주요국 사회보장제도 11

한국의 사회보장제도

한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs 나남 nanam

《주요국 사회보장제도》 총서 기획진

노대명 한국보건사회연구원 선임연구위원
김근혜 한국보건사회연구원 연구원
정희선 한국보건사회연구원 연구원

주요국 사회보장제도 11
한국의 사회보장제도

2018년 12월 10일 발행
2018년 12월 10일 1쇄

지은이 김미곤 · 강혜규 · 고제이 · 김태완 · 남찬섭 · 노대명 · 문성현
박정훈 · 신현웅 · 우해봉 · 이민경 · 이삼식 · 이윤경 · 정경희
정연택 · 정은희 · 정형선 · 진미윤 · 최효진
발행자 趙相浩
발행처 (주) 나남
주소 10881 경기도 파주시 회동길 193
전화 (031) 955-4601 (代)
FAX (031) 955-4555
등록 제 1-71호(1979. 5. 12)
홈페이지 www.nanam.net
전자우편 post@nanam.net

ISBN 978-89-300-8953-1
ISBN 978-89-300-8942-5 (세트)

책값은 뒤표지에 있습니다.

주요국 사회보장제도 11

한국의 사회보장제도

김미곤 · 강혜규 · 고제이 · 김태완 · 남찬섭 · 노대명 · 문성현
박정훈 · 신현웅 · 우해봉 · 이민경 · 이삼식 · 이윤경 · 정경희
정연택 · 정은희 · 정형선 · 진미윤 · 최효진

한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs 나남 nanam

머리말

한국은 적어도 외형적 측면에서 '압축 성장', '압축 민주화', '압축 복지'를 달성한 세계에서 유례가 없는 나라로 평가된다. 복지제도로 국한하여 살펴보면, 상병수당, 가족수당 등 몇 가지 제도를 빼고는 모두 도입되어 운영되고 있다. 하지만 압축의 이면에 놓인 그늘 또한 적지 않다. 예컨대, 노인빈곤율과 자살률은 OECD 국가 중 압도적 1위다. 출산율은 OECD 국가 중 최저수준이고, 청년들은 '헬조선'을 외친다. 일부 학자들은 사회적 지속가능성에 빨간불이 들어왔다고 경고한다. 우리나라의 사회보장제도가 어떤 상태이기 때문에 '압축 복지'가 아닌 '압착 복지'의 후유증을 앓고 있는가라는 물음에 대한 대답이 바로 《한국의 사회보장제도》 편이다.

사실 우리나라의 경우 민주화 이전에는 복지수준과 경제수준 간의 선형적 관계를 발견하기 힘든 저복지 수준 상태였다. 우명숙(2011)은 이를 "민주화 이전의 한국의 복지제도 발전은 '산업화 이론'(*the logic-of-industrialism thesis*)에 반하는 일탈사례로 취급되었다"고 설명한다. 이러한 이유에 대하여 이혜경(1993)은 "권위주의적 발전국가가 정치적 정당성을 확보하기 위해서나, 아니면 경제성장에 필요한 자금 마련을 위한 기능주의적 관점에서

사회복지 프로그램들이 채택되고 개발"되었기 때문이라고 주장하였다.

민주화 이후 IMF 경제위기 고통 속에서의 복지제도 확충은 원활한 구조조정을 위한 외부의 강요라는 점을 부인할 수 없지만, 국민기초생활보장제도가 도입되는 등 제도가 확충되고, 예산이 괄목하게 증가하였다. 이와 같은 변화가 실렌(Kathleen Thelen)이 언급한 '역사적 제도주의 관점의 전환점(경로이탈)으로 볼 수 있는가'를 확인하는 것도 《한국의 사회보장제도》를 읽는 재미일 것으로 생각된다.

경로이탈에 대한 개념은 다양하지만, 양적 변화보다는 질적 변화, 낮은 탈상품화에서 높은 탈상품화로의 이행, 제도에서의 사회권 담보, 국민들의 가치관 변화 등을 종합한 복지철학의 변화로 보는 것이 바람직할 것이다. 이런 관점에서 사회권을 담보한 국민기초생활보장제도의 도입, 무상급식으로 대표되는 보편적 복지제도 도입 등의 2000년대 이후 한국 사회보장제도 발전은 경로이탈이라고 볼 수도 있다. 한편, 몇 가지로 제도도입을 두고 경로이탈이라고 단정하는 것이 무리일 수 있다. 그 이유는 '저부담-저복지' 형 복지국가에, 안정적 노동시장 지위에 있을수록 더 많은 복지혜택을 누릴 수 있는 남유럽형 '지위유지형' 복지제도 틀을 지니고 있기 때문이다. 경로이탈 여부에 대해서는 독자의 몫으로 돌린다.

《한국의 사회보장제도》의 구성은 주요국 사회보장제도의 분석틀을 유지한다. 제 1부는 사회보장 총론으로서 역사나, 기본구조, 경제・고용・소득분배, 인구, 재정, 최근의 사회보장 개혁동향을 다룬다. 제 2부는 소득보장제도로서 연금제도, 고용보험 및 고용정책, 산재보험, 공공부조를 다룬다. 제 3부는 의료보장 및 사회서비스로서 의료제도와 의료보장제도, 장기요양보험, 노인복지, 장애인 복지, 아동 및 보육, 주거 등을 다룬다.

각국의 사회보장제도와 같이 많은 연구자가 참여하는 대규모 프로젝트는 불가피하게 연구자에게 주어진 시간과 인쇄까지 걸리는 시간 사이에 간격이 발생하게 된다. 특히 통계자료는 집필 당시 최근 통계를 인용하였더라도

3~4년의 시차가 발생하기도 한다. 독자들의 양해를 구한다.

주요국 사회보장제도 총서를 내도록 결정하신 김상호 한국보건사회연구원 원장님, 총괄기획 연구책임자 노대명 박사님, 원활한 연구지원 업무를 해 주신 정희선 연구원, 그리고 엄청난 양의 원고를 교정해 주신 나남출판사의 여러 담당자분들께 감사한다. 마지막으로 빠듯한 시간과 분량의 제약에도 불가하고 한국 사회복지제도를 압축적으로 소개하기 위해 고심하여 개별 장을 집필해 주신 집필진 여러분께 감사한다.

한국보건사회연구원
김 미 곤

주요국 사회보장제도 11

한국의 사회보장제도

차 례

머리말 7

1부 사회보장 총괄

제 1 장 사회보장의 역사적 전개 남찬섭

1. 머리말 19
2. 한국 사회복지 전개과정의 시기구분 23
3. 한국 사회복지의 전개과정 29
4. 맺음말: 쟁점과 함의 67

제 2 장 사회보장제도의 기본구조 강혜규 · 노대명

1. 머리말 77
2. 사회보장제도의 기본구조 78
3. 사회보장의 행정체계 87
4. 사회보장의 전달체계 92

제 3 장 경제여건과 소득분배구조 김미곤

1. 머리말 101
2. 경제 102
3. 노동 107
4. 소득분배 112

제 4 장 인구구조의 변화와 전망 이삼식 · 최효진

1. 인구동태 121
2. 장래 인구 전망 127
3. 한국의 인구 이슈 132

제 5 장 정부재정과 사회보장재정 고제이

1. 한국 정부의 재정구조 137
2. 정부재정의 장기 추이와 구성 변화 147
3. 한국의 사회보장지출 157
4. 맺음말: 쟁점과 함의 170

제 6 장 최근 사회보장 개혁동향 노대명

1. 머리말 175
2. 한국 사회보장제도 개편의 동인과 양상 177
3. 사회보장제도의 주요 현안과 쟁점 185
4. 맺음말: 쟁점과 함의 203

2부 소득보장제도

제 7 장 공적연금제도 우해봉

1. 머리말 211
2. 공적연금제도 213
3. 사적연금제도 237
4. 맺음말: 쟁점과 함의 242

제 8 장 고용보험제도 및 고용정책 정연택

1. 머리말 245
2. 노동시장정책 약사 248
3. 고용보험제도 253
4. 기타 정부예산사업 275
5. 맺음말: 쟁점과 함의 279

제 9 장 산재보험제도 문성현

1. 머리말 283
2. 산재보험제도의 적용과 보험료 징수체계 287
3. 산재보험제도의 보상과 재활체계 294
4. 산재보험제도의 재정운영방식 307
5. 맺음말: 쟁점과 함의 308

제 10 장 공공부조제도 김태완

1. 머리말 313
2. 개편 이전: 국민기초생활보장제도 317
3. 개편 이후: 국민기초생활보장제도(맞춤형 급여제도) 331
4. 맺음말: 쟁점과 함의 345

3부 의료보장 및 사회서비스

제 11 장 보건의료제도 정형선

1. 머리말 351
2. 보건의료자원의 투입 358
3. 보건의료서비스의 제공 및 이용 367
4. 재원조달 374
5. 건강수준과 의료제도의 성과 377
6. 맺음말: 쟁점과 함의 381

제 12 장 의료보장제도 신현웅 · 박정훈

1. 머리말 383
2. 건강보험제도 384
3. 의료급여제도 408

제 13 장 장기요양보장제도 이윤경

1. 머리말 419
2. 대 상 423
3. 급 여 427
4. 전달체계 432
5. 재원 및 재정 현황 435
6. 맺음말: 쟁점과 함의 438

제 14 장 고령자 복지서비스 정경희

1. 머리말 443
2. 전달체계 447
3. 주요 고령자 복지서비스 447
4. 맺음말: 쟁점과 함의 464

제 15 장 장애인 복지서비스 이민경

1. 머리말 467
2. 장애인 복지서비스 471
3. 전달체계와 예산 494
4. 맺음말: 쟁점과 함의 499

제 16 장 아동 및 보육서비스 정은희

1. 머리말 505
2. 아동 및 보육서비스 대상 510
3. 아동대상 서비스 및 보육서비스 종류 515
4. 아동 및 보육서비스 전달체계 519
5. 아동 및 보육서비스 재정 528
6. 맺음말: 쟁점과 함의 530

제 17 장 주택 및 주거서비스 진미윤

1. 머리말 535
2. 주거정책의 목표와 지원체계 538
3. 거주여건의 변화와 주요성과 551
4. 공공임대주택의 성장과 성과 566
5. 맺음말: 쟁점과 함의 581

제 1 부 사회보장 총괄

제 1 장 사회보장의 역사적 전개
제 2 장 사회보장제도의 기본구조
제 3 장 경제여건과 소득분배구조
제 4 장 인구구조의 변화와 전망
제 5 장 정부재정과 사회보장재정
제 6 장 최근 사회보장 개혁동향

01
사회보장의 역사적 전개

1. 머리말

일반적으로 '사회보장'(社會保障, *social security*) 혹은 '사회복지'(社會福祉)가 정치체제의 일부로 정착된 현대국가를 복지국가라 할 수 있는데(이혜경, 1986), 이는 사회보장이 단순히 하나의 프로그램으로만 존재하는 것이 아니라 복지국가라는 현대적 정치구조물의 중요한 한 구성요소임을 의미한다.[1] 이와 같은 복지국가는 현대사회의 기본적 경제체계를 이루는 자본주의에 변화가 있거나 또는 그와 함께(혹은 그로 인해) 정치체제에 변화가 있게 되면 그에 따라 변화하는 그리고 변화해야 하는(변화의 방향이나 정도는 나라에 따라 차이가 많지만) 정치적으로 가변적인 실체이다(김태성 · 성경륭, 2014; 반 커스버겐 · 비스, 2017; Amenta et al., 2001). 따라서 복지국가의 핵심을 이루는 사회보장 역시 특정 시대와 사회의 국내외적인 정치 · 사

1) 여기서 '사회보장'과 '사회복지'라는 두 용어와 관련된 용법에 대해서는 이 장의 1의 마지막 부분에서 다시 언급한다.

회·경제적 요인으로부터 영향을 받고 또 그것에 영향을 주기도 하는 변화하는 실체인 것이다(남찬섭, 2013; 이혜경, 1995). 이렇게 볼 때, 사회보장의 역사적 전개과정을 고찰한다는 것은, 그것이 정치·사회·경제적 상황의 변화와 상호작용하면서 어떻게 변화해왔고 그 과정에서 사회보장을 핵심요소로 하는 복지국가의 모습에 어떻게 영향을 미쳐왔는지를 고찰한다는 것을 의미하며 또 그렇게 고찰해야 함을 의미한다.

사회보장의 변화를 복지국가의 변화 그리고 좀더 크게 정치·사회·경제적 상황의 변화와 연관지어 고찰하는 것은 어느 시기에나 필요하지만 현재 한국사회에서는 그 어느 때보다 더 필요하다. 2016년 후반부터 시작된 이른바 국정농단(國政壟斷) 사태와 그에 이은 대통령 탄핵과 정권교체는 단순히 현실정치적 권력의 교체만을 의미하는 것이 아니라 새로운 사회를 원하는, 따라서 과거의 사회패러다임의 폐기와 새로운 패러다임으로의 전환을 원하고 또 그것을 필요로 하는 큰 변화의 일부로 보아야 한다. 현 단계 한국의 사회보장과 복지국가 역시 이러한 큰 변화의 일부를 구성하며 또 그런 변화흐름과 함께 그리고 그런 변화흐름의 틀에 의해 제약받으면서 변화해가야 하는 정치적 가변적 실체인 것이다.

한국의 사회보장과 복지국가를 더욱 큰 정치·경제적 흐름 속에서 고찰한 시도는 여러 연구자들에 의해서도 여러 차례 이루어진 바 있다. 이에 대해서는 뒤에서 다시 살펴보겠지만 이 글에서는 기본적으로 복지국가를 현대화〔혹은 근대화(*modernization*)〕의 한 과정으로 파악하는 접근에 입각하고자 한다(림링거, 1991; Flora & Heidenheimer, 1981; 김태성·성경륭, 2014). 이는 한국 현대사의 흐름 속에서 사회보장의 전개과정을 역사적으로 접근할 경우 계급연합을 강조하는 권력자원론이나 경제적 변화에 지나치게 집중하는 산업화론이 포착할 수 있는 흐름은 부분적이라고 생각하기 때문이다. 그런데 현대화 접근에서 현대화란 기본적으로 자본주의화와 민주화라는 두 가지 흐름으로 파악되며 복지국가는 그런 흐름 속에서 형성된

국민국가의 일환으로 간주된다. 이는 사회보장 혹은 복지국가의 전개를 대단히 거시적인 과정으로 파악하는 것인데 이 접근이 한국 사회보장의 전개과정을 국가형성의 일환으로 보아야 함을 보여준다는 점에서 유용성이 있는 것은 분명하다.

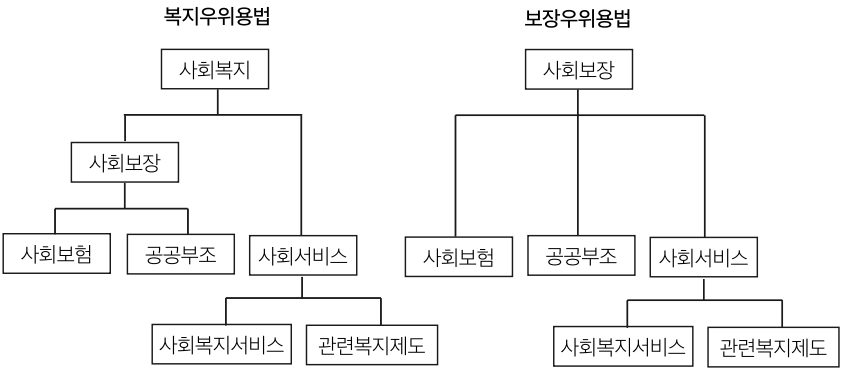
그러나 한국에서 국가형성은 자본주의화나 민주화와 함께 진행된 측면도 있지만 그 출발은 식민지로 인한 전통국가의 망실 및 식민본국으로의 강제편입 시도와 그에 대한 다양한 형태의 순응 및 저항, 그리고 해방으로 급작스럽게 그리고 국내적이면서도 국제적인 과정으로 주어진 국가형성 과제 등과 연관되어 진행된 것으로 서구의 국가형성과는 사뭇 다른 출발과 과정을 거쳤다(강만길, 2006; 서중석, 2007).

그리하여 이 글에서는, 해방 후 한국이 택한 경제체제가 비록 이식된 것이고 식민지배로 인해 왜곡된 것이긴 했지만 기본적으로 자본주의 경제체제였고 정치적으로도 민주주의 체제를 채택하였다는 점에서 한국의 국가형성 역시 크게는 자본주의화와 민주화에 대응한 국가형성 과정으로 간주하지만 서구와는 다른 특징을 감안한 접근을 하고자 한다. 이런 접근에 입각하여 먼저 시대구분에 대해 살펴보고 이어 각 시기별 전개과정에 대해 고찰한다. 그런데 이와 같은 본격적 고찰을 시작하기 전에 '사회보장' 및 '사회복지'라는 용어의 용법에 관해 먼저 언급해 둘 필요가 있다.

현재 한국에서는 〈사회보장기본법〉이라는 법률 명칭에서 알 수 있듯이 사회보험과 공공부조, 사회서비스를 포괄하는 제도체계를 공식적으로 '사회보장'이라 한다. 그리고 이 용법에서 '사회복지'는 사회서비스의 한 하위범주인 사회복지서비스를 가리키는 경향이 있다.[2] 하지만 이 용법은 사회복지학계의 일반적 용법과 다른 것이다. 사회복지학계에서는 사회보험과

2) 물론 최근에는 이 '사회복지서비스'라는 용어도 사회서비스와 경합을 벌이고 있어서 그 추이를 지켜볼 필요가 있다.

〈그림 1-1〉 사회복지와 사회보장의 용법



공공부조, 사회서비스를 포괄하기 위해 '사회복지'라는 용어를 사용한다. 이 용법에서 사회보장은 사회복지의 하위범주로 사회보험과 공공부조를 포괄한 것을 가리킨다(〈그림 1-1〉 참조).[3] 앞의 용법을 '보장우위용법', 뒤의 사회복지학계의 일반용법을 '복지우위용법'이라 할 수 있을 것인데 이 글에서는 복지우위용법을 채택하여 특별히 현행 〈사회보장기본법〉 및 그것의 역사적 선행법률인 사회보장에 관한 법률 등을 언급하거나 또 기타 관련 다른 법률들의 공식명칭이나 관련조항 내지 제도들을 언급할 때 그리고 사회보험과 공공부조를 특별히 묶어 지칭해야 할 때를 제외하고는 사회복지라는 용어를 사용키로 한다.

3) 용법과 관련한 논의로는 윤찬영(2017)의 글 중에서 특히 3장을 참조하길 바란다.

2. 한국 사회복지 전개과정의 시기구분

이 글에서 다루고자 하는 한국 사회복지의 전개과정은 해방 후부터 현재에 이르는 기간에 걸쳐 있다. 해방 후부터 다루는 것은 사회복지 그리고 그것의 정치적 표현인 복지국가는 자본주의라는 경제체제가 낳은 산물이라고 보기 때문이다. 자본주의 산물로서의 사회복지는 자본주의 경제가 초래하는 끊임없는 변화와 불안정성의 결과이자 그러한 변화와 불안정성에 대한 사회정치적 대응의 결과인 것이다. 한국 역시 해방 후 기본적으로 자본주의 경제체제를 택했기 때문에 사회복지의 전개과정도 자본주의의 산물이라는 성격을 갖는다. 하지만 한국의 경우에 해방 후 상당기간 동안 삶의 변화와 불안정성은 사실 자본주의 경제체제로부터 비롯된 것이라기보다는 정치적 격변에서 비롯된 경우가 많았다.

그와 같은 정치적 격변은 해방 후 한국 현대사에서 국가형성이 서구와는 근본적으로 다른 과정을 거쳐온 데서 연유하는데, 이 과정의 가장 특징적인 결과가 바로 분단국가의 형성, 그리고 이 분단국가를 공고화하면서 나타난 반공국가의 형성이다. 분단·반공국가 형성은 한국 현대사를 관통하는 가장 기본적인 축이다(강만길, 2006; 서중석, 2007). 그리고 이러한 분단·반공국가 형성에 영향을 미친 국제정치적 과정에 대한 국내의 정치적 대응은 종속적인 것이었고 이를 은폐·정당화하기 위해 국가는 대단히 독재적·권위주의적 성격을 갖게 되었고 그 정치과정에는 엄청난 폭력이 수반되기도 하였다.

이러한 국가형성의 성격은 본격적 산업화·자본주의화가 추진된 이후에도 이어졌다. 따라서 한국에서 산업화·자본주의화는 국가주도적 방식으로 그리고 독재적 성격의 분단·반공·종속적 국가를 정당화하기 위한 수단으로 동원됨으로써 자본주의 경제체제에서 어느 정도 보편적으로 관찰되는 정도를 훨씬 뛰어넘는 강력한 발전주의를 시현한 발전국가로 표현되

었다. 그리하여 한국 현대사에서 국가형성은 기본적으로 분단·반공·종속·독재·발전국가 패러다임에 입각한 것이었다.

그러나 이 패러다임이 한국 현대사를 지배해왔다 할지라도 그에 대한 대응 혹은 저항 역시 상존했다. 주지하다시피 한국 현대사를 점철하는 국가폭력에 의한 희생은 대부분 그러한 저항을 억압하는 과정에서 나타났는데, 그 저항으로서 가장 먼저 나타난 것은 통일국가의 형성을 지향한 저항이었다. 통일국가 수립이 좌절된 이후에 그것은 평화통일 등의 형태로 표현되었으며 한반도 주변 강대국에 대한 자주외교 지향으로 표현되었다. 또한 이런 노력들은 국내적으로는 민주화와 복지국가 구축 시도로 나타났다. 이런 점에서 한국 현대사에서 국가형성의 또 하나의 흐름은 통일·평화·자주·민주·복지국가 패러다임에 입각한 것으로 나타났다고 할 수 있다.

이렇게 볼 때 한국 현대사에서 국가형성은 분단·반공·종속·독재·발전국가 패러다임과 통일·평화·자주·민주·복지국가 패러다임의 길항과정이라고 볼 수 있다. 전자의 패러다임은 분단이라는 상황이 존속하는 상황에서는 지배적 패러다임의 위치를 차지할 가능성이 높으며 또 한국 현대사에서 보수세력에 의해 일관되게 지지받아온 것으로 보수패러다임이라 할 수 있다. 반면, 후자의 패러다임은 그에 대항한 패러다임의 위치를 차지해왔고 대체로 민주세력 내지 진보세력에 의해 지지받아온 것으로 대안패러다임 혹은 대안사회담론 혹은 진보패러다임이라 할 수 있다. 한국 현대사에서 사회복지의 전개과정을 시기별로 구분할 때도 이러한 두 패러다임의 길항과정을 염두에 둘 필요가 있다.

그런데 기존에도 한국 사회복지의 전개과정에 대한 시기구분 시도는 있었는데 이들에 의한 시기구분은, 상호간 차이가 없지는 않지만, 대체로 해방 후부터 1950년대 말 내지 1960년대 초, 1950년대 말 내지 1960년대 초부터 1980년대 중반, 1980년대 중반부터 1990년대 중반, 1990년대 중반 이후의 단계로 이루어져 시기구분에서 큰 차이는 없다(이영환, 2004;

〈표 1-1〉 주요 선행연구에서의 사회복지 전개과정의 시기구분

선행연구	해방(또는 정부수립)~1960년경	~1979년	~1987년	~1997년	1997년 이후
이영환 (2004)	계급정치의 억압과 복지부재 단계 (1945~1961년)	계급정치의 억압과 복지형성 단계 (1961~1987년)		저항의 폭발과 복지개혁 단계 (1987~1997년)	IMF 경제위기와 의사조합주의 실험단계(1998년~)
구인회·양난주 (2008)	전재민 구호기 (1948~1950년대)	개발국가 사회정책 발전기 (1960~1990년대 중반)			복지국가 탄생기 (1998~2007년)
감정기·최원규·진재문 (2010)	분단국가 형성과 사회복지의 도입 (해방~1961년)	급속한 산업화와 사회보장제도의 확장 (1961~1987년)		민주주의의 발전과 복지국가 기반형성 (1987년~)	
박병현 (2010)	절대빈곤시대의 사회복지 (1945~1960년)	사회복지제도 도입기 (1961~1979년)	사회복지제도 확대기 (1980~1996년)		사회복지개혁의 시기 (1997년~)
안상훈 (2010)	권위주의 시대 (이승만-전두환 정권, 복지국가의 태동)			민주화 시대 (노태우·김영삼 정부, 복지국가의 발전)	민주주의 시대 (김대중·노무현 정부, 복지국가의 도약)
이혜경 (2011)	권위주의적 보존국가와 해외의존적 응급구호 (1945~1959년)	시장형성적 개발국가와 선성장 후분배 정책 (1960~1987년 6월 민주항쟁까지)		민주화 실험과 소극적 복지국가 (1987~1997년 외환위기까지)	민주화와 생산적 복지 (외환위기 이후)
박광준 (2013)	미군정기와 한국전쟁	권위주의 시대 (종전~5공화국)		민주정부 시기	경제위기 이후

자료: 표의 왼쪽 행 참조.

구인회 · 양난주, 2008; 박병현, 2010; 안상훈, 2010; 이혜경, 2011; 박광준, 2013) (〈표 1-1〉 참조). 이는 한국의 사회복지가 몇 번의 급속한 확장기를 거치면서 전개되었고(이영환, 2004; 남찬섭, 2011; 이혜경, 2011), 그러한 급속한 확장을 야기한 정치경제적 격변[4]이 비교적 분명히 인식될 수 있기 때문일 것이다.

이 글에서의 시기구분 역시 기존에 시도된 시기구분과 크게 다르지는 않다. 다만 정치경제적 격변에 따른 시대변화를 위에서 말한 바와 같이 보수 패러다임과 진보패러다임 간의 길항으로 재해석하여 약간의 수정을 시도하는 것이다. 또 기존의 연구들이 시기적으로 2010년대 복지국가 논쟁을 고려하기 어려웠던 것에 비해 본 연구는 그것을 고려할 수 있는 처지에 있

4) 이 정치경제적 격변으로는, 한국전쟁, 1960년대 초 군사쿠데타, 1987년 민주화투쟁, 1997년 말 외환위기 등이 대표적으로 거론된다(이영환, 2004; 이혜경, 2011).

어 이를 추가하고자 하는 것이며 나아가 최근의 국정농단 사태 및 그것의 직접적 정치적 결과인 5·9 대선에 의한 정권교체까지도 고려하고자 한다.

그리고 여기서 보수패러다임과 진보패러다임 간의 길항이라 할 때 그것은 기본적으로 다음의 과정을 거치는 것으로 상정한다. 먼저 진보패러다임에 의한 사회구조화 요구가 등장하고 그다음으로 그에 대해 보수세력이 보수패러다임을 명분으로 진보패러다임에 입각한 요구를 부정하거나 왜곡하면서 사회구조화 요구를 보수적으로 귀결시킨다. 그 결과, 결국 그러한 보수적 귀결이 한계에 봉착하면서 보수패러다임이 위기에 봉착하게 되는 과정으로 한 주기를 완성한다. 그러면 다시 진보패러다임에 의한 사회구조화 요구가 등장하여 위에서 말한 과정을 거치게 된다. 즉, 이 글은 한국 현대사에서 '진보패러다임에 의한 사회구조화 요구의 등장 → 보수패러다임에 의한 진보적 요구의 부정·왜곡 및 보수적 귀결 → 보수적 귀결의 한계 봉착'이라는 순환이 반복된다고 인식한다.

이런 인식을 토대로 한국 현대사에서의 한국 사회복지 전개과정을 ① 응급구호정책기(1945~1960년), ② 개발종속정책기(1960~1987년), ③ 제도확장기(1987~1997년), ④ 복지국가 태동·조정기(1997~2017년), ⑤ 새로운 패러다임 모색기(2017년 이후)의 5단계로 구분한다. 앞으로 살펴보겠지만, 우리 민족에게 국가형성 과제가 가장 전면적으로 등장한 계기는 해방이었는데 그것은 통일·평화·자주·민주·복지국가를 내용으로 하는 것이었다. 하지만 이 과제는 분단·반공국가 형성시도로 좌절되었고 이에 따라 이후 한국 현대사는 국가형성을 둘러싼 보수패러다임과 진보패러다임 간의 갈등과 대립과정으로 점철된다(〈그림 1-2〉 참조).

해방 후 대외종속적 과정과 폭력적·독재적 과정을 통해 형성된 분단·반공국가 패러다임은 1950년대 후반 구조조정 요구에 봉착하면서 한계를 드러내고 이에 따라 사회개혁을 요구하는 흐름이 등장한다. 이는 3·15 의거와 4·19 민주혁명 등으로 표출되지만, 결국 5·16 군사쿠데타로 등장

한 군사정권에 의해 좌절된다. 군사정권은 분단·반공·종속·독재국가에 발전국가를 더하여 보수패러다임을 일신했지만 이는 1980년대 중반에 이르러 한계에 봉착한다. 이로 인해 민주화를 핵심으로 한 새로운 사회구조화 요구가 분출하지만, 이는 보수적 개헌 등의 형식적 민주화와 1990년초 3당 합당, 신경영전략 등으로 또다시 보수패러다임으로 귀결된다.

그러나 이 보수패러다임은 1997년 외환위기라는 대단히 극적인 형태로 나타난 한계에 부딪치면서, 해방 후 최초의 수평적 정권교체를 야기하고 나아가 민주정부 10년의 복지개혁으로 이어졌다. 민주정부는 진보패러다임 구현을 위한 노력을 경주하였고 이로부터 한국은 비로소 복지국가로 진입하게 되었다.[5] 하지만 복지국가로 들어섬과 동시에 한국은 지구화·탈산업화와 저출산·고령화 등 새로운 흐름 앞에서 복지국가제도를 조정해야 하는 압력에 직면한다. 이것은 민주정부의 복지개혁을 좌절시킨 한 요인이 되었고 여기에 적절히 대응하지 못한 민주정부는 보수세력에게 정권을 내주게 된다. 보수세력 집권 후 2010년대 초에 복지국가 논쟁의 형태로 대안사회 요구가 제기되기도 했으나 보수세력의 집권과 정책기조는 변하지 않았다.

---

5) 한국이 이때 복지국가로 진입하게 되었다고 말하는 것은, 복지국가 진입의 판단 기준으로 피어슨이 제시한 기준에 따른 것이다(Pierson, 1998). 즉, 피어슨은 복지국가 전환을 판단할 수 있는 3가지 기준으로, 포괄적 사회보험의 도입, 시민권으로서의 복지, 그리고 GDP 대비 3~5%의 공공사회 지출 등을 제시한다. 한국은 1995년 7월 고용보험을 시행함으로써 4대 사회보험을 모두 갖추게 되었고, 그 후 김대중 정부 때에는 사회보험의 적용범위를 적어도 공식적으로는 보편적 수준으로 확대했다. 또한 〈국민기초생활보장법〉을 도입하여 최저생활에 대한 국가책임을 명확히 함으로써 과거 시혜적 성격의 〈생활보호법〉을 중심으로 한 공공부조를 근대화하여 적어도 법적으로는 권리로서의 복지를 보장하였다. 또한, 외환위기 이후 공공사회복지 지출도 GDP 대비 5%대에 도달했다. 관련논의로는 Pierson(1998) 및 최영준(2011)을 참조하길 바란다.

〈그림 1-2〉 한국 현대사와 사회복지의 전개과정



주: 음영 표시한 사각형은 시기구분의 기준이 되는 사건이고, 점선으로 된 사각형은 복지논쟁을 의미함.

하지만 그간 분단·반공·종속·독재·발전국가의 추구로 누적된 모순이 2016~2017년에 걸쳐 매우 극적인 형태로 한꺼번에 표출되면서 정권교체가 또다시 이루어졌고, 이로 인해 통일·평화·자주·민주·복지국가라는 진보패러다임을 추구할 기회의 창이 다시 열리고 있다. 지금 열리고 있는 창이 기회라는 점에 대해서는 논자들 간에 아마 크게 이견이 없겠지만 그것이 어느 정도의 기회이며 어떤 성격의 기회인지에 대해서는 논자에 따라 다르게 판단할 수 있을 것이다. 이에 대한 판단의 일환으로 이제부터 한국 현대사에서 사회복지의 전개과정을 차례로 살펴보겠다.

3. 한국 사회복지의 전개과정

1) 응급구호정책기 (1945~1960년)

이 기간은 해방으로부터 1950년 후반 한국경제에 구조조정 요구가 강해지던 시기까지를 이르는데, 해방과 함께 주어진 통일·평화·자주·민주·복지국가의 건설이라는 역사적·민족적 과제[6]가 미군정 및 그에 동조한 세력, 그리고 친일독재 세력들에 의해 부정·왜곡되어 대미의존적이고 권위적·독재적 분단·반공국가가 구축되었다. 이와 함께 사회복지는 미군정 기간에는 응급구호대책으로 그리고 한국전쟁 후에는 전쟁복구를 위한 외원의존적 응급구호대책으로 전개되었다. 이 기간은 분단·반공국가를

6) 혹자는 해방 당시 상황에서 복지국가 건설까지 국가형성 과제에 포함시키는 것은 현실성이 없다고 생각할 수 있지만, 해방을 맞아 새롭게 사회를 재구조화할 기회를 맞은 민족이 그 정도 과제를 표현하지 않는다면 그것이 오히려 비정상적인 것이라 할 수 있다. 실제로 해방 당시 우파로 알려진 한국민주당(한민당)도 그 강령에서 조선민족의 자주독립국가의 완성과 민주주의 정체 수립과 더불어 근로대중의 복리증진을 제시했다(송남헌, 1985: 126). 그 외에 다양한 정치세력들이 복지와 관련하여 상당히 획기적인 강령들을 발표했다. 당시의 각 정치세력들이 내건 강령 등에 대해서는 심지연(1986)을 참조하길 바란다.

고착화하는 데 결정적으로 기여한 한국전쟁을 중심으로 미군정기와 전쟁 이후 1950년대의 기간으로 구분할 수 있다.

(1) 미군정기의 사회복지(전재민구호대책)

해방 이후 남한 사회의 사회복지정책은 주로 전재민을 대상으로 한 응급적이고 임시적인 구호대책으로 추진되었다. 전재민(戰災民, *refugees*)은 일제 강점기하에서 징병·징용·이민 등으로 해외에 거주하였다가 해방 이후 귀환한 동포를 가리키는 용어였는데, 이들이 제2차 세계대전의 직간접적 피해자라는 의미에서 그런 용어로 불렀다(이영환, 1989; 남찬섭, 1993). 당시 남한 사회에 전재민은, 자료에 따라 수치에 차이가 있지만, 적어도 2백만 명은 상회했다. 이들을 주대상으로 한 전재민구호대책은 크게 응급구호대책과 주택대책, 실업대책, 농촌이주사업으로 전개되었다. 응급구호대책은 주로 수용소 중심으로 추진되었으며, 주택대책은 전재민 대상의 임시주택인 가(假)주택 건설 등으로 추진되었고, 실업대책은 실업자로 하여금 직업소개소에 등록케 하고 그들에게 직업을 알선해 주는 실업자 취업등록제 형태로 추진되었으며 농촌이주사업과 병행하여 추진되었다.

이와 같은 전재민구호대책이 당시로서는 해방 후 정치·경제적 혼란으로 불가피했다고 볼 수도 있다. 이는 어느 정도 사실인데, 예컨대 해방 직후 남한의 공업은 크게 위축되어 사업장수가 해방 전인 1944년 6월에 9,323개이던 것이 해방 1년 후인 1946년 11월에는 5,249개소로 43.7% 줄어들었고, 이에 따라 노동자수도 같은 기간에 30만 520명에서 12만 2,159명으로 59.4%나 감소하였다(조선은행조사부, 1948: Ⅰ-201).

하지만 정치·경제적 혼란이 모든 것을 설명하지는 않는다. 당시 전재민에 대한 응급구호대책의 구호수준은 1947년 기준으로 1인당 하루 평균 2.6원가량이었다. 해방 당시인 1945년 8월에 쌀 한 말 가격이 9원 40전이었고 그 이후 물가가 급등하여 1947년 8월 물가는 1945년 8월 물가의 11배

이상이었다는 점(조선은행조사부, 1948: Ⅰ-232)을 감안할 때 그 구호수준의 열악함은 짐작하고도 남는다.

그런데 해방 후 남한에서의 물가급등은 주로 미군정 당국의 정책실패에서 기인한 것이었다.[7] 미군정 당국은 해방 직후 여운형이 이끌던 조선건국준비위원회(건준)가 실시하던 물가통제정책을 부정하고 1945년 10월 5일 일반공고 제1호로 미곡의 자유시장원칙을 공포하였으며 이어 10월 20일에는 일반공고 제2호로 미곡 이외의 물품에 대해서도 자유시장원칙을 공포하였다. 이에 따라 일제강점기에 극도의 통제상태에 놓였던 쌀과 일반 생활물자가 해방 후 아무런 대안적 통제장치도 마련되지 않은 상태에서 급작스럽게 자유시장으로 나오게 되었는데 해방 후 물가의 폭등은 바로 여기서 기인한 것이었다(커밍스, 1986).

이러한 물가폭등으로 해방 1년 후인 1946년 8월의 물가는 해방 당시의 5배가 넘는 수준으로 올라갔으며 1947년 8월의 물가는 위에서 언급했듯이 해방 당시 물가의 11배가 넘는 수준으로까지 올라갔던 것이다. 이처럼 물가가 폭등하면서 미군정 당국은 자유시장원칙을 천명한 지 3개월 만인 1946년 1월에 자유시장원칙을 포기하고 일제강점기 시절의 악명 높던 미곡공출제를 재도입하였는데, 이 미곡공출제는 미군정 기간 내내 군정당국과 민중들 간의 갈등의 주요인이었다. 그리고 이처럼 해방 당시 남한의 사정에 맞지도 않는 자유시장원칙을 시장경제의 우월성을 과시할 목적으로 도입한(커밍스, 1986) 정책적 오류가 전재민 대상 응급구호대책의 구호수준을 형편없게 만든 주범이었던 것이다.

이러한 정책적 오류는 비단 응급구호대책에만 악영향을 미친 것이 아니

7) 미군정(USAMGIK: the US Army Military Government in Korea)은 하지(John R. Hodge) 중장이 이끄는 미군이 1945년 9월 8일 인천에 상륙하여 서울에 진주한 이후 9월 9일 일본으로부터 항복문서를 받고 당일 오후 4시 조선총독부 건물의 일장기를 성조기로 교체하면서 시작되어 1948년 8월 정부수립 때까지 거의 3년간 지속되었다.

었다. 주택대책에는 그보다 훨씬 더 큰 악영향을 미쳤던 것이다. 미군정 당국은 1946년의 전재민 가주택 건설계획을 포함하여 몇 차례에 걸쳐 주택건설계획을 세웠다. 하지만 물가폭등으로 건설자재의 가격도 크게 올라 미군정 당국의 주택건설계획은 예정대로 추진되지 못했다. 게다가 주택대책은 물가급등이라는 정책실패의 영향만 받은 것이 아니라 그보다 훨씬 더 큰 정책적 오류, 즉 해방과 함께 주어진 역사적·민족적 과제의 부정과 왜곡이라는 정책적·정치적 오류로 더욱더 크게 왜곡되었다.

다시 말해, 미군정기 당시에는 일본인들이 남기고 간 적산가옥(敵産家屋)을 공정하게 배분하기만 했어도 전재민 주택문제는 상당히 해결할 수 있었다는 주장(민주주의민족전선, 1988)이 있을 정도로 적산가옥 처리는 중요한 문제였다. 하지만 미군정 당국은 친일파를 정치파트너로 삼아 그들을 재등용하였고, 그리하여 친일모리배(親日謀利輩)가 발호할 수 있는 터전을 마련해 주었다. 이들 친일모리배들은 친척 등의 명의를 동원하여 적산가옥을 여러 채씩 등기하여 빼돌리고 전재민 구호를 명분 삼아 적산가옥을 차지한 후 배급품을 착복하고 적산가옥에 든 전재민을 내쫓는 등 갖은 행패와 부정을 일삼았다(민주주의민족전선, 1988: 383~387; 동아일보, 1946. 9.11 사설). 이런 사례들은 역사적·민족적 과제와 동떨어진 그리고 그러한 과제를 부정·왜곡한 정책적·정치적 오류가 응급구호대책이나 주택대책을 포함하여 사회복지를 얼마나 왜곡시켰는지 잘 보여준다.

이런 상황에서 미군정 당국은 1947년 9월 10일 〈후생시설 운영강화에 관한 건〉이라는 보건후생부장의 통첩을 각 도에 시달하는데, 이 문건에 의하면 "국가재정상으로 보아 수많은 요구호아동에 대해 충분한 국비를 보조하기 불능하므로 관민유지와 긴밀한 조직적 연락하에 … 그 인적 물적 자원을 유감없이 발휘(하여) … 당해시설로 하여금 자급자족토록 극력 추진" 할 것이라고 되어 있다(구자헌, 1961: 183~184). 이것은 영국의 식민지 지역사회개발 프로그램을 연상시키며(이혜경, 2011), 나아가 민간자원을 동

원하여 구호대책을 펼치려는 미군정 당국의 정책기조를 보여준다.

하지만 해방 후 미군정 당국이 친일파를 지배집단으로 재등용하고 모리배의 발호를 허용해 놓았다는 사실을 생각하면, 그와 같은 지역사회개발 프로그램에 의한 민간자원의 자발적·민주적 동원이라는 정책기조가 얼마나 남한사회의 상황과 동떨어졌는지 그리고 나아가 남한사회의 역사적·민족적 과제를 왜곡하는지는 짐작하고도 남는다. 하지만 이러한 민간자원 동원을 통한 사회복지의 추진은 정부수립 이후부터 지금까지도 지속적으로 나타나는 정책기조인바 그것의 뿌리는 이미 미군정 당국에 의해 심어졌다고 볼 수 있다.

(2) 1950년대의 사회복지 (외원의존적 응급구호대책)

1950년대는 한국전쟁과 그에 이은 1954~1957년에 걸친 전쟁복구기와 1958년 이후의 기간으로 구분할 수 있다. 이 기간에 사회복지는 전몰군경유족과 상이군경을 대상으로 하는 군경원호사업과 일반국민으로서 빈민을 대상으로 하는 생활구호사업을 주로 전개했고, 그 외에 의료구호사업, 보건위생사업, 사회복지사업(노동업무 포함) 등을 추진했다(이한빈, 1959; 보건사회부, 1960). 당시 사회복지의 주무부처는 보건사회부(보사부)였으며 보사부 내에서는 후생국과 원호국, 부녀국, 노동국이 업무를 담당하는 부서였다(보건사회부, 1965).[8]

이들 조직에 의한 사업을 내용별로 간략히 보면 다음과 같다. 군경원호사업은, 〈군사원호법〉 및 〈경찰원호법〉에 따라 전몰군경유족이나 상이군경에게 생계비를 지급하는 생활원호사업과 〈군경연금법〉에 따라 연금

8) 보건사회부는 미군정기에는 보건후생부였다. 정부수립을 앞둔 1948년 7월에 사회부로 창설되었는데 창설된 지 8개월 만인 1949년 3월에 보건국이 분리되어 사회부와 보건부의 양부체제로 개편된다. 이 양부체제가 6년가량 지속되다가 1955년 2월에 다시 통합하여 보건사회부가 되었다.

을 지급하는 군경연금사업, 노동능력을 상실했거나 무의무탁한 상이군경을 정양원(靜養院)에 수용보호하면서 직업기술 등을 익히게 하는 수용원호 및 보도(輔導)사업으로 실시되었다.[9] 생활구호사업은 공공부조에 해당하는 것으로 일제강점기 때의 조선구호령에 의거하여 노동능력이 없는 자에 대해 구호비를 지급하는 사업과 시설수용자나 초등학생들에게 분유 및 간유를 지급하는 사업 등의 공공구호사업과 무의무탁한 자를 수용보호하는 수용구호사업 등으로 추진되었다. 의료구호사업은 오늘날의 의료급여에 해당하는데 빈민이나 군경유가족을 대상으로 한 공공구료(公共救療)사업과 무의무탁한 자를 대상으로 한 수용구료사업으로 추진되었으며, 보건위생사업은 위생사상 함양, 보건지도, 국민건강보호 등의 사업으로 추진되었다. 사회복지사업은 근로기준 및 노사관계 등 노동업무와 주택복구사업, 부녀자 및 전쟁미망인 선도·계몽·생업지도 등의 사업으로 추진되었다(이한빈, 1959).

이와 같은 내용의 전쟁복구기 사회복지를 예산 측면에서 나타낸 것이 〈표 1-2〉인데 여기서도 이 기간의 사회복지가 군경원호사업과 생활구호사업을 중심으로 전개되었음을 알 수 있다. 이외에 〈표 1-2〉를 통해 알 수 있는 특징적 사실은, 전쟁복구기에 보사부 예산이 정부 총예산의 4~6% 정도의 비중이었다는 사실과 보사부 예산 중 사회복지사업의 예산이 전쟁복구기임에도 불구하고 매년 매우 큰 폭으로 감소하였다는 사실이다. 특히 사회복지사업 예산의 감소는 매우 두드러지는데, 이 시기 사회복지사업은 앞서 살펴본 것처럼 노동업무나 주택복구도 있지만 오늘날 사회복지서비스에 해당하는 사업으로 전쟁미망인과 부녀자 및 아동대상의 사업을 포함한 것이었다.

9) 〈군사원호법〉은 전쟁 전인 1950년 4월 제정되어 같은 해 6월에 시행되었으며, 〈경찰원호법〉은 전쟁 발발 약 1년 후인 1951년 4월 제정되어 같은 해 6월 시행되었다. 〈군경연금법〉은 그 정식명칭은 〈전몰군경유족과 상이군경 연금법〉인데 1952년 9월 제정·시행되었다.

〈표 1-2〉 1950년대 보건사회부 예산총액과 사업별 예산

연도	보사부 예산총액 (백만 환)		사업별 예산(백만 환)[1]									
	금액	정부 총예산 대비 %	생활구호사업		의료구호사업		보건위생		사회복지사업[2]		군경원호사업	
			금액	%	금액	%	금액	%	금액	%	금액	%
1951	190	-	46	24.2	56	29.5	8	4.2	33	17.4	47	24.7
1954	7,240	5.91[3]	2,115	29.2	515	7.1	297	4.1	1,731	23.9	2,582	35.7
1957	11,077	4.38	3,364	30.4	1,965	17.7	1,182	10.7	177	1.6	4,389	39.6
1959	13,429	3.78	2,070	15.4	2,535	18.9	925	6.9	257	1.9	7,542	56.2
증가율[4]	15.2%	-	16.7%	-	56.3%	-	58.5%	-	△53.2%	-	19.3%	-

주: 1) 사업별 예산의 비중(%)은 보사부 예산총액에 대한 백분율.
2) 노동관련 사업예산은 사회복지사업에 포함.
3) 1954년도 보사부 예산총액의 정부 총예산 대비 비중은 1955년 수치.
4) 전쟁복구기간(1954~1957년)의 연평균 증가율.
자료: 이한빈, 1959.

전쟁으로 전쟁미망인이나 요보호아동 등 전쟁피해자가 크게 증가하였다는 사실을 생각할 때 그리고 그 전쟁이 반공을 국시로 하는 나라에서 반공의 직접적 대상이 되는 집단이 일으킨 것으로 하여 벌어진 것이었다는 사실을 생각할 때 전쟁피해자를 대상으로 한 프로그램의 예산을 연평균 53.2%씩이나 삭감한 것은 이해하기 쉽지 않은데 이는 사실 외원단체를 빼고는 설명하기 어려울 것이다. 즉, 전쟁피해자에 대한 서비스가 외원단체에 의해 제공될 수 있었기 때문에 당시 한국 정부는 사회복지사업 예산을 그처럼 큰 폭으로 삭감시킬 수 있었다는 것이다.[10] 이는 당시 정부의 사회복지가 대외의존적이었음을 보여주는데, 이런 점에서 당시의 외원단체는 본국에서는 비영리민간단체였는지 몰라도 한국에서는 국가나 다름없는 존재였다.

당시 사회복지의 성격을 보여주는 것으로는 군경원호사업도 들 수 있는

10) 외원단체에 대해서는 최원규(1996)를 참조하길 바란다.

데, 이 사업이 가장 큰 예산비중을 차지하고 중요했지만 그 급여수준은 매우 열악한 것이었다. 예컨대, 군경연금은 1959년의 경우 31만 2천 명에 대해 53억 3,600만환이 지급되었는데(보건사회부, 1960), 이는 1인당 연평균 17,094환이며 월로 환산하면 1,425환으로 당해연도 월 최저임금 4,400환의 32.4%에 불과한 수준이어서 결코 충분하다고 할 수 없었다(남찬섭, 2005). 다시 말해, 정부가 매우 큰 비중을 두었던 군경원호사업이 실제로는 매우 열악한 것이었음을 보여주는데 이 때문인지 당시 군경원호대상자들은 상당한 사회문제가 되었다.

이를 보여주는 한 예로 범죄기소인원의 추이를 보면 흥미로운 사실을 발견할 수 있다. 즉, 1954년부터 1957년까지 기소인원 총수는 10만 8천 명으로 큰 변화가 없지만 재산범죄와 강력범죄로 인한 기소인원은 1954년 1만 3천 명에서 1957년 2만 7천 명으로 2배 가까이로 증가했다. 이 가운데 군경원호대상자로서 재산범죄와 강력범죄로 인한 기소인원은 1954년 365명에서 1957년 1,187명으로 3배 이상으로 증가하여 훨씬 빠른 증가세를 보였다(남찬섭, 2005). 이는 당시의 군경원호사업이 실제로는 그리 효과적이지 않았음을 보여주는 한 예이다.

이러한 비효과성은 당시의 주택복구에서도 나타났다. 대개 전쟁복구기간 동안의 주택복구는 원조에 의해 전적으로 이루어졌고 이는 불가피한 것이었다고 생각하는 경향이 있지만 실제로는 그렇지 않았다. 1955~1958년 사이에 건설된 주택 중 민간의 자력으로 건설된 것이 93.5%에 달하였고 원조에 의해 건설된 주택은 5% 미만이었다(부흥부, 1959). 당시 원조에 의한 주택건설은 융자형식이어서 저소득층들은 융자금 상환능력의 부족으로 전쟁복구기가 다 끝나갈 때까지도 주택을 확보하지 못하는 경우가 많았다.

게다가 당시의 원조가 대단히 종속적이어서 전쟁복구 과정도 어떤 면에서는 파행적이었는데 이는 특히 잉여농산물 도입이 가져온 결과에서 그러

하다. 흔히 1950년대에는 미국의 원조로 생활이 가능했다고 생각하지만 이는 도시민의 입장에서만 생각하는 것이다. 전쟁복구기에 미국에서 들어온 잉여농산물로 한국의 농업은 크게 황폐화하였으며, 이에 따라 농촌의 수많은 청소년들이 도시로 떠났다. 또한 당시의 원조는 '생산재 7 대 소비재 3'을 요구한 한국 정부의 당초 요청이 미국에 의해 묵살되고 '생산재 3 대 소비재 7'의 비율로 들어와 한국의 소비생활을 왜곡시켰을 뿐만 아니라 원조물자의 유통을 위한 서비스업을 이상비대화함으로써 산업구조도 왜곡시켰다.[11] 잉여농산물로 황폐화된 농촌을 떠난 청소년들은 원조물자의 유통에 기생한 서비스산업에 미숙련직으로 대거 유입되어 매우 열악한 삶을 영위하였다. 당시의 사회복지는 이런 문제에 따른 주택문제나 노동문제, 빈곤문제에 거의 아무런 대응도 하지 못하였다.

결국 1954~1957년의 전쟁복구기 사회복지는 그것이 군경원호사업과 생활구호사업을 중심으로 추진된 것이라는 점에서 전쟁피해를 처리하고 그것을 복구하기 위한 성격을 가졌다고 할 수 있다. 이런 점에서 당시 사회복지는 다소 소극적으로 동원된 것이긴 하지만 분단·반공국가 구축에 동원된 것이었다고 할 수 있고, 나아가 매우 대외의존적이었으며 또 비효과적이었다고 할 수 있다. 그리고 원조에 의존한 전쟁복구가 초래한 농업의 몰락 등 산업과 소비의 왜곡에 당시 사회복지는 아무런 대응을 하지 못함으로써 대외의존적 전쟁복구와 무관하거나 또는 그와 동떨어진 채로 존재하여 소극적 의미에서 대외의존적 전쟁복구를 지지하는 기능을 한 셈이 되었다.

11) 당시의 외원에 대해서는 이대근(2002)을 참조하길 바란다.

2) 개발종속정책기 (1960~1987년)

앞에서 응급구호정책기 동안 해방에 의해 한국사회에 부여된 역사적·민족적 과제가 부정·왜곡되고 그러한 과정에서 사회복지는 역사적·민족적 과제와 동떨어진 채 존재하거나 아니면 그러한 과제의 부정·왜곡에 동원되었음을 살펴보았다. 지금부터 살펴볼 개발종속정책기는 역사적·민족적 과제의 부정·왜곡이 낳은 모순이 1950년대 후반부터 드러나면서 새롭게 사회재건의 요구가 제기된 기간이다. 그와 함께 근대적 사회복지의 도입 요구가 제기되어 새로운 사회적 과제가 등장했는데 이것이 군사쿠데타로 집권한 세력에 의해 또다시 부정·왜곡되면서 사회복지가 발전국가적 개발정책에 종속되어간 기간이다. 이 기간은 1960년부터 1987년까지 30여 년에 이르는데, 이를 다시 1960년부터 1971년까지의 기간과 1972년부터 1979년까지의 기간, 그리고 1980년부터 1987년까지의 기간으로 세분할 수 있다.

(1) 1960~1971년의 기간: 새로운 사회적 과제의 대두와 왜곡

전쟁 후 한국경제는 1957년 말에 이르면서 전쟁복구 수요가 소진되어 새로운 성장동력을 찾아야 하는 구조조정기에 접어들었다(부흥부, 1959). 그런데 한국경제는 그간 원조, 특히 미국의 원조에 의존하였는데 이 원조는 앞서 말한 것처럼 농업을 황폐화시키고 제3차 산업의 이상비대화를 초래하는 등 한국의 산업구조를 왜곡시켰다. 이처럼 산업구조의 왜곡이 진행되는 가운데서도 나름대로 성장하던 한국경제는 1957년에 이르러 전쟁복구와 재건이 그 수요를 다하면서 성장을 견인하는 동력을 상실케 된다. 그리고 1958년에 들어 산업이 전반적으로 위축되고 성장률이 둔화하면서 전반적 불황으로 빠져들기 시작했고, 여기에 미국이 원조정책의 기조를 변화시켜 무상원조를 감소시키고 일부 원조는 유상원조로 전환함으로써 경제의 어려움이 가중되었다(이대근, 2002: 415~419).

이런 상황에서 당시 한국사회에는 새로운 사회를 건설해야 한다는 이른바 재건(再建) 논의가 일어났는데 이것이 당시의 진보패러다임으로서 대안사회담론이었다. 재건담론은 역사적으로 보면 해방으로 인해 한국사회에 부여되었던 통일·평화·자주·민주·복지국가의 구축이라는 역사적·민족적 과제 실현의 과업이 1950년대 후반의 버전으로 표출된 것이다. 이런 점에서 그것은 해방 후의 역사적·민족적 과제의 실현을 부정·왜곡하고 대미의존적·권위적·독재적인 분단·반공국가를 구축해온 세력과 대립했다. 대안사회담론으로서의 재건담론을 둘러싼 논쟁에 당시 지식인들을 비롯한 많은 사람들이 광범위하게 참여해 다양한 대안들이 제기되었는데 이 논쟁에는 당시의 공무원들도 활발히 참여했다(이하나, 2010).

이와 같은 재건담론의 등장이라는 흐름 속에서 대안적 사회복지를 요구하는 흐름도 존재하였다. 대안사회복지 요구담론의 흐름은 두 갈래였던 것으로 보이는데 한 가지는 사회보장제도의 도입 및 실업보험의 도입을 주장한 인사들로서 이들은 주로 대한노총을 중심으로 한 인물들이었던 듯하다. 다른 하나는 보사부 일부 공무원과 민간의사 등 민간의 사회보장전문가들로 이루어진 사회보장연구회(이른바 '목요회')를 중심으로 한 인물들인데 이들은 의료보험·산재보험 등 사회보장에 관한 체계적 연구를 진행하였다(최천송, 1977, 1991; 손준규, 1983; 남찬섭, 2013).[12]

12) 이 두 흐름 가운데 첫째 흐름, 즉 대한노총을 중심으로 한 인사들의 실업보험 도입 주장에는 당시 이승만 정권도 일정한 반응을 보였다는 점에서(남찬섭, 2005) 당시 정권의 정치적 필요에 동원된 것이 아닌가 의구심이 든다. 그런데 둘째 흐름에 속하는 인사 중에 최천송(崔千松) 같은 인물은 이념적으로 우파이지만 정치적으로 김구계에 속하여 이승만 정권과는 대립관계였다. 하지만 최천송 등이 대한노총 인사들과 교류가 있었던 점으로 보아 두 흐름에 속하는 인사들 간에 교류가 있었다고 볼 수 있다. 그리고 1950년대 후반의 대안세력이라 하면 조봉암 등의 혁신세력을 드는 것이 더 타당하다고 할 수 있으나 이들은 대안사회복지와 관련해 현실적 영향을 미치지 못해 여기서는 제외했다. 당시의 새로운 요구와 그것의 정치적 동원 혹은 정치적 영향에 대해서는 추후 더욱 심층적인 연구를 통해 규명해야 할 부분이다.

이런 대안사회복지 요구담론은 4·19 민주혁명과 그에 이은 민주당 정권에도 이어진다. 당시 이 담론은 더 큰 범위에 걸쳐 사회를 재편성해야 한다는 재건담론의 흐름 속에 존재하였고, 그때 재건담론이 1950년대 후반의 경제불황을 배경으로 하여 경제측면에서의 재건에 초점을 맞추었던 관계로 정부 내에서는 경제부처 공무원들과의 논쟁 대상이 되었다. 즉, 대안사회복지의 제도화를 주장하는 보사부 공무원 및 민간사회보장전문가들과 경제재건을 주장하는 경제부처 공무원들 사이에 논쟁이 벌어지기도 했던 것이다. 이 논쟁은 비록 대중적 기반을 결여했지만 나름의 사회복지 논쟁이었고, 복지국가나 복지국가체제까지는 아니고 사회복지제도의 도입을 둘러싼 논쟁이었다는 점에서 '60년대 복지제도 논쟁'이라 할 수 있다(남찬섭, 2013: 107, 110).

하지만 이 대안담론들은 모두 1961년의 불법적 군사쿠데타로 새로운 국면으로 휘말려 들어갔다. 즉, 불법쿠데타로 정권을 장악한 군정세력은 자신들이 내세우는 경제개발만이 재건의 길이라고 주장하면서 다른 재건논의는 불온시하였다(이하나, 2010). 이로써 재건담론은 군정세력에 의해 독점되기 시작하였다. 또한 이와 함께 대안사회복지담론 역시 군정세력에 의해 변형되었다. 이는 여러 사실에서 확인할 수 있다.

우선 군정세력은 일단의 사회보장전문가들이 요구한 〈사회보장에 관한 법률〉을 도입하기는 했다(1963. 11). 하지만 사회보장제도의 범위를 크게 축소시켰고, 사회보장심의위원회의 위상도 당초 국무총리 산하 기구로 요구되었던 것을 보사부 내 기구로 크게 축소시켰다. 또한, 〈의료보험법〉을 도입했지만(1963. 12) 강제가입 조항을 삭제하여 사실상 사회보험으로서의 의미를 탈각시킨 채 도입했다. 그리고 〈생활보호법〉을 도입하고(1961. 12) 조선구호령을 폐지했지만 〈생활보호법〉의 내용은 사실상 조선구호령과 거의 다를 바 없게 했고, 그러한 내용의 생활보호사업에 대해서도 그 실행을 위한 예산은 1969년에 가서야 편성했다(이혜경, 2011). 한편, 쿠데타 이후

1962년 9월까지 1년 4개월 동안 1,531건의 법령을 제·개정했는데 이 중 복지관련 법률의 제·개정은 2.35%에 불과한 36건에 그쳤다(남찬섭, 2005).

이러한 사실들은 군정세력이 1950년대 후반의 자립경제 건설이라는 재건담론을 일정하게 수용하면서도 이를 국가주도의 경제개발 형태로 변형하고, 사회복지제도 도입요구도 국가주도의 경제개발에 방해되지 않는 범위 내에서 수용하였음을 의미한다. 또한 그 이전까지의 분단·반공국가에 발전주의를 추가하여 분단·반공·발전국가의 구축을 추진하고 사회복지를 그에 종속시켰음을 의미한다. 즉, 군정세력은 분단·반공국가가 1950년대 후반의 경제불황 및 그에 이은 정치적 부정으로 위기에 빠지자 재건담론을 일정하게 수용하고 발전주의를 추가하여 보수패러다임을 일신하면서 60년대 복지제도 논쟁으로 표출된 대안사회복지 도입요구를 발전주의 틀 내로 한정시킨 것이다.[13]

이와 함께 군정세력은 사회복지를 분단·반공국가를 실질화하는 데 적극 활용하기도 하였다. 앞서 살펴본 것처럼 군정세력이 군정기간 동안 제·개정한 법령은 36건인데 이 중 법률제정 건수는 23건이며 이 제정법률 23건 중 군인 및 군사원호관련 법률이 13건으로 절반이 넘는다(남찬섭, 2005). 그리고 당시 제정된 군인 및 군사원호 관련 법률 13건 중 69%에 달하는 9건이 쿠데타 발발 1년 내에 제정되었다.

결국 재건담론이라는 대안사회담론과 그런 대안사회담론의 흐름을 배경으로 한 60년대 복지제도 논쟁 및 그 논쟁을 통해 표출된 대안사회복지 도입담론은 4·19 민주혁명과 민주당 정권을 거치면서 제대로 실현되지 못했으며, 쿠데타로 정권을 탈취한 군사정부에 의해 왜곡된 형태로 수용되었던 것이다. 이렇게 하여 이른바 '선성장 후분배'를 기치로 내건 분단·반공·발전국가의 구축과 강화가 추진되기 시작하였다.

---

13) 관련된 논의로는 성경륭(1991), 이혜경(1995)을 참조하길 바란다.

(2) 1972~1979년의 기간: 유신정권

군사정부는 1962년부터 5개년 경제개발계획을 추진했다. 초기에는 수입대체 전략을 취했다가 이를 수출주도 전략으로 전환하는 등 다소 혼선이 있었지만 이후에는 상당히 성공적으로 계획을 달성했다. 제1차 계획기간(1962~1966년)에는 연평균 7.9%, 제2차 계획기간(1967~1971년)에는 연평균 9.7%라는 높은 성장률을 기록했다. 특히 제조업은 제 1차 계획기간에 연평균 14.8%, 제2차 계획기간에는 무려 21.5%라는 경이적 성장률을 보였다(서중석, 2007). 이 과정을 거쳐 실업은 급속도로 줄어들었으며 국민소득도 빠르게 증가했다.

하지만 이러한 경이적인 경제성장과 함께 혹은 그러한 경제성장에도 불구하고 분배구조는 악화하기 시작했다. 이 기간의 분배추이에 관한 다양한 추정치들을 종합해 보면, 경제개발이 본격 추진된 후인 1960년대 중반부터 1960년대 후반까지는 분배상태가 개선과 악화를 반복하였고, 1970년대 초반의 2~3년에 걸쳐 분배가 비교적 양호하였으며, 그 후 석유파동을 전후한 1973년 내지 1974년부터는 지속적으로 분배가 악화된 것으로 나타난다.[14] 특히 1970년대 초·중반 이후의 분배악화는 중화학공업화에 따른 기술인력의 부족 및 그로 인한 노동집약적 경공업 부문과 중공업 부문 간

14) 경제개발 이후 1970년대 분배상태에 관한 추정치는 몇 차례 측정되었는데 그중 대표적인 것을 살펴보면 다음과 같다. 우선 주학중(1979)의 추정(전국가구 기준)에 따르면 1965년 지니계수는 0.344였고 이것이 1970년 0.332로 내려가 분배가 개선된 것으로 나타나지만 1976년 0.391로 크게 악화된 것으로 나타난다. 또 김대모·안국신(1989)의 추정(전국가구 기준)에 의하면 지니계수는 1965년 0.365, 1967년 0.369, 1969년 0.360으로 오르락내리락하다가 1971년 0.338로 개선되었으나, 그 후인 1973년 0.393, 1976년 0.408, 1979년 0.392 등으로 1970년대 초·중반 이후 크게 악화된 것으로 나타난다. 최근의 도시가구를 대상으로 한 추정에 의하면 지니계수는 1965년 0.271, 1967년 0.263, 1969년 0.288로 역시 오르락내리락한 것으로 나타나고, 1970년 0.240, 1971년 0.231로 상당히 개선되었지만 1973년 0.250, 1976년 0.293, 1978년 0.320으로 악화한 것으로 나타난다(Kwack & Lee, 2007).

임금격차 확대에서 기인한 바가 컸다(이혜경, 2011). 이러한 분배악화 추세를 반영하여 당시 지식인들 사이에서는 양극화 현상을 우려하는 지적이 제기되었으며(크리스찬 아카데미, 1975), 산업현장에서는 극도의 탄압 속에서 노동운동이 조직화되고 노동쟁의도 증가하는 현상이 나타났다.

이런 상황에 대해 당시 유신정부는 제3차 경제개발계획(1972~1976년)에 이은 개발계획을 제4차 경제사회개발계획(1977~1981년)으로 정하고 다소간의 사회복지 확대조치를 취하는 것으로 대응했다. 즉, 1976년 〈의료보험법〉을 개정해 강제가입 제도를 도입함으로써 1963년 도입된 의료보험이 안고 있던 두 가지 제도적 문제점, 즉 임의가입 방식과 조합방식 가운데 한 가지인 임의가입 문제를 해결했다. 1977년에는 빈민 대상의 의료보호제도를 도입하는 한편 1961년 도입 후 거의 손대지 않았던 생활보호제도를 일부개정하여 교육급여, 자활근로 실시 등 급여를 다소 확대하는 조치를 취했으며, 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원 대상의 의료보험(공·교의보)을 도입했다.

하지만 이러한 조치들이 '선성장 후분배'라는 명목하에 사회복지를 경제개발에 종속시키는 정책기조를 수정한 것은 아니었다. 이는 1973년에 〈국민복지연금법〉을 제정하였지만 그 주목적은 중화학공업화를 위한 국내자금 동원이었고 석유파동이 닥치자 제도시행을 무기 연기하였으며 자금동원은 국내 민간보험 등을 통해 조달하는 것으로 정책선회를 한 데서도 잘 나타난다. 나아가 유신정부는 체제안정을 위해 일부 계층을 포섭하는 수단으로 사회복지제도를 활용하기도 했다. 1976년 〈의료보험법〉 개정과 1979년의 공·교의보의 도입은 그 적용대상인 대기업 근로자들과 공무원 및 교사 등 상층노동계급을 체제내화하려는 목적을 가진 것이었다.[15]

또한 이와 함께 1970년 제정된 〈사회복지사업법〉은 외원철수에 따라 사

15) 관련된 논의로는 박병현 외(2007), 성경륭(1991), 양재진(2004), 이영환·김영순(2001), 이혜경(2011) 등을 참조하길 바란다.

회복지시설에 대한 국비지원이 불가피해지는 상황에서 사회복지법인제도를 창설함으로써 국비지원을 가능한 한 억제하고자 하여 개발종속적 기초를 사회서비스 부문에도 유지하였으며 동시에 이른바 미인가시설이라는 기형적 부문을 생성시켰다.

(3) 1980~1987년의 기간: 허구적인 '복지사회' 슬로건의 시대

긴급조치로 연명하던 유신체제는 1970년대 후반 부마항쟁 등 노동자들과 학생, 시민들의 저항을 배경으로 발생한 1979년 10·26 사태로 박정희가 사망하면서 급작스러운 종말을 맞았다. 하지만 유신체제의 종말이 곧 분단·반공·종속·독재·발전국가 패러다임을 추구하는 세력의 종말을 의미하는 것은 아니었다. 10·26 사태 이후 새로운 사회건설의 동력이 제대로 표출되기도 전에 1979년 12·12 사태의 하극상과 1980년 5월 광주민주화운동의 불법적 유혈폭력진압을 거쳐 전두환 군부세력이 정권을 잡고 1980년 10월 헌법이 개정됨으로써 유신체제에 못지않게 억압적인 제5공화국이 출범했다.

제5공화국은 교복자율화와 두발자율화, 과외금지 등 생활면에서 몇 가지 유화조치를 취하였고 그와 함께 '복지사회 구현'을 국정지표로 내세웠으나 당시 정부가 복지사회 구현을 위해 진실로 노력할 것이라 믿은 국민은 아무도 없었다고 해도 과언이 아니다. 제5공화국은 의료보험의 지역확대를 위한 시범사업 등 사회보험에서의 몇 가지 조치를 취했지만 사회보험보다는 공공부조와 사회복지서비스 분야에서 제도개선을 다소 이루었다(이혜경, 2011). 즉, 〈노인복지법〉과 〈심신장애자복지법〉, 〈아동복지법〉을 제정하고(1981년), 〈사회복지사업법〉을 전부개정하여(1983년) 사회복지서비스관련 법률들을 정비했으며,[16] 〈생활보호법〉을 전부개정해(1983년)

16) 〈아동복지법〉은 1961년 12월에 제정된 〈아동복리법〉을 대체하여 입법된 것이며, 〈사회복지사업법〉 전부개정으로 사회복지사 자격증 제도가 도입되어 그 이전의 사회복지종사자라는 용어를 대체하였다.

공공부조제도도 정비하였다(유광호 외, 2005). 정권후반기에는 〈국민복지연금법〉을 완전히 대체한 〈국민연금법〉을 제정하기도 했다(1986. 12).

하지만 이러한 몇 가지 조치들로 제 5공화국이 정당성을 가질 수는 결코 없었다. 광주민주화운동을 폭력적·불법적으로 진압하여 반(反)민주적·독재적 체제를 온존시킨 제 5공화국은 대가를 치러야 한다는 인식이 팽배했고, 이는 1980년대 민주화투쟁을 계기로 본격적으로 제기되기 시작했다.

3) 제도확장기 (1987~1997년)

이 기간은 1987년 6월 민주항쟁으로 대표되는 민주화투쟁이 이전의 권위적·독재적 체제를 종식시키는 성과를 거두고 이에 따라 정치적 민주화가 진전된 기간이다. 민주화투쟁은 상당히 긴 역사를 가졌고, 1987년 6월 민주항쟁은 그 이전의 4·19 민주혁명과 5·18 민주항쟁의 역사를 계승하는 것이다. 그런 점에서 해방 이래 한국사회에 부여된 통일·평화·자주·민주·복지국가 건설이라는 역사적·민족적 과제의 1980년대식 표현이라 할 수 있다.

당시 민주항쟁은 보수세력으로부터 6·29 선언을 이끌어냈으며 그와 함께 노동조직률과 노동운동도 폭발적으로 증가하여 1987년 7월부터 9월까지 3개월간 무려 3천 건이 넘는 노동쟁의가 발생했는데, 이는 그 이전 20년간 발생한 노동쟁의 건수를 능가하는 것이었다(구해근, 2002: 223). 이에 따라 과거 늘 노사관계에서 친기업적 개입을 해오던 정부가 노사분규에 대한 불개입 원칙을 선언하기에 이르렀다. 또한 당시의 민주화투쟁은 문화적으로도 많은 영향을 미쳐 이 시기에 민중문화가 상당한 대중화를 이루어 노동자와 민중의 정체성을 구축하는 데 나름대로 기여하기도 했다(구해근, 2002).

이런 점에서 당시의 민주화투쟁은 좁은 의미의 정치적 영역에서의 민주화만을 의미한 것이라기보다 한국사회 전반을 민주주의라는 가치에 의해 재구조화하려는 진보패러다임이요 대안사회담론이었다고 보아야 할 것이

다(남찬섭, 2013). 즉, 해방과 함께 한국사회에 부여된 통일·평화·자주·민주·복지국가의 구축이라는 역사적·민족적 과제는 그것이 부당한 세력에 의해 부당하게 왜곡·부정됨으로써 일정한 객관적 조건이 주어질 때 항상 그 과제의 실현을 요구하는 진보패러다임으로 표출되어왔다. 이것이 대안사회담론인데 이 대안사회담론이 1950년대 후반에는 '재건'이라는 담론을 중심으로 표출되었다면 1980년대 후반에는 '민주화'라는 담론을 중심으로 표출된 것이다.

1980년대 후반 이래 민주화 담론을 기축으로 한 대안사회 구축노력이 진행되는 가운데 사회복지와 관련해서도 대안적 제도 구축 내지 확장 노력이 전개되었다. 예컨대 1980년대 후반 의료보장쟁취공동위원회에 의한 의료보험통합운동과 지역사회탁아운동세력에 의해 촉발된 보육의 사회화 운동, 장애계에서 추진한 2대 법안투쟁[17] 등의 운동이 전개되었다. 1990년대에 들어와서는 시민운동세력에 의한 공익소송이나 국민복지기본선 확보운동, 복지예산 확보운동 등 과거에 보기 어려웠던 사회복지운동이 다양한 분야에서 다양한 형태로 전개되었다(이영환, 2005). 이러한 노력이 서구에서와 같이 노동운동의 직접적 요구에 의한 것이라고 보기는 어렵다. 하지만 당시의 민주화투쟁이 사회복지운동 등을 통해 표출된 제도확충 요구를 거부할 수 없게 하는 분위기를 조성한 것은 분명하다(이영환·김영순, 2001).

그리하여 이 시기에 국민연금의 시행(1988년), 전국민의료보험의 달성(1989년), 고용보험을 제외한 3대 사회보험의 근로자 적용범위가 모두 5인 이상 사업장까지 확대(1992년), 〈고용보험법〉 제정(1993년) 및 실시(1995년 7월) 등 사회보험제도의 확충이 상당정도로 이루어졌다. 또한 〈장애인복지법〉 전부개정(1989년, 〈심신장애자복지법〉 명칭이 〈장애인복지법〉으로 변경),

17) 이 시기 장애계의 2대 법안투쟁이란, 〈심신장애자복지법〉의 전부개정과 〈장애인 고용법〉 제정을 의미하는데 당시 이 2대 법안투쟁은 허구적인 88 올림픽 개최를 반대하는 운동과 함께 전개되었다(김도현, 2007).

〈노인복지법〉 전부개정(1989년), 〈모자복지법〉 제정(1989년), 〈영유아보육법〉 제정(1991년), 〈장애인 고용촉진 등에 관한 법률〉 제정(1990년, 장애인의무고용제도 도입), 〈일본군위안부피해자 지원법〉 제정(1993년), 〈성폭력범죄처벌법〉 제정(1994년), 〈정신보건법〉 제정(1995년), 〈가정폭력방지법〉 제정(1997년) 등 사회서비스와 기타 사회복지관련 제도들의 엄청난 확대와 개편이 이루어졌다. 그래서 이 시기 사회복지제도의 확충은 '복지폭증'(*welfare explosion*)이라 불리며(박병현 외, 2007: 182; 김태성 · 성경륭, 2014: 502), 이로 인해 한국에서 복지국가가 '갓 태동'한 것으로 평가되기도 한다(김태성 · 성경륭, 2014: 497).

하지만 당시 민주화를 기축으로 한 대안사회담론과 그에 바탕을 둔 대안사회 구축노력이 정치적 영역의 민주화로 축소되었던 것과 유사하게 사회복지에서의 대안적 제도도입 노력 역시 그에 저항한 보수세력에 의해 일정하게 제약받게 된다. 보수세력의 저항은 매우 집요하고도 다양하게 전개되었다. 대표적으로, 의료보험 통합을 골자로 한 〈의료보험법〉 개정안이 여야합의 단일안으로 마련되어 이것이 1989년 3월 소관 상임위의 만장일치 통과를 거쳐 본회의에서도 통과되었지만 의료보험연합회와 경제단체 및 조합주의자들의 맹렬한 로비활동으로 당시 노태우 대통령이 거부권을 행사함으로써 결국 의료보험통합이 무산된 일을 들 수 있다.[18] 또한 위에서 살펴본 바와 같이 사회보험이나 사회서비스 및 복지관련 분야 등에서의 제도도입이나 개선 때마다 보수세력은 기업부담의 과중 등을 내세워 적용범위를 축소시키고 제도작동의 범위를 제약하고자 끈질기게 노력하였고 이런 노력은 일정정도 성공을 거두어 제도내용의 축소가 많이 일어났다.

당시 보수세력은 이처럼 개별 제도의 내용을 축소하려는 시도만 벌인 것이 아니라 사회복지의 기본 운영 틀 자체를 보수적으로 제도화하려는 시도

18) 1980년대 당시 의료보험 통합론 대 조합론 간 논쟁과 각축에 대해서는 이광찬(2009) 참조.

를 벌였는데 이들의 이런 시도는 〈사회보장기본법〉 제정으로 나타났다. 그 당시 민주화세력과 친복지세력 등의 진보세력은 〈사회보장기본법〉 제정에 큰 관심을 두지 않았고 대신 실제로 시민들에게 혜택을 줄 수 있는 개별 제도의 도입이나 개선에 더 주력하고 있었다(남찬섭, 2013). 〈사회보장기본법〉 제정을 먼저 추진한 쪽은 정부였다. 당시 김영삼 정부는 '신경제 5개년 계획'을 수립하여(1993년) 민주화가 무분별한 욕구분출과 집단이기주의 만연, 근로의욕과 기업의욕의 쇠퇴를 초래한다는 진단을 내렸다. 그리고 이에 기초하여 국가개입의 축소와 시장기능의 강화를 목표로 설정했는데 이러한 기조가 사회복지제도에도 반영된 것이다(이혜경, 1995).

정부는 신경제 5개년 계획에 따라 당초 1994년에 〈사회보장기본법〉 제정을 추진했는데 이것은 여야합의 실패로 결렬되었고 그 후 1995년 정기국회에서 다시 추진하여 법제정에 성공하였다(윤찬영, 2007: 499). 여러 논란 끝에 1995년 12월 통과된 〈사회보장기본법〉은 사회보장의 기본이념에 효율의 추구를 삽입하여 시장적 요소의 침투가 가능케 하였다. 또 사회보장의 권리를 축소시켰으며 재정분담에서 정부부담은 저소득층에 대한 것으로만 한정하고 나머지에 대해서는 원칙적으로 수익자부담원칙을 적용케 하였다. 뿐만 아니라 정부의 재정부담은 재정사정에 따라 조정할 수 있게 끔 했다.[19]

결국, 1995년 〈사회보장기본법〉은 사회복지요구 등 민주화 담론을 중심으로 하여 나타난 새로운 사회구축을 향한 각종 요구를 무분별한 욕구분출로 간주하는 해석을 바탕으로 하여 최소한의 정부 재정부담으로 사회복지개혁을 시도하여 정부예산 외의 재정조달방법을 개발하는 데 역점을 둔 신경제 5개년 계획의 연장선상에 있는 것이었다. 이러한 기조 위에서 절대

19) 1995년 〈사회보장기본법〉이 제정되면서 그 이전인 1963년에 제정되었던 사회보장에 관한 법률은 폐지되었다. 1995년 〈사회보장기본법〉의 내용과 그에 대한 비판에 대해서는 남찬섭(2013), 윤찬영(2017), 전광석(2012)을 참조하길 바란다.

빈곤층에 대해서는 정부가 책임을 지고 그 외 근로능력이 있는 자에 대해서는 자기책임하에 생활을 영위하게 하고 나아가 정부로 하여금 수익자부담 원칙의 사회서비스를 확립케 함으로써 국가의 복지책임을 민간에 전가하고 시장원리를 강조한 것이라 할 수 있다(박병현 외, 2007; 윤찬영, 2017).

앞에서 개발종속정책기를 살펴볼 때 1950년대 후반 대안사회담론으로 재건담론이 제기되었고 이러한 대안사회담론의 흐름 속에서 대안적 사회복지의 도입요구가 등장했으며 이를 둘러싸고 일정한 논쟁이 있었다는 사실을 확인하였고, 이 논쟁을 '60년대 복지제도 논쟁'이라 하였다. 1950년대 말에서 1960년대 초에 이르는 이 복지논쟁이 있은 지 거의 30여 년의 시간이 흐른 1980년대 후반부터 1990년대 초반에 이르는 시기에 민주화 담론을 기축으로 한 대안사회담론의 등장을 배경으로 하여 또다시 복지논쟁이 일어난 것인데 이를 '90년대 복지제도 논쟁'이라 할 수 있다(남찬섭, 2013: 107, 115). 이 90년대 복지제도 논쟁을 거치면서 보수세력은, 당시의 복지요구를 무분별한 욕구분출로 간주하고 복지에 대한 국가책임의 최소화와 기업활동의 부담 최소화를 우선한 기조에 입각한 다양한 축소시도를 벌여 결국 일정한 사회복지의 확대에도 불구하고 그것은 보험원리를 강조한 사회보험과 발전수준이 낮은 공공부조와 사회서비스 등 소극적이고 발전주의적인 성격을 갖게 되었다(이혜경, 2011).

사회복지 확대에 대한 이러한 보수세력의 대응은 단기적으로는 확대요구의 억압으로 나타났지만 좀더 장기적으로 보면 사회복지제도가 그것의 일정한 확대에도 불구하고 내부적으로 안고 있던 불합리한 요소를 개혁하지 않고 방치하는 정책표류(*policy drift*)를 초래하였다. 예컨대 국민연금과는 조화로운 제도가 아닌 반환일시금의 지출이 1990년대 초반에 급속도로 증가하고 있었고, 이는 정상적인 상황이 아니었음에도 불구하고 그에 관한 아무런 제도개혁을 시도하지 않았다. 이런 예는 당시 정부가 민주화투쟁 이후 빠르게 도입·개정된 각종 사회복지제도로 인한 사회복지지출의 증

가에 편승하고 있었을 뿐 제도개혁에는 관심이 없었음을 보여준다(남찬섭, 2008). 이러한 제도개혁의 방기는 다른 여러 요인들과 결합하여 겉으로 보기에 안정적인 경제상황과 달리 이미 1993년경부터 분배상황의 악화 및 양극화 심화를 초래하고 있었다.[20] 더 나아가 한국사회는 사상 초유의 IMF 외환위기를 맞이함으로써 민주화를 핵심으로 한 대안사회담론을 축소·왜곡한 보수패러다임은 좌초하게 된다.

4) 복지국가 태동·조정기 (1997~2017년): 복지국가의 태동과 조정의 동시적 진행

(1) 민주정부 10년의 복지개혁

1980년대 민주화투쟁과 그것을 배경으로 한 90년대 복지제도 논쟁을 거치면서 크게 확장된 한국의 사회복지는 1997년 말 외환위기와 그로부터 촉발된 경제위기로 보수패러다임이 좌초한 상태에서 본격적으로 복지국가로의 태동 혹은 도약을 시작한다. 1987년 6월 민주항쟁이 1990년대 들어 보수적으로 귀결되었지만 그 속에서 시민들은 정치민주화에서 더 나아가 사회경제적 민주화가 필요하다고 인식하게 되었다. 이것이 앞서 본 바와 같은 90년대 복지제도 논쟁의 한 요인이었지만 이러한 인식은 다양한 시민운동을 낳았고 나아가 1997년 말 외환위기와 함께 수평적 정권교체라는 결과를 낳았다. 이렇게 하여 한국 현대사에서 최초로 민주세력이 정권을 잡게 되었고 그로부터 민주정부 10년의 개혁이 시도되었다. 그런데 민주정부의 복지개혁은 그 이전에 그리 인식되지 않았던 새로운 흐름, 즉 지구화·탈

20) 도시가계조사 자료를 사용하여 1982년부터 2001년까지 에스테반-레이 지수(ER 지수)와 울프슨 지수라는 두 가지 대표적 양극화 지수를 연간 및 분기별로 계산한 최희갑(2002)에 따르면 한국의 양극화는 1993년 2분기(울프슨 지수) 내지 3분기(ER지수)부터 악화되기 시작하였고 지니계수도 비슷한 추이를 보인 것으로 나타났다.

산업화 및 저출산·고령화라는 새로운 흐름 속에서 추진됨으로써 많은 어려움에 봉착하였다. 즉, 한국에서 복지국가는 태동함과 동시에 조정의 과제를 안고 전개되었던 것이다.

① 민주정부 전반기: 김대중 정부

민주정부 10년의 전반기에 집권한 김대중 정부는 한국 현대사의 역대 정부 최초로 복지를 다른 주요 국정지표와 동등한 순위로 제시하였다. 즉, 김대중 정부는 시장경제와 민주주의라는 국정지표와 함께 생산적 복지를 그와 동등한 순위의 국정지표로 자리매김하였다. 이는 결국 마셜이 말한 '민주-복지-자본주의' 체제로의 진입을 선언한 것이었으며(이혜경, 2011), 김대중 정부에 의해 표현된 대안사회담론, 즉 진보패러다임이었다. 그리고 이 대안사회담론은 해방으로 한국사회에 부여된 통일·평화·자주·민주·복지국가의 구축이라는 역사적·민족적 과제에 비추어서도 매우 중요한 의미를 갖는다. 즉, 김대중 정부는 그 역사적·민족적 과제에 복지국가라는 축을 본격적으로 추가한 셈인 것이다.[21] 다시 말해, 김대중 정부에 와서 한국사회의 역사적·민족적 과제는 통일·평화·자주·민주·복지국가의 구축이라는 온전한 패러다임으로 자리매김할 수 있게 된 것이다.

물론 여기서 복지국가라는 축은 아직 다른 요소들에 비해 불안정한 면이 있다. 일차적으로 복지국가라는 축은 그것이 비록 해방공간에서부터 제기된 것이었다고 해도 해방 당시에는 다른 요소들(예컨대, 통일·평화·자주라는 요소들)의 추구에 밀려 제대로 추진되지 못했다. 그리하여 사실상 한국 현대사에서는 복지국가라는 요소가 민주화와 함께 추진되었다고 볼 수 있다. 그런데 이 경우에도 그것은 민주화를 핵심으로 한 대안사회담론(진보

21) 김대중 정부는 평화·통일국가의 구축에도 중요한 기여를 했고 이것은 분단 한국의 현실에서의 복지국가에 중요한 의미를 갖는다. 평화·통일국가와 복지국가의 관계와 관련된 논의로는 윤홍식(2013)을 참조하길 바란다.

패러다임)을 축소·왜곡한 보수패러다임에 대항하여 사회경제적 민주화를 이루려는 시도에 기초한 것이어서 민주주의 강화 혹은 실질화라는 의미를 가진 것이었다. 다시 말해, 복지국가라는 축은 민주정부 출범 이후에도 국가형성의 독립적 요소라기보다 통일·평화·자주·민주국가에서 '민주'라는 요소를 강화·실질화하는 것으로 간주된 면이 있다는 것이다. 이런 점에서 김대중 정부의 대안사회담론은 민주화라는 대안사회담론의 연장선상에 있는 것이라 할 수 있고, 이것이 김대중 정부의 대안사회담론 실현에 제약요인이 된 점도 있다.

하지만 어쨌든 김대중 정부는 대안사회담론을 단순히 제시하는 것에서 더 나아가 그것을 실제 정책으로 구현할 수 있는 위치에 있었다. 한국 현대사에서 민주세력이 대안사회담론을 공식적 권력작용에 의해 실현해 볼 기회를 가진 것은 이때가 처음이었다고 할 것이다. 물론 그 대안사회담론이 아무런 논란이 없었던 것은 아니다. 그것은 김대중 정부 시절 대안사회담론의 한 축을 차지했던 생산적 복지에서도 마찬가지였다. 하지만 이런 논란 속에서도 김대중 정부는 고용보험과 산재보험의 적용범위를 1인 이상 사업장으로 확대하고(고용보험은 1998년 10월, 산재보험은 2000년 7월) 전국민연금을 실현(1999년 4월)하는 등 사회보험을 크게 정비·확대했다. 또한 의료보험의 통합을 추진하여 국민건강보험으로 개편했고(2000월 7월)[22] 〈국민기초생활보장법〉의 제정(1999년) 및 시행(2000. 10)으로 공공부조의 근대화를 이루는 등 소득보장과 건강보장에서 일정한 제도정비와 개혁의 성과를 거두었다.

특히 공공부조의 근대화로 공식적 빈곤선을 기준으로 최저생활을 보장케 함으로써 최후의 안전망을 실질화한 조치와 전국민연금의 실현 및 의료보

22) 의보통합법인 〈국민건강보험법〉은 1999년 1월 국회를 통과하고 2월에 공포되었지만 조합론자들의 반대로 실제의 조직통합은 2000년 7월에 완료되었고 재정통합은 2003년 7월에 이루어졌다(이광찬, 2009).

험통합으로 공적연금과 건강보험에서 단일제도 틀을 유지한 조치는 노동배제와 조합주의, 국가의 재정중립과 소극적 재분배 원칙들로부터 결별하는 경로이탈과 새로운 경로형성의 대전환이라 할 수 있다(이혜경, 2011).[23] 소득보장과 건강보장에서의 제도개혁에 더하여 김대중 정부는 〈공동모금회법〉을 제정하여(1999년) 민간모금의 기반을 마련하기도 했고 장애범주를 확대하는 등 장애정책의 확대에도 노력하였다.

그런데 김대중 정부가 거둔 성과, 즉 과거 한국의 복지국가가 가진 소극적이고 발전주의적 속성으로부터의 결별이라는 성과는 사실 사회복지의 제도적 특성에 초점을 맞추었을 때는 그렇게 말할 수도 있다. 하지만 그러한 제도적 특성을 갖게끔 개혁된 사회복지제도가 실제로 낳은 결과에 초점을 맞추게 되면 부정적 평가도 가능하다. 즉, 1999년 4월 전국민연금을 달성했지만 그만큼 많은 납부예외자 등 이른바 국민연금 사각지대가 발생하였다. 고용보험과 산재보험에서도 그 적용범위를 전사업장으로 확대하였지만 정작 그런 제도의 혜택을 필요로 하는 저임금노동자들과 영세규모 사업장 노동자들은 형식적으로 적용되고 실제로는 적용되지 않는 사각지대에 놓이게 되었다.

또한 공공부조의 근대화는 분명히 성과이지만 이와 함께 부양의무자 기준이 엄청나게 까다로워지고 빈민공동체운동으로 출발한 자활사업이 공공부조제도의 틀 내로 편입되어 조건부수급이라는 근로연계복지로 재편됨으로써 자활사업의 운신을 크게 제약하게 되었다. 이런 부정적 결과들은 김

23) 김대중 정부의 복지개혁은 그 복지개혁의 성격을 둘러싼 논쟁과 복지개혁으로 인해서 구축될 혹은 변화될 한국 복지국가의 성격을 둘러싼 논쟁, 이른바 한국복지국가성격논쟁을 유발하였다. 이 논쟁은 초기에 주로 사회복지학계에서 진행되다가 후에는 정치학과 사회학 등 인접학계로도 퍼졌다. 초기 논쟁참여자들의 논쟁내용은 김연명(2002), 초기 논쟁의 흐름은 남찬섭(2002), 논쟁이 확대된 후 논쟁참여자들의 논쟁내용은 정무권(2009)을 참조하길 바란다.

대중 정부의 복지개혁이 당시의 보다 큰 틀에서의 구조조정 전략과 상충되는 성격을 가진 데다 외환위기 이후 나타난 새로운 사회경제적 흐름이 복지개혁의 성과를 잠식하였기 때문에 나타난 결과이다.

김대중 정부는 외환위기 극복이라는 과제를 위해 국제통화기금(IMF)이 강요한 신자유주의적 구조조정을 거부할 수 없는 처지였고 이에 따라 신자유주의적 구조조정을 단행하였는데 이것은 같은 기간에 추진한 복지개혁의 지향과는 상충하는 것이었다. 즉, 당시 김대중 정부의 전략은 신자유주의적 구조조정으로 실업자를 양산하면서 그 실업자를 이제 막 도약하기 시작한 복지국가로 하여금 떠안게 하는 전략, 다시 말해서 이중전략이었던 것이다(남찬섭, 2011; 이태수, 2014). 이 이중전략은 당시 상황에서는 어느 정도 불가피한 면이 없지 않았다. 즉, 한국은 노동계급 등 복지국가를 추동할 사회세력의 힘이 약한데다 김대중 정부 자체가 일종의 지역연합에 기초하여 집권한 소수정부였다.

하지만 이러한 점을 감안하더라도 이중전략이 성공할 가능성이 낮은 전략이었다는 점은 지적될 필요가 있다. 게다가 이중전략의 한 축으로 신자유주의적 구조조정이 추진됨으로써 한국의 노동시장은 외환위기 이전과는 확연히 다른 구조로 변화함으로써 김대중 정부가 복지개혁을 통해 근대화한 공공부조와 사회보험의 제도적 특성이 효과를 발휘하기 어려운 조건을 창출하였다. 이러한 조건의 창출은 지구화와 탈산업화라는 새로운 조류에 의해 더욱 강하고 빠르게 진행되었다. 이와 함께 저출산·고령화 문제가 본격화하기 시작하였지만[24] 김대중 정부는 앞서 살펴본 것처럼 소득보장

24) 한국은 2000년에 노인인구가 7.2%로 고령화사회에 진입한 상태였다. 그리고 당시 통계청의 인구추계에 의하면 2019년에 고령사회에 진입하고 2026년에 초고령사회에 진입할 것으로 예측되었다(통계청, 2001). 그 후 예측치는 약간 조정되었지만 큰 변동은 없다. 2015년 발표된 정부자료에서 고령사회 진입 연도는 2018년으로 예측되었고 초고령사회 진입 연도는 2001년과 동일하게 2026년으로 예측되었다(대한민국 정부, 2015).

과 건강보장 영역의 개혁에 치중하여 이 문제에 대해서는 본격적인 대응책을 강구하지 못하였다.

이런 모든 상황은 김대중 정부가 표현했던 '민주-복지-자본주의'라는 대안사회담론이 그 원래 목표를 실현하기에 매우 어려운 상황에 처했음을 보여준다. 그리고 이것은 1980년대 후반 민주화를 기축으로 한 대안사회담론을 사회경제적 차원에서 계승한 김대중 정부의 대안사회담론이 지구화와 탈산업화, 저출산·고령화라는 새로운 사회경제적 흐름의 도래로 이런 새로운 흐름에 비추어 내용 자체를 재점검하고 재구조화해야 하는 상황에 놓이게 되었음을 의미한다.

② 민주정부 후반기: 노무현 정부

지구화·탈산업화 그리고 저출산·고령화라는 새로운 흐름에 대응해야 할 과제는 민주정부 후반부에 집권한 노무현 정부에게로 모두 넘어갔다. 이런 상황으로 인해 노무현 정부는 기존 제도의 내실화와 함께 사회서비스 영역에서의 개혁조치와 여타 다소 새로운 제도들의 도입을 시도했다. 노무현 정부는 최저생계비의 상대적 수준의 유지를 위해 최저생계비 계측주기를 기존의 5년에서 3년으로 단축했고 공공부조의 사각지대 축소를 위해 부양의무자 기준 축소 등의 조치를 취하였다. 또한 '선조사-후지원' 방식의 기초보장제도를 보완하기 위해 선지원-후조사 방식의 긴급복지 지원제도를 도입하였고(2005년), 근로빈곤문제에 대한 대응의 일환으로 근로장려세제를 도입했으며(2006년 12월), 저출산·고령화에 대한 대응의 일환으로 보육비 지원을 중산층으로 확대하고(2006년), 〈노인장기요양보험법〉을 제정했다(2007년).

이와 함께 지역균형발전의 일환으로 사회복지서비스 지방이양을 단행하였으며(2005년), 지방정부의 복지기획력 향상을 위해 주민생활지원서비스 체계를 구축하였다(2007년). 또 장애인지원종합대책(2006년)을 통해 장애수당의 대폭 확대(2007년), 장애인활동 지원서비스 도입(2007년), 〈장애

인차별금지법〉 제정(2007년) 등 장애인 정책에서도 많은 노력을 기울였다. 그리고 국민연금개혁을 단행하여 연금급여 삭감과 연금크레딧 도입을 추진하였고, 연금사각지대 해소와 노인빈곤의 경감을 위한 방안으로 기초노령연금을 도입하였다(2007년).[25]

노무현 정부는 이러한 제도도입 노력과 함께 김대중 정부에서 동등하게 설정된 '민주-복지-자본주의'의 관계를 '경제와 복지' 혹은 '성장과 분배'라는 측면에서 실천적으로 규명하고자 노력하였다. 이론적인 면에서만 이야기한다면 민주-복지-자본주의의 관계 혹은 좀더 좁혀서 성장과 분배의 관계는 길항관계라 이야기할 수도 있고 혹은 동등한 것이라 할 수도 있고 또 혹은 각기 별개로 분리할 수 있는 것이 아니라고 할 수도 있다. 그런데 이론적인 면에서의 이야기라 함은 곧 제3자적 입장에서의 이야기라는 의미이다. 하지만 국가의 운영을 담당한 경우에는 성장과 분배의 관계를 제3자적 입장에서 이야기한다는 것이 가능하지 않다. 국가운영의 장기적 목표와 방향을 위해서든 실무적 차원의 정책수립과 집행을 위해서든 성장과 분배의 관계는 실천적·정책적으로 규명되어야 한다.

노무현 정부 때에 제기된 《경제와 복지의 선순환론》(보건복지부·꽃동네현도사회복지대학교, 2003), 《동반성장론》(대통령자문 빈부격차·차별시정위원회, 2005), 《양극화론》(한국개발연구원, 2006), 《비전 2030》(정부·민간합동작업단, 2006), 《사회투자론》(대통령자문 정책기획위원회, 2006) 등은 모두 이런 실천적·정책적 목적에 의한 것이었다(남찬섭, 2011). 즉, 성장과 분배가 이론적으로 분리될 수 없는 것이라면 실천적·정책적으로는 어떻게 그렇게 할 수 있는지 규명하려는 노력이었던 것이다. 그리

25) 기초노령연금의 실제 급여는 2008년부터 지급되었다. 그리고 2007년의 연금개혁은 김대중 정부 때인 1998년 연금개혁에 비해 훨씬 더 역동적으로 전개되었다. 이 시기 연금개혁과 그와 연관된 복지정치의 전개에 대해서는 김영순(2011), 주은선(2012) 등을 참조하길 바란다.

고 이런 노력들은 결국 1980년대 후반 민주화를 기축으로 한 대안사회담론을 실질화하면서 그것을 이어받아 김대중 정부가 제시했던 민주-복지-자본주의라는 대안사회담론을 지구화·탈산업화 및 저출산·고령화라는 새로운 흐름에 비추어 재구조화하려는 노력들이었다. 물론 노무현 정부의 이런 노력들은 논란만 무성히 낳은 채 국민들로부터 그 의미조차 인정받지 못한 것이 사실이지만(전병유, 2008), 노무현 정부의 노력 자체는 평가될 필요가 있다.

하지만 돌이켜 볼 때 노무현 정부가 민주화로부터 이어져온 대안사회담론, 즉 진보패러다임의 실질화라는 과제를 지구화·탈산업화 및 저출산·고령화라는 새로운 흐름에 비추어 그 내용을 재구성하여 수행하는 데 성공하였는가 혹은 그에 필요한 토대를 놓는 데에 성공하였는가를 질문한다면 그에 대해서는 부정적인 답을 할 수밖에 없다. 무엇보다 노무현 정부는 김대중 정부 때부터의 이중전략을 벗어나지 못하였다. 노무현 정부는 지구화·탈산업화 흐름을 너무나 쉽게 수용하여 노동시장 유연화를 받아들이고 결과적으로 양극화를 심화시키는 성장전략을 취했다(전병유, 2008).

노무현 정부가 새로운 사회경제적 흐름에 비추어 대안사회담론을 재구성하기 위해 시도한 여러 노력은 《비전 2030》에서 가장 집약적으로 표현되었다(이혜경, 2011). 하지만 그럼에도 불구하고 《비전 2030》은 적어도 복지국가라는 요소와 관련해서는 어떤 성격의 복지국가를 지향하는지에 관한 목표가 결여되어 있는 것도 사실이다(김영순, 2009). 물론 《비전 2030》은 비교연구를 의도한 문건이 아니고 정치적 합의를 필요로 하는 국가비전 문서이기 때문에 당시 상황에서 도출가능한 정치적 합의에 기초한 목표를 제시할 수밖에 없었다. 따라서 복지국가 유형을 목표로 제시하는 것은 정치적 합의의 가능성이 없는 것이라 할 수 있어 어떤 성격의 복지국가를 지향하는지가 분명히 제시되지 않았다는 김영순(2009)의 비판은 지나친 점이 있기는 하다.

하지만 《비전 2030》으로 대표되는 노무현 정부의 대안사회담론 재구성 노력이 이중전략의 틀 내에서 진행됨으로써 그로부터 제약을 받아 좀더 구조화된 목표를 제시하지 못한 면은 있다고 보아야 할 것이다. 또한 노무현 정부의 사회서비스 확충 시도는 그것이 지역균형발전의 목표 아래 지방정부의 복지기획력을 제고하는 분권화 방향을 지향한 점은 긍정적인 측면도 있지만,[26] 그와 동시에 바우처 제도의 도입으로 중앙정부의 주도하에 사회서비스 시장화를 지향함으로써 분권화와 중앙화가 혼재하게 하여 현장에 혼란을 가중시킨 결과를 낳았고 이로 인해 사회서비스 전달체계를 합리화하는 데에 기대만큼의 성과를 내지는 못하였다(남찬섭, 2011). 그리고 소득보장의 내실화를 위해 추진했던 사회보험 적용·징수의 국세청 일원화 시도도 성공하지 못하여 장기적으로 사회복지의 확충을 위한 안정적 재원확보의 토대를 마련하지 못하였다.

결국 민주정부 10년은 1980년대 후반 민주화를 기축으로 제기된 대안사회담론을 사회경제적 측면에서 심화·실질화하려는 의도에서 그 연장선상의 대안사회담론으로 '민주-복지-자본주의'라는 목표를 제시함으로써 해방으로 주어진 역사적·민족적 과제에 복지국가라는 축을 본격화하여 민주적 통일·독립·평화·복지국가의 구축으로 그 과제를 풍부화했고 그에 의거하여 개혁을 추진하였다. 하지만 복지개혁에 초점을 맞추어 볼 때 그 개혁은 사실상 시장에서는 신자유주의적 구조조정을 추진하면서 그런 구조조정의 비용을 아직 성숙하지 못한 복지국가로 하여금 받아 안게 하는 이중전략에 입각해 추진되어 기대만큼의 성과를 내지는 못하였다. 이는 지구화·탈산업화 및 저출산·고령화라는 새로운 흐름에 초기 민주정부가 적절히 대응하지 못했던 데에 큰 원인이 있는 것이었다.

---

26) 사회복지서비스 지방이양에 대해 그것이 지방 간 격차를 초래하고 사회서비스 발전을 저해할 수 있다는 비판이 많았던 것도 사실이다. 지방이양에 대한 비판적 고찰로는 구인회 외(2009), 박병현(2006) 등을 참조하길 바란다.

민주정부 후반기의 노무현 정부는 이러한 상황에서 대안사회담론을 새롭게 재구성하기 위한 다양한 노력을 국가비전 차원과 실제 정책 차원에서 시도하였지만 이 역시 기대만큼 성과를 거두지 못하였다. 이런 상황에서 노무현 정부는 뚜렷한 돌파구를 찾지 못하였고, 결국 다시 보수세력에게 정권을 내어줌으로써 민주정부 10년의 진보패러다임 구현 노력은 실패로 돌아가게 되었다.

(2) 2010년대 복지국가 논쟁과 그 보수적 귀결

노무현 정부가 양극화의 심화 등에 대해 뚜렷한 해결책을 찾지 못하면서 민주정부에 대한 지지도는 급속히 하락했으며 그와 함께 보수세력과 그들이 내건 신자유주의적이고 시장중심적인 처방이 문제해결을 위한 대안으로 부상했다. 이런 상황을 배경으로 2007년 대선에서 압도적 승리로 집권한 이명박 정부는 민주정부 10년의 복지개혁 노력을 지극히 부정적으로 평가했다. 복지지출 면에서는 큰 역전을 시도하지 않았지만 사회보험징수업무의 국민건강보험공단으로의 일원화라든지 사회복지통합전산망 구축 등 통제적 복지정책을 시도했다. 이런 통제적 복지정책 기조는 이명박 정부에 이어 집권한 보수정권인 박근혜 정부에서 이어졌을 뿐만 아니라 오히려 더 강화되었다.

그런데 이런 상황에서 뜻밖에도 한국사회에서는 현대사에서 유례를 찾아보기 어려운 범사회적 복지국가 논쟁이 일어난다. 물론 이 글에서 살펴본 것처럼 60년대 복지제도 논쟁과 90년대 복지제도 논쟁이 있었고 민주정부 10년 기간에는 복지국가가 대안사회담론의 한 축으로 등장하고 그에 따른 복지개혁이 있기도 했다. 이런 복지논쟁과 복지개혁을 거쳐 2010년대에 다시 한 번 복지논쟁이 발생한 것이다. 이 시기 복지논쟁은, 사회복지제도의 도입이나 그 운영의 기본틀을 둘러싸고 벌어졌던 이전의 논쟁, 즉 '복지제도' 논쟁만이 아니라 명실상부하게 '복지국가' 논쟁으로 전개되었다. 이를 '2010년대 복지국가 논쟁'이라 할 수 있다(남찬섭, 2013: 107, 125).

이 논쟁은 단기적으로는 2008년 금융위기에 일부 원인이 있지만 보다 길게는 민주정부 10년의 복지개혁에도 불구하고 혹은 민주정부 복지개혁의 이중전략으로 해결되지 못한 양극화의 문제와 그것을 해결하기 위한 새로운 패러다임의 필요성에 대한 인식과 갈구에 더 큰 원인이 있다고 본다. 아마 이런 배경에서 2010년대 복지국가 논쟁은 한국 현대사에서 유례가 없을 정도의 범사회적 규모로 전개되었다고 볼 수 있다.

그런데 2010년대 복지국가 논쟁이 유례를 찾기 어려운 것이라 할 때 그것은 비단 논쟁의 규모에서만 그런 것이 아니다. 우선 그 논쟁은 그것 자체가 대안사회담론이었다는 점에서도 한국 현대사에서 유례를 찾기 어려운 일이었다. 앞서 살펴본 바와 같이 1950년대 후반과 1980년대 후반 대안사회담론이 제시되고 그를 둘러싼 논쟁과 갈등이 있었고 그에 따라 복지논쟁도 있었다. 하지만 이 시기 복지논쟁은 규모가 작았던 것은 말할 것도 없고 우선순위도 그리 높지 않아서 두 시기의 대안사회 논쟁(즉, 재건과 민주화)의 작은 일부로 존재했었다. 그러다가 민주정부 기간에는 대안사회담론의 한 축으로 '승격'되었지만 여전히 대안사회담론의 핵심은 아니었다.

하지만 2010년대 복지국가 논쟁에서는 '복지국가'라는 담론이 그 자체로 대안사회담론이어서 사회의 새로운 패러다임을 상징하는 키워드가 되었다. 그리하여 어떤 면에서 통일, 평화, 자주, 민주, 복지라는 요소 가운데 복지가 가장 우선시되기에 이르렀다고 할 수 있다. 이렇게 보면, 한국 현대사에서 대안사회담론 혹은 진보패러다임을 상징하는 키워드는 '재건 → 민주주의 → 복지국가'로 바뀌어온 셈이다. 이런 점에서 2010년대 복지국가 논쟁은 '복지'국가 논쟁이라기보다 복지'국가' 논쟁이라고 보아야 할 것이다(남찬섭, 2011; 남찬섭 · 이명진, 2013).

다음으로 2010년대 복지국가 논쟁이 유례가 없다는 것은 그것이 복지국가를 키워드로 한 대안사회 논쟁으로 전개되었음에도 불구하고 실제로는 무상급식 논쟁을 계기로 그리고 그것을 주된 동력으로 하여 진행되었다는

사실에서도 그 근거를 찾을 수 있다. 물론 앞서 살펴본 것처럼 2010년대 복지국가 논쟁에는 2008년 금융위기와 민주정부 기간에 심화한 양극화, 새로운 사회운영 패러다임의 필요성에 대한 인식 확산 등의 배경이 놓여 있다. 그리고 이에 따라 무상의료나 무상보육 등 여러 대안이 제시된 바 있지만, 논쟁을 촉발시킨 직접적 계기는 무상급식 논쟁이었다(윤홍식, 2011).

그런데 무상급식은 학교급식의 한 형태인데, 한국사회에서는 학교급식은 고사하고 무상급식도 사회복지제도에 전형적으로 속하는 프로그램이라고 인식된 바가 거의 없었다. 그리고 학교급식 운동과 복지국가 운동이 그 논쟁 이전에 협력했다거나 공조한 경험도 없었고 더욱이 친복지세력들 사이에서 복지국가를 건설하는 데 무상급식의 실현이 중요하다는 인식이 있었던 것도 아니었다.[27] 그럼에도 불구하고 21세기 초 한국사회에서 범사회적 규모로 전개된 대안사회 논쟁으로서의 복지국가 논쟁은 무상급식 논쟁을 계기로 하고 그것을 주동력으로 하여 전개되었던 것이다. 어떻게 하여 이런 식으로 상황이 전개되었는가 하는 점은 추후 심층적 논의와 연구의 대상이 되어야겠지만,[28] 어쨌든 무상급식 논쟁을 직접적 계기로 한 복지

27) 이러한 관계로 당시에 넓게 보아 진보세력에 속한다고 볼 수 있는 논자들 사이에서 복지국가 논쟁이 무상급식에 지나치게 치중하여 전개되는 것에 대한 우려가 표명되기도 하였다[특히, 김진석(2010) 참조]. 즉, 복지국가 구축과 관련해서는 공적연금이나 건강보험, 고용보험, 노동시장정책 등 대상자 면에서나 재정, 국민경제에 미치는 영향 등의 면에서 훨씬 중요한 제도들이 있고 이들 제도들과 관련된 개혁과제가 산적한 상황에서 딱히 진보적이라 하기도 어려운 무상급식이 그처럼 범사회적 복지국가 논쟁의 중심적 의제가 되고 있는 것에 대해 문제제기가 있었던 것이다. 이 문제제기는 상당한 타당성이 있고 또 경청할 만한 가치가 있지만, 다른 한편으로 학교급식의 하루 급식인원이 7백만 명에 달한다는 점을 감안한다면 무상급식의 비중이나 의미도 작지는 않다고 할 수 있다.

28) 이와 관련해서는 일반 시민들에게는 다소 복잡하게 보이는 국민연금제도 개정이 2007년에 일단 종료되었다는 점을 고려할 수 있을 것이고, 또 2008년 미국산 소고기 수입을 둘러싼 촛불시위 등 생활민주주의의 경험과 2000년경 이후 결성되어 활동해온 학교급식운동단체들의 노력, 그리고 무상급식에 대한 빗나간 이념공세 등을 고려할 수 있을 것이다.

국가 논쟁을 통해 표출된 대안사회 요구를 현실정치에서 실현할 기회는 2012년 대선에서 또다시 집권한 보수세력에게 돌아갔다.

하지만 이명박 정부에서 박근혜 정부로 이어진 보수세력은 2010년대 복지국가 논쟁을 통해 표출된 대안사회 요구를 수용할 의지와 능력은 고사하고라도 보수세력이 추구하는 새로운 사회상을 제시하고 그것을 실현할 의지와 능력조차도 결여되어 있었다. 보수세력의 이러한 한계는, 2016년 하반기부터 매우 극적이고 희화화한 형태를 띠면서 전개된 국정농단 사태와 그에 이은 대통령 탄핵으로 드러났지만,[29] 그 본질은 보수세력이 그동안 추구해온 분단 · 반공 · 종속 · 독재 · 발전국가 패러다임의 붕괴였다.

5) 새로운 패러다임 모색기 (2017년 이후): 평등 · 균형 · 연대 · 인정의 패러다임

이처럼 보수패러다임이 붕괴하면서 그와 동시에 통일 · 평화 · 자주 · 민주 · 복지국가라는 대안사회패러다임, 즉 진보패러다임을 추진할 기회의 창이 다시금 열리게 되었다. 그러나 진보패러다임을 추구할 기회의 창이 다시 열린다고 해도 보수패러다임이 일거에 붕괴하지는 않을 것이다. 분단 · 반공 · 종속 · 독재 · 발전국가라는 보수패러다임 중 어느 요소가 어떻게 대체될 수 있는지는 아직 분명치 않으며 또 그 대체가 쉽지 않을 수 있다.

한편 통일 · 평화 · 자주 · 민주 · 복지국가 패러다임 역시 그 각 요소 중 어느 요소가 우선적으로 추구되어야 하는지 등에서 불분명한 측면이 존재

29) 국정농단 사태는 오래전부터 의혹을 받아오다 2016년 10월 24일 한 언론사의 이른바 태블릿 PC 보도가 결정적 계기를 제공하면서 본격화되었다. 그 후 서울 광화문 광장을 비롯하여 전국 각지에서 전 세계적으로 유례를 찾기 어려운 주말 촛불집회가 연이어 열린 가운데 12월 3일 탄핵소추안 국회발의, 12월 9일 탄핵소추안 국회가결(299명 중 234명 찬성)이 이뤄졌고, 2017년 3월 10일에는 헌법재판소 재판관 8명의 전원일치 의견으로 탄핵이 결정되었다.

한다. 보수패러다임도 그러하지만 진보패러다임 역시 예컨대, 통일·평화국가는 자주국가라는 요소를 전제하는 등 각 요소가 서로를 전제하는 경향이 있어 우선순위를 정하기가 쉽지 않다. 또 진보패러다임을 구성하는 요소에 새로운 의제가 추가되어 내용이 변화할 수도 있다. 예컨대, 성적 지향성 등 과거 수면 아래 있던 의제가 부상하면서 이것이 차별금지를 넘어 인정투쟁으로 나아감으로써 민주·복지국가라는 요소가 새로운 내용으로 전개될 수도 있다.

하지만, 2010년대 복지국가 논쟁을 통해 대안사회담론의 키워드가 '복지국가'로 제시되었고, 이처럼 복지국가라는 대안사회담론이 제기된 맥락이 지구화·탈산업화 및 저출산·고령화 등의 새로운 사회경제적 흐름과 그로 인한 극심한 양극화와 가족기능 변화, 인구문제 등 복지를 필요로 하는 맥락이라는 점에서 향후의 진보패러다임에서 가장 중요한 요소는 복지국가라 할 수 있다. 물론 이때 복지국가라는 것이 반드시 전통적 의미에서의 복지국가는 아닐 수 있다. 그것은 앞서 말한 것처럼 2010년대 복지국가 논쟁이 그간 전통적 논의에서는 사회복지제도에 속한다고 간주된 바도 없고 또 복지국가 건설을 위한 필수적 요소라고 간주된 바도 없던 무상급식 논쟁을 계기로 촉발되었다는 데서도 알 수 있다.

또한 2010년대 복지국가 논쟁이 그전의 민주정부 10년의 복지개혁에도 불구하고 해결되지 않은 양극화 등의 문제에 대한 대응 필요성 자각을 배경으로 한 것이고, 그처럼 민주정부의 복지개혁이 문제를 해결하지 못한 것은 지구화·탈산업화 및 저출산·고령화와 같은 새로운 흐름에 대해 복지국가 조정을 원활히 이루어내지 못한 데에도 그 원인의 일단이 있는 것이었다. 이런 점에서 2010년대 복지국가 논쟁은 그 키워드는 복지국가라 할지라도 그것은 전통적 의미의 복지국가라기보다는 새롭게 조정된 복지국가를 지향한 것이었다고 보아야 할 것이다.

이렇게 보면 '새롭게 조정된 복지국가'의 내용을 어떻게 구성할 것인가의

문제를 생각해 보기 위해서는 우선 2010년대 복지국가 논쟁이 주는 함의가 무엇인지 생각해 보는 것에서 출발할 수 있다. 그런데 이 논쟁의 중요한 계기와 동력이 무상급식 논쟁이었으므로 여기서는 이 무상급식 논쟁의 함의를 중심으로 하여 2010년대 복지국가 논쟁의 함의에 대해 생각해 보고자 한다.

무상급식 논쟁은 2009년 하반기 경기도 교육청의 무상급식안으로부터 촉발되어 2010년부터 2012년 초까지 진행되었다. 무상급식은 학교급식 중 그 비용분담에 관련된 것으로 당시 논쟁은 무상급식이라는 이름으로 진행되었지만 보다 정확히 말한다면 보편적 무상급식 대 선별적 무상급식의 구도로 전개된 것이라 할 수 있다. 그리고 학교급식은 해당 국가의 농업 및 먹거리 산업과도 밀접한 연관성을 가지기 때문에, 다른 단체급식에서 보기 어려운 관계, 즉 국가와 가족(아동), 학교, 농업생산자 및 유통자 간에 일정한 사회적 관계('학교급식의 사회적 관계' 혹은 '급식관계')를 형성한다(남찬섭 · 이명진, 2013: 83). 이런 점들을 감안하여 무상급식 논쟁이 갖는 함의를 다소 직관적으로 꼽아본다면 다음과 같다.

첫째는, 보편성이다. 무상급식 논쟁은 보편주의 대 선별주의 구도로 전개되었고 결과적으로 보편주의 프레임이 무수한 이념공세에도 불구하고 승리한 것이다. 그리고 이를 통해 한국사회에서 보편주의는 무상급식이라는 프로그램 차원의 개념을 넘어 보편적 복지국가라는 체제차원의 개념이라는 지위도 획득하게 되었다.[30] 둘째는 사회투자성이다. 무상급식은 학교급식의 한 형태로 교육과 연관되며 또 교육과 그리고 더 일반화하여 말한다면 사회투자적 성격과 다소 간접적으로나마 연관되었기 때문에 그처럼 범사회적 논쟁으로 확산될 수 있었다.

셋째는 지역성 혹은 토착성이다. 학교급식으로서의 무상급식은 해당 국

30) 보편주의가 이처럼 체제차원의 용어와 정책 차원의 용어로 동시에 사용됨에 따라 개념상 · 실천상의 혼란이 발생하는 것도 사실이다. 이에 관한 논의로는, 윤홍식(2011), 미야모토 타로(2011), 이태수(2016), Rothstein(1998) 등을 참조하길 바란다.

가 그리고 좀더 작게는 해당 지방의 토착 먹거리(*local food*)의 생산 및 유통과 연관되며 이런 점에서 국제식량자본의 전략 그리고 그것을 일정하게 반영한 자유무역협정(FTA)과도 연관된다. 넷째는 친환경성이다. 토착 먹거리와 연관되는 것으로서의 학교급식은 친환경적 성격도 가진다. 그리고 이 친환경성은 지역성과 함께 지구화, 예컨대 FTA와도 연관 혹은 대응된다. 무상급식 논쟁의 함의로 여기서 논의한 것들 중 보편성과 사회투자성은 그것들을 복지정책과 연결시키는 데 크게 문제가 없는 것으로 보인다. 그리고 지역성은 복지정책에 있어서는 지방분권, 즉 복지분권(분권지향성)으로 연결된다고 볼 수 있다.

하지만 학교급식에서의 친환경성은 녹색주의나 그 연장선상으로 기본소득으로 연결된다고 생각할 수도 있으나 구체적으로 복지정책과 어떻게 연결될 것인지는 분명치 않은 것처럼 보인다.[31] 다만, 학교급식에서의 지역성과 친환경성이 갖는 지구화 측면에서의 함의는 향후 복지정책에서 주목해야 할 지점이라고 생각한다. 이렇게 보면, 향후 한국사회에서 복지국가는 보편성과 사회투자성, 분권지향성(복지분권)을 둘러싼 논의 및 갈등을 주된 축으로 하여 전개되리라 볼 수 있다.

하지만 복지국가의 내용을 지금 말한 3가지 정도로 정리할 수 있다고 해도 그 내용이 이것으로 다 채워지는 것은 아니다. 사실 보편성과 사회투자성, 분권지향성은 '새롭게 조정된 복지국가'와 연관되는 면도 있지만 전통적 복지국가와 연관되는 면이 더 강하다.[32] 새롭게 조정된 복지국가와 연관된 내용은 보편성·사회투자성·분권지향성이 추구되는 정치경제적 맥락에 의해 규정된다고 할 수 있는데, 그런 맥락을 구성하는 요소들로는 지

31) 한국에서 기본소득은 녹색주의의 영향보다는 청년문제나 양극화의 영향을 받은 바가 더 큰 것으로 보인다.

32) 다만, 친환경성과 지역성이 지구화와 연관되는 면에 주목해야 하는 점은 새롭다고 할 수 있다.

구화 · 탈산업화라는 정치경제적 흐름과 인구문제(저출산 · 고령화)에서 비롯되는 인구사회학적 여건, 다문화 및 소수자 인권문제 등을 들 수 있다. 지구화 · 탈산업화와 인구문제(저출산 · 고령화)는 이미 노동시장의 작동방식에 영향을 미치는데, 보다 장기적으로는 국가채무론 등으로 대표되는 재정적 지속가능성론 및 미래세대부담론의 형태로 복지국가에 큰 영향을 미칠 것이다.

그리고 다문화 및 소수자 인권문제 역시 복지국가의 보편성 · 사회투자성 · 분권지향성에 근본적 변화를 초래할 가능성이 있다. 흔히 보편주의는 획일성을 가진다고 말하고 그런 점에서 소수자와 관련해서는 특수주의를 주장하기도 하나, 개념이나 원리로서의 보편주의는 누구에게나 차별을 두지 않고 적용된다는 것을 본질로 하기 때문에 이런 본질적 성격만 고려해도 소수자를 배제하는 것은 보편주의의 개념에 비추어 그 자체로 모순이다. 보편성이 이처럼 소수자를 배제할 수 없다면 사회투자성과 분권지향성도 원칙적으로 소수자를 배제할 명분이 없다. 이렇게 보면 향후 복지국가는 보편성과 사회투자성, 분권지향성 외에 재정지속가능성론, 미래세대부담론, 소수자문제를 그 주된 축으로 하리라 생각할 수 있다.

보편성과 사회투자성은 크게 보아 계층문제 혹은 불평등문제(사회경제적 불평등, 성별 불평등, 지역 간 불평등 등)와 연관되고, 분권지향성은 중앙과 지방 간 관계 문제에 연관되며, 미래세대부담론과 재정지속가능성론은 세대문제에 연관되고, 소수자문제는 문화 간 관계 문제에 연관된다. 이런 점에서 향후 한국의 복지는 불평등문제에서 사회경제적 계층 간, 성별 간, 지역 간 평등, 중앙 · 지방 간 관계에서 균형, 세대 간 관계에서 연대, 그리고 문화 간 관계에서 인정(認定, *recognition*)[33]이라는 4가지 지향성을 설정해 볼 수 있을 것이다.

33) 인정과 관련해서는 호네트(2011), 윤홍식 외(2015) 등을 참조하길 바란다.

4. 맺음말: 쟁점과 함의

지금까지 해방 후부터 현재에 이르는 약 70년에 걸친 기간을 ① 응급구호정책기(1945~1960년), ② 개발종속정책기(1960~1987년), ③ 제도확장기(1987~1997년), ④ 복지국가 태동·조정기(1997~2017년), ⑤ 새로운 패러다임 모색기(2017년 이후)의 5단계로 나누어 살펴보았다. 이 70여 년에 걸친 한국 현대사는 한마디로 말하면, 해방으로 부여된 통일·평화·자주·민주·복지국가의 구축이라는 역사적·민족적 과제가 부당하게 부정·왜곡되어 분단·반공·종속·독재·발전국가 구축의 길로 변형된 과정이었다. 그리고 이 과정에서 사회복지는 역사적·민족적 과제의 부정과 왜곡에 동원되거나 또는 그런 과제와 동떨어진 채 존재해온 과정이었다.

하지만 이러한 흐름에도 불구하고 한국 현대사는 해방이 부여한 역사적·민족적 과제를 실현하려는 노력이 끊임없이 전개된 진보의 과정이기도 하다. 이 노력은 각 시기의 여건을 반영하여 각기 다른 형태로 나타났는데 이를 대안사회담론 혹은 진보패러다임이라 할 수 있다. 그리고 대안사회담론을 둘러싼 갈등이나 논쟁이 일어날 때 그것을 배경으로 대안적 사회복지를 추구한 노력도 나타났으며 이는 복지논쟁으로 표출되었다.

응급구호정책기에는 대안사회담론이 역사적·민족적 과제 그 자체였으며 당시의 사회복지는 전재민구호대책으로 추진되었고 두드러진 복지논쟁이 전개되지는 않았다. 개발종속정책기에는 재건담론을 중심으로 한 대안사회 논쟁이 있었고 이를 배경으로 비록 대중적이지는 않았지만 복지논쟁(60년대 복지제도 논쟁)이 있었다. 이후 1980년대 중반 민주화투쟁이 성숙하면서 민주화를 기축으로 한 대안사회 논쟁이 있었고 이와 함께 그리고 이를 배경으로 하여 복지논쟁(90년대 복지제도 논쟁)이 전개되었다. 1997년 외환위기 이후 정권교체와 함께 한국사회는 복지국가 도약을 보게 되었는데, 이 시기에는 복지국가가 민주정부에 의해 대안사회담론의 중요한 한 축으로

자리매김되었고 그에 따른 복지개혁이 추진되었다. 민주정부 기간의 복지개혁은 생각만큼 성과를 거두지 못했는데 오히려 이러한 경험을 바탕으로 새로운 패러다임을 모색할 필요가 있다는 인식이 확산되면서 2010년대 복지국가 논쟁이 범사회적 규모로 전개되었고 이때에는 복지국가가 대안사회담론 그 자체였다.

그리하여 한국 현대사에서 대안사회담론의 키워드는 '재건 → 민주화 → 복지국가'로 전개되었다. 그런데 마지막 키워드인 복지국가를 중심으로 전개된 21세기 초의 대안사회 논쟁은 실제로는 사회복지에 속한다고 간주된 적이 없었고 또 복지국가 건설을 위한 핵심단계로 간주된 적도 없었던 무상급식을 둘러싼 논쟁을 주된 계기와 동력으로 하여 전개되었다. 이러한 사실로부터 '복지국가'라는 키워드로 표현된 대안사회의 모습을 그려 볼 수 있는 몇 가지 지점을 찾아본다면 그것은 아마도 보편성과 사회투자성, 분권지향성이라 할 수 있을 것이다.[34]

또한, 이러한 보편성·사회투자성·분권지향성이라는 내용이 지구화·탈산업화, 저출산·고령화로 대표되는 인구문제, 다문화 및 소수자문제 등의 맥락 속에서 추구되어야 한다는 점을 고려할 때 향후 복지국가는 재정지속가능성론과 미래세대부담론, 소수자문제를 둘러싼 갈등도 중요한 내용으로 할 것이다. 이들 보편성·사회투자성·분권지향성·재정지속가능성론·미래세대부담론·소수자문제라는 축을 전제하면서 이 축을 중심으로 복지국가의 지향성을 꼽는다면 그것은 평등(계층문제-보편성·사회투자성), 균형(정부 간 관계문제-분권지향성), 연대(세대 간 관계문제-재정지속가능성론, 미래세대부담론), 인정(문화 간 관계문제-소수자문제)을 설정할 수 있을 것이다.

34) 학교급식의 지역성과 친환경성이 지구화와 갖는 연관성을 복지국가에서도 향후 주목해야 한다는 점을 포함한다.

〈표 1-3〉 한국 현대사 각 시기 말기의 정치경제적 상황과 정권교체 여부

시기구분		경제침체	정치격변	정권교체
응급구호정책기 (1945~1960년)		○	○	○
개발정책종속기 (1958~1987년)	1960~1971년	×	○	×
	1972~1979년	×	○	×
	1979~1987년	×	○	×
제도확장기 (1987~1997년)		○	×	○
복지국가 태동·조정기 (1997~2017년)	민주정부 10년 (1997~2008년)	○	×	○
	보수정권 9년 (2008~2017년)	○	○	○

마지막으로 한국사회에서 복지국가를 추구하는 정치세력의 성격 혹은 주체적 조건에 관해 생각해 볼 필요가 있다. 앞서 살펴본 한국 현대사의 단계에서 정치적 혹은 경제적 상황과 정권교체 여부를 연결지어 보면 정치적 격변만 일어났던 경우에는 정권교체가 이루어지지 않았고 경제침체가 함께 있거나 또는 정치격변이 없더라도 경제침체가 있는 경우에만 정권교체가 이루어졌다(〈표 1-3〉 참조).

예컨대, 응급구호정책기 말기에 경제는 극도로 어려웠고 정치적 격변까지 일어나 정권교체가 일어났다(물론 이 당시의 정권교체는 쿠데타로 곧 무위로 돌아갔다). 반면, 개발정책종속기 말기에는 엄청난 정치격변이 있었지만 경제적 어려움은 그리 두드러지지 않았고 따라서 정권교체는 일어나지 않았다. 또 사회복지확장기의 말기인 1997년에는 정치격변은 없었지만 외환위기라는 초유의 경제위기가 발생했고 정권교체가 일어났다. 이것은, 다른 나라의 경우에도 그러하겠지만, 경제적 어려움 혹은 분배상황의 악화는 곧 그 사회에 대해 구조조정의 필요성을 알리는 것이며 따라서 복지국가라는 것도 통일·평화·자주·민주·복지국가라는 보다 큰 사회패러다임의 한 구성요소로 존재해야 함을 알려준다.

물론 그렇다고 해서 이것이 정치경제적 상황의 우선성을 말하고자 하는

것은 아니다. 2010년대 복지국가 논쟁에서 보듯이 복지국가가 대안사회담론의 키워드로 자리매김한 것은 분명하지만 이 복지국가가 한국사회의 패러다임 전반을 개혁하는 데까지 이르러야만 그 효용성을 유지할 수 있다는 의미다. 다시 말하면, 오늘날 한국사회가 필요로 하는 대안사회는 통일·평화·자주·민주·복지국가의 각 구성요소를 별개로 추구하기도 하지만 이들을 한데 묶어 하나의 전체로 조화롭게 구성된 패러다임이어야 한다.

현재 한반도에는 해방 후 70년 동안 통일·평화·자주·민주·복지국가 패러다임의 전개를 질곡하던 보수패러다임이 서서히 해체될 조짐을 보이고 있다. 보수패러다임 해체의 출발은 역시 통일·평화·자주 패러다임의 복원으로부터 나타나고 있다. 이 패러다임이 굳건하게 복원된다면 이는 해방 70년 더 나아가 식민지화에서부터 시작된 한국근대사 100여 년의 질곡을 떨쳐낼 중대한 전환이 될 것이다. 이 전환이 가져올 한반도 상황의 변화가 새로운 세계화로 나타날지 그리고 그 세계화가 또 다시 신자유주의적인 세계화로 나타날지, 남북 간의 경제교류와 동북아 경제상황의 변화가 남한의 재벌중심 경제를 개혁할 계기가 될지 반대로 재벌중심 경제를 온존시킬 또 다른 '마약'이 될지, 또 그러한 경제상황의 변화가 생산체제와 노동체제 그리고 복지체제 간의 상보성을 긍정적인 것으로 형성케 하는 복지국가 개혁의 계기로 작용할지 오히려 기존 복지체제의 문제점을 온존시킬 방어막으로 작용할지는 아직 열린 질문이다.

하지만 이 질문에 어떤 답을 낼 것인가는 복지국가가 진공 속에 홀로 존재하는 것이 아니라 그것을 둘러싼 정치경제적 상황 속에서 그것들과 함께 어우러져 존재한다는 사실에 주의하는 태도를 필요로 한다. 그리고 그런 점을 염두에 두고서 좁은 의미의 복지제도만이 아니라 보다 큰 틀에서의 방향성을 바로잡아나갈 수 있는 복지전략을 고민할 필요가 있다.

■ 참고문헌

국내 문헌

감정기 · 최원규 · 진재문(2010). 《사회복지의 역사》. 개정판. 파주: 나남출판.

강만길(2006). 《고쳐 쓴 한국 현대사》. 파주: 창비.

구인회 · 양난주(2008). "사회보장 60년, 평가와 전망". 《2008년 사회보장학술대회 자료집》, 151~184.

_____ · 양난주 · 이원진(2009). "사회복지 지방분권 개선방안 연구". 〈사회복지연구〉, 40권 3호, 99~124.

구자헌(1961). 《아동복지》. 서울: 남산소년교호상담소.

구해근(2002). 《한국 노동계급의 형성》, 신광영 역. 서울: 창작과비평사.

김대모 · 안국신(1989). "한국의 소득분배 및 그 결정요인과 분배문제에 대한 국민의 의식구조". 〈2000년을 향한 국가장기발전을 위한 학술연구보고서〉. 서울: 한국학술진흥재단.

김도현(2007). 《차별에 저항하라: 한국의 장애인 운동 20년, 1987~2006년》. 정태수 열사추모사업회 기획. 서울: 박종철출판사.

김연명 편(2002). 《한국 복지국가 성격논쟁 Ⅰ》. 서울: 인간과 복지.

김영순(2009). "노무현 정부의 복지정책: 복지국가의 제도적 · 정치적 기반 형성의 문제를 중심으로". 〈경제와 사회〉, 통권 82호, 161~185.

_____(2011). "한국의 복지정치는 변화하고 있는가?: 1, 2차 국민연금개혁을 통해 본 한국의 복지정치". 〈한국정치학회보〉, 45권 1호, 142~163.

김진석(2010). "복지담론에 대하여". 〈황해문화〉, 2010년 겨울호, 279~304.

김태성 · 성경륭(2014). 《복지국가론》. 개정 2판. 파주: 나남출판.

남찬섭(1993). "미군정기 한국 사회복지정책 고찰". 석사학위 논문. 서울: 연세대학교.

_____(2002). "복지개혁 및 복지체제 성격논쟁의 논점과 향후 논의방향". 〈사회복지정책〉, 14권, 9~25.

_____(2005). "한국의 60년대 초반 복지제도 재편에 관한 연구: 1950년대와의 관련성을 중심으로". 〈사회복지연구〉, 27호, 33~75.

_____(2008). "한국 복지개혁 성격에 관한 '신자유주의 관철론' 비판". 〈경제와 사회〉, 통권 80호, 195~223.

_____(2011). "민주정부 10년 복지개혁의 회고와 전망: 최근의 복지국가 논쟁에 비추어". 〈상황과 복지〉(현 비판사회정책), 32호, 133~180.

_____(2013). “사회보장기본법의 변화를 통해 본 한국 복지국가의 전개과정”. 〈한국사회복지조사연구〉, 36호, 103~139.
_____ · 이명진(2013), “공공성의 재구성과 생활공공성의 등장: 학교급식과 무상급식의 전개과정을 중심으로”. 〈아세아연구〉, 56권 2호, 75~110.
대통령자문 빈부격차 · 차별시정위원회(2005). 《양극화 해결을 위한 동반성장전략 개발》. 6월.
대통령자문 정책기획위원회(2006). 《선진복지한국의 비전과 전략》. 12월.
대한민국 정부(2015). 《2015~2020 제3차 저출산 · 고령사회 기본계획: 브릿지 플랜 2020》.
동아일보(1946. 9. 11). “전재동포를 구원하자”(사설). 국사편찬위원회. 1970. 《자료 대한민국사》(제3권, 1946. 8~12), 서울: 국사편찬위원회, 323~324면.
림링거, 가스통 V.(1991). 《사회복지의 사상과 역사: 유럽, 미국, 러시아의 사회정책을 중심으로》. 비판과 대안을 위한 사회복지학회 역. 서울: 한울아카데미.
미야모토 타로(2003). 《복지국가전략: 스웨덴모델의 정치경제학》. 임성근 역. 서울: 논형.
민주주의민족전선 편(1988). 《해방조선 Ⅱ》, 서울: 과학과 사상.
박광준(2013). 《한국사회복지역사론》. 파주: 양서원.
박병현(2006). “사회복지의 지방분권화에 대한 비판적 고찰”. 〈한국사회복지행정학〉, 8권 2호, 1~31.
_____(2010). 《사회복지의 역사》. 고양: 공동체.
_____ · 최송식 · 황보람(2007). “한국 사회복지정책의 변화과정 분석: 사회진보의 결과인가 사회통제의 결과인가?”. 〈사회복지정책〉, 29권, 169~194.
반 커스버겐 · 비스(2017). 《복지국가의 도전과 응전: 복지국가정치의 비교연구》. 남찬섭 역. 서울: 나눔의 집.
보건복지부 · 꽃동네현도사회복지대학교(2003. 10). 〈복지와 경제의 선순환관계 연구〉. 서울: 보건복지부.
보건사회부(1960). 《보건사회행정연보(1959년)》, 서울: 보건사회부.
부흥부(1959). 《부흥백서(1958년)》. 서울: 부흥부.
서중석(2007). 《한국 현대사 60년》. 민주화운동기념사업회 기획. 서울: 역사비평사.
성경륭(1991). “한국의 정치체제 변동과 사회정책의 변화: 정치사회학적 분석”. 〈사회복지연구〉, 3호, 109~146.
손준규(1983). 《사회보장 · 사회개발론》. 서울: 집문당.
송남헌(1985). 《해방 3년사 Ⅰ》. 서울: 까치.
심지연(1986). 《해방정국 논쟁사 Ⅰ》. 서울: 한울.
안상훈(2010). 《현대 한국복지국가의 제도적 전환》. 서울: 서울대학교출판문화원.

양재진(2004). “한국의 산업화시기 숙련형성과 복지제도의 기원: 생산레짐 시각에서 본 1962~1986년의 재해석”. 〈한국정치학회보〉, 38권 5호, 85~103.
유광호 · 이혜경 · 최성재(2005). 《한국의 사회보장》. 한국학중앙연구원 편. 서울: 유풍출판사.
윤찬영(2017). 《사회복지법제론》. 개정 7판. 파주: 나남출판사.
윤홍식(2011). “보편주의를 둘러싼 주요쟁점: 보편주의 복지정책을 위한 시론”. 〈한국사회복지학〉, 63권 2호, 57~79.
_____ 편(2013). 《평화복지국가》. 참여사회연구소 기획. 서울: 이매진.
_____ · 백승호 · 남찬섭(2015). “‘역사적’ 복지국가는 사회적 부정의(不正義)를 해소할 수 있을까?: 분배, 인정 그리고 한국 복지체제의 과제”. 2015년 한국사회복지학회 추계학술대회 기획주제발표문.
이광찬 편(2009). 《국민건강보장 쟁취사》, 파주: 양서원.
이대근(2002). 《해방 후, 1950년대의 경제: 공업화의 사적 배경 연구》. 서울: 삼성경제연구소.
이영환(1989). “미군정기 전재민구호정책의 성격 연구”. 석사학위 논문. 서울: 서울대학교.
_____(2004). 《한국사회와 복지정책: 역사와 이슈》. 서울: 나눔의 집.
_____(2005). “사회복지운동의 전개과정”. 이영환 편. 《한국의 사회복지운동》(15~69쪽). 서울: 인간과 복지.
_____ · 김영순(2001). “한국 사회복지 발달에 대한 계급정치적 고찰”. 〈상황과 복지〉, 9호, 249~302.
이태수(2014). “보편적 복지국가로 가는 길에서의 민주정부 10년의 복지정책”. 〈비판사회정책〉, 43호, 236~274.
_____(2016). “한국 복지국가의 보편주의 논쟁과 대응 전략”. 〈비판사회정책〉, 52호, 330~364.
이하나(2010). “1950~60년대 재건담론의 의미와 지향”. 〈동방학지〉, 151권, 387~431.
이한빈(1959). “예산 면에 나타난 사회보장제도”. 〈국회보〉, 24호, 74~77.
이혜경(1986). “정치문화 정향과 복지국가의 발달: 비교역사적 접근”. 〈사회보장연구〉, 2권 1호, 59~83.
_____(1995). “한국 사회복지정책의 현황과 발전방향”. 〈연세사회복지연구〉, 2호, 125~146.
_____(2011). “한국 복지국가가 걸어온 길: 결손국가에서 사회투자국가로”. 2011년 추계 한국사회정책 공동학술대회 기조발제문.

전광석(2012). 《한국사회보장법론》. 제9판. 서울: 집현재.
전병유(2008). "성장전략의 부재와 미숙한 분배전략". 한반도사회경제연구회 편. 《노무현 시대의 좌절: 진보의 재구성을 위한 비판적 진단》(89~106쪽). 파주: 창비.
정무권 편(2009). 《한국 복지국가 성격논쟁 II》, 서울: 인간과 복지.
정부·민간합동작업단(2006. 8). 〈함께 가는 희망한국 VISION 2030〉. 대한민국 정부.
조선은행조사부(1948). 《조선경제연보(1948년판)》, 서울: 조선은행조사부.
주은선(2012). "연금개혁의 정치경제학: 신자유주의 시대 한국의 연금개혁". 남찬섭 편. 《대한민국 복지국가, 회고와 전망: 21세기 첫 10년대 한국의 복지》(55~109쪽). 서울: 나눔의 집.
주학중(1979). "계층별 소득분포의 추계와 변동요인". 주학중 편. 《한국의 소득분배와 결정요인(상)》(71~107쪽). 서울: 한국개발연구원.
최영준(2011). "한국 복지정책과 복지정치의 발전: 생산주의 복지체제의 진화". 〈아세아연구〉, 54권 2호, 7~41.
최원규(1996). "외국민간원조단체의 활동과 한국 사회사업 발전에 미친 영향". 박사학위논문. 서울: 서울대학교.
최천송(1977). 《한국사회보장론》. 서울: 산경문화사.
_____(1991). 《한국사회보장연구사》. 서울: 한국사회보장문제연구소.
최희갑(2002). "외환위기와 소득분배의 양극화". 〈국제경제연구〉, 8권 2호, 1~20.
커밍스, 브루스(1986). 《한국전쟁의 기원》. 김자동 역. 서울: 일월서각.
크리스찬 아카데미 편(1975). 《양극화시대와 중간집단》. 한국아카데미총서 제2권. 서울: 삼성출판사.
통계청(2001. 11). 〈장래인구추계결과〉. 대전: 통계청.
한국개발연구원(2006). 《양극화 극복과 사회통합을 위한 사회경제정책 제안》. 서울: 한국개발연구원.
호네트, 악셀(2011). 《인정투쟁: 사회적 갈등의 도덕적 형식론》. 악셀 호네트 선집 1. 문성훈·이현재 역. 고양: 사월의 책.

해외 문헌

Amenta, E., Bonastia, C., & Caren, N. (2001). US social policy in comparative and historical perspective: Concepts, images, arguments and research strategies. *Annual Review of Sociology*, *27*, 213~234.
Briggs, A. (1961). The welfare state in historical perspective. *European Journal of Sociology*, *2*(2), 221~258.

Flora, P. & Heidenheimer, A. J. (Eds.) (1981). *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick, N. J. : Transaction. Inc.

Kwack, S. Y. & Lee, Y. S. (2007). *Income Distribution of Korea in Historical and International Prospects: Economic Growth and Distribution of Income in Korea Facing Globalization in a High-Tech Skill World*. Seoul: Korea Development Institute.

Pierson, C. (1998). *Beyond the Welfare State: The New Political Economy of Welfare*. 2nd edition. Cambridge: Polity Press.

Rothstein, B. (1998). *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.

02

사회보장제도의 기본구조

1. 머리말

사회보장제도에 대한 통념은 특정한 제도와 관련되며, 더 나아가 보건복지부가 주관하는 정책들로 간주되기 쉽다. 하지만 사회보장이란 모든 시민들을 다양한 사회경제적 위험으로부터 보호하는 매우 핵심적인 기능 중 하나다. 실제로 서구 복지국가에서 사회보장이란 국가의 핵심적 기능 중 하나로 인식된다. 그에 반해 우리 사회는 개발독재와 고도성장기를 지나면서 '복지 이전에 노동', '분배 이전에 성장'이란 관념이 시민들의 의식에 깊숙이 각인된 상태라고 말할 수 있다. 그것은 성장중심의 발전전략을 지향했던 권위적 정부가 강조했던 이데올로기이기도 했다. 더욱이 실제 생활에서 경험한 사회보장제도 또한 자신과 가족을 사회경제적 위험으로부터 적극적으로 보호한다기보다, 결국 더 많은 책임을 가족과 개인에게 전가하는 제도였다. 실제로 언론을 통해 보도되는 사회보장제도란 매우 가난한 빈곤층에게 최소한의 지원을 하는 잔여적 복지제도와 동일시되기도 하였다.

하지만 1997년 외환위기를 기점으로 한국의 사회보장제도는 그 구성체계

를 재정립하고 빠른 속도로 지출을 확대하며 제도를 정비하고 시민들의 욕구에 맞게 정교화하는 과정에 들어섰다. 2000년대 초반에는 볼 수 없었던 다양한 복지제도와 정책이 도입되면서 시민들의 다양한 생활공간에서 보다 쉽게 경험할 수 있는 제도로 발전하고 있다. 국민연금이나 건강보험 외에도 장기요양보험이나 기초연금 그리고 무상보육 등은 많은 시민이 체험하는 일상적 사회보장제도가 되었다. 그렇다고 현재의 사회보장제도가 모든 시민들의 복지욕구(*need*)를 제대로 충족시킨다고 말하는 것은 아니다. 그것은 여전히 많은 사각지대를 안고 있고, 그것이 제공하는 급여와 서비스 또한 충분치 않다. 더욱이 사회보장체계가 종합적으로 잘 설계되고, 관리되며, 필요한 서비스를 효과적이고 효율적으로 제공한다고 말하는 것도 아니다. 이 또한 확장과정에 있는 한국 사회보장제도가 해결해야 할 과제다.

이 장에서는 한국의 사회보장체계가 어떠한 제도로 구성되며, 어떠한 행정체계를 통해 제도를 관리하며, 일선 전달체계 차원에서는 누가 어떠한 방식으로 서비스를 전달하는지 살펴보는 데 그 목적이 있다. 특히 각각의 제도와 행정체계를 관통하는 거버넌스, 즉 누가 제도설계와 개편 그리고 집행에 대한 의사결정을 어떠한 방식으로 하는지 주목해서 살펴보고자 한다. 과연 사회보장은 국가의 다양한 제도나 정책 중 하나이며, 그것은 국가재정 규칙의 적용을 받는 하위 제도인가 반문해 볼 수 있을 것이다.

2. 사회보장제도의 기본구조

사회보장제도의 기본구조를 이해하기에 앞서 그것이 헌법상에서 어떤 지위를 가지며, 실제로 어떤 지위와 역할을 담당했는지 살펴보고자 한다. 여기서는 이 문제를 사회권의 관점에서 조망해 보고자 한다. 이어 다양한 사회보장제도를 어떻게 하나의 개념적 체계로 이해할 수 있는가에 대해 살펴

보고자 한다. 그것은 제도를 구분한 기준에 따라 다양한 체계가 존재할 수 있을 것이다. 여기서는 〈사회보장기본법〉에 나타난 사회보장체계에 대해 간략히 설명할 것이다.

1) 사회보장제도와 사회권

우리나라에서 사회권은 헌법이 규정하는 권리이자, 1990년 UN 사회권 규약에 가입함에 따라 국제적으로 그 보장에 대한 책무가 있는 권리이다. 참고로 사회권의 핵심내용은 사회보장의 권리와 밀접한 관련성을 갖는다. 그렇다면 사회권과 사회보장의 권리는 어떻게 규정할 수 있을까? 사회권이란 인간이 '공동체로서의' 사회 안에서 인간다운 생활을 할 기본적 권리를 의미한다. 예를 들면, 노동할 수 있는 권리, 교육받을 권리, 복지혜택을 받을 권리 등을 언급할 수 있다. 물론 인간다운 생활을 할 권리란 시간과 공간에 따라 다른 내용과 형태로 나타날 수 있다. 바꾸어 말하면, 사회권을 구성하는 내용이 더 다양해질 수 있는 것이다. 그리고 사회권의 내용을 구속력을 가진 규약과 제도로 발전시키는 것은 사회적 세력관계와 그것에 기초한 힘겨루기와 합의라고 말할 수 있다.

좀더 구체적으로, 사회권은 생산·재생산과정에서 발생하는 각종 모순(차별과 빈곤 그리고 착취)을 해결할 것을 요구하는 권리이다. 실제 사회가 이러한 문제를 해결하는 조치를 취하지 않는다면, 공동체로서의 사회는 더 이상 존속할 수 없게 된다. 그렇다면 사회권은 누가 누구에게 요구하는 것인가? 현실적으로 사회구성원과 국가가 당사자라고 말할 수 있다. 그것은 사회구성원들이 국가에 생산과 분배에 관한 조정자 역할을 위임하고 있기 때문이다. 하지만 이것이 사회권 보장과 관련해 모든 역할이 국가에만 맡겨졌음을 의미하지는 않는다. 국가가 그러한 역할을 기피하거나 부인하는 경우, 의무를 이행하도록 촉구하거나, 새로운 형태의 계약을 요구하거나, 심

지어는 계약당사자를 바꾸는 권리 또한 존재하는 것이다.

대한민국 헌법 제10조는 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다"고 명시한다. 이는 국민의 권리와 국가의 의무를 규정한 것으로 이해할 수 있다. 또한 헌법 제31조~제36조는 사회권에 대해 규정한다. 그것은 복지, 교육, 노동, 건강, 환경, 주거 등 다양한 권리를 열거하는 방식으로 기술되며, 이러한 각종 권리를 한마디로 정리하는 것은 제34조 1항에 명시된 '인간다운 생활을 할 권리'라고 말할 수 있다. 그리고 이러한 권리 대부분은 사회보장제도를 통해 보장된다. 이는 사회보장의 목적이 국민들의 기본생활을 보장하고, 소득재분배를 통해 불평등을 완화하고, 취약계층 지원을 통해 사회적 연대감을 제고하는 데 있다는 점에서도 알 수 있다.

물론 현실에서 사회보장제도는 재정제약으로 그러한 역할을 담당하는 데 한계에 직면하는 경우가 많다. 이는 사회보장재정이 국가재정 규칙에 의해 규제되기 때문일 것이다. 그것은 재정건전성의 규칙을 지키는 방식으로 순기능을 하기도 하지만, 사회시스템의 다양한 문제를 방치하는 문제를 야기하기도 한다. 국가재정의 규칙에 의해 사회보장의 목적 실현이 저지되거나 지연되는 상황이 발생하기도 하는 것이다. 예를 들면, 시민들의 기초생활을 보장해야 하는 국가의 책무가 재정제약을 이유로 이행되지 않는 상황이 발생한다. 그리고 재정제약이 정당성을 갖는 이유는 시민들의 다양한 욕구를 충족시키기 위해서는 이러한 자원배분이 불가피하기 때문이라는 것이다.

사회보장은 국가의 다양한 정책영역 중 하나로 인식될 수도 있지만, 그것이 바로 국가의 가장 핵심적인 존재이유 중 하나이며, 국가가 시민들의 욕구를 충족시킬 수 있도록 적극적으로 재정을 편성해야 할 의무를 갖는 것으로도 해석할 수 있다. 그리고 이는 현대국가에서 국가재정과 사회보장재정의 긴밀한 상호의존 관계가 형성되고 있음을 의미하는 것으로도 해석

할 수 있다. 전광석에 따르면, "국가재정은 (사회비용 및 사회급여에 대한 과세정책, 그리고 재정투입을 통한 사회적 하부구조의 정비를 통하여) 사회보장의 중심적 구성요소를 이루게 되었고, 또 사회보장은 국가재정의 중심적 구성요소를 형성하게 되었다"(전광석, 2015: 10). 일정수준의 경제발전을 이루고, 사적 안전망이 빠르게 해체되고, 사회보장제도가 시민들의 삶에서 점점 더 큰 비중을 차지하면서 더욱 진전된 사고의 전환이 필요하게 된다. 그것은 어쩌면 전향적으로 "사회보장재정은 국가재정의 범위 내에서 형성되기보다 사회보장의 목표 자체가 국가재정을 선도하는 규범력을 가져야 한다"는 것일 수 있다(전광석, 2015: 11).

2) 사회보장체계의 개념구조: 사회보험, 사회부조 그리고 사회서비스

사회보장과 관련해 전반을 규율하는 법이 〈사회보장기본법〉이라고 말해도 무방할 것이다. 〈사회보장기본법〉 제4조(다른 법률과의 관계)에서 "사회보장에 관한 다른 법률을 제정하거나 개정한 경우에 이 법에 부합되도록 하여야 한다"고 규정한다는 점이 이를 말해 준다. 하지만 〈사회보장기본법〉은 실제 상위법으로서의 역할을 수행하기 힘든 상황이다. 그것은 법에 그렇게 규정되었다고 해도 이를 강제할 세부규정이 명시되어 있지 않기 때문이다. 이 점에서 〈사회보장기본법〉이 사회보장체계 전반을 규율하는 법률로서의 의미를 가졌다거나, 국무총리가 사회보장위원회 위원장이라는 점에서 다른 사회정책을 조율하고 기획하는 역할을 한다고 말하기 힘들다. 각각의 사회보장제도가 독자적으로 발전계획을 수립하고 집행하는 방식으로 제도가 운영되기 때문이다.

한국 사회보장제도의 구성체계는 1995년 〈사회보장기본법〉 제정 시점까지만 해도 사회보험과 공공부조라는 두 개의 제도를 축으로 구성되어 있었다. 그것은 제도의 저발전 상태에서 사회수당이나 사회서비스의 중요성

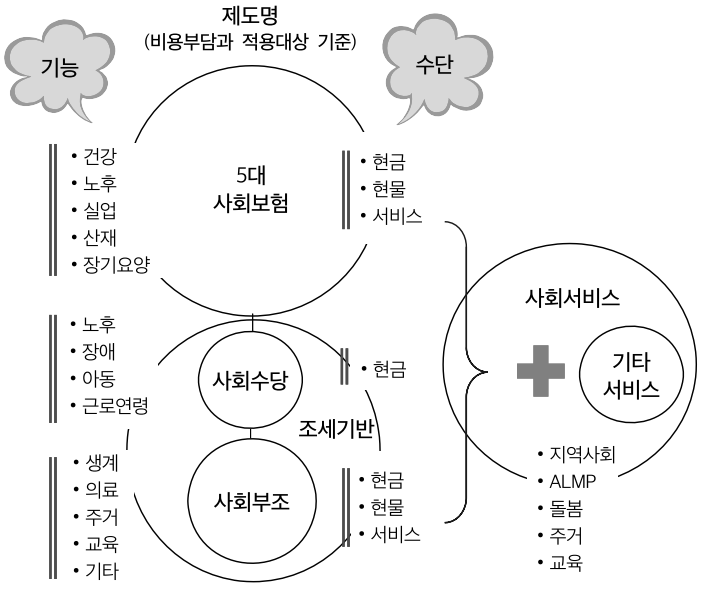
을 인식하지 못한 측면이 있지만, 개념적으로 사회보장체계를 구성하는 각 제도의 원칙에 충실하게 정립된 개념이었다. 하지만 2000년대 중반 사회서비스가 일자리 창출사업의 일환으로 포괄적으로 정의되고, 그것이 중요한 정책으로 인식되기 시작하면서 개념적 혼란이 시작된 것으로 보인다. 그것은 사회서비스가 중요한 사회보장정책 중 하나이지만, 어떠한 사회보장체계 내에 자리해야 하는지에 대한 명확한 규정 없이 각종 법률에 포함되는 방식으로 표현되었다. 그리고 2012년 〈사회보장기본법〉이 개정되면서 사회보장체계는 사회보험과 공공부조 그리고 사회서비스라는 3개의 제도로 구성되는 것으로 이해되기에 이른다.

하지만 이러한 분류체계는 사회보장제도를 비용부담과 적용대상에 따라 유형화하는 방식을 지원내용에 따른 유형화와 혼동한 것이라고 말할 수 있다. 이 점에서 서로 차원이 다른 제도를 병렬적으로 기술했다는 문제점을 안고 있다. 사회보험은 가입자의 보험료를 재원으로 하는 제도이지만 내용상으로는 현금과 현물 그리고 서비스를 포괄한다. 마찬가지로 공공부조는 조세를 재원으로 하지만 현금급여 외에도 현물과 서비스를 포괄한다. 이 점에서 사회보험과 공공부조에 사회서비스를 추가하는 방식은 사회보장제도를 이해하는 데 적절한 방식이라고 말하기 힘들다. 〈그림 2-1〉은 사회보장제도의 다양한 기능을 어떠한 제도로 보장하는지 보여주며, 그것을 보장하는 수단이 현금과 현물 그리고 서비스로 구분된다는 점을 보여준다.

사회보장제도는 ① 재원형태, ② 보장욕구, ③ 지원범위, ④ 지원내용 등을 기준으로 다양하게 유형화될 수 있다. 따라서 어떤 기준으로 유형화하는가에 따라 같은 제도라도 다르게 분류될 수 있다. 우리나라 사회보장제도의 기본구조를 이러한 기준들에 따라 설명하면 아래와 같다.

첫째, 재원의 형태와 관련해서는 가입자가 납부한 보험료를 근간으로 운영되는 제도(사회보험제도)와 조세를 근간으로 운영되는 제도(사회수당제도, 공공부조제도 등), 그리고 이용자부담금(보험료 등)과 조세가 함께 투입

〈그림 2-1〉 사회보장체계의 기본구조와 〈사회보장기본법〉에서의 개념적 혼란



되는 혼합형 제도로 구분할 수 있다. 우리나라에서 건강보험제도에서 지역가입자를 위해 조세가 투입되었던 것이 혼합형 제도의 예라고 말할 수 있다. 둘째, 보장하는 욕구에 따른 구분과 관련해서는 노령, 장애, 실업, 산재, 질병, 가족, 주거, 빈곤 등을 위한 제도로 구분할 수 있다. 그리고 이러한 욕구를 보장하기 위해서는 사회보험방식과 조세방식 그리고 혼합방식을 채택할 수 있다.

이는 각각의 욕구나 위험으로부터 국민들을 보호하기 위해 제공되는 다양한 재원과 지원내용 그리고 대상범주를 아우르는 것이다. 예를 들면, 노령인구를 위한 사회보장제도는 공적연금이나 노령수당 등의 노후소득보장제도와 관련 복지서비스를 포괄하는 것이다. 셋째, 적용대상에 따른 구분과 관련해서는 비용을 부담하는 가입자를 대상으로 하는 제도(사회보험)와 해당 인구집단 전체를 대상으로 하는 제도(사회수당) 그리고 빈곤층이나

취약계층으로 보호대상을 한정하는 제도(공공부조)로 대별할 수 있다. 넷째, 지원내용을 기준으로 구분하면, 사회보장제도는 현금급여, 현물급여, 서비스로 대별할 수 있다. 결국 사회보장제도 구조는 어떠한 기준을 선택하는가에 따라 다양한 형태와 방식으로 설명할 수 있는 것이다.

3) 한국 사회보장제도의 구성체계

〈사회보장기본법〉에 따라 한국의 사회보장제도를 구분하면, 그것은 사회보험과 사회부조 그리고 사회서비스로 구성된다. 하지만 앞서 언급한 바와 같이, 이러한 제도유형 구분은 개념적으로 엄밀하다고 말하기 어렵다. 따라서 여기서는 〈표 2-1〉과 같이 5개 범주로 구분하고, 사회서비스에 대해서는 별도로 설명하기로 하겠다.

첫째, 한국 사회보장제도 중 가장 포괄적이고 가장 지출비중이 큰 제도는 사회보험제도라고 말할 수 있다. 이는 모두 5개의 사회보험제도로 구성되며, 각기 고유한 기능이 있다. ① 공적연금은 국민연금과 특수직역연금으로 대별되며, 국민연금은 다시 직장가입자와 지역가입자로 대별된다. 공적연금제도는 미래를 위한 노후준비라고 말할 수 있다. 재원은 가입자와 고용주의 기여금(*contribution*, 보험료)으로 조성된다. ② 건강보험은 직장가입자와 지역가입자로 대별되며, 모든 시민들에 대한 의료서비스 제공을 그 목적으로 한다. 재원은 가입자와 고용주의 기여금이며, 지역가입자의 경우에는 소득과 재산 등에 포괄적으로 부과하는 방식을 취한다. ③ 고용보험은 임금근로자를 주대상으로 하며, 자영업자의 임의가입을 허용한다. 그것은 일차적으로 실직자에 대한 소득보장을 주기능으로 한다. 다만 한국의 고용보험은 일본의 제도와 유사하게 실업급여 지급 외에도 고용지원에 관한 기능을 추가한 형태로 운영된다. 재원은 마찬가지로 가입근로자와 고용주의 기여금으로 조성된다. ④ 산재보험은 전체 임금근로자를 대상으로 하며, 산재근

로자 일부에 대해서도 가입을 허용한다. 하지만 비정규직이나 비전형적 근로자의 일부를 보호하지 못하는 한계가 있다. 재원은 고용주가 부담한다. ⑤ 장기노인요양보험은 치매노인 등에 대한 돌봄서비스 제공을 주목적으로 하며, 가입자는 건강보험 가입자와 같고, 재원은 보험료와 국고지원으로 통해 조성된다. 여기서 주목해야 할 점은 한국의 사회보험제도는 임금 외에도 다양한 소득과 재산 등을 기준으로 보험료를 산정한다는 점이다.

〈표 2-1〉 한국 사회보장제도의 구조와 특징

유형	제도명		주요기능	보장범위	재원조달
사회보험	공적연금		노후대비(미래)	전 국민(직장·지역)	기여(임금·소득 기반)
	건강보험		건강보장	전 국민(직장·지역)	기여(임금·소득 기반)
	고용보험		소득보장(실직) 고용지원	전 임금근로자 자영업자(임의)	기여(임금기반)
	산재보험		소득보장(산재) 재활지원	전 임금근로자 자영업자(임의)	기여(임금기반)
	노인요양보험		요양보장(돌봄)	선별적	기여(건강보험)
사회수당	기초연금		소득보장(노인)	준보편적(70%)	조세
	아동수당		소득보장(아동)	준보편적(90%)	조세
사회부조	기초보장		소득보장(빈곤)	매우 선별적 (엄격한 선정기준)	조세
	자립지원		소득보장 (근로빈곤)	매우 선별적 (수급자 중심)	조세
사회 서비스	고용지원		취업지원 직업훈련	프로그램별 상이 선별적	조세
	교육복지		교육서비스	보편적·선별적	조세
	주거복지		주거서비스	선별적	조세
	보건의료		의료서비스	선별적	조세
	복지 서비스	노인	돌봄·생활서비스	선별적	조세
		장애인	돌봄·생활서비스	선별적	조세
		아동	돌봄서비스	보편적(보육)	조세
		가족	지원서비스	선별적	조세
조세정책	근로장려세제		근로유인 소득지원	선별적(저소득층)	조세환급
	아동장려세제		소득지원	선별적(저소득층)	조세환급

둘째, 사회수당제도는 비교적 최근, 즉 2010년대 이후 본격적으로 도입되기 시작했다. 가장 대표적인 것이 기초연금과 아동수당(도입 예정)이다. 기초연금은 전체 노인소득 하위 70%의 집단에게 지급되며, 아동수당은 전체 아동의 90%에게 지급된다. 지급대상이 해당 집단의 100%가 아니기는 하지만 준보편적 사회수당이라고 표현해도 무방하다. 그리고 사회수당의 재원은 전액 조세로 조달된다.

셋째, 사회부조제도는 사회보장제도에서 자주 언급되고 많은 관심을 받는 제도이다. 이것은 정부가 정한 엄격한 선정기준의 적용을 받는다는 점에서 잔여적 복지제도이며, 재원은 조세로 충당된다. 〈표 2-1〉에는 기초생활보장제도와 자립지원제도 두 개만 열거했지만, 현실에서는 긴급복지지원, 한부모수당, 차상위층 지원 등 많은 부조제도가 존재한다. 한국의 사회부조제도 중 기초생활보장제도는 가장 엄격한 선정기준을 적용하며, 최후의 사회안전망으로 표현되기도 한다. 선정기준은 소득인정액 기준으로 적용하며, 그 밖에도 부양의무자 기준이 적용된다. 우려되는 점은 이처럼 다양한 저소득층 대상 복지제도가 소득인정액 기준을 적용하지만, 각기 소득인정액 환산방식과 적용기준이 다르다는 문제점을 안고 있는 것이다.

넷째, 〈표 2-1〉에서 열거하는 사회서비스는 대부분 사회보험이 아니라 조세기반으로 제공되는 서비스다. 이는 생활의 다양한 영역에 걸쳐 제공되는데, 대부분이 선별적이다. 그것은 욕구를 가진 집단 중 저소득층을 대상으로 지원되기 때문이다. 이러한 이유에서 한국의 사회서비스는 잔여적 성격이 강하다고 말해도 무방하다. 그리고 사회서비스는 복지서비스 외에 고용서비스, 주거서비스, 교육서비스, 의료서비스 등 다양한 서비스를 포괄한다. 하지만 이들 사회서비스는 하나의 큰 범주하에 포괄할 대상이라기보다 각기 전문화된 서비스로 분화되어야 할 것이다. 실제로도 사회서비스로의 포괄적 범주화는 현실에서 제대로 작동하지 못할 개연성이 크다. 설사 〈사회보장기본법〉을 통해 사회서비스 범주 안에 각 서비스를 포함시켰다 해도, 실제로 개입

할 수 있는 근거는 사회보장 기본계획이나 사회보장 평가 등이며, 더 구체적으로 그것을 규율하기는 힘든 상황이다. 최근 다양한 사회서비스를 지역을 축으로 연계하려는 시도가 활발해진다는 점을 감안하면, 다양한 개별 사회서비스를 규율할 수 있는 조직과 그에 상응하는 권한부여가 필요하다.

다섯째, 근로장려세제와 같이 조세제도를 활용한 지원제도라는 점에서 전통적 사회보장제도하에서는 찾아볼 수 없는 것이다. 이 제도는 미국의 EITC 제도를 원형으로 2009년 새롭게 도입한 것으로 일정소득 이하의 취업자에게 근로장려금을 지급하는 방식으로 운영된다. 이 제도의 목적은 현재의 취업자에게는 일자리를 유지하도록 하고, 실직자에는 취업을 유인하는 것이다. 하지만 현실에서 이 제도는 저소득층 취업자에 대한 소득보장 기능이 강하다고 말할 수 있다. 그리고 〈표 2-1〉에서 그 재원을 조세환급이라고 표현했지만, 엄밀한 의미에서 근로빈곤층 대부분은 환급받을 수준의 세금을 납부하지 않는 경우가 많다는 점에서 적절하지 않다.

3. 사회보장의 행정체계

사회보장제도의 관리운영을 담당하는 행정체계는 크게 두 축으로 구성된다. 5대 사회보험제도는 3대 사회보험공단(국민연금공단, 국민건강보험공단, 근로복지공단)에서 관리운영한다. 그 밖의 공공부조, 사회서비스의 상당부분은 지방자치단체를 통해 관련행정을 담당한다.

1) 사회보험의 관리운영

사회보험 행정을 담당하는 3개 공단은 준정부기관 유형으로서, 국민건강보험공단은 위탁집행형, 국민연금공단과 근로복지공단은 기금관리형으로 분류된다. 국민건강보험과 노인장기요양보험의 운영을 담당하는 국민건강

보험공단은 6개 지역본부와 178개소의 지사를 운영 중이며, 전체 임직원은 1만 3,531명로 그 규모가 가장 크다. 국민연금보험을 운영하는 국민연금공단은 7개 지역본부와 109개 지사에 5,668명의 임직원이 근무 중이다. 근로복지공단은 산업재해보상보험과 고용보험을 관리운영하며 6개 지역본부 50개 지사에 6,099명의 임직원이 현원으로 제시된다(〈표 2-2〉 참조).

〈표 2-2〉 5대 사회보험 관리운영 기관

구분	국민건강보험공단	국민연금공단	근로복지공단
운영제도	국민건강보험 노인장기요양보험	국민연금보험	산업재해보상보험 고용보험
기관유형	준정부기관 (위탁집행형)	준정부기관 (기금관리형)	준정부기관 (기금관리형)
지역기관	지역본부 6개소 지사 178개소	지역본부 7개소 지사 109개소	지역본부 6개소 지사 50개소
임직원 현황 (2016년)	13,531명	5,668명	6,099명
주요업무	**건강보험사업** • 가입자 및 피부양자 자격관리 • 징수금의 부과, 징수 • 보험급여 관리, 급여비용 지급 및 사후관리 • 요양급여실시 현황, 건강검진결과 활용 예방사업 • 자산의 관리운영 증식, 의료시설 운영 등 **장기요양사업** • 보험가입자 및 피부양자 등의 자격관리 • 보험료 부과, 징수 • 신청인 조사, 등급판정 위원회 운영, 등급판정 • 장기요양인정서 작성, 표준장기요양이용계획서 제공 • 장기요양급여 관리, 평가 • 장기요양급여 이용 지원 • 재가·시설급여비용 심사, 지급, 특별현금급여 지급 • 장기요양급여 제공내용 확인 • 노인성질환 예방사업 • 장기요양기관 설치, 운영 등	• 가입자 기록 관리, 유지 • 연금보험료 부과 • 급여결정, 지급 • (가입자, 수급권자 등을 위한) 자금 대여, 복지시설 설치 운영 등 복지사업 • (가입자 등의) 기금증식을 위한 대여사업 • 전 국민을 위한 노후준비 서비스 사업 • (복지부 장관 위탁) 기금 관리, 운용 등	• 산업재해보상보험사업 • 고용보험 적용, 징수 • 근로자 복지증진사업 • 실업대책사업 • 임금채권보장사업 • 진폐근로자 보호업무 • 산업보건사업 (근로자 건강진단, 작업환경 측정, 보건관리 대행) • 퇴직연금사업 • 산업재해보상보험시설의 설치운영 • 재활공학 및 직업성 폐질환 연구 등

자료: 알리오(공공기관 경영정보시스템) 홈페이지 재구성.

2) 공공부조 및 사회서비스 행정[1)]

복지부문에서는 고용노동부의 고용센터와 같은 특별행정기관이 설치되지 않고, 각종 복지정책의 집행을 지방자치단체에 위임했다. 대표적으로 공공부조와 사회서비스 사업들이 이에 해당된다. 지자체를 통해 보건복지부를 비롯한 정부부처의 복지사업 중 67%, 197개 사업[2)]이 지자체를 통해 집행되는 것으로 파악된 바 있다(2013년 기준). 기본적으로 지자체의 복지행정부서는 공공부조와 사회서비스 제도를 중심으로 "정책을 기획·집행하여 제도의 대상에게 급여와 서비스가 제공되도록 하고, 이를 위한 사업이 이루어지도록 기획·관리"한다. 사회복지업무의 집행을 담당하는 지방자치단체 업무는 그 성격에 따라 크게 기획 기능과 대민서비스 기능으로 구분할 수 있다.

시·군·구(본청)에서는 사업기획 및 관리, 자원발굴 및 관리를 담당하며, 2006년부터 추진한 '시·군·구 주민생활 지원기능 강화 개편'에 따라 통합조사팀, 서비스연계팀이 신설되면서, 대상자에 대한 밀접한 접촉이 필요한 조사(자산조사, 생활실태조사, 서비스 욕구파악)를 본청에서 담당한다. 또한 서비스연계팀을 발전시킨 희망복지지원단을 운영하여 자원연계를 통한 서비스 제공을 비롯하여, 통합 사례관리를 실시한다. 읍·면·동에서는 지자체 집행업무 가운데 직접 주민을 대면하는 대부분 서비스의 접수, 상담, 서비스 연계제공, 대상자 사후관리를 담당하고, 이 밖에 사회복지와 관련해 시달되는 각종 정책대상 및 공급기관 실태조사를 수행한다. 이러한 지자체 복지행정부서 업무는 3가지 영역으로 대별할 수 있다(〈표 2-3〉 참조).

---

1) 여기서는 강혜규(2016)의 일부를 보완하여 작성하였다.

2) 전체 292개 복지사업 중 신청, 조사, 결정, 급여의 각 단계에 지자체가 하나라도 관련된 사업이다. 정부는 복지사업을 16개 부처에서 292개가 수행되는 것으로 파악하였으며, 이 중 보건복지부 사업이 128개이다(관계부처 합동, 2013. 5).

〈표 2-3〉 지자체가 담당하는 복지행정의 주요기능

주요기능			담당부서
기획		• 지역사회보장계획 수립 및 시행결과 평가 • 지자체 복지수요 및 공급실태 파악 • 지자체 자체사업 개발	• (시·군·구) 복지정책·복지기획팀
제도 집행	사업 관리	• 대상자 선정-자산조사 • 급여결정·지급-사후관리 • 복지사업기관/시설 예산집행 • 복지사업기관/시설 관리·모니터링	• (시·군·구) 기초보장, 자활지원, 장애인-노인-아동-청소년-보육 -여성-가족복지과(팀) 등 • (시·군·구) 통합조사-관리팀
	대면 서비스	• 상담(가구방문, 찾아가는 서비스) • 욕구조사 • 통합 사례관리 • 자원발굴-관리 • 복지자원 네트워킹(지역사회보장협의체 등)	• (시·군·구) 희망복지지원단
복지서비스 (비법정서비스)			• 읍·면·동 주민센터

자료: 강혜규, 2016.

첫째, 지자체 복지사업 전반을 기획하는 영역이다. 기획업무는 지자체 관할 지역의 전반적 복지수요와 공급실태를 파악하고, 이를 기반으로 하여 지역사회보장계획을 수립하며, 매년 시행결과를 평가한다. 또한 지자체의 자체사업을 개발하여 중앙정부가 주도하는 복지제도의 보충적 기능을 담당한다. 복지사업 수행기반으로서 복지시설·기관의 적정 수요공급관리, 공공-민간 복지인력의 수급관리, 역량개발 등도 주요한 업무이다.

둘째, 국가 사회보장제도, 즉 보건복지부를 비롯한 정부부처가 국고보조를 통해 집행을 위임한 각종 복지사업들을 집행하는 영역이다. 이는 크게 대상자에 대한 급여제공을 중심으로 하는 사업, 복지서비스를 제공하는 민간복지서비스기관을 지원·관리하는 사업으로 대별된다.

전자의 사업은 각 제도별 대상자의 선정, 급여결정·지급, 사후관리의 절차를 기본으로 한다. 이 과정에서 이루어지는 대상자·수요자와의 상담, 욕구조사 및 자산조사(*assessment*)는 일반행정과의 차별성을 부각하는 업무 영역이라 할 수 있다. (일반적으로) 다양한 문제와 복지욕구를 가진 수요자(*client*)는 그 다양한 문제들을 쉽게 표현하지 못하며, 복합적 복지문

제는 대체로 그 개인뿐만 아니라 가족구성원들에게도 함께 존재하기 때문에, 조심스럽고 심도 있는 상담과정을 통해 그 문제들과 문제의 구조를 포착하는 것이 복지서비스 행정의 결정적 절차가 될 수 있다. 이러한 이유로, 사회복지사 자격을 가진 '사회복지직공무원제도'의 운용이 필요하다 할 수 있다. 문제의 진단을 통해 대상자·수요자에게 필요한 해결방법을 찾는 과정 또한 전문적 업무의 일환이다. 국가제도로 제공 가능한 법정서비스뿐만 아니라, 법정서비스로 해결하기 어려운 문제에 대해서는 지역사회 자원을 발굴, 연계하는 부가적 업무를 병행해야 한다.

한편, 후자의 업무(민간복지서비스기관을 지원·관리하는 사업)는 주요 복지대상별 담당부서인 아동·청소년, 노인, 여성, 가족, 장애인 복지부서에서, 각종 중앙 및 지자체 복지사업을 (위탁) 담당하는 민간서비스기관에 사업예산을 지원하고, 기관에서 이루어지는 사업(서비스)을 지도·감독·관리하는 것이다.

셋째. 법정급여-공적 제도로 대응할 수 없는 복지문제의 해결 또한 지자체 복지행정의 주요기능으로 점차 그 중요성이 강조되고 있다. 이는 앞서 설명한 두 번째 영역의 업무와 그 절차와 세부직무상 명확한 구분이 어렵다. 다만, 법적 근거와 제도적 요건을 갖춘 공적 자원과 체계적 절차를 통해 업무가 이루어지는 것이 두 번째 대면서비스 영역의 업무라면, 통합 사례관리(혹은 서비스 연계)라는 방법으로 비법정서비스, 민간자원 발굴·연계를 통해 이루어지는 새로운 접근을 별도의 신규 업무영역으로 구분할 수 있다. 이는 특히 '상담 및 접수-조사(욕구파악)-서비스(연계) 제공-사후관리' 등 수요자를 대면(*face to face*) 하는 업무이며 공공 사회복지 전달체계의 기본적 임무를 수행하기 위한 업무와 절차로서, 휴먼 서비스(*human service*)인 사회복지 업무수행 과정에서 수요자의 체감도를 좌우할 수 있는 핵심적 과정이다. 즉, 수요자의 세밀하고 복합적인 복지욕구를 포착하고, 이에 적합한 서비스를 설계하여 제공되도록 하는 일, 이 과정에서 활용 가능한 관련 자원을

파악하고, 연계·의뢰하는 일, 서비스가 당초 계획과 의도에 따라 제공되는지 확인·점검하는 일 등이다. 보건복지부는 2011년부터 희망복지지원단을 시·군·구 본청에 설치하여 '통합 사례관리'라는 업무를 지자체 복지행정을 통해 수행하도록 하고 있으며, 이는 앞서 설명한, 복지수요자에 대한 상담, 욕구파악, 필요 서비스 설계·제공, 서비스 제공을 위한 관련기관 협력, 사후관리 등을 복합적 문제가 있는 개개인을 중심으로 문제해결이 가능할 때까지 일련의 과정으로 진행하는 접근이다.

4. 사회보장의 전달체계

여기서는 사회보험공단에서 제도의 관리운영과 급여전달까지 완결된 구조로 처리되는 사회보험 영역을 제외하고, 중앙정부와 지방자치단체가 운영하는 공공부조와 사회서비스 사업의 전달체계를 검토하고자 한다.

1) 사회보장사업의 전달체계

앞서 살펴본 바와 같이 '사회보장' 영역은 〈사회보장기본법〉상 '사회서비스'의 정의를 통해 표현되어, 복지를 비롯하여 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 영역이 포함된다. 정부가 사회보장영역으로 인지하는 정책사업은 사회보험사업을 제외하고 2015년 기준 360개였다.[3] 360개 사업 중 성인대상 사업은 196개, 아동대상 사업은 94개, 전 국민대상 사업은 70개로, 성

3) 강혜규 외(2015)의 연구에 따르면, 정부는 국가예산 및 조세지출 사회보장사업의 목록과 현황을 정리해, 기존 17개 중앙행정기관 292개 사업을 220개로 재분류하고, 새로 조사된 140개를 추가해 21개 중앙행정기관 360개 사업으로 분류한다(강혜규 외, 2015: 13).

인대상 사업이 절반 이상을 차지했다. 사회보장사업을 하는 21개 정부부처 중 보건복지부의 사업은 140개, 38.9%이며, 여성가족부의 사업은 44개, 12.2%로, 전통적으로 복지사업으로 인식되어온 사업은 절반 정도이며, 다수의 정부부처들이 국민복지를 목적으로 하는 사업들을 운영 중이다. 특히, 국가보훈처(37개, 10.3%), 고용노동부(36개, 10.0%), 교육부(21개, 5.8%)는 20개 이상의 사업이 해당된다(〈표 2-4〉 참조).

〈표 2-4〉 사회보장사업의 대상별·부처별 현황

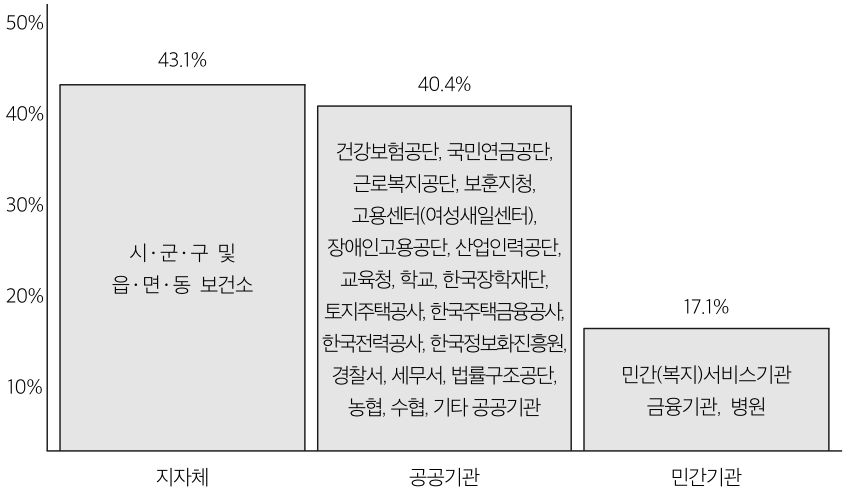
(단위: 개, %)

구분	아동		성인		전 국민 (아동 및 성인)		계	
	사업수	비율	사업수	비율	사업수	비율	사업수	비율
경찰청	1	1.1	-		-		1	0.3
고용노동부	4	4.3	32	16.3	-		36	10.0
교육부	15	16.0	5	2.6	1	1.4	21	5.8
국가보훈처	3	3.2	31	15.8	3	4.3	37	10.3
국토교통부	-		13	6.6	1	1.4	14	3.9
금융위원회	-		4	2.0	-		4	1.1
기획재정부	-		2	1.0	-		2	0.6
농림축산식품부	3	3.2	5	2.6	-		8	2.2
문화체육관광부	-		2	1.0	3	4.3	5	1.4
미래창조과학부	-		6	3.1	3	4.3	9	2.5
방송통신위원회	-		1	0.5	2	2.9	3	0.8
보건복지부	40	42.6	61	31.1	39	55.7	140	38.9
산림청	-		3	1.5	-		3	0.8
산업통상자원부	-		4	2.0	2	2.9	6	1.7
소방방재청	-		1	0.5	-		1	0.3
안전행정부	-		2	1.0	-		2	0.6
여성가족부	25	26.6	7	3.6	12	17.1	44	12.2
중소기업청	-		8	4.1	-		8	2.2
통일부	2	2.1	6	3.1	2	2.9	10	2.8
해양수산부	-		1	0.5	1	1.4	2	0.6
환경부	1	1.1	2	1.0	1	1.4	4	1.1
계	94	100.0	196	100.0	70	100.0	360	100.0

주: 2015년 사회보장사업(보건복지부 취합)을 주요대상 기준으로 아동, 성인, 전 국민(아동 및 성인 전체)으로 구분.

자료: 강혜규 외, 2015: 41 수정.

〈그림 2-2〉 사회보장사업의 전달체계 분포



자료: 강혜규 외, 2016: 456.

360개 사회보장사업(2015년 기준)의 전달체계를 신청접수기관을 중심으로 하여 검토해 보면 다음과 같다. 신청접수기관이 확인된 341개 사업을 기준으로, 지자체(시·군·구 및 읍·면·동)로 신청접수가 이루어지는 사업이 133개로 39.0%(보건소는 14개 사업, 4.1%)에 해당했다. 다음으로 공공기관인 보훈지청(36개 사업, 10.6%), 근로복지공단(16개 사업, 4.7%), 고용센터(13개 사업, 3.8%), 건강보험공단(10개 사업, 2.9%), 장애인고용공단(8개 사업, 2.3%), 학교 및 장학재단(각 7개 사업, 2.1%), 한국정보화진흥원(5개 사업, 1.5%)의 순으로, 5개 이상의 사회보장사업 신청접수를 담당했다. 또한 민간기관에 직접 신청접수하는 사업이 48개 사업(14.1%)에 달하였으며, 금융기관에 신청접수하는 사업도 8개 사업(2.3%)이었다(강혜규 외, 2016: 455~456)(〈그림 2-2〉 참조).

2) 공공 복지전달체계: 시·군·구 및 읍·면·동을 중심으로[4)]

복지전달체계를 개선하고자 하는 문제의식의 확산과 정부의 개편 노력은 지속적으로 이루어졌다. 2006년 '시·군·구 주민생활지원 기능 강화' 추진을 필두로, 사회복지통합관리망 구축(2010년), 지자체의 통합 사례관리 실시 및 희망복지지원단 운영(2010년), 지자체 복지인력의 대폭증원 추진(2011, 2013년), 읍·면·동 복지허브화 추진(2016년~)으로 이어졌다. 이와 같은 중앙정부의 정책 추진과정에서 선도적인 시·군·구와 시·도의 독자적 개선 노력은 중앙정부의 전달체계 정책방안의 일부로 반영되거나, 중앙 정책 추진과정에서 시너지 효과를 창출하였다.

그간 우리의 복지전달체계 개편은 제도의 발달수준을 감안할 때 매우 지체되었고, 읍·면·동을 본격적으로 변화시키려는 시도는 최근의 읍·면·동 복지허브화 정책이 최초라 할 수 있다. 복지담당 인력의 제약으로, 3천 6백 개에 달하는 읍·면·동의 인력 보강이 어려웠고, 그 한계는 최근 5년간 두 번의 증원 결정(2011년부터 3년간 7천 명, 박근혜 정부 때 6천 명 증원)으로 돌파구를 마련하게 되어, 최일선 창구인 읍·면·동을 중심으로 한 개편 추진이 가능했다.

〈표 2-5〉에서는 전국단위 정책으로 추진된 공공 복지전달체계 개선의 주요내용을 정리해 보았다. 첫째, 1990년대 중반부터 두 번의 시범사업(보건복지사무소·사회복지사무소)이 시행되었지만, 모든 지자체가 준수하도록 독려한 조직정비 중심의 전달체계 개선정책은 2006년 '시·군·구 주민생활 지원기능 강화'로부터 시작된다. 이는 추가 인력배치 없이, 본청과 읍·면·동의 독립적 핵심부서 운영(시·군·구: 주민생활지원군, 통합조사·관리팀, 서비스연계팀, 읍·면·동: 주민생활지원팀)을 추진한 방안이다.

---

4) 여기서는 강혜규 외(2016: 55~58)의 내용을 발췌하여 제시하였다.

특히 읍·면·동 단위로 복지업무의 독립적 운영기반을 마련하고 처음으로 공식적 업무분담을 시도했다는 점에서 의미 있는 정책이라 할 수 있다.

둘째, 사회복지통합관리망(행복e음)은 지자체 복지업무의 지원시스템을 독립적으로 구축함으로써, 보건복지부와 지자체, 지자체 간, 업무영역 간 거버넌스 개선의 단초가 된 정책이다. 복지행정 전반의 전산화, 특히 자산조사의 효율화를 추구하고 복지담당 공무원이 감축된 업무시간을 대면서비스에 활용하도록 기반을 마련한 디딤돌이 되었다고 평가할 수 있다.

이후 사회정책의 유관부문인 사회보장사업 부처로 확장적 연계시스템을 구축하게 되었고, 이 역시 사회보장사업을 운영하는 유관부처 간 행정업무의 유기적 연계를 가능하게 하는 단초라 할 수 있다.

〈표 2-5〉 지자체 복지부문 전달체계 관련 주요정책 추진내용

주요정책	세부내용
지자체 주민생활지원 기능 강화 개편 (2006~2009년)	• 복지사업 이양 등 지방화의 본격 추진(2005년 이후) • 지역사회복지계획 수립, 지역사회복지협의체 운영 등 시·군·구 중심 복지 운영기반 마련(2005년 이후) • 시·군·구 주민생활지원 기능 강화 개편(2006~2007년)
사회복지통합관리망 구축(2010년) 사회보장정보시스템 운영(2013년)	• 사회복지통합관리망 구축(2009년) • 사회보장정보시스템 구축: 16개 부처 사회보장사업의 자격수급이력 통합 데이터베이스
지자체 복지인력 증원 추진 (2011~2018년)	• 지자체 복지인력 7천 명 증원 결정(2011년) • 복지인력 6천 명 증원 추진(2013년)
통합 사례관리사업 실시 (2010년~)	• 시·군·구 서비스연계팀 '위기가구 사례관리사업' 실시(2010년) • 시·군·구 본청에 '희망복지지원단' 설치·운영(2012년) • '통합 사례관리'(지자체 중심)를 복지업무로 공식화
읍·면·동 복지허브화 추진 (2015년~)	• 국정과제로 '수요자 맞춤형 전달체계' 추진 • '동 주민센터의 복지허브화' 추진 - 읍·면·동 복지허브화 시범사업(2014년 7월~2015년) - 동을 주민복지센터로 변경 추진: 맞춤형 복지전담팀 설치 (2016년 700개, 2018년 전체 읍·면·동) • '고용복지플러스센터' 확대 추진

자료: 강혜규 외, 2016: 56.

〈표 2-6〉 지자체 복지담당 공무원 현황

구분	계[1]	시·도	시·군·구 본청	읍·면·동		2015~2017년 확충		2018년 기준 예상
계	30,170	2,427	14,079	13,664	+	4,823	=	34,993
사회복지직	15,949	633	7,079	8,237	+	3,360	=	19,309
행정직 등	14,221	1,794	7,000	5,427	+	1,463	=	15,684

주: 1) 2014년 기준 현황.
자료: 강혜규 외, 2016: 58 재구성.

셋째, 2011년부터 두 차례에 걸친 지자체 복지인력 충원 결정으로, 사회복지직 공무원은 약 2배(2011년 증원 이전 대비)의 증가가 가능하게 되었다. 사회보장위원회 9차 회의 안건자료(사회복지담당 공무원 확충 및 관리방안, 2014. 10)에 따르면, 전체 지자체의 사회복지담당 공무원은 2014년 6월 현재 시·군·구 2만 7,743명(복지직 1만 5,316명, 행정직 등 1만 2,427명), 시·도 소속 2,427명(복지직 633명, 행정직 1,794명)을 포함해 총 3만 170명이다. 이에 따르면 전체 지자체 일반직 공무원(25만 4,593명) 중 사회복지담당 공무원은 11.8%, 사회복지직은 6.2%에 해당하는 것으로 제시되었다(사회보장위원회, 2013: 8~9). 더불어 추가확충 예정 인력이 2018년까지 증원될 경우, 총 사회복지담당 인력은 3만 5천 명, 사회복지직 공무원은 2만 명 수준에 이르게 된다(〈표 2-6〉 참조).

이와 같은 인력증원은 특히 3천 6백 개소에 달하는 읍·면·동 주민센터에 다수의 인력확충을 가능하게 하여, 읍·면·동을 중심으로 한 전달체계 개선 대책들을 추진하는 계기가 되었다. 즉, 그간에는 읍·면·동의 복지업무 과부하('깔때기 현상')로 1~2명의 사회복지직 공무원이 찾아가는 서비스를 위한 외근이 어렵고, 여유로운 상담, 자원개발 등의 서비스 업무가 어려웠으나, 인력이 충원됨에 따라 최일선 접점에 요구되던 전달체계 개선 사항의 반영이 가능하게 된 것이다.

넷째, 희망복지지원단의 운영과 통합 사례관리사업의 실시는 '읍·면·

동에서의 초기상담-자산(생활실태)조사-급여지급-사후변동 관리'를 중심으로 하던 지자체 복지행정부서의 관행적 업무수행 절차를 혁신할 계기가 될 것으로 보인다. 즉, 그간의 복지행정에서는 국가 사회보장사업의 '대상자'를 중심으로 이러한 절차의 집행업무를 수행했는데, 이제는 '수요자'의 다양한 복지욕구·문제에서 출발하여 필요한 서비스를 찾고, 그 서비스를 기존 공공제도를 넘어 민간자원에서 발굴·연계하는 탄력적 대응시스템을 갖추게 된 것이다. 현재까지는 지자체 내 적절한 수행인력과 구조의 문제, 민간과의 역할범위 문제 등 논란 속에 발전방안이 모색되고 있으며, 이를 기반으로 2013년 정부는 읍·면·동 복지허브화를 추진할 수 있었던 것으로 판단된다.

다섯째, 정부는 국정과제인 '국민중심의 맞춤형 복지전달체계 구축'을 위해 '읍·면·동 복지허브화 시범사업'(2014.7~2015.12)을 거쳐, 2016년 5월 30개 시·군·구와 33개 읍·면·동을 시작으로 2018년 말까지 전체 읍·면·동을 '행정복지센터'로 복지기능을 강화하는 계획을 발표하였다.

정부의 읍·면·동 복지허브화 모형은 3명 이상 인력으로 '맞춤형 복지팀'을 신설하여, 가정방문상담 및 개인별 맞춤형 복지서비스 제공을 전담하도록 함으로써, '서비스별 분리 처리, 내방민원 중심 대응, 공공자원 위주 제공'의 기존 복지행정 방식을 바꿔 '개인별 맞춤형 통합서비스, 찾아가는 서비스, 민간자원 연계제공'으로 복지기능을 강화한다는 것이다.

다음은 최근의 읍·면·동 복지허브화 추진현황을 더욱 구체적으로 살펴보고자 한다. 2016년 7월 1일부터 본격 시행되는 읍·면·동 복지허브화에 따라 읍·면·동에 맞춤형 복지팀 등 조직의 신설과 인력 보강이 추진되고 있다. 읍·면·동 복지허브화란 "읍·면·동에서 전문 복지인력이 주민 네트워크를 기반으로 민관협력, 지역복지 자원의 발굴 연계를 통해 복지대상자의 복지체감도를 제고하기 위해 촘촘한 사회안전망을 구축하는 것"이다(2016년 읍·면·동 맞춤형 복지팀 업무 매뉴얼). 즉, "읍·면·동의 복지공무

원이 직접 주민을 찾아가 상담하고 주민 개개인에게 맞춤형 통합서비스를 제공하는 것"이라 설명한다(보건복지부 보도자료, 2016. 7. 6).

읍·면·동 복지허브화에 따라 맞춤형 복지팀의 신설과 그에 따른 인력 배치가 이루어지며, 2016년 말까지 624개 읍·면·동에 맞춤형 복지팀이 설치될 예정이다. 맞춤형 복지팀을 개별 읍·면·동에 설치하는 모형을 기본형, 중심동에 설치하는 모형을 권역형으로 구분하며, 그 업무는 복지사각지대 발굴, 찾아가는 복지상담, 읍·면·동 통합 사례관리, 민관협력 활성화(지역사회보장협의체 운영 및 자원관리) 등이다. 맞춤형 복지팀은 복지업무 경력자로 팀장 포함 3명 이상으로 구성하도록 하며 별도 팀 신설이 원칙이나 지자체 여건에 맞게 팀을 구성할 수 있도록 하였다.

그리고 행정자치부에서는 읍·면·동 대민서비스 전문성 강화를 위하여 복지경력자 읍·면·동장 임용목표제와 통합 사례관리 등 전문직위 지정에 관한 인사운영 가이드라인을 제시한 바 있다(행정자치부, 2016). 복지경력자 읍·면·동장 임용목표제는 2018년까지 최소 1개 시·군·구에 1명의 복지경력자 읍·면·동장을 임용한다는 것이며, 복지경력자라 함은 3년 이상 복지업무 경력자이거나 사회복지직인 경우를 말한다. 전문직위 제도는 전문성이 요구되는 직위를 지정, 3년 이상 재직하도록 하고, 경력평점과 수당 등에서 우대하는 것을 말하는데, 지자체에서 통합 사례관리, 통합조사·관리 등 복지업무 담당직위를 지정하도록 독려한다.

당초 취지에 따른 변화는 인력의 적정규모 확보, 새로운 업무에 대한 전문적 역량개발, 복지부문의 전문적 업무수행을 가능하게 할 읍·면·동 근무자의 인식, 근무환경 등 입체적 선행여건이 마련될 때 가능할 것이다. 하지만 이와 같은 읍·면·동 복지허브화 추진은 읍·면·동 복지업무를 급여관리 행정에서 대면서비스 중심으로 그 비중을 바꿔, 전체 복지행정의 방향 전환을 가능하게 할 것으로 예상된다.

■ 참고문헌

국내 문헌

강혜규(2016). “지방자치단체의 주민복지기능 실태와 과제”. 〈지방행정〉, 6월호, 16~19.

강혜규 외(2016). 《사회보장부문의 서비스 전달체계 연구: 맞춤형 서비스를 위한 통합성 분석을 중심으로》. 서울: 한국보건사회연구원.

사회보장위원회(2013). 제9차 회의 안건자료, 8~9.

이호근(2012). “사회보장법 총론의 가능성”. 〈사회보장법학〉, 1권 1호, 51~119.

전광석(2015). “사회보장재정의 규범적 논의구조”. 〈사회보장법학〉, 4권 1호, 5~53.

03
경제여건과 소득분배구조

1. 머리말

경제, 노동, 소득분배는 전혀 다른 영역처럼 보일 수 있지만, 사실은 매우 밀접하게 연결되어 있다. 1차 노동시장에서 소득배분이 어떻게 되느냐에 따라 2차 소득분배 상태가 결정된다. 예컨대 노동시장에서 실업자가 많고 이중구조가 심화될 경우, 소득분배는 나빠지고 복지의 역할과 부담은 증가된다. 이를 두고 일부 학자들은 노동이 '본'(本)이라면 복지는 '말'(末)의 성격을 지닌다고 한다. 한편, 노동시장은 경제정책에 많은 영향을 받는다. 경제정책 기조가 이윤주도 성장(*profit-led growth*)일 경우 노동시장은 실업자가 많아지고, 이중구조는 심화될 수 있다. 이러한 점을 감안하여 이 장에서는 사회보장제도에 영향을 미치는 경제와 노동에 대해 이 장의 2와 이 장의 3으로 나누어 살펴보고, 소득분배의 상태에 대해서는 이 장의 4에서 기술하고자 한다.

2. 경 제

1) 경제성장률 추이 및 전망

우리나라의 경제는 '한강의 기적'이라고 불릴 정도로 고도성장을 하였다. 1981년부터 1997년까지 연평균 GDP 성장률은 9%를 초과하였다. 그러다가 1997년 IMF 외환위기(IMF 경제위기) 이후 10년간 연평균 성장률은 6.1%로 하락했으며, 2008년 글로벌 경제위기 이후에는 3.1%대로 크게 하락하였다. 약간 각도를 달리하여 10년 단위로 살펴보면, 경제개발계획과 함께 산업화가 시작되었던 1960년대는 수출진흥정책에 힘입어 평균 7.69%의 경제성장률을 달성했다. 1970년대는 중화학공업 육성 등 정부 주도의 공업화가 가속화되면서 10.12%라는 평균성장률을 기록했다. 금융자율화와 대외개방의 확대가 이뤄지기 시작한 1980년대는 평균 8.64%의 경제성장률을 보이며, 고도성장 가도를 지속했다(〈표 3-1〉 참조).

하지만, 1997년 외환위기 이후 소비와 투자 부진이 동시에 나타나면서 성장률 또한 둔화되었다. 1997년 외환위기 이후 실질임금 증가가 둔화되고 국민소득 대비 가계소득이 차지하는 비중이 급속하게 감소한 반면 기업의 이윤 몫은 증가하였다. 가계소득의 위축으로 소비여력이 약화되었고 부채를 통해 생계를 유지하는 가계가 늘어났다.

〈표 3-1〉 1980년대 이후 주요 거시경제 지표 추이

(단위: %)

구분	1981~1986년	1987~1997년	1999~2007년	2008~2015년
GDP 증가율	9.7	8.8	6.1	3.1
민간소비 증가율	7.6	8.4	5.5	2.1
민간투자 증가율	10.4	12.5	5.8	2.4
수출 증가율	13.7	12.8	12.0	5.9
수입 증가율	8.1	14.1	12.5	4.6

자료: 홍장표, 2017; 김미곤 외, 2017.

〈표 3-2〉 최종수요 항목별 구성비 추이

(단위: %)

구분	민간소비	정부소비	투자	수출
1990년	41.0	7.7	28.9	22.5
1995년	40.3	7.5	29.6	22.6
2000년	42.0	7.3	22.4	28.2
2005년	39.3	10.1	21.6	29.0
2010년	35.0	10.1	19.7	35.1
2012년	32.2	10.0	19.5	38.3
일본 (2005년)	50.1	16.2	20.5	13.2

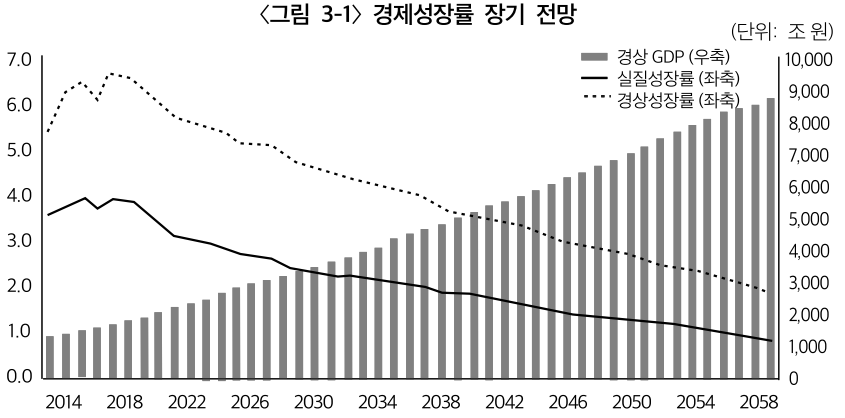
자료: 한국은행, 2013; 홍장표, 2017 재인용.

이후 2008년 글로벌 금융위기를 거치면서 수출 증가세가 둔화되면서 경제성장률이 더욱 둔화되는 저성장 국면에 직면하게 되었다. 그 결과, 한국경제는 대외적으로 세계경제의 불안정성에 노출되고, 대내적으로 저성장과 소득불평등이 심화되는 이중고를 겪고 있다.

1997년 외환위기 이후 한국경제는 제조업 대기업들이 선도하는 수출경제로 지탱해왔다. 〈표 3-2〉에서 보여 주듯이 2000년 이후 총수요에서 수출이 차지하는 비중은 증가했지만, 민간소비 비중은 지속적으로 감소하였다. 2010년부터는 급기야 수출이 민간소비를 앞지르는 상황이 벌어졌다. 2000년대 이후 수출 대기업은 꾸준히 성장했지만, 가계소득 증가가 둔화되어 GDP에서 수출이 차지하는 비중이 과도하게 커졌다. 이는 일본의 경우 총수요에서 내수가 50.1%를 차지하고 수출은 13.2%에 불과한 것과 대비되는데, 한국경제의 수출의존도가 지나치게 높음을 알 수 있다(홍장표, 2017).

이런 상황에서 2008년 글로벌 경제위기 발발 이후 세계적 경제불황의 장기화로 세계적 수요의 감소가 한국경제에 커다란 위기요인으로 작용했다. 세계수요의 감소로 수출이 급감했고 경제성장률이 낮아졌다. 우리나라처럼 수출의존도가 높은 경제일수록 대외적 불확실성과 충격에 더 크게 노출된다. 국민경제의 높은 대외의존도는 경제정책의 자율성을 떨어뜨리고, 세계시장

〈그림 3-1〉 경제성장률 장기 전망



자료: 국회예산정책처, 2014: 13.

에서 비용경쟁력을 유지하도록 실질임금 상승을 억제하는 압력이 높인다. 그리고 둔화된 가계소득 증가는 결국 내수시장을 위축시키는 결과를 초래한다.

하향추세를 보이고 있는 한국경제 성장률은 반전이 가능할까? 경제성장률은 저출산・고령화 심화, 제조업 경쟁력 저하 등의 요인 때문에 중장기적으로 하향추세를 보일 것으로 전망된다. 국회예산정책처는 2014년 〈2014~2060년 장기 재정전망〉 보고서에서 우리나라의 경제성장률은 2020년대 2%대에서 2030년 후반에는 1%대로 진입할 것으로 추정했다(〈그림 3-1〉 참조). 성장잠재력 하락은 노동시장에서의 일차소득 확보에 어려움을 가중시킬 가능성을 높인다는 점에서, 그리고 '지속가능한 복지국가'의 근간이 되는 재정 확보에 어려움을 가중시킬 위험을 증가시킨다는 점 때문에 문제점으로 지적된다. 그러므로 그간의 경제성장 패러다임에 대한 근본적 재검토가 필요할 것으로 판단된다.[1)]

1) 홍장표 교수 등은 그동안의 이윤주도 성장의 한계 등을 지적하면서 신성장 패러다임으로서 소득주도 성장(*income-led growth*)을 주장한다. 주장의 논거로 가계소비의 국민경제 파급효과가 수출, 투자보다 크고(한국은행, 2013), 소비의 취업유발계수가 10억 원당 15.5명으로 수출보다 약 2배 높고, 소비의 부가가치유발계수가 0.785로 나타나서, 투자 0.733, 수출 0.514보다 크다는 사실을 제시한다(홍장표, 2016).

2) 부 채

가계부채와 국가채무 증가는 잠재성장률 저하와 함께 경제적 불안정성을 가중시키는 요인이다. 특히, 가계부채 문제는 민간소비에 국한되지 않고 국가경제 전체의 가장 큰 위험요인 중 하나로 평가된다(국회예산정책처 2015: 9~10). 2016년 3분기 현재 가계부채는 민간사채 등을 제외하고도 1,290조 원을 넘어섰으며(한국은행, 2017), 2016년 말에는 약 1,300조 원에 이를 것으로 추정된다. 소득하위 20% 가구의 가처분소득 대비 원리금 상환액 비율은 2012년 45.3%에서 2014년 68.7%로 23.4%p 증가하였으며, 전체 가구의 원리금 상환액 비율도 22.3%에서 26.9%로 4.6%p 증가하였다(통계청, 2017). 원리금상환능력 약화는 가계부실 위험성을 증가시키므로 사회 안정성을 높이고, 사회보장 부담을 줄인다는 측면에서도 적절한 부채관리가 필요할 것으로 판단된다.

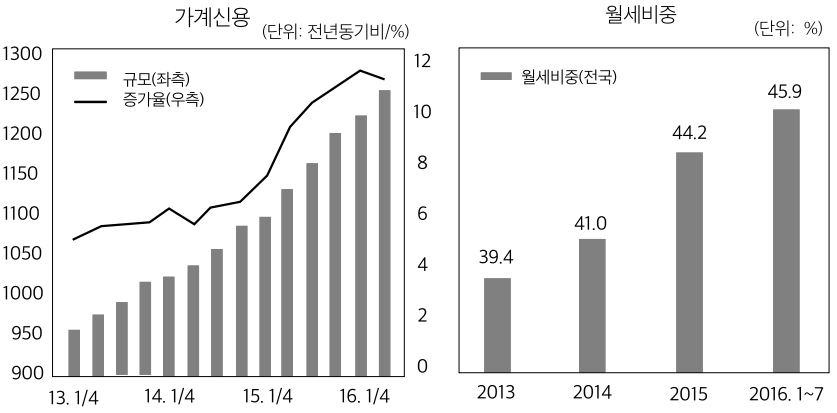
가계부채의 증가는 다양한 요인에 의해 나타나지만, 우리나라의 경우 거주주택 마련을 위한 대출이 가장 높은 비율을 차지한다. 거주주택 마련을 위한 부채도 주택가격 하락이나, 금리인상 시 가계부실 위험이 증가되지만, 복지와 관련하여 가장 문제가 되는 것은 전세가격 급등과 전세의 월세 전환율 증가 때문에 발생한 부채 증가 부분이다. 전세가격이 급등할 경우 저소득층은 부채로 전세금을 마련하여 전세를 유지하거나, 월세로 이주할 수밖에 없다. 점유형태를 전세에서 월세로 전환하는 경우 주거비 지출부담 증가를 초래하여, 일부 가구는 신용대출을 받게 된다.

2006년과 2016년을 비교해 보면, 자가거주 비율은 약간 증가하였다(55.6% →56.8%). 반면, 전세거주 비율은 2006년 22.4%에서 2016년 15.5%로 큰 폭으로 감소했다(통계청 KOSIS, 2018.6.14). 또한 임차가구 중 월세거주자 비중은 지속적으로 증가하여 2016년 7월 기준 약 46%에 이르렀다. 낮은 이자율, 집값의 상대적 안정세, 인구구조 등을 감안하면 향

후 전세의 월세 전환은 지속적으로 이루어질 것으로 판단되고, 이로 인한 복지수요 증가도 나타날 것으로 판단된다(〈그림 3-2〉 참조).

우리나라의 국가채무(D1)는 그간 상대적으로 양호한 수준이었다. 그러나 국가채무는 2000년대 들어 지속적으로 증가하고 있다. 2000년 111.2조 원(GDP 대비 17.5%)에서 2013년에는 489.8조 원(GDP 대비 34.3%) 수준으로 증가했으며, 2018년까지 지속적으로 증가할 것으로 추계된다(〈표 3-3〉 참조).

〈그림 3-2〉 가계신용과 임차가구 중 월세거주자 비중



자료: 1) 가계신용: 한국은행, 2017.
2) 월세비중: 통계청, 2017.

〈표 3-3〉 국가채무 추이

(단위: 조 원, %)

구분	2000년	2005년	2010년	2013년	2014년	2015년	2018년
국가채무 (GDP 대비, %)	111.2 (17.5)	247.9 (27.0)	392.2 (31.0)	489.8 (34.3)	527 (35.1)	570.1 (35.7)	691.6 (36.3)
중앙정부	100.9	238.8	373.8	464	499.5	544.6	669.5
지방정부 순채무	10.2	9.2	18.4	25.7	27.4	25.5	22.2
적자성 채무	42	100.8	193.3	253.1	282.7	314.2	400.2
금융성 채무	69.1	147.1	199	236.7	244.3	255.9	291.4

주: 1) 2014년 이후는 2014~2018년 국가채무관리계획의 전망 수치.
2) 지방정부 순채무는 전체 채무 중 중앙정부에 대한 채무는 제외.
자료: 기획재정부, e-나라 지표. 2014. 11. 9 인출.

3. 노동

1) 일자리 양

노동시장 문제는 곧 일자리 양과 일자리 질의 문제다. 여기서는 먼저 일자리 양에 대해 살펴보고자 한다. 일자리 수급상황, 즉 일자리 양의 문제는 인구구조, 기술발전에 따른 산업구조 변화 등에 많은 영향을 받는다. 우리나라의 경우 2000년 이후 현재까지 15세 이상 경제활동인구는 계속 증가하는 추세다. 반면, 15~64세 생산가능인구 수는 2016년에 3,704만 명으로 정점에 도달한 후[2] 지속적으로 감소될 전망이다. 경제활동참가율은 2000년 이후 거의 변동 없이 60% 초반 대에 머물고 있다. 한편, 마의 60%선이라 불리던 고용률은 2014년 이후 60%를 웃도는 수준에 머물고 있다(〈표 3-4〉 참조).

〈표 3-4〉 주요 고용지표의 추이

구분	2000년	2005년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
15세 이상 인구 (천 명)	36,192	38,120	40,825	41,387	41,857	42,304	42,795	43,239	43,606
경제활동인구 (천 명)	22,151	23,718	24,956	25,389	25,781	26,108	26,836	27,153	27,418
취업자 (천 명)	21,173	22,831	24,033	24,527	24,955	25,299	25,897	26,178	26,409
실업자 (천 명)	978	887	924	863	826	808	939	976	1,009
비경제활동인구 (천 명)	14,041	14,401	15,868	15,998	16,076	16,196	15,959	16,086	16,187
경제활동참가율 (%)	61.2	62.2	61.1	61.3	61.6	61.7	62.7	62.8	62.9
실업률(%)	4.4	3.7	3.7	3.4	3.2	3.1	3.5	3.6	3.7
고용률(%)	58.5	59.9	58.9	59.3	59.6	59.8	60.5	60.5	60.6

자료: 통계청. KOSIS. 2018. 6. 14 인출.

2) 생산가능인구 비중은 2012년에 73.1%로 이미 정점에 도달했다.

3%대 중후반을 기록하는 최근의 실업률은 다른 나라에 비하여 낮은 수준이다. 그러나 청년실업률은 10%에 육박했고, 체감 실업률은 20%대를 기록하고 있다. 따라서 자식을 둔 부모의 주된 관심사 중의 하나는 '우리나라의 일자리 수요 공급이 언제 균형을 이룰 것인가?'이다. 인구구조, 고용률, 잠재성장률, 1% 경제성장 시 창출되는 일자리 수 등을 감안하여, 일자리 수급을 분석한 자료들의 대부분은 2020년대 초반까지 일자리 부족, 2030년대 중반 이후 인력부족을 전망한다. 이는 잠재성장률이 하락하고 있고, 자동화의 진전 등으로 성장을 해도 일자리가 충분히 늘지 않는 이른바 '고용 없는 성장' 현상이 나타나고 있고, 여기에 더하여 대학졸업 후 노동시장으로 진입하는 25~29세 인구가 2021년까지 증가하는 추세이기 때문이다. 따라서 누적 실업자 등을 감안하면 2020년 중반까지는 이른바 '88만 원 세대'로 대표되는 청년 실업의 문제는 해결되기 어려울 수도 있다.

일자리 양을 언급할 때 4차 산업혁명을 언급하지 않을 수 없다. 과거 1~3차 산업혁명에서 일자리가 감소할 것이라는 우려가 있었지만 결과는 증가하였다. 이러한 연장선상에서 4차 산업혁명에서도 일자리가 증가할 것이라는 일부 의견도 있다. 그러나 4차 산업혁명에서는 새로운 일자리가 창출되기도 하지만, 창출되는 일자리보다 더 많은 저숙련 노동자의 일자리가 감소되리라는 것이 주류 의견이다.

예컨대, 2016년 1월 개최된 세계경제포럼(WEF)은 〈고용의 미래〉(*The Future of Jobs*) 보고서에서 로봇이 일자리를 대체함으로써 향후 5년 동안 전 세계적으로 약 510만 개의 일자리가 사라질 것으로 예측하였다. 더 나아가 저명한 미래학자인 토머스 프레이(Thomas Frey)는 2030년까지 전 세계적으로 20억 개의 일자리가 사라질 것이라고 예상했다. 한편, 레이 커즈와일(Ray Kurzweil)은 그의 저서 《특이점(*singularity*)이 온다》에서 2045년경에 인공지능이 인간지능을 앞서는 특이점에 도달한다고 주장했다. 인공지능의 발달은 매뉴얼 잡의 자동화로 이어져 일자리 부족 현상을 야기한다는 것이다.

2) 노동시장 질

우리나라 노동시장의 질을 읽는 키워드는 이중구조이다. 대기업과 중소기업, 정규직과 비정규직, 여성과 남성, 대졸과 고졸, 원청과 하청 간에 임금격차가 심하다. 통계청(2016)에 따르면 300인 이상 대기업 상시근로자의 월평균 임금이 501.7만 원인 반면에, 5~299인 중소기업 상시근로자의 월평균 임금은 311.3만 원이다. 문제는 이러한 이중구조가 고착화 내지 더 심화되고 있다는 점이다. 예컨대, 대기업과 중소기업 간의 임금비율이 1987년 IMF 외환외기 이후 80% 수준에서 62.6%로 하락하였다.

비정규직의 비율은 미미하게 감소하는 추세다. 2010년 3월 전체 임금근로자 중 33.1%를 차지하던 비정규직 비율이 2016년 3월에는 32.0%로 1.1%p 감소한 것으로 나타났다. 그러나 비정규직 노동자수는 오히려 늘었는데, 시간제 노동자수의 증가가 주요인이다. 이 기간 동안 시간제 근로자수는 152만 5천 명에서 222만 6천 명으로 70만 1천 명 증가했다(〈표 3-5〉 참조). 비정규직 비율은 비정규직 정규직화 등의 정책으로 단기에는 개선될 수 있으나, 기술발전에 따른 산업구조의 변화, 4차 산업혁명 등에 따른 일자리의 감소 등을 감안하면 중기적으로는 개선의 여지가 낮을 것으로 판단된다.

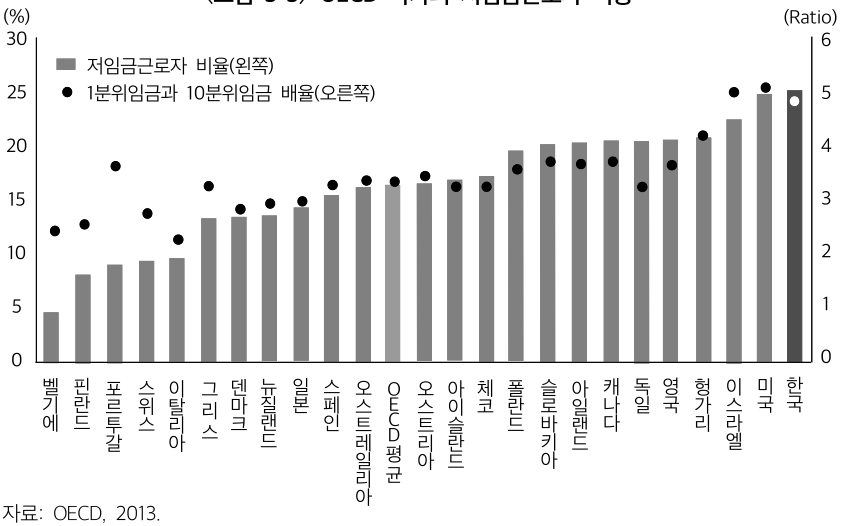
〈표 3-5〉 비정규직 변화추이

(단위: 천 명, %)

구분	2010년 3월	2011년 3월	2012년 3월	2013년 3월	2014년 3월	2015년 3월	2016년 3월
임금근로자	16,617	17,065	17,421	17,743	18,397	18,799	19,359
정규직	11,119	11,294	11,612	12,012	12,486	12,787	13,168
비정규직	5,498	5,771	5,809	5,732	5,911	6,012	6,191
- 한시적	3,202	3,370	3,394	3,331	3,401	3,417	3,589
- 시간제	1,525	1,532	1,701	1,757	1,917	2,091	2,226
- 비전형	2,178	2,311	2,260	2,208	2,151	2,148	2,159
임금근로자	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
정규직	66.9	66.2	66.7	67.7	67.9	68.0	68.0
비정규직	33.1	33.8	33.3	32.3	32.1	32.0	32.0

자료: 통계청, 2017.

〈그림 3-3〉 OECD 국가의 저임금근로자 비중



자료: OECD, 2013.

일자리의 양극화가 진행되면서 저임금근로자(중위임금이 2/3 미만) 비율은 미국 24.9%, 한국 23.7%로 나타나 OECD 국가 중 미국 다음으로 높은 수준이다(e-나라지표, 2016). 1분위임금과 10분위임금의 배율은 4.85배로 미국과 이스라엘에 이어 세 번째로 높은 격차를 보여준다(〈그림 3-3〉 참조).

기술의 발전은 일자리 양뿐만 아니라 질에도 영향을 미친다. 정보통신기술(ICT)의 발전으로 노동시장에서는 전통적인 '사용자-근로자' 고용형태가 아닌 '다수의 사용자-무소속 다수 근로자 간의 경쟁'〔예: 긱(*gig*) 노동자〕 형태의 플랫폼 노동이 증가한다. 여기에 종사하는 프레카리아트(*precariat*)들은 대부분은 연금·고용·산재보험의 사각지대에 놓이게 된다.

근로형태별 사회보험가입률을 살펴보면, 비정규직의 사회보험가입률은 2016년 8월 현재 정규직의 절반 이하이고, 건강보험을 제외하면 연도별로 감소하는 추세를 보였다(〈표 3-6〉 참조). 이러한 추세는 ICT 등의 기술의 발전으로 플랫폼 노동자인 프레카리아트 등이 증가될 가능성이 높으므로 정책적 개입이 없는 한 비정규직의 사회보험가입률은 낮아질 가능성이 높다.

〈표 3-6〉 근로형태별 임금근로자의 사회보험가입률

(단위: %)

근로형태별	2014년 8월			2016년 8월		
	국민연금 (직장가입자)	건강보험 (직장가입자)	고용보험	국민연금 (직장가입자)	건강보험 (직장가입자)	고용보험
임금근로자	67.9	71.4	68.8	67.6	72.6	69.6
정규직	82.1	84.1	82.0	82.9	86.2	84.1
비정규직	38.4	44.7	43.8	36.3	44.8	42.8
- 한시적	56.0	65.3	62.8	53.1	65.1	60.9
- 기간제	58.5	69.3	66.0	55.3	69.0	63.8
- 비기간제	47.1	51.1	51.3	44.3	49.2	49.6
- 시간제	14.6	17.8	19.6	15.3	19.3	20.9
- 비전형	21.8	31.2	29.2	19.9	32.6	29.2

자료: 통계청. KOSIS, 2017. 2. 28 인출.

결국 근로 시기 삶의 불안정이 노후빈곤으로 이어지는 '이중차별의 문제'에 직면하게 될 가능성이 높아진다. 복지제도가 제2차 산업혁명의 부작용을 부분적으로 치유하는 데 기여했음은 부인할 수 없다. 그러나 봄옷을 겨울에 입을 수 없듯이, 2차 산업혁명(봄)의 문제점을 해결하기 위해 태어난 근대적 복지제도로는 4차 산업혁명(겨울)을 맞이하기에 한계가 존재한다. 월가시위(*Occupy Wall Street*), 헬조선 등이 이를 대변한다. 그러므로 노동시장과 복지제도 간의 부정합성(*mismatching*)을 바로잡는 것도 우리에게 주어진 과제 중 하나다.

4. 소득분배

1) 빈곤 및 불평등 추이

빈곤문제를 해결하고자 하는 노력은 비록 그 양상과 정도는 다를지라도 어느 시대, 어느 사회에서나 지속되었다. 인류 역사에서 치자(治者)의 주요 관심 영역 중의 하나가 빈곤문제 해결이었음이 이를 반증한다. 빈곤과 함께 이 글의 또 다른 주요 관심사인 불평등은 먼 옛날 농경문화가 시작되고, 사유재산제가 정착되어, 청동기가 사용될 때 발생하였을 것으로 추론된다. 그러나 불평등의 문제는 한동안 빈곤문제만큼 사회문제로 인식되지 못했다. 이는 사회적·정치적 불평등을 민초들이 숙명으로 받아들인 측면이 없지 않았을 것으로 판단된다. 숙명의 문제에서 사회문제로 인식하는 계기를 제공한 불후의 명작 중 하나가 루소의 《인간 불평등 기원론》(1755년)이다.[3]

빈곤과 불평등이 숙명이 아니라 극복해야 할 사회문제라면, 인류는 이를 해결하여야 한다. 하지만, 루소의 표현을 빌리면 '불평등이 사유재산제와 사회체제에 기인'하므로 전제조건이 해결되지 않으면, 해결이 어려운 과제이다. 또한 생산력이 발달된 사회의 빈곤문제는 불평등과 관련되어 해결이 어렵다. 농업혁명, 산업혁명 이후 생산력의 증가와 치자의 부단한 노력에도 불구하고 오늘날까지 해결되지 않고 있는 현실에서 우리는 이를 확인할 수 있다. 결국 이들 문제는 극복하여야 할 대상이지만 쉽게 해결되지 않는 난제에 속한다고 볼 수 있다.

---

3) "나는 인류에게 두 가지 불평등이 있다고 생각한다. 그 하나는 자연적 또는 신체적 불평등이다. 이것은 자연에 의해 정해진 것으로 연령이나 건강이나 체력의 차이와 정신 혹은 영혼의 질적 차이에서 오는 것이다. 또 하나는 일종의 약속에 의존하여 사람들의 합의에 의해 정해지거나 적어도 허용되는 것이므로 이것을 사회적 또는 정치적 불평등이라고 할 수 있다."(《인간 불평등 기원론》 중에서)

〈표 3-7〉 1990년 이전의 절대빈곤 추이

구분	빈곤인구(천 명)			빈곤율(빈곤인구/전체인구, %)		
	전국	도시	농촌	전국	도시	농촌
1965년	11,769	4,244	7,505	40.9	54.9	35.8
1976년	5,198	3,072	2,216	14.8	18.1	11.7
1980년	3,644	2,250	1,394	9.8	10.4	9.0
1990년	3,656	1,110[1)] 761[2)]	1,785	8.3	5.5[1)] 6.7[2)]	14.3

주 1) 대도시 2) 중소도시

자료: 1) 1996~1980년: 서상목 외, 1981.

2) 1990년: 정복란·김미곤 외, 1990.

우리나라의 경우 1960년대 이후 고도 경제성장의 결과로 1965년 40.9%에 이르던 빈곤율이 1976년에는 14.8%로 감소하고, 1980년에는 다시 9.8%로 감소했다(서상목 외, 1981). 1980년대에는 사회경제적 혼란이 있었지만 1990년의 빈곤율은 8.3%로 추정되며(정복란·김미곤 외, 1990), 1990년대 중반의 빈곤관련 지표들은 자료상 한계는 있지만 적어도 외형적 수치로는 선진국과 비슷하거나 낮은 수준을 유지했다(〈표 3-7〉 참조). 이러한 결과에서 우리는 같은 기간 동안의 경제성장이 빈곤감소에 긍정적 영향을 준 사실을 확인할 수 있다.

1997년 말에 시작된 IMF 경제위기는 빈곤인구를 양산하고 각종 사회병리 현상과 사회양극화를 초래하는 계기가 되었다. 경제위기 이후 빈곤율, 빈곤갭, 센지수 등 빈곤관련 지표들은 1999년에 최악의 수준에 도달한 후 약간씩 개선되다가, 2003년부터 다시 악화되어 2009년에 정점에 도달한 후 최근 횡보 또는 약간씩 개선되는 모습을 보였었다. 하지만 2016년 다시 악화되는 모습을 보인다(〈표 3-8〉 참조). 여기서 주목하여야 할 사실은 같은 기간 동안에 1인당 GDP는 크게 증가했지만, 절대빈곤율과 상대빈곤율은 1990년 중반보다 더 높은 수준을 유지하고 있다는 점이다. 이는 과거와는 달리 경제성장이 빈곤율 감소로 이어지는 낙수효과(*trickle down effect*)가 사라졌음을 의미한다.[4] 과거 아궁이에 가까운 아랫목이 따뜻해지면 아궁

이에서 먼 윗목까지 따뜻해지던 사회에서, 이제는 아랫목이 쩔쩔 끓어도 윗목은 냉골인 사회에 우리가 살고 있음을 보여준다.

다음에는 불평등 추이에 대해 살펴보자. 불평등 지표로는 소득점유율, 지니계수, 엔트로피 지수, 앳킨슨 지수 등이 있다. 여기서는 일반적으로 가장 많이 사용되는 지니계수를 이용해 불평등 추이를 확인하면서, 아울러 국가의 정책 개입 정도를 살펴보겠다. 지니계수는 좀 복잡한 과정을 거쳐 계산되나, 0과 1 사이의 값을 가진다. 모든 사람들이 동일한 소득이나 재산을 가질 경우 0의 값을, 한 사람이 다 가지고 다른 사람들은 전혀 가지지 못할 경우 1의 값을 갖는다. 그러므로 1에 가까워질수록 불평등이 심하다는 것을 나타낸다.

〈표 3-8〉 IMF 경제위기 이후 빈곤율 추이

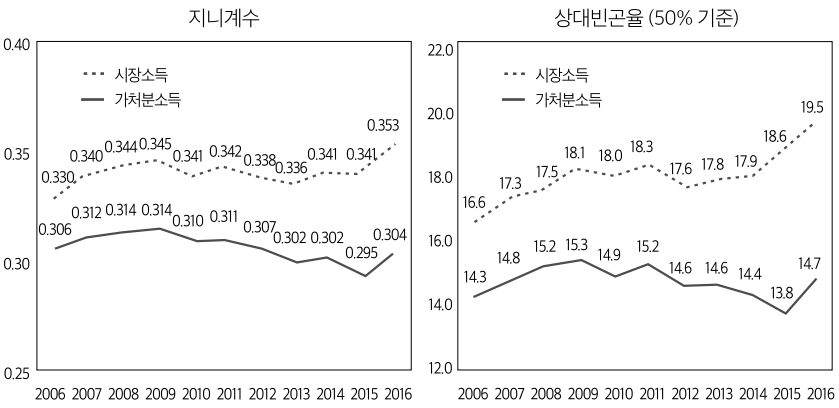
(단위: %)

구분	전국[1]	
	절대빈곤[2]	상대빈곤[3]
1996년	3.0	9.0
2000년	8.2	13.3
2006년	7.6	13.4
2007년	7.8	14.1
2008년	8.0	14.2
2009년	8.4	14.1
2010년	7.9	13.8
2011년	7.8	13.8
2012년	7.6	13.7
2013년	7.7	13.4
2014년	7.7	13.3
2015년	7.1	12.8
2016년	8.3	13.8

주: 1) 1996년과 2000년 수치는 통계청의 〈가구소비실태조사〉를, 2006년 이후 수치는 통계청의 〈가계조사〉를 참고. 편의상 '전국'이라고 표현했으나 농어가가 포함되지 않은 결과.
2) 경상소득이 최저생계비 미만인 인구비율.
3) 중위가처분소득의 50% 미만 인구비율.
자료: 1) 1996~2000년: 여유진·김미곤 외, 2005.
2) 2006~2016년: 여유진 외, 2017.

4) 김미곤 등의 분석에 의하면, 낙수효과는 1993년을 기점으로 사라진 것으로 보인다.

〈그림 3-4〉 빈곤과 불평등의 추이



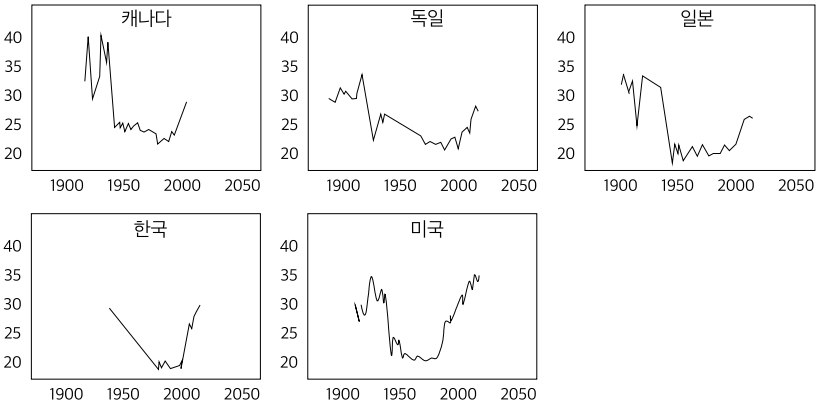
자료: 통계청, 2017.

한편 지니계수는 어떤 소득(또는 재산)을 기준으로 산출하느냐에 따라 값이 달라진다. 시장소득은 개별가구들이 시장에서 버는 소득이고, 가처분소득은 시장소득에서 세금, 사회보장분담금을 빼고 사회보장 급여를 더한 소득이다. 그러므로 시장소득과 가처분소득 간의 차이는 공공(국가)의 역할을 의미한다(〈그림 3-4〉 참조).

2) 빈곤 및 불평등 전망

빈곤 및 불평등을 전망한다는 것은 쉬운 일이 아니다. 빈곤 및 불평등은 거시적·미시적 요인, 사전 발생원인·사후적 완화 요인 등의 다양한 요인이 중첩되어 나타난 결과이기 때문이다. 예컨대, 신자유주의, 기술의 발전, 노동소득분배율의 감소, 고용 없는 성장, 비정규직 및 저임금 근로자의 증가, 인구고령화, 낙수효과 없는 경제체계, 낮은 복지수준 등의 거시적 요인과 건강의 악화, 낮은 교육수준, 빈곤문화 등의 미시적 요인이 직간접적으로 빈곤 및 불평등에 영향을 준다.

〈그림 3-5〉 주요국의 1850~2010년 소득 상위 5% 점유율 변화



자료: The World Wealth and Income Database. 2016. 7. 12 인출.

몇 가지 요인을 중심으로 판단해 보고자 한다. 복지국가라는 사회적 실험이 지그문트 바우만 등(Zygmunt Bauman et al., 2017)의 책제목처럼 《거대한 후퇴》(*Die große Regression*) 상태에 직면했다. 《거대한 후퇴》의 핵심은 민주주의 후퇴와 신자유주의 득세로 요약되지만, 이 중 신자유주의 중심으로 살펴보다. 1970년대 후반 이후의 신자유주의 득세로 '국가 간 무한경쟁 → 승자와 패자 발생 → 양극화 → 사회적 지속가능성 저해' 등의 일련의 현상이 이어지고 있다. 토마 피케티(Thomas Piketty) 등이 분석한 1850~2010년 소득 상위 5% 점유율 변화를 살펴보면, 제 2차 세계대전 이후 이른바 황금시대(*Golden Age*)에는 그 점유율이 매우 낮고, 1970년 후반부터 상승하는 추세를 보인다(〈그림 3-5〉 참조).

이러한 세계사적 흐름(거대한 후퇴)은 특별한 계기가 없는 한 지속될 것으로 판단된다. 2008년 글로벌 금융위기는 지성인에게 신자유주의에 대한 성찰의 기회를 제공했으나, 현재에도 신자유주의는 지속되고 있으며, 향후에도 지속될 가능성이 높다. 자본의 속성은 자본의 이윤율을 극대화하는 방향으로 움직이므로 '신자유주가 지닌 모순의 임계점'에 도달하기 전에는

〈표 3-9〉 OECD 국가의 빈곤율 개선 효과

(단위: %)

구분	한국	스웨덴	프랑스	영국	독일	캐나다	호주	일본	미국	OECD 평균
시장소득 빈곤율(A)	16.3	26.7	30.7	26.3	33.6	24.5	32.7	26.9	26.3	26.4
가처분소득 빈곤율(B)	14.0	5.3	7.1	8.3	11	11.7	12.4	14.9	17.1	10.6
빈곤개선율 ((A-B)/A*100)	14.1	80.15	76.87	68.44	67.26	52.24	62.08	44.61	34.98	59.85

주: 1) 외국: 중위 50% 기준(mid-2000년).
2) 한국: 2012년 기준.
자료: 1) 외국: OECD 홈페이지.
2) 한국: 임완섭 외, 〈2012년 빈곤통계연보〉를 바탕으로 계산.

대안이 도입될 가능성이 낮다. 그러므로 빈곤 및 불평등의 증가는 전 세계적 공통현상이 될 가능성이 높다.

인구구조의 변화도 빈곤 및 불평등을 심화시키는 방향으로 작용한다. 2000년 고령화사회(노인인구 7%)에 진입한 이후 2017년 노인인구비율이 14%를 넘어서 고령사회(*aged society*)에 진입하고, 2025년에는 20%인 초고령사회로 들어설 것으로 전망된다. 그리고 2005년까지는 4인가구가 최빈가구였으나, 2010년에는 2인가구가, 그리고 2015년에는 1인가구가 최빈가구(27.2%)로 등장하였다. 노인은 다른 연령층에 비하여 4배 이상 빈곤할 가능성 높고, 1인가구의 빈곤율은 전체평균보다 약 4배 정도 높다(2016년). 이외에도 4차 산업혁명에 따른 프레카리아트 등의 비정규직의 증가도 빈곤 및 불평등을 증가시킬 것이다.

노동시장에서의 1차 소득분배가 미흡할지라도 2차 재분배(복지정책)가 잘될 경우 가처분소득기준 빈곤 및 불평등은 완화될 수 있다. 우리나라 총사회복지지출 수준은 OECD 평균대비 절반 이하(2016년 49.5%)에 불과하여, 조세 및 공적이전소득의 빈곤율 개선효과는 약 14.1%(2012년)로 나타났다. 이는 OECD 주요 국가들의 빈곤율 개선효과 약 59.9%라는 점을 감안하면 매우 낮은 수준이다(〈표 3-9〉 참조). 조세 및 공적이전소득의

〈표 3-10〉 공적이전소득의 불평등 개선효과

(단위: 지수, %)

구분	한국	스웨덴	프랑스	영국	독일	캐나다	호주	일본	미국	OECD 평균
시장 지니(A)	0.329	0.43	0.48	0.46	0.51	0.44	0.48	0.44	0.48	0.45
가처분 지니(B)	0.300	0.23	0.28	0.34	0.3	0.32	0.3	0.32	0.38	0.31
개선율 ((A-B)/A*100)	8.81	46.51	41.67	26.09	41.18	27.27	37.50	27.27	20.83	31.11

주: 1) 외국: 중위 50% 기준(mid-2000년).
2) 한국: 2012년 기준.
자료: 1) 외국: OECD 홈페이지.
2) 한국: 임완섭 외, 〈2012년 빈곤통계연보〉를 바탕으로 계산.

불평등 개선효과도 빈곤율 개선효과와 마찬가지로 우리나라는 매우 낮은 수준이다. 우리나라의 경우 조세 및 공적이전소득의 불평등 개선효과는 약 8.8%이나, OECD 평균은 약 31.1%이다(〈표 3-10〉 참조).

이러한 빈곤 및 불평등 개선정도는 향후 공적이전지출이 증가하면, 그 개선도가 높아질 것으로 추론되나, 그 효과는 크지 않을 것으로 판단된다. 신화연의 추계(2013)에 의하면 사회보험이 사회보장지출에서 차지하는 비중은 2013년 64.6%에서 점차 증가하여 2060년에는 80.2%(기초노령연금 포함 시 89.9%)가 되고, 사회보험을 제외한 일반 재정지출의 경우 2013년 GDP 대비 3.5%에서 2060년 5.7%로 증가한다. 즉, 향후 복지예산(2060년 GDP 대비 25.8%[5]) 증가에 큰 기여를 하는 것이 공적연금[6]과 보건이나, 공적연금의 빈곤감소 효과가 높지 않은 것으로 분석된다. 그 이유는 우리나라의 사회보험이 위에서 아래로(*top-down* 방식) 적용대상을 확대하였고, 저소득층이 받는 급여수준이 높지 않기 때문이다. 그러므로 연금제도 성숙이 빈곤 및 불평등을 완화하는 방향으로 작용하지만 일정정도의 한계를 지닌다.

5) 현재의 사회보장제도가 그대로 유지된다는 것이 전제이다.
6) 2015년 예산안에 의하면 공적연금 비중은 보건·복지·고용 예산 중 가장 큰 34%이다.

성장률이 둔화되고 소득불평등이 심화된 가운데 한국사회에서는 복지에 대한 사회적 요구의 증대와 새로운 성장전략의 필요성 대한 인식이 점차 확산되고 있다. 복지수요의 증대는 가계경제의 위기를 반영한다. 경제위기 이후 불안정한 일자리 확대와 노동소득 정체는 가계부문의 적자를 확대시켰으며, 사회적 불평등을 심화시켰다. 소득과 부의 집중과 경제적 양극화가 진행되는 상황에 대한 사회적 불만이 소득불평등 완화와 복지에 대한 광범위한 요구로 나타나고 있는 것이 오늘의 현실이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국회예산정책처(2014). 〈2014~2060년 장기 재정전망〉(13쪽). 국회예산정책처.

김미곤 외(2017). 《복지환경 변화에 따른 사회보장제도 중장기 정책방향 연구》. 한국보건사회연구원.

서상목 외(1981). 《빈곤의 실태와 영세민 대책》. 한국개발연구원.

여유진 외(2017). 〈2017 빈곤통계연보〉. 한국보건사회연구원.

_____·김미곤 외(2005). 《빈곤과 불평등의 동향 및 요인분해》. 한국보건사회연구원, 2005.

임완섭 외(2012). 〈2012 빈곤통계연보〉. 한국보건사회연구원.

정복란·김미곤 외(1990). 《생활보호제도 개선방안에 관한 연구》. 한국보건사회연구원.

통계청(2017). 〈가계금융·복지조사〉.

_____(2017). 〈경제활동인구 근로형태별 부가조사〉.

한국은행(2017). 〈가계신용 동향〉.

_____(2013). 〈산업연관표〉.

홍장표(2016). 〈한국경제 신성장 패러다임의 모색〉. 미래포럼 발표자료.

_____(2017). 〈포용과 상생의 성장 패러다임 모색〉. 미래포럼 발표자료.

해외 문헌

OECD(2013). *OECD Employment Outlook 2013*. OECD.

기타 자료

기획재정부. e-나라 지표. http://www.index.go.kr/main.do. 2014. 11. 9 인출.
통계청. 〈경제활동인구조사〉. www.kosis.kr. 2017. 2. 28 인출
KOSIS 국가통계포털. http://kosis.kr/index/index.do. 2018. 6. 14 인출.
OECD 홈페이지. http://stats.oecd.org/index.aspx. 2018. 6. 14 인출.
The World Wealth and Income Database. www.wid.world/#Database. 2016. 7. 12 인출.

04

인구구조의 변화와 전망*

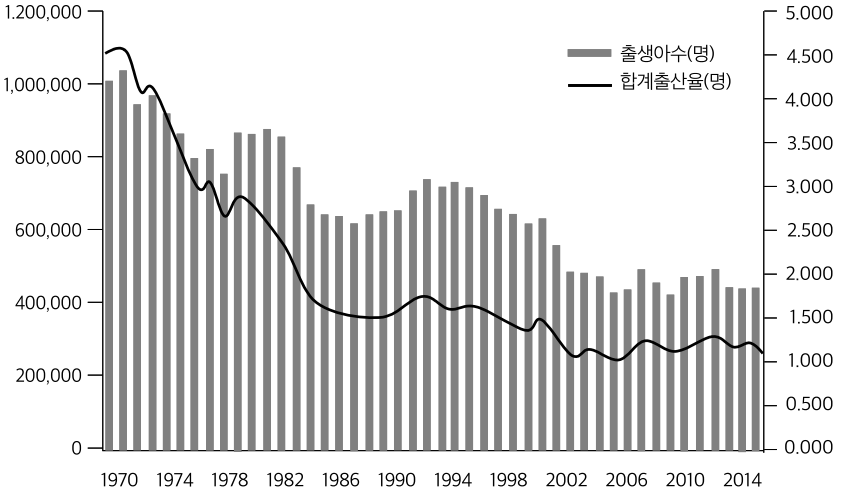
1. 인구동태

1) 출산

한국의 합계출산율은 1960년 6.0명에서 급락하여 23년 만인 1983년에 인구대체수준(합계출산율 2.1) 이하로 감소하게 되었다. 이후에도 출산율은 그 속도상 차이가 있을 뿐 지속적으로 감소했다. 1997년 IMF 외환위기 여파로 출산율은 다시 급락했다. 스웨덴의 경우에 경제위기로 출산율이 하락하더라도 다시 회복하는 롤러코스터 형태를 보이고 있으나, 한국의 경우 한번 떨어진 출산율은 좀처럼 회복되지 않고 2005년에는 1.08명이라는 세계 최저수준에 도달하였다. 2005년 이후에 출산율은 다소 높아지기는 했으나, 가장 최근인 2015년에도 합계출산율은 1.239명에 불과하였다.

* 이 글은 2012년 《주요국의 사회보장제도: 한국》(한국보건사회연구원, 2012)에서 필자가 작성한 "제1부 제3장 인구구조 및 인구문제"를 수정 및 보완하여 작성한 것이다.

〈그림 4-1〉 출생아수 및 합계출산율 추이(1970~2015년)



자료: 통계청. KOSIS, 2016. 12. 7 인출.

즉, 2001년 이래 합계출산율은 1.3명 미만 상태가 지속되어 초저출산현상이 장기화되고 있다(〈그림 4-1〉 참조).

합계출산율은 출생아수와 가임기여성 인구에 의해 결정된다. 출생아수는 1970년대 초반 1백만 명에서 30여 년이 지난 2002년에 49만 명을 기록하며 절반 수준으로 줄었다. 합계출산율이 가장 낮았던 2005년에는 출생아수가 43만 5천 명까지 감소했는데, 이후 2012년에 48만 5천 명으로 증가했다가 그 후 다시 감소하여 2015년 기준으로 43만 8천 명으로 나타났다. 최근 통계청의 발표에 의하면, 2016년 9월 기준 출생아수는 전년 동월 대비 5.8% (2,100명) 가 감소하여 역대 최저치를 기록하였다.

한국사회의 경우 출산의 98%가 법률혼 내에서 발생한다. 이에 합계출산율은 기혼여성의 출생아수뿐만 아니라 결혼 건수의 영향도 받는다. 실제로 지난 기간의 합계출산율을 인구학적으로 분해할 경우, 유배우여성의 출산율 감소보다 만혼화에 따른 유배우율의 하락이 저출산 현상을 이끈 것으로

〈표 4-1〉 합계출산율 변화에 대한 유배우율과 유배우출산율의 기여도

연도	절대적 (합계출산율)				절대적 영향력(%)		
	TFR 변화량	유배우율에 의한 변화량	유배우 출산율에 의한 변화량	상호작용 효과	계	유배우율 기여	유배우 출산율 기여
1992~1997	-0.24	-0.20	-0.07	0.03	100.0	75.3	24.7
1997~2005	-0.44	-0.52	0.03	0.05	100.0	94.9	5.1
2005~2013	0.11	-0.31	0.54	-0.13	100.0	36.0	64.0
1992~2013	-0.57	-1.10	0.73	-0.20	100.0	60.2	39.8

주: 상대적 기여도는 상호작용효과 제외 후, 각 요인에 의한 합계출산율 변화량의 절댓값 비율.
자료: 이삼식·이지혜, 2014.

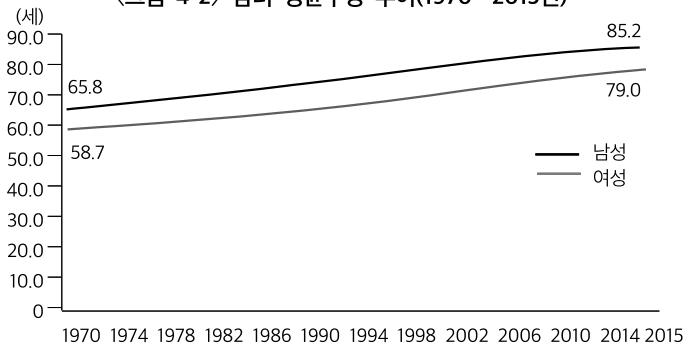
나타났다(이삼식 · 이지혜, 2014) (〈표 4-1〉 참조). 2016년 9월 기준 결혼 건수가 역대 최저수준으로 나타난 것을 고려할 때, 만혼화가 저출산 현상에 미치는 영향은 더욱 커질 것으로 전망된다.

2) 사망

의료기술의 발달, 생활환경의 개선 등으로 기대여명은 빠르게 증가하고 있다. 남성의 평균수명(출생 시 기대여명)은 1970년 58.7세에서 2015년 79.0세로 20.3세 늘었으며, 여성의 경우 같은 기간 65.8세에서 85.2세로 19.4세 늘었다(〈그림 4-2〉 참조). 이런 평균수명의 개선 속도는 세계적으로 빠른 수준이다. UN(2016)에 의하면, 2060년 기준 한국의 평균수명은 89.0세로 일본(89.25세)에 버금가는 장수국이 될 전망이다(〈그림 4-3〉 참조).

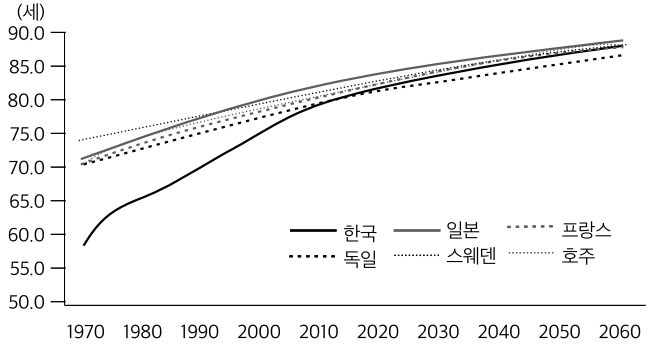
인구고령화의 급격한 진행으로 사망자수는 증가하고 있다. 조사망률의 경우 2004~2009년에 5.0명 수준으로 유지되다 2010년부터 증가세를 보이고 있다. 2015년에는 사망자수가 1983년 이래 최대치였으며, 조사망률은 5.4명으로 나타났다. 연령별 사망률은 90세 이상에서 가장 높게 나타났다(〈그림 4-4〉 참조).

〈그림 4-2〉 남녀 평균수명 추이(1970~2015년)



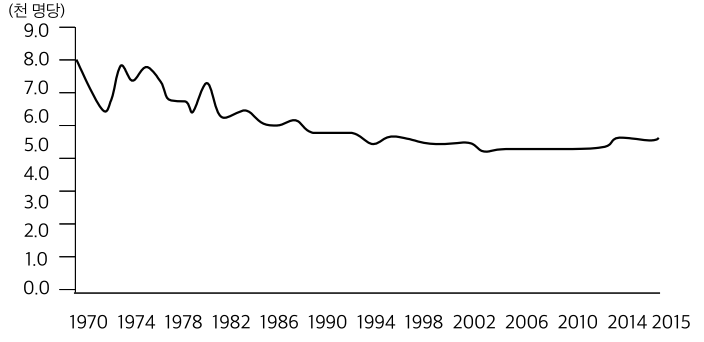
자료: 통계청. KOSIS, 2016. 12. 7 인출.

〈그림 4-3〉 주요국 평균수명 추이 및 전망(1970~2060년)



자료: UN, 2016.

〈그림 4-4〉 조사망률 추이(1970~2015년)



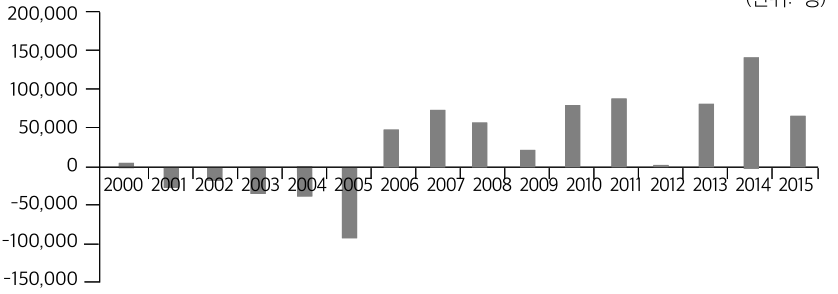
자료: 통계청. KOSIS. 2016. 12. 7 인출.

3) 국제이동

국제순이동(입국-출국)[1]은 2000년대 중반까지 마이너스(입국자<출국자) 패턴을 보였으나, 2006년부터는 출국자보다 입국자가 더 많아 순유입이 플러스로 나타났다. 2014년에 순유입이 14만 1,651명으로 가장 많았는데, 2015년에는 다시 감소하여 6만 1,426명으로 나타났다. 이러한 패턴은 고용허가제 등 이민정책의 영향으로 간주할 수 있다(〈그림 4-5〉 참조).

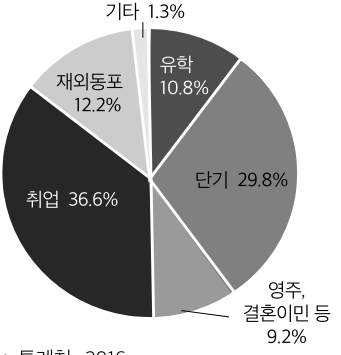
〈그림 4-5〉 국제순이동 추이(2000~2015년)

(단위: 명)



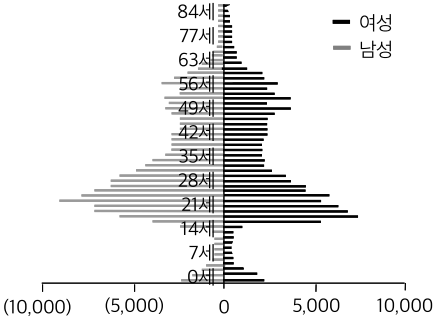
자료: 통계청. KOSIS. 2016. 12. 7 인출.

〈그림 4-6〉 외국인 체류 자격별 입국자(2015년)



자료: 통계청, 2016a.

〈그림 4-7〉 입국 외국인의 연령별 인구(2015년)

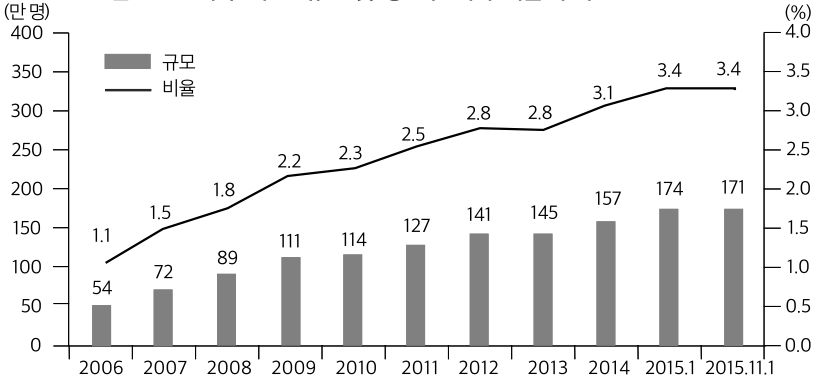


자료: 통계청. KOSIS. 2016. 12. 7 인출.

1) 국제이동은 체류기간 90일을 초과한 입국자와 출국자를 기준으로 산출한다.

국내로의 외국인 유입은 주로 취업으로 인해 발생한다. 2015년 기준으로 외국인의 입국 당시 체류 자격을 보면 전문인력 및 비전문인력 등 취업으로 입국한 비율이 36.6%로 가장 많고, 그다음으로 단기(29.8%), 재외동포(12.2%), 유학(10.8%), 영주 및 결혼이민(9.1%)의 순이다(통계청, 2016)(〈그림 4-6〉 참조). 입국자의 중위연령(2015년 기준)은 중국에서 온 외국인의 경우 41.4세로 다소 높으나, 그 외 인도네시아(27.3세), 미국(26.6세), 캄보디아(24.1세)에서 온 외국인의 경우 상대적으로 낮게 나타났다. 중국으로부터 온 입국자가 주로 해외동포인 반면, 다른 국가들로부터 온 입국자는 주로 젊은 근로자로 구성되어 있기 때문이다. 전체적으로 국내로 유입하는 외국인들은 주로 20대에 집중돼 있다(34.4%)(〈그림 4-7〉 참조).

〈그림 4-8〉 외국인주민 규모 및 총인구 대비 비율 추이(2006~2015년)



자료: 행정자치부, 2016: 2.

〈표 4-2〉 외국인주민 현황(2015년)

총인구 (A)	총인구 대비 비율 (B/A)	외국인 주민 합계 (B)	국적미취득자						국적취득자			외국인 주민 자녀
			계	외국인 근로자	결혼 이민자	유학생	외국국적 동포	기타 외국인	계	혼인 귀화	기타 귀화	
51,069,375	3.4%	1,711,013	1,363,712 (79.7%)	573,378 (33.5%)	144,912 (8.5%)	82,181 (4.8%)	216,213 (12.6%)	347,028 (20.3%)	149,751 (8.8%)	93,249 (5.4%)	56,502 (3.3%)	197,550 (11.5%)

주: 2015년 11월 1일 기준 자료.
자료: 행정자치부, 2016.

앞서 살펴본 체류 외국인에 관한 통계는 법무부에 의해 생산되는 것으로 당해연도에 입국 및 출국하는 외국인들의 규모를 파악할 수 있다. 이와 달리 행정자치부에서는 누적의 개념으로서 국내에 거주하는 외국인주민 통계를 발표하고 있다. 여기에는 한국국적을 취득하지 않았으나 90일 초과한 체류자, 한국국적취득자, 이들의 자녀 등이 포함된다.

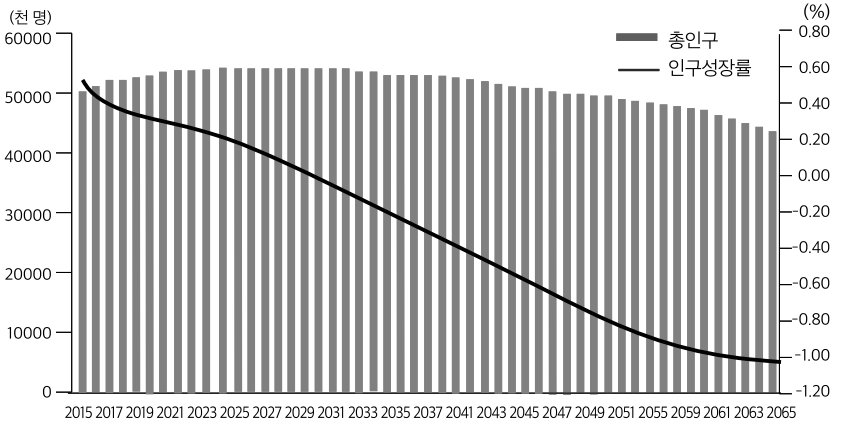
행정자치부(2016)에 의하면 2015년 11월 1일 기준 외국인주민 규모는 171만 명으로 전체인구 대비 3.4%를 차지한다. 최근으로 올수록 증가 속도가 둔화되기는 했으나, 2006년에 비해 약 3배가 증가한 규모이다(〈그림 4-8〉 참조). 외국인주민의 구성을 살펴보면, 근로자가 33.5%로 가장 많고 그다음으로 기타 국적미취득자(20.3%), 결혼이민자 및 혼인귀화자(13.9%) 등으로 나타났다. 외국인주민의 자녀는 전체 외국인주민 대비 11.5%를 차지한다. 외국인주민 자녀의 연령대는 미취학(만 6세 이하)이 58.8%(116,068명)로 가장 많고, 그다음으로 초등학생(만 7~12세)이 31.2%(61,625명), 중고생(만 13~18세)이 10.0%(19,857명)로 나타났다(행정자치부, 2016)(〈표 4-2〉 참조).

2. 장래 인구 전망

1) 인구규모

통계청(2016)의 인구추계(중위가정)에 따르면, 한국의 총인구는 2015년 5,101만 명에서 2031년 5,296만 명으로 정점에 도달할 전망이다. 2049년부터는 5천만 명에 미치지 못할 것이며 이후 빠른 속도로 감소하여 2060년 4,525만 명, 2065년 4,302만 명으로 나타날 전망이다. 이는 1991년의 수준에 해당된다(〈그림 4-9〉 참조).

〈그림 4-9〉 총인구 및 인구성장률 전망(2015~2065년)



주: 인구성장 중위가정에 의한 결과.
자료: 통계청, 2016.

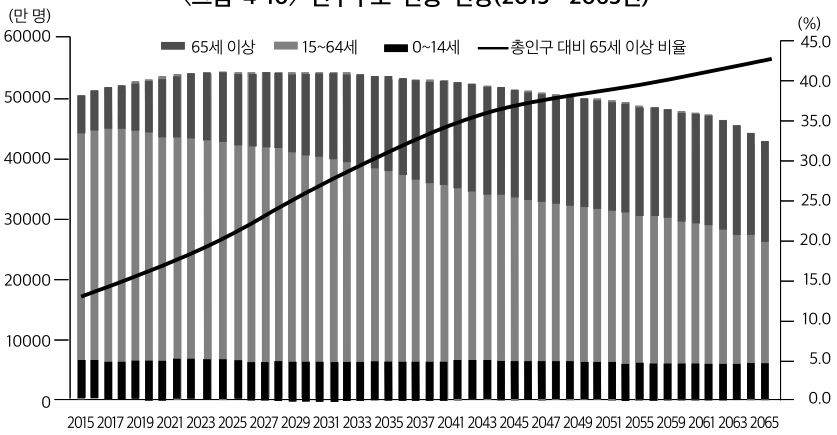
2028년부터 출생아수보다 사망자수가 더 커 인구의 자연증가는 마이너스로 전환하나, 국제이동에 의한 사회적 증가가 정적(+)으로 작용해 인구성장률은 2033년부터 마이너스로 전환할 것으로 예상된다. 구체적으로 인구성장률은 2015년 0.53%에서 2032년 0.0%로 감소하고, 그 이후엔 더욱 빠르게 감소해 2065년 기준으로 -1.03%로 나타날 전망이다(〈그림 4-9〉 참조).

2) 인구구조

그간 장기간 진행됐던 출생아수 감소로 유소년인구(0~14세)는 지속적으로 감소할 전망이다. 유소년인구는 2015년 703만 명에서 2035년 598만 명, 2047년 496만 명, 2065년 413만 명까지 감소할 것으로 추계되었다. 총인구 대비 유소년인구 비율은 2015년 13.8%에서 2046년 10.0%까지 감소하고 2065년에는 9.6%에 불과할 전망이다.

생산가능인구(15~64세)는 2015년 3,744만 명에서 2016년 3,763만 명

〈그림 4-10〉 인구구조 변동 전망(2015~2065년)



주: 인구성장 중위가정에 의한 결과.
자료: 통계청, 2016.

까지 증가한 후 감소할 전망이다. 2039년에는 2,980만 명으로 3천만 명에 채 미치지 못하고, 2065년에는 2,062만 명으로 현재의 55% 수준에 그칠 전망이다. 총인구 대비 생산가능인구 비중은 2015년 73.4%에서 2035년 60.0%, 2050년 52.4%로 낮아질 전망이다. 2060년부터는 전체인구 중 생산가능인구가 차지하는 비중이 절반이 채 되지 못하여 2065년 기준으로 47.9%로 낮아질 전망이다.

노인인구(65세 이상)는 매우 빠르게 증가할 전망이다. 특히 베이비붐세대가 본격적으로 노인인구에 진입하는 2020년부터 노인인구 증가는 매우 빠르게 이루어질 전망이다. 노인인구 규모는 2015년 654만 명에서 10년 후인 2025년에 1천만 명을 상회하고(1,051만 명), 2031년에는 현재의 2배 정도인 1,339만 명에 도달할 것으로 추계되었다. 노인인구는 2049년 1,882만 명으로 최대 규모에 달하고 이후에는 점진적으로 감소해 2065년에는 1,827만 명이 될 전망이다(〈그림 4-10〉 참조).

총인구 대비 노인인구의 비율(인구고령화 수준)은 2015년 12.8%에서 2018년 14.3%로 높아져서 고령사회(*aged society*)에 진입하고, 2020년에는

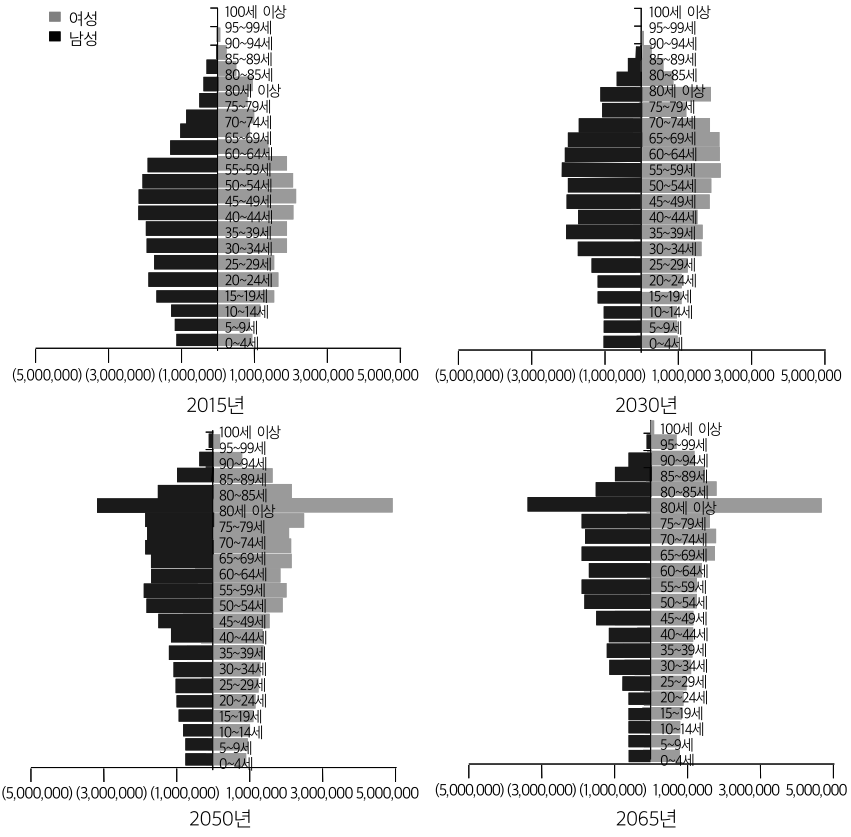
20.0%로 초고령사회(*super-aged society*)에 진입할 전망이다. 이후에도 인구고령화는 매우 빠르게 진척되어 2037년에는 약 30%, 그리고 2058년에는 약 40% 정도가 노인인구로 구성될 전망이다. 2065년 기준으로 총인구 중 노인인구가 차지하는 비중은 42.5%에 이를 전망이다. 85세 이상의 후기고령인구는 2015년 51만 명이나 2024년에는 2배가 넘는 107만 명으로 그리고 2065년에는 10배가 넘는 505만 명까지 증가할 전망이다. 65세 이상의 노인인구 중 후기고령인구가 차지하는 비중은 2015년 7.8%에서 2065년 27.6%까지 높아질 전망이다.

한편, 2017년부터 유소년인구보다 노인인구가 많아지는 인구역전 현상이 시작될 것이다. 이에 유소년인구 100명당 노인인구를 의미하는 노령화지수는 2015년 93.1명에서 2017년 100명을 상회한 104.8명, 2029년에는 200명을 상회한 203.5명, 2051년에는 404.5명까지 높아질 전망이다.

출생아수의 감소와 평균수명의 증가로 인구는 빠른 속도로 고령화되고 있다. 실제로 인구피라미드를 보면 2015년 현재는 항아리형의 모습이지만, 시간이 흐를수록 역삼각형의 구조로 빠르게 전환되고 있다(〈그림 4-11〉 참조). 이러한 인구고령화는 전체인구의 평균연령에서도 뚜렷이 나타난다. 평균연령은 2015년 40.2세였으나 2040년에는 50세를 상회하며(50.3세), 2065년에는 54.7세까지 높아질 전망이다.

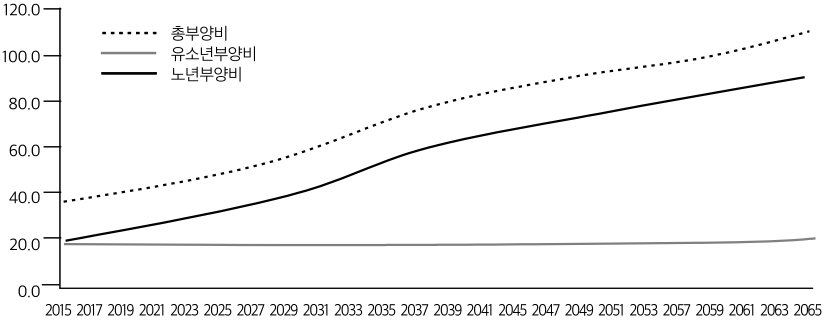
출산율의 감소로 유소년부양비(생산가능인구 100명당 부양할 유소년인구)는 다소 불규칙적이나 대체적으로 18~20명 수준으로 나타날 전망이다. 노년부양비(생산가능인구 100명당 부양할 노인인구)는 2015년 17.5명에서 2030년 38.2명, 2050년 72.6명, 2065년 88.6명으로 빠르게 높아질 전망이다. 그 결과, 총부양비(유소년부양비와 노년부양비의 합)는 2015년 36.2명에서 2038년에 2배 정도인 73.6명으로 증가하고, 2059년에는 100명을 상회할 것으로 예측된다. 2065년에는 총부양비가 108.7명까지 높아질 전망이다(〈그림 4-12〉 참조).

〈그림 4-11〉 인구피라미드(2015, 2030, 2050, 2065년)



자료: 통계청. KOSIS, 2016. 12. 8 인출.

〈그림 4-12〉 부양비 전망(2015~2065년)



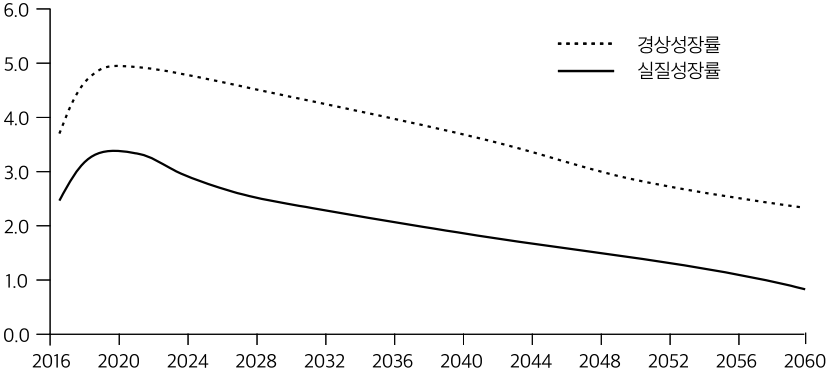
자료: 통계청. KOSIS, 2016. 12. 8 인출.

3. 한국의 인구 이슈

한국의 저출산현상은 전 세계에서 유례없이 장기간 동안 아주 낮은 수준에서 지속되고 있으며, 인구고령화도 매우 빠른 속도로 진행되고 있다. 이러한 급격한 인구 변화는 경제·사회 전 분야에 걸쳐 다양한 영향을 미칠 것이다. 우선, 인구고령화로 인한 생산가능인구의 감소와 자본투입 증가율의 둔화로 장기간에 걸쳐 저성장 시대가 올 것으로 예상되는데, 실질성장률은 2016년 2.5%에서 2060년 0.8%, 경상성장률은 2016년 3.7%에서 지속적으로 하락해 2060년에 2.3%까지 감소할 전망이다(국회예산정책처, 2016)(〈그림 4-13〉 참조).

인구고령화의 빠른 진전은 은퇴 후 삶에 대한 불안감을 증폭시켜 가구의 소비 및 저축, 자산축적, 자산보유 형태 등에 영향을 미칠 수 있다(유경원, 2014). 특히, 한국의 경우 기대여명은 빠르게 증가하는데 비해 실제적 은퇴시기가 이르고, 공적연금의 소득대체율은 OECD 평균에 비해 낮고 노후 자산의 절반 이상을 근로소득으로 충당하고 있다. 유경원(2014)에 따르면, 초고령사회에 도달하면서 저축률은 1%대로 하락할 전망인데, 경제성장률의

〈그림 4-13〉 실질성장률과 경상성장률 장기 전망



자료: 국회예산정책처, 2016: 14.

지속적 하락과 초고령화의 심화 등으로 2030년 이후 순저축률이 마이너스(-) 값을 나타내 부(-)의 저축(*dis-saving*)이 실현될 전망이다(〈표 4-3〉 참조).

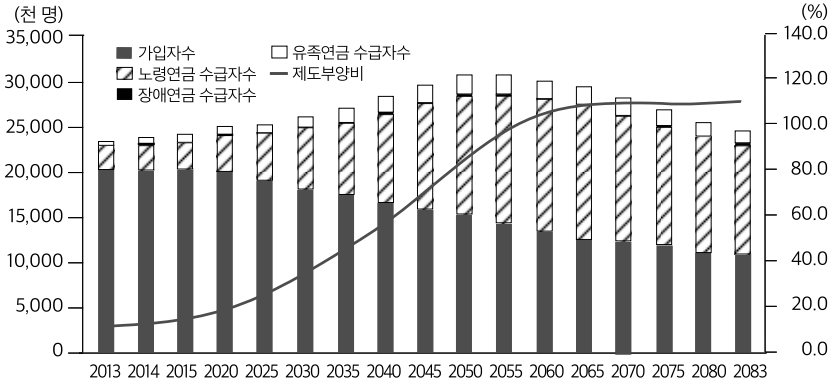
저출산과 인구고령화는 사회보장재정 지출의 부담을 증가시킬 전망이다. 인구고령화로 수혜대상은 늘어나는 반면, 저출산으로 보험료 납부대상은 줄어들기 때문이다. 국민연금재정추계위원회(2013)에 의하면, 국민연금 가입자수는 2015년 최고점(2,062만 명)에 이른 후 점차적으로 감소하는 반면, 인구고령화 진전 및 기존 가입자의 수급자 전환으로 노령연금 수급자수는 2063년 1,460만 명까지 증가할 전망이다. 결과적으로 가입자수 대비 노령연금 수급자를 의미하는 제도부양비가 2020년 19.1%에서 2030년 33.0%, 2050년 84.6%까지 증가하고 2068년에는 최고점(112.9%)에 도달할 전망이다(〈그림 4-14〉 참조).

〈표 4-3〉 가계순저축률 추이 및 전망

구분	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년	2050년
순저축률	4.1	3.3	1.5	-1	-3.3	-5.8	-7.6	-9.4

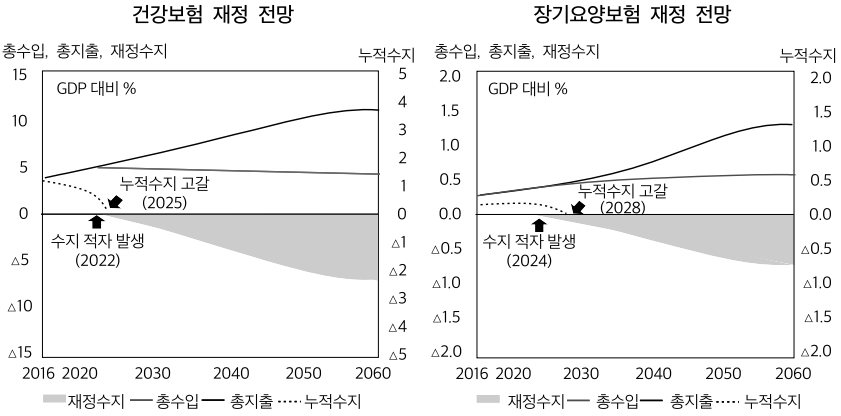
주: 통계청(2011)의 2010~2060년 인구추계 결과 중 중위추계 결과를 연장한 시나리오에 의한 결과.
자료: 유경원, 2014.

〈그림 4-14〉 국민연금 장기재정 전망(2013~2083년)



자료: 국민연금재정추계위원회·보건복지부, 2013.

〈그림 4-15〉 건강보험 및 장기요양보험 재정 전망



자료 : 기획재정부, 2015: 13.

〈표 4-4〉 주요국의 GDP 대비 공공사회복지지출 추이 및 전망

(단위: GDP 대비 %)

구분	1980년	1985년	1990년	1995년	2000년	2009년	2013년	2030년	2040년	2050년	2060년
스웨덴	27.1	29.5	30.2	32.0	28.4	29.8	-	-	-	-	-
덴마크	24.8	23.2	25.1	28.9	26.4	30.2	-	-	-	-	-
프랑스	20.8	26.0	25.1	29.3	28.6	32.1	-	-	-	-	-
독일	22.1	22.5	21.7	26.6	26.6	27.8	-	-	-	-	-
영국	16.5	19.4	16.7	19.9	18.6	24.1	-	-	-	-	-
미국	13.2	13.2	13.6	15.5	14.5	19.2	-	-	-	-	-
일본	10.3	11.1	11.1	14.1	16.3	22.2	-	-	-	-	-
한국	-	-	2.8	3.2	4.8	9.6	**9.8**	**17.9**	**22.6**	**26.6**	**29.0**
OECD 평균	15.5	17.2	**17.6**	19.5	18.9	**22.1**	-	-	-	-	-

자료: 사회보장위원회, 2014.

〈표 4-5〉 GDP 대비 분야별 공공사회복지지출 전망

(단위: GDP 대비 %, 구성비)

구분	2013년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
일반재정분야	3.5 (35.4)	3.8 (29.6)	4.6 (25.6)	5.1 (22.5)	5.4 (20.5)	5.7 (19.8)
사회보험분야	6.3 (64.6)	9.1 (70.4)	13.3 (74.4)	17.5 (77.5)	21.2 (79.5)	23.2 (80.2)

자료: 사회보장위원회, 2014.

건강보험과 장기요양보험의 재정 지속가능성도 위협받고 있다. 건강보험의 경우 2022년에 적자가 발생하고, 2025년에 누적수지가 고갈될 전망이다. 장기요양보험의 경우에는 2024년에 적자가 발생하고, 2028년에는 누적수지가 고갈될 전망이다(〈그림 4-15〉 참조).

그 결과 공공사회복지지출이 매우 빠른 속도로 증가할 전망이다. 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출 비율은 2013년 기준 9.8%로 OECD 평균(2009년 기준 22.1%)에 비해 44.3% 수준이나, 인구고령화로 인한 연금 및 건강보험 등에서의 지출 증가로 2060년에는 GDP 대비 29%에 달할 것으로 전망된다(〈표 4-4〉 참조).

공공사회복지지출을 분야별로 나누어 보면, 특히 사회보험분야에서의 지출이 매우 빠르게 증가함을 알 수 있다. GDP 대비 사회보험분야 지출의 비율은 2013년 6.3%에서 2060년 23.2%까지 증가하여 공공사회복지지출의 80.2%를 차지할 것으로 전망된다(〈표 4-5〉 참조). 이는 인구고령화, 연금제도 성숙 등에 따라 고령화관련 지출이 크게 증가하기 때문이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국민연금재정추계위원회 · 보건복지부(2013). 〈제3차 국민연금 재정계산 장기재정전망 결과〉. 보건복지부.

국회예산정책처(2016). 〈2016~2060년 NABO 장기 재정전망〉. 국회예산정책처.

기획재정부(2015). 〈2060년 장기재정전망〉. 기획재정부.

사회보장위원회(2014). 〈2013~2060 사회보장재정 추계 실시〉. 국무조정실 · 국무총리비서실 · 보건복지부. 2014. 1. 28 보도자료.

유경원(2014). "초저출산 · 초고령화와 금융". 유경원 · 이창무 · 신성호 · 김선업, 《초저

출산·초고령사회 위험과 대응방안: 금융, 주택, 국방, 사회갈등》(1~72쪽). 한국보건사회연구원.
이삼식·이지혜(2014). 《초저출산 지속의 원인 분석 및 정책과제》. 한국보건사회연구원.
통계청(2016a). 〈2015년 국제인구이동 통계〉. 2016. 7. 14 보도자료.
_____(2016b). 〈장래인구추계: 2015~2065〉. 2016. 12. 8 보도자료.
행정자치부(2016). 〈외국인주민수 171만 명, 총인구 대비 3.4%〉. 《지방자치단체 외국인주민 현황》(2015.11.1 인구주택총조사 기준). 2016.11.15 보도자료.

해외 문헌

UN(2016). *World Population Prospects*. The 2015 Revision. United Nations.

기타 자료

통계청. 국가통계포털. 인구동향조사. 출생. http://kosis.kr. 2016. 12. 7 인출.
_____. 인구동향조사. 사망. http://kosis.kr, 2016. 12. 7 인출.
_____. 인구이동. 국제인구이동 통계. http://kosis.kr. 2016. 12. 7 인출.
_____. 장래인구추계(2015~2065). http://kosis.kr. 2016. 12. 8 인출.

05

정부재정과 사회보장재정

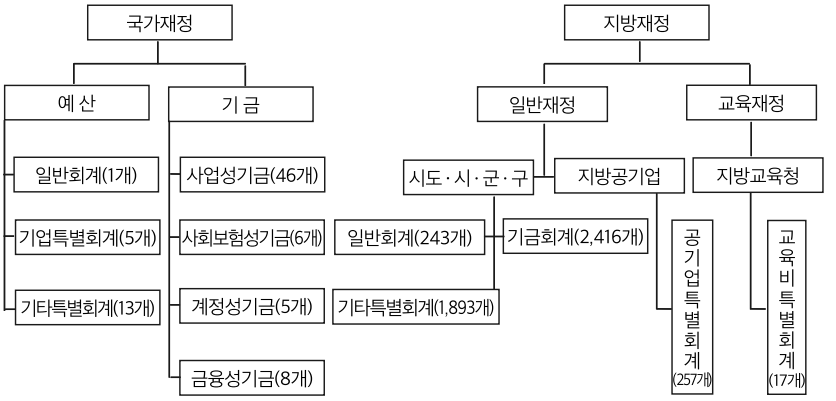
1. 한국 정부의 재정구조

1) 재정의 범위와 특징

한국 정부의 재정은 우선 행정주체를 기준으로 크게 국가(중앙) 재정과 지방재정으로 구분된다. 지방재정은 일반지반행정과 지방교육행정으로 이원화된 지방자치제도 체계에 따라 일반재정과 교육재정으로 구별된다. 그리고 각 행정주체의 재정은 다시 회계에 따라 구분할 수 있는데, 통상적으로 국가재정은 2016년 기준 일반회계와 18개 특별회계[1] 및 65개 기금으로 정의되며 이의 통합적 수입과 지출로 재정 규모가 결정된다. 한편, 지방재정은 243개 지방자치단체가 직접 관리하는 일반회계, 기타 · 공기업특별회계와 기금(2016년 기준 2,312개, 통합관리기금 제외)으로 구성된 일반재

1) 2016년 12월 20일 제정된 〈유아교육지원특별회계법〉에 따라 2017년부터 유아교육지원특별회계가 신설 · 운용된다.

〈그림 5-1〉 정부재정의 회계구조(2016년)



주: 1) 2016년 기준 자료.
2) 지방재정 회계 규모는 2015 회계연도 결산 기준.
자료: 행정자치부, 2016; 기획재정부, 2016 수정.

정과 17개 시·도 교육청 교육비특별회계의 수입과 지출활동을 포괄하는 것으로 정의된다(〈그림 5-1〉 참조).

이러한 다원적 재정집행구조에서 각 행정주체는 독립적으로 재정을 운용하며 예산 및 결산 시점이나 절차 등에 차이가 존재한다. 국가의 예산과정을 보면, 먼저 매 회계연도[2]의 3월 31일까지 재정담당부처인 기획재정부가 각 부처에 예산안편성지침을 통보하고, 각 부처는 5월 31일까지 예산요구서를 작성하여 기획재정부에 제출한다. 기획재정부는 부처요구를 바탕으로 예산안을 편성하고 국무회의 심의와 대통령 승인을 거쳐 다음 회계연도 개시 120일 전까지(9월 3일) 국회에 제출한다. 국회는 상임위 예비심사와 예산결산특별위원회 종합심사를 거쳐 예산안을 수정하고 본회 의결을 통해 예산을 확정한다. 헌법 제54조는 회계연도 개시 30일 전까지 예산안 의결을 규정하며 이에 따라 국회법 제85조의 3은 예산안 등의 심사를 11월 30일까지 마치도록 규정한다.

2) 한국 정부의 회계기간은 매년 1월 1일부터 12월 31일이다.

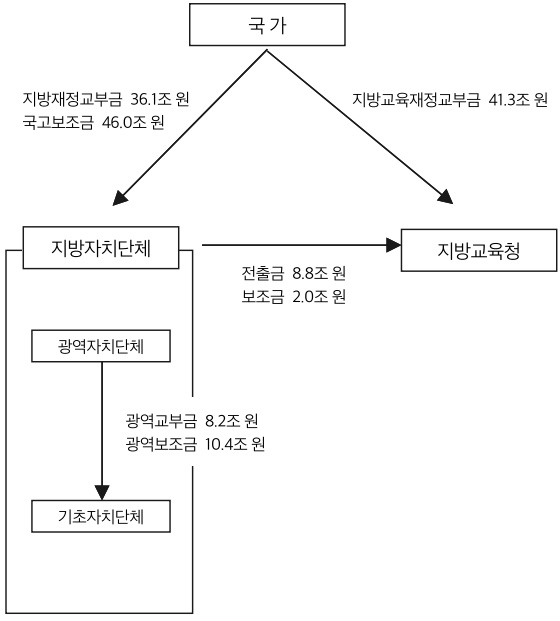
지방자치단체의 경우 8월에서 11월까지 예산안을 작성하는데, 광역자치단체는 다음 회계연도 시작 50일 전(11월 11일), 기초자치단체는 다음 회계연도 시작 40일 전(11월 21일)까지 지방의회에 예산안을 제출한다. 개별 광역 및 기초자치단체 의회는 각각 회계연도 시작 15일 전(12월 16일)과 10일 전(12월 21일)까지 예산을 심의·의결하여 확정한다. 결산과정 또한 별도의 절차에 따라 독립적으로 이루어진다.[3] 한편, 한국의 재정사업은 상당수가 국가와 지방자치단체가 재원을 분담하는 국고보조사업으로 수행된다. 지방자치단체 수준에서도 광역과 기초자치단체들 간 비용 매칭 방식의 보조사업들이 다수 추진되며 이에 따라서 상당한 규모의 재정 이전이 이루어진다. 재정사업 추진과 관련한 재정 이전뿐만 아니라 재정형평화를 목적으로 이루어지는 재정의 이전 관계 또한 행정집행 주체들 간에 복잡하게 형성되어 있다(〈그림 5-2〉 참조).

그에 반해 중앙과 지방재정 전체의 순수한 재정활동 규모와 구조를 동시에 파악할 수 있는 공식적 재정통계는 현재 공개되지 않고 있다. 국가재정을 총괄하는 기획재정부가 매년 IMF 정부재정통계편람(GFS)에 따른 일반정부의 통합재정수지를 작성하여 발표하나 정부 재정활동의 기능을 파악할 수 있는 정부기능분류(COFOG: Classification of Function of Government)는

3) 국가결산 과정은 다음과 같다. 먼저 매 회계연도 2월 10일에 직전 회계연도의 총세입부와 총세출부 마감 등 출납사무를 완결·폐쇄하는 중앙관서의 출납정리가 이루어지고, 소관부처는 2월말까지 결산보고서를 작성해 기획재정부에 제출한다. 기획재정부 장관은 세입·세출 결산을 집계해 국무회의 심의와 대통령 승인을 거쳐 4월 10일까지 감사원에 국가결산보고서를 제출한다. 감사원은 5월 20일까지 검사 결과를 기획재정부 장관에게 송부한다. 정부는 5월 31일까지 감사원 검사를 거친 국가결산보고서 및 첨부 서류를 국회에 제출하고, 상임위원회 예비심사와 예산결산특별위원회 종합심사를 거쳐서 본회의에서 심의·의결한다(기획재정부 정보공개 시스템 열린재정. 예산의 이해. www.openfiscaldata.go.kr. 2016.10.15 인출). 지방자치단체의 경우, 매 회계연도 2월 10일에 세입세출 출납사무가 완결된다. 2월 말 결산서를 작성해 3월 20일까지 단체장에게 보고하고, 4월 20일까지 결산서 검사를 완료해 5월 10일까지 의회에 제출해야 한다.

국가재정에 한정되어 공개되고 있어 사실상 총량 수준만 나타내는 지표라 할 수 있다. 따라서 구체적인 정부 기능별 지출구조에 대한 분석은 개별 통계작성 주체가 별도로 정의하는 재정 범위와 작성 기준에 따라 생성·공개되는 자료에 의존할 수밖에 없는 한계가 있다. 그뿐만 아니라 지출 총량이 2015년 GDP의 3.4% (52.5조 원)에 이르는 국민건강보험(48.2조 원)과 노인장기요양보험(4.3조 원)은 현행 재정법상 정부재정의 범위에서 제외되기 때문에 재정당국이 발표하는 모든 공식적인 예·결산기준 수입 및 지출통계에서 원천적으로 배제된다는 점도 한국 정부의 재정지표를 살펴볼 때에 반드시 고려해야 하는 중요한 특징이다.

〈그림 5-2〉 행정주체 간 재정 이전 관계



주: 재정 이전 규모는 2016년도 지방자치단체 통합재정 지출액 이전재원 공제내역.
자료: 행정자치부, 2016.

한편, 한국은행은 재정당국이 공개하는 재정통계와 별개로 국민계정체계(SNA: A System of National Account)를 기준으로 COFOG를 포함한 일반정부(중앙정부, 지방정부 및 사회보험)의 수입과 지출을 작성하여 OECD에 제출한다. 일반적으로 한국은행의 국민계정상 정부 재정지표는 한국 정부 재정의 장기 시계열적 변화 추이를 살펴볼 수 있는 유일한 자료로 활용된다. 여기서 '일반정부'의 범위는 기획재정부가 공개하는 통합재정의 그것과 달리 국민건강보험과 노인장기요양보험을 포함한다. 이와 같이 재정의 범위뿐만 아니라 작성 기준에 있어서도 한국은행의 COFOG 등 국민계정상 재정지표나 예·결산서 등 공식적인 정부회계 통계들 간 차이가 존재한다. 그러므로 이하에서 분석 목적에 따라 제시되는 각 재정지표의 해석에 있어 주의가 필요하다.[4]

2) 재정 현황과 운용 구조

〈표 5-1〉은 2015 회계연도 한국통합재정수지 보고서에 제시된 2001 GFS 기준 일반정부[5] 수입과 지출 현황을 보여준다. 동 지표의 재정 규모는 〈그림 5-1〉의 예산 및 기금회계와 그 외 공무원연금공단, 국민연금 공단 등 194개 비영리공공기관과 인천교통공사, 대전도시철도공사 등 92개 지방 공공기

4) 정부의 예산서, 결산 통합재정수지(86 GFS 기준)는 거래의 시점을 현금의 수입지출 단계로 인식하는 현금주의 회계방식을 기준으로 하며, 2001년 GFS 기준 일반정부 통합재정은 발생주의 기록방식, SNA 기준 COFOG는 결산정보 및 현금주의 세입·세출 자료를 포괄적으로 연계한 자료에 기초하여 작성된다[GFS와 SNA COFOG 작성 기준 등에 대해서는 정성호·김완희(2015)의 상세한 설명을 참조]. 작성 주체에 따라 공개되는 연도별 재정수지, 채무비율, 총조세부담률 등 재정지표가 서로 다를 수 있음에 유의해야 한다.

5) 기획재정부는 2005 회계연도부터 86 GFS 기준(현금주의)으로 국가(중앙정부)와 지방자치단체(지방재정) 및 지방교육재정을 포괄하여 재정수지를 작성·공개하며, 2012 회계연도부터는 01 GFS(발생주의) 기준으로 중앙과 지방의 비영리공공기관을 포함한 일반정부 통합재정수지도 공개한다.

관 및 공단을 포함하는 것으로 현재 한국 정부가 공식적으로 발표하는 재정 통계 중 재정 범위가 가장 광범위하다. 2015 회계연도 결산 일반정부 수입 총액은 534.6조 원(GDP의 34.2%), 지출 총액은 515.1조 원(GDP 대비 32.9%)으로 19.5조 원의 수지 흑자를 기록하였다.[6] 2007년 이래 일반정부의 재정수입은 연평균 7.6% 증가하였으나 경제위기와 사회보장지출 확대에 따른 정부 지출이 급증함으로써 같은 기간 재정지출의 증가율은 14%에 이른다.[7]

〈표 5-1〉 2015 회계연도 일반정부 결산 재정수지(2001 GFS)

(단위: 10억 원)

구분	중앙재정	지방재정				내부거래	일반정부 (순계)
		지방일반	교육재정	내부거래	지방순계		
재정수지 (수입-지출, 조 원)	12.7	10.3	-3.5	-	6.8	-	19.5
지출(조 원)	403.2	193.1	58.3	-13.3	238.1	-126.3	515.1
수입(조 원)	415.9	203.4	54.9	-13.3	245.0	-126.3	534.6
수입구성							
조세	218,165	73,028	-	-	73,028	-	291,132
- 소득 및 이익세	108,950	13,214	-	-	13,214	-	122,163
- 재산세	10,679	38,912	-	-	38,912	-	49,591
- 재화 및 용역세	83,681	13,359	-	-	13,359	-	97,040
- 국제무역거래세	8,516	-	-	-	-	-	8,516
- 기타조세	6,339	7,543	-	-	7,543	-	13,881
사회보험료	109,407	-	-	-	-	-	109,407
출연	4,435	80,029	51,087	-13,293	117,822	-122,256	0
기타수익	83,849	50,314	3,779	-	54,113	-4,005	133,957
- 벌금, 과태료, 몰수금	5,184	1,305	10	-	1,316	-	6,500
- 재산수입 및 기타	78,665	49,009	3,769	-	52,797	-	127,457

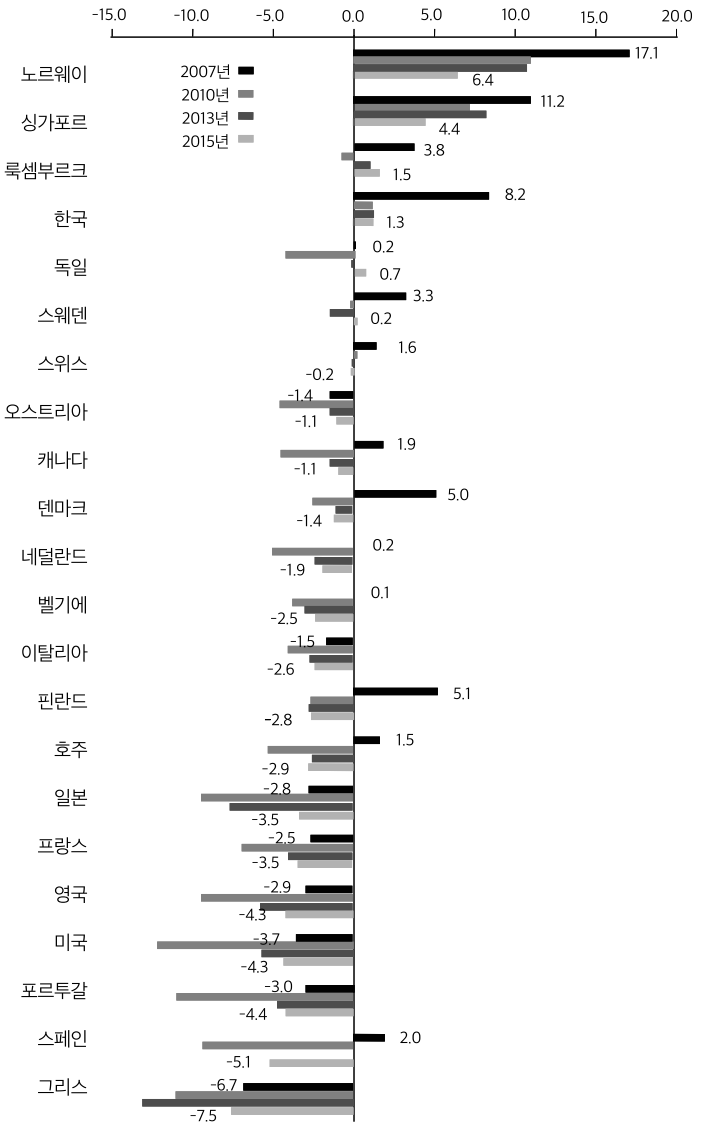
자료: 기획재정부, 2017: 223~249.

6) 2015년 GDP는 1,564.1조 원이다.

7) IMF GFS_main aggregates and Balances 기준 2007년 일반정부 재정수입 298.6조 원, 지출 164.6조 원이다(data.imf.org 2017.7.25. 인출)

〈그림 5-3〉 주요 선진국의 재정수지 동향(2007~2015)

(단위: GDP 대비 %)



자료: IMF Government Finances Statistics. 2017. 7. 25 인출.

국제비교를 통해 재정수지 동향을 살펴보면, 한국은 GDP 대비 -1.7% 재정적자를 기록했던 지난 2009년을 제외하고 매년 GDP 대비 1% 이상의 재정수지 흑자를 유지하고 있으며 2015년 현재 수지 흑자 규모는 24개 선진국 중 노르웨이, 싱가포르, 룩셈부르크 다음으로 크게 나타난다(〈그림 5-3〉 참조). 일반정부 부채는 2015년 현재 677.3조 원, GDP 대비 43.3% 수준으로 일본(230.9%), 이탈리아(153.6%), 프랑스(109%), 영국(105.4%), 미국(97.2%), 핀란드(69%), 스웨덴(46.9%) 등 주요 선진국과 비교했을 때 매우 건전한 수준으로 볼 수 있다.[8]

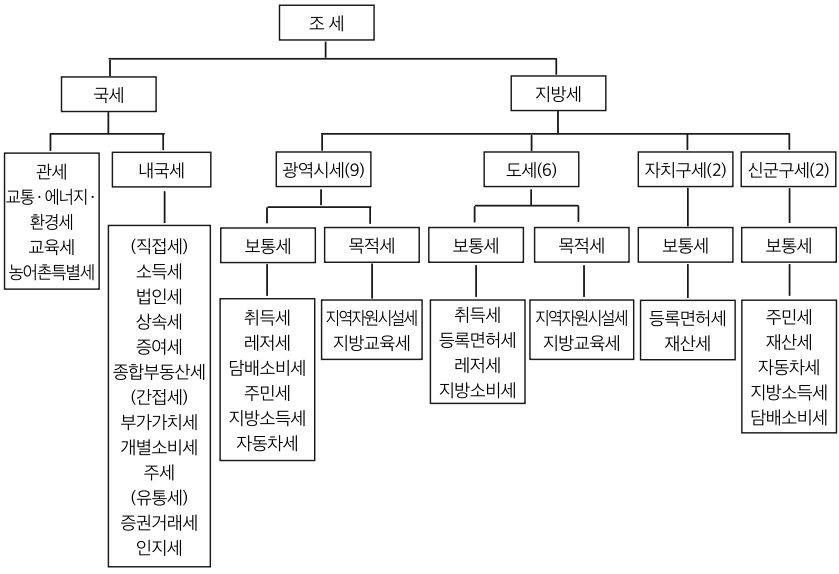
한편, 〈표 5-1〉의 수입 구조를 보면 전체 수입의 54.5%를 조세수입에 의존하며, 재산수입과 벌금 등 기타수익이 25.1%, 사회보장기여금 수입이 20.5%를 차지한다.[9] 조세수입의 구성비를 보면, 소득세와 법인세 등 소득 및 이익세 수입이 전체 조세수입의 42%로 가장 큰 비중을 차지하며, 부가가치세 등 재화 및 용역세가 33.3%, 재산세 수입이 17%로 나타난다. 한국의 조세 항목은 〈그림 5-4〉와 같이 3대 세목인 소득세, 법인세, 부가가치세를 포함한 14개 국세와 재산세를 포함한 11개 지방세로 구성되며, 2015년 기준 국세와 지방세 비율은 75.4 대 24.6으로 국세수입이 압도적 비중을 차지한다.

---

8) IMF GFS Main Aggregates and Balances를 참고하였는데 이는 선진국의 2015년 GDP 대비 일반정부 D2 부채 비율을 상호 비교한 것이다(data.imf.org 2017.7.25. 인출). 한국보다 일반정부 부채비율이 낮은 선진국으로는 에스토니아(10%), 룩셈부르크(23.4%), 노르웨이(33.1%), 호주(36.1%), 라트비아(37.8%)가 있다.

9) 기존의 86 GFS에서 사회보장기여금은 조세에 포함되고 공무원을 위한 사회보장제도 기여금은 세외수입으로 구분되었으나, 01 GFS에서 사회보장기여금은 4개 사회보험(국민연금, 사립학교교직원연금, 산업재해보상보험 및 예방보험, 고용보험)과 공무원을 위한 사회보장제도 기여금을 포함하고, 조세와 별도로 구분한다. 한편, 현행법상 재정 외로 운영되는 국민건강보험과 노인장기요양보험의 수입과 지출은 정부 재정통계에서 항상 제외된다는 사실에 유의할 필요가 있다.

〈그림 5-4〉 조세구조



자료: 행정자치부, 2016: 53 일부 수정.

재정의 운용 주체별로는 사회보장성기금을 운용하는 국가가 전체 수입과 지출 모두에서 가장 큰 비중을 차지하며, 중앙재정 수입의 30%에 이르는 재원이 지방재정으로 이전되어 집행된다.

중앙에서 지방으로 이전되는 재원은 크게 교부금(지방재정교부금 및 지방교육재정교부금)과 국고보조금으로 구분할 수 있다. 지방재정교부금은 〈지방교부세법〉에 따라 국가가 지방자치단체의 행정운영에 필요한 비용보전을 목적으로 국세의 일부(내국세 수입의 19.24%와 종합부동산세 전액 및 담배에 부과되는 개별소비세의 20%)를 지방자치단체에 교부하여 재정을 조정하는 재정형평화보조금이다. 지방재정교부금은 정률분 교부금 총액의 97%와 3%에 해당하는 보통교부세와 특별교부세, 종합부동산세 수입 총액을 재원으로 하는 부동산교부세, 그리고 담배에 부과되는 개별소비세의 20%를 재원으로 하는 소방안전교부세로 구성된다. 이 중 보통교부세와 부동산

〈표 5-2〉 중앙정부의 지방이전재원 규모

(단위: 조 원, %)

회계연도	교부금 (국세수입 대비, %)	국고보조금 (국세수입 대비, %)	지방이전재원 (국세수입 대비, %)
2007	52.1 (32.3)	15.6 (9.7)	67.7 (41.9)
2008	59.7 (35.7)	19.0 (11.4)	78.7 (47.0)
2009	58.9 (35.8)	24.9 (15.1)	83.8 (50.9)
2010	59.7 (33.6)	23.6 (13.3)	83.3 (46.9)
2011	65.5 (34.0)	24.2 (12.6)	89.7 (46.6)
2012	71.4 (35.2)	26.1 (12.9)	97.5 (48.0)
2013	78.3 (38.8)	28.0 (13.9)	106.3 (52.6)
2014	77.7 (37.8)	31.3 (15.2)	109.0 (53.0)
2015	74.3 (34.1)	45.1 (20.7)	119.4 (54.8)
2007~2015년 기간 증가율	5.2	16.4	8.4

주: 2014년까지 교부금과 국고보조금 규모는 e-나라지표 기준, 2015년은 국회예산정책처 재정통계 기준.
자료: e-나라지표. 지방이전재원 규모; 기획재정부(연도별 예산서); 한국은행 경제통계시스템(조세징수액); 국회예산정책처 홈페이지. 2017. 8. 5 인출.

교부세는 특정한 용도가 별도로 지정되지 않고 자치단체 일반예산으로 사용할 수 있다.

또한 국가는 〈지방교육재정교부금법〉에 따라 지방자치단체의 교육(행정)기관 운영에 필요한 재원으로 내국세 총액의 20.27%와 교육세 수입 총액(2017년도부터 유아교육지원특별회계 교부금 제외)에 해당하는 금액을 지방교육재정교부금으로 지방에 이전한다.

국고보조금은 〈보조금 관리에 관한 법률〉에 따라 국가 이외의 주체가 수행하는 사업 또는 사무 수행을 재정적으로 원조하기 위한 교부금으로서 특정 용도와 조건이 지정되어 관리되는 특정보조금의 성격을 가지며, 국가의 예산회계(일반+특별회계) 지출예산으로 계상되어 집행된다.

이와 같은 지방이전재원 규모는 지난 2007년 67.7조 원(국세수입 총액 대비 41.9%)에서 꾸준히 증가하여 2015년 현재 119.4조 원으로 국세수입의 54.8%에 이른다. 국세수입의 30% 이상이 지방의 일반재원 형태로 이전되고 정부 목적사업 추진을 위해 국세수입의 20%에 해당하는 재원이 지방

으로 이전되어 집행된다는 사실을 통해 한국이 중앙집권적 재정구조를 갖고 있음을 확인할 수 있다(〈표 5-2〉 참조).

한편, 국세수입의 일정률로 교부되는 지방교부금의 특성상 경제상황에 따라 다소 부침을 겪으면서 점진적으로 증가하는데 비해, 지방을 통해 정책을 집행하는 재원인 국고보조금은 근래에 올수록 빠르게 증가하여 전체 지방이전재원 규모 확대를 견인하고 있다. 그 원인은 일반적으로 국고보조사업의 형태로 추진되는 사회복지 분야 정책사업의 확대에 기인한다. 이와 관련해서는 이 장의 3에서 자세히 살펴보기로 한다.

2. 정부재정의 장기 추이와 구성 변화

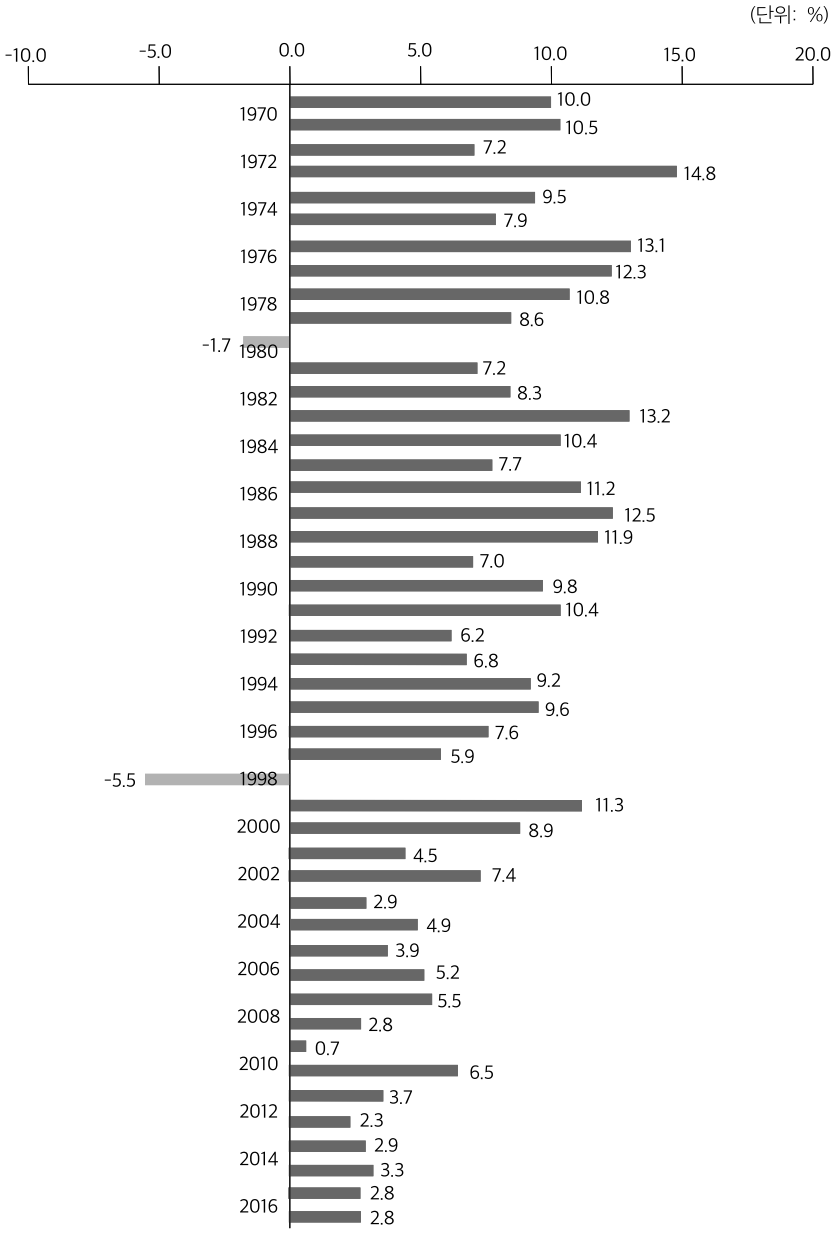
1) 최근까지의 재정흐름

〈그림 5-5〉와 〈그림 5-6〉은 각각 한국의 경제성장률 추이와 SNA 기준 일반정부의 재정수입과 지출의 장기 추이를 GDP 대비 비율로 보여준다. 한국 정부의 재정 규모는 지난 45년간 크고 작은 경제위기와 회복을 반복하면서 꾸준히 성장했다. 1970년 국민계정에 따른 일반정부의 지출과 수입규모는 각각 GDP 대비 20%와 20.1% 수준에서 약 1.6배 이상 성장해 2015년 GDP의 32.3%와 33.7%에 이른다.[10] 이는 2015년 OECD 평균 일반정부 지출(GDP 대비 43.8%)과 수입(GDP 대비 42.2%) 규모의 73~80% 수준으로, 재정 규모가 선진국인 스위스, 미국, 일본에 거의 근접할 정도로 확대되었다.[11]

10) 2015년 일반정부 지출과 수입의 GDP 대비 비율은 한국은행 GDP를 기준으로 재산출한 값으로, OECD. Revenue Stat에 공개된 수치와 다소 차이가 있다(예: OECD. Stat은 한국의 일반정부 수입과 지출의 2015년 GDP 대비 비율을 각각 32.4%와 33.8%로 보고했다).

11) 국가별 2015년 GDP 대비 일반정부의 지출과 수입 비중은 스위스 각각 33.9%와 35%, 미국 37.7%와 33.5%, 일본 39.4%와 35.9%이다(OECD Stat. Government at a Glance 2017).

〈그림 5-5〉 한국의 성장률 추이: 실질 GDP 성장률(1970~2016년)



자료: 한국은행 경제통계시스템. 2017. 7. 25 인출.

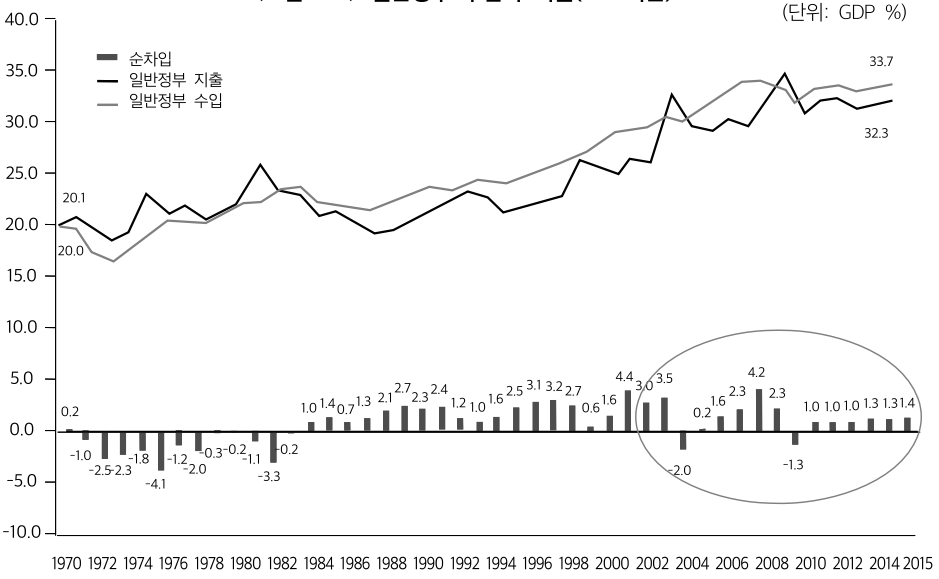
1960년대 말 차관 기업의 부실 문제와 1970년대 초 석유파동으로 인한 경기불황의 심화와 함께 무역적자가 확대되었고 1979~1980년 2차 석유파동으로 인한 경제위기를 겪으면서 정부재정이 악화되었다. 경제위기에 대한 대응 조치로 부실기업 정리와 해운업 등 중복업종에 대한 구조조정과 금융자율화가 추진되었고, 1980년대 중반까지 물가안정을 주요 목적으로 하는 재정긴축이 이어졌다. 이후 3저호황(저유가·저달러환율·저금리)에 따른 경기회복에 힘입어 1980년대 중반 이후 정부재정은 큰 폭의 흑자를 기록하였고, 재정긴축이 완화되었음에도 1997년 외환위기 전까지 흑자 상태를 유지하였다. 2000년대 들어서는 경제위기 이후 복지수요 증가와 그에 대응한 관련 제도의 신설·확대로 재정지출이 증가하였으나 경제성장 속도는 둔화하면서 정부재정이 악화되고 있다.

그러나 최근의 이러한 상황은 〈그림 5-6〉의 일반정부 재정수지에서는 확인하기 어려운데, 이는 뒤늦게 도입되어 제도성숙이 진행 중에 있어 대규모 흑자가 발생하는 사회보험재정이 포함되어 있기 때문이다. 이에 〈그림 5-7〉의 사회보험이 제외된 중앙정부 재정수지 동향을 보면 1990년대 말 경제위기 이후 정부의 재정여건이 나빠지고 있음을 확인할 수 있다.

한편, 2015년 현재 SNA 기준 일반정부 부채 규모는 GDP 대비 45.9%로 절대적 규모에서는 OECD 국가 중 매우 건전한 수준으로 나타난다. 하지만 2007년 이후 부채 규모의 증가 속도를 보면 OECD 평균보다 빠르게 나타나고 있다.[12] 이러한 추세는 저출산·고령화로 인한 노인 관련 사회보장지출 수요가 정부지출을 견인함으로써 지속될 것으로 예상됨에 따라 재정건전성에 대한 우려가 점차 커지고 있다.

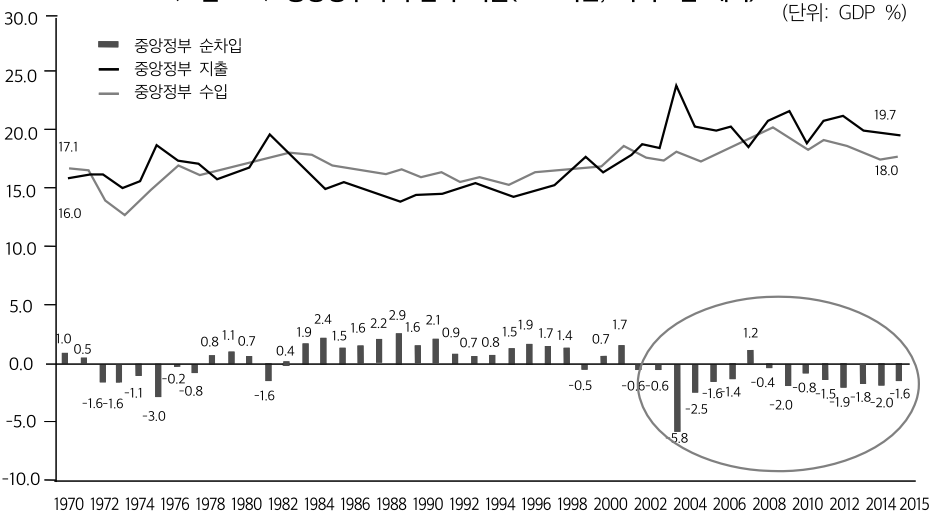
12) 한국 일반정부 GDP 대비 부채비율 2007년 27.7%로 1.7배 확대, OECD 평균 2007년 53.3%에서 2015년 85.6%로 1.6배 확대되었다(OECD Stat. Government at a Glance 2017, http://stats.oecd.org 2017.7.25. 인출).

〈그림 5-6〉 일반정부 수입과 지출(SNA기준)



자료: OECD Statistics; 한국은행 경제통계시스템. 2017. 7. 25 인출.

〈그림 5-7〉 중앙정부의 수입과 지출(SNA기준, 사회보험 제외)



자료: OECD Statistics; 한국은행. 경제통계시스템. 2017. 7. 25 인출.

2) 정부 총조세수입 구성의 변화

2015년 OECD 자료를 통해 파악되는 사회보장기여금 수입을 포함한 총조세수입 규모는 393.6조 원, GDP 대비 25.2%로 OECD 평균 국민부담률 34.3%의 약 74%에 이른다.[13] 사회보장기여금을 제외한 국세와 지방세 수입은 288.9조 원으로 GDP 대비 18.5%로 OECD 평균 조세부담률 25.1%(2014년 기준)의 74% 수준이다.

국제비교가 가능한 OECD 자료를 통해 확인해 보면 1972년 국민부담률과 조세부담률은 각각 12.4%와 12.3%로 OECD 평균(각각 26.9%와 21.5%)에 크게 못 미치는 수준에 머물렀지만, 지난 43년 동안 비교적 빠른 속도로 상승해오고 있다. 특히 사회보장기여금 수입을 포함한 국민부담률의 경우 1980년대 말 국민연금 도입과 국민건강보험의 전면적 시행으로 조세부담률보다 더 빠르게 증가해왔다(〈표 5-3〉 참조).

고용보험제도 도입으로 한국의 사회보험체계 골격이 갖춰진 1995년 이후 지난 20여 년간의 총조세수입 구성을 살펴보면, 사회보장기여금을 포함한 총조세수입은 연평균 8.2%씩 확대되었다. 이 기간 동안 사회보장기여금 수입의 증가율은 12.5%로 가장 빠른 신장세가 확인된다. 이러한 사실은 〈그림 5-8〉 하단의 총조세수입 구성비의 변화를 통해 확인할 수 있는데, 1995년 총조세수입 중 12%에 불과했던 사회보장기여금 수입은 2015년 현재 27%까지 확대되어 소득세와 법인세의 합산 규모와 같은 비중을 차지한다.

---

13) 국민부담률 수준은 한국은행 GDP를 기준으로 재산출한 값으로, OECD. Revenue Stat이 공개하는 수치와 다소 차이가 있다(예: OECD는 한국의 2015년 국민부담률을 25.2%로 보고했다. 〈표 5-3〉 참조).

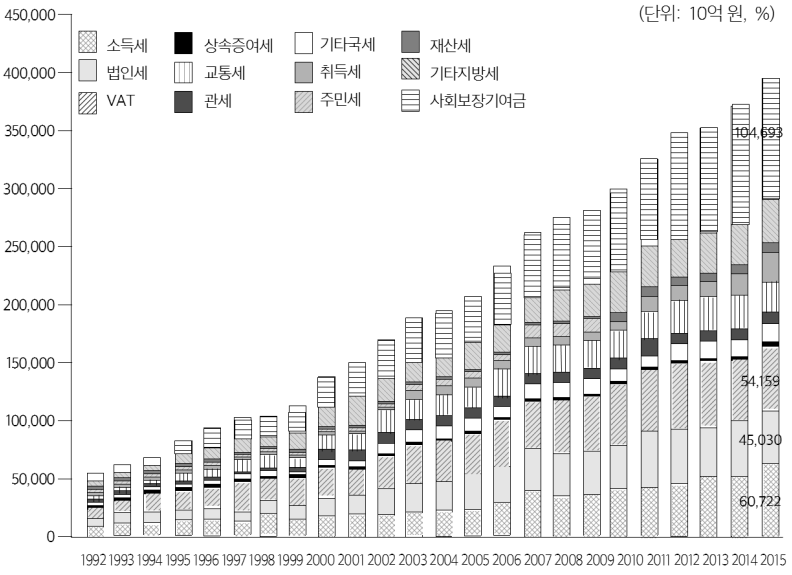
〈표 5-3〉 OECD 주요국의 국민부담률과 조세부담률

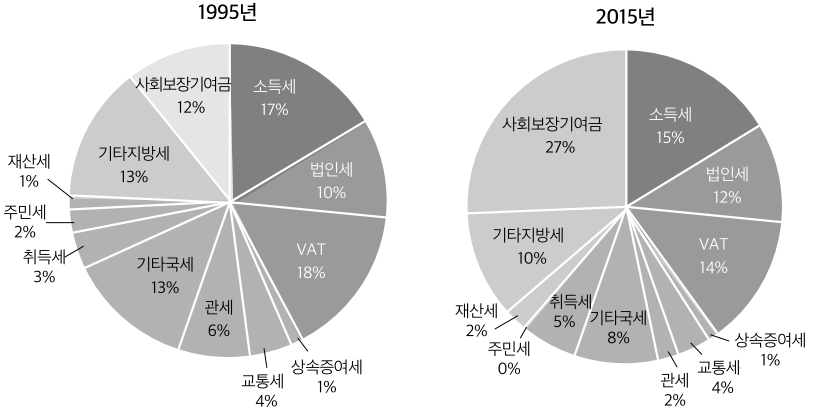
(단위: GDP %, %p)

국가	1972년	1980년	1985년	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2015년	1972년 대비, %p
호주	21.4 (21.4)	26.2 (26.2)	27.8 (27.8)	28.1 (28.1)	28.2 (28.2)	30.4 (30.4)	30.0 (30.0)	25.6 (25.6)	- -	6.4 (6.4)
오스트리아	34.8 (26.0)	38.7 (26.7)	40.5 (27.6)	39.4 (26.4)	41.1 (26.3)	42.1 (27.8)	40.9 (26.9)	40.8 (26.7)	43.5 (28.7)	8.7 (2.6)
벨기에	34.2 (24.0)	40.5 (28.8)	43.5 (29.7)	41.2 (27.5)	42.6 (28.6)	43.5 (30.1)	43.2 (29.9)	42.6 (28.8)	44.8 (30.5)	10.6 (6.6)
캐나다	30.3 (27.6)	30.4 (27.2)	31.7 (27.5)	35.2 (30.9)	34.8 (29.9)	34.8 (30.0)	32.2 (27.5)	30.6 (26.1)	31.9 (27.1)	1.6 -(0.5)
덴마크	39.5 (38.3)	41.3 (41.1)	43.9 (43.3)	44.4 (44.4)	46.5 (46.4)	46.9 (46.2)	48.0 (47.9)	45.1 (45.0)	46.6 (46.6)	7.1 (8.3)
핀란드	33.2 (29.0)	35.3 (27.1)	39.1 (30.6)	42.9 (31.9)	44.5 (30.8)	45.8 (34.3)	42.1 (30.6)	40.8 (28.7)	44.0 (31.3)	10.8 (2.3)
프랑스	33.5 (21.0)	39.4 (22.6)	41.9 (23.7)	41.0 (22.9)	41.9 (23.9)	43.1 (27.5)	42.8 (26.9)	42.0 (25.9)	45.5 (28.6)	12.0 (7.7)
독일	33.5 (23.2)	36.4 (23.9)	36.1 (22.9)	34.8 (21.8)	36.2 (22.1)	36.2 (22.1)	33.9 (20.4)	35.0 (21.3)	36.9 (22.9)	3.4 -(0.2)
그리스	18.9 (13.3)	20.8 (13.9)	24.6 (15.8)	25.2 (17.6)	27.8 (18.8)	33.4 (23.2)	31.2 (20.2)	32.2 (21.1)	36.8 (26.1)	17.9 (12.8)
이탈리아	25.4 (15.5)	28.7 (17.8)	32.5 (21.2)	36.4 (24.4)	38.6 (26.4)	40.6 (29.0)	39.1 (27.1)	41.9 (28.8)	43.3 (30.3)	18.0 (14.8)
일본	20.1 (15.5)	24.8 (17.5)	26.7 (18.6)	28.5 (21.0)	26.4 (17.6)	26.6 (17.3)	27.3 (17.2)	27.6 (16.2)	- -	11.9 (3.8)
한국	**12.4** **(12.3)**	**16.9** **(16.8)**	**15.8** **(15.5)**	**18.8** **(16.9)**	**19.1** **(16.8)**	**21.5** **(17.9)**	**22.5** **(17.8)**	**23.4** **(17.9)**	**25.3** **(18.5)**	**12.8** **(6.2)**
룩셈부르크	25.2 (18.1)	34.3 (24.4)	37.9 (28.0)	33.6 (24.3)	34.9 (25.5)	37.2 (27.5)	38.2 (27.5)	38.0 (27.0)	37.0 (26.3)	11.8 (8.2)
네덜란드	35.9 (23.3)	40.3 (24.9)	39.8 (22.2)	40.2 (25.2)	37.7 (22.8)	37.2 (22.8)	35.4 (23.2)	36.1 (23.0)	37.8 (23.5)	1.9 (0.2)
노르웨이	38.6 (31.5)	41.9 (33.1)	41.9 (33.2)	40.2 (29.7)	40.0 (30.6)	41.9 (33.1)	42.6 (33.9)	41.9 (32.6)	38.1 (27.6)	-0.5 -(3.8)
포르투갈	17.1 (12.3)	21.9 (15.4)	24.1 (17.9)	26.5 (19.3)	29.3 (21.6)	31.1 (23.1)	30.8 (22.6)	30.4 (21.8)	34.5 (25.5)	17.4 (13.2)
스페인	16.6 (9.6)	22.0 (11.3)	26.8 (15.9)	31.6 (20.4)	31.3 (20.0)	33.4 (21.8)	35.3 (23.5)	31.5 (19.8)	33.8 (22.5)	17.2 (12.8)
스웨덴	37.6 (31.7)	43.7 (31.2)	44.8 (33.6)	49.5 (36.0)	45.6 (33.0)	49.0 (36.1)	46.6 (34.1)	43.2 (32.3)	43.3 (33.6)	5.7 (1.9)
스위스	18.3 (15.4)	23.3 (17.9)	23.9 (18.4)	23.6 (18.0)	25.4 (18.6)	27.4 (20.8)	26.5 (20.2)	26.5 (20.2)	27.9 (21.0)	9.6 (5.7)
터키	10.8 (9.8)	13.3 (11.5)	11.5 (9.8)	14.9 (12.0)	16.8 (14.8)	24.2 (19.6)	24.3 (18.8)	26.2 (19.7)	30.0 (21.3)	19.2 (11.5)
영국	31.6 (26.7)	33.4 (27.8)	35.1 (28.8)	32.9 (27.3)	29.8 (24.5)	32.8 (27.3)	32.5 (26.4)	32.5 (26.3)	32.5 (26.5)	1.0 -(0.2)
미국	24.4 (20.3)	25.5 (19.9)	24.6 (18.4)	26.0 (19.3)	26.5 (19.8)	28.2 (21.6)	25.9 (19.6)	23.5 (17.4)	26.4 (20.1)	1.9 -(0.2)
OECD 평균	**26.9** **(21.5)**	**30.1** **(23.2)**	**31.5** **(24.2)**	**32.0** **(24.6)**	**33.3** **(24.5)**	**34.0** **(25.4)**	**33.6** **(25.0)**	**32.6** **(23.7)**	**34.3** **-**	**7.3** **(3.6)**

자료: OECD Statistics, 2017. 7. 20 인출.

〈그림 5-8〉 총조세수입 구성 추이(1992~2015년)





자료: 통계청. KOSIS, 2017. 7. 24 인출; OECD Statistics, 2017. 7. 24 인출.

한편, 같은 기간 동안 3대 주요 세목인 소득세와 법인세 및 부가가치세(VAT) 수입의 연평균 증가율은 각각 7.8%, 8.6%와 6.8%로 정부의 조세수입 증대를 견인하였다.[14] 소득세와 법인세의 경우 2009년 금융위기 이후 이전까지 진행되었던 감세 정책을 폐기하고 고소득자와 대기업을 중심으로 실질세부담을 인상하는 일련의 세제 개편이 이루어졌고, 경제적 부침에도 불구하고 상대적으로 안정적인 세수 확대로 이어졌다. 그에 비해 1977년 시행된 부가가치세는 1988년 개정 이후 사실상 과세체계에 큰 변화 없이 10%의 단일 명목세율이 그대로 고정된 상태로 유지되면서 경제 규모에 비해서 낮은 신장세를 보이고 있다. 이러한 점은 국세에 부가세(*surtax*) 형태로 징수되는 지방소득세와 지방소비세를 포함해서 살펴보았을 경우에도 마찬가지로 확인된다.[15]

3) 정부지출 구성의 변화

1970년 이래 일반정부의 분야별 지출 추이를 국민계정을 통해 확인해 보면 지난 45년간 보건과 사회보호 분야 지출 규모의 연평균 증가율은 22.6%와 20.1%로, 같은 기간 일반정부 지출 증가율(16.6%)보다 높게 나타난다. 특히 1990년대 중반 이후 사회보험체계의 외형적 틀이 만들어지고 2000년대 들어 각종 사회복지급여가 신설·확대 추진되고 인구고령화가 심화되면서 노인 관련 지출을 중심으로 사회보장지출이 크게 증가하고 있다(〈표 5-4〉 참조).

14) 지방소득세 및 지방소비세분은 제외하고 계산된 값이다.

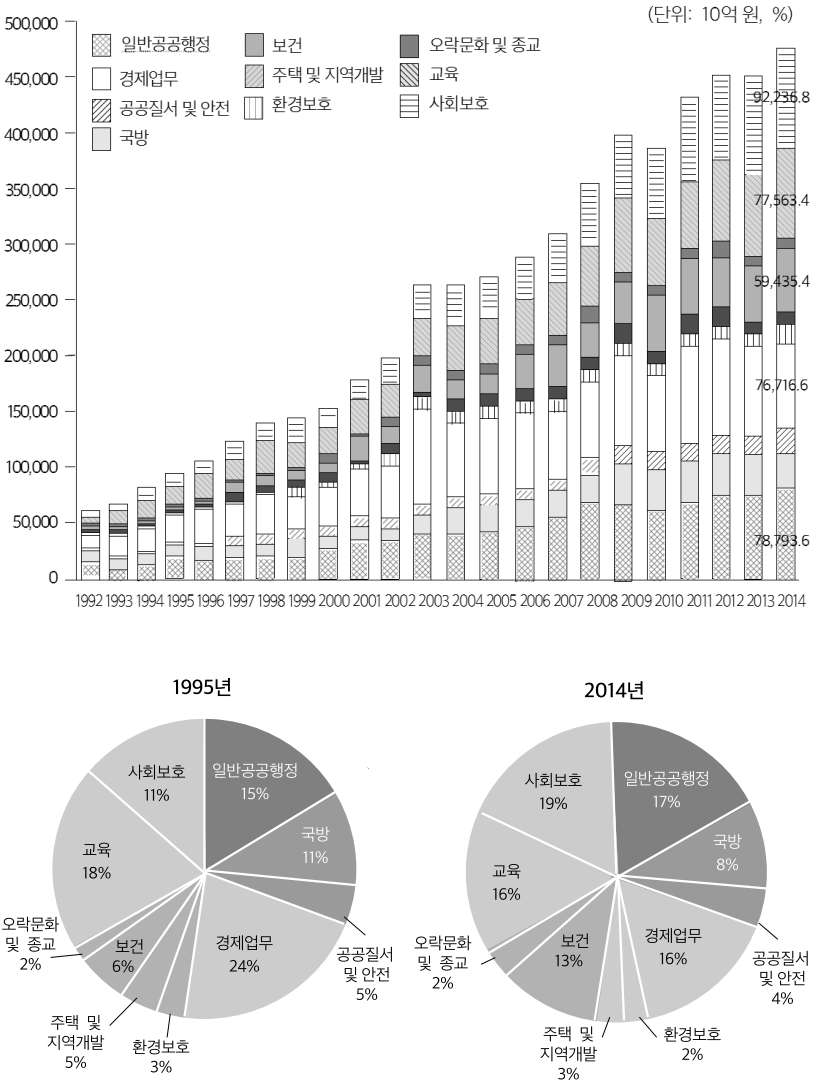
15) 국세인 소득세와 법인세 결정세액의 10%가 지방소득세로 별도 부과된다. 지방소비세는 부가가치세 수입의 5%로 지난 2010년 도입되었고, 2013년 부동산취득세 영구인하 조치에 따른 지방재원 보전 일환으로 부가가치세 수입의 11%로 세율인상이 이루어졌다(국회예산정책처, 2016: 19).

〈표 5-4〉 한국의 주요 사회보장제도 발전과정

시 기	내 용
1960. 1	〈공무원연금법〉 제정(공무원/군인)
1961. 12	〈아동복리법〉 제정
1961. 12	〈생활보호법〉 제정
1963. 1	〈군인연금법〉 제정(군인연금 분리)
1963. 11	〈산업재해보상보험법〉 제정
1963. 12	〈의료보험법〉 제정
1973. 12	〈사립학교 교원연금법〉 제정(1974. 1 시행)
1977. 7	의료보험제도 도입(상시 500인 이상 사업장)
1977. 12	〈의료보호법〉 시행(저소득층 의료급여)
1979~1985	의료보험 확대(공무원, 교직원, 군인, 군인가족, 퇴역·퇴직연금 수급자/유족 및 장해연금 수급자 등)
1981. 6	〈노인복지법〉 제정
1981. 6	〈심신장애자복지법〉 제정
1981. 4	〈아동복지법〉(〈아동복리법〉 전부개정)
1982. 12	〈유아교육진흥법〉 제정
1986. 12	〈국민연금법〉 공포
1988	의료보험 확대(농어촌)
1988. 1	국민연금제도 시행(사업장; 1986.12 〈국민연금법〉 전면개정)
1989. 7	의료보험 확대(도시지역, 자영업자 및 5인 미만 사업장 근로자)
1989. 12	〈장애인복지법〉(〈심신장애자복지법〉 전면개정)
1990. 1	〈장애인 고용촉진 등에 관한 법률〉 제정
1991. 1	〈영유아보육법〉 제정
1993. 12	〈고용보험법〉 제정
1995. 7	국민연금확대(농어민·농어촌지역 포함)
1995. 7	고용보험제도 시행
1995. 12	〈사회보장기본법〉 제정
1998. 10	고용보험 전사업장 확대시행(1인 이상)
1998. 10~2002. 1	국민건강보험 통합
1999. 4	국민연금확대(도시지역)
1999. 9	〈국민기초생활보장법〉 제정(2000.10 시행)
2001. 11	고용보험 육아휴직급여 및 산전후휴가급여제도 포함
2005. 5	〈저출산고령사회기본법〉 제정
2007. 4	〈노인장기요양보험법〉 제정
2007. 4	〈기초노령연금법〉 제정
2009	근로장려세제 지급(EITC. 2006.12 조특법 신설)
2010. 4	〈장애인연금법〉 제정
2012. 1	〈사회보장기본법〉 전부개정
2013	0~5세 전 소득계층 무상보육·교육 실시 및 가정양육수당 지급
2014. 5	〈기초연금법〉 제정 (2014. 7 시행)
2015	자녀장려세제 (CTC. 2014.1 조특법 신설)
2015. 7	기초생활보장제도 맞춤형 급여체계 개편 시행

자료: 법제처. 국가법령정보센터. 개별 법령 연혁.

〈그림 5-9〉 SNA 기준 일반정부 기능별 지출구성 추이(1992~2014년)



자료: 한국은행. 경제통계시스템. 2017. 7. 25 인출.

1995년 일반정부 지출 총량에서 보건과 사회보호 분야 지출이 차지하던 비중은 각각 6.3%와 11.4%로 경제업무 분야(24%) 지출을 조금 상회했으나, 2014년 현재 사회보호 분야가 92.2조 원, 일반정부 전체 지출 중 19.4%로 가장 큰 비중을 차지한다. 다음으로 일반공공행정 78.8조 원(16.6%), 교육 77.6조 원(16.3%), 경제업무 76.7조 원(16.1%), 보건 59.4조 원(12.5%), 주택 및 지역개발 12.5조 원(2.6%), 환경보호 11.8조 원(2.5%), 오락 문화 및 종교 10.2조 원(2.1%) 순으로 나타난다. 1995년 이래 각 분야별 지출 규모 증가율을 보면, 보건 분야가 12.9%로 가장 높게 나타나며 사회보호 분야가 12%로 주택 및 지역개발(5.8%)이나 경제업무(6.7%) 등 SOC 관련 지출이나 국방(6.9%) 지출보다 빠르게 증가한다(〈그림 5-9〉 참조).

3. 한국의 사회보장지출

1) 사회보장제도의 운용 구조와 현황[16]

한국의 사회보장은 1960년 1월 〈공무원연금법〉 제정 이후 공무원, 군인(1963년), 교직원(1974년)과 같은 특수직역 근로자의 노후소득보장을 위한 연금제도를 시작으로 1977년 5백 인 이상 사업장 근로자를 대상으로 처음 시행된 의료보험제도까지 주로 안정적인 직장가입자를 대상으로 하는 사회보험제도를 중심으로 발전되었다.

1980년대 후반 국민연금제도의 도입과 의료보험의 대상 확대가 이뤄지면서 일반국민을 대상으로 하는 사회보험체계의 틀이 만들어졌고, 1997년 말

16) 이 소절의 운용체계에 대한 부분은 고제이 · 박인화 · 최영준 등(2015) 제4장에 크게 의존하여 재구성하였고, 재정 현황은 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2016)의 관련 내용을 중심으로 작성하였음을 밝힌다.

외환위기에 따른 대량 실업 사태에 직면하여 전 사업장에 대한 고용보험제도의 확대 시행(1998년)과 이후 2007년 〈노인장기요양보험법〉 제정으로 현재 한국 사회보험체계의 모습이 갖춰졌다. 한국의 사회보험제도는 〈표 5-5〉 상단과 같이 4대 공적연금(국민연금, 공무원연금, 사학연금 및 군인연금)과 고용·산재보험 그리고 국민건강보험과 노인장기요양보험으로 구성되며, 각 제도의 운용 주체는 중앙정부 소관부처로서 개별 전담운용기관을 통해 보험사업을 수행한다. 각 보험제도 급여지출의 재원은 기본적으로 가입자 기여금을 중심으로 한 자체수입으로 조달하지만, 이미 기금적립금이 고갈된 공무원연금과 군인연금에 대해서는 정부(중앙정부와 지방자치단체)가 수지 적자를 보전해 준다. 또한 재정 외로 운용되는 국민건강보험과 노인장기요양보험에 대해서도 중앙정부가 일반회계와 건강증진기금을 통해 보험료 예상 수입액의 약 20%를 보조해 준다.

사회보험제도권 밖 취약계층은 보건복지부가 중심이 되어 운영하는 공공부조제도를 통해 보호받는데, 1961년 〈생활보호법〉을 모태로 한 기초생활보장제도(1999년 9월 법제정)가 대표적이다. 한국의 공공부조는 1997년 말 외환위기 이후 크게 확대되었는데, 2000년부터 생계·주거·의료·교육·해산·장제급여 등을 포괄하여 지급되던 기초생활보장제도는 2015년 7월부터 개별급여체계로 전환되어 시행된다. 그 밖의 취약계층 지원을 위한 공공부조로 장애인연금제도가 2010년부터 시행되고 있다. 한편, 2000년대 중반부터 국민연금제도가 성숙하지 못한 상태에서 베이비붐세대의 은퇴가 가속화됨에 따라 취약한 노후소득보장의 문제가 가시화되었다. 이를 완화하기 위한 조치로 2008년부터 저소득층 노인에 대한 기초노령연금이 지급되다가, 2014년 5월 〈기초연금법〉 제정을 통해 7월부터 급여 대상과 급여 수준을 확대한 새로운 기초연금제도로 전환되어 시행된다. 그 외 아동발달계좌 지원 사업이나 장애아동수당 등 취약계층 아동을 위한 각종 사업들이 확대·추진되고 있다.

〈표 5-5〉 주요 사회보장제도 운영체계

제도/정책영역		급여 형태	소관부처	전담(관련)기관/ 전달체계	재원조달
[1차 안전망: 8종 사회보험]					
4대 공적 연금	국민연금	현금	보건복지부	국민연금공단	사회보험 방식(국민연금기금)
	공무원연금		인사혁신처	공무원연금공단	사회보험 방식(공무원연금기금/ 군인연금기금) + 적자국고보전
	군인연금		국방부	자체 운영	
	사학연금		교육부	사학연금공단	사회보험 방식(사학연금기금)
고용보험		현금/ 현물	고용노동부	지방고용노동청, 근로복지공단	사회보험 방식(고용보험기금)
산재보험				근로복지공단, 산업안전보건공단	사회보험 방식 (산재보험 및 예방기금)
국민건강보험		현물	보건복지부	국민건강보험공단	사회보험 방식(국가재정 외로 운용) + 예산범위 내에서 보험료 예상수입액의 20% 국고지원
노인장기요양보험					
[2/3차 안전망: 공공부조, 사회서비스]					
기초 생활 보장	생계급여	현금	보건복지부	지방자치단체	국고 + 지방비
	주거급여				
	교육급여				
	해산 장제급여 등				
	의료급여	현물			
취약계층지원: 장애인연금/장애수당		현금	보건복지부	지방자치단체	국고(예산, 복권기금) + 지방비
보육	영유아보육, 가정양육수당	현물	보건복지부	지방자치단체	국고 + 지방비
	보육(3~5세아 누리과정)		교육부	지방교육청	지방교육재정교부금
여성·가족		현물	여성가족부	지방자치단체, 건강가정지원센터 등	국고(예산, 여성발전기금, 청소년육성기금) + 지방비
노인 기초연금		현금	보건복지부	지방자치단체 (또는 국민연금공단)	국고 + 지방비
보훈		현금/ 현물	국가보훈처	지(방)청, 보훈병원	국고(예산, 보훈기금, 순국선열애국지사기금)
일자리 지원 등		현물	고용노동부 외	지방고용노동청	국고(예산, 고용보험기금 등)
주택		현물	국토교통부	공공주택건설본부, 지방자치단체	국고(예산, 국민주택기금)
사회복지일반		현물	보건복지부 외	지방자치단체, 민간복지시설 등	국고(예산, 복권기금) + 지방비
보건의료 등		현물	보건복지부	공공의료기관, 보건소 등	국고(예산, 건강증진기금, 응급의료기금) + 지방비

자료: 고제이·박인화·최영준 외, 2015: 96, 〈표 4-1〉.

한국의 사회보장제도는 참여정부를 거치며 크게 성장했는데, 특히 영유아보육료 지원 등 사회서비스 부문의 확대가 두드러진다. 2005년 1월부터 전부개정된 〈영유아보육법〉(2004. 1 전부개정)의 시행과 같은 해 5월 〈저출산·고령사회기본법〉 제정을 통해 보육비용 지원 중심의 강력한 보육정책이 추진되었다. 정부의 보육료 지원은 2003년까지 차상위 이하를 대상으로 했으나 이후 대상과 지원 수준을 높여 2006년부터 차상위계층에 대한 100% 지원이 이루어졌다. 2009년에는 차상위 이하 시설미이용 아동에 대한 가정양육수당이 지급되었고, 2013년부터 소득 수준과 상관없이 미취학아동(0~5세)에 대한 무상보육(시설 및 가정양육)이 시행되었다. 지난 2015년부터는 0~2세 영아보육과 0~5세 가정양육수당은 보건복지부 소관 사업으로 유지하고 3세 이상 유아보육은 교육부의 누리과정사업으로 이관해 운영하고 있다. 노인 관련 사회서비스로는 일상적 활동이 어려운 노인에 대한 가사·활동지원·주간보호서비스를 제공하는 노인돌봄종합서비스가 대표적이다. 그 밖에 보건의료 영역에서 12세 이하 어린이 대상 예방접종을 시행하는 국가예방접종이나 취약지역 의료인프라 강화 등이 운영된다.

이상의 공공부조와 사회서비스 사업들은 정부의 조세수입을 주요 재원으로 하며, 대체로 국가와 지방자치단체가 비용을 분담하고 지방에서 이를 집행하는 국고보조사업의 형태로 추진된다. 2016년 지방자치단체 예산자료에 따르면, 지출 규모를 기준으로 했을 때 사회복지·보건 분야 보조사업 비중은 각각 91.3%와 73.7%로 나타난다.[17] 사회복지·보건 분야 각 정책 부문별로 기초생활보장 지출 규모가 98.3%로 가장 높고, 다음으로 보육·가족 및 여성 93.8%, 노인·청소년 91.2%, 취약계층지원 88.8%, 사회복지일반 72.8%, 식품의약안전 75.2%, 보건의료 73.7%, 주택 62.0%, 노동 57.9%,

17) 여기서 보조사업은 국고보조사업 이외 광역자치단체의 보조사업도 포함되나, 후자의 경우 그 비중은 그리 크지 않다.

〈표 5-6〉 주요 사회복지 예산사업 재원분담 현황(2016년)

(단위: 억 원)

구분	계(A)	국비(B)	지방비	국가분담률(B/A)
합계	299,179	223,402	75,777	74.7%
기초생활보장 급여	56,739	45,853	10,886	80.8%
-생계급여	(41,973)	(33,893)	(8,080)	(80.7%)
-주거급여	(12,697)	(10,289)	(2,408)	(81.0%)
-교육급여	(1,796)	(1,451)	(345)	(80.8%)
-해산장제 급여	(273)	(220)	(53)	(80.6%)
의료급여	63,904	48,192	15,712	75.4%
장애인연금 급여	8,328	5,581	2,747	67.0%
장애수당 급여	1,979	1,326	653	67.0%
기초연금 급여	102,896	78,497	24,399	76.3%
영유아보육료	46,776	31,761	15,015	67.9%
가정양육수당	18,557	12,192	6,365	65.7%

주: 1) 지출 규모는 예산 기준.
2) 기초생활보장 급여 예산은 생계, 주거, 교육, 해산 장제급여이며, 영유아보육료의 경우 지방비에는 지방교육재정으로 지원되는 누리보육[3세아 이상 보육료 지원과 유치원 이용 아동에 대한 지원(유아학비)] 예산은 제외.
3) 영유아보육료의 지방비는 편성 보조율에 따른 추계금액으로 실제 매칭비가 아님.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2016: 546, 〈표 11-4〉.

보훈 32.0% 순이다(보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2016: 542). 주요 사회복지급여 사업의 국비와 지방비 분담 수준은 〈표 5-6〉에서 확인할 수 있다.

이러한 사회보장에 대한 국고보조사업의 확대는 곧 지방자치단체의 이전재원수입 의존도를 심화시키는 문제의 원인을 제공했다. 2008~2016년 지방자치단체 세입예산 추이를 보면, 지방세 등 지방 고유의 자체수입은 연간 4.6% 증가했고, 중앙에서 이전되는 지방교부금과 국고보조금 수입은 각각 3.6%와 7.7%씩 증가했다. 특히 같은 기간 지방자치단체 세출예산에서 사회복지 분야 국고보조사업 추진 예산 규모는 연간 10.8% 늘어나 2016년 현재 2008년 대비 2.3배 증가한 42.4으로, 자치단체 예산 규모 총액 대비 23%를 차지한다. 반면에 자치단체가 독립적으로 수행하는 자체 사회복지 사업 예산의 증가율은 같은 기간 4.2% 수준에 불과하다(박인화, 2017).

이상의 논의를 통해서 확인해 본 것과 같이 한국의 사회보장지출체계는 국가(중앙정부)가 사회보험은 물론 조세를 근간으로 하는 사회복지·보건 분야 예산사업 전체를 관장하는 구조이다.[18] 이에 정부의 사회보장정책 영역별 추진 현황에 대해서는 국가 회계자료를 기준으로 살펴보기로 한다.[19]

〈표 5-7〉 국가와 지방자치단체 재정 추이(2008~2016년)

(단위: 조 원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	연평균 증가율
국가(중앙정부)										
국가 총지출	262.8	301.8	292.8	309.1	325.4	342	355.8	375.4	386.4	4.9
-사회복지 분야지출	62.9	73.4	73.9	78.9	84.8	88.7	97.2	105.3	112.9	7.6
지방자치단체										
지방자치단체 세출예산규모	125.0	137.5	139.9	141.0	151.1	156.9	163.6	173.3	184.6	5.0
(세입)										
- 자체수입(지방세 등, a)	73.7	80.8	79.4	79.3	85.9	87.2	89.5	95.1	105.9	4.6
-지방교부세(b)	24.1	26.5	25.6	27.4	29.2	31.5	31.6	31.6	32.0	3.6
(지방 자주재원 소계, a+b)	(97.8)	(107.4)	(105.0)	(106.7)	(115.1)	(118.6)	(121.1)	(126.7)	(137.9)	(4.4)
-국고보조금	23.7	26.5	29.7	30.6	32.1	34.2	37.7	41.8	43.0	7.7
(세출)										
-사회복지 분야 국고보조사업	18.7	20.6	23.0	25.1	27.3	31.6	36.6	40.3	42.4	10.8
-사회복지 분야 자체사업	2.9	3.4	3.3	3.2	3.2	3.2	3.3	3.6	4.0	4.2

주: 지방은 당초예산 기준의 순계.
자료: 기획재정부, 각 연도; 행정자치부. 각 연도; 박인화, 2017: 1의 표 수정 인용.

18) 고제이·박인화·최영준 등(2015: 108)에 따르면 사회보장지출의 87%를 국가(중앙정부)가 관장한다.

19) 〈표 5-7〉의 지출 규모는 공적연금과 건강보험부문을 제외하고 국고보조사업의 형태로 추진되는 사업에 대한 국가의 부담, 즉 지방자치단체에 이전되는 국고보조금이 포함된 것으로 동 규모는 다시 지방자치단체 세출예산에 중복되어 계상된다. 따라서 정부예산 자료를 기준으로 한 재정분석에서 지방은 제외한다. 지방의 사회보장 관련 세출예산 현황은 보건복지부·한국보건사회연구원(2016: 542~543)을 참조할 수 있다.

〈표 5-8〉의 국가(중앙정부)의 총지출[20] 예산배분 추이를 보면, 사회복지·보건 분야 지출은 2008년 68.8조 원에서 2016년 123.4조 원으로 지난 8년간 연평균 증가율이 7.6%이며, 이는 동 기간 국가 총지출 증가율보다 1.5배 높다. 이들 부문이 총지출에서 차지하는 비중 역시 빠르게 증가했다.

〈표 5-8〉 국가의 사회복지·보건 분야 예산배분 현황(2008~2016년)

(단위: 조 원, 10억 원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	평균 증가율
사회복지·보건(a)	68.8	80.4	81.2	86.4	92.6	99.3	106.4	115.7	123.4	7.6
국가총지출(b)	262.8	301.8	292.8	309.1	325.4	349	355.8	375.4	386.4	4.9
비중 % [a/b]	26.2	26.6	27.7	28.0	28.5	28.5	29.9	30.8	31.9	-
사회복지 (10억 원)	62,914	73,420	73,916	78,893	84,772	90,471	97,205	105,282	112,864	7.6
기초생활보장	7,272	7,980	7,294	7,524	7,910	8,776	8,831	9,477	10,131	4.2
취약계층지원	922	2,406	1,521	1,343	1,395	1,685	1,799	2,369	2,499	13.3
공적연금	21,429	23,820	25,986	28,183	31,268	33,138	36,403	39,661	42,706	9.0
보육·가족·여성	1,669	1,957	2,369	2,876	3,385	4,543	5,716	5,428	5,765	16.8
노인·청소년	2,206	3,284	3,663	3,876	4,051	4,503	6,562	9,036	9,421	19.9
노동	10,494	14,685	12,294	12,618	13,124	14,036	14,459	15,516	17,295	6.4
보훈	3,129	3,360	3,609	3,874	4,054	4,315	4,458	4,638	4,818	5.5
주택	15,415	15,288	16,716	18,054	19,006	18,768	18,234	18,387	19,437	2.9
사회복지일반	380	641	464	546	579	706	744	770	792	9.6
보건 (10억 원)	5,904	6,996	7,330	7,500	7,859	8,821	9,220	10,401	10,534	7.5
보건의료	1,172	1,584	1,704	1,560	1,604	2,025	1,945	2,281	2,328	9.0
건강보험지원	4,554	5,204	5,383	5,710	6,011	6,513	6,967	7,744	7,786	6.9
식품의약안전	179	208	244	230	244	284	309	376	420	11.3

주: 2008년, 2009년, 2013년 추경기준. 2015~2016년은 본예산 기준.
자료: 기획재정부. 각 연도.

20) 총지출은 국가의 일반회계, 특별회계, 기금을 모두 합산한 후 내부거래지출과 보전지출을 차감한 순수한 재정활동을 측정한 것으로 정부부문의 전체적 재정 규모 파악을 위해 기획재정부가 별도로 사용하는 재정지표다. 기획재정부가 IMF 기준에 따라 작성하는 통합재정지출과의 차이는 통합재정에서는 순융자(융자지출-융자회수)를 지출에 계상하지만, 총지출은 융자지출 전체를 지출로 파악한다(열린재정. 용어설명 참조. www.oenfiscaldata.go.kr. 2016. 10. 29 인출).

2015년에 처음으로 30%를 넘어 2016년에는 31.9%까지 확대되었다. 한편, 2016년 현재 보건 분야 예산은 10조 5천억 원 수준으로 사회복지 분야 지출 규모의 9% 정도로 제시되고 있다. 그러나 전술한 바와 같이 국민건강보험과 노인장기요양보험은 재정 외로 운영되어 관련 급여지출은 정부 회계상 보건 분야에 포함되지 않고 제도 운영을 위한 정부지원만 계상되므로 유의할 필요가 있다.

정책 부문별로는 공적연금이 42.7조 원으로 전체 사회복지·보건 지출의 34.6%로 가장 큰 비중을 차지하며, 다음으로 주택(15.8%)[21]과 노동(14%), 기초생활보장(8.2%), 기초연금이 포함된 노인·청소년(7.6%), 건강보험지원(6.3%) 순으로 나타난다. 복지·보건 분야의 정책 부문별 지출 추이를 보면, 기초연금이 포함된 노인·청소년 부문과 보육료 지원사업을 중심으로 한 보육·가족·여성 부문에서의 증가율이 두드러진다. 그 결과 이들 정책 영역의 지출 비중 역시 지난 8년 동안 각각 2.4배, 1.9배 커졌다. 그에 비해 공공부조 영역인 기초생활보장과 취약계층 지원 부문의 지출 합계 비중은 2008년 11.9%에서 2016년에 10.2%로 1.7%p 하락하여 대조를 보인다. 이는 참여정부 이후 저출산과 고령화 문제가 심화되면서, 급속도로 성장 중인 사회보장제도가 보다 보편성을 추구하는 방향으로 확대됨과 동시에 뒤늦게 도입된 연금제도가 성숙하면서 나타난 결과로 볼 수 있다.

21) 이때 주택 부문에는 주거급여 이외 사회보장 급여로 보기 어려운 융자지출이 상당부분 포함되어 있다는 점도 한국 정부의 회계자료를 검토할 때 반드시 기억해야 할 부분이다.

2) 국제비교를 통해 본 한국의 사회보장지출

한국의 사회보장지출 수준에 대한 국제비교를 위해 이하에서는 OECD 공공사회지출을 기준으로 살펴본다. 2016년 기준 한국의 공공사회지출은 GDP 대비 10.4%로 OECD 지출 규모 평균의(21%)의 약 절반 수준으로 여전히 OECD 최하위권에 머물러 있다(〈그림 5-10〉 참조).

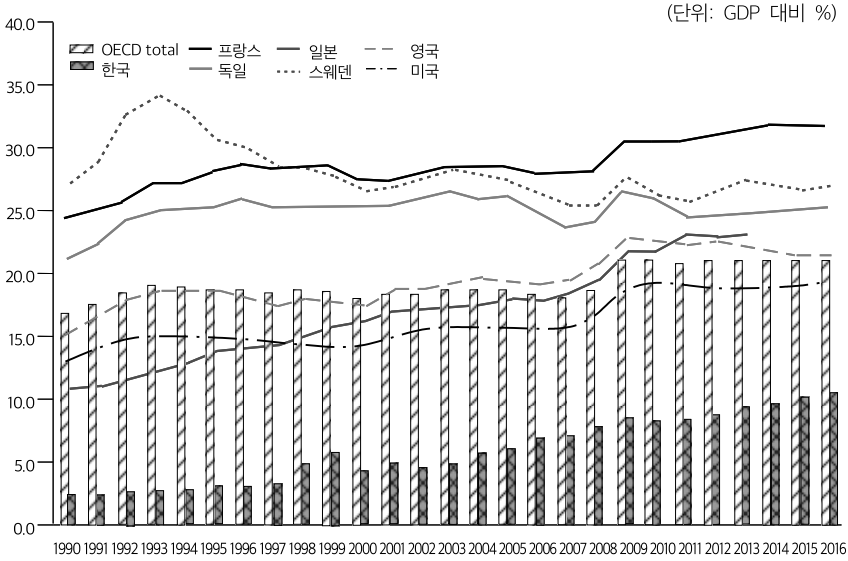
1990년대에 비로소 사회보험체계가 갖추어졌고, 2000년대 중반에 이르러서야 다수의 국민을 대상으로 하는 주요 사회급여제도가 본격적으로 시행되어오고 있다는 점에서 한국의 사회보장지출 수준은 선진국과 비교했을 때 절대적으로 낮을 수밖에 없다. 하지만 한국의 사회보장지출은 유례를 찾기 어려울 정도로 빠르게 증가하는데, 1990~2016년 기간 동안 한국의 GDP 대비 공공사회지출 증가율은 평균 5.3%로 같은 기간 OECD 평균 증가율 0.84%보다 6배 이상 높다. 한국 다음으로 사회보장지출 증가율이 높은 나라는 포르투갈(2.7%), 그리스(2.1%), 스위스(1.9%) 등의 순인데, 이들 국가들과 비교해 보더라도 한국의 성장 속도는 두드러지게 높다는 사실을 알 수 있다.[22]

2013년 OECD 32개국 공공사회지출의 9대 영역별 지출수준과 비교해 보면, 한국의 보건지출은 GDP 대비 3.8%로 가장 높고, 노령(2.2%), 가족(1.1%), 근로무능력(0.6%), 기타(0.6%), 적극적 노동시장(0.5%), 실업(0.3%), 유족(0.2%) 순으로 나타난다. 한국의 공공사회지출 총량 수준이 OECD 평균의 44%에 불과하여 '적극적 노동시장'과 '기타' 영역을 제외한 나머지 개별 영역들에서의 지출 수준 역시 대체로 낮게 나타난다. 특히 '기타'지출은 OECD 평균(GDP 대비 0.5%)을 상회하는데, 한국의 경우

22) 일본 또한 기록적인 사회보장지출 증가 속도를 보이고 있으나, 2013년 이후 자료가 공개되지 않아 제외하였다.

〈그림 5-10〉 OECD 주요국의 사회보장지출 추이(1990~2016년)

(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD Statistics, 2016. 10. 20 인출.

기타 영역 지출에 기초생활급여나 긴급복지 등 주요 공공부조 지출을 포함하여 통계를 제출하기 때문에 주요 급여의 성격에 따라 특정 영역으로 집계하는 다른 나라보다 기타 영역의 지출 규모가 상대적으로 크게 측정되는 것이다. 이러한 사정은 현재 자료가 없는 '주거' 영역의 문제에도 반영되는데, 구체적으로 보면 2015년 7월 기초생활보장제도의 개별급여화 이전에도 내역사업으로 주거급여 예산이 별도로 책정됨에도 불구하고 통합급여 지급 형태라는 점에서 통계작성 시 주거급여를 포함한 기초생활보장 급여 전체가 '기타' 영역에 포함되어 있다. 다만, 기초생활보장제도 개별급여체계 전환에 따른 통계 반영은 2015년부터 이루어질 것으로 예상된다.

한편, 선진국에 비해 '노령'과 '유족' 영역의 지출 규모의 절대적 수준과 지출 비중이 특히 낮게 나타나는 것은 급속한 인구고령화에도 불구하고 늦게 도입된 연금제도의 미성숙이 주요 원인으로 볼 수 있다.[23]

반면에 건강보험지출이 주를 이루는 '보건' 영역에서의 지출은 지속적인 보장성 확대와 인구고령화에 따른 노인의료비 증가로 전체 공공사회지출의 40.5%를 차지하여 9대 영역 중 가장 큰 비중을 차지한다. 이처럼 '보건' 영역의 지출 비중이 가장 높은 국가로는 영국(32.7%)과 미국(42.6%), 호주(34.6%), 캐나다(42.1%) 등 영미권 국가를 비롯하여 9개국 정도로, 이들 국가 중 영국만이 유일하게 GDP 대비 공공사회지출 수준(21.9%)이 OECD 평균 이상으로 나타난다. 그 밖에 2013년 영유아 무상보육 실시 등 보육서비스 지출을 중심으로 '가족' 영역이 크게 확대되어 전체 공공사회지출에서 '보건' 다음으로 높은 비중을 차지하였다(2012년 비중 9.6%→2013년 12.1%).

공공사회지출의 급여 유형을 보면, OECD 국가들은 평균적으로 전체 공공사회지출의 39.2%를 현금으로 지급한다. 대부분 현금급여 비중이 높게 나타나며 스웨덴, 영국, 미국, 아이슬란드, 한국 4개국에서만 현물 비중이 높게 나타난다. 영국과 미국의 경우 2013년 현재 현물 비중이 다소 높게 나타나고는 있지만, 호주, 뉴질랜드, 캐나다를 포함한 영미권 국가전체로 보았을 때는 현금과 현물 비중이 대략 5 대 5 정도로 나타난다. 현물급여인 '보건' 지출의 비중이 크다는 점에서 영미권 국가와 비슷하지만, 급여 유형 측면에서 한국은 이들과 달리 현금급여 비중이 절대적으로 낮게 나타난다. 연금제도의 미성숙에서 주요 원인을 찾을 수 있겠지만, '보건'과 '노령' 및 '유족' 을 제외하고 보더라도 현금비중은 여전히 낮다(〈표 5-9〉 참조).

23) 9대 영역별 지출 비중을 기준으로 보면, OECD 국가들은 평균적으로 노령 분야에 36.4%를 지출하고 있으며 다음으로 보건 28.3%, 가족 10.1%, 근로무능력 10%, 유족 4.6%, 실업 4.2%, 기타 2.5%, 적극적 노동시장 2.3%, 주거 1.6% 순으로 지출 비중이 높게 나타난다.

〈표 5-9〉 정책영역별 사회보장지출의 국제비교(2013, OECD SOCX)

(단위: GDP 대비 %; 괄호는 구성비 %)

국가	노령	유족	근로무능력	보건	가족	적극적 노동시장	실업	주거	기타	계	현물	현금
프랑스	12.6	1.7	1.7	8.6	2.9	0.9	1.6	0.8	0.7	**31.5**	19.2	11.4
	(39.9)	(5.4)	(5.4)	(27.3)	(9.3)	(2.7)	(5.2)	(2.6)	(2.1)	**(100)**	(61.1)	(36.1)
핀란드	11.4	0.9	3.8	5.8	3.2	1.0	1.9	0.6	0.8	**29.5**	17.6	10.9
	(38.8)	(2.9)	(13.0)	(19.7)	(10.9)	(3.4)	(6.6)	(1.9)	(2.9)	**(100)**	(59.7)	(36.9)
벨기에	8.6	1.9	2.9	8.0	2.9	0.7	3.2	0.2	0.8	**29.3**	18.2	10.4
	(29.3)	(6.6)	(9.9)	(27.3)	(9.7)	(2.5)	(11.0)	(0.8)	(2.8)	**(100)**	(62.1)	(35.4)
덴마크	10.1	0.0	4.7	6.7	3.7	1.8	0.0	0.7	1.3	**29.0**	13.8	13.4
	(34.8)	(0.1)	(16.3)	(23.0)	(12.6)	(6.2)	(0.0)	(2.4)	(4.6)	**(100)**	(47.6)	(46.1)
이탈리아	13.7	2.6	1.7	6.8	1.4	0.4	1.7	0.0	0.2	**28.6**	20.4	7.8
	(47.9)	(9.2)	(6.0)	(23.8)	(5.0)	(1.4)	(5.9)	(0.1)	(0.6)	**(100)**	(71.2)	(27.3)
오스트리아	12.2	1.8	2.3	6.5	2.6	0.8	1.0	0.1	0.4	**27.6**	18.3	8.5
	(44.2)	(6.6)	(8.2)	(23.5)	(9.3)	(2.7)	(3.6)	(0.4)	(1.3)	**(100)**	(66.4)	(30.8)
스웨덴	9.6	0.4	4.3	6.6	3.6	1.4	0.5	0.5	0.7	**27.4**	12.0	14.0
	(34.9)	(1.4)	(15.5)	(23.9)	(13.3)	(4.9)	(1.7)	(1.7)	(2.6)	**(100)**	(43.9)	(51.2)
스페인	9.5	2.4	2.5	6.4	1.3	0.6	3.1	0.1	0.2	**26.3**	17.5	8.2
	(36.3)	(9.3)	(9.7)	(24.3)	(5.1)	(2.4)	(11.8)	(0.4)	(0.9)	**(100)**	(66.5)	(31.1)
포르투갈	12.1	1.9	1.9	6.1	1.2	0.5	1.6	0.0	0.2	**25.5**	18.4	6.6
	(47.6)	(7.4)	(7.4)	(23.7)	(4.7)	(2.0)	(6.3)	(0.0)	(0.8)	**(100)**	(72.1)	(26.0)
독일	8.2	1.9	2.1	7.9	2.2	0.7	1.0	0.6	0.2	**24.8**	13.7	10.4
	(33.2)	(7.7)	(8.3)	(32.1)	(8.8)	(2.7)	(4.2)	(2.4)	(0.7)	**(100)**	(55.1)	(42.2)
슬로베니아	10.3	1.6	2.1	6.1	2.0	0.4	0.7	0.0	0.7	**24.0**	16.3	7.3
	(43.1)	(6.8)	(8.8)	(25.6)	(8.2)	(1.6)	(3.1)	(0.1)	(2.7)	**(100)**	(67.8)	(30.6)
룩셈부르크	6.7	1.9	2.7	5.6	3.6	0.6	1.4	0.3	0.5	**23.2**	14.6	8.0
	(28.7)	(8.0)	(11.6)	(24.0)	(15.5)	(2.7)	(6.1)	(1.3)	(2.1)	**(100)**	(62.9)	(34.4)
일본	10.7	1.4	1.0	7.8	1.3	0.2	0.2	0.1	0.3	**23.1**	12.2	10.7
	(46.4)	(6.1)	(4.5)	(34.0)	(5.5)	(0.8)	(1.0)	(0.5)	(1.2)	**(100)**	(52.9)	(46.3)
네덜란드	6.2	0.1	3.1	7.9	1.3	0.8	1.6	0.4	1.3	**22.9**	11.8	10.2
	(27.3)	(0.6)	(13.6)	(34.3)	(5.9)	(3.6)	(7.1)	(1.7)	(5.9)	**(100)**	(51.6)	(44.8)
헝가리	9.6	1.3	1.9	4.7	3.0	0.8	0.5	0.3	0.1	**22.1**	14.4	6.9
	(43.3)	(5.7)	(8.7)	(21.4)	(13.4)	(3.5)	(2.1)	(1.4)	(0.5)	**(100)**	(65.1)	(31.4)
영국	6.5	0.1	2.0	7.1	3.8	0.2	0.3	1.4	0.4	**21.9**	10.7	10.9
	(29.9)	(0.3)	(9.0)	(32.7)	(17.4)	(1.0)	(1.4)	(6.6)	(1.7)	**(100)**	(49.1)	(49.9)
노르웨이	7.6	0.3	3.7	5.5	3.0	0.5	0.3	0.1	0.7	**21.8**	10.8	10.4
	(34.9)	(1.2)	(17.0)	(25.5)	(13.9)	(2.3)	(1.6)	(0.6)	(3.1)	**(100)**	(49.8)	(47.9)
OECD Total	**7.7**	**1.0**	**2.1**	**6.0**	**2.1**	**0.5**	**0.9**	**0.3**	**0.5**	21.1	**12.4**	**8.3**
	(36.4)	**(4.6)**	**(10.0)**	**(28.3)**	**(10.1)**	**(2.3)**	**(4.2)**	**(1.6)**	**(2.5)**	(100)	**(58.5)**	**(39.2)**

〈표 5-9〉 계속

(단위: GDP 대비 %; 괄호는 구성비 %)

국가	노령	유족	근로무능력	보건	가족	적극적 노동시장	실업	주거	기타	계	현물	현금
체코	8.2	0.7	1.8	5.9	2.2	0.3	0.6	0.3	0.2	**20.3**	12.9	7.1
	(40.5)	(3.4)	(9.0)	(29.3)	(10.9)	(1.5)	(3.1)	(1.2)	(1.0)	**(100)**	(63.6)	(34.9)
아일랜드	4.9	0.5	2.1	5.5	3.3	0.9	2.5	0.4	0.2	**20.2**	12.0	7.3
	(24.4)	(2.3)	(10.1)	(27.0)	(16.3)	(4.3)	(12.6)	(2.1)	(1.0)	**(100)**	(59.4)	(36.3)
뉴질랜드	4.8	0.1	2.5	7.5	2.8	0.3	0.4	0.8	0.2	**19.3**	9.6	9.4
	(24.8)	(0.3)	(13.0)	(38.9)	(14.3)	(1.4)	(2.2)	(4.1)	(0.9)	**(100)**	(49.6)	(49.0)
스위스	6.2	0.5	2.3	6.6	1.6	0.6	0.8	0.1	0.6	**19.2**	10.4	8.2
	(32.0)	(2.6)	(11.8)	(34.5)	(8.1)	(2.9)	(4.1)	(0.7)	(3.3)	**(100)**	(54.2)	(42.9)
미국	6.3	0.7	1.4	8.0	0.7	0.1	0.4	0.3	0.9	**18.8**	9.3	9.4
	(33.4)	(3.7)	(7.6)	(42.6)	(3.7)	(0.6)	(2.3)	(1.5)	(4.7)	**(100)**	(49.2)	(50.2)
호주	4.9	0.1	2.6	6.3	2.7	0.2	0.6	0.4	0.3	**18.1**	9.0	8.9
	(27.0)	(0.8)	(14.2)	(34.6)	(15.2)	(1.2)	(3.5)	(2.1)	(1.4)	**(100)**	(49.5)	(49.3)
슬로바키아	6.6	0.9	1.9	5.6	2.1	0.2	0.4	0.0	0.4	**18.1**	11.2	6.7
	(36.4)	(4.9)	(10.4)	(31.0)	(11.4)	(1.2)	(2.3)	(0.2)	(2.1)	**(100)**	(61.9)	(36.9)
캐나다	4.1	0.4	0.8	7.1	1.2	0.2	0.6	0.3	2.2	**16.9**	8.7	8.0
	(24.5)	(2.1)	(4.7)	(42.1)	(7.1)	(1.4)	(3.3)	(1.9)	(12.8)	**(100)**	(51.4)	(47.2)
아이슬란드	2.5	0.0	2.8	5.3	3.6	0.1	0.9	0.7	0.7	**16.6**	6.8	9.8
	(14.9)	(0.1)	(17.2)	(31.8)	(21.8)	(0.4)	(5.3)	(4.3)	(4.1)	**(100)**	(40.9)	(58.8)
이스라엘	4.7	0.6	2.5	5.1	2.0	0.1	0.3	0.0	0.7	**16.1**	8.7	7.3
	(29.3)	(4.0)	(15.3)	(31.7)	(12.5)	(0.8)	(2.0)	(0.3)	(4.0)	**(100)**	(53.8)	(45.4)
에스토니아	6.5	0.1	2.2	4.5	2.0	0.2	0.3	0.0	0.1	**15.9**	10.3	5.4
	(40.7)	(0.4)	(13.6)	(28.4)	(12.6)	(1.5)	(2.1)	(0.2)	(0.6)	**(100)**	(64.7)	(33.9)
라트비아	7.5	0.2	1.8	2.8	1.2	0.2	0.5	0.1	0.1	**14.4**	10.5	3.7
	(52.4)	(1.5)	(12.5)	(19.2)	(8.2)	(1.1)	(3.4)	(0.8)	(1.0)	**(100)**	(72.9)	(26.0)
터키	6.7	1.6	0.3	4.0	0.4	0.0	0.1	0.0	0.2	**13.4**	8.9	4.5
	(50.1)	(11.7)	(2.5)	(29.8)	(3.3)	(0.0)	(1.1)	(0.0)	(1.5)	**(100)**	(66.5)	(33.5)
칠레	2.4	0.6	0.7	3.4	1.4	0.2	0.1	0.8	0.3	**10.0**	4.8	5.2
	(24.1)	(6.1)	(7.2)	(34.0)	(14.2)	(2.2)	(0.5)	(8.3)	(3.5)	**(100)**	(47.8)	(52.2)
한국	**2.2**	**0.2**	**0.6**	**3.8**	**1.1**	**0.5**	**0.3**	**-**	**0.6**	**9.3**	**3.6**	**5.3**
	(23.9)	**(2.5)**	**(6.5)**	**(40.5)**	**(12.1)**	**(4.9)**	**(2.9)**	**-**	**(6.0)**	**(100)**	**(38.4)**	**(56.7)**
OECD 대비	**29.0**	**23.8**	**28.8**	**63.3**	**52.6**	**94.6**	**30.6**	**-**	**108.5**	**44.2**	**29.0**	**63.9**
	(65.6)	**(53.8)**	**(65.2)**	**(143.3)**	**(119.0)**	**(214.2)**	**(69.3)**	**-**	**(245.6)**	**(100.0)**	**(65.6)**	**(144.6)**

자료: OECD Statistics, 2017. 8. 17 인출.

특히 '가족' 영역의 경우 전체 지출의 84.4%가 현물로 OECD 국가들이 가족영역에서 현물로 지출하는 비중(42.5%)의 2배에 이른다. 이는 대부분의 선진국들이 아동수당 등 자녀양육가구에 대한 소득보장제도를 운영하는 것과 달리, 한국의 가족정책은 시설보육과 교육서비스를 중심으로 한 재정 지원에 집중되고 있는 반면 소득지원은 미미하다는 점에서 그 원인을 찾을 수 있다. 한국을 제외하고 현물 비중이 높은 선진국 중에서 전통적으로 여성의 노동시장 참여를 지원하기 위한 일가정양립 정책의 일환으로 공공보육서비스 중심으로 가족정책을 추진해 온 스웨덴이 유일하게 '가족' 영역에서 현물 비중(60.2%)이 높게 나타난다. 그 밖에 가족영역에서의 현물 비중이 높은 국가들로는 스웨덴, 핀란드, 노르웨이, 아이슬란드 등의 북유럽 국가들과 이스라엘, 스페인 등이 있다(OECD. Stat. Social Expenditure-Aggregated data) (〈표 5-9〉 참조).

4. 맺음말: 쟁점과 함의

지금까지 지난 25년간의 기간을 중심으로 한국 정부의 재정흐름과 사회보장제도 발전에 따른 지출구조의 변화를 살펴보았다. 한국의 사회보장제도는 1995년 고용보험제도 시행을 통해 현재의 사회보험체계 틀을 구축하였다. 그리고 1997년 말 경제위기 이후 사회경제적 구조 변화와 함께 저출산·고령화 문제가 가시화되면서 나타난 각종 사회적 요구에 정책적으로 대응하면서, 현재 3백여 종의 다양한 급여 제도를 운영할 정도의 놀라운 제도적 성장을 거듭해왔다. 비록 사회보장지출 수준은 선진국 평균의 절반에 불과하지만, 전 세계에서 유례를 찾기 어려울 정도로 지출 규모가 빠르게 성장하였고, 한국 정부 재정에서 가장 큰 비중을 차지하기에 이르렀다. 그리고 이러한 추세는 사회보장제도 정착과 인구고령화에 따른 자연 증가

와 더불어 새롭게 확인되는 사회적 위험에 대한 대응으로 각종 급여사업들이 도입·확대되면서 지속될 수밖에 없는 상황이다.

새롭게 들어선 정부 또한 '내 삶을 책임지는 국가'를 목표로 하여 건강보험 보장성 확대, 주거복지 강화, 교육과 보육 투자 확충, 기초연금 급여인상 및 아동수당제도 도입 등 강력한 사회보장정책 추진 계획을 발표하였다. 이제 사회보장은 한국 정부의 핵심 정책 영역으로 자리하고 있다. 사회보장지출은 국민 개인의 삶과 직결되는 문제에 대한 정부 보조로서 대부분 법정지출로 구성되며, 재량지출사업인 경우에도 정책대상이 되는 개인 집단이 사회에 존재하는 한 끊임없는 지출이 수반되어야 한다. 이처럼 하방경직적 특성을 갖는 사회보장재정의 합리적 운용이야 말로 정부재정의 효율적 관리에 있어 가장 중요한 문제다.

그 첫걸음은 무엇보다 다원적 집행주체를 갖는 사회보장재정의 구체적 배분 현황에 대한 실태파악에서 시작해야 한다. 근래에 들어 사회보장지출 증가가 가속화되면서 사회안전망 기능 또한 비례하여 강화되었을 것으로 인식되지만, 한편에서는 여전히 송파 세 모녀 사건과 같은 정책의 사각지대가 확인된다. 이것은 행정주체별 소관 사회보장급여제도에 한정하여 독립적으로 사업을 관리하고, 재정담당부처나 사회보장제도 총괄당국은 총량수준에서 관련 수입과 지출의 장기전망에 기반한 재정관리에 집중되면서, 수혜국민의 분포와 수혜내역에 대한 구체적 현황은 파악하지 못하는 한계에 기인한다. 심지어 단순한 사회보장정책의 영역별 재원 배분 현황 파악마저도 개별 소관부처에서 별도로 OECD 등 국제기구에 제출하고 해당 기구에서 조정하여 공개하는 국제지표에 의존할 수밖에 없다는 점은 반성이 필요한 부분이다.

정부는 국민 중 '누구'(정책대상과 실제 수혜대상)에게 '어느 제도 또는 정책사업'(재원)으로 '누구를 통해'(집행 및 전달체계) '어떤 형태'(급여유형)로 '얼마나' 전달되는가에 대한 정확한 정보를 파악하고 분석할 수 있어야 한

다. 그리고 이에 근거했을 때, 단순히 지원 제도 유무나 영역별 지원 규모의 상대적 배분구조 등을 기준으로 한 기계적 재정집행이 아니라 실제 국민들의 수혜 여부와 지원 수준을 근거로 정책의 사각지대를 판별하고 재원을 집행함으로써 정부재정 전반의 합리적 운용을 기대할 수 있다.

이를 위해서 무엇보다 현행 재정법상 재정 외로 구분되는 국민건강보험 및 노인장기요양보험과 지방재정을 통한 사회적 급여지출까지 통합하여 체계적으로 관리할 수 있도록 하는 제도적 기반 마련이 필요하다. 한편, 국민 전체가 재원을 부담하여 정부를 통해 그들의 삶과 직결된 사회보장의 기능을 담당하도록 하는 사회보장의 특수성을 고려했을 때 현행 재정당국의 일방적 관리 방식에는 한계가 있다. 따라서 관련 정부주체들 간 긴밀한 공조와 면밀한 검토를 통해 한국 사회보장재정의 통합적 관리체계 구축과 이를 위한 제도 정비 노력이 요구된다.

■ 참고문헌

국내 문헌

고제이 · 박인화 · 최영준 · 양재진 · 권혁진 · 하솔잎(2015). 〈사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구〉. 한국보건사회연구원.

국회예산정책처(2016). 〈2016 조세의 이해와 쟁점 4: 부가가치세〉. 국회예산정책처.

기획재정부. 〈한국통합재정수지〉. 각 회계연도.

_____. 〈나라살림〉(예산개요). 각 연도

_____. 〈예산서〉. 각 연도.

박인화(2017). 〈중앙-지방 재정이전제도 도입방안〉. 보건복지부 내부회의 발표자료.

보건복지부 · 한국보건사회연구원(2016). 〈통계로 보는 사회보장 2016〉. 정책보고서.

정성호 · 김완희(2015). 〈정부기능분류(COFOG)의 체계적 고찰〉. 한국조세재정연구원.

행정자치부. 〈지방자치단체 통합재정 개요〉(구 예산개요). 각 연도

기타 자료

국회예산정책처. 재정통계. 중앙정부의 지방이전재원. http://www.nabo.go.kr/Sub/Finance_stat/fn02-73.jsp. 2017. 8. 5 인출.

기획재정부. 열린재정. 용어설명. www.oenfiscaldata.go.kr. 2016. 10. 29 인출.

_____. 열린재정. www.openfiscaldata.go.kr/portal/baeoom/baeoom02.do?code=theme&leftCd=50&subCd=22&depCd=. 2016. 10. 15 인출.

통계청. 국가통계포털. 국세 및 지방세통계. http://kosis.kr. 2017. 7. 24 인출; OECD. Stat. 사회보장기여금수입. 2017. 7. 24 인출.

한국은행. 경제통계시스템. 국민계정(2010년 기준)_연간지표. http://ecos.bok.kr. 2017. 7. 25 인출.

_____. 경제통계시스템. 국민계정(2010년 기준)_일반정부 및 공공부문계정. http://ecos.bok.kr. 2017. 7. 25 인출.

_____. 경제통계시스템. 조세징수액. http://ecos.bok.kr. 2017. 7. 20 인출.

e-나라지표. 지방이전재원 규모. http://www.index.go.kr/portal/main/EachDtPageDetail.do?idx_cd=1043. 2017. 7. 20 인출.

IMF. Government Finances Statistics(GFS)_main aggregates and Balances. http://data.imf.org. 2017. 7. 25 인출.

OECD Stat. Social Expenditure-Aggregated data. http://stats.oecd.org 2016. 10. 20/ 2017. 8. 18 인출.

_____. Government at a Glance 2017. http://stats.oecd.org. 2017. 7. 25 인출.

_____. Revenue Statistics_OECD countries: Comparative tables. http://stats.oecd.org. 2017. 7. 20 인출.

06

최근 사회보장 개혁동향

1. 머리말

한국의 사회보장제도는 지난 20년간 빠른 속도로 확장되었다. 상대적으로 오랜 역사를 가진 서구 복지국가와 비교할 때, 단기간에 압축적으로 성장했음을 의미한다. 달리 표현하면, 한국의 사회보장제도 중 많은 제도들은 여전히 도입 직후의 안정화 과정에 있어 최근 개편동향과 관련해 그만큼 언급해야 할 사안이 많은 상황이다. 하지만 이 책의 각 장이 개별 사회보장제도의 최근 개편동향과 그 정책적 함의를 언급한다는 점에서, 그리고 이 총서의 2012년판에서 당시의 개편동향을 정리했다는 점에서, 여기서는 지난 5년간 도입된 주요제도나 정책 중에서 상대적으로 정치 사회적 파급력이 컸던 사안에 초점을 맞추어 살펴보고자 한다.

한국 사회보장제도의 발전단계는 크게 보면 2000년을 기점으로 전기와 후기로 구분할 수 있다. 해방 이후 1997년까지 한국의 사회보장제도는 태동과 긴 저발전기에 머물러 있었다. 물론 이 기간 중에 많은 사회보장제도가 도입되고 개편되었지만, 정작 사회보장체계가 전 국민을 대상으로 구축

되었던 것은 2000년경이다. 이 시점에 기존의 공적연금과 고용보험 등 주요 사회보험제도를 전 국민 대상으로 확대하였고, 그와 더불어 사회부조제도도 새롭게 정비하였기 때문이다. 이러한 맥락에서 한국의 사회보장제도는 2000년을 기점으로 기틀마련-양적 확대-질적 개선이라는 일련의 발전과정에 놓이게 되었다고 평가할 수 있다.

2000년 이후 집권했던 각 정부는 제각기 고유한 역할을 수행했던 것으로 평가할 수 있다. 1997년 집권한 김대중 정부는 대량실업과 빈곤율 증가라는 위기상황에서 사회보장체계의 기틀을 마련하고 중추적 사회보장제도를 도입하는 역할을 담당하였고, 2002년 집권한 노무현 정부는 주요 사회보장제도를 강화하고 부족한 제도와 사회서비스를 확대하는 데 주력하였으며, 2007년 집권한 이명박 정부는 사회보장제도를 확충하기보다 제도를 정비하고 관리체계를 효율화하는 데 주력하였다. 그리고 2012년 집권한 박근혜 정부는 사회보장제도의 발전단계 측면에서 보면 이명박 정부의 연장선에 있다고 말할 수 있다. 특징적인 것은 증가하고 다원화되는 국민들의 복지욕구를 충족시키기 위해 사회서비스를 강화하고 생애주기별 맞춤형 복지제도를 도입하고자 했다는 점이다.

과거 20년간의 사회보장제도 확장을 위한 노력에도 불구하고, 그리고 사회지출의 빠른 증가세에도 불구하고 시민들의 삶의 질은 크게 개선되었다고 말하기 힘든 상황이다. 그것은 산업구조의 변화, 고용불안의 증가, 소득격차의 확대, 상대적 박탈감의 심화 등에 따른 결과이기도 했다. 즉, 사회보장제도를 확충하는 속도에 비해, 사회경제적 위험이 증가하는 속도가 더 빨랐다고도 평가할 수 있다. 50%에 육박하는 노인빈곤율과 전례 없이 증가하는 청년실업률, 그리고 가계부채로 노후준비의 여력도 없이 생활하는 근로연령층, 맞벌이 증가에 따른 일가정양립을 힘들게 하는 돌봄노동 등이 그것이다. 그리고 이러한 문제의 저변에는 한국의 정치와 경제, 사회 전반에 걸쳐 만연하고 고착된 불공정이 자리하고 있다.

2017년 집권한 문재인 정부는 민주주의에 대한 시민들의 열망을 충족시키고, 더불어 기울어진 운동장을 바로잡으며, 미충족 상태의 다양한 복지 욕구를 충족시켜야 하는 힘든 과제를 안고 있다. 시민들의 촛불혁명으로 집권할 수 있었던 문재인 정부는 그러한 국민적 기대의 크기만큼 신속하고 체감할 수 있는 규모의 사회보장 개편을 이루어야 할 것이다. 하지만 사회보장제도의 포괄성과 보장성 그리고 지속가능성의 문제를 동시에 해결한다는 것은 결코 간단치 않은 숙제이다.

이 3가지 문제를 동시에 해결한다는 것은 일종의 트릴레마(*trilemma*) 일지 모른다. 즉, 포괄성과 보장성을 동시에 높이는 것은 재정적 지속가능성에 부정적 영향을 미치기 쉽다. 그렇다고 재정적 지속가능성만을 고려해서 사회보장제도를 선별적이고 잔여적으로 추진해서는 시민들의 증가하는 복지 욕구를 사각지대 없이 적정수준으로 보장하기 힘들다. 이 점에서 기존 사회보장제도의 포괄성과 보장성 그리고 지속가능성을 재구조화하는 더욱 정교하고 사회적 합의에 기초한 새로운 제도설계가 필요할 것으로 판단된다. 이것이 사회보장의 패러다임 전환을 의미한다고 말해도 무방할 것이다.

2. 한국 사회보장제도 개편의 동인과 양상

사회보장제도는 사회경제적 발전에 따라 확장되는 경향이 있지만, 확장의 경로와 속도는 국가마다 상이하다. 한국 사회보장제도 또한 그것이 처한 정치, 경제, 사회 환경 속에서 서구와는 다른 경로와 속도로 확장되고 있다. 실제로 1990년대 후반 이후 한국 사회보장제도의 확장 속도는 매우 가파르며, 제도발전을 추동하는 이념, 제도구성(*arrangement of institutions*)의 체계와 발전경로도 상이하다. 따라서 여기서는 사회보장제도의 도입과 확장 그리고 개편에 영향을 미치는 요인에 대해 살펴보고자 한다.

1) 복지개혁의 정치경제학

우리가 통상적으로 사용하는 복지국가(*welfare state*)란 국가의 다양한 기능 중 사회적 재생산을 담당하는 일련의 제도를 총칭하는 개념이다. 국가의 재생산 기능을 의미하는 것으로도 이해할 수 있다. 물론 그것은 각국의 역사적 그리고 현재적 사회경제 여건에 따라 다양한 형태를 갖게 된다. 그에 비해, 복지체제(*welfare regime*)란 개별 복지국가의 특징을 일정한 기준에 따라 재범주화한 개념으로 더욱 추상적인 표현이다.

이 개념을 발전시킨 에스핑앤더슨은 복지체제를 ① 사회보장제도의 형태(사회보험과 사회부조 등의 제도적 구성방식), ② 재분배와 관련한 역할분담(국가, 시장, 가족 간의 책임분담 정도), ③ 복지제도의 성과(노동시장에서의 차별과 무관하게 기본적인 삶을 보장하는 정도를 나타내는 탈상품화 정도), ④ 복지제도의 성과(사회 내에서 불평등을 야기하는 계층화 정도) 등을 기준으로 유형화했다(Esping-Andersen, 1990; Esping-Andersen, 1999). 그 유형은 사회민주주의 복지체제, 보수주의 복지체제, 자유주의 복지체제로 대별되며, 이후 이를 보완하는 의미에서 남유럽형 복지체제나 비서구권 복지국가들을 범주화한 발전주의 복지체제 등의 개념이 사용되기도 했다.

하지만 복지레짐에 대한 논의에서 복지확장이나 복지개혁을 이끄는 동인이 무엇인가. 이 또한 흥미로운 사안이다. 그것은 2000년대 초반 사회보장과 관련된 국내 학계에서 매우 큰 관심을 모았던 주제이기도 하다. 전통적으로 복지국가 발전을 이끄는 동인에 관한 서구 이론은 두 가지로 대별할 수 있다. 그것은 '사물의 힘'이나 '정치적 힘 관계'가 사회보장제도의 확장을 견인하는 가장 주된 요인이라고 주장하는 두 개의 거대담론이다.

먼저 '사물의 힘'을 강조하는 이론은 경제성장 또는 인구학적 변화가 사회보장제도의 발전과 변화의 핵심요인이라는 주장으로 그 정점에는 윌렌스키(H. Wilenski)가 자리하고 있다. 그에 따르면, 산업화로 임금노동이

보편화되고 고령인구를 보호할 사적 안전망이 해체되면 사회보장제도의 확대가 불가피하다는 것이다.

이어 '정치적 힘 관계'를 강조하는 이론은 자본주의 체제하에서 사회갈등을 둘러싼 힘 관계에 의해 사회보장제도가 발전되었다는 주장이다. 예를 들면, 노동조합의 영향력이나 좌파정당의 역할 등이 중요한 요인으로 평가된다(Korpi, 2006; Jenson & Saint-Martin, 2002). 정치적 힘 관계를 강조하는 이론 중 비교적 널리 알려진 것이 에스핑앤더슨의 복지레짐 이론이라 할 수 있다. 그에 따르면, 복지국가란 산업화 결과로 치부하기 어려우며, 사회지출 수준이 아니라 자원배분과 관련된 국가와 시장 그리고 가족 사이의 역할분담의 문제가 관건이다. 그리고 그것은 바로 정치의 문제이기도 하다(Myles & Guadagno, 2002: 39).

21세기 복지국가는 기존의 거대담론이 강조했던 요인 외에도 새로운 변화에 의해 도전받고 있다. 경제영역 세계화가 일국의 사회보장제도에 미치는 영향력의 증가, 4차 산업혁명으로 통칭되는 새로운 기술발전에 따른 산업구조와 노동시장의 구조변화, 다가오는 인구고령화의 충격 등이 그것이다. 이는 기존의 정치적 힘 관계나 경제발전만으로 복지국가의 미래를 예측하기 힘들어진다는 것을 의미한다. 즉, 글로벌 경제체제하에서 유사한 경제발전 단계와 정치체제를 가진 국가들이 왜 다양한 경로를 거쳐 상이한 사회보장체계를 구축하게 되었는지 설명하는 데 어려움이 있다. 더 나아가 상이한 정치체제와 경제체제 그리고 역사적 경험을 가진 비서구권 국가에서의 복지국가 태동과 발전을 설명하기에는 더 큰 어려움이 있다.

이는 기존의 거대담론을 비판하거나 수정하는 방향에서 새로운 설명이 필요하다는 점을 말해 준다. 더욱이 개별 사회보장제도나 정책의 도입 및 개편이 왜 다양한 방식과 경로로 이루어지는지 설명하기 위해서는 거대담론의 효용이 더욱 떨어진다고 말할 수 있다. 그것이 신제도주의를 비롯한 기존의 다양한 이론을 통해 경로의존성(*path dependancy*)이나 선거의 우연

성(*electoral hazards*), 정치세력보다 정책을 집행하는 집단(*agents*)의 역할 등에 주목하여 사회보장제도의 개편 과정과 주요 행위자의 역할을 설명하는 방식에 주목하는 이유다(Pierson, 1996; Kasza, 2002).

왜 특정 국가가 다른 국가와 상이한 사회보장체계를 갖는지 비교하고, 그 원인을 규명하는 것은 매우 흥미로운 일이다. 그것이 어떠한 정치시스템, 노동시장구조 그리고 인구사회구조에 의해 영향을 받았는지 이해함으로써 관련된 구조를 개혁하거나 그에 조응하는 개편방향을 설정할 수 있다는 점에서 그러하다. 공정한 노동시장 위에서 보다 지속가능한 사회보장체계가 구축가능하다는 점은 분명하다.

하지만 공정한 노동시장과 지속가능한 사회보장체계를 구축하는 과정에서는 정치와 정책이 깊숙이 개입하게 된다. 이러한 맥락에서 개별 사회보장제도 및 정책이 어떠한 의사결정 메커니즘으로 도입되고 개편되는지 이해하는 것이 매우 중요하다. 이를 통해 '왜 좋은 사회정책 이념이 나쁜 결과를 가져오게 되는지' 알게 되고, 이 문제를 구조적으로 어떻게 해결해야 하는지 그 방법을 모색할 수 있기 때문이다. 때로는 이 과정에서 정치집단의 이해관계와 거래, 관료집단의 개입, 이익집단의 강력한 저항 등에 의해 영향을 받기도 한다.

2) 한국의 복지정치와 사회보장제도 개편

2000년 이후 한국 사회보장제도의 확장과 개편을 이끌었던 동인이 무엇인지 살펴볼 필요가 있다. 한국의 사회보장제도가 발전하게 된 동인을 설명함에 있어 그 주요 단계별로 이러한 이론들이 각자 나름의 타당성을 갖는다고 말할 수 있다. 산업화에 따른 임금노동 확산과 사적 안전망 약화가 사회보장제도 도입에 영향을 미쳤다는 점은 부인하기 힘들 것이다. 마찬가지로 1987년 민주화운동의 영향으로 정권의 정당성을 모색하려는 의지가 사

회보장제도의 확대에 영향을 미쳤다는 점도 부인하기 힘들다.

그러나 1997년 외환위기 이후 사회보장제도의 도입과 확장에 영향을 미쳤던 요인은 하나의 이론으로 설명하기 힘들다. 특히 주요 사회보장제도가 도입되어 사회보장체계가 정초된 이후부터는 개별 사회보장제도의 도입 및 개편과 관련해서 외부의 경제충격, 권력체계, 정당의 힘 관계(특히 선거 경합의 정도), 특정한 사건, 관료집단의 힘 등이 영향을 미친 것으로 판단된다. 물론 이 문제와 관련해서 지적해야 할 것은 한국정치의 권력구조하에서는 청와대를 중심으로 하는 의사결정이 제도 및 정책의 도입에 매우 강력한 영향을 행사했다는 점이다. 하지만 이 또한 모든 사회보장제도 개편에 획일적으로 적용할 수 있는 사안이라고 말하기는 힘들다. 그것은 때로 특정 관료집단의 영향력에 의해 수정되기도 하였기 때문이다.

다만 한 가지 주목해야 할 점은 한국사회에서 사회보장제도의 도입과 개편에 노동조합이나 시민사회단체가 어떠한 영향력을 행사했는가 하는 점이다. 이 문제와 관련해서도 특정 제도나 정책에 대해서는 노동조합이나 시민단체가 강력한 비토(*veto*) 세력으로 행동하는 것으로 나타난다. 하지만 다른 많은 제도나 정책에 대해서는 그러한 역할을 하지 못했다고 말할 수 있다.

2000년 이후 한국의 사회보장제도를 추동했던 동인들을 집권정부에 따라 설명하면 〈표 6-1〉과 같다. 흥미로운 점은 각 정부의 사회보장제도 개편을 추동했던 동인이 조금씩 달랐다는 점이다. 사회보장의 중추적 제도를 마련한 김대중 정부는 외환위기라는 특수한 상황에서 사회보장제도를 획기적으로 개편하는 데 필요한 국민적 합의를 도출하기 용이했다. 더욱이 세계은행 등 국제기구도 한국의 사회보장체계 구축을 권고하는 상황이었다. 이러한 외부환경은 서구국가에서 좀처럼 관철하기 어려운 구조조정과 정리해고라는 힘든 정책을 단기간에 추진할 수 있게 하기도 했다. 이는 정부의 정책추진 의지가 강한 외부여건 속에서 추진력을 가질 수 있었음을 의미한다.

〈표 6-1〉 집권정부의 사회보장 확대 및 개편 동인 비교

구분	김대중 정부 (1998~2002년)	노무현 정부 (2003~2007년)	이명박 정부 (2008~2012)년	박근혜 정부 (2013~2016년)
정책과제	사회보장체계 구축	사회보장제도 확대	사회보장제도 효율화	사회보장제도 정교화
복지정책 이념	생산적 복지 동반성장	참여복지 동반성장(한미 FTA)	능동적 복지 선(先)성장·후(後)복지	맞춤형 복지 선(先)고용·후(後)복지
정책선택 (핵심성과)	사회보장체계 마련 (사회보험·공공부조)	개별 제도 도입·확대 (사회서비스 확대)	근로장려세제 (제도관리의 효율화)	선택적 보편주의 (생애주기별 접근)
사회경제 환경	외환위기 실업·빈곤율 증가	신용대란 사회 양극화 한미 FTA	리먼쇼크 사회갈등 심화	외부충격 없음 저출산·고령화 위기
정치구조 (추동력)	진보정부 정치갈등 내면화 추동력 강함	진보정부(탄핵) 정치갈등 표면화 추동력 약함	보수정부와 촛불정국 취약한 야당 추동력 약함	보수정부(탄핵통과) 취약한 야당 (추동력 강함)
노사관계	협조적→갈등적	갈등적	매우 갈등적	매우 갈등적
확장·개편 동인(명분)	외부충격(외환위기) 국제기구 권고	내부충격(신용대란) 경제개발 안전판	리먼쇼크 사회통합 필요성	사회통합 필요성 (세월호)

자료: 노대명, 2018 수정.

반면에 사회보장제도를 확장하고 새로운 제도를 도입하여 공백을 해소하는 역할을 담당했던 노무현 정부는 외부환경이라는 우호적 조건을 갖추지 못했으며, 오히려 내부 정치갈등 속에서 사회보장제도를 확장하는 데 많은 어려움을 겪었던 경우이다. 2000년대 이후 새롭게 도입된 많은 개별 사회보장제도가 이 시기에 기획되었으며, 그중 상당수가 다음 정부에서 구현되었다는 점이 이를 말해 준다. 어떤 의미에서 전형적인 정치세력 간의 힘겨루기와 이해집단의 강력한 저항, 신용대란 등으로 더욱 악화된 소득분배상황, 그리고 한미 FTA와 같은 자유주의 경제정책을 추진하는 과정에서 진보정치세력으로부터의 고립 등 최악의 여건하에 있었다고 말해도 무방할 것이다. 결과적으로 이 시기에는 새로운 제도를 도입하고 관철시킬 수 있는 강력한 추진력을 갖기 힘들었다.

뒤이어 집권한 이명박 정부는 경제개발에 집중하는 보수정부의 성격이 강했다는 점에서 사회보장제도를 확장하고 개혁하려는 의지가 강하지 않

았다고 평가할 수 있다. 물론 이 시기에도 사회지출은 지속적으로 증가한 것으로 나타났다. 하지만 그것은 노무현 정부에서 추진했던 주요 정책과제의 제도화에 따른 효과가 적지 않게 포함된 것이다. 문제는 이명박 정부의 낮은 사회보장 확장의지와 사회갈등 심화에 따른 정책추진력의 급격한 소실이 별다른 성과 없는 5년을 이끌었다는 점이다. 사회보장제도와 관련한 이명박 정부의 특징은 그 이전 10년간 빠른 속도로 확장되는 과정에서 사회보장제도가 안게 된 비효율을 해결하는 데 있었다. 그것은 복지제도의 중복과 비효율을 제거하기 위한 정책을 강화하고, 복지행정 전산망을 대폭 강화하는 형태로 구현되었다. 흥미로운 점은 이 시기의 빈곤정책에서 새로운 추세가 나타났다는 점이다. 즉, 기초생활보장제도의 수급자 확대속도에 비해 전산망을 통해 수급가구 중 소득기준을 초과하는 가구를 선별해 탈락시키는 속도가 더욱 빠르게 나타났다. 이는 긍정적으로 평가하면 각종 사회보장제도의 행정적 자산조사능력이 크게 개선되었음을 의미한다.

끝으로 박근혜 정부의 사회보장제도 개편은 이전 정부들과 비교할 때, 내부 또는 외부의 경제적 충격이 없었던 시기라고 말할 수 있다. 달리 표현하면, 사회보장제도를 확장하도록 추동할 내외부의 여건이 강하지 않았다고 평가할 수 있다. 따라서 집권초기에 몇 가지 핵심적 사회보장 개혁이 이루어지는데, 기초연금과 무상보육 그리고 기초생활보장제도의 개편이 그것이다. 하지만 세월호 사건이 발생한 시점 이후에는 사회보장제도를 둘러싼 논의 자체가 실종되는 급박한 정치상황이 전개된다. 이 점에서 박근혜 정부는 생애주기별 맞춤형 복지정책을 표방하고, 그에 따라 시민들의 생애주기별 욕구에 대응할 수 있는 다양한 프로그램을 개발하던 동력이 현저히 약화되기에 이른다.

3) 최근 사회보장제도 개편의 쟁점

한국사회에서 2010년 이후는 복지정치가 본격화된 시점이라고 말해도 무방할 것이다. 2010년 지방선거는 보편주의와 선별주의 논쟁을 촉발하고, 그것을 정치의 장으로 끌어들인 주목할 만한 사건이었다. 2011년에는 당시 오세훈 서울시장이 저소득층을 대상으로 선별적 복지를 주장하며 서울시 무상급식 정책에서 주민투표를 제안하고, 투표율이 미달되자 시장직을 사퇴하였다. 학계차원에서나 쟁점이 됨직한 보편주의와 선별주의 논쟁이 정치권으로 번지며 그것이 선거에서 중요한 고려사항이 된다는 점을 각인시켰던 사건이다.

그리고 이 사건은 보수는 선별주의를 지향하고 진보는 보편주의를 지향한다는 식의 도식화가 해체되는 기점이 되기도 했다. 이후 정치세력은 선거경쟁이 심화되는 상황에서는 중간지대를 점유하기 위해 보편주의 복지담론에 호소하는 방식으로 앞다투어 공약을 제시하기 시작했기 때문이다. 복지레짐과 관련된 추상화된 논의가 정치담론에 그대로 스며들고 선거공약에 등장하며, 이러한 담론이 정당의 정치이념이나 정책방향의 일관성을 대체하는 실용주의가 자리잡게 되었던 것이다. 즉, 엄밀한 의미에서 정당간 복지공약과 관련된 차별성이 매우 약화되거나 심지어 사라지는 경향이 나타나게 되었음을 말해 준다.

여기서 보편주의와 선별주의에 대한 일반적인 오해를 지적할 필요가 있다. 모든 사람에게 동일한 급여나 서비스를 보장하는 것이 보편주의인가? 그렇다면 가장 이상적인 복지국가는 모든 복지제도를 모든 사람에게 공평하게 지원한다는 의미인가? 물론 그렇지 않다. 어떤 국가나 사회보장제도는 모든 사람을 대상으로 동일하게 지원하는 제도도 있고, 빈곤층을 대상으로 더욱 우호적으로 지원하는 선별적 제도도 있다. 그리고 이러한 다양한 특성을 가진 제도들이 합쳐져 사회보장체계가 구축된다.

주목해야 할 점은 '결과적으로' 모든 시민이 자신의 능력에 따라 부담하고, 자신의 욕구에 따라 보장받을 수 있는 사회보장체계를 구현하는 일이다. 그리고 그것이 바로 보편적 복지국가일 것이다. 이 과정에서 어떤 사회보장제도의 지원대상이 70%인지 90%인지는 그 제도의 성격에 따라 결정되는 것이다. 사회수당이라 해도 모든 국가가 100%의 인구집단에 대해 보장하는 것은 아니다. 보다 중요한 것은 사회를 건강하게 지탱할 수 있는 규모의 재원을 각자의 능력에 맞게 부담하게 하는 시스템을 구축하는 것이다. 그리고 이를 토대로 지원이 필요한 사람이 배제되지 않고 보호받을 수 있게 하는 것이다.

3. 사회보장제도의 주요 현안과 쟁점

박근혜 정부에서 지난 수년간 사회보장제도 관련 제도개편은 다양한 분야에 걸쳐 이루어졌다. 여기서는 그중 가장 핵심적인 제도개편에 초점을 맞추어 정리하고자 한다. ① 기초연금제도 도입, ② 기초생활보장제도 개편에 따른 맞춤형 급여체계 도입, ③ 보육료 지원이 그것이다. 이 3가지 제도개편에 초점을 맞추는 이유는 이것이 박근혜 정부에서 추진했던 핵심적 정책이었으며, 장기적으로 사회보장제도 확장 측면에서 중요한 제도였기 때문이다. 흥미로운 것은 이 제도나 정책들이 무상급식을 둘러싼 논쟁으로 '보편복지 대 선별복지' 논쟁이 본격화된 시기에 개편되거나 도입되었다는 점이다.

1) 기초연금제도의 도입

한국 사회보장제도에서 가장 시급한 문제 중 하나는 노인빈곤 문제로, 이는 기존 노후소득보장제도와 기초생활보장제도의 취약성뿐만 아니라, 가족구조 및 가족부양실태의 변화를 반영한다. 그것이 사회 전체에 미치는 영향이 컸던 만큼, 2000년대 중반 이후 지속적으로 노인빈곤 문제를 해결하기 위한 다양한 정책을 마련했고, 2007년 기초노령연금을 도입하였으며, 이를 확대 개편하여 2014년에는 기초연금을 도입하기에 이르렀다.

(1) 개편 배경

우리 사회에서 50%에 육박하는 높은 노인빈곤율은 인구가족구조의 변화와 사회보장제도의 뒤늦은 확장이 야기한 문제라고 할 수 있다. 먼저 노인빈곤 문제의 심화는 대가족 중심에서 소가족 중심으로 생활방식이 변화함에 따라 부모부양에 대한 의무감이 약화된 것에서도 원인을 찾을 수 있다. 하지만 대다수 근로연령층의 생활방식 변화에서 보다 근본적인 원인을 찾을 수 있을 것이다. 점차 맞벌이가 증가하는 상황에서 자녀를 양육하고 주택을 마련하는 데 허덕이는 자녀세대가 노인을 부양할 여력이 많지 않다는 점이 그것이다.

이어 사회보장제도 측면에서는 공적연금의 뒤늦은 확대와 그로 인한 영향을 들 수 있을 것이다. 서구의 경우, 공적연금제도가 성숙되어 대다수 노인이 퇴직이후 연금을 통해 안정된 삶을 영위한다. 이러한 이유에서 서구 각국의 노인빈곤율은 근로연령층 빈곤율보다 낮은 것으로 나타난다. 셋째, 노인빈곤 문제를 해결해야 할 기초생활보장제도가 제 역할을 다하지 못하였다는 점도 들 수 있다. 노인빈곤 문제를 해결하는 가장 분명한 방법은 기초생활보장제도의 부양의무자 기준을 폐지하고, 재산기준을 대폭 상향조정하는 것이다. 이를 통해 고가의 재산을 가진 노인을 제외한 빈곤노

인을 보다 포괄적으로 보호하는 것이다. 하지만 이를 위해서는 기초생활보장제도 내에 두 개의 상이한 원칙을 적용해야 하는 문제가 있다. 이 제도는 노인과 근로연령층을 함께 보호하는 형태로 운영되기 때문이다.

이러한 상황에서 노인, 특히 노인빈곤층 소득보장은 우리 사회보장제도가 해결해야 할 가장 시급한 문제로 인식된다. 하지만 앞서 언급한 바와 같이 이 문제를 해결하기 위한 소득보장제도, 특히 기초생활보장제도의 역할은 여전히 제한적이었으며, 그것을 개편하는 일도 용이하지 않았다. 물론 당시에도 노후소득보장제도 개편과 관련된 다양한 주장이 제기되었다. 국민연금과 관련해서는 부과방식과 적립방식을 둘러싼 논쟁이 있었으며, 노인빈곤층 대상 소득보장과 관련해서는 선별주의적 방안과 보편주의적 방안을 둘러싼 주장들이 있었다. 그리고 이들을 결합시킨 다양한 절충론이 제시되기도 했다.

하지만 이후 나타난 제도발전 경로를 보면, 상대적으로 용이한 선택, 즉 기존 제도를 단계적으로 확대하는 방안이 채택되었다. 그것이 바로 1997년 노인복지법 개정안이 통과되면서 도입된 경로연금이었다. 이것은 저소득층 노인을 대상으로 3만 5천 원~5만 원(2005년 기준)을 지급하던 급여제도로, 국민연금 노령수당의 급여수준과 연계하여 최저급여 수준보다 낮은 수준의 금액으로 결정되었다. 노인빈곤 문제를 해소한다는 취지를 고려하면, 가장 선별적인 출발이었던 셈이다.

그리고 경로연금을 대체한 것이 바로 2007년 4월 국회를 통과한 기초노령연금이었다. 급여수준은 월 8만 3천 원~9만 원 수준이었으며, 노인소득 하위 60%를 대상으로 지원하였다. 경로연금에 비해 급여수준과 적용대상이 다소 확대되었음을 알 수 있다. 한 가지 흥미로운 점은 기초노령연금이 국회에 상정된 시점에 국민연금제도 개편안이 함께 상정되었으나, 기초노령연금만 통과되었다는 것이다. 국민연금 개편안이 보험료 인상과 소득대체율 하향조정을 골자로 한다는 점에서 비판받을 개연성이 큰 반면, 기초연

금 도입안은 기존의 경로수당보다 지급금액과 포괄범위가 넓다는 점에서 비판의 위험성이 적었기 때문이다.

하지만 기초노령연금은 낮은 급여수준과 좁은 적용범위로 계속 비판을 받았다. 엄밀한 의미에서 노인빈곤 문제를 해결하는 것이 주목적이 아님에도 정책성과를 노인빈곤율 감소효과에 초점을 맞추어 비판하는 경향이 계속되었다. 그것은 기존의 다른 제도들이 그 역할을 제대로 수행하지 못한 것에 따른 결과로 볼 수도 있다. 더욱이 2010년 이후 한국사회에 불어닥친 보편복지와 선별복지를 둘러싼 논쟁 또한 그 문제를 더욱 쟁점화시킨 측면이 있다. 그리고 2012년 대선에서 박근혜 후보가 모든 노인에게 월 20만 원을 지급하는 기초연금 도입을 공약하고, 대통령에 당선되면서 급여수준과 적용범위가 더 확대된 제도가 실시되기에 이른다.

(2) 개편 과정과 주요 개편 내용

박근혜 정부의 국정과제 중 기초연금 도입은 전체 노인 대상으로 20만 원의 급여를 지급하는 것을 골자로 했지만, 법률제정을 위한 논의과정에서 지원대상을 노인소득 하위 70%로 제한하는 것으로 결정되었다. 그리고 2014년 5월에 〈기초연금법〉이 제정됨에 따라 기존의 기초노령연금은 폐지되었다. 그리고 기초연금 지급은 법률통과 직후인 2014년 7월부터 이루어졌다.

주목해야 할 점은 기초연금 도입에 따른 수급자 규모를 기초노령연금 적용시기와 비교해 보면, 사실상 적용규모가 크게 증가하지 않았다는 것이다. 2013~2014년 수급자 규모는 약 29만 명 증가하였고, 2014~2015년에는 약 15만 명, 2015~2016년에는 약 6만 명이 증가한 것으로 나타났다(〈표 6-2〉 참조). 이는 노인인구의 자연증가를 고려하더라도 수급자 규모가 크게 증가하지 않은 것으로 경로연금에서 기초노령연금 그리고 기초연금까지의 개혁이 매우 점진적으로 이루어진 측면이 있음을 말해준다.

〈표 6-2〉 기초연금 수급자 및 수급률 추이

(단위: 만 명)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년[1)]
65세 인구	570	598	625	652	677	698
수급자수	382	393	406	435	450	456
수급비율	67	65.8	65	66.8	66.5	65.3

주: 1) 2016년 수급자수는 소급지급분 미반영.
2) 2017년 통계청의 〈장래인구추계〉(2010~2060년) 반영.
자료: 국회예산정책처, 재정통계. 2017. 6. 8 인출.

〈표 6-3〉 기초연금의 재원 추이

(단위: 만 명)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
국비	28,223	29,636	32,072	51,771	75,634	78,497
지방비	9,681	10,089	10,713	17,229	24,456	24,399
합계	37,904	39,725	42,785	69,000	100,090	102,896

자료: 국회예산정책처, 재정통계. 2017. 6. 8 인출.

하지만 재원 측면에서 보면, 2013년 국비와 지방비를 합친 전체예산이 약 4조 3천억 원에서 2014년 6조 9천억 원, 2015년 약 10조 원으로 빠른 속도로 증가한 것을 알 수 있다(〈표 6-3〉 참조). 이는 기초연금의 주된 효과가 수급자 규모의 확대보다 보장성의 강화 측면에서 이루어졌음을 말해준다. 물론 기초연금제도의 성과와 관련해서 지속적으로 주목받는 지표가 있다. 그것은 전체 노인(추정) 인구의 70%라는 목표를 달성하고 있는가 하는 점이다.

현실적으로 기초연금이 소득인정액 기준을 적용한다는 점을 고려하면, 이러한 목표설정 자체가 평가하기도 힘들다는 점을 지적해야 할 것이다. 이런 한계를 감안해서 살펴보면, 기초연금은 수급비율 측면에서 65세 인구의 70%에 못 미치는 수준으로 지급된다는 것을 알 수 있다. 2016년 기준으로 수급률은 65.3%로 제도개편 직후인 2014년의 66.8%나 2015년의 66.5%보다 다소 감소한 것으로 나타났다.

(3) 향후 과제

기초연금제도가 노인가구의 생활에 미친 영향에 대해서는 다양한 평가가 제시된다. 그중에서도 긍정적 측면에 주목한 연구결과에 따르면, 기초연금을 수급하는 노인세대의 소득은 증가하였고, 사적이전소득을 감소시키는 영향은 크지 않은 것으로 나타났다. 더불어 기초연금 수급에 따른 소득이 식비와 보건의료비 지출증가에 긍정적 영향을 미쳤고, 수급자의 급여 만족도 또한 높은 것으로 평가되었다. 그 밖에도 기초연금 도입은 노인의 경제활동에도 부정적 영향을 미치지 않은 것으로 보고되었다(김재진 외, 2015: 60, 72). 물론 기초연금의 소득재분배 효과에 대해서는 지니계수 감소효과(원종욱 · 장인수, 2015: 29)와 빈곤율 감소효과(임완섭, 2016)[1]가 있는 것으로 나타났다. 이러한 성과에도 불구하고, 기초연금이 사실상 조세기반형 사회수당으로 그것이 투입재원에 비해 소득분배구조를 개선하는 효과가 제한적일 수밖에 없다는 점 또한 고려해야 할 사항이다.

기초연금제도는 몇 가지 해결과제를 안고 있는 것이 사실이다. ① 노인소득(소득인정액) 하위 70%라는 목표를 달성하는 것은 모집단의 소득인정액 분포에 대한 가정조차 힘들다는 점에서 사실상 적절한 정책목표가 되기 어렵고, ② 기초생활보장제도 수급 빈곤노인과 차상위층 노인 간의 소득역전 현상이 발표하는 등의 문제가 있어 보완이 필요하며, ③ 재정부담과 관련한 지방자치단체 간 형평성의 문제가 제기될 수 있고, ④ 노후소득보장체계의 구조개편이 필요하다는 것이다(탁현우, 2016: 69~78).

위에 제시된 문제점과 관련해 제시된 개선방안 중 눈여겨볼 대목은 다음과 같다. 첫째, 소득인정액을 소득으로 활용하는 방식에 대한 개선이 필요하다는 점이다. 이러한 지적은 다른 연구결과를 통해서도 확인할 수 있다

1) 임완섭에 따르면, 기초연금은 2015년 기준으로 절대빈곤율을 약 18.7%, 상대빈곤율을 약 5.9% 감소시킨 것으로 추정된다.

(최옥금 · 이은영, 2016: 193). 둘째, 그것은 기초연금과 기초생활보장제도의 관계를 어떻게 정리할 것인가 하는 점이다. 가장 손쉬운 방법은 위 연구의 필자가 제시한 것처럼, 기초생활보장제도에서 기초연금의 일부를 공제하는 것이다. 하지만 이러한 개선방안은 기초생활보장제도의 보호를 받지 못하는 비수급 빈곤층과 기존 수급자 간의 형평성 문제를 야기할 수 있다. 엄밀한 의미에서 현재 노인빈곤층 중 가장 심각한 위기집단은 비수급 빈곤 노인이라고 할 수 있기 때문이다.

이 문제와 관련해서 또 하나 고려해야 할 사항은 기초생활보장제도의 현금급여를 기준으로 공적이전소득에 따른 소득재분배 효과를 추정하는 데 한계가 있다는 점이다. 기초생활보장제도 수급노인 중 상당수는 소득으로 포착되는 생계급여나 주거급여 외에도 의료급여나 교육급여 그리고 기타 복지지원을 받는다. 하지만 이는 각종 통계데이터에 소득으로 포착되지 않는다. 달리 표현하면, 이미 필수적 지출을 보전하는 지원이 이뤄졌다는 것을 전제로 빈곤율 감소효과를 추정해야 하는 것이다. 이는 포착된 소득만을 기준으로 소득재분배 효과를 판단하는 것이 불가피하나 불완전하다는 것이다.

이러한 측면에서 보면, 노후소득보장제도 중 조세기반형 급여제도인 기초연금과 기초생활보장제도는 통합적으로 개편할 필요가 있다고 판단된다. 특히 기초생활보장제도 중 생계급여제도에서 부양의무자 기준을 폐지함으로써 노인 비수급빈곤층에 대한 보호를 강화하는 방향으로 제도를 개선할 필요가 있다. 기초연금제도와 기초생활보장제도는 모두 조세를 기반으로 하지만, 전자는 사회수당(*social allowance*)이고 후자는 사회부조(*social assistance*)이다. 따라서 제도운영 원리를 엄격히 적용하면, 기초연금을 소득으로 간주하여 기초생활보장제도 급여에서 제하는 것이 타당하다. 기초생활보장제도 소득산정에 기초연금을 공제하는 절충안도 생각해 볼 수 있지만, 그 논리적 근거를 찾기 힘들 것으로 판단된다.

따라서 기초연금과 기초생활보장제도를 통합하여 보충적 노후소득보장

제도로 개편하는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있다. 그리고 이 제도는 노인 개인 전체를 대상으로 정액을 지원하는 '보편적 급여'와 노인가구의 소득(사회수당분을 포함한)이 생계급여기준선(최저보장수준) 이하인 빈곤노인을 대상으로 소득수준에 따라 급여하는 '보충적 급여'로 구분하여 운영하는 것이다. 대신 현행 생계급여제도의 부양의무자 기준을 폐지하고, '보편적 급여'의 수준을 현 수준으로 동결하는 방안이 적절하다. 이 모든 개편방안은 '보편적 급여'가 미래노인의 근로유인 또는 공적연금에 대한 가입 및 납부의지에 부정적 영향을 미치지 않도록 할 필요가 있다.

2) 무상보육제도의 도입

사회보장제도의 확대과정에서 보육정책은 시민들의 욕구가 큰 반면 정책설계 측면에서 그 효과성을 둘러싼 논란이 많았던 경우라고 할 수 있다. 그것은 민간영리 중심의 보육서비스 확대, 각종 수당의 확대 등이 여성취업이나 아동의 복리측면에서 어떠한 성과가 있는가에 대한 이견이 많았음을 의미한다. 물론 무상보육제도의 도입은 근로연령층의 복지욕구를 상당부분 충족시키는 것으로 판단된다. 하지만 제도의 효과성과 형평성 등에 대해서는 여전히 이견이 있는 상황이다. 이는 관련 제도와 정책이 여전히 개편이 필요한 상황임을 의미한다.

(1) 개편 배경

우리 사회에서 보육정책은 1990년대 보육시설 확충을 출발점으로 2000년대 보육비 지원 확대, 그리고 2013년에는 무상보육으로 발전해왔다. 그것은 장기적 관점에서 여성취업의 증가와 가사노동 중 돌봄노동의 사회화에 대한 욕구 증가에 따른 자연스러운 결과라고 할 수 있다. 특히 2010년대 이후부터는 저출산에 따른 인구고령화 가속화의 문제가 부각되면서 좀더 보

편적으로 가족의 보육비 부담을 덜어 주는 방향으로 정책방향이 선회해왔다. 이는 2000년대 초반부터 사회보장의 중심적 지원제도, 즉 사회보험제도와 사회부조제도가 도입되고 안정화되면서, 2000년대 중반 이후부터는 시민들의 욕구가 크지만 공급이 제대로 이루어지지 않았던 주요 서비스영역의 제도와 정책이 강화되는 추세와 맞물려 있다.

하지만 보육정책의 발전과정에서 제도설계와 확대방식에 대한 논란이 없었던 것은 아니다. 오히려 보육정책의 효과성에 대한 이견이 확산되며, 보육정책의 확대속도가 느려지는 시기도 있었다. 이 시기에 보육정책과 관련한 주된 지적은 크게 3가지로 정리할 수 있다. ① 보육서비스 이용시간 문제, ② 각종 현금지원사업의 여성취업 효과 취약, ③ 보육서비스 확대와 출산율의 불확실한 관계 등에 대한 것이다. 보육서비스가 실제로 부모들이 필요한 시간에 제공되지 않고, 그와 맞물려 여성들의 취업에 큰 영향을 미치기 힘들었으며, 그것만으로 출산율에 큰 영향을 미칠 수 없다는 지적이다(백선희 외, 2008; 최성은 외, 2009).

이는 보육정책의 오랜 해결과제와 연관 있다. 보육정책과 관련해 시설에 대한 지원과 관리방식의 혁신이 필요하다는 점, 이러한 맥락에서 보육의 공공성을 강화하는 조치가 필요하다는 점, 맞벌이가구처럼 여성취업을 위해 보육이 필요한 가구를 표적화한 지원방식이 필요하다는 점, 보육정책을 출산율 제고정책의 일환으로 간주하는 정책기조를 넘어서야 한다는 점이 그것이다.

무상보육이 박근혜 정부의 국정과제로 발표되고 막 추진되던 시점, 그 정책의 문제점에 대한 다양한 의견이 개진되었다. 이와 관련해 가장 큰 비판은 다음과 같다. 먼저 공보육의 우선 지원대상이 취업여성이란 점을 감안하면, 전업주부에게도 동일한 혜택을 주는 방식의 제도설계는 형평성 문제가 있다는 것이다. 정작 취업여성은 종일반 어린이집에 맡기기 힘든 상황이 벌어진다는 문제의식에 따른 것이다. 이어 12개월 미만 0세 아기를 공보육 대상으로 포괄한다는 점이다. 이는 서구 복지국가에서 12개월 미만 아기의 경

우 부모의 품에서 자랄 수 있도록 공보육을 지원하지 않는 조치와 상반된다는 것이다. 끝으로 보육제도와 기타 지원제도의 중복지원 문제이다. 유급휴가 등 지원제도의 경우, 부모로 하여금 아이를 집에서 돌볼 수 있도록 조치한 것인데, 이들에게도 보육비 지원을 하는 것이 중복지원의 성격을 갖게 된다는 것이다(양재진, 2013: 54~55). 그 밖에도 보육의 공공성에 기초한 보편적 지원정책으로 가지 못하고, 민간시설 중심의 공급구조를 유지·확대하는 보육의 시장화를 촉진시키는 기능을 하였다는 비판 또한 제기되었다(전윤정, 2014: 142~144).

(2) 개편 과정과 주요 개편 내용

박근혜 후보가 18대 대선과정에서 표방했던 복지슬로건은 생애주기별 맞춤형 복지였다. 이와 관련한 다양한 정책 중 가장 주목받았던 것은 역시 '국가의 보육책임'을 강조하는 무상보육정책이었다. 이는 ① 보육료 전액지원, ② 누리과정 지원 강화, ③ 국공립어린이집 확충, ④ 남성 육아휴직 이용 촉진 등의 주요 공약에서도 알 수 있는데, 당시 저출산 대책과 맞물려서도 핵심적 정책과제로 표현되었다. 그리고 이러한 정책제안은 외형적으로는 다른 후보들의 공약과 크게 다르지 않았다. 참고로 당시 문재인 후보가 보편적 무상보육체계 확립, 아동수당 도입, 남성과 여성 모두를 위한 육아환경 조성, 맞춤형 돌봄서비스 시행 등의 공약을 제시했다. 물론 내용상으로 공공성 강화를 축으로 하는 무상보육과 아동수당 도입이 차이점이라고 할 수 있다.

2013년 도입된 무상보육정책에 따라 0~5세 아동 전체에게 보육료 전액을 지원하게 되었다. 그리고 새롭게 가정에서 아이를 돌보는 가구에도 양육수당을 지급하게 되었다. 보육료는 2016년 6월 종일반 기준으로 보면, 0세는 41.8만 원, 만 1세는 36.8만 원, 만 2세는 30.4천 원, 만 3~5세는 22만 원을 지원받고, 양육수당은 만 0세는 월 20만 원, 만 1세는 월 15만 원, 만 2~5세는 월 10만 원을 지원받는다. 하지만 새로운 양육수당을 제외하면 보육정책은

급격한 확대라고 말하기 힘들다. 2011년까지는 0~5세 아동에 대해 소득하위 70% 이하 계층에게 전액지원했고, 2012년에는 0~2세 및 5세 아동에 대해서만 전 계층에게 전액지원하고 3~4세 아동에 대해서는 소득하위 70%에게 전액지원하는 방식으로 운영되었다는 점에서도 알 수 있다. 더불어 국공립어린이집이 확충되는 등의 변화가 있었던 것이 사실이다.

하지만 민간영리공급자 중심의 보육서비스 시장에서 보육서비스 제공시간을 늘리고, 품질을 개선하기 위한 실질적 변화가 이뤄졌던 것은 아니다. 실제로 영유아시설 이용아동의 비율은 2012~2013년 약 1.4% 증가한 것으로 나타났다(〈표 6-4〉 참조). 반면, 가정양육수당 수급아동은 2013년 약 1백만 명으로 늘어난 것으로 나타났다(〈표 6-5〉 참조).

〈표 6-4〉 영유아시설(어린이집 · 유치원) 이용현황(2010~2015년)

(단위: 명, %)

연도	전체 아동수	어린이집		유치원		합계	
		재원아동	이용률	재원아동	이용률	재원아동	이용률
2015년	3,187,718	1,452,813	45.6	682,553	21.4	2,135,366	67.0
2014년	3,210,156	1,496,671	46.6	652,546	20.3	2,149,217	67.0
2013년	3,264,476	1,486,980	45.6	658,188	20.2	2,145,168	65.7
2012년	3,265,160	1,487,361	45.6	613,749	18.8	2,101,110	64.3
2011년	3,212,933	1,348,729	42.0	564,834	17.6	1,913,563	59.6
2010년	3,208,694	1,279,910	39.9	538,587	16.8	1,818,497	56.7

자료: 보건복지부, 각 연도; 김은정·이혜숙, 2016, 52 재인용.

〈표 6-5〉 가정양육수당 지원아동 현황(2011~2015년)

(단위: 명)

연도	0세 아동	1세 아동	2세 아동	3세 아동	4세 아동	5세 아동	6세 이상 아동	계
2015년	386,361	310,212	132,195	66,546	40,139	37,894	35,999	1,009,346
2014년	383,389	309,908	145,075	60,126	39,152	34,803	39,883	1,012,336
2013년	385,585	346,952	145,049	63,164	38,360	40,445	40,929	1,060,484
2012년	37,727	44,128	18,486	-	-	-	-	102,700
2011년	36,662	38,450	14,644	-	-	-	-	89,756

자료: 보육통합정보시스템; 김은정·이혜숙, 2016: 56 재인용.

제도도입 이후 이 정책의 성과평가는 다양한 측면에서 이뤄졌다. 이와 관련해서 대다수 연구결과는 0~2세 아동의 보육기관 이용률은 증가했지만, 여성의 노동공급은 취업과 근로시간에 있어 모두 의미 있는 증가가 나타나지 않으며, 보육의 질 또한 그다지 개선되지 않았다는 점을 지적했다. 이는 무상보육정책이 보육료 지원을 통해 실제로 거두고자 했던 성과를 제대로 달성하지 못했음을 말해준다. 그리고 영아기와 유아기 아동에 대한 정책효과가 상이하게 나타난다는 점도 지적되었다. 즉, 다른 사교육비 지출수요가 큰 유아기의 아동이 있는 가구의 경우에는 기타비용의 증가로 인해 보육료 지원 등에 따른 지출감소 효과가 제대로 체감되지 못한다는 것이다(김은정 · 이혜숙, 2016, 130~131). 비교적 최근에 발표된 연구결과 또한 무상보육이 보육서비스 제공시간과 부모 노동시간의 불일치에 따른 불편과 추가적 지출부담 문제를 해결하지 못함에 따라 사실상 보육비용을 크게 경감하지 못했다는 점을 지적했다. 더욱이 가구의 소득수준에 따른 보육의 질 차이를 여전히 해결하지 못한다는 것이다(이채정 · 권혁주, 2017, 193~195).

(3) 향후 과제

아동에 대한 보육정책 및 보육료 지원정책은 무상보육정책에 대한 성과평가를 기반으로 몇 가지 핵심적 개편과제를 안고 있는 것으로 평가된다. 첫째, 보육시설의 공공성을 강화하기 위한 조치가 필요하다는 것이다. 그것은 상대적으로 높은 품질의 보육서비스를 저렴한 비용으로 보장할 수 있는 국공립보육시설을 보다 빠르게 확대하는 방안에 대한 요구이다. 물론 이 문제와 관련해서는 현재의 민간영리시설들의 향후 역할을 어떻게 설정하고 개편할 것인가를 과제로 남겨두고 있다.

새로이 보육시설을 설립하거나 인수하기 위해서는 많은 재원이 요구된다는 점에서 재원조달 방안 및 보육서비스 시장의 생태계를 재편하는 문제에 대한 종합적 접근이 필요하다고 판단된다. 둘째, 보육서비스 제공시간

과 부모의 노동시간 간의 불일치로 인해 발생하는 비용과 시간활용제약 등의 문제를 해결하기 위해서는 실질적 종일보육을 실현하기 위한 개편방안이 요구된다. 물론 이 문제는 0~5세 아동에 국한된 문제가 아니다. 학령기 아동의 경우에도 이러한 욕구는 매우 큰 상황이며, 이를 위해 많은 사교육비를 지출한다는 점도 중요한 해결과제다. 셋째, 육아휴직이 실제로 활성화될 수 있는 조치가 마련되어야 한다. 제도적으로는 남성 배우자의 육아휴직을 허용하고 있음에도 실제로 이를 이용하는 비율이 높지 않다는 점은 기존의 정책으로는 이를 활성화하는 데 많은 제약이 있음을 말해 준다.

3) 기초생활보장제도의 개편: 맞춤형 급여체계 도입의 경과와 과제

기초생활보장제도는 2000년 제도시행 이후 빈곤층에 대한 최저소득보장을 위한 핵심적 제도로 중요한 역할을 담당했다. 하지만 빈곤층 복지사각지대 해소와 적정한 급여수준 보장 그리고 근로유인 제고 측면에서 개편이 필요하다는 문제를 안고 있었다. 그에 따라 2013년 제도개편을 위한 정부차원의 논의가 진행되었으며, 2014년 12월 법률개정안이 국회를 통과해 2015년 하반기부터 개편된 제도가 시행되기에 이르렀다.

(1) 개편 배경

〈국민기초생활보장법〉이 제정되기 이전에 존재했던 생활보호제도는 선정기준과 보장수준 등에서 선별적이고 자의적 운영이라는 비판을 받았다. 그리고 이를 대체한 기초생활보장제도는 크게 3가지 측면에서 빈곤정책의 패러다임을 바꾸는 데 기여하였다. 첫째, 빈곤층에 대한 최저소득보장을 행정당국의 자의적 판단이 아니라 사회권 원칙에 근거한 국가의 의무로 규정했다는 점이다. 이는 국가가 빈곤층에게 일정수준 이상의 생활보장을 해야 할 의무를 규정했다는 점에서 상징적 제도이다. 둘째, 최저생계비를 통해 빈곤층

을 위한 최저소득보장 수준을 좀더 객관적이고 사회적인 합의 방식으로 결정했다는 점이다. 셋째, 근로능력이 있는 빈곤층을 사회부조제도의 지원대상으로 포괄하였다는 점이다. 다만 그것은 무조건적 소득보장이 아니라 근로활동을 해야 한다는 의무를 전제로 하는 조건부 소득보장의 성격을 띠었다.

하지만 기초생활보장제도는 그 도입 직후부터 제도의 구성체계와 최저생계비 그리고 근로능력이 있는 빈곤층의 취업활동에 부정적 영향을 미치는 급여체계 등이 지속가능성이 취약하다는 지적을 받았다. 그리고 이러한 우려는 현실로 나타나 기초생활보장제도의 문제점에 대한 비판이 끊이지 않고 제기되었다.

첫 번째 비판은 기초생활보장제도가 빈곤층 대상 최저소득보장을 국가의 의무로 규정했음에도 실제로 방대한 복지사각지대를 해소하는 데 한계가 있다는 것이다. 실제로 제도도입 이후 모든 정부가 최저생계비 인상 및 선정기준 완화 등의 개선방안을 마련해 실시하였지만 수급자 규모가 감소하는 결과가 나타나게 되었다. 그것은 사각지대를 해소할 보다 구조적인 개편방안이 필요했음을 말해 준다.

두 번째 비판은 기초생활보장제도를 지탱하는 최저생계비 중심체계가 갖는 한계에 대한 것이다. 가장 큰 문제는 최저생계비를 각 급여의 선정과 급여에 적용하는 과정에서 빈곤가구의 다양한 지출욕구와 욕구수준을 획일적으로 보장하게 된다는 점이었다.

세 번째 비판은 기초생활보장제도가 근로능력이 있는 빈곤층, 특히 근로능력이 있는 수급자의 근로유인에 부정적 영향을 미친다는 것이다. 이는 기초생활보장제도 도입 직후부터 제기되었던 비판이자, 제도시행 과정에서 행정일선의 실무자들의 입을 통해 끊임없이 확인되었던 문제였다. 따라서 이후의 정부는 기초생활보장제도의 근로유인 효과를 개선하기 위해 많은 노력을 기울였다. 하지만 이러한 개선노력에도 불구하고 미취업 수급자의 취업률이나 탈수급률은 크게 제고되지 않았다.

(2) 개편 과정과 주요 개편 내용

위에 언급한 3가지 문제를 해결하기 위해 기초생활보장제도를 개편해야 한다는 주장은 학계는 물론이고 정부와 정치권 그리고 행정일선에서 지속적으로 제기되었으며, 박근혜 정부 때는 국정과제로 제시되었다. 그와 관련해 인수위원회에서 제시한 개편방안은 일명 맞춤형 급여체계로 명명되었다. 그 개편의 골자는 아래와 같이 정리할 수 있다. 첫째, 기초생활보장제도의 4개 핵심급여(생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여)를 분리하여 선정기준과 급여수준을 개별화한다는 것이다. 둘째, 최저생계비를 대체하는 기준으로 중위소득 개념을 활용한다는 것이다. 구체적으로 생계급여는 중위소득의 30%, 의료급여는 40% 등으로 차별화하는 방안이었다. 셋째, 각 욕구별 급여를 보건복지부에서 떼어내 국토부와 교육부로 이관하는 것이다(노대명 외, 2013).

박근혜 정부에서 기초생활보장제도를 근본적으로 개편하는 방안이 채택된 것은 다소 의외라는 반응도 있었다. 하지만 기초생활보장제도 개편 문제는 장기간의 논의과정을 거쳐 학계와 정부를 넘어 정치권에서도 일정한 공감대를 형성했다는 점에 주목할 필요가 있다. 실제로 기초생활보장제도 개편방안은 거의 모든 정부가 추진했으며, 대부분의 개편방안이 맞춤형 급여체계와 유사한 내용이었다는 점이 이를 말해 준다. 참고로 노무현 정부에서도 기초생활보장제도를 개별급여체계로 개편하는 방안이 추진되었다. 이 점을 감안하면, 기초생활보장제도 개편은 당시의 여야를 막론하고 거의 모든 정당이 일정수준의 공감대를 형성하는 사안이었음을 알 수 있다. 실제로 기초생활보장제도 법률개정안에 대한 국회의 법안심의소위원회에서 이루어진 논의내용은 이를 말해 준다.

하지만 2013~2014년 제도개편 방안을 논의하는 과정에서는 학계와 시민단체를 중심으로 뜨거운 논쟁이 계속되었다. 맞춤형 급여체계로의 개편에 대한 반론의 요지는 기초생활보장제도를 욕구별 급여체계로 개편하면

각 부처의 재량행위에 의해 수급자에 대한 보장수준이 저하될 위험이 있으며, 최저생계비를 다른 개념으로 대체하는 경우 사회권 보장의 원칙이 훼손될 수 있다는 것이었다. 제도개편에 대한 찬성의견은 〈국민기초생활보장법〉을 통해 각 급여의 선정기준과 급여수준을 규정함으로써 보장수준의 저하를 막을 수 있으며, 오히려 수급자 확대나 보장수준 현실화에 유리하다는 것이었다. 또한 최저생계비를 사회부조제도의 각 급여의 선정기준과 급여수준으로 획일적으로 적용하는 방식이 빈곤층 보호에 불리하게 작용한다는 것이었다.

이러한 논쟁은 평행선을 달리며 좀처럼 합의점에 이르지 못했고, 2014년 12월 국회에서 정치적으로 해결되기에 이르렀다. 기초생활보장제도 법률 개정안에 선정기준과 보장수준에 대한 내용을 명확히 규정하고, 최저생계비 개념을 제도평가와 관련된 참조기준으로 활용하게 한다는 선에서 법률 개정안을 통과시켰던 것이다. 법률개정안에 명시된 내용의 골자는 아래와 같이 설명할 수 있다.

첫째, 기초생활보장제도의 4대 핵심급여의 선정기준을 다층화한다는 것이다. 둘째, 각 욕구별 급여의 급여수준을 적정화한다는 것이다. 셋째, 부양의무자 기준을 완화하고 교육급여에 대해서는 부양의무자 기준 자체를 폐지한다는 것이다. 넷째, 기초생활보장제도의 성과에 대한 평가 및 조정기능을 강화한다는 것이다.

맞춤형 급여체계 도입은 빈곤층 복지사각지대를 해소하고 급여수준을 적정화하며, 근로능력자의 취업을 촉진한다는 목표를 표방하였다. 하지만 제도개편 이후 사각지대 해소 성과와 근로능력자 취업촉진 성과는 가시화되지 않고 있다. 먼저 수급자 증가세가 정체 또는 감소세를 보인다는 점이다. 제도개편 직후 수급자 규모와 급여수준은 증가하는 추세를 보였지만, 2016년 하반기부터 수급자 규모가 다시 감소하는 추세가 나타나는 점에 주목할 필요가 있다(〈표 6-6〉 참조).

〈표 6-6〉 제도개편 전후 수급자 규모의 변화

구분	2014년 12월	2015년 6월	2015년 12월	2016년 6월	2016년 12월
수급자수(명)	1,328,713	1,315,729	1,646,363	1,662,450	1,630,614

자료: 보건복지부, 2017.

〈표 6-7〉 제도개편 전후 주요 현금급여의 변화

(단위: 원, %)

구분	2015년 6월(A)	2015년 12월(B)	B-A	%
생계급여	314,647	361,474	46,827	14.9
주거급여	87,792	108,976	21,184	24.1

자료: 노대명, 2016.

수급자 규모는 제도개편 이전인 2014년 12월 약 133만 명에서 2015년 12월 약 165만 명으로 증가하는 추세를 보였지만 2016년 12월에는 약 163만 명으로 소폭 감소한 것으로 나타났다(〈표 6-6〉 참조). 이어 수급자의 급여적정화는 비교적 순조롭게 진행되는 것처럼 보인다. 제도개편 직전인 2015년 6월과 12월을 비교하면, 생계급여는 약 14.9% 증가했고, 주거급여는 24.1% 증가한 것으로 나타났다(〈표 6-7〉 참조). 하지만 교육급여의 경우는 그 증가폭이 크지 않아, 급여수준의 빠른 적정화가 필요한 상황이다. 끝으로 기초생활보장제도 개편을 통한 근로능력 수급자의 취업촉진은 성과가 크지 않을 것으로 예상되었던 사항이다. 이는 맞춤형 급여체계 개편이 구조 자체를 개편하는 데 초점을 맞춘 것에 따른 한계라고 할 수 있다.

맞춤형 급여체계 도입 이후 빈곤층 복지사각지대 해소는 여전히 많은 한계를 갖는다. 가장 큰 이유는 교육급여를 제외하는 나머지 세 급여에 부양의무자 기준이 적용되기 때문으로 판단된다. 이는 추가적으로 사각지대를 해소하기 위해서는 부양의무자 기준을 더욱 적극적으로 폐지하는 조치가 필요하다는 점을 말해준다. 마찬가지로 급여수준을 적정화하는 문제와 관련해서도 주거급여의 기준임대료를 상향조정하고 주거급여 산출식을 개선할 필요가 있다. 특히 교육급여는 기존의 최저교육비가 보충적으로 설정되어 있었다는 점에서 적정 급여수준 산정이 필요한 상황이다. 그리고 근로

능력이 있는 빈곤층을 위한 소득보장과 취업촉진에 관한 한, 취업성공패키지를 확대하고 고용복지플러스센터를 설치하는 식의 소극적 대처방식으로는 문제를 해결하기 힘들다고 판단된다.

(3) 향후 과제

2014년 12월의 법률개정안 통과가 갖는 가장 큰 의의는 점진적으로 빈곤층에 대한 소득보장을 확대할 수 있는 길을 열었다는 점이다. 왜 제도개편이 비수급 빈곤층 보호와 관련해 정부의 소득보장 확대전략에 정책적 유연성을 부여했는지 간략히 설명할 필요가 있다. 기초생활보장제도가 빈곤층의 절반도 보호하지 못하는 상황에서 단번에 사각지대를 해소하기는 재정적으로 힘든 것이 사실이다. 더욱이 통합된 급여체계는 점진적 확대를 어렵게 하는 요인이었다. 최저생계비를 인상하거나 부양의무자 소득기준을 부분 완화하는 기존의 조치들이 그다지 성과를 거두지 못했다는 점이 이를 말해 준다.

이 점에서 보면, 맞춤형 급여체계 도입은 정책적 우선순위에 따라 각 급여제도별로 단계적으로 수급자를 확대하고 보장수준을 현실화하는 점진적 접근을 가능하게 했다는 의미를 갖는다. 기초생활보장제도의 확대를 가시화한 것이다. 실제로 교육급여의 부양의무자 기준을 폐지한 조치는 이후 다른 욕구별 급여에도 부양의무자 기준을 철폐함으로써 비수급 빈곤층에 대한 보호를 확대할 수 있는 길을 열었다. 문재인 정부가 기초생활보장제도의 부양의무자 기준을 추가적으로 폐지하는 결정을 했다는 점도 제도 확대가 더욱 용이해졌음을 말해 주는 것이라 할 수 있다.

하지만 개편된 기초생활보장제도 또한 여전히 해결해야 할 많은 과제를 안고 있다. 첫 번째 과제는 정부가 빈곤층 보호를 위해 더 적극적으로 지원 확대를 모색해야 한다는 점이다. 지난 10년간 복지정보체계를 기반으로 한 자산조사 역량의 강화로 정부가 수급자를 확대하더라도 그 속도보다 수급자가 감소하는 속도가 더 빨랐다는 점에 주목할 필요가 있다. 달리 표현

하면, 정부가 더 적극적으로 빈곤층에 대한 보호를 확대할 수 있는 기반이 조성된 셈이다. 과거 부정수급에 대한 우려로 빈곤층 보호에 소극적이었다면, 앞으로는 정부가 지원이 필요한 사람을 보호하는 데 좀더 적극적으로 대처하는 일이 남아 있음을 말해 준다.

두 번째 과제는 노인과 장애인 그리고 근로능력이 있는 집단을 대상으로 적용되는 단일한 생계급여제도를 분리하는 일이다. 이는 특성이 다른 빈곤층을 동일한 제도운영 원칙에 따라 보호하는 과정에서 발생하는 많은 문제를 해결하기 위해 필요한 조치이다. 노인과 장애인의 빈곤문제가 심각한 상황에서 노후소득보장제도를 좀더 보편적으로 확대하기 위해서는 기초생활보장제도 중 생계급여를 분리할 필요가 있다. 그리고 근로빈곤층을 위한 고용복지연계형 지원제도를 강화할 필요가 있다. 이 문제와 관련해서는 외국에서는 사회부조제도를 인구집단 특성을 고려하여 분리된 제도로 운영한다는 점을 고려할 필요가 있다.

세 번째 과제는 기초생활보장제도의 복잡한 기준과 절차를 간소화하는 문제이다. 현행 제도에 적용되는 소득인정액 등 각종 개념은 지나치게 복잡하며 부양의무자 조사 등에 따른 행정부담도 매우 큰 반면, 그것이 갖는 이론적 타당성이나 정책적 효용성은 매우 작다. 더욱이 빈곤층 스스로 자신의 수급가능성을 예측할 수 있도록 제도를 단순화할 필요가 있다.

4. 맺음말: 쟁점과 함의

지난 20년간의 압축성장 과정에서 한국 사회보장제도는 몇 가지 구조적 문제를 해결하지 못했다. 첫째, 단기간에 제도를 도입하고 시행하는 과정에서 개별 제도의 효과성이나 효율성 문제 외에도 사회보장체계 내 정합성 문제가 제기되었다. 각 제도 간 정합성을 제고하기 위한 개편이 끊이지 않

았음을 의미한다. 이는 제도발전 단계 측면에서 나타난 자연스러운 현상이기도 하지만, 단기간에 제도를 확장하는 과정에서 사회보장체계의 정합성에 대한 체계적 검토가 취약했음을 말해 주는 것이다. 하지만 때로 정치적 이유로 사회보장체계의 정합성을 고려하지 못한 선택이 이루어졌다. 노인빈곤 문제에 대처하기 위해 기초연금을 확대한 것이 그것이다. 노후소득보장체계를 정비하는 차원에서 공적연금제도와 기초생활보장제도의 역할과 관계를 개선하는 일이 선행되었어야 할 것이다.

둘째, 사회보장제도의 발전단계 측면에서 중심적 사회보장제도의 빈 영역을 메우기 위해 작은 제도들로 이를 보완하는 소극적이고 파편화된 대처방식이 계속 사용되었다는 점이다. 뒤늦게 사회보장제도를 확장하는 과정에서 충족되지 않은 시민들의 복지욕구는 크게 남아 있고, 이를 해소하는 데 필요한 재원조달이 힘든 상황에서 작은 제도들로 임시방편의 대처를 했다는 것이다. 그것은 사회보장제도 및 정책 전반에 걸쳐 포괄적으로 나타난 현상이었다. 그중에서도 가장 대표적인 것이 긴급복지 지원이나 차상위층 지원사업 등이다. 기초생활보장제도의 구조개편을 통해 사각지대를 단계적으로 확대하는 전략을 채택하는 대신, 소규모의 다양한 정책들을 벌였던 것이다. 이것은 물론 긴급했다는 점에서 필요성을 인정할 수 있다. 하지만 그것은 중심적 사회보장제도를 내실화하는 노력을 소홀하게 만든 측면이 있다.

셋째, 정책성과를 거두기 어려운 정책들이 충분히 검증되지 못한 채 실시되는 경우이다. 예를 들면, 특정한 제도나 정책을 도입함에 있어 많은 시간을 두고 다양한 의견을 수렴하는 절차를 거칠 필요가 있다. 하지만 정책성과를 거두기 힘들 것이라는 비판이 제기되는 상황에서 정책이 강행되는 경우도 있다. 무상보육이 그러한 정책일 수 있다. 물론 이 정책은 가정양육수당을 통해 더 많은 사람의 보육비 부담을 덜어준 측면이 있다. 하지만 실제 정책성과가 사교육비 지출증가를 가져오는 부정적 측면이 있었다. 더욱이 일하는 부모들이 활용하기 힘들게 하는 측면이 있었다. 그리고 이

러한 문제점은 제도도입 단계에서 예상되었던 사항들이다.

넷째, 사회보장체계의 내실화와 지속가능성을 위한 핵심과제임에도 좀처럼 개편의제로 부각되지 않은 사안들이 있었다. 가장 대표적인 것이 사회보장을 위한 재원조달의 문제이다. 거의 모든 정부가 대선공약에서는 국민들의 복지욕구에 부응할 수 있도록 사회보장 재원을 확충하겠다고 말했지만, 결과적으로 안정적 재원확보 방안 마련에 매우 소극적인 태도를 보였다. 이 점에서 사회보장 재원조달 문제는 각종 개편논의의 근간에 흐르는 쟁점이라고 말할 수 있다.

그리고 다가오는 개편과제에 대해서도 간략히 언급할 필요가 있다. 그것은 크게 두 가지로 요약할 수 있는데, 4차 산업혁명과 새로운 고용형태의 출현, 그리고 인구고령화의 충격에 어떻게 대비할 것인가에 관한 문제이다. 여전히 4차 산업혁명이 어떠한 일자리를 감소시키고 어떠한 일자리를 탄생시킬 것인지 분명하지 않다. 한 가지 분명한 것은 많은 일자리가 소멸되고 생성되는 과정이 발생할 것이고, 수많은 노동자들은 노동이동 과정에서 실업과 빈곤위험에 노출될 개연성이 증가할 것이라는 점이다. 이것은 보다 강력한 구직수당체계와 직업훈련체계를 구축함으로써 모든 구직자를 안전하게 보호하는 것이 중요한 과제가 된다는 점을 말해준다. 그리고 새로운 고용형태의 출현은 그것이 다수를 점하게 되지는 않더라도 기존의 사회보장제도에 많은 개선과제를 남겨두게 된다. 고용주를 특정하기 힘든 노동자를 대상으로 어떻게 사회보장의 혜택을 부여할 것인지 고민이 필요한 것이다. 마찬가지로 〈근로기준법〉 등 다양한 법규를 어떻게 적용해야 하는지에 대해서도 서둘러 대비가 필요하다.

끝으로 인구고령화에 따라 나타나게 될 충격이다. 인구고령화에 따라 노동투입이 감소하고 사회 활력이 떨어지는 한편, 의료지원과 소득보장에 따라 더 적은 근로연령층이 더 많은 노인인구를 부양하는 과정에서 사회보장재정 문제가 발생하게 된다. 그것은 지금과는 다른 사회보장체계와 재원

조달시스템이 구축되어야 할 필요성을 말해 준다. 그리고 이를 위해 사회보장체계 개편은 지금부터 준비가 필요한 사항이다. 이 문제와 관련해서 사회보험 중심 사회보장체계의 패러다임을 전환할 필요성이다. 현재의 사회보험제도를 가입자를 강제로 확대하는 방식을 통해 포괄성을 유지할 수 있는가에 대해서는 여전히 이견이 있는 상황이다. 하지만 사회보험제도가 지난 20년간 노동시장에서 상대적 우위에 있는 정규직 노동자에게 더 유리한 제도였다는 점에 주목할 필요가 있다. 정작 더 많은 지원이 필요한 비정규직이나 자영업자 그리고 미취업자를 적극적으로 보호하기 위해서는 새로운 패러다임 모색이 필요할 것으로 판단된다. 이것이 다음 정부에 주어진 중요한 사회보장 개편과제일 것은 분명해 보인다.

■ 참고문헌

국내 문헌

김연명(2002). 《한국복지국가 성격논쟁 1》. 인간과 복지.

김은정 · 이혜숙(2016). 《영유아 보육(돌봄) 지원 정책 평가와 정책과제: 보육료 지원 정책을 중심으로》. 한국보건사회연구원.

김재진 외(2014). 《기초연금 도입에 따른 사회 · 경제적 영향 분석》. 한국조세재정연구원.

노대명 외(2013). 《맞춤형 급여체계 개편방안 연구》. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

양재진(2013). "박근혜 정부 복지정책의 평가와 과제: 보육, 기초연금, 의료분야를 중심으로". 〈민주사회와 정책연구〉, 통권 24호, 46~72.

원종욱 · 장인수(2015). 〈기초연금의 경제적 파급효과 및 소득재분배 효과〉. 한국보건사회연구원 현안보고서.

이미화 · 유해미 · 최효미 · 조아라(2014). 《무상보육 이후 보육정책 방향 연구》. 육아정책연구소.

이채정 · 권혁주(2017). “무상보육정책이 영유아 자녀 양육비용 지출에 미친 영향 분석”. 〈한국사회와 행정연구〉, 28권 3호, 175~198.
임완섭(2016). “기초연금의 빈곤 감소효과 분석”. 〈보건복지포럼〉, 통권 236호. 한국보건사회연구원.
최옥금 · 이상붕 · 한신실 · 이은영(2017). 《2016년 기초연금의 사회적 경제 효과 분석 연구: 기초연금이 수급자의 삶에 미친 영향을 중심으로》, 국민연금공단 국민연금연구원.
최옥금 · 이은영(2016). 《기초연금 소득인정액 기준 개선방안 연구》. 국민연금공단 국민연금연구원.
탁현우(2016). 〈기초연금제도 평가〉. 국회예산정책처 사업평가 보고서.

해외 문헌

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press.
_____(1999). *Social Foundations of Post-industrial Economies*. Oxford University Press.
Jenson, J. & Saint-Martin, D. (2002). *Building Blocks for a New Welfare Architecture*. Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston, August, 2002.
Kasza, G. J. (2002). The illusion of welfare regimes. *Journal of Social Policy*, 31(2), 271~287.
Korpi, W. (2006). Power resources and employer-centered approaches in explanations of welfare states and varieties of capitalism. *World Politics*, 58(2), 167~206.
Myles, J. & Guadagno, J. (2002). Political theories of the welfare state. *Social Science Review*, March, 2002.
Pierson, P. (1996). The new politics of welfare state. *World Politics*, 48, 143~179.

제 2 부 소득보장제도

제 7 장 공적연금제도
제 8 장 고용보험제도 및 고용정책
제 9 장 산재보험제도
제10장 공공부조제도

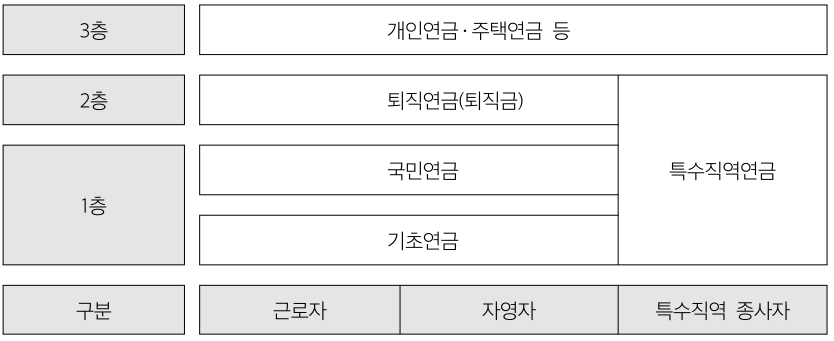
07

공적연금제도

1. 머리말

이 장에서는 우리나라 사회보장제도 중 연금제도의 주요내용과 최근 동향 그리고 향후 쟁점사항들을 살펴보기로 한다. 이 장에서 검토하는 연금제도는 국민연금, 기초연금, 특수직역연금과 같은 공적연금은 물론 퇴직연금이나 개인연금과 같은 사적연금 또한 포괄한다. 다만, 이 장에서는 국민연금과 기초연금이 우리나라 노후소득보장에서 핵심적 기능을 수행하는 한편 이들 제도의 개편과 관련된 논의가 사회적으로 큰 파급효과를 가진다는 점에서 직역연금이나 사적연금에 비해 보다 자세히 검토하기로 한다. 물론 기초연금의 경우, 과거 기초노령연금과 마찬가지로, 현재까지도 그 정체성이 모호한 측면이 있지만, 현 노인층의 노후소득보장 측면에서 매우 중요한 역할을 하는 한편 최근 들어 사회수당적 성격이 강화되었다는 점에서 이 장의 검토 대상에 포함하기로 한다. 특수직역연금의 경우, 각 제도별 세부적 분석 대신, 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금을 아울러 관련 내용을 통합적으로 살펴보기로 한다.

〈그림 7-1〉 우리나라의 현행 공·사적 연금체계



외형적 측면에서 우리나라 또한 해외 선진 복지국가들 못지않게 다층노후소득보장의 기본틀을 갖추었다. 〈그림 7-1〉에서 볼 수 있듯이, 국가 책임하에 노후빈곤 혹은 은퇴 이전의 소비수준 보장을 지향하는 제 1층 제도인 국민연금과 기초연금, 단체협약 혹은 개별 고용관계에 기초한 제 2층의 퇴직연금(퇴직금), 그리고 개인 책임하에 기초한 제 3층의 개인연금 등 외형상 노후소득보장에서 중요한 역할을 담당하는 다양한 제도를 이미 도입하여 시행하고 있다. 다른 한편 공무원, 교사, 군인 등과 같은 특수직역 종사자의 경우 제 1층과 제 2층 제도의 기능을 종합적으로 담당하는 특수직역연금제도가 별도로 운영된다.

이렇게 외형상 다층소득보장의 틀을 갖추고 있음에도 불구하고 다층체계의 노후소득보장 기능은 여전히 제한적인 것으로 평가된다. OECD 최고수준의 노후빈곤율은 현시점에서 우리나라 노후소득보장체계가 직면한 문제를 단적으로 보여준다. 물론 현재의 심각한 노후빈곤 문제가 상당정도로 국민연금제도의 미성숙 문제에 기인한다는 점에서 중장기적으로 노후빈곤 문제는 점차 개선될 것으로 전망할 수 있다. 그러나 현시점에서 국민연금 사각지대를 획기적으로 개선할 수 있는 획기적 방안을 마련하기 어려운 것이 현실이다. 이러한 점에서 현재의 심각한 노후빈곤 문제를 완

화하는 한편 중장기적으로 노후소득보장체계의 내실을 다지기 위해서는 공적연금 간 그리고 공적연금과 사적연금 간 적절한 역할분담이 필요한 상황이다.

이 장의 구성과 관련하여 서론에 이어 이 장의 2에서는 국민연금, 기초연금, 직역연금을 아우르는 공적연금제도의 현황과 최근까지의 제도개편 사항들 그리고 공적연금을 둘러싼 주요쟁점들을 살펴본다. 앞에서 언급했듯이, 우리나라 노후소득보장체계에서 국민연금과 기초연금의 역할이 매우 크다는 점에서 이 두 제도에 대해서는 보다 자세한 검토를 진행하기로 한다. 이 장의 3에서는 사적연금제도를 살펴보는데, 비록 공적연금과 마찬가지로 사적연금의 종류 또한 다양하지만, 이 장에서는 퇴직연금과 개인연금을 중심으로 주요제도 현황과 최근까지의 제도개편 사항들을 살펴보기로 한다. 마지막으로, 이 장의 4에서는 이 장에서 검토한 연금제도의 주요사항들을 종합하는 한편 향후 노후소득보장체계의 발전방향과 관련된 핵심쟁점들을 간략히 정리한다.

2. 공적연금제도

1) 개요

우리나라의 연금제도는 1960년 공무원연금, 1963년 군인연금, 1975년 사립학교교직원연금 등 특수직역 종사자를 대상으로 우선적으로 도입되었다. 반면 일반국민들을 대상으로 한 연금제도로 1973년 〈국민복지연금법〉이 제정되어 1974년 1월부터 시행될 예정이었지만, 1973년의 석유파동과 이로 인한 경기침체로 그 도입이 지속적으로 연기되었다. 1970~1980년대의 괄목할 만한 경제성장과 이로 인한 국민들의 보험료 부담능력 상승과

〈표 7-1〉 우리나라 공적연금제도 개관

구분	국민연금	특수직역연금		
		공무원연금	사학연금	군인연금
도입연도	1988년	1960년	1975년	1963년
적용대상	18세 이상 60세 미만 국민	공무원, 법관, 경찰관	사립학교 교직원 (병원직원)	하사 이상 직업군인
제도운영	보건복지부 (국민연금공단)	행정안전부 (공무원연금공단)	교육부(사립학교 교직원연금공단)	국방부(보건복지관실 군인연금과)

자료: 각 연금제도 운영기관 홈페이지. 2017. 11. 2 인출.

같은 제도도입 여건이 성숙됨에 따라 비로소 1986년에 기존 〈국민복지연금법〉을 〈국민연금법〉으로 개정(구법 폐지) 공포한 후 1988년 1월부터 국민연금제도를 시행하게 되었다(〈표 7-1〉 참조).

우리나라 연금제도는 기본적으로 기여에 기초하여 연금수급권을 획득하는 사회보험방식이 주를 이룬다. 비록 사회보험방식 또한 국가가 자격이나 기여율과 같은 관련 제도를 설계하고 감독하지만, 비용(재원)을 노사 등 당사자들이 부담한다는 점에서 공공부조나 사회수당에 비해 상대적으로 자조의 원칙이 강조되는 측면이 있다. 위에서 언급하지 않은 또 다른 공적연금제도로 기초연금이 있다. 조세를 재원으로 65세 이상 노인인구 중 소득하위 70%를 대상으로 급여를 지급하는 현행 기초연금과 그 전신인 기초노령연금은 수급권의 보편성이 상당히 높지만 자산조사가 가미된다는 점에서 사회수당과 공공부조의 성격이 혼재하는 측면이 있다.

2) 국민연금

(1) 연 혁

1988년 도입된 국민연금제도는 최초 상시근로자 10인 이상 사업장의 근로자와 사업주를 대상으로 시행되었으며, 1992년에는 적용대상을 상시근로자 5인 이상 사업장으로 확대했다. 1995년 7월부터는 우루과이라운드(UR)

〈표 7-2〉 국민연금제도의 주요연혁

시 기	내 용
1973년 12월 24일	〈국민복지연금법〉 공포 (석유파동으로 시행 연기)
1986년 12월 31일	〈국민연금법〉 공포 (구법 폐지)
1987년 9월 18일	국민연금공단 설립
1988년 1월 1일	국민연금제도 실시 (상시근로자 10인 이상 사업장)
1992년 1월 1일	사업장 적용범위 확대 (상시근로자 5인 이상 사업장)
1993년 1월 1일	특례노령연금 지급개시
1995년 7월 1일	농어촌지역 연금 확대적용
1999년 4월 1일	도시지역 연금 확대적용
2006년 1월 1일	사업장 적용범위 확대 완료 (근로자 1인 이상 전체 사업장)
2008년 1월 1일	완전노령연금 (가입기간 20년 이상) 지급개시
2009년 8월 7일	국민연금과 4대 직역연금 가입기간 연계사업 실시
2011년 1월 1일	사회보험료 징수통합에 따른 징수업무 이관

자료: 국민연금공단 홈페이지. 2017. 11. 2 인출.

협정 체결 및 세계무역기구(WTO) 체제하에서 농어촌 주민의 노후 안정대책의 일환으로 국민연금제도가 농어촌지역으로 확대적용되었다. 후속적으로 1999년 4월에는 제도가 도시지역으로 확대적용됨으로써 국민연금제도 시행 11년 만에 전 국민을 대상으로 하는 제도로 자리매김하는 성과를 거두었다(〈표 7-2〉 참조).

선진 복지국가들에 비해 공적연금 도입의 역사가 상당히 짧음에도 불구하고 국민연금은 이미 두 차례에 걸친 대규모의 연금개혁을 단행한 바 있다. 1998년에는 1999년 4월 도시지역 확대적용과 맞물려 제도의 장기발전과 관련된 대규모 연금개혁이 추진되었다. 1998년 연금개혁에서는 재정안정화와 급여제도 합리화 그리고 기금운용 측면에서 중요한 개혁조치들이 이뤄졌다. 우선, 국민연금 재정안정화와 관련해 평균소득자 40년 가입기준 소득대체율을 1988년 최초 제도도입 시의 70%에서 60%로 10%p 하향조정하는 조치가 이뤄졌다. 국민연금 수급연령 또한 최초 60세에서 매 5년마다 1세씩 높여 2033년까지 65세로 상향조정되도록 하였다. 또한 국민연

금 재정계산제도를 도입하여 5년마다 국민연금의 재정상태를 전망하고 이에 기초하여 장기 재정안정화 및 제도발전 관련 계획을 수립하도록 하였다.

1988년 연금개혁에서는 급여관련 개혁조치들도 이루어졌다. 우선, 국민연금 급여산식에서 균등부문과 비례부문의 비중을 과거 4 대 3에서 1 대 1로 조정했다. 노령연금 수급을 위한 최소가입기간이 과거 15년에서 10년으로 단축되었다. 유족연금과 장애연금 수급을 위한 최소가입기간(1년) 요건이 폐지되었으며, 이혼여성의 노후불안과 관련된 여성계의 주장을 받아들여 분할연금제도가 도입되었다. 마지막으로, 기금운용 지배구조 개선과 관련해서도 유의미한 조치들이 이루어졌는데, 우선, 기금운용위원회 위원을 증원하는 한편 가입자 대표성을 강화하였다. 또한 기금운용위원회 위원장을 재정경제부 장관에서 보건복지부 장관으로 변경하는 한편 기금운용실무평가위원회 조항을 신설함으로써 기금운용의 전문성을 강화하고자 했다.

2007년의 연금개혁에서도 자격 및 급여관련 일련의 제도개선 조치들이 취해졌지만, 재정안정화가 핵심적 내용이라고 할 수 있다. 2007년 개혁에서는 평균소득자 40년 가입기준 급여율을 기존 60%에서 2008년 50%로 10%p 낮춘 후, 2009년부터 매년 0.5%p 씩 하향조정하여 2028년에 40%까지 낮추는 조치를 담고 있다. 이러한 소득대체율 인하 조치로 2003년 제1차 국민연금 재정계산에서 전망되었던 기금소진 시점(2047년)은 제2차 재정계산에서는 이보다 13년 정도 연장된 2060년으로 전망된 바 있다. 그러나 두 차례에 걸친 재정안정화 개혁에도 불구하고 장기 재정안정성은 여전히 확보하지 못하고 있다. 다른 한편 제도를 도입한 지 불과 20년의 기간 동안 국민연금의 노후소득보장 기능이 크게 축소된 것은 현 제도가 직면한 또 다른 문제라고 할 수 있다.

(2) 자격

공무원, 교직원, 군인 등 특수직역 종사자를 제외한 18세 이상 60세 미만 개인은 원칙적으로 국민연금제도의 의무적용 대상자다. 2016년 현재 전체 국민연금 가입자는 2,183만여 명 수준인데, 이는 전국단위로 제도가 확대된 1999년에 비해 557만 명 이상 증가한 수치다(〈표 7-3〉 참조). 가입종별 비중을 살펴보면 2016년 현재 전체 가입자의 60.4%가 사업장가입자이며, 지역가입자가 36.9%, 임의가입자·임의계속가입자가 대략 2.7%를 차지한다. 전국단위로 제도가 확대된 1999년에 지역가입자가 전체 가입자의 66.6%, 사업장가입자가 32.2%였던 것과는 상당히 다른 패턴을 보여준다.

특히, 국민연금 지역가입자가 적용 사각지대에 놓일 개연성이 높음을 고려할 때 최근의 가입종별 비중 변화는 사각지대 개선 측면에서 중요한 의미를 가진다. 그럼에도 불구하고 2016년 현재 전체 지역가입자 806만 199명 중에서 보험료를 납부하지 않는 납부예외자가 417만 3,269명(국민연금공단, 2017b)으로 전체 지역가입자의 과반 이상을 차지한다는 점에서 지역

〈표 7-3〉 국민연금 가입자 현황

연도	전체	사업장 가입자	지역가입자			임의 가입자	임의계속 가입자
			소계	농어촌	도시		
1988	4,432,695	4,431,039	-	-	-	1,370	286
1992	5,021,159	4,977,441	-	-	-	32,238	11,480
1995	7,496,623	5,541,966	1,890,187	1,890,187	-	48,710	15,760
1999	16,261,889	5,238,149	10,822,302	2,083,150	8,739,152	32,868	168,570
2003	17,181,778	6,958,794	9,964,234	2,062,011	7,902,223	23,983	234,767
2006	17,739,939	8,604,823	9,086,368	1,972,784	7,113,584	26,991	21,757
2012	20,329,060	11,464,198	8,568,396	1,956,215	6,612,181	207,890	88,576
2013	20,744,780	11,935,759	8,514,434	1,962,071	6,552,363	177,569	117,018
2014	21,125,135	12,309,856	8,444,710	1,972,393	6,472,317	202,536	168,033
2015	21,568,354	12,805,852	8,302,809	1,949,757	6,353,052	240,582	219,111
2016	21,832,524	13,192,436	8,060,199	1,881,248	6,178,951	296,757	283,132

자료: 국민연금연구원, 2017: 8.

〈표 7-4〉 국민연금 의무가입 연령대(18~59세)의
공적연금 적용 현황 (2010년 12월 → 2016년 12월)

<table>
<tr><td colspan="6">18~59세 총인구: 3,257만 7천 명(2010년) (100.0%) → 3,282만 5천 명(2016년) (100.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">비경제활동인구:
1,059만 9천 명
(2010년)
↓
947만 3천 명
(2016년)</td><td colspan="5">경제활동인구: 2,197만 8천 명 (2010년) → 2,335만 2천 명 (2016년)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">공적연금
비적용자:
135만 7천 명
(2010년)
↓
19만 9천 명
(2016년)</td><td colspan="4">공적연금 적용자: 2,062만 1천 명(2010년) → 2,315만 4천 명 (2016년)</td></tr>
<tr><td colspan="3">국민연금 적용자:
1,922만 9천 명(2010년) → 2,154만 9천 명(2016년)</td><td rowspan="3">직역연금
적용자:
139만 2천 명
(2010년)
↓
160만 4천 명
(2016년)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">납부예외자:
510만 4천 명
(2010년)
↓
417만 3천 명
(2016년)</td><td colspan="2">소득신고자: 1,412만 5천 명(2010년)→
1,737만 6천 명 (2016년)</td></tr>
<tr><td>보험료 미납자:
167만 명 (2010년)
↓
104만 2천 명(2016년)</td><td>보험료 납부자:
1,245만 5천 명(2010년)
↓
1,633만 4천 명(2016년)</td></tr>
<tr><td>32.5%(2010년)
↓
28.9%(2016년)</td><td>4.2%(2010년)
↓
0.6%(2016년)</td><td>15.7%(2010년)
↓
12.7%(2016년)</td><td>5.1%(2010년)
↓
3.2%(2016년)</td><td>38.2%(2010년)
↓
49.8%(2016년)</td><td>4.3%(2010년)
↓
4.9%(2016년)</td></tr>
</table>

주: 1) 국민연금, 직역연금, 통계청 자료 간 분류기준 및 측정시점 차이 혹은 자료 부재로 일부 통계치는 추정치 사용.

2) 보험료 미납자 기준은 2010년은 4개월 이상, 2016년은 13개월 이상.

자료: 김성숙 외, 2011: 38 ; 국민연금연구원, 2017: 23.

가입자를 중심으로 한 적용 사각지대 문제는 여전히 국민연금제도 내실화 측면에서 중요한 현안으로 남아 있다.

〈표 7-4〉는 2016년 12월말 기준으로 국민연금 의무가입 대상 18~59세 연령층의 공적연금 적용상태(추정치)를 보여준다. 전체 18~59세 인구대비 국민연금이나 직역연금에 보험료를 납부하는 개인들은 대략 55% 수준이며, 18~59세 경제활동인구 대비 공적연금에 보험료를 납부하는 개인의 비중은 대략 77% 수준이다. 경제활동인구를 기준으로 할 때 국민연금 사각지대 비중이 크게 낮아지는 것은 현 국민연금 적용 사각지대의 60% 이상이 비경제활동인구인 것과 관련 있다. 2010년 12월 기준 공적연금 적용상태와 비교할 때 최근까지 적용 사각지대 문제가 지속적으로 개선되고 있음을 살펴볼 수 있다. 그러나 사회보험방식에 기초한 국민연금제도에서 비경제활동으로 인한 적용 사각지대 문제는 그 해결이 쉽지 않다.

〈표 7-5〉는 2013년에 있었던 제3차 국민연금 재정계산 결과 중 65세 이상 국민연금 수급자 및 65세 이상 인구 대비 국민연금 수급자의 비율(전망치)을

보여준다. 65세 이상 전체 인구 대비 노령연금 수급자 비율은 2035~2040년경에 50%, 2060~2065년경에 80% 수준에 도달할 것으로 전망된다. 비록 일련의 가정하에 도출된 전망치이기는 하지만, 〈표 7-5〉는 최소한 향후 수십 년 동안 국민연금 수급권 사각지대 규모가 상당히 크게 남아 있을 것임을 시사한다. 앞에서 살펴본 〈표 7-4〉의 '적용' 사각지대 문제와 〈표 7-5〉의 국민연금 수급률 간에 밀접한 연관성이 존재하는데, 적용 사각지대 문제가 지속될 경우 최종적으로 '수급권' 사각지대 문제에 이르게 되는 것이다. 〈표 7-4〉와 같은 적용 사각지대 문제가 단순히 수급권 사각지대 문제로만 이어지는 것은 아니다. 비록 〈표 7-5〉에서 장기적으로 65세 이상 인구의 상당수가 국민연금 수급권을 획득할 것으로 전망되지만, 〈표 7-4〉와 같은 적용 사각지대 문제가 지속될 경우 충분한 가입기간을 확보하지 못하므로, 최종적

〈표 7-5〉 65세 이상 국민연금 수급자 및 65세 이상 인구대비 비율 전망치

(단위: 천 명, %)

연도	수급자 규모				65세 이상 인구대비 수급자수 비율			
	전체	노령연금	장애연금	유족연금	전체	노령연금	장애연금	유족연금
2013	2,015	1,782	13	220	32.8	29.0	0.2	3.6
2014	2,199	1,929	15	254	34.4	30.2	0.2	4.0
2015	2,363	2,056	17	291	35.7	31.0	0.3	4.4
2020	3,311	2,764	28	519	41.0	34.2	0.3	6.4
2025	4,650	3,803	42	805	45.0	36.8	0.4	7.8
2030	6,367	5,194	55	1,118	50.2	40.9	0.4	8.8
2035	8,463	6,973	62	1,428	57.4	47.3	0.4	9.7
2040	10,746	8,972	65	1,709	65.1	54.4	0.4	10.4
2045	12,777	10,766	62	1,949	73.1	61.6	0.4	11.2
2050	14,498	12,310	57	2,130	80.6	68.4	0.3	11.8
2055	15,438	13,171	51	2,216	87.2	74.4	0.3	12.5
2060	16,087	13,857	45	2,185	91.3	78.6	0.3	12.4
2065	16,145	14,022	39	2,084	92.8	80.6	0.2	12.0
2070	15,528	13,542	34	1,953	94.6	82.5	0.2	11.9
2075	14,685	12,846	30	1,810	95.9	83.9	0.2	11.8
2080	13,885	12,193	26	1,666	96.7	84.9	0.2	11.6
2083	13,435	11,833	24	1,579	97.0	85.4	0.2	11.4

자료: 국민연금재정추계위원회, 2013: 66.

으로 연금수급권을 획득하더라도 국민연금을 통해 노후빈곤을 방지하기 어려운 '저연금' 문제로 이어질 수 있음에 유의할 필요가 있다.

(3) 급여

전통적 공적연금과 마찬가지로 국민연금의 급여체계는 확정급여형이다. 급여산정 과정에서는 과거 소득을 급여산정 직전 3개년도의 가입자 평균소득(A)으로 재평가하는 과정을 거친다. 다만, 최초 급여 결정 이후의 연금액에 대해서는 소비자물가상승률에 연동해 급여의 실질가치를 유지시키고자 했다. 국민연금 급여는 본인 소득뿐만 아니라 국민연금 가입자 전체의 소득을 반영하는 방식으로 소득재분배 기능을 수행한다. 앞서 언급했듯이, 1998년 연금개혁으로 균등부문(A)과 소득비례 부문(B)의 비중 또한 조정했는데, 과거 4 대 3에서 1 대 1로 변경함으로써 급여산식상의 소득재분배 기능을 축소시켰다. 국민연금은 1988년 최초 제도 시행 시 평균소득자 40년 가입기준으로 생애평균소득(B)의 70%를 보장하도록 했다(비례상수 2.4). 그러나 1998년 연금개혁으로 급여율을 60%(비례상수 1.8)로 하향조정하는 한편 2007년 개혁을 통해 2008년에 50%(비례상수 1.5) 그리고 2009년부터 매년 0.5%p 씩 낮춰 2028년에 40%(비례상수 1.2)까지 낮추는 조치를 단행했다.

국민연금 급여는 연금과 일시금으로 구분된다. 연금에는 노령연금, 장애연금, 유족연금이 있으며, 일시금으로는 반환일시금, 장애일시금, 사망일시금이 있다. 노령연금 수급을 위한 최소가입기간과 관련하여 국민연금 제도가 최초 도입된 1988년의 경우 감액노령연금의 최소가입기간이 15년, 조기노령연금과 재직자노령연금의 최소가입기간이 20년으로 설정되어 있었다. 그러나 1998년 〈국민연금법〉 개정으로 감액노령연금, 조기노령연금, 재직자노령연금의 최소가입기간 모두 10년으로 하향조정되었다. 연금액은 기본연금액과 부양가족연금액을 합산하여 산출되는데, 국민연금의 기본연금액(*basic pension amount*) 산식은 〈그림 7-2〉와 같다.

〈표 7-6〉에서 살펴볼 수 있듯이, 2016년 말 현재 전체 국민연금 수급자 규모는 438만 4,746명이며, 이 중에서 연금 수급자가 414만 6,971명으로 전체 수급자의 대략 95% 수준이다. 20년 이상 가입하여 완전노령연금 수급자가 발생한 2008년과 비교할 때 전체 국민연금 수급자는 185만 명 이상 증가한 것으로 나타났다. 국민연금 수급권자 규모가 크게 증가하고 있음에도 불구하고 현재까지 노령연금 급여수준은 상당히 낮은 상황이다. 2016년 말 노령연금 수급자의 월평균 지급액은 36만 8천 원 수준이며, 특례노령연금을 제외하면 49만 2천 원 수준이다.

〈그림 7-2〉 국민연금 기본연금액 산식

[2.4(A+0.75B)×P1/P + 1.8(A+B)×P2/P+1.5(A+B)×P3/P+1.485(A+B)×P4/P+1.47(A+B)×P5/P+1.455(A+B)×P6/P+…+1.2(A+B)×P23/P]×(1+0.05n/12)

- A: 노령연금 수급 전 3년간의 국민연금 가입자 평균소득월액의 평균액
- B: 가입기간 중 기준소득월액의 평균액
- n: 20년 초과 가입기간(월)
- P: 전체 가입기간(월)
- P1: 1998년 12월 31일까지의 가입기간(월)(소득대체율 70%; 비례상수 2.4)
- P2: 1999년 ~ 2007년 가입기간(월)(소득대체율 60%; 비례상수 1.8)
- P3~P6: 2008년 가입기간(월)(소득대체율 50%; 비례상수 1.5) ~ 2011년 가입기간(월)(소득대체율 48.5%; 비례상수 1.455)
- P23: 2028년 이후 가입기간(월)(소득대체율 40%; 비례상수 1.2)

〈표 7-6〉 국민연금 수급자 현황

구분		1993년	2008년	2014년	2015년	2016년
연금	노령연금	10,971	1,949,867	2,947,422	3,151,349	3,412,350
	장애연금	3,869	72,166	75,387	75,688	75,497
	유족연금	21,387	353,594	575,706	617,084	659,124
	소계	36,254	2,375,627	3,598,515	3,844,121	4,146,971
일시금	반환일시금	545,611	138,456	147,035	180,705	208,620
	장애일시 보상금	2,341	4,902	2,651	2,597	2,577
	사망일시금	-	15,129	21,219	23,949	26,578
	소계	547,952	158,487	170,905	207,251	237,775
총계		584,206	2,534,114	3,769,420	4,051,372	4,384,746

자료: 국민연금연구원, 2017: 28.

〈표 7-7〉 연금종별 월평균 지급액(2016년 12월)

(단위: 천 원)

계	노령연금							장애연금				유족연금
	소계	20년 이상	10~19년	소득활동	조기	특례	분할	소계	1급	2급	3급	
353	368	884	397	665	506	210	179	434	592	468	360	263

주: 해당 월 지급자의 기본연금액 + 부양가족연금월액 기준, 중복급여 및 동 순위 조정 전 급여.
자료: 국민연금공단, 2017a: 9.

〈표 7-7〉은 노령연금 중 분할연금, 유족연금의 급여액이 특히 낮은 수준임을 보여준다. 반면 20년 이상 가입한 노령연금 수급자의 월평균 급여액은 88만 4천 원으로 상대적으로 높은 수준이다. 앞에서 국민연금 적용 사각지대 문제의 해소가 중요하다고 언급한 것은 이와도 관련 있다.

(4) 재 정

국민연금은 사회보험방식으로 재원을 조달한다. 가입자의 부담완화와 제도에 대한 사회적 수용도 제고 측면에서 사업장가입자 보험료는 1988년 3%에서 시작하여 1993년 6%, 최종적으로 1998년부터 9%로 상향조정되었다. 지역가입자의 연금보험료는 1995년 7월 농어촌지역으로의 제도 확대적용 시의 3%에서 시작하여 2000년 7월부터 매 1년 단위로 보험료를 1% 인상하여 최종적으로 2005년 7월부터 사업장가입자와 동일하게 9%로 인상되었다. 연금제도 도입의 역사가 오래된 국가들에 비해 보험료가 낮은 수준이지만, 앞에서 살펴보았듯이, 현재까지도 보험료를 납부하지 못하는 납부예외자나 보험료 미납자의 규모가 작지 않다.

국민연금의 경우 1995년부터 농어업인에 대한 보험료 지원사업이 이루어졌으며, 2012년부터 10인 미만 영세사업장의 근로자와 사용자를 대상으로 한 보험료 지원(두루누리 사회보험료 지원사업)이 이루어졌다. 2016년부터는 실업급여 수급자를 대상으로 보험료를 지원하는 제도(실업크레딧)가 추가되었다. 직접적으로 보험료를 지원하는 대신 보험료 납부 없이 가입기

간을 인정하는 제도 또한 존재하는데 2007년 〈국민연금법〉 개정으로 도입된 출산크레딧과 군복무크레딧 제도가 여기에 해당한다.

연금제도의 역사가 오래된 국가들에 비해 국민연금은 초기 보험료를 부과방식에 비해 높게 설정하는 모습을 보였다. 이로 인해 현재까지 국민연금 기금이 지속적으로 증가하고 있다. 기금 적립은 향후 급속히 전개될 인구고령화에 대응해 재정적 유연성을 확보하는 데 일정한 역할을 할 수 있다. 1988년부터 2016년까지 보험료, 기금운용 수익 등으로 조성된 재원은 총 702조 2천억 원이며, 이 중에서 연금급여 지급 등으로 지출한 143조 9천억 원을 제하고 2016년 말 현재 558조 3천억 원을 운용하고 있다(국민연금연구원, 2017: 42).

〈표 7-8〉 국민연금 재정수지 전망 (제3차 국민연금 재정계산)

(단위: 10억 원, %)

연도	적립기금	수입			지출		수지차	적립배율	보험료율	적립기금 (2010년 불변가격)
		총수입	보험료 수입	투자 수익	총지출	연금급여				
2013	417,727	52,217	32,135	20,082	14,556	14,032	37,661	26.1	9.00	384,179
2015	514,130	69,574	37,383	32,191	18,448	17,849	51,126	25.1	9.00	447,000
2020	847,171	109,098	54,073	55,025	33,923	33,487	75,175	22.8	9.00	621,361
2025	1,260,709	144,640	73,224	71,416	56,327	55,735	88,313	20.8	9.00	797,634
2030	1,732,381	186,913	95,041	91,872	89,953	89,176	96,960	18.2	9.00	963,104
2035	2,184,180	225,068	117,173	107,895	138,809	137,826	86,259	15.1	9.00	1,084,840
2040	2,494,494	258,427	141,595	116,832	213,773	212,563	44,654	11.5	9.00	1,119,973
2043	2,561,489	277,586	156,765	120,822	267,328	265,963	10,258	9.5	9.00	1,083,720
2044	2,558,741	283,749	162,747	121,003	286,498	285,076	-2,748	8.9	9.00	1,061,331
2045	2,541,358	289,420	168,889	120,531	306,804	305,324	-17,383	8.3	9.00	1,033,451
2050	2,200,519	309,781	203,282	106,498	414,088	412,288	-104,308	5.6	9.00	810,491
2055	1,334,483	300,993	231,040	69,953	525,383	523,193	-224,390	3.0	9.00	445,180
2060	-280,716	263,375	263,375	0	657,820	655,155	-394,445	0.2	9.00	-84,818
2065	-	307,180	307,180	0	806,934	803,692	-499,754	-	9.00	-
2070	-	358,101	358,101	0	948,255	944,311	-590,154	-	9.00	-
2075	-	414,588	414,588	0	1,089,567	1,084,768	-674,979	-	9.00	-
2080	-	477,892	477,892	0	1,263,650	1,257,811	-785,757	-	9.00	-
2083	-	518,944	518,944	0	1,388,539	1,381,971	-869,595	-	9.00	-

자료 : 국민연금재정추계위원회, 2013: 68.

그럼에도 불구하고 국민연금의 부담-급여체계의 불균형 그리고 급속히 진행되는 인구고령화로 인해서 추가적 재정안정화 조치가 없을 경우에 국민연금 기금은 장기적으로 소진될 것으로 전망된다. 2013년에 있었던 제 3차 재정계산에서는 적립금이 2043년에 최고수준에 도달한 후 2060년에 소진될 것으로 전망된 바 있다(국민연금재정추계위원회, 2013: 68) (〈표 7-8〉 참조).

(5) 최근 동향과 전망

1988년 제도도입 후 불과 30년이라는 짧은 기간 동안 국민연금은 괄목할 만한 성과를 보였다. 다른 한편으로 제도도입 후 채 20년이 경과하지 않은 기간 동안 두 차례에 걸쳐 대규모의 재정안정화 개혁조치 또한 단행된 바 있다. 노후소득보장 기능이 크게 축소된 동시에 장기 재정안정성 또한 확보되지 못한 것이 현재 국민연금제도가 직면한 현실이다.

2018년의 제4차 국민연금 재정계산에서는 이 두 현안에 대해 한층 더 심도 있는 검토가 필요할 것이다. 2018년에는 국민연금 재정계산과 함께 기초연금 급여 적정성 평가가 예정되어 있는데, 국민연금과 기초연금의 역할 분담과 관련된 논의 또한 필요하다. 2014년 도입된 기초연금은 국민연금과 연계하는 방식으로 기초연금 급여를 산정하는 방식을 취하는데, 노후소득보장 측면에서 국민연금과 기초연금의 역할을 어떻게 분담할 것인가와 관련된 보다 근본적인 논의 또한 이루어질 필요가 있다.

3) 기초연금

(1) 연 혁

1999년 국민연금제도의 도시지역 확대적용을 앞두고 국민연금을 통해 적절한 노후소득보장을 받을 수 없는 저소득층 노인들을 대상으로 하여 1998년 7월부터 경로연금제도가 시행되었다. 그러나 국민연금제도의 사각지대가 크게 남아 있는 한편 현 세대 노인층의 빈곤문제가 민감한 사회적 현안으로 등장함에 따라 새로운 제도도입에 관한 논의가 이루어지기 시작했다. 현 기초연금의 전신인 기초노령연금제도의 도입은 2004년 당시 야당이었던 한나라당이 〈국민연금법〉을 개정하여 국민연금을 소득비례연금과 기초연금으로 이원화하고자 한 것에서 연유한다고 할 수 있다. 반면 당시 여당이었던 열린우리당은 국민연금 재정안정화를 강조하는 한편 기존의 경로연금제도를 확대하는 방식을 통해 사각지대를 해소하고자 하였다.

이 과정에서 현 노인층의 노후소득보장 강화와 관련하여 2006년 정부와 여당이 전체 노인의 45%를 대상으로 월 8만 원의 정액급여를 지급하는 기초노령연금법안을 제출하면서 새로운 계기가 마련되었다. 정치적 논란 끝에 2007년 4월 재정안정화를 목표로 한 〈국민연금법〉 개정안은 통과되지 못한 채 전체 노인의 60%를 대상으로 국민연금 A값의 5%를 지급하는 기초노령연금법안만 통과되었다. 기초노령연금법안이 통과된 반면 재정안정화를 위한 국민연금 개정법안이 부결된 데 대한 사회적 비판과 재논의 요구가 커짐에 따라 2007년 7월에 국민연금 개정법안이 통과되었으며, 이와 함께 기초노령연금의 지급대상을 2009년 이후 노인층의 70%로 확대하고 2028년까지 급여를 A값의 10%로 상향조정하는 내용을 담은 〈기초노령연금법〉도 개정되었다.

기초노령연금은 제도도입 시점부터 그 정체성과 관련된 논란이 있었다. 조세를 재원으로 65세 이상 전체 노인층의 70%를 목표대상으로 한다는

〈표 7-9〉 기초(노령)연금 수급자 추이

(단위: 명, %)

연도	65세 이상 인구(A)	기초(노령)연금 수급자(B)	국민연금 동시수급자(C)	비중	
				B/A	C/B
2009	5,267,708	3,630,147	719,030	68.9	19.8
2010	5,506,352	3,727,940	823,218	67.7	22.1
2011	5,700,972	3,818,186	915,543	67.0	24.0
2012	5,980,060	3,933,095	1,023,457	65.8	26.0
2013	6,250,986	4,065,672	1,138,726	65.0	28.0
2014	6,520,607	4,353,482	1,323,226	66.8	30.4
2015	6,771,214	4,495,183	1,444,286	66.4	32.1
2016	6,987,489	4,581,406	1,541,216	65.6	33.6

자료: 국민연금연구원, 2017: 50.

점에서 수급권의 보편성 측면에서는 사회수당과 유사한 측면이 있다. 반면 외국의 기초연금에 비해 급여수준이 상당히 낮음과 함께, 비록 국민기초생활보장과 같은 엄격한 방식은 아니지만, 수급자 선정 과정에서 자산조사 방식을 취함으로써 공공부조의 성격 또한 지닌다. 기초노령연금제도 개편은 2012년 대선에서 여당(새누리당)이 기초연금 도입을 대선 공약으로 발표하면서 새로운 계기를 맞이하게 된다. 대선 이후 국민행복연금위원회의 논의 과정을 거쳐 2014년 7월부터 시행되었다. 비록 현재의 기초연금이, 과거 기초노령연금에 비해, 기초연금 본연의 특성을 더욱 강화한 것으로 평가되지만, 현 제도와 과거의 기초노령연금제도 간에 상당정도의 유사성이 있는 것 또한 사실이다.

(2) 자 격

과거 기초노령연금과 마찬가지로 현 기초연금 또한 수급대상은 65세 이상 전체 노인인구 중 소득하위 70%를 수급률 목표로 한다. 〈표 7-9〉에서 살펴볼 수 있듯이, 2016년 말 기준으로 65세 이상 전체 인구 698만 7,489명 중 기초연금 수급자는 498만 7,489명으로 수급률은 65.6%이다. 기초연금과 국민연금을 동시에 수급하는 65세 이상자는 154만 1,216명으로 기초

연금 수급자의 대략 3분의 1이 국민연금을 동시에 수급하고 있다. 다른 한편으로 2016년 기준 65세 이상 국민연금 수급자가 266만 4,358명임을 고려하면(통계청, 2017: 32), 국민연금 수급자의 대략 42% 정도가 기초연금 수급에서 제외된 상황이다.

(3) 급여

과거 기초노령연금은 국민연금 A값의 5%를 기초노령연금 급여로 지급했다. 물론 과거 〈기초노령연금법〉의 경우에도 부칙(제4조의 2)에서 2028년까지 기초노령연금 급여를 국민연금 A값의 10%까지 단계적으로 인상한다는 점을 명시했지만, 2014년 7월 기초연금 도입 시점까지 이러한 조치는 실행되지 않았다. 현 기초연금의 급여는 과거 기초노령연금과 달리 국민연금 A값에 연동되지는 않는다. 제도도입 시점에서 기초연금 급여액(기준연금액)은 20만 원으로 설정되었는데, 이는 과거의 기초노령연금을 기준으로 할 때 대략 A값의 10%에 해당하는 수준이다. 참고로, 2014년 기준 국민연금 A값은 198만 1,976원이다.

현 기초연금의 급여체계는 기준연금액과 부가연금액으로 구성되어 있다(〈그림 7-3〉 참조). 2017년 4월에서 2018년 3월까지 적용되는 기준연금액은 20만 6,050원이며, 부가연금액은 기준연금액의 50%인 10만 3,025원이다(보건복지부, 2017). 과거 국민연금 A값의 5%로 급여율이 정해졌던 기초노령연금과 달리 기초연금의 기준연금액은 매년 소비자물가상승률에 연동되는 구조를 취한다. 다만, 현 〈기초연금법〉은 매 5년마다 기초연금 수급권자의 생활수준, A값 변동률, 물가상승률 등을 종합적으로 고려하여 기초연금액의 적정성을 평가하고 이를 반영하여 기준연금액을 조정할 것을 규정한다(〈기초연금법〉 제9조 제1항).

국민연금 A값의 5% 수준이었던 기초노령연금 급여에 비해, 2014년 기준 기초연금 급여수준이 대략 2배 정도 인상되었다는 점에서 기초연금은

〈그림 7-3〉 기초연금 급여산식

기초연금액 = (기준연금액 - 2/3 × A 급여액) + 부가연금액

〈표 7-10〉 기초(노령)연금 소요예산

(단위: 억 원, %)

연도	총예산	국비(비율)	지방비(비율)
2014년(기초노령연금 + 기초연금)	69,001	51,771(75.0)	17,230(25.0)
2015년(기초연금)	100,090	75,634(75.6)	24,456(24.4)

자료: 보건복지부, 2016: 9.

현 노인층의 빈곤 완화 측면에서 더욱 긍정적인 기능을 수행하는 측면이 있다. 그러나 통상적으로 물가상승률에 비해 국민연금 A값 상승률이 높은 점을 고려할 때 기준연금액에 대한 적절한 수준의 정책적 조정이 없을 경우 기초연금의 노후소득보장 기능은 과거 기초노령연금에 비해 약화될 수 있다. 결국 현 제도를 기초로 할 때 향후 기초연금의 노후소득보장 기능은 매 5년마다 진행되는 기초연금 급여 적정성 평가 과정을 통해 기준연금액이 조정되는 수준에 달려 있다고 할 수 있다.

(4) 재 정

기초연금의 재원은 조세인데, 국비와 지방비가 매칭 지원되는 구조이다. 국비는 지방자치단체의 재정여건과 노인인구 비율을 고려해 기초연금 지급에 소요되는 비용의 40~90% 범위 내에서 차등 지원되는 방식을 취한다. 최근까지 기초연금 전체예산 중 국비지원 비중은 평균 75% 수준을 유지하고 있다. 2015년의 경우 전체 기초연금 예산 10조 90억 원 중 국비가 7조 5,634억 원, 지방비가 2조 4,456억 원 투입되었다(〈표 7-10〉 참조).

앞의 급여부분에서 언급한 것처럼 현 기초연금은 2014년 제도도입 시점에서 급여수준을 과거 기초노령연금(A값의 5%)의 대략 2배 수준으로 인상하였다. 이에 따라 기초연금 운영에 따른 소요예산은 단기적으로 기초노령

연금에 비해 상당히 높은 수준이다. 예컨대, 2014년 1~6월까지의 기초노령연금 예산이 2만 1,422억 원인 반면, 같은 해 7~12월까지의 기초연금 소요예산은 4만 7,579억 원으로 기초노령연금의 2배 이상이다. 반면 기초연금액이 국민연금 A 급여액(소득재분배급여금액)에 연계되어 감액되는 한편 기준연금액이 지속적으로 물가상승률에 연동될 경우 장기적 재정(조세) 소요액은 오히려 과거 기초노령연금에 비해 작을 것으로 전망된다. 물론 앞에서 언급했듯이, 5년마다 이루어지는 기초연금 급여 적정성 평가에 따른 기준연금액의 조정수준에 따라 기초연금의 장기 재정소요 또한 변동될 여지가 큰 것이 현실이다.

(5) 최근 동향과 전망

일반적으로 현재의 기초연금이, 과거 기초노령연금에 비해, 기초연금 본연의 특성을 보다 강하게 지닌 것으로 평가된다. 과거 기초노령연금에 비해 현 기초연금은 제도도입 시점에서 즉각적으로 이루어진 급여인상 조치로 인해 현 세대 노인층의 노후소득보장 측면에서 더욱 큰 역할을 할 것으로 전망된다. 다만, 향후 기준연금액이 국민연금 A 급여액(소득재분배급여금액)에 연계되어 감액되는 동시에 물가상승률에 연동될 경우 기초연금의 노후소득보장 효과는 중장기적으로 감소할 것으로 전망된다. 또한 국민연금 A 급여액에 연계된 급여산식은 제도의 복잡성을 가중시킨 측면이 있다.

결국 과거의 기초노령연금과 마찬가지로 현재의 기초연금 또한 정체성이 명확히 정립되지 못한 상황이라고 할 수 있다. 2018년의 기초연금 급여 적정성 평가 과정에서는 기초연금의 노후소득보장 수준 그리고 기초연금과 국민연금 간의 역할분담이 주요 논의사항으로 등장할 개연성이 크다고 할 수 있다. 특히, 현 노인층의 경우, 근로활동을 제외한다면, 기초연금 외에 추가적 소득원을 확보하기 매우 어려운 세대라는 점에서 그 중요성이 강조될 필요가 있다.

4) 특수직역연금

(1) 연 혁

공무원연금은 특수직역연금 중에서 가장 빠른 1960년에 도입되었으며, 군인연금은 1963년 공무원연금에서 분리되었다. 사립학교교직원연금은 공무원연금이 도입된 지 15년 뒤인 1975년에 도입되었다. 1988년 국민연금 도입에 앞서 특수직역 종사자를 대상으로 연금제도를 우선적으로 적용한 것은 사회복지제도 도입 과정에서 사회통합이나 소득재분배가 아닌 국가통치 권력의 안정적 유지가 보다 우선적인 고려사항이었다는 것과 관련 있다. 결과적으로 사회복지제도에 대한 이러한 접근 방식은 경제활동기의 소득 불평등을 은퇴기에도 유지시킴으로써, 사회적 연대와 사회통합이라는 소득보장제도 본연의 기능 대신 사회적 형평성과 사회통합 측면에서 또 다른 문제를 초래하는 기제가 되었다고 할 수 있다(남세진 · 조흥식, 1995: 246).

지속적 제도 확대와 연금수급자 증가로 특수직역연금은 특수직역 종사자의 안정적 노후소득보장 측면에서는 중요한 역할을 담당하게 되었다. 하지만, 다른 한편으로 불균형적 부담-급여 구조는 인구고령화 현상과 맞물려 직역연금의 재정불안정 문제를 초래하였다. 공무원연금은 1993년 처음으로 연금회계에서 수지 적자가 발생하였으며, 1995년에는 급여지출이 보험료 수입과 기금운용 수익을 초과함으로써 적립금이 감소하는 현상이 발생하였다. 공무원연금에 비해 상대적으로 급여지급이 더욱 관대한 군인연금의 경우 이미 1973년부터 재정수지 적자가 발생하여 국고 보전금이 지원되고 있다. 상대적으로 제도도입이 늦은 사학연금의 경우 현재까지 기금이 축적되고 있지만, 저출산과 인구고령화 그리고 부담-급여체계의 불균형으로 인해 향후 공무원연금이나 군인연금과 동일한 재정불안정 문제에 직면할 것으로 예상된다.

특수직역연금제도 개편은 기본적으로 직역연금 중 규모가 가장 큰 공무

원연금제도의 개편작업이 이루어진 후 사립학교교직원연금과 군인연금이 관련 제도 개편을 뒤따르는 방식으로 이루어진다. 과거 두 차례에 걸쳐 이루어진 국민연금 개혁과 마찬가지로 특수직역연금제도 개편 논의 또한 기본적으로 재정안정화가 핵심사항이라고 할 수 있다. 현재까지 상대적으로 큰 규모의 공무원연금제도 개편으로는 1995년, 2000년, 2009년, 그리고 가장 최근인 2015년에 이루어진 제도개편이 있다.[1)]

1995년에는 기여율(부담률) 인상(5.5% → 7.5%), 퇴직연금 지급개시연령제도(60세; 1996. 1.1. 이후 신규임용자) 및 조기퇴직연금제도 신설(60세 미만 수령 시 1년당 5% 감액; 1996.1.1 이후 신규임용자) 등의 조치를 통해 일시적으로 재정 흑자가 발생하기도 하였지만, 부담-급여체계의 불균형과 1998년 경제위기의 여파로 심각한 재정불안정 문제에 직면하였다. 이에 따라 2000년에는 기여율(부담률) 인상(7.5% → 8.5%), 지급개시연령의 단계적 상향조정(1996.1.1. 이전 임용자), 연금급여 연동방식 변경(보수인상률 → 물가상승률), 연금액 산정기준 보수 변경(퇴직 시점 최종 보수월액 → 퇴직 전 3년 평균 보수월액) 등의 조치가 이루어졌다. 또한 2000년 〈공무원연금법〉 개정에서는 과거의 정부와 공무원의 균등부담 방식에서 부족분을 전액 정부가 부담하는 국고 보전금 제도가 도입되었다.

1995년과 2000년의 〈공무원연금법〉 개정에도 불구하고 공무원연금제도의 재정불안정 문제가 더욱 심각해짐에 따라 2009년에 또 다른 제도개편으로 이어졌다. 2009년 제도개편에서는 기여와 급여를 산정하는 기초를 총소득의 일부에 대해서만 적용하던 '보수월액'에서 총소득 전체에 해당하는 '기준소득월액'으로 변경하는 한편 급여산정 기준을 퇴직 전 3년 평균 보수월액에서 재직기간 전체 평균소득으로 개정하였다. 또한 기여율(부담률) 인상(기준소득월액 기준 7%), 보험료 부과소득 상한설정(1.8배), 연금

1) 공무원연금제도 개편사항은 최재식(2016: 48~56)에 기초하였다.

지급률 인하(2.1% → 1.9%), 지급개시연령 상향조정(60세 → 65세), 유족연금 지급률 인하(70% → 60%) 등의 조치도 이루어졌다. 그러나 기여율 인상을 제외한 대부분의 조치들이 신규임용 공무원에 한정되었다는 점에서 제도개편의 효과가 반감됨으로써 장기 재정불안정 문제에 대한 근본적 해결책을 제시하지 못했다.

2009년 〈공무원연금법〉 개정사항들을 반영하여 2013년에 〈군인연금법〉이 개정된 지 2년 만인 2015년에 또다시 특수직역연금 개편작업이 추진되었다. 2015년 제도개편에서도 기여율(부담률)을 단계적으로 인상(7% → 9%)하는 한편 급여지급률을 인하(1.9% → 1.7%)하는 조치가 이루어졌다. 연금급여의 연동을 5년간 동결하는 한편 지급정지제도의 강화 조치 또한 이루어졌다. 지급개시연령을 상향조정하는(2009년 이전 임용자) 한편 국민연금과 마찬가지로 공무원연금에도 소득재분배 요소를 도입했다. 보험료 부과소득 상한을 기존 평균액의 1.8배에서 추가적으로 1.6배로 하향조정하는 한편 최소 재직기간 또한 기존 20년에서 10년으로 단축되었다. 급여관련 조치들로 분할연금을 도입하는 한편 비공무상 장해급여를 도입했다(〈표 7-11〉 참조).

2015년 〈공무원연금법〉 주요 개정사항들은 같은 해 12월 〈사학연금법〉 개정에서 반영되었다. 〈군인연금법〉 또한 기본적으로 일정한 시차를 두고 공무원연금 개정사항을 반영한 제도개편을 추진했는데, 2009년 공무원연금 개편사항들은 2013년 〈군인연금법〉 개정으로 이어졌다. 다만, 직업적 특수성을 반영해 지급개시연령 개편사항은 반영되지 않았다. 2015년 공무원연금 개정사항 또한 현재까지 반영되지 않고 있다.

〈표 7-11〉 2015년 〈공무원연금법〉 주요 개정사항

구 분	종 전	개 정
기여율(공무원) 및 부담률(정부) 인상	• 기준소득월액의 7%	• 기준소득월액의 9% (단계적 인상: 2016년 8% → 2017년 8.25% → 2018년 8.5% → 2019년 8.75% → 2020년 9%)
연금지급률 인하	• 재직기간 1년당 1.9%	• 재직기간 1년당 1.7% (단계적 인하: 2016년 1.878% → 2020년 1.79% → 2025년 1.74% → 2030년 1.72% → 2035년 1.7%)
소득재분배 도입	• 없음	• 지급률 1.7% 중 1.0%에 재분배 요소 도입
소득상한 강화	• 1.8배(전체 공무원 평균기준 소득월액 대비)	• 1.6배로 하향조정
연금수급요건 조정	• 20년	• 10년
재직기간 상한 연장	• 33년	• 36년 (재직 21년 미만부터 단계적 연장)
연급지급개시 연령 연장	• 2009년 이전 임용자 60세 • 2010년 이후 임용자 65세	• 모든 공무원 65세로 단계적 연장 (2022년 61세 → 2024년 62세 → 2027년 63세 → 2030년 64세 → 2033년 65세)
유족연금 지급률 인하	• 2009년 이전 임용자 70% • 2010년 이후 임용자 60%	• 모든 공무원 60% 적용 (개정 이후 유족연금 사유 발생자부터 적용)
연금액 한시동결	• 물가인상률 연동 조정	• 5년간 동결(2016~2020년)
연금정지제도 강화	• 공무원 · 군인 · 사학에 재임용 시 연금 전액정지	• 선거직 공무원과 정부전액 출자 · 출연기관 재취업 고소득자도 연금 전액정지
	• 근로자 평균임금월액 기준으로 연금정지액 결정(2014년 338만 원)	• 연금 수급자 평균연금월액 기준으로 연금정지액 결정(2014년 224만 원)
	• 부동산임대소득은 정지대상 소득에서 제외	• 부동산임대소득도 정지대상 소득에 포함
분할연금제도 도입	• 없음	• 혼인기간 5년 이상자 이혼 시 해당기간 1/2 분할지급(당사자 간 협의 및 재판 결과 우선 적용)
비공무상 장해연금 도입	• 없음	• 비공무상 장애로 퇴직 시 지급 (공무상 장해연금액의 1/2 수준)

자료: 인사혁신처 내부자료.

(2) 제도 현황

2015년 기준으로 특수직역연금의 주요현황을 살펴보면 가입자는 공무원연금 109만 3천 명, 사립학교교직원연금 28만 2천 명, 군인연금 18만 3천 명으로 전체 특수직역연금 가입자 규모는 155만 8천 명 수준이다. 연금수급자는 공무원연금 42만 6천 명, 사립학교교직원연금 5만 9천 명, 군인연금 8만 7천 명 수준이다. 2015년 기준 공무원연금과 사립학교교직원연금의 기여율(부담률)은 8%인데, 2015년 제도개편으로 2020년 9%까지 인상될 예정이다(〈군인연금법〉은 현재까지 미개정). 다만, 재정부담의 배분에서 차이가 있는데 2020년 기준으로 사학연금은 개인 9%, 학교법인(사용주) 5.294%, 국가가 3.706%를 부담한다(사무직원은 학교법인이 9% 전액부담). 공무원연금과 사립학교교직원연금은 최소 재직기간 요건 외에 2015년 제도개편을 통해 지급개시연령이 단계적으로 65세까지 상향조정될 예정이다. 반면 군인연금은 현재까지도 별도의 지급개시연령 규정을 두지 않는다(〈그림 7-12〉 참조).

〈표 7-12〉 특수직역연금 주요제도 현황

구분		공무원연금	군인연금	사립학교교직원연금
직역연금 가입자수		109만 3천 명	18만 3천 명	28만 2천 명
직역연금 수급자수		42만 6천 명	8만 7천 명	5만 9천 명
기금	누적기금	8조 7,542억 원	1조 425억 원	16조 3,490억 원
	국가보전	2001년	1973년	-
기여율(부담률)		기준소득월액의 8%(2016년) (부족분 일부기금 충당 및 나머지 국가보조)	기준소득월액의 7% (부족분 전액 국가보조)	기준소득월액의 8% (2016년)
최소 재직기간		10년	19.5년	10년
급여수준		전 재직기간 평균 기준소득월액의 56.1% (33년 가입기준)	전 재직기간 평균 기준소득월액의 62.7% (33년 가입기준)	전 재직기간 평균 기준소득월액의 56.1% (33년 가입기준)
기본연금 산식		재직기간 × 1.7% (2035년까지 단계적 인하)	재직기간 × 1.9%	재직기간 × 1.7% (2035년까지 단계적 인하)
급여산정 기준		전 재직기간 평균 기준소득월액		
연금액 조정		소비자물가상승률 (2015년 이후)	소비자물가상승률 + 정책조정(3년 단위) (2019년 정책조정 폐지)	소비자물가상승률 (2015년 이후)

자료: 국방부, 2016: 160.

〈표 7-13〉 2009년 및 2015년 〈공무원연금법〉
개정에 따른 보전금 절감효과 비교

2009년 제도개편(2010~2039년)			2015년 제도개편(2016~2045년)			비교(B/A)
종전	개정법	절감액(A)	종전	개정법	절감액(B)	
357조 원	294조 원	-60조 원(-17%)	398조 원	213조 원	-185조 원(-46%)	3.09배

자료: 인사혁신처 내부자료.

(3) 재정

2015년 〈공무원연금법〉 개정으로 공무원연금 재정은 2015년 제도개편 이전에 비해서 개선될 것으로 예상된다. 2015년 〈공무원연금법〉 개정으로 2016~2045년에 걸친 30년의 기간 동안 정부 보전금은 185조 원 정도 절감될 것으로 전망된다. 〈표 7-13〉에서 볼 수 있듯이, 2015년의 공무원연금 제도 개편의 효과는 2009년에 비해 상대적으로 큰 것으로 분석된다. 총재정 부담(부담금+보전금+퇴직수당) 기준으로 2016년부터 2085년까지 대략 333조 원, 보전금 기준으로는 497조 원 정도 재정 절감효과가 있을 것으로 전망된다. 그러나 2015년의 제도개편에도 불구하고 공무원연금의 장기 재정불안정 문제는 해결되지 못하는 상황이다.

〈표 7-14〉에서 살펴볼 수 있듯이, 2015년의 제도개편에도 불구하고 2016~2085년 기간 동안 예상되는 총재정 부담은 1,654조 원 그리고 정부 보전금은 741조 원 수준이다. 기여율(부담률) 인상조치가 마무리되는 2020년 이후 정부 보전금은 3조 원을 넘어서며, 2040년대 중반 이후 매년 10조 원 이상의 보전금 지출이 예상된다는 점에서 공무원연금의 장기 재정 건전성 확보는 여전히 한계가 있다. 재정여건이 더욱 열악한 군인연금은 물론 기대여명 증가와 급격한 학령인구 감소가 진행되는 사학연금 또한 예외가 아니다.

〈표 7-14〉 2015년 〈공무원연금법〉 개정에 따른 총재정 부담 및 보전금 변화

(단위: 억 원, 2015년 불변가격)

연도	총재정 부담			보전금		
	개정 전	2015년 개정법	개정 전 대비 비율	개정 전	2015년 개정법	개정 전 대비 비율
2016	101,388	92,924	-8%	36,575	21,689	-41%
2017	108,696	95,980	-12%	42,341	21,507	-49%
2018	116,430	99,344	-15%	48,882	21,960	-55%
2019	125,387	103,791	-17%	55,832	22,641	-59%
2020	134,050	107,734	-20%	63,650	24,025	-62%
2021	141,870	115,217	-19%	71,472	31,530	-56%
2022	150,056	122,604	-18%	79,604	38,906	-51%
2023	157,272	129,352	-18%	87,168	46,047	-47%
2024	167,753	139,167	-17%	95,485	53,655	-44%
2025	179,346	149,726	-17%	104,398	61,144	-41%
2026	189,418	157,697	-17%	113,059	65,692	-42%
2027	199,767	166,940	-16%	121,293	72,632	-40%
2028	211,442	176,077	-17%	130,291	77,449	-41%
2029	217,775	179,392	-18%	137,173	80,894	-41%
2030	223,225	181,072	-19%	143,136	82,011	-43%
2035	250,147	187,899	-25%	169,083	87,538	-48%
2040	279,959	208,013	-26%	189,989	97,103	-49%
2045	278,778	222,904	-20%	184,600	107,284	-42%
2050	276,107	237,294	-14%	170,904	108,794	-36%
2055	287,316	247,284	-14%	173,069	107,961	-38%
2060	308,200	264,596	-14%	186,732	116,398	-38%
2065	330,770	283,379	-14%	204,646	129,082	-37%
2070	355,017	303,436	-15%	223,412	142,335	-36%
2075	376,521	320,630	-15%	238,076	150,780	-37%
2080	400,603	340,397	-15%	251,532	157,925	-37%
2085	426,024	361,569	-15%	264,393	164,323	-38%
(16~30)	2,423,875	2,017,017	-17%	1,330,359	721,782	-46%
(16~45)	6,373,776	5,022,068	-21%	3,988,224	2,131,798	-47%
(16~55)	9,166,129	7,402,483	-19%	5,722,087	3,219,377	-44%
(16~65)	12,271,763	10,067,939	-18%	7,612,482	4,401,173	-42%
(16~75)	15,839,312	13,115,272	-17%	9,855,370	5,826,084	-41%
(16~85)	19,871,381	16,541,306	-17%	12,382,855	7,411,114	-40%
절감	-	-3,330,075		-4,971,741		

주: 총재정 부담은 부담금, 보전금, 퇴직수당의 합계, 보전금은 연금수입(기여금 + 부담금)에서 연금지출을 제한 값.

자료: 인사혁신처 내부자료.

(4) 최근 동향과 전망

1995년, 2000년, 2009년, 그리고 가장 최근의 2015년 제도개편에도 불구하고 장기 재정건전성 문제는 공무원연금을 포함한 특수직역연금제도가 직면한 가장 중요한 사회적 현안이다. 보다 근본적인 제도개혁이 이루어지기 전에는 이 문제는 과거처럼 지속적으로 반복될 개연성이 높다. 한국사회에서 특수직역연금 가입자들의 사회적 위치를 고려할 때 근본적 제도개혁이 없는 한 현 특수직역연금은 만성적 재정불안정 문제로 인해 국민연금과의 형평성 측면에서 지속적 문제제기가 이루어질 개연성이 높다. 최근까지 해외 특수직역연금 개혁 사례들은 제 1층 기초보장 측면에서는 일반국민과 특수직역 종사자들을 통합하는 모습을 보여준다. 우리나라의 경우도 특수직역연금과 국민연금 간 통합 논의가 등장하는 것은 이러한 배경에 기초하고 있다. 물론 현재의 특수직역연금이 제 1층의 기초보장 외에도 제 2층 퇴직연금의 기능 또한 수행한다는 점에서 제도개혁 논의에서는 이에 대한 추가적 고려 또한 필요할 것이다.

3. 사적연금제도

1) 연 혁

우리나라 사적연금제도의 핵심에는 퇴직(연)금과 개인연금이 있다. 퇴직금 제도는 1953년 제정된 〈근로기준법〉에서 임의방식 제도로 최초 도입되었다. 이후 퇴직금 제도는 1961년 30인 이상 사업장을 대상으로 퇴직사유와 관계없이 1년 이상 근속한 근로자에게 근속기간 1년에 대하여 30일분 이상의 평균임금을 퇴직금으로 지급하는 것을 강제하는 방식으로 확대되었다. 1975년에는 퇴직금 제도가 16인 이상 사업체로 확대적용되는 한편

1980년에는 퇴직금 제도를 운영하는 과정에서 기업 내 차등적 제도 설정을 금지하는 내용 또한 추가되었다. 1987년과 1989년에는 퇴직금 제도가 추가적으로 10인 이상 및 5인 이상 사업장으로 확대적용되었다.

사적연금을 통한 노후소득보장 측면에서 큰 변화가 나타난 것이 2005년 〈근로자퇴직급여보장법〉(퇴직급여법) 제정이라고 할 수 있다. 〈퇴직급여법〉 제정에 기초하여 2005년 12월부터 퇴직연금제도가 시행되었으며, 2010년 12월부터는 퇴직급여제도를 1인 이상 고용 전체 사업장으로 확대하는 조치가 이루어졌다. 2011년 7월에는 〈퇴직급여법〉의 전면개정 작업이 이루어졌는데, 우선, 신설 사업장의 경우 1년 이내에 퇴직연금 도입을 의무화하는 조치가 이루어졌다. 또한 자영자 등을 대상으로 한 개인형퇴직연금(IRP)의 활성화, 퇴직금 중간정산 요건 강화 등 퇴직급여의 노후소득보장 기능을 강화하는 조치들이 이루어졌다.

2014년 8월에는 사적연금(퇴직연금) 활성화 대책(기획재정부, 2014)이 발표되었는데, 퇴직연금제도 도입 후 상당한 기간이 경과했음에도 불구하고 중소기업 및 영세사업장의 퇴직연금 도입률이 저조한 상황에서 가입률을 제고하고자 2016년부터 2022년까지 기업규모별로 단계적으로 퇴직연금 도입을 의무화하는 것을 주요내용으로 한다. 또한 자산운용의 탄력성을 제고하는 한편 퇴직연금 수급권 보장을 강화하고 일시금 대신 연금수급을 유도하는 조치들도 포함한다. 그러나 정부의 사적연금(퇴직연금) 활성화 대책에 따른 퇴직연금 도입의 의무화 조치는 현재까지도 추진될 기미를 보이지 않고 있는 상황이다. 대신, 2017년 4월 〈퇴직급여법〉 시행령 개정으로 자영자, 단시간 근로자, 퇴직금 제도 적용 근로자, 직역연금 가입자 등의 퇴직연금 가입을 추가적으로 허용하는 조치가 이루어진 바 있다.

퇴직연금과 함께 개인연금 또한 우리나라 사적연금의 핵심을 구성한다. 우리나라의 개인연금(세제적격)은 1994년 '개인연금저축'이란 명칭으로 도입되었다. 2001년에는 기존 '개인연금저축'이 '연금저축'으로 명칭이 변경

〈표 7-15〉 퇴직연금제도 가입자 현황(2016년)

(단위: 천 명, %)

구분	합계	DB형	DC형	IRP 특례
가입자 규모	6,187(100)	3,622 (58.5)	2,486 (40.2)	79 (1.3)

주: 2016년 6월 기준 자료.
자료: 고용노동부, 2016: 1.

되는 한편 세제비적격 상품인 '연금보험'을 도입하면서 개인연금은 세제적격 연금저축과 세제비적격 연금보험의 이원체계로 재편되었다. 1994년에 도입되어 2000년 12월까지 지속된 개인연금저축은 72만 원을 한도로 납입보험료의 40%를 소득공제로 허용하는 한편 연금수령 단계에서 과세하지 않는 상품이었다. 반면 2001년 도입된 연금저축은 소득공제 한도를 납부보험료의 100%로 확대하는 한편 연금수령 단계에서 과세하는 방식으로 도입되었다. 생명보험사만 판매 가능한 세제비적격 연금보험은 연금저축과 같은 소득공제 혜택은 없으나 10년 이상 계약을 유지할 경우 비과세 혜택이 주어지는 방식을 취한다.

2) 제도 현황

(1) 퇴직연금

2016년 6월 기준 퇴직연금 가입자 규모는 618만 7천 명으로 추정되는데, 이는 전체 상용근로자의 53.4%에 해당한다(고용노동부, 2016: 1). 〈표 7-15〉를 통해 퇴직연금 유형별 가입자 현황을 살펴보면 DB형이 362만 2천 명, DC형이 248만 6천 명, IRP 특례가 7만 9천 명 수준이다. 다음으로 퇴직연금제도 도입 사업체 현황을 보면, 2016년 6월 기준으로 퇴직연금을 도입한 전체 사업장은 총 317,189개소로 이는 전체 사업장의 17% 수준이다(〈표 7-16〉 참조).

〈표 7-16〉 퇴직연금제도 도입 사업체 현황(2016년)

사업장 규모	DB형 단독	DB형/DC형 병행	DC형 단독	기업형 IRP	합계	전체 사업장수	도입 비율
10인 미만	46,721	2,522	110,315	32,263	191,821	1,586,579	12.1
10~29인	27,594	2,939	53,357	-	83,890	202,049	41.5
30인 미만	74,315	5,461	163,672	32,263	275,711	1,788,628	15.4
30~99인	12,039	1,983	16,542	-	30,564	59,970	51.0
100~299인	3,456	1,172	3,671		8,299	12,059	68.8
300~499인	528	333	397		1,258	1,533	82.1
500인 이상	483	642	232		1,357	1,382	98.2
300인 이상	1,011	975	629	-	2,615	2,915	89.7
합계	90,821	9,591	184,514	32,263	317,189	1,863,572	17.0

주: 2016년 6월 기준 자료.
자료: 고용노동부, 2016: 2.

퇴직연금 도입은 사업장 규모에 따라 상당히 큰 변이를 보이는데, 300인 이상 사업장의 89.7%가 퇴직연금을 도입한 반면 30인 미만 사업장의 퇴직연금 도입률은 15.4%에 그치고 있다. 퇴직연금 도입 유형으로는 DC형 단독도입이 58.1%, DB형 단독도입이 28.6%, 기업형 IRP 도입이 10.2%로 나타났다. 사업장 규모와 퇴직연금 도입 유형 간의 관계를 살펴보면 사업장 규모가 클수록 DB형 도입 비중이 높은 반면 중소 혹은 영세사업장의 경우 DC형 도입 비중이 높은 경향이 관측된다(〈표 7-16〉 참조). 2016년 2분기 기준 퇴직연금시장 적립금은 129조 1,768억 원인데, 적립금의 대부분이 원리금 보장상품에 투자되었다(90.4%). 퇴직급여 수령방식을 보면 퇴직연금 수급요건을 갖춘 55세 이상 퇴직자가 보유한 수급 계좌의 대부분이 일시금 형식을 취함으로써 현재까지 퇴직연금의 노후소득보장 기능은 상당히 취약한 상황이다(고용노동부, 2016: 5~6).

(2) 개인연금

퇴직연금에 비해 개인연금 가입현황 파악은 더욱 어려운 상황이다. 금융위원회 자료(2013)에 의하면 세제적격(연금저축)과 세제비적격(연금보험) 연금을 아울러 개인연금 가입자 규모는 2011년 말 기준으로 792만 4천 명 정도로 추정되는데, 이는 20~60세 전체 인구의 대략 30% 수준에 해당한다. 개인연금 유형별로는 세제적격이 339만 4천 명, 세제비적격이 545만 6천 명, 세제적격과 세제비적격 동시가입이 926천 명으로 추정된다. 개인연금 1인당 보험료(연간)는 전체 개인연금 가입자 기준으로 4, 125천 원, 유형별로는 세제적격이 210만 6천 원, 세제비적격이 468만 원 수준이다(〈표 7-17〉 참조).

비록 특정 시점에서 측정된 가입자 규모 측면에서 개인연금 가입자가 퇴직연금 가입자를 넘어설 정도로 개인연금 시장이 외적으로 크게 성장했음에도 불구하고 퇴직연금과 마찬가지로 개인연금의 노후소득보장 기능은 여전히 취약한 것으로 지적된다. 〈표 7-18〉의 금융위원회(2013년) 자료에 의하면 개인연금의 10년 계약 유지율은 52.4% 수준에 불과하다. 퇴직연금과 마찬가지로 현재까지 개인연금 또한 연금수급 대신 일시금 수급 경향이 강한 패턴을 고려하면 문제는 더욱 심각하다고 볼 수 있다.

〈표 7-17〉 개인연금(세제적격+세제비적격) 가입 현황(2011년)

(단위: 천 명, 천 원)

구분	적격	비적격	동시가입	전체
가입자수	3,394(a)	5,456(b)	926(c)	7,924(a+b-c)
1인당 보험료	2,106	4,680	-	4,125

주: 2011년 말 기준 자료.
자료: 금융위원회, 2013: 14.

〈표 7-18〉 경과 연도별 개인연금 유지율

구분	1년	2년	3년	5년	10년
평균	95.5%	86.0%	80.2%	72.4%	52.4%

자료: 금융위원회, 2013: 14.

(3) 최근 동향과 전망

다층소득보장의 역사가 오래된 복지 선진국들에 비해 우리나라는 공적연금이 내실화되지 못한 상황에서 사적연금의 역할 강화가 추진되는 특징을 보인다. 비록 최근까지 퇴직연금과 개인연금 시장이 지속적으로 확대되어 왔지만, 현재까지 사적연금이 공적연금을 보완할 정도의 노후소득보장 기능을 수행하지 못하는 것이 현실이다. 사적연금이 공적연금을 충실히 보완하기 위해서는 적용 사각지대 완화가 우선적 과제라고 할 수 있다.

바로 이 문제를 지향한 2014년 사적연금 활성화 대책의 핵심인 전체 사업장 대상 퇴직연금 도입 의무화 조치는 현재까지도 추진되지 못하고 있다. 2017년부터 자영자 등으로의 개인형퇴직연금(IRP)의 활성화가 시도되고 있지만, 임의적 성격을 고려할 때 이를 통해 퇴직연금 적용범위를 획기적으로 넓힐 것을 기대하기는 쉽지 않다. 사적연금 수급권을 획득하더라도 사적연금의 노후소득보장 역할을 강화하기 위해서는 일시금 대신 연금수급을 유도하는 조치 또한 필요하다. 다른 한편으로 현재까지 개별 사적연금 운영 사업자가 관련정보를 관리하는 관계로 사적연금 전반의 현황에 대한 체계적 현황 파악조차 쉽지 않은 상황이다. 사적연금의 노후소득보장 기능을 제고하기 위해서는 체계적 통계 구축 또한 시급히 요청되는 사항이다.

4. 맺음말: 쟁점과 함의

이 장에서는 우리나라 소득보장제도 중에서 연금제도의 주요내용과 최근까지의 제도개편 사항들 그리고 제도 발전과 관련된 주요쟁점 사항들을 살펴보았다. 외형적 다층보장체계의 구축에도 불구하고 개별 제도의 적용 혹은 급여 사각지대의 범위가 상당히 넓은 것이 현재의 상황이다. 무엇보다도,

공적연금의 사각지대가 크게 남아 있는 관계로 공적연금제도의 내실화가 우선적으로 요구되는 과제라고 할 수 있다. 국민연금과 기초연금 간 역할분담 또한 중요한 과제이다. 공적연금 전반의 장기 재정건전성 확보 또한 사회적 우려가 큰 부분이다. 다층보장 측면에서 사적연금을 둘러싼 기대가 높지만, 사적연금의 기초를 제대로 다지는 조치를 포함하여 사적연금의 노후소득보장 기능 강화와 관련된 보다 체계적인 접근이 필요하다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국민연금공단(2017a). 〈국민연금 공표통계(안)〉. 의안번호 제2016-03-02. 전주: 국민연금공단.

_____(2017b). 〈2016년 제29호 국민연금통계연보〉. 전주: 국민연금공단.

국민연금연구원(2017). 〈2016 국민연금 생생통계〉. 전주: 국민연금공단.

국민연금재정추계위원회(2013). 〈2013 국민연금재정계산: 국민연금 장기재정추계〉. 서울: 국민연금재정추계위원회.

국방부(2016). 〈2015년도 군인연금 통계연보〉. 서울: 국방부.

김성숙 · 권문일 · 배준호 · 이용하 · 김순옥 · 박태영 · 정해식(2008). 《공적연금의 이해》. 서울: 국민연금연구원.

_____ · 문형표 · 최옥금 · 이용하 · 강성호 · 김경아 · 김헌수 · 유호선 · 김순옥 · 김형수 · 이지은 · 신승희(2011). 《국민연금과 기초노령연금 역할 정립 방안》. 서울: 보건복지부 · 국민연금공단 · 한국개발원.

남세진 · 조흥식(1995). 《한국사회복지론》. 서울: 나남출판.

법제처(2011). 〈기초노령연금법〉. 법률 제10854호.

_____(2014). 〈기초연금법〉. 법률 제12617호.

보건복지부(2016). 〈통계로 본 2015년 기초연금〉. 세종: 보건복지부.

이용하(2014). "우리나라 연금제도의 발전방향". 국민연금연구원. 《공적연금의 이해 Ⅱ》(213~257쪽). 서울: 국민연금연구원.

기타 자료

각 연금제도 운영기관 홈페이지.
- 공무원연금공단. https://www.geps.or.kr. 2017. 11. 2 인출.
- 국민연금공단. 연금정보. http://www.nps.or.kr. 2017. 11. 2 인출.
- 군인연금. http://www.mps.mil.kr. 2017. 11. 2 인출.
-사립학교교직원연금공단. 연금정보. http://www.tp.or.kr. 2017. 11. 2 인출.
- 사학연금. http://www.tp.or.kr. 2017. 11. 2 인출.
고용노동부(2016). 2016년 2분기 퇴직연금 주요 동향, 보도자료. http://www.moel.go.kr/pension. 2017. 11. 8 인출.
국방부. 알림마당. http://www.mps.mil.kr. 2017. 11. 2 인출.
금융위원회(2013). 개인연금 활성화 방안. 보도자료. https://www.fsc.go.kr. 2017. 11. 8 인출.
기획재정부(2014). 안정적이고 여유로운 노후생활 보장을 위한 사적연금 활성화 대책. 보도자료. http://mosf.go.kr. 2017. 11. 8 인출.
보건복지부(2017). 기초연금 지급대상자 선정기준액, 기준연금액 및 소득인정액 산정 세부기준에 관한 고시. 보건복지부 고시 제2016-47호. http://basicpension.mohw.go.kr. 2017. 11. 3 인출.
최재식(2016). 공무원연금제도 해설. https://www.geps.or.kr. 2017. 11. 2 인출.
통계청(2017). 2017 고령자 통계. http://kostat.go.kr. 2017. 11. 3 인출.

08
고용보험제도 및 고용정책

1. 머리말

서구에서는 인클로저 운동이나 농노해방으로 인한 유휴인력의 발생으로 농촌인구가 도시로 유입되어 도시빈민이 대량으로 발생한 후 산업화가 진전되면서 고용이 확대되는 경험을 했다. 산업화 초기에는 고용이 되더라도 그 임금이 생존에 못 미치는 수준이었기 때문에 이들에 대한 빈곤문제나 주택, 보건문제가 심각하였다.

산업화가 진전되고, 노동생산성이 상승하며 노조가 형성되고 국가의 근로기준에 대한 개입이 시작되면서 빈곤문제는 해결되기 시작했고, 실업문제가 더 큰 이슈로 떠오르기 시작했다. 제 1차 세계대전 후 복귀하는 군인들의 고용문제와 1930년대 대공황 시에 발생한 대량실업에 대처하기 위한 고용확대의 필요성이 가장 중요한 사회문제에 대한 인식의 변화를 야기했다고 볼 수 있다. 또한 사회의 다원화와 상호의존적 분업에 따라 실업이 경제학의 '보이지 않는 손'에 의해 없어질 수 있다고 더 이상 수용되지 않고 고용문제에 대한 국가의 상시적 개입이 필요하다는 것을 인정하게 된 것이다.

그러나 국가의 고용관련 개입은 사실 실업문제보다 더 오래된 형태를 가진다. 예를 들어 산업화 당시인 19세기 후반 취업알선과 관련하여 독일은 사업주단체의 블랙리스트와 노조의 자체적 구직자 명단에 의한 배타적 직업소개를 보다 생산적으로 변경하기 위해 노사의 이해관계에 중립적 입장을 가진 지방자치단체에서 취업알선기관을 운영하거나 실업에 대한 상호부조 기금에 보조금을 지급하기도 하였다. 이후 노동력의 수요와 공급에 대한 초지역적 정보 구축의 필요성에 따라 서구 국가들은 20세기 초에 중앙정부에서 직접 취업알선을 제공하기 시작하였다. 이는 실업의 해결과 함께 산업생산을 위한 인력이 원활하게 충원되도록 하는 목적을 가진 것이었다.

따라서 고용정책은 생산요소의 하나로서 노동력을 기업에 제공해 주는 동시에 자본주의 체제에서 노동력을 제공해야 생존을 위한 수단을 가질 수 있는 한 인간으로서의 노동자에게 일자리를 주기 위한 정책으로 볼 수 있다. 고용정책을 사회정책으로 볼 것이냐 경제정책으로 볼 것이냐는 보는 사람의 시각에 따라 달라질 수도 있는 것이다.

이상에서 보면 고용정책은 상당히 일관된 의미를 포함하는 것으로 보이지만 실제로는 그렇지 않다. 고용정책은 학술적 개념이라기보다 사회의 일상용어로 널리 쓰이기 때문이다. 즉, 고용정책이라는 용어가 단순하게 고용을 양적으로 확대하는 것인지 질적인 부분까지 포함하는지 그리고 고용에 영향을 미치는 직접적 정책만을 볼 것인지 간접적 정책도 포함할 것인지가 모호하여 그 정책 영역이나 범위가 명확하지 않은 것이다. 따라서 우선 고용정책의 개념을 보다 명확히 하고 이 장의 내용에 대해 소개하고자 한다.

노동시장정책 분야에서 가장 체계적으로 연구가 진행된 국가 중 하나인 독일에서는 고용정책이라는 개념은 잘 쓰지 않고 노동시장정책이라는 개념을 주로 사용한다. 독일 연구자의 노동시장정책에 대한 개념을 빌려 고용정책의 개념을 살펴보자(Althammer & Lampert, 2014: 191 이하; 정연택, 2015: 289; 정연택, 2016).

광의의 노동시장정책은 곧 우리가 사용하는 고용정책과 유사한 정책영역과 범위를 가진 것으로 보이며, 크게 노동시장조정정책, 노동시장질서정책, 완전고용정책 등으로 구분될 수 있다. 노동시장조정정책은 협의의 노동시장정책으로 불리며 비조직화된 노동시장들의 불완전성으로 인해 국가가 노동시장의 조정능력을 개선하고자 하는 것으로, 직업소개나 직업상담, 이동이나 직업교육의 촉진, 일자리 유지와 일자리 창출 그리고 알선의 어려움을 갖는 구직자를 위한 지원 등으로 구성되며(Althammer & Lampert, 2014: 195), 한국의 경우 고용보험 사업과 밀접한 관계를 갖는다.

노동시장질서정책은 시장의 불완전성으로 인해 임금이나 근로조건에 대한 자율적 협상이 노동이라는 요소의 기여(노동생산성) 보다 경제적으로 과소평가할 수 있기 때문에 노동력에 대한 가치를 보다 높게 보장할 수 있도록 하는 정책도구이다(Althammer & Lampert, 2014: 206). 여기에는 임금이나 다른 근로조건을 결정하기 위한 노동조합과 사용자의 단체협약에 관한 사항에 대한 입법, 즉 노동조합 및 노동관계 조정법이나 최소한의 근로조건을 보장하기 위한 〈최저임금법〉이나 〈근로기준법〉, 다양한 집단에 대한 보호규정들, 예를 들어 여성이나 장애인, 중고령자의 고용에 대한 보호나 차별금지 등을 포함한다.

마지막으로 완전고용정책은 경제정책이나 사회정책을 집행하는 모든 사업들이 보다 높은 고용상태를 보장하는 것, 즉 모든 근로능력이 있고 근로의사가 있는 자에게 고용의 기회를 제공하는 것을 목표로 한다. 다만 이를 위한 기본전제는 첫째, 직업이나 일자리 선택에 대한 근로자의 권리를 보장하고, 둘째, 사업장의 필요에 따라 고용량을 결정하는 사업주의 권리를 보장하며, 셋째, 가치가 낮은 일자리를 피하고, 즉 근로자의 교육수준에 적합한 일자리에 고용이 되고, 근로조건이나 업무형태, 근로환경 등이 인간성에 적합하게 형성될 것을 전제로 한다. 여기에는 금융정책이나 재정정책, 무역정책, 환율정책, 구조조정정책 등이 포함된다(Althammer &

Lampert, 2014: 220). 현 정부의 고용률 확대정책은 노동시장조정정책뿐 아니라 노동시장질서정책과 완전고용정책을 사용하여야 가능한 것으로 볼 수 있다.

이와 같은 개념 구분에 따르면 고용정책은 완전고용정책에 가까운 의미를 가지는 데 반해, 협의의 노동시장정책은 고용보험이나 취업알선, 직업훈련 등 보다 명확한 사업과 구체적 대상을 갖는다는 점에서 구분의 유용성이 있다. 다만 한국에서는 주체가 단순한 고용보험뿐 아니라, 1990년대 말 이후 다수의 부처가 참여한 일자리사업을 시행해왔고, 2010년 이후 이 사업을 '재정지원 일자리사업'이라는 용어로 개편하면서 협의의 노동시장정책이 다른 국가에 비해 다소 복잡하게 나타나고 있다. 즉, 한국의 경우 고용보험 제도뿐 아니라 정부의 재정지원 일자리사업의 일부도 협의의 노동시장정책에 속한다고 볼 수 있다.

이 장에서는 지면관계상 고용보험제도를 중심으로 협의의 노동시장정책을 중심으로 살펴보고 재정지원 일자리사업을 포함하여 정부예산 사업에 대해서도 간략하게 살펴본다.

이 장의 2에서는 한국의 고용관련 정책의 변화에 대해 간략하게 살펴보고, 이 장의 3에서는 고용보험제도에 대해 살펴보고, 이 장의 4에서는 재정지원 일자리사업에 대해 살펴본 후, 이 장의 5에서 국제비교 후 발전에 대한 전망을 살펴본다.

2. 노동시장정책 약사

지면 관계로 인해 협의의 노동시장정책인 직업안정과 직업훈련, 〈고용정책기본법〉과 고용보험제도 그리고 정부의 직접일자리사업에 대해서만 간략히 살펴보자.

먼저 한국에서 최초의 노동시장정책적 입법은 1961년 제정된 〈직업안정법〉(1989~1993년 〈직업안정 및 고용촉진에 관한 법률〉)으로 볼 수 있다. 〈직업안정법〉은 모든 사람에게 자기능력에 부응하는 직업에 취업할 수 있는 기회를 제공하여 유휴 노동력의 생산화와 국민생활의 안정에 기여하는 것을 목적으로 입법되었다. 보사부 장관하에 직업안정소를 두되 시도지사의 지휘감독을 받도록 했고, 실업대책에 대한 심의를 하도록 하였으며, 특정한 경우 외에는 유료 직업소개사업을 할 수 없도록 하였다. 이후 유료 직업소개사업은 허가제(1967년)로 변경되었다가 등록제(1999년)로 변경되었다.

산업화의 진전과 함께 직업훈련과 기능검정에 대한 사항을 규정하기 위해 1967년 〈직업훈련법〉이 제정되었다. 이 법에 의해 노동청장은 기술계 인적자원 수급계획을 기초로 직업훈련에 대한 기본계획을 수립하였으며, 공공훈련소를 설치, 운영하기 위해 직업훈련공단을 설립하고, 국가부담, 국가보조 등의 근거를 마련하였다. 1974년 입법된 〈직업훈련에 관한 특별조치법〉에 의해 특정 근로자수 이상을 고용하는 사업주에게 직업훈련의무가 부과되었고, 훈련받은 근로자는 훈련기간의 2배를 근무하도록 의무화되었다. 이후 1976년 〈직업훈련기본법〉에 의해 앞의 두 법은 통합되었는데, 직업훈련분담금 제도가 도입되었고, 직업훈련이 공공, 사업 내, 인정훈련기관 등으로 체계화되고, 훈련기간이나 기준 등이 표준화되었다. 그리고 고용보험 도입 후인 1997년 〈근로자직업능력개발법〉이 입법되었으며, 실직자에 대한 훈련, 근로자 스스로 훈련받을 경우에 대한 지원 등 민간의 자율을 강조하는 새로운 직업능력개발체계를 구축하고 있다(노동부, 2006: 144).

1993년에는 〈고용정책기본법〉과 〈고용보험법〉이 입법되었다. 〈고용정책기본법〉은 근로자가 직업능력을 최대한 개발·발휘하도록 지원하고, 노동력 수급균형에 필요한 시책을 종합적으로 추진하기 위해 고용정책심

의회를 설치하고, 종합적 고용서비스를 지원한다. 그리고 직업능력개발체계를 확립하며, 고용조정을 지원하고 고용안정을 도모하며, 대량실업 우려가 있을 경우 실업대책을 수립, 시행하는 것을 내용으로 한다.

〈고용보험법〉은 1990년 말 정부에서 도입 준비를 결정한 이후 1992년 고용보험기획단을 설치해 제도도입을 위한 연구를 실시하게 했고, 1993년 기획단은 고용보험 시행방안을 정부에 제출하였다. 이를 바탕으로 1993년 12월 〈고용보험법〉이 입법되었고 1995년 5월부터 시행되었다. 고용보험은 정부의 적극적 고용정책의 일환으로 근로자의 직업능력개발, 실업 예방 및 고용기회의 확대 등을 도모하고 근로자의 실업으로 인한 경제, 사회적 어려움을 해소하기 위하여 입법되었으며, 고용안정사업, 직업능력개발사업 및 실업급여 사업을 규정하였다.

입법 이후 주요 변경사항은 사업장 적용범위를 확대하고(30인 및 70인 이상 사업장에서 상시 1인 이상), 근로자 적용범위를 확대했으며(30시간 이상에서 15시간, 3개월에서 1개월 이상), 최저급여를 최저임금의 50%에서 70%(1998년)로, 이후 90%(1999년)로 변경하였고, 실업급여를 구직급여로 명칭을 변경하고(1996년), 기준기간을 18개월 중 12개월 가입에서 18개월 중 180일로 변경하였다(2000년). 여성에 대한 급여로서 산전후휴가와 육아휴직의 경우 급여를 지급할 수 있는 근거를 마련하였다(2001년). 이후 일용근로자 실업급여제도(2004년)와 자영자 임의가입제도(2006년, 고용안정 및 직업능력개발)도 도입되었다(2011년 이후 실업급여에도 가입 가능).

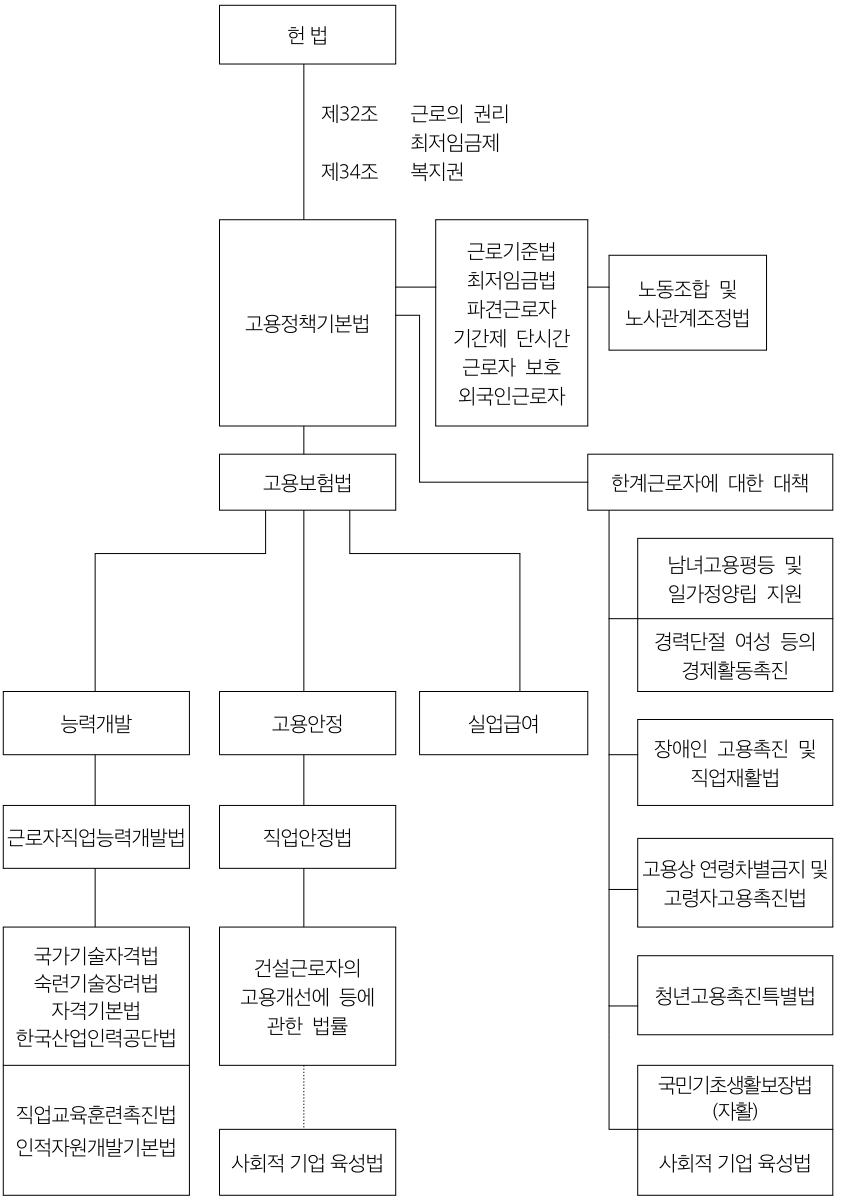
고용안정사업은 노동시장정책적 목적을 위한 프로그램의 변경은 많지 않았으나 노동정책적 목적을 위해 다수의 프로그램이 신설, 폐지되었다. 직업능력개발사업은 일부 대상을 확대하거나 지원을 확대하는 등 변화가 있었으나 비교적 연속성 있게 진행되었다. 다만 2011년 이후 직업훈련 계좌제를 도입하면서 공급자 중심의 훈련지원이 훈련 수요자 중심의 훈련으로 변경되기 시작하였다. 현재 내일배움카드제가 시행되고 있다.

보험료 징수와 관련해서는 2003년 〈고용보험 및 산재보험의 보험료 징수 등에 관한 법률〉의 입법으로 근로복지공단에서 공동징수를 시작하였고 2011년부터 사회보험료 통합징수의 도입으로 보험료 납부의 기준이 되는 소득이 소득세 대상이 되는 보수로 변경되고 건강보험공단에서 보험료를 수납하고 있다.

재정지원 일자리사업은 1997년 외환위기에 따른 실업률의 급증으로 일자리를 만들기 위한 공공근로사업이 광범위하게 도입·확대되면서, 정부재정에 의한 직접고용 일자리사업이 확산되기 시작하였다. 이 사업은 중앙정부 직접고용, 중앙정부의 지방정부 지원 및 지방정부 고용 등 부담이나 고용주체가 다양하게 나타났으며, 경기가 살아나면서 사업이 축소되었다가 2007년 금융위기로 인해 다시 확대되었다. 2008년부터 정부차원에서 직접일자리 창출, 일자리 나누기, 지키기, 고용촉진, 교육 및 훈련 등 4개 유형으로 체계적으로 관리하였고, 2010년 이후 OECD 방식의 6개 유형(직접일자리창출, 직업능력개발, 고용서비스, 고용장려금, 창업지원, 실업소득유지 및 지원)으로 변경하여 현재에 이르게 되었다. 이 사업 안에는 고용부의 고용보험이나 직업훈련, 직업안정뿐 아니라 모든 부처에서 하는 앞의 유형과 관련되는 사업이 모두 포함된다.

노동시장조정정책과 노동시장질서정책에 관한 입법 현황은 〈그림 8-1〉과 같다. 〈고용정책기본법〉이 협의의 노동시장정책에 대한 기본법이 되며, 〈직업안정법〉과 〈근로자직업능력개발법〉에 의한 규제나 지원이 〈고용보험법〉에 의한 사업에 기초를 제공한다. 근로기준이나 〈최저임금법〉 등 규제나 노동조합 및 노사관계 조정법에 의한 규제도 포함된다. 한계근로자에 대한 대책 입법도 규제나 서비스 양 측면에서 존재하는데, 여성, 장애인, 고령자, 청년 등에 대한 입법이 있다.

〈그림 8-1〉 한국의 광의의 노동시장정책 관련법



자료: 어수봉(1994)을 참조한 정연택, 2015: 291 수정.

3. 고용보험제도

한국 노동시장정책 중 가장 중요한 제도인 고용보험은 도입 당시 다른 국가의 사례를 연구하여 이른바 소극적 노동시장정책인 실업급여를 통한 실업자에 대한 소득보장의 역할을 넘어서서 적극적 노동시장정책을 활용하여 실업의 예방(고용의 유지), 노동시장 내 취업에 어려움이 있는 집단의 취업을 촉진하기 위한 임금보조금 사업 등과 직업훈련을 통한 질 높은 노동력 공급 등의 사업을 포함하도록 입법되었다. 이후 2000년대 초 출산휴가와 육아휴직에 대한 현금지급으로 구성되는 육아휴직 등 사업을 도입함으로써 4가지 사업이 포함되어 있다.[1]

여기서는 대상자, 급여 또는 서비스, 전달체계, 재정부담 및 기금 등의 순으로 한국 고용정책 또는 노동시장정책에서 핵심적 역할을 하는 고용보험제도에 대해 살펴본다.

1) 대상자

〈고용보험법〉은 가입(적용) 대상을 사업장과 근로자로 구분하는데, 사업장 측면에서 일부 사업을 제외하고 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장이 가입대상이지만,[2] 근로자 측면에서는 원칙적으로 〈근로기준법〉

1) 고용노동부의 《2015년판 고용보험백서》에서는 급여를 실업급여, 직업능력개발, 고용안정, 모성보호·일가정양립 지원, 자영자 실업급여 등으로 나누고, 〈고용보험법〉에서는 고용안정·직업능력개발사업, 실업급여, 육아휴직 등의 급여로 구분하지만, 크게 4개 사업으로 볼 수 있다. 때로는 실업급여 사업에 모성보호사업을 포함시켜 3개의 사업으로 구분한 경우도 있는데, 이는 실업급여 사업의 예산으로 급여가 지급되기 때문이다.

2) 적용 제외되는 사업은 첫째, 농업·임업 및 어업 중 법인이 아닌 자가 상시 4명 이하의 근로자를 사용하는 사업, 둘째, 총공사금액이 2천만 원 미만인 공사 또는 연면적이 100㎡ 이하인 건축물의 건축 또는 연면적이 200㎡ 이하인 건축물의 대수선에 관한 공사, 셋째, 가구 내 고용활동(가사서비스업) 및 달리 분류되지 아니한 자가소비 생산활동 등이다.

〈표 8-1〉 고용보험 적용현황

구분	2005년	2008년	2011년	2013년	2014년	2015년
사업장수	1,148,474	1,424,330	1,508,669	1,747,928	1,935,302	2,107,071
피보험자수	7,965,597	9,271,701	10,675,437	11,571,213	11,930,602	12,363,063

자료: 고용노동부, 2015: 100.

의 대상이 되는 근로자에게 가입의무가 있다. 다만 65세 이후 새로이 고용되거나 자영업을 개시한 자, 공무원, 사립학교 교직원, 3개월 미만 근로하는 월 근로시간이 60시간(주 15시간) 미만인 자(일용근로자 제외), 일부의 외국인 근로자, 별정직 우체국 직원 등은 적용이 제외된다. 외국인의 경우에도 원칙적으로 고용가입 대상이 아니며 임의로 가입할 수 있다. 자영자나 상시 근로자 50인 미만 사업주는 임의가입제도를 통해 가입할 수 있다. 이처럼 고용보험에서는 근로자만 가입할 수 있기 때문에 규모가 큰 사업의 대표는 가입하지 못한다.

이러한 대상자(적용) 규정과 달리 〈고용보험법〉 19조에서는 고용안정사업과 직업능력개발사업의 대상자가 피보험자, 피보험자였던 자 그리고 취업할 의사를 가진 자로 규정하여 혜택은 제한 없이 받을 수 있도록 되었다. 즉, 실업급여 사업은 의무가입 또는 임의가입한 피보험자에게만 있지만 고용안정사업과 대부분의 직업능력개발사업에 대해서 수혜대상자의 제한이 없다. 〈표 8-1〉에서 2015년 현재 고용보험 대상사업장이 약 210만 개소이고, 피보험자가 약 1천 2백만 명임을 알 수 있다.

2) 급여와 서비스[3)]

비록 〈고용보험법〉에서는 자세한 언급이 없지만 고용보험의 가장 기초가 되는 것은 직업소개와 상담이다. 고용노동부에 설치된 고용센터에서 〈고

3) 고용노동부에서 시행하고 있는 고용관련 정책은 고용노동부(2016e)를 참조할 수 있다.

용보험법〉 도입 이전부터 다른 법령에 의해 이러한 서비스를 제공해왔기 때문에 이 부분은 당연한 것으로 전제된 것이다.

앞서 언급한 대로 고용보험에 의한 급여와 서비스를 고용안정사업, 직업능력개발사업, 실업급여 사업, 모성보호·일가정양립 지원사업 등 4가지로 구분하여 지원조건과 지원금액에 대해 살펴본다.

(1) 고용안정사업

고용보험의 고용안정사업은 실업의 예방, 취업의 촉진, 고용기회의 확대 그리고 사업주의 인력확보에 대한 지원 등을 위한 사업으로 사업주가 신청하여 받게 된다. 때로는 고용정책 이외의 (노동정책적) 목적으로 도입되는 프로그램이 있어 그 종류가 상당히 다양하다.

고용안정사업의 가장 대표적인 사업은 임금보조금 사업으로 크게 세 종류가 있다. 하나는 이미 고용된 근로자가 노동시장 상황에 의해 집합적으로 해고될 위험이 있을 경우 지급되는 고용유지지원금이고 다른 하나는 노동시장에서 취업이 어려운 집단을 고용하는 사업주에게 임금의 일부를 지원하는 고용촉진지원금이며, 다른 하나는 고용창출 지원사업이다. 앞의 두 사업은 적극적 노동시장정책을 시행하는 대부분의 국가에서 시행되며 노동시장정책의 목적이 뚜렷하다. 고용창출 지원사업은 고용을 확대하는 취지로 만들어졌지만 고용창출과 함께 중소기업 지원의 목적을 갖는 사업이다. 먼저 이 세 사업에 대해 살펴본 후 다른 사업들을 살펴본다.[4]

---

4) 고용노동부(2015: 161)는 고용안정사업을 고용유지지원, 고용촉진지원, 고용창출지원, 건설근로자 고용안정지원, 자영업자 지원, 고용촉진 시설지원 등으로 구분하지만 여기서는 이 구분을 따르지 않는다. 특히 고용촉진사업의 경우 여기서는 고령자와 여성을 구분하였고, 자영업자 지원은 전직지원으로 직업능력개발에 가까우며, 건설근로자 지원은 폐지되었기 때문이다.

① 고용유지지원금

고용유지지원금은 다수의 실업자가 발생하지 않도록 사업환경이 어려운, 제한된 기간 동안 지원하여 고용이 유지되게 하자는 목표와 만약 고용이 유지되지 않고 실업이 발생한다면 시간을 두고 이에 대비하고자 하는 목적을 갖는다. 지원대상은 생산량 감소(15% 이상), 재고량 증가(50% 이상) 등으로 고용조정이 불가피한 사업주가 휴업, 훈련, 휴직, 인력재배치와 같은 고용유지조치를 실시하고, 그 기간 동안 근로자에게 임금 또는 수당을 지급하고, 고용조치기관과 그 이후 1개월까지 고용조정으로 근로자를 이직시키지 않은 사업주다. 지원규모는 근로자 1인당 4만 3천 원 한도로 • 전체피보험자의 근로시간 20/100 이상 감소 시 휴업수당의 2/3 • 1일 4시간, 총 16시간 이상 훈련 시 임금의 3/4과 훈련비 • 1개월 이상 휴직 시에는 휴직수당의 2/3를 180일 한도로 한다(대기업은 지원율이 각각 1/2 또는 2/3으로 낮음).

이 고용유지지원금의 다른 형태로는 무급휴업 · 휴직 고용유지지원금이 있다. 이 사업은 경기의 변동, 산업구조의 변화 등으로 대량실업의 발생이 예견될 경우, 즉 고용조정의 불가피한 사업주가 규모별로 일정 수 이상의 근로자에게 • 무급의 휴업(30일 이상, 19명 이하 50%, 99명 이하 10명 이상, 1천 명 이하 10% 등에게 무급 또는 평균임금 50% 미만) 또는 • 휴직을 실시하는 경우 근로자 평균임금의 50%(1인당 4만 원)를 한도로 심사위원회에서 지급을 결정한다.

② 고용촉진 지원사업

고용촉진사업은 (재)취업이 힘든 구직자를 채용하는 사업주에게 임금의 일부를 지원하여 고용의 기회를 공평하게 하기 위한 사업이다. 그 지원조건은 고용센터에 구직신청을 하여 취업희망풀(취업지원프로그램 이수자와 취업취약계층)에 등록된 구직자를 채용하는 경우이고, 일자리는 1년 이상의 상근

직이어야 하며, 고용 전 3개월, 고용 후 12개월간 다른 근로자를 이직시키지 않아야 한다.[5] 지원기간은 1년이지만, 취업성공패키지 1유형 중 기초생활수급자, 증증장애인, 여성가장은 2년까지 지원가능하다. 지원금액은 통상임금에 따라 연간 6백만 원에서 9백만 원까지이며(지원율은 50%) 3개월 단위로 지원된다.

③ 고용창출 지원사업

고용창출 지원사업으로 구분되는 사업들은 고용촉진지원에 의한 대상이 되지 않는 사업주가 고용부의 노동정책에 순응할 경우 지원되며, 사업 명칭과 달리 실제로 고용이 확대될 수 있는 사업은 일부에 불과한 것으로 보인다. 고용창출 지원사업은 정규직전환 지원사업, 일자리함께하기, 시간선택제일자리지원 등이 시행되며, 이전에 있었던 고용환경 개선지원, 지역성장산업 고용지원, 전문인력채용지원 등의 사업은 2015년에 승인된 건까지만 지원된다.[6] 이 사업들은 사업계획을 공모하여 심사위원회의 심사를 거쳐 선정된 경우에 지원되었다.

---

5) 취업지원프로그램에는 취업성공패키지, 50+새일터적응 지원사업, 경력단절여성 지원센터의 훈련프로그램, 고령자인재은행의 고령자취업능력 향상프로그램, 학업중단 청소년 자립 및 학습지원 사업, 출소자 허그일자리 지원프로그램, (장애인) 시험고용 프로그램, (장애인) 직업능력개발 훈련 프로그램, 직업재활프로그램, (지방자치단체) 자활근로, (지방자치단체) 희망리본 프로젝트, (보훈) 전진기본교육 등이 포함되며, 이 프로그램의 참가자나 이수자는 취업희망풀(www.ei.go.kr)에 등록된다.

6) 더 이상 신규신청을 받지 않는 사업의 지원내용을 살펴보자. 고용환경개선 지원사업은 기숙사, 통근차량, 구내식당, 샤워시설, 체력단련시설을 설치할 경우 최대 5천만 원까지 지원하고, 2억 5천만 원까지 융자한다. 지역성장산업 고용지원 사업은 신성장동력산업(10인 미만), 국내복귀 제조업(복귀 후 6개월 이내), 지역특화사업 및 인력수급불일치업종(인력수급이 원활하지 못한 업종)에 대해 신청한 달의 근로자수보다 증가한 근로자에 대해 근로자 임금의 75%를 한도로 1년간 최대 720만 원(비제조업) 또는 1,080만 원(제조업)을 지원한다. 전문인력채용 지원사업은 정해진 지원대상 경력, 자격, 학력 등을 갖춘 전문인력을 채용할 경우 최대 3명까지 1년간 임금의 75%를 한도로 1인당 최대 1,080만 원을 지원한다.

정규직전환 지원사업은 기간제근로자나 파견근로자를 정규직으로 전환한 경우 임금상승분의 70%(청년층 80%)와 간접노무비 월 20만 원(총 월 60만 원 한도)을 1년간 지원한다.

일자리함께하기사업은 교대제를 도입하거나 확대할 경우 또는 실근로시간 단축으로 고용이 확대되어 근로자수가 증가한 경우에 제조업은 1년간 900만 원, 우선지원 대상기업은 2년간 2,160만 원, 비제조업은 1년간 720만 원 지원된다. 이 사업은 설비투자비를 지원하거나 융자하기도 한다.

시간선택제일자리지원은 시간선택제일자리를 신규 창출하거나 전환하거나 기간제를 무기계약으로 전환할 경우 지원된다. 근로시간 단축을 통해 장시간 근로를 해소하고 시간선택제근로자를 추가고용하거나 업무량이 집중되는 시간대 시간선택제근로자를 고용하거나 일가정양립, 퇴직준비 등으로 시간선택제 일자리를 원하는 인재를 고용할(신규창출) 경우 임금의 50%를 월 80만 원 한도(대기업 60만 원)로 1년간 지원하고, 전일제근로자를 시간선택제로 전환한 경우 시간비례임금 차액의 일부를 월 최고 20만 원(15~25시간) 또는 12만 원(25~30시간)을 누적 3명 한도로 지원한다. 전환근로자에 대한 대체인력을 채용할 경우 인건비의 50%(중소기업 60만 원, 대기업 30만 원 한도)를 지원하고, 간접노무비를 월 20만 원 추가 지원한다. 기간제인 시간제근로자를 무기계약으로 전환할 경우 근로자의 임금상승분의 70%(청년층 80%)를 월 60만 원 한도로 1년간 지원하고 간접노무비를 1년간 10만 원씩 지원한다.

④ 고령자에 대한 지원

고령자에 대해서는 고용촉진 지원사업 외에 추가적 지원사업이 있다. 고령자에 대한 고용연장 지원에는 정년연장과 정년퇴직자 재고용에 대한 지원 그리고 60세 이상 고령자 고용연장지원금이 있다. 정년연장 지원사업은 300인 미만 사업장에서 정년을 60세로 연장할 경우, 정년퇴직자 재고용 지

원은 55세 이상 정년퇴직자를 3개월 이내 재고용할 경우 1인당 30만 원을 지원한다. 지원기간은 정년연장의 경우 1년(3년 미만) 또는 2년(3년 이상)이며, 퇴직자 재고용은 6개월 또는 1년간 지원한다.

60세 이상 고령자 고용연장지원금은 정년 미설정 사업장에서 고용기간이 1년 이상인 60세 이상 고령자를 업종별 고용률을 초과하여 고용하는 사업주에게 초과 1인당(근로자수의 20% 한도) 분기별 18만 원씩 지급된다.

임금피크제 지원사업도 고령자 고용지원으로 볼 수 있는데, 정년연장형, 재고용형, 근로시간단축형 등 세 유형으로 구분된다. 정년연장형은 정년을 연장하면서 피크임금 대비 일정비율의 금액과 임금의 차액을 연 1,080만 원(60세 이상) 또는 720만 원(56세 이상) 한도로 최대 5년간 지원한다. 재고용형은 피크임금 대비 80%(300인 미만 90%) 이상 감액되는 부분에 대해 최대 5년간 연 600만 원을 지원한다. 근로시간 단축형은 (15시간 이상 30시간 미만) 근로시간이 단축되어 피크연도 대비 30% 이상 임금이 감액된 근로자 1인당 30만 원을 지원한다.

⑤ 출산육아기 고용안정지원

출산육아기 고용안정 지원사업은 3가지 종류로 구분되는데, 육아휴직 후 재고용 시, 육아휴직 부여 또는 육아기 근로시간 단축 시 그리고 대체인력 고용 시 지원된다. 먼저 재고용에 대한 고용지원금으로 임신이나 출산전후 휴가기간 중에 계약기간이 끝난 기간제나 파견근로자를 출산 후 15개월 이내에 1년 이상의 기간으로 재고용하는 사업주에게 6개월간 월 40만 원을 지원하고, 기간을 정하지 않을 경우 6개월간 30만 원, 이후 6개월간 60만 원을 지원한다.

육아휴직에 대해서는 30일 이상 육아휴직을 부여하고 휴직종료 후 30일 이상 계속 고용한 사업주에게 1인에 대해 20만 원(대기업 10만 원, 1천 인 이상 대규모기업 5만 원)을 지원하되 육아휴직 첫 1개월에 대해 1개월치 지원

금을 지급하고, (휴직 종료 후) 계속 고용 시 6개월 뒤 잔여지원금을 지급한다. 육아기근로시간 단축에 대해서는 매월 30만 원을 지급한다(대규모기업 20만 원).

출산육아기 대체인력지원금은 대체인력을 사용한 기간에 대하여 대체인력 1인당 대체인력에 대한 임금을 한도로 60만 원(대규모기업 30만 원)까지 지원된다.

⑥ 직장어린이집 지원

직장보육시설을 설치하는 경우 고용보험에서는 인건비, 운영비, 시설설치비를 지원한다. 먼저 인건비 지원은 보육교사, 보육시설의 장, 취사부에 대해 근로시간에 따라 1인당 최대 월 80만 원(우선지원 대상기업 120만 원)까지 지원하고, 운영비는 아동수에 따라 월 120만 원(20명 미만)에서 최대 520만 원(100명 이상)까지 지원한다. 설치비에 대해서는 무상지원과 융자로 구분되는데, 시설전환비는 3억 원까지 소요금액의 60~80%, 비품비로 5천만 원(교재비 3천만 원)을 무상으로 지원한다. 융자는 시설건립이나 매입, 시설임차, 개보수, 시설전환 등에 대해 7억 원을 한도로 지급되며 이율은 1%(중소기업) ~2%(대기업)이며 1년 거치 4년 분할상환하는 조건이다.[7]

(2) 직업능력개발사업

한국에서 직업훈련에 대한 기본 골격은 앞의 〈그림 8-1〉과 같이 〈근로자직업능력개발법〉에 규정되어 있으며, 〈고용보험법〉에서는 지원에 대한 사항만 규정되어 있다. 고용보험의 직업능력개발사업은 사업주에 대한 지

7) 이외 기타사업으로 2013년까지 건설근로자의 고용보험 가입을 장려하기 위해 건설근로자를 고용보험에 가입 신고하거나 건설고용보험카드에 의해 신고할 경우 신고 근로자수에 따라 20만~50만 원을 지원하는 건설근로자의 고용보험 관리지원금 제도가 있었다. 국세청의 일용근로소득 지급명세서를 적극 활용하면서 이 지원의 필요성이 약화된 것으로 보인다.

원(교육훈련 인프라를 위한 지원 포함), 재직근로자 개인에 대한 지원과 실업자에 대한 지원으로 구분된다.[8]

사업주에 대한 지원은 고용보험에 가입한 사업주가 재직근로자 등을 대상으로 직업능력개발훈련을 실시할 경우 소요된 비용을 지원하는 제도이다. 사업주에 대한 지원에는 직업능력개발훈련지원금, 유급휴가훈련지원금, 직업능력개발훈련시설 또는 장비자금 대부 등 초기부터 지속되는 사업과 비교적 늦게 도입된 국가인적자원개발 컨소시엄, 중소기업 핵심직무능력 향상, 중소기업 학습조직화 등 중소기업 특화사업이 있다(2015b: 87).[9]

중소기업 특화사업은 기업규모와 근로자의 고용형태의 차이에 따른 직업능력개발 참여의 격차가 상존하는 현실을 고려하여 중소기업에 대한 특화된 지원을 통해 이를 완화하기 위해 만들어진 것이다. 이 사업은 국가인적자원개발 컨소시엄 지원사업에서는 중소기업의 훈련시설·장비 부족 등으로 인한 훈련실시의 어려움을 해소하고자 2001년부터, 핵심직무능력 향상 사업은 중소기업의 핵심역량 제고에 필요한 양질의 훈련과정을 제공하기 위하여 2005년부터, 학습조직화 사업에서는 대체인력 확보의 어려움 등으로 훈련 참여에 애로사항이 많은 중소기업 근로자의 일과 학습 연계를 지원하기 위해 2006년부터 시행되고 있다. 2014년 이후 일학습병행제 훈련이 새로이 도입되었는데, 이 부분은 중소기업에 특화된 것은 아니지만 편의상 이 부분에서 서술한다.

재직자와 근로자에 대한 지원과 기타 지원은 뒷부분에서 서술한다.

---

8) 고용노동부(2016a: 3)은 이러한 구분과 달리 재직자 훈련과 실업자 훈련으로 구분하고 재직자 지원을 사업주에 대한 지원과 근로자 내일배움카드제를 통한 지원으로 나눈다.

9) 고용노동부(2016a: 3)에서 재직자훈련은 향상훈련으로 실업자훈련은 양성훈련으로 표시하는데, 이는 잘못된 구분으로 보인다. 실업자는 신규(학졸)실업자와 전직실업자로 구분되는데, 학졸의 경우 양성훈련을 받을 수도 있지만 전직실업자는 전직훈련이나 향상훈련을 받게 된다.

① 사업주에 대한 지원

가. 직업능력개발훈련 지원

사업주에 대한 직업훈련 지원은 직접 또는 위탁과 관계없이 자체훈련, 현장훈련, 원격훈련, 혼합훈련 등에 대해 지원한다. 각 훈련별로 지원조건과 지원금액에서 차이가 있다.

먼저 집체훈련은 훈련주체별로 최소 훈련시간이 존재하고(2일 16시간 이상) 훈련비는 훈련종류별로 정해지는데 • 자체훈련은 기준단가 × 조정계수 × 훈련시간 × 수료인원 × 80% (우선지원 대상기업은 120%) • 위탁훈련은 훈련직종별 기준단가 × 훈련시간 × 수료인원 × 기업규모별 지원율로 정해지며, 기업규모별 지원율은 50인 미만 100%, 50인 이상 우선지원 대상기업 90%, 1천 인 미만 비우선지원 대상기업 60%, 1천 인 이상 40%이다.[10]

현장훈련은 산업체의 생산시설을 이용하거나 근무장소에서 실시하는 훈련으로 집체 또는 원격훈련과정을 수료한 사람을 대상으로 2일 16시간 이상 훈련을 실시할 경우 소요된 훈련비용(집체훈련 수준과 동일)의 일부를 지원한다.

원격훈련은 정보통신매체를 이용하여 실시하는 훈련으로 훈련과정 분량이 8시간 이상인 훈련에 대해 정해진 인터넷 원격훈련 지원단가에 훈련수료인원을 곱하여 얻은 금액의 80% (우선지원 대상기업은 120%, 1천 인 이상 기업은 50%)를 지원한다.

혼합훈련에 대해서는 여러 훈련종류를 병행할 경우 훈련과정에 대한 지급기준에 따라 각각 산정한 지원금을 합한 금액을 지원한다.

---

10) 이외에 채용예정자, 구직자를 대상으로 월평균 120시간 이상의 양성훈련을 1개월 이상 실시하고 훈련수당을 지급하는 경우 월 20만 원 한도로 훈련수당을 지급하며, 훈련시간이 1일 평균 5시간 이상인 훈련을 실시하고 숙식을 제공하거나 숙식비를 지급한 경우 식비(1일 3,300원)와 숙식비(1일 1만 1,040원)를 지원한다(고용노동부, 2016a: 4).

나. 유급휴가훈련 지원

근로자에게 유급휴가를 부여하여 중·장기의 직업능력개발훈련을 실시하는 사업주에게 지원하는 훈련으로 • 우선지원 대상기업 또는 상시 150명 미만 사업주가 7일 이상의 유급휴가를 주어 30시간 이상의 훈련을 실시할 경우 훈련비와 근로자의 임금의 일부(우선지원 대상기업은 최저임금의 150%, 중소기업은 100%)를 지원하고, 30일 이상의 유급휴가(120시간 이상 훈련)를 줄 경우 대체인력에 대한 임금(최저임금의 100%)의 일부도 지원한다. • 그 외 기업에 대해서는 60일 이상의 유급휴가(180시간 이상)를 주어 훈련할 경우 훈련비와 임금의 일부를 지원한다.

다. 직업능력개발훈련시설·장비자금 대부

직업능력개발훈련시설을 설치하거나 훈련장비를 구입하고자 하는 사업주, 근로자단체, 사업주단체, 훈련법인, 지정훈련시설 등에게 60억 원을 한도로 소요자금의 90% 범위에서 대부하며 대부금리는 주체별로 차등적이며, 보통 10년 이내의 한도가 정해진다.

② 중소기업 특화사업

가. 국가인적자원개발 컨소시엄

다수의 중소기업이 컨소시엄을 구성하여 해당 중소기업 근로자를 대상으로 직업능력개발훈련을 실시하는 기업 및 사업주단체가 채용예정자에 대한 양성훈련과 재직근로자 향상훈련을 예정할 경우 지원대상이 된다. 지원은 훈련시설, 장비비로 소요비용의 80%(연간 15억 한도)와 운영비로 소요비용 전액(연간 4억 한도)까지 지원하며, 프로그램 개발비로 연간 1억을 한도로 지원된다.

나. 중소기업 핵심직무능력 향상훈련 지원

이 지원은 중소기업 사업주 및 근로자가 비용부담으로 수강하기 어려웠던 우수훈련기관의 (최) 고급과정을 무료로 제공하기 위한 사업으로 고용부장관이 선정한 핵심직무능력 향상과정을 수강한 사업주나 근로자에게 실훈련비 전액(시간당 3만 원 한도)을 지원한다.

다. 중소기업 학습지원화 지원

중소기업이 업무관련 지식, 경험, 노하우를 체계적으로 축적, 확산할 수 있도록 중소기업의 학습활동 및 이에 관련된 인프라 구축을 지원하는 사업으로 학습조직화를 위해 근로자 대표와 협의를 거쳐 실시할 경우 공모를 거쳐 선정된 경우 지원된다. 구체적 지원대상 활동은 학습조 활동 지원, 우수학습 활동, 학습 네트워크, 외부전문가 지원, 학습인프라 구축지원 등으로 나뉜다. 활동별로 기업당 1백만~3백만 원 또는 학습조별로 월 20~30만 원의 활동비가 지원되며 인프라 구축에는 2백만 원까지 지원된다.

라. 일학습병행제

상시근로자가 20인(단독기업 50인) 이상이면서 기술력이 있고, 자체인력 양성의지가 높은 기업이 채용예정자에 대해 양성훈련(6개월~4년)을 실시할 경우 • 훈련 소요비용 • 현장교사나 인적자원 개발담당자의 수당과 학습근로자에 대한 훈련지원금을 지급하고 • 교육훈련 프로그램 및 학습도구를 지원, 컨설팅하고, 현장교사 및 인적자원 개발담당자 육성(한국폴리텍대, 한국기술대, 산업별협의체 공동지원)을 지원한다(고용노동부, 2016a).

이외에 중소기업 CEO 및 직업능력개발 담당자를 대상으로 연수사업을 시행하고, HRD에 대한 자문을 지원한다(고용노동부, 2015: 223).

③ 재직근로자에 대한 지원

재직근로자가 스스로 직업능력개발을 하는 경우 근로자 내일배움카드제를 통해 지원된다. 지원대상은 우선지원 대상기업 소속 피보험자, 기간제・단시간・파견・일용근로자, 180일 이내 이직예정자, 고용보험 가입기간 3년 이상인 훈련지원을 받지 않은 피보험자, 대규모 기업 45세 이상인 자, 육아휴직 중인 자, 경영상 이유로 90일 이상 무급휴직・휴업 중인 자, 자영업자 등이다. 지원은 내일배움카드를 발급받아 근로자 본인이 원하는 (고용부 장관 인정) 훈련과정에 참여하여 카드로 훈련비를 결제하는 형태로 이루어진다. 훈련과정에 따라 50~100%가 지원되며, 연간 2백만 원 한도이다.

재직자에 대해서 또한 직무능력향상 지원교육이 있는데, 고용노동부 장관이 인정한 훈련과정을 자비로 수강한 고용보험 피보험자로서 우선지원 대상기업에 고용된 자, 기간제・단시간・파견・일용직 근로자, 고용보험 임의가입 자영업자(자영업자인 피보험자)에게 지원된다. 지원은 훈련비의 50~100% (훈련종류 및 과정별 차등)이며 연간 1백만 원(5년간 3백만 원)을 초과하지 못한다(고용노동부, 2015: 230).

④ 실업자에 대한 지원

가. 실업자 내일배움카드제

실업자에 대해서 재직근로자와 마찬가지로 내일배움카드제에 의한 훈련지원이 있다. 대상자는 전직 및 신규실업자, 영세자영자, 농어업인 등 광범위하며, 지원금액은 연간 2백만 원을 한도로 지원대상 및 훈련과정에 따라서 50~100%를 지원한다. 이때 훈련장려금으로 일 2천 5백~5천 8백 원(일 5시간 미만과 이상 구분), 월 5만~11만 6천 원이 지급된다(실업급여 등 다른 사회보장급여 수급자 제외).[11]

나. 국가기간·전략산업직종훈련

기계·금속·전기·동력 등 주요 산업분야에서 필요로 하는 인력(직종)에 대한 훈련 지원으로, 대상자는 전직 및 신규실업자, 영세자영업자, 고등학교 및 대학교 졸업예정자, 농어업인 등이며, 지원은 훈련비 전액과 훈련장려금(대상자에 따라 월 최대 30만 원)과 추가훈련장려금(80% 이상 출석할 경우 5만 원~11만 6천 원)으로 구성된다. 지원기간은 3개월에서 12개월이며, 보통 민간훈련기간, 대학, 사업주단체 등 적합한 훈련과정으로 지정받은 기관이다(고용노동부, 2015: 231; 고용노동부, 2016a: 18).

다. 지역 및 산업맞춤형 인력양성체계 구축사업 지원

고용노동부에서는 고용보험 기금을 통해 지역 및 산업 맞춤형 인력양성체계 구축을 위한 사업을 시행하고 있다. 산업맞춤형 인력양성체계 지원은 지역단위의 지역상공회의소, 경영자총연맹지부 등 산업계와 자치단체, 노동단체, 지방고용노동관서, 중소기업청, 교육청 등이 참여하는 지역인적자원개발위원회를 구성하여 공동수요조사, 공동훈련, 채용에 이르는 인력양성체계를 구축하는 사업이다. 2016년 현재 16개 지역인적자원개발위원회가 구성, 운영 중이며, 지역인적자원개발위원회에 대해서는 연간 6억 원 한도의 인건비 및 운영비를 지원하고, 지역 공동훈련센터에 대해서는 훈련시설 및 장비구축비용(15억 원 한도, 20% 대응투자) 이외에 훈련비(훈련단가 또는 실비), 운영비(3억 원 한도, 20% 대응투자) 및 프로그램 개발비(2억 원 한도) 등을 지원한다(고용노동부, 2016a: 12).

11) 뒤에서 언급하듯이 취업성공패키지 참여자 등에 대해서는 1일 1만 8천 원, 월 최고 24만 8천 원의 훈련참여지원수당이 지급된다.

라. 청년에 대한 지원

고용디딤돌 프로그램이 있는데, 대기업이나 공공기관의 우수 프로그램을 활용해 고품질의 교육훈련을 제공하고 우수기업에 채용되도록 적극 지원하는 사업이다. 지원내용은 훈련에 대해서는 운영비(최대 3억 원), 시설 장비비(최대 15억 원) 및 훈련(실비)을 기업에 지원하고, 훈련수당(월 20만 원)을 청년에 지원하며, 청년인턴에 대해서는 인턴지원금(3개월간 50만, 60만 원) 및 정규직 전환지원금(최대 195만 원을 2회 지급)을 기업에 지원하고, 청년에 대해서는 취업지원금(기간에 따라 최대 3백만 원)을 지원한다.[12]

다른 청소년을 위한 사업으로 만 15세 이상 24세 미만의 학교밖 청소년 중 학업중단, 가출 등의 이유로 경제적, 사회적, 심리적 도움이 필요한 청소년을 대상으로 맞춤형 훈련을 실시하여 건전한 자립을 지원하기 위한 '취업사관학교'가 있다. 훈련기간은 6개월(집체훈련 700시간) 이상이며, 훈련비와 자립수당(월 최대 30만 원)을 지원한다(고용노동부, 2016a: 19).

마. 직업훈련생계비 대부

직업훈련생계비 대부사업도 있는데, 일정소득 이하의 소득을 가진 4주 이상 훈련을 받고 있는 실업자나 비정규직 근로자에게 월 최고 100만 원 한도로 대부하며, 연 1.0%의 금리를 적용한다.

⑤ 공공훈련기관 지원

고용노동부에서는 고용보험기금을 사용하여 공공훈련기관인 한국산업인력공단, 한국폴리텍대학, 한국기술대학교의 직업능력개발사업을 지원하며, 직업방송 운영을 지원한다(고용노동부, 2015: 235).[13]

---

12) 이외에 청년에 대한 직업훈련 사업으로는 대학 졸업예정자 및 졸업자를 대상으로 기업 또는 사업주단체가 주도하여 실제 사업현장에서 요구하는 맞춤형 교육과정을 개설하여 이를 취업으로 연계하는 프로그램인 '청년취업 아카데미'가 있다. 이 프로그램은 일반회계 지원사업이다(http://www.hrdkorea.or.kr/3/1/4/2).

(3) 실업급여 사업

한국의 고용보험제도는 실업급여 사업을 크게 소득대체 급여의 성격을 가진 구직급여 사업과 조속한 취업을 위한 비용이나 인센티브를 제공하는 취업촉진 사업으로 구분한다.

① 구직급여 사업

구직급여의 대상은 이직일 이전 18개월 동안 180일 이상의 피보험기간을 충족하며, 이직사유가 자발이거나 본인 사유로 이직하지 않았으며, 근로 의사와 능력이 있고, 재취업을 위한 노력을 적극적으로 해야 한다. 후자는 1~4주에 1회 직업안정기관(고용센터)에서 실업인정을 받음으로써 충족된다.

구직급여 지급액은 퇴직 전 평균임금의 50%이며, 하한액은 〈최저임금법〉 상 시급 최저임금 × 1일 소정근로시간이며, 상한액은 1일 4만 3천 원이다. 법령이 개정되지 않아 2016년 현재 상한액과 하한액이 동일하게 43,416원이다. 실업신고를 한 후 질병, 부상, 출산으로 취업이 불가능하여 실업인정을 받지 못한 경우 상병수당이 대신 지급된다. 지급기간은 연령과 피보험기간에 따라 정해지는데, 90일부터 최고 240일까지 지급된다.

구직급여 사업에는 사유에 따라 훈련연장 급여(훈련 시 최대 2년 동안 100%), 능력개발연장 급여(60일간 70%), 특별연장 급여(실업률이 높은 기간의 60일 이내 70%) 등의 연장급여가 있다.

일용근로자 실업급여는 2004년부터 시행되었는데, 수급을 위한 조건 중 일반 실업자와 다른 것은 수급자격 신청일 이전 1개월간 근로일수가 10일 미만이어야 하는 것이다. 지급금액이나 지급기간은 일반 실업자와 동일하다.

---

13) 고용부에서는 이들 기관에 대해 일반회계에서 출연금이나 운영지원금을 통해 지원하며, 사업에 대해서는 고용보험기금을 통해 지원한다. 일반회계와 기금은 역할이 모호하게 교육훈련 분야에서 프로그램별로 상이하게 사용되며, 여기서는 고용보험의 사업을 주로 서술한다.

자영자 실업급여는 2012년 이후 시행되었는데, 자영자와 50인 미만 근로자를 사용하는 사업주가 임의가입 형식으로 가입가능하다. 보험료는 7등급의 '기준보수'를 선택할 수 있다.

② 취업촉진수당

취업촉진수당에는 구직급여 수급기간을 남기고 일찍 취업할 경우 지급되는 조기재취업수당과 구직을 위해 직업안정기관의 장이 지시하여 직업능력개발훈련을 받을 때 지급되는 직업능력개발수당, 직업안정기관의 소개에 따라 50km 이상의 원거리에서 구직활동을 하는 경우 교통비와 숙박비를 실비로 지급하는 광역구직활동비 그리고 취업 또는 직업안정기관의 장이 지시한 직업능력개발훈련을 받기 위해 주거를 이전하는 경우 실비에 대해 지급되는 이주비 등이 있다.

취업촉진수당의 수급요건은 강화되어 재취업한 날에 소정급여일수를 1/2 이상 남기고, 이직한 사업의 사업주와 관계없는 사업주에 고용된 후 12개월 이상 근무할 경우이며, 미지급일수의 1/2에 해당하는 금액이 일시 지급된다.

(4) 모성보호 · 일가정양립 지원사업

모성보호 · 일가정양립 지원사업은 곧 출산전후휴가 급여와 육아휴직 또는 육아기 근로시간 단축 급여로 나누어진다. 이들 사업은 실업급여 보험료에서 재정이 충당되기 때문에 실업급여 사업으로 구분되기도 한다.

① 출산전후휴가 지원

〈근로기준법〉 제74조에 의해 사업주는 90일(45일은 출산 이후)의 출산휴가를 부여해야 하는데(60일간 유급), 고용보험에서 이 비용의 전부 또는 일부를 지원한다. 조건은 근로자가 산전후휴가를 받고 출산휴가가 끝나는 날 이전에 고용보험 가입기간이 180일 이상이어야 하며 휴가를 시작한 후 12개월 이내에 신청하여야 한다. 지원기간은 우선지원 대상기업의 근로자에 대해

서는 통상임금(최대한도 135만 원)을 기준으로 90일(쌍둥이 이상은 120일) 분을 지급하고, 대기업 근로자에 대해서는 먼저 사업주가 60일분을 지급한 후 30일분을 고용보험에서 지급한다. 첫 60일간의 사업주 의무부담 금액이 급여 최고한도보다 높을 경우 사업주는 차액을 지급하여야 한다.

② 육아휴직

육아휴직은 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 가진 근로자가 그 자녀를 양육하기 위해 육아휴직을 30일 이상 부여받고 수급요건(육아휴직 시작일 이전에 180일 이상 고용보험 가입)을 충족하는 경우 지급되는데, 수준은 통상임금의 40%(상한 100만 원, 하한 40만 원)이며 기간은 1년 이내이다. 육아휴직 후 직장복귀를 장려하기 위해 사후지급분(급여액의 25/100) 제도가 있는데, 육아휴직 급여 종료 후 복귀하여 6개월 이상 근무한 경우에 지급한다.

부모 간 균등한 육아를 장려하기 위해 '아빠의 달'이라는 명칭으로 육아휴직급여 특례제도가 운영되는데, 같은 자녀에 대하여 부모가 순차적으로 육아휴직을 사용하는 경우 두 번째 사용하는 사람의 육아휴직 3개월 급여를 통상임금의 100%(상한 150만 원)로 상향하여 지급한다.

③ 육아기 근로시간 단축 급여

육아휴직을 신청할 수 있는 근로자가 육아휴직을 대신하여 육아기 근로시간 단축을 신청하고 30일 이상 부여받을 경우(180일 이상 고용보험 가입), 최대 1년간 지원되는데, 근로자는 주당 15시간 이상 30시간 이하로 근로하여야 한다. 지급금액은 '통상임금의 40%(상한 150만 원, 하한 50만 원) × (단축 전 소정근로시간 - 단축 후 소정근로시간)/단축 전 소정근로시간'으로 계산한다.

④ 여성새로일하기센터 운영지원

고용노동부와 여성가족부는 공동으로 육아・가사부담 등으로 비경제활동 상태에 있는 경력단절여성의 취업을 전담하는 '여성새로일하기센터'를 지정・운영하는데 고용노동부는 집단상담프로그램 운영비를, 여성가족부는 취업설계사 인건비, 직업교육훈련 등 운영비를 지원한다. 〈표 8-2〉는 지금까지 언급된 고용보험의 주요급여 종류별 지출과 지원인원에 대한 최근 현황을 보여준다.

〈표 8-2〉 연도별 기금의 집행실적

(단위: 개소, 명, 백만 원)

구분	2013년			2014년		
	사업장	연인원	금액	사업장	연인원	금액
총계	140,887	5,647,924	6,481,211	145,912	3,794,933	7,002,614
고용안정·능력개발 계	140,887	4,220,253	1,829,046	145,912	3,794,933	1,990,567
- 고용유지지원금	1,436	63,815	27,092	1,239	66,793	39,680
- 고용창출지원금	1,177	3,892	26,503	1,294	4,256	34,723
- 고용촉진지원금	7,308	12,730	29,653	16,900	43,140	84,330
- 직장어린이집 지원	477	43,022	64,111	541	53,570	80,264
- 건설근로자고용지원금	7,749	18,640	21,563	6,540	13,383	14,249
- 사업주능력개발지원금	107,042	3,284,401	333,652	111,161	3,101,972	370,247
- 실업자 및 근로자 능력개발지원	-	572,723	307,041	-	478,639	272,265
- 고령자고용연장지원금	15,443	215,964	57,814	7,938	30,468	31,108
- 임금피크제지원금	255	5,066	9,985	299	2,721	12,494
- 기타	-	-	951,632	-	-	1,051,207
실업급여 계	-	1,427,671	4,550,988	75,291	1,437,102	4,907,088
- 구직급여	-	1,146,322	3,622,014	-	1,187,936	3,976,839
- 조기재취업수당	-	120,490	259,632	-	82,461	175,432
- 출산전후휴가급여	-	90,507	235,105	42,805	88,756	236,845
- 육아휴직급여등	-	70,352	421,815	32,486	77,949	503,217
- 기 타	-	-	12,422	-	-	14,755
사업운영비	-	-	101,177	-	-	104,959

자료: 고용노동부, 2015: 337.

3) 전달체계

고용보험은 고용노동부에서 관장할 뿐 아니라 직접 그 대다수 업무, 즉 고용안정사업, 직업능력개발사업, 실업급여사업 및 모성보호·일가정양립 지원사업을 처리하는데, 〈고용보험법〉에서는 〈직업안정법〉 제 2조의 2 제 1호의 직업안정기관이란 용어를 준용한다. 직업안정기관이란 직업소개, 직업지도 등 직업안정업무를 수행하는 지방고용노동 행정기관을 말한다. 즉, 법적 용어로서 직업안정기관은 고용센터 또는 고용복지플러스센터를 말하는데,[14] 2014년 말 현재 전국에 86개소(40개소의 고용복지+센터 포함)가 설치되어 있고, 일반직 및 상담직 공무원 3,144명과 무기직(단시간) 및 단기간 근로자 1,719명이 근무하고 있다.

고용보험의 집행 외에 고용센터의 주요업무를 구분해 보면 다음과 같다. 먼저 고용정보인프라를 구축하여 구인, 구직에 대한 기본 전산망(워크넷)을 갖추고, 중앙행정기관이나 지방자치단체와 유관기관 그리고 민간고용서비스기관과도 정보를 공유한다. 둘째, 취업관련 정보(구인·구직의 날 포함)를 제공한다. 셋째, 구직자에 대해서는 상담이나 취업특강 등을 제공하고 학생들에게는 직업지도 서비스를 제공한다. 예를 들어, '취업성공패키지'를 도입하여 취약계층에 대해 상담을 통해 근로동기와 자립의지 강화를 꾀하고 훈련과 알선 및 취업지원을 통해 빠른 시일 내에 취업할 수 있도록 지원한다. 넷째, 학교·지방자치단체나 민간고용서비스기관에 대한 취업지원 역량강화를 지원한다(고용노동부, 2015: 359).

14) 고용복지플러스센터는 고용센터(고용부) 외에 일자리센터(자치단체), 복지지원팀(복지부, 자치단체), 여성새로일하기센터(여가부), 서민금융센터(금융위), 제대군인지원센터(보훈처) 등 다양한 기관이 참여하여 운영된다. 2014년 10여 개소에서 2015년 30개소가 새로이 설치되었고, 2017년 말까지 100개소로 확대가 예정되었다(http://www.workplus.go.kr/index.do). 저소득층 수혜자 입장에서는 구청이나 서민금융센터 등을 방문하지 않아도 되기 때문에 편리한 것으로 보인다.

고용센터에서 처리하지 않는 일부 업무가 있는데, 적용에 대해서는 근로복지공단에서, 징수는 국민건강보험공단에서 업무를 처리하고 있으며, 피보험자 관리업무는 2016년까지만 고용센터에서 처리하고 이 업무도 근로복지공단으로 위탁된다. 직업능력개발사업 중 일부 사업에 대해 한국산업인력공단에서 지원한다. 한국고용정보원에서는 취업알선망(워크넷)을 관리할 뿐 아니라 고용보험전산망도 관리한다.

고용보험위원회가 2009년부터 설치되어 노사정의 대표가 동수로 참여하여 고용보험의 주요사항에 대해 심의하고 있다.

직업안정기관의 장이 행한 피보험자격의 취득·상실에 대한 확인, 실업급여, 육아휴직 급여, 출산전후휴가 급여 등에 관한 처분 등과 관련하여 권리와 이익의 침해를 당한 민원인을 보호하기 위한 제도적 장치로서 고용보험심사제도가 운영된다. 이는 〈고용보험법〉에서 규정하는 특별 행정심판 제도이며, 고용보험심사관에 의한 1심 및 고용보험심사위원회에 의한 2심 체계로 운영되며, 〈고용보험법〉에 규정하지 아니한 사항에 관해서는 〈행정심판법〉의 규정에 따른다.

4) 재정조달과 기금

고용보험은 근로자와 사용자가 부담하는 보험료로 충당되는데, 고용보험료율은 30/1000 범위 안에서 고용노동부 장관이 고용안정사업·직업능력개발사업과 실업보험사업을 구분해 정할 수 있다. 현행 보험료율은 실업급여 사업에 대해 1.3%이며, 노사가 절반씩 부담하며, 고용안정사업·직업능력개발사업에 대해서는 사업규모별로 150인 이하는 0.25%, 150인 이상 우선지원 대상기업은 0.45%, 150~1천 인(비우선지원 대상기업)은 0.65%, 1천 인 이상과 국가기관은 0.85%를 부담하며 이는 사업주가 전액부담한다. 사업주에게 부과하는 고용보험료(월별보험료)는 근로자 개인

별 월평균보수(전년도 보수총액을 전년도 근무 개월수로 나눈 금액)에 보험사업별 보험료율을 각각 곱한 금액을 합산해 산정하며, 사업주는 근로자부담분의 보험료를 급여에서 공제한다(노조전임자는 전액 본인 지급). 일반 사업장(2012년 1월 이후 가입 자영자 포함)에 대해서는 부과고지 방식으로, 중층적 하도급 방식으로 근로자 이동이 잦은 건설과 벌목업에 대해서는 자진신고 방식으로 보험료가 징수된다.

정부는 5인 미만 사업장의 적용률이 약 30%, 5~9인 사업장의 적용률이 50%를 약간 웃도는 상황에서 영세사업장 근로자의 고용보험과 국민연금 가입을 독려하기 위해 두루누리 사회보험 지원사업을 하고 있으며, 월 보수 140만 원 이하 신규가입한 근로자와 사업주에게 각각 부담해야 할 보험료의 60%(기존 가입근로자는 40%)를 지원한다.[15]

2016년 일반회계 예산에서 고용노동부는 고용보험기금에 운영비로 71억 8천만 원을, 모성보호지원을 위해 7백억 원을 전출했다(고용노동부, 2016f: 79). 〈고용보험법〉에 따라 고용노동부 장관은 보험사업에 필요한 재원을 충당하기 위해 고용보험기금을 설치하고(법 제78조 제1항), 고용보험기금은 보험료와 이 법에 의한 징수금·적립금·기금운용수익금과 그 밖의 수입으로 조성한다. 고용보험기금은 두 개의 계정으로 나누고 법에서 기금 적립금의 규모를 정하는데, 고용노동부 장관은 대량실업의 발생이나 그 밖의 고용상태의 불안에 대비한 준비금으로서 그 연도의 지출비용을 초과하는 여유자금을 적립해야 한다. 여유자금의 적립규모는 고용안정·직업능력

15) http://insurancesupport.or.kr/01/01_02.asp 참고. 이외에 중소기업의 고용 및 산재보험 사무지원 제도가 있는데, 행정력이 부족한 소규모 사업주의 보험사무 처리의 부담을 덜어 주고, 고용보험 가입을 촉진하기 위해 보험사무대행기관 제도를 운영한다. 사무대행은 사업주 등을 구성원으로 하는 단체로서 특별법에 따라 설립된 단체 등이 근로복지공단으로부터 보험사무대행기관 인가를 받아 보험료 신고, 고용보험피보험자격취득신고 등 사업주가 행해야 할 각종 보험사무를 3백 인 미만 사업주로부터 위탁받아 대행하며 정해진 수수료를 받게 된다.

〈표 8-3〉 연도별 고용보험기금 수입 지출 현황

(단위: 억 원)

구분		2012년	2013년	2014년
총계	수입(a)	66,221	71,141	83,708
	사업비(b)	59,880	64,812	70,026
	연말적립금(c)	53,350	59,679	73,361
	적립금배율(c/b)	0.9	0.9	1.0
고용안정, 직능개발	수입(a)	22,471	21,839	25,065
	사업비(b)	16,007	18,732	20,344
	연말적립금(c)	36,100	39,207	43,928
	적립금배율(c/b)	2.3	2.1	2.2
실업급여	수입(a)	43,750	49,303	58,643
	사업비(b)	43,873	46,081	49,682
	연말적립금(c)	17,250	20,472	29,433
	적립금배율(c/b)	0.4	0.4	0.6

자료: 고용노동부, 2015: 333.

개발사업 계정의 경우에 연말 적립금은 해당연도 지출액의 1.0배 이상 1.5배 미만으로 유지한다. 실업급여 계정의 경우, 연말 적립금을 해당 연도 지출액의 1.5배 이상 2.0배 미만으로 유지해야 한다. 〈표 8-3〉에서 최근 3년간 고용보험기금 수입과 지출 및 적립금 현황을 볼 수 있다.

4. 기타 정부예산사업

정부의 예산사업은 청년이나 실업자 직업훈련 등 광범위하게 존재하고 많은 사업은 고용보험기금과 병행하여 집행된다. 지면 관계상 고용노동부의 사회적 기업과 취업성공패키지 그리고 범부처의 재정지원 일자리사업(특히 직접일자리창출사업)으로 나누어 간략히 서술한다.

1) 사회적 기업

2007년 입법된 〈사회적 기업 육성법〉은 사회적 목적을 우선적으로 추구하면서 재화·서비스의 생산, 판매 등 영업활동을 수행하는 기업이 취약계층을 고용하거나 사회적 필요를 충족하기 위한 사회서비스를 확충하려는 목적으로 입법되었다. 사회적 기업으로 인증받기 위한 요건은 조직형태(민법상 법인·조합, 상법상 회사 또는 비영리단체), 사회적 목적 실현, 영업활동을 통한 수익, 유급근로자 고용, 의사결정구조, 정관·규약 내용, 이윤의 사회적 목적 투자 등이다. 지원내용은 경영지원(인증이나 운영을 위한 각종 컨설팅), 시설·운영비 대부, 공공기관 우선구매, 세제 및 사회보험료 감면 또는 지원, 전문인력채용 지원, (예비) 사회적 기업 일자리 인건비, 기타 지원 등이 있다. 2015년 말 현재 1,640개소가 인증받아, 1,506개소가 활동 중이다.

2) 취업성공패키지

취업성공패키지는 저소득 취업취약계층, 청년 및 중장년 미취업자를 대상으로 개인별 취업지원계획에 따라 최장 1년 기간 내에서 단계별 및 통합적 취업지원 프로그램을 제공하고, 취업한 경우 취업성공수당을 지급함으로써 취업을 촉진하고 빈곤탈출을 유도하는 프로그램이다.

대상자에 따라 크게 3가지 유형으로 나누어지는데, 취업성공패키지 I은 기초생활수급자, 차차상위(중위소득 60%) 이하 저소득층, 기타 특정취약계층을 대상으로 한다. 취업성공패키지 II는 중위소득 100% 이하의 중장년(35~64세)을 대상으로 하며 실업급여수급 종료자나 요건 미충족자, 6개월 이상 실직상태에 있는 자 등을 대상으로 한다. 청년취업성공패키지는 18~34세의 고교 및 대학 재학생 및 졸업 후 미취업자 등을 대상으로 한다.

프로그램은 3단계로 진행되는데, 1단계(상담·의욕제고·경로설정, 3주~

1개월)에서는 집중상담, 직업심리검사, 집단상담, 개인별 취업활동계획이 수립되며, 참여수당으로 최대 25만 원이 지원된다. 2단계(직업능력향상, 최대 8개월)에서는 직업훈련(2백만~3백만 원 한도), 인턴(청년, 장년) 연계, 창업교육 프로그램 연계 등이 이루어진다. 이 시기에 훈련참여수당(훈련참여지원수당 포함)이 최대 6개월간 최고 40만 원까지 지급된다. 다만 패키지 I 참여자의 경우 자부담이 없고, 패키지 II 참여자는 10~30%의 훈련비 자부담을 해야 한다. 3단계(취업알선, 3개월)는 집중 취업알선이 이루어지며 취업 성공 시 저소득층 참여자에게는 최대 100만 원의 취업성공수당이 지급된다.[16] 유형별로 절차나 대상자 선별 그리고 지원수준에 약간의 차이가 있다.

3) 재정지원 일자리사업

재정지원 일자리사업이란 정부(자치단체 포함)가 재정지출을 통해 취업취약계층 등의 고용안정을 직간접적으로 지원하기 위해 추진하는 사업으로 2011년 이후 직접일자리창출(65),[17] 직업능력개발훈련(54), 고용서비스(30), 고용장려금(21), 창업지원(17), 실업소득 유지(11) 등의 사업으로 나뉜다(고용노동부, 2016d). 재정지원 일자리사업의 프로그램 모두를 협의의 노동시장정책으로 구분하기는 힘들다. 그 이유는 노동시장의 일자리에 초점을 두기보다는 서비스의 공급을 위해 필요한 인력(비공무원의 계약직)의 훈련, 알선, 채용, 지원 등이 이루어질 경우 이를 전부 재정지원 일자리사업으로 구분하기 때문이며, 기존의 각 정부부처에서 행하던 사업들을 이 사업으로 구분하여 통계를 집계하기 때문이다.[18]

---

16) www.moel.go.kr/policyinfo/news/support/view_content04.jsp를 참고했다.

17) 괄호 안의 숫자는 2016년의 프로그램수이다.

18) 예를 들어 고용보험사업은 모두 포함된다. 직접일자리사업에는 경찰청의 아동안전지킴이 사업이나 여성가족부의 다문화 가족정착 및 자녀양육 지원사업이 포함되었고, 고용장려금에는 통일부의 북한이탈주민 정책금도 포함되었다(고용노동부, 2016d: 59).

〈표 8-4〉 재정지원 일자리사업 예산 현황

(단위: 억 원)

구분	2015년(본예산)		2016년(안)	
		청년		청년
총계	139,766	17,549	157,796	21,113
직접일자리	24,634	3,241	26,342	3,686
직업훈련	17,899	6,664	19,716	9,338
고용서비스	6,102	1,450	6,904	2,103
고용장려금	25,961	1,742	28,208	2,581
창업지원	18,339	4,453	19,148	3,405
실업소득 유지 및 지원	46,832	-	57,478	-

자료: 고용노동부, 2016d.

재정지원 일자리사업 중 직접일자리사업에 대해서는 부가적 설명이 필요한데, 중앙정부가 직접 또는 지방정부가 수행하되 중앙정부에서 보조금을 지급하는 방식으로 주로 취약계층이 사회서비스를 제공하도록 일자리를 창출하는 것이다. 이 사업은 취업취약계층에 대한 생계비 보조와 다른 일자리로 이동하기 위한 경력이나 기술의 습득 등 다양한 프로그램 목적이 혼합되어 있다. 재정지원 일자리사업은 과거 1998년 이후 외환위기로 인해 공공근로의 확대 경험이 있고 점차 축소되다가 2008년 이후 금융위기 시 다시 확대한 것으로서 고용정책으로서의 효과성이나 효율성에 대한 의문이 없지 않다. 현재 대상자의 중복 참여를 제한하는 등의 노력을 기울이며, 효과성 제고를 위해 2013년 이후 고용정보원에서 직접일자리사업에 대해 평가하고 있다.

5. 맺음말: 쟁점과 함의

재정지원 일자리사업에도 불구하고 한국 노동시장정책은 고용보험제도를 중심으로 시행된다. 실업에 대한 소득대체 급여는 수급기간이 짧은 보험방식이며, 실업부조제도 없이 보험에서 연장급여제도를 활용한다. 실업자의 생활보장 측면에서는 부정적이지만, 자립을 위한 근로동기의 강화 측면에서는 긍정적일 수 있다.

취업알선이나 고용안정사업을 위한 인프라는 잘 갖추어져 있으나 공공직업소개기관이 상담하거나 취업으로 이어지는 알선이 더 증가 또는 강화될 필요가 있다. 실업급여가 늘어나면서 1990년대 말까지 존재하였던 인력은행보다도 직업소개나 상담이 약화된 것으로 보인다.

직업능력개발과 관련되는 인프라는 개별 산업이나 직업별로 수급에 대한 구체적 전망이 부족하며, 업무에 필요한 표준기능이 정착되지 않아 아직 구축되어야 할 것으로 보인다. 최근 국가직무능력표준(NCS)을 설정한 것은 업종별 직업능력 표준이 부족한 한국에서 적어도 방향성은 맞는 것으로 보인다.

각 사업에 대해 비판을 하자면 고용안정사업의 경우 노동정책의 수용을 위해 인센티브를 제공하는 경우가 다수인데, 보험료에 기반한 고용보험제도의 프로그램들이 임금피크제와 같이 정부의 (고용정책이 아닌) 노동정책적 목적을 위해 만들어지는 경우가 있다. 보다 목적지향적이고 효과지향적으로 프로그램을 구성할 필요가 있다고 생각한다. 고용안정사업은 특히 사중 손실효과나 근로자 대체효과 등이 많이 발생하기 때문에 엄격한 효과분석에 따라 지원내용이나 조건 등 프로그램의 내용을 달리할 필요가 있다.

직업능력개발사업의 경우에도 구직자나 재직자가 원하는 직업에 대한 훈련이 아니라 산업의 변화로 인해 필요한 인력을 준비하는 형태의 훈련이 더욱 강화되어야 할 것으로 보인다. 새로운 직업의 등장과 이에 대한 수요

를 산업과의 협의를 통해 준비하는 체계가 강화될 필요가 있다.

고용인프라와 관련하여 고용센터와 고용복지플러스센터가 명실공히 모든 정보를 갖추고 직업이나 알선 정보를 위해 제일 먼저 찾는 기관이 될 필요가 있다. 통계청 자료에 의하면 청년층의 경우 공공·민간 직업소개기관이나 학교직업소개 등의 알선을 모두 합한 취업자 비율이 2007년 5.9%에서 2015년 11.0%로 상승하였다가 2016년 다시 9.3%로 하락하였다. 10년 전에 비해 높아졌지만 절대적으로 높다고 보기는 힘들다.[19] 청년층의 경우 직업에 대한 정보나 훈련 정보가 더 필요하다는 점에서 개선의 여지가 큰 것으로 보인다.

고용보험기금과 관련하여 생각해 볼 것은 고용보험에 고용노동부의 고용정책관련 도구들이 모두 포함되고, 고용노동부가 필요할 경우 이 도구들의 확대를 위해 고용보험기금에 재정을 투입하는 것이 현재의 방식, 즉 대상자가 실업자인가 아닌가 또는 새로운 사업을 찾아 일반회계를 투입하는 것보다 더 낫지 않을까 생각한다. 기금의 규모와 관련해서는 기금 적립금 규모에 대한 고려 때문에 고용보험의 경기안정적 기능, 즉 불황 시에 유효수요 확대를 위해 당해연도 적자를 감수하거나 호황 시에 기금을 적립하는 기능이 저하되지 않도록 운영될 필요가 있다고 생각한다.

마지막으로 한국의 노동시장정책이 국제비교에서 어떤 위치를 갖는가를 살펴보기 위해 OECD의 노동시장프로그램의 지출을 비교해 보자. 〈표 8-5〉는 주요국의 항목별 지출을 보여준다.

〈표 8-5〉를 통해 알 수 있는 것은 실업률을 감안하면 한국의 노동시장정책에 대한 지출 중 적극적 사업의 지출이 아주 낮지는 않은데, 그 이유는 직접일자리창출사업의 비중이 OECD 평균에 비해 크게 높기 때문이다.

19) 이에 비해 55세 이상 고령층의 공공직업소개기관을 통한 취업은 2016년 26.1%에 달한다(통계청, 2016).

〈표 8-5〉 2014년 주요국의 노동시장프로그램 지출 비교(GDP 대비)

국가	1 소개	2 훈련	4 고용 지원	5 보호 고용	6 고용 창출	7 창업 지원	적극적 사업 (1-7)	8 실업 지원	9 조기 퇴직	소극적 사업 (8-9)
독일	0.37	0.21	0.02	0.03	0.02	0.01	0.66	0.90	0.04	0.94
일본	0.07	0.01	0.06	-	0.02	-	0.17	0.20	-	0.20
한국	0.03	0.08	0.07	0.02	0.22	0.03	0.45	0.30	-	0.30
스웨덴	0.26	0.14	0.65	0.28	-	0.01	1.34	0.62	-	0.62
미국	0.02	0.03	-	0.03	-	-	0.11	0.18	-	0.18
OECD	0.13	0.14	0.11	0.09	0.07	0.01	0.55	0.75	0.05	0.80

주: 1. 공공직업소개 및 행정: 취업알선망 등 행정을 위한 직원 급여 및 운영비
2. 훈련: 재직자에 대한 교육비가 없거나 생계수당이 없는 경우는 제외
4. 고용 인센티브: (민간기관의) 고용유지지원과 고용촉진지원
5. 보호 및 지원고용과 재활: 장애인에 대한 고용이나 재활사업
6. 직접 일자리창출: (공공부문의) 고용창출, 한국의 직접일자리사업과 관련
7. 창업지원
8. 실업 시 소득유지와 지원
9. 조기퇴직

자료: OECD, 2016; 위의 주는 고경환, 2015: 61.

실업률이 3%대인 한국에서 정부의 직접일자리사업이 필요한가에 대해 의문이 제기된다. 저소득자에 대한 빈곤정책 또는 소득보장정책이 사회서비스 확대의 필요성과 결합하여 노동시장정책으로 구분되어 있다고 볼 수 있다. 공공부문의 정규직 일자리를 늘리고 실업자에 대한 소득보장을 늘리는 것이 과도한 근로연계 복지의 사용을 축소하는 동시에 노동시장정책의 효과성을 높일 수 있는 방법이 될 수 있다고 생각한다.

■ 참고문헌

국내 문헌

고경환(2015). 〈2013년 기준 한국의 사회복지지출〉. 보건복지부.

고용노동부(2015). 《2015년판 고용보험백서》. 고용노동부.

_____(2016a). 〈직업능력개발사업현황〉. 고용노동부.

_____(2016b). 〈2016년 재정지원일자리사업 중앙부처: 자치단체 합동지침 요약〉. 고용노동부.

_____(2016c). 〈고용보험통계〉. 고용노동부.

_____(2016d). 〈2015년도 재정지원 일자리사업 중앙부처: 자치단체 합동지침〉. 고용노동부.

_____(2016e). 《2016 한 권으로 통하는 고용노동정책》. 고용노동부.

_____(2016f). 〈2016년 예산 각목 명세서〉(일반회계). 고용노동부.

노동부(2006). 《노동행정사》. 노동부.

정연택(2015). "사회보험". 오정수 외. 《사회복지학개론》(261~299쪽). 양서원.

_____(2016). "고용보험과 고용정책". 정연택 외, 《주요국의 사회보장제도: 독일》. 한국보건사회연구원.

통계청(2015). 〈경제활동인구 부가조사: 청년층〉. 각 연도.

_____(2016). 〈경제활동인구 부가조사〉. 보도자료.

기타 자료

OECD (2016). Economic Outlook Statistical Annex. http://www.oecd.org/els/emp/employment-outlook-statistical-annex.htm. 2016. 11. 17 인출.

09

산재보험제도

1. 머리말

산재보험제도는 업무상 재해를 당한 근로자에게 신속하고 공정한 보상을 제공하기 위해 재해근로자의 재활과 사회복귀를 촉진하기 위한 사회보험제도로 1963년 〈산업재해보상보험법〉 제정과 함께 1964년부터 제도가 도입되었다. 도입 당시의 주요내용을 살펴보면 우선 산재보험사업은 보사부 장관이 관장하고, 적용대상이 되는 사업주는 의무적으로 산재보험에 가입해야 하는 강제 사회보험 방식을 채택하였다. 둘째, 적용범위는 도입 당시 〈근로기준법〉의 적용을 받던 광업과 제조업 중 상시근로자수 500인 이상 사업장에 우선 적용하였다. 셋째, 산재보험료는 사업주가 전액부담하고 보험급여는 요양급여, 휴업급여, 장해급여, 유족급여, 장의비 및 일시급여의 6가지를 두었다. 넷째, 효율적 보험사업 운영을 위해 자문기구인 산재보험심의위원회를 두어 보험사업의 주요정책을 심의하였다. 이후 〈산재보험법〉은 여러 차례에 걸친 개정을 통해 보험수혜자의 확대, 적정한 보상수준 정립, 보험급여 종류 확대 등이 이뤄졌다(고용노동부, 2014).

우리나라 산재보험제도의 주요 특성을 살펴보면 첫째는 근로자의 업무상 재해에 대하여 사용자의 무과실 책임주의를 채택한다는 것이다. 업무상 재해가 발생하면 사업주의 고의나 과실을 따지지 않고 피재근로자는 산재보험 급여를 청구할 수 있다. 둘째, 산재보험급여는 정률보상방식을 채택한다는 것이다. 업무상 재해로 인해 발생한 피재근로자의 손해 전체를 보상하는 것이 아니라 재해 당시 평균임금을 기초로 법령에 의한 정률보상방식에 따라 산정되기 때문에 보상액이 정형화되어 있다. 셋째, 산재보험제도는 사회보험 방식으로 운영된다는 것이다. 보험급여는 국가가 피재근로자에게 지급하고 사업주는 보험료의 납부의무만 부담하면 된다. 따라서 산재보험 급여 관계당사자는 피재근로자와 국가이고, 〈근로기준법〉상의 재해보상 관계당사자는 피재근로자와 사업주가 된다. 넷째, 재해보상과 관련된 이의신청을 신속하게 처리하기 위하여 심사 및 재심사청구제도를 운영한다. 산재보험 심사위원회를 설치하여 피재근로자의 보험급여청구가 있으면 위원회의 심사절차를 거치도록 한다. 다섯째, 과실상계를 적용하지 않는다는 것이다. 산재보상에서는 근로자의 기여과실이 있더라도 산재보상청구 권한에 영향을 미치지 않고, 보상액 결정에서도 근로자의 과실여부를 따지지 않는다.

이러한 특징을 가진 우리나라 산재보험제도의 개정내용을 구분하면 적용범위의 확대, 치료와 보상체계 정비, 급여수준 인상, 재활사업 도입으로 구분할 수 있다.

1) 적용범위 확대

산재보험제도가 도입된 1964년에는 광업과 제조업의 상시근로자 500인 이상의 사업장을 적용대상으로 시작했으며 당시 적용사업장수는 64개에 적용근로자수는 8만 1,789명이었다. 1965년에는 적용대상 업종에 전기·가스업과 운수·창고업을 추가했으며 적용대상 사업장 규모도 150인 이상

사업장으로 확대되었다.

1989년에 개정된 〈산재보험법〉은 산재보험 적용범위를 기존의 〈근로기준법〉의 적용을 받는 사업에서 모든 사업 또는 사업장으로 확대했다. 이후 적용대상 업종과 사업장 규모를 꾸준히 확대하여 2000년 7월 1일부터 대부분 업종의 근로자 1인 이상의 전 사업장에 적용하고 있으며 50인 미만의 중소기업 사업주에게도 임의가입을 허용했다. 2005년부터는 근로자를 사용하지 않는 운송업 자영업자에 한하여 임의가입을 허용함으로써 자영업자의 산재보험 적용이 시작되었다. 2008년 7월 특수형태근로종사자에 대한 특례가입이 적용되었다.

2) 치료와 보상체계 정비

산재보험제도 도입 당시에는 업무상 재해로 인한 요양급여 지급대상이 11일 이상의 요양을 필요로 하는 재해로 한정되었다. 이후 1971년부터 8일 이상의 재해로 확대된 후 1982년부터는 4일 이상의 요양을 필요로 하는 재해로 확대되어 지금에 이르고 있다. 휴업급여 지급대상도 요양급여 지급대상에 연동하여 확대되었다. 처음에는 휴업급여의 수준을 평균임금의 60% 수준으로 했지만, 1989년부터 평균임금의 70% 수준으로 인상하여 지금까지 적용하고 있다.

장해급여는 제도도입 당시에는 장해등급을 10등급으로 구분하여 급여를 지급했으나, 1971년도에 4개 등급을 추가해 14등급으로 구분하여 운영하고 있다. 장해급여를 도입할 당시에는 일시금으로만 지급하여 장해 1등급은 평균임금의 1천 일분을, 장해 10등급은 50일분을 지급했다. 그러나 재해근로자 복지증대를 위해 1971년부터 장해 1~3급에 대해 연금이나 일시금 중 선택할 수 있도록 했다. 또한 1982년부터는 연금제도가 장해 4~7급에게로 확대되었다.

유족급여에 대해 제도도입 당시에는 평균임금의 1천 일분을 일시금으로 지급했으나 1971년부터 유족연금을 도입하여 연금 또는 일시금 중 선택할 수 있도록 했다. 연금은 제도도입 초기에는 유족 1인에 대해 연소득의 30%, 2인은 35%, 3인은 40%, 4인은 45%를 지급했다. 1977년 9월에 이를 45~60%로 인상했고, 다시 1982년 7월에 52~67%의 현행 수준으로 인상했다.

3) 보험급여 수준의 확대

1989년 개정된 〈산재보험법〉에서 각종 급여수준이 크게 인상되었다. 휴업급여가 평균임금의 60%에서 70%로 인상되었고, 장해보상일시금이 10%, 장해연금이 5% 인상되었으며, 장해 1~3급은 연금지급이 의무화되었다. 유족보상일시금이 평균임금의 1천 일분에서 1천 3백 일분으로, 장의비가 평균임금의 90일에서 120일분으로 그리고 상병보상연금이 5% 인상되었다. 휴업급여, 장해급여 및 유족급여에 대한 급여수준을 인상시키면서 동시에 연금으로 지급하도록 변경한 것은 재해근로자 복지증진에 기여한 긍정적 측면이 있다.

4) 재활사업 실시

2000년에 개정되어 시행된 〈산재보험법〉의 목적에 재해근로자의 재활 및 사회복귀 촉진을 포함하였다. 이후 같은 법에 기초하여 고용노동부의 산재보험 재활사업 5개년 계획(2001~2005년), 제1차 재활사업 중기발전계획(2006~2008년), 제2차 산재보험 재활사업 중기발전계획(2009~2011년), 제3차 재활사업 중기발전계획(2012~2014년)이 수립되어 시행되고 있다. 기존에는 복지예산사업의 일환으로 직업재활급여 사업을 수행했기 때문에

보험연도 중에 예산이 모두 지출되고 나면 사업을 중단해야 하는 문제점이 발생했다. 그러나 2007년 〈산재보험법〉 개정으로 직업재활급여가 법정급여로 변경되어 이러한 문제점이 해소되었다. 직업재활급여로 현물급여인 직업훈련, 훈련기간 동안 1일당 최저임금을 지급하는 직업훈련수당, 사업주에게 최장 12개월간 지급되는 직장복귀지원금, 최장 3개월간 지급되는 직장적응훈련비 및 재활운동비가 있다.

2. 산재보험제도의 적용과 보험료 징수체계

1) 산재보험의 적용

산재보험은 근로자를 사용하는 모든 사업장에 적용되고 법의 적용을 받는 사업주라면 산재보험에 의무적으로 가입해야 하는 강제 사회보험 방식으로 운영된다. 또한 당연적용 대상이 아니라도 산재보험의 적용을 받을 수 있는 임의가입제도를 병행하여 시행한다.

(1) 당연적용

당연적용 사업이란 사업을 시작하여 산재보험제도의 적용요건을 충족하게 되면 사업주의 의사와는 상관없이 자동적으로 보험관계가 성립하는 사업을 의미하며, 1인 이상 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장은 당연적용 대상사업에 해당한다. 따라서 사업주가 보험관계 성립신고를 하지 않았더라도, 소정의 요건에 충족되어 해당 사업장이 당연적용사업에 해당하게 되는 날 이후에는 해당 사업장에서 근로를 제공하다가 재해를 당한 근로자라면 누구나 〈산재보험법〉상 보상을 받을 수 있다. 2000년부터 농업, 임업, 어업, 수렵업 등 근로자 5명 이상인 경우에만 적용되는 일부 업종을

제외하고 모든 업종에서 1인 이상, 건설공사 2천만 원 이상인 사업장은 산재보험 당연적용사업장에 해당된다.

① 현장실습생에 대한 산재보험 적용특례

〈산재보험법〉이 적용되는 사업에서 현장실습을 하는 학생 및 직업교육훈련생 중 고용노동부 장관이 정하는 현장실습생은 당해사업에 사용하는 근로자로 보아 산재보험 적용대상으로 한다. 이는 산업현장에서 일반근로자와 동일한 위험권 내에서 작업하는 현장실습생들을 산업재해로부터 보호하기 위한 것으로서 1998년부터 시행하고 있다.

② 특수형태근로종사자

특수형태근로종사자는 〈근로기준법〉상 근로자로 인정되지 않아 그동안 산재보험의 보호를 받지 못했으나, 노사정위원회 합의를 거쳐 2008년 7월부터 산재보험 적용특례제도를 도입하여 시행하고 있다. 2008년도에 보험모집인, 콘크리트믹서트럭자차기사, 학습지교사, 골프장캐디의 4개 직종을, 2012년에는 택배기사, 전속퀵서비스기사 2개 직종을 당연적용 대상에 포함시켰다. 이러한 특수형태근로종사자를 고용하는 사업주는 산재보험 당연적용 대상이 되며, 다만 그 근로자성 여부에서 기인한 특수성으로 인해 적용제외를 신청할 수 있도록 허용한다.

(2) 임의가입

임의적용 사업은 〈산재보험법〉상 당연적용 대상이 아닌 사업으로서 보험가입 여부가 사업주의 자유의사에 일임되어 있는 사업을 말한다. 임의가입 사업의 경우에도 보험가입자는 당연적용 사업과 동일하게 사업주가 되며, 보험자의 승인을 얻으면 보험가입자가 될 수 있다(〈표 9-1〉 참조).

〈표 9-1〉 산재보험의 적용대상자

구분	적용대상
당연적용	금융보험업, 광업, 제조업, 전기가스, 수도사업, 운수, 창고 및 통신업, 벌목업, 기타의 사업은 상시근로자 1인 이상
	농업, 임업, 어업, 수렵업 중 법인이 아닌 경우는 상시근로자수 5인 이상
	건설업은 공사금액 2천만 원 이상, 연면적 100㎡ 이상 건축물의 건축, 연면적 200㎡ 이상 건축물의 대수선 공사
임의적용	보험가입자로 50명 미만 근로자를 사용하는 사업주
	운수업에서 근로자를 사용하지 않는 여객 및 화물자동차 사업주
	건설업에서 근로자를 사용하지 않는 건설기계 사업주
특례적용	보험설계사, 콘크리트믹서트럭자차기사, 학습지교사, 골프장캐디, 택배기사, 전속퀵서비스기사

자료: 고용노동부, 2015 요약.

① 중소기업 사업주

중소기업 사업주의 경우 사실상 근로에 종사하는 경우가 많은 점을 감안하여 보험가입자로서 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주와 업무상 재해 위험이 높아 산재보험을 통해 보호의 필요성이 있는 직종 중 근로자를 사용하지 않는 사업주에 대해 산재보험 임의가입이 가능하도록 하였다. 2005년부터 근로자를 사용하지 않고 자동차를 사용하여 여객 또는 화물운송사업을 하는 사람을 임의가입할 수 있도록 하였다. 2009년부터는 건설기계사업을 하는 사람, 2012년에는 퀵서비스업자 및 비전속 퀵서비스기사와 예술인까지 점차 그 대상을 확대했다. 중소기업 사업주에 대한 보험료 및 보험급여의 산정기준이 되는 임금액 및 평균임금은 고용노동부 장관이 고시하는 금액으로 하고, 보험료율은 당해사업에 적용하는 보험료율로 한다.

② 해외파견 근로자

해외 현지법인에 파견된 근로자의 경우 속지주의 원칙에 따라 국내 〈산재보험법〉의 보호를 받지 못하는 것이 일반적이다. 그러나 당해 사업주가 보험자인 근로복지공단에 보험가입 신청을 하여 승인을 얻는 경우에는 당해

사업주가 대한민국 영역 안에서 행하는 사업에 해당 해외파견자를 사용하는 것으로 보아 해외파견자도 국내 〈산재보험법〉의 적용을 받게 된다. 해외파견자 보험료 징수 시 적용되는 산재보험료율은 산업재해보상에 소요되는 금액 등을 고려하여 매년 별도로 고용노동부 장관이 정하여 고시한다.

2) 산재보험의 보험료 징수체계

산재보험의 재원은 보험가입자인 사업주가 부담하는 보험료로 조달한다. 산재보험은 다른 사회보험과는 달리 사용자부담 원칙을 채택하는데 이를 통해 사업주에게 부과되는 〈근로기준법〉상 재해보상책임은 물론 민법, 기타 법령에 의한 손해배상 책임의 전부 또는 일부를 면제하여 사용자에게는 법적 금전적 위험부담을 분산시켜 주고 재해근로자에게는 신속한 보상을 받을 수 있도록 한다.

(1) 산재보험료율 설정

사업장에 부과되는 산재보험료율은 원칙적으로 사업종류별로 적용하나, 업종 내 모든 사업장에 일률적으로 동일한 보험료율을 적용할 경우 재해가 적은 사업장의 사업주는 불만을 갖게 되고 재해가 높은 사업장의 사업주는 적극적 재해예방 노력을 하지 않을 우려가 있다. 이러한 점을 고려하여 1969년부터 개별실적료율제도를 도입하여 개별사업장의 재해발생 정도에 따라 산재보험료율을 일정범위 내에서 증가 또는 경감시켜 주고 있다. 결국 사업장이 부담하는 보험료율은 업종별로 부과되는 업종별 보험료율과 개별사업장에 부과되는 개별실적료율제도의 할인·할증을 고려하여 결정된다. 물론 개별실적료율제도를 적용받지 않는 사업장은 업종별 보험료율만 적용받게 된다.

① 업종별 보험료율 산정

업종별 보험료율은 매년 6월 30일을 기준으로 과거 3년간의 보수총액에 대한 산재보험 급여총액의 비율을 기초로 하고, 〈산업재해보상보험법〉에 따른 연금 등 보험급여에 소요되는 금액, 재해예방 및 재해근로자 복지증진 등에 소요되는 비용 등을 고려하여 사업종류별로 구분하여 정해진다. 산재보험료율은 순보험료율과 부가보험료율로 구성되어 있는데, 순보험료율은 보험급여지급률과 추가지출률로 구성된다.

산재보험료율(100%) = 순보험료율(보험급여지급률 + 추가지출률) (85%) + 부가보험료율(15%)

순보험료율의 구성요소인 보험급여지급률은 과거 3년간 임금총액에 대한 산재보험급여 총액의 비율을, 추가지출률은 당해연도 임금총액 추정액에 대한 〈산재보험법〉에 따른 연금 및 급여개선 등 당해 보험연도에 추가로 지급될 금액을 고려한 조정액의 비율을 의미하고, 부가보험료율은 산재예방·재해근로자 복지 등의 산재보험사업에 소요되는 비용으로서 전 사업에 균등하게 사용되는 비용과 업종별 재해발생 정도에 따라 차등부담하는 비용이 포함되며, 각각 사업종류별 보수총액의 구성비율과 보험급여지급률의 구성비율에 따라 분할·가감하여 결정된다.

② 개별실적료율제도

업종별 보험료율이 가지는 한계를 보완하여 기업의 산재예방 활동을 유도하고, 재원조달에 참여하는 기업 간 형평성을 높이기 위해서 개별실적료율을 적용한다. 업종별 보험료율은 업종 내 사업장별로 상이한 위험특성 및 산재예방 노력을 적절히 반영하지 못하는 한계가 있으며, 개별실적료율제도는 이로 인해서 발생하는 형평성의 왜곡을 완화하는 역할을 한다.

〈표 9-2〉 연도별 산재보험료율

(단위: 천분율)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
평균보험료율	17.8	19.5	19.5	18.0	18.0	17.7	17.7	17.0	17.0	17.0
최고료율	611	522	553	360	360	354	354	340	340	340
최저료율	5	6	7	7	6	6	6	6	6	7

자료: 고용노동부, 2015: 86 요약.

이에 추가하여 개별실적료율제도는 잘못된 업종 분류에서 발생할 수 있는 사업장의 반발을 완화하는 역할도 수행한다. 즉, 개별실적료율제도는 개별사업장의 재해발생 정도에 따라 산재보험료율을 일정범위 내에서 증가 또는 경감시켜 준다.[1]

현재 개별실적료율[2]은 산재보험 관계 성립 후 3년이 지난 사업 중에서 ① 건설업 및 벌목업을 제외한 사업으로서 상시근로자 10인 이상인 사업, ② 건설업 중 일괄적용을 받는 사업으로서 매년 당해 보험연도의 2년 전 보험연도의 총공사 실적이 20억 원 이상인 사업에 대해 적용되며, 보험수지율[3]에 따라 당해업종 산재보험료율의 50% 범위 내에서 사업규모별로 차등을 두어 다음 연도 산재보험료율을 인상, 인하해 준다(〈표 9-2〉 참조).

1) 1969년에는 ±30% 범위 내에서 인상·인하해 주었다가, 1986년부터는 ±40%, 1996년부터는 ±50%로 확대하였다.

2) 개별실적료율 = 해당사업종류의 일반료율 ± (해당사업종류의 일반료율 × 수지율에 따른 증감비율), 수지율 = 과거 3년간 보험급여 총액을 보험료 총액으로 나눈 비율.

3) 수지율 = 과거 3년간 보험급여 총액을 보험료 총액으로 나눈 비율.

(2) 보험료 징수제도

① 보험료 신고 납부제도

건설업과 벌목업에서는 산재보험료의 신고·납부 의무자는 사업주이며 자진신고 납부를 원칙으로 한다. 산재보험료 납부는 산재보험사업의 원활한 수행을 위해서 추정된 보험료 전액을 일시에 선납하고(개산보험료) 사후에 정확한 보험료를 확정하여(확정보험료) 신고하도록 한다.

가. 개산보험료

개산보험료는 매 보험연도 초에 미리 납부하게 될 보험료를 의미하며 산재보험 적용사업장의 근로자에게 그해 지급될 것으로 추정되는 보수총액에 산재보험료율을 곱하여 산정된다.

나. 확정보험료

확정보험료는 매 보험연도 초일부터 연도 말일 또는 보험관계가 소멸하는 날의 전날까지 해당 사업장 근로자에게 실제로 지급한 보수총액을 기준으로 산정하며 사업주는 다음 보험연도 3월 31일까지 확정보험료를 신고하고 부족분을 납부해야 한다.

② 보험료 부과 고지제도

사회보험별로 상이하게 운영되던 보험료 부과체계를 통일시키기 위해 고용산재보험료 산정기준을 2011년부터 임금에서 보수로 변경하고, 기존의 자진신고 납부에서 월별 부과고지로 납부방식을 변경하였다.

이에 따라 2011년부터 근로복지공단이 매월 보험료를 산정부과하고 국민건강보험공단이 징수하게 됐고, 고용상황 및 보수총액 등을 파악하기 어려워 월별부과고지를 적용하기 어려운 건설업, 벌목업 등은 기존의 자진신고 납부방식을 유지하도록 하고 있어서 보험료 부과체계가 이원화되어 있다.

3. 산재보험제도의 보상과 재활체계

1) 산재보험급여

(1) 요양급여

요양급여는 근로자가 업무상 사유로 부상을 당하거나 질병에 걸려 4일 이상의 요양이 필요한 경우,[4] 이를 치유할 때까지 지급되는 보험급여로서 원칙적으로는 현물로 지급한다. 즉, 치료를 위해 요양한 기간 동안 소요되는 일체의 비용을 근로자가 직접 지급받지 않고, 산재보험 지정 의료기관의 진료 등을 통해 보상받게 되며, 비용은 보험자인 근로복지공단이 해당 요양기관에 직접 지급하는 것이다. 그러나 부득이한 사유로 현물급여인 요양을 받을 수 없는 때에는, 예외적으로 근로자 자비로 실시한 요양에 대해 직접 현금을 지급하는 경우도 있다.

① 요양급여의 범위 및 지급수준

요양급여 범위는 원칙적으로 상병치료에 필요하고 적절한 모든 의학적 조치가 포함된다. 다만 일반적으로 학회 등에서 공인되지 않은 특수요법 및 신요법, 또는 연구목적의 진료는 그 범위에서 제외된다.

〈산재보험법〉 제 40조 제 4항은 진찰 및 검사, 약제 또는 진료 재료와 의지나 그 밖의 보조기 지급, 처치 · 수술 그 밖의 치료, 재활치료, 입원, 간호 및 간병, 이송, 그 밖에 고용노동부령으로 정하는 사항을 요양급여의 범위로 정한다.

---

4) 부상 또는 질병이 3일 이내의 요양으로 치유되는 때는 〈근로기준법〉에 따라 사업주가 재해보상을 하고, 업무상 사유로 사망한 때에는 치료기간이 3일 이내더라도 산재보험에 의한 요양급여를 지급한다.

② 재요양

요양급여를 받은 자가 치유 후 요양의 대상이었던 부상 또는 질병이 재발하거나, 치유 당시보다 상태가 악화되어 이를 치유하기 위해 적극적 치료가 필요하다는 의학적 소견이 있으면 다시 요양급여를 받을 수 있는데, 이때 실시하는 요양을 재요양이라 한다.

재요양을 받을 수 있는 사유는 첫째, 당초 치유된 업무상 부상 또는 질병과 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병 사이에 의학적으로 상당 인과관계가 인정된다. 둘째, 재요양 대상이 되는 부상이나 질병의 상태가 치유 당시보다 악화된 경우로서 나이나 그 밖에 업무 외의 사유로 악화된 경우가 아니며, 셋째, 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병 상태의 호전을 위하여 수술 등 적극적 치료가 필요한 경우, 넷째, 재요양을 함으로써 치료효과가 기대된다는 의학적 소견이 있는 경우이다.

③ 치료종결

산재근로자가 업무상 재해에 대해 계속 치료를 받음에도 불구하고 더 이상 치료의 효과를 기대할 수 없는 경우가 발생되기도 하는데, 이러한 상태에 이르게 되면 산재근로자에 대한 치료종결을 하게 된다. 이때 치료종결은 보험자인 근로복지공단에 구성된 자문의사회의에서 심의 후 결정토록 되어 있다. 근로자의 상병증상이 고정된 상태에 이르러 의학적 치료 효과를 더 이상 기대할 수 없다고 결정이 되면 당해 산재근로자의 치료는 종결되고, 요양급여도 지급되지 않는다. 물론 치료가 종결된 후에도 남아 있는 장해에 대해서는 장해등급에 따라 장해급여가 지급된다.

(2) 휴업급여

휴업급여는 산재근로자가 요양으로 인하여 취업하지 못하는 경우, 그 기간에 대하여 지급되는 보험급여로서,[5] 평균임금의 100분의 70에 상당하는 금액을 지급한다. 산재근로자가 요양으로 인해 취업하지 못하는 동안에는

사업주로부터 임금을 받지 못하여 가족의 생계를 꾸리는 데 많은 어려움을 겪게 되고, 본인도 안심하고 치료를 받을 수 없어 노동력 회복에 지장을 가져올 수 있으므로, 이러한 악순환의 고리를 차단하기 위해 산재근로자의 생계유지수단으로 지급되고 있다.

① 휴업급여 지급수준

휴업급여는 일반적으로 해당 근로자 평균임금의 100분의 70에 해당하는 금액을 취업하지 못한 기간 동안의 일수만큼 지급하지만, 다음과 같은 경우에는 그 지급수준을 달리한다.

첫째, 평균임금의 70%가 당해연도 최저 보상기준 금액의 80%보다 적은 저소득근로자에게는 평균임금의 90%를 1일 휴업급여로 지급하되, 이 평균임금의 90%가 최저 보상기준 금액의 80%를 초과하는 경우에는 최저 보상기준금액의 80%를 휴업급여로 지급한다. 또한 위의 모든 경우에 대해 산정한 휴업급여 지급액이 〈최저임금법〉 제 5조에 의거한 최저임금액에 미달하는 경우에는 최저임금액을 1일 휴업급여로 지급한다.

둘째, 재요양 기간 중에 지급되는 휴업급여는 재요양 당시의 소득을 기준으로 하여 새로 산정된 평균임금을 기준으로 지급하되, 재요양 당시 소득이 없거나, 새로 산정된 평균임금의 70%가 최저임금액보다 적은 경우에는 최저임금액을 휴업급여로 지급된다.

셋째, 휴업급여를 지급받는 근로자가 61세에 도달한 이후에는 당해 근로자가 지급받던 휴업급여 지급액에서 매년 4%p 씩 감액하여 지급하고, 65세 이후부터는 20%p를 감액하여 지급한다. 단 61세 이후에 취업한 근로자가 업무상 재해를 입어 요양하는 경우에는 재해발생일로부터 2년간은 이를 감액하지 못하며, 61세 이전에 업무상 질병으로 장해급여를 받은 자가 61세 이후 최초로 요양하는 경우에도 마찬가지이다.

---

5) 다만 취업하지 못한 기간이 3일 이내인 경우에는 휴업급여를 지급하지 아니한다.

② 부분휴업급여

부분휴업급여는 요양 중에 취업이 가능한 산재근로자가 일정 기간 또는 단시간 취업을 하는 경우에 지급되는 보험급여로서 2008년 7월부터 시행되고 있다. 휴업급여는 취업하지 못한 경우에 지급되는 것이므로 부분적으로라도 취업한 경우에는 휴업급여를 지급받지 못하게 된다. 따라서 산재근로자가 취업할 수 있는 상병상태임에도 불구하고 이를 회피하게 되는 경우, 조기 직업복귀가 느려지고 상대적으로 요양이 장기화될 수 있으므로 요양기간 동안 취업하는 경우에도 보험급여를 지급해 주자는 취지에서 도입됐다.

부분휴업급여는 휴업급여의 산정에 적용되는 평균임금에서 요양기간 중 취업하여 근로한 날 또는 시간에 대해 받은 임금을 뺀 금액의 90%인 '취업시간에 해당하는 부분휴업급여액'과 1일 휴업급여액에 8시간(법정근로시간) 대비 취업하지 못한 시간의 비율을 곱한 금액인 '미취업시간에 해당하는 부분휴업급여액'을 합하여 지급된다.

다만 최저임금액을 휴업급여로 지급받는 자가 취업한 경우, 최저임금액에서 취업하여 받은 임금을 뺀 차액 전부가 지급되며, 고령자의 경우에는 최저임금액에서 고령자 감액비율을 고려하여 산정된 금액이 지급된다.

(3) 장해급여

장해급여는 업무상 재해를 입은 근로자가 치유[6] 후에도 신체 등에 장해가 남아 있는 경우에 지급하는 보험급여로서, 장해로 인한 노동력 상실에 대해 그 손실 전보를 위해 지급하는 것이다. 장해급여는 산재근로자의 장해등급에 따라 그 지급금액이 달라진다.

---

6) 치유란 부상 또는 질병이 완치되거나 더 이상 치료해도 효과를 기대할 수 없거나 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

① 장해급여 지급수준 및 방법

장해급여는 장해보상연금과 장해보상일시금으로 나뉘고, 장해등급에 따라 그 지급방법이 상이하다. 장해등급 제1급부터 제3급까지는 연금으로만 지급하는 것이 원칙이며, 장해등급 제4급부터 제7급까지는 연금과 일시금 중 선택이 가능하고, 제8급부터 제14급까지는 일시금으로만 지급된다. 그러나 다음의 경우에는 지급방법을 달리할 수 있다. 첫째, 제1급부터 제3급까지의 연금수급권자 중 대한민국 국민이 아닌 자로서 외국에 거주하는 근로자에게는 일시금을 지급해야 하며, 둘째, 연금수급권자 중 생계대책 등을 위해 연금의 일부를 선지급 신청을 하는 경우, 제1급부터 제3급은 연금의 1년분부터 4년분까지의 50%에 상당하는 금액을 일시금으로 선지급할 수 있다.[7] 이때 나머지 50%는 선지급 기간 동안 매달 연금으로 지급한다(〈표 9-3〉 참조).

〈표 9-3〉 장해급여 지급기준

장해등급	연금	일시금	선급금
제1급	평균임금 329일분	평균임금의 1,474일분	연금지급대상이나 선급금 신청 시
제2급	291일분	1,309일분	연금의 4년분까지 해당금액의
제3급	257일분	1,155일분	50%를 일시에 지급 가능
제4급	224일분	1,012일분	연금과 일시금 중 선택이 가능하나
제5급	193일분	869일분	연금을 선택하면서 선급금을 신청할
제6급	164일분	737일분	경우 연금의 2년분까지 해당 금액의
제7급	138일분	616일분	50%를 일시에 지급 가능
제8급		495일분	
제9급		385일분	
제10급		297일분	
제11급		220일분	
제12급		154일분	
제13급		99일분	
제14급		55일분	

자료: 고용노동부, 2015 요약.

7) 장해등급 제4급부터 7급까지는 연금의 1년분부터 2년분까지의 50%에 상당하는 금액을 일시금으로 선지급할 수 있다.

② 장해보상연금 차액일시금

연금수급권자가 일시금보다 적은 연금을 지급받은 상태에서 사망하였다면, 유족은 그 차액을 지급받을 수 있는데, 이는 연금을 지급받다가 수급권이 소멸되더라도 최소한 장해보상일시금에 해당하는 금액만큼은 보장해 주자는 취지에서 1981년에 도입되었다.

③ 장해등급 재판정에 따른 급여지급

장해급여는 요양종결 후 남은 장해의 정도에 따라 연금 또는 일시금으로 지급한다. 그러나 치유 당시의 장해상태가 시간의 경과에 따라 회복 또는 악화되는 경우에도 판정 당시의 등급에 따라 그대로 지급하는 불합리한 측면이 있었다.

이러한 문제점을 해결하기 위해 2008년 장해등급 재판정제도를 도입하였고, 장해보상연금 수급권자 중 장해상태가 호전되거나 악화되어 치유 당시 결정된 장해등급이 변경될 가능성이 있는 경우 장해보상 연금의 지급결정을 받은 날을 기준으로 2년이 지난 날부터 1년 이내에 재판정을 받도록 하고 있다.

(4) 상병보상연금

상병보상연금은 요양급여를 받는 근로자가 병원에서 치료를 시작한 후 2년이 경과하도록 치료가 되지 않아 병의 증상이 고정되지 아니하고, 그 부상 또는 질병 상태가 폐질등급 제1급~제3급에 해당하는 경우에 휴업급여 대신 지급하는 보험급여이다. 이는 장기요양 중인 근로자와 그 가족들의 요양에 따른 부대비용 지출 등 재정적 부담을 완화해 줌으로써, 생활을 안정시키고 재기의욕을 고취시키기 위해 도입된 보험급여로서, 휴업급여보다 보상수준을 높여 지급한다.

상병보상연금은 폐질등급에 따라 그 지급수준을 달리하며, 제1급에 해

당하는 근로자에게는 평균임금의 329일분이, 제2급에 해당하는 근로자에게는 평균임금의 291일분이, 제3급에 해당하는 근로자에게는 평균임금의 257일분이 지급된다. 다만 해당 근로자의 평균임금이 최저임금액의 70분의 100보다 적으면 최저임금액의 70분의 100에 해당하는 금액을 그 근로자의 평균임금으로 보아 상병보상연금이 산정되며, 상병보상연금을 지급받는 근로자가 61세에 도달한 이후에는 당해 근로자가 받던 상병보상연금에서 매년 4%p, 65세 이후에는 20%p가 감액 지급된다.

(5) 유족급여

유족급여는 사망 근로자의 임금으로 생활하던 유족에게 근로자의 사망으로 인해 상실된 피부양 이익을 보상하고 유족의 생활을 보장해 주기 위해 지급되는 보험급여로서, 유족보상연금과 유족보상일시금으로 구분된다.

① 유족급여 수급자격자 및 수급권자

유족급여는 연금으로 지급하는 것이 원칙이며, 유족보상연금의 수급자격자는 근로자의 사망 당시 그 근로자와 생계를 같이하고 있던 자로서, 처, 60세 이상인 남편, 부모, 조부모 및 18세 미만인 자녀, 손자녀 그리고 18세 미만 또는 60세 이상의 형제자매이고, 〈장애인복지법〉상 장애등급 제2급 이상의 남편, 부모, 조부모, 자녀, 손, 형제자매는 연령에 관계없이 수급자격을 가진다. 유족보상연금 수급자격자 중 가장 선순위에 해당하는 사람이 유족보상연금 수급권자가 된다.

② 유족급여 지급수준 및 방법

연금은 기본적으로 유족보상연금 수급자격자수에 따라 차등적으로 가산된다. 즉, 기본금액에 가산금액(연금수급권자 및 수급자격자 1인당 급여기초연액의 5%에 상당하는 금액)을 합산하여 지급하는데, 그 가산금액은 급여

〈표 9-4〉 유족급여 지급기준

구분		급여액	가산금액
연금	기본금액	급여기초연금액의 47%	-
	1인	52%	5%
	2인	57%	10%
	3인	62%	15%
	4인	67%	20%
일시금	-	평균임금의 1,300일분	-

자료: 고용노동부, 2015: 111

기초연금액의 20%를 넘지 못한다. 유족급여는 연금으로 지급하는 것이 원칙이나 다음과 같은 경우에는 일시금으로 지급할 수 있다(〈표 9-4〉 참조).

첫째, 연금수급 자격자가 원하는 경우에는 일시금과 연금을 혼합하여 지급할 수 있다. 이 경우에 일시금으로는 유족보상일시금의 50%에 해당하는 금액을 지급하고 연금은 해당 유족보상연금의 50%을 감액하고 지급한다.

둘째, 근로자가 사망할 당시 유족보상연금을 받을 자격이 있는 자가 없는 경우에는 평균임금의 1,300일분에 상당하는 금액을 지급한다. 이때 유족보상일시금에 대한 유족 간 수급권의 순위는 유족보상연금 수급권자 순위와 동일하다.

③ 유족보상연금 수급자격의 상실 및 차액 일시금

유족보상연금 수급자격자도 사망하거나 재혼한 경우, 사망한 근로자와의 친족관계가 끝난 경우, 18세가 된 경우 및 장애 상태가 해소된 경우에 수급자격이 상실된다. 연금수급권자가 그 자격을 잃은 경우, 유족보상연금을 받을 권리는 같은 순위자가 있으면 같은 순위자에게, 없으면 다음 순위자에게 이전되며, 수급자격자수가 감소하게 됨에 따라 조정된 연금액을 지급받게 된다.

또한 장해보상연금과 마찬가지로, 유족보상연금을 지급받다가 수급권이 소멸된다 할지라도 연금수급권자는 최소한 유족보상일시금에 해당하는 금액만큼은 보장받게 된다. 즉, 유족보상연금을 받던 자가 그 수급자격을 잃고 다른 수급자격자가 없는 경우, 이미 지급한 연금액을 지급 당시 각각의 평균임금으로 나누어 산정한 일수의 합계가 1,300일에 못 미치면, 그 못 미치는 일수에 수급자격 상실 당시의 평균임금을 곱해 산정한 금액을 유족보상연금 수급자격 상실 당시의 유족에게 일시금으로 지급된다. 이때 유족보상연금 차액일시금을 지급받는 유족의 순위는 수급권 순위대로 적용된다.

(6) 장의비

장의비는 근로자가 업무상 재해로 사망했을 때 장제에 소요되는 비용을 지급해 주는 보험급여로서, 실비지급의 성격이기 때문에 반드시 유족이 아니라도 실제로 장제를 실행한 사람에게 지급된다. 장의비 수급권자가 장제를 행한 유족인 경우에는 실제 장제비용에 상관없이 평균임금의 120일분에 상당하는 금액을 지급한다. 그러나 근로자 간 임금수준의 차이로 불합리한 경우가 발생할 수 있으므로 매년 고용노동부 장관이 장의비의 최고수준과 최저수준을 고시하고, 이 범위를 벗어나는 경우 각각 최고 및 최저수준으로 고시된 금액을 해당 장의비로 지급한다.

(7) 간병급여

간병급여는 증상의 고정으로 요양을 종결한 근로자 중 일상생활에 필요한 동작을 하기 위해 간병이 필요한 경우, 실제로 간병을 받은 날에 대해 지급되는 보험급여로서 2000년 7월에 도입되었다. 간병급여에는 상시간병급여와 수시간병급여가 있다.

상시간병급여는 ① 신경계통의 기능, 정신기능 또는 흉복부장기의 기능

에 장해등급 제1급에 해당하는 장해가 남아 일상생활에 필요한 동작을 하기 위하여 항상 다른 사람의 간병을 필요로 하는 자 ② 두 눈, 두 팔 또는 두 다리의 장해가 장해등급 제1급에 해당하는 장해가 남고, 다른 부위에 장해등급 제7급 이상에 해당하는 장해가 남아 일상생활에 필요한 동작을 하기 위하여 항상 다른 사람의 간병을 필요로 하는 자에게 지급된다.

수시간병급여는 ① 신경계통의 기능, 정신기능 또는 흉복부장기의 기능에 장해등급 제2급에 해당하는 장해가 남아 일상생활에 필요한 동작을 하기 위하여 수시로 다른 사람의 간병을 필요로 하는 자, ② 장해등급 제1급(조정의 결과 제1급이 되는 경우 포함)에 해당하는 장해가 남아 일상생활에 필요한 동작을 하기 위하여 수시로 다른 사람의 간병을 필요로 하는 자에게 지급된다. 상시 간병급여는 고용노동부 장관이 고시하는 금액을 기준으로 하며, 수시 간병급여는 상시 간병급여 수준의 3분의 2에 해당한다(〈표 9-5〉 참조).

(8) 직업재활급여

직업재활급여는 그동안 예산사업으로 수행해오던 직업훈련 지원사업, 원직장복귀지원금, 직장적응훈련비, 재활운동비를 요양과 재활의 연계를 강화하기 위해 법정급여화한 것이다. 산재근로자에 대한 재활사업이 주로 현금보상 위주의 예산사업으로 추진되어, 지원을 필요로 하는 산재근로자에게 지속적 도움을 줄 수 없는 등 사업을 안정적으로 추진하는 데에 한계가 있어, 2008년 7월부터 재활사업 일부를 보험급여로 전환하였으며, 이를 통해 앞으로 산재근로자의 재취업 및 원직장 복귀 등이 촉진될 것으로 전망된다(〈표 9-6〉 참조).

〈표 9-5〉 산재보험급여 종류 및 내용

구분		지급요건	지급수준 및 지급기간
보험급여	요양급여	• 적용사업장의 근로자가 업무상 부상 또는 질병으로 4일 이상 요양한 경우	• 부상 또는 질병이 치유될 때까지 보험시설 또는 지정 의료기관에서 요양
	휴업급여	• 요양으로 인해 취업하지 못한 기간 동안 지급	• 평균임금의 70% 지급 - 최고보상기준: 1일 180,919원의 70% - 최저임금(1일 41,680원) 미달 시 최저임금 지급
	상병보상연금	• 2년 이상 요양 중인 재해자 중 폐질등급 제1급~제3급 해당자에게 지급	• 제1급(329일분), 제2급(291일분), 제3급(257일분) 휴업급여 대신 지급
	장해급여	• 치료종결 후 신체에 장해가 남아 있는 산재근로자에게 장해보상 연금 또는 일시금 지급	• 연금: 제1급(329일)~제7급(138일) • 일시금: 제8급(495일분)~제14급(55일분) 제1급~제3급은 연금으로만 지급(최고 4년분 선급), 제4급~제7급은 연금과 일시금 중 선택(최고 2년분 선급), 제8급~제14급은 일시금으로만 지급
	유족급여	• 업무상 사유로 사망한 근로자의 유족에게 지급	• 연금: 급여기초연액 + 가산금액 (평균임금 × 365)의 52~67% • 일시금: 평균임금의 1,300일분
	간병급여	• 치료종결 후 간병(상시, 수시) 필요하여 실제로 간병을 받은 자에게 지급	• 상시간병: 1일당 41,170원(2014년 기준) • 수시간병: 1일당 27,450원(2014년 기준)
	직업재활급여	• 장해 1급~12급 장해급여를 받은 자 또는 요양 중으로 장해 1급~12급을 받을 것이 명백한 자 • 미취업자, 다른 훈련 미해당자	• (근로자 지원) 직업훈련비용 및 훈련수당 • (사업주 지원) 직장복귀지원금, 직장적응훈련비 및 재활운동비
	장의비	• 업무상 사망에 대하여 실제 장제를 행한 자에게 지급	• 평균임금의 120일분 - 최고 13,459,060원(2014년 기준) - 최저 9,539,140원(2014년 기준)

자료: 고용노동부, 2015 요약.

〈표 9-6〉 연도별 급여종류별 보험급여 지급 현황

(단위: 명, 백만 원)

구분	2012년		2013년		2014년	
	수급자	금액	수급자	금액	수급자	금액
합계	244,002	3,851,287	245,399	3,795,434	252,106	3,926,559
요양급여	163,597	718,017	163,757	723,328	168,566	740,574
휴업급여	113,507	724,162	111,432	731,329	110,843	779,382
장해급여	95,229	1,712,958	93,524	1,629,027	93,689	1,667,219
유족급여	20,764	407,498	22,194	441,922	23,517	476,889
상병보상연금	5,895	195,211	5,261	169,397	5,058	166,516
장의비	2,172	23,259	2,255	24,835	2,169	24,477
간병급여	5,261	51,682	5,448	55,193	5,487	54,671
직업재활급여	5,189	18,500	4,809	20,403	4,245	16,832

자료: 근로복지공단, 각 연도.

2) 재활사업

산재보험제도는 1964년 도입된 이후 산재근로자의 보호를 위한 중추적 역할을 담당했으나 그동안 급여수준 인상에만 치중하여 제도 전반의 균형이 이루어지지 못했다는 지적을 받았다. 특히 산재근로자의 치료종결 후 사회복귀 촉진을 위한 재활기능이 미비한 상태였다. 이를 개선하기 위해 산재근로자에 대한 재활사업 및 사회복귀의 중요성을 2000년 개정된 산재보상보험법에 명시하고 재해근로자에 대한 사후관리기능을 강화하는 계기를 마련했다. 초기정책은 안산과 광주 훈련원 등 직업훈련원을 개설하여 직접 직업훈련서비스를 제공했으나, 1998년 근로복지공단에 재활사업부를 신설하면서 재활업무를 독자적으로 추진할 수 있는 행정적 여건을 마련했다. 이후 2001년부터 재활사업 5개년 계획, 2006년부터 2014년까지 3차에 걸친 3년 단위의 재활중기발전계획을 수립, 추진함으로써 현재 재활사업체계의 토대를 마련했다.

현행 재활사업체계는 크게 의료재활, 사회심리재활, 직업재활로 구분할 수 있다. 첫째, 의료재활은 산재근로자가 신체의 기능 일부를 상실했을 때 이를 육체적 측면뿐만 아니라 정신적·직업적 측면까지 고려하여 산재근로자의 신체상태 회복을 목적으로 하여, 근로복지공단 직영병원의 7개 재활전문센터와 46개 재활인증의료기관을 중심으로 지원하며, 합병증 등 예방관리제도가 여기에 해당된다. 둘째, 사회심리재활은 산재근로자들이 가지는 자기행동제한, 신체부상에 따른 불안 및 욕구불만 등을 제거하고 새로운 가능성을 찾도록 도움을 제공하려는 것으로 현재 시행되는 제도로는 재활스포츠, 심리상담, 희망찾기프로그램, 사회적응프로그램, 취미활동반 등이 있다. 셋째, 직업재활은 산재근로자의 직업복귀 즉 원직장복귀, 재취업 및 창업을 목적으로 직장복귀 지원사업, 직업훈련 지원사업, 창업지원 사업을 지원한다(〈표 9-7〉 참조).[8]

8) 직업재활사업은 도입된 이후 예산사업으로 수행되다가, 직업훈련사업의 일부와 직장복귀 지원사업 전체가 2008년 7월부터 직업재활급여라는 명칭으로 법정급여화되었다.

〈표 9-7〉 산재보험제도의 재활사업체계

구분	사업명	사업내용
의료재활	전문재활치료	• 근로복지공단 직영병원 7개 재활전문센터 및 46개 재활인증의료기관 중심으로 지원
	합병증 등 예방 관리제	• 치료종결 후 업무상 상병의 악화, 재발 또는 합병증 방지를 위한 진료비 및 약제비 지원
사회심리재활	재활스포츠	• 대상: 통원요양환자 및 산재장해인으로 팔·다리, 척추 등의 기능에 장해가 남은 자 • 내용: 스포츠활동에 대해 3개월간 월 10만 원 이내의 수강료 지원
	심리상담	• 요양 중 심리안정·재활의욕 고취를 위한 개별심리상담
	희망찾기 프로그램	• 대상: 업무상 재해로 요양 중인 산재환자 • 내용: 산재근로자에게 요양초기 사고로 인한 스트레스, 정신불안 해소 및 심리안정을 지원하여 조속한 사회 및 직업복귀를 촉진
	사회적응 프로그램	• 대상: 장해등급 판정일로부터 3년 이내 및 2년 이상 통원자 • 내용: 장애수용능력 향상, 자기효능감 회복 및 증진
	진폐환자 취미활동반	• 진폐 등 진행성 질병으로 입원 중인 산재근로자에게 취미활동 지원
직업재활	직업훈련 비용 지원	• 대상: 요양 종결 후 직업에 복귀하지 못한 산재장해인(60세 미만) • 내용: 훈련비(12개월 범위 내 2회까지 연 600만 원 한도), 훈련수당(훈련시간·기간 등에 따라 차등지급)
	원직장 복귀 지원	**직업재활급여** • 직장복귀지원금: 장해급여자를 원직장에 복귀시켜 6개월 이상 고용을 유지한 사업주(최대 12개월 / 1급~3급 월 60만 원, 4~9급 월 45만 원, 10~12급 월 30만 원) • 직장적응훈련비: 원직장에 복귀한 장해급여자에게 직무수행 및 직무전환에 필요한 직장적응훈련을 실시하고 종료한 다음날부터 6개월 이상 고용을 유지한 사업주(최대 3개월까지 월 45만 원 이내 실비지원) • 재활운동비: 원직장에 복귀한 장해급여자의 직무수행능력 향상을 위해 재활운동을 실시하고 종료한 다음날부터 6개월 이상 고용을 유지한 사업주(최대 3개월까지 월 15만 원 이내 실비지원) **예산사업** • 위 직업재활급여 지급요건과 동일하나 장해 1급~9급으로 한정. 다만 직장적응훈련비는 월 40만 원 이내 실비를, 재활운동지원비는 월 10만 원 이내 실비를 최대 3개월 지급 **직장복귀지원프로그램** • 대상: 직장복귀를 희망하는 산재근로자 • 내용: 직업능력평가를 실시하여 직업복귀소견서 발급, 작업능력평가 결과 직무수행이 곤란한 경우 신체기능 및 직무수행 등 작업강화프로그램 제공
	창업지원	• 대상: 요양종결 후 직업에 복귀하지 못한 산재장해인으로 직업훈련 수료자·진폐장해인·창업업종 관련 자격증 소지자, 2년 이상 종사한 업종으로 창업을 희망하는 자 • 내용: 1억 원 이내 점포를 임대하여 최장 6년간 연리 3%로 지원

자료: 고용노동부, 2015 요약.

4. 산재보험제도의 재정운영방식

우리나라에 산재보험제도가 도입된 1964년도에는 산재보험급여가 모두 일시금의 형태로 지급되는 단기성 급여로 이루어졌기 때문에 재정운영방식을 적립금을 가지지 않는 순부과방식으로 운영하였다. 그 후 산재근로자와 그 가족의 생활보호를 위해 1970년에 최초로 장해연금과 유족연금과 같은 장기성 급여가 도입되었고, 연금수급자격 및 연금급여의 지급수준이 지속적으로 확대되었다.

이러한 제도변화에 맞추어 1993년도에는 재정운영방식을 산재보험료율을 산정할 때 장해연금과 유족연금, 상병보상연금의 경우 향후 6년간 지급에 필요한 연금액을 당해연도에 징수하는 수정부과방식으로 전환했다. 이후 현재까지 기본적으로는 일정수준의 적립금을 보유하는 수정부과방식을 유지해왔고, 2008년도에 법정책임준비금의 적립기준이 변경되었다.

2008년 적립기준이 변경되기 전까지 법정책임준비금의 적립규모는 당해연도 지급결정 한 연금총액에 6을 곱하여 산정한 금액과 다음연도 예상보험급여의 1/4을 곱하여 산정한 금액의 합으로 규정하고 있었다. 그러나 2008년 이후 법정책임준비금의 적립규모는 전년도 1년 동안 지급 결정한 보험급여의 총액으로 변경하게 되었다. 이는 2006년 노사정위원회의 산업재해보상보험 발전위원회에서 산재보험 재정과 관련해서 합의한 것으로 재정운영방식은 현행 수정부과방식을 유지하되 책임준비금 적립기준은 변경하도록 결정되었다. 적립기준이 변경되어 2008년부터 법정책임준비금을 충족하게 되었다.

또한 2012년 현행 책임준비금관련 규정이 인구고령화에 따른 연금급여 증가추세를 반영하지 못한다는 지적이 있어서 3년 주기로 재정수지분석을 실시하여 법정책임준비금을 초과하여 적립할 수 있도록 〈산재보험법〉 시행령을 개정하여 운영하고 있다(〈표 9-8〉 참조).

〈표 9-8〉 산재기금 재정수지 및 적립금 현황

(단위: 억 원, %)

구분		2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
재정수지	수입	41,083	48,120	52,987	52,386	50,299	51,946	59,149	57,687	63,601
	지출	38,612	39,823	41,846	42,096	43,332	44,938	47,134	46,097	47,030
	수지	2,471	8,297	11,141	10,290	6,967	7,008	12,015	11,590	16,571
적립금		19,315	27,171	38,312	48,602	55,569	62,577	74,578	86,167	102,738
책임준비금		49,649	57,826	32,423	34,219	34,631	35,237	36,253	38,513	38,101
적립률		38.9%	47.0%	118.2%	142.0%	160.5%	177.6%	205.7%	223.7%	269.6%

자료: 고용노동부, 각 연도.

중장기적 재정안정화를 하려면 수입·지출의 합리화 노력과 함께 안정적 수입 확보를 위해 적용대상 사업장의 가입촉진 및 납부제도 홍보 노력을 해야 한다. 보험료수납률 향상을 위한 노력을 지속적으로 추진하며 지출의 합리화를 위하여 세출구조조정 및 유사·중복사업의 통폐합 등을 통해 사업효율성을 도모하고 세대 간 보험료 부담의 형평성 제고 및 보험료율 상승을 억제하면서 연금부채 대비 일정비율을 적립할 수 있도록 법령 개정 등 제도개선이 필요할 것이다.

5. 맺음말: 쟁점과 함의

산재보험제도는 우리나라 최초의 사회보험제도로서 1964년 도입 이후 약 50년간 산업화 과정에서 발생하는 산재근로자에 대한 치료와 소득보장의 중요한 역할을 수행해왔다. 그러나 향후 급변하는 사회적 환경변화로 인한 산재보험의 사회보험으로서 역할강화에 대한 사회적 욕구는 지속적으로 증가하고 있다.

우선 첫째로 사회적 환경변화에 따라 산재보험제도의 적용대상을 확대해야 한다는 요구가 증가하고 있다. 산업구조의 발달로 취업형태가 다양화

되어 전통적 근로자와 비교하여 근로자성이 약하거나 모호한 다양한 직무 종사자 증가하고 있어서, 종래의 산재보험제도로는 보호받지 못하는 유사 근로자에 대한 적용방안을 검토할 필요가 있다. 특히 현재 산재보험의 당연적용을 받는 6개 직종의 특수형태근로종사자 외에도 잠재적 직종에 대한 보호방안을 마련해야 하고, 적용제외 신청으로 실질적 보험가입률이 낮은 문제를 개선하는 방안도 마련할 필요가 있다. 또한 소규모사업장의 무급가족종사자와 해외파견 근로자에 대한 산재보험 적용 등 현시대 변화에 맞는 산재보험 적용확대 검토가 필요하다.

둘째로 산재보험 재정운영의 효율화 및 보험료 부담의 형평성을 제고해야 한다는 요구가 증가하고 있다. 현행 산재보험의 재정운영방식은 당해연도에 필요한 보험급여비용을 당해연도 사업주 집단이 부담하고 일정액은 책임준비금으로 적립하는 수정부과방식으로 운영된다. 그러나 이러한 재정운영방식은 향후 인구고령화 등으로 인해 보험급여에서 차지하는 연금비중이 증가하면 산재발생의 증감과 보험료 부담의 증감이 연동되지 않는 문제가 발생하게 된다. 연금급여는 과거에 발생한 산재에 대해 지급하는 급여로 당해연도의 산재발생과는 연관성이 없기 때문에 산재발생이 감소된다고 해도 이에 상응하는 보험료 부담의 경감은 이루어지지 않게 된다.

결국 사업주의 산재예방 노력이 보험료 경감과 연결되지 않기 때문에 사업주는 산재예방에 소극적으로 대응하여 산재예방의 효과가 약화되는 문제점을 발생시키게 된다. 연금 등 장기성 급여의 증가로 전체 산재보험급여에서 차지하는 연금의 비중이 매년 증가하는 상황에서 산재보험의 재정운영방식을 수정부과방식으로 운영하면 산업재해를 발생시킨 사업주와 그 재해로 인해 발생한 급여비용을 부담하는 사업주 간의 세대 간 비용부담의 불평등이 나타나게 되고 이로 인해 산재예방 효과가 약화되는 단점을 가지고 있다. 보험료 부담의 형평성을 고려하여 산업재해를 발생시킨 사업주가 그 보상에 필요한 모든 재원을 부담하는 것이 타당하고 이를 위해서 해당 연도에

발생한 산재로부터 예상되는 미래의 보험급여를 당해연도의 보험료로 징수하는 적립방식으로 전환해야 할 필요가 있다.

또한 현행 개별실적료율제도는 개별사업장의 수지율에 따라 보험료율을 할인·할증한 결과 줄어든 산재보험료 수입은 전체 업종의 일반 산재보험료율에 추가적으로 부담시켜서 재원을 조달하는 구조로 되어 있다. 따라서 개별실적료율을 적용받는 소수의 사업장에 대한 보험료율 인하의 부담을 개별실적료율을 적용받지 않는 사업장이 부담하는 구조로 운영되고 있어서 산재보험료 부담의 형평성을 왜곡시키는 문제가 발생한다. 개별실적료율제도가 목적에 부합되어 운영되는지 검토할 필요가 있으며 개별실적료율제도의 목적인 재해예방효과를 기대할 수 있도록 제도를 개선할 필요가 있다.

셋째, 향후 인구고령화에 대비하여 합리적 산재보험급여체계로 전환해야 한다는 요구가 증가하고 있다. 산재보험의 10년 동안 변화를 살펴보면 보험급여는 2005년 3조 258억 원에서 2014년 3조 9,266억 원으로 약 1.3배, 수급자수는 2005년 196,515명에서 2014년 252,106명으로 약 1.3배 증가한 것으로 나타났다. 전체 산재보험급여에서 요양급여가 차지하는 비율은 2005년 25.4%에서 2014년 18.9%로 6.5%p 감소했고, 휴업급여가 차지하는 비율도 2005년 31.0%에서 2014년 19.9%로 11.1%p 감소하여 단기성 급여는 전반적으로 감소한 것으로 나타났다.

그러나 전체 산재보험급여에서 장해급여가 차지하는 비율은 2005년 30.5%에서 2014년 42.5%로 12.0%p 증가하였고, 유족급여의 비율도 2005년 7.3%에서 2014년 12.2%로 4.9%p 증가하여 장기성 급여는 증가한 것으로 나타났다. 즉, 산재보험급여에서 차지하는 요양급여, 휴업급여 등 단기성 급여의 비율은 점차 감소하고 있고, 연금 등 장기성 급여의 비율은 점차 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 적정 요양관리, 의료재활 활성화 등을 통해 요양기간 감소로 단기성 급여는 감소하는 추세인 반면, 근로정년 이후에 대한 장기성 급여의 지속적 제공을 통한 장기급여는 증가

추세에 있음을 보여준다. 따라서 단기급여에 대한 보장성 강화와 장기급여에 대한 적정성 검토를 통한 생애주기에 따른 보장성을 강화하는 제도개선을 검토할 필요가 있다. 2000년부터 고령자 감액제도가 도입되어 휴업급여와 상병보상연금에서 60세 이후에는 급여를 하향조정하고 있으나 급여수급기간과 요양기간 등 형평성에 대해 지속적 문제제기가 있어서 고령자의 휴업급여에 대한 지급 타당성 검토가 필요하다. 생애소득에 따른 연령별 연금지급기준의 차등화 방안 및 연령별 최고보상기준 등을 통해 생애주기에 맞는 보험급여체계를 마련할 필요가 있다.

결국 산재보험제도가 도입된 후 50년이 경과한 현재 사회적 환경 변화 및 욕구에 적합한 합리적이고 실천적인 제도개선방안을 마련하는 노력이 지속적으로 필요하다.

■ 참고문헌

국내 문헌

고용노동부. 〈산재보험 사업연보〉. 각 연도.

근로복지공단. 〈산재보험 실적분석〉. 각 연도.

문성현 외(2013). 〈산재기금 연금부채규모 계산 및 합리적인 적립방안에 대한 연구〉. 고용노동부 연구용역보고서.

_____(2014). 〈사업주의 재해예방 유인 제고를 위한 개별실적료율제도 개선방안 연구〉. 고용노동부 연구용역보고서.

박종희 외(2012). 〈산재보험제도의 지속가능한 발전을 위한 정책과제연구〉. 고용노동부 연구용역보고서.

이승욱 외(2015). 〈산재보험제도의 선진화를 위한 정책방안 연구〉. 고용노동부 연구용역보고서.

이인재 외(2010). 《사회보장론》. 파주: 나남출판.

한국보건사회연구원(2012). 《주요국의 사회보장제도: 한국》. 한국보건사회연구원.

10

공공부조제도*

1. 머리말

한 국가의 공공부조(*public assistance*) 제도는 최후의 사회안전망으로서 빈곤층의 생활안정을 돕고 위기발생 시 위기가구의 안정적 생활이 가능하도록 지원하는 제도이다. 공공부조가 다른 사회복지제도와 비교해 가지는 차별적 특성은 두 가지로 설명될 수 있다. 첫째는 자산조사(*means test*)를 통해 지원대상자를 선발하는 점이다. 이로 인해 공공부조의 지원을 받고자 하는 사람은 낙인감(*stigma*)을 가지게 되는 문제가 발생하기도 한다. 둘째는 제도운영에 필요한 재원을 모두 조세로 충당한다는 점이다. 정부가 재정지원의 책임을 진다는 점에서 경우에 따라서는 납세자 등에 의한 감시, 제도운영에 대한 효율성 등의 문제제기가 있게 된다.

우리나라는 광복 이후 전쟁을 거치며 이렇다 할 공공부조제도가 갖추어져 있지 못한 상태에서 1961년에야 비로소 공공부조제도인 생활보호제도

* 이 글은 2012년 《주요국의 사회보장제도: 한국》(한국보건사회연구원, 2012)에서 필자가 작성한 "제2부 제4장 공공부조"를 수정 및 보완하여 작성한 것이다.

가 도입되었다.[1] 생활보호제도를 시작으로 우리나라 공공부조제도 역사는 약 50여 년이 지나고 있으며 같은 기간 공공부조제도는 세 번의 주요한 제도적 변화를 경험하게 된다.

첫 번째는 1961년 도입 이후 공공부조제도로서 충분한 역할을 수행하지 못한 생활보호제도에 대한 전면적 개편이 1982년에 이루어졌다. 두 번째는 1997년과 1998년에 발생한 경제위기를 극복하기 위한 방안의 하나로 기존 생활보호제도가 폐지되고 국민기초생활보장제도가 새롭게 제정되었다. 생활보호제도를 대체해 도입된 국민기초생활보장제도는 이후 우리나라의 대표적 사회복지제도로서 독보적 위치를 점유하게 된다. 하지만 도입 당시 기대와 달리 국민기초생활보장제도 역시 엄격한 선정기준과 운영에 따른 사각지대, 빈곤함정의 문제가 대두되면서 개편의 과정을 경험하게 된다.

세 번째는 국민기초생활보장제도의 틀 속에서 급여지급방식을 개별급여 방식으로 변경한 맞춤형 급여제도로의 변경이었다. 맞춤형 급여제도의 큰 특징은 기존 국민기초생활보장제도에서는 수급가구(혹은 수급자)로 선정되면 국민기초생활보장제도의 모든 급여를 수급할 자격이 주어지는 것과 다르게, 대표적 급여였던 생계급여, 의료급여, 주거급여 및 교육급여에 대해서는 선정기준과 운영주체를 별도로 분리했다는 점이다. 이하에서는 생활보호제도에 대해 약술하고 국민기초생활보장제도를 중심으로 우리나라 공공부조제도의 주요특징과 변화에 대해 살펴보고자 한다.

생활보호제도는 제정 당시 보호대상자를 "부양의무자가 없는 자로서 65세 이상의 노쇠자, 18세 미만의 아동과 임산부, 불구·폐질·상이, 기타 심신장애로 근로능력이 없는 자와 기타보호를 필요로 하는 자"로 한다는 점에서 그 지원대상이 제한적임을 알 수 있다(이태진 외, 2010). 제정 당시 설

1) 광복 이후 생활보호제도가 도입되기 이전까지는 1944년 일제강점기에 제정된 조선구호령을 통해 빈곤층이 지원을 받고 있었다. 동 제도는 1961년 생활보호제도가 도입되면서 폐지되었다(이태진 외, 2010: 26).

정된 부양의무자 기준, 65세 이상 노인, 18세 미만 아동 등에 대한 조건은 이후 생활보호제도 대상선정에 중요한 기준으로 작용한다. 보호대상자로 선정되면 생계보호·의료보호·해산 및 장제보호를 지원받을 수 있도록 되어 있지만 실제로는 1977년 〈의료보호법〉이 별도로 제정되고 1978년부터 의료보호제도가 실시되기 전까지는 생계보호 중심의 제도라 볼 수 있다.

1982년 생활보호제도의 전면개정에서는 공공부조제도를 통한 빈곤층 보호의 내실화, 자활조성을 주요 목적으로 했다. 이를 위해 새롭게 자활보호제도와, 중학교 재학생 자녀에게만 제공되던 수업료 지원(1979)이 교육보호제도로 변경·도입되었다. 지원대상자도 세분해 거택보호자, 시설보호자 및 자활보호자로 구분했고 거택보호대상자에 대해서만 생계보호, 의료보호 등 생활보호제도의 모든 급여를 수급할 수 있도록 했으며, 자활보호자는 생계보호가 제공되지 않았다. 이외에 빈곤층의 금융기관 이용 제약으로 인한 어려움을 돕기 위해 생업자금융자제도가 함께 도입되었다(〈표 10-1〉 참조).

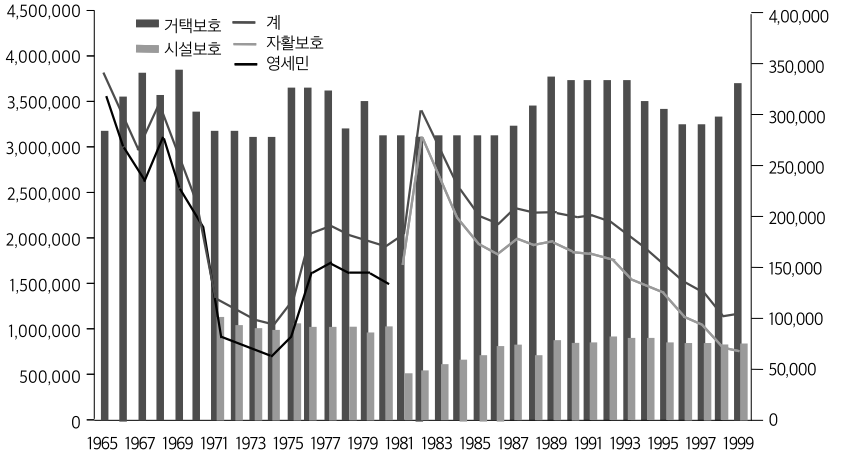
〈표 10-1〉 생활보호대상자의 보호내용

구분	요건	보호내용
거택보호대상자 (생활보호법시행령 제6조 제1호)	생활보호대상자로서 1. 65세 이상의 노쇠자 2. 18세 미만의 아동 3. 임산부 4. 폐질 또는 심신장애로 인하여 근로능력이 없는 자 5. 위의 1호 내지 4호의 자들과 50세 이상 부녀자로만 구성된 세대	생계보호 자활보호 교육보호 해산보호 장제보호 의료보호
시설보호대상자 (생활보호법시행령 제6조 제2호)	생활보호대상자에 해당하는 자로서 주거가 없거나 주거가 있어도 그곳에서는 보호를 행할 수 없어 보호시설에 수용된 자	생계보호 자활보호 교육보호 해산보호 장제보호 의료보호
자활보호대상자 (생활보호법시행령 제6조 제3호)	거택 및 시설보호대상자에 해당되지 아니하는 자로서 실직 기타의 사유 등으로 생활이 어려운 요보호대상자 (근로능력자를 가진 생활보호대상 세대)	자활보호 교육보호 의료보호 장제보호

자료: 보건복지부, 각 연도.

〈그림 10-1〉 생활보호제도 내 보호대상자 변동 추이

(단위: 명)



자료: 정기혜 외, 2012: 234~235 재인용.

생활보호제도가 지니고 있던 한계는 생계보호의 지급대상자가 거택보호 대상자로 한정되어 있다는 점이다. 〈표 10-1〉에서 보듯이 거택보호 대상자는 65세 이상 노인, 18세 미만의 아동, 임산부 및 장애인 등만을 대상으로 하고 있어 그 지원대상이 협소하였다. 무엇보다 실직, 가정 내 위기가 발생 시(가구주의 사망, 행방불명, 가구해체 등) 위의 기준에서는 생계보호를 받지 못함에 따라 위기가구의 생활유지가 불가능하다는 문제가 발생하게 된다. 대표적으로 1998년에 불어닥친 경제위기 속에서 생활보호제도가 실업자, 빈곤층, 가구해체 상황의 가구 등에 대해 제대로 된 보호조치가 이루어지지 못하는 문제가 발생하였으며 이는 결국 국민기초생활보장제도가 도입되는 근거가 되었다(〈그림 10-1〉 참조).

2. 개편 이전: 국민기초생활보장제도

1) 개요

국민기초생활보장제도(이하 기초생활보장제도)는 1997년 말에서 1999년 경제위기 발생 시 빈곤층 및 실업자 등의 안정적 생활을 돕기 위해 도입된 제도이다. 기존 생활보호제도는 잔여적이고 선별성을 기초로 보호요건도 까다로웠다면, 기초생활보장제도는 동일하게 시혜적·잔여적·선별적 복지제도 이지만 그 지원대상과 급여종류 등이 획기적으로 확대, 적용된 제도이다. 과학적이고 합리적인 선정기준(최저생계비 및 소득인정액 기준)을 도입하였으며, 기존 생활보호제도에서 사용하던 '보호'라는 명칭 대신 '급여'라는 명칭으로 변경했으며, 새로운 급여(주거급여, 긴급생계급여)를 도입하는 등 생활보호제도와는 크게 다른 방식으로 제도가 설계되었다(김미곤, 2009).

기초생활보장제도는 경제위기 속에서 그 필요성이 시민단체, 학자 등에 의해 제기되었다. 그리고 위기극복과 사회복지제도 확대의 한 방안으로 정부가 받아들이며 본격적 논의가 시작되어, 1999년 9월에 국회에서 법안이 통과되고 2000년 10월부터 제도가 운영되기 시작했다.[2] 기초생활보장제도의 도입은 빈곤의 책임이 개인중심에서 사회 혹은 국가책임으로 확대되는 계기를 마련했으며 이로 인해 빈곤층의 권리성이 크게 향상되는 계기가 되었다. 하지만 단순히 빈곤을 국가책임으로만 명시하지 않고 자활급여제도를 확대 개편함으로써 빈곤층 스스로도 탈빈곤을 위해 노력할 것을 강조했다.

기초생활보장제도는 최저생계비, 소득인정액, 보충급여제도를 3가지 핵심사항으로 두고 제도를 운영하고 있다. 이하에서는 기초생활보장제도에 대한 주요 사항들에 대해 살펴보고자 한다.

---

2) 정부와 사회복지단체들은 국민기초생활보장제도가 국회에서 통과된 날을 '사회복지의 날'로 선정하고 매년 9월 7일 기념행사를 진행하고 있다.

2) 기초생활보장제도 주요내용

(1) 선정기준

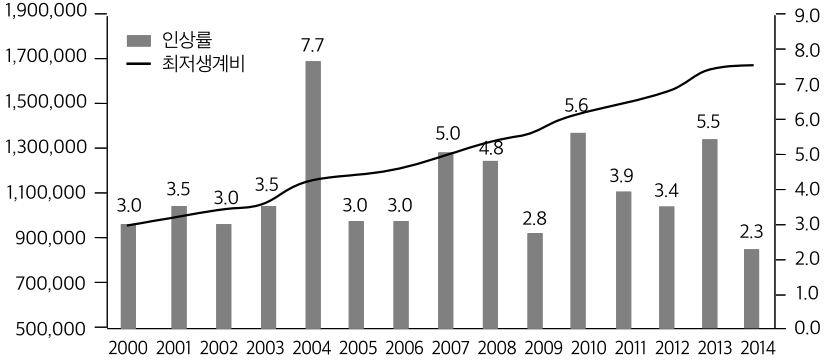
기초생활보장제도의 수급가구(및 수급자)로 선정되기 위해서는 두 가지 요건을 충족해야 한다. 첫째는 수급신청가구의 소득인정액이 최저생계비 이하이어야 하며, 둘째는 부양의무자 기준이 충족되어야 한다. 이미 언급한 것과 같이 기초생활보장제도의 3가지 주요 구성요소 중 하나가 최저생계비(*minimum cost of living*)이다. 최저생계비는 "국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 필요한 최소한의 비용"(〈국민기초생활보장법〉 2조 7항)을 의미한다. 즉, 빈곤층이 최소한의 안정적 생활수준이 유지될 수 있도록 국가가 정한 기준선의 의미를 지닌다.

최저생계비는 생활보호제도에서도 적용되었지만, 기초생활보장제도에서 좀더 구체화되고 체계적으로 활용되기 시작했다. 국민기초생활보장제도 도입 직전인 1999년에 처음 계측되었다는 점에서 기초생활보장제도와 함께 시작되었다고 볼 수 있다. 최저생계비는 이후 5년 단위로 계측되었지만, 2004년부터는 그 주기를 3년으로 줄여 계측하도록 하였다. 이를 토대로 기초생활보장제도 도입 직전인 1999년을 시작으로 맞춤형 급여로 변경되기 이전까지 4회(2004, 2007, 2010, 2013년)에 걸쳐 최저생계비가 계측되었으며 동 기준은 수급자 선정 및 급여 지급을 위한 주요기준으로 활용되었다(김태완 외, 2013).

〈그림 10-2〉처럼 최저생계비 인상률(4인가구 기준) 변화를 보면 계측년도에는 최저생계비가 크게 높아지는 것을 볼 수 있다. 이는 최저생계비가 계측되지 않는 해(일명 비계측년도)에는 소비자물가상승률에 기초하여 최저생계비가 상향 조정되었지만, 계측년도에는 물가와 더불어 생활의 변화를 반영함에 따라 계측년도의 인상률이 비계측년도에 비해서는 높게 나타난다.[3]

〈그림 10-2〉 최저생계비 및 인상률 변화(4인가구 기준)

(단위: 원, %)



자료: 보건복지부, 각 연도.

〈표 10-2〉 가구규모별 최저생계비(2015년)

(단위: 원)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
최저생계비 1)	617,281	1,051,048	1,359,688	1,668,329	1,976,970	2,285,610	2,594,251
현금급여기준 2)	499,288	850,140	1,099,784	1,349,428	1,599,072	1,848,716	2,098,361

주: 1) 8인 이상 가구: 1인 증가 시마다 308,641원씩 증가.
2) 8인 이상 가구: 1인 증가 시마다 249,645원씩 증가.
자료: 보건복지부, 2015.

2015년 적용된 가구규모별 최저생계비는 〈표 10-2〉와 같으며, 최저생계비 이외에 기초생활보장제도에서는 추가적으로 현금급여 기준선을 두고 있다. 현금급여 기준이란 빈곤층으로서 공공부조 수급가구(혹은 수급자)가 되면, 기초생활보장제도뿐 아니라 다른 여러 복지제도를 통해 현물성 급여(예: 의료비, 교육비, 전기·통신료 감면 등)를 지급받게 된다. 따라서 최저생

3) 정부는 2010년부터는 비계측년도 최저생계비의 예측가능성을 높이고 최저생계비 결정에 대한 소모적 논쟁을 줄이기 위해 비계측년도의 최저생계비 결정방법에 대해 결정했다. 즉, 비계측년도 최저생계비는 전년도 최저생계비에 소비자물가지수의 상승률을 자동적으로 반영하도록 했다[전년(동기)비 방식 적용: 12개월간의 지수 평균의 변동을 계산]. 세부적 산식은 아래와 같다(보건복지부, 내부자료).

$$\text{전년동기비} = \frac{\text{금년동기간 평균지수} - \text{전년동기간 평균지수}}{\text{전년동기간 평균지수}} \times 100$$

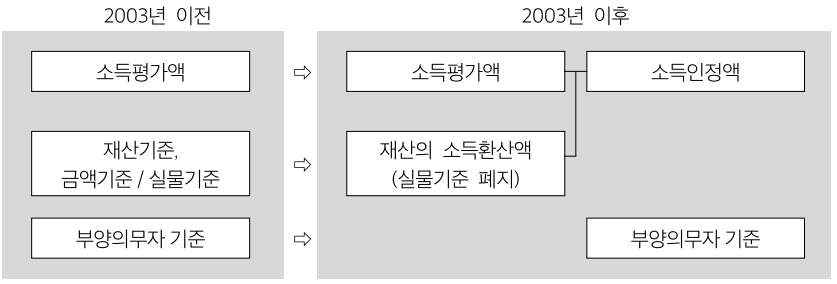
계비에서 정부가 현물로 지급되는 의료비 · 교육비 및 다른 법령에 의해 제공되는 금액을 제외한 기준을 현금급여 기준이라고 부른다. 엄밀히 말해 소득인정액이 전혀 없는 수급가구가 받게 되는 최고의 현금금액을 의미한다.

소득인정액은 기초생활보장제도에서 처음 도입된 것으로, 빈곤층의 수급요건을 결정할 때 주요기준이 된다. 소득인정액의 의미는 개인의 능력을 판정 시 소득과 재산을 함께 고려해야 한다는 것이다. 소득이 높고, 낮다는 점은 개인의 능력을 판정할 때 쉽게 인정되는 기준이다. 하지만 재산 역시 많은 자산을 가진다는 것은 개인이 생활할 수 있는 충분한 능력이 있음을 보여준다는 점에서 재산 역시 개인능력 판정의 기준이 될 수 있다.

재산을 그대로 이용해 수급판정에 사용하는 방식은 기존 생활보호제도에서 사용하던 방식이다. 즉, 재산이 일정수준(예: 2천 9백만 원) 이상이면 수급자격을 주지 않는 방식이다. 동 방식을 적용 시 문제는 소득이 없이 재산만 있는 경우 형평성 문제가 제기된다. 예컨대, 소득도 일정수준, 재산도 일정수준 보유하고 있는 경우(예: 월소득 50만 원, 재산이 2천 9백만 원)와 소득 없이 재산이 선정기준을 넘어선 가구 혹은 개인(예: 월소득 0원, 재산은 3천만 원) 간에 형평성 문제가 제기될 수 있다. 기초생활보장제도에서는 이러한 형평성을 고려하여 소득인정액을 도입하게 된 것이다.

소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액으로 구성된다. 소득평가액은 가구가 벌어들이는 소득의 합을 의미하며 여기서 가구에 필수적으로 들어가는 비용과 근로소득 공제율을 적용한 금액을 감하여 산출된다. 재산의 소득환산액은 수급신청가구 및 개인의 재산을 소득으로 환산한 것으로 재산총액에 대해 이자율과 같은 일정비율을 곱해 산정한다. 즉, 재산의 소득환산액은 재산의 종류별 가액에 기본재산액과 부채를 감한금액에 재산의 종류별 환산율을 곱하여 계산한다(보건복지부, 2015). 재산가액의 산정은 '시가'를 기준으로 한다. 재산은 세부적으로 일반재산, 금융자산, 자동차로 구분되며 일반재산은 월 4.17%, 금융재산은 월 6.26%, 자동차의 경우는

〈그림 10-3〉 소득인정액 도입에 따른 수급자 선정기준의 변화(2003년)



자료: 정기혜 외, 2012: 239 재인용.

100%를 적용했다.[4] 보호대상 확대의 방안으로 2003년 이후에는 일반재산을 구분하여 주거용 자산과 비주거용 자산으로 나누고 주거용 자산은 월 1.04%를 적용하여 재산의 소득환산율을 낮추어 비수급 빈곤층이 기초생활보장제도의 보호를 받을 수 있도록 했다(〈그림 10-3〉 참조).

재산의 소득환산액으로 전환하기 이전 가구가 가진 재산에서 일정금액을 공제하게 된다. 이때 공제되는 금액을 기본재산액이라 부른다. 기본재산액은 수급권자가 가진 재산의 일부는 소득으로 환산하지 않는 것으로 수급권자가 생활안정과 유지를 위해 기본적으로 가져야 할 기초적 재산 수준을 의미한다. 기본재산액은 지역별로 차이를 두어 대도시 5천 4백만 원, 중소도시 3천 4백만 원, 농어촌은 2천 9백만 원으로 한다. 2013년 시작된 주거용 재산의 경우도 수급권자가 가진 재산을 모두 인정하는 것은 아니다.

4) ① 일반재산: 건축물, 토지, 주택·상가 등에 대한 임차보증금, 선박, 기타 가축·종묘 등 100만 원 이상의 동산과 지방세법에 의한 자동차(제196조의 2) 중 일부
② 주거용재산: 단독주택, 공동주택, 준주택(기숙사, 고시원, 오피스텔 등) 및 그 부속부지
③ 금융재산: 조사대상 가구의 가구원 명의의 현금, 수표, 어음, 주식, 국·공채 등 유가증권, 예금, 적금, 부금, 저축성 보험 및 금전신탁 등과 생활준비금 300만 원, 3년 이상 장기금융저축(1가구 1통장 연 300만 원 한도), 임대보증금은 공제
④ 승용차: 지방세법에 의한 자동차(제196조의 2) 중 일반재산에 해당되지 않는 자동차(보건복지부, 2015)

〈표 10-3〉 기본재산액 및 주거용 자산 인정범위

구분	대도시	중소도시	농어촌
기본재산액	5,400만 원	3,400만 원	2,900만 원
주거용 재산	1억 원	6,800만 원	3,800만 원

자료: 보건복지부, 2015.

재산의 일정수준만을 주거용 자산으로 인정하며 그 범위는 지역에 따라 차이를 둔다. 〈표 10-3〉을 통해 보면 대도시는 1억 원, 중소도시 6천 8백만 원, 농어촌은 3천 8백만 원으로 한다.

기초생활보장제도의 두 번째 선정기준은 부양의무자 기준으로 부양의무자는 수급권자에 대해 일차적으로 양육 혹은 돌봄의 책임을 가지는 대상을 의미한다. 즉, 빈곤층이 국가에 공공부조를 신청하기 이전에 부모, 자녀 등으로부터 우선 부양을 받을 필요가 있으며, 이들 부양책임을 가진 당사자가 부양할 능력이 되지 않을 때 국가에 지원을 받도록 한 것이다. 기초생활보장제도에서 부양의무자 기준에 부합되지 않는 경우는 부양의무자가 있으며 그 부양의무자가 부양능력이 있는 가구는 수급자의 범위에 포함되지 않게 된다.

다른 의미로 보면 부양의무자 기준에 부합되어 수급자격을 부여받으려면 ① 부양의무자가 없거나, ② 부양의무자가 있어도 부양능력이 없는 경우, ③ 부양의무자의 부양능력이 미약한 경우로서 수급권자에 대한 부양비 지원을 전제로 부양능력이 없는 것으로 인정되는 경우, ④ 부양능력이 있는 부양의무자가 있어도 부양을 받을 수 없는 경우 중 하나라도 해당되면 부양의무자 기준을 충족하는 것으로 본다(보건복지부, 2015).

(2) 기초생활보장제도 급여

기초생활보장제도에서는 생활보호와 달리 수급자의 권리성 강화를 목적으로 한다는 점에서 지원금 명칭을 '보호'에서 '급여'로 변경하였다(김미곤, 1999). 이를 통해 기초생활보장제도에서 지급받게 되는 급여는 생계급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여 및 자활급여의 7가지 급여를 제공받게 된다.

급여제공에 앞서 기초생활보장제도에서는 급여지급에 관한 7가지 원칙을 두었다(보건복지부, 2016). 이를 보면 최저생활보장, 보충급여, 자립지원, 개별성, 가족부양 우선, 타급여 우선, 보편성의 원칙이다. 이 중 주요한 원칙에 대해 살펴보면, 최저생활보장의 원칙이란 "생활이 어려운 자에게 생계·주거·의료 등 필요한 급여를 행하여 이들의 최저한의 생활을 보장"하는 것을 의미하며, 보충급여의 원칙은 "급여수준을 생계·주거·의료·교육 급여액과 수급자의 소득인정액을 포함한 총금액이 최저생계비 이상이 되도록 보장"하는 것을 의미한다.[5]

무엇보다 기존 생활보호제도와 비교 시 큰 변화는 보충성의 원칙을 도입했다는 점이다. 보충성의 원칙 혹은 보충급여란 정부가 정한 지원기준에서 본인 혹은 가족이 벌어들인 소득을 제하고 남은 차액을 국가가 보충해 주는 제도로 공공부조의 주요기능 중 하나이다. 기초생활보장제도가 시작되고 보충급여 원칙이 성립되면서 분명한 공공부조의 특성이 나타나기 시작한 것이다. 하지만 보충급여 원칙은 또 다른 부작용도 함께 유발하였다. 정부가

---

5) • 자립지원의 원칙: 근로능력 있는 수급자에게는 자활사업 참여를 전제로 급여를 지급한다.
• 가족부양 우선의 원칙: 급여신청자가 부양의무자에 의해 부양받을 수 있을 경우 급여에 우선하여 부양의무자에 의한 보호가 먼저 행해져야 한다.
• 타급여 우선의 원칙: 급여신청자가 다른 법령에 의하여 보호받을 수 있는 경우에는 기초생활보장 급여에 우선하여 다른 법령에 의한 보호가 먼저 행해져야 한다.
• 보편성의 원칙: 수급자가 될 수 있는 국민은 성별·직업·연령·교육수준·소득원 기타 이유로 수급권을 박탈하지 못한다(보건복지부, 2016: 재인용).

정한 기준과 본인소득 간의 차액을 지급함에 따라 수급가구 혹은 수급자들이 일하지 않으려는 근로의욕 저하 문제가 동시에 발생한 것이다. 수급자들이 일을 할수록 본인의 생계급여가 줄어든다는 점을 인식하면서 일하지 않거나, 일해도 성실하게 신고하지 않는 문제가 나타난 것이다. 이와 같은 근로의욕 저하 문제를 해소하기 위해 근로소득 공제와 같은 제도를 함께 운영하지만 그 공제율이 높지 않고 공제되는 항목이 적어 실효성은 높지 않은 상황이다. 이하에서는 7가지 급여에 대한 주요특징을 살펴보고자 한다.

생계급여는 기초생활보장수급자에게 현금급여를 제공하는 것으로 여기에는 일반수급자를 대상으로 하는 생계급여와 일정한 조건을 전제로 급여를 지급하는 조건부 생계급여로 구분된다.[6] 일반수급자를 대상으로 하는 생계급여는 의료・교육・자활급여의 특례자, 에이즈쉼터・노숙자쉼터 및 한국법무보호복지공단시설 거주자 등 국가 또는 지방자치단체로부터 생계를 제공받는 자를 제외한 모든 수급자를 대상으로 하며, 수급자에게 의복・음식물 및 연료비, 기타 일상생활에 기본적으로 필요한 금품을 지급한다. 원칙적으로 금전(현금)지급이 중심이며, 기초생활보장제도 7가지 급여 중 가장 핵심적이고 중요한 급여이다.

기초생활보장제도에서 새롭게 도입된 급여 중 하나로 긴급생계급여를 들 수 있다. 동 급여는 외부적 충격(예: 경제위기)과 같은 긴급한 상황 또는 가정 내 갑자기 발생하는 어려움을 돕기 위해 도입되었다. 긴급생계급여의 지원대상자는 ① 주소득원의 사망, 질병, 부상, 사고, 사업부도・파산 등으로 생계유지가 어려운 경우, ② 부 또는 모의 가출, 행방불명 등으로 갑자기 생계유지가 어려운 경우, ③ 천재지변, 화재 등으로 재산・소득상의 손실이 발생하여 갑자기 생계유지가 어려운 경우, ④ 기타 거주지 외의 지

6) 이하 급여의 주요내용은 정기혜 외(2012) 연구와 보건복지부(2015) 사업안내를 참조하여 정리했다.

역에서 거주하고 있으나 소득이 없어 생계유지가 어려운 경우, ⑤ 기타 시장·군수·구청장이 긴급생계급여가 필요하다고 인정하는 경우 등을 두고 있다. 긴급생계급여의 급여수준은 최저생계비 중 식료품비(37.1%)에 해당하는 금액을 지급한다(2015년 기준).[7]

조건부 생계급여는 근로능력이 있는 수급자(예: 청장년층)가 일하지 않게 되는 빈곤함정의 문제가 발생할 수 있어, 일정정도 일해야 한다는 조건부여하에 생계급여가 지급되도록 한 것이다. 조건부 수급자로 선정되면 정부가 정한 자활지원계획에 따라 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지원받게 된다. 조건을 미이행 시에는 생계급여가 중지되며, 급여중지 수준은 수급자 가구 전체의 생계급여가 제외되는 것은 아니며, 조건을 이행하지 않은 당사자만의 급여만 제외되도록 했다.

긴급생계급여와 함께 기초생활보장제도에서 신설된 급여로 주거급여를 들 수 있다. 주거급여는 수급가구 및 수급자가 안정적 생활유지를 위해서는 현금급여 이외에 주거안정의 필요성이 제기되며 도입되었다. 주거급여는 수급자의 주거안정에 필요한 임차료, 유지수선비 등을 지급한다. 단, 주거급여가 불필요하거나(시설수급자 등), 타 법령 등에 의하여 주거를 제공받는 수급자에 대해서는 주거급여를 제공하지 않는다. 주거급여의 급여수준은 기존 정액급여에서 가구별 0원 내지 최저주거비까지 정률급여로 지급한다(〈표 10-4〉 참조). 주거급여의 현금급여의 기준은 '자가가구 등'에 해당하는 수급자에게 가구별 현물급여액에 해당하는 금액을 차감한 나머지를 주거현금급여로 지급한다. 이외에 저소득 수급 자가가구 등의 주거환경 개선을 위해 주거현물급여를 제공한다.[8]

---

7) 2015년 7월 이후에는 최저생계비가 아닌 기준중위소득의 15%에 해당되는 금액을 기준으로 수정하였다(보건복지부, 2016).

8) 단, '자가가구'에 해당하진 않지만 수선 및 점검서비스가 필요한 가구에도 지급 가능하다.

〈표 10-4〉 주거급여 한도액(2015년)

(단위: 원/월)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
최저생계비	617,281	1,051,048	1,359,688	1,668,329	1,976,970	2,285,610	2,594,251
주거급여 한도액	110,003	187,303	242,304	297,306	352,308	407,309	462,311

주: 주거급여 한도액은 가구별 최저주거비(최저생계비의 17.8%).
자료: 보건복지부, 2015.

〈표 10-5〉 주거현물급여 차감 기준액(2015년)

(단위: 원/월)

가구수	1인	2인	3인	4인	5인
현물급여	28,500	49,000	64,000	78,500	94,000

주: 8인 이상 가구는 1인 증가 시 1만 5,500원 추가.
자료: 보건복지부, 2015.

주거급여는 주거현금급여 이외에 자가보유자들의 주거환경을 개선하고, 최저주거기준 이상에서 생활이 가능하도록 주거현물급여를 함께 지원한다. 현물급여는 수급자가 참여하는 '집수리도우미사업'을 활성화하기 위한 목적도 있다. 주거현물급여는 3년에 1회 기준으로 수선수요가 발생하는 것으로 간주하여, 즉 대상가구당 3년에 1회 이상 주거현물급여를 실시하는 것을 원칙으로 하되, 불필요한 경우는 제외한다(〈표 10-5〉 참조).

교육급여는 수급자 가구의 가구원 중 초·중고에 다니는 학생을 대상으로 하는 것으로, 수급자 중 중·고등학교에 입학 또는 재학하는 자 및 동등 학력이 인정되는 각종학교, 〈평생교육법〉에 의한 평생교육시설의 학습에 참가하는 자에게 입학금·수업료·교과서대·학용품비 등을 지원한다.

해산급여는 수급자 가구의 산모에 대해 분만 전과 분만 후의 필요한 조치와 보호를 위해 수급자가 출산한 경우 해산비를 지급하는 것으로 출산 여성에게 1인당 20만 원을 현금으로 지급한다(추가 출생영아 1인당 10만 원 추가지급). 장제급여는 수급자가 사망한 경우 사체의 검안·운반·화장 또는 매장, 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 것으로 실제로 장제를 행하는 자에게 지급한다. 급여는 근로능력이 없는 자로만 구성된 가구는 구당 50만 원, 근로능력이 있는 가구원이 있는 경우는 구당 40

만 원을 현금으로 지급하며, 다만 금전지급이 적당하지 않다고 인정되는 경우 물품도 지급 가능하다.

자활급여는 수급자들의 빈곤의 함정에 빠지지 않고 탈빈곤 및 탈수급 할 수 있도록 지원하는 제도이다. 즉, 자활사업을 통해 근로능력이 있는 저소득층이 스스로 자활할 수 있도록 자활능력을 배양하고, 기능습득 지원 및 근로기회를 제공한다. 여기서 자활급여란 수급자들이 자활사업에 참여시 지원되는 각종 사업들에서 얻는 소득 등을 의미한다.

의료급여는 기초보장수급자 모두에게 지급되며, 수급자의 질병·부상·출산 등에 대해 지원한다. 의료급여는 급여일수 상한제가 시행되어 수급권자 1인당 연간급여를 받을 수 있는 급여일수를 365일(윤년 366일)로 제한하되, 의료급여일수 연장승인제도를 통해 필요 시 급여일수 연장이 가능하도록 한다.[9] 수급자가 의료급여를 받고자 할 경우에는 반드시 의료급여증과 신분증 등을 의료급여기관에 제출해야 한다.

3) 기초생활보장제도 주요현황

기초생활보장제도의 도입 이후 변화를 보면, 도입 이전인 생활보호제도하에서의 수급규모는 1999년에는 약 148만 명, 도입 직전인 2000년 10월 전에는 약 152만 명 수준이었다. 당시 발생한 경제위기 여파로 수급규모가 높은 것으로 보인다. 기초생활보장제도 도입 이후에는 이보다 다소 감소한 약 149만 명, 2001년에는 약 142만 명 수준으로 줄어들었다. 하지만 2000년 이전과 이후의 차이점은 생활보호제도에서는 거택보호대상자만 생계보호를 받을 수 있었다면, 2000년 10월 이후 약 148만 명에게는 생계급여가 모두 지급된다는 점이다. 기초생활보장수급자는 연도별로 변화가 있지만 세계 경

9) 다만 정신 및 행동장애, 뇌성마비 및 마비성증후군 등 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 질환을 가진 자에 대하여는 상한일수에 30일을 추가한 일수를 상한일수로 한다.

제위기 시점인 2009년 약 157만 명(전 인구 대비 3.22%)으로 가장 많았다.

이후 기초생활보장제도에 대한 모니터링 및 부정수급 강화 등으로 그 규모가 점진적으로 줄어들어 맞춤형 급여 도입 이전인 2014년에는 약 133만 명(전 인구 대비 2.6%) 수준이었다. 2015년은 전년대비 수급자가 크게 증가한다. 맞춤형 급여 도입 효과로 약 165만 명(전 인구 대비 3.2%)까지 수급대상자가 증가한 것이다. 비록 맞춤형 급여 도입을 통해 수급자가 다시 상승하는 모습을 보여주지만 여전히 절대 혹은 상대빈곤율에 비해서는 수급규모가 낮다는 점에서 기초생활보장제도 사각지대 문제는 해결되었다 보기 어렵다(〈표 10-6〉 참조).

〈표 10-6〉 기초생활보장수급 연도별 추이

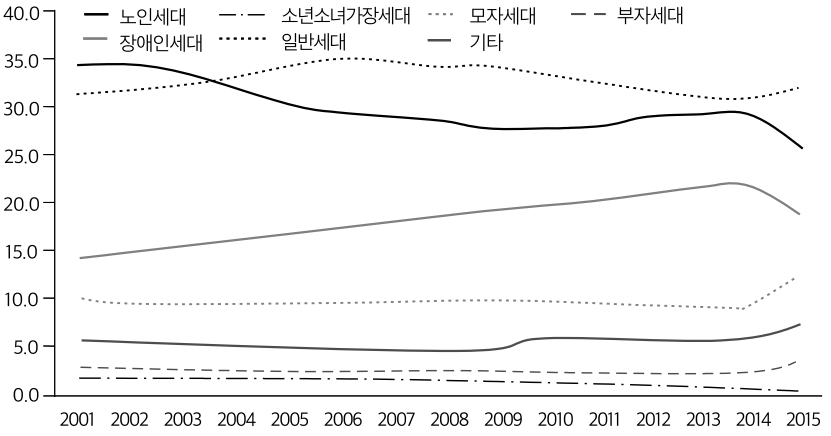
(단위: 호, 명, %)

구분		총수급자	일반수급자		시설수급자	수급률
		인원	가구	인원	인원	
1999년		1,483,000		1,414,000	69,000	-
2000년	10월 전	1,520,000		1,444,000	76,000	-
	10월 후	1,488,874	688,354	1,412,473	76,401	-
2001년		1,419,995	698,075	1,345,526	74,469	3.00
2002년		1,351,185	691,018	1,275,625	75,560	2.84
2003년		1,374,405	717,861	1,292,690	81,715	2.87
2004년		1,424,088	753,681	1,337,714	86,374	2.96
2005년		1,513,352	809,745	1,425,684	87,668	3.14
2006년		1,534,950	831,692	1,449,832	85,118	3.18
2007년		1,549,848	852,420	1,463,140	86,708	3.20
2008년		1,529,939	854,205	1,444,010	85,929	3.15
2009년		1,568,533	882,925	1,482,719	85,814	3.22
2010년		1,549,820	878,799	1,458,198	91,622	3.1
2011년		1,469,254	850,689	1,379,865	89,389	2.9
2012년		1,394,042	821,879	1,300,499	93,543	2.7
2013년		1,350,891	810,544	1,258,582	92,309	2.6
2014년		1,328,713	814,184	1,237,386	91,327	2.6
2015년		1,646,363	1,014,177	1,554,484	91,879	3.2

주: 생계비 지원대상인 거택보호와 시설보호 합계.
수급률 = 총수급자수 / 통계청 장래인구추계 기준 연도별 총인구 × 100
자료: 보건복지부. 각 연도.

〈그림 10-4〉 기초생활보장 가구유형별 수급가구 연도별 추이

(단위: %)



자료: 보건복지부, 2015.

〈표 10-7〉 기초생활보장 가구유형별 수급가구 연도별 추이

(단위: 호)

구분	노인세대	소년소녀 가장세대	모자세대	부자세대	장애인 세대	일반세대	기타	합계
2001년	237,443	13,613	70,152	19,128	100,313	217,462	39,964	698,075
2002년	235,893	13,638	65,132	17,289	104,009	216,645	38,412	691,018
2003년	238,790	13,932	66,636	17,158	112,987	230,827	37,531	717,861
2004년	240,030	14,387	70,951	17,916	123,418	249,393	37,586	753,681
2005년	244,565	14,823	77,985	19,450	136,892	276,227	39,803	809,745
2006년	242,470	14,713	81,189	19,963	144,747	288,945	39,665	831,692
2007년	245,935	14,475	82,920	19,934	154,066	294,872	40,218	852,420
2008년	243,132	14,276	82,880	19,744	162,527	291,680	39,966	854,205
2009년	244,529	13,533	86,961	21,115	171,330	302,202	43,255	882,925
2010년	243,708	11,565	85,970	20,879	173,322	291,774	51,581	878,799
2011년	237,213	9,798	83,525	20,479	173,751	277,081	48,842	850,689
2012년	236,617	8,105	78,333	18,820	174,112	259,866	46,026	821,879
2013년	235,601	6,945	76,270	18,366	175,867	251,372	46,123	810,544
2014년	236,548	5,882	74,925	18,362	178,397	251,333	48,737	814,184
2015년	262,124	5,188	123,497	34,538	191,723	323,289	73,818	1,106,056

자료: 보건복지부, 2015.

기초생활보장제도 지원가구 유형별 변화를 보면 제도도입 초기에는 노인세대가 가장 많은 비중(약 24만 가구)을 점유했지만, 2003년과 2004년을 지나며 노인세대보다는 일반세대 수급가구가 크게 늘어나고 있다. 일반세대의 수급 규모는 2004년 약 25만 가구, 2009년에는 최대 30만가구로 늘어났다. 노인세대에 비해 일반세대의 가구규모가 2000년대 이후 크게 늘어난 이유는 노동시장 유연화 정책에 따라 불안정 고용이 증가한 점 등을 들 수 있다. 이런 점은 모자 및 부자세대 역시 크게 감소함이 없이 그대로 유지된다는 점에서 시장변화로 인한 영향을 확인할 수 있다. 이외에도 장애인세대가 꾸준히 증가하고 있다. 2001년 10만 가구에서 에서 2014년 17만 8천 가구로

〈표 10-8〉 일반수급가구 보장기간별 현황 연도별 추이

(단위: 호)

구분	계	1년 미만	1~2년 미만	2~3년 미만	3~4년 미만	4~5년 미만	5~6년 미만	6~8년 미만	8~10년 미만	10년 이상
2001년	698,075	86,151	586,445	16,918	4,450	1,175	695	864	454	923
2002년	691,018	69,354	77,714	521,540	14,579	3,907	1,104	987	741	1,092
2003년	717,861	92,058	65,645	69,646	417,775	11,797	3,507	1,531	712	1,190
2004년	753,681	96,808	84,074	61,054	63,249	431,415	10,746	4,089	763	1,483
2005년	809,745	114,195	90,086	77,558	56,965	57,817	396,349	13,682	1,366	1,727
2006년	831,692	158,860	173,366	126,152	66,574	46,884	43,586	214,928	1,001	341
2007년	852,420	92,882	96,025	96,407	79,073	66,756	46,060	367,924	6,603	690
2008년	854,205	75,253	88,411	85,224	86,136	70,751	59,781	83,312	291,932	13,405
2009년	882,925	94,064	75,460	80,701	78,455	79,547	65,640	93,843	302,403	12,812
2010년	878,799	123,102	83,809	61,324	68,954	66,321	69,964	102,949	68,111	234,265
2011년	850,689	156,186	89,591	72,175	52,964	57,969	54,753	100,049	65,104	201,898
2012년	821,879	102,033	119,097	73,890	60,683	45,290	50,226	96,818	72,170	201,672
2013년	810,544	75,034	86,295	103,753	65,391	54,205	40,835	88,881	80,008	216,142
2014년	814,184	80,256	64,253	75,561	92,661	59,179	49,358	79,413	81,424	232,079
2015년	1,014,177	278,214	68,339	56,036	66,873	83,596	53,736	79,327	75,394	252,662

자료: 보건복지부, 2015.

14년간 7만 8천 가구가 늘어났다(〈그림 10-4〉, 〈표 10-7〉 참조).

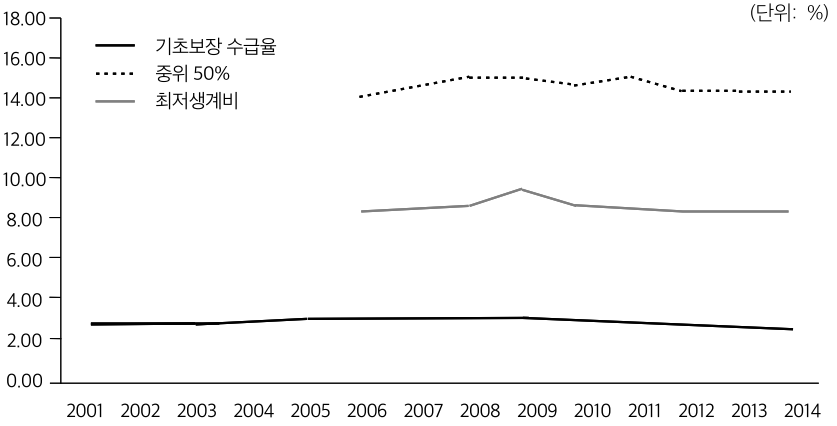
〈표 10-8〉은 기초생활보장 수급가구의 수급기간을 보여준다. 제도도입 기간이 늘어나면서 장기간 기초생활보장 급여를 수급하는 가구규모 역시 함께 변화하고 있다. 즉, 도입 초기인 2001년에는 1~2년 미만이 58만 6천 가구, 2004년에는 4~5년 미만이 43만 1천 가구 등과 같이 제도도입 연차가 늘어나면서 장기수급가구도 연차증가와 함께 변하고 있다. 2010년 제도도입 10년이 되는 시점에서는 10년 이상 수급가구가 23만 4천 가구, 이후에는 20만 가구 이상이 10년 이상 제도 내에 머무르고 있다는 점에서 기초생활보장제도의 빈곤함정 문제를 지적할 수 있다.

3. 개편 이후: 국민기초생활보장제도(맞춤형 급여제도)

1) 개편 배경

기초생활보장제도의 도입 목적은 최후의 사회안전망으로서 위기가구에 대한 적극적 보호에 있었다. 하지만 기초생활보장제도 역시 (구) 생활보호제도와 같이 엄격한 선정기준의 적용으로 사각지대 문제가 지속적으로 발생하였으며, 기초생활보장제도의 수급가구로 선정되는 것이 어렵다는 점에서 한번 수급대상가구로 선정되면 탈수급하지 않으려는 빈곤의 함정 문제가 나타나기 시작했다(이태진 외, 2015). 무엇보다 공공부조의 급여조건인 보충급여제도로 인해 탈수급을 더욱 어렵게 하는 문제를 유발했다. 이 같은 3가지 큰 지적 외에도 기초생활보장제도의 급여가 통합적 형태로 제공됨에 따라 수급가구의 복지욕구에 부합되지 않는 과잉급여의 문제, 기초생활보장제도 수급대상가구 및 수급자 증가에 따라 전달체계가 확대됨에 따른 예산운영의 비효율성이 문제점으로 지적되었다(한국보건사회연구원, 2008).

〈그림 10-5〉 절대 및 상대빈곤율과 기초생활보장제도 수급률 추이



자료: 보건복지부, 2015; 통계청 홈페이지. 2016. 11. 21 인출.

기존 기초생활보장제도가 가진 문제점을 세부적으로 살펴보면 무엇보다 개편의 가장 큰 이유는 복지사각지대 문제일 것이다. 우리나라의 상대빈곤율(중위소득 50%기준)은 10~15%대를 유지하고 있으며, 도움을 필요로 하는 빈곤층이 많이 존재함에도 〈그림 10-5〉에서 보듯이 기초생활보장제도의 수급률은 전 인구 대비 3%대에 머무르고 있었다. 보수정권하에서는 전산망 확충와 부정수급 발굴을 통해 오히려 수급자의 비중이 2%대 감소하는 현상도 발생하였다. 복지사각지대 발생의 가장 큰 문제점으로 제기되는 것은 부양의무자 기준과 재산의 소득환산 시 적용되는 자동차의 환산율이 높게 설정되어 있다는 점이다. 제도도입 이후 여러 번의 제도 개선을 통해 부양의무자 기준을 완화했지만 기초생활보장 사각지대 규모에 비해서는 그 효과가 크지 않았다는 점이다.

두 번째 문제는 기초생활보장제도 시작과 함께 적용된 보충급여로 인한 빈곤함정과 탈수급의 한계이다. 빈곤층의 안정적 생활유지를 위해 주기적으로 정부가 최저생계비를 계측하고 동 수준까지는 지원하겠다는 의지, 정책적 목표를 달성하기 위한 방안이 보충급여제도이다. 하지만 보충급여제

도는 오히려 수급자의 일하고자 하는 의지를 약화시키는 문제가 발생하였으며, 복지사각지대 문제가 동시에 발생하면서 한 번 수급자로 선정되면 수급을 탈피하지 않으려는 현상을 만들어냈다(〈표 10-8〉 참조). 기초생활보장제도에서는 빈곤함정 문제를 줄이고 자활의지를 독려하기 위해 자활급여, 노동시장 참여를 독려하기 위해 근로소득 공제제도 등을 함께 운영하였지만 그 효과는 크지 않았다.

세 번째는 통합급여 운영으로 인해 빈곤층 복지욕구에 충분히 부합하지 못한 문제가 지적되었다. 기초생활보장제도는 도입 당시 선정 및 급여기준으로 최저생계비를 적용하였다. 실제 최저생계비는 지역별, 연령별, 가구특성(노인, 장애인, 한부모 등)에 따라 다를 수 있지만 기초생활보장제도에서는 일률적으로 중소도시 기준의 최저생계비를 발표하고 이를 적용하였다(김태완 외, 2013). 이로 인해 수급가구 혹은 수급자의 특성에 부합되는 급여가 제공되지 못하는 문제가 있었으며, 수급가구로 선정되면 이미 설명한 기초생활보장제도의 모든 급여를 수급하게 됨으로써(가칭 통합급여) 탈수급을 낮추는 요인으로 작동하였다.[10]

마지막으로 기초생활보장제도가 도입 이후 지속적으로 확대되면서 수급자 관리를 위한 전달체계가 확대되면서 예산운영의 비효율성이 지적되었

10) 최저생계비의 단일기준 적용과 통합급여 형태와 관련해서는 서로 다른 견해가 존재한다. 즉, ① 최저생계비 측정과 관련해서는 최저생계비 계측 시 지역별, 가구규모별, 가구유형별(노인, 장애인, 한부모)로 연구되고 그 결과가 제공되지만, 제도운영 과정에서 예산, 전달체계의 문제로 중소도시 기준만을 발표하고 있다는 반론을 제기할 수 있다. ② 통합급여의 측면에서도 수급가구 및 수급자가 기초생활보장제도의 모든 급여를 받는 것은 아니다. 우선적으로는 급여를 받을 수 있는 권리가 생긴다는 점, 기존 제도하에서도 개별가구의 특성에 따라 급여가 지급되고 있다는 점에서 동 문제점의 지적은 과도한 해석으로 볼 수 있다. 예를 들어, 노인가구는 교육급여, 출산급여 등을 받지 않는다는 점, 주거급여도 자가와 월세 등 주거유형에 따라 주거급여 현금과 현물이 구분된다는 점에서 기존 통합급여하에서도 욕구별 급여가 가능하다는 점 등이다.

다. 사회복지전담 공무원의 증가, 희망복지 지원단, 의료급여 사례관리사 등 기초생활보장제도 수급가구를 관리하기 위한 추가적 전달체계가 마련됨에 따른 문제를 지적하는 것이다.[11]

위와 같이 기초생활보장제도가 가진 여러 문제점을 해결하고 빈곤층의 욕구에 부합되기 위해서 여러 시도들이 있었다. 현 정부 들어 기초생활보장제도를 욕구별 급여 혹은 맞춤형 급여로 개편하고자 하였고, 2014년 〈국민기초생활보장법〉 개정을 통해 기초생활보장제도가 맞춤형 급여로 개편되는 계기를 만들어냈다.

2) 맞춤형 급여의 목적과 주요내용

(1) 개편 목적

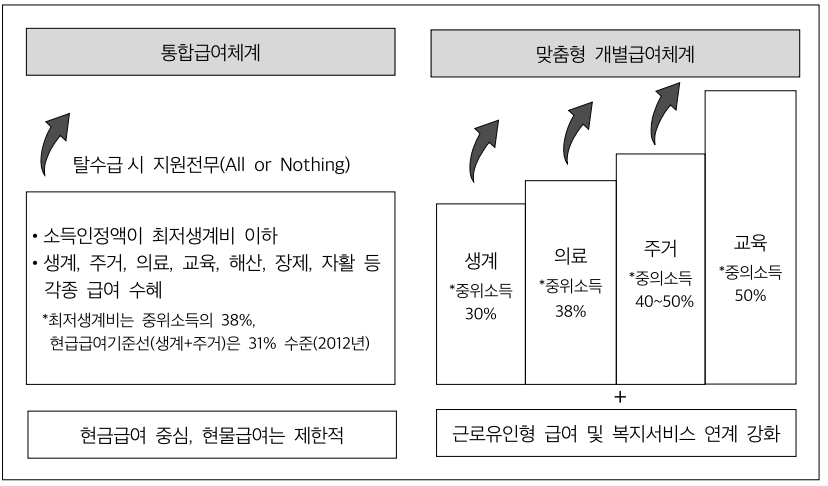
2015년 7월부터는 기초생활보장제도가 맞춤형 급여방식으로 개편되어 시행되고 있다. 제도 개편의 목적은 기존 기초생활보장제도가 가진 문제점을 해결한다는 점에서 크게 3가지 개편 목적을 둔다. 이를 살펴보면 ① 사각지대 해소, ② 급여수준 적정화, ③ 취업·탈빈곤·탈수급 촉진을 제도 개편의 목표로 삼고 있다(노대명, 2016).

무엇보다 맞춤형 급여 도입의 가장 큰 목적은 기초생활보장제도의 사각지대를 해소하고자 하는 데 있다. 이를 위해 맞춤형 급여에서는 급여별로 선정기준을 다양화했으며, 부양의무자 기준을 완화하는 조치들이 시행되었다(김태완 외, 2016).

---

11) 전달체계 문제점 지적에 대해 복지전담 공무원 등의 증가는 빈곤문제 이외의 다른 사회적 위험에 효율적으로 대응하기 위한 방안으로 볼 수 있다는 점에서 기초생활보장제도 만의 문제로 지적하기에는 한계가 있다. 맞춤형 급여로의 전환으로 인한 과도한 전달체계 문제가 지적된다. 즉, 기존에는 복지부를 중심으로 하나의 전달체계가 있었다면, 개편 이후에는 국토교통부(주거급여), 교육부(교육급여)로 분리됨에 따라 오히려 관리와 제도의 통합적 운영에 문제가 발생할 수 있다.

〈그림 10-6〉 맞춤형 급여체계 도입



자료: 대통령직 인수위원회, 2013: 71.

두 번째, 급여수준 적정화를 달성하기 위해 기존의 선정 및 급여기준이었던 최저생계비를 기준중위소득으로 전환하였으며,[12] 각 급여별로 선정기준선을 상향조정하는 방식을 취하였다. 또한 기초생활보장제도 도입과 함께 시작된 주거급여는 생계급여와 함께 지급되면서 주거비 지원보다는 생계비 지원의 성격이 강했다면, 맞춤형 급여의 주거급여에서는 주거급여가 별도로 분리되어 임차가구에 지급됨으로써 주거급여 본래의 목적에 부합되도록 하였다(〈그림 10-6〉 참조).

12) 기준중위소득은 보건복지부 장관이 급여의 기준 등에 적용하기 위해 고시를 통해 발표하는 국민 가구소득의 중위값을 의미한다(보건복지부, 내부자료). 따라서 통계학 등에서 사용하는 중위소득과는 다른 특징을 지닌다. 가장 큰 차이점은 기준중위소득은 예측값이란 점이다. 기초생활보장 수급가구의 선정기준은 전년도에 발표하도록 한다(예를 들어 2016년 적용 기준중위소득은 2015년 8월에 발표한다). 이로 인해 통계청에서 발표하는 2016년 실질중위소득과는 차이가 있으며, 위와 같은 측면에서 기준중위소득은 정책 기준선으로 해석될 수 있다.

세 번째 취업·탈수급 촉진으로서 기초생활보장제도가 보충급여 방식으로 운영되면서 수급자의 일하고자 하는 의지를 약화시키는 점과, 무엇보다 탈수급이 의료·교육급여 등을 받을 수 없다는 문제가 지적되었다. 맞춤형 급여에서는 근로능력 수급자의 경우 생계급여기준을 넘어서도 의료급여를, 크게는 교육급여도 받을 수 있도록 급여기준을 상향조정함으로써 기초생활보장제도에 남고자 하는 의지를 약화시키는 것으로 정책전환이 이뤄졌다. 맞춤형 급여체계를 도식화하면 〈그림 10-6〉과 같다.

(2) 개편 주요내용

맞춤형 급여로의 주요 개편 특징은 보면, 첫째, 선정 및 급여기준으로 작동하던 최저생계비가 기준중위소득으로 변경되었다는 점, 둘째, 각 급여가 분리됨에 따라 계획, 운영 등의 주체가 보건복지부에서 주거급여는 국토교통부, 교육급여는 교육부로 이관되어 통합적이면서 분리되어 운영되는 체계를 갖추었다는 점이다.

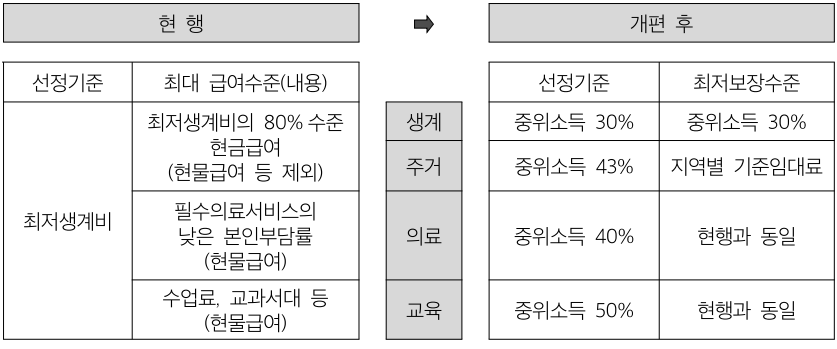
선정 및 급여기준의 경우 2000년 제도도입과 동시에 주요기능을 수행하던 지출중심의 최저생계비가 소득중심의 기준중위소득으로 변경되었다는 점이다.[13] 또 다른 의미에서는 절대적 의미가 상대적 의미로 전환되는 계기가 마련되었다. 개편된 급여별로 선정기준이 따로 설정되어 생계급여는 기준중위소득의 30%, 의료급여는 기준중위소득의 40%, 주거급여는 기준중위소득의 43%, 교육급여는 기준중위소득의 50%로 변경되었다. 이 중 생계급여는 기존 최저생계비 수준이 기준중위소득의 27% 수준이므로 도입 초기에는 기준중위소득 28%에서 시작, 단계적으로 인상하여 2017년에는 기준

13) 빈곤층은 소득창출 능력이 적다는 점에서 주로 지출을 중심으로 분석되거나 지원방안이 모색되었다. 수급자 선정에서는 소득을 기준으로 하지만 소득기준선의 기준은 지출을 기준으로 한 최저생계비로서 빈곤층은 벌어들인 소득을 모두 소비한다는 가정에 있다. 반면에 맞춤형 급여에서는 지출이 아닌 소득을 기준으로 함으로써 소득이 빈곤층의 생활수준과 그 욕구를 정확히 반영하는 근거가 되는 것인지 추가적 검토가 필요하다.

중위소득 30%로 상향조정될 예정이다(〈그림 10-7〉 참조).

기준중위소득의 도입과 더불어 사각지대 축소를 위한 조치의 하나로 부양의무자 기준을 확대했다. 즉, 부양의무자 기준을 상향조정했으며, 맞춤형 급여제도 도입의 가장 큰 의의 중 하나는 공공부조제도에서는 처음으로 교육급여에 대해 부양의무자 기준을 폐지한 점이다. 부양의무자의 범위는 2016년 기준 수급권자의 1촌 이내 직계혈족(부모, 아들·딸 등), 수급권자 1촌의 직계혈족의 배우자(며느리, 사위, 계부, 계모 등)로 한다(보건복지부, 2016)(〈표 10-9〉, 〈그림 10-8〉, 〈표 10-10〉 참조).

〈그림 10-7〉 맞춤형 급여 선정기준 개편 내용



주: 생계급여는 〈국민기초생활보장법〉 부칙 제5조에 따라 2017년까지 중위 30%로 단계적으로 인상.
자료: 보건복지부, 내부자료.

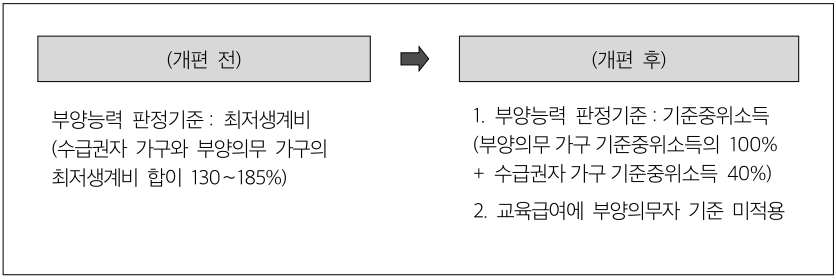
〈표 10-9〉 2016년 기준중위소득 기준 및 급여별 선정기준 금액

(단위: 원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
기준중위소득 (2016년)	1,624,831	2,766,603	3,579,019	4,391,434	5,203,849	6,016,265	6,828,680
생계 29%	471,201	802,315	1,037,916	1,273,516	1,509,116	1,744,718	1,980,317
의료 40%	649,932	1,106,642	1,431,608	1,756,574	2,081,540	2,406,506	2,731,473
주거 43%	698,677	1,189,640	1,538,978	1,888,317	2,237,656	2,586,994	2,936,333
교육 50%	812,415	1,383,302	1,789,509	2,195,717	2,601,925	3,008,132	3,414,340

주: 생계급여수급자 선정기준 중위소득 29%는 동시에 생계급여 지급기준에 해당함.
자료: 보건복지부, 2016: 51 재인용.

〈그림 10-8〉 맞춤형 급여 부양의무자 기준 개편 내용



자료: 노대명, 2016: 39 재인용.

〈표 10-10〉 부양능력 판정기준 변화

부양능력	2015년 7월 이전 (소득 및 재산기준)	2015년 7월 이후 (소득 및 재산기준)
부양능력 없음	• 부양의무자 가구소득 < B×130% • 부양의무자 금융재산이 2억 원 미만 [생활공제금(300만 원), 금융부채공제] • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 < (A+B)[1] × 42%[3]	• 부양의무자 가구소득 < B×100% • 부양의무자 금융재산이 2억 원 미만 [생활준비금(500만 원), 재산가액에서 차감하는 부채공제] • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 <(A+B)[1] ×18%
부양능력 미약[2]	• B × 130% ≤ 부양의무자 가구소득 < (A+B)×130% (노인·한부모·장애인 가구의 부양의무자는 185% 미만) • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 < (A+B)×42%[3]	• B × 100% ≤ 부양의무자 가구소득 <(A×40%) + (B×100%)(노인·한부모·장애인가구의 부양의무자[(A×40%)+(B×100%)]와 [(A+B)×74%] 중 높은 기준 적용] • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 < (A+B)×18%
부양능력 있음	• 부양의무자 가구소득 ≥ (A+B)×130% (노인·한부모·장애인가구의 부양의무자는 185% 미만) • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 ≥ (A+B)×42%[3]	• 부양의무자 가구소득 ≥ (A×40%)+(B×100%)(노인·한부모·장애인가구의 부양의무자 [(A×40%)+(B×100%)]와 [(A+B)×74%] 중 높은 기준적용) • 부양의무자 가구재산의 소득환산액 ≥ (A+B)×18%

주: 1) A는 수급권자 가구의 최저생계비(2015년 7월 이전), 기준중위소득(2015년 7월 이전).
B는 부양의무자 가구의 최저생계비(2015년 7월 이전), 기준중위소득(2015년 7월 이전).
2) 부양의무자에게 일정한 부양비를 부과하는 것이 전제. 부양능력 미약으로 판정된 부양의무자의 경우 수급권자와의 관계에 따라 상이한 부양비 부과.
3) 1999년도 4인가구 재산기준(3,200만 원)의 120%(3,840만 원)에 대하여 월 1% 이자율을 가정할 경우 발생하는 월소득 38만 4천 원과 4인가구 최저생계비(93만 원)와의 비율.
자료: 보건복지부, 2016: 53; 정기혜 외, 2012: 243.

두 번째의 큰 변화 중 하나가 전달체계 개편이다. 기초생활보장제도에서는 보건복지부를 중심으로 전달체계 운영되었다. 하지만 개편된 맞춤형 급여에서는 주거급여는 국토교통부가, 교육급여는 교육부가 책임부처가 됨으로써 제도운영에 대한 책임이 서로 다른 부처가 담당하게 되었다. 세부적으로는 주거급여는 국토교통부를 중심으로 하여 한국토지주택공사가, 교육급여는 교육부와 시도 교육청이 업무를 함께 맡도록 했다. 이와 관련하여 기존 기초생활보장제도의 문제점 중 하나로 제도 확대에 따른 전달체계 비효율성과 예산의 지속적 확대를 지적한 바 있다. 하지만 맞춤형 급여로의 제도 개편 효과는 책임성을 강화했다는 긍정적 측면도 있지만 동시에 전달체계를 복잡

〈표 10-11〉 기초생활보장제도 수급 선정기준별 주요변화

구분		1999년 (제정 당시)	2003년 (소득인정액 적용)	2005년 (부양의무자 기준 완화)	2007년 (부양의무자 기준 완화)	2012년	2015년 (맞춤형 급여)
소득 기준		• 소득평가액	• 소득인정액 (=소득평가액+ 재산의 소득 환산액)이 최저 생계비 이하	좌동	좌동	• 주거용 재산 환산율 (월 1.04%) 도입(2013년)	• 소득인정액 (=소득평가액 + 재산의 소득 환산액)이 각 급여별 기준 중위소득 이하
재산 기준		• 재산금액 • 주택 및 농지면적 • 자동차					
부양의무자 기준	범위기준	• 직계혈족과 그 배우자 • 생계를 같이하는 2촌 이내 혈족	좌동	• 1촌 직계혈족과 그 배우자 • 생계를 같이하는 2촌 이내 혈족	• 1촌 직계혈족과 그 배우자	좌동	• 사망한 1촌 직계혈족의 배우자 제외
	판정기준	부양의무자 소득이 부양의무자 가구 최저생계비의 120% 미만, 재산가액이 재산 선정 기준의 120% 미만	좌동	좌동	• 부양의무자의 소득이 부양의무자 가구 최저생계비의 130% 미만 (2006년 시행)	• 노인·장애인·한부모가구의 부양의무자의 소득이 최저생계비 185% 미만 (2012년 시행)	• 부양의무자의 소득이 부양의무자 가구 기준중위소득의 100% 미만 (2015년 7월 시행) • 교육급여 부양의무자 폐지
선정 방식		부양의무자 기준, 소득기준, 재산기준을 동시에 충족하는 경우	부양의무자 기준을 만족하고, 소득인정액이 최저생계비 이하인 경우	좌동	좌동	좌동	부양의무자 기준을 만족하고, 소득인정액이 기준중위소득 이하인 경우

자료: 보건복지부, 2015; 이태진 외, 2010.

하게 함으로써 효율적 운영은 어렵게 하는 문제를 유발하였다. 무엇보다 부처 간 선정 및 급여기준 정보공유, 제도변경에 따른 업무조정과 협의가 원활히 진행되지 못하는 문제가 발생했다(김미곤 외, 2015) (〈표 10-11〉 참조).

3) 맞춤형 급여별 특징

(1) 생계 및 의료급여

생계급여의 수급대상자가 되기 위해서는 소득인정액이 기준중위소득의 29% (2017년 30%로 인상) 이하이어야 한다. 예외적으로 보장시설에 위탁하여 생계급여를 받게 되는 경우에는 소득인정액이 기준중위소득의 40% 이하인 가구로 설정한다. 또한 생계급여수급가구 혹은 수급자가 되기 위해서는 앞에서 설명한 부양의무자 기준에 충족되어야 한다.

생계급여의 수급가구 및 수급자가 되면 맞춤형 급여에서 정하는 의료, 주거 및 교육급여의 수급자격 요건을 가지게 된다. 생계급여는 최저보장수준[14]과 현금지급을 원칙으로 한다. 가구별 최저보장수준은 수급자 가구의 소득인정액을 감하고 남은 금액을 보충급여 방식으로 지급한다(보건복지부, 2016).

생계급여액 = 생계급여 최저보장수준(= 대상자 선정기준) - 소득인정액

14) 맞춤형 급여 도입 이전의 기초생활보장제도에서는 최저생계비가 선정 및 급여기준으로 활용되었다. 맞춤형 급여에서는 최저생계비 대신 기준중위소득이 도입되면서 기준중위소득은 선정기준으로서, 급여기준으로는 '최저보장수준'이란 개념을 도입하였다. 최저보장수준은 국민의 소득·지출 수준과 수급권자의 가구유형 등 생활실태, 물가상승률 등을 고려한 급여의 종류별로 공표하는 금액 혹은 보장수준을 의미한다(보건복지부, 내부자료). 생계급여의 경우에는 현금급여와 보충성의 원칙이 적용된다는 점에서 기준중위소득과 최저보장수준이 동일하다. 하지만 의료급여, 주거급여 및 교육급여에서 선정기준은 기준중위소득을 따르지만, 급여수준에 있어서는 의료급여는 본인부담 등이, 주거급여는 지역별 기준임대료가, 교육급여는 초·중고별 학용품비 등이 다르게 설정된다는 점에서 기존 최저생계비를 기준으로 한 통합급여 방식의 기초생활보장제도의 급여와는 차이가 있다.

〈표 10-12〉 의료급여 본인부담 비용

구분		1차 (의원)	2차 (병원·종합병원)	3차 (지정병원)	약국
1종	입원	없음	없음	없음	-
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원
2종	입원	10%	10%	10%	-
	외래	1,000원	15%	15%	500원

자료: 보건복지부, 2015.

의료급여는 생계급여기준선보다 상향되어 소득인정액이 기준중위소득의 40% 이하인 가구로 설정되며, 생계급여와 동일하게 부양의무자 기준이 적용된다. 의료급여의 최저보장수준은 급여대상 항목의 의료비중 수급자의 본인부담금액을 제외한 전액을 지급하며, 수급자의 근로능력에 따라 1종과 2종으로 구분한다(〈표 10-12〉 참조).

생계 및 의료 급여 이외 복지부에서 제공하는 해산급여 및 장제급여는 생계·의료·주거급여 수급자에게 제공되는데, 해산급여는 1인당 60만 원(현금), 장제급여는 1인당 75만 원을 지급하도록 한다. 지원금액은 생계급여를 담당하고 곳에서 지급하도록 하였다(보건복지부, 2016).

(2) 주거급여

주거급여는 기초생활보장제도 도입 시 처음으로 주요급여로 시작되었지만, 생계급여와 함께 지급됨에 따라 주거급여의 본 목적보다는 생계비로 활용되는 측면이 많았다. 맞춤형 급여에서는 주거급여가 국토교통부를 통해 별도로 지급됨으로써 주거급여의 본 목적에 부합되도록 하였다. 주거급여는 우선 소득인정액이 기준중위소득의 43% 이하인 가구로 부양의무자 기준에 부합되면 주거급여를 지급하게 된다. 주거급여의 기준선이 기준중위소득 43%선에서 설정되었다는 점에서 선정기준선이 상향조정되는 효과를 가져왔다. 최저보장수준으로서 주거급여는 임차가구의 월임대료

의 일부를 지원하는 임대료 지원금과 자가가구 주거의 질 향상을 돕기 위해 수선유지급여로 구성되어 있다. 먼저 임대료 지원금은 최저주거기준을 고려한 지역별·가구원수별로 산정한 기준임대료를 상한으로 주거급여를 지원한다.

임차가구에 제공되는 기준임대료는 〈표 10-13〉과 같이 지원된다. 즉, 소득인정액보다 생계급여기준금액이 적을 경우에는 기준임대료 전액을, 소득인정액이 생계급여기준금액보다 클 경우에는 기준임대료에서 자기부담분을 제외한 금액을 지원한다(〈표 10-14〉 참조).

〈표 10-13〉 기준임대료

(단위: 만 원 / 월)

구 분	1급지 (서울)	2급지 (경기·인천)	3급지 (광역시)	4급지 (그 외 지역)
1인	195,000	174,000	143,000	133,000
2인	225,000	195,000	154,000	143,000
3인	266,000	236,000	184,000	174,000
4인	307,000	276,000	215,000	195,000
5인	317,000	287,000	225,000	205,000
6-7인	369,000	338,000	256,000	236,000
8-9인	405,900	371,800	281,600	259,600
10-11인	446,490	408,980	309,760	285,560

주: 8인 이상 가구는 7인가구 선정기준액에서 6인가구 선정기준액을 차감한 금액을 추가.
자료: 국토교통부, 2016.

〈표 10-14〉 기준임대료 지원방법

- (소득인정액 ≤ 생계급여기준금액) '기준 (또는 실질) 임대료' 전액지원
- (소득인정액 〉 생계급여기준금액) '기준 (또는 실질) 임대료 - 자기부담분[1]' 지원

주: 1) 자기부담분 = K (자기부담율 0.3[2]) × Y (소득인정액 - 생계급여기준금액)
2) 2013년 9월 발표한 자기부담율(0.5) 산정방식을 개정 〈국민기초생활보장법〉을 반영해 현실화('최저생계비 대비 최저주거비' 개념 → '중위소득 43% 대비 기준임대료' 개념)

자료: 국토교통부, 2016.

〈표 10-15〉 자가가구 수리유선비 지원수준

구분	경보수	중보수	대보수
지원금액(주기)	350만 원 (3년)	650만 원 (5년)	950만 원 (7년)
노후도 점수	36점 이하	36점 초과 = 68점 이하	68점 초과
구분	① 생계급여 선정기준 이하	② 중위소득 35% 이하	③ 중위소득 43% 이하
지원율	100% 지원	90% 지원	80% 지원

자료: 국토교통부, 2016.

자가가구의 경우는 기준임대료 대신 자가주택에 대한 수선유지급여를 지급한다. 기초생활보장제도에서도 동일한 수선유지급여가 지급되었지만, 그보다는 지급금액이 확대되고 단계별 지원을 채택하고 있다. 주택노후도[15]에 따라 보수범위를 경보수, 중보수, 대보수로 나누어 지급하며 지원금액(상한액)도 350만 원, 650만 원, 950만 원까지 상향조정하였다. 자가주택의 수선유지급여는 상한액을 모두 지원하는 것이 아니라 주택노후도와 소득인정액 수준에 따라 지원금액을 100~80%까지 차등적으로 지원하도록 하고 있다(〈표 10-15〉 참조).

(3) 교육급여

저소득층을 위한 교육급여제도는 생활보호제도가 도입된 이후인 1979년에 처음으로 생계보호의 일환으로 도입되었지만, 1982년에 이르러 처음으로 생계보호와 분리되어 교육보호가 신설되었으며 이후 점진적으로 대상을 확대해가며 발전했다. 기초생활보장제도가 도입되면서 교육보호는 교육급여로 명칭이 변경되었다. 교육보호는 초등학교·중학교까지 의무교육이 확대되면서 초·중등생에게는 입학금, 수업료보다는 학용품비, 부교재비를 중심으로 제공되었으며, 고등학생을 대상으로 입학금, 수업료,

15) 주택노후도는 주택의 전용부분에 한하여 구조안전(3개 항목), 설비상태(12개 항목), 마감상태(4개 항목) 등을 종합적으로 감안하여 판단하도록 한다(국토교통부, 2016).

〈표 10-16〉 학교급별 지원내역

구분	부교재비	학용품비	교과서대	입학금/수업료
초등학생	3만 9,200원	-	-	-
중학생	3만 9,200원	5만 3,300원	-	-
고등학생	-	5만 3,300원	13만 1,300원	학교장이 고지한 금액 전액
지급방법	연 1회	연 2회 (1/4, 3/4분기)	연 1회	입학금은 신입생 입학 시 1회 수업료는 분기별 지급

자료: 교육부, 2016: 119 재인용.

교과서대 등이 지급되었다. 2015년 맞춤형 급여로 개편되기 이전에는 보건복지부가 관리하였다면 개편 이후에는 교육부로 이관되며 각 지역 교육청과 함께 운영하고 있다.

교육급여는 맞춤형 급여 속에서 그 지원범위가 크게 확대되었다. 선정기준에서 맞춤형 급여 중 가장 높은 기준중위소득의 50% 이하인 가구에 제공되며 다른 급여와 다르게 부양의무자 기준을 폐지하였다. 부양의무자 기준 폐지의 배경을 살펴보면 교육은 공공재이고 중학교까지 국가가 의무교육을 책임지고 있다는 점, 이미 교육부에서 운영하는 초·중고 교육지원사업이 부양의무자 기준을 적용하고 있지 않다는 점에서 교육급여에 대해서는 부양의무자 기준을 적용하지 않기로 하였다(박주호 외, 2015).

교육급여를 통해 제공되는 최저보장수준의 급여는 초등학교, 중학교 및 고등학교에 따라 다르게 지원한다. 초·중학교는 부교재비, 중·고등학생은 학용품비, 고등학교는 교과서 대금, 입학금 및 수업료를 지급한다(〈표 10-16〉 참조).

4. 맺음말: 쟁점과 함의

우리나라 공공부조제도인 1961년 생활보호제도 이후 약 50여 년이 지나고 있다. 공공부조제도로는 부족했던 생활보호제도를 대신한 국민기초생활보장제도 역시 도입된 지 상당기간이 지나고 있다. 기초생활보장제도도 2015년 새롭게 맞춤형 급여로 변경되었다. 공공부조에 대한 세 번의 커다란 변화가 추구하는 바는 저소득층 혹은 빈곤층이 편안하고 안정적으로 생활을 할 수 있도록 지원하는 것이며, 단순히 제도에 안주하기보다는 탈수급 및 탈빈곤 할 수 있도록 돕고자 하는 데 그 목적이 있다. 새롭게 시작한 맞춤형 급여의 목적에서도 빈곤층에 대한 보호 강화, 급여수준 향상, 자활 및 취업할 수 있는 여건 마련을 최우선의 과제로 두고 있다.

이제 제도가 시작된 지 1년이 좀 지나는 시점에서 그 성과가 제대로 이루어지고 있는지를 측정하는 것은 무리가 있다. 많은 국민들이 공공부조제도에 대해 인지하고, 빈곤층이 탈수급을 하기 위해서는 시간이 필요할 것이다. 하지만 제도의 안정적 정착과 발전적 모습을 위해서는 아직도 해결해야 할 점이 몇 가지 있는 것 같다.

무엇보다 사각지대 해소를 목표로 도입된 맞춤형 급여에서도 여전히 사각지대가 존재한다는 점이다. 사각지대 해소를 위해 맞춤형 급여에서는 두 가지 방식을 취하였다. 우선적으로 급여별 기준중위소득을 상향조정 함으로써 기존 차상위계층까지 제도 내로 포함시키고자 하는 노력이 있었다. 두 번째는 부양의무자 기준을 완화하여 비수급 빈곤층의 규모를 축소하고자 하는 모습이었다. 두 가지 방법을 통해 사각지대를 해소하고자 하는 정책목표는 바람직하다고 할 수 있다.

하지만 여전히 부양의무자 기준을 확대해도 이로 인한 탈락자가 나타나며, 재산의 소득환산제도의 자동차 기준 등으로 인한 비수급 빈곤층은 존재한다. 사회가 다원화되고 개별화되면서 과거와 같은 가족부양의 모습은

점진적으로 줄어들고 있다. 최근에는 혼자 사는 1인가구가 늘어나고 있다는 점에서 가족부양의 기능은 더욱 약화될 것으로 보인다. 그러나 아직 공공부조제도에서는 부양원칙이 그대로 적용된다는 점에서 이를 과감히 완화하기 위한 방안의 고민이 필요하다. 더불어 필수품화되는 자동차 기준에 대한 검토도 중장기적으로 필요할 것이다.

공공부조의 대상자는 현황에서 보듯이 노인 · 장애인 · 한부모가구 등 생활과 노동능력이 취약한 계층이다. 따라서 우선 보호가 필요한 대상이라는 점에서 맞춤형 급여에서 제시하는 탈수급 · 취업촉진 등이 가능할 것인지가 문제이다. 근로능력을 가진 대상은 취업지원을 통해 우선 탈수급을 촉진하는 것은 바람직하다. 하지만 공공부조 대상에서 취업을 통해 탈수급이 가능한 규모는 많다고 볼 수 없는 상황이다. 근로능력자의 탈수급이 늘어나는 만큼, 오히려 경제상황이 좋지 않으면서 베이비붐세대의 은퇴로 인한 노인빈곤층의 증가, 불안정 고용으로 인한 근로빈곤층 등이 새로운 공공부조제도의 대상이 되고 있다.

공공부조제도로 모든 빈곤층 및 취약계층을 보호한다는 것은 쉽지 않다는 점에서 현재의 공공부조제도는 빈곤층 보호, 사회안전망의 역할을 수행하도록 지원하고, 늘어나는 새로운 빈곤계층에 대해서는 다른 사회복지제도를 통해 보호하고 지원하는 것이 바람직할 것이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

교육부(2016). 〈교육급여사업 안내〉. 교육부.

국토교통부(2016). 〈2016년 주거급여 사업안내〉. 국토교통부.

김미곤(2009). "국민기초생활보장법 제정 10년의 성과와 과제". 〈이슈&포커스〉, 2호, 1~8.

_____(1999). "국민기초생활보장법 제정에 따른 향후 과제". 〈보건복지포럼〉, 10월호(통권 37호), 38~47.

_____ · 유진영(2015). 〈기초보장 현장 모니터링: 현장 전문가와 실무자 포럼〉. 한국보건사회연구원.

김태완 외(2016). 《농어촌 기초생활보장제도 사각지대 해소방안》. 한국농촌경제연구원 · 한국보건사회연구원.

_____(2013). 《2013년 최저생계비 계측조사 연구》. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

노대명(2016). "생계 · 의료급여의 실태와 성과". 〈기초보장포럼: 맞춤형 급여의 의의와 발전방향〉. 1주년 심포지엄. 보건복지부 · 국토교통부 · 교육부.

대통령직 인수위원회(2013). 〈인수위 제안 140대 국정과제〉. 대통령직 인수위원회

박주호 외(2015). 〈교육급여 적정성 방안 연구〉. 교육복지정책중점연구소.

보건복지부. 〈생활보호 사업안내〉. 각 연도.

_____. 〈국민기초생활보장사업 안내〉. 각 연도

_____. 〈국민기초생활보장 수급자 현황〉. 각 연도

이태진 외(2014). 〈2014년 복지욕구실태조사〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

_____(2010). 《국민기초생활보장제도 10년사》. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

정기혜 외(2012). 《주요국의 사회보장제도: 한국》. 한국보건사회연구원.

한국보건사회연구원(2008). 〈기초생활보장제도 개편방안에 대한 정책토론회〉. 한국보건사회연구원.

기타 자료

통계청. 홈페이지(KOSIS). 2016. 11. 21 인출.

제 3 부 의료보장 및 사회서비스

제 11 장 보건의료제도
제 12 장 의료보장제도
제 13 장 장기요양보장제도
제 14 장 고령자 복지서비스
제 15 장 장애인 복지서비스
제 16 장 아동 및 보육서비스
제 17 장 주택 및 주거서비스

11
보건의료제도*

1. 머리말

1) 보건의료제도의 틀

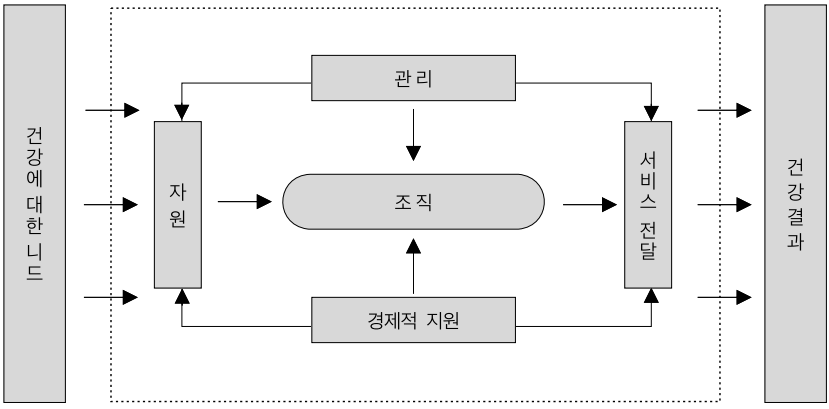
이 장에서는 건강보험이나 의료급여제도를 중심으로 한 의료보장제도를 넘어서 보건의료제도(이하 '의료제도') 전체의 모습을 조망한다. 의료제도의 구성요소와 기능 및 목표에 관한 설명은 의료제도를 〈그림 11-1〉에서와 같이 "의료서비스의 제공을 위한 자원의 생산, 조직화, 재원조달 및 관리 과정의 결합"(*combination of resources, organization, financing and management that culminate in the delivery of health services to the population*)으로 규정한 뢰머의 틀을 사용한다(Röemer, 1990).[1]

---

* 이 글은 2012년 《주요국의 사회보장제도: 한국》(한국보건사회연구원, 2012)에서 필자가 작성한 "제3부 제1장 의료제도"를 수정 및 보완하여 작성한 것이다.

1) 의료제도에 대한 기술은 다양한 방식으로 가능한데, 여기서 뢰머의 의료제도 모형에 따라 기술한다(Röemer, 1990). 동 한국보건사회연구원(2016)의 일본 편에서 기술되고 있는 일본의 보건의료제도도 같은 틀을 사용하고 있으므로 이와 비교하면서 읽으면 양국의 의료제도에 대한 이해에 도움이 될 것으로 기대된다.

〈그림 11-1〉 보건의료제도의 구성



자료: Röemer, 1990.

의료제도는 의료서비스의 공급을 중심으로 한 축과 재원을 조달하여 이러한 서비스를 구입하는 수요의 축으로 구분될 수 있다. 한국의 의료제도는 공급 사이드는 민간이 주로 담당하고, 반면에 이를 위한 비용의 대부분은 공공재원으로 충당하는 구조로 이루어져 있다. 재원조달을 통한 수요측면을 건강보험제도에 주로 의존하다 보니 그만큼 건강보험제도가 의료제도의 주된 부분을 구성하고 있다. 이러한 한국 의료제도의 특징은 제도 형성 초기에 일본 의료제도의 영향을 받아 형성되었다. 하지만 이 장에서는 재원조달보다는 '의료제공과 이용체계'에 보다 비중을 두어 기술할 것이다. 재원조달은 전체적 규모와 재원구성을 중심으로 간략히 다루고 '재원조달'의 주된 기능을 하는 건강보험제도 등은 의료보장에 관한 제11장과 제12장에서 보다 상세히 기술하겠다.

2) 한국 보건의료제도의 역사적 전개[2)]

해방 후 1946년 보건후생부가 만들어졌고 1948년에는 보건후생부와 노동부가 통합하여 사회부가 되었다. 1951년에는 최초의 의료관련 법인 〈국민의료법〉이 제정되었고 한의사가 제도화되었다. 1956년에는 보건소법이 제정되어 질병예방과 보건향상을 위한 기초가 마련되었다. 의과대학은 광복 직후부터 설치되었지만 치과대학은 1959년 서울대학교에 처음 설치되었다. 한의과대학은 1964년 동양의과대학 한의학과가 6년제로 시작됐다. 광복 후에는 의과대학 간호학과와 간호학교가 각각 3년제로 있다가, 1955년에 연세대학교와 이화여자대학교에서 간호학과 4년제가 채택되었다. 의료기사의 배출은 1963년 수도의과대학 (우석대학교를 거쳐서 현재 고려대학교) 병설 의학기술초급대학에서 이루어졌다.

1962년 경제개발 5개년 계획과 함께 가족계획사업이 시작되었다. 이때부터 1970년대에 걸친 보건사업은 가족계획과 모자보건사업, 급성전염병 관리, 결핵 및 나병관리, 보건망 강화, 농어촌 1차 보건의료사업 등이 중심이 됐다. 보건인력의 부족 문제도 농어촌지역에 부각됐다. 의과대학과 간호대학에서는 방학 때 의사와 간호사 그리고 학생들이 무의촌을 찾아가 진료하는 것이 유행이었다.

1977년 제4차 경제사회발전 5개년 계획이 시작되어 경제개발만이 아니라 사회발전도 병행해서 추진되면서, 제1종 의료보험(직장의료보험)과 의료보호(현 의료급여)가 실시되었다. 1988년에는 농어촌지역에, 1989년에는 도시자영자를 대상으로 지역의료보험이 실시됨으로써 전국민의료보험 시대를 맞게 되었다.

---

2) 보건복지 70년 정사를 기록한 보건복지 70년사 편찬위원회(2015: 2~22)를 요약함으로써 자료의 신뢰성을 높이고자 했다.

정부는 1960년대부터 보건소와 보건지소의 기능을 향상시키면서, 의료시설을 지역에 골고루 배분하려 했다. 하지만 인력과 시설의 지역별 불균형은 해소되지 않았는데, 1970년대 후반 이후 의과대학이 증설되어 1980년대 중반에는 의대가 30곳이 넘게 되었으며 졸업생은 매년 3천 명에 달하였다. 1980년에는 〈농어촌보건의료를 위한 특별조치법〉이 제정되어 지역의 보건시설이 확충되고, 공중보건의와 보건진료원이 배치됐다. 의사와 간호사를 대상으로 하는 공중보건장학제도를 통해 농어촌 의료자원을 확충하려는 시도도 있었다. 1981년에는 고가특수의료장비도입허가 심사제도가 도입되었다. 1984년에는 취약지 민간병원에 대한 운영비 지원제도가 마련되었다. 1985년에는 지역별 의료기관의 개설허가 제한지역(금지지역, 제한지역, 권장지역)을 고시했다.

의료의 질에 대한 관심도 1980년대 들어서면서 커지기 시작했다. 1980년에는 대한병원협회에서 병원표준화사업이 시작되었고 1981년에는 수련병원이 표준화심사를 담당해 부분적이지만 의료의 질 관리(*Quality Assurance*)의 개념이 공식화되기 시작했다.

인구고령화가 진행되면서 1990년대에 들어서는 질병양상에 변화가 왔고 노인보건문제가 제기되기 시작했다. 보건행정도 방역 등의 공중보건에서 건강증진과 의료보장으로 중심이 이동했다. 1995년 제정된 〈국민건강증진법〉에서는 직장이나 보건소망을 통한 각종 건강증진사업이 의무화됐다.

의료보험수가가 통제되자 병원은 건강보험이 적용되지 않는 비급여 서비스나 건강검진, 장례식장과 같은 별도의 수익원을 창출했다. 소득수준이 높아지고 건강에 대한 관심이 커짐에 따라 의료수요도 늘고, 이는 다시 의료시설과 인력의 확충으로 이어지고 이에 따라 전체 의료비는 계속 증가했다. 농어촌지역 주민의 의료이용을 위하여, 정부는 보건소, 보건지소 그리고 보건진료소의 기능을 강화시키려 노력하였고, 지방자치제 실시에 즈음하여 보건기관의 역할과 기능이 강조됐다. 만성퇴행성 질환에 대하여

유병실태 조사, 성인병 등록, 진단사업 등이 시행되었다. 정신질환자들을 위하여 국립정신병원이 신설되었으며 1989년에는 3백 병상 이상의 병원에 정신과가 의무적으로 설치되게 되었다.

1990년대에는 지역의료보험 시행과 관련하여, 조합 간 재정력의 격차, 농어민에 대한 과중한 보험료 부담, 국고지원 규모의 증가, 그리고 급여범위의 제한으로 인한 의료비 부담 등이 문제로 부각되었다. 그동안 의과대학도 계속 증설되어 총 41개가 되었고, 의과대학 정원도 3천 명대를 넘어섰다. 1993년 약사법시행규칙 개정을 계기로 한약분쟁이 촉발되었다. 이 1차 한약분쟁은 약사법개정안으로 잠시 소멸되었으나, 1995년 약학조제약사 시험제도를 둘러싸고 2차 한약분쟁이 시작되었다. 이 과정에서 개정된 약사법은 2000년 의약분업 개혁의 단초가 되었다. 1995년 〈보건소법〉이 〈지역보건법〉으로 바뀌고 지방자치단체들은 지역보건의료계획을 4년마다 수립하게 됐다. 같은 해에는 의료기관서비스 평가가 실시되었다.

국민의 정부(1998~2002년) 기간 중의 가장 큰 변화는 의료보험조합들을 통합하여 단일건강보험자 시대가 출범한 것과 의약분업이 시행된 것이다. 식품의약품안전청 출범(1998년), 국립암센터 발족(2000년), 저소득층 암검진체계 구축, 대대적인 금연사업, 국민건강증진 종합계획(Health Plan 2010) 수립(2002년) 등의 굵직한 사건과 사업들이 있었다. 1998년에는 지역의료보험과 '공무원 및 사립학교 교원 건강보험공단'이 통합되었고, 1999년 〈국민건강보험법〉이 국회에서 통과됨에 따라 2000년 통합 국민건강보험공단이 출범했다. 건강보험의 급여범위도 넓어져서, 1999년 장애인보장구 급여범위가 종전의 8종에서 56종으로 확대되었고, 2000년에는 산전 진찰이 급여에 포함되었다. 2000년에 시행된 의약분업은 의약품 오·남용으로부터 국민의 건강을 보호하고 의약품 거래의 투명성을 제고한다는 명분에도 불구하고 그 적용과정에서 많은 혼선이 있었고 이를 수습하는 과정에서 건강보험재정이 악화되는 어려움이 있었다.

이 시기에 중앙응급의료센터와 권역별 응급의료센터 등 응급의료정보시스템이 구축되었다. 〈보건의료기본법〉이 제정되었고, 〈전염병예방법〉이 현실에 맞게 개정되었다. 공공보건의료에 관한 법률도 제정되었다. 1992년에 설립되었던 한국의사국가시험원은 1998년에 재단법인 한국보건의료인국가시험원으로 확대 개편되면서 보건의료 18개 직종, 23개 종목의 면허와 자격시험을 관장하게 됐다.

참여정부(2003~2007년)는 의료의 형평성 보장 및 서비스 접근도 제고를 핵심 추진방향으로 설정하고, 공공보건의료 확충, 의료의 보장성 강화에 중점을 두었다. 2005년에는 국립대학병원, 지방의료원, 보건소 등 공공보건의료체계의 경쟁력 강화를 위한 공공보건의료 확충계획을 수립했고, 국가 암관리체계를 구축했다. 2003년에는 질병관리본부를 설치하여 사스(SARS), 조류인플루엔자 등 신종 국제전염병에 대한 대응체계를 강화했다. 그리고 응급의료기금 확충(2003년), 혈액안전종합계획 추진(2004년) 등을 통해 응급의료 및 혈액안전관리체계를 보강했다.

건강보험 재정 측면에서는 2002년 2조 6천억 원의 누적적자를 해소해야 했다. 2002년에는 보험재정지출의 14%를 국고에서 지원하고, 6%를 국민건강증진기금에서 지원하도록 했으며, 수가인상 억제 등 보험재정 안정대책이 추진되었다. 이에 따라 건강보험재정은 바로 회복되었고 2004년에 누적 흑자 상태로 전환되었다.

2006년 지방의료원의 관리권이 행정자치부로부터 보건복지부로 이관되었다. 그리고 34개 지방의료원과 6개의 적십자병원 등 40개 병원의 지역거점병원 육성이 추진되었으며, 보건(지)소, 보건진료소 신·증축 및 장비 현대화를 위한 지원이 이루어졌다. 만성질환의 확대에 대응하여 질병예방·건강증진 중심의 보건의료정책으로의 전환과 국가적 건강투자 확대가 추진되었다. 2005년 말의 새국민건강증진 종합계획(New Health Plan 2010)은 건강수명 목표를 72.0세로 하는 등 2010년까지의 건강증진 목표를 설정

하였다. 2005년에 구성된 '의료산업선진화위원회'에서는 의료서비스산업의 경쟁력 강화 방안이 강구되었다.

이명박 정부(2008~2012년)에서도 '국민 건강 보호'를 위한 사전예방적 건강관리의 중요성이 강조되었다. 2008년에는 '의약품 사용평가'(DUR: Drug Utilization Review)를 위한 '의약품 처방·조제 지원 소프트웨어'가 전국 모든 요양기관에 구축 운영되었다. 공공의료 차원에서 응급의료체계가 개선되었고, 해외환자 유치 등 보건산업 육성정책도 병행되었다. 2009년 신종인플루엔자가 전 세계에 확산되면서 국내에서도 확진환자만 75만 명이 발생했고, 이는 감염병 관리체계의 정비로 이어졌다.

2010년에는 의료기관인증제도가 시행되었고, 리베이트 쌍벌제가 시행되었다. 2009년의 '건강보험 보장성 강화계획'(2009~2013년)은 중증환자의 의료비 부담을 경감시키고 나아가 선진국 수준의 건강보험 보장성을 확보하고자 했다. 2009년에는 희귀 난치성 질환자 및 암환자의 본인부담률을 인하하였고 저소득층의 보험진료비 상한액을 절반 수준으로 낮추었다. 7개 질환에 대한 포괄수가제는 2012년 7월부터 병원과 의원에 대하여 적용되었고 2013년 7월에는 종합병원과 상급종합병원까지 확대되었다. 신포괄수가제는 2009년 국민건강보험공단 일산병원에 시범사업으로 적용되었고, 2011년 7월부터 공공병원으로 확대되었다. 2011년에는 사전예방적 건강증진체계를 구축하기 위한 제3차 국민건강증진 종합계획(HP 2020)이 수립되었고, 2012년에는 정신건강 종합대책이 발표되었다. 2012년 〈의료사고 피해구제 및 조정 등에 관한 법률〉이 시행되었고 한국의료분쟁조정중재원이 출범하였다.

박근혜 정부(2013~2017년)는 해외 환자 유치와 의료기술 개발 지원을 포함한 보건산업 육성에 초점을 맞추었고, 4대 중증질환, 3대 비급여 개선에 집중했다. 의료의 질 관리를 위해 2013년에는 의료기관평가인증원의 의무인증 대상을 요양병원과 정신병원으로 확대하였다. 결핵관리사업

이 시행되었고 에이즈(AIDS)나 성병 등 다양한 감염에 대한 관리가 강화되었다. 2015년 메르스 파동은 감염병 대응을 위한 체제정비의 필요성을 일깨워 주었다.

건강보험 보장성 확대와 관련하여, 본인부담 상한제가 3단계에서 7단계로 개선되었고 노인 틀니(2013년)와 노인 임플란트(2014년)를 건강보험 적용대상으로 포함시키는 등 급여의 적용범위가 확대되었다. 상급병실, 간병인, 선택진료 등 3대 비급여의 개선이 이루어졌다. 상급병실의 경우 2014년 4~5인용 병실을 건강보험 적용대상으로 했고, 간병인 문제를 해결하기 위해서 2013년 7월부터 간호간병서비스제도 시범사업이 운영되고 있으며, 2014년부터 선택진료가 축소되었다. 2013년 '4대 중증질환 보장강화계획'이 마련되었고, '선별급여제도'가 도입되어 많은 의료항목이 건강보험 급여대상에 포함되었다.

2014년 정부 건강증진정책을 지원하는 전담조직인 건강증진개발원이 설립되었다. 2015년에는 10년간 동결되었던 담뱃값이 2천 5백 원에서 4천 5백 원으로 인상됐다. 한국보건산업진흥원을 중심으로 국제의료 활성화를 위한 다양한 활동이 진행됐고, 보건의료의 중동 진출이 장려되었다.

2. 보건의료자원의 투입

1) 인적 자원

의료자원은 의료제도에 있어 절대적 구성요소다. 우리나라의 보건의료 관계 인력은 지난 10년간 양적으로 많이 증가되었다. 하지만 늘어나는 의료에 대한 수요를 감당하기에는 전체적으로 부족하고, 이는 OECD 국가 평균에 비해 낮은 의료인력 지표로 확인할 수 있다.

〈표 11-1〉 연도별 의료관계 인력 면허등록 현황

분류	종사인원 (명)
의사	118,696
한의사	23,845
치과의사	29,632
약사	66,991
조산사	8,328
간호사	355,772
간호조무사	660,125
의료기사	270,400
의무기록사	22,754
안경사	41,060
응급 1급	15,251
응급 2급	13,835

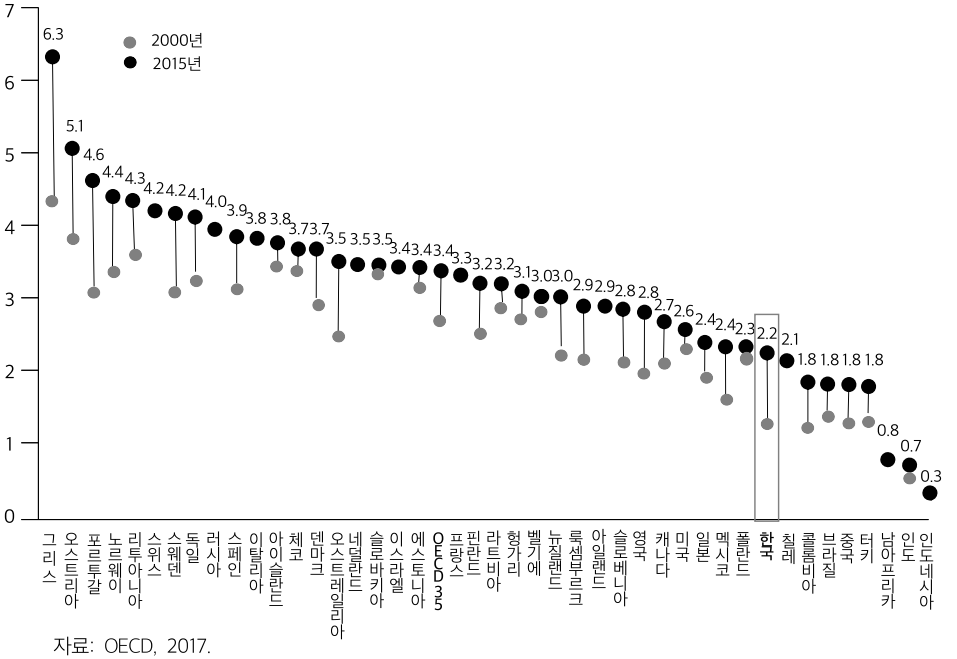
자료: 보건복지부, 2017 재구성.

《보건복지백서》(2017)에 의하면, 2016년 말 현재 보건복지부 면허관리시스템에 등록된 의사는 약 11만 8천 명, 치과의사는 3만 명, 약사는 6만 7천명, 간호사는 35만 6천 명, 간호조무사는 66만 명이다(〈표 11-1〉 참조). 여기서는 의사와 간호사 인력의 배출과 현황을 중심으로 살펴본다.

(1) 의 사

한국의 의사수는 의료보장의 확대과정에서 급격히 증가해왔다. 1970년대 중반까지는 의료인력의 수급이 비교적 의료시장의 자율기능에 맡겨졌으나 1970년대 후반부터는 건강보험의 확대로 의사에 대한 수요가 늘어나면서 의료인력 수급문제를 정책과제로 다루게 되었다. 1977년 의과대학의 입학정원은 14개 대학 1,380명이었는데, 의과대학의 계속적 신설로 1998년에는 41개 대학 3,180명으로 늘어났고, 2000년 3,273명까지 늘어났다가 2003년 이후 급격히 줄어들어 2009년 이후 3,058명을 유지하고 있다(보건복지부, 2015).

〈그림 11-2〉 인구 천 명당 임상의사수

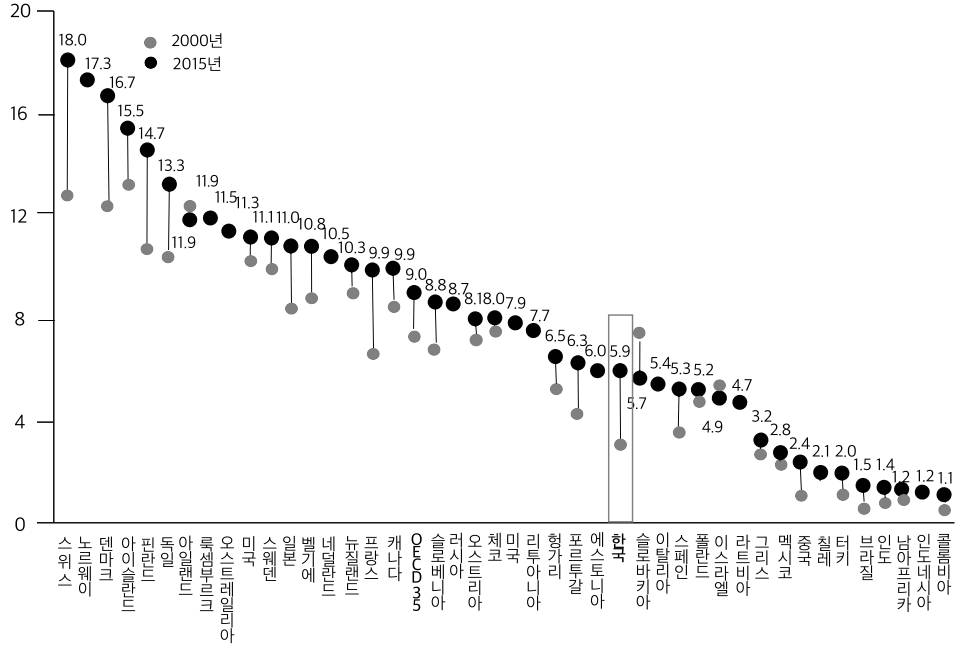


자료: OECD, 2017.

〈그림 11-2〉에서 보듯이 한국의 '인구 천 명당 임상의사수'는 OECD 국가 평균 3.4명보다 낮은 하위권에 속한다.[3] 인구 10만 명당 의대 졸업자 수 또한 7.9명으로 OECD 국가 평균 12.1명의 보다 낮다(OECD, 2017).

3) 의사인력을 나타내는 지표는 면허소지자수(*licensed doctors*), 취업(활동) 의사수(*active doctors*), 진료(임상) 의사수(*practising doctors*)의 3가지로 구분되는데 여기서 지표는 '진료'(임상) 의사수(이하 '임상의사수')를 가리킨다. 한국의 경우 동 지표에 한의사가 포함되어 있다.

〈그림 11-3〉 인구 천 명당 임상간호사수



자료: OECD, 2017.

(2) 간호사

한국의 간호 관계 인력에는 조산사, 간호사, 간호조무사가 있다. 2016년도 말 현재 한국의 간호사는 355,772명이다. 인구 천 명당 (간호조무사를 포함한) 활동 간호사 수는 5.9명으로 OECD 국가평균 9.0명에 비해 매우 낮다(〈그림 11-13〉 참조).

2015년 말 건강보험심사평가원 등록 간호사 면허소지자의 46.7%만이 의료기관에 고용되어 있으며, 역으로 의료기관에서는 간호사 인력의 부족을 호소하고 있다. 경력단절 유휴간호인력을 활용하기 위해 정부는 2015년부터 간호인력 취업지원 사업을 실시하고 있다(보건복지부, 2015).

2) 물적 자원 및 의료기술

(1) 보건의료시설

① 의료기관과 병상

인적 자원의 부족과는 반대로 물적 자원은 과잉공급을 우려하는 수준에 있는데 급성기 병상수가 그 대표적인 예다. 한국에서 의료기관은 90% 이상이 민간소유로, 주로 의료법인이나 의사 개인이 비교적 자유롭게 의료기관을 설립할 수 있다. 의료법에 일정한 설비・인원의 배치기준이 있고, 지역별 의료계획이 책정되게 되어 있지만 그다지 실효성이 높지 않다.

의료법은 의료인이 의료기관 내에서 의업을 하도록 제한한다. 의원은 병상이 없거나 29개 이하의 병상을 가진 의료기관을, 병원은 30개 이상의 병상을 가진 의료기관을 가리키며 그중 종합병원은 100병상 이상의 의료기관이다. 병원에 대해서는 적절한 진료를 하는데 필요한 구조, 설비의 요건을 부과하지만 의원에 대해서는 엄격한 규제를 하지 않는다. 병・의원은 2015년 기준 63,419개에 달한다(〈표 11-2〉 참조). 특히 요양병원의 경우 2004년 92개에 비하여 2015년 1,335개로 14.5배 증가했다. 일반 병원도 2004년 763개에서 2015년 1,492개로 대략 2배 가까이 증가했으며, 종합병원과 의원 또한 꾸준히 늘고 있다.

병・의원을 개설주체별로 보면 〈표 11-3〉에서 보듯이 국립, 공립, 군병원, 특수법인 등 공공의료기관이 전체 병원의 5.5%를 차지한다. 공립의료기관을 중심으로 공공의료기관의 비중이 조금씩 줄어들고 있음을 알 수 있다. 개인의료기관의 수는 2005년 47,563개에서 2015년 60,738개로 증가하였다. 의료법인 또한 2005년 722개에서 2015년 1,334개로 증가하였다.

〈표 11-2〉 의료기관(병원 및 의원) 수의 추이

구분	계	병·의원				기타 병·의원[1]
		종합병원	요양병원	일반병원	의원	
2004년	47,378	282	92	763	24,491	21,750
2005년	49,566	290	177	794	25,412	22,893
2006년	51,286	295	363	850	26,078	23,700
2007년	52,914	302	593	945	26,265	24,809
2008년	54,165	313	690	1,064	26,581	25,517
2009년	55,769	312	762	1,129	27,104	26,462
2010년	56,244	312	849	1,154	27,344	26,595
2011년	58,496	319	975	1,245	27,909	28,048
2012년	59,519	323	1,087	1,327	28,762	28,020
2013년	60,899	324	1,228	1,331	28,814	29,200
2014년	63,675	321	1,304	1,436	30,689	29,925
2014년[2]	62,090	330	1,314	1,470	28,768	30,208
2015년[3]	63,419	337	1,335	1,492	29,363	30,892

주: 1) 기타 병·의원은 치과 병·의원 한방 병·의원, 특수병원(결핵, 한센, 정신), 부속의원, 조산원을 포함.
2) 2014년은 건강보험심사평가원 자료로 2015년과 비교하기 위해 추가 수록.
3) 2015년 자료는 건강보험심사평가원 자료(시도 보고통계와 건강보험심사평가원 자료는 기준 등의 차이로 통계현황과 다를 수 있음). 2015년 이전 자료는 보건소에서 시도를 거쳐 보건복지부로 제출한 보고통계.

자료: 보건복지부, 2016.

〈표 11-3〉 의료기관 개설주체의 변화

구분		2005년	2010년	2015년
공공의료기관	국가(국립)	22 (0.0%)	28 (0.0%)	54 (0.1%)
	지방자치단체(공립)	3,497 (6.7%)	3,554 (5.9%)	3,554 (5.3%)
	군병원	39 (0.0%)	47 (0.1%)	42 (0.1%)
	특수법인	72 (0.1%)	163 (0.3%)	446 (0.7%)
	합계	3,558 (6.9%)	3,629 (6.0%)	3,650 (5.5%)
민간의료기관	학교법인	143 (0.3%)	149 (0.2%)	151 (0.2%)
	사회복지법인	148 (0.3%)	130 (0.2%)	105 (0.2%)
	종교법인	5 (0.0%)	5 (0.0%)	0 (0.0%)
	사단법인	168 (0.3%)	226 (0.4%)	172 (0.3%)
	재단법인	168 (0.3%)	182 (0.3%)	197 (0.3%)
	회사법인	78 (0.2%)	78 (0.1%)	103 (0.2%)
	의료법인	722 (1.4%)	1,058 (1.7%)	1,334 (2.0%)
	개인	47,563 (90.4%)	54,963 (90.7%)	60,738 (91.4%)
	합계	48,995 (93.1%)	56,791 (9.0%)	62,800 (94.5%)
총계		52,625 (100%)	60,583 (100%)	66,450 (100%)

자료: 보건복지부, 2005, 2010, 2015 재구성.

병상도 전반적으로 증가 추세를 보이고 있다(〈표 11-4〉 참조). 무엇보다 두드러진 것은 요양병원의 증가로, 2004년 1만여 병상이던 것이 2015년 현재 29만 병상으로 늘었다. 한방병원의 병상도 2010년 약 9천 5백 개에서 2015년 1만 6천 여 개로 최근에 빠른 증가를 보였다. 반면에 일반 종합병원과 병원은 미미한 증가를 보였고, 치과병원은 2010년대에 들어 줄고 있다.

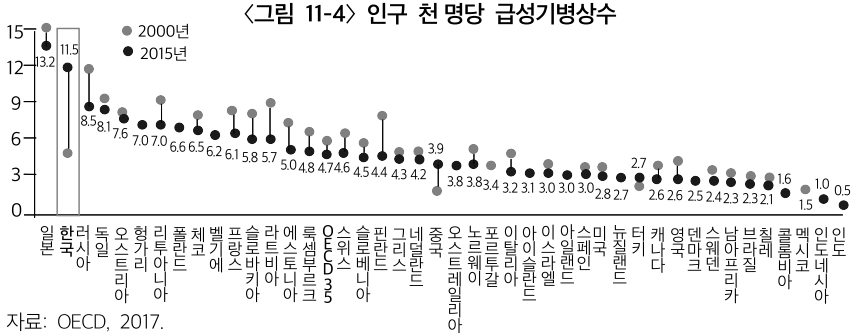
〈그림 11-4〉에서 보듯이, '한국의 인구 천 명당 급성기병상수' 11.5개는 OECD 국가 중에서 일본 다음으로 가장 많고, OECD 국가 평균 4.7개의 2배를 넘어선다. 불과 2000년만 해도 우리의 급성기병상수는 OECD 국가 평균보다 낮았으나 그간 급격히 증가했다. 또한 일본을 포함한 대부분의 국가에서 병상수가 줄고 있는데, 터키, 그리스 등 일부 저병상 국가를 제외하고는 유독 한국만 병상수가 늘고 있다.

〈표 11-4〉 병상 종류별 병상수 추이

분류	2004년		2010년		2015년	
	병상수(개)	비율(%)	병상수(개)	비율(%)	병상수(개)	비율(%)
총계	260,405	100.0	432,906	100.0	592,356	100.0
종합병원	117,323	45.1	132,961	30.7	146,899	24.8
요양병원	10,445	4.0	112,827	26.1	228,765	38.6
병원	86,897	33.4	130,670	30.2	149,630	25.3
치과병원	171	0.1	328	0.1	270	0.0
한방병원	8,887	3.4	9,491	2.2	16,287	2.7
정신병원	34,280	13.2	44,281	10.2	45,887	7.7
기타	2,402	0.9	2,348	0.5	4,618	0.8

자료: 보건복지부, 2016 재구성.

〈그림 11-4〉 인구 천 명당 급성기병상수



자료: OECD, 2017.

② 보건기관

보건소는 한국에서 건강증진, 질병예방, 진료, 의·약무관리까지 지역의 보건의료를 총괄하는 1차 공공보건의료기관으로 기능하고 있다. 보건소는 1956년에 〈보건소법〉이 제정되면서 설치되기 시작하였는데, 현재 보건소와 보건지소는 〈지역보건법〉, 보건진료소는 〈농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법〉의 규정에 의하여 설치, 운영되고 있다. 2016년 12월 말 기준 보건소는 252개소, 보건지소는 1,336개소, 보건진료소는 1,904개소다. 보건소의 경우 시·군·구별 1개소, 보건지소는 읍·면별 1개소, 보건진료소는 리(里) 단위의 오·벽지에 설치하는 것을 원칙으로 한다(보건복지부, 2017).

의료가 필요한 상황이 생기기에 앞서서 평상시 건강한 생활을 유지하고 질병을 예방하기 위한 건강증진사업도 보건소의 주된 업무 중의 하나다. 보건소를 중심으로 한 각종 보건사업은 뒤에 다룬다.

(2) 의약품 및 의료기기

2014년 의약품 생산금액은 16조 4천억 원, 의료기기 생산금액은 4조 6천억 원이었다(〈표 11-5〉 참조). 의약품 수출액은 2조 5천억 원으로 생산금액의 6.5%이었고, 수입액은 5조 4천억 원으로 수출액의 2배가 조금 넘는 수준이다. 의료기기 수출액은 2조 7천억 원으로 생산금액의 58.9%였고, 수입액은 3조 1천억 원으로 수출액의 1.1배 수준이었다.

의약품은 전문의약품과 일반의약품으로 구분된다. '전문의약품'은 사람에게 위해를 가할 우려가 있거나 용법 또는 용량에 대한 전문적 지식을 필요로 하는 의약품으로, 의사의 처방에 따라 사용하도록 규정되어 있다. 반면에, '일반의약품'은 의사의 처방 없이도 사용 가능한 의약품이다. 2012년부터는 감기약, 해열진통제 등은 '안전상비의약품'으로 지정되어 슈퍼마켓 등에서 구할 수 있다.

의료기기는 사용목적과 인체에 미치는 잠재적 위해성의 차이에 따라 4개 등급으로 분류된다. 잠재적 위해성이 거의 없는 것이 '1등급' 의료기기이고, 고도의 위해성을 가진 것이 '4등급' 의료기기다.

〈그림 11-5〉에서 보듯이 한국의 인구대비 MRI 및 CT 보유대수는 일본, 미국 등과 함께 OECD 국가 평균을 훨씬 상회하고 있다. 이들 고급장비는 물적 자원으로서의 측면과 의료기술, 즉 '지식'(*knowledge*)으로서의 측면을 동시에 가진다.

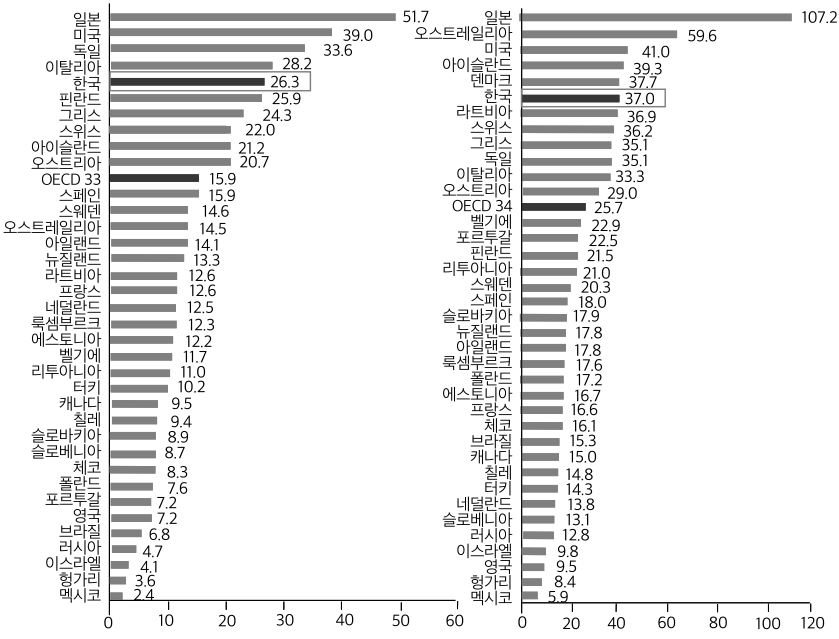
〈표 11-5〉 의약품 및 의료기기의 생산 및 수출입(2014년)

(단위: 백만 원)

종류	생산금액	수출금액	수입금액
의약품	16,419	2,531	5,366
의료기기	4,605	2,714	3,084

자료: 한국보건산업진흥원, 2016 재구성.

〈그림 11-5〉 인구 백만 명당 MRI 및 CT 보유대수



자료: OECD, 2017.

3. 보건의료서비스의 제공 및 이용

한국의 의료제도는 전국민건강보험을 중심으로 국민에게 의료서비스에 대한 비교적 높은 접근성을 제공한다. '의료제공(공급) 체계'란 의료가 의료제공자로부터 국민에게 전해지는 기전을 일컫는다. 한국에서의 의료제공체계는 〈보건의료기본법〉 및 〈의료법〉을 근간으로 한다. 흔히 사용되는 '의료전달체계'(*delivery system*)라는 용어는 '환자가 질환에 적합한 치료를 제공하는 의료기관을 이용하도록 하는 기전'을 일컫는데 사용되었다. 이런 의미에서는 한국의 의료제도는 아직 제대로 된 의료전달체계를 갖고 있지 못하다.

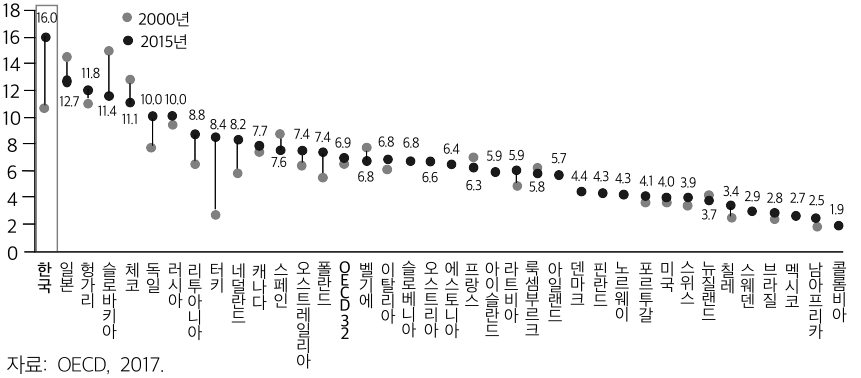
1952년 최초의 의료관련 법인 〈국민의료법〉이 공포되었고, 1973년에는 의료법이 이를 대체한 뒤 여러 차례의 개정을 거쳐 오늘에 이르고 있다. 의료법은 '모든 국민이 수준 높은 의료혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진'하는 데에 목적을 둔다. 의료법은 의료법인을 의료기관의 개설주체의 하나로 규정한다. 의료법인은 시도지사의 허가를 받아 설립된다. 한국의 의료법인제도는 일본을 참고하여 의료법에서 도입되었지만, '지분 있는 사단법인', '지분 없는 사단법인', '재단법인', '사회의료법인', '지역의료연계 추진법인' 등 다양한 종류가 있는 일본과는 달리 모든 의료법인이 공익재단법인으로 분류된다. 2000년 8월부터는 강제적인 의약분업이 실시되었다. 의약분업은 의사가 환자에게 처방전을 교부하고 약국의 약사가 그 처방전대로 조제하여, 의사와 약사가 각자의 전문분야에 맞게 업무를 분담하는 제도다.

1) 의료서비스

(1) 의료서비스의 이용 수준

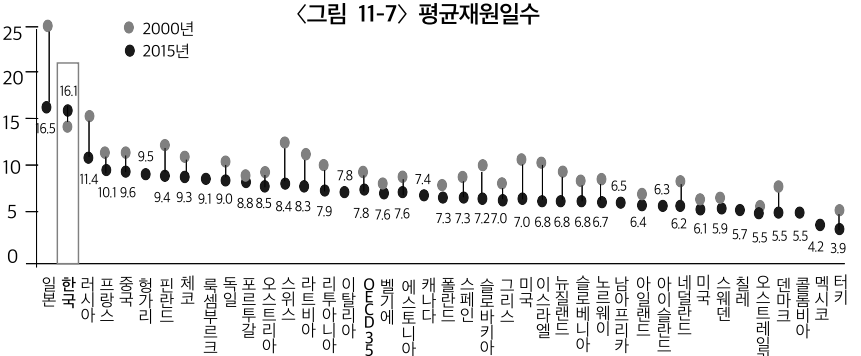
〈그림 11-6〉은 의사인력의 대표적 서비스인 외래진찰(*consultation*)을 국민 1인당 1년에 몇 번 받는지를 보여준다. OECD 국가 평균이 6.9회인데 한국은 16.0회로 2배 이상의 수준이다. OECD 국가 평균은 두 달에 1회 방문인데, 우리 국민은 평균적으로 매달 1회 이상 방문한다는 의미이다. 〈그림 11-7〉에서 보듯이, 평균재원일수는 OECD 국가 평균이 7.8일인데 한국은 16.1일로 2배를 넘는다.

〈그림 11-6〉 국민 1인당 연간 진찰횟수



자료: OECD, 2017.

〈그림 11-7〉 평균재원일수



자료: OECD, 2017.

(2) 질병별 의료서비스의 제공과 이용

① 암

암은 현재 사망원인 1위(2013년 28.3%)의 질병이다. 한국 정부는 1996년부터 '암정복 10개년 계획'을 수립하여 암관리사업을 추진했다. 2000년 암관리과를 신설했고, 2003년에는 〈암 관리법〉을 제정하여 국가암관리위원회를 구성·운영하고 지역암센터의 운영을 지원하였다. 또한 암의 조기진단을 위하여 1999년부터 국가 암검진사업을 실시하였다. 2001~2002년에는 5대 암검진 프로그램을 개발하여 2004년까지 5대 호발암에 대한 암검진 체계를 구축하였고 2005년 의료수급자 및 건강보험 가입자 하위 50%까지 암검진의 대상자를 확대했다. 2012년부터는 가입자 분류구분이나 직역과 관계없이 검진연령 및 검진주기를 일원화하여 출생연도(짝·홀수)에 따라 검진을 실시하고 있다. 그 외에도 호스피스 완화 의료전문기관 지원사업, 지역암센터 건립·지정 및 운영지원 사업, 국립암센터 운영지원 등을 통해 암 진료체계 구축, 암연구, 암관리 등을 지원한다.

② 희귀·난치성질환

희귀·난치성질환자들은 진단과 치료가 어렵고 의료비의 경제적 부담이 크다. 이들을 위한 의료비 지원사업이 실시되고 있고, 특히 건강보험에서는 이들의 본인부담을 완화해 적용하는 산정특례 사업이 실시된다.

③ 심뇌혈관질환

10대 사망원인 중 심장질환이 2위, 뇌혈관질환이 3위, 당뇨병이 5위, 고혈압성 질환이 10위를 기록하고 이 4가지 질환이 전체 사망원인에서 차지하는 비중이 25.0%에 달한다. 한국은 보건소를 중심으로 2000년부터 고혈압·당뇨병 관리 사업을 추진하였다. 2006~2010년에는 '제 1기 심뇌혈

관질환 종합대책'이 실시되었다. 2011~2015년의 '제 2기 심뇌혈관질환 종합대책'에서는 질병관리 행태를 개선하고 고혈압·당뇨병 등 선행질환의 지속치료를 지원하며 뇌졸중·심근경색증 등의 관리수준을 높이는 것을 목표로 했다.

④ 아토피·천식

아토피 피부염, 천식, 알레르기비염은 대표적 알레르기 질환으로, 발생빈도가 높아지고 있다. 정부는 2007년부터 아토피·천식 예방관리 종합대책을 세우고 교육·홍보, 적정치료 관리, 생활환경 관리, 아토피·천식 조사감시체계 구축을 중점 추진과제로 시행하고 있다.

2) 보건사업 및 감염대책

질병을 치료하여 심신의 건강을 회복시키기 위한 '의료'의 제공과 이용도 중요하지만, 이러한 의료가 필요한 상황이 생기기에 앞서 평상시 건강한 생활을 '유지·증진'하고 질병을 '예방'한다면 더 좋을 것이다. 이는 개개인이 해야 할 일이기도 하지만 사회적 대응 또한 중요하다. 지역사회 통합건강증진사업, 국가 금연지원 서비스 및 담배규제 정책, 국민 영양관리, 건강검진프로그램 등이 그러한 사회적 대응사업으로 진행되고 있다. 뿐만 아니라 산업화·도시화 등 사회·경제적 변화에 기인한 현대인의 정신건강 문제를 해결하여 삶의 질의 향상에 기여하고자 하는 시도가 이루어지고 있다.

특히 1988년부터 고혈압 당뇨 등 만성질환을 대상으로 국가건강검진사업이 시작되었고, 2002년 암검진사업이 추가로 시행되었다. 2012년에는 의료급여수급권자도 일반검진제도의 대상자로 포함되면서 전 국민을 대상으로 국가건강검진을 실시하는 세계 유일의 국가가 되었다.

① 지역사회 통합건강증진사업

지역사회 통합건강증진사업은 지역 특성 및 주민의 수요에 맞게 건강생활 실천 및 만성질환의 예방, 취약계층 건강관리 등의 사업을 통합하여 기획 추진하는 사업이다. 기존의 국고보조사업은 각 분야별 지침이 세부적으로 제시되어 지방자치단체의 자율성의 제약이 있었으나 지역사회 통합건강증진사업은 지방자치단체의 특성 및 여건에 맞게 건강증진사업을 설계하고 운영해갈 수 있도록 하였다. 전국 보건소에서는 지역사회의 건강문제, 요구도를 분석하여 자원배분의 우선순위를 설정하고 지역사회의 건강수준을 향상시키기 위한 다양한 유형의 서비스를 제공한다. 〈표 11-6〉은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만 등의 사업분야와 보건복지부의 담당부서를 보여준다(보건복지부, 2015).

〈표 11-6〉 지역사회 통합건강증진사업 분야

사업분야명	담당사업부서
금연	건강증진과
절주	정신건강정책과
신체활동	건강증진과
영양	건강증진과
비만	건강증진과
구강보건	구강생활건강과
심뇌혈관질환예방관리	질병관리본부(만성질환관리과), 건강정책과
한의약건강증진	한의약정책과
아토피·천식 예방관리	질병관리본부(만성질환관리과)
여성·어린이 특화	출산정책과
치매관리	노인정책과
지역사회 중심 재활	장애인권익지원과, 국립재활원(공공재활의료지원과)
방문건강관리	건강정책과

자료: 보건복지부, 2017.

② 구강보건

구강질환은 국민의 삶의 질에 영향을 주어 건강수명을 낮추고 의료비 부담을 높인다. 2015년 말 기준 '12세 아동의 1인 평균 우식경험 영구치아수'는 1.9개로, 이는 OECD 국가 평균 1.6개보다는 높고 WHO가 제시한 세계 평균(1.86개) 수준이다. 2016년 건강보험 요양급여비용 중 치과 병·의원이 약 3조 5천억 원에 달하였는데, 이는 전년대비 22% 증가한 것이다(보건복지부, 2017).

현재 760개의 구강보건실 및 양치시설이 전국에 운영되며, 학교 구강보건사업, (영유아, 노인 및 장애인 등) 취약계층 구강보건사업이 진행되고 있다. 수돗물불소농도 조정사업을 통해 구강 건강을 유지하려는 노력이 있어왔지만 불소사업에 대한 일부 단체의 우려도 있어 적극 추진되지는 못하고 있다. 2009년 치아홈메우기, 2012년 노인틀니, 2013년 치석제거, 2014년 임플란트에 대한 건강보험 적용은 국민의 구강건강에 큰 변화를 가져올 것으로 기대된다.

③ 모자보건사업

모자보건사업은 임신 및 출산지원, 임산부 및 영유아 건강관리, 미숙아 및 선천성이상아의 장애발생 예방, 모유수유율 제고, 난임부부 시술비 지원 등을 포함한다. 정부는 영유아 장애예방 및 미숙아 관리체계를 강화하기 위해 선천성대사이상 검사 및 환아 관리사업을 진행하며 신생아 난청 조기진단을 위한 검사비를 지원하고 있다. 또한 의료비 부담이 높은 미숙아 및 선천성이상아 집중치료에 따른 치료 포기와 치료시기 지연 그리고 그로 인한 장애 및 영아사망을 예방하고자 전국가구 월평균소득 150% 이하 가정의 미숙아에 대해 의료비 일부를 지원하고 있다. 모성 건강관리 강화를 위해서 임산부에게 철분제와 엽산제를 지원하고 있다. 또한 임신부터 출산 이후 영유아기까지의 각종 검사, 건강관리 안내, 예방접종, 검진 등에 관

한 정보를 제공하는 표준모자보건 수첩을 제작, 배포하고 있다(보건복지부, 2015).

④ 노인보건

1983년 노인질환을 조기에 발견·치료하여 건강의 유지·증진을 도모하는 무료 노인건강진단사업을 국민기초생활보장 수급노인을 대상으로 시작하였다. 1992년에는 건강진단 항목에 당뇨병, 백내장 등을 추가하였고, 1996년부터는 혈액검사, X-Ray 검사, 암검사 등 희망하는 검사를 선택할 수 있도록 했다. 2005년부터는 지방자치단체의 자체 계획을 통해 자율적으로 실시하게 되었다. 2011년에는 〈치매관리법〉이 제정되어 치매치료, 치매 검진사업 등이 시작되었다. 이를 통해 발견한 치매환자는 2015년까지 약 16만 8천 명에 달한다.

⑤ 정신보건

1995년 제정된 〈정신보건법〉은 장기입원 중심의 정신건강서비스를 지역사회 정신건강증진사업 중심으로 전환하도록 규정했다. 2008년 개정된 〈정신보건법〉은 정신질환자 인권보호를 강화하고, 정신건강증진서비스 향상의 제도적 기반을 마련하기 위한 것이다. 2015년 기준 224개소의 정신건강증진센터가 설치되어 지역사회 내의 정신건강증진사업을 운영하고 있다. 특히 아동·청소년의 정신건강을 위해 지역사회를 기반으로 한 '학생정신건강 지역협력사업'이 추진되고 있다.

⑥ 감염병 관리

감염병을 관리하기 위한 예방접종관리사업으로는 12세 이하 어린이 국가예방접종 지원사업, 취학아동 예방접종 확인사업 등이 있다. 질병별로 보면, 홍역퇴치 유지사업, B형간염 주산기감염 예방사업, 노인폐렴구균 예

방접종사업, 기타 예방접종대상 감염병 관리가 있다.

법정감염병의 감시방법을 살펴보면, '법정감염병 감시'(*National Infectious Disease Surveillance*)는 모든 의료기관에 신고할 의무가 있는 감염병에 대한 감시체제이고, '표본감염병 감시'(*Sentiel Surveillance*)는 감염병의 조기발견 및 발생현황 파악을 위해 표본기관을 대상으로 하는 감시방법이며, '보완적 감시'(*Complementary Sentinel Surveillance*)는 특정 감염병의 유행예측 및 관리를 위하여 의료기관이 자발적으로 참여하는 방법이다.

4. 재원조달

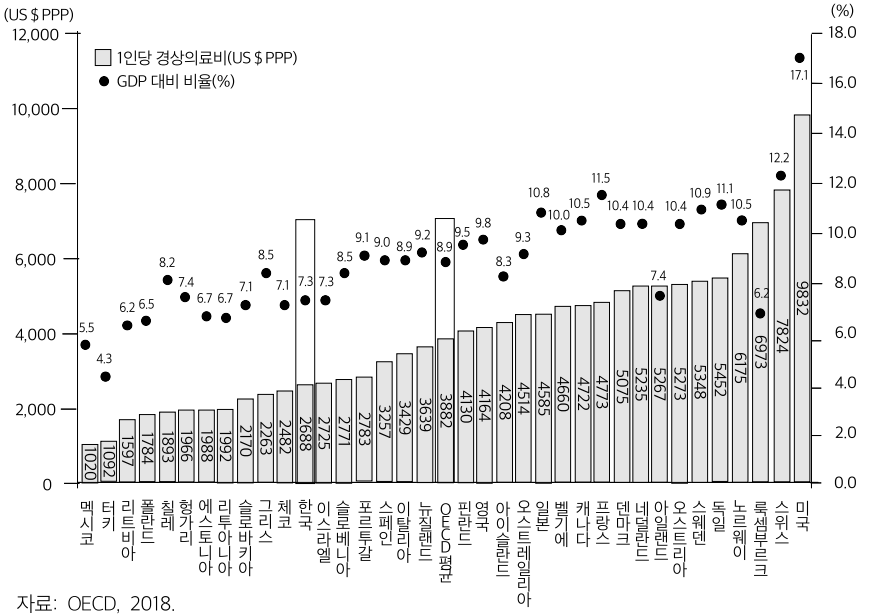
재원조달체계는 보건의료제도의 물적 흐름으로서의 의료제공체계를 금전적으로 뒷받침한다. 한국 의료제도의 재원조달은 주로 건강보험제도를 통해 이루어진다는 점에서 건강보험제도는 의료제공체계와 함께 한국 의료제도를 구성하는 두 개의 기둥이다. OECD를 중심으로 구축되어온 보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)는 국제비교가 가능한 국가별 의료비 재원의 구성을 보여준다(OECD, WHO, & EUROSTAT, 2011). 여기서는 보건계정을 활용해 한국 의료제도의 재원조달 규모와 성격을 규명한다.[4]

1) 의료비의 규모

한국의 전체 경상의료비는 2016년 120.5조 원으로, GDP의 7.3%에 해당한다. 〈그림 11-8〉에서 보듯이 이는 OECD 36개 국가 중 26번째에 해당한다. 터키는 4.3%, 멕시코가 5.5%, 룩셈부르크와 라트비아가 6%대로

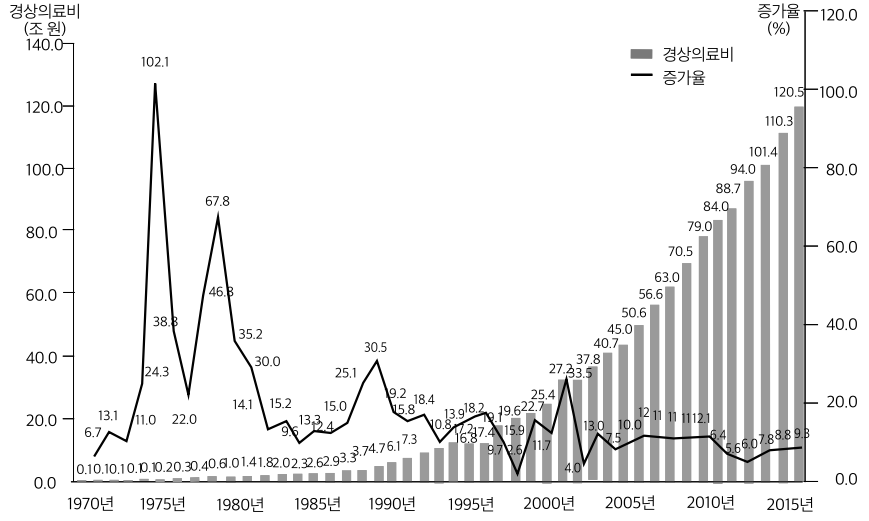
4) 한국의 보건계정에 대한 보고서인 정형선 · 신정우(2016)의 핵심내용을 요약하여 전체 의료비의 규모와 그 재원구성을 개관한다.

〈그림 11-8〉 OECD 국가의 '1인당 경상의료비' 및 'GDP 대비 경상의료비'



자료: OECD, 2018.

〈그림 11-9〉 경상의료비 추이(1970~2016년)



자료: OECD, 2018.

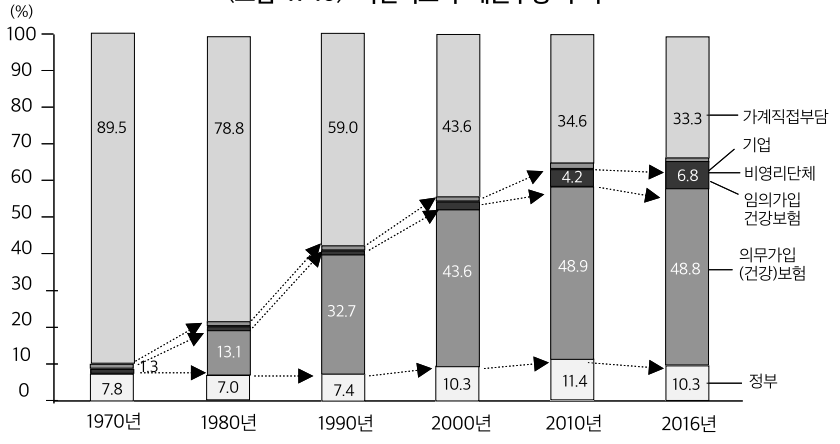
한국보다 낮고, 슬로바키아, 체코, 칠레, 이스라엘, 헝가리, 아일랜드가 한국과 같이 7%대의 국가에 속한다. 한편, 구매력지수로 환산한 한국의 1인당 경상의료비는 2,688 US$PPP로 36개 국가 중 25번째에 해당한다.

〈그림 11-9〉에서 보듯이, 경상의료비의 규모는 1980년 1.4조 원에 불과했으나, 그 이후 급격히 증가했다. 증가율 자체는 1980년대 평균 18.2%, 1990년대 평균 13.3%, 2000년대 평균 12.0%로 둔화되었고, 2011년부터 한자리수 증가로 줄어들었다. 하지만 최근에는 2012년 5.6%, 2013년 6.8% 2014년 7.9%로 증가율이 미미하게나마 높아지고 있다.

2) 재원의 공사 혼합

2016년의 경상의료비를 재원구성 면에서 보면 59.2%가 공공재원(정부·의무가입제도)을 통해, 그리고 33.3%가 가계의 직접부담을 통해서 조달되었다. 1970년대 초만 해도 공공재원의 비중은 10%에 미치지 못하였으나 보장인구의 증가와 급여 확대가 계속됨에 따라 2016년 59.2%에 이르게 되었다. 하지만 OECD 국가 평균인 72.8%에 비해 훨씬 낮다(〈그림 11-10〉 참조).

〈그림 11-10〉 국민의료비 재원구성 추이



자료: OECD, 2018.

경상의료비에서 차지하는 공공재원의 비중은 1980년대 초만 해도 20%를 갓 넘는 수준이었으나 꾸준한 보험급여 대상자의 확대로 1984년부터 30%대에 들어섰고 1989년 전국민의료보험 달성 후 1990년부터 30% 중반대를 유지하게 되었다. 1990년대 중반 이후 보험급여 확대가 이루어짐에 따라 공공재원의 비중은 다시 빠르게 증가했다. 의약분업의 시행과 동시에 의약품에 대한 건강보험의 급여수준이 크게 높아지면서 2001년에는 공공재원의 비중이 57.0%(18.4조 원)로 급상승하였다. 공공재원의 비중은 2001년 중반 이후의 건강보험재정 긴축정책의 영향으로 하향세를 보이다가, 2005년 이후 보장성 강화대책으로 2006년 60.2%(30.5조 원), 2010년 60.4%(47.7조 원)로 상승하였다. 하지만 2011년 이후 약간의 하락세를 보이다, 2016년 59.2%(71.3조 원)를 기록했다.

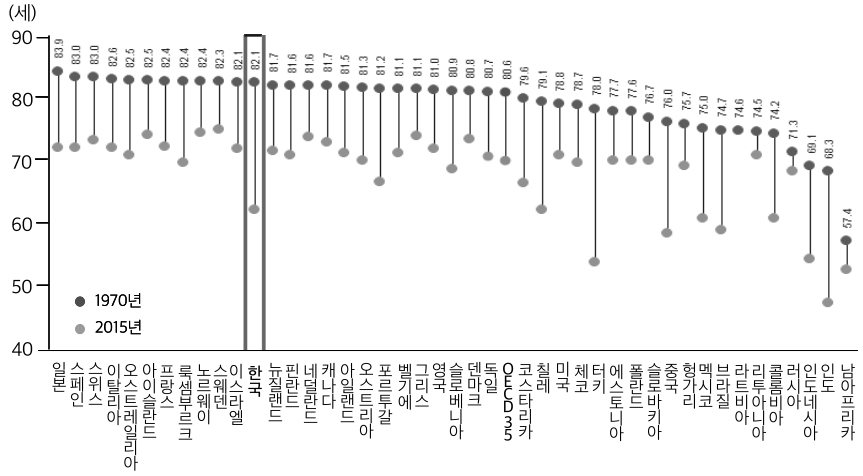
5. 건강수준과 의료제도의 성과

국민의 건강수준의 향상이 의료제도의 주된 목적이라는 점에 대해서는 이의가 없을 것이다. 다만 어떠한 지표가 국민의 건강수준의 향상을 가장 잘 대변하는지, 그리고 그러한 건강수준의 향상이 얼마만큼 의료제도의 성과에 기인하는지에 대해서는 다양한 의견이 있을 수 있다. 여기서는 OECD의 *Health at a Glance 2017*에 제시된 다양한 지표 중에서 건강수준과 관련된 지표를 중심으로 한국의 위치를 살펴보고 그 의미를 확인해 본다.

1) 한국 국민의 건강수준

평균수명은 '한 국가의 국민이 태어난 시점으로부터 평균 몇 년을 살게 될 것으로 기대되는지' 보여주는 지표다. 〈그림 11-11〉에서 보듯이, 2013년 한국

〈그림 11-11〉 평균수명



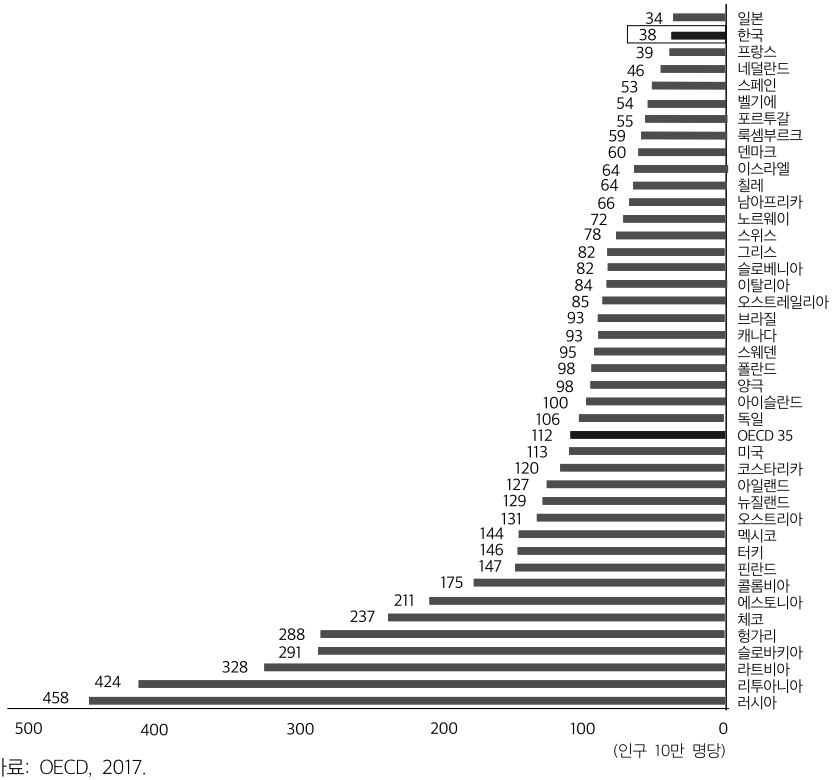
자료: OECD, 2017.

국민의 남녀 평균수명은 82.1세로 OECD 국가 평균 80.6세에 비해 높다. 특히 지난 반세기에 걸친 평균수명의 증가는 뚜렷하다. 1970년 60세를 갓 넘었던 평균수명이 약 20년이 늘어났다. 이는 OECD 국가 평균이 같은 기간 70세에서 80세로 10년 늘어난 것에 비하면 큰 성과다. 여기에는 제시되지 않았지만 영아사망률 또한 2.7명으로 OECD 평균 3.9명에 비해 낮은 편이다. 영아사망률은 평균수명보다 보건의료제도의 성과를 더 잘 반영하는 것으로 알려져 있다. 우리의 낮은 영아사망률은 이런 점에서 긍정적이다.

고령화의 진행과 만성질환의 증가에 따라 갈수록 중요성을 더해가고 있는 허혈성 심장질환 및 뇌졸중에 의한 사망률 또한 한국의 경우 OECD 국가 중에서 낮은 편이다(〈그림 11-12〉 참조).

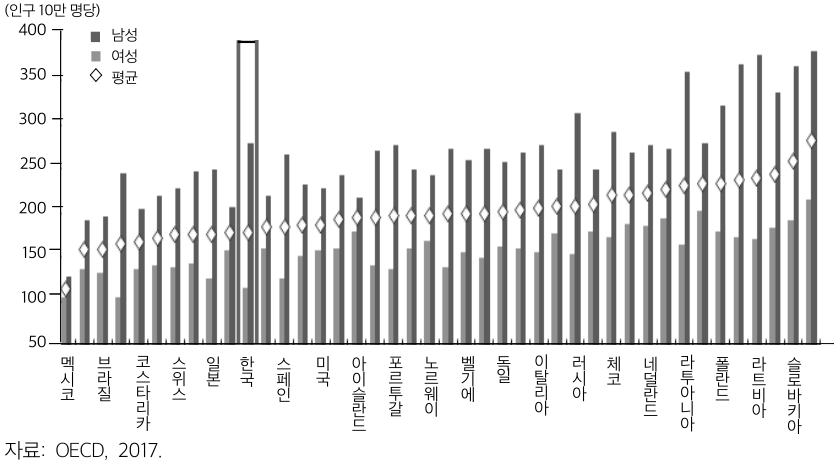
암에 의한 사망률은 여성과 남성의 차이가 크게 나타나지만 전체적으로 OECD 국가 평균에 비해 낮은 편에 속한다. 유방암, 자궁경부암, 결장직장암의 진단 후 5년 내 사망률은 OECD 국가 중 낮은 편에 속하며, 특히 남성의 사망률은 평균보다 높고 여성은 낮다(〈그림 11-13〉 참조).

〈그림 11-12〉 허혈성 심장질환 사망률(2015년)



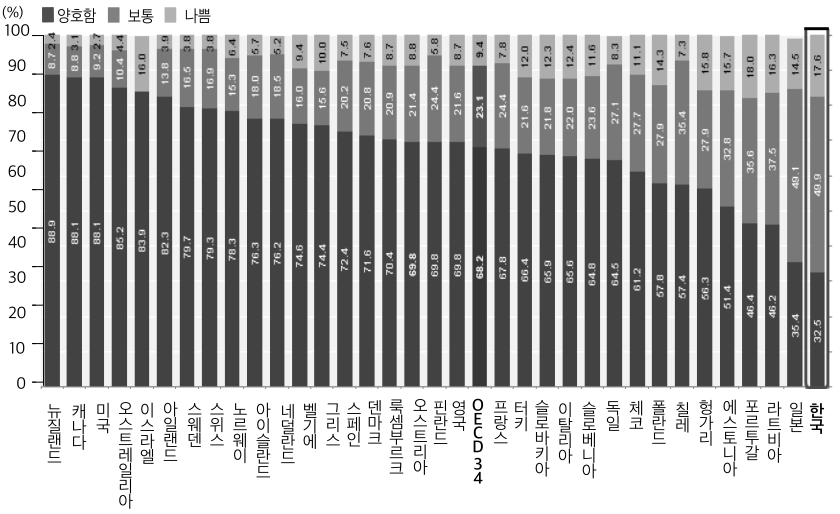
자료: OECD, 2017.

〈그림 11-13〉 암에 의한 사망률(2015년)



자료: OECD, 2017.

〈그림 11-14〉 주관적 건강: 건강 양호로 응답한 비율



자료: OECD, 2017.

이와 같이 사망률과 관련한 몇 가지 지표는 한국 국민이 OECD 국가 중에서도 어느 정도 높은 건강 수준을 유지하고 있음을 보여준다. 국민의 높은 건강수준이 소득수준의 향상과 위생환경의 조성 그리고 국민영양 조건의 개선 등에 힘입은 바 크다고는 해도, OECD 국가 중 가장 빠른 사망률 감소를 볼 때 한국의 의료제도는 국민의 건강수준의 향상에 일정부분 기여한 것으로 추정할 수 있기 때문이다. 하지만, 스스로의 건강수준에 대한 주관적 인식을 확인하는 조사에서 한국인은 스스로 건강하다고 인지하지 못하는 것으로 나타났다. 건강이 양호한 것으로 답한 응답자의 비율이 32.5%로 OECD 국가 평균 68.2%보다 훨씬 낮다. 일본 국민의 응답도 한국과 비슷한데 이는 문화적 영향, 언어의 차이 등 다양한 해석을 가능케 한다. 실제적인 건강수준의 척도로 사용하는 데는 주의를 요한다(〈그림 11-14〉 참조).

6. 맺음말: 쟁점과 함의

우리의 의료제도는 의사나 간호사와 같은 '인적 자원'의 투입을 최소화하면서 이를 병상·의료기기 등의 '물적 자원'의 과다투입을 통해서 보충하고 있음이 확인되었다. 이러한 구조는 사전에 기획된 정책판단에 따라 만들어진 것은 아니지만, 대체로 우리의 상황에 맞게 형성된 것임은 부인할 수 없다. 이는 물적 자원의 부족을 인력의 과다투입을 통해 보충하는 경우보다 효율적이다. 이를 통해 의료비용을 줄이고 국민의 부담을 줄일 수 있다. 실제로 우리의 조절된 전체 의료비 수준도 일정 부분 이런 제도환경의 영향을 받았다.

우리 의료제도는 공급측면은 민간부문의 자유경쟁에 맡기면서 수요측면은 공적 관리를 하는 특징을 지닌다. 병의원수로 볼 때 94%가, 병상수로 볼 때는 89%가 민간소유이다. 병원급만 보면 공공병원의 병상이 전체 병상의 10%, 민간비영리병원 병상이 65%, 민간영리병원 병상이 25%를 차지한다. 이는 OECD 국가의 평균 병상구성인 공공병원 병상 72%, 민간비영리병원 병상 18%, 영리병원 병상 11%와 전혀 다른 구조이다. 상대적으로 우리와 비슷한 일본도 공공병원 병상 비율은 26%로 우리보다는 높다.

보건의료제도의 궁극적 목적은 국민의 건강수준을 높이는 것이다. 건강지표에서 나타난 우리 국민의 건강수준은 대체로 양호하다. 물론 이것이 보건의료제도만의 성과라고 할 수는 없지만 보건의료제도가 제 기능을 수행하지 못하면 달성하기 어려운 수준인 것만은 확실하다. 더욱이 이러한 기능을 수행하기 위한 투입물로서의 자원을 동원함에 있어 비교적 적은 돈을 들이고 있다. 이 두 사실을 결합해 보면 우리의 보건의료제도는 거시경제적 효율성(*macro-economic efficiency*)이 높은 제도임을 알 수 있다(Jeong & Hurst, 2011).

전체적으로 보면 이렇게 우리의 보건의료제도는 양호한 점수를 받을 수 있지만, 의료공급 측면의 다양한 비효율적 상황들, 의료수요에서의 확산

되는 비급여 지출 등 그리고 이것이 초래하게 될 잠재적 위험성은 작지 않다. 계속적인 보건의료개혁이 요구된다.

■ 참고문헌

국내 문헌

건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2005). 〈2005 건강보험통계연보〉. 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단.

국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(2010). 〈2010 건강보험통계연보〉. 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원.

_____ · 건강보험심사평가원(2015). 〈2015 건강보험통계연보〉. 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원.

보건복지부(2015). 《보건복지백서》. 보건복지부.

_____(2016). 〈보건복지통계연보〉, 62호. 보건복지부.

보건복지 70년사 편찬위원회(2015). 《보건복지 70년사: 보건의료편》. 보건복지부.

정형선 · 신정우(2016). 〈2014년 국민보건계정〉. 보건복지부 · 연세대학교 의료복지연구소.

한국보건사회연구원(2016). 《한국의 사회보장제도: 한국편. 한국보건사회연구원.

한국보건산업진흥원(2016). 〈보건산업통계집〉. 한국보건산업진흥원.

해외 문헌

Jeong, H. S. & Hurst, J. (2001). An assessment of the performance of the Japanese health care system. *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, No. 56. Paris: OECD.

OECD (2015). *Health at a Glance 2015*. Paris: OECD.

_____(2016). *OECD Health Data 2016*. OECD.

_____ · WHO · Eurostat (2011). *A System of Health Accounts 2011*. OECD.

Röemer M. (1990). *National Health Systems of the World*. Oxford University Press.

12
의료보장제도

1. 머리말

의료보장제도란 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하기 위한 사회적 기구 또는 제도이다. 특히 질병으로 인한 수입의 중단이나 치료비 지출로 인한 재정적 위협으로부터 국민(혹은 가입자)을 사회적으로 보호하고자 하는 데 그 초점을 둔다. 최근에는 만성질환 위주의 상병구조로 변화하고 있기 때문에 의료보장 또한 질병의 치료에서 한 단계 더 나아가 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 건강보장이라는 넓은 의미의 개념으로 확대되고 있다(김창엽 2009; 유승흠 외, 2009).

우리나라의 의료보장 관련 사회보험제도로는 국민건강보험제도가 있으며, 공적부조제도로 의료급여제도가 있다. 노동부의 산업재해보상보험은 대상자가 국한되어 규모가 크진 않지만, 일정부분 의료보장의 역할을 하고 있다. 다른 사회보장제도로는 노인장기요양보험제도가 있으며, 사회보장제도가 아닌 제도로서 건강보험제도의 보충적 역할을 하는 민간의료보험제도가 있다. 우리나라에서 의료보장의 대부분은 건강보험제도와 의

료급여 제도를 통해서 이루어지고 있다고 할 수 있다. 여기서는 국민건강보험제도와 의료급여제도에 대해서 알아보도록 하겠다.

2. 건강보험제도

1) 건강보험제도 개관

우리나라는 헌법 제 34조에서 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 이를 실현하기 위한 국가의 사회보장・사회복지 증진에 노력할 의무를 규정한다. 또한 이 헌법 제 36조에서 모든 국민의 보건에 관한 국가의 보호를 규정한다. 〈사회보장기본법〉에서는 사회보장제도 중 사회보험을 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도로 규정하고 있다(민인순・이미준, 2014; 법제처, 2017c). 그리고 이러한 국민의 건강권을 보호하고 사회보장 증진에 노력할 의무를 실현하기 위해서 〈국민건강보험법〉을 제정하여 건강보험제도를 시행하고 있다.

국민건강보험제도는 국민의 질병・부상에 대한 예방・진단・치료・재활과 출산・사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다(국민건강보험공단, 2017). 모든 국민이 의무적으로 가입하며, 공동부담의 원칙을 적용하여 사용자・피용자・정부가 함께 공동부담하며, 재원부담은 능력에 비례하게 모든 국민에게 균등한 수준의 급여를 제공하는 사회보험의 특성을 가지고 있다(국민건강보험공단, 2017; 보건복지부, 2017).

전국민의료보험이 1989년 7월 1일부터 실시되어 모든 국민은 건강보험제도 또는 의료급여제도에 속하여 의료보장을 받고 있다. 2017년 말 현재

국민건강보험제도의 적용인구는 5,227만 명이며, 이는 전국민의 97%에 해당한다. 의료급여제도에는 기초생활보장 대상자 등인 151만 명이 편입되어 있다(보건복지부, 2017) (〈표 12-1〉 참조).

건강보험의 가입자는 직장가입자 및 지역가입자로 구분할 수 있다. 직장가입자는 모든 사업장의 근로자와 사용자 그리고 공무원 및 교직원이 해당된다. 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 농어촌 주민, 도시 자영업자 등은 지역가입자이다(보건복지부, 2017) (〈그림 12-1〉 참조).

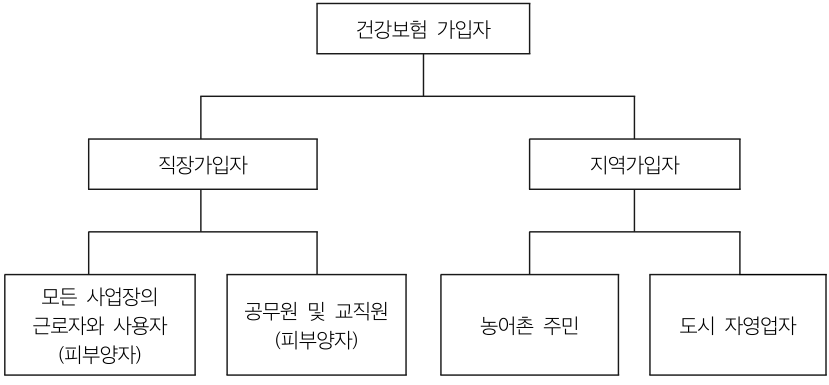
〈표 12-1〉 국민건강보험제도 의료보장 적용현황

(단위: 만 명, %)

구분		적용인구	구성비
계		5,227	100.0
건강보험	소계	5,076	97.1 (100)
	직장	3,667	(70.2)
	지역	1,409	(26.9)
의료급여		151	2.9

주: 2017년 말 기준 자료.
자료: 통계청. KOSIS. 2018. 8. 14 인출.

〈그림 12-1〉 건강보험 가입자



자료: 보건복지부, 2017.

2) 건강보험제도의 발전과정

(1) 건강보험제도의 시초

1960년대 초에 제정된 사회보장 관계법령들에는 의료보험법도 포함되어 있었다. 사회보장에 관한 법률, 산업재해보상보호법이 제정되었고 의료보험법은 1963년 12월 16일에 제정・공포된바, 의료보험법 제정이 우리나라의 의료보장의 출발점이라고 할 수 있다(김창엽, 2013; 보건복지부d, 2018).

〈의료보험법〉이 제정되었음에도 국민의 낮은 소득수준, 보험적용이 가능한 단일사업장의 부재 등 당시의 경제여건상 사회보험 방식의 의료보험제도를 도입하는 것은 시기상조인 것으로 판단되었고 따라서 희망자를 의료보험에 가입시키는 임의적용 방식을 선택하였다. 보험료 부담능력과 조직의 체계화를 감안하여 정부관리기업체와 일부 민간업체를 선정하여 시범사업을 추진했으나 종업원의 의료보험에 대한 인식부족과, 보험에 대한 부정적 관념, 사업주의 보험료 부담 기피, 임의가입에 따른 제도적 장치 미흡 등으로 인해 사업장에서 수용하지 않았다. 이후 1965년에 최초로 중앙의료보험조합이 설립되었다가 승인취소된 이후 호남비료주식회사와 봉명흑연광업소의 의료보험조합으로 명맥을 이어갔다. 1969년에는 부산청십자의료보험조합이 설립되면서 자영자 의료보험시범기관으로 지정받아, 임의보험의 형태를 벗어나진 못하였지만 의료보험의 시대가 열리게 된다(유승흠 외, 2009; 의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

(2) 당연적용 의료보험

임의보험은 대상자들에 대한 강제가입이 아니기 때문에 위험분산 효과를 크게 기대하기 어려웠고, 질병이 있거나 질병 위험이 높은 사람들이 가입하는 역선택의 문제가 발생하게 되었으며, 재정상태가 불안정한 문제점이 드러났다. 이에 정부는 1970년 8월에 피용자, 군인, 공무원 등에 대하여 의료

보험에 강제 가입하도록 〈의료보험법〉을 개정하였다. 하지만 〈의료보험법〉 시행을 위한 절차규정이 미비하고 보험재정을 확보하지 못하면서 실시하지 못하고 보류하게 되었다.

1976년 박정희 대통령은 제4차 경제사회개발 5개년 계획에서 사회개발에 중점을 두며 의료보험제도의 실시를 공식적으로 천명했다. 1976년 12월 〈의료보험법〉을 전면개정하게 되는데 이때 전국적 의료보험 실시의 근거를 마련한 것이며, 1977년 1월부터 저소득층, 무능력자, 무의탁자들을 위한 의료보호(현 의료급여) 사업을 시작하였다. 의료보험제도가 실시되기 이전에 의료보호사업을 시작한 점은 특별하다고 할 수 있다(이규식, 2016; 의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

전면개정된 〈의료보험법〉에 의거하여 강제가입이 적용되는 사업장에 대하여 보험료 부담능력과 관리운영능력 등을 감안하여 순차적으로 의료보험 적용대상이 되도록 하였다. 그러나 공무원, 군인, 사립학교교직원 등 특수직역은 적용대상에서 제외되었다. 1976년 12월 〈의료보험법〉을 개정하면서 공무원, 군인, 사립학교교직원을 적용대상에서 제외하였기 때문이다(유승흠 외, 2009; 의료보험연합회, 1997).

1977년 7월부터는 500인 이상을 고용하는 사업장을 당연적용으로 했으며, 1979년 300인 이상을 고용하는 사업장, 1981년 100인 이상을 고용한 사업장으로 적용대상을 점차 확대했다. 아울러 1983년에 5인 이상 고용사업장에까지 당연적용토록 하여 직장의료보험에 대상자의 약 90%가 가입했다. 직장의료보험에 가입되지 않은 영세사업장 근로자는 지역의료보험에서 흡수했다.

한편, 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원에게 의료보험을 적용하기 위해 공무원 및 사립학교 교직원 〈의료보험법〉을 1977년 12월에 별도로 제정했다. 적용대상자를 확대하여 1980년 1월부터 사립학교교직원의 부양가족 및 군인가족을 포함시켰으며 의료보험의 수혜대상을 확대하는 데 중요한 전환점이 되었다(보건복지부, 2017; 의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

(3) 지역의료보험 확대

직장의료보험의 시작과 더불어, 가입대상자는 어느 계층부터 시작할 것인가에 대하여 많은 논란이 있었다. 보험의 기본전제는 보험료 납부로서, 의료보험을 적용하기 위해서는 대상자에 대한 자격관리와 소득파악이 가능해야 한다. 하지만 농어촌 주민, 영세 자영업자 등 지역주민은 이 측면에서는 상당한 취약점을 보였기 때문에 정부에서도 지역주민을 대상으로 하는 의료보험 적용을 미루어왔었다(유승흠 외, 2009; 의료보험연합회, 1997).

정부는 1981년 4월 〈의료보험법〉을 개정하여 지역주민에 대해서도 의료보험을 당연적용토록 하였다. 따라서 지역주민에 대한 의료보험 당연적용의 가능성과 적용방법을 연구하기 위해 7월부터 홍천, 옥구, 군위 3개 지역에서 지역의료보험 1차 시범사업을 실시하였다. 3개 지역을 선정한 이유는 1976년부터 1980년까지 5년 동안 마을건강사업을 시행하던 곳이며, 마을건강사업에서는 홍천군을 산간·오벽지의 대표, 옥구군을 평야·해안지의 대표, 군위군을 준산간·내륙평야지의 대표지역으로 선정하였다. 이듬해에는 강화, 보은, 목포, 3개 지역을 2차 지역의료보험 시범사업 지역으로 추가하였다(의료보험연합회, 1997; 이규식, 2016).

(4) 전국민의료보험 실현

정부는 지역의료보험 시범사업에 착수할 당시 1980년에 마련한 의료보험 장기계획에 따라 1991년까지 전 국민의 81.8%가 의료보험의 혜택을 받을 수 있게 한다는 포부를 가지고 있었으며, 이 계획에 맞춰 1981년부터 1984년까지 지역의료보험 시범사업을 실시할 방침이었다. 그러나 지역의료보험 시범사업 계획의 시행과정에서 상당부분이 변경되는 차질이 있었는데 그 원인 중 하나는 지역의료보험 시범사업에서 보험료 징수율은 부분적 개선이 있었지만 전반적 재정 적자는 해소될 기미가 보이지 않는 것이었다. 또한 관리운영체계에 대한 논쟁의 여파로 정책당국의 추진동력이 위축된 점이다. 의약

분업이 합의점에 도달하지 못하며 지역의료보험 확대에 부담으로 작용하게 된 점이다(보건복지부d, 2018, 의료보험연합회, 1997).

그럼에도 지역의료보험에 대한 사회적 요구는 더욱 거세졌는데, 보험수가와 일반수가의 차이로 인하여 의료보장이 필요한 저소득층이 더 많은 의료비를 부담하는 등 의료보험 가입자와 미가입자의 차별문제를 해소하기 위해서 지역의료보험을 조기 실시해야 한다는 의견이 많았기 때문이다(의료보험연합회, 1997; 이규식, 2016; 보건복지부d, 2018).

1986년에는 처음으로 무역흑자를 달성하였으며, 국민의 복지를 위해 국고를 지원하여 보험료율을 인하하였다. 제조업 활성화 등 사회경제적 상황이 의료보험에도 영향을 미쳐 재정수지가 보다 안정되면서, 정부는 1986년 9월에 전국민의료보험 실시일정을 확정지었다. 농어촌 주민은 1988년 1월부터, 도시의 자영자는 1989년 7월부터 의료보험에 가입하도록 하는 확대계획을 수립함으로써 의료보험제도는 10여 년 만에 전국민 의료보험 체제로 나아갈 수 있는 계기를 마련하였으며, 우리나라 사회보장체계의 중심축으로 자리잡을 수 있게 되었다(의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018)

(5) 의료보험 통합: 국민의료보험관리공단 출범

사업장 단위의 의료보험조합은 피보험자의 수가 적으므로 위험분산기능의 제약과 조합의 소규모로 인한 문제가 제기되어, 1980년부터 통합 일원화시키자는 주장이 제기되었다. 정부는 조합들을 통폐합하기 시작하여 1980년 7월 603개의 직장조합을 423개로 통폐합하고, 1981년 5월에는 185개로 통폐합하였다. 의료보험조합들을 통폐합하는 과정에서 전국의료보험협의회와 공무원 및 사립학교교직원 공단의 통합일원화를 통하여 의료보험제도 및 관리운영체계를 일원화하는 방안이 제시되고 이로 인한 찬반논쟁이 있었다. 1997년 12월에 〈국민의료보험법〉이 제정・공포되었는데 이 법의 시행으로 지역조합과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험이 국민의료보험관리공단

으로 통합되었다(유승흠 외, 2009; 의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

(6) 〈국민건강보험법〉 제정: 보험자 일원화

1998년 의료보험은 국민건강보험이라는 새로운 형태로 변하였다. 1999년 2월 〈국민건강보험법〉의 제정은 의료보장에서 건강보장으로 의료보장 개념이 확대된 제도로서 우리나라 의료보장 개념이 변한 것이다.

〈국민건강보험법〉에 의하면 2000년 1월에 140개 직장조합과 국민의료보험관리공단을 국민건강보험공단으로 통합하려 했으나, 시행일이 연기되어 2000년 7월에 단일보험자로 국민건강보험공단이 설립되었다. 단, 한시적으로 재정은 분리하도록 했다. 2002년 1월 〈국민건강보험 재정건전화 특별법〉을 제정·시행하였으며, 국민건강보험법의 개정으로 2003년 7월부터는 보험재정도 통합 운영하였다(이규식, 2016; 보건복지부, 2017).

(7) 국민건강보험 종합계획 수립

2016년 8월 〈국민건강보험법〉 개정에 따라 국민건강보험 종합계획 수립이 의무화되었다. 기존에는 2005년부터 3차에 걸쳐 중기 보장성강화 계획을 수립·이행해왔지만 제도 전반을 조망하고 개선하기 위한 종합계획은 부재했던 상황이었다.

2017년에는 문재인 정부의 보장성 강화 및 노인의료비 증가 등 다양한 환경적·정책적 변화가 예상되며, 국민건강보험이 도입된 지 40주년 되는 시점으로 국민건강보험 종합계획을 통해 지난 40년을 돌아보고 미래를 준비하는 초석을 마련해 국민의 건강수준을 한 단계 끌어올리는 계기가 될 수 있을 것이다.

2018년에는 보다 내실 있고 실효성 있는 국민건강보험 종합계획을 수립하기 위하여 연구를 수행하고 있으며, 종합계획은 전체 건강보험 분야를 아우르는 총괄계획 및 정책방향 수립 전략으로써 의의를 가질 것이다(보건복지부, 2018a) (〈표 12-2〉 참조).

〈표 12-2〉 건강보험제도의 연혁

임의보험 사업기(1963~1976)	
1963.12.16	〈의료보험법〉 제정
1970. 8. 7	〈의료보험법〉 개정 (법률 제2228호, 피용자, 군인, 공무원 등에 대해 의료보험 강제가입)
1976. 12. 22	〈의료보험법〉 전면개정 (법률 제2942호, 전국적 의료보험 실시의 근거 마련)
당연적용 의료보험 실시	
1977~1981	제4차 경제사회발전 5개년 계획
1977. 7. 1	500인 이상 사업장근로자 의료보험 실시(486개 조합 설립)
1979. 1. 1	공무원 및 사립학교 교직원의 의료보험 실시
1979. 7. 1	300인 이상 사업장근로자 적용확대(29개 지구공동조합 설립)
1979. 12. 28	공무원 및 사립학교 교직원 〈의료보험법〉 개정 (법률 제3217호, 군인가족 포함)
1981. 1. 1	100인 이상 사업장 의료보험 적용확대
지역의료보험 확대실시 (전국민의료보험 확대실시를 위한 기반조성)	
1981. 7. 1	지역의료보험 제1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
1981. 12. 1	직종의료보험조합 발족(문화예술인, 이·미용, 택시사업자)
1982. 7. 1	지역의료보험 제2차 시범사업 실시(강화, 보은, 목포)
전국민의료보험의 실현	
1988. 1. 1	농어촌 지역의료보험 전국 확대실시
1988. 7. 1	5인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시
1989. 7. 1	도시지역 의료보험 급여 개시(전국민의료보험 실현)
의료보험 통합	
1997. 12	〈국민의료보험법〉 제정·공포
1998. 10. 1	국민의료보험관리공단 출범 (227개 지역조합과 공무원 및 사립학교 교직원 통합)
〈국민건강보험법〉 제정: 보험자 일원화	
2000. 7. 1	국민건강보험공단 설립(국민의료보험관리공단과 139개 직장조합 통합)
2001. 7.	5인 미만 사업장근로자 직장가입자 편입
2002. 1. 19	〈국민건강보험 재정건전화 특별법〉 제정
2003. 7. 1	지역·직장재정 통합 운영
국민건강보험 종합계획 수립	
2016. 8	〈국민건강보험법〉 개정
2018	국민건강보험 종합계획 수립

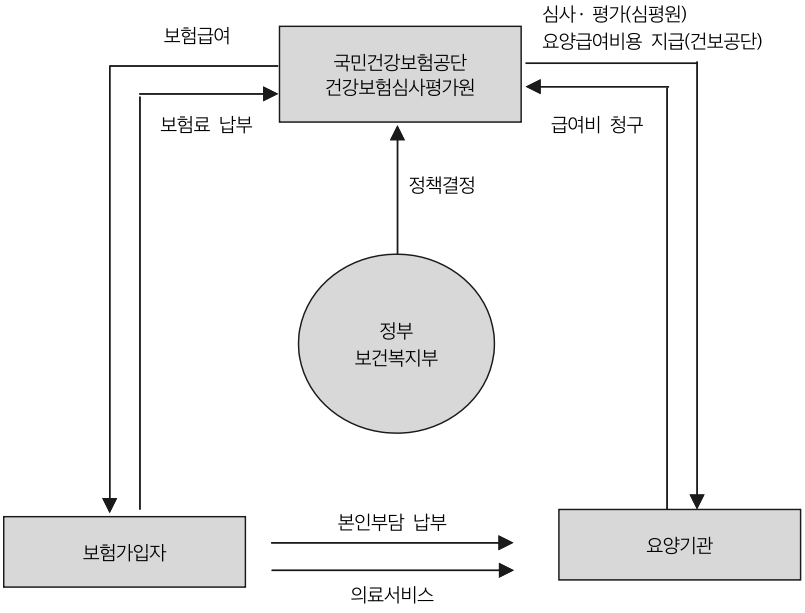
자료: 의료보험연합회, 1997; 보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018a 재구성.

3) 건강보험제도의 구조

(1) 건강보험관련 조직

국민건강보험에서 건강보험사업을 수행하는 주체는 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원이다. 보건복지부는 건강보험사업의 관장자로서 건강보험관련 정책결정과 건강보험제도 전반에 관한 관리·감독을 담당한다. 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 자격관리, 보험료의 부과·징수 및 보험급여비용 지급, 약가결정 등의 업무를 수행하고 있다. 건강보험심사평가원은 심사·평가 전문기관으로서 요양급여비용 심사 및 요양급여의 적정성을 평가한다(민인순·이미준, 2014; 보건복지부, 2017) (〈그림 12-2〉 참조).

〈그림 12-2〉 국민건강보험 관리운영 체계



자료: 보건복지부, 2017.

① 보건복지부

보건복지부는 빈곤, 질병, 실업, 노령 등 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고 생애 주기별 맞춤형 보건, 복지, 가족 정책으로 국민의 '삶의 질' 향상을 도모하는 기능을 수행한다. 건강보험정책 사항을 심의·의결하기 위하여 건강보험정책심의위원회를 두며, 요양급여의 기준, 요양급여비용에 관한 사항, 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 등에 관한 사항을 심의·의결한다(민인순·이미준, 2014; 보건복지부 2017; 법제처, 2018; 법제처, 2017c).

② 국민건강보험공단

국민건강보험공단은 건강보험의 보험자이며, 〈국민건강보험법〉 제13조에 따라 2000년 7월 국민의료보험관리공단과 145개의 직장조합을 통합하여 설립된 특수공법인이다. 가입자 및 피부양자의 자격을 관리하고, 보험료를 부과하고 징수하며, 요양기관에 대한 비용을 지급하고 건강증진 및 예방사업, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보와 조사·국제협력 등의 업무를 수행한다(유승흠 외, 2009).

2008년 8월에 4대 사회보험(건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험) 징수업무를 국민건강보험공단으로 통합하기로 결정해, 2011년 1월부터 보험료 징수업무가 국민건강보험공단으로 일원화되었다. 통합징수의 시행으로 고지방식, 납부방법, 창구일원화를 통해 국민의 편의성을 크게 향상시켰으며, 중복업무를 효율화함으로써 행정비용을 절감했고, 또한 절감된 인력을 활용해 사회보험서비스를 확대했다(국민건강보험공단 홈페이지; 법제처, 2018).

③ 건강보험심사평가원

건강보험심사평가원은 독립적 심사기관으로 2000년 7월 〈국민건강보험법〉 제62조에 의거해 발족된 특수공법인이다. 기존 의료보험연합회의 기능인 심사업무를 보험자로부터 독립시키고, 요양급여비용 심사의 전문성·공정

성・객관성 등의 제고를 통해 심사의 효율성을 높이고, 심사와 병행한 요양급여 적정성 평가를 시행하는 등 요양기관의 적정진료 유도 및 국민에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 함에 설립목적이 있다(민인순・이미준, 2014).

〈국민건강보험법〉 제63조에 따라 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성 평가, 심사기준 및 평가기준의 개발, 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관해 위탁받은 업무, 건강보험과 관련하여 보건복지부 장관이 필요하다고 인정한 업무를 수행하고 있다. 동법 제48조에 의거하여 가입자 등의 진료비 확인요청이 있는 경우 가입자 등이 부담한 비용에 대한 요양급여 대상 확인여부 업무를 수행하고 있다(건강보험심사평가원, 2018; 유승흠 외, 2009; 보건복지부, 2017; 법제처, 2018).

(2) 보험료의 부과체계

① 보험료 부과체계

국민건강보험에서 보험료는 직장가입자인 경우에 임금근로자가 주대상으로 소득비례 정률제를 적용한다(유승흠 외, 2009). 지역가입자는 농어민과 도시자영자 등으로 이들은 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득을 파악하기 어렵다. 따라서 소득, 재산, 생활수준 등의 부과요소별 합산점수인 보험료 부과점수에 점수당 금액을 곱해 보험료를 산정한다(보건복지부, 2017).

직장가입자의 건강보험료는 소득능력에 따라 부과하며, 전년도 신고한 보수월액으로 보험료를 부과한 후 당해연도 보수총액을 사용자로부터 신고받아 정산하는 방식을 채택한다. 직장가입자의 건강보험료에는 하한선과 상한선이 설정되어 있는데 2017년 현재 보수월액의 하한선은 28만 원이고 상한선은 7,810만 원이다. 보수월액이 상・하한선에 속하지 않은 가입자는 실제 보수월액을 기준으로 보험료를 산정한다. 2012년 9월부터 보수월액에 포함된 보수를 제외한 소득(보수외 소득)이 연간 7천 2백만 원을 초과하는 직장가입자에 대하여는 보수외 소득을 기준으로 하여 소득월액보험료를 부과하고 있다.

〈표 12-3〉 직장가입자 보험료 부과체계

구분	직장가입자
보험료 부과기준	• 보수월액: 보수총액 기준(근로소득·사업소득 등) • 소득월액: 보수외 종합소득(근로, 사업, 금융, 연금, 기타소득 등) - 단, 보수외 종합소득이 7,200만 원을 초과하는 경우에 부과
보험료율	• 보수월액 × 6.24%(2018년) - 통합 이전: 조합에 따라 3~6% • 소득월액 × 3.06%
보험료 부담방법	• 가입자: 50%, 사용자: 50%
부담주체	• 근로자: 보험료 부담(피부양자: 보험료 부담 없음)

자료: 보건복지부, 2017.

보수월액보험료는 2018년 현재 기준으로 보수월액에 보험료율 6.24%(사용자 3.12%, 근로자 3.12%)를 곱하여 건강보험료를 산정한다. 소득월액보험료는 소득월액에 보험료율(6.12%)과 50/100을 곱해 산정한다. 직장가입자의 보험료는 사업장별로 부과되며, 사용자가 보험료 납부의 책임을 진다. 직장가입자의 연간평균 건강보험료는 2016년 12월 기준으로 104,507원(사용자 포함 209,041원)이다. 보수외 종합소득은 2018년 7월부터 연간 3천 4백만 원을 초과하는 경우에 보험료를 부과하며, 2022년 7월부터는 연간 2천만 원 초과에 대하여 보험료를 부과한다(보건복지부, 2017)(〈표 12-3〉 참조).

지역가입자의 건강보험료는 소득, 재산(전·월세, 자동차 포함), 세대원의 성·연령 등이 부과요소이며 과세소득 연 500만 원을 기준으로 부과요소를 달리 적용한다. 연소득 500만 원 초과세대에는 부과요소로써 소득, 재산(전월세 포함), 자동차의 점수를 합한 보험료 부과점수에 부과점수당 금액(2017년 기준 179.6원)을 곱하여 산정한다. 연소득 500만 원 이하 세대에는 부과요소 중 생활수준 및 경제활동참가율, 재산(전월세 포함), 자동차의 점수를 합산한 보험료 부과점수에 부과점수당 금액(2017년 기준 179.6원)을 곱하여 산정한다. 지역가입자의 건강보험료는 세대단위로 부과되며, 연간평균 세대당 월평균보험료는 84,531원(2016년 12월 기준)으로 가입자가 속한 세대의 전원이 납부할 책임을 지고 있다(〈표 12-4〉 참조).

〈표 12-4〉 지역가입자 보험료 부과체계

구분	지역가입자
보험료 부과기준	• 보험료 부과점수 - 종합소득, 재산(부동산, 자동차 등), 경제활동 능력(성·연령)
보험료율	• 보험료 부과점수를 나타내는 점수에 보험료 환산금액(2018년; 183.3원)을 곱하여 부과
보험료 부담방법	• 가입자 전액부담
부담주체	• 지역가입자 전원이 보험료 부담

자료: 보건복지부, 2017.

2018년 7월부터는 평가소득에 대한 보험료 부과는 폐지하고 일정소득 이하에 최저 보험료를 적용한다(보건복지부, 2017).

② 보험료 부과체계 개편안

2017년 1월 보건복지부는 저소득 가구의 건강보험료를 2024년까지 낮추고 고소득 직장인·피부양자에 대해 보험료를 인상하는 건강보험료 부과체계 개편안을 내놓았다. 동년 3월 국회의 논의를 거쳐 개정한 건강보험료 부과체계 개편안이 국회 보건복지위원회에서 의결되어 2018년 7월부터 시행된다.

보험료 부과체계 개편의 기본방향은 소득수준에 맞는 공평한 기준을 적용하여 건강보험료 부과기준을 바꾸는 것이며, 이를 위해 지역가입자에 대한 재산·자동차 보험료는 단계적으로 줄이고, 소득 파악수준의 개선과 연계하여 소득보험료의 비중을 지속적으로 높이고자 하는 것이다.

고소득 직장인·피부양자 등 충분한 부담능력이 있는 직장가입자는 적정한 보험료를 부담하도록 할 것이지만, 특정계층의 부담이 일시에 증가하지 않도록 하기 위하여 2단계로 나누어 기준을 조정하는 것이다.

2018년 7월부터 시행하는 건강보험료 부과체계 개편안 1단계에서 지역가입자의 자동차보험료 중 면제대상은 소형차, 생계용 차량, 9년 이상 노후자동차이며, 30% 인하대상은 중형차(1,600cc~3,000cc 이하, 4천만 원 미만)이다. 기존의 건강보험료 부과체계는 피부양자 기준을 폭넓게 허용하고

〈표 12-5〉 건강보험료 개편 주요내용

구분	주요내용
직장가입자	• 월급외 소득 등 상위 1% 직장인 보험료 부과 확대(15만 세대) - 1단계(2018년): 보수외 종합소득 3천 4백만 원 초과 시 보험료 부과 - 2단계(2022년): 보수외 종합소득 2천만 원 초과 시 보험료 부과 • 대다수 직장인의 보험료는 변동 없음
지역가입자	• 성별 · 나이 등에 부과하는 평가소득 보험료를 18년 만에 폐지 • 지역가입자 중 181만 세대의 자동차보험료 0원 - 면제: 소형차(1600cc 이하, 4천만 원 미만), 생계용 차량, 9년 이상 노후 자동차 - 축소: 중형차(1600~3000cc, 4천만 원 미만)에 대한 보험료 30% 감면 - 2022년 7월부터는 4천만 원 이상의 고가차를 제외한 모든 자동차에 보험료 부과를 면제할 예정 • 지역가입자 중 191만 세대의 재산보험료 0원 - 재산 수준별 500~1200만 원 재산 공제 실시 • 지역가입자의 77%(589만 세대)의 보험료 21%(2.2만 원) 인하
피부양자	• 고소득 · 고재산 피부양자 7만 세대는 지역가입자로 전환 - 소득: 연소득 3천 4백만 원 초과 - 재산: 과표 5억 4천만 원, 연소득 1천만원 초과 • 직장가입자의 형제 · 자매 중 23만 세대는 지역가입자로 전환 - 30세 미만, 65세 이상, 장애인 등은 소득 · 재산기준 충족 시 피부양자 자격 유지 - 소득 · 재산기준: 연소득 3천 4백만 원 이하, 재산 과표 1억 8천만 원 이하 • 지역가입자로 전환될 경우, 보험료 부담액의 30% 경감

자료: 보건복지부, 2018b.

있었으나, 형제 · 자매의 인정 기준을 변경함에 따라 고령층, 청년, 장애인 등 취약계층이 아닌 형제 · 자매 및 기준에 충족하지 않는 경우 피부양자에서 지역가입자로 전환되며, 이 지역가입자들의 보험료를 1단계 기간 동안 30% 경감하기로 하였다(보건복지부, 2018b) (〈표 12-5〉 참조).

(3) 보험급여

보험급여란 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진시키고자 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 〈국민건강보험법〉의 규정에 따라 제공하는 의료서비스 또는 현금을 말한다(국민건강보험공단, 2018).

급여의 범위를 정하는 데는 선별등재(*positive list system*)와 급여제외목록방식(*negative list system*)라는 두 가지 방법이 있다. 선별등재에서는 보험에서

급여하는 질병과 행위를 나열하는 방식으로, 나열되어 있는 행위는 급여가 되고 나열되지 않은 행위는 자동적으로 비급여가 된다. 급여제외목록방식에서는 보험에서 급여하지 않는 질병과 행위를 나열하는 방식으로, 나열되지 않은 행위는 자동적으로 급여가 된다. 우리나라는 선별등재와 급여제외목록방식 모두를 적용한다고 할 수 있는데 새로운 행위가 출현할 때마다 급여목록 또는 비급여목록에 추가해야 한다(국민건강보험공단, 2018; 보건복지부d, 2018).

① 보험급여의 종류

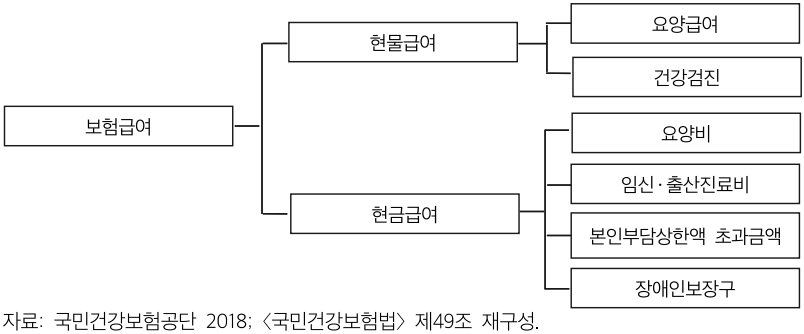
보험급여의 형태는 의료서비스 보장하는 현물급여와 의료비를 상환하는 현금급여가 있다. 현물급여는 서비스 또는 현금이 아닌 물품을 보험급여로 받는 것이며, 국민건강보험에서는 요양급여와 건강검진을 급여하고 있다. 현금급여는 보험급여를 현금으로 받는 것으로 국민건강보험에서는 요양비, 장애인보장구급여비, 본인부담상한제 등 형태가 다양하다. 가입자 및 피부양자가 진료를 받고 진료비를 지불한 후 이를 보험자인 건강보험공단에 청구하여 전액 또는 일부를 급여받을 수 있다(유승흠 외, 2009; 국민건강보험공단, 2018) (〈그림 12-3〉 참조).

국민건강보험은 현물급여를 원칙으로 하며 현금급여를 병행한다. 현물급여에는 가입자 및 피부양자의 진찰・검사, 약제・치료재료의 지급, 처치・수술 기타의 치료, 예방・재활, 입원, 간호, 이송에 대한 요양급여 및 〈국민건강보험법〉 제 52조에 의거한 건강검진이 있다(국민건강보험공단, 2017).

현금급여 중에서 요양비는 긴급 또는 기타 부득이한 이유[1]로 요양기관과 유사한 기능을 수행하는 기관(요양기관에서 제외된 의료기관, 의약품 판매

1) 요양기관을 이용할 수 없거나, 요양기관이 없는 경우, 만성신부전증환자가 의사의 처방전에 의해 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 구입・사용한 경우, 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료 처방전에 의해 가정에서 산소치료를 받는 경우, 신경인성 방광환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료비, 환자가 의사의 처방전에 따라 인공호흡기 또는 기침유발기를 대여받아 사용하는 경우를 말한다.

〈그림 12-3〉 보험급여의 종류



자료: 국민건강보험공단 2018; 〈국민건강보험법〉 제49조 재구성.

업소)에서 진료 또는 출산을 한 경우 요양의 내역을 기재한 요양비명세서 또는 세금계산서를 국민건강보험공단에 제출하여 해당 요양급여에 상당하는 금액을 급여로 지급하는 것이다. 장애인보장구 급여비는 장애인이 의사의 처방에 따른 보장구를 구입한 후 청구서를 건강보험공단에 제출하여 구입금액의 일부를 급여받는 것이다(국민건강보험공단, 2017).

본인부담액상한제는 고액 중증질환의 의료비 부담을 덜기 위하여 환자가 부담한 연간 본인부담금 총액이 가입자 소득수준에 따른 본인부담 상한액을 초과하는 경우, 그 초과금액 전액을 환자에게 돌려주는 것이다(국민건강보험공단, 2018).

② 보험급여의 제한과 정지

보험급여의 제한은 〈국민건강보험법〉상 보험급여를 받을 수 있는 사람이 일정한 사유에 해당하면 보험급여를 받지 아니하는 것을 의미한다. 〈국민건강보험법〉 제53조에 의거하여 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우, 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시를 따르지 아니한 경우, 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문·진단을 기피한 경우, 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법

령에 따른 보험급여나 보상을 받게 되는 경우, 다른 법령에 의하여 국가 또는 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우(그 한도 내에서)에는 보험급여를 하지 않는다. 또한 보험료를 이정기간 이상 체납한 경우 체납한 보험료를 완납할 때까지 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 제한할 수 있다.

보험급여의 정지란 보험급여를 받을 수 있는 사람이 일정한 사유에 해당하면 그 기간 동안 보험급여를 받지 아니하는 것이다. 보험급여의 정지에 해당하는 사유는 국외에 여행 중인 경우 또는 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우, 병역법 규정에 의한 현역병과 전환 복무된 사람 및 군간부후보생에 해당하는 경우, 교도소 및 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우이다(민인순 · 이미준, 2014; 법제처, 2018).

4) 건강보험의 재정

건강보험의 재정은 보험재정의 수입과 지출이 균형을 이룰 때에 안정적으로 운영될 수 있다. 이는 가입자의 적정수준의 보험료와 국고지원을 포함한 수입액 내에서 지출이 이루어져야 하는 것이다(이규식, 2016). 건강보험의 보험재원은 보험료와 정부의 지원으로 구성되며, 정부의 지원은 국고지원금과 국민건강증진기금으로 이루어진다. 〈국민건강보험법〉 제108조에 의거하여 국고지원은 당해연도 보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을, 국민건강증진기금에서 6%에 상당하는 금액을 지원한다(보건복지부, 2017; 이규식, 2016).

국고지원금은 가입자 및 피부양자에 대한 보험급여, 건강보험사업에 대한 운영비, 보험료 경감 지원 등에 사용된다. 국민건강증진기금의 재원은 〈국민건강증진법〉 제22조에 의거하여 제23조 제1항의 규정에 의한 국민건강증진부담금과 기금의 운용 수익금으로 구성되어 있으며, 금연교육 및 광

고, 흡연피해 예방 및 흡연피해자 지원 등 국민건강관리사업과 건강생활의 지원사업, 보건교육 및 그 자료의 개발, 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업, 질병의 예방·검진 관리 및 암 치료를 위한 사업, 국민영양관리사업, 구강건강관리사업 등에 사용된다(보건복지부, 2017; 법제처, 2017a).

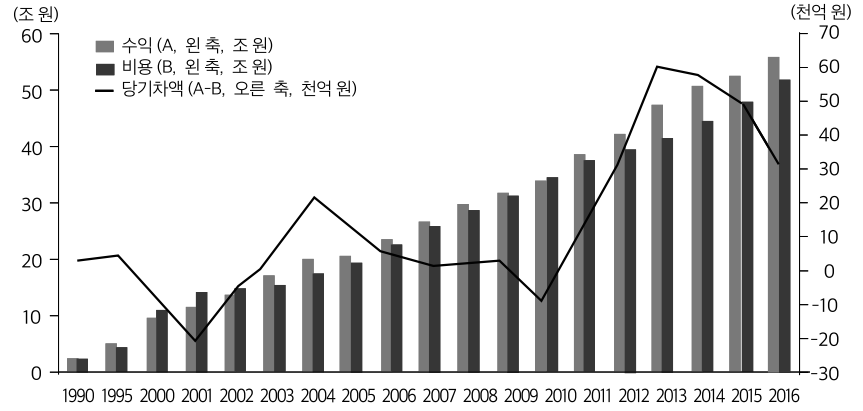
(1) 재정 현황과 국고지원

건강보험에 대한 국고지원은 1986년 9월 국민복지종합대책을 발표하며 지역주민에 의료보험을 확대하기 위하여, 국고지원이 필요하다는 판단에서 시작되었다. 1988년 지역의료보험을 도입하면서 임금근로자인 직장가입자는 사용자가 보험료의 50%를 지원하므로, 별도로 사용자가 존재하지 않는 지역가입자의 보험료 1/2를 국가에서 지원하자는 취지였던 것이다. 따라서 2006년 〈국민건강보험법〉이 개정되기 이전까지는 지역 재정에 대한 일정률 지원방식을 유지하였다(의료보험연합회, 1997).

2002년 〈국민건강보험 재정건전화 특별법〉 제정은 지역가입자에 대한 보험급여비용과 건강보험사업에 대한 운영비를 40%로 법제화했다. 아울러 2002년부터 담배에 건강증진기금을 부과해 건강증진기금에서 10%를 지원함으로써 지역가입자에 대한 보험료의 1/2을 지원하려는 목적을 달성했다. 2005년에는 국고지원 35%, 건강증진기금 15%로 지원율을 조정했다(유승흠 외, 2009; 보건복지부, 2017) (〈그림 12-4〉 참조).

2006년 〈국민건강보험 재정건전화 특별법〉이 만료되면서 정부는 〈국민건강보험법〉과 〈국민건강증진법〉을 개정해 2007년부터 2011년까지 건강보험의 보험재정을 지원하도록 했다. 2011년 한시조항이 만료된 이후 건강보험에 대한 국고지원을 지속하기 위해서 관련법안을 개정해 유효기간을 2017년까지 연장했고, 관계부처 협의 및 국회 논의를 거쳐 2022년까지 유효기간을 연장하는 내용으로 〈국민건강보험법〉을 개정할 계획이다(보건복지부, 2017).

〈그림 12-4〉 건강보험재정 추이(1990~2016년)



자료: 건강보험통계연보, 각 연도.

5) 국민건강보험 수가제도: 진료비 지불제도

국민건강보험수가는 국민보험법상에서 요양급여비용이라 표현되며, 진료의 대가로 의료공급자에게 제공되는 보상방식을 의미한다. 진료비 지불제도는 의료공급자가 건강보험 가입자를 대상으로 진료를 하고 진료의 대가로 지불되는 보상방식을 의미한다. 진료비 지불제도는 행위별수가제, 포괄수가제, 일당정액제, 인두제, 총액계약제, 성과지불보상제 등 다양한 방식이 존재하며, 우리나라의 경우에는 건강보험제도가 도입된 초기부터 기본적으로 행위별 수가제로 운영되었다.

건강보험수가는 의료행위수가·약제수가·진료재료수가로 이루어지며, 의료행위수가는 상대가치수가(RBRVS)와 질병군별(DRG) 포괄수가로 구분할 수 있다. 약제수가와 진료재료수가는 실거래가 상한제를 작용하며, 국민보험공단이 약제와 진료재료의 상한가격까지만 가격을 보상한다.

상대가치수가는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량과 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도를 고려한 요양급여 가치를 산

정해 항목 간에 상대적 점수로 나타내는 것이며, 2001년 1월부터 전체 요양기관을 대상으로 적용하고 있다. 질병군별 포괄수가는 서비스 묶음별 분류인 DRG 분류를 적용해 몇 가지 의료행위와 이에 동반하는 진료재료를 한 단위로 지불하는 것이며, 2002년 1월부터 7개 질병군을 대상으로 포괄수가제를 희망하는 요양기관에 한하여 실시하기 시작하여 2013년 7월부터는 모든 의료기관을 대상으로 하고 있다(유승흠 외, 2009; 보건복지부, 2017; 보건복지부d, 2018)

6) 건강보험수가의 제정과 개정

(1) 보험수가의 개정

1977년 7월 실시된 의료보험을 준비하면서 중대한 과제 중 하나는 의료보험수가의 제정이었다. 행위별수가제가 기존의 관행수가제도를 큰 단절 없이 의료보장제도로 연결시킬 수 있는 사실상 유일한 방법으로, 행위별 수가제를 기반으로 한 합리적인 수가체계를 만들고자 하였다.

1976년 2월부터 보건사회부에서 수가문제를 검토하였으며, 진료수가 문제는 보건사회부와 의료계의 노력에도 불구하고 합의점을 찾지 못하였고 논란이 계속되었다. 보건사회부는 수가제정을 위하여 주로 독일과 일본의 수가체계를 참고하였으며, 11개 주요 의료기관의 의료수입 내역을 조사하여 관행수가를 파악하는 작업을 실시하였다(의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

1976년 11월에는 일본 의료보험제도를 시찰하기 위한 파견단을 파견하였다. 의료보험수가의 수가구조를 일본의 을표를 기준으로 구분하였으며, 의료행위수가의 분류에서도 일본의 을표를 따라 의료행위 각각에 상대점수를 부여하고, 점수당 10원의 환산지수를 설정하였다(유승흠 외, 2009; 의료보험연합회, 1997; 보건복지부d, 2018).

(2) 상대가치수가 이전의 수가개정

보험수가의 개정은 크게 2001년 1월 도입된 상대가치수가의 개정을 구분으로 상대가치수가의 개정 이전과 이후로 구분할 수 있다. 또한, 상대가치수가 개정 이전에는 행위별 점수제와 행위별수가제로 구분할 수 있다(이규식, 2016; 보건복지부d, 2018).

의료보험이 도입된 1977년 7월부터 1981년 6월까지는 행위별 점수제의 시기로 구분할 수 있다. 형태적으로 상대가치와 환산지수를 구분하였지만, 상대가치와 환산지수를 구분하여 운영하지는 않았으며, 1점당 10원을 곱하여 의료비를 산정하였다. 이 시기에는 수가를 개정하기 위하여 상대가치를 개정하였다(보건복지부d, 2018).

1981년 6월 환산지수의 폐지 이후는 행위별 수가제의 시기이다. 요양기관에서 점수와 금액의 혼동으로 인한 착오가 유발되어 진료비 청구와 심사지급이 잘못되는 사례도 많아, 점수제를 금액제로 통일하여 금전화된 수가를 사용한 것이다(건강보험심사평가원, 2018, 이규식, 2016; 보건복지부d, 2018).

(3) 상대가치수가의 개정

1994년부터 자원투입에 근거한 점수제(RBRVS)에 대한 논의의 결과로, 2001년 1월부터 의료자원 사용의 효율성을 제고하기 위한 상대가치수가가 도입되었다. 이는 서비스 행위의 중요도를 투입된 자원에 기반하여 평가한 후 점수로 표시하는 방식이며, 진료비를 상환할 때는 점수를 금액으로 전환하기 위하여 환산지수(점수당 단가)를 곱하여 산정하는 방식이다(보건복지부, 2017; 한국보건사회연구원, 2016).

상대가치수가의 개정은 몇 단계에 걸쳐 이루어지고 있다. 첫 번째 단계는 의료행위분류의 개정 및 신의료기술의 항목화 단계이며, 두 번째 단계는 행위별 상대가치를 조정하는 단계이고, 세 번째 단계는 환산지수의 개정이다(유승흠 외, 2009; 보건복지부, 2017).

〈표 12-6〉 포괄수가제 7개 질병군

진료과	상병명	분류항목수
안과	수정체 수술	12 (소절개 6, 대절개 6)
이비인후과	편도 및 아데노이드 수술	4
외과	충수절제술	12 (단순 6, 복강경 6)
	서혜 및 대퇴부 탈장 수술	21 (단순 9, 복강경단측 3, 단순양측 7, 복강경양측 2)
	항문 수술	11 (복수항문 2, 기타 3, 치핵절제 3, 주요항문수술 3)
산부인과	자궁수술	11 (자궁적출 6, 자궁 및 자궁부속기 5)
	제왕절개	7 (단태아 4, 다태아 3)

자료: 건강보험심사평가원. 2018.

2001년 상대가치수가의 개정과 더불어 요양급여비용 계약제가 도입되었다. 〈국민건강보험법〉에서 계약제를 도입한 이유는 요양급여비용의 지급·수령 주체인 건강보험공단의 이사장과 의약계의 대표자가 상호입장을 이해하여 요양급여비용을 결정하고, 투명하고 공개된 계약절차를 통하여 계약내용에 대한 요양기관의 수용성을 제고하겠다는 것이었다. 상대가치점수당 단가를 정하는 계약의 기간은 1년으로 매년 이루어진다. 2013년 5월 〈국민건강보험법〉의 개정으로 계약기한을 계약기간 만료일이 속한 연도의 5월 31일까지 변경하였으며, 계약이 체결되지 않은 경우에는 보건복지부장관이 6월 30일까지 심의위원회 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여 금액을 하고 있다(보건복지부, 2017; 한국보건사회연구원, 2016).

(4) 포괄수가제도의 개정

행위별수가제에서는 진료량이 많아질 수 있다는 문제 외에 의료비용 상승 가속화의 원인, 의료서비스 공급 형태의 왜곡, 수가 관리의 어려움, 의료기관의 경영 효율화 장치 미비 등 많은 문제점이 파생됐다. 이를 개선하기 위해 1995년에 질병군별(DRG) 지불제도 도입 검토협의회를 구성하고, 질병군별 분류를 적용한 질병군별 포괄수가제 시범사업을 3차례에 걸쳐 실시했다(이규식, 2016; 건강보험심사평가원, 2018; 보건복지부, 2017) (〈표 12-6〉 참조).

1997년부터 2001년까지 3차의 시범사업을 실시하여 참여기관을 확대하였으며 시범사업 결과를 토대로 DRGs를 전면적으로 실시하려 하였으나 의약분업 파동으로 인해 연기되었고, 이후에는 의료계의 반대로 인하여 희망하는 요양기관에 한하여 실시하게 되었다. 2012년 7월부터 병·의원급에 당연적용하였으며, 2013년 7월부터는 종합병원급 이상 의료기관을 포함하여 모든 의료기관을 대상으로 확대 적용하였다(이규식, 2016; 건강보험심사평가원, 2018; 보건복지부, 2017).

(5) 신포괄수가제도의 시도

2009년부터 일당지불방식을 일부 가미한 신포괄수가제도 시범사업이 진행되었다. 시범사업은 공단의 일산병원에서 20개 질병군을 대상으로 시작하여, 2010년에는 76개 질병군으로, 2011년에는 553개 질병군으로 확대했고, 2012년에는 40개 공공병원에서 550개 질병군을 대상으로 시범사업을 실시했다.

2016년 1월에 신포괄수가의 지불정확도 제고를 위해 산정모형을 대폭 개선하여 포괄과 비포괄에 대한 설정 및 보상방법이 변경되었고 재원일수 정상군 범위도 재설정되었다.

신포괄수가 산정모형 개선은 상대가치 분류를 이용하여 의사행위 성격과 유사한 행위군을 비포괄 부문으로 재설정한 것이다. 또한 약제와 치료재료는 기존에 단가 10만 원 이상을 비포괄 영역으로 분류하던 방식을 특정 약제 및 치료재료를 비포괄 영역에 포함시키는 분류방식으로 수정했다.

기존 재원일수 정상군의 범위는 일산병원의 입원환자 재원일수를 이용하여 설정했으며, 신포괄수가 산정모형을 개선하며 전체 요양기관의 입원환자 청구자료를 이용하여 정상군의 범위를 설정했다. 연령 및 중증도까지 분류한 1,741개 질병군 중 정상군의 재원일수가 감소한 질병군은 132개이며, 동일한 질병군은 88개였다. 1,521개 질병군의 정상군 재원일수는 증가하여, 전반적으로 정상군의 범위가 확대되었다(국민건강보험공단 일산병원연구소, 2016).

7) 진료비 지불제도의 과제와 전망(가치기반 성과보상 지불제도)

행위별 수가제는 진료량 증가로 인한 보험재정의 위험을 보험자 또는 가입자가 부담하여 공급자 유인수료를 유발할 가능성이 높다(신현웅·여지영, 2014). 이러한 행위별 수가제의 문제점을 보완하기 위해 현재 지불제도의 '포괄화' 및 '다양화' 정책이 추진되고 있다. 이러한 행위별 수가제도의 문제점을 보완하며 질과 가치를 높이기 위한 대안으로 성과보상 지불제도(P4P)의 도입이 언급되고 있으며, 성과보상 지불제도의 적용가능성 및 효과적으로 도입하기 위한 방안들이 제시되고 있다(김윤, 2010; 윤희숙 외, 2012; 최지숙, 2012).

김윤(2010)은 의료의 질과 비용 간의 상관이 낮으므로 비용을 기반으로 한 행위별 수가제 대신 의료의 질 기반인 가치기반 성과보상 지불제도(VBP, *value based purchasing*) 도입의 필요성을 주장했다. VBP를 적용하기 위해서 필요한 것은 일정 규모 이상의 인센티브와 비용과 질을 고려한 진료비의 차등, 의료의 과소 이용 및 부작용 감소의 유도가 필요하다고 했다.

가치기반 성과보상 지불제도는 가치의 개념을 지불제도에 반영하는 것으로써, 통상적으로 보건의료 분야의 가치는 질, 효율성, 안전성 등의 개념으로 정의되고 있다(NRHI, 2009; Deloitte, 2011). 역사적으로 기존의 지불제도는 "가치"를 고려하지 않았는데, 이는 공급자들이 스스로 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공하기 위해 최선을 다한다는 가정을 전제하였기 때문이다(OECD, 2010).

가치기반 성과보상 지불제도는 공급자가 제공하는 보건의료 서비스의 가치성과에 따라 공급자에게 인센티브를 지급하여, 공급자 스스로가 제공하는 보건의료서비스에 대한 책임을 갖고, 부적절, 불필요, 고비용의 의료제공을 지양하도록 유도하는 것이다(Deloitte, 2011). 즉, 가치기반 지불제도 방식은 기존의 진료량 중심의 지불제도 방식에서 양질의 의료서비스

를 제공하는 공급자에게 인센티브를 제공하는 방식으로 지불제도의 패러다임을 전환시켰다는 것에 의미가 있다.

성과보상 지불제도와 가치기반 성과보상지불제도(VBP)에 대한 관심이 증대되고 중요성이 부각되면서 우리나라에서도 2001년 요양급여 적정성 평가를 시작하였다. 2007년에는 가감지급사업을 도입하였고, 2014년부터는 의료의 질을 높이기 위해 의료질평가 지원금 제도를 도입하였다(한국보건사회연구원, 2014).

3. 의료급여제도

의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제(질병, 부상, 출산 등)를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 함께 국민의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다(보건복지부, 2016). 우리나라에서 의료급여 사업은 1977년 1월부터 〈생활보호법〉에 의하여 의료보호에 관한 규칙이 제정되면서 시작되었다. 의료급여사업은 의료보호라는 이름으로 시행되었으며 지난 30여 년 이상 제도의 취지에 맞게 사회통합에 큰 기여를 해왔다. 이는 최초의 공적부조 제도로서 건강보험의 실시 6개월 이전에 시작되었다.

이후 2001년에는 의료보호법을 폐지하고 법률개정을 통하여 의료급여로 명칭을 변경하게 되었는데 그 이유는 생활보호대상자의 진료비를 국가가 부담해 주는 제도를 의료시혜의 차원에서 의료보장권리의 차원으로 바꾸기 위한 것이었다. 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 의료급여 사업이 시행되었다. 이는 제4차 경제개발 5개년 계획에서 의료보장사업의 일환으로 실시되었으며 직장근로자와 일반지역주민은 직장과 지역을 단위로 하

는 건강보험제도로 시작하였고, 저소득자나 생활무능력자는 의료급여제도를 통하여 보건복지수준을 달성코자 한 것이다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c; 의료보험연합회, 1997).

1) 의료급여제도의 실시과정

한국 의료급여제도의 정착과 발전과정은 의료보호 제도 시행 이후 크게 3세대로 나눌 수 있다. 1세대 의료급여는 1977년 12월 〈의료보호법〉 제정에 따른 의료급여제도 도입이다. 저소득 취약계층을 위한 시혜적 성격의 의료혜택을 위한 제도적 기반을 마련한 것이며, 1979년 1월부터 본격적으로 사업을 추진했다.

2세대 의료급여로서 1989년 전국민건강보험 시대가 개막한 이후에도 여전히 법적 본인부담 비율이 높은 건강보험 제도와 의료급여제도를 분리하였으며, 의료급여제도는 독립된 공적부조 성격의 의료보장 제도로서의 역할을 구축하고 확대하였다. 또한, 이 시기에 〈국민기초생활보장법〉이 아닌 타법에 의한 수급자 유형에도 의료급여를 확대하기 시작하였다.

3세대 의료급여는 의료급여제도의 발전기로서 2000년 〈생활보호법〉에서 〈국민기초생활보장법〉으로 개정을 통하여 〈의료보호법〉에서 〈의료급여법〉으로 전문 개정되었다. 시혜적 성격의 제도에서 권리적 성격의 제도로 인식의 전환을 달성하였으며, 3차 기관을 제외한 모든 의료기관을 의료보호진료기관으로 당연지정하였다. 2007년에는 의료급여 종합혁신대책 수립을 통해 양적 확대를 추진하던 정책기조에서 부분적인 제도의 질적 개선 및 내실화를 도모하였다. 외래본인부담 도입, 선택병의원제, 건강생활유지비 등의 제도를 통하여 의료급여제도를 정비하고 개선하고자 하였다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

(1) 1세대 의료급여: 의료급여제도 도입기

의료급여제도 시행 초기의 의료보호 대상자들은 진료지역 및 진료일수와 지정 의료기관 등 의료이용에 제한이 있었으며, 보호수준도 건강보험에 비하면 낮은 수준이었다. 이러한 차이를 해소하기 위하여 보호기간을 단계적으로 확대하는 등 지속적으로 의료급여의 보장성을 강화하고 제도를 개선하기 위하여 노력했다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

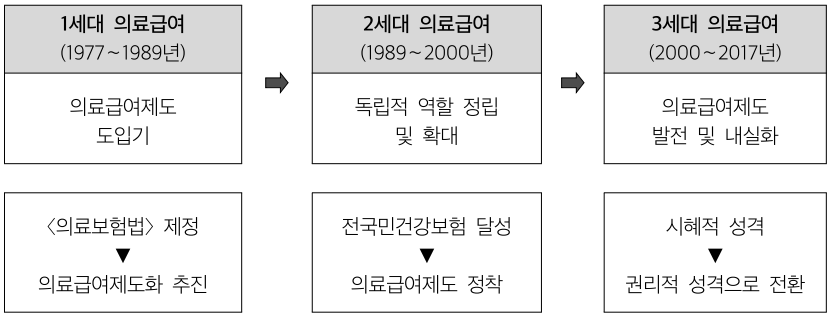
(2) 2세대 의료급여: 의료급여 독립적 역할 정립 및 확대

의료급여의 보장성을 강화하기 위하여 보호기간과 의료급여기관을 확대하였으며, 종별가산율 인상, 장애인보장구 급여범위 확대 등을 추진했다. 보호기간은 1995년에는 연간 180일 이내로 되어 있던 보호기간을 연간 210일로 확대했고, 65세 이상 노인, 등록장애인 및 국가유공자 중 상이자 등에 대한 보호기간의 제한을 없앴다. 이후 의료급여 보호일수를 240일(1996년), 270일(1997년), 300일(1998년), 330일(1990년)로 점차 연장하여 의료급여 수급권자들의 의료이용 접근성을 높여왔다. 종전에는 보사부 장관 또는 시도지사가 지정한 진료지구 내의 의료기관에서만 진료를 받을 수 있었으나, 1998년에 의료급여 진료지구를 폐지하였고, 1999년에는 의료급여기관으로 당연지정 되도록 하였다. 그 결과, 의료급여 대상자의 의료이용 편의가 대폭 증진되었으며, 의료이용 시 건강보험 가입자와 의료급여수급자의 차별을 없애는 계기가 마련되었다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

(3) 3세대 의료급여: 의료급여제도 발전 및 내실화 도모

2000년 〈국민기초생활보장법〉과 2001년 〈의료급여법〉의 시행을 통해 국민의 권리를 강화하고, 전문기관으로 업무를 위탁하는 등 제도의 효율성을 제고하고자 하였다. 시·군·구별로 의료급여 진료비를 지급하였으나 국민건강보험공단에서 일괄적으로 의료급여 진료비를 지급하도록 업무를 위탁하여 신속한 진료비 지급이 이루어질 수 있었다(〈그림 12-5〉 참조).

〈그림 12-5〉 의료급여제도 발전과정



자료: 보건복지부, 2018c.

2000년에는 의료급여 보호일수의 기간제한을 폐지함으로써 의료이용의 접근을 높이고자 했다. 그러나 급여기간 폐지에 따른 의료급여 대상자의 의료남용 등의 문제가 발생하기 시작하면서 2002년 1월부터 급여기간을 다시 365일로 제한하였다. 급여기간 제한조치가 복합상병을 가진 수급권자들에 대한 지나친 규제가 되지 않도록 하기 위하여 여러 가지 예외규정을 두는 등 보완책을 강구하였다.

1998년에 의료급여수가 중 종별가산율은 건강보험의 50% 수준이었다. 2000년 11월에는 종별가산율을 건강보험의 75% 수준으로 상향조정하는 등 의료급여수급자와 건강보험 가입자의 차이를 줄이기 위해 노력함으로써 의료급여 대상자에 대한 차별을 없애고자 하였다. 장애인보장구의 급여범위는 1998년에 지팡이, 목발 등이었으며, 장애인보장구 급여범위를 확대하기 위하여 2005년에는 전동휠체어, 전동스쿠터, 2013년에는 자세보조용구 등 고가보장구를 급여대상에 포함하였다. 2015년 7월에는 의료급여 2종 수급자의 장애인보장구구입비 본인부담 비율을 15%에서 0%로 인하함으로써 장애인의 건강증진에 기여하였다.

2003년 5월부터 사례관리사업을 시작하였는데 이는 일부 의료급여수급자의 경우, 의료 과다이용, 약물 오·남용, 비용의식 미흡 등으로 수급자

의 건강악화 및 의료급여 재정에 부담요인으로 작용하는 문제점이 발생하였기 때문이다. 사례관리사업은 각 보장기관(시·군·구)에서 간호사 자격증을 소지하고 임상경험이 있는 자를 사례관리사로 채용하여, 연간 급여일수가 현저히 많은 수급자 등의 다양한 의료이용 행태를 파악하여 의료이용 상담 및 건강관리 정보를 제공하여 과다 의료이용자의 적정 의료이용을 유도하도록 하였다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

2) 의료급여제도 현황

(1) 의료급여수급자 유형 및 현황

의료급여수급권자는 〈국민기초생활보장법〉에 의한 수급자로서 의료급여 1종 및 의료급여 2종으로 구분된다. 의료급여 1종과 2종 수급권자는 근로능력의 유무에 따라 구분되는데 기초생활보장수급자 중 근로능력이 없는 가구의 구성원은 1종, 근로능력이 있는 가구의 구성원은 2종이 된다.

의료급여 1종 수급권자는 〈국민기초생활보장법〉에 의한 수급자와 타법에 의한 수급권자로 구분할 수 있다. 〈국민기초생활보장법〉에 의한 국민기초생활수급권자는 근로능력이 없는 자로서 18세 미만인 자, 65세 이상인 자, 중증장애인, 치료 또는 요양 필요자 중 시·군·구청장이 판정한 근로무능력자, 임산부, 병역 중인 자, 보건복지부 장관이 인정한 근로무능력자 등으로만 구성된 세대의 구성원과 희귀난치성 질환자 및 중증질환등록자, 시설수급권자, 행려환자 등 규정에 의한 요건을 가진 자가 해당된다. 그 외에 의료급여 1종 수급권자 중 타법에 의한 의료급여수급권자는 국가유공자, 중요무형문화재, 5·18 민주화운동 관련자, 의사상자, 노숙인, 북한이탈주민, 국내 입양 18세 미만 아동, 이재민 등 해당 법령의 규정에 의한 요건을 가진 자이다(〈표 12-7〉 참조).

의료급여 2종 대상자는 국민기초생활 보장수급권자 중 근로능력이 있는

수급자(18세 이상 65세 미만)를 포함하는 세대의 구성원이다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c; 법제처, 2017b).

1977년 의료급여제도 도입 시점인 1980년에 의료급여수급률은 5.6% 수준인 반면, 1980년에 건강보험 가입률은 24.2%에 불과하였다. 의료급여제도는 의료보장 체계가 제도화되기 이전부터 저소득 및 취약계층 의료안전망으로써 중요한 역할을 수행하였던 것이다.

1989년 전국민건강보험을 달성하기 전까지의 의료급여수급률은 1980년 5.6%에서 1990년 9.2%로 확대되었다. 전국민건강보험 달성 이후 건강보험 가입자의 자격확대로 의료급여수급권자 중 일부가 건강보험 가입자로 자격이 전환되면서 2000년에 의료급여수급률은 3.3%로 감소했다. 2004년에는 차상위 희귀·만성질환자, 2005년에는 차상위 12세 아동에 대한 의료급여를 실시하면서 의료급여수급률은 다시 증가추세로 전환해 2007년 의료급여수급률은 3.8%였다.

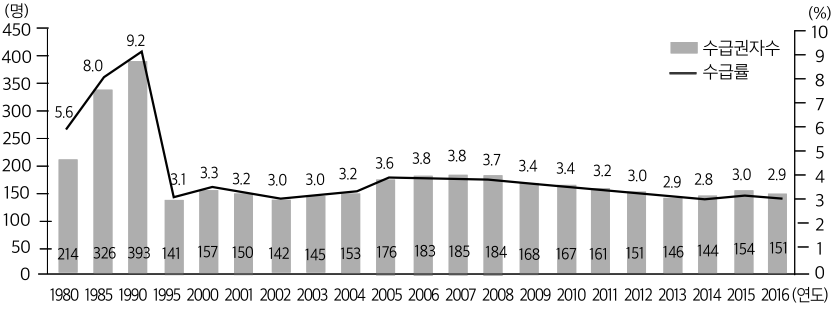
〈표 12-7〉 의료급여수급권자의 구분

법령	수급권자	근거
기초생활보장법	국민기초 1종	-
	시설입소자	-
	군입대자	-
의료급여법	행려환자	-
타법	국가유공자	• 독립유공자 예우에 관한 법률 • 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 • 보훈보상대상자 지원에 관한 법률
	중요무형문화재	• 문화재보호법
	5·18 민주화운동 관련자	• 5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률
	의사상자	• 의사상자 예우 및 지원에 관한 법률
	노숙인	• 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률
	북한이탈주민	• 북한이탈주민의 보호 및 정착 지원에 관한 법률
	국내 입양 18세 미만 아동	• 입양특례법
	이재민	• 재해구호법

자료: 보건복지부, 2018c; 법제처, 2017b.

2007년에 의료급여 종합혁신대책을 수립하여 의료급여제도의 질적 개선 및 내실화를 도모하면서, 2008년에 차상위 수급권자를 건강보험 가입자로 전환함에 따라 의료급여수급률은 2010년 3.4%로 감소했다. 2013년 의료급여수급권자 중 타법 수급권자 자격요건 및 행복e음을 통한 소득재산 조사의 개선 등으로 부정수급권자들을 탈락시켰다. 의료급여수급률은 지속적으로 감소하는 추세였으나, 2015년 7월에 맞춤형 급여체계로의 개편 이후, 부양의무자 기준이 완화되면서 2015년에 의료급여수급률은 3.0%로 증가했다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c) (〈그림 12-6〉 참조).

〈그림 12-6〉 의료급여수급권자 및 수급률 현황



자료: 의료급여통계연보, 각 연도.

〈표 12-8〉 의료급여 예산현황

(단위: 억 원, %)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
예산액	35,098	34,995	36,718	39,812	43,934	44,366	45,871	48,192
증가율	-7.4	-0.3	4.9	8.4	10.4	1	3.4	5.1

자료: 보건복지부, 2017.

〈표 12-9〉 국고보조금의 비율

(단위: %)

구분	특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50	없음	20	없음	14~16	6	4
국비	50		80		80		

자료: 보건복지부, 2017.

(2) 의료급여기금 조성 및 관리

의료급여혁신종합대책 등 의료급여제도의 지속가능성을 확보하기 위한 다양한 정책을 통해 의료급여 진료비 증가율 등의 성과를 거두었다. 그러나 최근 수가인상 및 요양병원 진료비 증가 등으로 인하여 의료급여 재정수요 증가에 비해 의료급여 예산의 부족으로 2014년도에는 진료비 부족이 발생했다. 따라서 향후 의료급여수급권자의 의료이용을 통한 건강한 삶의 질 보장 등을 위해선 지속적으로 예산지원의 확충이 필요한 실정이다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c) (〈표 12-8〉 참조).

의료급여 기금은 〈의료급여법〉 제25조에 의거하여, 의료급여비용의 재원을 충당하기 위해 시·도의 일반회계와 구분하여 설치하며 국고보조금·지방자치단체의 출연금, 법 제21조의 규정에 의한 대불상환금, 법 제23조의 규정에 의해 징수한 과징금 및 당해 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수익금 등으로 조성된다. 국고보조금의 비율은 보조금의 예산 및 관리에 관한 법령에 따라 서울은 50%, 기타 80%를 적용하고 지방재정법시행령 제33조 제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙 중 별표에 따라 특별시 및 광역시의 자치구는 부담비율이 없고 시는 6%, 군은 4%를 부담하도록 한다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c) (〈표 12-9〉 참조).

① 진료체계

의료급여제도의 내용은 〈의료급여법〉 제7조에 의해 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급·처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치 등이다. 수급권자가 질병·부상·출산 등 의료급여가 필요할 경우, 현물급여를 원칙으로 하여 먼저 병의원·약국 등 전문기관을 통해 급여를 실시한 다음 사후에 급여비용을 지급하게 되어 있다. 의료급여수급권자는 〈의료급여법〉 시행규칙 제3조의 규정에 따라, 제1차 의료급여기관, 제2차 의료급여기관 및 제3차 의료급여

〈표 12-10〉 수급권자 본인부담 수준

구분	1차 (의원)	2차 (병원·종합병원)	3차 (지정병원)	CT, MRI, PET	약국	입원
1종	1,000원	1,500원	2,000원	5%	500원	없음
2종	1,000원	15%	15%	15%	500원	10%

자료: 보건복지부, 2018c.

기관에서 단계적으로 진료를 받을 수 있다. 제1차 의료급여기관은 의료법에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여 개설한 의료기관과 보건소·보건의료원 및 보건지소, 약국이 포함된다. 제2차 의료급여기관은 의료법에 따라 시·도지사가 개설을 허가한 의료기관이며, 제 3차 의료급여기관은 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부 장관이 지정한 의료기관이다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

② 수급권자 본인부담

의료급여수급권자의 본인부담금은 의료기관 종별과 의료급여 종별에 따라 진료비부담에 차이가 있다. 의료급여 1종 수급권자의 경우 국민기초생활보장 대상자 중 근로무능력세대와 타법에 의한 지원자 등이 본인부담금이 일부 부과되며, 의료급여 2종 수급권자의 경우에는 국민기초생활보장 대상자 중 근로능력세대, 차상위 만성질환자 및 18세 미만 아동 등이 본인부담금이 일부 부과된다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c) (〈표 12-10〉 참조).

(3) 의료급여제도 관리 운영기관

의료급여제도의 운영체계는 의료급여 사업기관인 보건복지부와 지방자치단체, 의료급여 지급기관인 건강보험공단, 의료급여 심사기관인 건강보험심사평가원으로 나눌 수 있으며, 의료급여수급권자가 원활한 의료급여를 받을 수 있도록 각각의 역할이 부여되어 있다.

의료급여제도의 관리 운영기관들 간의 역할분담은 보건복지부에서 의료급여제도관련 정책 및 업무를 총괄하고 법령개정, 수가책정과 필요한 예산

확보 및 집행을 담당하고 있다. 지방자치단체 중에서 시·도의 광역자치단체는 의료급여 기금을 설치하고 과징금을 징수한다. 기초자치단체에서는 의료급여 기금부담, 수급자의 자격관리를 수행한다. 그리고 의료급여사례관리사는 사례관리를 통한 정보제공, 적정의료이용 유도, 지역의 보건복지자원연계 등의 업무를 담당한다. 읍·면·동 수준에서는 수급자의 자격관리, 365일 초과자 연장승인 등의 업무를 책임지고 있다(유승흠 외, 2009).

건강보험공단은 진료비 지급업무, 수급권자 자격 및 개인별 급여내역의 전산관리 등을 위탁받은 업무를 수행하며, 건강보험심사평가원의 경우에는 진료비 심사 및 급여 적정성 평가 등의 업무를 위탁받아 수행하고 있다(보건복지부, 2017; 보건복지부, 2018c).

■ 참고문헌

국내 문헌

건강보험심사평가원(2018). 《건강보험심사평가원 10년의 이야기》. 건강보험심사평가원.

국민건강보험공단·건강보험심사평가원. 〈건강보험통계연보〉. 각 연도.

_____. 〈의료급여통계연보〉. 각 연도.

국민건강보험공단 일산병원 연구소(2016). 〈신포괄수가 시범사업 평가 및 모형개선에 따른 지불정확도 변화 연구〉. 일산병원 연구소.

김 윤(2010). "왜곡된 인센티브의 정상화: 가감지급". 〈HIRA 정책동향〉, 4권 1호, 22~26.

김창엽(2009). 《건강보장의 이론》. 서울: 한울아카데미.

민인순·이미준(2014). 《건강보장론》. 서울: 청구문화사.

법제처(2017a). 〈국민건강증진법〉. 2017. 12. 30. 일부개정. 법률 제15339호.

_____(2017b). 〈의료급여법〉. 2017. 3. 21. 일부개정. 법률 제14697호.

_____(2017c). 〈사회보장기본법〉. 2017. 7. 26. 타법개정. 법률 제14839호.

_____(2018). 〈국민건강보험법〉. 2018. 1. 16. 일부개정. 법률 제15348호.

보건복지부(2016). 《2015 보건복지백서》. 보건복지부.
_____(2017). 《2016 보건복지백서》. 보건복지부
_____(2018a). "제1차 국민건강보험종합계획 수립, 소통으로 본격 시동". 보도자료
_____(2018b). "7월부터 저소득층 589만 세대 건강보험료 21% 내려간다". 보도자료
_____(2018c). 〈2018 의료급여사업 안내〉. 보건복지부
_____(2018d). 《전국민 건강보장 확대를 위해 걸어온 길 국민건강보험 40년사》. 보건복지부.
신현웅 · 여지영(2014). 〈건강보장정책의 현황과 과제〉. 한국보건사회연구원 보건복지포럼.
유승흠 · 박은철 편(2009). 《의료보장론》. 서울: 신광출판사.
윤희숙(2012). "일차의료 측면에서 본 의료정책의 방향". 〈KDI FOCUS〉, 통권 22호.
의료보험연합회(1997). 《건강보험의 발자취》. 의료보험연합회.
이규식(2012). 《의료보장과 의료체계》. 서울: 계축문화사.
_____(2016). 《의료보장론》. 서울: 계축문화사.
최지숙(2012). "건강보험 성과연동 지불제도 확대시 고려사항". 〈HIRA 정책동향〉, 6권 3호, 39~50.
한국보건사회연구원(2014). 〈건강보험 가치기반 성과보상 지불제도(VBP) 도입방안〉. 한국보건사회연구원.
_____(2016). 〈2017년도 유형별 환산지수 연구〉. 한국보건사회연구원.

해외 문헌

Deloitte(2013). *Physician Quality Reporting System (PQRS) List of Eligible Professionals*. Centers for Medicare & Medicaid Services.
OECD(2010). *Value for Money in Health Spending*. OECD.
NRHI(2009). *From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs*. Network for Regional Healthcare Improvement.

기타 자료

건강보험심사평가원 홈페이지. www.hira.or.kr. 2018. 8. 14 인출
국민건강보험공단 홈페이지. www.nhis.or.kr. 2018. 8. 14 인출
통계청 홈페이지. 연도별 의료보장 적용인구 현황. www.kosis.kr. 2018. 8. 14 인출.

13

장기요양보장제도

1. 머리말

1) 도입배경 및 역사

노인장기요양보험은 2008년 7월 도입되어 2016년 현재 운영 9년차이다. 노인장기요양제도의 도입 필요성에 대한 논의는 1990년 후반부터 시작되었다. 그 시점에 장기요양관련 연구들이 등장했으며, 또한 독일(1995년)과 일본(2000년)의 장기요양제도의 도입은 우리나라에서도 장기요양제도 도입 필요성에 대한 논의를 본격화시켰다. 제도도입 필요성에 대한 검토 결과 정부는 2001년 8월 15일 고령화시대에 대비하여 노인요양보장제도를 도입할 계획임을 공식 발표했다. 제도도입 계획에 대한 공식발표를 시점으로 '노인장기요양보호 정책기획단' 중심의 기초연구와 모형개발을 추진했다. 2003년부터는 '공적노인요양보장 추진기획단' 및 '공적노인요양보장 제도실행위원회'의 운영을 통해 구체적 제도도입 모형개발과 준비를 추진했다. 이러한 과정을 거쳐 2005년 7월부터 2008년 6월까지 3년차에 걸친 시범사업을 실

시하여, 사회보험 방식의 노인장기요양보험을 도입했다.

이 준비과정에서 법안의 명칭, 대상자의 범위, 보험자 및 관리운영기관, 현금급여 인정여부 등 다양한 쟁점에 대해 광범위한 논의가 진행되었다. 특히 2차 및 3차 시범사업이 진행되는 동안 제도의 시행을 위한 구체적 내용이 결정되었다. 마침내 2007년 4월 27일에는 〈노인장기요양보험법〉이 제정되었고, 뒤이어 제도시행을 위한 하위법령이 1단계(2007. 10. 1 시행)와 2단계(2008. 7. 1 시행)로 나누어서 이루어졌다. 동 법에 따라 신설된 장기요양위원회는 가입자, 공급자, 공익대표의 논의를 통해 2007년 12월 31일에는 제도시행 첫해의 시설·재가수가 및 보험료율을 결정했다(보건복지부·한국보건사회연구원, 1~2차 시범사업 보고서; 보건복지부, 3차 시범사업 보고서).

논의 초기부터 '보험료 부담만 있고 서비스는 없는' 제도가 될지 모른다는 우려가 계속되었기 때문에, 특히 이 시기에는 요양시설 인프라를 확충하고, 재가시설에 대한 민간의 참여를 유도하기 위한 노력이 경주되었다. 요양보호사 양성을 위한 교육이 2008년 2월부터 시작되었고 3월부터는 자격증이 교부되기 시작했다. 제도의 시행을 위해서는 국민들이 노인장기요양보험제도가 무엇이고 누가 신청대상인지를 알아야 하기 때문에 이를 알리는 홍보도 대단히 중요했다. 관리운영 주체인 건보공단도 조직·인력을 구성하고 전산시스템을 개발·교육하며, 각 지사에서 등급판정위원회를 구성·운영하고, 장기요양센터 개소를 위한 신청접수를 받는 등 실무적 준비작업을 진행했다. 2008년 4월부터 신청접수가 시작되었고, 마침내 7월부터 노인장기요양보험제도에 의한 요양서비스가 제공되기 시작했다(한국보건사회연구원, 2012).

노인장기요양보험은 제5의 사회보험으로 가족의 일차적 책임이던 노부모에 대한 수발을 사회적 돌봄의 공식영역으로 전환했다는 점에서 매우 큰 의미를 갖는다. 노부모 돌봄으로 인해 가족 내 갈등, 경제적 수발부담, 이용가능한 사회적 서비스 부족 등의 문제가 발생하여 노인돌봄이 사회문제

화되고 이로 인한 국민의 어려움이 높아지던 시점에 노인장기요양보험제도 도입은 돌봄 패러다임의 큰 변화를 가져온다.

특히 급격히 변화하는 노인의 거주형태, 저출산으로 인한 가족 내 수발 인력 부족, 과거 가족 내 돌봄의 주요역할을 수행하던 여성의 경제활동 증가 등으로 과거 가족중심의 노인돌봄 역할이 지속되기 어려운 실정이었다. 따라서 2008년 노인장기요양보험제도의 도입은 타국가의 고령화율과 비교할 때 높지 않은 고령화 수준, 국내 인프라 준비 미비 등의 상태였음에도 불구하고 조속히 도입하게 되었다. 물론 급격한 인프라의 양적 확대로 인한 서비스 질 유지의 어려움, 급격한 수급자 확대로 인한 재정의 안정성 저하 등의 제도운영상의 혼란이 발생했다. 그러나 노인장기요양보험제도의 도입으로 국민이 느끼는 노인돌봄의 어려움, 사회적 문제는 상당부분 해소되는 성과를 거뒀다고 평가된다.

2) 제도의 특성

노인장기요양보험의 지향점은 제도의 목적과 기본원칙을 통해 나타난다. 〈노인장기요양보험법〉 제1조의 목적에 따르면 노인장기요양보험은 "고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다." 즉, 노인장기요양보험제도는 장기요양을 필요로 하는 노인을 위한 제도이기도 하지만, 가족의 부담감소에 큰 목적이 있다.

또한 노인장기요양보험은 제도가 지향하는 기본원칙을 3가지 제시한다. 첫째, 노인의 종합적 욕구에 기반한 급여제공, 둘째, 재가급여 우선 제공, 셋째, 의료서비스와 연계제공이다. 기본원칙에서 노인을 중심으로 한 종합

적 급여제공과 특히 의료서비스와의 연계를 강조하며, 노인이 최대한 재가에 거주하도록 하는 재가급여 우선원칙을 제시한다. 이러한 원칙은 최근 노인복지 측면에서도 노인중심의 통합적 보호의 중요성, 그리고 노인이 최대한 익숙한 거주공간에서 노화하도록 하는 AIP (*Aging in Place*) 의 경향을 반영한다.

노인장기요양보험제도는 사회보험 방식이며, 제도의 운영주체는 국민건강보험공단이 담당한다. 제도도입 당시 사회보험 방식과 조세방식 등에 대한 검토 결과, 노인장기요양서비스가 건강의료서비스와의 상관성이 높으며 재원마련의 용이성 등을 고려하여 사회보험 방식으로 결정하고, 제도운영의 필요인력 등을 고려하여 국민건강보험공단이 운영하도록 결정하였다. 또한 그 과정에서 보험료율 등도 건강보험과 연계하여 산정하도록 하고, 징수 또한 통합징수 방식을 택하게 되었다.

이로 인해 노인장기요양보험에서의 운영주체인 건강보험공단은 보험료 징수, 수급자 선정, 급여심사 및 지급, 급여기관에 대한 평가(모니터링) 의 제도 전반에 걸친 관리운영을 실시한다. 국민건강보험공단을 통한 제도의 운영이 이루어지면서 빠른 시일 내의 안정적 정착이 이루어졌다고 평가된다. 하지만 최근 장기요양보험제도가 성장 발전하면서 관련업무가 크게 증가하고 제도의 균형적 발전, 돌봄에서의 지방자치단체의 역할 강화 및 연계 등을 위한 공단의 현재 업무에 대한 분담 필요성이 제기되고 있다.

2. 대 상

노인장기요양보험은 의무가입 사회보험 방식으로 보험의 가입대상은 전 국민이다. 국민건강보험과 동일하게 소득이 있는 모든 국민은 의무적으로 노인장기요양보험에 가입하여, 의무적으로 보험료를 납부해야 한다. 단, 의료급여 대상자는 보험료는 납부하지 않으나 급여이용의 권리는 갖는다. 노인장기요양보험은 국민건강보험과 가입대상 및 적용대상 기준을 동일하게 운영하지만, 급여에 대한 권리대상자를 선정하는 과정에서 차이를 갖는다.

노인장기요양보험은 장기요양보험 급여를 이용하기 위해서는 별도의 신청 및 인정절차를 통해 '장기요양인정자'로 선정된 경우 급여에 대한 이용권을 갖는다. 장기요양 인정신청은 장기요양보험제도 운영주체인 국민건강보험공단에 본인 또는 가족 등이 하여야 한다. 장기요양보험 급여이용 자격획득을 위해서는 장기요양 인정신청을 통해 별도의 심사과정을 거친다. 장기요양 인정의 신청자격은 65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만자로서 장기요양보험 가입자 또는 그 피부양자, 의료급여수급권자이며, 신청자에 대해서는 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자(수급자)를 판정한다(〈표 13-1〉 참조).

장기요양인정자는 신청자의 신체기능 및 인지기능, 간호욕구 등의 종합적 기능상태를 고려하여, 다른 사람의 도움 정도를 파악할 수 있도록 개발된 '요양인정점수' 산정방식에 따라 일정수준 이상의 장기요양도움 필요도를 기준으로 선정된다. 장기요양등급은 장기요양필요도 기준에 따라 1~5등급으로 구분되며, 1등급이 가장 높은 장기요양 필요도의 대상자이다. 1등급은 "심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정점수가 95점 이상인 자"이며, 2등급은 장기요양 인정점수가 75점 이상~ 95점 미만, 3등급은 장기요양 인정점수가

〈표 13-1〉 노인장기요양보험제도의 적용대상자별 범위

구 분	범 위
적용대상자	전 국민 노인장기요양보험 가입자(건강보험과 동일) + 의료급여 적용대상자
보험료를 부담하는 적용대상자	노인장기요양보험 가입자 (건강보험료 납부대상자)
장기요양 인정을 신청할 수 있는 대상자(장기요양인정신청자)	65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만의 국민
장기요양급여를 이용할 수 있는 대상자(장기요양인정자)	장기요양 인정신청인 중 6개월 이상 혼자서는 생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 1~5등급의 장기요양 인정을 받은 자

자료: 〈노인장기요양보험법〉 재구성.

〈표 13-2〉 노인장기요양 등급구성 및 기능상태

구분	등급별 기능상태
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정점수가 95점 이상인 자
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	치매 (노인장기요양보험법 시행령 제2조의 노인성질병에 한정) 환자로서 장기요양 인정점수가 45점 이상 51점 미만인 자

자료: 국민건강보험공단, 각 연도; 보건복지부 고시.

〈표 13-3〉 노인장기요양보험 등급별 인정점수 기준 변화

구분	2008년 7월~ 2012년 6월	2012년 7월~ 2013년 6월	2013년 7월~ 2014년 6월	2014년 7월~ 현재
1등급	95점 이상	95점 이상	95점 이상	95점 이상
2등급	75~95점 미만	75~95점 미만	75~95점 미만	75~95점 미만
3등급	55~75점 미만	53~75점 미만	51~75점 미만	60~75점 미만
4등급	-	-	-	51~60점 미만
5등급	-	-	-	45~51점 미만(치매질환자)
비고	3등급 체계 유지, 인정점수 기준인하			인정점수 기준인하 및 등급체계 5등급으로 변경

자료: 보건복지부, 2015.

60점 이상~75점 미만, 4등급은 장기요양 인정점수가 51점 이상~60점 미만이며, 5등급은 장기요양 인정점수가 45점 이상~51점 미만이며 치매질환자다(〈표 13-2〉 참조).

장기요양보험제도가 도입 초기에는 제도의 안정적 정착을 위해 대상자를 3등급(요양인정점수 55점 이상자)으로 설계하였으며, 향후 계속적으로 확대할 것을 계획하였다. 제도도입 이후 급여제공 인력 및 시설인프라가 안정적으로 확대되고 대상자 확대에 대한 욕구가 높아짐에 따라 제도도입 5년차부터 수급자 범위를 확대했다. 장기요양수급자 결정의 기준인 요양인정점수 기준을 기존 55점에서 51점으로 단계적으로 조정했다. 대상자 확대를 위해 3등급의 인정점수 기준을 하향조정함으로써 전체 장기요양수급자는 증가하였으나, 3등급의 대상자에서도 요양필요도의 수준 차이로 인한 형평성 문제가 제기되었다. 이로 인해 2014년에는 신체적 기능 손상 수준은 낮으나 치매 등과 같이 인지기능 손상으로 인해 돌봄을 필요로 하는 장기요양 경증대상자를 급여대상자로 확대하며, 기존 등급체계를 3등급에서 5등급 체계로 개편하였다(〈표 13-3〉 참조).

장기요양수급자의 규모는 2008년 21만 4천 명에서 2015년 46만 7천 명으로 약 2배 증가하였다. 장기요양수급자의 증가는 제도의 보장성 확대를 위해 실행한 대상자 확대정책과 국민의 노인장기요양보험에 대한 인지도가 높아진 결과로 해석된다.

등급자 중 1~2등급 최중증대상자의 규모는 제도도입 이후 약 10만 명 내외로 유지되고 있으며, 3~5등급은 크게 증가했다. 대상자 확대정책으로 인해 중증대상자의 증가가 눈에 띄게 나타나는데, 2008년 3등급은 9만 8,697명에서 2011년 21만 446명으로 증가하였으며 2013년 26만 9,386명으로 확대되었다. 등급체계를 개편한 이후 새롭게 도입된 5등급은 2014년 약 1만 명에서 2015년에는 약 2만 명으로 증가했다(〈표 13-4〉 참조).

노인장기요양보험은 도입 이후 계속적으로 수급대상자 확대를 위한 정

〈표 13-4〉 장기요양보험 수급자 및 등급 현황

(단위: 명, %)

구분	2008년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
1등급	57,396	46,994	41,326	38,262	37,283	37,665	37,291
2등급	58,387	73,833	72,640	70,619	71,824	72,100	71,260
3등급	98,697	195,167	210,446	232,907	269,386	170,329	176,336
4등급	-	-	-	-	-	134,032	162,763
5등급	-	-	-	-	-	10,456	19,472
합계	214,480	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752
노인인구 대비[1)]	(4.2)	(5.8)	(5.7)	(5.8)	(6.1)	(6.6)	(7.0)

주: 1) 노인인구 대비는 각 연도 65세 이상 노인인구수 대비 인정자수를 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 각 연도.

책을 추진하였다. 그 결과, 수급자 규모는 크게 증가했으며, 노인인구 대비 7.0%로 확대되었다. 이는 장기요양보험 방식을 택한 일본과 독일의 노인인구 대비 장기요양인정자 비중이 10%인 것과 비교하면 다소 낮은 수준으로 평가된다. 하지만 장기요양수급자는 기능상태가 크게 악화되는 후기 고령자의 규모에 따라 영향을 받는 점을 고려할 때, 우리나라의 고령화율은 2015년 현재 13.1%이며, 일본은 26.3%, 독일은 21.2%라는 점을 생각한다면 현재 장기요양인정자의 규모가 크게 낮다고 평가되기는 어렵다. 따라서 적정 수급자 보장규모에 대해서는 고령자의 요양필요도 수준 및 규모, 제도의 지속가능성을 고려한 재정능력, 1인당 적정 보장수준 등을 고려한 사회적 논의와 합의가 필요하다.

3. 급여

1) 급여내용

노인장기요양보험의 급여종류는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여가 있다(〈노인장기요양보험법〉 제 23조). 현재 〈노인장기요양보험법〉에서는 재가급여와 시설급여, 특별현금급여에서 가족요양비를 지급하며, 특별현금급여의 특례요양비와 요양병원간병비는 법적 근거는 마련되어 있으나, 구체적 시행령과 시행규칙이 마련되지 않은 상태로 시행되지 않고 있다(〈표 13-5〉 참조).

〈표 13-5〉 〈노인장기요양보험법〉의 급여종류

시설종류		정 의	현재 지급여부
재가급여	방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호	재가노인복지시설은 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문 목욕서비스, 그 밖의 서비스를 제공함을 목적으로 하는 시설	실시
	기타 재가급여	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정한다.	복지용구 대여 및 구매
시설급여	노인요양시설	치매중풍 등 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생해 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설	실시
	노인요양공동생활가정	치매중풍 등 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생해 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설	실시
특별현금급여	가족요양비	도서벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역, 천재지변 등 급여이용 어려운 경우, 신체·정신 또는 성격 등 사유로 인해 제공되는 재가급여, 시설급여 이용이 어렵다고 판단되는 경우 가족 등으로부터 보호를 받은 경우에 지급한다.	실시
	특례요양비	장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 급여를 받은 경우 급여비용의 일부를 지급할 수 있다.	미실시
	요양병원간병비	요양병원에 입원한 때 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요양병원 간병비로 지급할 수 있다.	미실시

자료: 국민건강보험공단 장기요양보험 홈페이지. 2017. 1. 9 인출.

재가급여와 시설급여는 일반적으로 현물급여로 통칭된다. 재가급여는 노인이 본인의 주거지에 거주하면서 이용하는 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호서비스와 기타 재가급여로서 복지용구 대여 및 구매가 있다.

- 방문요양: 방문요양기관 소속 요양보호사가 노인의 집을 방문하여, 신체지원 및 가사 지원 등을 제공하는 서비스
- 방문목욕: 목욕설비를 갖춘 차량을 이용하여 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 급여
- 방문간호: 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사, 치위생사가 수급자의 가정을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 급여
- 주야간보호: 수급자가 지역 내 주야간보호 제공기관을 방문하여 목욕, 식사, 기본간호 등의 급여를 이용하는 형태
- 단기보호: 월 15일 이내 기간 동안 숙박하며 요양서비스를 이용하는 형태
- 기타 재가급여(복지용구 구매·대여): 수급자의 일상생활과 신체활동 지원에 필요한 용구를 대여하거나 구입하는 급여로서, 노인장기요양보험에서의 복지용구는 전동휠체어, 전동침대, 욕창예방 매트리스, 이동욕조, 안전손잡이, 미끄럼방지 용품, 지팡이 등의 17종

시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 통해 이용한다. 노인요양시설은 치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 자를 입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설급여이다. 노인요양공동생활가정은 가정과 같은 주거여건에서 서비스를 제공하는 것을 목적으로 입소인원을 5인 이상 ~ 9인 이하로 하며, 10인 이상의 경우 노인요양시설로 구분된다.

특별현금급여 중 현재 실시되는 가족요양비는 도서벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역, 천재지변 등 급여이용이 어려운 경우, 신체·정신 또는 성격 등 사유로 인해 제공되는 재가급여, 시설급여 이용이 어렵다고 판단되는 경우, 가족 등으로부터 보호를 받은 경우 지급된다.

현재 노인장기요양보험의 급여내용은 기본적 일상생활(예: 식사하기, 목욕하기, 기본적 가사활동)에 초점을 둔 요양급여가 이루어진다. 그러나 점차적으로 급여내용의 다양화와 전문화에 대한 요구가 증가하고 있다. 일본의 '개호보험'에서는 기본적 일상생활에 대한 급여 이외에도 지역사회에서의 계속 거주를 촉진하기 위한 주택개조 급여, 또는 방문 재활급여 등이 이루어지고 있다.

또한 독일의 경우는 장기요양수급자의 돌봄제공자에 대한 선택의 자유권 보장 등을 위해 현금급여를 제공한다. 우리나라에서는 현재 특별현금급여의 형태로서 가족요양비 제도만을 운영한다. 그러나 최근 수급자의 급여 선택권 확대 및 비공식 돌봄제공자(대표적으로 가족)의 보상·지원 확대의 측면에서 현금급여 또는 돌봄수당 도입 필요성에 대해 일부 의견이 있다.

2) 급여수준

장기요양보험 수급자의 급여수준은 등급에 따라 이용할 수 있는 급여내용과 한도액 기준이 설정된다. 우선 1~5등급자 중 요양필요도 수준이 높은 1~2등급은 시설급여에 대한 선택권을 가진다. 3~5등급은 치매 등으로 인해 가정에서 보호가 어렵다고 판단되는 경우에 한하여 시설급여 선택권이 부여된다.

재가급여의 급여수준은 등급별 월한도액에 따라 차이를 두어, 1등급은 월 119만 6,900원 5등급은 78만 4,100원의 한도 내에서 희망하는 재가급여를 이용할 수 있다. 시설급여를 이용할 경우 시설급여 1일당 수가에 따라

〈표 13-6〉 장기요양급여의 월한도액(2016년)

(단위: 원)

구분	월한도액 (재가급여)	시설급여			
		요양시설		노인요양공동생활가정	
		1일수가	30일 기준	1일수가	30일 기준
1등급	1,196,900	57,040	1,711,200	51,290	1,538,700
2등급	1,054,300	52,930	1,587,900	47,590	1,427,700
3등급	981,100	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100
4등급	921,700	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100
5등급	784,100	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100

주: 2016년 7월 1일 기준 자료.
자료: 국민건강보험공단 장기요양보험 홈페이지. 2017. 1. 9 인출.

급여 월한도액이 결정된다. 시설급여의 1등급 월한도액은 노인요양시설은 171만 1,200원, 노인요양공동생활가정은 153만 8,700원으로 재가급여의 월한도액과 비교할 때 높은 수준이다. 또한 특별현금급여인 가족요양비는 수급자 또는 거주지역의 특수성이 인정된 경우에 한하여 수급권을 가지며, 급여수준은 월 15만 원으로 등급에 따른 차이는 없다(〈표 13-6〉 참조).

장기요양수급자의 급여수준은 등급별·급여유형에 따른 차이를 보이며, 동일등급이라도 선택하는 급여에 따라 이용가능한 급여수준은 차이를 보인다. 즉, 1등급인 수급자가 요양시설을 이용할 경우와 노인요양공동생활가정을 이용할 경우, 재가급여, 그리고 가족요양비를 이용할 때의 급여수준은 차이를 보인다.

수급자의 급여이용 현황을 살펴보면, 급여이용자의 37.9%는 시설급여를 이용한 것으로 나타난다. 특히 최중증 등급인 1~2등급에서는 시설급여 이용비율이 1등급은 55.5%, 2등급은 59.4%로 높게 나타난다. 노인장기요양보험은 급여제공의 기본원칙(법 제3조)으로 재가급여를 우선적으로 제공할 것을 제시한다. 현재 급여이용자의 약 60%는 재가급여를 이용하며 가정에서 생활하고 있어 기본원칙을 지향하고 있다.

재가급여별로는 방문요양 이용자의 규모가 약 26만 명으로 가장 높으며, 복지용구 또한 약 19만 명으로 높으며, 다음으로는 방문목욕과 주야간의 순으로 나타난다. 등급별로는 1~2등급의 경우 방문요양과 복지용구의 비율이 가장 높이며, 3~4등급은 방문요양 이용비율이 크게 높다. 5등급은 1~4등급과는 달리 주야간보호 이용자가 9,164명으로 방문요양 4,425명에 비해 약 2배가 많게 나타난다. 이는 5등급의 경우 '치매특별등급'으로 치매질환으로 인해 계속적인 지켜보기와 돌봄이 필요하며 인지기능 훈련 등의 전문적 서비스가 요구되는 대상자의 특성으로 인해 주야간보호의 비용대비 돌봄시간이 길고, 인지기능 훈련 등의 다양한 프로그램이 있는 주야간보호에 대한 이용이 높게 나타난다(〈표 13-7〉 참조).

〈표 13-7〉 서비스 유형별 등급별 이용자수 추이(2015년)

(단위: 명, %)

구분	재가급여						시설급여		급여이용 수급자수
	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간	단기 보호	복지 용구	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	
1등급	14,190 (5.5)	4,455 (7.4)	1,628 (18.9)	302 (0.7)	369 (5.7)	17,172 (8.8)	20,912 (13.6)	3,105 (11.8)	43,296
2등급	31,084 (11.9)	8,444 (14.0)	1,693 (19.7)	2,203 (4.9)	1,071 (16.6)	30,323 (15.6)	44,768 (29.1)	7,541 (28.7)	87,992
3등급	114,771 (44.1)	26,106 (43.3)	3,318 (38.5)	16,627 (36.9)	3,170 (49.3)	84,391 (43.5)	68,718 (44.7)	11,967 (45.5)	208,852
4등급	122,442 (47.0)	25,420 (42.2)	2,549 (29.6)	20,892 (46.4)	1,994 (31.0)	73,063 (37.6)	37,098 (24.1)	6,494 (24.7)	179,078
5등급	4,425 (1.7)	1,010 (1.7)	150 (1.7)	9,164 (20.4)	259 (4.0)	4,859 (2.5)	1,358 (0.9)	266 (1.0)	15,278
합계	260,252 (100.0)	60,285 (100.0)	8,613 (100.0)	45,006 (100.0)	6,436 (100.0)	194,139 (100.0)	153,840 (100.0)	26,317 (100.0)	475,382

주: 실인원을 기준으로 하되, 서비스 유형별 합계인원은 등급별 실인원을 단순히 합한 값.
자료: 국민건강보험공단, 2015.

4. 전달체계

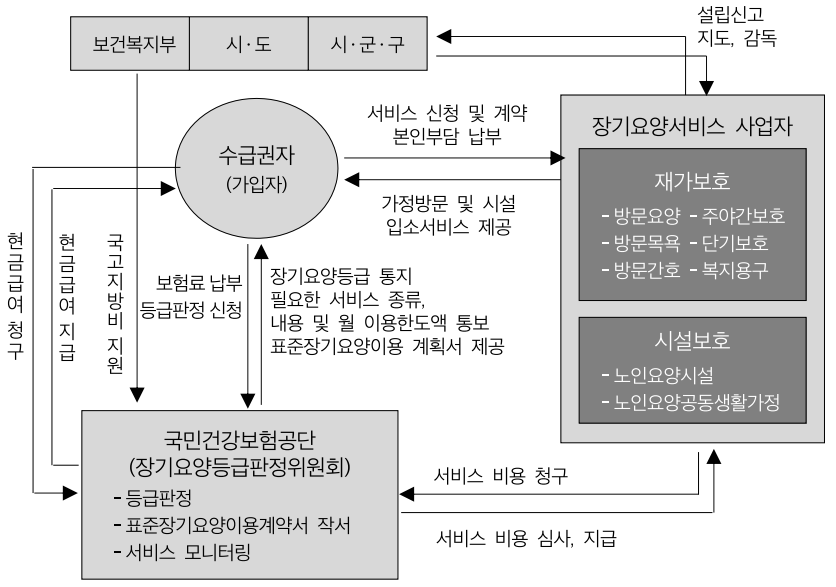
노인장기요양보험 급여이용을 희망하는 자는 급여수급권 확보를 위해 본인 또는 가족 등이 국민건강보험공단에 장기요양 인정신청을 해야 한다. 국민건강보험공단에서는 인정신청자의 장기요양등급 결정을 위해 인정조사원이 신청자를 방문하여 인정조사를 실시, 국민건강보험공단 지사별로 설치된 장기요양등급판정위원회에서 인정신청자의 장기요양 등급을 결정하고, 수급권자에게 판정등급과 표준장기요양이용 계획서를 제공한다. 표준장기요양이용 계획서는 인정조사 결과를 바탕으로 수급권자의 기능 및 월한도액 등을 고려하여 적합한 급여형태에 대한 계획서를 제공함으로써 수급권자의 적합한 급여이용을 지원하기 위한 조치이다.

장기요양등급 판정을 받은 수급권자는 본인이 이용하기를 희망하는 급여형태 및 급여제공기관을 선택하고, 제공기관과의 계약을 통해 급여이용을 개시하도록 한다. 급여제공기관은 수급권자에게 적합한 급여를 제공한 후 국민건강보험공단에 서비스 비용을 청구하고, 국민건강보험공단에서는 기관에서 청구한 급여에 대한 적정성을 심사한 후 해당비용을 기관에 지급한다.

장기요양급여기관에 대한 관리체계는 시도와 시·군·구의 지방자치단체와 국민건강보험공단으로 이원화되어 있다. 지방자치단체는 급여기관의 설립 신고와 지도, 감독의 역할을 수행하며, 건강보험공단에서는 기관의 서비스 제공에 대한 모니터링 기능을 수행한다.

노인장기요양보험제도의 제공기관은 〈노인복지법〉과 〈노인장기요양보험법〉에 의해 설치·지정되며 급여제공 권한을 갖는다. 장기요양시설급여를 제공하기를 희망하는 기관은 〈노인복지법〉 기준에 따라 시·군·구로부터 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정으로 설치신청을 하고, 장기요양기관으로 지정받을 수 있다. 장기요양시설급여 제공을 희망하는 경우

〈그림 13-1〉 노인장기요양보험제도의 서비스 이용체계



자료: 국민건강보험공단 장기요양보험 홈페이지. 2017. 1. 9 인출.

〈노인복지법〉의 시설, 인력기준에 부합하면 누구나 신청할 수 있다. 장기요양 재가급여를 제공하기를 희망하는 자(기관)는 〈노인복지법〉 또는 〈노인장기요양보험법〉에 따라 시설 및 인력기준에 부합할 경우 시·군·구에 신고하면 장기요양기관으로 지정받도록 하고 있다(〈그림 13-1〉 참조).

장기요양기관은 노인장기요양보험제도 도입 이후 급격한 확대가 이뤄졌다. 제도 초기 장기요양급여를 제공하는 기관은 8,318개소였으나, 2015년 1만 8,002개소로 2배 이상 증가했다. 시설급여를 제공하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 2008년 1,700개소에서 2015년 5,085개소로 확대됐으며, 특히 노인요양공동생활가정은 321개소(2008년)에서 2,157개소(2015년)로 급격히 확대되었다. 이는 노인요양공동생활가정은 9인 이하 시설로서 초기 설립비용이 요양시설에 비해 낮아서 시설급여를 제공하고자 하는 개인설립자의 시설설립이 크게 증가했기 때문이다(〈표 13-8〉 참조).

〈표 13-8〉 노인장기요양서비스의 공급현황

(단위: 기관수/개)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
시설급여	노인요양시설	1,379	1695	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714	2935
	노인요양공동생활가정	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157	2150
	소계	1,700	2,629	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871	5085
재가급여	방문요양	4,206	8446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	10,077
	방문목욕	2,959	6279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	8,253
	방문간호	592	787	739	692	626	597	586	574
	주야간보호	790	1106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2018
	단기보호	694	1368	199	234	257	368	322	299
	복지용구	720	1086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599	1,700
전체		8,318	14,560	14,979	14,918	15,056	15,704	16,543	18,002

자료: 국민건강보험공단, 각 연도.

재가급여를 제공하는 기관 또한 제도도입 이후 크게 증가하였으며, 방문요양과 방문목욕이 가장 많은 비율을 차지하고 확대 규모도 크게 나타난다. 방문요양급여 제공기관은 2015년 1만 77개소이며, 방문목욕 또한 8,253개소이다. 2015년 방문요양 이용자수를 고려하면 1개소당 약 26명 가량의 수급자에게 서비스를 제공하고 있다. 이에 반해 방문간호와 단기보호 기관은 제도 초기에 비해 감소하는 추세이다. 방문간호는 2010년까지는 증가세를 보였지만, 2015년 현재는 574개소로 지난 10년간 방문간호 기관의 증가는 오히려 감소한 것으로 나타났다. 단기보호 역시 2008년 694개소에서 2015년 299개소로 크게 감소했다. 방문간호의 감소는 방문간호에 대한 국민의 인식과 수요 부족, 방문요양에 비해 높은 비용 등으로 인해 수요가 높지 않은 것이 원인으로 보이며, 단기보호는 제도 초기 요양시설로 전환을 유도하는 정책으로 인해 감소한 것으로 파악된다.

최근 재가급여에서는 주야간보호에 대한 노인과 가족의 욕구가 증가하면서, 꾸준히 주야간보호서비스 제공기관의 공급이 확대되고 있다. 주야간보호는 2008년 790개소에서 최근 2,018개소로 크게 증가했다.

〈표 13-9〉 노인장기요양기관 전문인력 현황

(단위: 명)

구분	계	시설	재가
사회복지사	13,923	5,634	8,440
의사(촉탁의 포함)	1,415	1,378	103
간호사	2,719	1,595	1,218
간호조무사	9,099	7,303	2,476
치과위생사	4	-	4
물리(작업)치료사	1,952	1,806	246
요양보호사	294,788	60,386	241,323
영양사	1,046	1,001	51

자료: 국민건강보험공단, 2015.

노인장기요양보험의 도입은 요양보호사로 대표되는 인력의 창출과 고용 향상에 기여하였다고 평가된다. 요양보호사로 대표되는 장기요양요원은 2015년 현재 29만 명이 급여를 제공하며, 이 중 24만 명은 방문요양, 주야간보호와 같은 재가급여를 제공한다. 장기요양 전문인력으로서 사회복지사와 간호(조무)사 인력이 급여를 제공하며, 사회복지사는 약 1만 3,900명이며 5천 6백여 명은 시설에 근무하며, 8천 4백여 명이 재가급여를 제공 중이다. 간호사는 2,719명이며, 간호조무사는 9,099명으로, 간호서비스의 상당수가 간호조무사에 의해 이루어지는 것으로 나타났다. 그 외의 물리(작업)치료사, 영양사의 인력이 장기요양급여를 제공한다(〈표 13-9〉 참조).

5. 재원 및 재정 현황

노인장기요양보험의 재원은 보험가입자의 보험료와 국고지원금, 의료급여 부담금, 급여이용자의 본인부담금으로 구성된다. 노인장기요양보험 수입의 대다수를 차지하는 보험가입자의 보험료율은 2008년 제도 초기 건강보험료의 4.05%로 설계되었으며, 2010년 수급권자의 확대 이후 건강보험료

〈표 13-10〉 장기요양보험료율 및 보험료액 추이

(단위: %, 원)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
보험료율	4.05	4.78	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55
가입자 1인당 보험료액 (직장가입자)	-	3,177	4,700	5,383	5,792	6,025	6,244	6,472
세대당 보험료액 (지역가입자)	-	2,968	4,400	4,712	4,915	5,078	5,135	5,279

자료: 국민건강보험공단, 각 연도.

의 6.55%[1]로 증가하였다. 2015년 전체 적용인구 1인당 월평균 2,780원이며, 가입자 기준 1인당 직장가입자의 경우에 평균 월 6,472원, 지역가입자(1세대당)는 월 5,279원 수준이다. 수급자수 증가, 급여수준 향상 등으로 인해 제도도입 이후 가입자의 부담은 금액으로 약 2배 정도 증가했다. 국가는 노인장기요양보험의 원활한 운영을 위해 일정부분 국고지원금을 지원한다. 그리고 의료급여수급자의 장기요양보험 급여에 대한 부담금을 국가와 지방자치단체가 부담한다(〈표 13-10〉 참조).

또한 노인장기요양보험의 수입 중 일부는 급여이용자의 본인부담금이다. 본 제도는 급여이용의 도덕적 해이를 방지하고 이용자와 비이용자 간의 형평성을 위해 급여이용자에게 본인부담금을 부여한다. 재가급여는 급여이용액의 15%의 비용을 부담하며, 시설급여는 20%의 비용을 부담하도록 한다. 그러나 〈노인장기요양보험법〉 제 40조, 시행규칙 제 4조 및 36조에 따라 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 대해 저소득층의 장기요양급여 이용의 활성화를 도모하고자 장기요양급여 이용 시에 본인일부 부담금

1) 이는 일반적 보험료율의 관점에서는 장기요양보험료율은 0.40%〔건강보험료율 6.12%(2016년)에 6.55%를 곱한 값〕이 된다. 국가 간의 보험료 수준을 비교하기 위해서는 소득의 몇 %가 보험료로 납부되는지 따지게 되고 이것이 보통 보험료율로 인지된다는 점을 고려하면 〈노인장기요양보험법〉에서의 '장기요양보험료율'의 개념은 이에 배치된다(한국보건사회연구원, 2012: 349).

의 50%를 감경하는 제도를 운영하고 있다. 〈국민건강보험법〉에 따른 경감인정자와 〈노인장기요양보험법〉 본인일부 부담금 감경고시에 따른 저소득 대상자를 대상으로 한다.

장기요양보험의 연도별 재정 현황을 살펴보면, 2009년 총수입은 2,084억 9천만 원이었으며 2015년 4조 3,883억 원으로 크게 증가했다. 2015년 수입 구성을 살펴보면, 보험료 65.7%, 국고지원금 11.8%, 의료급여부담금 20.1%, 기타 2.3%로 구성된다. 보험료가 2/3를 차지하나, 국가(국가+지방자치단체) 부담도 31.9%로 높게 나타났다.

노인장기요양보험의 지출은 대부분 보험급여비로 지출되며, 2009년 총수입 대비 총지출은 92%였으며, 2012년까지 총수입 대비 총지출 비율은 감소하다가 최근 대상자 확대 등으로 인한 보험급여비 확대로 인해 98%까지 확대된 것으로 나타났다. 2015년 기준 총수입은 4조 3,883억 원이며, 총지출은 4조 3,139억 원으로 높아졌다. 누적준비금의 적립금은 2015년 현재 1조 5,092억 원이다(〈표 13-11〉 참조).

〈표 13-11〉 장기요양보험 재정 현황

(단위: 10억 원)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총수입	2,084.9	2,877.7	3,263.1	3,561.7	3,831.2	4,148.6	4,388.3
- 보험료	1,199.6	1,831.6	2,142.3	2,369.7	2,542.1	2,704.7	2,883.3
- 국고지원금	204.4	332.3	388.3	415.2	459.1	503.3	516.5
- 의료급여부담금	660.1	670.4	677.3	701.8	743.9	802.5	884.8
- 기타	41.6	43.4	55.2	74.9	86.1	138.0	103.5
총지출	1,908.5	2,589.1	2,787.8	2,937.3	3,317.9	3849.7	4,313.9
- 보험급여비	1,746.7	2,415.3	2,602.7	2,732.8	3,099.5	3598.4	4,036.1
- 관리운영비	135.7	144.1	155.6	166.3	178.2	197.7	200.2
- 기타	26.0	29.7	29.5	38.2	40.3	53.6	77.5
총지출/총수입(%)	92	90	85	82	87	93	98
누적준비금 적립금	105.4	308.2	699.4	1,125.8	1,285.5	1,285.5	1,509.2

자료: 국민건강보험공단, 각 연도.

〈표 13-12〉 장기요양보험 급여유형별 지출총액(보험자부담금) 및 지출비중 추이

(단위: 억 원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
시설급여	2,628 (61.6)	7,513 (43.3)	10,283 (42.8)	12,178 (47.1)	13,874 (51.1)	15,966 (51.8)	18,234 (52.1)	20,441 (51.3)
재가급여	1,640 (38.4)	9,856 (56.7)	13,740 (57.2)	1,3,704 (52.9)	13,303 (48.9)	14,864 (48.2)	16,748 (47.9)	19,376 (48.7)
총계	4,268 (100.0)	17,369 (100,0)	24,023 (100.0)	25,882 (100.0)	27,177 (100.0)	30,830 (100.0)	34,981 (100.0)	39,816 (100.0)

주: 지출비중은 전체 급여지출 총액(공단부담금 기준 총액)에 대한 시설·재가급여의 비중을 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 각 연도.

장기요양급여 지출총액(보험자부담금) 중 시설급여와 재가급여의 비중을 살펴보면, 대상자가 크게 확대되기 이전 2008년은 시설급여가 61.6%로 높았다. 본격적으로 제도가 시행된 2009년부터 살펴보면 시설급여의 비율은 2009년 43.3%였으며, 점진적으로 증가하여 2015년 51.3%로 높아졌다. 2012년 이후부터 시설급여와 재가급여의 비율은 안정적으로 유지되는 모습을 보이고 있다(〈표 13-12〉 참조).

6. 맺음말: 쟁점과 함의

1) 제도에 대한 평가

노인장기요양보험제도 도입은 우리 사회에서 노인돌봄을 사회화하여, 가족의 사적 책임이었던 노인에 대한 보호를 사회가 함께 수행한다는 측면에서 제도적으로 진일보한 정책으로 평가된다. 과거 빈곤층을 중심으로 한 선별적 복지를 사회보험 방식을 통한 보편적 복지로 전환한 대표적 사례로서 노인과 노인을 수발하는 가족뿐 아니라 국민 모두에게 긍정적 효과를 발

생시킨 제도로 평가된다. 하지만 향후 급속한 고령화와 가족구조의 변화 등으로 인해 노인의 장기요양에 대한 욕구는 급격히 증가할 것이며, 노인 이외의 사회보장 비용의 증가, 그에 반해 둔화된 경제성장 등으로 제도의 지속가능성이 도전받으리라 예상된다. 따라서 노인장기요양보험제도 도입 10년을 앞둔 시점에서 향후 제도의 지속적 유지 및 발전을 위해 과거에 대한 진단과 미래에 대한 계획이 요구된다.

노인장기요양보험이 도입 초기 가장 주력한 정책목표는 수급대상자의 확대 및 시설공급의 확대를 위한 노력이었다. 제도 초기 시설인프라 부족과 제도의 안정적 안착을 위한 중증 중심의 수급자 선정으로 급여를 받기를 희망하는 노인이 장기요양인정자에서 배제됨에 따라 수급자 확대의 요구가 높게 나타났다. 2014년 5등급 체계로의 전환을 통해 수급자의 규모는 제도 초기와 비교하여 약 2배 이상 증가하여 수급자 보장성 확대라는 측면에서의 상당부분 목표를 달성했다고 평가된다. 시설공급 확대를 위해 시설설립의 자격조건은 법인뿐 아니라 개인으로까지 확대하였으며, 법에서 정하는 시설설비 및 인력기준을 갖추어 신청하도록 하였다.

이는 시설설치가 상대적으로 용이한 방문요양, 방문목욕, 공동생활요양시설의 확대가 급격히 확대되는 성과를 거두었다. 그러나 결과적으로 제도 초기 수급자 증가 속도에 비해 시설공급의 확대가 빠르게 증가하면서 시설에서는 수급자 확보를 위한 과다경쟁으로 불법적 본인부담금 면제, 부적절한 급여제공 등의 문제가 초래되기도 하였다.

최근에는 수급자 규모와 급여제공 기관 공급이 안정화되는 추세로, 국민의 수요는 점차 제도의 질적 향상에 대한 욕구로 발전하고 있다. 정책적 방향 또한 과거 양적 확대에서 벗어나 서비스 질의 향상과 공공제도로서의 지속가능성 유지를 위한 노력이 이루어지고 있다.

2) 쟁점 및 향후 과제

노인장기요양보험의 최근 쟁점은 크게 3가지로 제시된다. 첫째, 제도의 질적 수준의 향상과, 두 번째, 지속가능성이라는 측면이다. 이 두 가지 쟁점은 상호배타적 측면이 존재하면서도 어느 하나 포기할 수 없는 제도의 목표이다.

첫째, 노인장기요양제도의 질적 향상 관련 주제이다. 제도의 급속한 확대로 인해 양적 확대는 짧은 시간 내에 이루어졌으나, 최근 서비스 질 측면에서 부족함이 문제로 제기된다. 예를 들어, 요양시설에서의 부적절한 보호, 노인학대 발생, 부정수급 문제 등이 심심치 않게 언론에 소개되고, 이로 인해 국민들의 서비스 질에 대한 관심과 욕구가 높아지고 있다. 최근 정책적으로 서비스 질 향상을 위한 인력 추가배치, 인력에 대한 교육 강화, 급여기관 평가제도 실시 등을 통해 계속 노력하고 있다. 또한 향후에는 서비스의 질적 향상을 위해 케어매니지먼트 방식의 도입, 다양한 급여의 확대, 이용지원 서비스 등의 제안이 이루어질 것이다.

그러나 장기요양서비스의 질적 향상은 추가적 비용 수반을 고려하지 않을 수 없다. 가장 대표적인 질 향상의 요인은 서비스 제공인력의 질적 향상이다. 즉, 인력의 양과 질 향상은 수가 향상과 연동이 요구됨에 따라 공적 서비스로서의 장기요양급여에서 적정수준의 질이란 측면을 고려하고자 할 때는 다른 한편으로는 제도의 지속가능성을 위한 재정적 측면 또한 고려되어야 한다.

둘째, 현재 노인장기요양보험의 재정 현황은 아직까지는 흑자를 보이고 있으나, 2015년 수입대비 지출비율은 98%까지 증가하였다. 특히 장기적으로 볼 때 요양 욕구는 후기 고령자에게서 급격히 증가하므로 인구규모가 큰 1차 베이비붐세대가 80세 이상으로 진입하는 시점에는 수급자가 크게 증가할 것으로 예상된다. 따라서 장기적으로 재정안정화를 위한 대안 마련

이 모색되어야 한다.

셋째, 노인장기요양보험은 기본원칙으로서 재가급여 우선원칙을 제시하며, 이는 전 세계적으로 노인보호가 지향하는 방향성과 일치하는 바이다. 하지만 시설급여를 이용하는 노인이 전체 급여이용자의 약 40%이며, 더욱이 요양병원 등을 이용하는 비율까지 고려한다면 재가에서의 보호비율은 더욱 낮게 나타난다. 따라서 향후 노인의 재가보호를 강화하기 위해서는 현 장기요양보험제도에서 재가급여를 제한하고 시설급여를 유인하는 요소들의 제거와 함께 재가급여 이용을 촉진하기 위한 제도적 개편 노력이 필요할 것이다. 예를 들어 재가급여의 서비스 양, 서비스의 다양성 부족, 노인을 돌보는 가족 지원의 부족 등에 대한 검토가 요구된다.

미래 우리 사회의 노인인구의 양적 확대, 부양인구의 감소, 가족 내 보호능력의 저하 등은 제도에 의한 노인장기요양서비스에 대한 욕구를 급격히 증가시키는 요인으로 작용할 것으로 예측된다. 더욱이 요양시설 이용에 대한 부정적 인식이 점차 감소할 것이며 이로 인해 요양시설에 대한 요구도 높아질 것으로 예상된다. 노인장기요양에 대한 제도적 대응은 우리나라뿐 아니라 전 세계적으로 고령화를 겪는 국가들의 공통적 관심사로서 질 좋은 서비스를 제공하면서 동시에 사회적으로 재정적 부담을 감소시킬 방안을 찾기 위해 노력하고 있다.

유럽 국가를 중심으로 한 현금급여, 가족돌봄 수당제도 등은 수급자의 선택권을 강화하면서 재정적 안정화의 한 방안으로서 활용되기도 한다. 또한 이는 수발인력 부족의 문제를 해소하고, 최대한 재가에서 오래 보호받을 수 있도록 하기 위한 대안으로도 검토될 수 있다. 이와 같은 재정안정화를 위한 노력뿐 아니라 다양한 노력이 최근 이루어지고 있다. 독일은 서비스의 질 향상을 위한 기관에 대한 평가를 강화하고, 케어매니지먼트 방식을 도입하는 등의 정책적 노력을 기울인다. 일본에서는 지역중심의 포괄지원센터를 통해 지역사회 중심의 돌봄 강화를 실시한다.

노인장기요양보험제도는 도입 10년차를 앞두고 제도의 지속발전을 위해 노력해야 할 시점으로, 지금까지의 정책이 양적 확대에 주력했다면 향후에는 질적 향상에 초점을 두고 균형적 발전을 위한 노력을 해야 할 것이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국민건강보험공단(2015a). "2014년도 장기요양기관(재가급여) 평가결과". 국민건강보험공단.

_____(2016b). "2015년도 장기요양기관(시설급여) 평가결과". 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. 〈노인장기요양 통계연보〉. 각 연도.

김진수 · 선우덕 · 이기주 · 최인덕 · 이호용 · 김경아(2013). 《요양병원과 요양시설 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로》. 서울: 한국보건사회연구원.

남현주(2009). "비공식수발자들을 위한 사회정책적 지원에 관한 비교연구: 독일, 오스트리아, 영국을 중심으로". 〈사회복지정책〉, 36권 2호, 307~331.

보건복지부(2015). "장기요양급여제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시". 보건복지부 고시 제2015-223호.

_____(2016). "장기요양기관 진입 · 퇴출기준 강화, 수급자 갱신절차 간소화 등 추진". 2016. 6. 29 보도자료.

한국보건사회연구원(2012). 《주요국의 사회보장제도: 한국》. 한국보건사회연구원.

해외 문헌

OECD(2011a). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing.

_____(2011b). *Who Helped?*. OECD Publishing.

기타 자료

국민건강보험공단. 장기요양보험 홈페이지. www.longtermcare.or.kr. 2017. 1. 9 인출

14
고령자 복지서비스

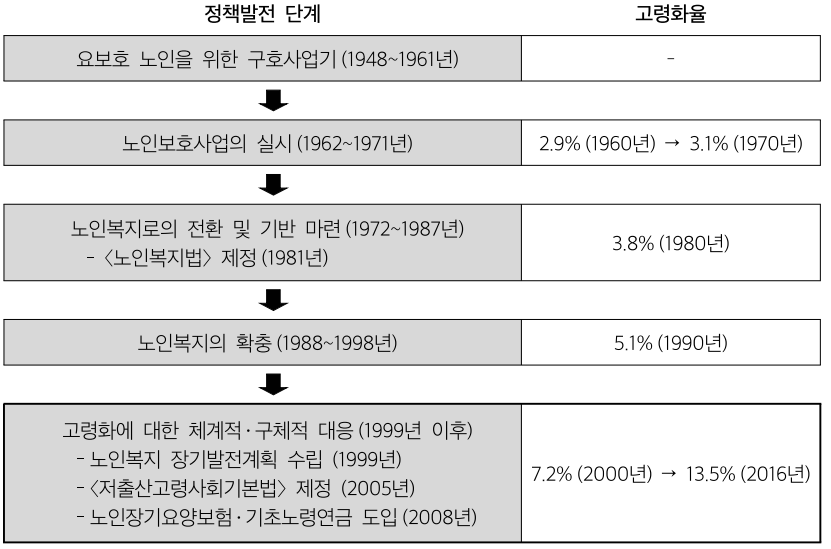
1. 머리말

1) 정책의 발달 과정

우리나라의 노인복지정책의 전반적 발전과정은 〈그림 14-1〉과 같이 정리할 수 있다. 해방 후 60년간의 노인복지정책의 역사는 해방 후~1950년까지의 요보호 노인을 위한 구호사업기와 60년대의 노인보호에서 노인복지로의 전환을 위한 기반 마련이라는 초기 단계를 거쳐, 1970년대와 1980년대에 명실상부한 노인복지로의 전환과 기반 마련이 이루어졌다. 1981년에 제정된 〈노인복지법〉이 중요한 전기로, 비로소 '노인'이 독자적 서비스 대상으로 부각되었다. 이를 기반으로 하여 기존의 산발적으로 수행되던 노인복지정책이 체계화되기 시작하였다.

다음 단계로의 변화는 2000년을 기점으로 이루어졌는데, 인구고령화라는 문제에 대한 대응이 정책적 아젠더화되었기 때문이다. 〈저출산고령사회기본법〉 제정 (2005. 5)이 이루어졌으며, 그에 기초해 저출산고령사회위원회가 구성되었고 5년마다 저출산고령사회 기본계획이 마련된다.[1)]

〈그림 14-1〉 한국의 고령화 대응정책의 발전단계



자료: 정경희, 2014 수정.

현재 우리나라의 고령자 복지서비스는 그 범위가 넓다. 그러나 가장 근간이 되는 것은 제 3차 저출산고령사회 기본계획의 '고령사회 대책'이라 할 수 있다. 따라서 제 3차 저출산고령사회 기본계획에 포함된 정책 중 노인을 직접적 서비스 대상으로 삼는 분야에 초점을 두고자 한다. 〈표 14-1〉에 정리된 것과 같은 정책을 범위로 설정하되, 별도의 장에서 다루어질 노후소득보장 강화와 장기요양보호와 관련된 내용은 제외하고 정리하고자 한다. 단, 고령자 복지서비스와 관련된 전반적 정책의 흐름을 알아야 할 필요가 있다는 점에서 전반적 전달체계와 재정의 변화추이를 포괄적으로 살펴본 후, 중점적으로 살펴보고자 하는 개별 정책별로 서비스의 내용과 급여내용을 정리해 보고자 한다.

1) 구체적 내용은 《한국경제 60년사》(한국보건사회연구원 · 한국교육개발원 · 한국노동연구원 · 한국여성정책연구원, 2009)의 '사회 · 보건복지분과'에 기술되어 있다.

〈표 14-1〉 제3차 저출산고령사회 기본계획상의 고령자 복지서비스

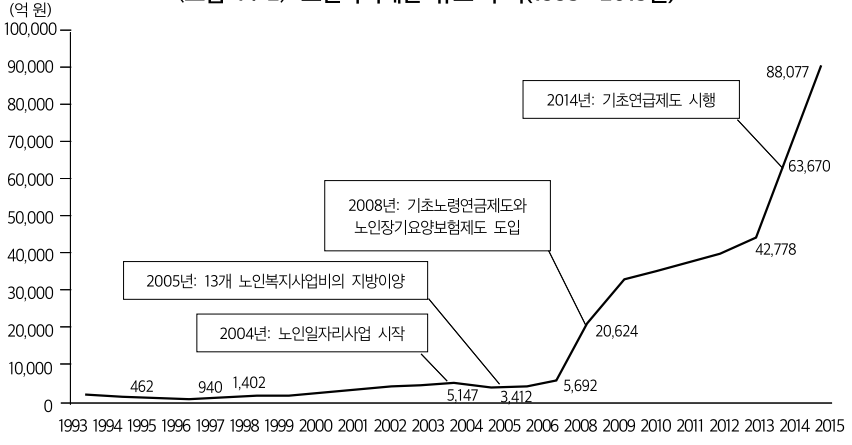
구분	과제명	세부과제
1. 노후소득 보장 강화	1-1. 공적연금 강화	• 1인 1국민연금 확립(복지부) • 연금분할 청구권 제도 확대(인사처/교육부) • 기초연금 내실화(복지부) • 다층 노후소득보장체계 내실화(복지부)
	1-2. 주택·농지연금 대폭 확산	• 주택연금 대폭 활성화를 통한 노후소득 증대(금융위) • 농지연금 확산으로 고령·농업인 노후소득 증대(농식품부)
	1-3. 퇴직·개인연금 활성화	• 퇴직·개인연금 확산·정착(고용부/금융위)
	1-4. 노후준비 여건 확충	• 장수리스크를 대비한 금융시스템 개선(금융위) • 노후준비지원 확대(복지부)
2. 활기차고 안전한 노후 실현	2-1. 고령자 건강생활 보장	• 고령자 운동 활성화(복지부) • 고령자 질병예방 및 관리 강화(복지부/식약처) • 고령자 정신건강관리 강화(복지부) • 노인의료비 부담경감(복지부) • 포괄간호·간병서비스 확대(복지부) • 장기요양보험 제도 고도화(복지부) • 치매에 대한 대응체계 강화(복지부) • 호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화(복지부)
	2-2. 고령자 사회참여 기회 확대	• 고령세대의 여가기회 확대(문체부) • 고령친화형 콘텐츠 개발(문체부) • 고령자 문화·여가 인프라 개선(복지부) • 고령자 자원봉사지원체계 강화(복지부) • 고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화(복지부) • 고령자 교육기반 확충(복지부) • 계층별 맞춤형 평생교육 활성화(교육부) • 시도-시·군·구-읍·면·동까지 연계된 국가 평생교육진흥 추진체계(교육부)
	2-3. 세대 간 이해증진	• 세대 간 이해증진 기회확대(복지부) • 효행장려 풍토 조성 및 확산(교육부)
	2-4. 고령자친화적 주건환경 조성	• 고령자를 위한 임대주택 공급확대(국토부) • 고령자가 안전하고 편리하게 살기 위한 주거여건 마련(국토부) • 원스톱 주거지원 안내시스템 구축(국토부)
	2-5. 고령자 안전 및 권익보장	• 노인학대 예방체계 강화(복지부) • 노인안심생활 지원(복지부) • 고령운전자 안전관리 강화(경찰청) • 고령보행자 교통사고 감소(경찰청)
3. 여성, 중·고령자, 외국인력 활용 확대	3-2. 중·고령자 근로기반 확대	• 60세 정년제의 성공적 안착 집중지원(고용부) • 정년제도 중장기 개선방안 검토(고용부) • 장년기 근로시간 단축 활성화(고용부) • 중·고령자 취업지원 활성화(복지부/고용부) • 중·고령자 창업지원체계 강화(고용부/기재부) • 고령근로자 친화형 작업환경 개선지원(고용부) • 은퇴자 직무경험 활용제도 활성화(고용부/미래부/중소기업청) • '고령' 기준 재정립을 위한 사회적 합의방안 마련 추진(복지부)

자료: 대한민국 정부, 2016.

2) 예산규모의 변화과정[2)]

보건복지부 소관 노인복지예산의 변화를 살펴보면, 노인복지예산이 지속적으로 증가했음을 알 수 있다. 이는 지난 20년간 노인인구의 증가와 더불어 새로운 정책이 도입되었기 때문이다. 특히 2004년에 시작된 노인일자리사업은 노인복지예산이 증가한 계기가 되었으며, 2005년의 13개 노인복지사업비의 지방이양이 이루어지면서 약간 감소했지만 2006년 다시 반등했다. 이러한 증가세는 2008년을 분기점으로 급격해졌는데, 이는 기초노령연금제도와 노인장기요양보험제도가 도입되었기 때문이며, 2014년 기초연금제도가 시행되면서 한 번 더 대폭 증가했다. 이러한 노인 1인당 보건복지정책사업 수혜금액은 연간 205만 5,681원으로 추산된다(〈그림 14-2〉 참조).

〈그림 14-2〉 노인복지예산 규모 추이(1993~2015년)



주: 2005년 13개 노인복지사업비 지방이양으로 예산이 감소함.
(지방이양사업: 노인생활시설 운영지원, 재가노인복지시설 개보수, 재가노인복지시설 운영지원, 노인복지회관 신축, 노인복지회관 운영지원, 경로당 운영지원, 경로당 활성화사업, 경로식당 무료급식, 저소득 재가노인 식사배달, 노인인력지원기관 운영지원, 노인자원봉사활동 지원, 노인건강진단, 치매상담센터 운영 및 등록환자 지원)
자료: 보건복지부, 각 연도.

2) 보건복지부의 노인복지관련 예산은 정경희 외(2015)에 서술된 관련 내용을 요약한 것이다.

2. 전달체계

수년간의 발전과정을 통해 구축된 노인복지서비스를 전달체계의 측면에서 정리해 보면 〈그림 14-3〉과 같다. 다수의 서비스가 중앙정부-광역자치단체-기초자치단체라는 행정체계를 활용하여 제공되지만, 국가평생교육진흥원, 한국노인인력개발원과 같이 전문성을 갖춘 특화된 기관을 설립하여 자치단체 및 현장과 협력 및 관리가 이루어지는 사업들도 있다. 또한 일부 사업은 한국노인종합복지관 협회나 대한노인회와 같은 기존 기관을 활용하여 수행하는 경우도 있다.

한편 국민연금이나 노인장기요양서비스와 같이 사회보험으로 운영되는 사업의 경우는 각 공단의 체계를 활용한 서비스 제공기관의 관리 및 급여 제공이 이루어진다. 따라서 관련급여는 각 공단 자체의 전달체계(본부-지역본부)를 통해 제공된다.

3. 주요 고령자 복지서비스[3)]

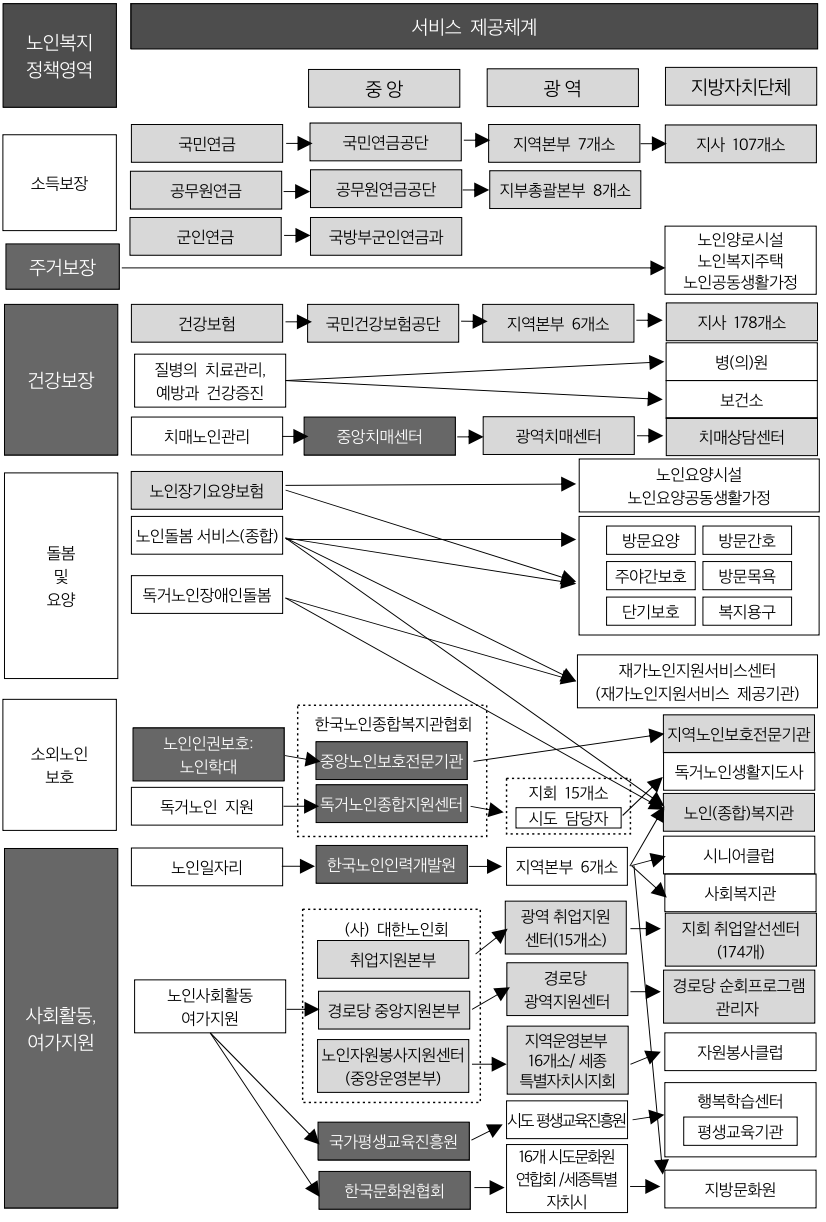
1) 건강

(1) 개괄

정부는 사전예방적 측면에서 질환을 조기발견하고, 질환상태에 따라 적절한 치료 및 요양이 갖는 중요성을 강조하면서 1983년부터 노인 건강검진을 강화해왔다. 1983년 2년에 1회씩 65세 이상의 저소득 노인을 대상으로 한 무료 건강검진을 시작으로 하여 대상자 확대와 검진내용을 확대해왔다.

3) 정경희 외(2016)와 대한민국 정부(2016)의 주요내용에 기초하여 수정 보완한 것이다.

〈그림 14-3〉 고령자 복지서비스 전달체계 현황



자료: 정경희 외, 2016 재인용.

2016년 현재 노인 건강검진은 '국가건강검진사업'의 일환으로 진행되고 있다. 건강보험 가입자나 의료급여수급권자는 지역보건소에 신청을 통해 2년에 1회 일반검진, 암종별 대상연령에 따라 암검진을 받을 수 있다. 또한 생애전환기(40, 66세) 건강검진이 2007년부터 시행되었다. 최근 '제2차(2016~2020년) 국가건강검진 종합계획 수립'에서는 건강검진 항목 확대 검토, 건강 상담제도 확대[4] 및 ICT 기반 등을 꾸준히 확대하고 있다. 이로써 국가건강검진체계를 통해 질병의 조기발견과 치료, 건강증진에 필요한 정보제공 등의 건강관리를 받을 수 있도록 하고 있다.

이외에도 보건소를 중심으로 지역사회 통합건강증진사업(13개 영역)이 시행되는데, 이 중 노인을 주요 대상으로 하는 사업은 치매관리, 만성질환관리(심뇌혈관질환 예방관리). 방문건강, 신체활동, 영양 등이다(보건복지부, 2015).

한편, 최근 노년기의 정신건강에 대한 관심이 구체화되어 노인자살예방체계를 구축하기 위한 정책이 시행되고 있다. 우리나라 연령별 자살자수 통계에 따르면 70대 이상 노인에게서 자살사망률이 가장 높게 나타나고 있다. 2014년 전체 평균 자살사망률 27.3명에 비해 70대 노인은 약 2배 이상, 80대 노인은 약 3배 이상으로 자살사망률이 높은 상황이다.[5]

현재 우리나라 지역기반의 정신건강 서비스 인프라로는 중앙자살예방센터, 광역·기초 정신건강증진센터, 중독관리 통합지원센터 등이 설치되어 있다. 관련사업은 2005년 자살 등 위기상담전화 운영사업을 시작으로 2008년 자살예방종합대책이 마련되었고, 2011년 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률이 제정되었다. 2013년 응급실 기반 자살시도자 관리사업이 전국 25개 응급의료기관에서 실시되었으며, 지역사회기반 노인자

4) 현행 40세, 66세 2회에서, 40세 이후 매 10년마다 제공한다(보건복지부, 2016. 7. 28).
5) 중앙자살예방센터 홈페이지(http://www.spckorea.or.kr) '자살통계'를 참조하길 바란다.

살예방사업이 2개소에서 실시되었다. 2014년부터 중앙심리부검센터가 운영되고 있다.

이와 더불어 노인의 의료비 부담을 저하시키기 위하여 취약노인을 대상으로 저소득층 무릎인공관절수술 지원사업, 노인실명예방사업, 재가 암관리사업 등을 실시한다(〈표 14-2〉 참조).

(2) 2016년도 현황

고령자의 건강과 관련된 정책은 보건복지부 중심으로 수행되는데, 주요 정책으로는 고령자 운동 활성화, 고령자 질병예방 및 관리 강화, 고령자 정신건강관리 강화, 노인의료비 부담 경감을 실시한다. 이외에도 고령화에 대응한 서비스 기반의 개선을 위하여 포괄간호·간병서비스 확대, 호스피스 활성화 등 후기의료체계를 강화하고 있으며, 노인요양시설 내 촉탁의 관리시스템을 구축하기 위한 노력을 경주하고 있다. 이러한 고령자 건강생활을 보장하기 위한 예산은 2016년도 기준으로 117억 9,600만 원에 달한다.

개별사업의 구체적 내용을 살펴보면, 고령자 운동 활성화사업은 3,487개 등 경로당 및 운동자조모임을 대상으로 실시되는 건강백세운동교실과 건강마일리지(시범사업, 6개 지역 29개 기관) 등이며, 2016년 기준 34억 8,700만 원의 군민건강보험공단 사업비로 수행 중이다. 고령자 질병예방 및 관리 강화를 위해서는 지역사회 1차 의료시범사업을 실시했고, 노인 약물 오·남용 대책을 마련하고 있다. 이외에도 고령자 정신건강관리를 위하여 정신건강관리증진센터를 중심으로 노인자살고위험군을 선별하여 통합적 사례관리 서비스 제공을 위한 시범사업을 실시한다. 증가하는 의료비 부담을 경감하기 위해서 저소득 노인을 대상으로 한 노인무릎수술비(인공관절) 지원사업을 시행한다(〈표 14-3〉 참조).

〈표 14-2〉 고령자 복지서비스의 정책별 급여내용 및 대상

구분	(현재) 사업명	급여내용 및 대상
고령자 건강 생활 보장	고령자 운동 활성화(복지부)	• 건강백세운동교실 (3,487개 등 경로당 및 운동자조모임 대상) • 건강마일리지(시범사업, 6개 지역 29개 기관)
	고령자 질병예방 및 관리 강화 (복지부/식약처)	• 지역사회 1차 의료시범사업 실시 • 노인 약물 오·남용 대책 마련
	고령자 정신건강관리 강화 (복지부)	• 정신건강관리증진센터 중심으로 노인자살고위험군 선별, 통합적 사례관리 서비스 제공을 위한 시범사업 실시
	노인의료비 부담 경감(복지부)	• 2015년부터 노인무릎수술비(인공관절) 지원사업 시행 (저소득 노인) • 노인요양시설 내 촉탁의 관리시스템 구축
	포괄간호·간병서비스 확대 (복지부)	• 간호·간병통합서비스 사업을 일부 민간 및 공공병원 중심으로 시작하여 지방 중소병원 확대 추진 중
	호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화(복지부)	• 말기암환자 호스피스 시업사업(2003)을 시작으로 가정형 및 요양병원, 비암성 말기환자까지 확대
고령자 사회 참여 기회 확대	고령세대의 여가기회 확대 (문체부)	• 문화소외계층을 위한 문화이용권 지원사업 활성화 (상품개발과 연계) • 어르신 문화프로그램 지속 개발 • 전 생애에 걸친 여가력 증진을 위한 전 생애 문화예술교육 활성화
	고령친화형 콘텐츠 개발 (문체부)	• 국민여가활성화 기본계획 수립 및 고령친화 맞춤형 여가문화 콘텐츠 개발을 위한 연구 실시
	고령자 문화·여가 인프라 개선 (복지부)	• 노인복지관 표준운영모델 개발·확산
	고령자 자원봉사지원체계 강화 (복지부)	• 노인자원봉사클럽 조직의 지속적 확대 및 교육을 통한 역량강화 • 퇴직공무원 종합포털 사회공헌 연계 활성화 • 과학기술인 자원봉사활동 활성화
	고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화(복지부)	• 공익활동 및 재능나눔 사업의 확대
	고령자 교육기반 확충(복지부)	• 은퇴 전문인력(은퇴한 교원, 임직원, 전문가)을 개인교육 기부단으로 위촉하여 교육기부활동 참여 활성화
	계층별 맞춤형 평생교육 활성화 (교육부)	• 시·도 평생학습 네트워크 구축을 통한 취약계층 (경력단절여성, 학업중단자, 베이비붐세대 은퇴자 등)에 대한 맞춤형 프로그램 확대
	시도-시·군·구-읍·면·동까지 연계된 국가 평생교육진흥 추진체계 (교육부)	• 국가평생학습포털(늘배움) 콘텐츠 확보 등을 통한 시·도 평생학습 네트워크 구축

〈표 14-2〉 계속

구분	(현재) 사업명	급여내용 및 대상
고령자 친화적 주건 환경 조성	고령자를 위한 임대주택 공급 확대(국토부)	• 저소득 고령자에게 전세임대주택 공급 • 공공 실버주택: 독거노인 등에게 임대주택과 사회복지서비스를 동시에 제공(11개 지역) • 낡은 기존주택을 개량하여 고령층 및 대학생 등의 1인가구를 위한 임대주택으로 활용
	고령자가 안전하고 편리하게 살기 위한 주거여건 마련 (국토부)	• 저소득 65세 이상 자가가구 주거급여 대상자에게 고령자 편의시설 (안전손잡이, 단체제거 등) 설치비용 지원
	원스톱 주거지원 안내시스템 구축 (국토부)	• 마이홈 포털(www.myhome.go.kr) 구축
고령자 안전 및 권익 보장	노인학대 예방체계 강화(복지부)	• 노인학대 예방 및 학대피해 노인을 보호하는 노인보호 전문기관 및 전문인력 확충 및 맞춤형 교육콘텐츠 개발·보급 등
	노인안심생활 지원(복지부)	• 노인이용 및 생활시설 안전관리체계 강화
	고령운전자 안전관리 강화 (경찰청)	• 고령운전자 대상 인지기능 검사도구 개발 및 특성별 고령운전자 교통사고율 분석 등
	고령보행자 교통사고 감소 (경찰청)	• 노인보호구역 지역 확대 및 노인보호구역 내 교통안전시설 정비 • 고령자 이동편의를 위한 보행환경 개선
중·고령자 근로 기반 확대	60세 정년제의 성공적 안착 집중지원 (고용부)	• 임금피크제 확산을 위한 지원금 지원 및 홍보사업 실시
	정년제도 중장기 개선방안 검토 (고용부)	• 정년 60세 제도의 정착을 위한 홍보
	장년기 근로시간 단축 활성화 (고용부)	• 근로시간단축 지원금 지급 및 근로시간단축 청구권 신설
	중·고령자 취업지원 활성화 (복지부/고용부)	• 노인일자리사업 재정지원, 시장형 일자리 효과성 제고 등 • 전직지원서비스 의무화 및 중장년일자리희망센터, 중장년취업아카데미 운영, 중장년 인턴사업 실시
	중·고령자 창업지원체계 강화 (고용부/기재부)	• 사회적 기업 활성화를 위한 경영컨설팅 참여 확대 및 맞춤형 과정관리 • 은퇴자협동조합 활성화 • 시니어 기술창업지원
	고령근로자 친화형 작업환경 개선 지원(고용부)	• 고령근로자 친화형 작업환경 개선을 위한 가이드라인 발표 및 선도기업 모델 평가지표 개발
	은퇴자 직무경험 활용제도 활성화(고용부/미래부/중소기업청)	• 퇴직 전문인력의 사회활동 참여기회 확대 • 과학기술분야 퇴직인력 활용도 제고 • 퇴직인력 활용 상인조직 역량강화

자료: 대한민국 정부, 2016.

〈표 14-3〉 고령자 복지서비스의 정책별 예산분담 방법 및 예산규모

구분	(현재) 사업명	재원	예산 (2016년 기준, 백만 원)
고령자 건강생활 보장	고령자 운동 활성화(복지부)	국민건강보험공단 사업비	3,487
	고령자 질병예방 및 관리 강화(복지부/식약처)		
	- 지역사회 1차 의료시범사업 실시	국비 50%, 지방비 50%	1,018
	- 노인 약물 오·남용 대책 마련	국비 100%	437
	고령자 정신건강관리 강화(복지부)	국비 100%	595
	노인의료비 부담 경감(복지부)		
	- 노인무릎수술비(인공관절) 지원사업	건강증진기금 100%	2,929
	- 노인요양시설내 촉탁의 관리시스템 구축	비예산	
	포괄간호·간병서비스 확대(복지부)	비예산	
	호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화(복지부)	국비 100%	3,330
고령자 사회참여 기회 확대	고령세대의 여가기회 확대(문체부)	국비 70% 지방비 30%	78,520
	고령친화형 콘텐츠 개발(문체부)	국비 100%	300
	고령자 문화여가 인프라 개선(복지부)	비예산	
	고령자 자원봉사지원체계 강화(복지부)		
	- 노인자원봉사클럽 확대	국비 100%	4,905
	- 퇴직공무원 종합포털 사회공헌 연계 활성화	기타 공공재정 (공무원연금기금) 100%	64
	- 과학기술인 자원봉사활동 활성화	국비 100%	(비확정)
	고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화(복지부)	국비 47% 지방비 53%	591,537
	고령자 교육기반 확충(복지부)	국비 100%	5,614
	계층별 맞춤형 평생교육 활성화(교육부)	국비 100%	18,328
	시도-시·군·구-읍·면·동까지 연계된 국가 평생교육진흥 추진체계(교육부)	국비 100%	264
고령자 친화적 주건환경 조성	고령자를 위한 임대주택 공급확대(국토부)		
	- 저소득 고령자에게 전세임대주택 공급	국비(주택도시기금) 100%	126,000
	- 고령층을 위한 임대주택 공급확대	국비(주택도시기금) 100%	40,000
	- 집주인 리모델링 임대주택 시범사업	국비 100%	22,500
	고령자가 안전하고 편리하게 살기 위한 주거여건 마련(국토부)	비예산	
	원스톱 주거지원 안내시스템 구축(국토부)	-	

〈표 14-3〉 계속

구분	(현재) 사업명	재원	예산 (2016년 기준, 백만 원)
고령자 안전 및 권익보장	노인학대 예방체계 강화(복지부)	국비 50%, 지방비 50% 중앙노인보호 전문기관: 민간보조 100%	12,898
	노인안심생활 지원(복지부)	국비 50%, 지방비 50%	6,100
	고령운전자 안전관리 강화(경찰청)	비예산	
	고령보행자 교통사고 감소(경찰청)		
	- 노인보호구역 지역 확대 및 노인보호구역 내 교통안전시설 정비	비예산	
	고령자 이동편의를 위한 보행환경 개선	국비 50%, 지방비 50%	24,600
중·고령자 근로기반 확대	60세 정년제의 성공적 안착 집중지원(고용부)	국비 100%	52,075
	정년제도 중장기 개선방안 검토(고용부)	비예산	
	장년기 근로시간 단축 활성화(고용부)	국비 100%	14,818
	중·고령자 취업지원 활성화(복지부/고용부)		
	- 노인일자리사업	지방자치단체 경상보조: 국비 47%, 지방비 53% 민간경상보조: 국비 100%	164,572
	- 중·고령자 취업지원 활성화(중장년)	국비 100%	60,464
	중·고령자 창업지원체계 강화(고용부/기재부)		
	- 사회적 기업 활성화	국비 100%	3,571
	- 은퇴자협동조합 활성화	국비 100%	3,757
	- 시니어 기술창업지원: 시니어 기술창업지원 및 소강공인 재기지원	국비 100%	20,611
	고령근로자 친화형 작업환경 개선 지원(고용부)	국비 100%	627
	은퇴자 직무경험 활용제도 활성화 (고용부/미래부/중소기업청)		
	- 퇴직 전문인력의 사회활동 참여기회 확대	국비 100%	7,002
	- 과학기술분야 퇴직인력 활용도 제고	기금(과학기술진흥기금)	1,929
	- 퇴직인력 활용 상인조직 역량강화	국비 70~30%, 지방비 및 자부담 30~70% (자부담 10% 필수)	1,800

자료: 대한민국 정부, 2016.

2) 다양한 사회참여

(1) 개 괄

고령자의 사회참여 기회를 확대하기 위한 정책은 보건복지부를 중심으로 이루어지는 건강영역과는 달리 다양한 부처에서 이루어진다. 이는 사회참여 영역이 넓을 뿐만 아니라 고령화의 진전에 따라서 업무와 관련된 정책을 수행하는 과정에서 증가하는 노인인구에 대한 특화된 관심의 필요성이 대두되었기 때문이다. 타 부처에서 시행하는 사업은 비교적 최근에 시작되었으므로, 2016년 사업을 기준으로 정리하고자 하며, 아래서는 〈노인복지법〉에 기초한 노인여가복지시설을 중심으로 살펴보고자 한다. 본 시설은 지방이양사업으로 실시되기 때문에 시장・군수・구청장에 설치를 신고하도록 되어 있으며 모두 60세 이상을 서비스 대상자로 적시한다.

1945년부터 설치된 경로당은 2015년 현재 6만 4,658개에 달한다. 또한 2006년부터는 지역사회 내의 다양한 프로그램과 서비스의 연계조정을 지원할 수 있는 경로당 순회 프로그램 관리자를 배치했다. 또한 2013년부터 경로당 광역운영지원센터를 시도별로 1개소를 설치・운영하도록 되었으며, 시・도지사가 시도별 대한노인회 연합회에 운영위탁하게 하고 있다. 반면 노인교실은 국고지원이 없으며, 2015년 현재 1,377개소가 지방자치단체에 등록되어 있지만 전수는 아니다. 노인복지관은 2015년 현재 347개소가 설치되어 있다. 2005년부터 노인여가복지시설이 지방이양사업으로 분류되면서, 노인복지관 신축에 필요한 예산의 일부가 분권교부세의 형태로 지원되고 있다. 노인휴양소의 경우 1989년부터 〈노인복지법〉상의 노인여가복지시설에 포함됐지만 시설수가 극소수이며 이용자수가 적어 2011년 일부개정(6.7)을 통해 노인여가복지시설에서 제외됐다. 위와 같이 살펴본 각 노인여가복지시설별 시설수의 변화추이를 살펴보면 〈표 14-4〉와 같다.

〈표 14-4〉 노인복지법상의 노인여가복지시설수 변화추이

시 설	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
소 계	62,469	63,375	64,077	64,983	65,665	66,382
노인복지관	259	281	300	319	344	347
경로당	60,737	61,537	62,442	63,251	63,960	64,658
노인교실	1,464	1,557	1,335	1,413	1,361	1,377
노인휴양소	9	0	0	0	0	0

자료: 보건복지부, 2016a.

한편, 노인의 자원봉사활성화 정책은 〈노인복지법〉과 〈대한노인회 지원에 관한 법률〉(2011년 제정)에 기초하여 시행된다. 대한노인회에서 2011년부터 경로당을 중심으로 한 노인자원봉사클럽 조직 및 운영지원을 하는데 2016년 현재 1,831개 클럽(3만 3,856명 참여)에 운영비로 42억 9,900만 원(전액 국비)을 제공한다. 한편 2007년부터 한국노인종합복지관협회 주관으로 전국의 노인복지관에서 전국노인전문자원봉사사업이 실행되고 있다. 2016년 기준 5,090명이 참여하며 6억 6백만 원이 전액 국비로 제공된다. 또한 이외에도 노인복지관에서는 자체적으로도 다양한 자원봉사사업을 실시하고 있어서 노인복지관 한 곳당 평균 8개의 봉사단을 통해 157명의 노인이 참여하는 것으로 조사된 바 있다. 이를 종합하면 노인복지관을 통해 4만 721명이 자원봉사활동을 하고 있다(이금룡, 2016).

(2) 2016년도 현황

사회참여 활성화와 관련된 2016년도 예산(공익활동 및 재능나눔 사업 제외)은 1,079억 9,500만 원으로 건강영역과 유사하다. 그러나 이에 고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화와 관련된 예산인 5,915억 3,700만 원을 더하면 그 규모는 매우 크다. 그러나 공익활동관련 서비스는 자원봉사활동과 수익창출활동 사이에서 혼란이 지속되고 있다는 점을 고려해야 한다.

활동 내용별로 살펴보면 여가활동관련 예산이 약 3/4을 차지하며 나머지는 대부분이 학습활동관련 예산이다. 구체적 재원은 〈표 14-3〉에 제시되어 있다.

고령세대의 여가기회 확대를 위하여 문화관광체육부에서는 문화소외계층을 위한 문화이용권 지원사업 활성화(상품개발과 연계) 사업을 통해 어르신 문화프로그램을 지속적으로 개발하고 전 생애에 걸친 여가력 증진을 위한 전 생애 문화예술교육 활성화사업을 수행한다. 이와 더불어 복지부에서는 노인복지관 표준운영모델 개발·확산사업을 시행한다. 즉, 고령세대의 여가기회 확대를 위한 기반 마련의 단계인 것이다.

한편 학습활동과 관련해서는 보건복지부에서는 은퇴 전문인력(은퇴한 교원, 임직원, 전문가)을 개인교육기부단으로 위촉하여 교육기부활동 참여를 활성화하는 고령자 교육기반 확충사업을 시행 중이다. 교육부에서는 시·도 평생학습 네트워크 구축을 통한 취약계층(경력단절여성, 학업중단자, 베이비붐세대 은퇴자 등)에 대한 맞춤형 프로그램 확대사업과 국가평생학습포털(늘배움) 콘텐츠 확보 등을 통한 시·도 평생학습 네트워크 구축 사업을 실시 중이다.

또한 고령자 자원봉사지원체계를 강화한다는 목표 아래 노인자원봉사클럽 조직의 지속적 확대 및 교육을 통한 역량강화사업, 퇴직공무원 종합포털 사회공헌 연계 활성화 및 과학기술인 자원봉사활동 활성화사업을 수행 중이다. 과학기술인 자원봉사활동 활성화사업에는 155명이, 은퇴인력 활용 교육기부 활성화에는 83명, 퇴직공무원 사회공헌활동 연계 활성화사업에는 26만 3,408명이 참가하였다.[6]

6) 각 부처 담당과의 내부자료를 참조하였다.

3) 고령자친화적 주거환경 조성

고령자가 생활하기 편리한 환경을 조성하고 주거의 안정성을 확보하기 위한 개별적 정책 수행과 관련된 총예산은 1,885억 원으로 대부분이 국비로 진행되고 정책의 주체는 국토부이다. 이러한 정책관심은 비교적 최근에 시작되었다는 점에서 시범적 단계라 하겠다.

고령자를 위한 임대주택 공급을 확대하기 위하여 저소득 고령자에게 전세임대주택 2천 호 공급, 고령층을 위한 임대주택(공공 실버주택)을 수원광교, 위례 등 전국에 총 11곳을 선정하여 1,234곳에 공급할 계획이다. 또한 낡은 기존주택(나대지)을 신출, 대수선 등을 통하여 개량하여 1인가구를 위한 임대주택을 건설·보급하여 주거환경과 주거안정을 지원하고자 하는 집주인 리모델링 임대주택 시범사업 등을 실시하는데 주요대상은 대학생과 독거노인 등 주거취약계층이다. 또한 고령자가 안전하고 편리하게 살기 위한 주거여건을 마련하기 위해 65세 이상 자가가구 주거급여 대상자에게 개량비용 지원의 범위(350만~950만 원) 내에서 고령자 편의시설(안전손잡이, 단차제거 등) 설치를 지원한다.

더불어 고령자만을 위한 것은 아니지만 생애주기별 맞춤형 주거지원 정책(예: 행복주택, 뉴스테이, 주거급여, 공공임대주택 공급, 기금대출 등)을 손쉽게 찾아볼 수 있는 원스톱 주거지원 안내시스템을 구축해가고 있다.

4) 고령자 안전 및 권익 보장

고령자의 안전과 권익을 보장하기 위한 정책은 보건복지부를 중심으로 한 노인학대 대응정책과 시설에서의 물리적 안전을 확보하기 위한 조치와 경찰청에서 수행하는 교통관련 약자인 노인을 보호하기 위한 정책으로 구성되어 있다. 관련예산은 435억 9,800만 원으로 절반 이상이 보행환경 개선

관련 예산이다.

노인학대 예방체계 강화의 경우 노인학대 예방 및 학대피해 노인을 보호할 수 있는 노인보호 전문기관 및 전문인력 확충, 맞춤형 교육콘텐츠 개발·보급 등을 주요내용으로 한다. 노인학대 대응정책은 노인학대 예방, 노인학대 조기발견, 노인학대 개입, 노인학대 처벌의 4가지 영역으로 접근할 수 있다. 노인학대의 조기발견을 위하여 노인학대 신고의무자 제도를 강화해가고 있으며, 그 결과, 노인학대로 신고된 사례 중 신고의무자에 비율은 2005년 8.3%에서 2014년 20.1%로 제도 초기에 비해 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다.

학대받은 노인에 대한 보호는 노인보호 전문기관의 전문적 역할로서 노인학대의 특성과 상황분석을 통해 지역사회자원 연계, 학대피해노인 전용쉼터, 양로시설 또는 요양시설 입소, 상담 등의 서비스를 제공한다. 그 외에도 복지서비스, 법률서비스, 의료서비스 등의 연계를 실시한다. 노인학대 사례관리에서는 노인보호 전문기관에서의 직접 서비스 제공보다는 지역 내 서비스 연계를 통한 개입이 중심이 되고 있어, 지역에서의 노인보호 전문기관과 타기관과의 원활한 연계가 이루어지는 것이 매우 중요하다. 또한 최근 시설입소 노인이 증가함에 따라 시설학대에 대한 개입도 강화하고 있다. 한편 노인이용 및 생활시설 안전관리체계를 강화하기 위하여 소방관련 법령상 소방안전설비를 의무화했으며 소방안전설비 설치비를 지원하고 노인요양동공생활가정의 설치기준을 강화하는 것 등이 최근의 정책 내용으로 그 범위가 넓지는 않다.

고령운전자는 신체능력 저하에 따른 교통사고 예방과 고혈압, 당뇨병 등 약물복용 시 주의사항 등 안전교육이 필요하다. 이런 측면에서 고령운전자 운전면허증 자진반납, 적성검사 주기 단축 등을 검토하고 교통안전교육 활성화를 지향하며, 고령운전자 인지기능 검사도구 개발 및 표준화 등을 시행 중이다. 더불어 고령보행자의 교통사고의 감소를 위하여 노인보호

구역 지역 확대(전국 745개) 및 노인보호구역 내 교통안전시설 정비, 고령자 이동편의를 위한 보행환경 개선사업을 시행 중이다.

5) 근로기반 확대

(1) 개 괄

고령자의 근로활동을 지원하기 위한 가장 오래된 정책적 기반은 취업지원서비스와 노인일자리사업이다. 대한노인회 취업지원센터는 1981년 3월 노인능력은행 설립 및 운영에서 시작되었으며, 1997년 노인취업알선센터로 명칭을 바꾸고 전국 70개소로 확대되었다. 2004년에는 전국에 248개의 취업지원센터를 발족하고 현재까지 운영 중이다. 대한노인회 취업지원센터 이용대상은 65세 이상 취업희망 노인이지만, 일자리에 따라 60세 이상도 이용가능하다. 노인들이 주로 취업하는 직종은 수위·경비직(아파트, 건물, 주차장, 공원 등에서의 수위·경비), 노무직(청소원, 농어촌 인력파견, 실버택배, 식당 등), 행정사무직(검침원, 사무보조원, 시험감독관 등), 전문기능직(교육 및 강사직, 현장사무직, 현장관리직 등), 공동작업장 등으로 구분한다.

대한노인회 취업지원센터의 취업통계를 보면, 최근 3년간 2만 명 이상의 노인(2013년 2만 1,139명, 2014년 2만 2,093명, 2015년 2만 2,785명)이 취업지원센터를 통해 취업한 것으로 보고되었다. 취업알선이나 취업자수는 65~69세 연령대에서 높았으며, 60~64세 연령대에서는 상대적으로 취업알선이나 취업자수가 낮은 것으로 나타났다. 이는 대한노인회 취업지원센터 주 이용계층이 65세 이상 노인으로 65세 미만 중고령자는 고용노동부의 고용지원센터나 개인의 네트워크를 활용하여 구직활동을 하기 때문으로 이해된다.

한편, 2004년에 시작된 노인일자리사업은 〈노인복지법〉(제23조)과 〈저

출산고령사회기본법〉(제11조, 제14조)에 근거하여 운영된다. 노인일자리 사업은 65세 이상 취업희망 노인을 대상으로 하지만 사업내용에 따라 60세 이상 노인도 참여가능하다. 공익활동 참여자의 자격요건은 만 65세 이상 기초연금 수급자이지만, 시장형 사업단과 인력파견형 사업단은 만 60세 이상자로서 사업특성에 적합한 노인이면 참여가능하다. 선정기준은 모든 신청자에 대한 개별상담을 통해 '참여자 선발 기준표'를 기반으로 경력(전문성), 세대주 형태(노인독신가구, 경제무능력자 동거노인 가구, 노인부부가구 등), 적극성, 수행능력 등을 평가하여 고득점자 순으로 선정한다.[7]

2016년 노인일자리사업 내용을 살펴보면(보건복지부, 2016b), 시장형 사업단은 노인에게 적합한 업종 중 소규모 매장, 전문직종 사업단 등을 공동으로 운영하면서 일자리를 창출하는 사업으로 공동작업형, 제조판매형, 그리고 전문서비스형으로 구분된다. 그리고 일정기간 사업비 또는 참여자 인건비를 일부 지원하고 추가 사업소득으로 연중 운영하는 일자리이다. 인력파견형 사업단은 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련 업무능력을 갖춘 자를 수요처에 파견하여 근무기간 동안 일정 임금을 지급받을 수 있는 일자리이다. 이로 인해 시장형 및 인력파견형 사업운영 기간은 연중(12개월)으로 참여기간이 9개월인 일부 공익활동과는 차이가 있다.

이외에도 고령자친화기업[8]이 수행되는데, 이는 고령자 적합직종을 개발하여 기업설립을 지원함으로써 시장경쟁력과 지속성을 갖춘 노인일자리를 창출하는 사업이다. 만 60세 이상 고령자가 경쟁력을 가질 수 있는 적합한 직종에서 다수의(최소 30명) 고령자를 고용하여 운영할 기업의 설립과 운영

7) 2004년에는 '노인일자리사업'으로 사업이 시작되었지만 지속적으로 본 사업이 지원하고자 하는 활동이 근로인지 자원봉사인지에 대한 지속적 문제제기로 인해 2015년에는 '노인사회활동 지원'으로 2016년에는 '노인일자리 및 사회활동 지원사업'으로 그 명칭이 바뀌었으며 세부사업 명칭과 분류도 계속 변경되었다.

8) 한국노인인력개발원 홈페이지(www.kordi.go.kr, 2016.5.31)를 참조하길 바란다.

을 지원한다. 사업유형은 시장형사업단 발전형, 모기업연계형, 그리고 시니어직능형으로 구분된다. 정부의 지원내용을 보면, 설립단계에서 사업당 최대 3억 원 이내(직능형은 최대 8천만 원 이내) 지원이 있으며, 운영단계에서는 사업의 지속가능성을 위한 경영, 교육, 홍보 지원을 한다. 고령자친화기업 지정현황을 보면, 2011년에 9개 지정을 시작으로 2012년 15개소, 2013년 20개소, 2014년 21개소를 지정했으며, 2014년 12월말 현재 총 44개의 고령자친화기업이 운영된다. 매년 고령자친화기업을 지정함으로서 창출되는 60세 이상 고령자 일자리는 2011년 913개에서 2012년 1,126개, 2013년 1,118개, 그리고 2015년 716개였다.

또한 시니어인터십[9]이 만 60세 이상 노인에게 일할 기회를 제공함으로써 노인의 직업능력 강화와 재취업 기회를 제공하는 것을 목표로 하여 실시되고 있다. 본 사업이 인력파견형이나 취업알선과 가장 큰 차이점은 사업장에 곧바로 투입하기보다는 3~6개월간 새로운 직종과 사업장에 적응하고 훈련받을 시간적 기회를 준다는 것이다.

참여기업의 조건으로는 만 60세 이상 노인을 고용할 의사가 있는 4대보험 가입 사업자 중 근로자 보호 규정을 준수하는 상시근로자 1인 이상 사업장 및 비영리민간단체 등이 참여가능하다. 그리고 시니어인턴십에 참여가능한 노인은 만 60세 이상으로 인턴십 참여신청서를 제출하고 개발원 및 운영기관에서 진행하는 교육을 이수한 노인이다. 단, 노인일자리사업 등 정부재정지원 일자리사업 참여 중인 노인이나 인턴십 참여 직전 3개월 이내 해당기업에 취업사실이 있는 노인 등은 인턴십 지원대상에서 제외된다.

시니어인턴십 사업유형별 지원내용은 다음과 같다. 인턴형은 〈근로기준법〉 상 근로자로서 3개월간 단기계약직 근로자 지위를 가지며, 1인당 약

9) 한국노인인력개발원 홈페이지(www.kordi.go.kr)와 보건복지부·한국노인인력개발원(2016). 〈2016년도 시니어인턴십 사업 운영지침〉 등을 참조하길 바란다.

정금액의 50%(최대 45만 원)를 6개월간 지원한다. 연수형은 연수생 지위로 상해보험에 가입되며, 1인당 월 30만 원을 3개월간 지원받는다.

시니어인턴십 사업은 보건복지부, 한국노인인력개발원, 운영기관, 참여기업 등을 통해 운영된다. 보건복지부에서 사업계획을 수립하여 공고하며, 한국노인인력개발원은 공모·심사를 거쳐 인턴십 사업을 운영할 기관을 선정하여 사업운영에 관한 업무위탁, 지도, 관리를 한다. 시니어인턴십 참여 누적자는 2014년 12월말 현재 5,103명이며, 시니어인턴십 참여 완료율은 86.4%인 것으로 나타났다.

(2) 2016년도 현황

고령자의 근로기반을 확대하기 위한 정책은 고용노동부를 중심으로 하여 시행되지만, 노동시장에서의 고령자의 취약성을 보완하기 위한 시도는 보건복지부에서 초점을 둔다. 관련한 2016년 예산은 3,312억 2,600만 원이다.

고용노동부에서는 60세 정년제의 성공적 안착을 위하여 임금피크제 확산을 위한 지원금 지원 및 홍보사업을 실시하고 정년제도 중장기 개선방안 검토하며, 근로시간단축 지원금 지급 및 근로시간단축 청구권 신설 등을 통하여 장년기 근로시간 단축을 활성화하기 위한 노력을 하고 있다.

한편 보건복지부에서는 노인일자리사업 재정지원과 시장형 일자리 효과성 제고에 힘쓰고, 고용노동부에서는 전직지원서비스 의무화 및 중장년일자리희망센터, 중장년취업아카데미 운영, 중장년 인턴 사업을 통해 고령자의 실질적 취업을 지원한다. 더불어 고령자 창업을 지원하기 위해 사회적 기업 활성화를 위한 경영컨설팅 참여 확대 및 맞춤형 과정관리의 운영, 은퇴자협동조합 활성화 및 시니어 기술창업 지원사업을 수행한다. 고령근로자 친화형 작업환경 개선을 위한 가이드라인 발표 및 선도기업 모델 평가지표 개발을 통한 고령근로자 친화형 작업환경 개선 지원, 퇴직 전문인력의 사회활동 참여기회 확대, 과학기술분야 퇴직인력 활용도 제고에도 노력한다. 중소기업

청에서는 퇴직인력 활용 상인조직 역량강화, 은퇴자 직무경험 활용제도 활성화 등을 시도한다.

4. 맺음말: 쟁점과 함의

향후 고령화가 지속되어 10년 후인 2025년에는 노인인구가 20%를 넘을 것으로 전망된다(〈표 14-5〉 참조). 또한 전문가들은 가까운 시일 내에 노인단독가구 형성이 증대되고 건강상태 개선이 이루어질 것으로 전망하며, 노인의 교육수준도 향상될 것으로 판단한다(정경희 외, 2015). 이와 더불어 노인의 권리의식도 가까운 시일 내에 상응할 것으로 예측한다. 그러나 노인의 시민의식은 이보다는 조금 늦게 강화될 것으로 예상한다. 한편, 소득의 충분성은 현재와 비슷한 수준을 유지하다가 10년 후에나 상승할 것이라는 전망하고 있다(〈표 14-6〉 참조).

〈표 14-5〉 인구고령화 추이

구분	2016년	2020년	2025년	2030년	2035년
총인구(천 명)	51,246	51,974	52,610	52,941	52,834
65세 이상 노인(천 명)	6,763	8,134	10,508	12,955	15,176
노인인구 구성비(%)	13.2	15.7	20.0	24.5	28.7

자료: 통계청. KOSIS. 2016. 12. 20 인출.

〈표 14-6〉 노인의 특성관련 향후 변화

구성요소	현재와 비슷한 수준	가까운 시일 내 상승	10년 후 상승
노인단독가구형성	4.3	95.7	-
노인 건강상태 개선	8.7	82.6	8.7
노인 소득충분성 개선	52.2	8.7	39.1
노인의 자아실현 욕구 상향	4.5	81.8	13.6
노인의 권리의식 상향	-	87.0	13.0
노인의 시민의식 상향	4.5	50.0	45.5

자료: 정경희 외, 2015: 126 재인용.

따라서 고령자 복지정책은 고령인구의 증대와 노인의 특성변화를 반영하여 다양한 서비스를 제공해가야 할 것이다. 그러나 이러한 정책수행은 정부의 힘만으로는 이루어질 수 없다. 정책대상의 규모가 크고 다양하기 때문에, 노인을 대상으로 하여 서비스를 제공함에 있어 정부의 역할은 매우 중요하지만 시민사회(NGO)나 기업 등과 같은 다양한 주체의 참여와 적절한 역할분담이 필요하다. 전문가들은 상대적으로 소득보장과 관련해서는 정부의 역할이 경제활동 및 여가활동과 관련해서 민간기업과 시민사회 역할이 중요할 것으로 판단하고 있다(정경희 외, 2016).

고령자 복지서비스 중 이 장에서 초점을 둔 건강과 경제활동 및 여가활동과 관련한 중요이슈로는 다음과 같은 것들을 지적할 수 있다. 건강과 관련해서 현재까지의 정책은 기반을 조성하고 서비스의 충분성을 제고하는데 무게의 중심을 두어왔다고 볼 수 있다. 그러므로 향후는 좀더 이용자 중심의 시각과 예방적 접근의 효과성 제고 및 인력 및 인프라의 질적 개선과 같은 질적 측면에 관심을 두어야 할 것이다.

경제활동과 관련해서는 고령자의 욕구에 비하여 사업규모가 부족한 상황이다. 우리 사회의 전반적 노동시장의 변화가 이루어지기 전까지는 노인은 노동시장에서 불리한 위상을 갖는다는 점을 고려해 볼 때 근로조건 및 내용의 다양화 및 적극적인 민간 일자리 연계 및 발굴이 이뤄져야 할 것이다. 고령자의 여가활동의 경우는 현세대 노인의 생애사적 경험 때문에 개인의 욕구 자체가 없거나 인식하지 못하는 경우가 있어서 아직 미충족 욕구가 많은 상황이다. 향후 다양하게 증대될 것으로 예상되는 여가참여 요구에 적절히 대응하기 위해서는 정부의 정책적 개입만으로는 가능하지도 바람직하지도 않으며, 민간의 역할이 매우 강하게 요구된다. 또한 전체인구 중 노인이 차지하는 비율이 증가함에 따라 기존의 다양한 여가활동과 관련된 정책이 고령자에게 충분한 관심을 두는지 검토하고 기존 정책의 인력, 프로그램 내용 및 정보전달 방법 등에서의 고령친화성을 제고해야 할 것이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

대한민국 정부(2016). 〈제3차 저출산·고령사회기본계획 2016년도 시행계획〉. 대한민국 정부.

보건복지부. 〈세입세출예산서〉. 각 연도.

_____(2015). 〈2015 지역사회 통합건강증진사업 안내〉. 보건복지부.

_____(2016a). 〈2016 노인복지시설 현황〉. 보건복지부.

_____(2016b). 〈2016년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내〉. 보건복지부.

이금룡(2016). "노인 사회참여정책 현황과 과제". 〈보건복지포럼〉, 9월호, 60~69.

정경희(2014). 〈한·일 고령화 대응정책 비교와 발전방향〉. 한국보건사회연구원 제5차 포럼. 2014. 9. 5.

_____ 외(2015). 〈인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전방향〉. 보건복지부·한국보건사회연구원.

_____·강은나·이윤경·황남희·양찬미(2016). 〈노인복지정책 진단과 발전전략 모색〉. 한국보건사회연구원.

한국노인인력개발원(2016). 〈2015 노인일자리사업 통계〉. 한국노인인력개발원.

기타 자료

대한노인회 취업지원센터 홈페이지. http://www k6065.co.kr. 2016. 5. 27 인출.

중앙자살예방센터 홈페이지. http://www.spckorea.or.kr. 2016. 11. 30 인출.

통계청 국가통계포털. 장래인구추계. http://kosis.kr. 2016. 12. 20 인출.

한국노인인력개발원 홈페이지. http//www.kordi.go.kr. 2016. 5. 31. 인출.

15
장애인 복지서비스

1. 머리말

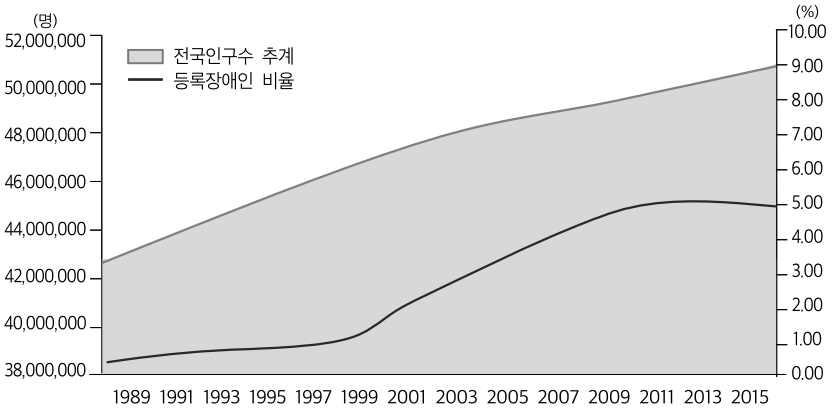
장애인 복지는 사회에서 공유하는 '장애'의 범주에 포함되는 집단에 대한 공적 복지서비스를 말한다. 우리나라는 '장애인등록제도'에 따라 등록한 장애인을 대상으로 복지서비스를 제공하며, 장애인 복지서비스의 대상집단은 장애등록 여부에 따라 비교적 명확히 구분된다(정기혜 외, 2012: 355).

등록장애인 규모는 전국인구추계 대비 1990년 0.47%, 2000년 2.04%, 2010년 5.09%, 2015년 4.92%로 지속적으로 증가하고 있으며, 연도별 등록장애인수는 1990년 20만 명, 2000년 95만 명, 2005년 177만 명으로 증가해 2010년 251만 명에 이어 2015년 말 현재 등록장애인수는 249만 명이다(〈그림 15-1〉 참조).[1] 2000년 이후 약 10년간 지속된 등록장애인 규모의 증가는 일정 부분 1차[2] 및 2차[3]로 진행된 장애범주 확대정책에 따른 것이

1) 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)의 '등록장애인 현황' 각 연도를 참조하길 바란다.

2) 2000년 〈장애인복지법〉 개정에 따라 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애 등 기존의 5개 장애유형에 뇌병변장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애를 추가하여 10개 장애유형으로 장애범주를 확대했다.

〈그림 15-1〉 전국인구수(추계)와 등록장애인 비율 (1989~2015년)



자료: 통계청. KOSIS. 2016. 10. 5 인출; 통계청. KOSIS. 2016. 10. 25 인출.

기도 하며, 인구고령화에 따른 후천적 장애노인의 증가, 장애인 복지서비스 확대와 장애에 대한 인식개선의 효과에 따른 장애등록제에 대한 적극적 참여의 결과로 볼 수도 있다(정기혜 외, 2012: 355).

지난 10년간 등록장애인의 연령분포를 살펴보면 노인비율이 증가하는 전체인구의 변화와 유사한 경향이 나타남을 알 수 있다. 2005년에 장애인 178만 명 중 18~64세 성인장애인 63.6%, 65세 이상이 32.5%인 반면, 2015년의 장애인 249만 명 중 18~64세 성인장애인 54.8%, 65세 이상이 42.3%로 성인장애인은 약 9%p 감소하고, 65세 이상 장애인의 비율은 10%p 가량 증가했다(〈표 15-1〉 참조).

장애인 복지서비스는 특별한 전환점을 보이는 시점에 이르기 전까지는 주로 시설을 통한 수용과 보호의 대상으로 인식되었으며, 잔여적 개념의 복지서비스를 제공했다(정기혜 외, 2012: 356).

3) 2차 장애범주확대(2003)는 안면장애, 장루장애, 간장애, 간질장애, 호흡기장애를 추가하여 총 15개 장애유형으로 장애범주를 확대했다.

〈표 15-1〉 등록장애인의 연령분포 (2005~2015년)

(단위: 명, %)

구분	2005년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
전체	1,789,443 (100.0)	2,104,889 (100.0)	2,246,965 (100.0)	2,429,547 (100.0)	2,517,312 (100.0)	2,519,241 (100.0)	2,511,159 (100.0)	2,501,112 (100.0)	2,494,460 (100.0)	2,490,406 (100.0)
18세 미만	69,989 (3.9)	74,980 (3.6)	77,594 (3.5)	81,687 (3.4)	80,075 (3.2)	78,186 (3.1)	76,191 (3.0)	74,617 (3.0)	73,195 (2.9)	72,583 (2.9)
18~65세 미만	1,138,698 (63.6)	1,341,025 (63.7)	1,397,557 (62.2)	1,478,801 (60.9)	1,502,603 (59.7)	1,483,231 (58.9)	1,447,717 (57.7)	1,416,623 (56.6)	1,387,957 (55.6)	1,364,459 (54.8)
65세 이상	580,756 (32.5)	688,884 (32.7)	771,814 (34.3)	869,059 (35.8)	934,634 (37.1)	957,824 (38.0)	987,251 (39.3)	1,009,872 (40.4)	1,033,308 (41.4)	1,053,364 (42.3)

주: 연령별 비율은 변용찬 외(2005)의 연령비율 사용.
자료: 보건복지부 2010b: 204; 보건복지부 홈페이지. 2016. 10. 25 인출.

장애인 복지서비스는 1981년 〈심신장애자복지법〉 제정에 따라 장애인 개념 도입과 장애인 복지시설에 대한 규정을 하기 시작했고, 1989년 〈장애인복지법〉으로의 개정을 통해 장애인등록제를 도입했다. 1990년 중증 및 중복 장애인에 대한 생계지원으로 장애수당제도가 도입되었고, 1990년대에는 지역사회 소규모시설로 주간 및 단기보호시설, 장애인 공동생활가정, 수화통역센터와 시각장애인심부름센터에 대한 국고지원이 시작되는 등 장애인 복지시설 유형이 다양화되기 시작했다.

2000년에 개정된 〈장애인복지법〉에 의해 장애 범주가 1차(2000년) 와 2차(2003년) 에 걸쳐 확대되었고, 2007년 〈장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률〉이 제정되었다. 2007년 장애인활동 지원서비스의 시범적 실시 이후 전국사업으로 확대 실시되었고, 2008년 장애아동재활치료 바우처사업이 실시되는 등 장애인 자립생활 패러다임의 영향은 장애인 복지정책에 영향을 미쳤으며, 2010년 〈장애인연금법〉, 2011년 〈장애인활동 지원에 관한 법률〉이 제정되었다. 2014년 〈발달장애인법〉 제정으로 신체적 장애와 다른 지적 및 자폐성 장애에 대한 특화된 지원서비스와 전달체계의 시발점이 되었고, 2015년 〈장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률〉이

〈표 15-2〉 장애인 복지관련 법령 제정 및 주요개정

연 도	내 용
1981. 6. 5	〈심신장애자복지법〉 제정
1989.12.30	〈심신장애자복지법〉 전문개정, 〈장애인복지법〉으로 변경
1990. 1. 13	〈장애인 고용촉진 등에 관한 법률〉 제정·공포
1994.12.30	〈장애인편의시설 및 설비의 설치기준에 관한 규칙〉 제정·공포
1997. 4. 10	〈장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률〉 제정·공포
1999. 2. 8	〈장애인복지법〉 전면개정 (2000. 1. 1부터 시행)
2005. 1. 27	〈교통약자의 이동편의 증진법〉 제정
2005. 7. 29	〈장애인기업활동 촉진법〉 제정
2007. 4. 10	〈장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률〉 제정·공포
2008. 3. 21	〈중증장애인생산품 우선구매 특별법〉 제정
2010. 4. 12	〈장애인연금법〉 제정 (2010. 7. 1 시행)
2011. 1. 4	〈장애인활동 지원에 관한 법률〉 제정 (2011.10.5 시행)
2011. 8. 4	〈장애아동복지지원법〉 제정·공포 (2012. 8. 5 시행)
2014. 4.23	〈발달장애인법〉 제정 (2015.11.21. 시행)
2015.12.29	〈장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률〉 제정(2016.12.30 시행)
2015.12.29	〈장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률〉 제정 (2017.12.30. 시행)

자료: 보건복지부, 2016b: 10~23; 보건복지부, 2015b: 292~293.

제정되어(2017. 12. 30 시행) 장애에 대해 치료와 재활의 접근에서 건강에 대한 접근으로 확대가 예상된다(〈표 15-2〉 참조).

장애인등록제는 1987년 시범사업에 이어 1988년 전국사업으로 확대되었는데, 의학적 평가에 따른 객관성을 담보로 장애 중증도와 유형을 명확히 제시하여 장애인 복지정책의 계획과 집행의 효율성을 높이는 긍정적 기여를 했다. 그러나 장애에 대한 관점의 변화[4] 등의 영향으로 의학적 평가

4) 올리버(Oliver, 1990)는 장애에 대한 의학적 모델, 개인 모델을 비판하면서 사회적 모델을 제기했다. 장애를 의학적 평가기준이 충족한 경우에만 있는 것으로 간주하는 것은 행정적 편의를 위해 의학적 기준의 구조화된 틀로 장애를 정의한 것이라고 비판한 것이다. 또한 장애인에 대한 중요한 문제를 의사, 교사, 사회복지사, 사회보장 관련 공무원 등 전문가의 관점에서 상황을 판단하여 결정하는 방식을 비판했다. 즉, 의학적 모델이 장애를 '개인의 비극'(*personal tragedy theory*)이라고 여기고, 개인이 적응하고 최대한의 대처

에 따라 유형과 등급을 구분하여 서비스 이용의 기준으로 삼는 방식은 변화의 필요성이 제기되었다. 손상 중심의 의학적 평가를 모든 서비스 제공 기준에 획일적으로 적용하는 방식에서 벗어나 다면화된 평가를 통해 개인의 욕구에 좀더 접근하는 평가와 서비스 제공이 가능한 방식으로 변화하고자 하는 것이다.

2. 장애인 복지서비스

1) 소득지원

장애인에 대한 소득지원의 시작은 빈곤에 더해 중증장애가 있는 사회적 취약계층에 대한 시혜적 차원의 생계수당 지급이었다. 1990년 저소득 중증장애인에 대한 생계수당으로 월 2만 원씩을 지급했는데, 1988년부터 전국에 실시된 장애인등록제로 대상범위에 들어온 장애인 가구의 경제적 부담 경감을 위한 간접적 지원이 주를 이루었다.[5] 2003년 〈장애인복지법〉 개정으로 〈국민기초생활보장법〉 상의 생계급여수급자인 장애인에 대한 장애수당 지급을 법으로 명시하고, 이후 2010년 〈장애인연금법〉이 제정되기까

(*coping*)를 통해 노력해야 하는 개인(혹은 가족) 고유의 경험이라고 보는 관점에 반대했다. 그리고 사회적 모델을 제기했는데 이는 장애를 가진 개인이 어려움을 겪게 하는 것은 사회의 제약과 장해물이라고 보는 관점이다. 가령 휠체어 이용 장애인이 대중교통에 접근하지 못하는 것, 시각장애인에게 비장애인의 의사소통 수단과 방식으로 소통하기를 강요하는 것은 개인의 특성을 반영하지 못한 대중교통의 설계와 의사소통의 다양한 수단을 강구하지 못한 주최의 문제로 인해 장애(*disablement*)가 발생하는 경우이다. 장애를 개인과 가족 안의 문제로 보는 관점에서, 시민의 다양한 필요성에 제대로 부응하지 못한 사회의 책임이라고 보는 관점으로 변화한 것이라고 할 수 있다(Dalley, 1991: 3~4).

5) 상속세 및 소득세 공제(1988), 전화요금 감면(1989), 장애인 승용차 LPG 연료사용 허용(1990), 철도 및 지하철 요금감면(1991), 지하철 무임승차제 실시(1993) 등이 그 예이다.

지 경제적 기준을 차상위까지 확대하여 장애 중증과 경증에게 차등적 수당을 지급했다.

2010년 7월에 도입된 무기여 방식의 사회부조인 중증장애인 기초연금(이하 장애인연금)은 시혜적 성격에서 벗어나 (빈곤의 조건만이 아닌) 장애를 근거로 하는 무기여 소득지원의 법적 근거를 마련하였다는 점, 장애에 대한 공적 소득지원의 기본틀을 '장애로 인하여 근로하지 못함에 대한 지원'(기초급여)과 '장애로 인한 추가비용에 대한 보전'(부가급여)으로 규명하여 기본 방향을 제시하였다는 점에서 의미가 있다. 2014년 7월 이후 기초급여액의 기준금액을 노령연금의 기준연금액(2016년 기준 20만 2,600원)과 동일하게 하고, 만 65세 이상 장애를 가진 노인의 기초급여는 기초노령연금제도로 흡수하는 방식으로 기초노령연금과의 연동성을 높이고 있다.

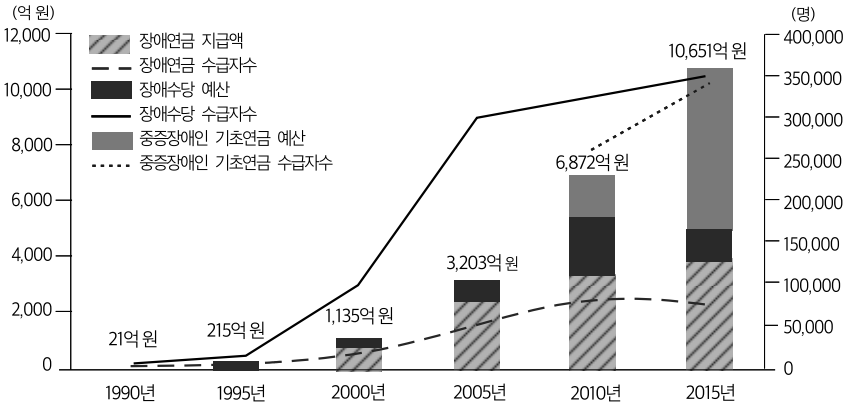
장애에 대한 소득지원 규모는 연도별로 점차 늘어나고 있다. 1990년 약 21억 원(장애수당 16억 원, 장애연금 5억 원), 2000년 1,135억 원(장애수당 276억 원, 장애연금 859억 원), 2010년 6,872억 원(장애인연금 및 장애수당 3,536억 원, 장애연금 3,336억 원)이며, 2015년 1조 651억 원(장애인연금 및 장애수당 6,930억 원, 장애연금 3,721억 원[6])으로 지속적으로 증가했다.[7]

수급자수를 살펴보면, 1990년 7천 명(장애수당 6,530명, 장애연금 501명), 2000년 12만 6천 명(장애수당 10만 2,539명, 장애연금 2만 4,084명), 2010년 66만 9천 명(장애인연금 및 장애수당 589,268명, 장애연금 79,727명), 2015년에는 76만 9천 명(장애인연금 및 장애수당 69만 789명, 장애연금 7만 8,285명)

6) 장애연금 예산 및 수급자수 증가의 완만함에 대해서는, 〈국민연금법〉 제56조 '중복급여의 조정'에 따라 노령연금 수급이 개시된 시점에는 장애연금과 노령연금 중 하나를 선택해야 하고 장애연금액 수준이 높지 않은 상태에서는 노령연금을 선택하게 되는 배경이 영향을 미치는 것으로 보인다(국민연금의 장애연금 급여액은 장애 중증도에 따라 1~3급으로 나뉘는데 2015년 기준 1급 월 58만 원, 2급 월 46만 원, 3급 월 36만 원 수준이다).

7) 장애인연금과 장애수당 예산의 지방자치단체 매칭예산(3,417억 원)을 합하면 2015년 장애에 대한 소득지원 규모는 약 1조 4,068억 원 수준이다.

〈그림 15-2〉 장애인 소득지원 예산(지급액) 및 수급자수



주: 1) 장애수당: 1995년 수급자수 현황은 1994년 현황 자료이고, 2000년 수급자수 현황은 2002년 현황 자료.
2) 장애아동수당: 2005년 수급자수 현황은 2006년 현황 자료.
자료: 보건복지부, 각 연도; 보건복지부, 2015b: 307~308; 국민연금공단, 각 연도.

으로 지원규모도 역시 증가했다. 이러한 예산규모와 수급자수의 증가에는 2000년대에 이루어진 1, 2차 장애범주 확대에 따른 장애인구의 지속적 증가, 2010년의 장애인연금 도입에 따른 경제적 기준의 완화과 급여 상승, 2014년 장애인연금 기초급여의 노령연금 기준급여액과의 동일작업이 영향을 준 것으로 볼 수 있다(〈그림 15-2〉 참조).

장애인연금의 소득인정액 산정방식과 기준을 기초노령연금에 맞추어 경제적 대상 범위를 확대했다. 하지만 장애인연금 수급자 34만 명 중 상당부분은 차상위계층 이하로 예상되고, 장애수당(아동포함) 수급자 34만 명은 모두 차상위계층 이하이다. 게다가 차상위 초과 중 소득인정액과의 차액이 큰 경우 지원금액은 4만 원(기초급여 2만 원, 부가급여 2만 원)에 불과할 수도 있어 사실상 저소득 장애인에 대한 소득지원 성격을 크게 벗어나지 못한 부분이 있다.

기여를 전제로 하는 장애연금의 경우 장애인의 국민연금 가입률이 35%

로 낮아 실제로 혜택을 받을 수 있는 규모가 크지 않다(김성희 외, 2014: 399). 이는 만 15세 이상 65세 미만 장애인의 비경제활동인구가 47.4%로 높고(전체인구 31.2%),[8] 장애인의 취업구조가 상용근로자 비율이 낮고, 자영자, 일용근로자, 무급종사자의 비율이 높은 고용안정성이 낮은 상태에 있다는 점에 일부 기인한다. 즉, 장애인의 경우 소득을 위한 경제활동을 하지 못하거나 하더라도 불안정한 고용상태,[9] 낮은 임금[10]에서 근로하고 있으며, 전 국민 노후소득보장제도인 국민연금의 사각지대에 다수 분포할 수 있음을 의미한다. 이는 장애에 대한 소득지원의 양적 성장에도 불구하고, 소득인정액 이상이며 경제활동을 하지 못하는 집단에 대한 직접적 소득지원 혹은 근로를 위한 지원이 구체적이지 않아 광범위한 사각지대가 존재하는 것으로 볼 수 있다.

장애에 대한 공적 지원의 성격을 기초급여와 부가급여로 구분하여 보면, 장애로 인한 추가비용을 보전하는 성격의 부가급여[11]는 18세 미만 장애아동(차상위 이하) 가구에 10만~20만 원을 차등 지원하고, 18세 이상 중증장애인은 2만~8만 원,[12] 경증장애인은 2만~4만 원을 지원한다.

---

8) 만 15~64세 장애인 경제활동참가율은 52.6%(전체인구 68.8%)이다(한국장애인고용공단, 2016: 10).

9) 취업자 중 사용근로자가 37%(전체인구 48%), 임시근로자가 15%(전체인구 19%), 일용근로자가 10%(전체인구 6%), 자영업자가 32%(전체인구 22%)이다(한국장애인고용공단, 2016: 12).

10) 취업장애인의 평균임금은 152만 원(전국 상용근로자 임금 329만 원)이다(김성희 외, 2014: 294~295)

11) 〈장애인복지법〉 5조 1항.

12) 65세 이상 차상위 특례 14만 원, 65세 이상 국민기초생활보장 28만 6천 원은 제외한다. 65세 이상 국민기초생활보장 수급자의 경우 기초노령연금 지급대상에서 제외되어 장애인연금 부가급여를 통해 보전하는 성격을 가지며 이런 이유로 부가급여 상한액으로 고려하지 않는다.

〈표 15-3〉 장애에 대한 현금지원

구 분				기초급여		부가급여
연령기준	장애 중증도[1]	경제적 기준[2]				
65세 이상	중증	차상위 초과		기초노령연금 수급	-	4만 원
		차상위 (기초생활보장 급여특례-주거, 교육수급)				14만 원[6]
		차상위(기초생활보장 일반-주거, 교육수급)				7만 원
		기초생활보장수급	재가			282,600원[4]
			보장시설수급자			(7만 원[5])
	경증	차상위 초과				-
		(기초생활수급) 주거, 교육급여/ 차상위				4만 원
		기초생활보장수급 (생계, 의료급여)	재가			
			보장시설수급자			2만 원
18세~65세 미만	중증	차상위 초과		202,600원~2만 원[3]		2만 원
		차상위(기초생활보장 급여특례-주거,교육수급)				-
		차상위 (기초생활보장일반-주거, 교육수급)				7만 원
		기초생활보장수급	재가	202,600원		8만 원
			보장시설수급자	202,600원		-
	경증	차상위 초과				-
		(기초생활수급) 주거, 교육급여 / 차상위				4만 원
		기초생활보장수급 (생계, 의료급여)	재가			
			보장시설수급자			2만 원
18세 미만	중증	차상위 초과				-
		차상위				15만 원
		기초생활보장수급	주거, 교육급여 생계, 의료급여			15만 원 20만 원
			보장시설수급자			7만 원
	경증	차상위 초과				-
		차상위				10만 원
		기초생활보장수급	재가			
			보장시설수급자			2만 원

주: 1) 중증/경증 기준 (연령에 상관없이 동일)
- 중증: 〈장애인복지법〉 제 32조의 2에 따라 장애인 등록한 장애인 중 1~2급, 3급 중복 장애인
- 경증: 〈장애인복지법〉 제 32조의 2에 따라 장애인 등록한 장애인 중 3~6급 장애인(중복 3급 제외)

2) 경제적 기준 (적용 제도에 따라 기준 다름)
- 중증장애인 기초연금 (만 18세 이상 등록한 중증장애인 적용): 본인과 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하
- 소득인정액 기준: 단독가구 100만 원/부부가구 160만 원(본인 및 배우자의 '소득평가액+재산의 소득환산액')
  - 기초생활수급자: 생계 또는 의료급여수급자
  - 차상위: 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급), 기준중위소득 50% 이하
  - 차상위 초과: 장애인연금 선정기준액 이하이며, 기초생활수급자 및 차상위계층 미해당자
- 장애아동수당 (만 18세 미만 적용), 장애수당 (만 18세 이상, 등록한 경증 장애인 적용): 기초생활수급자 및 차상위
  - 기초생활수급자: 생계 또는 의료급여수급자
  - 차상위: 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급), 기준중위소득 50% 이하
    단, 부양의무자 기준 미적용

3) 18~65세 미만(중증) 기초급여액은 1인 수급시 금액 (부부 수급의 경우 초과분 감액이 있음)
- 기초급여액: '선정기준액 - 소득인정액' 차액 수준(2만 원 이하~18만 원 초과)에 따라 2만 원~20만 2,600원 차등

4) 65세 이상 국민기초생활보장 수급자의 경우, 기초연금 수령액이 생계급여에서 차감됨에 따른 전체 수급액 감소분을 장애인연금 부가급여에서 보전하여 지급

5) 보장시설수급자 특례: 2010년 7월 1일 당시 만 65세 이상인 자이고, 종전 장애수당(기초생활수급자) 수급자로서 그 당시 보장시설 수급자.

6) 차상위계층 급여특례: 2010년 7월 1일 당시 차상위계층이고, '종전 장애수당(차상위계층) 수급자'로서 현재 65세 이상인 자(65세 연령 도래자 포함).

자료: 보건복지부, 2016e.

장애로 인한 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 줄어드는 소득을 보전하는 성격의 기초급여[13]는 65세 미만의 경우 장애인연금 기준에 따라 소득인정액과의 차액을 기준으로 지원하고, 65세 이상은 기초노령연금기준에 따라 지원하는데 노령연금의 기준연금액을 동일한 기준으로 사용한다(〈표 15-3〉 참조).

기초급여의 경우 다수의 국가가 장애에 대한 소득지원을 근로가능여부 평가를 통해 지원한다. 반면 우리나라는 장애인등록제에 따른 중증장애인 등록기준(1~2급, 중복 3급)으로 갈음하여 지원하고 있다. 장애등록의 평가가 의학적 손상 중심의 평가로 근로가능성에 대한 평가가 어려운 면이 있고, 실제로 소득지원과 고용지원 서비스(직업재활을 포함한)의 연계는 부재한다. 향후 장애인연금 비수급 장애인을 포함하는 포괄적 고용지원 인프라의 모색이 필요할 것이다. 부가급여의 경우 급여액의 상향[14] 및 경제적 기준 완화를 통한 장애로 인한 추가 비용보전의 대상 확대를 검토할 수 있다.

2) 돌봄지원

장애인에 대한 사회적 돌봄지원은 연령에 따라 구분되는데, 6~65세 미만은 장애인활동 지원서비스를 이용하고, 65세 이상은 노인장기요양보험제도를 이용하도록 한다.

장애인활동 지원서비스는 장애인의 자립생활을 지원하는 사회서비스제도이다. 2007년 노인장기요양보험법안의 국회 부대결의 시 장애인을 신청

13) 〈장애인복지법〉 5조 1항.

14) 장애인연금 부가급여는 전국 실태조사를 통해 도출된 장애인의 실질적 추가비용 값을 참고하여 임의적으로 급여수준을 정하며, 추가비용 값으로 나타난 24만 원(중증장애인의 추가비용 평균값)에 상응하는 수준으로 보전하는 것을 발전방향으로 명시하고 있다(보건복지부, 2016e: 19).

〈표 15-4〉 장애인활동 지원사업 현황

(단위: 명, 억 원, 개)

구분		2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
이용자수		14,515	19,498	31,486	32,271	34,156	41,800	51,898	58,393	64,523
공급	정부예산(국비)	276	750	1,110	1,378	1,928	3,098	3,681	3,681	4,860
	서비스 제공기관	-	409	453	528	841	898	936	874	888
	서비스 제공인력	-	16,423	18,540	20,411	23,653	37,127	40,411	59,929	65,258

주: 1) 2007년 자료와 2008년 제공기관과 인력은 사회서비스관리원 홈페이지 (http://www.socialservice.or.kr/ 2012.1 인출) 참조.
2) 2009년 이후 자료와 2008년 이용자수와 정부예산은 《보건복지백서》 각 연도 참조.

자격인에 포함할지에 대한 논의에서 장애인에 대한 대책을 2010년 6월까지 국회에 보고하기로 한 후 본격적 논의가 시작되었다(변용찬 외, 2010: 28). 2008년부터 장애인 장기요양보장제도 시행준비를 대통령 공약사항 및 국정과제로 추진하였으며, 이를 위한 정책 연구와 1, 2차 시범사업 실시를 거쳐서 2011년 활동보조서비스, 방문목욕, 방문간호 서비스가 포함된 장애인활동 지원제도로 법제화되었다(정기혜 외, 2012: 389).

활동지원서비스의 이용자 규모와 이용자수는 도입시기부터 지속적으로 증가하고 있다. 제도도입을 위한 시범사업이 실시되던 2007년에 예산규모가 276억 원에 이용자수가 1만 4천 명이었는데, 제도가 도입되던 2011년에 정부예산 1,928억 원, 이용자수 3만 4천 명의 규모로 성장했고, 2015년에는 정부예산 4,860억 원, 이용자수 6만 4천 명으로 규모가 커졌다.[15] 서비스 제공기관과 인력도 증가했는데, 시범사업 기간인 2008년에 409개 기관에서 1만 6천 명의 활동지원인이 활동했다면, 2011년에는 841개 기관에서

15) 장애인활동 지원사업 총예산 규모는 국비 및 지방자치단체 예산을 포함하여 2016년 기준 약 8,446억 원으로 추정된다[국비 5,008억 원, 지방자치단체 매칭 2,938억 원, 지방자치단체 자체 지원 499억 원. 국비 및 지방자치단체 매칭예산: 세입세출예산사업별 설명서(보건복지부 일반회계) 참조, 지방자치단체 자체사업 예산: 2016년 17개 시도 예산서 참조].

2만 3천 명, 2016년엔 888개 기관에서 6만 5천 명의 활동지원인이 활동하는 등 서비스 제공 인력 규모는 8년간 2배 이상 증가했다(〈표 15-4〉 참조).

다수의 국가에서 장애에 대한 돌봄지원을 위한 서비스 제공 구조의 변화를 시도한다. 이는 첫째, 장애를 바라보는 관점이 사회적 모델로 변화했다는 점, 둘째, 장애인의 자립생활과 완전한 사회참여 실현을 위한 서비스 제공 방식으로의 변화가 요구된다는 점(Barnes, 2001: 11)에 기인한 것으로 보인다. 즉, 장애인, 흔히 일상생활에서 지원이 필요한 중증장애인을 돌봄을 받는 수동적 대상으로 바라보기보다 자립과 참여를 위한 동등한 기회와 선택을 지원해야 하는 주체로 바라보는 것이자 이를 위한 사회의 역할을 직시하고 있음을 의미한다.

개인의 욕구에 맞는 서비스 지원(*tailored*)을 위해서는 서비스 제공 방식에서 서비스의 개별유연화 지원(*personalization*), 즉 개인과 환경에 대한 포괄적 사정을 통한 수급사정 평가와 수급자격을 가진 개인에게 직접 자원을 할당하는 방식의 도입(예: 영국의 직불지급제도, 개인예산제), 서비스 제공에서 기존 시설중심의 서비스 제공 방식 탈피 및 공급의 시장화와 개인의 욕구에 대응한 유연성, 이용자 사후관리 및 서비스 질 관리를 아우르는 모니터링 체계 구축 등의 구조적 변화를 동반한다. 특히, 서비스 수급권을 인정하기 위한 평가(*assessment*) 방식이 장애로 인한 결핍된(부족한) 내용과 정도를 파악하여 지원하는 방식보다는, 장애인 개인이 정하는 바람직한 결과를 달성하기 위한 필요한 지원을 평가하고 이를 다양한 이용방식 중 선택하여 이용하도록 하는 방식으로의 변화이다(Pike et al., 2016: 3). 그리고 이는 이용장애인의 선택과 자율이 커짐과 비례하여 책무성이 높아진 서비스 이용방식이라고 할 수 있다.

장애인활동 지원서비스는 요양이 아닌 자립생활을 위한 사회서비스 개념으로 도입됐고 기본적으로 지역사회 거주 장애인의 자립생활을 지원하는 제도로 정체성을 가진다. 따라서 거주시설, 주단기보호시설 등 시설서비스

〈표 15-5〉 장애인 돌봄 필요자의 사회적 지원 이용

구분		장애인 활동지원[1]		노인장기 요양보험	장애인거주시설 입소의 경우	
					거주시설[2]	단기보호시설 및 공동생활가정
65세 이상		1,549명 (2.4%)	64,523명 (전체)	124,434명[3]	26,775명	4,447명
65세 미만	45~64세	21,228명 (32.9%)		20,785명		
	18~44세	23,744명 (36.8%)				
	6~17세	18,002명 (27.9%)				
	6세 미만					

주: 1) 장애인활동지원 연령별 이용자수는 전체 이용자수에 김성희 외(2013: 77)의 서비스 이용자 연령비율을 대입한 추정값.
2) 장애인거주시설 (유형): 지체, 시각, 청각·언어, 지적, 중증장애인요양, 장애 영유아.
3) 만 65세 이상 장애인의 노인장기요양보험 이용자수는 김성희 외(2014) 원자료에 따른 전국 추정값(만 65세 이상 장애인 중 10.9%).

자료: 보건복지부, 2015a: 206; 김성희 외, 2014; 국민건강보험공단, 2014: 528; 보건복지부 2016a: 268~269.

이용과는 분리되어 운영된다. 그러나, 돌봄의 연장선에 있는 단기보호, 공동생활가정 등 거주서비스에 대한 장애인의 선택범위 확대와 개인의 특성과 중증도가 반영된 시설인력 배치의 필요성, 개별화된 돌봄지원 서비스의 필요성 제기 등을 배경으로 장애인활동 지원제도에 시설서비스의 일정부분을 흡수·연동시킬 수 있는 방안을 장기적으로 모색한다.

장애인활동 지원서비스, 노인장기요양보험제도, 시설(거주시설, 단기·공동생활가정) 이용자수를 통해 사회적 돌봄지원 서비스 및 시설을 이용하는 규모를 추정하면 약 240,964명으로 추정된다. 장애인활동 지원서비스 이용자(6만 4,523명, 2015년 기준), 노인장기요양보험 수급권을 가진 경우(14만 5,219명: 65세 이상 12만 4,434명, 65세 미만 2만 785명), 장애인거주시설 등 시설에 입소해 있는 장애인(31,222명)[16]을 합한 수치이다(보건복지

16) 일부 활동지원 서비스와 중복이용 가능하다. 단, 단기보호시설 이용기간 및 공동생활가정 시설 내에서는 이용 불가하다.

부, 2016a: 248) (〈표 15-5〉 참조).

향후 장애인활동 지원의 경우 단일제도 내에 묶이지만 연령별, 장애유형별 욕구가 다양한 만큼 이에 대한 반영이 될 수 있도록 급여의 다양화를 모색하고 이를 통해 활동지원의 포괄 범위를 넓히는 방안의 검토가 필요하다. 장애아동에 대해 특화된 서비스를 위한 급여개발과 이용서비스의 케어 패키지(*care-package*) 구성, 성인 발달장애인의 욕구에 부응하는 유연화된 서비스 내용의 개발 및 급여화 등에 대한 고려가 필요할 것이다. 공급자에 대해서는 전문성 담보, 서비스 제공 인력의 교육 등을 통한 서비스 질 관리, 서비스에 대한 적절한 수가의 책정과 조정 등 체계적인 모니터링 시스템 구축도 필요하다. 서비스 공급자와 이용자에 대한 모니터링을 통해 필요한 곳에 필요한 만큼의 자원이 할당되었으며, 약속한 대로 지원이 이루어지고 있는가에 대한 투명성의 제고가 필요하며, 이는 장애인 자립생활 지원을 위한 제도의 지속가능성을 높일 것이다.

인구구조의 고령화는 장애인 내 노인의 비율을 높이고 장애와 노인의 교집합 규모도 크게 하는 결과를 가져왔다. 이에 따라 고령화된 장애인(*aging with disabilities*)과 노화과정 장애인(*aging into disabilities*)의 접근 방식에 대한 고민이 필요하다(황주희 · 김성희, 2014: 8). 현재 만 65세 이상 장애인의 돌봄제도 이용에서는 노인장기요양보험제도를 이용하도록 하고 등급외자 판정을 받은 경우에만 제한적으로 장애인활동 지원서비스를 이용하도록 한다.

65세를 기점으로 개인이 이용할 수 있는 지원서비스가 달라지는 것에 대한 사회적 논의가 필요한데, 이는 장기요양과 장애인활동 지원의 다른 철학적 배경, 즉 요양과 보호를 지향하는 제도와 개인의 완전한 사회참여를 지향하는 제도의 차이에 대한 검토이다. 장애를 개인의 손상 수준으로만 이해하는 데 반대하는 입장은 개인의 욕구를 고려한 맞춤형 지원이 필요하다고 주장한다. 또한 이러한 방식이 개인의 자립생활과 삶의 질을 높이는

〈표 15-6〉 장애인 이용 가능 돌봄지원 서비스

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">만 6세 ~ 65세 미만</th><th colspan="3">65세 이상</th></tr>
<tr><th></th><th>장애인활동지원</th><th>노인성 질병(치매, 중풍, 파킨슨병 등)의 경우
노인장기요양보험</th><th>노인장기요양보험</th><th>노인장기요양보험 등급외 판정시
장애인활동지원</th><th>노인돌봄종합서비스</th></tr>
<tr><td>이용자격</td><td>• 〈장애인복지법〉상 등록 1~3급 장애인으로,
• 인정조사 결과 220점 이상인 자
[인정점수 20점 이내에서 추가급여 사유(보호자 일시부재 제외)등 생활환경 영역을 고려한 조정 가능][1)]
1등급: 380~470점 / 2등급: 320~379점 / 3등급: 260~319점 / 4등급: 220~259점
• 활동지원 인정조사 내용
- 일상생활동작(7), 수단적 일상생활 수행능력(8, 15세 미만은 6개), 장애특성 고려(5, 유형별 1개만 산정), 사회환경고려(4)
- 총점 사용 (470점)</td><td>• 노인장기요양보험 이용과 동일</td><td>• 장기요양인정조사표에 따른 방문조사 결과 및 등급판정 심의위원회 판정
1등급: 95점~ / 2등급: 75~94점 / 3등급: 60~74점 / 4등급: 51~59점 / 5등급: 45~50점
주: 5등급은 치매환자
• 장기요양 인정조사 내용
- 신체기능(12), 인지기능(7), 행동변화(14), 간호처치(9), 재활(10)
- 점수 합계를 수형분석을 통해 100점 만점 환산</td><td>• 장애인활동지원 수급자였다가 〈노인장기요양보험법〉에 따른 노인장기요양보험에서 등급외 판정을 받은 자
• 장애인활동지원 이용과 동일</td><td>• 경제적 기준: 전국가구평균소득 150% 이하
• 서비스별 기준
- 방문/주간보호서비스
• 시군구청장 인정자 (장애 1~3급, 중증질환/차상위 이하)
• 노인장기요양보험 등급외 판정자
- 치매환자가족지원, 단기가사서비스</td></tr>
<tr><td>지원서비스</td><td>서비스 내용
• 활동보조: 장애인 가정 등 을 방문하여 지원
- 신체활동지원: 개인위생관리, 신체기능유지 증진, 식사도움, 실내이동도움
- 가사활동지원: 청소 및 주변정돈, 세탁, 취사
- 사회활동지원: 등하교 및 출퇴근 지원, 외출시 동행
• 방문목욕
• 방문간호</td><td></td><td>서비스 내용
• 시설급여: 장기요양기관이 운영하는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등에 장기간 입소
• 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구 등 가정을 방문하여 신체활동
• 특별현금급여: 도서벽지지역에 거주자 등에게 가족 요양비 지급</td><td></td><td>서비스 내용 및 양
• 방문서비스: 월 27h, 36h
• 주간보호서비스: 월 27h, 9일/ 월 36h, 12일
• 치매가족휴가지원
• 단기가사서비스</td></tr>
</table>

〈표 15-6〉 계속

<table>
<tr><th></th><th>만 6세 ~ 65세 미만</th><th></th><th></th><th>65세 이상</th><th></th><th></th></tr>
<tr><td>지원서비스</td><td colspan="2">서비스 양
• 기본급여 (4등급으로 구분)
<table><tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th><th>4등급</th></tr><tr><td>1,063천 원</td><td>852천 원</td><td>642천 원</td><td>430천 원</td></tr></table>• 추가급여(추가급여 지원사유가 있는 경우 이용가능)
- 1인가구/취약가구: 180천원~2,464천원
- 출산가구: 720천원 -자립준비: 180천원
- 학교생활: 91천원 - 직장생활: 360천원
- 보호자 일시부재: 180천원
- 나머지 가구구성원의 직장생활등: 657천원
• 단, 추가급여 사유가 중복되는 경우 모두 산정</td><td></td><td colspan="2">서비스 양
• 시설급여
- 노인요양시설: 1등급 (1,711,200원) ~ 3등급 (1,464,300원)
- 노인요양공동생활가정 1등급 (1,538,700원) ~ 3등급 (1,316,100원)
• 재가급여
1등급 (1,196,900원)~5등급 (784,100원)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>개인부담</td><td colspan="2">• 〈국민기초생활보장법〉에 따른 생계급여 수급자, 의료 급여 수급자: 면제
• 기초생활보장 수급자를 제외한 〈의료급여법〉상 수급권자, 〈국민기초생활보장법〉에 따른 차상위계층: 2만 원 정액 부과
• 차상위 초과: 기본급여에 대한 본인부담금과 추가급여에 대한 본인부담금 합산 (기본급여: 최대 102,200원 / 추가급여: 1,800원~123,200원, 단 중복급여는 합산 이용 가능)</td><td></td><td colspan="2">• 시설급여: 20% (식재료비, 이미용료 등은 본인부담)
• 재가급여 15%
• 단, 국민기초생활수급권자는 무료, 의료급여수급권자 등 저소득층은 1/2로 경감(시설 10%, 재가 7.5%)</td><td></td><td>• 방문/주간보호: 무료~월64,000원
• 치매환자가족지원 (일)2,500~6,500원
• 단기가사서비스: 무료~월84,000원</td></tr>
</table>

주: 1) 장애인활동지원서비스 신청 제외자: ① 〈노인장기요양보험법〉에 따른 노인장기요양급여를 받는 자 또는 수급자격이 있는 자 (만 65세 미만인 장애인이 장애인활동지원급여 신청 전 노인장기요양등급을 신청하여 노인장기요양등급이 결정된 경우는 노인장기요양수급권을 포기하더라도 활동지원급여를 받을 수 없음) ② 〈국민기초생활보장법〉 제32조에 따른 보장시설에 입소한 자 (*공동생활가정(그룹홈), 단기거주시설은 〈국민기초생활보장법 시행규칙〉 제41조의2 개정으로 보장시설에서 제외되어 활동지원급여는 신청가능함. 다만, 이중급여 등으로 시설 내에서의 활동지원급여 이용은 불가, 시설장 확인서류 필요) ③ 〈의료법〉 제3조에 따른 의료기관에 30일 초과하여 입원 중인 자 ④ 〈형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률〉 또는 〈치료감호법〉에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용 중인 자 (집행 유예 중 또는 가석방인 자는 신청 자격이 있음) ⑤ 그 밖에 다른 법령(또는 국가 예산)에 따라 활동지원급여와 비슷한 급여를 받고 있는 자 또는 수급자격이 있는 자 (가사간병방문서비스, 장애아가족 양육지원서비스, 노인돌봄서비스, 기타 이에 준하는 재가서비스) ⑥ 장애인복지법 제32조의2(재외동포 및 외국인의 장애인 등록)에 따라 장애 등록한 재외동포 및 외국인 ⑦ 장애인복지법 시행령 제13조제2항에 따라 국가유공자 및 보훈대상자.

자료: 보건복지부, 2016f.

방안이자 궁극적인 사회적 이익이 되리라는 인식에 기반한 것으로 볼 수 있다. 고령화된 장애인의 지원을 일정 시점 이후 모두 요양과 보호서비스로 일괄 전환하는 것에 대한 논의가 필요하다고 본다. 또한 노인장기요양보험의 신청자격이 65세 이상 기준이지만 실제 급여이용자의 80%가 75세 이상인 점[17]을 고려하면 신청자격 연령과 실제 요양욕구 발생연령과는 차이가 있다. 이러한 실상을 감안해 장애인활동 지원서비스 이용자와 장기요양서비스 이용자 입장을 고려한 연계노력이 필요할 것이다(〈표 15-6〉 참조).

3) 의료지원

장애인에 대한 의료지원은 별도의 제도와 지원방식을 가지기보다 기존 국민건강보험 시스템에서의 취약계층에 대한 지원으로 접근해왔다. 구체적으로는 저소득 장애인에 대한 의료비 지원(의료급여 2종 수급권자인 등록장애인의 본인부담금 지원), 건강보험 및 노인장기요양보험 등 보험료 경감(주로 장애등급에 따라 10~30% 감면)의 지원이 있다. 장애인의료 지원사업을 보면, 저소득 장애인에 대한 보조기기 무료교부(1982년)를 시작으로 저소득 중증·중복장애인에 대한 의료비 지원(1990년), 의지·보조기, 의안, 콘택트렌즈의 건강보험 급여의 시작(1999년), 전동휠체어, 전동스쿠터, 장애인용구두(정형외과용구두)를 건강보험 급여로 확대(2005년) 등의 노력이 있었다(보건복지부, 2016b: 10~23). 보조기기의 건강보험 급여 확대를 제외하면 장애 그 자체에 대한 지원이라기보다 국민기초생활보장 수급 및 차상위계층 등 저소득 장애인을 중심으로 지원하는 취약계층 지원의 성격으로 볼 수 있다(〈표 15-7〉 참조).[18]

---

17) 연령별 노인장기요양보험 급여이용 통계를 보면, 80세 이상 59%, 75~79세 19.5%, 70~74세 11.4%, 65~69세 5.3%, 65세 미만 4.8%이다(국민건강보험공단, 2014: 528~548).

〈표 15-7〉 장애인 의료지원 관련사업의 연도별 예산 (1981~2015년)

(단위: 백만 원)

구분	1981년	1985년	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2015년
장애인등록 진단비	-	-	258	238	1,612	154	90	26,405[1)]
장애인의료비 지원	-	-	1,341	363	6,949	8,629	13,250	24,088
재활보조기구 교부	70	106	435	435	456	1,141	2,880	3,425
의료재활시설 지원, 기능보강, 신증축	-	770	680	980	1,838	-	-	-
치과유니트지원	-	-	-	-	-	240	-	-

주: 1) 장애인등록 진단비 예산은 2013년부터 장애등급심사제도 운영에 포함, 별도 예산파악이 불가.
2) 2005년 지방이양사업은 의료재활시설 운영, 장애인생활시설 치과유니트 지원사업.
3) 2006부터 시작된 권역별 재활병원 건립관련 예산은 기금예산으로 비포함.

자료: 보건복지부, 각 연도.

장애에 특화된 재활병원의 건립, 의료재활시설의 확충·지원은 국립재활원 개원(1986년) 및 확대(1994년), 전국 약 20여 개의 장애인 의료재활시설 지원이 있었으며, '공공보건의료 확충 종합대책'(2005년 12월)의 일환으로 2006년부터 시작된 권역별 재활병원 건립과 운영이 있다. 권역별 재활병원은 2015년 현재 6개의 권역별 재활병원이 건립되어[19)] 장애에 대한 전문 재활프로그램, 사회복귀 지원, 방문재활프로그램 등 공공재활프로그램을 지원한다.

장애에 대해 특화된 의료인프라 구축은 매우 필요한 사회적 투자라고 할 수 있다. 다만, 시장성과 수익성을 고려할 때 민간을 통한 구축보다는 공공기관을 통해 이루어지고 있어 충분한 공급과 지역적 접근성의 한계를 가져올 수 있다. 장애 특화된 의료시설의 확충도 분명 필요하지만 동시에 일반 의료기관의 장애 수용성, 접근성, 서비스 질을 높이는 노력을 동반해야 장애인

18) 2015년 기준 보건복지부의 장애인 의료지원 예산을 보면 장애인 의료비 지원 240억 원, 재활보조기구 무료교부 34억 원으로 모두 국민기초생활보장 및 차상위계층에 대한 지원사업이다.

19) 권역별재활병원 건립지역은 경인지역(인천), 영남지역(경남 양산), 강원지역(춘천), 호남지역(광주), 충청지역(대전), 제주지역(서귀포) 등이다. 2015년에 경북지역 추가 예정이다.

이 의료서비스의 향상을 체감할 수 있을 것이다.

지역사회중심 재활사업(CBR: Community-Based Rehabilitation)[20]은 지역사회 장애인의 재활을 위한 사업으로, 보건복지부가 총괄, 국립재활원이 세부 추진전략 수립 및 재활관련 인력교육 등을 지원, 지역보건소에서 사업을 실시하는 체계를 갖추고 있다.[21] 사업수행 기관은 전국 170개 보건소, 6개 권역재활병원, 장애인 의료재활시설 20곳이 참여하며, 거동불능 장애인을 위한 방문재활사업, 이동가능 장애인을 위한 재활교실, 보조기구지원 서비스, 장애인 건강검진 지원, 건강관리 서비스, 건강보건 정보 서비스 등의 사업을 실시한다.

장애인에 대한 보조기구 지원사업은 보조기기 무료교부 사업, 건강보험을 통한 보장구급여 지원사업, 고용부의 장애인 고용사업주 등에게 지원하는 보조공학기기 지원, 미래부의 정보격차 해소지원을 위한 정보화 관련기기 지원 등이 있다. 2005년부터 건강보험 장애인보장구 보험급여가 확대되어 고가 보조기구인 전동휠체어, 전동스쿠터, 장애인용 구두(정형외과용 구두) 등에 본인부담금이 경감되어 이동에 필요한 보조기구의 보편적 보급이 가능하게 되었다(정기혜 외, 2012: 373).

2009년부터 시작된 장애인 보조기구 사례관리사업은 장애인이 사용하는 보조기구의 관리부실을 해소하고 장애인의 이용만족 및 보조기구 사업의 효율성을 높이고자 추진되었으며 국립재활원이 중앙센터 역할을 하고 2015년 현재 전국 10개의 센터를 운영하고 있다(대구・대전 2개소, 부산・광주 2개소,

---

20) CBR은 1960년대 미개발 국가의 변두리 등 의료인프라가 부족한 지역에서 지역사회에 기반한 시설과 전문가를 활용하고 장애인과 가족 스스로가 준전문가가 되어 재활 등의 서비스를 이용・참여하도록 하는 사업에서 기인하여 확대, 발전해왔다(Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Community-based_rehabilitation. CommunityBased Rehabilitation. 2016. 12. 13 인출).

21) 국립재활원 홈페이지. 지역사회중심사업 소개를 참조하길 바란다(http://www.nrc.go.kr/nrc/board/nrcHtmlView.jsp?menu_cd= M_02_04_02_01. 2016. 12. 13 인출).

경기도 1개소, 충북 1개소, 인천·경남 2개소, 전북·제주 2개소) (보건복지부 2015a: 271).

장애아동 발달재활사업은 2009년부터 전국 실시된 사회서비스 바우처 사업으로, 장애아동에 대한 정신적·감각적 기능향상과 행동발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보제공을 목적으로 실시되었다. 장애아동 1인에 대해서 22만 원의 재활치료비용을 바우처 형식으로 보조하고, 소득수준에 따라 최대 8만 원까지의 개인부담금이 있다. 제공하는 서비스 내용은 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동 치료 등 재활치료 서비스와 장애 조기발견 및 중재를 위한 부모상담 서비스다. 2015년 현재 6만 1,955명이 이용했고, 정부예산은 약 651억 원 규모로 증가하였다(〈표 15-8〉, 〈표 15-9〉 참조).

〈표 15-8〉 장애아동 발달재활서비스 개요

구분	발달재활서비스
서비스 성격	• 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 인지, 의사소통, 적응행동, 감각·운동 등의 기능향상과 행동발달을 위한 적절한 발달재활서비스 지원 및 정보제공 • 장애아동 가족의 발달재활서비스의 비용보전을 통한 경제적 부담 경감
지원서비스	• 서비스 내용 - 언어·청능, 미술·음악·행동·놀이·심리운동·재활심리, 감각·운동 등 발달재활서비스 제공 - 장애 조기발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모상담 서비스 단, 물리치료와 작업치료 등 의료기관에서 행해지는 의료서비스 지원 불가 • 총서비스 양: 월 22만 원 (2만 7,500원 / 1회, 월 8회 기준)
서비스 대상	• 경제적 기준: 전국 가구평균소득 150% 이하 / 연령: 만 18세 미만 장애아동 • 장애유형: 시각, 청각, 언어, 지적, 자폐성, 뇌병변의 등록장애유형 (만 6세 미만 영유아의 경우 시각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 장애로 예견되어 재활치료가 필요하다고 인정한 의사진단서로 대체 가능) • 지역사회서비스 투자사업에서 제공하는 아동·청소년 심리지원서비스, 영유아 발달지원 서비스와 중복혜택 불가 • 동일한 발달재활 분야에서 교육부의 치료지원서비스와 중복혜택 불가
개인부담금	• 면제에서 최대 월 8만 원까지의 가구 경제적 수준에 따른 개인부담

자료: 보건복지부, 2016g.

〈표 15-9〉 발달재활서비스 이용 및 제공 현황

(단위: 명, 억 원, 개)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
이용자수	17,407	31,661	38,943	44,703	54,524	61,209	61,955
정부 보조금	305	427	481	481	577	577	651
서비스 제공기관	636	801	993	1,376	1,520	1,547	1,593
서비스 제공인력	2,663	3,098	4,126	6,758	5,037	9,667	10,180

자료: 보건복지부, 2009; 2010a; 2011a; 2012; 2013; 2014; 2015a.

4) 고용지원

장애인에 대한 고용지원은 의무고용제를 통한 장애인의 고용촉진과 지원이 있고 고용시장에 진입이 어려운 장애인을 위한 직업재활서비스가 있다. 장애인 의무고용제는 1990년 〈장애인 고용촉진 등에 관한 법률〉 제정과 함께 시행되었으며, 2015년 기준 의무고용률은 민간기업(상시근로자 50명 이상) 2.7%, 공공기관 3.0%, 국가 및 지방자치단체 공무원 3.0%이며 향후 단계별 확대하는 것으로 계획되어 있다.[22] 2015년 기준 장애인 의무고용제 사업체는 2만 8,218 개소이며, 장애인근로자는 16만 4,876명으로 장애인 고용률 2.62%이다(고용노동부, 2016: 113).

장애인에 대한 직업재활서비스는 1981년 〈심신장애자복지법〉과 동 법률에 근거하여 1986년 자립작업장 설치운영계획에 의하여 22개 보호작업장이 설치되면서부터 본격화되었다(정기혜 외 2012: 374). 2015년 기준 전국 560개 직업재활시설에서 장애인 약 1만 6천 명이 직업상담 및 평가, 직업지도 및 직업적응훈련 지원을 받고 있다(보건복지부, 2016a: 270).

직업재활시설 유형은 장애인의 근로능력과 이에 대한 지원내용에 따라

22) 2018년 민간기업(상시근로자 50명 이상) 2.9%, 공공기관 및 국가 및 지방자치단체 공무원 3.2%로 예고되어 있다(한국장애인고용공단 홈페이지. https://www.kead.or.kr/view/system/system02.jsp. 2016. 12. 13 인출).

조금씩 유형을 달리하여 개편되었다. 2007년 근로능력에 따라 보호작업장과 근로사업장의 2개 유형으로 구분하였으며, 2015년에는 근로능력이 낮은 경우로 적응훈련과 기초작업능력의 습득을 겸하는 직업적응훈련시설을 추가하여 2016년 현재 3가지 유형으로 운영하고 있다(〈표 15-10〉 참조).

〈표 15-10〉 장애인 직업재활시설 유형

구분	직업재활시설 유형
보호작업장	• 직업능력이 낮은 장애인에게 직업적응능력·직무적응능력·직무기능 향상 훈련 등 직업재활훈련 프로그램 제공 • 보호가능한 조건에서 근로기회를 제공하며, 이에 상응하는 노동의 대가로 임금 지급 • 장애인 근로사업장이나 그 밖의 경쟁적 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할 • 근로장애인의 최소인원은 10명 • 근로장애인 중 80% 이상이 장애등급 3급 이상 장애인 • 거주시설과 동일한 법인이 운영하는 경우 시설거주 장애인 외 재가장애인이 50% 이상 유지 • 근로인원(종사자 제외) 수 중 비장애인 비율은 30% 이하
근로사업장	• 직업능력은 있으나 이동 및 접근성이나 사회적 제약 등으로 취업이 어려운 장애인에게 근로의 기회를 제공하고 최저임금 이상의 임금을 지급 • 경쟁적 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할 • 근로장애인의 최소인원은 30명 • 근로장애인 중 60% 이상이 장애등급 3급 이상 장애인 • 거주시설과 동일한 법인이 운영하는 경우 시설거주 장애인 외 재가장애인이 50% 이상 유지 • 근로인원(종사자 제외) 수 중 비장애인 비율은 30% 이하
직업적응 훈련 시설 (2015년 신설)	• 작업능력이 극히 낮은 장애인에게 작업활동, 일상생활훈련 등을 제공, 기초작업능력을 습득시킴 • 작업평가 및 사회적응훈련 등을 실시하여 장애인 보호작업장 또는 장애인 근로사업장이나 그 밖의 경쟁적 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할 • 훈련장애인의 최소인원은 20명 • 장애등급 3급 이상 장애인을 대상으로 하되, 발달장애인을 80% 이상 유지 • 거주시설과 동일한 법인이 운영하는 경우 시설거주 장애인 외 재가장애인이 50% 이상 유지 • 근로인원(종사자 제외) 수 중 비장애인의 비율은 30% 이하

자료: 보건복지부, 2016d.

〈표 15-11〉 장애인 직업재활시설 연도별 현황

(단위 : 개, 명)

연도	장애인 직업재활시설			
	시설수 계	이용인원	보호작업장 시설수	근로시설수
1990	6	217	-	6
1995	8	419	-	8
2000	172	5,023	157	15
2005	244	7,684	144	100
2010	417	11,770	373	44
2015	560	16,414	496	64

자료: 보건복지부, 2001; 2005; 2007b; 2010b; 2011b; 2016a.

2015년 현재 560개소의 직업재활시설에서 1만 6, 414명의 장애인이 근로 및 직업적응훈련을 받고 있다. 근로능력이 상대적으로 낮은 보호작업장수가 496개소로 전체의 약 89%로 차지하는 비율이 높고, 이용장애인의 70% 이상이 지적장애인으로 일부 장애유형에 집중되어 있는 경향이 있다. 중증장애인의 월급여도 2013년 기준 34만 3천 원으로 비록 약소하게 상승하고 있으나 여전히 낮은 수준이다(이혜경 외, 2014: 50, 57) (〈표 15-11〉 참조).

장애인 직업재활서비스는 장애인 직업재활시설 운영, 한국장애인개발원이 관리를 맡은 중증장애인 직업재활 지원사업, 장애인 일자리 지원사업, 한국장애인고용공단에서 운영하는 직업능력개발훈련사업・직업평가・지원고용 등의 사업, 근로지원인사업, 장애인취업성공 패키지 등의 사업이 있다.

중증장애인 직업재활 지원사업은 한국장애인개발원이 관리를 맡는 복지부 일반회계 사업으로 직업지도, 직업능력평가, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 취업알선, 지원고용, 취업후 적응지원 등을 내용으로 하며 전국의 178개 직업재활기관이 참여한다.[23]

장애인 일자리 지원사업은 2007년부터 시행되었으며 정부와 지방자치단체가 일반노동시장에서 취업이 어려운 장애인에게 직접 일자리를 제공하

23) 한국장애인개발원 홈페이지를 참조하길 바란다(http://vr.koddi.or.kr/service/ser_intro.jhtml. 2016. 12.13 인출).

는 사업으로, 전국주민자치센터의 행정도우미, 장애인 간 동료상담, 주차 단속 보조요원, 장애인 건강도우미, 학교급식도우미, 병원린넨실도우미, 관공서 청소도우미 등의 일자리가 개발되어 연계되고 있다(정기혜 외, 2012: 376). 2014년 말 기준 장애인 복지 일자리 8,850명, 일반형 일자리 4,844명, 시각장애인 안마사 6백 명, 발달장애인 요양보호사 보조 3백 명의 직접고용 일자리를 지원했다(보건복지부, 2015a: 266).

한국장애인고용공단은 장애인의 직업능력개발사업과 장애인고용서비스로 중증장애인 지원고용, 중증장애인 인턴제, 장애인 표준사업장 설립 지원, 근로지원인사업 등 다양한 사업을 실시한다. 중증장애인 지원고용은 중증장애인을 대상으로 '선배치·훈련 후고용' 방식을 적용하고 직무지도원을 같이 파견해 사업장 적응을 지원하는 사업이다(2015년 2,856명 지원). 중증장애인 인턴제는 고용률이 낮은 특정 장애유형의 중증장애인을 대상으로 인턴근무를 제공해 직무 적응능력 향상 및 정규직 전환을 지원하는 제도다(2015년 신설, 241명 수료). 근로지원인사업은 중증장애인 근로자에게 근로지원인을 파견해 직장 내 이동 및 업무를 지원하는 사업으로, 2015년 611명의 근로지원인이 923명의 중증장애인 근로자에게 서비스 지원을 했다(고용노동부, 2016: 114).

5) 거주시설

장애인에 대한 주거지원서비스는 장애인생활시설을 중심으로 무연고 저소득 장애인이 시설에 입소·생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련 등의 포괄적 서비스를 제공받는 시설서비스를 의미한다(정기혜 외, 2012: 377). 장애인 거주서비스는 "거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설"(〈장애인복지법〉 제58조 1항)로

〈표 15-12〉 장애인거주시설 연도별 현황

(단위 : 개, 명)

연도	장애인 거주시설		장애인거주시설[1] (지체, 시각, 청각·언어, 지적, 중증장애인요양, 장애영유아)		장애인 단기보호시설		공동생활 가정	
		입소자수		입소자수		입소자수		입소자수
1990	118	12,759	118	12,759	-	-	-	-
1995	166	14,421	166	14,421	-	-	-	-
2000[2]	273	17,215	195	17,215	15	-	63	-
2005	657	19,668	265	19,668	61	-	331	-
2010[3]	1,144	28,593	452	24,395	103	1,438	589	2,760
2015	1,484	31,222	626	26,775	141	1,548	717	2,899

주 : 1) 2011년 〈장애인복지법〉 개정으로 장애인거주시설은 장애인거주시설, 장애인 단기거주시설, 장애인 공동생활가정 포함. 2011년 이전 현황도 2011년 〈장애인복지법〉 개정으로 거주시설 기준 따름.
2) 장애인 단기보호시설, 공동생활가정수는 2002년 현황.
3) 장애인 단기보호시설, 공동생활가정 입소자수는 2012년 현황.

자료 : 보건복지부, 2001; 2005; 2007b; 2010b; 2011b; 2016a.

2011년 〈장애인복지법〉 개정 이후 장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설, 장애영유아 거주시설 외에 장애인 단기거주시설, 장애인 공동생활가정이 포함되었다.

장애인거주시설의 경우 1990년 118개소의 시설에 1만 2,759명의 장애인이 입소해 생활했고, 2000년에 195개 시설에 1만 7,215명 장애인이 입소·생활했으며, 2010년 452개 시설에 2만 4,395명, 2015년에 626개 시설에 2만 6,775명의 장애인이 입소·생활했다. 약 35년간 시설수는 5배 증가했고, 입소장애인수는 약 2배 증가한 수준으로 양적 증가는 크지 않다. 이는 보편적 돌봄서비스의 하나라기보다 무연고 저소득 장애인을 중심으로 운영하는 '시설'로서의 정체성을 유지했기 때문이다(〈표 15-12〉 참조).

최근 장애인거주시설은 시설의 소규모화, 이용자 입장에서 서비스 질의 최저기준 보장의 방향으로 변화를 경험하고 있다. 향후 지역사회생활로의 전환이 유연하고 보편적으로 선택할 수 있는 거주지원 서비스로의 변화를 모색할 필요가 있다. 2012년부터 포함된 단기거주시설, 장애인 공동생활가

정은 2015년 기준 단기보호시설 141개소에 이용장애인 1,548명, 공동생활가정 717개소에 이용장애인 2,899명이 이용한다.

6) 지역사회 재활서비스

장애인 지역사회 재활시설은 지역사회를 기반으로 장애인에 대한 전문적 상담·치료·훈련을 지원하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설이다(〈장애인복지법〉 제58조). 장애인 복지관, 주간보호시설, 장애인체육시설, 수련시설, 생활이동지원센터, 수화통역센터, 점자도서관, 점자도서 및 녹음서 출판시설, 재활치료시설로 구분된다. 1982년 장애인 복지관 개관, 1984년 맹인심부름센터 운영, 1993년 장애인종합복지관 분관 설치·운영, 1996년 주간 및 단기보호시설 운영, 1997년 장애인 공동생활가정 설치·운영이 이뤄졌다(보건복지부, 2016b: 10~23). 2000년 초·중반을 중심으로 장애인 복지관의 증가가, 2000년 후반부터 주간보호시설의 양적 증가가 이루어졌다.

2015년 현재 장애인 복지관 224개소, 장애인 주간보호시설 625개소, 체육시설 30개소, 생활이동지원센터 156개소, 수화통역센터 193개소로 총 1,248개소의 복지시설에서 서비스를 제공한다. 이러한 지역사회 재활시설 운영은 2005년 지방이양 되었으며,[24] 향후 지역별 특성을 반영해 시설 운영과 관리가 이루어지게 되었다(정기혜 외, 2012: 381) (〈표 15-13〉 참조).

---

24) 2005년 장애인 복지 지방이양 사업은 ① 장애인 복지관 운영 ② 장애인재가복지센터 운영 ③ 장애인 주간보호시설 운영 ④ 장애인 단기보호시설 운영 ⑤ 공동생활가정 운영 ⑥ 의료재활시설 운영 ⑦ 장애인체육관 운영 ⑧ 시각장애인심부름센터 운영 ⑨ 시각장애인 재활·학습지원센터 운영 ⑩ 청각장애인(수화통역센터 운영) ⑪ 지적장애인 자립지원센터 운영 ⑫ 장애인해피콜봉사센터 운영 ⑬ 장애인특별운송사업 ⑭ 편의시설설치 시민촉진단 ⑮ 청각장애아동 달팽이관수술 ⑯ 여성장애인 가사도우미 ⑰ 장애인생활시설 운영 ⑱ 장애인 직업재활시설 운영 ⑲ 장애인 복지관 기능보강 ⑳ 장애인체육관 기능보강 ㉑ 장애인 지역사회 재활시설차량 ㉒ 장애인생활시설 치과유니트 ㉓ 지체장애인편의시설센터 운영 ㉔ 장애인정보화지원센터 운영 등이다.

〈표 15-13〉 장애인 지역사회 재활시설 연도별 현황

(단위 : 개)

연도	계	장애인 복지관 (종합·단종)	장애인 주간보호 시설	체육시설 (체육관)	생활이동 지원센터	수화통역 센터	점자도서관 및 점자도서 출판시설
1990	26	26	-	-	-	-	-
1995	37	37	-	-	-	-	-
2000[1)]	230	78	61	13	40	38	-
2005	643	130	259	22	124	108	-
2010	991	191	443	27	154	176	-
2015	1,248	224	625	30	156	193	20

주 : 1) 체육시설, 생활이동지원센터, 수화통역센터의 수는 2002년 현황.
자료 : 보건복지부, 2001; 2005; 2007b; 2010b; 2011b; 2016a.

장애인 복지관은 장애인에 대한 각종상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회 생활에 필요한 종합적 재활서비스를 제공하고 장애인에 대한 사회적 인식개선사업을 수행하는 시설(〈장애인복지법〉 시행규칙, 별표 4)이다. 상담 및 사례관리, 재활서비스 제공, 가족지원 등 서비스를 제공하고 지역 장애인의 특성과 복지욕구에 맞는 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 자원봉사자 활용, 지역 내 복지자원 동원 등 지역사회의 자원을 개발, 활용하고 있다.

장애인 주간보호시설은 일상생활 및 사회생활을 영위하는 데 지원이 필요한 장애인에게 낮 시간 동안 재활프로그램 및 교육 등의 기회를 제공하고, 장애인 가족구성원이 안심하고 사회·경제활동을 영위할 수 있도록 하는 시설로(보건복지부, 2016d: 183), 재활치료사업, 취미생활 지원, 교육지도 등의 프로그램을 운영하며 최소 실인원 10인 이상이 이용하도록 한다.

장애인 체육시설은 장애인이 체육활동을 통해 신체적 기능회복과 재활을 할 수 있도록 돕는 목적으로 설치된 시설로 체육시설 및 관련 프로그램을 제공한다. 장애인의 이용률을 50% 이상 높이도록 규정하며, 지역사회통합 차원에서 지역주민의 이용을 허가한다(정기혜 외, 2012: 380).

생활이동지원센터는 이동에 상당한 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통한 직장 출·퇴근 및 외출보조 기타 이동서비스를 제공함으로써 장애인의 사회활동 기회를 확대하기 위한 시설이다. 운영주체는 사단법인 한국시각장애인연합회 및 시·도지부, 시·군·구 지회이다(정기혜 외, 2012: 380).

수화통역센터는 의사소통에 지장이 있는 청각·언어장애인에 대한 수화통역 및 상담서비스를 제공함으로써 원활한 일상생활 및 사회생활을 도모하기 위한 시설이다. 운영주체는 사단법인 한국농아인협회로, 한국농아인협회에 '수화통역센터 중앙지원본부'를, 시·도협회에 '수화통역센터 지역지원본부'를 두며, 시·군·구 지부에 '수화통역센터'를 두는 식으로 운영한다(정기혜 외, 2012: 380).

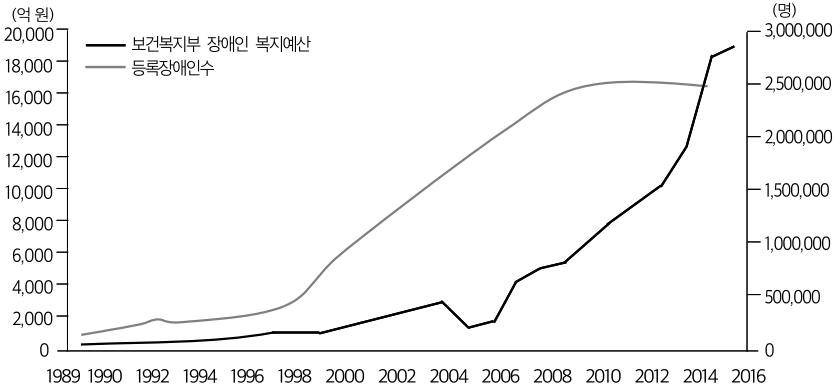
3. 전달체계와 예산

장애인 복지에서의 변화는 자립생활 패러다임의 등장과 장애를 바라보는 관점의 변화, 즉 의학적 모델(장애에 대한 개인 모델)에서 사회적 모델로의 변화에 기인한 것으로 볼 수 있다. 장애인연금(2010) 및 장애인활동 지원제도(2011)는 장애인 복지에서 소득과 돌봄(자립생활 지원)의 주요제도 도입으로 인한 패러다임 변화를 반영한다. 장애인등록제의 경우 의학적 평가를 비롯한 일상생활기능 정도, 환경 및 상황, 개인의 욕구 등에 대한 포괄적 사정을 통한 서비스 연계라는 새로운 체계 도입의 가능성을 고려하게 되었다.

장애인 복지 주무부처인 보건복지부 사업과 지방자치단체 예산을 중심으로 살펴본 장애인 복지 공급총량은 2016년 예산기준 약 3조 507억 원(보건복지부 예산 1조 8천억 원, 지방자치단체 시도비 등 1조 1,500억 원의 합)이

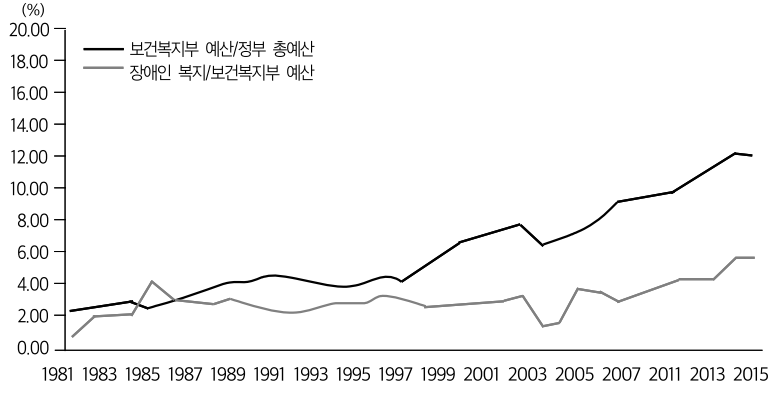
다. 이는 2011년의 1조 8천억 원(보건복지부 예산 8천억 원, 지방자치단체 시도비 등 1조 1백억 원의 합)에 비해서 1억 2천억 원 정도가 증가한 규모이다. 2배 이상 증가한 예산증가의 주요인은 보건복지부의 예산증가로 2011년 이후 5년간 약 1조 원 정도 증가하였다(〈그림 15-3〉 참조).

〈그림 15-3〉 장애인 복지예산 추이(1989~2016년)



주: 일반회계 예산 기준.
자료: 보건복지부, 각 연도; 통계청. KOSIS. 2016. 10. 25 인출.

〈그림 15-4〉 장애인 복지예산의 복지부 예산 대비율(1981~2016년)



주: 일반회계 예산 기준.
자료: 대한민국 정부, 각 연도; 보건복지부, 각 연도.

연도별 복지부 예산 추이를 보면, 1981년 14억 원, 1991년 333억 원, 2001년 1,786억 원, 2011년 8,044억 원, 2016년 1조 8,923억 원으로 증가하고 있다. 〈그림 15-3〉은 장애인 복지예산과 등록장애인수의 연도별 추이를 보여주는데, 2000~2010년까지의 예산규모가 비교적 완만한 증가를 보이는 기간은 1차 및 2차 장애범주 확대로 인해 등록장애인수도 증가하고 있다. 그러나 2010년 이후의 예산을 보면 등록장애인수의 증가는 없으나(다소 감소하는 경향임에도), 예산증가는 지난 어떤 기간보다 가파르게 나타나고 있다. 이는 장애인연금제도 도입(2010), 장애인활동 지원제도의 도입(2011) 이후의 현상으로 장애에 대한 소득과 돌봄지원 제도의 도입 및 확대가 예산증가의 주 견인차 역할을 한 것으로 볼 수 있다.

장애인 복지예산의 보건복지부 전체예산 대비율을 보면 1990년 2.57%, 2000년 2.69%, 2010년 3.33%, 2012년에 4.25%, 2015년 5.85%로 역시 2010년 이후 증가세를 보이고 예산규모는 보건복지부 예산 대비 5~6% 수준이다(〈그림 15-4〉 참조).

17개 시도의 장애인 복지담당과 예산을 보면 2016년 장애인 복지담당과 전체예산은 2조 8,500억 원으로, 2011년의 1조 7,300억 원에 비해서 약 65% 증가한 수준이다. 소득지원 및 돌봄예산(시도 자체사업 포함)은 2011년 8천 7백억 원에서 2016년 1조 5천억 원으로 80% 증가한 수준으로 전체예산에 비해 더 큰 증가율을 보인다. 그러나 소득지원 및 돌봄예산 중 시도 자체예산(국비예산 제외하고, 시도 매칭예산과 자체사업 예산)의 비중은 2011년 29%에서 2016년 26% 수준으로 낮아졌다. 이는 장애인연금, 장애수당 및 활동지원 서비스예산 증가가 시도 장애인 복지예산 증가의 주동력이자 장애인 복지예산 내 차지하는 비중이 커지고 있음을 보여주며, 그럼에도 불구하고 여전히 중앙정부 지원 비중이 큼을 보여준다(〈표 15-14〉 참조).

장애인 복지서비스 제공인력을 보면, 장애인복지기관 종사자수는 2000년 1만 2천 명에서 2015년 2만 9천 명으로 늘어나 15년 동안 약 2.4배 증가했

다. 반면 사회서비스 도입에 따른 활동지원인과 발달재활사업 서비스 제공 인력은 2010년 2만 명에서 2015년 6만 5천 명, 2010년 3천 명에서 2015년 1만 명 수준으로 각각 5년간 3배로 증가하는 등 급속한 증가율을 보였다. 이러한 인력구조의 변화는 일면 장애인 복지서비스 인력규모가 커지고 다양한 인력진입이 가능하여 장애인 개별 욕구에 부응하기 용이해진 반면,

〈표 15-14〉 시·도 장애인 복지예산 규모와 소득·돌봄 지원사업 비중 (2011, 2016년)

(단위: 억 원, %)

구분	2011년		2016년	
	장애인 복지담당과 예산[1)]	소득·돌봄 지원사업 예산비율[2)]	장애인 복지담당과 예산	소득·돌봄 지원사업 예산비율
서울	3,765	45.8	6,361	51.9
부산	1,306	56.0	2,362	62.1
대구	1,125	51.3	1,914	54.6
대전	821	42.1	1,447	47.6
광주	767	54.0	1,362	54.0
울산	795	36.8	795	36.8
인천	1,041	45.0	1,435	61.5
경기	1,715	58.7	2,702	67.1
강원	551	52.4	896	56.4
전북	771	60.3	1,299	59.4
전남	886	62.5	1,334	63.9
충북	672	45.0	1,013	52.4
충남	751	51.2	1,202	53.8
경북	928	56.6	1,741	51.0
경남	891	62.6	1,668	62.0
제주[3)]	511	25.4	879	33.9
세종[4)]	-	-	149	41.8

주: 1) 일반회계 기준, 예산액은 천만 원 단위 이하는 절사.
2) 소득·돌봄 지원사업 예산비율 = (소득·돌봄 지원사업 예산 / 장애인 복지담당과 총예산) × 100
소득·돌봄 지원사업: (소득) 장애인연금, 장애(아동)수당, 의료비지원, 교육비지원,
(돌봄지원) 활동지원 사업, 발달재활사업, 언어발달바우처 지원사업
3) 제주: 도, 시의 장애인 복지담당과 예산을 모두 포함.
(소득지원, 활동지원 사업 등 예산이 시예산에만 포함)
4) 세종: 2011년 자료 없음 (2012년 출범).
자료: 장애인복지담당과(16개 시·도), 2011; 장애인복지담당과(17개 시·도), 2016.

〈표 15-15〉 장애인 복지기관 종사자, 활동지원인, 발달재활사업 서비스 제공 인력 연도별 추이

(단위 : 명)

연도	전체	장애인 복지기관 종사자수									활동 지원인	발달 재활 사업 서비스 인력
		거주 시설 종사자	지역사회재활시설 종사자									
			계	복지관	의료 재활 시설[2]	주단기 보호시설, 공동생활 가정[2]	체육관	심부름 센터	수화 통역 센터	기타[3]		
2000[1]	12,112	8,200	3,912	2,760	371	316	61	282	122	-	-	-
2005	16,146	9,038	7,108	3,811	472	1,481	260	648	436	-	-	-
2010	23,500	12,689	10,811	5,372	921	2,652	312	870	684	-	20,411	3,098
2015	29,398	17,368	12,030	6,423	994	2,291	388	959	877	98	65,258	10,180

주 : 1) 2000년 지역사회재활시설 종사자 현황은 2002년 자료.
2) 2011년 〈장애인복지법〉 개정으로 2012년 이후 장애인 단기거주시설, 장애인 공동생활가정은 장애인거주시설로 포함, 의료재활시설은 지역사회재활시설에서 제외.
3) 기타시설: 점자도서관 및 점자도서출판시설(34개소).
4) 종사자수는 〈보건복지통계연보〉(보건복지부, 각 연도)를, 활동지원인, 발달재활사업 서비스 인력은 《보건복지백서》(보건복지부, 각 연도)를 참고.

기관종사자 외 서비스 제공인력에 대한 자격관리, 지속적 서비스 질 관리가 요구되기도 한다. 또한 활동지원인 및 발달재활사업 인력의 경우 시간당 단가가 낮은 저임금 근로가 지속된다면 모니터링이 이루어지는 것과 별개로 서비스 질의 저하를 가져올 수 있어 이에 대한 고려가 필요하겠다(〈표 15-15〉 참조).

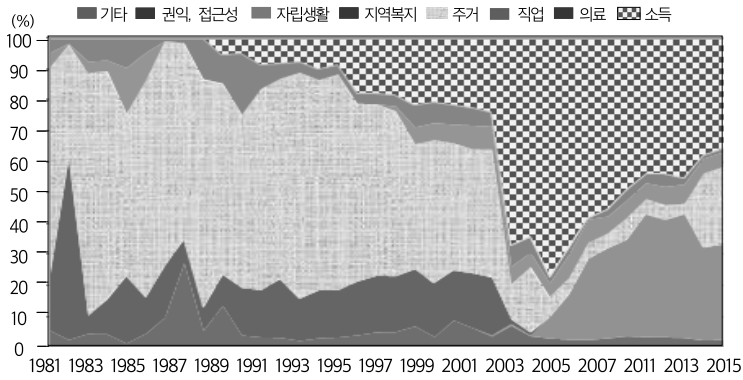
4. 맺음말: 쟁점과 함의

장애인 복지는 1990년대 이후 인구 및 예산규모에서 양적으로 성장해왔으며, 2000년 전후에 도입된 장애인 자립생활 패러다임의 영향[25]을 반영하여 장애에 대한 소득보장(장애인연금제), 돌봄 및 자립생활 지원제도(장애인활동 지원제도)의 도입으로 장애인 복지의 구조적 틀을 마련했다. 1990년부터 2000년대 중후반까지 등록장애인수 증가, 예산규모 증가, 장애인 복지서비스 제공기관의 유형 확대와 증가 등 양적 성장을 하였고, 2010년 이후에는 장애연금과 장애인활동 지원제도의 도입으로 인한 또 따른 성장을 하였다고 볼 수 있다. 이는 다면화된 장애평가의 수용과 적용, 장애인에 대한 개별화 지원의 시작과 확대, 장애유형별 특성화된 지원, 공급의 다양화와 서비스 인력의 전문성 및 서비스 질 관리 문제의 대두 등의 변화를 가져왔다.

2010년 이후를 소득과 돌봄지원에 집중한 기간으로 볼 수 있는데 장애인에 대한 실질적 예산집행 주체인 지방자치단체 장애인 복지예산에서 소득과 돌봄지원 예산비중의 확대(소득 및 돌봄지원 예산이 장애인 복지담당과 예산 내 차지하는 비중의 증가)로 확인할 수 있다. 개별화 지원의 확대와 소득 및 돌봄지원 예산의 증가는 향후 계속될 것으로 보이는데, 제도운영의 투명성

25) 장애인 복지 패러다임의 변화는 1980년대와 1990년대 초까지는 시설(공급자) 중심의 재활 패러다임이 지배적이었다면 2000년대 중반 이후에는 이용자 중심의 자립생활 패러다임의 영향력이 커지는 것으로 볼 수 있다(〈그림 15-5〉, 〈표 15-16〉 참조). 1990년대 초까지는 생활시설 중심의 주거지원과 지역복지의 비중이 압도적으로 높았으며, 1990년대 중반 이후 현재에 이르기까지 소득보장(장애인연금, 장애수당), 주거지원(생활시설), 지역복지가 장애인 복지의 3대 영역으로 자리매김을 해왔다. 특별히 2000년대 중반 이후부터는 자립생활지원서비스의 비중이 급격히 높아지는 추세를 보여주고 있다. 이러한 예산비중의 변화는 전체적으로 장애인생활시설, 장애인 복지관 등 기관을 중심으로 제공되던 장애인 복지가 점차 장애인연금(장애수당), 장애인활동 지원제도와 같이 장애인 개인에 대한 소득보장과 욕구에 기반한 수요자 중심의 사회서비스 제공으로 점차 변모되고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다(정기혜 외, 2012: 382~383).

〈그림 15-5〉 장애인 복지예산 항목 구성비 추이 (1981~2016년)



〈표 15-16〉 장애인 복지예산 항목 구성비 추이(1981~2016년)의 예산 항목 분류

구 분	예산 항목
소득	장애수당(생계보조수당), 장애아동부양수당, 중증장애인 기초장애연금, 자립자금융자(자립자금 이자 및 손실 보전), 장애인자녀학비지원, 교육재활사업, 대여자금이차보전 및 보험료
의료	장애인등록 진단비, 장애인 의료비 지원, 장애인 의료재활시설 기능보강, 의료재활사업, 재활보조기구교부, 의료시설지원, 의료재활시설 기능보강·신증축, 장애인 치과유니트지원
직업	장애인일자리지원, 혼혈인직업훈련비, 장애인 직업재활, 중증장애인 직업재활, 직업재활시설운영비, 장애인생산품판매시설운영지원(장애인 생산품 인증제), 직업재활시설 기능보강 등
주거	공동생활가정, 장애인생활시설 운영비(거주시설 운영지원), 생활시설기능보강 등 (장애인 복지시설 기능보강)
지역복지	장애인체육관 운영지원, 장애인체육관 기능보강·신증축, 이용시설 운영지원(복지관 등), 주단기보호센터 운영지원, 재가복지봉사센터 운영지원, 이외기관 운영지원(시각, 청각), 부랑인시설 운영지원, 장애인 복지관 기능보강·신증축, 이외기관 기능보강·신증축, 장애인 복지시설 운영지원, 장애인 지역사회재활시설 확충, 기타 시설지원, 부랑인시설 증개축, 정신질환시설
자립생활	자립생활지원 사업모델-중증장애자립생활 지원, 기타(여성장애인 출산비용 지원 등), 장애인선택적복지-장애인사회활동 지원(활동지원), 장애아동·가족지원(장애아동바우처), 장애인장기요양 보장, 발달장애인 지원(2013~), 중증장애인 자립생활시범사업
권익, 접근성	〈장애인차별금지법〉 홍보, 모니터링, 편의시설 지원, 장애인운전교육장 임차 및 순회교육(2011년~)
기타	종합판정심사운영을 위한 연구, 시범사업 외, 등급심사제도 운영, 장애인지원 관리, 장애인복지프로그램 지원, 장애인차량지원프로그램 개발, 국내외 여비, 장애인복지기본사업비, 기타 프로그램, 자산취득비, 관서운영비, 사업홍보 등, 장애인실태조사, 민간단체지원 (2010년~ 장애인개발원), 장애인단체 지원(2010~), 전국장애인체육대회 지원, 장애인올림픽대회 지원

자료: 유근춘·변용찬 외, 2008: 92 수정.

제고, 서비스 질 관리를 위한 체계 구축 등 제도운영의 지속성을 담보할 수 있는 노력이 필요할 것이다. 또한 지역사회를 기반으로 하는 보건·복지 인프라 구축과 편의제공의 확대, 인권침해 예방과 발생 최소화 노력 등 예방적 인프라의 구축과 내실화가 필요한 것으로 보인다.

향후 장애인구의 노령화로 인해 노인복지와의 연계영역이 커지고 가속화될 것으로 보이는데 연령과 장애를 종합적으로 고려한 접근이 필요할 것으로 보인다. 고령화된 장애인(*Aging with disability*)과 달리 노화과정 장애인(*Aging into disability*)의 경우 기초노령연금(소득지원), 노인장기요양보험(돌봄지원)의 이용으로 장애인등록제로의 유인은 부족해 보이며 이는 등록장애인의 감소경향으로 나타날 수 있다. 장애 패러다임 영향을 수용한 제도 이용을 연령기준으로 단절하는 것에 대한 논의가 필요할 수 있다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국민건강보험공단(2014). 〈노인장기요양보험통계연보〉. 서울: 국민건강보험공단.

국민연금공단(2000). 〈국민연금통계연보〉. 서울: 국민연금공단.

_____(2005). 〈국민연금통계연보〉. 서울: 국민연금공단.

_____(2010). 〈국민연금통계연보〉. 서울: 국민연금공단.

_____(2015). 〈국민연금통계연보〉. 서울: 국민연금공단.

고용노동부(2016). 《고용노동백서》. 서울:고용노동부.

김동기·송성민 외(2015). 〈장애인활동 지원제도 5년의 진단과 향후 5년의 대안을 말하다〉. 장애인활동 지원제도 토론회 자료집. 서울: 한국장애인자립생활센터총연합회.

김성희·변용찬·손창균·이연희·이민경·이송희 외(2011). 〈2011년 장애인실태조사〉. 보건복지부·한국보건사회연구원.

_____ · 변경희 · 황주희 · 이연희 · 오미애 · 이송희 외(2013). 〈중증장애인 보호 종합대책 수립을 위한 정책 연구〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
_____ · 이연희 · 황주희 · 오미애 · 이민경 · 이난희 외(2014). 〈2014년 장애인실태조사〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
_____(2014). "중증장애인의 활동지원서비스 이용 실태와 정책과제". 〈보건복지포럼〉, 통권 217호, 7~17.
대한민국 정부. 〈예산 총칙안〉. 각 연도(1981~2016).
법제처(1990). 〈장애인 고용촉진 등에 관한 법률〉. 1990. 1. 13 제정. 법률 제4219호.
_____(2015). 〈장애인복지법〉. 2015.6.22 일부개정. 법률 제13366호.
변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 최미영 · 계훈방 · 권선진 외(2005). 〈2005년 장애인실태조사〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
_____ · 김성희 · 윤상용 · 강민희 · 손창균 · 최미영 외(2008). 〈2008년 장애인실태조사〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
_____ · 김성희 · 윤상용 · 이송희 · 조흥식 · 김동범 외(2010). 〈장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 및 평가 연구〉. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
보건복지부(2007a). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2008). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2009). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2010a). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2011a). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2012). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2013). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2014). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2015a). 《보건복지백서》. 서울: 보건복지부.
_____(2001). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2005). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2007b). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2010b). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2011b). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2015b). 《보건복지 70년사》, 제3권. 서울: 보건복지부.
_____(2016a). 〈보건복지통계연보〉. 서울: 보건복지부.
_____(2016b). 〈장애인복지사업안내〉(Ⅰ). 서울: 보건복지부.
_____(2016c). 〈장애인복지사업안내〉(Ⅱ). 서울: 보건복지부.

_____(2016d). 〈장애인복지시설사업 안내〉. 서울: 보건복지부.
_____(2016e). 〈장애인연금사업 안내: 장애수당 및 장애아동수당 포함〉. 서울: 보건복지부.
_____(2016f). 〈장애인활동 지원사업 안내〉. 서울: 보건복지부.
_____(2016g). 〈장애아동가족 지원사업 안내〉. 서울: 보건복지부.
_____(2016h). 〈노인보건복지사업 안내〉(Ⅰ·Ⅱ). 서울: 보건복지부.
_____. 〈세입세출예산사업별 설명서: 보건복지 일반회계〉. 각 연도(1981~2016).
유근춘·변용찬·윤상용·이민경(2008). 《보건복지예산 현황과 전망 2008: Ⅰ 분석편》. 서울: 한국보건사회연구원.
_____(2008). 《보건복지예산 현황과 전망 2008: Ⅱ 통계편》. 서울: 한국보건사회연구원.
윤상용·이민경(2010). "지난 30년간(1981~2010년) 보건복지부 소관 장애인복지예산 분석: 규모의 적절성과 패러다임 변화에 대한 논의를 중심으로", 〈재활복지〉, 통권 33호, 115~140.
_____(2013). "장애인 소득보장체계 구축 방안". 〈보건복지포럼〉, 통권 206호, 28~34.
이혜경·이진숙·이가은(2014). 〈직업재활시설 실태조사 및 운영개선 연구〉. 서울: 한국장애인개발원.
장애인복지담당과(16개 시·도)(2011). 〈세입세출예산사업별 설명서: 일반회계〉.
_____(17개 시·도)(2016). 〈세입세출예산사업별 설명서: 일반회계〉.
정기혜 외(2012). 《주요국의 사회보장제도: 한국》. 서울: 한국보건사회연구원.
한국장애인고용공단 고용개발원(2016). 《한눈에 보는 2016 장애인 통계》. 서울: 한국장애인고용공단 고용개발원.
황주희·김성희·노승현·강민희·정희경·이주연 외(2014). 〈장애노인대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안〉. 서울: 한국보건사회연구원.

해외 문헌

Dalley, G. (1997). Disability and social policy. In Dalley, G. (Eds.). *Disability and Social Policy*. London: Policy Studies Institute.
Barnes, C. & Mercer, G. (2004). Theorizing and researching disability from a social model perspective. In Barnes, C. & Mercer, G. (Eds.). *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*. Leeds: The Disability Press.
Pike, B., O'Nolan & G., Farragher, L. (2016). *Individualized Budgeting for Social Care Services for People with a Disability: International Approaches and Evidence on Financial Sustainability*. Dublin: Health Research Board.

기타 자료

국립재활원 홈페이지. 지역사회중심사업소개. http://www.nrc.go.kr/nrc/board/nrcHtmlView.jsp?menu_cd=M_02_04_02_01. 2016.12.13 인출.

노인장기요양보험 홈페이지. www.longtermcare.or.kr. 2016.11.30 인출.

보건복지부 홈페이지. 등록장애인 현황(2007~2015). www.mohw.go.kr. 2016.10.25 인출.

사회서비스관리원 홈페이지. http://www.socialservice.or.kr. 2012.1 인출.

통계청 국가통계포털 홈페이지. 전국인구수(추계). http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&arentId=A. 2016.10.5 인출.

_____. 등록장애인수. http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&arentId=A. 2016.10.25 인출.

한국장애인고용공단 홈페이지. 장애인고용의무제도. https://www.kead.or.kr/view/system/system02.jsp. 2016.12.13 인출.

한국장애인개발원 홈페이지. 중증장애인 직업재활사업이란. http://vr.koddi.or.kr/service/ser_intro.jhtml. 2016.12.13 인출.

Wikipedia. Community Based Rehabilitation. https://en.wikipedia.org/wiki/Community-based_rehabilitation. 2016.12.13. 인출.

16
아동 및 보육서비스

1. 머리말

우리나라에서 제공하는 아동대상 복지서비스는 크게 요보호아동을 대상으로 하는 서비스와 모든 가정의 아동을 대상으로 하는 보육서비스(*child care*)로 구분할 수 있다. 요보호대상 아동은 빈곤, 이혼, 부모의 사망 등의 이유로 보호자가 없거나, 보호자로부터 이탈된 아동과 학대로 인해 보호자의 양육능력이 제한되는 경우의 아동을 의미한다(〈아동복지법〉 제 3조). 요보호대상 아동은 일시적으로 시설이나 가정과 유사한 환경에서 보호 또는 치료서비스를 제공받거나, 장기시설에서 보호 및 치료서비스를 제공받거나, 입양을 통한 영구적 가정에 배치되는 등의 보호서비스를 받게 된다. 보육서비스는 모든 가정의 아동을 대상으로 부모의 역할 일부를 보충해 주는 서비스라고 할 수 있다(오정수 · 정익중, 2013: 411). 이 장에서는 아동대상 서비스와 관련하여 요보호대상의 아동복지서비스와 보육서비스를 모두 포괄하여 살펴보고자 한다.

1) 아동대상 복지서비스의 역사

아동대상 복지서비스는 해방과 한국전쟁 이후 발생한 전쟁고아, 기아, 미아를 대상으로 민간에서 응급보호 기능을 제공한 것이 시초이다. 국가가 유기아동 보호에 대한 책임을 명시한 것은 1960년대 초에 〈생활보호법〉과 〈아동복리법〉을 제정한 이후부터다. 법제정 이후 아동복지시설은 양적으로 확대하기 시작했다. 그러나 이 시기의 아동대상 복지서비스는 대상자, 서비스 내용, 국가의 아동보호에 대한 책임은 제한적이었다. 기아 및 고아 등 특정아동만을 대상으로, 구빈적 성격의 서비스를 제공하는 등 선별주의적 특징을 보였으며(박경자 외, 2013: 516; 오정수 · 정익중, 2013: 73~76; 조복희 외, 2013: 383), 아동보호에 대한 재정지원 기준과 의무에 대해서는 법에 구체적으로 명시하지 않아 국가의 아동보호에 대한 책임은 최소화하고자 하였다(보건복지부, 2016a: 131).

1981년 〈아동복리법〉을 〈아동복지법〉으로 개정하면서 아동대상 복지서비스는 이념적 측면에서 커다란 변화를 가져왔다. 기존에는 특정아동만을 보호대상으로 규정하는 선별주의적 특징에서 일반가정의 아동으로까지 확대하는 보편주의적 서비스를 지향하게 된 것이다(보건복지부, 2016: 131; 오정수 · 정익중, 2013: 73~76). 그러나 실질적 의미에서 보편주의적 서비스가 제공된 것은 아니었다. 1990년대 말까지 아동보호 서비스는 여전히 시설중심의 보호서비스가 제공되는 등 여전히 선별주의적 특징이 강했다(보건복지부, 2016a: 131).

2000년에 〈아동복지법〉은 다시 개정되었다. 개정된 〈아동복지법〉의 가장 큰 특징은 모든 아동의 건강과 행복 및 안전에 대한 보장을 명시하였다는 점이다. 특히 보장의 내용에 아동안전에 대한 기준을 명시하게 된 것이 개정된 〈아동복지법〉의 가장 큰 특징이다. 이는 1991년에 가입한 UN 아동권리협약에 의한 아동안전에 대한 국가의 책임을 공식화하려는 노력의

일환이다. 이와 더불어 아동복지를 위해 전문기관 및 전담인력 배치를 명시하여 아동대상 복지서비스의 국가책임을 강화했다. 특히, 공공부문의 아동복지전담 전달체계 마련은 민간영역에서 다양하게 이루어지는 아동대상 서비스를 공공영역과 연계할 수 있는 체계구축이라는 점에서 커다란 의의가 있다(보건복지부, 2016a: 133).

2) 보육서비스의 역사

보육서비스 또한 저소득층 아동만을 대상으로 선별적 보호기능을 제공한 데서 출발하여, 일반가정의 아동을 대상으로 보편적 보육과 교육을 강조하는 방향으로 발전한 것이 특징이다(보건복지부, 2016a: 178). 우리나라 보육서비스는 1921년 태화기독교 여성관 탁아프로그램이 최초이며, 주대상자는 저소득층 가정의 아동에 국한되었고, 보호위주의 서비스가 제공되었다(박경자 외, 2013: 154). 국가에 의한 보육서비스의 시작은 1991년 〈영유아보육법〉 제정으로 제도적 기반이 마련된 이후부터다. 그러나 당시에는 모든 아동을 대상으로 보육서비스를 제공한 것은 아니었다. 보호자가 아동을 보호하기 어려운 경우에만 보육시설에서 보호하고 교육을 제공할 수 있도록 하는 선별주의적 원칙에 기반을 두었다(국가법령정보센터, 2016a).

1990년대는 보육시설에 대한 수요가 증가하기 시작하였다. 가족구조가 대가족에서 핵가족 구조로 변화되고 취업여성이 증가하였기 때문이다. 이로 인해 보육시설은 양적으로 확대되었다. 그러나, 보육시설의 양적 확대는 질을 고려하지 않고 이루어졌다. 보육서비스의 질 개선 요구는 지속적으로 이뤄졌으며, 정부는 보육서비스의 질적 수준 향상을 위해 〈영유아보육법〉을 전면개정하였다(박경자 외, 2013: 519). 2004년에 〈영유아보육법〉 전면개정은 대상자 및 서비스의 내용이 확대되고, 질 향상을 위한 노

력들이 제도화되었다는 데 커다란 의의가 있다. 보육의 주요 대상자는 보호자의 근로여건이나 질병 등과 같은 양육상황에 대한 조건 없이, 일반가정의 아동에게까지 확대하게 되었다. 보육서비스의 기능 또한 보호와 교육이 동시에 강조되었다(국가법령정보센터, 2016b). 보육의 질적 수준 향상을 위해 보육시설에 대한 관리감독 강화, 평가인증제 도입, 보육관련 정책연구와 프로그램 개발을 위한 보육개발원 설치(현 육아정책 연구소), 보육교사 자격강화 등의 변화를 가져왔다(박경자 외, 2013: 520; 조복희 외, 2013: 388).

2000년대 중반부터 보육정책이 국가의 주요 정책과제가 되면서 정부는 5년 단위의 중장기 보육계획을 수립해 보육서비스를 지속적으로 확대해왔다. 2006년에는 제1차 저출산 고령사회 기본계획의 일환인 제1차 중장기 보육계획인 '새싹플랜 2006~2010'이 발표되었다. 새싹플랜 2006~2010의 주요특징은 국공립 시설 확대를 통해 공공보육을 강화하고, 보육료 지원계층 확대를 통해 보육비용 부담을 완화하고자 노력한 점이다(박경자 외, 2013: 521). 2009년에는 〈영유아보육법〉 일부개정을 통해 보육시설에서의 서비스 제공 외에 가정양육을 지원하는 양육수당이 도입되는 등 보육지원 내용이 다양화되었다(황보영란, 2014: 141). 또한 보육서비스 질 향상을 위한 평가인증제를 활성화하고, 종사자 처우개선과 자격관리를 강화하였다(박경자 외, 2013: 522). 2010년에는 국공립어린이집 확충의 일환으로 공공형 어린이집[1]을 확대하였다.

제2차 저출산 고령사회 기본계획(2011~2015)에서는 보육비용 전액지원 대상을 확대하고, 어린이집 운영시간을 다양화하고, 국공립어린이집을 확대하려는 노력을 지속적으로 기울였다. 보육의 질은 주로 종사자 자격관리 강화와 평가인증제를 통해 지속적으로 확보하고자 하였다. 2011년에는 직

1) 기존 민간어린이집에 인건비 지원하여 국가의 관리감독을 강화하는 방식이다.

장어린이집 설치의무 미이행 사업장의 명단을 공표하는 제도를 법제화하여 2013년부터 공표하였고, 미이행 사업장에 대한 이행명령제도 및 이행강제금 부과가 가능하게 되었다(보건복지부, 2016a: 214). 2012년에는 만 5세 누리과정(어린이집과 유치원 공통과정)을 실시하였으며, 만 0~2세 보육료 또한 전액지원하게 되었다. 2013년에는 국가와 지방자치단체의 보육재원 확보책임과 양육수당 대상을 전 연령·전 계층으로 확대하여(서문희 외, 2014: 28~34) 무상보육 근거를 마련했다. 무상보육을 실시하기 위한 비용을 추계하기 위해 표준보육비용을 조사하고, 누리과정을 만 3~4세까지 확대했다. 예산규모 또한 지속적으로 확대해 2004년 1조 5천억 원에서 2014년 14조 원으로 약 9.3배 증가하였다(서문희 외, 2014: 92).

3) 아동대상 복지서비스와 보육서비스의 최근변화 및 전망

우리나라 아동복지서비스는 사회·경제·인구학적 변동에 따라 아동복지서비스 대상자, 서비스의 방향, 서비스 제공에 대한 책임성이 변화하면서 발전해왔다. 이러한 변화는 아동복지와 관련된 법제정과 개정으로 이어졌다. 향후 아동대상 서비스와 보육서비스는 국가책임을 더욱 강조하게 되고, 보편주의적 특성과 함께, 서비스의 질적 측면 또한 강조될 것으로 전망된다. 특히 우리나라는 1991년 아동권리협약에 비준함으로써 아동보호에 대한 국가책임이 더욱 강조되고 있으며, 아동권리를 실현하기 위한 아동보호체계 개편에 대한 요구가 지속적으로 이루어질 전망이다.

보육서비스의 경우에는 여성의 경제활동참가율 증가와 핵가족화로 인해 아동양육과 관련된 서비스 수요가 계속해서 증가할 것이다. 특히 저출산 고령화 현상으로 아동에 대한 가치가 더욱 중요해지고 있다. 아동의 건강한 성장과 발달에 대한 책임을 가족, 특히 여성에게만 국한하기 어렵기 때문에 보육서비스에 대한 지속적 확대가 이루어질 전망이다.

2. 아동 및 보육서비스 대상

1) 요보호대상 아동규모와 보호현황

부모의 실직이나 빈곤 등으로 발생하는 요보호아동수는 매해 감소하고 있다. 2008년에는 요보호아동수가 9,028명으로 나타났으나 2015년에는 50%가량 감소된 4,503명으로 나타났다. 그러나 요보호대상 아동수는 지방자치단체에서 대안 양육시설로 보호조치가 완료된 아동만을 대상으로 보고하고 있어 실제로 보호가 필요한 아동과는 차이가 있다. 이는 아동보호 발생원인별 접수창구가 다양하고 이를 통합하여 통계를 작성하지 않기 때문이다. 일례로, 아동학대 신고접수는 아동보호 전문기관과 경찰 및 해바라기센터 등을 통해 이루어지고 있고, 각 기관이 신고접수 사례를 서로 고지하지 않는 경우가 발생하기 때문에 실제로 보호가 필요한 아동수를 정확하게 계산하기 어렵다. 아동보호 전문기관은 학대판정 건수 모두에 대해 지방자치단체에 고지하지 않는다.

아동보호 전문기관에 아동학대 신고로 접수된 건수는 2015년 말 현재 1만 9,214건이다. 이 중 1만1,715건은 학대로 판정된 건수이다.[2] 〈표 16-1〉에 제시된 학대로 인한 요보호아동 발생건수 1,094명에 비하면 학대로 인해 보호해야 하는 아동수는 10배 가까이 많은 규모이다(보건복지부·중앙아동보호 전문기관, 2016). 〈표 16-1〉에 제시된 요보호아동수는 시설에 보호조치하는 경우에만 고지하기 때문에 정부에서 제시한 요보호아동수는 실제로 보호가 필요한 아동수에 비하여 과소 추정되어 있다.

2) 학대로 판정된 건수는 동일아동이 재신고된 건수와 여러 행위자에 의해 학대받은 경우를 포함하므로 실제로 학대판정을 받은 아동수와는 차이가 있다. 2015년 12월 학대로 판정되어 아동보호 전문기관이 실제로 보호한 아동수는 8,978명이다(보건복지부, 2016c).

〈표 16-1〉 연도별 발생유형별 요보호아동수

연도	요보호아동의 발생원인										아동학대 판정 (건수)[1]
	소계 (명)	기아	미혼모 아동	미아	비행 가출 부랑	학대	부모 빈곤 실직	부모 사망	부모 질병	부모 이혼 등	
2015	4,503	321	930	26	360	1,094	279	301	122	1,070	11,715
2014	4,994	282	1,226	13	508	1,105	308	450	65	1,037	10,027
2013	6,020	285	1,534	21	512	1,117	338	545	133	1,535	6,796
2012	6,926	235	1,989	50	708	1,122	448	533	166	1,675	6,403
2011	7,483	218	2,515	81	741	1,125	418	536	154	1,695	6,058
2010	8,590	191	2,804	210	772	1,037	586	772	203	2,015	5,657
2009	9,028	222	3,070	35	707	1,051	710	763	230	2,240	5,685

주: 1) 아동보호 전문기관에서 집계하는 아동학대 판정 건수 또한 해바라기 센터나, 다른 신고 접수센터를 통해 판정된 사례를 포함하고 있지 않는 경우도 발생하기 때문에 실제로 학대로 판정된 건수와는 차이가 날 수 있음.

자료: 보건복지부, 2016 f.

요보호아동 보호유형은 시설보호와 가정위탁 비율은 증가하나, 입양비율은 줄어드는 경향을 보이고 있다. 2009년에 시설보호에 보호된 비율은 약 47%였으나, 2015년에는 13%p 증가하여 약 60%에 이른다. 가정위탁 보호 또한 2009년 약 30%였으나, 2015년에는 약 35%로 5%p 증가하였다. 반면에 입양비율은 2009년에 16% 정도에서 2015년에는 5%로 11%p 감소하였다. 소년소녀가정 지원형태는 점차 사라지는 추세이다. 이는 소년소녀가정을 위탁가정보호로 전환하는 정부정책(좌현숙 · 김예성 · 오승환, 2013)의 영향이 크다.

그러나, 〈표 16-2〉 보호유형은 보호조치가 완료된 아동의 경우만을 대상으로 집계하고 있어, 요보호아동 중 가정 내에서 서비스가 제공되고 있는 사례규모를 정확히 파악할 수 없다. 학대피해 아동 보호조치 중 원가정 보호에 해당하는 사례가 2015년 12월말에 8,588건이며, 분리보호 건수가 3,110건, 사망이 17건이다. 분리보호 건수 3,110건 중 1,094건수만이 정부발표의 학대로 인한 요보호 발생건수로 집계되는 셈이다.

현재 우리나라는 보호아동 규모에 대한 정확한 파악이 선행되지 않아 보호현황 또한 정확한 통계가 제공되고 있지 않다. 그러나 정부의 요보호아동

을 대상으로 추진하는 정책현황 자료를 종합하여 대략적인 요보호대상 아동을 추정해 볼 수 있다(박세경 외, 2014). 〈표 16-3〉은 보호가 필요한 아동에게 제공하는 서비스 유형별 보호대상 아동규모를 나타낸다. 이를 바탕으로 보호가 필요한 아동을 추정하면 약 3만~4만 명 정도가 요보호대상 아동이다. 학대피해 아동 중 원가정에서 보호받는 아동까지 합한다면 요보호아동 규모는 대략, 3만 5천 명에서 4만 5천 명 정도로 추정할 수 있다.

〈표 16-2〉 연도별 아동보호 유형별 보호대상 아동규모

연도	학대 판정 보호 유형 (건수)			보호유형 (아동수)				
	원가정 보호	분리 보호[1]	사망	보호유형 계	시설보호	가정위탁	입양	소년소녀 가정
2015	8,588	3,110	17	4,503	2,682(59.6%)	1,582(35.1%)	239(5.3%)	0(0.0%)
2014	7,362	2,649	16	4,994	2,900(58.1%)	1,688(33.8%)	393(7.9%)	13(0.3%)
2013	4,949	1,839	8	6,020	3,257(54.1%)	2,265(37.6%)	478(7.9%)	20(0.3%)
2012	4,542	1,856	5	6,926	3,748(54.1%)	2,289(33.0%)	772(11.1%)	117(1.7%)
2011	4,462	1,595	1	7,483	3,752(50.1%)	2,350(31.4%)	1,253(16.7%)	128(1.7%)
2010	4,108	1,548	1	8,590	4,842(56.4%)	2,124(24.7%)	1,393(16.2%)	231(2.7%)
2009	4,008	1,674	3	10,153	4,767(47.0%)	2,734(26.9%)	1,314(12.9%)	213(2.1%)

주: 1) 2011년 이전 분리보호 건수는 타 기관 의뢰 건수를 포함한 수치.
자료: 보건복지부, 2016 f ; 보건복지부, 2016 c.

〈표 16-3〉 연도별 아동보호 유형별 보호대상 아동규모

연도	소계	소년소녀 가정	입양[1]	가정위탁[2]	아동 복지시설[3]	아동 공동생활[4]
2015	29,694	183	1,057	11,859	14,001	2,594
2014	31,668	292	1,172	13,037	14,630	2,537
2013	32,750	493	922	13,665	15,239	2,431
2012	36,377	796	1,880	15,406	15,916	2,379
2011	38,460	1,020	2,464	16,291	16,523	2,162
2010	37,427	1,327	2,475	14,466	17,119	2,040

주: 1) 입양은 국내 및 해외 입양아동수 포함.
2) 가정위탁은 0세에서 고등학교 재학 중인, 대리양육가정, 친인척 위탁가정, 일반위탁가정 아동수 포함.
3) 아동복지시설은 양육시설, 보호치료시설, 일시보호시설, 자립지원시설, 종합시설에서 보호받는 아동수 포함.
4) 아동공동생활 아동수는 공동생활시설에 입소한 아동 중 대학재학 중인 아동수는 제외.
자료: 보건복지부, 2016 b.

2) 보육서비스 대상자 현황과 이용률

(1) 만 0~5세 영유아 아동수 및 보육서비스 이용률

보육대상 아동은 만 0~5세이다. 〈표 16-4〉는 연령별 아동수와 보육 및 교육기관 이용현황을 나타낸다. 2015년 12월말 기준으로 만 0~5세 아동수는 273만 9,901명이다. 이 중에서 어린이집 이용아동수는 144만 5,417명으로 약 53%가 어린이집을 이용한다. 연령별로 살펴보면, 만 2세 이하 영유아의 어린이집 이용비율이 가장 높으며, 연령이 높아질수록 어린이집 이용비율이 낮다. 이는 만 3세 이상의 경우에는 유치원을 이용하는 비율이 높기 때문이다. 가정에서 양육할 경우 현금을 지원하는 가정양육 수당제도의 도입으로 만 0~2세 영유아의 어린이집 이용비율이 낮아지긴 했으나, 만 0~2세 영유아의 보육기관 이용비율(66%)은 OECD 평균(4%)에 비해 매우 높게 나타났다.

〈표 16-4〉 연령별 보육 및 교육기관 이용아동수 (2015년)

(단위: 명, %)

연령	아동수	어린이집 이용아동수	유치원 이용아동수	어린이집 이용비율	보육 및 교육기관 이용비율	보육 및 교육기관 이용비율 OECD 평균
0~2세	1,302,546	864,596	-	66	66	4
3세	488,716	253,294	172,114	52	87	70
4세	475,519	180,249	249,197	38	90	84
5세	473,120	147,278	260,544	31	86	94
3~5세	1,437,355	580,821	681,855	40	88	76.06
0~5세	2,739,901	1,445,417	681,855	53	78	80.67

자료: 1) 보건복지부, 2016e 재구성.
2) 육아정책연구소, 2015: 2, 〈표 1〉 참조 재구성.

〈표 16-5〉 연령별 가정양육수당 이용아동수 (2015년)

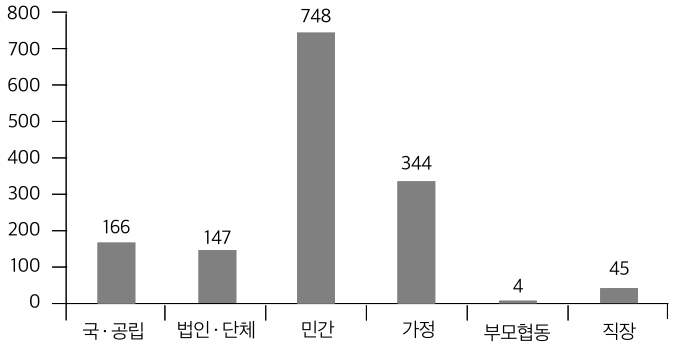
(단위: 명, %)

연령	아동수	가정양육수당 수급아동수	가정양육수당 수급비율
0세	424,563	864,596	91
1세	437,994	253,294	71
2세	439,989	180,249	30
3~6세 미만	180,578	147,278	10

자료: 보건복지부, 2016e 수정.

〈그림 16-1〉 유형별 어린이집 이용아동수 (2015년)

(단위: 천 명)



자료: 보건복지부, 2016e

(2) 가정양육수당 이용아동수

가정양육수당은 보육시설을 이용하지 않을 경우 현금의 형태로 가정 내 양육을 지원하는 프로그램이다. 〈표 16-5〉는 연령별 가정양육수당 이용현황을 나타낸 것이다. 가정양육수당의 지원 대상자는 만 0~5세 아동이며 최대 84개월 미만까지 지원받을 수 있다(보건복지부, 2016e). 보육시설을 이용하지 않고 집에서 양육하는 아동수는 연령별로 다르다. 나이가 어린 영유아인 경우 가정 내 양육을 선택하는 비율이 높다. 만 0세 아동의 경우는 91%가 가정양육을 선택한다. 만 1세까지 가정 내 양육을 선택하는 비율 또한 71%로 높은 편이다. 그러나, 만 2세부터는 가정양육을 선택하는 비율이 급격히 감소한다. 만 2세 아동의 경우는 보육기관 이용비율(약 95%)이 매우 높기 때문이다.

(3) 어린이집 유형별 이용아동수

어린이집을 이용하는 아동의 대부분은 민간어린이집과 가정어린이집을 이용한다. 〈그림 16-1〉은 어린이집 유형별 이용아동 현황을 나타낸 것이다. 민간어린이집을 이용하는 아동수는 약 74만 8천 명이며 전체어린이집 이용

아동의 절반이 약간 넘는 51.5%를 차지한다. 가정어린이집을 이용하는 아동수는 약 34만 4천 명이며, 전체어린이집 이용아동의 23.7%를 차지한다. 어린이집을 이용하는 아동 중에서 국공립어린이집을 이용하는 아동수는 약 16만 6천 명이며 전체어린이집 이용아동의 약 11%로 낮은 비율을 보인다. 부모협동 어린이집을 이용하는 아동수는 약 4천 명으로 가장 적으며, 어린이집 이용아동의 약 0.3%에 불과하다.

3. 아동대상 서비스 및 보육서비스 종류

1) 아동대상 서비스의 종류

현재 우리나라에서 보호가 필요한 아동을 대상으로 제공하는 서비스는 크게 ① 학대아동 보호서비스(*child protective service*), ② 가정위탁 보호(*foster care*)와 입양서비스, ③ 시설보호서비스, ④ 빈곤아동대상 지역사회서비스로 구분할 수 있다(오정수 · 정익중, 2013: 330).

학대아동 보호서비스는 학대받거나 방임된 아동을 보호하기 위해 제공하는 서비스이다. 가정위탁 보호서비스는 친부모가 아동을 양육할 수 없거나, 양육하는 것이 부적절할 경우 일정 기간 동안 대리가정이 아동을 보호하는 서비스이다(오정수 · 정익중, 2013: 330). 입양서비스는 친부모가 아동을 돌볼 수 없거나 이를 원하지 않을 때 해당 아동에게 법률적 과정을 거쳐 입양부모와 친자관계를 만드는 서비스를 의미한다(오정수 · 정익중, 2013: 350). 입양은 영구적 가정에서 보호와 양육을 제공한다는 점에서 위탁가정 보호와 차이가 있다.

시설보호서비스는 가정에서 양육할 수 없거나, 가정에서의 양육이 아동의 건전한 성장과 발달을 저해하는 경우, 보호가 필요한 아동을 시설에 입

소시켜 보호, 양육하는 서비스를 의미한다(오정수 · 정익중, 2013: 389).

빈곤아동대상 지역사회서비스는 교육, 복지, 보건 등의 서비스를 통해서 빈곤아동의 건강한 성장과 발달을 지원하는 서비스를 지칭한다(보건복지부, 2016: 3). 대표적 서비스로 드림스타트, 지역아동센터 서비스 등이 있다. 이러한 다양한 서비스가 배타적으로 제공되는 것은 아니다. 예를 들어 학대피해 아동을 보호하기 위해 단기시설에 배치하여 시설보호서비스 제공한 후, 원가정으로 복귀한 경우에는 지역사회에서 필요한 서비스를 제공하기도 한다.

2) 보육서비스의 종류

보육서비스는 크게 어린이집을 이용하는 경우에 보육비용을 지원하는 보육료 지원제도와 어린이집을 이용하지 않고 가정에서 양육하는 경우 양육비용을 지원해 주는 양육수당 제도 두 가지로 구분할 수 있다. 보육료 지원과 양육수당은 아동가구의 소득수준과는 무관하게 아동의 연령에 따라 차등적인 지원이 이루어진다. 아이돌보미 지원서비스는 가정에서 아이돌보미를 이용하는 경우 아이돌보미 이용비용을 지원하는 제도이다. 이 제도는 아동가구의 소득에 따라 아이돌보미 이용비용을 차등적으로 지원한다.

(1) 보육료 지원

보육료 지원은 만 0~5세 영유아가 보육시설을 이용하는 경우 보육비용을 지원하는 것이다. 가구소득에 따라 차등적으로 지원하지 않고 모든 아동에게 보편적으로 지원한다. 그러나 보육료 지원금액은 아동의 연령, 이용시간(예: 하루에 12시간을 이용할 수 있는 종일반, 6시간을 이용할 수 있는 맞춤반)에 따라 다르다.

2016년 7월부터 시행된 맞춤형 보육제도에서는 만 0~2세 영유아를 대

〈표 16-6〉 보육서비스 이용유형에 따른 지원대상 및 지원금액(2016년)

(단위: 명, %)

유형	(만)연령	지원대상	지원금액	
맞춤형 보육	-	-	종일반	맞춤반(긴급보육 바우처)
	0세	전계층	43만 원	34만 4천 원(6만 원)
	1세	전계층	37만 8천 원	30만 2천 원(6만 원)
	2세	전계층	31만 3천 원	25만 원(6만 원)
보육료 지원	3~5세	전계층	2만 원	
	0~5세 장애아동	장애아동	43만 8천 원	
방과후 보육료 지원	만 12세 이하 취학아동	저소득층	10만 원	

주: 다문화 아동에게도 소득재산에 관계없이 같은 수준의 비용지원.
자료: 보건복지부 홈페이지. 2016. 10. 17 인출.

상으로 부모의 양육여건에 따라 종일반과 맞춤반으로 구분하여 운영하고 있다. 종일반의 경우 취업여부와 임신, 장애, 입원 등과 같은 이유로 가정 내에서 양육하기 어려운 경우에 지원할 수 있다. 그 외의 경우에는 맞춤반을 이용하여야 한다. 맞춤반을 이용할 경우에는 추가적으로 월간 15시간의 긴급보육 바우처를 지원한다. 부모가 아이행복카드(전자 바우처)를 이용하여 결재하면 해당 어린이집으로 이용비용이 정산되는 방식으로 지원된다. 만 3~5세 아동의 경우에는 어린이집과 유치원 중에서 선택하여 이용할 수 있다. 이 경우 이용시설에 관계없이 이용비용을 지원받을 수 있다. 〈표 16-6〉은 보육서비스 이용유형에 따른 지원금액을 나타낸다.

취학아동을 대상으로 보육료를 지원하는 프로그램으로는 방과후 보육료 지원이 있다. 지원대상은 만 12세 이하 초등학교 취학아동 중에서 저소득층 및 장애아동이다. 하루 4시간 이상 방과후 보육을 이용하는 경우에만 월 10만 원을 지원한다.

보육료 지원서비스와 유사한 제도로 아이돌보미 지원서비스 프로그램이 있다. 아이돌보미 지원서비스는 만 12세 미만 아동을 대상으로 아이돌보미를 가정에서 이용할 경우 아이돌보미 이용료를 지원하는 서비스로서 소득계층과 아동연령에 따라 차등적으로 지원한다(여성가족부, 2016).

(2) 가정양육수당 지원

가정양육수당은 어린이집이나 유치원 등의 돌봄서비스를 이용하지 않고 가정에서 양육하는 경우, 양육가정에게 양육비용을 지원하는 제도이다. 84개월 미만의 취학전 아동을 대상으로 하며, 연령별로 차등적으로 지원한다. 장애아동의 경우에는 등록장애인에 한하여 장애아동 양육수당을 지원하며, 농어촌지역에 거주하는 아동에게는 농어촌 양육수당을 지급한다.

가정양육수당 지원금액은 만 0세 아동의 경우 20만 원, 만 1세는 15만 원, 만 2~6세까지는 10만 원이다. 장애아동 양육수당 지원금액은 만 0~2세는 20만 원, 만 3~6세는 10만 원이다. 농어촌 양육수당 지원금액 또한 연령별로 다르며, 최소 10만 원에서 최대 20만 원까지 지원된다. 양육수당별로 자세한 지원금액은 〈표 16-7〉에 제시하였다.

〈표 16-7〉 보육서비스 이용유형에 따른 지원대상 및 지원금액(2016년)

유형	(만) 연령	(월별) 지원금액
양육수당	0세	20만 원
	1세	15만 원
	2~6세	10만 원
장애아동 양육수당	0~2세	20만 원
	3~6세	10만 원
농어촌 양육수당	0세	20만 원
	1세	17만 7천 원
	2세	15만 6천 원
	3세	12만 9천 원
	4~6세	10만 원

자료: 보건복지부 홈페이지. 2016. 10. 17 인출.

4. 아동 및 보육서비스 전달체계

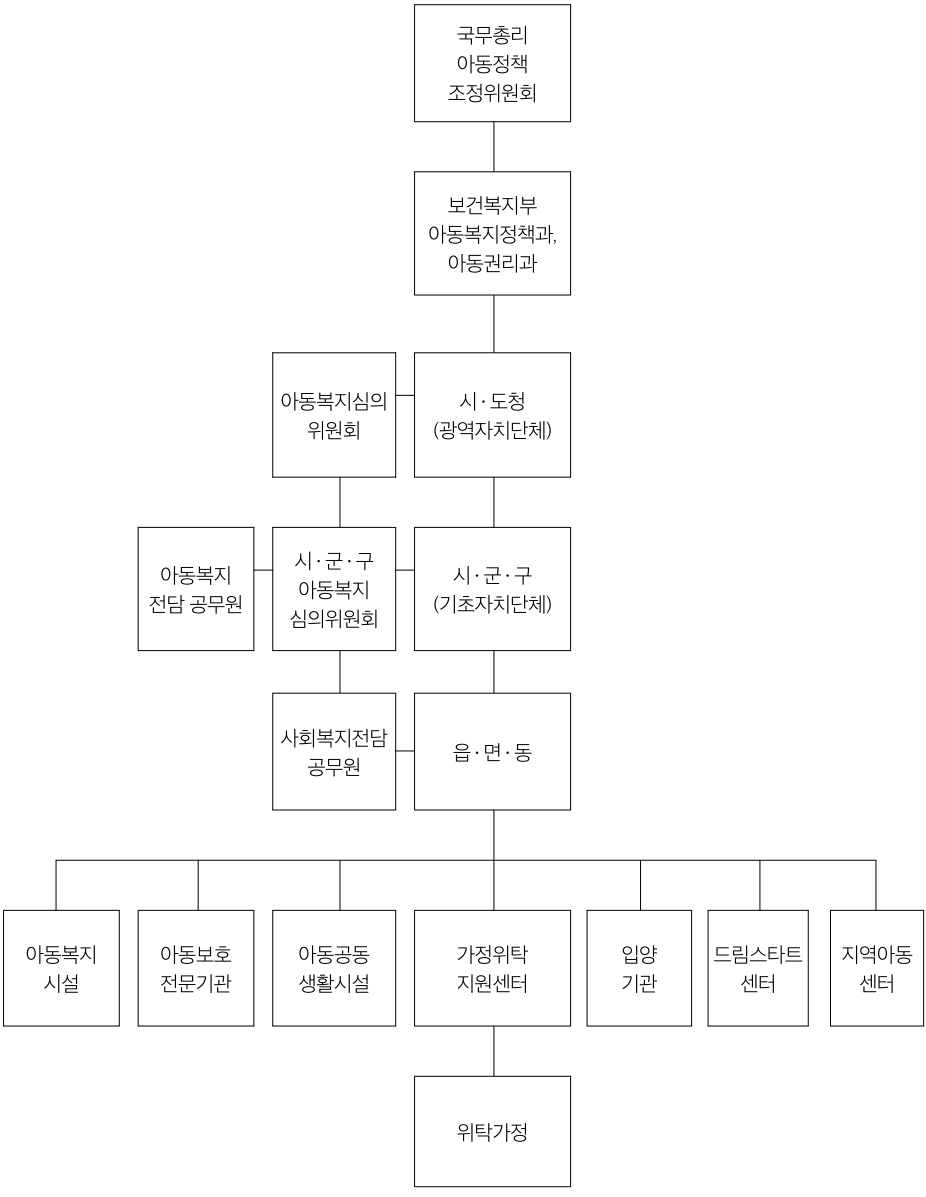
1) 아동대상 복지서비스의 전달체계

(1) 전달체계 현황

아동대상 서비스의 전달체계는 보호대상 아동과 보호서비스를 제공자를 연결하기 위해 운영되는 조직체계를 의미한다. 아동대상 서비스를 제공하는 운영주체에 따라 공공조직과 민간조직으로 나누어 볼 수 있다(오정수 외, 2013: 247). 공공조직은 국무총리 산하 아동정책조정위원회(〈아동복지법〉 제10조), 시도, 시·군·구의 아동복지 심의위원회(〈아동복지법〉 제12조), 아동복지전담 공무원(〈아동복지법〉 제13조), 읍·면·동 단위의 사회복지전담 공무원(〈사회복지사업법〉 제14조)이 있다.

아동정책조정위원회는 아동정책의 기본방향을 정하고, 중앙부처 간 아동관련 사업을 조정하는 것이 주된 역할이다. 아동복지심의위원회는 아동정책시행계획에 관한 사항을 심의하는 것이 주된 역할이며, 보호대상 아동을 선정하고 지원하기 위한 사항을 심의한다. 아동상담 및 보호조치, 아동복지시설에 대한 지도·감독은 아동복지전담 공무원의 역할이며, 사회복지전담 공무원은 사회복지를 필요로 하는 사람 등에 대하여 생활실태 및 가정환경 등을 파악하고, 대상자에게 상담을 제공한다. 민간조직은 서비스 제공대상 아동에게 서비스를 직접적으로 제공하는 조직으로, 아동복지시설, 아동보호 전문기관, 입양기관, 가정위탁지원센터, 아동공동생활 기관, 드림스타트센터, 지역아동센터 등이 있다. 〈그림 16-2〉는 아동대상 서비스 전달체계를 그림으로 나타낸다.

〈그림 16-2〉 아동대상 서비스 전달체계



자료: 아동복지법; 보건복지부, 2016b 재구성.

(2) 서비스 제공기관 현황

아동을 대상으로 서비스를 제공하는 아동복지시설은 아동을 일시적으로 보호하거나 치료하기 위해 입소하거나 장기적으로 양육을 제공하는 시설을 의미한다. 아동복지시설은 ① 아동양육시설, ② 아동보호치료시설, ③ 아동일시보호시설, ④ 자립지원시설, ⑤ 직업훈련시설, ⑥ 종합시설을 포함한다. 2015년 말 현재 아동복지시설은 전국에 281개가 설치되어 있다(보건복지부, 2016b).

아동보호 전문기관은 학대피해 아동보호를 위해 설치된 기관으로, 중앙아동보호 전문기관과 지역아동보호 전문기관이 있다. 중앙아동보호 전문기관은 지역아동보호 전문기관을 지원하는 기관이며, 지역아동보호 전문기관은 학대피해 아동과 학대행위자에 대한 현장조사와 사례관리 업무를 담당하고 있다. 2016년 8월 현재 아동보호 전문기관은 중앙아동보호 전문기관 1개를 포함하여 전국에 57개소가 설치되어 있다(보건복지부, 2016c).

아동공동생활시설은 '그룹홈'이라고도 하며, 요보호아동에게 가정과 유사한 여건을 마련해 보호, 양육, 자립지원 서비스를 제공하는 기관을 의미한다. 2015년 현재 그룹홈은 480개가 설치되어 있다(보건복지부, 2016b). 가정위탁지원센터는 시·도 및 시·군·구의 가정위탁보호 업무를 지원하고 위탁아동이 가정에서 보호, 양육될 수 있도록 지원하는 기관이다. 2015년 말 현재 18개 기관이 설치되어 가정위탁 업무를 지원한다(중앙가정위탁지원센터, 2016). 입양기관은 입양과 관련된 업무를 지원하는 기관이며, 보건복지부가 허가한 주체와 시도가 허가한 주체가 있다. 보건복지부가 허가한 주체는 지역별로 사무소를 두고 입양업무를 운영한다. 2015년 말 현재 입양을 담당하는 기관은 총 30개소이다(보건복지부·아동복지학회, 2015: 122).

드림스타트센터는 지역사회 내의 취약계층 아동의 복합적 욕구를 해결하기 위해 보건 및 교육과 복지영역의 통합적 서비스를 지원하고 지역사회 자원을 연계하는 기관으로 2016년 말 현재 229개 기관이 설치되어 있다

〈표 16-8〉 요보호아동대상 서비스 제공기관 현황(2015년)

구분	아동복지 시설	아동보호 전문기관[1]	아동공동 생활시설	가정위탁 지원센터	입양 기관	드림스타트 센터[2]	지역아동 센터
시설수(개소)	281	57	480	18	30	229	4,102

주: 1) 아동보호 전문기관수는 2016년 8월 기준.
2) 드림스타트센터수는 2016년 말 기준.
자료: 보건복지부, 2016 b ; 보건복지부, 2016 d.

(보건복지부, 2016d). 지역사회 내에서 취약계층 아동을 대상으로 보호 및 교육서비스를 제공하는 기관으로 지역아동센터가 있고, 2015년 말 현재 4,102개소가 설치되어 있다. 〈표 16-8〉은 요보호아동대상 서비스 제공기관 현황을 나타낸다.

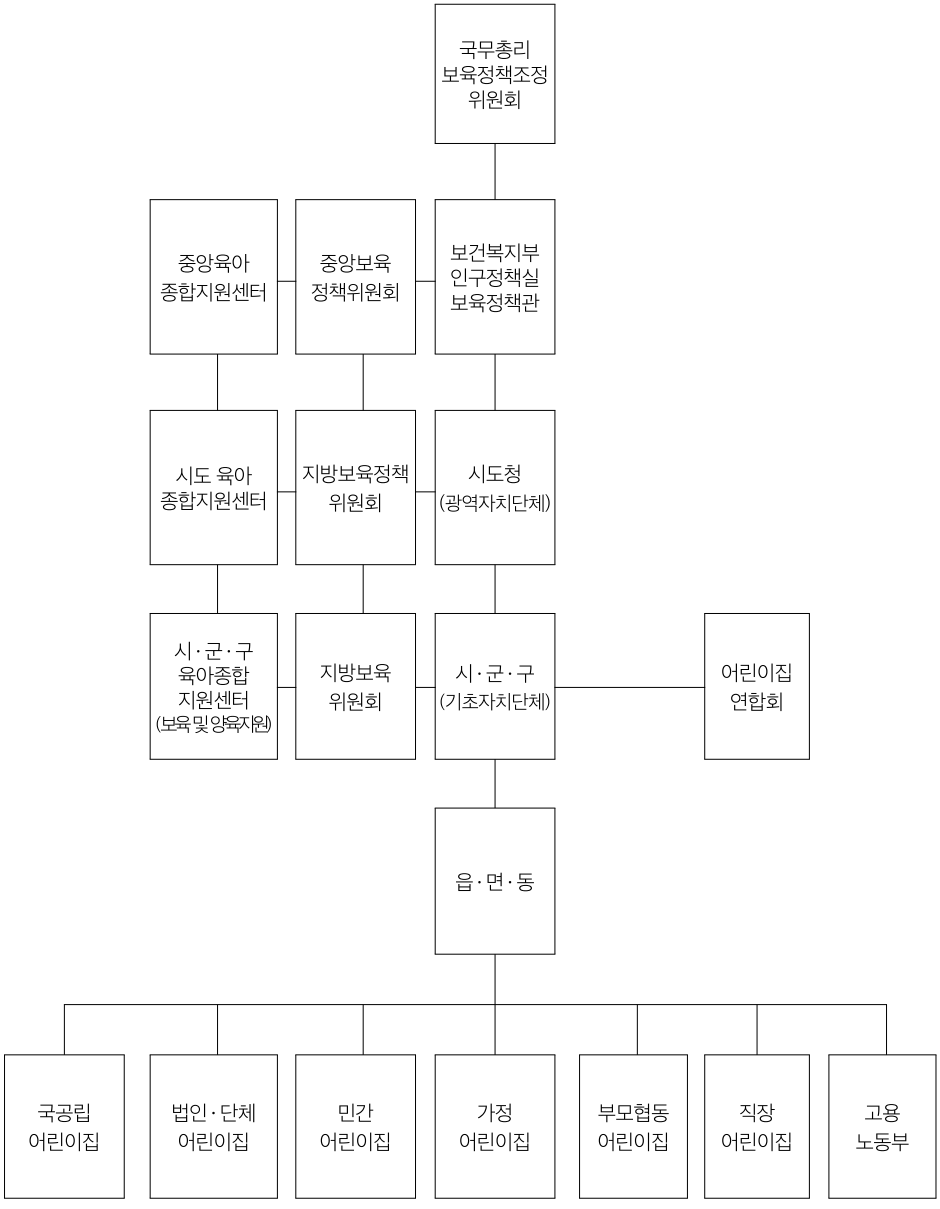
아동복지서비스 전달체계에서 나타나는 문제점은 서비스를 집행하는 전달체계가 분절적으로 운영 관리되지만, 이를 통합하여 총괄하는 주체가 없다는 점이다. 입양서비스, 가정위탁서비스, 아동복지시설, 학대아동 보호서비스는 서로 관련성이 높은 업무임에도 통합적으로 운영되지 않고 개별적으로 운영된다(정익중, 2009: 302). 따라서 아동과 관련한 복지서비스를 전달하는 통합창구 설치가 요구된다.

2) 보육서비스 전달체계

(1) 전달체계 현황

보육서비스 전달체계는 보육서비스 제공자 간 연결 및 보육서비스 이용자와 제공자 간 연결을 위해 운영되는 조직체계를 의미하며, 중앙정부와 지방정부를 포함한 공적 조직체계와 민간서비스 제공기관을 포괄한다(허선 외, 2000: 185). 조직의 역할에 따라 서비스를 직접적으로 전달하는 집행체계와 보육서비스를 지원하고 관리감독하는 관리체계로 나뉜다(허선 외 2000: 186). 〈그림 16-3〉에서 아동 및 부모에게 직접적인 보육서비스를

〈그림 16-3〉 보육서비스 전달체계



자료: 영유아보육법; 신현석 외, 2010: 38~39 재구성.

제공하는 기관인 어린이집의 경우가 집행체계에 해당되며 그 외 조직체계는 관리체계로 볼 수 있다. 관리체계를 좀더 세분화하여 지원체계와 행정체계로 나눌 수 있다(서문희 · 백선희, 2004; 신현석 외, 2010: 38 재인용). 행정체계는 중앙정부의 보건복지부, 고용노동부, 지방정부의 시 · 도청, 시 · 군 · 구와, 국무총리 산하 보육정책조정위원회,[3] 중앙과 지방 보육정책위원회[4] 및 보육위원회가 해당된다. 지원체계는 중앙육아종합지원센터[5]와 보육시설관련 단체가 해당된다(〈그림 16-3〉 참조).

(2) 서비스 제공기관 현황

현재 〈영유아보육법〉에서 규정하는 어린이집은 국공립어린이집, 사회복지법인 어린이집, 법인 및 단체 어린이집, 가정어린이집, 직장어린이집, 협동어린이집, 민간어린이집으로 나뉜다(〈영유아보육법〉 제10조). 어린이집 유형별 현황은 〈그림 16-4〉에 제시하였다. 국공립어린이집은 2,629개소로 전체어린이집(4만 2,517개소)의 6%로 매우 낮은 비율을 차지한다. 법인이나 단체 어린이집 또한 2,248개소로 전체어린이집의 5% 정도이다. 전국에 설치 · 운영되는 어린이집의 대부분은 민간어린이집이나 가정어린이집이다. 민간어린이집의 경우 1만 4,626개소이며 가정어린이집은 2만 2,074개소로 두 유형의 어린이집이 전체에서 차지하는 비율이 약 86% 정도이다. 부모협동어린이집과 직장어린이집은 각각 155개소와 785개소로 전체어린이집 대비 약 2%로 매우 낮은 비율을 보인다.

---

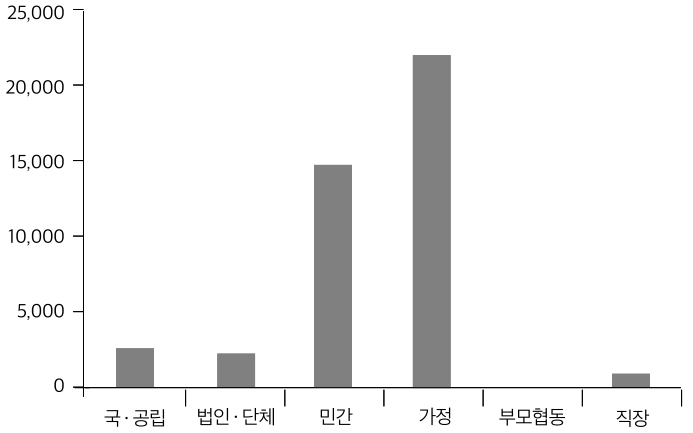
3) 보육서비스와 관련된 사업은 중앙부처 단위에서는 보건복지부, 여성가족부(육아돌봄지원), 고용노동부(직장어린이집), 교육과학기술부(유치원)와 관련되어 있다. 보육정책조정위원회의 역할을 이들 부처간 보육정책을 조정 및 심의하는 국무총리 소속 기구이다(〈영유아보육법〉 제5조).

4) 보육관련 정책 및 어린이집 평가인증 사항을 심의하는 역할을 한다(〈영유아보육법〉 제6조).

5) 육아종합지원센터는 보육관련 정보와 서비스 및 상담을 제공하는 역할을 한다(〈영유아보육법〉 제7조).

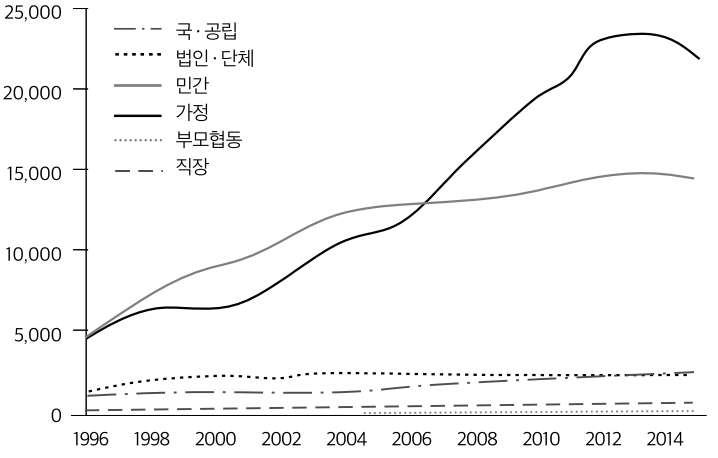
〈그림 16-4〉 어린이집 유형별 설치·운영 현황(2015년)

(단위: 개소)



주: 법인·단체 어린이집은 사회복지법인 어린이집을 포함한 수치.
자료: 보건복지부, 2016e.

〈그림 16-5〉 유형별 어린이집 설치·운영 추세(1996~2015년)



주: 법인·단체 어린이집은 사회복지법인 어린이집 포함.
자료: 보건복지부, 2016e.

1991년 〈영유아보육법〉 제정 이후 어린이집은 꾸준히 증가해왔다. 그러나 대부분의 증가는 민간어린이집과 가정어린이집 증가에 기인한 것이다. 〈그림 16-5〉는 1996년 이후 유형별 어린이집의 증가경향을 그래프로 나타낸 것이다. 국공립어린이집은 2000년대 중반까지 커다란 변동이 없다가 이후 조금씩 증가하였다. 법인·단체 어린이집 또한 커다란 변동이 없으나 최근에 약간 줄어들고 있다. 민간어린이집은 꾸준히 큰 폭으로 증가하였다가 2015년에 감소하였다. 가정어린이집은 매우 큰 폭으로 증가하였다가 2013년 이후 감소하고 있다. 직장어린이집은 2005년부터 완만히 증가하고 있다. 따라서 우리나라 어린이집의 양적 확대는 대부분 민간어린이집과 가정어린이집 위주로 이루어졌다고 할 수 있다.

(3) 보육교직원 현황

〈표 16-9〉는 보육교직원 현황을 나타낸다. 보육교직원수는 민간어린이집과 가정어린이집에서 근무하는 종사자가 가장 많다. 민간어린이집과 가정어린이집 보육교직원은 전체어린이집 종사자수의 약 78.1%이다. 다음으로는 국공립어린이집에 근무하는 보육교직원수가 많으며 전체 보육교직원 대비 9.6%를 차지한다. 사회복지법인을 포함한 법인·단체 어린이집 보육교직원 비율은 8.6%이며 나머지 보육교직원 3.7%는 부모협동 어린이집과 직장어린이집에 종사한다.

기관의 규모를 나타내는 어린이집 1개소당 어린이수는 가정어린이집이 15.6명으로 가장 낮다. 다음으로 부모협동 어린이집이 26.6명이며, 그 외 어린이집은 50명 이상이다. 사회복지법인의 경우가 가장 큰 규모로 어린이집 1개소당 어린이수가 70.5명이다.

우리나라 보육교직원 1인당 아동수는 평균 4.5명이다. 어린이집 유형별로는 가정어린이집의 보육교직원 1인당 아동수가 가장 적은 3.3명이다. 직장어린이집과 부모협동 어린이집 또한 전체평균보다 작은 4.1명과 4.3명

〈표 16-9〉 보육서비스 이용유형에 따른 지원대상 및 지원금액(2015년)

구분	계	국·공립 어린이집	사회복지 법인 어린이집	법인·단체 등 어린이집	민간 어린이집	가정 어린이집	부모협동 어린이집	직장 어린이집
보육 교직원수	321,067	30,823	18,933	8,637	145,724	105,124	970	10,856
비중	100.0	9.6	5.9	2.7	45.4	32.7	0.3	3.4
어린이집 1개당 아동수	34.2	63.0	70.5	56.2	51.1	15.6	26.6	57.0
보육교직원 1인당 아동수	4.5	5.4	5.3	5.4	5.1	3.3	4.3	4.1

자료: 보건복지부, 2016e.

이다. 사회복지법인을 포함한 법인·단체 어린이집과 민간어린이집 및 국공립어린이집의 경우, 보육교사 1인당 아동수는 5.1명에서 5.4명으로 전체평균보다 약간 높다. 보육교직원 1인당 아동수는 보육의 질을 평가하는 중요한 지표 중 하나이다.

보육교직원수 대 아동수 비율을 보다 엄밀하게 측정하려면 연령별로 나누어 살펴보아야 한다. 일반적으로 아동의 연령이 어릴수록 밀착하여 보호가 이루어져야 하기 때문에 아동이 어릴수록 보육교직원 1인당 아동수는 감소한다. 〈영유아보육법〉 시행규칙에도 이를 반영하여 아동연령에 따른 적정 보육교사수를 지정한다(〈영유아보육법〉 시행규칙 별표 2). 만 1세 미만 아동의 경우, 보육교직원수 대 아동수 비율이 1 대 3이며, 만 3세 미만까지는 아동의 연령이 1세씩 증가할 때마다 교육원수는 2명씩 증가한다. 만 3세의 경우 1 대 15, 만 4세는 1 대 20으로 정한다. 그러나 현재 정부에서 제공하는 데이터는 아동의 연령별로 보육교직원수 대 아동수 비율을 제공하고 있지 않아 정확한 현황을 파악하기 어렵다.

5. 아동 및 보육서비스 재정

1) 아동복지서비스 재정

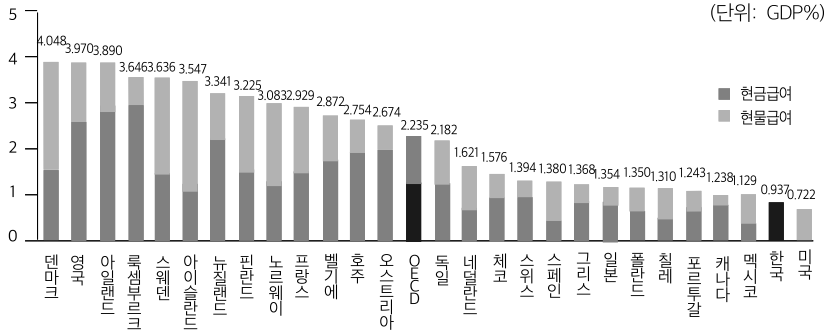
현재 우리나라의 아동대상 복지서비스에 대한 예산은 아동정책에 대한 책임관리 체계가 마련되어 있지 않아 관련 아동정책에 소요되는 비용이 어느 정도인지 파악하고 있지 못하다(오정수 외, 2013: 549). 이 장에서는 아동을 대상으로 하는 복지서비스 지출 규모에 대해 OECD에서 제공하는 아동 및 가족에 대한 복지지출 수준을 제시하고자 한다. 우리나라 아동 및 가족에 대한 복지지출 수준은 OECD 국가들과 비교했을 때 매우 낮은 수준이며, 특정영역에 편중되어 있는 것이 특징이다. 2011년 우리나라 아동 및 가족복지 지출수준은 GDP 대비 0.9%에 불과하다. OECD 평균 2.2%에 비하면 매우 낮은 수준이다(〈그림 16-6〉 참조).

아동 및 가족에 대한 지출 또한 대부분은 보육에 편중되어 있다. 따라서 보육관련 지출을 제외하면 아동대상 복지비용 지출은 더욱더 낮다(한국보건사회연구원, 2015: 145). 〈그림 16-7〉을 보면 우리나라의 경우 보육을 제외하면 아동 및 가족복지 지출 규모는 GDP 대비 0.1%로 OECD의 평균 1.5%의 1/15 수준이다.

2) 보육서비스 재정

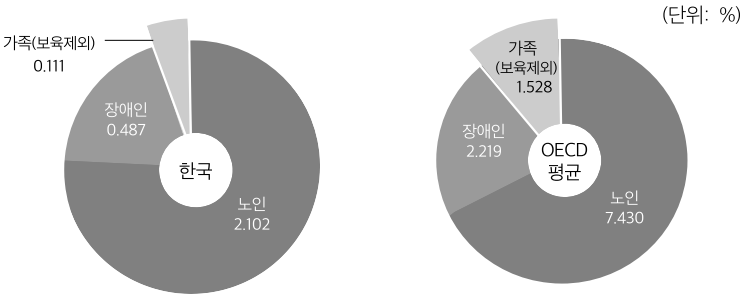
보육과 관련된 재정은 중앙정부의 일반회계와 지방정부의 지방재정교부금에서 충당한다. 만 0~2세 보육료 및 양육수당은 정부의 일반회계에서 부담하고 만 3~5세의 누리과정 보육료는 지방재정교육교부금에서 전액부담한다. 보육관련 총예산은 2015년 현재 총 138,229억 원이며, GDP 대비 0.9%이다. 이는 2012년보다 1.7배 증가한 규모다.

〈그림 16-6〉 OECD 국가의 아동 및 가족에 대한 공공지출 (2011년)



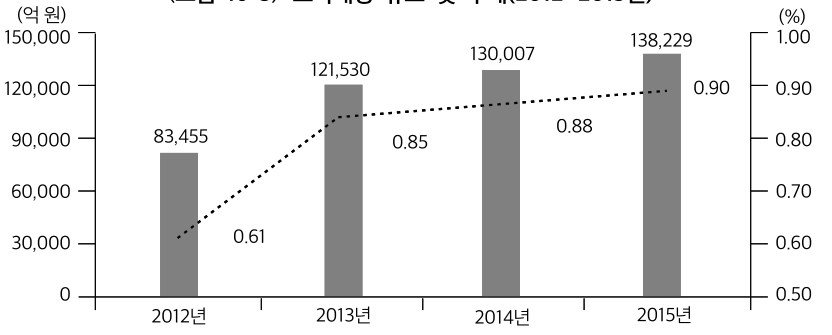
자료: 한국보건사회연구원, 2015 재인용.

〈그림 16-7〉 보육지출을 제외한 아동 및 가족복지 지출 규모(2011년)



자료: 한국보건사회연구원, 2015 재인용.

〈그림 16-8〉 보육재정 규모 및 추세(2012~2015년)



주: 보건복지부의 보육예산(국비+지방비)과 시도교육청의 누리과정 최종예산 및 지방자치단체 특수시책 예산을 합한 금액.

자료: 보건복지부 2016e.

〈그림 16-8〉을 보면 2013년부터 보육관련 재정 규모는 급격히 증가하고 있다. 이는 2013년 이후 보육료 및 양육수당 지원대상 확대와 관계가 있다. 2013년 이후 소득과 관계없이 0~5세 전 계층 아동에게 보육료 및 양육수당 지급을 확대했기 때문이다.

6. 맺음말: 쟁점과 함의

우리나라 아동대상 복지서비스는 민간에서 구빈적 차원에서 제공되기 시작했으나, 사회적 환경변화에 따라 국가의 개입이 점차 강화되는 방식으로 전개되었다. 그러나 아동에 대한 복지는 대부분이 사후개입 성격이 강하고, 보호가 필요한 아동을 사전적으로 발견하는 예방시스템이 부족하다(박세경 외, 2014). 따라서 실제로 보호가 필요한 아동의 구체적 규모는 파악하고 있지 못하다. 요보호아동을 사전에 발견하는 시스템을 통해 보호대상 아동의 규모를 사전에 파악하여 이들에게 예방적 서비스를 제공하는 것이 필요하다. 아동 중에서 아동복지서비스 대상자의 규모를 정확하게 파악하는 일은 아동에 대한 문제를 해결하기 위한 가장 기본적인 첫걸음이며, 사전에 예방하는 것이 가장 적극적으로 아동을 보호하는 일이라 할 수 있다. 우리나라는 UN의 아동권리 협약국가이며, 보호가 필요한 아동을 사전에 발견하여 예방하는 것은 UN의 권고사항이다. 협약사항 이행을 위해 요보호아동 사전발견과 예방적 서비스 제공에 대한 사회적 요구는 지속적으로 이루어질 전망이다.

아동복지서비스 대부분은 요보호아동을 대상으로 하는 선별주의적 접근이 강하다. 아동복지서비스에 대한 지출을 살펴보면 대부분이 영유아 대상의 보육과 관련한 지출이며, 학령기 아동 및 청소년에 대한 지출이 낮다(김미숙 외, 2012: 63). 보육을 제외한 아동 및 가족복지 지출의 94%가 입양,

가정위탁, 드림스타트 등 저소득층 아동복지와 관련되어 있다. 영국의 경우 빈곤아동과 관련한 지출이 58%(아동수당 제외)이며, 미국은 77%, 일본은 11%로 우리나라 보다 낮다(김미숙, 2013: 90). 따라서 영유아뿐 아니라 학령기 아동을 포괄하는 서비스가 제공되어야 하고, 요보호아동을 사전에 발견하여 예방하는 정책과, 보육대상 아동 이외의 일반 아동에게까지 포괄적으로 확대하는 것이 필요하다고 할 수 있다. 저출산 현상은 일반아동에 대한 복지수요를 증가시켜 향후 아동과 관련한 복지지출은 증가할 가능성이 크다.

보육서비스의 경우에도 전쟁고아 및 미아를 대상으로 민간에서 보호위주의 서비스를 제공했으나, 점차 대상자를 확대하고 보육과 교육을 강조함과 동시에 국가의 책임도 지속적으로 확대해왔다. 특히 2013년 이후에는 소득계층에 상관없이 0~5세 모든 아동을 대상으로 보육비용을 지원하는 등 보육에 대한 공적 책임을 강화하고 부모의 보육비용 비담을 줄이는 성과를 이루었다. 보육인력에 대한 전문성도 지속적으로 개선되고, 보육의 질 또한 어느 정도 개선되었다고 평가받는다(보건복지부, 2016a: 218).

그러나 정부의 보육서비스 지원금 수준이 낮아 부모의 부담이 여전히 높다는 점과 평가인증제의 평가과정이 수요자의 평가를 반영하고 있지 않다는 점이 해결해야 할 과제로 남아 있다(보건복지부, 2016a: 219). 보육서비스의 질적 개선은 어느 정도 이루어졌으나, 어린이집에서 아동학대 사건 발생 등으로 보육교사의 질 개선은 지속적으로 해결해야 할 과제로 제시된다. 보육서비스에 대한 수요는 점차 다양화되고, 수요자의 선택권이 강조되고 있다. 저출산 지속과 여성의 경제활동 참여 증가로 보육서비스 수요는 지속적으로 증가하고, 수요자의 욕구가 다양화되고 수준이 높아짐에 따라 아동을 최우선으로 하는 서비스의 질에 대한 요구가 지속적으로 증가할 전망이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국가법령정보센터(2016a). 〈1991년 영유아보육법〉. 국가법령정보센터.

_____(2016b). 〈영유아보육법〉. 국가법령정보센터.

교육연구원(2016). 〈교육통계 2015〉. 교육연구원.

김미숙(2013). "아동가족복지지출 현황과 과제". 〈보건복지 현안분석과 정책과제 2013〉. 한국보건사회연구원.

김유경 · 류정희 · 변용찬(2016). "가족 · 아동 · 장애인 복지 현황과 정책과제". 〈보건복지포럼〉, 66~80.

박경자 · 황옥격 · 문혁준(2013). "우리나라의 보육정책". 〈한국보육지원학회지〉, 9권 5호, 513~538.

박세경 · 강혜규 · 류정희 · 이주연 · 노충래 · 이상균 · 정선영 · 황옥경(2014). 〈아동보호체계 진단 및 개선방안 연구〉. 한국보건사회연구원.

보건복지부(2016a). 《보건복지 70년사》, 제3권. 보건복지부.

_____(2016b). 〈2016 보건복지통계연보〉. 보건복지부.

_____(2016c). 〈2015 전국아동학대현황보고서〉. 보건복지부.

_____(2016d). 〈2016년 드림스타트사업 안내〉. 보건복지부.

_____(2016e). 《보육통계 2015》. 보건복지부.

_____(2016f), 〈요보호아동 발생 및 조치현황〉. 보건복지부.

_____ · 아동복지학회(2015). 〈지역사회 중심의 아동보호 전달체계 모형개발 연구〉. 보건복지부.

신현석 · 정주영 · 김진미(2010). "보육서비스 전달체계 분석을 통한 보육의 공보육과 방안 탐색". 〈교육정치학연구〉, 17권 2호, 35~64.

오정수 · 정익중(2013). 《아동복지론》. 서울: 학지사.

육아정책연구소(2015). "우리 사회의 아동 권리를 진단하다". 〈육아정책 Brief〉, 37호, 1~4.

정익중(2009). "아동청소년정책 전달체계의 통합방안에 대한 비판적 고찰". 〈사회복지연구〉, 40권 1호, 297~322.

조복희 · 강희경 · 김양은 · 한유미(2013). "한국 보육의 역사 및 관련법과 현황". 〈한국보육지원학회지〉, 9권 5호, 381~405.

좌현숙 · 김예성 · 오승환(2013). "초점집단면접을 이용한 소년소녀가정 제도 개선 연

구: 가정위탁보호 지정의 장애요인 및 전환의 필요성을 중심으로". 〈청소년문화연구포럼〉, 36권 1호, 116~137.
지성애 · 홍혜경 · 이정욱 · 장명림(2015). "유아교육 · 보육 통합모델 구축". 〈유아교육연구〉, 35권 5호, 5~29.
한국보건사회연구원(2015). 《통계로 보는 사회보장 2014》. 한국보건사회연구원
허선 · 이재완(2000). "보육서비스 전달체계의 발전 방안에 관한 연구". 〈한국영유아보육학〉, 21권, 183~208.
황보영란(2014). "영유아보육법에 관한 연혁적 고찰". 〈육아지원연구〉, 9권 2호, 125~146.

기타 자료

보건복지부 홈페이지. 보육정책. http://www.mohw.go.kr/front_new/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=064001&PAGE=3&topTitle=보육정책. 2016. 10. 17 인출.
여성가족부 아이돌봄 서비스. http://idolbom.go.kr. 2016.10.21 인출.
중앙가정위탁지지원센터. http://www.fostercare.or.kr. 2016.12.20 인출.

17
주택 및 주거서비스

1. 머리말

우리나라의 주택부문은 1960년대 이후 경제 성장을 위한 경제정책의 일환으로 추진되었다. 일자리 자체가 복지였던 1960년대와 1970년대에 국가 주도적 대규모 신규주택의 건설은 건설산업 활성화, 일자리 창출, 경제 성장을 견인하는 데 중요한 역할을 했다. 경제개발 5개년 계획(1962~1986년) 하에 추진된 주택건설 10개년 계획(1972~1981년)은 250만 호 신규건설을 목표로 추진되었고, 이어 1989년 주택 200만 호 건설계획은 주택이 절대적으로 부족한 시절에 주택난 해소와 더불어 건설산업 육성을 통한 경제개발의 주요동력이 되었다.

이러한 특성은 동아시아 주택시스템인 생산주의 체제 혹은 개발주의 복지국가 시스템과 유사하다. 우리나라는 아시아에서 일본에 이어 근대화에 성공하고 제2차 세계대전 이후 경제가 급속도로 성장한 동아시아의 4마리 용(한국, 홍콩, 싱가포르, 중국)으로 일컬어지며 동아시아 주택시스템으로 정의되는 생산주의 복지체제(*productivist welfare regime*), 개발주의 국가

(*development state*), 국가주도적 주택개발 시스템(*state-led driven housing system*), 생산주의(*Productivism*)로 분류된다(Kwon, 2007; Holliday, 2000; Ronald & Doling, 2013).

주택생산 우선전략(*Production-First strategy*)을 취해온 우리나라의 주택부문은 선성장 후분배 모델로 대규모 신규건설 확대를 통한 경제성장이 낙수효과(*trickle down*)를 낳을 것이라 기대했다. 그러나 1998년 외환위기와 2008년 글로벌 경제위기로 겪으며 경기침체, 대량실업, 소득양극화, 분배구조 악화, 상대빈곤율 증가 등을 경험하면서 주택부문은 새로운 접근으로 나아가기 시작했다. 특히 2000년대 중반 이후 집값이 크게 오르고 전세난 심화로 임대차 시장불안이 커지면서 저소득층의 주거문제는 크게 부각되었다. 국민임대주택 100만 호 건설계획(2003년)은 주택부문을 경제정책에서 복지정책으로 전환하는 계기가 되었으며, 2000년대 중반부터 매년 10만~11만 호의 신규공공임대주택 공급은 시장안정과 주거복지 강화를 위한 핵심정책으로 자리잡게 되었다.

글로벌 경제위기 이후 주택부문은 시장 정상화와 서민 주거복지에 중점을 두고 전개되고 있으며, 2015년에는 주택관련 법제를 전면개편하면서 주택정책을 주거정책으로 전환했다. 〈주거기본법〉(2015. 6. 22 제정)은 정책기조를 그동안 물리적 주택공급 확대에서 주거복지 향상으로 전환한다는 선언이며, 저출산 고령화 문제와 1~2인 가구 증가 등 사회환경 변화에 주택부문이 보다 적극적으로 대응해가겠다는 정책의지로 볼 수 있다.

우리나라의 경제 규모(2016년 기준)는 GDP(명목) 세계 11위, 수출 세계 6위, 아시아 4마리 용 중에서 유일하게 G20 회원국이다. 1인당 국민소득은 2만 7,633달러로 조만간 3만 달러를 달성하면, '30-50 클럽'(국민소득 3만 달러에 인구 5천만 명)에 속할 전망이다. 현재 '30-50 클럽'에 해당하는 나라는 6개국(미국, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아, 일본)으로, 우리나라가 국민소득 3만 달러에 이르면 세계 7번째가 된다. 이는 높은 생활

수준과 대외적으로 비중 있는 경제 규모를 함께 갖춘 세계적 강국의 대열에 올라서는 것을 의미하는 것이다. 이러한 경제 규모에 비해 주택부문은 지난 30여 년간 매년 40~50만 호의 신규주택을 계속 공급해왔지만 자가점유율은 55~56% 수준으로 정체상태이다. 2015년 무주택가구 비율은 44%이며, 10년 이상 공공임대주택이 116만 3천호(전체주택의 5.9%) 공급되었지만 임차 10가구 중 1~2가구만이 혜택을 받을 뿐이다. 반면, 전체 임대차 시장의 80%는 비제도권 민간 전월세 주택이어서, 시장상황에 따라 임차가구의 점유안정성과 부담문제는 계속 반복될 수밖에 없는 구조적 한계에 있다.

이 장은 지난 1970년대 이후 우리나라 주거정책이 추구해온 목표와 수단, 성과와 한계, 그리고 변화와 도전 과제를 짚어봄으로써, 앞으로 어떤 주거지원과 복지모델을 갖추어야 할 것인가를 논하고자 한다. 이 장의 2는 주거정책의 목표, 수단, 지원대상, 지원체계를 다루며, 법·제도적 기반과 그 변화과정을 고찰한다. 이 장의 3은 지난 40여 년간 양적, 질적, 부담능력 측면에서 거주여건이 어떻게 변화되었으며, 그 성과와 한계는 무엇인지 살펴본다. 이 장의 4는 2000년대 중반 이후 확대해온 공공임대주택의 성장과 성과를 다루며, 공급현황, 입주자 특성, 주거안정성과 임대료 부담상황을 살펴본다. 마지막으로 이 장의 5는 도전과 위기 과제를 짚어보고 향후 주거안정화와 주거복지 지원방향을 논의하는 것으로 결론을 맺고자 한다.

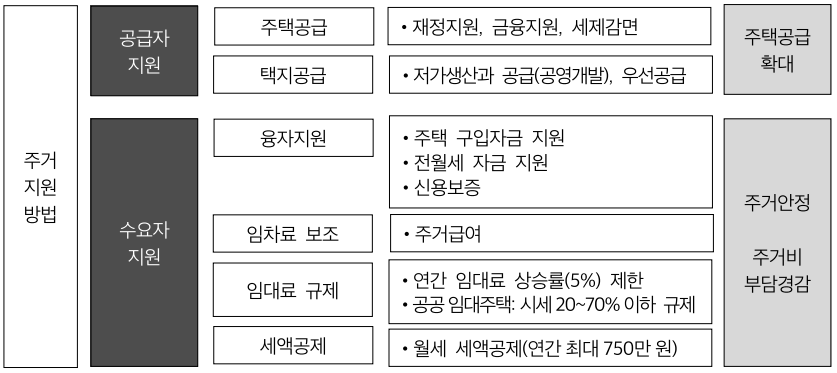
2. 주거정책의 목표와 지원체계

1) 목표, 지원수단, 정책지원 대상

우리 정부는 주택의 건설, 공급, 개량 등 주택의 생애주기 전체과정과 주택경기에 대해 국민들의 주거안정과 주거복지를 도모하기 위하여 주거정책을 수행한다(국토교통부, 2016). 구체적으로는 첫째, 주택의 물리적 기준에 정하고 주택의 구조적 안정성을 확보하기 위하여 주택건설 및 건축기준을 설정한다. 둘째, 가계자산 중 가장 큰 고가자산인 주택에 대해 공공자금을 장기·저리로 지원하여 접근성을 높인다. 셋째, 주택의 배분과 관리를 위하여 공급대상과 관리기준을 정한다. 넷째, 저소득층 등 사회적 약자 보호를 위하여 공공임대주택 공급 및 주거급여를 지원한다. 다섯째, 주택의 노후 불량화로 인한 개량문제를 돕기 위해 재개발, 재건축 등을 지원한다. 여섯째, 거시경제 여건을 감안하여 적정 주택투자를 유지하기 위해 재정지원, 세제감면, 시장개입 강화 및 규제완화를 한다.

이러한 정책목표와 수행을 위한 지원방법은 크게 공급자 지원과 수요자 지원이 있다. 공급자 지원 방법은 주택을 건설하는 공급자에게 재정지원, 세제감면, 금융지원을 하며, 주택을 건설하는 택지확보를 위해서는 대규모 공영개발 방식으로 저가택지 생산과 이를 우선 공급토록 지원하는 것이다. 수요자 지원에는 정책지원 대상에게 주택구입 자금지원, 전월세 자금지원, 주거급여 지급, 임대료 규제, 세제감면 방법이 있다. 공공임대주택은 공급자에게 재정·금융·세제감면 혜택을 주고 임대료 규제로 정책지원 대상이 양질의 저렴한 주택에 장기적으로 거주할 수 있도록 지원하는 방법으로 건설·공급된다(〈그림 17-1〉 참조).

〈그림 17-1〉 주거지원 방법: 공급자 지원과 수요자 지원



세부적 수요자 주거지원 프로그램은 〈표 17-1〉과 같이 공공융자 지원, 공공임대주택 공급, 임차료 보조, 세제감면이 있다. 주택도시기금을 통한 공공융자 지원은 구입자금과 전월세 자금지원이 있다. 구입자금 대출은 내집마련 디딤돌 대출, 공유형 모기지, 주거안정 주택구입자금 융자가 있다. 내집마련 디딤돌 대출[1]은 무주택 서민의 주택구입 기회를 확대하고 주택금융 부담을 완화하기 위해 전용면적 85㎡이하 주택을 구입하는 부부합산 연소득 6천만 원(생애최초는 7천만 원) 이하를 대상(만 30세 미만 단독세대주는 제외)으로 호당 최대 2억 원을 10~30년간 지원한다. 공유형 모기지[2]는 2013년 10월 1일부터 시행한 신개념의 주택구입자금 대출로 주택도시기금과 구입자가 주택가격 변화에 따른 위험과 수익률을 공유하는 방식으로 지원한다. 자격요건은 부부합산 연소득 6천만 원(생애최초는 7천만 원) 이하이며, 5년 이상 무주택인 가구에 지원한다. 공유형 모기지 대상 주택은 수도

1) 내집마련 디딤돌 대출은 국토교통부의 주택도시기금에서 지원되던 근로자 서민 주택구입자금 대출, 생애최초 주택구입자금 대출과 한국주택금융공사의 우대형 보금자리론을 통합하여 2014년 1월 2일부터 시행한다.

2) 공유형 모기지는 구입자가 주택매각 시 집값상승으로 수익이 나는 경우 적용하는 수익공유형 모기지와 반대로 집값하락으로 손실이 날 경우 적용하는 손익공유형 모기지가 있다.

권, 지방 광역시, 세종시, 인구 50만 명 이상 중도시 전용면적 85㎡이하, 주택가격 6억 원 이하 아파트다. 2013년 5월 2일부터 시행된 주거안정 주택구입자금은 전세난 대응차원에서 전세를 구입수요로 전환하기 위해 기존 전세자가 전용면적 85㎡(수도권을 제외한 도시지역이 아닌 읍 또는 면지역은 100㎡) 이하의 주택을 구입하는 경우 호당 최대 2억 원까지 20년 만기 혹은 30년 만기로 지원되는 융자 프로그램이다.

버팀목 전세자금은 1990년부터 시행된 저소득가구 전세자금 대출과 1994년부터 시행된 근로자 서민 전세자금 대출을 통합하여 2015년 1월 2일부터 지원하고 있다. 지원대상은 연소득 5천만 원 이하인 무주택 세대주를 대상으로 전세보증금이 수도권은 3억 원, 지방은 2억 원 이하인 경우 전세보증금의 70% 이내에서 호당 8천만 원(수도권은 1억 원)을 2년 내 일시 상환(4회 연장, 최장 10년까지 가능) 조건으로 지원한다. 주거안정 월세 대출은 2015년 1월 2일 신설된 것으로, 월세시대 도입에 따라 주로 월세로 거주하는 1인을 겨냥하여 도입되었다. 지원대상은 만 35세 이하 취업준비생(부모소득이 6천만 원 이하), 희망키움통장 가입 수급자 및 차상위계층, 근로장려금 수급자, 취업 5년 내 사회초년생(부모소득이 4천만 원 이하)이다. 대출한도는 호당 720만 원으로 매월 최대 30만 원 이내이며, 3년 이내 일시상환(1년 단위 3회 연장, 최장 6년 가능) 조건이다.

공공임대주택은 영구임대, 국민임대, 다가구 매입임대, 기존주택 전세임대, 10년 임대, 행복주택 등 다양한 유형이 있는데 유형에 따라 정부의 재정지원 및 금융지원이 상이하며, 그에 따라 입주자격 기준과 임대료 수준이 차별적이다. 공공임대주택의 입주자격은 통계청이 발표하는 도시근로자 월평균 가구 총소득을 기준으로 유형에 따라 월평균소득의 50% 이하, 70% 이하, 100% 이하 등으로 다양하며, 월소득 기준뿐 아니라 재산기준(부동산, 자동차)을 적용한다. 유형별 구체적 입주자격과 기준은 이 장의 4에서 더 구체적으로 다루기로 한다.

〈표 17-1〉 주거지원 세부 프로그램의 유형 (2016년)

구분		세부 프로그램	자격기준
융자지원	구입자금	내집마련 디딤돌 대출	• 부부합산 연소득 6천만 원 이하(생애최초 7천만 원 이하) • (만 30세 이하 단독세대주 제외) 85㎡ 이하 주택 대상
		공유형 모기지	• 부부합산 연소득 6천만 원 이하(생애최초 7천만 원 이하) • 무주택 5년 이상 가구 지원, 85㎡ 이하 주택 대상
		주거안정 주택구입자금	• 기존 전세자, 85㎡ 이하 주택 대상
	전월세자금	버팀목 대출 (전세자금 지원)	• 연소득 5천만 원 이하 무주택 세대주 (만 25세 이하 단독세대주 제외)
		주거안정 월세 대출	• 만 35세 이하 취업준비생, 희망키움통장 가입자 (수급자, 차상위계층) • 근로장려금 수급자 • 취업 5년내 사회초년생
공공임대주택		영구임대주택	• 수급자, 한부모 가정 (소득인정액이 중위소득의 40~60%에 해당) • 도시근로자(2인 이상) 월평균 가구 총소득의 50% 이하 (국가유공자, 장애인, 탈북자, 아동복지시설 퇴소자 등은 70% 이하) • 총자산 1억 5,900만 원 이하
		국민임대주택(신규건설)	• 도시근로자 월평균 가구총소득의 70% 이하 • 총자산 2억 1,900만 원 이하
		다가구 매입임대, 기존주택 전세임대주택	• 수급자, 한부모 가정 우선공급 (소득인정액이 중위소득의 40~60%에 해당) • 도시근로자(2인 이상) 월평균 가구 총소득의 50% 이하 (장애인은 70% 이하) • 총자산 1억 5,900만 원 이하
		행복주택	• 신혼부부, 산업단지근로자, 고령자 • 도시근로자 월평균 가구총소득의 100% 이하 • 총자산 2억 1,900만 원 이하
			• 사회초년생: 월평균 가구총소득의 70% 이하 • 총자산 1억 8700만 원
			• 대학생: 본인과 부모 합산 소득이 도시근로자 월평균 • 가구총소득의 100% 이하, 총자산 7,500만 원 이하
임차료 보조		주거급여	• 소득 인정액(월소득 및 재산의 월환산 금액의 합산액)이 중위소득의 43% 이하인 자, 부양의무자 기준 충족
세제감면		월세 세액공제	• 총급여 7천만 원 이하 (85㎡ 이하 거주 요건)

자료: 국토교통부, 2016 재구성.

주거급여는 2015년 7월 이후 개편되어 국토교통부 주관으로 시행되고 있으며, 소득인정액이 중위소득 43% 이하이면서 부양의무자가 없거나 부양이 어려운 자를 대상으로 한다. 월세 세액공제는 2014년 12월 23일 〈조세특례제한법〉(제 95조의 2, 령 제95조)에 근거하여 신설·시행되었다. 원래는 2009년 저소득 무주택 근로자에 대한 '소형주택 월세 소득공제'로 〈소득세법〉에 근거하여 지원하였으나, 2014년 '임대차 시장 선진화 방안'에서 월세 세액공제로 전환되었다. 총급여액 7천만 원 이하인 무주택 근로자가 85㎡의 주택 및 오피스텔에 거주하는 경우, 월세 지출금액의 10%(연간 공제한도 750만 원)를 공제받게 된다.

이러한 다양한 주거지원 프로그램은 시장에서 자력으로 주거접근이 어려운 계층의 수요특성과 부담능력을 감안하여 설계된 것이며, 자가구입 지원보다는 임차가구의 임대료 부담완화에 초점을 둔다. 정부의 주거지원 정책의 대상[3]은 '무주택 중저소득층 임차가구'이며, 중저소득층은 소득 10분위를 기준으로 하위 5분위 이하가 해당한다. 국토연구원의 분석에 따르면,[4] 2015년 말 무주택 소득 5분위 이하 임차가구는 479만 1천 가구이며, 이 중 중복수혜를 제외한 공공임대주택, 주거급여, 전월세자금 대출지원 가구는 179만 8천 가구로 정부로부터 아무런 지원을 받지 못하고 있는 가구는 299만 3천 가구이다. 이러한 결과에 근거할 때, 정부의 주거지원 수혜율은 38%이다.

주거지원의 정책대상 계층이 누구여야 하는가에 대해서는 국가마다 상이하다. 미국 연방정부는 중위소득의 80% 이하를 주거지원 대상으로 규정하며, 주정부 차원에서는 중위소득 100%까지도 지원한다. 미연방정부는 주거빈곤층(*worst case housing need*)을 중위소득 50% 이하 무주택 임차

3) 국토교통부 2016년 4·28 대책에서 제시한 주거정책 지원대상 가구의 범위이다.

4) 국토연구원 천현숙 연구위원의 분석내용으로 2017년 발간 보고서의 내부자료에 근거한다.

가구 중 정부로부터 아무런 지원을 받고 있지 못한 채 소득에서 임대료를 50% 이상 지출하면서도 최저주거기준에 미달되는 가구로 정의한다. 미국 중위소득 50% 이하 무주택 임차가구는 2013년 1,850만 가구이며, 이 중 주거빈곤층은 772만 2천 가구로, 정부로부터 아무런 주거지원을 받지 못한 가구비율이 47.1%이다(U.S. HUD, 2015).

호주 정부는 주택 스트레스(*housing stress*)에 근거하여 주거지원이 필요한 가구를 파악한다. 주택 스트레스란 가구소득에서 주거비(임대료, 대출상환금, 유틸리티 비용 포함)로 30% 이상을 지출하는 경우를 말하며, 50% 이상을 지출하는 경우는 '심각한 주택 스트레스 상태'로 규정한다. 또한 저소득층에 대하여는 30 대 40 원칙을 적용한다. 즉, 소득하위 40% 이하 가구가 소득에서 주거비로 30% 이상을 지출하는 경우를 '저소득층 주택 스트레스 가구'로 정의한다(Australian Institute of Health and Welfare, 2016). 캐나다는 소득의 30% 이내 수준에서 주택시장에서 자력으로 적정수준의 주거를 마련할 수 없는 계층을 핵심 주택필요 계층(*Core Housing Need*)으로 정의하고 있다.

이렇듯 일부 국가의 사례에서 볼 때, 저소득층의 기준은 다소 상이하다고 하더라도 임대료 과부담과 최저주거기준에 미달하는 가구는 정부의 최우선 주거지원 대상계층이라고 볼 수 있다. 우리 정부가 규정한 '무주택 소득 5분위 이하 임차가구'는 주거지원 대상범위에 대한 가이드라인이라고 볼 수 있으며, 주거지원 프로그램에 따라 우선지원 대상을 별도로 정한다. 특히 공공임대주택의 경우, 소득수준에 따라 유형별 입주자격이 상이하며, 우선 입주계층이 다르다. 정부가 정의하는 주거취약계층은 쪽방, 고시원, 여인숙, 비닐하우스, 노숙인, 컨테이너, 움막 등의 거주자를 말하며(국토교통부, 2017), 이들을 위해서는 공공임대주택 우선 입주자격을 부여한다.

〈표 17-2〉 통계청의 월평균 가계소득 추이(2012~2016년)

(단위: 천 원)

구 분		2012년	2013년	2014년	2015년	2016년 3/4
전체가구		4,076.9	4,161.8	4,302.4	4,373.1	4,445.4
도시근로자(2인 이상)		4,447.1	4,568.8	4,704.3	4,785.3	4,942.8
70% 이하선		3,113.0	3,198.2	3,293.0	3,349.7	3,460.0
50% 이하선		2,223.5	2,284.4	2,352.1	2,392.6	2,471.4
소득 분위 (도시 근로자)	1분위	1,405.2	1,444.5	1,515.6	1,541.2	1,477.5
	2분위	2,247.3	2,344.9	2,418.4	2,466.3	2,475.2
	3분위	2,808.5	2,919.7	2,979.4	3,084.6	3,107.8
	4분위	3,284.7	3,410.7	3,525.4	3,620.2	3,665.2
	5분위	3,757.9	3,878.3	4,025.1	4,093.5	4,180.2

자료: 통계청, 〈가계동향조사〉, 각 연도.

한편, 임대료 부담은 지속적으로 늘고 있지만, 아직까지 임대료 과부담의 원칙이나 기준은 없다. 2016년 시범적으로 소득에서 임대료를 30% 이상 지불하면서도 최저주거기준에 미달하는 가구를 다가구 매입임대주택에 우선 입주시키는 방법을 시행 중에 있다.

공공임대주택의 입주자 소득자격은 통계청이 발표하는 가계동향조사 결과이며, 도시근로자(2인 이상) 가구의 월평균 가구총소득을 기준으로 한다. 다만, 월평균소득의 50%, 70%, 100%와 정부의 주거지원 대상 범위인 소득 5분위 이하의 소득수준 간의 다소 차이가 있고(〈표 17-2〉 참조), 주거급여 지원 시에는 소득인정액을 기준으로 한다는 점에서 향후 소득자격 요건에 대한 일원화가 필요하다.

2) 주택관련 법제 현황과 지원체계

우리나라 최초의 주택건설계획은 제1차 경제개발계획(1962~1966년)에서 제시되었다. 계획경제 체제의 출범으로 1950년대 부흥부에서 외국원조를 담당하고, 재무부는 재정계획을, 보사부는 주택수급계획을, 산업은행은

주택자금융자를 담당해오다가 1961년 〈정부조직법〉 개정으로 경제기획원 산하에 국토건설청이 신설되었고, 이어 1963년에는 국토건설청이 건설부로 승격되어 본격적인 주택건설 업무를 담당하게 되었다. 또한 재정지원이 어려운 상황에서 공공주택을 안정적으로 공급하기 위해 자본금 잠식 없이 기업적 방식으로 지속적인 주택건설을 할 수 있는 조직으로 대한주택공사를 1962년 1월 설립하고, 1963년 〈공영주택법〉을 제정하여 주택건설의 지원체계를 마련했다.

〈공영주택법〉(1963.11.30 제정)은 지방자치단체와 대한주택공사가 정부와 협조하여 공영주택을 건설하여 주택이 없는 국민에게 주택을 공급함으로써 국민의 주거생활의 안정과 공공복지 증진의 목적으로 제정되었다. 공영주택이란 정부의 융자지원으로 건설되는 주택을 말하며, 공급대상은 '자기의 재력과 소득만으로 그에게 필요한 주택을 취득할 수 없는 자로 그 가족의 월수입 총액이 그 주택을 취득할 수 있는 가액의 48분의 1 이하인 자'로 규정하였다(〈공영주택법〉 제3조).

공영주택은 제1종과 제2종으로 구분되었는데, 제1종 공영주택은 중소득층을 위해 대한주택공사가 건설하는 주택, 제2종 공영주택은 그 이하 소득가구를 대상으로 지방자치단체가 건설하는 주택이다. 또한 1967년에는 서민주택건설 및 구입에 필요한 자금의 조성과 공급을 위해 한국주택금고법을 제정하였고, 이어 1969년에는 한국주택은행으로 발족하여 주택건설자금의 취급을 전담하게 되었다. 이렇게 1960년대는 주택정책의 제도적 기반과 집행구조가 만들어진 시기였다.

그러나 인구증가에 비하여 건설된 공영주택의 호수는 매우 저조하였고 각종 개발사업 추진에 따라 개발 붐이 일어 물가상승과 부동산투기 문제가 불거졌다. 1970년대 초 들어 도시빈민 문제와 무허가 주택 철거가 사회적 문제로 부각하면서 당시 건설부는 "주택사정을 획기적으로 개선하는 것이 사회안정을 유지하기 위해 반드시 필요하다"고 언급하면서 정부의 장기주

택건설계획은 복지균점과 생활수준 향상이라는 슬로건에 부응하는 조치라고 밝혔다. 도시지역의 주택부족률은 1960년의 34%에서 1970년 46.3%로 악화되었다(임서환, 2002: 67~68).

이러한 심각한 주택부족난으로 정부는 1972년 초에 250만 호의 주택건설 10개년 계획을 발표하여 공공주택 공급량을 1960년대 12.6%에서 44%로 끌어올리는 목표를 세웠다. 그리고 이를 뒷받침하기 위해 〈공영주택법〉을 폐지하고, 1972년 〈주택건설촉진법〉을 제정하여 일반 민간건설사업자가 정부승인을 받는 경우 주택건설을 할 수 있도록 허용했다. 1977년에 도입한 선분양 제도, 분양가 규제, 주택공급에 관한 규칙 제정, 1978년 시행한 주택청약제도는 1970년대 주요한 제도적 산실이었다.

〈주택건설촉진법〉(1972.12.30 제정)은 주택이 없는 국민에 대한 계획성 있는 주택의 공급과 이를 위한 자금조달과 운영 등을 규정하여 그야말로 주택건설 촉진을 지원하는 건설절차법이다. 1981년 제정된 〈택지개발촉진법〉은 주택건설 촉진을 위한 택지 확보 방법을 공영개발 방식으로 신속히 대응하는 것이 목적이었다. 1981년 국민주택기금 설치는 주택건설자금을 원활히 지원하는 전담창구의 역할을 했다. 또한 주택의 임대차에 대해 민법 특례규정으로 임차권 보호를 위해 〈주택임대차보호법〉이 1981년 제정되었다.

〈임대주택건설촉진법〉(1984년)은 1970년대 주택투기, 가격상승, 저소득층의 주거불안에 따라 정부의 공적자금으로 임대주택 건설을 확대하기 위해 제정되었다. 이때 최초로 임대주택 건설에 대해 재정, 금융, 택지, 세제 지원의 근거가 마련되었다. 1989년 공급된 주택 200만 호 건설계획의 일환으로 국내 최초로 서구형의 소셜하우징(*social housing*)인 영구임대주택은 1993년으로 단종하긴 하였지만(2009년 다시 공급 재개), 이 시기의 가장 큰 주거 안전망의 성과였다고 볼 수 있다. 그러나 1984~1985년 임대기간이 20년인 임대주택이 건설되기도 하였으나 건설비에 따른 재정부담

〈표 17-3〉 주택관련 법제의 시대적 흐름

구분	주요 법제					
	1960년대	1970년대	1980년대	1990년대	2000년대	2010년대
주택건설과 공급	공영주택법 (1963년)	주택건설촉진법 (1972년)	택지개발촉진법 (1981년)		주택법 (2003년)	택지개발촉진법 폐지(2015년)
		주택공급에 관한 규칙(1978년)		주택건설 등에 관한 규정(1991년)		
주택자금 지원			국민주택기금 설립(1981년)			주택도시기금법 (2015년)
공동주택 관리						공동주택관리법 (2015년)
임대차 보호			주택임대차 보호법(1981년)			
주거권 보장						주거기본법 (2015년)
주거약자 보호						장애인·고령자 등 주거약자 지원을 위한 법률(2012년)
공공임대주택 공급			임대주택건설 촉진법 (1984년)	임대주택법 (1993년)		공공주택 특별법 (2015년)
						민간임대 주택에 관한 특별법(2015년)
(지원법)					장기공공임대 주택입주자 삶의 질 향상 지원법(2009년)	
(건설특별법)					국민임대주택 건설 등에 관한 특별조치법(2004년) 보금자리주택 건설 등에 관한 특별법(2009년)	공공주택건설 등에 관한 특별법 (2014년)
주거급여						주거급여법 (2014년)
지원 조직	1960년대	1970년대	1980년대	1990년대	2000년대	2010년대
(주택건설)	대한주택공사 설립(1962년)				한국토지 주택공사 (2009년)	
(택지개발)			한국토지공사 설립(1981년)			
(임대주택 관리)				주택관리공단 (1998년)		
(주택자금, 보증)			주택공제조합	대한주택보증 (1999년)		주택도시 보증공사 (2015년)
(주택금융 지원)	한국주택금고 (1967년) 한국주택은행 (1969년)			한국주택은행 폐지, 민영화 (1997년)	한국주택 금융공사 (2004년)	

과 입주자의 분양전환 요구에 따라 5년 내 분양전환되어 사실상 〈임대주택 건설촉진법〉의 제정 취지는 장기간 이어지지는 못했다.

이에 동 법은 1993년 임대주택법으로 전면 개편되면서 임대주택 공급방식을 건설임대와 매입임대로 구분하고, 민간주도적인 5년 임대주택이 공식적으로 등장하였다. 당시 주택시장 상황을 보면, 제1기 신도시(1989~1993년, 분당, 일산, 평촌, 산본, 중동) 공급 이후 미분양 주택이 많이 늘어남에 따라 매입임대 방식으로 이를 타개하려는 일면도 없지 않았다.

공공임대주택이 좀더 체계적인 제도적 틀로 강화된 것은 2003년 국민임대주택 건설 100만 호 계획(2003~2012년)을 추진하면서부터다. 〈국민임대주택 건설 등에 관한 특별조치법〉(2004년)은 정부재정 지원, 각종 인허가 의제 처리, 그린벨트 해제 등 택지확보 우선지원 등을 규정하였다. 이어 동 법은 글로벌 경제위기 직후인 2008년 보금자리주택 150만 호 건설계획(2009~2018년)이 제시되면서 〈보금자리주택건설 등에 관한 특별법〉(2009년)으로 개정되었고, 2013년 행복주택 20만 호 건설계획이 발표되면서 〈공공주택건설 등에 관한 특별법〉(2014)으로 개정되었다. 특별법이라는 지위를 그대로 이어가며, 장기 공공임대주택의 안정적 건설과 공급에 박차를 가해온 것이다.

글로벌 경제위기 이후 주택관련 법제의 특성은 주거안정과 주거복지 강화이다. 공공임대주택 재고가 늘어나고 건설 경과년수도 점차 오래되어 가는 상황을 지원하기 위해 〈장기 공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법〉(2009년 제정)은 사회복지서비스 지원, 노후단지의 리모델링에 필요한 소요비용의 지원근거를 마련하였다. 〈장애인·고령자 등 주거약자 지원을 위한 법〉(2012년 제정, 일명 주거약자법)은 주거약자용 주택의 편의시설 설치 기준, 주택개조 비용 지원, 공공임대주택 의무 건설(수도권은 100분의 8, 그 외 지역은 100분의 5) 등을 규정한다. 〈주거급여법〉(2014년 제정)은 기초생활보장제도의 급여체계 개편에 따라 국토교통부 주관으로 2015년 7월

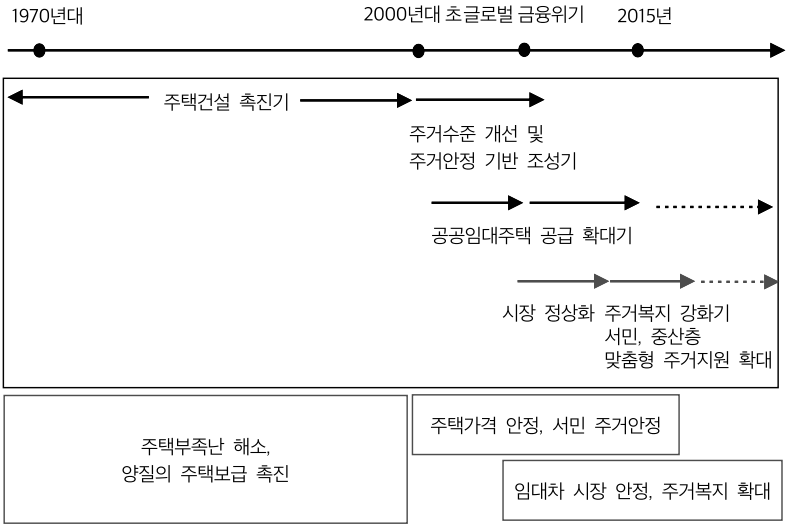
부터 시행되면서 지원대상, 지급방법과 절차 등을 규정한다.

한편, 2015년을 기점으로 주택관련 법제는 40여 년 만에 완전 전면 개편되었다. 우선 지난 35년간 토지수용 방식으로 공공부문이 전담해온 공영택지개발의 근거법인 〈택지개발촉진법〉이 폐지되었고, 국민주택기금을 주택도시기금으로 전환하고 〈주택도시기금법〉(2015년)을 제정하여 대한주택보증을 주택도시기금 전담 운용기관지정 기관인 주택도시보증공사로 출범시켰다. 〈임대주택법〉은 폐지하고 공공주택과 민간임대주택으로 이분화되었다. 임대주택의 일부와 〈공공주택건설 등에 관한 특별법〉을 통합하여 〈공공주택 특별법〉(2015년)이 제정되었고, 중산층 주거안정을 위해 민간기업을 활용하여 임대주택을 지원하고자 〈민간임대주택에 관한 특별법〉(2015년)이 제정되었다. 또한 기존에 〈주택법〉에서 다뤄왔던 공공주택 관리가 〈공동주택 관리법〉으로 승격되면서 국민의 약 70%가 거주하는 공동주택 관리의 안정 기반을 마련하기 위해 층간소음 갈등, 관리비, 장기수선충당금, 공동주택관리기구 지정 등을 담았다.

〈주거기본법〉(2015년)은 주택정책이 '물리적 주택공급 확대'에서 '주거복지'로 빠르게 전환되고 있는 상황에서 주거관련 법제의 최상위법 및 기본법적인 지위를 갖는 새로운 법의 필요성에 따라 제정되었다. 동법에서 규정하고 있는 주거권은 '국민이 물리적·사회적 위험으로부터 벗어나 쾌적하고 안정적인 주거환경에서 인간다운 주거생활을 할 권리'(제2조)를 말하며, 임대주택의 공급, 주거비 보조, 주거환경 정비, 최저주거기준 및 유도주거기준 설정, 주거복지 전달체계, 주거복지센터, 주거복지전담 인력양성 등의 내용을 담아, 지속적이고 안정된 주거복지 실현을 위한 기본 원칙을 제시하고 있다(〈표 17-3〉 참조).

지난 40여 년간 주택 및 주거서비스 지원의 정책 흐름은 주택건설 촉진기(1970~2000년대 초), 〈주택법〉 제정을 기점으로 주거수준 개선 및 주거안정기반 조성기(2003~2008년), 서민 주거안정 차원에서 2000년대 초부터

〈그림 17-2〉 주거지원 정책의 시대적 흐름



공급을 확대하기 시작한 공공임대주택은 글로벌 금융위기를 맞아 확대 개편되면서 공공임대주택 공급확대기(2000년 이후)가 지금까지 이어져오고 있다. 또한 금융위기 직후 3~4년간은 집값하락과 거래침체에 따른 주택시장정상화가 시급한 현안이었으며, 2009년부터 거듭되는 전세난으로 그 어느 시기보다 임대차 시장 안정이 중요해진 시기였다. 이에 정부는 저소득층뿐 아니라 젊은 주거불안 계층(대학생, 사회초년생, 취업준비생, 신혼부부 등)까지를 포괄하는 다양한 유형의 공공임대주택 공급과 중산층을 위한 민간임대주택(뉴스테이)의 보급을 확대하고 있다. 서민·중산층을 위한 맞춤형 주거지원 서비스는 이제 건설과 공급을 넘어 육아, 보육, 생활편의, 의료, 일자리 지원 등 다양한 주거지원 서비스와 연계되어 향후에도 더욱 확대될 전망이다(〈그림 17-2〉 참조).

이러한 시대흐름에 따라 주거정책을 집행하고 지원하는 전달주체도 변화하였다. 1962년 설립된 공공주택 공급주체인 대한주택공사는 1981년

설립된 공영택지개발 공기업인 한국토지주택공사(LH)와 통합해 2009년 한국토지주택공사로 일원화되었으며, 이로써 주택건설, 택지개발, 공공임대주택 공급이 단일 조직화되었다. 국민주택기금이 주택도시기금으로 전환되면서 설립된 주택도시보증공사는 기존의 융자사업뿐 아니라 리츠 방식 시행 등 출자사업으로도 영역이 확대되었다. 공공 주택금융 전담기관으로 설립된 한국주택금융공사(금융위원회 산하)는 주택저당채권 유동화증권 발행, 주택자금 신용보증, 보금자리론 등 주택담보대출, 주택연금을 지원한다.

3. 거주여건의 변화와 주요성과

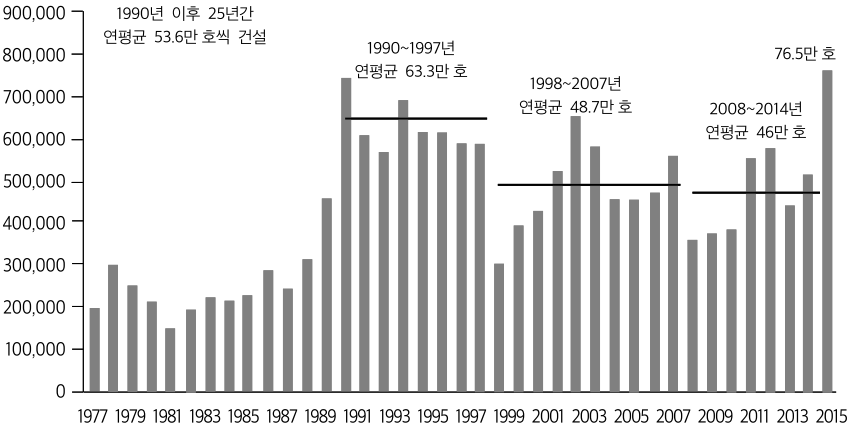
1) 주택의 양적 보급수준과 재고현황

신규주택의 건설은 1970년대와 1980년대는 연평균 30만 호도 미치지 못하는 수준이었으나, 주택 200만 호 건설계획을 추진한 1990년 이후에는 연평균 약 54만 호가 건설되었다. 신규주택의 90% 정도는 아파트 형태로 보급되었는데, 이는 소득증가와 그에 따른 생활패턴의 빠른 변화를 수용해가면서 현재 가장 보편화된 주거양식이 되었다. 아파트는 생활권 개념이 도입되면서 '단지' 문화를 만들었고 반포, 잠실, 목동 등과 같은 대단지 매머드급 단지들이 1970년대와 1980년대 서울 한강 이남 지역에 자리잡으면서 2000년대 초·중반 재건축발 주택시장 과열을 빚기도 했다(〈그림 17-3〉 참조).

1990년 이후부터 2015년까지 건설된 신규주택 건설 호수는 총 1,390만 호인데, 이런 규모는 2015년 주택재고(다가구 구분거처수가 반영되지 않음) 1,636만 7천호의 85%에 이른다. 즉, 25년간 전체 주택재고의 85%가 신규건설로 채워진 셈이다. 따라서 주택유형별 재고현황도 아파트 중심으로 바

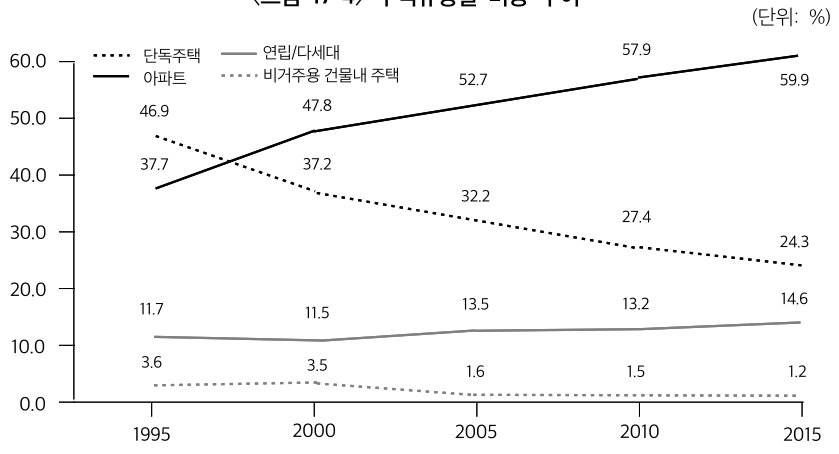
뀌고 있다. 20년 전인 1995년에는 전체주택에서 아파트가 차지하는 비중이 37.7%였으나 2015년은 약 60%에 이르렀다. 반면, 단독주택은 점차 그 비중이 줄어 2015년에는 전체주택의 24.3%에 불과하다(〈그림 17-4〉 참조).

〈그림 17-3〉 신규주택의 건설추이 (1990~2015년)



자료: 국토교통부 통계누리, 2017. 10. 30 인출.

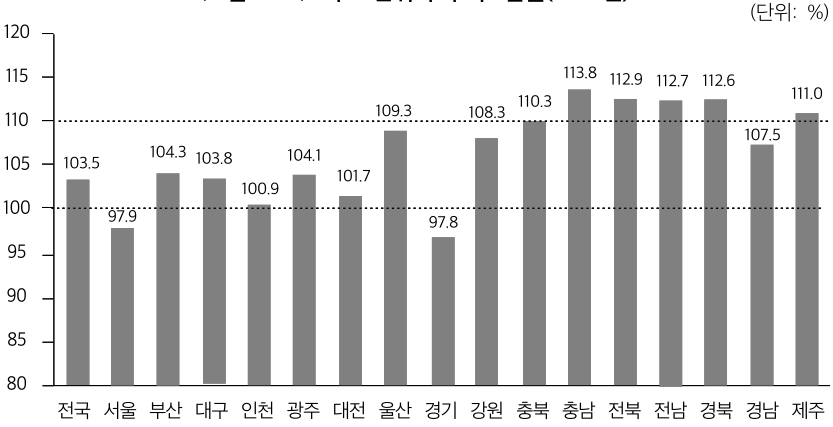
〈그림 17-4〉 주택유형별 비중 추이



자료: 통계청, 2016a.

〈그림 17-5〉 시도 단위의 주택보급률(2014년)

(단위: %)



자료: 국토교통부 통계누리, 2017. 10. 30 인출.

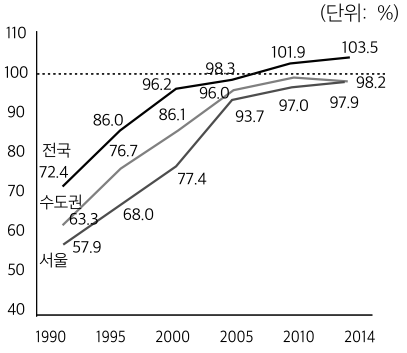
지속적인 신규주택 건설로 인하여 주택보급 수준도 높아졌다. 일반가구수 대비 주택수(다가구 구분거처수를 반영)를 나타내는 신주택보급률[5]은 2014년 103.5%로, 일반가구수에 비하여 주택수가 더 많은 것으로 나타났다. 도 지역의 주택보급률이 평균 110%를 상회하고 있다. 주택 보급률 100% 초과로 서울과 경기도를 제외한 지역에서는 총량적으로 주택이 부족하지 않은 상황이다(〈그림 17-5〉, 〈그림 17-6〉 참조).

주택의 보급상태를 나타내는 또 하나의 지표로 인구 천 명당 주택수(다가구 구분거처수를 반영)를 보아도 1990년 170호에 불과하던 주택수는 2014년 379호로 늘었다(〈그림 17-7〉 참조). 아파트 보급 증가에 따라 아파트에 거주하는 가구비율도 1990년 14.8%에서 2015년에는 48.1%로 늘었다. 2가구 중 1가구는 아파트에 거주하는 셈이다(〈그림 17-8〉 참조). 1인당 평균 거

5) 주택보급률은 2008년 이후 신개념을 적용한다. 종전 개념의 주택보급률은 주택수에 다가구 구분거처수를 반영하지 않았고, 가구수에는 1인가구를 제외한 보통 가구 개념을 적용하였다. 신개념의 주택보급률은 주택수에 다가구 구분거처수를 반영하고, 가구수에는 1인가구를 포함한 일반가구 개념을 적용한다(국토해양부, 2008).

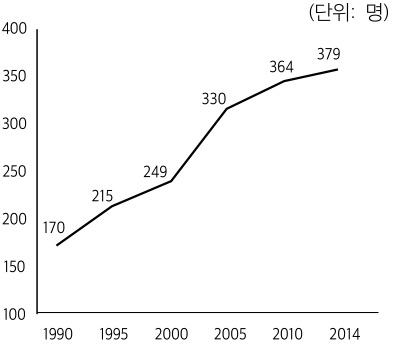
주면적도 점차 늘어나 1990년 1인당 13.8㎡에서 2014년에는 28.2㎡로 2배 이상 넓어졌다(〈그림 17-9〉 참조). 한편, 이러한 1인당 평균 거주면적 증가는 가구당 평균 가구원수 감소에 따라 자연적으로 증가한 점도 없지 않다. 가구당 평균 가구원수는 1990년 3.77인에서 2015년에는 2.53인으로 감소했다(통계청, 2016).

〈그림 17-6〉 주택보급률 추이



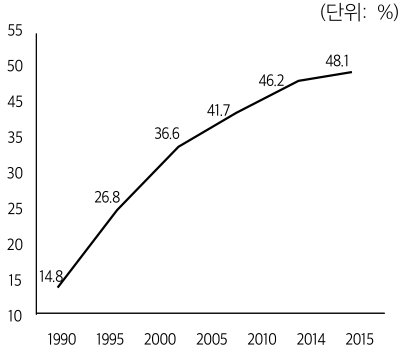
자료: 1) 1990~2000년: 통계청. 2016b.
2) 2005년 이후: 국토교통부 다가구 구분거처수 반영 주택수 기준.

〈그림 17-7〉 인구 천 명당 주택수



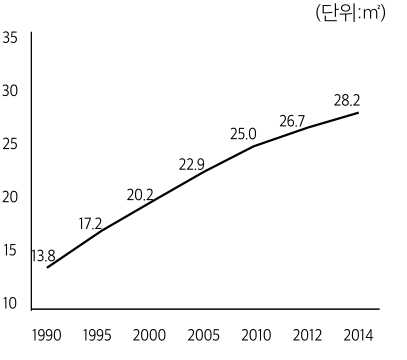
자료: 1) 1990~2000년: 통계청. 2016b.
2) 2005년 이후: 국토교통부 다가구 구분거처수 반영 주택수 기준.

〈그림 17-8〉 아파트 거주가구 비율



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-9〉 1인당 평균 거주면적



자료: 1) 1990~2010년: 통계청. 2016b.
2) 2012~2014년: 국토교통부. 각 연도.

주택 재고의 건설경과년수를 보면, 아파트는 30년 이상 된 재고비율이 5.1%인데 비하여, 단독주택은 48.3%에 이른다. 이는 공동주택에 비하여 상대적으로 단독주택의 거주성이 좋지 않다는 의미이며, 향후에도 신규주택 건설이 아파트 위주로 보급된다면 단독주택 비중은 더 떨어질 수 있음을 시사한다. 아파트의 경우에도 건설경과년수가 20년 이상 된 재고비율이 33.3%이어서 10년 내 노후화 문제가 크게 부각될 것이며, 이는 특히 주택 200만 호 건설계획으로 지어진 1990년대 초의 수도권 5개 신도시 지역의 고층 고밀 아파트 중심으로 전개될 것이다. 현행 저층 저밀 아파트의 재건축과는 달리 합리적 리모델링 방법에 대한 논의가 지금부터 필요하다고 본다(〈표 17-4〉 참조).

〈표 17-4〉 건물 노후기간별 주택유형 (2015년)

(단위: 천 호, %)

건축 경과년수	주택	단독주택	아파트	다세대, 연립주택	비거주용 건물내 주택
전 체	16,367 (100.0)	3,974 (100.0)	9,806 (100.0)	2,383 (100.0)	204 (100.0)
5년 미만	2,073 (12.7)	270 (6.8)	1,298 (13.2)	488 (20.5)	17 (8.2)
5년~10년 미만	1,981 (12.1)	223 (5.6)	1,583 (16.1)	161 (6.8)	14 (6.9)
10년~15년 미만	2,588 (15.8)	274 (6.9)	1,758 (17.9)	530 (22.2)	25 (12.3)
15년~20년 미만	2,562 (15.7)	373 (9.4)	1,901 (19.4)	261 (11.0)	26 (12.9)
20년~30년 미만	**4,494 (27.5)**	914 (23.0)	**2,766 (28.2)**	**742 (31.1)**	**72 (35.6)**
30년 이상	2,669 (16.3)	**1,920 (48.3)**	500 (5.1)	201 (8.4)	49 (24.0)

자료: 통계청, 2016a.

2) 주택의 점유형태 변화와 거주안정성

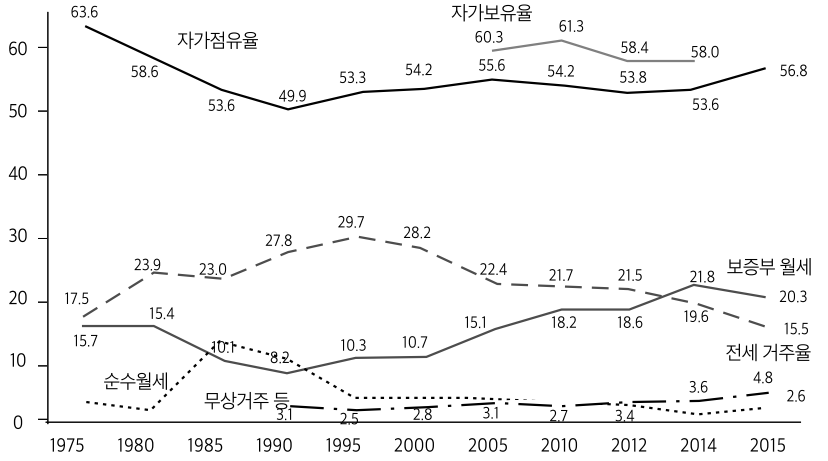
주택의 점유형태(*housing tenure*)는 거주안정성 혹은 점유안정성과 관련 깊다. 자가소유는 가장 장기적으로 안정되게 저렴한 거주생활을 보장하지만, 비싼 집값부담과 대출상환 부담이 있다. 주택시장 상황에 따라 당초 구입가격보다 매각 시 가격이 더 떨어질 경우 손실을 보게 되며, 집값이 더 하락하는 경우에는 집을 처분해서 대출금을 갚지 못하는 상황이 발생할 수 있다. 글로벌 경제위기 때 부각된 하우스푸어(*house poor*) 문제나 깡통주택(*underwater house* 혹은 *negative equity*) 문제가 다시 반복하여 일어나지 않는다는 보장은 없다.

한편, 임대주택의 거주는 이동성이 높은 장점이 있으나 장기적으로 안정된 거주 보장에는 한계가 있으며, 수급 불일치에 따른 임대료 상승 리스크가 크다. 2009년 이후 6년째 계속 오른 전세가 상승은 전세위기, 전세난, 전세파동으로 불린다. 전세난은 전세수요에 비해 전세공급 물량의 현저한 부족 때문에 전셋집 구하기가 어렵고 전세가격이 계속 상승하여 부담 가능하지 않게 된 상황을 말한다. 특히 보증금을 되찾는 문화가 오랫동안 자리잡고 있는 우리나라의 임대차 특성으로 월세에 비해 전세에 대한 선호도가 매우 크다는 점에서 앞으로도 전세난은 시장 여건에 따라 반복될 소지가 크다.

주택 점유형태는 자가, 임차로 구분되며, 임차는 임차료를 어떻게 지불하는가에 따라 전세, 보증부 월세, 월세, 사글세로 구분된다. 이는 외국의 자가, 민간임대, 공공임대와 같은 구분의 점유형태와는 다른 방식이다. 지난 1975년 이후 주택점유 형태를 보면, 자가점유율은 30여 년간 54~56% 수준이다. 그동안 많은 신규공급에 비한다면 자가점유율은 OECD 국가의 평균 60%(2014년) 수준에 비한다면 낮은 수준이라고 볼 수 있다. 임차 중 전세는 2000년을 기점으로 크게 감소하여, 2005년 22.4%에서 2015년은 15.5%로 떨어졌다. 이는 저금리로 인하여 임대인의 강한 월세

〈그림 17-10〉 주택점유 형태 추이

(단위: %)



자료: 1) 통계청. 2016b.
2) 2012~2014년: 국토교통부. 각 연도.

〈표 17-5〉 지역별 주택 점유형태 비교(2015 인구주택총조사)

구분	자가점유율	전세	보증부 월세	월세	사글세	무상
전국	56.8%	15.5%	20.3%	2.6%	0.8%	4.0%
수도권	48.9%	22.0%	22.4%	2.7%	0.4%	3.8%
서울	42.1%	26.2%	25.1%	3.0%	0.4%	3.2%
인천	58.7%	16.1%	18.0%	2.9%	0.4%	3.8%
경기	52.3%	19.7%	21.1%	2.3%	0.4%	4.2%
부산	61.3%	11.3%	22.7%	1.9%	0.1%	2.7%
대구	58.7%	12.6%	21.2%	2.9%	1.3%	3.3%
광주	61.6%	9.7%	21.7%	3.0%	1.3%	2.7%
대전	53.8%	15.5%	24.0%	2.3%	0.7%	3.6%
울산	62.7%	9.2%	21.8%	2.0%	0.2%	4.2%
세종	53.5%	16.4%	18.9%	2.7%	3.8%	4.7%
강원	61.9%	9.0%	16.7%	3.4%	1.6%	7.3%
충북	65.1%	10.0%	16.5%	2.5%	1.3%	4.5%
충남	65.4%	9.6%	14.7%	3.0%	1.8%	5.4%
전북	68.6%	7.5%	16.8%	2.1%	1.1%	3.9%
전남	73.4%	7.7%	10.6%	1.8%	1.4%	5.0%
경북	69.6%	5.9%	14.9%	2.9%	2.0%	4.7%
경남	66.5%	8.1%	19.1%	1.9%	0.3%	4.1%
제주	58.3%	3.3%	15.1%	3.2%	10.7%	9.3%

자료: 통계청 홈페이지, 2017. 10. 30 인출.

〈표 17-6〉 자가 및 임차가구의 가구증가 추이

(단위: 천 가구)

구분	2005년	2010년	2015년	가구수 증가	
				2005~2010년	2010~2015년
일반가구수	15,887 (△11.0%)	17,339 (△9.1%)	19,112 (△10.2%)	1,452	1,773
자가가구수	8,828 (△13.9%)	9,390 (△6.4%)	10,850 (△15.5%)	562	1,460
임차가구수	7,059 (△7.6%)	7,949 (△12.6%)	8,262 (△3.9%)	890	313

자료: 통계청. 2016b.

선호 경향 때문으로 해석된다. 전세가 감소한 부분은 보증부 월세가 대체하고 있다. 보증부 월세에 거주하는 가구비중은 2015년 20.3%이며, 보증금 없는 순수 월세는 2.6%이다(〈그림 17-10〉 참조).

지역별 점유형태를 보면, 수도권은 아직까지 전세거주 비율이 22.0%로 높고 서울은 보증부 월세에 비하여 전세비중이 높으나 도지역은 10%에도 미치지 못하고 있다. 보증부 월세거주 비율도 수도권 및 광역시에 비하여 도지역이 낮으며, 상대적으로 자가점유율이 높은 도 지역의 임차 거주비율이 낮다(〈표 17-5〉 참조).

자가점유율이 크게 제고되지 못하는 이유에 대한 학술적 연구는 거의 없는 실정이다. 다만 높은 집값부담이 가장 크다고 인식되며, 향후 집값 상승 기대감이 크지 않아 구입 동인이 감소했기 때문으로 유추되고 있다. 또한 분모인 일반가구수 증가율에 비하여 자가점유가구수 증가율이 낮은 경우 실제 자가가구가 늘어났음에도 자가점유율을 끌어올리기는 한계가 있다. 지난 10년간 가구수 증가추이를 보면, 일반가구수는 322만 5천 가구가 늘었고, 자가가구수는 202만 2천 가구 늘었다. 전체 늘어난 가구 수의 61%는 자가가구이다. 임차가구에 비하여 자가가구가 늘어났지만 가구분화, 1인가구 증가로 분모인 가구수가 증가했기 상대적으로 자가가구 증가 효과가 미미하게 나타났다고 볼 수 있다(〈표 17-6〉 참조).

〈표 17-7〉 무주택 가구의 연령대별, 가구원수별 현황(2015년)

	20대 이하	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
무주택 841만 2천 가구 (100.0%)	1,161 (13.8)	1,888 (22.4)	1,929 (22.9)	1,688 (20.1)	852 (10.1)	588 (7.0)	305 (3.6)
	1인	2인	3인	4인	5인 이상		
	3,624 (43.1)	2,006 (23.8)	1,410 (16.8)	1,052 (12.5)	321 (3.8)		

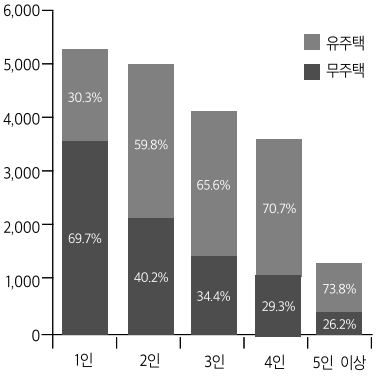
자료: 통계청, 2016c.

자가점유율과 비교적으로 자가보유율은 2005년 최초 발표 이후 하락 추세이다. 자가보유율은 자가점유가구에다 타지에 주택을 소유한 가구까지를 포함하는 개념이다. 그러나 임차가구 중 자가보유율은 법적 소유여부에 관계없이 실질적 소유여부를 개별가구 응답에 의존하여 만든 통계로, 통계청은 2015년부터는 자가보유율 통계 대신 주택소유율로 대체하고 있다. 주택소유율은 행정청이 보유한 각종 공부 자료(건축물 대장, 주택공시가격 자료, 주민등록부, 재산세 자료 등)에 근거해 산출한 법적 소유권 기반 통계이다. 통계청은 주택소유 통계를 2012년부터 개인단위로 집계했는데, 2015년에는 개인단위뿐 아니라 가구단위 주택소유 통계를 집계·공표했다. 2015년 우리나라 가구의 주택소유율은 56.0%[6]이며, 역으로 무주택률은 44%이다. 무주택 가구는 2015년 841만 2천 가구이며, 무주택 가구 중 40대 이하가 59.1%, 1인가구가 43.1%를 차지한다(〈표 17-7〉 참조).

6) 자가점유율(56.8%)과 주택소유율(56.0%) 간의 차이 발생 이유는 매매거래와 소유권 이전등기 시점간의 시차, 상속 및 유산 관계, 맞벌이 가구 문제 등으로 나타난다. 예를 들어, 소유주택을 자식에게 상속하였으나 〈2015 인구주택총조사〉 설문 과정에서는 본인 소유주택에 거주한다고 응답하거나, 맞벌이 가구의 경우 소유주택에 거주하는 부부 모두 자기 집에 거주한다고 응답하지만 실제 소유권은 한 가구로 산정되기 때문이다(통계청, 2016)

〈그림 17-11〉 가구원수별 주택소유율

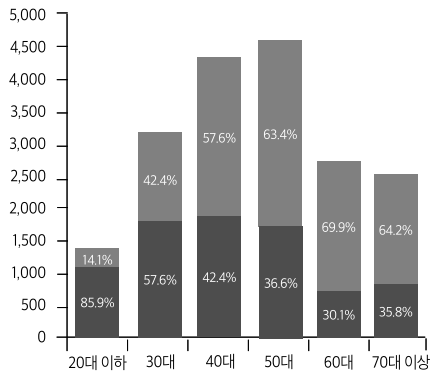
(단위: 천 가구)



자료: 통계청, 2016b; 통계청, 2016c.

〈그림 17-12〉 연령대별 주택소유율

(단위: 천 가구)



자료: 통계청, 2016b; 통계청, 2016c.

〈표 17-8〉 임차가구의 현 주택이사 이유

(단위: %)

이사 이유	전세	보증부 월세	월세	무상
계약 만기로 인해서	**31.9**	**35.3**	**30.0**	**9.6**
직주근접을 위해 혹은 직장변동(취직 · 전근 등) 때문에	**22.6**	**25.7**	**21.4**	**32.6**
시설이나 설비가 더 양호한 집으로 이사하려고	**21.8**	**21.0**	**20.4**	**13.5**
교통이 편리하고 입지가 좋은 지역으로 가기 위해서	**21.5**	**22.2**	**18.4**	**16.4**
쾌적하고 양호한 지역환경으로 가기 위해서	**17.5**	**14.4**	**11.3**	**19.2**
주택규모를 더 늘리려고(주택규모 확장)	**15.7**	**11.9**	**3.9**	**7.0**
주택규모를 더 줄이려고(주택규모 축소)	**6.8**	**9.1**	**15.0**	**3.4**
집값 혹은 집세가 너무 비싸고 부담스러워서	11.4	17.7	26.6	15.9
자녀양육 및 교육환경 때문에	11.7	4.5	4.4	3.2
집주인이 나가라고 해서	8.5	10.0	12.2	6.7
부모, 자녀 등과 가까이 살려고	6.6	3.0	3.0	28.6
편익시설·위락시설이 부족해서	5.2	4.6	3.4	5.3
재개발로 인해서	3.0	2.1	3.6	3.0
세대독립을 위한 분가	2.3	2.7	3.0	4.4
그 외 여러 가지 사유	13.6	15.8	22.3	31.3
계	200.0	200.0	200.0	200.0

자료: 국토교통부, 2015.

또한 가구원수별 무주택 비율을 보면, 1인가구의 무주택 비율이 69.7%로 가장 높고, 가구원수가 늘어남에 따라 무주택 비율은 감소하는 경향을 보인다(〈그림 17-11〉 참조). 연령대로 무주택 비율을 보면, 20대 이하의 무주택률이 85.9%, 30대 이하의 무주택률이 57.6%이다(〈그림 17-12〉 참조).

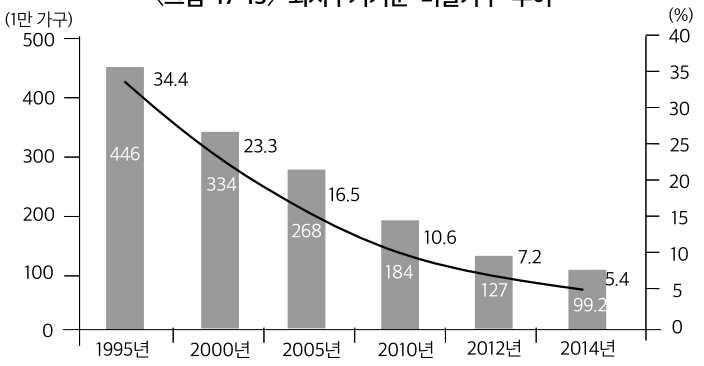
한편, 무주택 임차가구의 현 주택 이사 이유를 보면, 직장 문제, 설비나 규모 확대, 교통 편리나 양호한 입지 때문에 이사하기보다는 계약 만기, 임대료 부담, 집주인 통보와 같은 비자발적 이사 이유가 크다. 이로 인해 자가가구가 현 주택에 거주하는 평균기간인 11~12년에 비하여 임차가구의 현 주택 평균 거주기간은 3~4년에 그친다. 전세가구의 평균 거주기간은 3.5년, 보증부 월세가구는 평균 3.4년, 월세가구는 평균 4.3년이다(국토교통부, 2015) (〈표 17-8〉 참조).

3) 최저주거기준 미달가구 현황

최저주거기준 미달가구 비율은 20년 전인 1995년에만 하더라도 444만 가구로 전체가구의 34.4%에 달하였으나 2014년에는 99만 가구로 전체가구의 5.4%로 크게 감소하였다(〈그림 17-13〉 참조). 그러나 이러한 감소에도 불구하고 저소득층의 주거빈곤은 여전하다. 저소득층의 최저주거기준 미달가구는 2010년 이후 감소하고는 있으나 2014년 65.8%이다. 한편, 중소득층의 최저주거기준 미달가구 비율은 증가추세로 2014년 전체가구의 약 30%를 차지했다. 고소득층의 최저주거기준 미달비율은 2010년에 비하여 절반 수준으로 감소했다(〈표 17-9〉 참조).

주택점유 형태별로 최저주거기준 미달가구 현황을 보면, 자가나 전세가구에 비해 월세가구가 최저주거기준 미달가구의 54.4% (보증부 월세 40.5%, 월세 13.9%)를 차지한다. 신규주택의 건설 및 재개발과 주거환경 개선을 통해 그동안 최저주거기준 미달 가구가 꾸준히 감소하면서 전월세

〈그림 17-13〉 최저주거기준 미달가구 추이



자료: 1) 1995~2005년: 통계청. 2016b.
2) 2010~2014년: 국토교통부. 각 연도.

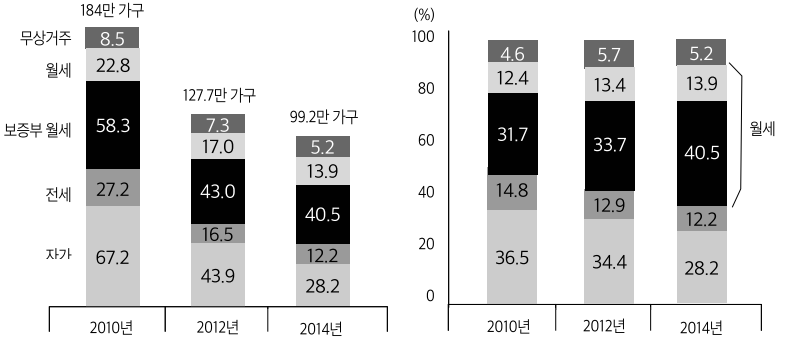
〈표 17-9〉 소득계층별 최저주거기준 미달가구 현황

(단위: %)

소득계층	2010년	2012년	2014년
저소득층	72.6	72.6	65.8
중소득층	19.1	22.1	29.6
고소득층	8.3	5.3	4.6
전 체	100.0	100.0	100.0

자료: 국토교통부. 각 연도.

〈그림 17-14〉 점유형태별 최저주거기준 미달가구 비중



주: 최저주거기준 미달가구는 가구원수별 면적기준 미달 및 시설기준 미달 가구.
자료: 국토교통부. 각 연도.

가구의 주거 수준도 크게 향상되었긴 하지만, 최저주거기준 미달 가구의 구성비(100% 기준)로 볼 때, 월세가구(보증부 월세 및 월세가구)가 차지하는 비중은 2010년 44.1%, 2012년 47.1%, 2014년 54.4%로 계속 늘어나는 추세이다(〈그림 17-14〉 참조). 이렇듯 최저주거기준 미달 가구의 현격한 감소에도 불구하고, 저소득층과 최근에는 중소득층의 일부도 최저주거기준 미달 가구로 편입되고 있으며, 특히 최저주거기준 미달 가구는 주로 월세가구에 집중되는 경향이 나타나고 있다.

4) 임차가구의 임대료 부담

지난 10년간 월소득에서 차지하는 월임대료 비중(RIR: Rent-to-Income Ratio)은 〈표 17-10〉과 같다. 전체 임차가구의 RIR은 2006년 23%에서 2014년 24.2%로 소폭 늘었다. 저소득층의 임대료 부담률은 다소 줄었고 중고소득층의 임대료 부담률은 다소 늘었다. 그러나 이러한 RIR 추이를 해석할 때 유의할 점은 보증금을 월세로 전환하는 비율인 전월세 전환율이 점차 낮아져 그에 따라 부담도 낮아진 효과가 있다는 점이다.

전월세 전환율은 보증금을 월세로 환산할 때 적용되는 관례적 기준인데, 이 비율이 높으면 보증금에 비해 월세부담이 높음을 의미한다. 전월세 전환율은 한국감정원이 통계를 작성한 2010년 6월 이후 계속 감소하는 추세이나, 은행의 정기예금금리와 비교하면 2012년 2.7배, 2013년 3.2배, 2014년 3.4배, 2015년에는 4.4배로 계속 증가했다(〈그림 17-15〉 참조). 이것은 금리가 계속 낮아지는 상황에서 임대인이 임대수입을 보전하려는 관점이라고 볼 수 있다. 향후에도 저금리가 이어지고 주택가격 상승률 둔화로 시세차익을 얻기 어려워지는 상황이 계속된다면 임대인은 임대소득 변화에 민감하게 반응하면서 월세를 더 선호할 수밖에 없을 것이며, 임차인은 시장 이자율보다 더 높은 비용으로 월세를 부담해야 하는 상황에 처하게 될 것이다.

〈표 17-10〉 임차가구의 소득대비 임대료 부담비율(RIR)

(단위: %)

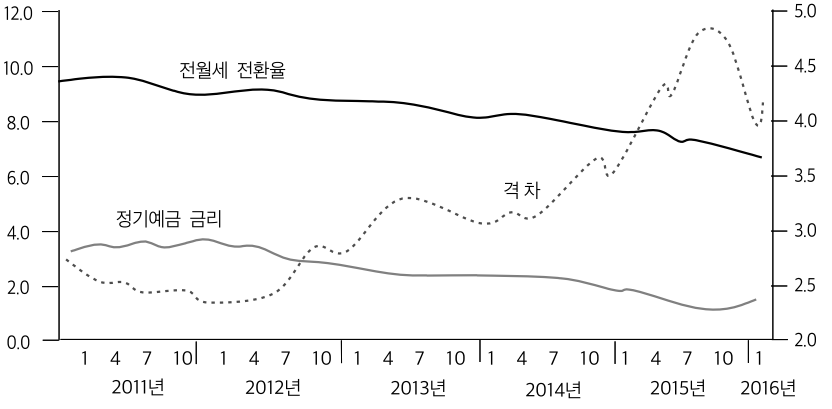
구 분	2006년	2008년	2010년	2012년	2014년
전체 임차가구	22.9	22.8	23.1	26.4	24.2
저소득층	36.3	30.9	31.1	33.6	34.1
중소득층	20.7	21.4	21.4	20.0	23.1
고소득층	18.5	20.3	21.0	23.3	21.2

주 : 상기의 소득분위 구분은 10분위를 기준으로 하여 저소득층은 10분위 중 4분위 이하, 중소득층은 8분위 이하, 고소득층은 9~10분위 가구.

자료: 국토해양부. 각 연도.

〈그림 17-15〉 전월세 전환율과 정기예금금리 추이

(단위: %, 배)



자료: 한국감정원, 한국은행 홈페이지. 2017. 10. 30 인출.

〈표 17-11〉 소득대비 임대료 30% 초과 지출하는 임대료 과부담 가구 추계

구분	2010년			2012년			2014년		
	가구수 (만 가구)	점유형태 내 비중 (%)	전체 비중 (%)	가구수 (만 가구)	점유형태 내 비중 (%)	전체 비중 (%)	가구수 (만 가구)	점유형태 내 비중 (%)	전체 비중 (%)
전세가구	107.5	28.6	56.6	162.1	42.8	68.0	135.3	38.4	55.6
보증부 월세가구	65.7	20.9	34.5	66.1	20.4	27.7	101.6	25.9	41.8
월세가구	16.9	29.8	8.9	10.1	23.1	4.2	6.3	16.8	2.8
임차가구 계	190.1	25.5	100.0	238.3	31.9	100.0	243.2	31.1	100.0

자료: 국토해양부, 2010, 2012. 원자료 분석.

소득대비 임대료 지출비중을 30% 초과하는 경우를 임대료 과부담으로 상정하고 2010년 이후 임대료 과부담 가구 비중을 보면, 2010년에는 전체 임차가구의 25.5%에 해당하는 190만 임차가구가 임대료 과부담 상황이었으나, 2012년에는 이 비중이 크게 증가해 전체 임차가구의 31.9%에 해당하는 238만 임차가구가 임대료 과부담 상황으로 나타났으며, 2014년도 그 추세가 이어진다. 전세가구 중 임대료 과부담 가구수는 2010년 107만 가구에서 2012년 162만 가구까지 증가했다가 2014년에는 135만 가구로 줄었다. 반면, 월세가구는 2010년 약 83만 가구(보증부 월세가구 65.7만 가구, 월세가구 16.9만 가구)에서 2012년 다소 줄었으나 2014년에는 108만 가구(보증부 월세가구 101.6만 가구, 월세가구 6.3가구)로 크게 늘어서, 전체 임대료 과부담 가구 중 월세가구가 절반가량을 차지하는 상황에 이르렀다(〈표 17-11〉 참조).

이러한 임대료 과부담은 가처분소득 대비 주거비 지출비중 40%를 초과한 가구를 임대료 과부담으로 규정하는 EU-28개국의 주거비 과부담 평균비중 11.2%에 비한다면 3배 정도 높다. 물론 소득 및 주거비 기준이 다소 상이하더라도, 2014년 임차 3가구 중 1가구가 임대료 과부담에 처한 상황은 향후 정책 우선순위에서 상대적 주거빈곤 문제를 어떻게 완화해갈 것인가가 주거안정화에 있어 중요한 관건임을 시사한다.

4. 공공임대주택의 성장과 성과

1) 공공임대주택의 공급목표와 전개과정

공공임대주택은 공적자금을 지원하여 자력으로 내집마련이 어려운 저소득층의 주거안정과 주거수준 향상을 위해 건설·공급되는 주택이다. 최초 사회복지적 성격의 공공임대주택은 1989년 공급된 영구임대주택이다. 이전 시기 때는 5년 단기 공공임대주택을 주로 공급해왔던 것과는 달리 영구임대주택은 분양전환되지 않고 영구적으로 임대로만 활용하는 주택으로, 서구식의 최초의 소셜하우징 관점에서 도입된 것이다. 그러나 계획 당시 25만 호의 건설계획은 재정부담과 기초생활수급자(당시 생활보호대상자)의 저조한 입주로 1993년 19만 호로 조기 종결되었다. 대신 이를 대체하기 위해 정부는 1993년 민간주도의 5년 공공임대주택을 도입하였고, 주택재개발 지구의 원주민 재정착을 지원할 목적으로 50년 공공임대주택을 도입했다.

현재 가장 대표적인 공공임대주택으로 자리잡고 있는 국민임대주택은 1997년 외환위기에 따른 대량실업과 경기침체로 1998년 당시 10년형과 20년형으로 '10만 호 건설' 목표로 도입되었으나, 2000년대 초 주택가격이 크게 오르고 전세난이 불거지면서 2003년 '국민임대주택 100만 호 건설계획'(2003~2012년)[7]으로 확대되었다. 또한 정부는 같은 해 9월 3일 '서민·중산층 주거안정지원 대책'에서 향후 10년간 장기 공공임대주택을 150만 호 확보하여(국민임대주택 100만 호, 10년 공공임대 50만 호) 2012년까지 공공임대주택 재고율을 15% 달성하는 정책목표를 제시했다. 동 대책에서 10년 공공임대주택이 새로운 장기공공임대주택의 한 유형으로 도입되었고, 민간부문이 50만 호의 공급을 담당토록 하였다.

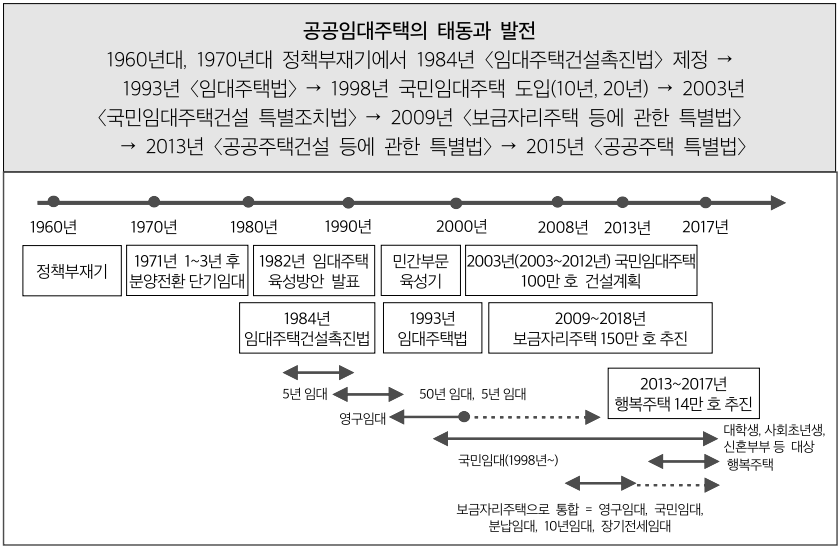
---

7) 국민임대주택 100만 호 건설계획은 2003년 대통령 주재 경제장관간담회(5·20 서민주거안정대책)에서 결정되었다.

글로벌 경제위기가 불어닥친 2008년에는 공공부문을 활용하여 서민 주거복지를 강화하기 위해 '보금자리주택 150만 호 건설계획'(2009~2018년)이 발표되었다. 여기서 '보금자리주택'은 그동안의 공공주택을 아우른 정책 브랜드라고 볼 수 있으며, 동 계획에서 공공분양주택 70만 호와 공공임대주택 80만 호의 공급목표를 제시하였다. 그러나 부동산 경기침체로 시장안정과 복지체감보다는 오히려 민간부문 구축 문제가 제기되었고 시장 갈등과 반감, 주택시장 침체로 사실상 공급활력을 상실했다.

보금자리주택은 5년을 채 지속하지 못하고 2013년 초 주택시장 정상화 대책[8]에서 종결되었다. 보금자리주택은 1993년 종결된 영구임대주택의 건설 재개와 같은 고무적 측면도 있으나, 경기침체로 인해 발생한 부도 임대주택이나 미분양 주택 매입 등을 하나의 독립된 공공임대주택 유형으로 분류했고, 현재까지도 실적이 매우 저조한 분납 임대주택과 장기전세주택도 새로운 유형

〈그림 17-16〉 공공임대주택 정책의 전개과정



8) 국토교통부(2013. 41). 〈서민 주거안정을 위한 주택시장 정상화 종합대책〉. 보도자료 참조.

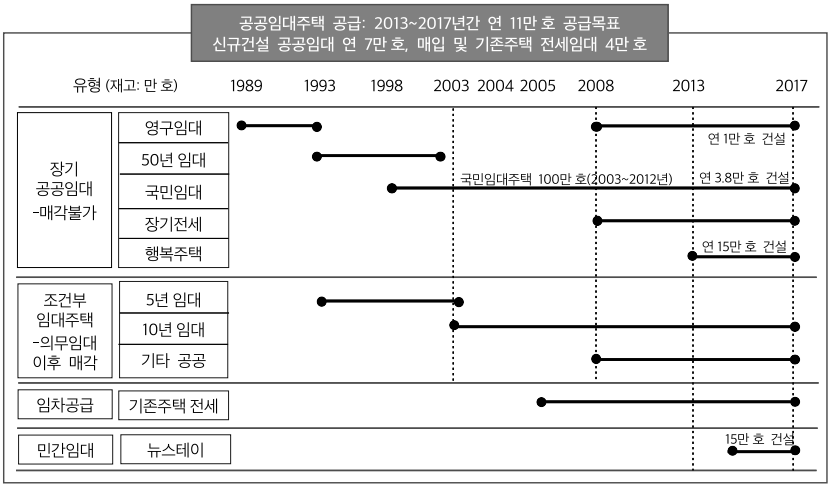
으로 편입해 공공임대주택 개념정립에 상당한 혼선을 초래했다고 볼 수 있다.

행복주택은 신혼부부, 사회초년생, 대학생 등 사회활동이 왕성한 계층의 주거불안 해소를 위해 대중교통이 편리하거나 직주근접이 가능한 지역에 시세보다 저렴하게 주택을 공급해, 젊은 계층의 주거 사다리 역할을 하고 지역 활력을 증진할 목적으로 2013년 도입한 새로운 개념의 공공임대주택이다. 당초 20만 호가 공급목표였으나, 부동산 경기가 좋은 상황에서 지역주민과 지방자치단체가 집값하락과 교통과밀 등의 이유로 행복주택 건립에 크게 반발하면서 공급목표는 2013년 12월 14만 호로 축소 조정되었다(국토교통부, 2013.12.3. 보도자료).[9] 이러한 물량조정은 지역주민의 반발과 더불어 행복주택으로 국민임대주택 물량이 감소해 저소득층의 주거복지 기회가 축소될 우려가 있다는 국회 국토교통위원회와 예산정책처의 지적에 따른 것이기도 하다. 이에 정부는 2017년까지 공공임대주택의 공급목표 물량은 51만 호를 유지하면서 행복주택은 당초 20만 호에서 14만 호로 줄이고, 줄어든 6만 호는 국민임대주택 5만 호 및 민간임대 1만 호로 대체 공급하기로 했다(〈그림 17-16〉 참조).

한편, 공공임대주택을 신규건설 이외 기존주택을 매입하거나 임차하는 형태로 공급하는 방법은 2004년 및 2005년에 도입되었다. 2004년에는 도심 내 저소득층이 생활권을 떠나지 않고도 공공임대주택에 입주할 수 있도록 다가구 매입임대주택이 도입되었다. 이는 당시 택지난으로 그린벨트를 해제하여 주로 도시외곽에 건설되던 국민임대주택의 단점을 보완하기 위한 취지였으며, 이후 국민임대주택의 매입방식으로 포함되었다. 2005년에는 기존주택 전세임대주택이 도입되었다. 이는 전세난이 거듭되면서 국민주택기금의 전세자금 지원이 신용 있는 전세 임차인들만 지원하는 한계를

9) 국토교통부는 2016.4.28 대책(맞춤형 주거지원을 통한 주거비 경감 방안)에서 행복주택을 1만 호 더 추가 공급하겠다고 밝혔다.

〈그림 17-17〉 공공임대주택 공급 추진연혁



보완하기 위해 신용이 부족한 취약계층을 대상으로 공공부문(지방자치단체, 한국토지주택공사)이 기존 민간 집주인 소유의 주택을 임차해 저소득층에게 재임차하는 형태로 공급하게 된 것이다. 이러한 임차공급 방식은 소유권을 공공부문이 직접 취득하지는 않지만 기존주택의 사용권을 확보해 공공임대주택을 공급한다는 차원에서 새로운 발상의 공급방법이라 볼 수 있다.

공공임대주택 유형은 임대의무기간에 따라 10년 이상 장기임대주택으로 분류되는 것은 영구임대주택(50년), 국민임대주택(30년), 행복주택(30년), 장기전세주택(20년) 등이며, 그 외에 10년 공공임대, 기존주택 매입임대(다가구 매입임대)(최장 20년 임대), 기존주택 전세임대(최장 20년 지원)가 장기 공공임대주택의 범주에 포함된다. 그동안 시기별로 도입된 공공임대주택 유형별 추진현황은 〈그림 17-17〉과 같다. 중산층 주거불안을 위해 도입한 기업형 민간임대주택인 뉴스테이는 2015년 도입되었으며, 2017년까지 15만 호가 공급될 계획이다. 장기공공임대주택의 유형별 공급목적, 공급대상, 임대기간, 임대료 수준은 〈표 17-12〉와 같다.

〈표 17-12〉 장기공공임대주택의 특징 비교(2016년 기준)

구분	영구임대 (신규건설)	국민임대 (신규건설)	국민임대 다가구주택 매입 (매입방식)	기존주택 전세임대 (임차방식)	행복주택 (신규건설)	10년 공공임대 (신규건설)	장기전세주택 (신규건설)
공급 목적	최저소득층의 주거안정	저소득층의 주거안정	도심 내 최저소득층을 현 생활권에서 주거지원		젊은 세대의 주거안정 및 주거복지 향상	내집마련 계층의 자가 마련 지원	중저소득층의 주거안정 (전세 계약방식)
주요 입지	도시지역	신도시 등 택지개발지구 중심	도심지역 (인구 10만 명 이상 도시) * 2016년부터는 인구 8만 명 이상 도시		직주근접 가능용지 (도심주변, 산업단지 등)	신도시 등 택지지구	도시지역
공급 대상	기초생활 수급자 등 최저소득층 (도시근로자 월평균 소득의 50% 이하)	도시근로자 월평균 소득의 70% 이하	기초생활수급자, 한부모가족 등 도시근로자 월평균소득의 50% 이하	기초생활수급자, 한부모가족, 소년소녀가정, 신혼부부, 대학생 (도시근로자 월평균소득의 50% 이하)	젊은 계층 (대학생, 사회초년생, 신혼부부), 노인계층, 산단근로자, 주거급여수급자 *도시근로자 월평균 소득의 80~100% (맞벌이 120%) 이하	청약저축 가입자	도시근로자 월평균소득의 100% 이하
주택 규모 (전용)	40㎡ 이하	60㎡ 이하	85㎡ 이하	85㎡ 이하	45㎡ 이하	85㎡ 이하	60㎡ 이하
임대 기간	50년	30년	최장 20년	최장 20년	젊은 계층은 6년, 그 외 입주자는 20년 거주	공공부문 공급 시 10년	20년
임대료 수준	건설원가를 감안, 주변시세의 30%	건설원가를 감안, 주변시세의 60~80%	주변지역 감정평가금액의 50% 이하 (LH는 시세의 30%)	(임대보증금) 전세금의 5% (월임대료) 주택도시기금의 연 2%	주변시세의 60~80% 수준	건설원가 감안, 주변시세의 80~90%	주변시세의 80%

〈표 17-13〉 2000년대 초반 이후 공공임대주택 공급물량

(단위: 만 호)

연도	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
사업승인	8.4	9.7	10.8	11.8	15.4	12.6	10.4
준공(입주)	10.0	9.5	7.3	6.2	6.4	9.6	10.5
연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
사업승인	10.7	9.7	9.9	10.2	10.8	11.4	
준공(입주)	10.8	9.0	5.6	8.0	10.2	12.0	

자료: 국토교통부, 2017.1.2 보도자료.

2) 공공임대주택의 공급현황 및 입주자 특성

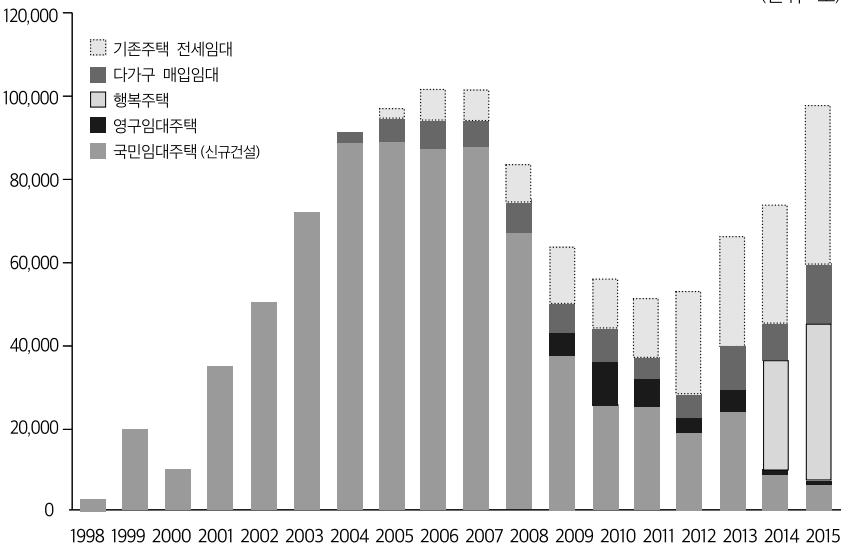
(1) 공급현황

공공임대주택의 신규공급은 2003년 이후 연평균 11만 호씩 공급되었다(〈표 17-13〉 참조). 2016년에는 역대 최고수준인 12만 5천호가 준공되었다. 2000년대 중반 주택시장 과열과 집값상승, 거듭되는 전세난 속에서 신규공공임대주택의 공급확대는 서민 주거안정과 임대차 시장안정 차원에서 핵심적 주거안정 해법으로 추진되었다. 공급유형은 1998~2003년에는 국민임대주택만 건설되다가 2004년 다가구 매입임대주택, 2005년 기존주택 전세임대주택 도입에 따라서 2009년부터는 매입 및 임차방식이 크게 늘었다. 행복주택은 2014년에는 2만 6,256호, 2015년 3만 7,999호가 공급되었다. 반면, 다양한 유형이 도입되면서 국민임대주택의 건설호수는 감소했다. 그러나 국민임대주택은 2003년 100만 호 건설계획 목표 중 85% 이상 달성되었다는 점에서, 최근 신규건설이 감소했지만 소기의 정책목표는 달성했다고 볼 수 있다(〈그림 17-18〉 참조).

이렇게 지난 15여 년간 집중된 공공임대주택의 공급확대로, 장기공공임대주택 공급호수는 2013년 100만 호를 넘었고, 2015년에는 116만 3천호로 전체주택의 5.9%를 차지했다(〈그림 17-19〉 참조). 현재 장기공공임대주택 중 가장 많은 재고를 차지하는 것은 국민임대주택(55만 3천호)이며, 이어 영구임대주택(19만 6천호)이다. 또한 한국토지주택공사가 장기공공임대주택의 74.4%를 공급하고 있다(〈그림 17-20〉, 〈표 17-14〉 참조).

〈그림 17-18〉 공공임대주택 공급실적 추이

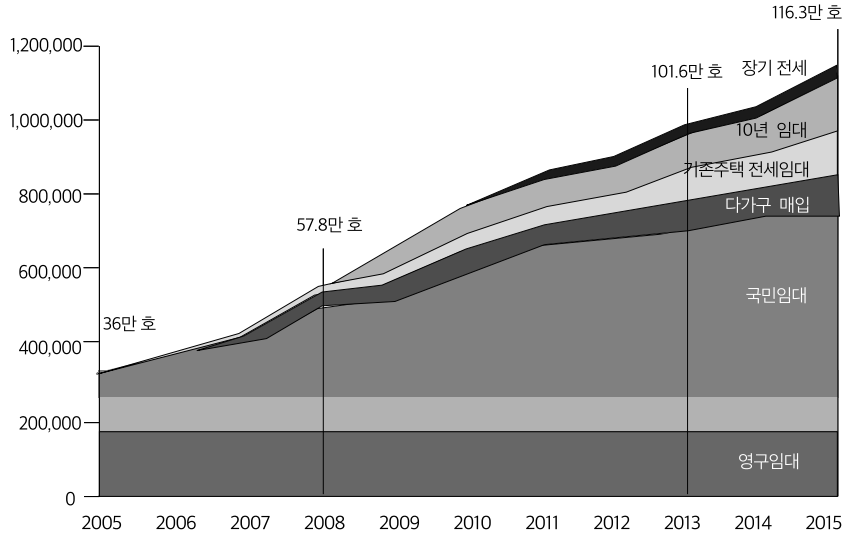
(단위: 호)



자료: 국토교통부 통계누리 재구성, 2017. 10. 30 인출.

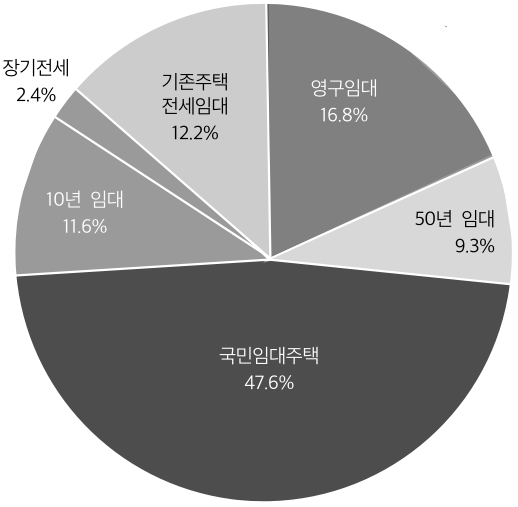
〈그림 17-19〉 장기공공임대주택의 유형별 재고 추이

(단위: %)



자료: 국토교통부 통계누리 재구성, 2017. 10. 30 인출.

〈그림 17-20〉 장기공공임대주택의 유형별 비중



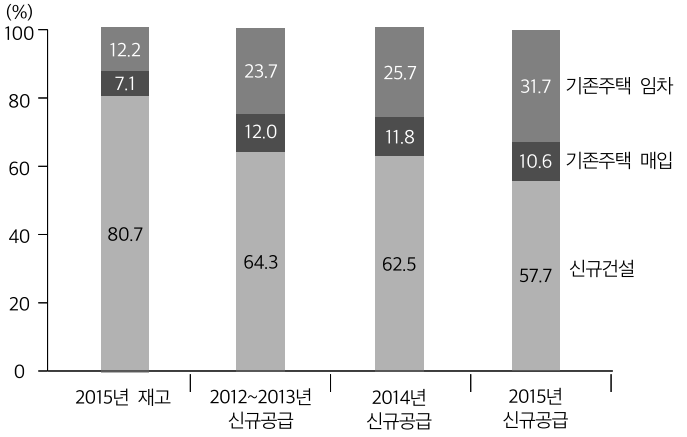
자료: 국토교통부 통계누리 재구성, 2017. 10. 30 인출.

〈표 17-14〉 장기공공임대주택의 사업주체별 공급현황

구 분		계	지방자치단체	한국토지주택공사	민간
영구임대		195,699(100.0%)	51,472(23.6%)	144,227 (73.7%)	0
국민임대	소 계	553,408(100.0%)	45,751(8.3%)	507,657 (91.7%)	0
	신규 건설	452,758(100.0%)	29,585(6.5%)	423,173 (93.5%)	0
	다가구 매입	82,298(100.0%)	16,166(19.6%)	66,132 (80.4%)	0
	기 타	18,352(100.0%)	0	18,352 (100.0%)	0
행복주택		847(100.0%)	807(95.3)	40 (4.7%)	0
50년 공공임대		108,140(100.0%)	81,886(75.7%)	26,254 (24.3%)	0
10년 공공임대		135,240(100.0%)	4,051(3.0%)	58,008 (42.9%)	73,181(54.1%)
장기전세(20년)		28,063(100.0%)	27,059(96.4%)	1,004 (3.6%)	0
기존주택 전세임대		142,070(100.0%)	13,938(9.8%)	128,132 (90.1%)	0
장기공공임대 계		1,163,467(100.0%)	224,964(19.3%)	865,322 (74.4%)	73,181(6.3%)

자료: 국토교통부 통계누리, 2017. 10. 30 인출.

〈그림 17-21〉 공공임대주택의 공급방식 비중



자료: 국토교통부 통계누리 재구성, 2017. 10. 30 인출.

(2) 입주자 특성

공공임대주택의 공급방식은 신규건설에서 점차 기존주택의 매입 혹은 임차 방식이 늘고 있다. 이는 단지형태로 공급되는 신규건설 방식에서 흔히 야기되는 빈곤 이미지와 낙인문제를 부각시키지 않으며, 기존 생활권을 크게 벗어나지 않고서도 입주할 수 있다는 장점 때문이다. 현재 장기공공임대주택 공급 중 신규건설이 차지하는 비중은 80. 7%이며, 다가구 매입임대(매입방식)는 7. 1%(8만 3천 호), 기존주택 전세임대(임차방식은) 31. 7%를 차지한다(〈그림 17-21〉 참조).

공공임대주택에 거주하는 생계·주거급여 수급자 비율을 보면,[10] 영구임대주택이 65. 2%로 가장 많고, 기존주택 전세임대주택이 50. 6%, 다가구 매입임대주택이 43. 1%, 그리고 국민임대주택이 10. 4%이다(〈표 17-16〉 참조). 이러한 특성은 공공임대주택 유형별로 입주자격과 〈표 17-15〉의 재정지원의 정도가 상이하기 때문이다. 수급자 등 가장 소득이 낮은 계층을 대

10) 한국토지주택공사가 공급한 공공임대주택에 대한 현황이다.

상으로 재정에서 건설비의 85%를 지원하는 영구임대주택은 재정지원 규모가 큰 만큼 임대료 수준(주변시세의 10~30% 이하)도 가장 낮다.

반면, 국민임대주택은 도시근로자 월평균 가구 총소득의 70% 이하까지 입주가 가능하며, 정부재정 지원비율은 건설비의 30%이다. 공급규모는 영구임대주택에 비하여 넓은 59㎡(전용)까지 공급되며 임대료 수준은 주변시세의 60~80%로 정해지고 있어 소득 1분위 및 수급자의 입주율이 상대적으로 낮다. 다가구 매입임대주택은 인구 8만 명 이상의 지역에 공급하며, 임대료 수준은 주변시세의 30% 수준이다(평균 보증금 수준은 지역과 규모에 따라 3백만~5백만 원, 월임대료는 6만~18만 원 수준). 한국토지주택공사가 공급한 다가구 매입임대주택에는 1인가구가 46% 입주했으며, 65세 이상 가구는 25% 입주했다(〈표 17-17〉 참조).

〈표 17-15〉 공공임대주택 유형별 호당 지원단가 및 재원부담 구조 (2016년)

구분		영구임대주택	국민임대주택	다가구 매입임대	행복주택
표준규모		41㎡(12.5평)	59㎡(17.8평)	-	47㎡(14.2평)
호당 건설원가 (만 원)		8,742.5	12,449.3	다가구 9,500 원룸형 7,000	9,931.5
3.3㎡당 건설원가		699.4	699.4	-	699.4
재원 분담	계	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	재정	85.0%	30.0%	45.0%	30.0%
	기금	-	40.0%	50.0%	40.0%
	입주자	2.5%	20.0%	5.0%	20.0%
	사업주체	12.5%	10.0%	-	10.0%
최초 임대료 수준 (시세 대비)		30%	60~80%	30%	60~80%

자료: 진미윤·한도용, 2016.

〈표 17-16〉 한국토지주택공사의 영구임대주택 수급자 현황 (2015년 말)

전체	수급자 등	수급자격 상실자	청약저축 가입자
144,227 (100.0%)	93,998 (65.2%)	45,784 (31.7%)	4,445 (3.1%)

자료: 한국토지주택공사 내부자료.

〈표 17-17〉 한국토지주택공사 다가구 매입임대주택 입주자 현황 (2015년 말)

전체 호수	기존 임차	신규임차인												
		계	수급자	차상위	한부모	장애인	그룹홈	갱생	부도 퇴거자	소득 50%	긴급 주거	대학생	주거 취약	기타
66,132	4,328	49,683	28,491	373	6,161	908	1,460	1,434	9	6,533	834	42	2,470	958

자료: 한국토지주택공사 내부자료

〈표 17-18〉 기존주택 전세임대주택 지원 실적(LH 기준) (2016년 말 기준)

구분		05~16 계	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
실적	계	226,917	2,167	6,625	7,199	8,698	14,145	13,572	12,514	25,625	25,741	27,853	40,103	42,675
	LH	205,383	2,158	6,313	6,830	8,209	13,412	12,805	11,711	24,190	22,646	23,752	35,509	37,848
	지자체	21,534	9	312	369	489	733	767	803	1,435	3,095	4,101	4,594	4,827
입주대상	일반	149,048	663	5,589	6,180	7,493	7,820	7,760	7,295	9,712	17,378	19,990	29,845	29,323
	대학생	30,877	-	-	-	-	-	-	107	10,349	3,713	3,650	4,923	8,135
	신혼부부	36,491	-	-	-	185	5,260	5,003	4,509	4,906	3,905	3,542	4,624	4,557
	소년소녀 가정 등	10,501	1,504	1,036	1,019	1,020	1,065	809	603	658	745	671	711	660

자료: 한국토지주택공사 내부자료

기존주택 전세임대주택은 임대료의 95%를 주택도시기금 융자로 지원(공급자 지원)하며, 나머지 5%만 입주자가 임대료로 납부한다. 5%는 주택도시기금 융자에 대한 이자 부분이다. 평균 임대료 수준은 보증금 4백만~5백만 원, 월임대료는 11만~12만 원 수준이다. 한국토지주택공사가 시행하는 대학생 전세임대주택은 대학가 인근 전월세가 상승으로 인한 저소득 대학생의 주거비 부담완화 차원에서 2011년 도입하여 2015년까지 총 2만 2,742호가 공급되었으며, 보증금은 1백만~2백만 원, 월임대료는 11만~12만 원 수준이다. 신혼부부 전세임대주택은 2008년 이후 저출산 지원대책으로 공급되며, 2015년까지 총 3만 1,934호가 공급되었다. 소년소녀가정(대리양육, 친인척 위탁, 교통사고 유자녀, 시설퇴소자 포함)은 9,841호가 공급되었다(〈표 17-18〉 참조).

주거취약계층 주거지원은 최저주거기준에 미달되고 위험에 노출된 환경에서 생활하는 쪽방, 비닐하우스, 고시원, 노숙인 복지시설 거주자 등에게

매입임대 및 기존주택 전세임대주택 등에 입주지원하는 방식이며, 한국토지주택공사는 2007~2015년 총 5,169호 지원했다(〈표 17-19〉 참조).

3) 공공임대주택의 주거안정성과 임대료 부담

공공임대주택은 양질의 주택에 장기간 거주할 수 있고 임대료 규제로 부담도 낮아 주거안정성이 매우 높다. 임대료 부담비율은 민간 전월세거주 저소득층의 34%에 비해 매우 낮다. 영구임대주택 거주자의 RIR은 11.4%, 국민임대주택 거주자의 RIR은 14~18%, 기존주택 전세임대주택 거주자의 RIR은 17.2%이다(〈표 17-20〉 참조). 그러나 국민임대주택의 경우 입주 소득범주

〈표 17-19〉 주거취약계층 주거지원 현황

구분		총지원 계	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
계	계	5,169	119	343	556	603	844	521	584	610	989
	쪽방	2,181	76	90	358	371	526	185	173	214	188
	비닐하우스	1,166	43	253	198	206	189	106	65	35	71
	고시원·여인숙	1,439	0	0	0	24	124	185	257	277	572
	범죄피해자	124	0	0	0	2	5	13	31	30	43
	노숙인시설	259	0	0	0	0	0	32	58	54	115
매입임대	소계	2,926	81	38	313	393	652	314	306	319	510
	쪽방	1,852	63	34	310	360	522	172	131	139	121
	비닐하우스	106	18	4	3	7	16	10	8	8	32
	고시원·여인숙	709	0	0	0	24	114	103	107	117	244
	범죄피해자	48	0	0	0	2	0	4	11	9	22
	노숙인시설	211	0	0	0	0	0	25	49	46	91
전세임대	소계	2,226	38	296	243	210	184	207	278	291	479
	쪽방	329	13	56	48	11	4	13	42	75	67
	비닐하우스	1,043	25	240	195	199	165	96	57	27	39
	고시원·여인숙	730	0	0	0	0	10	82	150	160	328
	범죄피해자	76	0	0	0	0	5	9	20	21	21
	노숙인시설	48	0	0	0	0	0	7	9	8	24
국민임대	비닐하우스	17	0	9	0	0	8	0	0	0	0

자료: 한국토지주택공사 내부자료.

가 소득 10분위 중 소득 4분위까지 포괄(일부 입주자는 입주 이후 소득증가에 따라 5분위도 거주) 한다는 점에서 소득수준에 따라 임대료 부담은 다르다. 국민임대주택에 입주자의 소득분위별 입주율을 보면, 소득 1분위의 입주율이 50%를 넘어 가장 많고, 이어 소득 2분위 입주율이 25~31%에 이른다. 국민임대주택은 다른 공공임대주택에 비해 이렇게 입주자 간 소득편차가 큰데 비해 임대료 기준은 단일하여 소득수준에 따른 임대료 부담에 큰 차이가 있다.

소득 1분위의 RIR은 입주율이 가장 높은 2014년의 경우 소득에서 50%를 넘으며, 2015년 RIR은 32.5%이다. 반면, 소득 2분위의 RIR은 16%대, 소득 3분위의 RIR은 11~14%이며, 소득 4분위의 RIR은 9~11% 수준이다(〈표 17-21〉 참조). 이렇게 소득분위별 임대료 부담 비율을 볼 때, 현재 가장 대표적이고 재고비중이 가장 많은 국민임대주택은 소득수준에 따른 임대료 차등부과로 임대료 부담을 낮추는 것이 정책과제로 대두되고 있다.

〈표 17-20〉 공공임대주택 유형별 입주자 소득대비 임대료 부담비율(RIR)(2011년)

(단위: %)

구 분	영구임대주택	국민임대주택		기존주택 전세임대
		신규건설형	다가구 매입임대	
평균 RIR (중위수)	11.4 (13.1)	18.3 (18.1)	14.5 (13.3)	17.2 (11.9)

주: 보증금을 월세 전환하는 월세이율은 0.92% 적용.
자료: 국토해양부·국토연구원, 2012.

〈표 17-21〉 국민임대주택 입주자 소득특성과 임대료 부담

구 분	소득계층별 입주율			소득대비 임대료 부담비율(RIR)		
	2013년	2014년	2015년	2013년	2014년	2015년
소득 1분위	50.3	61.2	58.1	37.2	52.5	32.5
소득 2분위	31.6	28.4	25.3	16.0	16.8	16.2
소득 3분위	8.5	4.6	8.1	12.5	11.4	14.4
소득 4분위	6.6	3.8	7.5	9.1	11.6	11.6
소득 5분위	3.0	2.1	1.1	8.0	9.0	8.0
전 체	100.0	100.0	100.0	21.3	37.2	24.0

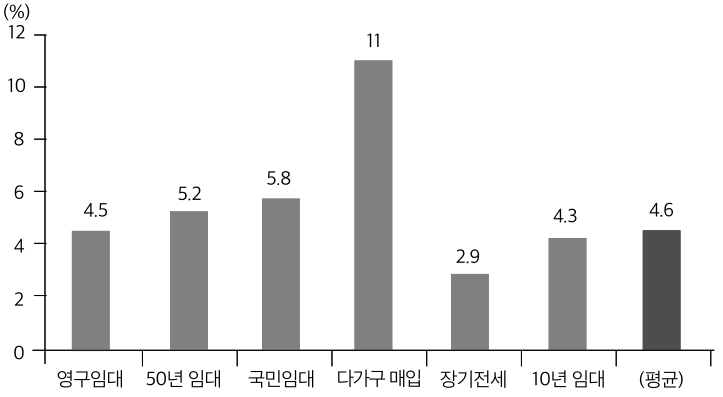
주: 보증금의 월세 전환율은 8% 적용.
자료: 한국토지주택공사, 각 연도, 원자료 분석.

한편, 양질의 품질에 장기거주 보장, 낮은 임대료 수준으로 공공임대주택의 순환율은 높지 않다. 순환율(*turnover rate*)은 퇴거율(*exit rate*)과 같은 개념으로 볼 수 있는데, 공공임대주택 입주자의 주거이동 원활, 대기수요 해소, 미임대와 같은 저수요 판단 등을 가늠하는 데 활용된다. 대개 순환율이 3~4% 수준일 때는 매우 낮다고 평가한다. 국가별로 볼 때 미국의 공공임대주택 순환율은 2~3%(뉴욕 주택청 보유 공공임대주택. www.nyc.gov), 영국은 6~7%, 프랑스는 2007년 이후 9% 수준대인 것으로 나타났다(Pawson & Munro, 2010; Jean-Claude, 2012). 평균적으로 공공임대주택의 순환율은 7.5%로 알려져 있으며, 민간임대주택의 평균순환율 18%에 비해서는 매우 낮다(Amzallagl & Taffin, 2010). 공공임대주택의 순환율이 10%를 초과할 경우는 저수요 지역 혹은 문제가 있는 단지로 간주된다(Pawson & Munro, 2010). 비교적으로, 자가소유자의 평균순환율은 4%이며, 민간임대주택 임차가구의 평균순환율은 13% 수준이다(Amzallagl & Taffin, 2010).

국내에서는 아직 공식적인 순환율 통계는 없지만, LH 공공임대주택의 경우 전체 세대수에서 1년에 퇴거한 세대수를 기준으로 보면, 공공임대주택의 평균순환율은 2015년 4.5%이며, 이는 점차 낮아지는 경향을 보이고 있다. 영구임대주택의 순환율은 2011~2014년 평균 6%이던 것이 2015년에는 4.5%로 감소했다. 국민임대주택의 순환율은 2011~2014년 평균 6.8%에서 2015년에는 5.8%로 감소했다. 공공임대주택 유형 중에 가장 순환율이 높은 것은 다가구 매입임대주택(11.0%)인데, 이는 엘리베이터가 없는 4~5층 다가구주택을 매입하다 보니 거동이 불편한 노인이나 장애인이 입주 이후 퇴거하는 경우가 잇따르기 때문으로 보인다(〈그림 17-22〉 참조).

공공임대주택 입주자의 거주기간을 보면, 영구임대주택 입주자의 평균 거주기간은 11년이며, 최초 입주세대가 2015년까지 계속 거주하는 비율을 보면 전국평균 23.4%이다. 집값이 상대적으로 높은 수도권 지역에 입지

〈그림 17-22〉 공공임대주택 유형별 순환율 (2015년)



자료: 한국토지주택공사 내부자료.

〈표 17-22〉 LH 영구임대주택 및 국민임대주택 입주자의 거주현황

지역	영구임대주택					국민임대주택				
	단지수	세대수	최초입주 후 계속 거주 세대	최초입주 후 계속 거주 세대 비율	평균 거주기간 (년)	단지수	세대수	최초입주 후 계속 거주 세대	최초입주 후 계속 거주 세대 비율	평균 거주기간 (년)
전체	126	141,525	33,131	23.4	11	135	89,953	43,614	48.4	6
서울	15	23,628	10,274	43.4	15	2	595	396	66.5	10
인천	4	6,054	1,291	21.3	12	37	28,173	13,447	47.7	6
경기	18	19,664	5,759	29.2	12	4	4,309	2,034	47.2	7
부산	9	15,571	3,610	23.1	11	5	5,899	2,029	34.3	6
울산	2	2,362	250	10.5	12	7	3,936	1,780	45.2	6
대전	7	9,137	1,672	18.2	11	4	2,858	1,156	40.4	6
광주	7	10,420	1,571	15.0	10	3	1,971	1,222	61.9	6
대구	9	11,944	2,678	22.4	12	3	2,845	1,664	58.4	8
강원	7	4,666	750	16.0	11	8	3,798	1,748	46.0	6
충북	6	6,139	571	9.3	9	12	7,474	3,366	45.0	6
충남	6	4,971	332	6.6	10	7	4,087	2,346	57.4	6
전북	8	9,115	556	6.0	9	13	7,870	3,769	47.8	6
전남	7	5,001	834	16.6	10	5	4,421	1,696	38.3	5
경북	11	7,284	1,446	19.8	10	12	5,596	3,257	58.2	6
경남	8	4,473	1,134	25.3	11	9	4,272	2,480	58.0	5
제주	2	1,096	403	36.7	13	4	1,849	1,224	66.1	7

자료: LH 영구임대주택 126개 단지 전수자료; LH 국민임대주택 135개 단지 현황.

한 영구임대주택 입주자가 최초입주 이후 계속 거주하는 비율이 높다(서울 43.4%, 경기 29.2%). 영구임대주택의 입주가 1989~1993년에 이루어졌다는 점에서 최초입주 이후 계속 거주하는 세대는 평균 25년 이상 거주하는 셈이다. 국민임대주택의 경우 입주가 2001년부터 이루어졌다는 점에서 입주연한은 최장 16년이다. 국민임대주택의 평균 거주기간은 6년이며, 최초입주 이후 지금까지 거주하는 세대비율은 48.4%이다(〈표 17-22〉 참조).

공공임대주택은 주거안정성이 매우 높다는 장점에도 불구하고 장기거주로 인한 낮은 순환율은 공공임대주택 단지의 빈곤화 문제와 고령화 문제와 결부된다. 따라서 상향 주거이동을 적극 유도하고 단지 활력을 제고하기 위해서는 입주 이후 소득 초과자에 대해 현재 적용하는 임대료 할증 제도를 더 강화할 필요가 있다. 한편, 소셜믹스 차원에서 연령대별 혹은 수요자 특성별 입주할당 및 임대료 차등부과 시스템 마련이 필요하다.

5. 맺음말: 쟁점과 함의

우리나라의 주택부문은 경제개발 과정에서 중요한 역할을 해왔다. 경기가 침체되었을 때는 경기부양을 위한 건설산업 육성을, 그리고 경기가 과열되었을 때는 투기억제와 대출규제를 강화했다. 일각에서는 이러한 정부의 지나친 개입이 주택시장의 안정을 저해했다는 주장도 있다. 하지만 토젠슨이 복지국가의 4개 기둥(사회보장, 의료, 교육, 주거) 중 가장 흔들리는 것이 '주거'라고 언급하였듯이[11] 가격변동과 수급불일치에 따른 시장여건 변화

11) 토젠슨(Torgensen, 1987)이 복지국가의 흔들리는 기둥(*the wobbly pillar under the welfare state*) 중 가장 흔들리는 기둥이 주거(*housing*)라고 지적한 것은, 1970년대 유럽에서의 소셜하우징(*social housing*) 감축, 주택부문에 대한 정부개입의 후퇴, 자가소유(*home ownership*) 촉진이 시장주의적 접근으로 이루어는 점을 비판하는 관점에서 제시한 말이다(Fahey & Norris, 2011).

그 자체가 주거부문을 취약하게 만들 수밖에 없다.

우리나라는 주택시장의 반복적 부침과정을 거치면서도 지속적으로 신규 주택을 공급해온 30년 축적의 결과로 주택보급 수준도 높아졌고, 양질의 주택과 주거환경을 갖추게 되었다. 그러나 주택의 보급 자체가 이제 복지 서비스를 높이는 것이 아니라는 점이 점차 분명해지고 있다. 무주택 가구 비율은 줄지 않고 있으며, 소득 양극화와 주택자산 양극화 문제도 심각하다. 저성장 기조가 이어질 전망하에 저출산 고령화 문제가 목전에 놓여 있다. 앞으로 주거부문은 어떤 해법으로 주거안정화와 주거복지의 지원체계를 갖추어가야 할 것인가?

1) 주택자산 형성 지원: 주거중산층 육성 필요

우선 주택자산 형성을 지원하여 주거중산층을 육성할 필요가 있다. 지난 30년간의 주택점유 형태를 볼 때, 자산기반인 자가점유율은 크게 늘지 않았고 전세는 크게 감소했다. 특히 중소득층의 탈소유화와 월세가속화로 전체적으로 자가가구가 줄고 임차가구가 늘어나는 상황에서 임차가구의 월세 부담은 목돈마련을 어렵게 할 뿐 아니라 주거자산과 소비지출 감소에도 영향을 주고 있다. 통계청의 가계복지・금융조사 결과에 따르면, 지난 4년간 자가점유가구의 순자산은 3천 5백만 원가량 늘고, 전세가구의 순자산은 2,040만 원 늘어난 반면, 월세가구의 순자산은 1,076만 원 증가하는 데 그쳤다. 월세가구는 자가점유가구의 1/3, 전세가구의 1/2 정도밖에 순자산이 늘지 못했다.

총자산 중 거주주택의 자산이 차지하는 비중을 보면, 자가가구는 2012년 49.5%에서 2015년 49.6%로 유사한 수준이며, 전세가구는 전세보증금 상승으로 2012년 35.0%에서 2015년 39%로 늘었다. 반면, 월세가구의 경우, 보증금이 줄고 월세가 늘어나는 구조로 총자산에서 거주주택의 자산이

〈표 17-23〉 주택점유 형태별 총자산 중 거주주택 자산이 차지하는 비중

점유형태	총자산(만 원)		순자산(만 원)		총자산 중 거주주택 자산비중(%)				
	2012년	2016년	2012년	2016년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
자가점유가구	42,725	48,186	36,273	39,804	49.5	47.1	47.4	48.6	49.6
전세가구	26,524	28,966	21,027	23,067	35.0	36.2	37.0	38.5	39.0
월세가구	6,568	7,994	4,604	5,680	20.0	13.3	13.0	13.1	11.4

주: 순자산 = 총자산 - 부채.
자료: 통계청. 각 연도.

차지하는 비중은 2012년 20.0%에서 2015년 11.4%로 절반가량 줄었다. 이는 전세를 계속 유지하는 가구는 전세보증금이라는 자산이 보전될 수 있으나 전세에서 월세로의 전환은 주거자산의 감소로도 이어질 수 있음을 의미한다. 향후 월세가속화는 점유형태별로 주거자산도 양극화되는 추세로 이어질 수 있다(〈표 17-23〉 참조).

임차가구의 늘어난 월세지출은 가계소비 지출에도 영향을 미친다고 볼 수 있다. 가계의 실질 소비지출 증감률은 2009년 -1.1%로 2000년 이후 최저수준으로 떨어졌고, 2010년 3.45% 증가하였으나, 2013년 -0.4%, 2015년 -0.2% 수준에 머물렀다. 2009년 이후 연평균 실질 소비지출 증가율은 0.6%에 그치고 있다. 평균 소비성향(소비지출 · 가처분소득)도 계속 줄어들고 있다. 전체가구의 평균 소비성향은 2006년 이후 5.7%p가 줄어든 반면, 소득하위 20% 이하 가구는 20.9%p 감소, 소득하위 20%에서 40% 이하 가구는 8.0%p 감소했다. 물론 이러한 소비위축 경향이 월세부담 증가와 실제로 어느 정도 연관성이 있는지에 대해서는 더욱 면밀한 분석이 필요할 것이나, 전세가격 상승과 월세부담 증가가 소비위축과 무관하지만은 않을 것이다. 따라서 향후 주거중산층 육성을 통해 감소하고 있는 중산층 비중을 늘리는 주거지원 방안이 적극적으로 모색될 필요가 있다.

2) 임대차 시장 투명화와 임대서비스 지원 확대

지난 2000년대 이후 집중적인 신규공공임대주택의 공급확대에도 불구하고, 아직 전체 임대차 시장에서 공공임대주택이 차지하는 비중은 낮다. 임대차 시장(100%)에서 10년 이상 장기공공임대주택은 10%, 5년 등 조건부 임대주택을 포함한 제도권 공공임대주택은 20%밖에 차지하지 못하고 있다. 즉, 임대차 시장의 80%는 아직 비제도권의 민간 전월세인 것이다.

따라서 자가점유율은 크게 늘지 않지 않고 가구분화로 1~2인 임차가구 비율이 증가하는 양상을 볼 때, 향후 어떻게 하면 비제도권의 민간 전월세 주택시장의 공공성을 부여할 것인지가 매우 중요한 정책과제라 할 수 있다. 최근 논의가 확대되고 있는 전월세 상한제, 임대주택 등록제와 같은 공공성 강화방안이 적극적으로 마련될 필요가 있는 것이다. 특히 비제도권 임대시장은 임대소득 과세기반이 아직 취약하고 가격규제도 없다 보니 임차가구는 시장상황에 따라 주거불안을 반복하여 겪을 수밖에 없기 때문에 시장의 부작용을 최소화하면서도 주거안정을 실현할 수 있는 한국형 임대차 시장안정 방안이 개발될 필요가 있다.

또한 그동안 신규분양 주택시장과 주택구입에 상당한 정책적 관심이 쏠려 있었다고 한다면, 이제는 임대서비스 개선에 힘쓸 필요가 있다. 전세에서 월세로의 전환에 따라 임대인의 주택 개보수 의무나 일상적 유지보수 업무를 강화해갈 필요가 있다. 1981년 제정된 〈주택임대차 보호법〉은 전세와 같은 보증금이 많은 임대차 보호에 주로 무게중심을 두고 있으므로, 월세 시대에 맞춰 월세 세입자의 권리와 의무와 같은 규정이 강화될 필요가 있다. 임대인이 임대주택의 서비스를 개선하게끔 하는 인센티브도 필요하다. 그리고 이것이 민간주도의 임대주택 공급 활성화와 연계될 수 있도록 지원하는 새로운 상상력이 동원되어야 할 것이다. 늘어나는 임차수요는 소유보다는 거주문화가 확산됨을 반증하며, 거주안정성을 위해서는 '주택'

개념의 재정의도 필요하다. 현재 정책에서 다소 소외되고 있고 주택관련 법제에서 사각지대에 놓여 있는 쪽방, 고시원, 원룸과 같은 비정상적 거처와 노숙의 문제도 제도권 내에 포함하여 본격적인 지원방안이 강구될 필요가 있다. 1~2인 가구의 증가와 젊은 청년세대의 주거불안은 자칫 비정상적 거주공간을 양산할 우려가 있으므로, 가구구조 변화와 거주 개념의 시대적 변화에 맞추어 합법화된 거주공간으로서의 지위와 품질보증, 제도적 지원이 필요하다.

3) 공공임대주택의 재고가치 극대화와 선순환구조 마련

공공임대주택은 2000년대 이후 괄목할 만한 성장을 이루었다. 세계적으로도 유례없을 만큼 이렇게 단기간 내 100만 호 이상을 공급한 국가는 없을 정도다. 2015년 116만 3천 호에 이르는 장기 공공임대주택의 시장가치는 약 194조 2,170억 원에 이르러, GDP의 12.5%[12] 를 차지하는 규모이다. 시장가치뿐 아니라 116만 호는 순환을 통해 신규입주 기회가 늘어난다. 순환율이 5%라고 가정할 경우, 한 해 약 6만 호의 신규입주 기회가 생긴다. 10년이면 60만 호의 기회가 이어진다. 즉, 공공임대주택이라는 자산가치는 현재 가치에 머무르는 것이 아니라 누적된 가치로 주거복지 자산을 배가시키는 역할을 할 수 있다.

따라서 이러한 관점에서 공공임대주택의 자산가치 극대화와 부가가치 창출을 위해서는 신규공급 못지않게 운영관리 단계에서의 입주자 관리, 노

12) 산출 근거: 장기 공공임대주택 1,163,467호 × 호당 평균 면적 50㎡ × 전국 ㎡당 평균 아파트 매매가 372.2만 원
- 장기 공공임대주택의 평균 규모는 호당 50㎡를 적용
- ㎡당 아파트 평균 매매가는 KB 주택가격 동향, 2016년 10월 기준
- 2015년 GDP는 15,585,916억 원(한국은행)

후시설물 관리, 재고자산 관리가 중요하다. 또한 물리적 공급뿐 아니라 다양한 소프트웨어적 프로그램을 통해 입주자의 다양한 복지수요에 부응할 필요가 있다. 공공임대주택의 노후화는 입주자의 고령화와 연계된다. 건강하고 활력 있는 공공임대주택 단지 조성을 위해서는 일자리, 교육, 육아, 의료, 문화 등 지역사회와 연계된 다양한 생활지원 복지 프로그램 접목이 강화될 필요가 있다. 이러한 생활지원 프로그램들은 현재 주거복지 거버넌스 운영, 커뮤니티 지원 프로그램, 아동 멘토링, 디지털 도서관 운영, 엄마손 밥상(어린이 급식사업), 시니어사원 단지관리 지원, 입주민 합동결혼식, 독거노인 안심콜, 드림하우징 통장사업, 사회적 기업 유치 등이 지난 5년간 활발하게 지원되었다. 그리고 이제 이러한 프로그램은 선택이 아닌 필수지원 아이템이 되었다.

또한 공급수준이 아직 전체주택의 5.9%밖에 되지 않기 때문에 앞으로도 지속적 공급확대를 통해 제도권 임대주택의 비중을 늘려가는 것이 가장 중요한 과제라고 볼 수 있다. 이와 더불어 주거 취약계층의 주거빈곤 탈피를 위한 지원대책이 강화될 필요가 있으며, 기존 입주자의 경우에는 주거상향 이동 프로그램, 자산형성 지원 프로그램을 개발·시행하여 순환율을 높일 수 있도록 해야 할 것이다.

4) 인구·가구구조 변화에 대응하는 맞춤형 주거복지 지원 강화

1인가구 증가, 저출산 고령화사회 대비를 위한 주거복지 모델에 대해 정부 및 각 지방자치단체는 다양한 시도를 펼치고 있다. 청년 주거불안이 사회문제화되면서 청년 주거대책도 점차 확대되고 있다. 정부는 공공임대주택의 공급유형으로 특성화된 프로그램을 시행하는데, 창업지원 주택, 공공실버주택과 같은 젊은 층과 고령층을 겨냥하여 공공임대주택과 창업공간 지원의 결합, 공공임대주택과 의료서비스 제공 프로그램의 결합을 시행 중이다.

지방자치단체 차원의 접근도 맞춤형으로 다양해지고 있다. 서울시의 경우 복지주택(의료 안심주택, 여성 안심주택), 협동조합형 주택, 공동육아형 주택 등 생애주기 특성에 맞는 자체 프로그램을 개발하여 운영하고 있으며, 2016년에는 2030 청년세대의 주거난 해법으로 '역세권 2030 청년주택'의 추진 방안을 발표한 바 있다. 2030의 의미는 2030년까지 가용지 30%를 활용해 청년주택 20만 호를 공급하겠다는 서울시의 의지를 말한다. 경기도는 행복주택의 자체 브랜드로 신혼부부 특화용 따복 하우스[13]를 시행하여 저출산 대책을 공공임대주택과 연계시켜 추진 중이다. 자녀를 낳을수록 임대료 부담이 낮춰지는 지원구조다. 부산시도 2018년까지 행복주택 8천호를 공급해 젊은이가 행복한 도시 만들기를 추진 중이며, '청년에게 희망을, 시민에게 행복을'이라는 슬로건 하에 청년세대를 위한 부산드림 아파트 2만 호를 추진하고 있다.

시민복지 기준을 제정하고 여기에 주거복지기준선을 제시하는 지방자치단체도 증가하고 있다. 서울을 필두로 하여, 부산, 광주, 세종, 대전, 대구시가 자체적인 주거복지 기준선을 제시하고 세부 추진방안을 시행 중이다. 그 외 인구 1백만 명이 넘는 지방자치단체의 경우에도 주거기본법 시대에 발맞춰 주거종합계획을 새로 수립하는 등 지역 맞춤형 주거복지 시책을 강구하며, 지역주민의 주거욕구에 부응하는 전략들을 특성화하고자 하고 있다.

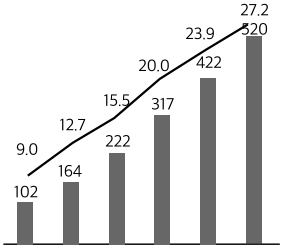
이렇듯 인구·가구 구조 변화는 중앙정부의 대응 못지않게 직접 지역 일선에서 지역 수요에 귀 기울여 자체적 프로그램으로 점차 확산되고 있다. 수요 맞춤형 공급으로 다양한 임대주택 공급과 서비스 지원 프로그램을 일회적 선심성 정책으로 그칠 것이 아니라 앞으로 지속적으로 추진해야 할 것이다.

1인가구의 증가추세가 주거니즈에 어떻게 반영되어야 할 것인가?(〈그림 17-23〉~〈그림 17-26〉 참조) 지금까지의 보편적 주거형태인 아파트가 과연

13) '따복'은 '따뜻하고 복된'을 의미한다.

〈그림 17-23〉 1인가구 추이

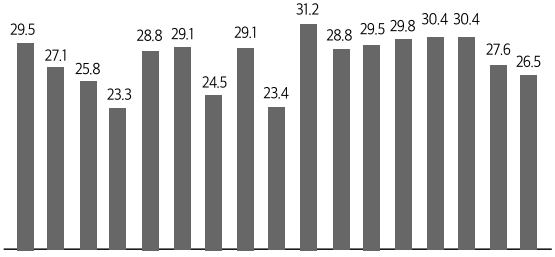
(단위: 만 가구, %)



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-24〉 지역별 1인가구 비율 (2015년)

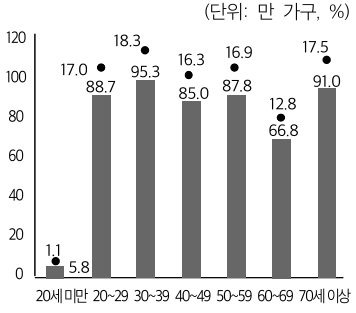
(단위: %)



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-25〉 연령대별 1인가구 비율과 가구수

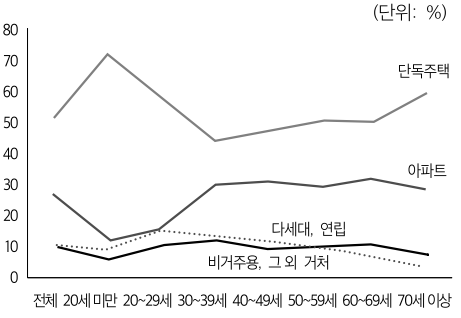
(단위: 만 가구, %)



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-26〉 1인가구의 거처유형

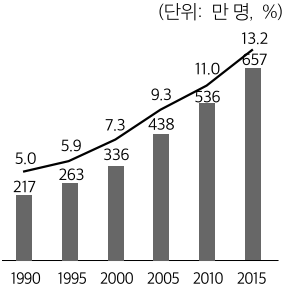
(단위: %)



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-27〉 고령인구 추이

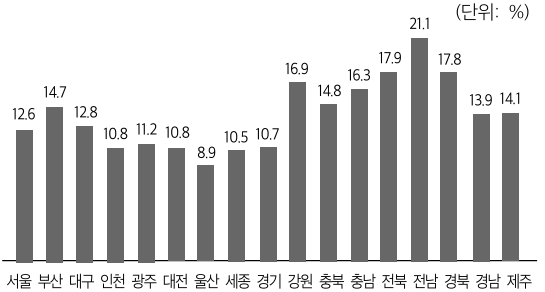
(단위: 만 명, %)



자료: 통계청. 2016b.

〈그림 17-28〉 지역별 고령인구 비율(2015년)

(단위: %)



자료: 통계청. 2016b.

이를 어느 정도까지 대체할 수 있을 것인가? 이제 과거와는 다른 방식이 필요하다. 공유주택의 개념이 싹트고 있는 최근 2~3년간 경험들을 체계화해 이제 정착을 위한 제도 기반이 필요하다. 협동주택 개념 또한 실험적으로 그치기보다는 대안 주거로 자리매김할 수 있는 동력이 필요하다. 지난 30여 년간 아파트 보급이 주거문화를 선도했다면, 이제는 다양한 주거가 싹틀 수 있는 자양분이 필요한 때다.

고령화 속도를 줄이는 방법은 저출산 극복을 통해 어느 정도 완화시킬 수 있다(〈그림 17-27〉, 〈그림 17-28〉 참조). 저출산 문제는 출산 꺼림 자체보다도 만혼과 비혼에서 비롯되며 자녀양육 부담 문제와 결부된다. 그리고 이 모두는 안정된 주거와 관련 있다. 공공임대주택의 공급을 확대하는 것만으로는 안정된 주거를 보장하기 어렵다는 점에서 보증받은 선택지의 다양성이 필요하다. 2015년 도입된 중산층 임대주택인 뉴스테이도 하나의 선택지다. 아직 일각에서는 공공성 논란이 있고 높은 월세부담 문제가 지적되지만, 문제가 있다고 포기하기보다는 뉴스테이 2.0 버전, 3.0 버전이 계속 출시되어 중산층 주거안정의 대표주자로 거듭날 필요가 있다. 이런 점에서 과거 주된 주거지원 대상이던 저소득 서민 중심의 지원은 주거불안 계층과 중산층으로까지 확대될 필요가 있으며, 이는 부담가능한, 이용가능한, 선택가능한 주거로서의 접근성 제고와 기회확대 측면에서 중요하다.

또한 노인빈곤율이 OECD 국가 중 최고 높은 상황에서 고령자를 위한 주거지원 방안도 실버 공공임대주택 확대나 개보수 지원으로 그칠 것이 아니라 주택자산(집 소유)만 있고 현금이 부족한 고령자를 위한 주택교환 프로그램이나 주택연금 확대도 필요하다. 그리고 이런 모든 대안들이 '복지부담'으로만 비쳐지는 것이 아니라 새로운 주거지원 서비스 산업으로 연계되어 전문 주택관리, 가전 설비, 유통과 상담, 리모델링, 각종 돌봄사업과 융복합하여 주거분야의 새로운 성장으로 발돋움할 수 있어야 할 것이다.

■ 참고문헌

국내 문헌

국토교통부(2015). 〈2014년도 주거실태조사 보고서〉. 국토교통부.

_____(2016). 〈주택업무편람〉. 국토교통부.

_____(2016). 〈맞춤형 주거지원을 통한 주거비 경감 방안〉, 2016.4.28 보도자료.

_____(2017). 〈주거취약계층 주거지원 업무처리지침〉. 국토교통부.

_____(2017). 〈2017년 공공임대주택 12.7만호 공급, 계획보다 7천호 초과 달성〉, 2017. 1. 2 보도자료.

_____. 〈주거실태조사〉. 원자료. 각 연도(2006, 2010. 2012, 2014).

국토해양부(2008). 〈새로운 주택보급률 산정 방안 마련〉. 2008. 12. 30 보도자료.

임서환(2002). 《주택정책 반세기: 정치경제환경 변화와 주택정책의 전개과정》. 대한주택공사.

진미윤(2011). "국제 비교적 관점에서 임대주택 시스템 변화와 향후 정책 방향". 〈국토연구〉, 71권, 87~113.

_____(2015). "주거복지 성장기의 과제: 이제 프로그램 간 연계와 시너지가 필요하다". 〈부동산 포커스〉. 한국감정원 KAB 부동산연구원.

_____(2016). "최근 우리 사회의 주거문제: 기존 제도의 조정·통합으로 점유 양극화와 세대 양극화 해소가 필요", 〈부동산 포커스〉. 한국감정원 KAB 부동산연구원.

_____·한도용(2016). 〈공공임대주택 임대조건 조정과 효과 분석 연구〉. 한국토지주택공사 토지주택연구원 연구보고서.

통계청(2016a). 〈2015 인구주택총조사, 전수부문: 등록센서스 방식 집계 결과〉. 2016. 9. 7 보도자료.

_____(2016b). 〈2015 인구주택총조사 표본 집계 결과, 인구·가구·주택 기본특성〉. 항목, 2016. 12. 19 보도자료.

_____(2016c). 〈행정자료를 활용한 '2015년 주택소유통계' 결과〉. 2016.12.15 보도자료.

한국토지주택공사 토지주택연구원(2016). 〈공공주택 공급·관리 계획수립 방향 연구〉. 국토교통부 수탁연구 보고서.

해외 문헌

Amzallag, M. & Claude, T.(2010). *Social Rental Housing in France*. The World Bank, Social Union for Housing.

Easthope, H. (2014). Making a rental property home, *Housing Studies*, 29(5), 579~596.

Fahey, T. & Norris, M. (2011). Housing in the welfare state: Rethinking the conceptual foundations of comparative housing policy analysis, *International Journal of Housing Policy*, 11(4), 439~452.

Holliday, I. (2000). Productivist welfare capitalism: Social policy in East Asia, *Political Studies*, 48, 706~723.

Hulse, K. & Haffner, M. (2014). Security and rental housing: New perspectives. *Housing Studies*, 29(5), 573~578.

_____ & Milligan, V. (2014). Secure occupancy: A new framework for analysing security in rental housing. *Housing Studies*, 29(5), 638~656.

Jean-Claude, D. (2011). The State of Housing in France: The Main Issues, ENHR-Toulouse.

Kwon, H. J. (2007). Transforming the developmental welfare state in East Asia. *DESA Working Paper*. No. 40, Department of Economic and Social Affairs of United Nations.

Kwon, S. & Holliday, I. (2007). The Korea welfare state: A paradox of expansion in an era of globalisation and economic crisis. *International Journal of Social Welfare*, 16(3), 242~248.

Pawson, H. & Moira, M. (2010). Explaining tenancy sustainment rates in British social rented housing: The role of management, vulnerability and choice. *Urban Studies*, 47(1), 145~168.

Ronald, R. & Doling, J. (2013). The changing shape of East Asian housing model, *Working Paper Series*, No. 01, Centre for Urban Studies, University of Amsterdam.

U. S. Department of Housing & Urban Development (2015). *Worst Case Housing Needs*. 2015 Report to Congress.

기타 자료

국토교통부. 통계누리. http://stat.molit.go.kr. 2017. 10. 30 인출.

통계청. 국가통계포털. http://kosis.kr. 2017. 10. 30 인출.

Australian Institute of Health and Welfare. *Housing Assistance in Australia 2015*. http://www.aihw.gov.au/housing-assistance/haa/2015. 2017. 10. 30 인출.