에서 아시아 지역에 대한 비교연구의 필요성이 증가하고 있다. 최근 수년간 아시아 각국은 빠른 경제발전이라는 성과를 거둔 반면 소득불평등이 심화되는 등 새로운 사회문제에 직면해 있다. 그로 인해 아시아 각국의 사회보장정책은 세계 다른 어느 지역보다 빠른 속도로 성장하고 있다. 하지만 여기서 주목해야 할 대목은 양적 성장의 문제가 아니라 각국이 직면한 사회문제를 해결하는 다양한 경로와 전략의 문제이다. 이는 아시아 각국의 현재의 사회보장제도를 저발전된 것으로 폄하하기보다 그것이 가진 잠재력과 시사점에 초점을 맞추어 연구를 확대해야 할 이유를 말해준다. 서구복지제도에 대한 연구를 통해 그들의 제도를 수입해야 한다는 강박관념에서 벗어나 새로운 경로와 전략이 어떻게 형성되고 어떠한 성과를 거두는지에 주목해야 하는 것이다. 비서구권 국가들, 특히 아시아 각국 시민들의 삶과 노동, 그리고 사회보장제도에 대한 비교연구로 어디로 어떻게 가야 하는지에 대한 깊이 있는 성찰이 필요한 시점이다.

아시아 각국의 사회보장제도 비교연구는 지역 내 국가 간 경제사회적 교류와 협력이 증가하는 상황에서 서로를 이해하는 데 매우 중요한 의미를 갖는다. 국가마다 시민들의 삶의 질(quality of life)과 사회적 결속(social cohesion)을 유지하는 방법은 다양하며 그것은 직간접적으로 정치와 경제 시스템에도 영향을 미치게 된다. 그리고 이러한 사회시스템을

이해하는 것은 교류와 협력의 중요한 전제조건이다. 최근 전 세계적으로 아시아 각국의 사회시스템, 그리고 사회보장제도에 대한 연구가 확산되는 것도 이러한 욕구와 무관하지 않다. 지금까지 경제 문제에 초점을 맞추어 왔던 아시아 지역 연구가 사회문제와 사회정책으로 연구의 외연을 확장해 가고 있는 것이다.

이러한 맥락에서 한국의 사회정책 연구 또한 아시아 각국의 사회문제와 사회보장정책에 눈을 돌려야 할 시점이다. 지금까지 한국의 사회정책 전문가들이 서구 사회보장제도를 연구하는 데 주력하고 신흥산업국이나 저발전국의 사회보장제도에 별다른 관심을 보이지 않았던 것은 당연한 일이다. 비서구권 국가들의 사회보장제도 연구에 대한 정책적 수요가 없었고 설사 연구를 하더라도 필요한 데이터에 접근하기 힘들었기 때문이다. 최근에는 국제기구들 또한 아시아 각국의 사회보장제도에 관심을 갖고 연구를 강화하는 추세를 보이고 있다. 하지만 이 또한 외부자의 관심일 수 있다. 이제는 아시아 지역 내부로부터의 비교연구가 필요한 시점일 것이다. 이러한 맥락에서 한국 또한 아시아 각국의 사회보장정책에 대한 기초연구를 강화하고 국제네트워크를 구축함으로써 이러한 흐름에 대처할 필요가 있다.

아시아 사회보장정책 비교연구에서 국제연구기관의 역할을 강조하지 않을 수 없다. 사회보장정책은 특성상 정부와 공공 부문의 역할이 매우 중요하며 각국의 정책연구기관 및 전문가와의 협력이 관건이라고 말할 수 있다. 물론 학계 연구자들의 기여도 매우 중요하지만 사회보장정책의 설계와 집행, 그리고 평가에서는 정책연구기관들의 역할이 크기 때문이다. 하지만 지금까지 사회보장 분야의 국제협동연구는 학계 연구자들이 중심이 된 국제학술회의 개최에 초점을 맞추어 왔다. 물론 이를 통해 다양한 연구 네트워크가 형성되고 공동연구가 진행되기도 했지만 실질적인

국제협동연구가 활성화되지 못했다. 그리고 국제협동연구과정에서는 관련 데이터의 확보가 매우 중요한데 아시아 지역에서는 사회보장정책과 관련된 데이터에 대한 접근성이 매우 취약하다는 점을 고려해야 할 것이다. 이 점에서 앞으로의 사회보장정책과 관련한 국제협동연구는 각국 국책연구기관과 함께 본격화될 수 있을 것이다.

실제로 최근 수년간 아시아 각국의 사회보장정책 전문연구기관과의 협력은 국책연구기관 등을 중심으로 이루어져 왔으며 점차 확대되는 추세다. 한국보건사회연구원의 국제교류 경험은 실제로 아시아 지역에서도 국제협동연구에 대한 수요가 존재한다는 점을 확인시켜 주었다. 국제협동연구에 대해서도 각국 국책연구기관 또한 적극적인 참여의지를 보여주었다. 특히 아시아 각국의 사회보장 전문가들은 빈곤연구를 넘어 노후소득보장, 가족 및 아동정책, 의료정책으로 비교연구를 확대해야 한다는 데 공감하고 있었다.

하지만 개별 사회보장정책에 대한 비교연구와 더불어 각국의 사회보장체계를 비교연구할 수 있는 분석틀을 구축해야 한다는 공통된 지적이 있었다. 예를 들면 서로 다른 발전경로를 통해 다양한 형태로 구조화된 아시아 각국의 빈곤정책을 비교하기 위해서는 새로운 분석틀이 필요하다고 말할 수 있다. 기존의 정형화된 사회부조제도(social assistance programs)로는 설명하기 힘든 다양한 지원방식과 재원조달방식이 존재하며 더 나아가 다른 공적지원제도의 보완 및 대체 또한 발견되기 때문이다. 이는 다음 두 가지 문제에 천착해야 할 필요성을 말해주는 것이다. 하나는 개별 사회보장제도에 대한 연구를 넘어 각국의 사회보장체계에 대한 비교연구로 각국 사회보장제도가 어떤 특징을 갖는지 확인하는 것이다. 다른 하나는 다양한 정책과 제도를 비교할 수 있는 개념과 분석방법 등에 대한 합의를 도출하는 일이다.

본 연구의 일차적 목적은 다양한 정치시스템, 경제발전단계, 사회문화 구조를 가진 아시아 각국의 사회보장체계의 특징을 파악하는 것이다. 그리고 이를 통해 향후 비교연구를 활성화할 수 있는 분석틀을 제시하는 것이다. 비교연구를 위한 분석틀에 주목하는 것은 지금까지 서구 복지국가나 국제기구를 중심으로 활용되어 왔던 분석틀이 아시아 각국의 사회보장제도의 특징을 포착하는 데 한계가 있으며 이를 통해서는 아시아 각국의 사회보장제도들이 가진 실제적인 문제점과 개선방안을 도출하기 힘들다고 생각했기 때문이다. 문제점을 정확하게 포착하지 못하면 제대로 된 대책을 제시하기 힘들다는 것은 자명한 일이다. 복지레짐을 비교하는 에스핑-앤더슨의 분석틀이 유용성과 보편적 함의를 갖는다는 것은 분명하다. 하지만 이러한 분석틀로는 아시아 국가를 비롯한 대다수 후발 복지국가들의 특징을 온전히 포착하기 힘들다. 이 점에서 비서국권 국가의 사회보장제도를 온전히 분석할 수 있고 실현 가능한 정책적 함의를 도출할 수 있는 분석틀이 필요한 것이다.

이러한 연구목적에 따라 이 연구에는 아시아 각국의 대표적 사회보장 전문가들이 참여하였다. 그리고 각자 자국의 사회보장체계가 어떤 사회경제적 환경에 처해 있고 어떠한 발전경로를 거쳐 현재와 같은 구조를 가지게 되었으며, 주요 사회보장제도들은 어떻게 구성되어 있는지, 최근의 사회보장정책 관련 현안과 개편동향은 어떤지 정리하였다. 이 과정에서 각 필자에게 각국의 사회보장체계를 하나의 표로 정리할 것을 부탁하였다. 이 표는 여전히 비교분석틀로서는 부족한 감이 있지만 그럼에도 각국의 사회보장제도가 전체적으로 어떻게 구성되어 있는지 이해하는 데 큰 도움이 될 것으로 판단된다. 이것이 비교분석틀을 구축하는 또 하나의 단서가 될 것이라는 기대 또한 갖고 있다.

이 연구로 기대하는 성과는 아래와 같이 정리할 수 있다. 첫째, 아시아

.각국 사회보장정책에 대한 국내의 기초연구 강화이다. 국내 학계에서 아시아 각국의 사회보장제도 연구는 기초가 취약하다. 따라서 역사와 구조, 그리고 현황과 최근 개편동향 등에 대한 기초연구를 강화할 필요가 있다. 이러한 맥락에서 이 연구 그리고 아시아사회정책연구센터에서 수행하는 연구들은 아시아 각국의 사회보장정책과 제도에 대한 기초연구를 강화하고 있다. 둘째, 아시아 사회보장정책에 대한 연구를 심화하는 최선의 방법은 각국 전문가들의 협동연구를 강화하는 것이라고 판단된다. 이를 위해서는 다양한 연구 분야에 걸쳐 아시아 각국의 전문가 네트워크를 구축할 필요가 있다. 이를 위해 단계적으로 아시아 각국의 공공 그리고 민간 연구기관이 1) 공동의 연구주제를 설정하여 2) 인력과 재원을 함께 투입하고 3) 협동연구를 수행하는 방식으로 연구성과를 공유하는 데 많은 노력이 필요할 것이다.

제2절 연구방법

이 연구의 연구 대상은 다음과 같다. 1) 한국 2) 일본 3) 중국 4) 대만 5) 태국 6) 베트남이다. 이처럼 연구 대상을 설정한 이유는 다음과 같다. 첫째, 상대적으로 사회보장제도를 분석하는 데 필요한 최소한의 데이터가 구축되었다고 판단되었기 때문이다. 아시아 각국의 사회보장제도를 비교하는 연구과제는 불과 십 년 전만 해도 생각하기조차 힘든 일이었다. 둘째, 사회보장체계의 구조 또는 복지레짐의 관점에서 각국이 갖는 특수성을 고르게 반영할 수 있다고 생각했기 때문이다. 일본이 아시아 지역에서 가장 사회복지지출이 높고 사회보장제도가 잘 정비된 경우라면 한국과 대만은 사회보험 중심체계를 구축한 후발주자이며 중국과 베트남은 사회주의 이행체계의 성격을 갖는 경우라고 말할 수 있다.

이 연구는 앞서 언급한 것처럼 각국의 대표적 사회보장 전문가들이 참여하는 형태로 수행되었다. 따라서 각 연구자가 사용하는 연구방법을 설명하는 것은 큰 의미가 없다. 다만 이 연구가 전체적으로 공통의 포맷과 분석틀을 전제하고 있다는 점을 지적할 필요가 있다. 이는 아래와 같이 몇 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 이 연구는 각국의 사회보장제도에 대한 선행연구 검토, 특히 해당 국가의 언어로 축적된 문헌연구를 토대로 하고 있다. 많은 국제비교연구가 영어 등 일부 언어로 제한된 문헌검토를 하고 있다면 이 연구는 아시아 5개국의 사회보장정책 관련 전문가들이 자국 언어와 영어 등으로 이루어진 다양한 선행연구를 검토하고 이를 토대로 작성되었다는 특징을 갖는다. 물론 사회보장체계 국제비교에 대한 기존의 서구 연구문헌에 대해서도 적극적인 검토가 이루어질 것이다. 대표적인 사례로는 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen) 등 복지체제 전문가나 각국 사회보장체계 비교연구 전문가들의 연구문건이 검토될 것이다. 그 밖에 국제기구를 중심으로 수행되어 왔던 국제비교연구에 대해서도 검토할 것이다. 세계노동기구(ILO)나 세계은행(World Bank) 등 국제기구가 수행해 왔던 사회보장체계 국제비교 연구 등이 그것이다. 더불어 아시아 각국의 사회보장체계에 대한 국제비교 연구에 대해서도 살펴볼 것이다. 물론 이러한 선행연구가 드물다는 점에서 지금까지 확인된 일부 연구문헌에 초점을 맞출 것이다.

둘째, 이 연구는 각국 사회보장제도와 관련된 다양한 데이터를 토대로 수행되었다. 비서구권 국가들의 사회보장체계 연구는 언제나 각국의 연구 인프라, 특히 통계 인프라와 같은 현실에 눈높이를 맞출 수밖에 없다. 데이터가 취약한 국가의 사회보장정책에 대한 연구가 제대로 이루어지기 힘들기 때문이다. 아시아국가들 중 자국의 소득분배실태나 사회보장체계의 수급 대상 및 보장수준 등에 대한 통계 인프라가 구축된 국가들이 많

지 않다는 점에 주목할 필요가 있다. 최근 빠른 속도로 통계 인프라가 구축되고 있는 것은 사실이다. 하지만 사회보장체계 전반에 걸친 비교연구가 매우 힘든 실정이다. 이 연구에서 다루고 있는 5개국은 상대적으로 통계 인프라가 잘 구축된 경우 또는 구축되고 있는 경우이다. 그럼에도 여전히 특정한 사회보장정책에 대한 자료나 통계자료를 구하고 비교하기에는 많은 어려움이 있는 실정이다. 그것은 비교 가능한 데이터로 생성하는데 많은 노력이 필요하다는 점을 의미한다. 현재 시점에서는 외부자가 해결하기 힘든 문제인 셈이다. 다행히 이 연구는 각국 전문가들이 자국의 데이터를 활용해 사회보장제도 전반에 걸쳐 실태와 쟁점을 분석하고 있다는 점에서 다소나마 그러한 한계를 극복해 보고자 하였다. 느슨한 비교 분석틀을 중심으로 각국의 사회보장체계의 특징을 기술하는 과정에서 각국의 전문가들이 접근할 수 있는 데이터를 활용하고 있다는 점이다. 더 멀리 나아가기 위한 징검다리라고 말할 수 있을 것이다.

셋째, 이 연구는 실험적으로 아시아 각국의 사회보장체계를 비교할 수 있는 분석틀을 고민하고 이 분석틀에 따라 각국의 사회보장제도를 비교하는 방식을 채택하였다. 이 연구는 각국 연구진 간에 수차례의 논의를 토대로 분석틀을 구축하고자 하였다. 그것은 한국 연구진이 제시하는 분석틀이 각국의 사회보장체계를 기술하는 데 적합하지 않을 수 있다는 기존 경험에 따른 것이다. 그럼에도 이 분석틀이 실제 연구에 활용되기 위해서 더 많은 수정과 보완이 필요할 것은 당연한 일이다. 이 문제와 관련해 앞서 몇몇 국제기구가 제안했던 사회보장제도의 국제비교를 위한 분석틀을 간략하게 살펴보고 있다. 참고로 이 연구가 아시아 주요국의 사회보장 전문가들에게 제시한 공통의 분석틀은 아래와 같은 형태로 구조화된 것이다. 횡적으로는 사회보장의 주요 영역, 또는 삶의 주요 영역을 중심으로 하는 제도 부문을 축으로 하고 종적으로는 생애주기를 축으로 하

는 방식이다. 부가적으로는 생애주기와 무관하게 취약계층(vulnerables) 또는 불안계층(précarariat)을 고려하고 있다. 하지만 사회보장제도는 생애주기와 정책영역만으로 특징지을 수 없는 것이다. 그것은 각각의 제도가 어떠한 특징을 가진 제도인가 유형화해야 한다는 것을 의미한다. 따라서 본 연구는 해당 제도가 법률(law)인지 정부의 규칙(regulation)인지, 재원이 사회보험처럼 가입자 기여(contribution)인지 전 시민의 세금(tax)인지, 지원 대상이 포괄적(universal)인지 선별적(selective)인지, 지원 내용이 현금(cash)인지 현물(in-kind)인지 구분하는 방식을 제안하였다. 이를 통해 각국의 사회보장제도가 각 정책영역에 어떻게 대응하고 있으며 전체적으로 어떠한 특징을 갖고 있는지 비교하는 방식이다.

〈표 1-1〉 아시아 각국의 사회보장체계 비교를 위한 분석틀 예시

구분	유아 (Child)	청소년 (Youth)	근로연령층 (Working Age)	노령층 (Old-Age)	빈곤층/소외계층 (Poor & Excluded)
노동시장정책 (LMP)		실업보험 (Unemployment Insurance)			
적극적노동시장정책 (ALMP)		공공근로(Public Work), 직업훈련(Training) 등			근로연계복지 (Workfare Program)
소득보장정책 (Income Security)	아동수당 (Child Benefit)		근로장려세제 (EITC), 실업부조 (Unemployment Assistance)	공적연금 (Public Pension)	생계급여 (Livelihood Benefit)
의료보장정책 (Health Programs)	건강보험 (Health Insurance)				의료급여 (Medical Benefit)
주거복지정책 (Housing Policy)	공공임대주택 (Public Rental Housing Programs)				주거급여 (Housing Benefit)
기타 사회서비스 (Social Services)	보육지원 (Child Care)			장기요양 (Long-Term Care)	

제3절 연구내용과 한계점

이 연구보고서는 다음과 같이 구성되어 있다. 먼저 아시아 각국의 사회보장체계를 비교분석하는 느슨한 분석틀(framework)을 설명하고 있다. 이는 비서구권 국가들의 사회보장체계를 비교하는 방법과 준거점에 대한 의견을 정리한 것이다. 이어 아시아 각국의 사회보장체계를 위의 분석틀에 따라 기술한 부분이다. 여기서는 한국·일본·중국·대만·태국·베트남 사회보장체계를 해당 국가의 전문가들이 집필하고 있다. 본 연구에서 주목해야 할 핵심 부분이다. 끝으로 각국의 사회보장체계에 대한 내용을 토대로 비교연구를 위한 시사점을 도출하는 부분이다.

이 연구는 실험적 성격으로 인해 한계가 없을 수 없다. 앞서 언급한 바와 같이 이 연구는 아시아 각국의 사회보장정책 관련 전문가들과 함께 비서구권 국가들의 사회보장체계를 비교할 수 있는 준거점을 만드는 데 목적이 있다. 물론 이 준거점은 한 번의 연구로 완성될 수 있는 성격의 것이 아니다. 그리고 서로 다른 연구전통과 조건에서 분석틀에 대한 합의를 도출하는 것 또한 용이하지 않다. 이 점에서 본 연구는 이후에 있을 많은 비교연구를 위해 중요한 출발점이라는 의미를 갖는다.

제 2 장

이론적 검토

제1절 개념정의

제2절 선행연구 검토

제3절 비교연구를 위한 분석방법

제1절 개념정의

1. 사회보장 개념에 대해

이 연구보고서는 ‘사회보장체계’라는 용어를 사용하고 있다. 이와 관련해 간략하게나마 이 용어가 무엇을 지칭하는지 설명할 필요가 있다. 사회보장이라는 단어는 영어로 어떻게 표현해야 하는가. 크게 두 가지 단어가 선택될 수 있다. 소셜 시큐리티(Social Security)와 소셜 프로텍션(Social Protection)이 그것이다. 하지만 지금까지 한국에서는 주로 Social Security를 사회보장으로 번역하고 Social Protection을 사회보호로 번역해 왔다. 이는 주변 한자 사용국과의 개념적 통일성을 위해서도 이해할 수 있는 일이다.

하지만 Social Protection을 ‘사회보호’로 번역하는 것은 적절해 보이지 않는다. 서구에서 Social Protection은 소극적 의미의 지원, 즉 사회부조제도 등에 국한된 제도나 정책을 지칭하는 것이 아니다. 그것은 적극적인 노동시장정책, 사회보험, 주거복지, 의료정책 등을 포괄하는 용어로 사용되고 있기 때문이다. 오히려 Social Security는 ‘사회보험’ 등을 지칭하는 측면이 있다는 점에서 더 협의로 이해할 수 있다.

참고로 아시아개발은행(ADB)은 사회보장지수(social protection index)를 설명하면서 Social Protection이 단지 빈곤층만을 대상으로 하는 복지제도라는 소극적인 의미만을 갖는 것이 아니라 비빈곤층을 포괄

하는 다양한 복지제도를 아우르는 것으로 정의하고 있다(ADB, 2013, p. 1-3). 이 연구에서는 이들 용어 중 어느 하나를 택하여 소통을 어렵게 하기보다 사회보험과 사회부조, 그리고 사회서비스를 포괄하는 의미에서 Social Protection이라는 용어를 사용하였다. 하지만 각종 문건에서 이 용어의 구분이 힘들다는 점을 감안하여 두 용어를 혼용하여 사용할 수 있게 하였다.

2. 사회보장체계와 복지레짐

사회보장 ‘체계’라는 용어는 아무래도 유사 용어와의 혼동이 불가피할 수 있다. 예를 들면 복지레짐(welfare regime)이라는 용어가 그것이다. 그렇다면 사회보장체계는 복지레짐과 어떠한 차이가 있는가. 여기서 복지레짐은 에스핑-앤더슨의 개념에 준하여 사용되고 있는데 그것은 사회보장체계를 특정한 이론적 관점에 따라 구조화한 개념이라고 이해할 수 있다. 참고로 에스핑-앤더슨은 탈상품화(de-commodification)의 관점에서 각국의 사회보장제도들을 실증적으로 평가할 수 있도록 조작적으로 정의하고 그것을 복지레짐으로 범주화하였다(Esping-Andersen, 1990). 이 점에서 복지레짐은 상당히 추상화되고 구조화된 개념인 셈이다. 그에 비해 사회보장체계는 것처럼 ‘엄밀하게 구조화되지 않은’, 또는 ‘간명한 논리에 따라’ 구분된 사회보장제도의 총합이라고 표현해야 적절할 것이다.

이 연구에서 사회보장체계라는 용어를 사용하는 것은 아시아 각국의 사회보장제도를 비교하는 데 복지레짐이라는 개념은 큰 실익이 없다고 판단했기 때문이다. 물론 이 개념이 갖는 분석적 효용이나 정책적 함의를 부정하는 것은 아니다. 하지만 복지레짐이라는 유형화 방식은 서구 복지

국가들의 역사적 제도적 경험을 기반으로 구축되었다는 점에서 아시아 각국을 유형화하기에는 ‘아직’ 적합하지 않은 측면이 있다. 지금까지의 많은 분석결과는 아시아를 비롯한 비서구권국가들을 어떤 유형으로든 구분하지 못하는, 기껏해야 제4의 유형으로 분류하는 것이었다. 더욱이 아시아 각국의 사회보장체계를 복지레짐의 관점에 따라 분석하는 데 필요한 데이터가 충분히 구축되지 않았다는 점도 주목해야 할 사항이다. 이 점에서 한정된 데이터를 토대로 하는 개념화의 위험성이 있는 것이다. 실제로 최근까지 비서구권국가들을 대상으로 했던 많은 연구는 이러한 위험에 노출되어 있었던 것처럼 보인다.

이러한 이유로 본 연구는 사회보장제도의 특징을 구별하는 데 유용한 몇 개의 간명하고 의미 있는 도식(schemes)에 주목하고자 한다. 그것은 모든 시민이 생애주기에 걸쳐 거의 공통적으로 직면하게 되는 다양한 사회적 위험을 한 축으로 하고 이 위험에 대처하는 공통적인 제도화 방식, 즉 1) 노동시장 규제를 통한 대응 2) 사회보험이라는 사회적 대응 3) 사회부조라는 보호 차원의 대응이 그것이다. 이 세 차원에서의 대응이 어떻게 이루어지는가는 복잡한 개념화를 통하지 않고서도 각국의 사회보장체계를 이해할 수 있는 유용한 방법일 것이다. 노동시장에서의 소득불평등을 억제하는 정책, 사회보험의 가입과 급여에 대한 정책적 개입, 그리고 사회부조를 통한 빈곤 문제 해결 등은 사회보장체계의 특징을 이해하는 데 유용한 정보를 제공할 수 있기 때문이다.

이 점에서 본 연구가 다루려는 사회보장체계는 상대적으로 ‘순도가 높은’, 또는 ‘있는 그대로의’ 사회보장제도의 총합이라고 하는 것이다.

제2절 선행연구 검토

1. 아시아, 사회보장체계 그리고 복지레짐

아시아 각국의 사회보장체계는 오랜 기간 연구 대상이 되지 못했으며 지난 십수 년간 이 주제와 관련된 연구의 대부분은 매우 추상적이거나 제한된 정보를 토대로 한 것들이었다. 그리고 이러한 연구는 ‘다소 일찍’ 서구의 복지레짐 담론으로 동아시아 각국의 사회보장체계를 해석하려는 시도로 이어졌다. 하지만 그러한 시도는 동아시아 각국의 사회보장체계의 성격을 규정하는 데 큰 도움이 되지 않았던 것으로 보인다. 앞서 언급했던 것처럼 막연히 제4의 레짐으로 구분하는 것이 그 연구에서 어떤 의미를 갖는지 이해하기 힘들다.¹⁾ 그리고 이러한 연구는 동아시아 사회보장 체계에 대한 보다 추상적인 해석으로 이어지게 만든 측면이 있다. 그것은 동아시아 국가들을 때로는 정치 과잉의 측면에서, 때로는 문화 과잉의 측면에서 해석하려 했던 경향을 지칭한다. 마치 사회과학에서 비트포겔(Wittfogel)의 동양전제주의(Oriental Despotism)를 연상시키는 대목이다.

실제로 많은 연구자는 동아시아 각국의 사회보장체계를 ‘동아시아 복지모델(The East Asian Welfare Model)’이나 ‘유교주의 복지체계(Confucian Welfare Cluster)’, ‘보수적 복지국가체계(Conservative Welfare State System)’ 등으로 정의하였다(Jones, 1993; Goodman et al., 1996; Ka Lin, 1999; Aspalter, 2001). 하지만 동아시아 복지체

1) Esping-Andersen의 복지체제 유형화에서 동아시아 국가들은 혼합형 복지체제 등으로 치부되었다. GDP 대비 사회지출 수준, 사회보험 및 각종 복지제도의 보장범위(coverage)와 보장수준, 소득불평등도와 빈곤율 등을 고려할 때, 동아시아 국가들이 복지체제 지도 상 어느 지점에 위치하는지 확인하기 힘들었던 것이다(노대명 등, 2008).

제론은 각국의 정치체제, 민주화, 복지제도의 포괄범위와 특성 등을 종합적으로 고려한 유형화를 시도하기보다 자의적 해석을 통한 유형화에 그치는 경우가 많았다. Aspalter가 지적하고 있는 것처럼 ‘복지국가의 최소한의 기준’이 무엇이며 동아시아국가들은 어느 지점에 위치하는지 설명할 수 있는 논거가 취약했던 것이다(Aspalter, 2001).

서구 학자들의 연구결과에서 시사점을 얻을 수 없었던 것은 아니다. Holliday & Wilding의 연구는 동아시아 각국의 사회보장체제와 관련해 몇 가지 특징을 잘 설명하고 있다. 그들은 싱가포르·홍콩·대만·한국의 복지체제를 정책과정·규제·공급·재원 등 네 가지 측면에서 비교하여 몇 가지 결론을 도출하고 있다. 이들 국가에서 다음 여섯 가지 공통점이 발견된다는 것이다. ① 정치적 목적의 중시 ② 경제발전과 완전고용을 통한 복지의 대체 ③ 생산적 복지의 우위 ④ 서구 복지국가에 대한 비판여론 조성 ⑤ 가족의 역할 중시 ⑥ 행정을 통한 정치의 흡수가 그것이다(Holliday & Wilding, 2003).

그 밖에도 아시아 각국의 전문가를 중심으로 아시아 사회보장체제에 대한 보다 심도 있는 논의가 진행되기도 하였다. 추상화된 복지레짐 논의에서 벗어나 개별 국가들을 비교하려는 연구 경향이 그것이다. 발전주의 복지국가나 생산적 복지국가 등이 그러한 예에 해당할 것이다(Aspalter, 2001; Kwon, 2005). 하지만 이러한 연구의 결론들은 종종 ‘왜 아시아 각국은 이토록 싸구려 복지국가를 유지하고 있는가?’ 하는 질문에 대한 답변 또는 변명의 성격을 띠었던 것처럼 보인다. 사실 대다수의 연구결과는 권위주의적 정치와 부의 집중화, 그로 인한 소득불평등과 빈곤의 심화, 그리고 이를 감당하는 가족주의와 여성의 희생에 주목하였다. 그러나 이는 어디로 어떻게 가야 하는지에 대한 지혜를 주지는 못했던 것처럼 보인다.

이후 경제성장과 민주화가 이루어지고 어떤 국가들은 저성장의 늪에 빠지면서 자성이 일고 있다고 여겨진다. 비서구권 국가의 사회보장체계, 특히 아시아 각국의 사회보장체계는 무엇보다 먼저 내부로부터의 연구, 그리고 다양한 사회보장제도들을 어떻게 구성해야 하는지 또는 구성할 수 있는지에 대한 탐색적 연구가 필요하다는 인식일 것이다. 아시아 각국의 사회보장체계를 비교하면서 공통점이나 수렴 현상을 과대평가하거나 국가별 예외성을 과대평가하는 극단의 사이에서 어느 하나를 선택할 일이 아니다. 오히려 각국의 사회보장체계가 실제로 어떻게 구조화되어 있으며 어떻게 변화하고 있는지 살펴보는 일이 시급하기 때문이다. 지금은 복지국가의 사회보장제도들을 어떻게 재구성할지(institutional re-arrangement) 논의하는 일이 더 시급할지 모른다(노대명 등, 2008).

아시아 각국의 사회보장체계를 비교하는 과정에서 강조하려는 것은 추상화된 복지레짐에 대한 논의에 앞서 각 사회보장제도의 특성을 명확하게 드러낼 수 있는 연구가 선행되어야 한다는 점이다. 전체 사회보장체계에서 주요 사회보장제도가 어떻게 위치하고 있으며 어떠한 역할을 수행하고 있는지 이해할 필요가 있는 것이다.

이 문제와 관련해서는 G. Bonoli의 주장에 주목할 필요가 있다. 그는 복지체제와 관련한 대부분의 이론이 에스핑-앤더슨의 일차원적 유형화(single-dimension classification) 방식을 취해 왔다고 비판해 왔다. 물론 에스핑-앤더슨의 실질적인 기여를 간과할 수는 없다. 하지만 양적 지표를 활용한 유형화 작업은 동일한 지출수준을 보이는 국가 간의 차이점, 특히 목표·방식·효과의 차이를 간과했다는 점은 분명해 보인다. 보편주의와 조합주의의 차이를 보장범위(coverage)의 차이로 축소하고 기여방식(system based on contribution)과 조세방식(system based on tax)이 갖는 정치적·제도적 함의를 고려하지 못했던 것이다(G. Bonoli,

1997).

실제로 1990년대 후반 이후 아시아 각국의 사회보장제도는 공식 부문 노동자의 증가를 토대로 사회보험을 확장하는 기여방식과 공식 복지제도에서 배제되어 있는 방대한 집단을 예산으로 보호하는 조세방식을 어떻게 조합할 것인지, 그리고 어떠한 방식을 확대 적용할 것인지 선택의 기로에 놓여 있다. 1990년대 후반 국제기구들은 후발 복지국가들에 노동개혁을 추진하고 다층의 사회안전망을 구축하도록 권고하였다. 민간보험을 제외한다면 사회보험제도와 사회부조제도의 강화를 근간으로 하는 것이었다. 하지만 최근 아시아 각국은 빈곤층이나 취약계층이 증가하고 있으나 사회보험을 통한 보호는 한계에 봉착해 있고 조세방식의 복지제도 또한 빈곤층과 취약계층을 제대로 보호하지 못하는 문제에 봉착해 있다. 이는 방대한 복지공백이 계속되고 있음을 의미한다.

이런 상황에서 사회보험의 확대를 전제하는 기여방식과 포괄적 재원조달을 전제하는 조세방식 중 어느 것이 보다 안정적일지, 그리고 어떻게 두 가지 방식을 조합해야 하는지에 대한 고민이 중요한 의미를 갖는다. 이런 맥락에서 보면 아시아 사회보장체계에 대한 비교연구는 초기단계에서 과도한 추상화를 피하고 있는 그대로 사회보장제도의 특징을 잘 드러내고 그 총합이 각국의 사회보장체계의 특성을 보여줄 수 있도록 하는 노력이 더 시급한 일일지 모른다.

물론 이 문제는 경제시스템 자체와 밀접한 관련이 있고 노동시장에 대한 정부의 개입 역량을 나타내며 포괄적인 사회보장체계를 가능하게 하는 시민사회의 역량과도 무관하지 않다.

2. 아시아 사회보장체계 관련 최근 연구동향

21세기 아시아 각국의 경제성장이 가져온 중요한 변화 중 하나는 재분배를 위해 사회보장체계를 강화해야 할 정치적 필요성의 증가라고 말할 수 있을지 모른다. 하지만 아시아 각국의 정치여건과 경제사회여건, 그리고 기존 사회보장체계의 성숙도 등을 감안하면 어떤 사회보장제도를 도입해야 하는지에 대해서는 다양한 해석과 제안이 가능할 것이다. 그리고 보다 구체적인 정책방향 제시는 각국의 사회보장제도와 그것을 둘러싼 사회경제 상황에 대한 객관적인 이해로부터 가능할 것이다. 제도적 상상력은 현실에 대한 정확한 이해, 그리고 시민들의 욕구에서 시작되는 것이 보통이기 때문이다.

이 문제와 관련해 아시아 각국이 직면한 사회보장체계 건설의 현장은 많은 어려움을 내포하고 있으며 이를 극복하는 대안 모색이 필요하다고 판단된다. 2010년 1월 유엔 사회발전연구소(United Nations Research Institute for Social Development)에서 발간된 Armando Barrientos의 〈Social Protection and Poverty〉는 왜 아시아 각국이 보다 공적인 사회보장제도를 구축하는 문제에 관심을 가져야 하는지 잘 말해주고 있다. 1990년대 중반 이후 아시아 각국은 절대빈곤 문제를 해결하는 것 외에도 경제성장에 따른 격차 문제를 해결해야 하는 새로운 숙제를 안고 있었다. 그리고 이 과정에서 다양한 정책적 시도를 하였다. 대부분의 경우 외부의 지원을 매개로 하는 다양한 단기안전망이 구축된 바가 있었지만 이는 재원의 제약으로 단기적일 수밖에 없었으며 제도화로 이어지지도 못했다.

이처럼 정부의 책임 있는 사회보장제도 구축 노력이 지연되면서 다양한 경제사회문제가 심화되기 시작하였고 그것이 사회통합에 심각한 위협

을 가하기 시작했다. 전문가들의 한결같은 평가결과 및 제안은 아시아 국가들에는 ‘보다 강력하고 조정된, 그리고 항구적인 제도적 구조(stronger, coordinated and permanent institutional structures)’가 필요하다는 것이었다. 이것이 아시아 각국에서 사회보장제도, 그리고 그 체계에 대한 검토가 본격화된 배경이었던 셈이다. 2000년대에 들어서면서 아시아 각국은 빠르게 사회보장제도를 정비하기 시작했다. 이는 전과 다른 연구환경을 제공해주고 있다.

비서구권 국가를 포함한 사회보장체계의 국제비교연구는 최근 활발히 진행되고 있다. 그중에서도 이를 주도하는 연구집단은 국제기구와 연계된 집단이라고 할 수 있다. 따라서 여기서는 몇몇 국제기구에서 발표한 사회보장체계 국제비교를 위한 분석틀을 간략하게 살펴보기로 하겠다.

먼저 ADB가 발표하는 SPI(Social Protection Index)나 OECD의 SOCX 분류체계, 그리고 World Bank가 활용했던 분류체계 등을 언급할 수 있을 것이다. 아래 표는 ADB의 SPI에 대한 보고서에 실린 사회보장제도의 유형 구분이라고 할 수 있다. 지금까지 각종 국제기구에서 가장 자주 사용되어 온 것이며 아시아 지역의 국제기구라 할 수 있는 ADB가 각국의 사회보장제도를 비교하기 위해 주력하고 있는 사회보장지수 설명에서 제시한 것이다. 그것은 사회보장제도의 주된 유형을 노동시장정책과 사회보험, 그리고 사회부조로 구분하고 있다. 물론 이 유형 구분은 아시아 지역 국가들을 대상으로 적용하기 위한 가장 포괄적인 구분으로 간주해야 할 것이다. 실제 적용을 위해 의지적으로 여지(room for manoeuvres)를 둔 것을 이해할 수 있음을 의미한다.

〈표 2-1〉 ADB의 사회보장지수(SPI)에 따른 사회보장체계 구성도

	사회보험	사회부조	노동시장정책
개요	- 모두가 직면할 수 있는 다음 경제사회적 위험을 완화하는 것이 목적. 1)질병 2)실업 3)산업재해 4)모성 5)고령 - 이 집단은 특정한 위험에 봉착하기 전까지는 빈곤층이 아닌 인구집단	- 보험에 가입할 수 없거나 충분한 급여를 받지 못하는 집단에 제공되는 공적이전	- 고용서비스나 기술향상, 직업훈련 또는 특수한 프로그램으로 고용안정을 돕는 적극적 정책수단 - 사회보장지수는 실업자를 위한 소득보장, 즉 실업보험 등 소극적노동시장 프로그램을 포함하고 있음.
하위 요소	- 건강보험 - 연금 - 기타 사회보험 · 실업보험 · 퇴직금 등	- 사회적 이전소득 - 아동복지프로그램 - 의료부조 - 노인대상부조 - 장애복지프로그램 - 재난구호	- 고용프로그램 참여를 조건으로 하는 소득보장 또는 식품지원 - 기술향상 및 직업훈련

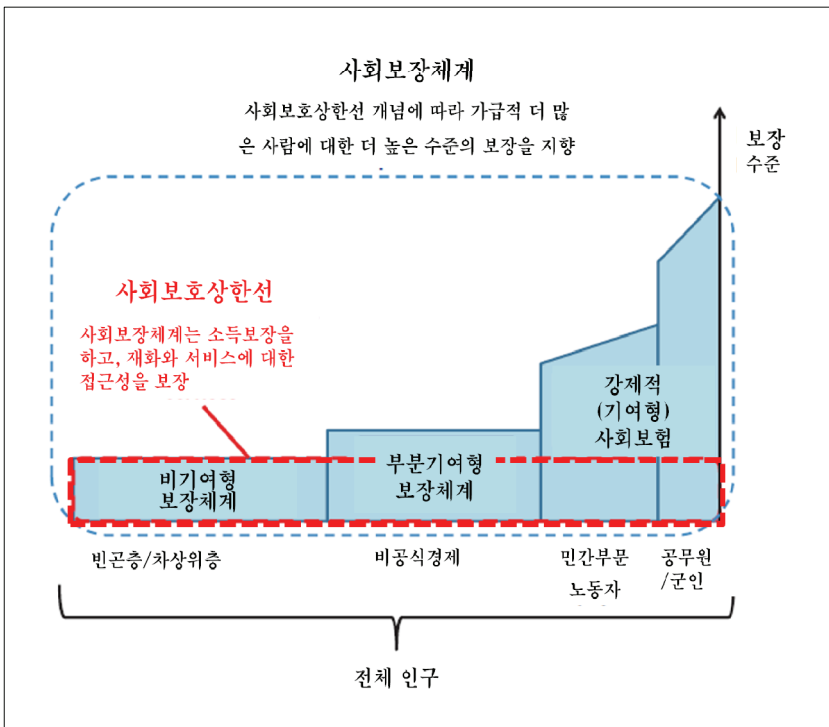
자료: ADB(2013). Social Protection Index: Assessing the results for Asia & the Pacific.

비서구권 국가들의 사회보장제도가 처한 현실을 비교하기 위한 보다 흥미로운 설명은 ILO가 2013년 발간한 보고서 〈Mapping existing international social protection statistics and indicators〉와 ILO와 UN이 2014년 발표한 〈Social Protection Issues Brief〉에서 발견할 수 있다.

ILO가 아시아 각국의 사회보장체계를 비교하고 정책방향을 제시하기 위해 사용했던 개념과 방법은 소셜 프로텍션 플로어스(Social Protection Floors, SPF)였다. 이 개념의 일차적 목적은 생애주기를 통해 시민들이 공통적으로 필요로 하는 소득과 필수재(생계와 의료, 교육과 보육 등)를 보장함에 어느 집단을 어떠한 방식으로 또는 어느 수준까지를

보장할 것인지 일종의 가이드라인을 제시하는 것으로 보인다. 골자는 아래와 같다. 1) 특별한 지원이 필요한 빈곤층 등 취약집단에 대해서는 자산 조사를 통한 조세지원이 근간을 이루고 2) 비공식 부문과 같이 정상적인 사회보장제도를 적용하기 힘든 부문에 대해서는 부분적 기여체계 (partially contributory scheme)를 도입하는 방식을 제안하고 3) 공공 과 민간의 공식 부문에 대해서는 강제적 기여방식에 따른 사회보험제도를 적용하는 방식을 제안하는 것이다.

[그림 2-1] ILO와 UNDG의 사회보장체계 구성도



자료: ILO & UNDG(2014). Social Protection Issues Brief.

지금까지 아시아 국가들 내부에서 사회보장체계에 대한 비교연구는 홀대받는 연구주제였다. 상대적으로 지역연구가 활성화된 일본을 제외하고 아시아 각국의 사회보장제도 비교연구는 매우 부진했다. 그리고 일부 국가에서 이러한 연구가 수행되었었다 하더라도 그것이 각국 전문가들 이 공유할 수 있는 축적된 경험으로 남지 못했다는 점 또한 지적되어야 할 것이다.

이는 향후 아시아 사회보장제도에 대한 비교연구에 주어진 과제를 잘 말해주고 있다. 먼저 아시아 각국의 사회보장체계를 비교할 수 있는 충분한 자료가 구축되었는지, 또는 구축될 수 있는지 평가가 필요하다. 적절한 데이터 없이 추상화된 수준의 담론에 의존할 시기는 이미 지났기 때문이다. 이어 충분한 자료를 토대로 아시아 국가들이 어떠한 원인과 경로로 현재의 사회보장체계를 갖게 되었으며 그 사회보장체계는 어떠한 특징을 갖는지 구분할 필요가 있다. 아시아 지역 내부의 사회보장체계 비교를 강화할 필요가 있는 것이다. 끝으로 비서구권 복지국가들 또는 21세기의 복지국가들이 어떤 대안적 사회보장체계를 지향해야 하는지에 대한 논의와 합의가 필요할 것이다.

3. 국내 선행연구에 대한 검토

지금까지 국내에서 아시아 주요국을 대상으로 하는 사회보장체계 비교연구는 많지 않았다. 개별 정책의 국제비교가 상대적으로 덜 활발하게 진행되었다면 이를 아우르는 연구가 축적되지 않았기 때문일 것이다. 하지만 비교분석을 위한 연구들이 제대로 마련되지 않았다는 점은 여전히 아쉬움으로 남는다.

본 연구와 가장 유사한 선행연구는 홍석표 등(2012~2013), 〈아시아

국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책(2012), 건강보장(2013))이다. 한국 보건사회연구원에서 발표된 이 연구는 지금까지 전무했던 아시아 각국의 사회보장정책에 대한 거의 최초의 국제비교연구이다. 그리고 이러한 여건에 걸맞게 관련 기초연구자료 구축을 주목적으로 하고 있다. 이 연구가 갖는 강점은 당시 국내에서는 거의 연구가 이루어지지 않았던 동남아시아 국가들을 연구 대상으로 하고 있다는 점이다. 이 연구는 크게 네 가지 연구방법을 활용했다고 보고하고 있다. 1) 문헌연구 2) 각국 통계자료에 대한 기초분석 3) 행정집계자료 분석 4) 전문가 면접 등이다. 이 연구가 계획대로 추진되었다면 아시아 각국의 사회보장정책을 분야별로 집필하였을 것이다. 2012년에는 빈곤정책에 초점을 맞추어 분석하고 2013년에는 건강보장정책의 현황과 개편동향을 분석하는 것이었다. 하지만 이 연구는 계획대로 이어지지 못했다.

아시아 각국의 사회보장정책 중 특정한 정책을 대상으로 하는 비교연구로는 이봉주 등(2011), <주요 아시아 국가들의 빈곤정책에 관한 비교연구>를 들 수 있다. 이 연구는 아시아 국가들의 빈곤현황 및 빈곤정책 동향에 대한 기초자료 구축을 주목적으로 하고 있으며 그에 따라 각종 현황 자료를 수집하고 전문가 인터뷰로 내용을 보완하는 형식을 취하고 있다. 연구방법은 크게 세 가지로 정리할 수 있다. 1) 문헌연구 2) 각국 통계자료에 대한 기초분석 3) 전문가 면접 등이다. 이 연구는 분석 대상국가라는 측면에서 매우 방대한 연구결과이다. 이 연구에서는 네팔·말레이시아·방글라데시·베트남·인도·인도네시아·일본·중국·캄보디아·태국·필리핀 등 많은 국가가 다루어지고 있다. 물론 연구주제는 아시아 주요 국가의 빈곤현황 및 빈곤정책, 최근 개편동향에 대한 분석이다.

그 밖에 고용복지연계정책에 대한 국제비교를 들 수 있다. 이 연구는 노대명 등(2013), <고용-복지 연계정책의 국제비교 연구 : 한중일의 최근

정책 변화를 중심으로>를 지칭한다. 이 연구는 한국·중국·일본 3국의 근로빈곤실태와 정책동향에 대한 비교연구라는 점에서 국내에서는 최초의 연구라고 말할 수 있으며 내용에서도 한국과 중국 그리고 일본의 연구진이 해당 내용을 집필하고 있다는 특징이 있다. 연구방법은 크게 세 가지로 정리할 수 있다. 1) 문헌연구 2) 각국 통계자료에 대한 기초분석 3) 전문가 및 정책담당자 인터뷰 등이다. 이 연구는 한국이 빈곤정책을 맞춤형 급여체제로 개편하는 시점에 일본과 중국에서도 유사한 시도가 이루어지고 있음에 주목하고 있다. 일본은 생활곤궁자 자립지원법 제정을 준비하는 단계이다. 일본은 전후 최초로 생활보호제도를 개편하고 더불어 「생활곤궁자 자립지원법」을 제정하여 비수급빈곤층 및 저소득층, 특히 근로빈곤층을 대상으로 하는 제도를 도입하였다.²⁾ 중국 또한 공공부조제도 입법화를 준비하고 있다. 중국은 아직 공공부조제도와 관련한 법률을 제정하지 못하고 조례를 통해 제도를 관리하는 상황이다. 하지만 최근 중국의 민정부 등은 공공부조 관련 법률 제정 움직임을 보이고 있다. 2016년 현재 시점까지 법 제정은 이루어지지 않고 있다.

2) 참고로 이 연구가 진행되던 시점에 일본은 이 법률을 통과시켰다.

제3절 비교연구를 위한 분석방법

이 연구는 아시아 사회보장정책의 비교분석을 위한 분석틀을 구축하고 이를 각 연구진이 공유한 상황에서 해당 내용을 집필하는 방식을 취하고 있다. 따라서 이 연구는 아시아 각국 사회보장정책의 특징을 비교할 수 있는 사회보장체계의 개념과 구성도를 제시하는 것이 출발점이라고 할 수 있다.

1. 연구기획 단계에서의 분석틀

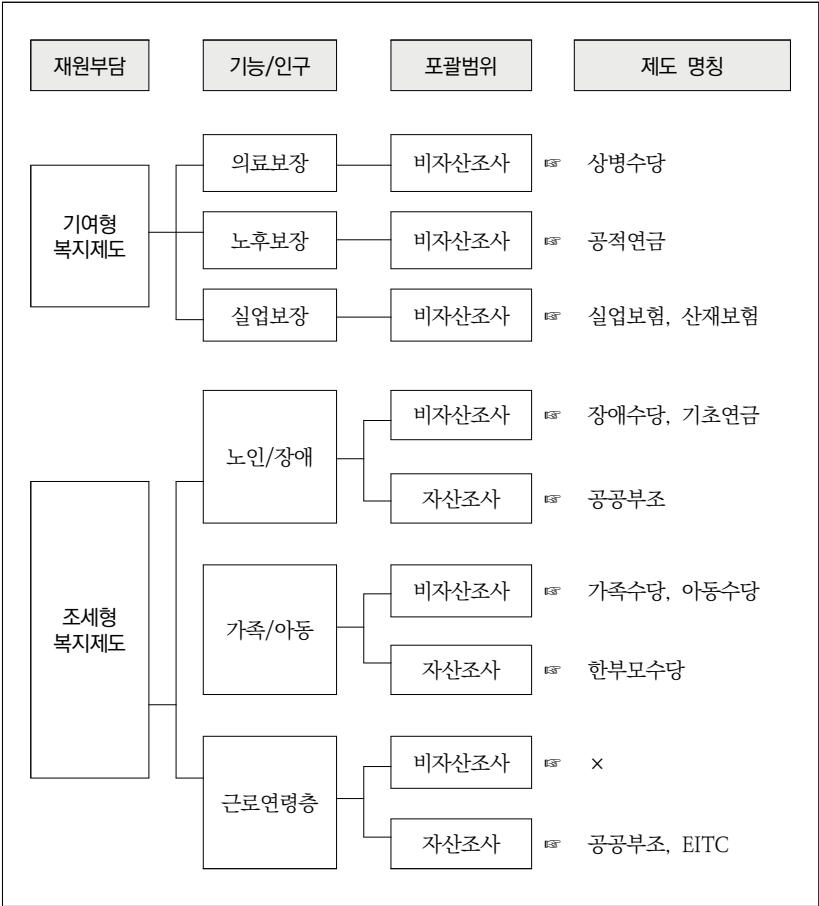
이 연구는 아시아 각국의 사회보장체계 비교를 위해 각 연구진이 공유할 수 있는 구성도를 마련해야 했고 이를 위해 ILO나 ADB 등이 비서구권 국가들의 사회보장체계를 정리하기 위해 사용했던 구성도를 참조하였다.

본 연구에서 사용한 사회보장체계 구성도의 주요 관심사는 아시아 각국의 사회보장정책이 각 정책영역에서 저소득층과 중산층 등 계층별로 얼마나 잘 보호받고 있는가를 파악하는 것이다. 하지만 이 구성도는 기술적으로 사회보장정책을 1) 정책영역별 그리고 2) 대상집단별, 더 나아가서는 3) 재원조달방법이나 4) 보장범위(보편과 선별) 등에 따라 어떻게 구조화시킬 것인지 보완이 필요했다.

보완을 통해 제시된 구성도는 아래 그림과 같다. 그것은 ‘재원조달방법-정책영역-보장범위’를 판단하기 용이하도록 재구성한 것이다. 이 그림은 각국의 사회보장제도를 사회보험과 나머지 조세기반형 복지제도(또는 비기여형 복지제도)로 구분하고 정책영역별로 주요한 제도를 배치하도록 설정한 것이다. 그리고 각 제도가 적용 대상 측면에서 보편적인지 선별적인지 파악할 수 있도록 구성하였다. 이렇게 작성된 주요 사회보장제도를

조합해 보면 각국의 사회보장체계가 사회보험과 조세 중 어떠한 제도를 중심으로 구성되어 있는지, 인구집단 및 정책영역과 관련해서는 어떤 집단과 영역에 집중하고 있는지, 그리고 각 제도의 보장범위는 얼마나 포괄적인지 알 수 있다.

[그림 2-2] 국제비교를 위한 사회보장체계 구성도의 예시



2. 최종단계에서의 분석틀

아시아 각국의 사회보장제도 비교연구와 관련해 축적된 경험이 적은 상황에서 비교연구의 분석틀을 구성하기 힘든 것은 당연한 일이다. 그리고 다양한 국가의 전문가들로 구성된 연구진이 분석틀에 대한 합의를 도출하기는 더욱 힘들 것이다. 이는 특정한 분석틀을 채택하는 경우 어떤 국가의 사회보장제도는 분류하기 힘들 수 있기 때문이다. 따라서 이 연구는 구조화된 분석틀을 강조하기보다 각국 사회보장제도의 실태를 있는 그대로 잘 드러낼 수 있는 방식에 주목하고자 했다.

각국의 사회보장제도를 유형화하기 위해 쉽게 활용할 수 있는 구분은 다음과 같은 것들을 제시할 수 있다. 첫째, 위험 유형에 따른 구분이다. 1) 소득(빈곤 위험) 2) 건강(질환/장애) 3) 실직 4) 주거 5) 사회서비스 등으로 구분하는 방법이다. 이러한 구분에 따라 제도를 보면 공적연금·건강보험·실업보험·주거급여·요양보험 등을 들 수 있다. 둘째, 대상 집단에 따른 구분이다. 1) 생애주기별(연령) 2) 소득수준별(빈곤) 3) 취약기준별(장애)로 구분하는 방식이다. 그중 많이 사용되는 구분은 연령에 따른 것으로 아동, 근로연령집단, 그리고 노인으로 구분하는 방식이다. 그리고 빈곤층이나 장애인 또는 소수자(minority) 등의 구분도 많이 사용되는 것들이다. 셋째, 재원조달방식에 따른 구분이다. 1) 사회보장세 2) 사회보험+일반조세 3) 일반조세 등으로 사회보장제도의 특징을 구분할 수 있다. 하지만 현실에서의 구분은 더 복잡할 수 있다. 사회보험+사회보장세+일반조세가 결합되는 혼합형이 존재할 수 있는 것이다. 참고로 21세기 각국의 사회보장제도는 20세기의 제도적 경험을 초월하는 새로운 상상력을 발휘할 필요가 있을 것이다. 이러한 시도는 조세방식과 사회보험 방식을 결합한 유럽 일부 국가들의 사회보장 재원조달 방식에서 시사점 또는 단초를

얻을 수 있을지 모른다. 그리고 어쩌면 아시아 각국의 사회보장제도와 그 실험에서 또 다른 단서를 발견할 수 있을 것이다.

최종단계에서는 생애주기별 접근 또는 생활영역별 접근을 중심으로 취약계층을 고려한 보충적(추가적) 사회보장 프로그램을 결합시키는 방식을 모색하였다. 종축에는 사회적 위험을 감안한 사회보장 기능(functions)을 배치하고 횡축에는 이 제도의 특징을 보여줄 수 있는 다양한 문항을 배치하는 방식이다. 그리고 종축에서는 생애주기별·생활영역별 구성을 부분적으로 반영하는 방식으로 보완을 하고 횡축에서는 각 사회보장제도의 재원조달방식 등을 반영하는 식으로 보완을 하고자 했다.

아래 표는 각 연구진이 쉽게 작성할 수 있도록 위의 기준을 단순화해 제시한 것이다. 이 표는 연구진의 이해를 돕기 위해 OECD SOCX의 사회지출 기능분류를 정책영역으로 설정하고 정책영역별로 해당되는 제도를 정리할 수 있게 재구성하였다. 그리고 정책영역별로 각 사회보장제도의 1) 명칭 2) 법적 위상 3) 재원조달방식 4) 급여유형 5) 포괄범위 등을 정리하도록 요청하였다. 각 제도는 그것이 제정된 시점과 가장 최근에 개편된 시점을 명시하게 하였다. 이를 통해 각 사회보장제도가 어떻게 변화하고 있는지 좀 더 이해하기 쉽게 만든 것이다. 따라서 이 내용은 해당 장(chapter)에 기술된 내용을 바탕으로 해석될 필요가 있다.

〈표 2-2〉 아시아 각국 사회보장체계의 주요 제도와 특징(예시)

Functions	Policy Name	Legal Status ¹⁾ (legislation/recent revision)	Resource ²⁾	Benefit Type ³⁾	Coverage ⁴⁾
Health	National Health Insurance	Law(1963/2011)	Contribution	Various	98% of total population(2015)
	Medical Assistance	Law(1977/2014)	Tax	In-Kind	40% of Poor Population(2015)
Old-Age	National Pension	Law(1988/2007)	Contribution	Cash	70% of Target Population(2014)
	Public Pension for Civil Servants	Law(1963/2014)	Contribution	Cash	100% of Target Population(2015)
	National Basic Pension	Law(2014/)	Tax	Cash	70% of Elders(65+)(2015)
Unemployment	Unemployment Insurance	Law(1993/)	Contribution	Cash	67% of total wage earners(2014)
	Unemployment Assistance	None	-	Cash	-
ALMP	Vocational Training	Law(1969/2011)	Tax & Contribution	Services	no data
	Job Success Package	Regulation(2010/)	Tax	Cash & In-Kind	no data
Housing	Housing Benefit	Law(2014/)	Tax	Cash	37% of Poor Population(2015)
	Public Rental Housing	Law()	Hybrid	In-Kind	no data

42 아시아 사회보장정책 비교연구 - 아시아 주요국 사회보장체계 비교를 중심으로

Functions	Policy Name	Legal Status ¹⁾ (legislation/recent revision)	Resource ²⁾	Benefit Type ³⁾	Coverage ⁴⁾
Education	National Scholarship Support	Law(2009/)	Tax	Cash	20% of Students(2014)
	Education Assistance	Law(2014/)	Tax	Cash & In-Kind	95% of Students in Poor Family
Family/Child	Family Allowance (or Child Benefit)	None	-	-	-
	Child Care Subsidy	Law(2008/)	Tax	Cash	Universal(about 100%)
Poverty	National Livelihood Security Act	Law(1961/2014)	Tax	Cash & In-Kind	35% of Poor Population(2015)
	Emergency Aid & Support Act	Law(2008/2014)	Tax	Cash & In-Kind	no data

Note: 1) Legal Status means that the policy have its own legal basis: ① Law ② Regulation ③ etc.
2) Resource(funding) refers to ① Contribution(C) in social insurance ② Tax(T) in social assistance ③ CT as Hybrid of Contribution and Tax
3) Benefit Type refers to ① Cash Benefit(Cash) ② In-Kind Benefit(In-Kind) ③ Services ④ Various(it means that the policy provide various benefits: cash, in-kind, services).
4) Coverage indicates the proportion of protected/insured among the target population. If not, please note the numbers of protected/insured household or individuals.

제 3 장

일본의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

제6절 맺으며

3

일본의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

이 장은 일본 사회보장제도의 역사와 현황, 그리고 최근의 개혁동향을 분석하는 것이 목적이다. 여기서 말하는 사회보장제도란 국민생활을 안정·유지·향상시키는 정책 및 제도를 의미하며 협의의 사회보장제도(사회보험·사회부조·복지서비스) 외에도 노동시장제도, 주택, 보건·의료까지를 포함한다. 이 장에서는 (1) 일본 사회보장제도의 동향을 이해하기 위한 사회경제적 배경을 검토하고 (2) 사회보장제도의 역사적 변천과정을 정리하고 (3) 개별 사회보장제도의 개요와 제도 그리고 재원을 분석하며 (4) 민주당 정권 이후 최근의 개혁동향을 소개한다.

제2절 사회경제적 배경

1. 인구감소와 가구구조의 변모

일본의 주요 월간지인 「중앙공론(中央公論)」 2014년 6월호에 「소멸하는 시정촌(市町村)」이라는 소논문이 게재되었다. 이는 민간 정책제언기관인 일본창생회의(日本創生会議) 산하의 인구감소문제검토분과회(좌장: 마스다 히로야)[人口減少問題検討分科会(座長: 増田寛也)]가 집필한 것으로 장래에 소멸 가능성이 있는 896 시구정촌(市区町村)의 실명을 공표해 화제가 되었다(増田, 2014). 제2차 아베(安倍) 정부는 내각부 산하에 지방창생추진사무국(地方創生推進事務局)을, 내각관방(内閣官房) 산하에 지

역·사람·일창의본부사무국(まち・ひと・しごと創成本部事務局)을 두고 향후 급속한 저출산 고령화와 인구감소에 대처하기 위한 지방창생사업을 전국적으로 추진하고 있다.

그러나 통계상 일본의 총인구가 언제부터 감소하기 시작했는지는 분명하지 않다. <표 3-1>에 따르면 총인구는 2010년을 전후로 감소한 것처럼 보이나 2015년 국세조사 결과에 따라 2011~2014년 인구수가 조정될 것으로 예상되는데 이는 국내 거주하는 외국인 수의 증가와 2005년 1.26명으로 최저점을 찍은 후 상승세로 돌아선 합계 출산율의 완만한 회복이 영향을 미치기 때문으로 판단된다. 반면 취업자 수는 1998년 6,514만 명으로 최고점을 기록한 후 감소세가 이어지고 있다. 65세 이상 인구의 비율은 지속적으로 증가해 2014년에는 26%에 달했다.

국립사회보장인구문제연구소(国立社会保障・人口問題研究所)의 인구추계[사망중위추계(死亡中位推計)]에 따르면 일본 인구는 2048년에 1억 명대가 무너지고 2060년에는 8,673만 7,000명까지 감소한다고 한다. 또한 전체 인구 중 65세 이상 인구의 비율은 39.9%까지 상승할 것으로 예측하고 있다.³⁾ 사회보장 관련 비용이라는 관점에서 고령자의 비율이 문제시되는 나이는 사실 65세가 아닌 75세이다. 지금까지의 경험에 비추어 보면 75세 이상이 되었을 때 장기요양 비용 및 의료비가 급격하게 상승한다는 것을 알 수 있다. 그런 의미에서 2025년이 주목받고 있다. 이는 2025년에 태평양전쟁 직후 태어난 제1차 베이비붐 세대(1947~1949년 출생)가 전원 75세 이상이 되기 때문이다. 후생노동성(厚生労働省)에 따르면 75세 이상이 전체 인구에서 차지하는 비율은 2013년에 12%(1,560만 명)였으나 2025년에는 18%(2,179만 명)로 증가할 것으로 예상된다.⁴⁾

3) 국립사회보장인구문제연구소 「일본의 미래추계인구(日本の将来推計人口) (2012년 1월 추계)」 (www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp에서 2016. 9. 12. 인출).

4) 후생노동성 「사회보장제도 개혁의 전체상(社会保障制度改革の全体像)」

〈표 3-1〉 일본 총인구, 65세 이상 인구 비율, 합계출산율 추이

(단위: 만 명, %)

연도	총인구 ¹⁾ (만 명)	취업자 수 (만 명)	65세 이상 인구비율(%)	합계출산율(%)
1995	12,557.0	6,457	14.6	1.42
1996	12,586.4	6,486	15.1	1.43
1997	12,616.6	6,557	15.7	1.39
1998	12,648.6	6,514	16.2	1.38
1999	12,668.6	6,462	16.7	1.34
2000	12,692.6	6,446	17.4	1.36
2001	12,729.1	6,412	18.0	1.33
2002	12,743.5	6,330	18.5	1.32
2003	12,761.9	6,316	19.1	1.29
2004	12,768.7	6,329	19.5	1.29
2005	12,776.8	6,356	20.2	1.26
2006	12,777.0	6,389	20.8	1.32
2007	12,777.1	6,427	21.5	1.34
2008	12,769.2	6,409	22.1	1.37
2009	12,751.0	6,314	22.8	1.37
2010	12,805.7	6,298	23.0	1.39
2011	12,779.9	6,289 ²⁾	23.3	1.39
2012	12,751.5	6,270	24.2	1.41
2013	12,729.8	6,311	25.1	1.43
2014	12,708.3	6,351	26.0	1.42

주: 1) 총인구는 국세조사(1995년, 2000년, 2005년, 2010년) 결과를 토대로 산출한 인구를 기준 인구로 삼고 그 사이의 인구동향은 그 외의 인구 관련 자료를 이용해 매월 1일 현재 인구를 추계한 것이다. 단 2011년 이후에는 2015년 국세조사 결과를 아직 반영하지 않은 수치이다.

2) 2011년 취업자 수는 동일본대지진의 여파로 이와테현(岩手県), 미야기현(宮城 県) 및 후쿠시마현(福島県)에 대한 조사를 일시적으로 실시할 수 없었기 때문에 2010년 국제조사로 보완적으로 추산한 수치이다.

자료: 1) 총인구 및 65세 이상 인구비율은 총무성 통계국 「인구추계」

(www.stat.go.jp/data/jinsui/index.htm에서 2016.9.12. 인출).

2) 취업자 수는 후생노동성 「노동력조사(労働力調査)」 장기시계열 데이터

(www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/03roudou.htm, 2016. 9. 16. 인출).

3) 합계출산율은 내각부 「2016년판 저출산사회 대책 백서(平成28年版 少子化社会対策白書)」

(www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/index.html에서 2016. 9. 12. 인출).

인구 규모뿐 아니라 가구구조도 급격히 변화하고 있다. 1인 가구는 1980년까지 20% 이하였으나 이후 급증해 2010년에는 32.4%에 달했다. 이 중 고령자 1인 가구는 9.2%를 차지하고 있다. 1인 가구의 증가는 사회적인 고립을 초래하고 ‘무연사회(無縁社会)’ 등의 단어를 만들어냈다(藤森, 2010).

최근 들어 오랜 기간 일정한 직업도 없이 집에서 은둔생활을 하는 중년·고령의 자녀가 부모와 동거하며 부모의 연금으로 생활하는 경우가 전국 각지에서 증가하고 있다. 사회복지협의회(社会福祉協議会)의 조사에 따르면 아키타현 후지사토마치(秋田県藤里町)의 경우 근로연령층(稼働年齢層, 역주: 15~64세) 주민의 10%가 실제로 ‘은둔형 외톨이’라고 한다(藤里町社会福祉協議会等, 2014). 고령의 부모와 고령이 된 배우자가 없는 자녀가 동거하는 가구의 증가를 8050문제(80대 부모와 50대 자녀)라고 하는데 이와 같은 가구는 고령자 학대, 노로개호(老老介護), 중년 은둔형 외톨이 등의 리스크가 높다. 이러한 현상을 반영하듯 소셜워커(social worker)인 후지타 다카노리(藤田孝典)가 2015년에 출판한 「하류노인(下流老人)」이 20만 부 이상 판매되었는데 이는 국민들 사이에 확산된 노후 생활에 대한 불안의 상징이라 할 수 있다.

〈표 3-2〉 1인 가구, 고령 1인 가구, 부자 또는 모자가구가 일반 가구 중 차지하는 비율
(단위: %)

구분	1960년	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년
1인 가구	16.5	20.3	19.8	23.1	27.6	32.4
고령 1인 가구	-	-	2.5	4.0	6.5	9.2
부자,모자 가구	-	-	-	1.6	1.5	1.6
미혼율(남)	32.3	31.5	30.0	36.6	44.9	46.1
미혼율(여)	21.4	22.0	19.6	25.2	33.3	35.9

주: 미혼율은 20~49세 남녀 중 미혼 비율이다.

자료: 총무성 통계국 「국세조사」(総務省統計局「国勢調査」) 시계열 데이터.

(www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011777에서 2016. 9. 16. 인출.)

또한 〈표 3-2〉는 남녀(20~49세)의 미혼율을 나타내고 있는데 이것을 보면 큰 변화가 있음을 알 수 있다. 남성 미혼율은 1980년에 30%였으나 그 후 급증해 2010년에는 46.1%에 달했다. 이는 20~49세 남성의 약 절반이 미혼임을 뜻한다. 여성 미혼율은 남성보다 약간 낮지만 1980년대에 20% 이하였던 비율이 2010년에는 35.9%까지 상승했다.

〈표 3-3〉은 18~34세 미혼자 중 교제 중인 이성이 없다고 답한 비율을 나타낸다. 이 조사는 국립사회보장·인구문제연구소가 실시한 ‘제15회 출생동향 기본조사(第15回 出生動向基本調査)’ 중 독신자를 대상으로 진행한 것이다.⁵⁾ 이 표에 따르면 교제 중인 이성 없는 비율이 남녀 모두 증가하고 있으며 2015년에 남성은 약 70%, 여성은 약 60%가 그러한 경우이다. 이러한 사회정세 또한 출생률 저하에 기여하는 것으로 생각되는데 이는 가치관의 문제이자 동시에 젊은이들의 생활에 대한 불안과도 밀접한 관계가 있다.

5) 출생동향조사(出生動向調査)는 2015년 국민생활기초조사(国民生活基礎調査)가 설정한 조사구에서 무작위로 뽑은 900개 조사구에 거주하는 18세 이상 50세 미만의 모든 독신자를 대상으로 실시되었다(단 〈표 3-3〉의 대상은 이 중 18~34세 독신자).

〈표 3-3〉 18~34세 미혼자 중 교제 중인 여성이 없는 비율

(단위: %)

구분	1987년	1992년	1997년	2002년	2005년	2010년	2015년
남성	48.6	47.3	49.8	52.8	52.2	61.4	69.8
여성	39.5	38.9	41.9	40.3	44.7	49.5	59.1

자료: 국립사회보장인구문제연구소 「2015년 사회보장인구문제 기본조사 <결혼과 출산에 관한 전국 조사> 제15회 출생동향 기본조사 결과 개요(2015年社会保障人口問題基本調査<結婚と出産に関する全国調査>第15回出生動向基本調査 結果の概要)」

(www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/doukou15_gaiyo.as에서 2016. 9. 16. 인출).

2. 경제활동의 정체와 소득양극화, 그리고 빈곤

아래 표에서 알 수 있듯이 1990년대 이후 일본의 GDP는 500조 엔을 전후로 거의 변화가 없으며 1인당 소득 및 임금 또한 제자리걸음이다. 평균 임금이 상승하지 않은 것은 생산성이 증가하지 않았을 뿐 아니라 임금이 낮은 비정규직의 비율이 늘고 있기 때문이다(大沢真理, 2013). 그러나 다른 선진국들에 비해 완전실업률(完全失業率)은 크게 높지 않다. 2002년에는 5.4%까지 상승했으나 2008~2009년 리먼쇼크 당시에도 5.1%에 머물렀고 2014년에 3.6%까지 떨어졌다. 15~19세의 실업률은 2002년 12.8%까지 상승했으나 이 또한 다른 선진국들과 비교했을 때 높은 편은 아닐 것이다. 단 장기실업률이 지속적으로 상승해 2013년에는 41.2%까지 올랐다. OECD 가맹국 평균이 약 30%이므로 일본의 장기실업률은 꽤 높은 수준이라 할 수 있다.

〈표 3-4〉 일본의 GDP, 1인당 GDP, 실업률 추이

연도	명목 GDP (조 엔)	1인당 명목 GDP (만 엔)	완전실업률 (%)	15~19세 완전실업률 (%)	장기실업률 ²⁾ (%)
1995	495.6	402.1	3.2	8.2	18.1
1996	504.6	410.2	3.4	9.0	19.3
1997	515.9	413.4	3.4	9.0	21.8
1998	521.3	404.1	4.1	10.6	20.3
1999	510.9	400.0	4.7	12.5	22.4
2000	506.6	402.6	4.7	12.1	25.5
2001	510.8	394.4	5.0	12.2	26.6
2002	501.7	390.8	5.4	12.8	30.8
2003	498.0	393.1	5.3	11.9	33.5
2004	501.9	393.5	4.7	11.7	33.7
2005	502.8	395.5	4.4	10.2	33.3
2006	505.3	398.1	4.1	9.4	33.0
2007	509.1	400.8	3.9	8.7	32.0
2008	513.0	382.3	4.0	8.0	33.3
2009	489.5	370.2	5.1	9.6	28.5
2010	474.0	375.3	5.1	9.8	37.6
2011	480.5	371.2	4.6 ¹⁾	9.2 ¹⁾	39.4
2012	474.2	372.1	4.3	7.9	38.5
2013	474.4	379.0	4.0	6.4	41.2
2014	482.4	385.3	3.6	6.2	37.6

주: 1) 완전실업률의 2011년 데이터는 동일본대지진으로 데이터를 이용할 수 없으므로 추계치이다.

2) 장기실업률은 총완전실업자 중 실업기간이 1년 이상인 사람의 비율이다.

자료: 1) GDP 및 1인당 GDP는 내각부 「국민경제계산(GDP통계)」(GDP及び一人当たり GDPは、内閣府「国民経済計算(GDP統計)」(www.esri.cao.go.jp/jp/sna/menu.html)에서 2016. 9. 12. 인출).

2) 완전실업률은 총무성 통계국 「노동력조사 장기시계열 데이터(労働力調査・長期時系列データ)」(www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/03roudou.htm)에서 2016. 9. 12. 인출).

3) 장기실업률은 OECD data, long-term unemployment rate (data.oecd.org/unemp/long-term-unemployment-rate.htm)에서 2016. 9. 17. 인출).

소득격차는 1980년대부터 확대되고 있다. 〈표 3-5〉는 후생노동성이 실시하고 있는 2개 조사 「소득재분배 조사(所得再分配調査)」⁶⁾와 「국민생

활기초조사(国民生活基礎調査)⁷⁾에 근거해 계산된 지니계수와 세(税)·사회보장에 따른 지니계수의 개선도 추이를 나타내고 있다. 또한 소득분배에 대한 수치는 ‘국민기초생활기초조사(国民基礎生活基礎調査)’에 근거한 것이다. 이 모든 데이터를 보더라도 세(税)·사회보장급여를 포함하지 않은 시장소득 기준 지니계수는 증가하고 있는 반면 세·사회보장급여를 포함한 가처분 소득 기준 지니계수는 뚜렷한 경향을 보이지 않고 있다. 지니계수의 개선도는 모든 데이터에서 상승세에 있다는 것을 알 수 있으며 이는 국민연금(노령기초연금(老齡基礎年金))의 영향이 크다.

일본의 양극화 확대 요인에 관해서는 「다치바나키·오타케 논쟁(다치바나키 도시아키와 오타케 후미오)(「橘木・大竹論争 (橘木俊詔氏と大竹文雄氏)」)」이 화제가 되었다(橘木, 1998, 大竹, 2005). 오타케(2005)는 다치바나키(1998)를 비판하며 소득 양극화 확대의 주된 요인은 고령화이며 오히려 연령층 내의 소득격차는 적다고 지적했다. 비판을 받은 다치바나키도 후에 오타케(2005)의 지적이 맞다고 인정했다(橘木, 2006). 단 오타케(2005)의 분석은 1990년대까지의 데이터에 기반을 둔 것이었다. 2000년대 데이터를 바탕으로 연령층 내 소득격차 동향을 분석한 시카타(四方, 2013)의 지적은 ‘1994년부터 1999년까지는 주로 인구구조 변화로 양극화가 확대되었으나 1999년 이후에는 연령계층 내에서의 양극화

6) ‘소득재분배 조사’는 실시 시기를 해당 조사 연도의 7월 중순으로 하고 국민기초생활조사의 기준조사에 따라 설정된 단위구에서 무작위로 추출한 500단위구 내의 모든 가구 및 가구원을 대상으로 한다. 2014년 조사의 유효 가구 수는 4,826가구였다.

7) 「국민생활기초조사」는 매년 하지만 3년에 한 번 대규모 조사를 실시한다. 2013년 대규모 조사에서는 소득표·저축표로 약 4만 가구, 약 9만 명의 가구원이 조사 대상이 되었다. 중간 도시의 경우 간이조사를 실시하고 있는데 2015년 간이조사는 약 9천 가구, 2만 3천 명의 가구원이 조사 대상이었다. 일본에서는 소득격차 및 빈곤율을 측정하는 조사로 「국민생활기초조사」 외에 총무성의 「전국소비실태조사(全国消費実態調査)」가 종종 사용되는데 전자에 비해 후자는 지니계수와 빈곤율 모두 낮게 나타나는 경향이 있다. 그것은 「국민생활기초조사」의 소득표가 복지사무소를 통해 배포되기 때문에 표본에 저소득층이 더 많이 포함되기 때문으로 보고 있다.

확대가 주된 요인이다'라고 결론지었다(四方, 2013, p.331). 또한 후생노동성의 「임금구조 기본통계 조사(賃金構造基本統計調査)」에 의거해 1982년부터 2007년까지의 개인 간 임금격차 추이를 분석한 오타(太田 2010)에 따르면 상근 근로자의 임금격차는 1990년대에는 미미하게 축소되었으나 2000년 전후부터 확대되고 있다. 특히 비정규직까지 포함하면 임금격차 확대가 더욱 현저히 나타난다고 지적했다(太田, 2010, p.319).

〈표 3-5〉 지니계수와 재분배에 따른 지니계수 개선도 추이

연도	소득재분배 조사			국민생활기초조사		
	당초 소득 (1)	재분배 소득 (2)	개선도(%) 1-(2)/(1)	시장소득 (3)	가처분 소득 (4)	개선도(%) 1-(4)/(3)
1985				0.345	0.304	11.9
1995				0.403	0.323	19.9
1999	0.4075	0.3326	18.4			
2000				0.432	0.337	22.0
2002	0.4194	0.3217	23.3			
2003				0.443	0.321	27.5
2005	0.4354	0.3225	25.9			
2006				0.462	0.329	28.8
2008	0.4539	0.3192	29.7			
2009				0.488	0.336	31.1
2011	0.4703	0.3162	32.8			
2012				0.488	0.33	32.4
2014	0.4822	0.3083	36.1			

주: 1) 당초 소득 = 고용자소득+사업소득+농경·축산소득+재산소득+가내노동소득 및 기타수입 및 개인적 급여(생활비나 학비 등의 충급, 기업연금, 생명보험금 등의 합계액)

2) 재분배소득 = 당초 소득-세금·사회보험료+사회보험급여(연금, 현물)

3) 시장소득(market income) = 임금·급여소득+자본·재산소득 등+자영소득

4) 가처분소득(disposable income) = 시장소득+공적사회보장 이전-가구가 직접 지불하는 세금·사회보장 지출 또한 위의 가구소득은 모두 가구원수를 제외한 수로 나눈 수치(등가소득)를 이용했다.

자료: 후생노동성 「2014년 소득재분배 조사보고서(平成26年・所得再分配調査報告書)」, p.16.

OECD Income Distribution Database (www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm)에서 2016. 9. 12. 인출)를 기반으로 필자 작성.

〈표 3-6〉은 소득 중위 50% 수준을 빈곤선으로 한 상대적 빈곤율을 「전국소비실태조사(全国消費実態調査)」와 「국민생활기초조사」에 근거해 산출한 것이다. 「국민생활기초조사」에 비해 「전국소비실태조사」의 빈곤율이 낮게 산출되는 경향이 있는데(각주 7 참조) 어떤 수치를 보더라도 빈곤율과 빈곤율 개선 정도가 증가세를 유지하고 있음을 알 수 있다. 또한 가구유형별로 살펴보면 특히 한 부모 가정의 빈곤율이 매우 높다. 2004년판 「국민생활기초조사」를 사용한 아베의 추계에 따르면 모자가정의 빈곤율은 66%에 달했다(阿部, 2008, p.56).

최근 아동 빈곤이 사회적 문제로 떠오르고 있다. 〈표 3-7〉은 아동 빈곤율과 취학지원을 추이를 나타내고 있다. 취학지원은 경제적인 이유로 취학이 어려운 아동을 대상으로 지급된다. 1997년부터 2012년 사이 전자와 후자 모두 증가하고 있으며 아동 빈곤은 6명 중 1명의 비율에 달한다.

〈표 3-6〉 각종 통계에 따른 빈곤율 추계

(단위: %)

연도	후생노동성		OECD (국민생활기초조사)		
	전국소비실태조사	국민생활기초조사	세(稅)공적이전 전 (1)	세공적이전 후 (2)	개선율 1 - (2)/(1)
1985			12.5	12.0	4.0
1995			19.0	13.7	27.9
1999	9.1				
2000		15.3	23.9	15.3	36.0
2003		14.9	26.9	14.9	44.6
2004	9.5				
2006		15.7	28.7	15.7	45.3
2009	10.1	16.0	32.0	16.0	50.0
2012		16.1	32.8	16.1	50.9

주: 빈곤선은 모두 중위소득의 50% 수준이다.

자료: 내각부·총무성·후생노동성 「상대적 빈곤율 등에 관한 조사분석」 결과에 관하여

(相対的貧困率等に関する調査分析結果について)(2012년 12월 18일). p.7,

OECD Income Distribution Database(www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm)에서 2016. 9. 12. 인출)를 기반으로 필자 작성.

〈표 3-7〉 아동 빈곤율과 취학 지원율

(단위: %)

구분	1997	2000	2003	2006	2009	2012
아동 빈곤율 ¹⁾	13.4	14.5	13.7	14.2	15.7	16.3
취학 지원율 ²⁾	6.6	8.9	10.7	13.6	14.5	15.6

주: 1) 아동은 17세 이하. 아동 빈곤율은 전체 아동 중 등가처분 소득(가구의 가처분소득을 가구원의 제공근으로 나눠 조정한 소득) 중앙치의 절반 미만인 가구의 아동 비율이다.

2) 취학지원이란 「학교교육법」 제19조(경제적인 이유로 취학이 어렵다고 인정받은 초등학생 혹은 중학생의 보호자를 대상으로 지자체가 필요한 지원을 해야 함)에 의거해 「생활보호법(生活保護法)」 제6조 제2항에서 규정하는 보호가 필요한 요(要)보호자와 지자체 교육위원회가 요(要)보호자에 준하는 정도로 취약한 상황에 있다고 인정된 자(준(準)요보호자)에 대해 실시된다.

자료: 내각부(2015). 제3장 제3절에 근거해 필자 작성.

3. 비정규직 증가와 청년 빈곤

〈표 3-8〉은 근로연령층(稼働年齢層, 15~64세)의 경제활동참가율(勞働力率)과 취업자 중 비정규직 비율을 나타내고 있다. 남성 경제활동참가율은 85%, 비정규직 비율은 23.8%, 여성 경제활동참가율은 67.1%, 비정규직 비율은 56%로 과반수를 차지한다.

일반적으로 비정규직의 경우 임금 수준이 낮고 고용보험, 피용자연금의료연금 가입률 또한 저조하다. 〈표 3-9〉는 20세 이상 60세 미만의 공적연금 가입 상황을 보여주고 있다. 일본의 연금에는 국민연금과 피용자연금이 있는데 제1호 피보험자는 전자, 제2~3호는 후자에 속한다. 미취업자의 제2호 피보험자 비율이 낮은 것은 당연하지만 문제는 비정규직의 제2호 피보험자 비율이 32.6%로 매우 저조하다는 점이다.

또한 후생노동성의 「취업형태 다양화에 관한 종합실태 조사(就業形態の多様化に関する総合実態調査)」(2014년)⁸⁾에 따르면 고용보험 적용률

8) 전국의 주요 산업에 속하며 5인 이상 상용근로자를 고용하고 있는 사업소 중 산업별, 사

은 정사원 92.5%, 정사원 외 67.7%, 건강보험 적용률은 정사원 99.3%, 정사원 외 54.7%, 후생연금 적용률은 정사원 99.1%, 정사원 외 52.0%로 비정규직의 보험가입률이 현저히 낮다는 것을 알 수 있다.

제2차 아베 정부는 피고용자 보험을 단시간 근로자로 확대하는 것을 목표로 내걸었는데 그것은 피용자보험이 근로자에게 경제적으로 유리하게 작용하기 때문이다. 후생노동성 시산(試算)에 따르면 현행 국민연금의 연금보험료 지불액이 약 1만 6천 엔이라 가정하면 향후 급여수령액은 6만 6천 엔이 된다. 반면 후생연금보험에 가입했을 경우 연금보험료 지불액은 노사가 절반씩 부담하므로 월 8천 엔이 되고 향후 급여액은 기초연금 월 6만 5천 엔과 함께 1만 9천 엔의 보수비례연금(報酬比例部分)을 수령할 수 있다.⁹⁾ 의료보험의 경우 비정규직 근로자는 지자체가 운영하는 국민건강보험에 가입하는 경우가 많지만 지자체의 재정상황이 좋지 않을 경우 보험료가 피용자의 건강보험에 비해 꽤 높게 나온다.

이렇게 열악한 비정규직의 노동조건은 결혼 가능성에도 영향을 미친다. 후생노동성이 실시한 ‘제3회 21세기 성년자 종단조사(第3回・21世紀成年者縦断調査)’(2014)의 ‘결과 개요’에 따르면,¹⁰⁾ 남성은 정규직 중 결혼 경험이 있는 경우가 72.9%, 비정규직 중 결혼 경험이 있는 경우가 50.0%였다. 또한 여성은 정규직 중 결혼 경험이 있는 경우가 80.2%, 비정규직 중 결혼 경험이 있는 경우가 67.1%였다. 특히 비정규직 남성의 결혼 경험률이 낮다는 것을 알 수 있다. 비정규직의 근로조건은 결혼 가능성을

업소 규모별로 무작위로 추출한 약 17,000개 사업소에 취업해 있는 근로자를 대상으로 취업형태에 따라 무작위로 추출한 근로자 약 53,000명이 그 대상이다(www.mhlw.go.jp/toukei/list/5-22.html에서 2016. 9. 16. 인출).

9) 후생노동성 홈페이지 www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12500000-Nenkinkyoku/modelcase_7.pdf에서 2016. 9. 19. 인출.

10) 2012년 10월 말 시점에 20~29세였던 전국[후쿠시마현(福島県) 일부 지역 제외] 남녀 및 그들의 배우자 중 제1회 조사(2012년)부터 지속적으로 조사를 받은 13,205명이 그 대상이다(www.mhlw.go.jp/toukei/list/28-24.html에서 2016. 9. 16. 인출).

낮춰 앞서 말한 것과 같이 출생률 저하에 영향을 미치며 그 여파가 인구 감소로까지 이어진다. 비정규직 증가와 함께 일하지 않는 청년, 일을 하더라도 금방 그만두는 청년, 일하고 싶어도 취직이 되지 않는 청년들의 존재가 사회적 문제로 부상하게 되었다. 이러한 청년들을 니트, 프리터라고 부른다. ‘니트(NEET)’란 ‘Not in Education, Employment or Training (취학, 취로, 직업훈련 중 어느 것도 하고 있지 않은 젊은층)’의 약자로 원래 영국의 노동정책 과정에서 등장한 용어이다. 일본에서는 청년무직자를 뜻한다. 청년무직자란 ‘15~34세의 비노동력 인구 중 통학·가사를 하지 않는 자’를 가리킨다. 후생노동성 추산에 따르면 2009년 현재 니트족은 60만 명에 이른다. 또한 프리터란 ‘15~34세 남성 및 미혼 여성(학생 제외) 중 파트타임·아르바이트를 하는 자 혹은 이를 희망하는 자’를 가리킨다. 후생노동성 추산에 따르면 2014년 현재 프리터는 179만 명에 달했다(厚生労働省, 2015, 資料編, p.150). 당초 니트와 프리터는 이들의 마음의 문제로 해석되는 경우가 많았지만 점차 그 배경에 이들의 경제적 빈곤과 사회적 고립 문제가 있다는 것을 알게 되었다(宮本, 2015; 藤田, 2016).

〈표 3-8〉 15~64세 인구의 취업상태 및 종업상 지위(2015년도 평균)

(단위: 만 명, %)

구분	15~64세 인구 (A)	노동력인구 (B)	노동력률 (B/A,%)	취업자 (C)	비정규직(D)*	
					(D/C)%	(D/C)%
남성	3,879	3,298	85.0	3,178	757	23.8
여성	3,808	2,556	67.1	2,473	1,386	56.0

주: 비정규직=자영업주·가족종사자+비정규직직원·종업원(파트타임·아르바이트·근로자파견사업소 종업원, 계약사원, 위탁, 그 외)

자료: 총무성 통계국 「2015년도 노동력조사(2015年度・労働力調査)」

(www.stat.go.jp/data/roudou/index2.htm에서 2016. 9. 16. 인출).

〈표 3-9〉 공적연금 가입상황(20세 이상 60세 미만)¹⁾

(단위: 명, %)

구분	정규직 ³⁾	비정규직 ³⁾	비취업자	그 외
제1호 ²⁾	1,907(6.5)	7,709(45.0)	6,103(51.4)	2,160(41.7)
제2호 ²⁾	27,518(93.2)	5,577(32.6)	454(3.8)	2,245(43.3)
제3호 ²⁾	87(0.3)	3,658(21.4)	5,037(42.4)	710(13.7)
비가입자	20(0.1)	177(1.0)	278(13.7)	65(1.3)
합계	29,532(100.0)	17,121(100.0)	1,1872(100.0)	5,180(100.0)

주: 1) 「공적연금 가입상황 등 조사(公的年金加入状況等調査)」는 2013년 10월 31일 현재 15세 이상을 대상으로 하며 2010년 국세조사구로부터 총화 무작위 추출법에 따라 실시되었다 (www.mhlw.go.jp/toukei/list/141-1.html에서 2016. 9. 16. 인출).
2) 일본 국내에 거주하는 20세 이상 60세 미만의 모든 국민은 국민연금에 가입할 의무가 있으며 제1호부터 제3호까지의 피보험자 중 어느 하나로 구분된다. 이 중 제2호 피보험자는 후생연금 가입자(회사원) 및 공제조합 가입자(공무원 등), 제3호 피보험자는 제2호 보험자에게 부양되고 있는 배우자, 제1호는 그 외(자영업자, 학생 등)가 포함된다.
3) 정규직=정사원·종업원, 비정규직=파트타임·아르바이트+근로자 파견사업소의 파견사원+계약사원·위탁
자료: 후생노동성 「2013년 공적연금 가입상황 등 조사(平成25年公的年金加入状況等調査)」.

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

1. 사회보장제도의 역사적 전개

2차 세계대전 이후 일본의 사회보장은 기본적으로 당시 국내에 만연하던 빈곤 문제 해결이 주된 목적이었다. 1947년 「아동보호법(児童福祉法)」, 1949년 「신체장애자복지법(身体障害者福祉法)」, 1950년 「생활보호법」이 제정되었으며 이를 복지3법이라 칭했다. 반면 1951년에 제정된 「사회복지법」(당초에는 「사회복지사업법(社会福祉事業法)」, 2000년 법 개정 이후 「사회복지법(社会福祉法)」)은 각 지자체에 ‘복지에 관한 사무소

(福祉に関する事務所)', 즉 복지사무소를 설치하도록 하고 1953년에 「복지사무소 운영지침(福祉事務所運営指針)」이 마련되었다. 이 지침에 따라 복지3법은 표준적 복지사무소의 조직 형태인 '원호과(계)(援護課(係))'가 소관하게 되었다.

후에 일본의 사회보장은 사회보험을 중심으로 구성되는데 그 계기를 마련한 것이 1950에 발표된 사회보장심의회(社会保障審議会)의 「사회보장제도에 관한 권고(社会保障制度に関する勧告)」이며 이 권고는 사회보장을 중심으로 한 제도 설계를 권장하고 있다.

그리고 1958년 「국민건강보험법(国民健康保険法)」 개정, 1959년 「국민연금법(国民年金法)」 제정과 함께 1961년에 '전 국민 보험, 전 국민 연금(国民皆保険·皆年金)'이 실현되었다. 그러나 연금의 경우 즉시 수령할 수 없기 때문에 정부는 과도적 조치로 기여 없이 급여를 수령할 수 있게 하는 '복지연금(福祉年金)'을 도입했다. 이에 따라 70세 이상의 고령자, 1급 정도의 장애인, 남편과 사별 후 의무교육 종료 전의 자녀를 부양하고 있는 여성에게 각각 노령복지연금(老齡福祉年金), 장애복지연금(障害福祉年金), 모자복지연금(母子福祉年金)이 지급되었다. 노령복지연금과 수급액이 기여형 노령연금의 수급권자 수를 상회한 것은 각각 1977년과 1976년이였다(岩田, 2016, p.151-152).

1970년대에 들어와 일본 사회보장의 주요 과제는 빈곤에서 빈곤예방·실업예방으로 전환되었다(五石, 2011). 1947년에 제정된 실업보험(失業保険)은 1974년에 고용보험(雇用保険)으로 명칭이 변경되었고 고용보험 4 사업과 고용조정급부금(雇用調整給付金) 도입으로 실업자 구제보다 예방에 중점을 두게 되었다. 복지정책으로는 이미 1960년에 「정신박약자지원법(精神薄弱者支援法)」(현재 「지적장애자복지법(知的障害者福祉法)」), 1963년에 「노인복지법(老人福祉法)」, 1964년에 「모자및과부복지법(母子及び寡婦福祉

法)』(현재의 「모자및부자및과부복지법(母子及び父子並びに寡婦福祉法)」이 제정되며 이른바 복지6법 체제가 정비되었다. 그러나 1971년 「신복지사무 소운영지침(新福祉事務所運営指針)」에 따라 생활보호를 소관하는 보호과와 그 외의 복지5법을 소관 하는 복지과로 나뉘었다. 즉 복지지원 방법으로써 6법을 종합적으로 지원하는 일반적 사례관리(general casework)가 아니라 생활보호, 고령자, 장애자와 같은 전문분야별 지원을 하는 분야별 사례 관리(specific casework)를 지향하게 되었다(高間, 2016, 第2章). 그런데 후술한 것과 같이 전문분야별로 분화해 지원하는 이 방식은 복잡화·복잡화 된 가구 실태를 제대로 반영하지 못해 향후 과제로 남아 있다.

1970년대는 혁신지자체¹¹⁾의 주도 등으로 고령자의료가 확대되고 사회보장비가 급격히 증가한 시기이기도 하다. 1974년과 1979년 두 번의 오일쇼크와 고도성장을 겪은 후 안정성장으로의 전환을 거쳐 1980년대 부터 행정개혁이 정책과제로 떠오르게 된다. 의료보험의 자기부담 증대와 생활보호의 적정화로 사회보장비 억제를 꾀하게 되고 연금제도의 근본적인 개혁이 실시되면서 1985년에 기초연금제도(基礎年金制度)가 도입된다. 또한 1980년대 고령자의료 및 기초연금을 재정적으로 지원하기 위해 사회보험 간에 자금을 서로 지원하도록 하는 기여금제도(拠出金制度)가 도입되었다.

1990년대 이후 사회보장제도의 개혁은 지방분권과 민영화라는 행정개혁에 맞춰 실시되었다. 또한 사회복지기초 구조개혁에 따라 복지에 대한 기존의 조치제도(措置制度)¹²⁾가 계약제도(契約制度)¹³⁾로 바뀌며 복지 실시자인 민간사업자가 급증했고 그와 동시에 지자체가 복지 실시자로 확

11) 역주: 일본공산당, 사회민주당(구 일본사회당) 등 혁신세력이 지자체장이 된 지방자치단체

12) 역주: 복지서비스 수령 요건 충족 여부를 판단하고 해당 서비스 개시 및 폐지를 법령에 근거한 행정권한 조치에 따라 제공하는 제도이다.

13) 역주: 이용자가 복지서비스 제공자(사업자)와의 계약에 근거해 서비스를 이용하는 제도이다.

실하게 자리매김하였다. 2000년 개호보험제도(介護保険制度)¹⁴⁾의 개시가 대표적인 사례이다[개호보험제도사 연구회 편찬(介護保険制度史研究会編著), 2016].

한편 1990년대 후반부터 양극화 확대와 심각한 빈곤이 사회적 이슈로 부상했다. 정책 영역에서는 1990년대 후반부터 2000년대 전반에 걸쳐 노숙자, 청년, 모자, 생활보호 등의 자립지원제도가 잇달아 도입되었다. 1980년대 이후에도 일본의 빈곤을 지속적으로 연구해 온 이와타 마사미(岩田正美)는 얼마 전 일본이 ‘빈곤을 망각했다’고 표현했다. 그러나 21세기에 들어와 일본은 새로운 빈곤과 사회적 배제를 ‘재발견’하게 되었다(岩田, 2007).

2. 일본 사회보장제도의 비용부담 구조

일본의 사회보장제도는 사회보험, 사회부조, 사회복지 서비스로 구성되어 있다. 각 제도의 내용을 소개하기 전에 ‘수입’과 ‘소득’의 법률상 차이점을 설명하겠다. 「소득세법(所得税法)」에 따라 급여소득 금액은 급여 등의 수입금액에서 급여소득 공제액을 빼고 산출한다.

소득=수입-급여소득 공제액 등(혹은 필요경비)

소득세=(수입-급여소득공제-소득공제)×세율-세액공제(주택용자공제 등)

급여소득공제의 경우 최저 65만 엔이 공제되고 65만 1천 엔 미만의 경우 급여소득공제 후의 소득금액이 0엔이 된다. 소득세 계산 시 이 외 14

14) 역주: 노인요양서비스를 전담하는 새로운 사회보험제도이며 한국의 장기요양보험제도와 유사한 제도이다.

종류의 소득공제(사회보험료 공제, 기초공제, 부양공제, 배우자공제, 배우자 특별공제 등)를 공제 대상으로 한다. 이 중 기초공제(38만 엔)는 모든 경우에 적용된다. 최근 주로 배우자의 취로를 억제하는 것은 아니냐는 관점에서 배우자공제가 문제시되고 있으며 2016년도 정부세제조사회(政府税制調査会)에서는 개인소득과세의 소득공제 방법이 주된 논쟁거리 중 하나가 되었다.¹⁵⁾

일본의 사회보장비용 부담구조는 정부와 도도부현이 비용을 부담할 뿐 아니라 각 제도 간 기여금 등을 교환하는 등 구조가 매우 복잡하다. 사회보험의 경우에도 국민연금은 급여의 2분의 1을 국가가 부담하고 전국 건강보험협회관장건강보험(全国健康保険協会管掌健康保険)의 경우 급여의 16.4%를 국고가 보조하는 등 복잡한 구조를 갖고 있다.

〈표 3-11〉은 사회보장급여 수지의 전체상을 보여주며 복잡한 자금 교환이 이루어지고 있음을 짐작할 수 있다. 주목할 것은 수입에서 ‘타 제도로부터의 이전’, 지출의 ‘타 제도로부터의 이전’이다. 예를 들면 국민연금의 ‘타 제도로부터의 이전’은 18조 3,300억 엔으로 그 금액이 매우 크지만 이는 후생연금보험 및 각종 공제조합으로부터의 이전(기초연금 기여금) 때문이다. 따라서 후생연금보험의 ‘타 제도로의 이전’은 16조 2,800억 엔으로 금액 규모가 크게 나타난다. 또한 후기고령자 의료제도에 대해서는 ‘타 제도로부터의 이전’이 5조 6,500억 엔 규모인데 이는 각 의료보험(건강보험, 국민건강보험 등)에서 후기고령자 지원금으로 지출되고 있기 때문이다. 후기고령자 의료제도 급여액은 약 40%가 후기고령자 지원금이고 공비가 약 50%, 보험료가 10%로 구성되어 있다.

15) 내각부 「세제조사회 2016년도(税制調査会・2016年度)」

(www.cao.go.jp/zei-cho/gijiroku/zeicho/index.html에서 2016. 9. 18. 인출)를 참조.

〈표 3-10〉 비기여형 급여 비용부담 비율

구분	비용부담
아동수당	【피용자】 0~3세 미만 사업주 7/15, 정부 16/45, 지자체 8/45 3세~중학교 수료 전 정부 2/3, 지자체 1/3 【피용자 외】 0~3세 미만 정부 2/3, 지자체 1/3 3세~중학교 수료 전 정부 2/3, 지자체 1/3 【특수급여(소득제한 이상)】 정부 2/3, 지자체 1/3 【공무원】 소속청 부담
아동부양수당	정부 1/3, 지자체 2/3
특별아동부양수당	정부 10/10
생활보호	정부 3/4, 지자체 1/4
구직자지원	정부 27.5%, 노사 부담 72.5%(노사 절반 부담)
주택확보급여액	정부 3/4, 지자체 1/4

자료: 필자 작성.

〈표 3-11〉 2014년도 사회보장급여 수지표

(단위: 조 엔)

구분	수입					지출				
	기여금		공비부담 ¹⁾	타 제도로 이전 ²⁾	그 외 수입 ³⁾	수입 합계	급여	타 제도로 이전 ⁴⁾	그 외 지출 ⁵⁾	지출 합계
	피보험자	사업주								
의료보험										
전국건강보험협회관장 건강보험	4.29	4.21	1.40	0.00	0.11	10.02	5.13	4.38	0.12	9.63
조합관장건강보험	3.81	4.50	0.03	0.00	0.61	9.00	4.01	3.98	0.39	8.37
국민건강보험	3.55	0.00	5.63	3.97	0.54	13.69	9.92	2.86	0.57	13.35
고령자의료·개호										
후기고령자 의료제도	1.06	0.00	7.23	5.65	0.49	14.42	13.43	0.00	0.45	13.88
개호보험	1.89	0.00	4.95	2.60	0.17	9.62	9.10	0.00	0.37	9.47
연금										
후생연금보험	13.16	13.16	8.84	0.88	2.38	52.69	23.15	16.28	0.20	39.64
후생연금기금	0.26	0.81	0.00	0.10	0.03	4.92	2.14	0.00	0.12	2.26
국민연금	1.63	0.00	1.99	18.33	0.03	22.97	20.82	0.93	0.20	21.94
국민연금기금	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.16	0.00	0.02	0.18
농업자연금기금	0.00	0.00	0.12	0.00	0.08	0.20	0.11	0.00	0.09	0.20
선원보험	0.02	0.02	0.00	0.00	0.01	0.05	0.03	0.02	0.00	0.04
농림어업단체직원공제조합	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.04	0.16	0.00	0.00	0.16
일본사립학교진흥·공제사업단	0.33	0.32	0.12	0.01	0.00	0.91	0.42	0.39	0.01	0.81

(단위: 조 엔)

구분	수입					지출				
	기여금		공비부담 ¹⁾	타 제도로 이전 ²⁾	그 외 수입 ³⁾	수입 합계	급여	타 제도로 이전 ⁴⁾	그 외 지출 ⁵⁾	지출 합계
	피보험자	사업주								
노동보험										
고용보험	0.83	1.41	0.14	0.00	0.02	2.41	1.70	0.00	0.19	1.89
노동자재해보상보험	0.00	0.87	0.00	0.00	0.22	1.22	0.89	0.02	0.08	0.99
가족수당										
아동수당	0.00	0.44	1.95	0.00	0.02	2.42	2.39	0.00	0.01	2.40
공무원										
국가공무원공제조합	0.88	1.14	0.29	0.08	0.05	2.66	1.81	0.88	0.01	2.70
준속조합 등	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00	0.31	0.07	0.14	0.00	0.21
지방공무원 등 공제조합	2.45	3.18	0.72	0.18	0.00	8.00	5.26	2.29	0.03	7.58
국가공무원재해보상	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01
지방공무원 등 재해보상	0.00	0.03	0.00	0.00	0.01	0.04	0.03	0.00	0.00	0.03
구 공공기업체직원 업무재해	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01
국가공무원연금	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01
지방공무원연금	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.02	0.02	0.00	0.00	0.02
공중보건 서비스										
공중위생	0.00	0.00	0.72	0.00	0.00	0.72	0.62	0.00	0.10	0.72
공적부조 및 사회복지										
생활보호	0.00	0.00	3.72	0.00	0.00	3.72	3.68	0.00	0.04	3.72
사회복지	0.00	0.00	5.42	0.00	0.00	5.42	5.14	0.00	0.28	5.42

구분	수입					지출				
	기여금		공비부담 ¹⁾	타 제도로 이전 ²⁾	그 외 수입 ³⁾	수입 합계	급여	타 제도로 이전 ⁴⁾	그 외 지출 ⁵⁾	지출 합계
	피보험자	사업주								
고용대책										
고용대책	0.00	0.00	0.21	0.00	0.00	0.21	0.03	0.00	0.17	0.21
전생 희생자										
전생희생자	0.00	0.00	0.49	0.00	0.00	0.49	0.49	0.00	0.00	0.49
그 외 사회보장제도										
그 외 사회보장제도 ⁶⁾	0.02	0.53	0.87	0.00	0.07	1.49	1.39	0.00	0.04	1.44
총 합계	34.28	30.87	44.84	31.79	4.86	168.36	112.10	32.15	3.50	147.76

주: 1) 국고부담 및 지방 지방자치단체부담이다.

2) 타 제도로부터의 이전에는 전기고령자 교부금, 후기고령자 지원금, 기초연금 교부금, 개호급여 교부금 등이 포함된다.

3) 자산수입 등이 포함된다.

4) 타 제도로의 이전에는 전기고령자 급여, 후기고령자 지원금, 기초연금기여금, 개호납부금 등이 포함된다.

5) 관리비, 운송손실 등이 포함된다.

6) 지방자치단체가 단독으로 공비를 부담해 진행한 사회보장(의료비 보조 등)이 포함된다.

자료: 국립사회보장·인구문제연구소, 「2014년도 사회보장비용 통계(2014年度 社会保障費用統計)」.

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

1. 사회보험

일본의 사회보험에는 의료보험, 개호(介護)보험, 연금, 노동보험이 있다. 이 중 의료보험은 피용자보험·지역보험·고령자의료로 구성된다(厚生労働白書·2015, 資料編, p.27). 여기서 지역보험은 국민건강보험이며 이 중 지자체 국민건강보험 가입자 수는 3,397만 3천 명이다. 또한 국민건강보험조합 가입자 수는 295만 4천 명이다(가입자 수는 2014년 3월 말 현재, 이하 동일).

피용자보험으로는 대부분 대기업 건강보험조합이 운영하는 조합관장 건강보험(組合管掌健康保険)(가입자 수 2,927만 3천 명), 대부분 중소기업이 가입하는 전국건강보험협회관장건강보험(全国健康保険協会管掌健康保険)(가입자 수 3,564만 3천 명), 선원보험(船員保険)(가입자 수 12만 7천 명), 국가공무원이 가입하는 국가공무원공제조합(国家公務員共済組合), 지방공무원이 가입하는 지방공무원공제조합(地方公務員共済組合), 사립학교 교직원이 가입하는 사립학교교직원공제조합(私立学校教職員共済組合)(공제조합 전체 가입자 수 891만 4천 명) 등이 있다.

이들 의료보험 가입자는 의료행위를 받을 경우 의료비의 일부를 부담하게 되며 그 비율은 의무교육 취학 전이 20%, 의무교육 취학 후부터 70세 미만은 30%, 70세 이상 75세 미만은 20%(단 현역 수준 소득자는 30%)¹⁶⁾이다.

고령자의료는 75세 이상 및 65세 이상 75세 미만으로 장애인정을 받은 사람이 가입하는 제도이며 후기고령자 의료제도가 2006년 의료제도

16) 2014년 3월 말 시점에 이미 70세가 된 사람은 10%이다.

개혁으로 도입되었다. 운영주체는 도도부현(都道府県) 단위로 구성된 후기고령자의료광역연합(後期高齢者医療広域連合)이며 가입자 수는 1,543만 6천 명, 의료비 자기부담은 10%(단 현역 수준 소득자는 30%)이다. 의료급여비 부담 내역을 보면 보험료 약 10%, 지원금 약 40%, 공비 약 50%(정부 40%, 도도부현 10%, 시정촌(市町村) 10%)로 되어 있다. 이 중 지원금이란 국민건강보험 및 피용자보험이 부담하는 부분을 뜻한다.

일본 연금제도는 3층 구조로 되어 있다(厚生労働省, 2015, 資料編, p.235). 1층 부분은 1985년에 도입된 기초연금이다. 기초연금은 1~3호 피보험자로 1호 피보험자(자영업자 등) 가입자 수는 1,805만 명(가입자 수는 2014년 3월 말 현재, 이하 동일), 2호 피보험자(회사원, 공무원 등) 가입자 수는 3,967명, 3호 피보험자(2호 피보험자의 피부양 배우자) 가입자 수는 945만 명이다. 2층 부분은 주로 후생연금보험(가입자 수 3,527만 명), 공제연금(가입자 수 439만 명)으로 구성되어 있다. 3층 부분은 기업형 확정기여연금(確定拠出年金)(가입자 수 464만 명), 확정급부 기업연금(確定給付企業年金)(가입자 수 788만 명), 후생연금기금(厚生年金基金)(가입자 수 408만 명)이다.

개호보험 피보험자는 제1호(65세 이상)와 제2호 피보험자로 분류되며 제1호 피보험자 수는 3,202만 명(2013년도 말 현재), 제2호 피보험자 수는 4,247만 명(2013년도 내 월평균치)이다(厚生労働省, 2015, 資料編, p.228).

고용보험은 2014년도 평균 적용사무소가 210만 곳, 피보험자가 4,014만 명, 실제 수급자가 49만 명이다(厚生労働省, 2015, 資料編, p.155). 제도 내용은 실업급여(失業等給付), 취직지원법사업(就職支援法事業), 이사업(二事業)¹⁷⁾이라 불리는 고용안정 사업과 능력개발 사업으로

17) 역주: 고용보험 이사업이란 「고용보험법」에 존재하는 제도 중 하나다. 고용보험의 목적

구성된다. 이 중 실업급여는 구직자급여(기본수당, 고령구직자급여, 단기 고용 특수구직자급여, 일용노동 구직자급여), 취직촉진급여, 교육훈련급여, 고용지속급여로 구성된다. 취직지원법사업은 피보험자였던 자 및 피보험자가 되려는 자를 대상으로 하는 사업으로 실질적으로는 2011년에 새롭게 도입된 구직자 지원제도급여이다. 또한 이사업(二事業)의 보험료는 사업주만 부담하며 2016년도 보험료율은 0.3%건설사업의 경우는 0.4%)이다.

노동자재해보상보험(労働者災害補償保険)은 보험급여와 사회복귀촉진등사업(社会復帰促進等事業)(사회복귀촉진사업, 재해노동자등구원사업, 안전위생확보 등 사업)으로 구성되어 있으며 2013년도 말 현재 적용사업장 수는 268만 곳, 적용 근로자 수는 약 5,429만 명이다(厚生労働省 2015, 資料編, p.135). 급여는 요양을 위해 휴양을 할 경우의 요양급여 및 휴양급여, 장애가 남았을 경우의 장애연금, 산재 근로자가 사망했을 경우의 유족연금, 뇌심장질환과 관련된 이상소견이 있었을 경우의 2차 건강진단등급여, 석면으로 인한 건강피해로 사망했을 경우의 특별유족연금 등이 있다. 2013년도 말 현재 신규 수급자 수는 60만 3,000명, 연금 수급자 수는 22만 7,000명이다.

을 달성하기 위해 고용보험 제도에는 근로자에 대한 구직자급여 등의 제도와 사업주에 대한 지원제도 등이 있다. 이 중 후자가 '고용보험 이사업'이다.

〈표 3-12〉 의료·개호보험, 연금, 노동보험 현황(2016년 9월 현재)

구분	피보험자 자격	소관·창구	급여	보험료	급여 부담보조
의료·개호보험					
전국건강보험협회 관장 건강보험	적용사업소에 고용된 75세 미만인 자. 단 단 시간 근로자 등은 적용 제외	전국건강보험협회, 일본연금기구(日本年金機構)	사무제해 외 질병, 부상, 출산, 사망에 관한 급여	(표준보수 월액 ¹⁾ + 표준상여액) × 0.03~0.13(도도부현(都道府県) 단위로 결정)을 노사가 절반씩 부담	16.4%가 국고보조
국민건강보험	「건강보험법」의 피보험자 등을 제외한 주민	시정촌(市町村)	질병, 부상, 출산, 사망에 관한 급여	시정촌 별로 상이함 (기본적으로는 평등할 + 균등할 + 소득할 + 자산할) ²⁾ (역주)	의료급여 등에 32%를 국고부담(그 외 조영교 부금, 도도부현 조영교 부금 등)
개호보험	제1호 피보험자(65세 이상), 제2호 피보험자(40세 이상 65세 미만)	시정촌	개호급여(피보험자가 장기요양이 필요한 요 개호(要介護) 상태), 예방급여(피보험자가 지 원이 필요한 요지원(要支援) 상태)	제1호는 각 시정촌이 결정 (2015~17년 전국평균은 월 5,514엔, 단 소득계층에 따라 달라짐). 제2호 보험료는 의료 보험 보험료에 포함되어 있어 의료보험에 따라 다르다. ³⁾	정부 25%, 광역자치단체 12.5%, 지방자치단체 12.5%

구분	피보험자 자격	소관장구	급여	보험료	급여 부담보조
연금					
후생연금보험	적용사업소에 고용된 70세 미만인 자. 단 단 시간 근로자 등은 적용 제외	일본연금기구	노령후생연금, 장애후생연금 및 장애수당금, 유족후생연금	(표준보수월액(주3) + 표준상여액) × 18.18 2%를 노사가 절반씩	기초연금 기여금액의 1/2을 국고 부담
국민연금	일본 국내에 거주지가 있는 20세 이상 60세 미만인 자이자 제2호 및 제3호 중 어느 하나에도 해당하지 않는 자(제1 피보험자) ⁴⁾	시정촌, 일본연금기구	노령(노령기초연금, 부가연금), 장애(장애기초연금, 사망(유족기초연금, 사망일시금)	월액 16,660엔(전액면제, 일시면제, 유예제도가 있음)	급여액의 1/2을 국고 부담
노동보험					
고용보험	적용사업소에 고용된 65세 미만인 자(일반 피보험자). 단 단시간 근로자 등은 적용 제외	노동기준감독서(労働基準監督署), 공공직업안정소(公共職業安定所)	실업등급여(구직자금여, 취직촉진 급여, 교육훈련 급여, 고용지속 급여)	일반 사업 1.1%(사업소 0.7%, 피보험자 0.4%), 농림수산 등 1.3%(사업주 0.8%, 피보험자 0.5%), 건설 1.4%(사업주 0.9%, 피보험자 0.5%)	구직자금여(기본수당 등)는 1/4

구분	피보험자 자격	소관장구	급여	보험료	급여 부담보조
근로자 산재보상보험	「노동기준법(労働基準法)」 제9조에 의거하는 근로자	노동기준 감독서, 공공직업안전소	업무재해, 통근재해, 2차건강진단 등 급여	전액 사업부담. 보험료율은 사업별로 다름(0.25~8.8%)	법정비율은 없으며 예산 범위에서 보조

주: 1) 건강보험 보험료를 계산할 때 실제 월 수입액을 그대로 사용하지 않고 50등급으로 나눈 표준보수월액(標準報酬月額)으로 변환된 수치를 사용한다. 예를 들어 6만 3,000엔 미만(제1급) 표준보수월액은 일률적으로 5만 8,000엔, 6만 3,000엔 이상 7만 3,000엔 미만(제2급)은 일률적으로 6만 8,000엔, 최대 제50급인 135만 5,000엔 이상은 일률적으로 139만 엔으로 계산한다.

2) 예를 들어 오사카시(大阪市)의 국민건강보험료는 의료분 보험료, 후기고령자 지원금분 보험료, 개호분 보험료(기구원 중 40~64세 피보험자가 있을 경우만)와 같이 3종류의 보험료로 구성되며 각 기구에 대한 월액 보험료는 다음과 같이 계산된다(자산할 없음).

① 의료보험료: 평등할(1가구당 3만 2,850엔)+균등할(피보험자 수×2만 118엔)+소득할[(소득 - 33만 엔) × 2.82%]

② 후기고령자 지원금분 보험료: 평등할(1가구당 1만 1,541엔) + 균등할(피보험자 수×7,068엔) + 소득할[(소득 - 33만 엔) × 2.82%]

③ 개호분 보험료: 평등할(1가구당 9,551엔) + 균등할(기구의 개호보험 피보험자 수×8,020엔) + 소득할[(소득 - 33만 엔) × 2.50%]

국민건강보험료=의료분 보험료+후기고령자 지원금분 보험료+개호분 보험료
(www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000007853.html에서 2016. 9. 17. 인출).

3) 건강보험과 마찬가지로 (주1 참조) 후생연금 보험료를 계산할 때 실제 월수입을 그대로 사용하지 않고 31등급으로 나눈 표준보수월액으로 변환된 수치를 사용한다. 예를 들어 월수입이 9만 3,000엔 미만(제1급)의 표준보수월액은 일률적으로 8만 8,000엔, 9만 3,000엔 이상 10만 1,000엔 미만(제2급)은 일률적으로 9만 8,000엔, 최대 제31급인 60만 5,000엔 이상은 일률적으로 62만 엔으로 계산된다.

4) 제2호 피보험자는 후생연금보험의 피보험자, 제3호 피보험자는 제2호 피보험자의 배우자이자 제2호 피보험자의 수입으로 생계를 유지하는 자 중 20세 이상 60세 미만인 자.

(역주)평등할: 1가구당 부과되는 일정 금액.
균등할: 비과세 대상자를 제외하고 일정 이상의 소득이 있는 사람은 전원 동일할 금액을 부담.
소득할: 대상자의 소득금액에 따라 소득이 많은 사람일수록 많은 금액을 부담.
자산할: 고정자산을 보유하고 있을 경우 그해에 정수된 고정자산세에 대해 부과되는 금액.

자료: 필자 작성.

2. 사회부조(비기여형급여)

사회부조란 주로 세금을 재원으로 하는 비기여형급여를 의미한다. 일본에서는 아동수당, 아동부양수당, 특별아동 부양수당, 생활보호, 구직자 지원, 주택확보급여가 여기에 해당한다. 다음은 각 제도의 지원 대상자, 소득제한(지급요건), 청구, 급여월액을 나타낸다. 또한 소득제한 금액은 소득액(수입에서 급여소득 공제를 제한 금액)을 뜻한다.

□ 아동수당¹⁸⁾

- 【대상자】 아동이 중학교를 수료할 때까지 국내에서 소득이 있는 아동의 부모 등
- 【소득제한(연액)】 부양가족 등의 수에 따라 다르다.
 - 부양가족 등이 1명 660만 엔
 - 부양가족 등이 2명 698만 엔
 - 부양가족 등이 3명 736만 엔
- 【청구】 시구청촌
- 【월급여액】
 - 0~3세 미만 1만 5,000엔
 - 3세~초등학교 수료까지
 - 첫째, 둘째 1만 엔
 - 셋째 이후 1만 5,000엔

18) 내각부 「아동수당제도 개요(児童手当制度の概要)」

(www8.cao.go.jp/shoushi/jidouteate/gaiyou.html에서 2016. 9. 18. 인출).

- 중학생 1만 엔
- 소득제한 이상 5,000엔(당분간은 특수급여)

□ 아동부양수당

- 【대상자】 부모가 이혼한 아동, 부 또는 모가 사망한 아동의 부모 등
- 【소득제한(연액)】 부양가족 등의 수에 따라 다르다. 전부지급(역주: 아동부양수당 지급은 전부지급, 일부지급, 지급정지 세 가지로 분류)의 소득제한 한도액
 - 부양가족 등이 1명 57만 엔
 - 부양가족 등이 2명 95만 엔
 - 부양가족 등이 3명 133만 엔
- 【창구】 시구청촌
- 【월급여액】 수당 금액은 전년 소득에 따라 다르다.
 - 첫째 전부지급 4만 2,320엔, 일부 지급 4만 2,320엔~ 9,900엔
 - 둘째 가산액 전부지급 1만 엔, 일부 지급 9,990엔~5,000엔
 - 셋째 이후 가산액 전부지급 6,000엔, 일부 지급 5,990엔~3,000엔

□ 특별아동 부양수당¹⁹⁾

- 【대상자】 20세 미만의 정신 혹은 신체 장애가 있는 아동의 부모 등
- 【소득제한(연액)】 부양가족 등의 수에 따라 다르다.

19) 후생노동성 「특별아동 부양수당에 관하여(特別児童扶養手当について)」
(www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jidou/huyou.html에서 2016. 9. 18. 인출).

- 부양가족 등이 1명 본인 497만 6,000엔, 배우자 및 부양의무자 653만 6,000엔
- 부양가족 등이 2명 본인 535만 6,000엔, 배우자 및 부양의무자 674만 9,000엔
- 부양가족 등이 3명 본인 573만 6,000엔, 배우자 및 부양의무자 696만 2,000엔

○ 【창구】 시구청촌

○ 【월급여액】

- 1급 · 5만 1,500엔
- 2급 · 3만 4,300엔

□ 생활보호

- 【대상자】 자산 및 능력 등 모든 것을 활용하더라도 여전히 생활이 곤란한 가구
- 【소득제한(연액)】 최저생계비에 못 미치는 경우
- 【창구】 복지사무소
- 【월급여액】 수입-최저생계비 기준

□ 구직자 지원²⁰⁾

- 【대상자】 특정 구직자(고용보험의 실업등급여를 수급할 수 없는

20) 후생노동성 「고용보험제도의 개요」, 직업안정분과회 고용보험부회(2016. 9. 5.) 자료, p.26.
[「雇用保険制度の概要」職業安定分科会雇用保険部会(2016年9月5日) 資料, p.26)
(www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000135802.pdf에서
2016. 9. 18. 인출).

구직자여야 하며 취업훈련 및 그 외 취직을 지원할 필요가 있는 것으로 인정되는 자)

○ 【소득제한(지급요건)】

1. 본인 수입이 월 8만 엔 이하
2. 가구 전체 수입이 월 25만 엔 이하
3. 가구 전체 금융자산이 300만 엔 이하
4. 현재 거주하고 있는 곳 외 토지·건물을 소유하지 않을 것
5. 모든 훈련 실시일에 출석해 왔을 것
6. 동일 가구 안에서 동시에 본 급여를 수급해 훈련을 받고 있는 사람이 없을 것
7. 과거 3년 이내 거짓 및 그 외의 부정행위로 특정 급여를 지급 받은 적인 없을 것

○ 【창구】 공공직업안정소(公共職業安定所)

○ 【월급여액】 직업훈련 수강급여로 월 10만 엔+통원수당

□ 주택확보 급여²¹⁾

○ 【대상자】 이직으로 주택을 잃거나 그럴 우려가 높은 생활곤궁자(生活困窮者)

○ 【소득제한(지급요건)】(도쿄 23구의 경우)

- ① 수입요건(1인 가구): 월수입 약 13.8만 엔, (2인 가구) 19.4만 엔
- ② 자산요건(1인 가구): 예금 및 저축액 50.4만 엔, (2인 가구) 78만 엔

21) 후생노동성 「생활곤궁자 자립지원제도에 관하여(生活困窮者自立支援制度について)」 2015년 7월(www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/2707seikatukonnyuushajiritsusienneidonituite.pdf에서 2016. 9. 18. 인출).

- ③ 취업활동 요건: 공공취업안정소에서 월 2회 이상의 직업상담, 지자체에서 월 4회 이상의 면접 지원 등

○ 【창구】 복지사무소 설치 지자체

- 【월급여액】(도쿄 23구의 경우) 지급 상한액²²⁾은 1인 가구 5만 3,700엔, 2인 가구 6만 4,000엔. 지급기간은 원칙적으로 3개월(구직활동을 성실하게 할 경우 3개월 연장 가능하며 최장 9개월 까지).

3. 복지서비스 등의 상담지원

최근 극빈층에 대한 수요가 복잡, 다양해지고 있는 가운데 사회보장 문제로 경제적 빈곤뿐 아니라 사회적 고립과 사회적 배제에 대한 개별적 대응의 필요성이 높아지고 있다(宮本, 2009). 따라서 지역 상담지원의 역할이 점점 더 중요해지고 있다. 사회복지 서비스 창구로는 복지 전반을 다루는 복지사무소 외 고령자와 아동, 장애자로 나뉘어 기관이 설치되어 있다. 또한 취업지원 및 의료 등과의 밀접한 제휴가 이뤄지고 있다(표 3-13 참조).

우선 복지사무소는 「사회복지법(社会福祉法第)」 제14조에서 규정하고 있는 ‘복지에 관한 사무소(福祉に関する事務所)’를 말하며 복지6법[생활보호법, 아동복지법, 모자 및 과부 복지법, 노인복지법, 신체장애인 복지법 및 지적장애인 복지법(生活保護法, 児童福祉法, 母子及び寡婦福祉法, 老人福祉法, 身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法)]에서 규정하고 있는 사무를 소관한다. 도도부현·시·특별구는 설치가 의무화되어 있고 정촌(町村)

22) 생활보호의 주택부조 특별기준액(住宅扶助特別基準額)에 의거한다.

은 임의로 설치할 수 있다. 2016년 4월 1일 현재 설치 수는 1,247개(도도부현 208개, 사·특·별·구 996개, 정촌 43개)이다.²³⁾

보건소는 「지역보건법」에 의거해 설치되는데 지역보건에 관한 사고 보급 및 향상, 영양개선 및 식품위생, 모자영유아 및 고령자보건, 정신보건, 질병예방 등에 관한 기획, 조정, 지도 및 이에 필요한 사업을 실시하도록 되어 있다(제6조). 이 외의 시정촌은 보건센터를 설치할 수 있으며 주민에 대해 건강상담, 보건지도 및 건강진단 등을 실시한다.

아동상담소는 「아동복지법」 제12조에 근거한 아동복지 전문기관이며 1997년 「아동복지법」 개정으로 새롭게 아동가정지원센터가 설립되었다. 이 센터는 지역·가정에 대한 상담사업 및 지역 아동복지에 관한 시정촌의 요구에 맞는 기술적 조언, 그 외에 필요한 지원을 하는 기관이며(「개호보험법(介護保険法第)」 제115조 46 제1항), 2005년 「개호보험법」 개정으로 설립되었다(2016년 시행). 2012년 4월 말 현재 전국 약 4,328곳에 설치되어 있다(三菱総合研究所, 2013).

신체장애자갱생상담소(身体障害者更生相談所)와 지적장애자갱생상담소(知的障害者更生相談所)는 각각 「신체장애자복지법(身体障害者福祉法)」 제11조, 「지적장애자복지법(知的障害者福祉法)」 제12조에 근거해 도도부현에 설치되고 신체·지적장애자에 대해 전문적인 지식 및 기술이 필요한 곳에서 신체·지적장애자의 의학적·심리적·직능적 판정 등을 실시한다. 또한 정신보건복지센터(精神保健福祉センター)는 「정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)」 제6조에 근거해 도도부현·정령지정도시(政令市, 역주: 정령으로 지정하는 법정 인구 50만 명 이상의 시)에 설치되어 정신보건 및 정신장애자 복지

23) 후생노동성 ‘복지사무소(福祉事務所)’(www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/fukusijimusyo/index.html)에서 2016. 9. 18. 인출).

에 관한 상담 등을 실시한다. 그 외 장애자에 대한 상담지원에 관해서는 「장애자종합지원법(障害者総合支援法)」에 근거해 장애자 상담지원사업이 시정촌 및 시정촌으로부터 위탁받은 사업자에 의해 진행되고 있다.

1990년대 이후 이들 상담지원기관은 행정개혁과 지방분권화를 겪으며 지자체에 의해 병설, 통합되는 경향을 보였다. 예를 들어 오사카시(大阪市)는 24구로 나뉘어 있는데 각 구의 복지사업소가 시정촌 보건센터로 통합되어 ‘보건복지센터(保健福祉センター)’로 운영되고 있으며 신체장애자 갱생상담소와 지적장애자 갱생상담소는 ‘오사카시립 심신장애자 재활센터(大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター)’로 통합되었다.

그런데 지자체에는 이렇게 다양한 상담지원 창구가 마련되어 있음에도 복지 분야가 고령자 및 장애자 등의 각 전문 분야로 분화되면서 오히려 어느 상담지원기관이 적절한 기관인지 파악하지 못하거나 여러 창구를 전전하는 등의 상황이 빈번하게 발생했다. 그래서 2015년 이후 복지사업소가 설치된 전국 지자체에 「생활곤궁자자립지원법(生活困窮者自立支援法)」에 근거해 상담지원센터가 설치되게 되었다. 오사카시는 24구 전체의 상담지원사업을 민간사업자에 위탁하고 구청에 상담지원 창구를 설치했다.

일반적으로 복지 및 보건·의료 관련 상담기관이 지자체에 설치되어 있는 반면 취업 관련 상담기관은 정부가 소관하고 있어 양측의 연계를 어떤 식으로 촉진해 나갈지가 향후 과제이다(이 사항은 뒤의 기술내용 참조).

〈표 3-13〉 분야별담당기관별 주요 상담지원기관

구분	정부	도도부현	시정촌	민간법정사업
복지 전반		복지사업소 (군부(郡部), 역주: 정촌(町村) 지구를 모두 합친 구역), 생활곤궁자 자립지원상담 지원(군부)	복지사업소, 생활곤궁자 자립지원상담 지원	사회복지협의회, 민생위원·아동위원
취업	헬로 워크 (역주: 'Hello+ Work'로 공공직업 안정소를 지칭)	무료직업소개 ¹⁾	무료직업소개 ¹⁾	민간취업소개
의료		보건소 ²⁾	보건소 ²⁾ , 시정촌보건센터	
고령자			지역포괄지원센터	재택개호지원사업소
아동		아동상담소 ³⁾	아동상담소 ³⁾	아동가정지원센터
장애인		신체장애자 갱생상담소, 지적장애자 갱생상담소, 정신보건복지센터 ⁴⁾	장애자상담지원, 정신보건복지센터 ⁴⁾	장애자취업·생활지원센터

주: 1) 지자체는 후생노동장관 앞으로 신고한 후 무료직업소개사업을 실시할 수 있다.

2) 보건소는 도도부현, 정령지정도시, 중핵시(中核市, 역주: 법으로 특별한 지위가 인정된 도시), 그 외 정령에 따라규정된 시특별구가 설치한다.

3) 아동상담소는 도도부현, 정령지정도시, 중핵시가 설치한다.

4) 정신보건복지센터는 도도부현, 정령지정도시가 설치한다.

자료: 홋카이도종합연구조사회(北海道総合研究調査会, 2014, pp.18-19)를 바탕으로 필자 작성.

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

1. 개혁이 필요한 이유

제2절에서 언급한 것처럼 최근 일본은 인구감소, 저출산 고령화, 비정규직 증가에 따른 생활불안, 장기적인 경제침체 등이 복합적으로 얹혀 유효한 정책을 내놓지 못하고 있는 상황이다. 이러한 모순이 사회보장제도의 재정에 가장 먼저 영향을 미친다.

재무성에 따르면 2016년도 일반회계예산은 약 96조 7천억 엔이었으나 이 중 국채가 23조 6천억 엔(일반회계예산 중 차지하는 비율은 24.4%), 지방교부세 교부금 등이 15조 3천억 엔(15.8%)을 차지한다. 따라서 정부는 나머지 57조 8천억 엔으로 사회보장, 교육, 공공사업 등의 세출을 운용해야 하는데 사회보장 관련 비용이 32조 엔으로 잔액의 절반 이상을 차지한다. 반면 일반회계예산의 세입 중 세수는 57조 6천억 엔으로 전체의 약 60%를 차지하는데 공채 규모가 34조 4천억 엔이므로 전체의 35.6%를 부채로 조달하는 셈이다. 그 결과 정부와 지방의 총 장기채무잔액이 1,062조 엔에 이르고 GDP 대비 205%로 다른 선진국들에 비해 상대적으로 높은 수준이다.

〈표 3-14〉는 사회보장비용의 장래 추계를 나타내고 있다. 표에서 사회보장급여가 2012년 109조 5천억 엔에서 2025년에는 148조 9천억 엔으로 약 40조 엔이나 급증한다는 것을 알 수 있다. 사회보장급여 확대와 함께 공비부담 역시 2012년 40조 6천억 엔에서 2025년 60조 5천억 엔으로 약 20조 엔이나 증가한다. 교육비 역시 일본이 다른 선진국들에 비해 예산 규모가 적다는 지적을 종종 받아 왔다. 또한 최근에는 지진과 수해 등 대규모 재해가 빈발하고 있어 이와 관련된 공공사업 관계비가 필

요하다는 점을 감안하면 사회보장비를 가능한 압축하려는 것은 자연스러운 흐름이라 할 수 있다. 급증하는 사회보장비 중에서도 눈에 띄는 것은 의료비와 개호비(介護費, 역주: 노인요양비용)이다. 앞서 언급했듯이 2025년은 제1차 베이비붐 세대가 75세가 되는 해이다. 그렇기 때문에 의료비와 개호비의 급증을 피할 수 없는 현실로 인식하고 정부의 사회보장개혁 목표 역시 이와 관련된 분야에 집중되어 있다.

〈표 3-14〉 사회보장비용 장래 추계(2012년 3월)

(단위: 조 엔, %)

구분	2012년		2025년	
	사회보장비용	GDP 대비	사회보장비용	GDP 대비
급여비	109.5	22.8	148.9	24.4
연금	53.8	11.2	60.4	9.9
의료	35.1	7.3	54.0	8.9
개호	8.4	1.8	19.8	3.2
아동·육아	4.8	1.0	5.6	0.9
그 외	7.4	1.5	9.0	1.5
공비부담	40.6	8.5	60.5	9.9
연금	12.4	2.6	13.7	2.2
의료	15.0	3.1	25.5	4.2
개호	4.8	1.0	11.1	1.8
아동·육아	3.9	0.8	4.8	0.8
그 외	4.5	0.9	5.4	0.9
GDP	479.6		610.6	

주: 2025년 추계치는 2011년 6월 30일에 정부가 공표한 「사회보장·세입체개혁성안(社会保障税一体改革成案)」의 「사회보장개혁의 구체안, 공정 및 비용계산(社会保障改革の具体策、工程及び費用試算)」을 반영한 것이다.

자료: 후생노동성, 「사회보장에 관한 비용의 장래 추계 과정에 관하여(社会保障に係る費用の将来推計の過程について)」, 2012년 3월.

사회보장개혁의 내용을 크게 분류하면 사회보장비 억제 외에 인구감소와 저출산 대책을 위한 육아지원, 비정규직의 노동조건 개선, 그리고 지역의 개별적이고 종합적인 지원체제 구축 등이 있다. 제1절에서 살펴본 사회경제적 배경, 앞에서 살펴본 지금까지의 사회보장제도의 역사와 구조를 전제로 왜 이러한 사회보장 개혁이 필요하게 된 것인지 [그림 3-1]

을 통해 설명하겠다.

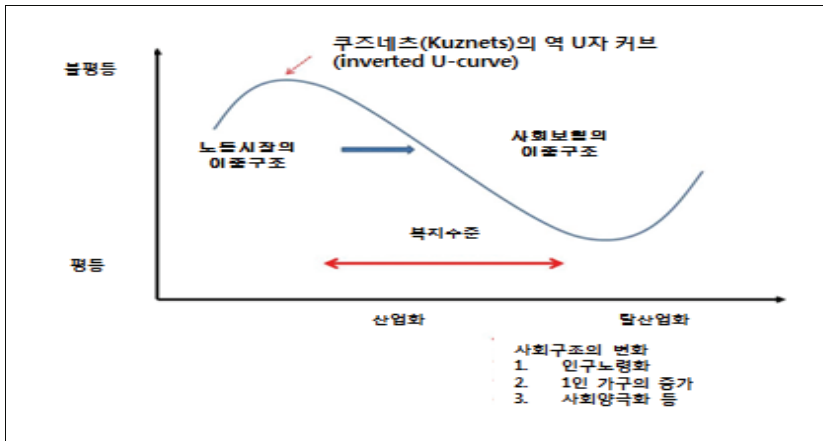
그림의 곡선은 경제 발전단계에 따른 소득분배의 추이를 보여주고 있다. 횡축이 경제발전 단계를 나타내며 종축이 소득분배 수준을 나타낸다. 경제 발전 초기단계의 소득분배는 악화되지만 경제가 발전함에 따라 서서히 개선된다. 이는 쿠즈네츠(Kuznets)의 역U자 커브(inverted U-curve)라 불린다. 이와 같은 역U자 커브가 되는 이유는 해리스-토다로 모델(Harris-Todaro model)로 설명할 수 있다. 즉 경제가 발전함에 따라 노동자는 임금수준이 낮은 농업 섹터에서 임금수준이 높은 제조업 섹터로 이동한다. 그렇게 되면 초기에는 임금수준이 낮은 노동자가 대부분을 차지하지만 점차 임금수준이 높은 노동자가 증가하면서 임금격차가 확대되고 임금수준이 높은 노동자가 사회의 대부분을 차지하면서 양극화는 다시 축소되기 시작한다. 그러나 경제가 성숙단계로 진입하면 경제는 서비스화 되고 노동자는 임금격차가 적은 제조업 섹터에서 격차가 큰 서비스산업 섹터로 이동하기 시작한다. 그렇게 되면 사회전체의 양극화가 또다시 확대된다. 이렇듯 소득과 분배의 커브 전체는 N자(N-curve)를 그리게 된다.

에스핑-앤더슨(Esping-Anderson) 등이 분석한 복지국가론은 이 중 소득분배가 가장 축소된 단계에 기반을 두고 있다. 이후 경제는 서비스화와 함께 고령화, 1인 가구 증가, 사회적 배제 심화 등의 사회구조 변화가 동시에 진행된다. 이와 함께 복지국가 역시 변화를 강요받게 된다. 비정규직 혹은 근로빈곤층의 증가는 이러한 변화 중 하나이며 사회구조 변화는 복지수요의 다양화를 초래하고 공공직업안정소와 복지서비스 창구 등과 같은 기존의 지원기관은 재편된다.

또한 앞에서 살펴본 것처럼 일본의 특수요인이라 할 수 있는 지역보험과 피용자보험(역주: 직장보험)이라는 사회보험의 이중구조가 소득양극화의 심화를 오히려 조장한다는 점을 들 수 있다. 이러한 상황은 1961년

‘전 국민 보험, 전 국민 연금’의 성립에 기인한 것으로 이는 경제발전 초기단계의 경제 이중구조에 기반을 두고 있다(田多, 2011). 문제는 이러한 이중구조가 개선되지 않은 채 지금까지 왔다는 점이다. 자영업자나 농업 종사자가 대부분이었던 국민연금과 국민건강보험의 기존 가입자는 현재 무직자 및 비정규직 근로자가 다수를 차지하고 있어 관련 재정을 악화시키는 원인으로 지적되고 있다. 그리고 이직자(離職者)²⁴⁾ 및 비정규직 근로자 또한 피용자보험에 가입할 수 없다는 점 때문에 경제적으로 불리한 입장에 처하게 되고 양극화를 조장하게 된다. 1980년대 이후 일본 정부가 사회보험의 이러한 이중구조 문제와 그에 따른 재정제약을 개선하기 위해 취한 방안이 앞서 말한 사회보험 간 기여금 교환이었다(玉井, 2002). 후기고령자 의료제도에서도 볼 수 있듯이 고령자의료에 관해서도 동일한 방안이 강구되었다.

[그림 3-1] 소득분배 N자곡선 가설



자료: 필자 작성.

24) 역주: 여기서 말하는 이직자는 직장을 옮긴 사람이 아니라 퇴직이나 실업 등으로 직업이 없는 사람을 지칭한다.

2. 개혁의 구체적인 내용

가. 전체 흐름

사회보장비 역제가 강조되었던 고이즈미(小泉) 정부(2001~2006), 단명한 제1차 아베(安倍) 정부(2006~2007) 이후 사회보장제도 전체의 비전을 검토하기 시작한 것은 후쿠다(福田) 정부(2007~2008) 시절이었다. 후쿠다 정부 산하에 사회보장국민회의(社会保障国民会議)가 설치되고 2008년 11월 최종보고서가 작성되었다. 사회보장국민회의에서 공적연금제도 및 의료·개호비용 시뮬레이션 결과가 발표되었다. 잇따른 아소(麻生) 정부(2008~2009) 때 설치된 안심사회실행회의(安心社会実現会議)는 2009년 6월에 최종보고서를 작성해 우선 과제로 안심할 수 있는 고용의 재구축(지속가능한 고용창출, 보다 탄력적이고 안심할 수 있는 고용시스템 구축, 사회통합·사회적 포섭 실현), 육아지원 확충, 안심할 수 있는 교육 강화, 새로운 ‘공적’ 수용처 지원 등을 제시했다.

민주당 정권(2009~2012)에서는 2010년 12월 사회보장개혁에 관한 지식인검토회보고서(社会保障改革に関する有識者検討会報告書)가 공표되고 2012년 2월 사회보장·세일체개혁대강(社会保障税一体改革大綱)이 각의에서 결정되었다. 이 대강에서는 사회보장개혁의 방향에 대해 1) 미래에 대한 투자(아동·육아 지원) 강화 2) 의료·개호서비스 보장 강화와 사회보험제도 안전망 기능 강화 3) 빈곤·양극화 대책 강화(층층적 안전망 구축) 4) 다양한 고용형태를 지원하는 사회보장제도(연금·의료) 5) 국민참여형 사회와 적절한 일자리(decent work)의 실현 6) 사회보장제도의 안정재원 확보를 지적하며 구체적인 개혁 항목과 공정이 제시되었다. 그러나 결과적으로 법안으로 제출된 것은 아동·육아와 연금 관련 법안에 불과했

다(寺澤根岸, 2014, p.29).

2012년 8월 「사회보장제도개혁추진법(社会保障制度改革推進法)」을 포함한 일체의 개혁 관련 법안[아동·육아지원 관련 3법, 연금기능협회법안, 피용자연금일원화법안, 국세개정법안, 지방세개정법안(子ども子育て支援関連3法, 年金機能協会法案, 被用者年金一元化法案, 国税改正法案, 地方税改正法案)]이 도입되었다. 「사회보장제도개혁추진법」에는 2009년도 「세제개정법」 부칙(税制改正法附則) 제104조²⁵⁾를 감안해 안정적인 재원을 확보하고 수익과 부담의 균형이 잘 잡힌 지속가능한 사회보장제도 확립을 꾀하기 위해 사회보장제도개혁의 ‘기본적 사고방식(基本的な考え方)(제2~3조)’, 사회보장 4개 분야(연금, 의료, 개호, 저출산 대책) ‘개혁 기본방침(改革の基本方針)(제5~8조)’이 명시되었다. 또한 본 법에는 사회보장제도개혁국민회의(社会保障制度改革国民会議)를 설립할 것이 규정되어 있다(제9~15조).

이렇게 해서 2012년 11월 사회보장제도개혁국민회의가 설립되었다. 본 회의에서는 「사회보장제도개혁추진법(社会保障制度改革推進法)」에 규정되어 있는 ‘기본적 사고방식’과 ‘개혁 기본방침’ 및 3당(민주당·자민당·공명당) 실무자협의에서 마련된 사회보장 4개 분야에 관한 ‘검토항목’에 근거해 심의가 이루어졌다. 사회보장제도개혁국민회의가 최종적으로 보고서를 발표한 것은 2013년 8월이었다.

2013년 12월 사회보장제도개혁국민회의의 심의결과 등을 감안해 「사회보장제도개혁프로그램법(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)」이 제정되었다. 이 법은 사회보장제도 개혁의 전체 그림 및 추진방법을 명시한 것으로 저출산 대책, 의료제도, 개호보

25) 여기에서는 ‘단계적인 소비세를 포함한 세제의 근본적인 개혁을 실시하기 위해 2011년도까지 필요한 법제상의 조치를 강구한다’로 규정되어 있다.

협제도, 공적연금제도 개혁이 대상이다. 특히 이 법 제4조 제6항에는 2014년 정기국회에 의료제도 및 개호보험제도를 재검토하기 위해 필요한 법안을 제출할 수 있도록 노력하겠다고 되어 있다. 이는 「의료개호종합확보추진법(医療介護総合確保推進法)」 제정으로 이어진다(*이 장 후반부를 참조). 또한 이 법에 근거해 총리를 본부장으로 하는 사회보장제도 개혁추진본부(社会保障制度改革推進本部)가 세워지고 내각에 사회보장제도 개혁추진회의(社会保障制度改革推進会議)가 설립된다.

나. 사회보장비 억제

사회보장비 억제, 고령화사회 도래에 따른 대비, 노후생활의 불안해소를 위해 정부가 우선 착수한 것은 연금과 의료보험이었다.

연금의 경우 일본 연금제도가 수정부과방식(修正賦課方式)을 취하고 있기 때문에 현역세대가 감소하면 급여에 비해 보험료 기금의 규모가 상대적으로 축소된다. 이러한 의미에서 2004년에 실시된 연금제도 개혁은 의미가 크다. 이 개혁으로 기초연금 국고부담률 인상(3분의 1에서 2분의 1), 재정검증 실시(적어도 5년에 1번), 보험료수준 고정방식 도입(후생연금 보험료는 2017년 이후 18.3%로 고정, 국민연금 보험료는 2017년 이후 월액 1만 6,900엔으로 고정), 거시경제 슬라이드제 도입 등이 실시되었다.

2012년 8월에는 「연금기능강화법(公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律)」과 「피용자연금일원화법(被用者年金一元化法)」이 제정되었다. 「연금기능강화법」은 연금 수급자격 기간을 현재의 25년에서 10년으로 단축하고(2017년 4월 1일 시행), 단기간 근로자에 대한 후생연금건강보험 적용을 확대 실시한다(2016년 10월 1일 시행)는 내용이었다. 또한 「피용자연금일원화법」에는

후생연금에 공무원 및 사학교직원도 가입해 2층 부분을 후생연금으로 통일, 공제연금·후생연금 보험료율(상한 18.3%) 통일, 공제연금이 속한 공적 연금으로서의 3층 부분(직역부분) 폐지 등의 내용이 포함되었다. 2012년 11월 「연금생활자지원급여법(年金生活者支援給付金の支給に関する法律)」이 제정되었다. 이 법은 연금수급자 중 저소득 고령자·장애인 등에게 복지급여를 제공하는 것으로 2017년 4월 1일이 시행 예정일이다.

반면 의료비 부담과 관련해서는 2006년 의료제도개혁이 실시되었다. 이 개혁으로 현역 수준의 소득이 있는 고령 환자의 부담이 20%에서 30%로 인상되고 후기고령자 의료제도를 만드는 등 전체적으로 의료비를 억제하기 위한 광범위한 개혁이 실시되었다.

2015년 5월에는 「국민건강보험법」 개정(지속가능한 의료보험제도를 구축하기 위한 「국민건강보험법」 등의 일부를 개정하는 법률)(持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律)이 성립되었다. 이 개정으로 2018년부터 도도부현이 국민건강보험제도의 안정화를 위해 재정운영의 책임 주체가 된다. 또한 정부는 2015년 이후 저소득자 대책 강화를 위해 약 1,700억 엔을 들여 보험료 경감 대상인 피보험자 수에 따라 지자체에 재정지원을 확충하도록 했다. 그리고 건강보험의 보험료 산정 기초가 되는 표준보수월액의 상한액은 121만 엔에서 139만 엔으로 인상되었다(2016년 4월 1일 시행).

다. 인구감소 및 저출산 대응을 위한 육아지원

민주당 정권은 선거공약으로 기존의 아동수당 대신 월 2만 6,000엔의 아동수당 도입을 내걸었다. 이것이 민주당 정권이 혼돈에 빠진 요인 중 하나이다(伊藤宮本, 2014). 2011년 8월에는 「어린이수당지급특별조치

법(子ども手当の支給等に関する特別措置法)²⁶⁾이 제정되었다(2011년 10월 1일 시행). 기존의 아동수당에 비해 어린이수당의 특징은 급여조건에 소득제한이 없어진 점이다. 급여액은 0~3세 미만이 1만 5,000엔, 3세~초등학교 수료까지는 첫째와 둘째가 1만 엔, 셋째 이후가 1만 5,000엔, 중학생은 1만 엔이다. 그러나 어린이수당은 불과 반년 만에 단명하고 말았다. 2012년 3월 「아동수당법」 개정으로 어린이수당은 폐지되었고 명칭이 다시 ‘아동수당’으로 바뀌면서 소득제한이 도입되었다. 급여액은 기존의 어린이수당과 동일하다.

이보다 앞선 2010년 5월 「아동부양수당법(児童扶養手当法)」이 개정되어 2010년 8월부터 부자가정의 부(父) 등이 지급 대상이 되었다. 또한 2016년 5월 「아동부양수당법」 개정으로 2016년 8월 1일부터 둘째와 셋째 아이 이후의 가산금이 증액되고(둘째는 월 5,000엔에서 최대 월 1만 엔으로, 셋째 이후는 월 3,000엔에서 최대 월 6,000엔으로) 2017년 4월부터는 물가 변동에 맞춰 급여 금액이 변하는 물가 슬라이드제가 도입될 예정이다.

육아지원에 대한 민주당 정권의 최대 성과는 2012년 8월 「어린이·육아지원법(子ども・子育て支援法)」의 성립이다. 이에 관해서는 후술하겠다.

라. 비정규직의 노동조건 개선

최근 비정규직 근로자에 대한 노동보험 및 피용자보험 적용이 점차 확대되고 있다. 우선 2010년 3월 「고용보험법」이 개정되고 단시간 근로자의 적용조건으로 ‘6개월 이상 고용예상’이 ‘31일 이상 고용예상’으로 완

26) 후생노동성 「2011년도 아동수당 지급 등에 관한 특별조치법 개요(平成23年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の概要)」(www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/osirase/dl/h23_gaiyou.pdf에서 2016. 9. 18. 인출).

화되었다. 이에 따라 단시간 근로자의 적용기준이 주당 소정 노동시간인 20시간 이상, 31일 이상 고용예상으로 확대되었다(2010년 4월 시행).

2012년 8월 앞서 언급했듯이 「연금기능강화법」이 제정되면서 연금 수급 자격기간이 현재 25년에서 10년으로 단축되고(2017년 4월 1일 시행) 단시간 근로자에 대해 후생연금·건강보험 적용을 확대하기로 했다(2016년 10월 1일 시행).

2016년 1월 「국민건강보험법」 시행령이 개정되었다. 이는 저소득 가입자에 대한 보험료 경감 범위를 확대하기 위한 것으로 보험료를 경감하는 소득표준이 인상되었으나 인상 폭은 매우 미미했다.²⁷⁾ 또한 국민건강보험의 보험료에는 연간 부과한도액이 정해져 있다. 즉 아무리 고소득자 일지라도 부과한도액 이상으로 보험료가 인상되지는 않는다. 기존의 부과한도액은 의료분 보험료(医療分保険料) 52만 엔, 후기고령자 지원금분 보험료(後期高齢者支援金分保険料) 17만 엔, 개호분 보험료(介護分保険料) 16만 엔이었는데 개정 후(2016년 4월 1일 시행)에는 의료분 보험료가 54만 엔, 후기고령자 지원금분 보험료가 19만 엔으로 인상되었다(개호분 보험료는 16만 엔으로 동일하다).

비정규직의 근로조건을 개선하는 조치로는 2012년 3월 「노동자파견법(労働者派遣法)」이 개정되며(2012년 10월 시행) 근로계약 기간이 30일 이내인 단기 파견(일용직 파견)이 원칙적으로 금지되었다. 리먼쇼크

27) 국민건강보험제도 법령에 근거한 보험료는 70%, 50%, 20% 경감이 있다. 소득기준은 시행령 개정에 따라 다음과 같이 변경되었다. 또한 소득이란 수입에서 급여소득공제 등(혹은 필요경비)을 제외한 금액을 의미한다.

〈기존 경감판정 소득〉	〈개정 후 경감판정 소득〉
70% 경감=33만 엔	70% 경감=33만 엔
50% 경감=33만 엔+26만 엔 × (가구의 피보험자 수)	50% 경감=33만 엔+26.5만 엔 × (가구의 피보험자 수)
20% 경감=33만 엔+47만 엔 × (가구의 피보험자 수)	20% 경감=33만 엔+48만 엔 × (가구의 피보험자 수)

당시 당일 휴대폰을 사용해 일용직 파견계약을 맺는 일용직 파견의 존재가 이슈가 되었다. 2006~2007년에는 일용직 파견에 종사하는 젊은이들이 넷카페(한국의 PC방)에서 생활하는 ‘넷카페 난민’이 사회문제로 대두되었다. 2008년 연말에는 직장에서 해고되고 거주할 곳을 잃은 근로자를 대상으로 도쿄의 히비야공원에서 생활상담을 해 주는 ‘파견촌(派遣村)’이 화제를 모았고(湯淺, 2008) 파견촌 촌장이었던 유아사 마코토(湯淺誠)는 민주당 정부 시절 내각부 고문으로 생활곤궁자자립지원사업(生活困窮者自立支援事業) 입안에 공헌했다.

또한 2014년 4월 「파트타임노동법(パートタイム労働法)」이 개정되었다(2015년 4월 시행). 이 개정으로 정사원과 차별적 대우를 금지하는 파트타임 근로자의 대상 범위가 확대되었다. 그와 함께 사업주가 파트타임 근로자의 처우와 정사원의 처우를 달리할 경우 그 처우의 상이는 ‘직무내용, 인재활용 체계, 그 외의 사정을 고려해 불합리하다고 인정되어야 한다’는 단시간 근로자 처우원칙이 신설되었다.

노동자 전체에 관한 조치로는 2007년 11월 「최저임금법(最低賃金法)」이 개정되었다(2008년 7월 시행). 이 개정으로 지역별 최저임금을 결정할 경우 근로자가 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 할 수 있도록 생활보호와의 정합성을 배려한다고 조문에 명시되었다(제9조 제3항).

반면 2013년 12월 「생활보호법」이 1950년 제정 이래 처음으로 대대적으로 개정되어 보호로부터 벗어날 수 있도록 취로자립금부금(就労自立給付金)제도가 도입되었다. 이는 생활보호 수급자의 증가 요인으로 취로 가능 수급자의 증가가 예상되기 때문이다. 또한 소득의 적정한 파악과 의료부조(医療扶助)의 억제에 위해 복지사업소의 조사권한 강화, 의료부조 적정화 등이 포함되었다(2014년 7월 시행, 일부는 2016년 1월 시행).

마. 지역의 개별적이고 종합적인 지원체제 구축

가장 먼저 지역의 개별적이고 종합적인 지원체제 구축에 착수한 것은 고령자 지원 영역이었다. 치매 고령자일지라도 임종까지 시설이나 병원이 아닌 지금까지 생활하던 지역에서 생활할 수 있는 환경을 정비하는 것이다. 2006년 4월에는 「개호보험법」이 개정되고 예방급여 및 지역밀착형 서비스가 도입되어 시정촌에 지역포괄지원센터(地域包括支援センター)가 설치되었다. 2012년 4월 「개호보험법」 개정으로 24시간 대응 정기순회 및 임시대응 서비스가 도입되었다. 이 시기부터 고령자지원에 대한 지역의 역할로 ‘지역포괄케어’라는 단어가 등장하기 시작했다.

앞서 말한 것처럼 일본은 2025년에 제1차 베이비붐 세대가 75세 이상이 되면서 의료와 개호에 대한 수요가 급증할 것임에 틀림없다. 따라서 후생노동성은 고령자가 지금까지 생활해온 지역에서 계속 지내면서 임종을 맞이할 수 있도록 지역의 포괄적 지원을 제공하는 시스템을 구축하기 위해 노력하고 있다. 후생노동성 및 관련 연구자, 지원자들은 이러한 시스템을 ‘지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)’이라고 한다(三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2015). 지역 케어시스템은 지역의 특징에 따라 의료·개호·복지·주거 등의 분야에 대한 횡단적 지원체제를 구축해야 한다. 이를 위해 후생노동성은 지역포괄지원센터가 중심이 되어 실시하는 보조사업을 통해 ‘지역케어회의(地域ケア会議)’를 전국 각지에서 추진하고 있다.

‘지역포괄 케어’를 실현하기 위해서는 무엇보다 의료제도 개선이 급선무일 것이다. 일본 의료제공 시스템의 특징은 자유개업제와 프리 액세스(Free Access)인데 다른 선진국에 비해 평균 재원일수가 길고 병상 수가 많으며 병상당 의사 수와 간호직원 수가 적다는 지적을 받아 왔다(寺澤根

岸, 2014, p.24). 따라서 병상의 기능분화와 연계, 재택의료·개호서비스 확충, 의료종사자 확보·양성이 시급하다.

2014년 7월 「의료·개호종합확보추진법(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律)」이 성립되었다. 이 법에는 의료와 개호의 연계를 강화하기 위해 후생노동장관이 기본 방침을 수립한다고 되어 있다. 의료법 관계의 경우 지역의 효율적이고 효과적인 의료제공 시스템을 확보하기 위해 의료기관이 도도부현 지사에게 병상의 의료기능(고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기) 등을 보고하고 도도부현은 이를 바탕으로 지역에 맞는 의료체계를 구상(비전)해 의료계획을 수립한다. 개호보험법에 관해서는 개호보험상의 예방급여(방문개호, 통원개호)를 시정촌이 실시하는 지역지원사업으로 이행할 것, 특별요양 노인홈 입소자를 중간 등급과 최고 등급의 장기요양이 필요한 요(要)개호자로 한정할 것, 저소득층 보험료 경감을 확충할 것 등의 내용이 규정되었다.

다음으로 육아지원 영역의 경우 2012년 8월 어린이·육아지원 신제도(子ども子育て支援新制度)가 성립되었다. 이는 「어린이·육아지원법(子ども子育て支援法)」, 「인정어린이원법의 일부 개정(認定こども園法の一部改正)」, 「어린이·육아지원법 및 인정어린이원법의 일부 개정법 시행에 따른 관계 법률 정비 등에 관한 법률(子ども子育て支援法及び認定こども園法の一部改正法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律)」 등 어린이·육아 관련 3법에 근거한 제도를 말한다. 이 제도의 실시 주체는 시정촌이다.

본 제도는 유치원과 어린이집을 통합한 ‘인정어린이원(認定こども園)’에 대한 내용이다. 일반적으로 유치원은 문부과학성이, 어린이집은 후생노동성이 소관하며 인가·지도감독이 별도로 진행되는데, 유치원과 어린이집의 연계형인 어린이원에 대해서는 이를 일원화해 취학 전 교육·보

육을 함께 제공하도록 한 것이다.²⁸⁾

또한 소규모 보육에 대한 급여(지역형 보육급여)를 도입함과 동시에 지역 실정에 맞는 아동 및 육아를 지원하기 위해 지역 육아지원 거점 및 방과 후 아동 클럽 등과 같은 ‘지역아동·육아지원 사업(地域子ども子育て支援事業)’을 확충하기로 했다. 이는 유치원과 어린이집은 물론 어느 곳에도 다니지 않는 아동을 포함한 육아가정을 대상으로 하며 시설이라는 점뿐 아니라 지역이라는 측면에서 육아지원 체제 구축을 지향하는 제도라고 할 수 있다.

또한 육아지원의 경우 2004년 「아동복지법(児童福祉法)」 개정으로 학대 아동 등의 조기 발견 및 적절한 보호를 위해 각 시정촌에 요보호아동 대책협의회(要保護児童対策協議会)를 설치하게 되었다. 이곳에서 보호가 필요한 요보호아동(要保護児童)에 관한 정보교환 및 지원 내용 협의가 이루어진다. 후생노동성에 따르면 전국의 아동상담소에서 진행한 아동학대 상담 건수는 2013년 7만 3,802건에 달했다. 해당 건수는 2004년 3만 3,408건 이래 매년 증가 추세이며 최근 10년간 배 이상 늘었다.

장애인자원 영역의 경우 1970년대부터 장애인이 시설이 아닌 자신들이 살고 있는 지역에서 자립해 생활할 수 있도록 장애인 자신 그리고 시민단체 등의 꾸준한 실천과 운동이 이어지고 있다. 2003년 지원비제도(支援費制度)를 거쳐 2006년에는 「장애인자립지원법(障害者自立支援法)」이 시행되었으나 응익(應益)부담이 지원단체의 비판을 초래해 민주당정권 당시 이 법의 폐지가 선언되었다(伊藤, 2015, 第6章).

그 결과 2012년 6월 「장애인종합지원법(障害者の日常生活及び社会政策を総合的に支援するための法律)」이 성립되었다. 이 법은 장애인 및 장애아가 기본적인 인권을 갖고 개인으로서의 존엄성에 걸맞은 일상생활

28) 인정어린이원에는 유치원어린이집 연계형 외에 유치원형, 어린이집형, 지방재량형이 있다.

및 사회생활을 영위할 수 있도록 지원하는 것이 목적이다. 이는 이전의 「장애인자립지원법」 조문이 ‘장애인 및 장애아가 그들이 갖고 있는 능력 및 적성에 맞게 자립적으로 일상생활 혹은 사회생활을 영위할 수 있도록’ 과 ‘능력’ 및 ‘자립’을 강조한 반면 ‘개인으로서의 존엄성’을 명시한 점에 큰 차이가 있다. 또한 2013년 6월에는 「장애인차별해소법(障害者差別解消法)」이 성립되고 2016년 4월 1일부터 시행되었다.

장애인종합지원의 지원 내용은 실시 주체를 시정촌으로 하고 「장애인자립지원법」에 규정되어 있던 장애복지 서비스에 대한 급여와 함께 지역생활 지원사업에 따른 지원을 명기하였다. 장애복지 서비스에 대한 급여란 개호급여(재택개호·의료개호·생활개호 등)[介護給付(居宅介護, 療養介護, 生活介護等)], 훈련등급여(자립훈련, 취로이행 지원 등)[訓練等給付(自立訓練, 就労移行支援等)] 등이 포함되었다. 또한 비용의 경우 원칙적으로 정부가 2분의 1을 부담한다. 지역생활지원사업(地域生活支援事業)이란 상담지원, 커뮤니케이션지원, 지역활동 지원센터 등을 포함해 정부가 2분의 1 이내로 보조하게 되었다.

이상은 고령자어린이장애인과 같은 기존 복지에 대한 전문 분야의 개혁에 관한 내용이다. 그러나 앞서 말한 것처럼 사회적 고립의 증가와 기존 사회보장 및 복지제도의 사각지대에 놓인 빈곤층에 대해 적절한 공적 지원이 실시되지 않고 있는 것이 현실이었다. 은둔형 외톨이, 각종 장애로 인한 이른바 그레이존에 속한 사람들, 장기 실직자, 노숙자 혹은 안정된 주거가 없는 사람들이 여기에 속한다. 그래서 2013년 12월 「생활곤궁자자립지원법(生活困窮者自立支援法)」이 제정되었다(2015년 4월 시행).

이 법은 경제적인 빈곤으로 최저생활을 유지할 수 없게 될 우려가 있는 사람에 대해 자립상담 지원사업, 주거확보 급여지급, 취로준비 지원사업, 일시생활 지원사업, 가계상담 지원사업, 학습 지원사업, 그 외에 이들의

자립 촉진에 관한 포괄적 사업을 실시하는 것이다. 실시 주체는 복지사무소가 설치되어 있는 전국 지자체이다. 자립상담 지원과 주택확보 급여 지급은 필수 사업이나 그 외는 임의 사업이다.

생활곤궁자 자립지원은 취로지원 사업을 포함하지만 전체적으로 저조한 수준이다. 지금까지 취로지원이 정부에 의해 소관되었던 것에 반해 이 사업은 복지사무소가 설치되어 있는 지자체인 시(市)가 실시 주체이기 때문이다. 도도부현은 「업무능력개발법(職業能力開発法)」에 따라 직무능력개발계획(職業能力開発計画)을 수립해(제7조) 직업능력개발학교(직업훈련소)를 운영하고 있으며 2000년 지방분권 개혁 이전에는 공공직업 소개소도 운영해 왔던 경험을 토대로 어느 정도 취로지원에 대한 노하우를 갖고 있다. 그러나 시의 경우 취로지원에 관한 노하우가 거의 없다.

이러한 상황에서 2015년 12월 「지방으로 부서의 제안 등에 관한 대응 방침(地方からの提案等に関する対応方針)」이 내각회의에서 결정되었다. 이 방침에 따르면 ‘지방판 헬로워크(지자체에서 실시하는 무료 직업소개소)’가 개설된다고 한다. 현행 「직업안정법(職業安定法)」에 따르면 지자체는 신고 후 무료직업소개를 실시할 수 있도록 되어 있는데(제33조 4 제1항) 이를 폐지한 것이다. 또한 고용대책에 대한 정부와 지자체의 연계[「고용대책법」 제31조(雇用対策法第31条)]와 관련해서는 지자체가 정부와의 사이에서 직업안정행정을 중심으로 고용정책 전반에 대해 연계해 나가기 위한 협정을 체결할 수 있게 되었다. 협정은 현행 공공직업안정소(헬로워크)가 소관 하는 모든 주관사업을 대상으로 할 수 있다. 그 외 정부와 지방자치단체가 동일한 시설에서 정부의 무료직업소개 사업 등과 지자체의 고용에 관한 시책(복지에 따른 지원, 청년·여성·중고령층을 대상으로 한 취로지원, 사업주지원 등)을 일원화해 실시하는 서비스를 법정화하고 지속적으로 실시하게 되었다.

마지막으로 주택의 경우 지금까지 주택의 양적 확보를 목적으로 한 「주택건설기본계획법(住宅建設基本計画法)」 대신 2006년 「주거생활기본법(住生活基本法)」이 제정되어 저소득자, 이주민, 고령자, 어린이를 키우는 가정, 그 외에 주택 확보에 특히 배려가 필요한 사람의 거주 안정 확보를 주된 목적으로 규정했다. 더욱이 이 법에 근거해 2007년 「주거안전망법(주택확보 요배려자에 대한 임대주택 공급 촉진에 관한 법률)(住宅セーフティネット法(住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律))」이 제정되어 저액 소득자, 이주민, 고령자, 장애인, 어린이를 키우는 가족, 그 외에 주택 확보에 특히 더 배려가 필요한 사람을 ‘주택확보용 배려자’로 정하고 임대주택[공영주택, UR 임대주택(역주: Urban Renaissance) 등] 공급 촉진을 꾀하게 되었다. 이 법에 따라 지자체는 ‘지역주택계획(地域住宅計画)’에 주택확보용 배려자를 대상으로 한 임대주택 공급에 관해 필요항목을 기재하는 것을 권장하고(제9조), 지자체 및 지원단체 등은 ‘거주지원협의회(居住支援協議会)’ 조직해 필요한 조치에 관해 협의하도록 규정하였다(제10조).

제6절 맺으며

현재 내각에 설치된 사회보장제도 개혁추진회의가 의료·개호를 중심으로 사회보장제도를 수정하고자 검토하고 있다.²⁹⁾ 또한 2016년 7월 15일 후생노동성은 후생노동장관을 본부장으로 ‘우리의 알·모든 일’ 지역공생사회실현본부(「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部)를 설립했다. 후

29) 사회보장제도 개혁추진회의(社会保障制度改革推進会議)의 배포자료 및 의사록은 홈페이지에 공개되어 있다(www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou_kaikaku/index.htm에서 2016. 9. 19. 인출).

생노동성은 취지를 다음과 같이 설명하고 있다. 즉 「개호보험법」, 「장애 자종합지원법」, 어린이·육아지원신제도 등 각 제도가 한층 더 성숙해지고 있는 반면 인구감소, 가족·지역사회의 변모 등으로 기존의 종적 시스템으로는 해결할 수 없는 과제가 등장하고 있다. 그러므로 앞으로는 기존의 복지 패러다임을 바꾸어 복지를 ‘지원해 주는 측’과 ‘지원을 받는 측’으로 나누는 것이 아니라 지역의 모든 주민이 각자 역할을 분담해 서로 지지해 주고 스스로 활약할 수 있는 지역 커뮤니티를 육성하는 것이다. 그리하며 공적 복지서비스와 협동해 서로 도우며 살 수 있는 ‘지역공생사회’를 실현해야 한다는 것이다.³⁰⁾

구체적으로는 초중학교구 등의 주민들을 위해 지역포괄지원센터 및 사회복지협의회 등이 중심이 되어 육아개호·장애·빈곤 등의 복합적이고 복잡한 과제를 풀어나가는 것이다. 이를 위해 시정촌에 종합적인 상담지원 체제를 구축하고 2020~2025년을 목표로 전국적으로 실시할 계획이다. 따라서 고령자·장애인·아동 등을 위해 전문적으로 분화된 시설과 지원서비스가 가능한 설비·인원 배치 기준 및 보수체계를 재검토하고 상호간 이용을 용이하게 한다. 또한 전문자격을 보유한 전문가의 업무범위와 자격취득을 위한 교육과정에 관해서도 재검토한다.³¹⁾

이는 제3절에서 언급한 지역의 개별적이고 종합적인 지원체제의 구축과 분명한 관련이 있다. 그러나 이는 어디까지나 후생노동성이 제시한 방침이므로 어느 정도까지, 그리고 어떤 식으로 실현될지 귀추가 주목된다.

30) 후생노동성 「‘우리의 일·모든 일’ 지역공생사회 실현본부에 관하여(「我が事丸ごと」地域共生社会実現本部について)」

(www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000134707.pdf에서 2016. 9. 19. 인출).

31) 후생노동성 「지역포괄케어의 심화·지역공생사회 실현(地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現)」, 2016. 7. 15.

(www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000130500.pdf에서 2016. 9. 19. 인출.)

(표 3-15) 최근 사회보장 및 노동시장에 관한 주된 보고사제도 개혁

연도	사회보장 전체	제1안전망	제2안전망	제3안전망	사회복지	노동시장
2008년	11월 사회보장국민회의 보고서 (社会保障国民会議報告書)					
2009년	6월 안심사회실현회의 보고서 (安心社会実現会議報告書)					
2010년	12월 사회보장 개혁에 관한 지식인 검토회 보고서 (社会保障改革に関する有識者検討会報告書)				5월 「아동부양수당법(児童扶養手当法)」 개정	3월 「고용보험법(雇用保険法)」 개정
2011년	6월 사회보장·세 일체개혁 성안 (社会保障税一体改革成案)	6월 「개호보험법」 개정	5월 「구직자지원법 (求職者支援法)」		8월 「어린이수당지급특별 조치법(子ども手当支給特別措置法)」	
2012년	2월 사회보장·세 일체개혁대강 (社会保障税一体改革大綱) 8월 「사회보장제도 개혁추진법 (社会保障制度改革推進法)」	8월 「연금기능강화법 (年金機能強化法)」, 「피용자연금일원화법 (被用者年金一元化法)」 11월 「연금생활자 지원금부 금법(被用者年金一元 化法)」			3월 「아동수당법(児童手当 法)」 개정 6월 「장애자종합지원법(障 害者総合支援法)」 8월 「어린이·육아지원법 (子ども子育て支援法)」	3월 「노동파견법(労働派遣法)」 개정

연도	사회보장 전체	제1안전망	제2안전망	제3안전망	사회복지	노동시장
2013년	8월 사회보장제도 국민회의 보고서 (社会保障制度国民會議報告書) 12월 「사회보장제도개혁프로그램법 (社会保障制度改革プログラム法)」		12월 「생활곤궁자지원 지원법(生活困難 者自立支援法)」	12월 「생활보호법」 개정	6월 「장애자차별해소법(障 害者差別解消法)」, 「어린이 빈곤대책추진법 (子ども貧困対策推 進法)」	
2014년	7월 「의료·개호종합확보추진법 (医療・介護総合確保推進法)」				4월 「차세대육성지원대책 추진법(次世代育成支 援対策推進法)」 개정	4월 파트타임 노동 법 (パートタイム労働法) 개정
2015년		5월 「국민건강보험법(国民 健康保険法)」 등 개정				12월 「지방으로 부터의 제 안에 관한 대응방침 (地方からの提案に關 する対応方針)」각의 결정
2016년		1월 「국민건강보험법」 시행령 개정			8월 「아동부양수당법(児童 扶養手当法)」 개정	

제 4 장

중국의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장체계의 구조와 특징

제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단

제5절 맺으며

4

중국의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

사회보장은 중국의 역사에 늘 존재해 왔지만 특히 사회보장에 대한 관심이 커지기 시작한 것은 지난 30여 년 전부터였다. 중국의 산업화·글로벌화·시장화·도시화가 빠르게 진행되는 과정에서 사회보장은 점점 더 중요한 역할을 하고 있다. 하지만 한 국가의 사회보장 수준과 방식은 국가의 역사와 전통, 경제적 수준, 사회 구조, 가치이념의 영향을 받는다. 이 장에서는 사회경제적 배경, 사회보장체계, 사회보장에 관한 주요 정책, 지난 몇 년 동안 실시한 개혁의 크게 네 가지 측면에서 중국의 사회보장 현황 및 향후 가능한 발전 방향을 소개하고자 한다.

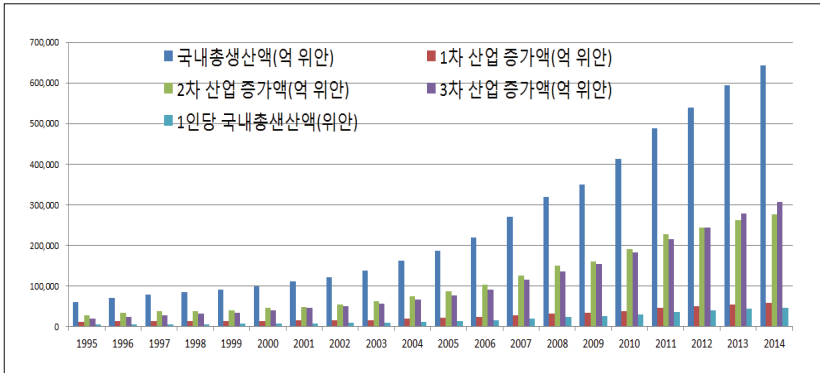
제2절 사회경제적 배경

중국은 전 세계에서 인구가 가장 많은 국가로 스스로 ‘세계 최대의 인구 대국’이라고 부른다. 중국이 지난 30여 년 동안 실시한 계획생육(計劃生育, 산아 제한) 정책에 따라 인구 증가율이 둔화되었지만 중국의 총인구는 1978년 9억 6,259만 명에서 2014년 13억 6,782만 명으로 4억 523만 명 증가하였다. 이는 미국의 총인구보다 많으며 유럽 전체 인구와 맞먹는 수준이다. 1978년에서부터 2010년까지 지난 32년 동안 인구대국인 중국의 경제성장률은 계속 두 자리 수를 유지하며 경제 순위가 세계 9위에서 2

위로 꺾춤 뛰어오른 것은 중국의 비약적인 성장을 보여준다. 구체적으로 말하자면 1978년 3,678억 7천만 위안(인민폐)에 불과했던 중국의 GDP 규모가 2010년 41조 3,030억 3천만 위안, 2014년 64조 3,974억 위안을 기록하며 2014년 GDP는 1978년보다 64조 295억 3천만 위안 늘어나(약 10조 달러) 175배 증가하였다. 이 과정에서 중국의 고용구조 역시 크게 바뀌었다. 1978년 중국의 농업 종사자가 전체 노동력에서 차지하는 비중은 70.53%인 반면 공업 종사자 17.29%(2차 산업), 서비스, 상업 등 3차 산업 종사자는 12.18%에 불과하였다. 하지만 2014년에는 산업별 종사자 비중이 29.50 : 29.90 : 40.6으로 바뀌면서 3차 산업 종사자 수가 가장 많았다.³²⁾ 1994년에는 3차 산업 종사자 수가 2차 산업 종사자 수보다 많았지만 1차 산업 종사자 수가 여전히 가장 많았다. 하지만 2011년 이후부터 3차 산업 종사자 수가 1차 산업 종사자 수를 추월하기 시작하였다. 비록 중국은 ‘세계의 공장’으로 불리지만 2차 산업 종사자 수가 1위를 차지한 적은 한 번도 없었다. 고용구조로 보면 2011년은 중국이 포스트 산업화 시대에 진입한 해이다. 즉 중국이 세계 제2의 경제대국으로 부상한 해인 2010년 이후부터 이와 같은 변화가 나타나기 시작하였다.

32) 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 5. 인출).

[그림 4-1] 중국의 경제성장 그래프, 1995~2014년



자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 5. 인출.

중국의 경제규모가 계속 확대되고 고용구조가 변화하면서 중국인의 소득도 크게 늘어나고 소득구조 역시 많이 바뀌었다. 1978년 도시 주민 1인당 가구 가처분소득은 343.4위안, 농촌 주민 1인당 가구가처분소득은 133.4위안으로 도농(都農) 간 소득격차는 2.57:1이었다. 반면 2012년 도시 주민 1인당 가구 가처분소득은 24,564.7위안으로 1978년보다 71.5배 증가하였고 농촌 주민 1인당 가구 가처분소득은 7,916.6위안으로 1978년 보다 59.34배 증가하여 도농(都農) 간 소득격차가 3.1:1로 1978년보다 격차가 더 크게 벌어졌다. 우리는 이를 통해 도시 주민소득 증가율, 농촌 주민소득 증가율에 상관없이 소득 증가율이 모두 GDP 증가율에 못 미쳤다는 것을 알 수 있다. 그렇다면 왜 이러한 결과가 나타났을까? GDP를 기업·정부·개인 소득으로 나눠 보면 개인 소득 증가율이 낮을 경우 기업과 정부의 소득 증가율은 개인 소득 증가율보다 높다는 것을 의미한다. 중국 정부 재정수입의 경우 1978년 1,132억 26백만 위안, 2012년 11조 7,253억 52백만 위안으로 1978년 대비 103.55배 증가하였다. 비록 재정수입 증가율이 GDP 증가율보다 조금 낮지만 개인 소득 증가율보다 훨씬 높았다. 농촌 주민의 소득구조를 분석해 보면 1978년

농촌 주민의 주요 소득원은 근로소득·사업소득·농업소득·목축업소득으로 이 중에서 근로소득이 전체 소득원에서 차지하는 비중이 66%였으며 2012년에는 43.54%로 감소하였다. 하지만 소득원의 구조는 더욱 다양화·다원화되었다. 근로소득·사업소득·농업소득 외에도 임업·어업·교통운송업·우편통신업 등 분야에서도 소득이 발생하였다(표 4-1 참고).

〈표 4-1〉 중국 주민소득 구성표: 1978년과 2012년

(단위: 위안)

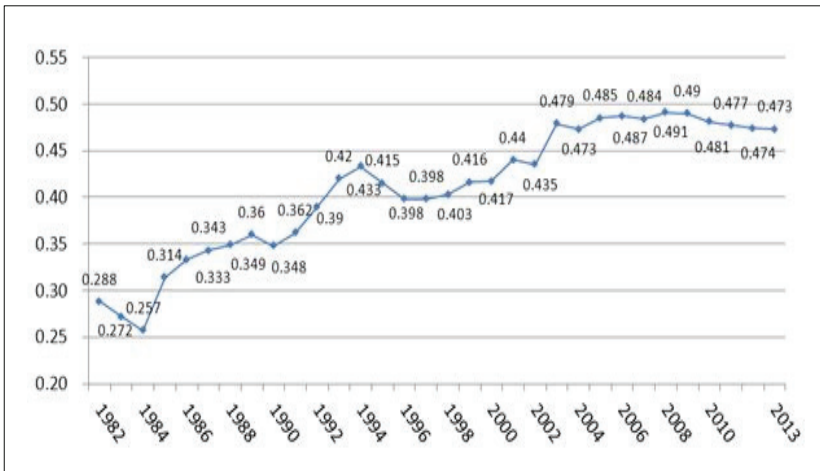
지표	1978년	2012년
농촌 가구 1인당 평균 순소득	133.6	7,916.6
농촌 가구 1인당 평균 순근로소득	88.3	3,447.5
농촌 가구 1인당 평균 순사업소득	35.8	3,533.4
농촌 가구 1인당 평균 순농업소득	17.9	2,106.8
농촌 가구 1인당 평균 순임업소득		103.7
농촌 가구 1인당 평균 순목축업소득	15.9	441.0
농촌 가구 1인당 평균 순어업소득		70.7
농촌 가구 1인당 평균 순공업소득		118.2
농촌 가구 1인당 평균 순건축업소득		95.5
농촌 가구 1인당 평균 순교통운송업, 우편통신업소득		80.1
농촌 가구 1인당 평균 순도소매무역 및 요식업소득		290.7
농촌 가구 1인당 평균 순사회서비스업소득		67.4
농촌 가구 1인당 평균 순문화교육보건업 소득		26.5
농촌 가구 1인당 평균 기타 순소득	2	32.7
농촌 가구 1인당 평균 순재산소득		249.1
농촌 가구 1인당 평균 순이전소득	9.5	686.7

자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 5. 인출).

하지만 문제는 지난 30여 년 동안 중국의 도농(都農) 간 및 계층 간 소득격차 모두 점차 확대되고 있다는 점이다. 소득격차를 나타내는 지니계수를 보면 1982년 불과 0.288이었던 중국의 지니계수는 2008년 0.491

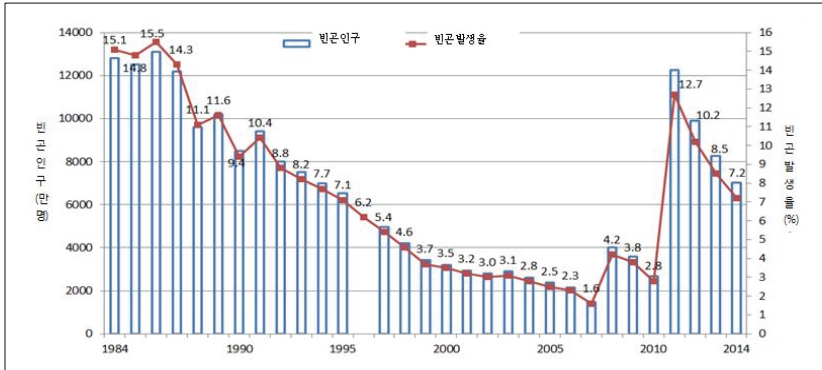
로 최고치를 기록한 후 다소 감소하긴 했지만 감소 폭은 크지 않았으며 2013년에도 여전히 0.473이었다. 이와 마찬가지로 중국의 빈곤 문제는 크게 완화되었고 농촌의 빈곤인구가 1984년 1억 5천만 명에서 2014년 7,200만 명으로 절반이 감소함으로써 중국은 빈곤해소에서도 전 세계적으로 괄목할 만한 성과를 거뒀다. 하지만 현재 7,200만 명의 빈곤 인구는 중국에서 가장 가난을 벗어나기 어려운 집단이다. 이를 위해 중국 정부는 2020년까지 현행 기준에 따른 빈곤 문제를 해결하겠다는 전략적 목표를 내걸고 점진적으로 실천해 나가고 있다. 현재 도시에 거주하고 있는 빈곤 인구 5,000만 명은 지난 30여 년 동안 새로 생겨났다. 비록 도시 주민의 생활이 결코 넉넉하지는 않았지만 과거 중국은 계획 경제를 실시함으로써 도시 주민의 일자리와 기본적인 생활을 국가에서 보장해 주었기 때문에 도시에는 빈곤 인구가 거의 없었다.

[그림 4-2] 중국 지니계수 곡선 그래프, 1982~2013년



자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>에서 2016. 9. 5. 인출).

[그림 4-3] 중국 농촌 빈곤인구수 및 빈곤 발생률의 변화, 1984~2014년



자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 5. 인출).

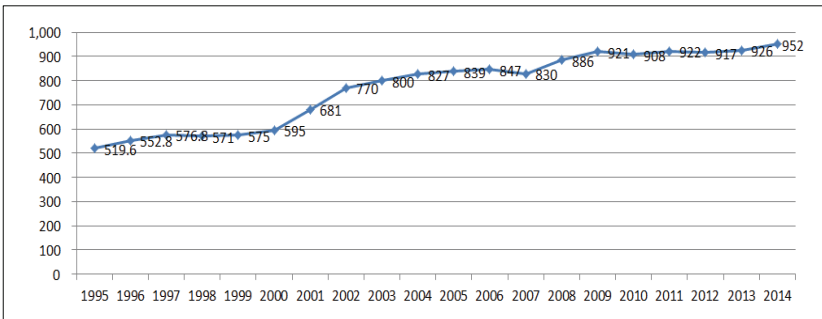
빈곤과 실업, 고령화는 밀접한 연관성이 있다. 중국의 실업에 대한 정의는 다른 국가와 많이 다르다. 도시와 농촌의 이원화 구조로 장기간 고용정책을 실시하였기 때문에 호적 신분의 농민은 고용정책의 범주에 포함되지 않았다. 따라서 일자리가 없는 농촌 주민은 실업자에 포함되지 않았다. 이들은 농촌의 잉여 노동력에 속할 뿐이었다. 도시에는 농촌에서 유입된 취업인구가 많았기 때문에 이들의 실업 또한 제대로 파악하지 못하였다. 현재 중국의 실업자 수 산정 방식은 ‘도시등기실업’, 즉 중국 인력사회자원부서에 실업을 신고한 뒤 실업자로 산정된다. 그러지 않으면 실업자 수 통계 범주에 포함되지 않는다. 국가통계국에서 발표한 실업자 수는 ‘도시등기실업자 수’와 ‘도시등기실업률’이다. 우리가 조사할 수 있는 데이터는 국가 통계국에 등록된 ‘도시등기실업자 수’이다. 1978년 도시등기실업자 수는 530만 명, 등기실업률은 5.3%, 1980년 도시등기실업자 수는 541만 5천 명, 등기실업률은 4.9%였다. 당시 농촌에서 대거 유입된 지식 청년들로 도시의 고용 부담은 매우 컸다. 지난 20년 동안 중국의 도시등기실업률은 4.3%를 계속 유지해 왔으며 특히 1990년대 후반 실업률은 3%대를 유지하였다. 2001년부터 실업률이 상승하면서 2002

년 4%를 기록한 이후 계속 4%를 유지하였다. 하지만 도시등기실업자 수는 1,000만 명 미만이다.

중국에는 실업과 관련된 두 가지 개념이 있다. 첫 번째 개념은 조사실업률로 표본조사로 추산된 실업률이다. 두 번째 개념은 사실실업자 수로 여기에는 신고된 실업자 수와 조사 확인된 실업자 수뿐만 아니라 미신고된 실업자 수와 조사에서 누락된 실업자 수도 모두 포함된다. 따라서 사실실업자 수는 분명히 다른 실업산정방식에 따른 수치보다 훨씬 많지만 현재 이에 따른 데이터가 없기 때문에 과연 얼마나 되는지 정확히 확인하기 어려운 상황이다. 현지조사를 통해 중국은 현재 구조적 실업 문제에 직면해 있음을 확인할 수 있다. 즉 많은 기업은 현재 원하는 직원을 찾기 힘든 구인난에 봉착해 있다. 하지만 대학생뿐만 아니라 일자리를 찾지 못해 다시 농촌으로 회귀하는 노동자를 포함해 많은 사람이 구직난에 시달리고 있다. 그 원인은 대학생의 경우 장시간 근무, 저임금, 고된 업무를 기피하기 때문이며 일부 농민공(農民工, 농촌에서 도시로 이주해 노동자의 일을 하는 농민을 일컬음)은 나이가 많거나 기술 부족과 학력 때문에 일자리를 찾지 못하기 때문이다.

[그림 4-4] 도시등기실업자 수 추이, 1995~2014년

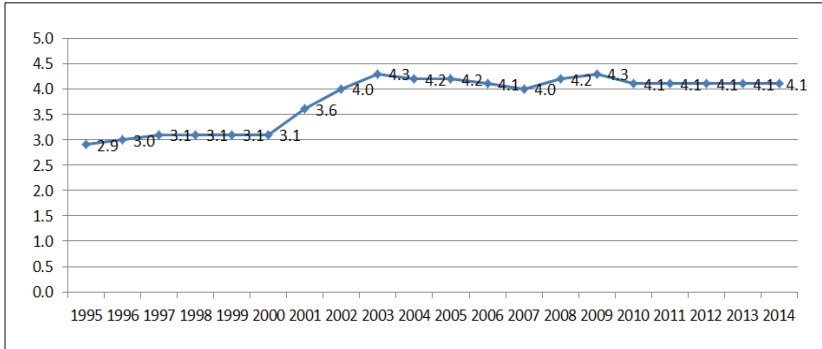
(단위: 만 명)



자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>에서 2016. 9. 5. 인출).

[그림 4-5] 도시등기실업률, 1995~2014년

(단위: %)



자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 5. 인출).

고령화는 지난 30여 년 동안 중국 사회경제 발전에 따라 출현한 문제로 간과할 수 없는 매우 중요한 사회문제이다. 중국의 고령화는 고도성장한 다른 국가, 더 나아가 선진국보다 전례 없이 빠르게 진행되고 있다. 이는 중국에서 철저하게 실시된 산아제한정책과 밀접한 연관성이 있으며 또한 사회경제적 조건이 개선되고 중국인의 기대수명이 빠르게 증가하면서 고령화 속도는 더욱 가속화되었다. 제6차 중국 인구센서스의 세부 데이터에 따르면 2010년 중국인의 평균 기대수명은 74.83세로 10년 전보다 3.43세 높아졌다. 2010년 중국 남성의 평균 기대수명은 72.38세로 2000년보다 2.75세 높아졌다. 중국 여성의 평균 기대수명은 77.37세로 4.04세 높아졌다. 남녀의 평균 기대수명의 차이는 10년 전과 비교했을 때 3.70세에서 4.99세로 벌어졌다. 한편 2014년 중국의 60세 이상 고령 인구는 2억 1,200만 명으로 전체 인구에서 15.5%를 차지한다. 중국의 65세 이상 고령 인구는 1990년과 1995년 각각 6,368만 명, 7,510만 명으로 전체에서 차지하는 비중은 5.57%, 6.2%였다. 2014년 65세 이상 인구는 1억 3,755만 명으로 전체 인구에서 10.1%를 차지한다. 2014년

65세 이상 인구는 1990년과 1995년보다 각각 6,366만 명, 6,245만 명 증가하였고 비중은 4.53%, 3.9% 늘어났다. 1995년부터 2014년까지 중국의 전체 인구는 12.93% 증가하였지만 65세 이상 고령 인구는 83.16% 증가하였다. 이는 중국의 고령화가 전체 인구 증가율보다 훨씬 빠르게 진행되고 있음을 보여준다. 가장 직접적인 영향으로 1990년 8.3%, 1995년 9.2%였던 노령인구 부양 비율이 2014년에는 각각 5.4% 포인트, 4.5% 포인트씩 상승하였다.

이처럼 1980년대 초 개혁개방 정책을 실시한 후부터 중국에서는 사회 경제적으로 큰 변화가 나타났으며 특히 중국 경제의 고도성장은 전 세계의 이목을 끌었다. 또한 국민들의 생활수준 역시 전체적으로 향상되었고 1인당 평균 기대수명도 눈에 띄게 증가하였다. 중산층은 계속 확대되고 있으며 중국 관광객은 이미 전 세계적으로 유치하려는 대상이 되었다. 하지만 중국 역시 커다란 도전에 직면해 있음을 간과할 수 없다. 소득 격차가 날로 확대되고 있으며 이미 임계선을 넘어섰다. 도시와 농촌에는 여전히 빈곤계층이 많고 빈곤 문제는 전력을 다해 해결해야 하지만 또한 여전히 쉽게 해결하기 어려운 사회문제이다. 중국이 직면한 고령화 문제는 다른 국가와 사회에 출현하거나 상상할 수 있는 문제가 아니다. 결론적으로 성장과 위험은 공존하며 심각한 사회적 위험은 강력한 사회보장체제로 해결해 나가야 한다.

제3절 사회보장체계의 구조와 특징

사회보장체계란 현대국가가 사회적 위험 방지, 사회 화합 실현, 사회 경쟁력 강화를 위해 구축한 사회안전망을 의미한다. 예를 들어 고용제도,

사회보장, 건강보호, 사회서비스 등이 있다. 국가마다 역사와 문화, 사회경제, 정치가 다르므로 사회보장체계 역시 국가별로 큰 차이가 있다. 중국의 사회보장체계도 시대마다 상이했다. 개혁개방 이전의 경우 중국은 중앙집중 계획경제체제였으며 사회보장체계의 경우에도 도농(都農) 간 이원화된 제도를 실시하였다. 즉 도시는 단위(单位: 직장·회사)를 기반으로 한 사회보장체계를 실시하였고 농촌은 집체(集体: 집단, 단체) 협력을 기반으로 한 사회보장체계를 실시하였다. 즉 도시는 근무 회사에 기반을 둔 사회보장제도를 구축하였다. 다시 말해 도시의 모든 사회보장은 회사가 제공하였다. 따라서 회사에서 떠나는 경우 사회보장 혜택 또한 받을 수 없게 되었다. 중국에서는 이를 단위(单位)복지제도, 즉 회사복지제도라고 부른다. 한편 농촌은 생산대(生産隊: 20~30호로 구성된 집단농장), 생산대대(生産大隊: 10개 내외의 생산대로 구성된 집단 농장), 인민공사(人民公社: 8~10여 개의 생산대대로 구성된 집단농장) 등의 집단을 토대로 사회보장을 제공하였다. 국가의 제한적 사회보장 지원 역시 이러한 방식으로 제공되었다. 사회보장수준, 보장범위, 자원지원 측면에서 도농(都農) 간에 뚜렷한 차이가 있었고 도시의 사회보장체계는 농촌보다 훨씬 앞섰다. 왜냐하면 도시의 경우 실질적으로 국가가 회사를 통해 종신고용, 무상의료, 각종 보조금 및 지원금 등을 안정적으로 제공했기 때문이다. 반면 농촌의 경우 경제 자원의 한계로 도시와 같은 수준의 사회보장을 제공할 수 없었고, 기본적인 의식주 문제조차도 효과적으로 해결하기 어려운 농촌 지역이 많았다.

이와 같은 도농(都農) 간 이원화된 사회보장체계는 1970년대 말 개혁개방으로 흔들리기 시작하였으나 완전히 사라지지 않았다. 중국의 개혁개방은 주로 경제 분야에서 실시되었고 경제체제 개혁은 자연스럽게 기존의 사회보장체계에도 영향을 주었다. 중국의 개혁은 농촌의 생산 경영

체제에서부터 시작하였다. 개혁으로 집단 대 농민으로 생산과 고용에 참여했던 여러 가지 한계점을 해소하고 농민이 자신의 토지를 소유하여 본인의 노동과 노동으로 얻은 성과를 본인 스스로 관리할 수 있도록 하였으며 ‘생산대(生産隊), 생산대대(生産大隊), 인민공사(人民公社)’ 같은 3개 단위로 구성된 집단체제의 틀을 깼다. 따라서 이러한 집단체제는 1984년에 무너졌으며 이를 기반으로 구축된 농촌 사회보장체계도 해체되면서 사회보장은 가구이웃가족 간에 상부상조하는 전통 방식으로 되돌아왔다. 이러한 개혁은 확실히 농민들이 생산에 열심히 참여할 수 있도록 동기 부여를 해 주었으며 농민이 종사할 수 있는 일자리 범위를 확대해 농촌의 의식주 문제가 단기간에 해결됨은 물론 농민의 가구소득 증가와 농민 삶의 여건과 환경 개선에 도움을 주었다. 하지만 개혁으로 농촌의 사회보장체계는 의료서비스와 교육 측면에서 큰 충격을 받았다. 중국 농촌의 의료서비스 수준은 비록 낮았지만 계획경제시대에 구축된 3급 의료서비스 체계[인민공사 위생원(衛生院), 생산대대(生産大隊) 위생소(衛生所) 및 생산대(生産隊) 의무대원]는 중국 농촌의 의료 환경 개선 및 농민의 건강 향상에 일정 부분 기여하였다. 유명한 경제학자 아마르티아 센(Amartya Sen)과 세계은행도 이에 대해 긍정적으로 평가하였다. 하지만 1980년대부터 시작된 농촌 개혁으로 생산대대(生産大隊)와 생산대(生産隊)는 3급 협력 의료시스템을 뒷받침할 수 있는 경제적 능력을 더 이상 갖추지 못하였고 농촌의 위생원(衛生院)과 위생소(衛生所)도 민간에 경매로 넘어가면서 상업 서비스 노선을 걷게 되었다. 이는 농민에게 의료서비스에 대한 부담을 가중시키면서 농민은 ‘간병난(看病難: 진료받는 어려움) 간병귀(看病貴: 비싼 의료비)’ 때문에 제대로 진료를 받을 수 없게 되었다. 의료와는 달리 국가에서 일률적으로 추진한 농촌교육에 대한 투자 및 교사 배치, 과거 농촌 단체에서 세운 학교를 공립학교로 편입시키는 프로젝트는 농촌의

교육 발전에 이바지하였다. 하지만 국가 재정이 부족했기 때문에 농촌교육에 대한 투자자금이 부족해지면서 일부 학교에서는 다양한 방식으로 농가에 각종 비용을 부과하였다. 1990년대에 이르러 교육에 대한 부담은 한때 많은 농민에게 매우 큰 부담으로 작용하였다. 농촌 개혁으로 국가가 실질적으로 농촌에서 물러나면서 국가가 예전에 부담했던 일부 사회보장 책임 역시 더 이상 책임지지 않게 되었다. 단체가 유명무실해지고 경제력 역시 사라졌으므로 단체가 제공한 제한적인 사회보장 혜택도 폐지되었다. 따라서 1980년대와 1990년대 농민들은 거의 사회보장 혜택을 누릴 수 없었고 여러 가지 사회서비스도 제공받지 못하게 되면서 본인이 직면한 생로병사 등 사회문제와 위험을 스스로 전부 감당해야 했다.

중국의 개혁개방 과정에서 도시의 사회보장체계는 농촌의 사회보장체계처럼 크게 와해되지는 않았지만 역시 커다란 진통과 해체 과정을 겪었다. 사회보장체계는 회사를 기반으로 구축되었지만 우선 자영업에 대한 규제부터 완화하여 일자리를 늘렸다. 이어 상점과 요식업 등의 업종을 대상으로 승포책임제(承包責任制: 국유기업의 비효율을 개선하기 위해 간부에게 경영을 맡기고 규정에 따라 이윤을 상납하는 형식. 기업 활성화 목적)를 실시하였고 이를 기업, 특히 집단형 기업으로 확대하면서 노동계약 관계를 실현하였다. 한편 농촌에서 실시된 개혁은 농민에게 일자리 선택의 폭을 확장시켰다. 장기적으로 축적된 농촌의 노동력은 농업 외의 일자리를 찾기 시작하였다. 1980년대 초부터 도시와 연해(沿海)개방지역으로 유입된 이들은 1980년대 후반에 중국만의 독특한 ‘민공(民工)’층을 형성하였다. 따라서 도시에는 행정기관 및 공사, 국유기업 근로자 외의 새로운 집단이 조성되었다. 새로운 집단이 바로 자영업자, 농촌 유동인구(또는 ‘농민공(農民工)’이라고 칭함), 승포(承包)로 전환한 상공업 서비스업 종사자 등으로 이들은 공통적으로 제도권 안의 사회보장정책을 누릴 수

없었다. 하지만 제도권 밖의 사회보장정책은 아직 구축 전이었기 때문에 이들은 주로 가정, 친척 및 친구, 전통적인 상부상조 방식 및 시장 메커니즘 등의 방식으로 사회보장을 받았다. 국가에서 실시한 사회보장제도는 이들을 수용하지 않았을 뿐만 아니라 개혁개방 과정에서 오히려 이들에 대한 수혜의 범위가 축소되면서 시장 메커니즘을 통한 사회보장체계가 실시되었다.

1980년대와 1990년대 초 실시한 중국의 경제개혁은 다음과 같은 공통된 특징을 보인다. 첫째, ‘일을 하지만 최선을 다해 일하지 않게 되는 분배의 평균주의’ 경제체제를 점진적으로 개혁하여 시장을 확대하고 사람들의 경제적 참여와 능동성을 고취시켰다. 한편 국가의 부담을 줄이고 과거에 정부가 맡아서 하더라도 할 수 없었고, 잘하지 못했던 체제와 방법을 개혁함으로써 정부는 최대한 사회보장책임에서 벗어나기 시작하였다. 이러한 개혁은 사회지출 항목에 반영되었다. 고흔(顾昕), 맹천광(孟天廣)(2015)의 추산에 따르면 1990년, 1991년, 1992년 중국 재정에서 전체 사회지출액은 각각 984억 1천만 위안, 1,065억 5천만 위안, 1,187억 위안으로 공공 재정지출에서 각각 30.4%, 29.9%, 29.2%를 차지하였다. 이는 구미 국가 및 일본뿐만 아니라 러시아와 중동유럽국가보다 훨씬 낮은 수준이다. 해당 연도의 중국 인구수로 계산한 1인당 평균 사회지출액은 86위안, 92위안, 101위안에 불과하다. 이는 동일 연도의 도시 주민 1인당 가처분소득의 1개월 소득에도 못 미치는 수준이고 농촌 주민 1인당 가처분소득의 8분의 1에 해당하는 수치이다. 1992년 이전(1992년 포함) 중국의 사회지출에는 기본적으로 도시의료보험, 산재보험 및 양육보험에 관한 항목은 없었고 사회지출의 절반은 교육에 쓰였고 3분의 1이 의료보건 항목에 쓰였다. 1993년도부터 중국에 도시 의료보험, 산재보험, 양육보험 항목이 등장하기 시작하였고 지출액은 각각 1억 3천만 위안, 4천만

위안, 5천만 위안으로 매우 적었다.³³⁾ 계산하기에 미비한 수준이지만 이는 중국에 새로운 사회보장체계가 구축되기 시작하였다는 점을 보여 준다.

이러한 새로운 사회보장체계는 과거 회사체제와 집단체제를 기반으로 한 사회보장체계와 다른 점이 있다. 첫째, 개인의 권리와 책임이 확립되었다. 과거 사회보장체계는 회사에 권리는 있었지만 이에 상응하는 책임이 없었다. 반면 새로운 사회보장체계는 개인의 납입 책임을 포함시켰다. 둘째, 사회보장 내 시장의 역할이 확립되었다. 과거 사회보장체계에서 고용 보험과 사회보험은 시장 메커니즘에 따라 작동한 것이 아니라 정부가 일 자리에 관한 분배와 계획을 관장하였다. 셋째, 국가의 새로운 기능과 역할이 확립되었다. 국가가 전부 책임지거나 방임하는 것이 아니라 국가의 역할과 기능은 시장과 개인, 사회와의 새로운 관계에서 확립되었다.

물론 1990년대에 구축된 새로운 사회보장체계는 여전히 도입 단계에 있었다. 첫째, 제도의 완전성이 떨어지고 방향 또한 불분명하였다. 둘째, 보장수준이 상당히 낮고 보장력도 약했다. 셋째, 관련 제도와 정책 모두 미흡했다. 새로운 사회보장체계는 사회문제가 출현하면서 탄생한 것이므로 급성적인 성향이 두드러졌다. 당시 중국은 3대(大) 사회문제에 시달리고 있었다. 첫 번째 사회문제는 국유기업의 개혁이다. 2001년 WTO에 가입한 중국은 1994년부터 국유기업에 대대적인 개혁을 단행하였다. 이로 인해 국유기업 종사자 4,000여만 명이 실업자가 되면서 이들의 재취업·교육·실업 등을 시급히 해결해야 했다. 이를 위해 국가는 재취업, 교육, 실업 및 의료 문제를 해결하는 다양한 정책을 내놓았고 사회보장제도 구축 역시 이 시점부터 시작되었다. 두 번째 사회문제는 1990년대에 급증한 농민

33) 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>에서 2016. 9. 5.인출).

공(農民工)이 중국 경제의 고도성장 및 급속한 도시화 과정에서 도시로 대거 이주하여 노동자로 취직하거나 서비스업에 종사한 것은 농민공(農民工)의 소득 증가에 도움을 주었지만 또한 이들을 많은 위험에 노출시키기도 했다. 가장 큰 위험은 바로 산업재해와 임금체불이며 장기적인 문제는 이들의 노후였다. 산업재해나 임금체불에 따른 농민공(農民工)의 투쟁은 보편화된 사회문제로 대두되면서 사회의 안정을 저해했다. 셋째, 농민공(農民工)의 급증과 관련된 문제로 농민공(農民工)이 견디기 힘든 정도로 무거운 조세부담이었다. 이는 당시 중국의 조세제도 개혁에서 기인했다. 1994년 중국은 중앙과 지방의 분세제(分稅制)³⁴⁾ 개혁을 실시하였고 조세 수입의 대부분을 중앙정부가 차지하였기 때문에 현(縣)급 및 향(鄉)급 지방정부의 조세 수입 비중은 낮았다. 따라서 많은 향진(鄉鎮)정부가 조세 수입만으로 일상적인 업무를 유지하기는 역부족이었다. 결국 농민에게 조세 외의 각종 비용을 부담시켰다. 교육비만 하더라도 농민 소득의 30%를 차지하였다(왕춘광(王春光), 2007). 이렇게 무거운 세금부담을 피해 다른 지역으로 이주하는 농민이 많아지자 농촌에 남아서 계속 일하는 농민의 조세부담은 더욱 커지면서 이들의 불만도 커지기 시작했으며 지방 간 갈등도 매우 심각해지면서 충돌이 빈번해졌다. 이러한 3대(大) 문제는 국가·기업·개인의 관계를 재(再)구축시켰고 특히 국가는 반드시 국가와 개인, 기업 간의 관계를 잘 해결하여 국민과 기업이 경제발전에 적극적으로 동참할 수 있도록 고취시켰다. 이와 동시에 이들의 권익도 효과적으로 보장해야 했으며 그렇지 못할 경우 각종 사회문제와 충돌이 발생하면서 사회의 화합과 안정에 부정적인 영향을 미치게 될 것이었다. 따라서 이러한 사회적 배경에서 사회보장체계의 구축은 필수불가결한 선택이었다.

34) 역주: 중앙정부에 의한 재정수입의 집중관리에서 중앙과 지방의 재정수입원을 분리하는 제도이다.

하지만 1990년대에 구축된 새로운 사회보장체계의 수준은 비교적 낮고 시행착오도 겪었으며 사회보장 수요를 제대로 만족시키지 못했다. 여기서 보장수준이 낮다고 언급한 것은 최소한 두 가지 측면에서 확인할 수 있다. 첫째, 사회보장제도가 구축되었지만 전체적으로 공공지출에서 사회지출이 차지하는 비중은 여전히 30% 수준이었으며 크게 증가하지 않았다는 점이다. 둘째, 사회보장체계는 절대 다수의 농촌 인구에게까지 미치지 못하였다. 여전히 도농(都農) 간 이원화된 사회보장체계에는 크게 변함이 없었다. 비록 도시로 유입된 농촌 유동인구까지 보장범위를 확대하려고 하였지만 농촌 유동인구가 유입된 지방정부의 의지가 부족하였고 도시 실업 등의 문제가 잘 해결되지 않으면서 농촌 유동인구에 대한 사회보장 문제를 제대로 해결하지 못했다. 한편 시행착오를 겪은 것이라 함은 일부 정책의 경우 안정적이고 기대할 수 있는 구체적인 규정이 마련되지 않았기 때문이다. 심지어 일부 정책의 경우 방향성 문제로 철폐를 선언하기도 하였다. 가장 전형적인 사례로 당시 국가에서 농촌 지역을 대상으로 추진한 비즈니스 모델인 양로보험은 농촌에서 긍정적인 반응과 참여를 이끌어내지 못하면서 자연스럽게 사라지게 되었다. 실패한 원인은 국가에서 한 톨도 지원하지 않고 농민 본인의 돈으로 스스로 보험에 가입해야 했기 때문이다. 또한 민간보험에 대한 농민의 인식 또한 부족했고 민간보험에 대한 신뢰가 부족했다. 즉 퇴직할 때 양로보험의 혜택을 과연 누릴 수 있을지에 대해 농민들은 의구심을 가졌다. 과거에 ‘농촌 양로보험제도’라고 부른 제도가 있었지만 실패하였다. 이는 2009년에 실시한 새로운 농촌 양로보험 제도를 추진하는 데 노하우와 시사점을 남겼다.

새로운 사회보험체제 구축은 2003년부터 지금까지 종합적으로 추진해 오고 있다. 혹자는 이와 관련해 국가적 의도, 정책역량 및 사회적 압박이라는 세 가지 측면에서 중국의 사회정책체계 구축 과제를 고찰해야 한다

고 말한다[악경륜(岳經綸), 류로(劉璐), 2016]. 사회정책체계는 사회보장 체계의 한 부분일 뿐이지만 당연히 매우 중요한 부분이다. 21세기부터 중국 정부는 경제적 효율만 중시한 채 사회의 발전, 사회보장 구축을 무시한 경제성장방식이 지속 불가능한 위험에 처했다는 사실을 인식하기 시작하였다. 왜냐하면 사회문제가 점차 심각해지고 사회적 불만도 늘어나면서 사회 충돌 발발의 위험도 계속 증가하였기 때문이다. 당시 사회문제는 실질적으로 1990년대부터 불거지기 시작하였다. 분명한 점은 1990년대에는 사회보장체계 구축에 대한 노력이 부족하였고 갈등 해결의 기대 수준에도 미치지 못했다. 하지만 2000년 ‘농민의 삶은 매우 고생스럽고 농업은 위험한 업종이며 농촌에서의 생활은 가난하다’는 분위기가 형성되면서 이러한 추세는 전 사회적으로 큰 반향을 일으켰다. 2003년 광저우(廣州)에서 대학을 갓 졸업한 쑨즈강(孫志剛) 학생이 수용소에서 죽은 ‘쑨즈강(孫志剛) 사건’이 일어나면서 사회문제는 최고조에 달하였다. 학술계에서도 경제성장에만 집중한 채 사회발전을 경시한 경제성장 모델은 더 이상 지속 불가능하다고 호소하였다. 이러한 사회적 배경에서 중국 중앙정부가 2004년 ‘조화로운 사회 건설’을 제시하면서 새로운 사회보장체계의 구축을 전면적으로 실시하게 되었다.

중국이 21세기부터 추진한 새로운 사회보장체계의 구축은 다음과 같은 특징이 있다.

첫째, 기본적인 생존권을 보장하는 사회안전망을 구축한다. 특히 생로병사, 의식주 등 인간의 기본적인 욕구에 맞춰 설계된 정책과 제도적 체계를 중국 정부는 ‘보기본(保基本: 기본을 보장한다)’이라고 명명하였다. 현재 중국은 기본을 보장하는 사회보장체계를 어느 정도 갖추었다. ‘보기본(保基本)’ 사회보장체계에는 각종 공공부조, 보조금, 사회보험, 주택, 고용 및 훈련 등이 포함된다.

둘째, 도시와 농촌, 제도권 내 등에서 사회 최저생활선의 형평성을 보장하고 사회보장체계가 도시에서 농촌까지 모두 시행되도록 한다. 비록 혜택의 차이가 여전히 크지만 농민 역시 정책상 기본적으로 도시 주민과의 형평성을 보장받도록 한다. 또한 보장수준에 큰 차이가 있지만 제도권 안과 밖을 일원화해 나가고 있다. 즉 모든 국민이 동등하게 사회보장체계에서 중국 정부가 말한 ‘전체 수용’을 실현하고 모든 국민이 기본적인 권리를 누리는 데 최소한의 사회적 형평성을 실현하는 것이다.

셋째, 도시와 농촌, 지역사회, 사회 계층 간에 누리는 보장수준의 격차는 여전히 크고, 불평등 문제 또한 아직 해소되지 않았다. 중국 사회보장체계의 책임주체는 여전히 지방정부이며 ‘여러 계층’이 공동 부담하고 있는 방식을 취하고 있다. 중앙정부의 책임은 불과 20% 정도로 낮은 비중이며 나머지는 기본적으로 성(省), 시(市), 현(縣)급의 지방정부에서 부담하고 있다. 따라서 행정구역별로 자신만의 정책과 규정을 마련하기 때문에 보장수준 역시 지역마다 큰 차이가 있다. 또한 행정구역과 상관없이 적용되는 전체적인 보장이 부족하기 때문에 지역 간 이동하는 이주자에 대한 권익에도 어느 정도 영향을 미쳤다. 비록 정부는 ‘여러 계층’의 공동 부담이 안고 있는 문제점을 인식한 후부터 전국적으로 통일된 사회보장체계를 구축하기 위해 노력하였지만 사회보장 혜택에 내재된 구조적 문제를 여전히 피할 수 없었다. 이처럼 전국적으로 통일된 사회보장체계를 구축하는 데 경제적·정치적으로 여러 문제가 있으며 이를 해결하는 게 쉽지 않다는 것을 짐작할 수 있다.

마지막으로 비국가적 차원의 사회보장체계가 발전하면서 정착되었다. 소위 비국가적 차원의 사회보장체계, 즉 ‘사회자아(自我)보호’라 함은 국가 외의 사회에서 제공하는 상부상조, 지원 시스템을 의미하며 특히 사회조직에서 제공하는 다양한 사회보호제도가 중국 사회보장체계의 중요한

부분으로 자리매김하였다. 이는 다원화된 주체들이 실질적으로 참여하는 사회보장체계이며 정부·기업·사회·가구 등이 상호 지원하는 다원화된 보장체계이다. 이는 21세기 이후부터 국가적 관심이 점차 높아지면서 정책적으로 점점 더 많은 지원을 받았다.

정리해 보면 중국의 사회보장체계는 지난 30여 년 동안 중국 사회경제 발전에 따라 구축을 거듭해 왔지만 여러 가지 사회문제와 사회적 수요를 해결해야 하는 도전과 마주하고 있다. 비록 계층별로 대응 역량과 성과가 다르지만 현재까지 중국은 어느 정도 역량을 갖춰 전국을 포괄할 수 있는 사회보장체계를 마련하였다. 또한 미흡한 점을 계속 개선해 나가고 있으며 최종 목표는 사회적 공유, 사회의 형평성, 지속적인 경제성장이라는 가치를 실현하여 안정적이고 기대할 수 있는 중국의 미래를 보장하는 것이다.

제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단

이 절에서는 주로 의료와 보건, 양로보험과 서비스, 공공부조 및 보조금, 노동 및 고용, 교육, 주택, 사회서비스와 사회 조직 등의 측면에서 중국의 사회보장정책에 관한 현황을 구체적으로 소개하고자 한다. 중국의 사회정책과 관련한 주요 문건은 <표 4-2>에 정리하였다. 비록 전부를 나열하지는 못하였으나 사회보장정책과 관련된 기본적인 주요 정책을 적은 것이다. 이 표에서 우리는 대부분의 사회보장정책이 2003년 이후에 마련되었음을 분명히 알 수 있다. 지극히 소수의 정책만이 1980년도 이전에 만들어졌다. 예를 들어 행정기관 및 공사의 의료보장 등 기타 대부분의 사회보장정책은 모두 개혁개방 이후 제정 및 개선된 정책이다.

1. 주요 사회보장정책에 관한 기본적인 현황 및 내용

사회보장정책에는 많은 내용이 포함되는데 <표 4-2>에서 중국의 사회보장정책에 관한 기본적인 내용만 다루고 모든 항목별 특징에 관한 자세한 설명은 생략하였다. 건강보장정책은 크게 세 가지, 즉 공공보건서비스, 의료보험, 의료부조이다. 이러한 정책은 이미 전국적으로 실시하였으며 다양한 계층과 지역을 포괄하고 수용범위도 넓어 98.9%의 사람이 의료보험에 가입했다. 또한 의료부조로 대부분의 저소득 계층, 특히 보호혜택을 적게 받는 계층의 보험 가입 및 의료 진료비 납부를 도와줌으로써 중국의 의료 종사자 및 건강에 대한 사람들의 욕구를 어느 정도 충족시켰다. 하지만 지역 간, 계층별로 보장받는 혜택에 여전히 차이가 있다. 도농(都農) 주민, 제도권 내 주민, 대도시 및 소도시 주민 간에 건강보장 혜택 수준이 상이하다. 조사에 따르면 개도국 농촌 주민의 진료 문제는 여전히 공공보건서비스의 경우에도 건강차트 작성 및 혈압 측정에만 머물고 있다. 또한 의료 수준이 못 미쳐서 만성 질환 치료와 관련된 공공서비스는 거의 논할 수 없다.

양로보험과 서비스는 또 다른 중요한 사회보장정책이다. 건강보장정책과의 차이점은 양로보험 및 보험의 수혜자가 전 국민이 아니라 특정 조건 혹은 전제 조건에 부합하는 사람만 해당한다는 점이다. 중국의 양로보험은 크게 세 가지 유형으로 나뉜다. 첫 번째 유형은 국가가 모든 60세 이상 남성과 55세 이상 여성에게 제공하는 ‘도농(都農) 주민 기초 양로금’이다. 하지만 ‘도농(都農) 주민 기초 양로금’의 혜택을 받기 위해서는 일정한 보험금을 내야 한다. 보장금액은 많지 않지만 가난한 노인에게는 도움이 된다. 두 번째 유형은 의무적으로 납입해야 하는 양로보험이다. 이에 대한 보험금은 회사와 근로자가 각각 부담한다. 물론 자영업자의 경우에도 신

청 후 보험에 가입할 수 있으며 회사와 본인 부담금을 모두 본인이 납입하면 된다. 단 납입 비율은 조금 낮다. 이 양로보험의 가입 대상은 근로자이며 미성년자와 퇴직자는 비용을 납입할 필요가 없다. 세 번째 유형은 연금으로 일부 회사는 직원에게 연금을 보조해 주지만 현재 중국에서 연금을 보조해주는 회사는 상당히 적으며 공무원과 공사의 연금 개혁에도 이 연금제도 설계를 고려해야 한다. 네 번째 유형은 민간양로보험으로서 보험회사가 시장에 파는 양로보험상품이다. 사람들은 본인의 욕구와 납입 능력, 보험 회사에 대한 신뢰도에 따라 가입 여부를 결정한다. 위의 네 가지 유형이 양로보험의 핵심적인 몇 개의 기둥으로 불린다. 사회보장정책 분석 시 가장 중요시하는 세 가지 요소가 있다. 2015년 중국의 양로보험 가입자는 8억 5,833만 명이며 전체 인구에서 차지하는 비중은 62.44%, 전체 취업자 수에서 차지하는 비중은(전국 취업자 수 7억 7,451만 명) 110.82%이다. 100%를 넘는 것은 도시와 농촌의 양로보험은 미취업자를 포함하므로 보편적인 수혜의 특징을 지니기 때문이다. 기업연금에 가입한 직장인은 2,316만 명으로 도시와 농촌 전체 취업자 수의 5.89%를 차지한다. 양로보험은 대다수 중국의 도시와 농촌 주민에게 일정 부분만을 보장하기 때문에 노후 대비에서 가구의 역할은 여전히 중요하다, 심지어 가장 중요하다.

실업보험과 고용보험의 관계는 매우 밀접하다. 실업보험은 주로 도시 취업자를 대상으로 하는 것으로 농촌에는 기본적으로 존재하지 않는다. 실업보험 가입자 수는 도시 취업자 수의 42.88%이며 모든 취업자는 실업보험에 가입해야 한다는 점을 법으로 정해 놓았다. 이는 이 정책이 제대로 시행되지 않고 있다는 점을 의미한다. 특히 실업보험의 혜택을 누리는 사람이 적고 전체 보험 가입자의 1.31%에 불과하다. 이는 또한 중국의 실업률이 높지 않다는 점을 의미할 뿐만 아니라 더욱 중요한 이유는 실업자가

실업 보험금을 수령하는 데 조건이 까다롭고 절차가 복잡하다는 점이다. 따라서 5대 보험 중에서 실업기금의 잔액이 가장 많다. 고용보험은 비록 도시에 국한되어 있지만 농촌지역에서 잘 시행되지 않을 뿐만 아니라 이에 대한 자원 투입 역시 적다. 정부가 해결하려는 ‘무취업가정(零就业)’³⁵⁾ 문제 역시 도시지역에 국한된 것이다. 타 지역에서 온 노동자에 대한 일자리 서비스는 대부분 정보 제공에 그친다. 따라서 농민공(農民工)을 대상으로 한 직업훈련은 적은 자원 투입량, 짧은 교육 시간, 현실과 동떨어진 교육 내용으로 사실상 농민공(農民工)의 관심과 호응을 받지 못하고 있는 실정이다. 따라서 많은 농민공(農民工)은 자기부담으로 직업훈련을 받고 있다. 중국 「노동계약법」에 따르면 기업은 반드시 이윤의 2%를 직원 교육에 써야 한다고 규정하고 있다. 하지만 이 2%의 교육 훈련비는 대다수의 기업이 중간급 이상의 직원들을 대상으로 한 교육에만 사용하고 있을 뿐 그 이하의 직급의 직원에게는 사용을 꺼린다. 결국 고용 안정성에서 양극화 문제가 나타나는 것이다. 행정 기관 및 공사, 국유 기업에 정규직으로 취직하면 매우 안정적이므로 소위 ‘철밥통’이라고 불리며 이들은 실업 문제를 거의 겪지 않는다. 하지만 기업 및 행정기관, 공사, 국유 기업의 계약직으로 취직할 경우 비록 고용의 안정성을 강화하는 법적 장치가 있다고 하더라도 상당히 불안정한 고용상태이다.

주택보장은 21세기 초부터 뒤늦게 실시되었고 크게 두 가지 유형으로 구성된다. 첫 번째 유형은 도시 주민에 대한 주택보장으로 염조방(廉租房)³⁶⁾과 경제보장방[经济保障房: 민영주택과는 달리 정부나 공공기관이 건설한 공공주택(이하 ‘보장형 주택’이라고 함)]이 포함된다. 정부는

35) 도시에 농업호적이 아닌 가족 중 법정 근로 연령의 노동력을 갖춘 가족 구성원이 실업 등기를 하고 아직 취직이 안 된 가정이다.

36) 역주: 정부가 임대료 보조금 또는 주택임대 방식으로 도시 주민 최저 생활보장기준에 부합하고 주택의 어려움이 있는 가정에 제공하는 사회보장주택을 말하며 한국의 임대주택 개념과 비슷함. 이하 ‘저소득 임대 주택’이라고 한다.

‘12.5(2011~2015년) 계획’ 기간 동안 보장형 주택 3,000만 채를 공급해야 한다. 2013년 말까지 전국에 임대형 보장형 주택 1,425만 채 공급을 위한 자금을 조달하였고 임대형 보장형 주택 1,057만 채가 공급되었다. 현재 ‘12.5 계획’의 기본과제를 완수하였다. 이러한 임대형 보장주택은 농촌 주민을 대상으로 한 것이 아니라 개별 도시만 임대형 보장주택을 농민공(農民工)에게 공급하였고 이 혜택을 누리기 위해 갖춰야 할 자격조건은 매우 까다로웠다. 현재 대도시는 보장형 주택의 공급이 매우 부족한 상황이지만 일부 소도시[특히 현(縣)급 도시]의 미분양 또는 미임대 보장형 주택은 주택분배 불균형 문제가 심각함을 보여준다. 두 번째 유형은 농촌에서 실시하고 있는 ‘위방개조(危房改造: 무너질 위험이 있는 노후화된 주택에 대한 리모델링)’ 정책이다. 국가는 노후화된 주택을 리모델링할 경우 정부가 보조금을 지원해 주는 정책을 마련하였다. 대상 가구로는 보통 3만~5만 가구 정도에 이르지만 경제적 여건이 되지 않는 가정의 경우 대출을 받아 이 정책에 참여하기도 하며 조건에 부합하지 않는 가정은 이 사업 참여를 아예 포기한다.

모든 사람에게 가장 기본적인 교육을 보장하는 것은 국가의 최소한의 의무이자 책임이다. 중국은 9년제 의무교육을 실시하고 있다. 즉 초등학교에서 중학교까지가 의무교육이다. 의무교육정책은 1986년에 마련되었지만 제대로 실행된 시점은 2003년 이후부터이다. 그 전의 의무교육은 도시에만 국한되었고 농촌에서의 초등학교와 중학교 교육은 여전히 농민 스스로 부담하고 있었다. 하지만 2003년 이후부터 국가는 농촌지역의 초등학교 및 중학교 교육비 부담을 폐지했으며 가난한 가정의 자녀에게 점심식사 보조금 등을 제공하기 시작하였다. 하지만 지역정부마다 철점병교(撤点并校: 농촌 소재 소규모 초등학교를 도시 학교로 통폐합하는 교육개혁 정책), 즉 농촌 소재 초·중등학교를 도시 학교와 통폐합하면서 통폐

합된 학교와 거리가 먼 곳에 사는 농촌의 아이들은 집 근처 학교를 다닐 수 없게 되고 오로지 향진(鄉鎮)급 도시 또는 현(縣)급 도시에 있는 학교로 다닐 수밖에 없었다. 또한 학교와의 거리가 멀기 때문에 향진(鄉鎮)급 도시로 나가 임대한 주택 또는 학교 기숙사에 살 수밖에 없었다. 그 결과 '부모 또는 조부모가 곁에서 학업을 뒷바라지해야 하는 현상'이 나타나게 되면서 농민의 교육비 부담은 더욱 증가하게 되었다. 한편 도시 주민의 교육비 부담은 바로 사교육비에서 비롯되었다. 이러한 관점에서 보면 정부가 교육에 투입하는 자원은 계속 증가하고 있지만 이 외에도 국민이 교육에 투자하는 자금 역시 상당히 많으며 계속 증가하고 있다. 사교육비는 중국 가구 3대 뇌관 중의 하나가 되었다. 나머지 두 개의 뇌관은 바로 주택과 의료비 부담이다.

가정과 아동보조금은 각국에서 통용되는 사회보장정책이다. 각국은 국가 실정 및 목표에 따라 상이한 보조금정책을 실시하고 있으며 중점 사안 역시 매우 다르다. 중국은 주로 특수한 어려움에 처해 있는 가정과 아동을 대상으로 이에 상응하는 보조금 또는 공공부조를 제공하고 있다. 국가 민정부(民政部)의 통계에 따르면 2015년 전국의 442만 7천 가구가 임시 보조금을 수령하고 있고 임시 보조금 누계 지출액은 38억 4천만 위안이며 가구당 평균 보조금 수준은 67.4위안이다. 전체 고아 수는 50만 2천 명이고 이 중에서 집중 양육을 받고 있는 고아는 9만 2천 명이며 사회에 흩어져 살고 있는 고아는 41만 명에 이른다. 2015년 전국의 가정 입양 신청 건수는 2만 2천 건이며 중국 내륙의 입양 신청 건수는 1만 9천 건, 홍콩, 마카오, 대만 화교의 입양 신청 건수는 179건, 외국인 입양 신청 건수는 2,942건이다.³⁷⁾ 현재 정부는 농촌의 5,000여만 명의 유수아동(留

37) 중국 민정부(民政部) 사이트(<http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcasy/>)에서 2016. 9. 7. 인출).

留守儿童: 부모가 도시로 돈 벌러 나가고 고향에 남겨진 아이를 일컬음)에 대해 철저히 조사하여 이들의 생존권과 발전할 권리를 보장하기 위한 조치를 할 계획이다. 중국의 가정과 아동보호정책은 여전히 한계가 많으며 정책 수준 역시 낮다. 이를 위해 사회적으로 많이 동참하고 있지만 한계점이 많다.

빈곤 퇴치는 가장 큰 사회보장정책이다. 지난 30여 년 동안 추진해 온 중국의 빈곤 퇴치는 좋은 성과를 거뒀다. 하지만 중국의 빈곤 문제는 여전히 심각하며 특히 빈부격차가 확대되는 상황에서 농촌 지역의 빈곤 문제가 점점 더 두드러지게 나타나고 있다. 중국은 빈곤 퇴치를 위해 세 가지 정책을 실시하였다. 첫 번째 정책은 정책을 기반으로 기본적인 생존권을 보장하는 것이다. 예를 들어 최저생활보장정책 및 앞서 언급한 각종 공공부조 및 보조금 정책으로 모든 국민의 기본적인 생존권을 보장하는 것이다(예를 들어 의식주, 의료, 주택 등). 두 번째 정책은 치부정책(致富政策), 즉 국가가 직접 개발 사업에 투자하거나 우대 정책으로 빈곤 지역에 대한 기업의 투자를 유치하여 빈곤 지역의 발전을 촉진하고 빈곤 가정에 발전할 수 있는 기회와 장을 제공하는 것이다. 이를 위해 정부는 ‘빈곤 구제 개발 10년 요강’을 제시하였다. 2020년까지 농촌 빈곤 가정 6,000만 가구의 빈곤 문제를 해결하여 빈곤을 탈출해 부를 실현한다는 목표를 세웠다. 이를 위해 오개일비(五个一批: 빈곤구제) 정책을 실시하고 있다. 즉 생산력 발전을 통한 빈곤 탈출, 열악한 주거 환경 거주자의 이주를 통한 빈곤 탈출, 생태보호지역에 거주하는 빈곤 가정에 대한 이전지출 등 환경보조금 제공을 통한 빈곤 탈출, 국가 교육예산을 빈곤 가정의 기초교육 및 직업교육 제공, 유수아동(留守儿童) 대상 교육 등에 투입하여 교육을 통한 빈곤 탈출, 노동능력을 상실한 빈곤 가정에 최저생활 보장을 통한 빈곤 탈출을 실현하는 것이다. 셋째, 재난 방지 및 재난 구제 정책은

재난 발생 시 국가가 최대한 재해로 인한 피해와 손실을 줄여주고 피해 지역과 주민이 빈곤 계층으로 전락하지 않고 재건할 수 있도록 돕는 것이다. 2015년만 하더라도 국가에서 637만 2천 명의 재난 피해 주민을 이주 및 정착시켰다.

사회서비스는 사회보장의 효과적인 제공을 통해 사회보장의 질적 수준을 향상시켰다. 최근 몇 년 동안 중국은 사회서비스의 역할을 점차 중요시하면서 사회서비스 조직의 발전을 장려하기 위한 정책을 실시하였다. 2001년 국가에서 ‘아동사회복지기구 기본 규범’을 마련하였고 2008년에는 ‘노인 사회복지기관 기본 규범’ 등을 제정하였다. 2006년에는 사회업무 조직을 구성하는 정책, 2011년에는 ‘사회 요양서비스 체계 구축 10년 플랜(2011~2020)’을 공포하였다. 또한 2013년에는 정부가 사회조직서비스를 구매하는 규정을 마련하였고 2016년 국무원은 ‘생활고를 겪고 있는 장애인을 위한 생활 보조금 및 중증 장애인 간병 보조금 제도 마련에 관한 의견’을 발표하였다. 2016년 전국인민대표대회에서 「자선법」을 통과시켰다. 2015년 말 기준 사회서비스 기관 및 시설은 176만 5천 곳, 관련 종사자 수는 1,308만 9천 명, 설비투자 자산은 8,183억 1천만 위안, 사회서비스 사업비지출액은 4,926억 4천만 위안으로 국가 재정 중 3.3%를 차지한다. 사회서비스는 법적, 사회적, 시장 제도적 측면에서 모두 보장을 받고 있지만 관련 부대 정책을 개선할 필요가 있으며 인력 자원이 여전히 부족하고 사회서비스 기준 및 규제에 대한 개선도 필요하다.

2. 사회보장정책의 보장력 및 지속가능성

앞서 중국 사회보장정책 현황에 관해 구체적으로 소개하였다. 여기서는 사회보장력 및 지속가능성의 관점에서 중국의 사회보장정책을 자세히

분석하고 이에 대해 논의하고자 한다. 보장력은 정책의 법적 효력, 투입 및 수혜자의 혜택 등의 측면으로 표현할 수 있으며 지속가능성은 정책의 공평성, 정책 집행의 투명성, 사회경제 발전의 지원 정도, 국민이 받을 수 있는 보장성 등의 측면으로 표현된다. 보장력과 지속가능성은 서로 영향을 주고받는다. 이 장에서는 법적 효력, 자금조달, 포괄범위, 재정 투입, 수혜범위 및 혜택 수준 등의 측면에서 보장력과 지속가능성 문제를 다루고자 한다.

법적 효력의 층위별로 보면 중국의 사회보장정책은 크게 3개의 층위로 나뉜다. 최고 층위는 입법 형식이다. 예를 들어 「사회보장법」, 「노동계약법」, 「의무교육법」 등이다. 다음으로 중간 층위는 국무원조례 또는 요강이다. 예를 들어 ‘농촌 오보공양조례(農村五保供養條例)’, ‘사회단체관리조례’, ‘도시 주민 최저생활보장조례’ 등이 포함된다. 마지막으로 하부 층위는 규정 혹은 의견이나 통지로 대부분 시범사업단계에 있으며 좀 더 개선을 한 뒤에 조례로 격상될 수 있으며 조례의 안정성과 강제성이 더 높다. 일부 조례는 일정 기간 동안 시범적으로 해 본 후에 최고 수준의 법률로 격상되며 강제성을 확실히 지니는 것은 물론 더욱이 함부로 변경할 수 없으므로 사회보장 측면에서 보면 가장 강력하다.

자금조달의 책임과 원천 측면에서 보면 중국의 사회보장체계 역시 네 가지 유형으로 분류된다. 첫 번째 유형은 국가 재정에서 100% 부담 또는 세수에서 지원하는 것이다. 예를 들어 의무교육, 공공부조 등이 이에 해당하며 전체 자금을 공공재정에서 100% 충당한다. 1980년대 중국은 「의무교육법」을 만들었지만 농촌에서 시행하는 과정에서 정부 재정력의 한계로 실질적으로 정부는 의무교육을 전면적으로 실시하지 못하였다. 2003년 이후부터 비로소 국가가 농촌 지역의 자녀 의무교육을 위한 교육비 및 잡비 부담을 완전히 폐지하였다.

공공부조의 두 가지 기능은 다음과 같다. 첫째, 모든 국민의 최저생활선을 정해 놓고 기본적인 생존권을 보장한다. 둘째, 생존 문제 해결과 함께 가난한 사람들에게 적절한 도움을 준다. 특히 기본적인 생활조차 할 수 없는 사람들을 지원한다. 두 번째 유형은 정부, 업무기관(회사기업, 행정기관 및 공사 등 포함) 및 개인이 공동으로 자금조달 책임을 지는 것이다. 중국의 사회보장제도는 기본적으로 두 번째 유형의 자금조달 모델을 취하고 있다. 이는 복유립처럼 조세재정부담 방식도 아니고 완벽하게 시장 메커니즘으로 작동하는 것도 아닌 공제제(共濟制)의 모델을 실시하고 있다. 세 번째 유형은 업무기관이 자금조달 책임을 부담하는 것이다. 예를 들어 연금이 이에 해당한다. 하지만 회사에서 단독으로 사회보장의 자금조달을 부담하는 경우는 많지 않다. 마지막 네 번째 유형은 사회에서 도움을 받는 것으로 자선, 자원 봉사 등과 같은 것으로 사회에서 상부상조하면서 사회보장을 하는 것이다. 이러한 유형은 중국에서 진행되고 있지만 효과가 아직 가시적으로 나타나는 단계는 아니다. 여기서 주목할 점은 정부기관을 최소 5개 계층으로 분류하여 자금조달을 다양한 계층이 서로 다르게 책임지도록 설계한 것이다. 왜냐하면 정부 관할 구역별로 사회보장력이 다르고 관할 구역을 통합하기 어렵기 때문이다. 중국에서는 이를 '쇄편화(碎片化: 파편화, 조각화)' 문제라고 부르며 다른 구역으로 이동 시 제약을 많이 받게 된다.

국가 재정에서 사회보장 지원을 위한 재정 투입이 매년 증가하고 있다. 통계 방식 및 통계 지표가 상이하기 때문에 다른 국가와 동일한 사회지출 지표를 찾기 어렵다. 여기에서는 국가 재정 교육지출, 국가 재정 사회보장 및 고용지출, 국가 재정 의료보건지출을 중국의 대표적인 사회지출 지표로 보고 분석하였다. 이 세 가지 지표가 모든 사회지출을 대표할 수는 없지만 사회지출의 가장 주요한 내용을 담고 있음에 틀림없다.

2008~2014년 7년 동안의 통계 데이터만 봐도 2012~2014년 3년 동안 다소 변동은 있었지만 7년 동안 투입된 사회지출은 기본적으로 매년 증가하고 있음을 알 수 있다. 2014년 사회지출 비율은 2008년 대비 3% 포인트 증가하였다. 이 세 가지 지출항목을 개별적으로 살펴보면 국가 재정 사회보장 및 고용 지출의 비율은 증가하지 않았고 오히려 조금 감소한 사실을 알 수 있다. 국가 재정 교육지출 비율의 증가율은 크지 않았으며 1% 포인트에 못 미쳤다. 하지만 국가 재정 의료보장지출 비율의 증가율이 가장 높았고 2% 포인트에 달했다. 그러나 사회지출 증가에 따른 혜택에 대한 사람들의 체감도는 확실하지 않았다. 심지어 지출증가율이 가장 높은 의료보장 지출의 경우 진료의 어려움과 비싼 진료비 문제는 여전히 심각하며 의료보장 문제는 실질적으로 개선되지 않았다. 또한 교육비 부담 역시 줄어들지 않았다. 오늘날 중국에서 교육과 의료보장은 가장 심각한 문제이다. 이 밖에 국가 재정지출 증가율과 재정수입의 증가율을 비교해 보면 사회지출 증가율은 지나치게 낮고 중국의 사회지출이 재정지출에서 차지하는 비율은 OECD 국가보다 현저하게 낮으며 심지어 일부 개도국보다도 낮은 수준이다.

〈표 4-2〉 중국 재정지출에서 주요 사회지출 3개 지표가 차지하는 비중

구분	(단위: 위안, %)						
	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
국가 재정지출 (억 위안)	62,592.66	76,299.93	89,874.16	109,247.80	125,953.00	140,212.10	151,785.60
국가 재정 교육지출 (억 위안)	9,010.21	10,437.54	12,550.02	16,497.33	21,242.10	22,001.76	23,041.71
해당 연도 국가 재정지출에서 교육지출이 차지하는 비중 (%)	14.40	13.68	13.96	15.10	16.87	15.69	15.18
국가 재정 사회보장 및 고용지출 (억 위안)	6,804.29	7,606.68	9,130.62	11,109.40	12,585.52	14,490.54	15,968.85
해당 연도 국가 재정지출에서 사회보장 및 고용지출이 차지하는 비중 (%)	10.87	9.97	10.16	10.17	9.99	10.33	10.52
국가 재정 의료보건지출 (억 위안)	2,757.04	3,994.19	4,804.18	6,429.52	7,245.11	8,279.90	10,176.81
해당 연도 국가 재정지출에서 의료보건지출이 차지하는 비중 (%)	4.40	5.23	5.35	5.89	5.75	5.91	6.70
국가 재정지출에서 세 가지 항목이 차지하는 총비중 (%)	29.67	28.88	29.47	31.16	32.61	31.93	32.41

자료: 중국 국가통계국 사이트(<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)에서 2016. 9. 10. 인출).

수혜 범위와 수준은 사회보장체계를 살펴보는 또 다른 지표이다. 중국의 사회보장체계는 이미 잘 갖춰져 있는 상태이지만 여전히 수혜 수준이 낮고 선진국보다 훨씬 뒤처진다. 게다가 더욱 중요한 점은 이러한 보장체계에서 다양한 계층과 사회 집단별로 받는 수혜 수준의 격차가 크다. 재정적으로 지원하는 업무기관(중국은 이를 ‘단위(單位)’라고 부름. 회사, 직장 등)은 ‘제도권 안’에 속하므로 누릴 수 있는 사회보장 혜택 역시 ‘제도권 밖’(재정적으로 지원이 필요 없는 업무 기관. 국유기업 제외)보다 훨씬 많다. 예를 들어 연금의 경우 제도권 안에 있는 회사에서 퇴직할 경우 매월 최소 5,000위안 이상의 퇴직금 또는 연금을 받게 된다. 하지만 제도권 밖의 직장에서 퇴직할 경우 매월 연금 수령액은 2,000위안 정도로 약 2배 이상 차이가 난다. 물론 농촌 지역의 1개월 노인 연금 수령액은 불과 수십 위안 또는 백 위안이 조금 넘을 뿐이다. 국유기업이 직원에게 제공하는 보장수준은 기타 소유제 업무기관보다 훨씬 높다. 많은 국유기업은 고임금과 고소득을 보장하며 다른 업무기관보다 수 배 심지어 수십 배 높은 임금을 제공한다. 도시에서 누리는 사회보장의 범위와 수준은 농촌보다 훨씬 높다. 그리고 대도시 사회보장의 범위와 수준은 중소형 도시보다도 높다. 위에서 언급한 것처럼 2003년 농촌에서 실시한 무상 의무교육은 도시의 경우 2003년 이전부터 이미 시행되고 있었던 것이며 교육의 질도 도시가 농촌보다 훨씬 좋다. 또한 2009년 이후에 농촌 주민은 양로보험 혜택을 누릴 수 있게 되었다. 매월 기초 양로금 수령액은 55위안에 불과하며 현재 대부분의 성(省)급 농촌의 양로금 역시 70여 위안에 불과해 100위안에도 못 미친다. 중국의 대다수 의료 및 교육 자원은 도시에 집중되어 있으며 특히 농촌의 의료서비스 수준은 매우 낮다. 농촌과 향진(鄉鎮)에서는 진료를 받을 수 없으며 최소한 현(縣)급 도시에 나가야 진료를 받을 수 있다. 소위 ‘보장이 미치는 범위가 넓고 수준이 낮음’ 것 역시

인구가 많은 농촌과 일부 도시, 농촌 주민에게만 제공되고 있다. 한편 행정 기관 및 공사 직원에 대한 사회보장력은 선진국 수준에 못 미친다. 심지어 일부 보장 영역의 경우 선진국보다 좋지만 이러한 상태는 개선하고 있다.

종합적으로 보면 사회보장체계를 구성하는 주요 정책은 구축시기, 보장력, 통주층차(统筹层次),³⁸⁾ 포괄범위 및 안정성 등의 측면에서 명확한 차이가 있다. 단위제(單位制)를 기초로 한 계획경제시대의 사회보장체계는 개혁개방 이후 다 사라지고 대다수의 사회보장체계는 1990년대 후반 기부터 구축되기 시작하여 2000년 이후 10년 동안 매우 빠르게 확대되었다. 이 같은 발전 방향은 도시에서 농촌으로 추진되었으며 결코 반대로 진행되지 않았다. 즉 도시에서 이에 상응하는 보장정책이 먼저 구축된 뒤 몇 년 뒤에서야 농촌의 보장정책을 구축하게 된 것이다. 농촌의 보장정책의 힘은 도시에 못 미친다. 정책 제정 시기를 비교해 보면 의료보험정책은 공공부조정책보다 먼저 탄생하였다. 공공부조정책은 양로보험정책보다 앞서 나왔다. 이는 의료부담이 상당히 막중했고 개인 또는 가정에만 의지하기에는 역부족이었기 때문이다. 양로 문제는 여전히 대부분 가정의 힘에 의지하고 있다. 하지만 경제의 고도성장 과정에서 중국의 빈부격차는 점차 더 심해지고 있으며 소득이 낮은 계층이 겪는 생활고를 해결하기 어려워지면서 공공부조정책은 노인부양정책보다 앞서 탄생한 것이다. 2000~2010년 지난 10년 동안 고령화 문제는 계속 심화되었으며 국가의 양로보험정책을 제도권 안에서 제도권 밖으로, 도시에서 농촌으로 추진하는 것을 고려하지 않을 수 없게 되었다.

38) 역주: 사회보장보험 납입 기준, 양로보험 산정 및 지급 방법, 사회보험기금 사용방법 등을 포함한 전체 양로보험에 관한 마스터플랜. 이하 '실행계획'이라고 한다.

제5절 맺으며

중국 사회보장체계의 역할 및 향후 방향에 대해서는 더 깊은 고찰이 필요하다. 통상적으로 많은 이는 기능적 관점에서 사회보장체계의 성공과 실패를 판단하고는 한다. 지면의 제약으로 이 장에서는 헬프에이지인터내셔널(Help Age International)에서 2015년 발표한 글로벌 에이지워치지수(global age watch index) 중 한국과 일본의 노인복지평가지수에 관한 논의로 시작하고자 한다. 이 지수는 소득보장(income security), 건강상태(health status), 역량(capability), 능동적 환경(enabling environment)으로 구성된다. 이 중에서 소득보장 측정지표는 양로소득의 수혜범위, 노년의 빈곤 발생률, 노년의 상대적 복지 및 1인당 GNP이다. 건강상황지표는 60세 이후 기대수명, 60년 이후의 건강한 생명에 대한 기대, 심리적 만족도이다. 역량지표는 노년 고용 현황 및 노인의 교육 수준이다. 능동적 환경 지수는 사회복지, 물리적 환경의 안전성, 공공 참여, 대중교통의 편리성을 의미한다. 이 모든 지표는 노인들에 대한 사회보장 현황을 나타내 준다. 이러한 지표들로 구성된 종합지표에 따르면 2015년에는 중국이 52위, 한국이 60위, 일본이 8위를 차지하였으며 스위스가 1위, 아프가니스탄은 96위로 아프가니스탄이 가장 마지막이다(전체 96개 국가와 지역 비교). 동아시아의 한중일 중에서 일본이 1위를 차지한 점에 대해 논쟁의 여지는 없지만 중국이 한국보다 순위가 높을 거라고는 전혀 예상하지 못한 일이다. 중국 노인의 소득 보장 및 권한 부여 환경이 한국 노인보다 우수하였다. 헬프에이지인터내셔널의 설명에 따르면 한국 노인의 빈곤율은 48.5%로 역내 평균 수준(12.9%)보다 훨씬 높았다. 능동적 환경 중 물리적 환경의 안전성과 공공사안에 대한 참여도 및 사회와의 관계성은 모두 좋지 않았으며 이 지표들이 노인의 빈곤율 순위를 끌어내렸다.

〈표 4-3〉 글로벌에이지워치지수 한중일 3국 비교(순위, 최고 1)

	소득의 안전성	역량	능동적 환경	건강 현황
중국	75	39	28	58
한국	82	26	54	42
일본	33	7	21	1

자료: 헬프 에이지 인터내셔널(<http://www.helppage.org/global-agewatch/>)에서 2016. 9. 9. 인출).

양로복지는 종합적인 성격을 지니지만 중국 사회보장체계의 현황을 포괄적·효과적으로 표현하지는 못한다. 2003년 일본의 공공 사회지출은 GDP의 17.7%를 차지하였으며 이 중에서 양로금은 8.2%, 보건·건강은 6.2%, 보건·건강 외의 사회서비스는 1.6%를 차지하였다. 반면 한국의 공공 사회지출은 GDP의 5.7%, 이 중에서 양로금은 1.3%, 보건·건강은 2.9%, 보건·건강 외의 사회서비스 항목은 0.4%를 차지하였다.³⁹⁾ 반면에 2014년 중국의 교육재정, 사회보장, 의료보건 지출은 GDP의 7.63%를 차지하였고 이 중에서 사회보장 및 고용보장은 GDP의 2.48%, 의료보건은 1.58%를 차지하였다. 교육 통계를 포함한 중국의 사회보장지출은 GDP의 7.63%로 한국보다 높지만 교육 재정지출(3.57%)을 제외하면 4.06%에 불과하다. 2003년 일본의 연금지출은 GDP의 8.2%, 한국은 1.3%였다. 보건건강지출은 2014년 중국의 경우 불과 1.58%, 한국은 2.9%, 일본은 2003년에 이보다 더 높은 6.2%였다(OECD, 2007). 비록 이러한 데이터의 통계 방식은 다르지만 전체적으로 보면 2003년 일본과 한국의 사회보장 수준은 2014년 중국보다 훨씬 높았다. 이는 당연히 이들이 더 큰 부담을 안고 있다는 점과 국민들은 더 많은 사회보장을 누리고 있다는 것을 동시에 의미한다.

39) OECD 홈페이지(<http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>)에서 2016. 9. 9. 인출).

중국의 사회보장수준은 한국과 일본보다 낮으며 사회보장체계의 완성도 역시 한국이나 일본과 비교했을 때 차이가 난다. 중국의 새로운 사회보장체계는 지난 30여 년 동안 국부적인 범위에서 전체적으로 확대되면서 새로운 사회보장정책에 내재된 문제점과 수혜 범위의 문제점을 해결하였다. 하지만 현재 여러 분야, 여러 계층 및 여러 집단 간에 차이가 아직도 있다. 이러한 차이를 3개의 단계, 즉 도농(都農) 간 차이, 제도권 내외의 차이 및 지역 간 차이로 표현할 수 있다. 따라서 중국은 향후 사회보장체계의 수준을 더욱 향상시켜야 할 뿐만 아니라 개혁을 통해 더욱 개선해 나가야 한다.

오늘날 중국은 양로금 합병 개혁에서 3개 계층의 격차를 해결하는 방법을 모색하고 있으며 ‘일개통일, 오개동보(一個統一, 五個同步)’ 이념을 제시하였다. 즉 일개통일(一個統一)이라 함은 당정기관, 행정기관 및 공사는 회사와 동일한 기본 양로보험제도를 구축하여 회사와 개인이 비용을 납입하고 퇴직금 정산 및 지급 방법을 개혁하여 이원화된 제도와 시스템적인 차원에서 발생하는 문제를 해결하는 것이다. 오개동보(五個同步)란 행정기관 및 공사가 함께 개혁을 추진하며 직업 연금과 기본 양로보험제도를 동시에 구축하고 양로보험제도를 급여제도 개혁과 함께 진행하며 급여 대우에 관한 조정 시스템과 정산 및 지급 방법을 동시에 개혁하고 전국적으로 동시에 개혁을 실시하는 것을 말한다. 이 ‘일개통일, 오개동보(一個統一, 五個同步)’ 개혁은 주로 제도권 안과 밖의 격차를 해소하는 데 주안점이 있으며 도농(都農) 간, 지역 간 격차 문제를 해결하는 것은 아니다.

사회보험 관점에서 보면 현재 중국의 개혁은 도농(都農) 간 격차를 등한시하지 않으며 개혁을 실시하는 과정에서 사회보험을 도농(都農) 간에 통일하고 도시와 농촌 주민의 양로보험과 의료보험은 이미 일원화했다. 하지만 이 일원화 과정은 일부 관할 지역에서 진행되었으며 아직 전국 단

위로까지 확대되지는 않았다. 따라서 이후의 목표는 전국적으로 도농(都農) 간 일원화를 실현하는 것이다. 이와 동시에 사회보험의 전반적인 계획을 점진적으로 확대해 나가는 것이다. 이 중에서 연금보험 수혜 계층은 이미 성(省), 직할시, 자치구 범위까지 확대되었지만 의료보험은 여전히 지시(地市) 지역에 국한되어 있거나 어떤 지역의 경우에는 아직도 현(縣)급 지역에만 머물러 있을 뿐 전국으로 확대되지 않았다. 행정구역이 다른 것은 행정구역마다 보장력이 다르다는 것을 의미한다. 어떤 지역은 풍부한 경제력을 갖추고 있기 때문에 제공하는 보장력이 국가가 규정한 수준보다 높지만 반대로 경제력이 없는 지역의 경우 겨우 국가가 정한 수준을 맞출 수 있을 뿐만 아니라 심지어 보장을 할 수 없기 때문에 편법을 쓸 수도 있다. 예를 들어 베이징(北京)과 허베이(河北) 지역을 비교해 보면 경제력이 더욱 풍부한 곳은 더 많은 자금을 농민 양로비용으로 보조할 수 있다. 따라서 베이징(北京) 농민의 기초 양로금은 허베이(河北) 지역의 농민보다 훨씬 높고 고령인구에게 제공되는 보조금 역시 더 많다.

중국은 현재 사회서비스업의 발전을 추진하고 있다. 2014년 8월 국무원에서 ‘현대 보험 서비스업의 발전 촉진에 관한 몇 가지 의견’을 공포하였다. 이 정책의 목표는 중국 사회가 사회경제적 위험에 대응할 수 있는 효과적인 보험 서비스업 보장 메커니즘을 만드는 데 있다.⁴⁰⁾

같은 해 10월 발표된 ‘양로 서비스업의 빠른 발전을 촉진하는 것에 관한 국무원의 몇 가지 의견’에서는 더욱 직접적으로 ‘노인의 보험 가입을 독려하고 장기적인 간병보험 관련 민간보험회사의 참여를 독려하기 위한 몇 가지 관련 과제’를 언급하였다.⁴¹⁾

40) 중앙 인민정부 홈페이지. ‘현대 보험 서비스업의 발전 촉진에 관한 몇 가지 의견’(http://www.gov.cn/zhengce/content/2014-08/13/content_8977.htm에서 2016. 9. 5. 인출).

41) 민정부(民政部) 홈페이지. ‘서비스업의 빠른 발전을 촉진하는 것에 관한 국무원의 몇 가지 의견’(http://fss.mca.gov.cn/article/lnrfl/zcfg/201312/20131200560144.shtml에서 2016. 9. 7. 인출).

하지만 시스템적·정책적 장애물 때문에 사회보장 서비스업이 제대로 발전할 수 없는 현실이 결국 사회서비스업에 대한 사회자본의 투자 의지에 영향을 주었고 사회서비스업의 발전을 제약하였다. 또한 사회서비스업 발전에 필요한 인재가 상당히 부족한 상황이다. 그것은 사회서비스업의 인재 선별 기준, 인재 육성 시스템 및 급여 체제, 평가 체제, 서비스 구매 메커니즘 등이 완벽하지 않기 때문이며 이는 사회서비스업의 발전을 심각하게 저해하였다.

사회조직체제의 가장 큰 개혁은 진입 문턱을 낮추고 신청 절차를 간소화하고 등록을 늘리고 정책적으로 네 가지 유형의 사회조직의 발전을 장려하는 것이다. 정부는 사회조직 서비스에 대한 구매력을 강화한다. 이 모든 정책이 사회조직의 발전을 촉진시켰으며 현재 중국의 사회조직은 빠르게 발전하고 있다.

종합해보면 중국의 사회보장체계는 계속 발전하고 있다. 사회보장의 도농(都農) 간 격차, 지역 격차, 제도권 내외의 격차를 축소하고 개혁을 통해 정책과 시스템적 장애를 해소하며 사회보장체계의 개선에 유리한 새로운 시스템과 정책을 마련하여 사회와 시장의 사회보장체계에 대한 참여 공간과 기회를 확대함과 동시에 사회보장 측면의 역량·효율·형평성을 모두 강화해 나가고 있다. 중국 사회경제의 빠른 발전과 발전모델 전환에서 사회보장체계 역시 구축을 가속화하고 보장력을 강화해 나가야 한다. 이를 통해 각종 사회적 위험을 더욱 잘 예방하고 전 사회적으로 전 국민의 안전감, 행복도, 기타 복지 수준을 모두 향상시켜야 하는 것이다.

제 5 장

대만의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

제6절 맺으며

5

대만의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

대만의 사회보장제도는 일반적으로 사회보험, 복지서비스 및 사회부조로 구성된다. 사회보험은 질병·노령·장애·사망·실업에 대해 피보험자 또는 피보험자의 유족에게 현금 급여를 지급하기 위해 보험료를 각출하는 기여형 급여제도이다. 대부분 현물급여 형태를 취하는 복지서비스는 아동, 노인 및 장애인과 같은 특정 그룹의 복지를 증대하기 위해 서비스 및 시설 개선을 추구한다. 마지막으로 사회 안전망으로써의 사회부조는 기본적인 생계를 꾸리기 어려운 계층에게 현금급여를 지급하며 수급자격은 주로 소득 및 재산 기준을 충족하는 이들에게 부여된다.

1990년대 대만의 법정복지제도는 괄목할 만한 성장을 이루어냈다. 예를 들어 국민건강보험(National Health Insurance, NHI), 실업보험, 노인수당, 아동 및 여성에 대한 폭력 방지 특별보호조치 등을 실현하는 한편 국민연금(National Pension Insurance, NPI)에 대한 여러 차례의 정책논의를 거쳐 2007년 법률을 제정하고 1년 뒤 시행하기에 이르렀다. 이 시기에 인구 고령화 및 세계화에 따라 근로빈곤층 등 새로운 정책현안이 출현하였고 최근의 정책논의는 장기요양제도의 수립과 연금제도의 지속가능성을 위한 개혁에 초점을 맞추고 있다.

본 장을 통해 대만의 사회보장제도에 관한 가장 최신의 정보를 공유하고자 하며 특히 직면한 도전과제 및 정부의 정책 대응을 중점적으로 다루고자 한다.

제2절 사회경제적 배경

대만은 인접국인 한국·싱가포르 및 홍콩과 마찬가지로 20세기 동아시아 경제 기적의 하나로 평가되고 있으며 대만의 성공을 견인한 원동력을 탐구하는 데 많은 학자의 이목이 집중되어 왔다. 생산을 촉진하는 환경을 조성함에 국가의 역할 및 역량을 강조한 대만의 차별화된 발전 모델은 인정을 받기 시작했다. 더불어 ‘통제시장(governing market)’(Wade, 1990), ‘규율시장(disciplined market)’(Amsden, 1989) 및 ‘유도시장(guided market)’(White and Wade, 1988)과 같은 다수의 개념이 널리 사용되며 국가와 시장의 관계를 설명하려는 시도가 있었다. Castells는 ‘국가가 정당성의 원칙에 따라 국내에서, 그리고 국제경제와의 관계 측면에서 발전을 장려하고 지속하는 능력을 구축한 경우에만 국가를 발전적이라고 한다. 여기에서 발전이라 함은 높고 견실한 경제성장률과 생산적인 시스템상 구조변화의 조합이라는 이해가 있어야 한다’고 논평했다(Castells, 1992, p.56).

대만 특유의 발전 경험을 구성하는 두 가지 중요한 요소가 있다. 우선 대만 경제를 농경에서 산업으로, 빈국에서 부국으로, 저개발 상태에서 선진 상태로 탈바꿈시킨 급속한 경제성장이 첫 번째 요소이다. 다음은 상당히 평등한 소득분배가 두 번째 요소이며 이에 대해 다음 학자들은 대만의 발전이 형평성을 갖춘 성장 모델이라 평하고 있다(Fei et al., 1979). 그러나 1990년 이후부터 관찰된 대만 정치의 민주화, 그리고 자본주의 세상의 세계화는 21세기 대만 발전에 지대한 영향을 미쳤으며 이로 인해 동아시아 발전에 관한 발전국가론을 이론적으로 다시 고찰해야 할지도 모른다는 반향을 불러일으켰다.

대만 사회보장제도의 발전 중 특히 21세기의 발전을 이해하기 위해 마련한 본 지면에서는 논의를 이어 가기 위한 배경지식으로 일부 중요 사회

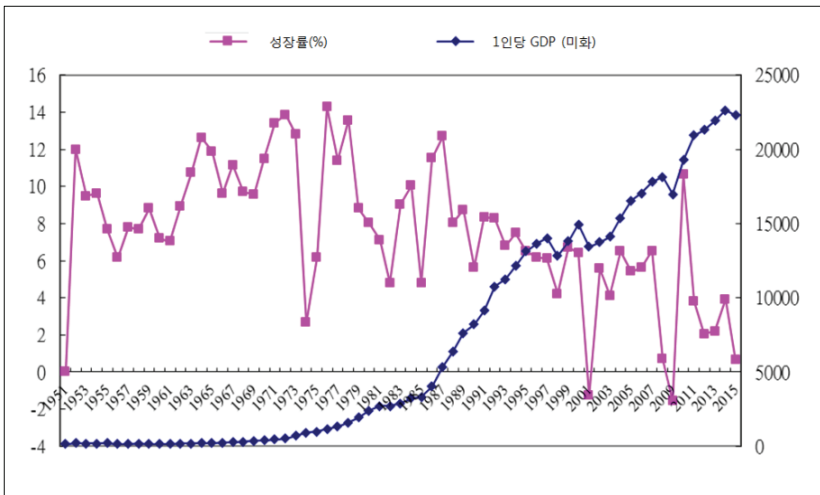
경제 지표를 설명하고자 한다. 우선 정치적인 측면부터 살펴본다면 1990년대 이후 관찰된 민주화로 국민당(KMT)과 민주진보당(Democratic Progressive Party, DPP)으로 이루어진 양당체제가 구축되었음을 알 수 있다. 특히 2000년도는 대만 정치가 분수령을 이룬 역사적인 해라 할 수 있다. 독재여당이었던 국민당이 대선에서 처음으로 집권에 실패하면서 그 자리를 쫓은 야당인 민주진보당이 이어받게 된다. 1990년대 가장 강력한 야당이었던 민주진보당은 대만의 독립을 정치적으로 주창했을 뿐만 아니라 복지 우선 이데올로기를 내세운 것으로 유명하다. 이는 대륙의 입장을 견지하고 경제중심 정책을 펼쳤던 국민당과 대조되는 점이다. 21세기의 2000년부터 2008년까지 대만의 집권당은 민주진보당이었다. 대만 독립을 주창한 민주진보당의 이데올로기로 중국과 대만 사이의 긴장은 고조되었다. 이는 국민당이 반격할 수 있는 기회로 작용하였다. 2008년 국민당의 마잉주(Ma Ying-jeou) 총통이 59%의 득표율을 기록하며 대선에서 승리하였다. 마잉주 총통은 민주진보당과 달리 대만이 급속한 경제 성장세를 회복하기 위해서는 중국 대륙과의 보다 더 긴밀한 관계가 가장 중요하다고 주장하였으나 이는 국민들, 특히 청년들의 기대가 높았던 고용 및 근무 환경의 개선으로 이어지지 않았다. 산업계뿐만 아니라 모든 국민을 위한 조금 더 심도 있는 사회 개혁을 추구하며 새로운 사회 운동이 촉발되었고 이러한 과정에서 마잉주 총통과 총통이 내세운 정책에 대한 불신이 생겨나게 되었다. 이후 민주진보당 주석직을 맡고 있던 차이잉원(Tsai Ing-wen)이 56%의 득표율을 기록하며 2016년 대선에서 국민당 후보를 이기고 대만의 최초 여성 총통이 되었다. 이는 중국과 대만의 관계가 다시금 급격히 변화할 수 있음을 시사한다.

경제적 측면에서 [그림 5-1]은 1951년 이후 대만의 경제적 변화를 일반적으로 정리하였다. 전후 기간 동안 대만은 높은 GDP 성장률을 기록

하며 20세기 말미에 이르러 1인당 GDP가 1만 5,000달러로 증가하였으나 이후 성장률은 21세기에 이르러 불과 3분의 1 수준을 기록하게 된다. 특히 집권당이 최초로 바뀌었던 2000년 이후 성장률이 두 차례에 걸쳐 급감하였다. 우선 1997년 발생한 아시아 금융위기의 여파로 성장률이 급격히 하락하였고 20세기 동안, 그리고 심지어 석유파동 시기에도 한 번도 관찰된 바 없었던 마이너스 성장률을 기록하게 된다. 이후 2002년에는 성장률이 개선되는 것처럼 보였으나 이는 이전 연도에 급진적으로 전개된 불경기를 딛고 나타난 반등에 불과하였으며 2000년 이전 경제 성적표 대비 한참 모자란 수준이었다. 다음으로 성장률 급감은 2008년 세계금융위기 이후 발생하였으며 성장률은 다시 마이너스를 기록하였다. 이러한 지표로 한편으로는 대만이 지난 세기 동안 누려왔던 성장률이 더 이상 유지되지 않음을 알 수 있으며 또 다른 한편으로는 대만 경제가 격변하는 외부의 경제 환경에 더욱 취약해졌음을 시사하고 있다. 글로벌 경제체제와의 통합의 역사는 대만이 제8차 4개년 경제발전계획을 수립하며 경제자유화 및 국제화를 새로운 지침으로 채택한 1980년대로 거슬러 올라갈 수 있다. 당시 이 계획을 수립하며 시장의 힘과 가격 메커니즘의 기능이 더욱더 강조되었다. 이와 같은 정책으로 말미암아 세계적인 차원에서 이뤄진 자본주의의 발전과 대만 경제와의 통합이 한층 더 가속화되었다. 특히 관세 및 무역에 관한 일반협정(GATT) 및 세계무역기구(WTO) 등 국제기구와의 교섭을 진행하며 대만은 서둘러 국내시장을 개방하고 경제규제를 완화하게 되었다. 치열한 경쟁이 벌어짐과 동시에 민주화로 이제 더 이상 생산 관계 및 임금 수준을 대상으로 엄격하고 억압적인 조치를 취하는 것이 용납되지 않던 상황에서 대만 정부는 민간 투자를 장려하고 수익을 증대하는 고부가가치 제품을 확대하기 위한 노력의 일환으로 기본 인프라를 강화 개선하고 기술 중심 산업을 발달시키기 위해 팔을 걷어붙였

다(Ku, 2000; 2003). 이러한 정부 전략은 한편으로는 1인당 GDP의 상승을 이끌어내며 2011년 2만 달러를 상회하는 결과로 이어졌다. 하지만 다른 한편으로는 노동시장구조를 변화시키고 실업, 빈곤 및 소득격차 등의 문제를 발생시켰다.

[그림 5-1] 대만의 경제적 변화, 1951~2015년



자료: 대만 통계청 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자 작성.
(<http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mp=4>에서 2016. 8. 22. 인출.)

대만에서 실업이 증대한 사안이 된 배경은 무엇일까? <표 5-1>에서 해석의 실마리를 찾아볼 수 있다. 전후 대만의 성공적인 경제발전은 노동시장구조를 농경사회에서 탈공업사회로 탈바꿈시켜 놓았다. 1960년대에는 농경 부문이 가장 많은 노동력을 흡수하며 그 비중이 45%에 육박하였으나 이후 지속적으로 감소하여 2015년에는 불과 5%를 기록하였다. 1970년대와 1980년대를 아우르는 20년의 기간 동안 대만의 산업화는 절정을 이루며 노동력의 40% 이상을 고용하였다. 이는 동아시아 지역을 대상으로 추진한 수출 중심 발전 전략의 결과물이라 할 수 있다. 그러나 1990년

대 초반 이후부터 1970~1980년대 대만 경제성장의 주역이었던 노동 집약 산업들이 동남아시아 및 중국 같은 인건비가 낮은 지역으로 이전하게 된다. 이로 인해 실업률은 증가하였고 결과적으로 국가복지에 대한 압박 또한 증가하게 되었다(Ku and Chang, 2013). 결국 노동시장 구조상 가장 많은 고용을 창출하였던 산업 부문은 서비스 부문으로 대체되었다. 진정한 탈공업사회가 된 것이다. 농경사회에서 산업 및 탈공업 사회로 변화하면서 근로자의 정년이 일반적이 되었으며 이로 인해 퇴직 이후의 소득 유지가 정책현안으로 대두되었다. 한편 <표 5-1>에서도 나타난 바와 같이 전체 노동력에서 피고용자가 차지하는 비중은 79.1%를 기록하며 점점 더 많은 근로자가 피고용자가 되는 현상이 두드러졌다. 이들은 노동시장에서 직접 직업을 해야 함과 동시에 실업이나 불완전 고용의 위험도 감수해야 한다. 이러한 고용의 변화는 [그림 5-2]로 정리한다.

<표 5-1> 대만 노동시장 구조상의 변화, 1966~2015년(노동력별)

(단위: %)

연도	부문			직업 유형			
	농업	산업	서비스	고용주	자영업	무급가족종사원	피고용자
1966	45.0	22.6	32.4	2.3	27.9	24.6	45.3
1971	35.1	29.9	35.0	2.9	25.9	18.5	52.7
1976	29.0	36.4	34.6	2.5	23.9	14.5	59.1
1981	18.8	42.4	38.8	4.5	20.8	10.4	64.3
1982	18.9	41.3	39.8	4.3	21.1	10.5	64.1
1983	18.6	41.2	40.2	4.0	21.1	11.1	63.8
1984	17.6	42.3	40.1	4.1	20.7	10.8	64.4
1985	17.5	41.6	41.0	4.3	20.8	10.8	64.1
1986	17.0	41.6	41.4	4.3	20.2	10.9	64.7
1987	15.3	42.8	42.0	4.3	19.2	9.9	66.7
1988	13.7	42.5	43.8	4.5	18.9	9.5	67.1

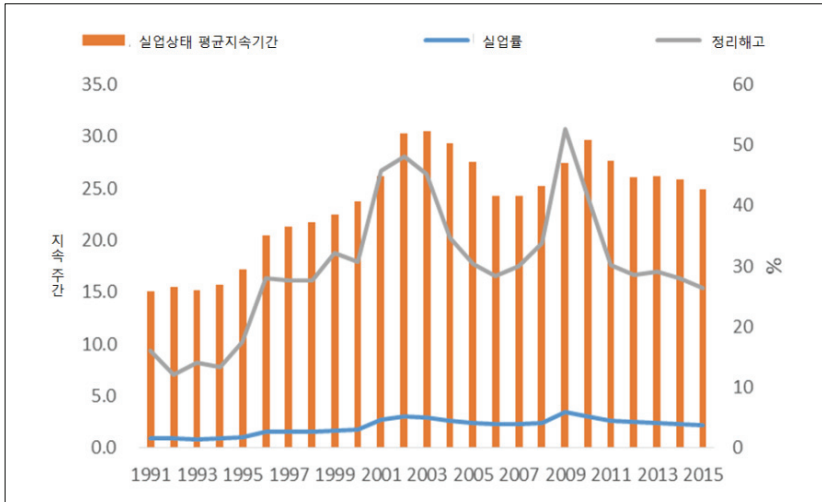
연도	부문			직업 유형			
	농업	산업	서비스	고용주	자영업	무급가족 종사원	피고용자
1989	12.9	42.1	45.0	4.6	18.8	9.2	67.4
1990	12.9	40.8	46.3	4.8	18.6	9.0	67.6
1991	13.0	39.9	47.1	5.1	18.6	9.1	67.1
1992	12.3	39.6	48.1	5.1	18.2	8.9	67.8
1993	11.5	39.1	49.4	5.2	17.6	8.5	68.7
1994	10.9	39.2	49.9	5.3	17.3	8.6	68.9
1995	10.6	38.7	50.7	5.3	17.0	8.5	69.2
1996	10.1	37.5	52.4	5.4	17.0	8.4	69.3
1997	9.6	38.2	52.3	5.5	16.5	8.0	70.0
1998	8.9	37.9	53.2	5.4	16.3	7.7	70.6
1999	8.3	37.2	54.5	5.5	16.2	7.7	70.6
2000	7.8	37.2	55.0	5.4	16.0	7.5	71.1
2001	7.5	36.0	56.5	5.2	15.8	7.3	71.7
2002	7.5	35.2	57.3	5.2	15.8	7.4	71.6
2003	7.3	34.8	57.9	5.2	15.5	7.3	72.1
2004	6.6	35.2	58.2	5.2	14.9	7.0	72.9
2005	5.9	36.4	57.7	5.1	14.5	6.7	73.8
2006	5.5	36.6	57.9	5.1	13.9	6.4	74.6
2007	5.3	36.8	58.0	5.1	13.6	6.2	75.1
2008	5.1	36.8	58.0	4.9	13.2	6.0	76.0
2009	5.3	35.9	58.9	4.6	13.0	5.7	76.8
2010	5.2	35.9	58.9	4.5	12.7	5.6	77.2
2011	5.1	36.3	58.6	4.5	12.4	5.4	77.8
2012	5.0	36.2	58.7	4.4	12.1	5.2	78.2
2013	5.0	36.2	58.9	4.3	12.0	5.2	78.6
2014	4.9	36.1	58.9	4.1	11.8	5.2	78.9
2015	5.0	36.0	59.0	4.0	11.7	5.1	79.1

자료: 대만 통계청 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자가 재구성.

(<http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mp=4>에서 2016. 8. 22. 인출.)

경제구조가 재편되고 불황이 발생한 후 실업은 심각한 문제가 되었다. 1990년대 초 대만 실업률은 2%를 하회하는 수준이었으나 2002년에는 크게 증가하여 5%를 상회하게 된다. 이후 실업률은 4%와 5% 사이를 기록하며 1990년대 수준으로 한 번도 회귀하지 못하였다. 정부를 대상으로 이와 관련한 정책적 조치를 할 것을 주문하는 압박이 가해지며 고용안정은 중요한 정책적 목표로 다루어지게 된다. 이후 2002년 마침내 「고용보험법(Employment Insurance Act, EIA)」을 제정하였다(Ku and Chang, 2013). 세계 경제의 급진적 변화로 말미암아 2009년 실업률은 다시금 역사적 최고치를 경신하며 5.85%를 기록하였다. 이제 완전 고용으로 회귀할 수 있는 가능성이 완전히 사라지게 되었음을 시사한다. 실업률 변화의 주된 이유가 노동시장에 미친 계절 조정의 영향이 아닌 대대적 규모로 이뤄진 정리해고 때문이었다는 점에 주목하고자 한다. 정리해고가 실업률에 미친 영향은 1991년 실업률의 16%에서 2002년 50%에 육박할 정도였다. 물론 2000년대 중반에 이르러 정리해고가 완화된 것은 사실이지만 2008년에서 2009년으로 넘어가는 1년 남짓한 기간 동안 33.8%에서 52.8%로 다시금 눈에 띄게 증가하였다. 이는 세계적으로 관찰된 기업들의 사업장 이전이 미친 영향이 중대했음을 시사한다. 이와 동시에 새로운 일자리를 찾는 것이 점점 더 어려워졌음을 암시하기도 한다. 2002년 기준으로 실업자가 새로운 일자리를 찾는 데까지 걸린 평균 시간은 30주 이상이었다. 참고로 1991년에는 불과 15주가 소요되었다. 2008년에 발생한 세계 금융위기로 실업상태의 평균 지속기간은 2002년 수준으로 회귀하였고 이로 인해 대만 정부는 임시직을 구한 근로자 및 실업자를 고용한 고용주에게 현금성 보조금을 지급한 2009년의 고용촉진 프로그램(Employment Promotion Program, EPP)과 같은 다수의 근로복지 프로그램을 발족할 수밖에 없었다(Chang, 2011).

[그림 5-2] 고용변화, 1991~2005년



자료: 대만 통계청 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자 작성.
(<http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mp=4>에서 2016. 8. 22. 인출.)

대만에서는 실업과 불완전고용의 위험에 직면한 노동력이 증가하며 빈곤 및 소득격차 문제도 뒤따라 발생하게 된다. 이 부분은 조금 더 상세한 장기적 데이터를 바탕으로 <표 5-2>를 통해 추가적으로 살펴보고자 한다.

첫째, 공적이전(public transfer) 전후로 상위, 그리고 하위 20%의 가구들 간의 소득격차 변화에 주목할 필요가 있다. 1980년대 공적이전이 이루어지기 전까지 4배 정도의 차이를 보였던 소득격차는 1990년 말까지 지속적으로 확대되며 대략 6배의 차이를 보이게 된다. 2000년대 초반 불과 1년 동안 격차가 크게 벌어지며 6.57배였던 차이가 7.67배로 확대되었고 이후 7배 아래로 줄어든 적이 없다. 소득격차가 악화되던 기간 동안 정부에서는 더 많은 노력을 경주하였고 공적이전 후에는 소득격차의 배수가 변화하는 것을 관찰할 수 있다. 1990년 동안 실질소득격차는 6배를 넘지 않는 수준에서 철저한 관리가 이루어졌으며 이는 정부의 공적이전 덕분이었다. 보다 균등한 소득배분을 위해 펼친 정부의 지대한 노력에도 실

질소득격차는 2000년대에 계속 확대되었다. 그럼에도 정부의 노력이 효과가 있었음은 세계 금융위기가 한창이던 2009년 공적이전으로 소득격차가 8.22배에서 6.34배로 성공적으로 줄어든 것을 통해 알 수 있다.

둘째, 특히 취약계층의 빈곤감소 및 소득분배를 개선하기 위해서는 복지 및 세금이 근본적인 정책적 도구가 되어 준다. 과세는 단순히 소득분배 차원에서뿐만이 아니라 복지 같은 정부의 노력을 뒷받침하는 재정확보 차원에서도 중요성을 가진다. 1991년부터 2010년까지 복지 및 세금이 공적이전 효과에 미친 영향은 <표 5-2>에서 정리한다. 대만의 경우 소득분배와 관련한 주된 노력은 복지를 통해 이뤄진 것으로 나타난다. 예를 들어 대만 정부는 소득격차를 1.88배 줄이는 것에 성공하였고 복지는 이 중 1.75배 소득격차 감소에 기여한 것으로 나타났다. 이는 전체 노력의 93%를 차지하는 것이다. 세월에 따른 소득격차 감소 효과는 0.13배에 불과했다. 사실 1990년대 및 2000년대에 세금이 소득분배에 미친 영향은 크지 않았으나 과세를 통한 견고한 재정 지원이 뒷받침되지 않았다면 정부의 복지 노력은 제한되었을 것이며 오래 지속되지 못했을 것이다. 정부가 소득격차를 추가적으로 좁힐 수 없었던 이유를 부분적으로 설명하고 있는 대목이다.

셋째, 상위, 그리고 하위 20% 가계들의 가처분소득이 평균적으로 어느 정도의 차이를 보이는지 살펴볼 수 있다. 상위 20% 가계들의 경우 가처분소득 평균은 2000년 174만 8,633대만달러에서 2014년 191만 9,937대만달러로 지속적으로 증가하였다. 2009년 소폭 하락하긴 하였으나 이내 정상수준을 회복하였다. 그러나 하위 20% 가계들의 경우 30만 대만달러를 기준으로 오르내림을 반복하며 크게 오를 조짐은 보이지 않는다. 앞서 언급한 모든 지표를 살펴보면 경제구조 재편 및 경기불황이 취약계층에게 미친 영향은 더욱 큰 것으로 나타난다.

〈표 5-2〉 소득 격차 및 공적이전 노력, 1980~2014년

(단위: 대만달러(NT\$), %)

연도	최상위 및 최하위 분위에 속한 가계의 가처분소득 평균		최상위 분위 대비 최하위 분위 소득분배율	공적이전 미포함 (1)	비율 차이			공적이전 포함 (1)+(2)
	최하위 20%	최상위 20%			정부로부터의 이전(복지)	정부로의 이전(과세)	합계 (2)	
1980	102,772	428,911	4.17	4.30	-0.04	-0.09	-0.13	4.17
1985	134,105	603,196	4.50	4.64	-0.04	-0.10	-0.14	4.50
1990	193,685	1,003,925	5.18	5.52	-0.23	-0.11	-0.34	5.18
1995	296,166	1,581,581	5.34	5.93	-0.50	-0.09	-0.59	5.34
2000	315,172	1,748,633	5.55	6.57	-0.88	-0.14	-1.02	5.55
2001	279,404	1,785,550	6.39	7.67	-1.13	-0.15	-1.28	6.39
2002	292,113	1,799,733	6.16	7.47	-1.18	-0.13	-1.31	6.16
2003	296,297	1,799,992	6.07	7.32	-1.12	-0.12	-1.24	6.07
2004	297,305	1,791,796	6.03	7.41	-1.24	-0.15	-1.39	6.03
2005	297,694	1,796,884	6.04	7.45	-1.26	-0.15	-1.41	6.04
2006	304,274	1,827,387	6.01	7.45	-1.29	-0.15	-1.45	6.01
2007	312,145	1,866,791	5.98	7.52	-1.40	-0.14	-1.54	5.98
2008	303,517	1,834,994	6.05	7.73	-1.53	-0.16	-1.69	6.05
2009	282,260	1,790,418	6.34	8.22	-1.75	-0.13	-1.88	6.34
2010	288,553	1,787,312	6.19	7.72	-1.42	-0.11	-1.53	6.19
2011	296,352	1,827,354	6.17	7.75	-1.43	-0.16	-1.59	6.17
2012	301,362	1,846,116	6.13	7.70	-1.42	-0.16	-1.58	6.13
2013	309,459	1,882,680	6.08	7.53	-1.31	-0.14	-1.45	6.08
2014	317,144	1,919,937	6.05	7.40	-1.20	-0.14	-1.34	6.05

자료: 대만 통계청 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자가 재구성.

(http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mp=4에서 2016. 8. 22. 인출.)

마지막으로 대만의 인구 개요는 <표 5-3>으로 정리한다. 인구 고령화는 세계적인 추세이며 대만에서도 어김없이 고령화 현상이 나타나고 있다. 2015년 말 기준으로 노령인구가 전체에서 차지하는 비중은 12.5%로 나타났으며 이는 서양국가들보다는 상대적으로 낮은 수치이다. 그러나 향후 20년 동안 증가속도는 급격히 빨라질 것이다. 노령인구의 비중 및 노령화 지수는 2026년에 이르러 각각 20% 및 200%가 될 것으로 예측된다. 이러한 배경으로 노령인구의 요양과 관련한 사안들이 대중의 주목을 받기 시작했다. 정부는 2000년 이후부터 장기요양제도 이행과 관련한 계획을 수립하기 시작하였다. 인구 고령화의 또 다른 단면은 저출산 문제이다. 대만의 출생률은 1950년대 이후부터 하락하기 시작하였다. 가임기 여성을 기준으로 하는 합계출산율(Total Fertility Rate, TFR)은 1951년 1인당 7.04명을 기록한 이후 지속적으로 급락하였다. 1984년 합계출산율은 대체출산율(2.1명) 수준으로 떨어졌으며 백룡의 해이자 새천년을 맞이하던 경진년(2000년)의 합계출산율은 1.7명으로 하락하였다. 2003년이 되어서는 합계출산율이 1.2명으로 추가 하락하며 ‘초저출산율(super low birthrate)’(1.3명) 아래로 떨어졌다. 2010년에는 최저치를 경신하며 0.9명을 기록하였다(2010년은 중국 달력 기준으로 백호띠가 태어나는 경인년이며 중국인들이 출산을 선호하지 않는 해이다). 2011년과 2012년에 출생률이 다소 회복되기는 하였으나(각각 1.1명 및 1.3명) 여전히 낮은 편이다. 한편 남성과 여성의 평균수명은 각각 1950년 53.1세 및 55.7세에서 2014년 76.7세 및 83.2세로 증가하였다. 이는 선진국의 평균수명을 능가하는 수준이다(선진국의 경우 남성과 여성의 평균수명은 2010년을 기준으로 각각 72세 및 79세였다). 출생률이 급감하고 평균수명이 길어지며 대만 또한 고령사회로 진입하게 되었다(Ku and Hsueh, 2016).

〈표 5-3〉 인구 고령화 및 출산율, 2001~2015년

(단위: 천 명, %, 명)

연도	합계	15세 미만	15~64세	65세 이상	조 출생률	조 사망률	자연 증가율	합계 출산율	인구 밀도
	천 명	%	%	%	‰	‰	‰	여성 1인당	km ² 당
2001	22,406	20.8	70.4	8.8	11.7	5.7	5.9	1.4	619
2002	22,521	20.4	70.6	9.0	11.0	5.7	5.3	1.3	622
2003	22,605	19.8	70.9	9.2	10.1	5.8	4.3	1.2	625
2004	22,689	19.3	71.2	9.5	9.6	6.0	3.6	1.2	627
2005	22,770	18.7	71.6	9.7	9.1	6.1	2.9	1.1	629
2005	22,877	18.1	71.9	10.0	9.0	6.0	3.0	1.1	632
2007	22,958	17.6	72.2	10.2	8.9	6.2	2.8	1.1	634
2008	23,037	17.0	72.6	10.4	8.6	6.3	2.4	1.1	637
2009	23,120	16.3	73.0	10.6	8.3	6.2	2.1	1.0	639
2010	23,162	15.6	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	640
2011	23,225	15.1	74.0	10.9	8.5	6.6	1.9	1.1	642
2012	23,316	14.6	74.2	11.2	9.9	6.6	3.2	1.3	644
2013	23,374	14.3	74.2	11.5	8.5	6.7	1.9	1.1	646
2014	23,434	14.0	74.0	12.0	9.0	7.0	2.0	1.2	647
2015	23,492	13.6	73.9	12.5	9.1	7.0	2.1	-	649

자료: 중화민국(대만) 내무부 통계과 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자가 재구성.
(<http://www.moi.gov.tw/stat/chart.aspx>에서 2016. 8. 22. 인출.)

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

국제사회는 점차 동아시아 복지에 관한 연구를 중요한 비교사회정책 연구 분야로 바라보기 시작하였다. 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen) (1990)을 선두로 복지레짐(regime)에 대한 방대한 양의 연구자료가 발표되었고 이를 계기로 선진국의 복지국가 경험을 주로 다루던 비교사회정책 연구 분야에서 동아시아 복지사례에 대한 연구를 장려해야 하는 이유가 드러났다. 그렇다고 에스핑-앤더슨의 연구성과를 부정하려는 것은 아니다. 비록 동아시아 역내 국가들이 후발 복지선진국이라는 사실을 시사하는 것일 수는 있으나 오히려 그가 주창한 세 가지 복지체제를 확장 계승하여 네 번째 또는 그 이상의 체제를 추가하려는 것이다. 일부 학자들이 세부적인 사례 연구를 발표하며 본격적인 연구발전이 이뤄졌다. 예를 들어 Ku(1997)는 대만의 자본주의 발전의 맥락에서 복지를 바라보았으며 자본주의 세상에서의 시스템, 국가, 이데올로기 및 사회적 움직임이 한데 어우러져 대만 특유의 체제가 형성된다고 보았다. Kwon(1999)의 경우 한국 사회복지의 제도적 특징을 정당성 정치와 결부하여 해석하였다. 두 저자 모두 에스핑-앤더슨이 분류한 복지체제와는 다른 특징의 체제를 제시하였으나 두 사례가 상이한 체제라고 결론 내리는 것은 주저하였다. 반면 동아시아 지역을 연구한 일부 학자들은 동아시아국가들을 ‘가족주의 복지국가(Oikonomic welfare state)’ (Jones, 1990), ‘생산적 복지자본주의(productivist welfare capitalism)’ (Holliday, 2000) 또는 ‘보수적(Conservative)’ (Aspalter, 2001)이라 부름에 조금 더 단정적이었다. 사실 Holliday(2000)의 경우 네 번째 복지체제에 개념적으로 한 발짝 더 다가서며 동아시아 복지를 구성하는 핵심요소를 탐구하기 위한 새로운 아이디어를 제시하기도 하였다. Holliday가 사용한 ‘생산적

(productive)’이라는 표현의 핵심이 성장 중심 국가와 이를 위한 경제 및 산업 측면의 목적 달성을 강조하는 국가정책이기는 하지만 그럼에도 이러한 표현은 반향을 불러일으킨다. 예를 들어 Gough(2004)는 동아시아 복지제도를 논하면서 그의 표현을 차용하여 다른 지역에 존재하지 않는 복지체제의 특성을 설명하였다.

그렇다면 동아시아의 복지제도가 공유한 특징은 무엇일까? 각기 다른 기관에서 다른 방식으로 연구활동을 하여 결과를 발표한 저자들이지만 동아시아 복지의 특징을 다음과 같이 간략히 정리하고 있다(Ku and Finer, 2007).

- 국가 정책상 경제발전은 핵심 가치이며 사회정책이나 소득재분배를 능가하는 우선순위가 부여된다.
- 사회정책이 충분히 발달되어 있지 못하여 복지 관련 공공지출은 서방 국가의 공공지출만큼의 기능을 발휘하지 못할 수 있다. 그러므로 복지 관련 지출이 적은 것은 이에 대한 필요성 때문이라기보다는 정책적 결과물의 하나로 간주할 수 있다.
- 그렇지만 복지 관련 지출이 적다고 정부의 힘이 약하다는 의미는 아니다. 특히 발전 부분에서 정부의 강력한 개입이 이루어지는 것을 보면 알 수 있다. 그러므로 동아시아 국가는 자유주의적 복지국가처럼 대규모 민간 복지/연금시장으로 바라보아서는 안 된다.
- 가족이 가족 구성원에 대한 복지 책임을 맡아야 하는 상황이며 맡아서 해야 한다.
- 복지를 분배함에 있어 보편성은 거의 찾아볼 수 없으며 복지의 계층화가 미치는 영향은 동아시아 전역에서 흔히 발견된다. 복지서비스는 주로 공무원, 교원 및 군인 등 공직자들을 대상으로 제공되어 왔다.

동아시아 복지체제에 관한 가장 중요한 실증 분석은 Lee와 Ku의 연구(2007)로 이뤄졌다. 두 저자는 다수의 연구조사에서 국가발전주의의 상징이 된 동아시아의 정치적 맥락과 경제발전 맥락에서 동아시아 복지를 바라보는 것이 이론적으로 옳다고 주장하였다. 사실 복지는 동아시아 발전의 궤적에 따라제약을 받는다. 1980년대 및 1990년대의 데이터를 바탕으로 20개 국가에 대한 요인 및 군집 분석에서 사용하는 새로운 일련의 지표 15개를 구성한 Lee와 Ku(2007)는 에스핑-앤더슨이 발표한 기존의 세 가지 복지체제로는 대만 및 한국으로 이루어진 새로운 그룹을 포용할 수 없으며 일본의 경우 에스핑-앤더슨의 세 가지 복지체제를 오가며 변동된다고 결론지었다. 대만 및 한국의 사례에서 유독 관찰된 복지체제의 특징으로는 낮은/중간 수준의 사회보장 관련 지출, 높은 수준의 사회투자, 보다 더 만연히 존재하는 급여상의 성차별, 중간/높은 수준의 복지 계층화, 연금에서 관찰된 높은 수준의 비보장율, 높은 수준의 복지 추가 분담금 및 가족이 짊어져야 하는 높은 수준의 복지 책임 등이 있다. 에스핑-앤더슨의 세 가지 복지체제와 대조한 동아시아의 생산적(productivist) 체제는 복지 계층화의 측면에서 볼 때 저자의 보수적 모델과도 흡사한 점이 있다. 한편 복지 혜택의 비보장 범위의 경우 저자의 자유주의적 모델과 유사하다. 생산적(productivist) 복지체제와 앤더슨의 사회민주주의적 체제 사이의 유사성을 나타내는 증거는 사실상 존재하지 않았다.

대만의 경우 사회복지의 역사는 사실상 국가에 광범위한 복지 책무가 주어진 1949년의 헌법으로 거슬러 올라갈 수 있다. 「헌법」 제152조부터 제157조까지의 내용을 보면 국가가 완전고용을 유지하고 작업환경을 보장하며 산업관계의 조화를 도모하고 사회보장제도를 수립하며 모성복지를 보호하고 국민건강제도를 실현해야 한다고 적고 있다. 또한 1997년 「헌법」이 개정되며 국민건강보험(NHI)과 여성, 장애인 그리고 소수계층

보호 등과 같은 보다 더 세부적인 복지 조치가 마련되었다. 이를 통해 대만 사회정책 및 법률을 위한 기본적인 법적 환경이 마련된다.

대만의 사회복지발전사를 되짚어보면 세 번에 걸쳐 ‘황금의 십 년’이 있었다. 이 황금기 동안 사회발전단계별 욕구에 부응하며 법률을 제정하도록 정부의 동참을 이끌어내고 민간 부문의 참여를 호소하였다. 첫 번째 도래한 10년의 황금기는 1950년대였으며 노동보험, 공무원 및 교원 보험, 그리고 군인보험 등 주요한 세 가지 사회보험제도를 수립하였다. 이로써 국민당이 대만으로 이전하기 전부터 꿈꿔왔으나 실현하지 못했던 이상이 실현된 것이며 오늘날 대만의 복지제도의 기틀을 마련하는 계기가 되었다. 1970년대에 진입하며 두 번째 황금기가 도래하였다. 당시 기초생활보장원칙에 관한 사회정책(Social Policy for the Principle of Livelihood)을 제정하면서 복지 행정과 관련한 정부의 세부지침이 수립될 수 있었음은 물론 복지 측면에서 다수의 발전이 이뤄질 수 있었다. 이러한 발전은 추후 지대한 영향력을 발휘하며 사회복지정책에 대해 중앙 정부가 주도하는 정책프로그램이 최초로 마련되고 사회복지사를 위한 전문시스템이 구축되었으며 사회부조가 새로 현대화 되었으며 지역사회 발전을 복지 촉진의 수단으로 삼았다. 아동, 노인 및 장애인을 대상으로 한 복지 관련 법률 또한 제정하였다. 이 모든 발전을 미루어 짐작건대 사회복지에 관한 행정부의 관심이 점차 각별해졌음을 알 수 있다. 세 번째 황금의 십 년은 1990년대였다. 당시 근대적 측면과 사회정의 측면에서 의미가 있었던 다수의 복지 관련법이 제정되었다. 예를 들어 1994년의 「국민건강보험법」, 1994년의 「아동청소년 성매매방지법」 및 「고령농가복지수당한시법」, 1997년의 「장애인보호법」, 「성범죄방지법」 및 「사회복지사법」, 그리고 1998년의 「가정폭력방지법」 등이 있다. 이 기간 동안 국가적 차원에서 사회복지 관련 회의를 개최하여 정부의 복지 관련 의사결정

과정에 민간 부문 및 학계의 의견이 반영되고 국민의 욕구에 한층 더 다가선 사회복지정책이 수립될 수 있도록 하였다. 사회복지에 미치는 민주화의 지대한 영향이 여실히 드러난 것이다.

총복지지출이 GDP에서 차지하는 비중은 공공 및 민간 부문을 합쳐 약 10% 정도이다. 대만 행정원의 예산, 회계 및 통계집행위원회 총국(Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, DGBAS)이 2009년 발표한 통계수치가 사회보장제도를 가장 세부적으로 분석한 결과이며 이후 업데이트된 분석결과는 아직 발표된 바 없다. 그럼에도 예산, 회계 및 통계집행위원회 총국 보고서를 참고하여 사회보장제도를 탐구하는 것은 제도 자체가 이제 충분히 발달한 상태이고 제도적으로도 안정되어 있으므로 여전히 적절하다고 할 수 있다. 우선 대만 사회보장제도의 상황을 개괄적으로 정리한 <표 5-4>에서 2000년대에 복지가 확대되었음을 알 수 있다. 급여의 절반 이상은 현금으로 지급하였고 행정비용은 상당히 낮은 수준을 유지하였다. 현재 사회보장제도의 재정 상태는 양호한 수준으로 유지되고 있으나 인구 고령화는 재정 균형을 유지하는 데 가장 불확실한 인자로 간주되고 있으며 연금개혁에 대한 논의로 이어지고 있다.

〈표 5-4〉 대만 사회보장제도 현황, 2000~2007년

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수입	1,058,431	1,114,346	1,119,856	1,220,172	1,266,049	1,397,168	1,464,867	1,480,892
사회보장 분담금	532,295	553,671	566,437	593,827	611,673	687,048	760,765	761,849
고용주의 사회보장 분담금	370,758	387,928	396,304	415,344	426,292	488,506	550,320	546,991
공공 부문	138,340	136,035	144,871	157,721	155,721	168,893	172,484	156,187
민간 부문	232,418	251,893	251,433	257,623	270,571	319,613	377,836	390,804
피보호자 사회보장 분담금	161,537	165,743	170,133	178,483	185,381	198,542	210,445	214,858
정부의 일반분담금	491,140	529,316	532,818	574,448	624,414	648,628	630,752	646,486
목적세	8,638	6,669	24,590	33,391	40,614	39,884	47,936	51,467
일반세입	482,502	522,647	508,228	541,057	583,800	608,744	582,816	595,019
기타 수령액	34,996	31,359	20,601	51,897	29,962	61,492	73,350	72,557
지출	953,547	990,173	1,064,516	1,079,377	1,151,347	1,276,682	1,216,094	1,284,213
사회보장급여	887,630	957,747	1,024,124	1,052,615	1,126,263	1,223,722	1,189,281	1,245,845
현금급여	499,746	546,385	591,804	573,165	603,528	682,481	665,946	696,879
현물급여	387,884	411,362	432,320	479,450	522,735	541,241	523,335	548,966
행정비	16,229	19,707	18,909	17,842	18,909	18,979	18,932	20,450
기타 지출	49,688	12,719	21,483	8,920	6,175	33,981	7,881	17,918
종합수지(수입-지출)	104,884	124,173	55,340	140,795	114,702	120,486	248,773	196,679

(단위: 백 만 대만달러)

자료: 예산, 회계 및 통계집행위원회의 총국(DGBAS), 2008 사회지표, 타이베이: 대만 행정원.

복지 책무가 부문별로 어떻게 분담되고 있는지를 세부적으로 분석한 결과는 <표 5-5>에서 살펴본다. 보험제도에 따라 사회보장 분담금이 수입에서 차지하는 비중은 51.4%이며 고용주, 공공 및 민간 부문이 기여한다. 정부는 과세 및 예산을 통해 분담금의 약 43.7%를 분담한다. 정부 또한 공공 부문 고용주체의 하나이므로 공무원을 위한 사회보장 분담금을 지급해야 하며 이는 전체 복지수입에서 약 54.2%에 다다른다. 민간 부문의 고용주는 26.4%, 그리고 개인은 약 14.5%를 각각 분담한다.

<표 5-5> 부문별 사회보장수입, 2007년

	경제유형						
	사회보장 분담금				정부		기타
	고용주			피보호자	목적제	일반 세입	
		공공	민간				
1억 대만달러	5,470	1,562	3,908	2,149	515	5,950	726
(%)	36.9	10.5	26.4	14.5	3.5	40.2	4.9



정부 8,027억 대만달러 (54.2%)	민간부문 고용주 3,908억 대만달러 (26.4%)	피보호자 2,149억 대만달러 (14.5%)
------------------------------	--	--------------------------------

자료: 예산, 회계 및 통계집행위원회 총국(DGBAS)(2009). 2008 사회지표. 타이베이: 대만 행정원.

복지 지출과 관련한 사항을 정리한 <표 5-6>을 보면 현금급여가 차지하는 비중은 56% 정도이며 국민건강보험(NHI)이 주로 제공하는 현물급여가 차지하는 비중은 44%임을 알 수 있다. 1950년대 이후 수립된 기여형 급여는 비기여형 급여 대비 여전히 더 큰 역할을 하고 있으며 대만이 1990년대 이후부터 민주화를 향한 기초를 이어나가며 다양한 복지수당을 통해 확장되어 왔다. 그러므로 민주화가 복지 확대에 미치는 중대한 영향이 발견된 대만의 사례에서 교훈을 얻을 수 있다. 자산소득평가(means-tested)형 방식은 사회부조에 국한되어 있었고 사회보장제도에서는 중요성이 크지 않았다. 이로 인해 세계 금융위기가 발생하며 사회부조의 개정을 촉발하였다. 대부분의 급여는 개인 수급자를 대상으로 하고 있었다.

<표 5-6> 사회보장급여의 특징

(단위: 억 대만달러, %)

특징	2000년	2005년	2006년	2007년
사회보장급여 총액(억 대만달러)	8,876	12,237	11,893	12,458
현금 또는 현물(%)				
현금	56.3	55.8	56.0	55.9
현물	43.7	44.2	44.0	44.1
기여형(%)				
기여형	50.3	52.4	53.3	53.9
비기여형	49.7	47.6	46.7	46.1
주기성 급여(%)				
주기성	14.1	21.6	25.0	26.3
개인 또는 가구(%)				
개인	93.4	92.2	94.3	94.6
가구	6.1	7.0	5.0	4.6
자산소득평가(Means-Tested)(%)				
해당사항 있음	7.1	8.3	8.7	8.9

자료: 예산, 회계 및 통계집행위원회 총국(DGBAS)(2009). 2008 사회지표. 타이베이: 대만 행정원.

〈표 5-7〉에서는 사회보장제도를 통해 가장 많은 급여를 수령한 인구집단을 정리한다. 노인연금은 48.9%로 전체 급여에서 차지하는 비중이 가장 컸으며 국민건강보험이 제공하는 의료서비스가 35.7%로 뒤를 이었다. 기타 인구집단이 전체 급여에서 차지하는 비중은 15.4%였다.

〈표 5-7〉 사회보장기능별 급여, 2007년

(단위: 억 대만달러, %)

구분	총액	지출의 구성		
		비율	현금	현물
합계	12,459	100.0	55.9	44.1
노인	6,090	48.9	99.2	0.8
장애	369	3.0	80.0	20.0
유족	279	2.2	83.8	16.2
질병 및 건강(국민건강보험)	4,452	35.7	0.2	99.8
모성	131	1.1	100	-
업무상 재해	66	0.5	62.7	37.3
실업	176	1.4	39.1	60.9
가족/아동	360	2.9	25.2	74.8
주택	232	1.9	-	100
사회부조 및 기타	304	2.4	19.1	80.9

자료: 예산, 회계 및 통계집행위원회 총국(DGBAS)(2009). 2008 사회지표. 타이베이: 대만 행정원.

제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단

1. 고용

사회보험과 관련한 최초의 법은 1953년의 「군인보험법」이다. 노동보험제도 또한 군인보험제도와 동일한 시기인 1950년도에 시행되었으나 노동보험제도는 1958년까지 법규로 제정되지 못했다. 1980년 이전에 군인, 공무원 및 교원, 그리고 근로자 등을 위한 세 개의 주요한 사회보험제도가 수립되었다. 출산, 부상 및 질병, 의료서비스, 장애, 고령, 사망, 장례수당 및 산업보상 등의 위험을 보장하기 위함이었다. 1995년을 기점으로 하여 의료서비스 급여는 국민건강보험(NHI) 소관으로 이전되었다. 이와 같은 세 개의 사회보험제도 중 노동보험이 가장 큰 규모를 자랑하며 가입자 수는 2015년 말 기준으로 1,000만 명이었으며 이는 전체 노동력의 86%에 상응하는 수치이다(표 5-8 참고).

참고로 1997년 아시아 금융위기 기간 중 도입된 실업급여(unemployment benefit)는 노동보험의 보장 대상에 포함되어 있지 않았다는 점에 주목하기 바란다. 1999년 초 실업 문제의 심각성은 고조되는 것으로 보였고 가까운 미래에 개선되리란 조짐이 없었다. 이에 대해 압박을 느낀 정부는 취업 기회를 유지하고 더 나아가 장려하기 위한 정책 및 조치를 제안하기에 이른다. 노동 위원회는 해당 연도를 ‘고용안정의 해’로 선언하며 조금 더 일관적인 고용안정제도를 수립하고자 한다. 관련 조치는 아래에서 정리한다(Ku and Chang, 2013).

1. 1999년 1월을 기점으로 하여 노동보험은 실업급여를 보장토록 하며 정리해고된 근로자들을 대상으로 한다. 실업급여는 근로자가 최대한

빠른 시일 내에 노동시장으로 복귀하는 것을 지원하는 고용서비스 및 재교육의 내용 또한 포함한다.

2. 노동위원회는 중장년층이 실업상태를 벗어날 수 있도록 중장년층 근로자를 고용하는 고용주에게 1년까지 보조금을 제공한다.
3. 고용주가 고용인에 대한 책무를 회피하고 자본을 외국으로 이전하는 악의적인 기업의 폐업을 방지하기 위해 노동위원회는 대규모로 이뤄지는 정리해고를 예의주시하고 규제하는 모니터링 체계를 마련할 것이다.

앞서 언급한 일련의 노력은 2002년이 되어 「고용보험법(EIA)」과 통합되어 추진된다. 이로써 실업급여, 재고용촉진수당, 직업교육훈련, 육아휴직수당 및 실업상태의 피보험자를 위한 국민건강보험료 보조금 등 다섯 가지 유형으로 지급되는 급여를 제공하기에 이른다. 「고용보험법」 제 11조에 따르면 피보험자가 사업장의 폐업, 이전, 폐쇄, 해체 또는 피보험 조직(insured unit) 파산 등의 사유로 해고되거나 「노동기준법」 제11조, 제13조, 제14조 및 제21조에서 명시한 상황 중 하나에 해당하여 해고되거나 계약기간이 종료되어 해고된 이후 한 달 동안 실업상태이고 해고 이전 1년의 기간 동안 고용계약 유지기간이 6개월 미만이며 비자발적 실업상태가 되어 보험을 해약하기 전 3년 중 최소 1년 동안 보험을 가입했던 피보험자의 경우에는 실업급여를 수령할 수 있다. 단 근로가 가능하고 근로를 희망하나 재고용되지 않았거나 공공직업교육서비스기관에 구직을 위해 교육을 등록하고 14일 내에 교육에 참석할 수 없는 경우에 수급권이 부여된다. 위의 조항들은 실업자급여만을 다루는 것이 아니라 실업자들의 구직 또는 교육의 책무 또한 함께 명시하고 있다.

이러한 규제가 마련됨에 따라 노동보험하의 거의 모든 근로자들은 「고용보험법(EIA)」의 보장 대상이다. 단 군인, 공무원, 교원, 노점상 및 가두

판매상 같은 영세사업자 근로자들은 예외이다. 「고용보험법」을 도입한 후 「고용보험법」의 보장을 받는 근로자의 수는 <표 5-8>에서 정리한다. 표를 통해 알 수 있듯이 대만 전체 노동력의 약 50%는 「고용보험법」의 보장을 받는다. 이후 보장 대상이 점차 확대되며 2015년 56.4% 또는 660만 명을 기록하며 최고치를 기록하였다. 여기에서 관건은 취약 노동자계층을 보호하는 데 아래에 수치로 나타난 법의 보장범위가 충분한 지다. 사실상 법으로 보장되어야 하고 실제로 보장하고 있는 근로자의 수를 정확하게 집계한 통계치가 없는 상황에서 노동보험에 가입한 피보험 근로자를 비교 기준으로 참고하는 것이 바람직할 것이다. 사실상 노동보험은 대만에서 가장 큰 규모의 보장제도이며 이론상 노동보험은 민간 부문의 노동력 전체를 보장해야 하기 때문이다. 노동보험에 가입한 피보험 근로자 중 약 65%가 「고용보험법」의 보장을 받고 있으며 이는 「고용보험법」이 보장하는 권리를 누려야 하는 다수의 근로자가 여전히 보장을 받고 있지 못하고 있음을 시사하는 것이다. 불안정한 고용상태에서 더 많은 위험에 노출된 노동시장 소외계층이 보장을 받지 못하는 경우가 대부분이다.

지금까지 대만의 고용보호제도는 노동 및 실업 보험을 중심으로 수립되어 왔으며 근로복지제도(workfare)의 원칙을 핵심가치로 삼고 고용보호 정책을 뒷받침하고 있다. 그렇지만 한국과 달리 대만의 경우 적극적노동시장정책(Active Labor Market Policy, ALMP)을 공식적인 정책성명서로 공식화하지 않았고 여기에는 두 가지 이유가 존재한다. 첫째, 대만에 미친 아시아 금융위기의 영향이 상대적으로 크지 않았으며 대외원조를 받는 조건으로 기존의 정책을 불필요하게 변경할 필요가 없었다. 둘째, 대만은 중국의 보이콧으로 어떠한 국제기구에도 공식적으로 가입되어 있지 않았다. 이로 인해 국제정책으로부터 교훈을 도출하고 이를 활용함에 제약이 존재한다. <표 5-9>에서도 나타나듯 대만의 적극적노동시장정책

(ALMP) 지출은 GDP의 불과 0.13%를 차지하는 낮은 수준임을 알 수 있다. 참고로 OECD의 평균 ALMP 지출비는 0.56%이다.

〈표 5-8〉 고용보험법의 보장범위, 노동력 및 노동보험 대비 비중, 2003~2015년

(단위: 명, %)

연도	고용보험 가입근로자(A)	노동력(B)	비율 (A/B)	노동보험가입근로자(C)	비율 (A/C)
2003	5,024,816	10,076,000	50	8,102,570	62
2004	5,242,310	10,240,000	51	8,341,927	63
2005	5,369,278	10,371,000	52	8,540,755	63
2006	5,447,373	10,522,000	52	8,681,145	63
2007	5,507,865	10,713,000	51	8,799,405	63
2008	5,420,549	10,853,000	50	8,795,248	62
2009	5,584,169	10,917,000	51	9,029,279	62
2010	5,880,500	11,070,000	53	9,397,608	63
2011	6,118,570	11,200,000	55	9,725,761	63
2012	6,224,341	11,341,000	55	9,709,511	64
2013	6,310,245	11,445,000	55	9,745,794	65
2014	6,437,767	11,535,000	56	9,920,361	65
2015	6,565,561	11,638,000	56	10,073,327	65

자료: 노동부, 노동통계. 각 연도.

〈표 5-9〉 국기별 GDP 대비 적극적노동시장정책(ALMP) 지출비. 2004~2014년

(단위: %)

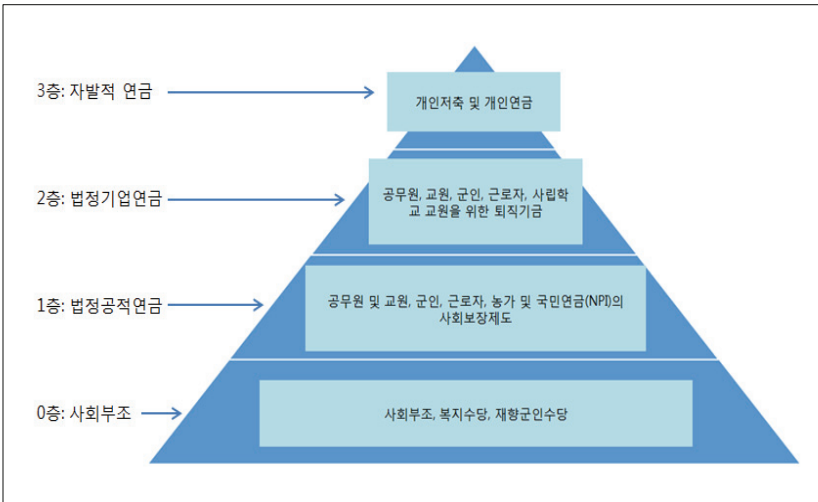
연도	덴마크	프랑스	독일	이탈리아	일본	한국	네덜란드	스웨덴	영국	미국	OECD	대만
2004	1.64	0.93	1.13	0.61	0.23	0.11	1.27	1.03	0.43	0.13	0.56	0.08
2005	1.53	0.87	1.14	0.54	0.22	0.11	1.19	1.10	0.40	0.12	0.54	0.09
2006	1.46	0.90	0.94	0.48	0.17	0.11	1.10	1.17	0.30	0.12	0.51	0.07
2007	1.26	0.91	0.84	0.44	0.18	0.12	1.00	0.97	0.30	0.12	0.48	0.07
2008	1.29	0.82	0.87	0.46	0.19	0.25	0.96	0.83	0.33	0.17	0.47	0.08
2009	1.56	0.96	1.00	0.46	0.43	0.45	1.10	0.92	0.40	0.16	0.56	0.12
2010	1.96	1.10	0.90	0.42	0.28	0.32	1.11	1.11	0.39	0.14	0.60	0.11
2011	1.93	0.90	0.77	0.41	0.27	0.26	1.03	1.16	0.23	0.13	0.54	0.10
2012	1.85	0.87	0.67	0.46	0.21	0.29	0.88	1.28	--	0.12	0.55	0.10
2013	1.82	--	0.67	0.41	0.16	--	0.85	1.35	--	0.11	0.56	0.13

자료: OECD Statistics 및 대만노동부. 노동통계. 각 연도.

2. 소득보장

세계은행이 제안한 다층체계(multi-pillar structure)를 계승한 대만의 소득보장제도는 사회부조가 기본적인 안전망 기능을 하고 공적연금(사회보험에서 충당), 기업연금(고용주의 법적 책임에 따름) 및 자발적 제도 등으로 보충한다.

[그림 5-3] 대만 노후소득보장을 위한 다층체계보장제



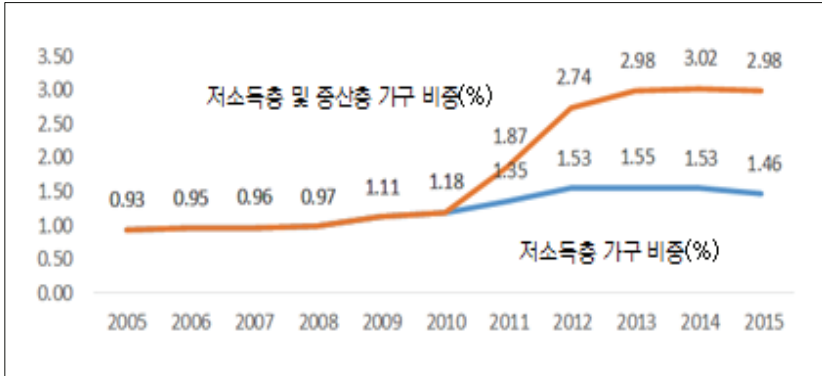
자료: 총통실 연금개혁 홈페이지 게재 정보를 바탕으로 저자 작성.
(<http://pension.president.gov.tw/Default.aspx>에서 2016. 8. 25. 인출.)

2008년 세계 금융위기가 도래하며 빈곤과 소득 불평등에 대한 불만은 이전보다 더욱 증대한 사안이 되었다. 민주진보당 주석이었던 천수이볜과 마찬가지로 마잉주 총통과 그가 이끌었던 국민당 역시 총통 재임 시기가 도래할 때까지 새로운 사회복지 수립에는 충분한 관심을 기울이지 않았다는 점이 흥미롭다. 이러한 배경으로 말미암아 2012년 사회복지정책

지침은 대선 도중에 추진되었고 결국 선거일 바로 직전에 발표되었다. 이렇게 발표된 지침에서 소득보장 부분은 이전 지침과 동일한 정책을 담고 있었으며 ‘정부의 사회보장제도는 사회보험을 우선적으로, 그리고 사회수당을 부차적으로 고려하여 수립해야 하며 기본적인 안전망으로 사회부조를 담아야 한다. 정부는 이와 같은 세 가지 기능을 차등하여 통합하는 방식을 규정해야 한다’고 피력했다.

오랜 시간 동안 사회부조의 낮은 보장범위는 비난의 대상이 되어 왔다. 전체 인구 중 사회부조 수급자 비중이 1%에 불과하여 기본적인 안전망으로써의 기능을 제대로 하지 못하고 있다는 비난이었다. 2008년의 세계 금융위기 와중 대두된 근로빈곤층의 문제로 정부는 격차 해소를 위한 긴급구제프로그램을 발족할 수밖에 없었다. 예를 들어 상용근로자가 속한 차상위 빈곤가족 대상 보조금(Subsidy for Near Poor Families with Full-time Workers) 프로그램이 2008년 9월 발족되며 해당 가족의 기초생활을 보장하는 한편 고용 및 근로의 가치를 장려하기 위한 노력이 이뤄졌다. 이는 6개월 동안 3,000대만달러에서 6,000대만달러 사이의 보조금을 월 단위로 지급하는 단기성 프로그램이었다(Hsueh and Chang, 2016). 세계 금융위기가 어느 정도 진정되며 소득 하위계층 및 중하위계층 가계를 대상으로 사회부조가 개정되었다. 이들 계층을 사회부조의 보장범위로 포함시키기 위해 빈곤선을 중간가처분소득의 60% 수준으로 재정의하게 된다. 이러한 개정의 노력 이후 나타난 사회부조 보장범위상의 변화는 [그림 5-4]에서 정리한다.

[그림 5-4] 사회부조 보장범위



자료: 보건복지부 홈페이지 게재 데이터를 바탕으로 저자 작성.

(http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312에서 2016. 8. 22. 인출.)

노동시장 참여자의 경우 노후소득 다층 중 1층 및 2층이 기초소득이 된다. 직업에 기반을 둔 제도이다 보니 군인, 공무원 및 공립학교 교원 등 공직자의 경우 은퇴 후 수령하는 연금의 수준이 더 높아 은퇴 이전 급여 대비 소득대체율은 약 75% 이상이 되는 경우가 일반적이다. 보통 근로자의 경우 소득대체율은 50%이다. 공무원을 위해 조성한 퇴직기금은 앞으로 10년 이후 바닥이 날 것으로 예상되며 이유는 두 가지이다. 첫째, 정부가 공무원 규모를 감축하면서 분담금을 각출하는 신규 가입자 수가 줄어들었다. 둘째, 인구 고령화로 연금 수령자 수 또한 동반 상승하였다. 이러한 맥락에서 연금개혁은 가장 시급한 현안이며 이는 제5절에서 더 자세히 살펴보겠다.

지난 십 년 동안의 오랜 논의 이후 드디어 2007년 국민연금(NPI)이 제정되었다. 당시 집권당은 민주진보당이었고 국민당이 1년 후 여당으로 복귀하며 이를 이행하였다. 이 대목에서 국민연금에 대한 정치적 불확실성을 추측할 수 있다. 2007년 당시 민주진보당이 이끌던 정부에 대한 국민

의 신되는 가장 낮은 수준이었으며 정당성과 이행 용이성을 고려하여 국민연금이 축소되었다. 이로써 다른 사회보험제도권의 보장을 받지 못하던 개인들만을 보장하게 되었다. 이로 인해 중대한 영향을 미친 다수의 결과가 발생하게 된다. 우선 국민연금의 피보험자 대부분이 보험료를 지불할 여력이 부족한 취약계층이다 보니 정부가 떠맡아야 하는 책무는 더욱 커져 취약계층에 따라 보험료의 40%부터 100%까지 보조를 하게 된다. 둘째, 국민연금이 제공하는 급여가 노령연금, 장애수당, 장례수당 및 유족연금 등 네 가지 유형이었으나 재정능력의 한계로 급여 수준을 인상하는 것은 어려운 일이었다. 셋째, 국민연금의 급여 수준이 낮다 보니 국민연금 가입을 독려할 수 있는 유인책이 약화되었다. 결과적으로 국민연금 가입률은 총가입대상자 중 30%에도 미치지 못하였고 이는 결국 다수의 취약계층이 보험 혜택을 여전히 받고 있지 못함을 시사한다.

부조 및 보험 제도에서 제공하는 급여 외에도 수입이 부족한 노인을 대상으로 하는 수당제도 또한 일부 존재한다. 1994년 및 1995년을 기점으로 각각 중산층 및 저소득층 노인을 위한 생계비 수당, 그리고 고령농가를 위한 복지수당 등을 도입한 정부는 이를 통해 약 81만 6,000명의 수급자에게 수당을 지급하였다(2010년 기준). 이러한 제도들을 통해 월간 3,000대만달러부터 6,000대만달러에 이르는 수당이 현금으로 지급되었고 지금은 확장된 형태의 사회부조 및 국민연금으로 점진적으로 통합되고 있다.

3. 의료보장

기존의 여러 보험제도에서 의료서비스를 다루기는 하였으나 전 국민에게 보편적인 서비스로 제공되기 시작한 시점은 1995년 국민건강보험(NHI)이 실시되면서부터이다. 국민건강보험은 중앙정부가 운영하는 제

도이다. <표 5-10>에서도 나타나듯 국민의료비 지출 총액은 대만 GDP의 6.6%를 차지하는 수준으로 OECD 국가 대비 상당히 경제적이다 할 수 있다. 국민건강보험 가입자가 전체 인구의 99.6%라는 점을 감안하면 더욱 그러하다. 국민건강보험 실시 이전 적어도 1개 이상의 사회보험제도의 보장을 받는 수급자의 비중이 1994년을 기준으로 57.5%에 불과하였음에도 지출금액은 오히려 훨씬 더 컸다. 이로부터 1년 후 국민건강보험을 실시하였다. 보편적 의료보장제도인 국민건강보험으로 더 많은 국민을 제도권 내로 편입시키기 위한 박차를 가하고 있다.

<표 5-10> 국가별 의료보장제도 비교, 2012년

(단위: %, USD)

국가명	의료비 지출총액			
	의료비 총액		1인당 의료비 총액, USD PPP	
	GDP대비 비중(%)	총액 대비 국민의료비 비중(%)	1인당 의료비	1인당 국민의료비
대만	6.6	57.9	2,668	1,546
일본	10.3	82.1	3,649	2,997
한국	7.6	54.5	2,291	1,248
미국	16.9	47.6	8,745	4,160
캐나다	10.9	70.1	4,602	3,224
영국	9.3	84.0	3,289	2,762
독일	11.3	76.7	4,811	3,691
프랑스	11.6	77.4	4,288	3,317
호주	9.1	68.4	3,997	2,733
뉴질랜드	10.0	82.7	3,172	2,623

자료: 보건복지부(MHW)(2016). 대만보건복지보고서(Taiwan Health and Welfare Report), 2015. 타이베이.

확장되고 있는 국민건강보험과 더불어 의료서비스에 대한 수요가 증가하며 공급 측에서도 재편이 이뤄졌다. 국민건강보험과 계약을 맺은 의료기관은 2만 6,824곳으로 대만 전체 의료서비스 공급기관의 93.5%를 차지한다. 국민건강보험 가입자는 원하는 곳에서 적절한 치료를 받을 수 있다. 해외에서 질병 또는 부상 등 긴급상황이 발생하여 치료를 받아야 하는 경우 발생경비 전액 또는 일부를 환급받는 것이 가능하다(MHW, 2016). 의료서비스에의 접근은 기본적으로 자유 시장 환경에서 이루어진다. 건강보험증을 지닌 피보험자는 선호하는 진료소나 병원을 선택하여 이용할 수 있다. 또한 영국의 주치의(GP)제도처럼 특정 지역의 특정 의사를 지정할 필요가 없다. 매번 다른 의사와 다른 병원을 방문하는 것이 가능하다. 대만 전역을 여행하는 피보험자의 경우 건강보험증만 지참한다면 어느 곳에서나 걱정 없이 의료서비스를 이용할 수 있다. 또한 특정 기간 동안 피보험자가 이용할 수 있는 치료의 횟수에는 제한이 없다. 이와 같은 국민건강보험제도는 시장 메커니즘을 극대화하는 것을 염두에 두고 고안된 것으로 모든 병원과 의사는 최상의 서비스를 제공하여 고객을 유치해야 한다. 환자의 의료기록을 저장하는 초소형 전자장치가 내장된 IC 카드를 도입함에 따라 접근성이 한층 더 강화되었으며 이로써 국민건강보험을 통해 건강이력을 더욱 쉽게 조회하여 피보험자에게 가장 적합한 치료를 연결해 주는 것이 가능해졌다(MHW, 2016).

이처럼 국민건강보험 제도를 통해 가장 효과적인 방식으로 의료서비스 접근성이 장려될 수는 있으나 가장 효율적으로 의료자원을 사용하고 있는지는 여전히 미지수이다. 이에 따라 국민건강보험의 재정상태는 국민건강보험 개혁 의제와 더불어 뜨거운 쟁점사안 중 하나이다. 지속가능한 의료보장서비스를 위해 정부는 2013년 제2세대 국민건강보험을 시행하였다. 품질을 향상하고 소외계층을 보살피며 지속가능성을 보장하고 국

제 기준으로써의 역할을 담당하려는 내용을 골자로 하는 제2세대 국민건강보험 비전이 수립되었다. 이와 더불어 보편적 의료보장서비스 및 공정한 처우 보장 목적도 함께 수립되었다. 개혁의 핵심은 재정 수입과 지출은 연계하고 정부의 재정 부담은 늘리며 취약계층에 대한 서비스를 강화하고 시민 참여를 확대하며 다양한 지불 메커니즘을 도입하고 치료 품질, 병상 규모(bed volume), 의료기관의 재무상태 등에 관한 정보 및 데이터를 공유하는 것이다. 교화시설의 수감자들 또한 국민건강보험제도에 가입할 수 있도록 하여 이들의 건강권을 보장해 주었다(MHW, 2016).

4. 복지서비스

1973년 「아동복지법(Children Welfare Law)」은 대인사회서비스와 관련한 최초의 법으로 특정 취약계층을 대상으로 한다. 이후 1980년 「노인복지법(Aged Welfare Law and the Handicapped Welfare Law)」과 「장애인복지법(Handicapped Welfare Law)」, 그리고 1989년 「청년복지법(Youth Welfare Law)」이 수립되었다. 위의 법들은 지난 20년 동안 대부분 개정되었다. 또한 1990년에 들어서며 특히 아동 및 여성을 대상으로 하는 학대 및 성폭행에 관한 사회적 우려가 고조되었고 이에 대한 대응으로 다수의 법이 새로 생겨나게 된다. 이 외에도 1997년에 마련된 「사회복지사법(Social Worker Act)」은 앞서 언급한 문제에 대처하는 전문적인 사회복지업무체계를 마련하고 서비스의 품질을 보장하는 것을 목적으로 한다.

대만 정부는 21세기에 들어서며 기존의 여러 복지서비스법을 검토하고 수정하는 노력을 이어왔다. 예를 들어 2007년 및 2011년에 「노인복지법(Senior Citizens Welfare Act)」을 개정하여 노인들의 존엄성과 자

주성을 적극적으로 수호하는 한편 노인친화적인 생활환경을 마련하고자 노력하였다. 완전한 개정 이후 개명한 2007년의 「장애인권리보호법(People with Disabilities Rights Protection Act)」을 통해 장애인의 특성을 반영하고 이들의 기본권을 수호하려는 정부의 관심이 드러났으며 국제기준에 부합하려는 정부의 방향성이 표명되었다. 이후 뒤따른 2009년과 2011년의 개정으로 장애인의 사회 참여를 촉진하려는 목적이 더욱 부각되었다. 대만은 2009년 「빈곤가정지원법(Act for Assisting Families in Hardship)」을 통해 양성평등을 향해 다시금 진일보를 하게 된다. 완전한 개정 이후 개명한 2011년의 「아동청년복지권리보호법(Children and Youth Welfare and Rights Protection Act)」을 통해 아동과 청년의 권리 보호 범위가 확대되었으며 UN 회원국은 아니었으나 UN아동권리협약(United Nations Convention on the Rights of the Child)을 이행하려는 정부의 노력이 나타났다. 「성폭력범죄방지법(Sexual Assault Crime Prevention Act)」 개정은 출소 이후의 필수치료, 지역사회 감시 및 치료체계 등을 강화하고 형법상 개선이 필요한 부분을 보완하며 시민의 안전을 강화하는 것을 목적으로 삼았다. 「노동조합법(Labor Union Act)」, 「단체협약법(Collective Agreement Act)」 및 「노동쟁의조정법(Settlement of Labor Disputes Law)」 등 노동 관련 3대 법안을 개정하고 이를 이행하며 노동자가 단결하고 단체교섭하며 쟁의할 수 있는 권리를 보장하였다. 마지막으로 정부가 추진하는 중대한 사회복지 관련 행정 목표는 제2세대 국민건강보험(NHI) 개혁을 지속적으로 이행하고 장기요양제도를 수립하는 것이다. 대만의 대인사회서비스는 공공복지에서 욕구별 특정 사례에 초점을 맞춘 복지로 점점 관심이 옮겨가고 있다.

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

대만은 이제 21세기의 첫 번째 십 년을 지나 두 번째 십 년을 향하고 있다. 미디어를 통해 다수의 사회문제에 관한 국민의 우려가 표출되었고 이후 선거를 치르며 이러한 문제들에 대한 정책적 논의가 이어졌다.

1. 인구 고령화 및 장기요양제도

앞선 사회 경제적 배경 섹션에서 인구 고령화를 살펴보았다. 특히 전체에서 차지하는 고령인구의 비중은 2026년 20%에 도달할 것으로 예측되며 이는 현재 일본의 고령인구 비중과 거의 동일하다. 사실 고령화와 이로 인해 발생하는 사회복지서비스 관련 문제에 대한 우려는 1990년대부터 제기되었다. 1998년 초 타이베이에 위치한 사설 노인요양원에서 화재가 발생하며 요양 중이던 노인 11명이 사망하는 사고가 있었다. 이 외에도 아무도 모르게 죽음을 맞이한 후 오랜 시간이 지나 이웃이 발견하여 알려지는 독거노인의 고독사도 많았다. 이러한 상황들이 언론의 관심을 받으며 대만의 고령화 문제에 관한 대중의 우려를 자아내었다. 중국 사회에서 가정이란 노인이 최종적으로 머무르는 행복한 집으로 여겨졌으나 이제 이러한 생각이 근거 없는 믿음의 산물이 되어 가고 있다. 국민연금에 관한 정치적 논의 이후 노인들이 직면한 문제가 단순히 경제적 안전성 측면뿐만 아니라 노인돌봄에 관한 욕구에 관한 것임이 드러났다. 그리하여 노인돌봄 서비스에 대한 국민의 관심이 생겨나기 시작했다. 대만 정부는 2000년 이후부터 장기요양제도 이행을 위한 계획을 수립하기 시작했다.

2000년 6월 민주진보당이 집권하며 이제 막 발족한 프로그램을 지속적으로 추진하였고 제도와 관련한 일련의 연구사업을 개시하였다. 연구

노력을 경주하고 6년 뒤인 2007년 4월에는 장기요양과 관련한 10개년 계획을 마침내 채택하기에 이른다. 이는 2008년 1월 1일 자로 이행하였다. 4년의 이행 기간 이후(2008년 5월부터) 새로 집권한 국민당 정부는 장기요양보험과 관련한 10개년 계획을 지속적으로 개정하였다. 사실 노인과 장애인의 복지, 권리 및 보건 제도를 관장하는 여러 법과 규제에 걸쳐 관련 조치들이 산재해 있는 상황에서 관련성이 있는 조치들을 통합하기 위한 노력의 일환으로 보건부(2013년 7월 이후부터 보건복지부로 개명)는 「장기요양서비스법(Long-Term Care Service, LTCSA)」 제하의 법안을 발의하였다. 이는 장기요양제도 수립을 추진하고 자원을 유익하게 활용하기 위함이었다. 국민당 정부가 수립한 계획에 따른 「장기요양서비스법」은 장기요양보험을 향한 첫걸음이자 중대한 진일보였던 것이다. 한편 대만 정부는 「장기요양서비스법」을 통해 10개년 계획 이행의 박차를 가할 수 있었다. 또한 「장기요양서비스법」을 통해 공공 및 민간 돌봄 서비스가 충분히 공급되면서 제안하였던 「장기요양보험법(Long-Term Care Insurance Act)」의 제정 기틀을 마련할 수 있었다. 위의 법들은 서비스의 품질을 보장하고 노인 및 장애인의 권리와 이익을 수호하기 위해 견고한 장기요양서비스제도의 발전 토대를 마련하는 것을 목표로 하였다(Ku and Hsueh, 2016).

그러나 2016년 1월 치러질 총통 선거에 임박하여 민주진보당은 사회보험을 대체하는 조세 기반 장기요양제도를 제안하였다. 세수에 기반을 둔 장기요양 재정 규모는 340억 대만달러로 사회보험하의 1,100억 대만달러에서 급격히 줄어든다. 다수의 학자는(예를 들어 Ku, 2015) 민주진보당이 제한적인 기금을 가지고 정책을 추진할 수 있을지에 대해 의구심을 표현하였고 이로 인해 장기요양제도 수립이 지연되고 향후 민주진보당의 정당성이 훼손될 수 있다고 경고하였다. 이후 민주진보당이 2016년

대선에서 승리하며 장기요양정책상의 유턴은 불가피하게 되었다. 재정상의 어려움으로 말미암아 장기요양제도에 할당된 초년도 예산은 불과 200억 대만달러로 이는 GDP의 0.1%를 차지한다. 이제 장기요양제도의 미래는 불투명해졌다. 여전히 장기요양제도와 관련한 여러 논의가 이뤄지고는 있으나 제도 실현은 국민건강보험 및 국민연금 이후 또 하나의 놀랄만한 발전사항으로 기록될 것이다.

2. 경제보장 및 연금개혁

사회경제적 구조변화, 민주화 및 인구 고령화로 인한 압박이 누적되며 소득보장제도 또한 새로운 사회적 욕구를 충족하기 위해 새롭고 더 많은 급여를 제공하는 것이 필요하게 되었다. 그러나 인구구조의 변화로 연금수령자 수는 늘어나고 보험료를 분담하는 기여자 수는 줄어들게 되어 재정적 지속가능성이 중대한 사안으로 대두되었다. 또한 공무원에게 지급되는 후한 금액의 연금수령액은 크게 줄어들지 않았고 이로써 공무원과 사기업 근로자 간에 감정의 온도차가 발생하였다. 이 모든 것이 작용하며 연금개혁의 필요성이 고조되었다.

2012년 국민당 정부는 연금개혁의 세 가지 목표로 재정적 지속가능성, 경제적 안정성 보장 및 세대 간 형평성을 제안하였다(PRTF, 2013). 여기에서 재정적 지속가능성이라 함은 향후 30년간 안정적인 수준의 현금흐름을 창출해야 하는 정부의 역할을 의미한다. 경제적 안정성 보장이라 함은 사회 보험 및 연금금에서 지급하는 모든 급여에 대해 정부가 궁극적인 책임을 지겠다는 것을 의미한다. 마지막으로 세대 간 형평성이라 함은 연금수령자, 구세대, 분담금 기여자 및 신세대 간의 부담을 조금 더 균형적으로 나뉘야 함을 의미한다. 제안된 사항에 따르면 연금개혁은 다섯 가지 측면에서 이행될 것이다(PRTF, 2013).

1. 연금대체를 개혁. 즉 연금제도의 지출비용을 줄이기 위한 지급기준을 합리적인 수준에서 변경하고 조정함을 의미한다.
2. 분담률 증가. 즉 수입을 확충하기 위해 보험료를 인상하는 것을 의미한다.
3. 지급조건 개정. 즉 퇴직연령을 상향조정하고 기본급 산정에서 사용하는 연수를 늘려 기본급(평균보장임금)을 줄이는 것을 의미한다.
4. 기금 효율성 개선. 즉 투자를 통한 기금수입 증대를 의미한다.
5. 정부의 궁극적 책무. 즉 최종적인 지급의 책무는 정부가 맡게 됨을 의미한다.

국민당 정부는 여러 번의 공청회를 개최하여 제안사항에 대한 의견과 견해를 수렴하고자 하였으나 공무원들의 거센 반발로 말미암아 실질적인 개혁은 이루지 못하였다. 2016년 6월을 기점으로 집권당으로 복귀하는 민주진보당 정부는 국가위원회를 플랫폼으로 재수립하여 여러 연금수령주체와의 협의를 진행한 후 1년 내로 최종적인 결론을 도출할 예정이다. 민주진보당이 연금개혁 관련 신규 제안을 발표할 지는 지켜봐야 할 것이다.

3. 근로빈곤층 및 기초소득에 관한 논의

노동시장의 변화와 세계화로 소득격차가 확연히 벌어지고 있음은 <표 5-2>를 통해서도 드러났다. 2000년 이후부터 정부의 복지 노력이 배가 되었으나 정부의 재정상태로 말미암아 효과가 상당히 제한적으로 나타났다. 대만 사회에서 발견된 격차는 다음에서 정리한다.

1. 노동시장이 변화하며 취업자 및 실업자 간 양극화가 발생하였다.
2. 세계적인 차원에서 분업이 전개되며 국외 이전 산업의 종사자들이 국내시장에 존재하는 산업의 종사자들보다 더 큰 피해를 보았다.

3. 노동시장 변화 및 복지 실패 여파가 복합적으로 작용하며 부유층 및 빈곤층 간의 소득불평등이 더욱 심화되었다.
4. 범죄 증가가 안전상의 위협으로 이어지며 국민들이 느끼는 사회불안 및 사회불신이 심화되었다.
5. 불확실한 미래와 무기력한 상황에 처한 사람들의 수가 증가하며 사회로부터의 고립 및 아노미 상태로 인한 자살 사례가 증가하였다.

대만은 오랜 동안 형평성을 갖춘 경제성장 모델로 간주되어왔다. 대부분의 지표를 통해 1980년대 이전의 발전에서 지대한 개선이 전반적으로 나타났다. 그러나 이는 더 이상 지속되지 못하였고 특히 1990년 이후에는 더욱 그러하였다. 경제성장은 둔화되었으며 실업률 상승과 소득침체가 동반해 발생하였다. 이러한 사회적 상황으로 말미암아 정부에 대한 국민의 신뢰가 약화되었다. 민주주의가 복지와 안녕 실현에 과연 도움이 되는지에 대한 의구심이 생긴 것이다. 대만의 민주화는 국가주도형, 그리고 상의하달식의 정책입안 과정을 변화시켰고 이익집단 및 당사자 등 여러 이해관계자의 개방적 참여를 요구하였다. 이러한 맥락에서 정부의 정당성은 단순히 정책이행능력에 바탕을 두는 것이 아니라 국민을 위해 책임을 다하는 공정한 정책을 입안하리라는 국민의 믿음에 근거한다. 불행히도 두 가지 모두를 실현하는 것은 쉽지 않은 일이다(Ku, 2010).

상용근로자가 속한 유사빈곤가계를 위한 보조금(Subsidy for Near Poor Families with Full-time Workers) 프로그램은 세계 금융위기와중 6개월 동안 근로빈곤층 가계에 3,000대만달러에서 6,000대만달러 사이의 월 보조금을 임시적으로 지급한 프로그램이었다. 이를 실시하며 축적한 경험을 바탕으로 하는 2012년의 사회복지지침은 근로빈곤층 가계에 초점을 맞춘 기초소득정책을 포함하고 있다. 이러한 지침에는 ‘사회

복지수당은 시민들의 특수한 욕구를 염두에 두고 설계되어야 하며 이로써 사회보험의 부족한 부분을 보완해야 한다. 또한 사회복지수당은 모든 시민을 위한 기초소득의 일부로 점진적으로 통합해야 한다'는 내용이 담겨 있다. 이에 따라 일부 국민당 소속 국회의원과 정책입안자들은 두 가지 이유를 들어 근로장려세제(Earned Income Tax Credit, EITC)와 같은 신규 정책 제안을 지지하였다. 우선 근로장려세제를 통해 기존의 다양한 복지수당을 재편하게 된다면 조금 더 일관성을 갖춘 기초소득으로 나타날 수 있다고 주장하였다. 둘째, 근로장려세제는 근로빈곤층 가정이 일시적인 어려움에서 벗어날 수 있도록 도움을 주어 이들 가정이 장기 빈곤 상태에 빠지는 것을 실질적으로 방지하여 근로의 가치를 유지하는 동시에 전통적인 사회부조가 유발하는 빈곤함정(poverty trap)을 피할 수 있다고 주장하였다(Hsueh and Chang, 2016). 불행히도 이러한 새로운 정책적 아이디어는 더 이상의 진전 없이 세계적으로, 그리고 역내에서 격동이 발생하는 경우에 대비한 긴급조치로 남게 되었고 이후 제도적 장치로 실현되지는 못하였다. 결국 국민당은 2008년부터 2016년까지 국민의 엄중한 시험대를 통과하지 못했다. 2020년 차기 대선까지 국민들에게 희망을 선사하고 기대하게 했던 근로빈곤층 개선을 달성할 수 있을지에 대해 현재 민주진보당이 시험대에 올라 있다.

4. 청년 운동 및 청년 정책

민주진보당의 정책과 노선을 달리하였던 마잉주 총통이 이끄는 국민당이 2008년 재집권하였다. 마잉주 총통은 대만이 고속 경제성장을 다시 누리기 위해서는 중국대륙과의 보다 더 긴밀한 관계 구축이 제일 중요하다고 주장하였다. 마침내 2010년 양국 정부는 해협양안 경제협력 기본협정(Cross-Straits Economic Cooperation Framework Agreement,

ECFA)에 서명하였다. 이는 마잉주 총통이 추진한 대중정책 및 경제정책 중 가장 중요한 업적으로 평가된다(Lee and Chu, 2016).

2008년 이후 경제통합은 정부 간 대화 및 협력을 통해 이루어졌다. 마잉주 총통의 새로운 대중정책방식은 시장주도 통합을 정부주도 통합으로 전환시켰다. 해협양안경제협력기본협정(ECFA)을 통해 정기적인 접촉이 제도화되었으며 중국 또한 마잉주 총통의 친화방식에 대해 ‘평화발전’이라는 슬로건으로 화답하며 보다 더 심도 있는 통합을 구상하였다(Lee and Chu, 2016, p.420).

그렇지만 국민들, 특히 청년층이 기대했던 고용 및 근무 조건의 개선으로 이어지지는 않았다. 예를 들어 2000년 불과 7.4%였던 청년실업률은 점차적으로 증가하여 2007년 이전에는 10%에 육박하였으며 2009년에 이르러서는 14.5%로 치솟았다. 물론 국민당과 마잉주 총통은 예상치 못했던 세계위기 여파를 타하였다. 이후 청년실업률은 줄곧 12% 이상에 머물러 있다. 이는 국민당과 마잉주 총통을 규탄하기 위해 운집한 다수의 청년층이 주도한 태양화운동(Sunflower Movement)의 배경으로 작용한다. 이뿐만 아니라 실업상태는 아니지만 지난 15년 동안 수입이 제자리 걸음을 한 국민들 사이에서도 반감이 팽배하였다. 대만의 근로자가 수령하는 월평균 수입은 2000년부터 2015년까지 3만 5,000대만달러 수준에서 별다른 변화가 없었다. 이는 1,100달러에 상응하는 금액이다. 청년층의 경우 첫 직장에 입사하여 수령하는 신입사원의 월평균 급여는 2만 5,000대만달러였으며 같은 기간 소비자물가지수(CPI)는 20% 이상 상승하였다. 즉 거의 대부분의 근로자가 일상생활을 함에 있어 수입이 충분치 못하다고 느꼈던 것이다.

기업뿐만 아니라 모든 국민을 위한 심도 있는 사회 개혁을 추구하며 새로운 사회운동이 일어났고 이는 마잉주 정권, 그리고 정책에 대한 불신으

로 이어졌다. 해협양안경제협력기본협정(ECFA)의 성공적인 경험을 발판 삼아 마잉주 총통은 양안서비스무역협정(Cross-Strait Service Trade Agreement, CSSTA)의 비준을 추가적으로 추진하고자 하였으나 대만 내에서 비난을 촉발하였다. 2014년 3월 18일 양안서비스무역협정(CSSTA)에 반대하는 많은 학생이 태양화운동(Sunflower Movement)을 갑작스레 전개하며 국회인 입법원을 24일 동안 점거하였다. 입법원 외부에는 수십만 명의 학생과 사회활동가들이 운집하여 마잉주 총통이 추가적으로 추진하려 했던 중국과의 통합을 규탄하였다. 이로 인해 국민당은 2014년 11월 지방선거에서 참패하였고 결국 2016년 1월 대선에서도 패하게 된다. 중국과의 모든 공식적 협상은 태양화운동 이후 지금까지 거의 중단된 상태이다.

차이잉원 총통(President Tsai Ing-wen)은 청년에게 권한을 부여하고 노동조건을 사수하며 젊은 인재를 위한 투자기금을 설립하는 노력을 통해 청년층을 위한 개선된 환경 조성을 대선공약으로 내세웠다. 청년층을 위한 정책은 사회적 보호 측면에서 여전히 주목받고 있는 분야이다.

5. 새로운 취약계층 및 사회적 포용

대만에서 새로이 수립한 사회복지서비스는 이제 새로운 취약계층, 특히 결혼을 통해 대만에 이주한 이민자들에게 초점을 맞추고 있다. 신규 이민자 수는 이제 50만 명을 넘어섰으며 대부분 중국 대륙과 동남아시아에서 이주한 여성들이다. 이들의 2세까지 포함한다면 그 수는 백만 명을 넘는다. 신규 이민자들을 대상으로 하는 정책의 핵심 요소 두 가지는 사회적 포용 및 역량 강화이다. 특히 사회적 포용은 1세대를 염두에 둔 요소로 언어·교육·기술 훈련 및 법적 자격과 관련한 서비스를 제공하여 이들이 대만 사회에 최대한 빠른 시일 내에 융합될 수 있도록 하기 위함이다. 이

들의 2세대가 성장하며 이제 정책은 역량 강화에 더욱 집중하고 있으며 인적자원 및 경력개발 강화를 추구한다. 이를 위해 여러 사업을 발족하였다[대만출입국관리청(National Immigration Agency), 2016].

가. 신규이민자를 위한 전국횃불프로젝트(Nationwide Torch Project for New Immigrants)

대만출입국관리청(National Immigration Agency, NIA)에서는 지방정부가 선별한 초등학교에서 최소 100명의 신규 이민자 자녀들(또는 전교 학생들 중 10%)과 함께 ‘전국횃불프로젝트(Nationwide Torch Project for New Immigrants)’를 지속적으로 추진하고 있다. 추진 활동으로는 신규 이민자 가정 방문, 모국어 수업, 부모님과 아이들을 위한 다문화 관련 그림책 함께 읽기, 모국어로 작성한 일상생활 교육자료 배포, 신규 이민자와 이들의 자녀들을 위한 장학금 지급 등이 있다. 2014 학년에는 전국적으로 362개의 이민자 학교를 대상으로 보조금이 지급되었다. 또한 대만출입국관리청은 3,044건 이상의 프로젝트를 추진하고 3,838명에 달하는 신규 이민자의 가정을 방문하였다. 이를 위해 투입한 인력(person-time)은 총 16만 6,884명에 달한다.

나. 신규이민자 2세대를 위한 인재육성사업(Cultivation of Talent for the Second Generation of New Immigrants Project)

대만출입국관리청(NIA)은 신규 이민자 2세대를 위한 워크숍을 개최하여 경력개발 및 동남아시아의 경제 및 무역 관련 주제를 다루었다. 이를 통해 다문화 배경의 장점을 이해하고 모국어 학습 동기를 부여하며 자신감 및 정체성을 고취하고자 하였다.

다. '외국인 신부 및 중국 출신 신부를 위한 사회자원네트워크' 수립

대만출입국관리청(NIA)은 이민자를 위한 지원 제공 임무를 수행하기 위해 민생부(Department of Civil Affairs), 사회복지부(Department of Social Welfare), 외국인 부인 전담 가정상담소, 신규 이민자 교육센터 및 비정부단체들과 정기적으로 회의를 하고 있다. 2014년에 40회의 회의를 개최하였다.

라. '외국인 배우자 돌봄 및 지원 기금'의 효과성 강화

대만출입국관리청(NIA)은 정부 및 민간 부문의 제공 자원을 통합하여 외국인 배우자를 위한 돌봄과 지원을 장려한다. 395건의 사례가 승인을 득하였으며 2014년 제공한 장려금 총액은 4억 2,226만 2,764대만달러에 달한다.

제6절 맺으며

본 장에서는 대만 사회보장제도의 발전 및 체제의 특성을 해석하기 위해 다수의 지표표를 제시하고 대만 정부가 직면하였던 변화 및 개혁에 특히 역점을 두어 민주화 기간 동안 펼쳐진 정책적 논의를 살펴보면서 대만의 사회보장제도에 대해 알아보았다. 1990년대의 복지 확대는 민주화 이후 기득권의 정당성이 쇠퇴하면서 나타난 산물이라 할 수 있다. 정치적 민주화가 미친 영향에도 대외적으로 자본주의가 발전하고 부침을 겪을 때마다 세계화 측면에서 국가 복지 역량은 여전히 제한적이다. 아시아의 네

마리 용이라 일컫는 국가들에서 상대적으로 낮은 수준의 사회보장지출 및 공급이 관찰되는 것은 아마도 생산주의(productivism)를 시사하는 것일 수 있으나 또 다른 한편으로는 경쟁의 호기를 잡으려 세계 자본주의 안에서 고군분투하는 후발 선진국들의 표상일수도 있다. 민주화 이후 딜레마는 사라지지 않았다. 국민당이든 민주진보당이든 새로운 집권당이 어느 당인지에 관계없이 글로벌 경쟁력과 사회적 개혁 사이에서 하나를 선택해야 하는 국가의 딜레마는 이들의 정책 노선을 통해서도 여실히 드러난다.

대만의 주요 사회보장프로그램의 주요 특징은 다음과 같다.

1. 국민건강보험(NHI) 및 교육은 거의 100%에 가까운 국민이 누리는 서비스로 가장 주목할 만한 복지성과이다. 인적자원 형성은 물론 대만의 생산적 복지체제를 구성하는 근본적인 요소 측면에서 크게 기여하였다.
2. 연금은 직업 및 지위별로 고도로 계층화되어 있으며 특히 공공 부문 종사자에게 유리하다. 이는 전후 대만의 권위주의적 정권이 남긴 유산으로 간주할 수 있다. 1990년대 이후 민주화가 이뤄지며 전 국민을 대상으로 하는 조금 더 공평한 국민연금에 대한 관심이 고조되었으나 아직 기존의 노인연금제도로 이러한 이상이 투영되지 못하고 있는 상황이다.
3. 빈곤층을 위한 사회부조서비스는 보장범위가 넓지 않아 상대적으로 중요도가 떨어지지만 이러한 보험과 부조 간의 간극을 메우기 위해 일부 복지수당이 확충되고 있다. 특히 고령농가, 저소득층 노인, 장애인 및 취약계층 등과 같이 사회보험 혜택을 받지 못하는 특정 인구 집단을 대상으로 한다.
4. 실업보험의 수립은 사실 세계화 이후 발생한 노동시장의 변화에

대한 대응책이다. 경기침체 및 세계적 혼란의 시기 동안 고용안정화를 위한 적극적노동시장정책(ALMP)을 실시하였다.

5. 복지서비스는 전통적으로 소외되고 학대받는 여성 및 아동과 같은 특정 인구 집단을 위해 존재한다. 사회복지사가 제공하는 다양한 현물성 급여 및 서비스를 위한 계획(initiatives)이 수반된다. 그러나 대규모 청년운동이 증가하게 되며 정부는 청년층의 공무 참여 기회 및 지원금 제공의 방식으로 청년층의 권한을 부여하는 다양한 프로그램을 발족할 수밖에 없었다.
6. 대만 주택시장은 고도로 상품화된 시장이어서 사회보장 중에서도 가장 취약한 부분이다. 비록 민주진보당 정부가 취약계층 및 신흥 부부를 위한 공공주택 공급을 늘리겠다고 공약하였으나 정책이 실행되기까지는 여전히 시간이 필요한 상황이다.

대만은 계속하여 새로운 도전과제와 기존의 도전과제에 직면하고 있다. 세계화 속에서 국가 경쟁력을 지탱하는 것 산업 변화로 나타난 고용 패턴 및 기회상의 변화, 인구 고령화 및 저출산으로 나타난 세대 간 공평성 문제, 점진적으로 다양화된 가족 패턴, 빈부격차가 심화되며 빈곤의 구렁에 빠질지도 모른다는 중산층 및 청년층의 우려 고조 등은 대만이 앞으로 사회적으로 발전함에 있어 새로운 도전과제가 될 것이다. 복지 친화적인 정치적 상황으로 말미암아 일부 복지 혜택이 늘어날 가능성은 있으나 이것이 반드시 체제상의 변화를 의미하는 것은 아니다. 이에 대한 질문을 던져봄으로써 우리는 구체적으로는 대만의 복지를, 일반적으로는 동아시아의 복지를 고찰할 수 있는 영감을 받을 수 있다.

제 6 장

태국의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장제도의 역사와 구조

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

제6절 맺으며

6

태국의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

태국은 1990년대까지 고도성장을 이룩하며 세계의 경제 기적이라 불리기도 했지만 최근에는 경제성장률이 낮아져 정체되는 상황에 처해 있으며 이 과정에서 다양한 경제사회 문제가 심화되고 있다. 상대적으로 빈곤율이 감소하고 있지만 상하위 소득계층 간 소득격차가 심화되는 문제 등을 경험하고 있다.

이러한 경제사회적 위험에 맞서 태국의 사회보장제도는 지속적으로 확대되어 왔다. 그 출발점은 1954년 제정된 「사회보험법」에서 찾을 수 있다. 그리고 이 「사회보험법」은 2015년 개정을 거치며 현재 태국의 가장 중심적인 사회보장제도로 자리 잡고 있다. 그리고 「사회보험법」이 포괄하지 못하는 집단에 대해서는 다양한 형태의 비기여형 복지제도들, 국민건강보험이나 국민사회연금 등이 지원을 확대해 왔다.

하지만 태국의 사회보장제도는 새로운 과제에 직면해 있기도 하다. 재정적 지속가능성을 제고하기 위해 사회보장제도의 효율성을 높이고 지방정부의 역할을 강화해야 하는 것이다. 이 장에서 이러한 내용을 중심으로 기술하기로 한다.

제2절 사회경제적 배경

2008년 세계은행(World Bank)은 한때 초고속 성장국가로 분류되었던 태국을 13대 '경제 기적'의 하나라고 평가하기도 하였다. 1961년 국

가경제사회발전계획(‘국가계획’)이 최초로 수립되며 태국은 향후 30여 년 간 최대 7%의 평균성장률을 유지하였다. 그러나(1997년 7월 2일 태국이 고정환율제를 폐지하며) 태국을 시발점으로 1997년 아시아 금융위기가 발생하게 되었고 이로 인해 태국 경제는 여전히 가라앉아 있는 상태이다. [그림 6-1]을 통해서도 성장 패턴상의 명확한 변화가 관찰되고 있으며 이는 태국이 소위 ‘중진국 함정(Middle-Income-Country Trap)’에 빠져 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

〈표 6-1〉 경제성장률이 지속적으로 높은 13개 국가

국가	고성장기간 ²⁾	최초 및 2005년의 1인 소득 ³⁾	
보츠와나	1960~2005	210	3,800
브라질	1950~1980	960	4,000
중국	1961~2005	105	1,400
홍콩, 중국 ¹⁾	1960~1997	3,100	29,900
인도네시아	1966~1997	200	900
일본 ¹⁾	1950~1983	3,500	39,600
대한민국 ¹⁾	1960~2001	1,100	13,200
말레이시아	1967~1997	790	4,400
몰타 ¹⁾	1963~1994	1,100	9,600
오만	1960~1999	950	9,000
싱가포르 ¹⁾	1967~2002	2,200	25,400
대만 ¹⁾	1965~2002	1,500	16,400
태국	1960~1997	330	2,400

주: 1) 산업화된 국가의 1인당 소득수준을 달성한 국가.

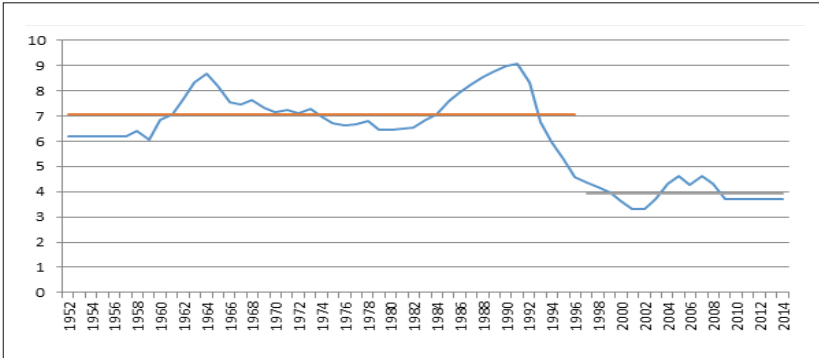
2) GDP 성장률이 연간 7%이거나 그 이상인 기간.

3) 2000년 실질소득(US \$) 기준.

자료: 세계은행 성장발전위원회(Commission on Growth and Development, World Bank)(2008).

[그림 6-1] 경제성장률(11년 이동평균)

(단위: %)

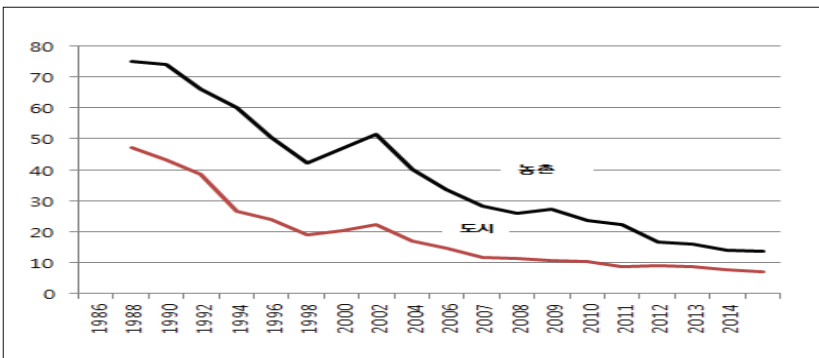


자료: 국가경제사회개발위원회(National Economic and Social Development Board), National Income Account dataset 자료를 토대로 저자 작성.

태국은 중진국 함정에도 급격한 빈곤감소를 성공적으로 이뤄낸다. [그림 6-2]를 통해 1980년대 말 80%에 육박하던 비(非)자치도시 지역(농촌 지역을 지칭)에서의 빈곤율(head-count ratio, HCR)이 10%대로 떨어졌음을 볼 수 있다. 자치도시(도시) 지역에서도 유사한 패턴이 관찰되었다.

[그림 6-2] 빈곤율(HCR)

(단위: %)

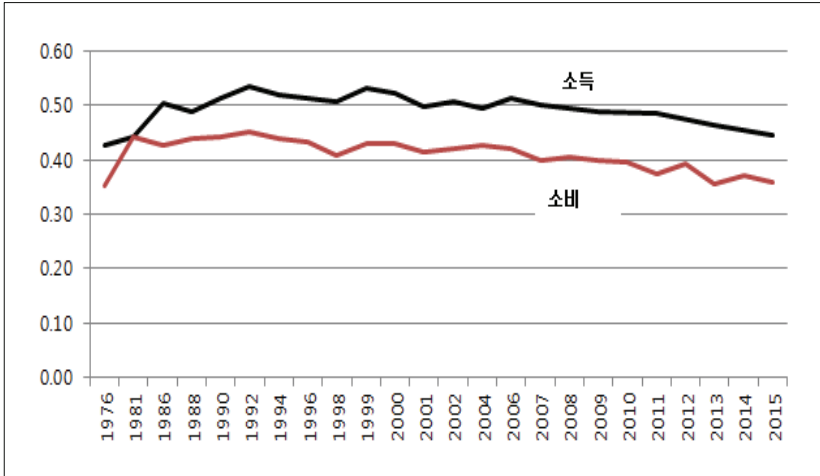


자료: 국가경제사회개발위원회(National Economic and Social Development Board)에서 발표한 「사회경제조사」의 각 연도 자료를 바탕으로 저자 작성.

빈곤의 급감은 태국 국민의 사회 보장 및 복지에 영향을 미치고 있다. 국민 대부분의 소득수준이 상승하던 초기에는 비공식 안전망의 범위 또한 동반 확대되었을 것이기에 공식 안전망에 대한 욕구가 그리 크지 않았을 것이라 예상해 볼 수 있으나 지난 20여 년 동안 평균임금상승세가 둔화되기 시작하며 기존의 비공식 안전망을 대체하거나 최소한 보완할 수 있는 공식 안전망에 대한 욕구가 생겨났다. 어려움에 처한 개인이 의지할 수 있는 가족의 수(가족구성원 및 친척)에 영향을 미치는 가족의 크기가 줄어들며 이러한 욕구는 더욱 증대되었다.

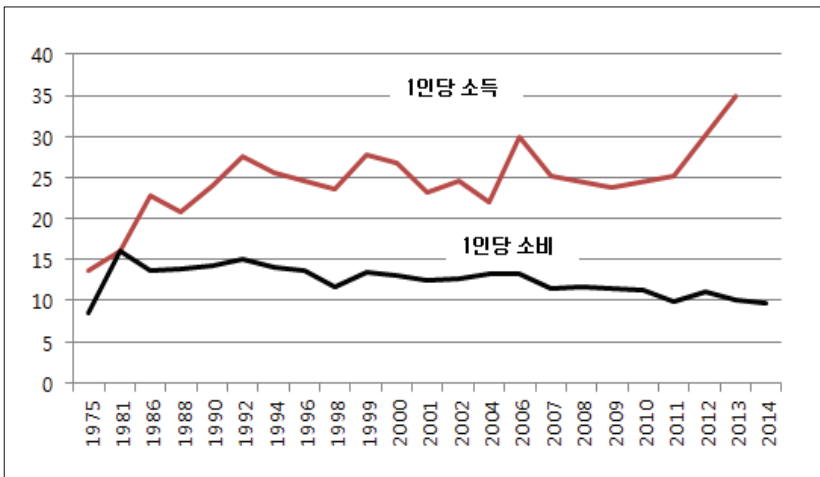
사회 보장 및 복지에 영향을 미치는 또 다른 발전 측면의 요인은 경제적 불평등과 사회적 불평등이다. [그림 6-3]과 [그림 6-4]는 2개의 지표를 사용하여 경제적 불평등을 살펴보고 있다. 우선 널리 사용되는 지표 또는 소득 불평등 지표는 [그림 6-3]에서 정리하고 있는 지니계수이다. 지니계수는 1990년대 초반에 정점을 기록한 이후부터 하락 추세이다. 이로써 태국은 지난 수십 년 동안 불평등이 하락한 소수의 아시아 국가 중 하나가 되었다. 그러나 불평등의 추가적인 특성은 [그림 6-4]로 제시할 수 있다. 1인당 가구소득을 기준으로 측정하는 지니계수로 표현한 소득불평등이 2011년부터 2014년 사이 하락한 반면 소득의 최상위 및 최하위 10분위 계층 간 소득 격차는 사실상 확대되어 왔다. 그럼에도 지니계수가 하락했다는 것은 곧 소득 최상위층 및 최하위층 간의 격차를 제외하고 소득분배상의 대부분의 격차가 좁혀진 것으로 해석할 수 있다.

[그림 6-3] 태국의 지니계수



자료: 국가경제사회개발위원회(National Economic and Social Development Board)에서 발표한 「사회경제조사」의 각 연도 자료를 바탕으로 저자 작성.

[그림 6-4] 최상위 및 최하위 10분위배율 추이



자료: 국가경제사회개발위원회(National Economic and Social Development Board)에서 발표한 「사회경제조사」의 각 연도 자료를 바탕으로 저자가 작성.

제3절 사회보장제도의 역사와 구조

1. 사회보장제도의 역사

사회보장이란 용어가 태국에서 공식적으로 처음 등장한 시기는 태국 정부가 '사회부조위원회(Committee for Social Assistance)'를 설립한 시기, 즉 1952년으로 거슬러 올라간다. 당시 태국 총리가 의장직을 맡았던 사회부조위원회는 주거지 및 주거지역을 확보하고 합법적인 일을 구하며 가족 구성원이 어려움에 처했을 때 도움을 받는 등 태국 국민에게 도움을 주기 위해 발족되었다. 출산, 장애, 노령 및 사망 관련 급여가 제공되었다. 사회부조위원회의 노력은 이후 태국 최초의 「사회보험법(Social Insurance Act)」 제정을 위한 제안으로 이어졌고 이 법은 1954년 성공적으로 제정되었다. 「사회보험법」은 최소 금액(매월 500밧 또는 매월 약 25달러)을 초과하는 소득을 창출하는 취업자들만을 보장 대상으로 삼았다.

불행하게도 태국 의회에서 「사회보험법」을 이미 통과시켰음에도 실제 법 집행으로 이어지지는 못했다. 사회 각계각층에서 「사회보험법」에 대한 공격이 거셌고 이로 인해 태국 정부는 법의 시행을 무기한 유예하였다. 이후 「사회보험법」은 무산되었다. 18년의 시간이 흐른 뒤에야 노동법(Labor Act)의 일환으로 1972년 근로자재해보상기금(Workmen's Compensation Fund)이 조성되었다. 그렇지만 이것도 완전한 사회보장제도라 할 수 없었다. 완전한 사회보장제도를 구현하려는 노력은 추후에도 이어졌으나 번번이 태국 정부에 의해 좌절되었다. 근로자재해보상기금이 조성되고 또 다시 18년의 시간이 흐른 1990년이 되어서야 태국 정부 및 의회는 새로운 「사회보험법」을 승인하였다. 이렇게 승인된 「사회보험법」은 추후 몇 차례의 개정을 거쳤고 지금의 「사회보험법」은 2015년

개정된 것이다.

「사회보험법」하에서 현재의 사회보장체계(Social Security Scheme, SSS)는 다음 7개 정책영역에 걸쳐 수급자들에게 사회보장급여를 제공하고 있다.

- 1) 건강보험
- 2) 출산
- 3) 사망급여
- 4) 장애수당
- 5) 연금
- 6) 아동지원수당
- 7) 실업수당⁴²⁾

2. 사회보장체계(SSS)의 발달

사회보장제도는 시행 이후부터 보장범위의 측면에서 변천을 거듭하고 있다. 이 중 일부 변화내용은 아래와 같이 정리할 수 있다.

- 사회보장제도 시행 초기에는 20명 이상의 종업원을 둔 기업에는 의무 사항이었으나 이후 1993년 및 2002년에는 각각 그 기준이 10명 이상 및 1명 이상으로 확대되었다.
- 1999년 실업보험이 추가되었다.
- 제40조에 의거하여 (비공식 부문에서 근로하는) 임의가입자를 위한 급여가 확대된 2011년에는 연금 혜택이 포함되었다. 또한 태국 정부는 이 조항에 따라 사회보장제도 기여금을 분담하기 시작하였다.

1) 실업보험은 1999년이 되어야 시작되었다.

지난 10년 동안 사회보장제도의 보장범위는 <표 6-2>에 정리하였다. 이후 보장범위는 지속적으로 확대되었으나 속도는 빠르지 않았다. 최근 통계치에 따른 사회보장제도의 보장률은 전체 노동력의 불과 36%에 불과하며 이는 지난 10년 동안 11%만 상승한 것이다. 급여가 확대되고 정부의 기여금 부담이 시작된 이후 본 법 제40조에 의거하여 임의 가입이 시작되며 보장률이 본격적으로 증가하였다.

<표 6-2> 사회보장제도 보장범위

(단위: 명, %)

연도	업체 수	가입자 수				
		의무가입 (제33조)	임의가입1 (제39조)	임의가입2 (제40조)	총계	노동력 대비 보장률
2007	381,506	8,781,262	400,905	31	9,182,170	24.9
2008	382,170	8,779,131	514,422	47	9,293,600	24.7
2009	389,953	8,680,359	679,700	60	9,360,119	24.4
2010	395,924	8,955,744	747,005	84	9,702,833	25.1
2011	404,195	9,054,535	855,412	590,046	10,499,993	27.0
2012	409,977	9,425,478	984,758	1,294,019	11,704,255	29.7
2013	417,011	9,781,101	1,074,223	1,578,088	12,433,412	31.6
2014	422,748	10,029,777	1,124,765	2,471,116	13,625,658	35.3
2015	429,070	10,391,761	1,196,762	2,200,667	13,789,190	35.8
2016*	433,803	10,385,238	1,236,398	2,211,848	13,833,484	해당사항 없음

주: 2016년 8월 31일 기준 2016년 통계치.

자료: 1) 가입자 수-<http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=800>에서 2016. 10. 9. 인출.

2) 노동력 대비 보장률- http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm,r에서 2016. 10. 9. 인출.

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

태국의 주요 사회보장체계인 사회보장제도(SSS)가 지속적으로 발전하기는 하였으나 이를 성공 사례로 간주할 수는 없다. 전체에서 불과 3분의 1을 상회하는 노동력만을 보장하고 있다는 사실이 이를 명확히 방증한다. 그렇지만 사회보장제도 외의 부문에서의 진전이 관찰된다. 주요한 진전 사례는 다음에서 정리한다.

1. 국민의료보장(Universal Healthcare, UC)

사회보장제도(SSS)의 보장 대상 대부분이 공식 부문 근로자라는 점을 인정한 태국 정부는 비공식 부문 근로자를 위한 사회보장 확대 노력에 착수한다. 가장 성공적인 노력의 결실은 2001년 도입한 국민의료보장(Universal Healthcare, UC)이었으며 이로써 기타 공영 또는 준공영 제도(예를 들어 사회보장제도)하에서 보장을 받지 못하던 모든 태국 국민에게 의료보험 혜택이 제공되었다. 사회보장제도하에서의 의료보험 및 공무원의료보험까지 감안한다면 질병 및 건강상의 문제에서 모든 태국 국민이 보험 혜택을 누릴 수 있게 된 것이다. 도입 초기 ‘모든 질환’에 대한 보장이 이뤄졌다는 정치인들의 주장이 있었으나 100% 사실은 아니었다. 수급 여부를 결정함에 있어(최저 및 최고 한계기준을 불문하고) 소득기준선을 정하지 않았기 때문에 소득 최상위층 및 최하위층에 관계없이 전 국민을 대상으로 하는 보편적인 제도이다.

국민의료보장(UC)과 관련하여 일부 현안이 존재한다. 우선 재정비용 문제이다. 현 정부는 재정비용을 줄이기 위한 방안을 모색하겠다는 입장을 명확히 하고 있다. 제안 사항 중 하나는 부유층 피보험자에게 공동 분

담금을 기여하도록 요청하는 것이다. 또 다른 현안은 태국의 건강보험제도가 파편화되어 있다는 점이다. 현재 태국에는 세 가지의 주요한 제도가 공존하고 있으며(공무원의료보험제도인 CSMBs, 사회보장제도인 SSS, 그리고 국민의료보장제도인 UC), 각 제도에서 제공되는 급여 그리고 부담금 기여 간의 일관성이 결여되어 있다.

〈표 6-3〉에서 각기 다른 건강보험제도의 보장을 받고 있는 태국 시민의 수를 비교한다.

〈표 6-3〉 제도별 건강보험 보장범위

(단위: 명, %)

건강보험제도	피보험자 수	인구 대비 비중
국민의료보장제도(UC)	48,330,473	73.44
사회보장제도(SSS)	11,517,366	17.50
공무원의료보험제도(CSMBs)	4,576,587	6.95
기타	1,352,593	2.06
미등록	34,584	0.05
총계	65,811,603	100.00

자료: 태국국민건강보장청(National Health Security Office).

(<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/Linkcontent.aspx?menu=530000001&pid=540000025>에서 2016. 10. 10. 인출.)

2. 국민사회연금(Universal Social Pension)

전 국민을 대상으로 하는 두 번째 사회보장제도로 2009년에 시작되었다. 경제적 지위에 관계없이 전 국민을 대상으로 하지만 사회보장제도(SSS)의 피보험자, 정부 및 공기업 공직자의 경우는 제외된다. 이전까지 사회연금은 목표 대상자별로 운영되어 왔다. 즉 노인 빈곤층과 돌봐주는

사람이 아무도 없는 개인들에게만 수급권이 부여되었음을 의미한다. 이외에도 농촌 및 도시 지역을 위한 할당분 또한 설정되어 있었다. 목표 대상이 잘못 설정되면서 빈곤한 일부 노인들이 연금을 수령하지 못하였고 이것이 계기가 되어 정부는 전 국민을 대상으로 하는 제도를 수립하기로 결정하게 되었다.

국민의료보장(UC)과 마찬가지로 국민사회연금제도 또한 소득기준선이 따로 설정되어 있지 않다. 보장 대상자는 8백만여 명의 고령자이다. 현재 급여수준은 <표 6-4>에 정리한 바대로 수급자의 연령에 따라 매월 600बाट에서 900बाट이다.

<표 6-4> 국민사회연금 2016년 급여 수준

(단위: 나이, บาท/월)				
연령대(나이)	60~69	70~79	80~89	90+
월별 지급금(บาท/월)	600	700	800	1000

국민사회연금제도의 핵심 사안은 재정비용이다. 급속한 고령화가 진행되어 멀지 않은 미래에 태국이 매년 부담해야 하는 비용은 약 1,000억 บาท에 달할 것으로 예상된다. 이는 정부 연간지출의 약 4%에 달하는 금액으로 계속 상승하고 있다. 재무부 차관이 목표 대상을 선별하여 급여를 제공하는 이전 제도로 회귀하자는 제안을 하였으나 민간단체들의 강한 반발을 불러일으켰다.

3. 국민장애보조금(Universal Disability Grant)

고령자와 마찬가지로 장애를 지니고 살아가는 태국 국민이라면 누구나 정부가 지급하는 수당 형태의 급여를 매월 수령할 수 있는 자격이 주어진다. 수급자가 수령하는 보조금액은 2014년 500밋에서 800밋으로 증가하였으며 수급자 수는 132만 7,192명에 도달하였다. 수급의 적격성을 판단할 때 소득기준은 적용하지 않는다. 그럼에도 장애인들은 여전히 여러 다양한 문제와 마주하고 있다. 우선 사회적 배척이 여전히 만연하며 장애인을 위해 적절한 접근 경사로를 갖추고 있지 않은 건물들이 아직도 많다. 장애인을 돌보는 손길은 가족 외에는 드물기 때문에 장애를 가진 외동 자녀를 양육하는 부모들이 자신들이 사망한 이후를 대비하여 자녀의 미래를 준비시키는 것은 어려운 일이다.

4. 후천성면역결핍(AIDS) 환자 부조(AIDS Patient Assistance)

후천성면역결핍(이하 AIDS)을 앓고 있는 모든 태국 국민에게는 소액의 정부보조금을 수령할 수 있는 자격이 주어진다. 이 역시도 적격성 여부를 판단할 때 소득기준을 적용하지 않는다. 사회연금, 장애보조금 및 AIDS 환자보조금을 수령하는 수급자의 수는 <표 6-5>에 제시되어 있다.

〈표 6-5〉 노인, 장애인 및 AIDS 환자에게 지급하는 보조금

(단위: บาท)

연도	수급자 수		
	사회연금	장애보조금	AIDS 환자보조금
1993	20,000	-	-
1994	20,000	-	-
1995	110,850	-	-
1996	183,880	-	-
1997	291,970	-	-
1998	318,000	-	-
1999	400,000	-	-
2000	400,000	-	-
2001	400,000	-	-
2002	399,362	-	-
2003	401,438	-	-
2004	441,238	24,000	6,000
2005	529,977	25,154	6,000
2006	1,086,484	42,288	23,800
2007	1,771,090	235,483	27,600
2008	1,772,666	235,980	27,600
2009	5,448,940	262,742	35,230
2010	5,652,837	837,259	37,332
2011	6,521,749	997,950	37,764
2012	6,798,802	1,153,468	66,186
2013	7,342,028	1,247,484	68,616
2014	7,686,978	1,327,192	72,068

자료: 사회개발인간안보부(Ministry of Social Development and Human Security, MSDHS).
http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=175&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=47에서 2016. 10. 9. 인출.)

5. 15년간의 무상교육

의무교육은 전 국민을 대상으로 항상 제공된 것이다. 그러나 극도로 가난한 가정의 학생들에게는 소액의 교육비조차도 큰 부담이 될 수 있다. 이러한 배경에서 태국 정부는 교육 관련 비용 전부를 정부가 부담할 것이라 발표하였다. 여기에는 등록금, 교재 및 교복 관련 비용 등이 포함된다. 이로써 입학률이 증가하였고 중퇴율은 감소하였다. 적격 여부를 판단할 때 소득 한계기준은 적용하지 않으며 모든 소득계층의 아동을 대상으로 한다.

무상교육제도는 중퇴율 감소를 통해서도 증명되었듯 학생들이 학교에 계속 다닐 수 있도록 하는 데 성공적인 제도라 평가할 수 있다. 앞으로 해결해야 할 사안은 우선 다수의 학교들, 특히 명망 있는 학교들에서조차도 다른 채널을 통해 학부모를 대상으로 여전히 모금활동을 전개하고 있다는 점이다. 또한 극도로 빈곤한 가정의 학생들은 학비를 더 이상 지불하지 않더라도 농촌지역에서 통학을 해야 하는 경우 교통비는 여전히 감당할 수 없는 부분이다. 이러한 학생들의 경우 교육에 대한 접근성이 여전히 제한되어 있다.

6. 빈곤모를 위한 신생아 보조금

비정부기구, 유엔아동기금(UNICEF) 및 태국개발연구원(TDRI)이 오랜 동안 목소리를 드높인 이후 태국 정부는 마침내 신생아를 막 출산한 빈곤 가정의 산모에게 보조금을 지급하는 것을 사회보장정책으로 채택하게 된다. 이는 가장 최근에 채택한 정책으로 2015년 제도로 도입한 이후 얼마 되지 않은 2015년 중순 시행되었다. 이 제도가 도입됨에 따라 1세 미만의 신생아를 둔 산모에게는 매월 400밧(약 12-13달러)이 지급된다.

2016년 초에 이르러 태국 내각은 신생아의 나이를 3세로 확대하는 것을 승인하였고 지급되는 보조금 역시 매월 600밧으로 상향조정하였다(약 17달러).

7. 이주노동자 의무가입 건강보험(Compulsory Migrant Workers Health Insurance, CMHI)

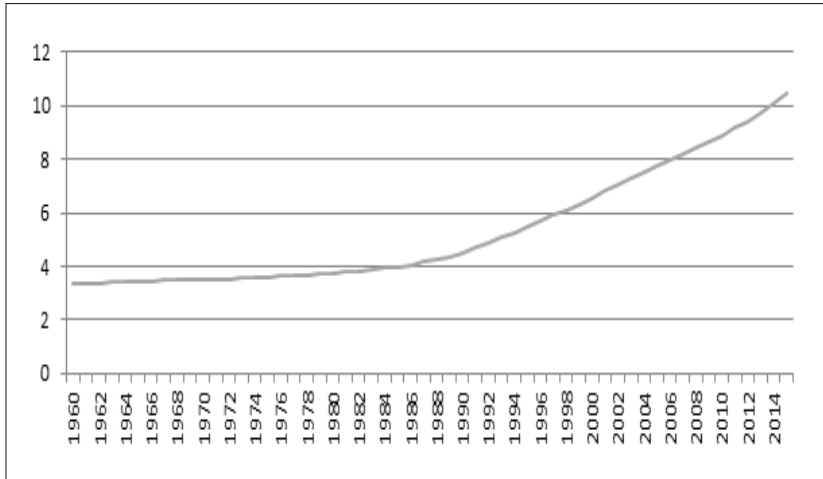
이주노동자 의무가입 건강보험(CMHI)은 스스로를 외국인 노동자로 공식 등록한 근로자에게 제공하는 건강보험이다. 외국인 노동자의 가족 구성원은 보장 범위에 포함되지 않는다. 현재 이주노동자 의무가입 건강보험의 보험료는 1,900밧이며 국민의료보장(UC)과 유사한 건강보험 혜택을 제공한다.

8. 장기요양보장

아시아에서 고령화가 매우 빨리 이뤄지고 있는 국가 중 하나가 태국이다. 이와 관련해서는 [그림 6-5]를 참고할 수 있다. 이에 따라 노인 대상 장기요양서비스의 욕구가 지속적으로 커지고 있다. 이처럼 장기요양 욕구가 있는 노인은 전체 고령자에서 약 3.7%를 차지하고 있는 것으로 추정된다(Srawoot, et.al 2016). 본 사안에 대한 태국 정부의 정책방향은 요양비용(parental expense)에 대해 세금을 공제하고 노인요양시설을 공급하는 것이다.

[그림 6-5] 65세 이상 인구

(단위: %)



자료: 세계발전지수(World Development Indicators), 2016년 6월.

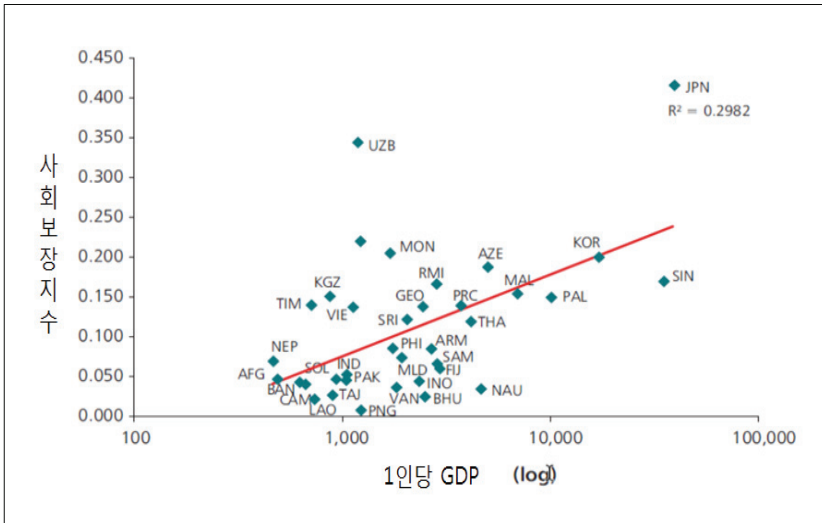
(http://databank.worldbank.org/data/download/archive/WDI_excel_2016_06.zip에서 2016. 10. 9. 인출.)

태국 사회보장제도의 특징 중 하나는 파편화되어 있는 관리체계에 있다. 예를 들어 국민의료보장제도는 태국국민건강보장청(National Health Security Office, NHSO)이 관리하는 반면 국민사회연금제도는 지방정부가 관리 주체이다. 국민장애보조금, 후천성면역결핍증환자부조제도, 빈곤모를 위한 신생아 보조금은 사회개발시민안전부(MSDHS)가 관리한다. 교육부는 무상교육제도를 담당하고 공중보건부는 이주노동자 건강보험제도를 담당한다. 그리고 제도 장기요양보장에 따른 세금혜택은 재무부가 부여하지만 제도 시행(institution part)은 사회개발시민안전부(MSDHS) 소관이다.

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

앞서 태국의 사회보장을 설명하며 내린 결론 중 하나는 요람에서 무덤까지의 위험 대부분을 보장하는 다수의 사회보장제도가 국민을 위해 존재한다는 것이다. 하지만 사회보장지수(Social Protection Index, SPI: 수급자당, 그리고 1인당 GDP 대비 사회보장지출비를 의미)를 기준으로 측정한 결과 태국의 사회보장지수는 태국의 소득수준을 바탕으로 산정한 수준을 다소 하회하는 것으로 나타났다. [그림 6-6]을 참고할 수 있다. 이는 곧 사회보장제도를 내부적으로 세밀히 살펴보면 여전히 근본적인 문제가 드러날 수 있음을 의미한다. 따라서 이후의 논의는 이러한 근본적인 문제를 해결하기 위해 필요한 개혁의 유형이 무엇인지에 초점을 맞출 것이다.

[그림 6-6] 아시아권 국가들의 사회보장지수(SPI), 2009년



자료: 아시아개발은행(ADB)(2013).

1. 사회보장제도의 확장 및 심화

사회보장제도(SSS)가 전체 노동인구의 3분의 1을 간신히 상회하는 노동력만을 보장한다는 사실에서 태국 근로자를 위한 사회보장제도의 확대 필요성이 드러난다. 사회보장제도를 확대하려는 노력은 이전에도 있었다. 예를 들어 사회보장제도 의무 가입이 1명 이상의 종업원을 고용하는 기업으로 확대된 것이다. 2002년에는 10명 이상의 종업원을 고용하는 기업이 대상이었다. 그러나 이러한 노력은 성공으로 이어지지 못하였고 대부분의 소기업은 분담금 기여의 의무가 발생한다는 점에서 사회보장제도 가입을 꺼리고 있다. 사회보장제도의 주무기관 또한 충분한 제도 시행 역량을 보유하고 있지 못하다.

사회보장제도상의 또 다른 공백은 취학연령 아동을 위한 복지에서 발견된다. 정부가 신생아를 위해 현금급여(cash transfer)를 도입한 것은 불과 지난해부터였으며 대상 아동의 연령을 3세 이하로 상향 조정하였다. 유사한 제도를 시행하고 있는 다수의 국가들 대비 수급자의 기준을 3세로 설정한 것은 연령 기준이 너무 낮다고 볼 수 있다. 태국 정부는 4세부터는 유치원에 입학하므로 정부의 교육 관련 부조 제도를 통해 급여가 제공되기 때문이라고 설명하였다. 이러한 정부의 논증방식이 전적으로 정확한 것은 아니다. 현금이전의 긍정적인 본질은 부모가 굳이 교육 관련 지출이 아니어도 아이의 최선을 위해 보조금을 사용할 것이라는 논리에 있다. 예를 들어 영양공급은 자라나는 아이들에게는 대단히 중요하다. 또한 보조금을 제공함으로써 부모나 외의 가족 구성원이 더 많은 시간을 할애하여 어린아이들을 보살피거나 함께 놀 수 있다. 이를 통해 아이들의 성장은 촉진된다.

장기요양은 보장범위 측면에서 일부 공백이 존재하는 또 다른 영역이

다. 장기요양에 대한 특수한 욕구를 가진 노인 전체가 해당 서비스를 누리는 것은 아니다.

또한 제도적 심화도 쟁점사안이다. 일부 사회보장제도로 급여를 수령하는 수급자의 경우 지급금의 규모가 충분치 않아 별다른 차이가 발생하지 않는다. 예를 들어 신생아를 대상으로 매월 600바트를 지급하는 경우 영아에게 필요한 유동식을 구입하기에도 벅차 다른 필수품을 구입할 여력이 전혀 없다. 노인에게 매월 지급되는 사회연금도 빈곤선의 5분의 1~4분의 1 수준에 있다. 그리하여 소득이 없고 보살펴줄 사람이 없는 수급자들은 보조금을 수령한 후에도 지속적으로 빈곤한 삶을 영위하게 된다. 이는 단지 두 개의 사례에 불과하며 앞 절에서 언급한 그 밖의 모든 급여들 역시 낮은 급여수준으로 어려움에 시달리고 있다.

2. 재정적 지속가능성

사회보장의 확장 및 심화와 함께 고찰해야 하는 또 다른 문제는 재정적 지속가능성이다. 주요 사회보장제도를 위해 지출하는 재정지출은 [그림 6-6]에 나타나 있는 것처럼 2013년 GDP 대비 8.3%에 이르렀다. 선진국의 사회지출 대비 높은 수치는 아니지만 중진국의 사회지출에 비해서는 다소 높은 편이다. 여기서 중요한 점은 확장 추세에 있는 사회보장을 위해 필요한 재정비용의 추후 동향이다. 특히 앞서 지적한 것처럼 비공식 안전망이 공식 안전망으로 대체되고 있는 현시점에서는 더욱 중요하다.

지속가능성 사안을 가늠하는 한 가지 방법은 현재 추세대로 전개되는 상황을 가정한 시나리오에서 정부 지출을 추정해 보는 것이다. Jitsuchon(2015)은 이러한 시나리오에서 태국의 공공부채를 추정하였고 그 결과 2022년까지 지속적으로 상승하며 GDP의 60%를 약간 밑도는

수준에 도달한 후 하락하기 시작한다고 예상하였다. 재무부가 설정한 재정적 지속가능성 기준이 GDP의 60%라는 점을 감안하였을 때 현재 추세로 전개되는 상황을 가정한 이 시나리오는 재정적 지속가능성에 위협이 되지 않는다. 만약 고속철도 건설과 같은 대형 사업(Mega Projects)의 시행이나 1인당 교육비 및 사회보장에 대한 지출이 증가되더라도 결과는 크게 다르지 않을 것으로 예견된다(그림 6-7 참고).

〈표 6-6〉 태국사회보장 관련 재정비용,¹⁾ 2013년

(단위: 10억 бат, %)

제도	재원	비용	
		10억 бат	GDP %
보건		426.1	3.58
공무원의료제도(CSMBS)	정부	85.9	
USC	정부	157.3	
사회보장제도(SSS)+WFC	3자 부담	41.6	
자비부담(Out of pocket)	국민	87.4	
비-USC	정부	54.0	
아동		285.3	2.40
무상교육	정부	284.7	
아동수당	정부	0.6	
생산가능인구		248.6	2.09
GOPS ²⁾	정부	124.0	
정부연금금(GPF)	국가+노동자	22.1	
국영기업 종사자-준비기금(PF) ³⁾	국가+노동자	해당사항 없음	
SSS 33	3자 부담	63.3	
SSS 39	국가+노동자		
SSS 40	국가+노동자		
근로자재해보상기금(WCF)	고용주	2.0	
준비기금	노동자+고용주	37.3	

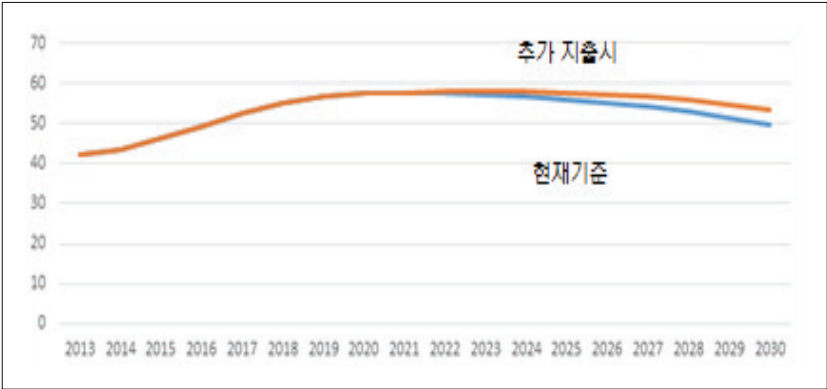
제도	재원	비용	
		10억 бат	GDP %
노인(노인생계비수당, OAA)	정부	58.7	0.49
장애인(수당)	정부	7.5	0.06
HIV/AIDS 보균자(수당)	정부	0.4	0.0
총계		1,026.6	8.63

주: 1) 국가부담비용; 재정비용=국가부담비용 - 비정부 부담 비용
2) 재정비용= 정부지출예산으로 가정
3) PF에 포함: 2013년 기준 GDP는 119억 бат임(NESDB, 2015년). CSMBs=공무원의료제도 (Civil Servants' Medical Benefit Scheme), GDP=국내총생산(Gross Domestic Product), GOPS=Government Officers Pension Scheme, GPF=정부연금(Government Pension Fund), HIV/AIDS=후천성면역결핍증후군(Human Immune-Deficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome), OAA=노령 생계비 수당(old-age living allowance), SSS=사회보장제도(Social Security System), UC=국민보장(Universal Health Coverage), WCF=근로자재해보상기금(Workmen's Compensation Fund).

자료: Srawoot et.al.(2016).

[그림 6-7] 공공부채 추정: GDP 4% 성장률로 가정

(단위: GDP 대비 %)



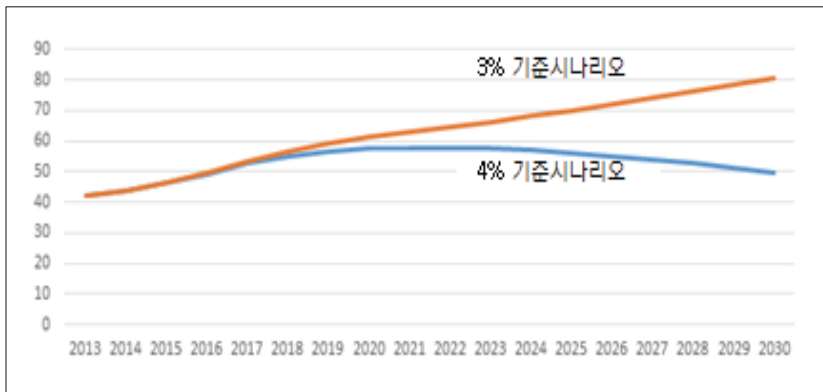
자료: Jitsuchon(2015).

그러나 현재 추세를 가정하는 이와 같은 시나리오에는 위험이 숨어 있다. 경제성장률은 주요 가정 사항 중 하나로 (2030년까지의) 전체 추정 기

간 동안 연간 4%의 지속적인 성장률을 가정한다. 대안적 시나리오에서는 경제성장률을 연간 3% 미만으로 가정하고 있기에 숨겨진 위험이 도사리고 있음이 분명하다. [그림 6-8]에서는 현재 추세를 가정한 경우 성장률이 단지 1%만 떨어져도 GDP 대비 공공부채가 계속 증가하게 되는 것으로 나타난다. 재정적 지속가능성의 판단 기준으로 제시된 GDP 대비 60%를 필연적으로 능가하게 되어 정부의 신뢰성이 타격을 입게 될 것이다.

[그림 6-8] 공공부채 추정: 경제성장률 4%와 3% 비교

(단위: GDP 대비 %)



자료: Jitsuchon(2015).

현재 경제의 ‘정상적(normal)’ 성장률이 4%가 아닌 3%에 더욱 가깝다는 것은 실로 안타까운 소식이다. 이는 앞서 언급한 바대로 태국이 중진국 함정에 빠져들고 있기 때문이다. 만약 장래 동향이 저성장 시나리오를 쫓아가게 된다면 태국의 사회보장제도를 확대하거나 심화하는 것은 굉장히 어려워질 것이다. 이미 태국 정부가 사회지출에 조심스러워하는 모습을 입증하는 증거가 관찰되고 있다. 예를 들어 정부는 국민건강보험처럼 큰 규모의 지출을 억제하고자 한다. 게다가(1997년 및 2007년 헌법과 비교하여) 얼마 전 국민투표에서 통과된 신헌법이 사회보험 및 사회부조에

대한 정부의 책임을 줄이기 위한 것이라고 해석하는 사람들도 상당수 있다.

요컨대 태국 사회보장의 미래는 불투명하며 확장/심화, 그리고 지속가능성 사이에서 딜레마가 발생하고 있는 것이다.

3. 효율성

사회보장제도의 효율성을 증대시키는 것이야말로 이러한 딜레마를 벗어날 수 있는 방법임에 틀림없다. 우선 현재의 제도가 비효율적인지를 판단해야 할 것이다. 즉 기존의 제도에서 ‘지방’을 제거하는 일이 가능한 것일까? 이 부분에 대해서는 아래에서 조금 더 세부적으로 논의할 것이다.

가. 제도의 파편성

앞서 지적한 것처럼 태국의 사회보장제도는 상당히 파편적이다. 이는 각각의 제도를 담당하는 기관이 다수이기 때문이다. 심지어 기관들이 담당하는 사회보장서비스가 동일한 경우도 발생한다. 건강보험이 일례이다. 건강보험급여를 제공하는 주요 기관은 세 곳이다. 우선 공무원에게 건강보험을 제공하는 공무원의료제도(CSMBS)의 재정지출은 재무감독부(Comptroller Department) 소관이다. 다음으로 공식 부문 근로자에게 건강보험을 제공하는 사회보장제도(SSS)가 있으며 마지막으로 공공제도의 보장 범위에 속하지 못한 나머지 모든 국민을 위한 국민의료보장(UC)이 있다. 이 세 가지 보건제도는 세부적으로 동일하지 않으며 이로 인해 서비스 및 재정 지원 측면에서 격차가 발생한다. 따라서 이러한 차이가 타당하지 못하다는 불만이 종종 제기된다. 예를 들어 사회보장제도(SSS)

의 보장을 받는 피보험자의 경우 사회보장제도의 건강보험 분담금을 부담하지 않아야겠다는 생각이 고개를 들 수 있다. 국민의료보장(UC)의 보장 범위 및 수준이 사회보장제도와 비슷한 상황에서 국민의료보장의 피보험자는 지불하는 분담금이 전혀 없기 때문이다. 참고로 국민의료보장은 전적으로 세금을 통해 재정이 지원되고 있다.

제도의 파편성을 다루기 위한 방법으로는 두 가지가 있다. 첫 번째 방법은 모든 사회보장제도를 관장하는 단일 기관을 설립하는 것이다. 이로써 급여의 중복성 문제와 응당 보장을 받아야 하는 이들이 제외되는 문제 등을 예방하게 될 것이다. 두 번째 방법은 단일 국가위원회가 관장하여 여러 기관 간의 조화를 꾀하는 것이다. 두 방식 모두 장단점이 있다. 첫 번째 방식은 정치적인 측면에서 목표 달성이 어렵겠지만 더 효율적이며 파편성이 초래하는 대부분의 문제를 해소하는 데 유익하다. 두 번째 방식은 목표 달성 차원에서는 더욱 용이하다 할 수 있으나(그렇다고 쉽다는 것은 아니다) 다수의 문제를 여전히 해결하지 못한 채 남겨두게 되거나 해결하더라도 덜 효과적인 방식으로 해결하게 되는 것이다.

나. 사회보장의 분권화

국민사회연금 및 국민장애보조금을 제외하고 대부분의 사회보장서비스는 중앙정부에서 제공한다. 이는 다른 국가와는 다소 상반되는 것이다. 태국개발연구원(Thailand Development Research Institute)이 수년 전에 실시한 설문조사 결과 태국 국민들은 개인적 어려움에 대해서는 지방정부의 도움이나 부조를 받기를 원하는 것으로 나타나고 있다.

그렇지만 지방정부보다는 중앙정부에 더욱 의존하려는 태국의 선택 또한 이해할 만하다. 태국에는 다수의 지방정부가 존재하며(8만 개에 육박

함) 일부는 규모가 굉장히 작다. 그러므로 사회보장 서비스를 제공하기에는 재정자원 및 역량이 부족한 경우가 발생한다. 다행히도 지방정부가 유능한 인재를 끌어들이기 시작하면서 역량 차원에서는 개선의 조짐이 관찰된다. 게다가 내년에는 「토지건물세법(Land and Building Tax Act)」의 시행을 앞두고 있으며 향후 이 세법을 통해 거둬들인 세수는 지방정부에 부여될 예정이어서 지방정부의 재정을 증강하는 데 도움이 될 것이다.

제6절 맺으며

선별적 보장에서 전 국민 보장으로, 그리고 전 국민 보장에서 선별적 보장으로 정책입안가, 학계, 비정부기구 및 일반 대중이 때로는 공개적으로, 때로는 예민하게 다루어 온 논의주제는 바로 선별적 보장과 전 국민 보장 사이에서의 선택이다. 특히 빈곤층 및 취약계층에게 도움을 주는 것을 목표로 하는 정책 부문에서 논의가 이루어져 왔다. 다른 개발도상국과 마찬가지로 태국은 ‘건강카드(Health Card)’ 정책, 사회연금정책, 빈민 학생을 대상으로 하는 장학금 등 빈곤층을 대상으로 하는 빈곤정책을 입안하기 시작하였다. 신생아보조금제도처럼 가장 최신에 입안한 정책에서도 선별적 보장을 바탕으로 하고 있다. 즉 빈곤가구의 산모들에게만 수급권이 부여되는 방식인 것이다. 그러나 세계, 그리고 태국의 경험에 비추어 보면 선별적 보장에 바탕을 둔 정책은 보장 대상으로의 포함이나 배제의 오류를 최소화하는 것이 거의 불가능하다.

따라서 훨씬 더 많은 재원을 보유한 다수의 선진국에서는 보편성 개념을 채택하고 있다. 태국 또한 일부 사회보장제도에 보편성 개념을 도입하기 시작하였다. 예를 들어 국민의료보장, 국민사회연금, 국민장애수당 및

무상교육 등이 해당된다. 재정적 지속가능성을 심려하는 사람들은 이러한 제도들을 못마땅해한다. 앞서 다룬 재무적 지속가능성에 대한 논의를 바탕으로 판단컨대 이러한 심려는 타당한 것이다.

도전과제는 이제 두 가지로 갈린다. 첫째, 선별적 보장을 바탕으로 해야 하는 제도, 그리고 전 국민 보장을 바탕으로 해야 하는 제도는 어떻게 결정해야 하는가이다. 둘째, 보장범위에서 배제되는 오류를 수용할 수 있는 수준으로 줄이기 위해 선별적 보장범위를 설정하는 절차는 어떻게 개선할 수 있는가?

첫 번째 도전과제를 다루는 한 가지 방식은 사회보장제도를 각각 경제적, 그리고 사회적 측면의 장단기 수익률에 따라 우선순위를 설정하는 것이다. 최우선순위가 부여된 제도의 경우 전 국민 보장을 바탕으로 해야 하며 우선순위가 낮은 제도의 경우 선별적 보장을 바탕으로 해야 할 것이다. 이러한 기준을 사용하는 경우 신생아에게 지급하는 보조금의 경우는 전 국민 보장이 되어야 한다. 이는 다수의 연구조사에서 미취학 아동을 돌봄으로써 발생하는 사회적 혜택이 높은 것으로 나왔기 때문이다. 이는 곧 태국 정부가 해당 제도를 선별 보장에서 전 국민 보장으로 전환해야 함을 의미한다. 전 국민 보장으로 유지되어야 하는 이 밖의 제도로는 건강보험, 장애보조금 및 무상교육 등이 있다. 한편 사회연금과 같은 제도는 재정비용이 너무나 높고 증가속도가 빠르기 때문에 선별 보장으로 전환되어야 한다.

두 번째 도전과제는 조금 더 간단하지만 개선을 이뤄내는 것은 여전히 어려운 숙제이다. 선별보장정책을 입안하며 방대한 경험을 축적한 선진국 및 개도국으로부터 교훈을 얻을 수 있을 것이다. 모범 사례는 풍부하다. 또한 ‘빅 데이터’와 같은 기술 발전 또한 조금 더 효과적이고 효율적인 선별 보장을 설정할 때 탐구되고 활용되어야 할 것이다.

제 7 장

베트남의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장체계의 구조와 특징

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

제6절 맺으며

7

베트남의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

도이모이(Doi Moi)라 불리는 혁신정책을 30년간 이행하며 베트남은 세계 최빈국에서 하위 중간소득국가로 올라서게 된다.⁴³⁾ 1990년부터 2015년까지 국내총생산의 평균 성장률은 7%였으며 성장에 힘입어 1인당 국내총생산은 1990년 98달러에서 2015년 2,100달러로 증가하였다. 놀라운 경제성장 덕분에 베트남의 빈곤율은 1993년 58.1%에서 2015년 7%로 급감할 수 있었다. 이처럼 놀라운 사회경제적 성과를 달성하면서 베트남의 사회보장제도 또한 크게 성장하게 되었으며 여러 계층에서 빈곤감소, 일자리 창출 및 소득 유지 등의 효과가 관찰되었다. 또한 베트남의 경우 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs) 대부분을 예정보다 앞서 달성하였다(Gaiha and Thapa, 2007).

그렇지만 베트남 경제가 이처럼 인상적으로 성장할 수 있었던 것은 천연 자원, 자본 및 대외 재원의 역할이 컸다(Nguyen and Giang, 2008). 경제 적 구조조정 속도가 예상보다 더디게 관찰되는 인구 계층은 여전히 빈곤한 환경에서 삶을 살아가고 있는 소수민족집단이다. 부분별, 그리고 지역별 불평등이 점점 심화되며 사회적 문제로 대두되고 있다. 이러한 맥락에서 자기보호체계가 취약한 베트남에서 가장 어려운 정책적 사안은 사회보장 제도가 충분히 발전되어 있지 못하다는 점과 부족한 보장범위, 재원 및 기

43) 세계은행은 2009년 국민총소득(GNI) 수치를 바탕으로 저소득국(\$975 이하), 하위중소득국(\$976~\$3,855), 상위중소득국(\$3,856~\$11,905) 및 고소득국(\$11,906 이상)으로 각 국가를 분류하였다. 이에 따라 2009년 이후부터 베트남은 하위중소득국으로 분류되고 있다.

관 등 다수의 문제점을 안고 있다는 것이다. 이처럼 향후 베트남이 경제 및 사회 발전을 거듭하게 된다면 변화하는 경제, 사회 및 환경 상황에서 발생하는 위험의 증가와 지역적, 세계적 통합의 심화를 겪게 될 수 있다.

중간소득국 지위를 갖게 된 베트남은 이제 조금 더 역동적이고 정교화된 경제를 뒷받침해 줄 수 있는 사회보장체계를 구축해야 할 필요가 있으며 이는 보다 적절한 정책을 수립할 때 새롭고 더 힘든 과제에 직면하게 될 것임을 의미한다. 적절한 변화를 도모하지 않는다면 현재의 사회보장 제도로는 새로운 과제를 해결할 수 없게 될 것이며 장기적으로는 경제성장에 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

본 장에서는 베트남 사회보장제도의 발전현황을 개괄적으로 설명하고 빠르게 변화하는 사회 및 경제 상황에서 발생하는 도전과제에 주목하며 제도개혁을 위한 정책을 제언하고자 한다.

본 장의 구성은 다음과 같다. 제2절에서는 주요 지표로 베트남의 사회 및 경제적 배경을 살펴본다. 제3절과 제4절에서는 베트남의 사회보장제도와 관련한 최근의 전개사항 및 도전과제를 특히 기여형 연금제도, 고령자를 위한 현금이전 및 사회건강보험제도 등에 역점을 두어 분석한 결과를 제시한다. 그리고 제5절에서는 주요 사회보장제도와 관련된 정책현안과 정책과제에 대해 언급하기로 하겠다.

제2절 사회경제적 배경

1. 인구

베트남의 평균 인구수를 추정한 결과 2015년의 인구는 9,171만 명이었다. 이는 2014년 대비 98만 4,400명이 늘어나며 1.08% 증가한 것이

다. 도시인구, 농촌인구, 남성인구 및 여성인구는 각각 3,113만 명, 6,058만 명, 4,523만 명 및 4,648만 명이었으며 전체 인구에서 차지하는 비중은 각각 33.94%, 66.06%, 49.32% 및 50.68%이다. 2015년 합계출산율은 여성 1인당 2.10명에 도달하며 인구대체출산율 수준에 머물러 있다. 출생 시점에서의 평균 기대수명은 2014년 및 2015년 각각 73.2세 및 73.3세였다. 2015년 기준으로 남성의 평균 기대수명은 70.7세였으며 여성의 평균수명은 76.1세로 나타났다.

〈표 7-1〉 성별 및 주거지역별 인구평균

(단위: 천 명, %)

연도	합계	성별		주거지역별	
		남성	여성	도시	농촌
2005	82,392	40,522	41,871	22,332	60,060
2006	83,311	40,999	42,312	23,046	60,265
2007	84,219	41,447	42,771	23,746	60,472
2008	85,119	41,956	43,163	24,673	60,446
2009	86,025	42,523	43,502	25,585	60,440
2010	86,947	42,994	43,954	26,516	60,432
2011	87,860	43,447	44,414	27,719	60,141
2012	88,809	43,908	44,901	28,269	60,540
2013	89,760	44,365	45,395	28,875	60,885
2014	90,729	44,758	45,971	30,035	60,694
2015 잠정치	91,713	45,234	46,479	31,132	60,582
평균성장률					
2005	1.17	1.20	1.15	3.38	0.38
2006	1.12	1.18	1.05	3.20	0.34
2007	1.09	1.09	1.08	3.04	0.34
2008	1.07	1.23	0.92	3.90	-0.04
2009	1.06	1.35	0.79	3.69	-0.01
2010	1.07	1.11	1.04	3.64	-0.01
2011	1.05	1.05	1.05	4.54	-0.48
2012	1.08	1.06	1.10	1.98	0.66
2013	1.07	1.04	1.10	2.14	0.57
2014	1.08	0.89	1.27	4.02	-0.31
2015 잠정치	1.08	1.06	1.11	3.65	-0.18

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

조출생률은 16.20%였으며 조사망률은 6.81%였다. 영아사망률은 14.73%로 나타났다. 5세 미만 사망률은 22.12%이다. 도시지역의 인구자연증가율은 농촌지역 대비 시간이 지나며 현저히 낮아졌다.

〈표 7-2〉 조출생률, 조사망률, 주거지역별 인구자연증가율

(단위: %)

	연도	조출생률	조사망률	자연증가율
전 국 기 준	2005	18.6	5.3	13.3
	2006	17.4	5.3	12.1
	2007	16.9	5.3	11.6
	2008	16.7	5.3	11.4
	2009	17.6	6.8	10.8
	2010	17.1	6.8	10.3
	2011	16.6	6.9	9.7
	2012	16.9	7.0	9.9
	2013	17.0	7.1	9.9
	2014	17.2	6.9	10.3
	2015 잠정치	16.2	6.8	9.4
도 시 지 역	2005	15.6	4.2	11.4
	2006	15.3	4.8	10.5
	2007	15.9	4.7	11.2
	2008	15.8	4.8	11.0
	2009	17.3	5.5	11.8
	2010	16.4	5.5	10.9
	2011	15.3	5.8	9.5
	2012	16.0	5.9	10.1
	2013	16.2	6.2	10.0
	2014	16.7	6.0	10.7
	2015 잠정치	15.3	5.8	9.5
농 촌 지 역	2005	19.9	5.8	14.1
	2006	18.2	5.5	12.7
	2007	17.4	5.6	11.8
	2008	17.3	5.5	11.8
	2009	17.8	7.4	10.4
	2010	17.4	7.3	10.1
	2011	17.2	7.4	9.8
	2012	17.4	7.5	9.9
	2013	17.5	7.5	10.0
	2014	17.5	7.2	10.3
	2015 잠정치	16.7	7.3	9.4

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

2. 노동 및 고용

2015년 기준으로 15세 이상 노동인구는 전국적으로 5,398만 명이었으며 이는 2014년 대비 23만 6,200명 늘어난 것이다. 이 중 여성 취업자는 48.4%를 차지하였으며 도시지역 거주 노동인구의 비중은 31.3%였다.

〈표 7-3〉 성별 및 주거지역별 15세 이상 노동인구

(단위: 명)

연도	합계	성별		주거지역별	
		남성	여성	도시	농촌
2005	44,905	23,493	21,411	11,461	33,443
2006	46,239	24,614	21,625	12,266	33,972
2007	47,160	23,946	23,215	12,409	34,751
2008	48,210	24,709	23,501	13,175	35,034
2009	49,322	25,656	23,666	13,272	36,050
2010	50,393	25,897	24,496	14,107	36,286
2011	51,398	26,468	24,930	15,252	36,147
2012	52,348	26,919	25,430	15,886	36,462
2013	53,246	27,371	25,875	16,043	37,203
2014	53,748	27,561	26,187	16,526	37,223
2015 잠정치	53,984	27,844	26,141	16,911	37,073

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

2015년 경제활동을 하는 15세 이상 취업자는 2014년 대비 9만 5,500명이 증가하며 5,284만 명에 도달하였다. 베트남통계청(GSO) 자료(2016)에 따르면 2015년의 15세 이상 취업자 중 졸업장 및 자격증을 보유한 숙련노동자의 비중은 전년의 18.2%보다 높은 19.9%였으며 이 중 도시지역과 농촌지역의 비중은 각각 36.3% 및 12.6%였다.

〈표 7-4〉 성별 및 주거지역별 15세 이상 연간 고용인구수

(단위: 명)

연도	합계	성별		주거지역별	
		남성	여성	도시	농촌
2005	42,775	21,926	20,849	10,689	32,086
2006	43,980	23,340	20,641	11,432	32,548
2007	45,208	22,941	22,267	11,699	33,509
2008	46,461	23,899	22,562	12,499	33,962
2009	47,744	24,801	22,943	12,625	35,119
2010	49,049	25,306	23,743	13,531	35,517
2011	50,352	26,025	24,327	14,733	35,620
2012	51,422	26,499	24,923	15,412	36,010
2013	52,208	26,830	25,378	15,509	36,699
2014	52,745	27,026	25,719	16,009	36,736
2015 잠정치	52,840	27,217	25,623	16,375	36,465

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

2015년 근로연령층 노동인구의 실업률은 2.33%였다. 이 중 도시 및 농촌 지역이 차지하는 비중은 각각 3.37% 및 1.82%이다. 근로연령층 노동인구의 2015년 불완전고용률은 1.89%였으며 도시 및 농촌 지역이 차지하는 비중은 각각 0.84% 및 2.39%이다.

〈표 7-5〉 지역 및 연령대별 노동인구의 실업률 및 불완전고용률, 2015년

(단위: %)

지역	실업률				불완전고용률			
	합계	15-24	25-49	50+	합계	15-24	25-49	50+
전국 기준	2.33	7.03	1.49	0.86	1.89	3.05	1.72	1.46
홍강 삼각주(Red River Delta)	2.42	9.62	1.45	0.77	1.60	3.08	1.44	1.21
북부 본토 및 산맥	1.10	2.95	0.70	0.29	1.53	2.94	1.28	0.73
북부 중앙 및 중부 연안	2.71	8.26	1.67	0.66	2.60	4.12	2.38	1.90
중부 고원	1.03	2.47	0.66	0.47	1.72	3.4	1.39	0.57
동남부	2.74	8.02	1.70	1.67	0.5	0.92	0.42	0.42
메콩 강 삼각주(Mekong River Delta)	2.77	8.19	1.96	1.15	3.05	3.68	2.98	2.82

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

3. 거시경제상황

2015년 국내총생산(GDP)은 2014년 대비 6.68% 증가하였다. 현재 가격으로 환산한 GDP는 4,192조 9,000억 동(VND)이며 이는 1,934억 달러에 상응한다. 2015년 1인당 GDP는 2014년 대비 57달러가 증가한 4,570만 동을 기록하였으며 이는 2,100달러에 상응한다. 베트남통계청(GSO)(2016)에 따르면 농업, 임업 및 어업에서 2.41% 상승하였으며 이는 2014년 3.44%의 상승률을 하회하는 것이며 경제성장률 기여도는 0.4% 포인트에 불과하다. 산업 및 건설 부문에서는 9.64% 상승하였으며 이는 전년도 6.42%의 상승률을 크게 상회하는 것이며 경제성장률 기여도는 3.2% 포인트이다. 서비스의 경우 6.33% 상승하였고 기여도는 2.43% 포인트이다.

〈표 7-6〉 실질 GDP 및 경제성장률, 2010~2015년

(단위: 십억 동, %)

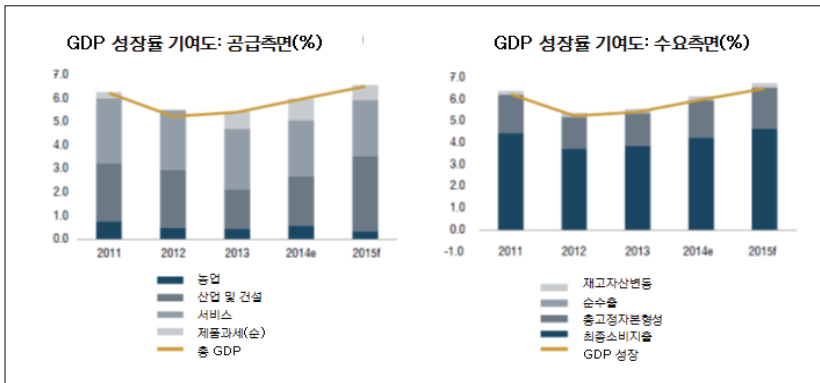
구분	2010	2012	2013	2014	2015 잠정치
실질 GDP(2010년 가격기준)	2,157,828	2,412,778	2,543,596	2,695,796	2,875,856
연간 경제성장률	6.42	5.25	5.42	5.98	6.68

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

경제구조는 더딘 속도이기는 하나 꾸준히 변화하고 있다. 농업, 임업 및 어업이 전체 경제에서 17%를 차지하며, 산업 및 건설 부문이 33.25%, 그리고 서비스 부문이 39.73%를 차지한다. 2015년 총자본형성률은 전년도 대비 9.04% 증가하였으며 총고정자본형성률은 9.35% 증가하였다. 최종소비지출은 9.12% 증가하였고 국가 및 가구 기준으로 각각 6.96% 및 9.33% 증가하였다. 2015년 국민총소득을 국내총생산으로 나눈 값의 비율은 94.87%였으며 재화 및 용역의 수출과 수입을 국내총생산으로 나

눈 값의 비율은 각각 89.78% 및 88.99%였다. 2011년부터 2015년까지 최종소비지출이 경제성장의 주요한 동인이었다. 2014년 베트남의 총세입예산은 877조 7,000억 동이었으며 이는 전년 대비 49조 3,000억 동이 늘어나 6% 증가한 것이다. 이 중 국내 세입은 593조 5,000억 동에 도달하며 지난해 대비 4.6% 증가하였다. 석유 세입은 16.9% 하락하며 100조 1,000억 동을 기록하였고 수출입 균형 세입은 33.7% 증가하며 173조 동을 기록하였으며 보조금은 0.7% 하락하며 11조 1,000억 동에 이르렀다. 국내세입, 석유세입, 수출입 균형 세입 및 보조금이 총세입예산에서 차지하는 비중은 각각 67.6%, 11.4%, 19.7% 및 1.3%이다.

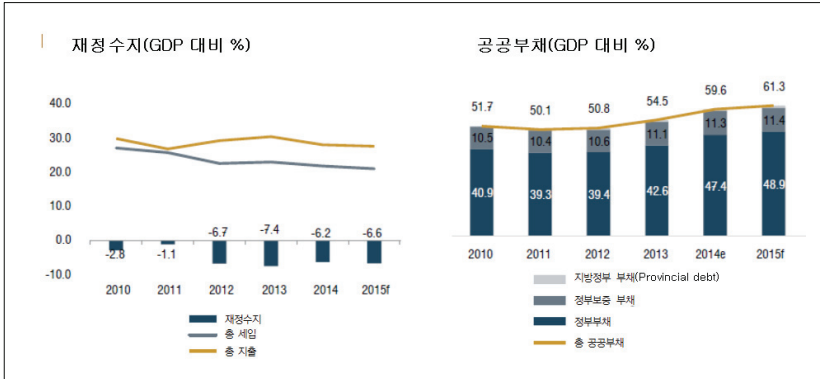
[그림 7-1] GDP 구성요소: 공급 및 수요 측면



자료: 세계은행(World Bank)(2015).

베트남의 2014년 총세출예산은 1,114조 8,000억 동이었으며 전년도 대비 102.4%에 상응하는 세출이다. 이 중에서 발전에 대한 투자 세출은 259조 2,000억 동(총 세출의 23.3% 차지)이었으며 사회 및 경제활동의 발전, 국방 및 안보, 일반 행정 등을 위한 세출은 전년도 대비 2.7% 상승한 723조 3,000억 동(총세출의 64.9% 차지)을 기록하였다. 2014년 베트남 GDP 대비 예산 적자는 5.7%를 기록하였다(2013년은 6.6% 기록).

[그림 7-2] 재정수지 및 공공부채



자료: 세계은행(World Bank)(2015).

4. 소득불평등 및 빈곤

최근 수년간의 지출 및 빈곤 관련 주요 지표는 <표 7-7>에 제시되어 있다. 현재 가격으로 환산한 1인당 월평균 지출은 2014년 전국적으로 188만 8,000동을 기록하였으며(2012년 대비 17.8% 증가) 이 중 도시지역 및 농촌지역의 경우 각각 261만 3,000동(14.2% 증가) 및 155만 7,000동(18.4%)으로 나타났다. 2014년의 1인당 월간 지출은 2012년 대비 전 지역에서 증가세를 기록하였고 중부 고원에서 가장 낮은 성장률(11.9%)이, 그리고 북부 본토 및 산맥 지역에서 가장 높은 성장률(28.7%)이 관찰되었다.

베트남통계청(GSO, 2016)에 따르면 현재 가격으로 환산한 2014년 월평균 1인당 소득은 전국적으로 263만 7,000동을 기록하였다. 도시 및 농촌 지역으로 구분하여 살펴보면 각각 396만 4,000동과 203만 8,000동이다. 2014년 1인당 소득은 2012년 수준 대비 전국적으로 31.9% 증가하였고 도시 및 농촌 지역으로 구분하여 살펴보면 각각 32.6% 및 29.1% 증가하였다. 가장 높은 증가율을 보인 지역은 홍강 삼각주(Red

River Delta) 지역이며(38.9% 증가) 가장 낮은 증가율을 보인 지역은 중부 고원이다(22.2% 증가).

2014년 기준으로 위생적인 물을 이용하는 가구의 비중은 93.0%에 달하였으며 이 중 도시 및 농촌 지역이 차지하는 비중은 각각 98.3% 및 90.6%이다. 화장실을 보유한 가구의 비중은 83.6%였으며 이 중 도시 및 농촌 지역이 차지하는 비중은 각각 95.4% 및 78.1%이다. 전기를 사용하는 가구의 비중은 98.3%였으며 이 중 도시 및 농촌 지역이 차지하는 비중은 각각 99.8% 및 97.6%였다.

〈표 7-7〉 주요 사회지표

지표	2010	2012	2014
소득불평등분포지수(GINI 지수)	0.433	0.424	0.430
현재가격을 환산한 월평균 1인당 지출(1,000동)	1,211	1,603	1,888
위생수를 사용하는 가구 비중(%)	90.5	91.0	93.0
전기를 사용하는 가구 비중(%)	97.2	97.6	98.3

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

소득을 기준으로 살펴본 빈곤율은 2010년 14.2%에서 2014년 8.4%로 하락하였고 2015년에 들어 다시금 7.0%로 떨어졌다. 도시지역의 빈곤율은 2010년 6.9%에서 2015년 2.5%로 하락하였고 농촌지역의 빈곤율은 같은 기간 17.4%에서 9.2%로 떨어졌다. 전반적으로 빈곤율은 하락하고 있는 추세이기는 하나 두 지역에서는 여전히 빈곤율이 높게 유지되고 있다(북부 중부지방 및 산악지대, 중부 고원이 해당된다).

〈표 7-8〉 빈곤가구 비율

(단위: %)

지역	2010	2012	2013	2014	2015
전국 기준	14.2	11.1	9.8	8.4	7
지역별	6.9	4.3	3.7	3	2.5
도시	6.9	4.3	3.7	3	2.5
농촌	17.4	14.1	12.7	10.8	9.2
경제권별					
홍강 삼각주(Red River Delta)	8.3	6	4.9	4	3.2
북부 본토 및 산맥	29.4	23.8	21.9	18.4	16
북부 중앙 및 중부 연안	20.4	16.1	14	11.8	9.8
중부 고원	22.2	17.8	16.2	13.8	11.3
동남부	2.3	1.3	1.1	1	0.7
메콩 강 삼각주(Mekong River Delta)	12.6	10.1	9.2	7.9	6.5

주: 1) 빈곤율은 2010~2015년 정부의 빈곤선에 따라 가구의 1인당 월평균 소득을 바탕으로 산정하며 소비자물가지수(CPI)에 따라 업데이트한 빈곤선은 다음에서 정리한다. 2010년 기준으로 농촌지역 40만 동 및 도시지역 50만 동, 2012년 기준으로 농촌지역 53만 동 및 도시지역 66만 동, 2013년 기준으로 농촌지역 57만 동 및 도시지역 71만 동, 2014년 기준으로 농촌지역 60만 5,000동 및 도시지역 75만 동, 2015년 기준으로 농촌지역 61만 5,000동 및 도시지역 76만 동이다.

2) 2011년 수치 누락.

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

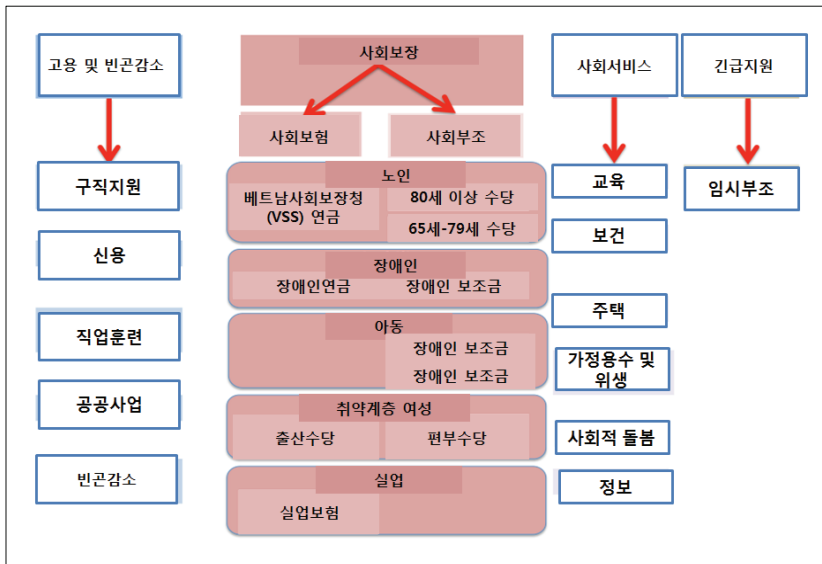
제3절 사회보장체계의 구조와 특징

1. 사회보장체계의 기본구조

각양각색의 프로그램을 추진하는 네 가지의 핵심 제도로 구성된 베트남 사회보장제도(Social Protection System, SPS)의 구조는 [그림 7-3]에 정리되어 있다. 하지만 여기에서는 보장범위를 바탕으로 이 중 세 가

지 제도에 초점을 맞출 것이다. 첫째, 사회보험제도, 특히 베트남사회보장청(Vietnam Social Security, VSS)의 연금 또는 기여형 연금제도를 살펴볼 것이다. 둘째, 사회부조 중에서 노인을 위한 현금이전에 초점을 맞출 것이다. 셋째, 사회건강보험제도에 따라 제공하는 보건의료서비스이다.

[그림 7-3] 베트남의 사회보장제도 구조



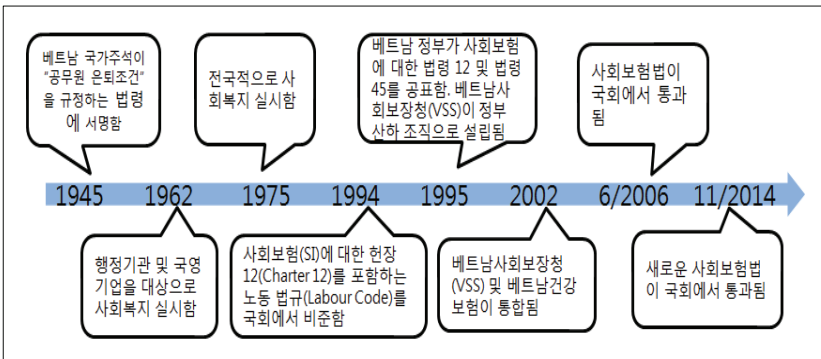
자료: Kidd(2015).

그리고 베트남의 주요 사회보장제도의 주요 내용은 이 보고 말미의 표에 간략하게 정리되어 있다. 표에서는 정책영역별로 핵심 사회보장제도에 대한 기본적인 정보를 제공하고 있다. 1) 제도의 공식명칭은 무엇인지 2) 법률로 제정된 것인지 3) 언제 도입되었고 가장 최근에 개편된 시점은 언제인지 4) 재원은 어떻게 조성되는지 5) 현금급여와 현물급여 중 주로 무엇을 지원하는지 6) 보장범위는 어떠한지를 보여주고 있다.

2. 핵심 사회보장제도의 형성과 특징

연금제도를 포함하는 사회보험(Social Insurance, SI) 제도는 1960년대 초반 이후부터 공식적으로 운영되고 있는 제도이다. 베트남의 사회보험제도와 연금제도의 발전 과정은 주요 전개사항을 중심으로 [그림 7-4]에서 정리한다.

[그림 7-4] 베트남의 사회보험(SI) 및 연금제도의 발전 과정



자료: Nguyen et al.(2016).

1995년 이전에는 사회보험 보장은 정부 부문 종사자만을 대상으로 하고 있었으며 정부의 감독을 받는 여러 공공기관이 관리 업무를 맡았다. 보장 급여는 고용주 부담금 및 정부 보조금을 출자하여 조성한 기금으로 지급하였으며 정부가 기금을 관리하고 보장하였다. 그러나 앞서 언급한 도이모이(Doi moi) (혁신) 프로그램으로 민간 부문이 성장함과 동시에 경제 및 사회적으로 급격한 변화가 나타나면서 정부는 관련 제도를 개혁할 수밖에 없는 상황에 봉착하였다. 이후 이뤄진 개혁을 계기로 베트남사회보장청(VSS)이 설립되며 정부의 보장하에 제도 행정 부문을 담당하게 되었다.

베트남의 사회부조제도는 다음과 같은 과정으로 발전해 왔다. 노인의

소득 불안전성을 해결하는 것이 중대한 사안임을 인지한 베트남 정부는 다른 선진국의 경험에서 교훈을 도출하기 위해 1990년대 말과 2000년대 초에 다수의 연구조사를 실시하였다. 또한 사회보험제도 도입 가능성을 살펴보기 시작하였다. 베트남의 사회연금제도는 선별적인(targeted) 대상을 보장하는 것으로 설계되었다. 이는 베트남노동보훈사회부(MoLISA)가 정의하는 빈곤선을 바탕으로 빈곤층을 파악하고 빈곤선 이하의 가구를 지원하고 있다. 1993년 최초의 빈곤선이 발표된 이후 베트남노동보훈사회부(MoLISA)의 빈곤선은 식량에 대한 수요만을 고려하고 있어 식량 빈곤선이라 불리기도 한다. 이후 빈곤선은 거둬 조정되었고 농촌지역 및 도시지역 사이에서도 차이를 보이고 있다.

베트남 정부가 보건의료 부문에 쏟는 관심은 각별하다. 베트남의 공산당(the Party), 정부 및 보건부(Ministry of Health, MoH)는 보건제도를 강화하고 국민 건강을 증진하기 위한 목적으로 다수의 정책, 지침 및 규제를 공표하고 있다. 여기서는 보건의료서비스에의 접근성을 개선하고 국민 건강을 증진하기 위한 목적으로 추진하고 있는 주된 보건정책의 일부를 간단히 소개하고자 한다.

2001년 베트남 정부는 국민의 보건의료를 위한 국가전략 2001~2010을 승인하였다. 모든 국민이 의료 서비스에 접근할 수 있도록 하여 국민의 건강이 증진되고 수명이 연장되는 것을 목적으로 삼는 국가전략이다. 보건은 베트남이 이행을 공약한 중요한 새천년개발목표(MDGs)의 하나로 설정되어 있기도 하다. 베트남이 이행을 공약한 8개의 새천년개발목표 중 보건과 관련한 목표는 세 가지이며 아동사망률 감소, 산모건강 증진, 그리고 HIV, 말라리아 및 기타 질병 퇴치 등이다.

보건 관련 공공지출은 국가 예산의 중요 항목 중 하나이다. 베트남 국회는 '국민을 위한 보건의료 수준을 개선하여 사회적 이동에 대한 정책 및

법률의 이행을 강력히 추구'하는 것을 골자로 하는 결의안 18/2008/NQ-QH12를 통과시켰다. 본 결의안은 정부의 책무로 '보건의료 관련 연간 예산지출 비중을 확대하여 보건의료지출 증가율이 정부예산의 총지출 증가율보다 높게 유지될 수 있도록 하는 한편 정부의 보건의료예산 중 최소 30%는 예방의학을 위해 적립될 수 있도록 해야 한다'고 규정하고 있다(MOH, 2008).

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

1. 사회보험

사회보험제도는 2007년 최초의 「사회보험법(Social Insurance Law)」이 시행된 이후 진일보하였다. 2014년 새로 개정된 「사회보험법」에 따라 단기 프로그램(질병·출산·산업재해·직업병·실업)과 장기프로그램(퇴직 및 유족 보험(survivorship)) 등을 포함하여 여섯 가지 요소가 사회보험제도를 구성하게 되었다. 또한 사회보험제도상 임의적 사회보험이 마련되어 있어 장기프로그램을 통해 비공식부문 종사자를 보장하고 있다.

2007년부터 2014년까지의 사회보험제도의 보장범위는 <표 7-9>에서 정리한다. 사회보험제도에 참여하는 가입자 수는 증가하고 있는 추세이지만 하나 전체 노동인구 대비 가입자 수로 측정하는 참가율은 2014년 불과 22%로 여전히 낮은 수준에 머물러 있다. <표 7-10>에서 공공 부문 참여자의 비중이 큰 것으로 나타나며 이는 곧 민간 부문에서는 다수가 제도에 참여하고 있지 않음을 의미하는 것이다.

〈표 7-9〉 사회보험 의무가입 및 임의가입 제도 보장범위, 2007~2014년

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
전체 노동인구	47,160	48,210	49,322	50,393	51,398	52,348	53,246	53,748
취업자	45,208	46,461	47,744	49,049	50,352	51,422	52,208	52,745
I. 의무가입제도								
가입자	7,429	8,539	8,901	9,441	10,104	10,432	10,889	11,452
노동인구 대비 비중	15.75	17.71	18.05	18.74	19.66	19.93	20.45	21.31
취업자 대비 비중	16.43	18.38	18.64	19.25	20.07	20.29	20.86	21.71
II. 임의가입제도								
가입자	0	6	41	81	96	134	168	196
노동인구 대비 비중	0	0.01	0.08	0.16	0.19	0.26	0.32	0.37
취업자 대비 비중		0.01	0.09	0.17	0.19	0.26	0.32	0.37
III. 합계								
가입자	7,429	8,546	8,942	9,523	10,201	10,565	11,057	11,648
노동인구 대비 비중	15.75	17.73	18.13	18.90	19.85	20.18	20.77	21.67
취업자 대비 비중	16.43	18.39	18.73	19.41	20.26	20.55	21.18	22.08

자료: 베트남통계청(GSO)(2016) 및 베트남노동보훈사회부(Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs, MoLISA)(2015) 자료를 바탕으로 저자 작성.

(단위: 천 명, %)

〈표 7-10〉 가입자 유형(ownership)별 사회보험제도 보장범위, 2007~2014년

가입자 유형	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(단위: 천 명, %)								
1. 공공 부문								
전체 종사자	4,988	5,059	5,041	5,107	5,251	5,354	5,330	5,474
사회보험 가입자	3,840	4,443	4,552	4,570	4,701	4,766	4,829	4,923
전체 공공 부문 종사자 대비 사회보험 가입자 비중	76.97	87.82	90.32	89.48	89.53	89.03	90.59	89.94
2. 비공공 부문 & 외국 관련								
전체 종사자	40,220	41,402	42,703	43,941	45,101	46,069	46,877	47,271
사회보험 가입자	3,589	4,096	4,349	4,871	5,404	5,665	6,060	6,529
전체 비공공 부문 및 외국 관련 종사자 대비 사회보험가입자 비중(%)	8.92	9.89	10.18	11.09	11.98	12.30	12.93	13.81

자료: 베트남통계청(GSO)(2016) 및 베트남노동보호사회부(Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs, MoLISA)(2015) 자료를 바탕으로 저자 작성.

한편 수급자(beneficiaries) 수는 납부자(contributors) 수보다 더욱 더딘 속도로 증가하고 있다. 결과적으로 납부자-수급자 비율 또는 제도자립도(Scheme support ratio)는 2007~2014년 소폭 상승하였다.

〈표 7-11〉 사회보험제도 자립도(support ratio), 2007~2014년

(단위: 명, %)

연도	납부자 수	수급자 수	제도자립도
2007	7,429,002	1,589,111	4.67
2008	8,545,577	1,660,259	5.15
2009	8,942,363	1,737,169	5.15
2012	10,565,448	1,964,817	5.38
2013	11,057,428	2,036,163	5.43
2014	11,647,784	2,110,428	5.52

자료: 베트남노동보훈사회부(Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs, MoLISA)(2015) 자료를 바탕으로 저자 작성.

다음 표는 2010~2014년의 연간준비금 증가율을 보여준다. 평균적으로 증가율은 25% 이상을 기록하고 있다.

〈표 7-12〉 사회보험 연간준비금 증가율, 2010~2014년

(단위: %)

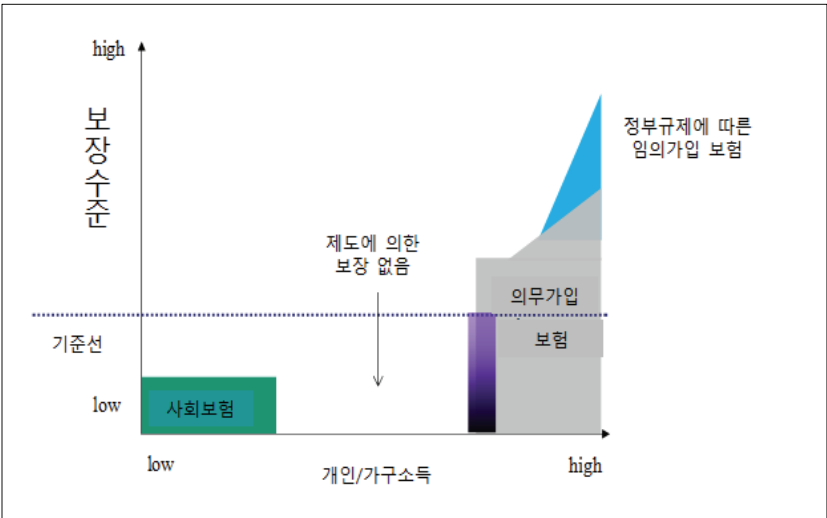
구분	2010	2011	2012	2013	2014
의무가입 사회보험	20.91	21.70	26.94	22.90	24.77
임의가입 사회보험	301.18	78.30	71.05	53.85	42.63
UI(Universal Insurance)	144.82	73.57	49.07	37.16	30.40
합계	25.24	25.21	29.08	24.52	25.52

자료: 베트남노동보훈사회부(Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs, MoLISA)(2015) 자료를 바탕으로 저자 작성.

현재의 기여형 연금제도는 부과방식(Pay-As-You-Go: PAYG)의 재정으로 운영되며 급여액은 분담금 납입 연도 수 및 기존의 분담금을 바탕으로 주어진 산정식에 따라 정해진다. 인구구조 및 경제상의 변화가 예견되어 있는 가운데 행정적 역량까지 감안하는 경우 현 제도의 주요한 도전과제는 제도의 설계 및 이행 역량에 있을 것이다. 그중에서도 아직 제도에 가입하지 않은 ‘사라진 중간계층(missing middle persons)’이 다수라는 점이 풀어야 할 최대의 숙제이다.

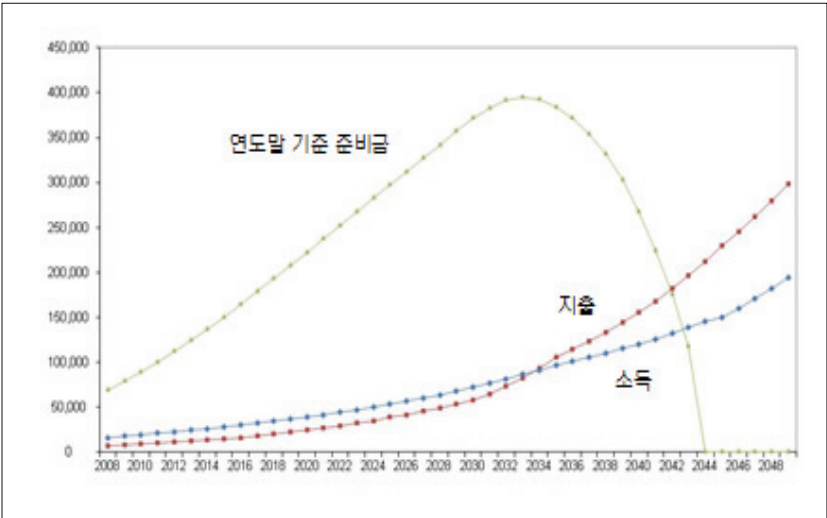
최근 추정치에 따르면 현재 설계된 바대로 제도를 유지하는 경우 연기금은 20년 이내로 고갈될 것이라고 한다. 세출이 세수를 따라잡는 시기는 2033년이 될 것으로 나타나며 이후부터는 준비금으로 제도를 운영하다 이마저도 10년 후에는 고갈될 것으로 예상된다(예를 들면 2043년). 자세한 내용은 [그림 7-6]에서 정리한다. 국제노동기구(ILO) 및 베트남노동보훈사회부(MoLISA)(2015)의 계리적 산정 결과 역시 연기금 고갈을 2034년으로 내다보고 있으며 2049년까지 연기금의 균형을 유지하기 위해서는 총분담률이 지금의 22%에서 48%에 근접한 수준까지 상승해야 하는 것으로 나타났다.

[그림 7-5] 연금제도에서 '사라진 중간계층(missing middle)'



자료: 국제노동기구-유엔인구활동기금(ILO-UNFPA)(2014).

[그림 7-6] 연금금 추정치, 2008~2049년



자료: Giang(2011).

2. 사회부조 - 빈곤층 및 취약계층을 위한 현금이전

베트남의 사회연금제도는 선별적인(targeted) 대상을 보장하는 것으로 설계되었으며 나이, 건강상태 및 빈곤빈도(poverty incidence)가 세 가지의 핵심 선정기준이다. 그리고 소득기준과 관련해서는 베트남노동보훈사회부(MoLISA)가 정의하는 빈곤선에 따라 빈곤층을 파악한다. 빈곤선 이하의 소득을 얻는 가구는 사회부조제도 수급자로 고려되게 된다. 하지만 1993년 빈곤선이 발표된 이래 계속 식량에 대한 수요만을 고려하고 있어 식량빈곤선이라 불리기도 한다. 이 점에서 빈곤 감소는 곧 기아 감소를 의미하기도 한다. 물론 이후 빈곤선은 거듭 조정되었고 농촌지역 및 도시지역 간에 차이를 보이고 있다.

사회연금제도의 보장을 받는 노인은 두 가지 유형으로 분류된다.

□ 유형 1: 기여형 연금 및 사회수당을 수령하지 않는 노인

베트남노동보훈사회부(MoLISA)의 제안에 따라 정부는 2000년 3월 26일 자로 연금조사(pension-tested) 현금이전을 시범적으로 실시하였다. 수급 대상은 90세 이상의 기여형 연금 및 사회수당을 수령하지 않는 노인이었다. 2002년 최초 지급 당시 연금액은 월간 최소 4만 5,000동(약 3달러)이었다. 이후 2004년 최소 월지급금은 6만 5,000동(약 4달러 20센트)으로 상향조정되었다. 지급금 수준은 거주 지방 및 지역별 생활비에 따라 조정되었다. 2007년 4월 13일 자 법령 67/NĐ-CP에 따라 최소 수급연령이 90세에서 85세로 하향 조정되었고 최소 월지급금은 12만 동(약 7달러 50센트)으로 상향조정되었다. 2010년 2월 27일 법령 13/NĐ-CP를 통해 최소 수급연령은 80세로 다시 하향 조정되었고 최소

월지급금 또한 18만 동(약 9달러 50센트)으로 상승하였다. 2013년 10월 21일 법령 136/ND-CP를 통해 최소 월지급금이 다시 한 번 27만 동(약 13달러)으로 상승하였고 수급연령은 80세 이상으로 유지되었다.

〈표 7-13〉 연금조사(pension-tested) 현금이전 프로그램

(단위: 동)

시기	수급연령	월 지급금
2000년 3월 26일	90세 이상	45,000(약 3달러)
2004년	90세 이상	65,000(약 4.2달러)
2007년 4월 13일(법령 67)	85세 이상	120,000(약 7.5달러)
2010년 2월 27일(법령 13)	80세 이상	180,000(약 9.5달러)
2013년 10월 21일(법령 136)	80세 이상	270,000(약 13달러)

자료: 법률문서를 바탕으로 저자가 종합하여 작성.

□ 유형 2: 주로 60세부터 80세 사이의 노인 빈곤가구, 다른 노인 및 병든 배우자와 동거하며 친척의 도움을 전혀 받지 못하는 노인 빈곤가구

〈표 7-14〉 자산소득평가(means-tested) 현금이전 프로그램

(단위: %, 천 동)

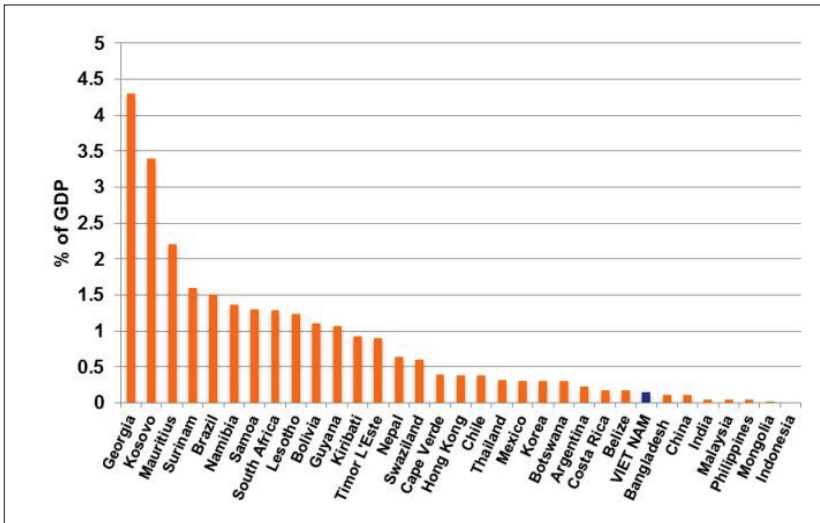
수급자	비율	지급금
친척 또는 타인의 도움을 전혀 받지 못하는 노인 빈곤가구		
- 60-79세	1.5	405 (\$19.5)
- 80세 이상	2.0	540
친척 또는 타인의 도움을 전혀 받지 못하는 노인 빈곤가구 중 공립보호시설을 이용할 수 있으나 지역사회가 돌보고 있는 노인	3.0	810

자료: 법률문서를 바탕으로 저자가 종합하여 작성.

2013년 말을 기준으로 매월 부조를 수령하는 수급자의 수는 260만 명이었으며 노인은 이 중 150만 5,699명을 차지하였다. 노인 수급자 중 60세에서 79세 사이의 수급자는 9만 5,635명이었고(60-79세 노인 인구의 약 1.3% 차지), 80세 이상 수급자는 141만 64명이었다. 80세 이상의 노인 인구 중 은퇴를 하지 않고 다른 사회보험급여를 수령하지 않는 노인의 비중은 78% 정도이다.

이와 같은 연금제도 재원은 세금으로 충당하고 있다. 2014년 기준 이 제도와 관련한 정부 지출총액은 GDP의 0.14%를 차지하였다. 사회연금을 제공하는 다른 국가 대비 베트남의 지출 수준은 세계적으로 가장 낮은 수준에 속한다 할 수 있다.

[그림 7-7] 노인 대상 현금이전 관련 지출



자료: Kidd et al.(2016).

3. 의료보장제도 및 의료보험제도

베트남의 보건의료제도는 발전하고 있다. 베트남공산당중앙집행위원회(Executive Committee of the Central Communist Party)가 2002년 1월 22일 공표한 제6호 지침서(Instruction)에 기재된 바대로 보건의료제도에 따른 기본적인 보건의료라 함은 지역사회 가까이에 위치한 보건의료 시설을 통해 대부분의 국민이 합리적인 비용으로 필수적인 보건의료서비스를 누릴 수 있도록 하는 것이다. 보건의료상의 사회적 형평성, 기아종식 및 빈곤 퇴치, 문화생활, 사회적 안전성 및 사회주의체제 발전에 관한 국민의 신뢰 조성 등과 관련한 정책을 이행함에 이를 근본적인 조건으로 삼아야 할 것이다.

지금까지는 보건의료 풀뿌리 네트워크를 통해 광범위한 보장범위가 확보되어 있다. 대부분의 코뮌(commune)에는 보건소가 위치하고 있으며 100%의 코뮌(commune) 및 방(坊, ward, 베트남의 행정구역)에 보건의료 종사자가 배치되어 있다. 2008년 기준 65.1%의 코뮌(commune)에서 의사가 활동하며 86.8%의 마을에서는 의사 및 보건의료 종사자 또는 직원이 활동하고 있다.

보건부(MoH)는 코뮌(commune) 및 현(縣, district, 베트남의 행정단위) 차원에서 인적자원을 증강하기 위한 노력의 일환으로써 결정문 No. 1816/QD-BYT를 공표하였다. 이는 '의료서비스 품질을 향상할 수 있도록 상급 병원의 보건의료 종사자를 하급병원으로 순환 배치'하는 것을 제안하는 프로젝트를 승인하기 위함이다. 하급병원 의료진은 상급병원에서 임시적으로 인적 및 기술적 지원을 받게 될 것이다. 정부가 공포할 예정인 '의사들의 사회적 책임 및 책무'에 관한 규제 또한 의사로서 의술을 펼치는 기간 동안 일정 시간은 풀뿌리 차원에서 의료활동을 펼쳐야 함을 규

정하고 있다(MOH, 2008).

베트남에서 보건의료서비스를 공급하는 주체는 공공과 민간 부문 모두이다. 공공 부문에서는 정책, 예방, 조사 및 교육에 역점을 두어 보건의료 측면에서 핵심적인 역할을 수행한다. 한편 민간 부문은 지난 10년 동안 지속적인 성장을 이어오고는 있으나 주로 외래진료 환자를 대상으로 하는 서비스를 제공하며 공공 부문 대비 규모 면에서 여전히 훨씬 작다. 베트남의 경우 풀뿌리 보건의료 네트워크를 발전시켜 왔다. 이는 다시 마을 단위, 코뮌/방/시(commune/ward/town) 단위, 그리고 현(district) 단위로 분권화된다. <표 7-15>에서는 보건의료 시설의 수를 유형별로 보여주고 있으며 병상 수와 2010-2015년의 보건의료 종사자 수는 각각 <표 7-16>와 <표 7-17>에 제시하였다.

<표 7-15> 보건의료 시설의 수

(단위: 개)

시설 구분	2010	2012	2013	2014	2015
병원	1,030	1,042	1,069	1,063	1,071
요양원 및 재활병원	44	59	60	61	61
나병 요양소	20	20	20	21	21
조산원	13	12	12	11	11
지역종합병원	622	631	636	635	630
코뮌, 구역, 근무처 및 기업 내 의무실	11,738	11,759	11,765	11,820	11,823
합계	13,467	13,523	13,562	13,611	13,617

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

〈표 7-16〉 병상 수

(단위: 천 병상)

시설 구분	2010	2012	2013	2014	2015
병원	176.6	203.4	208.3	222.0	232.9
요양원 및 재활병원	5.0	7.7	6.3	6.7	6.3
나병 요양소	1.4	1.9	1.3	1.3	1.3
조산원	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2
지역종합병원	7.7	7.8	7.8	8.5	7.6
코윈, 구역, 근무처 및 기업 내 의무실	55.3	54.1	56.8	57.1	57.8
거주민 1만 명당 병상	22.0	24.9	25.0	26.3	27.1
합계	246.3	275.1	280.7	295.8	306.1

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

〈표 7-17〉 보건의료 종사자의 수

(단위: 천 명)

종사자 구분	2010	2012	2013	2014	2015
의사	61.4	65.1	68.6	71.8	73.8
내과의사	52.2	54.6	57.1	58.3	58.4
간호사	82.3	92.2	98.3	102.0	102.7
조산사	26.8	28.0	29.0	29.1	29.1
거주민 1만 명당 의사(명)	7.1	7.3	7.6	7.9	8.0
고학력 약사	5.6	10.3	8.4	9.3	9.6
중학력 약사	17.9	30.3	20.3	21.9	21.9
보조약사	7.2	7.5	1.7	1.8	1.8

자료: 베트남 통계청(General Statistics Office of Vietnam, GSO)(2016).

대부분의 코뮌(commune)에는 보건소가 마련되어 있으나 의료서비스의 질은 상당히 제한적이다. 더 나은 치료를 받기 위해 현(district)립이나 주(province)립 병원에 가야하는 실정이다. 이에 따라 현(district)립병원 및 중앙(central)병원에 사람이 몰리는 문제점이 발생하게 되었다. 게다가 북동부 및 북서부 산악지대에 거주하는 사람들에게는 현(district)립병원 및 주(province)립병원에 다니는 것이 더욱 힘들다. 일부 코뮌(commune)의 경우 현(district)립병원 및 주(province)립병원이 위치

하고 있다. 병원이 없는 코뮌(commune)의 거주민들은 가장 가까운 병원까지 먼 거리를 이동해야 한다. Nguyen (2012)은 2008년 「베트남가 구생활수준조사(VHLSS)」 데이터를 바탕으로 북동, 북서 및 중부 고원의 경우 코뮌 보건소에서 농촌지역에 위치한 가장 가까운 현(district)립병원까지의 평균 거리가 각각 13.3km, 22.5km, 15.6km라고 밝혔다. 주(province)립병원까지의 거리는 더욱 멀었다.

성공을 거둔 보건의료 정책 중에는 건강보험 보장범위 확대 정책이 있다. 베트남의 건강보험제도 초창기였던 1980년대 후반에는 일부 주(province)를 선별하여 일련의 제도를 현지에서 실험적으로 실시하였다. 베트남 사회건강보험의 주요 전개사항은 [그림 7-8]에서 정리한다.

[그림 7-8] 베트남 사회건강보험제도의 발전과정과 주요 내용



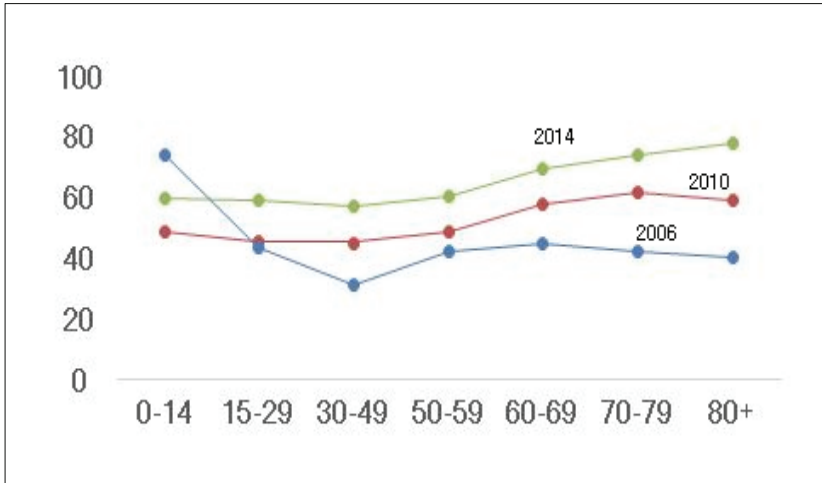
자료: Nguyen, T. D.(2015).

1992년 베트남은 보건의료를 위한 기금을 조성하고 보건 관련 재정위험에 대비하는 메커니즘을 마련하기 위한 노력의 일환으로 국가적 차원에서 의무가입제도를 도입하였다. 건강보험이 베트남의 보건의료 활용에 미친 긍정적인 영향은 몇몇 실증 연구에서도 발견되고 있다. Wagstaff와 Pradhan(2005)은 1993년 및 1998년의 「베트남가구생활수준조사(VHLSS)」를 바탕으로 건강보험의 모든 유형에 미치는 영향을 측정하였고 그 결과 건강보험이 보건의료서비스를 사용하는 확률을 높일 뿐만 아니라 병원 방문 횟수 또한 늘리는 것으로 나타났다. 또한 건강보험은 보건의료 관련 연간 본인부담비용을 줄이는 데 도움을 주는 것으로 나타났다. Sepehri et al.(2004) 역시 동일한 데이터를 사용하여 보건의료 지출에 미치는 건강보험의 영향을 측정하였고 그 결과 건강보험을 통해 본인부담이 36%에서 45% 사이로 줄어든 것으로 나타났다. Jowett et al.(2003)의 경우 1999년 소규모 가구조사 결과를 사용하여 건강보험의 영향을 측정하였고 그 결과 건강보험을 통해 평균 본인부담지출이 약 200% 줄어든 것으로 나타났다. Bales et al.(2007)과 Wagstaff(2007)는 2002년 및 2004년의 「베트남가구생활수준조사(VHLSS)」 데이터를 바탕으로 무상건강보험이 빈곤층에 미치는 영향을 살펴보았다. 그 결과 Wagstaff(2007)는 보건의료 활용에 미치는 건강보험의 긍정적인 영향을 규명하였고, Bales et al.(2007)은 건강보험의 피보험자가 입원하는 경우 치료비용을 절감하는 데 건강보험이 도움이 되었다는 점을 보여주었다.

[그림 7-9]는 2006-2014년 연령별 집단의 참여율을 나타낸 것이다. 아동과 고령 집단의 경우 보장범위가 보편적임을 볼 수 있다. 가장 낮은 참여율이 관찰되고 있는 15세부터 49세까지의 집단은 2020년까지 보편적 보장범위에 도달하는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다.

[그림 7-9] 연령대별 건강보험 보장범위, 2006~2014년

(단위: %)



자료: 2006년, 2010년 및 2014년 실시한 「베트남가구생활수준조사(Vietnam Household Living Standards Survey, VHLSS)」 자료를 바탕으로 저자가 산정한 수치.

여러 가입자 집단의 보건의료비용 부담을 건강보험이 점점 더 덜어주고는 있으나 본인부담은 여전히 심각한 문제이다. 외래환자 방문별 본인 부담 지출은 <표 7-18>(외래환자 방문 기준)에서, 입원환자 본인부담 지출은 <표 7-19>(입원환자 치료 기준)에서 살펴보기로 한다. 본인부담 지출에는 치료비, 의약품, 보너스 지출, 의사 사례금, 여비, 식비, 숙박비 등 보건의료서비스를 받기 위해 병원을 방문하며 발생한 모든 비용을 포함하는 것이다.

〈표 7-18〉 외래환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가액)

(단위: 천 동)

구분	2004				2008			
	보건소 전체	코뮌단위 보건소	병원	개인 병원	보건소 전체	코뮌단위 보건소	병원	개인 병원
베트남 전국	189.1	81.6	362.3	149.9	227.0	70.1	394.5	201.9
연령대								
15세 미만	96.7	47.9	210.0	78.3	107.8	39.9	198.8	104.8
16-60세	220.4	89.7	409.0	166.0	260.3	67.0	409.5	238.3
60세 이상	219.3	118.1	360.1	202.2	278.6	134.0	531.2	198.9
성별								
남성	196.2	78.5	386.5	151.2	241.3	58.5	405.4	209.2
여성	183.6	83.8	344.4	148.8	215.9	78.3	385.6	196.5
민족								
킨(Kinh)과 호아(Hoa)	199.5	89.2	375.1	151.5	239.8	78.0	401.4	201.9
소수민족	95.5	47.2	207.6	118.7	120.9	42.9	281.4	202.4
빈곤								
비빈곤층	209.3	93.1	378.7	158.1	246.6	77.8	412.6	210.5
빈곤층	84.2	49.1	182.0	95.1	89.6	43.7	172.9	110.0

구분	2004				2008			
	보건소 전체	코윈단위 보건소	병원	개인 병원	보건소 전체	코윈단위 보건소	병원	개인 병원
도시화								
도시	249.5	135.6	377.2	176.5	294.5	67.0	378.7	264.0
농촌	164.8	73.1	352.9	137.3	201.1	70.4	403.9	176.5
지역								
홍강 삼각주	217.6	96.5	399.5	181.2	266.2	79.2	383.0	263.5
북동부	200.8	72.2	306.2	340.8	196.6	53.5	340.9	309.7
북서부	148.1	58.5	311.6	204.6	180.3	51.6	344.5	435.7
북부중앙연안	256.3	112.6	470.2	215.4	247.4	69.6	447.8	289.2
남부중앙연안	190.2	60.3	370.7	173.6	232.2	50.7	332.1	232.5
중부 고원	163.9	49.3	276.6	179.0	223.9	38.5	378.6	254.1
동남부	221.9	110.8	386.1	146.3	321.4	200.9	481.5	264.4
메콩 강 삼각주	125.5	63.4	297.6	88.7	147.9	46.7	344.9	95.5

자료: Nguyen, V. C. (2010). 2004년 및 2008년 실시한 「베트남가구생활수준조사(Vietnam Household Living Standards Survey, VHLS)」 자료 사용.

〈표 7-19〉 입원환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가액)

(단위: 천 동)

구분	2004					2008				
	보건소 전체	코원단위 보건소	병원	개인 병원	보건소 전체	코원단위 보건소	병원	개인 병원	개인 병원	개인 병원
베트남 전국	1,909.0	391.3	2,210.8	1,268.6	2,218.0	339.5	2,390.7	5,182.0		
연령대										
15세 미만	1,061.2	360.9	1,220.4	409.3	1,140.8	187.0	1,343.1	2,753.1		
16-60세	2,060.8	407.2	2,419.0	1,262.1	2,427.1	411.1	2,570.3	5,591.8		
60세 이상	2,103.9	360.4	2,348.0	1,773.8	2,494.8	333.7	2,650.0	4,608.4		
성별										
남성	2,136.3	423.8	2,420.9	1,310.2	2,503.7	386.2	2,619.0	6,464.6		
여성	1,723.5	371.6	2,030.5	1,235.8	1,991.8	310.2	2,204.9	3,751.7		
민족										
킨(Kinh)과 호아(Hoa)	2,082.7	447.0	2,367.6	1,358.7	2,415.4	376.7	2,556.6	5,386.3		
소수민족	695.5	205.6	909.2	238.4	1,037.4	249.2	1,262.4	2,149.3		
빈곤										
비빈곤층	2,206.3	479.8	2,468.9	1,453.4	2,470.7	399.3	2,608.4	5,182.0		
빈곤층	438.7	226.4	552.7	296.2	539.4	197.6	666.3			

구분	2004					2008				
	보건소 전체	코윈단위 보건소	병원	개인 병원	보건소 전체	코윈단위 보건소	병원	개인 병원		
도시화										
도시	2,729.5	619.2	2,909.2	1,729.3	2,813.4	304.4	2,854.1	6,055.8		
농촌	1,630.2	365.1	1,939.7	1,104.4	2,020.3	342.5	2,216.2	4,854.9		
지역										
홍강 삼각주	1,945.7	327.0	2,242.4	238.9	2,380.1	338.5	2,613.0	3,074.7		
북동부	1,230.0	206.8	1,535.7	510.5	1,613.1	298.7	1,878.1	2,854.7		
북서부	1,143.6	297.4	1,539.4	265.1	1,119.9	356.0	1,185.8	4,399.0		
북부중앙연안	1,321.4	282.6	1,583.2	1,470.2	2,259.4	367.0	2,303.8	9,440.9		
남부중앙연안	1,655.7	362.6	1,748.5	2,700.0	1,599.1	260.3	1,692.1	2,853.7		
중부 고원	1,336.1	968.7	1,442.4	727.0	2,320.6	317.4	2,328.6	5,358.2		
동남부	3,231.3	641.3	3,487.8	2,003.5	3,521.7	841.8	3,405.8	7,300.5		
메콩 강 삼각주	2,215.0	576.0	2,615.4	866.7	2,050.0	311.4	2,409.4	1,153.6		

자료: Nguyen, V. C. (2010). 2004년 및 2008년 실시한 「베트남가구생활수준조사(Vietnam Household Living Standards Survey, VHLSS)」 자료 사용.

외래환자 방문의 경우 빈곤층, 농촌지역 거주민, 소수민족 및 산악지대 거주민 등이 지출한 외래방문별 본인부담금이 비빈곤층, 도시민, 낀/호아 민족 및 부유지역 거주민 등이 지출한 것보다 전반적으로 훨씬 더 낮다. 이는 세 가지 이유로 설명할 수 있다. 우선 빈곤층 및 소수민족의 경우 건강보험에 가입되어 있을 개연성이 더 크다는 점에서 건강보험을 통해 본인부담금이 감소했을 수 있다. 다음으로 빈곤층 및 소수민족이 주로 거주하는 농촌 및 외딴 지역에서 제공되는 보건의료서비스는 도시 및 부유 지역에서 제공되는 보건의료서비스보다 품질이나 비용이 더 낮을 개연성이 있다. 마지막으로 예산이 제한되어 있는 빈곤층의 경우 보건의료서비스를 덜 소비하는 경향이 있을 수 있다.

〈표 7-20〉에서 입원환자 방문별 본인부담 평균지출액이 도시민, 빈곤층, 낀과 호아 민족, 삼각주 거주민 및 부유층의 경우 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 빈곤층 대비 비빈곤층, 그리고 낀/호아 민족 대비 소수민족에서 입원환자 방문별 본인부담 지출액 격차가 더 벌어지는 것으로 관찰된다. 2008년 기준으로 입원환자 방문별 본인부담 지출액은 빈곤층 및 비빈곤층의 경우 각각 53만 9,400동 및 247만 700동이였다. 낀/호아 민족 및 소수민족이 입원하는 경우 지출한 의료비용은 각각 241만 5,400동 및 103만 7,400동이였다.

〈표 7-21〉에서는 1인당 의료비를 정리한다. 지출금에는 의료서비스 이용요금뿐만 아니라 자가 치료 및 비처방의약품 비용, 건강보험료 및 건강 관련 기타 납입금 모두를 포함하는 것이다. 1인당 의료비는 2004년 50만 4,000동에서 2008년 60만 4,000동으로 전국적으로 증가하였다. 의료비가 전체에서 차지하는 비중은 2004년 및 2008년 각각 6.5%와 6.8%이다.

〈표 7-20〉 입원환자 방문별 본인부담 평균지출액(2008년 1월 기준가격)

(단위: 천 동, %)

구분	2004			2008		
	보건 의료비	생활비 대비 보건의료비 비중	보건의료비 비중이 20% 이상인 가구 비중	보건 의료비	생활비 대비 보건의료비 비중	보건의료비 비중이 20% 이상인 가구 비중
베트남 전국	503.8	6.5	7.5	603.5	6.8	8.1
민족						
킨(Kinh)과 호아(Hoa)	540.1	6.7	7.9	650.8	7.1	8.6
소수민족	194.7	4.4	4.3	225.7	4.7	4.1
빈곤						
비빈곤층	582.3	6.8	8.3	668.0	7.0	8.6
빈곤층	121.9	5.1	3.9	144.5	5.4	4.2
도시화						
도시	760.9	5.9	5.9	866.1	6.5	7.2
농촌	411.0	6.7	8.1	501.4	6.9	8.5
지역						
홍강 삼각주	462.6	6.3	7.5	588.1	6.7	7.9
북동부	271.8	4.5	5.0	424.0	5.8	7.1
북서부	298.7	5.2	5.0	350.5	5.4	6.3
북부중앙연안	374.3	6.7	7.6	462.7	6.8	8.5
남부중앙연안	469.7	6.5	6.6	504.0	6.5	6.9
중부고원	419.1	7.2	9.0	606.9	6.9	7.8
동남부	881.6	6.7	7.4	891.9	7.1	8.3
메콩 강 삼각주	534.7	7.6	9.3	653.9	7.5	9.2

자료: Nguyen, V. C.(2010). 2004년 및 2008년 실시한 「베트남가구생활수준조사(Vietnam Household Living Standards Survey, VHLSS)」 자료 사용.

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

1. 공적연금제도의 지속가능성 문제

예상되는 예산 고갈에 대처하기 위해 2014년 개정을 계기로 일부 개혁이 이뤄졌다. 주로 대체율을 바탕으로 급여수준을 조절하고 수령연금 산정에 사용하는 기본임금을 조정하는 것에 역점을 두었다.

〈표 7-21〉 대체율 조정

구법	신법(2013년부터 발효)
• 분담기간 최초 15년은 45% 적용 • 이후 추가 연도에 따라 추가 환급률(reimbursement rate)은 남성의 경우 2%, 여성의 경우 3% 적용 • 조기퇴직 이후 매년 환급률에서 1%씩 감함	• 분담기간 최초 20년은 45% 적용 • 이후 추가 연도에 따라 추가 환급률은 2% 적용 • 조기퇴직 이후 매년 환급률에서 2%씩 감함

자료: 2014년 「사회보험법」을 바탕으로 저자가 종합한 내용.

〈표 7-22〉 연기금산정에 사용하는 기본연도 조정

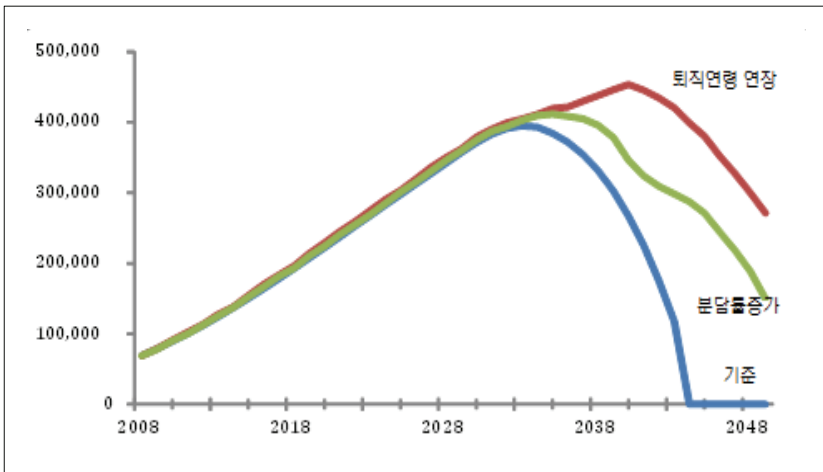
사회보험제도 분담개시일시	월평균임금 산정에 사용하는 최종연도
1995년 1월 1일 이전	5년
1995년 1월 1일부터 2000년 12월 31일까지	6년
2001년 1월 1일부터 2006년 12월 31일까지	8년
2007년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지	10년
2016년 1월 1일부터 2019년 12월 31일까지	15년
2020년 1월 1일부터 2024년 12월 31일까지	20년
2025년 1월 1일부터	전체분담기간

자료: 2014년 「사회보험법」을 바탕으로 저자가 종합한 내용.

개혁에 합당한 연금제도의 유형은 다양하다. 그렇지만 향후 재정적 어려움과 세대 간 불공평을 방지하기 위해서는 현재의 부과방식(PAYG)인 확정급여형(DB) 제도에서 적립방식(funded-type) 제도로 전환하는 것을 제안하는 바이다. 부분적 또는 완전한 전환 여부는 베트남의 특수한 인구구조 및 사회경제 상황에 따라 결정하는 것이다(Giang, 2012). 기대수명이 늘어남에 따라 남성과 여성 모두에서 퇴직연령을 연장하고 분담률 또한 인상한다면 연기금 균형을 유지하는 데 도움이 될 것이다.

[그림 7-10] 노인에게 지급하는 현금이전 관련 지출

(단위: 10억 동)



자료: Giang(2012).

2. 노인빈곤 문제 해결을 위한 도전

유엔경제사회국(UN-DESA)(2007)에 따르면 종합적이고 공식적인 연금제도 및 공적이전제도를 보유한 국가에 거주하는 노인의 경우 다른 연령집단에 비해 빈곤에 빠질 확률이 낮다고 한다. 공식적인 소득보장제도

가 없는 경우 노인들은 급격히 변환하는 사회 및 경제에 적응할 수 없어 쉽게 빈곤 위험에 노출되게 된다. 또한 공식적인 사회보장제도의 제한적인 보장범위로 노인들에게 소득보장을 제공하는 데 큰 어려움이 대두된다. 이는 현재 베트남이 직면하고 있는 어려움이기도 하다.

첫 번째 도전과제는 사회보장제도의 재정적 지속가능성을 확보하는 일이다. 재정역량이 제한적이며 하위 중소득국가로 분류되는 베트남의 경우 반드시 보장 대상을 엄밀히 선별하여 적어도 가장 취약한 계층이 보장 범위에 포함될 수 있도록 해야 한다. 미시적 시뮬레이션을 실시한 결과 노인 전체를 보장 대상으로 삼는 것이 베트남의 경우 실행가능한 것으로 나타났다.

〈표 7-23〉 자산소득평가(means-tested) 현금이전 프로그램

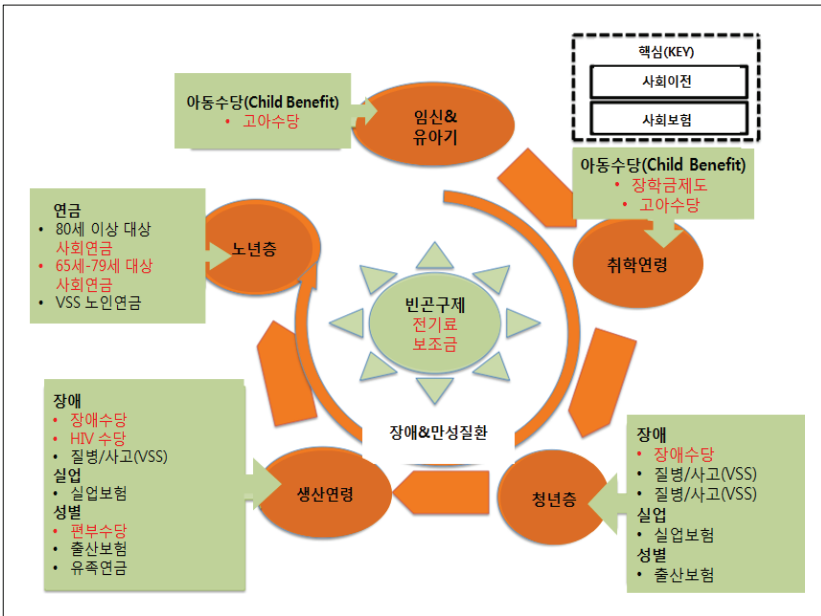
(단위: %)

연도	2009	2019	2029	2039	2049
전체 노인 대상 보장급여 제공(60세 이상)					
수급적격인구(전체 인구 대비 비중)	8.7	11.4	16.7	21.4	26.1
급여액(1인당 GDP 대비 비중)	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
재정비용(GDP 대비 비중)	1.49	1.96	2.87	3.68	4.48
65세 이상 노인 대상 보장급여 제공					
수급적격인구(전체 인구 대비 비중)	6.4	7.1	11.4	15.6	19.1
급여액(1인당 GDP 대비 비중)	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
재정비용(GDP 대비 비중)	1.10	1.22	1.96	2.68	3.28
70세 이상 노인 대상 보장급여 제공					
수급적격인구(전체 인구 대비 비중)	4.6	4.3	6.8	10.4	12.9
급여액(1인당 GDP 대비 비중)	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
재정비용(GDP 대비 비중)	0.79	0.74	1.17	1.78	2.22
75세 이상 노인 대상 보장급여 제공					
수급적격인구(전체 인구 대비 비중)	3.0	2.6	3.5	6.1	8.0
급여액(1인당 GDP 대비 비중)	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
재정비용(GDP 대비 비중)	0.52	0.47	0.60	1.04	1.37

자료: 국제노동기구-유엔인구활동기금(ILO-UNFPA)(2014).

두 번째 도전과제는 수급자에 대한 정확한 확인이다. 모든 수급자가 빈곤하고 취약할 수는 있으나 빈곤하고 취약한 정도가 각기 다르므로 보장급여의 수준 또한 달라져야 한다. 여기에서는 ‘평등화(equalization)’는 효과가 없다. 대신 ‘생애주기(life cycle)’ 방식이 오히려 인생의 여러 단계에서 발생하는 다양한 리스크를 파악하는 데 적합할 것이며 이로써 정책 및 프로그램 또한 이러한 리스크에 맞춰 조정될 수 있을 것이다.

[그림 7-11] 노인 수급자 파악을 위한 생애주기형 리스크 접근방식



자료: Kidd et al.(2016).

세 번째 도전과제는 보장범위를 확대하는 것이다. 가난하지 않은 다수의 노인의 경우 빈곤선에 위태롭게 근접하고 있어 아주 작은 충격에도 쉽게 빈곤에 빠질 수 있음을 의미한다. 사회연금제도의 보장범위를 확대하여 자연재해가 흔히 발생하는 농촌 및 연안 지역에 거주하는 빈곤노인들

을 포함하게 된다면 이러한 노인들의 취약성을 감소시킬 것이다.

네 번째 도전과제는 급여전달체계를 개선하는 것이다. 행정 및 서비스 제공 기능을 분리함으로써 코뮌(commune)의 담당 직원들이 직면한 과도한 업무량을 줄여주는 것은 물론 권력의 남용 및 부패가 방지될 것이다. 또한 우편, 은행 및 정보기술 서비스 등 지역 사회 전반적으로 서비스 전달체계가 발전하는 데 도움이 될 것이다. 보장범위가 예상대로 확대되는 경우 수급자별 평균운영비용이 줄어든 것이다(Kidd et al., 2016).

다섯 번째 도전과제는 제도를 이행할 수 있는 능력을 갖춘 인적자원을 보강하는 것이다. 사회연금제도를 담당하는 직원은 보통 다양한 일을 동시에 처리해야 하므로 업무량이 과도하게 많아진다. 전문인력의 부족, 특히 코뮌(commune) 차원의 이러한 인재 부족은 제도운영의 비효율성으로 이어진다(Evans et al., 2012).

마지막 도전과제는 제도를 대상으로 하는 모니터링 및 평가(Monitoring & Evaluation, M&E) 체계를 강화하는 것이다. 데이터를 제대로 보고하지 않는 경우 사회연금프로그램의 효율성 및 효과성을 적절히 평가하는 것이 어려워진다. 개선된 모니터링 및 평가 체계는 반드시 인적자원 보강과 병행하여 추진되어야 한다(Giang et al., 2011).

3. 베트남 의료보장제도의 정책과제

모든 국민을 대상으로 보편적 보장범위를 추구하는 베트남의 건강보험 제도를 유지하기 위한 핵심 사안은 효율성(재정적 지속가능성), 효과성(서비스에의 접근성 및 서비스 수준), 그리고 형평성(보건의료 현황, 공정한 재정 및 위험대비 보호) 등 세 가지이다.

첫째, 재정적 지속가능성은 비용을 단속하면서 보건의료를 뒷받침하는

충분한 자원을 마련하는 장기적 능력 및 잠재력을 보유하고 있는지를 의미한다. 현재의 제도는 상당한 재정적 어려움에 직면하고 있는 상태이다. 이에 대처하기 위한 방안은 여러 가지가 있을 수 있으며 추가적인 정부 보조금, 환급가능 서비스 축소 및 제공자(provider) 지급 메커니즘상의 변화 등도 방안에 포함된다. 그러나 환자가 이미 짊어지고 있는 재정적 부담과 최근 3%에서 4.5%로 분담률이 상향 조정(법령 62에 따라 2010년 1월 1일 자로 발효)된 것을 감안한다면 환급가능 서비스를 축소하는 것은 배제해야 한다.

둘째, 재정적 지속가능성을 달성하기 위해 정책입안가들은 제공자를 독려하여 위험과 보상을 분담하는 지급 메커니즘과 서비스의 불충분한 활용도를 관리하는 모니터링 메커니즘 등을 도입하는 방식으로 공급자 유인비용(supplier-induced costs)을 줄여 나가야 한다. 이용자(consumer) 유인비용을 줄여나가는 것 또한 이에 못지않게 중요하다. 이를 위해 정책입안가들은 면책금(deductibles) 및 가입자부담금(co-payment) 등으로 이용자 비용부담 환경을 마련해야 한다. 하지만 충분한 재정적 보호와 서비스에의 무제한적 접근성은 여전히 보장되어야 한다.

셋째, 보건의료서비스의 전달을 개선해야 한다. 효과적인 보건의료제도는 필요한 일련의 서비스를 적기에 이용할 수 있게 한다. 그뿐만이 아니라 효과적이고 안전한 보살핌으로 건강이 증진되고 지속적인 돌봄과 존중을 가능하게 한다. 베트남이 양질의 의료서비스에 대한 접근성을 높이려면 우선 이용가능한 보건의료서비스를 늘려야 한다. 이를 위해서는 (1) 베트남 전 지역 및 주(province)를 대상으로 의사, 간호사 및 병원인수를 늘리고 (2) 모든 개인병원 공급자가 사회건강보험제도에 가입하도록 해야 한다. 그렇게 되면 환자들은 개인병원이나 공립병원에 관계없이

보건의료서비스를 선택하여 이용할 수 있게 된다. 또한 적절한 처방지침, 치료완료율, 재입원율, 불필요한 입원율, 후속방문을 등을 살펴 진료수준을 모니터링하는 것이 시급하다.

넷째, 빈곤층과 취약계층을 조력할 수 있도록 자원동원 및 할당 부분에서 개선을 추구하여 형평성을 증진해야 한다. 형평성을 달성하기 위해서는 민간의료보험을 널리 장려하지 않도록 한다. 대신 민간의료보험은 의무가입 건강보험제도의 보완적 기능을 담당하며 전 국민 보장을 구현하는 데 도움을 줄 수 있다.

앞서 언급한 초기 정책방향에 덧붙여 정책입안자들이 관심을 기울여야 하는 사항을 다음과 같이 정리하고자 한다. (1) 모두를 대상으로 보험가입을 의무화하고 집단가입을 권장하며 저위험군의 개인을 대상으로 보험가입을 유도하는 인센티브를 마련하여 역선택은 최소화하고 위험분산(risk pooling)은 확대토록 한다. (2) 위험분산(risk pooling) 확대에 덧붙여 위험선택을 최소화한다. (3) 최소한의, 그러나 충분한 자본 및 적립금 요건을 마련하여 재정적 안전성을 확보한다. (4) 전 국민을 대상으로 하는 보편적 일괄보험과 수요에 따른 특수한 일괄보험을 정의하여 일괄보험(insurance package)으로 충분한 재정적 보호가 이루어질 수 있도록 한다.

제6절 맺으며

이 장에서는 베트남의 사회보장제도와 관련한 도전과제는 물론 발전경로 및 현황을 살펴보았다. 특히 사회보험제도(주로 기여형 연금제도), 사회보장제도(주로 비기여형 제도/사회연금제도) 및 건강보험제도에 역점

을 두어 논의하였다. 여러 사회 경제적 성과와 더불어 베트남은 모든 국민에게 제공되는 사회보장 혜택에 많은 관심을 기울이며 이는 경제적으로 발전한 다른 국가들과 비교할 만한 수준의 주요 사회지표의 결과로 보인다. 그러나 급변하는 인구구조, 보건 및 경제상의 변화에 맞춰 사회보장제도가 제대로 조정되지 못하고 있음이 분석에서 시사되었다. 앞서 언급한 중요 사회보장제도에 참여하고 접근하는 인구집단 간의 격차 또한 크게 존재하였다. 결국 이 모든 사안으로 포괄적인 개혁이 요구되는 것으로 보인다.

제 8 장

한국의 사회보장체계

제1절 들어가며

제2절 사회경제적 배경

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

제4절 주요 사회보장제도의 실태와 진단

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

제6절 맺으며

8

한국의 사회보장체계 <<

제1절 들어가며

한국 사회에서 사회보장제도가 본격적으로 확장된 것은 1990년대 이후의 일이다. 더 구체적으로는 1997년 아시아 경제위기 이후부터라고 말할 수 있을 것이다. 그 이전까지 한국의 권위주의 정부들은 경제성장을 중시하는 발전전략을 채택해 왔고 이 과정에서 절대빈곤 문제를 해결했다는 성취감에 도취되어 있었다. 하지만 이는 역으로 사회보장제도를 정비하는 문제를 게을리하게 하는 결과를 초래하였다. 그리고 1987년 민주화를 통해 사회보장제도를 대대적으로 정비하기 시작했지만 전 국민을 대상으로 하는 사회보장체계의 정비로 발전하지는 못했다. 결국 전 국민을 대상으로 하는 사회보장체계라는 외형의 완성은 1990년대 후반에 이르러서야 빛을 보게 되었다.

이는 한국 사회가 고도성장의 시대를 지나 기나긴 저성장을 경험하게 되었으며 지금까지 경험하지 못했던 사회문제에 봉착하게 되었음을 알리는 것이다. 실제로 한국 사회는 1990년대 후반부터 노동시장의 구조적 변화, 저출산 및 인구고령화의 충격, 그리고 소득격차 확대와 빈곤층 증가 등의 문제에 봉착하게 되었다. 이제 과거로 돌아가 고도성장을 이룰 수 있을 것이라는 기대는 희미해지고 재분배를 강화하는 것이 불가피한 선택이라는 생각이 사회를 지배하기 시작했다. 이 시점 이후 한국 사회의 복지정치는 적어도 외형적으로는 보편복지와 선별복지 중 어느 것을 택할 것인가를 두고 보수와 진보 진영의 대립으로 나타나게 되었다.

분명한 것은 한국은 1990년 이후 매우 빠른 속도로 복지 확장을 계속 해 왔다는 점이다. OECD의 사회지출 데이터(SOCX)에 따르면 한국은 2000년대 이후 OECD 국가 중 가장 사회지출 증가속도가 빠른국가였다. 하지만 한국 사회가 직면한 다양한 사회문제는 좀처럼 해결되지 않고 있다. 노동시장에서 발생한 저임금과 고용불안 문제는 계속 심화되어 청년층의 고용불안과 저임금을 심화시키고 있으며 저출산 문제 또한 크게 개선되지 않고 있다. 더욱이 OECD 최고 수준의 노인빈곤율은 기존의 사회보장체계와 발전전략의 효과성에 대한 의문을 제기하게 한다.

문제는 다가오는 다양한 위험이다. 이미 시작된 저출산인구고령화의 충격, 확대된 임금격차와 고용불안, 사회결속을 저해하는 수준의 소득격차, 일·가정 양립을 요구받지만 이를 감당하기 힘든 청년층의 삶은 지금 동시다발적으로 가시화되고 있다. 지금 한국 사회의 매우큰 고민 중 하나는 우리에게 동시다발적으로 제기되는 다양한 복지수요를 충족시킬 역량은 있는지, 어떠한 재원조달방식과 제도 구축 그리고 자원배분 방식이 적정하고 실현가능한 것인지 아는 일이다.

이 글에서는 지난 이십 년간 한국의 사회보장제도에 영향을 미쳤던 경제사회적 환경, 사회보장체계의 형성과 변화, 그리고 이를 구성하는 주요 사회보장제도의 실태와 문제점 등을 살펴볼 것이다. 그리고 지난 수년간 제기되었던 주요 사회보장정책 영역의 현안과 쟁점에 대해서도 살펴볼 것이다. 한 가지 언급하려는 것은 이 글이 아시아 주요국의 사회보장체계 비교연구를 위한 연구의 일환으로 진행되었다는 점이다. 따라서 다른 국가들과의 비교를 위해 다소 정형화된 체계를 갖추고 있으며 제한된 지면에 다양한 내용을 포괄하는 방식을 취하게 되었음을 밝혀 둔다.

제2절 사회경제적 배경

한국의 사회보장제도를 이해하기 위해서는 경제와 사회 시스템이 얼마나 급격하게 변화하였는지 설명할 필요가 있다. 물론 동아시아국가 대부분이 유사한 형태의 노동시장 변화와 사회구조 변화, 그리고 사회보장제도의 변화를 경험하였다. 하지만 한국 사회는 변화의 정도가 매우 컸다고 할 수 있을 것이다.

1. 탈산업화 그리고 저성장

탈산업화가 한 나라의 고용과 소득분배구조에 미치는 영향, 더 나아가 조세와 사회보장제도에 미치는 영향에 대해서는 많은 학자가 깊이 있는 연구결과를 발표해 왔다. 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen)이나 이버슨(T. Iversen) 등은 이 주제에 대해 많은 시사점이 있는 연구결과를 남겼다. 그중 이버슨이 언급했던 삼자택일의 딜레마(Trilemma)는 많은 시사점을 주었다. 현대국가들은 거의 예외 없이 탈산업화의 충격에 노출되어 있으며 이 문제를 해결하는 과정에서 ‘일자리와 소득분배구조 그리고 공공재정’이라는 세 가지 영역에서 모두 만족할 만한 성과를 거두기 힘들다는 것이다(Iversen & Wren, 1998, pp.507-546).

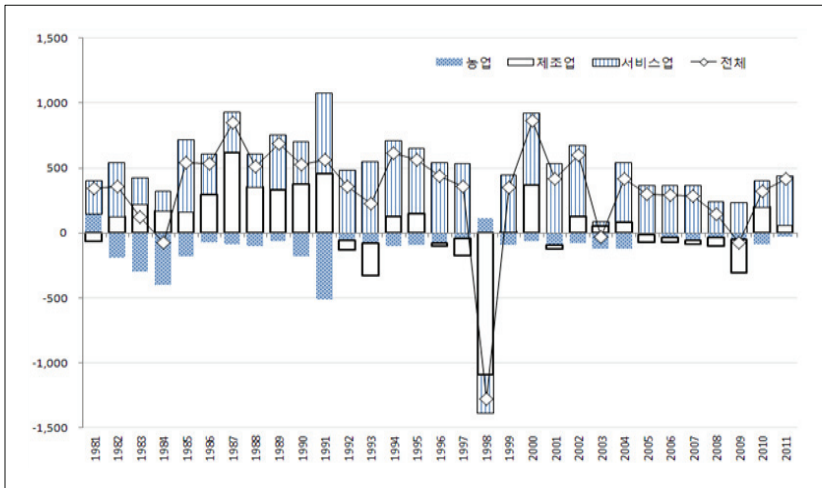
사실 한국 사회는 탈산업화가 진행되면서 이 모든 문제가 엄청난 속도로 후폭풍을 일으킨 경우라고 말할 수 있다. 그리고 그 속도는 주위의 다른 아시아 국가들보다 빨랐고 그에 따른 대가도 적지 않았다. 문제는 한국의 탈산업화 속도이다. 1991~2011년 제조업 부문 노동자가 전체 노동자에서 차지하는 비중은 빠르게 감소했고 감소 폭은 일본이나 대만의 속도보다 빠른 것이었다. 실제로 한국과 일본 그리고 대만의 탈산업화와

소득분배구조 악화에 대한 비교분석 결과 한국의 빠른 탈산업화가 소득 분배구조 악화에 매우 영향을 미친 것으로 나타났다(노대명 등, 2008, pp.89-91).

아래 그림은 1981년부터 한국 사회의 산업구조가 어떻게 변화하고 있는지 업종별 취업자 규모 변화로 보여주고 있다. 엄밀한 의미에서 탈산업화는 외환위기 이전부터 시작되었음을 말해준다.

[그림 8-1] 업종별 취업자 규모의 변화(1981~2011년)

(단위: 명)



자료: OECD.stat; 노대명(2012)에서 재인용.

탈산업화가 한 사회에 미치는 충격을 다양한 관점에서 생각해 볼 수 있다. 그중 가장 대표적인 변화는 여성 저임금 일자리의 확산이다. 다양한 형태의 서비스업종에서 일자리가 늘어났지만 한국 사회는 상대적으로 노동생산성이 낮은 서비스업종을 중심으로 일자리가 증가하였으며 그중 상당수는 여성들로 채워졌다. 사회서비스가 그러했으며 음식점이나 판매업종의 일자리가 그러했다. 이는 취업자의 전체 규모는 크게 감소하지 않았

지만 저임금 일자리의 비중이 증가하여 소득분배구조가 악화되는 결과를 초래하였음을 의미하는 것이다(강혜규, 2010, pp.6-21; 장지연 등, 2015).

2. 걱정된 일자리의 감소와 불안의 확산

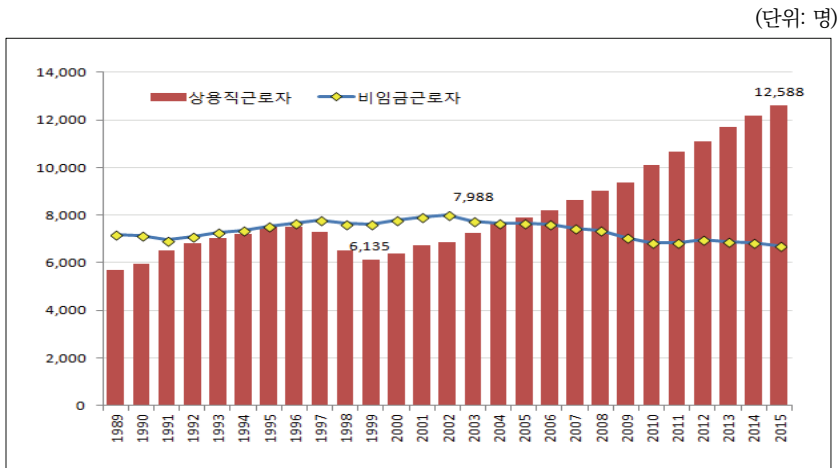
고용문제와 관련해 노동자 또는 시민들의 인식 변화를 생각해 볼 필요가 있다. 과거 한국 사회에서 직장이란 주로 평생직장을 의미했으며 이러한 인식은 고용문제와 관련된 지난 개혁과정에도 적지 않은 영향을 미쳤다. 하지만 이러한 인식은 1997년 경제위기 이후 극적으로 변화되었다. 당시 제조업 부문의 수많은 노동자가 일자리를 잃었고 더 이상 직장이 나의 생계를 평생 책임지지 못한다는 인식이 확산되게 되었다. 그렇다고 전체 노동시장이 모두 유연화된 것은 아니다. 사실 그러한 유연화는 가능하지도, 바람직해 보이지도 않는 것이었다.

실제로 노동시장에서 나타난 결과는 노동시장의 이중구조였다. 노동시장의 안전한 트랙에 진입한 정규직 노동자와 불안정한 계약에 매여 있는 비정규직 노동자가 그것이다. 구직자들은 보다 안정된 일자리를 제공하는 기업으로 몰려들었고 그 기업들은 대기업이나 공기업 또는 공무원이었다. 물론 정규직 노동자란 상용직 노동자와 다른 개념이다. 계약기간이 1년 이상이거나 계속 재계약을 반복하는 노동자들이 포함되어 있는 것이다. 이 점에서 사회에서 말하는 통념적인 정규직 노동자의 규모는 이처럼 가파르게 증가했다고 말하기 힘들다.

그리고 한국 노동시장의 또 다른 특징 중 하나는 자영업자의 비중이 높다는 점이다. 물론 그 비중은 빠르게 감소하여 1990년 전체 취업자의 28%에 이르던 자영업자가 2015년에는 21.4%까지 줄어들었다. 하지만 21.4%

는 OECD 국가들에 비해 매우 높은 수치이다. 그리고 1997년 경제위기는 임금노동자의 대량실직을 유발하는 동시에 실직자의 자영업자로의 진입을 촉진하는 역할을 했다. 이는 한국의 자영업자 중 상당수는 노동시장에서 취업할 수 있는 일자리의 감소와 무관하지 않다는 것을 의미한다.

[그림 8-2] 고용구조의 양적 변화



자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, 각 연도 원자료.

이처럼 정규직과 비정규직이 중요해진 것은 종사상 지위에 따라 임금과 승진 등 많은 점에서 차별이 심하기 때문이다. 종사상 지위별 임금격차는 아래 표에 잘 나타나 있다. 먼저 전체 임금노동자의 평균임금은 2012년을 제외하고는 지속적으로 증가한 것으로 나타나고 있다. 그리고 정규직 노동자의 임금은 2004~2016년 3.9% 증가한 것으로 나타나고 비정규직 노동자는 평균 3.9% 증가한 것으로 나타나고 있다. 그리고 다른 종사상 지위의 평균임금 또한 2.3~3.9%가량 증가하였다. 하지만 전체 임금노동자의 평균임금을 100으로 하고 그것과 관련된 비율을 보면 비정규직 노동자의 임금은 평균 이하로 증가한 것을 알 수 있다.

〈표 8-1〉 종사지위별 임금의 추이, 2004~2016년

(단위: 만 원)

연도	임금 근로자	정규직 근로자	비정규 근로자	한시 근로자	기간제 근로자	시간제 근로자	비전형 근로자
2004. 8.	154	177	115	123	119	54	107
2005. 8.	159	185	116	124	126	52	108
2006. 8.	166	191	120	131	129	55	105
2007. 8.	175	201	128	144	142	56	111
2008. 8.	185	213	130	146	149	57	120
2009. 8.	185	220	120	130	131	54	119
2010. 8.	195	229	126	140	136	57	125
2011. 8.	203	239	135	150	146	60	132
2012. 8.	210	246	139	157	155	61	138
2013. 8.	218	255	143	160	158	65	141
2014. 8.	223	260	145	161	158	66	152
2015. 8.	230	270	147	163	163	71	151
2016. 8.	237	280	149	166	166	74	157

자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, 각 연도 8월 부가조사, 원자료.

3. 소득격차의 심화와 빈곤문제

한국사회에서 빈곤율은 1997년 외환위기 전까지 빠른 속도로 감소하여 소득분배구조가 크게 개선되고 있었다. 그리고 소득불평등이나 소득격차 또한 개선되고 있었다. 하지만 경제위기를 맞으며 대량실업의 여파로 소득불평등이 심화되고 빈곤율이 증가하는 양상이 나타나게 되었다. 빈곤율이 빠르게 감소하던 당시 상황에서 큰 충격이 아닐 수 없었다. 아래 표는 1997년의 상대빈곤율(중위소득의 50% 기준)이 8.2%였으나 다음 해인 1998년에는 10.9%로 증가하게 된다. 그리고 다음 해인 1999년에는 11.4%까지 증가하게 된다. 이처럼 급박한 상황에서 당시 김대중 정부는 보다 체계적인 사회부조제도인 「국민기초생활보장법」을 제정하기에 이른다. 그것은 과거의 제도와 큰 차이점을 갖고 있는데 근로능력이 있는 빈곤층(workable poor)을 최저소득보장제도(Minimum Income

Guarantee)의 수급자로 포괄하게 되었다는 점이다. 그 밖에 지니계수와 5분위 소득배율 또한 1998년 급격하게 증가한 뒤 당시의 높은 수준을 유지하고 있다.

〈표 8-2〉 상대빈곤율과 소득배율의 추이

(단위: %)

연도	지니계수		5분위배율		빈곤율(중위50)	
	시장소득	가처분소득	시장소득	가처분소득	시장소득	가처분소득
1990	0.266	0.256	3.93	3.72	7.8	7.1
1991	0.259	0.250	3.77	3.58	7.2	6.8
1992	0.254	0.245	3.71	3.52	7.4	6.5
1993	0.256	0.250	3.84	3.70	8.2	7.5
1994	0.255	0.248	3.76	3.61	7.9	7.3
1995	0.259	0.251	3.85	3.68	8.3	7.7
1996	0.266	0.257	4.01	3.79	9.1	8.2
1997	0.264	0.257	3.97	3.80	8.7	8.2
1998	0.293	0.285	4.78	4.55	11.4	10.9
1999	0.298	0.288	4.93	4.62	12.2	11.4
2000	0.279	0.266	4.40	4.05	10.4	9.2
2001	0.290	0.277	4.66	4.29	11.3	10.1
2002	0.293	0.279	4.77	4.34	11.1	10.0
2003	0.283	0.270	4.66	4.22	12.1	10.6
2004	0.293	0.277	4.94	4.41	12.8	11.4
2005	0.298	0.281	5.17	4.55	13.6	11.9
2006	0.305	0.285	5.39	4.62	13.8	11.9
2007	0.316	0.292	5.79	4.84	14.9	12.6
2008	0.319	0.294	5.93	4.88	14.7	12.5
2009	0.320	0.295	6.11	4.97	15.4	13.1
2010	0.315	0.289	6.02	4.82	14.9	12.5
2011	0.313	0.289	5.96	4.82	15.0	12.4
2012	0.310	0.285	5.76	4.67	14.4	12.1
2013	0.307	0.280	5.70	4.56	14.5	11.8
2014	0.308	0.277	5.67	4.42	13.5	10.8
2015	0.305	0.269	5.67	4.20	14.2	10.4

주: 위의 수치는 도시 2인 이상 근로자가구를 대상으로 추정된 빈곤율.

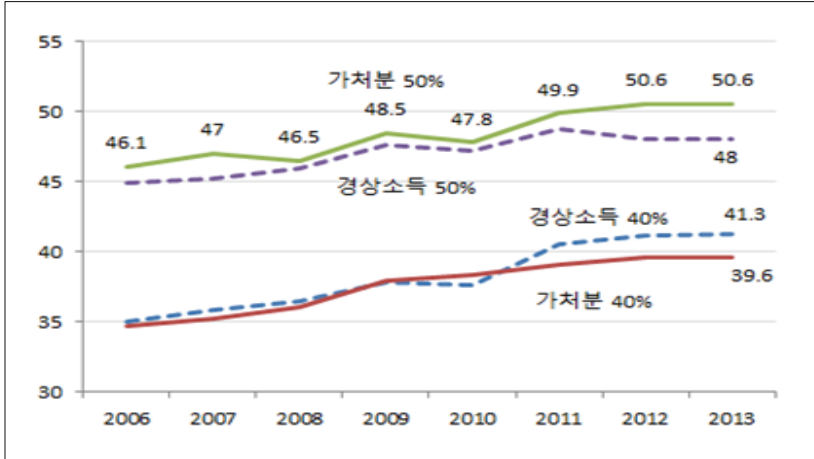
자료: 국가통계포털, KOSIS, 소득분배지표, 각 연도(www.kosis.kr에서 2016. 11. 2. 인출).

1997년 경제위기로 급격하게 증가한 빈곤율과 소득배율은 왜 18년이 지난 2015년까지도 크게 개선되지 못하고 있는가. 이는 뒤에 자세히 설명하겠지만 증가하는 빈곤층에 대해 적절한 소득보장을 하지 못했기 때문이다. 일차적으로 빈곤율이 높게 유지되는 이유 중 하나는 노인빈곤율을 낮출 강력한 소득보장제도가 없었다는 것이다. 다른 하나는 노동시장을 중심으로 근로빈곤층의 발생과 증가를 적절하게 차단하지 못한 것이다.

한국 노인빈곤 문제의 심각성에 대해서는 이미 잘 알려져 있다. 한국의 노인빈곤율은 다른 OECD 국가들에 비해 매우 높은 수준이다. 2013년 현재 가처분소득 중위값의 50%를 기준으로 노인빈곤율을 추정하면 약 50.6%에 이르는 것으로 추정되었다. 이는 노인 두 명 중 한 명이 빈곤층이라는 충격적인 결과를 말해주는 것이다. 이는 1997년 경제위기 이후 한국 사회의 사적부양체계가 급격하게 붕괴되었으나 이를 보완하고 대체할 수 있는 사회보장제도, 즉 공적연금제도나 사회부조제도가 충분히 발전하지 못했음을 의미하는 것이다. 권위주의정부에서 공적연금제도를 서둘러 확충하지 않았던 결과가 지금 나타나고 있는 셈이다. 그리고 현재의 빈곤문제를 해결하는 것이 주목적인 기초생활보장제도 또한 노인빈곤층을 포괄적으로 보호하는 데 한계가 있었다. 그것은 기초생활보장제도의 수급기준 중 소득기준과 재산기준 외에도 '부양의무 기준'이 적용되고 있기 때문이다. 형제나 부모 같은 1촌 이내의 가족에게 생활능력이 있다면 복지제도의 도움을 신청할 수 없게 한 것이다. 이것이 노인빈곤 문제를 해결하는 데 부정적인 영향을 미쳤음은 물론이다.

[그림 8-3] 노인빈곤율 추이

(단위: %)



자료: 임완섭, 이주미(2014). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원; 노대명(2015)에서 재인용.

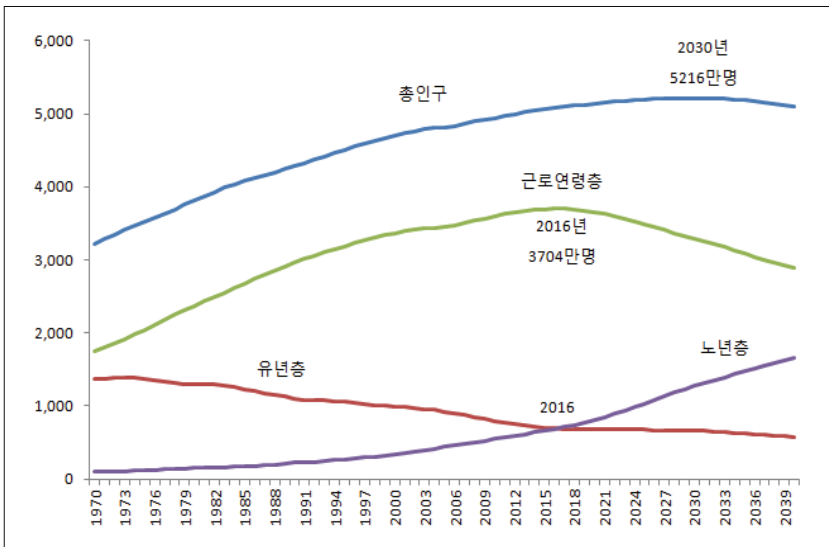
노인빈곤 문제가 우리 사회 빈곤문제의 가장 부끄러운 민낯이라면 중장기적으로 우리나라의 빈곤문제에 가장 큰 영향을 미칠 사안은 다른 아닌 근로빈곤층(working poor) 문제이다. 한국 사회는 근로능력이 있는 사람에게 복지 혜택을 주는 것에 대해 그다지 우호적인 사회는 아니었다. 이는 근로능력이 있다면 자구적으로 취업 등의 노력을 해야 한다는 문화가 강하다는 것을 의미한다. 이 점에서 근로빈곤층 문제는 심각한 수준에 이르렀지만 이들을 대상으로 하는 지원정책은 크게 강화되지도, 주목할 만한 큰 성과를 거두지도 못했다. 하지만 근로빈곤층은 경제활동의 주력 세대이며 조세를 부담하고 가족을 부양하는 역할을 하고 있다. 그리고 이들이 정상적인 생활을 하지 못하는 경우 다양한 추가적 위험이 발생하게 된다. 아동빈곤 문제가 심화되어 빈곤의 대물림의 위험이 증가하고 노인빈곤 등의 문제가 추가적으로 발생하게 되는 것이다.

4. 저출산과 인구고령화

한국 사회의 인구고령화는 매우 빠른 속도로 진행되고 있다. 이는 아직 인구고령화에 따른 충격을 경험하고 있지는 않지만 머지않아 다양한 사회문제가 나타나게 될 것임을 말해준다. 과거 권위주의정부에서 당연하다고 생각했던 출산억제정책이 이런 결과를 초래하게 될 것이라는 점은 다소 놀라운 측면이 있다. 아래 그림은 1970~2040년의 인구 변화 및 전망을 나타내고 있다. 이 그림은 2016년이 근로연령층 인구가 절정에 달하는 시점이고 노인인구의 비중이 아동인구의 비중을 넘어 역전하는 시점이며 2030년 전체 인구가 감소한다는 것을 보여준다.

[그림 8-4] 연령집단별 인구 규모 전망

(단위: 만 명)



자료: 국가통계포털, KOSIS(www.kosis.kr)에서 2016. 11. 2. 인출).

이러한 인구고령화는 비단 한국만의 문제가 아니다. 이 연구보고서가 포함하고 있는 일본 외에도 중국이나 대만 그리고 태국이나 베트남 등 많은 국가가 이미 경험하고 있거나 곧 경험할 문제이기 때문이다. 더욱이 이들 국가 또한 인구고령화 속도가 빠르다는 점에 주목해야 한다. 이처럼 인구고령화 속도가 빠른 것은 저출산과 평균수명 연장이 동시에 일어나고 있기 때문이다. 여기서 식생활 개선과 의료기술 발달로 평균수명 연장이 불가피한 현상이라면 저출산 문제는 어느 정도 통제가 가능한 문제일 것이다. 하지만 현실에서는 출산율을 제고하기가 쉽지 않다는 점을 알 수 있다. 그것은 한편으로는 출산을 저해하는 경제사회 환경이 조성되고 있기 때문이며 다른 한편으로는 청년들, 특히 가임기 여성들의 가치관에도 변화가 나타나고 있기 때문이다.

한국 사회에서 출산율이 다시 증가하지 않는 원인은 다양하다. 그리고 그것은 청년층에서 개인주의적 가치관의 영향을 받기도 하지만 이러한 판단에 영향을 미치는 환경이 자리 잡고 있기 때문이기도 하다. 이는 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 청년들이 노동시장에서 안정된 일자리를 갖는 시점이 늦어지고 있기 때문이다. 둘째, 결혼에 수반되는 재정적 부담이 크기 때문이다. 그것은 한국 사회의 결혼문화와도 밀접한 관련이 있는데 높은 주거비는 결혼 시점을 늦추는 원인 중 하나이다. 셋째, 결혼을 하더라도 자녀 양육이 힘들기 때문이다. 단기적으로는 보육시설을 포함해 일과 가사를 병행할 수 있는 사회적 인프라가 취약하고 중장기적으로는 자녀에 대한 교육비 부담이 크기 때문이다. 그렇다고 출산을 장려하는 운동을 해야 한다고 말하는 것은 아니다. 다만 현재의 제반 환경은 청년들이 출산을 결정하기 힘들게 하고 있음을 말해주는 것이다.

제3절 사회보장제도의 구조와 특징

한국의 사회보장체계는 ‘사회보험 중심체계’라고 규정할 수 있다. 전체 사회보장제도 중 가장 근간이 되는 제도가 바로 사회보험이기 때문이다. 이는 기능적으로 사회보험이 생애주기에 걸쳐 공통적으로 경험하게 되는 경제사회적 위험에서 시민들을 보호하는 일차 사회안전망의 역할을 담당하고 사회보험으로 해결하기 힘든 위험에 대해서는 사회부조나 사회서비스가 감당하도록 구조화되어 있음을 의미한다. 이는 사회보험제도라는 기여형 복지제도가 근간을 이루고 사회부조제도 같은 비기여형 복지제도가 이를 보완하는 형태임을 의미하는 것이다.

1. 한국 사회보장제도의 역사

한국 사회보장제도의 역사는 보는 관점에서 따라 전근대로 거슬러 올라갈 수 있을 것이다. 하지만 여기서는 멀리서 1945년 광복 이후의 사회보장제도, 가깝게는 1980년대 민주화 이후의 사회보장제도에 초점을 맞추어 설명하고자 한다.

1945년 광복 이후부터 1980년대까지 한국의 사회보장제도는 권위주의정부의 지지세력을 부양하고 경제성장을 위해 필요했던 인적자원을 확보하는 데 필요한 최소한으로 유지되었다. 그것은 군인과 공무원을 위한 사회보장제도와 의무교육과 의료제도였다. 그 밖에도 생활보호제도와 같은 사회부조제도가 도입되어 한국전쟁 이후의 빈곤문제를 담당했으며 다양한 취약계층을 보호하기 위한 사회서비스지원제도가 있었다. 하지만 국가의 역할은 매우 제한적이고 선별적이었으며 그 책임은 상당 부분 민간에 미루어졌다. 제한된 자원을 산업화에 집중 투입하고 고용창출을 중

시하였으며 재분배정책을 위한 자원투입은 최소한으로 통제되었다. 다행히 경제성장과 고용창출이 이루어지면서 절대빈곤문제를 해결할 수 있었지만 많은 사회문제는 여전히 각 개인의 책임으로 방치되어 있었다. 노인과 장애인, 여성과 아동 등 사회적 취약계층은 경제성장과 복지 저발전의 그늘에 가려진 피해자가 되었다. 그리고 저임금노동자의 노동권과 임금인상 요구 또한 억압적 방식으로 묵살되었다. 최소주의 복지정책과 노동통제의 시기였던 셈이다.

1987년부터 1997년까지는 민주화운동을 통해 사회보장제도가 서서히 확장되던 시기였다. 하지만 민주주의와 복지 확장의 관계에 대해서는 신중한 해석이 필요하다. 한국 사회보장제도의 역사에서 민주주의는 복지 발전을 촉진하는 필요조건이지 충분조건은 아니었다는 것이다.⁴⁴⁾ 이 시기의 민주화 운동이 근로조건을 개선하고 사회보험제도를 도입하는 데 결정적인 영향을 미쳤던 것은 사실이다. 하지만 이는 종사상 지위와 같은 노동시장에서의 지위에 따른 복지격차라는 또 다른 문제를 야기하는 계기가 되기도 했다. 실제로 1987년 민주화 운동의 승리는 힘겹게 집권한 노태우 정부가 임금을 인상하고 국민연금 및 건강보험을 도입하게 만드는 데 큰 영향을 미쳤다. 그리고 민주화의 여세는 김영삼 정부에서 고용보험제도 도입에도 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다. 하지만 이 시기의 사회보험 가입은 주로 대규모 사업장의 정규직 노동자에게 해당되는 것이었다. 결과적으로 사회보험제도의 가입률 증가는 정규직 노동자와 비정규직 노동자 간의 복지격차를 더욱 확대하는 결과를 초래한 측면이 있는 것이다. 당시에는 이 격차 문제가 심각하게 인식되지 못했다. 문제

44) 민주주의가 복지 발전의 필요조건이지 충분조건은 아니라는 점은 분명해 보인다. 이는 1980년대 이후 세계 각국에서 민주정부 출현 이후에 그것이 곧바로 복지 확장으로 이어지지 않았다는 점에서 알 수 있다. 이는 민주주의가 절차적 민주주의에 머물러 있는 지, 그 사회적 내용을 확충할 수 있는 보다 실질적인 민주주의로 성장했는지에 따라 다른 것이라고 말할 수도 있을 것이다.

는 1997년 외환위기 이후 대량해고가 시작되고 고용불안이 심해지면서 극적으로 표출되게 된다. 정작 임금도 낮고 고용불안이 심각한 비정규직 노동자의 대부분이 사회보험에서 배제되어 있었기 때문이다. 결과적으로 임금격차에 복지격차가 더해지는 양상이 나타나게 되었던 것이다.

1998년부터 2007년까지는 진보정권이 추동하는 복지확장기라고 말할 수 있다. 물론 당시의 사회보장체계 확장전략이 집권정치세력이 치밀하게 준비한 계획에 따른 것이었는지는 의문의 여지가 있다. 그것은 외환위기의 충격으로 발생한 실직과 저임금 그리고 빈곤 문제의 충격을 흡수하는 차원에서 이루어진 복지 확대의 성격을 갖고 있었기 때문이다. 더욱이 국제통화기금(IMF)이나 세계은행(World Bank) 등의 국제금융기구는 재정긴축과 기업구조조정, 시장개방과 노동유연화 조치를 하도록 정부를 압박하였고 그로 인해 발생하는 사회문제를 해결하기 위한 조치의 일환으로 사회안전망을 정비하도록 권고하였다. 참고로 당시 세계은행 등의 국제기구는 동아시아 국가들에 사회안전망(social safety net) 강화를 권고하였다. 이는 당시 정부에 사회보험제도를 확대하고 기초생활보장제도를 도입하는 데 우호적인 환경을 만들어 준 측면이 있었다. 이 점에서 외환위기 이후의 복지 확장은 노동시장의 구조개혁과 그것이 초래한 실업과 빈곤 문제의 충격을 흡수하기 위한 불가피한 선택이었다고 말해도 무방할 것이다.

2008년 이후 현재까지는 보수정부가 주도하는 복지조정기라고 규정할 수 있다. 이렇게 표현하는 것은 이명박 정부와 박근혜 정부 모두 일정 수준의 이상의 복지 확장을 경계하는 성향을 보였고 특히 복지재원을 확대하는 문제에 대한 적극적 검토를 기피하였다고 여겨지기 때문이다. 특히 이명박 정부는 거대한 토목사업을 위해 사회보장제도를 위축시키는 방향으로 국정을 운영하였다. 일부에서는 당시 근로장려세제나 보육료지원

등이 이루어져 복지지출이 크게 늘었다는 점을 들어 그렇지 않다고 주장하기도 하지만 이러한 정책들은 모두 노무현 정부에서 결정된 정책들이었다. 한국 사회는 십수 년간의 복지 확장 과정에서 나타난 많은 문제점을 해결할 필요가 있었다. 외환위기라는 급박한 상황에 각종 사회보장제도를 도입했다는 점에서 일부 제도는 전체 사회보장제도와의 정합성이나 효과성 측면에서 보완이 필요한 것이 사실이었기 때문이다. 하지만 사회보장제도를 정비하면서 복지를 확장하는 정책은 나타나지 않았다. 이 문제와 관련해 현 정부가 미친 영향은 아직 분명하게 평가하기 어렵다. 기초연금을 도입하고 기초생활보장제도를 개편하는 등 제도개편을 하는 등의 조치를 하였으며 이는 복지 확장의 맥락에 있다고 할 수 있을 것이다. 하지만 복지재원 조달방안에 매우 경직적이고 폐쇄적인 태도를 보였다는 점은 아쉬움으로 남는다.

2. 사회보장체계의 구조와 특징

앞서 언급한 바와 같이 한국의 사회보장체계는 ‘사회보험 중심형 사회보장체계’라고 할 수 있다. 그리고 이 구조는 지난 이십 년간 큰 영향을 미쳤던 것만큼이나 다가오는 미래의 사회문제에도 큰 영향을 미칠 것으로 판단된다. 그 핵심은 사회보험 중심체계가 그로부터 배제된 사회적 취약계층을 어떻게 보호하며 사회와 사회보장체계의 지속가능성을 보장할 수 있는가 하는 점이다.

1990년대 이후 한국의 사회보장체계가 기반을 두고 있던 핵심원칙은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 노동시장의 유연화 노동개혁이 불가피한 상황에서 사회보장제도가 그로 인해 발생하는 다양한 사회문제를 해결해야 한다는 것이다. 둘째, 사회보장체계에서는 사회보험이 1차 사

회안전망의 역할을 담당하고 기초생활보장제도를 비롯한 비기여형 복지 제도들이 2차 사회안전망 역할을 담당해야 한다는 것이다. 하지만 그것은 사실 ‘불완전한 연대 패러다임’이었다. 그리고 문제는 한국 사회가 이 불완전한 사회안전망을 방패 삼아 노동의 유연화를 추진했다는 점이다.

그리고 결국 사회안전망이 제대로 작동하지 못한다는 점은 여실히 드러나게 되었다. 기존의 사회보험제도는 노동시장에서 추락하는 취약계층을 제대로 보호하지 못했다. 그들 중 상당수는 사회보험에 가입해 있지도 못했기 때문이다. 취약계층을 보호하기 위해서는 기존의 패러다임을 상당 부분 수정하지 않을 수 없었다. 하지만 그것은 사회보험의 연대 기능을 강화하는 수정이 아니라 정부재정에 의존하는 방식이었다. 사회보험의 연대원칙을 강조하던 유럽대륙의 복지국가들마저 슬며시 비기여형 복지제도로 책임을 전가하고 있는 상황에서 재정적으로 취약한 한국의 사회보험에 그러한 역할을 기대하기에는 무리가 있었던 것이다.

여기서 또 다른 문제가 발생한다. 사회보험 중심체계를 구축했던 목적은 사회보험의 기여(contribution) 방식을 채택함으로써 국가재정에 큰 부담을 주지 않으면서 사회보장체계를 확대하려는 전략에 차질이 발생한 것이다. 사회보험 사각지대에 놓인 계층에서 발생하는 빈곤과 박탈 문제를 해결하기 위해서는 기초생활보장제도나 사회서비스 공급을 확대해야 하는데 이는 정부의 재정지출 확대를 전제하기 때문이다. 정부가 의지를 갖고 사회보험 가입률을 제고하고 사회보장재원을 확충하지 않고서는 해결할 수 없는 문제였던 셈이다. 물론 정부예산을 통한 복지 확장에는 한계가 분명하다. 이것이 한국의 사회보장체계가 현재 직면해 있는 상황인 것이다.

3. 사회보장제도의 수입과 지출

한국 사회보장제도의 확장과 조정을 둘러싼 논의과정을 지배했던 큰 쟁점 중 하나는 사회지출의 적정성과 지속가능성 문제였다. 한편에서는 현재 한국의 사회지출이 OECD 국가들의 1인당 GDP가 한국과 동일했던 시점의 지출수준에 크게 미치지 못한다는 논리로 사회지출 확대가 필요하다고 주장했고 다른 한편에서는 현재의 복지제도를 그대로 두어도 일정 기간이 경과하면 사회보험의 연금 및 건강보험의 지출증가로 OECD 평균 수준에 이르게 된다는 점에서 사회지출 확대를 경계해야 한다고 주장했다.

흥미로운 것은 정치권이 복지지출 확대를 대하는 태도였다. 한국의 정치권은 여야를 막론하고, 그리고 보수와 진보를 막론하고 복지지출 확대를 위해 국민들의 조세부담을 인상해야 한다는 담론을 채택하는 것에 공포를 느끼고 있었던 것처럼 보인다. 이러한 공포는 사회보험료를 인상하거나 별도의 사회보장세를 징수하자는 주장보다는 재정절감을 통하거나 국채를 발행하거나 비공식 부문을 해소하는 방식으로 추가적 재원을 확보하겠다는 주장으로 이어졌다. 물론 이러한 주장이 실제로 지속가능한 대책이 아니라는 점은 분명하다.

아래 표는 한국의 사회지출이 1990년 GDP의 2.08%에서 2013년 GDP의 10.07%로 증가하였음을 보여주고 있다. 하지만 이는 OECD 국가들의 평균 지출의 절반에도 미치지 못하는 수준이다. 그리고 정책영역 별로 보면 노후소득보장과 의료보장에서의 지출이 큰 비중을 차지하나 아직 공적연금 지급이 본격화되지 않은 상황이다. 이것이 OECD 국가와의 격차의 대부분을 차지하고 있다. 하지만 국민연금 수령자가 빠르게 증가하고 있으며 건강보험의 지출 또한 증가하고 있다는 점에서 격차 축소는 더욱 빠르게 진행될 것으로 전망된다.

〈표 8-3〉 한국 사회지출의 구성과 추이

(단위: GDP의 %)

구분		1990	1995	2000	2005	2010	2013
재원별	소계	2.98	3.46	5.35	6.72	8.92	10.07
	공공지출	2.68	3.07	4.52	6.12	8.28	9.33
	법정지출	0.30	0.39	0.82	0.61	0.63	0.74
기능별	소계	2.98	3.46	5.35	6.72	8.92	10.07
	노령	0.77	1.25	1.74	1.72	2.30	2.72
	유족	0.15	0.15	0.16	0.22	0.24	0.23
	장애	0.36	0.41	0.46	0.71	0.66	0.72
	보건	1.48	1.45	2.16	2.88	3.84	3.92
	가족	0.03	0.06	0.14	0.23	0.72	1.17
	ALMP	0.03	0.04	0.36	0.11	0.32	0.46
	실업	-	-	0.07	0.19	0.29	0.27
	주거	-	-	-	-	-	-
	기타	0.17	0.11	0.25	0.66	0.55	0.57

자료: OECD, Stat. Social Expenditure Database(stat.oecd.org에서 2016. 11. 2. 인출).

아래 표는 사회보장제도의 지출을 재원 측면에서 보여주고 있다. 그에 따르면 전체 지출에서 사회보험이 64.6%를 차지하고 일반재정이 35.4%를 차지하는 것으로 나타나고 있다. 그리고 건강보험과 장기요양보험이 전체 사회지출의 34.9%를 차지하고 공적연금은 21.8%를 차지하고 있다. 정부재정지출에서는 기초생활보장제도와 보육료지원, 적극적 노동시장정책, 그리고 기초노령연금이 큰 비중을 차지하는 것으로 나타나고 있다. 이와 관련해서는 2014년 기초연금 및 2015년 기초생활보장제도 개편에 따른 예산 증가를 감안할 필요가 있다.

〈표 8-4〉 한국 사회보장지출의 구성: 사회보험과 일반재정지출(2013년 예산 기준)

구분		2013년 예산(중앙+지방재정)	
		금액(조 원)	구성비(%)
합계		130.0	100.0
사회보험	건강보험	41.7	32.1
	국민연금	12.8	9.8
	노인장기요양보험	3.7	2.8
	고용보험	6.1	4.7
	군인연금	2.7	2.1
	사학연금	2.0	1.5
	산재보험	4.1	3.2
	공무원연금	10.9	8.4
	소계	84.0	64.6
일반 재정지출	기초노령연금	4.3	3.3
	보육정책	9.6	7.4
	장애인정책	1.2	0.9
	노인돌봄서비스	0.2	0.2
	기초생활보장제도	9.8	7.5
	적극적노동시장정책	5.4	4.2
	공공임대주택건설	1.5	1.2
	국가보훈처 보상금/수당	3.3	2.5
	근로장려세제(EITC)	0.7	0.5
	기타재정지출	7.6	5.8
	지방자체복지지출	2.4	1.8
	소계	46.0	35.4

자료: 신화연 등(2013).

한국 사회지출의 전망과 관련해서는 다양한 해석이 존재하고 있다. 여기서는 신화연의 추정결과를 제시하기로 하겠다. 그 추정결과에 따르면 한국의 사회지출은 2030년 GDP의 16.8%에 이르고 2040년에는 20.9%로 증가하는 것으로 전망된다. 이는 전체 사회보장지출에서 사회보험이 차지하는 비중이 계속 증가하는 것을 가정하고 있다. 2013년 전체 사회지출의 64.3%에서 2060년 78.8%까지 증가한다는 것이다.

〈표 8-5〉 사회보장지출 전망

(단위: GDP의 %)

연도	합계	사회보험	일반재정지출			
	(A+B)	(A)	소계(B)	기초연금	보육 등	기타
2013	9.8	6.3	3.5	0.3	0.8	2.3
2015	11.3	7.4	3.9	0.7	0.8	2.4
2020	12.8	8.8	4.0	0.8	0.9	2.4
2025	14.7	10.3	4.3	1.1	0.9	2.4
2030	16.8	12.2	4.6	1.4	0.9	2.4
2035	18.6	13.7	4.9	1.7	0.8	2.4
2040	20.9	15.8	5.1	2.0	0.7	2.4
2045	23.7	18.3	5.3	2.2	0.7	2.4
2050	25.6	20.0	5.5	2.4	0.7	2.5
2055	26.9	21.2	5.7	2.4	0.7	2.5
2060	27.8	21.9	5.8	2.6	0.7	2.6

자료: 신화연 등(2013).

제4절 주요 사회보장정책의 실태와 진단

이 절에서는 한국의 사회보장정책을 4대 사회보험제도와 사회부조제도 그리고 의료보장제도를 중심으로 간략하게 살펴보기로 하겠다. 각 제도의 최근 현황을 가입과 급여, 선정과 보장에 초점을 두어 설명하고 제기되고 있는 문제점에 대해서도 언급하기로 하겠다.

1. 고용보험제도의 현황과 문제점

고용보험제도는 다른 사회보험보다 상대적으로 늦게 도입되었지만 매우 빠른 속도로 성장해 온 보험제도이다. 고용보험 가입자 통계를 보면 1996년 433만 명을 대상으로 했던 제도가 2015년 현재 1,236만 명을 대상으로 하는 제도로 발전하였다. 그것은 전체 임금노동자의 32.8%에

서 64.3%까지 가입률이 증가했음을 말해주는 것이다. 물론 고용보험은 여전히 해결해야 할 과제가 많다. 비정규직 노동자의 고용보험 가입률이 낮으며 실업급여의 소득대체를 또한 낮다.

아래 표는 고용보험의 가입자 추이를 보여주고 있다. 아래 표에 제시된 기간, 즉 1996~2015년 고용보험의 가입자 평균증가율은 5.8%로 나타나고 있다. 물론 제도 도입 초창기에 가입자 수가 빠르게 증가하였지만 이후에도 지속적으로 가입자 수가 증가해 왔음을 말해주는 것이다. 같은 기간 가입자격 취득자 증가율이 10.2%였다면 상실자 증가율은 8.5%였다.

〈표 8-6〉 고용보험의 성별 가입자 수 추이

(단위: 천 명)

연도	전체			취득	상실
	소계	남성	여성		
1996	4,331	3,155	1,176	1,519	1,396
1997	4,280	3,134	1,146	1,345	1,393
1998	5,268	3,766	1,502	2,964	1,976
1999	6,055	4,238	1,817	3,330	2,500
2000	6,747	4,633	2,114	3,696	2,982
2001	6,909	4,712	2,197	3,435	3,235
2002	7,171	4,833	2,339	3,693	3,405
2003	7,203	4,813	2,391	3,449	3,395
2004	7,482	4,957	2,524	3,735	3,335
2005	7,966	5,241	2,724	4,232	3,685
2006	8,436	5,511	2,926	4,398	3,860
2007	8,942	5,774	3,168	4,610	4,025
2008	9,272	5,937	3,335	4,802	4,410
2009	9,654	6,084	3,570	5,177	4,723
2010	10,131	6,310	3,821	5,601	5,112
2011	10,675	6,570	4,106	5,947	5,392
2012	11,152	6,785	4,368	6,046	5,591
2013	11,571	6,972	4,600	6,076	5,616
2014	11,931	7,115	4,816	6,336	5,838
2015	12,363	7,298	5,065	6,666	6,076

자료: OECD, Stat. Social Expenditure Database(stat.oecd.org에서 2016. 11. 2. 인출).

더 구체적으로 고용보험 가입자 중 어떠한 집단의 가입이 제대로 이루어지지 않았던 것인가. 아래 표는 2015년 현재 정규직과 비정규직 직종별로 가입률을 비교한 것이다. 이는 어떤 집단의 사각지대 해소효과가 가장 낮았는지를 말해주는 것이기도 하다. 당연한 이야기지만 비정규직 중 판매업과 서비스업 종사자의 고용보험 가입률이 각각 53.4%와 53.9%로 가장 낮은 것을 알 수 있다.

〈표 8-7〉 직업별, 종사상 지위별 고용보험 가입률, 2015년

구분	전체	정규직	비정규직
전체	89.3	95.4	66.7
관리자	83.9	83.7	92.7
전문가 및 관련 종사자	93.9	94.4	88.5
사무종사자	95.3	96.3	85.1
서비스종사자	70.9	89.9	53.9
판매종사자	84.0	93.8	53.4
농림어업 숙련 종사자	88.6	98.0	75.7
기능원 및 관련 기능 종사자	87.5	97.6	65.2
장치, 기계조작 및 조립 종사자	94.5	98.1	70.6
단순노무종사자	78.4	94.5	65.9

주: 한국표준직업분류6차에 따른 직업 분류임.

자료: 고용노동부(2015). 2015년 고용형태별근로실태조사 보고서.

그렇다면 고용보험제도는 실직자들을 소득감소의 위험에서 어떻게 보호하고 있는가. 아래 표는 실업급여 신청자 중 몇 %가 실업자로 인정받고 실업급여를 얼마나 받았는지 보여주고 있다. 1997~2015년 실업급여 신청자의 규모는 꾸준히 증가하였음을 알 수 있다. 특징적인 것은 2004년 신용대란이 있었던 시점과 2009년 리먼쇼크의 충격이 있던 시점에 신청자가 크게 늘어났다는 점이다. 그리고 신청자 중 실업급여를 인정받은

사람의 비율(인정률)은 1997년 이후 현재까지 98~99%에 이르는 것으로 나타나고 있다. 그리고 구직급여 수급기간에 대한 정보가 없어 해석에 어려움이 있지만 1997년 171만 원에서 2015년 354만 원으로 실업급여(구직급여) 금액이 다소 인상된 것으로 나타나고 있다. 하지만 물가상승률 등을 감안하면 큰 폭이 증가했다고 말하기는 힘들 것이다.

〈표 8-8〉 고용보험 실업급여사업 지원실적

연도	신청자 (천 명) (A)	인정자 (천 명) (B)	인정률 (%) (B/A)	구직급여 인당급여 (천 원)
1997	51.0	50.8	99.6	1,714
1998	438.5	434.2	99.0	1,994
1999	327.9	325.2	99.2	2,001
2000	260.4	258.7	99.3	1,459
2001	349.2	347.4	99.5	2,304
2002	299.2	297.1	99.3	2,112
2003	379.6	375.6	98.9	2,129
2004	471.5	467.7	99.2	2,143
2005	565.8	562.5	99.4	2,268
2006	612.7	609.7	99.5	2,245
2007	687.8	685.0	99.6	2,474
2008	838.8	835.1	99.6	2,511
2009	1,074.0	1,068.4	99.5	2,762
2010	978.6	973.0	99.4	2,811
2011	906.4	902.4	99.6	2,867
2012	901.6	898.1	99.6	2,994
2013	922.4	919.1	99.6	3,106
2014	975.4	971.1	99.6	3,289
2015	956.3	950.8	99.4	3,537

주: 2004년 이후는 일용직노동자를 포함.

자료: 한국고용정보원, 고용보험 통계연보, 각 연도; 한국노동연구원(2016), 2016년 KLI 노동 통계의 〈표 II-39〉를 부분 가공.

2. 노후소득보장제도의 현황과 문제점

한국의 공적연금제도는 과거 권위주의시대에는 공무원, 군인, 그리고 교사를 대상으로 하는 직역연금이 구축되어 운영돼 왔으며 전체 시민을 대상으로 하는 국민연금은 상대적으로 뒤늦게 도입되었다. 물론 국민연금제도 가입자는 가입 대상의 범위를 확대한 후 빠른 속도로 증가하고 있다.

하지만 현재 한국의 공적연금제도는 다음 세 가지 문제에 직면해 있다. 첫째, 공적연금을 수급하는 65세 이상 노인인구의 비율이 낮아 노인빈곤 문제가 심각한 수준이며 기초연금제도와 기초생활보장제도 또한 이 문제를 해결하는 데 취약한 상황이라는 점이다. 둘째, 국민연금의 연금수준이 낮아 현재 노인들에게 실질적인 노후소득보장을 하지 못하고 있다는 점이다. 가처분소득을 기준으로 추정한 노인빈곤율이 매우 높다는 점이 이를 말해준다. 셋째, 현재 국민연금 미가입자의 비중이 적지 않아 미래 노인들의 빈곤문제 또한 크게 우려된다는 점이다. 이는 비정규직 노동자의 국민연금 미가입 비율이 높으며 비경제활동 등의 이유로 가입제외되어 있는 여성인구가 높기 때문이다. 이는 장기적으로 노후소득보장제도에서 비기여형 복지제도의 역할이 중요하다는 것을 의미한다.

한국 사회에서 노후소득보장제도는 꾸준히 수급자를 늘려가고 있다. 아래 표를 보면 2015년 현재 공적연금제도에서 연금을 받고 있는 인구는 280만 명으로 65세 이상 노인인구의 42.3%에 해당되는 것으로 추정된다. 이는 불과 4년 전인 2011년의 32.6%에 비해 대략 9.7% 포인트 증가한 규모이다. 그리고 이 수급률 증가분은 국민연금 수급자의 증가에 따른 것이다. 향후 수급률이 빠르게 증가하더라도 공적연금의 사각지대는 상당 기간 큰 규모를 유지할 것으로 예상된다.

〈표 8-9〉 65세 이상 노인의 공적연금 수급률

(단위: 명, %)

연도	구분	합계	노령	장애	유족	수급률
2011	합계	1,844,642	1,616,720	10,829	217,093	32.6
	국민연금	1,605,959	1,417,187	9,899	178,873	28.4
	공무원연금	169,979	146,551	856	22,572	3.0
	군인연금	44,475	30,965	54	13,456	0.8
	사학연금	24,229	22,017	20	2,192	0.4
2015	합계	2,802,062	2,412,775	16,222	373,065	42.3
	국민연금	2,473,690	2,141,542	14,712	317,436	37.3
	공무원연금	240,041	203,279	1,388	35,374	3.6
	군인연금	50,594	34,223	82	16,289	0.8
	사학연금	37,737	33,731	40	3,966	0.6

주: 수급률은 각 연도 65세 이상 추정인구 대비 각 연금제도 수급자의 비율임.
 자료: 국민연금공단, 「국민연금통계연보」, 공무원연금공단, 「공무원연금통계」, 사립학교교직원연
 금공단, 「사학연금통계연보」, 국방부, 「군인연금통계연보」, 각 연도: 통계청(2016), 「고령자
 통계」에서 재인용.

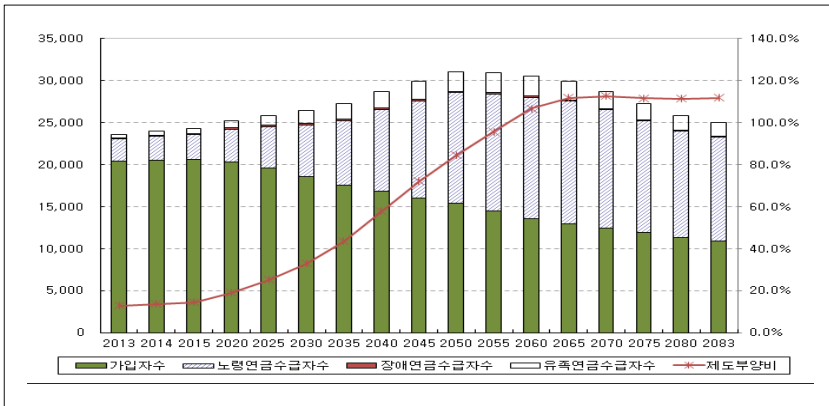
국민연금과 직역연금 외에도 기초연금 수급자를 고려하면 공적연금의 수급자 수는 훨씬 많을 것으로 추정된다. 하지만 기존의 통계로는 전체 65세 이상 인구 중 공적연금과 기초연금 중 하나라도 받는 인구의 비율을 확인하기는 힘들다. 따라서 2015년 가계동향조사 자료를 토대로 65세 이상 노인인구 중 공적연금과 기초연금 중 어느 하나라도 받는 인구의 규모를 추정하였다. 그 결과 65세 이상 노인인구의 92.4%가 공적연금과 기초연금 중 하나 이상은 받고 있는 것으로 추정되었다. 하지만 이는 실제 행정통계를 토대로 시산한 수치와 비교하면 다소 과잉추정된 것으로 판단된다.⁴⁵⁾

45) 통계청의 각종 집계데이터를 토대로 시산하면 다음과 같다. 2015년 현재 65세 이상 인구는 657만 명으로 추정되며 공적연금 수급자는 280만 명(65세 이상 인구의 43%), 기초연금 수급자는 448만 명(68%), 기초생활보장 수급자는 42만 명(6%)이다. 하지만 통계청의 가계동향조사 2015년 원자료로 추정한 65세 이상 인구 대비 각각의 수급자 비율은

아래 그림은 국민연금재정추계위원회가 2013년 발표한 ‘제3차 국민연금 재정 계산 장기전망 설명자료’에 실린 국민연금 가입자 및 수급자 규모에 대한 추정자료이다. 이 자료는 국민연금 가입자 수가 2015년 최고점에 달한 뒤 차츰 감소하는 반면 수급자 수는 빠르게 증가할 것임을 말해주고 있다. 결국 이 전망은 보험료를 납부하는 근로연령 인구는 감소하고 연금수급 노인은 증가한다는 점을 강조함으로써 장기적으로 국민연금 제도의 재정적 지속가능성을 고민해야 한다는 점을 강조하는 데 초점을 맞춘 것이다. 하지만 주목해야 할 또 하나의 큰 문제는 여전히 반대하게 남아 있을 사각지대이다.

[그림 8-5] 국민연금 가입자 및 수급자 전망

(단위: 천 명)



자료: 국민연금재정추계위원회(2013).

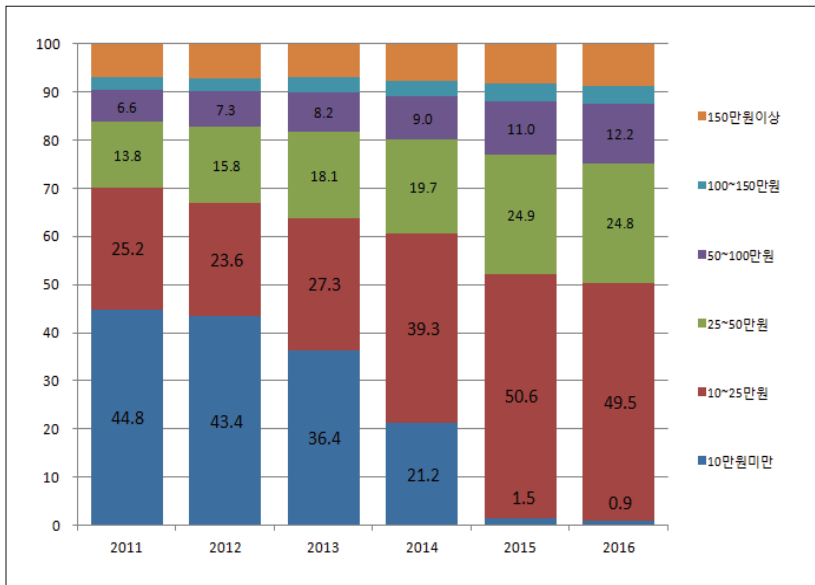
그리고 또 하나의 중요한 문제는 공적연금 수급률이 증가하더라도 연금 액수가 낮은 수급노인이 절대 다수를 차지하고 있다는 점이다. 아래

공적연금이 49%, 기초연금이 73%로 다소 높게 추정되고 있다. 이러한 이유로 위에 언급된 92.4%는 다소 과잉 추정되었을 개연성이 높은 것이다.

그림을 보면 2016년 현재 55~79세의 공적연금 수급자 중 절반이 월 25만 원 이하의 연금을 받고 있으며 75%의 수급자가 월 50만 원 이하의 연금을 받는 것으로 나타나고 있다. 이는 현재 직역연금 수급자의 평균연금액이 높다는 점을 감안하면 국민연금제도의 연금액이 낮아 실질적인 노후소득보장제도로서의 역할을 다하지 못하고 있음을 보여주는 것이다.

[그림 8-6] 55~79세 인구의 공적연금액 분포와 추이

(단위: %)



자료: 통계청, 「경제활동인구조사 청년층 및 고령층 부가조사」, 각 연도 원자료.

결국 한국의 공적연금제도는 국민연금제도의 소득대체율을 높이는 문제와 재정적 지속가능성을 해결하는 문제를 어떻게 풀어 갈 것인지가 관건임을 말해주는 것이다.

3. 기초생활보장제도의 현황과 문제점

기초생활보장제도는 다음의 두 가지 측면에서 매우 상징적인 의미를 갖는 복지제도이다. 하나는 이 제도가 이념적으로 빈곤층에 대한 소득보장을 국가의 의무로 명확하게 규정했다는 점이다. 그리고 이를 강제하는 구체적인 수단으로 선정기준과 급여수준을 사회적 합의로 정하는 절차를 법에 명시했다는 점이다. 다른 하나는 빈곤층의 근로능력 유무와 무관하게 소득보장을 하도록 규정하고 있다는 점이다. 이것만으로도 기초생활보장제도는 한국 사회보장제도의 역사에서 매우 중요한 의미를 갖는다.

하지만 기초생활보장제도는 수급자 소득보장에는 큰 기여를 하였지만 빈곤층 복지 사각지대를 해소하는 데에서는 큰 성과를 거두지 못했다. 아래 표는 2001년 이후 기초생활보장제도 수급자 규모를 산출하고 상대빈곤율에 따라 추정된 빈곤인구 대비 비율(기초보장률)을 나타낸 것이다. 이 표에서 빈곤율은 가처분소득 중위값의 50%를 빈곤선으로 적용하여 추정한 값이고 상대빈곤율 A는 도시의 2인 이상 근로자가구를 대상으로 추정된 수치이며 상대빈곤율 B는 전체 가구를 대상으로 추정된 수치이다. 두 가지 빈곤율에 따른 기초보장률은 각각 29.5%와 22.3%로 추정된다. 여기서 주목해야 할 부분은 이 제도가 본격적으로 시행된 2001년 이후의 기초보장률 추이이다. 상대빈곤율 A를 기준으로 하면 2001년 기초보장률은 28.1%였으나 2014년 제도개편 직전에는 22.7%로 낮아진 것을 알 수 있다. 빈곤율이 증가하는 상황에서 수급자 규모가 오히려 감소한 데 따른 결과이다. 그리고 2015년 7월 제도가 개편된 이후 기초보장률은 다시 29.5%로 증가하는 것으로 나타나고 있다.

〈표 8-10〉 빈곤율 변화와 기초생활보장제도 수급자 규모 변화

(단위: 명, %)

연도	기초생활보장수급자 (A)	상대빈곤율		기초생활보장률	
		(B)	(C)	A/B	A/C
2001	1,345,526	10.1		28.1	
2002	1,275,625	10.0		26.8	
2003	1,292,690	10.6		25.5	
2004	1,337,714	11.4		24.4	
2005	1,425,684	11.9		24.9	
2006	1,449,832	11.9	14.3	25.2	21.0
2007	1,463,140	12.6	14.8	23.9	20.3
2008	1,444,010	12.5	15.2	23.6	19.4
2009	1,482,719	13.1	15.3	23.0	19.7
2010	1,458,198	12.5	14.9	23.6	19.8
2011	1,379,865	12.4	15.2	22.4	18.2
2012	1,300,499	12.1	14.6	21.5	17.8
2013	1,258,582	11.8	14.6	21.2	17.2
2014	1,237,386	10.8	14.4	22.7	17.0
2015	1,554,484	10.4	13.8	29.5	22.3

주: 1) 상대빈곤율 B는 도시 2인 이상 근로자가구를 대상으로 가처분소득 중위값의 50%를 빈곤선으로 적용하여 추정된 수치이며 상대빈곤율 C는 전체 가구를 대상으로 추정된 수치임.

2) 기초생활보장률 A/B는 기초생활보장제도 수급자(일반수급자) 수를 상대빈곤율 B의 추정 인구 대비 비율로 나타낸 수치이며 기초생활보장률 A/C는 상대빈곤율 C의 추정인구 대비 비율로 나타낸 수치임.

자료: 보건복지부, 「기초생활보장제도 수급자 현황」, 각 연도 원자료; 통계청, 소득분배지표.

기초생활보장제도는 모든 빈곤층을 대상으로 기초생활을 보장하는 역할을 하고 있지만 그중에서도 노인빈곤층을 보호하는 것이 중요한 역할이라고 할 수 있다. 아래 표에 따르면 2015년 현재 기초생활보장제도 전체 수급자 중 65세 이상 인구의 비율은 27.0%로 추정되며 65세 이상 전체 노인인구 중 노인수급자 비율은 6.39%로 추정된다. 이는 노인빈곤율이 높은 상황에서 기초생활보장제도의 역할 또한 취약하다는 점을 말해 주는 것이다.

〈표 8-11〉 65세 이상 노인의 기초보장 수급률

(단위: 명, %)

연도	총수급자 (A)	65세 이상 수급자		65세 이상 인구 대비 노인수급자 비율
		수급자 수(B)	구성비(B/A)	
2001	1,345,526	334,272	24.8	9.36
2002	1,275,625	329,251	25.8	8.73
2003	1,292,690	340,527	26.3	8.58
2004	1,337,714	352,348	26.3	8.46
2005	1,425,684	367,658	25.8	8.42
2006	1,449,832	373,595	25.8	8.16
2007	1,463,140	386,157	26.4	8.06
2008	1,444,010	382,050	26.5	7.64
2009	1,482,719	387,847	26.2	7.44
2010	1,458,198	391,214	26.8	7.21
2011	1,379,865	378,411	27.4	6.69
2012	1,300,499	376,098	28.9	6.39
2013	1,258,582	376,112	29.9	6.15
2014	1,237,386	379,048	30.6	5.98
2015	1,554,484	419,452	27.0	6.39

자료: 보건복지부, 「기초생활보장제도 수급자 현황」, 각 연도 원자료.

4. 국민건강보험과 의료보장체계

한국의 의료보장체계는 국민건강보험제도와 의료급여제도를 양축으로 하여 구성되어 있다고 말할 수 있다. 그리고 국민건강보험제도는 다른 사회보험제도에 비해 가입률이 높고 상대적으로 재정적 안정성이 담보되어 있다는 것이 강점이다. 하지만 이는 인구고령화가 본격화되지 않았기 때문으로 이해할 수 있을 것이다. 달리 말해 인구고령화가 본격화되면 그에 따른 의료비 지출이 빠르게 증가하고 건강보험의 재정적자 또한 증가할 개연성이 높은 것이다. 하지만 현재 시점에서도 해결해야 할 많은 문제가

도사리고 있다. 최근 급여항목을 늘리고 자부담을 낮추는 제도 개편이 있었고 차상위층 의료비 지원사업을 실시하고 있지만 여전히 많은 가구가 높은 의료비에 시달리고 있고 건강보험료 미납으로 인한 배제집단 또한 적지 않은 상황이다.

지난 십여 년간 빈곤층에 대한 의료보장의 책임은 국민건강보험제도와 의료급여가 서로 책임을 미루는 모습을 보여 왔다. 이는 기본적으로 건강보험과 의료급여 사이에 존재하는 방대한 의료보장의 사각지대를 어떻게 해소할 것인지 명확한 정책방향이 결정되지 않았기 때문이다. 아래 표는 1990년 이후 국민건강보험 가입자와 의료급여 수급자의 추이를 나타낸 것이다. 건강보험제도는 1990년대에 가입범위를 대폭 확대하였고 의료급여 제도는 수급자 규모가 크게 감소해 왔던 것이다. 그중에서도 의료급여 2종 수급자의 규모가 크게 감소한 것을 확인할 수 있다.

〈표 8-12〉 의료보장 제도별 수급자 규모 추이

(단위: 만 명)

구분		1985	1990	2000	2005	2010	2015
의료보장 전체		2,125	4,411	4,747	4,915	5,058	5,203
건강보험	소계	1,799	4,018	4,590	4,739	4,891	5,049
	직장	1,642	2,076	2,240	2,723	3,238	3,622
	지역	38	1,942	2,349	2,016	1,652	1,427
의료급여	소계	326	393	157	176	167	154
	1종	64	70	81	100	107	108
	2종	262	196	76	77	60	47

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2015), 2015년 건강보험통계연보.

한국 의료보장제도의 가장 큰 쟁점은 인구고령화에 따른 재정적 지속가능성 문제라고 말할 수 있다. 아래 표는 의료보장제도의 재정적 지속가능성과 관련해 최근까지도 심각한 재정문제에 직면하지 않고 있음을 보여준다. 2015년 현재 국민건강보험의 1인당 보험료는 연간 102만 원이

고 급여비는 91만 원으로 보험료 대비 급여비의 비율은 89.0%로 나타나고 있다. 그리고 총수지율은 90.4%이다. 이는 외형적으로 건강보험제도가 안정적으로 운영되고 있음을 의미한다. 하지만 지역가입자를 위한 정부의 재정지원 규모 등을 감안하면 엄밀한 의미에서 재정적으로 지속가능한 상태라고 말하기는 어려울 것이다.

〈표 8-13〉 건강보험제도의 재정 추이

(단위: %, 원)

연도	총수지율	보험료 대비 급여비 비율	1인당 보험료	1인당 급여비
2004	89.3	86.0	401,097	344,133
2005	94.7	89.7	432,368	388,017
2006	98.1	95.8	475,304	455,360
2007	99.4	96.7	532,722	515,096
2008	94.9	91.9	604,139	555,286
2009	99.0	97.4	637,156	620,467
2010	102.9	101.3	683,228	692,159
2011	96.1	94.4	772,415	729,262
2012	92.2	90.1	843,173	759,290
2013	87.4	88.5	899,690	796,199
2014	88.6	89.4	955,210	853,900
2015	90.4	89.0	1,019,546	907,324

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2015). 2015년 건강보험통계연보.

5. 사회서비스정책의 현황과 쟁점

한국의 사회보장정책 중 상대적으로 최근에 많은 변화를 경험한 정책이 바로 사회서비스 정책이다. 한국전쟁 직후 전쟁고아나 장애인 등을 대상으로 가장 먼저 공급이 시작된 서비스였다는 점에서 이미 오랜 역사를 갖고 있었지만 정부 차원에서 대대적으로 정책을 마련하고 공급방식의 혁신 등을 추진한 것은 최근의 일이었기 때문이다.

간략하게 최근의 정책현황을 설명하면 2000년대 초반 보육서비스 제

도를 대대적으로 개편한 이후 2006년 참여정부 시기에 사회서비스 공급 정책을 대폭 강화하는 조치가 취해지게 된다. 그리고 2007년 사회서비스 공급과 관련해 바우처 방식이 전면적으로 실시되게 된다. 그리고 2008년 노인장기요양보험제도가 시행되며 2009년에는 보육바우처제도가 실시되고 2011년에는 장애인활동지원사업이 확대되게 된다. 그리고 2012년 무상보육이 시작되면서 사회서비스는 매우 중요한 정책적·정치적 현안으로 자리하게 된다.

이제 사회서비스는 한국의 사회보장제도에서 매우 중요한 위치를 점하고 있는 정책이 되었다. 저출산 고령화 문제에 직면한 한국 사회에서 맞벌이 가정을 위한 무상보육은 지속적으로 확대되고 강화되어야 하는 서비스로 인식되고 있다. 마찬가지로 빠르게 늘어나는 치매노인 등을 대상으로 하는 장기요양보험의 역할 또한 확대가 불가피하다. 그리고 2012년 제정된 「사회보장기본법」 또한 사회서비스를 가장 핵심적인 복지서비스로 강조하고 있다.

그렇다면 한국의 사회서비스 정책은 어떠한 특징을 갖는가. 이 점을 설명하기 위해서는 2006년 참여정부하의 사람입국일자리위원회가 주도하여 사회서비스 일자리 확대를 주장한 시점에 주목할 필요가 있다. 이때부터 사회서비스가 정책결정자들의 관심사로 떠오를 수 있었기 때문이다. 이 시기 이후 한국의 사회서비스 공급 확대 정책은 다음과 같은 몇 가지 특징을 갖고 있다.

첫째, 사회서비스 공급 확대를 일자리창출정책과 관련지어 생각했다는 점이다. 이는 한국의 사회서비스, 특히 사회복지서비스가 대인서비스로서의 질(quality) 문제에 천착하기보다 고용창출을 위한 수단으로 간주됐다는 비판을 받기도 했다. 하지만 탈산업화로 일자리가 급감하는 상황에서 정부가 재정을 투입하여 일자리를 창출하고, 이를 토대로 사회서비스 시장

을 형성하기가 용이하고, 이를 통해 시민들의 복지욕구를 충족시킬 수 있다는 점에서 긍정적인 측면을 갖기도 했다. 그러나 이러한 전략이 갖는 의미는 한국 사회에서 각종 사회복지서비스, 더 나아가 다양한 사회서비스 공급을 확대하는 명분의 역할을 했다는 점이다.

둘째, 사회서비스라는 용어를 사용했지만 그 핵심에는 사회복지서비스가 자리 잡고 있었다는 점이다. 사실 최근 들어서는 사회서비스라는 용어가 사용되는 일이 드물다. 그것은 각종 사회서비스에서 고용서비스나 주거서비스 등 전문화된 서비스가 분화되는 경향이 있기 때문이다. 이런 맥락에서 돌봄서비스(care services)를 근간으로 하는 사회복지서비스가 그 중심에 있었던 것이다. 실제로 이후 재정적으로나 일자리 규모로나 가장 큰 규모의 사회서비스는 바로 돌봄서비스였다. 저출산이 심화되는 상황에서 여성의 경제활동 참여를 촉진하기 위해서는 보육서비스를 확대해야 했고 인구고령화에 따라 치매노인 등을 대상으로 하는 장기요양서비스 또한 확대해야 했으며 장애인의 사회권 보장을 위해서도 각종 서비스를 확대해야 했기 때문이다.

셋째, 사회서비스 공급방식에서 바우처제도를 전격적으로, 그리고 포괄적으로 도입했다는 점이다. 사실 한국의 사회서비스, 특히 사회복지서비스의 공급주체는 여전히 민간이었다. 정부가 보조금 지원을 확대하고 있었지만 공급자의 역할은 민간단체에 맡겨져 있었던 셈이다. 하지만 이 공급방식은 이용자의 욕구와 무관하게 공급자 중심으로 이루어져 있다는 비판이 제기되어 왔다. 그에 따라 매우 급진적으로 사회서비스를 바우처 방식으로 공급하기에 이른다. 물론 모든 사회서비스를 바우처 방식으로 공급하려 했던 시도는 다소 무리가 있었다. 사실상 구매력이 없으며 지역 내 공급기관이 많지 않은 사회서비스는 정부가 공공기관을 지정해 공급하는 방식이 바람직할 수 있었을 것이다. 그럼에도 이 방식은 사회서비스

공급을 확대하는 데 큰 영향을 미친 것이 사실이다.

넷째, 사회서비스 공급에서 사회적경제 조직들의 역할에 주목했다는 점이다. 이는 복지후발국가의 사회서비스 공급정책에서 매우 흥미로운 대목이다. 그것은 지금까지 개인, 특히 여성의 책임으로 방기되어 있던 다양한 사회서비스 공급을 비영리와 사회기여를 표방하는 사회적경제 또는 제3섹터 조직들이 적극적으로 떠안기 시작했음을 의미한다. 그리고 정부는 지속적으로 사회서비스 공급기관으로 사회적경제 조직을 육성하는 정책을 추진해 왔다. 2006년 「사회적기업육성법」을 통해 사회적기업이 사회서비스 공급을 확대하는 데 기여했다면 2007년 보건복지부는 사회서비스 선도기업 지원정책을 추진하고 2012년에는 「협동조합기본법」이 제정되어 사회서비스를 공급하는 사회적경제 조직들이 더욱 빠르게 성장하게 된다. 더욱이 최근에는 정치권에서 「사회적경제기본법」 제정 또한 논의되고 있는 상황이다.

제5절 최근 복지현안과 개혁동향

한국의 사회보장제도는 지난 20년간 빠른 속도로 확장되어 왔고 그 과정에서 정책방향과 추진전략을 둘러싸고 정치권과 시민사회가 치열하게 논쟁을 벌여왔다. 2000년대 초반 복지 확장 단계에서는 확장 자체에 대한 이견이 적지 않았지만 특정 시점 이후에는 복지 확장 자체를 반대하는 것이 아니라 복지 확장의 완급과 범위와 관련된 이견이 주를 이루고 있는 것처럼 보인다. 그 배경은 무상급식과 관련된 서울시 주민투표가 복지 확장을 지지함에 따라 정치적으로 그 자체를 반대하는 것이 힘들어진 것과 무관하지 않다고 판단된다. 최근 한국 사회에서 사회보장정책과 관련된 몇 가지 현안을 정리하면 아래와 같다.

1. 보편주의와 선별주의 논쟁

사회보장제도가 정비되고 복지지출이 증가하면서 한국 사회에서 복지 확장은 차츰 정치적 핵심의제로 부각되기에 이르렀다. 그리고 복지정책과 관련된 논쟁은 항상 ‘보편주의 대 선별주의’의 대립 양상을 보였다. 진보정치세력이 보편주의를 지지하는 경향이 강하다면 보수정치세력은 선별주의를 지지하는 경향을 보여 왔다. 하지만 이러한 대립 경향은 2011년 8월 24일 무상급식에 대한 찬반의사를 묻는 서울특별시 주민투표를 기점으로 상당 부분 완화된 것으로 판단된다. 선별주의를 표방했던 서울 시장이 주민투표 결과를 받아들여 사퇴하면서 보수정치세력 또한 선별주의만을 고집할 수 없는 상황이 펼쳐지게 되었기 때문이다.

사실 ‘보편·선별 논쟁’은 애당초 내용 없는 정치 쟁점으로 변질될 개연성이 높은 것이었다. 그것은 한국의 사회보장체계를 선별주의와 보편주의 중 어느 하나의 원칙으로 구조화해야 하는 문제처럼 단순화시킨 측면이 있었다. 물론 한국 사회에서 보편주의란 재원조달과 관련해 모든 국민이 소득에 비례하여 사회보장세를 내고 이를 기반으로 모든 국민에게 소득보장과 복지서비스를 제공하는 북유럽형 복지국가를 지향하는 경향이라고 말할 수 있을 것이다. 하지만 2010~2011년 한국 사회를 지배했던 보편주의와 선별주의 논쟁은 사회보장체계의 방향성에 대한 논쟁이었다기보다 특정 정책의 적용범위를 둘러싼 것이었다.

이는 현재의 사회보험 중심형 사회보장체계를 그대로 유지하는 한 쉽사리 해결될 성격의 문제는 아니었다. 여전히 사회보험의 사각지대가 큰 상황에서 이들을 보호하기 위해서는 복지국가의 연대주의 기능이 강화되어야 했다. 그것은 기여금 방식에 따른 사회보장재원 외에 조세 형태로 별도의 재원이 마련되어야 한다는 것을 의미했다. 하지만 당시의 보편주

의 대 선별주의 논쟁은 이러한 방향으로 발전하지 못했다. 사실 당시 추가적 조세부담을 전제로 하는 사회보장체계 재편에 대한 의견을 표명했던 정치세력은 진보정치세력을 제외하고는 거의 없었다.

2016년 현재 한국 사회에서 보편주의와 선별주의를 둘러싼 논쟁은 여전히 진행되고 있다. 그리고 사회보험의 가입 대상을 넓히고 수급 대상을 늘리는 전략, 사회부조제도가 최후의 사회안전망 역할을 다하는 문제, 이러한 복지 확장을 위해 재원을 조성하는 문제는 아직 해결의 가닥을 잡지 못하고 있기 때문이다.

2. 사회보험과 대안적 복지패러다임의 모색

한국은 1987년 체제 이후 사회보험 중심의 사회보장체계를 구축하였고 점진적으로 적용 대상을 확대하여 2000년대 초반에는 전 국민을 대상으로 하는 사회보장체계의 외형을 완성하였다. 하지만 지금 한국의 사회보험제도는 중대한 도전에 직면해 있는 것처럼 보인다. 그것은 20세기 중반 전성기를 누렸던 사회보험제도가 고용관계의 유연성이 강조되고 불안정 노동이 확산되고 있으며 새로운 형태의 고용관계가 증가하는 상황에서 여전히 최선의 사회보장제도인가 하는 점이다. 사회보험의 가입조건을 완화하여 사각지대를 해소하고 수급요건을 완화하여 수급자를 확대하는 지금까지의 방식에 더욱 매진할 것인지, 새로운 고용관계에 맞는 다른 사회보장제도를 모색할 것인지에 대해 질문이 제기되고 있는 것이다.

현실에서는 사회보험 가입률 제고가 얼마나 힘든 문제인지 여실히 확인되고 있다. 참고로 아래 표는 한국의 사회보험에서 비정규직 근로자의 가입률이 현저하게 낮고 증가 추세 또한 더디다는 것을 보여준다. 2016년 국민연금에서 정규직과 비정규직의 가입률은 각각 82.9%와 36.3%로

비정규직 노동자의 국민연금 가입률은 정규직의 절반에도 미치지 못하고 있다. 가입률이 높은 건강보험 또한 2016년 현재 정규직과 비정규직의 가입률이 각각 86.2%와 44.8%로 역시 비정규직의 가입률이 정규직의 절반 수준이다. 끝으로 고용보험의 경우 2016년 정규직과 비정규직의 가입률은 84.1%와 42.8%로 두 배가량 차이가 나고 있다.

이는 한국 사회에서 노동시장의 이원화가 노동소득의 격차를 확대시킬 뿐 아니라 사회보험 가입률을 통해 복지 혜택의 격차 또한 확대시키고 있다는 점을 보여주는 것이다. 그것은 정규직과 비정규직의 사회보험 가입률 증가 속도에도 매우 큰 차이가 있다는 점을 통해 확인할 수 있다. 물론 현실에서는 사회보험에 가입했다 하더라도 비정규직 노동자는 수급요건을 충족시키지 못해 실업급여 등을 받지 못하는 경우가 있다는 점을 감안해야 할 것이다.

〈표 8-14〉 고용지위에 따른 사회보험 가입률 추이

(단위: %)

연도	국민연금(직장)		건강보험(직장)		고용보험	
	정규직	비정규직	정규직	비정규직	정규직	비정규직
2004.08	72.5	37.5	73.8	40.1	61.5	36.1
2005.08	75.7	36.6	75.9	37.7	63.8	34.5
2006.08	76.1	38.2	76.1	40.0	64.7	36.3
2007.08	76.3	40.0	76.7	42.5	64.3	39.2
2008.08	77.3	39.0	78.0	41.5	65.8	39.2
2009.08	78.9	38.2	79.8	43.4	67.6	42.7
2010.08	78.4	38.1	79.5	42.1	75.7	41.0
2011.08	79.1	38.2	80.9	44.1	77.4	42.3
2012.08	80.3	39.0	82.2	45.4	78.9	43.3
2013.08	81.2	39.2	83.5	46.2	80.6	43.6
2014.08	82.1	38.4	84.1	44.7	82.0	43.8
2015.08	82.0	36.9	84.8	43.8	82.4	42.5
2016.08	82.9	36.3	86.2	44.8	84.1	42.8

자료: 국가통계포털, KOSIS(www.kosis.kr에서 2016. 11. 2. 인출).

사회보험제도가 사각지대를 해소하지 못하는 동안 근로빈곤층이 증가하고 이들의 노후빈곤 위험은 더욱 높아지게 된다. 이러한 상황에서 한국의 사회보장제도는 각종 비기여형 복지제도의 비중을 높여가지 않을 수 없다. 즉 조세를 재원으로 하는 복지제도가 확대되고 있는 것이다. 그리고 이러한 흐름은 조세나 사회보장세를 기반으로 하는 보편적 복지프로그램 또는 사회보장제도의 출현에 영향을 미치고 있다. 때로는 사회수당의 형태로, 때로는 기본소득과 유사한 형태로 새로운 사회보장제도를 실험하게 만드는 것이다. 최근 일부 지자체에서 실험하는 청년수당 또한 그러한 사례 중 하나일 것이다.

3. 저출산·고령화의 문제

한국 사회는 1990년대까지도 여전히 출산억제정책을 기조로 채택하여 추진해 왔다. 하지만 2001년 저출산 문제가 발생하면서 정책기조가 다시 출산장려정책으로 급격하게 바뀌게 되었다. 구체적으로는 2004년 2월 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회를 거쳐 2005년 9월 「저출산·고령사회기본법」이 제정되고 대통령직속 저출산·고령사회위원회가 구성되기에 이른다. 그리고 이후 모든 정부에서 저출산과 인구고령화 문제는 사회보장정책에서 가장 큰 화두가 되었다.

하지만 10년이 지난 지금까지 저출산 문제에 대한 정책적 성과는 가시화되지 않고 있으며 인구고령화에 따라 예상되는 노후소득보장체계의 정비와 의료보장체계의 정비 또한 큰 방향을 정하지 못하고 있는 것처럼 보인다. 그리고 기존 정책들의 성과가 크지 못해 방향성과 추진전략에 대한 재검토가 필요하다는 비판적 의견은 최근 들어 더욱 강하게 제기되고 있다.

그중에서도 저출산 문제와 관련해서는 근본적인 문제에 대한 정책적

개입이 필요하다는 의견이 주를 이루고 있다. 그것은 현재의 가임기여성
이 출산을 기피하는 원인에 대한 재검토를 토대로 정책방향을 수정해야
한다는 것을 의미한다. 예를 들면 청년층의 고용안정과 적정임금 보장,
보다 저렴한 주거비, 안정적이고 저렴한 보육서비스, 자녀들에 대한 교육
비 부담의 절감 등이 그것이다. 하지만 이 정책들은 그 자체로 매우 커다
란 정책사안이라는 점에서 저출산·고령화 대책의 일환으로 개입하는 데
한계가 있었던 것이다. 그리고 이러한 문제가 해결되지 않은 상황에서 출
산율이 제고되지 않았던 것은 당연한 일일 것이다.

오늘날 여성에게 출산을 장려하는 것은 마치 모성을 강요하는 것처럼
인식될 위험이 있다. 이는 출산을 장려하는 것에서 자발적 선택을 할 수
있는 환경을 조성하는 문제가 매우 중요하다는 점을 말해준다. 이 점에서
출산과 관련된 자발적 선택에 우호적인 환경을 조성하는 다양한 정책을
고민해야 할 시점이다. 이는 어떤 의미에서 우리 사회의 기본구조를 바꾸
는 거대한 전환과도 관련이 있는 일일 것이다.

4. 소득보장체계의 개편

지금 한국의 소득보장제도는 크게 두 가지 제도를 종합적으로 정비해
야 하는 상황에 처해 있다. 하나는 현재의 노인빈곤층과 근로빈곤층을 충
분히 보호할 수 있는 시스템을 구축해야 한다는 점이고 다른 하나는 미래
의 소득불평등과 빈곤 문제를 해결할 수 있는 소득보장체계를 구축해야
한다는 점이다. 그리고 이 사회보장제도는 지속가능성을 보장해야 한다.
이는 현재 여당과 야당, 또는 보수와 진보를 넘어 폭 넓은 사회적 합의가
이루어져 있는 문제라고 말할 수 있다.

현재의 소득보장제도는 사회보험제도인 국민연금과 고용보험(실업보

협)이 한 축을 이루고 비기여형 소득보장제도인 기초연금과 기초생활보장제도가 다른 한 축을 이루고 있다. 이 제도들은 노후소득보장제도와 근로연령층을 대상으로 하는 소득보장제도로 구분할 수 있다. 국민연금과 기초연금 그리고 기초생활보장제도가 현재의 노인들을 위한 소득보장체계를 구성하고 있다면 고용보험과 사회부조제도는 현재의 근로연령층을 위한 소득보장체계를 구성하고 있는 것이다.

먼저 노후소득보장체계는 가장 시급한 정책현안이라고 말할 수 있다. 그것은 OECD에서 가장 높은 노인빈곤율과 노인자살률이라는 부끄러운 현실을 감안하면 너무도 당연한 일이다. 물론 이 문제와 관련해서 막대한 재원부담을 이유로 해결이 난망하다고 생각할 수 있다. 하지만 노후소득보장체계의 강화는 한 사회가 당연히 감당해야 할 부담이다. 그리고 현재의 노인빈곤층은 조세로 감당할 수밖에 없는 부분이다. 따라서 한국의 소득보장제도는 조세를 재원으로 하는 기초연금과 기초생활보장제도를 개편하여 통합적인 노후소득보장제도를 도입하는 방안을 검토할 필요가 있는 상황이다.

이어 근로연령층 대상의 소득보장체계를 개편하는 문제이다. 현재 한국에서 근로연령층을 대상으로 하는 대표적 소득보장제도는 다음 두 가지로 정리할 수 있다. 하나는 기초생활보장제도이고 다른 하나는 근로장려세제이다. 물론 현 정부가 취업성공패키지를 도입하고 확대하였으며 이는 잠재적으로 근로빈곤층을 위한 소득보장제도로 발전할 수 있는 여지가 없는 것은 아니다. 그러나 취업성공패키지는 아직 소득보장제도의 위상을 갖고 있지 못하다. 여기서 주목해야 할 점은 현재 근로연령층 대상의 소득보장제도, 특히 근로빈곤층을 위한 소득보장제도가 제대로 작동하지 못하고 있다는 것이다. 기초생활보장제도는 최후의 사회안전망으로 불리지만 24만 명 내외의 근로빈곤층을 보호하고 있다. 근로장려세제

는 상대적으로 많은 70~80만 가구의 근로빈곤층을 보호하고 있지만 장려금의 금액이 작아 소득보장제도의 기능을 수행하기 힘들다. 노동시장에서 격차와 박탈이 심화되는 상황에서 근로빈곤층을 위한 소득보장체계를 서둘러 정비해야 하는 이유이다.

5. 사회보장제도를 위한 재원조달 방안

앞서 언급한 바와 같이 한국의 정치권은 복지 확장을 위한 주장에는 동의하지만 그것을 뒷받침할 추가적 조세부담을 주장하기는 꺼려하는 태도를 보이는 경향이 있다. 이는 현재의 재정을 절감하여 필요한 재원을 조달한다거나, 비공식 부문을 공식화하여 복지수요를 줄이고 재원을 확충한다는 전략으로 표출되어 왔다. 물론 이러한 대책이 잘못된 것은 아니다. 사실 조세부담을 늘리기에 앞서 지출절감과 효율화를 강조하는 것은 당연한 일이다. 하지만 현재의 사회보장체계에서 추가적 조세부담을 통한 복지확장이 불가피하다는 점에 대해서도 정치적 합의가 필요한 상황이다.

그렇다면 현재 이미 사회보험료 부담이 적지 않은 상황에서 어떠한 방식으로 추가적 재원을 확보할 수 있는지에 대해서는 다양한 대안을 검토할 필요가 있다. 부가가치세를 인상함으로써 강한 조세저항을 피하면서 재원을 확충하는 방안이나 소득에 비례하여 추가적 세금을 부과하는 방안 등이 가능할 것이다. 하지만 이 문제에 대해서는 현재 우리 사회가 필요로 하는 지출 규모를 감안하여 낮은 세율의 사회보장세를 도입하는 방안을 검토할 필요가 있다. 그리고 이후 사회보험 재정으로 감당하기 힘든 새로운 복지수요의 증가 추세를 고려해 점진적으로 세율을 인상하여 작은 사회보장세를 도입하는 것이다.

이러한 재원조달 방안과 관련해서는 프랑스의 일반사회기여금(Contribution

Sociale Ggénéralisée: CSG)의 사례를 참고할 필요가 있다. 프랑스는 사회보험중심형 사회보장체계를 구축한 경우라는 점에서, 그리고 최근 사회보험 가입률이 감소함에 따라 복지국가의 연대적 기능을 강화하고 있는 경우라는 점에서 우리가 참조하는 데 적절해 보인다. 물론 한국은 사회보험 가입률이 유럽 복지국가들처럼 전 국민의 90%에 달하는 수준에 이르지 못한 후발국가이지만 사회보험 재정으로 전체 복지수요를 감당하기 힘든 상황에서 필요한 재원을 조달하는 사회적 합의가 어떻게 가능한지 시사점을 얻을 수 있을 것이다.

그것은 단번에 높은 세율을 적용하기보다 사회보험 가입률과 수급률의 증가 추세를 고려하고 저출산이나 고령화에 따른 복지수요의 추세를 고려하여 사회보장세의 규모를 결정하는 방안을 의미한다. 그리고 소득이나 소비 어느 하나에 세금을 부과하는 방식이 아니라 소득과 소비, 그리고 재산 등에 세금을 부과하는 방식이다. 이는 한국 사회처럼 조세부담의 형평성과 관련한 갈등이 큰 사회에서는 충분히 고려할 만한 대안이다.

그리고 이러한 방식으로 조성된 재원은 사회보험 재정으로 감당하기 어려우며 국가의 미래를 위해 전략적으로 지원 확대가 필요한 정책영역을 중심으로 배분할 필요가 있다. 우리 사회에서는 현재의 노인인구를 위한 사회보장과 저출산 문제를 해결하기 위한 정책에 재원투입을 집중화하는 방안을 강구할 필요가 있을 것이다.

제6절 맺으며

한국은 1970년대 권위주의정부는 ‘선성장 후복지’를 정책기조로 천명하였고 1990년대 이후의 정부들은 이른바 ‘생산적 복지’를 정책기조로 채택하여 왔다. 물론 모든 정부가 생산적 복지라는 용어를 사용했던 것은

아니다. 사실 생산적 복지는 1997년 외환위기가 발생한 직후 집권했던 김대중 정부가 제시한 정책구호였다. 이후 노무현 정부는 참여복지라는 구호를 제시하였고 이명박 정부는 능동적 복지, 박근혜 정부는 창조복지를 구호로 내세웠다. 모두 이름은 달랐지만 한 가지 공통점이 있었다. 그것은 여전히 복지제도가 경제에 기여해야 한다는 생각이 강하게 반영되어 있다는 점이다. 이러한 의미에서 한국의 역대 정부는 생산적 복지 또는 사회투자라는 전략과 친밀성을 갖는다고 말할 수 있다.

사실 전 국민이 가난했던 국가가 현재까지 이르는 과정에서 사회보장제도를 정비하기가 힘들었다는 점은 당연한 일일지 모른다. 물론 뒤늦게 사회보장제도를 도입한 결과 현재 우리 사회가 많은 어려움을 경험하고 있는 것도 사실이다. 그리고 단기간에 사회보장재정을 대폭 확대하기 힘들다는 점에서 점진적 복지 확장의 전략을 택하는 것이 불가피한 측면도 있다. 그것이 생산적 복지나 사회투자전략에 주목하는 이유일 것이다.

하지만 이제 한국의 사회보장제도는 전환점에 들어서 있으며 다음과 같은 문제에 주목하며 새로운 정책방향을 수립해야 하는 상황이다.

첫째, 노동·소득·소비 영역에서의 배제와 격차를 해소하는 일이다. 지금까지의 정책기조가 노동시장 또는 시장에서 발생하는 불평등과 박탈의 문제를 사회보장제도가 해결한다는 것이었다면 향후 각 정책영역에서 불평등이 심화되지 않도록 통제하는 정책의 강화가 필요하다. 그것은 임금격차를 줄이고 소득보장제도로 소득격차를 축소하며 주거와 교육 등의 소비영역에서의 지출부담을 최소화하는 방향으로 사회보장제도를 개편해 나가는 일이다. 지금까지의 경험에 비추어 보면 현금급여를 조금 인상한다고 시민들의 삶이 크게 나아지는 것은 아니다. 주거비 부담이나 교육비 부담을 줄이는 것이 가처분소득을 늘리는 더 효과적인 정책일 수 있는 것이다.

2) 정책의 층위와 대상에 맞게 보편 프로그램과 선별 프로그램을 조합

하는 일이다. 사회보장정책에서 가장 중요한 것은 모든 시민이 필요로 하는 복지혜택을 누리는 일이다. 이 과정에서 모두 기여를 할 수 있다면 최선이겠지만 21세기 노동시장에서 모든 사람이 안정적 일자리를 토대로 동일한 형태로 기여할 수 있는 것은 아니다. 이미 기본소득 등 새로운 소득보장의 패러다임이 출현하고 있는 이유에 주목할 필요가 있다. 이러한 맥락에서 개별정책에 대해서도 선언적으로 보편주의와 선별주의를 가르는 방식을 지양해야 한다. 어느 국가나 보편적 복지제도와 선별적 복지제도는 함께 유지된다.

3) 사회보험 중심체계가 강화되어 수급률이 일정 수준에 이르는 시점까지 사회보장제 형태의 새로운 재원을 조성하는 일이다. 이와 관련해서는 앞서 언급한 바와 같이 프랑스의 일반사회기여금(CSG) 사례를 참고할 필요가 있다. 이는 사회보장을 위한 재원조달 방안에서도 극단적인 몇 가지 사례를 중심으로 검토하기보다 다양한 정책적 조합이 가능하다는 점에 천착해야 한다는 시사점을 갖는다. 그리고 사회보장체계를 지탱하기 위한 재원조달 방안은 보수와 진보를 막론하고 장기적 관점에서 사회적 합의가 필요하다. 즉 정권이 바뀌어도 안정적으로 유지되는 정책이 되어야 하는 것이다.

4) 사회보장제도와 관련한 입법화 과정에서 다양한 의견을 수렴하는 협의체계를 강화하는 일이다. 한 예로 사회보장제도와 관련한 중요한 법률 개편이 있는 경우 국회 상임위원회를 넘어 다양한 전문가들이 참여하는 검토 작업이 선행되어야 할 것이다. 끝으로 일관된 정책이념에 따라 정책을 제안하는 정책정당 간의 건강한 경쟁이 있어야 한다는 점이다. 이는 선거 경쟁에서 승리하기 위해 자신의 정치이념과 상이한 정책들로 공약집을 만들고 집권 이후에는 단기적 이해관계에 집착하여 정책을 추진하는 문제점이 개선되어야 한다는 것을 의미한다.

제 9 장

결론: 아시아 주요국 사회보장체계의 비교

제1절 다른 시간과 다른 공간

제2절 공통의 도전과 상이한 조건

제3절 대안적 사회보장체계를 위한 도전

제4절 몇 가지 제안

9

결론: 아시아 주요국 《 사회보장체계의 비교

제1절 다른 시간과 다른 공간

21세기의 국가들은 거의 예외 없이 다음과 같은 미션을 부여받고 있다. 한편으로는 세계화 과정에서 국가와 기업이 경쟁력을 유지할 수 있도록 보다 투명하고 효율적인 경제시스템을 만들고 다른 한편으로는 시민들이 다양한 경제사회적 위험으로부터 보다 안정적으로 일상생활을 할 수 있도록 사회보장체계를 구축하는 일이다. 때로 이 두 가지는 상충되는 목표처럼 인식되기도 한다. 실제 경제시스템의 효율화와 소득분배구조의 개선을 모두 이루기란 그리 쉽지 않은 것처럼 보인다.

그리고 이 두 가지 목표를 달성하는 방식은 국가마다 다를 수 있다. 그것은 각국의 정치시스템과 경제시스템을 형성한 역사적 경험이 다르고 현재의 정치적 힘 관계와 사회구조가 다르기 때문이다. 그리고 각국이 세계적 분업구조에서 점하고 있는 지위가 다르며 산업구조와 관련해서도 산업화와 탈산업화의 정도가 상이하며 노동의 유연화로 표현되는 노동시장구조가 다르고 소득분배구조가 상이하기 때문이다. 국가마다 주어진 문제가 다르고 그것을 해결할 수 있는 힘 관계가 다른 상황에서 경제성장을 이루는 방식과 소득을 재분배하는 방식이 다른 것은 당연한 일일지 모른다. 더욱이 기존 사회보장제도가 규정하고 있는 경로에서 벗어나기도 쉬운 일이 아니다.

이러한 맥락에서 사회보장체계 국제비교를 위해서 다음 두 가지 사항

에 유념해야 한다는 점을 강조하고자 한다. 첫째, 하나의 공간에는 다양한 시간이 응축되어 있다는 점이다. 국가를 하나의 공간으로 간주하는 경우 그 속에는 각기 다른 시간대의 정치와 경제, 그리고 사회가 혼재되어 있다. 권위주의와 민주주의, 사회주의와 자본주의, 보편복지와 선별복지 등이 그것이다. 그것은 경제체제에 환원되는 정치체제와 사회체제라는 전제가 성립하지 않는다는 것을 의미한다. 즉 공간은 하나의 시간에 따라 규정되지 않는 것이다. 정치적 권위주의와 시장경제, 민주주의와 선별복지 등의 다양한 조합이 가능한 것이다. 시장경제가 반드시 민주주의로 귀결되지 않으며 민주주의가 복지 확장으로 귀결되지 않는 것이다. 둘째, 시간은 반복되지 않는다는 점이다. 각국의 경제정책이나 사회보장정책을 비교하다 보면 종종 후진국이 선진국이 오래전에 경험한 문제를 그대로 경험하게 된다는 인상을 강하게 받게 된다. 그리고 후진국은 선진국의 정책이나 정책모델을 수입하면 불필요한 비용을 절감할 수 있다는 생각으로 이어지게 된다. 실제로 후발 복지국가들은 서구 복지국가들로부터 많은 사회보장제도를 수입하여 성과를 거두기도 한다. 하지만 시간은 반복되지 않는다. 예를 들면 산업화 시대의 경제사회적 위험에 적합한 사회보험제도가 21세기의 변화된 노동시장구조에서는 제대로 작동하기 힘들다. 그 제도가 작동하는 시간은 다른 시간이기 때문이다. 그리고 이러한 문제는 지금 아시아 각국에서 잘 드러나고 있다.

이런 관점에서 보면 여기서 다루고 있는 아시아 국가들의 차이점과 공통점이 보다 분명하게 드러나게 된다. 민주주의의 발전 정도나 경제발전 단계, 1인당 GDP나 GDP 대비 사회지출 비중, 그리고 사회보장제도의 발전 정도 등의 측면에서 보면 아시아 국가들은 선진국과 후진국이라는 표현처럼 선후(先後)가 있을지 모른다. 1인당 GDP나 사회지출이 GDP에서 차지하는 비중을 보면 세계 최상위권에 위치한 국가부터 최하위권에

위치한 국가까지 다양한 국가가 포진하고 있다. 하지만 정치체제나 사회체제와 관련지어 생각해 보면 그렇게 말하기 힘들다. 한 국가에는 다양한 시간이 응축되어 있다는 점에서 그러하다. 이는 아시아 각국의 사회보장체계를 비교하면서 사회보장제도의 선후를 말하기 어려우며 복지체제를 말하기는 더욱 힘들다는 점을 말해준다. 어쩌면 이것이 아시아 각국의 사회보장체계에 대한 비교연구가 처해 있는 현실이기도 할 것이다(Marei, 2002: 7~10).

따라서 본 연구는 아시아 각국의 사회보장체계를 비교연구하면서 무리하게 복지체제나 모델 같은 개념화에 주력하지 않을 것이다. 그것은 하나의 시간의 지배를 받는 것도 아니며 동질적인 공간도 아니라는 점에서 매우 엉성한 모델로 귀결되기 쉽기 때문이다. 대신 아시아 각국의 사회보장체계가 어떻게 구성되어 있으며 어떤 문제에 직면해 있는지, 그리고 어떻게 새로운 발전방향을 탐색하고 있는지 살펴보는 데 초점을 두고자 하였다. 이것이 각국의 연구자들이 자국의 사회보장체계를 분석하는 강점일 것이다.

실제로 비교분석 과정에서 아시아 각국의 경제 및 산업의 발전 정도가 다르고 경제사회적 현안 문제가 다르며 이 문제를 해결하기 위한 정책, 특히 사회보장제도의 구조와 운영방식 또한 다르다는 점이 잘 드러났다고 판단된다. 장기적으로 보면 거의 모든 국가가 탈산업화와 인구고령화, 그리고 사회보장 재정의 지속가능성 문제에 직면하게 될 것이다. 하지만 그것이 현재 어떠한 환경에서 어떠한 속도로 진행되며 현재 어느 정도 심각한 상태인가에는 큰 차이가 있는 것이다.

제2절 공통의 도전과 상이한 조건

1. 탈산업화의 다양한 경로

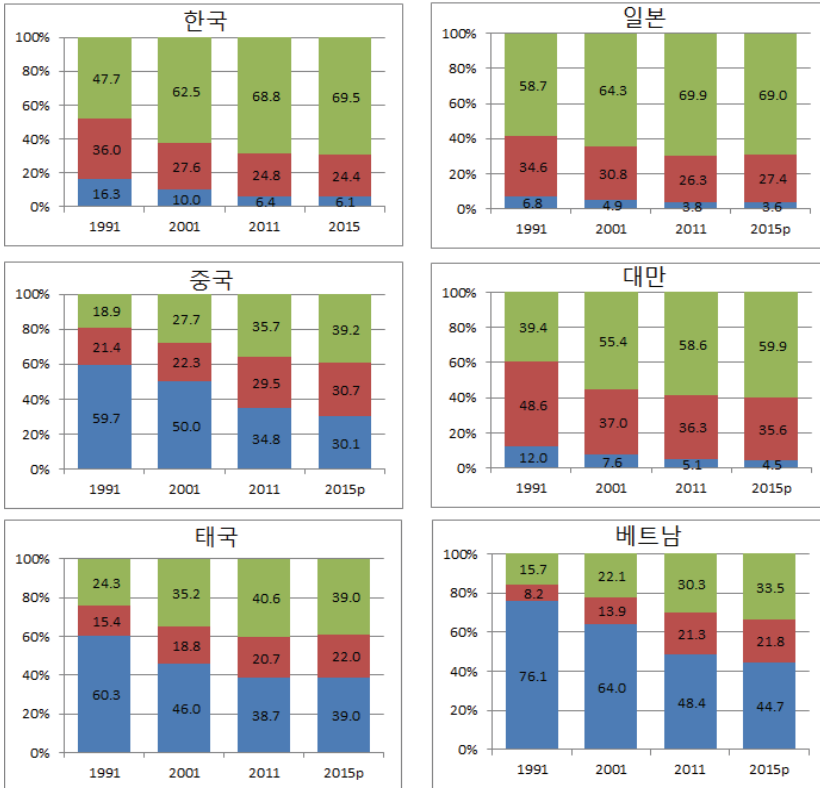
사회보장체계에 영향을 미치는 요인은 산업화와 탈산업화, 인구 및 가족구조의 변화, 도시화, 그리고 소득분배구조의 변화 등 다양한 측면에서 생각해 볼 수 있다. 그중에서도 탈산업화는 복지국가의 위기와 재편에 큰 영향을 미친 요인이라고 말할 수 있다. 특히 서구 복지국가를 비롯한 상위소득국가는 이미 오래전부터 탈산업화 과정에 들어서 있었다. 그리고 중위소득국가들 또한 1990년대 말을 기점으로 탈산업화의 충격에 노출되어 있다.

지금까지 많은 국가의 사례를 보면 탈산업화가 소득분배구조에 부정적인 영향을 미치는 경향이 있다고 말할 수 있다. 그것은 서구 복지국가의 사례를 통해 확인되었으며 일본과 한국, 그리고 대만의 경우에서도 잘 나타나고 있다. 실제로 이 연구 또한 일본과 한국, 그리고 대만에서의 탈산업화가 고용구조 및 소득분배구조에 어떠한 영향을 미치고 있는지 잘 보여주고 있다. 그것은 비록 발생 시점이나 진행 속도, 그 충격의 정도 측면에서 차이가 있지만 전반적으로 노동시장을 이원화시키고 소득분배구조를 악화시키는 경향이 있는 것이다.⁴⁶⁾ 하지만 중국과 태국, 그리고 베트남에서도 동일한 양상이 나타날 것이라고 단정하기는 힘들다. 그것은 이들 국가가 서구 복지국가 또는 일본과 한국처럼 ‘산업화→탈산업화’라는 정형화된 발전경로를 취하고 있다고 여겨지지 않기 때문이다. 더 복잡하고 새로운 양상이 나타날 수 있는 것이다(Kim & Lee, 2014: 65-68).

46) 탈산업화의 충격에 대해서는 본문에서 고이시 노리미치 교수(일본의 사회보장체계)의 원고를 참조할 수 있다.

[그림 9-1] 아시아 주요국의 산업별 취업자 비중 추이

(단위: %)



주: 1) 각 막대의 상단은 서비스 업종 취업자 비중을, 중간은 제조업 취업자 비중을, 하단은 농업 취업자 비중을 나타냄. 한국을 제외하고 2015년은 추정치임.

2) 한국의 2011년과 2015년 수치는 한국 통계청의 경제활동인구조사 자료를 적용.

자료: World Development Indicators(data.worldbank.org/indicator에서 2016. 11. 17. 인출).

일본은 19세기 말 산업화가 시작되었으며 탈산업화 또한 상대적으로 일찍 시작된 경우이다. 한국과 대만은 1960년대 산업화를 경험하고 1990년대 말 탈산업화를 경험하였다. 이 세 국가에서 탈산업화의 시점과 속도는 차이가 있다고 판단된다. 그중에서도 한국의 탈산업화 속도는 매우 빨랐다고 할 수 있다. 그리고 그것이 노동시장과 소득분배구조 악화에

큰 영향을 미쳤다. 제조업 부문의 일자리가 급격하게 감소하고 서비스업종의 일자리가 증가함에 따라 저임금과 고용불안에 노출된 일자리의 비중이 커지고 이것이 노동시장의 이중구조를 고착화시키는 한편 빈곤층의 증가를 초래하였던 것이다. 그 밖에도 외형적으로 서비스업종에서의 일자리 증가는 여성 고용률 제고에 긍정적인 영향을 미쳐 왔지만 그것은 임금불평등을 심화시키는 결과를 초래하고 있다. 위의 그림에서도 잘 드러나고 있는 바와 같이 한국은 일본과 대만에 비해 제조업 취업자의 비중이 단기간에 크게 감소한 경우이며 서비스업 취업자의 비중이 다소 과도한 경우라고 말할 수 있다. 이는 탈산업화 속도가 급진적으로 진행됨에 따라 그것이 노동시장과 소득분배구조에 미친 충격이 매우 컸을 개연성이 있다는 점을 말해준다(노대명 등, 2009, pp.89-90).

중국과 태국 그리고 베트남 등의 국가에서 진행되는 탈산업화 문제는 다른 관점에서 접근할 필요가 있다. 그중에서 중국의 예는 매우 흥미롭다. 중국은 2011년 처음으로 제3차 산업의 일자리가 제1차 산업의 일자리 규모를 넘어서고 2014년에 제2차 산업의 일자리가 제1차 산업의 일자리 규모를 넘어서게 된다. 이것은 중국의 산업화와 탈산업화가 기존의 서구국가 및 다른 아시아 국가들과 다른 순서로 진행되고 있음을 보여주는 것이다. 중국은 지금 세계의 공장으로 불리지만 내부적으로는 1차 산업과 2차 산업, 그리고 3차 산업이 비슷한 고용 규모를 유지하는 독특한 전환기적 구조를 나타내고 있는 것이다.⁴⁷⁾ 그리고 태국의 경우에도 탈산업화의 경향은 중국과 유사하게 해석할 수 있다고 판단된다. 하지만 베트남의 경우는 아직 농업 부문 취업자 비중이 지배적인 경우라고 말할 수 있다.

여기서 주목해야 할 점은 탈산업화가 아시아 각국의 사회보장체계의

47) 이는 본문에서 왕춘광 교수(중국의 사회보장체계)가 언급하고 있는 대목이다.

안정성에 어떠한 영향을 미치고 있는가 하는 점이다. 한국과 일본, 그리고 대만처럼 사회보험중심형 사회보장체계를 가진 국가에서 탈산업화가 사회보험제도에 미친 영향은 분명하다. 사회보험 가입 대상을 전 국민 또는 1인 이상 모든 사업장으로 확대하더라도 탈산업화로 불안정 고용이 증가하는 상황에서는 사회보험 가입률을 높이는 데 한계가 있다는 것이다. 참고로 21세기 세계 각국에서는 전통적 고용관계에 벗어난, 그리고 기존의 사회보장제도로는 보호하기 힘든 새로운 형태의 일자리가 빠르게 증가하고 있다. 그리고 이러한 문제는 아시아 국가들 또한 예외가 아니다. 노동시장에서 이른바 클라우드 워크(cloud work)나 깃 이코노미(Gig economy) 등으로 표현된 새로운 고용방식이 빠르게 확산되고 있기 때문이다. 그리고 이는 거의 모든 아시아국가에서 동시에 증가하는 것처럼 보인다.

이런 상황에서 중국, 태국 그리고 베트남의 사회보장체계가 서구 복지 국가나 한국 그리고 일본의 그것처럼 사회보험중심체계로 발전할 것이라고 단정하기는 곤란하다고 여겨진다. 상대적으로 정형화된 제조업 부문의 일자리 비중이 크지 않고 1차 산업과 3차 산업에서의 일자리 비중이 여전히 높은 사회에서 대안적 사회보장체계를 탐색할 개연성 또한 배제할 수 없기 때문이다. 비공식 부문 노동자나 비임금 부문 노동자를 보호할 수 있는 지속가능한 사회보장제도가 무엇인지를 탐색하는 것이다. 물론 그것은 정부재정에 의존하는 방식이거나 새로운 사회보장재원을 조성하는 방식일 개연성이 높다. 하지만 기존의 제도들을 넘어서 새로운 패러다임이 출현할 개연성 또한 배제할 수 없다.

2. 인구고령화, 출구 없는 문제인가?

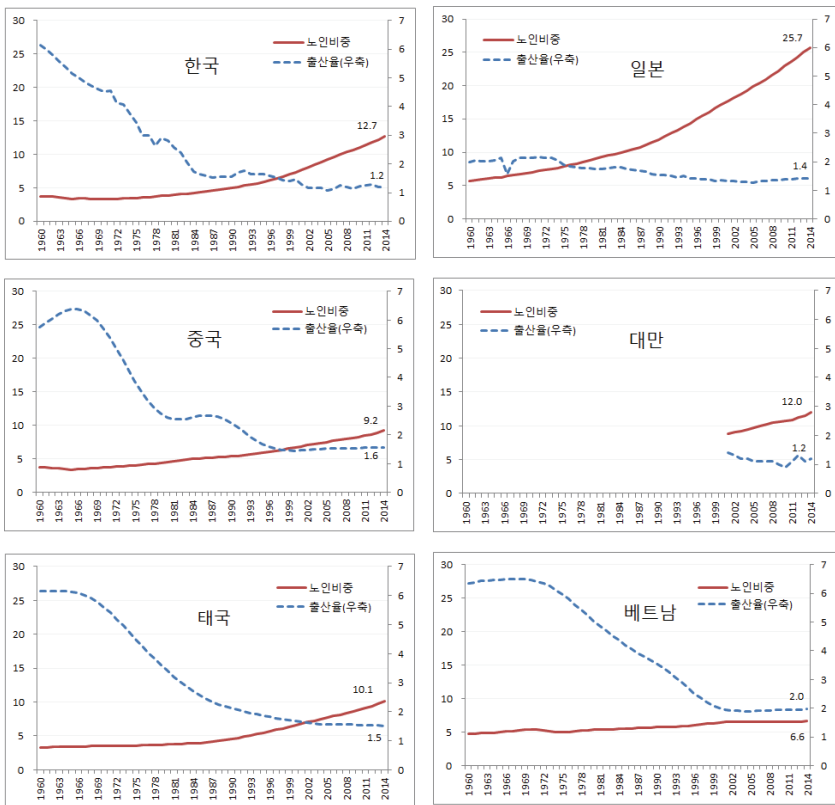
인구고령화, 이는 해법을 찾을 수 없는 문제인가? 일부 국가에 인구고령화는 이미 사회보장체계의 지속가능성을 위협하는 심각한 문제이며 다른 국가들에는 이제 막 시작되었거나 머지않아 도래할 문제이다. 하지만 정작 이 문제를 어떻게 해결해야 할 것인지 분명한 해법을 제시하는 경우는 찾아보기 힘들다. 그렇다면 인구고령화는 사회보장제도의 재정적 지속가능성을 위협하는 문제, 그리고 아직 해결책을 찾지 못한 문제인가.

아래 그림은 아시아 주요국의 출산율과 노인인구 비중의 추이를 시계열로 나타낸 것이다. 이 그림을 보면 일본을 필두로 모든 국가의 출산율이 낮아지고 65세 이상 노인인구의 비중이 빠르게 증가하는 추세가 마치 선후를 나타내는 것처럼 보인다. 일본이 이미 1990년대 이전에 경험했던 문제를 21세기에 와서야 경험하고 있는 셈이다. 참고로 일본의 출산율은 시계열이 시작되는 1960년대에도 이미 매우 낮은 수준이었으며 노인인구의 비중은 이미 1990년대 한국과 대만의 현재 수준을 넘어섰고 2014년 현재 전 세계적으로 가장 높은 수준을 보이고 있다. 한국과 대만의 출산율과 노인인구의 비중은 매우 유사한 수준이며 그것은 과거 일본이 경험했던 경로의 어느 한 부분처럼 보인다. 그리고 중국과 태국은 일본이 1980년대 경험했던 문제를 지금 경험하는 것처럼 보인다. 중국에서 65세 이상 노인인구는 1995년 전체 인구 대비 6.2%였지만 2014년 10.1%로 증가하였다. 같은 기간 중국의 전체 인구가 12.9% 증가한 반면 65세 이상 노인인구는 83.2% 증가한 것이다. 이는 출산율의 급격한 감소와도 무관하지 않은 것이다. 태국에서도 2014년 현재 65세 이상 노인인구의 비중이 10.1%이고 출산율은 1.5명으로 감소한 것으로 나타나고 있다. 그리고 인구고령화 추세는 장기적으로 바르게 증가할 것으로 전망된다.

2010년과 2035년 태국과 베트남에서 65세 이상 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비중은 각각 8.9%에서 22.9%로, 6.5%에서 15.4%로 증가할 것으로 추정되는 것이다(Asher & Zen, 2015, p.7).

[그림 9-2] 아시아 주요국의 출산율과 노인인구 비중 추이

(단위: %)



자료: World Development Indicators(data.worldbank.org/indicator에서 2016.11.17. 인출). 대만의 수치는 내무부 통계자료를 본문에서 재인용.

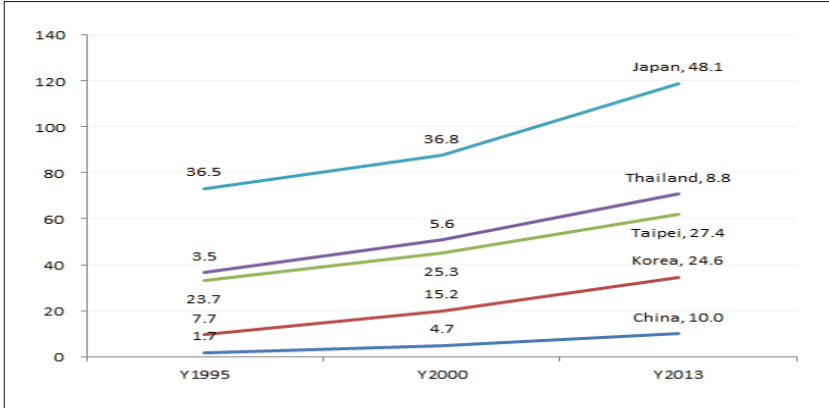
인구고령화가 사회보장의 재정적 지속가능성에 미치는 영향과 관련해 일본의 경험은 다른 아시아 국가들에 많은 학술적·정책적 시사점을 주고

있다. 일본 국립사회보장·인구문제연구소에 따르면 2014년 현재 65세 이상 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비중은 26%이며 고령자 관련 사회보장 지출이 전체 사회보장 지출에서 차지하는 비중은 68%에 이르는 것으로 추정된다. 그리고 이 비중은 앞으로도 계속 증가할 것으로 예상된다. 그것은 공적연금제도의 지속가능성 문제가 제기되고 있기 때문이다. 보다 구체적으로 인구고령화로 사회보험 가입률이 낮고 수지 균형이 이루어지지 않은 상황에서 연금재정으로 이러한 복지수요를 감당하기 힘들며 정부의 재정에 호소하지 않을 수 없는 것이다. 그 밖에도 사회보험 제도로 보호하기 힘든 취약계층이나 배제계층이 증가하면서 정부가 사회지출을 늘려 이러한 문제를 해결해야 하는 것이다. 기초연금 등의 노후소득보장제도나 장기요양보험과 같은 의료보장제도, 저출산정책 등이 그것이다.

고령화로 전체 사회지출에서 노인 관련 지출이 빠르게 증가하는 추세는 다른 아시아 국가들에서도 이미 예상되었던 문제이다. 2013년 현재 한국의 사회보장지출에서 고령자 관련 지출이 차지하는 비중은 약 53%로 추정된다. 대만에서 노후소득보장이 전체 사회보장 지출에서 차지하는 비중은 약 48.9%로 추정된다. 이미 전체 사회보장제도에서 차지하는 비중이 낮지 않은 것이다. 하지만 한국과 대만의 사회지출이 일본의 3분의 1~2분의 1 수준에 해당한다는 점을 감안하면 전체 사회지출의 증가와 함께 고령화 관련 지출이 더 가파르게 증가할 수 있음을 예측할 수 있다.

[그림 9-3] 전체 정부지출 대비 사회보장지출 비중 추이

(단위: %)



자료: ADB(2014). Country Performance Assessment Annual Report.

문제는 한국과 대만의 노후소득보장제도에서 사회보험제도로 보호받지 못하는 노인인구의 비중이 적지 않으며 이들에 대해서는 정부재원을 통한 소득보장이 불가피하다는 점이다. 노후소득보장체계를 강화하는 경우 정부 재정부담이 가파르게 증가할 개연성이 높다는 점을 말해준다. 비기여형 노후소득보장제도로 기초연금이나 사회부조제도의 지출 비중이 빠르게 증가하게 된다는 것이다. 여기에 공무원연금이나 군인연금 등 직역연금에 대한 정부의 재정지출 또한 계속 증가하고 있다는 점을 감안하면 고령화에 따른 사회지출 증가는 더 가속화될 것으로 예상된다. 그리고 이처럼 인구고령화에 따른 지출 부담에 현재 공적연금에 가입하지 못한 사각지대의 취업취약계층에 대한 당장의 지출 부담과 미래의 지출 부담이 더해지게 된다는 점을 고려해야 한다. 한국의 사례를 보면 현재 비정규직 노동자의 사회보험 가입률은 정규직에 비해 매우 낮은 수준이며 지난 십 년간 가입률이 크게 개선되지 못하였다. 이는 장기적으로 이들의 연금 수급률이 낮고 연금 수급액 또한 낮아 빈곤층으로 전락할 개연성이

크다는 점을 의미한다. 노후소득보장을 위한 재정적 지속가능성은 현재 문제가 될 뿐만 아니라 장기적으로도 큰 문제가 될 수 있는 것이다.

그렇다고 아시아 국가들에 인구고령화에 따른 사회지출 증가 문제, 특히 사회보험으로 감당하기 힘든 문제에 대한 정부지출 증가 문제에 대한 해결책이 없는 것은 아니다. 그것은 사회보장제도를 위한 대안적 재원조달 방안, 사회지출이 아닌 다른 형태의 정책적 개입을 통한 지출절감 방안 등의 측면에서 다양한 선택이 가능하기 때문이다. 이 점에서 인구고령화에 따른 지출부담 문제가 출구도 없는 막막한 문제만은 아닌 것이다.

3. 소득분배: 절대빈곤에서 소득불평등으로

아시아 각국의 소득분배구조는 경제발전단계에 따라 일정한 형태로 변화하고 있다고 말하기 힘들다. 하위소득국가에서 중간소득국가를 거쳐 상위소득국가로 발전하는 과정에서 소득분배구조가 특정한 경로로 변화한다고 단정하기 어려운 것이다. 물론 경제발전 과정에서 초기산업화는 절대빈곤층의 감소와 소득불평등의 감소로 이어지는 경향이 있다. 하지만 탈산업화가 진행되면서 많은 국가에서 소득불평등이 심화되는 경향을 확인할 수 있다. 물론 소득불평등 정도는 탈산업화가 진행되는 속도와 그 충격에 대처하는 경제사회정책의 효과 등에 따라 다르다.

2016년 현재 아시아 국가들에서는 절대빈곤층이 감소하며 소득분배구조가 개선되는 경향을 확인할 수 있다. 국가별 빈곤선(National Poverty Line)을 적용하든 국제적으로 적용되는 절대빈곤선을 적용하든 아시아 각국에서 절대빈곤율은 빠르게 감소하는 추세를 보이고 있는 것이다. 그 감소 추세는 세계의 절대빈곤인구를 극적으로 감소시킬 정도로 큰 영향을 미치고 있다. 그것은 인구대국인 중국과 인도에서의 절대빈곤층 감소

에 따른 결과라고 말할 수 있다. 앞서 언급한 바와 같이 중국의 빈곤인구는 1984년 1억 5천만 명에서 2014년 7,200만 명으로 절반 이상 감소하였다. 절대빈곤층의 감소세는 태국과 베트남에서도 크게 다르지 않다. 이 두 국가에서도 절대빈곤층은 빠르게 감소하고 있는 것이다. ADB Key Indicators 2016에 따르면 태국의 빈곤율은 국가빈곤선(National Poverty Line)을 적용하면 2000년 42.3%에서 2014년 10.5%로 감소한 것으로 나타나고 있다. 그리고 베트남의 빈곤율 또한 2010년 14.2%에서 2015년 7%로 감소한 것으로 나타나고 있다(ADB, 2016).

하지만 이 세 국가에서 절대빈곤층의 감소가 자동적으로 소득불평등의 심화로 이어지는 것은 아니다. 중국의 경우 절대빈곤층 감소가 소득불평등 심화로 이어지고 있는 것처럼 보인다. 지니계수가 1982년 0.288에서 2009년 0.485로 증가한 것이 이를 말해준다. 여기서 주목해야 할 점은 중국 사회의 빈곤 및 소득격차 문제가 지역 간 불균등발전의 영향을 받고 있다는 것이다. 이는 중국이 직면한 소득분배 문제가 매우 복잡한 형태라는 점을 말해준다. 하지만 태국과 베트남의 경우 절대빈곤율과 지니계수가 함께 감소하는 양상을 나타내고 있다. 이는 아직 산업화효과가 경제와 사회에 지배적 영향을 미치고 있음을 말해주는 것으로 판단된다.

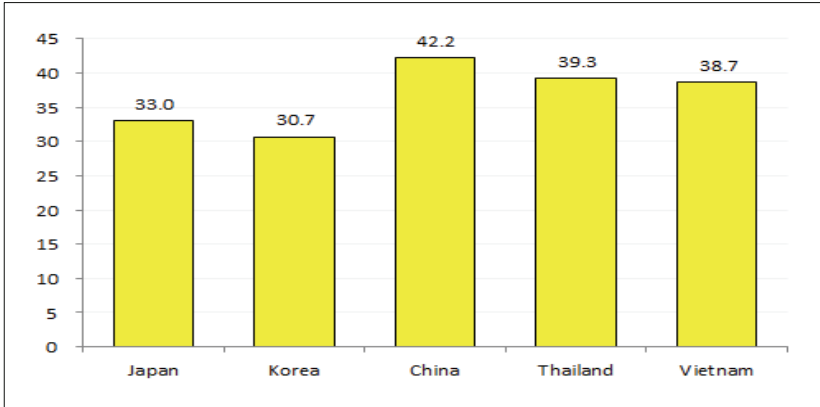
한국과 일본 그리고 대만은 절대빈곤 문제보다 상대빈곤 문제 또는 소득불평등 문제가 정책현안이 되고 있는 경우이다. 참고로 이들 국가의 상대빈곤율은 2000년대 이후 꾸준히 증가한 것으로 나타나고 있다. 그리고 1997년의 아시아 경제위기가 주로 한국과 대만에 큰 충격을 가했다면 2008년의 리먼쇼크는 일본을 포함한 세 국가 모두에 큰 영향을 미쳤다. 이 시기에 소득분배구조가 크게 악화되었던 것이다.

한국의 상대빈곤율은 1997년 외환위기를 기점으로 가파르게 상승하였고 2003년 신용대란과 2008년 리먼쇼크의 영향으로 다시 상승하였다.

가처분소득 중위값의 50%를 기준으로 산출한 상대빈곤율은 2015년 13.8%로 추정되고 있다. 이와 비교하면 2009년 일본의 상대빈곤율은 가처분소득 중위값의 50%를 기준으로 할 때 전국소비실태조사에 따르면 10.1%, 국민생활기초조사에 따르면 16.0%로 추정된다. 그리고 같은 데이터상의 상대빈곤율 추이는 2012년까지 정체 또는 소폭 증가세를 유지하고 있다. 그리고 대만의 상대빈곤율은 LIS 데이터를 토대로 추정할 수 있는데 가처분소득 중위값의 60%를 기준으로 추정된 상대빈곤율은 1980년대 후반부터 지속적으로 증가한 것으로 나타나며 결과가 발표된 2005년 시점까지 꾸준히 증가한 것으로 나타나고 있다(He-Chiun Liou, 2011).

하지만 더 중요한 대목은 소득불평등의 정도와 개선을 위한 정책적 노력이라고 해야 할 것이다. 먼저 아시아 주요국의 소득불평등을 지니계수로 나타내면 아래 그림과 같다. 이는 2012년 수치이며 중국의 지니계수가 가장 높고 한국의 지니계수가 가장 낮은 것으로 나타나고 있다. 하지만 이 수치가 해당 국가에서 시민들이 체감하고 있는 소득불평등 정도를 반영하는 것은 아닌 것처럼 보인다. 한국과 일본에서 시장소득과 가처분소득을 기준으로 지니계수를 산출하고 그 차이를 비교해 보면 매우 흥미로운 결과를 확인할 수 있다. 2010~2011년 일본은 시장소득에서 비롯된 소득불평등의 약 32%를 조세와 사회보장제도를 통해 감소시키는 것으로 나타나는 반면 한국은 대략 9%를 감소시키는 것을 알 수 있다. 이는 조세제도와 사회보장제도를 통한 소득분배구조 개선효과에서 큰 차이가 있음을 말해주는 것이다.

[그림 9-4] 아시아 주요국의 지니계수(2012년)



자료: World Bank estimate. 일본은 국민생활기초조사의 수치를, 한국은 통계청의 발표수치를 참조.

아시아 각국의 소득분배구조 문제와 관련해서 한 가지 흥미로운 주제에 초점을 맞출 필요가 있다. 그것은 근로빈곤층(working poor) 문제이다. 노동시장에서 급격한 변화가 발생하여 빈곤층이 증가하고 있지만 정작 이들에 대해서는 적절한 사회보장제도가 발전되어 있지 않아 근로빈곤층 문제가 발생하게 된다. 이 점에서 보면 근로빈곤층에 대한 사회보장제도의 발전 정도는 해당 국가의 사회보장제도의 성숙도를 가늠하는 중요한 잣대가 될 수 있다.

아시아 각국의 사회보장제도, 특히 빈곤층을 대상으로 하는 소득보장 제도는 대상 선정과 급여에서 매우 엄격하게 운영되는 특징을 갖는다. 사회부조제도(social assistance)만 보더라도 한국과 일본 그리고 중국은 모두 근로 가능한 빈곤층 대상의 소득보장제도는 상대적으로 늦게 도입되었다. 그리고 소득보장을 하더라도 급여수준이 낮거나 부양의무기준 등의 부가적 조건을 적용하는 경우가 대부분이다.⁴⁸⁾ 한국의 기초생활보

48) 한중일 3국의 사회부조제도는 모두 부양의무자기준을 적용하고 있지만 적용범위나 기준

장제도는 외형적으로 근로능력이 있는 빈곤층에게도 동등하게 소득보장을 하고 있다고 말하지만 정작 수급자 규모는 2016년 현재 24만 명으로 매우 작은 편이다. 일본의 생활보호제도는 근로능력이 있는 빈곤층을 지원하지 않으며 2013년 도입한 「생활곤궁자자립지원법」은 보장하는 급여 수준이 낮다. 대만의 사회부조제도 또한 근로능력이 있는 빈곤층에 대한 보호에 엄격한 편이다. 이는 중국이나 태국 그리고 베트남의 경우도 크게 다르지 않다.

제3절 대안적 사회보장체계를 위한 도전

아시아 각국은 세계화, 산업화와 탈산업화, 인구고령화, 빈곤 또는 소득불평등 심화 등의 문제에 직면하고 있다. 그리고 이는 기존의 사적 안전망을 사회안전망으로 대체해야 하는 과제를 안겨주었다. 이 과정에서 각국이 직면한 경제사회 문제들은 다른 시간에 다른 방식으로 적용되는 경향이 있다(Schmitt & Qimti & Loveleen, 2014, p. 1~5).

아시아 각국의 사회보장체계를 비교할 때 주목해야 할 점은 제도의 포괄성과 보장성, 그리고 지속가능성이라고 할 수 있다. 달리 표현하면 사회보장제도가 어떤 제도로 얼마나 많은 인구를 보호하고 있으며 이로부터 배제된 집단은 누구인지, 그리고 사회보장제도를 통한 급여 및 서비스가 얼마나 기초생활을 잘 보장하고 있으며, 사회보장제도의 급여 및 서비스가 앞으로도 계속 보장될 수 있는 것인가 하는 점이다. 이와 관련해서는 각 장에서 각국의 사회보장제도의 특징을 하나의 표로 정리하였다. 정책영역별로 어떠한 제도가 존재하고 있으며 각 제도의 법적 위상은 무엇이

의 엄격성, 그리고 급여수준 등의 측면에서 적지 않은 차이가 있다.

고 그 재원은 기여에 의존하는지, 조세로 조달하는지, 얼마나 많은 인구집단을 보호하고 있는지 등을 보여주고 있다.

아시아 주요국의 사회보장체계에서 가장 중심을 이루고 있는 제도는 역시 사회보험제도라고 말할 수 있다. 노후소득보장에서, 실업에 따른 소득보장에서, 의료보장에서 사회보험 형태의 제도가 축을 이루고 있는 것이다. 대부분의 국가에서 노후소득보장을 위한 공적연금제도, 실업자를 위한 실업보험제도, 전 국민을 위한 건강보험제도가 도입되어 운영되고 있으며 이것이 전체 사회보장체계에서 가장 지원 대상이 많고 재정적으로 규모가 큰 제도이기 때문이다. 대부분의 국가가 가장 기본적인 형태의 사회보험제도는 1950~1960년대에 도입하였지만 그것이 본격화된 것은 국가마다 차이가 있다.

일본은 1960년대 건강보험과 공적연금제도가 전체 국민을 대상으로 확대되었고 가장 조기에 사회보험의 성숙기를 맞이한 경우이다. 반면 다른 아시아 국가들은 대부분 1990년대에 사회보험제도 확충의 전기를 맞이하게 된다. 한국과 대만은 1950년대와 1960년대 사회보험제도를 도입하였지만 1990년대에 이르러 전체 국민을 대상으로 하는 사회보험체계가 정비된 경우이다. 그것은 1997년 아시아 경제위기를 계기로 강화된 것이다. 중국의 사회보험 또한 2010년 「사회보험법」 제정을 계기로 확대되었지만 개방화시기 사회보장제도로서의 면모를 갖춘 것은 1993년이라고 할 수 있다.⁴⁹⁾ 마찬가지로 태국 또한 「사회보험법」이 도입된 것은 1990년대 말의 일이다. 베트남이 상대적으로 늦어 2007년에 「사회보험법」을 제정하였다.

49) 본문에서 왕춘광은 중국의 사회보장제도가 1993년을 기점으로 새로운 국면에 접어들기 시작하였다는 점을 강조하고 있다. 당시 지출 규모는 미미했지만 다음과 같은 이유에서 이전의 사회보장제도와 차별화된 전환점을 만들었다는 것이다. 1) 개인의 권리와 책임이 확립되었는데 전과 달리 각 개인이 기여(contribution)해야 한다는 점이 명시되었다. 2) 사회보장 내 시장의 역할이 확립되었다. 3) 국가의 새로운 기능과 역할이 확립되었다.

여기서 주목해야 할 점은 일본을 제외한 대다수 국가에서 사회보험제도는 가장 주된 사회보장제도임에도 여전히 사각지대가 크다는 점이다. 앞서 언급한 것처럼 대다수의 국가가 사회보험 적용 대상을 전 국민 또는 전체 노동자로 확대하였지만 실제 가입률과 수급률은 그리 높지 않은 것으로 나타나고 있다. 이들 국가에서 나타나는 공통점은 전체 국민을 대상으로 하는 건강보험의 가입률은 상대적으로 높는데 비해 국민연금이나 실업보험의 가입 대상은 낮은 것으로 나타나고 있다. 이는 전통적으로 농업 등 1차 산업종사자의 비중이 크거나 비공식부문의 규모가 크거나 임금노동자 중 비정규직의 비중이 크다는 점과 관련이 있다. 앞서 한국의 사례에서 나타난 바와 같이 정규직과 비정규직 중 비정규직의 사회보험 가입률이 정제되어 있다는 점이 이를 말해준다.

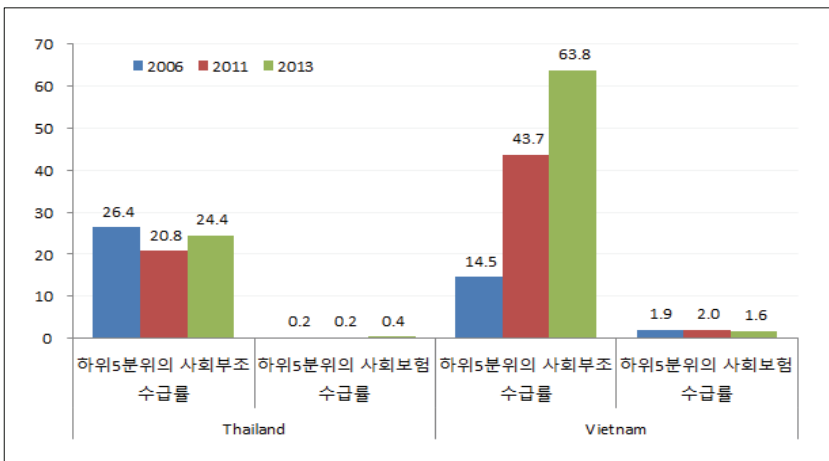
이처럼 사회보험중심 사회보장체계를 구축하였지만 사회보험 가입률이 낮다는 것은 조세를 재원으로 하는 비기여형 사회보장 프로그램의 역할 커져야 한다는 것을 의미한다. 그리고 그것은 크게 두 가지 형태의 제도로 운영되는 경향이 있다. 하나는 한국의 기초연금과 같은 보편적 또는 준보편적인 사회수당(social allowance)이다. 그리고 다른 하나는 빈곤층을 대상으로 하는 엄격한 사회부조 프로그램이다. 그 밖에도 사회보험이 1차 사회안전망의 역할을 다하지 못하는 경우 다양한 형태의 조세가 사회보험제도를 지탱하는 데 투입되게 된다.

이 문제와 관련해 사회보장제도를 지탱함에 재정지출의 증가 또한 주목할 필요가 있다. 그것은 이 문제가 비단 상대적으로 사회보험이 미성숙되고 사회지출 수준이 낮은 국가에 국한된 문제가 아니기 때문이다. 앞서도 언급하였던 것처럼 일본은 사회보험 기여금으로 감당하기 힘든 지출을 정부재정으로 감당하고 있고 그것은 국가부채를 증가시키는 결과를 초래해 왔다. 이는 사회보장체계의 지속가능성을 위협하는 요인으로 인식되어 왔다.

물론 다른 아시아 국가들에도 사회보장제도를 지탱하는 데 필요한 재정지출은 큰 문제이다. 그것은 사회보험 가입률이 정체되어 있어 사각지대에서 발생하는 다양한 경제사회적 위험을 통제하기 위해서는 정부지출 확대가 불가피하기 때문이다. 노인빈곤층을 위한 기초연금 또는 사회연금이나 사회부조제도를 위한 지출이 그것이다. 하지만 이러한 지출이 좀처럼 감소할 개연성이 낮다는 점이 더 큰 문제일 것이다. 그것은 현재 공적연금 가입률이 낮아 장기적으로 노인빈곤층의 규모가 크게 감소하지 않으며 근로빈곤층을 중심으로 하는 복지수요 또한 지속적으로 증가할 것으로 예상되기 때문이다. 더욱이 저출산 문제가 심각해지면서 이를 위한 자원투입이 절실하다는 점을 감안해야 할 것이다. 아래 그림은 태국과 베트남에서 하위 5% 소득계층의 사회보험 가입률이 매우 낮아 미래의 노인빈곤 문제가 발생할 개연성이 있고 사회부조 수급률 또한 낮다는 점을 보여주고 있다.

[그림 9-5] 태국과 베트남 빈곤층의 사회보장 수급률 추이

(단위: %)



자료: World Development Indicators(data.worldbank.org/indicator에서 2016. 11. 17. 인출).

그리고 공적연금이나 실업보험의 소득대체율이나 사회부조제도의 급여수준 등을 보면 아시아 각국의 사회보장체계는 보장성 강화 문제가 큰 해결과제라는 점을 알 수 있다. 그리고 일반 시민들을 대상으로 하는 공적연금제도와 공무원이나 군인을 대상으로 하는 연금제도의 형평성 문제 또한 다가오는 해결과제이다. 아시아의 많은 국가가 공무원과 군인 등에 대한 직역연금을 일찍 강화하였으며 급여수준도 관대하게 설정한 반면, 전체 시민을 대상으로 하는 연금제도는 소득대체율이 낮아 노후소득보장 제도로서의 역할을 다하지 못하고 있기 때문이다. 이는 특히 한국 사회에서 심각한 문제로 제기되고 있다.

더불어 사회부조제도에서 빈곤층의 생활보장을 위한 급여수준 또한 중요한 고려사항이다. 아시아 많은 국가는 1990년대 이후 빈곤층을 대상으로 하는 보다 체계화된 사회부조제도를 도입하기 시작하였다(McMinley & Sri, 2013). 그리고 사회부조제도의 도입은 국가가 급여수준을 어느 정도까지 보장해야 하는지에 대한 논의를 촉발시킨 측면이 있다. 일본에서는 이미 오래전부터 최저생활비(Minimum Living Standard)라는 개념이 존재하였고 한국도 최저생계비 또는 최저보장수준(2015년 이후)이라는 개념을 사용하였으며 중국 또한 최근 들어 최저생활비 개념을 사용하고 있다. 이는 아시아 복지국가들이 경제성장과 불평등의 심화를 경험하면서 새로운 형태의 체계화된 사회부조제도를 도입하게 될 것임을 말해준다. 하지만 그와 동시에 예산제약으로 끊임없이 효율화와 보장성 강화라는 상반된 압력에 노출될 것임을 말해주기도 한다.

하지만 현재 아시아 국가들이 경험하고 있는 경제성장과 새로운 사회 문제의 출현, 그리고 다가오는 저출산과 인구고령화의 도전 등에 대처하는 방식이 20세기 유럽 복지국가들의 사회보장제도를 답습하는 방식일 것이라고 단정하기는 힘들다. 그것은 일견 사회보험이나 사회부조와 같

은 정형화된 제도적 형태를 띠기도 하지만 새로운 사회보장제도의 출현을 배제하기도 힘들다. 정치의 우위로 표현되는 시장에 대한 국가의 강한 개입, 사회보장정책 영역에서 잊혀 가는 가족의 역할에 대한 재평가, 산업발전의 상이한 경로와 제4차 산업혁명이 미칠 영향의 불확실성, 새로운 고용관계의 출현과 확산이 기존 사회보장체계에 미치는 충격 등은 새로운 상상력을 필요로 하기 때문이다.

제4절 몇 가지 제안

아시아 각국의 사회보장제도에 대한 비교연구는 이제 본격적으로 시작되었으며 상이한 발전단계와 경제사회조건 등을 고려한 심층적인 분석으로 발전시킬 필요가 있다. 이와 관련해 몇 가지 제안을 정리하면 아래와 같다.

먼저 아시아 각국의 사회보장체계 전반에 대한 연구 및 국제비교연구를 토대로 개별정책이나 제도에 대한 연구가 이루어져야 할 필요가 있다. 기존의 연구들은 전체 사회보장체계에 대한 충분한 고려 없이 개별정책을 비교하는 방식을 취해 왔다. 하지만 각 사회보장제도들이 서로 밀접한 상관관계를 갖고 발전한다는 점을 감안하면 개별 사회보장제도 중심의 비교연구는 많은 사항을 간과하게 할 위험이 있다. 이 점에서 사회보장제도 전반에 관한 종합적인 비교연구를 강화할 필요가 있다.

이어 아시아 각국 사회보장정책의 변화에 대한 지속적 연구가 필요하다는 점이다. 아시아 각국은 최근 수년간 사회보장정책을 빠르게 확충해 왔다. 그리고 이들 국가에서 사회보장제도의 정비 속도는 매우 빠르다. 이 점에서 사회보장제도의 개편동향을 지속적으로 점검하지 않고서는 아시아 각국의 사회보장제도나 사회시스템의 변화를 이해하기 힘들다. 이

점에서 아시아 주요국의 사회보장제도에 대한 정기적 모니터링 보고서를 발간하는 방안을 제안하고자 한다.

끝으로 아시아 각국의 사회보장정책 전문연구기관 및 전문가와의 안정적인 협력체계가 구축되어야 한다는 점이다. 각국의 사회보장체계와 관련해 해당 국가의 전문가가 가장 많은 정보를 갖고 있다는 점은 의심의 여지가 없다. 더욱이 아시아 각국의 사회보장제도에 대한 연구는 관련 정보가 제대로 공개되어 있지 않고 언어적 접근성이 낮은 상황에서 아시아 각국의 사회보장체계 연구는 해당 국가 전문가와의 안정적인 네트워크를 토대로 활성화하는 것이 바람직하다고 판단된다.

이 연구를 통해 아시아 사회보장정책 비교연구의 허브를 구축할 수 있기를 기대해 본다. 지금까지 아시아 각국의 사회보장정책은 매우 낮은 수준이며 제도적으로도 허술하다는 점에서 연구 자체가 활성화되지 못했다. 하지만 최근 아시아 지역 사회보장정책 연구가 활성화됨에 따라 이를 매개하고 주도하는 연구조직에 대한 수요가 증가하고 있다. 전략적으로 중국과 일본 주도의 학술연구 네트워크가 구축되는 것이 가져올 파급효과에 대해서도 충분한 고려가 필요하다. 이는 우리나라 또한 사회보장정책과 관련해 아시아 정책연구 네트워크 구축을 강화할 필요가 있음을 의미한다. 이 점에서 각국 연구자와의 협동연구 수행은 우리 원이 아시아 지역 사회정책 연구네트워크의 허브를 구축한다는 상징적 의미 또한 갖는다.

제2장 이론적 검토

- 노대명 등. (2013). 고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근정책 변화를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 노대명 등. (2008). 한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성. 한국보건사회연구원.
- 이봉주 등. (2011). 주요 아시아 국가들의 빈곤정책에 관한 비교연구. 보건복지부/서울대학교.
- 홍석표 등. (2012). 아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책. 한국보건사회연구원.
- 홍석표 등. (2013). 아시아 국가의 사회정책 비교연구: 건강보장. 한국보건사회연구원.
- ADB. (2013). *Social Protection Index: Assessing the results for Asia & the Pacific*.
- Armando Barrientos. (2010). *Social Protection and Poverty*. United Nations Research Institute for Social Development.
- ILO & UNDG. (2014). *Social Protection Issues Brief*.
- Gosta Esping-Andersen. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press.
- R. E. Goodin et. al. (1999). *The Real Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge Univ. Press.
- R. Goodman & I. Peng. (1996). The East Asian Welfare States: Peripatetic Learning, Adaptive Change, and Nation-building, in G. Esping-Andersen (ed.) 「*Welfare States in Transition*」, pp.192-224. London: Sage.

- Ian Gough. (2000). Welfare Regimes: on adapting the framework to developing countries, Institute for International Policy Analysis, 「*Global Social Policy programme*」, August 2000.
- Ian Holliday & Paul Wilding ed. (2003). *Welfare Capitalism in East Asia: Social Policy in the Tiger Economies*. Palgrave Macmillan.
- C. Jones. (1993). The pacific challenge: Confucian welfare states, in C. Jones (Ed.), 「*New perspectives on the welfare state in Europe*」. London & New York: Routledge.
- H.-J. Kwon ed. (2005). *Transforming the Developmental Welfare State in East Asia*. Palgrave/UNRISD.
- Ka Lin .(1999). *Confucian welfare cluster: a cultural interpretation of social welfare*. University of Tampere.
- G. Bonoli. (1997). Classifying Welfare State: a two-dimensional approach. *Journal of Social Policy*, vol.26. No.3, 351-372.

제3장 일본의 사회보장체계

- 阿部彩. (2008). 「子どもの貧困」岩波新書。
- 伊藤周平. (2015). 「社会保障改革のゆくえを読む - 生活保護, 保育, 医療・介護, 年金, 障害者福祉」自治体研究社。
- 伊藤光利・宮本太郎編. (2014). 「民主党政権の挑戦と挫折 - その経験から何を学ぶか」日本経済評論社。
- 岩田正美. (2007). 「現代の貧困 - ワーキングプア／ホームレス／生活保護」ちくま新書。
- 岩田正美. (2016). 「社会福祉のトボス」有斐閣。
- 大沢真理. (2013). 「生活保障のガバナンス - ジェンダーとお金の流れで読み解

- く」有斐閣。
- 太田清. (2010). 「賃金格差 - 個人間, 企業規模間, 産業間格差」(樋口美雄「労働市場と所得分配」慶応義塾大学出版会, 所収)。
- 大竹文雄. (2005). 「日本の不平等 - 格差社会の幻想と未来」日本経済新聞出版社。
- 介護保険制度史研究会編著. (2016). 「介護保険制度史」社会保険研究所。
- 厚生労働省. (2015). 「平成27年版・厚生労働白書」。
- 五石敬路. (2011). 「現代の貧困ワーキングプア - 雇用と福祉の連携策」日本経済新聞出版社。
- 四方理人. (2013). 「家族・就労の変化と所得格差 - 本人年齢別所得格差の寄与度分解」 「季刊・社会保障研究」49 (3)。
- 高間満. (2016). 「公的扶助の歴史的展開」みらい。
- 田多英範. (2011). 「福祉国家と国民皆保険・皆年金体制の確立」 「季刊・社会保障研究」47 (3)。
- 橘木俊詔. (1998). 「日本の経済格差 - 所得と資産から考える」岩波新書。
- 橘木俊詔. (2006). 「格差社会 - 何が問題なのか」岩波新書。
- 玉井金吾. (2002). 「日本社会保障と「財政調整」システム」 「大原社会問題研究所雑誌」 No.523。
- 寺澤泰大・根岸隆史. (2014). 「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点 - 一地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」 「立法と調査」 No.351。
- 内閣府. (2015). 「子ども・若者白書」。
- 平岡公一・杉野明博・所道彦・鎮目真人. (2011). 「社会福祉学」有斐閣。
- 福原宏幸. (2012). 「日本におけるアクティベーション政策の可能性 - 現状と展望 -」(福原宏幸・中村健吾編 「21世紀のヨーロッパ福祉レジーム - アクティベーション改革の多様性と日本」 紀の森書房, 所収)。
- 藤里町社会福祉協議会・秋田魁新報社. (2014). 「ひきこもり町おこしに発つ」秋田魁新報社。
- 藤田孝典. (2015). 「下流老人 - 一億総老後崩壊の衝撃」朝日新書。

- 藤田孝典. (2016). 「貧困世代 - 社会の監獄に閉じ込められた若者たち」 講談社現代新書.
- 藤森克彦. (2010). 「單身急増社会の衝撃」日本経済新聞出版社.
- 北海道総合研究調査会. (2014). 「2013年度セーフティネット支援対策等事業費補助金社会福祉推進事業 - 生活困窮者自立相談支援機関の設置・運営の手引き」.
- 増田寛也. (2014). 「地方消滅」中公新書.
- 三菱総合研究所. (2013). 「2012年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 - 地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書」.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. (2015). 「2015年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 - <地域包括ケア研究会> 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」.
- 宮本太郎. (2009). 「生活保障 - 排除しない社会へ」 岩波新書.
- 宮本みち子. (2015). 「若者が自立できる環境をどうつくるか」(青砥恭編「若者の貧困・居場所・セカンドチャンス」太郎次郎社エディタス, 所収).
- 湯浅誠. (2008). 「反貧困 - 「すべり台社会」からの脱出」 岩波新書.

제4장 중국의 사회보장체계

- 고흔(顾昕), 멩천광(孟天廣). (2015). 중국사회정책 지출 증가 및 공공재정의 전환. 광둥(廣東)사회과학, 2015년 제6기.
- 악경륜(岳經綸), 류로(劉璐). (2016). 중국은 복지국가로 가고 있는가?. 탐색과 쟁명, 2016년 제6기.
- 왕춘광(王春光). (2007). 중국 농촌사회의 분화와 농민 부담에 관한 연구. 중국 사회과학출판사.
- 중국 국가통계국 사이트. <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>에서

2016. 9. 5. 인출.
- 중국 민정부(民政府) 사이트
<http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcasy/>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 중국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/201605/t20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.
- 마수련(馬秀蓮). 「전국 공공 임대주택 건설 및 발전현황(2014~2015)」, <http://www.doc88.com/p-7304586150336.html>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 중앙 인민정부 홈페이지. 「현대 보험 서비스업의 발전 촉진에 관한 몇 가지 의견」.
http://www.gov.cn/zhengce/content/2014-08/13/content_8977.htm에서 2016. 9. 5. 인출.
- 최저생활보장 및 기타 빈곤정책. 중국 민정부(民政府) 사이트 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcasy/>에서 2016. 9. 10. 인출.
- OECD. (2007). The Social Expenditure database: An Interpretive Guide, SOCX 1980-2003(Version: June 2007).
- OECD. <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>에서 2016. 9. 9. 인출.

제5장 대만의 사회보장체계

- Amsden, A. (1989). *Asia's Next Giant: South Korea and Late Industrialization*. New York: Oxford University Press.
- Aspalter, C. (2001). *Conservative Welfare State Systems in East Asia*. Westport, Connecticut: Praeger.
- Castells, M. (1992). 'Four Asian Tigers with a Dragon Head: A Comparative Analysis of the State, Economy, and Society in Asian Pacific Rim', in R. P. Appelbaum and J. Henderson (eds.), *State and Development in Asian Pacific Rim*, pp.79-97. CA:

Sage.

- Chang, C.-F. (2011). 'Workfare in Taiwan: From Social Assistance to Unemployment Absorber', in C. K. Chan and K. Ngok (eds.), *Welfare Reform in East Asia: Towards Workfare*, pp.78-99. New York: Routledge.
- DGBAS. (2009). *Social Indicators 2008*. Taipei: Executive Yuan.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity.
- Fei, J. C. H., Ranis, G., & Kuo, S. W. Y. (1979). *Growth with Equity: The Taiwan Case*. New York: Oxford University Press.
- Gough, I. (2004). 'East Asia: The Limits of Productivist Regimes', in I. Gough and G. Wood (eds), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*, pp. 169-201. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holliday, I. (2000). 'Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia', *Political Studies*, 48 (4): 706-23.
- Hsueh, C.-T. & Chang, Y.-F. (2016). 'Social Welfare Policies during Global Financial Crisis: An Example of Social Inclusion in Taiwan', *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 26 (2/3): 142-151.
- Jones, C. (1990). 'Hong Kong, Singapore, South Korea and Taiwan: Oikonomic Welfare States', *Government and Opposition*, 25 (3): 446-62.
- Ku, Y.-W. (1997). *Welfare Capitalism in Taiwan: State, Economy and Social Policy*. Basingstoke: Macmillan.
- Ku, Y.-W. (2000). 'Social Development in Taiwan: Upheavals in the 1990s', in K. Tang (ed), *Social Development in Asia*, pp.39-59. The Netherlands: Kluwer.

- Ku, Y.-W. (2003). 'Welfare Reform in Taiwan: the Asian Financial Turbulence and Its Political Implication', in C. Aspalter (ed), *The Welfare State in Emerging-Market Economies*, pp. 171-191. Hong Kong: Casa Verde.
- Ku, Y.-W. (2010). 'Social Cohesion in a Divided Society: Lessons from Taiwan's Welfare Politics', in K.-H. Mok and Y.-W. Ku (eds.), *Social Cohesion in Greater China: Challenges for Social Policy and Governance*, pp.95-120. Singapore: World Scientific Press.
- Ku, Y.-W. (2015). 'The Future of Long-term Care', *China Times*, December 4.
- Ku, Y.-W. and Chang, Y.-F. (2013). 'Unemployment Insurance in Taiwan', in Deok Soon Hwang (ed.), *Unemployment Insurance in Asia*, pp.89-136. Seoul: Korea Labor Institute.
- Ku, Y.-W. and Finer, C. J. (2007). 'Developments in East Asian Welfare Studies', *Social Policy & Administration*, 41 (2): 115-131.
- Ku, Y.-W. and Hsueh, C.-T. (2016). 'Social Welfare', in G. Schubert (ed.), *Routledge Handbook of Contemporary Taiwan*, pp.342-358. London: Routledge.
- Kwon, H.-J. (1999). *The Welfare State in Korea: The Politics of Legitimation*. Basingstoke: Macmillan.
- Lee, P.-S. & Chu, Y.-H. (2016). 'Cross-Strait economic integration (1992-2015)', in G. Schubert (ed.), *Routledge Handbook of Contemporary Taiwan*, pp.410-425. London: Routledge.
- Lee, Y.-J. & Ku, Y.-W. (2007). 'East Asian Welfare Regimes: Testing the Hypothesis of the Developmental Welfare State', *Social Policy & Administration*, 41 (2): 197-212.
- Ministry of Health and Welfare. (2016). *Taiwan Health and Welfare Report*, 2015. Taipei.

- National Immigration Agency. (2016). Services for the New Immigrants. Website (<http://www.immigration.gov.tw/ct.asp?xItem=1090638&CtNode=31566&mp=1>).
- Pension Reform Task Force (PRTF) (2013). Report of Pension Reform. Website (<http://www.cepd.gov.tw/pension/>).
- Wade, R. (1990). *Governing the Market: The Economic Theory and the Role of Government in East Asian Industrialization*. Princeton: Princeton University.
- White, G. & Wade, R. (1988). 'Development States and Markets in East Asia: An Introduction', in G. White (ed.), *Developmental States in East Asia*, pp.1-29. Basingstoke: Macmillan.

제6장 태국의 사회보장체계

- Asian Development Bank, (2013). *The Social Protection Index: Assessing Results for Asia and the Pacific*.
- Commission on Growth and Development. (2008). *The Growth Report: Strategies for Sustained Growth and Inclusive Development*. Washington, DC : World Bank.
- Srawooth Paitoonpong, Phacharawadee Tasee, Pimrumpa Waisuriya. (2016). *Social Protection Floor: A Perspective from the Developing East Asia: THAILAND*, a research paper to be submitted to Economic Research Institute of ASEAN and East Asia.
- Somchai Jitsuchon. (2015). *Financing Health Care in Thailand: A Macro Perspective*. A research submitted to Health Systems Research Institute. 2015 (in Thai).

제7장 베트남의 사회보장체계

- Bales, S., J. Knowles, H. Axelson, P. D. Minh, D. H. Luong, and T. T. M. Oanh. (2007). '*The Early Impact of Decision 139 in Vietnam: An Application of Propensity Score Matching*', Report to the Ministry of Health of Vietnam.
- Evans, M., Giang, T. L., Nguyen, V. C., Vu, H. L., and Tran, N. T. M. T. (2012). '*Social Assistance Policy in Vietnam: Issues in Design and Implementation, and Vision for Reforms*'. Hanoi: MoLISA and UNDP
- Gaiha, R., and G. Thapa. (2007). Growth, Equity, and Poverty Reduction in Vietnam: Prospects and Challenges. In Giang, T. L (ed.) *Social Issues under Economic Transformation and Integration in Vietnam*, Volume 2: 7-50. Hanoi: The Publishing House of Social Labour.
- GSO (General Statistics Office). (2016). *Statistical Yearbook 2015*. Hanoi: GSO
- Giang, T. L. (2011). 'Developing Asia's Pension Systems - Overview and Reform Directions: The Case of Vietnam', in D. Park (ed.), *Developing Asia's Pension Systems - Overview and Reform Directions*: pp.203-221. London: Routledge.
- Giang, T. L. (2012). 'Vietnam', Chapter 9 in D. Park (ed.), *Promoting Fairness and Sustainability of East and Southeast Asian Pension System*: pp.116-128. Manila: Asian Development Bank.
- Giang T. L., Nguyen, T. N., and Le, M. G. (2011). '*An evaluation of social assistance policies in Vietnam*'. Hanoi: MoLISA & GIZ.
- ILO (International Labour Office) and UNFPA (United Nations Population Fund). (2014). '*Expansion of pension coverage to*

- informal sector: International experiences and lessons for Vietnam*'. Hanoi: ILO & UNFPA.
- Jowett, M., P. Contoyannis and N. D. Vinh. (2003). "The Impact of Public Voluntary Health Insurance on Private Health Expenditures in Vietnam", *Social Science and Medicine*, 56(2), 333-342.
- Kidd, S. 2015. '*An Overview of Social Protection System in Vietnam*'. Background presentation for UNDP Vietnam and MoLISA in the Master Plan for Social Assistance Reforms (MPSAR) Project.
- Kidd, S., Tareq Abu-el-Haj, Bazlul Khondker, Carol Watson, and Sharlene Ramkissoon. (2016). '*Social Assistance in Viet Nam: A review and proposals for reform*'. Report for UNDP Vietnam and MoLISA in the Master Plan for Social Assistance Reforms (MPSAR) Project.
- MoLISA (Ministry of Labour, War Invalids, and Social Affairs). (2015). '*Annual report on Social Insurance*' (unpublished). Hanoi: MoLISA
- Nguyen, K. M., and T. L. Giang. (2008). 'Factor Productivity and Efficiency of the Vietnamese Economy in Transition' *Asia-Pacific Development Journal*, Vol. 15, No. 1 (June 2008): 93-117.
- Nguyen, H. G., Dang, T. M. T., Nguyen, T. H., Phung, T. A. D., Pham, H. T., and Nguyen. T. T. H. (2016). '*An Overview of the Pension Scheme in Vietnam*'. Presentation at the module 'The Pension Systems in Asia' of the International Social Protection Studies (ISPS) at National Economics University.
- Nguyen, V. C. (2012). '*Mapping the reform process in the public delivery of health services in Viet Nam*'. A background paper for

- Vietnam Human Development Report (VHDR) 2011. Hanoi: VASS-UNDP. (Draft.)
- Nguyen, T. D. (2015). '*An Overview of Development of the Social Health Insurance Scheme in Vietnam*'. Background notes for the Health and Finance Governance (HFG) project (unpublished).
- Sepehri, A., S. Sarma, W. Simpson. (2004). '*Does Non-profit Health Insurance Reduce Financial Burden? Evidence from the Vietnam Living Standards Survey Panel*', Paper to be presented at the 38th Annual Meetings of the CEA at Ryerson University, Toronto, June 4-6, 2004.
- UN-DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs). (2007). World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World. New York: United Nations.
- Wagstaff, A. (2007). 'Health Insurance for the Poor: Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor', *Impact Evaluation Series*, No. 11, the World Bank, Washington DC, USA.
- Wagstaff, A. and M. Pradhan (2005). '*Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country*', World Bank Policy Research Working Paper 3563, April 2005.
- World Bank. (2015). '*Taking stock: An Update on Vietnam's Recent Economic Developments*'. Washington, D.C. : World Bank Group.

제8장 한국의 사회보장체계

- 강혜규. (2010). 사회복지서비스 부문 고용의 실태와 현안과제. 보건복지포럼, 2010년 4월호, pp.6-21.
- 고용노동부(2015). 2015년 고용형태별근로실태조사 보고서.
- 고용노동부. (2015). 고용형태별근로실태조사.
- 공무원연금공단. (각 연도). 공무원연금통계.
- 국가통계포털. KOSIS. www.kosis.kr에서 2016. 11. 2. 인출.
- 국가통계포털. KOSIS. 소득분배지표. 각 연도. www.kosis.kr에서 2016. 11. 2. 인출.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2015). 2015년 건강보험통계연보.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2015). 2015 건강보험통계연보.
- 국민연금공단. (각 연도). 국민연금통계연보.
- 국민연금재정추계위원회. (2013). 제3차 국민연금 재정 계산 장기전망 설명자료.
- 국방부. (각 연도). 군인연금통계연보.
- 노대명 등. (2008). 한국 복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성. 한국보건사회연구원.
- 노대명. (2012). 고용창출, 하지만 소득재분배. 2012년 비판복지학회 발표논문에서 재인용.
- 노대명. (2015). 한국 복지제도의 현황과 쟁점. 보건복지포럼, 2015년 4월.
- 보건복지부. (각 연도). 기초생활보장제도 수급자 현황. 원자료.
- 보건복지부. (각 연도). 기초생활보장제도 수급자 현황.
- 사립학교교직원연금공단. (각 연도). 사학연금통계연보.
- 신화연 등. (2013). 사회보장 재정추계모형 개발 연구. 보건복지부-한국보건사회연구원.
- 임완섭, 이주미. (2014). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원.
- 장지연 등. (2015). 적극적 복지국가와 여성노동. 한국노동연구원.
- 통계청(2016). 2016년 고령자통계.

- 통계청.(각 연도). 경제활동인구조사 청년층 및 고령층 부가조사. 원자료.
- 통계청. (각 연도). 경제활동인구조사. 8월 부가조사, 원자료.
- 통계청. (각 연도). 경제활동인구조사. 원자료.
- 한국고용정보원. (각 연도). 고용보험 통계연보.
- 한국노동연구원. (2016). 2016년 KLI 노동 통계.
- Iversen, T. & Wren, A. (1998). Equality, Employment and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy. *World Politics*, Vol. 50, No. 4. (Jul., 1998). pp.507-546.
- OECD, Stat. Social Expenditure Database. stat.oecd.org에서 2016. 11. 2. 인출.

제9장 결론: 아시아 주요국 사회보장체계의 비교

- 홍석표 등. (2010). 아시아 국가의 사회안전망. 한국보건사회연구원.
- ADB. (2013). *The Social Protection Index: Assessing Results for Asia and the Pacific*. Manila.
- ADB. (2016). *Key Indicators for Asia and the Pacific 2016*.
- ASHER, Mukul G. & Fauziah ZEN. (2015). *Social Protection in ASEAN: Challenges and Initiatives for Post-2015 Vision*, ERIA Discussion Paper Series, February 2015.
- Kim, Chong-Sup & Lee Seungho. (2014). Different Paths of Deindustrialization: Latin American and Southeast Asian Countries from a Comparative Perspective, *Journal of International and Area Studies*, Volume 21, Number 2, 2014, pp.65-81.
- Liou, Daniel He-chiun. (2011). *Poverty (and Social Exclusion) Measurement in Taiwan*, Second Peter Townsend Memorial

- Conference 〈Measuring Poverty: The State of Art〉, 2011. 1. 23.
- Marei John. (2002). Social protection in Southeast and East Asia: Towards a Comprehensive Picture, in Friedrich Ebert Stiftung(2002), *Social Protection in Southeast & East Asia*, pp.7-14
- McKinley, Terry & Sri W. Handayani. (2013). *Social Protection Index Brief: Social Assistance Programs in Asia and the Pacific*, Cornell University ILR School, Key Workplace Documents n.10-2013,
- OECD. (2014). Chapter 3 Looking at social protection globally, in the OECD and in the Asia/Pacific region, *Society at a Glance Asia/Pacific 2014*.
- Schmitt, Valerie & Qimti Paienjton, & Loveleen De. (2014). *Social Protection Issues Brief*, ILO & UNDG Asia-Pacific.

부록 <<

아래 표는 한국을 비롯한 아시아 주요국의 사회보장체계를 정리한 것이다. 몇 개의 정책영역으로 구분한 뒤 영역별로 어떠한 제도들이 자리하고 있는지 나타낸 것이다. 참고로 각국의 표는 해당 국가의 원고를 집필한 필자가 직접 작성한 것임을 밝혀둔다.

먼저 이 표에 제시된 정책영역은 OECD의 사회지출(social expenditure) 분류방식을 따른 것이다. 그리고 영역별로 어떠한 제도들이 작동하고 있는지 보여주고 있다. 수많은 법률을 예시할 수 없다는 점을 감안하여 해당 영역에서 가장 대표적인, 즉 가입자와 수입 그리고 지출이 큰 제도를 중심으로 기술하였다. 각 제도와 관련해서는 다음과 같은 사항에 대해 간략하게 설명하고 있다. 1) 각 제도가 법률 또는 하위법률의 형태를 갖추고 있는 것인지, 아니면 정부의 임의적 지원인지를 구분하고 있다. 물론 법률이 아니라도 강제력을 가진 제도가 있을 수 있다. 하지만 현실에서 법적으로 규정된 정책이 아니고서는 안정적으로 재원을 확보하기 힘들다는 점을 고려해야 하기 때문이다. 2) 해당 제도가 기여(contribution)에 근거한 사회보험제도인지 정부재정에 근거한 비기여형 복지제도인지를 구분하였다. 이는 한 국가의 사회보장제도가 주로 어떠한 재원에 의존하고 있는가 하는 차원을 넘어 사회보장제도가 어떠한 원칙에 따라 작동하고 있는가를 이해하는데 중요한 단서가 된다고 판단했다. 3) 해당 제도가 지원하는 것이 무엇인가 하는 점이다. 이는 주력 사회보장제도가 현금급여를 보장하고 있는지, 아니면 현물급여를 보장하고 있는지 파악하기 위함이다. 그것은 간접적으로 소득 파악 등을 뒷받침할

행정인프라의 취약성을 나타내는 것이기도 하기 때문이다. 4) 가장 중요한 문제로 각각의 지원제도가 지원 대상으로 설정한 표적집단의 몇 %를 보호하고 있는가 하는 것이다. 사실 이는 제도에 따라 정확하게 제시하기 힘든 경우가 있을 수 있다. 하지만 사회보험이나 사회부조제도는 보장률을 파악하기 용이할 것이다.

〈부표 1〉 일본의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도명	법적상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	자원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾ (천 명)	비고
의료보장	국민건강보험 (National Health Insurance)	법률(1958/2015)	통합형 (Hybrid)	현물	35,937 (2015년 3월 기준)	피보험자 (Insured)
	건강보험 (Health Insurance)	법률(1922/2015)	통합형 (Hybrid)	현물	65,542 (2015년 3월 기준)	피보험자 (Insured)
	공제조합 (Mutual Aid Associations)	「공무원법(National Public Employee Law)」(1958/2016) 지방공무원법(Local Public Employee Law)(1957/2016) 「사립교사 및 교직원법(Private School Teachers/Staffs Law)」 (1953/2012)	통합형 (Hybrid)	현물	8,836(2015년 3월 기준)	피보험자 (Insured)
	의료급여 (Medical Benefits)	법률(1950/2016)	조세	현물	1,763 (평균 2014년 회계연도 기준)	수급자 (국민생활보장 제도의 한 종류)
노인	국민연금 (National Pension)	법률(1959/2016)	통합형 (Hybrid)	현금	30,477 (2015년 3월 기준)	수급자 (Recipients)
	고용인연금 (Employee's Pension)	법률(1954/2016)	통합형 (Hybrid)	현금	27,296 (2015년 3월 기준)	수급자 (Recipients)

구분	제도명	법적상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	자원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾ (천 명)	비고
실업	공제조합연금 (Mutual Aid Association Pension)	「공무원법(National Employee Law)」(1958/2016) 「지방공무원법(Local Public Employee Law)」(1957/2016) 「사립교사 및 교직원법(Private School Teachers/Staffs Law)」 (1953/2012)	통합형 (Hybrid)	현금	3,498 (2014년 3월 기준)	조건에 해당되는 수급자
	실업보험 (Unemployment Insurance)	법률(1974/2016)	통합형 (Hybrid)	현금	40,152 (2015년 3월 기준)	Insured
	실업부조 (Unemployment Assistance)	없음	-	-	-	-
	공공직업훈련 (Public Vocational Training)	법률(1969/2015)	통합형 (Hybrid)	서비스	273 (2014년 회계연도 기준)	직업훈련대상자 (Trainees)
저급직 노동시장 정책 (ALMP)	구직자 직업훈련 (Support Training for Job Seekers)	법률 (2011/)	통합형 (Hybrid)	현금 & 서비스	41 (2015년 회계연도 기준)	직업훈련대상자 (Trainees)
	주거급여 (Housing Benefit)	법률(1950/2016)	조세	현금	1,844 (2014년 회계연도 기준)	수급자 (국민생활보장 제도의 한 종류)

구분	제도명	법적상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	자원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾ (천 명)	비고
교육	공공임대주택 (Public Rental Housing)	법률(1951/2015)	조세	현물	1,959 (2013년 기준)	주택(Units)
	교육급여 (Education Benefit)	법률(1950/2016)	조세	현금	148 (평균 2014년 회계연도 기준)	수급자 (국민생활보장 제도의 한 종류)
	장학금 지원 (School Assistance)	법률(1947/2016)	조세	현금 & 현물	1,515 (2013년 회계연도 기준)	수급자 (Recipients)
가족/ 아동	아동수당 (Child Allowance)	법률(1971/2016)	조세	현금	10,519 (2015년 2월 기준)	수급자 (Recipients)
	아동지원비용 (Child Assistance Expenses)	법률(1961/2016)	조세	현금	1,058 (2015년 3월 기준)	수급자 (Recipients)
빈곤	국민생활보장제도 (National Livelihood Security Act)	법률(1950/2016)	조세	현금 & 현물	2,166 (평균 2014년 회계연도 기준)	수급자 (Recipients)

주: 1) 법적 근거는 제도를 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 조례 ③ 기타 등으로 구분한다.

2) 재원은 ① 사회보험 기여금(C) ② 사회부조 조세(T) ③ 기여금과 조세(CT) 등이다.

3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합(즉 정책적으로 현금, 현물 및 서비스 등 다양한 급여를 제공하는 의미) 등이다.

4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에 보호 대상 및 보장 대상 가구 또는 개인의 수를 의미한다.

〈부표 2〉 중국의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (제정/최근 개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
건강보장	의료보험	법률: 행정기관 및 공사 기관 의료 보장(1952), 도시 근로자 의료 보험(1998), 신형(新型)농촌합작의료(2003), 도시 거주자 기본 의료 보험 (2003), 통일된 도농(都農) 주민기본 의료 보험(2015)	정부, 개인, 회사 3자간 공동 부담	청구	신형(新型) 농촌합작 의료보험 가입률 98.9%(2014) 도시 기본 의료보험 가입률 88.87%
	의료부조	임시 시행 방법과 통지: 「공공부조 임시 시행 방법」에 종속되고 2014년에 발표된, 국무원 관공청(辦公廳)이 민정 부(民政部) 등 부처에 전달하 여 의료부조제도 개선을 통해 중특대(重特大) 질병의료부조 업무 시행 의견에 관한 통지 발표(2015).	조세기반	현금지원 (보조금)	도시의료 구제후원 의료보험 가입자 1,701 만 9,900명, 농촌의료부조 후원합작의료 가 입자 5,021만 7,300명(2014) (보조금을 받 는 대상은 대다수 빈곤인구이므로 도농(都 農)의 낮은 보험 가입자를 빈곤 인구로 계산 하여 2014년 도시 최저 보험 가입자 1,877 만 명, 농촌 최저보험가입자 5,207만 2천 명으로 거의 최초의 보험 가입자가 의료부 조 혜택을 받고 있다는 것을 의미한다. 2014년과 2013년에는 통계 수치가 없으며 2012년 도시에서 의료구제 혜택을 받은 사 람은 689만 9천 명으로 같은 해 도시 최저 보험 가입자의 49.73%, 농촌 의료부조 수 혜자는 1,483만 8천 명으로 같은 해 자금을 지원받은 농촌 최저 보호 가구의 33.05%를 차지하였다.)

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (제정/최근 개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
노인	양로보험	법률 : 농촌주민 양로보험(2009), 도시주민양로보험(2011), 통일된 도농(鄕農)주민 사회양로보험(2014), 도시 근로자 양로보험(1988), 기업연금(2004), 「사회보험법」(2010)	정부, 개인, 회사 3자간 공동 부담	현금지원	양로보험 가입자는 전체 인구의 62.44%(2015), 기업연금에 가입한 직원 2.316만 명, 도시 취업자의 5.89% 차지
	실업보험	법률 : 「사회보험법」(2010)에서 실업 보험과 관련된 법률 규정 법률(상등)	고용자 및 피고용자 공동 부담	현금지원	실업보험 가입자 수 2015년 1억 7,326만 명, 취업자 수의 22.43%. 2015년 전국 실업보험금 수령자 수 227만명, 실업보험자 수 1.31% 차지
적극적 노동시장정책 (ALMP)	고용보장	법률 : 다른 지역에서 유입된 근로자 에 대한 고용 서비스(2003), 「노동계약법」 및 「고용촉진법」 (2008)	세금 및 회사 부담	사회서비스	2015년 무취업가정 5만 7천만 가구 해결, 2만 6천 명의 고등학교 졸업생이 종사하는 삼지일부(三支一拂: 교육, 지역사업 지원, 의 료활동 지원 등 빈곤 퇴치사업) 서비스 구축.
	고용서비스	규정 : 「고용서비스 및 고용관리규정」 (2015)	비기여형	현금 및 현물지원	2015년 도시 실업자 재취업자 567만 명, 고용 취약계층 고용자 수 173만 명

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (제정/최근 개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
주거	보장형 주택	규정 : 보장형 주택 건설 확대(2008)	비기여형	현금지원 (보조금)	2013년 말 기준 전국 임대형 보장주택 1,425만 채 공급에 자금 지원, 전국 임대형 보장주택 1,057만 가구 공급
	공공 임대주택	의견 및 통지 : 「도시 저소득 가정의 주택난 해결에 관한 의견」(2007년), 「부동산시장의 안정적이고 건 강한 발전 촉진에 관한 통지」 (국발(國發)[2010]4호)	공제(共濟) 통합형 (Hybrid)	현물지원	
교육	교육 후원	법률 및 정책	비기여형	현금지원	2015년 미취학교육, 의무교육, 직업학교, 일반 고등학교 및 대학교 학생(유아) 자금 지원 누계 명수 8,433만 3,100명 (의무교 육 교과서 및 영양 간식 보조금 무상지원 미포함)
	의무교육	법률 : 「중화인민공화국 의무교육법」 (1986, 2006개정), 「중화인민공화국 의무교육법 실시 세칙」(1992), 「중화인민공화국교육법」(2015)	비기여형	현금 및 현물지원	전 국민

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (제정/최근 개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
가정/아동	기정보조금 및 아동복지	공공부조법보다 기타 법률 및 정책에 따름	비기여형	현금 및 현물지원	2015년 전국에 442만 7천 가구 임시보조금 수령, 누계 지출 임시 보조금 38억 4천만 원인, 가구당 평균 보조금 수준 67.4위안, 전체 고아 수 50만 2천 명 중 집중 양육받는 고아 9만 2천 명, 사회에 흩어져 있는 고아 41만 명, 2015년 전국 가정 입양 신청 건수 2만 2천 건, 이 중 중국 대륙 주민 입양 신청 건수 1만 9천 건, 홍콩, 마카오, 대만 거주 화교 입양 신청 건수 179건, 외국인 입양 신청 건수 2,942건
	최저생활보장 및 기타 빈곤정책	요강 : '칠팔(七八) 빈곤 퇴치 공략 계획(1994), 첫 번째 빈곤 퇴치 개발 10년 요강(2001), 두 번째 빈곤 퇴치 개발 10년 요강(2011)	비기여형	현금 및 현물지원	도시주민 최저생활보장제도(低保)를 통해 응보진보(應保盡保, 필요하면 보장받을 수 있고, 반드시 보장을 받아야 하면 보장받을 수 있음) 실현. 봉천 빈곤인구 매년 1,000만 명 이상 감소, 2020년까지 농촌 전체 빈곤인구의 빈곤선 이상의 수입을 보장한다.
빈곤	재해 방지 및 구제	법률 : 「중화인민공화국 돌발사건 대응법」(2007), 민정부(民政部)의 자연재해 대응 과제에 관한 규정(2004)	비기여형	현금 및 현물지원	2015년 재난 피해주민 637만 2천 명 이주 정착

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (제정/최근 개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
사회서비스	사회서비스 조직	조례 및 계획 요강 : 사회 업무 조직 구축(2006), 정부의 사회조직서비스 구매 서비스(2013), 양로서비스체계(2011), 사회양로서비스체계구축 10년 계획(2011~2020), 아동 사회복지기구 기본규범 (2001), 노인 사회복지기구 기본규범(2008) : 「생활고를 겪고 있는 장애인 생활 보조금 및 장애인 간병 보조금 제도의 전면적인 구축에 관한 의견」(2016), 「자선법」(2016)	통합형	현금보조금, 세수혜택, 사회기부 및 시장경영	2015년 말 기준 사회서비스 기관 및 시설 176만 5천 개, 종근로자 수 1,308만 9천 명, 종고정자산액 8,183억 1천만 위안, 사 회서비스사업비 지출액 4,926억 4천만 위안, 국가 재정지출에서 차지하는 비중 3.3%.

주: 1) 법적 근거는 제도를 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 조례 ③ 기타 등으로 구분한다.
 2) 재원은 ① 사회보험 기여금(C) ② 사회부조 조세(T) ③ 기여금과 조세(CT) 등이다.
 3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합(즉 정책적으로 현금, 현물 및 서비스 등 다양한 급여를 제
 공한다는 의미) 등이다.
 4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에는 보호 대상 및 보장 대상 가구 또는 개인의 수를 의미한다.
 자료: 1) 의료부조- 중국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.
 2) 실업보험- 중국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.
 3) 실업부조- 중국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.

- 4) 고용보장- 중국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/201605/t20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.
- 5) 고용서비스-국 인력자원 및 사회보장부 사이트
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/201605/t20160530_240967.html에서 2016. 9. 10. 인출.
- 6) 주택보장-마수련(馬秀蓮), 「전국 공공 임대주택 건설 및 발전현황(2014~2015)」,
<http://www.doc88.com/p-7304586150336.html>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 7) 교육후원- 중국 민정부(民政府) 사이트 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcyy>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 8) 가정보조금 및 아동복지- 중국 민정부(民政府) 사이트 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcyy>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 9) 최저생활보장 및 기타 빈곤정책- 중국 민정부(民政府) 사이트에서 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcyy>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 10) 재해방지 및 구제- 중국 민정부(民政府) 사이트 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcyy>에서 2016. 9. 10. 인출.
- 11) 사회서비스조직- 중국 민정부(民政府) 사이트 <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shflhcyy>에서 2016. 9. 10. 인출.

〈부표 3〉 대만의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도명	법적 상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
의료보장	국민건강보험(National Health Insurance)	법률(1994/2011)	기여금	현물	전 국민의 99%(2015년)
	의료부조(Medical Assistance)	사회부조와 연계	조세	현금	전 국민의 2.98%(2015년)
노인	국민연금(National Pension Insurance)	법률(1997/2015)	기여금	현금	목표인구의 25.2%(2014년)
	공무원 및 공립학교교원 연금 (Public Pension for Civil Servants and Public School Teachers)	법률(1958/2015)	기여금	현금	582,506명(2015년)
	군인연금 (Public Pension for Military servicemen)	법률(1950/2015)	기여금	현금	227,000명(2015년)
	노동보험(Labor Insurance)	법률(1958/2015)	기여금	현금	10,040,123명(2015년)
	고령농민수당 (Allowance for Elderly Farmers)	법률(1995/2014)	기여금+ 조세(CT)	현금	631,874명(2015년)
실업	실업보험(Unemployment Insurance)	법률(2002/2015)	기여금	현금	전체 노동력의 56.4%(2015년)
	실업부조(Unemployment Assistance)	해당사항 없음			
직극적 노동시장정책 (ALMP)	직업훈련(Vocational Training)	법률(1983/2015)	조세	현물	67,206명(2015년)
	뉴딜프로그램(New Deal Programs)	규칙(Regulation) (2002/2007)	조세	현금	2,497명(2015년)

구분	제도명	법적 상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
주택	주택급여(Housing Benefit)	해당사항 없음			
	공공임대주택(Public Rental Housing)	규칙(Regulation) (2011/2014)	조세	현물	전체 주택의 0.08%(2015년)
교육	국가의무교육 (National Compulsory Education)	법률(1979/2016)	조세	현물	학생의 100%
	청년층 역량강화 프로그램 (Youth Empowerment Programs)	규칙(Regulation) (2015)	조세	통합	매년 약 20,000개의 일자리
	가족수당(Family Allowance)	법률(2000/2014)	조세	현금	133,370건(2015년)
가정/아동	아동(Children)	법률(1980/2015)	조세	통합	1,390,203건(2015년)
	사회부조법(Social Assistance Act)	법률(1980/2015)	조세	현금	전 국민의 2.98%(2015년)
빈곤	저소득층 노인 복지수당 (Welfare Allowance for Low-income Elderly)	법률(1980/2015)	조세	현금	124,490건(2015년)
	장애인 복지서비스 (Welfare Services for the Disable Persons)	법률(1980/2015)	조세	통합	1,155,650명(2015년)
	학대 여성 및 아동 보호 (Protection for Abused Women and Children)	법률(1998/2015)	조세	통합	115,876건(2015년)

주: 1) 법적 근거는 제도를 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 조례 ③ 기타 등으로 구분한다.

2) 재원은 ① 사회보험 기여금(C) ② 사회부조 조세(T) ③ 기여금과 조세(CT) 등이다.

3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합(즉 정책적으로 현금, 현물 및 서비스를 다양한 급여를 제공하는 다는 의미) 등이다.

4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에는 보호 대상 보장 대상 가구 또는 개인의 수를 의미한다.

〈부표 4〉 태국의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도명	법적 상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
의료보장	공무원의료제도(CSMBS)	법률(1980/2010)	세금	서비스	전체 인구의 7.0%(2015년 기준)
	사회보장제도(Social Security Scheme)	법률(1990/2015)	기여금	서비스	전체 인구의 17.5%
	국민건강보험(Universal Health Care)	법률(2002/2002)	세금	서비스	전체 인구의 73.4%
	사회보장제도하의 연금 (Social Security Scheme's Pension)	법률(1990/20xx)	기여금	현금	160,270명(2015년 기준)
노인	국민사회연금(Universal Social Pension)	규칙(Regulation) (1993/2015)	세금	현금	7,686,978명(2014년 기준)
	정부연금기금(Government Pension Fund)	법률(1996)	기여금	현금	1,204,632명(2014년 기준)
	공무원연금제도 (Government Official Pension System)	법률(1902/1951)	세금	현금	533,328명(2014년 기준)
	실업보험(Unemployment Insurance)	법률(1990/2003)	기여금	현금	123,536명(2015년 기준)
실업	공공기술훈련 (Public Skill Training)	법률(2002/2014)	세금	서비스	해당사항 없음
	민간훈련의무제도 (Compulsory Private Training Scheme)	법률(2002/2014)	기여금	서비스/현금	해당사항 없음

적극적
노동시장정책
(ALMP)

구분	제도명	법적 상태 ¹⁾ (제정/최신개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
주거	저가주택보조금(Low-Price Housing Subsidy)	규칙(Regulation) (2001)	세금	현물	276,932명(2015년 기준)
교육	15년 무상교육(Free Education for 15 Years)	규칙(Regulation) (2009)	세금	현물/현금	889,734명(2015년 기준)
	무상급식(Free School Lunch)	법률(1992)	세금	현물	해당사항 없음
기정/아동	사회보장아동수당 (Social Security Child Allowance)	법률(1990/2015)	기여금	현금	1,302,765명(2015년 기준)
	신생아 보조금(New-born child subsidy)	규칙(Regulation) (2015/2016)	세금	현금	154,149명(2016)

주: 1) 법적 근거는 제도를 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 조례 ③ 기타 등으로 구분한다.

2) 재원은 ① 사회보험 기여금(C) ② 사회복지 조세(T) ③ 기여금과 조세(CT) 등이다.

3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합(즉 정책적으로 현금, 현물 및 서비스 등 다양한 급여를 제공하는 다는 의미) 등이다.

4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에는 보호 대상 및 보장 대상 가구 또는 개인의 수를 의미한다.

〈부표 5〉 베트남의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도명	법적 근거 ¹⁾ (인법/최신개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
보건	국민건강보험	법률(2006/2014)	기여금 & 정부지원	통합	전체 인구의 78%(2015)
노인	기여형연금	조례(1995 for PAYG; 법률 2006/2014)	기여금	현금	전체 노동인구의 23%(2014)
	비기여형 사회 연금	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	현금	80세 이상 노인의 80%, 60~79세 노인의 2%(2013)
실업	실업보험	법률(2007; 2014)	기여금	현금	전체 노동인구의 18.2%(2014)
	직극적 노동시장정책 (ALMP)	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	통합	2백 만 학생(2014)
	주책	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	현금	자료 없음
교육	에이즈 감염 아동지원	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	현금	자료 없음
	공공사회보호기관 입양아동지원 (Adoptees in public social protection establishments)	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	현금	자료 없음
	전기료 보조금	결정문(Decisions) (2011; 2014)	조세	현금	2백만 빈곤, 소수민족 가구
가정/아동	장애편	법령(Decrees) (2007; 2010; 2013)	조세	현금	730,000명

주: 1) 법적 근거는 제도를 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 조례 ③ 기타 등으로 구분한다.

2) 재원은 ① 사회보험 기여금(C) ② 사회보조 조세(T) ③ 기여금과 조세(CT) 등이다.

3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합(즉 정책적으로 현금, 현물 및 서비스 등 다양한 급여를 제공하는 다는 의미) 등이다.

4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에는 보호 대상 가구 또는 개인의 수를 의미한다.

〈부표 6〉 한국의 주요 사회보장제도의 특징

구분	제도의 명칭	법적 위상 ¹⁾ (제정/최근개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
의료보장	「국민건강보험법」(옛 「의료보험법」)	법률(1963/2011)	보험료	서비스	50,316천 명(2014년 기준)
	「의료급여법」(옛 「의료보호법」)	법률(1977/2014)	조세	서비스	1,440천 명(2014년 기준)
노인	「국민연금법」	법률(1988/2015)	보험료	현금급여	21,568천 명(2015년 기준) 88.7%(대상자 대비, 2015년 기준)
	「공무원연금법」	법률(1960/2014)	보험료/조세	현금급여	
	「군인연금법」		보험료/조세	현금급여	
	「사회연금법」		보험료	현금급여	
	「기초연금법」	법률(2014/)	조세	현금급여	6,520천 명, 66.8% (대상자 대비, 2014년 기준)
실업 및 신재	「고용보험법」	법률(1993/2016)	보험료	현금/서비스	89.3%(대상자 대비, 2015년 기준)
	「산업재해보상보험법」	법률(1964/2015)	보험료	현금급여	97.6%(2015년 기준)
적극적 노동시장정책 (ALMP)	「직업훈련촉진법」	법률(1997/2003)	조세	서비스	-
	근로장려세제(「조세특례제한법」, 근로 장려를 위한 조세특례)	법률(2010)	조세	현금급여 (세금환급)	-
	취업성공패키지	규칙(2009/)	조세	현금/서비스	-

구분	제도의 명칭	법적 위상 ¹⁾ (제정/최근개정)	재원 ²⁾	급여유형 ³⁾	보장범위 ⁴⁾
주거	「주거급여법」	법률(2014/)	조세	현금급여	일반가구 대비 3.69%, 전체 수급가구 대비 85.1%(2014년 기준)
	「장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법」	법률(2010/)	조세/기금	현물급여	-
교육	교육복지 관련 법, 장학금 등	법률(2009/)	조세	현금급여	-
	교육급여(기초법에 통합된 상태)	법률(2014/)	조세	현금/현물급여	-
가족/아동	가족수당/아동수당	없음	-	-	-
	영유아보육법 (영유아 보육료, 가정양육수당)	법률(1991/2005)	조세	현금급여	2,495천 명(2014년 기준)
빈곤	「국민기초생활보장법」	법률(1961/2014)	조세	현금/현물급여	1,646천 명(2015년 기준)
	「긴급복지지원법」	법률(2008/2014)	조세	현금/현물급여	107,325가구(2014년 기준)

주: 1) 법적 상태는 정책을 뒷받침하는 고유한 법적 근거가 마련되어 있는지를 나타낸다. ① 법률 ② 규제 ③ 기타 등으로 구분한다.
 2) 자원(자금)이 지칭하는 것은 ① 사회보험 분담금(C) ② 사회복지세금(T) ③ 분담금과 세금(CT) 등이다.
 3) 급여유형이 지칭하는 것은 ① 현금성 급여(현금) ② 현물성 급여(현물) ③ 서비스 ④ 통합적 정책적으로 현금, 현물 및 서비스 등 다양한 급여를 제공한다는 의미) 등이다.
 4) 보장범위는 목표 인구 중 보호 대상 및 보장 대상의 비율을 의미한다. 이 외에는 보호 대상 및 보장 대상 가계 또는 개인의 수를 의미한다.
 자료: 1) 「국민기초생활보장법」, 「의료급여법」-KOSIS 국가통계포털, 연도별 의료보장 적용인구 현황.
 (http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=D#SubCont에서 2016. 11. 10. 인출.)
 2) 국민연금, 「고용보험법」, 「산업재해보상보험법」- KOSIS 국가통계포털, 고용형태별 근로실태조사.
 (http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=B#SubCont에서 2016. 11. 10. 인출.)
 3) 기초연금, 「영유아보육법」, 「긴급복지지원법」 보건복지부(2015). 보건복지통계연보.
 4) 「주거급여법」 한국보건사회연구원 보건복지부(2015). 통계로 보는 사회보장 2015.
 5) 「국민기초생활보장법」- KOSIS 국가통계포털.
http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=M_01_01#SubCont

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |